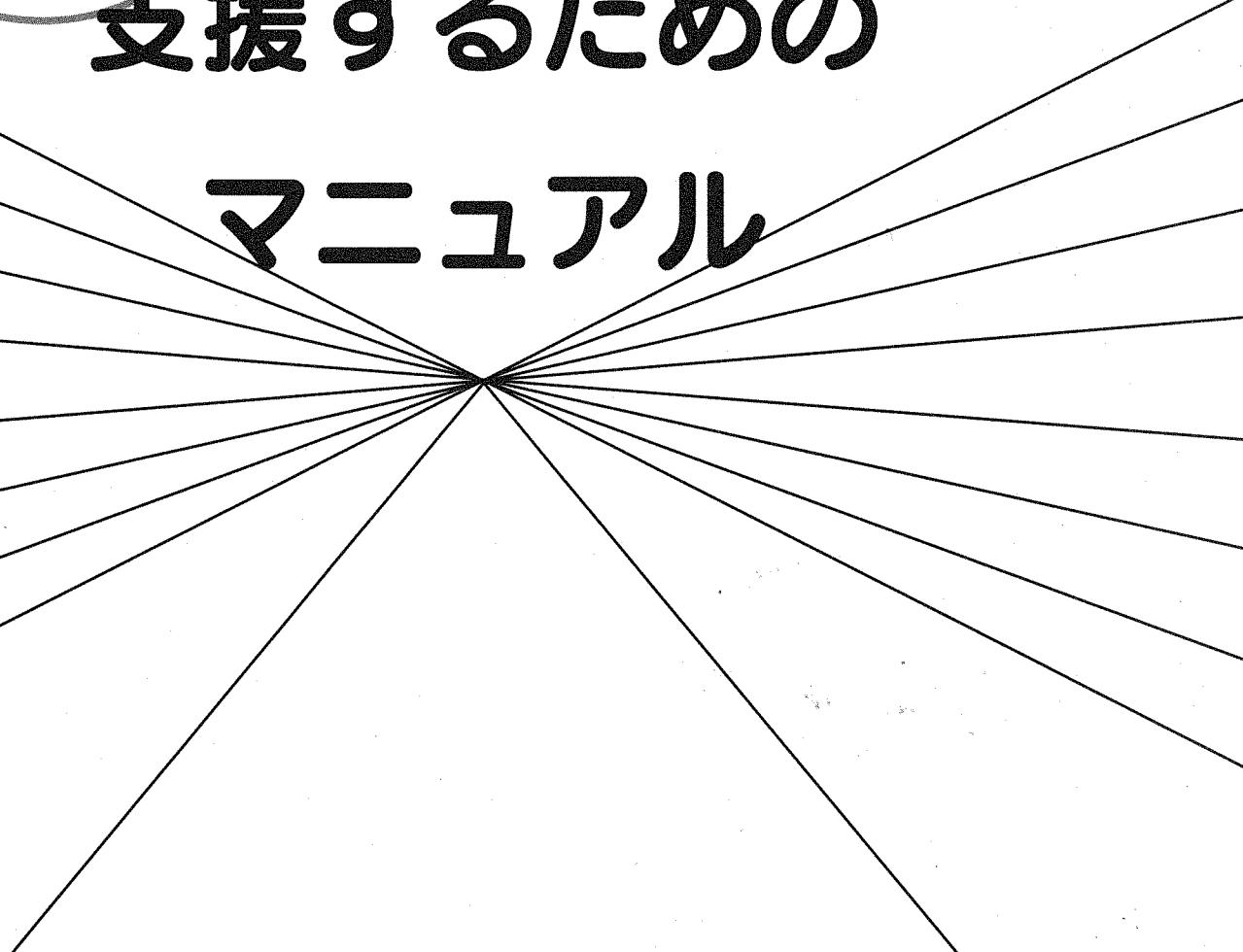


平成11年度社会福祉・医療事業団  
長寿社会福祉基金助成研究事業

# 在宅で介護にあたる家族を 支援するための マニュアル



平成12年3月  
社団法人 全国訪問看護事業協会  
本委員会委員長 竹中 浩治  
主任研究者 杉下 知子



## はじめに

介護保険の導入とともに、疾患・障害を持ち援助を必要とする高齢者をとりまく日本の環境は大きく変わろうとしている。そのなかで、高齢者にとって変わらないものは家族であろう。病人や高齢者の支援を実践してきた人たちは、古くから、高齢者の支援にはその家族を視野に入れることの重要性に気づいていた。その一方で、家族支援のあり方を体系的にまとめる試みは、臨床心理や家族療法の領域ではすでに研究および実践活動で多くの報告がみられるが、看護・社会福祉などの実践領域では始まりの段階である。

しかし訪問看護ステーションなどで日々実務に携わる看護婦・士は、そのような家族支援の体系化を待ってはいられない。日本人口の少子高齢化は、高齢者にとってはより重篤な障害を持って長生きすることであり、支援を必要とする高齢者とその家族は急速に増加し、今この時にそのような人々への看護が必要とされている。訪問看護婦・士は、体系的な知識が万全とは言えない中で、家族への看護実践を模索しつづけている。

本マニュアルは、そのように在宅で高齢者介護にあたる家族を支援する訪問看護婦・士に向けて書かれたものである。過去に、訪問看護婦・士に向けたこのような家族支援のためのマニュアルはなく、本マニュアルでは高齢者とその家族に対する支援の経験豊富なエキスパートから、臨床の経験知を広く情報収集した。また一般の看護婦・士が使いやすいように具体的な事例を多く紹介した。本書が、家族支援のあり方に悩む訪問看護婦・士の一助となり、さらに、家族看護支援の体系化への第1歩となるように願っている。

平成12年3月

「在宅で介護にあたる家族を支援するためのマニュアル作成事業」

委員長 竹中浩治（全国訪問看護事業協会副会長）

主任研究者 杉下知子（東京大学大学院医学系研究科教授）



## 在宅で介護にあたる家族を支援するためのマニュアル作成事業

### 委員会（8名）

- 委員長 竹中 浩治（全国訪問看護事業協会副会長）  
主任研究者 杉下 知子（東京大学大学院医学系研究科教授）  
委 員 西島 英利（日本医師会常任理事）  
石垣 和子（浜松医科大学医学部看護学科教授）  
川越 博美（聖路加看護大学地域看護学教授）  
鈴木 和子（東海大学健康科学部看護学科教授）  
山田美和子（全国社会福祉協議会元高年福祉部長）  
渡辺 裕子（家族看護研究所所長）

### ワーキンググループ（10名）

- 主任研究者 杉下 知子（東京大学大学院医学系研究科教授）  
石垣 和子（浜松医科大学医学部看護学科教授）  
井上千津子（東海大学健康科学部社会福祉学科教授）  
岡部 明子（東海大学健康科学部看護学科講師）  
河原 宣子（三重県立看護大学看護学部講師）  
中村 淑（南足柄市役所福祉部保健センター所長）  
丹羽 勝子（オフィスピケット株式会社代表）  
羽田あさ子（小金井訪問看護ステーション主任）  
山田美和子（全国社会福祉協議会元高年福祉部長）  
山本 則子（東京大学大学院医学系研究科講師）



## 目 次

### はじめに

### 委員会構成

### 第一章 家族支援の基本理論

1. 家族の機能と在宅ケア支援システムの課題	
I. 家族機能と在宅ケア	( 8)
II. 在宅ケアの課題	( 8)
III. 在宅ケアの家族支援システム	(10)
2. 家族支援における訪問看護婦・士の役割	
I. 家族支援における訪問看護婦・士の役割とは	(11)
II. 役割遂行の展開	(11)
3. 家族のアセスメント	
I. 家族アセスメントにおける留意点	(15)
II. 家族アセスメントの構成要素と構成図	(16)
III. 家族アセスメントの内容	(16)
IV. 家族構成図(ジェノグラム)の描き方	(18)
V. 家族環境図(エコマップ)の描き方	(18)
VI. 家族アセスメントの方法	(19)
VII. アセスメントから家族看護計画の立て方	(19)
4. 一般的な在宅療養の流れ	
I. 訪問看護の導入期	(20)
II. 病状定期	(22)
III. 病状悪化期	(22)
IV. 終末期	(23)
V. 入院を契機とした在宅療養の場合	(23)
5. 家族支援と介護保険との関連	
I. ケアマネジメントとは	(25)
II. 介護保険下における家族支援のあり方	(25)
III. 家族支援におけるケアマネジャーの役割	(27)
IV. 介護保険下における家族支援の課題	(29)

### 第二章 病状別家族支援の方法

1. 在宅ケア導入期	
I. 在宅ケア導入期とは	(32)
II. 在宅ケア導入期の教育的援助	(32)
III. 在宅ケア導入期の支持的援助	(36)

IV. 在宅ケア導入期のマネジメント的援助	(39)
2. 病状安定期	
I. 病状安定期とは	(44)
II. 病状安定期の教育的援助	(44)
III. 病状安定期の支持的援助	(48)
IV. 病状安定期のマネジメント的援助	(50)
3. 病状悪化期	
I. 病状悪化期とは	(52)
II. 病状悪化期の教育的援助	(52)
III. 病状悪化期の支持的援助	(54)
IV. 病状悪化期のマネジメント的援助	(55)
4. 終末期	
I. 終末期とは	(58)
II. 終末期の教育的援助	(58)
III. 終末期の支持的援助	(60)
IV. 終末期のマネジメント的援助	(62)

### 第三章 在宅ケアと家族の支援に関する法律・制度・倫理

1. 法律と制度	
I. 介護保険について	(66)
II. 高齢者の生活と安全（緊急時の自動通報）その他に関する法律・制度について	(70)
III. 障害者福祉の法律・制度について	(75)
IV. 高齢者の契約及び消費活動の権利・保護について	(77)
2. 倫理	
I. 看護婦・士の倫理規定	(81)
II. 介護福祉士の倫理規定	(82)
III. 社会福祉士の倫理規定	(82)

# 第一章 家族支援の 基本理論

本章では、在宅で介護にあたる家族を支援するための原則や基本的な考え方を紹介します。家族の機能と在宅ケア支援システムの課題、家族支援における訪問看護婦・士の役割、家族のアセスメント、一般的な在宅療養の流れ、家族支援と介護保険との関連の順に解説します。

1-1. 家族の機能と  
在宅ケア支援システムの課題

1-2. 家族支援における  
訪問看護婦・士の役割

1-3. 家族のアセスメント

1-4. 一般的な在宅療養の流れ

1-5. 家族支援と  
介護保険との関連

# 1-1. 家族の機能と在宅ケア支援システムの課題

## I. 家族機能と在宅ケア

人間は家族の中で誕生し、家庭で生活を営んでいる。家庭は人間に於て生活を営む基本ともいえる。個人にとっての家族の意味づけは千差万別であり、多様な側面を持っていることはいうまでもないが、できることならば家族に囲まれて、住み慣れた地域で一生をおくりたいと願っている。人間に於て生活の基本である家族機能について整理をしておきたい。

まず挙げられることが、性や生殖に関わる機能、2番目としては、日常生活の維持に関わる機能、3番目としては情緒的安定や人間形成に関わる機能。この3つに整理ができる。では、家族の持つどの機能が介護を担うのであろうか。介護とは、日常生活を維持するための機能に含まれるということである。

この機能は家族が連帯して生活する中で、衣食住を確保し、日常生活を維持しながら、家族の生命や活力の維持と発展を図る機能である。

このように家族は、高齢者や障害者にとって、自らの生命と生活を維持していく上で不可欠な存

在であるということになる。

わが国では、家族機能として介護を全面的に担ってきたが、しかし、家族だけではとうてい担いきれない状態になってきている。その理由としては次のことが挙げられる。

第1に、わが国の高度成長期に、都市へ人口が集中し、核家族化、過疎化が進んだことである。

第2には、少子化現象である。さらに少ない子供の遠隔地化が挙げられる。

第3には、女性の社会進出によって家事機能の分化が必要になってきた事である。

第4には、死亡率の低下により高齢人口が急増したことによる。

第5には、病状の重度化、介護期間の長期化、介護者の高齢化が挙げられる。

こうした理由により、今や介護問題は個人の生活の力を遥かに越え、社会問題として浮上してきたという過程がある。そこで介護問題を社会の責任で解決していくために、介護の社会化という概念が生まれた。

## II. 在宅ケアの課題

多くの高齢者は、たとえおむつに包まれていようと、全面依存の状態であろうと、「できることなら住み慣れた地域で、親しい人に囲まれて暮らしたい」という願いがあり、重度の生活障害を抱えながらも、在宅生活を望んでいる人たちが多くなっている。

しかし、一方では介護する家族は、介護負担の増大から健康を損ね、精神的にも不健康になり、経済面、住宅面、家族関係に至るまで生活上の問題が多様化していることは周知の通りである。高齢者の生活は、家庭全体の生活の反映であり、ま

た、高齢者の状況が家庭のありようを左右しているということが言え、生活上の問題が深刻化し、複雑化している。在宅において高齢者や家族が望む生活を継続していくためにはさまざまな課題が存在する。そこで在宅ケアの課題を整理してみたい。

### 1) 介護の長期化、重度化

在宅においては医療機器の装着、病状管理の必要などの医療依存度の高い利用者が急増している。また、時間の経過と共に利用者の病状は悪化し、介護量が増大している。医療からの指示は非

常に多いが、その指示を受け止める家族の介護意識や、介護力によって、介護の状況が左右されてしまう。

### 2) 介護者の高齢化

在宅における介護者の年齢は高く、介護量の増大と介護の長期化によって介護者自身も健康を損ねている。こうした状況下では十分な介護もできず、介護不足となり、病状の悪化へと結びついている。

### 3) 家事機能の低下による生活障害の増大

高齢と共に身体的な衰えから、家事機能が果たせず、食生活の崩れ、不潔な生活環境などを招き、疾病の誘発、悪化、生活意欲の低下などの状況から生活障害が増大している。家事機能が低下することによって、家庭生活のリズムが狂い始め、家族の活力や労働力の再生産としての家庭の機能が果たせなくなり、家族の基本的な生活が崩れてくる。

### 4) 家族意識の欠落

家族が在宅で介護することに価値や意味を認めていない場合は、病人を邪魔者扱いして、何が何でも入院や入所の手段をとろうとし、利用者本人の状態よりも家族の都合が優先するという場合が多く見られる。こうした家族の態度は、病人の回復意欲の喪失にもつながることになり、そのうえ家族の消極的な介護の中では、介護に関する情報収集も当然不足し、その結果介護負担の軽減もできずに、介護量が増大し介護不足になり、病状が悪化するという悪循環が発生する。

### 5) 医療の支援不足

介護を必要としている高齢者や障害者は、何らかの疾病や障害を持っていることから、医療の必要性を抱えている。にもかかわらず医療とつながっていない場合が多く見られる。このことは利用者本人だけでなく、家族も介護に対して不安になり、精神的な負担感が強くなる。

また、病気や障害について、正しい理解が得られないことから、手当や介護の方法が不適切にな

り、病状の重度化につながっている。

### 6) 住宅構造の不備

在宅生活を継続するために、段差の解消、廊下、トイレ、浴槽、台所などの改善、改築、病室の整備などが必要であっても、費用の点や、家族の意識の問題などから改善がスムーズにできずに、自立の意欲が損なわれ、寝たきりの状態に結びついていることが多い。またこのことは、介護負担の増大につながる結果になる。

### 7) 経済基盤の脆弱化

病人を抱えたことにより、勤めを辞めざるを得なかったり、生活設計を変更せざるを得ない場合も多く見られる。収入も減少し、そのうえ医療費、介護費が増大し、ますます経済的には困難な状況になってしまう。また、経済的に余裕がないということは、介護用具、介護機器の活用が図れず、住宅改造などもできないことから、介護不足に結びつき、せっかくの自立への意欲を喪失してしまう結果になる。

### 8) 地域からの孤立化

身体機能が衰えたり、または身体的な障害を持つてしまった家族員を抱えたことにより、社会性を失い閉鎖的な生活になり、地域から遠ざかり、孤立してしまう場合が多く見られる。

地域から遠ざかることによって、ニーズの発見が遅れ、援助が手遅れになり、介護不足から病状の悪化、介護量の増大へとむすびつき、精神的な不安定さも伴い家庭崩壊の危険をはらむことになる。

このような課題が存在している。こうした課題を解決して、住み慣れた地域で親しい人に囲まれて自分らしく生きていきたいという誰もが持っている願いをかなえるための社会的システムとして浮上してきた政策が、介護保険制度である。そこで介護保険制度を中心にして、家族を支え行くためのサポートシステムについて述べることにする。

### III. 在宅ケアの家族支援システム

#### 1) チームケアの必要性

発生するさまざまな生活障害を解決して、誰もが持っている「自分らしく生きたい、そして住み慣れた地域で、親しい人に囲まれて一生を送りたい」という願いをかなえるためには、さまざまなサービスとさまざまのスタッフによるアプローチが必要になる。当然のことながら、複数のサービスが分野別にバラバラに提供されたのでは、非合理であるばかりではなく、受け手の人間性まで無視することになりかねない。これらのことからもチームによるトータルケアの必要性、重要性は言うまでもなく、このチームケアが介護保険制度の中核に位置づけられるゆえんもある。

#### 2) ケアプランの重要性

チームケアを効率よく効果的に展開していくためには、ケアチームのメンバーの合意が不可欠である。介護保険制度の第二のポイントはケアプランの作成である。

さまざまのスタッフによるさまざまなサービスの提供では、非合理であるばかりでなく利用者の人間性まで無視をしかねない。介護を必要とする人の生活の質を高め、最後まで人間としてのプライドを保ち、自分らしく生きていくための支援として必要になるのが、ケアプランである。「誰のために、何のためのサービスなのか」を明確にして、利用者を中心に置いて、チームメンバーが合意の基でケアプランの作成にあたることが重要であり、さらに、そのプランの実践者の合意も不可欠である。

#### 3) 実践力の質

介護を必要としている人のニーズに合致したケアプランを作成することによって、チームメンバーの役割が明らかにされるということである。ケアプランを実践する質の担保がなければ、ケアプランは絵に描いた餅になる危険性がある。チームとして有効なケアが提供されるには、実践者が

専門職としての知識と知識に裏付けられた技術、それらを具体化する力量を具備していることが必要である。

#### 4) 介護ニーズを顕在化するシステム

介護を重度化させないために、ニーズの早期発見、早期対応が重要になる。地域のニーズを収集するためにも、地域の生活を適切に見ていく人と場所の存在が不可欠になる。また、家族は生活障害を家庭の中に抱え込んでしまわずに、「援助」の必要性を声に出して表現していく姿勢が、家族の健康や家庭生活の崩壊を予防することに結びつくのである。

## 1-2. 家族支援における訪問看護婦・士の役割

### I. 家族支援における訪問看護婦・士の役割とは

訪問看護婦・士は、患者・家族が直面している問題を解決し、その家族として満足のいく生活を送ることができるよう専門的立場から援助する役割を担っている。その役割を果たすためには、下

表に示すように大きく分けて4つの柱とそれを遂行するための2種類のプロセスがあると考えられる。

#### POINT

4つの柱	2種類のプロセス
①疾病や障害のアセスメント、変化察知、増悪予防：疾病や人体への専門知識を持ち、患者・家族の説明をよく聞きつつ、患者の心身の状態把握、理解に努める ②ケアの提供：患者・家族が脇で注目し、他の専門職の助けがない状況下においても自信をもって看護ケア技術の提供をする ③インフォームドコンセント：患者・家族へ十分な説明をする ④療養環境整備：その人なりの生活の尊重、人権擁護、家族関係調整、ソーシャルサポートの導入、関係機関との連携等をする	1. 問題解決のプロセス：的確なアセスメントと介入プロセス 2. 人間関係展開のプロセス：患者・家族との信頼関係を構築するプロセス

家族支援のためには、4つの柱のいずれにおいても2種類のプロセスを踏まえることが重要である。

また、問題解決のプロセスと人間関係展開のプロセスの関係は、状況に応じていずれかが先行する場合、並行する場合があり、相互に関連しあつて不可分の存在である。例えば、訪問看護婦・士の看護ケア技術提供によって患者・家族の信頼が得られ、その信頼に基づいて患者・家族の心配や

悩みを相談されてより正しい問題解決が図れるというようなことである。訪問看護婦・士と患者・家族の間には、この2種類のプロセスが常にダイナミックに機能している。家族を支援する訪問看護婦・士は、4つの柱の遂行にあたり、タイミングよく2種類のプロセスを展開することが重要である。

以下に4つの柱に含まれるいくつかの役割について、具体的な遂行方法を示す。

### II. 役割遂行の展開

#### 1) 病気や障害の状態の観察・把握、必要なケアの提供

##### 〈背景〉

看護職が免許を有しているそもそもその所以にかかる役割である。

まずはこの役割が担えるからこそ患者・家族からの訪問看護婦・士への要請がある。

家族は訪問看護婦・士のように多くの病人を経験しているわけではなく、病気や障害に対する予備知識がないので、具合が悪くなった場合に困る、

なんとなく心細いなどの不安を抱えがちである。「病院に入院していれば安心」神話や「せめて最後は病院で手厚く看護してもらう」神話など、病院に対する期待はまだ高い。訪問看護婦・士は要介護者の状態を捉え、専門家であるからこそできるケアの提供をする。そのことが家族の安心感を生み、在宅ケアへの意欲を強化し、訪問看護婦・士への信頼を高める。

自宅で療養する人とその家族にとって、訪問看護は医療との接点である。これに信頼がおけることが在宅ケア推進の大きな支えとなる。反対に訪問看護婦・士が患者・家族の信頼や依存に甘え、自己にも甘くなることがある。正しい判断ができるかどうかは自己採点あるいは訪問看護ステーション内に評価体制を整えるなどして、常に点検しておくことが大切である。

- § 訪問看護婦・士はその専門知識のもとに病気の状態や障害の程度を把握する。
- § その際、家族から語られる患者の普段の状況を聞き逃さない。家族は話を聞いてもらえることで満足し、訪問看護婦・士にとってはアセスメントの貴重な判断材料となる。
- § 悪化や軽快の兆候を見落とさない。
- § 訪問看護婦・士は毎日観察しているわけではなく、見落とせば次回の訪問まで観察する機会がないので、細心の注意で行う必要がある。
- § 変化の兆候を把握したら、少なくとも次回訪問までの間に起こると予想されることやその対処方法を家族と打ち合わせておく。このことを的確にできることが家族との信頼関係構築に重要である。
- § 必要と判断した場合には主治医や関係機関との連絡や打ち合わせを積極的にする。主治医をはじめとした関係機関と連携していることが実感されることで、訪問看護婦・士への家族の安心感、信頼感も増す。

§ 専門的な看護ケアを提供する。施設内と違って家族は訪問看護婦・士のすることをよく観察している。失敗や苦痛を与えることは極力避けねばならない。

## 2) 心身の状態や服薬の内容・方法の説明

### 〈背景〉

訪問看護婦・士が訪れるのはほんのわずかな時間であり、残りの時間は家族だけで過ごす。わかっていても家族だけになると確認を取りたくなり、助けてほしくなったり、不安になりやすい。ましてや痴呆症状がひどい場合などには、病気や症状への理解不足から家族も傷つき、悩み、その結果が場合によっては被介護者への暴力、無視になって表出される。心身の状態を十分に説明してもしたりないということはない位である。繰り返し説明されかつ励まされ、思いを支持されることによって家族にも少しづつ自信がついてくる。説明する事柄を訪問看護婦・士自身が熟知していないと説明がわかりにくくなるので、日ごろの研鑽が重要である。

- § 訪問看護婦・士は把握した患者情報をできるだけわかりやすく家族に説明する。
- § 家族の被介護者の状態や症状に関する不安、家族に不足する知識情報を察知し、具体性を持って説明する。
- § 痴呆症状が多少なりともある場合は、特に丁寧に説明する必要がある。
- § 家族は主治医への質問は控えがちなので、服薬の目的や方法などの説明も主治医との連絡のもとに十分に行う。
- § 病状安定と判断される場合には一定期間ごとに、急変したと判断される場合にはその都度、主治医と連絡を取り、説明に食い違いがないようにしておく必要もある。
- § 薬剤師の訪問がある場合には連携して服薬指導をする。

## 3) 看護・介護方法の教育

### 〈背景〉

家族と暮らす高齢者に訪問看護婦・士が直接的ケアを継続的に提供することは、特別な看護技術を必要とするもの以外には少ない。高齢者自身のセルフケア能力を高める方法、基本的日常生活行動の介護の方法などを家族に対して指導し、家族が自信を持って取り組めるように援助することが大切である。家族によっては知恵を働かせ、工夫をして介護しているケースがある。そのような見聞を次のケースに生かすことも大切である。

- § 要介護者には生活する上で必要な動作などの訓練など、セルフケア能力が高まることを目指した働きかけをする。
- § 家族もその意味とやり方を理解し、継続的に行えるよう指導する。
- § 家族には食事、排泄、移動、保清などの基本的日常生活行動への看護・介護方法についてわかりやすく説明し、生活の場でうまく取り入れられるような方法を指導する。
- § その要介護者に特異的な看護・介護について、生活の場でうまく取り入れられるような方法を指導する。
- § 看護や介護に臨む意欲、説明への理解度などは家族ごとに差がある。また家ごとに上手なやり方のための工夫が求められる。訪問看護婦・士は、家族と共に工夫し、その家にあった方法を開発する。

#### 4) 社会的なサービスの説明

##### 〈背景〉

訪問看護婦・士はその地域にあるデイサービス、デイケア、ショートステイ、ホームヘルパーなどの社会的なサービスの具体的な内容について熟知しているはずである。一方で家族は、まずは社会規範などからサービス利用に対する抵抗感を持っており、社会的なサービス情報に接する時期が遅れがちになる。訪問看護婦・士はその地域にあるサービスについて正確な情報を伝える役割を持っている。また、そのためにも最新の保健・医

療・福祉情報を収集し、サービス内容を把握する努力をする必要がある。

- § 訪問看護婦・士はかかわりの早い段階で社会的なサービスについてその目的や内容を説明し、具体的な情報を持っていることを知らせ、いつでも情報提供できる存在であることを伝えておく。
- § 家族が情報を求めてきた場合には、可能な限り具体的に持っている情報を提供する。
- § 介護保険発足後はまずは介護保険申請の意義を説明し、ケアプラン作成の参考になる情報提供を心がける。

#### 5) 思いの受けとめ

##### 〈背景〉

生活の場—そこに常時存在するのは、療養する人、主たる介護者、それを取り巻く家族である。それは、その家の歴史、好みのライフスタイル、思い出、これまで築いてきた人間関係などの文脈の延長のもとに療養しているところの高齢者とその家族である。訪問看護婦・士から見ると、ある場面では高齢者が遠慮し過ぎているように思え、ある場面では家族が献身的過ぎるように思えることもある。しかし、訪問看護婦・士はその家族の文脈を十分に尊重し、家族それぞれの気持ちができるだけ安定することを大切に考える。拡大家族の存在、嫁という立場、同居を始めて間がない場合、主介護者が仕事や趣味でも“はり”を感じている場合、伝統的家族規範に縛られている場合などは、さまざまな心理的葛藤のもとにあると思われ、簡単には外部から口出しできないものである。そうした場合、家族は語るだけ、聞いてもらえるだけ（答えやアドバイスは要らない）で気持ちが落ち着いて介護へのエネルギーが湧いたり、違った角度から物事を見ることができて大変さが半減することも起こり得る。まずは話し相手として認知されること、そして聞き役になることが大切である。

- § 訪問看護婦・士は一方的に訪問する側が

計画した仕事をしにくる人という印象を与えるよう、余裕を持った態度で訪問する。

- § 相手が思いを語る場合には、カウンセリングの基本をわきまえて傾聴、反復、支持し、相手の感情表出を助ける。
- § 訪問看護婦・士はその過程で家族員一人一人の思いを洞察し、心の中で整理する。
- § 家族員間の利害が相反する場合や一堂に会して家族員からの話が聞けない場合には、そこにいない人の言葉の伝え方に細心の注意を払う。

## 6) 家族関係等の調整

〈背景〉

高齢者介護という問題が発生した時、親族も含めた家族員間のさまざまな葛藤が意識され、時には顕在化する。高齢者は、ある者にとっては親であり、ある者にとっては舅・姑であり、ある者にとっては配偶者である。それぞれにとって特別の人であるが、立場が違えば過去の関係にも違いがあり、高齢者介護に臨む姿勢にも差が生じる。訪問看護婦・士はそのような葛藤や食い違いによって療養環境にマイナスの影響が及んでいると判断した場合は、日ごろの関わりの文脈の中で、あるいは時宜を捉えて提案し、当事者同士が解決できるよう援助する。

- § 訪問看護婦・士は、いろいろな家族員からの話に十分に耳を傾け、内容を整理して把握する。
- § 必要に応じて整理した内容を提供し、家族員自身がみずから納得できる考え方への道筋をつけるのを助ける。
- § 可能であれば、家族員を複数召集し、家族員同士が思いを話す機会を設定する。
- § 当事者同士で話し合う場を設定した際には、各メンバーの気持ちが表現できるよう、話の筋道が維持されるよう進行役をとめる。

## 7) 人権擁護

〈背景〉

要介護状態となった高齢者は、意思決定の場から除外されるなどとかく人権を無視されがちである。そのような弱い立場の高齢者が無視、放置、暴力などの虐待の被害者とならぬよう予防する。訪問看護婦・士は真っ先に虐待に気づくことのできる立場にあり、気づいた場合には、虐待する家族の気持ちも汲み取ると同時にすぐには解決できないと判断される場合は、何らかの対処方策を導入する。

