

2015年の高齢者介護
～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

2003年6月26日

高齢者介護研究会

目 次

I. はじめに	1
II. 高齢者介護の課題	3
(1) 介護保険施行後の高齢者介護の現状	4
(2) 問題を解決しあるべき姿の実現に向けて	10
(3) 実現に向けての実施期間	12
III. 尊厳を支えるケアの確立への方策	13
1. 介護予防・リハビリテーションの充実	13
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	17
(1) 在宅で365日・24時間の安心を提供する	19
(2) 新しい「住まい」	21
(3) 高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役割	25
(4) 地域包括ケアシステムの確立	32
3. 新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア	37
4. サービスの質の確保と向上	41
IV. おわりに	48
補 論	
1. わが国の高齢者介護における2015年の位置付け	51
2. ユニットケアについて	65
3. 痴呆性高齢者ケアについて	72
参考図表	83

1. はじめに

- わが国の高齢者介護は、人口の高齢化が緒についたばかりの1963（昭和38）年に老人福祉法が制定された以降の歩みをみても、70年代の老人医療費の無料化、80年代の老人保健法の制定、90年代の福祉8法の改正・ゴールドプランの制定など、人口の急速な高齢化が進む中で、その時代、時代の要請に応えながら発展してきた。
- 2000（平成12）年4月から実施された介護保険制度は、措置から契約への移行、選択と権利の保障、保健・医療・福祉サービスの一体的提供など、このようなわが国の高齢者介護の歴史においても時代を画す改革であり、介護保険制度の導入によって高齢者介護のあり方は大きく変容しつつある。
- 介護保険法施行後3年が経過し、最初の保険料の見直しと介護報酬の改定という制度運営のワン・サイクルが終了した現時点において、介護保険制度の下における高齢者介護の課題を整理し、これからの高齢者介護とそれを支える社会について新たな次元を切り拓くために提言を行うことは、時宜を得たことと考える。
- 本研究会は、「平成16年度を終期とするゴールドプラン21後の新たなプランの策定の方向性、中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方」について検討するよう、厚生労働省老健局の求めに応じ、本年3月に設置されたものであり、関係者からのヒアリングや集中討議、現場視察等を含め、10回にわたって議論を重ねてきた。
- 本研究会では、引き続き人口の急速な高齢化が進むことを踏まえ、高齢者介護のあり方を中長期的な視野でとらえる必要があることから、わが国の高齢化にとって大きな意味を持つ「戦後のベビーブーム世代」が65歳以上になりきる2015年までに実現すべきことを念頭に置いて、これから求められる高齢者介護の姿を描くこととした。

- その姿を描くに当たっては、これからの高齢社会においては「高齢者が、尊厳をもって暮らすこと」を確保することが最も重要であることから、高齢者がたとえ介護を必要とする状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とすること、すなわち「高齢者の尊厳を支えるケア」の実現を目指すことを基本に据えた。

- 本報告書は、「尊厳を支えるケアの確立」のため、求められる施策をとりまとめたものであるが、その前提として、介護保険制度を持続可能なものとしていくことが必要である。この3年間の実施状況を見ると、高齢者の増加のスピードを大幅に上回ってサービスの利用が伸びており、この事態が続けばこれからの介護保険財政は極めて厳しい状況に直面することが予想される。

- そこで、自らの尊厳保持のため、自助の努力を尽くし、さらに、地域における共助の力を可能な限り活用することにより、結果において公的な共助のシステムである介護保険制度の負担を合理的に軽減させるなど、広い見地からフォーマル・インフォーマル、自助・共助・公助のあらゆるシステムをこれまで以上に適切に組み合わせながら、これからの高齢社会において「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を実現していくことが、国民的課題である。

- 本報告書が、このような課題を考える際の素材として活用され、国民の老後の安心をもたらす高齢者介護の実現に寄与することを心から期待する。

Ⅱ. 高齢者介護の課題

- わが国の平均寿命は世界でも最高水準となった。高齢期は今や誰もが迎えると言ってよい時代となっており、また、高齢者となってからの人生も長い。その長い高齢期をどのように過ごすのかは、個人にとっても社会にとっても極めて大きな課題となっている。
- 人生の最期まで、個人として尊重され、その人らしく暮らしていくことは誰もが望むものである。このことは、介護が必要となった場合でも同じであり、また仮に、痴呆の状態になったとしても、個人として尊重されたい、理解されたいという思いは同じである。
- そうした思いに応えるためには、自分の人生を自分で決め、また、周囲からも個人として尊重される社会、すなわち、尊厳を保持して生活を送ることができる社会を構築していくことが必要である。また、高齢者介護においても、日常生活における身体的な自立の支援だけでなく、精神的な自立を維持し、高齢者自身が尊厳を保つことができるようなサービスが提供される必要がある。
- 介護保険は、高齢者が介護を必要とすることとなっても、自分の持てる力を活用して自立して生活することを支援する「自立支援」を目指すものであるが、その根底にあるのは「尊厳の保持」である。
- 介護保険制度がスタートしてから3年が経過した今日、制度本来の理念に沿って所期の成果をあげているか、新たに顕在化した問題は何か等について、これまでの実施状況を踏まえて検証を行い、私たちの直面する高齢者介護の課題をとりあげたい。

(1) 介護保険施行後の高齢者介護の現状

(介護保険の実施状況から見えてきた課題)

- 介護保険制度が施行されて3年後の2003年(平成15)4月には、各市町村で初めての介護保険料の見直しが行われ、また、国においても介護報酬の改定を行うなど、制度導入後のひとつの節目を越えた。介護保険制度の実施状況を見ると、この3年間で、介護サービスの利用者数は大きく伸び、特に在宅サービスの利用者数は倍増した。介護サービスの事業者数も大きく伸び、サービスの提供体制は充実をみている。(図表1-1、1-2、図表2-1、2-2)

- また、介護保険制度の導入により、要介護認定を受ければ、行政を介することなく、利用者がいつでもサービスを直接利用できるようになり、サービスは利用しやすくなった。私たちにとって介護サービスは確実に身近なものとなっている。(図表3)

- 一方で、これらの介護サービスについて、その人の状態に応じた適切なサービスが提供され、高齢者の自立支援を促し、尊厳ある生活の継続を可能とするものとなっているかどうかを検証する必要がある。
また、介護保険は高齢者の自立を社会全体が共同して支える仕組みであり、その公的な性格を十分に踏まえ、制度を維持するために必要な節度とモラルを利用者・事業者双方が持つことが求められる。(図表4)

- 以上のような諸点を考慮に入れて、介護保険制度の実施状況を検証すると、新たに見えてきた高齢者介護の課題がある。

(要介護認定者の増加・軽度の者の増加)

- 介護が必要な状態にならないための予防事業などの取組は多くの市町村で行われているが、この3年間の要介護認定者数は、高齢者数の伸びを上回る勢いで増加している。その中でも、要支援・要介護1という軽度の者の増加が著しい。また、都道府県別に要介護認定者の出現率(高齢者に占める割合)を見ると、重度の者(要介護4・5)については概ね3~4%程度であ

るのに対し、軽度の者（要支援、要介護1）については概ね4～10%と大きなばらつきが見られる。（図表5、図表6、図表7）

- 軽度の者の増加については、介護保険では、だれもが介護を受けられるようになり、早い段階からの介護サービスの利用が可能となったことが要因のひとつと考えられる。ただ、軽度の者の出現率が重度の者に比べて都道府県間のばらつきが大きいことは、単に制度の普及が進んだためだけとは言い切れず、その要因についてさらに詳細な検証が必要である。
- また、介護保険制度では、定期的に要介護認定の更新が行われるため、被保険者の要介護状態の変化を時系列的に把握することができる。このデータを分析すると、要介護2以上の中・重度に比べて、要支援・要介護1の者は要介護度が「改善」した割合が少ない状況にある。特に要支援は、介護保険制度上、「介護が必要となるおそれのある状態」と位置付けられ、保険給付の対象とすることにより、介護が必要となる状態になることを予防することを目指しているが、所期の効果が得られていない状況にある。（図表8）
- こうした現状を踏まえると、健康でいきいきとした高齢期を送るため、自助努力や共助の仕組みも含めて介護予防が十分に行われているかといった問題や、要介護状態になった場合のリハビリテーションのあり方などについて、今一度検討を加える必要がある。

（在宅生活が支えられない）

- 介護保険は在宅重視をひとつの目的に掲げており、実際のサービス利用についても先に述べたように在宅サービスの伸びが著しい。しかしながら、一方で、特別養護老人ホームの入所申込者が急増しているとの指摘がある。
- 介護保険制度では、行政による入所の必要性の判断を経ることなく、自由に申し込みができるようになったため、すぐには入所の必要がない高齢者もいわば予約的に入所申し込みを行っている実態がある。例えば、利用希望者の実態に関する健康保険組合連合会の調査では、入所申込者のうち施設スタ

ップから見て入所が必要と判断できるケースは3割に過ぎず、約6割は在宅生活の継続が可能（うち2割は家族が入所を希望している）なケースであるとされている。（図表9）

- 他方、高齢者自身は、多くが在宅での生活の継続を希望している。虚弱化したときの住まいの形態に関して内閣府が行った調査では、高齢者の6割は介護が必要になっても現在の自宅での生活を継続することを望んでおり、施設入所を希望するものは2割に満たない。（図表10）

- また、介護サービスの利用実態を見ると、軽度の者は在宅サービスの利用が多い一方、重度の者は施設サービス利用が半数を超える状況にある。
高齢者本人が在宅での生活の継続を希望している現状とあわせ見ると、要介護状態が重くなってもできるだけ在宅生活を続けていくことが望ましいが、重度の者で在宅での生活を送ることができているのは、半分以下の状況にあり、現在の在宅サービスは、すべての要介護者の在宅生活を支えるまでには至っていない。（図表11）

- 高齢者が最期を迎える場所を見ても、かつての自宅での死亡に代わり、近年は医療機関での死亡が増加し、8割近くとなっている。一方、内閣府の調査によると、「万一、治る見込みがない病気になった場合、最期は何処で迎えたいか」という質問に対して、「自宅」の割合が約半数を占めている。（図表12）

- 以上のような介護サービスの利用の実態、高齢者が最期を迎える場所の状況を見ると、在宅生活を希望する高齢者が在宅生活を続けられない状況にあることが分かる。

- また、高齢者が住み慣れた環境の中で、最期まで尊厳を保持してその人らしく生活を営むことを可能としていくためには、在宅の介護サービスと在宅の医療サービスとを適切に組み合わせて、施設と同様に安心感の継続できる環境を整備していくことが重要である。

(居住型サービスの伸び)

- 一方で、介護保険制度が始まって、新たな介護サービスの動きが起こっている。これは現在の介護サービスの体系を考え直す契機ともなりうるものである。
- そのひとつが、居住型サービスともいうべき形態のサービスの利用の伸びである。介護保険制度で新たに特定施設入所者生活介護（以下「特定施設」というサービス類型が創設されたが、後で述べる痴呆性高齢者グループホームと同様、利用が伸びている。特定施設は、介護サービスを提供する体制の整っている集合住居であり、現在、一定の設備・人員を有する介護付有料老人ホームとケアハウスが対象となっている。（図表 13）
- また、2001（平成13）年の高齢者居住法の制定など関連制度の整備により、高齢者が安心して生活できる居住環境を実現するための仕組みが整えられた。このように、高齢者の賃貸住宅に対する居住ニーズへの制度的な対応も行われつつあり、従来の自宅と施設間の居住形態を選択することの可能性も広がっている。
- 特定施設の利用の伸び、高齢者の居住に関する制度的対応から見ても、高齢者の要介護期の暮らし方として、居住型サービスへの関心が一層高まっていくことが考えられる。
- 在宅生活を希望する人が多いにもかかわらず、介護が必要となった時に、その希望に応じて在宅生活を続けることが困難な現状や、これまでの一般的な住居と異なるいわば安心できる機能の付加された居住型サービスに対するニーズが高まっていることを考えると、個々人が送ってきた生活を尊重し、その継続性を確保するための、新しいサービス体系のあり方についてさらなる検討が求められていると言えよう。

(施設サービスでの個別ケアへの取組)

- さらに、特別養護老人ホームにおけるケアの提供のあり方についても、変化が起こっている。個々の入所者の状態に応じた個別ケアを提供する試みとして、入所者を小グループごとに分けてスタッフを配置し、在宅に近い居住環境を整えてケアの個別性を高める「ユニットケア」の取組が進んできた。2002(平成14)年度からはユニットケアを行う施設を対象とする国の整備補助が行われている。

また、従来の施設においても、施設内の設備等を工夫することにより、個別ケアに向けた試みも始まっている。

- これまでの自宅か施設かという介護サービスの体系に加え、自宅から移り住む「住まい」で介護サービスを受けるといった新たな分野が広がってきていること、集団ケアが一般的な施設サービスにおいて、個別ケアの取組が進んできていることは、介護保険施行後3年を経て、個人の生活、暮らし方を尊重した介護が広がりつつあることを示しており、そうした観点からも介護サービスのあり方を見直すことが求められている。

(ケアマネジメントの現状)

- 介護保険制度により新たに導入されたものにケアマネジメントがある。これは、高齢者の状態を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。しかし、高齢者の状況を判断するアセスメントが十分でないため適切で効果的なサービス提供が行われていないとの指摘がある。実態としても、一種類のサービスのみのケアプラン作成が半数にも上り、必要なサービスが適切に提供されているのか疑問が残る。また、サービスを提供する担当者などが介護の方針を設定し共有する場であるケアカンファレンスの開催も十分に行われておらず、担当者が同じ認識の下で、総合的に自立支援のためのサービス提供が行われているかについても疑問がある。(図表14、図表15-1、15-2)
- また、高齢者の抱える問題は介護の分野に限られない。例えば、家庭問題など介護以外の問題を抱える高齢者については、介護サービスの総合調整を

行うケアマネジャーだけでは問題を解決しようとしても難しい。

- こうした現状を踏まえ、生活の継続性の確保のためのサービスの検討とあわせて、地域における様々な支援のあり方についても、課題意識を持って見ていく必要がある。

(求められている痴呆性高齢者ケア)

- 介護保険制度では、高齢者の心身の状態に関する詳細なデータをもとに要介護認定が行われるため、要介護高齢者の心身の状態について様々な分析を行うことができるが、痴呆の影響について分析を行ったところ、要介護高齢者のほぼ半数は痴呆の影響が認められる（痴呆性老人自立度がⅡ以上）ことが分かった。また、介護保険制度の実施状況を見ると、痴呆性高齢者グループホームの事業所数は、この3年間で10倍以上と急増している。

(図表 16)

- 痴呆性高齢者グループホームの利用の伸びは、痴呆性高齢者ケアに対する切実なニーズの現れということができる。痴呆性高齢者ケアは、未だ発展途上にあり、ケアの標準化、方法論の確立はさらに時間が必要な状況にあるが、尊厳の保持を図るという視点から見ても、痴呆性高齢者に対してどのようなケアを行っていくべきかが、高齢者介護の中心的な課題であると言える。

(介護サービスの現状)

- 介護保険制度導入以後、介護サービス事業者数は大きく増加した。しかし、利用者がそれを選ぶために必要となる情報は十分に提供されていない。例えば、事業者が提供するサービスの良し悪しを判断する材料ともなる第三者評価については、一部の自治体等で行われているが、その手法は様々であり、すべてのサービスをカバーするに至っていない。
- また、前述のように要介護高齢者のうち痴呆の影響が認められる者（痴呆性老人自立度がⅡ以上）がほぼ半数に及ぶにも関わらず、意思を十分に表明できない高齢者等を支援するため、介護保険制度導入と同時期に開始された

成年後見制度については、利用しにくいとの意見がある。

- 介護サービスの内容については、国民健康保険団体連合会へ寄せられる苦情件数を見ても、サービスの質や具体的な被害・損害に関するものが4割程度に上っており、質の向上が大きな課題である。サービスの質を高め、安心できる内容とするためにも、それを支える従事者の資質の向上、人材育成が大きな課題である。(図表 17)

- サービス事業者については、不正請求などによる事業者の指定取消件数も増加している。

介護保険制度は事業者間の競争によりサービスの質を高めるため、在宅サービスについては、基本的には法人形態を問わず参入可能とされているが、サービス選択のための情報が利用者に十分提供されていないこと、そもそもサービスの量が選択できるほど豊富にないことなどから、劣悪なサービスの提供を淘汰するには至っていない。また、不正を行う事業者について都道府県は指定取消権限があるといっても、市場から迅速に排除するための効果的手段は不十分である。(図表 18)

- 以上に掲げる現状から見ても、介護サービスの質の確保と向上について、この際、様々な課題を整理し、その対策を講じていくことが必要と考えられる。

(2) 問題を解決しあるべき姿の実現に向けて

(高齢者介護の課題)

- これからの目指すべき「高齢者の尊厳を支えるケア」を確立していくためには、高齢者介護の現状を踏まえ、そこから導かれる課題を明らかにした上で、高齢者介護のあるべき姿の実現に向けて、その課題を解決するための具体的な方策を講じていかなければならない。

- 本研究会としては、(1)で述べてきたように、介護保険施行後の高齢者

介護の課題から、「尊厳を支えるケアの確立への方策」として

- ① 介護予防・リハビリテーションの充実
- 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
- ③ 新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア
- ④ サービスの質の確保と向上

の4点を取り上げることとした。

- これらの4点は、構造的にも相互に関連するものであることに留意する必要がある。例えば、要介護高齢者のほぼ半数が痴呆の影響が認められる者（痴呆性老人自立度がⅡ以上）であることから、これからの高齢者介護は痴呆性高齢者対応でなければならないが（③「新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア」）、そのためには、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」が必要になるし、それぞれのサービスには④「サービスの質の確保と向上」が必須である、という具合である。また、そもそも介護サービスとは自立支援に資するものでなければならず、要介護にならないことも含め、①「介護予防・リハビリテーションの充実」が必要になるのである。
- 「尊厳を支えるケアの確立」に向けて、具体的な方策を講じていくことが求められる。言うまでもなく、介護保険制度は、その中で中心的な役割を果たすことが期待される制度であるが、あらゆる課題すべてが介護保険制度で解決されるものでないことにも留意すべきである。
- わが国の高齢化は人類史上例のない未踏の領域であり、その対応は社会全体で取り組むべきことは多言を要しない。高齢者自身の取組である自助、人々の支え合いである共助（介護保険制度もまさに共助の一つである）、地方自治体の取組などの公助を適切に組み合わせ、活力ある高齢社会を築いていく必要がある。

