

## 7 高齢の入院患者が施設・在宅へ移行するときの問題点

昨今の目覚ましい医療の進歩や急激な高齢化に伴い、病院の機能は複雑に分化され、高齢者の入院・入所施設も多様化した。

それぞれの病院・施設は、課された機能に応じて広さや設備、専門職の配置の基準などによって分類されているが、患者・家族がその機能分類を理解し利用するための情報は不十分で、医療や介護のサービスを提供する病院・施設の側でも、それぞれの機能や利用方法についての情報交流が十分に行われているとは言い難い。不安定で多様な障害や状態像にある療養者を、類型化した施設にあてはめるというシステムには、個別性の重視という視点からも限界がある。現状を踏まえ、高齢の入院患者を、退院後に施設サービスや在宅サービスへ円滑に移行するうえで、現状にどのような問題点があるのか整理してみた。

### ● 高齢の入院患者の移行調整における問題点

医療制度改革や介護保険制度では、患者の在宅復帰を狙いとした地域連携を評価する報酬体系を拡大することによって、自己完結型医療から地域完結型医療への転換を進める方向が打ち出されているが、地域においては、利用者に自分の住む地域にある病院や施設の機能、利用対象者、利用方法について十分な情報が提供されていないこと、病院や施設においては退院や転院、転・入所に向けての調整や指導が十分にできる体制が整備されていないことなどの問題がある。

また、高齢の入院患者が施設や在宅へ移行する際、患者によって病状や介護の手に違いがあるにもかかわらず、とりあえず受け入れ先を確保するためだけの調整に追われているところにも大きな問題がある。

移行先の施設としては、介護療養型医療施設や介護老人保健施設、介護老人福祉施設、特定施設(有料老人ホーム)やグループホームが挙げられる。もちろん、急性期病院や回復期リハビリテーション病院から直接、在宅復帰する場合もあるが、まず、移行する施設別に問題点を挙げてみる。

## (1) 介護老人保健施設や介護療養型医療施設に移行する場合

介護老人保健施設では、介護報酬のなかに一般的な医療処置が包括されているため、入所中に提供すべき日常管理的な医療は、厚生労働大臣が定めるもの以外は、施設が負担することになっている（医療を提供しても、特に定められた医療行為以外は保険請求できない）。

そのため、特に高額な薬剤（抗認知症剤、抗生剤、内服以外の抗癌剤、抗パーキンソン剤、透析していない患者の抗貧血剤など）を長期に投与されている場合や、IVH や酸素療法などが必要な場合は、経営上、受け入れが困難であるという事情がある。

また、病院に比べて看護師の配置数が薄く、当直医の配置が義務づけられていないため、医療対応のリスクが高い場合や、重度の褥瘡処置、頻回な吸引、インスリン管理、経管栄養管理などを必要とする場合は、ほとんどの施設で対応が困難となっている。

介護療養型医療施設への移行についても、介護老人保健施設より医療保険で対応できる医療の範囲は広いが、日常の医療管理については、ほぼ同様に報酬で包括されるため、患者の受け入れに関するとらえ方は近似していると考えてよい。

## (2) 介護老人福祉施設に移行する場合

介護老人福祉施設では基本的に、入所者に対する医療は医療保険で請求できることになっている。入所中でも外来通院や、必要に応じて入院も医療保険で利用できる。入院する場合は、治療を終えて施設に再入所できるよう、入院中、施設に空床を確保できる期間などについて、事前に相談しておく必要がある。

生活施設であるため、医療専門職の配置は少なく、ほとんどの施設が夜間に看護師を配置していないので、日常的に医療管理（気管切開、胃瘻などの経管管理、ストーマ管理、インスリン管理など）の対応がしにくいと言える。

療養病床で介護老人福祉施設への入所を待機する高齢者が増え、入所者の重度化が進行している。待機者が増加する理由は、理念上の理由よりも、施設の方が自己負担が少ないことが、現実的かつ最大の理由であ

る。重症化対応については、日常的な医療管理の方針、手技の指導、医療スタッフとの連携、緊急時の具体的な対応策などについて、医療機関と施設との間で十分な連携が必要となる。このような課題を乗り越え、現場の努力によって入所者のターミナルケアまで行う施設が増えてきている。また、がん末期の入所者については、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションからのターミナルケアへの対応が可能となっている。

