

介護保険と公衆衛生研究

岡本 祐三

Public health research and long-term care insurance
for the elderly in Japan

Yuzo OKAMOTO

〔はじめに〕

21世紀も間近い現在、歴史上類をみない多数の人々が高齢期まで長らえるようになってきた。世界でも毎月120万人以上の人々が65歳以上の高齢期に到達しているが、このうち100万人は発展途上国の人々である。つまり人口の高齢化は世界的な現象である。こうした世界的な人口動態の急激な変化を背景に、高齢者のケアの分野では社会福祉サービスの整備充実と、医療と福祉の連携の重要性への理解が近年急速に高まっている。西暦2000年からは我が国でも、高齢者の医療と福祉サービスを一体化した、国際的にも斬新な社会システムとして、介護保険制度もスタートする。

介護保険制度はかつてないユニークな運動論を内包した、まったく新しい市民自治の社会的支援システムを構築しようとする大胆な提案である（本特集においては、この点については他の論者が詳述されるであろう）。さらにこの制度は、医療から福祉にまたがる多様な職種間の連携を、システム運営の機軸として設定している。そこで筆者のかつて公衆衛生学会に所属し、大阪府下の衛生都市で公衆衛生活動を実践した経験を踏まえて、これからの高齢者医療・福祉の分野における、多様な職種間の連携が実現するための基礎となるべき共通認識と、そこから異職種間のいわば新たな共通言語として共有すべき価値観や方法論とこれからの公衆衛生研究の課題について述べてみたい。

〔高齢社会の進展と公衆衛生活動〕

20世紀の最終段階において、医療や健康の考え方に最大のインパクトを与えた変化のひとつは（それがまさに介護保険を現実化させたものなのだが）、高齢者の大衆化と障害問題の一般化である。我が国は第二次世界対戦後、急速な経済成長を遂げるとともに、国民の健康水準もきわめて急速に向上し、なかでも平均寿命は、1980年代半ばより男女ともに世界最高水準となった。このような急速な社会の高

齢化をもたらした要因には、よく指摘されるように、まず1960年代以降では第一に生活水準の改善（栄養水準の改善、住環境の改善—暖房の普及など）と医療供給体制の整備・普及により、結核やその他の感染症による死亡率が、全年令層で急速に低下したことがある。これにより、乳幼児や青少年層の死亡率が急激に低下したが、この過程における我が国の公衆衛生分野での研究および実践活動の寄与は、まさに特筆すべきものであったといえよう。

衛生教育や結核撲滅に対する国家的プロジェクトを始めとする公衆衛生活動の展開の他、医療施設の整備や医療従事者の養成などの他、後に述べるように国民皆保険制度の実施により、進歩した医療技術が普遍的に市民に提供できる体制が、全国的に普及されたことがあげられる。こうして、たとえば我が国の公衆衛生活動の歴史において、結核に次いで大きな成果といわれるように脳血管疾患による死亡率が急速に低下したり、また一方では他の先進工業国ではどこでも死因の上位を占める心臓病の死亡率（年齢調整後）が、非常に低い水準に止まり続けるという、国際的にも称賛されるべき優れた成果が生まれた。このように日本では、1970年代以降中年層や老人層の死亡率が低下し、各年令層において平均余命が着実に伸びたことが特徴的である。

国民皆保険制度が1961年に発足したことの貢献も大きい。しかし発足当初では、老人層はその大部分が家族加入者となっており、医療を受けようとすれば、長らくの間かなり高い自己負担金（50%当時）を払わねばならなかった。そのために長らくの間の高齢者の受療率は、他の世代とくらべて（同じく被扶養家族であった小児と比べても）格段に低く抑えられていた。（図1）しかし1970年代に65歳以上の高齢者の保険診療に伴う自己負担分を地方自治体と中央政府が負担するという、いわゆる「老人医療無料化制度」が導入された。しかしその後老人医療費増が問題となり、一部自己負担が再導入され現在に至っているが、老人医療における自己負担額は、他の年令層と比較すればなお小額であり、老人が医療サービスを受けやすくする政策によ

神戸市看護大学教授

て、日本の老人層の医療へのアクセスは大いに改善され、この制度が平均余命の伸びに果たした役割は大きかった。

同時にこの制度の言わば「副作用」として、今日解消を迫られることとなった、いわゆる「老人病院」の大増設とそこへの大量の社会的入院がある。またその結果として「寝たきり老人」の再生産構造を生じさせることとなったことも指摘しておかねばなるまい。後述するように1970年代後半以降の高齢者の入院受療率の伸びの多くが、この「社会的入院」によるものと推測される(図1)。

こうして生活水準の急速な向上と医療サービスの普及によって、先にもふれたように結核や肺炎、腸炎などの感染症が急速に制圧され、これらによる乳幼児や若年層をはじめ全年令層の死亡率が急減するという、1960年代までの発展途上国型の寿命延長の後、その後1960年代には成人病—慢性疾患の時代が到来する。すなわち3大成人病(癌、心疾患、脳血管疾患)の全死亡における割合は24.7%(1950)⇒50.7%(1965年)⇒61.7%—1992年と上昇したが、医療サービスがさらに普及し、1970年代以降は中高年層の平均余命の延長という先進国型の長寿化が進行し、ついに1980年代の後半には世界でも最長寿国となった。かくして世界最高の平均寿命を達成したという意味においては、我が国の医療や公衆衛生活動は大きな成功を収めることとなった。

しかし成人病は急性の感染症などと異なり、一生治癒しないことが特徴のひとつである。1970年代に入り、生命は助けられたものの、その後長期にわたって重い障害を持つようになった高齢者の介護—生活援助をどうするかということが、大きな社会問題となってくる。1970年代から高齢の障害者が急速に増えはじめたのである(図2)。

【「寝たきり老人」—高齢障害者問題】

こうして1970年代になって、新たな高齢者問題が登場してきた。まず一般病院において、急性期の治療が終了しても、重い障害があるために家へ帰れなくなった老人が、多数病院のベッドをふさぐようになった。いわゆる「社会的入院」の急増である。たとえば1987年度における全入院患

者は約110万人(精神病院入院患者を除く)。このうち6カ月以上の長期入院が29%を占める。そしてこれら長期入院患者の69%(22万1700人)が65歳以上の高齢者である。そしてそのうち40%が脳血管疾患の後遺症による入院である。(脳血管疾患の救命率は大いに向上したが、70歳以上の高齢者の脳血管疾患の発生率はあまり減少していない)。このような老人患者が家へ帰れない理由としては、適当な家族介護者がいなかったり、家が狭すぎたりというような事情がある。またなんとか自宅へ帰っても、重い障害のある老人の介護のために、家族が甚だしい犠牲を強いられ、しばしば家庭崩壊に瀕するようになった。

