

医療相談室からみた「社会的入院」の実態と福祉の課題

The Status Quo of "Social Admission" and the Matter of Social Welfare from the Viewpoint of Medical Social Workers

加藤綾子* 萩原清子**
Ayako Katou Kiyoko Hagiwara

はじめに

今日、医療費高騰との関係で「社会的入院」の問題が大きな社会問題となっている。たとえば、制度化が急がれている公的介護保険導入の問題も「社会的入院」を医療費の側面から解決しようとする動きとあってよい。しかし、本稿では、医療費軽減の視点からではなく、日々退院調整の面接を行なっている医療ソーシャルワーカーの業務を通じて、「うまく退院調整できない人たち」の問題とその対応状況を整理し、今後の退院調整のあり方と福祉課題を明らかにすることが目的である。

本稿で分析する実態は、人口12万人の地方都市にあるベット数98、診療科数7科の一般病院に勤務する医療ソーシャルワーカーの退院調整の面接を通じて得られたデータをもとに、約半年間の入院退院患者についてのものである。その意味では事例的な意味合いが強いが、しかし、「うまく退院調整できない人たち」に見られるある共通した特徴を看過することが出来ない。それは、いずれの患者も判で押したように似通った病状にあることである。したがって、これらの患者を前にした時、「社会的入院」も止むなしとしたり、あるいはまた、「社会的入院」と呼ぶこと自体まちがっているのではないかと考えたりしてしまう。このような、日常業務のなかで直面している疑問を現場の視点から検証し、改めて「社会的入院」と呼称されている問題を振り返りたい。

I 「社会的入院」とは何か？

まず、「社会的入院」がどう定義されているのか見てみよう。

- 医学大辞典(南山堂 1985年)…記載なし
- 看護大辞典(メヂカルフレンド社1988年)…記載なし
- 『看護技術』(メヂカルフレンド社 1995年) 毎年臨時増刊号として「現代医療を考える用語集」を出版しているが、1988年以降のものを見る限り記載なし。ただし、1995年発行のものには「療養型病床群」や「公的介護保険」の用語は解説されている。
- 『知恵蔵』(朝日新聞社 1996年)。『イミダス』(集英社 1996年)。『現代用語の基礎知識』(自由国民社 1996年)といった現代を解説する用語集の中にも「社会的入院」は出ておらず、ただ『朝日キーワード96~97』(朝日新聞社 1996年)の公的介護保険制度を解説する中に「医療の必要のない『社会的入院』」というごく短い文章があるだけである。

「社会的入院」という用語は医学、看護といった医療の用語ではなく、また一般用語でもない。しかし福祉関係の事典類をみると続々と記載されている。

- 『社会保障、社会福祉事典』(労働旬報社 1989年)

「(略) 老人病院とかの中に厚生省は入院の必要がない『社会的入院』の老人患者が入

* 柳澤病院医療ソーシャルワーカー ** 長野大学

院していると問題にしている(略)」

- ・『介護福祉用語辞典』(中央法規出版 1989年)
社会的入院…「病状安定期にあって医学的には入院治療の必要がなく本来家庭での療養が望ましいにもかかわらず介護者がいない等の家庭の事情によって病院に入院している又は入院すること」

- ・『老年学事典』(ミネルヴァ書房 1989年)
住宅問題…「(略)病院に入院している何割かは急性期の治療は終わり退院してもいい人々である。住宅や家族の介護条件が整わないため、または従前の住居の入居契約が解除されてしまったためいざ行くとおころのない人々である。(社会的条件による入院)」

- ・『老人ホームことば事典』(中央法規出版 平成2年)

社会的入院…「入院とは本来 医学的治療の必要がある者を対象とするものですが、治療が必要でなくなっても家庭的な事情により病院に居座ることを社会的入院と呼びます。」

- ・『医療福祉相談ガイド』(中央法規出版 昭和63年)

社会的入院…「入院治療の必要がなくなっても、なお入院を続けている人がいます。入院を続けている理由はいろいろありますが、帰る家がない人、家はあっても看病してくれる者がいないため1人で生活できない人たちです。中には施設入所の順番を待っている人もいます。このように退院したくても帰り先がなく、やむなく入院を続けている状態を『社会的入院』と呼んでいます。」

以上、「社会的入院」に関する定義をみてきたが、要するに、「入院治療の必要がない」にも関わら

ず「退院したくても帰り先がなく、やむなく入院を続けている状態」を指している。つまり、

- ① 「帰る家がない」
- ② 「家はあっても看病してくれる者がいない」
- ③ 「施設入所の順番をまっている」

ために「社会的入院」の状態が発生するという説明である。しかし、本当にそうなのだろうか。そこで以下、ここに定義されていることが「社会的入院」の発生メカニズムとなっているのかを検証してみたい。

II 社会的入院発生のメカニズム

1 一般的な「社会的入院」の定義の妥当性

(1) 対象患者の概要

妥当性の検証にあたっては平成7年4月1日～平成7年9月30日の半年間にY病院(内科、小児科、胃腸科、外科、整形外科、放射線科、眼科を標榜する一般病院98床を有し特Ⅱ類基準看護の形態をとっている)に入院した患者353人を対象とした。

対象者353人の平均年齢は72.5歳。70歳以上が71.4%を占める(図1)。平均入院日数は47.1日。しかし、30日以内の入院が62.9%と3人に2人が30日を経過しないうちに退院している。それにも関わらず平均入院日数が47.1日というのは、ごく一部の入院患者が全体の平均入院日数を引き上げるほど長く入院していたということがわかる(図2)。

次に対象者の傷病名をみると脳出血・脳血栓・クモ膜下出血等の脳血管障害が58人(16.4%)、胃潰瘍等の消化器の疾病54人(15.3%)、肺炎・喘息等の呼吸器の疾病45人(12.8%)、高齢者が尻もちをついただけで起こる胸・腰椎の圧迫骨折等の運動器損傷43人(12.2%)、糖尿病等の代謝異常33人(9.3%)、心筋梗塞等の循環器の疾病20人(5.7%)、悪性腫瘍14人(3.9%)となっている(図3)。

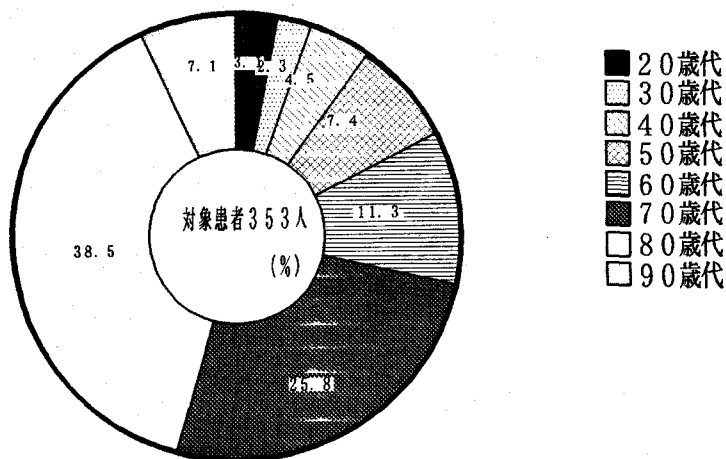
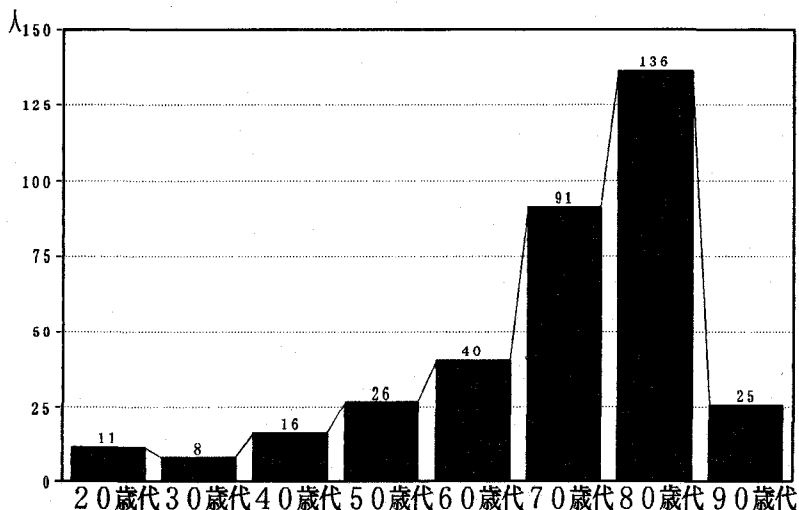
(2) 「社会的入院」の検証

検証1—「社会的入院」をしている人は本当に「帰る家のない人」だろうか

対象者353人のうち実際に帰る家が無かった人は1人。これは住所不定中に糖尿病が悪化したた

図1 年代別入院人数

(H. 7. 4. 1. ~H. 7. 9. 30. Y病院)



め現地保護された生活保護の被保護者。しかし対象期間内に退院しているため「帰る家」がなくとも長期入院はしておらず定義にはあてはまらない。

「帰る家のない人」はほとんどおらず、例えば生活保護の被保護者が入院すると6カ月で住宅扶助費が打ち切れ「帰る家」を無くすことになるが、これまでにそういった例はない。