(3) 実現に向けての実施期間

- これらの課題への対応については、現在の高齢者介護の体系、ケアのあり方の転換も必要となり、一朝一夕に実現できるものではなく、実現に向けての一定の実施期間が必要である。本研究会では、高齢化が一段と進む節目である、いわゆる団塊の世代が高齢期に達し、少なからず高齢者像が変化・多様化していくと考えられる2015（平成27）年までを実現のための実施期間とすることを提唱したい。

→ **【補論1】 わが国の高齢者介護における2015年の位置付け**

- 言うまでもないが、これらの課題は早急な解決が求められるものであり、可及的速やかに着手し、2015年に向けて順次その実現を図っていくべきである。特に、今後予想されている介護保険制度の見直しに当たっては、本提言の実現に向けて、必要な措置が講じられることを期待したい。

Ⅲ. 尊厳を支えるケアの確立への方策

1. 介護予防・リハビリテーションの充実

(介護予防を進める視点)

- 長生きをして幸せに生きることは人類の夢である。介護が必要な状態にはならない、たとえ介護が必要となってもできるだけ軽い状態で最期まで自分らしく生きていくことは、私たちの共通の願いである。
- 今後、一層高齢化は進んでいくが、高齢期イコール要介護期ではなく、むしろ大部分は介護を必要としない高齢者である。高齢者自身が健康づくりや介護予防に取り組むことにより、介護を必要としない、あるいは、介護を必要とする期間をできるだけ短くし、自分の能力を活かし地域社会に積極的に参加することを可能とすることは、より自分らしく生きがいのある充実した人生を送ることにつながる。
- 特に、これからの高齢者は、介護が必要な状態にできるだけならないようにするため、高齢期に入る前から、心身の健康についての知識を深めることを含めて健康づくりに努め、十分に備えておくことが必要である。
- また、このような取組によって、元気な高齢者が増加していくことにより、高齢者自身が、地域社会での助け合いの仕組みの主体となることが可能となる。介護に要する費用が過度に増大することを防ぎ、負担を少しでも適正なものとするためにも、介護保険制度のみに頼るのではなく、高齢者自らが介護予防に取り組むとともに、高齢者相互の助け合いの仕組みを充実させていく必要がある。
- その際、これまで地域社会における高齢者相互の助け合いの担い手は女性が主であったが、今後は地域社会での助け合いの仕組みに、性別を問わず地域に住む高齢者が積極的に参画することが望まれる。

- 社会参加、社会貢献、就労、生きがいつくり、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、多くの人は在宅での生活・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ります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

- 「住まい」に早めに住み替えを行うという場合と、
- ② 要介護状態になってから「自宅」同様の生活を送ることのできる介護サービス付きの「住まい」に移り住む場合が考えられる。

(早めの住み替え)

- 前者の「早めの住み替え」に対応するものとしては、現行制度では高齢者向け優良賃貸住宅やシルバーハウジング等の高齢者向け住宅、有料老人ホームなどが該当する。これらの住宅では、バリアフリー仕様や緊急通報装置、LSA（ライフサポートアドバイザー：生活援助員）の配置といった、日常生活上の安心を得るための仕組みが備えられており、介護サービスについては必要に応じて外部の在宅サービスを利用するという形態が一般的である。
- 今後、高齢単身世帯、特に女性の単身高齢世帯や高齢夫婦のみ世帯が増加していくことを考えると、このようなタイプの住宅へのニーズは増大していくものと考えられ、上記以外にも様々な形の「高齢者向け住宅」を積極的に整備していくことが必要である。

- さらに、「早めの住み替え」の目的は、最期まで住み替えた先の住宅に住み続けることであり、これらの住宅に、いざという時に必要な介護サービスが適時適切に提供されるようにすることは非常に重要である。

これらの住宅に住む人に対する介護サービスの提供の方法には様々なやり方があり、住宅自体に介護サービス提供機能を付帯させる方法もあるし、(1)で述べたような小規模・多機能サービス拠点を併設したり、外部の介護サービスと提携する方法もある。

いずれにしても、要は「365日・24時間の安心」が確保できるような介護サービス提供体制が用意されていることが重要である。

(要介護になってからの住み替え)

- また、要介護になってからの住み替えについては、現在の介護保険制度では、痴呆性高齢者グループホームや特定施設が用意されている。

これらの類型は、いずれも自宅から住み替えて介護を受けながら生活する

というものであり、住居サービスと介護サービスとが一体的に提供されているが、施設自体は「住まい」として位置付けられ、介護サービスは「在宅サービス」とされている。

したがって、住居費用や食費を含めた日常生活に係る費用は入居者が自分で負担し、介護保険制度は介護費用部分をカバーしている。

- 現在、この特定施設の対象となるのは、一定の要件を備えた介護付有料老人ホームとケアハウスのみである。

しかしながら、早めの住み替えを行う場合であっても、要介護状態になってから住み替えを行う場合であっても、高齢者の求める「安心」を実現するためには、これらの「住まい」にきちんとした介護サービスが提供されることが重要なのであり、現在の特定施設の仕組みを積極的に活用し、「住まい」の形や介護サービス提供形態の多様化を図ることにより、様々な形の「住まい」に対しても、特定施設のような形で介護サービスを提供していく仕組みを考えていくべきである。

(社会資本としての住まい)

- このような新しい「住まい」のあり方を検討する際には、ケアの受け皿として、また、人間の尊厳が保持できる生活空間として、最低限求められる水準が確保されていることが必要である。劣悪な住環境、仕切り一つの個室まがいの空間では、尊厳ある生活を送ることは困難である。

例えば、最低居住水準の考え方などを参考に、あるべき住まいの水準を示していく必要がある。

※ 最低居住水準とは、第8期住宅建設5箇年計画で示されている、健康で文化的な住生活の基礎として必要不可欠な住宅の水準のことである。例えば、中高齢単身世帯では住戸専用面積で一人当たり25㎡となっている。

- 北欧等早くから福祉に取り組んできた国では、「福祉は住宅に始まり住宅に終わる」と言われているという。

これまでわが国では、福祉サービスの視点から住宅を考えるという視点は

必ずしも意識されてこなかったが、これからの高齢社会では、このような新しい「住まい」を含め、「住まい」を必要な社会資本として整備していくことが望まれる。

※ 「介護を受けながら住み続ける住まい」という観点では、新たな住まいを整備するだけでなく、既存の住宅資源を活用することも重要である。

現在でも、民家改造型のデイサービスセンターやグループホームがあり、高齢者にとってなじみのある過ごしやすい住空間として、特に痴呆性高齢者のケアの面では非常に効果的であるとされている。施設が行うサテライトケアについては後述するが、その場所としても古い民家を改造して利用するケースは多くあり、「生活の継続性を確保しつつケアを受けながら住み続ける場所」としての既存の民家の持つ力は大きい。

また、空き家を活用して地域の高齢者の集いの場とすることは、地域を活性化し、空洞化の防止につながるという利点もある。

さらに、新たな住宅や施設の整備には多額の費用が必要であることを考えれば、財政的な観点から見ても、既存資源である民家の活用は非常に重要である。

(3) 高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役割

：施設機能の地域展開、ユニットケアの普及、施設機能の再整理

(施設機能の地域展開—施設の安心機能を地域に広げる)

- 24時間介護スタッフが常駐し、緊急時にも対応できるという、365日・24時間の安心を提供する施設機能は、在宅の高齢者にとっても有用な資源である。特別養護老人ホームは、これまでも、通所介護事業所や在宅介護支援センターを併設したり、地域交流スペースを設けて介護教室を開催したりするなど、その機能を入所者以外の人々にも提供してきた。

また、ボランティアの受入れなどを通じて施設を地域に開放し、入所者と地域住民との交流を図っているところもある。

- 今後は、こうした取組を広げるとともに、さらに一歩進んで、施設の人的・物的資源を地域に展開し、在宅サービスの拠点を施設外に設けて地域の高齢者を支援すること、例えば、サテライト方式により、各地に通所介護の拠点を設け、積極的にその機能を高齢者にとって身近な地域で提供することが求められる。

※ サテライト方式とは、地域の公民館や民家などを施設が借り上げ、施設職員がそこに出向いてサービスを提供する方式であり、一種の出張（出前）サービスである。

- 将来的には、このようなサテライト方式の通所介護拠点を強化し、利用者のニーズに応じて訪問機能や宿泊機能、さらには居住機能も備えることが考えられる。これにより、特別養護老人ホームが、その持てる機能を地域に展開し、小規模・多機能サービス拠点を各地に普及させていくことになる。

- こうした拠点を整備することにより、在宅の要介護高齢者も、施設のバックアップを受けた在宅サービスを利用できるようになる。さらに、施設に入所することになっても、地域での在宅サービスの利用を経ての入所となるので、これまで利用してきた在宅サービスとの連続性、入所前の地域とのつな

がりを維持した状態で生活を継続することができる。

- 施設の問題点は、入所により、これまでの生活の継続を犠牲にせざるを得ない（介護を受けるために生活を犠牲にしなければならない）という点にあることは既に述べたとおりである。

とするならば、様々な事情から施設入所を選択せざるを得ない場合でも、可能な限り高齢者の生活の継続性が維持されるよう、在宅サービス利用から施設入所に至る過程を通じて、生活の連続性とケアの連続性が確保されているようにすることが非常に重要であり、施設機能のバックアップを受けた地域の小規模・多機能サービス拠点は、在宅での生活と施設での生活との間に断絶が生じないように、その隙間を埋める仕組みとして大きな役割を果たすことが期待できる。

（ユニットケアの普及—施設において個別ケアを実現する）

- 施設は、常時の見守りと、必要に応じた臨機応変の介護を提供することによって、入所者に365日・24時間の安心を提供してきた。しかしながら、多くの要介護高齢者を一堂に集めて処遇するという施設の性格上、入所者には集団生活の中でケアを提供せざるを得ない面があったことは否定できない。

入所者の尊厳ある生活を保障するという意味でも、施設には今まで以上に入所者の生活環境を重視し、外の社会とのかかわりを保つことができるようにするための取組が求められている。

すなわち、入所者一人一人の個性と生活のリズムを尊重した介護（個別ケア）を行うということである。

- 個別ケアを実現するための手法として、特別養護老人ホームでは、「ユニットケア」を導入する施設が増えつつあり、そうした特別養護老人ホーム（小規模生活単位型）が制度化されたところである。また、老人保健施設や介護療養型医療施設でも、ユニットケアを自主的に実施する施設が現れてきている。

○ ユニットケアは、集団処遇に疑問を持った施設職員や、痴呆性高齢者グループホームが痴呆性高齢者ケアに効果を発揮している状況を見た施設職員が、施設での試みとして、入所者をいくつかの小グループごとに分けて個別にケアを行うことにより産み出したものとされる。

○ ユニットケアは、在宅に近い居住環境で、入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿い、また、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるように介護を行う手法である。その実現のためには、個性や生活のリズムを保つための個室と、他の入居者との人間関係を築くための共同生活室というハードウェアが必要であり、同時に、小グループごとに配置されたスタッフによる一人一人の個性や生活のリズムに沿ったケアの提供（生活単位と介護単位の一一致）というソフトウェアが必要となる。

ユニットケアとは、ソフトウェアとハードウェアが相俟って効果を発揮するものであり、そのどちらが欠けても効果的なケアを行うことは難しい。

○ 国は、特別養護老人ホームについてはユニットケア型の施設整備を原則としている。

現時点では、既存の特別養護老人ホームのほとんどは従来型のハードウェアであるが、これらの施設においても、ハード面での制約がある中で、ソフト面でのさまざまな工夫によってこれを補い、個別ケアを実現しようとする努力が数多く行われている。このような動きについても積極的な支援が行われるべきである。

※ 諸外国においても、施設のあり方については、できるだけ在宅に近い生活環境としていくことを目指していく方向にある。例えば、オランダにおいては、大規模施設の中で入居者を小グループに分け、それぞれのライフスタイルに応じたケアを行う取組が近年広がりつつある。

また、ケア付きの高齢者住宅を、在宅と施設の中間に位置するものとして展開している国も多い。



【補論2】 ユニットケアについて

- 例えば、既存の特別養護老人ホームにおいてユニットケアを導入するための改修を行う場合に、1ユニット分の定員を本体建物から減らし、その1ユニットはサテライト型の入所施設として街の中に整備して、これに通所介護、訪問介護等の機能を付加することにより、施設の一部を(1)で述べた小規模・多機能サービス拠点とすることも考えられる。

その場合は、小規模・多機能サービス拠点の普及を推進していく観点から、このような多機能化されたサテライト型施設の入所部門を本体施設と共に1つの施設として運営することが可能となるよう制度面でも検討を行うべきである。

ユニットケア型への改修の際、施設によっては、敷地面積の制約等のために定員を減らさなければならないケースもあると考えられる。この方法はそうした問題点を解決する方策としても有効である。

※ いくつかの実践例が示唆するように、ユニットケアは、施設機能を外部に展開していくきっかけとなりうる。例えば、民家を借り、日中、入居者をユニットごとそこへ送迎し、住民との交流を図りながらケアを行うという取組を行っている事例(逆デイサービス)や、施設全体をユニット化し、将来的にはユニットごとに外へ分散していこうという構想を持つ施設がある。

(介護保険3施設の機能の再整理—共通の課題とそれぞれの役割)

- 介護保険制度においては、特別養護老人ホーム、老人保健施設及び介護療養型医療施設が介護保険施設として位置付けられている。

特別養護老人ホームは、1963(昭38)年に制定された老人福祉法を根拠とする介護施設であり、この40年間で約5,000施設、定員34万人分が整備されてきている。老人保健施設は、1987(昭62)年に老人保健法で規定された施設であり、病院から家庭に復帰を促進する中間施設として構想・制度化され、今日まで約3,000施設、26万人分が整備されている。わが国の高齢者介護の歴史を振り返ると、高齢者向けの介護施設の整備が進んでいないこともあって、要介護高齢者が医療機関への入院によって対応されてきた。いわゆる老人病院は1980年代以降、様々な変遷を経て、

その一部が介護療養型医療施設として介護保険に移行してきた。現在、病床数は、約14万床となっている。

- 介護保険制度施行後3年の間に、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設の入所者の平均要介護度は、徐々にではあるが確実に上昇してきている。介護保険制度は在宅重視の考え方に立っており、今後とも在宅ケアの充実が進むことが考えられることから、施設入所者の重度化は引き続き進行していくと考えられる。
- 今後の介護保険3施設に共通する機能・役割を考えると、前述の施設機能の地域展開／在宅支援・連携機能の強化、個別ケアの推進という2点に加え、より重度の要介護者を受け入れ、これらの人々に適切なケアを提供する、という機能がますます重要になっていくものと考えられる。
- このような重度の要介護者への対応という機能を果たしていくためには、ターミナルケアへの対応も視野に入れながら、施設職員の専門性や質の向上、職員の能力や経験年数に応じた体系的な研修の実施、ケアの提供体制の強化といった取組が求められる。
- 他方、3施設それぞれの機能分担についてはかねてより議論があり、それぞれの果たすべき機能と実態とが合っていないのではないかと指摘もなされている。
- 3施設の担うべき機能としては、大きく、①日常生活の中で、自立した生活を支援する機能、②在宅生活への復帰を目指してリハビリテーションを行う機能、③長期にわたる療養の必要性が高い重度の要介護者に対してケアを行う機能がある。前記のような共通の課題を踏まえつつ、3施設が、それぞれの機能を生かしてどのようなサービスを行っていくのかということが、今後の検討課題である。
- 特別養護老人ホームにおいては、既にユニットケアが制度化されており、

一人一人の個性や心身の状態に対応した生活支援を行う施設と位置付けることができる。

※ 生活を支援するということは、その人が入所前に営んできた生活を、入所後も同様に営めるような環境を作るということであり、潜在機能の活用が、その基本となる。それによって、その人が自分の存在意義や役割を認識しながら、意欲を持って生活することが可能になる。

過剰な介助の積み重ねは、人の潜在機能を急速に衰えさせることに注意しなければならない。一人一人の潜在機能を活用することが肝要であり、時間をかければ自分で食事をとることができる人に対し、職員が食べ物すべてを口まで運んで食べさせることは、施設側から見れば短時間で食事を終えることができ、効率的だと考えられるかもしれないが、食べさせられる人にとっては、まだ動く手を動かす機会が奪われることになる。

○ 老人保健施設は、本来、リハビリテーションを行い、在宅復帰を目指す施設としての役割を担っている。

しかし、老人保健施設を退所する人のうち、自宅に復帰する人は41%であり、56%が、特別養護老人ホーム・他の老人保健施設・医療機関等の施設へ移っている。(平成13年介護サービス施設・事業所調査)

そのため、老人保健施設には在宅復帰を支援する機能を一層果たしていくことが求められ、例えば、リハビリテーション機能や在宅復帰を支援する機能を適切に評価する仕組み(在宅復帰率など)を導入することも検討すべきである。

○ 介護療養型医療施設は、医療ニーズの高い要介護者を受け入れる施設であり、介護保険の導入によって医療保険から介護保険へ移管されたものである。

介護療養型医療施設は、他の介護保険施設と比較して重介護・重医療の高齢者を対象としており、ケアの方法は他の施設とは異なるものであるが、在院患者の平均入院期間は、長期間にわたっており、介護が、一人一人のこれまでの生活の継続を重要な要素とすることを踏まえると、介護療養型医療施設においても、療養環境の一層の向上を進めることが求められる。(図表19)