- § 訪問看護婦・士は高齢者介護には虐待が発生する場合があることを念頭におき、被介護者と家族との葛藤、家族間の葛藤をできるだけ解消するように接する。
- § 訪問看護婦・士は虐待に早めに気づくよう心がける。
- § 虐待の兆候に気づいた場合には、他のサービスメンバー（ホームヘルパー・保健婦・医師・PTなど）と連携し、事実の確認と虐待の進行防止方策を検討する。
- § 確実な虐待に気づいた場合には、早急に解決できかどうかをすばやく判断し、できないと判断した場合には社会資源の導入、高齢者の避難、他の職種との連携などの対処をする。

# 1-3. 家族のアセスメント

## I. 家族アセスメントにおける留意点

### 1) 家族の多様性を認め、家族アセスメントの本来の目的を見失わないこと

あらゆる対象に対する看護過程は、まずアセスメントから開始する。それは、看護の対象を理解し、その対象が抱えている問題とそれに対する看護ニーズを明らかにするためであることは言うまでもない。しかし、家族を対象とする看護過程では、アセスメントの範囲が高齢者を含む家族という複数の人間から構成される集団であるため、問題が複雑で、しかもそれぞれの家族成員の個別のニーズが異なっていたりすると、家族全体のニーズを把握して適切な援助を行うためのアセスメントであるという本来の目的を見失いがちになることがある。なぜなら、家族アセスメントの範囲は、単に療養中の高齢者の問題にとどまらず、介護を担っている家族の問題、さらに家族の人間関係上の問題、また、それらを取り巻く家族の環境のもの問題にまで広がってくるため、様々な問題が同時に存在し、それらが互いに影響し合って、その家族固有の問題となって表れていることが多い。

すなわち、家族の問題は個別性が強く、それらの問題を抱える家族の多様性をまず認めることができなければアセスメントはできない。その上で、その家族に固有の問題を明らかにすると共に、それらの問題間にある互いの関係性を見出していく過程から、その家族がもっている眞の家族援助ニーズを抽出していくことが家族アセスメントの目的であることを確認したい。

### 2) 家族アセスメントと援助は切り離せないこと

看護過程では、アセスメントは援助のための前提となっている。しかし実際には、アセスメントと援助との間に区別はつけにくいのが現状である。とくに家族を対象とする看護では、高齢者の

看護を優先しながら、同時にその中で起こっている家族への影響や問題の派生の仕方を次第に明らかにするという手順を探らざるを得ない。しかも、家族アセスメントの過程は、訪問看護婦・士と共に家族が自分たちの問題を知る過程ともなり得るのである。

従って、家族に面接し、じっくり話を聞くというような家族アセスメントの過程自体が家族への援助となっていることが多い、家族アセスメントと援助とは決して切り離せないと考えた方がむしろ現実的であろう。

### 3) 家族アセスメントとは、家族と共同作業で家族の抱える問題の解釈を行うこと

家族という集団のアセスメントは、個人のアセスメントとは異なり、決して単純ではない。しかし、家族が自分たちの問題をどう捉え、どう対処しようとしているのか訪問看護婦・士と共に振り返ったり、自己洞察をすることによって可能になる。それは、決して家族だけでも、また、訪問看護婦・士だけでもできないものであり、「共同作業」が必要である。そのためにも訪問看護婦・士は家族との信頼関係をつくることが不可欠となることは言うまでもない。

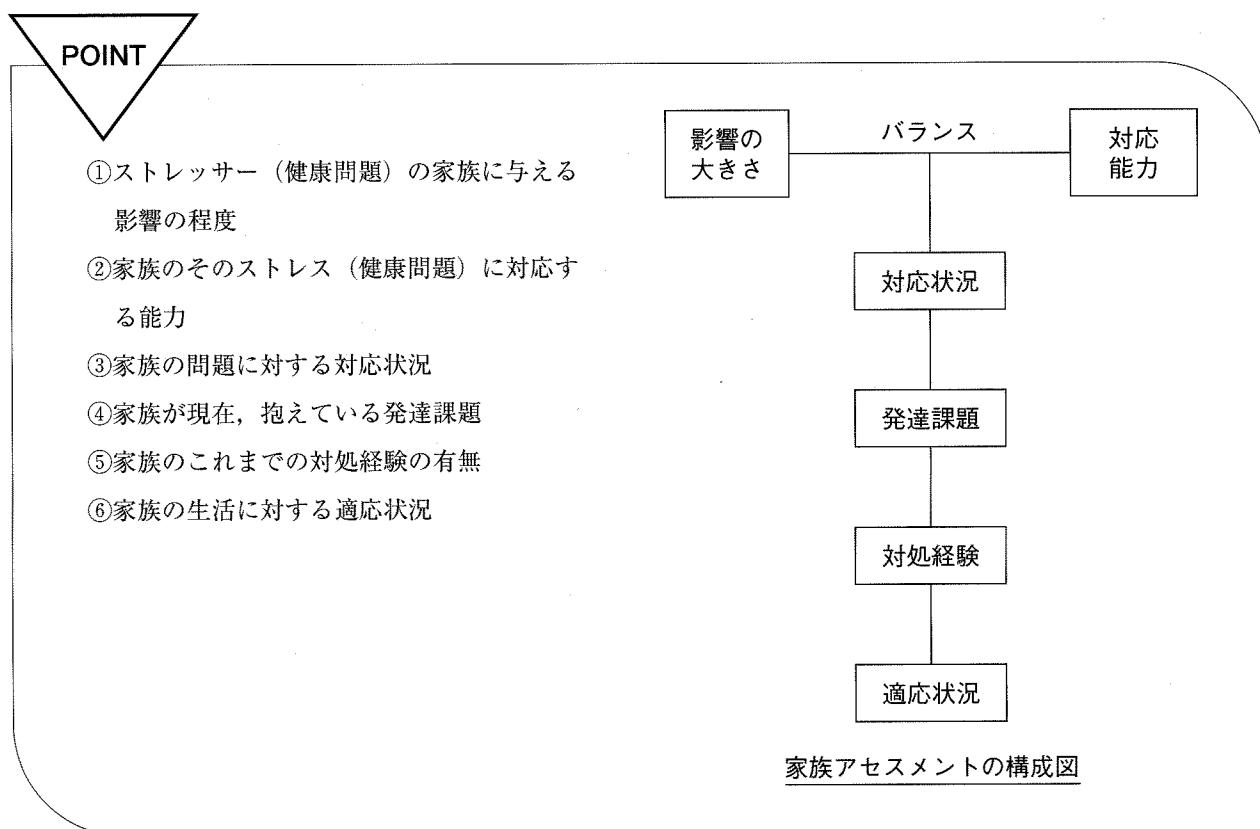
また、その家族アセスメントの過程では、いくつかの情報を単に収集するだけではなく、それらの情報や事実をつなぎ合わせ、構造化して考える「問題の解釈」という重要な作業が必要である。それによって初めて家族アセスメントが完成する。

## II. 家族アセスメントの構成要素と構成図

家族援助では、いつもまず、その家族の今、抱えている問題（在宅の場合、高齢者の健康問題とそれに対する介護というストレッサー）の大きさとそれに対する家族の対応能力のバランスの結果から、その家族の負荷が決まると考える。次に、そのようなバランスの中で、一体どのように家族が実際にその問題に取り組んでいるのかという対応状況、また新たな生活への適応状況を把握する。さらに、家族アセスメントでは、その家族の現在、抱えている発達課題は何か、これまでの家族とし

ての対処経験の有無を加える必要がある。それらは、家族の生活に対する適応状況に影響を与えるからである。

これらのアセスメントの6つの構成要素とその構成図を下記に示す。しかし、この6つの構成要素の順序は、決してアセスメントの時間的な手順を示している訳ではない。むしろ、最後に示す適応状態は、最も早く知ることが必要なものであることを強調したい。



## III. 家族アセスメントの内容

このような家族アセスメントの構成に従って、どのようなアセスメント内容が含まれるかについて、詳細を次の表に示す。

ただし、これらの内容をすべてアセスメントに含めるということではないことを強調したい。援助の対象である家族について、得られる情報内容

は、極く限られている現状の中で、アセスメントを実施する場合、それぞれの構成要素の中で、これらの内容から把握が可能であるということを示したものである。また、家族の対応能力は、家族の構造的な側面と機能的な側面に分けて示している。

## 家族アセスメントの構成と内容

明らかにすべき基本的な問題	アセスメント構造	アセスメント内容	具体的な内容・根拠
1. ストレッサーが家族に与える影響	(1) 健康問題の全体像	①健康障害の種類 ②健康の段階 ③日常生活力 ④家族内役割の遂行能力 ⑤経済的負担	体のどの部分にどのような性質の障害が起こり、全身にどのような障害がもたらされているのか その健康問題はどのような段階にあるのか、また、将来、どのような問題が予測されるのか 生命力を維持する力（呼吸・循環・体温調節）、日常生活を維持する力（運動・休息・食事・排泄・清潔・衣）、社会との関係を維持・発展する力（労働・性・環境調節） 患者がそれまで果たしていた家庭内の役割をどの程度遂行することができるか
2. ストレスに対応する家族の能力	(2) 家族の対応能力	1) 構造的側面 ①家族構成 ②職業 ③家族成員の健康状態 ④健康問題に対する関心・理解力 ⑤生活習慣 ⑥経済的状態 ⑦住宅環境 ⑧地域環境 2) 機能的側面 ①家族内情緒関係 ②コミュニケーション ③相互理解 ④家族の価値観 ⑤役割分担 ⑥勢力構造	家族成員の性、年齢（家族の発達課題の明確化、セルフケア力、体力など家族の能力査定）、同居・別居の別、居住地 各家族成員に対して職種・職位・勤務形態、家族が患者の世話をために確保できる時間、両立できるのか 体力・治療中の疾患、家族内に健康問題が重複すると家族ストレス累積するため、最も重視すべき視点 家族が実際にに行っている保健行動（予防接種、健康診査を受けているか、日常生活上健康を守る工夫がされているか自分達に適した方法を判断できるか）によって捉える 生活リズムが規則的か、食生活に栄養の偏りはないか、清潔な衣類や快適な室内環境が維持されているか家族の団らん等楽しい時間はあるか 患者が生計の中心であった場合は患者の収入に代わる経済基盤をどの程度確保できるか 療養するのに十分な部屋の広さはあるか、日当たり、段差の有無、交通の便、保健福祉サービスの状況、地域の価値観、買い物や通院が容易にできるか 愛着（愛情・同情・共感）一反発（憎しみ・怒り・嫌悪）関心一無関心 会話の量・明瞭性・共感性・スキンシップ・ユーモア 患者一家族成員間　家族成員間　相手の立場で感じていることを感じ取る能力 生活信条・信仰　その家族が最も大切にしているもの、それらの価値観をめぐって家族間の葛藤はないか 役割分担の現状、家族内の協力や柔軟性 家族内のルールの存在、柔軟性、キーパーソン
	(3) 家族の発達課題		健康問題への対応によって家族の発達課題の達成が阻害されていないか
	(4) 過去の対処経験		過去の経験を通じて健康問題に関する判断能力を高め、ストレス耐性を強めるなど家族の対応能力の査定に役立つ
3. 家族がどのようにその問題に対応しているか	(5) 家族の対応状況	①患者・家族成員のセルフケア状況 ②健康問題に対する認識 ③対処意欲 ④家族の情緒反応 ⑤認知的努力 ⑥意見調整 ⑦役割分担 ⑧生活上の調整 ⑨情報の収集 ⑩社会資源の活用	家族成員一人一人の日常生活での運動・食事・休息等への取り組み、予防的な健康診断、早期受診等保健行動の状態 健康問題がもたらす困難性を現実的に認識できているか、その健康問題の家族にとっての意味が適切に認識できているか 各家族成員の言動から現状を把握する どのような情緒反応（不安、動搖、ストレス反応）をどの程度起こしているのか、またその状態をどのように受け止めどう脱却しようとしているのか 価値の転換、認識状の転換、そのストレスを意味のあるものとして解釈する 個々の家族成員の認識を共有する　家族としての意志決定へのリーダーシップ 介護・養育技術の獲得状況、柔軟な役割配分の調整など家族内協力の現状 無駄な出費を抑える、職場の理解や協力をとりつける、効率的に家事、仕事をこなす 情報化社会の中でいかに自分の家族にとって有益な情報を選びとっているか 社会資源の活用状況、それらの社会資源導入によって家族内部のセルフケア機能が高められているか
	(6) 家族の適応状況	①患者・家族の心身の状態 ②家族の日常生活 ③家族内の人間関係	家族成員にストレスによる精神的、身体的健康問題は生じていないか 家族成員の生活リズムに健康障害につながる乱れはないか（息抜きや自分のための時間の有無、十分な睡眠時間）、家族の生活の質の低下はないか 家族成員間の情緒関係の変化（患者一介護者の緊張、家族成員間の役割分担をめぐる葛藤等）

## IV. 家族構成図（ジェノグラム）の描き方

### POINT

家族アセスメントのための家族構成図は、従来から家族の構造的側面を一見して理解できるように表すために用いられてきた。しかも最近では、いくつかのシンボルを用いることによって家族成員間の関係性を示すことも試みられている。それらのシンボルとその意味を下記に示し、1家族について例示する。

性別：男性□、女性○、性別不明△

死亡：性別の枠の中に×、あるいは黒く塗る

夫婦関係：横線で結ぶ

親子関係：夫婦関係の横線から縦線を引く

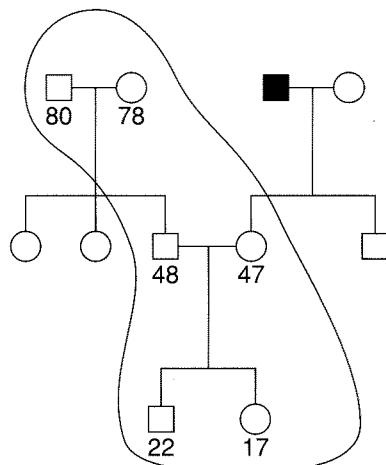
きょうだい関係：並列に並べる

離婚や断絶：夫婦関係の横線に二重の斜線を入れる

密着関係：二重線、三重線

葛藤関係：ギザギザの波線

同居家族：同居している全員を丸で囲む

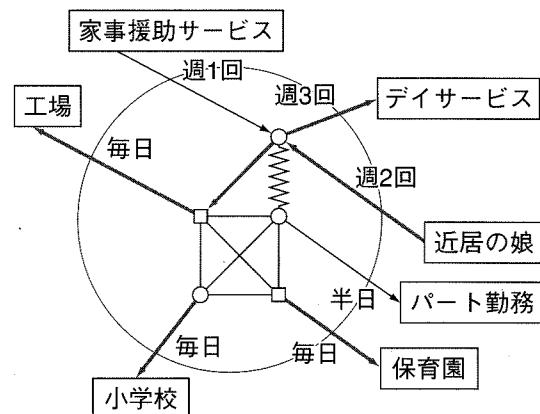


## V. 家族環境図（エコマップ）の描き方

### POINT

家族とそれを取り巻く環境との関係を示す図であり、家族システムと環境システムとの交流を図示するものである。とくに地域での家族の社会資源・サービスシステムの導入の状況などが分かりやすく、他職種が関わる場合に便利である。家族構成図と同様に外部との関係性の強さを線の濃淡、あるいは重線の数で表す。

右に1家族について例示する。



## VI. 家族アセスメントの方法

以上のような様々な情報を得ていきながら次第に家族アセスメントを完成させていくわけであるが、その過程では、次のような段階に沿って行うことが必要である。

### 1) 家族成員一人ひとりの援助ニーズを明らかにする

①家族成員とくに高齢者自身や主な介護者となっている人に深刻な不適応が生じていないか

②今後、それらの人々に不適応状態に陥る可能性がどれほどあるか

### 2) 家族成員個々の状況と家族の関係性におけるニーズを明らかにする

①家族の関係性による不適応状態が生じていないか

②今後、家族の関係性による不適応に陥る可能性はどれほどあるか

### 3) 家族全体にとってのニーズを明らかにする

①家族全体の生活に歪みが起きていないか

②今後、家族全体の生活に歪みが起きる可能性はどれほどあるか

### 4) 家族の援助ニーズの背景要因とその関連性を明らかにする

①現在、生じている不適応状態、あるいは予測される不適応状態は、どのような家族の対処上の問題から生じているのか

②その家族の対処上の問題は、どのような背景要因から生じているのか

## VII. アセスメントから家族看護計画の立て方

以上の家族アセスメントの方法から家族の抱えている問題がどのようなものであり、その問題の発生している背景要因は何かまでが明らかにされる。次は、それをさらに看護計画として具体化しなければ援助ができない。

家族看護計画の立案には、次に示すような手順が必要である。

### 1) 家族アセスメントからその家族に固有の問題とニーズを抽出する

2) 家族ニーズに対する「援助仮説」を立てる

3) 援助仮説に従って家族看護計画を練る

4) 家族看護計画に沿って援助を試みる

### 5) 援助しながら援助仮説を確かめ、看護計画を修正する

ここで用いている「援助仮説」とは、ニーズが生じている背景と要因を見いだし、それらに対して可能な援助についての仮説であり、その立て方は、前述したが、次のようになる。

#### <援助仮説の立て方>

##### 1) どの程度、援助を必要としているかの判断

①深刻な不適応状態が生じていないか

②不適応状態に陥る可能性がどのくらいあるか

### 2) 家族ニーズの生じている背景の分析

①背景にある家族の対処上の問題は何か

②家族の対処に関わっている要因は何か

### 3) 援助仮説を設定する

4) 現在、最も必要であり、また最も適した援助方法を選択する

### 5) 修正が必要な展開では柔軟に修正

ここで、援助仮説は、仮説である以上、常に正しいとは限らず、むしろ仮説通りに援助がうまく展開しないときは、柔軟に変更する方が家族援助にとって望ましいことが多いことを強調したい。

以上、家族アセスメントの内容、方法、手順について概説してきたが、これらを家族アセスメントを単にマニュアルとして用いるというのではなく、家族アセスメントの考え方の基本として常に認識し、また確認しながら家族援助に活用し、家族の真のニーズに合った援助を展開することが重要である。

## 1-4. 一般的な在宅療養の流れ

高齢者が在宅療養を開始する場合には次の2つのパターンがある。第一のパターンは脳卒中、肺炎、骨折等の急性疾患を発病し、あるいは慢性疾患の増悪のため入院治療を受け、退院時に後遺症や入院生活に由来するADLの低下、寝たきり状態の発生等を理由に退院後も医療やケアが必要となった状態である。第二のパターンは関節リウマチ、糖尿病、痴呆症、寝たきりなどの加齢に伴う慢性疾患のため外来受診を継続していたが徐々に心身の機能低下により外出困難となり、在宅での医療ケアニーズが高くなった状態である。換言すれば、前者は入院契機型、後者は在宅継続型と表現することができよう。図に在宅継続型と入院契機型の在宅療養の経時的な変化を示した。いずれの場合も急性疾患発症時や症状増悪期には医療ニーズが高くなり医療機関に入院して急性期の医

療を十分に受け、症状が改善し、安定状態に至ると退院して在宅療養に移行する。場合によっては老人保健施設等を経由することもある。特に高齢者の場合、基礎疾患や疾患の重複などが存在し、入院の契機となった疾患の症状が改善してもADLが十分に改善されず、このため在宅への移行が円滑に進行せず社会的入院となってしまうことが問題となってきた。

在宅での生活を支援するサービスシステムとして介護保険が平成12年4月からスタートするのはこのような課題の解決を目指したものである。医師の外来受診あるいは訪問診療に加え訪問看護、訪問介護、訪問入浴、訪問リハビリテーション、デイサービス、ショートステイ等を導入することで多くの患者が在宅療養の継続が可能となると先駆的研究により期待されている。

### I. 訪問看護の導入期

訪問看護の導入期は、退院後で看護ニーズが高い場合と在宅療養であるが心身の機能低下から在宅での看護ニーズが高くなった場合である。家族の介護力が低い場合には先行して訪問介護が導入されている場合もある。この訪問介護の導入は地域特性、慣習などに強く影響を受ける。

在宅療養では①医療②生活③リハビリテーションの組み立てがその基本となる。医療以外の部分について①家族だけで遂行する②訪問看護サービスを導入する③訪問看護サービスと訪問介護サービスを導入する④入浴サービス・訪問リハビリテーション等も導入する⑤デイケア、短期入所も導入する。など、その状況は家族の介護力との兼ね合いで判断することになる。高齢者の場合は多くのサービスを同時に新しく導入するとむしろ混乱が生じ、症状が悪化することもあるので慎重に段階的に導入するよう配慮したい。入院中の患者

では退院計画が整った段階で病院の主治医、受持ナース、ケースワーカー、家族等によるカンファレンスに訪問看護婦・士も積極的に参加し、外泊訓練やケアプランに関する情報を得る。退院時およびその後の病状予測や家族の介護力に基づき必要とされるサービスや介護機器の利用等を調整することになる。入院していない場合は初回訪問看護時に上記の作業を開始する。導入期は家族がもつ訪問看護サービスへの期待と不安、訪問看護婦・士のもつ家族の介護力・理解力等の把握など、正確な理解のために互いに言語化して情報を十分に伝え合うことが大切である。これらの情報交換の手段として家族、ヘルパー、ナースが共同で記入できる連絡ノートを用意するとよい。

家族の意思尊重のもとにケアチームを決め家族の主介護者とケアチームのコーディネーターを決めておくことは長期化する在宅療養の過程で、問

### 在宅療養者への訪問看護・訪問介護サービスの経時的变化

ケース1 慢性関節リウマチ  
70歳女性

ケース2 脳血管障害  
64歳男性

<1期>

外来受診しながら自宅療養



医師訪問診療 1~2回/月  
ヘルパー 1~2回/週

<2期>

膝・足・手関節障害  
により日常生活に介護を要す



医師訪問診療 1回/週  
ヘルパー 3~4回/週

<3期>

さらに  
入浴介護を要す



胸部圧迫骨折にて  
2ヶ月入院



訪問診療 1回/週  
訪問看護 1回/週  
ヘルパー 1回/日

<5期>

退院  
ほぼ寝たきりの生活



<6期>  
インフルエンザにより  
入院

<1期>

脳卒中により入院



訪問診療 2回/月  
訪問PT 1回/月  
訪問看護 1回/週  
ヘルパー 3~4回/週

<2期>

退院 右片麻痺  
移動・食事・排泄・入浴に介護を要す



訪問診療 1回/月  
訪問看護 2回/週  
介護は家族、入浴サービス 2回/月

<3期>

右片麻痺（在宅リハビリ）  
移動・食事・排泄・入浴等の介護を要す



訪問診療 1回/月  
訪問看護 2回/週  
デイサービス 1回/週

<4期>

右片麻痺（在宅リハビリ）  
移動・食事・排泄・入浴等の介護を要す

題発生時の対応が容易となる。

在宅療養者の病態は、特に予後不良の疾病やターミナル期の場合がある。守秘義務の範囲例えば病名告知の有無や家族関係などを主治医および

家族と協議し、ヘルパー等他の専門職に対しての守秘の範囲をカルテや看護記録上に明記しておくとよい。さらに訪問看護の際の医師の指示書の内容、看護計画およびその実施、次回の訪問までの

注意事項、家族・患者の要望等を複写式用紙に記入して相互に保管すると記録が共有される。

ケアプランが作成されている場合にはこれに従って車椅子やベッド等の介護機器の利用などがどの範囲まで可能であるのか、介護医療・福祉のサービスはどこを利用したいのか、本人と家族の意向を尊重し決めていくことが大切である。なお、ケアマネージャーによる面接調査が行われていない場合にはその申請方法を家族に教示する。介護保険は市町村・特別区の単位の運営であるので、申請窓口は市町村・特別区の高齢福祉課などである。なお、介護保険制度による介護医療や福祉サービスは作成されたケアプランに沿って申請時に逆のぼり適用可能であるので、早期の申請が望まれる。ケアプランは6ヶ月毎に見直しが行われる点も留意したい。すなわち6ヶ月間は作成されたケアプランによることになる。ただし、介護認定に対し意見がある場合は申し立てをすることができる。

高齢者の訪問看護は医師の指示書に基づくものである。この場合の多くの医療・看護サービスは介護保険法による介護医療サービスによる給付で

## II. 病状安定期

病状安定期とは介護担当の家族・ヘルパー、医療担当の訪問診療・訪問看護等のシステムが一定のリズムを整え、これにより高齢者の病状が安定し、在宅での生活リズムが安定するようになった状態である。すなわち図のケース1の2期から3期、ケース2の3期から4期に相当し、医療的には定期的な訪問診療や訪問看護による医療処置、薬剤等の受け取りのための家族/ヘルパーによる外来代理受診、ヘルパーによる訪問介護と家族による介護の組み合せによって高齢者の生活が安定

あるが、急性疾患罹患の場合は医療保険による給付による場合のある点も両者で共通理解することが大切である。それにより自己負担の額が異なる。介護保険によるサービスはケアプラン以内であれば1割の自己負担で利用できるがこれを外れるものは自己負担となる。

ヘルパー等の訪問介護導入は伝統的、慣習的、地域文化的な考え方方に大きく影響を受ける。すなわち「姑の面倒は嫁の役割」とする考え方を本人も家族ももっている地方や家族においては訪問介護の導入は困難である場合が多い。このような事例の場合在宅療養をはじめる段階では本人と家族の考え方を最優先する。一般に高齢者が1人暮らしの場合や家族が勤務のため週日は日中不在である場合は訪問介護の導入は受け入れやすいが、子育て中であっても専業主婦が家族内に存在する場合は親戚や世間体を考えその導入が困難となる例が多い。この様な状況でも訪問看護は医療であるためその受け入れの抵抗感が少なく導入しやすい。退院後1~2週間は家族が頑張りすぎる傾向が強い。この点もしっかりアセスメントしておくことが大切である。

した状態の維持が可能な時期である。

高齢者はこれで在宅での療養生活が継続できることに安堵感をもつが、家族はこのような介護生活の終わりの見えない状況に不安感と負担感をもちはじめる時期もある。

定期的なショートステイを活用、介護者の集いなどへの参加、家族の介護の取り組みを評価し励ます、必要な場合は家族関係の調整、訪問メンバー交代時の同行訪問、必要時のケアカンファレンス開催などが在宅療養の継続に役立つ。

## III. 病状悪化期

病状悪化期とは、療養中の病態が進行、あるいは骨折・インフルエンザなどの新たな発病により

入院加療を要するような医療ニーズが高くなった状態である。すなわち図のケース1の4期および

6期に相当する。病状悪化に至った経過についての各チームメンバーからの情報収集、病状の的確なアセスメント、主治医への連絡・訪問診療、入院適否の判断と決定、病態に見合った適切な医療機関の選定とベッドの確保、家族の不安や心配への対応、入院準備、新たな社会資源の活用も含め

## IV. 終末期

終末期は医療がもはや生命維持あるいはその改善に有効ではなく、死期が具体的に予測され、その準備にとりかかる状態である。家族がはじめて終末期の患者をもつときはとりわけはじめての体験が次々に展開されることになる。具体的には以下の項目について特に家族を支える役割が看護職に大いに期待される。

死の準備教育、在宅死か病院死かの選択とその迷う過程の受容、病院への入院、入院に備えてのバックベッドの確保、在宅死の状況と家族の役割、家族が信頼できる往診医の確保、具体的な末期ケアおよび観察の方法と連絡の方法、家族間の意思の統一を図る、24時間の介護力の確保、専用の病室スペースの確保(個室など)、物品整備、電話による相談体制の確保、最後の時間を一緒に過ごすことによる思い出づくり、などである。

## V. 入院を契機とした在宅療養の場合

### ①入院開始時

高齢者が転倒事故あるいは急性疾患の発病あるいは慢性疾患の増悪期に治療を目的に入院した場合は、入院時から退院計画を家族と協議しておくことが重要である。入院中は治療に専念するとともに、日常生活動作の維持すなわち筋力の低下防止や精神活動の維持に努めるよう本人および家族とともに日課の計画をつくり、在宅の時の一日の過ごし方を参考に無理のないレベルから毎日実践するように動機づける。

高齢者が1日中ベッドの上で臥床する状態を継続すると筋力は1日に数%ずつ減少することから

今後の方向性についてチームメンバー間で意見交換、などの対策が必要となる。ともあれ、家族は日々の介護から自由となり医療管理下にあることで安堵感をもつが、入院先への定期的な訪室、主治医・担当ナース・ケースワーカー等と連絡を定期的にとることに心がけることが課題となる。

終末期に至った段階で、家族が判断すべき最も重要な点は、延命治療を行うかどうか。行った場合、行わなかった場合の利益と不利益を家族が事前に十分検討できるように情報の提供が必要となる。終末期は医療よりもケアが中心で、栄養・水分・呼吸・疼痛緩和・排泄・清潔管理等ケアを主体とした活動が中心となる。近年の緩和ケアの取り組みが参考となろう。

患者の死後に残された家族は肉親を失ったことの喪失感と終末期を本人と家族にとって別のもっと良い方法で過ごせたのではないかという後悔の念に襲われるものである。また悲しみを十分に表出できることはその後の家族の日常生活への適応過程を促進すると言われている。残された家族が日常生活上に困難を覚えなくなる段階まで遺族ケアが必要である。

