



Vascular Street



中央区Life Style Care フォーラム

◎パネルディスカッション

「介護保険について」

日時:2007年9月6日(木) 18:45~

場所:KKR博多 2階「レグルス」



出席者(発言順)

司会
福岡大学医学部
心臓・血管内科学
主任教授
朔 啓二郎先生



福岡大学医学部
心臓・血管内科学
准教授
松永 彰先生



中山医院
院長
中山 幸一先生



エイチ・シー・ユー・
たけとみクリニック
院長
武富 賢治先生

朔 中央区ライフスタイルケアフォーラムを開催いたします。福岡市内の様々な所でライフスタイルケアフォーラムをさせていただいておりますが、病診連携を図るきっかけになると考えています。今までに、医師会の先生方から病院経営やジェネリックの使い方など種々な話を聞かせていただいておりますが、今回は「介護保険」をテーマにお話しをお願いしました。このようなことを通じて私ども大学と先生方との連携が旨いければよいと考えております。福岡大学病院は平成22年の5月に新しい診療棟が建設されます。地下鉄を上がったなら病院の受け付けになり、全面ガラス張りで大変きれいな病院になります。また、新しい病院の中にも地域連携室をとりいれ、福岡市のメディカルゾーンとしての役割を念頭においております。本日は、中山先生、武富先生に介護保険をテーマにお話しをお願いしました。最後までお付き合いをお願い致します。

松永 今回は介護と向きあって実践されている福岡市中央区内科医師会の中山幸一先生と武富先生にパネリストをお願いいたしました。それでは、中山先生、まず介護保険の背景からお話を頂けますか。

中山 介護保険にかかわっていない先生方を対象に説明致します。まず、介護保険の生まれた背景です(図1)。1)医療技術の進歩で平均寿命が日本人では男性が78.5歳、女性が85.5歳で先進国に比べて2~3倍のスピードで長寿社会となっていること、2)少子化が進んでいること、3)高齢者の中で4人に1人が寝た

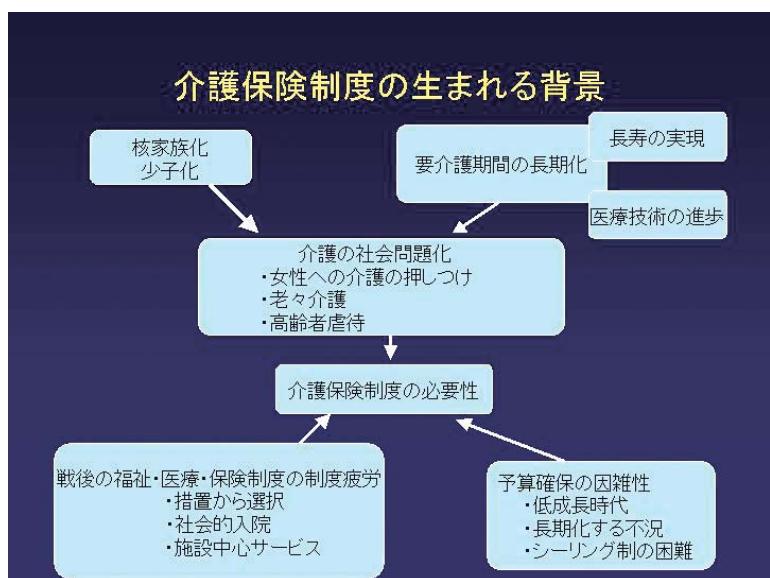


図 1



きりあるいは認知症で長期の介護が必要であること、4)高齢者の同居率が50%以下になり核家族化が進んでいること、5)介護の担い手が女性に依存していることや老々介護で高齢者の虐待があつて社会問題化していること、また、6)高齢者の医療機関への長期入院の解消手段として、医療から介護保険として切り離して考える必要がでてきたこと、7)予算確保の点からも単年度のシーリング制がとりにくいくことなどを背景に、労災、雇用、年金、医療、に統いて5番目の社会保険として介護保険が必要になってきたわけです。

