

□老老介護世帯が抱える課題と在宅生活を継続していくための条件についてのアンケート結果

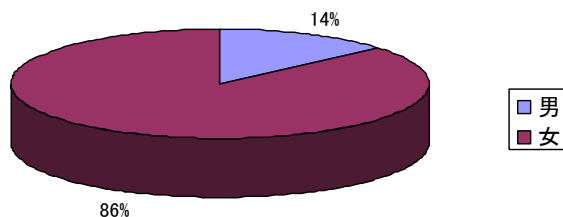
皆様にご協力頂いたアンケートの結果です。

○回答者の属性について

問1 性別

男	20
女	127

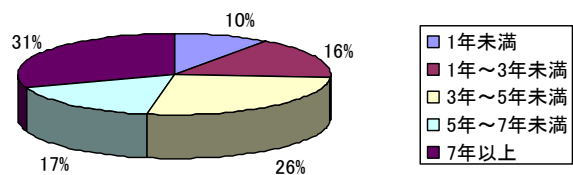
ケアマネジャーの性別



問2 ケアマネジャー歴

1年未満	15
1年～3年未満	24
3年～5年未満	39
5年～7年未満	25
7年以上	45

ケアマネジャー歴

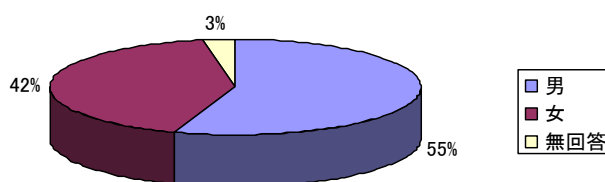


○要介護者について

問1 要介護者(受け持ちの利用者、要支援認定の方も含む)の性別

男	82
女	62
無回答	4

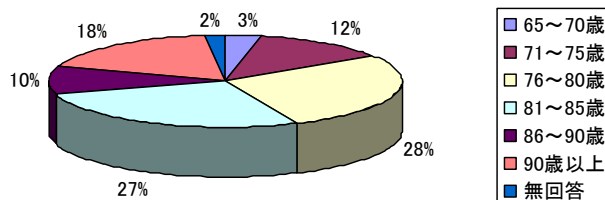
要介護者の性別



問2 要介護者の年齢

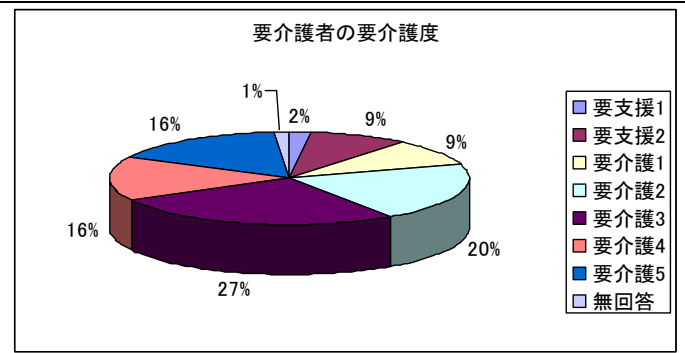
65～70歳	5
71～75歳	18
76～80歳	41
81～85歳	40
86～90歳	15
90歳以上	26
無回答	3

要介護者の年齢



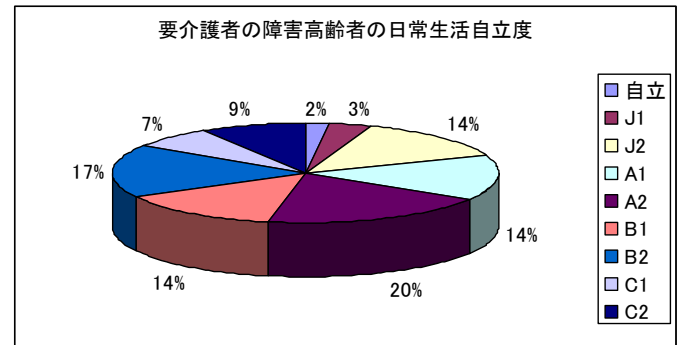
問3 要介護者の要介護度

要支援 1	3
要支援 2	13
要介護 1	14
要介護 2	30
要介護 3	39
要介護 4	23
要介護 5	24
無回答	2



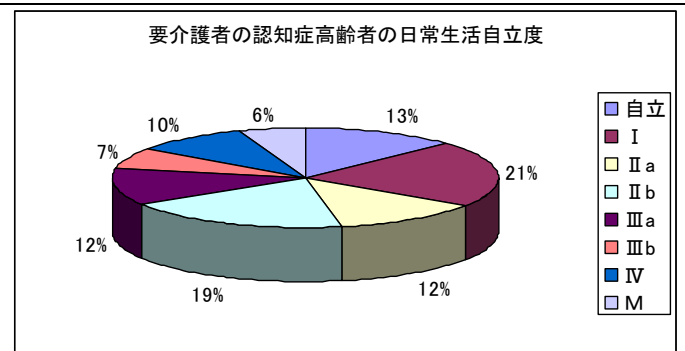
問5 要介護者の障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

自立	3
J1	5
J2	20
A1	21
A2	28
B1	20
B2	25
C1	10
C2	13



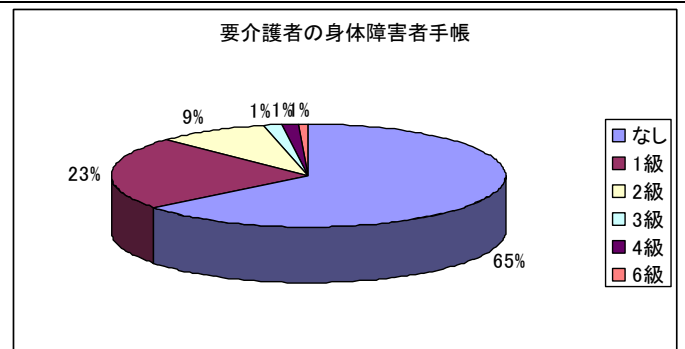
問4 要介護者の認知症高齢者日常生活自立度

自立	19
I	31
Ⅱ a	18
Ⅱ b	28
Ⅲ a	17
Ⅲ b	10
Ⅳ	14
M	8



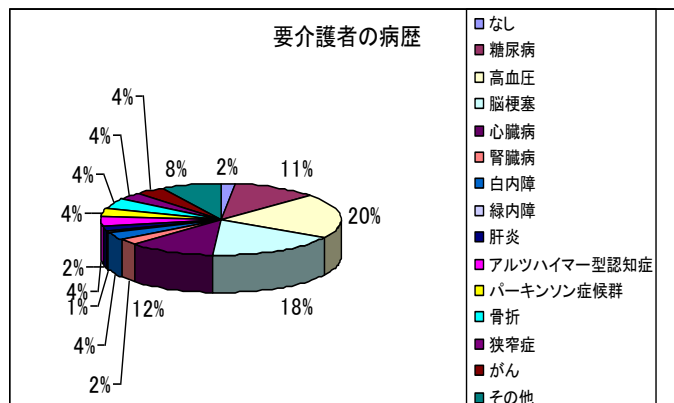
問6 要介護者の身体障害者手帳

なし	91
1 級	32
2 級	13
3 級	2
4 級	2
6 級	1



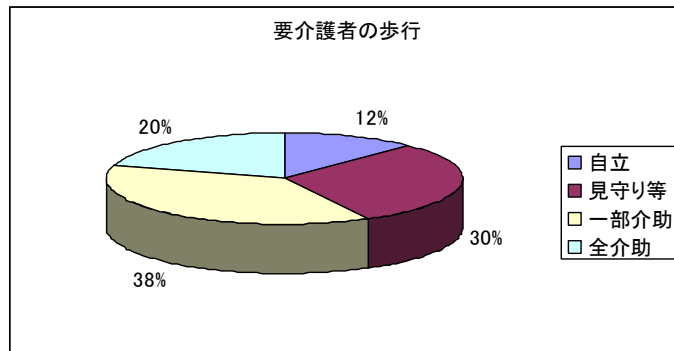
問7 要介護者にはどのような病歴がありますか。(複数回答可)

なし	5
糖尿病	28
高血圧	50
脳梗塞	45
心臓病	29
腎臓病	6
白内障	10
緑内障	2
肝炎	4
アルツハイマー型認知症	11
パーキンソン症候群	11
骨折	10
狭窄症	9
がん	10
その他	20



