

在宅介護・施設介護の問題点と課題

矢島 恭一

1. はじめに

著者が在宅医療を始めた20年前は、高齢化社会といわれながらも、我が国の65歳以上の高齢化率は、僅かに9%を越えたぐらいであったが、平成13年(2001年)の統計では18%、山形県だけで見ると23.5%となっている¹⁾。20年間で約2倍になったことになる。その間当然医療の質も形態も変化した。

人口構成だけをみても、将来推計人口の減少予測、高齢化率の増大に伴い生産年齢人口の減少など国全体として社会構造の変化が急速に起こっている。そのため社会構造改革が叫ばれ医療や保健福祉の分野も例外なく変革を余儀なくされている。

国民皆保険制度に支えられた戦後の高度成長期の裏には、世界に類を見ない高齢化社会の進展と平均寿命の伸びをもたらした。しかしそれが今、後退せざるを得ない状況に追い込まれている。高齢者医療のために、保険制度の財源自体が揺らぎ始め、新たな高齢者医療制度が模索されている。平成12年4月に施行された介護保険制度も、医療保険制度を支えていくために、それまで医療保険からの給付であった在宅医療に関連する一部分、老健施設に代表される施設介護に関連する部分が介護保険制度に移管された。

介護保険制度は、在宅医療を行うにあたって大きな支えを得たことになり制度施行前とは内容も質も様変わりをした。むしろ医療的な関わりより介護的な関わりの比重が増えたと考えられる。しかしそこにpit fallが潜んでいることもある。

また介護保険制度における当初の理念であったはずの、在宅介護への支援目的が施設介護への利用希望者が増え、本来施設介護が必要な人がなかなか入れないという現状が社会問題になっている。

一方医療費削減のための厳しい締め付けにより、病院での平均在院日数の短

期化を推進するあまり退院させられるケースが増え、家族はその後の行き場探しに奔走しなければならないという現実もある。

このように介護保険制度の施行によって、在宅介護も施設介護も大きな支援体制が確立されたことによるプラス面と、日本の従来からあった家族関係や年寄りを敬う精神的基盤が薄れようとしているマイナス面もはらんでいることを指摘しつつ、日本型在宅介護および施設介護の将来像を探ってみたい。

2. 介護保険制度導入後の現況

介護保険法の第1条には「要介護者などについて必要な保健医療サービスおよび福祉サービスにかかわる給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき制度を設け、国民の保健医療の向上および福祉の増進を図ることにある」と書かれている。また第2条4項には「高齢者の多くが、できる限り住み慣れた家庭や地域で老後生活を送ることを願っていることを踏まえ、介護保険制度では、在宅介護を重視し、要介護者が在宅介護を希望する場合には、在宅で必要なサービスを利用できるようなサービス水準を目指す」と書かれている。

介護保険法に移行した時点で、名称を老人保健施設から介護老人保健施設と変えた施設の4つの役割と機能分担にも、家庭復帰施設であること、在宅ケア支援施設であることが明確に示されている。

しかしながら介護を取り巻く状況は、次の3つの点で変化しつつある。1) 要介護者の急増と介護の重度化 2) 介護の長期化 3) 介護者の高齢化である。そのため介護保険法が導入されたが、施行3年間で様々な問題点が出てきた。(表1)

また在宅における介護と医療の機能分担もうまくいっているとは思えない。介護保険でのケアマネジャーの存在は、これまでの医療面における主治医の関わりを稀薄

表1 介護保険の現時点での問題点

- | | |
|-----|----------------------|
| (1) | 要介護認定システムの矛盾 |
| (2) | ケアマネジャーの専門性への疑問 |
| (3) | 自立支援につながらないケアプランへの不満 |
| (4) | 施設ケア入所待機者の爆発的増加 |
| (5) | サービス従事者への不当な労働対価 |
| (6) | 行政責任の曖昧さ |
| (7) | 在宅介護支援センターの形骸化 |

にしており、昨今の医療保険制度の改定で医療保険分の自己負担分が1割負担となったことで、介護保険制度における1割負担と合わせると、相当の負担感になる。従って医療面での訪問診察や往診を避ける傾向がでてきたことは憂慮すべきことであるとする。著者はケアマネジャーとかかりつけ主治医との密な連携を早急に構築する必要があると考えている。

