

地域医療機関の視点から見た 介護保険制度の課題

新田國夫 氏 医療法人社団つくし会新田クリニック院長 / 社団法人国立市医師会会長

介護保険制度について医療現場はどのような問題意識を持っているのか。通所リハビリやグループホームなどさまざまな高齢者支援に取り組まれながら、社団法人国立市医師会会長として介護のあり方に関する議論にも参画されてきた医療法人社団つくし会新田クリニック院長・新田國夫氏にうかがった。

理念とのズレ

新田先生は、医師として地域の高齢者医療に当たりながら介護施設の運営をされていますが、その経緯からうかがいたいと思います。

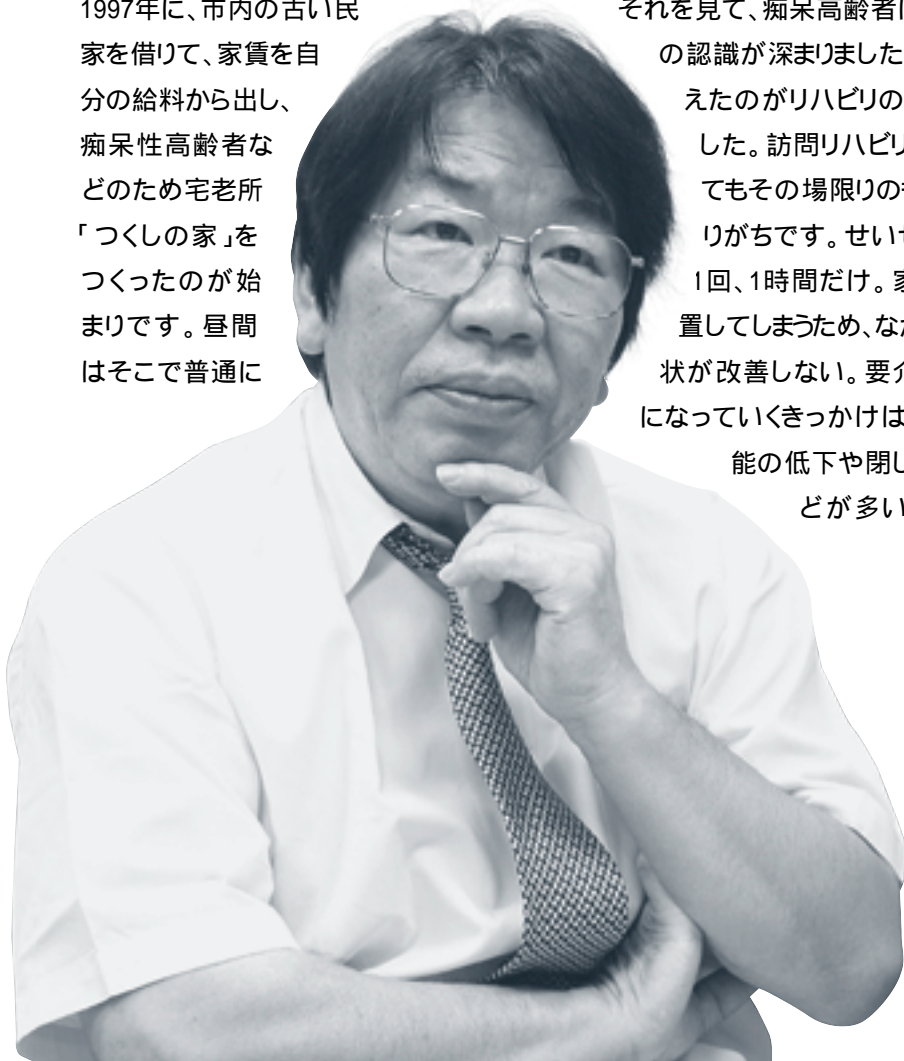
新田 介護保険制度が始まる前ですが、1997年に、市内の古い民家を借りて、家賃を自分の給料から出し、痴呆性高齢者などのため宅老所「つくしの家」をつくったのが始まりです。昼間はそこで普通に

