



Title	家族が介護できない虚弱高齢者の漂流：医療的ニーズが「終の住処」を脅かす
Author(s)	玉木, 朋子; 大達, 亮; 大野, ゆう子 他
Citation	未来共生学. 2017, 4, p. 89-109
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/60726">https://doi.org/10.18910/60726</a>
rights	
Note	

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

# 家族が介護できない 虚弱高齢者の漂流

## 医療的ニーズが「終の住処」を脅かす

玉木 朋子<sup>i, ii</sup>

大達 亮<sup>i, iii</sup>

大野 ゆう子<sup>iv</sup>

伊藤 美樹子<sup>v</sup>

i 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程

ii 武庫川女子大学看護学部

iii 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻

iv 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

v 滋賀医科大学医学部看護学科公衆衛生看護学講座

### 目次

はじめに

1. 医療的ニーズのある虚弱高齢者に「終の住処」はあるか
  2. 在宅療養できない高齢者が入院・入所する主な療養の場の特徴
  3. 病院での療養生活の実際
    - 3.1 治療的ニーズのない社会的入院の生起
    - 3.2 高齢者の社会的入院がもたらすもの
  4. 介護施設での療養生活の実際
    - 4.1 老健での在宅復帰率の追求
    - 4.2 看取りをしない施設がもたらすこと
    - 4.3 介護施設の機能と役割における問題点
  5. 漂流のパターンとの中で生じる問題点
    - 5.1 漂流のパターン
    - 5.2 保険制度によってカバーできる医療の相違
    - 5.3 リロケーションによる高齢者の精神的苦痛
- おわりに

### キーワード

虚弱高齢者  
要介護者  
入院入所  
ベッド・コントロール

## はじめに

内閣府によると、約650万人いる「団塊の世代」がすべて75歳になる2025年には75歳以上の人口が2015年比で約500万人増加し、2179万人に達し（内閣府 2015）、75歳以上の人口割合は13%から18%に増加すると予測されている。

これまでは、高齢化に関する議論は「スピード」に焦点があてられていたが、今後は「数の多さ」がもたらす問題に直面することになる。その一つに「死に場所」の問題が挙げられる。これまで厚生労働省（以下、厚労省とする）は高齢患者が急速に増加することを考慮し、「病院完結型」から「地域完結型」<sup>1</sup>への転換を目指し、高齢者が地域で在宅医療や介護を受け、最終的に看取りまでを行うことを推進してきた。それにもかかわらず、人口動態統計によると、医療施設での死亡割合は2000年以降8割を超え高止まりしており（厚生労働省 2015）、病院を主とした医療施設が看取りの場の中心となっている（厚生労働省 2016）。また今後死亡者が増加することで医療施設のベッド数が不足することが予測され、厚労省は2030年には「死に場所難民」が約47万人になると見込んでいる。

このような状況を踏まえると、医療的なニーズのある高齢者が安心して最期を迎えられる場所の確保や、この看取りでよかったと思えるような看取りの質を具体化することが課題となると思われる。

我々<sup>2</sup>の研究チームは、2014年から余命の延伸が第一義的な目標ではないと考えられる終末期にある85歳以上の超高齢者に対して臨床現場ではどのような医療やケアが行われているのか、またそうした実践を医療従事者がどのように評価しているのかを把握することを目的に、病院で死亡する超高齢者が最終的に入院に至った経験やそこで行われる医療やケアに焦点をあて、病院や介護施設の看護師にインタビュー調査をおこなってきた<sup>3</sup>。事例を通じた医療従事者の判断の特徴を明らかにすることによって、医療従事者の視点からの「入院によるサービス提供」や「死ぬための入院」の妥当性について問題提起したい。

## 1. 医療的ニーズのある虚弱高齢者に「終の住処」はあるか

インタビューを進める中で、高齢者の入院は「家族の介護力が不足している」

ことや「ベッド・コントロール（空床にしておかない）」のために生起していることがあり、実際に高齢者が病院のベッドを終の住処としていることが少なくないことが浮き彫りとなった。こうした社会的入院<sup>4</sup>の高齢者が療養中に衰弱・老衰の経過をたどる中で、家族の希望や施設の方針により延命につながる医療的処置がおこなわれるケースも少なくなかった。咀嚼や嚥下機能の低下により自力で栄養が取れなくなった高齢者は、誤嚥性肺炎を起こしやすい。このような高齢者に人工的水分栄養補給を適用する場合、身体の状態が安定しても医療的な管理やケアの必要性が生じる。在宅療養の場合には介護家族がこれらの管理を担う覚悟や手技を習得することが必要となるため、家族が心的負担や世話のための拘束を感じるようになると、家族の受け入れが困難になり、「退院支援」<sup>5</sup>という名のもとで特別養護老人ホーム（以下、特養とする）などの介護施設に転出させられたりする。特養は経済的に入所費用が安く、長期入所が可能であるため、終の住処とすることができる。ただしそれ故に入所待機者が多いため、空きが出るまで介護老人保健施設（以下、老健とする）に入ってしまうことが多い。ところで、その老健は在宅で生活するために必要なリハビリなどを行う医療機関との中間施設に位置付けられている。施設の機能上、療養者を長期間継続して受け入れることができないことが多い。このように在宅で療養できない医療的ニーズのある虚弱高齢者は、家族や介護者の都合で、あるいは病院や施設の都合で、療養場所、つまり住処を転々としている状況がある。

