

## 公的介護保険制度と医療についての覚え書き

野 上 隆

### 目 次

#### はじめに

- I 自己選択できるサービス利用のために
- II 公的介護保険が想定するサービス水準と現状
- III 医療・保健・福祉の連携あるいは統合——軽度痴呆を例に  
むすびにかえて——高齢障害者とは

### はじめに

介護保険関連3法案（介護保険法案、介護保険施行法案、医療法の一部を改正する法律案）が、1996年11月29日からの第139臨時国会に提出され、介護保険に関する審議はいよいよ国会の場で開始されることになった。この間、1994年3月の「21世紀福祉ビジョン」、同年12月の「高齢者介護・自立システム研究会」による報告書「新たな高齢者介護システムの構築をめざして」の発表、そして1995年7月「新たな高齢者介護システムの確立について（中間報告）」と、1996年1月の「新たな高齢者介護制度について（第2次報告）」をへて、1996年4月に行われた老人保健福祉審議会の答申「高齢者介護保険制度の創設について——審議の概要・国民の議論を深めるために——」まで2年あまり、今回の法案提出までを取れば3年が経過している。

現在、公的介護保障のシステムは、介護保険として具体化され、表1「介護保険制度案の骨子」に要約されるものとして示されている。骨子の各項目それぞれが議論の対象であった。保険者に関しては、当初、市町村の側から、主に財政負担につながる懸念から、反対が表明された。これについては、とりわけ老人保健福祉審議会の最終答申以降、議論がなされ骨子の7に見られるような、市町村に対する支援をこうじることなどを条件に市町村側の了解を見たものである。

被保険者とくに第2号被保険者の範囲については、20才からとの説もあり、また、第2号被保険者に関しては、給付なしで拠出のみというのは社会保険の原理からして問題であるとの意見も見られた。

保険給付に関しては、現金給付の是非をめぐって若干の議論があったし、公費負担に関しては、そもそも公的介護保障制度の財源方式として税か社会保険かとの議論があった。8の施行時期に関しても、当初は在宅サービス先行での制度創設が提案されていたが、与党プロジェクト

表1 介護保険制度案の骨子

1.	保険者 市町村 国，都道府県等が重層的に支える制度
2.	被保険者 ・第1号被保険者：65歳以上の者 ・第2号被保険者：40歳以上65歳未満の医療保険加入者
3.	保険給付 要介護者の自立支援を基本に，適切な要介護認定を行った上で，在宅・施設両面にわたる介護サービスを計画的に提供
4.	公費負担 給付費の2分の1
5.	利用者負担 ・保険給付の対象費用の1割 ・施設においては食費は利用者負担
6.	保険料 ・第1号被保険者 年金保険者による特別徴収を行うほか，市町村が徴収 ・第2号被保険者 医療保険各法の定めるところに従い医療保険者が徴収の上一括して納付し，高齢化率の調整を図りつつ市町村に配分
7.	市町村に対する支援 都道府県において，財政安定化基金の設置・運営，要介護認定の審査判定義務の受託等を実施
8.	施行時期 新ゴールドプランの達成に合わせ平成12年度から在宅・施設の同時実施
9.	検討 介護保険制度全体について，諸状況の変化を踏まえて必要な見直しを行う。 検討に際しては地方公共団体など関係者の意見を十分考慮する。

トによる全国での公聴会などの経過を通じて，施設・在宅両サービスの同時実施に落ち着いた。

ざっと振り返っただけでも，この骨子に示されたものが，それなりの議論と調整の産物であったことがわかる。とはいえ，公的介護保険の内容について国民の間に十分な理解が行き渡っているか，あるいは少なくとも主要な論点については議論がつくされたかと問われれば，イエスとはいえない状況であることは，大方の認めるところであろう。公的な介護保障システムを確立するためには，介護サービスの供給を拡大すること，サービスの利用システムを確立すること，そしてこのシステムを運用する財源を安定的に確保することが最低限必要である。この3つの課題のうち，財源問題については，税か社会保険かという財政方式と，市町村が保険者となるにあたっての保険財政と安定化の方策に関して一定の議論が行われたが，他の2者に関しては，本格的な議論はこれからといったところではなかろうか。

とくにサービス利用の鍵である，要介護認定とケアプランのあり方については，利用者が誤解を生じないような，具体的な運用のレベルまでを見通した議論が必要であろう。介護サービス供給の拡大＝基盤整備に関しても，一般的に見通しの暗さを，「保険あってサービスなし」といった情緒的表現にとどめるのではなく，市町村老人保険福祉計画の具体的な進捗状況を踏

まえて、制度実施予定の2000年における推計を前提にした、介護保険制度の運用について語られるべき段階にきているのではないだろうか。

今ひとつ付け加えるとすれば、介護と医療あるいは介護費用と医療費との関連である。介護とは、医療と福祉の双方が携わることによって可能なケアであり、その合理的あるいは効率的な推進は、今後のわが国の社会保障の一大問題であるからである。

小論は、これらの点について、これまで明らかにされてきた介護保険のしくみを確認しながら、制度の具体的な施行・運用を前提として、問題提起を行おうとするものである。小論が、公的介護保険をめぐる議論の活性化にいささかでも貢献できるならば幸いである。