※ 老人保健施設、介護療養型医療施設についても、生活環境、療養環境の改善は目指すべき方向であり、実際にユニットケアを導入している事例もある。

(施設における負担の見直し)

○ また、施設に関しては、在宅との負担の均衡をどのように図っていくかという課題もある。

○ 特別養護老人ホームの入所申込者が多いことには様々な要因があるが、介護保険制度の施行によって入所の仕組みが変わり、市町村の入所判定を要することなく、各施設に直接自由に申し込めるようになり、複数の施設への申込み、すぐには入所の必要がない予約的申込みといった実態が生じていることのほか、自己負担の点で、在宅に比べて割安感のあることも、大きな要因である。

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) の冒頭で、高齢者が自宅で介護を受けることを望みながらも家を出て施設に入所するという現状があることについて述べたが、その背景には、このような施設の割安感という事情もあると考えられる。

○ 在宅と施設が、それぞれ互いの長所を取り込み、両者の機能が接近していくと、高齢者にとっては、同じ心身の状態ならば、どこであろうと同じ内容の介護を受けることができるようになる。

今後の介護保険がそうした方向に進むならば、同じ内容の介護であれば、どこで受けても、低所得者に配慮しながら、利用者負担の考え方も同じとする方向で考えていく必要がある。

ユニットケアを行う特別養護老人ホームでは、既に、居住費用は自己負担となっている。他の施設についても、在宅との均衡に配慮した見直しを行っていくべきである。

(4) 地域包括ケアシステムの確立

- これまで、一人一人が住み慣れた街で最期までその人らしく生きることを保障するための方法として、現在の在宅サービスを複合化・多機能化していくことや、新たな「住まい」の形を用意すること、施設サービスの機能を地域に展開して在宅サービスと施設サービスの隙間を埋めること、施設において個別ケアを実現していくことなどについて述べてきた。

このようなサービス基盤が整備された際においても、要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要であることには変わりはない。

(ケアマネジメントの適切な実施と質の向上)

- これらの支援のうち、介護保険による介護サービスについては、介護支援専門員(ケアマネジャー)が中心となって、高齢者のニーズに合致するよう、高齢者の状態を踏まえた総合的な援助方針の下に必要なサービスを計画的に提供していく仕組み(ケアマネジメント)が、介護保険制度の創設により導入された。

※ このケアマネジメントとは、個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境や希望に合致したケアを総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、ケアマネジャーが中心となって、以下の手順により実施される。

- ① 要介護高齢者の状況を把握し、生活上の課題を分析(アセスメント)した上で、
- ② 総合的な援助方針、目標を設定するとともに、①に応じた介護サービス等を組み合わせる(プランニング)。
- ③ ①及び②について、ケアカンファレンス等により支援にかかわる専門職間で検証・調整し、認識を共有した上で(多職種協働)、ケアプランを策定し、
- ④ ケアプランに基づくサービスを実施するとともに、継続的にそれぞれのサービスの実施状況や要介護高齢者の状況の変化等を把握(モニタリング)し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。

○ しかしながら、制度施行後の状況を見れば、このケアマネジメントが必ずしも十分にその効果を発揮していない。十分な効果を得るためには、ケアマネジメントの各過程が着実に実施されることが最低限の条件であるが、ケアマネジャーの中には、これらの過程を適切に実施していない者も少なくなく、高齢者のニーズに合致しないサービスが提供されている事例も見受けられる。

○ 利用者・家族がケアマネジメントの策定課程（プロセス）に参加することが重要であり、制度的にもケアプラン策定には利用者の合意が必要である。ケアカンファレンスはケアプランに対する利用者・家族への説明と合意の場として極めて重要なものであるが、ケアマネジメントが十分に行われていない現状では、ケアマネジメントに対する利用者・家族の理解は必ずしも十分とは言えない。

※ 例えば、アセスメントを十分に実施せず、高齢者の希望のみを聴取してサービスを組み立てる傾向（いわゆる「御用聞きケアマネ」）、ケアカンファレンスを実施せず、サービス担当者がケアの総合的な方針の統一認識等がないまま各サービスが提供されている傾向、サービス提供期間中のモニタリングを実施せず、漫然とサービス利用を続けさせていく傾向も見られる。

また、特に初回時のケアマネジメント（アセスメント）は極めて重要であり、この段階で適切かつ十分なアセスメントが行われないと、それ以降のプロセス全体がうまく機能せず、利用者の心身状態に合致したケアを提供することができない。

- 現在このような状況にあるケアマネジメントを立て直すには、ケアマネジャー自身の資質の向上とともに、
- ① ケアマネジメントに必要なプロセスが確実に実施されるための標準化
 - ② 介護以外に生活上の問題を抱える高齢者のケースや困難事例への支援など、ケアマネジャーが本来果たすべき機能を十分発揮できる環境整備
 - ③ ケアマネジャーの中立・公正の確保

を進めていくことが必要である。

- さらに、要介護高齢者の生活を支えるという観点からは、在宅サービスの調整のみならず、在宅サービス利用から施設入所にいたる過程でのサービスの連続性の確保、施設からの退所・退院者への在宅サービスの切れ目ない提供確保など、高齢者の状態の変化に対応して様々なサービスを継続的・包括的に提供していくことが必要であり、また、例えば在宅での終末期を尊厳を持って送ることができるためには、適切なケアとともに、疼痛緩和など適切な在宅医療・看護による支援が不可欠である。地域において、施設・在宅全体を通じたケアマネジメントを適切に行うことが必要である。

(様々なサービスのコーディネート)

- 介護保険の介護サービスやケアマネジメントが適切に行われたとしても、そのみでは、高齢者の生活を支えきれものではない。
高齢者の中には、介護が必要な状態であることに加え、医療が必要であるケース、高齢夫婦二人暮らしで介護をしている人に精神的負担が大きくかかっているケース、目が不自由である等の身体障害を併せ持っているケース、家族との関係に問題を抱えているケースなど、様々な社会的支援を必要とする人も多い。
- このような場合は、ケアマネジャーだけで問題を解決しようとしても難しいことがある。かかりつけ医から情報を得たり、民生委員に依頼し、家族と接触して悩みや苦勞を聞いてもらい、家族の精神的負担を軽減したり、身体障害者福祉センターの相談員と共に訪問して日常生活上のニーズを把握したり、保健所の保健師の協力で精神面でのケアを行ったり、といったように、専門機関や近隣住民と連携して、介護の周辺にある問題を解決することが必要になる。
- 例えば、入院患者の退院に際して、入院先の医療機関、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、ホームヘルパー、ソーシャルワーカー等が会議を開き、現在の身体の状態、家庭の状況について情報を共有し、

退院後の在宅でのケアについて話し合っておくことにより、日常生活への復帰を円滑に支援することができる。

退院支援と長期フォローアップ、急性期病院から地域の受け皿へ返すための地域における受け皿づくり・支援体制のシステム化を急ぐ必要がある。

- また、介護サービスの利用を誰に相談してよいのか分からない、という住民もいるであろう。

自治体の中には、薬局・薬店等の協力を得て「まちかど介護相談所」といった看板を掲げ、客からの介護相談を受ける体制を整えているところがある。こうした自治体では、店に介護保険サービス・介護保険以外のサービスのリーフレットや市内の事業者一覧等の資料を備え付け、協力店に対して、市内の各種サービスの内容・利用手続きに関する説明会を開くなどしている。

- そのほか、例えば高齢夫婦二人暮らしで夫が要介護状態であり、妻が介護を行っている世帯であって、夫は妻以外の人から介護を受けることを拒み、妻も夫の介護は自分がすべきものだと思っているようなケースでは、ケアマネジャーが関わろうとしても全く受け入れてもらえないことがある。

このような場合、例えば、妻が親しくしている近隣住民に依頼して、その人と一緒に訪問してみる。そして、日々の介護の苦勞や悩み事を聞いた上で、まずは月1回の通所介護の利用を勧めることから始め、徐々に利用回数を増やしていく、といった方法が採られる。

こうしたケースでは、介護サービスを利用し始めてからも、近隣住民による訪問を継続し、妻の精神的負担を軽減させる努力を続ける必要がある。

- このように、介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要である。

- 地域包括ケアが有効に機能するためには、各種のサービスや住民が連携し

てケアを提供するよう、関係者の連絡調整を行い、サービスのコーディネートを行う、在宅介護支援センター等の機関が必要となる。

※ 在宅介護支援センターは1990（平成2）年に制度が開始され、社会福祉士や介護福祉士といった福祉関係職種と、看護師や保健師といった保健医療関係職種とが配置され、生活上の支援を望む高齢者に対して総合的な相談対応などを行うことにより、わが国におけるケアマネジメントの先駆的役割を果たしてきた。

この十数年の間に箇所数も増え、現在までに約8300箇所が整備されている。しかし、介護保険制度の施行に伴い、その多くが居宅介護支援事業所を併設して自ら介護保険サービスのケアマネジメントを行うようになったことから、居宅介護支援事業所との役割分担が不明確になっているなど厳しい指摘も多い。

在宅介護支援センターが地域包括ケアのコーディネートを担うためには、その役割を再検討し、機能を強化していく必要がある。

- また、重度の慢性疾患があっても同時に要介護度も高いといった重医療・重介護の高齢者の場合であっても、医療を含めた多職種連携による地域包括ケアが提供され、365日・24時間の安心が提供できているような地域であれば、かかりつけ医による訪問診療、訪問看護、訪問介護、ショートステイなどの医療保険・介護保険によるサービスを組み合わせることによって、ターミナルケアが必要な状態に至るまで在宅での生活を支えることが可能になる。

なお、高齢者介護における口腔ケアについては、介護関係者からは必ずしも重視されてこなかったが、低栄養、転倒、誤嚥性肺炎の予防にも有効であり、地域包括ケアの観点からも留意すべきである。また、高齢者の食生活の改善という観点からは、長期栄養管理という視点でのアプローチも重要である。

3. 新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア

- 「身体上又は精神上的の障害」により要介護状態にある高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を行うことができるようにすることが高齢者介護の目的であるが、現状においては、精神上的の障害による要介護状態についての取組は、遅れていると言わざるを得ない。具体的には、痴呆性高齢者のケアの確立が問題であり、この分野の取組を推進することは、高齢者のケアモデル全体を新たな次元へと進展させることに他ならない。
- 先にも述べたとおり、要介護認定のデータに基づけば、要介護高齢者のほぼ半数は痴呆の影響が認められ（痴呆性老人自立度がⅡ以上）、施設の入所者については8割が痴呆の影響が認められる（詳細は補論を参照）。このように、要介護高齢者の相当部分が痴呆性高齢者であり、これからの高齢者介護を考えていく上で、痴呆性高齢者対応が行われていない施策は、施策としての存在意義が大きく損なわれていると言わざるを得ない。

（痴呆性高齢者を取り巻く状況）

- 介護サービスの利用が可能であっても、痴呆性高齢者が地域の一員として生活を送ることは、現状においては、次のような事情から容易ではない。
 - ① 介護保険、特にケアマネジメントの導入により、身体機能の障害に対するケアは、移動、食事、入浴などの身体介助としてある程度体系だった対応ができつつあるが、痴呆については、系統的・組織的なケアへの挑戦がようやくグループホームという形で始まったところであり、施設・在宅を通じた介護の現場で広く展開するには至っていない。むしろ、先進的な事業所と取組が遅れている事業所の格差が広がりつつある。
 - ② 本人が周囲を正しく認知できないことにより、不安や混乱を来してしまい、家族等との人間関係を保つことが困難なことが少なくない。このため、適切なサービスの活用が進みにくいという特徴がある。また、行動障害や身体合併症のために、介護サービスの利用を断られる場合すらある。
 - ③ 高齢者の家族の痴呆に関する知識と理解は十分とは言えず、徘徊など何

らかの行動障害が生じるなど、相当重度になるまで治療や介護の必要性に気づかない、あるいは目をそむけたり、放置してしまいがちである。高齢者が元気であった時期を知る家族にとっては、軽度の段階ほど、痴呆の状態を受け入れることは精神的に負担である。

- ④ 専門職も含め、地域の人々の痴呆に対する認識が十分に浸透しておらず、本人や家族を支えきれていない。そればかりか、無理解に基づく言葉や対応が、本人や介護家族にダメージを与え、状態や関係増悪の一因となってしまう事態もしばしば起きている。

(痴呆性高齢者の特性とケアの基本)

- 痴呆性高齢者は、記憶障害が進行していく一方で、感情やプライドは残存しているため、外界に対して強い不安を抱くと同時に、周りの対応によっては、焦燥感、喪失感、怒り等を覚えることもある。徘徊、せん妄、攻撃的言動など痴呆の行動障害の多くは、こうした不安、失望、怒り等から惹き起こされるものであり、また、自分の人格が周囲から認められなくなっていくという最もつらい思いをしているのは、本人自身である。こうしたことを踏まえれば、むしろ痴呆性高齢者こそ、本人なりの生活の仕方や潜在する力を周囲が大切にし、その人の人格を尊重してその人らしさを支えることが必要であり、「尊厳の保持」をケアの基本としなければならない。
- 痴呆性高齢者ケアは、高齢者のそれまでの生活や個性を尊重しつつ、高齢者自身のペースでゆったりと安心して過ごしながら、心身の力を最大限に発揮した充実した暮らしを送ってもらうことができるよう、生活そのものをケアとして組み立てていくものである。いわゆるリロケーションダメージ（転院などで生活の場が変わることによる悪影響）など環境の変化に適応することがことさら難しい痴呆性高齢者に配慮し、生活の継続性が尊重されるよう、日常の生活圏域を基本とした介護サービスの体系整備を進める必要がある。さらに、痴呆の症状や進行の状況に対応できる個別の介護サービスのあり方や安心感を与えるような周囲のかかわり方を明らかにして、本人の不安を取り除き、生活の安定と家族の負担の軽減を図っていかなければならない。

(痴呆性高齢者ケアの普遍化)

- コミュニケーションが困難で、環境の影響を受けやすい痴呆性高齢者のケアにおいては、環境を重視しながら、徹底して本人主体のアプローチを追求することが求められる。このことは、本来、痴呆性高齢者のみならず、すべての高齢者のケアに通じるものである。痴呆性高齢者グループホームが近年実践してきている、「小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら、一人一人の生活のあり方を支援していく」という方法論は、グループホーム以外でも展開されるべきである。

- 要介護高齢者の中で、今後、痴呆性高齢者がますます多数を占めることも合わせて考えれば、これからの高齢者介護においては、身体ケアのみではなく、痴呆性高齢者に対応したケアを標準として位置付け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) で述べた「小規模・多機能サービス拠点」、「施設機能の地域展開」、「ユニットケアの普及」といった動きは、まさに痴呆性高齢者に対応したケアを求めるという観点から産み出されてきた方法論であり、これらの方策の前進がさらに求められるゆえんは、このように痴呆性高齢者対応のケアの確立が必要であるからである。

- また、介護サービスを担うすべての事業者及びその従事者に対し、研修等を通じて痴呆に関する十分な知識と理解の習得を促し、専門性と資質の確保・向上を図ることが必要である。

(地域での早期発見、支援の仕組み)

- 今後の痴呆性高齢者ケアにおいて、強調されるべきもう一つの事項は、早期発見の重要性である。痴呆を早期に発見し、適切な診断とサービスの利用により早期に対応することができれば、徘徊等の行動障害の緩和が可能な場合が多く、在宅での生活をより長く続けることが可能である。

- しかしながら、現状においては、痴呆性高齢者が自分から進んで医療機関を受診したり、サービス利用を申請したりすることは極めてまれであり、周囲がその症状を発見することにより、初めてサービス利用につながる。特に独居高齢者を考えた場合には、地域での早期発見と専門家に気軽に相談しやすい体制が重要となる。そのためには、かかりつけ医等専門職が痴呆に関する知識を有していることはもちろん、地域の住民全体に痴呆に関する正しい知識と理解が浸透し、住民が「痴呆は何も特別なことではない」という意識で痴呆性高齢者と家族を支える存在となることができる必要がある。

- さらに、痴呆性高齢者に対するケアが必要となった場合の地域の関係者のネットワークによる支援と連携の仕組みを整備することで、本人や家族の地域生活における安心を高めていく必要がある。なお、痴呆性高齢者については、ケアの問題以外にも経済的被害などの権利侵害を受けやすいということが指摘される。地域での生活の支援に関連して、こうした問題についても議論が必要である。



【補論3】 痴呆性高齢者ケアについて

4. サービスの質の確保と向上

(高齢者による選択)

- 介護保険の施行で介護サービスの利用が「措置」から「契約」になった。このことは、高齢者が自分自身の生活を自ら組み立てていく一環として、介護サービスについても、自分自身に適したものを自ら選択・決定することを意味する。

今後高齢期を迎えるいわゆる団塊の世代以降の高齢者にとっては、このような仕組みは自然なものであり、むしろ当然のものとして受け止められるであろう。
- 措置から契約への転換に合わせて、介護保険制度ではサービス提供主体のあり方についても大きな変化があった。特に在宅サービスについては原則として主体規制が撤廃され、人員要件等一定の基準をクリアすれば民間事業者やNPO法人でも介護サービスを行うことが出来ることとし、市場における公正な競争の下、利用者の選択によってサービスが提供される仕組みとした。
- このような仕組みの下では、事業者間の競争を通じてより良いサービスが選択され、全体として介護サービスの質が高まることが期待されるが、このような「サービスの質による競争」が正常に機能するためには、何よりもまず利用者において適切な選択が行われることが前提であり、そのためには、利用者が適切な選択・決定をする際に必要かつ十分な情報がなければならない。
- 「自分自身の状態に関する客観的な情報」を利用者本人が把握できるようにするとともに、地域における介護サービスの内容に関する客観的で適切な情報が利用者本人に提供されることが必要である。

(サービスに関する情報と評価)