検証2—社会的入院をしている人は本当に「家はあっても看病してくれる者がいない」のだろうか

「一人暮らし」=介護力を持たない66人の平均入

院日数は67.6日と長くやはり「看病してくれる者がいない」と長期入院になることが伺える。

しかし、「配偶者及び子供の家族・子供の家族との同居」=介護力を期待できる134人の平均入院日数は40.6日なのに対し、「子供と二人暮らし」=あまり介護力を期待できない20人の平均入院日数も43.3日とほぼ変わらない。そして同じ二人暮らしでも「夫婦のみの二人暮らし」=あまり介護力を期待できない65人の平均入院日数は28.5日と短く、同じ二人暮らしでも大きな差がある。こうしたことから考えると「家はあっても看病してくれる者がいない」という定義は当てはまらな

図2 入院期間別(年代別)患者数

(H. 7. 4. 1. ~H. 7. 9. 30. Y病院)

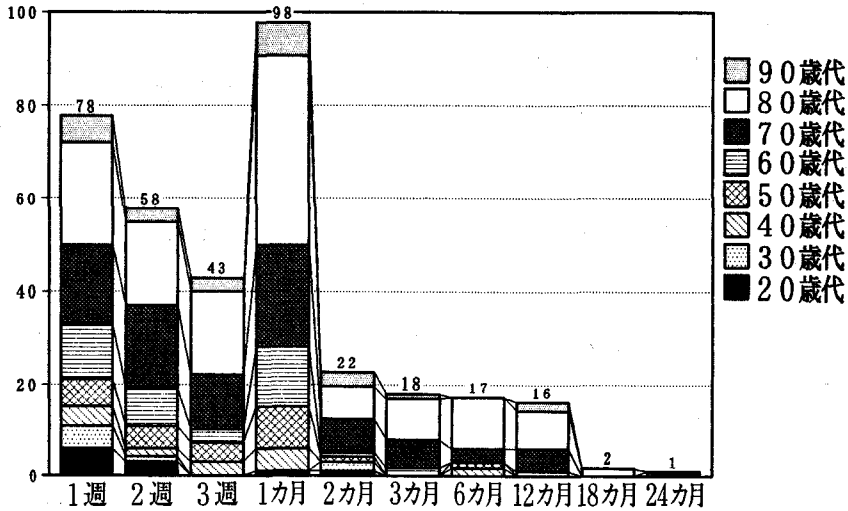
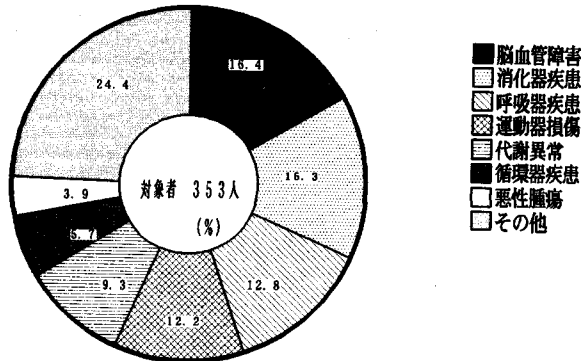


図3 対象患者の傷病構成

(H. 7. 4. 1. ~H. 7. 9. 30. Y病院)



いよう(図4)。さらに、「一人暮らし」(66人)について詳しくみるとADLの自立している人は49人(74.2%)、すなわち3人に2人はADLが自立しており看病的必要はない(図5)。

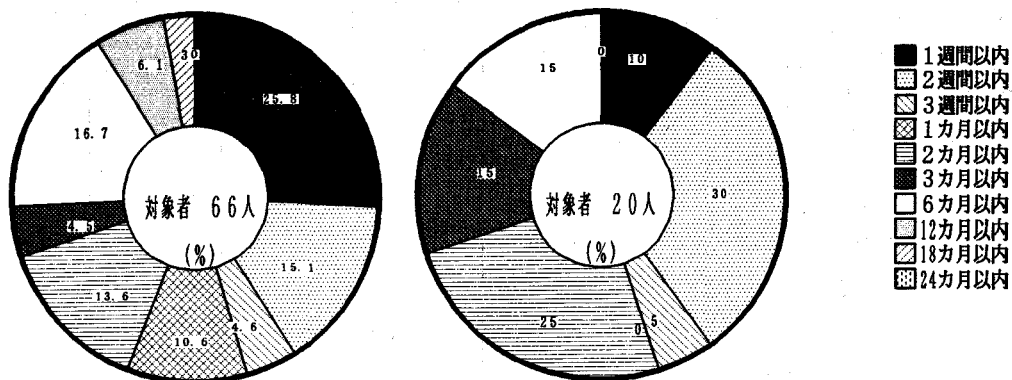
それでは何故入院が長くなるのか、退院し外来通院するよう指導されると「一人だから完全に治ってからでない」と不安。食事の用意も自分でしなくてはならないから。」という答が返ってくる。つまり「看病してくれる人がいない」からではなく、家事が面倒であるからという理由により、入院が長くなるのではないと思われる。

そして、一人暮らし66人のうち「看病してくれる人」が必要な、ADL一部介助の11人とADL全介助の6人の計17人(16.9%)のうち対象期間

の最後の日(平成7年9月30日)に入院を継続していた患者は9人である。そのうち3人は治療中であり、今回の入院をきっかけに子供家族と同居する予定となっている。つまり「治療中」「看病してくれる人」がいることから「社会的入院」ではないといえる。残りの6人については、3人が「看病してくれる人がいない」ため家へ帰ることができず、特別養護老人ホームへの入所申請を済ませ待機中であり、他の3人は「治療中」であるが家へ帰ることは期待できず、いずれは特別養護老人ホームへ入所申請することになると予測される。つまり、「家があっても看病してくれる人がいない」人とは、次に検証する「施設入所の順番を待っている」と同じ人を指すことになる。しか

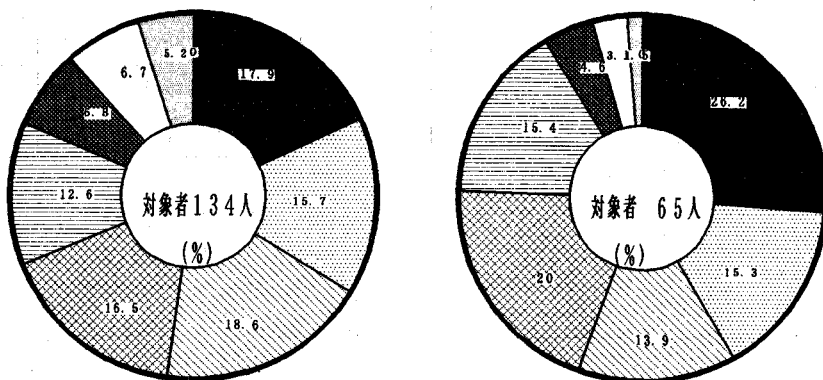
図4 家族構成別入院日数

(H. 7. 4. 1. ~ H. 7. 9. 30. Y病院)



一人暮らし患者

子供と二人暮らし

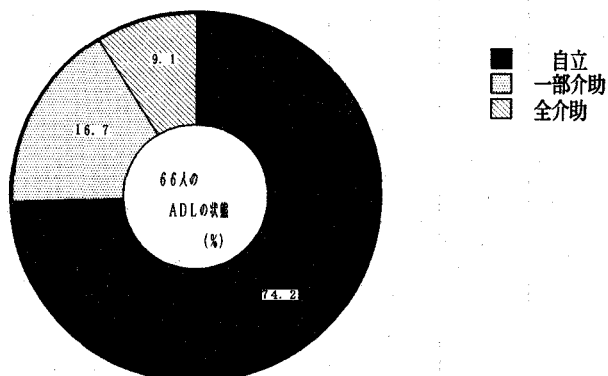


配偶者・子供家族との同居
または子供家族との同居

配偶者との二人暮らし

図5 一人暮らし患者66人の日常生活動作の状態

(H. 7. 4. 1. ~ H. 7. 9. 30. Y病院)



し、とりあえずここで対象となった、「家があっても看病してくれる者がいない」人は、特別養護老人ホーム入所待機中の3人と特別養護老人ホーム入所申請予定の3人の計6人（全対象者353人の1.7%、一人暮らし66人の9.0%）であり、この患者たちは確かに「社会的入院」をしていることになる。

検証一 3 社会的入院をしている人は本当に「施設入所の順番を待っている」のだろうか

すでに「家はあっても看病してくれる者がいない」人のうち6人が特別養護老人ホームの順番を待っている事がわかったが、その他には3人が特別養護老人ホーム入所申請をしており（その内の2人は独身の子供との2人暮らし、1人は配偶者と独身の子供の3人家族）、計9人（対象者353人中の2.5%）が「施設入所の順番を待っている」ために「社会的入院」となっている。この2.5%という数字が「社会的入院」を定義付けるのに説得力ある数字であるかどうかは判断し難いが、一人暮らしの老人は確実に増えてきている（表1）。しかし、「U市の場合特別養護老人ホーム入所希望者は常時70人～80人が待機している。平成6年

表1 一人暮らし老人及び寝たきり老人数の推移 (H. 6. 10. 1. 現在 U市)

区別 年別	ひとり暮らし老人		寝たきり老人	
	実数	65歳以上人口の対比	実数	65歳以上人口の対比
昭和58年	494人	3.66%	297人	2.20%
59	485	3.50	287	2.07
60	675	4.68	272	1.88
61	678	4.55	275	1.84
62	842	5.44	304	1.96
63	822	5.15	342	2.14
平成元年	834	5.02	370	2.23
2	782	4.52	321	1.85
3	877	4.84	306	1.69
4	1,026	5.42	401	2.12
5	1,069	5.44	412	2.10
6	1,104	5.42	429	2.10