## I 自己選択によるサービス利用のために

### 1 サービスの価格と所得

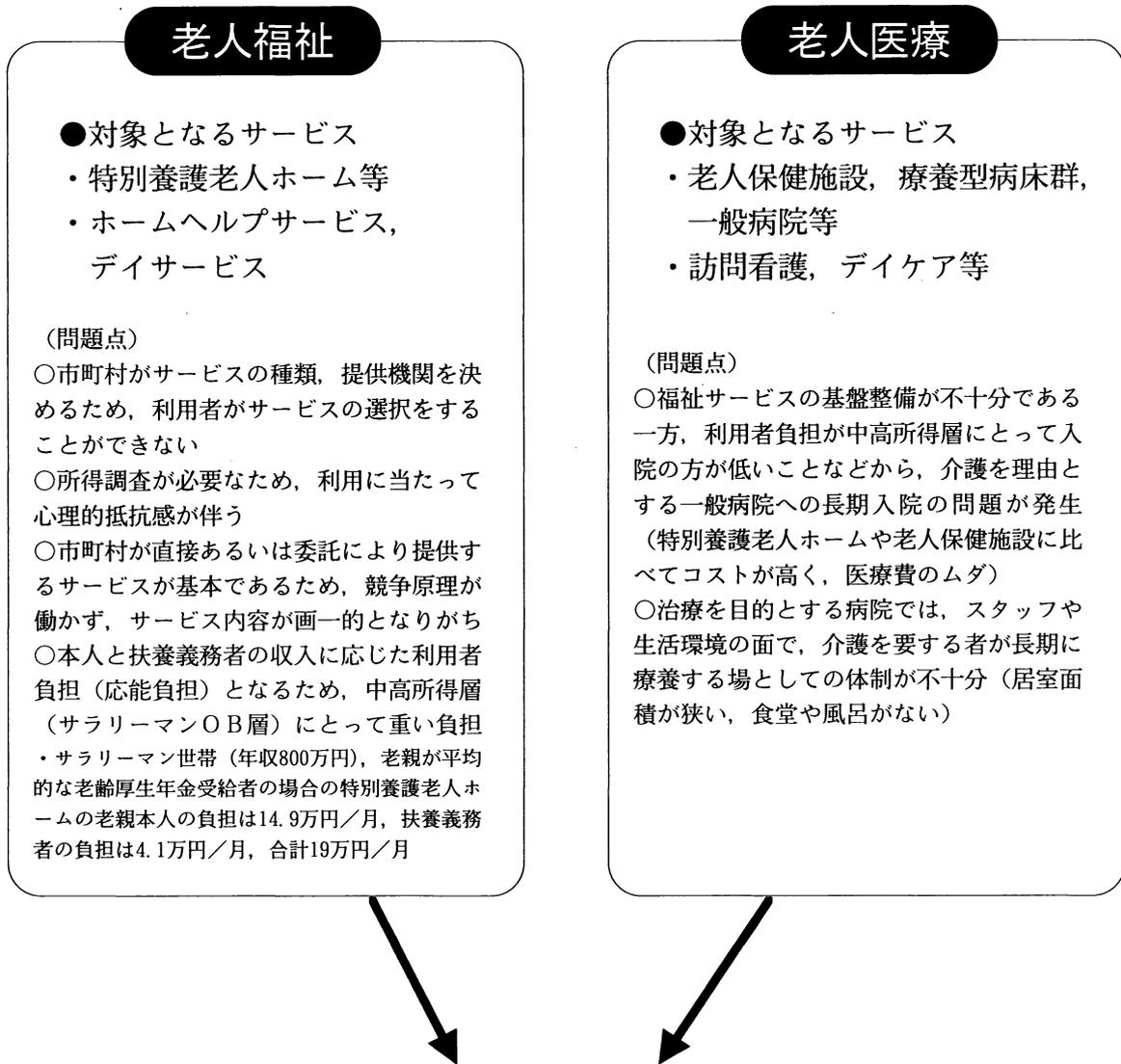
介護保険への大きな期待のひとつは、従来の措置制度とは異なる社会サービス利用のしくみができることである。厚生省介護対策本部事務局がまとめた表2「〔新版〕介護保険のポイント」は、高齢者介護に関する現行制度の問題点として、老人福祉に関して、次の4つを指摘している。①利用者がサービスを選択できない、②所得調査、③画一的なサービス内容そして④サラリーマンOB層に不利な利用者負担のありかたである。

表2の下に掲げられている、費用と自己負担の例は、類似のサービスが人により制度によって、いかに異なる価格で提供されているかを示している。<sup>(1)</sup> 特別養護老人ホームの利用者負担が、平均では約4.5万円であるのに対して、厚生年金受給者で、年収800万円程度の所得を持つサラリーマンが扶養義務者である場合には、本人負担14.9万円と、扶養義務者負担の4.1万円をあわせて1ヶ月に19万円、平均の4倍以上の費用徴収が行われるのである。応能負担原則ということになるのだが、この違いは、税の賦課の根拠となる補足された所得の額によっている。

「各施設の比較」(表2下部)に示されているように、居室面積は特別養護老人ホームが一番広い。特別養護老人ホームの部屋が広いのではない。通常、病室が6人部屋であるのに対して、特養が4人部屋であることの違いである。付け加えておけば、病院の原点が急性期治療にあるのに対して、特別養護老人ホームが生活施設であることにもよっているし、後者に関して最近では個室化の動きも出てきている。介護の人手も、介護技術の歴史的な蓄積の点からも、病院と比較して特別養護老人ホームは、介護サービスに関しては優位にたっているのである。

(1) 表2では、一般病院の費用は1ヶ月50万円、利用負担は同じく約3.9万円となっているが、これは食費と、医療保険負担を加えたもので、実際にはこれに保険外負担が加わる。丸山桂氏の試算によれば、12万4,278円である。介護対策本部事務局の数字の方が、丸山氏の試算時点よりも新しいので同様の計算を行えばもう少し高めに金額が出てくるであろう。ちなみに、丸山氏の試算によれば、在宅重度の介護費用は21万3,203円、在宅中度で16万307円、在宅軽度で8万188円である。この金額がそのまま自己負担額となる。丸山桂「公的介護保険の導入による介護費用への影響」(『季刊社会保障研究』第31巻2号、1995年)。

表2 高齢者介護に関する現行制度の問題点



**現行制度による対応には限界**

(参考) 各施設の比較 (平成8年度)

	費用 (1人/月)	利用者負担 (1人/月)	居室面積 (1人当たり)
一般病院	50万円程度	約3.9万円	4.3㎡
療養型病床群	40万円強	約3.9万円	6.4㎡
老人保健施設	33万円	約6万円	8㎡
特別養護老人ホーム	27.1万円	平均4.5万円	10㎡強

厚生省高齢者介護対策本部事務局「〔新版〕介護保険のポイント」より)