1週間の継続で相当量の筋力低下を招きもし1ヶ月も同じ状態で過ごした場合は自律神経も失調を来し寝たきり状態となることは良く経験されていることである。また高齢者は環境への適応能力も減退し、病院の入院という生活環境の変化は精神活動にも大きく影響し、夜間せん妄などを生じやすい。病室でのドアに対するベッド位置を在宅時の情報をもとに変更する配慮も必要である。病棟の看護記録で、入院後毎日著変なしであった高齢者が入院時には歩行入院であったのに退院時には車椅子となる例の多い状態の改善も看護に課せられた課題である。以上のように、入院時は在宅時

の生活情報に基づき、生活習慣の継続性に配慮した看護を組み立てることが退院時の継続看護・在宅療養への円滑なバトンタッチとなろう。

### ②退院計画時

退院日程の予定が決まった時点で退院後の訪問診療・訪問看護・訪問入浴・デイケア等の利用、介護用具の準備について本人・家族の参加をもとに病棟看護婦・士・主治医・ケースワーカーが訪問看護婦・士等との調整の会を病院内で開催する。このような会の開催が困難な場合は訪問看護婦・士は退院前に家族と面談し退院後に必要な介護用品および医療用具の準備や利用できるサービスの手続きを状況に応じて説明しておくことと病棟看護婦・士から退院サマリーを受け取ることと

退院後の主治医との連絡をとることなどに取り組む。退院後に訪問看護を導入する場合には多くの場合医療機関から訪問看護ステーションに連絡が入ることが一般的である。高齢者の居住地が入院中の病院から離れており、退院後は在宅療養を家族主導で組み立てる場合には家族から直接訪問看護ステーションに連絡が入ることもありうる。

### ③導入期（退院後1～2週間）

いよいよ在宅療養の開始となる。これらのサービス利用は入院中にケアマネージャーによる面接調査によりすでにケアプランが作成されている場合はこのケアプランに従って組み立てることが第一選択となろう。

## 1-5. 家族支援と介護保険との関連

福祉と保健・医療に分かれていた高齢者の介護システムを再編成し、利用者本位の新しい介護システムを創設し、社会的入院の是正をはかるなど、社会保障の構造改革の第一歩として平成12年4月から介護保険法が施行される。介護保険では、これまで別々に提供されてきた保健・医療・福祉の各サービスを総合的・一体的・効率的に提供することを制度の基本理念に据えており、そのためのシステムが居宅介護支援(ケアマネジメント)と

して法的に定義された(介護保険法第7条18項)。そしてこの居宅介護支援サービスの中核を担う存在として介護支援専門員(ケアマネージャー)が位置づけられ、介護保険によるサービスを受給する在宅療養者の家族支援に関しては、介護支援専門員が中心的役割を果たしていくと考えられる。本稿では、ケアマネジメントの本来の機能を確認したうえで、介護保険下における家族支援について述べていきたい。

### I. ケアマネジメントとは

ケアマネジメントに関しては、介護保険の創設に伴って比較的最近用いられるようになってきた用語であり、用語の概念は未だ統一されてはいない。類似する概念としては、1970年代後半からアメリカを中心にして発達してきたケースマネジメントがある。Robert Parkerは、ケースマネジメントを、「要援護者のため、すべての援助活動を連絡調整する手続き」としており、また、David P. Moxleyは、「ある人(またはチーム)が複雑なニーズを持った人々の社会生活機能や福祉を最大限に享受できることを目的として、フォーマルなサービスや支援のネットワークを組織化し、調整し、維持すること」としている。これらの考え方を受けて白澤は、「対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させるため適切な社会資源と結びつける手続きの総体」と定義づけている。

そして高崎は、これらの個別の支援と、地域ケアシステムづくりをも視野に入れ、ケアマネジメントを、「利用者のニーズに応じて各自に適した資源を調整し、必要とされる多職種・多機関と連携しながら全体を統合させ、問題解決を目指すこと。さらに、個別のニーズに応じて、不足する社会資源をアセスメントし、地域ケアシステムを形成発展させること。」と定義している。我が国では、高齢者対策が病院・施設収容型で進められてきたために、個別ケアをマネジメントによって実現していきながら、同時に遅れている地域ケアシステムづくりを行わなければならないと言う実状がある。したがって、個別ケアと地域ケアシステムづくりの両方の目的を含むものとしてケアマネジメントが理解されるようになった。

### II. 介護保険下における家族支援のあり方

#### 1) ケアマネジメントは一単位としての家族を対象とする

先に述べたように、ケアマネジメントは、アメリカで始まったケースマネジメントの流れをくむものである。アメリカでは、徹底した個人の選択・決定のもとに経済効率が厳しく求められ、ケース

マネジメントが発展した。しかし、我が国の場合には、サービスの導入に当たっても、本人の選択・決定ばかりではなく、家族の意向が大きく左右する。高齢者本人と家族の希望が一致している場合ばかりではなく、両者の意向に食い違いがみられることも決して少なくない。例えば本人は希望し

ても、家族の協力が得られずにサービスが導入されなかったり、導入されてもうまく活用されなかったり、また逆に、本人は希望していなくても、家族が強くサービスを望んだために、不本意ながらサービスを受けるといった事態が起こることは容易に予測される。ケアマネジメントを行うに当たって、高齢者本人のニーズのみではなく、家族のニーズにも注目し、両者のニーズが調和するような方向でケアプランを立てなければ、結局のところどちらのニーズも真に満たすことができないというのが我が国の現状ではないだろうか。

実際に、ある自治体によって行われたサービス利用意向調査では、デイサービスは本人が24.1%の利用意向に対して、介護者が38.5%，デイケアは本人が13.1%なのに対して介護者は20.3%，ショートステイは本人が15.6%なのに対して介護者は37.2%と、高齢者本人の利用意向と、家族の利用意向とは必ずしも一致しないことが明らかとなった。そして、上記の調査では、いずれも本人よりも介護の方が1.5~2倍も多くサービスを希望している実態が浮かび上がった。このことからも現在の家族介護者がいかに重い負担を担っているかを伺い知ることができ、介護保険制度には、高齢者本人の自立支援だけではなく、家族を支援する社会サービスとしても同時に機能することが求められていると言える。

先に述べたように、これまでケアマネジメントは、対象者個人と地域ケアシステムの両者に視点が当てられてきた。しかし、我が国の文化的な背景と介護家族の置かれた現状を考えると、個人のみ注目するのではなく、個人と地域ケアシステムをつなぐ高齢者本人を含めた一単位としての家族に照準を当てたケアマネジメントが求められていると言える。

## 2) ケアマネジメントは、家族のセルフケア機能を高めることを目的とする

一単位としての家族に照準を当てたケアマネジメントの必要性を確認した後に、一単位としての

家族に対するケアマネジメントの目的を考えていきたい。

家族には、家族内部に発生したストレスに集団として対処し、これに適応していく力がある。そして援助者は、家族の対処を促し、家族がもつセルフケア機能を高めていく役割を有している。具体的には、健康問題を有する家族に求められる対処には、自分たち家族がすでに有している資源を有効に活用することによって行われる内的対処方策と、自分たちにはない資源を外部から獲得し、有効に活用することによって行われる外的対処方策がある。

ケアマネジメントを社会資源の調整と解釈すれば、第一義的な目的は、家族の外的対処を促すことにあることがわかる。現在の我が国の家族介護者が置かれている状況を考えると、家族のみで介護を担うことはもはや限界に来ており、社会資源の導入、すなわち外的対処は不可欠である。しかし、高齢者にとって家族は、単に介護を行う要員というだけでの存在ではなく、精神的な安寧をもたらすという意味では外部からの支援者には果たせない固有の役割を有している。そして家族にとって介護は、「負担」というマイナスの側面だけではなく、介護を通じてケアすることの意味を発見し、家族自身が成長し、家族のセルフケア機能も高まるといった肯定的な側面も有していることが明らかにされている。介護保険下においては、各種の社会的サービスを総合的・一体的に提供することに主眼が置かれているが、単に社会資源を導入することのみに目が奪われると、高齢者の心の拠り所や家族の成長の機会を結果的に奪ってしまうことにもなりかねない。各種社会資源の活用を促す外的対処方策の促進は重要な家族援助であるが、それは家族のセルフケア機能を高めるという目的のために駆使された時に初めて真に生かされていくものと考えられる。むしろ介護保険による介護サービスを導入したからこそ、ゆとりを持って自分たち家族が持ち合わせている内的資源

を、家族自身がうまく開発・活用できるように働く

きかけることが求められている。

### III. 家族支援におけるケアマネジャーの役割

家族支援のために必要なケアマネジメントの視点について述べてきたが、それではケアマネジャーには、家族支援に当たってどのような役割が求められるのだろうか。ケアマネジメントの基本的な各過程、①課題分析（アセスメント）②介護サービスプランの作成 ③サービスの仲介や実施 ④継続的な管理、および評価、に分けて述べていきたい。

#### 1) 課題分析（アセスメント）

a. 家族も含めたケアプラン作成の意志を明確に伝える

介護保険制度では、要介護認定を受けた後に、ケアプラン作成の段階に入る、要介護認定は、高齢者本人がどれほど介護の手を要する状態であるかを判定するものであり、家族の状況を視野に入れたものではない。したがって家族には、介護保険サービスによって自分たち家族も援助が得られるという認識が薄い。課題分析に先立って、高齢者本人の援助のみならず、家族への支援も含めたケアプランを作成したいという意志を要介護者と家族に明確に伝えることが極めて重要となる。

b. 家族を単に介護力としてのみアセスメントしない

一単位としての家族に照準を置いたケアマネジメントを行い、具体的なケアプランを作成するためには、介護力としての家族のアセスメントではなく、一単位としての家族そのものをアセスメントすることが必要となる。詳細は別項に譲るが、介護にのみ焦点を当てずに、まずはその家族の発達段階及び発達課題を捉える。そして、療養や介護という課題を抱えた、どの程度の能力を有する家族が、現状をどのように捉え、どのように対処しているのか、その結果、高齢者・家族はどのような困りごとを抱えているのか、専門家の立場からみたニーズは何かを把握する。この時に、起こつ

ている現象面にのみとらわれず、それがどのような本人・家族の対処から生じているのか、さらになぜそのような対処が採択されているのか、あるいはどのような家族成員間の関係性から生じているのか、問題の全体像を的確に掴み、それらを高齢者・家族と共有するよう努める。

#### 2) 介護サービスプランの作成

a. 家族の発達課題と介護が両立するような目標を高齢者・家族と共有する

まずは、高齢者・家族と目標を共有することが必要となる。この時に大切なことは、介護のみに目が奪われないように、家族の発達課題の達成と介護が両立するような援助の方向性を高齢者・家族に提示することである。そして目標は、できるだけ具体的で達成可能な妥当なものでなければならない。高齢者にも家族にもすぐには目標が思い浮かばない場合も多いが、具体例をいくつか提示して、先行きの自分たちのイメージを明確に思い描いてもらうことが、対処意欲を引き出し情緒的な安定をはかるうえでのひとつの援助になる。また、高齢者・家族成員間で意見が食い違う場合にも、両者が納得できる新たな目標を見出せるよう援助しなければならない。これもまた、相互理解を深める重要な援助である。

b. 課題を高齢者・家族と共有することによって主体的な対処を促す

高齢者・家族と目標を共有することができたら、その目標の達成のために、高齢者・家族の双方がどのような課題をクリアしていくことが必要であるかを十分に話し合い、共有する。これは、近い将来に達成すべきゴールと現状との位置関係を示すことであり、高齢者・家族に先行きの地図を提示することに他ならない。どのような課題があるのかを高齢者と家族の両者に示すことによって当事者の主体的な対処が可能になり、家族のセ

ルフケア機能の向上という本来の目的もこのようないい土壌のうえに初めて果たされる。ケアマネジャーは、自らが行ったアセスメントの内容を高齢者と家族に提示しながら、双方の意見を十分把握し、必要に応じてアセスメントに修正を加える。高齢者・家族そしてケアマネジャーの三者が一致した認識のもとに具体的なケアプランの作成に取り組めるよう努めなければならない。

#### c. 家族全体の意思決定のもとに具体的なケアプランを作成する

課題を共有することができたなら、その課題を達成するために高齢者本人、家族は具体的にどのような対処が必要であり可能か、またはどのような対処をしたいと考えているのか、そして外部からの支援者にはどのような援助を期待しており、また可能なのかを話し合う。この時には、単に高齢者本人や介護者の意見のみではなく、家族全体の意思決定がなされるよう、家族内で十分に話し合って方向性を見出してもらえるよう働きかける。そして、単に介護保険から支給されるサービスの提供内容にとどまらず、①高齢者自身のセルフケアとして行うことは何か、②家族による対処として行うことは何か、③介護保険によるサービス以外の社会資源をも含めた外部支援者が行う援助内容、の3点を具体的に検討し、決定する。

なお、具体的なサービスの決定に当たっては、どれだけ高齢者と家族の双方のニーズにきめ細かく対応できるかが問われる。そのためケアマネジャーは、その地域内の介護サービスの具体的な内容や質、施設長の考え方や従事するスタッフの教育の現状に至るまで、常に最新の情報を把握していくなければならない。そして、それらの情報に基づき、サービスの導入後には、高齢者と家族にどのような生活が可能になるのかといったメリットと、経済的負担を始めとするデメリットも同時に示し、十分かつ適切な情報を提供したうえでの家族全体の意思決定がなされるよう援助することが重要である。

#### 3) 家族全体のニーズを各一単位としての在宅ケアサービスの仲介・実施

一単位としての家族がもつ多様なニーズに応えるためには、多様な職種・機関、あるいは近隣の人々等と連携をもちながら援助することが求められる。そのためには、自分自身の専門性と自己の限界を知り、どのような職種、どのような在宅ケアサービスとの連携が必要か、あるいは、誰に紹介したらよいかを的確に判断しなければならない。そして、高齢者と家族の了解を前提に、一単位としての家族のニーズや連携の意図、ケアマネジャーとして望んでいる具体的な家族援助内容を明確に伝え、各職種・機関の責任の範囲を明らかに示す。家族を含めたケアマネジメントの場合、問題がより複雑になることが多いので、在宅ケアサービス担当者会議を積極的に開催し、担当者間で共通認識をはかることが望ましい。

また、必要であるにも拘わらず、活用できる資源がない場合には、保険者である市町村の保健婦・士等の担当者に、積極的に情報提供し、地域ケアシステムづくりを促進する。

#### 4) 繼続的な管理

家族を含めたケアプランが適切に実施されるよう、各サービス提供者の相談に応じたり、助言を行う。特に家族への援助については、職種によつては十分な教育を受けていない場合もあり、ケアマネジャーの教育的役割は重要である。そして、継続的にケアプランの実施状況を把握し、高齢者・家族からの意見をサービス提供者にフィードバックする。一定期間ごとにケアプランで掲げた目標の達成状況を評価し、達成に至らなかった場合にはその要因を明らかにして次の支援に活かしていく。

## IV. 介護保険下における家族支援の課題

家族支援のために必要なケアマネジメントの機能やケアマネジャーの役割について述べてきたが、どのようにしたらこのような機能を果たし得るケアマネジャーを養成できるかが大きな課題として残される。介護保険によるサービス受給者の多くが介護支援専門員によってケアマネジメントを受けることになるが、介護支援専門員の養成のカリキュラムには一単位としての家族を対象としたケアマネジメントのカリキュラムは見当たらず、看護職に限ってみると、一部の学校で基礎教育に家族看護学が導入されたのはごく最近のことである。介護支援専門員である看護職も、その大半は、系統的な家族援助に関する学習の機会がないままに経験を頼りに家族に対応しているというのが現状ではないだろうか。しかし、より質の高いケアマネジメント機関として高齢者本人・家族から選ばれ、生き残っていくためには、家族支援の学習を積み重ね技術を習得していくことが必須であろう。

家族を一単位として捉えた家族ケアという点では、以前から行政の保健婦・士が中心となってその役割を担ってきた。実際、保健婦・士の自己の役割認識を訪問看護婦・士と比較した場合、「介護者の健康管理」「介護者の精神的支援」「家族の能力を引き出す」の3項目について有意に高いことが明らかにされている。しかし、市町村・特別区・政令市のいずれにおいても高率に保健婦・士が不足しており、行政の意向としては保健婦・士に、個別ケアよりもシステム整備を期待する傾向が強い。介護保険の保険者として、サービスの質を管理を行う市町村の責任は大きく、市町村の保健婦・士の役割も重大である。今後は個別の直接ケアのみならず、介護保険によるサービスの質を向上させるべく市町村の保健婦・士は、家族全体を対象とした質の高いケアマネジメントが実施されるよう、介護支援専門員に対して教育や相談機能を発揮していくことが求められているのではないだろうか。

### 参考文献

- 1) Robert Parke : Social Work Dictionary, National Association of Social workers, 1987, 7
- 2) David P. Moxley : The Practice of Case Management, Sage Publications, 1989, 17
- 3) 白澤政和：ケースマネジメントの理論と実際、生活を支える援助システム、中央法規、1992, 11
- 4) 高崎絹子他：看護職が行う在宅ケアマネジメント、日本看護協会、1998
- 5) 島内節：ケアマネジメント方法論、介護保険とケアマネジャー養成研修テキスト、日本看護協会出版会、第2版、1998, 137  
厚生省代大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」「社会福祉施設等調査」「患者調査」「老人保健施設実態調査」から推計
- 6) 彦根市「高齢者実態調査・一時集計結果」
- 7) Hill, R. : Families under Stress-Adjustment to the Crisis of War Separation and Reunion, Harper & Brothers, 1949
- 8) Friedman, Marilyn, M. : Family Nursing, Theory and Practice, Appleton & Lange, 1992
- 9) Archbold PG, Stewart BJ, Miller LL. et al. : The PREP System of Nursing Interventions : A Pilot Test with Families Caring for Older Members, Research in Nursing & Health, 1995
- 10) Farran CJ, Keane-Hagerty E, Salloway S, et al : Finding Meaning : An Alternative Paradigm for Alzheimer's disease Family Caregivers, The Gerontologist, 31, 1991
- 11) Hinrichsen GA, Hernandez NA, Pollack S : Difficulties and Rewards in Family Care of the Depressed Older Adult, The Gerontologist, 32
- 12) 北山三津子：高齢者を介護する家族の学びの特質に関する研究、千葉看護学会誌、2(1), 1996
- 13) 鈴木和子、渡辺裕子、リンダ・デイヴィス：家族介護の影響要因と介護による効果—日米比較研究；千葉大学看護学部紀要 18, 1996
- 14) 鈴木和子他：介護保険開始後の行政保健婦（士）の家族援助に関する役割、平成11年度先駆的保健活動研究助成報告書（現在印刷中）
- 15) 平成5年度先駆的保健活動交流推進事業—保健活動基盤整備小委員会報告書、15, 1994



# 第二章

# 病状別家族

# 支援の方法

本章では、家族支援のためのポイントを在宅ケアの流れに沿って、①在宅ケア導入期、②病状安定期、③病状悪化期、④終末期に区分し、具体的な例を挙げながらまとめました。各病状時期毎に、最初にその時期の特徴を概説し、次に家族支援を①教育的援助、②支持的援助、③マネジメント的援助に分けて、その時期に問題となりやすい事柄を、事例を含めて示しています。通して読むことにより、在宅療養の流れに沿って、援助のあり方がおおよそ把握できるようになるよう工夫してあります。家族のもつ問題解決に向けて訪問看護婦・士の具体的看護介入について解説します。

2-1. 在宅ケア導入期

2-2. 病状安定期

2-3. 病状悪化期

2-4. 終末期

## 2-1. 在宅ケア導入期

### I. 在宅ケア導入期とは

在宅ケアの導入期とは、訪問看護など各種在宅ケアサービスの開始前後から、高齢者と家族が訪問看護婦・士や各種サービスに慣れて状況が一段落するまでの期間を指します。訪問看護の開始には、大きく分けて①退院前後に連絡が入って援助を開始する場合と、②在宅の高齢者の状態悪化により援助を開始する場合があります。

①退院に引き続いて訪問看護を導入する際は、医療依存度の高い場合が多いようです。脳卒中発作による加療後の場合など、急激なADLの悪化などに引き続く訪問看護の導入では、家族は在宅生活についてのイメージができていない場合があります。一方、慢性の神経疾患を持つ高齢者の退院に引き続く訪問看護などでは、一般に医療依存度が高い場合も、高齢者・家族がその長い闘病生活の経験から一定の対処方法を身につけ、在宅生活も確立している場合があります。

②在宅の高齢者の状況悪化により訪問看護を開

始する場合は、高齢者のADL状況に急激な変化はそれほどみられず、家族も長年の家庭生活で身についた対処方法を持っている場合が多いようです。一方、入院していた高齢者とは異なり、病棟からの退院サマリーなどの情報がなく、高齢者の状況に関する当人や家族の認識などが不明なまま、日常生活に関する情報収集を一から開始せざるを得ない場合もあります。

いずれにしても、初めて訪問看護や在宅ケアサービスを利用し始める在宅ケア導入期の段階では、これから活用する各種在宅ケアサービスの役割を理解し、在宅ケアサービスが私的な空間である家庭に入り込んでゆく新たな経験に、高齢者・家族ともに慣れていただくことが、在宅ケア導入期の援助の中心になるでしょう。

家族のアセスメントを記載する様式はいろいろですが、家族介護力の評価に用いられる様式の一例を示します。

資料1 家族介護力の評価に用いられる様式の一例

	主な介護者	<input checked="" type="radio"/> 無 (娘)
	キーパーソン	<input checked="" type="radio"/> 無 (娘)
	介護者の職業	<input checked="" type="radio"/> 無 (勤務時間 月～年 8:40～14:30頃)
	介護者の疾病 健康状態	<input checked="" type="radio"/> 無 (心不全) 良・不良 ( )
	介護意欲	<input checked="" type="radio"/> 無
	介護の援助者	有・無 ( )

### II. 在宅ケア導入期の教育的援助

#### 1) 家族の状況の把握

教育に先立ち、家族の教育ニーズと教育を受け状況を把握することが必要です。

病院での看護と違い、在宅で療養する方々への支援は、日常生活支援や医療処置などの支援を、高齢者本人と家族が中心になって行っており、訪

訪問看護婦・士の役割はその方々の生活がうまく進むように援助することになります。そのため、特に家族への教育は在宅生活を成功させる鍵となるポイントです。

在宅生活に必要な様々な知識や技術を家族が習得する上で、その方々の置かれた状況や持っている能力は千差万別であり、それらを無視して教育を実施しても効果は上がりません。在宅ケア導入期はそのような家族の学習能力・意欲を理解する重要な段階です。

教育に際しては、以下のような点を中心に状況を判断します。

- ①誰が家族介護の中心となっているか。意思決定の中心は誰か。誰が実際の日々のケアを実施するか（誰に教育を行えば良いか）。
- ②家族が疾患についてどのように理解している

### 事例1

73歳（男性）のAさんは多発性脳梗塞で入院中です。右上下肢不全麻痺および失語症があり、胃チューブによる経管栄養を実施して吸引がいつも必要な状態です。退院することになり、M訪問看護ステーションに依頼がありました。ただちに担当の訪問看護婦と市の担当保健婦が病院へ訪問しました。

病院では、病棟婦長、病棟看護婦、Aさんと主介護者の娘さん、脳外科と循環器の医師に面会しました。訪問看護婦は病棟看護婦と婦長に家で注意しなければならないことを聞きました。経管栄養のときむせやすいこと、常時吸引が必要なこと、褥瘡に注意することとのことでした。訪問看護婦は、むせた時の対応や吸引の方法を娘さんに指導するよう病棟看護婦に依頼しました。また、経管栄養や吸引がうまくできるようになってから地域のかかりつけ医に紹介状を書いて戴きたいこと、退院時には家で必要な吸引チューブ、胃チューブ、消毒液の処方をお願いしたいことなども伝えました。退院までの間に無料貸与のギャップベットとエアーマットを準備し、退院の際には主治医が地域の医師に紹介状を書き、病棟看護婦が入院サマリーを書きました。

病院訪問は4月28日で、Aさんは5月17日に退院しました。退院の日から訪問看護を開始し、訪問看護週3回、訪問リハビリテーション週1回、訪問入浴週1回が導入されました。このように退院前に病院訪問を実施したことにより、介護者の不安を把握し、環境を整えた上でスムーズに退院することができました。各種のサービス導入もうまく進める事ができました。

退院してくる高齢者の場合には、病院で高齢者・家族がどのような教育を受け、何をどれだけ

か、理解力はあるか、体力はどの程度か（学習能力はどの程度あるか）。

③家族は今、何が一番問題だと考えているか

④（退院してくる場合）退院指導の内容と各種技術の獲得状況（次項参照）

在宅ケア導入期は特に覚えなければならないことが多く、家族は不安のレベルが高いことが多いので、初めから多くを積めこもうとする事は禁物です。さらに、高齢者の家族の場合には、視力や判断力に十分な注意を払い、家族のできる範囲を見極めて、訪問看護婦・士の教育がストレスにならないように配慮が必要でしょう。

### 2) 教育ニーズの把握

退院に引き続く訪問看護の場合には、必要に応じて病棟看護婦・士と連絡を取り、継続する教育ニーズを把握します。

習得してきたかを把握することが大切です。さらに、病棟看護婦・士と訪問看護婦・士の指導内容

が異なると、家族は混乱します。特に、医療依存度の高い高齢者が退院して訪問看護を開始する場合には、病棟看護婦・士はできるだけ退院前から訪問看護婦・士とのコンタクトを取ることを高齢者や家族に勧め、同意が得られたら訪問看護婦・士と積極的に連携することが重要です。

病棟看護婦・士は、退院後の高齢者の生活が入院中とは違うことに配慮し、在宅療養を開始してからも継続可能なケアの技術を高齢者・家族に教育する工夫が必要です。さらに、家族の介護力や学習能力、意欲を把握し、知り得た情報を訪問看護婦・士に伝えることで、スムーズな退院生活への移行が可能になると思われます。病棟看護婦・士の退院指導は ADL の介助、医療処置、服薬に関する内容が主で、その他の内容がそれほどみられ

ないという報告がありますが、高齢者・家族の在宅生活に必要なそのほかの情報についても、必要に応じて網羅することも大切でしょう。高齢者・家族には、必要に応じて試験外泊を実施していただき、退院後の生活に必要な事柄を把握していくだけます。

事例 Aさんの場合のように、訪問看護婦・士が必要に応じて退院前の高齢者を病院に訪問することもあります。その方がより早期から退院後の生活についてのアセスメントが可能になり、また院内で受けた教育も把握できて一貫した教育が実施され、家族の困難も少なくてすむでしょう。

### 3) 教育計画の立案

家族状況のアセスメントに基づいて、教育計画を立てます。

#### 事例 2

Bさん(83歳女性)は若いころからリウマチがあり、2~3年前から寝たきりとなって息子たちの家を転々としてきました。かかりつけ医から訪問看護の依頼があり、ただちに訪問看護婦が向かいました。仙骨部には広範囲の褥瘡があり、顔面浮腫、下肢チアノーゼ、食事摂取量も少なく全身状態はあまりよくありませんでした。主介護者は三男の嫁(61歳)で、孫の子守りもあり介護に積極的ではありません。三男も褥瘡の匂いがひどいので不快な感情をもっていました。訪問看護婦は褥瘡の処置に毎日訪問することにして、家族の不快を軽減する計画を立てました。処置をするときは必ず三男夫婦にいてもらい、一緒にできることから手助けしてもらいました。1ヶ月もすると創部がきれいになり、匂いもなくなっていました。家族の不快の気持ちも少なくなり、「毎日訪問してもらわなくとも自分たちでできるところをやる」と三男から申し出がありました。土曜、日曜日は三男が処置を実施します。処置も正しくできていたり任せられると判断できました。その後看護婦は訪問を週3回に減らし、週1回の訪問入浴を導入しました。褥瘡も快方にむかい、家族から笑顔がみえるようになりました。状態の改善に伴い短期入所が利用できるようになり、時々利用しながら在宅介護を続けています。訪問入浴の業者や短期入所の施設には、褥瘡処置の方法を統一するため担当看護婦宛に文書を提出しています。このように、たいへんな褥瘡の処置でも少しずつ教育することによって家族ができるようになります。それに伴って三男が介護に積極的になり、正しく処置を続ける様子は嬉しい驚きでした。

高齢者・家族の状況と教育ニーズなどを把握したら、そのアセスメントに基づいて教育計画を立てます。この際、高齢者・家族と共に在宅ケアの

当面のゴールを設定し、そのゴールに向かっての計画を立てるようになります。在宅ケアはあくまで高齢者・家族を中心の療養生活ですので、看護も

高齢者・家族に納得のゆく内容である必要があります。

一方、ほとんどの高齢者・家族は、訪問看護婦・士からどのようなサービスを受けることができるのか、想像もつかないものです。訪問看護婦・士は、まずははじめに自分にはどのような教育が可能か、に関する複数の具体的な選択肢を設定し、高齢者・家族がそれらの中から自分の好みに合うものが選択できるようにします。

事例2のBさんの家族は始め介護に否定的でしたが、訪問看護婦の上手な教育の実施に伴って自信をつけ、Bさんの様子が改善されると共に介護に意欲的になってきました。このように、訪問看護婦・士の関わりで介護に対する家族の姿勢すら変わってゆくこともあるのです。