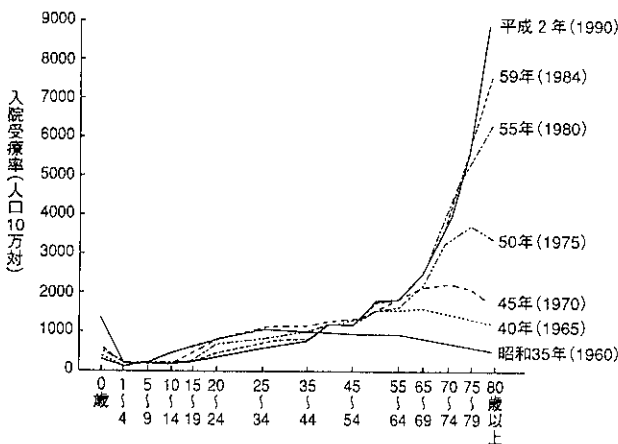
1970年代から1980年代にかけて、このような事態が進行したにもかかわらず、行政府の対応は甚だ鈍かったし、医学アカデミズムの世界でも関心のレベルは非常に低かったが、高齢者の長期介護への社会的ニーズは増大する一方であった。そこで医療レベルの低い民間病院や精神病院が、このようなニーズにこたえるかたちで、病弱老人の入院施設として施設機能を転換したり、あるいは続々と新設された「老人病院」と称される施設が、我が国にはじめてかつ急速に増えたのである。

ところがこの結果、多数の老人が、営利目的優先の人手の少ない低レベルの病院で劣悪なケアを受け、時にはベッドに縛りつけられるなどの、虐待行為さえ受けられるようになった。またその結果何万人にも及ぶ老人が、常時ベッドに寝かされ、ひどい床ずれを生じたままの生活を強いられていることが、マスメディアによって明らかにされるようになり、いわゆる「劣悪老人病院」への「社会的入院」として批判をあびるようになる。

この事態は障害のある高齢者に過度の安静を強いたために、結果的に「寝たきり老人」を病院を大量に再生産したことになり、まさに医療の失敗というべき歴史である。この失敗は実は医療だけでは解決できず、社会福祉制度との総合的な整備というかたちでしか解決できないことを、後に我々は思い知らされることとなる。

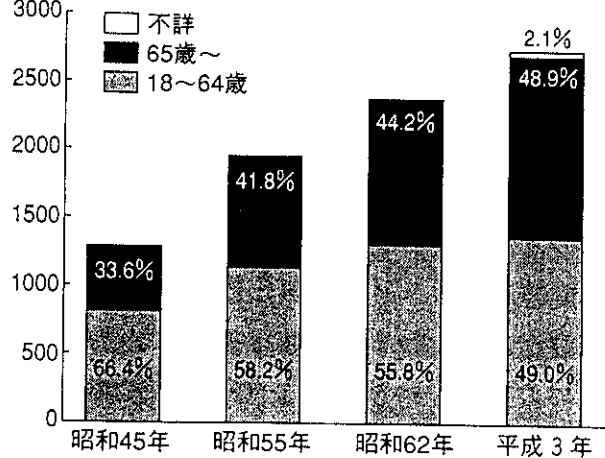
また高齢者自身が、このような被害的な状況におかれて

図1 年齢階級別にみた入院受療率の年次比較



(厚生省「患者調査」「国民衛生の動向」平成4年版より)

図2 身体障害者数の推移

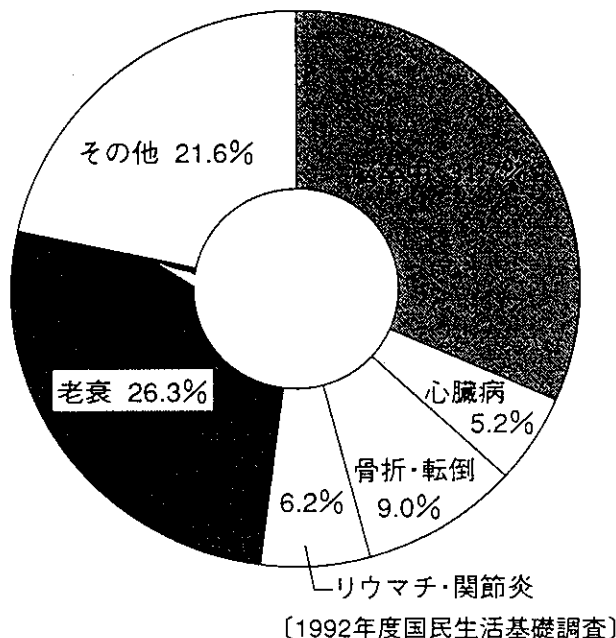


(厚生省「身体障害者実態調査」より)

いる問題だけでなく、時には介護負担に耐えられなくなった家族が、障害をもった老人を殺害する、あるいは家族とともに自殺するという、日本特有の「心中事件」が絶えず報道されるようになった。こうして障害をもった高齢者の介護問題が、人道問題としてまた家族崩壊の要因として社会的関心を集めるようになる。

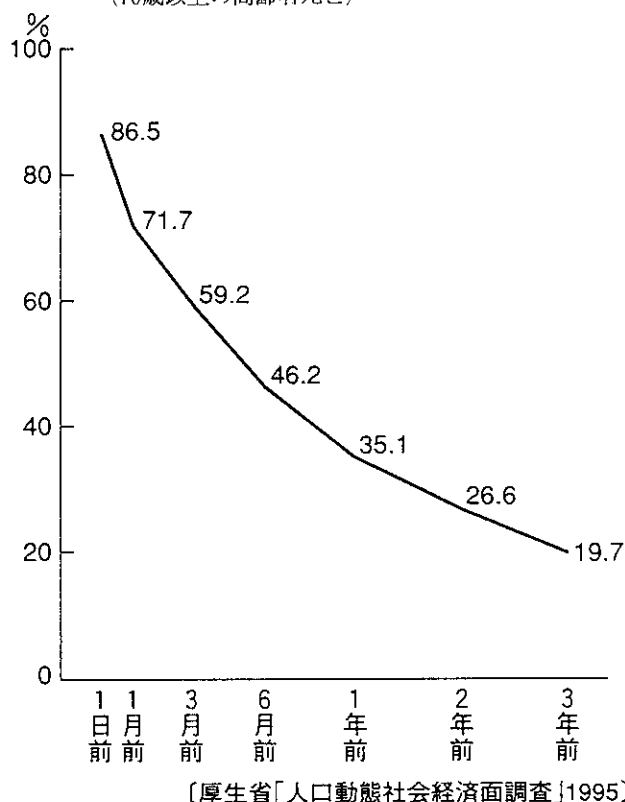
1994年度の調査によると、「寝たきり」になった理由としては図3のように、その第一位は「脳卒中」であるが、第2位には「老衰」が浮上してきた（第3位—骨折）。脳卒中は死亡率とともに発症率も減りつつあるから、いずれ欧米のように「老衰」が「寝たきり」の理由の第1位になることは間違いない。疾病や負傷によるものではなく、「老衰」という超高齢化—長寿化そのものが人生の最終段階で、全ての人々に障害という自立を喪失するやっかいな状態をもたらすようになった。これは先進国共通の問題であるが、生活水準の向上や医療の進歩がもたらした一種のパラドックスといえよう（図4）。

