

## 介護保険の導入を控え、保健・医療との連携を考える —介護福祉としての立場から—

田中信行\*

### **Present status and problem on the new care insurance system, from the view of careworker**

Nobuyuki Tanaka

#### Outlines of the Report:

In responding to the elderly people saying, “For the rest of my life, I want to live in my own community as I have lived here for many years,” will we be able to provide them with the total support they need until the end of their lives in their respective communities? As home helpers, we believe that it is our mission to help them realize their desires.

We need to develop welfare services that will ensure that those elderly people in need of help can live independently in their own homes. In other words, it is important to provide them with medi-care of the same quality as that in hospitals while providing welfare services of the same quality of those at facilities for the elderly. Only with these conditions, will we be able to continually give total support to them. To achieve this, people involved in medi-care, health services and welfare services at facilities for the elderly and those who help the elderly at home should understand each other and work in cooperation.

It is strongly hoped that the time will come soon when quality services are readily available to potential users, along with the implementation of the public care insurance system.

---

\*東大阪市社会福祉協議会

## キーワード

快適な居場所 comfortable life

主体的に生きていく居場所(生かされるではなくての意) independent living

トータルな生活支援 total support for the elderly at home

病院なみの訪問看護 home delivery of nursing services of the same quality as that in hospital

特別養護老人ホームなみの訪問介護 home delivery of care services of the same quality as that at special care homes for the elderly

## I はじめに

私は東大阪市社会福祉協議会高齢者サービスセンターに在職している。当該施設は、ホームヘルプサービスセンター・B型デイサービスセンター・特A型老人センター（総合相談機能も含む）の3機能を持ち合わせた複合施設である。この施設の長所は、元気な高齢者と虚弱な要支援高齢者、そして介護を必要とする要介護高齢者の3者が同一の場で触れ合える点であろう。高齢者たちがそうした場をもつことは、我々介護福祉を行うスタッフとの関係だけよりも、多くのプラス効果を望めるのである。

介護福祉の職場には、デイサービスやホームヘルプサービスなどの通所施設の職場もあれば、特別養護老人ホーム・ケアハウス・老人保健施設などの施設もあり、活動の場が広く、多種多様にある。したがって、今回は介護福祉の部門でも在宅福祉の一番の根幹をなす「ホームヘルプサービスの立場」から述べてみたいと思う。

当福祉施設の運営において基本的には、「人間が人間らしく」「高齢者の方は社会の真ん中で」「堂々と生活していただく」といった考えがあり、そのための「トータルな生活全体を支援していく」という運営方針のもとにホームヘルプサービスをさせていただいている。このサービス事業を提供していくうえでの私どもの悩みは、「人間が人間として、住み慣れた地域で生活したいと主張され

介護保険の導入を控え、保健・医療との連携を考える

たとき、いつまで、どのような状態までサポートでき、またすべきなのか」ということである。私たちは、「在宅で終末を迎えたい」という利用者の意志に対して、それを支援するのが、在宅介護福祉を担う我々の任務であると思っている。しかし、それを保障するにはまだまだ福祉でいうところのハード面・ソフト面（サービス内容・施設数）ともに不十分だといえる。

利用者の方々のなかには、今のサービスでは十分ではないと考える方もおられる。現在、大阪市のある区では、訴訟が起こされている。利用者が今のサービスでは不十分であると思った場合は「ノー」だと言える、またサービスを提供する側が「必要なときに必要なサービスを」いつでも、どこでも提供でき、利用者が「ノー」と言わなくともすむような体制づくりが、国や地方自治体に求められている。

今回はホームヘルプサービスを提供している立場から、「利用者が主体になる在宅福祉時代に向かっていく課題」の実態をふまえ、少しでも福祉・保健・医療等関係機関の連携がよくなっていくための糸口になることを願いつつ、「困っている問題、悩んでいる問題」、「医療機関・保健機関等への要望」を以下に述べていきたいと思う。

