

# 地域包括ケアシステム導入にあたっての現状と課題（第1報）

## —当該地域に居住する高齢者の看護上の課題に焦点を当てて—

交野好子<sup>1)</sup> 池原弘展<sup>1)</sup> 諸江由紀子<sup>2)</sup> 大枝かよ子<sup>3)</sup> 北村隆子<sup>1)</sup>

中村ひとみ<sup>4)</sup>

1) 敦賀市立看護大学, 2) 元 JCHO 若狭高浜病院 JCHO 高岡ふしき病院, 3) 元杉田玄白記念小浜病院  
4) 杉田玄白記念小浜病院

### 要旨

地域包括ケアシステムは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目指すものである。2018 年から診療報酬・介護報酬の改定を踏まえた地域包括ケアシステムのあり方の提言はあるものの、実態や今後の課題等を明らかにした報告はまだ追いついていない。そこで本研究では、病院・高齢者施設・訪問看護ステーション等に在籍している看護職者を対象としたグループディスカッションから高齢者看護の実際とともに、現在発生している問題と今後の課題等を明らかにすることを目的とした。本研究結果においては、対象者の特性と看護が目指す方向性との矛盾が見られた。特に高齢者の諸機能の低下は相互に関連し危険を有している。そこで、高齢者の残存機能を維持していこうとしても安全性の面からは支持されないといった矛盾も生じている。また、高齢者の意思決定権が尊重されず、家族の生活状況、意思に左右されていた。療養ならびに治療施設における課題としては、病院内における対象者の状況把握の不十分さや退院から在宅看護への移行に関する課題、入所施設の目的と対象高齢者の希望との乖離など地域包括ケアシステムを運用していくにあたっては多くの課題が明らかになった。今後は地域全体で、マンパワーを発揮しつつ、かつ連携して目的に一步でも近づける方策を導くための努力を有するものであると考える。

キーワード：地域包括ケアシステム、高齢者、尊厳、連携、課題

### I はじめに

わが国では、超高齢社会の進展に対応するための体制整備が進められてきた。2000 年に介護保険制度が成立し、高齢者介護・自立支援システムの在り方が厚生労働省を中心に議論され、2018 年 12 月には同省から 2025 年を目途に地域の包括的な支援・サービス提供体制（以下地域包括ケアシステムとする）の構築を推進する旨の発表がなされた。地域包括ケアシステムは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目指すもので、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう支援するものである（厚生労働省ホームページ、2021）。

地域における医療・介護は、「高齢者の生活を支える」という観点から構築された地域包括ケアシステムによって、病院、在宅医療・在宅看護・介護、施設等の連携の推進活動が行われるようになってきている。

一方、高齢者の推移については、1990 年の統計では 65 歳以上の人口は全体の 12.1%であったものが、2017 年には 27.7%と 2 倍以上の増加がみられている（厚生労働統計協会編 a, 2018）。特に、地方の過疎化された地域における高齢化率は 30%を超えるところも出現している。また、高齢者の健康についてみると、傷病者が多く人口千対の通院者数は全

体の 389.6 に対して 65 歳以上では 686.2, 75 歳以上になると 727.4 と増加している（厚生労働統計協会編 c, 2018）。そうした健康状況の中で, 65 歳以上の 17.8% は単独世帯, 夫婦のみの世帯は 32.5% である（厚生労働統計協会編 b, 2018）。

上記のように社会状況や医療・保健・介護が急速に変革していく中で, 対象者である「個人」を中心にみると, 疾病による病院への入院, 退院後の在宅医療や介護, また, 介護老人福祉施設（以下特養とする）, 介護老人保健施設（以下老健とする）（特養と老健の 2 施設を表す場合は, 高齢者施設とする）への入所等の生活へと変化せざるを得ない状況になっている。こうした高齢者を医療や介護現場で相互的に支えるためには, それぞれの施設が連携しながらマンパワーを発揮していかななくてはならないと考えている。

しかし, 高齢者の尊厳を支え, 安全と安心を提供するといった看護的視点からみると, 病院から高齢者施設, 高齢者施設から病院, 病院から在宅療養, 在宅療養から病院への入院といった移動の中で, 対象者は一定の看護レベルを保証したケアが受けられているのか否かが明らかにされていない。むしろ看護職員の不足や業務の多忙さ, 看護技術の未熟さ, 他の職種との業務分担の曖昧さなどによって看護の質の低下を嘆く声も聞こえてくる（日比野, 2020。山岸, 2020）。

以上のような環境の中で地域包括ケアを展開していくためには, 地域の高齢者はどのような問題を抱え, また, それに対して看護はどのような役割を担っているのかを明らかにしていかなければならないと考える。

また, 看護に関連する研究報告をみても, 2018 年から診療報酬・介護報酬の改定を踏まえた今後の地域包括ケアシステムのあり方の提言はあるものの（藤林, 2017）, 実態やそこから出される今後の課題等を明らかにした報告はまだ追いついていないのが現状である。

そこで本研究では, 病院・高齢者施設・訪問看護ステーション等に在籍している看護職者を対象としたインタビューから高齢者看護の実際とともに, 現在の発生している問題と今後の課題等を明らかにすることを目的とした。その上で, 地域の特性を踏まえた対象者のニーズに対応した質の高い看護を提供するための地域包括ケアシステムの在り方を提言できればと考える。

