特集 今、注目の介護保険
をめぐって

順天堂医学 45 (1)
p. 19~22 (1999)

現場での介護保険**

— 今後地域医療の現場で求められるもの —

福島 弘 毅*

KOKI FUKUSHIMA, M.D.

高齢者福祉の変革

今までの高齢者福祉は、救貧対策としての福祉といった考えが色濃く残っていて、措置という古めかしい言葉がいまだに使われ、利用者の選択の自由はほとんど無い、貧困者以外は使いにくい福祉サービスであった。

例えばホームヘルプサービスを利用する際、所得により利用料が決まるが、私の住んでいる横浜市の場合、生活保護や所得が低く納税しなくても良い人々は数%に過ぎないにも関わらず、利用者の7割～8割が利用料0の人達である。また特別養護老人ホームでも全く同様で、平均的なサラリーマンが厚生年金受給者の親を入所させる場合、月々19万円強の金額が必要となるが、それだけ払っている人はほとんどホームにはいない。つまり課税所得を提示し、しかも利用料が高いため、課税所得が0または、ごく少ない人達以外はあまり利用されていなかったと言って良い。

今回の介護保険では要介護度のみで介護費用が決められ、個人がサービスの選択ができるような仕組みであり、要介護になれば誰でもその程度に応じた平等なサービスが受けられるはずであり、多いに期待したい。がしかし、要介護認定の問題・基盤整備の問題・保険料徴収の問題など、解決しなければならない問題が山積している。介護保険がスタートする2000年には相当の混乱が予

想され、いわゆるくかかりつけ医の一人としては不安要因が非常に多い。

高齢者医療の改革

人口の高齢化に伴い、老化を含め「治らない病気」「治せない病気」が医療需要の大半を占めるようになり、今までの医療制度では対応しにくい部分があり、総医療費抑制のための医療改革ではなく、疾病構造の変化に対応した医療制度改革が必要になって来ている。

こうした医療制度改革はこの介護保険の中で既に始まっている。どこまでが医療でどこからが福祉かといったあいまいな部分があるが、療養型病床群・老人保健施設・訪問看護ステーション、そして訪問診察までも介護保険の中に組み込まれているのである。ある統計によれば、今まで医療機関の医療収入の40%が介護保険からの収入になるであろうと予測している。スウェーデンにおけるエーデル改革ほど急激ではないが、日本においても徐々にそして着実に医療改革が始まっている。

要介護認定について

介護保険がスタートすると、われわれ医師が関わらざるを得ないのは『かかりつけ医の意見書』の記載と、人口5万人に一つと言われている要介護認定審査委員会への参加であろう。モデル実施が各地で始まっているので、意見書を既に書かれ

*福島外科クリニック院長

**第287回順天堂医学学会学術集会〔Nov. 21, 1998 開催〕
〔Dec. 1, 1998 原稿受領〕

た方も多いと思うが、自分をくかかりつけ医」と認めていてくれる患者さんのために、きちんと記載しようとするのと相当な時間がかかり大変面倒である。また審査委員にでもなれば貴重な時間と労力が要求されることになるであろう。

だがしかし、要介護認定ということになると、身体・精神状態の把握であるから、本来、医療・保健・看護の部分であり、医師として協力せざるを得まい。この要介護認定で要介護レベルが決められ、介護保険給付金額の上限が決められ、介護サービスの量が決まってくるのであるから、在宅ケアのかかりつけ患者および家族にとっては、死活問題と言っても良いほど大変なことである。在宅医療は在宅介護がうまく行って初めて効を奏するのであるし、医療というバックアップがあって初めて、在宅介護が成り立つのである。その在宅介護のサポートの決め手となるのが要介護認定であり、それに関わるかかりつけ医の意見書や認定審査委員会には、自分のかかりつけ患者のためにも協力すべきであろう。

今後の医療について

数年前のプライマリケア学会のサブテーマに——医療・保健・福祉の連携から統合へ——とあったが、今まさにそのさなかにあると言って良い。地方の小さな自治体などでは公立病院を中心に、慢性疾患を有する高齢者に対して、総合的・一体的な取り組みが既に始まっている。こうした地域医療の動きの中で、中核的な存在として求められるのが総合診療医である。

現在までの医学教育は細分化された専門医の養成であった。順天堂大学でも総合診療科が創設されているとのことであるが、総合診療医に求められることは単に幅広い医学知識のみならず、福祉や保健を視野に入れ、患者のおかれている生活環境に配慮した包括的な対応である。