#### 4) 教育の内容

在宅ケア導入期の教育は、以下のような内容を含みます。

1. 在宅ケア支援チームの役割
2. 医療処置(入院高齢者の場合はそれまで教育された内容とその獲得状況を把握)
3. 基本的生活行動に関するケア方法
4. 合併症の予防・異常の早期発見
5. リハビリテーション

在宅ケアの各種サービスを初めて活用する家族には、ヘルパー、看護婦・士、保健婦・士、理学療法士などの区別がつかず、どまどつてしまうことも多いことと思われます。導入に際して、それぞれの役割と分担の様子をわかりやすく伝えることで、その後の在宅ケアチームと家族とのおつきあいをスムーズに進めることができるでしょう。

医療処置については、退院指導の内容を確認し、矛盾や手順の違いのないように進めるほうが家族には受け入れやすいでしょう。一方、病棟でのやり方を踏襲するままだと、家庭生活に合わずに家族の負担が大きすぎる場合もあるので、状況を良く見極めながら援助を進める必要があります。

基本的な生活動作にも援助が必要な場合は、あ

る日は清拭、ある日は洗髪、など少しづつ進めていく必要があります。一度に教えようとしては、高齢者は疲れてしまい、家族も圧倒されて負担感が強まります。少々汚くても大丈夫、くらいの姿勢で在宅ケアに臨んだほうが、長続きするでしょう。

在宅ケア導入期は学ばなければならないことが多く、家族にとっては大変な時期です。合併症の予防や異常の早期発見、リハビリテーションなどは始めは負担にならない程度に触れ、様子を見て教育を拡大していく方が良いでしょう。

#### 5) 強調すべき事柄

在宅ケア導入期に強調しなければならない事柄は以下のよう�습니다。

さまざまな教育を実施する前に、在宅ケア導入期に看護婦・士がまず強調すべき事柄は、①在宅ケアを成功させるには、介護する家族の健康維持がまず大切であり、家族が健康であり続けなければ高齢者に良いケア環境を提供することはできないこと、②在宅ケアが全てではなく、高齢者・家族の状況に応じて、施設の利用や入院などのオプションも考えてよいこと、③在宅ケアの主役は高齢者と家族であり、在宅ケアチームは高齢者と家族の意向を尊重して援助するものであること、の3点でしょう。

日本は病者・高齢者を家族が看る好ましい伝統を持つ国ですが、伝統や社会規範、世間体にしばられて無理をする家族も少なくありません。家族に病人が出ることは、家族全体にとってストレスですが、そのストレスが一人の家族(嫁など)に過重に負担になってしまうことは望ましくありません。必要に応じて各種のサービスなどを用い、ストレスをうまく分散させて、無理のない在宅ケアを実現することの大切さは、強調しきりではありません。

さらに、家族全体が頑張っても、限界が来る場合もあることも強調する必要があるでしょう。何が何でも家で看るのではなく、さまざまな選択肢

の中で、在宅ケアという選択肢もあり、状況により入院・施設の利用などを考えることは、高齢者自身にとってもその方が幸せということもあること、在宅ケアが全てではないことも、在宅ケアの導入期にある家族には覚えておいてよい事柄ではないでしょうか。

また、在宅ケアの主役はあくまで高齢者・家族であり、在宅ケアチームは高齢者・家族の支援のためにあり、高齢者・家族の意向が第一に尊重されることも、当然でありますが強調する必要があるでしょう。病院などでは集団生活のため高齢者・家族が我慢を強いられる機会も多く、それに慣れた人々は在宅ケアチームにも同様のイメージを持つこともある。あくまで主体が高齢者・家族であることを思い出してもらい、自由に生活をデザインしていもらうように強調したいと思います。

### III. 在宅ケア導入期の支持的援助

#### 1) 家族の気持ちの確認

在宅ケアに関する家族の気持ちを確認することが第一歩です。

在宅で高齢者を世話する家族の気持ちは、高齢者との長いつきあいを基盤にした複雑なもので、誰もが良好な関係を持っているわけではありません。また高齢者と家族が良い関係を持っている場合、高齢者の加齢や病気に伴う変化を見るのは辛いものです。立場上仕方なく介護者になっている場合もあります。このような複雑な家族の気持ちによって在宅ケアの意欲が影響を受けていますから、これらをまずはできるだけ聞き取り、これからの方針についての家族の希望を、訪問看護婦・士は家族と話し合いながら共に確かめてゆく必要があります。

また、在宅ケアを計画する上では、どのような在宅ケアに関する意向を家族が持っているかの確認が不可欠です。医療的なケアがあまり多いと難しい、と思っている家族もいれば、どんな処置も

#### 6) 教育の評価

教育を実施したら、早めに評価することが大切です。

様々な事柄を教育しても、家族がそれらを習得して実施できるようになるには時間がかかるものです。教育内容は絶えず評価を繰り返して、教育方法がその方に適合しているか、難しすぎたり、実施不可能なものだったりしないかをチェックします。また、教育効果が上がらない場合には、訪問看護婦・士と家族のゴールが一致していない場合もあり、教育計画に見直しが必要になります。当初一緒に計画を立てても、在宅での生活を始めてみると、個人の生活リズムに合わなかったり、思ったより大変だった、ということがありますので、在宅ケア導入期の教育は特に早めに評価し、教育方法・内容の軌道修正をしていく必要があるでしょう。

習おうと考えている場合、身体を拭くぐらいならできるがお風呂に自分たちで入れるのは無理、など、自分が在宅ケアで何を受け持つか、についても家族の気持ちは一様ではありません。さらに、家族それぞれが在宅ケアについて持つ思いはそれぞれであり、家族の気持ちは一致しないことも珍しくありません。看護を実施する側は、このような家族の気持ち・意向を把握し、それに沿ってケアの計画を立てるようにします。

介護の必要な方のいる家族では、いろいろな意味で家族員それぞれの利害が対立し、誰かが負担をこうむらなければならない状況が発生することが多いのですが、家族内部あるいは外部サービスの上手な活用により、負担を共有、軽減することは可能です。このためには、家族の気持ち・意向をじっくりと伺うこと、家族員1名だけではなく、複数の家族員からの情報を集めてゆくことが必要です。

## 2) 家族の気持ちに基づく援助

外部の専門職導入に至るまでの経緯や気持ちに理解と共感を示し、家族の気持ちに基づく援助を保証します。

前項のように家族は在宅ケアやその高齢者に対して複雑な気持ちや意向を持っていますが、さらに気をつけたいことは、訪問看護婦・士などの専門職が関わるまでに、既に長い在宅ケアの経験を積み重ねている事実です。家族が高齢者や病人の世話をすることが当然視されている日本では、多くの場合、外部の専門職は家族だけではどうにもならなくなつてからケアのネットワークに呼び込まれることが多く、外部の専門職が参入するまでに家族はそれぞれに創意工夫を凝らして在宅ケアを実践し、様々な思いをしながら経験を積み重ねています。訪問看護婦・士は、そのような中へ入っていくのです。

ですから、訪問看護婦・士が訪れてまず始めに行つて欲しいのは、それまでの精一杯の苦労をねぎらい、共感することです。外部の専門職は家族

の意向に沿った援助を行うものであり、あるべき介護の姿を無理やり押し付けるものではないことを、まず理解してもらう必要があります。専門職が家庭に入ってくることで、自分のやり方のまづい点を指摘されたり、強制されたりすることを心配している家族は多いようです。ですから、病院でとはずいぶん違うやり方で医療処置が行われていたり、高齢者がたとえ大変不潔な状態にあったりしても、それを批判的な目で見ることは、特に在宅ケア導入期には慎むべきでしょう。家族が外部の専門職に慣れるのを待ち、家族にとって無理のないやり方を模索しながら徐々に改善していくことです。

## 3) 必要な物品の調達

続いて必要な物品を紹介・調達します。

退院前から退院後の物品調達の必要性がわかっている場合には、病棟看護婦・士やMSWと連絡を取つて、退院後にスムーズに物品が調達できるようにすすめます。大きな物品としてはベッド、車椅子、手すりなどの住宅改造があります。これ

資料2 指定福祉用具貸与及び住宅改修の内容に関する一覧表

### 2.12 福祉用具貸与

指定福祉用具貸与は、要介護又は要支援と認定された利用者に対して、厚生大臣が定めた種目の福祉用具を貸与するサービスです。

#### (1) 定められた福祉用具の種目

品目	説明
①車いす	自走用標準型車いす、普通型電動車いす、介助用標準型車いすに限ります。
②車いす付属品	クッション、電動補助装置等であつて、車いすと一緒に貸与されるものに限ります。
③特殊寝台	サイドレールが取り付けてあるもの又は取り付けることが可能なものであつて、次に挙げる機能のいずれかを有するもの ア) 背部又は脚部の傾斜角度が調整できる機能 イ) 床板の高さが無段階に調節できる機能
④特殊寝台付属品	マットレス、サイドレール等であつて、特殊寝台と一緒に貸与されるものに限ります。
⑤じょく瘡予防用具	次のいずれかに該当するものに限ります。 ア) 送風装置又は空気圧調整装置を備えた空気マット イ) 水等によって減圧による体圧分散効果を持つ全身用のマット
⑥体位変換器	空気パッド等を体の下に挿入することにより、居宅要介護者等の体位を容易に変換できる機能を有するものに限り、体位の保持のみを目的とするものを除きます。
⑦手すり	取り付けに際し、工事を伴わないものに限ります。
⑧スロープ	段差解消のためのものであつて、取り付けに際し、工事を伴わないものに限ります。
⑨歩行器	歩行が困難な者の歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するものであつて、次のいずれかに該当するものに限ります。 ア) 二輪、三輪、四輪のものにあっては、体の前及び左右を囲む把手等を有するもの イ) 四脚を有するものにあっては、上肢で保持して移動させることができるもの
⑩歩行補助つえ	松葉づえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ及び多点杖に限ります。
⑪痴呆性老人徘徊感知機器	痴呆性老人が屋外に出ようとした時等、センサーにより感知し、家族・隣人等へ通報するもの
⑫移動用リフト(つり具の部分を除く)	床走行式、固定式又は据置式であり、かつ、身体をつり上げ又は体重を支える構造を有するものであつて、その構造により、自力での移動が困難な者の寝台と車いすとの間等の移動を補助する機能を有するもの(取り付けに住宅の改修を伴うものを除きます)

#### (2) 介護報酬

指定福祉用具貸与事業所において、指定福祉用具貸与を行つた場合に、現に指定福祉用具貸与に要した費用の額を当該指定福祉用具貸与事業所の所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数(1単位未満四捨五入)とします。

利用者が、痴呆対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、福祉用具貸与費は算定しません。

#### (3) 加算

##### ① 離島その他の地域における交通費加算

福祉用具の搬出入に要する費用は、現に指定福祉用具貸与に要した費用に含まれるものとし、個別には評価しません。ただし、指定福祉用具貸与事業所が、別に厚生大臣が定める地域に所在する場合は、貸与の開始月に交通費に相当する額を所在地に適用される1単位の単価で除して得た単位数を個々の用具ごとに所定単位数に加算します。

神奈川県の事業所は該当しません。

### 2.13 住宅改修

住宅改修については、特に事業者としての指定は必要ありません。

居宅介護住宅改修費は、償還払いという方法で、要介護又は要支援と認定された利用者に対して、厚生大臣が定めた種類の住宅改修が行われた場合に、利用者に支給されます。

#### (1) 定められた住宅改修の内容

①手すりの取り付け
②床段差の解消
③滑りの防止及び移動の円滑化等のための床材の変更
④引き戸等への扉の取り替え
⑤洋式便器等への便器の取り替え
⑥その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

#### (2) 介護報酬

住宅改修費の支給は、期間や要介護状態に關係なく、上記の内容をまとめて1種類とし、限度額は20万円です。住宅改修費は、限度額管理の枠外で支払われます。

出典:神奈川県福祉部高齢者保健福祉課「市町村介護保険施行準備会議資料」

らは自治体の貸与や資金援助などがある場合が多いので、必要に応じて連絡・紹介します。身体障害者手帳を持っている場合、重度障害(1級及び2級)の方には、身体障害者福祉法により、補装具・日常生活用具などが給付される制度がありますので、住所地を管轄する福祉事務所に相談する必要があります。さまざまな医療材料については、病院や業者との連絡が必要になります。

また、自治体によっては家族介護見舞金が出る

ところがあります。これも住所地を管轄する市町村の担当課に相談します。これらのことは家族の方に動いてもらわなければならないので、退院前に知らせておくほうが良いでしょう。介護保険による指定福祉用具貸与及び住宅改修の内容に関する一覧表を掲載しましたので参照してください。

#### 4) 家族の不安の軽減

家族の不安が強い時期なので、じきに安定していくことを伝えます。

#### 事例 3

Cさん 62歳（女性）はアルツハイマー型老年痴呆で、夫が会社をやめて妻を看病しています。3年前肺炎で入院してから寝たきりになりました。食事摂取も全くできず、褥瘡がひどくなつてわずかにあった意思表示も全くありません。どのように介護したら良いか、夫が不安になって訪問看護を依頼しました。訪問看護婦はまず、夫の不安が何かをじっくりと聴取しました。「褥瘡を早くなおしてあげたいがどうしたらよいか。見ていると時々呼吸がとまるような気がして不安でしかたがない。」と夫は不安を訴えました。訪問看護婦は褥瘡処置のため訪問看護をつづけると話し、Cさんのバイタルサインをチェックする方法をゆっくりと手をとって教えていました。また、かかりつけ医の往診を手配しました。次の訪問の時、夫はノートに実に細かな記録をつけていました。それを訪問看護婦に見せることで安心したようでした。訪問看護婦は夫の行為をほめるとともに、あんまり一生懸命になって疲れないようにアドバイスしました。夫は几帳面な性格で、妻に対して熱心に介護をしようとする気持ちが強いことがわかりました。訪問看護婦の説明をよく理解し、介護の方法も一度学んだことはきちんと実施します。このような介護者だからこそ、不安が強かったです。訪問看護を続けるうちにすっかり褥瘡もなおり、夫の不安は解消しました。介護の方法も板について、一般状態の観察はすばらしいものがあります。夫は「自分が勤めている時、全く妻のことを顧みる事なく家のこと育児のことを任せっぱなしだった。せめて今までの恩返しと思って介護したい。」としみじみ言されました。

在宅ケアに介護者は、とても不安です。特に病院を退院して在宅ケアを開始する場合、高齢者のADLの低下が著しい場合には、在宅ケア導入期の家族の不安は相当なもので、高齢者自身の状態も落ち着きませんし、家族もひとつひとつの動作がこれで良いのか、悪いのか、いちいち気になつて不安が増します。

このような時には、まず一度に多くのことは伝え過ぎないことが大切です。例えば、1回の訪問で

新しく話すことは一つずつにし、次の訪問でそれがどのように受け止められているか様子を見ます。次が受け入れられるようだったら次の話をする、というように続けていくと良いでしょう。

また、家族のやり方が間違っていないこと、高齢者も安全であること、心地よくしている様子が見えることなどを伝えながら、家族が自信を持てるようになります。そうやって、在宅ケアに慣れるようになります。どうしても圧倒されてしまう家族

には、このように大変に感じる時期は長くないこと、高齢者、患者とも慣れて安定していくことを繰り返し伝えて、家族が先の見通しを持ち、安心できるようになります。事例のCさんの夫も、訪問

看護婦が、夫が具体的に理解できるようにすること、経過をみながら説明することを心がけることで、不安を軽減する事ができました。

## IV. 在宅ケア導入期のマネジメント的援助

### 1) 家族の考え方の確認

どのような在宅ケアサービスを利用したいと家族が考えているかを確認します。

介護保険のもとで様々なサービスが整備され始めています。地域により内容は様々で、また十分な量が保証されていないことがあります。訪問サービスだけでもヘルパー、PT及びOT、保健婦・士、看護婦・士などさまざまです。高齢者が出かけて行くデイケア・デイサービスにも様々な種類があります。

在宅ケア導入期は家族の知識も少ないので混乱しがちですし、訪問看護婦・士の方はいろいろなサービスを知っているので、適当と考えるサービスを選んでしまいがちです。しかし実際には、家族がどのようなサービスを利用したいと考えているかを尊重する必要があります。

在宅ケア導入期の家族は訪問看護婦・士やその他の在宅ケアサービスのスタッフに遠慮することが多く、勧められたサービスは「受けないと悪い」「いま断つてしまったら二度と使わせてもらえないかもしれない」などと考え、必ずしも意に染まないサービスも受け入れてしまうことがあります。その結果、不満を持ち続けたり不都合が起こって在宅ケアサービス全てに対して否定的な印象を持つことになっては逆効果です。繰り返しになりますが、在宅ケア導入期には家族の意向をできるだけ聞き出すように心がけ、意向が決まるまで待つ姿勢を持つことも、大切なマネジメントと言えるでしょう。

また、以上の事柄につき家族が意思決定を行う際の中心になる人（キーパーソン）が誰かを初期にしっかりと見極めておかないと、トラブルになり

かねません。注意深く把握する必要があります。

### 2) 連携体制の構築

関係職種との密な連携体制を構築します。

在宅ケアサービスの利用が開始されたら、できるだけ早い時期に関係している職種と連携体制を構築するように努めます。特にヘルパーとは、緊急の時や高齢者的心身の状態に疑問がある場合などに相談してもらえるように、訪問看護婦・士の方から早めに働きかけて協働関係を築くことが重要です。

ヘルパー以外の関連職種を含む、在宅ケアチームの連携体制の構築には、ケアカンファレンスの実施が効果的でしょう。訪問看護婦・士がケアマネジャーの場合には、時期を見て関連する機関に連絡し、カンファレンスを計画します。ケアマネジャーが他にいる場合には、その計画に応じて参加します。

ケアカンファレンスでは、高齢者および家族の心身の状態、家族の仕事やその他の社会活動、経済状態、住宅環境、家族の介護力と在宅ケアに関する意向などについて、できるだけ多角的に情報が提供され、今後の方向性に関する理解を共有できるようにします。特に多様な職種が在宅ケアチームに参加する場合、家族はチームメンバーの話すことが違うと混乱し、不安を招くことになります。ケアマネジャーのもとで、チームワークを持って高齢者・家族を援助できるように十分に意見交換します。

資料3はケアカンファレンスで用いられる資料の例です。これはステーションの訪問看護婦・士が準備しているものです。参照してください。

なお、退院する高齢者の場合、その病院にMSW

## 資料3 ケアカンファレンスの資料例

第1表

## 居宅サービス計画書(1)

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名	高 殿	生年月日	年 月 日	住所	M
居宅サービス計画作成者氏名	太 孝				
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地	市町 市訪問看護ステーション				
居宅サービス計画作成(変更)日	年 月 日	初回居宅サービス計画作成日 H12年2月9日			
認定日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日	~	年 月 日
要介護状態区分	要支援 · 要介護1 · 要介護2 · 要介護3 · 要介護4 · <b>要介護5</b>				
利用者及び家族 の介護に対する 意向	可能な限り在宅で暮らす。				
介護認定審査会の 意見及びサービス の種類の指定					
総合的な援助の 方針					

第2表

## 居宅サービス計画書(2)

利用者名 高 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標			援助内容				
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
1. 自力で生活を維持する 不可能であり、併用 して介護が必要な 状況がある。	1. 独り立ち状況の 維持とより適切な 援助が求められる。	1. 独り立ちの確立 ホケトの消失	・定期的・随時上級訪問 ・訪問による巡回 ・巡回部の監督・巡回報告 ・日々の介助のための度数記入	・医師 ・訪問看護師 ・"	・訪問看護師 ・"	1回/2回 2回/1回	毎月 " " " "	"
					・家族		週2回	"
2. 食事や排泄の 自己管理が困難 な状況がある。	1. 食事や排泄の 自己管理が困難な 状況がある。	1. 食事・排泄の 流れ・便意 2. 家庭への帰属感 ・精神	・訪問時・随時送迎 ・月曜日・金曜日の多忙 ・家庭への監視と巡回による 開口の改善・監視 ・理解・社会的 3. 陰鬱の状態 ・情緒を抑制する 努力	・訪問看護師 ・"	・訪問看護師 ・"	2回/4回	"	"
3. 慢性の病状の 悪化の危険性 ・慢性的な健康状態 ・寝たきり状態	1. 慢性的な健康状態 ・寝たきり状態	1. 健康状態 ・介護の援助 ・支援	・尿量・性状・尿管・存続の 観察 ・入浴・清拭時の清潔保持	・訪問看護師 ・家族 ・訪問看護師	・家族 ・訪問看護師	2回/4回 通年 1回/4回	"	"

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

資料3 ケアカンファレンスの資料例

第3表

利用者名 高 オ 殿		週間サービス計画表							
深夜 早朝 午前 午後 夜間 深夜	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
	6:00								
	8:00								
	10:00	↓訪問看護師	↓ヘルパー	↓ヘルパー	↓訪問看護師	↓ヘルパー			
	12:00		↓ヘルパー						
	14:00		↓訪問介護						
	16:00								
	18:00								
	20:00								
	22:00								
	24:00								
	4:00								

週単位以外 のサービス	ショートステイ 1週間 / M
----------------	-----------------

第4表

サービス担当者会議の要点

利用者名 殿	居宅サービス計画作成者(担当者)氏名					
開催日 年 月 日	開催場所	開催時間	開催回数			
会議出席者	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

がいれば、退院に関する調整に大きな役割を果たしています。慢性疾患のある場合は特に入退院が繰り返される可能性が高いので、MSWとのコミュニケーションが重要です。特に高齢者・家族の経済状態や各種在宅ケアサービスの利用意向などに関しては、MSWとの連絡によって調整をスムーズに進める事ができるでしょう。

### 3) 退院時期の調整

状況によっては、退院時期を調整するように働きかける場合もあります。

在宅ケアの環境を整えるには、住宅改造やベッドの貸与、家族への一定の退院指導など、周到な準備が必要です。退院してしまってから不都合が発生して困ることの内容、必要に応じて外泊訓練などを実施しますが、最低限の準備ができるまでは退院時期の調整が必要な場合もあるかもしれません。

現在のところ、退院時期の決定は高齢者の疾患の状態によってのみ決定されることが多く、また病院側のさまざまな事情がそれに絡むことも少なくありません。しかし、何らかの障害や重篤な疾患を残して退院する場合には、最低限の準備をして退院することによってスムーズな退院適応が可能となり、不要な再入院などを避けることができるでしょう。病棟の医師・看護婦・士による検討も望まれる部分と言えましょう。また、退院前から訪問看護婦・士が関わる場合には、退院時期についても、訪問看護婦・士の判断を病棟側に伝え、病棟側の退院決定の参考になるようにしましょう。

### 4) 連絡ノートの作成

異常時の対応方法を確認し、連絡ノートを作成しましょう。

特に退院して在宅ケアを開始する場合、家族の一番の心配は「高齢者の容態が急に変化するなど不測の事態にどのように対応したら良いかわからない」というものでしょう。病院であれば看護婦・士が24時間体制で勤務していますから安心です

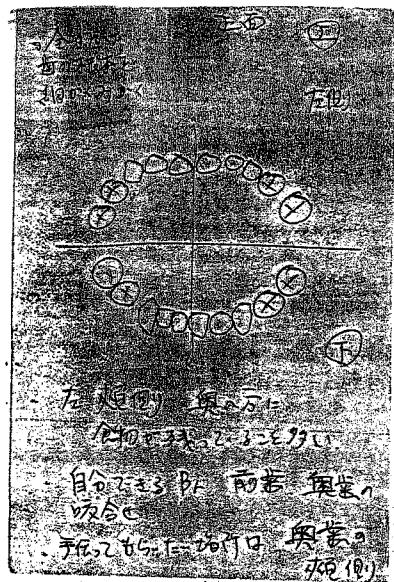
が、家に戻るとそのように「いてくれる」存在のないことが不安に思われることと思います。特に、HOT（在宅酸素療法）を実施している高齢者の家族や各種カテーテルなどを用いている高齢者の家族、心疾患などの高齢者家族は不安を強く持ちます。病院、病棟、業者などの電話番号、あるいは訪問看護婦・士が緊急対応する場合は携帯電話番号など、緊急時の連絡先を確かめておきます。また、倒れた場合の処置方法なども確認しておきます。異常時には高齢者も家族も動転するので、連絡先などをしまいこんでしまっていては、どこにあるかわからないなどということになりかねません。最低限の連絡先は紙に書いて貼っておくなどしておくと良いでしょう。

複数の在宅ケアサービスがチームで家庭に入る場合には、連絡ノートを作成して高齢者のベッド脇などに置き、訪問者が他のチームメンバーなどへの伝達事項を書き入れたり、状況の記録を残しておけるようにしておくと良いでしょう。多くのチームメンバー間の連絡に役立つだけでなく、異常が起こった場合の経過記録になるなどの役に立つこともあります。

連絡ノートの記載例を次ページに載せました。  
参照してください。

## 資料4 連絡ノートの一例

		No.
		Date
13:00 ~ 17:00	13:00	トイレ専用 排便あり 右部屋の掃除をする。それから洗濯物の整理
~14:10	14:10	流れの排水口の掃除をする。まだ出来ていて、少し大きくなっている。 排便口の網は二日間に一度交換して下さい。
14:30	14:30	トイレに着用 ホテルセーフティの大人一枚
14:40	14:40	トイレ使用 1食は27枚が食べたいとおっしゃったので、焼き芋を作ります。
14:50	14:50	トイレ専用 排便あり。5回目の目録。こんな時に幸運です。 少し排便がある。何度も確認されますが、排泄止まっています。
15:00	15:00	トイレ掃除 食事中 今日はご主人が出張で帰宅時間が遅い。 排便止め さうとのことで、お風呂上がりで自己注射(?)を
15:20	15:20	トイレへ
9/3 (金)	9:30	ソフアに座っていました。 中学生の さんが、昼食の準備をしてくださいました。 ベットの布団を干しました。
	10:30	昼食 ハンケイトースト3/4 ホットミルク1杯 ・野菜スープ ・ポテトサラダ ク明菜スープ 美味しいと召し上かりました。ポテトサラダが残しておくれ との事で冷蔵庫に入れておきましたので宜しくお願ひ申し 服整 口腔ケア
	11:10	トイレ説教(排便なし)
13:00~17:00	13:00	しゃわせセセラ様 洗濯機を洗めておきましたので、そして下さい。 宜しくお願い致します。
~14:10	14:10	14:10 猫用の砂箱を替えていたのに失敗していました。着ていた袋で丸 着の袋を一ヶ月も放置していました。すでに花びらで下さった おまけ、外がくもつっていたので室内に干してました。
14:30	14:30	こんな希望に沿ってホットコーヒーと白い菓子 早目つかれつ。13:00、14:10、15:00 トイレに行きましたが、排 泄はありましたでした。 ねづけてほしいと云われ、私が止めながら、以前から来て いるお嬢様ですか、両方共お詫びしてからとめりました。
16:30	16:30	排便



薬科衛生士記録

## 2-2. 病状定期

### I. 病状定期とは

本書では、高齢者・家族が在宅療養に慣れて落ち着いてきた頃を、おおまかに「病状定期」としました。悪性疾患や難病などがない高齢者の場合、この時期は比較的長く続き、在宅ケアにかかる訪問看護婦・士が最も長く経験する時期と思われます。この時期は高齢者・家族の不安も一段落し、家で暮らすことの喜びを実感できる時期である一方、落とし穴も多いものです。例えば、始めは厳密に行なっていた医療処置も、慣れるに連れて清潔保持に関わる重要なステップを飛ばしてしまうことがあります。反対に、病状や状態が変化しているのに家族のケアの仕方が変わっていないこともあります。疲労も蓄積します。いつ終わるかわからない状態の中で在宅ケアに疲れ果てたり、閉じこもり状態で孤立したりして、危機状態に陥いる家族もあります。定期の家族には、在宅ケアに一見適応しているよう問題の見えにくい場合が往々にしてあります。

### II. 病状定期の教育的援助

#### 1) 介護技術の再点検

家族介護者の疲労の蓄積に注意しながら、家族

この時期、訪問看護婦・士は、介護者の身体的・精神的・社会的な健康状態の変化に注意を払いつつ、家族が安定して介護を続けていける環境の整備に気を配ります。導入期のポイントの多くは定期にも引き続き重要なものです。在宅ケアサービスや介護用品などは、状況に応じて引き続き最新情報を提供することが大切ですし、また、導入期に構築した在宅ケアチームの連絡調整機能が適切に維持されるよう、確認することも大切です。導入期だけでなく、定期的、あるいは必要時にカンファレンスを開けるような体勢にしておきましょう。また、メンバーの交代時は同行訪問を行い、家族とのスムーズな信頼関係構築を支援することが必要でしょう。

高齢者が介護を要するようになると家族関係に変化を生じることもあります。介入が必要になることもありますので、注意深く観察します。

#### 事例 4

Dさん夫婦は高齢で、介護者は妻でした。在宅ケアの導入期には訪問看護婦に指導を受け、妻はおむつ交換や清拭を意欲を持って毎日実施していました。けれど、在宅療養に慣れるにつれて疲労感が強くなり、介護の様子にも変化が見られるようになりました。たとえば、週2回の訪問看護の日には「看護婦さんが来てくれるから」と、訪問看護婦が訪問するまで汚れたおむつをそのままにして待つようなことが頻繁に起こるようになりました。