図3 主な原因別にみた寝たきり老人の構成割合



こうした高齢障害者の急増問題は、ある意味では1960年代以降の公衆衛生活動の成功の所産のひとつでもあるわけであって、医療的には疾病・障害の悪化予防は3次予防として位置づけられるが、このような結果に対する公衆衛生活動の関与が殆どなかったことは残念なことであった。高齢化社会のニーズとして、それまで我が国の公衆衛生研究が機軸としていた疾病モデルだけでなく、障害モデルとして対応すべき時代が到来していたのだが、そのような問題提起すら、公衆衛生活動の分野ではほとんどみられなかったようだ。勿論このような予防活動には、先にもふれたように医療だけでなく、生活援助としての社会福祉制度の整備が不可欠であり、行政の認識の鈍さなど時代的な制約が著しかったことはいうまでもない⁽⁴⁾⁽⁵⁾。

図4 死亡前の時期別にみた床についていた者の割合（70歳以上の高齢者死亡）

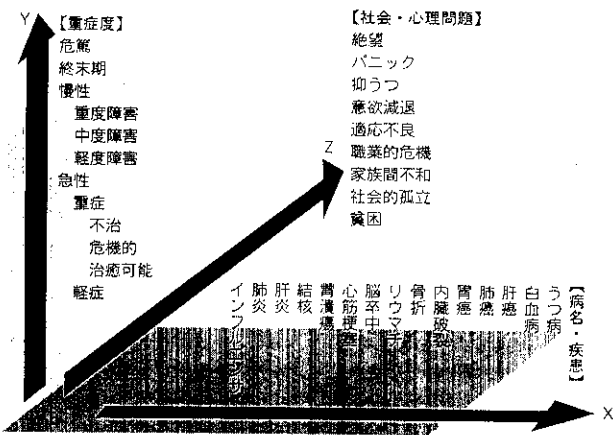


〔疾病モデルから障害モデルへ〕

疾病モデルのみを方法論の基礎とした、医療や公衆衛生活動の進展が、同時に結果として長寿化の進行と並行して進む高齢障害者の急増、つまり介護ニーズの急増という問題により、新たな「老後不安」を招来するというパラドックスを生んだ。このような疾病モデルから障害モデルへの変化に対応するためには、急性疾患あるいは成人病疾患モデルを基本とした、これまでの方法論では対応できず、社会的経済的なシステムの合理化、整備なしには本来的な意味での「健康」が意味を持たない、これが超高齢化に突き進む20世紀末の教訓といえよう。

名著「健康という幻想」(紀伊国屋書店—絶版)の著者ルネ・デュボスが定義したように、「健康と幸福は通常の生物学的概念をこえた意味」をもっている。「人間がいちばん望む種類の健康は、必ずしも身体的活力と健康感にあふれた状態ではないし、長寿をあたえるものでもない。じっさい、各個人が自分のためにつくった目標に到達するのにいちばん適した状態である」。つまり身体的条件だけでなく、自己実現を可能にするのに適した状態が「健康」なのである。自然とのまっつき共生を前提とした農耕社会がはるかに過去のものとなった今日、自己実現には一定の経済的保証と、社会的な存在意義の認知が必要である。つまり20世紀を通じて高齢者が獲得してきたものは、単に医学的な意味での健康—病気や障害のないあるいは少ない状態ではない。要するに「健康」とは社会的存在としての価値論を含む概念

図5 多元化してきた対象のみかた



として論じなければ意味がないといえよう。

〔ゆきづまる近代医学方法論〕

図5をごらんいただきたい。これは医療や福祉サービスを求める人々の存在を、とりあえず三次元的に表現してみたものだ。病や障害を持った人々には色々の観念—属性、たとえば『病名・疾患』、『重症度・機能障害度』、『社会・心理問題』という立体的な座標軸があることを示している。思いつくままにごく大雑把に示しただけでも、医療サービスを受ける人々には、単に『病名』(X軸)だけでなく、疾病の重症度、その結果として機能障害(Y軸)、あるいはその人の社会的心理的問題(Z軸)など、様々な属性があることがわかる。病や障害をもった人々は、この三次元の空間の中で、その時々様々な位置を占め、時間の経過、世帯状況の変化とともにその位置を変えてゆく。このなかでどの時点の、どの座標軸に重点を置いて対象者をみてゆくかは、関わる人それぞれの立場—視点や価値観(本人と人間関係や職業的専門性)によって異なってくるわけだが、援助する側のこのような立体構造的な理解の方法をできるだけ標準化して、サービスの質の平均レベルを底上げしようとする革新的な方法論が、近年開発されてきた。それが「高齢者総合評価」(CGA)である(これを簡易化し実用化したものが後述するMDS-RAPs)。

「病気ではなく病人をみよ」とは、近代医学の欠陥として常に浴びせられてきた批判だ。しかしある意味では、Y軸やZ軸のような「個別性」を「混入物」として捨て、「病人」ではなくX軸の「病名・病気」にこだわってみてゆくという、「個別性から一般化への方法論」を確立したからこそ、近代医学は科学的で強力な技術体系—対象を操作できる方法論—を持ち得たのである。

医学的診断という相手のニーズの捕らえ方においては、まず相手の個別性—生活—を捨象し、一般化された個々の「疾患単位」—「胃潰瘍」「結核」とか「肺癌」とか—にあてはめて、対象者を疾患分類の体系に則して当てはめてゆく「操作」あるいは「手続き」がここでは最も重要である。これは「病める人」という人間そのものを分類する—グループ化するひとつの方法論なのである。一種の病人の分類の