## Ⅱ 研究の方法

研究期間は, 平成 30 年 5 月～平成 31 年 10 月までである。

研究デザインは, 質的記述的研究である。データ収集の方法は, 研究目的に沿ったグループディスカッションである。ディスカッションへの参加者は 11 名で, 2 グループに分けて実施した。研究対象者は, 病院, 訪問看護ステーション, 高齢者施設に勤務する, それぞれ実務経験 3 年以上の実践看護師である。所属も 3 施設均等に配置した。グループへの質問は, ①看護師はどのような看護を目指してケアを実践しているのか。②日常の看護における問題と捉えていること（困っていること）, ③対象者を中心にした治療・生活・看護上発生する問題, また, 施設間, あるいは他職種間における問題等について語ってもらった。ディスカッションの時間は約 1 時間半であった。そこで語られた内容は録音し, 逐語録を作成した。その上で, 参加者の発言を質的に分析し, 問題の抽出を行った。抽出された項目は 2 グループ合わせて 367 項目であった。分析内容は結果に示す通りである。

尚, 本分析結果は, 第 1 報と 2 報に分けて報告する。本稿は第 1 報である。

倫理的手続きは, 研究対象者に対して本研究の趣旨と目的を書面と口頭で説明する。説明内容は, ①発言内容はテープに録音させていただく。②研究対象者ならびに所属施設名は匿名とし, 個人が特定されないよう全て記

号化する。③発言したくないことは拒否しても良い事、研究の参加を途中で中止するのは自由であり、それによって今後の関係に影響することはない。④発言内容は学術研究以外に使用しないこと、データは施錠のできる場所に厳重に保管する。研究終了後のデータは敦賀市立看護大学において5年間保存する。以上の説明を行ったうえで承諾していただいた方には同意書に署名をしていただいた。同意書については、そのコピーを研究対象に渡す。

本研究は、敦賀市立看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けた。(2018.5.8)

研究代表者 CITI JAPAN 修了 (2016.8.26)

### Ⅲ 結果

本研究でグループディスカッションへ参加した実践看護師は実務経験10年以上で、参加者数は11名だった。

本稿で取り上げる分析結果は、地域包括ケアシステムの中で、人口減少とともに高齢者を多く抱える過疎化する地域において、病院、訪問看護ステーション、高齢者施設勤務の看護職者の抱える問題についてである。すなわち、このような地域において地域包括ケアシステムを構築していく場合の問題点や、それを阻害する因子や背景、また、各施設間の連携の在り方に等について看護師が語った内容を分析した結果である。

本稿では第1報として、看護実践者が日々感じている看護上の課題に絞った分析結果とする。

なお、対象者の表記は通常、病院においては「患者」と呼び、在宅や施設では「対象者」と呼ばれているが、本稿では患者を含めて全て「対象者」とした。

分析結果の表記は最も抽象化したカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを『 』、対象者が語った言葉は「 」で示した。

#### 1 対象者の特性と看護が目指す方向性との矛盾

本項では、日々、日常生活の援助を行っている看護師が対象者の特徴をどのように捉えているのか、また、高齢者の健康や生活についてどのように考えているのかについて明らかにしたものである。

##### 1) 【高齢者の諸機能の低下は相互に関連している】

まず、多くの看護師の発言から高齢者の身体的機能、認知機能、適応能力の低下が挙げられている。身体的機能については、「高齢者は身体的機能の低下に加え、多数の病名が付けられた病気のデパート」、「高齢者は同じ量のご飯を食べていても体重は減っていく」「高齢者はいつ心臓が止まってもおかしくない状況にある」といったことが語られた。看護師らは高齢者の身体的機能について『諸機能の低下と病気のデパート』といった身体的な予備力の低下と脆弱性を指摘していた。

また、「あっちの病院、こっちの病院で薬をもらい沢山飲んでいいるが、管理ができていない」「家の押し入れや台所にしまい込んだ薬が沢山出て来ることがある」「リハビリに来ていても、薬が切れていることはすっかり忘れている」といったように『認知機能の低下は身体機能の低下や疾病の増幅に関連』している点を指摘している。

適応能力は、「環境が変わると身体状態はすぐに変化する」、「病院入院中に症状が落ち着いているからといって帰宅するとすぐに状態が悪くなる」、「入院中に落ち着いてみえるのは、身体機能や疾病、認知能力に合わせて、日常生活が病院の管理下に置かれているからと思う」など、『認知機能や身体機能の低下は環境適応能力の低下と関連』していることが語られた。

以上から看護師は、【高齢者の諸機能の低下は相互に関連している】ことを十分に理解されていることが明らかになった。その高齢者

の健康を維持していくためには、あらゆる場面で対象者の全体像を捉え、計画的かつ意図的な援助を行っていく必要があると考える。

## 2) 【高齢者の残存機能の維持と安全性との矛盾】

看護師は「できるだけ本人の残存機能を維持するために、本人の力で動いてほしい」と思っている。例えば、排尿に対して残存機能を維持したいと考える看護師は、「排尿などは自覚があれば座ってしてみようかと促し、排尿を介助する」。「座って排尿が可能であれば、次は、頑張っってベッドの下で排泄をしてもらえるような援助を行う」、そこまでできると、対象者は、「トイレに向かって廊下まで歩いて行こうとする」。そうした状況に対して医師は転倒の危険を考え「転んだら困るから動かなくていいよ」といい、また、家族からは「誰もいない日中に徘徊してどこかに行ってしまうと困るので歩かさないでほしい」という要望が出される。つまり、『退院の目標や方向性が看護師と医師・家族間で一致しない』といった問題点が語られた。対象の残存機能の維持と安全性の確保といった矛盾に苛まれながら、看護師は高齢者の看護にあたっていた。

