

特別寄稿:

世界最古の社会保険に源流をもつ医療保障を施策するドイツでは、20年におよぶ介護保障論議の後、1994年に介護保険法を制定し、在宅介護を対象とした給付制度を導入しました。わが国においても超高齢化社会の到来を目前に控え、急拡大する介護サービス需要に対応するための介護保険法が12月9日に成立し、2000年4月から新しい介護システムが発足します。

そこで本号では、高齢者のメンタルケアとその背景を考えるための資料として、ジークフリート・カノウスキー博士からI. I. MECAに寄せられたドイツの高齢者社会保障についての論文を紹介いたします。

SOCIAL POLICIES FOR SENILE PERSONS IN GERMANY



Prof. Dr.med. Siegfried Kanowski

Medical care in Germany is predominantly financed by obligatory public health assurance which covers more than 90% of the total population including the elderly and pays for out-patient and hospital treatment as well. Public health assurance pays mainly for direct costs of medical treatment and rehabilitation. Important indirect costs of chronic diseases as for instance institutionalization in nursing care units are not paid by these funds. These costs had to be paid by private means until April 1st 1995. At that time a new care assurance law (Pflegeversicherungsgesetz) has been introduced in order to alleviate the financial burden put on family resources. Until June 13rd 1996 financing by that law was confined to ambulant care. Families can get from 400 to 1300 DM per month, depending on three different degrees of dependency. Beginning with July 1st 1996 the law provides financial support up to 2800 monthly for institutional care; the real amount of money being paid against depends on these three degrees of dependency. All costs beyond these limits have to be covered through private financing. In cases costs can not be paid from resources they will be taken over by the social welfare system, ensuring a minimal standard of life existence.

Due to the federal structure of Germany and the fact that most services caring for the chronically ill are provided by private voluntary organizations it is very difficult to give a general view on existing services. The main institutions for ambulant nursing care, generally wide spread throughout the country are the so called "Sozialstationen" (ambulant nursing care services). According to the just mentioned new nursing care law a growing number of private nursing care services are developing. There is also an increasing number of day care units and most recently there are a few institutions offering day and night care for demented patients involving caring relatives to make the price agreeable. Support for caring relatives is offered by regional Alzheimer's Societies. Special programs include telephone services for caring relatives. There even some model projects organizing seminars and recreation vacancies together for caring relatives and patients. Only a few regions try to develop a coordinated organized psychogeriatric service especially devoted to the care of demented patients. There is a whole chain of sheltered housing, residential care and nursing home care throughout the country, predominantly run by private voluntary

organizations, like for instance Red Cross etc., although most of them are not especially equipped to care for demented people. There is a recent trend to prefer nursing home care providing flexible service according to different stages of dependency in small groups even for demented patients. A limited number of memory clinics offer diagnostic consultation and cognitive training programs for mild forms of dementia and there are throughout the country 23 psychogeriatric day hospitals.

The present principles of health care politics are based on the following hierarchy: extension and development of ambulant care in favour of day care in favour of hospital care. Within that frame there is a strong pressure coming from the

public health insurances to reduce hospital beds in general and cut down the number of hospital beds for the care of patients with chronic diseases and to transfer these patients either to the ambulant care or to modern forms of nursing home care. The shrinking financial resources for health and social services opened controversy and sometime aggressive and confusing discussion on rationalization and rationing within the health care system. This concerns particularly the order population because they consume the major part of health care expenses, provoking fear that in the future the care of the chronically ill will envisage an important deterioration.