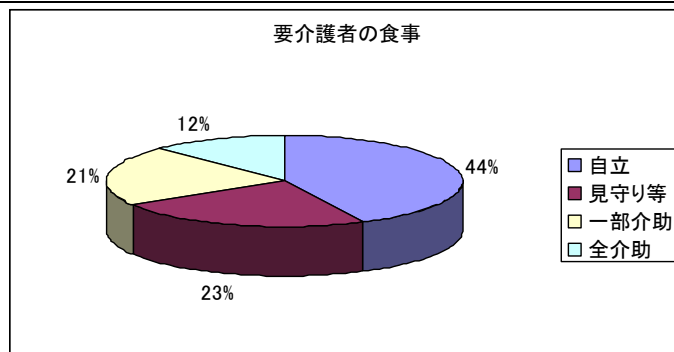
問8 要介護者の歩行

自立	18
見守り等	44
一部介助	55
全介助	30



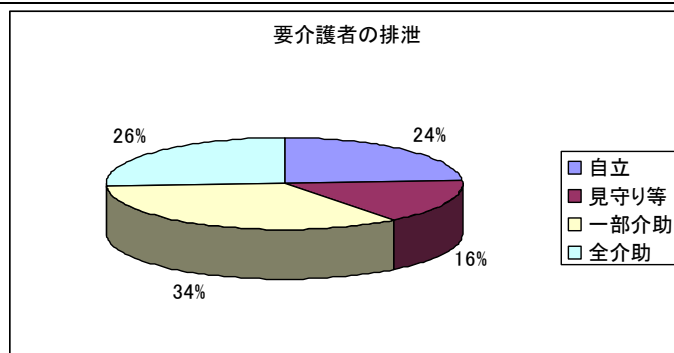
問8 要介護者の食事

自立	62
見守り等	34
一部介助	31
全介助	18



問8 要介護者の排泄

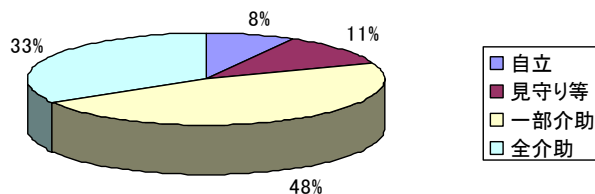
自立	35
見守り等	23
一部介助	51
全介助	38



問8 要介護者の入浴

自立	12
見守り等	16
一部介助	70
全介助	49

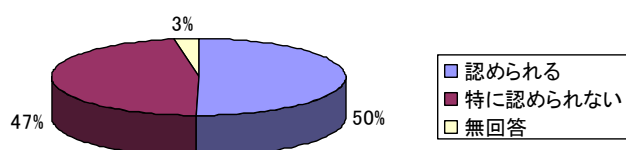
要介護者の入浴



問9 要介護者の精神的不安

認められる	73
特に認められない	68
無回答	4

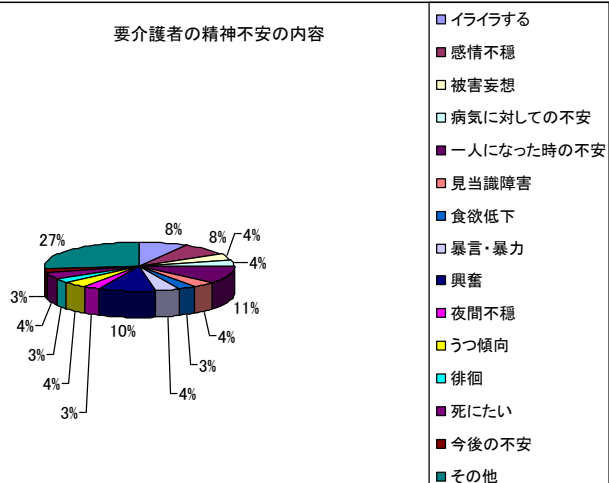
要介護者の精神的不安



問9 要介護者精神不安の内容

イライラする	6
感情不穏	6
被害妄想	3
病気に対しての不安	3
一人になった時の不安	8
見当識障害	3
食欲低下	2
暴言・暴力	3
興奮	7
夜間不穏	2
うつ傾向	3
徘徊	2
死にたい	3
今後の不安	2
その他	19

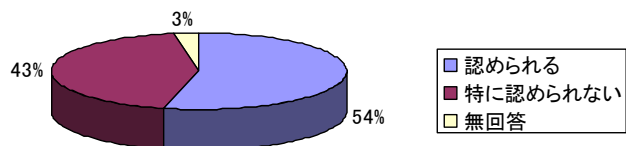
要介護者の精神不安の内容



問9 要介護者の意欲低下

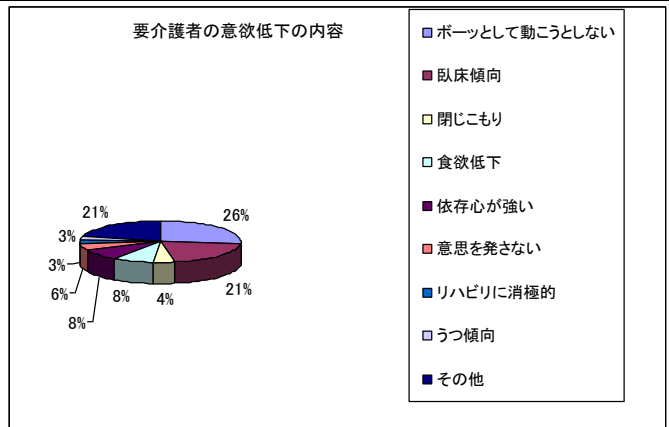
認められる	78
特に認められない	63
無回答	4

要介護者の意欲低下



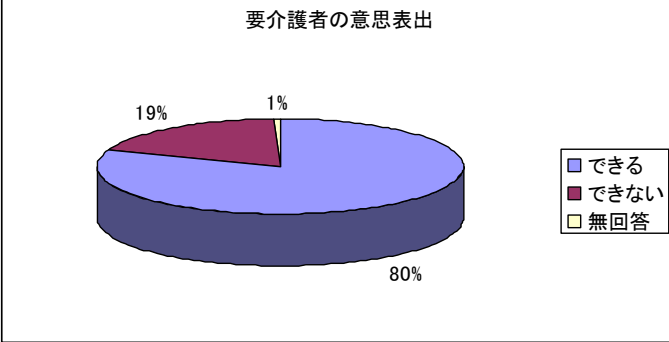
問9 要介護者意欲低下の内容

ボーツとして動こうとしない	19
臥床傾向	15
閉じこもり	3
食欲低下	6
依存心が強い	6
意思を発さない	4
リハビリに消極的	2
うつ傾向	2
その他	15