## 3) 【高齢者の意思決定権が尊重されない現実】

看護師は「後期高齢者はどのような最期を送りたいと思っているのだろうか、対象者の意向に沿わない治療は本人のためになるのか」と言った矛盾や悩みと向かい合いながら日々看護ケアにあたっている。

多くの高齢者は在宅や高齢者施設で最後を迎えたいと考えている。看護・介護する人は「最後まで施設で一口でも好きなものを食べて、そのまま朝になったら静かに眠るように亡くなっているというのが理想ではないか」と対象者の気持ちを代弁している。しかし、現実には「最後まで居られると思って入所した施設でも経営方針など含めて、亡くなる直前には病院に移される」のが辛いと語っていた。『対象者の望む場所で人生の最期が迎えられ

ない』現実がある。

また、「人生最後（終末）に縛られて点滴をしないといけないのだろうか」「人生最後を我慢と苦痛だけで終わってよいのだろうか」「刺身だったら食べられるのに、好きなものを食べさせてあげたら良いのにとと思う」等、『対象者の意向に沿わない治療に我慢と苦痛の最期』であって良いのだろうかとの疑問を投げかけている。その一方、「病院は治療をするところ、入院したら治療せざるを得ない」といった病院の機能と診療報酬といった制約を無視できない事情も抱えている。地域包括ケアシステムが発動していく中で、医療体制上の矛盾や、看護という立場からの倫理的・道義的課題等が多く挙げられた。

## 4) 【対象高齢者のニーズと家族の介護方針の乖離】

続いて、高齢者の意思が尊重されない事柄では、高齢者家族の介護に関するものが挙げられた。高齢者を抱える家族には、『どのような条件であろうとも介護を拒否する家族』、潜在的には介護拒否があろうが、『「病院が手のかからない状況にしてからしか介護を引き受けたくない」といった条件付き家族』、『在宅で介護に使命感を持って自分が納得のいくまで介護したい家族』の3つに分けられた。

1 番目の最初から介護を拒否する家族は、「本人が家に帰りたいと願っても、介護するのは私よ、と言って対象者は帰れない」、「日中働いているのに誰が見るのよ、と言って帰れない」、「特養に入れるのは受診時も面会時も行かなくてすむから入れたんです」などである。これらは言い換えれば、『どのような状態であっても家族が介護を拒否』するというものである。

2 番目については「病院に入院し退院する時の高齢者の回復力は、良くってほぼ8割位、通常6割位かな」と多くの対象者を見て来ている看護師は語っている。すなわち、対象者が病院に入院した場合、入院前の状態に戻っ

て退院できる可能性は極めて低いことを表している。しかし、家族は、手のかからない状況で在宅への移行を望んでいる。例えば、「入院時と同じ状態で在宅に戻ることを期待している」、「治療をきちんとしてもらわないと困ります」、「家にそんな状態で帰すんですか、と言って退院を拒否する」などが挙げられる。そうした家族に対して、看護師は、「患者のしたいようにしてあげたいが、家族は、ちゃんと（元に戻るまで）治療してください、と言い折り合いがつかない」といったようなやりとりが語られた。これは、入院前の状態に戻り、『手の掛からない状態でなければ在宅介護は不可能』、すなわち、在宅での介護は引き受けられないという意味表示であると考える。

3 番目は自宅で家族が使命感をもって介護を行っている人である。介護を家族で行うということには何ら問題はないが、このような傾向の家族は、「介護に専念しすぎて周囲が見えなくなり、サービスへの不満しか語らない」、「息子さんが介護への使命感で仕事を辞めてしまう」「自分一人で介護を引き受け、他の家族も親戚もシャットアウトし、関係を悪くしている」また、「家族が使命感を持ちすぎると看護師はいれなくなる」といった問題が認められた。家族がこのような状況に陥ると、『家族の介護への過剰な使命感は、対象者の自由と他者との関係を阻害する』ことになり、我慢と苦痛の日々を送ることになる。事実を直視し、家族員それぞれが介護される人と介護する人の新たな生活の構築が課題となる。

## 2 【病院内における各科の連携が不十分】

本来の地域包括ケアシステムは、地域における対象者の生活や治療の場における連携や他職種連携を指すものであるが、その前に病院の各科やそこで働く職種間の連携に焦点をあてる必要があると考える。

まず、研究対象地域は、人口が少なく過疎化している。したがって、地域における医療機関の数は少なく、点在しているという特徴

がある。そのため、高齢者が病院受診するにあたっては、一病院の一診療科を受診することは少ない。多くの場合、複数科を受診している。例えば、整形外科と内科、またはリハビリテーション科、眼科といった診療科等の受診である。

そこで、対象者の治療や看護を行うにあたっては、診療科の枠を超えて対象者をあらゆる角度から把握することから始めなければならないと考える。

しかし、実際には、各部署がばらばらに対象者を診療している現実がある。その結果、「患者が受けている治療内容と本人および家族の理解や要望がわからない」、「入院中に作成された患者シートが外来受診時に活用されていない」、逆に「入院前に外来に通院している時の情報が入院時に病棟に入って来ていない」など、『病院全体で対象者を把握できるシステムが不十分である』といった課題が挙げられた。病院全体で把握できるシステムが構築され、運用されたならば「外来に受診するはずの患者が来ていない」、とか「どこかの痛みで外来に来ているが、内科の薬がすでに無くなっているはず」といった点に気づき、対象者の情報の確認と対応が円滑に行えるようになると語られた。対象者情報の共有のためには、その提供方法や患者サマリーの記述の工夫、退院カンファレンスの在り方等の情報の活用方法が指摘された。