生活していただき、夜は帰宅して家族に看ていただく。いわばグループホームの原形のような施設でした。朝、集まって、みんなで食事の用意を始める。そのような生活の場ができると、薬に頼っていた痴呆の高齢者が投薬せずとも問題行動がなくなったりする。私は外科医ですが、それを見て、痴呆高齢者についての認識が深まりました。次に考えたのがリハビリのあり方でした。訪問リハビリはどうしてもその場限りのものになりがちです。せいぜい週に1回、1時間だけ。家族は放置してしまうため、なかなか症状が改善しない。要介護状態になっていきかけは、下肢機能の低下や閉じこもりなどが多いこともあ

り、「何とか高齢者を外に出せないか」と考えていたとき、たまたまクリニックの隣が空家になりましたので、そこを借りて、1998年に通所リハビリテーション「ふれあい倶楽部」を始めました。そこに高齢者を毎日連れてきてもらおうようにしますと、外に出て、人々と交流するようになった方は気力が戻り、状態が改善されるのです。しかし、いわゆる問題行動のある重度痴呆の高齢者もいますから、通所ケアにも限界があります。そこで今年、グループホームと介護付き有料老人ホームをつくりました。起業的な動機からではなく、必要に応じて、順を追って発想してきたに過ぎません。

高齢者の多様な住まい方について議論されるようになっていますが、実践の中でさまざまな試みをされてきたわけですね。

新田 当初、私も在宅医療を目指していましたが、経験を通じて、より重要なのは、高齢者に選択の自由を与えることだと思ふに至りました。安心して最期まで居られる場所であれば、自宅でもよいし、



ある種の施設でもよい。従来の介護の議論は、「住み慣れた家にいるのが幸せだ」という思い込みが強過ぎたのではないのでしょうか。以前は私もそう信じていましたが、実態を見れば、バリアフリーの面から、住み慣れた家が不便だったりするわけです。あるいは、すべての家庭で家族関係が良好なわけではありません。施設に移ることによって家族との間に一定の距離ができ、むしろ関係がスムーズになることもあります。

医療法人が介護施設を運営するメリットは。

新田 メリットは特にないと思っています。一般的に言って、医療法人と株式会社との違いは何かということを考えています。私は、医療法人の全てが道徳的とは思っていません。医療法人の中には、現行医療制度の中でやればやるほど増収につながる出来高払いという制度を最大限利用しているところもあります。設備投資し、検査を増やし、不要な手術を行う。また、過剰な医療という傾向は普遍的に見られます。高価なMRI（磁気共鳴画像診断装置）などは、フランスやデンマークは各県に1台ですが、日本では大きめの病院ならどこにでもあり、ちょっとした眩暈でもMRIにかける。また、そうしないと患者も納得しない。非効率な医療にしたことについては、医療法人の側、患者の側、双方に責任があります。医療訴訟も、何かことが起きた場合、何をしたかということよりも、何かをしなかったかがより問題にされる。不必要な投薬、検査が横行する状況が変わらなければ、財源問題は決して解消されないでしょう。そのような医療制度の問題点をどれだけ踏まえて介護保険がつけられたのか。そこが問われると思います。質問に対してあえて言えば、小規模多機能に医療的側面が加わり、利用者の安心

感が加わるのではないのでしょうか。

介護保険制度の現状について、どのような問題意識を持たれていますか。

新田 現場の医師から見たとき、高齢者が最期を迎えるまで、どこでどのようにに居続けられるか、それが最大の課題です。その観点から、現行の介護保険制度を見た場合、いくつかの問題点を指摘しなければなりません。私が在宅医療を始めたのは15年前ですが、当時から医療保健財政の逼迫から「社会的入院」が問題化して、その是正のための早期退院ということが既に始まっていましたが、今やその傾向に拍車がかかっています。かつては病院から出された患者は、行政の措置の訪問介護、看護のみでやっていた。そこに介護保険制度ができて、一定の役割を果たしている。確かにそれは事実ですが、制度の理念と現実とのズレを感じます。介護保険の基本理念は「自立支援」、つまり高齢者が自らの意思に基づき、有する能力を最大限活かして、自立した質の高い生活を送れるように支援することですが、では現実はどうか。要介護3以上の自立とは程遠い寝たきりモデルが主体でした。