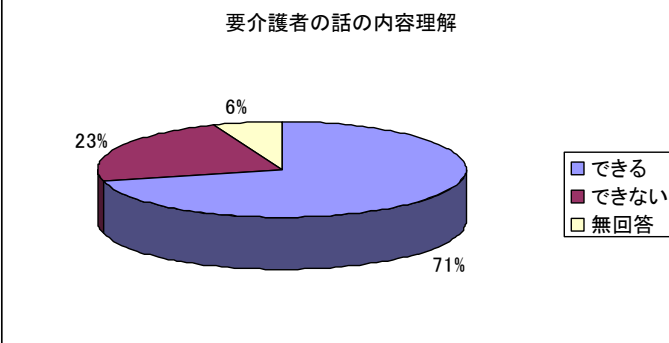
問9 要介護者の意思表示

できる	117
できない	27
無回答	1



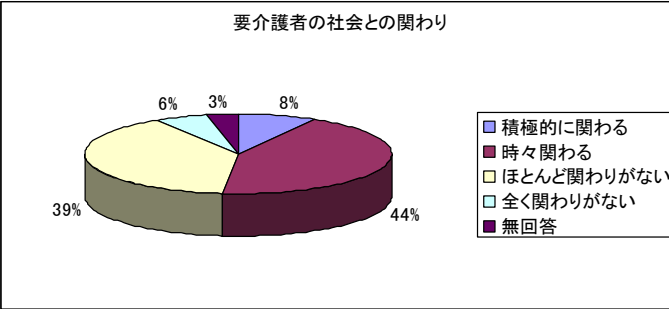
問9 要介護者の話の内容理解

できる	103
できない	33
無回答	9



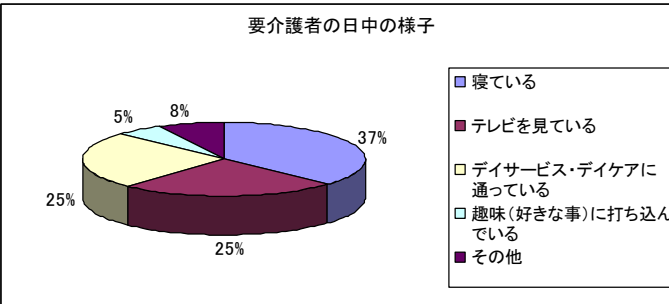
問9 要介護者の社会との関わり

積極的に関わる	12
時々関わる	63
ほとんど関わりがない	57
全く関わりがない	8
無回答	5



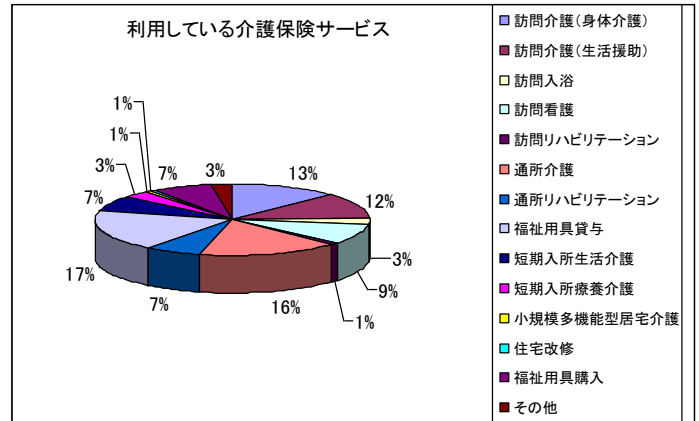
問10 要介護者の日中の様子

寝ている	88
テレビを見ている	60
デイサービス・デイケアに通っている	60
趣味(好きな事)に打ち込んでいる	13
その他	18



問 11 利用している介護保険サービス

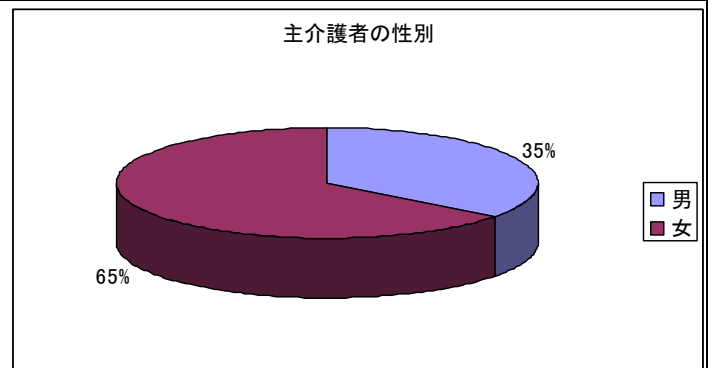
訪問介護(身体介護)	54
訪問介護(生活援助)	49
訪問入浴	12
訪問看護	37
訪問リハビリテーション	5
通所介護	70
通所リハビリテーション	29
福祉用具貸与	78
短期入所生活介護	29
短期入所療養介護	13
小規模多機能型居宅介護	3
住宅改修	3
福祉用具購入	29
その他	11



○介護者について

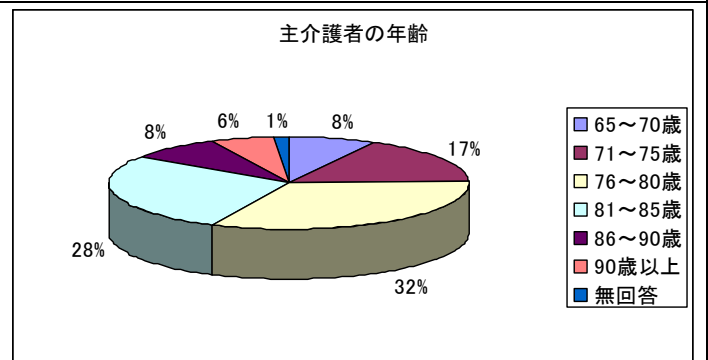
問 12 主介護者の性別

男	51
女	94



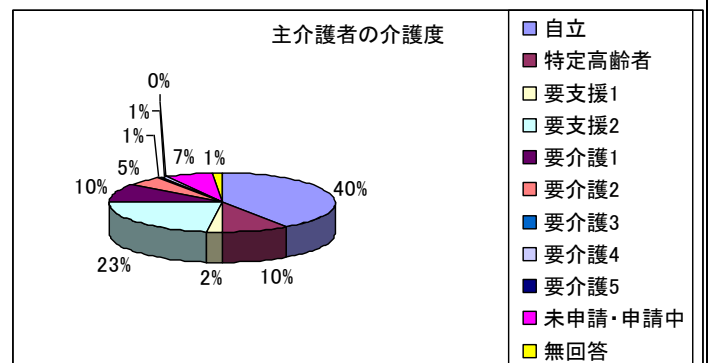
問 13 主介護者の年齢

65～70歳	11
71～75歳	24
76～80歳	47
81～85歳	40
86～90歳	12
90歳以上	8
無回答	2



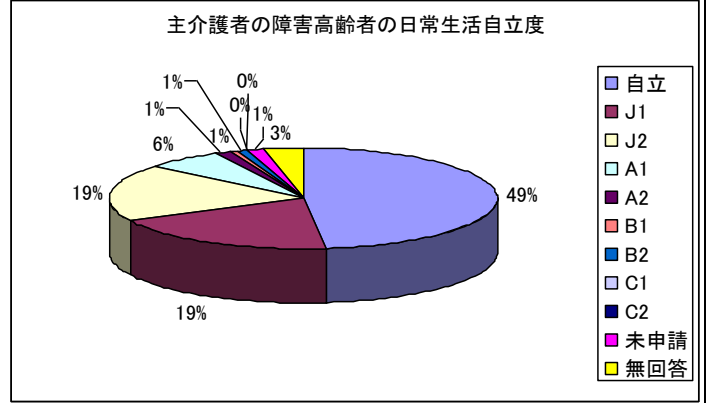
問 14 主介護者の要介護度

自立	58
特定高齢者	14
要支援1	3
要支援2	33
要介護1	15
要介護2	7
要介護3	1
要介護4	1
要介護5	0
未申請・申請中	10
無回答	2



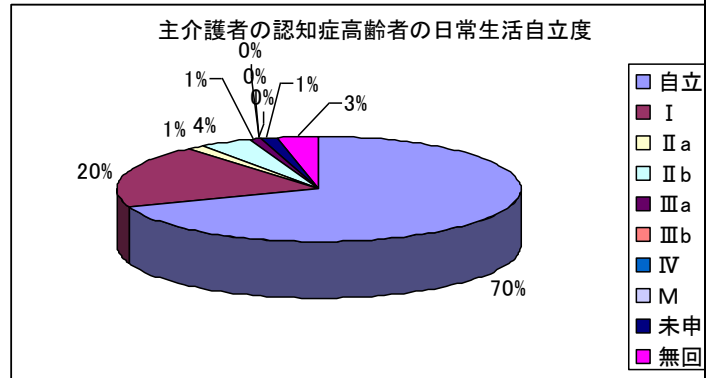
問 15 主介護者の障害高齢者の日常生活自立度

自立	69
J1	28
J2	27
A1	9
A2	2
B1	1
B2	1
C1	0
C2	0
未申請	2
無回答	5



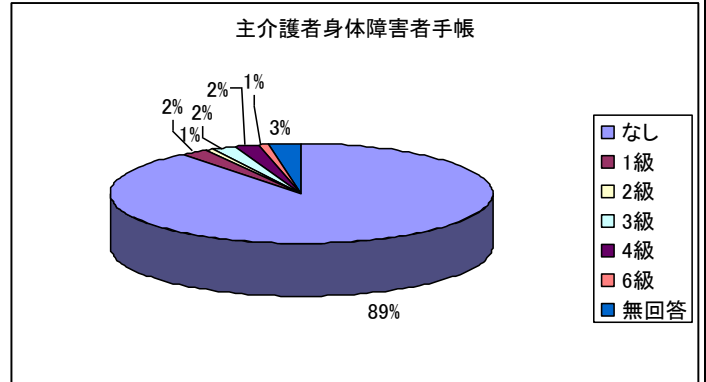
問 16 主介護者の認知症高齢者の日常生活自立度

自立	100
I	28
Ⅱ a	2
Ⅱ b	6
Ⅲ a	1
Ⅲ b	0
Ⅳ	0
M	0
未申請	2
無回答	5



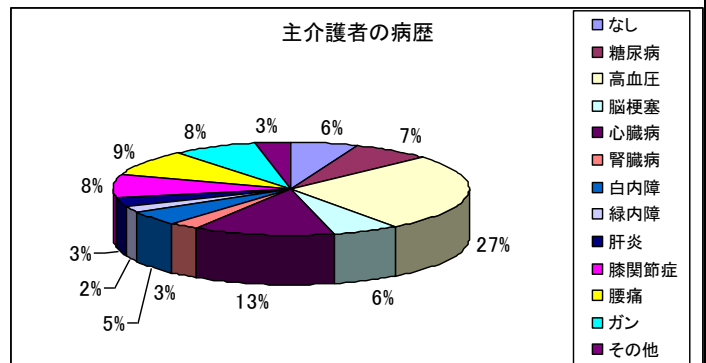
問 17 主介護者の身体障害者手帳

なし	128
1 級	3
2 級	1
3 級	3
4 級	3
6 級	1
無回答	4



問 18 主介護者の病歴

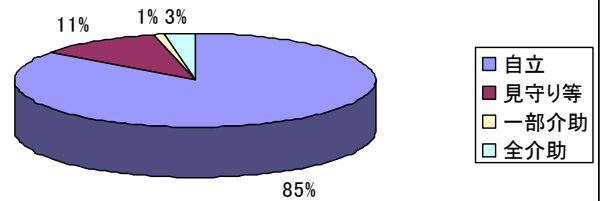
なし	11
糖尿病	13
高血圧	48
脳梗塞	11
心臓病	23
腎臓病	5
白内障	9
緑内障	4
肝炎	5
膝関節症	15
腰痛	16
ガン	14
その他	6



