

2. 新たな課題への対応

(1) 基本となる「サービスモデル」の転換

(現行制度における「サービスモデル」)

- 現行の介護保険制度において基本となっているサービスモデルは、1990年代から形成されてきたものであった。すなわち、
 - ① サービスの主眼を、高齢者が要介護状態に陥った以降のケアに置いた「**介護**」モデル、
 - ② 「寝たきり老人ゼロ作戦」に象徴されるように、脳卒中等により身体的障害を有する高齢者を主な対象とする「**身体ケア**」モデル、
 - ③ そして、在宅介護においては、家族の同居をある程度想定した「**家族同居**」モデルである。

(求められる「サービスモデル」の転換)

- これから10年間に予想される我が国の変化は、介護保険制度に基本的な変革を求めるものである。制度の基本となるサービスモデルについても、
 - ① 「**介護**」モデルは「**介護+予防**」モデルへ、
 - ② 「**身体ケア**」モデルは「**身体ケア+痴呆ケア**」モデルへ、
 - ③ 「**家族同居**」モデルは「**家族同居+独居**」モデルへの転換が求められていると言える。こうしたサービスモデルの転換により、介護保険制度は、「持続可能性」の観点から将来の環境変化に対する対応能力を高め、21世紀にふさわしい制度へ向けて新たな地平を切り拓くことが可能となる。

(2) 介護予防の推進－「介護」モデルから「介護+予防」モデルへ－

(2015年は、「介護予防」の真価が問われる)

- 高齢化の進展状況において介護保険制度の視点から注目すべきは、「後期高齢者（75歳以上）」の動向である。なぜならば、要介護高齢者全体の実に8割が後期高齢者であり、要介護者割合（要介護認定者数／高齢者数）も前期高齢者が4%であるのに対して、後期高齢者は26%にのぼるからである。

この後期高齢者数は、2015年時点では1,500万人であり前期高齢者数を下回るが、その後の10年間で30%程度増加し、2025年には2,000万人を超え、前期高齢者数と逆転する。一言で言えば、介護保険制度において高齢化の影響が最も深刻に現れるのは、2015年以降の時期である。

- 一方、前期高齢期やそれより早い年齢において有効な介護予防対策を講じれば、後期高齢期になっても要介護状態となることを相当程度防止できるものと考えられる。~~ことが明らかになっている。~~したがって、介護保険制度において、今後10年間に実効ある介護予防システムを創り上げ、制度全体を『予防重視型システム』へと転換していくことは、これからの介護費用の増加を極力抑え、~~そして~~最も深刻な事態が予想される2015年以降の時期を乗り切る上で、不可欠な課題なのである。

(介護予防サービス体系の現状)

○ 介護予防とは、単に「介護保険の対象者となることを防ぐ」ことではなく、「生活機能」の低下を防ぐことにより、健康で生き生きした生活や人生を創ることである。

~~⊖~~ 現行制度において、介護予防に関連する~~の観点から提供されている~~サービスとしては、

- ① 老人保健法に基づき、市町村が40歳以上の住民を対象として実施している「老人保健事業」における機能訓練等のサービス、
- ② 要介護認定で「非該当」となった者や要支援者などを対象に市町村が実施している「介護予防・地域支え合い事業」の中の介護予防サービス、
- ③ 介護保険制度において、要支援者を対象とする「予防給付」や要介護者を対象とする「介護給付」として提供されているリハビリテーション等のサービス、
- ④ 医療保険制度におけるリハビリテーションの一部、
などがあげられる。

~~しかし、これらのサービスは、利用者の視点に立った総合的な体系としてその整理が行われていないため、対象者に重複や空白があるほか、サービス内容も整合性がとれていないと難しい。~~

(マネジメントシステムをめぐる課題)