### (3) 在宅に移行する場合

医療と介護が必要な高齢患者を在宅に移行する場合、最も問題になるのが、24時間対応可能な在宅訪問医療が十分整備されているとは言い難いことである。必要なときに必要な場所で適切なケアを受けることが保障されて、初めて安心して在宅生活に復帰することができるわけだが、現状では移行できる施設が見つからないまま、退院して在宅に移行する患者が増えている。退院後に継続できる医療や生活の状態についての十分な説明と、医療処置に対する適切な指導を受け、在宅で対応する自覚と地域での支援体制が整ってから、退院をするという流れは必ずしも整ってはいない。これには、入院期間の短縮施策が色濃く影響している。

病院側からは「退院してほしいのに移行できる場所がない」、地域の施設や在宅サービス側からは「在宅復帰できるはずの人が復帰できていない」「退院に際して方針も説明されずに帰されている」という声が聞かれるのが実状である。

在宅への移行を阻害している要因としては、家庭の介護力そのものが低下していること、地域に夜間を含めて訪問診療できる医師が少ないこと、訪問介護サービスのヘルパーには医療行為ができないこと、看護師等医療職出身の介護支援専門員が、報酬の削減等により現場から撤退しており、医療依存度の高い療養者に適切な介護サービス計画が提供されにくいなど複合的要因が作用している。

### (4) 病院にある移行への問題点

一般病院(特に急性期病院)では、ますます入院期間の短縮がせまられ、急性期の治療が終わった患者を、以前に比べてかなり早期に退院誘導せ

ざるをえない状況がある。急性期病院の医療スタッフは急性期治療に多忙であり、MSW など退院調整を行う専門職配置も、十分とは言えない。また、療養病床、介護老人保健施設などの在宅支援施設の役割や、在宅療養の実際が十分理解されているとは言えない。

## ● 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

1980年代から始まったわが国のグループホームは、老人福祉法に基づく「痴呆対応型老人共同生活援助」を経て、2000（平成12）年4月から施行された介護保険法に「痴呆対応型共同生活介護」として位置づけられた。

その後、2006（平成18）年の介護保険法改正で、名称が「認知症対応型共同生活介護」に改められ、地域密着型サービス事業となることにより、事業者の指定（許認可）を行う者が、それまでの都道府県知事から区市町村長に変更となった。なお、地域密着型サービス事業となったことによる主な変更点は、下記のとおりである。

- ① 保険者の所轄が区市町村に移り、その住民しか入所できなくなった。
- ② 医療連携体制が新設され、最後まで住み続けることが可能になった。
- ③ 地域社会の構成員の一員であることを自覚し、開かれた運営を期するために、近隣住民、利用者家族、行政関係者などによる「運営推進会議」の設置が義務づけられた。
- ④ 入居して共同生活するのみから、通所や短期入所が可能となった。

### （1）配置状況

介護保険法施行直前は、全国で266事業所（国庫補助対象事業数）であったものが、2004（平成16）年度末は6,448事業所、2005（平成17）年度末は8,026事業所、2009（平成21）年では28,300事業所と大幅に増加している（WAM NET より）。

### （2）基本方針

指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者であり、かつ認知症であるものについて、共同生活におい

て家庭的な環境と地域住民との交流のもと、入浴、排泄、食事などの介護、その他日常生活上の世話、および機能訓練を行うことにより、利用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なるものでなければならない。

なお、介護保険法第8条第18項の規定により、認知症の原因となる疾患が急性の状態にあるものは、共同生活を送ることに支障があると考えられることから、本事業の対象とはならないものであるとされている。

### (3) 主な運営基準

- ①要介護者で認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者に提供。
- ②入居に際しては、主治医の診断書などにより、申込者が認知症であることを確認しなければならない。
- ③入居申込者が入院治療を要するものであることなど、介護事業者が自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めたときは、介護保険施設や病院、診療所を紹介するなど、適切な措置を速やかに講じなければならない。
- ④入居に際しては、その人の心身の状況、生活歴、病歴などの把握に努めなければならない。
- ⑤退去の際は、当人や家族の希望を踏まえた上で、退去後の生活環境や介護の継続性に配慮し、必要な援助を行わなければならない。
- ⑥退去に際しては、居宅介護支援事業所などへの情報提供、および保健医療サービスや福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

### (4) 主な設備基準

- ①要介護者数：介護従事者数＝3：1。夜勤者1名以上。
- ②入居定員数5～9人、1居室は定員1人。ただし、利用者の処遇上、必要と認められる場合は2人とすることができる。
- ③1居室の床面積7.43㎡以上（4畳半以上）。
- ④居室、居間、食堂、浴室、トイレ、消火設備、その他の非常災害に際