問 19 主介護者の歩行

自立	122
見守り等	16
一部介助	1
全介助	4

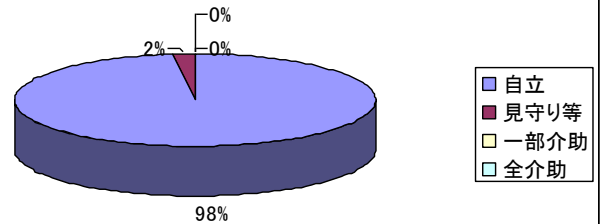
主介護者の歩行



問 19 主介護者の食事

自立	141
見守り等	3
一部介助	0
全介助	0

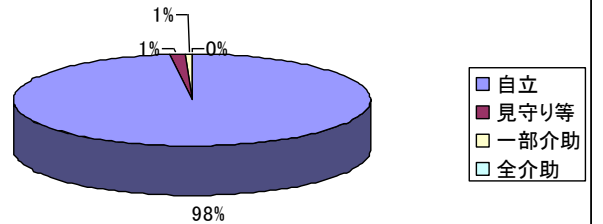
主介護者の食事



問 19 主介護者の排泄

自立	141
見守り等	2
一部介助	1
全介助	0

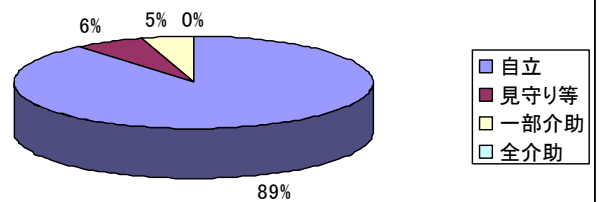
主介護者の排泄



問 19 主介護者の入浴

自立	128
見守り等	9
一部介助	7
全介助	0

主介護者の入浴



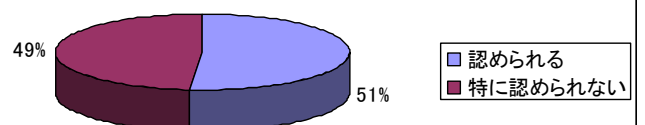
問 20 主介護者の精神不安

認められる	74
特に認められない	70

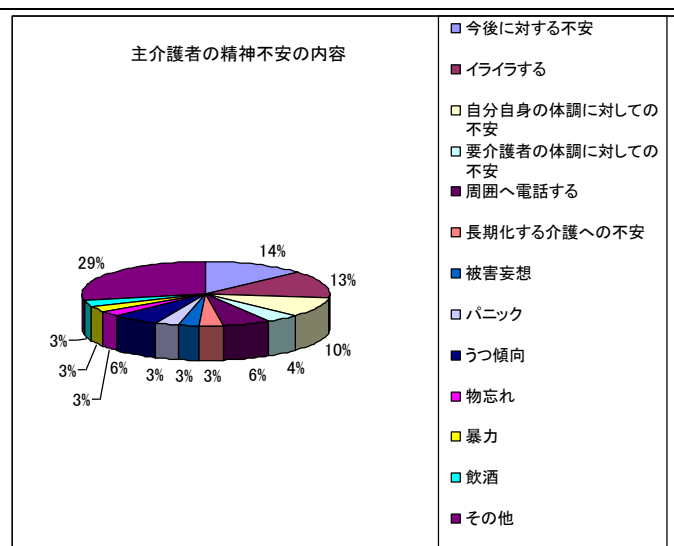
問20 (主)精神不安の内容

今後に対する不安	9
イライラする	9
自分自身の体調に対しての不安	7
要介護者の体調に対しての不安	3
周囲へ電話する	4
長期化する介護への不安	2
被害妄想	2
パニック	2

主介護者の精神不安



うつ傾向	4
物忘れ	2
暴力	2
飲酒	2
その他	19

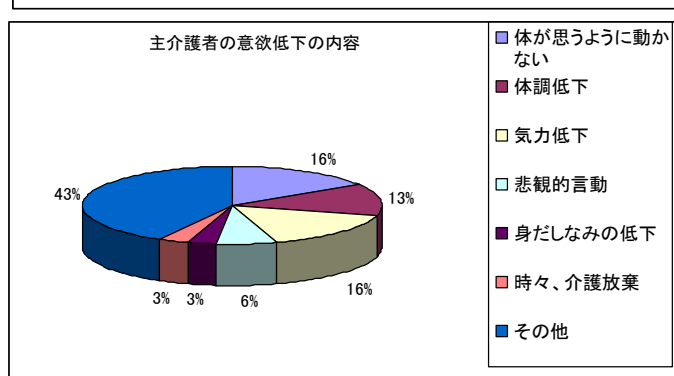
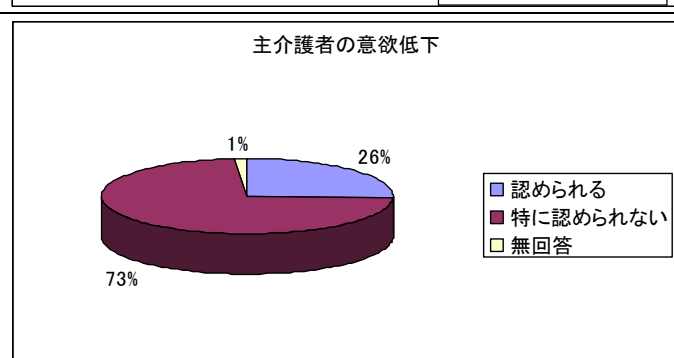


