
CAPD患者からみた介護保険の問題点

米谷純子、佐藤清子、山岸 剛*
秋田赤十字病院 医療社会事業部、内科*

The problems of long-term care insurance for CAPD patients

Junko Yoneya, Seiko Sato, Tsuyoshi Yamagishi*
Medical Social Worker, Internal Medicine*, Akita Red Cross Hospital

<はじめに>

介護保険制度が施行されて2年がたち、個人が自分でサービスを選択し、それを提供者との契約によって利用するという方式が少しずつ定着してきている。当院の透析患者も日常的にサービスを利用するようになってきた。ところが、この介護保険制度を利用して、在宅生活に戻ったCAPD患者のサービスが継続せずに、すべて断る症例があった。なぜこのような結果になったのか、介護保険制度のどこに問題があったのか、この症例を通して考察した。

<症 例>

Y・Dさん66才の男性。既往歴として、20才で肺結核の手術を行い、輸血歴がある。47才に糖尿病発症、54才で治療開始、この時肝障害を指摘されている。63才に右網膜症・白内障・左硝子体出血で眼科治療した頃より腹水・浮腫が出現した。その後も腹水・浮腫で入退院を繰り返し、腎機能も悪化した。難治性腹水のため、64才の平成12年12月よりCAPDを開始した。

<経 過>

退院が決定した頃より妻が在宅生活への不安を示し、住宅改修・訪問看護の相談があったため、介護保険の申請を行い、介護度が決定する前に、CAPDに対して理解を示し、地理的にも近い指定居宅介護支援事業所を選び契約を結んだ。その後介護度は4と決定した。退院前に妻にサービス内容を検討してもらい、訪問看護、ヘルパー、介護ベッド、住宅改修を利用することにした(図1)。訪問看護婦へは主治医から病状の説明を行い、具体的な手技についてはメーカーから訪問看護ステーションへ指導にってもらった。退院後も妻や指定居宅介護支援事業所から相談を受け院内での調整を行っていた。しかし、退院直後より妻から訪問看護婦やヘルパーへの不満が聞かれ、訪問看護婦からも訪問の必要性について相談を受けた。CAPD交換を行える人がいれば、妻の介護負担も軽減するのではという医療者側の意図も、妻から否定されて半年後に訪問看護・ヘルパーともに中止となった。しかし、いつでも再開できるように指定居宅介護支援事業所のケアマネージャーからは定期訪問を続けてもらい信頼関係を保つようにしていった。

退院時のサービス

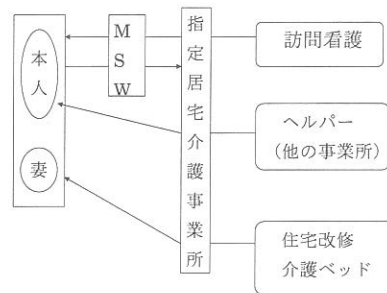


図1 退院時のサービス

一年後、妻から介護疲れの言葉が聞かれるようになり、日中のデイケアかデイサービスを受けたいと相談があった（図2）。市内のデイケア・デイサービス・ショートステイを行っている施設に問い合わせしてみたが、一ヶ所のデイケアを除いてすべて断られた。その事を妻とケアマネージャーに伝え、受け入れ先のデイケアへメーカーから指導に行ってもらった。デイケア先への訪問には指定居宅介護支援事業所のケアマネージャーも同行し、本人や妻の状態・注意点などを情報提供したが、相手側のケアマネージャーに伝わらず、結果的に妻から辞退の申し出があった。

主治医と相談し、当院での短期入院となった。

1年後のサービス

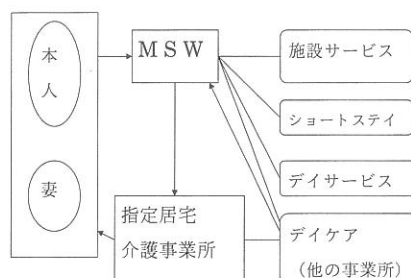


図2 1年後のサービス

<問題>

なぜ提供したサービスが本人や妻に受け入れられなかったのか、長続きしなかったのか、次に述べるような問題があると考えた。

第一は契約先の訪問看護が夜間対応できなかった事である。退院当初はCAPD交換の手技への不安から交換時の見守り・確認を依頼したが、手技にも慣れ在宅での介護疲れも出てくると、最終の交換（22:00）を代行希望と変化していった。しかし契約先の訪問看護では時間的に対応不可との返答で、夜間の訪問看護希望という利用者の要求に応えられなかった。

第二はヘルパーの行動が契約内容によって細かい制限をうける事である。在宅に戻ってから妻一人では不安という理由で申請したが、CAPD交換も入浴介助も妻が行う、家事援助は必要とし