## II 在宅介護福祉現場でかかっている感染症、難病、精神疾患の医療が絡むケースの状況

(1) 感染症ケースの例（いずれも入院による処置の必要はなくなったと宣告されたケース）

疾病名	ケース数
クロイツフェルト-ヤコブ病	1
MRS A	7
ノルウェー疥癬	3
B・C型肝炎	多数
緑膿菌	2

梅 毒	多数
-----	----

※プロとしてのサービス提供を行うのはやむを得ないが、他の利用者や家族へのキャリアにはなりたくない。

(2) 難病患者その他のケースの例（現在把握できているケース例）

アルツハイマー病で糖尿（独居）	てんかん病質（てんかん発作など）
筋萎縮性側索硬化症（胃瘻チューブ、入浴前後の消毒）	
膠原病	ギラン-バレー症候群で腎臓疾患
小脳変性症	點頭てんかん
小脳萎縮	脊髄小脳変性症で高齢（独居）
悪性関節リウマチ	強皮症（独居）
筋無力症の夫と喘息・リウマチの妻	パーキンソン病（独居）
メニエール病（独居）	パーキンソン病で痴呆症（独居）
バージャー病	スモン病
ミトコンドリア脳筋症	

※ホームヘルパーに伝えられた病名で本来の病名と異なるかもしれない。

(3) 精神疾患を抱えた処遇困難なケース例

精神疾患の被害妄想の独居高齢者	知的障害の高齢独居者
精神疾患（いずれも分裂症）の母子	知的障害と重積発作のてんかんの子と高齢者
精神疾患（うつ病）の子と痴呆症の高齢者	妻がアルツハイマー病の高齢夫婦
精神疾患の妻が重度障害者の夫を介護	知的障害者の息子を抱える高齢の父
精神疾患の娘を高齢の母が介護	痴呆高齢者と介護者であるうつ病の長男
アルコール依存症の独居高齢者	高齢要介護者と同居の長男がてんかん
夫がアルコール依存症の高齢夫婦	アルコール依存症の身体障害者

(4) その他の疾患等のケース例

ウィルソン病（伴性劣性遺伝の先天性銅代謝異常）
結核で片肺切除の気管切開者
在宅酸素吸入器使用高齢者（独居）
交通事故による頸椎損傷で全身麻痺の障害者
プール事故による頸椎損傷の障害者
森永ヒ素ミルクによる体幹機能障害者
肺癌および痴呆症の昼間独居高齢者
人工透析者
肺気腫

(5) 障害者世帯その他のケース例

全日介護を必要とする脳性麻痺の障害者
寝たきりの昼間独居高齢者
下半身肢体麻痺と視力障害の重複障害者
視力ゼロの障害者（昼間独居）
知的障害者（独居）

これら(1)～(5)のケースは、病院や特別養護老人ホーム・老人保健施設と違い、在宅という設備の整っていない個室・密室の中での、1対1のサービス、しかも、突然出てくるニーズにそのつどコーディネーターの判断・指示を受ける間もないなかでの判断をしなければならない。医師の指示を受けようとするたびに、ヘルパーであることを明らかにしていても、あなたは何者なんですか、と言われる。利用者は高齢のために服薬などで混乱を起こす場合がたびたびあるので、不安解消のためにも情報提供していただければ、医療機関等の負担軽減になるかと思われる。

### III 医療関係ケースでの困ったこと、悩んだこと

#### 1. 訪問看護ステーションと病院・開業医等医療機関との関係

①歩行困難な腰痛をもつ人のケース：骨折がないとして、退院させられたケース

独居老人、腰痛にて歩行困難となる。救急車にてA病院に行くが、X線検査の結果、著変なしとの診断で入院にはならなかった。病院より帰宅後も腰痛が持続し、トイレへは這っていくのがやっとという状態であった。食料確保のため週3回訪問していたが、在宅にて生活を行うことに無理がみられ、緊急対応にてショートステイを利用することになった。現在は検査目的とりハビリのため、B病院に入院中である。

