

- 社会参加、社会貢献、就労、生きがいづくり、健康づくりなどの活動は、介護予防につながるものである。介護予防の推進という観点からは、介護予防を広い概念として捉え、こうした様々な活動を社会全体の取組として進めていくことが必要である。

(リハビリテーションの意義)

- リハビリテーションは、単なる機能回復訓練と捉えられがちであるが、本来の意味は「権利・資格・名誉の回復」である。つまり、障害のために人間らしく生きることが困難な人の「人間らしく生きる権利の回復」であって、単にこれまでできていたことをできるようにするという過去の生活への復帰ではなく、より積極的に将来に向かって新しい人生を創造していくことである。
- リハビリテーションは、生命・生活・人生のすべての側面に働きかけ、その人の持つ潜在能力を引き出し、生活上の活動能力を高めていくことであり、それにより豊かな人生を送ることも可能となる。

(介護予防・リハビリテーションの現状)

- このような観点から見ると、現在の介護保険でのリハビリテーション、市町村で行う健康づくりや介護予防の事業については、以下のような現状にあり、本来の介護予防・リハビリテーションの効果が得られていない。
 - ① 健康づくりや介護予防について理解を深める必要があること(要介護になるまで特段の努力をしなかったり、いったん要介護状態になると改善することがないとあきらめてしまうことがある。)
 - ② どのような生活習慣を持った人が要介護状態となるリスクが高いのか、そういった人にどのようなサービスを提供すれば介護予防や要介護状態の改善に効果があるのかが整理されていないこと
 - ③ 要支援者や軽度の要介護者用のサービスメニューが用意されていないこと(要支援者に対しては予防給付が行われることとなっているが、要介護者に対する介護給付と同一のサービスメニューであり、利用できる上限が異なっているのみである。)

- ④ 介護を受ける前の医療のリハビリテーションと、介護のリハビリテーションとが必ずしも一体となって提供されておらず、十分に機能していないこと

(具体的方策)

- 現在、提供されているサービスが有効に機能しているかどうかを検証し、老人保健事業や介護予防事業、要支援者に対する予防給付のあり方、医療保険や介護保険におけるリハビリテーションとして提供されている従来のサービスのメニューを見直し、真に予防に効果がある新たなプログラムを開発し、要介護度のステージ等に応じた要介護状態の悪化の防止や軽減のための施策の体系を構築すべきである。
- 具体的には、要支援者に対する予防給付について、要介護者と同一のサービスメニューではなく、より介護予防、リハビリテーションを重視した別途のサービスやサービスの重点化を検討すべきである。また、軽度の要介護状態についても同様に考えるべきである。
- 障害の原因となる脳卒中などの急性期疾患の予防は重要であり、また、急性期から回復期への速やかな移行がその後のリハビリテーションの内容・個人の機能障害の回復に大きく寄与すると言われている。
- リハビリテーションについては、急性期から回復期にかけての医療分野と、維持期での介護分野とが、いわば川上と川下の関係で相互に連携しあう体制を構築し、これらが地域において一体的に提供される必要がある。

(介護サービスの提供について)

- リハビリテーションについては、より高齢者の心身機能や日常生活における様々な活動の自立度を高めてから、自立していない活動について他の介護サービス等で補うといったリハビリテーション前置の考え方に立つ必要がある。

- この場合のリハビリテーションは、WHOが2001（平成13）年に策定したICF（国際生活機能分類）の考え方を踏まえ、日常生活における様々な活動の自立度の向上を重視した個別のプログラムに基づいて提供され、特に施設でのリハビリテーションは自宅復帰の可能性を常に考えたものでなければならない。たとえ、生活機能の障害が重度になっても、改善の可能性を求めて、自立に向けた取組を行うことが求められる。

※ 2003（平成15）年4月に策定されたリハビリテーション実施計画書は、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）の考え方を参考にしたものであり、今後より一層の普及が必要である。

- このような介護予防・リハビリテーションのあり方については、今後とも、その具体策について、さらに詳細な精査・研究により明らかにしていくことが必要である。

2. 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系

(可能な限り在宅で暮らすことを目指す)