問 20 主介護者の意欲低下

認められる	37
特に認められない	105
無回答	2

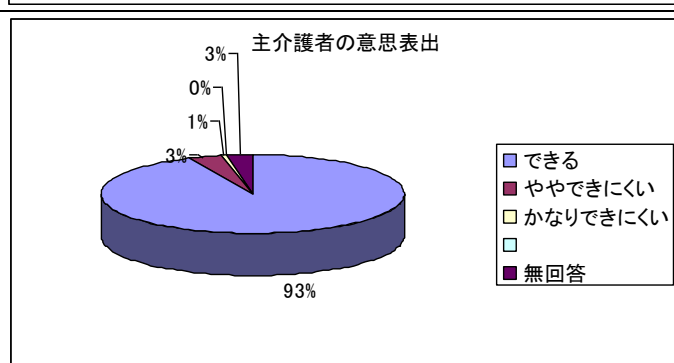
問20 (主)意欲低下の内容

体が思うように動かない	5
体調低下	4
気力低下	5
悲観的言動	2
身だしなみの低下	1
時々、介護放棄	1
その他	13



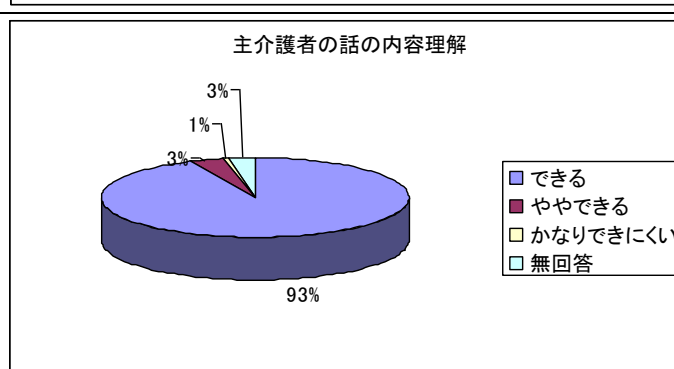
問 20 主介護者の意思表出

できる	134
ややできにくい	5
かなりできにくい	1
無回答	4



問 20 主介護者の話の内容理解

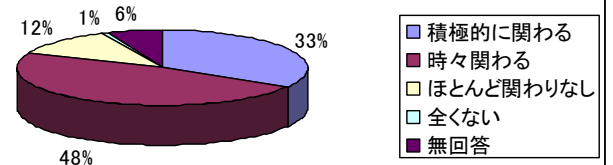
できる	134
ややできる	5
かなりできにくい	1
無回答	4



問 20 主介護者の社会との関わり

積極的に関わる	48
時々関わる	69
ほとんど関わりなし	17
全くない	1
無回答	9

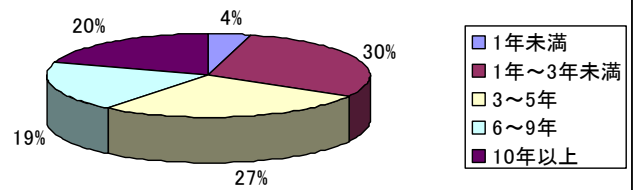
主介護者の社会との関わり



問 21 主介護者の介護年数

1年未満	6
1年～3年未満	42
3～5年	39
6～9年	28
10年以上	29

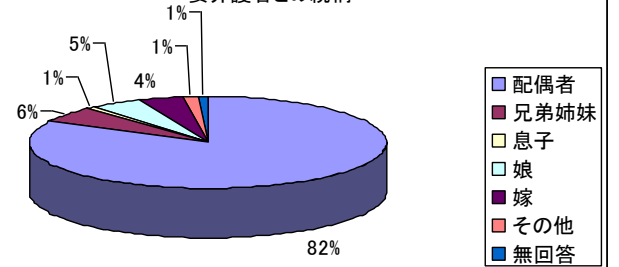
主介護者の介護年数



問 22 要介護者との続柄

配偶者	118
兄弟姉妹	8
息子	1
娘	7
嫁	6
その他	2
無回答	1
婿	0

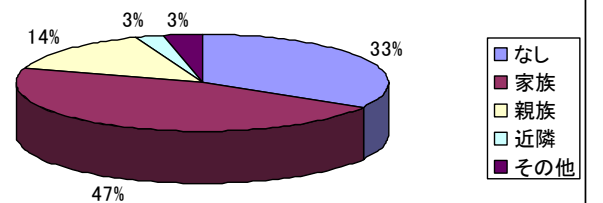
要介護者との続柄



問 23 主介護者以外の支援者

なし	51
家族	71
親族	22
近隣	4
その他	5

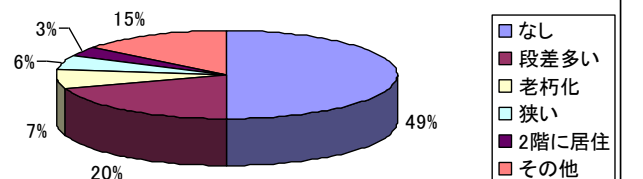
主介護者以外の支援者



問 24 住まいの内環境問題

なし	79
段差多い	31
老朽化	11
狭い	9
2階に居住	5
その他	23

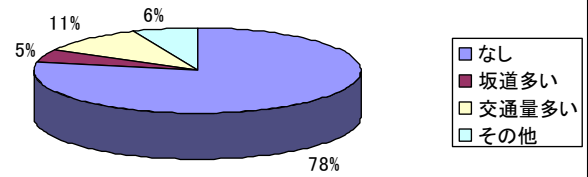
住まいの内環境問題



問 24 住まいの外環境問題

なし	111
坂道多い	7
交通量多い	15
その他	9

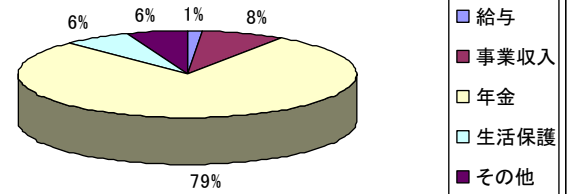
住まいの外環境問題



問 25 世帯の収入形態

給与	2
事業収入	13
年金	123
生活保護	10
その他	9

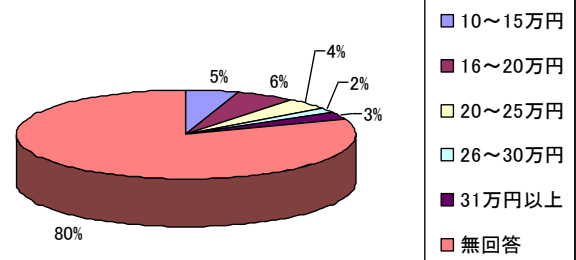
世帯の収入形態



問 25 月収

10～15 万円	7
16～20 万円	8
20～25 万円	6
26～30 万円	3
31 万円以上	4
無回答	116

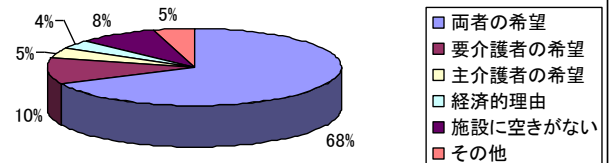
月額



問 26 現在、在宅介護の継続理由

両者の希望	105
要介護者の希望	16
主介護者の希望	7
経済的理由	6
施設に空きがない	13
その他	7

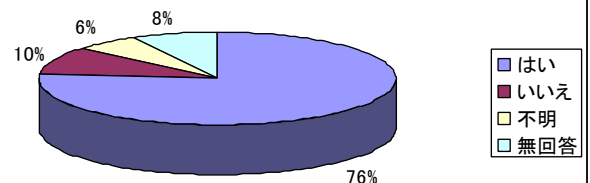
現在、在宅介護継続理由



問 27 今後も在宅介護を希望しているか

はい	107
いいえ	14
不明	8
無回答	11

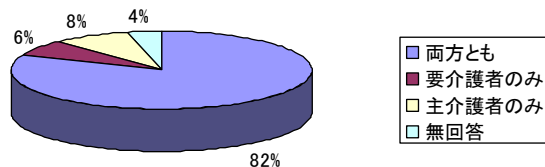
今後も在宅介護を継続したいか



問 27 誰が希望しているか

両方とも	88
要介護者のみ	7
主介護者のみ	9
無回答	4

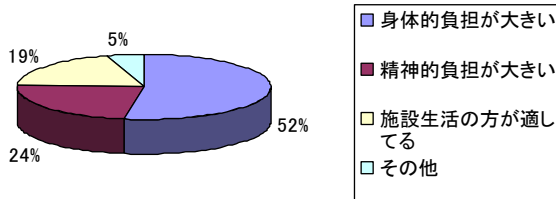
誰が在宅介護を希望しているか



問 27 在宅介護を希望されていない理由

身体的負担が大きい	11
精神的負担が大きい	5
施設生活の方が適してる	4
その他	1

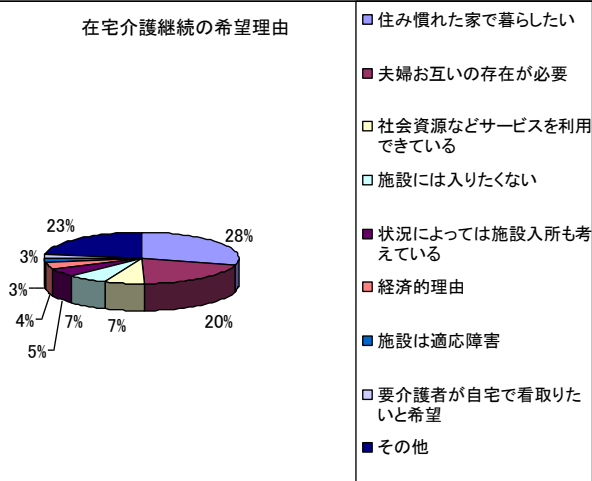
在宅介護を希望していない理由



問27-①在宅介護継続の理由

住み慣れた家で暮らしたい	22
夫婦お互いの存在が必要	15
社会資源などサービスを利用できている	5
施設には入りたくない	5
状況によっては施設入所も考えている	4
経済的理由	3
施設は適応障害	2
要介護者が自宅で看取りたいと希望	2
その他	17

在宅介護継続の希望理由



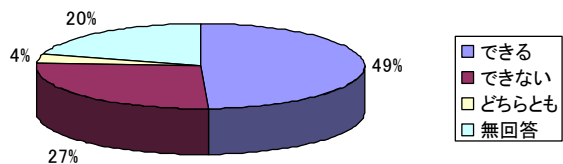
問 28 ケアマネジャーから見て継続できるか

できる	70
できない	38
どちらとも	5
無回答	29

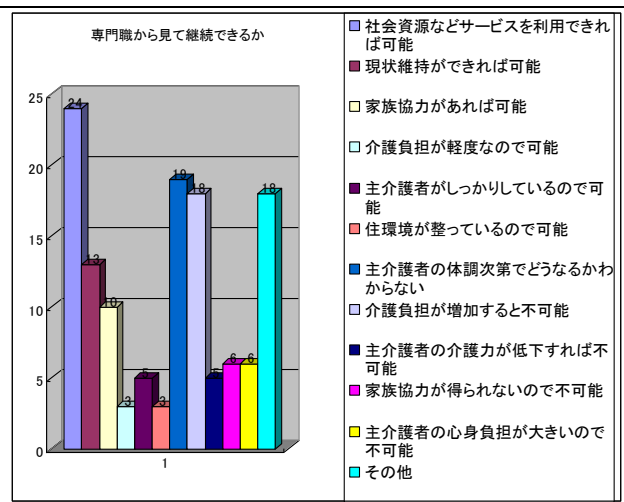
問28 ケアマネから見て在宅生活継続の有無の理由

社会資源などサービスを利用できれば可能	24
現状維持ができれば可能	13
家族協力があれば可能	10
介護負担が軽度なので可能	3
主介護者がしっかりしているので可能	5
住環境が整っているので可能	3
主介護者の体調次第でどうなるかわからない	19
介護負担が増加すると不可能	18
主介護者の介護力が低下すれば不可能	5
家族協力が得られないので不可能	6
主介護者の心身負担が大きいので不可能	6
その他	18