さらに制度導入時点から、指摘されていたことに要介護認定の際に用いる1次判定ソフトの不合理性がある。1次判定ソフトとは、実際に調査した介護量を時間に換算するシステムであるが、もともとこのソフト開発する時に、介護時間の規準を作るモデルにしたのは特別養護老人ホームなど施設ケアであり、この時間をもとに標準化して在宅介護にも当てはめようとした点に無理があった。すなわち施設介護では見守り介護だけで大した手間とならない痴呆老人の介護時間を低くみてしまったところにある。つまり在宅で介護する場合には介護者の大変な負担となる昼夜逆転現象や徘徊などの問題行動に対する判定が低く判定されてしまう。そのためサービス利用の際に不公平感が出てしまい、施設介護利用への希望者が殺到するという方向へ流れてしまったのではないかと考える。この点については、平成15年4月からの改訂で、1次判定ソフトが改善されたと聞いているが、全国的な評価はこれからだろう。

3. 施設介護への偏重

前項にも述べた介護保険導入後在宅介護の方が要介護度が低く判定されるという不公平感や、施設介護の方が介護者の負担は圧倒的に軽減されるという期待感から施設介護へ利用希望が圧倒的に増えたという経緯の他にもいくつか理由が挙げられる。

たとえば病院など医療機関から医療保険制度の平均在院日数の絡みで、最新の医療技術(表2)²⁾を必要とする状態で退院させられてしまう。在宅酸素療法、インスリンの自己注射療法、中心静脈栄養法、経管栄養法、気管切開後の処置、褥瘡処置など退院時にいくら指導を受けても医療的知識のない家族、特に高齢の介護者などにとっては医療者が考える以上に不安を抱かざるを得ないのではな

表2 在宅医療で提供される医療技術と機能

処置内容	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスビレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養
特別な対応	モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等） 褥瘡の処置
失禁への対応	カテーテル（コンドームカテーテル・留置カテーテル等）

だろうか。最近では医療機関からの訪問診察、訪問看護ステーションからの訪問看護、場合によってはホームヘルパーによる訪問介護からの補助的支援も受けられ、介護保険導入前とはサポート体制は整備されて来てはいるものの、一日のうちの大部分の時間を家族の介護で見ていくのは、かなりのストレスになるであろう。そこで多くの場合医療機関から退院後直接施設に入所される方が多く、その後も在宅復帰できないまま施設に留まるケースが増えていると考える。

また一旦退院して自宅に戻ったものの、介護者が体調不良に陥り、もとの医療機関に戻ったり、あらゆる手立てを尽くして施設に入所することを模索することになる。

しかしながら我々からみると施設入所中の方の中にも、家庭復帰可能な方はかなり見受けられ、そこでどう家庭復帰に誘導するかが施設側の努力に委ねられている。この際施設側でどれだけ在宅介護を支援することができるか、他の居宅介護支援事業所と連携がとれるかに重要なポイントがある。我が国の介護保険制度の基本になった先進国ドイツでは、かなりの権威を持ったMDK（Medizinischer Dienst Kranken-Versicherung）という機関が「本当に施設入所が必要なのか」を判断したり、施設で必要な介護を根拠に基づきしっかり提供しているかを監視・指導しており、ケアが不適正であると判断されると、施設側にペナルティが課せられるという。

4. 在宅復帰困難例の存在

どのような手立てを講じても在宅復帰困難という事例も存在する。前述した最新の医療技術を習得できないあるいは理解できないために困難という事例以

外にも困難例はみられる。その最も顕著な例が痴呆症状を伴った事例であろう。特に元気な痴呆例で、見当識障害を主たる症状とする徘徊の問題である。介護保険の要介護認定の1次判定ソフトの不備はこの徘徊などの問題を施設と在宅介護を同レベルに評価した点にある。つまり施設内の徘徊は、放って置いてもさほど問題にならないケースが多いが、家庭ではそうはいかないことは前項でも指摘した。

