

施設介護と在宅介護に対する認識と現実のギャップ

在宅介護における不安課題の抽出

大阪メディカルリスク研究会 メディカルリスク研究グループ

森藤ちひろ、稲泉信行、小林聖明、持田佳則、山下和男

[1] はじめに

日本では、2000年の介護保険制度施行後、介護に対する社会の関心は高まり、従来の福祉サービスから一般的な社会サービスに変化しました。厚生労働省介護保険事業報告によれば、介護保険総費用と介護サービス利用者数は共に施行直後に比べ約2倍に伸びており、介護サービスの社会的認知が定着していることが伺えます。高齢化が進む日本は、ますます介護の充実が不可欠になります。

高齢者の介護リスクを社会で支え合う仕組みとして浸透した介護保険制度は、財政上の理由等により介護の提供場所が施設から在宅へ急速に移行しようとしています。今後も医療における入院日数の短縮と介護施設の新設認可制限は続き、在宅介護が主流となると推測されます。しかし、それを支えるサービスや社会資源の整備は進んでおらず、核家族化や老々介護が増える中で、人々は自分や親の老後に対する不安を増幅させています。超高齢社会に突入する日本の在宅介護の不安を最小限にするためには、現状認識と課題を明らかにすることが重要です。

[2] 目的と狙い

本研究と近い着眼点で実施された石井（2003）の先行研究「高齢者への介護意識に関する実証研究」では、年代別の高齢者介護に対する意識に関して、60歳代までは福祉サービスを好み、病院・施設を好まないと評価しているのに対し、70歳代では福祉サービスよりも家族、病院・施設を好ましいと評価しているという結果が得られています。また、介護世帯と非介護世帯との好ましさの比較において、介護世帯の方が非介護世帯に比べ病院・施設をより好ましく評価していました。この結果から、将来を予測して介護を考えたときには在宅を好ましく考えているが、現実に直面した際には施設に頼りたい要求が強くなることが示唆されています。しかし、在宅主体を目論んでいる日本の介護制度においてそのニーズに応えられる受け皿は十分ではなく、在宅から施設志向に転換する要素を特定し解消することによって、意識変化を食い止める必要があります。

よって、私たちはアンケート調査から施設介護と在宅介護に対する人々の認識を調査し、現実とのギャップを明確にした上で、その結果を基に将来の日本の在宅介護のあり方を考察したいと思います。

[3] 調査方法

1. アンケートの実施

私たちは老後にどんな不安を抱えているのか、また施設介護と在宅介護をどう認識しているのか、在宅介護の抱える問題点をアンケート調査にて抽出しました。リスクマネジメント協会の協力を得て実施したアンケートによる調査の詳細を以下に示します。

・アンケートの実施場所

リスクマネジメント協会のホームページ上に掲載、及び会員へメールでアンケート協力を要請

大阪、名古屋、東京で開催されたリスクマネジメント協会主催の医療介護セミナーでの記述式アンケートを実施

・アンケート期間

平成19年9月7日～9月25日（19日間）

平成19年9月8日 東京での医療セミナー

平成19年9月29日 大阪での医療セミナー

平成19年10月6日 名古屋での医療セミナー

2. アンケート内容

質問1 性別

質問2 現在の年齢

質問3 親と同居していますか？

（はい、いいえのいずれかに○）

質問4 自分の親とどのくらい頻度で会いますか？

（いずれかに○）

①年に1～3回 ②2～3ヶ月に1回

③1ヶ月に1回 ④1ヶ月に複数

質問5 自分や自分の親が高齢になる時にどのような不安があると考えますか？

（身体的な不安、経済的な不安、病気に対する不安、精神的な不安など具体的に）

質問6 自分が老後を過ごす場として考えた場合、在宅と施設の違いは何だと思いますか？

質問7 その他在宅福祉に関するご意見がございましたら、お書き下さい。

アンケートはウェブ上で523名、セミナー参加者から183名の回答を頂き、合計706名の方の御協力を得ました。未記入欄がある等の理由で削除したものを除き、集計は700名の内容を基に分析を行いました。

[4] 結果と分析

アンケートの質問1～5の結果は【図表1】の通りになりました。分析においては、相関係数を「ピアソンの相関係数」を用いて【図表2】に示しています。問5、6、7の質問に関する記述を分類別に整理すると、以下のように集約されました。