専門職から見て継続できるか

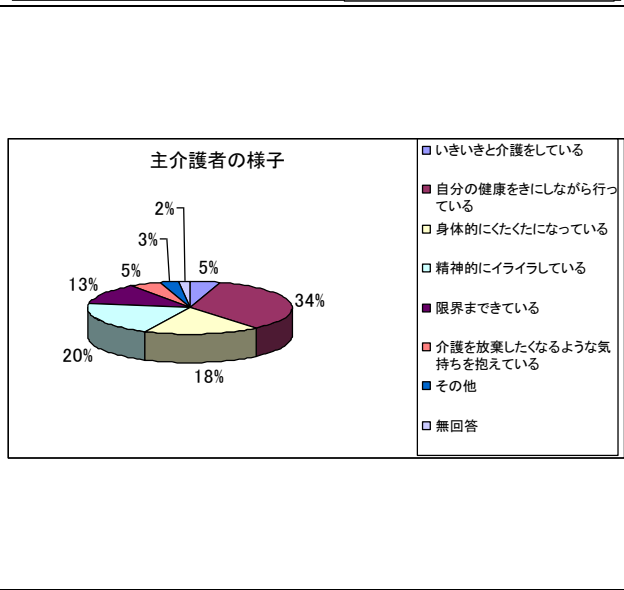


--	--



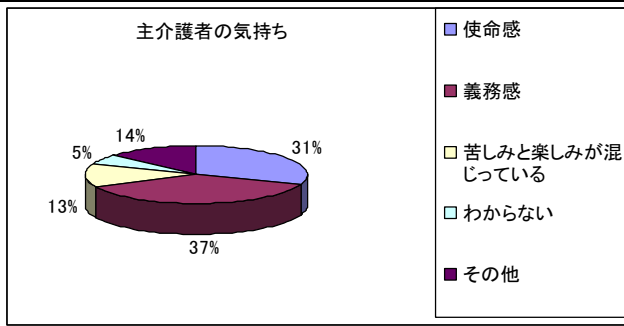
問 29 主介護者の様子

いきいきと介護をしている	1
	2
自分の健康をきにしながら行っている	8
	8
身体的にくたくたになっている	4
	7
精神的にイライラしている	5
	2
限界まできている	3
	3
介護を放棄したくなるような気持ちを抱えている	1
	3
その他	8
無回答	4



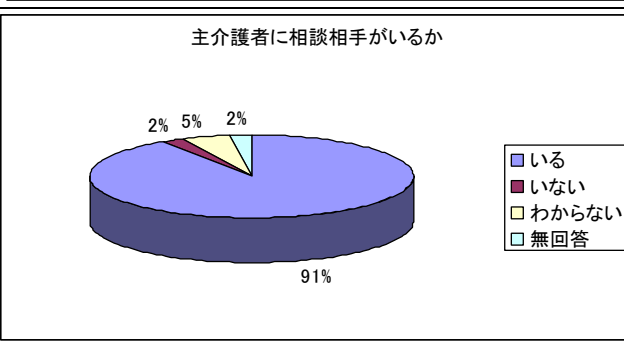
問 30 主介護者の気持ち

使命感	58
義務感	71
苦しみと楽しみが混じっている	25
わからない	10
その他	26



問 31 主介護者に介護の相談にのってもらう相手がいるか

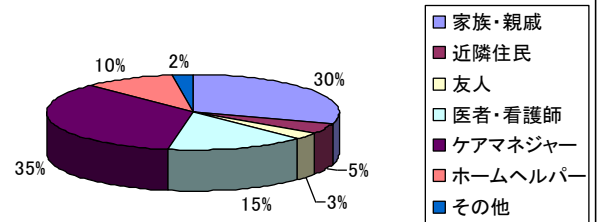
いる	130
いない	3
わからない	7
無回答	3



問 31 相談相手は誰か

家族・親戚	93
近隣住民	15
友人	9
医者・看護師	48
ケアマネジャー	110
ホームヘルパー	31
その他	7

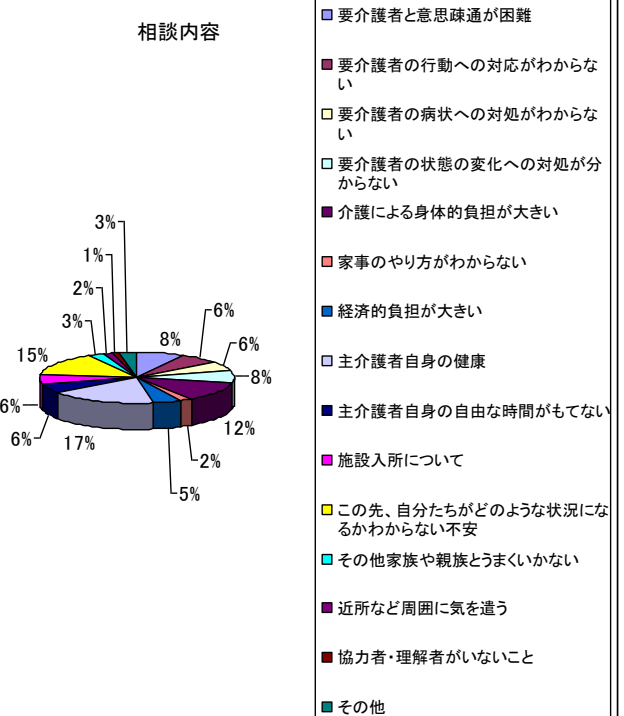
相談相手は誰か



問 32 相談内容

要介護者と意思疎通が困難	37
要介護者の行動への対応がわからない	30
要介護者の病状への対処がわからない	27
要介護者の状態の変化への対処が分からない	37
介護による身体的負担が大きい	56
家事のやり方がわからない	9
経済的負担が大きい	22
主介護者自身の健康	82
主介護者自身の自由な時間がもてない	29
施設入所について	26
この先、自分たちがどのような状況になるかわからない不安	68
その他家族や親族とうまくいかない	13
近所など周囲に気を遣う	7
協力者・理解者がいないこと	5
その他	14

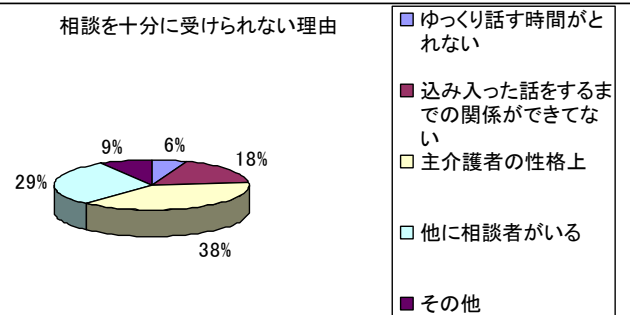
相談内容



問 33 相談を十分に受けにくい理由

ゆっくり話す時間がとれない	2
込み入った話をするまでの関係ができてない	6
主介護者の性格上	13
他に相談者がいる	10
その他	3

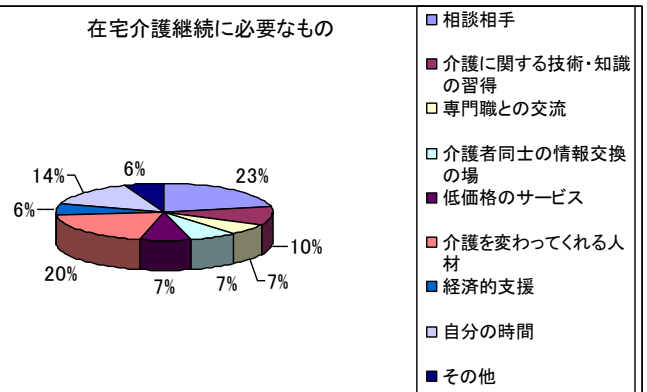
相談を十分に受けられない理由



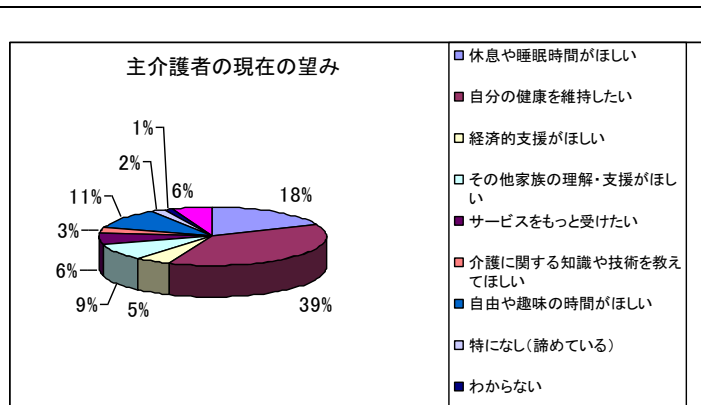
問 34 主介護者にとって在宅介護継続のために必要なもの

相談相手	78
介護に関する技術・知識の習得	36
専門職との交流	23
介護者同士の情報交換の場	26
低価格のサービス	26
介護を変わってくれる人材	70
経済的支援	22
自分の時間	50
その他	22