表2 特別養護老人ホーム入所者状況

(H. 7. 3. 31. 現在 U市)

施設名	入所者数(人)		
	平成5年	平成6年	平成7年
Aホーム	50	50	51
B 荘	28	29	29
C 園	19	19	18
D 苑	16	19	18
E の家	13	13	13
F 園	4	4	4
Gハイ	1	1	1
H の里	3	3	2
I 園	13	14	14
Jホーム		5	5
K の里			45
計	147	157	200

に特別養護老人ホーム（50床・U市に新設）、平成7年に特別養護老人ホーム（25床・U市のベット枠で隣接村に開設）が開設されたが待機者数は一向に減っていない（表2）。また、その後は開設される予定はない（以上、U市福祉事務所談）ということ考えると、2.5%の数字は確実に増え続けることになり、やはり「施設入所の順番を待つ」ことは「社会的入院」の定義として適当であると言える。

以上、「社会的入院」といわれている①②③について検証してみたが、確かに「社会的入院」ではある。しかしその質・量ともに説得力に欠けるように思える。もっと毎日の退院調整で感じている「これだ」とうなずける「社会的入院」とは何か。あと残る手がかりは「入院治療が必要ない」ことと「やむなく入院を続けている」ことである。これらについて再び検証してみる。

検証四 社会的入院をしている人は本当に「入院治療の必要がない」のだろうか

どこまでが病気でどこからが病気でないのか。どこまでを治療とするのか、という線引きするのは医者以外の者の能力の及ばないところであり、また人によっても考え方が違う。

経管栄養を例にあげると、特別養護老人ホームでは経管栄養は治療行為であるので入所は認められないとしているのに対し、病院では給食として扱っており退院して差し支えないと考えている。このように全く同一のことが180度解釈が違ってくる例もあり、この「入院治療の必要がない」という条件については検証不能というほかない。

検証5—社会的入院をしている人は本当に「やむなく入院を続けている」のだろうか
「やむなく」については調査できておらず「入院を続けている」についてのみ検証した。

「入院を続けている」、すなわち長く入院している人はどんな人か。

まず年齢別にみると、確かに30歳代では3カ月以上入院している人はいない。そして40歳代・50歳代で6カ月以上入院している人はいない。では年齢が増すほど入院日数が増すかという70歳代・80歳代・90歳代とではこれといった差異はない。しかし70歳を過ぎた老人は若い層よりたしかに長く入院している(図2)。

次に傷病別にその入院日数をみると、傷病によって明らかに入院日数の長短があることがわかる(表3・図6)。そして入院日数の長い上位二つ、つまり脳血管障害と運動器損傷はともに運動機能に障害が残ることがある。すなわち、介助者が必要になってくる傷病であることがわかる。また主

表3 傷病別平均入院日数 (H.7.4.1.~H.7.9.30. Y病院)

病気の種類名	患者数(人)	平均入院日数(日)
脳血管障害	58	107.0
運動器損傷	43	62.1
代謝異常	33	52.2
悪性腫瘍	14	38.6
消化器疾患	54	29.1
呼吸器疾患	45	26.6
循環器疾患	20	24.6
MRSA(+)	18	248.9
経管栄養	22	159.0

病ではないがMRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)陽性の患者と経管栄養施行の患者の入院日数をみると、なんとMRSA(+)患者の平均入院日数は248.9日。しかもこのMRSA(+)の患者18人中8人は平成7年9月30日時点でまだ入院中であり、この248.9日の記録は日々更新している。経管栄養施行の患者22人の平均入院日数は159.0日。これも22人中12人が平成7年9月30日に入院しており日々更新している。

以上、傷病別にみると運動機能に障害を残す傷

図6 傷病別入院日数の比較 (H.7.4.1.~H.7.9.30. Y病院)

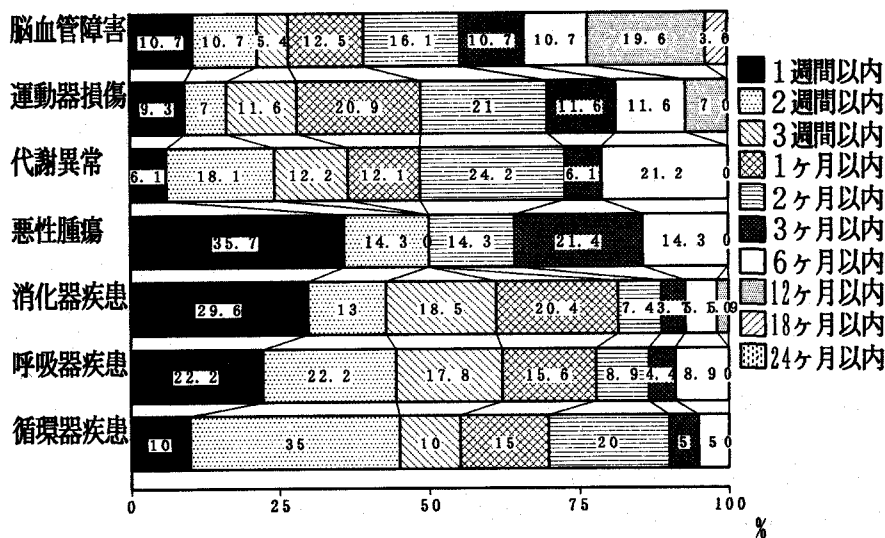


表4 入院経路別平均入院日数

(H. 7. 4. 1. ~ H. 7. 9. 30. Y病院)

どこから来たか	患者数(全対象者に占める割合)	平均入院日数(日)
特別養護老人ホーム	18人(5.1%)	126.4
他 病 院	22人(6.2%)	110.5
自 宅	311人(88.1%)	33.0
(うち福祉事務所の紹介)	5人(1.4%)	91.4
(うち保健婦の紹介)	10人(2.8%)	76.6

病、つまり介助が必要になる傷病、そして主病ではないがMRSA(+)経管栄養施行の患者の入院が長くなっていることがわかる。

次に介助が必要になる傷病に絡んで、患者の家族構成別による入院の長さについてみると、これは、Ⅱ-1ですでに家族構成別にその平均入院日数をみたが、「一人暮らし」の患者が長く入院する傾向にあることがわかる。しかしその他の家族構成については、例えば「夫婦のみの世帯」は恐らく年金生活、一方が病気になったらもう一方は介護することが日課となる。病院へも毎日通ってそれが生活となる。ところが同じ二人家族でも、患者とその子供となると子供は働いているから患者の介護は付き切りというわけにはいかない。したがって夫婦のみの世帯より家へ帰ることをためらうだろう。しかし、患者とその子供との二人暮らしより介護できる条件が整っている三世代同居世帯が、患者とその子供との二人暮らしとほぼ同じ入院日数というのは(これはもちろんその疾患も大いに関連してくるであろうが)どういう事だろうか。二世代であればお互いに関心がむく。三世代となると親・子・孫の中の子一孫の結びつきが強く、親への関心が薄くなるのか。「子供を大学にやらなくてはならない」と「もうちょっと入院させてください」は枕詞の関係にもなっている。これらは日常の業務の範囲内の想像が働くのみで、数字からは読み取れない。

従って一人暮らしの入院は長い、その他の家族構成と入院日数との関係は不明である。

次に入院の経路別にみてみよう(表4)。他病院から転院してきた22人の平均入院日数は110.5日。しかも22人中の11人は平成7年9月30日時点で入院継続中。特別養護老人ホームより移ってきた18

人は、平均126.4日入院しているが、こちらは病院からの転院者とは逆に18人中7人はすでに死亡しており、入院中の者は3人のみである。この126.4日(約4カ月)というのはもう措置解除(入院3カ月をめぐりに措置解除される)されているため戻る場所がない。再度老人ホームへ入所するとしてそれまで入院日数は果てしなく更新される。そして自宅より入院してきた人の平均入院日数は33.0日であるがその中でも特徴あるのは、U市福祉事務所よりの依頼で入院した5人の平均入院日数91.4日。U市健康推進課の保健婦より紹介された10人の平均入院日数76.6日と長いことである。この中で純粋に治療の必要で入院した人は0人。介護人が病気になった(ショートステイが利用出来なかった)、一人暮らしでは危険(ヘルパー派遣で対応しきれなくなった)、住所不定者が具合悪いと生活保護の申請に来た(外来通院で充分だが家が無いから入院で)というように、福祉で対応できなかったための入院であり問題としてあげられる。

以上、長く入院している人はどんな人かまとめてみると、まず運動機能に障害を残し介護を必要とする状態の人、特に脳血管障害の人。さらに他の病院より転院してきた人と特別養護老人ホームより入院してきた人。そして福祉で対応できなかった人、といった人々の入院が長いことがわかる。

つまり、傷病の種類と入院経路が入院日数に大きく関り「社会的入院」という状況が発生している。

2 一般的定義の妥当性を認めた上でさらに「社会的入院」を追求

上記1で傷病の種類と入院経路が「社会的入院」

に大きく関わっているものと推測したが、どのように関わっているのか検証してみる。ここで353人の患者の平均入院日数47.1日より長く入院している人を対象に、その中で傷病別にピックアップしたそれぞれの患者が、どこから来て（入院経路）、どこへ行ったのかをみた。