家から自転車で出かけて数10km先の県境で発見された例や、寒い冬期間大した防寒具も着ずに出かけ凍死寸前で発見される例、実際に自宅庭にある土管を風呂と間違えて凍死していた例などもいくつか経験した。そうなると常時見守りが必要となり、介護者は自宅から寸時とも離れられなくなってしまう。我々の施設でも、長期入所事例の多くは元気な痴呆で徘徊が問題になるケースであった。

しかしこれらの元気な痴呆者もいつまでも元気でいるわけではない。多くは高齢であるので、さらに痴呆が進むと栄養状態も悪くなって寝たきりになり、今度は医療的依存度が高くなってくる。また終の棲家となる介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）にその生活の場を移して余生を送ることになる。

次に困難となる例が、介護者不在という例である。天涯孤独という方も中にはおられるが、介護をすべき家族が遠く離れていたり、家族関係が悪いため在宅介護では、虐待まがいの介護を受けてしまうため帰すことができない例も最近増えつつある。

また最近の国内情勢で、雇用が不安定となり、家計を圧迫しとても高齢者の医療費、介護費用までは、負担できないという家族の増加も懸念される材料である。

在宅介護の力量を数量的に評価しようという試みは、以前著者も予後判定因子による矢島の試案として発表（未投稿）したことがあるが、島内らが在宅ケア研究会で出した家族生活力量アセスメントスケール³⁹なども介護が可能かどうかを判断する上での指標となろう。

これらの困難例に、どう対処するかは、ケアマネジャーを始め、施設や病院の医療相談員などに高度の知識と経験が要求されるようになり、各種の研修会や事例検討会が開かれたり、事例集⁴⁰なども数多く出版されるようになってきた。

5. リハビリテーションの重要性

視点を変え、不幸にして障害を持った高齢者のリハビリテーションをどこで行うかという問題を考えてみたい。脳血管障害などにより後遺症が残った場合、従来は病院で急性期の治療が終了あるいは治療と平行して行われてきた。最近ではリハビリテーション専門病院なども各地に出来ており、積極的にリハビリテーションを行うようになった。しかしこれも3カ月とか6カ月といった期間限定のリハビリであり、その後年余にわたる機能維持や在宅生活に復帰後の日常生活に必要な生活リハビリにはあまり目が向けられてこなかった。

しかし介護保険制度が施行された現在、在宅でも訪問リハビリや訪問看護を利用して、リハビリを行い十分に機能回復の効果が得られることが分かってきた。著者は病院で行うリハビリを障害部位や患者の年齢による専門的なリハビリとして捉え、在宅で行うリハビリを個々のニーズに直結した実用的なリハビリと位置づけることができるのではないかと考えている。個々の住環境は異なるわけだし、残存機能も異なる。各自のニーズも異なる。しかし在宅でのリハビリの難しいところは、リハスタッフによるリハビリを毎日決まった量だけ提供するわけにはいかない。その為には家族の協力が不可欠である。

また往々にして、リハビリへの意欲を引き出すのが難しい。「こんなリハビリをやって一体機能回復するのだろうか」「前のようになるのだろうか」という葛藤に苛まれることもある。また家族が相手だという甘えが入り、単純な毎日のリハビリに飽きてしまうことも考えられる。そのことに関して、三好⁵⁾は「訓練意欲を生活意欲へ転換しよう。身体も身体機能も変えられなくても、生活はいくらでも変えられるのだから。」と云い、少しでも機能が回復したら家族との温泉旅行を奨めたり、外出、買い物、カラオケなどに行くことなどを目標にして取り組む。訓練はどう見てもやらされているとしか思えない人でも、楽しい生活なら進んでやるだろうと述べている。

