

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 23 年度分担研究報告書

在宅看取りにおける看護・介護負担に関する考察

研究分担者 孔相権（京都大学大学院医学研究科安寧の都市ユニット特定助教）

【研究要旨】

本研究は、先進的な在宅看取りサービスを提供するクリニックNとK事業所の活動に着目し、在宅看取りの評価を残された家族の立場より行うことにより、本人も家族も納得して在宅での生活を継続し死を迎えることができる社会システムの在り様を模索するものである。その中でも特に本研究においては、看取りを行った家族が主観的に感じた看護・介護負担について分析を行い、在宅看取りの実態を明らかにすることを目的とする。

調査対象である法人Oの在宅医療・看護・介護サービスを利用し平成20年1月1日から平成20年12月31日までの12ヶ月間に在宅で亡くなった方の家族を対象にアンケート調査を実施した。調査対象者は35名であったが医療法人社団O担当者の事前折衝で許可が取れた32家族にアンケート用紙を配布し28部回収し、回収率は87.5%であった。有効回答28事例を分析した結果、

- 1) 男女の内訳は男性20人と女性8人となっており男性の方が多いこと
- 2) サービス提供を受けた期間は最短で5日から最長で2303日とサービス受給期間には差があり、情報開示許可を受けている25人の平均サービス受給期間は237日であること
死因ががんであった21人のサービス受給期間は約70日であり、老衰などが死因の事例と比較するとサービス受給期間が圧倒的に短くなる傾向がある
- 3) 死因ががんであった21人のサービス受給期間は約70日であり、老衰などが死因の事例と比較するとサービス受給期間が圧倒的に短くなる傾向があること
- 4) 主介護者が女性となる場合が多いこと
- 5) 看護・介護負担感では、オムツ介助やトイレ介助などの排せつ介助、入浴介助、移動介助などの負担感が大きいこと
- 6) 医療負担感は看護・介護負担感よりも負担感が大きいこと

などを明らかにした。

以上の結果より、1施設における少数事例の研究ではあるが、家族の主観評価では、在宅看取り時に過度の医療・看護・介護負担が主介護者に生じる実態が明らかとなった。しかし、こうした負担に耐えながらも患者と家族が在宅看取りを選択していることは事実である。家族の負担感の軽減策を考えると同時に、病院での看取りよりもはるかに負担感が大きいと考えられる在宅看取りを、何故患者と家族が選択したのかという意味決定のメカニズムを解明することの方がより重要となると考えられる。意思決定のメカニズムを解明することにより、在宅で家族を看取るという行為に対する社会的位置付けを行い、本人も家族も納得して在宅での生活を継続し死を迎えることができる社会システムの在り様を模索することこそ、QOD（Quality of Death）の高い豊かな『看取り』につながるものと考えられる。

A. はじめに

本研究は、先進的な在宅看取りサービスを提供するクリニックNとK事業所の活動に着目し、在宅看取りの評価を残された家族の立場より行うことにより、本人も家族も納得して在宅での生活を継続し死を迎えることができる社会システムの在り様を模索するものである。その中でも特に本研究においては、看取りを行った家族が主観的に感じた看護・介護負担について分析を行い、在宅看取りの実態を明らかにすることを目的とする。

フリードリッヒ・ニーチェ著「悦ばしき知識」の中で、『神は死んだ』という言葉がある。
『神は死んだ。神は死んだままだ。そして我々が神を殺したのだ。世界がこれまで持った、最も神聖な、最も強力な存在、それが我々のナイフによって血を流したのだ。この所業は、我々には偉大過ぎはしないか。こんなことが出来るためには、我々自身が神々にならなければならないのではないか。』

筆者は哲学研究者ではないため、ここでこの非常に有名な言葉を意味論的に論じる能力を有しないが、一般的には、著しい科学の進歩や多様な価値観や大量の情報が、キリスト教的又は旧来的『神』すなわち「人間を導く超越的存在や真理」を、それに代わるものを見いだせぬまま、我々自身の手で殺してしまい、それゆえの人間の不幸と社会の混乱をニーチェは指摘したかったと解釈されている。この解釈の成否はわからないが、振り返って我が国では少なくとも『死』や『看取り』についてはそれに代わるものを見いだした。それが『医療』であり『自然科学』なのである。さて問題は、『神』の代わりに『医療』を見いだすことが、果たして我々の豊かさにつながったのかどうかということであり、筆者は豊かさにつながったということに対して懐疑的立場を取るのである。

観念的議論になったが、ここで現実的事象において筆者の問題意識の整理を行うと、筆者は『看取り』時に医療に絶対的に依存することに懐疑的なのである。依存するのではなく、上手に医療を活用し、本人又は家族の思いを実現しながらこの世から去って逝くことが可能な社会の在り様を模索したいのである。そのため、本研究では病院における看取りの対極と考えられている在宅看取りで、かつ在宅医療・看護・介護サービスを上手に活用したと考えられる事例に着目し、医療に依存する看取りではなく医療を活用する看取りの評価を行い、豊かな『看取り』についても考察を深めたいと考えている。

B. 対象および方法

1. 対象

本研究は、2006年5月に小規模多機能型居宅介護施設Nケアセンターを開設した医療法人社団O（以下：法人O）を調査対象としている。法人Oは兵庫県伊丹市に位置し、1988年2月に設立されたクリニックNを前身にしている。1999年4月に現在の名称に変更され、2000年4月に訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、在宅リハビリをK事業部に統合している。2005年10月に通所介護事業所Nケアセンターを開設し、2006年5月に小規模多機能型居宅介護施設の認可を受けている（表1）。クリニックNとNケアセンターとの距離は徒歩2～3分程度の距離であり、協力医療機関クリニックNと極めて近接した位置に立地しているのがNケアセンターの特徴である。クリニックNとNケアセンターの外観写真を図1に、Nケアセンターの平面図を図2に示す。

表1 医療法人社団Nの沿革

医療法人社団O沿革	
1988年2月	クリニックN設立
1999年4月	医療法人社団O・クリニックN開設
2000年4月	K事業部に統合 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション ・訪問介護事業所 ・居宅介護支援事業所 ・在宅リハビリ（クリニックN）
2005年10月	通所介護事業所 Nケアセンター開設
2006年 5月	小規模多機能型居宅介護施設Nケアセンター認可