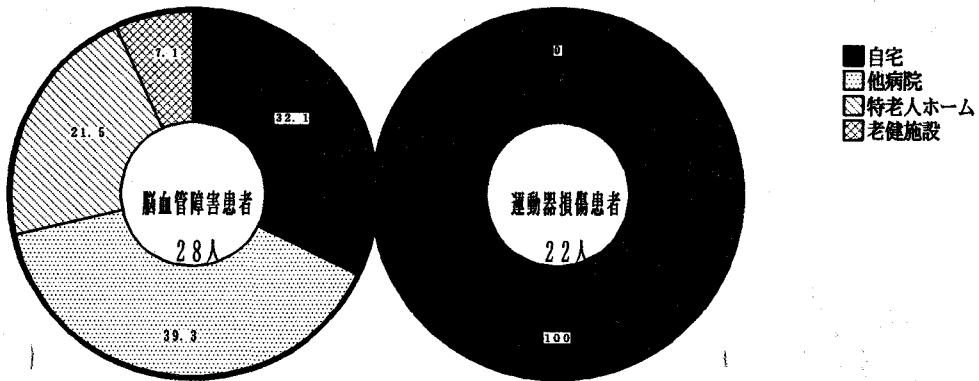
(1) 平均入院日数より長く入院している脳血管障害の患者(28人)

平均年齢79.1歳。平均入院日数200.1日

28人は他病院、特別養護老人ホーム、自宅から、ほぼ同じ割合で入院しその半数14人は退院せず入院中。そして入院中の14人のうち6人が他病院からの転院者（他病院で退院するよう指導されたが、自宅へは連れて帰れない状況であったため

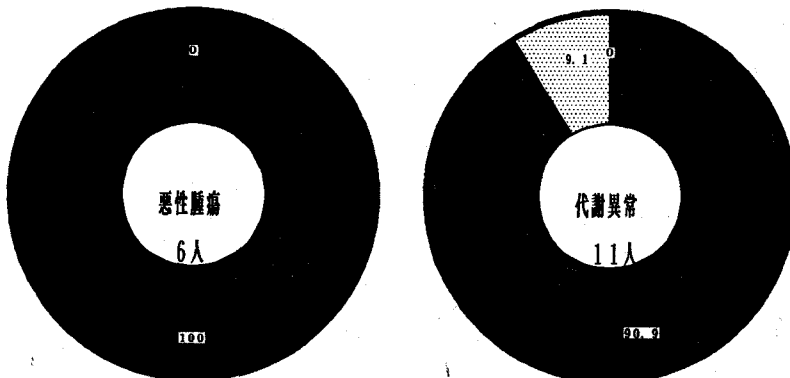
転院)。2人が特別養護老人ホームより来た人。残り4人は自宅から来た人であるが、そのうちの2人は訪問看護ステーションの利用者である。では退院した14人の退院先はどこかと言うと、死亡4人、自宅4人（うち2人は訪問看護ステーション利用）、リハビリテーション病院への転院が4人（これは純粋にリハビリテーションを目的として転院したと言いたい、うち2人は今現在も転院した先に入院中であり結果的には“たらい回し”となっている）、特別養護老人ホーム1人、老人保健施設1人（老人保健施設というと本来は家へ戻るためのステップであり“たらい回し”のはずがないが、これは間違いなく数ヶ月後に“たらい回し”となることが予想される）。

図7 平均入院日数より長く入院している患者はどこから来たか



平均入院日数 200.1日
平均年齢 79.1歳

平均入院日数 101.4日
平均年齢 68.1歳



平均入院日数 77.0日
平均年齢 80.5歳

平均入院日数 112.7日
平均年齢 69.0歳

さて問題は入院中の患者14人の退院先であるが、確実に決まっているのは、自宅より来た訪問看護ステーションを利用している2人のみで、あとの12人ははっきりしない。まず12人中退院後の方向が定まらない人が7人。残り5人は特別養護老人ホームへの入所申請はしてあるものの、この5人のうちMRSA(+)が4人、経管栄養が4人であり、現在、MRSA(+)については受け入れてくれる施設も出始めているが、経管栄養については受け入れてくれる施設はない。つまり入所申請しても、入所出来ないわけであり、退院後の方向が定まっていないことになる。先に書いたように、医療側は経管栄養を食事としてとらえ、福祉側は治療ととらえている。この認識が一つにならない限り永遠に入所はできないことになる。しかし福祉現場では「人が生活する場が福祉であり、熱や血圧とは無縁であるべき」(特別養護老人ホームA生活指導員談)との考えがあり、認識は一つになりそうもない。

結局、入院中14人のうち12人の方向が定まらないし、また、定められない状況にある。この点こそが大問題であり、ここに「社会的入院」の発生を促す一つの要因があるのではないだろうか。

(2) 平均入院日数より長く入院している運動器損傷の患者 (22人)

平均年齢68.1歳 平均入院日数101.4日

特別養護老人ホームのショートステイ中に来た人1人。しかしこれも分類的には自宅より来たものとカウントされるから、22人全員が自宅より来たことになる。そして16人は自宅へ帰り、6人が入院中であるがこの6人の中に老人ホームへの入所申請をしている人は0人。方向の定まらない人はいない(図7・図8)。

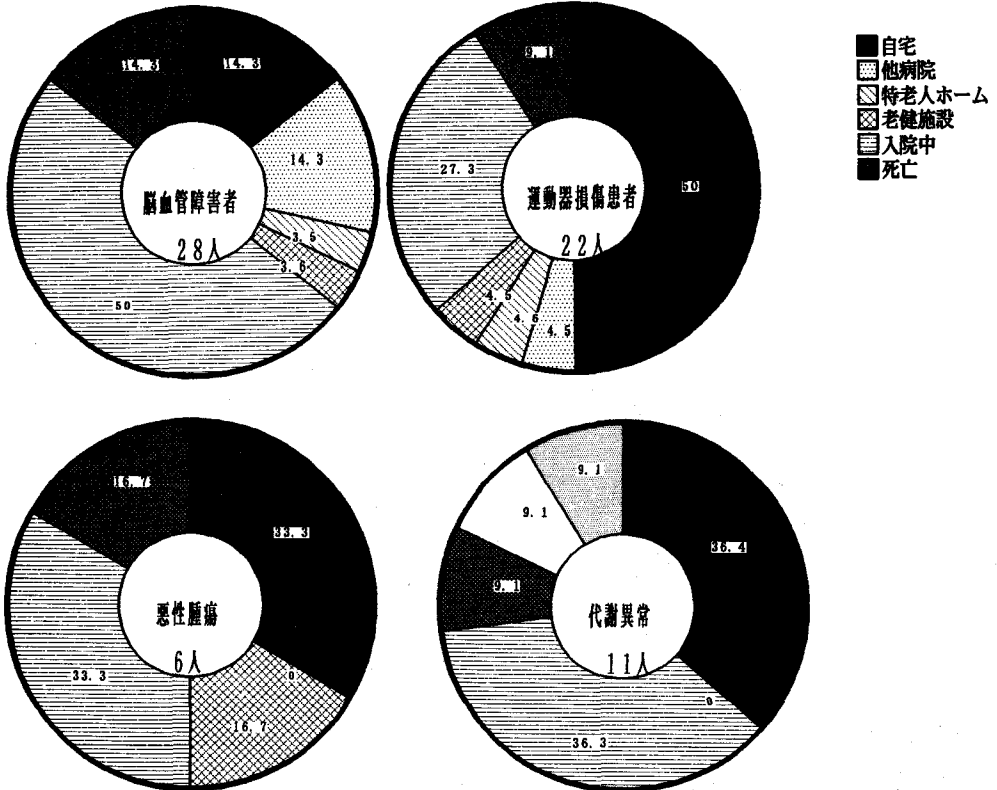
(3) 平均入院日数より長く入院している悪性腫瘍の患者 (6人)

平均年齢80.5歳 平均入院日数77.0日

自宅より来た人6人(全員)。自宅へ帰った人2人(うち訪問看護ステーション利用1人)。老人

図8 平均入院日数より長く入院した患者はどこへ行ったか

(H.7.4.1.~H.7.9.30. Y病院)



保健施設1人。死亡1人。入院中2人。この入院中2人のうち老人ホームへの入所申請をしている人0人。方向の定まらない人はいない(図7・図8)。

(4) 平均入院日数より長く入院している代謝異常の患者(11人)

平均年齢69.0歳 平均入院日数112.7日

他の病院から来た人1人。自宅より来た人10人であるが、このうちの4人はU市福祉事務所より紹介のあった生活保護の被保護者、1人はU市健康推進課の保健婦よりの紹介である。福祉事務所・保健婦の紹介となると、途端に入院日数が跳ね上がる。もっとも代謝異常、ここでは11人全員が糖尿病であるが、糖尿病が持つ特徴が入院を長くもしている。インシュリン療法・食事療法などのコントロールには時間を要する。この11人のうち自宅へ帰った人4人。娘宅へ同居した人1人。死亡1人。不明1人。残る4人が入院中であるが、この4人のうち2人は自宅へ帰る予定。残る2人のうち1人は養護老人ホームへ入所申請済。1人は入所申請予定である。養護老人ホーム入所申請済1人と申請予定1人はいずれもMRSA(-)・経口摂取であり時間が経過すれば間違いなく入所できる(図7・図8)。