## 3 【病院から在宅（訪問看護ステーション）への継続的ケアを拒むもの】

病院内各科の連携と同様に、病院から在宅に移行するにあたっては、看護ケアが継続することが最も重要であると考えられる。看護が継続することで、身体および認知機能、生活に適應できる機能を維持することが可能となる。それらを維持するには、第1に病院入院中の情報が伝達されること、第2に退院と同時に在宅看護ケアが受けられること、第3に生活支援上の他職種、特に介護職員（以下ヘルパ

一) やケアマネジャー、介護する家族とのチームワークが重要な要素となる。

しかし、現状は、在宅に移行する時点で入院中の対象者の情報が得られない。例えば、「退院して来て、訪問してみると、とんでもない褥瘡が出来ていたり、食事が全く食べられていなかったりすることがある」などが語られた。在宅で継続的に看護ケアを行うにあたっては、「退院時サマリーを在宅で活用できるとよい」、「退院時カンファレンスで医療行為の有無や内容を十分把握したい」、「患者によっては入院中の情報が得られないため、訪問看護が入った方が良いか否かの判断ができなかったりする」、などの意見が述べられた。現在の情報共有の在り方では、『訪問看護の必要性が判断され難く、対象者本人および家族、看護師の三者間で看護の内容の確認がされ難い』といった問題点が挙げられた。

次に、退院と同時に間を空けずに、在宅看護ケアが受けられることの重要性について語られた内容についてみる。在宅に移行するにあたっては、入院中の退院オーダーは医師が出すために「突然退院となった場合、退院後に医師のオーダーが出されたりする」、「対象者が退院して時間を空けて訪問看護が入ることもある」、「早い時点（入院中）で訪問看護の必要性を判断する機会がない」と語られている。その他、訪問看護が依頼できない理由には、「お金が高いのでヘルパーさんに頼み、その後必要になって訪問看護を依頼する」といったケースもみられた。その結果、「退院後日常生活がうまく送れず再入院になったりする」ことがある。以上から、『早期に的確な情報提供がないと、在宅での看護の継続が阻害される』ことが明らかにされた。医療や看護、介護に当たる人たちの間でも情報に対する認識に大きな隔たりがみられた。

在宅での生活支援にあたっては、他職種であるヘルパーやケアマネジャー（以下ケアマネとする）との関係が語られた。看護師は専

門能力を活かして的確なケアを行うと同時にヘルパーの指導にあたらなければならない。

看護師は、「在宅ではヘルパーの存在が重要」と認めながら、「看護師とヘルパーの関係を保って行くには、根気と時間と熱意がないとできない」と述べている。例えば、「ヘルパーさんに軟膏を塗ってもらうと、べっとり塗ってしまうことがある」このような場合は「軟膏を塗る時は量や作用まできちんと説明すると出来るようになる」、「ヘルパーさんから正確な情報を得るためには、具体的な視点や見方の方法を伝えなければならない」、「褥瘡の状態や変化についても、丁寧に伝え、常に報告してもらっている」。『上手にヘルパーの能力を引き出し活用するには、根気と時間と熱意がなければならない』ことが体験を通して明らかになった。ここに時間と熱意を注ぐことは、ヘルパーに十分な能力を発揮してもらうためであり、それは、対象者の生活や疾病が維持でき好転されると思われるからある。しかし、「時には、ヘルパーが看護師との役割を間違え、私の方が何回も行っているので良く知っている」というようなことになる。こうした関係づくりの難しさが語られていた。

#### 4 【特養・老健施設それぞれの特性を踏まえない対象者の転居】

高齢者施設である特養は、在宅での生活が困難になった要介護の高齢者が、介護保険によって入居できる施設であるのに対して、老健は要介護高齢者が自宅復帰を目指すために医師の管理の下、看護や介護が提供される施設ある。両者は異なった目的と性質をもっている。

病院で治療を受け、退院後に施設に移行するにあたっては、病院関係者、特に「医師には施設の特徴が理解されていないのではないか」と思われる点が多く見られると語られた。具体的には「特養は対象者 70 名、ショートステイ 10 名に対して看護師 3 名が在籍しているだけで、夜間は常勤の看護師は不在で待機

のみである」また、「医師は常勤していない」、したがって、「病院から指示書を持って退院されても、特養ではできない（不可能な）処置もある」と言ったように『特養は病院ではないので治療の継続や高度な看護介入は不可能』であることを理解してほしいと語られていた。

施設の特性が理解されていないと思われる発言には、「帰宅だったら退院は許可しないだろうと思われる対象でも特養にいくのだから退院させてもよいと考えているのではないかと思われる点が見受けられる」、「突然の（予測されない）退院で施設が準備できない」などが挙げられた。

基本的に『特養は一部治療的な部分はあるものの、病院とは異なる生活の場であることが理解され難い』のである。特養で行われる支援は、食事や入浴、排泄などの身体介助や生活支援である。これらの支援を専門的立場から行うことによって、在宅での生活を目指すものであるとされている。しかし、高齢者は多くの疾患を持ったり、諸機能の低下がみられたりするため、施設で対応できない状況も頻繁に発生する。したがって、「治療が必要になった場合は、看護師が対象者を病院に連れて行く」のである。しかし、「看護師が不足している上に、他の業務に手を取られ、午前中（受診可能な時間）の適切な時間に受診できないこともある」。一方、病院では、「外来は午前中が多く、午後になると医師や看護師の人手が不足」してくるため、「緊急の入院になっても患者の安全が確保できない」など『緊急で病院受診を必要とする場合の施設側と病院側の条件の不一致』という事情を抱えていることが明らかになった。