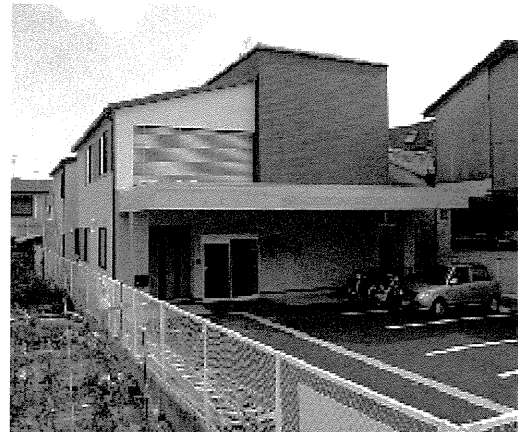


図1 クリニックNとNケアセンターの外観写真

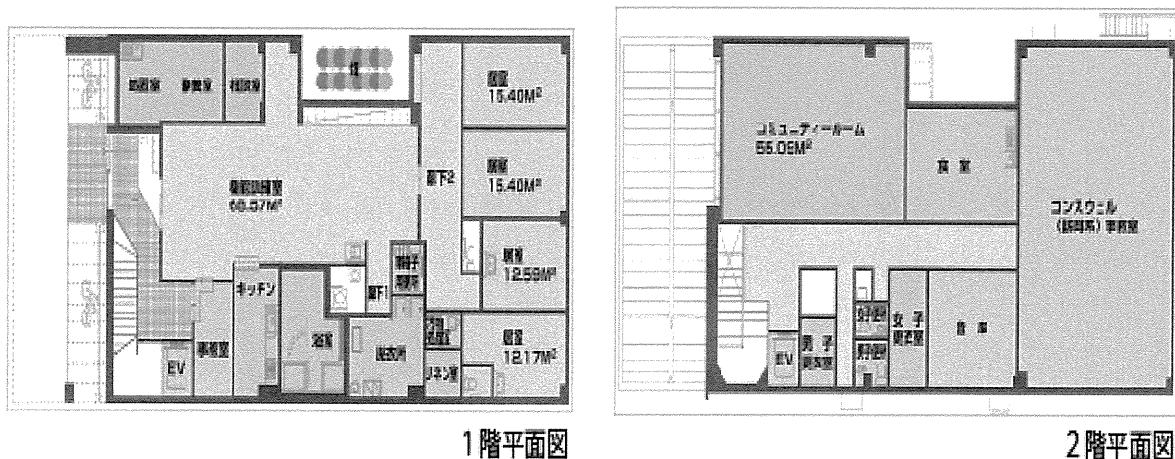


図2 Nケアセンター平面図

一般的に小規模多機能居宅介護施設は外環境の変化の影響を強く受ける認知症高齢者の対応を想定して制度化された施設であるが、N ケアセンターは協力医療機関 N クリニックと同一法人が運営していることから、その強みを活かし中重度の要介護高齢者を積極的に受け入れている。がん末期や難病、人工呼吸器、胃ろうなど他施設では受け入れ困難な高齢者も受け入れているため利用者は伊丹市内一円に及び、中重度でも在宅生活を望む要介護高齢者が広範囲から集まっているという結果になっている。同一法人内に訪問看護ステーション、在宅リハビリ、訪問介護事業所を有しており、通所系サービスだけではなく訪問系サービスも充実していることから、医療・看護・介護が連携してサービス提供を行い在宅看取りを積極的に支援していることが最大の特徴となっている。

2. 方法

調査対象である法人Oの在宅医療・看護・介護サービスを利用し平成20年1月1日から平成20年12月31日までの12ヶ月間に在宅で亡くなった方の家族を対象にアンケート調査を実施した。調査対象者は35名であったが医療法人社団O担当者の事前折衝で許可が取れた32家族にアンケート用紙を配布し28部回収し、回収率は87.5%であった。アンケート調査はインタビュー調査や行動観察調査のように精緻な実態把握を行うには適さないが、多くの調査対象を一度の調査で取り扱うことができるため、家族の意向などを全体的に把握するのに適している。本研究においてもアンケート調査を採用し、在宅サービスを受け在宅看取りを行った家族を調査対象に看取りを行った自宅情報、本人及び家族の看取りの希望、看取り時の看護・介護の負担感、利用した在宅サービスへの評価などについて実態把握を試みる。

C. 結果とD.考察

1. 調査対象者の諸属性 (n=28)

平成20年1月～12月までに法人OのK事業所が提供する在宅医療・看護・介護サービス又は小規模多機能居宅介護施設Nケアセンターを利用し亡くなった32人が調査対象となった。調査対象者にアンケート調査用紙を郵送配布し28部を回収しカルテなど法人Oで保管されている資料の開示許可を25家族から受けた。アンケート及びカルテなどより明らかになった患者属性を表2に示す。表中の網掛けはインタビュー調査が可能であった9事例である。男女の内訳は男性20人と女性8人となっており男性の方が多い。情報の開示許可を得た25人の死亡時の平均年齢は72歳となっている。死因ではがんが最も多く21人となっており、老衰3人、心筋梗塞1人となっている。がん患者が多いことから死亡時の年齢は49～100歳と非常に年齢幅が大きい結果となっている。法人Oのサービス提供を受けた期間は最短で5日から最長で2303日とサービス受給期間には差があることがわかる。調査対象者で情報開示許可を受けている25人のサービス受給期間は237日となっており、8ヵ月程度の在宅サービスの提供を受け死に至っている。死因ががんであった21人のサービス受給期間は約70日であり、老衰などが死因の事例と比較するとサービス受給期間が圧倒的に短くなる傾向がある。