の介護技術を再点検しましょう。

定期に入ると、それまでの緊張がとれることもあって、家族の疲労度は徐々に増加する場合が

多いようです。介護しなければならないと頭では理解できても、この状態がいつまで続くのかと思

う家族の負担は大きいものです。特に主介護者が高齢の場合、疲労を感じる傾向が強いようです。このような場合は、「今日は訪問看護があると思って家族がおむづつ換えていない。訪問看護に依存するようになってきた」と責めることは得策とはいえません。介護者の疲労に配慮し、訪問看護・介護がない日の家族の介護状況を確認して、技術的に問題がないようであれば、その介護姿勢を認

め、肯定的態度で接することが大切でしょう。

また、疲労が蓄積しすぎないよう、一見介護負担の軽そうに見える家族にも定期的なショートステイの活用をすすめると良いでしょう。

## 2) 介護技術の再教育

様子を見ながら、必要に応じて介護技術を再教育します。

### 事例 5

Eさん夫婦は高齢で、介護者は妻です。夫は脳血管障害後遺症で片麻痺があり、寝たきり状態です。夫の足部が冷えるからと、Eさんの妻は「使い捨てカイロ」を夫の両足背に長時間貼付していて、ある日低温火傷をつくってしまいました。麻痺があって皮膚感覚の鈍くなっている夫は「熱い、痛い」とも訴えませんし、またカイロを自分ではずすこともできませんでした。

事例 5 のように、家族が高齢者のために良かれと思って実施したケアが、結果的に高齢者の苦痛を増してしまう場合があります。このようなとき、家族は訪問看護婦・士に言われなくても、十分自責の念に駆られ、申し訳なく思っているはずです。訪問看護婦・士は一方的に家族を責めるのではなく、家族の介護に対する前向きな意欲を認め、理解することがまず大切でしょう。その上で、注意

を促すなどの再教育をする必要があります。特に冬には低温火傷のケースが多く、訪問看護婦・士は日頃から予防的に家族に説明しておくことが必要でしょう。

## 3) ケア方法の変更と再教育

家族が慣れるにつれてケア方法を変えることもあるので、様子を見ながら再教育します。


**事例 6**

Fさん(女性)はお嫁さんが介護しています。褥瘡があるため訪問看護の日以外は家族が褥瘡ケアを実施することになり、訪問看護婦が消毒やガーゼ交換などを指導しました。お嫁さんは毎日継続的に処置を続け、褥瘡は回復傾向にありました。しかし、しばらく経過すると、訪問看護婦は褥瘡がむしろ以前より悪化していくのに気づきました。訪問看護婦が家族に日常のケア方法について尋ねると、Fさんのお嫁さんは、他の高齢者の家族介護者から「褥瘡ケアにはこの薬がいいらしい」と市販の薬剤(塗布剤)を紹介されていて、家族の判断でケア方法を変更していたことがわかりました。

訪問看護婦はまず、「家族が良かれと思ってケア方法を変更したことはよくわかる」と肯定的態度を示しました。その上で、「今なぜこの方法で褥瘡ケアを実施しているか」について、医学的根拠をもって説明しました。最後に、褥瘡が回復傾向にある段階で定期的に撮影しておいた写真を家族に見せ、「自己判断でケア方法を変更するとこれまで順調に回復してきたものがむしろ悪化する。訪問看護婦の指導に従ってほしい」と伝えました。家族は回復過程で撮影された写真を見て納得し、訪問看護婦の説明に理解を示してくれました。

事例6のように、家族は「早く良くなって欲しい」という気持ちから、様々な情報源から得られたケア方法を自分だけの判断で実施してしまうことがあります。家族の工夫によって改善される場合もありますが、特に薬剤等を使用して医療処置を伴うケアでは、マイナスに働く危険性が高いようです。家族の介護に対する前向きな姿勢に対して十分に評価することが必要ですが、あわせて、定期的に技術的な原則を家族に確認していくことが大切です。実際に訪問看護婦・士が訪問している際に、ガーゼ交換、膀胱洗浄、吸引等

のケアを家族に実施してもらい、再教育が必要と判断した場合にはその場で説明していくことも効果的でしょう。家族は、高齢者の状態が悪化してはじめて、自分の方法が間違っていたと気がつく場合が多いので、根気よくケアの原則とその根拠を説明していく必要があるようです。

#### 4) リハビリテーションのフォロー

慣れるに連れてリハビリテーションの訓練に消極的になることもあるので、注意してフォローします。


**事例 7**

Gさんは高齢者夫婦で、介護者は妻です。夫は脳血管障害後遺症により片麻痺があります。また脳卒中発症直後のリハビリテーションが不十分であったため、両上下肢に強い拘縮がみられました。拘縮の悪化予防のため、訪問看護婦は毎日の機能訓練プログラムを計画し、妻に方法を説明しました。また、プログラムを図示して、いつでも方法を確認できるように工夫しました。しかし、妻が夫の上下肢を動かそうとすると、夫は「痛いからやめろ」と拒否します。結果的に、週2日の訪問看護の日以外は、全くリハビリテーションの運動をしていないということでした。Gさん夫婦が住む地域には理学療法士や作業療法士がないので、訪問リハビリも十分に受けられない状況です。

拘縮予防等のリハビリテーション、肺合併症予防、褥瘡予防等では、経過が順調で回復の見込みがはっきりとわかる場合であれば、家族も意欲を持ってケアを継続できる場合が多いのですが、はっきりとした成果が目に見えない場合には、家族もやる気を失ってしまいがちです。家族と訪問看護婦・士だけでは必要なケアが物理的に実施できない場合には、他の在宅ケアサービスを活用することになりますが、高齢・過疎化が進行する地域などでは、残念ながら十分なマンパワーやサービスを確保できていないのが実状です。

リハビリテーションのための運動・訓練の継続には、高齢者や家族が「何のために実施しているのか」という達成目標を常に意識できるよう、時折再確認していくことが重要でしょう。高齢者や家族が利用できる在宅ケアサービスを最大限に活用していくコーディネートも、訪問看護婦・士の役割として必要です。

#### 事例 8

高齢者 H さんの容体が急変した事例です。長期臥床で寝たきり状態にある H さんはある日痰つまりによる窒息を起こしました。訪問看護婦が訪問した際に家族が「おじいさんの様子がおかしい」と話したのです。様子を見た訪問看護婦は、直ちに吸引や心臓マッサージなどを実施し、その結果 H さんの状態は改善しました。後日、訪問看護婦は、高齢者の主治医から「あのとき、おじいさんには死んでもらっていた方がよかつたかもしれない」と家族が話していた」と聞かされました。

近年、臓器移植法の成立や介護保険制度の導入等、社会的にも生と死に関する問題が取り上げられるようになってきました。特に施設から在宅へと療養の場が拡大していく中、終末期に対する高齢者本人や家族の希望は、相互のコミュニケーションを深めながら日頃から話題にしていくことが必要と思われます。一方で、高齢者や家族の終末に関する思いは常に揺れ動いているのが実状でしょう。たとえば、日頃は在宅死を望んでいても、実際に高齢者が家族の目前で急変したとき、果たしてどのような言動をとるかは予測が難しいもの

一方、意欲的にリハビリテーションを実施し順調に回復してきたのに、不注意で転倒してしまう、などという場合もあります。この時、高齢者や家族が「今度また転倒したらどうしよう」と不安になつて訓練等が継続できない、ということがよく起こります。訪問看護婦・士は高齢者・家族の不安を十分に受け止めるとともに、リハビリテーションが継続できるように援助しましょう。訓練方法のどの部分で転倒の危険性が高いのか、などを一緒に振り返って考えながら、安全で効果的な方法を計画・実施します。高齢者と家族は自信を失いかけているため、訓練の目標を本人たちと再考し、納得できるまで話を傾聴していくことが重要になります。

#### 5) 急変時の対応

安定期であっても、急変時の対応について、家族と在宅ケアチーム間で共通理解を持っておくようになります。

です。高齢者本人の希望がきちんと確認されているかどうかについても、必ずしもはっきりと確認できない場合が多く、家族だけの考え方で終末への希望を訴えていることもあります。

終末期をいかに迎えるかは、家族支援の観点からも、今後大きな課題になると思われます。安定期からそのことを念頭に置き、高齢者本人や家族と十分な信頼関係を築きながら、高齢者・家族の意向を確認してゆく努力も大切でしょう。

### III. 病状定期の支持的援助

#### 1) 軽減策の検討

介護者の疲労軽減を図る際には、家族の価値

観・信念に合わせて、軽減策を共に考える姿勢が大切です。

#### 事例 9

Iさん（女性；脳梗塞、糖尿病、痴呆症状あり）を介護している家族（嫁）は30歳で、5歳、3歳、1歳の子供がいます。Iさんは寝たきりになってから6か月経過しており、昼夜の逆転や指示動作の逆をするなどの行為があります。おむつも自分で破ってしまいます。訪問看護が始まった時には、お嫁さんがおむつをガムテープで固定し、おむつ交換も1日1回程度、褥瘡もみられました。訪問看護婦が鍵付きの衣服（注1）を紹介して使用しはじめてからはガムテapeで固定する必要はなくなりましたが、おむつ交換の回数は少ないままです。褥瘡も治癒してはまた生じるという状況です。Iさんには気管支炎があるため、お嫁さんはしっかりと排痰させるために手で口を無理にこじ開けようとして、Iさんの口唇周囲にびらんをつくったこともあります。

このような状況を見て、訪問看護婦はショートステイ利用を紹介しました。お嫁さんは熱心に聞いていましたが、姑の実の娘さんの賛成を得られず、利用はしていません。訪問看護婦の訪問中は、このお嫁さんと娘さんが主に応対するのですが、お嫁さんはIさんに対して「だめでしょ！何するの！」と強い口調での否定的な言葉が多くみられています。

お嫁さんのいないところで娘さんは「私たちもあの人（嫁）には遠慮している」と訪問看護婦に打ち明け、汚れた下着などはこの娘さんが持ち帰って洗濯しているということでした。訪問看護婦・士はお嫁さんの言動から、お嫁さんの介護に関するストレスが大きいと考えました。週2回の訪問看護、月2回の移動入浴などで介護負担ができるだけ軽減するようにしています。

（注1）鍵付きの寝間着は抑制の一種との指摘もありますが、在宅ケアの場合には、介護者の疲労を考慮しながら、使用する方がよい場合もあるでしょう。

「病状定期の教育的援助」の項でも述べましたが、介護者の疲労は身体・心理・社会的に様々な形で表れてきます。事例9のように、一見すれば虐待とも取れるような言動で表現されてくる場合もあります。しかし、このような嫁介護者の言動の背景には複雑な問題が多々絡み合っており、虐待だけに焦点を当てて介入を計画することは困難です。

事例9の嫁介護者は日々の生活を育児と介護に追われていて、疲労が蓄積しているように思われます。ショートステイは良い休憩になる可能性がありますが、「嫁が姑を介護するのは当たり前」と

いう価値観を持つ家庭では「親を施設に預けるなんてとんでもない」という考えも多くみられ、簡単に利用できる場合ばかりではありません。さらに、過疎化、高齢・少子化が進む地域では育児や介護に関して気軽に相談できるような同輩が傍にいるとは限りません。終わりの見えない介護に対して不安と疲労を抱えていても、家族や親戚に気持ちを打ち明けられず、この嫁介護者が1人で悩みを背負い込んでいるとも考えられます。それが虐待とも取れるような言動に現れてしまっているのかもしれません。

事例のような悪循環はおそらくどこの家庭でも

起こりうることです。訪問看護婦・士は介護者の気持ちや疲労感を受け止めることが重要で、「在宅介護において家族はこうあるべき」というような一方的な見方は慎まなければなりません。介護負担を軽減する社会資源を考えたり、娘と嫁の間の

調整に努めたりしながら、主な介護者やその他の家族と相談して可能な道を探ってゆく姿勢が大切です。

## 2) 経済的側面への配慮

高齢者・家族の経済的側面に配慮します。

### 事例 10

Jさん(男性)の主介護者は娘さんです。Jさんは脳血管障害後遺症による片麻痺で寝たきり状態であり、褥瘡も作っています。家庭は様々な事情から経済的に困難で、主介護者である娘さんは終日勤めに出ており、毎朝食事の準備だけして出勤します。Jさんの身の回りのケアは、訪問看護と訪問介護で協力して行なっています。訪問看護婦は介護負担の軽減も考慮して、施設に入所してはどうかと勧めているのですが、「経済的に無理」という反応が返ってきてています。訪問看護の費用250円も「今持ち合わせがないので銀行で引き出してくれる」という状況です。

### 事例 11

Kさん夫婦は夫が脳血管後遺症高齢者で寝たきり状態であり、妻が介護しています。Kさんはおむつを使用していますが、費用がかかるため妻が布おむつを作成して何度も洗って使用したり、市販の紙おむつを半分に切って使用し、さらに日干しして再利用したりしています。

これらの事例のように、訪問看護の対象は裕福な家庭ばかりではありません。家庭の経済状態はおむつなど介護用具の選択や在宅ケアサービスの利用にかかわるため、訪問看護婦・士は高齢者・家族の経済状態を理解しておくことが大切です。一方、経済状態は高齢者・家族のプライバシーに関わる問題です。このため、訪問看護婦・士は高齢者・家族の気持ちを尊重しながら失礼にならないよう細心の注意を払い、必要最低限の把握に努めます。日常生活の様子や家族の言動から、経済的な問題をアセスメントする工夫も必要でしょう。また、ケアや医療処置に必要な物品を無駄にせず、出費を考慮しながらできる限り質の高いケアを提供できるように注意します。

## 3) 情報の提供

状況に応じて在宅ケアサービスに関する情報を

提供しますが、利用の最終決定は高齢者・家族の意志を尊重します。

地域特性や世代などによって、介護に関わる価値観は多様です。訪問看護に携わっていると、「福祉を必要とするのは恥ずかしい」、「施設に入所するのは嫁の世話を悪いせいで」、「医師や看護婦が往診するのはよいがヘルパーはいやだ」といった声を聞くことも往々にしてあります。このような高齢者・家族の価値観が、各種の在宅ケアサービスの利用意向に強く影響しているのです。家庭の状況や高齢者の心身の状態から何らかの在宅ケアサービスが必要である、と訪問看護婦・士が考えたとしても、それが高齢者・家族の気持ちとは異なる場合もあることを、訪問看護婦・士は十分認識しておく必要があります。家族に各種の在宅ケアサービスを紹介したり、勧めたりする際には、

家族の価値観・考え方やその家族の住む地域の特性を十分にアセスメントし、訪問看護婦・士側の一方的な思い込みだけで進めていかないように、注意が必要です。

#### 4) 介護の支えとなる活動

家族にとって介護の支えとなる活動などをみつけ、維持できるように援助しましょう。

在宅療養に慣れて疲れを感じ始める家族には、この時期、介護の支えになる満足感・喜びや、発散できる場の維持などがとても重要です。介護は基本的に、他者のために自分を使う営みですから、家族自身のためにも自分が得たと思える物事がなければ、介護者である家族は気持ちのバランスを維持することができません。

日々の訪問の中で訪問看護婦・士は、高齢者の安定した状態は日々の適切な介護のたまものであると、家族の努力を十分に評価することを忘れないようにしましょう。四六時中高齢者と共にいて介護に携わる家族は、とても創造的です。工夫によって新たに合理的・効果的なケア方法が発展し

ていて、訪問看護婦・士の方が却ってそのアイディアに感心し、学ぶこともしばしばです。そのようなアイディアは十分に評価し、さらに発展を促してゆきましょう。家族が在宅ケアにやりがいを感じる部分です。

家族介護の苦労は、「経験したことのない人にはわかってもらえない」と感じる部分が多く、介護者はしばしば孤立感に悩まされるようです。時には介護者の集いなどの場を紹介し、思いを人に語ったり他者の話を聞いたりすることも良い発散や慰めになるでしょう。また、そのような集いで誰かにアドバイスできる自分を発見して嬉しく思えることもあります。隣近所とのコミュニケーションなど、地域社会との接点を保つことも大切です。

また、高齢者の状態が落ち着いてきたところで、家族自身の生活も大切にするよう、本来持っていた希望や夢に挑戦できるように支援することも大切な支援と言えるでしょう。

## IV. 病状定期のマネジメント的援助

### 1) アドバイスの統一

在宅ケアチームのメンバーによって言うことや

アドバイスが異なると、家族が混乱することがあるので注意します。

#### 事例 12

Lさんは褥瘡があり、訪問看護婦が継続して処置を実施したり、指導したりしていました。しかし、別の在宅ケアスタッフが「こうすればよくなる」と別の方法を家族に説明し、家族はそれまで訪問看護婦が行なっていた処置を変えてしまいました。褥瘡はむしろ悪化してしまいました。


**事例 13**

Mさんは上下肢に強い拘縮があり、リハビリテーションを行なっていますが、ある在宅ケアスタッフが上下肢を伸ばしてベッド柵に縛り、「こうやって伸ばすとよい」と家族に説明しました。訪問看護婦は訪問時にその状況を見つけ、「今後はこのようなことはやめてほしい」と家族に話したところ、「誰を信じていいのかわからない」と家族が苦情を述べました。

在宅ケアには様々な職種や機関が関わるので、他職種、他機関との連携がキーポイントです。連携をとり、ケアの方向性を共有していないと種々の問題が生じ得ます。これらの事例は極端な例かもしれません、実際に起こったことです。誰もが悪意をもってケアに臨んでいるわけではありませんが、訪問する在宅ケアのメンバーがそれぞれ異なるケアの方法や指導を家族に実施してしまうと、家族は混乱してしまいます。このような場合、褥瘡については訪問看護婦・士が今行っている処置方法を文書で通知したり（事例2参照）して、処置の方法を統一する工夫が必要でしょう。チームで関わっていくという意識を持つことが重要で

す。

また、訪問看護婦・士同士の間でも、情報交換・意見交換の場を確保しておくと良いでしょう。例えば朝の15分、夕方の15分、など時間をあらかじめ設定して定期的にカンファレンスを持つこともよいでしょう。このような建設的な情報交換・意見交換のためには、訪問看護婦・士一人ひとりが、日頃から日々のケア方法や高齢者・家族への関わり方などに関して自己評価を行い、より適切な介入ができるような問題意識を持つ姿勢が重要です。そうすれば、カンファレンスの目的が明確になり、短時間の議論でも課題の解決が期待できるでしょう。

## 2-3. 病状悪化期

### I. 病状悪化期とは

病状悪化期とは、安定した在宅療養を継続していた高齢者・家族が病状の悪化に直面し、回復に努力するあるいは安らかな死を迎える、入院する、などといったケアの方向性を含めた在宅療養についての判断を多く迫られる、危機的な状況の起こりやすい期間です。

もともと高齢者・家族は在宅療養への導入期に抱く漠然とした不安の中でも、病状が悪化したらどうすればよいのかという不安をたいていは抱いているものです。家族にとって在宅療養は初めての経験である場合がほとんどですから、具体的なイメージもなく、何をどのようにすればよいのかもわかりません。このような時期には、「自分は何もできずに高齢者の病状を悪化させてしまうのではないか」などと、最悪の状態を思い描く家族がよく見受けられます。しかし、高齢者の病状悪化は基礎疾患や機能障害に加えて生活の仕方や家族介護者の状況の変化が原因となることもあります、避けられない場合も多いものです。また、その後の方向性の意思決定には、高齢者・家族が入院や在宅療養に関して持つ考え方、主治医や医療機関との入院に関する取り決めなど、様々な要因が影響

を与えます。

病状悪化期においては、このような病状悪化状況や高齢者・家族の価値観、医療機関との関係などの個別状況をきちんと捉えてアセスメントして、混乱している家族に対し、適切な対処方法の明確な提示と精神的支援を行う必要があります。病状悪化期を体験して緊急時の対処方法を学んだ家族は、その後の介護が予測的、主体的に変容する場合も見られます。このように、病状悪化期は家族のセルフケアレベルの向上へ向けての重要な機会であると捉えることもできます。

この時期の訪問看護婦・士は、電話、面接、訪問など様々な方法を組み合わせて頻度・密度の高い関わりを意図的に行い、問題を家族からの情報収集と自分の目で確認してタイムリーな援助を実施することが必要です。期間的には短いものの、在宅療養の経験を大きく左右する時期です。安定期の家族とは明らかに変化している悪化期の支援ニーズを個別的に捉え、家族の危機を家族の立場や視点から支え、共に体制を立て直す専門職の力量を発揮しましょう。

### II. 病状悪化期の教育的援助

#### 1) 観察のポイント

家族は混乱していますから、観察のポイントを具体的・明確に伝えます。

高齢者ごとに観察ポイントは異なります。その高齢者の病状から起こり得る合併症や悪化した場合の症状の特徴などを家族へ伝え、適切に観察できるように援助する。その際にはできるだけ平易な言葉を使って、具体的にわかりやすく説明することが大切です。

例えば、どのような状況でも頻度の高い合併症として、感染症があります。感染症の有無を観察するために、家族に発熱の有無、咳の様子(頻度、湿性か乾性か)、痰の色・性状・量、尿の色・性状・量、食欲の有無、排便の状況などを観るように、と話す必要があるとします。その場合、実際に尿の色や性状をじっくりと観察したことのない家族には、正常と異常はどのように違うのかが、なかなかイメージできないものです。「尿は普段は

透明でうすい黄色です。白く濁っていたり、赤く血液が混じっていませんか?」などというように、できるだけ詳しく、家族が目に浮かべられるくらい具体的な描写説明が必要なのです。

## 2) 医療機関などへの連絡方法

観察を行い病状が悪化してきていると気づいたら、できるだけ速やかに連絡してもらう必要があります。状態の変化を報告する場合には慌ててしまうことが多いので、あらかじめ電話のそばに報告のためのフォーマット(電話番号、担当者名、高齢者の状態を伝えるための項目:いつからどのような症状がどのくらい続いているのか等を書いた紙)を表示しておくことも一つの方法でしょう。

夜間や休日の場合に関しては特に慌ててトラブルが起こらないよう、用意されている連絡方法(どのようなルートを使って医療者とコンタクトをとれるか)を、パンフレットなどを用いて丁寧に説明するようにします。

## 3) 対処方法

病状悪化期の家族には、どの程度の悪化であればどのような対処方法が選択可能かをあらかじめ提示して、家族にある程度見通しを持ってもらうことが必要です。在宅のままで医師・訪問看護婦・士の訪問により処置や服薬などを行ってゆく場合と、外来受診または緊急入院という形で医療機関において処置を行う場合と考えられます。

例えば在宅酸素療法の高齢者の場合、発熱し咳が出ていても、食欲と活気があり、低酸素血症を示す変化も認められず、痰の色の変化も許容範囲である、という状態ならば、主治医の判断のもとに、あらかじめ処方されていた経口抗生剤を服薬すれば乗り切れる可能性が高いようです。家族が電話で尋ねて来た場合には症状を確認し、服薬を指導するか、別の種類の薬を処方される可能性が考えられる場合には、速やかに服薬できるように

手配し、必要であれば訪問によって確認します。顔面蒼白で傾眠傾向が顕著、などという場合には血中炭酸ガス分圧の蓄積による呼吸抑制へ進む危険性があり、速やかに受診して呼吸管理する必要があります。この例のように、いくつかの予測される状況とその場合の対処法をわかりやすく説明し、理解を得ておくことが重要です。

終末期で在宅死を高齢者・家族ともに希望している場合は、対処方法は個別に細かく想定し、決めておく必要があります。「24時間以内に診察を受けていないと主治医が死亡診断書を書けない」という法律上の制約があるため、往診をいつ依頼するかの判断が重要になります。どのような呼吸の状態になったらどこに連絡をするのか、といったことを具体的に伝えイメージできるようにしておくとその時になっても家族は比較的スムーズに動くことができます。

## 4) 対処方法の選択

在宅療養を継続するか、入院するかの判断に関しては、それぞれの対処方法のメリット・デメリットを理解してもらえるように支援します。

在宅療養を続けるか入院するかを意思決定する際には、入院に伴う高齢者の心身機能や生活の変化など病状そのもの以外のデメリット、あるいは在宅療養の継続により起こりうるデメリット(介護者の疲労蓄積など)などを説明することも重要です。家の生活と入院生活は、生活という視点でとらえた場合、接するもの・空間・人などが大きく異なります。例えば、高齢者が入院して痴呆症状を呈する事はよく経験されます。それだけ生活環境の変化が高齢者に与える影響は大きいということです。入院期間が長引くと痴呆が重症化し、退院しても生活が成り立たなくなる場合もあるほどです。このような情報を、家族にあらかじめ伝えておくことは非常に重要です。

### III. 病状悪化期の支持的援助

#### 1) 家族の不安レベルの見きわめ

病状悪化に伴う不安のレベルを、家族とのやりとりから判断します。

例えば介護者がかなりの高齢であったり、危機に直面すると動搖しやすいタイプであったりすると、病状悪化期にあたりパニックに陥いる場合があります。訪問看護婦・士は、家族の不安の程度によって、電話による高齢者の状態確認と医師の指示の伝達だけで適切な対処が可能な状況か、すぐに訪問して全ての対処過程を一緒に行うべき状況か、といった判断を行う必要があります。いずれにしても、訪問看護婦・士は家族の不安を受け止め、共に考え方でできるように支える用意があることを家族に明確に伝えて、家族に「必ず適切な対応ができる」という安心感を持ってもらうように援助することがとても大切です。以前にも同様の病状悪化期があり、それを乗り越えた経験を持つ家族であれば、そのことを思い出してもらうような働きかけは家族の不安を軽減するのに有効です。

#### 2) 入院の意思の確認

入院の決定を誰が行うかについて確認します。入院の決定は、病状からの医師の判断とともに高齢者本人と家族の意思が最大限に尊重された形でなされなければなりません。医療者側の一方的な思い込みや価値観で高齢者の入院や在宅療養の継続を決めることはできません。高齢者・家族が納得して自分で意思決定ができるためには、前述したように十分な説明が必要です。他の家族員や関係者と相談をする場合は、現在の状況や今後の見通しについて、相談相手に正確な情報が伝わるようになれば、それだけ家族は不安が強く揺れ動くため、方向性については繰り返し確認する必要があります。方向性を変更する場合、訪問看護婦・士はそ

の背景を理解し、意思決定を尊重していることを高齢者・家族に示し、支える姿勢が大切です。

#### 3) 入院ベッドの確保

入院を決めた場合は、入院ベッドが確保できたらすぐに家族へ連絡します。

家族は対処方法が決まるとひとまず安心できます。慌てている家族には、入院に際しての準備について細かい助言を具体的に行うこと必要でしょう。さらに、今後の展開についての不安や心配事がないかをたずね、もし何か気がかりがあればいつでも相談に乗れることを伝えます。入院して在宅ではなくなったからと、訪問看護婦・士との関係が切れてしまうことを懸念する高齢者・家族もいます。そのような心配は必要ないことを伝えます。入院後も、医療機関内のシステム上の問題があればその担当者へ伝えるなど、家族の代弁者としての機能を発揮することが求められます。

#### 4) 対処方法・活動への評価

高齢者・家族の状態が再び安定してきたら、病状悪化期の対処方法を振り返り、家族が自分の活動を評価できるように援助します。

適切な対処により病状悪化を乗り切れた場合には、状況がある程度落ち着いたところで話し合いの時間を持つようにしましょう。この時期の判断や行動について、家族が自分の活動を正しく評価できるように促し、今後の在宅療養継続への動機付けにつなげていくようにします。家族が悩んだ末に何らかの意思決定をして対処したところが、結果が予想を裏切る展開となった場合、家族は後悔したり自分を責めたりすることが多いものです。訪問看護婦・士はその時点で考えた最善の策の結果であることを重視し、家族が否定的になりすぎず、ありのままに評価するように支える必要があります。

## IV. 病状悪化期のマネジメント的援助

### 1) 医療的対応の調整

主治医と密接に連絡をとり、タイムリーに適切な医療的対応がとれるように調整します。

#### 事例 14

寝たきり全介助の75歳の男性Nさんは脳梗塞後遺症で右片麻痺、運動性失語症があり、気管支喘息と心不全も合併しています。死亡した長男のお嫁さんが、3人の子供を育てながら何とか介護をしていました。ある日、お嫁さんが子供の風邪がうつって高熱で寝込む、という事態が発生しました。Nさん自身も微熱で水分を飲みたがらず、尿量も500mlと少なくなっている、との電話がお嫁さんから訪問看護婦に入りました。担当の訪問看護婦はまず、Nさんの上気道感染と脱水を予測して主治医へ報告しました。医師は抗生素剤の内服と採血・採尿の指示を出し、訪問看護婦はその指示を得てすぐにNさん宅を訪問しました。Nさんはぐったりしており、経口的に水分も薬も受け付けません。訪問看護婦はこの状態から、「このまま在宅で過ごしていくには脱水症が進行する」と予測しました。血液検査の結果からも感染と脱水が明らかとなつたため、主治医へ報告し入院の手続きを進めた結果、Nさんは翌日入院しました。

事例14が示すように、病状悪化期においては、タイムリーな心身の状態に関する判断が行われることがますます必要です。家族介護者にとって最も不安なことは、このまま在宅で見ていて大丈夫なのか、という点でしょう。主治医が的確な判断を行うためには、訪問看護婦・士が病態の急変を予測しながら的確に情報を収集する役割を果たすことが求められます。

事例14のように家族の状況変化が引き金となって病状が悪化し、家族に対応を期待することができない場合は、訪問看護婦・士や在宅ケア

チームが代わって事態に対処する必要がでてくることがあります。Nさんのお嫁さんのように、介護者が一人で何役もこなしている家庭の場合に、特にその危険が高くなります。介護者が休息できるレスパイトケア（ショートステイなど）の活用は、家族の健康を維持することで高齢者本人の病状悪化予防の意義をも有するといえます。