朔 介護保険は、以前にはなかった制度なので、介護保険の負担に関して世代間で不公平感があるとの見方もありますが如何でしょうか。

中山 世代ごとのヒトの「一生と歴史」という観点から世代間格差をみると、昭和一桁より上の世代は戦中戦後の激動期に子供を育て上げて親の面倒もみてきております。また、戦後の高度経済成長の中核を担ってきた世代でもありますが、自分がこれだけ長寿をまとうするとは予期しておらず老後に備えるということも十分ではない環境でした。一方、現在の現役世代、特に団塊世代以降は、親の世代の豊かさを受けてきた世代であります。このようなことから世代間の公平というのは時代の公平という観点も必要であり、厳しい時代を生き、繁栄の基礎を築いた世代に対しては、社会として敬意

を払うということは当然のことだと思います。

松永 どのような方が介護保険の対象となるかを具体的に説明して頂けますか。

中山 一般市民向けの福岡県介護保険便利帳を参考にして説明します(図2)。被保険者には65歳以上の1号被保険者と40歳から64歳までの2号被保険者があります。介護保険料の財源は、税金が半分、保険料が半分で9割を補い、1割が自己負担分となっています。65歳以上の1号被保険者は年金から天引きで支払われますが、40歳から64歳までは医療保険と同じように雇用者と折半で医療保険と一緒に支払われております。介護サービスが必要になった場合にサービスを利用できますが、2号被保険者が介護サービスを受けられるのは16の特定疾患に限られます。例えば癌の末期とか脳血管疾患とかパーキンソン病等です。介護保険の要となる要介護認定ですが、まずは申請からスタートします。これが医療保険と違う所です。市役所や区役所で申請をして、それから自宅の訪問調査があります。訪問により85項目からなる心身の日常生活状況調査を行いその報告を基に全国一律のコンピューターソフトを用いて一次判定を行います。次に主治医意見書を併せて医療・福祉の専門家からなる介護認定審査会で判定をするわけです。軽い方から要支援、要介護の認定をしてその結果を基にケアマネージャーがケアプランを作成してサービスが開始されるということになります。

松永 我々勤務医も主治医意見書の記載を依頼されることがあるのですが、記載の要点をお教え頂けますか。

中山 主治医意見書のポイントだけお話しします。1)診断名というのは英語とか略語を避けて、医師以外にもわかるように日本語で記載する。2)2号被保険者の場合は特定疾患の診断名とその診断根拠をしっかり書く。3)「特記すべき事項」に介護の手間・留意するようなことをなるべく書くということです。

朔 介護保険における我々医師の役割をお教え下さい。

中山 介護保険制度における医師の役割ですが、1)外来とか訪問診療の際に患者とか家族からの相談にのる、2)主治医意見書の記載、3)介護認定審査委員の先生方は審査会のリーダーシップをとる、4)ケアプランの作成時にケアマネージャーのアドバイスをする等です。

松永 介護保険認定の審査はどのように行われるのでしょうか。

中山 審査の判定ですが、基本調査と特記事項、主治

●介護保険のしくみ

介護保険に加入する人は

福岡市内に住所のある40歳以上の人には、福岡市が運営する介護保険の被保険者となります。被保険者は年齢によって第1号被保険者(65歳以上)と第2号被保険者(40歳以上65歳未満)に分けられます。

65歳以上の人には第1号被保険者です

市内に住む65歳以上の人には第1号被保険者になります。
第1号被保険者は原因を問わず、介護や支援が必要となった場合には市の認定を受け、介護サービス・介護予防サービスを利用できます。

保険証 新たに65歳になった人に、65歳に到達した時に交付されます。

40歳以上65歳未満の人は第2号被保険者です

市内に住む40歳以上65歳未満の人は第2号被保険者になります。
第2号被保険者は老化が原因とされる病気(※特定疾患)により、介護や支援が必要となつた場合には市の認定を受け、介護サービス・介護予防サービスを利用できます。

保険証 要医療の認定を受けた人などに交付されます。

※特定疾患

- がん末期
- 頭部リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後頭頸部骨化症
- 骨折を伴う脊椎腫瘍
- 筋弛緩における筋萎縮症
- 筋小脳萎縮症
- 脊柱管狭窄症
- 多発筋萎縮症
- 硬膜外性神経根病
- 骨盆及び腰椎病性神経根症
- 副鼻腔炎
- バーキンソン病、進行性核上性麻痺及び大脳皮質脳膜変性症
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性的呼吸不全
- 四肢の筋萎縮又は短筋肉筋性間筋症