No.	氏名	年齢	開始時期	死亡日時	サービス 提供期間	死因	事業所	アン ケート	インタ ビュー	カルテ
1	M1	66	2007/12/12	2008/4/3	114日	中咽頭癌	K・Nケアセ ンター	○	○	○
2	M2	70	2008/4/4	2008/4/11	8日	胃癌	K	○	×	○
3	M3	71	2008/3/28	2008/4/23	27日	大腸癌	K	○	×	○
4	W1	87	2008/4/17	2008/4/28	12日	老衰	居/A苑 看・介/K	○	×	○
5	M4	69	2008/4/2	2008/5/6	35日	胃癌	K	○	○	○
6	W2	49	2007/12/4	2008/5/25	174日	肺癌(扁平 上皮癌)	K	○	○	○
7	M5	77	2008/5/9	2008/6/2	25日	S状結腸癌	K	○	○	○
8	M6	69	2008/6/2	2008/6/6	5日	肝不全・肝 癌	K	○	○	○
9	W3	82	2007/9/12	2008/6/9	271日	脾臓癌	K	○	×	○
10	W4	95	2005/1/17	2008/6/16	1247日	心筋梗塞	K	○	×	○
11	M7	77	2008/6/4	2008/6/20	17日	肺癌	K	○	×	○
12	W5	99	2005/9/12	2008/2/20	893日	老衰	K	○	○	○
13	M8	64	2008/2/18	2008/7/16	151日	脾臓癌	K	○	○	○
14	M9	72	2008/6/18	2008/7/23	36日	肺癌	K	○	×	○
15	M10	76	2008/7/15	2008/7/30	16日	食道癌 上 行結腸癌	K	○	×	○
16	M11	61	2008/8/5	2008/8/11	7日	前立腺癌	K	○	×	○
17	M12	69	2008/6/26	2008/8/26	62日	食道癌	K	○	×	○
18	W6	100	2002/5/28	2008/9/15	2303日	老衰	K	○	×	○
19	M13	54	2007/12/28	2008/9/29	277日	肺癌	K	○	×	○
20	M14	64	2008/10/31	2008/12/27	58日	肝臓K	K	○	×	○
21	W7	87	2008/1/17	2008/3/28	72日	全縦横腫瘍	居/H 看・介/K	○	×	○
22	M15	66	2008/7/26	2008/10/5	72日	スキルス 胃癌	K	○	×	○
23	M16	62	2008/10/30	2008/11/10	12日	非ホジキン リンパ腫	K	○	×	○
24	M17	52	2008/11/18	2008/11/22	5日	肝癌	外来・K	○	○	○
25	M18	-	-	-	-	-	-	○	×	×
26	M19	-	-	-	-	-	-	○	×	×
27	W8	62	2007/12/16	2008/1/19	35日	大腸癌	K・Nケアセ ンター	○	○	○
28	M20	-	-	-	-	-	-	○	×	×

注) 事業所欄のKは法人Oの在宅事業部Kより在宅サービスを受けた事例である。居宅サービスを他事業所などで受けK事業が訪問サービスを実施した場合は居/○、看・介/Kなどの表記になる。

表2 調査対象者の諸属性

2. アンケート回答者と患者の関係

亡くなった患者とアンケート用紙回答者の関係を図3に示す。患者の妻が16人(57.1%)と最も多く半数を超えている。次いで息子や娘などの実子が7人、実子の配偶者3人(10.7%)、夫2人(7.1%)となっている。今回の調査では独居の患者が自宅で死を迎えた事例は存在しなかった。実子の内訳は息子3人(10.7%)、娘4人(14.3%)となっており娘の割合の方が大きい。また、アンケート回答者が夫や息子であっても主介護者が娘や息子の嫁である場合が多く、男性が主介護者となっている事例はほとんど確認できなかった。事例数が少ないため仮説の域を超えないが、男性が末期がんであることが判明し妻が健在で本人が在宅看取りを希望した場合、在宅看取りが実施される可能性が高いことが推測される。現時点では、主介護者となる妻・娘・義理娘といった女性の手確保が重要ようである。しかし、各種将来推計などで示されるように将来の世帯構成変化などを考慮すると夫や息子が主介護者となり妻や両親を看取る事例や高齢の夫や妻が高齢の配偶者を看取る事例などが増加することが想定され、同居家族がいても家庭で介護力を期待できない場合や男性が主介護者の場合のサポート体制などについて今後議論する必要性が高まると考えられる。

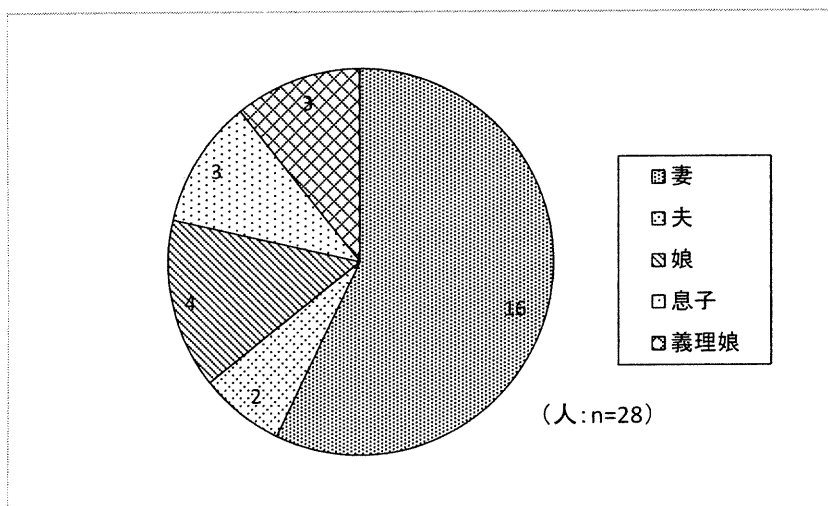


図3 アンケート回答者と患者の関係

3. 家族の医療・看護・介護負担感

1) 看護・介護負担感

在宅看取りを開始すると本人は家族と職員から様々なサポートを受け自宅療養し死の帰結を迎える。一般的に、家族が看取りに際して自宅よりも病院を選択するのは、家族の医療・看護・介護負担が在宅看取りの場合、病院での看取りよりも大きくなると考えられているからである。調査対象となった家族の看護・介護負担感を図4に示す。平均点は「非常に負担」5点～「全く負担でない」1点と1点刻みで項目に点数をつけ合計点数を回答者数で除して求めている。これより、排せつ介助、入浴介助、移動介助の負担感が大きいことがわかる。排せつ介助については、「オムツ介助」が該当者22人・平均点3.0、「ポータブルトイレ介助」が該当者10人・平均点3.2、「トイレ介助」が該当者13人・平均点3.2となっている。オムツ介助よりもポータブルトイレ介助やトイレ介助の方が負担感が若干大きくなっているが、これはポータブルトイレ介助やトイレ介助の場合、トイレ又はポータブルトイレまで本人を移動させなければならぬため負担感が大きくなったのではないかと考えられる。また、ポータブルトイレの場合は排せつ後の汚物の処理もしなければならず家族にとっては負担感が大きいようである。しかし、インタビュー調査によると下の世話を受けることに抵抗し、最後までトイレに行こうとする意思を見せた事例もあったことから、オムツ導入による多少の負担感軽減をどのように捉えるかが問題となる。わずかしか負担軽減が見込めないでトイレに誘導し本人の自尊心を損なうことなく排せつ介助をすることが適切な場合もあろうし、家族の負担感が限界で少しでも看護・介護負担を低減する必要がある場合はトイレ介助からオムツ介助に切り替えることも有効であろう。本人及び主介護者の意向を調整しながら事例ごとに最適な排せつ介助を選択できるようアドバイスすることが求められている。