しかし、仮に、この例にあるサラリーマンOBの厚生年金受給者が、一般病院の4万円弱に対して、家族を説き伏せて19万円払って、特別養護老人ホームに入る道を選択したとしても、そ

れが実現するかどうかは分からない。入所決定は、福祉事務所の判定会議が行うのである。現状では、ほとんどの特別養護老人ホームは待機者を抱えており、いつ誰がどの順番で入所できるかを確定することは技術的にも困難な状況にある。<sup>(2)</sup>

技術的にも困難であるということは、技術的な問題だけではないということである。措置制度（入所措置ももちろんこの一部である）の運用に関して、できるだけ住民に公開する姿勢でのぞんでいる福祉事務所がないわけではないが、そうした福祉事務所が大半であるとはいえないようである。そもそも、措置の具体的運用に関して、内容を説明する義務は福祉事務所側にはないのである。あるのは処分の結果に対する不服申し立ての制度のみである。<sup>(3)</sup>

「いつでも、だれでも、どこでも」というのは、地方老人保健福祉計画策定にあたって、今後の高齢者保健・福祉サービスのあり方の標語として、厚生省が掲げたコピーであるが、従来の福祉サービスの枠組みであった措置制度が「いつでも、だれでも、どこでも」公平に、しかも利用しやすい枠組みでは、決してなかったことへの反省から生まれたものであろう。介護保険のもとでは、少なくとも本人や家族の所得によって、サービスの利用料に差がつくことはない。第1号被保険者（65才以上）に関しては、かかった介護費用の1割負担と明確に決められている。もちろん、これ以外に家族から徴収されることもない。

## 2 要介護認定とケアプラン作成

介護保険においては、サービス供給システムとしてケアマネジメントが採用されている。ケアマネジメントとは、「サービス利用者にとっての『ケアサービスの統合化』」である。もう少し具体的にいえば、一般的には別々の提供者によるサービスをクライアントの生活の視点から再編成するコーディネート機能のことで、まとめていえば『複数の問題やニーズを持ったクライアントを対象として、アドボカシーを基本とする複数のサービス提供者間のサービスやネットワークの調整』<sup>(4)</sup>である。なぜケアサービスの統合なのか、それはサービスの対象者が要介護者（高齢障害者）であり、生涯続く、生活障害に対応するために、医療、保健、福祉の多様なサービスを長期にわたって必要とするところから生じているのである。

ケアマネジメントのねらいを広井良典氏は、以下の5点にわたって述べている。

- ①要介護者ができる限り自立して自宅で生活しつづけられることをねらいとする
- ②提供できるサービスではなく、個人のニーズにあわせてサービスを提供する（Service-led

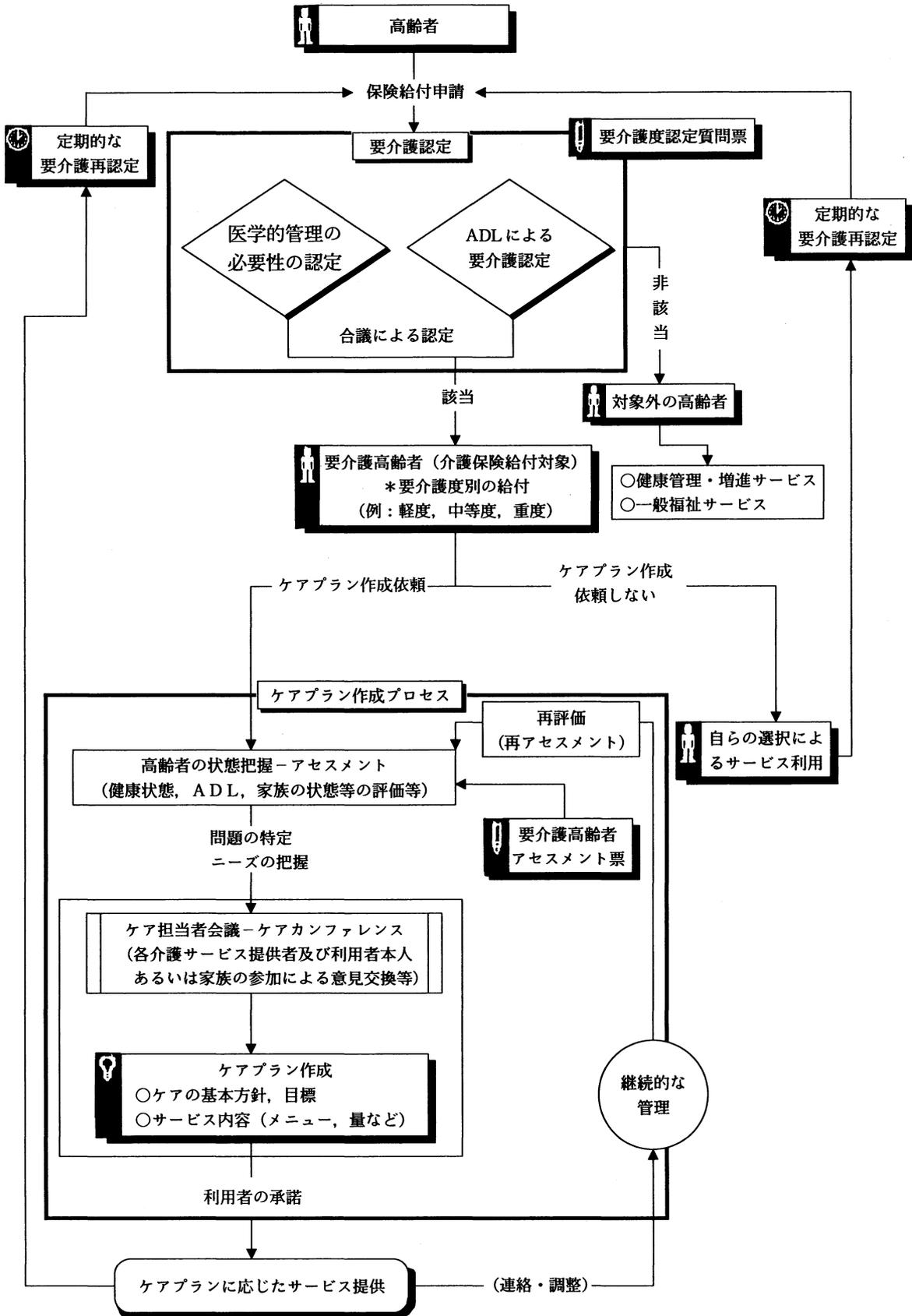
---

(2) 技術的困難性のひとつは、退所の理由である。特別養護老人ホームの退所理由のうち最大を占めるのが死亡であり、76.9%にのぼる。『平成6年社会福祉施設調査』（1994年10月1日現在）による。