ための「ラベル貼り」といってよいだろう。

すなわち対象者の実体に則した分類—グループ化こそが、標準化した方法論が適用できるための第一段階のプロセスである。そしてこの「操作」によってこそ、医療の世界の技術体系の基礎がなり立っている。だから「病名」によって個別患者をグループ化して、そのグループ毎への共通認識のすべてが代表される世界が成立するわけである。

今日のように慢性疾患—成人病が重い病気の主役になる前の時代、「肺炎」「結核」「気管支炎」などの急性の感染症への対応が、医療の最大の課題であった時代には、このような病名を基礎とした方法論(急性疾患モデル)が非常に有効だった。

感染症の場合は、病気の経過(自然史)もよくわかっているし、どの患者も大体似たような経過をたどる。病気の原因が主として対外からの特定のものであり(特異的病因)、その原因を特定できれば、ワクチンとか抗生物質というきわめて有効な治療法(特效薬)で対応できたからだ。

ところがたとえば「寝たきり」という呼び方はこれとぜんぜん異なってくる。私たちは「脳卒中性寝たきり」とか、「骨折性寝たきり」などといわない。「寝たきり」という状態のきっかけとなった原疾患—「脳卒中」や「骨折」—について医療的にかかわることだけでは今やあまり意味がなく、むしろその人が放置されると動けない—「寝たきり」になってしまった、病気やケガの結果として「重い機能障害」が残ってしまったという、「状況」が最大の問題だからである。ここでも医療的なかかわり—疾病モデルだけでは、方法論としては限界に突きあたっているわけである。「病名」診断を基礎としてかかわってゆく—医療的方法論だけでは、とうてい対応できない対象者が、社会全体にも大量に登場してきたのだ。これらの対象者に共通するのは、総体としての「生活障害」である。したがってここでもっとも重要なのは、その個人の生活能力—「機能」なのである。

〔新しい高齢者医療と福祉の方法論〕

介護保険制度でのサービス提供の基本的理念は「自立支援」である。これは障害モデルにおける援助の基本として当然であるが、高齢者の日常生活遂行能力に生じたわずかな変化でも、高齢者は非常に影響を受けやすく、それが生活能力全体の障害にまで及ぶことがあるので、そこにこれからの医療や福祉サービス従事者の手腕の発揮のしどころ—専門性があるといえよう。高齢者においては、心身の機能がわずかに改善しただけでも、生活の質の向上のために非常に有意義な結果が得られることがあるからだ。また高齢者において考慮すべき課題には、死あるいは転居などによる家族や友人の喪失への対応、生活状況の変化への適応、現役生活からの引退への適応、より少ない収入でのやりくり、社会的役割の変化への対応、増加した余暇時間の活用、性的・身体的な機能の変化への適応、自己の死の不可避性の受容など、幅広い課題への取り組みが不可欠となる。そこで医療や福祉サービスの従事者は、高齢者のケアの現場で病名診断をこえた、多面的かつ総合的な評価を行

なうことが求められよう。

多面的な総合評価の領域としては、身体的機能、精神的機能および社会経済的状況があげられる。従来このような評価について、医療・看護・福祉の各分野の専門職が共通の認識やイメージを持てるような、実用的なツールが成立していなかったために、現場での夥しい努力が効率的に蓄積されず、また多くの経験が共有化されずに失われていった。患者の言動を注意深く観察していれば多くのことがわかるが、共通の方式・ワーク組で評価を行えば、さらに貴重な情報を得ることができ、関係者全員がその情報を共同利用することができよう。診療所や在宅ケアの現場でも、標準的質問表を使って身体や精神機能の評価を行えば、日常行為を自立的に行なうことが困難な高齢者の場合に、とりわけ重要な情報が得られる。病院や介護施設では、入院・入所時に身体や精神機能の評価を行えば、以後の継続的な評価のための基礎的な情報を得ることができ、重大なリスクのある患者を見出すこともできる。

今や傷病の結果として、あるいは超高齢化の結果としての、生涯にわたる心身の機能障害に対応した、しかも選別的な少数者対象ではなく、個別市民に普遍的な援助—ホームヘルプサービス、リハビリテーション、補助器具、住宅改修などの医療に加えて多様なサービスを提供しなければならなくなってきた。しかもこの制度は、ある年齢以上の市民全てから徴収する公費財源によって運営されるのだから、社会福祉サービスの世界にも、そのための公正かつ妥当な—つまり提供側の恣意的判断の入らない、客観的な判断のための方法論が必要になってきた。介護保険における「要介護状態」の認定手法もそのひとつである。

医療の世界では、ニーズとそれに対応するサービス提供をできるだけ客観化して、再現可能なものに標準化する—マニュアル化することが、方法論として当然の前提とされてきた。そしてそれ故に後述するように、サービス利用者の個別性をもっと重視すべきだという批判を常に浴びてきた。特定の少数市民への対策から、普遍的な幅広い市民対象の施策へ転換する時代を迎え、福祉もこのような批判に耐えることのできる、客観性のあるサービス提供の理論構築が必要だ。そのためにはこれまでの方法論の重点は—医療—客観性・再現性、福祉—主観性・個別性であったが、介護の世界でもまずは、どれだけ客観性重視への合意を達成できるかが個別のサービス現場で問われるし、多様な職種間の連携を実現するには、このような価値観の共有や合意形成が不可欠である。

[[「高齢者総合評価」(Comprehensive Geriatric Assessment CGA)とは]

「高齢者総合評価」は、病や障害のある高齢者に各分野の専門家が協同して多面的に—医療的、社会的、心理的、機能的観点から—その能力(可能性)と問題点を評価する方法論で、治療・ケアや長期的なフォローアップのための総合的なケアプランをつくるために最初に英国で考案された老年医学の新しい方法論である。⁽¹⁾「高齢者総合評価」は、

長期にわたる病や障害をもった高齢者の特殊なニーズに焦点をあてる。その理由は病や障害のある高齢者は、相互に関連する複雑な臨床症状とニーズを持ち、これを機能面を主体にして総合的に評価し適切なケアを提供するには、従来から通常の医療現場で用いられてきた、急性疾患モデルの診断の方法論だけでは不十分で、新たな方法論が必要だからである。