入浴介助については、「入浴介助」が該当者16人・平均点3.0、「清拭」が該当者20人・平均点2.5となっている。排せつ介助とは異なり入浴から清拭に切り替えることにより、家族の負担感低減効果は大きい。しかし、インタビューでは「自宅でゆっくりお風呂に入る」ことを希望した者が確認されており、本人のQOLを向上させるという点においては、清拭ではなく出来る限り入浴介助し入浴してもらう方が効果的ということになる。最終的には排せつ介助と同様に事例ごとに判断すべき問題であるが、負担感軽減効果が見込めることから、在宅介護サービスを使い訪問入浴サービスの提供を受けるなど適切な入浴回数が確保される場合、家族のみの時は清拭で済ませるということでもよいのではないだろうか。

移動介助については、「移動介助」が該当者14人・平均点3.1、移動介助も含む「通院介助」が該当者13人・平均点2.7となっている。自宅療養であるため病院や施設のように車椅子に対応できるような廊下幅や間取りになっておらず、また介護される側が男性で介護する側が妻・娘・義理娘など女性の割合が多いため負担感が大きくなっていることが考えられる。移動介助の負担低減のためには病院や施設で行われているように車椅子の導入、移乗のためのリフト導入など様々な手段があるのであるが、自宅療養でそうした器具を導入することは自宅の大規模改修が必要となり現実的ではない。手すりの設置など軽微な自宅改修がせいぜいであろうが、自宅療養のために自宅を改修した事例はインタビュー調査も含めて1例しか確認することができなかった。

トイレ・浴室などの水回りの位置や間取りを考慮し、介護導線が最短となる部屋を療養室にすることが最も現実的解答であると考えられる。

一般的には高齢者の三大介護とは排せつ・入浴・食事介助であるが、今回の在宅看取り事例は自立度が最後まで維持されやすいがん患者が多かったためか「食事介助」の負担感は小さかった（該当者19人・平均点2.1）。それよりは「食事の工夫」（該当者22人・平均点2.7）の方

が負担感が大きい結果となったのが特徴的である。その他、身の回りの世話（「洗面介助」・「歯磨き介助」・「着替え介助」・「常にそばにること」）などの負担感は小さかった。