ところで高齢者の死亡前の療養場所や医療提供に関する先行研究には、死亡前1年間の療養場所の変化を介護保険給付実績データから記述したものや（伊藤・田宮他 2013）、医療保険のレセプトデータの突合によって療養場所の変化を把握したものがある（石崎・新名他 2013）。こうしたデータは評価基準が定まり、客観的なデータに見えるが、入院・入所理由は、病状や障害による医療的ニーズとしてしか表れないため、「社会的なニーズ」が読み取れないという点で限界がある。

そこで、我々の調査では看護師をインフォーマント（informant）とし、終末期の高齢者に提供された医療サービスや入院の目的を把握した。看護師はベッド・コントロールや退院調整を通じて療養者の入退院に深く関わり、また治療方針にあわせて看護計画や家族支援にも関わるため、従来の研究よりも次元が

多く豊かな情報収集が可能となると考えたからである。

なお、本稿では、医療的ニーズのある高齢者が療養場所を求めて最期を過ごせる住処にたどり着くまでに、一時的な住処（病院や施設など）での療養と移動を繰り返すことを「漂流」と表現する。また高齢者の「漂流」について、より現実的な実状を表すために、適宜インタビューデータを引用した。

家族が介護できない虚弱高齢者の終の住処について、以下、第2節では高齢者の主な療養施設の特徴、第3節・第4節では病院や介護施設での療養生活の実際と問題点を整理し、第5節で「漂流」の中で生じる問題について言及した。

## 2. 在宅療養できない高齢者が入院・入所する主な療養の特徴

まず、在宅療養できない高齢者の入院の実態を言及するにあたり、そうした高齢者の主な療養の場と特徴を表1にまとめた。各施設はそれぞれ制度や計画で定められた役割・機能を持っており、サービス提供体制などの特徴に応じて診療報酬が加算される仕組みになっている。病院での療養は財源が医療保険であり、一日あたりの平均費用は介護保険施設と比べて高額である。このうち、一般病床は治療を目的とする医療施設であり、看護師の配置数により入院基本料が変わる。看護師の配置基準（患者対看護師が7対1や10対1など）により加算をとるためには、定められた平均在院日数以内で患者を退院させる必要がある。また、入院基本料加算は初期の入院期間だけしか加算できず、患者が長期入院すると病院は利益が得られなくなる。そのため、治療が終了すると入院の継続は基本的にできないことが多い。

一方、療養病床(医療型)は患者の状態(医療区分)や患者の日常生活動作(ADL区分)に応じて入院基本料が設定され、診療報酬が支払われるという特徴を持っている。そのため軽度より重度の患者が受け入れられやすく、医療処置が適用されやすい。例えば24時間の持続点滴や中心静脈栄養の投与の実施などにより、患者の医療区分を高く設定して受け入れれば、経営的には有利ということになる。

高齢者の医療・介護に対応するもうひとつの主要な制度として介護保険がある。介護保険下には特養、老健、介護療養型医療施設の3つの介護施設があるが、

表1 高齢者の療養場所の特徴

種類	診療報酬の財源	施設	施設目的	入院(所)対象者	高齢者にとっての長所	高齢者にとっての短所	平均的な入院(所)一人あたりの費用(月額)
病院	医療保険	一般病床	発症直後から回復するまでの急性期の治療をおこなう病床	手術や治療を必要とする対象	専門的な高度な医療が受けられる	治療が終了すると退院する必要がある	算定する入院料に より異なる
		療養病床 (医療型)	重度の要介護者に充実した医療処置とリハビリを提供する	医学的管理が必要な要介護1以上の高齢者	医療ケアが充実	必要度で包括払いのため、医療区分を高く初期設定されることがある。状態が安定したら退院の重度の入所者が多く、入所待ちの高齢者が多い	53万円
介護施設	介護保険	特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	入所する要介護者に対し、施設サービスを計画にもとづいて、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話をおこなう	身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅での介護を受けることが困難な要介護者(要介護度3以上)	終の棲家といわれ、公営者が生活をする場として居続けられる。比較的安価で長期の入所が可能		27.6万円
		介護老人保健施設(老健)	入所する要介護者に対し、施設サービスを計画にもとづいて、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練そのほか必要となる医療ならびに日常生活上の世話をおこなう	退院後などでリハビリや看護、介護が必要な高齢者。病状安定期にあり、入院治療を必要としないが、リハビリ、看護、介護を必要とする要介護者	理学療法士や作業療法士がリハビリをおこなう。医師や看護師も配置されている	在宅復帰を目指すため、長期の入所が目的ではない。医療提供は制限される	療養型: 36.2万円 療養強化型: 38.3万円
		介護療養型医療施設	入院する要介護者に対し、施設サービスを計画にもとづいて、療養上の管理、看護、医学的管理のもとにおける介護その他必要となる医療をおこなう	症状が落ち着いたもの、長期の治療が必要な人が対象。カテーテルを装着している等の常時医学的管理が必要な要介護者。	医療的なケアが手厚く、看取りやターミナルの実施が多い	費用が特養や老健より割高。2017年度までに制度としては廃止予定。12年度以降は新設は認められていない	39.8万円
		介護付き有料老人ホーム	入居者に食事の提供、介護、家事、健康管理のいずれか(複数可)を提供する	介護が必要な高齢者	住まいとして位置づけられ、価格やサービスは多様	入居一時金や月々の支払いが高額なところもある	施設により異なる
		サービス付き高齢者住宅 (介護型)	高齢者が住まい法に基づき賃貸住宅で、義務付けられているのは入居者の安全確認と生活相談のみ	60歳以上の高齢者または要介護者・要支援者が基本条件。その他の条件は施設により異なる	有料老人ホームより低価格といわれやすい。自宅同様に自由な生活を継続できる	利用したサービスだけで自己負担が必要。重度の介護状態では住み続けられない。施設によって提供されるサービスに差がある	施設により異なる