和訳:

ドイツの高齢者のための社会政策

ドイツの医療は、主として強制加入の国民健康保険から資金を供給されている。国民健康保険は高齢者を含めて総人口の90%以上を対象としており、外来診療と入院診療の両方の医療費を支払っている。支払われるのは、主として診療とリハビリの直接コストである。たとえば介護施設への入所などの際の慢性疾患の大きな間接コストは、国民健康保険からは支払われない。1995年4月1日までは、こうした間接コストは自己負担であった。1995年4月1日に、世帯にのしかかる経済的な負担を緩和するために、新しい医療保険法(Pflegeversicherungsgesetz)が導入された。1996年6月13日までは、この法律による医療費の支払いは、外来診療に限られていた。世帯には、介護の必要度に応じて3段階に分けて月額400~1,300マルクが支給される。1996年7月1日からは、この法律によって施設での介護には最高で月額2,800マルクの援助がおこなわれている。実際の支給額は、やはり介護の必要度に応じて3段階に分かれている。それぞれの上限を超えた分はすべて自己負担である。自己負担で支払いきれない場合は、最低限の生活を保障した社会福祉制度でまかなわれる。

ドイツは連邦体制であり、また慢性疾患の介護のほ

とんどは民間のボランティア団体の手で行われているので、介護の現状を一口で説明するのは非常に困難である。全国各地に広まっている主な外来介護施設は、いわゆる「外来介護センター」(Sozialstationen)である。前述の新しい介護法にもとづいて、民間の介護サービスが多数生まれている。また、日帰り介護センターも増えており、ごく最近では痴呆症の患者を24時間体制で介護する施設もいくつかできてきて、支払い可能な料金にするために、近親者に介護を手伝ってもらっている。介護にあたっている近親者には地域のアルツハイマー協会から支援の手が差し伸べられている。介護にあたっている近親者のための電話サービスなどの特別活動もある。さらに、いくつかのモデルプロジェクトでは、介護にあたっている近親者と患者の両方のためのセミナーや息抜き休暇なども提供している。しかし、特に痴呆患者の介護を専門とする老年精神医療を組織だって提供しようとしている地域はごくわずかしかない。擁護ホーム、在宅介護、老人ホームの全国的なネットワークがあって、主として、たとえば赤十字などの民間ボランティア団体の手で運営されている。ただし、そのほとんどは痴呆症の人たちの介護を専門としているわけではない。最近では、痴呆症の患

者の場合でも、介護の必要度のさまざまな段階に応じて小さなグループに分けて柔軟なサービスを提供する老人ホームでの介護が好まれる傾向がある。数は限られているが、軽度の痴呆症に関する診察と認知訓練をおこなう記憶関連の診療所もあり、また、全国には23の老年精神医療の外来専門病院がある。

現在の医療政策の原則は、次のような階層構造にもとづいている：入院診療よりは日帰り診療を、日帰り診療よりは、外来診療の拡大と発展を優先する。この枠組みのなかで、国民健康保険から、病院のベッド数全体を減らし、慢性疾患の患者の介護のための病院のベッド数を削減し、これらの患者を外来診療または最新の形態の老人ホームでの介護に移すように強い圧力が

かかっている。保健と社会福祉のための財政資源の縮小によって、医療制度の合理化と支出抑制に関するさまざまな議論がおこなわれ、時には論争や混乱が起きている。これらの議論では特に高齢者の医療費が取り上げられている。なぜならば、それが医療費の大半を占めているからである。将来、慢性疾患の介護は医療制度の重大な悪化を引き起こすとの懸念を呼んでいる。

ジークフリート・カノウスキー博士

1935年生

ドイツ・ベルリン自由大学 老年精神医学教授
ドイツ痴呆治療研究の第一人者で、本協会とは指導、助言などで交流がある

心の「いやし(癒し)」のプロフェッショナルをめざして

老人保健施設での精神対話士の役割



精神科医 加藤武男

私が精神科医として老人保健施設「サンビラ三木」(兵庫県・三木市)の運営、管理をして3年半になります。当施設は約100人の平均年齢80歳の高齢者が「死に向かってのみとり」ではなく「少しでもリフレッシュしていただいて100歳まで元気に明るく人生を送る事」を目的としています。