そう考えると、病院や施設で行うリハビリより、在宅で行うリハビリの方が意欲を引き出しやすいとも言える。

6. かかりつけ医の存在とケアマネジャーとの連携

医師の立場から云わせてもらおうと、介護保険法の施行は、患者や家族にとって医療との関わりを稀薄にさせる要素を持っていると感じる時がある。介護保険のサービスを利用する場合、要介護認定という作業を経なければならないが、その際医師の意見書という書類が必要で、一度は医師の診断を受けることになる。多くの場合それまでのかかりつけ医が書くことになるのだが、一旦認定を受けるとサービスを調整するのは、ケアマネジャーということになり、より緊密な関係が生まれる。相談にはいくらでも時間を割いてくれるし、利用する人の希望を最大限聞いてくれる。どちらかというと高圧的で時間的に受診者の思いうような時間を割いてくれない医師よりも身近な存在になることが出来る。

また負担の割合も、平成14年10月から70歳以上の高齢者の医療保険にも1割の自己負担額が導入されてからは、どうしても医療の方が割高感が伴う。そうなってくると医療の負担を減らして、家族の負担を軽減してくれる介護保険のサービスの方に回した方が良いと考えるようになるのも当然だろう。

しかし病気と身体の機能障害は、表裏一体的なところがあり、治療を中断すると障害の程度が悪化したり、再発を起こしてさらに重度化してしまう。また不適切なサービス利用をしていると、機能が回復するどころか、害あって一利なしと云う介護プランを作られてしまう例も見受けられる。

このようなことを避けるには、かかりつけ医とケアマネジャーの連携が必須だと思われるのだが、現実はこちらも忙しく、時間調整して連絡しようという機会はなかなか少ないのではなかろうか。今後に期待したい点である。

7. 終の棲家として施設か在宅か

介護保険法ができ、施設入所を希望される方がそれまでとは比較にならない程増えている。制度導入に向け施設の数も、計画通りに増やされ、その後も毎年増え続けているが、それでも待機者が多く、入所を申請してから2年3年待

ちはあたりまえだという。この理由には、大きく2つの理由が考えられる。

制度導入以前措置制度であった福祉施設への入所は、家族の介護放棄だという世間体と気にしていた風潮がなくなったことや、一定収入以上であった家族にとっては割高感のあった自己負担額がなくなり、一律1割負担で入れるならばと云う考え方が出てきて、施設利用が安易に選択されるようになったという見方がある。

もうひとつは、家族の施設は安全な場所で、24時間介護を請け負ってくれるという「施設神話」が存在するのではないかと考える。このことは在宅介護への通過施設と位置づけられている介護老人保健施設でも例外ではない。

介護力がないからという理由ではなく、家が狭いからという理由や夏は暑く、冬は寒いからという環境上の理由から施設入所を希望される方も多い。冬期間は部屋が寒いので、日中も布団の中でじっと寝て過ごすという生活を余儀なくされ、その為ADLの低下が懸念される例も見受けられるのも事実である。その為我々は最近1年を通しての在宅と施設での介護環境調査を行ってみた。

調査方法は、構造、照度、温度、湿度等を比較検討するもので以下のような結果が得られた。

- (1) 室温に関しては、施設の温度は年間を通して一定しており概ね快適である。在宅では、特に農村地域にある我々が多く対象にしている利用者の住居に限って云うならば、夏期間はそれ程問題はなく、冬期間でも部屋の暖房を工夫すればそれ程問題となる環境は少なかった。

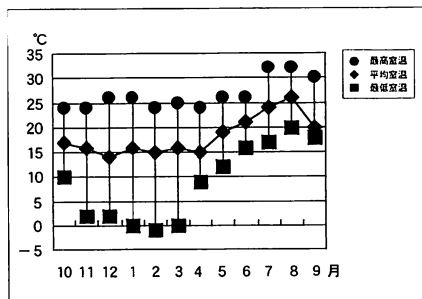


図1 室温の年間推移（在宅）

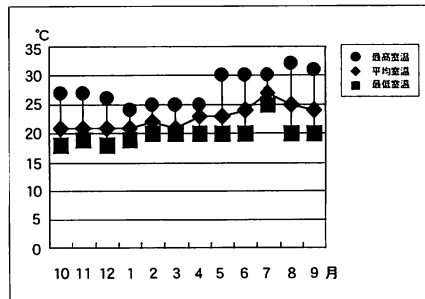


図2 室温の年間推移（施設）

在宅での問題点は、居室の環境は個別暖房で改善されるが、その他の廊下や風呂場、便所といった生活空間の温度管理がまだまだ遅れており、今後改善が望まれる。(図1・2)