表2 終末期高齢者の入院中におこなわれた医療サービスの提供

医療提供	病院（医療施設）		老健		特殊な機能を持つ病院	
	一般	療養	施設 A	施設 B	障害者	ホスピス
栄養管理	末梢点滴	○	○	○	○	○
	絶食	○	○		○	
	経管栄養	○	○	○	○	
	高カロリー輸液	○	○		○	
	胃瘻造設	○			○	
呼吸管理	皮下輸液		○			
	酸素吸入	○	○			
与薬	吸引	○	○	○	○	
	麻薬以外の鎮痛剤	○		○		○
	麻薬	○				○
	疼痛剤以外の対症薬剤	○	○	○		○
その他	抗生物質	○				
	看取り	○	○	○	○	○
	身体抑制*	○	○			

\*身体抑制は医療提供の選択肢の多いところでおこなわれていた

病院から転出が必要になった高齢者は、介護施設である特養、介護療養型医療施設、老健のいずれかに転出するパターンが多い。このうち老健は施設によって医療的ニーズへの対応や入所期間に関する方針が異なっていた（表2）。ある老健は、中間施設として在宅復帰を強化するために退院先を確保するために併設施設を設置して連携し、3ヶ月以内の退所を推し進めていた。また別の老健では、在宅復帰を推し進めた結果、地元の住民から「あそこはすぐに追い出される」という評判が立ち、隣市へ利用者が流れていた。そこで在宅復帰加算をあきらめ、長期療養を受け入れる経営方針に転換していた。老健によっては、看護師不足のため、医療依存度の高い患者の受け入れができないところや、老健で行う医療処置は介護保険によるため、入所前にすでにかかりつけ医から内服薬が多量に処方されている高齢者に関して、入所後に処方の維持に難渋することもあった（第5節2項で詳述）。

### 3. 病院での療養生活の実態

#### 3.1 治療的ニーズのない社会的入院の生起

インタビュー調査では、患者の直接ケアを担当するスタッフナースだけでな

く、入退院の窓口となる管理職ナース（看護師長や主任など）も対象にした。入退院は治療の必要によって決まるのが通常であるが、終末期の超高齢者に関しては治療の必要性の判断自体が難しい。ここでは、社会的入院に着目する。管理職ナースが高齢者の社会的入院をどのように考えているのかについて語ったデータの一部を以下に紹介する。語り中の（）は著者による補足である。

#### 病院Ⅰ 療養病床看護管理職 A

「うちの病院は…こんなぶっちゃけた話をしたいんでしょうか、あのーすごいベッド数が多いので、ほんとに（診療報酬の）点数低くても、患者さんを、どっちか言うたら入ってもらおうって考えがあるので、ほんとによその病院さんで、もう行くところがないってこられて、収容する形なんです、施設さんに行かないといけないうのか、じゃあ施設さん行かはるんやったら、どういう風な施設さんがいいか、特養がいいのか、っていうのをここでもう一回、うちはメディカルソーシャルワーカーが多いので、そこでもう一回整理していってもら。その準備（が整う）までうちの病院で（患者に何も治療することがなくても入院して）待って頂くって方が多いんです（そうすることで空床をうめることになる）」

「（患者がここに来る）前の病院ではもう治療も点数<sup>6</sup>も取れないから、うちとこ（へ）ちょっと来られるって方がすごく多くなって。で、私たちがもう、（治療として）することがない、あとはケアと、まあ、（人工）呼吸器は使っていないんですけど、まあ呼吸管理、吸引したりとか、あと体位変換、床ずれ予防するとか廃用性を予防しながら、あの食事、ちょっとでも食べれる人は食べてもらうという形をするので、やっぱりじわじわと（身体の状態が）さがっていっちゃう（衰弱がすすむ）」

#### 病院Ⅰ 一般病棟看護看護管理職 B

「周りの地域からは言い方が悪いが、『嫉捨山』のように言われている。病院に入れっぱなしで社会的入院になっている。一般病院（を退院して）から施設にすぐには入れない<sup>7</sup>からその間のケアをするような病院としてここ