以上、(1)から(4)まで傷病別にどこから来て、どこへ行ったか(どこへ行く予定か)を追ってみた

が、(2)・(3)・(4)と比べると(1)脳血管障害患者に明らかな特徴が現れた。

- ① 入院期間が異常に長い
- ② 転院して来た人が多い
- ③ MRSA(+), 経管栄養の人が多い(他の傷病ではMRSA(+), 経管栄養の人はいない)
- ④ 退院後の方向が決まらない人が多い

この結果からⅡ-1で運動機能に障害を残す傷病が入院が長いとしたが、運動機能に障害があるというだけではなく、MRSA(+), 経管栄養の人、すなわち脳血管障害の人の入院が長い、行き先が決まらないということがわかった。

3 本当の「社会的入院」とは

Ⅱ-2-1(1)で脳血管障害の患者の中に方向の定められない患者群があることをつかんだが、方向が定められないということはどういう事か。何が障害となっているのか。

脳血管障害の患者について、さらに詳しく掘り下げてみる。対象は平成8年2月1日現在、Y病院に入院中の患者73人(図9)。そのうち脳血管障害の患者は33人。(入院患者の45.2%)平均年齢は79.2歳。

- ① 平成8年2月1日までの平均入院日数108.4日。全員がまだ入院中であるにも関わら

図9 入院患者の男女別・年齢別構成

(H. 8. 2. 1. Y病院)

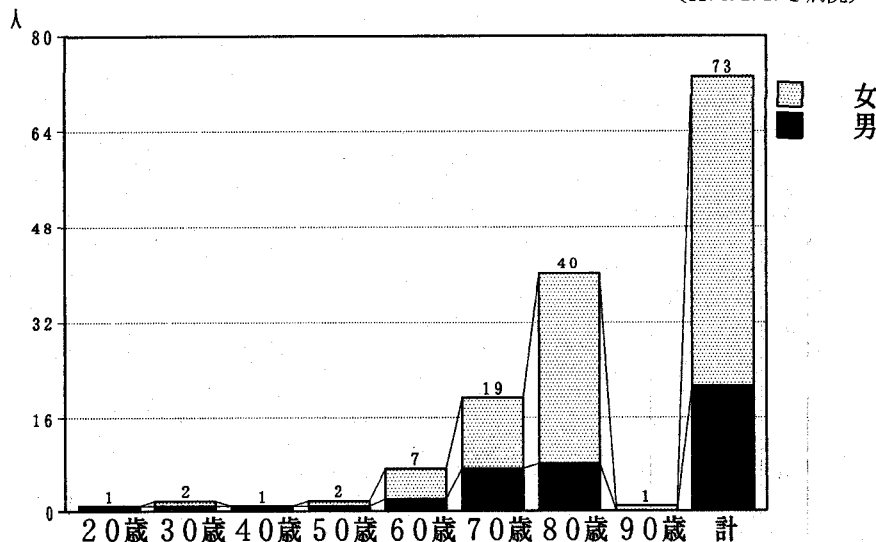


表5 入院中の脳血管障害患者(33人)の状況

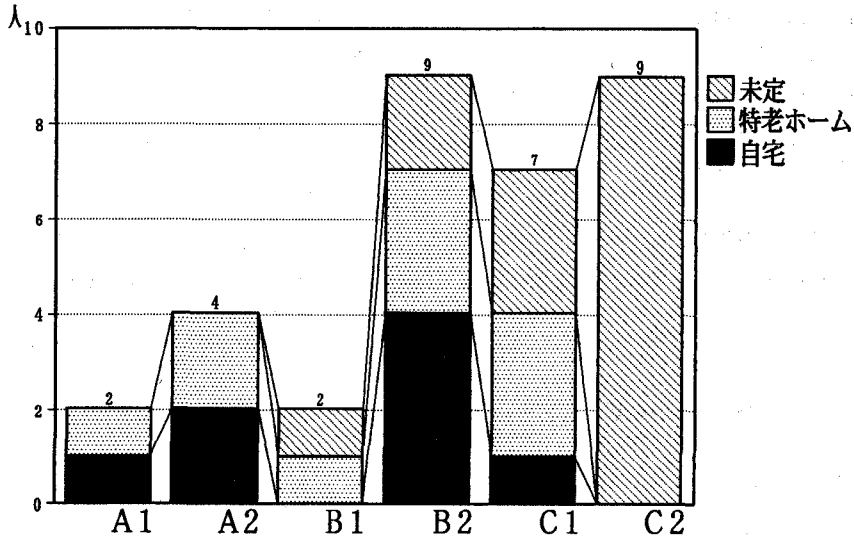
(H. 8. 2. 1. Y病院)

どこから来たか	退院後の方向 (家族の希望)	人	障害老人日常生活自立度						食 事 人	退院後の方向 (患者の希望)				
			A ₁	A ₂	B ₁	B ₂	C ₁	C ₂		自宅	ホーム	病院	意志表示無	
他 病 院 18人	老人ホーム申請済	8		1	2	1	1	3	経管栄養	3			3	
									経 口	5	3	1	1	
	未 定	10				1	3	6	経管栄養	9	3		6	
	(ずっと病院にいたい)								経 口	1	1			
自 宅 14人 (ステーション 利用3人)	老人ホーム申請済	2						2	経管栄養	1	1			
									経 口	1			1	
	自 宅	8	1	2		4	1		経管栄養	1	1			
									経 口	7	6		1	
	未 定	4			1	1		2	経管栄養	2	1		1	
	(ずっと病院にいたい)								経 口	2	1		1	
特養老人ホーム 1人	未 定 (ずっと病院にいたい)	1						1	経管栄養					
計	老人ホーム申請済	10	1	3	3	7	5	14	経管栄養	16	18	1	1	13
	未 定 (ずっと病院にいたい)	8	12.1%		87.9%				経 口	17	54.5%	3.0%	3.0%	39.4%
	自 宅	15												

表6 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害を有するが日常生活はほぼ自立しており独りで外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが介助なしに外出しない 1. 介助により外出し日中ほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出頻度が少なく日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1. 車椅子に移乗し食事・排泄はベッドから離れて行なう 2. 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし排泄・食事・着替えにおいて介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りをうてない

図10 入院中の脳血管障害患者(33人)の退院後の方向(家族の希望)と日常生活自立度の関係 (H. 8. 2. 1. Y病院)



日常生活自立度 (表6参照)

ず、すでに108.4日とやはり入院期間が長い。

- ② 転院して来た人が多い。33人中、他病院から来た人18人。自宅から来た人14人(うち訪問看護ステーション利用3人)。特別養護老人ホームから来た人1人。やはり他の病院より来た人が多い(表5)。
- ③ MRSA(+)経管栄養の人が多く。33人中、MRSA(+)の人15人(45.5%)。経管栄養の人16人(48.5%)と多い(表5)。
- ④ 退院後の方向が決まらない人が多い。33人中方向が決まっていない人14人(42.4%)と多い(表5)。

以上、Ⅱ-2でつかんだ脳血管障害患者の特徴が現れているが、それより目を引くのは

- ⑤ 家人の希望する退院後の方向と患者の希望する退院後の方向が一致しないことである。33人中に11例が一致していない。患者本人が意志表示できない13例を除くと20例のうち11例。半分の患者が自分の希望する場所に帰れないということになる(表5)。
- ⑥ 特別養護老人ホームへの入所を10人が希望しても(但し家人が)経管栄養の4人は入所できない(表5)。

- ⑦ 家人は“やむなく”ではなくずっと病院に入院させていたい=どうしたらいいのかわからない群がある。なおこの群の患者は日常生活自立度が極めて低い(表5・表6・図10)。
- ⑧ 特別養護老人ホームより来た患者の家族は、もう特別養護老人ホームへは戻したくないと言っている(たったの一例ではあるが)(表5)。

以上、⑤~⑧について言い換えてみると

- ・患者個人の意志が尊重されていない現状
- ・社会資源を自由に選択できない現状
- ・選択したい社会資源がない現状
- ・社会資源に不備がある現状

がうかがえる。

日常生活自立度の低い患者を抱えた家族が、社会資源に不備があったり、選択したくても適当な資源がなかったりする社会で、患者個人の意志を尊重しないまま、どうしたらいいかわからず、いつまでも入院している。このような現状こそ「社会的入院」を発生させているメカニズムではないだろうか。

III 在宅患者の特徴と在宅介護の問題点

病院を退院し自宅へ帰ることができた在宅患者は、「社会的入院」をすることなく自宅へ帰る事ができたのは何故か。Ⅱ-3で「社会的入院」の発生メカニズムを探ってみたが、自宅へ帰るにはその発生メカニズムとは無縁の何かがあるはずである。

そこで、在宅患者の現状を把握することで「社会的入院」を解消するヒントがつかめると考え探ってみた。

1 在宅患者の特徴

Y病院が主治医になり、Y病院に併設されているK訪問看護ステーションを平成8年2月1日現在利用している利用者を対象に現状を把握する。対象者は41人。平均年齢82.2歳(図11)。

(1) 傷病の種類

脳血管障害が24人(58.5%)と圧倒的に多く、次に運動器の損傷の順になっており、これは「社会的入院」発生メカニズムの要因と同じになっている(図12)。

(2) 日常生活自立度

訪問看護ステーション利用者は48.8%が準寝た

図11 K訪問看護ステーション利用者(41人)の男女別・年齢別構成

(H. 8. 2. 1.)