こんなときは? 生活保護を受けている人は…

40歳以上65歳未満の人が生活保護を受けている医療保険に加入していない人は、介護保険の被保険者にはなれません。この場合は介護サービス・介護予防サービスは生活保護の介護保険で行われます。65歳以上の人は介護保険の被保険者となり、介護保険が利用できます。(利用料や保険料については介護扶助および生活扶助で行われます。)

図2

医意見書を基に矛盾がないかをコンピューターで一次判定をします。その上で介護の手間にかかる判定をして二次判定をします。昨年から改正があつて「要介護1相当」というのがありますて、要支援と要介護に分けないといけないのですが、認知とか廃用の程度とかを基に振り分け作業をするのに時間がかかっています。このような行程を4~5分でやります。中央区であれば5部会あるのですが、だいたい1回につき25件くらいありますて、1~2時間で判定作業をしております。その結果、非該当(介護保険の適応ではない)という判定から軽い方から要支援1、2要介護1~5までの結果が本人に通知されます。

松永 要支援と要介護がよくわからないのですが、お教え頂けますか。

中山 図3に示すように、一番軽い介護の手間が支援で、以前は要支援の次が要介護1でした。しかし、要介護1の認定者がものすごく増えました。結局、要介護1の軽度の方は本人ができることもヘルパーがやってしまうので自立につながらない。そこで要支援1と2の2



図3

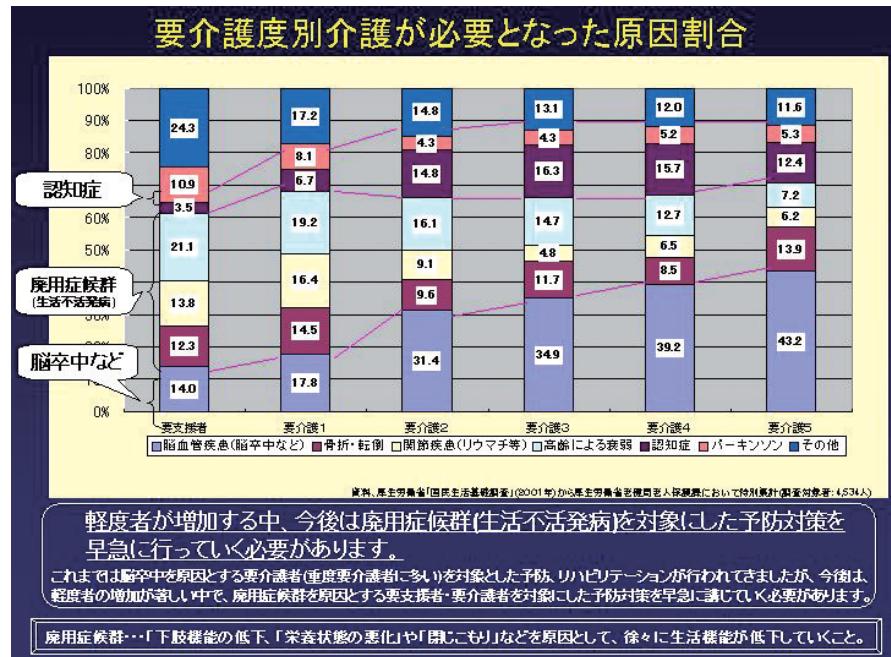


図4

つに分けて、そして、介護1と分けをしてなるべく介護の予防をしようということです。

松永 要支援2と要介護1では随分内容が違ってくるのでしょうか。

中山 そのへんが厳密にいうと難しいところです。例えば支援と介護の一つの目安として金銭の管理とか電話の応対、自己意思の決定とかそういうものができるのが支援になります。このへんができれば支援で出来なければ要介護の方になる一つの目安になっています。

朔 要支援の方がかなり大多数を占めているのでしょうか。

中山 現状は半々ぐらいだと思います。介護保険がスタートして7年目になりますが、要介護度別介護が必要となつた原因割合を見ますと、要支援や要介護1の軽度の認定者の割合が急増しております。この原因をみると骨折とか転倒、リウマチ関節疾患、高齢による衰弱等が大半の原因になっております(図4)。これを国は臨床ではピンとこない廃用症候群(生活不活発病)と命名しましてこれらの予防対策を行ってきております。