は大事。経営的には、常に満床にするように指示されているので、100%埋めている。時には、一般病床の患者を療養病床に動かして受け入れることもある」

「ほとんどの場合、(他の病院では)受け入れてもらえない人なので、言い方が悪いが、『姥捨山』と言われても、こういう病院は世の中には必要だと思う」

## 病院2 一般病棟看護管理職C

「そうですね、(ベッド)コントロール大変ですけど、ま、全くない訳じゃないので、(空き)ベッドがね。なので、もううち(外来)にかかってる人(患者)は基本は(入院を)とってますね(受け入れている)」

「家族さんがおうちで看てたけども、とりあえず家族さんの都合もあったりとかいろいろなんで、検査目的でっていう名目上で(入院させてほしいと)連れてきはるんですけども(中略)在宅で看てる人が、もう家族さんの都合であったりとか、あの、特にすぐく入院を必要でなくても、もう通院でいけるであろうっていう患者さんに関しても、とりあえずは、1、2週間であれば、ちょっと無理はきいたりしてます(入院を受け入れている)」

## 病院2 一般病棟看護管理職D

「退院ですか。えーとね、すっといかない方も確かにいます。あの、もう少し(病院に)おいてほしいと。(家族の受け入れが悪い)そういう方もいらっしゃるけども、夏の間はおいておいてほしいと、そういう感じで言ってる方もいますね。入院の時は受け入れる時っていったら、もう外来から(入院受け入れ可否の照会の)電話があったときはそういう風なことは別にわからないので考えずにいます。長くなるかもしれない(長期入院になる可能性)というのもあるのはあるんですけど、うーん、そう、でもそうかといって、こちらはあまり退院は、家族とか本人の帰りたいという思いがなければ(そのまま)もう入院してもらっていることもあります」

インタビュー調査を通して、いずれの管理職看護師も、治療が必要でない人を病院で受け入れることや入院が継続することについて、医療提供の妥当性の観点から言及することはなかった。むしろその必要性を肯定的に語られたのが印象に残った。家族が介護できない高齢者に対してベッドという住処を提供し、かつ経営面においても空床を効率よく埋める手段として、介護家族と病院の双方に利点があることや、どんな患者でも待ったなしで受け入れられる病院はセーフティネットとしての社会的役割があり、社会的入院のためにベッド・コントロールすることは意義のある実践として語られていたからである。

## 3.2 高齢者の社会的入院がもたらすもの

終末期にある虚弱な高齢者がどのような理由で入院にいったのか、その理由と語った看護師の数を表3に示す。経口摂取不良や体力の低下、肺炎など、患者の身体的問題の中でも衰弱によるものが多い。また社会的入院の理由は、家族の心理的負担や介護力の不足などの「家族の負担」と、看取りの受け入れやホスピス待機、退院調整部門からの依頼のような「施設の方針・調整」の2つに類型化された。印南ら(2010)は特養や老健の入所待ちのために療養病床や一般病床で社会的入院が継続されたり、新規の社会的入院が生起していると指摘している。さらに印南ら(2010)は一般病院の高齢入院患者の約3分の1、療養型病床の高齢入院患者の約半数が社会的入院していると推計している。しかし、医療施設の診療報酬は、在院日数が長期になるほど、入院基本料が減算されていく仕組みになっているため、長期入院は医療施設にとって不利益となる。特に治療のない状態で入院することが困難な仕組みとなっている。そのため社会的入院によって療養場所を確保したとしても、終の住処にはなり得ない。

また、社会的入院がゆるされる場合でも、そこが「病院である」という事情によって漂流とは別の問題を生じやすい。今回の調査では、看護師に病院での死亡事例が死亡前の最終入院中に提供された医療やケアについて尋ねており、表2はそれらを一覧にしたものである。病院では他の施設と比較して終末期の高齢者に対してもさまざまな医療サービスが提供され、延命治療もおこなわれていることがわかる。この中で抑制帯を使用してベッドや車椅子に上肢や体幹を固定したり、両手に拘束用のミトン型の手袋を装着して手指の動きを制限する

表3 高齢者の最後の入院の生起

	理由	カテゴリー	医療施設				介護施設		小計	計
			病院		特殊な性質を持つ病院		老健	介護療養型 医療施設		
			一般	療養	障害者	ホスピス				
社会的入院ではない	患者の身体的問題	経口摂取不良 嚥下障害	7	3	2		1		13	50
		体力低下 老衰	3		1		1		5	
		疼痛	4	1			1		7	
		認知症	1	1	1				3	
		発熱		1					1	
		電解質異常	1					1	1	
		貧血							1	
		意識障害			1				1	
		肺炎	3	3	1				7	
		がん	3	1			1		5	
		脳梗塞	2	2					4	
心不全	2						2			
社会的入院の要素あり	家族の負担	介護力の不足 (家族・一人暮らし)	4				1	2	7	8
		家族の心理的負担		1					1	
	施設の方針・調整	看取りを受け入れていることによる病院の選択 (姨捨山)※	2					2	4	16
		長期入院(所)が可能であるため			1		1		2	
		ベッドコントロール	1	1					2	
		“リハビリ”の大義名分	2				1		3	
		ホスピス待機	2						2	
		在宅までの様子うかがい	1						1	
		退院調整部門・他施設からの依頼	2						2	