自立支援、在宅ケアの推進ということで、要介護度3以上の動けない状態の高齢者が病院から追い出される。「社会的介護」の時代と言われながら介護せざるを得ない家族は大変です。在宅サービスの整備が追いついていないこともあり、家族負担は非常に重い。必然的に施設志向が強まる。ところが施設整備には限界があるため、満杯になっている。そのような状況から制度が本来意図した自立支援という目的から外れ、もっぱら家族介護の軽減を図ることに力点が置かれている。そして、それが現状の介護保険では不可能な状態です。

地域の高齢者医療のあり方

医療の面から状況を改善していくためには、どのような取り組みが考えられるのでしょうか。

新田 かかりつけ医制度をしっかりとつくり上げることです。従来の日本の医師は専門医の集団でしたが、今後の高齢社会時代に地域で要求されるのは、かかりつけ医です。私は「総合診療医」を称していますが、地域医療に当たる医師は、自らの専門を持ちながら、高齢者の痴呆、脳梗塞の後遺症のリハビリ、ターミナルケアなどさまざまな役割が求められるようになるでしょう。そのとき、かかりつけ医は、本人や家族、地域からのさまざまな情報を収集して的確な判断を下せる能力を有することが求められます。さらに、「セカンドオピニオン」を活用することで、専門医との橋渡しをする。おこがましい言い方をすれば、かかりつけ医が地域医療のベースとなり、専門医を選択する機能を果たす。「この病気なら、この病院の、この先生がよい」と患者に代わって医療機関を評価するべきだということです。そのようなかかりつけ医が在宅でも施設でも、居場所が変わってもずっと診てくれる。そのような環境が地域に整えば、住民も安心できるでしょう。

診療科目を超えて、一人の高齢者を総合的に診られる医師が必要だということです。

新田 例えば、ヨーロッパの地域の医師は、小児もお産も、高齢者も診ます。それが地域の医療のニーズですが、日本はそうではない。小児科救急の人手不足にしても、考えてみれば、なぜ一般の医師が小児を診ないのか。市民にそのようなかかりつけ医を求めていただきたいと思います。需要があれば、日本においても実現していくはずですよ。

1 セカンドオピニオン：治療方針などについて、普段診療を受けている主治医以外の医師に意見を聞くこと。

医療制度改革で、IT化、標準化の必要性が議論されていますが、高齢者医療にも有効なのでしょうか。

新田 私はEBM²が今一つ完成しないのは、医療の不確実性、とりわけ多臓器に障害を持つ高齢者の状態の複雑さのためではないかと思っています。医療の現場では、正常値にすることが治療だ、と考えられがちですが、高齢者の場合、根治目的の治療が最善とは限りません。正常値医療をすることでかえって状態が悪くなってしまうこともあり、加齢に伴う心臓や肺の機能の低下を自然な現象と見なし、病的な状態があっても何とか生活していくことを考えた方がよいこともあります。80歳の高齢者でも手術をする時代になった。それはよいとして、問題は手術適用基準です。従来は、病気が治癒されるかが手術適用基準とされていましたが、結果として患者の状態が手術前以下のレベルになったり、寝たきりになったりしては意味がありません。手術をした後、それまでの生活を維持できるか改善されるということを適用基準にすべきです。とすれば、医師が対象者の日常生活活動を知らなければ判断ができず、それが分かる地域のかかりつけ医の役割は、ますます重要になるということになります。

医師とケアマネジャーとの連携の必要性が説かれています。それについてはいかがお考えですか。

新田 介護保険制度が施行される前は、地域で在宅医療や介護をする上で、ヘルパーと医師の間に見える関係がありました。介護保険が始まると、ケアプランをつくるケアマネジャーが間に入り、ケアマネジャーも医師に連絡しにくい面があったかもしれませんが、医師にすれば、ヘルパーが誰で、どんな行為をしているかが見えなくなりました。そ