(3) 措置制度のこのあたりの問題に関しては、さしあたり拙稿「公的福祉サービスと措置制度の限界」（岡本祐三編『論争』高齢者福祉 公的介護保険でなにがかわるか』日本評論社 1996年 所収）を参照されたい。

(4) 岡本祐三「介護保険とケアマネジメント」（『市町村と公的介護保険制度—介護保険創設への論点整理』大阪地方自治研究センター政策資料 No. 36 1996年3月）55ページ。

図1 新高齢者介護システムにおける要介護認定とケアプラン



Approach ではなく Need-led Approach)

- ③保健・福祉サービス、公的・私的サービスなど提供できるすべてのサービスが連携して総合的なケアパッケージを提供する
- ④実際にサービスを提供する側の利害から離れて純粹にニードを判定できるよう、ニード判定・ケアプラン作成をする人 (assessor=Care Manager) とサービスの実際の提供者 (Provider) とは分離される
- ⑤要介護者本人および介護者がプロセスに積極的に関与する<sup>(5)</sup>

最初に要介護認定とケアプラン作成のプロセスを概観してみよう。図1の上部に要介護認定とあるが、高齢者本人あるいは家族の申請でこのプロセスが開始される。もっとも手軽で迅速なケースを想定すれば、本人あるいは家族から電話がかかり、担当者によって訪問が行われるという形になろうか。要介護認定質問票にしたがって本人の状態が確認される資料が形成され、専門家の合議によって要介護度が認定される。

6万円から29万円までの6段階の介護サービス認定がなされるようであるが、もちろん本人の状態によっては、介護保険給付の対象外との判定もありうる。本人の状態によって、認定されるわけであるから、認定後も、定期的な再認定が行われる。

要介護認定機関は、原則として保険者ごとに設置されることになっており、ケアプラン作成機関とは区別される。ケアプラン作成機関は、介護保険認定の在宅介護支援センターが担当することが想定されている。

「要介護認定」と「措置判定」との違いを岡本祐三氏は、以下の6点にわたって指摘している。

- ①資産調査をしない。
- ②本人の身体や知的機能属性のみで判定（世帯状況とは無関係に）
- ③客観的判定手法（根拠）の確立と公開—市民からの異議申し立てがしやすい
- ④合議制による判定を義務化
- ⑤利用者を交えたケアカンファレンスによってケアプランを作成
- ⑥利用者によるサービス提供者の選択が可能<sup>(6)</sup>

図1の中央に、ケアプランの作成依頼をするコースとしないコースの二つに別れることが示されている。自分でサービスをコーディネートできる人は、それを選択することも可能なのである。ケアプラン作成過程では、利用者と介護者の積極的関与が期待されている点は、両氏によって指摘されているとおりである。要介護認定同様、サービス供給開始後、モニタリングと再プラン（プラン見直しと修正）が行われることになる。

医療の分野で、インフォームド・コンセントがいわれる昨今であるが、介護に関しては本人、

---

(5) 広井良典「ケアマネジメントとはなにか—介護システムの中核をなすもの」岡本編 前出書、92ページ。

(6) 注(4)文献、59ページ。

介護者の判断・意見はより大きな比重を持つであろう。本人の納得の上での選択を可能にするため、十分な情報提供が不可欠であろう。後に示されるように、ケアプラン作成は、介護保険の給付のひとつに数えられており、保険点数の対象となるのである。

さかのぼるが、要介護認定に対する不服申し立てをどうするかも、今後議論を詰めなければならぬ点のひとつであろう。制度の内容も大きく異なるので、あくまでも参考ではあるが、ドイツの介護保険では、要介護の審査において、1995年10月までの申請件数が約175万件、その87%にあたる処理済み件数152万件のうち、要介護に該当せずで認定を却下されたものの率は29.4%を占めるという<sup>(7)</sup>。介護保険法案要綱では、要介護認定に関する処分に関して、都道府県におかれた介護保険審査会に審査請求をすることができることを定めているが（第11 審査請求）、いきなり審査請求というのではなく、要介護認定に関して、十分客観的な説明が根拠を含めて提示され、本人あるいは介護者からの疑問に的確に答えられるシステムが作られるかどうかひとつのポイントであろう。

もうひとつ、ドイツの例から想起されるのは、要介護認定プロセスの効率性である。わが国の高齢者介護の深刻さは、いまさら確認する必要はないであろう。要介護者と介護者たちは、いわば一日千秋のおもいで介護サービスを待ち望んでいるのである。要介護認定が、客観性を持たなければならないのと同時に、迅速に遂行されなければならない由縁である。冒頭、要介護認定の開始プロセスとして、訪問調査についてふれたが、この部分が介護問題に精通したスタッフによってになられるかどうか以後の進行を大きく規定するものと思われる。

また、要介護認定のための、統一的なフォーマットによる個人データの収集整理と審査会への提供。同様に、ケアプラン作成のための個人データ集積から会議用資料の作成、ケアプラン作成後の事務処理支援などコンピュータによるシステム化は不可避であろう。