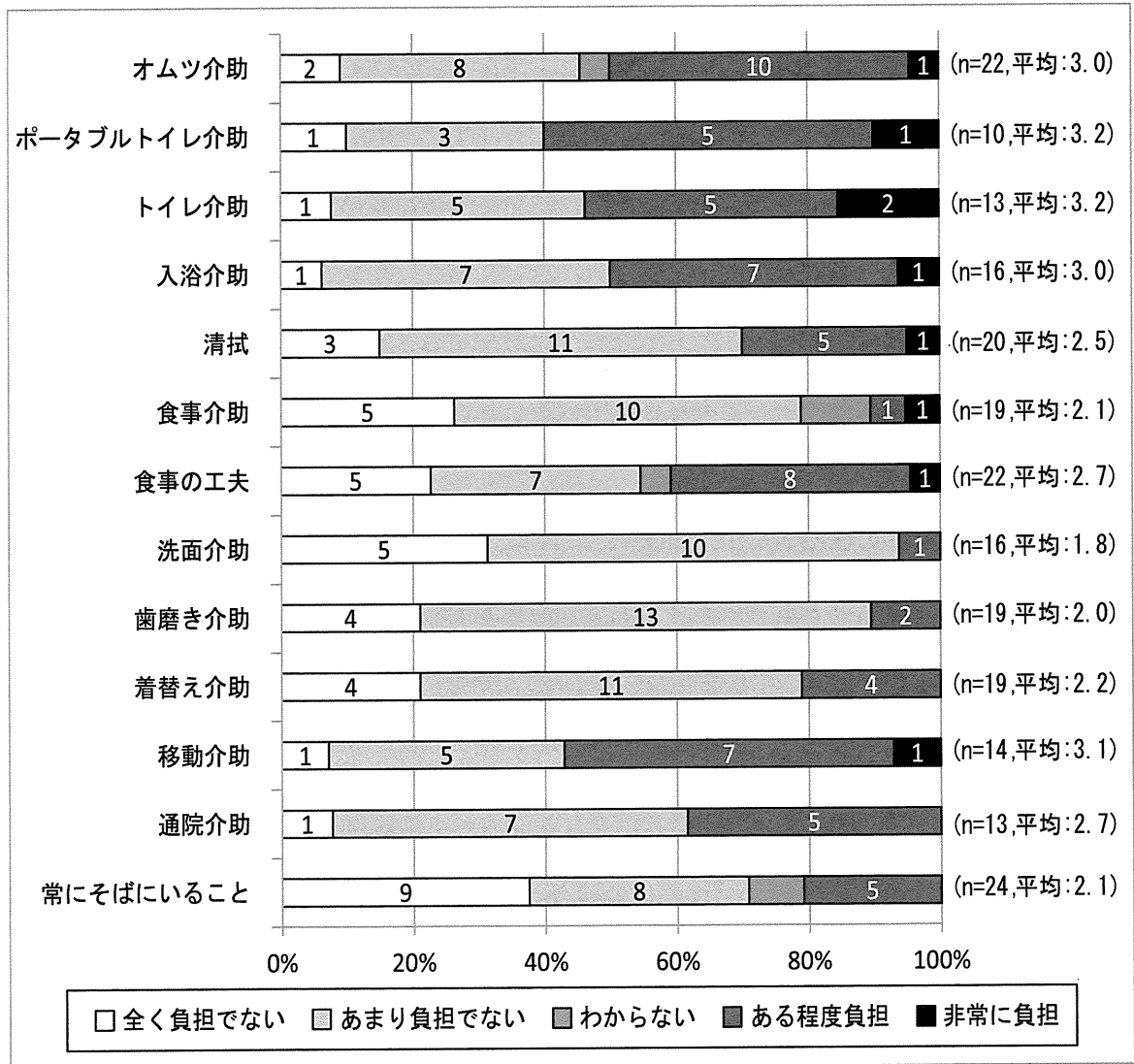


図4 看護・介護負担感

2) 医療負担感

本研究の調査対象事例の特徴はがん患者が多いということである。そのため、認知症高齢者などの一般的な高齢者の在宅ケアと異なり、家族・医師・看護師からの医療的サポートが必須となる。家族の医療負担感を図5に示す。看護・介護負担感と比べると医療負担感は非常に大きいことが分かる。特に負担感が大きかったのは「吸引」で該当者4人・平均点4.4となっており、次いで「IVH管理」が該当者2人・平均点3.5、「吸入」が該当者2人・平均点3.5、「点滴」が該当者11人・平均点3.4、「褥瘡処置」が該当者6人・平均点3.3と続いており、家族にとって負担感の大きい項目となっている。一方で平均点3.0未満の比較的負担感の小さかった項目としては、「酸素療法」が該当者8人・平均点2.4、「膀胱留置カテーテル」が該当者4人・平均点2.5、「血糖測定」が該当者2人・平均点2.5、「内服薬管理」が該当者20人・平均点2.6、「麻薬管理」が該当者9人・平均点2.9などが挙げられる。看護・介護項目では最も該当者が

少なかった「ポータブルトイレ介助」で該当者が10人と10人を超える該当者がいたのであるが、医療項目では「内服薬管理」が該当者20人、「点滴」が該当者11人と10人を超えているものの他の項目は該当者が10人以下であり、患者の症状により家族に求められる医療行為の種類に差異があることが認められる。「人工呼吸器管理」などは負担感が大きい項目ではないかと筆者は感じるが、該当者が1人でその該当者が負担感で「わからない」と回答しているため平均点3.0となり、負担感が大きい項目にならなかった。家族の負担感を正確に把握するためには各項目で該当者が最低でも10人を超える必要があると考える。そのため、医療負担感については今後事例数を増やした上での再分析が求められる。家族の大多数は医療従事者ではないため、医療行為に対して負担感が大きくなることは止むを得ない事象であると考え、負担感をいただきながらも当該項目を実施できたことは間違いのない事実である。正確かつ丁寧に情報提供を行い、問題が生じた場合は医師・看護師などの医療従事者が速やかにサポートすることにより、家族に安心感を与えることが負担感低減につながるものと考えられる。

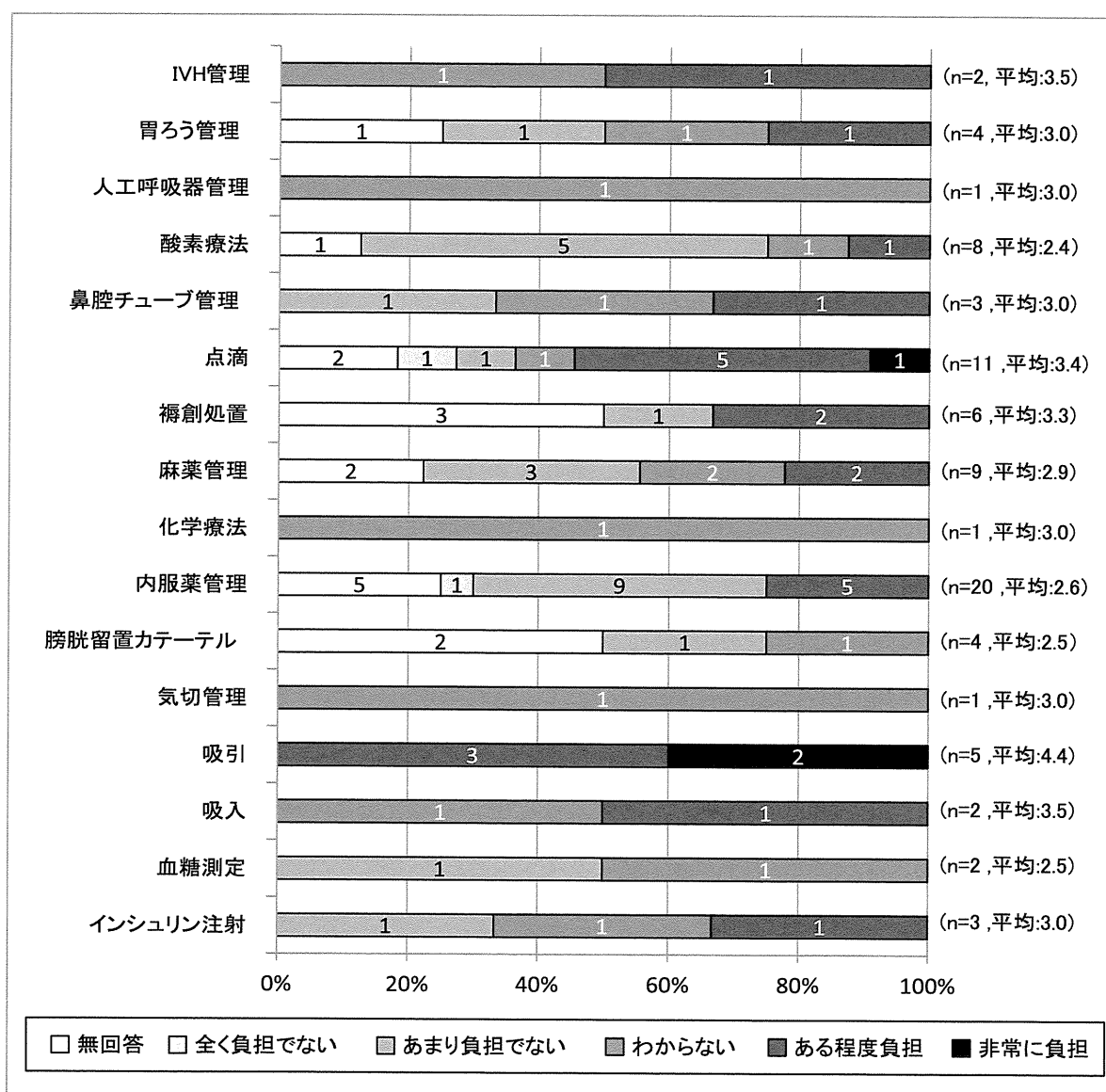


図5 医療負担感

E. まとめと今後の課題

1 施設における少数事例の研究ではあるが、家族の主観評価では、在宅看取り時に過度の医療・看護・介護負担が主介護者に生じる実態が明らかとなった。しかし、こうした負担に耐えながらも患者と家族が在宅看取りを選択していることは事実であり、何故患者と家族が在宅看取りを選択したのかという意思決定のメカニズムを今後明らかにすることが求められる。また、各種医療・看護・介護負担の負担感を正確に把握するためには事例数を増やすことが必要であり、事例数を増やした上で再分析することが今後の課題となる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