- これらのサービスについては、介護予防の視点から見て多くの課題が指摘されている。

まず、「マネジメントシステム」に関する課題である。現行の各制度・事業は統一的な体系とはなっておらず、対象者に空白や重複があるほか、サービスの整合性も確保されていない。そして、現在のマネジメントの内容やプロセスも、介護予防にふさわしいものとは言い難い。したがって、実効ある介護予防システムを実現するためには、何よりも「統一的なマネジメントシステム」の確立が重要な課題となる。

(サービス内容をめぐる介護保険における課題)

- また、介護保険制度等で提供されているサービスの内容についてもは、~~介護予防の視点から見ても~~課題が多い。

制度施行後、対象者が倍増している要支援や要介護1といった軽度者については、ケアプランの内容は大半がいわゆる単品プランであり、サービス内容も、生活援助支援（特に「家事代行」）型の訪問介護、通所介護、福祉用具貸与等の割合が高くなっている。

介護保険制度本来の在り方から見れば、軽度者に対するサービスは利用者の要介護度の維持や改善につながることを期待されるが、実態としては、軽度者の改善率は低く、予防効果を示していないのではないかと指摘がなされている。

(効果的な介護予防サービスにおける基本的考え方)

- ~~介護予防とは、単に「介護保険の対象になることを防ぐ」ことではなく、「生活機能」の低下を防ぐことにより、健康で生き生きとした生活や人生を創ることである。~~

介護予防サービスを効果あるものとするためには、個人一人一人から出発して、その人の生活機能向上にとって最良のものを提供するという「個別性重視」の視点に立ったサービスを提供する必要がある。特に軽度者については、早い段階から、個々人の状態像に応じた効果的な介護予防サービスを適切に提供し、生活機能の低下を防止することが重要である。

(「総合的な介護予防システム」の確立「新たな予防給付」への再編成)

- このような観点から、現行の制度・事業について、その在り方を介護保険制度の給付については、対象者やサービス内容等を基本的に見直し、「総合的な介護予防システム」の確立を目指すことが望まれる。
「新たな予防給付」へと再編成していくことが重要である。

このため、介護保険制度について、軽度者に対するサービス内容を見直すとともに、さらに、老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業において提供されている介護予防サービスの再編成も視野に入れ、要介護状態になる前の段階から統一的な体系の下で効果的な介護保険の対象者以外の者も含め、地域において介護予防サービスが体系的に提供されるような体制を整備を進めていくことが求められる。もも
いく必要がある。

(3) 痴呆ケアの推進－「身体ケア」モデルから「身体ケア+痴呆ケア」モデルへ

(現行制度は「身体ケア」が基本)

- 我が国における高齢者サービスの本格的な整備は1990年（平成2年）からの「ゴールドプラン」に始まる。このプランでは柱の一つが「寝たきり老人ゼロ作戦」であったように、サービスの主な対象は身体的障害を有する高齢者であり、介護保険制度もそうした流れの中で制度設計が行われた。

一方、我が国で痴呆性高齢者の問題が本格的に取り上げられるようになったのは、介護保険制度が成案化された時期より後の1990年代後半からであった。このため、介護保険制度は、サービスメニューに痴呆性高齢者向けのグループホームを盛り込んではいないものの、その基本は「身体ケア」に置いている。

(「痴呆ケア」へも軸足を)

- 今回の見直しにおいては、今後10年間で約250万人に増加する痴呆性高齢者に対応するため、介護保険制度の軸足を「身体ケア」だけでなく、「痴呆ケア」へも置くことが求められる。

国際的にも、痴呆性高齢者の増加に伴い、痴呆ケアの重要性が高まっている。1980年代から取り組んでいるスウェーデンなどの北欧諸国はもちろんのこと、我が国に先立ち介護保険制度を導入したドイツにおいても、当初は痴呆性高齢者に対応したサービスがなかったが、2002年の改正で痴呆ケアへの対応が制度上位置づけられることとなった。

(痴呆ケアの基本とは)