して必要な設備、その他利用者が日常生活を営む上で必要な設備を設けるものとする。ただし、居間と食堂は同一場所でもよい。

- ⑤立地は家族や地域住民との交流を図れるように、住宅地もしくは住宅地程度の地域にあるようにしなければならない（交流の機会の確保）。

## （５）介護と日常生活

グループホームは介護保険上、居宅サービスに位置づけられており、施設サービスではない。したがって、利用者が家庭にいたときと同様の生活が送れるよう、最大限の努力が必要となる。それにはまず、一人ひとりにあった生活環境づくりと人間関係づくりが大切となる。

人によっては枕が変わったり、天井の様式が変わったりただけで寝つけない人がいる。ましてや利用者は認知症である。意思の伝達やストレスの解消が上手にできず、不穏になったり、落ち着きがなくなったりする。したがって入居に際し、家族、介護支援専門員など、これまでかかわってきた人々とよく話し合い、自宅で使い慣れた家具、仏具、着慣れた衣類などを持ち込み、居ながらにして自宅であることを演出するのも、生活環境づくりの一環である。こうしたリロケーションダメージの回避の重要性は認知症の項で述べた通りである。

利用者は当然短期記名能力が落ちている。その場での話に連続性や脈絡が乏しく、会話ができにくいことがよくある。介護従事者が相手の目線に合わせ、じっくりと聞くことで、ゆっくりではあるが意思の疎通は可能となる。それにはまず、事前に家族状況、職業、趣味、好き嫌い、体調や病歴などの利用者の生活史を、家族や介護支援専門員などから聞いておくことである。相手のことを知り、いかに相手側の立場に立てるかが、ベスト・ケアの第一歩となり、コミュニケーションの確立へとつながる。

次に、運営が円滑に行われているグループホームの方針の例を記すが、認知症となった方が、人としての尊厳を損なうことなく、その人その人の介護サービス計画を作成し、最期には家族と医療・介護者が連携して、グループホームにおいて人生の終末を迎えている。

### ◎運営方針

- ・ 夜間以外は玄関も施錠せず
- ・ 自宅に居るように、自由気ままに
- ・ 地域とのかかわりを大切にしながら
- ・ 散歩や買い物などの機会を多くして、活動的な生活を送れるように支援する
- ・ 体調を崩したときのみならず、定期的な医療上の管理も行う

### ● 高齢の患者の施設、在宅への円滑な移行のために

自己完結型医療から地域完結型医療への転換を実現するためには、地域連携を進める必要がある。患者を中心に、医療・介護の両面から家族の支援を進める方法として、WHO（世界保健機関）が制定したICF（国際生活機能分類）がある。これは、生活機能（プラス）のなかに障害（マイナス）を位置づけて、患者のマイナス面だけをみるのではなく、マイナス面を補いながらプラス面を強化しようというものであり、その考え方が介護サービス計画やリハビリテーション実施計画書に反映されてきている。

患者の生活機能を高めて、望ましいQOLを実現するためには、病院、施設、在宅サービスにかかわる多職種（医療・福祉・行政・地域など）が、患者も含めたチームのなかで、共通言語による情報の共有化を図り、患者の中に秘められた潜在的な生活機能を引き出す働きかけをしていくことが、問題解決の糸口となるのではないだろうか。

同時に、医療や介護を受ける側である療養者自身や家族が、ターミナルに至るまでのさまざまな段階において、自己決定とリビングウィルの表明が行えるよう支える必要がある。そのときこそ真に必要な支援が、医療や介護にかかわる多職種によるチームの共同作業の中から得られるのであろう。

---

## ■参考文献

### < 3章-4 >

- 「介護保険における『主治医』の役割」（東京都医師会地域福祉委員会）
- 「在宅ケアの地域における連携の事例についての調査研究事業調査報告書」（財団法人医療関連サービス振興会、2004年3月）

### < 3章-6 >

- 「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」（厚生労働省・高齢者リハビリテーション研究会、2004年1月）

### < 3章-7 >

- 「介護保険サービス運営ハンドブック（平成18年改訂版）運営基準とその解釈」シルバーサービス振興会・編（中央法規出版）
- 平成18年度東京都グループホーム連絡会総会議案書
- 「介護保険実践ハンドブック（改訂版）」川延宗之・編（エルゼビア・ジャパン）