(問5) ①トータル面で不安

- ・具体的にはわからないが、身体的、経済的、病氣、精神的な面全般で不安

②身体的不安

- ・病氣に対する不安、体力的な不安
- ・認知症や寝たきり等介護が必要になってしまったときの不安

③精神的不安

- ・子供に面倒を見てもらうのは心苦しい、家族に負担はかけたくない
- ・看る看られる両者にストレスが発生する

④社会的不安

- ・経済的に大きな不安がある（治療費、収入の減少）
- ・独居の不安、社会変化に対応できるか
- ・介護と仕事の両立、介護できる環境整備への不安
- ・外界との断絶

⑤その他不安

- ・政治経済に不安（例：国の年金管理で働かなくなったとき生活できるのか）
- ・親が遠方ですぐには手助けできない不安

例えば「自分あるいは家族が病気になることで医療費や介護費用の負担を余儀なくされ、家族や近親者に負担が増える。さらに、医療介護体制の不安や高齢者の社会的な孤立が重なり、不安を増大する」というように、身体的・精神的不安と社会・経済的不安が介護する側とされる側の双方から発生し、新たな不安に連鎖している傾向がありました。

(問6) 施設と在宅の違い

「施設は緊急時の対応に安心感があり介護や食事は安定しているが、自分のリズムで過ごすことが難しく、またプライバシーも守られず、規則や周囲への気遣いが必要である。在宅は住み慣れた環境で自分らしく生きることができ、家族とのふれあいもあるが、家族の負担が大きく急変時の対応が不安である。」というのが共通した意見でした。

(問7) その他の意見

- ・介護サービス利用時の申請方法の改善
- ・在宅福祉における家族負担軽減システムの構築
- ・在宅治療患者のモニタリングシステムの構築
- ・心身の変化が生じた後の核家族と高齢者の同居困難性
- ・介護する側の肉体的な苦勞だけでなく、精神的な苦勞に対する援助
- ・介護する人の人材不足、サービスの充実

最も多かったのは現在の医療・福祉体制のあり方や介護保険に対する不安です。家族にかかる身体的・精神的負担やストレスが大きいことを懸念する声や、制度の抜本的な見直しを求める声もありました。

【図表2】の相関マトリクスより、どの項目間にも相関関係が殆ど無いということがわかりました。つまり、独立した各項目の変化がどの項目にも影響を与えないということになります。回答者の多くは60歳以下であったため、現時点での介護との関わりについては家族を介護する立場、もしくは介護との関わりが少ない状態で実際に介護を受けられている方は少なかったと考えられます。将来介護を行うもしくは介護される集団として捉えた場合、性別、年齢、同居の有無、出合いの頻度に関係なく、同様の不安を抱えていることが導かれました。

[5] 考察

「結果と分析」で示したように、施設介護と在宅介護の特徴は対極にあり、施設の長所は在宅の短所であるという認識がありました（図表3）。よって、優先すべき事項を満たす方を望む思考が見られました。老後を過ごす場所は、施設の長所と在宅の長所を併せ持つことが理想ということになります。つまり、安全面で安心でき経済的不安がなく、家族に迷惑をかけず自分らしく自由に生活できる場所です。

しかし、実際の介護現場にはアンケートで抽出された認識とは一致しない現実があります。例えば、緊急時の対応については、施設は職員による緊急時の対応が迅速に実施されるであろうというイメージがあるにもかかわらず、夜間の職員の人員配置は昼間に比べかなり手薄であることや、ナースコール（呼出ボタン）が近くにあることによる安心感の裏には、同時に入所者の急変が発生した場合はたとえナースコールを鳴らしても対応しきれない現実があることなど、認識と現実のギャップは多く存在します。また、施設にはプロフェッショナルな人材が揃っているという印象があるものの、現状は施設の当直や夜勤勤務に体力の限界を感じた現場経験の長い人材が在宅サービス事業所へ流れてくる傾向が多いことを考えると、介護技術においても必ずしも施設優位とは言いきれない側面があります。