## II 公的介護保険が想定するサービス水準と現状

介護保険の給付内容を前出の「[新版] 介護保険のポイント」によって見てみよう。

介護保険の給付内容

在宅に関する給付

◇訪問介護（ホームヘルプサービス）

◇訪問入浴

◇訪問看護

◇訪問・通所によるリハビリテーション

◇医学的管理

医師・歯科医師・薬剤師などが、家庭を訪問し、療養上の管理や指導を行います。

---

(7) 土田武史「ドイツ介護保険の現状」（三浦文夫編『図説高齢者白書1996』全国社会福祉協議会、1996年、所収）167ページ。

## 公的介護保険制度と医療についての覚え書き

◇デイサービス

◇短期入所サービス（ショートステイ）

◇痴呆の要介護者ためのグループホーム

◇有料老人ホームなどにおける介護

◇福祉用具の貸与およびその購入費の支給

◇住宅改修費の支給

◇居宅介護支援（ケアマネジメントサービス）

介護を必要とする方の心身の状況、意向などを踏まえ、上記の福祉サービス、医療サービスの利用などに関し、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、これらが確実に提供されるよう介護サービス提供機関などとの連絡調整を行います。

施設に関する給付

◇特別養護老人ホームへの入所

◇老人保健施設への入所

◇療養型病床群、老人性痴呆疾患療養病棟その他の介護体制が整った施設への入院  
市町村の独自給付

以上の給付のほか、市町村は、地域の独自のニーズに応じ、65才以上の方（第1号被保険者）の保険料を財源として、以下の給付を行うことができます。

◇介護を必要とする方などに対する寝具洗濯・乾燥サービスなどの給付

◇介護研修、介護をしている家族のリフレッシュを目的とする交流会、一人暮らしの被保険者のための配食サービスなど

在宅に関する給付（12）、施設に関する給付（3）、および市町村の独自給付の3つの部分で構成されている。24時間を対象にした巡回型ホームヘルプサービスや、痴呆性老人のグループホームなど、新しいサービスも給付対象に含まれている。図2、図3は介護保険が想定するサービスの例である。<sup>(8)</sup> 図2は要介護度のもっとも高いケース、図3は最も低いケースである。これらの両方に共通しているのが、週3回のデイサービス／デイケアである。1週間の介護サイクルのペースになるサービスとして盛り込まれているのだが、現状ではデイサービスは、1人1週間に1回が、ほとんどの自治体での通例である。<sup>(9)</sup> 巡回型サービスに関して、この3年間に急激に増えてきてはいるものの、全国3,000あまりの自治体の1割にも普及していないのが実態である。公的介護保険が想定しているサービス水準と現状とでは、これだけの開きがあることは確認しておく必要がある。

老人保健福祉審議会の報告などでは、新ゴールドプランが達成される2000年には、施設待機者が一掃され、2005年ころに、在宅サービスの一定の水準が整備されると想定されているよう

(8) いずれも第3回老人保健福祉審議会介護給付分科会（1995年11月24日）に出されたものである。

(9) 三浦編前掲書 10章「在宅福祉」参照。デイサービスに関しては、とくに130ページ。

図2 自分で寝返りすることができず、日常生活行動には介護を必要とし、深夜巡回のホームヘルプサービスが必要であり、療養上の管理を必要とするケース。  
要介護高齢者が虚弱な高齢配偶者と夫婦で生活している場合。

項目	高齢者の状態	対応するサービス
寝返り	自分で寝返りをする事ができない。	
移動	ベッド上に限られる。	デイサービスにより外出し老人同士、介護スタッフと交流を行う。
摂食	介護を要する。	
排泄	介護を要する。	必要に応じて排泄、安全管理等のために深夜1回の巡回及びオンコールサービスを行う。
着脱	介護を要する。	
入浴	介護を要する。	デイサービスにより週3回の入浴、外出を行う。
調理	困難	週7回(家事)のヘルパーの援助に合わせて適宜行う。
掃除等	困難	
疾病	療養上の管理を要する。	週2回の訪問看護等により療養、衛生上の管理を行う。
家族	家族に対するケアを要する。	上記のほか月1回1週間程度のショートステイで負担軽減を行う。
その他生活全般		週1回はヘルパーによる援助が行われそのうち月1回は訪問看護婦、ヘルパー、家族、必要な場合にはソーシャルワーカー、保健婦などによる居宅での話し合いが行われる。 老人及び家族に対するその他のケア、孤立や家族関係の調整等の諸問題につき市町村のソーシャルワーク、NPO等との連携による生活全般の支援が行われる。

具体的なサービス量

- (1) ホームヘルプサービス 週14回訪問 約11時間20分/週
- (2) デイサービス 週3回通所 18時間/週
- (3) 訪問看護 週2回訪問
- (4) ショートステイ 月1回入所 7日間

	午前	午後	夜間	深夜
[月]	ホームヘルプ	訪問看護	ホームヘルプ	巡回ヘルプ
[火]		デイサービス/デイケア		巡回ヘルプ
[水]		ホームヘルプ	ホームヘルプ	巡回ヘルプ
[木]		デイサービス/デイケア		巡回ヘルプ
[金]	ホームヘルプ	訪問看護	ホームヘルプ	巡回ヘルプ
[土]		デイサービス/デイケア		巡回ヘルプ
[日]	ホームヘルプ			巡回ヘルプ

月1回1週間程度のショートステイ

医学的管理

リハビリ

\*このほか、訪問歯科指導、訪問服薬指導、福祉用具等のサービスが考えられる。  
\*巡回ヘルプとともに訪問看護が行われるケースがある。

公的介護保険制度と医療についての覚え書き

図3 主に、居室内で生活し、車いすを使用。自分で基本的な日常生活行動の一部はできるが入浴等は困難であり、療養上の管理を必要とするケース。要介護高齢者が一人暮らしの場合。