### 2) 病棟看護婦・士との連携

病棟看護婦・士などとの連携をスムーズにとり、最善の医療的対応ができるように橋渡しをします。

### 事例 15

パーキンソン病のOさんは関節拘縮が著しく、寝たきりで寝返りも自力では打てない状態です。妻が仕事をやめて在宅療養していました。Oさんは病状が進んで次第に嚥下困難な状態となり、ある日高熱を発しました。呼吸も速く誤嚥性肺炎が疑われ、主治医とも相談の上、治療のために入院することになりました。訪問看護婦は入院までの経過を病棟へ伝えるため、連絡票を書いて病棟看護婦へ申し送りに行ったのですが、その際、入院予定の病室のベッドにエアマットが敷かれていなかったことに気づきました。そこで訪問看護婦は、病棟の看護婦に、Wさんは嚥下困難からかなりやせてきており骨が突出していること、自力の体動が不可能な状態であり、低栄養・尿失禁と褥瘡発生リスクが高いこと、在宅では送風式のエアマットを使用して、妻が毎日清拭をしながら皮膚の状態をチェックして褥瘡を防いできた経過などを説明しました。エアマットなしでは褥瘡発生の危険性が高いこと、妻の「床ずれだけはつくらないように」との思いを受けとめてほしいことも重ねて病棟看護婦に伝えました。その結果Oさんは、それまで自宅で使っていたエアマットを病室で使用することができるようになりました。Oさんは救急車で病院に移送されたため、訪問看護婦は妻に、その時の救急隊の方に依頼するよう助言して、エアマットを搬送する事ができました。

病棟看護婦に在宅での経過を伝える事によって入院中の看護計画にも褥瘡予防（観察及びケア）が組み込まれ、また妻の思いを伝える事で、病棟看護婦から妻へは「よくこんなに大変な方を、床ずれひとつくらず見てこられましたね」というねぎらいや評価のことばがかけられるという効果がありました。

入院が決定した場合には、訪問看護婦・士は病棟看護婦・士などに、その高齢者の病状悪化に至る経過と普段の在宅でのケアのポイントを伝え、継続的なケアが行われるように機能することが必要です。情報伝達にあたっては、電話・面会などの口頭による方法のほか、連絡票を用いた文書による伝達を組み合わせると、その場にいなかつた病棟看護婦・士にも伝わって効率的です。その際には、病状悪化の経過だけでなく、それまでのケアの経過と家族の状況もできる限り伝えるようにすると良いようです。このようにすると、病棟看護婦・士が家族に対してもより深い理解を持つことができ、言葉かけなどの働きかけで、家族への精神的支援が行いやすいようになります。

病状悪化で入院したとき、たまたま院内に空いているエアマットがなかったため、入院した理由である肺炎は治癒しても褥瘡ができてしまった、という場合を見聞きすることは多いものです。そ

のようなことになると、入院するという自分の判断のせいで、高齢者に痛い思いをさせた、と家族は悔やみますし、褥瘡処置という新たな介護負担を増やすことにつながってしまいます。病棟の物的環境と本人の栄養状態その他の褥瘡発生リスクの高さを判断し、予測に基づく対処ができるれば、褥瘡など入院に伴う不利益を最低限に押さえることができるでしょう。

このようなきめ細かな情報伝達と環境やケア方法の調整は、家族だけでは難しいものです。訪問看護婦・士は家族の気づかない少し先の問題発生を予測しながら、病状悪化期においても、高齢者・家族が生活環境の変化にスムーズに適応できるように関わることが重要です。

#### 3) 家族の希望の伝達

家族の希望や考え方、そこに至る経緯を在宅ケアチームメンバーに正確に伝えます。

病状悪化期に揺れ動いた家族の思いを地域の在

宅ケアチームメンバーが尊重し、その後の支援体制を整えられるように、きめ細かく配慮します。チームメンバーが誰か1人でも否定的に関わった場合には、そのケアチーム全体に対する家族の信頼感が損なわれてしまいます。病状悪化期は家族も不安が非常に強くなるため、この時の在宅ケアチームの援助のしかたは強く意識に残ります。訪問看護婦・士はこのことを念頭に置き、注意深く病状悪化期の対応を行うことが重要です。

#### 4) 介護力と家族援助方法の評価

病状悪化に至った経過について地域ケアチームメンバーで情報交換し、介護力と家族援助方法の評価を行います。

病状が落ち着いてきたら、病状悪化がどのような経緯で起こったかの検討が、在宅ケアチームの中でも必要です。この後の在宅ケアにおいて同様の経験を繰り返すことがないよう、予防的に関わるためです。特に、病状悪化の原因が家族の支援体制にないかを注意して検討します。家族の介護力は常に変化しており、在宅ケアの導入期に十分と思われた介護力がいつまでも続いているとは限りません。入念なアセスメントが必要ですが、チー

ムメンバー1人の見方では専門分野に偏りがちです。多職種が様々な見方について意見交換しながら介護力をアセスメントし、妥当な判断に至るよう工夫します。介護力が十分でない場合、今後必要と思われる各種在宅ケアサービスの活用についてチームで検討する必要がありますし、家族への援助についても修正の必要がでてくるかもしれません。このように、病状悪化期の終わりに関係者が集まってケアカンファレンスを開くと、医療的側面と生活面の情報を統合した検討が効率的に行われ、その後の有効な家族支援につながる場合が多いようです。

さらに、病状が解決の方向へ向かいたら、在宅ケアチームとしてはどのような援助が有効であったのかを、家族とチームメンバーで確認しておくとよいでしょう。このような経験の積み重ねは次の病状悪化期に活用することで、よりスムーズな問題解決につながるでしょう。また、事例検討会などの資料としてまとめておくと、後に総合的な評価をするときに便利ですし、他の高齢者・家族への支援に役立てることもできます。

## 2-4. 終末期

### I. 終末期とは

終末期とは在宅生活において加齢に伴ない徐々にADLの低下が見られ、治療を施しても効果的な結果が期待できずまた高齢者、家族も無理な延

命治療を希望しない看取りの時期が近い状態のことです。

### II. 終末期の教育的援助

#### 1) 高齢者、家族の意思の確認と尊重

「最後は家族に見守られ住み慣れた自宅で亡くなりたい」といったことは良く聞くことですが、現代社会において少子化、核家族化または住宅事情などの諸問題を抱え、その思いを全ての人が遂げることは困難になってきています。在宅で終末期を過ごし最後の看取りを在宅で希望する、その思いを実行するにあたって大切な事は高齢者本人が強い意思を持ちまたその思いに添った家族の意向があるということです。それによって、はじめて「在宅での看取り」が開始されます。しかし在宅生活を過ごして行く中で特定の疾患の有無にかかわらず終末期が近づくにつれ徐々にADLの低下、衰弱などが見られ寝たきりの状態や経口摂取困難な状態となります。するとこのような状態の変化によって家族は「本当にこのまま在宅療養で良いのだろうか？入院した方が辛くないのではないかだろうか？」と気持ちが複雑に揺れ動き悩む事が多くなります。このような気持ちの変化は終末期に特に生じることであり、訪問看護婦・士はこの揺れ動く気持ちを汲み取り受け入れて高齢者、家族の意思に沿った援助を展開していくかなければなりません。また最後の看取りの場所を何処にするかという問題もあります。必ずしも在宅が全てではなく医療機関やホスピスなどいずれかの選択肢の中から高齢者、家族が話し合って決定する事が望ましいでしょう。訪問看護婦・士の価値観を押しつけるような事は、避けなくてはいけません。

#### 2) 終末期の日常生活の援助

①日常生活の援助について、具体的な観察ポイントを示します。

終末期では高齢者、家族の希望に応じサポートチームが関わり少しでも安心できるように体制を組む必要がありますが入院時の体制とは明らかに異なり、在宅では限界があることを高齢者・家族に理解してもらわなければなりません。在宅生活を進めていく上で医師、訪問看護婦・士は折に触れる家族に高齢者の身体的・精神的变化（POINTを参照）を説明し予期される症状について話しておき、そのような症状が現われた場合に家族で看るのか、医師に連絡するのか、救急車対応となるのかなどの具体的な対応策を家族と話しておきます。観察ポイントを説明する際注意しなければならないのは、介護者に分かりやすいよう具体例をあげて説明することで、必要な場合は改めて繰り返し話していく事が大切です。例えば介護で余裕の無い状態のときに諸々の観察点を説明しても無理が多く、より混乱を招く場合があります。状況に応じてできるだけポイントを押さえて説明していく事が大切です。介護用記録ノートを準備し記入してもらう方法もありますが、書く事が負担にならないよう「何日、何時下痢、何時熱何度」など覚え書き程度でも良い事を話します。

## POINT

## 終末期の症状

## ○身体症状

## ・慢性的にみられる症状

全身倦怠感、食欲不振、胸腹部不快感、いろいろな痛み、発熱、口渴、嘔気、口内炎、便秘、不眠、咳嗽、息苦しさ、やせ、貧血、衰弱、皮膚の異常（褥瘡、乾燥、発疹、浮腫）

## ・急を要する症状

呼吸困難、（気道閉塞）

血管閉塞（脳梗塞、心筋梗塞、肺梗塞、四肢動脈閉塞）

腸閉塞

出血（吐血、下血、咯血）

ショック（血圧の急低下、意識消失）

重度の脱水

重度の感染（肺炎、敗血症）

事故（骨折など）

## ○精神症状

不安、動搖、恐怖、不穏

不機嫌（いらだち、おこりっぽさ）

うつ状態

物忘れ、失見当、幻覚、谵妄、混乱

出典 岡島重孝：訪問看護研修テキスト、日本看護協会出版会

②食事の援助についての具体的なポイントを示します。

状態の変化に伴なって今までとれていた食事摂取量が減り、食べられなくなってきた高齢者を目の前にすると家族は「栄養がとれない、体力がなくなる」などと摂取困難になった状況に戸惑います。徐々に身体が以前のような摂取量を受けつけなくなってくる事を話します。また一日3食に拘らずに本人の好きなものを、温かいものは温かく冷たいものは冷たく、嚥下障害がある場合は増粘食品（商品名：トロミアップ、ムースアップなど）を用いてとろみを付けるなど食べやすく工夫して勧めるように話します。在宅において食事は大きな楽しみのひとつであり、家族と過ごす上でも有意義な時間であるため、摂食障害の原因である口腔内の問題（義歯のトラブル、口内炎等）便秘、嘔気、嘔吐、疼痛、発熱等をアセスメントし援助していきます。また水分を効果的にとる方

法として電解質成分飲料水（商品名：アクエリオス、ポカリスエットなど）や嚥下障害がある場合は水分補給ゼリー（商品名：アイソトニックゼリー、エナチャージなど）を勧めてみるのもよいでしょう。

③保清の援助と指導を行ないます。

訪問の際日々の保清（口腔ケア、陰部洗浄、手足浴、洗髪、清拭、入浴、イブニングケアなど）を介護者と共に行ない可能な場合は指導します。また入浴の場合シャワーキャリー、リフトなどの介護用品の使用により安全かつ安楽に行えるため、普段より日常生活介護用具の情報を各行政サービス、在宅介護支援センター、企業などから集めておく事が大切です。その他ホームヘルパーの導入による援助や、施設、訪問入浴サービスの利用を勧めましょう。保清行為事体が高齢者にとって苦痛を強いる場合があるため、高齢者の体調に合わせて部分的に行うなど、臨機応変に対応する事が

大切です。

④排泄の調整のための工夫や指導について示します。

終末期では食事摂取量が減ることや休みがちな状態により、運動量も自然と減ってくるため、排泄の調節が困難となり、また疼痛がある場合は鎮痛剤（塩酸モルヒネ、MSコンチンなど）の副作用により便秘を起こしやすくなります。そこで便秘の原因をアセスメントし、水分を補給したり食物繊維の豊富な食事を工夫するなどの対応は必須ですが、頑固な場合は医師と相談して早めに下剤の調整を行ないます。便秘が長期間放置される事のないように必要時に訪問看護婦・士は浣腸、摘便を行ない早期に対応します。便秘を軽減させる為には適度な運動は必要ですが、終末期においては一定の運動は難しくなります。そこで高齢者に負担の少ない腹部温罨法を行なうことや腹部マッサージをすることが比較的簡単なので、それらの方法を介護者に指導することも一つでしょう。

### III. 終末期の支持的援助

#### 1) 医療、サポートチームの支援体制

##### ①看取りについて家族と医師との最終確認

終末期において、臨終が近い時期となってきた際に、最後の看取りをどのように行なうかを確認する事は大切です。臨終の際に家族だけで看取るのか、または医師に連絡を取るのかどうかを事前に家族と往診医との間で話し合っておく必要があります。特に夜間や休日の場合などの連絡はどのようにするか、連絡先と方法を確認しておく事が大切です。

##### ②訪問看護婦・士の役割

高齢者、家族にとって不安な時期である終末期は身近な存在として訪問看護婦・士に対してのニーズも高くなってくると思われます。身体的なケアもさる事ながら、この時期はより精神的なサポートが必要となり、要求されるでしょう。高齢者、家族が死に対しての思い、悩み、苦しみなど

##### ⑤睡眠の確保を促します。

終末期においては、食事、排泄と並んで安定した睡眠の確保がとても重要です。高齢で寝たきりの状態が長い場合、昼夜逆転するなど夜間覚醒状態を招くことがあります。家族にとっても大きな負担となって介護者の睡眠をも妨げる事となります。不眠を招いている身体的、精神的な要因はないかを検討し、原因を軽減し調整に努めます。また安定した睡眠が取れるよう寝室の環境を整備したり、イブニングケアを行ないます。嗜好によって少量のアルコールが効果的な場合もあります。しかし終末期は身体の衰弱と共に傾眠傾向となり昼夜問わず眠っている事が多くなります。今まで介護に力を注いでいた家族は休みがちな高齢者に戸惑い、不安を感じると思われます。このような状況に対しては、休みがちになる事も、身体が眠りを欲している自然な現われであることを話して、家族が状況を受け入れられるように援助します。

の感情を表出しやすいように心掛けなければなりません。その思いを受けとめて、意見するのではなく一緒に考えて、自分自身で答えが出せるようになる事が大切です。意見を求められた場合は訪問看護婦・士自身の死生観が問われる場面もあります。

##### ③他職種との連携

介護力がより必要とされる終末期ですが、その反面「家族と静かに過ごしたい、いろんな人に入りしてもらいたくない」といった意見も聞かれる時期です。これは他職種に関わらず本人と家族との有意義な時間を過ごしてもらうには大切な事であるため、介護援助がいつ、何で必要か関係者で話し合ってスケジュール表を作成します。担当者の特定を希望する意見が多いですが、逆に気分転換を図るために特定せずに来てもらいたい場合もあるようです。関係者の横のつながりが在宅をサ

ポートしていく上で重要になってくるでしょう。

## 2) 症状のコントロール

在宅生活を過ごす上で必要不可欠な条件として、各症状のコントロールが大切になってきますが、特に痛みに対してのコントロールが重要となります。痛みがあることにより日々の生活が脅かされ、不眠、食欲低下、ADLの低下にまでつながるためです。何による痛みなのか、痛みの種類を見極めてアセスメントし、援助して行く必要があります。また痛みの中でも癌性の痛みの援助は重要となります。鎮痛剤の使用が多いためそれによる副作用(便秘、嘔気など)に留意して、緩下剤、吐き気止めなどを医師と相談して対応することが不可欠です。在宅の鎮痛剤には硫酸モルヒネ徐放錠(MSコンチン錠)が使用されることが多いですが、薬剤の特徴(徐放錠のため指示が無い限り潰さず時間を守る)を理解し援助します。またレスキュー・ドース(臨時追加服用薬)の指示は必ず受け、高齢者本人と家族に指導して在宅での痛みのコントロールができるようにします。

## 3) 緊急時、危篤時の対応

### ①緊急時の対応

家族に対して個々のケースから考えられる急変時の状況を話しておき、対応策(医師に連絡するのか、救急車の要請かなど)をどのようにするのか事前に話し合い決定しておくことが大切です。また家族間だけでなく介入している関係者にも緊急時の対応はどのようにするかを把握しておいてもらいます。また何かあった場合いつでも連絡が取れ相談対応ができるように、緊急時の連絡網を前もって決めておく体制が望ましいでしょう。また緊急時は慌ててしまう事が多いため、連絡先、電話番号を一覧表にして電話の近くや目のつきやすいところに貼っておいてもらいます。

### ②危篤時のケア

終末期に経口摂取が困難となり徐々に衰弱が見られると、身体的変化(意識低下、脈拍の微弱・頻脈、四肢の冷感、チアノーゼ、尿量の減少、下

頸呼吸、呻吟など)が現われ「死」が近いものとなり、それを回避するのは難しい状態となります。意識が無い高齢者に対し家族は「何もしてあげられない」と無力感を抱きますが、口腔ケア、部分清拭、温、冷罨法などできる事を指導して、最後まで家族として尽くす事ができた達成感を持ってもらうように努めます。聴力は比較的最後まで聞こえるので手を握るなど身体に触れ、言葉掛けを行って高齢者の不安や孤独感を癒せるようにします。

### ③臨死時の対応

死亡時の対応について主治医と家族が話し合い、どのようにするか前もって確認をしてもらいますが、往診医が24時間以内に診察していれば死後に再度診察する必要はなく、家族が看取った後に死亡診断書を書いてもらう事が可能です。しかし24時間以上経過している場合は再度診察の必要があるため、往診医に連絡をとります。診察が24時間以内で家族だけで看取れる場合は、呼吸停止、脈拍の測定方法を事前に説明して、看取った時刻を確認しておいてもらいます。死後の処置に関して、家族で行なえる場合もあるので事前に話し合っておく必要があります。訪問看護婦・士がかかわる際でも、可能な場合は家族に髭剃り、化粧などを行なってもらいます。また着せてあげたい衣類など、前もって用意できる家族もいるので、タイミングをみてそれらの対応について話してみることも必要でしょう。

## 4) 遺族ケア

愛する家族を失った死別の悲しみは複雑です。また残された家族は誰を失ったかにより各々に違いがみられます。充分な介護の後、家族も納得のいく看取りだった場合は比較的死を受け入れやすいのですが、家族が考えていた以上に早かったり、辛い思いが残った場合は心残りがしこりとなって、悲しみから立ち直るのに時間を要することになります。遺族に対してのグリーフ・ワーク(悲嘆のケア)は、医療機関での死、在宅死どちらに

おいても大切ですが、在宅において訪問看護婦・士は、よりサポートしやすい立場に位置しています。看取りから1~2ヶ月は法要などがあり、人の出入りも多いと思われますが、ケースにより電話や手紙を出したり焼香に訪れるなどして、生前の

故人を偲び家族の労をねぎらいます。終末期を在宅でともに見てきた思いは通じるものがあり、感情を共有する事で少しずつ遺族の悲しみが癒されて行くことでしょう。

## IV. 終末期のマネジメント的援助

### 1) サポート体制の見直し

終末期を支える体制としては先に挙げた往診医、訪問看護婦・士、他職種の支援、協力が必要ですが、専門職だけでなく、日々の介護の中で家族以外の親族、友人、ボランティアなどインフォーマルな立場の人たちによる支援体制も不可欠です。家族の一人だけが介護にあたり介護疲れにならないように、できるだけ介護が分散できるよう介護者の疲労に留意し、インフォーマルサポートの活用により介護者が息抜きできるようにします。

### 2) 住環境の調整

#### ①終末期の環境

在宅療養のメリットは、住み慣れた空間で家族に囲まれ共に過ごせる幸せが何より大きいと言えます。現代の住環境を考えると介護専用のスペースが常に確保できるわけではないため、それぞれにあった空間作りが望ましいでしょう。例えば介護用ベッドが必要になった場合、今までの寝室にベッドを設置する方法もありますが、寝室のスペースの有無に関わらず、家族が集いやすい部屋(リビング、またはそれに近い部屋)に介護スペースを設けて、家族の目が届き、家族の一員とともに過ごせる空間作りを考えることも一つの方です。

#### ②緊急時のバックベッドの確保

在宅での看取りを希望して過ごしてきた場合も、病状の急激な変化により家族の不安が大きくなって入院を希望する事もあるため、バックベッドの確保を行ない、安心した在宅療養が送れるようになります。また日頃から病診連携の体制作りに

努めます。

### 3) 経済面の配慮

日々の介護でも必要な出費はありますが、特に終末期は労力、時間を金銭的にカバーする傾向があり、多くの出費が考えられます。終末期になってから突然自宅に連れて帰る場合も多いのですが、日常生活用具(ベッド、車椅子、シャワーチェアなど)の供与を申請しても、すぐに自宅に届くわけではありません。準備する際には本当に必要なものはどれかを検討し、無駄の無いようにレンタル利用などの情報も得ておきます。また各行政により制度が違うため、公的サービスには何があるか把握しておくことも大切です。


**事例 16**

Nさんは94歳で、高血圧症、動脈硬化症でした。介護者である74歳の妻との二人暮らしですが、妻も狭心症、高血圧症がありました。

次男夫婦との2世帯住居ですが、夫婦共に仕事をもっているので、Nさんの妻が献身的に介護に当たっていました。

Nさんは徐々に歩行困難となり、往診医に訪問看護を勧められてステーションに依頼があり、訪問が開始されました。ADLの低下により失禁、臀部に褥瘡（I度）があり、妻だけでは介護が難しくなっていました。Nさんは尊厳死協会に入会しており、無理な延命は希望せず、入院はしないで在宅での最後を強く希望していて、妻もその思いを尊重して介護に当たっていました。訪問看護時には大好きだった入浴が、歩行を介助することでどうにか可能な状態でした。途中歯肉の痩せから義歯が合わなくなり食事が思うように進まなくなりましたが、歯科医に往診を依頼し、改善するまでになりました。本人の希望で寝込むのはいやだとしばらくはソファで寝起きしていましたが、徐々に動けなくなり、ベッドを使用するようになりました。その頃より公的ヘルパーを依頼して、身体的援助にあたってもらいましたが、経口摂取も困難となり寝たきりとなって、約2週間後に妻に手を握られ静かに永眠されました。

この事例で在宅死を可能にしたのは、本人、家族の強い意向とその思いを尊重した周囲の存在です。まず往診医を確保したことです。この往診医は以前よりかかりつけ医であり、本人や家族の思いを汲んでいていつでも連絡が可能な状態でした。つぎにサポート体制を充実させました。初めは有料のヘルパーでしたが公的ヘルパーを追加して訪問入浴サービスを利用しました。また、訪問看護の際に時期を見て、緊急の時や危篤の際の対応について何度も説明を繰り返しました。それか

ら終末期の環境作りですが、これは本人、妻の過ごしやすさを尊重し、寝たきりになってからベッドを使用するようにしました。経済的配慮については、ベッドの給付、エアマットのレンタル、公的ヘルパーを利用するようにし、負担を軽減しました。遺族のケアですが、これも時期を見て訪問看護婦が家庭訪問して妻の近況をたずねるようになりました。その他には便秘の対応など、症状のコントロールをしました。これらの条件が在宅死を可能にしたと思われます。



# **第三章**

# **在宅ケアと 家族の支援に 関わる法律・ 制度・倫理**

家族を支援するにあたって必要な法律や制度の概要を正しく理解することは訪問看護婦・士にとって大切です。さらに、法律や制度のみならず、そこに規定されていない事項については、各専門職の判断によらざるを得ない場合もあります。その基準となるものが倫理であり、家族支援の専門職として、倫理規定についても理解し、この規定を尊守することが求められます。この章では、家族支援に必要な最低限の法律、制度、倫理について述べます。

## **3-1. 法律と制度**

## **3-2. 倫理**

## 3-1. 法律と制度

平成 12 年 4 月から介護保険法及び関連法、諸規則等が施行される。家族への支援のためには、この内容を十分理解、把握する必要がある。しかし、法律及び法律に基づく制度は状況や社会的ニードに応じて見直しを求められる。ここでの解説は介護保険制度の開始時点のものであるので、常に新しい情報を得る努力が必要である。ただし、法律

や制度の目的は簡単に変化しないので、この解説を参考にして、今後予想される法律の改正、制度の変化を理解していただきたい。解説の各項目には、必要に応じ、参照法令（各条の数字は漢数字のところを算用数字で表記した）を明記しているので、法令を検索するときの参考にしていただきたい。

### I. 介護保険について

平成 12 年 4 月 1 日より施行される介護保険制度は介護保険法に基づく制度である。介護保険は介護を社会全体で支え、利用者の希望を尊重した総合的なサービスを、従来の行政手続きによる措置ではなく個人の選択する契約により、提供できるように創設された制度である。その概要は以下のようである。

#### 1) 介護保険法

介護保険法の目的を述べた第一条を次に示す。

介護保険法（平成九年十二月十七日、法律第百二十三号）

**第一条 加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。**

#### 一、目的と対象者

介護保険法の目的は、加齢に伴って生じた要介護状態の、医療を必要とする人々に対し、介護及びリハビリテーション、看護、管理等の保健医療・福祉サービスを給付することである。従来の老人

保健法及び老人福祉法の介護の部分は介護保険法に統合された。介護保険の対象外の人々が同様のサービスを必要とする場合は、老人保健法、老人福祉法、障害者福祉法などが適用される。対象者は「要介護者」と「要支援者」と認定された者であり、介護の必要度に応じたサービスの給付を受けられる。「要介護者」は要介護状態にある 65 歳以上の者または 40 歳以上 65 歳未満で「特定疾病」によって要介護状態になった者である。「要支援者」も要介護状態になるおそれのある 65 歳以上の者または 40 歳以上 65 歳未満で「特定疾病」によって要介護状態になるおそれのある者である。「特定疾病」については「介護保険制度の概要」のところで具体的に述べる。（参照法令：介護保険法第 1,7 各条）

#### 二、保険者は市町村

介護保険の保険者は市区町村であり、これを国や都道府県が支援する体制である。これに対して、被保険者は、「市町村の区域内に住所を有する 65 歳以上の者」である第 1 号被保険者、「市町村の区域内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者」である第 2 号被保険者の二種類に分類される。（参照法令：介護保険法第 3,9 各条）

#### 三、給付は介護給付と予防給付

保険給付には「要介護認定」による「介護給付」と「要支援認定」による「予防給付」がある。「介

護給付」は、居宅介護サービス費の支給・居宅介護福祉用具購入費の支給・施設介護サービス費の支給など、「予防給付」では居宅支援サービス費の支給・居宅支援福祉用具購入費の支給などである。受けられるサービスは章末の「介護保険制度の概要」の表を参照されたい。また、各市町村の条例によって「市町村特別給付」を行うことができる（例：移送サービス・寝具洗濯乾燥サービスなど）。ただし、保険給付の制限規定がある。（参照法令：介護保険法第18, 19, 40, 52, 62, 63, 64, 65各条）

#### 四、要介護認定

要介護状態になった被保険者が介護給付を受けようとする場合には市町村の「介護認定審査会」において、「要介護認定」を受けなければならない。市町村は要介護認定の申請があると、当該職員による面接調査を実施し、その調査結果及び主治医の意見書に基づき審査判定を行う。ただし、主治医がいないとき等は市町村が指定した医師の診断を受けることを命じることができる。（参照法令：介護保険法第14, 19, 27各条）

#### 五、指定居宅・介護サービス事業者の指定は都道府県知事

指定居宅サービス事業者及び指定居宅介護支援事業者の指定は、都道府県知事が行う。（参照法令：介護保険法第41第1項、46第1項、第70, 79各条）

#### 六、保険料について

費用の負担については、国・都道府県・市町村が50%，残りの50%を保険料でまかぬ。市町村は政令で定める基準に従った条例により、第1号被保険者の保険料を徴収する。保険料の徴収方法は特別徴収（年金保険者に徴収させ納付させる）または普通徴収（納入通知による徴収）による。第2号被保険者の保険料は、医療保険者が医療保険の保険料または掛金、国民健康保険税として一括徴収し、納付する。市町村は条例によって特別な事情のある者に、保険料の減免、徴収猶予を行う

ことができる。なお、健康保険法により、被用者医療保険の被保険者の保険料は労使で折半することになる。（参照法令：介護保険法第121, 122, 123, 124, 129, 131, 142, 150各条、健康保険法第72条）

#### 七、介護保険の自己負担は1割

介護給付の額は90%であり、介護保険によるサービスを受けた場合、利用者の自己負担は1割である。施設における食費は平均的な家庭において負担する食費の金額が利用者負担となる。生活保護受給者については、介護扶助によって介護サービスが受けられる。（参照法令：介護保険法第41, 48各条）

#### 八、保険給付等に不服のある場合は介護保険審査会へ

保険給付に関する処分または保険料、徴収金に関する処分について不服がある者は、「介護保険審査会」に審査請求することができる。介護保険審査会は各都道府県に置かれ被保険者を代表する委員3人、市町村を代表する委員3人、公益を代表する委員3人以上の9人以上の委員で構成される。また、審査請求に対する採決を経た後でなければ処分取消しの訴えを提起できない（「審査請求前置主義」という）。（参照法令：介護保険法第183～196各条）

#### 2) 介護保険法に関連する法規・規定

ここでは主な関連法規、政令、省令とその概略を紹介する。また、平成12年4月1日時点で定められている他の法規・規定については章末の「その他の介護保険法に係わる規則」を参照。