『小医は病を治し、中医は人を治し、大医は国を治す』という言葉があるが、これからの地域の現場では中医が求められている。故有山 登先生

の『名医たらずとも良医たれ』といった言葉の真意は伺ったことがないが、『中医たれ』という意味ではなかろうかと想像している。

医療現場での実践

昭和58年ベットをやめ、無床診療所となったときから、プライマリケア医に徹する決心をした。在宅診療にも積極的に取り組み、医師会として往診医紹介、在宅医療に関わる病診連携のシステムを創設し、反対の多かった医師会立訪問看護ステーションの設立（神奈川県初）にも関与した。

平成6年から小規模老人デイケアを開始したところ、痴呆性高齢者のみを対象としたわけではないのに、9割が痴呆性高齢者であった。家族からの切実な訴えを聞き、痴呆性高齢者を抱える家族の苦労を身に染みて感じ、医療が福祉にもっと参加、参入すべきだという信念の下に、平成9年1月より医療法人『福医会』（福祉の福と医療の医）として、横浜市の委託事業として痴呆性高齢者グループホームを開設、同5月よりE型（痴呆のみ8名）デイサービスも開始した。

また昭和55年より、地域福祉を考え実践する『和風会』を主宰し、毎年《福祉問題講演会》、創作劇などを通じての市民の啓発活動や、医療・保健・福祉の連携のきっかけを作るべく、実務者交流会や研修会を行って来た。5年ほど前から地域での実績が認められ、テレビ・雑誌などに取り上げられるようになって来た。99年2月にはくささえあおう介護保険」というテーマで、地域の介護事業者やボランティアそして介護を考えるぶどうの会《介護者の会》のメンバー等を対象とした、シンポジウムと交流会を企画している。

痴呆性高齢者グループホームについて

日本のみならず福祉先進国においても、痴呆性高齢者は大規模施設や病院に収容されていたが、大規模施設は記憶障害・見当識障害のある痴呆性高齢者には不向きであり、また病院は本来治療の

場であり、治療のすべがない痴呆性高齢者の生活の場ではなく、適切なケアは望めなかった。そして「魔の3ロック」と言われる DRUG LOCK, PHYSICAL LOCK, SPEECH LOCK が在宅でも、施設でも、病院でもしばしば行われて来た。こうしたことへの反省の中から生まれたのが、痴呆性高齢者グループホームである。

痴呆性高齢者グループホームは1997年に日本でも制度化され、『ADLがある程度自立し、共同生活が可能な中程度の痴呆性高齢者5～9人が、家庭的な雰囲気の中で、介護スタッフの見守りのもとで生活をする場』であり、介護保険の中でも在宅メニューに位置づけられ、在宅の延長上にあるものと言える。原則個室であり、居間、食堂などのパブリックスペースを有するものとされ、スタッフは昼間は入居者3人に1人以上、夜は1人以上と決められている。

北欧や日本での先進的な取り組みの実績によれば、グループホームケアは痴呆の進行を遅らせ、精神症状や問題行動の発症を防ぐとされているが、私の2年弱の経験によっても、入居者は『自分の家』といった認識で、穏やかな日常生活を送っている。

私のところで運営しているグループホーム《オクセン》(OXEN スウェーデン語で雄牛の意味：研修旅行で見学し感動したホームの名称)は横浜・港北区にあり、一日1万台の車が通る幹線道路に面したテナントビルを改装したもので、2階・3階に個室が8室とパブリックスペースがある。エレベーターがなくバリアーだらけのホームではあるが、階段の昇降はADLの維持につながり、かえって良い結果をもたらしている。また1階にはE型(痴呆のみ)デイサービスを併設している(写真参照)。

1日1万台車が通る：幹線道路に面している

階段の踊り場から入居者が外を眺めながら談笑中

グループホーム・E型デイサービスの玄関部分

中廊下の溜り場で新聞を眺めている

1人が針仕事，1人が居ねむり，
どこの家庭にでもある情景

お花見：車イスに乗っている人は97歳，
押している人は83歳，後はスタッフ

まだグループホームは社会的認知度が低く、建物が小さく、入居者も小人数であることから、福祉担当の行政職員ですらミニ老人ホームぐらいに考えている人も多いが、痴呆性高齢者を生活障害者としてとらえ、スタッフの見守りの下で、残存能力を引き出し、痴呆であっても穏やかな日常生活の送れる生活の場であることを認識してほしい。

ま と め

医療制度改革の一環ともいえる介護保険は数多

の問題を抱えてはいるが、医学の進歩、人口の高齢化による疾病構造の変化や、社会生活や価値観の変化などを考えると必要不可欠のものであり、その第一歩が踏み出されたものと受け止めている。こうした改革に対応するためには、第一線の医師は福祉や保健にも精通し、幅広い医学知識を持ち、患者を生活ごとと抱え込める総合診療医になる必要があるだろう。言い換えれば社会が総合診療医を求めているのである。

そして医師が地域の福祉・保健の関係者と連携を保ちながら、積極的に福祉分野に踏み込んで行くべきであると私は考えている。