※「姨捨山」という表現は肯定的な表現として語られていた  
数字は語った看護師の数。重複回答あり

などの「身体拘束」が医療施設のみから抽出されたことも注目される。この事情について複数の看護師が語ったのは次のようなものである。認知症や意識障害のある高齢患者が自力で食べられなくなった時に、胃瘻や経鼻チューブ、高カロリー輸液、末梢点滴のためのルートが設置されるが、このルートの固定が気になったり(テープで留められるのが不快など)、ルートのために動作が制限されるのを嫌って患者が自己抜去することがある。これを防止し、患者の安全や治療を行うためには、身体拘束は行なわざるをえず、必要なのだということである。

すなわち、病院に入院していると、「リハビリ」が大義名分で実施されたり、延命処置の選択肢が提示され、実際に処置が実施されやすくなるなど、過剰な医療提供が施されやすいということである。

介護家族が看れなくなった高齢者は、とりあえずは病院を住処とすることができる。ただし入院理由が、社会的な事情によるとしても、名目上の医療的ニーズが必要なため多くの医療処置を受けることを引き受けたり、身体拘束を受けたりすることが求められ、安住できるとは限らないのである。

先に述べたように日本では医療施設での死亡割合は8割以上と多数を占めていることに照らすと、このような経緯で死亡に至るのは、一つの典型と言えるだろう。

## 4. 介護施設での療養生活の実際

### 4.1 老健での在宅復帰率の追求

老健は医療的ニーズのある患者が在宅へ復帰するための中間施設であるという特徴を持っている。よって在宅移行を推進し、一定の在宅復帰率を保つことで在宅復帰率加算を得ることができる。そのため在宅復帰率の加算をとる方針の施設は、一定の期間(3ヵ月)がくると家族が介護できない高齢者を「在宅とみなされる居宅施設」に転出させることに尽力する。在宅復帰率の維持について老健の看護管理職者は以下のように語った。

## 老健施設看護管理者D

「まあ老健施設の方は終の住処ではございませんので、通過型施設ですから、おうちに帰れない方は（家族に対して）有料老人ホームであつたりとか、そういう所にご紹介したりするんですね。で、有料老人ホームは結構（毎月の入居費用の）金額が高こうございます。まあ一年中ずっとそちらで何万（円）も支援することが難しいという方はですね、『3ヶ月だけ有料老人ホームに行ってくださいませんか、そしたらまた次は老健でお引き受けしますよ』って。『老健がすんだらまたそちらの方へ行っていただけますか』そうすると（入居費用の）負担がすごく軽くなりますよね、ですから、そういうふうに行ったり来たりが構わない方はそうでしょうかという形でされてます。そういう方がね、やっぱり結構多いですよ。月平均でだいたい3人くらいの方が有料にまた帰ってきて、こういうキャッチボールですね。対して老健から老健（へ移行）と言ったら、在宅復帰率になりませんので、うちはあくまでも有料老人ホーム（に帰す）。その方の適した有料老人ホームってありますよね、そういう所にご紹介させて頂いてるという状況ですね。で、在宅復帰率が80%ぐらい」

「2016年度に在宅復帰率加算だとか、それから在宅強化加算、いろんな加算がつくように、そしてみんなが（在宅へ）返す努力を始めたんです。でもうちは在宅復帰率も80%、回転率も40%ぐらいあります。そんな中で在宅強化率の一番高い点が取れる施設なんですね。ですからさっそう経営が…増収ができる。だから減収させない、増収を持っていくような努力はしてます」

「自分たち（施設の全職員）が経営をしていかなきゃ、自分たちの給料は稼げないんだよって言ってますので、例えば空床がたくさん出たら、減収ですよね、でみんな、あっ楽でいいわと思うわけです。空床が出るということとはそんだけ収益が減るということで、どんだけボーナスが出ないってことなのよって」

表4 看取り加算の算定要件

- 
- |   |
|---|
| ①常勤看護師を1名以上配置し、施設または病院等の看護職員との連携による24時間の連絡体制を確保   |
| ②看取り指針を定め、入所の際に本人・家族に説明し同意を得ていること                 |
| ③看取りに関する職員研修を実施していること                             |
| ④利用者が、医師や一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した場合      |
| ⑤本人や家族等の同意を得て、介護計画を作成                             |
| ⑥医師、看護師、介護職員等が共同し、利用者の状態を、随時、本人や家族に説明し、同意を得て介護を実施 |
- 

老健でも病院と同様に、移動する必要はあるものの高齢者の住処が継続的に確保されることと、施設への入居費用負担軽減の両面から家族にとっては有利になる方法として、肯定的に語られた。このような住処の移動は、意図的で計画的なものであるため、漂流とは言わないかもしれないが、当の高齢者が施設の転出に関する意思決定に関わることは少なく、かつ高齢者自身はリロケーション（relocation）による健康リスクにさらされることになる（第5節3項で詳述）。在宅復帰率とは何のための制度なのだろうか。

## 4.2 看取りをしない施設がもたらすこと

入所者に対して最期の看取りができる介護保険施設は増加傾向であるが、看取りを導入していない施設もある。特養は入所期間に制約がないため終の住処となりえるが、平成24年度に行われた第8回全国老人ホーム基礎調査（全国老人福祉施設協議会/老施協総研）によれば看取りをしない方針の施設は24.0%と報告され、看取りができない理由（複数回答）として、「看護体制がとれない（42.5%）」「配置医の協力が得られない（30.6%）」「介護体制がとれない（28.5%）」「協力医療機関の協力が得られない（24.1%）」のように看取りをするための医療提供体制の整備が多く挙げられた。看取り加算要件を満たすこと（表4）の困難さが示唆される。併せて介護施設では医療スタッフの配置が少ないため、看取りを行うための介護職の対応力も鍵になる。