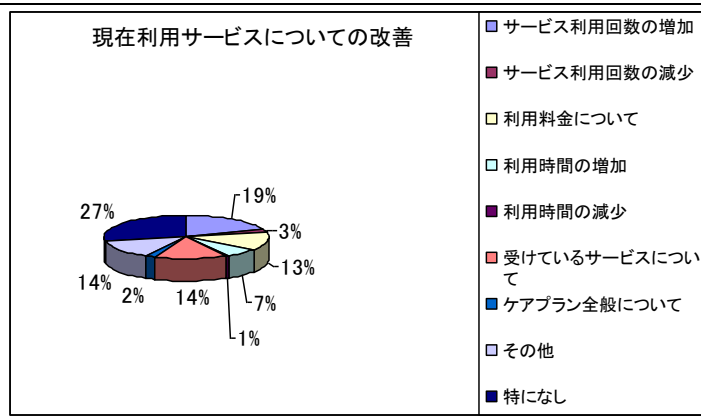
在宅介護継続に必要なもの



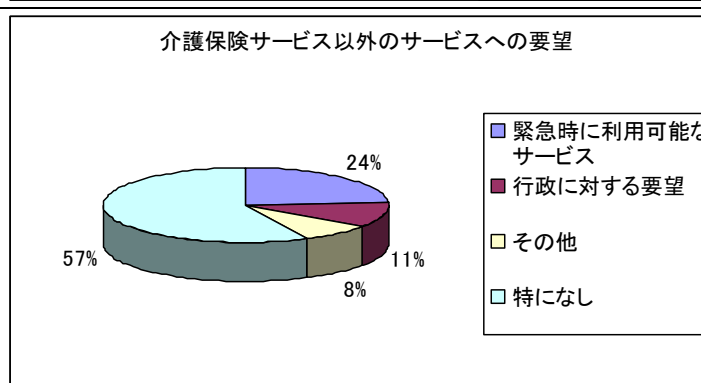
問 35 主介護者の現在の望み	
休息や睡眠時間がほしい	51
自分の健康を維持したい	105
経済的支援がほしい	15
その他家族の理解・支援がほしい	25
サービスをもっと受けたい	17
介護に関する知識や技術を教えてほしい	9
自由や趣味の時間がほしい	31
特になし(諦めている)	6
わからない	3
その他	16



問 36 現在利用のサービスについての改善	
サービス利用回数の増加	33
サービス利用回数の減少	5
利用料金について	23
利用時間の増加	12
利用時間の減少	1
受けているサービスについて	25
ケアプラン全般について	3
その他	24
特になし	50



問 37 介護保険サービス以外のサービスへの要望	
緊急時に利用可能なサービス	35
行政に対する要望	16
その他	12
特になし	83



問 38 その他	
ある	82
認認介護	24

その他自由記載項目

対象者、介護者を切り離す事だけが相方に良い効果が出るとは限らない。
 自分もしんどいながら、出来る範囲で介護していきたいという高齢者介護者もいます。無理なく参加してもらい、様子を見守る。限界の見極めとその後の体制作りが必要だと思います。
 主介護者が入院などで介護できなくなったとき、緊急ショートや入所できる施設が必要。
 ※低料金で入所できるところ
 介護サービスは、一日の限られた時間しか利用できず、他の時間はすべて介護者に介護の負担がかかるため、
 在宅生活維持が困難。
 老老介護でも在宅を強く望まれる場合、緊急時の対応(緊急ショートの受け入れやヘルパー派遣)がどこまでスムーズに出来るか、施設や事務所のキャパが問題。
 日頃からの介護者自身の周りに対するサポートを受け入れる柔軟な姿勢も必要。(抱え込んでしまう傾向にある介護者が多いと感じる)

預金があり、妻(介護者)はしっかりしていれば、介護サービスで対応可。
そうでない場合、負担感も大きくプランも難しくなるが、できるだけ本人・・・尊重する事が大切と考える。経済的な支援が必要となるケースがおおいのではないか。
要介護者も介護者も高齢である場合、介護者の体力に限界があり、十分に介護したくてもできない現状があります(他に複数の老老介護ケースも同様)スムーズなSS受け入れと安心してゆだねられる対応であれば、負担軽減して在宅をある程度までは継続できる。
しかし、それは限界がある。特養枠増、家族協力、近隣地域ネットワークがあればと考えます。
制度改正の理解や、サービス内容の制限とコロコロかわる。内容変化が高齢者の負担になる。日々の生活もやっとなのに。混乱を引きおこさない方法を親族サービス、CMでカバーしきれない。
介護者はやはり体を守る体制になると、虐待や介護放棄を招く可能性が高くなると思います。
介護する側が高齢化していくなかで、
介護者をいかにフォローしていけるかが見落としやすい課題だと思います。
介護力を補うサービス。家族の精神的、経済的支援。
介護者の体調不良で介護できなくなった場合、
緊急で利用できるショートステイを増やしてほしい。
老老介護において介護者も様々な病気を抱えています。自分自身の体が思うようにならない時は要介護者に対しイライラする時もあると聞きます。
サービス利用に精神的、身体的負担を全て取り除く事はできないので、このまま共倒れになってしまうのではと思うときがあります。
老老2人きりにしてはならない。相談相手やサービス事業者など、第三者が入って風通しをよくすること。
2人だけの問題にしないことが必要だと思います。
経済的な安定が有る場合は両者共に安定が得られる→影響が大きい
認知症症状に悪化したときに、即対応できるサービスがなく、困っている主介護者が多い。
どうやって在宅でみていくのが多くの人から相談を受ける。
子どものいない老老介護への特別対応のような措置があるといい。
気軽にサービスが利用できる環境。柔軟な制度の運用。
家族、親族の支援と一人になられた後の支援。緊急時の対応。
介護者が突発的に病氣、怪我によって介護できなくなったときに、
緊急で利用できるサービス(デイ/ヘルプ)の援助内容も広範囲に考えていくべき。
今年、独居加算が居宅(ケアマネ)に改定で加算されましたが、
老夫婦の方が大変な事が多いと思います。
①子どもに親を見る義務はないのであろうか？②夫婦は共依存の部分もあり、話す事ができない場合もある。
夫婦で入居できる特養可、経費の施設の確保が必要。
できるだけ家族で介護していきたいと思うご利用者が多いように思います。
しかし、自分自身の健康に不安を持っているので、共倒れにならない支援が必要だと思っています。
特養入所を待つ間に入れる施設、サービスがもっとあれば
(老健は期間をきられ、GHIはADLが低下すれば退所を迫られる)
入所施設、SSの利用できる施設が少ない。
緊急時受け入れ施設も満床状態で利用できない。
老老介護だけでなく、SS利用が難しい。いつでも受け入れ可能な状態であってほしい。
市の施設ですが、緊急時SSは、在宅での介護継続のためには重要なのに、それがなかなか利用できない為に現在、施設入所を必要としなくても、先手先手にいかざるをえない。
若い人がキーパンソンなら、いろいろな場面で要介護者の説得なども可能であるが、老老介護の場合、どちらも不安な面を考えて踏み出せず、が済してしまうケースが多い。
みていて、精神的援助面でどうしてあげらいいのか困る事が多い。
家族の支援が、子どもが忙しく受けにくい。
年金生活の中で、1割負担とはいえ、支払う余裕がなくサービスを増やす事ができないと言われていま

す。

・2人とも支援が必要な事が多いので、世帯として支援できる様にしてほしい。

・このために、サービスを増やすとき、区分支給限度額を超過してしまうことがあり、困っている。限度額を増やしてほしい。

・老老介護の場合、経済支援が足りないときも多いので、せめてサービス給付が充分できるようにしてほしい。

施設での受け入れが十分あれば(すぐに特養に入れる状況など)在宅で安心して介護できる。

介護の社会化と名うってスタートした介護保険制度だが、特に生活援助の締め付けが厳しい。

生活援助こそ、老老介護にとって必要なサービスである事を厚生労働省は知るべきである。

老老介護の場合、介護者の健康が優れなかったり、体力が少なかったりすることが多いので、介護者が倒れてしまわないように普段からサービスを利用できる様にしたいが、限度額や利用料や訪問介護の生活援助が受けられないなどの問題がある。

実際に倒れてしまったときの対応として、京都市は緊急 SS の事業をやっているが、枠が一杯で利用できない事もある。

小規模多機能が利用できれば、在宅生活の継続がしやすくなると思うが、まだ整備が追いついていなくて数も少ないし、利用者負担限度額認定が使えないので、利用者も継続的に苦しい人にとっては高く家計の負担になる。

説明の時間が長く、繰り返しが必要です。

特に制度的な事をなかなか理解していただくのが大変です。

世間が想像している以上に大変な事が多いと思います。

(金銭面、住宅環境面、主介護者の時間等)

サービス利用も良いが、家族の理解や協力の差が激しい。

生活援助の一部が制限される事が多くなっています。要介護者・主介護者共に余力を残した形で、生活できる方が維持していけるのではないかと思います。他者訪問が心の支えになるのでは…。