病院は病気を「診る＝診断・治す＝治療」するところではあるが、退院に際しては、その人がおかれている生活背景、現状なども考慮してほしい。骨折はないからと自宅に戻されても、起き上がれなければ、在宅での生活は困難である。たとえば投薬管理指導などにおいて、入院中よりも、外来診察時での医師・看護婦とのかかわりをもっと密にしていくことが、在宅生活を支えていくうえで必要ではなかろうか。病気を治すだけでは生活できない現実をどうするのかは、医師も考えなければならない領域ではなかろうか。自己管理ができるか否かの判断をふまえ、退院させるべきか否かを、症状や病状でのみ判断するのではなく、その世帯や生活の全体をみていく必要がある（サービスの領域と役割分担）。

②往診が必要であったが対応してもらえず、最終的に死亡したケース

独居の糖尿病の高齢者のケースで、足・指の小さな傷が悪化し、全身の状態が悪くなった。受診を何十回と勧めたが、利用者はどうしても受診しつづけない。往診を近隣の複数の開業医にお願いしたが、ふだんから受診していないことから往診はすべて断られた。そしていずれの開業医も「そんなに悪いなら救

急車を呼びなさい」との回答であった。しかし利用者の同意がなければ入院させることはできない。保健所・民生委員・福祉事務所のいずれも要介護者を説得することができなかった。

最後には、もう命が危ないと、福祉事務所のケースワーカーと消防署の方が説得して入院。しかし、入院後、1週間で死亡した。もし往診していただければ、利用者の本望である「畳の上で人生を全うしたい」という希望を受け入れることができ、強制入院の必要がなかったのではと思われる。

③退院時の情報提供が不十分だったため、ヘルパーが利用者の感染症に気づいたときにはすでにヘルパーも感染していたケース

疥癬等感染症の疑いがあるのに、医療機関からの情報提供がなく、利用者との関係で、「ヘルパー自身の感染予防」ができず、ヘルパーが発見したときには、すでにヘルパーもヘルパーの家族も感染していた。

在宅サービスのなかでもデイサービス・ショートステイ事業は、感染症により、サービス中断が許されるが、ホームヘルプサービスは居宅での生活そのものをサポートしていくのだから、中断は許されない。したがって医療関係者との連携が非常に大切であるが、医療関係者はそれほどには感じておられないようである。プライバシー保護の名のもとに情報提供されていない。当然サービス利用者に了解を得て、正しい情報を提供すべきである。ヘルパーはプロとして、感染することが万が一あってもやむを得ないかもしれないが、ヘルパーがキャリアとなつての他の利用者や家族への感染はあってはならないはずである。

④医師の指示で家族が行う医療行為を、家族の指示のもとでヘルパーがせざるを得なかったケース

日常生活で家族が医師の指示のもとで行っている医療行為をヘルパーが行わざるを得ないことがしばしばある。法的にはやはり医療法に触れる行為かもしれないが、生死にかかわるなどの特例として対応できないものか。実際には対応せざるを得ない状況が現場ではしばしば起きている。

褥瘡の手当	座薬の挿入，摘便
尿瘻バック取り替え	経管栄養
中心静脈栄養	在宅酸素療法にかかわる機材の処理

⑤専門外だと医師は手を出さず，看護婦も医師の指示なく治療を行えないので，ホームヘルパーが緊急避難的に家庭医療を行ったケース

在宅酸素療法にかかわるケースで，ホームヘルパーが機材の処理について，訪問看護のスタッフがサービス提供に来られた際に，同行の医師にホームヘルパーから依頼したのであるが，その医師は専門外のことと手を出さなかった。看護婦も医師の指示がなくては行えないため，最終的にヘルパー（偶然，看護婦の資格を所有）が緊急避難的処置を行った。保助看法等の業務独占について，全面的に改正すべきとはいわないが，今後在宅で終末を迎えるケースや，難病ケースの在宅介護が急増することが十分予測されることから，家族に指示して行わせている家庭医療（正確にはどういえばよいかわからないが）は，介護福祉士でも業務内容としていくべきだと考える。そのための法改正は必要だと考える。