項目	高齢者の状態	対応するサービス
寝 返 り	自分で寝返りをすることができる。	
移 動	主に居室内に限られる。車いす使用	デイサービスにより外出し老人同士、介護スタッフと交流を行う。
摂 食	} なんとか自分でできる。	
排 泄		
着 脱		
入 浴	} 一部支援を要する。	デイサービスにより週3回の入浴、外出を行う。
調 理		
掃 除 等		週4回のヘルパーの援助に合わせて適宜行う。
疾 病	療養上の管理を要する。	週1回の訪問看護等により療養、衛生上の管理を行う。
家 族	—————	例えば体調が悪く居宅生活が困難なときには、2か月に1回1週間程度のショートステイを行う。
そ の 他 生活全般		週1回はヘルパーによる援助が行われそのうち月1回は訪問看護婦、ヘルパー、必要な場合にはソーシャルワーカー、保健婦などによる居宅での話し合いが行われる。 老人及び家族に対するその他のケア、孤立や家族関係の調整等の諸問題につき市町村のソーシャルワーク、NPO等との連携による生活全般の支援が行われる。

具体的なサービス量

- |                |          |        |
|----------------|----------|--------|
| (1) ホームヘルプサービス | 週4回訪問    | 4時間/週  |
| (2) デイサービス     | 週3回通所    | 18時間/週 |
| (3) 訪問看護       | 週2回訪問    |        |
| (4) ショートステイ    | 2か月に1回入所 | 7日間    |

	午 前	午 後	夜 間
〔月〕	ホームヘルプ 訪問看護		
〔火〕		デイサービス/デイケア	
〔水〕		ホームヘルプ	
〔木〕		デイサービス/デイケア	
〔金〕		ホームヘルプ	
〔土〕		デイサービス/デイケア	
〔日〕	ホームヘルプ		

2か月に1回1週間程度  
ショートステイ

医学的管理



\*このほか、訪問歯科指導、訪問服薬指導、福祉用具等のサービスが考えられる。

である。新ゴールドプランが2000年を目標としているのであるから、この想定が実現するためには、新ゴールドプランに引き続いて、新々ゴールドプランあるいはスーパーゴールドプランが実施されなければならないということになる。介護保険は、公的介護保障システムの、運営費＝ランニングコストをまかなうしくみである。市町村の側がサービス供給のシステムを整備しない限り、金だけが流れてきてもサービスは供給されない。あまりうまくない例えであるが、自動車を持たない家庭に（日本ではそのような家庭は少ないであろうが）、ガソリンを配って歩いても有難迷惑にしかならないとでもいうと、少しは状況理解の助けになるであろうか。

各自治体における高齢者に関する保健・福祉サービスの基盤整備計画である地方老人保健福祉計画<sup>(10)</sup>について、このところ2000年までの達成を危ぶむ声が高かったが、このほど連合大阪が府下の全市町村の保健福祉計画について行った調査結果『わが街の高齢者福祉』（1996年9月、データ分析と報告書の執筆は関西学院大学教授大谷強氏）によれば、「保健福祉計画は、平均5割程度で進んでいる実態が明らかになった。ハードの建設は、ほぼ確実に達成できる。だが、最も重要なヘルパーでは、自治体の財政負担が1人あたり100万円程度であるにもかかわらず、<sup>(11)</sup>人数の確保も利用実績の拡大にも消極的であった。計画見直しの中心課題と言える。財政力のある自治体でも進捗が遅れ、その逆もあり、財政が進展度合の最大の理由でないことも、明らかになった<sup>(12)</sup>」。「多くの自治体では着実に計画は実行されていることがわかった。ほとんどの自治体では達成は確実に<sup>(13)</sup>と思われる」との結果が報告されている。

### III 医療・保健・福祉の連携あるいは統合——軽度痴呆を例に

要介護認定が、客観性と共に迅速性を必要とすることは先にふれた。これらを担保するための専門性と、能率的な事前調査の必要性についてもふれた。しかし、問題はそこにとどまらない。介護保険の対象者は、要介護者だけでなく、要支援者（＝要介護状態となるおそれのある状態にある65才以上の者、あるいは同じ状態にある40才以上65才未満であって、その要介護状態となるおそれのある状態が特定疾病によって生じたものであるもの）も含まれるのである。こうした文脈からすぐに想起されるのは、軽度痴呆あるいは初老期痴呆の問題である。<sup>(14)</sup>

(10) このあたりの状況に関しては、拙稿「公的介護保険制度の創出と市町村老人保健福祉計画の見直し」(注(3)前掲書、所収)を参照されたい。

(11) ヘルパーの人件費が常勤337万6,621円で、これを国が2分の1、都道府県が4分の1、市町村が4分の1のを負担する。ヘルパーの常勤単価などに関しては、注(9)文献、127ページ。

(12) 日本労働組合総連合会大阪府連合会(連合大阪)『わが街の高齢者福祉 大阪44全市町村の高齢者保健福祉計画の推進状況・分析と評価』(1996年9月)3ページ。

(13) 同上、63ページ。

(14) 「現行の障害者施策の対象とならず、サービスの性格上介護保険がカバーすることが適当な『初老期痴呆』のようなケースなどは、介護保険において対象とすべきである」(老人保健福祉審議会「新たな高齢者介護制度について(第2次報告)」。軽度痴呆と初老期痴呆は異なる。前者は症状の重さ、後者は発症年齢の問題である。

## 1 私たちは痴呆の何を知っているか

要介護者の増加は現状では不可避であり、その一部が要介護の痴呆性老人によって占められることは、手近な統計からもわかる。『厚生白書』平成8年版によれば、2000年には、介護を必要とする痴呆性高齢者は20万人、85才以上になると3.5%が発症するとされている。しかしながらこれらの推計値以外に、痴呆について私たちが知っていることといえば、それが不治の病であることと、介護者に多大の身体的・精神的負担を負わせるということ以外に何もなかったのではないだろうか。

強いて付け加えるとすれば、痴呆性高齢者が、特別養護老人ホーム入所者のかなりの部分を占めるに至っていること。一部の特別養護老人ホームにおいては、痴呆性老人に対する処遇に関してさまざまな工夫がなされていること。痴呆性老人専用のデイサービス（E型）があること。最近では、痴呆性老人の生活施設として、グループホームが有力視されていることぐらいではなかろうか。しかも、これらの乏しい知識のすべてが、対人サービスあるいは処遇としては、中度あるいは重度の痴呆性老人に対するものみに限定されているのである。