また対象の個別性がきわめて強い「介護」の世界では、利用者を種類の限定された分類体験にあてはめることが原理的に難しい。なぜならケアプランの対象となるのは、「生活障害」者であるが、これは病気を含む身体の障害、精神的問題、居住環境、社会的関係などが複雑に絡みあったものである。しかしこれを実用的に、数の限られたものに集約する技法は未だ開発されていない。生活障害をもった市民を丸ごと対象とするという特性を考えると、このようなグループ化の手法は困難と考えられる。

また医療における検査技術のような強力な鑑別力のある評価手段もない、ということをも前提として承認しなければならない。これらは「生活」という、個別性そのもので複雑きわまりない生活者の日常的な営みを、より客観的立場から評価し、問題に介入しようとする手法の原理的な限界性というべきである。

したがって対象の持つ問題点を集約し、対応しようとする過程へといざなう手法として他の手法を考える必要がある。「生活障害」という抽象概念をいかにして具体化し、標準化して関わってゆくか。その方法論のひとつが「高齢者総合評価」(CGA)であり、その応用例が近年開発されたMDA-RAPs (CAPs)の手法である。

〔老年医学と公衆衛生〕

この半世紀の間、分析的な医学方法論は、疾病の理解の方法として、臓器から組織、さらに細胞のレベルへそしてついに遺伝子レベルへと身体の内部へ内部と進んだ。しかしたとえば「ダウン症」を例にとれば、たしかに遺伝子のある部分に欠陥が認められたとしても、その遺伝子の欠陥が細胞レベルでどのような変化を表現するのか、組織レベルではどうか、あるいは臓器、個体レベルでどのようなプロセスの結果として知的障害あるいは、心臓系などの内臓奇形として発現するのかについては、こうした方法論ではまったく解明されてはいないし、個体⇔臓器器官⇔組織⇔細胞⇔遺伝子と生物体の解剖学的—形態、生理学的—機能のそれぞれの階層性の壁を越えることは、分析的な方法論にとってほとんど不可能に近いものがある。

社会的な立場からいえば、急ピッチですすむ高齢社会を迎え、たとえば高齢化による障害者の急増—介護問題を解決するためには、このようなメドの立たない方法論の実用化をまつ余裕はないといってよからう。

老年医学において各種の臓器器官の個別作用の総合的な結果を、日常生活に必要な「機能」として、「補助器具」を用いたり生活環境を修正・適応させる条件を加味して、個体の「機能」を経験的な知識に基づいて評価しよう、つま

り外界との相関関係において、個体と「機能」を評価しようとする傾向が登場したことは、身体の中へ中へと向き続けた臨床医学が、方法論を転換して、個体と周囲の環境との関係—相互作用—を、しかも「日常生活」という場において重視しはじめたことを意味する。

少々先走りすぎかも知れないが、臨床医学が、現場でのクライアントとのかかわりの中から、中核的な方法論として外部環境との相互関係、すなわち「社会性」をとりいれはじめたのだ。医学方法論の歴史としても画期的な転換といえようし、臨床医学が新たなかたちで社会医学—公衆衛生学との接点をもちはじめたともいえる。

〔老年医学の課題—機能障害〕

高齢者においては、臓器障害が「機能障害」(functional impairment) —何かをするための能力の低下—という結果となって表れるという点が特徴である。高齢者の場合若い世代とは異り、新たに疾病が生じたり慢性の病気が再発しても、最初の徴候だけで特定の臓器や組織の疾患を診断できることは稀である。最初の徴候はむしろひとつあるいは幾つかの漠然とした訴え（なんらかの機能の障害状態を表現するものにすぎない）になりがちだ。そしてこのような障害はたちまち高齢者の自立生活を損なうようになるが、必ずしもある疾患の典型的な徴候を示すものではない。

高齢者の疾患が最初の段階では、その疾患と直接的には関連しない、他の臓器系の機能障害として表れる理由はよく分かっていない。多分ある疾患が、機能的に自立できている高齢者の全体的な調和（ホメオスターシス）を乱すと、もっとも脆くて、デリケートなバランスを保っているところが最初に障害されるのだろう。たとえば心不全の場合、四肢の抹消に浮腫を生ずるのだが、心疾患の典型的な症状である呼吸障害（息切れ）が表れる前に、まず歩行機能が低下し歩けなくなる。そして日常生活機能—ADL, IADL—が障害され自立性全体が失われてゆく。以前には障害の認められなかった高齢者において、生活面で機能的自立性が低下した場合は、未治療の疾患の初期の微妙な徴候であることが多いが、通常は特定の疾患の典型的な徴候や症状を示さない。

初期の段階で機能障害を発見し評価し早期治療することは、自立性を維持するために非常に大切なのだが高齢者ではしばしば軽視される。定期的いきちんとした総合的な評価を反復して、自立性の低下を早期に発見し、すばやく対応することが高齢者ケアにとって不可欠である。このような問題意識に基づいた対応方法のひとつが、「高齢者総合評価」(Comprehensive Geriatric Assessment CGA)である。

〔「高齢者総合評価」の構造〕

「高齢者総合評価」は、病や障害のある高齢者に多面的に—医療的、社会的、心理的、機能的観点から—日常生活に則してその能力（可能性）と問題点を評価する方法論で、治療・ケアや長期的なフォローアップのための、実際的で総合的なケアプランをつくるために考案された。「高齢者総

合評価」は標準的な医学的診断や評価手法（たとえばよく知られているKatzの機能スケールや、うつ傾向スケール等）を多くとり入れ標準化した評価手法を多用している⁽¹⁾。

この手法は先述したように幾つかの特定の目標に沿って、高齢者特有の問題や機能障害を早く発見し評価することにもっとも重点を置いている。目標とは表1のように、より正確な診断、より適切な治療・ケア、機能面を最重視した長期間のフォローアップとケアマネジメントである。「高齢者総合評価」は、主に老年科病棟や地域での介護現場で用いられるが、実用的で幅広い適用範囲を持つので、公衆衛生活動など他の分野でも様々な応用できよう。

表1 「高齢者総合評価」の主な目的や目標

<ul style="list-style-type: none"> ・適正な医学的治療・ケア ・身心の機能や生活の質の向上 ・適切な生活の場の選定 ・長期間の正確なフォローアップ評価 ・長期間のケアマネジメント体制 ・適切なサービス利用（不要なサービス利用を減らす）
--