#### Ⅳ 他のサービス機関とトラブルのあった事例

①車椅子で外出＝散歩できるようにとの試みが，医療か介護かで問題になったケース

ヘルパーが寝たきりの利用者を散歩に出せたらと思い，家族の了解を得て社会福祉協議会（以下，社協とする）のPTに同行してもらい移動介助を行おうとしてトラブルが起こった。

ヘルパーは，PTからの「座位の時間を少しずつ長く，また車椅子へ座る期間を2週間に一度へと徐々に短くしていく」とのアドバイスのもと，外出へ向けての準備をしていた。

保健所訪問看護婦に聞くと，暖かくなったので，問題ないとの助言があり，



介護保険の導入を控え、保健・医療との連携を考える

実行に移そうとしたところ、訪問看護ステーションの管理者からの「医師の指示もないのに、どうして散歩など勧めるのか」「病院のリハビリ指導を受けているのに、なぜ社協のPTが随行するのか」「ヘルパーの判断でしたのか」「ヘルパーにコーディネートの権限はあるのか」と、強い語調の指摘に、ヘルパーはショックを受けた。

散歩だけであってもリハビリになってしまうのだろうか。天気のよい日に外出することは、ぜひ提供すべきサービスであると考えます。

医師の指示はどこまで必要なのだろうか。車椅子へ乗せて散歩に行くことについて、PTにみてもらうことすら、医師の指示は必要なのだろうか。必要ならば、もっと在宅への訪問等往診を含め積極的に利用者宅への訪問看護に取り組んでいただきたい。

## ②ヘルパーの援助目標と保健婦の援助目標の違いが問題となったケース

84歳伝い歩きの夫と、81歳虚弱の妻の高齢者夫婦世帯で2人とも依頼心が強い。

81歳の妻がかぜで39度の熱をだす。食が進まず、点滴を受けていた。それまでヘルパーは2回/週サービス提供していたものを緊急対応で3回/週にサービス回数を増やした。

しかし、保健婦からそうした方針について、また、そのサービスに対して「この高齢者は、在宅生活は困難であることを認めさせねばならない。理解させる必要がある」「甘やかすから、娘や息子(娘は嫁ぎ先に姑あり。息子は東京で独身、社長)のところへ行かないし、施設入所もしない」と、ヘルパーは怒られた。利用者の意志よりも、行政の安心する場所、つまり、保健婦の「施設入所が利用者の安全なところであり終点」という考え方と、ヘルパーの「81歳の妻と84歳の夫が必死で在宅で生活しようとしている。こうした人こそが要支援、要介護の必要があるはず」という考えがぶつかった。

我々ホームヘルパーは、人間が人間らしく、自分の意思で、住み慣れた土地で生きたいと言えばそれを指示し、介護することが私たちの仕事と考えている。

## V 医療・保健関係者に連携をお願いしたいこと

### 1. 医師へのお願い＝病院・開業医院

①高齢者がどこか具合が悪くて診てもらうとき、お医者さんのなかには「歳だからなあ」という人がある。その言葉に高齢者は傷つく。「歳だから」と片づけてしまうのではなく、若い人と同じように（たくさんの患者がおられるのはわかるが）診察してほしい。高齢者は、医師に聞いてもらいたいことを言ったり、医師から聞いておきたいことを聞くこともできない。「私が言うことだけ答えてください」と言って、あつという間の3分間がたつ。薬がなくなったら、来なさいと言う。薬を何のために飲んでいるのかわからないため、飲み忘れた薬はそつと捨ててしまっている。なかには、便秘と下痢が混乱してしまっている人もいる。高齢の患者に不満や不安が残ったまま診療を終わられると、介護福祉の立場にあるヘルパーはその影響をそのままに受けてしまう。インフォームドコンセントとまではいわないが、平等な診療をお願いしたい。