医療制度と介護制度の制度制約のために施設側が利用者（入所者）の望むサービスを行いたいと思うのに対して、提供できないケースも多く存在します。例えば、デイサービス利用中に併設医療機関を受診すると、その後デイサービスに戻って引き続きサービスを受けたとしても介護報酬は請求できなくなる、デイサービスに看護師が配置されていても医療的処置は実施できない（具体的には、爪切り、耳掃除など日常生活行為から軌道吸引、胃ろうなど医療行為に近いことまで家族なら対応可能な行為に対し、介護施設職員には制限があります）など、法規制により利用者や家族の希望に沿えない実情があります。

上記のような医療介護現場の実態がある一方で、【図表1】質問5の円グラフからも明らかなように、介護を受ける側の不安は緊急時の対応が半数以上であり、医療的処置と合わせると約80%を占めます。言い換えれば、緊急時の対応と医療的処置を整備すれば多くの不安は払拭できることになり、その2点に強みがあると認識されている施設の優位性はなくなるということになります。施設から在宅へのスムーズな移行はその整備が鍵を握ります。

[6] 提言

「施設は効率の良い在宅であり、施設は在宅の延長上にある」

という考えに立てば、一見対極にある二つの介護のあり方に多くの共通点を見出だすことが出来ます。施設の利点として重視されているのは安心感、つまり、常に誰かの見守りが確保され、急変時にも迅速に対応できる環境を提供することです。私達は、この環境を在宅で提供できるいくつかの提言を行いたいと思います。

在宅におけるハード面の改善として、携帯電話のテレビ電話機能やスカイプ^(注1)などITを駆使したモニタリングシステムを構築する、距離の壁を解消するネットワーク化が考えられます。制度上の改善としては、近隣住民同士で助け合う仕組みとしてインフォーマルな支援に対し地域通貨を用いる(例えば、安否確認や買物など高齢者を支援した子供を持つ母親が次は子供の見守りに高齢者支援で得たポイントや地域通貨を使用する)など介護保険ではカバーできない支援を補完し、一方通行のボランティアだけでなく互助へ繋げる地域コミュニティの活用化が考えられます。地域包括支援センター^(注2)の24時間稼働、既存訪問看護ステーション・ヘルパーステーションによる交代制の夜間対応なども有効ではありますが、どの策においても財政的なバックアップが不可欠になります。ソフト面では、介護業界全体の人材の質の向上を考慮し、同種施設間で交換留学や人材育成の提携を行う、トレード制度を設けるなど、サービス品質を下げる人材の流動化を最小限にする人材管理の工夫が必要と考えます。また、在宅で生活をしてきた高齢者が急に病気や介護が必要になった場合にすぐに入所(入院)できるシステム構築や介護する家族の精神的なケアに対する社会資源の開発も重要です。

施設においても、今回の調査から改善の方向性が明確になりました。施設に対するマイナス要因の多くは他人との共同生活に対する窮屈さに起因することがわかりました。施設側は住まいを提供しようと懸命に努力をしていますが、入所者の認識にはそれほど反映されていないのが実情です。

では、在宅に限りなく近い施設になるためには何が足りないのでしょうか。在宅のような施設とは、「好きなときに好きなことを誰の許可もなく自分の意思で出来る」環境です。例えば、好きな時間に好きな食事を取り、希望する時間と回数だけ入浴を行い、自由に人を招き外出をする、といった生活です。これを施設内で叶えるのはやや難しいでしょう。なぜなら、施設では一定のタイムスケジュールに個人が合わせる形をとっています。これは安全確保と効率化を考えればやむを得ないことであり、自由度を広げるためには人的資源の更なる確保が必須となります。個の尊重が理想ということは提供者も十分理解していますが、経営を左右する大きな課題です。これに対する外部からの打開策として、施設の開放、つまり閉鎖的空間から地域との接点の多い空間への転換があります。ハード面では、例えば、施設内にある喫茶ルームや美容・理容院を一般店舗のように地域住民が利用できるようにする、また幅広い年齢層が利用するコンビニエンスストア、本屋など小売店の誘致が考えられます。気兼ねなく面会できるスペースの確保、入所前の交友関係が維持できるような来訪者への歓待及び外出への支援、買物の御用聞きを設置して外部からの購買品調達を容易にするなど自宅を基準にした対応の追求も方法の一つです。ソフト面では、すでに浸透しつつあることですが、夏祭りやクリスマスパーティーなど地域行事の合同開催、幼稚園や保育園行事への参加等外部の異なる世代との交流の機会を増やすことが施設を活性化させるでしょう。このような施設の社会化がプランとして存在しながらも実行できない理由は、法律の縛りや管理責