生活不活発病というのはいわゆる関節拘縮、筋力低下、栄養状態の悪化とか鬱状態等による閉じこもりによって徐々に生活能が低下していくといったことをいいます。これらに対して従来のリハビリに加えて新たに運動機能向上(PTによる筋肉トレーニング)、栄養改善(管理栄養士による栄養指導)、歯科衛生士による口腔内ケアも新たに付け加えてこれを強化しようということです。生

活向上支援というのは本人ができることはなるべく本人にやらせようと、例えば、掃除を一緒にするとか本人が持っている潜在能力を引き出して、介護保険の基本理念であります自立支援に導こうという考え方です。以上が介護保険の実際です。

大串秀明先生 私自身は在宅医療をやっていませんし、意見書を年間に数枚書く程度ですが、今、要支援が1～2で要介護が1～5まであり、ある程度金額が決まっているように理解しているのですが、実際、要支援であつたらどの程度のことができるのか。要介護はどの程度まで介護保険を使ってできるのでしょうか。

中山 地域によって違うのですが、要支援が3万くらいで一番重い要介護で35-6万の1割自己負担の範囲内でサービスを受けることができることになっています。支援1、2であれば週1回ヘルパーさんが1時間来るといった程度で、要介護4、5であれば、ほぼ毎日とか、夜間も、ということになります。

武富 逆に、在宅サービスがどれくらいのお金がかかるかということですが、一番介護保険でサービス料金が高いのは入浴サービスで、普通12,000円から13,000円です。その1割負担とすれば1,200円から1,300円になります。訪問看護30分から1時間は8,300円で訪問診療と同じ金額です。後は患者様のお金の使い方で、1割負担で830円をどっちにお金を使うかということになってきますが、それ各自割り勘が

ありますので、組み合わせて合計することにより使えるか使えないか、どれを削るかということになります。

檜田 ここ数年以内に急性の病気を持っていない老人の方が病院で入院管理が受けられないようになつた場合、そのような方は在宅に流れと思われます。政策として国が病院に入院している高齢の方を追い出しがかかっているようにみえるのですが、先生方は、今後どのような展望をされておられますか。

中山 日本の場合、在宅は家族依存で、また、核家族化も進んでるので家族がいないと在宅で診られないと思います。そのあたりが非常に矛盾しているわけで、例えばドイツとかは介護する家族に現金給付するなどしており、そのようなことをしていかないと在宅というのは日本でも成立していかないと思います。介護保険のこれから課題ですが、介護保険がどんどん膨らんでいますし、当初が3.1兆円であったのが7兆円で約倍に膨れ上がっています。その介護保険の財源をどうしていくかということと、介護報酬のサービス部門に営利企業が非常に参入してきており不正請求など問題が起きてきています。また、事故、トラブルの問題があるということです。お隣の韓国でも来年度日本を手本に介護保険を始めるということですが、医療保険と同じようにやってみなければわからないというのが介護保険の実情だと思います。

武富 在宅をやっている現場としましては、患者様が何

在宅医療の現況

H11年4月 在宅専門クリニックとしてオープン

ン

H18年4月 在宅療養支援診療所となる

H19年8月 現在

医 師	4名（常勤2名）
看護師	4名
事 務	5名



患者数	
自宅在宅患者	100名
有料ホーム系在宅患者	200名
特養嘱託契約患者	100名
併設:HCU訪問看護ステーション(看護師4名)	

医療法人HCUナカドミクリニック
福岡市中央区輝国2-11-13
TEL 092-736-5183 fax 092-736-5185

図 5

處にいるかということが私も大分見てわかつてきました。病院にもおられますぐ、最近、介護付き有料老人ホームなど、自宅に替わる施設が福岡でも増えてきております。今医療法人が介護付き有料老人ホームの営利的なことをしても構わないという方向性になっておりますので、開業医の先生が病棟をたたんで介護付き有料老人ホームをつくってそこへ自分たちが往診に行くとか、そういった計画も聞いています。

檜田 介護付き有料老人ホームが一月食事付きで70,000円ぐらいで、一般のサラリーマンの家庭では苦しいと思います。みんながみんな有料老人ホームに入るのは難しいと思いますが？