- しかしながら、現在、介護サービスの質を示す「自立支援の効果」については、未だ評価を行う具体的な尺度は研究段階にあることから、サービスの

質に関する客観的な情報は十分提供されているとは言い難い状況にある。

- 質に関する情報が不足している状況では、利用者が適切な選択を行うことは難しい。また事業者にとっても自らのサービスの質の水準が認識できないこととなり、利用者の選択による質の競争や事業者自身の質の向上のための自己努力が十分になされないのではないかと考えられる。
- このような状況を踏まえれば、介護サービスによる自立支援の効果の評価（アウトカム評価）の手法の確立等を行い、評価結果を利用者に開示することにより、質の高いサービスを提供する事業者が選択され、事業者自身にも質の改善を促していく仕組みの構築が求められる。具体的には、現在、痴呆性高齢者グループホームについて実施しているような外部評価の仕組みを他のサービスにも早期に導入することが必要である。なお、評価を受けたかどうか、また、評価結果を公表するかどうかは利用者がサービスを選択する際の判断材料になるものである。

（サービスの選択等の支援）

- 介護保険制度においては、利用者が自らサービスやその内容を選択することが前提となっているが、現状では、これらの選択に際して、高齢者本人ではなく、同居の家族が相当の支援、代行をしているケースが少なくない。サービスやその内容の選択と決定に当たって、利用者の意思が正確に反映されることが必要であるが、今後は、高齢者のみの世帯、独居の高齢者が増えていくことが考えられ、近親者等による選択・決定の支援すら受けられないケースが増えることに対応していく必要がある。
- 利用者のサービスの選択を支え、適切なサービス利用を確保するため、介護保険制度ではケアマネジメントが導入された。ケアマネジメントは、専門的な見地からサービスの調整を行うものであるが、そのサービス選択の支援に当たっては、利用者の立場に立って公正に行われることが必要である。
- また、サービスやその内容に関する意見については、利用者自らが表明す

ることが必要であるが、その個性や周辺の人との関係から表明しにくい状況にある者も少なくないのではないかと考えられる。現在、利用者と事業者の間をつなぐ「介護相談員の派遣」が市町村において実施されているが、特に、今後は、このような利用者の意思・意見を上手に引き出したり、その表明を支援するといった機能につき、地域住民（ボランティア、NPO等）も活用しながら、充実していくことが望まれる。

※ これらの取組のほか、自治体等における苦情処理なども重要な役割を果たすこととなる。利用者はサービスの「消費者」でもあることから、自治体等での対応においては、必要に応じてその消費者行政担当部門とも連携を図り、消費者保護制度の活用を含めた適切な対応をとることが重要である。

- さらに、痴呆等により意思決定能力自体が不足する場合が問題となる。現在、成年後見制度など本人の意思決定を補完する仕組みが設けられているが、これらをさらに利用しやすくすることが求められる。特に、これらの仕組みを必要とする高齢者を把握しやすい市町村の取組を充実していくことが重要である。また、成年後見人が手術等の医的侵襲行為について同意ができないことなど制度的な課題についても、さらなる議論が必要とされる。

（ケアの標準化）

- また、現在の介護サービスの内容については、現場の経験等のみに基づいて提供されているものが少なくなく、「ケアの標準化」が十分なされていない。「ケアの標準化」は、個々の要介護高齢者の状況に的確に応じた効果的なケア（根拠に基づくケア）の提供・選択を可能とするなど、個別ケアを推進していく上で必要なものであり、サービスの全体的な水準の確保・向上に寄与するものである。このような「ケアの標準化」のためにも、高齢者ケアを科学的アプローチにも耐えうる専門領域として確立していくことが求められる。

※ 例えば、利用者の状態像の評価を適切に行うためのアセスメント手法の開発や、サービス行為の違いによる自立支援の効果の違いを分析・評価していく研究

等が求められる。

(介護サービス事業者の守るべき行動規範)

- 前述のように、介護保険制度は、多様な事業者の参入を認め、通常私たちが利用する様々なサービス同様、利用者が介護サービスを選択し、市場（における契約）を通じて購入（利用）することとしている。

- しかしながら、同時に、介護サービスは人間の尊厳や人権に関わるサービスであり、かつ介護保険は高齢者・現役世代・事業主・国・地方公共団体など、様々な主体が保険料や税という形でその財源を重層的に支えている公的社会保障制度である。
とすれば、このような制度の下で事業活動を行う事業者には、営利・非営利を問わず、自らが参入している介護サービス市場が公的な財源によって賄われる共助のしくみであることから要請される、公益性の高い行動規範の遵守が求められるべきであり、自由の中にも公益性の高い仕組みの一翼を担っているという自覚が求められる。

- 要介護高齢者の増大によって、介護サービス市場は今後とも拡大し、民間事業者の果たす役割も増大していく。「公的制度と公的財源によって支えられた市場」である介護サービス市場の特性にふさわしい事業者の行動規範、適切な事業経営のあり方、経営モデルの確立が強く求められる。

※ 例えば、通常の民間市場であれば、企業の市場への参入・退出は自由であり、より収益性の高い分野を求めて資本を移動させ、非効率な事業部門を廃止したり売却したりすることは企業として当然の行動である。また、事業の一部を分離して分社化・子会社化したり、持ち株会社を設立したり、事業部門全体を売買することもできる。しかしながら、介護サービスの場合、利用者にとっては一定の質の下にサービスが安定的・継続的に提供されることは極めて重要なことであり、事業者側の都合で事業が廃止されたり経営主体が交代すれば、利用者には大きな不利益をもたらす危険がある。例えば、有料老人ホームの入居者にとって、経営主体の交代は、経営方針の変更や事業内容の変更につながる可能性が大きく、ホー

ムでの生活に大きな影響が生じる可能性があるが、現実には利用者の意向とはかわりなく、ホームの売買が行われている。

(劣悪なサービスを排除する仕組みの必要性)

- 市場における競争が適正に行われ、利用者による選択が十全に機能していれば、利用者が良い事業者を選択し、劣悪な事業者はおのずから淘汰されていく。しかしながら、利用者側にサービスに関する適切な情報がないこと(情報の非対称性)やサービスの提供量の不足などにより、現状では競争による淘汰が十分に行われているとは言い難く、事実、最近の取消事例の増加に見られるように劣悪な事業者による問題事例は跡を絶たない。

- また、そもそも高齢者介護サービスの世界では、利用者は要介護高齢者であり、情報の非対称性、身体的精神的な要因などから、サービス提供者と常に対等な立場で対峙し、サービスを選択していくことが難しい。そのような中で問題のある事業者を放置することは、利用者である高齢者に回復不能のダメージを与えることとなりかねない。
利用者保護の観点から、このような事業者については、市場の競争による淘汰を待つまでもなく、迅速に市場から排除することが必要である。

- 現在は、都道府県による指定取消処分があるが、指定取消は介護保険事業に関する処分であって事業の実施それ自体を規制するものではなく(任意(保険外)の事業として実施することは可能であり、そもそも任意で行っている事業については処分の効果は及ばない)、法人そのものや法人の経営者に対する処分ではない。また、保険者である市町村には不正請求の返還命令権限があるが、事業者指定の権限が都道府県にあることから、事業者に対してサービス面に関する関与(規制)を行うことは予定されていない。

- 良い事業者を適切に評価しつつ、劣悪なサービス提供を改善させ、問題のある事業者を迅速に市場から排除できるよう、効果的な査察の仕組みを開発するなど、制度的な対応を用意する必要がある。

(介護サービスを支える人材)

- 介護サービスは、基本的には人が人に対して提供するサービスである。従って、介護サービスを支える人材が介護サービスの質を左右する鍵であると言って過言ではない。介護保険施行後、サービスの提供量が増加し、また、ユニットケアの普及などにより介護サービスを担う人材に求められる質の水準も高度化していく傾向にあり、これまで以上に、介護サービスを支える人材の資質の確保・向上は重要な課題である。

※ 介護サービスの提供に当たる従業者の要件等については、現在、各サービスの指定基準において定められている。しかしながら、その内容は、ほぼ制度施行前のものを引き継いでおり、基本的には最低基準が定められているに過ぎない。また、医療関係職種を除けば、介護サービスの従事者には特段の資格要件や義務的研修は求められていない場合がほとんどで、現任者に対しても任用資格と連動するような体系的研修の仕組みも用意されておらず、総じて任用後の後の継続的な資質向上の道筋や仕組みは構築されていないのが現状である。

- このような状況の下、在宅サービス・施設サービスを問わず、介護サービスの提供に当たる職員については、優秀な人材を確保し、また育成していくことが求められる。このためには、介護現場に高い魅力を持たせること、適時適切な教育研修の体系化とそれを受ける機会の確保、スキル向上の仕組み、従業者としての要件化などを図るべきである。例えば、現場で介護に従事する者が、教育研修の場で学んだ知識を現場での実践に生かし、かつ、現場の実践を理論の発展に生かすことができるような環境の整備も重要である。
- また、人材の育成に当たっては、単に知識が豊富なだけでなく、介護が高齢者を対象とする対人サービスであることから、人と共感できる豊かな人間性を備え、介護の本質的な理念を体得できるような人材を育てていくように配慮しなければならない。

(保険の機能と多様なサービス提供)

- 介護保険は、高齢者の自立支援のための「ニーズ」に対して標準的な水準

のサービスを保障するものであり、介護保険で給付されるサービスがカバーする「高齢者の介護ニーズ」とは、「利用者が主観的に求めるもの」ではなく、要介護認定やケアマネジメントを通じた利用者の状況等に関する専門的評価に基づいた「自立支援に必要なもの」でなければならない。

- 他方、今後、個々の高齢者の生活様式や嗜好の多様化などにより、「より手厚い介護」や「より良い居住環境」が希望されたり、「より多様な生活支援サービス」が求められることも多いと考えられる。

現在でも、特定施設では、利用者の負担により手厚い介護の利用が可能であり、また、手厚い対応を求める利用者に対して保険給付を上回る水準のサービスを提供する事業者も現れている。利用者保護の観点からは、介護保険の対象となるサービスと対象外のサービスとの区分を明確にし、保険外部分についての費用負担等について適切な情報提供がなされることが必要であるが、サービス市場や、ボランティアの助け合いの場の形成など、個人の様々な要求に応えられる環境の整備を進めていくことが求められる。

IV. おわりに

(持続可能な制度の確立)

- わが国の高齢化は、本報告書が実施期間とした2015年を越えても進展し、これに伴って介護サービスに要する費用も増大していく。
介護保険制度施行後の3年間で、介護給付費は高齢化の進展を上回る伸び率で急激に増大しており、この傾向が続くならば、将来、国民の保険料負担は、相当程度高い水準になることが避けられない。また、現行の仕組みを前提とすれば、国・地方を通じた厳しい財政状況が続く中で、急増する介護サービスに要する費用が、財政上極めて重い負担となっていくことが強く懸念される。(図表20)
- 高齢者の尊厳を支える介護を具現化していくためには、介護保険制度を中心とする高齢者介護の仕組みを、給付と負担のバランスが確保された、将来にわたって持続可能なものとしていくことが不可欠である。
- 本報告書では、様々な新しい提案を行っているが、もとより、このために介護に係る費用を増大させることを意図するものではない。より高いサービス水準を目指す以上、国民の側に応分の負担が生じることは避けられないが、研究会としては、本報告書の諸提案を実効あるものとし、将来においても若い世代を含めた社会全体が活力あるものとなるよう、介護保険制度により提供されるサービスメニューの見直し・保険給付の重点化等をあわせて検討しつつ、限りある財源・社会資源の最適な配分を行っていくことを強く望むものである。
- また、その際には、介護保険制度が指向する地方分権の考えをさらに進め、全国的な公平性の確保にも配慮しつつ、より効率的な保険運営が行えるよう、地域の実情に応じて保険者が独自性を発揮できる、より柔軟な仕組みを検討することも必要であると考えます。

- 国においては介護保険制度施行後5年を目途とする制度見直しに向けて検討が開始されたところであり、本研究会としては制度の持続可能性に関わる部分については問題提起にとどめた。将来にわたって持続可能な制度の確立に向け、関係者による検討の場で今後議論が深められ、制度改正の機会において具体化されることを期待したい。

(あるべき高齢者介護の実現のために)

- 本報告書では、2015年までにあるべき高齢者介護を実現することを高い目標として掲げたが、本論で指摘したように、高齢者の自立の支援、尊厳を保持しつつ最期まで暮らしていける社会の構築に向けて、課題は山積している。
- あるべき高齢者介護の実現に向けてケアの在り方の転換等を図っていくために、2015年までに残された時間は少なく、直ちに取り組まなければならない課題も多い。とりわけ、サービスの提供に関わる事項については、ハード面の整備、人材の育成など、早急に着手し、将来を見据えて計画的に取り組んでいくことを求めたい。ゴールドプラン21の終了後の新たなプランの策定に当たっても、本報告書の示すビジョンの趣旨を体して取組を進めていくべきである。
- 2015年、さらにはそれ以降を見通した時、わが国の高齢化の進展は、人類社会が初めて経験する未知の領域である。このような超高齢社会における介護の問題は、私たち一人一人にとって人生の最期をどのように迎えるかという生き方に関わる問題であると同時に、福祉、医療、住宅等広範な分野を包摂した社会そのものを私たちがどのように築いていくかという問題でもある。
- それゆえに、あるべき高齢者介護の実現のため、研究会が目指したところは、最終的には、社会全体が、この報告書で示した理念を共有し、そこに暮らす個々人が尊厳を持ってその人らしい生活を送ることができる社会の実現にある。

- 本報告書を契機として高齢者介護に関する議論が専門家のみならず国民の間で幅広く進められることを期待するとともに、高齢者介護という社会全体の課題に私たちすべてが当事者として参加していかなければならないことを強調したい。

補論1 わが国の高齢者介護における2015年の位置付け

研究会報告書本文においては、2015（平成27）年までをあるべき高齢者介護を実現するための実施期間として位置づけた。ここでは、2015年という目標設定がわが国の高齢者介護にとってどのような意味を有するのか、また、その際に念頭に置かれるべき点について補足する。

1. 2015年を論ずる意義

戦後生まれのいわゆる「団塊の世代（1947（昭和22）年～1949（昭和24）年生まれ）」が65歳以上となる2015年は、65歳以上人口が3,277万人、高齢化率は26.0%、75歳以上人口が1,574万人、後期高齢化率は12.5%となる見通しである。

次表及び別添グラフ1に見られるように、2002（平成14）年から2015年の13年間の65歳以上人口、高齢化率の伸びは、2015年以降の伸びと比較して際だっている。他方、75歳以上人口及び後期高齢化率の伸びは、2015年以降も同様のペースで継続する。また、65歳以上の者の年間死亡数も2002年から2015年にかけて急激に増加する。

高齢者人口とその割合の年次比較（65歳以上、75歳以上）

	2002（平成14）年	2015（平成27）年	2025（平成37）年
65歳以上人口 （増加数） （伸び率）	23,628千人	32,772千人 （+9,144千人） （+38.7%）	34,726千人 （+1,954千人） （+6.0%）
高齢化率 （上昇%）	18.5%	26.0% （+7.4%）	28.7% （+2.7%）
75歳以上人口 （増加数） （伸び率）	10,043千人	15,735千人 （+5,692千人） （+56.7%）	20,260千人 （+4,525千人） （+28.8%）
後期高齢化率 （上昇%）	7.9%	12.5% （+4.6%）	16.7% （+4.3%）
65歳以上死亡数 （増加数） （伸び率）	78.7万人	120.9万人 （+42.2万人） （+53.6%）	143.3万人 （+22.5万人） （+18.6%）

資料：総務省統計局「平成14年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」、厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年人口動態統計月報年計（概数）」より算出

高齢者数全体の伸びの著しい2015年までの間に、あるべき高齢者介護を実現することは、わが国の高齢化の最も急な登りの部分を越えるということである。また、2015年の前期高齢者（65～74歳）は、その後続く10年間に後期高齢者となる人々である。前期高齢者について、実効性のある介護予防の取組が2015年までの間に確立できるかどうか、その後の時代の高齢者介護にとっても決定的な意味を持つことになる。加えて、高齢者の死亡数が今後急増することから、ターミナルケアまでを含めた高齢者介護のあり方を検討する必要性が高まっている。

一方、高齢化の進展は、全国一律ではないことにも十分留意する必要がある。次表及び別表1にあるように、2002年から2015年までの65歳以上人口の増加率には、大きな地域格差がある。

従って、都市部においては、前述した日本全体を通じた高齢化をさらに大幅に上回るインパクトの急激な高齢化が起こることになる。また、高齢者介護のあり方について、先に高齢化が進み、今後の増加は比較的緩やかな地域において従来取られてきたものとは異なる発想と対応が求められるということでもある。

高齢者人口、高齢化率及び高齢者人口の増加数（増加率の上位下位5府県等）

都道府県	2002（平成14）年 65歳以上人口（高齢化率）	2015（平成27）年 65歳以上人口（高齢化率）	増加数（増加率）	増加率 順位
埼玉県	996千人（14.2%）	1,767千人（24.5%）	771千人（77.4%）	1
千葉県	932千人（15.6%）	1,569千人（25.7%）	637千人（68.3%）	2
神奈川県	1,299千人（15.1%）	2,088千人（23.6%）	789千人（60.7%）	3
愛知県	1,117千人（15.7%）	1,720千人（23.9%）	603千人（54.0%）	4
大阪府	1,442千人（16.4%）	2,187千人（25.7%）	745千人（51.7%）	5
（東京都）	2,085千人（17.1%）	2,974千人（23.8%）	889千人（42.6%）	9
佐賀県	188千人（21.4%）	220千人（26.5%）	32千人（17.0%）	43
秋田県	295千人（25.0%）	336千人（31.2%）	41千人（13.9%）	44
鹿児島県	419千人（23.6%）	471千人（27.2%）	52千人（12.4%）	45
山形県	297千人（24.1%）	333千人（28.6%）	36千人（12.1%）	46
島根県	198千人（26.0%）	218千人（30.5%）	20千人（10.1%）	47
全国	23,628千人（18.5%）	32,772千人（26.0%）	9,144千人（38.7%）	

資料：総務省統計局「平成14年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口（平成14年3月推計）」より算出