我々が調査を行った別の老健は、看取りをしていなかった。その理由は、看

護職の不足や、看取りに対する介護職の不安、施設での看取りに対する家族の理解不足や気持ちの揺れ、医師が対応困難であることが挙げられた。そのため状態が悪化した入所者はほとんどが医療施設へ搬送され、死亡退院に帰結していた。

### 4.3 介護施設の機能と役割における問題点

平成25年に発表された介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業報告書によると、病院から退院して老健に入所する割合は全体の61%であり、老健から自宅退所する高齢者は6%にとどまり、70%以上の高齢者は病院に出戻っていると報告されている。2013年の東京都社会福祉協議会の調査では、病院から退院した高齢者の3人に1人は退院先が決まらないため「とりあえずの退院」として老健に入所すると報告している。医療的なニーズや家族が担い続けられないようになった要介護状態にある虚弱高齢者の自宅・家庭での生活は遠ざかってしまう。

2016年6月には毎日新聞は、特養の待機者数が大幅に減少していることを報

じ、2015年の介護保険制度の改定に伴って入所要件を要介護度3以上に重点化したことや利用者負担の引き上げが背景にあるとした。これにより介護度が低くても認知症のように常時見守りや介護が必要で、家族が介護を担えない高齢者の住処が宙に浮いてしまうようになった。全ての施設に共通することであるが、高齢化に対応する制度やルールの変更は、新たな高齢者層の漂流を生み出し、制度やルールの枠に入れない虚弱な高齢者は、常に漂流に押し出されるハイリスク集団となる。

## 5. 漂流のパターンとその中で生じる問題点

### 5.1 漂流のパターン

看護師へのインタビュー調査を通して把握された高齢者の漂流のパターンを図1に示す。まず、高齢者の在宅療養が困難になる要因として医療依存度が高いこと、老老介護、子と離れて暮らしているなどの介護力の不足がある。この中には、介護家族が想定していたより長くなることも含まれよう(Sakakibara, Kabayama et.al 2015)。高齢者が一度、入院(社会的入院も含む)・入所してそれが一定の期間を超えると、家族は介護がない生活に適応し、もとの生活に戻れなくなりやすい。在宅での介護が不可能になれば、老健への入所または病院への社会的入院が生起する。社会的入院が生じた場合は、診療報酬が加算できる期間が過ぎると退院する必要があるが生じるが、特養入所には待機が必要なため老健に入所となる。老健に入所できても、在宅復帰率加算を追求する老健では、3か月での退所が必要となる。医療ニーズが低ければ有料老人ホームと老健とを3か月ごとに廻流する。老健入所中に病状が悪化したり、家族が延命処置を望んだ場合は病院に送られ医療処置が行われる。入院によって医療ニーズが増加しない場合は、もとの老健に入所可能であるが、医療ニーズが生じると介護医療型施設または特養への入所が必要となる。これらいずれの施設にも入所できない場合は医療施設への長期入院(社会的入院)が生じ、漂流の待機群となる。また、臨死期には看取りに対応できない介護療養施設が多いため、看取り目的の医療施設への入院のための移動が生じることになる。

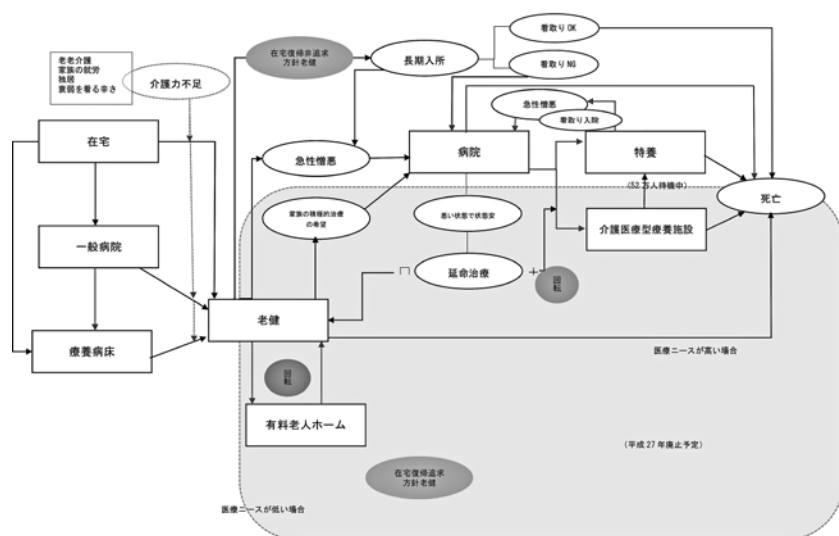


図1 漂流のパターン

## 5.2 保険制度によってカバーできる医療の相違

終末期の超高齢者において医療的なニーズに多様性はない。医療的なニーズのある高齢者の療養にかかるコストは、病院では医療保険から、介護保険施設では介護保険から支出されている。現行では医療と福祉は縦割りとなっており、それぞれの保険でカバーできる医療提供の範囲に大きな差がある。医療施設では必要に応じて医療が提供される（75歳以上には後期高齢者医療制度）が、反対に介護保険施設では日常的に必要な医療、介護は基本施設サービス費として包括されるため、利用者の薬代や必要な医療処置について原則的に診療報酬請求ができない。そのため、介護保険施設では医療サービスの利用が抑制されやすくなる。また、今回の調査では、単に医療ニーズが高い高齢者にとどまらず、入所前に内服薬が複数ある高齢者さえも受け入れが困難になる一因となっていた。介護保険施設の職員は以下のように語った。