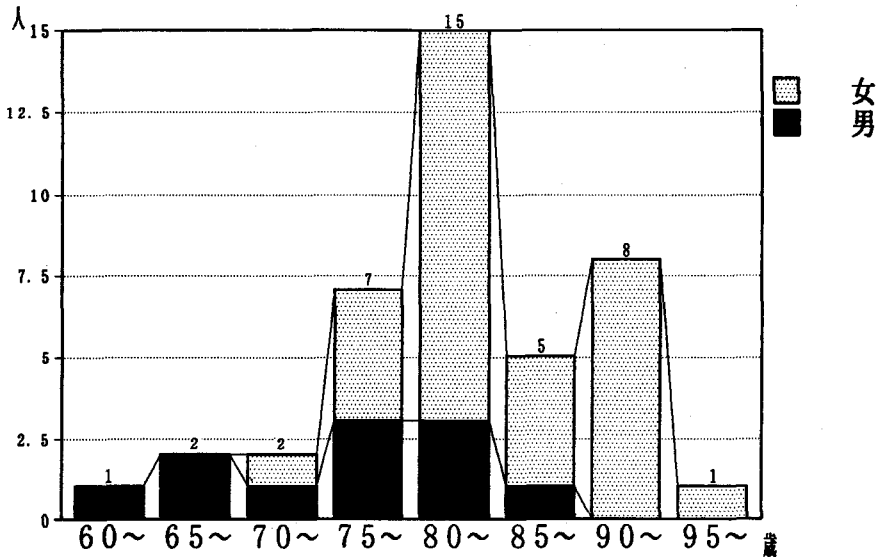


図12 K訪問看護ステーション利用者の傷病構成割合

(H. 8. 2. 1.)

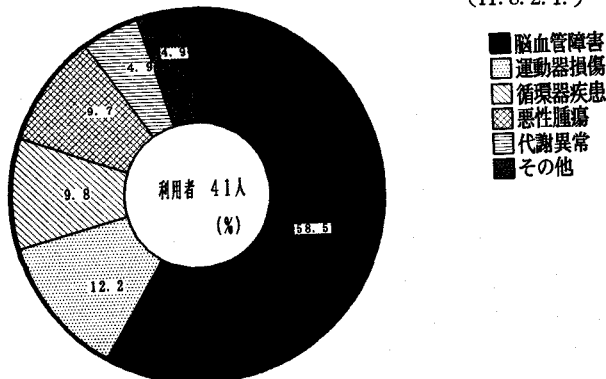
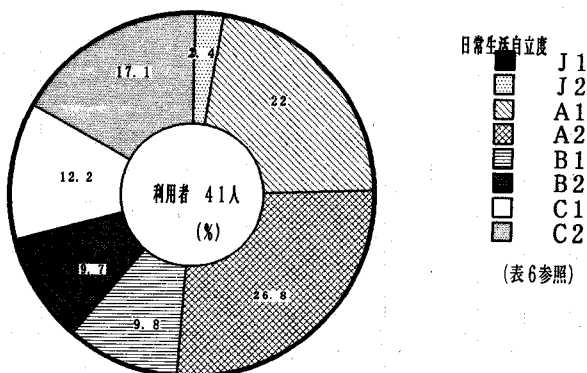


図13 K訪問看護ステーション利用者の日常生活自立度
(H. 8. 2. 1.)



きりで、48.8%が寝たきりと日常生活自立度は低い(図13)。しかし、Y病院入院中(H. 8. 2. 1)の脳血管障害患者の日常生活自立度(準寝たきり12.1%、寝たきり87.9%)の方がもっと低い(表5)。そして条件を同じくして訪問看護ステーション利用者のうちの脳血管障害者24人(準寝たきり37.5%寝たきり62.5%)と入院中の脳血管障害者の日常生活自立度を比べても、入院中の脳血管障害者の方が日常生活自立度は低い(表7)。つまり、退院して家に帰ることができた在宅患者の方が「社会的入院」中の脳血管障害患者より日常生活自立度が高いことがわかる。

(3) 家族構成と介護状況

配偶者及び子供家族と同居または子供家族と同居している人が63.4%。当然介護力は期待できるものと思いたい、Ⅱ-1でわかったように同居の家族がいることと介護力があることは同じではない。しかしとりあえず、これに対し配偶者のみ・子供のみといったあまり介護力の期待できない家庭が31.7%。このうち配偶者のみという家庭は6件、14.6%あるが介護者もまた老人である。寝かせきりにしておくのであれば、時間を見てオムツを取り替えればよい。しかし寝たきりにさせたくないと思えば、ベットからポータブルトイレへ下ろす。そしてまたポータブルトイレからベットに押し上げる。寝たきりにさせまいと思えば思うほど労力を使うことになる。そして24時間対応しなくてはならない。このような重労働を老人ができるだろうか。一人の介護者で可能であろうか。介護者の負担は大きい(表8)。

しかし、これは介護する側からの見方であって

介護される側から見ると、家族と同居しているからといって、いつも誰かが家にいるとは限らない。41人中4人(9.8%)は日中いつも一人で留守番をしている。この4人の家族構成は3人が子供家族との同居(この中には、重度の痴呆状態にあり昼食も食わず、濡れたオムツをはずして放り投げ、たれ流しのまま家の中を徘徊している老人もいる)。1人が子供との二人暮らし。そして8人(19.5%)はいつもではないが時々一人で過ごしている。このように介護される側からすると、決して充分とは言えない介護状態の中にいるのである(表9)。

(4) 社会資源の利用

重労働の介護を少しでも助けることができるかと社会資源の利用を大いに勧めているが、U市で利用できるサービスといえば

- ・デイサービス……デイという制度名だけれど毎日利用できるわけではない。せいぜい週に1日の利用。
- ・入浴サービス……10日に1度くらい。家人が手伝うよう明記してある。
- ・ショートステイ……ベットが空いていれば利用可能。
- ・ホームヘルプサービス……老人世帯、身体障害者世帯のみ派遣。毎日ではなく週に2回(うち1回は顔を見るだけ)。
- 給食サービス……老人世帯、身体障害者世帯のみ。月曜～金曜配達。

表7 利用者のうち脳血管障害の人24人の状況

(H. 8. 2. 1. K訪問看護ステーション)

No	利用経路	日常生活自立度					家族構成				日中の状況		Y病院入院回数	現況	社会資源利用状況		
		A ₁	A ₂	B ₁	B ₂	C ₁	C ₂	1人	2人	3人	4人↑	毎時				時々誰か居	
1	自宅	○								○			○	2	自宅		
2	↓		○										○	3	自宅		
3	↓		○										○	1	自宅		
4	Y病院		○										○	1	自宅		
5	↓		○										○	2	自宅	市の入浴	
6	↓												○	3	Y病院入院中	市の入浴	
7	自宅												○	2	Y病院入院中		
8	他病院			○									○	2	自宅	老健の入浴、ショート	
9	↓												○	1	老健施設入所中	老健の入浴、デイ、ショート	
10	↓												○	2	老ホーム短期入所	市のショート	
11	Y病院												○	2	自宅		
12	↓												○	3	Y病院入院中		
13	↓												○	1	自宅	市の入浴、ショート	
14	自宅												○	1	老ホーム短期入所	市のショート	
15	他病院	○											○	0	自宅		
16	↓			○									○	0	自宅		
17	自宅			○									○	0	自宅		
18	自宅	○											○	0	自宅	老健の入浴、デイ、ショート	
19	↓		○										○	0	自宅	老健の入浴、デイ、ショート	
20	↓												○	0	自宅		
21	自宅												○	3	自宅		
22	老健⇒自宅			○									○	1	自宅	老健の入浴、デイ、ショート	
23	特老ホーム		○										○	0	自宅	老健のショート	
24	↓自宅												○	1	自宅	市の入浴	
	計	3	6	4		4	7	2	7	5	10	3	4	17	自宅	18入浴サービス	9
	%	37.5				62.5					37.5	62.5	12.5	16.7	70.8	3	4
															3	3	9

・日常生活用具

給付等事業…ベット、エアーマット、車椅子、その他の貸与。ただし空いていれば利用可能。

民生委員の印鑑をもらって申請。すぐには空きがない。借りる時は取りに行くがベットは大きくて運送会

表8 K訪問看護ステーション利用者の家族構成 (H.8.2.1.)

家族構成	人	(%)
配偶者と子供家族	19(46.3%)	63.4
子供家族	5(12.2%)	
配偶者と子供との3人	1(2.4%)	
その他(4人家族)	1(2.4%)	
配偶者との2人	6(14.6%)	31.7
子供との2人	4(9.8%)	
その他の人との2人	3(7.3%)	
一人暮らし	2(4.8%)	4.8

表9 K訪問看護ステーション利用者の日中の家庭状況(H.8.2.1.)

利用者が一人で留守番をする	4人	9.8%
利用者が時々一人で留守番をする	8人	19.5%
家族の誰かが必ずいる	27人	65.9%
一人暮らし	2人	4.9%

社に依頼する家が多い。

上記のサービスはいつでも、どこでも、誰でも、すぐ、利用できるわけではない。

老人ホームでのショートステイは年間42日と決められており、一カ月に約4日。重労働なのに週休1日でしかない。しかも予めわかっている用事にしか対応できない。そこへいくと老人保健施設では、やはり緊急には対応できないが予めわかっているならばショートステイと称して3カ月は入所させてくれる。退所後1カ月もたてばまたショートステイと称して入所させてくれる。そういったこともあり老人保健施設のサービスの方が、市のサービスより人気があるように見受けられる。いずれにせよディサービス9.8%・入浴サービス22.0%・ショートステイサービス22.0%・ホームヘルプサービス2.4%と、大いに勤めている割には利用者は少ない。ここでも在宅患者とは無縁と思われた「社会的入院」の発生メカニズム、選択したい社会資源がない現状 社会資源に不備がある現状がみられる(表10)。

(5) 病状の悪化

上記したように、「充分とはいえない介護状態」

表10 K訪問看護ステーション利用者の社会資源利用状況(H.8.2.1.)