任の問題など多数存在します。しかし、この意識改革なくして施設の在宅化はあり得ません。施設及び利用者の両者に発想の転換が求められます。

施設と在宅に共通して重要なことは、認識と現実のギャップを埋める情報提供の強化です。介護者及び家族のQOLを大きく左右するケアプラン作成を担うケアマネージャーは、施設サービスや在宅サービスの実態をどの程度まで把握し情報提供を行っているでしょうか。また、現場職員もリスクに対する十分な説明を行い利用者はその内容を理解して利用しているのでしょうか。昨年からは始まった介護サービス情報の公表制度^(注3)はどの程度、利用者の事業所選択に有益な情報を提供しているのでしょうか。事故が起こる前にリスクを取り除くことが最も優先されるべき最大の課題ではありますが、万一事故が起こってしまった際に現状を知らない利用者や家族は事態を受け入れられず、心身ともに大きなダメージを受けると予想されます。よって、施設介護・在宅介護の限界、起こりうる事故に関する情報を公開することによって、サービスを提供する側とされる側の認識の違いを排除し、事故発生を避けることが望ましいと考えます。

[7] おわりに

今回の調査から、親との関係(同居・面会頻度)と不安要素において因果関係はなく、すべての年代において共通した将来に対する介護不安を抱えていることがわかりました。例えば、施設が自由でなく在宅が自由、施設が安全で在宅が安全でないなど必ずしも現実とは合致しない認識が不安を助長している可能性が示唆されたため、まずは利用者側の現実の認識がリスク回避の第一歩と言えます。

在宅介護リスクの課題は、制度の問題、利用する前の認識と現実のギャップに大別されます。介護のような人的サービスは実際に経験して初めてサービスの善し悪しを評価することができるため、期待できる結果と品質の理解しやすい情報提供が利用者の安心感を高めます。専門職集団であるがゆえに利用者との間に大きなギャップが存在しやすいこと、現在の制度ではサービス内容に多くの限界が生じていることも大きな課題です。これらは現在の医療・介護制度の見直ししか解決策がないものもありますが、私達がこれからの高齢社会に対し理解を深めた上で問題点を認識し、どうすべきかをより自主的に考える必要があります。政府に任せているだけでは事態は改善しません。私たちが主体になって今後の高齢社会に個人としてどう関わるか、これにより高齢者にどのようなサービスが提供できるかを地域で模索することが近道ではないでしょうか。家制度の中で教育を受けてきた70歳以上の方の介護観と60歳以下の戦後教育と核家族化の中で受け取った介護観の違いは今後より顕著に表面化すると考えられます。社会福祉におけるコミュニティ・ソーシャルワーク^(注4)、経営学におけるソーシャル・マーケティング^(注5)などを活用し、これからの介護の形を私達から社会へ提案することができれば、制度を動かすことは不可能ではないと考えます。

【脚注】

(注1) スカイプ(Skype)とはソフトウェアの一種でスカイプ同士なら世界中どこへでも無料で通話が出来、Webカメラがあればテレビ電話も

可能である。グループチャットで最高100人までと同時にメッセージのやり取りもできるなど用途が多様なコミュニケーションツールのことである。

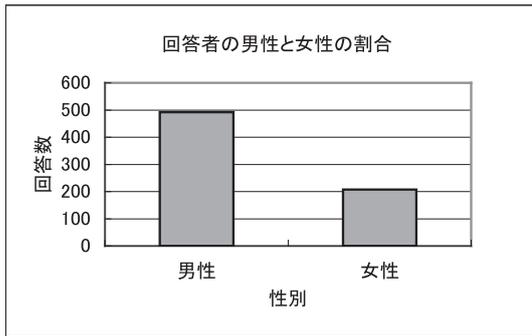
- (注2) 地域包括支援センターとは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的に、地域において一体的に実施する中核的役割の機関である。主な業務は介護予防ケアマネジメント、総合相談・支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援で責任主体は市町村にある。
- (注3) 介護サービス情報の公表制度とは、介護サービス情報（基本情報・調査情報）の各項目について、介護サービス事業所が定期的に都道府県知事に報告することを義務づけるとともに、都道府県知事に対して調査情報についての事実確認調査を行うことや、その結果を含めた介護サービス情報を公表することを義務づける制度のことである。インターネット等いつでも誰でも自由に情報が入手でき、事業所の比較・検討が可能である。
- (注4) コミュニティ・ソーシャルワークとは、地域を基盤としたカウンセリングと社会的ケア計画の統合したソーシャルワーク実践のことである。
- (注5) ソーシャル・マーケティングとは、一般的マーケティングを個人や社会全体の利益のために行動を変革させることを目標に適用するマーケティングプログラムのことである。