- ・介護保険施行法（平成九年法律第百二十四号）→ 経過措置と老人福祉法、老人保健法、生活保護法、国民健康保険法など関係法律の一部改正を定めたもの。
- ・介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）→ 介護認定審査会、保険給付、介護老人保健施設、保険料、審査請求、施行法の経過措置に関する規定などについて定めたもの。
- ・介護保険の国庫負担金の算定等に関する政令

(平成九年政令第四百十三号)→国・都道府県・市町村の介護給付費に対する負担金の額、介護給付費交付金の額、保険料収納額の算定方法などについて定めたもの。

- ・介護保険法及び介護保険法施行法の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（平成十一年政令第二百六十二号）→健康保険法施行令・予防接種法施行令・医療法施行令・身体障害者福祉法施行令・生活保護法施行令・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令・国民健康保険法施行令・老人福祉法施行令等の一部改正を定めたもの。

- ・介護保険施行規則（平成十一年厚生省令第三十六号）→被保険者、保険給付（通則、認定、介護給付、予防給付、保険給付の制限等）、事業者及び施設、保険料等、国民健康保険団体連合会の介護保険事業関係業務、介護給付費審査委員会、施行法の経過措置等に関する規定を定めたもの。

- ・厚生大臣が定める一単位の単価（平成十二年二月厚生省告示第二十二号）→指定居宅サービスに要する費用の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の定める単価の算定割合を地域別（特別区・特甲地・甲地・乙地・その他の五地域に区分）及びサービスの種類（居宅療養管理指導・福祉用具貸与・居宅介護支援・訪問看護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・短期入所生活介護・短期入所療養介護・介護福祉施設サービス・介護保険施設サービス・介護療養施設サービス・訪問介護・訪問入浴介護・通所介護・痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護など）によって定めたもの。

- ・指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一厚生省令第三十七号）→訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハビリテーション・短期入所生活介護・短期

入所療養介護・痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護・福祉用具貸与についての基本方針・人員に関する基準・設備に関する基準・運営に関する基準・基準該当居宅サービスに関する基準などを定めたもの。

### 3) 介護保険制度の概要

ここでは介護保険制度の中で、家族支援に関して重要と思われる点のみを紹介する。介護保険サービスは各市区町村によって条例が異なるため、全国一律のものではないので、利用者の属する市区町村の担当部局（市区町村役所、福祉事務所など）に確認を取らなくてはならない。今後の状況に応じて、介護保険制度も含め、サービス内容が変化する可能性があるため、確認は必要である。また、介護保険は、原則として、40歳以上の全ての国民が自動的に加入することになるので、介護保険に対する加入手続というものはない。ただし、生活保護受給者は医療扶助・介護扶助があるため、健康保険同様、加入できない。

#### ①保険料について

一、65歳以上の人（第1号被保険者）の場合

第1号被保険者の保険料は所得に応じた額が徴収され、その額は市町村の介護サービスの水準に応じて決定される。保険料の支払いについては第1号被保険者で年金額が一定額以上の人には年金から天引きされ、それ以外の第1号被保険者は個別に市町村に支払うことになる。

二、40歳以上65歳未満の人（第2号被保険者）の場合

第2号被保険者の保険料は加入している医療保険によって異なり、その額はそれぞれ加入している医療保険の算定方法により決まる。現在、支払っている医療保険料と一括して支払う。健康保険では給料に応じて決定される。保険料は、事業主と折半となる。第2号被保険者である、健康保険の被扶養者は、加入している医療保険の被保険者が被扶養者分の保険料も負担することになるので、直接の保険料の負担はない。

国民健康保険では所得、資産等に応じて決定される。保険料と同額の国庫負担がある。

#### ②サービス利用時の注意点

寝たきりや痴呆などの要介護状態、または、要支援状態にあるか否か、及び介護の必要度（要介護度）の判定のため、市町村に要介護認定の申請を行う必要がある。認定されると、申請日以降に利用したサービスについて、認定された要介護度の限度額内で、給付が受けられる。要介護認定は一定期間ごとに見直しがあり、重度になったときは、期間の途中でも要介護度を変更することができる。

申請を行うと、市町村の職員、または市町村の委託を受けた施設や事業者の職員（介護支援専門員）が家庭に訪問し、心身の状況などの調査をする。調査結果及びかかりつけ医（主治医）の意見書をもとに、保健・医療・福祉の専門家からなる審査会で判定し、その結果に基づいて通知がくる。「自立」と判定された場合は、介護保険法でのサービスは受けられない。判定結果に不服があれば、各都道府県の介護保険審査会に不服申立ができる。また、心身の状態に大きな変化があった場合には、再申請を行うことができる。

#### ③自己負担額

利用者は受けたサービスの費用の1割を負担する。ただし、その額が高額の場合、自己負担の上限を設定し、払い戻しを受けられるなどの措置がある。また、低所得者では高額介護サービスや食費負担について、額の設定を低くしている。

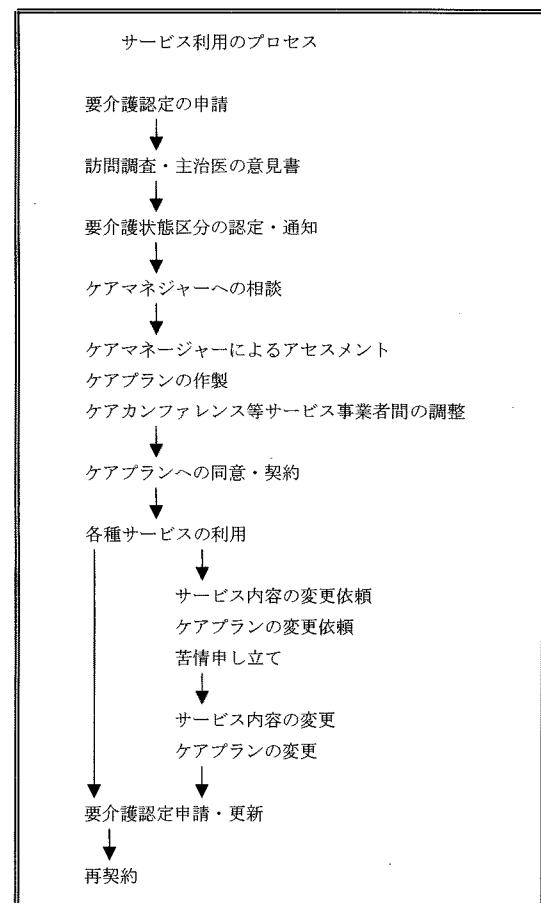
#### ④利用可能な介護サービス

各地域で受けられるサービスに差があるため、市区町村役所からの広報等で確認する必要がある。また、要介護度に応じて、限度額が異なるので、受けられるサービスの種類、回数などが異なる。各市町村等で介護保険で受けられるサービスのモデルプラン等が用意されているので、確認するとよい。無論、介護支援専門員にケアプランを作成してもらうことが、望ましい。ケアプラン作

成は全額保険給付であるので、利用者の自己負担はない。

また、要支援者は施設サービスを受けることができないので、施設サービスを利用する必要が生じた場合は要介護状態となるので、申請をやり直す必要がある。

次の図に、ケアマネージャーの位置付けを含めた、介護サービス利用のプロセスをまとめる。



#### ⑤特定疾患

40歳以上65歳未満で要介護状態の人で、「要介護者」になるには、その原因が次の15の疾病の何れかによるものでなくてはならない。また、40歳以上65歳未満で「要支援者」になる場合にもその原因が次の15の疾病の何れかによるものでなくてはならない。

##### 特定疾病（15疾患）

1：筋萎縮性側索硬化症、2：後縦靭帯骨化症、3：骨折を伴う骨粗鬆症、4：シャイ・ドレーガ症候

群, 5: 初老期に於ける痴呆, 6: 脊髄小脳変性症, 7: 脊柱管狭窄症, 8: 早老症, 9: 糖尿病性神経障害, 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症, 10: 脳血管疾患, 11: パーキンソン病, 12: 閉塞性動脈硬化症, 13: 慢性関節リウマチ, 14: 慢性閉塞性肺疾患, 15: 両側の膝関節または, 股関節に著しい

## II. 高齢者の生活と安全（緊急時の自動通報）その他に関する法律・制度について

高齢者に対する法律、制度は介護保険法の施行と共に、大きく変化している。ここではその大まかな概要を、保健福祉を含む生活面、安全部を中心述べる。

### 1) 老人保健法

老人保健法は高齢者及び高齢でなくとも老後の健康維持を、自律自助の精神で行うことを明確化した法律であり、老人医療費の一部自己負担金の規定がある。その目的と基本理念を次の第一条及び第二条で見てみよう。

老人保健法（昭和57年8月17日、法律八十号）

第一条 この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るために、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もつて国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする。

（基本的理念）

第二条 国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴つて生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする。

2 国民は、年齢、心身の状況等に応じ、職域若しくは地域又は家庭において、老後における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えるものとする。

老人保健法による事業については 1 健康手帳の交付、2 健康教育、3 健康相談、4 健康診査、5 機能訓練、6 訪問指導がある。また、医療については 70 歳以上の老人医療費の支出の規定がある。ただ

### 変形を伴う変形性関節症

⑥介護保険制度を利用できない場合：一般の医療機関（療養型病床群等を除く）に於いて外来・入院といった、通常の医療を受ける場合は医療保険の適用を受けるので、介護保険は適用されない。  
問い合わせ先：各市町村特別区

し、介護保険法による事業については対象とはならない。老人保健法の対象年齢は 40 歳以上で、機能訓練、訪問指導については介護保険の対象者でない場合に適用されることになる。また、介護保険適用者でも、介護に関連のない医療、急性期の医療を受ける場合はその医療費は健康保険及び老人保健法により支給されることとなる。老人保健施設、指定老人訪問看護事業等は介護保険制度に移行した。従来、老人保健法で介護を受けていた者は、介護保険適用後は介護保険法に基づく介護・医療を受けることになる。介護保険の対象外の場合にのみ、老人保健法が適用されることとなる。（参照法令：老人保健法第 1, 2, 12, 17～20, 34, 34 の 2 各条）

問い合わせ先：市町村保健センター、保健所、福祉課等

### 2) 老人福祉法

老人福祉法は、当初、老人の福祉と医療保障についての法律であったが、老人保健法制定後、医療保障部分については削除された。また、介護保険制度の発足で、今後、介護に係わる福祉部分は介護保険法がその根拠となる。老人福祉法の目的と基本理念を次の第一条から第三条で見てみる。

老人福祉法（昭和三十八年七月十一日法律第百三十三号）

第一条 この法律は、老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もつて老人の福祉を図ることを目的とする。

## (基本的理念)

**第二条** 老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする。

**第三条** 老人は、老齢に伴つて生ずる心身の変化を自覚して、常に心身の健康を保持し、又は、その知識と経験を活用して、社会的活動に参加するように努めるものとする。

**2 老人は、その希望と能力とに応じ、適当な仕事に従事する機会その他社会的活動に参加する機会を与えられるものとする。**

この基本理念において、老人が「敬愛される」存在、尊敬される存在であることを規定していることに注目したい。高齢者が家庭や地域で敬愛されながら、より良い老後を送れるように福祉施策を行うというものである。

また、老人福祉法では市町村の福祉事務所に主として老人の福祉に関する専門的技術業務を行える社会福祉主事をおくことを定めている。

「老人居宅支援事業」が老人居宅介護事業、老人デイサービス事業、老人短期入所事業及び痴呆対応型老人共同生活援助事業であること、「老人福祉施設」が老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び老人介護支援センターであることを定めているが、老人福祉センターと軽費老人ホーム、養護老人ホーム以外は介護保険法等によって認定された者を利用資格者とするように、改正されている。

また、有料老人ホームの規定は老人福祉法によるが、有料老人ホームのサービスの一部が介護保険制度の適用を受ける。

介護保険法との関係では、さらに、老人居宅介護事業等の対象者となる者や痴呆対応型老人共同生活援助等の措置の基準を定め、特別養護老人ホームの入所措置に要する費用について定めるよう老人福祉法施行令の一部が改正された。(参照法

令：老人福祉法第1,2,3,5の2,5の3,6,11,20の2の2～207の2各条、老人福祉法施行令)

問い合わせ先：福祉事務所

## 3) 生活保護法

生活保護は生活困窮者の経済的支援を行うもので、憲法に保障された最低限度の生活の保障を行い、自立を促すものである。従来、生活扶助、医療扶助など7種類の扶助がなされてきたが、介護保険制度の導入により、介護扶助が8番目の扶助として行われるようになった。

次に、生活保護法の第一条から第三条を示す。

**生活保護法（昭和二十五年五月四日法律第百四十四号）**

**第一条** この法律は、日本国憲法第二十五条に規定する理念に基き、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする。

(無差別平等)

**第二条** すべて国民は、この法律の定める要件を満たす限り、この法律による保護(以下「保護」という。)を、無差別平等に受けることができる。

(最低生活)

**第三条** この法律により保障される最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるものでなければならない。

保護の種類は、生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助の8種類である。介護扶助は困窮のために生活を維持できない介護保険法の要介護者及び要支援者に居宅介護支援計画に基づく居宅介護、福祉用具、住宅改修、施設介護、移送を行うものである。生活保護は、原則として要保護者が福祉事務所に申請することによって開始する。ただし、決定は市町村長が行う。また、要保護者が急迫した状況にあるときは保護の申請がなくても、必要な保護を行うことができる。(参照法令：第1～4,11～18,19,24,25,30～37各条)

問い合わせ先：福祉事務所及び民生委員

#### 4) 高齢者向け住宅

高齢者向け住宅に対する制度はバリアフリーの考え方、介護上の必要性などから、国、都道府県、市町村、公社、公団、民間レベルまで様々な制度がある。住宅の建て替え、改築、部分改造（介護保険制度が利用できる場合がある）、高齢者向け集合住宅・団地・アパートへの転居などの募集や補助の制度がある。詳しくは、住宅金融公庫、各市町村の住宅課等に問い合わせると良い。

#### ①長寿社会対応住宅設計指針（平成7年6月23日付建設省住備発第68号）の概要

この目的を引用すると、「この指針は、加齢等による身体機能の低下や障害が生じた場合にも基本的にそのまま住み続けることができるような住宅の設計について指針を示すことにより、高齢社会に対応した住宅ストックの形成を図ることを目的とする。」<sup>11)</sup>となっている。

次にこの指針の概要を示す。

##### 一、適用範囲

主として新築（建替を含む）される住宅を対象とし、一般的な設計上の配慮事項を示している。

##### 二、指針の構成及び考え方

設計指針本体と、具体的な寸法、仕様等を示す補足基準からなり、基準は、加齢等に伴う一定の身体弱化（杖類及び歩行器の補助具を利用して自立した生活可能な状態）に対して、そのまま又は比較的軽微な改造により対応を可能とする使用を確保するという考え方に基づき設定されている。一部の項目については、安全性、快適性をより高めることや日常生活に介助を要する場合（例えば介助用車いす等を利用して動きまわれる状態）にもより適切に対応を可能とする使用を推奨基準として提示している。一戸建住宅及び集合住宅の住戸専用部分に関する部屋の配置、段差、手すり、通路・出入口の幅員、玄関、階段、便所、浴室等、屋外空間及び集合住宅の共用部分に関するアプローチ、共用階段について、全体で44項目を設定

している。

主な内容は次の通りである。

- ・玄関、便所、浴室、居間、高齢者等の寝室はできる限り同一階に配置する。
- ・住戸内の床は、原則として段差のない構造とする。
- ・階段、浴室には手すりを設置又は設置準備する。
- ・通路、出入口口は介助用車いすの使用に配慮した幅員（通路78cm以上、出入口75cm以上）とする。
- ・階段の勾配、形状等の安全上の配慮をおこなう。
- ・便所、浴室は、できる限り介助可能な広さを確保する。

問い合わせ先：建設省住宅局住宅整備課

〒100-8944 東京都千代田区霞が関2-1-3

TEL (03) 3580-4311 (代)

#### ②厚生省の高齢者向け住宅対策

##### 一、住宅改造等への融資

高齢者住宅整備資金貸付制度、生活福祉資金住宅貸付制度、年金福祉事業団による年金在宅ケア割増融資制度がある。

##### 二、住宅改造等の相談事業

都道府県の高齢者総合相談センター（シルバー110番）等で行っている。

##### 三、リフォームヘルパー（平成5年度から）

市町村が行う住宅改修指導事業で、福祉、保健・医療、建築分野の専門家がチームを組んで、要介護老人世帯に出向き、手すり、スロープ等の住宅改修について、身体の状況等を踏まえて相談・助言を行っている。

平成12年4月より、介護保険制度の下で、保険給付対象となる20万円までの支給限度で行われる、居宅介護住宅、居宅支援住宅の「住宅改修が必要な理由書の作製」を介護支援専門員の代わりに行うことができることとなった。ただし、居宅介護住宅及び居宅支援住宅の「住宅改修が必要な理由書の作製」は介護支援専門員が行うのが原則とされている。（参照法令：介護保険法第45条第4項、

## 介護保険法施行規則第 76, 94, 95 各条)

### 四、ケアハウス（平成元年度から）

高齢者の介護に配慮しつつ、入居者に対する助言・相談、食事、入浴、緊急時の対応などにより自立した生活を確保できるよう工夫された軽費老人ホームを指す。

### 五、シルバーハウジングプロジェクト（昭和 62 年度から）

公的住宅供給主体（地方公共団体、住宅・都市整備公団、地方住宅供給公社）が手取り、緊急通報システム装置等の設備・仕様が施された公共賃貸住宅を供給する。デイサービス実施主体（市町村）が「ライフサポートアドバイザー」を派遣し、入居者に対する生活相談・指導、安否の確認、緊急時の対応、一時的家事援助、関係機関との連絡等を行う。

問い合わせ先：各市区町村の福祉事務所・住宅課等

高齢者住宅全般についての問い合わせ先：（財）高齢者住宅財團（〒107-0052 東京都港区赤坂 3—21—20 赤坂ロングビーチビル TEL:03-3583-4177 FAX:03-3583-4199）

### 5) 住宅防火対策の推進と在宅時緊急通報（自動通報制度）について

高齢者などの住宅火災による死者を大幅に低減させるため、次に掲げる施策を中心に関係行政機関、関係団体等との幅広い連携の下に国民運動として住宅防火対策を展開している。特に、自動通報制度は、居宅介護を必要とする高齢者にとっては必要なものである。

①住宅用火災警報器の全国的キャンペーンの実施  
「逃げ遅れ」による死者の発生を防止するため、モニター事業として住宅用火災警報器を無償で住宅防火モデル地区等の一人暮らしの高齢者世帯等に交付し、全国的な普及促進を図っている。

#### ②災害弱者消防緊急通報システム事業の推進

煙感知器等の設置により、火災を早期に発見したり、ペンダントのボタンを押すことにより、緊

急事態の発生を最寄りの消防機関や福祉機関等に自動的に通報するシステムの普及促進を図っている。

#### ③自動通報制度

自動通報制度は、病院・社会福祉施設などや休日・夜間に無人となる建物から火災が発生した時、または高齢者などが急病になった時などに、119 番へ迅速、確実に、かつ自動的に通報できる制度で、有人直接通報、無人直接通報、非常通報、緊急通報、即時通報、緊急即時通報の 6 種類がある。在宅で利用できるのは緊急通報及び緊急即時通報である。

#### 一、緊急通報

高齢者や重度の身体障害者の人などが、急病などの際にペンダントを押すだけで通報ができ、順次、協力員が駆けつけるもの。緊急通報システムを利用できる人は、寝たきり又は一人暮らしの高齢者及び 18 歳以上の一人暮らしの重度身体障害者などである。

#### 二、緊急即時通報

本人や家族などが急病等のため、ペンダントを押して契約をしている警備会社等の基地局に信号を送り、警備会社等が現場を確認する前に通報するもの。緊急即時通報は、警備会社等との契約により設置するので、すべての建物や家庭が対象となる。

問い合わせ先：消防庁・消防署及び市区町村の福祉課、福祉事務所、民間警備会社等

### 6) 医療関係法規、制度について

医療関係の法規はその時々の医療制度・体制を規定している。ここでは介護保険制度と関わりがある医療法の改正部分について概略を述べる。

#### ①医療法（昭和二十三年七月三十日法律第二百五号）

病院、診療所、助産所の開設、管理、施設整備を行うために必要な事項を定めた法律である。介護保険制度との関係で、療養型病床群などの拡大等改正が行われている。

## ②医療法の一部改正

一、第十五条 病院又は診療所の管理者は、その病院又は診療所に勤務する医師、歯科医師、薬剤師その他の従業者を監督し、その業務遂行に欠けるところのないよう必要な注意をしなければならない。

→下線部を「医師、看護婦、介護支援専門員及び介護その他の業務に従事する従業員」と読み替える。

二、要介護者の増大に対応し、患者、家族及び地域に必要な医療を確保するなど国民に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を図るため、療養型病床群制度の診療所への拡大、地域医療支援病院の創設及び医療計画制度の充実を行い、医療法人の業務範囲の拡大等に関する規定の整備を行うことが改正の趣旨である。

## ③医療法人に関する事項

一、医療法人の業務の範囲を拡大すること。

i) 医療法人は、老人居宅介護等事業等の第2種社会福祉事業のうち厚生大臣の定めるものを行うことができるものとすること。

ii) 医療法人のうち、特別医療法人は、その開設する病院、診療所又は老人保健施設の業務に支障のない限り、定款又は寄附行為に定めるところにより、その収益を病院、診療所又は老人保健施設の経営に充てることを目的として、厚生大臣の定める業務を行うことができるものとすること。その役員について、その親族が役員の総数の2分の1を超えないことその他公的な運営に関して厚生省令で定める要件に適合するものであること。定款又は寄附行為に解散時の残余財産を国、地方公共団体等に帰属させる旨定めていること。

iii) 都道府県知事は、ii) の業務を行う特別医療法人が定款又は寄附行為に定められた業務以外の業務を行った等の場合は、その業務の停止を命ずることができるものとすること。

二、都道府県知事は、医療法人がその開設したすべての病院、診療所又は老人保健施設を休止又は

廃止後1年以内に正当な理由がないのに再開しないときは設立の認可を取り消すことができる。(参照法令: 医療法第15, 42, 64の2, 65各条, 介護保険法施行令第36条)

## ③医療制度

一、老人の患者負担の見直し(平成12年7月施行)

老人に係る薬剤一部負担については廃止。老人の一部負担については、次の通りである。

### i) 外来

現行(平成12年3月現在、以下同様)の月4回まで1日530円を、病院では定率一割負担制とする。ただし、病院の規模により上限を設けており、200床未満の場合、月3,000円、200床以上の場合、月5,000円が上限である。診療所については、月4回まで1日800円または上限を月3,000円とする定率1割負担の何れかを選択する。

### ii) 入院

現行の1日1,200円(低所得者かつ老齢福祉年金受給者は1日500円)から、定率1割負担制となる。上限は、一般の場合、37,200円、低所得者の場合、24,600円、低所得者かつ老齢福祉年金受給者の場合、15,000円となった。

## 二、高額療養費の見直し

所得及び医療サービスの費用に応じた高額療養費の自己負担限度額の見直しが行われた。自己負担月額の変更の内容は次頁の表の通りである。

(参照法令: 健康保険法第59条の4の2, 健康保険令, 国民健康保険法第57条の2, 国民健康保険法施行令第29条の2)

## 三、入院時食事療養費の見直し

家計の食費の変化を踏まえた入院時食事療養費に係る標準負担額の見直しが行われた。低所得者は現行通りだが、一般の場合1日760円から1日780円となった。

### III. 障害者福祉の法律・制度について

障害者の福祉に関する法律や制度も介護保険制度により大きく変化してきている。高齢者自身が身体障害者、知的障害者になる場合が少なくないため、介護保険法との整合性が調整されたものである。同時に、福祉事業全体に大きな発想の転換が求められている。ここでは、介護を必要とする高齢者に係わる障害者福祉についての法律と制度について述べる。

#### 1) 身体障害者福祉法と知的障害者福祉法

障害者福祉法は身体障害者福祉法と知的障害者福祉法の二つの法律からなる。次に、この二法の第一条と第二条を示す。

**身体障害者福祉法（昭和二十四年十二月二十六日、法律第二百八十三号）**

**第一条** この法律は、身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、及び必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。

（自立への努力及び機会の確保）

**第二条** すべての身体障害者は、自ら進んでその障害を克服し、その有する能力を活用することにより社会経済活動に参加することができるよう努めなければならない。

**2 すべての身体障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。**

**知的障害者福祉法（昭和三十五年三月三十一日、法律三十七号）**

**第一条** この法律は、知的障害者に対し、その更生を援助するとともに必要な保護を行い、もつて知的障害

者の福祉を図ることを目的とする。

（国及び地方公共団体の責務）

**第二条** 国及び地方公共団体は、知的障害者の福祉について国民の理解を深めるとともに、知的障害者に対する更生の援助と必要な保護の実施に努めなければならない。

この両障害者福祉法による制度としては、各々障害者手帳の交付、特別障害者手当等がある。この両者の制度が改正されたが、特に注目すべき特徴は、改正の主眼が福祉サービスの利用制度化にあるということである。

従来、障害者福祉は行政が行政処分によりサービス内容を決定して措置してきたが、利用者が事業者と対等な関係に基づいてサービスを選択利用する制度に改正された。障害者福祉サービス利用を希望し、支援費支給を希望する者は都道府県知事の指定した指定事業者・施設に直接利用を申し込むと同時に、市町村に支給の申請を行う。市町村は支給が妥当と認めたときに、その利用者本人及び扶養義務者の負担能力に応じて定めた利用者負担額を指定事業者・施設に代理受領させる。利用者本人及び扶養義務者は指定事業者・施設に自己負担分を支払うことになる。

問い合わせ先：福祉事務所、民生委員等

#### 2) ハートビル法

高齢者、障害者はその障害等のために自由に建築物内に入れないことが往々にしてあった。このため、病院や劇場、百貨店など大勢が集まる場所での高齢者や障害者の利用を促進するため、建物自体の改善を図るものである。この法律の目的は

自己負担月額	現行	改正後
一般	63,600 円	63,600 円 + (医療費 - 318,000 円) × 1%
上位所得者	63,600 円	121,800 円 + (医療費 - 609,000 円) × 1%
低所得者	35,400 円	35,400 円

※上位所得者は、標準報酬月額 56 万円以上の者及び同程度以上の者を指す。

次の通りである。

高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律(平成六年六月二十九日法律第四十四号)

**第一条** この法律は、高齢者で日常生活又は社会生活に身体の機能上の制限を受けるもの、身体障害者その他日常生活又は社会生活に身体の機能上の制限を受ける者が円滑に利用できる建築物の建築の促進のための措置を講ずることにより建築物の質の向上を図り、もって公共の福祉の増進に資することを目的とする。

高齢者や障害者の自立と積極的な社会参加が望まれることから、不特定多数の者が利用する公共的性格を有する建築物を高齢者、身体障害者等が円滑に利用できるよう措置していく必要がある。このため、建築主への指導、誘導等の総合的措置を講じ、速やかに良質な建築ストックの形成を図ることがこの法律の目的である。適合した建築物にはハートを象ったマークが与えられ、「ハートビル法」と呼ばれる。

特定建築物とは病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店その他の不特定かつ多数の者が利用する政令で定める建築物をいう。

特定建築物を建築しようとする者は、出入口、廊下、階段、昇降機、便所その他の建設省令で定める施設を高齢者で日常生活又は社会生活に身体の機能上の制限を受けるもの、身体障害者その他日常生活又は社会生活に身体の機能上の制限を受ける者が円滑に利用できるようにするための措置を講ずるよう努めなければならないとしている。

(参照法令：ハートビル法第1,2各条)

問い合わせ先：建設省住宅局建築指導課

〒100-8944 東京都千代田区霞が関2-1-3

TEL (03) 3580-4311 内線3956

### 3) 社会福祉法・社会福祉事業

社会福祉法は介護保険法と連動する形で、改正される法律の一つであるが、特に福祉関連法の中でも社会福祉事業の性格を位置づける重要な法律

である。その基本的性格を知るために、社会福祉法の第一条と第三条を見てみる。

**社会福祉事業法(昭和二十六年六月一日施行)(平成12年4月より「社会福祉法」に改称)**

**第一条** この法律は、社会福祉事業の全分野における共通的基本事項を定め、生活保護法(昭和25年法律第144号)、児童福祉法(昭和22年法律第164号)、母子及び寡婦福祉法(昭和39年法律第129号)、老人福祉法(昭和38年法律第133号)、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)、精神薄弱者福祉法(昭和35年法律第37号)その他の社会福祉を目的とする法律と相まって、社会福祉事業が公明且つ適正に行われることを確保し、もって社会福祉の増進に資することを目的とする。

**第三条** 国、地方公共団体、社会福祉法人その他社会福祉事業を経営する者は、福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、又は社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように、社会福祉事業その他の社会福祉を目的とする事業の広範かつ計画的な実施に努めなければならない。

平成12年4月より、「福祉サービス利用援助事業」、「身体障害者相談支援事業」、「知的障害者相談支援事業」、「障害児相談支援事業」、「手話通訳事業」、「知的障害者デイサービス事業」、「知的障害者デイサービスセンター」、平成13年4月より「身体障害者生活訓練事業」、「盲導犬訓練施設」の9事業が新たに社会福祉事業として法定される。