ひとは、はじめから、中度ないし重度の痴呆症になるのではない。軽度痴呆に対する社会的な受け皿がなく、一般の病院や診療所の門をたたいても、受け付けてもらえなかったり、あるいはせいぜい痴呆であると診断されるだけで何の処方もされず（治療法はない!）、いわば中度から重度へと進行を待つだけという場合が多かったのである。そしてその間、本人と介護者は、ともに強度の精神的あるいは肉体的負荷の中に放置されるのである。しかし、戦前の結核といい、戦後のガンといい、不治の病であるからといって医療は何もしてこなかったであろうか。歴史はそれを否定している。

## 2 痴呆の診断

ここに一つのデータがある。滋賀県立成人病センター老年神経内科では、1990年5月8日から、1995年9月30日までに痴呆症患者689名を診断している。このうち他の医療機関からの紹

表3 診断が修正された23名の内訳  
(1993年5月現在)

紹介時	→通院後	
SDAT	→前頭葉型痴呆	10名
SDAT	→VD	7名
うつ病	→SDAT	2名
SDAT	→正常圧水頭症	1名
SDAT	→そう病	1名
SDAT	→うつ病	1名
SDAT	→PSP	1名

SDAT: Alzheimer 型老年痴呆, VD: 脳血管性痴呆  
PSP: 進行性核上性麻痺

介患者で、診断がついていた56名のうち、診断名が修正された患者は23名にのぼった。表3は、これらの内訳である。たとえば、前頭葉型痴呆とはピック病などをふくむもので、アルツハイマー病とはまったく違う症状を示す<sup>(15)</sup>。部長の藤本直規氏の表現を借りれば「ちょっとおちゃめなはずらっこ」ということになる。診断の重要性を、少し長くなるが氏の言葉を引用して示そう。

「痴呆を詳しく診断して、何の役に立つのかという声が聞こえてきそうですが、VD（脳血管性痴呆）ならある程度の予防法もありますし、痴呆によって病気の進みかたも少しずつ異なります。第一、ケアのしかたが違うのです。例えば、SDAT（アルツハイマー型老年痴呆）とは明らかに異なる臨床症状を持つFD（前頭葉型痴呆）が、場合によっては痴呆であることすらわかってもらえなかったり、また、誤ってSDATと診断されたため、介護者だけでなく、介護に精通しているケアワーカーの対応さえも混乱しているケースがあります。……もちろん、検査をする代わりに、その意義と結果を介護者だけでなく、保健婦、ホームヘルパー、ケアワーカーなどにできるだけ伝え、結果が有効に活用されなければなりません。診断や評価の過程で『何となく訳が分からない』というイメージを払い去り、痴呆老人が、病気により『生活する力やコミュニケーションする力』が障害され、『困惑し途方にくれているお年寄り』であることを社会的に認知してもらうには、あくまでも医師が、痴呆に対して、糖尿病や高血圧と同じ様なスタンスをもって診療手順を踏むことが肝心と考えます<sup>(16)</sup>」。

このために同老年神経内科では、二次性痴呆の鑑別のために、初診時に採血やCT（コンピュータ脳断層撮影）、ついでアルツハイマー型老年痴呆か、ピック病などの前頭葉型痴呆かの鑑別のために、臨床症状の経時的な観察と共にMRI（核磁気脳断層撮影）やSPECT（脳血流測定）などの神経放射線学的検査を行っている<sup>(17)</sup>。

### 3 痴呆に対するプログラム

滋賀県立成人病センター老年神経内科のプログラムを紹介しよう。

- ①診断。これについては先にふれた。
- ②薬物治療。現在、痴呆に根治療法はないが、必要に応じて対症療法としての薬物療法を行うという。また、高血圧など合併症の治療が必要であることはいうまでもない。
- ③カウンセリング。介護者へのカウンセリングである。介護者を支えることで、痴呆患者の心理的安定がえられ、問題行動が落ち着くこともまれではないという。カウンセラーが行っている。

---

(15) 藤本直規、成田実「地域医療」(『現代医療』Vol. 28, No. 6, 1996) 139ページ。

(16) 藤本直規「痴呆専門外来と地域の保健・福祉との連携で痴呆性老人を見つめるチーム医療の痴呆専門外来 滋賀県立成人病センター」(『おはよう21 スペシャル Vol. 1 地域の中の痴呆ケア』中央法規出版、1996年) 69ページ。

(17) 同上。68ページ。

- ④痴呆リハビリとリハビリプログラム作成。OTが実施している。
- ⑤患者家族会への支援。介護指導や介護者のカウンセリングは、同じ様な境遇の介護者や介護経験者がしたほうが、場合によっては、専門職よりも効果的だという。問題は、介護者同士がなかなか集まらないことであるが、患者と介護者が定期的集まる医療機関が場所を提供し、勉強会などを支援することは極めて有効だという。
- ⑥ケアマネジメント。処遇困難ケースに関して、病院スタッフと保健婦、ヘルパー、老人施設のケアワーカーなど、地域の保健・福祉のスタッフが協力・参加して行う。
- ⑦保健・福祉サービスの紹介。ケースワーカー（MSW）が行っている。
- ⑧痴呆早期発見・早期対応のプログラム  
病院にはこれらを行う人的資源、薬剤、食材、設備がある。入院ベッドを持たない外来で、これだけのことができるのである。入院ベッドを持たないがゆえに、このような形態の「治療」が生まれたということでもあるようだが。

#### 4 早期発見の受け皿作り

早期発見・早期対応のユニークな取り組みの一つに「物忘れチェック外来」がある。痴呆の自覚症状(?)の典型は、物忘れである。日常生活に、ときおり問題をきたすような物忘れがしばしば起きる。ひょっとしたら痴呆ではないかと本人も家族も疑いを持つ。しかし、本人と家族の心の中では、疑いと希望とが日々葛藤をくり返す。医師の診断を受けて痴呆ではないことを保障してもらいたい。この段階の本人と家族にとって、精神科の門は必ずしもくぐりやすいものではない。老年神経「内科」の「物忘れチェック外来」の看板が必要な由縁である。