【参考文献・データ出典】

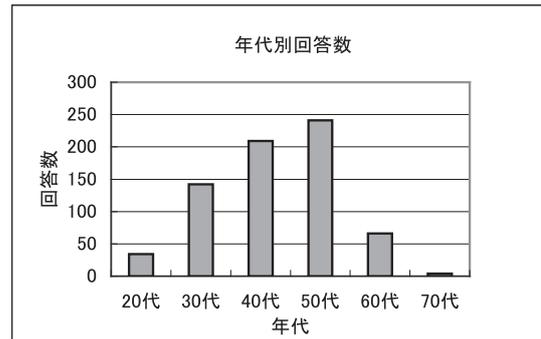
- ・石井京子『高齢者への家族介護に関する心理学研究』風間書房（2003）
- ・田尾雅夫『セルフヘルプ社会』有斐閣（2007）
- ・山本昭二『サービス・マーケティング入門』日本経済新聞出版社（2007）
- ・フィリップ・コトラー、アラン・R・アンドリーセン『非営利組織のマーケティング戦略』第一法規（2005）
- ・フィリップ・コトラー、ナンシー・リー『社会が変わるマーケティング』英治出版（2007）
- ・厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/>

【図表1】アンケート結果

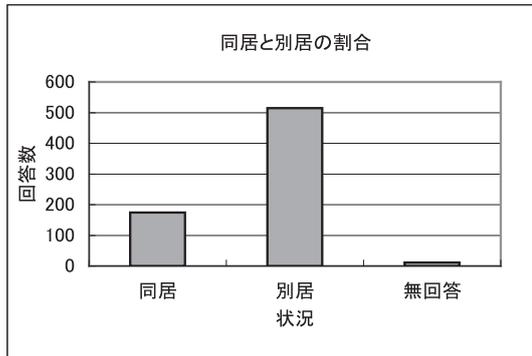
質問1.



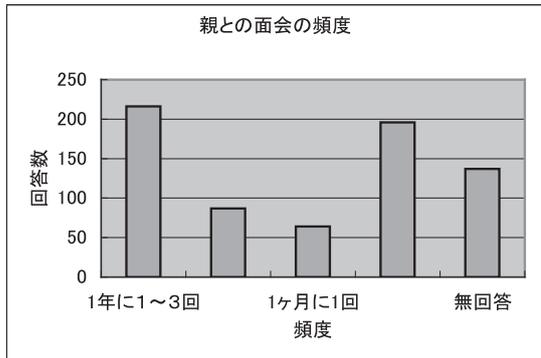
質問2.



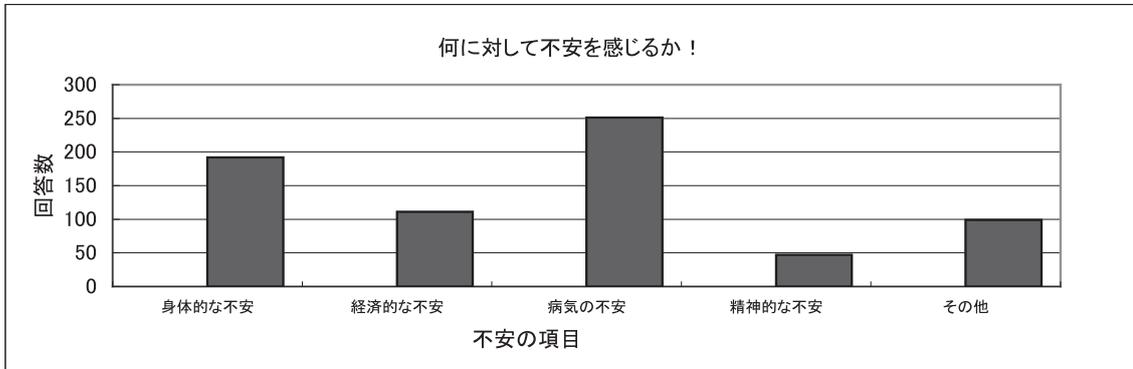
質問3.