中山 日本の介護保険は家族依存型で、医療もそうですがどんどんアメリカのような市場依存型になっていますます介護にしても格差が広がっていくと思います。

松永 それでは、ここでHCUたけとみクリニックの武富賢治先生のお話を聞きたいと思います。武富先生は、最先端の在宅医療をされている先生で、実際に先生が行われている在宅医療の現況、介護の事例等をお示し頂きたいと思います。

武富 前半は、我々が在宅医療でどんなことをやっているかを簡単にお話します。

平成11年の4月に在宅専門を自称してクリニックを始めました（図5）。介護保険が平成12年から始まり、去年4月に在宅療養支援診療所制度ができ、その追い風に乗り現在に至るわけであります。8月現在、医師4名で常勤2名、非常勤2名、看護師4名と事務、患者様は在宅で100から120名になっていますが介護付有料老人ホームの方を200名、特別養護老人ホームの嘱託患者様は100名となっています。

図6は、実際の在宅医療の1例です。点滴や人工呼吸器は、在宅での医療保険の部分であり、介護士さんは介護保険の訪問看護の部分で、在宅では同じ場に医療保険と介護保険が発生しているという場面です。図7は、在宅でレントゲン写真を撮っている場面です。レントゲンの機械と光源を天秤でつるしたような格好で設置して撮影します。この機械は体に合わせてボタン一つで条件を合わせてくれるレントゲンになっています。出来上がりは良好で、在宅でレントゲンをきれいに撮ることができます。図8は、IVHの写真です。IVHも在宅で可能です。自宅でIVH、末梢点滴、胆汁バック、胃管ドレナージ、尿バックと、スパゲティ症候群になった状



図6



図7



図8

況で在宅診療の依頼がありました。この場合も介護保険が発生して訪問看護が入っていたわけです。介護保険のサービスを利用し、訪問看護ステーションと提携すれば病院でできることの多くは在宅医療でもできます。

朔 在宅医療をスムーズに行うためのポイントをお教いいただけますか。

武富 在宅医療から介護を考えると、まず、一番大事な

のは医療を在宅でやるためにには高齢者の場合必ず介護保険証がないといけないということです。介護保険の申請から認定までの流れを踏まえて介護保険証がないことには訪問看護師さん、ヘルパーという職種を利用できない。医療だけでは完結しない、片手落ちになりますので医療はもちろんのこと特定疾患、障害手帳ももちろんですが介護保険が大事だと、それと高齢者の場合老人医療証、受給証といった高齢者の1割負担といった保険証があると色々な面で医療が助かります。

松永 通院されている方と在宅の中間みたいな方はどのような対応になるのでしょうか。

武富 完全に寝たきりの方は少ないと思います。家から出られない方、強い希望があってどうしても病院に行きたくない方(引きこもりの方)、廃用症候群の方は一つの在宅の範疇になるのではないかと思います。玄関から出られない方は基本的に在宅になると思います。

松吉哲二先生 循環器を開業して2~3年くらい在宅の患者さんを診ているのですが、医療保険と介護保険の垣根というか、例えば訪問看護を派遣されている場合、胃薬の管理とかIVH、そのあたりは医療行為にあたると思うのですが、褥瘡を予防するような行為は介護保険で処置が必要な場合は医療保険になるのか、そのあたりの区別はどうされているのでしょうか。

武富 現場の方では基本的には緊急性とか今何か事をしないといけないとか、毎日医療行為をしないといけない場合は介護保険の訪問看護も医療保険に切替えないといけない。より緊急性がある医療を必要とする場合は、当然ある程度の期間は医療保険になります。たとえば褥瘡が急にひどくなった場合には医療に切替えますし、IVHなどが必要であれば、病院では医療保険、訪問看護は介護保険で行うといった併用療法みたいな形がよいのかと思います。

松永 武富先生、実際の在宅診療の症例をお示し頂けますか。

武富 介護認定の事例を出させていただきます。1例目は77歳の男性。病名は脳梗塞後遺症、両下肢筋力低下、腹部大動脈瘤(腎動脈直下7cm径)を持ち、いつも爆弾を抱えている状況ですが、本人さんがどうしても手術はしないということでお宅医療となりました。どのように診るかということですが、まず家族と念書を交わして、万が一在宅でリハビリ時に瘤が破裂しても、責任は負えないということが前提となります。介護認定で