第4章

医療・介護連携強化に向けた 取り組み

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 23 年度分担研究報告書

ケアマネジメント（ケアマネジャー）に求められるものと教育
～高齢者ケアとリハビリテーションの視点から～

研究分担者 備酒伸彦（神戸学院大学教授）

【研究要旨】

本論は、「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」の一環として、わが国と北欧（スウェーデン・デンマーク）の高齢者ケアの現地調査を通して、「ケアマネジメントの必要性」、「ケアマネジメントに関わる人材に求められる要件」と「ケアマネジメント関わる人材への教育」について考察したものである。

ケアマネジメント（ケアマネジャー）の役割を整理すると、「社会保障という括りの中で、多様性のある個々人を生活モデルで捉え・支えることを、当事者・家族の理解を促しながら実現する」という極めて広範で高度なものとなる。

もちろん、このようなことを一人で実現することは不可能で、この役割を果たすためには「連携を実現すること」が不可欠な要件となる。

ケア現場では、職種、職歴、教育歴の異なる人材が混在し一人の利用者に関わることが通常であることから、実際に連携を実現するのは容易なことではないが、これが実現できない限りケアマネジメントは成り立たないとさえ言える。

ここまでを現段階での本論の結論として、我々は今後、有為なケアマネジメントを実現することを目的に、ケアマネジャーをはじめケアに関わる人材を対象として、次のような教育プログラムを試行し、その効果を検証することを本年度から3年間にわたって実施することを計画している。

その教育プログラムでは、「マネジメント学1（対人業務としてのマネジメント）」、「マネジメント学2（評価と解釈）」といった技術分野に加えて、従来のケア人材養成では重視されてこなかったリテラシー分野に注目し、「他者の理解1（ケア提供者から見た利用者）」「他者の理解2（ケア利用者から見た提供者）」「他者の理解3（ケア提供者から見たケア提供者）」といった内容を実施する予定である。

この教育プログラムの効果については、本研究の最終年度である平成24年度末に第一報として報告することを予定している。

A. 研究目的

本論は、「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」の一環として、わが国と北欧（スウェーデン・デンマーク）の高齢者ケアの現地調査を通して、「ケアマネジメントの必要性」、「ケアマネジメントに関わる人材に求められる要件」と「ケアマネジメント関わる人材への教育」について考察したものである。

B. 方法

この小論では、なぜケアマネジメントが必要なのかということ、過去と現在のケアを比較しながら明らかにし、次いで、1989年のゴールドプラン以来、わが国が目標としてきた北欧ケアとわが国のケアを比較しながら、高齢者ケアの視点からケアマネジメントに求められるものを考え、さらに、高齢者リハビリテーションの視点からケアマネジメントに求められるものについて考えを進め、最後にそれらを実現する教育の方法について触れたい。

C. 結果

1. なぜケアマネジメントが必要か

今や、病院を退院した人が、翌日には庭先に座り訪問看護師が寄り添う姿がごく当たり前のものとなった。ほんの15年前のケア現場では想像すらできなかったものである。薄暗い部屋の中で寝たきりとなって、その枕元には途方に暮れた妻が座っている姿が普通で、毎日が褥瘡との戦いであった頃と比べると隔世の感がある（写真1）。



（写真1）

このように世の中を大きく変えたものは何なのかと考えてみると、「技術論」と「制度論」という結論にたどり着く。

褥瘡を例にすれば、1990年代の初頭、褥瘡に対しての技術論は「乾かす」「消毒する」が一般的であった。すなわち、2005年に公表された「褥瘡局所治療ガイドライン」に照らせば、「患者データに基づかない」、「行わないよう勧められる」方法が一般的な技術論であったわけである。1990年代半ば頃から始まった技術改革が無ければ、今も褥瘡の悲劇は続いていたはずである。

では、技術論さえあれば褥瘡は克服できたのかと問われれば、答えは否である。その技術を、現場に届ける「制度論」があってこそ技術が活きたわけである。換言すれば、ケアに関わる「技術論」と「制度論」の革新により現在のケアの姿に至ったとすることができる。そして、この変化はケアを提供する者に新たな能力が期待されることになる。

褥瘡との戦いが主であった頃は、良し悪しは別として「生物学的なケア」の範囲に止まり、ケアを必要とする人の多様性を見ることは求められなかった（できなかった）。ところが現在は、生物学的なケアは当然のものとして担保され、その次の段階として個々人の多様性に上がった「人へのケア」が求められるようになった。しかもこれを社会保障の一環として実現するわけであるから、ケアを必要とする人の多様性を認めつつ、一方で社会の公正性を満足するものでなければならない。これを実現することが期待させているのがケアマネジメントであるわけである。

即ち、ケアマネジメントには、社会保障という括りの中で多様性のある個々人を支えるという、一見、相反さえしかねない困難な命題があり、その責をケアマネジャーという職が背負っているわけである。

もう一つ大事なことは、ゴールドプラン、新ゴールドプラン、さらには介護保険という制度論は、決して自然発生したものではなく、様々なケア現場から寄せられた知見や要請によって築かれたものであるということである。このような「制度論」を築くための情報の蓄積もケアマネジメント（ケアマネジャー）の大きな役割である。

総合して言えば、ケアマネジメント（ケアマネジャー）は、現在のケアを支え、将来のケアを考えるために重要な方法であり、人材であるということとなる。

それではケアマネジメント（ケアマネジャー）に求められるものとは何なのか。これらについて、高齢者ケアとりハビリテーションの視点から考えていきたい。

2. 高齢者ケアの視点から（北欧ケアとの比較から）

1) 普通を支えるケア

写真はデンマークにあるグループホームの食事風景である。10人ほどの利用者に対して、1～2人のケアスタッフで楽しく食事が進んでいく風景は、我が国の現状を知る者としては驚きでさえある（写真2）。



（写真2）

我が国でこのような風景を実現するためには何が必要か、端的に述べれば、①ちゃんと座って、②美味しく食べることに尽きる。

考えてみれば簡単な答えである。ところがわが国では、この簡単な答えを難しく考えすぎて、結果的に質の高いケアの実現に至っていないところがある。

写真3には、我が国ではまず見ることのできない“火の灯ったろうそく”がある。この施設を訪れた日本人メンバーの一人が「ろうそくは危ないですか」と尋ねたところ、先方のスタッフが「えっ、私達は食事の時にはろうそくを灯すんですよ」と答えた（写真3）。