### 老健職員 E

「結局すぐく（内服している薬が）多い状況、種類が多くなってるっていうか、そういう方が紹介で入ると、うちみたいな施設はもう薬代で吹っ飛ぶ、みたいな考えがあって、で今回、前の施設長とかそういう形（3ヶ月での在宅復帰を推進していたので3ヶ月後には施設を出て患者は開業医のもとに戻れるの）で開業医の先生とかにいろいろ気をつかわないといけない（開業医の先生の処方尊重して維持する）から、やっぱり薬を切るわけにはいかないし、なかなか。逆に言うと家族さんに申し訳ないけど、この人は薬をたくさん使ってるから入れられないっていうっていう事もあるんで」

### 老健職員 F

「もう老健自体が、その医療費が包括になってて、もう全部（薬代を）持ち出し、全部施設が支払わないといけないくて、家族さんのご負担は全くない状態になるので、あまり医療が多い人とか、まあ飲んでおられるお薬自体も、少なければ少ないほうが、経営上は助かるっていうところがあるので、なかなか病院から（くる患者）の受け入れっていうのは難しい部分はあったりはしますかね」

施設の医師は、長期の受け入れを前提にした高齢者については、かかりつけの開業医の処方を破棄し、薬剤を減らすという対応を取っていた。さらに在宅では患者が動くとき家族が常時見守る必要が出てくるので、寝かせるように薬が過剰に使われるという面があり、医療保険ではそれができると語った。一方で、施設入所者の薬を減らしたら、家族からは、ちゃんと診てもらえていないと苦情が来たり心配されることもあるが、患者の意識はしっかりし、実際に転倒事故が以前より劇的に減り、いつも転倒患者を送っていた病院からは何故患者が来なくなったのかと問い合わせがあったほどだと語った。

治療は患者だけでなく、家族のニーズにも応えている側面を示唆している。そして、制度をまたぎながら漂流する場合には、「医療的なニーズ」もそれへの対応も一貫しない状況があることを表している。

## 5.3 リロケーションによる高齢者の精神的苦痛

高齢者は療養場所が変わるたびに、環境の変化に晒されることになる。認知機能の低下のある高齢者は環境に慣れるのに時間がかかり、環境の変化により不安が増大し、認知症が悪化・進行することが知られている。今回のインタビューでは、特に認知機能の低下した高齢者は、本人が状況を理解できないまま移動を強いられることがあり、移動の度に極度の混乱状態を呈している状況が語られた。

### 老健看護管理職者 D

「騙しもって（他の施設に）いかないといけない認知症の方もいらっしゃるんですね、どうしても。こう認知（症）のひどい方、興奮する方はもう騙して、病院行きましょうかって言って連れて行く場合もあります。それはご家族が『それはどうしてもお願いします、言わんとってくださいね』って言われると黙らざるを得ませんので。行ったら行っただ、1週間ぐらいいは大変なんです、どこの施設も。慣れるまでは我慢して…。1週間か10日くらいは混乱されますよね、えー、それこそ妄想があったり、徘徊があったり、夜間せん妄があったりってことで大変な時期があるんです」

環境への適応力が低下している高齢者にとって環境の変化が頻回におこることは、不安を強め、せん妄や徘徊などの問題行動の契機となりやすく、認知機能低下の進行を助長する。漂流による負担とリスクを減らすために、高齢者への対応にはその生活実態を踏まえた療養を考慮することが必要である。

## おわりに

本稿では、協力の得られた西日本にある3府県の病院や施設に働く看護師をインフォーマントとし、高齢者の「漂流」の記述を通して、介護保険と医療保険の間にある不均衡、高齢者の療養場所の機能・役割、医療やケアの提供に関する問題を取り上げた。

我々は、在宅での療養・看取りが最善の選択肢だとは考えてはいない。どんなに社会資源が導入されても虚弱高齢者を在宅で介護することの難しさは、特養入所待機数や虚弱高齢者の漂流の実状を考慮すると自明だからである。しかし、在宅介護が不可能となったときに、とにかく受け入れ先がやみくもに選択されるのではなく、高齢者と介護者の双方にとって適切な療養場所が選択されるようになることが重要であると考ええる。医療施設は要介護認定やケアプランの作成なしで、ほぼ待機なしで入院（社会的入院）できるため、療養場所として選択されやすいが、医療施設は治療の場であり、生活の場ではないのである。また、医療施設では治療が選択されやすく、過剰な医療提供に傾きやすいだけでなく、生活援助が重視される必要のある高齢者が長期にわたって生活することはQOLの低下を招くことになる。高齢者にとって、本当に必要な医療とは何なのかのコンセンサスと高齢者を付度したケアのあり方を明確にすることは、高齢者の療養生活の質の向上や終末期高齢者のケアの拡充、医療費の抑制を考えるにあたり、重要な課題であると考ええる。