こで最近になって、地域の事業者連絡会議などいろいろな機会ができつつあり、再び見えるようになってきました。ただ、連携が進むことで興味深いことが分かりました。ある会議で、いくつかの事業者体にかかわっているヘルパーを全員集めていただいたときのことです。普段、一人の高齢者を数人のヘルパーが時間を決めてバラバラに介護していたのですが、同じ高齢者についての見方が全く異なっているのです。あるヘルパーは、その高齢者は寝たきりで、食事も自力でできないと思っていた。別のヘルパーは、一人でトイレに行けると言う。つまり、高齢者がヘルパーをうまく使い分けていたということ。ケアマネジャーはそこまで把握できていない。きちんと判断してプランをつくるためには、主治医を含め関係者が集まり、徹底した検討を加えなければならないことを痛感しました。

介護専門職の能力の向上の必要性をお感じになりますか。

新田 医師にすれば、医療訪問看護師は慣れていて、すべて報告してくれますからスムーズなのですが、介護の中核を担う2級のホームヘルパーは短期間で養成され、その後の研修も不足しており、その差がだんだん目立ち始めています。介護職の能力向上を図るとともに、その処遇を改善し、ライフワークにできるだけの収入を期待できる専門職制度として確立するべきでしょう。

医療行為の規制緩和を求める声があります。

新田 たんの吸引などの医療行為は、一部を例外³として法律上禁止されていますが、介護の現場ではヘルパーがやらざるを得ない状況があります。事故が起こらないよう医師が指導しても、事業者がこれだけ多くなってくると、すべて医師の責任にするのは問題です。法律

を整備してヘルパーを養成する研修制度等をつくるべきであると思われます。

超高齢社会に向け、保険者たる自治体はどのようなことに取り組むべきなのでしょうか。

新田 かかりつけ医がリハビリを含めた介護計画についてもよく理解した上で、高齢者のケアプランづくりに参画することです。そして、個々人の状態像を把握し、適切なサービスを提供するためには中学校区単位程度の小さなグループで行うことが必要です。その小さなグループが集まり、大きな輪にしていく。ただし、小さなグループには予算も組織力もありません。自治体には、それを支配するという発想をとらず、その小さな輪を主人公ととらえて、ネットワークづくり、システムづくりに協力していただきたい。

もう一つ、自治体には高齢者の移住の権利を確保するという観点を重視していただきたいと思います。例えば、公営のアパートの5階に住んでいる高齢者は、具合が悪くなると降りにくくなり、家に閉じこもりがちになる。そのとき1階に移すといった単純なことさえうまくできていないのが現状です。その辺りについて、フレキシブルな対応をお願いしたいと思います。

平等論が導く結論

来年の通常国会に向けて、介護保険法の見直しの議論が進められています。国にはどのようなことを要望されますか。

新田 軽度の要介護者の著しい増加傾向を背景に「給付の効率化、重点化」ということが言われています。方向性は正しいとしても、提示されている方法論には疑問を感じます。要支援・要介護1は予防給付にするというのが今回の見

2 EBM[Evidence Based Medicine]: 科学的根拠に基づいた医療のこと。個々の患者の診断や治療についての意志決定の場で、現在ある最良の根拠・科学的根拠(evidence)をもとに実践する医学。

3 2003年7月、在宅のALS(筋萎縮性側索硬化症)患者のたんの吸引がホームヘルパーに解禁された。

直しのポイントのひとつのようです。その手法はパワーリハビリと食事予防としていますが、これは少し違うのではないかと。私自身、比較的若い70歳前後の層が要支援・要介護1に認定され、その人たちがヘルパーを家政婦代わりに使っているものとばかり思っていました。国立市の要介護者の増加を年齢別に調べてみると、平成14年から16年にかけて要支援・要介護1が最も増加していたのは85歳前後のグループでした(資料参照)。そのような高齢者に、筋肉トレーニング、食事改善と言っても、大多数は無理があるのは明らかです。ヘルパーを家政婦代わりに使う軽度の高齢者がいるのは事実ですが、今になってそれを問題にするのであれば、制度施行前に要支援・要介護1のケアプランを確立しておくべきです。「ヘルパーは家事援助はしませんから、がんばって自立してください」、最初からそういうことなら利用者も納得していたでしょう。