問い合わせ先：福祉事務所等

## IV. 高齢者の契約及び消費活動の権利・保護について

核家族化、高齢者世帯の増加等から、高齢者は様々な契約、消費活動を自ら行う機会が増えている。また、介護保険制度も契約行為の一つであり、その観点からも、訪問看護婦・士など、家族介護の支援活動を行う者は、高齢者の契約・消費活動に関する権利と保護の規則を理解する必要がある。

ここでは成年後見制度と消費者保護について述べる。

### 1) 民法（明治二十九年法律第八十九号）の一部改正：成年後見制度の概要

従来、軽度の痴呆等で法的行為を制限しようとすると、禁治産者あるいは準禁治産者として扱うことになっていたが、軽度の痴呆ではこの法律を適用することはできなかった。仮に適用した場合でも、人権上、戸籍上種々の問題が生じた。

新しい成年後見制度には、家庭裁判所の選任による後見制度である「法定後見制度」と将来の痴呆状態等を予測して、事前に本人が契約する「任意後見制度」の2つがある。公示の方法が変更され、従来の戸籍への記載による制度を無くし、成年後見登記制度を設けることによって、戸籍には記載しないようになった。これによって、人権が守りやすくなった。

介護保険制度では、個人の契約、消費契約が特に重要な意義を持つため、患者、家族はもちろん、訪問看護婦・士などが十分理解し、この成人後見制度が正しく活用されることが期待される。

#### ①民法の法定後見制度の改正

民法第七条、第十一條、第十四条により、従来の禁治産者・準禁治産者の制度を「精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある者」を対象とする「後見」の制度と、その能力が「著しく不十分」な者を対象とする「保佐」の制度に改め、さらにこの能力が「不十分な者」（後見及び保佐の程度に至らない軽度の状態にある者）に対

して「補助」の制度が設けられた。民法第十条では、その原因がなくなったときに、後見開始の審判を取り消すことができると規定されている。また、「補助」については欠格条項を設けていないので、人権上の制限は無いといえる。なお、章末の「補助・保佐・後見の制度の概要」で、各制度を比較していただきたい。

#### 一、補 助

痴呆、知的障害、精神障害、自閉症などの精神上の障害により、判断能力が不十分な者であって、軽度の状態にある者を対象としている。従来の制度では対象にならなかったような、軽度の痴呆程度の状況でも利用できる。補助の制度では本人の在住地域の家庭裁判所の補助開始の審判が始まると、被補助人（本人）のために補助人が選任される。また、家庭裁判所は、当事者（本人、配偶者、四親等内の親族等）が申立てにより選択した特定の法律行為について、補助人に代理権又は同意権（取消権）の一方又は双方を付与する。補助の審判の申立権者は、本人、その配偶者及び四親等の親族等である。しかし、本人以外の者が申立てをした場合には、本人の同意を補助開始の審判の要件にしている。同意できないような精神障害であれば、補助の区分より、保佐、後見の区分となる。（参考法令：民法第14条2項、16条1項、2項、120条1項、876条の9第1,2項）

#### 二、保 佐（旧準禁治産制度）

痴呆、知的障害、精神障害、自閉症などの精神上の障害により、判断能力が特に不十分な者が対象になる。保佐の制度は、従前の準禁治産制度に代わるものとして捉えることができる。被保佐人（本人）が、不動産その他の重要な財産の処分、相続の承諾若しくは放棄または遺産の分割等の行為をするには、保佐人の同意を得なければならず、これ以外の行為であっても、家庭裁判所が定めた行為については、その同意を必要とする。ただし、

日用品の購入などについては保佐人の同意は必要ない。

保佐人の同意を得なければならない行為であって、その同意又はこれに代わる家庭裁判所の許可を得ないで行ったものは、取り消すことができる。本人の他、保佐人もこの取消権を有する。これによつて、被保佐人の被害を防ぐことができる。

保佐人はその事務を行うにあたつて、被保佐人の意志を尊重し、心身の状態や生活の状況に配慮するよう規定している。家庭裁判所は審判により、被保佐のために、特定の法律行為について保佐人に被保佐人を代理する権限を付与することができる。本人以外の者の請求により代理権付与の審判をするときは、本人の同意が審判の要件としている。また、準禁治産制度とは異なり、単に浪費者であることは保佐開始の要件から除外されている。(参照法令：民法第9条ただし書き、第12条1～4項、120条1項、876条の4第1,2項、876条の5)

### 三、後見（旧禁治産制度）

痴呆、知的障害、精神障害、自閉症などの精神上の障害により、判断能力が全くない者が対象になる。後見の制度は、保佐の制度と同様に、従前の禁治産制度に代わるものとして捉えることができる。成年被後見人（本人）の財産については、成年被後見人が管理権を有し、その財産に関する法律行為の代理権を有し、後見人の同意を得ない成年被後見人の法律行為は取り消すことができる、ただし、保佐の場合同様、日用品の購入、その他日常生活に関する行為については取り消すことができない。(参照法令：民法第9,9条ただし書き、120条1項、859条1項)

### 四、法定後見人の選任

旧民法では、配偶者の一方が禁治産の宣告を受けたときは、他の一方がその後見人となったが、それが必ずしも本人の利益につながらない事態が生じた。例えば、配偶者が後見人となって、本人の意志に反して、あるいは本人の不利益になるにもかかわらず、勝手に財産を処分することがあつ

た。現行は、家庭裁判所は個々の事案に応じて最も適切な人物を成年後見人に選任することができ、その選任にあたっては成年被後見人の心身の状態並びに生活及び財産の状況、成年後見となる者の職業及び経歴並びに成年被後見人との利害関係の有無、成年後見人の意見その他一切の事情を考慮しなければならないとされている。これにより可能な限り本人の利益は保護されることになる。これは保佐人及び補助人に準用される。

後見人の数は成年後見人、保佐人、補助人について各々複数の選任を認めている。さらに、法人を成年後見人等に選任することができる。(注：成年後見人等に選任される法人としては、社会福祉協議会、福祉関係の公益法人、社会福祉法人等がある)。(参照法令：民法第843,876条の3第2項、876条の8第2項)

### 五、身上配慮義務及び本人の意思の尊重等

自己決定の尊重及び身上監護の重要性を考慮して、成年後見人等は、その事務を行う上で、本人の意志を尊重し、本人の心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならないとされている。身上監護に関しては、居住環境の変化がその心身及び生活に与える影響は重大であるので、成年後見人等による本人の居住用不動産の処分については、家庭裁判所の許可が必要である。いずれの場合でも、本人の意思の尊重、身体上、生活上の配慮がなされていることが分かる。これらの規定はノーマライゼーションの立場からも、残存能力を最大限引き出し、増悪を予防するという立場からも必要なことであり、法律上の配慮のみならず、看護・介護上の配慮からも必要とされる規定である。(参照法令：民法第858,859条の3)

### 六、監督人制度の強化

財産管理等に関する監督機関としては、後見、保佐、補助のそれぞれの区分について、家庭裁判所が必要があるとした場合、本人、その家族、成年後見人、保佐人、補助人等の請求や裁判所の職権で、成年後見監督人、保佐監督人、補助監督人

を選任することができる。これにより、本人の権利の侵害等を防止できることになる。(参照法令：民法第849条の2,876条の3,876条の8)

## ②任意後見制度の創設

高齢化社会への対応及び障害者福祉の充実、人権等の観点から、精神上の障害により判断能力の不十分な者の保護を図るため、公的機関の監督を伴う任意代理制度として、任意後見制度が創設された(「任意後見契約に関する法律」平成十一年法律第百五十号)。

任意後見契約は、本人が任意後見人に対し、精神上の障害により判断能力が不十分な状況における自己の後見事務(生活、療養看護及び財産管理に関する事務をいう)の全部または一部について代理権を付与する委任契約である。つまり、任意後見人が、判断能力が不十分な本人の代理として、後見事務の処理を行うというものである。任意後見監督人が選任された時から代理となる効力が生じるという特約が付けられたものである。つまり、任意後見人の事務及び代理権の範囲は、契約によって定められている。任意後見契約は、公証人の作成する公正証書によって作成されることが必要である。

任意後見契約が登記されている場合、精神上の障害により本人の判断能力が不十分な状況にあるときは、家庭裁判所が、本人、配偶者等又は任意後見の受任者の請求により、任意後見監督人を選任する。任意後見監督人は、任意後見人の事務を監督し、家庭裁判所が必要があると認めるときに、任意後見監督人に対し、報告を求める等必要な処分を命ずることができる。

なお、任意後見と法定後見との関係については、本人の意思の表れである任意後見制度が原則として法定後見制度に優先するため、家庭裁判所は、任意後見契約が登記されている場合には、本人の利益のため特に必要があると認める場合に限り、法定後見開始の審判をすることができる。(参照法令：任意後見法第2条1項、3,4,7,11各条)

## ③成年後見登記制度の創設

法定後見制度と任意後見制度に共通する、新たな登記制度として成年後見登記制度が創設された(「後見登記等に関する法律」平成十一年法律百五十二号)。この制度は、民法の禁治産及び準禁治産の制度を後見、保佐及び補助の制度に改め、新たに任意後見制度を創設するため、禁治産及び準禁治産の宣告を戸籍に記載する現行の公示方法に代わる新しい登記制度である。これにより、以前は戸籍に記載されていた宣告を登記簿に電子情報として記録している。また、禁治産等の宣言を既に受けていた者も戸籍からそうした情報を削除されることになる。必要に応じて、本人、後見人、本人の配偶者、四親等内の親族などからの請求によって登記事項の証明書の交付申請ができる、後見を受けていない人については登記されていないことの証明書を発行することもできる。

### 参照法令：成年後見登記法

問い合わせ先：法務局、家庭裁判所、公証人役場、弁護士会、司法書士会等

## 2) 消費者保護・PL法

消費者問題のうち、特に高齢者は被害に遭いやすいとされている。ここでは、高齢者の消費活動についての保護に係わる点についてのみ述べる。

### ①成年後見制度

前項の成年後見制度は高齢消費者の保護法としても捉えることができる。高齢者や障害者は「被害を被りやすい消費者」である。これは、高齢者は加齢に伴う判断力低下、社会状況の変化に対する高齢者の知識・経験・情報が取引に参考とならない場合が少なくない。また、高齢者世帯は比較的資産を有している場合が多いため、悪質業者の標的となり易いからである。高齢者の人口が増加し、高齢者のみの世帯が増加している中、介護サービスの多様化・増加、介護保険の導入、社会福祉事業の改正等に見られるように福祉施策の「措置から契約へ」の転換という背景の下で、高齢者が消費者契約の当事者になる場合がより増加してい

る。判断能力の低下が懸念される場合、成年後見制度を有効に活用することで、被害を防止できる。

## ②PL法〔製造物責任法〕について

製造物責任法いわゆるPL法は消費者保護の観点で作られた法律であり、その目的は次に示す第一条の通りである。

### 製造物責任法（平成六年法律第八十五号）

**第一条** この法律は、製造物の欠陥により人の生命、身体又は財産に係る被害が生じた場合における製造業者等の損害賠償の責任について定めることにより、被害者の保護を図り、もって国民生活の安定向上と国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする。

製品の欠陥によって生命、身体又は財産に損害を被ったことを証明した場合に、被害者は製造会社などに対して損害賠償を求めることができる法律である。本法は円滑かつ適切な被害救済に役立つ法律であり、具体的には、製造業者等が、自ら製造、加工、輸入又は一定の表示をし、引き渡した製造物の欠陥により他人の生命、身体又は財産を侵害したときは、過失の有無にかかわらず、これによって生じた損害を賠償する責任があることを定めている。

問い合わせ先：消費者センター、弁護士会

## 3-2. 倫理

在宅看護、訪問看護を行うにあたって、法律に規定されていない倫理を知り、実践することは重要である。倫理規定は各組織ごとに様々なものがあり、看護職であれば、国際看護婦協会、日本看護協会、病院、訪問看護ステーション等の各種団体の倫理規定、公務員であれば、公務員の倫理規定などが適用されることになる。種々の倫理規定が存在していても、単に頭で理解するだけでは在宅看護、訪問看護を行う中で、高齢者及び家族に

### I. 看護婦・士の倫理規定

看護婦・士の倫理規定として、1988年に日本看護協会が提唱した「看護の倫理規定と解説」の10の行動指針のうち在宅看護に関連する6項目の行動の指針を抜粋する。以下の看護の倫理規定は看護婦・士全般に対する規定であり、在宅看護・訪問看護を行う看護婦・士にも適用されるものである。

看護の倫理規定と解説(日本看護協会、1988年)(抄)<sup>2)</sup>

1. 看護婦は、人間の生命を尊重し、また人間としての尊厳および権利を尊重する。
2. 看護婦は、対象の国籍、人種、信条、年齢、性別、社会的身分、経済的状態にこだわることなく対応する。
3. 看護婦は、対象のプライバシーの権利を保護するために、個人に関する情報の秘密を守り、これを他者と共有する場合については、適切な判断のもとに対応する。

看護婦は、個別性のある適切な看護を実施するために、対象の個人的な、身体面、精神面、社会面にわたる情報を得る機会が多い。このような職務上知り得た情報の取扱いには細心の注意を払い、漏れるのを防がなければならない。また、これらの情報が、対象にかかる保健医療関係者、家族などで活用される場合は、その提供する情報の内容、程度、範囲の判断を的

不利益を生じることになる。倫理というものは実践することによって、初めて意味を持つということは常に認識していただきたい。

ここでは、看護職及び福祉・介護職の職能団体の倫理規定を紹介することで、各人の倫理的視点を育成されることを期待する。また、解説は看護職についてのみ述べた。なお、各倫理規定は在宅支援に関連するもののみを抜粋した。

確にし、かつ最小限にとどめることが必要である。

4. 看護婦は、現実の状況下において個人としてあるいは他者と協働して、常に可能な限り高度な看護を提供する。

また自己の実施した看護については個人としての責任をもつ。

看護婦は、常により看護を提供できるよう看護に必要な条件を整える。しかし、現実には、さまざまな制約のある条件下で看護を実施しなければならない場合があるが、いかなる状況下においても個人として、あるいは協働者とともに、創意、工夫、努力によって可能な限りよい看護を提供するよう努める。また、看護婦は、自己の看護についての判断およびその実施した行為に関して責任をもつ。

5. 看護婦は、対象のケアが他者によって阻害されているときは、対象を保護するよう適切に行動する。

看護婦は、対象が適切なケアを受けられるよう配慮することはもちろんである。しかし、保健医療関係者や家族などの他者によって対象の健康生活が危険にさらされたり、治療、ケアが阻害されている場合には、対象の健康を守るために、他者に働きかけたりあるいは、他の適切な手段によってその問題を取り除き、対象を保護するよう行動する。

6. 看護婦は、地域における健康問題の解決のために

住民と協力すると共に、行政当局の政策決定に積極的に参画する。

看護婦は、地域社会の健康問題を住民とともに検討し、その問題解決に努める、また、これらを地方自治体や国の健康生活に関する予算、施設、人員の充足等行政上の施策にも反映させるため、関係機関に働きかけたり、あるいは代表を送るなどして積極的に政策決定に参画する。

以上の倫理規定の中で特に在宅・訪問看護婦・士が留意する点は、3項の個人情報・プライバシーの保護であろう。いわゆる守秘義務ということは法的に規制を受ける看護職は助産婦のみであり（刑法第134条に「産婆」とある）、看護婦・士に対しては刑事裁判での証言拒否が認められるのみ（刑事訴訟法第149条）である。法的規制はない。

## II. 介護福祉士の倫理規定

日本介護福祉士会倫理綱領（抄）<sup>③</sup> 1995年11月17日

1. 介護福祉士はすべての人々の基本的人権を擁護し、一人ひとりの住民が心豊かな暮らしと老後が送れるよう利用者本位の立場から自己決定を最大限尊重し、自立に向けた介護福祉サービスを提供していきます。

2. 介護福祉士は、常に専門的知識・技術の研鑽に励むとともに、豊かな感性と的確な判断力を培い、深い洞察力をもって専門的サービスの提供に努めます。

また、介護福祉士は、介護福祉サービスの質的向上に努め、自己の実施した介護福祉サービスについては、常に専門職としての責任を負います。

3. 介護福祉士は、プライバシーを保護するため、職務上知り得た個人の情報を守ります。

4. 介護福祉士は、利用者に最適なサービスを総合的

にが、法による規制によらない人道的規制が倫理による規制である。この規定は訪問先のクライアント、家族について知り得たことは看護上必要な範囲で家族ないしはスタッフ間で共有できるが、それ以外には漏らしてはならないことを示している。また、4項の「他者と協働」という点も重要である。在宅・訪問看護では、看護婦・士、家族、医師のみならず、介護福祉士、ホームヘルパー、福祉事務所の職員、市町村保健センターの保健婦・士など広範な人々との協力・共同が必要であり、より良い看護を行うためにそうした他者との連携を行う必要があり、そのコーディネイト役は看護婦・士となる。在宅・訪問看護にあたるものにはこの点を意識して看護活動を行うべきである。

## III. 社会福祉士の倫理規定

倫理綱領（抄）<sup>④</sup> 日本ソーシャルワーカー協会（1986年4月26日宣言）

社団法人日本社会福祉士会（1995年1月20日採択）

に提供していくため、福祉、医療、保健その他関連する業務に従事する者と積極的な連携を図り、協力して行動します。

5. 介護福祉士は、暮らしを支える視点から利用者の真のニーズを受けとめ、それを代弁していくことも重要な役割であると確認したうえで、考え、行動します。

6. 介護福祉士は、地域において生じる介護問題を解決していくために、専門職として常に積極的な態度で住民と接し、介護問題に対する深い理解が得られるよう努めるとともに、その介護力の強化に協力していきます。

7. 介護福祉士は、すべての人々が将来にわたり安心して質の高い介護を受ける権利を享受できるよう、介護福祉士に関する教育水準の向上と後継者の育成に力を注ぎます。

1. 人は、出自、人種、国籍、性別、年齢、宗教、文化的背景、社会経済的地位、あるいは社会に対する貢献度いかんにかかわらず、全てかけがえのない存在とし

て尊重されなければならない。

## 2. 人は、他人の権利を侵害しない限度において自己実現の権利を有する。

社会は、その形態の如何にかかわらず、その構成員の最大限の幸福と便益を提供しなければならない。

## 3. ソーシャルワーカーは、日本国憲法の精神にのっとり、個人の自己実現、家族、集団、地域社会の発展を目指すものである。また、社会福祉の発展を阻害する社会的条件や困難を解決するため、その知識や技術を駆使する責務がある。

### クライエントとの関係

## 1. ソーシャルワーカーは、職務の遂行に際して、クライエントに対するサービスを最優先に考え、自己の私的な利益のために利用することあってはならない。また、専門職業上の知識や技術が、非人道的な目的に利用されないように自戒する必要がある。

2. ソーシャルワーカーは、個人・家族・集団・地域・社会の文化的差異や多様性を尊重するとともに、これら差異あるクライエントに対しても、同等の熱意を持ってサービスや援助を提供しなければならない。

3. ソーシャルワーカーは、クライエントをあるがままに受容し、たとえクライエントが他者の利益を侵害したり、危害を加える恐れのある場合であっても、未然に事故を防止し、決してクライエントを拒否するようなことがあってはならない。

4. ソーシャルワーカーは、クライエントや関係者から事情を聴取する場合も、業務遂行上必要な範囲にとどめ、プライバシー保護のためクライエントに関する情報を第三者に提供してはならない。もしその情報提供がクライエントや公共に利益のため必要な場合は、本人と識別できる方法を避け、できれば本人の承認を得なければならない。

### [引用・参考文献]

- 1) 官公庁検索システムから検索 建設省住宅局：「長寿社会対応住宅設計指針」(<http://www.moc.go.jp/house/house/torikumi/sisin02.htm>) より平成12年3月23日ダウンロード、2000.
- 2) 林 滋子：看護の定義と概念第2版、139—142、日本看護協会、1976. より抜粋。
- 3) infoseekJapan より検索 日本介護福祉士会のホームページ：倫理綱領 (<http://www.jaccw.gr.jp/about/rinri.html>) より平成12年3月23日ダウンロード、2000. より抜粋。
- 4) infoseekJapan より検索 社団法人日本社会福祉士会：倫理綱領 (<http://www.jacsw.or.jp/>) より平成12年3月23日ダウンロード、2000. より抜粋。
- 5) 厚生省：介護保険制度について(平成12年03月28日更新)：[http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99\\_4/index.html](http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99_4/index.html)、2000.
- 6) 厚生省：介護保険制度のポイント ([http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99\\_4/kaigo3.html](http://www.mhw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo3.html))、2000.
- 7) 法務省民事局：成年後見制度等関連四法の概要(平成11年12月) (<http://www.moj.go.jp/TOPICS/topics26.htm>)、1999.
- 8) 平成12年3月3日閣議決定厚生省社会・援護局企画課「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律案の概要」：[http://www.mhw.go.jp/topics/sfukushi/tp0307-1\\_16.html](http://www.mhw.go.jp/topics/sfukushi/tp0307-1_16.html)
- 9) 小川秀樹、新しい成年後見制度の概要、17—29、ジュリスト1172号、2000.
- 10) 原 司、任意後見制度について、30—36、ジュリスト1172号、2000.
- 11) 大鷹一郎、成年後見登記制度について、37—43、ジュリスト1172号、2000.
- 12) 金子和夫、高齢者の人権と介護保険法、64—69、法律時評、70(4)、1998.
- 13) 伊藤進、成年後見法制の基本的課題、70—75、法律時評、70(4)、1998.
- 14) 執行秀幸、成年後見法、20—25、法律時評、70(10)、1998.
- 15) 中平健吉：看護専門職—その法的基盤と職業倫理—、日本看護協会、1990.

### 介護保険制度の概要

	在 宅 サ ー ビ ス	施 設 サ ー ビ ス
要介護者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護（ホームヘルプサービス）</li> <li>・訪問入浴介護</li> <li>・居宅療養管理指導（医師・歯科医師・薬剤師などによる訪問療養管理・指導など）</li> <li>・訪問リハビリテーション</li> <li>・訪問看護</li> <li>・通所（日帰り）リハビリテーション（デイケア）</li> <li>・通所（日帰り）介護（デイサービス）</li> <li>・短期入所生活介護（ショートステイ）</li> <li>・短期入所療養介護（ショートステイ）</li> <li>・痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者のグループホーム）</li> <li>・特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム等における介護）</li> <li>・福祉用具の貸与・購入費の支給</li> <li>・住宅改修費の支給（手すり、段差の解消など小規模な改修）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）</li> <li>・介護老人保健施設（老人保健施設）</li> <li>・介護療養型医療施設</li> <li>・療養型病床群</li> <li>・老人性痴呆疾患療養病棟</li> <li>・介護力強化病院（施行後3年間）</li> </ul>
要支援者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護（ホームヘルプサービス）</li> <li>・訪問入浴介護</li> <li>・居宅療養管理指導（医師・歯科医師・薬剤師などによる訪問療養管理・指導など）</li> <li>・訪問リハビリテーション</li> <li>・訪問看護</li> <li>・通所（日帰り）リハビリテーション（デイケア）</li> <li>・通所（日帰り）介護（デイサービス）</li> <li>・短期入所生活介護（ショートステイ）</li> <li>・短期入所療養介護（ショートステイ）</li> <li>・痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者のグループホーム）</li> <li>・特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム等における介護）</li> <li>・福祉用具の貸与・購入費の支給</li> <li>・住宅改修費の支給（手すり、段差の解消など小規模な改修）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援者は施設入所はできません</li> </ul>

## 補助・保佐・後見の制度の概要

		補 助 開 始 の 審 判	保 佐 開 始 の 審 判	後 見 開 始 の 審 判
要件	<対象者> (判断能力)	精神上の障害(痴呆・知的障害・精神障害等)により事理を弁識する能力が不十分な者	精神上の障害により事理を弁識する能力が著しく不十分な者	精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況に在る者
開始の手続	申立権者	本人、配偶者、四親等内の親族、検察官等、任意後見受任者、任意後見人、任意後見監督人 (注)福祉関係の行政機関については、整備法で規定		
	本人の同意	必 要	不 要	不 要
機関の名称	本人	被補助人	被保佐人	成年被後見人
	保護者	補 助 人	保 佐 人	成年後見人
	監督人	補助監督人	保佐監督人	成年後見監督人
同意権・取消権	付与の対象	申立ての範囲内で家庭裁判所が定める「特定の法律行為」	民法12条1項各号所定の行為	日常生活に関する行為以外の行為
	付与の手続	補助開始の審判 + 同意権付与の審判 + 本人の同意	保佐開始の審判	後見開始の審判
	取消権者	本人・補助人	本人・保佐人	本人・成年後見人
代理権	付与の対象	申立ての範囲内で家庭裁判所が定める「特定の法律行為」	同 左	財産に関するすべての法律行為
	付与の手続	補助開始の審判 + 代理権付与の審判 + 本人の同意	保佐開始の審判 + 代理権付与の審判 + 本人の同意	後見開始の審判
	本人の同意	必 要	必 要	不 要
責務	身上配慮義務	本人の心身の状態及び生活の状況に配慮する義務	同 左	同 左

## その他の介護保険法に係わる規則

(第三章 1. I. 2)「介護保険法に関連する法規・規定」の規則を除く)

- ・介護支援専門員に関する省令（平成十年厚生省令第五十三号）
- ・指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）
- ・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十八号）
- ・指定介護福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十九号）
- ・介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）
- ・指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十一号）
- ・介護保険の医療保険者の納付金の算定等に関する省令（平成十一年厚生省令第四十三号）
- ・特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十六号）
- ・要介護認定等に係わる介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成十一年厚生省令第五十八号）
- ・厚生大臣が定める福祉用具貸与に係る福祉用具の種目（平成十一年三月厚生省告示第九十三号）
- ・厚生大臣が定める居宅介護福祉用具購入費等の支給に係る特定福祉用具の種目（平成十一年三月厚生省告示第九十四号）
- ・厚生大臣が定める居宅介護住宅改修費等の支給に係る住宅改修の種類（平成十一年三月厚生省告示第九十五号）
- ・厚生大臣の定める介護老人保健施設を開設できる者（平成十一年三月厚生省告示第九十六号）
- ・厚生大臣の定める介護老人保健施設が広告し得る事項（平成十一年三月厚生省告示第九十七号）
- ・厚生大臣が定める特例居宅介護サービス費等の支給に係る離島その他の地域の基準（平成十一年三月厚生省告示第九十九号）
- ・介護保険の国庫負担金の算定等に関する政令第十九条ただし書に規定する厚生大臣の指定する医療保険者（平成十一年三月厚生省告示第百一号）
- ・介護保険法施行法第十六条第一項の規定による年金保険者の市町村に対する通知に係る基準日等（平成十一年三月厚生省告示第百二号）
- ・介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成十一年五月厚生省告示第百二十九号）
- ・介護保険法施行規則の一部を改正する省令（平成十一年十一月厚生省令第九十二号）
- ・要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成十一年厚生省令第五十八号）
- ・指定居宅サービスに要する費用の算定に関する基準（平成十二年二月厚生省告示第十九号）
- ・指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年二月厚生省告示第二十号）
- ・指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年二月厚生省告示第二十一号）

- ・厚生大臣が定める者等を定める件（平成十二年二月厚生省告示第二十三号）
- ・厚生大臣が定める地域を定める件（平成十二年二月厚生省告示第二十四号）
- ・厚生大臣が定める基準を定める件（平成十二年二月厚生省告示第二十五号）
- ・厚生大臣が定める施設基準を定める件（平成十二年二月厚生省告示第二十六号）
- ・厚生大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所看護費等の算定方法を定める件（平成十二年二月厚生省告示第二十七号）
- ・厚生大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所看護費等の算定方法の規定に基づき厚生第大臣が定める地域を定める件（平成十二年二月厚生省告示第二十八号）
- ・厚生大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を定める件（平成十二年二月厚生省告示第二十九号）
- ・厚生大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数を定める件（平成十二年二月厚生省告示第三十号）
- ・厚生大臣が定める特定診療費に係る施設基準を定める件（平成十二年二月厚生省告示第三十一号）
- ・厚生大臣が定める特定診療費に係る特別食及び特別な薬剤を定める件（平成十二年二月厚生省告示第三十二号）
- ・居宅介護サービス費区分支給限度基準額及び居宅支援サービス費区分支給限度基準額を定める件（平成十二年二月厚生省告示第三十三号）
- ・居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額及び居宅支援福祉用具購入費支給限度基準額を定める件（平成十二年二月厚生省告示第三十四号）
- ・居宅介護住宅改修費支給限度基準額及び居宅支援住宅改修費支給限度基準額を定める件（平成十二年二月厚生省告示第三十五号）
- ・経過的居宅給付支給限度基準のそれぞれの額の下限の額を定める件（平成十二年二月厚生省告示第三十六号）
- ・介護保険法施行規則第六十八条第四項及び第八十七条第三項に規定する厚生大臣が定めるところにより算定して費用の額を定める件（平成十二年二月厚生省告示第三十八号）
- ・介護の必要の程度が著しく高くなった場合における介護保険法第四十五条第四項の規定により算定する額を定める件（平成十二年二月厚生省告示第三十九号）
- ・社会保険庁長官の定める政府の管掌する健康保険の介護保険料率を定める件（平成十二年三月社会保険庁告示第九号）
- ・社会保険庁長官の定める船員保険の介護保険料率を定める件（平成十二年三月社会保険庁告示第十号）