施設に勤務する看護師から最も多くの意見が出されたのは、『施設では看取りができない』という点であった。その背景には、「老健には医師が1名在籍しているが、離れた距離に居住しているため、死亡の診断ができない」、「死亡診断ができないと死亡診断書が書けない」。

「24時間以内に病院を受診していないと死亡時検死のための警察が入らなければならない」。そのために、「心肺停止になったら、病院に送らなければならない」といった問題が挙げられた。特に、結果の1-3)で述べたように、多くの高齢者は高齢者施設で最後を迎えたいと考えている。しかし、現実には『最後まで入所した施設に居られると思って入所しても、亡くなる直前には病院に移される』のが辛いといった看護師の心情が紹介された。

以上から、研究対象者となった看護師の語りを分析した結果、対象者を中心にした現状の問題点や課題が明らかになった。

#### IV 考察

高齢化の進展に対応するため、2018年に厚生労働省は団塊の世代が75歳以上になる2025年を目途に重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい人生を最後まで続けられるよう地域包括システムを構築する旨の提言を打ち出した。その前身となる、訪問看護ステーションを中心とした「多機能化モデル事業」や「機能強化型ステーション」案が2014年頃から開始された。しかし、超高齢化社会は急速に進み、地域それぞれで、どのような問題があるのが抽出されないまま、介護保険の改正と共に地域包括ケアシステムが提案された。したがって、地域包括ケアシステムはモデル地域の紹介はあるものの、「保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくこと」を厚生労働省ホームページにある地域包括ケアシステムのWebサイトで示している。

以上から特定の地域の特性を踏まえた地域包括ケアシステムを構築するためには、現状を科学的かつ総合的に捉える必要があると考えた。

## 1 地域包括ケアシステム構築にあたっての背景

訪問看護や在宅看護，地域包括ケアに関する研究は，1 個人や特定の疾患を持つ対象に対する訪問看護の実情や，他職種との連携を通して対象者に関わった評価といったものが多く，当該地域における病院・訪問看護ステーション・高齢者施設等の全体を総合的に捉えたものは総説等に留まっているのが現状である．したがって，現状の研究は「個」の看護を超えるものではないといえる．

これからの課題は，当該地域全体の対象者を中心にした現状と課題を明らかにし，その解決も地域全体で議論し，方策を検討し実行し，さらにそれらを検証してこそ地域に適合した包括ケアシステムの構築であると考えられる．

本研究では各施設から 11 名の経験豊かな実践看護師が一堂に会し，現状の問題点や課題，解決策等話し合った内容を結果に示した．それに基づいて考察するものである．

## 2 対象者の希望は叶えられないのか

本稿冒頭に厚生労働省の掲げる地域包括ケアシステムの定義として，「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目指すもので・・・」と明記されている．ここでは，結果に示すように，いくつかの例から達成しにくい課題について取り上げてみる．

病院から退院後に自宅に帰りたいと願っても家族に受け入れられない．一方，家族が介護に使命感を持ち，介護者の思い通りの介護方針や方法によって他の家族や他者との関係を奪うものになっていた．言い換えると介護対象者は希望と自由を失った生活を余儀なくされることになっていた．支援困難事例について研究した室谷ら（2018）の研究では，支援する介護・看護職も利用者本人の思いや望みなど，本人に注目した発言が少ないことを明らかにしている．また，高齢者の生きる力を見出すため，残存機能の維持に重点に置いた看護や介護を行おうとすると，家族や医師

からは，転倒や徘徊の危険性を取り上げ中止しなければならない事態も発生している．加えて，伊藤（2007）は在宅でケアマネジメントにあたる看護職者が抱える倫理的ジレンマについての研究で，看護職者は「利用者の主体性を尊重する」を第1とするが，危険を察知すると「生命尊重の倫理的原則」が立ち現れ，倫理的ジレンマに悩むことを指摘している．残存機能維持と安全について訪問看護師は，職種間での目的のずれについての葛藤に加え，自身の倫理感からのジレンマも抱えていることが推察される．

対象者は退院後に在宅から高齢者施設に入所することもある．特に特養の場合は，人生の最後まで施設で過ごしたいと決意し入所する．一方，高齢者は多くの機能の低下や疾病を持っての入所であるため，いつ疾病の悪化や心肺停止に見舞われるかわからない．そのような場合は，病院に緊急入院を余儀なくされることも少なくないといった現状がある．上記の問題はいずれも高齢者の意思の尊重や，自立生活の支援から遠のくものである．これらを解決するためには，高齢者を支える経済的かつ人的資源の補充がなければ解決に至らない問題であるが，残念ながら本邦の経済や人材の育成・補充等には余裕のないことは明らかである（日本看護協会，2015）．

本研究の共同研究者であるベテランの看護部長は「この地域では3割が後期高齢者なので人手が全く足りない．これだけ人的リソースが減ってくると，1 か所に高齢者を集めないとケアギバーが足りないんです」，「高齢者が幸せな最後を送るためには，特養や老健の人手を増やしケアの質を上げる事が重要ですね」と述べている．看護者の能力の向上や意識改革，専門職としての高度な使命感を持っても解決に至らないという難度の高い問題を抱えているのが，現在の地域包括システムであると言える．