は、要介護1という段階で、障害認定はありません。介護士は奥さんのみで、介護サービスという介護保険で利用するものは訪問看護、訪問リハビリというものが入っています。訪問リハビリは腹部大動脈瘤との絡みで非常に怖いのですがそこで医師の意見が求められるわけです。破裂しないように血圧のコントロールを厳重にお願いしますとか、血圧が高いときには主治医の方に連絡がくるようになっています。移動の面で「よいしょ」ということがあってはいけませんのでベットレンタルも条件付で許可していただきました。(通常ベットレンタルは要介護2からできる)また、手すりとかの移動で、負担がかからないように気をつけて診ています。

2例目は、90歳男性。こちらの方はペースメーカー植込み後で慢性心不全、甲状腺機能低下症、廃用症候群があり、睡眠時無呼吸症候群で夜間に顔マスク呼吸器装着をしております。ペースメーカーですので一応1級の障害認定があります。この方は最初要介護1だったのが要支援2となりました。軽いということです。障害が1級だから重度の介護認定となるわけではなく、医療と介護が乖離した部分です。介護の手間がかかるということと障害とは必ずしも一致しません。この方は介護付き有料老人ホームで、夫婦同室で生活されています。介護サービスは、訪問介護、ヘルパーさんの利用のみとなっています。障害は1級を持っているものの、介護保険ではあまり重度と認定されないわけで医療側から見るものと介護から見るものでは異なります。

松永 主治医意見書で介護認定が変わってくるのでしょうか。

武富 その通りです。主治医には意見書が送られてきますが、医学的な経過や薬剤を書くよりも、どうして介護の手間が必要になったのか、医療よりも介護的なニュアンスで書くことが必要です。病名も介護に関係する病名を書いていただきたい。また、意見書の最後に特記すべき事項がありますが、ここに一筆「介護の手間がかかる。転倒があるから絶対介護がつかないといけない」と書くだけで等級がぐっとあがります。患者さんのためには、この一筆が効果的です。ぜひここに書いていただくことを現場サイドとしてお願いします。

河村 在宅で介護する時に移動中の骨折であるとか、転倒であるとかの危険に関してはどのようなケアをされているのでしょうか。また、介護されている方がその辺の事に関してナーバスになるかと思いますが先生方はその辺のケアはどういうふうにお考えですか。

武富 介護のサービスで、ディサービス、ディケアへの道中でワゴン車の事故などもありますが、補償制度もあります。両者が保険に入っておかないととんでもないことになってしまいます。色々と気を使うことがありますか、お年よりを移動させることはリスクが常に動いて回っているということで、在宅でベットから移動させるだけでも転倒、骨折というリスクがつきないわけです。ですからそこに関わる医師、看護師、ヘルパーにても特に立場が弱いヘルパーとかに責任の比重がかかるケースが多いので非常に神経を使います。できたら動かさない方がよいのですが、そうはいきませんので危険性に注意しながら対応しております。

河村 そういうことに対応する保険はあるのでしょうか。

武富 訪問介護とかに対しても生命保険会社が様々なプランを作っています。医療ももちろん訴訟とかありますが、介護も同様に訴訟が多くなってきてますので、そういう保険に入っていないととてもやつていけないのではないかと思います。

朔 医学教育をしていくと先生のようなホームケアユニットで将来開業したい人はどのようなトレーニングを受けた人の方がいいのでしょうか。例えば循環器系や脳血管疾患系、外科というようなことは関係ないのでしょうか。

武富 私は自治医大出身で長崎の医療センターでのスーパーローテーションで小児科、内科、外科、整形と耳鼻科を2年間で研修しました。今でいう前期研修の

中で似たような形になっています。研修を終えて3年目で離島へ行きました。内科系を広くカバーしておく、例えば超音波で腹部エコーができるとか、エコーをやっていれば幅が広がりますので、どちらかと言えば消化器系をまずおさえて、循環器へと疾患が多い順番に幅広く見ていくと将来の幅が広がるのではないかと思いますし、外科的な処置も研修のときに外傷を縫うとか、麻酔をするということもやってきたので、離島へ行ったときには、小児科をやりながら胃カメラをやって午後は麻酔をかけるというように何でもやらされていました。若いちはチャンスがあれば何でもしっかりとその場でこなしていく。循環器というのはこれからも疾患が増えると思いますので全身管理のうえで非常に大事だと思います。