2. 2015年の高齢者像

現在でも高齢者には明治生まれから昭和生まれまで様々な世代が存在しているが、2015年には、高度経済成長期に青年期を過ごすなど、さらに新しく、異なる時代を経験してきた世代が加わり（別添グラフ2参照）、高齢者の生活様式、考え方、価値観は、一層多様化すると考えられる。また、世帯構成など介護にとっての基本的環境も変化していくことが予想される。

このため、2015年の高齢者像は必ずしも現在の高齢者像の延長上ではないことを認識した上で、新たな高齢者介護を構築していく必要がある。

全ての要素を書き記すことは困難であるが、高齢者介護に関連して重要と考える点を何点か取り上げる。

(1) 引退した雇用者の増加

世代に占める雇用者割合は、新しい世代ほど高くなる傾向にある。1935年（昭和10）以前に生まれた世代が働いていた時期に雇用者であった割合は、50～65％程度であるが、1946年（昭和21）から1950（昭和25）年生まれの世代では80％程度が雇用者である（別添グラフ3参照）。

職住が離れていた引退した雇用者が多いことから、地域とのつながりが希薄な者が多いとの指摘もある一方で、近年の高齢者に見られる傾向を引き継いで、ボランティア活動など地域社会への関わりに対する意欲を持つ者が今後増えていくとも考えられる（別添グラフ4参照）。

また、年金受給に関しては厚生年金受給者が増加し、基礎年金のみの受給者の割合は減少していく（別表2参照）。

(2) 高齢単独世帯の増加

2005（平成17）年から2015年にかけて、高齢世帯（世帯主が65歳以上の世帯）数は、1,289万世帯から1,659万世帯へと、28.7％増加する。そのうち、高齢単独世帯は、366万世帯から497万世帯へと35.9％増加する見通しであり、高齢世帯全体における高齢単独世帯の割合が高まることになる。

特に埼玉県、千葉県、神奈川県、愛知県、茨城県では高齢単独世帯の伸びが著しい（次表及び別表3参照）。

また、2005年時点で一人暮らし高齢者の4人に3人が女性である。今後は男性の一人暮らし高齢者の伸びが、女性の一人暮らし高齢者の伸びよりも高い見通しであるが、2015年時点でも3人に2人が女性と見込まれる（別添グラフ5参照）。

高齢単独世帯数及び増加数（増加率の上位下位5県等）

都道府県	2005年 (平成17)	2015年 (平成27)	増加数(増加率)	増加率 順位
埼玉県	126千世帯	220千世帯	94千世帯(74.9%)	1
千葉県	123千世帯	203千世帯	80千世帯(65.0%)	2
神奈川県	209千世帯	323千世帯	114千世帯(54.9%)	3
愛知県	152千世帯	228千世帯	76千世帯(50.2%)	4
茨城県	55千世帯	83千世帯	28千世帯(50.0%)	5
(東京都)	443千世帯	593千世帯	151千世帯(34.1%)	19
鳥取県	18千世帯	21千世帯	3千世帯(18.1%)	43
長崎県	60千世帯	69千世帯	9千世帯(15.4%)	44
高知県	41千世帯	47千世帯	6千世帯(13.4%)	45
島根県	26千世帯	29千世帯	3千世帯(13.3%)	46
鹿児島県	109千世帯	116千世帯	7千世帯(6.6%)	47
全国	3,657千世帯	4,969千世帯	1,312千世帯(35.9%)	

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計 都道府県別推計（2002（平成12）年3月推計）」より算出

(3) 在宅での介護者（意識の変化の可能性）

要介護者からみた同居の主な介護者は、現在、息子の妻32.3%、妻25.8%、娘18.0%、夫12.1%、息子11.1%、娘の夫0.7%となっている（別添グラフ6参照）。

高齢者に対して行われた意識調査において、在宅での介護を希望する高齢者が「介護を頼む相手」として回答した内容を見ると、2002（平成14）年度の調査では1996（平成8）年度の調査と比較して、「子供」、「子供の配偶者」が減少し、「ホームヘルパー」が増加を見せている（別添グラフ7参照）。

介護保険制度の実施等を通じて、高齢者の意識も変化してきている可能性がある。

(4) 居住環境の重視

新設される住宅の居住面積は、持家住宅については、戦後の期間を通じ一貫して拡大してきている。賃貸住宅についても、1980年代に一時縮小したものの、その後は再び拡大している（別添グラフ8参照）。

また、40歳～64歳の約6割は、高齢期にも改築を行うなどして現在の住宅に住み続ける意向であるが、その一方で、他の住宅に住み替える意向を持っている者も約3割にのぼっている（別添グラフ9参照）。また、リフォーム関連の耐久消費財、インテリア商品等を含めると、住宅リフォーム市場は2000（平成12）年に7.45兆円もの規模に拡大している。

これからの高齢者は現在の住宅に住み続けたいとする者が多いが、住み替えの希望も少なからずあり、衣食同様居住に関しても、考え方、価値観の多様性が発揮されるものと考えられる。

（参考：国土交通省「高齢者の在宅居住を支援する環境整備のあり方に関する調査報告書」、平成14年度 国土交通白書」、経済企画庁（現 内閣府）「平成10年 国民生活白書」）

(5) 消費と流行を牽引してきた世代が高齢者に

戦後のわが国では、「団塊の世代」の成長とともに、欧米風のファッションの定着、インスタント食品、外食産業への需要拡大、レンタルやローンの普及など、数多くの流行商品、文化・社会現象が生まれた。

「団塊の世代」が小学校高学年～中学生となっていた1961（昭和36）年にはテレビの普及率が6割を越えた。また、30代半ばとなった1982（昭和57）年には乗用車の普及率が6割を越えたが、このような普及を背景として1965（昭和40）年～1982年の間に乗用車関連の余暇市場は1,152億円から2兆148億円へと17倍に拡大した。

子供時代のテレビを通じた全国共通の体験や30代半ば以降の乗用車保有によるレジャー体験、近年のインターネットの利用拡大等は、今後の高齢者としての消費生活にも大きな影響を与えられられる。

これからの高齢者は、従来の高齢者以上に各々の価値基準に応じて、多様な選択肢の中から主体的に消費を選択していくようになり、多様なニーズに応じたサービス等への欲求が高まると考えられる。あわせて、消費者と事業者の間のトラ

ブル防止や円滑な処理への取組の必要性が高まることが予想される。

さらに介護保険については、第2号被保険者の時期と合わせた保険料の納付期間が長くなることも加わり、介護サービスの質などに対する要求が厳しくなることも考えられる。

(参考：経済企画庁(現 内閣府)「平成10年 国民生活白書」)

別表1

都道府県別高齢者人口の伸び(2002年→2015年)

都道府県名	65歳以上					(再掲)75歳以上				
	人口 (2002年)	人口 (2015年)	増減	伸び率	伸び率 順位	人口 (2002年)	人口 (2015年)	増減	伸び率	伸び率 順位
北海道	1,110千人	1,517千人	407千人	36.7%	15	466千人	740千人	274千人	58.8%	9
青森県	306千人	392千人	86千人	28.1%	23	125千人	194千人	69千人	55.2%	13
岩手県	321千人	386千人	65千人	20.2%	37	139千人	205千人	66千人	47.5%	20
宮城県	436千人	582千人	146千人	33.5%	20	185千人	288千人	103千人	55.7%	12
秋田県	295千人	336千人	41千人	13.9%	44	127千人	180千人	53千人	41.7%	25
山形県	297千人	333千人	36千人	12.1%	46	135千人	180千人	45千人	33.3%	41
福島県	453千人	537千人	84千人	18.5%	40	203千人	278千人	75千人	36.9%	30
茨城県	527千人	764千人	237千人	45.0%	7	231千人	351千人	120千人	51.9%	18
栃木県	365千人	500千人	135千人	37.0%	14	160千人	233千人	73千人	45.6%	21
群馬県	391千人	531千人	140千人	35.8%	17	174千人	251千人	77千人	44.3%	23
埼玉県	996千人	1,767千人	771千人	77.4%	1	376千人	757千人	381千人	101.3%	1
千葉県	932千人	1,569千人	637千人	68.3%	2	364千人	692千人	328千人	90.1%	2
東京都	2,085千人	2,974千人	889千人	42.6%	9	845千人	1,451千人	606千人	71.7%	6
神奈川県	1,299千人	2,088千人	789千人	60.7%	3	501千人	946千人	445千人	88.8%	3
新潟県	554千人	667千人	113千人	20.4%	36	254千人	347千人	93千人	36.6%	32
富山県	247千人	315千人	68千人	27.5%	24	113千人	154千人	41千人	36.3%	34
石川県	232千人	308千人	76千人	32.8%	22	106千人	145千人	39千人	36.8%	31
福井県	179千人	219千人	40千人	22.3%	32	82千人	111千人	29千人	35.4%	38
山梨県	182千人	229千人	47千人	25.8%	26	85千人	116千人	31千人	36.5%	33
長野県	497千人	604千人	107千人	21.5%	34	236千人	310千人	74千人	31.4%	43
岐阜県	408千人	553千人	145千人	35.5%	18	175千人	266千人	91千人	52.0%	16
静岡県	714千人	995千人	281千人	39.4%	12	306千人	478千人	172千人	56.2%	11
愛知県	1,117千人	1,720千人	603千人	54.0%	4	442千人	776千人	334千人	75.6%	5
三重県	373千人	496千人	123千人	33.0%	21	160千人	241千人	81千人	50.6%	19
滋賀県	231千人	332千人	101千人	43.7%	8	100千人	152千人	52千人	52.0%	16
京都府	495千人	703千人	208千人	42.0%	10	215千人	330千人	115千人	53.5%	14
大阪府	1,442千人	2,187千人	745千人	51.7%	5	548千人	994千人	446千人	81.4%	4
兵庫県	1,013千人	1,425千人	412千人	40.7%	11	421千人	665千人	244千人	58.0%	10
奈良県	258千人	384千人	126千人	48.8%	6	108千人	176千人	68千人	63.0%	8
和歌山県	237千人	297千人	60千人	25.3%	27	106千人	149千人	43千人	40.6%	26
鳥取県	140千人	165千人	25千人	17.9%	42	66千人	86千人	20千人	30.3%	46
島根県	198千人	218千人	20千人	10.1%	47	95千人	118千人	23千人	24.2%	47
岡山県	415千人	529千人	114千人	27.5%	25	188千人	264千人	76千人	40.4%	27
広島県	565千人	759千人	194千人	34.3%	19	256千人	365千人	109千人	42.6%	24
山口県	357千人	438千人	81千人	22.7%	30	162千人	220千人	58千人	35.8%	36
徳島県	189千人	223千人	34千人	18.0%	41	85千人	114千人	29千人	34.1%	39
香川県	226千人	280千人	54千人	23.9%	28	104千人	139千人	35千人	33.7%	40
愛媛県	336千人	412千人	76千人	22.6%	31	153千人	208千人	55千人	35.9%	35
高知県	199千人	241千人	42千人	21.1%	35	94千人	124千人	30千人	31.9%	42
福岡県	927千人	1,281千人	354千人	38.2%	13	404千人	620千人	216千人	53.5%	15
佐賀県	188千人	220千人	32千人	17.0%	43	87千人	114千人	27千人	31.0%	44
長崎県	331千人	394千人	63千人	19.0%	39	151千人	205千人	54千人	35.8%	37
熊本県	417千人	498千人	81千人	19.4%	38	193千人	265千人	72千人	37.3%	28
大分県	280千人	341千人	61千人	21.8%	33	127千人	174千人	47千人	37.0%	29
宮崎県	256千人	316千人	60千人	23.4%	29	113千人	164千人	51千人	45.1%	22
鹿児島県	419千人	471千人	52千人	12.4%	45	194千人	253千人	59千人	30.4%	45
沖縄県	201千人	274千人	73千人	36.3%	16	86千人	144千人	58千人	67.4%	7
全国	23,628千人	32,772千人	9,144千人	38.7%		10,043千人	15,735千人	5,692千人	56.7%	

資料:総務省統計局「平成14年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口(平成14年3月推計)」より算出

別表2

老齢基礎年金、老齢厚生年金の受給者数の将来見通し

年度	老齢基礎年金	老齢厚生年金 老齢相当	老齢厚生年金 通老相当	基礎のみ
平成 (西暦)	百万人	百万人	百万人	百万人
12 (2000)	20.8	8.7	5.4	6.7
13 (2001)	21.7	9.2	5.7	6.8
14 (2002)	22.5	9.7	6.0	6.8
15 (2003)	23.2	10.1	6.3	6.8
16 (2004)	23.8	10.6	6.6	6.6
17 (2005)	24.4	10.9	6.9	6.6
22 (2010)	28.0	13.6	8.9	5.5
27 (2015)	31.6	15.0	10.4	6.2
32 (2020)	33.2	14.9	10.9	7.4
37 (2025)	33.5	14.3	10.9	8.3

老齢基礎年金受給者数に対する割合

年度	老齢基礎年金	老齢厚生年金 老齢相当	老齢厚生年金 通老相当	基礎のみ
平成 (西暦)				
12 (2000)	100%	42%	26%	32%
13 (2001)	100%	42%	26%	31%
14 (2002)	100%	43%	27%	30%
15 (2003)	100%	44%	27%	29%
16 (2004)	100%	45%	28%	28%
17 (2005)	100%	45%	28%	27%
22 (2010)	100%	49%	32%	20%
27 (2015)	100%	47%	33%	20%
32 (2020)	100%	45%	33%	22%
37 (2025)	100%	43%	33%	25%

資料: 厚生年金・国民年金平成11年財政再計算結果より算出

注1: 老齢厚生年金のうち、老齢相当とは厚生年金の被保険者期間が25年以上の者(経過措置、中高齢特例含む)が受給するもの、通老相当とは25年未満の者が受給するものをいう。