### 3 情報共有システムの作成と運用

病院内の情報は所属職員共通の守秘義務によって共有が可能である。また、共有方法は情報が入力されている電子カルテ、「患者シート（仮）」と呼ばれている紙ベースの情報もある。また、退院にあたっては退院カンファレンスという方法によっても情報は共有される。しかし、電子カルテ、患者シート、退院カンファレンスでも情報共有で大切なことは、どのような情報を示せば、看護の継続に有効であるかという問題である。退院カンファレンスにおいては、出席者や時間の問題も加えられる。いずれにしても、常日頃から対象者の看護の継続を目的にした、意識的な情報提供と看護を継続するという志をもった積極的な情報収集の姿勢が重要である。これらは、看護師の再教育や働きかけによって解決される問題と考える。川口ら（川口，行實，2019）も看護の継続について介護に関わる専門職同士の専門性の理解不足を指摘しており，連携を見据えた研修体制の構築について述べている。

次に，例を挙げるならば，病院では情報システムを運用して対象者の移行先である訪問看護や高齢者施設まで情報の共有を可能とするか否かの問題が挙げられる。その理由は，個人情報保護との関係においてである。本人および家族の了解の下であれば，病院内同様に目的は看護や医療の継続であることから，情報提供は可能となるだろう。しかし，1人暮らしであり，しかも認知機能が低下している場合などは，後見人を立てる手続きや，後見人に了解を得る手続き等が必要となり，時間を争うケアが円滑に行えるとは思えないといった問題がある。

繰り返しになるが，対象に関わる情報共有は，看護や介護をする上では欠かせない課題である。在宅看護に移行するにあたって「退院前カンファレンスを行ってもらえれば退院直後から継続的にケアができる」，「退院時の

対象者の情報は在宅に移行する時に是非必要」，「退院者の状態把握には退院サマリー（患者シート）の活用が重要」といった意見も述べられていた。葛西らも（葛西，豊増，大石，吉岡，川口，2020）自立支援に向けた多職種での情報共有について，地域包括ケアの質向上を目指した情報ツール開発の必要性を示唆している。

以上から，地域包括ケアシステムの中で対象者に対して，よりよいケアを提供していくための方策の1つとして対象者の情報の取り扱いに関する早急な検討が必要ではないかと考える。

### 4 対象者の看護・介護の限界

病院は疾病の治療にあたり，在宅では治療を含めた日常生活を，特養は介護保険によって生涯入居できる施設，老健は自宅復帰を目指すための施設とそれぞれ目的を異にしている（株式会社 LIFULL Web ページ）。それぞれの目的によって選択はされているものの，対象者は高齢による諸機能の低下や疾病，家族との関係，生活環境等の状態が施設の目的に必ずしも合致せず，ケアの継続が難しくなることがある。

施設に入所して最後まで過ごしたいと思って入院しても病気になり病院を受診し，入院に至ることも少なくない。また，施設内で心肺停止になって胸骨圧迫を行いながら病院に運ばれることもある。何故そのようなことが起こるかと言えば，施設内に医師の常勤者が不在のためである。老健では入所者100人に対して1人以上の常勤医師がいることを義務づけているが，本研究対象地域の老健は70名の入所者であるため医師の常勤者はいないのである。看護師は介護職員合わせて入所者3人に1人以上で，看護職員人数は看護・介護職員総数の7分の2程度を標準とするとなっている。この標準からは看護職員は何名と数で示されているものではない。したがって，施設側の条件から「施設では看取りが出来な

い」や「緊急で病院受診を必要とする場合の施設側と病院側の受診時間等の不一致」が発生し、「最後は入所している高齢者施設で終わりたい」と思っても病院に緊急搬送される事態となる。このような病院への搬送について海田ら（2021）は、3次搬送された施設長期入所者の心肺停止例は予後不良であることを述べ、看取りについて検討することが必要だと指摘している。

これらの問題は、いずれも対象者側の問題ではなく、施設や病院側、すなわち、地域包括ケアシステムの問題であり、早急に改善しなければならないと考える。例えば、心肺停止の緊急時に対象者が施設から病院に移動するのではなく、ケアシステム内に常駐する医師を確保することにより、在宅でも施設でも安らかな死が迎えられるのではないかと安易に考えるが、無理な話であろうか。また、看護師を増員すれば受診への対応や治療的処置も可能になるものもある。一方、日本医師会総合政策研究機構の「地域の医療介護提供体制の現状-市区町村別データ集(地域包括ケア関連)-」において記載方法が変更される2015年まで、福井県の医療体制は福井市・坂井市地域に一極集中していることが繰り返し述べられている。そのような地域的特性から看護師不足が深刻であり補充不可能である。さらに、施設経営面から人件費に回す余裕もない等、理想と現実の乖離が大きく、理屈では解決できない深刻な問題が研究対象者の発言から明らかになった。

現在においても Advance Care Planning（以下 ACP）という「将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の医療・ケア・療養について本人と家族など大切な人および医療・ケア提供者が本人の価値観や選好に基づき、どのように生きたいかの人生・生活の目標を共有しながら話し合う」プランがある（厚生労働省、人生会議してみませんか、2021）。どのような施設に入所しても入院しても、また、在宅に

においても ACP が運用され、活かされるのであれば上記の問題も解決するであろう。地域包括システムの構築と実現に向けて ACP も当たり前になることを願うものである。