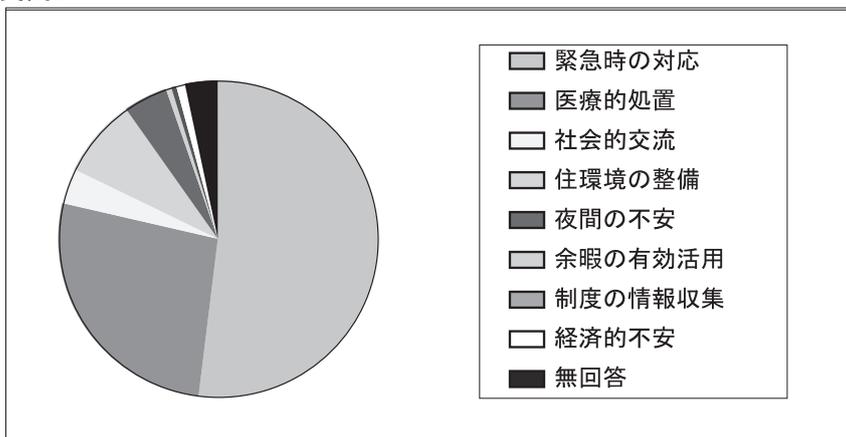
質問4.



質問5.



質問6.



【図表2】ピアソンの相関係数の検定

相関係数行列

	性 別	年 齢	同居の有無	出会いの頻度	身体的な不安	経済的な不安	病気に対する不安	精神的な不安	その他
性 別	1	0.0164	0.0339	-0.1227	-0.1054	-0.1527	0.128	-0.1191	-0.1626
年 齢	0.0164	1	0.0264	-0.2226	-0.0429	0.061	0.0073	0.0096	-0.0563
同居の有無	0.0339	0.0264	1	-0.1341	-0.1056	-0.058	0.0044	0.0008	-0.0322
出会いの頻度	-0.1227	-0.2226	-0.1341	1	0.008	0.0279	-0.1017	-0.0202	0.0595
身体的な不安	-0.1054	-0.0429	-0.1056	0.008	1	-0.1497	-0.4268	-0.0716	-0.0242
経済的な不安	-0.1527	0.061	-0.058	0.0279	-0.1497	1	-0.2944	0.023	0.0283
病気に対する不安	0.128	0.0073	0.0044	-0.1017	-0.4268	-0.2944	1	-0.1241	-0.045
精神的な不安	-0.1191	0.0096	0.0008	-0.0202	-0.0716	0.023	-0.1241	1	0.0469
その他	-0.1626	-0.0563	-0.0322	0.0595	-0.0242	0.0283	-0.045	0.0469	1

【図表3】アンケートで抽出された施設と在宅に対する不安要素の比較

項 目	不 安 要 素	施設	在宅
緊急時の対応	職員により迅速に対応できる	○	×
	プロフェッショナルな人材が揃っている	○	×
医療時の対応	医療的処置が実施できる	○	×
	連携体制が確立している	○	×
社会的交流	家族、友人との交流の場がある	×	○
	地域のコミュニティへの参加が可能	×	○
住環境の整備	住居の安全性と食事の確保が可能	○	×
	住み慣れた地域での生活を続けられる	×	○
夜間の不安	自然災害や防犯等への安全対策が整備	○	×
	ナースコール等急変時に助けを求めやすい	○	×
余暇の有効活用	自由なスケジュールが立てられる	×	○
	規則や他人の目を気にせず行動できる	×	○
制度の情報収集	福祉全般に関する情報が入る	○	×
	利用者の体験や口コミの情報を得る	×	○
経済的不安	サービスにかかる費用負担が多い	×	○
	将来的な経済的負担の見通しがたつ	×	×

※アンケート回答者が施設・在宅に対し、○が安心、×が不安に感じている