注2: 基礎のみは老齢基礎から老齢厚生年金(老齢相当、通老相当)を引いたものであり、共済を含む。

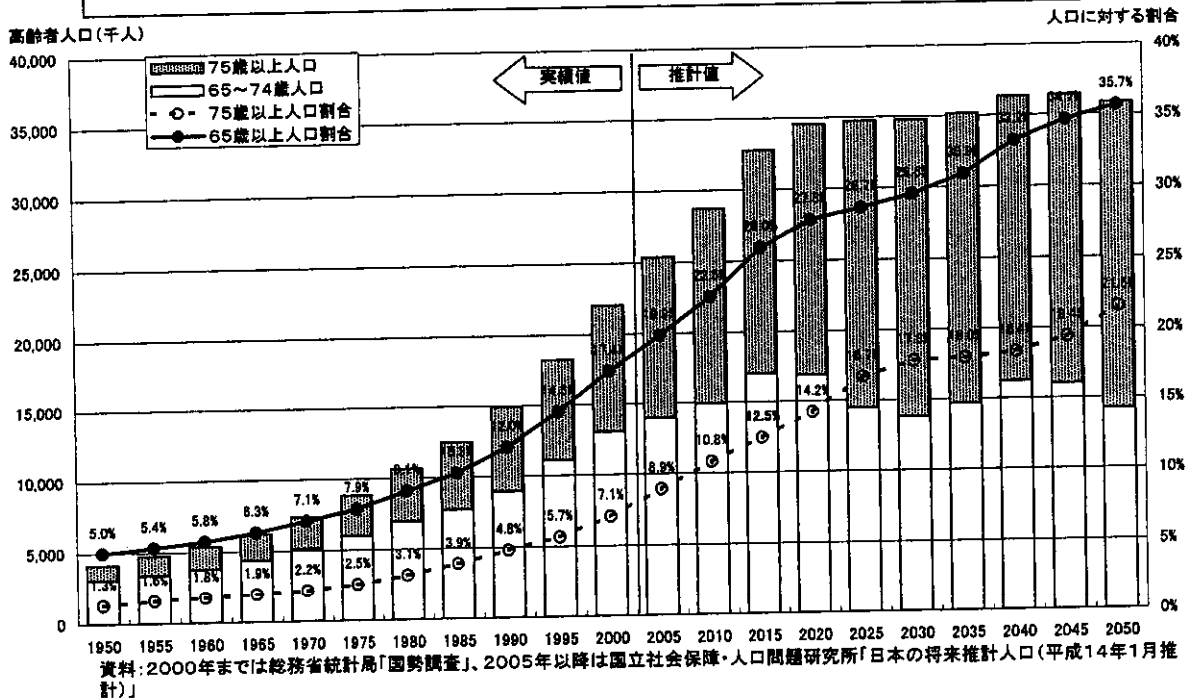
別表3

高齢単独世帯の増加数、増加率

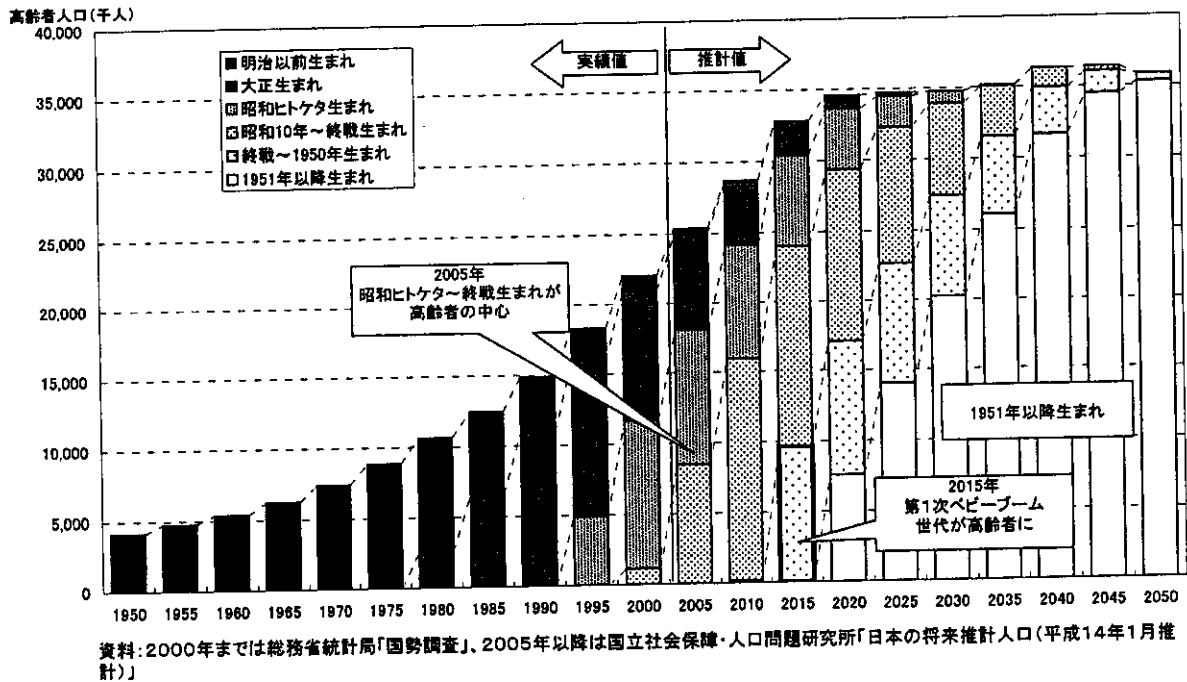
都道府県名	高齢単独 (2005年)	高齢単独 (2015年)	増減	高齢単独 伸び率	伸び率 順位
北海道	201千世帯	266千世帯	65千世帯	32.2%	21
青森県	39千世帯	49千世帯	10千世帯	25.9%	29
岩手県	35千世帯	43千世帯	8千世帯	24.1%	32
宮城県	47千世帯	65千世帯	18千世帯	38.3%	13
秋田県	31千世帯	37千世帯	6千世帯	20.3%	37
山形県	25千世帯	30千世帯	6千世帯	22.6%	33
福島県	48千世帯	59千世帯	12千世帯	24.8%	30
茨城県	55千世帯	83千世帯	28千世帯	50.0%	5
栃木県	38千世帯	54千世帯	16千世帯	42.3%	9
群馬県	46千世帯	64千世帯	18千世帯	37.9%	14
埼玉県	126千世帯	220千世帯	94千世帯	74.9%	1
千葉県	123千世帯	203千世帯	80千世帯	65.0%	2
東京都	443千世帯	593千世帯	151千世帯	34.1%	19
神奈川県	209千世帯	323千世帯	114千世帯	54.9%	3
新潟県	52千世帯	68千世帯	16千世帯	30.6%	23
富山県	24千世帯	33千世帯	9千世帯	37.0%	15
石川県	27千世帯	37千世帯	10千世帯	34.7%	17
福井県	18千世帯	23千世帯	5千世帯	27.2%	27
山梨県	23千世帯	30千世帯	7千世帯	28.7%	26
長野県	56千世帯	71千世帯	15千世帯	26.6%	28
岐阜県	44千世帯	61千世帯	17千世帯	40.0%	11
静岡県	79千世帯	114千世帯	35千世帯	45.0%	8
愛知県	152千世帯	228千世帯	76千世帯	50.2%	4
三重県	52千世帯	69千世帯	17千世帯	33.1%	20
滋賀県	25千世帯	36千世帯	11千世帯	45.4%	7
京都府	88千世帯	120千世帯	32千世帯	36.0%	16
大阪府	307千世帯	433千世帯	125千世帯	40.8%	10
兵庫県	180千世帯	250千世帯	70千世帯	38.5%	12
奈良県	36千世帯	53千世帯	18千世帯	49.5%	6
和歌山県	43千世帯	53千世帯	10千世帯	22.4%	34
鳥取県	18千世帯	21千世帯	3千世帯	18.1%	43
島根県	26千世帯	29千世帯	3千世帯	13.3%	46
岡山県	61千世帯	79千世帯	18千世帯	28.9%	25
広島県	102千世帯	132千世帯	30千世帯	29.9%	24
山口県	66千世帯	79千世帯	13千世帯	20.1%	38
徳島県	28千世帯	33千世帯	6千世帯	20.6%	36
香川県	33千世帯	41千世帯	8千世帯	24.7%	31
愛媛県	62千世帯	73千世帯	12千世帯	19.1%	40
高知県	41千世帯	47千世帯	6千世帯	13.4%	45
福岡県	165千世帯	216千世帯	52千世帯	31.5%	22
佐賀県	23千世帯	28千世帯	5千世帯	20.6%	35
長崎県	60千世帯	69千世帯	9千世帯	15.4%	44
熊本県	62千世帯	74千世帯	12千世帯	18.7%	41
大分県	47千世帯	56千世帯	9千世帯	18.1%	42
宮崎県	49千世帯	59千世帯	10千世帯	20.1%	39
鹿児島県	109千世帯	116千世帯	7千世帯	6.6%	47
沖縄県	37千世帯	49千世帯	13千世帯	34.4%	18
全国	3 657千世帯	4 969千世帯	1 312千世帯	35.9%	

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計
(都道府県別推計：平成12年3月推計)」より算出

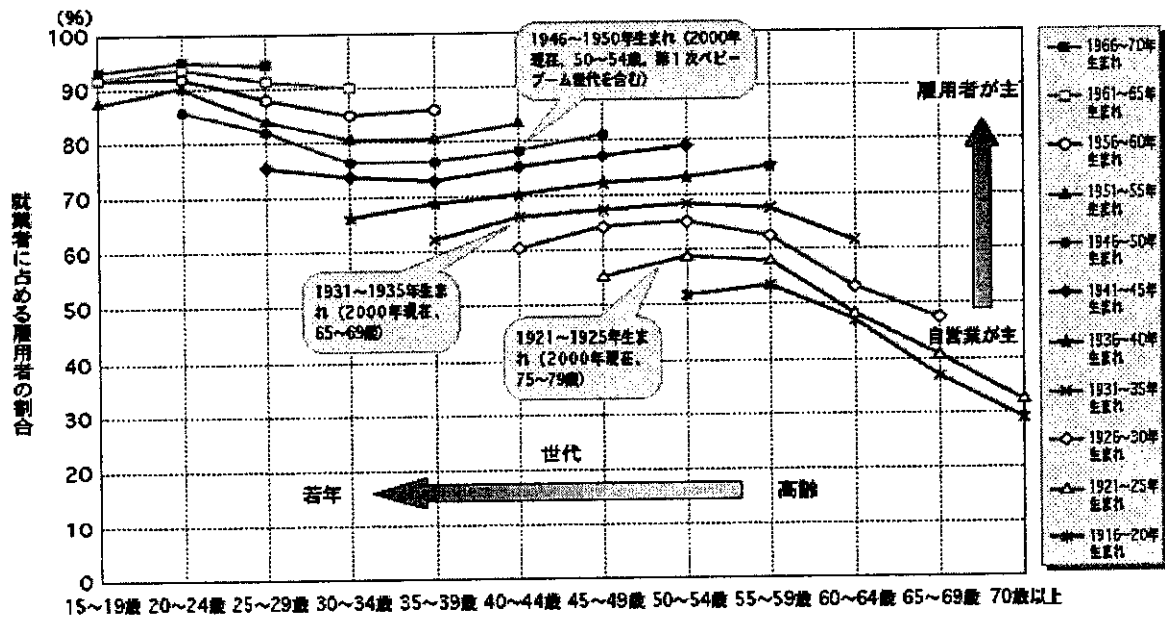
グラフ1 高齢者人口(65~74歳、75歳以上)とその割合



グラフ2 世代別に見た高齢者人口の推移

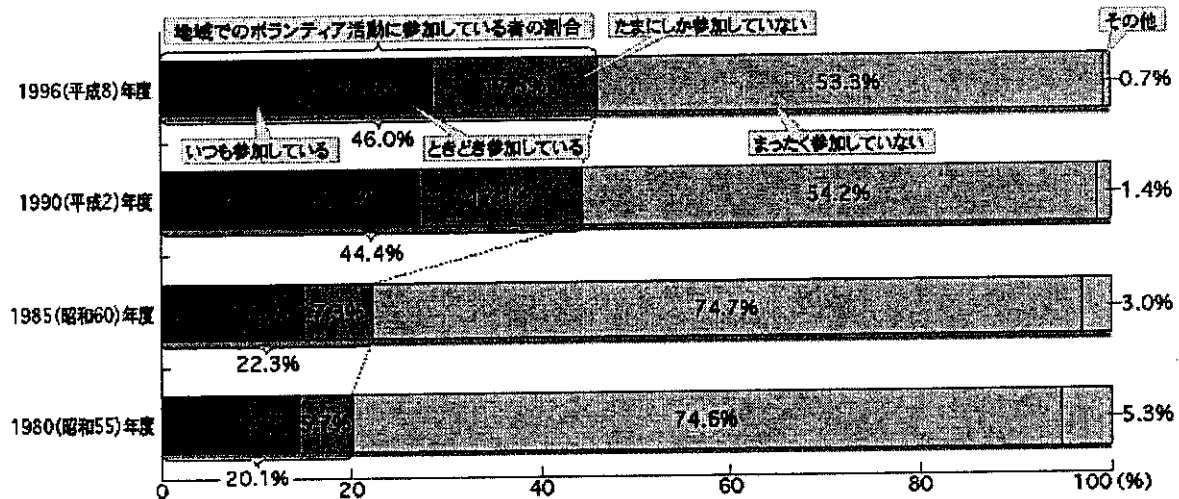


グラフ3 同時出生集団別にみた就業者の雇用者割合の推移



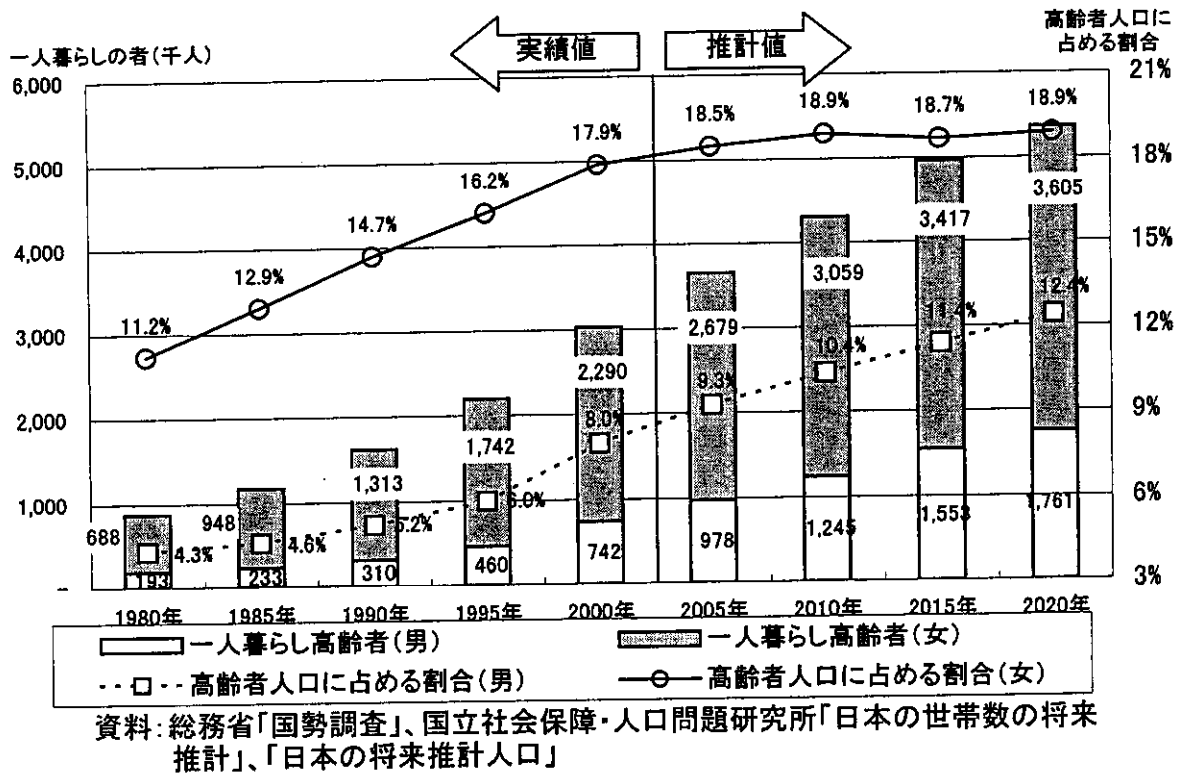
資料：総務庁統計局「労働力調査」

グラフ4 60歳以上の者の地域でのボランティア活動

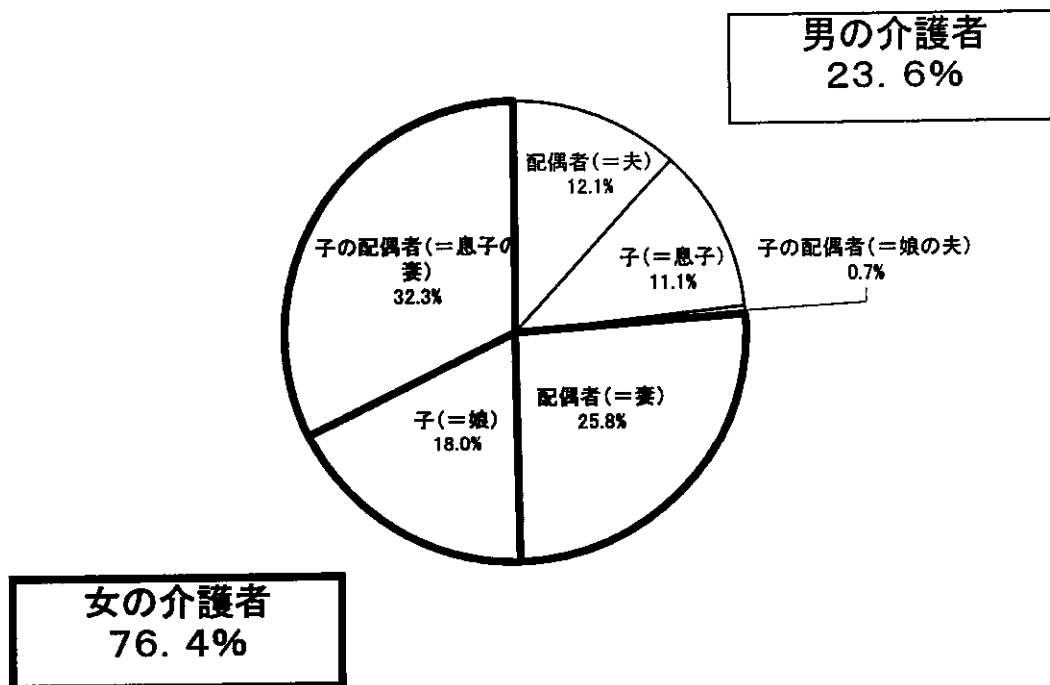


資料：総務庁「高齢者の生活と意識 - 第4回国際比較調査結果報告 -」(1997(平成9)年4月)

グラフ5 一人暮らし高齢者数の推移

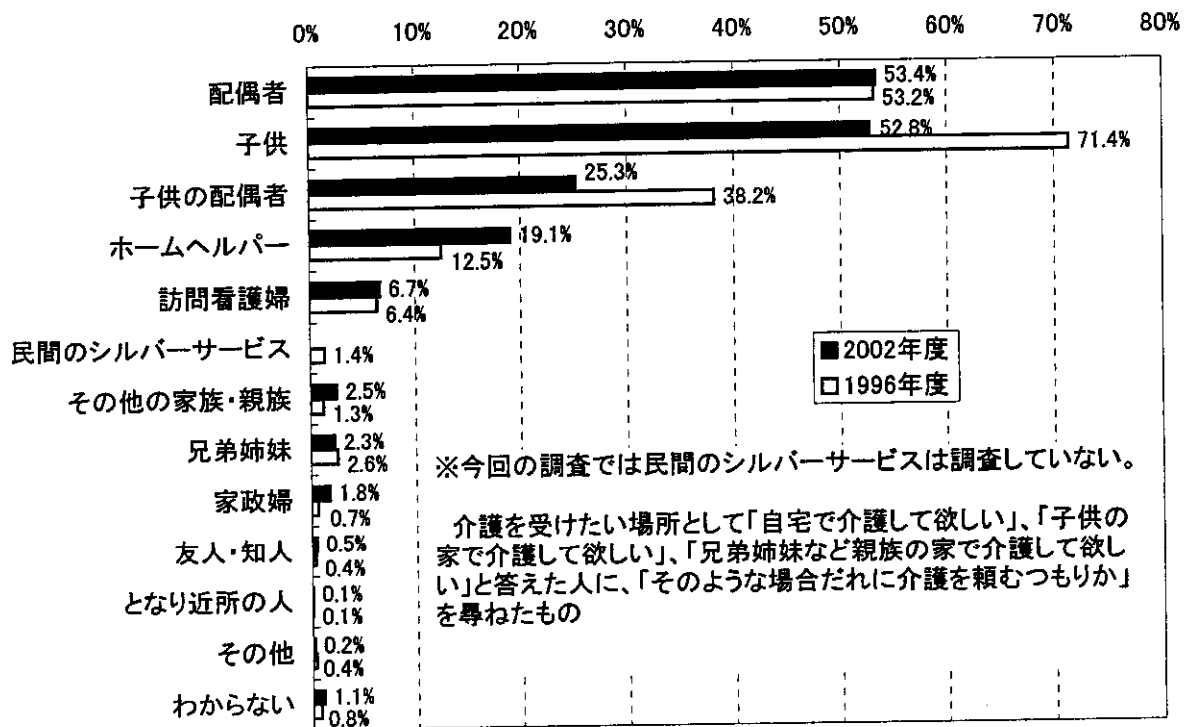


グラフ6 要介護者からみた同居の主な介護者の続柄



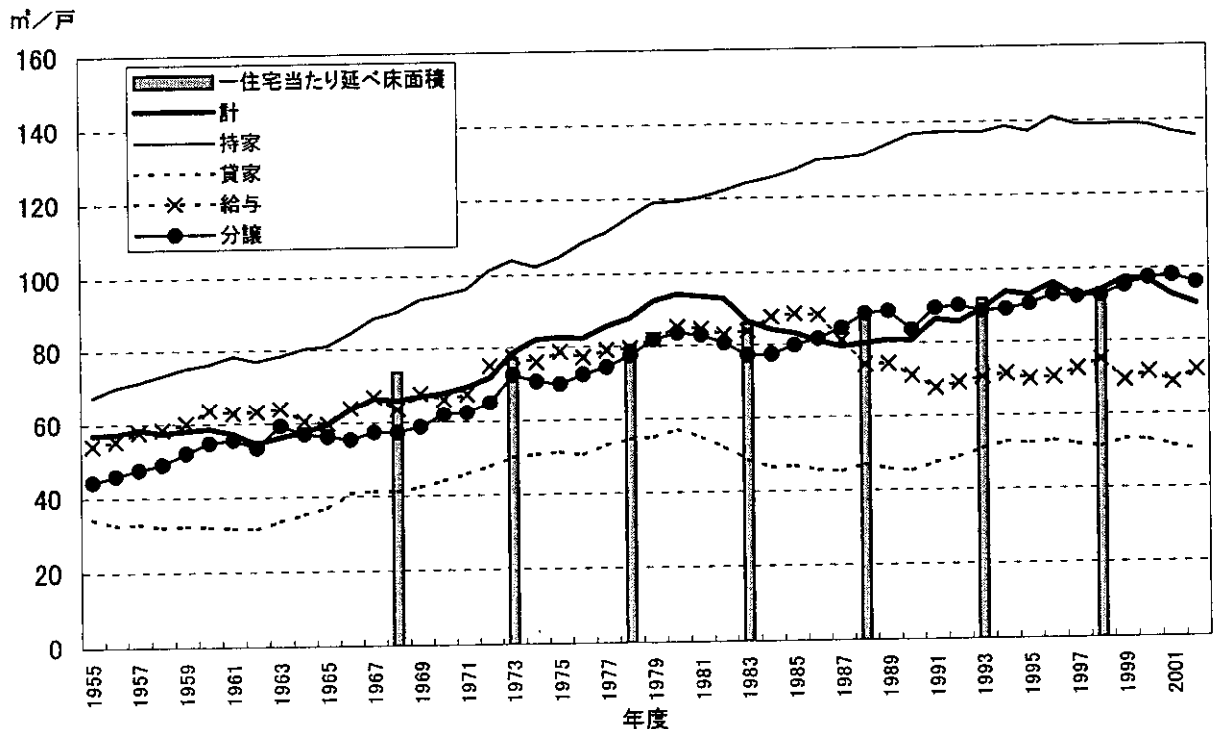
資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成13年国民生活基礎調査」より算出