表2 「高齢者総合評価」の主な項目と評価可能な側面

<ul style="list-style-type: none"> ・身体的状態 <ul style="list-style-type: none"> —従来型の疾病および関連問題リスト —疾病の重症度指標
<ul style="list-style-type: none"> ・身体機能・能力 <ul style="list-style-type: none"> —ADL, IADLによる尺度 —歩行および平衡機能尺度 —運動レベル
<ul style="list-style-type: none"> ・心理的状态 <ul style="list-style-type: none"> —認知（痴呆）テスト —気分（うつ状態）評価尺度
<ul style="list-style-type: none"> ・社会的・環境的評価指標 <ul style="list-style-type: none"> —社会的援助資源とニーズ —環境条件の快適性と安全性

〔MDS-RAPs とは〕

高齢者ケアの目的と方法論の基盤は「機能」にある。長期にわたる病や障害をもった高齢者の全体としての「機能」を適切に評価し、維持し、向上させることが目標となる。一般的に「機能」を規定する要因は多岐にわたるが、高齢者ケアにおける特徴は、その様々な要因（心理・身体機能・疾病・栄養・環境等）が、相互関連した結果としてあらわれてくる点にある。たとえば「集中力がなく、つじつまの合わない応答が多くなった」とか「動作が鈍くなった」といった問題の要因を考える場合、人間関係に新しい問題が起きて落ち込んでいるのかもしれないし、脱水状態があるのかもしれないし、あるいは発熱のない感染症があるのかもしれない。またこれらが重なっている可能性もある。したがって、老化という心身機能の低下に加えて、様々な他の要因が加わってくるから、「全体的にみなければいけない」ということが強調されるわけである。

このような方法論を実用化したもので、介護保険制度においてもニーズ評価の標準的な手法のひとつとして採用されているのがMDS-RAPsである。米国政府が国家プロジェクトとして開発したMDS-RAPsは、既存の多数の「高齢者総合評価」手法を参考にして、そのような関連要因を一旦分析的に配列し、実用性を考慮して最小限これだけは機能評価のために必要だという評価項目を構成し(“MDS”), そのうえでもう一度これを再構成しながら、関連要因の相互関連性を経験則によってみてゆく一経験的に有効な介入が期待されるとして抽出された問題領域(RAPs)に収斂してゆくという、臨床医学・看護と社会医学を総合化した新しい方法論なのである。そしてこの方法論の主眼は、ケア提供側にチーム学習の基礎的な理論手法・土台を提供することにあり、監督や規制強化だけでなく、ケア(提供者)の質的向上の重要性を認識した米国政府が、これを全ての長期ケア施設の現場に法的に義務付けたものである。導入後ケアの質的向上が目に見えてわかるようになるとともに、その合理性と実用性を多くの現場関係者が認めるようになった。また全ての施設からコンピューターを通じて入力された、巨大なデータベースも形成されつつある。

最初に「高齢者総合評価」の基本概念は「機能」だと述べたが、もうひとつ重要なことは高齢者をとりまく各種サービスの側の、対象者の個性に対応できる柔軟な「機能化」である。つまりinterdisciplinary-学際的・多職種間のチーム-協力体制が不可欠である。MDS-RAPsはそのような多様な職種間の、個別対象者への取り組みのための共通言語としても開発されたものである⁽¹⁾。

[社会的介護システム-介護保険制度]

「寝たきり老人」-障害老人の長期ケアは、世界中の先進工業国共通の問題であるが、長期にわたる生活援助的な要素が多く含まれる。つまり社会福祉サービスと医療サービスの両方を分かち難く含むことになる。障害老人を長期にわたってケアすることは、これまで述べてきたように、自宅であれ、施設であれ、本人および家族の個人的努力の限界を越えるものであることは既に明らかである。そこで我が国でも、介護問題を解決するために、社会的な連帯の精神に基づき、医療と福祉サービスを統合したシステムづくりを実行に移しつつあり、1989年に制定された「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」(通称-「ゴールドプラン」)を契機として、2000年からは介護保険がスタートすることとなった。

[介護保険が明らかにする新たな研究課題]

介護保険導入について、最大の課題とされるのは「保険あって介護なし」という懸念の解消である(行政職である保健婦たちからさえもしばしば同じ不安が表明される)。要するに市民は新たな拠出(保険料)については了承したが、ニーズに対応するサービス資源が不足するのではないかという不安である。実はこの問題は、今後の公衆衛生研究に

とっても重要な意味を有している。

ここで前提としなければならないのは、ニーズとはこれまでの福祉制度では、行政側にとっては表面化しなければニーズではなく、市民にとっては抵抗感なく利用でき対応する社会的サービスがあってこそ、ニーズは現実化するということである。

たとえば「ゴールドプラン」が発足する前の、1990年以前においては、わが国に在宅ケアについてのニーズは存在しなかった。なぜならば社会的サービスとして、公的に提供される在宅ケアサービスなどは、どこにも存在しなかったからである。行政にとっても関心の対象外であったし、市民もホームヘルパーに自宅へ来てもらって、家族の介護負担を軽減するという事など想像もできなかった。行政だけでなくアカデミズムを含め福祉関係者の間でも、このニーズについての関心はほとんどなかった。(公衆衛生関連の分野でいえば、当時数少ない家庭訪問の機能を備えた職種であった保健婦活動においても、高齢者の介護問題への対応は、家族介護を前提とした「家族調整」-世帯内介護者の負担調整が主流であり、今日でいう「介護の社会化」の発想にはいたらなかった)。

では何故このニーズが近年急速に浮上したか。「ゴールドプラン」という、当時の政権与党が選挙で大敗して慌てふためいて政策化した、いわゆる「ゴールドプラン」によって、はじめて「在宅三本柱」(ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ)なるものが登場し、在宅でも社会的な介護サービスの援助が受けられるということが、市民間にはじめて見えるようになったからである。そしてわずか8年の間に、わが国でもホームヘルパーが事実上ゼロから17万人になり(それでも不足だと言われるようにまでなった)、当時は思いもよらなかった介護保険という制度まで登場したからである。

もちろんこれ以前から、悲惨な在宅の「寝かせきり老人」も「介護地獄」も、介護殺人や老病心中も、実際には市民の間にはあまた存在した。存在したが世間体で代表される抑圧構造と、福祉の世話になるのは恥という、行政的に課せられたスティグマ(社会的汚名)による何重もの厚い壁の中に塗りこめられていて、ニーズがニーズとして顕在化しなかっただけである。