(2) 照度に関しては、確かに施設の照度は、視力の低下した高齢者でも転倒事故がないよう廊下に影が出来ないように採光しており、暗いところでも200ルクス以上（特に細かな作業を必要としない場所では十分な明るさ⁶⁾）はあった。それに比べて在宅での環境は、個々の家で異なり、特に冬期間は、昼間も暗い北向きの仏壇の裏間に寝かされていることが多いことも、当地区の特徴でもあった。(図3)

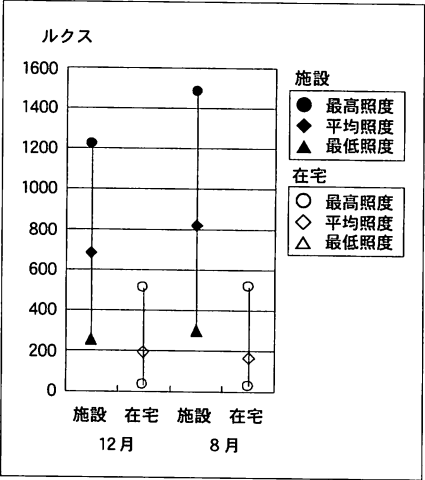


図3 冬季・夏季グラフデータ

(3) 湿度に関しては、在宅と施設では大きく異なるところで、床暖房方式をとっている施設では、冬期間過乾燥状態になっていることが分かった。湿度に関してだけみれば、在宅での環境の方が優れていることができる。(図4・5)

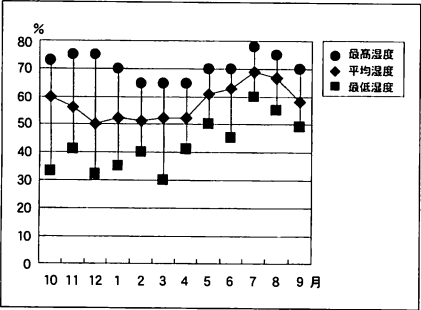


図4 湿度の年間推移 (在宅)

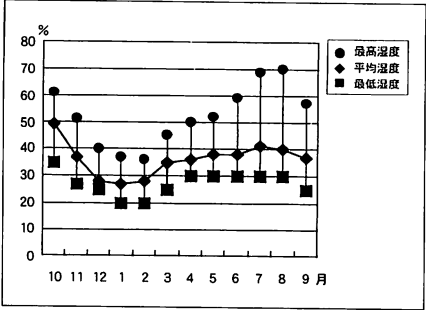


図5 湿度の年間推移 (施設)

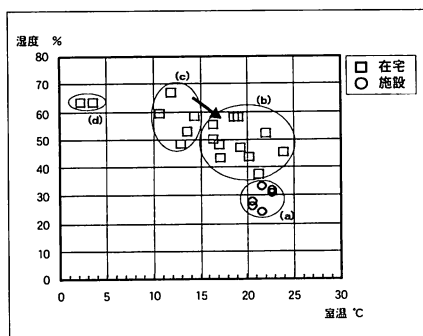


図6 在宅・施設別の室温・湿度分布
(12～2月)

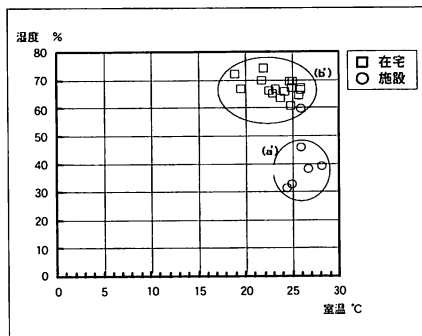


図7 在宅・施設別の室温・湿度分布
(6～8月)

これらのことから次のように結論づけた。

(図6および7)の(a)および(a')のサークルのところに入っているのが施設的环境で、冬期間においては、施設における課題は過乾燥、在宅での環境としてはもう少し室温を上昇させることが課題であり、夏期においては、施設にのみ過乾燥という課題が見つけれれた。