## 5 家族の問題にどこまで介入可能か

結果の 1-3) で述べたように、高齢者の意思が尊重されない事柄の 1 つに、高齢者を抱える家族の問題がある。「どのような条件であろうとも介護を拒否する家族」、「病院が手のかからない状況にしてからしか介護を引き受けたくない」と言った条件付き家族、「在宅で介護に使命感を持って介護する人が納得のいく介護をしたい家族」である。

家族関係には長い歴史があり、様々な出来事乗り越え現在に至っている。したがって、家族員それぞれに他者には理解できない考えや深い感情があるものと推測される。浜崎ら（浜崎、堂田、2009）は高齢者虐待の対応困難事例についての研究で「過去から蓄積された家族員の力関係が逆転表出した事例」について述べ、家族関係の長い歴史からくる関係の複雑さを明らかにしている。

筆者らは、一概に介護するべきとか、介護して当たり前といった考えは通用しないと、多くの家族から教えられてきた。高齢者が病院や特養から住み慣れた自宅に帰りたいと祈願しても家族の意向で帰れない人は多いのが現状である。こうした長い歴史を背負った家族の中に看護師は果たして介入することは可能なのかと疑問を持たざるを得ない。ここに至るまでに、一般的には在宅における看護師やヘルパーの役割や具体的な援助の方法などについて、家族へは十分な説明を施している。また、家族が自由に外出や仕事が続けられるような方法も考え尽くし提示している。そうした説明によって家族は考えを変え、対象者が自宅に帰れる場合はよいが、根強い家族の関係から生まれる問題には、どのような介入を試みても結果は変わらないこともある。このような場合は、看護師の限界として地方自

治体等の専門的知識を持つ職者が地域包括ケアシステム内に他職種として積極的に入ることを期待するものである。

## V おわりに

地域包括ケアシステムは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目指すもので、当該地域の病院、訪問看護ステーション、高齢者施設等が連携して問題解決にあたる活動が行われるようになってきている。

地域包括ケアシステムの運用にあたっては、高齢者の尊厳を支え、安全と安心を提供するといった視点から、対象者は一定のレベルを保証したケアが受けられているのか否かを科学的かつ総合的に明らかにしていかなければならないと考える。

また、看護に関連する研究報告をみても、2018年から診療報酬・介護報酬の改定を踏まえた今後の地域包括ケアシステムのあり方の提言はあるものの（藤林，2017）、実態やそこから出される今後の課題等を明らかにした報告はまだ追いついていないのが現状である。

そこで本研究では、病院・高齢者施設・訪問看護ステーション等に在籍している看護職者を対象としたグループディスカッションから高齢者看護の実際とともに、現在の発生している問題と今後の課題等を明らかにすることを目的とした。

本研究結果においては、地域包括ケアシステムで目指す高齢者の尊厳の保持と自立生活に関する課題と、対象者の生活の場が状況によって移り替わる中で、質の高い看護ケアを継続していく方法として、情報の共有という課題に集約された。

高齢者に関わる看護師は、高齢者の身体機能、認知機能、環境適応機能それぞれが低下していると同時に相互に関連し合っていること、多くの疾病も持っており諸機能との関係も認められることを理解して看護に当たっていた。高齢者の諸機能の低下と疾病は、多く

の機能を奪っていく。せめて残された機能を維持することが生きる力になると考え対象者の生活を支援するが、家族や医師は転倒・徘徊等の危険から中止を余儀なくされることがある。また、病院や施設の退院・退所後、対象者の望む自宅療養は家族の意向が優先し、高齢者の意思決定権が尊重されないことも少なくない。高齢者の望むところで安らかな死を迎えたいと願っても、医師が常駐しない施設では最後は病院に運ばれる。また、病院は治療を目的にするため、対象者の望まない苦痛な治療も施されていた。

また、退院後は家族の意向が優先され、対象者が自宅に帰りたいと願っても受け入れられず、自宅に帰れない現状や家族が介護に過度な使命感を持ち、対象者の考えとは別に介護者の方針で介護が行われる。言い換えると介護対象者は自由を失った生活を余儀なくされることになっていた。これらは、いずれも、地域包括ケアシステムの目指すところと異なるものである。

次には、高齢の対象者が病院、各施設や在宅へと移動するにあたって、科学的根拠の基に継続されるためには対象者の情報が重要であることは言うまでもない。しかし、病院内の各科をはじめ、病院から訪問看護や高齢者施設へ、逆に、在宅や高齢者施設から病院へといった情報は、対象者の移動のスピードと比較して付いて行けていないのが現状であった。また、医療や看護、介護に当たる人たちの間でも情報に対する認識に大きな隔たりがみられた。したがって、情報に関するシステムの構築もされていないため、提供と活用が不十分であるという問題点が挙げられた。

病院内では、電子カルテ、患者シート、退院カンファレンス等を活用し、看護ケア継続を目指した情報内容の精査とそれを意図した活用について検討していく必要がある。一方、病院、各施設、訪問看護ステーションといった他施設への情報提供は個人情報保護の立場

から今後の検討課題であると考え.

## 謝辞

本研究のインタビューにご協力いただいた皆様に深謝いたします.

## 利益相反

本研究における利益相反について申告すべきものは無い.