## 謝辞

本調査にご協力をいただきました各施設の方々、とくに本インタビュー調査にご尽力いただきました城本友恵氏、執筆にあたりご助言いただきました南吉一氏、木戸倫子助教、

井上文彰助教、藤井誠氏、井上勇太氏、安藤嘉子氏に心より感謝申し上げます。本調査は平成25年度大阪大学萌芽的挑戦研究事業ならびに平成26年度科学研究費（挑戦的萌芽研究「終末期高齢者における死を否定しない医療への転換に関する研究」研究代表者：伊藤美樹子）の助成を受けて実施した研究の一部である。

## 注

- 1 これまでの我が国の医療は、救急・延命・治癒・社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療だったが、超高齢社会を迎えた社会では、慢性疾患による受療が多く、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病氣と共存しながらQOLの維持向上を目指す医療となる。患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で支える「地域完結型」の医療に変わらざるを得ないと考えられており、国が転換をすすめている。
- 2 超QOL研究会：2012年発足。伊藤美樹子（滋賀医科大学）を世話人とする高齢者の医療とQOLに関する研究会。2016年現在のメンバーは、大北全俊（東北大学）、大達亮（山口大学）、南吉一（大阪大学）、山本真理子（大阪大学）、眞浦優希（大阪大学）、阿賀はるか（大阪大学）、玉木朋子（大阪大学）、平井啓（大阪大学）、本多智佳（大阪大学）、喜多村祐里（大阪大学）、祖父江友孝（大阪大学）。喜多村、祖父江が所属する社会医学講座環境医学教室を拠点に活動している。
- 3 平成24年から25年にかけて3府県の医療施設、介護施設の29名の看護師に終末期の高齢者の入院時の医療やケアについてインタビュー調査をおこなった。
- 4 ケアの担い手がないなど家庭の事情や引き取り拒否により、医学的な必要性が小さいのに新規に入院したり、入院を継続したりすること。
- 5 必要性の低い入院を減らし、増え続ける医療費を抑制することを狙いに、居宅サービス利用、療養環境整備など多方面からの調整をおこなうことで、病院は在院日数短縮を目指して入院時から介入を強化しているところが多い。
- 6 診療報酬で加算できる保険点数のこと。入院料金（入院基本料＋入院基本料等加算）と医療行為の料金を総合して請求される。入院基本料は病棟や看護師の配置により入院料が変わる。また入院期間に応じて所定点数が加算されるが、一定の期間を過ぎると加算できない仕組みとなっている。その上、おこなっている治療がないと病院は低い点数しか請求できなくなり、経営的に不利となる。
- 7 介護施設は病床数が決まっているため、入所待ちが多い。また、医療的処置が必要な場合は医療的処置をおこなっている施設を探す必要があるため、すぐには入所できない。医療的な処置がおこなえ、長期入所が可能な特別養護老人ホームの入所待ちは52万人と報告されている。

## 参考文献

朝日新聞迫る 2025 ショック取材班

2016 『日本で老いて死ぬということ』朝日新聞出版。

石崎達郎・新名正弥・高橋龍太郎

2013 「高齢者の死亡前1年間における療養場所の把握」『日本公衆衛生学会誌』10: 23-25。

伊藤智子・田宮菜奈子・柏木聖代

2013 「要介護高齢者における死亡前1年間の生活場所と要介護度の変化」『日本公衆衛生学会』10: 23-25。

印南一路

2010 『社会的入院の研究』東洋経済新報社。

厚生労働省

2015 「人口動態調査」

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001108740> (2016/11/16/ アクセス)

厚生労働省

2016 「平成28年度診療報酬の改定の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>  
(2016/11/16/ アクセス)

全国老人福祉施設協議会/老施協総研

2015 「第8回 全国老人ホーム基礎調査 統計資料」(平成24年度実績)

<http://www.roushikyo.or.jp/contents/research/other/detail/233> (2016/11/19 アクセス)

田近栄治・菊池潤

2011 「死亡前12か月の高齢者の医療と介護——利用の実態と医療から介護への代替の可能性」『社会保障研究』47(3): 304-319。

東京都社会福祉協議会

2013 「退院後、行き場をみつげづらい高齢者 社会資源実態調査結果概要」

<https://www.tcs.w.tvac.or.jp/chosa/documents/20130329summary.pdf>  
(2016/11/16 アクセス)

内閣府

2015 「高齢者白書 平成27年版」

[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/zenbun/s1_1_1.html)  
(2016/11/16/ アクセス)

毎日新聞

2016 「特養待機者急減 要介護者、奪い合い 施設空き出始め」(2016/6/30 新聞記事)

<http://mainichi.jp/articles/20160701/k00/00m/040/092000c> (2016/11/19 アクセス)

Kazue Sakakibara, Mai Kabayama and Mikiko Ito

2015 Experiences of “endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *BMC Research Notes* 8: 827.