このような結果から、単に施設が在宅での環境に勝っているとは言い難い。むしろ夏期などは在宅での環境が優れているということが言える。さらに、医学的な見地から施設においては、過剰に低湿度状態では冬期間インフルエンザが蔓延する環境にあると言える。在宅での環境においては、冬期間の低温適湿の環境、さらに明るさが足りないという環境を適温、適照度に近づける環境整備が必要である。室温を10数℃上昇させるための介護保険住宅改修費に匹敵するような整備費を寒冷地域の高齢者に給付する必要性も考えられた。

8. その人らしい生き方を求めて

介護保険制度が出来て、それまでの高齢者介護とは比較にならない程、QOLの高い介護環境が整備されつつある。介護は「家族がみてあたりまえ」の思想や、親の面倒は現実問題としてみられないのに、世間体を気にして「オレがみる」という抑圧感からは脱却できそうになった。しかしここで忘れてならない

のは、介護保険を利用して最も恩恵を受けなければならないのは、利用者本人であり、家族や親戚の都合で、障害をもった高齢者に生活の場を押しつけるのは避けなければならない。

そのことは、介護保険の根幹であり、在宅介護であれ、施設介護であれ人格や尊厳、倫理的側面を重視するようにはなつて来つつあり、そうあるべきだと思う。介護は社会問題であり⁷⁾、相互扶助の精神のもと、近隣の地域全体で支え合うインフォーマル・コミュニティ・サポートという視点が望まれるところである。

我々医療関係者や高齢者介護にたずさわるものは、その為の社会資源を公平に提供する側にあり、質の高い施設介護の場を提供すると同時に、出来ることなら高齢者が住み慣れた環境である在宅で、人生を全うできるように技術や知識を提供し、精神的支援を心がけなければならないと考える。

9. おわりに

在宅介護と施設介護の問題点というテーマでまとめるつもりであったが、あまりにも大きなテーマで、紙面的にも時間的にも制約があり、当初の意気込みとは全く異なるものになってしまった。しかし著者がこの稿を通して伝えたかったのは、在宅医療の現場からスタートして、在宅介護の壁にぶつかり、施設介護に展開はしてみたものの、その人らしい生き方を考えると、多少介護力は低下しても、住み慣れた住環境で人生の終末期を迎えることができる在宅介護を再び支援していこうという著者自身の考え方の変化であった。

在宅介護で看取りが出来た時の、充実感、満足感というものは、ご家族は勿論のこと我々医療者のこの上ない達成感となって永く心に刻み込まれることを知って欲しかった。将来日本の社会構造上の変化を考えると、多くの困難があるろうとも在宅介護を推進すべきであろうし、介護保険制度が定着しつつある状況中、国民の介護に対する意識改革が必要だろう。

その為には、出来るだけ若いうちから、介護の現実を知ることであり、人生は有限であるという生物学上の真理を認識できるように、生命の誕生から

老化のメカニズムを倫理面や家族関係の在り方などを含めて学校教育の中に取り入れて欲しいと願っている。

最後に地域における一開業医が、日常診療の場でやってきたことや合間に考えてきたことを、研究ノートという形でまとめ、投稿の機会を与えて頂いた東北公益文科大学の「フォーラム21」編集委員の方々に心から感謝致します。

(参考文献)

- 1) 厚生指針 国民衛生の動向：49（9），38（2002）（財）厚生統計協会
- 2) 飯島克巳編：『この一冊で在宅患者の主治医になれる』（改訂2版）p.38（2002）より改編 南山堂
- 3) 家族ケア研究会（代表島内節）編：『家族生活力量モデル』（2002）医学書院
- 4) 新津ふみ子・五十嵐智嘉子・インターライ日本委員会編：『MDS方式によるケアプラン事例集3 モニタリングの視点と方法』（2002）医学書院
- 5) 三好春樹：『元気がでる介護術』（2002）p.81 岩波書店
- 6) 2002年改訂版ホームヘルパー養成研修テキスト第2巻『利用者の理解・介護の知識と方法』（2002）（財）長寿社会開発センター
- 7) 岡本祐三：『高齢者医療と福祉』（1996）岩波書店