（写真3）

この何気ない返答で気づかされたのは「彼らは、利用者の“普通の生活”を支えるためにケアを提供している。それに対して我々は、ケアのために生活を縛っているのではないか」という強い反省であった。

このように考えると、ケアマネジメント（ケアマネジャー）の仕事は“普通の暮らしを支えるためにある”と捉えることができる。

さて、普通を支えるためには何が必要か。これにはいくつもの答えがあるが、安全性を担保しつつ個々の多様性に応えようと考えると、「個別評価の徹底」という答えに行き着く。

例えば、Aさんは「火の認識はあるが、火の扱いが分からない」、Bさんは「火が認識できず、扱いもできない」、Cさんは「火の認識があって、扱いもできる」といった個別評価が実現できていれば、Bさんから火は遠ざけるが、Cさんは大丈夫となるわけである。これはしごく当然のことであるが、わが国のケア現場では、未だ「障害高齢者」や「認知症高齢者」と一括りにされていることが否めない。

即ち、ケアマネジメント（ケアマネジャー）は、人の普通の生活を支えることを念頭に、認知機能や身体機能などについて個別評価を行う（行える）ことが求められるということになる。もちろん、一人でそのような評価能力を備える必要は無く、それぞれの専門家の評価を取りまとめる能力が求められるということである。連携の要として、いかに情報を集め判断できるかが求められているというわけである。

2) 閉鎖された環境の功罪

写真4、写真5は共に特別養護老人ホームの風景である。



写真4



写真5

解説を加えるまでもなく、両者の差は歴然としている。いったいこのような差異は何によって生まれてしまったのだろうか、あるいは改善されないのだろうか（写真4、5）。

個々の要因を挙げれば数多にのぼるが、総体的に言えば「閉鎖された環境では、素晴らしいサービスが生まれる一方で、劣悪なサービスが見過ごされる」ということである。そしてその大きな原因が、そこで働く人の「慣れ」である。

ここで注意すべきは、施設サービスの場合、閉鎖環境であるという認識があることからこのような傾向が明らかになり易く、逆に改善の機会もあるが、居宅での生活に関わるケアマネジメント（ケアマネジャー）の場合、その判断が他からの批判を得にくく、独善に陥る危険性があるということである。

3. 高齢者リハビリテーションの視点から

Robert L.KaneらはEssentials of Clinical Geriatricsの中で、人のFunctionはphysical capabilities、medical management、motivationという3要素の掛け算によって表現できるとしている。これを高齢者リハビリテーションの現場に置き換えて意識すれば、人の生「活機能＝身体能力×ケアマネジメント×意欲」とすることができる。

例えば10の身体機能がある高齢者に、適切なケアマネジメント10が掛け合わせられれば100に、そこに10の意欲が掛け合わせられると1000の機能が発揮されるというものと解釈できる。逆に、10の身体機能があっても、ケアマネジメントが0.5、意欲が0.5なら25の機能になってしまうという考え方で、高齢者ケアの現場では実感として極めて受け入れやすいものである。

冒頭で述べたように、高齢者ケア（リハビリテーション）のありようは時代と共に変わっていく。褥創に対する取り組みが主であったような時代は、当然、「身体機能」に対する取り組みが重視され、サービス資源の多くがそこに投入された。高齢者ケア（リハビリテーション）の形が「生物モデル」であった時代は、式の「身体機能」にほとんどの焦点が合わせられていたということになる。

ただしその時代は今や過去となった。これからのケアマネジメント（ケアマネジャー）は、職種は別なく「人の生活モデル」を支えるために、式の右辺全てを動員して高齢者の生活支援に向かっていかねばならないということを充分に認識しておく必要がある。

このことを実際の場面で教えてくれた事例を紹介したい。

80歳で脳血管障害を発症し、右片麻痺となり家に帰った男性である。病院での治療・リハビリテーションはスムーズに進み、自ら歩いて退院したものの、ほどなくしてほぼ寝たきりの状況に陥ってしまった。

目の前で廃用性の機能低下を示す男性について、カンファレンスでは慎重な討論が行われた。その中で、この方が60年にわたって牛を飼うこと一筋に生きてきたことから、「牛小屋に行ってみよう」というアイデアが生まれた。この時、男性が牛小屋に出かけることについて、①過度の身体的負担にならないか、②ケアチームが行うこのような関わりによって、家族とケースの間に溝を生じさせないか、③我々のサービス提供に継続性が担保されているか等といったことについて十分な検討をした上で、ケースに対して「牛小屋に行ってみませんか」という提案を行った。さて当日、家から数百メートル離れた牛小屋に車いすでたどり着いたケースは、自ら立ち上がり、捨ててしまいたいと言っていた麻痺した手で牛の身体を撫でて歩いた。6ヶ月寝たきりであった人がである。

この事例はまさにRobert L. Kaneらの式を具現化したものである。

人は「動けることに加えて、動きたいと思うから動く」。ケアマネジメント（ケアマネジャー）はその「動ける」「動きたい」双方に関わることのできる有為な専門職であることを忘れずに利用者に向かうことが求められる。

一方で、一般市民が抱くりハビリテーションのイメージは「機能障害の回復」に偏重していることも否めない。我々が2011年度に行った「通所リハとその中で実施される個別リハに対する意識調査」では、通所リハに、利用者は治療的役割を、家族は生活機能の改善を期待しており、通所リハの中で実施される個別リハには、両者とも治療的役割を期待している事が分かった。一方、利用者・家族には日常生活機能を改善したいという期待が強い事も分かり、これと通所・個別リハに対する期待にズレがある事が明らかになった。

高齢者リハビリテーションでは、リハビリテーションが提供される時期を急性期・回復期・適応期と区分することが一般的である（図1）。

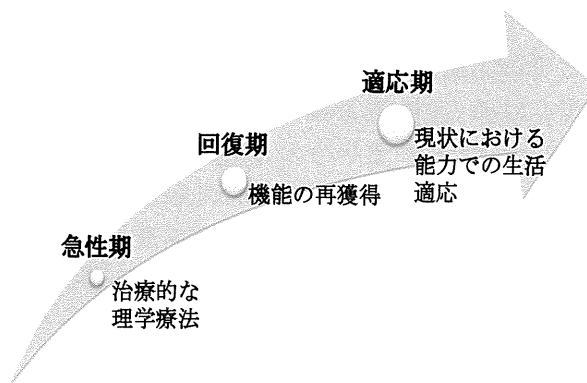


図 1

この区分に従えば、通所リハや通所介護は主として適応期に実施されるもので、そこでは「治療」よりも「適応」が優先されるべきものである。しかし、サービス利用者や家族にとってそのような理解は難しく、先述のようなズレを生んでいるものと思われる。