②総合病院での受診で、それぞれの診療される科と科の間の連携がスムーズではなく、時間的にも回数的にも多くなってしまう。同一総合病院内のことなので、少しでも調整していただき、通院回数を減らしてほしい。また、患者つまり利用者は同じ診察室にじっと待っていて、医師等関係スタッフが入れ代わって診察していくなどの方法を考えるとどうだろうか。

同じ在宅での大きな意味での支援や援助であり、それにかかわるサービスを提供する職種として、ケース調整会議＝ケアマネジメントを行うところが必要である。

月曜泌尿器科、水曜内科、金曜眼科という現状のなかでは、通院サービスに終始してしまい、ほかのサービス提供が困難である。

③在宅医療の連携システムをつくってほしい

体の不自由な患者さんが無理して通院しなくてすむよう、往診や薬が近くの

介護保険の導入を控え、保健・医療との連携を考える

医院で受け取ることができるようになるなどのシステムの変革をしてほしい。

(=ホームドクター制度(ホームヘルパーのように)の確立ができればと考える。)

## 2. 看護婦へのお願い=訪問看護ステーション

①利用者本位の在宅訪問看護サービスであってほしい。(訪問看護は、まったくの病院治療の延長上にあるのみではないことを理解してほしい。)

在宅は病院と違い、その中心にいるのはあくまでもサービス利用者およびその家族のはずである。それならば、利用者もしくはその家族が望むことがあれば、それに対するリスクのことばかり考えてやめてしまうのではなく、その希望を叶えるためにどうすればいいのかを考えた在宅訪問看護サービスをすすめていくべきだと考える。

②家族を否定しないでほしい。

家族は介護に関しては素人であり、そういう意味で在宅でのケアに不手際があってもそれは仕方のないことである。だからそれを家族の側にやる気がないといって否定する前に、どうすればよい介護(家族への負担も少なく世話をされる側も不快感のない介護)ができるかを、指導だけではなく、家族と一緒になってみつけてあげてほしい。

了解が悪い場合は、ホームヘルパーにも遠慮なく情報を提供し、協力を求めてくれれば喜んでサポートしたい。

③在宅福祉と在宅医療の間に壁を作らないでほしい。

厳密にいうと、在宅福祉(ホームヘルプサービス)と在宅医療(訪問看護サービス)の間には、大きな違い(特にバイタルのチェックや褥瘡の処置といった医療行為はホームヘルプサービスではできない)があるとは思いますが、実際に在宅サービスを受けている側にとっては、そんな福祉と医療の縄張り争いは関係ないものなので、今、目の前にいる人に、今してほしいことを頼むはずである。それならば「私は看護婦だから」とか「私はヘルパーだから」とかいう前に、できることはできる範囲で、その場でしてあげるべきだと思う。そのため

にも情報交換などを行う必要がある。

④知り得た情報をヘルパーサイドへも提供（交換）してほしい。

連絡ノートを置いても記入があまりない。

よりよい在宅サービスを実施していくために、利用者に関して、医療・福祉双方で知り得た情報は、お互い積極的に提供してほしい。たとえば、実際に在宅サービスにかかわっている職員が入って積極的に意見が交換できるようなオープンな会議を設けてほしい。

⑤ヘルパー自身のことをもっと理解してほしい

ヘルパーは、家事援助を行うだけでなく、生活全般を含めて利用者の自立支援において大きな役割を担っていることを認識してほしい。つまり、起きる、座る、立つ、歩くといった動作の介助もその仕事の範疇に含まれていることを理解してほしい。ヘルパーがそういった介助を利用者にしたいと希望するときは、それを否定せず、より安全に介助ができるように適切なアドバイスをしてほしい。