その点をいかに改善していくべきなのでしょう。

新田 買い物はヘルパーと一緒にするなど、できるだけ外に出てもらおうということです。そして高齢者の生きがいづくりを考えることです。要支援・要介護1で本当は外に出られる人も、ヘルパーが何でもしてくれる。何もすることがなくなり、何もしたくなくなり、家にこもり、鬱になっていく。そこを変えるべきです。そもそも、私は「要支援・要介護1不要論者」です。抜本的な改革が可能なら、ドイツ介護保険と同じように中等度以上を対象とする。軽度については地域社会政策で対処する。介護保険は中度以上を対象とするが、その代わりサービスは中途半端なものにしない。また「効率化、重点化」と言うのであれば、要介護度の高い方は金額的な制限を撤廃してよいはず。

これは理想論ではありません。医療保険で100万円かかっても手術をするのは1回切りだからです。それに対して、介護は継続するものであり、1割の自己負担がある以上、毎月100万円かかるというケースはレアなはずですから。

見直しの議論では制度の持続可能性という面から財政面が重視されています。

新田 財源論だけで高齢

者の介護の問題を考えるべきではないと思います。要介護状態になって退院を迫られたらどうすればよいのか、特養で病的状態になったらどこに移るのか。自分の将来住む場所について具体的にイメージできない。だから国民は不安で仕方がない。老後の不安が消費を抑制しているとの指摘もあります。経済政策にもかかわる重要な政策課題であり、それを財政論からだけ議論すべきではないと思います。例えば、施設の食費を給付対象から外すという議論が出ていますが、個々の高齢者に目を向ければ、月に12、13万円かかることになれば、払えない人は施設を出されるのか。戻る場所がない人はどうするのか。施設と在宅との平等を確保しなければならない、というのは一見正しい理屈ですが、それによって議論を進めれば、結論を誤るのではないかと。私自身の体験でも、国立市で1カ月間に36万円のサービスを受けている人に10%までサービスの上限を引き上げようという議題の会議に出席したとき、私は要介護2以上の高齢者のみに適用すべきだと思いましたが、市の委員会の議論では平等論が出てくるわけです。曰く、「要支援の中にも必要な人がいるは

資料 国立市の年齢・要介護度別人数

年齢	二次審査要介護状態区分						総計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
40～44歳					1	1	2
45～49歳	1	1	1			2	5
50～54歳			2	1	4	3	10
55～59歳	2	7	3	3	1	2	18
60～64歳	4	10	7	3	8	7	39
65～69歳	14	19	7	10	10	12	72
70～74歳	30	56	19	23	17	17	162
75～79歳	85	88	39	38	34	41	325
80～84歳	98	136	45	47	44	56	426
85～89歳	71	81	53	41	41	65	352
90～94歳	29	50	33	40	35	38	225
95～99歳	7	19	17	10	15	21	89
100～104歳		2	1	3	3	3	12
総計	341	469	227	219	213	268	1737

2004年8月末時点

新田國夫氏作成資料

ずだ。上乘せも平等にしなければならない。」それが本当に正しい理屈なのか。国や都の議論も美辞麗句で進めていただきたくありません。また、財政論や大きな枠組みの議論も大切ですが、同時に個々の高齢者のありのままの姿を見つめながら議論していただきたい。介護の現場で痛切に感じるのはそのことです。

医療法人社団つくし会新田クリニック院長
社団法人国立市医師会会長

新田 國夫(につた くにお)

1944年岐阜県生まれ。1967年早稲田大学第一商学部卒業。1979年帝京大学医学部卒業、帝京大学医学部第一外科・救命救急センター勤務。1983年新行徳病院外科部長。1990年医療法人社団つくし会新田クリニック設立。1998年通所リハビリテーション(ふれあい倶楽部)開所。2000年居宅支援事業所をオープン。2004年グループホームのがわオープン、関連施設として指定特定施設コミュニティホームのがわ開設、現在に至る。医療法人社団つくし会新田クリニック院長・理事長、NPO法人つくしの家理事長。日本外科学会専門医、日本消化器学会専門医。社団法人国立市医師会会長、国立市介護認定審査会会長、国立市介護保険運営協議会副委員長。東京都医師会地域福祉委員。NPO在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワーク理事。

読者の皆様のご意見・ご感想をお寄せください。

h-bunka@lec-jp.com

介護保険5年目の改革!

～高齢者の自立を実現する自助と公助のバランス論～