ではこのような人々は、その切実なニーズをどうやってしのいでいたか。先の事例にみられるように、福祉行政は殆どこの要求に応えようとしなかったから、人々は相当な高額でも自己負担さえまかなえれば、すぐに引き受けてくれた「老人病院」へ親をあずけた。福祉施設よりも病院の方が世間体をかわしやすという利点もあったのだろう。「老人病院」はその後急速に増え、その結果起こった、惨憺たる「寝かせきり老人」の再生産はご承知の通りである。しかし「老人病院」という一種利用しやすい受け皿があって、はじめて高齢者介護ニーズは、「ニーズ」として表面化したのである。「ニーズ」-サービスへの要求は、まさにサービスの受け皿があってこそ顕在化するのだ。

市民の社会的介護サービスへのニーズは、親戚縁者を含

めた「家族」への遠慮、そしてその外側にある「世間体」という二重のバリアーを突き破り、そしてさらに「福祉の世話になる」というスティグマを克服することによって、ようやく社会的サービスへの要求になったのである。我々は個人対社会という単純な構造の中で生活しているのではない、しかもこのような何重もの抑圧的な厚い壁を克服して、社会的介護サービスにたどりついても、不条理なことに、提供されるサービスは余りにも過少だったのである。ましてやその中身のサービスの質に対する苦情など出せようはずもなかった。

介護保険制度はまず保険料という拠出に対する反対給付という、わかりやすい権利として社会的サービスを求めやすいかたちに、市民にとってのサービス利用の構造を大きく転換した。そしてサービスを申請するにあたって、抵抗感の非常に強かった所得調査も家族（世帯）調査もなくした。要するに医療のように、気兼ねなく社会サービスを求めることのできるシステムに変えたのである。ここではじめて本当のニーズの量が、これから顕在化するのである。つまり制度が実施される段階になってこそ、これまでの行政の怠慢や抑止的なサービスシステムの欠陥が、そこではじめてあらわに浮き彫りになる。

介護保険のもっとも重要なポイントは、実は財源確保の手段としての租税方式か社会保険方式かにあったのではない、本当の狙いはこのように厚く塗りこめられた、市民間の介護ニーズをいかにして解放するかにあった、いかにして一家心中や介護殺人という悲劇的事態に追い込まれる前に、介護サービスを社会に、家族がそしてできれば高齢者自身が「気軽に請求」できるシステムを作れるかにあった、財源に租税を半分も入れていて、あえてこれを社会保険「方式」で運営することの最大の意義はそこにある。

高齢者介護問題とは、中央および地方の過去の貧困な政治と行政のツケが溜まり溜まった結果の所産である。だから我々は「寝たきり老人ゼロ」を目指す大事業を新規に開始しようとする段階で、いわばすでに膨大な累積債務を背負っているようなものなのだ。そしてこれまでは「金がないので」と門前払いをくわされ、取り立てを諦めさせられてきたので、その実数すら掴めていなかった眠れる債権者に、「いよいよ皆様への借金を返す用意ができました」と広報することによって、どっと債権者が現れるのは当然である。ここでようやく債権者の数がまずははっきりとわかるし、どれくらいの返済資金を準備すればよいかも見えてくる、というわけである。

つまりこれまで我々が医療や福祉の分野で介護問題—高齢障害者の研究対象としていたのはそのごく一部に過ぎず、このように介護保険制度がスタートして後、我々ははじめて我が国の高齢障害者研究の対象者総体としての母集団に、ようやくアプローチできることになる。

〔寝たきり予防と要介護認定〕

さて従来より公衆衛生研究の分野では政策化可能な予防活動の対象として、次のような原則が指摘されている。

- ①その疾病や障害の自然史 natural history がほぼ明らかになっていること
(原因が特定されていればなおよし、最低ハイリスクグループが特定されていること)
- ②適切で簡便かつ鑑別力の高い「診断」「検診」等の発見法が確立していること
- ③有効な治療あるいは対策があること

このような条件を満たした典型例が結核の予防政策であった。ではいわゆる「寝たきり老人」については、この3原則は満たされているだろうか。

予防活動の対象者の把握について考えてみよう。これまでの福祉サービスは一体どのようにして申請者のニーズを判定してきたのか、オーソライズされた標準的なニーズ判定の手法は開発されてきたのか、否である。これまでのサービス判定は、全て担当者の恣意的判断に委ねられてきたお仕着せにすぎない。給付の公正さ—ニーズに対して、適切なサービスを提供する—担保する合理的な方法論はまったく存在しなかったのである（これは公的基金からの給付の公正という観点からは、驚くべきズサンさといわねばならない）。

そこで介護保険制度においては、厚生省の委員会において我が国独自の「要介護度」の方法論が開発された。これは膨大なデータベースを統計的に処理した新しい方法論に基づいて、障害の程度ではなく、日常生活能力を基にして個別の要介護高齢者の、介護の必要量を予測するというものである。この方法論は1998年より、毎年全国的なモデル事業を展開して、現場からの意見を取り入れて修正を反復し、十分実用に耐えるものとなりつつある⁽²⁾⁽³⁾。

この認定方法とは、要介護者を、要支援、要介護1～5の6段階に別けて認定し、各段階毎に保険給付の限度額を設定するというものである（表3—医療保険になぞらえれば医師の「病名診断」にあたる。利用者の客観的ニーズ判定に基づく保険給付決定のための認定プロセス）。

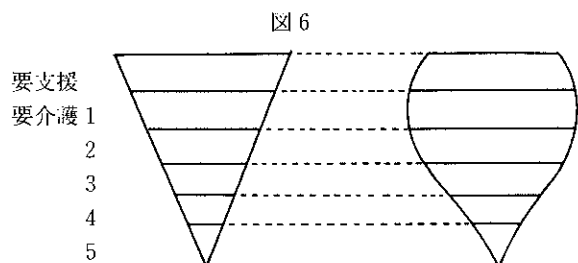
さて「寝たきり」の予防である。「寝たきり」というのは、甚だ曖昧な用語でここでは「介護を要する状態」すなわち「要介護状態」としておこう。「要介護状態」になる、あるいは「要介護状態」が悪化する—重度化することを予防しようとする場合、上記の3原則は満たされているだろうか。②については介護保険制度創設にともなって開発された「要介護度」の認定方法が全国的に普及した。③は①と密接な関連あるいは表裏一体のものだ。どのような状態、どのような時期に、どのような援助—介入が有効かというノウハウなしに予防活動を政策化することは難しい。