- 通常、私たちは自宅で生活をしている。自宅とは、私たち自身が主人公である世界である。自宅であれば、介護が必要になった時でも、人は、自分自身で立てたスケジュールに沿って日常生活を営むことができる。朝何時に起きるかは自分の自由であるし、食事を摂るか摂らないか、何を食べるかも自分自身で決めることができる。(手助けさえあれば) 買い物に出かけることもできる。家族や友人たちとおしゃべりをし、夜更かしすることもできる。自宅の良さとは、介護が必要になった時でも、介護のために自分の生活や自由を犠牲にすることなく、自分らしい生活が続けることができる点にある。

日常生活における自由な自己決定の積み重ねこそが「尊厳ある生活」の基本であり、在宅での生活であれば当たり前のことである。

だからこそ、多くの方は在宅での生活・在宅での介護を望むのである。

- しかし、介護が必要になった時、様々な事情から、住み慣れた自宅を離れ、家族や友人たちとも別れて、遠く離れた施設へと移る高齢者も多い。そのような人たちは、これまでの人生で培ってきた人間関係をいったん失い、新しい環境の中で再び築くことを強いられることになる。心身の弱った人がそうした努力を強いられることは大変な精神的負担を伴う。それでも、現在の在宅サービスだけでは生活を継続できない、あるいは介護を受けるには不便な住環境であるといった理由から、在宅での生活をあきらめて施設に入所していくのである。

- 確かに、施設には、昼夜を通して常に職員が施設内にいて、転べばすぐに起こしてくれるし、トイレの介助もすぐに対応してくれる。「365日・24時間の安心感」を手に入れることができるという長所がある。この「安心」はとても重要であり、現状の在宅ケアではなかなか実現できない施設の持つ大きな機能である。

しかし、自分の住み慣れた土地を離れて入所するケースが多いため、その人が長年にわたって育んできた人間関係などが断たれ、高齢者にとって最も

大切な生活の継続性が絶たれてしまう場合が多い。

また、現在の施設では、個室に入っている人はまだ少なく、4人部屋等に入っている人が多い。そして、他人と一緒に起床・就寝、食事、入浴、レクリエーション等、施設の決めた日課に沿って集団的に行動して日々が過ぎ、家で暮らしていたときのように自分自身で生活のリズムを決めることは難しい。

このような生活の中で、入所者は、施設の中で自分の役割、存在意義を見失い、自立への意欲や人生に対する関心を失っていくのではないかと思われる。

また、痴呆性高齢者の中には、このような環境の下では症状が悪化する場合があるという問題点も指摘されている。

- 私たちが目指すべき高齢者介護とは、介護が必要になっても、自宅に住み、家族や親しい人々と共に、不安のない生活を送りたいという高齢者の願いに応えること、施設への入所は最後の選択肢と考え、可能な限り住み慣れた環境の中でそれまでと変わらない生活を続け、最期までその人らしい人生を送ることができるようにすることである。
- さらに、施設に入所した場合でも、施設での生活を限りなく在宅での生活に近いものにし、高齢者の意思、自己決定を最大限尊重したものとするよう、施設におけるケアのあり方を見直していくことが必要である。

(1) 在宅で365日・24時間の安心を提供する

:切れ目のない在宅サービスの提供

(小規模・多機能サービス拠点)

- 在宅生活を望む多くの要介護高齢者が、施設への入所を決断せざるを得ないという現実の背景には、在宅では365日・24時間の介護の安心を得ることが極めて困難である、という点がある。

「家の中で転んで起き上がれなくなっても、誰にも気づかれないのではないか」「夜、急にトイレに行きたくなっても、一人ではトイレに行けない。手助けをしてくれる人もいない」という、何かあっても対応してくれる人がいないことへの不安は大きい。

- この課題を解決するためには、在宅に365日・24時間の安心を届けることのできる新しい在宅介護の仕組みが必要である。本人（や家族）の状態の変化に応じて、様々な介護サービスが、切れ目なく、適時適切に在宅に届けられることが必要である。