このような混乱を整え、利用者のモチベーションを維持し、よりよい生活を実現する支援もケアマネジメント（ケアマネジャー）の大きな役割であると言える。

D. 考察—ケアマネジメント（ケアマネジャー）に求められる教育—

ここまで考えてきたケアマネジメント（ケアマネジャー）の役割を整理すると、「社会保障という括りの中で、多様性のある個々人を生活モデルで捉え・支えることを、当事者・家族の理解を促しながら実現する」という極めて広範で高度なものとなる。もちろん、このようなことを一人で実現することは不可能で、この役割を果たすためには「連携を実現すること」が不可欠な要件となる。

ケア現場では、職種、職歴、教育歴の異なる人材が混在し一人の利用者に関わることが通常である。この中で「連携を実現する」のは容易なことではない。もちろん、ケアに関わる人材が自ら連携の重要性を認識してチームケアを実現する意識を醸成することも重要であるが、まずはケアマネジメント（ケアマネジャー）がその意識を明確にしてリーダーシップを発揮することが先決である。

さて、これを実現するために何が必要か。我々はケアマネジメント（ケアマネジャー）の具体的な方法論、即ち、ケアの領域に関わらず、例えば生産の現場など展開されるマネジメント手法の適切な導入と、ケアマネジメント（ケアマネジャー）の幅広い教養の獲得であると考えている。

これらを受けて我々は、ケアマネジャーをはじめケアに関わる人材を対象として、次のような教育プログラムを試行し、その効果を検証することを本年度から3年間にわたって実施することを計画している。

その教育プログラムでは、「マネジメント学1（対人業務としてのマネジメント）」、「マネジメント学2（評価と解釈）」といった技術分野に加えて、従来のケア人材養成では重視されてこなかったリテラシー分野に注目し、「他者の理解1（ケア提供者から見た利用者）」「他者の理解2（ケア利用者から見た提供者）」「他者の理解3（ケア提供者から見たケア提供者）」といった内容を実施する予定である。

E. 結論

わが国のケアと北欧ケアの現地比較を数年にわたり行った結果、「ケアに関わる人材の知識・技術・仕事への熱意」は明らかにわが国の方が高いという印象を得た。一方で、「私自身はできれば北欧のケアを受けたい」というのも正直な印象である。

ゴールドプラン、新ゴールドプラン、介護保険、地域包括ケアシステムと、わが国の高齢者ケアを取り巻く制度論は明らかに大きなステップで前進してきた。これにともない先述のようにケアに関わる人材の資質も上がってきている。あと一歩、何が必要か、それを実現する方法についての考察を積み重ねて、有効な高齢者ケア実現の一助となりたいと願うものである。

【文献】

- 1) 日本褥瘡学会編：褥瘡局所治療ガイドライン，照林社，東京，2005.
- 2) Robert L.Kane et.al：Essentials of Clinical Geriatrics, The McGraw-Hill companies, 2004.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」

平成 23 年度分担研究報告書

退院支援の現状と課題解決に向けた取り組み

研究協力者：逢坂 悟郎(兵庫県立リハビリテーション西播磨病院リハ科部長)

【研究要旨】

本研究は、我が国の病院における退院支援および介護支援専門員(以下、ケアマネジャー)との連携の現状を調査し、その課題解決へ向けた取り組みについて考察した上で、実践報告を行うことを目的とする。

今回、2011年10月に兵庫県西播磨圏域のA地区の地域包括支援センターの協力を得て、地域のケアマネジャーに「ケアマネジャーへの連絡なく退院した要介護者」についてアンケート調査を行った。ケアマネジャーそれぞれが10月中に経験した退院者および病院名、病院との退院調整の有無を聞くものであった。

結果、地元のA地区の病院から退院した要介護者(要支援を含む)のケアマネジャーへの連絡もれ率は33.3%、南部のB市からの退院では71.4%、近隣の中核都市である姫路市からの退院では55.2%であった。この結果から、相当数の要介護者がケアマネジャーへの連絡なしに在宅に退院し、しばらく経過してからケアマネジャーのケアマネジメントを受けている事実が確認された。

同様の調査では、大阪府D市で37.2%(2011年4月)、北海道K市で43.8%(2009年11月)の要介護者がケアマネジャーへの連絡なしに退院しており、全国的に地域格差はあるとしても、病院・ケアマネジャー連携の現状は厳しいと言わざるを得ない。これは退院支援における診療報酬や介護報酬に手厚い加算がついた後の状況であり、加算だけでは状況を改善することは困難であることが示唆された。

在宅介護・医療は市単位である程度まかなわれていると考えられるが、入院となると二次圏域を超えた広範囲の病院に入院治療を受け、その後、退院支援を受けることになるが、その際、ケアマネジャー・かかりつけ医との連携が持たれることが理想的である。しかし、病院から在宅ケア連携の現状は厳しく、前述のようなケアマネジャーへの連絡のない要介護者の退院を防ぐためには、二次圏域以上の範囲の病院のネットワークと在宅ケアのネットワークが協議し、退院支援ルールを作る必要があると考察した。そのためには、二次圏域における医療・介護のコーディネーターが必要であり、これを二次圏域コーディネーターと称することとした。二次圏域コーディネーターの役割は、

1. 二次圏域の疾患を問わない病院のネットワーク化
2. 市町村と協力して、包括支援センターのコーディネート能力向上
3. 二次圏域レベルの在宅ネットワークを育成
4. 病院・在宅ケア連携の調整 と考えられる。

二次圏域コーディネーターの候補について検討し、様々な候補を分析したが、最有力候補として保健所が挙げた。その実践例として、兵庫県における保健所の二次圏域コーディネーター化活動について述べる。そして、兵庫県内で保健所が二次圏域コーディネーターを担い、病院・在宅ケア連携を進めている実践活動について報告する。

結論として、病院からの退院支援においてケアマネジャーへの連絡もれが多い現状を改善するためには、保健所が国からの通達を得て二次圏域コーディネーターとして活動し、二次圏域の疾患を問わない病院のネットワーク化、在宅ネットワークの育成を行い、それに続いて、病院・在宅ケア連携協議の調整を行う必要があると考えられた。