	入浴サービス	ディサービス	ショートステイ
U市による(社会福祉協議会委託)	4人		
老人保健施設による	5人	4人	6人
特別養護老人ホームによる			3人
計	9人	4人	9人
利用率	22.0%	9.8%	22.0%

表11 K訪問看護ステーション利用者のY病院入院回数(H.8.2.1.)

入院回数0回	12人(29.3%)	再入院 15人(36.7%)
1回	14人(34.1%)	
2回	11人(26.8%)	
3回	4人(9.8%)	

であることがわかったが、それを裏付ける数字がある。訪問看護ステーションを利用し始めてからY病院に入院した利用者は15人、36.7% (このうち脳血管障害者は12人)。3人に1人が再入院している。その内容を見ると新たな病気を発症したのではなく、介護者が病気のためショートステイを希望したが施設に空きベットがなく、やむなくY病院に入院した1例を除けば、あとは全て食欲が落ちた、褥創ができた、熱が続くというように症状が悪化したものである。病院に入院している時にはなかった症状が自宅へ戻るとでる。これは介護力の低下によるものと考えられる(表11)。

以上のことから在宅患者の特徴として、脳血管障害者が多く日常生活自立度は「社会的入院」患者よりは高いが半数は寝たきりである。十分な介護が期待できず、かといって社会資源も充分でなく、徐々に症状が悪化し再入院する傾向がある。そして在宅にしながら「社会的入院」の発生メカニズムを持ち合わせているのではないかと思わせる。

なお在宅患者の特徴をみるうちに、どの項目にも脳血管障害者が大きな割合を占めていることがわかる。そこで、訪問看護ステーション利用者の

うち脳血管障害者に注目してみよう。

2 脳血管障害をもつ在宅患者の特徴

1と同様Y病院が主治医となりK訪問看護ステーションを利用している41人の利用者のうち脳血管障害24人についてみた(表7)。

(1) K訪問看護ステーションを利用する経路と日常生活自立度

自宅よりY病院へ入院し退院後利用している人が7人(29.2%)。日常生活自立度は比較的高い。他の病院よりY病院へ転院し退院後訪問看護ステーション利用している人7人(29.2%)。日常生活自立度は低い。その他注目したいのは、特別養護老人ホームを退所して自宅に戻り訪問看護ステーションを利用している2人である。一旦は入所したものの「かわいそう」になり連れ戻したという。

他の病院から転院してきた人達は“たらい回し”されたわけであるが、訪問看護ステーションがあることにより“たらい回し”を終了し自宅へ戻ることが出来幸いであったが、やはり日常生活自立度が低い事、すなわち症状が重いことが“たらい回し”の原因の一つと考えていだろうか。逆に訪問看護ステーションがあったがために重い症状であるにも関わらず家へ連れて帰るようになってしまったのかも知れない。

Ⅱ-3-⑧で特別養護老人ホームより入院してきた患者の家族がもう特別養護老人ホームへは帰したくない、という例が1例あったが、ここにさらに2例が認められた。

(2) 日常生活自立度と再入院の関連

日常生活自立度A1=3人のうち再入院した人は1人。A2=6人のうち再入院した人は2人でともに再入院率は33.3%。B1=4人のうち再入院した人は2人で再入院率50.0%。C2に至っては再入院率71.4%と日常生活自立度が低くなるにつれて再入院の確率は高くなる。

なお平成8年2月1日現在、Y病院に入院していたK訪問看護ステーションの利用者は3人。3人とも生活自立度C2。3人ともMRSA(+)。2人が経管栄養である。また特別養護老人ホームにショートスティしていた人が3人。この3人の生活自立度は、2人がC1、残る1人がC2であ

る。結局、訪問看護ステーション利用の脳血管障害者のうち、C1及びC2が11人いる中で平成8年2月1日には6人が自宅にいなかったわけであり、生活自立度が低い=症状が重い人は自宅で介護することが現状下では困難ということであろうか。付け加えると対象者24人のうちMRSA(+)
(+)でなおかつ経管栄養の者は3人いるが、うち2人は入院中、残る1人は自宅にいるが介護者は長男の妻で元保健婦である。

以上、「社会的入院」をすることなく自宅へ帰ることのできた在宅患者の特徴をつかみ、「社会的入院」患者との違いを見いだそうと考えたが、日常生活自立度の高い人ですら3人に1人が再入院している。C2に至ってはなんと4人に3人が再入院しており、その中でも経管栄養の人になると3人中2人がなお入院中。1人は家にいるが保健婦=プロが介護にあっている状況となっている。「社会的入院」との違いを見いだすどころか入院してしまっていたわけである。

3 在宅介護の問題点

事例より在宅介護の問題点を探る。

《事例》

Aさん 当時65歳 女性

＜入院までの経過＞

H.4.10.13. 脳出血 B病院にて開頭手術

H.5.3.初旬 症状安定したから退院するよう指導されるも、意識混濁、経管栄養バルンカテーテル留置のまま後は外来でと言われても家へ連れて帰れないとY病院に相談に来る。

H.5.3.16. Y病院入院

＜入院時の状況＞

意識混濁。左上肢にわずかの自動運動を認めるのみ。時折意味のない「ウォーウォー」という発声あり。経管栄養。バルンカテーテル留置。

＜家族構成＞

配偶者：無職

長男：サラリーマン。朝早く出勤し夜遅く帰宅。ほとんど家にいない。

長男の妻：専業主婦

孫2人：6歳と2歳の男児

＜入院中の経過＞

- H. 5. 4. 26. 特別養護老人ホーム入所申請。長男の妻は一貫して看られないことを主張
- H. 5. 6. 25. U市福祉事務所より老人ホーム入所申請が審査を通らなかったとの報告あり。理由は MRSA(+) であることと経管栄養であること。
- H. 5. 7. 12. 人の動きを目で追うようになる。意識状態も改善されて来る。
- H. 6. 1. 11. 「おはよう」の問いかけに「ウォー、ウォー」と答えるようになる。第一回カンファレンス。病状が非常に安定しており今後の方向を考えたいと長男夫婦にも伝えるも「他の病院に転院させるから」と即答あり。
- H. 6. 2. 14. 第2回カンファレンス。長男夫婦より「他の病院をあたってみたが受け入れ先がなく、このままずっと置いてもらいたい」との申し出もあるも、訪問看護を利用し在宅介護の方向へ持っていかれないか提案。長男の妻より「老人ホームでだめと言うのなら病院じゃないですか」との意見あり。院長より内服薬の投与のみで他の治療はしておらず、ずっと入院というのは不可能であることを説明。受け入れ体制を整え、経管栄養の扱い等の家族指導の後退院の予定とする。
- H. 6. 3. 30. 退院。訪問看護開始。

〈在宅介護の経過〉

- H. 6. 4. 6. 仙骨部 左踵部発赤
- H. 6. 4. 25. 室内悪臭(口腔汚染、陰部汚染)
- H. 6. 6. 1. 市の入浴サービスやっと利用。MRSA(+)でも利用できるようになった。
- H. 6. 8. 1. 上肢の屈曲拘縮進行
- H. 6. 8. 17. 仙骨部1.5×1.5cm 褥創。左大腿部水泡形成。
- H. 6. 8. 22. 仙骨部褥創拡大3cm×2cm
- H. 6. 8. 29. 仙骨部褥創周囲壊死
- H. 6. 9. 19. 褥創悪化傾向(背部 仙骨部 大

腿部 踵部)

- H. 6. 9. 26. 仙骨部褥創ポケット形成。週1回の看護婦の訪問を週2回に変更。
- H. 6. 10. 11. 傾眠傾向。熱発。四肢屈曲拘縮進行。入院加療に切り替えるか検討するも家人在宅療養を希望。
- H. 6. 10. 31. 両踵部褥創一部壊死
- H. 6. 11. 26. 褥創多発 尿細菌(3+)。真菌(3+)
- H. 6. 12. 26. 午前9時、長男の妻より、体が冷たく青白い顔をしていると電話連絡あり。直ちに訪問。すでに呼吸停止しておりドクター訪問。死亡確認する。ドクター曰く「死後、かるく12時間は経過している」

〈考察〉

形式的には寝たきり老人を訪問看護と市の入浴サービスを利用しながら在宅で看取ったという理想的なパターンになっている。長男夫婦に対し病院スタッフが良い感情を抱いていなかったため高齢者虐待と囁かれたが、実際にはどこにでもある話である。現に他の訪問看護ステーション利用者をもみても褥創ができることはよくあることであり、爪が伸びていても、口臭がひどくても、便がこびりついていても、シーツがシミだらけでも、高齢者虐待などという言葉は出てこない。それどころか、「大変ですね」とねぎらいの言葉をかける。施設や病院では絶対ありえない低レベルの介護状況が、在宅では日常的にある。それを問題と呼べるのか。これを問題だと言えるのは、利用者本人の「これではいやだ」という意志表示であり、当の本人が意志表示できない時(ものが言えなくてできない場合もあれば、遠慮して言えない場合もある)には、一体誰が「待った」をかけるのか。