朔 在宅専門のシステムでやるのは医師は何歳ぐらいまでが限界と考えられますか。

武富 この形で自分がやって何歳までやれるかといいますと、小さな病気はしますが、何とか大事には至っていないので、50代くらいでまでは十分大丈夫だと思います。また、若い先生方には福大の臨床研修協力機関として毎月1人来ていただいているが、その先生達は私の全部をそのまま見せてますので、将来開業医の先生になった時に往診をしようかなというところに自然になるのかなと思っています。

松永 中山先生、武富先生、今回は「介護保険、在宅医療」の実践的でわかりやすいお話しをありがとうございました。



One-point lesson for medical students

Q. 低LDL-C血症の方がスタチンを服用しても良いのですか？

木谷 嘉博 先生

福岡大学医学研究科
循環生理化学

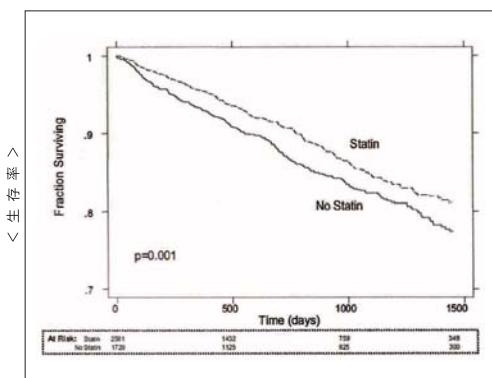


【解説】

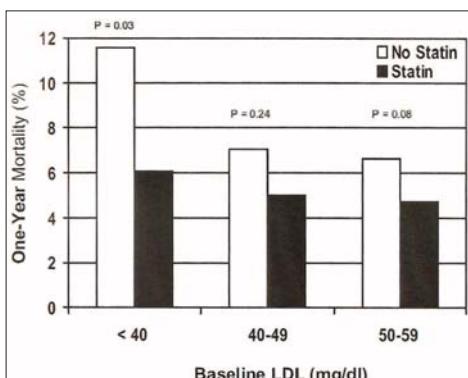
スタチンは悪玉コレステロールであるLDL-Cを下げ、わずかですが善玉コレステロールであるHDL-Cを上げる働きを持っています。急性冠症候群やハイリスクの心臓病の患者さんには積極的なスタチンの高用量投与が有効であったとの様々な臨床研究がありますが¹⁾、これらの研究ではLDL-C < 70mg/dlくらいが最終目標でした。では、LDL-Cが60mg/dl未満の方がスタチンを服用しても良いかどうかですが、明確な答えはありません。

最近の報告¹⁾で、かなりLDL-C値が低い方がスタチンを服用した場合、その生命予後が改善したという興味深い報告があります。4,295人のLDL-C < 60mg/dlの患者さんを対象に、平均2±1.4年間の追跡調査をしています。平均年齢は65歳で、その中の43%が虚血性心疾患、47%が糖尿病を合併しており、2,564人がスタチンを開始しました。その結果を、図左と図右に示します。図左では、スタチン服用している患者さんが、服用していない患者さんに比べて、生命予後が有意に改善しています。図右では、スタチンを服用していない群では、LDL-C値が低いほど1年死亡率が高いのですが、スタチンを服用している群では、その死亡率が減弱されています。この調査期間中、スタチン服用による副作用はありません。さらに、スタチン服用の安全性も報告されました。これまで行われてきたスタチンの大規模臨床試験のエビデンスをより強く支持するデータと思われます。

今回の報告では、スタチンの種類までは明らかにされていませんが、かなりLDL-C値が低い患者さん (LDL-C < 60 mg/dl) のスタチン服用は、生命予後の観点において有用であるようです。もっとも観察研究ですので、前向きランダム化研究での証明が必要ですし、日本は保険診療ですのでLDL-Cは高くないと処方できませんが……。



図左



図右

文献 1) Leeper NJ, et al. Circulation 2007;116:613-61