⑥介護、看護の線引きはあるが、在宅を支える運命共同体として福祉前線で働く関係を図ってほしい。

⑦医療と福祉の協同サービスのなか、連携を現場の立場からも見てほしい。対象者の1日（24時間）、1週間、…の在宅生活でホームヘルパーのできること、訪問看護婦がすること、それぞれをお互い認め合い、協同で対象者を見守ってほしい。

⑧自分がかかわったケースでの訪問看護婦は、よく相談にのってくださり、訪問が重なったときにも一緒に清拭をしたりおむつ交換をしてくださるなど、気持ちよく仕事をさせてもらえた。看護と介護の役割分担の問題もあるだろうが、抽象論では決して結論はでないので、個々のケースについて、よく話し合っていくことが肝心だと思う。そのためにも、お互いが開かれた心でコミュニケーションすることが大切だと思う。

⑨常時対象者の変化などについて、医療面での判断はヘルパーでは困難な場合が多いので、訪問看護ステーションとの連絡・連携は欠かせないと思う。医

介護保険の導入を控え、保健・医療との連携を考える  
師・保健婦・看護婦・ヘルパーが利用者の状態や情報を共通に把握して、より  
よいその世帯のケアプランが立てられるように、まずは情報の共有として、ノ  
ートかファイルのようなものを用意できたらと思う。

## VI 最後 に

公的介護保険の導入によって「おまかせ福祉」の時代から、「利用者が主体と  
なる介護」の時代へと進んでいくことだろう。

これからはサービスを提供する側が、市民や利用者と手を携えて“必要なと  
きに必要なことを必要なだけ”行うといった、自立支援をする必要がある。

それは利用者が自分たちの「居場所」を手に入れるために必要なことである。  
ここでいう「居場所」とは、利用者が“生きていくための場”であり、“生かさ  
れていく場”ではないということ。つまり利用者が自分で意思決定を少しでも  
できるよう保障し、要介護の方へは介護を、要支援の方へは支援をしていく介  
護福祉を築いていくべきだということである。

しかし、それを実現することは容易なことではない。それを確たるものとする  
ためには、現場や在宅で直接サービス提供にかかわっている者同士が、「お互  
いがそばにいたくとも、相手が何を考え何をしているか想像できる」そういつ  
た連携が必要になってくる。

さらに欲をいうなら、利用者の自宅で病院なみの医療サービスを受けること  
ができ、福祉施設で供与される福祉サービスが受けることができる時代になっ  
たときにはじめて、利用者が主体となる在宅福祉の時代になったといえるだろ  
う。要介護者が一度相談するだけであらゆるサービス提供のできる時代が1日  
でも早く到来し、公的介護保険料を納めることによって、それらが実行できる  
内容となっていくことを願うものである。だが、超高齢社会を控えての「必要  
なときに必要なサービス」を提供できるのは、制度化されたサービスにおける  
フォーマルな在宅ケアのみでは対応できない 公的介護保険の適用外のところ  
でのニーズがあまりにも多い。ボランティアをはじめ地域住民の参加と協力・

支援が不可欠である。

最後に本論からは外れるが、利用者の気持ち・ニーズを一番よく知っているホームヘルパーこそ要介護者の代弁者となり、ケアマネジメントの中心的役割を担うべきだ、ということ述べたうえで終わることにする。

#### 謝 辞

本稿は1997年6月21日に開催された第12回日本保健医療行動科学学会においてのシンポジウムにおけるレポートを加筆修正したものである。本レポートの作成にあたり、ご指導くださいました摂南大学・守本とも子教授に深謝いたします。また、調査にご協力くださいました看護婦と介護者および東大阪市社会福祉協議会のプロパー・登録ヘルパーの皆様に心からお礼申し上げます。

---