現在の慣例としても言わぬ人の代弁は家族がしており、また、ものは言えても70歳代80歳代以上の人は子供と同じく、家族の承諾なくしては何も実行されない。何故老人の意志は尊重されないのか。何故家族の意見が前面に出てしまうのか。老人の面倒を家族がみているからである。家族がやってもやれないことは、“年寄りのわがまま”と決められてしまう。現在の福祉サービスのレベルでは

老人は自分の意見を言っても叶わないのである。

逆にはっきりと看られないと言った長男の妻の感情を誰が受けとめてくれるのか。介護は家族の責任であろうか。したくなかった介護を実際にやらねばならなかったのは仕方のないことで片づけられるのだろうか。

《在宅介護の問題点》

- 1 ケアプランは誰が誰の意志に基づいてたてるのが明確になっていない
(意志表示出来ない場合は誰が代弁するのか)
- 2 適正でない介護状況を誰が発見し誰が適正化させるのか
(介護の責任はどこにあるのか)
- 3 低レベルの福祉サービスでは使えない

これらの問題を抱えたまま在宅介護を始めることは、高齢者虐待を招き非常に危険であると言える。

V 今後の福祉の課題

老人が自分の思うままに過ごせるには何が変わらないといけないのか。以下簡単に課題を示そう。

1 医療サービスの現状

「新たな高齢者介護システムの確立」が言われる中、医療法は一般病院・特定機能病院・療養型病床群を有する病院・介護力強化病院・特例許可病院と機能分化させてきた。平成8年4月の医療法改正では一般病院から療養型病床群への転換を促進するための措置が図られている。「長期に渡り療養を必要とする患者を収容するために(略)入院の適否は症状が安定しているという担当医師の判断によるものとされているが入院加療の必要のない患者まで収容する施設でないことはいうまでもない。」とされているが、長期入院のお墨付きをもらったわけで、これで今まで言われてきた「社会的入院」はなくなったも同然である。

2 福祉サービスの現状

新ゴールドプランはどこまで期待できるのだろうか。U市の場合、最終的な達成目標は提示されていない(U市市会議員談)。実際平成2年ゴールドプラン出発時と現在とでは特別養護老人ホームが1カ所新設されたこと以外目覚ましい変化は感じられない。福祉サービスの現状は貧しいままと云わざるを得ない。

表12 主な高齢者介護関連の医療・福祉サービスの現状

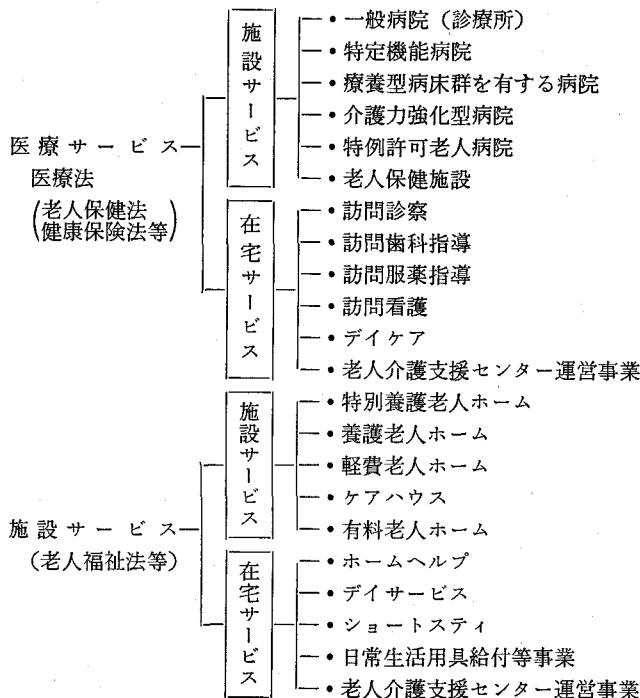


表13 入院中の脳血管障害患者にかかった入院費用
(H.8.2.1. Y病院)

H.8.2.1. までの入院日数(日)	平成8年1月分 かかった入院費用(円)
48	318,110
69	325,590
69	335,800
79	560,350
84	536,380
86	499,910
95	309,000
104	326,060
116	307,520
118	356,010
123	317,270
128	353,920
128	299,650
175	394,900
194	342,780
210	454,670
349	346,970
363	292,600
391	295,500
408	287,870
434	324,320
523	313,050
539	313,730

3 医療サービスと福祉サービスの重複

(1) サービスの内容について

医療と福祉のサービスが重複している。福祉サービスのホームヘルプ事業のみが唯一医療サービスで対応出来ないサービスである他は全て医療サービスで網羅できる。福祉サービスの日用生活用具給付事業そのものは医療サービスにはないが、医療サービスには介護機器レンタル料助成(国民健康保険は除く)・福祉用具普及モデル事業があり、これは確実に物が手に入る。福祉サービスは

確実にではなく空いた物があれば貸し出しているのみである。福祉サービスのショートスティもベットが空いていればの話であるが、医療サービスには入院という手がある。これも医療サービスの方は確実に(表12)。

(2) 利用者について

これも医療と福祉サービスで重複している。医療サービスの方がより重い症状の人まで対応できるが、身体的・精神的レベルの差はない。

(3) 費用について

平成8年2月1日現在、Y病院に入院していた33人の脳血管障害の患者の同月1カ月間にかかった費用(入院期間が1カ月に満たなかった人10人については省略)は一般病院でありながら特別養護老人ホームの措置費(27~28万円)より少し高めなだけである(介護内容についてはかなり高いが)。某介護力強化病院の平成7年11月の入院患者平均医療費41.1万円と比べるとなんと安上がりなことか。きちんとした適正な医療であればこのように病院を細分化することもなく、また福祉と建物を分ける必要があるのかすら疑問に思えてくる(表13)。

4 機能の分担

同じ機能を医療と福祉で重複して持つのは不経済であるし効率が悪い。第一利益をあげようと努力する病院に利益を追求しない福祉が、全て専門家で構成され医者もいる病院に対して3~4年で職員が代わる福祉がかなうはずがない。機能に応じて役割を分担することが大切ではないだろうか。

しかし、収容する建物だけは役割分担ではなく合体したい。医療ケアする療養介護型施設は医療で対応できるため、福祉は生活をケアする生活援助型施設に対応すれば良いと言いたいが、そもそも生活を援助する施設など必要あるのだろうか。生活を援助する場所は“家”ではないのか。特別養護老人ホームの機能とは何か。熱発が続き食欲が低下すると対応できないといって入院する。措置費が払われている上に医療費もかかる。建物は一つあれば、医療ケアすることと、何らかの理由で在宅が困難になった時緊急に対応する建物があれば良く、その他は家に対応するべきであると考え

える。

5 福祉に求められるもの

平成8年2月1日現在のY病院に入院していた33人の脳血管障害の患者は、ずっと入院していた人が1人・老人ホームへ入所したい人が1人・家へ帰りたい人が18人。意志表示できない人13人を除けば実に90%の人が家へ帰りたいと言っている。

福祉に期待するものはホームヘルプ。生活も援助するが、なにより療養介護も援助できる24時間対応のホームヘルプが実現すれば、家に帰ることができる人もでてくるだろう。また再入院することなく家で暮らせるはずである。

しかし、ほとんどが再入院してしまうような症状の重い人が家に帰るわけであり、これをフォローするにはかなり専門的な技術を要する。食事の用意・身の回りの世話という感覚ではとてもフォローできない。在宅にいながら入院している時と同じレベルの介護力を持つこと、すなわち「在宅入院」と呼べる程の介護体制を整えることが必要であると考え。その体制が整わないうちに在宅療養を望むことは、Ⅲの事例でもわかるように人の命を左右することにもなり、非常に危険である。

よりレベルが高く、密度の濃い、そしてそれだけでなく、個人の意志を尊重した在宅介護の体制を整えないかぎり、人の命は危険な状況にさらされているのが実情である。しかも、病院からは介

護を必要とする状態の人が日々送り出されているのである。早急な対応を望みたい。

VI まとめにかえて

現場では、何とか退院調整しようと苦労しているが、現状では「社会的入院」が一番安全であるといえる皮肉な状況にある。ただ患者にとって身体的には安全であっても精神的には苦痛であり、それを考慮しようとすればするほど退院調整は難しくなる。この結果を踏まえて改めて「社会的入院」の今日的課題と解決の途を再検討する必要がある次第である。

(はぎわら きよこ 教授)

(1996. 4. 12 受理)

参考文献

- 大森彌・村川浩一『保健福祉計画とまちづくり』、1993年、第一法規出版
- 松下和子・田所靖代・海保理子『高齢者の在宅ケア』、1993年、有斐閣
- 児島美都子『地域にむすぶ高齢者の医療と福祉』、1993年、ミネルヴァ書房
- 山下袈裟男・上田千秋『概説老人福祉』、1989年、ミネルヴァ書房
- 沢田清方・上野谷加代子『明日の高齢者ケア・日本の在宅ケア』、1993年、中央法規出版
- 三友雅夫・京極高宣『明日の高齢者ケア・高齢者のケアシステム』、1993年、中央法規出版
- 大原一興『高齢者の生活拠点移動に関する建築計画的な研究』(東京大学工学部建築学科学位論文)、1989年