グラフ7 介護を頼む相手



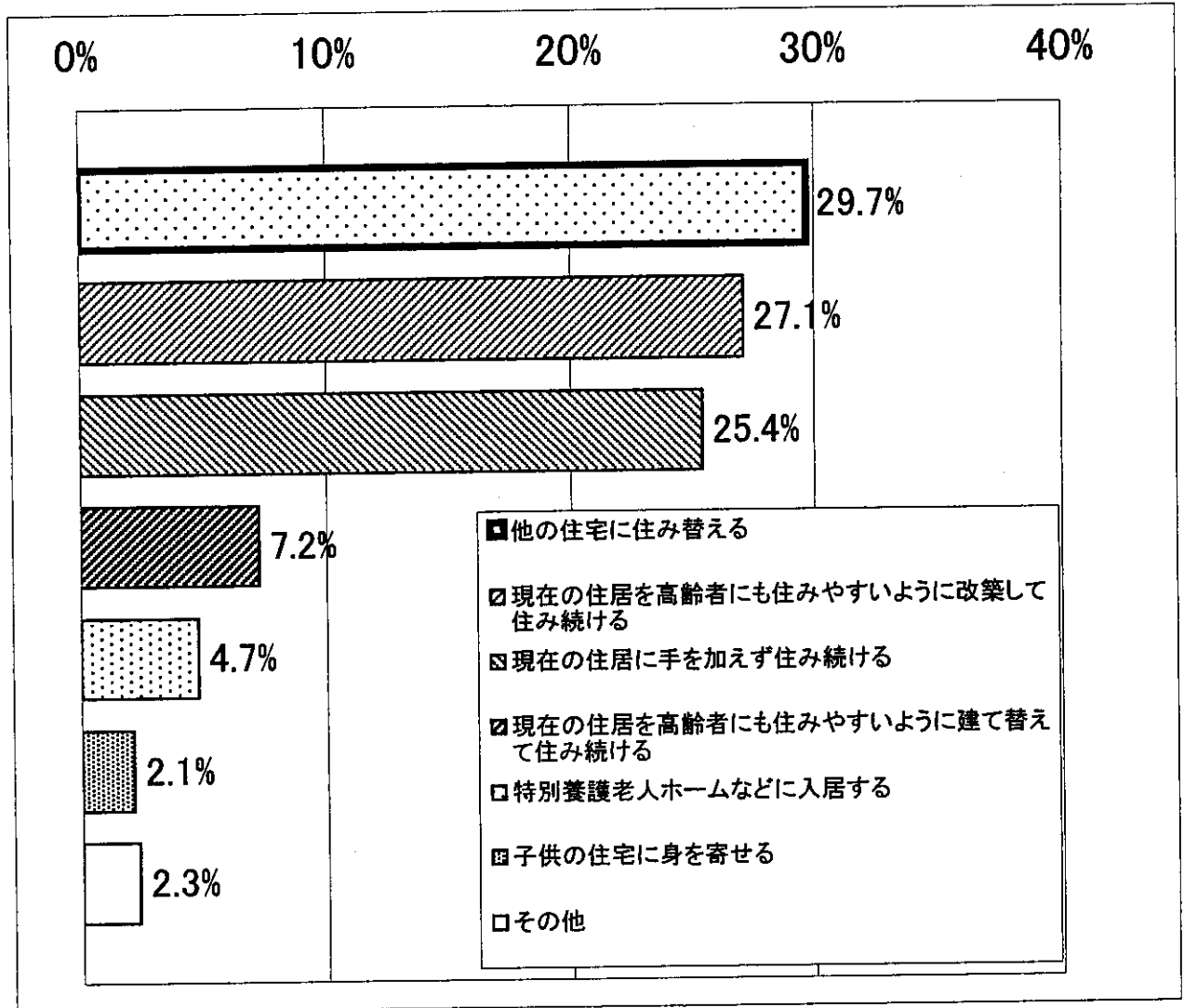
資料：内閣府政策統括官(総合企画調整担当)「高齢者の健康に関する意識調査結果」(平成15年5月)

グラフ8 拡大しつつある居住面積



資料：国土交通省「住宅着工統計」、総務省「住宅・土地統計調査」(一住宅当たり延べ床面積)

グラフ9 高齢期の居住場所として希望する住居の形態



調査対象: 大都市圏在住の40歳～64歳までの男女

資料: 国土交通省「高齢期の在宅居住を支援する環境整備のあり方に関する調査報告書」
(平成13年3月)

補論2 ユニットケアについて

1. この補論の趣旨

本論では、施設において個別ケアを実現するための手段であるユニットケアの趣旨について述べ、また、既存の特別養護老人ホームにおいてユニットケアを導入するための改修を行う場合に1ユニット分の定員を本体建物から減らし、その1ユニットはサテライト型の入所施設として街の中に整備することにより、施設の一部を小規模・多機能サービス拠点とし、人的・物的資源を在宅の高齢者にも提供できることについて述べた。

このように、ユニットケアは施設機能を地域へ展開させていくきっかけとなりうる。

とはいえ、まずは施設内でユニットケアを適切に行うことが重要である。「個別ケアを実現するための手段」というユニットケアの本質を理解し、適切に行うことにより、将来ユニットごとに地域へ展開していく際にも、地域の中で一人一人の個性や生活のリズムに沿ったケアを提供することができる。

しかし、ユニットケアに取り組み始めたばかりの施設では、「施設を仕切ること」「入所者を分けること」で目的を果たしたと考え、実際のケアは従来と変わらず集团的・画一的にケアを行っている事例もあると指摘されている。

形式的に入所者を少人数の集団に分けるだけでは、ユニットケアの目指す「個別ケア」は実現されない。ユニットケアが急速に広まりつつある中、ユニットケアの目指すものが何であるか、改めて確認しておきたい。

2. ユニットケアの目指すもの (ユニットケアの原点)

1994(平成6)年、ある特別養護老人ホームの施設長が、数十人の高齢者が集団で食事を摂る光景に疑問を抱き、少人数の入所者と共に買い物をし、一緒に食事を作り、食べるという試みを始めた。そして「一緒に過ごす、ごく普通の家庭の食卓にこそ意味がある」ということに気づいた。

次に、「住み慣れた地域で暮らせるような策を」という発想から、民家を借り上げ、入所者に日中そこで過ごしてもらい「逆デイサービス」を始めた。

そうした取り組みを重ねた結果、やがて職員から「4つのグループでそれぞれの家のような生活を」という提案があり、定員50名の施設を4つのグループに分け、グループごとに職員を配置し、利用者が起きてから寝るまで、同じ職員とともに生活する形態を採り入れた。こうして我が国におけるユニットケアの本格的な歴史が始まったと言われる。

この事例からも分かるように、「介護が必要な状態になっても、ごく普通の生活を営むこと」に、ユニットケアの原点がある。

(ケアとハードウェア)

「ごく普通の生活」とは、一人一人の個性が生き、それぞれの生活リズムに沿って営まれる生活であり、かつ、社会の中に自分が位置づけられ、他の人との人間関係の中で営まれる生活である。

こうした生活を施設の中で営めるようにするために必要なことは、施設全体で一律の日課を設けないこと、流れ作業のように業務分担して行う処遇（特に入浴に顕著である）を行わないことである。また、入居者同士の人間関係を把握し、自然な形で相互のコミュニケーションが図られるように、リビング（少人数の入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所。居宅の居間に相当する）での位置関係、会話の工夫等に留意することである。

こうして、スタッフにとっては、主にリビングで入居者とコミュニケーションを図りながら、一人一人の心身の状況・生活習慣・個性などを具体的に把握し、その上でその人のリズムに沿った生活と、他の入居者との交流を支援することが業務となる。

こうしたケアを行うためには一定のハードウェアの構造が必要であることを実証した研究がある。

2000（平成12）年から2001（平成13）年にかけて（財）医療経済研究機構が実施したユニットケアに関する研究において、個室・ユニット化が入所者に様々な影響を及ぼすことが示された。

① まず、6人部屋の特別養護老人ホームにおいて入所者がとる行動を調査したところ、日中の12時間の間に入所者同士の会話が全くない部屋が全体の3分の1あった。また、窓側、中央、廊下側のベッドにいる入所者は日中の80%以上、90%以上、70%の割合で、同室者に対し背を向けた姿勢を取っていることが分かった。このことから、多床室の入所者は互いに交流するどころか、むしろ関わりを避けて生活していることが明らかになった。

② 次に、多床室から個室に建て替えられた施設について、建て替え前後の状況を比較したところ、個室化された後は、日常生活動作能力（ADL）の高低にかかわらず、入所者が自分の家具、日常生活用品、小物を個室に持ち込み、絵や写真を飾るなどして個人的領域が形成される現象がみられた。

また、ベッド上の滞在率が減少する一方、リビングの滞在率が増加し、個室化は居室への閉じこもりを惹き起こすのではなく、むしろリビングに出て他人との交流を促す効果があることが分かった。

その他、一人当たり食事量が増加し、排泄についても、ポータブルトイレの設置台数が減るなど、入所者の生活が大きく改善することが分かった。

一方、介護スタッフについては、居室や廊下の滞在時間が減少し、リビングにおける滞在時間が増加した。それと共に、身体介助中心のケアから、余暇を過ごしたり交流を図ったりといったケアへと、質的な変化が見られた。

（参考1）特別養護老人ホームの建て替えによる入所者・介護スタッフの変化

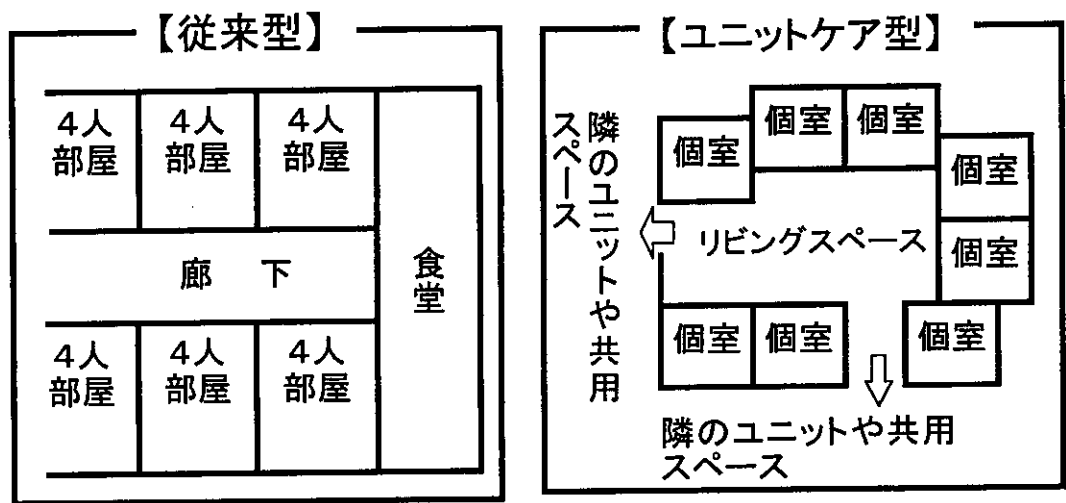
1. 入所者の生活上の変化

○ベッド上の滞在率	67.7%	→	40.2%
○リビングの滞在率	16.7%	→	42.8%
○日中に占める睡眠時間	42.3%	→	22.5%
○日中に占める食事時間	7.6%	→	11.3%
○一人当たり食事量	1463Kcal	→	1580Kcal
○ポータブルトイレ設置台数	29台	→	14台

2. 介護スタッフの行動の変化

- 居室の滞在率 39.2% → 18.0%
- 廊下の滞在率 9.2% → 4.9%
- リビングの滞在率 9.4% → 37.5%
- 直接介助の時間 46.2% → 33.1%
- 余暇・交流の時間 20.3% → 24.1%

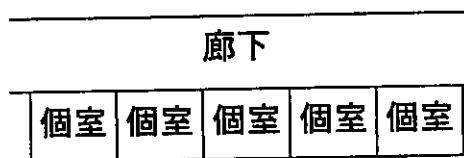
(参考2) 従来型の特別養護老人ホーム、ユニットケア型の特別養護老人ホームにおける居室の配置例



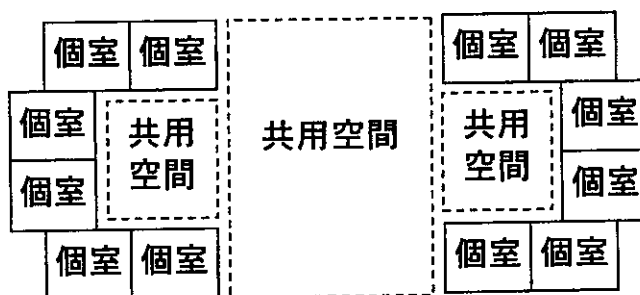
こうしたタイムスタディの他に、同研究においては、共用空間の在り方が入所者の生活に与える影響についても言及されている。

すなわち、個室化をしても、直線的な廊下に沿って一列に個室が並んでいる平面構成（図1）では、隣同士のなじみの関係が形成されにくく、入所者は廊下の端にある大きな空間で行われる集団プログラムに参加するか、あるいは個室に閉じこもるかという、二極化した生活に陥りがちである。一方、いくつかの個室がまずリビングのような小さな共用空間を共有し、それを介してさらに公共性の高い共用空間へと連結していく空間構成（図2）であれば、入所者はまず気の合う幾人かの隣接した入所者となじみの関係を形成し、その上でさらに大きめの人の輪の中で次第になじみの関係を作り上げていくことが可能になると指摘されている。

(図1) 個室化しても共用空間が貧しければ交流は生まれにくい。



(図2) 個室が小グループを形成し、段階的な共用空間があれば、交流が生まれやすい。



以上のように、ユニットケアを行うためには、個室とリビング等の共用空間で構成されるハードウェアの構造が必要であることが示された。

これらの実践や研究から、ユニットケアを行うには、適切なケアとそれを生かすためのハードウェアの両方が必要であるといえる。すなわち、

- ・一人一人の個性と生活リズムを生かすケアと、そのための場としての個室
- ・入居者が相互に社会的関係を築くことを支援するケアと、そのための場としてのリビング

ということである。

また、少人数のグループ構成とするのは、少人数とすることにより一人一人の個性やニーズを具体的に把握することを可能にするとともに、入居者が互いに人間関係を築くことができるようにするためである。

(参考文献)

- ・「介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究報告書」(医療経済研究機構、平成13年3月)
- ・「普及期における介護保険施設の個室化とユニットケアに関する研究報告書」(医療経済研究機構、平成14年3月)

3. 制度化されたユニットケア

(小規模生活単位型特別養護老人ホームの制度化)

2002(平成14)年度から、ユニットケア型の特別養護老人ホーム(小規模生活単位型特別養護老人ホーム)に対応した施設整備費補助金が設けられた。同年度に新設で国庫補助対象とされた特別養護老人ホームのうち84施設がユニットケア型であった。今年度はこれまでに166施設がユニットケア型の国庫補助対象とされており、これは定員数では全体の約9割に相当する。今年度中には更に30程度の施設が対象となると見込まれている。

また今年度から、ユニットケア型の特別養護老人ホームについて、従来型よりも高い介護報酬が設定された。

(ユニットケアの運営基準)

更に、国は本年4月、ユニットケアの運営基準を省令と通知で示した。そこには、上述の実践と研究の成果が端的に表現されている。

① ユニットケアの定義

まず、ユニットケアを「居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うこと、すなわち、生活単位と介護単位を一致させたケア」と定義している。

そして、ユニットケアを提供するに当たっては「入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援」する、すなわち、「入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため・・・入居者の日常生活を支援」し、「各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮」することを求めている。