ないとなると、契約内容が限られたものとなる。介護保険制度の枠組みの中で、ヘルパーの行為はすべて点数で計算されるため、ケアプラン以外の援助はできないしくみになっている。また、対象が利用者に限定され、介護者に対する支援は認められていない問題もある。たとえば、この症例の場合CAPD液の空き袋と段ボール、紙おむつなどのゴミを片づけて欲しくても、介護家庭に対する援助としてヘルパー派遣は認められていないため、妻が望むような援助は見込めないものであった。

第三はデイケア・デイサービスが必要な時に利用できない事である。デイケア・デイサービスを利用したくても、介護が必要なCAPD患者を受け入れてくれる施設探しが困難である。施設側の理由は、新たにCAPD交換の手技を覚える時間がないしつもりもない、交換の時は職員が1人付きっきりになる、手の掛かる患者は引き受けたくないとのことであった。その中で今回引き受けてくれた施設は日常的なつながりもあり、病気についても理解を示してくれたが、一般的にはCAPD交換の手技が問題となりHD患者以上に、選択肢が狭められているといえる。しかし、利用に結びつかなかった理由の一つに、引き受けてくれた施設のデイケア利用にあたり、利用者の意向が反映できなかった事があげられる。デイケアを利用するにあたって、CAPDの手技を覚えてもらうことに主眼がおかれ、デイケアの内容等の確認や本人・家族の意向が後回しになってしまった。

第四はケアマネージャーの資質の格差が大きいという事である。介護保険は個人のプライバシーに深く関わるので、出来れば最小限にとどめたいというのがサービスを受ける側の気持ちである。これをふまえて、必要に応じたケアプランを立てることが出来るかは、ケアマネージャーの資質の問題である。しかし、実際には各施設間のケアマネージャーの資質はかなりばらつきがあり、対応の姿勢によっては、利用者の心証を害する結果につながることを、自分も含めて相談を受ける担当者は自覚すべきである。¹⁾

第五は利用施設のケアマネージャーとの連絡が密接にできていない事である。指定居宅介護支援事業所のケアマネージャーとは連絡を取り合い、退院当初から本人や妻の状況については理解を得ていた。しかし、介護保険下ではプランを作成する指定居宅介護支援事業所と利用できる施設が必ずしも一致しない。そのため、指定居宅介護支援事業所のケアマネージャーを介しての連絡となり、利用できる施設のケアマネージャーと連絡がとりにくい構造になっている。今回も本人の日常生活や病状について引き受けてくれたデイケアのケアマネージャーに直接伝えることができなかつたため、体調を崩しやすい患者の状態にみあった条件を整えることができなかつた。

<考 察>

以上のことから、介護保険の居宅サービスで訪問看護・訪問介護・福祉用具の貸与・住宅改修は利用可能であると考える。また、今回は利用までには至らなかつたが、医療機関で行っているデイケアであれば血液透析やCAPDの知識もあり、働きかけによっては受け入れ可能であると考えるので、今後も開拓する努力が必要である。しかし、一般のデイケア・デイサービス・短期入所及び施設サービスは、CAPDの手技を理由に拒否に近い形で断られた経緯があり、介護保険の「選択の自由」からはほど遠く、選択する自由が狭められていると言える。

また、介護保険とは別に家族への援助方法として、短期入院など医療者側の配慮も今の時点では効果的である。

さらに、ケアプランに利用者の意向が十分に反映されるためには、ケアプランをたてる指定居宅介護支援事業所や利用施設のケアマネージャー、医療ソーシャルワーカーとのケアカンファレンスが必要であると考え²⁾。

<まとめ>

最後に今後どのようなことが求められるのか簡単に述べてみる。一つには介護疲れを防ぐために、訪問看護やヘルパー派遣のサービス内容に夜間のCAPD交換を入れる様に要望を出していく事である。二つにはCAPD患者への理解を求めるには、単独の指定居宅介護支援事業所や利用できる施設とのケアカンファレンスだけではなく地域の施設を巻き込んだ地域ケア会議を持つていく事である。³⁾ 三つには本人と家族が地域で生活していくために、病状も含めて家族全体を包括的にとらえ、社会資源と結びつけていく医療機関のソーシャルワーカーが継続して関わっていく必要がある。

参 考 文 献

- 1) 大橋謙策：第48回日本医療社会事業協会総会シンポジウム「介護保険で生活はどう変わったか」2001. 5. 25、郡山
- 2) 萩原千鶴子：介護保険と透析医療—透析無床診療所の介護保険、臨床透析17 (13) ;1725-1729, 2001

参 考 資 料

- 3) 厚生労働省健康局長通達、「医療ソーシャルワーカー業務指針」、2002. 11. 29