すなわち、日中の通い、一時的な宿泊、緊急時や夜間の訪問サービス、さらには居住するといったサービスが、要介護高齢者（や家族）の必要に応じて提供されることが必要であり、さらに、これらのサービスの提供については本人の継続的な心身の状態の変化をよく把握している同じスタッフにより行われることが望ましい。

このためには、切れ目のないサービスを一体的・複合的に提供できる拠点（小規模・多機能サービス拠点）が必要となる。

※ このような「通う」「泊まる」「訪問を受ける」「住む」というサービスの形態は、現在でも「通所介護」「短期入所」「訪問介護」「グループホーム」等として介護保険のメニューとなっているが、このような複数のサービスを利用するとしても、それぞれ担当するスタッフは別々であり、利用者にとっては（特に痴呆の場合）混乱をきたす。スタッフの側も、利用者の心身の状態の短期的な変化や、中長期にわたって軽度から徐々に重度化していく過程を把握することは難しい。

○ さらに、こうした一連のサービスは、安心をいつも身近に感じられ、また、即時対応が可能となるよう、利用者の生活圏域（例えば中学校区あるいは小学校区ごと）の中で完結する形で提供されることが必要である。そのためには、小規模・多機能サービス拠点は、利用者の生活圏域ごとに整備されていることが必要になる。

※ 地域密着型の在宅サービスを実践する試みとして、宅老所と呼ばれる取組がある。宅老所には小規模・多機能サービスを実践しているものも多くあり、それらの中には、医療サービスなど地域の他のサービス資源を活用しながらターミナルケアまで実践しているところもある。

このような在宅での生活を支える小規模・多機能サービス拠点の発展可能性・地域のケアネットワークの中での位置付け等について、さらなる研究が必要である。

※ 高齢者の生活圏域で必要なサービスを完結させるという観点は非常に重要であり、後述する地域ケアの確立を考える上でも、地域の様々なサービス資源を高齢者の生活圏域を単位に整備し、結び付け、その中で（施設サービスまで視野に入れて）必要なサービスが切れ目なく提供できる体制を実現していくという視点が必要である。

市町村の策定する介護保険事業計画においても、単にサービスの数量的整備目標を掲げるだけでなく、「サービス圏域」という概念を導入し、それぞれの圏域単位で必要なサービスの提供が完結するようなきめの細かい取組を進めることが望ましい。

(2) 新しい「住まい」：自宅、施設以外の多様な「住まい方」の実現

(住み替えという選択肢)

- 要介護状態になった時に自宅での生活の継続を困難にするもう一つの要因は、「住まい」である。

家屋の構造が要介護者の生活に適さず、自宅に住み続けることが物理的に困難である場合や、一人暮らしである等の理由から日常生活の面などで自宅での生活に困難や不安のある高齢者の場合、適切な介護サービスを利用することができたとしても、そうした自宅での生活を続けることは困難である。

- このため、例えば、バリアフリー、緊急通報装置などハードウェアの機能を備え、同時に生活支援や入居者の状態に応じた介護ニーズへの対応などのソフトウェアの機能も備えた、高齢者が安心して住める「住まい」を用意し、自宅で介護を受けることが困難な高齢者に対して、住み替えという選択肢を用意することは、重要な課題である。

※ このような新しい「住まい」に求められる要件として、以下のようなものが想定される。

- ・ バリアフリーの構造を備えている。
- ・ 緊急通報装置等が各部屋に設置されている。
- ・ 日常的な安否確認や生活上の相談に応じるサービスがある。
- ・ 入居者に対して必要なケアマネジメントを迅速に提供できる体制が整っている。
- ・ 住まいに介護サービスが附帯しているか、又は外部の事業者と提携していることにより、入居者が介護を必要とする時には365日・24時間いつでも迅速に介護サービスを提供できる体制が整えられている。

- このような新しい「住まい」への住み替えの形としては、大きく分けて
 - ① 例えば、高齢の夫婦や一人暮らしの高齢者が、要介護状態になる前の段階で、将来要介護状態になっても再度の住み替えをしなくても済むように、必要になったら介護サービスが提供されることが約束されている