いまひとつ、めずらしいのは軽症リハビリである。早期発見の後何をするか、当然脳リハビリをする必要があるとの結論になるが、現在の老人福祉サービスの中にそうしたメニューはない。E型デイサービスは痴呆専門に作られているが、あくまでも中度、重度の人が対象であり、軽症の人にはなじめない。老人クラブは逆に元気なお年寄りの集う場であり、ゲートボールや碁・将棋などのリクリエーションにしても痴呆の人には高度かつ厳しすぎる環境である。軽症リハは、回想法を利用したもので、特に大がかりな道具もいらず、気楽に受けられる点に特徴があるという。軽症の人たちの地域での受け皿として、地域の老人施設などにも、広げてもらうべく指導も<sup>(18)</sup>行っている。

早期発見・早期対応によって、痴呆の進行を遅らすことは可能である。根治はしなくとも、痴呆の進行過程をゆるやかにすることによって生じる、本人に対する即時的な効果と同じ時間の経過が、介護者に、介護のノウハウの獲得、各種の保健・福祉サービス利用への習熟、家族会などのネットワークの形成などを可能にさせているのである。ゆっくりと着実に準備していくことは、介護者にとっても必要なのである。痴呆は加齢によって発生する疾患であり、その

---

(18) 藤本、成田、注(15)文献、138から140ページ。

発生率は年齢とともに高まる。同時に、痴呆の発症の時期は個人差が大きく、40代からの発症も決してまれではない。それゆえ、早期発見・早期対処の受け皿は、可能な限り広く作られる必要がある。厚生省は、精神科の中に痴呆疾患センターを設置してゆく方針のようであるが、一般病院の内科、神経内科、老年科などにも対象を拡大してゆくべきであろう。早期発見と早期対応によって、痴呆性疾患の進行を緩和するか、それに失敗して、急激に重介護の必要な状況を招来するかは、家族の精神的・肉体的負担と共に、介護サービスの社会的必要量の急増を押さえ、介護を必要とする痴呆性高齢者に適切なサービスを提供していくうえで大きな違いを生み出すものと考えられるからである。

### 5 ネットワークの必要性

ところで、これらの活動を医療従事者である医師はどう位置付けているのであろうか。「高齢障害者（いわゆるねたきり老人）、痴呆、難病などには、医療のみで『治癒させる』といった『医療完結型』のコンセプトはまったく適用できないのである。そこで、これらの慢性進行性の疾患や病態に対する医療サービスとしては、福祉サービスなどと『他分野連携型』で、かつ医師が看護婦、作業療法士（OT）、理学療法士（PT）、ケースワーカー（MSW）、栄養士など多くの職種と役割分担をする『多職種連携型』であることが求められる。そのようなコンセプトのもとで、痴呆患者や介護者が求めているニーズにあわせて提供されるニーズ指向医療サービスは、リハビリテーション（リハビリ）、家族支援なども含めて、広い意味で治療と考えるべきである<sup>(19)</sup>」。

このような考えを持つ医師や医療従事者がどのくらい存在するのかに関して、筆者は数量的なデータをもっていない。しかし、軽度痴呆に話を戻せば、医師の間でも十分なノウハウを持っている人が多くないであろうことは想像にかたくない。要介護認定の場合にもこのようなケースが出てくるかもしれない。現状では、ネットワークで対応するしかないと思われる。都道府県に1ヶ所でも（もちろん多いにこしたことはないのだが）、軽度を含めた痴呆診断と対応を引き受ける医療機関を作り、判断に困るケースはそちらに紹介するのである。介護保険における、市町村支援はこのような分野でも必要である。財源の安定化だけですべてが片付くものではない。

### むすびにかえて——高齢障害者とは

寝たきり老人（寝かせきり老人）を高齢者障害と規定したのは、岡本祐三氏であるが<sup>(20)</sup>、同じく医療の側から広井良典氏は、「健康転換」の第1相が、感染症から成人病へ、すなわち慢性

(19) 同上、137ページ。

(20) 岡本祐三『医療と福祉の新時代』日本評論社、1993年とくに第2章「『寝たきり老人』とは何か」を参照。

疾患への転換であったのに対して、第2相は成人病から老人病へのすなわち退行性疾患への転換であること。そして、そこでは「治療」を第一の目標とした〈医療モデル〉ではなく、老化に伴う不可逆的な身体機能の低下を認めつつ、残存機能をできるだけ活用しながら、生活の質を高めていく〈生活モデル〉こそが求められ、この点に、「老人のケアにおいては『医療』と『福祉』はほとんど一体であって、従来の医療の延長ではとらえられない根本的なパラダイムの転換が求められる<sup>(21)</sup>」ことを主張されている。

介護保険の実施を目前にして、介護分野への医療の進出に警戒的な意見が見られるが<sup>(22)</sup>、医療の参画抜きには、高齢障害者のケアの充実が困難であることを論じてきた。日本の社会保障給付費が、ながく5：4：1の割合で年金と医療と福祉に配分されてきたことは周知の事実である。この配分構造を5：3：2に変化させようというのが「21世紀ビジョン」の提起の一つであったし、公的介護保険はそのことを明確に掲げている。21世紀を見通しての、有効な資源配分は不可欠である。ケアを社会福祉法人がになうか医療法人がになうかではなく、いかなる質のもとに高齢者のケアを再構築しその量的充足をはかるかが問題なのではないだろうか。

---

(21) 広井良典『医療の経済学』日本経済新聞社、1994年。第3章「医療供給体制の再編成」を参照。

(22) 「巨額の医療費を合理化して、その一部を福祉介護費用、とりわけ在宅ケアの費用に充当する。そのためにアメリカはマネージドケアを活用している。日本も同じような手法を採用するだろう。介護保険が導入されればなおのこと、福祉介護市場は医療機関の大いなる挑戦を受けることになるが、侵略されてはなるまい」。松田鈴夫「病院の侵略」(『月刊福祉』1997年2月号)9ページ。