施設内での療養生活において高いレベルの介護力を通じて身体的介護に重点を置くことにより、ADL (Activities of Daily Living: 日常生活動作能力)の改善をすることが大切なのはいまでもないことです。そのために各個人の身体能力にあったレベルの高い介護力を通じて残存能力を活性化して廃用能力低下の予防に日々努力しています。

しかし、高齢者が元気にリフレッシュするためには“孤独にさせない”“生きている実感”(E.V. フランクルによる)を持たせるための精神的介護(メンタルケア)がより大切です。そのために心の「いやし」のプロフェッ

ショナルといえる専門家の必要性を痛切に感じていました。

心の「いやし」のプロフェッショナルは「やさしさ」と「愛」が基礎にあることが必要条件ですが、さらに高いレベルの**人格形成**と専門的知識が要求されると思います。

そういう人材がいないか？

その思いのうちで私はメンタルケア協会の講義の一部を担当する機会を得て、精神対話士の存在を知りました。

この人達が「いやし」のプロフェッショナルになる条件をそろえていて、私の施設で何らかの役割(意義)をはたせるのではないかと直感しました。

そこで今年7月から3人の精神対話士(プロ)の方を週一回交代で2時間程度来ていただいて、その役割、意義について検討してきました。その結果、一部の新しい可能性ある役割及び意義がみえかけてきたので報



グルーピングでの対話

報告します。

なお、老人保健施設における精神対話上の総合的な詳しい役割及び意義については、もう少し時間をかけて検討し、後日報告します。

今回は一番可能性のある役割及び意義についての若干の知見がえられたので記させていただきます。

精神対話士は本来、1対1のコミュニケーションの中心的役割と考えられています。老人保健施設ではグルーピング(集団化)におけるコミュニケーションで

の精神対話士の役割及び意義という別の在り方の可能性が考えられないであろうか？

具体的に言うと、グループ(5～6人)がテーブルを囲んだコミュニケーション(グルーピング)において外部者である精神対話士(プロ)がはいることにより何らかの刺激を与えます。もう少しだけ言い換えをすると井戸端会議的な雰囲気のなかで、お互いに会話がはずみ感情も自然に出て、各々の存在感が表現されます。その事が高齢者の心の「いやし」に大きな役割をはたしていると考えます。

すなわち、老人保健施設での精神対話士の役割として、次のように考えられないだろうか。

グルーピング(集団化)による井戸端会議的な雰囲気にすることで堅苦しくせずに誰もが話をしやすいようにし、その中で精神対話士(プロ)はコーディネータ的な存在としてリーダーシップをとる。つまり外部者である精神対話士(プロ)が加わることにより会話がより活気づいてくるような手伝いをする太鼓持ち的な存在として井戸端会議の席を取り持つ役割です。

協会ニュース

精神対話士研修会は下記の要領でより高度な対話技術の向上を目指して開催されます

東京会場

日時 平成9年12月21日(日) PM 1:00 ～ 4:30

会場 国立教育会館 602 会議室 (6F)

東京都千代田区霞が関 3-2-3

TEL 03-3580-1251

大阪会場は12月7日(日) 大阪府中小企業文化会館
において開催されました

編集後記：

この秋には、NHK衛星第2放送、中京テレビ、大阪新聞、各雑誌などで、これまでも増して広く精神対話士の活動が取り上げられ、また新たに北海道地区にも精神対話士が誕生するなど、心の対話サービスはますます社会の注目をあび、その活動への期待がふくらんでまいりました。

一方、最近の新聞の読者からの投書欄では、年齢を問わず、孤独、あきらめ、寂しい、切ない、落ち込むなどを訴え、自分を理解してもらえぬ人を求める現実をしばしば目にします。

協会としましてもこのような状況を真摯に受けとめ、精神対話士活動の広報にさらに努め、また、クライアントの方々からの信頼にゆるぎなく応えるために研鑽をかさね、精神対話士研修会のより一層の充実も図りたいと思いますので、かわらぬご支援を下さいますようお願い申し上げます。