- それでは、「痴呆ケア」において基本となる考え方とは、どのようなものであろうか。

痴呆性高齢者は、記憶障害が進行することに伴う不安や焦燥感から徘徊などの行動障害に陥りやすく、また、環境変化に対する適応が難しいことから、環境要因によって症状が悪化しやすい特性を有している。さらに、家族等の痴呆に対する知識や理解が十分でない場合、発見や対応が遅れて症状の悪化を招いたり、受容の困難さから高齢者の虐待に至るようなこともある。

- こうした特性を有する痴呆性高齢者に対しては、まず、本人の人格を尊重して、その人らしさを支えること、すなわち「尊厳の保持」が基本に置かれなければならない。そして、本人の不安や環境変化への対応の困難さに配慮し、なじみの人間関係や環境の下で、高齢者が自分自身のペースでゆったりと安心して過ごすことができるよう、個々人の生活そのものを組み立てていくケアが必要となる。

この点で「痴呆ケア」は、必要な時にスポット的に行うケアや、大規模な施設などでの集団的・画一的なケアとは、質的に異なるものである。さらに、人材についても、痴呆性高齢者の状態を的確に把握し、本人のみならず家族も支えることができるような、専門性の高い資質が求められる。

(地域における支援体制の重要性)

- また、痴呆性高齢者については、早期の段階からの適切な診断とそれを踏まえた対応が重要であり、このため、本人のみならず家族への支援を含めた、地域における継続的かつ総合的な支援体制を確立する必要がある。さらに、痴呆性高齢者の虐待の防止や権利擁護のための地域体制を整備することも重要である。

この場合、主治医やケア担当者等の専門職はもちろんのこと、地域の住民についても、痴呆に関する正しい知識を有し、本人や家族を支える存在となることが望まれる。

(痴呆ケアに対応したサービス体系の構築)

- こうした観点を踏まえ、介護保険制度におけるサービス体系について、「痴呆ケア」モデルに対応できるように基本的な見直しを進めていくことが求められる。

具体的には、痴呆性高齢者の多様なニーズに対応した「小規模でかつ多機能なサービス」が、小学校区や中学校区といった「生活圏域」の中で提供されるようにしていくことである。これは、環境変化の影響を受けやすい痴呆性高齢者の特性に配慮し、高齢者が身近な場所で切れ目のないサービスを継続的に利用できるようにすることを目指すものであり、痴呆ケア以外にも通じる考え方である。

(痴呆ケアへの重点的な資源投入)

- 一方、効率性の点から見ると、こうした小規模多機能型のサービスについては、大規模・画一的なサービス形態と比べ、個々のサービスごとに必要とされる資源投入が多くなることは避けられない。

したがって、今後介護保険制度においては、痴呆性高齢者の増加に伴い「痴呆ケア」に資源を重点的に投入していくことになり、それに伴う費用は大幅に増大していくものと考えられる。それだけに、限りある社会資源を適切に活用する観点から、前述のように、軽度者については、「介護予防」の観点からできる限り給付を効率化していくことが求められていると言えよう。

(4) 地域ケアへの展開－「家族同居」モデルから「家族同居＋独居」モデルへ－

(「地域ケア」の重要性＝~~「住み慣れた地域で」という願い~~)

- Aging in Place －「高齢期になっても、住み慣れた地域で人生を送る」これは、多くの人々に共通する願いである。

~~高齢者が住み慣れた住まいを離れざるを得なくなった時、失うものは「住居」だけではない。それまで培ってきた家族、友人との人間関係や日々慣れ親しんできた風景ばかりでなく、様々な思い出の中にある「これまでの人生」までもが失われかねない。その結果、高齢者の生命力は急速に萎むこととなる。~~

~~＝(「地域ケア」の重要性)＝~~

- ⊖ 今日、高齢者が住み慣れた地域を離れざるを得なくなる大きな要因の一つが「介護」である。特に、これは独居世帯においては決定的な意味を持っている。したがって、超高齢社会では、たとえ独居の高齢者が介護が必要となっても、それまでの生活を継続できるような社会を実現することが大きな課題となる。