## 文献

伊藤隆子 (2007)「ケアマネジメントに関わる看護職者が経験する倫理的ジレンマとその対処方法」『千葉看会誌』13 (2), 45-53

株式会社 LIFULL senior, 「老人ホーム・介護施設の種類, それぞれの特徴」  
[https://kaigo.homes.co.jp/manual/facilities\\_comment/list/](https://kaigo.homes.co.jp/manual/facilities_comment/list/)

(検索日 2021 年 7 月 19 日)

海田賢彦, 山田賢治, 山口芳裕 (2021)「三次搬送された高齢者施設長期入所者の検討」

『日本救急医学会雑誌』32 (3), 123-129

葛西好美, 豊増佳子, 大石朋子, 吉岡洋治, 川口孝泰 (2020)「地域包括支援センター専門職者による住民の自立支援に向けた多職種との情報共有について」『東京情報大学研究論集』24 (1), 23-30

川口真実, 行實志都子 (2019)「地域生活を支援する福祉専門職の医療と介護の意識について-自由記述による連携の意識と共通認識の明確化-」『日本福祉大学社会福祉学部日本福祉大学社会福祉論集』141, 83-94

厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

(検索日 2021 年 7 月 16 日)

厚生労働省ホームページ「人生会議してみませんか」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html) (検索日 2021 年 8 月 16 日)

厚生労働統計協会編 a (2018). 「第 1 表 人口」『国民衛生の動向 2018/2019』393, 東京, 厚生労働統計協会.

厚生労働統計協会編 b (2018). 「第 2 編 衛生の主要指標 第 1 章 人口動態」『国民衛生の動向 2018/2019』50, 東京, 厚生労働統計協会.

厚生労働統計協会編 c (2018). 「第 25 表 有訴者数」『国民衛生の動向 2018/2019』438-439, 東京, 厚生労働統計協会.

藤林慶子 (2017). 「地域包括ケアシステムと相談支援の政策動向」『保健の科学』59(3), 148-153

浜崎優子, 堂田俊樹 (2009)「高齢者における家族の関係性から見た介入・支援方法の検討 地域包括支援センターで関わった対応困難事例の分析」『家族看護』7(1), 130-138

日比野直子 (2020). 「名古屋市南部の訪問看護ステーションの管理者が捉えている看護小規模多機能型居宅介護の認識 訪問看護ステーション管理者のアンケート調査より」『日本健康医学会雑誌』29 (3), 336-342.

室谷牧子, 佐瀬美恵子, 外堀佳代, 黒田研二 (2018)「多職種事例検討会における支援困難事例の分析 : 学際的アセスメントとストレングスに配慮した課題 解決策」『人間健康研究科論集』1, 3-28

日本医師会総合政策研究機構「地域の医療介護提供体制の現状-市区町村別データ集(地域包括ケア関連)-」『研究成果 ワー

キングペーパー』

[https://www.jmari.med.or.jp/research/  
working/index-0.html](https://www.jmari.med.or.jp/research/working/index-0.html)

(検索日 2021 年 7 月 19 日)

日本看護協会 (2015)「2025 年に向けた看護  
の挑戦 いのち・暮らし・尊厳を まもり  
支える看護 看護の将来ビジョン」東京,  
公益社団法人日本看護協会

山岸暁美, 中神 祐介, 妹尾 栄治ら (2020).  
「本人の意向を反映した人生の最終段階  
の医療・ケアの実現のために何が求めら  
れるのか? 増加する高齢者救急搬送に  
係る地域包括ケア現場の課題」『日本在宅  
救急医学会誌』4 (1), 61-68.

# Current Status and Issues in the Introduction of The Community-based Integrated Care System (1st Report) -Focusing on Nursing Issues of the Elderly Residing in Said Area-

Yoshiko KATANO<sup>1)</sup>, Hironobu IKEHARA<sup>1)</sup>, Yukiko MOROE<sup>2)</sup>, Kayoko OOEDA<sup>3)</sup>,  
Takako KITAMURA<sup>1)</sup>, Hitomi NAKAMURA<sup>4)</sup>

1) Faculty of Nursing Science, Tsuruga Nursing University

2) Former JCHO Wakasa Takahama Hospital, JCHO Takaokafushiki Hospital

3) Former Sugita Genpaku Memorial Obama Municipal Hospital

4) Sugita Genpaku Memorial Obama Municipal Hospital

## Abstract

The Community-based Integrated Care System aims to maintain the dignity of the elderly and support their independent living. Although there have been proposals on how the community-based integrated care system should be based on the revision of medical treatment fees and long-term care fees since 2018, reports clarifying the actual situation and future issues have not yet caught up. Therefore, the purpose of this study was to clarify the actual situation of nursing care for the elderly, as well as the current problems and future issues, through group discussions with nurses working in hospitals, elderly care facilities, and home nursing stations. The results of this study showed a contradiction between the characteristics of elderly patients and the direction that nursing aims to take. In particular, the decline in various functions of the elderly is interrelated and dangerous. However, the contradiction arises when we try to maintain the residual functions of the elderly, which is not supported from the standpoint of safety. In addition, the decision-making rights of the elderly were not respected, and were influenced by their family's living conditions and will. On the other hand, many issues were revealed regarding the operation of the community-based integrated care system, such as insufficient understanding of the situation of the target patients through cooperation within the hospital, issues regarding the transition from discharge to home nursing, and the gap between the purpose of the residential facility and the wishes of the target elderly. In the future, we believe that the entire community should try to find a way to move even a single step closer to the objectives of the system by exercising manpower and working together.

**Keyword** the Community-based Integrated Care System, elderly person, dignity, cooperation, issue