月に1回でも、生活をする事以外の楽しみを保持できれば、将来に望みがもれるのでは？

あとは、経済面。生活介護世帯があまりにも恵まれすぎている一方で、年金者の生活は本当に苦しい。必要である通院もできない状況です。

老老介護を支えていける介護保健サービスや子ども等の家族の支援が必要である。

介護する側がリフレッシュできるサービスが不足している。

Ex)短時間のリハビリ目的のデイサービス

配偶者による認知症ケアが急増すると思われるので、地域ケアが必要！

このケースは主介護者は福祉についての知識があり、判断能力もあるので、サービス利用についても理解できるが、主介護者それ以外の親族の理解力が乏しいと必要なサービス利用に繋がりにくい。

主介護者の介護負担に繋がると思う。

要介護者が頑固な方の場合、介護者もすぐに疲れて諦めてしまわれる。

高齢要介護者をフォローする体制が必要。

主介護者が非認知症のため、何とかまだ介護できるし、要介護者も頼っている。

他のサービス(HH)など勧めるが、他人が家に入る事を拒否される。

老老のみでは、介護はできない。

家族(子・孫)と公的サービスの利用が不可欠

転倒させたらいけないという事で、つい過剰な保護をしてしまい、活動性が低下→健康悪化→入院・入所につながってしまう。

高齢者が高齢者を見るということで、24時間いつでもどんなリスクが発生するかわからない。例えば、転倒して高齢の介護者が起こさないなら、すぐ誰かがとんできて介助してくれる様なシステムがあればいいと思う。

家族に負担かけずに生活したい思いや、今までの習慣が変えられず変える事がかえって心身負担となる。

重介護や重医療に要介護者になっても、受け入れ可能な地域内 SS の充実をはかる事が必要。

要介護者と介護者との関係性。適切なレスパイトケア、緊急時の対策等どれも欠かす事ができない。
問 34 にある項目は当然必要なものばかりだが、一番重要なのは今までの関係がどうであったかと言う事だと考える。介護が必要になってからの関係の修復は困難。

地域でみていく必要があると思われる。

受け持ちの利用者サンの場合は、介護者自身が愛情を持って介護されている。

しかし、CM からみると、介護者の身体が心配。無理せず援助を受けてもらえればよいが、何でも姉がやらなければ気がおさまらない状況。自身の身体は、この次という感じ。サービス導入が難しく感じる事もある。

・体力的な問題

・経済的な問題 などの相談が多い。

住み慣れた地域でのその人らしい生活が老夫婦で継続できる様、様々な支援が必要。

上記のケースではないが、要介護度の低い方でも認知症等で介護への抵抗・サービス受け入れ拒否のある方を抱えた介護者は、制度も利用できず苦しんでいる方も多い。

ADL 機能も高く、認知症も認められない方でも高齢の配偶者だけで支えるには、重い負担がある方への施策が考えられないかと思う事がある。

介護者のストレス軽減を支援する必要があるが、本人を置いてサービス先行すると、本人の状態悪化を招き、逆効果となる。

経済的不安と介護者の健康不安が基本的にある。

介護の専門的情報等あっても、介護者が理解・納得して使うほどでなく、必要と思ったとき使えない。特に SS。

要介護者・主介護者とも、支援必要な事で、他のキーパンソンが必要である。早い段階での自らの生活ビジョンを考え、対策は必要である。

CM が付いて相談を受けた場合は、すてに大変な状態なので、KP を探しながら対応している。

身体的負担と経済的負担が、このケースにはあります。

在宅生活も何とか維持されているものの、服薬確認、食事、掃除、受診、支払い等、多くの負担がのしかかっており、お兄様のストレスはとてきついです。共倒れにならないためにも、施設の検討は必要と思われれます。

近所に身内がいないと緊急時がたいへん

お互いが限界に近くなると精神的にも追い詰められる。

在宅介護を望んでいても、介護者自身の体調不良等の変化に対する不安は常に持っておられます。

そのような際の対応として長期、もしくは短期の施設入所が考えられますが、現状は施設の極度な不足状態によって、緊急対応は極めて困難です。

高齢社会の深刻化する中で、老老介護ケースは増加を予測されるが、老老夫婦が在宅できる。ネットワークを介護保険制度以外で支給、地域のネットワークが必要。

今後、ますます増えるであろう。

老老介護をどう地域で含めて支えていけるかは大きな●●

日本全体があつという間に高齢者が多くなり、誰かが常に誰か介護者を抱えていく時代になると思う。

入所施設(医療の重い人でも)が少ない。

緊急 SS がなかなかとることができない。

他の SS の利用も困難。

住み慣れた家で最後まで暮らし続けるための。

老老介護、特別なサービス枠を作ってもらいたい。

医療的な(吸引等)処置等ができる SS。

主介護者の体調に合わせて利用できる施設等があるとよいのですが。

自宅で見られておられる方は、一生懸命になられる方も多くおられ、自宅介護者の支えが必要と考えます。

介護者にも認知症である等の判断力の低下が認められる場合、サービスに依存できない事(入院準備、金銭管理、書類の整理等)を誰にすげればよいか

老老介護により、介護者の状態が悪化し、要介護になるのが早まる。

施設介護が必要なのに施設が少なすぎて、共倒れやひいては自殺や殺人などの社会問題にまで発展するのが、この国の現状です。

介護保険をもっと利用しやすくする必要がある。

(生活援助は制限有り、利用できない事が多い)

要介護認定を受けるほどでもない(車の運転が出来る ADL)の家族(主介護者)に対する、介護負担軽減(家事等)

主介護者をどう支えていけるのか(心身・金銭面も含めて)

主介護者の負担軽減を行い、主介護者も自分らしい生活が出来るようにしなければ、在宅生活は安定して継続できないと思う。

主介護者に疾病がある場合(特に精神的)、ネガティブになりやすいため、対象の要介護者もネガティブになる。

サービス利用について。例えば HH の利用(臨時)やキャンセル等、手順が高齢者にわかりにくい(知っている電話番号に全て言えると思っているなど)

又、高齢者の体調等、変わりやすく週間等に決まったスケジュールを基本とするサービスプランが利用しにくい面もある。家事援助等は、もっと利用しやすくしてほしい。

主介護者のモチベーション、体調、相談相手など、多数の事柄が必要になってくる。

介護者同士の情報交換の場はとても重要と思います。

自分一人で見なければならぬと思っている方については難しい

高齢の方は、使命感が強く、又世間体も気にされる傾向が強いと感ずます。

ゆっくりとモニタリングを行い、気持ちにまた、「一人ではない」との支えを感じられる支援をしていきたいと思ひます。

SS の定員がいっぱいで定期的な利用が難しい。

老老介護には限界があり、在宅での限界であると思ひます。

やはり施設を作つて、安心して預けられる環境が必要であると思ひます。

介護ができる健全な精神と体力がない場合には、負担金の減額や無料に近い料金で受けられるサービスが必要。

援助者がサービスを必要と判断する場合でも、本人・介護者ともに受け入れないケースが多い。

地域で孤立しないための地盤作りが必要だが、地域特性や各住民が求める居住性が、老老介護を必ずしも支持するものでない事があり、地道な地域作りが今後 20 年には不可欠では。

施設入所(特に特養)を望まれたときに即入所できない。

時期を延ばすと要介護者も新しい環境になじみにくくなり、主介護者も心身状態が悪化する。

在宅でサービスを多く利用しても家族負担がある。

お二人の生活ペースを崩したくないという思ひがあり、介護負担が大きい事を考へてサービスの充実を図りたいと思ひすが、難しい面がある。

どこまでお二人で出来ておられるか、そばで見守つてあげる事が大切と思ひう。

主介護者が高齢でも非該当なら生活援助が受けられない。

考察

1)本調査では、要介護者は、要介護3以上が 6 割占めた。対して主介護者の自立度は高いが、有病率も高い。心身の負担が大きい在宅介護を今後も大半が希望するのは、「夫婦の絆」等のプラス面が働くからと思われる。一方、健康面の悪化から、継続困難のリスクが見える。

2)『要介護者の ADL 自立度や痴呆の重症度・認知機能と介護負担について一致した見解は得られていない』2)が、本調査で「当事者は望んでいるが、在宅継続困難とケマネジャーが判断するケース」22 件の、介護度、障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度とも、全体の割合より高い傾向にあった。「精神的不安がある」割合も全体 50%より高い 55%、「意欲低下」は全体 54%より高い 68%。

3)介護を続けるのに必要なものは「相談相手」が一番高かった。だが、『専門職が家族介護者の苦勞を共感するには限界がある』2)と言われる。主介護者の相談窓口として、地域包括支援センターや行政が考えられる。地域包括ケア体制の中での相談、連携が必要である。

結論

老老介護は、様々な要因から明暗が変化し、時にはケアマネジャーを悩ませ、リスクが見逃されることもある。地域の共通の課題としてとらえ、包括ケアの視点や連携能力を持つことが重要である。

ご協力ありがとうございました。