その鍵を握るのは「地域」の有り様である。高齢者の自立した生活を支えることができる「地域ケア」体制が存在するならば、生活の継続は可能となる。高齢者の独居世帯や夫婦のみ世帯が合わせて1,000万世帯を超える時代を迎える中で、こうした地域ケアの重要性はますます高まるものと考えられる。

(在宅と施設の「二元論」を超えて)

- ここで言う「地域ケア」は、これまでの「在宅ケア」と「施設ケア」の「二元論」を超える概念として位置づけられる。

現在においても、在宅ケアと施設ケアは急速に接近しつつあるが、その動きはさらに早まることが予想される。今後高齢者の独居世帯や重度者を支える観点からは、在宅ケアでは「夜間・緊急時の対応」を含めた365日・24時間の安心を提供する体制整備が必要となるし、一方、施設ケアにおいては、「在宅に近い環境」の下での個別ケアの実現が求められる。将来の方向として、両者を統合した地域ケアへの展開を目指すべき時期を迎えていると言えよう。

(包括的なケアの提供)

- こうした地域ケアにおける重要な柱として、次の3点があげられる。第1点は、介護ニーズだけでなく、それ以外の様々な生活支援ニーズに対応した「包括的なケア」である。

高齢者の生活全体を支える観点から、まず、地域で生活を続けていく上で何らかの支援が必要になったときに、高齢者や家族が身近な場所で気軽に相談できる窓口が必要となる。そして、ケアの提供にあたっては、介護保険制度のにおける介護サービスだけでなく、医療ニーズが必要となった時の医療サービスや様々な生活援助サービス、さらにはボランティアや地域住民などによるインフォーマルなサービスなどとも連携した対応が求められる。このように高齢者のニーズに幅広く対応した、包括的なケアの提供が目標となる。

(継続的なケア体制)

- 第2点は、包括的なケアを一貫性のある形で「継続的に提供する体制」である。

高齢者が住み慣れた地域で、最期までその人らしい生活を送るためには、要介護状態になる前からの日常的な健康管理や介護予防に始まり、介護が必要になった時には介護サービスが、そして最期にはターミナルケアが切れ目なく、一貫した体制の下で提供される必要がある。

このためには、主治医やケアマネジャーをはじめとする様々な職種が連携して、利用者一人一人について地域で主治医やケアマネジャーをはじめ様々な職種や人材が連携しながら継続的にフォローアップする体制を確立することが求められる。

前述の「包括的なケア」を言わば『横軸』の視点とするならば、この「継続的なケア」は『縦軸』の視点と言える。こうした「包括的・継続的なケア」を支える総合的なマネジメント体制が、「地域ケア」には欠かせない。

(地域を支える基盤)

- 第3点は、「地域を支える基盤」である。

地域、すなわち「コミュニティ」を支える基盤には、福祉施設や医療関連の施設だけでなく、「住まい」や他の公共施設、交通網、さらには、こうした地域資源を繋ぐ人的なネットワークも含まれる。地域ケアにおいては、これらが有機的に連携し、地域に住む人々の生活を支えるものとして、機能することが重要となってくる。

したがって、基盤整備においても従来のような個々の施設に対する「点の整備」ではなく、身近な生活圏域において様々なサービス拠点が連携する「面の整備」が求められる。また、地域住民が公共サービスを含めた様々なサービスの担い手として参加し、コミュニティの再生や新たな公共空間の形成に積極的な役割を果たすことが期待される。

(普遍的なシステムとしての意義)

- 以上述べた「地域ケア」への展開は、介護予防や痴呆ケアの目指す方向であるばかりか、年齢や障害等の区別により分断されている様々なサービスを、利用者の視点に立って組み立て直すことにもつながるものである。すなわち、地域での生活を望み、何らかの支援を必要とする全ての人を支える~~にとって、「普遍的な必要とされるシステム」~~の確立につながるものであると言える。