1980年代後半より提唱され、「寝たきりゼロ作戦」においてスローガンのように提唱された「寝たきりは寝かせきり」、つまり座位保持やリハビリテーションを怠らないようにして、廃用性症候群に陥らせないようにするということは基本的に正しいし、介護の一般原則やキャンペーン用のスローガンとしては未だ十分有効だが、大雑把で本格的に政策化するには、未だ十分にプログラム化されたものとはいえないのである。

表3 要介護度別、施設別の1カ月の平均利用額

〈施設介護サービス〉	
特別養護老人ホーム	31万5千円
老人保健施設	33万9千円
療養型病床群(病院)	46万1千円
〈在宅介護サービス〉	
要支援 (週2回の通所リハビリが利用できる)	6万円
要介護1 (排せつ、入浴などに一部介助が必要)	17万円
要介護2 (排せつ、入浴などに一部または全介助が必要)	20万円
要介護3 (排せつ、入浴などについて全介助が必要)	26万円
要介護4 (夜間または早朝の巡回訪問介護も含め、1日2~3回のサービスが利用できる)	31万円
要介護5 (生活全般にわたって全面的な介助が必要)	35万円

この介護保険試行のためのモデル事業は1998年度においては、全国3千300の市町村全てにおいて行われた。そしていくつかの市町村では全高齢者を対象に、介護サービスの必要性について悉皆調査が行われている。その結果興味深い結果が認められている。一般的には「要支援状態」から「要介護状態5」までは、段階的に進行してゆくから、量的には「要支援状態」から「要介護状態5」に至るまで逆三角形状になると予想される(図6)。ところがいくつかの地域では、悉皆調査で「逆三角形」にならず、いわば「玉ネギ形」になっている(図6)のである。この場合、「要介護状態」の認定は、正規の認定方法ではなく、厚生省が保険料算定のための基礎資料作成用に示した簡易法によって行われているために、正確には今後の精査を待たねばならないが、おおまかな傾向を示していると仮定すれば非常に興味ある現象である。



「要支援状態」から一気に「要介護状態」に進む傾向があるのか、あるいは他の要因があるのか、「要介護状態」が重度化するまでに死亡する例が多いのか。要するに「寝たきり老人・要介護状態」の自然史-進行のプロセスは未だ学問的には殆ど分かっていないといえるのではないか。図3の「寝たきりの原因」にしても、このプロセスは「脳卒中」の場合でもよくわかっていないし、「老衰」にいたっては何もわかっていないといえよう。

また介護施設でのデータをみれば、これまでの通念を覆して重度介護状態が予想以上に少なく、軽度介護状態あるいは自立レベルの高齢者が非常に多いという事実も示されている。(全国的に高齢障害者に、共通の客観的な尺度で「要介護状態」を測定するというこの風景は、意味合いは全然異なるのだが、豊臣秀吉の「検地」を思わせる)。

ここで「要介護認定」が介護保険制度実施のための事務的な手続きだけではなく、国際的にみても壮大な、調査研究事業の基礎作業としてのデータベース作成にもなり得るという、新たな意義が浮かび上がる。これはまた公衆衛生研究にとっても大いに興味ある事態ではなからうか。この事業が提起している問題は老年医学や公衆衛生学をも含めた新たな研究活動のフロンティアでもあるのだ。

公衆衛生研究の立場から「寝たきり」予防対策を政策化するためには、日本の要介護高齢者はどのような契機、経過で障害が悪化してゆくのかについて、緊急に調査が必要と思われる。もはや「寝たきり」は「寝かせきり」という理解だけでは不十分であり、最良の方法としてはこれから万人規模のコーホート調査を進めることだが、とりあえず数百人規模のレトロスペクティブな聞き取り調査を行うべきである。そこから科学的かつ政策的に有効な予防的介入の方法が導かれるであろう。

また筆者の直接の見聞例でも、1日2回の宅配食サービスを行っただけでも、「寝たきり」だった高齢者が、自力歩行が可能になったという「栄養失調性寝たきり」がある。

またこれは東北地方での例だが、外気温が氷点下の地域で、家の中は通常は部屋全体の暖房が行われておらず、若夫婦は炬燵で暖をとり、「寝たきり」の老親は「電気毛布」にくるまって寝かされている。このような超局所暖房では、歩行練習はおろか座位保持すらも容易ではない。「寝かせきり」による廃用性症候群が進行する一「寒冷性寝たきり」ができあがるのは自明のことだ(しかもこの話には、ホームヘルパーがオムツを交換に来ると、その時だけ家人がストーブをつけるというオチまで付いている)。

あるいはどうみても糖尿病が放置されていて、糖尿病性の神経炎が悪化して歩けなくなっていると見受けられる例もある。このあたりになると、オーソドックスな保健婦活動の範疇に入ると思われるのだが。

〔おわりに〕

今世紀のはじめから1950年代までは、高齢者とは厳しい生存条件を勝ち抜いた、少数の人々と考えられていた。だから高齢者が社会的問題になることは殆どなく、社会的対策としては、身寄りのない貧困化した高齢者を「養老院」に収容するという貧困化対策のみであった。

その後医療や社会福祉における制度整備や生活水準の向上によって、我が国の社会は見事に世界最高の長寿化の目標は達成したが、1970年代以降には高齢化による、身体的および知的障害の問題をいかに克服するか、痴呆性のケアや終末期をどう迎えるかという新たな問題が登場してきた。

医療の進歩が、倫理のきわどい境界領域の問題を続々と

登場させてしまう。「医学の勝利」というスローガンが聞かれなくなって久しい。「生存」の実現こそ医学の勝利であるという、単純な意味での「勝利」がなくなったという意味では、医療への進歩幻想の終わり、あるいは迷わず突き進める医学研究のフロンティアの消滅といってもよいかもしれない。

行うべきか行わざるべきか、単純なヒューマニズム論の限界も露呈されてきた。移植医療、出生前診断、遺伝子治療など、これらすべてには白か黒かという絶対的判断基準が存在しない。相対的判断—社会的合意と個別判断の領域の線引きの問題である。21世紀の高齢者の健康と公衆衛生

活動の新しい地平は、このような20世紀の医療や公衆衛生活動の成功と失敗の教訓のあなたにかいまみることができよう。

〔引用文献〕

- (1) 岡本他「高齢者医療と福祉の新しい方法論」医学書院
- (2) 筒井孝子「入門介護サービスマネジメント」日本経済新聞社
- (3) 岡本「介護保険における公正なサービス給付とは」—新医療1998年2月号
- (4) 岡本祐三「高齢者医療と福祉」岩波新書
- (5) 岡本祐三「医療と福祉と新時代」日本評論社