② 入居前の生活との連続性

その際、スタッフが留意すべきこととして「入居者へのサービスの提供に当たっては、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮することが必要であり、このため職員は、一人一人の入居者について、個性、心身の状況、入居に至るまでの生活歴とその中で培われてきた

生活様式や生活習慣を具体的に把握した上で、その日常生活上の活動を適切に援助」することを求めている。

③ 入居者同士の社会的関係

また、「入居者が相互に社会的関係を築くことを支援するという点では、単に入居者が家事の中で役割を持つことを支援するにとどまらず、例えば、入居者相互の間で、頼り、頼られるといった精神的な面での役割が生まれることを支援することにも留意する必要がある」としつつ、「入居者相互の信頼関係が醸成されるよう配慮することが必要であるが、同時に、入居者が他の入居者の生活に過度に干渉し、自律的な生活を損なうことのないようにすること」とも述べ、入居者同士が適度な距離感を保ちながら人間関係を築けるような配慮をスタッフに求めている。

4. ユニットケアのソフトウェアを支える体制

ユニットケアは、実践と研究の蓄積を経てようやく制度化されたばかりであり、今はごく一部の先進的な施設ばかりが目立っているが、むしろ重要なことは、続々と開設されるユニットケア型のハードウェアを備えた施設において、本来の目的にかなうユニットケアが行われるかどうかという点である。

ユニットケアにおいては、スタッフは少人数の単位で行動するため、スタッフ間の情報共有・意見交換の機会を意識的に設けなければ、一人一人のスタッフが孤立してしまう危険がある。こうした事態を防ぐためには、施設長や各ユニットのリーダーがまずユニットケアの理念をよく理解した上で、常に相互のコミュニケーションを図り、スタッフ同士の連携や、スタッフの意識・技術を高める研修などの機会を充実させる必要がある。

また、国においては、ユニットケアを一部の先駆的取り組みにとどめてはならず、ユニットケアの標準を示し、人材育成の手法を確立することによって、一般のスタッフでもユニットケアを行うことができるようにすることが求められる。

補論3 痴呆性高齢者ケアについて

1 痴呆性高齢者の現状と今後

痴呆性高齢者の実態については、一部自治体で行われた専門医の在宅訪問調査に基づく推計がこれまでも公表されているが、高齢者の所在（居宅、施設等）や痴呆の程度といった痴呆性高齢者の地域生活を考える上で必要な情報が必ずしも含まれていなかった。他方、「専門医による医学的判定」とは異なるが「介護に必要な手間」という観点からの情報として、介護認定審査会資料には、痴呆性老人自立度、障害老人自立度（寝たきり度）等の情報が含まれている。月間の要介護認定データは全国規模で集積されるため、他のデータとも組み合わせると一定の推計を行うことが可能である。

本研究会の求めに応じ、厚生労働省が、介護保険第1号被保険者について、2002（平成14）年1月から12月の各月間の要介護認定データ等を基に推計した結果は、以下のとおりである。

(1) 要介護（要支援）認定者（第1号被保険者）の痴呆性老人自立度・障害老人自立度に関する推計

単位 万人

	要介護 (要支援) 認定者	認定申請時の所在(再掲)				
		居宅	特別養護 老人ホーム	老人保健 施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総数	314	210	32	25	12	34
うち痴呆性老人 自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
うち痴呆性老人 自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

(注) 2002（平成14）年9月末についての推計（端数処理のため合計が合わない箇所あり）。
「その他の施設」は、ここでは、医療機関（療養病床（医療保険適用）、一般病床及び精神病床等）、グループホーム、ケアハウス等。
カッコ内は、運動能力の低下していない痴呆性高齢者の再掲（痴呆性老人自立度が「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「M」かつ、障害老人自立度が「自立」、「J」又は「A」）。

この推計によれば、例えば、

- ・要介護（要支援）認定者のおよそ2人に1人は、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）。
およそ4人に1人は、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅲ以上）。
- ・居宅にいる要介護（要支援）認定者のおよそ3人に1人は、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」。
およそ8人に1人は、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」。
- ・介護保険3施設にいる要介護（要支援）認定者のおよそ8割は、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」。
およそ6割は、「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」。
- ・要介護（要支援）認定者で「一定の介護を必要とする痴呆がある高齢者」のうち、およそ3人に1人は「運動能力の低下していない者」（いわゆる「動ける痴呆性高齢者」）。
そのおよそ6割は居宅にいる。

(2) 要介護（要支援）認定者（第1号被保険者）における痴呆性高齢者の将来推計

単位 万人

西 暦	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
痴呆性老人自立度Ⅱ以上	149 (6.3)	169 (6.7)	208 (7.2)	250 (7.6)	289 (8.4)	323 (9.3)	353 (10.2)	376 (10.7)	385 (10.6)	378 (10.4)
参考： 痴呆性老人自立度Ⅲ以上	79 (3.4)	90 (3.6)	111 (3.9)	135 (4.1)	157 (4.5)	176 (5.1)	192 (5.5)	205 (5.8)	212 (5.8)	208 (5.7)

(注) カッコ内は65歳以上人口比(%)。
2002(平成14)年9月末について推計した「要介護(要支援)認定者における痴呆性高齢者」と「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」から算出したもの(治療や介護に関する技術の発達など政策的な要素は織り込まれていない)。

この推計によれば、例えば、

- ・要介護（要支援）認定者について、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）は、2015（平成27）年までにおよそ100万人増えて250万人に。2025（平成37）年には323万人に。

2 痴呆ケアモデル構築へ向けて

前述のように、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）は、その所在（介護保険施設、居宅等）に関わらず、要介護（要支援）認定者の相当の割合を占めている。このため、施設、在宅を問わず、介護保険サービス全般を通じ、痴呆性高齢者への対応が図られる必要がある。また、高齢者介護のメインシステムである介護保険に対し、サブシステムとしての機能を果たす成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の主たる対象は、痴呆性高齢者である。

今後、介護・支援を要する痴呆性高齢者が大幅に増加することを見越した場合、介護保険サービスを含む地域の高齢者介護全体を、介護予防から終末期に至る全ステージで、痴呆性高齢者を標準とした仕様に転換していくことが、21世紀初頭の大きな課題である。

(1) 痴呆の原因診断の重要性

痴呆の原因は一様ではなく、アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆、レビー小体病、前頭側頭型痴呆などがある。現時点では、痴呆の原因別のケアガイドラインは整備されていないが、原因となる疾患が異なるという認識は必要である。グループホーム等の利用開始時に適切な診断がされることで、入院せざるを得ないような行動障害を防ぐことができる例も少なくないため、このことは、痴呆ケアモデル構築の上で欠かすことのできない視点である。痴呆の診断とその原因疾患の特定は、適切なケアを行うためのケアプランを作成する上で欠かせない情報であり、医療の大きな役割である。

日本での痴呆性疾患の頻度

地域	宮城県田尻町 ¹	島根県 ²
研究方法	疫学	剖検例
対象者数	65歳以上の1654人	122例
アルツハイマー型痴呆	65%	34%
血管性痴呆	19%	35%
混合性痴呆		11%
その他の痴呆	16%	20%
備考	疫学調査でMRIを使った診断が行われた唯一の報告	1976-1992年の剖検例であるため、平均値では血管性痴呆の割合がアルツハイマー型痴呆のそれを若干上回っているが、前半と後半を比べるとアルツハイマー型痴呆の占める割合が増加している。

出典：

1. Meguro K et al: Prevalence of dementia and dementing diseases in Japan: the Tajiri project. Arch Neurol. 2002; 59 :1109-14.
2. Seno H et al: A neuropathological study of dementia in nursing homes over a 17-year period in Simane prefecture, Japan. Gerontology 1999; 45: 44-48.

(2) 地域の痴呆ケアシステム

(健康づくりと痴呆介護予防)

脳血管性痴呆の予防については、まずはその原因となる脳卒中（脳血管障害）の予防が重要である。アルツハイマー型痴呆の予防については、現時点で確実なものはないが、食事、運動、休養などの生活習慣がリスク要因として関与しているという報告が増えてきている。

痴呆の介護予防を健康づくり関連施策の中で積極的に推進するため、例

えば、2005（平成17）年度から始まる老人保健事業第5次計画の中にも位置づけていくことを検討すべきである。

また、行政が痴呆介護予防活動の立ち上げを図ることは必要であるが、痴呆のリスクの高い高齢者の早い段階からの参加を可能とし、活動自体も長続きさせるためには、住民が主体となった運営がなされる必要がある。住民主体の介護予防活動の展開は、後述する家族・地域住民の認識の転換を図っていく上でも極めて重要である。

（参考）

「世田谷における痴呆発症遅延活動の事例」

アルツハイマー型痴呆のリスク要因には遺伝的な要因以外にも、社会的なつながりの多寡などのライフスタイルが含まれることが最近示されている。世田谷区内の2か所での痴呆発症遅延活動では、これまでに10グループ80人の高齢者が有酸素運動を中心とした運動プログラムとパソコンを使ったミニコミ誌づくり、旅行、料理などの余暇活動プログラムに参加して約1年が経過した。

この80人の中には、一定の基準で診断されたAACD（Ageing-Associated Cognitive Decline：加齢関連認知機能低下）の人たちが16人含まれている。有酸素運動を無理のない程度に習慣化し、痴呆になり始めの時に低下する記憶力（エピソード記憶）や注意力（注意分割機能）、計画力を鍛える知的な行動習慣をつけることを目的としている。

最終的な結果として、活動への参加群と非参加群でアルツハイマー型痴呆の発生率を比較し、参加群で低ければ介入効果が示されたことになる。これまでの研究では、参加群と非参加群でいくつかの認知機能に差が認められており、例えば、簡便な認知機能検査を活動前と半年後に行った得点の比較では、参加群でより大きな改善が示されている。今後、世田谷区では32グループの活動を目指している。

（早期発見の意義と課題）

痴呆性高齢者への対応において早期発見は重要であり、徘徊等の行動障害が頻発してどうにもならなくなって初めて医療機関等へ行くという一般的な状況を変えていくことが、生活や介護に関する本人、家族、関係者の負担を大幅に軽減する。

(参考)

「早期発見の意義」

1. 治療可能な痴呆の原因を見だし、治療をすること

65歳以上ではアルツハイマー型痴呆が原因疾患としては最も多いが、近年、治療薬の出現により対症療法ではあるが、治療の対象となっている。アルツハイマー型痴呆を含めると65歳以上の痴呆のおよそ7割は何らかの治療の対象になる。

2. 自己決定権を尊重できること。

早期に診断することができれば、痴呆が進行したときの対応を自分であらかじめ決めておくことが可能になる。

3. 痴呆性高齢者本人と介護者の生活の質(QOL)を維持できること

早期発見によって様々なサービス利用に本人と介護者ともに慣れることができ、様々な知識を習得する時間的な余裕ができる。この時間は介護に余裕をもたらすが、このことは痴呆性高齢者本人にも好影響を与える。

「高齢者本人からの受診やサービス利用が期待できない」、「受診のタイミングが家族の都合で決まる」といった痴呆の臨床的特徴に照らし、特に家族とかかりつけ医、さらには、地域住民や介護スタッフ等における痴呆に関する正しい知識と理解を推進することが必要である。

他方、痴呆が発見された後に高齢者を適切に支える地域のサービスがなければ、早期発見は推進できない。後述するように、痴呆の程度にきめ細かく対応できる通所系サービス、グループホーム的ケアなど痴呆性高齢者に適したサービスが普及することが、早期発見推進の前提であるとともに、体制面の整備だけでなく、効果的な介護サービスの内容の明確化等を図っていくことも必要である。

(介護サービス体系の再構築)

在宅の痴呆性高齢者を支援する上で、通所系サービスの位置づけは重要である。痴呆の程度が進んだ高齢者に対するサービス(現在の痴呆専用単独型デイサービス)の普及が求められるばかりでなく、ごく軽度の痴呆性高齢者も参加しやすい(家族も高齢者の参加を躊躇しないですむ)サービ

スや住民による介護保険外の自主的活動を地域でつくっていくことが必要である。

また、高齢者のそれまでの生活や個性を尊重しながら、生活そのものをケアとして組み立てていくグループホーム的ケアのアプローチ（住み慣れた地域、なじみの人間関係、小規模な居住空間、家庭的なしつらえ・暮らし方、それらの環境条件を活かした個別ケア）は、痴呆性高齢者はもとより、これからの高齢者の地域ケア全般に通じるものとして、発展させていくことが必要である。報告書本文にある「小規模・多機能サービス拠点」、「施設機能の地域展開」、「ユニットケアの普及」など新しい介護サービス体系は、地域での高齢者の生活の継続性や個別的処遇を高めるものとして、推進する必要がある。

さらに、主としてかかりつけ医による「医療」は、「生活」とともに痴呆ケアの不可欠の要素である。在宅か施設かを問わず、適切なケアには、身体的な状態の安定が必要である。例えば、脱水や便秘あるいは軽度の心不全など身体の不具合によって精神症状や行動障害が発現することは珍しくないし、ターミナルケアにおいては医療のバックアップが必要となる。また、痴呆の精神症状や行動障害は、環境やケアの方法で大きく変化する。生活環境の変化が及ぼす精神症状への影響は大きく、入院をできるだけ避け、往診又は通所系サービスの利用を含む外来治療によって対応することが望ましいが、一部には精神科治療病棟などでの専門医による入院治療が必要な行動障害もあり、これらを適切に見極める必要がある。痴呆性高齢者の生活全体に配慮しながら、他の関係機関とともに地域ケアの一翼を担っていくことが、医療関係者に求められる。

（連携とコーディネートのための仕組み）

地域で痴呆性高齢者を支える取組は、地域の関係者（医師、保健師、在宅介護支援センター、ケアマネージャー、施設・在宅サービス関係者、家族の会等）の足並みがそろわなければ有効に機能しない。このためには痴呆に関する共通認識を持つことが大前提となり、地域の痴呆ケア関係者のネットワーク会議を普及し、連携や専門性を向上させる仕組みを築いていく必要がある。

また、適切なケアプランは、アセスメントが適切に行われることから生まれてくる。高齢者痴呆介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）が策定する「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランの作成指針（第1版）」は、今後、全国で使用され有効性が検証される予定であり、アセスメント情報を関係者が共有し、利用者中心の継続的支援を行うためのケアプランを作成するツールとして効果が期待されている。このように、第一線の日常業務そのものの中に連携の仕掛けを作っていくことも重要である。

（参考）

「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランのあり方に関する調査研究」

利用者本位の継続的な痴呆ケアを推進するため、在宅、施設を通して使用可能なケアプラン作成手法の開発が望まれる。このため、高齢者痴呆介護研究・研修センターでは、利用者本位のケアを行う上での課題を、現在に至るまでの経過並びに24時間にわたる行動及び状態の把握と分析を通して明らかにすることができる「痴呆性高齢者に適したアセスメント・ケアプラン票試案」を作成した。現在、予め選定したモニター事業所における実際の試行結果をもとに、試案の改善に向けた意見集約と有効性の検証を進めている。

（相談・告知・権利擁護）

高齢者本人及び家族に向けて地域ケアについての適切な情報提供と助言が行える仕組みを整備することは、特に早期発見を進める際には不可欠である。在宅介護支援センター、老人保健事業の健康相談や訪問指導など、地域のレベルでの相談機能の強化が必要である。

また、早期発見の推進に合わせ、軽度の痴呆の段階での告知のルールについて専門家による議論を本格的に開始すべき時期に来ている。

さらに、高齢者本人にまだ判断能力がある段階での権利擁護対応（地域福祉権利擁護事業、任意後見制度）の可能性が、早期発見によって拡大される。こうした対応を普及させることは、痴呆が進行した段階での本人を含む関係者全般の負担の軽減につながることから、権利擁護分野における在宅介護支援センター等の相談機能の強化や国民に向けた啓発活動が重要である。

意思能力が無い者に対する医的侵襲行為（注射、輸血、手術等）に関す

る同意の問題は、特に独居高齢者の今後の増加を考えた場合、痴呆ケアの現場にとって大きな問題となることが予想される。インフォームドコンセントについての議論の展開等を踏まえながら、痴呆ケアの文脈においても十分に議論していく必要がある。

(専門的人材の育成)

早期発見から終末期に至る痴呆性高齢者の地域生活全般において、かかりつけ医は幅広い役割を担う存在である。痴呆及び地域ケアに関するかかりつけ医の知識と理解を高めるため、研修等の仕組みを構築していく必要がある。

また、かかりつけ医では対応が困難なケースを扱う地域の痴呆専門医の養成も課題である。専門医は、地域の痴呆ケアシステムの一員として、かかりつけ医をバックアップするばかりでなく、地域の介護サービス関係者全般と連携することが求められる。

(参考)

「学会等の状況」

日本老年精神医学会	2005(平成17)年に約1500人の専門医
日本アルツハイマー型痴呆研究会	会員約1500人

合計では約2500人

「痴呆(物忘れ)相談医リスト」

北海道釧路市、沖縄県浦添・那覇・南部地区医療圏等では、市の医師会等が「痴呆(物忘れ)相談医リスト」、「もの忘れ(痴呆)相談医一覧」のリーフレットを作成し、広く住民に配布している。

「痴呆ケア専門医のイメージの例」

痴呆に関する豊富な医学的知識、痴呆ケアや痴呆性高齢者の置かれている現状、関連する福祉制度に関する知識を持っていること、これらの医学的知識に基づいての痴呆のレベルを含めた正確な診断を下せる医師であること、医学的治療の限界をわきまえ、適切なケアや援助が受けられるよう、その人の生活に関する幅広いアドバイスができること

(「痴呆性高齢者グループホームの将来ビジョン」1999(平成11)年より)

施設等が小規模であればあるほど、サービスの水準にとって、スタッフの技術が決定的な要素となる。介護事業者や介護スタッフの専門性の向上については、高齢者痴呆介護研究・研修センターの研修の一層の充実を図るほか、介護支援専門員やホームヘルパーの研修の充実を継続的に図っていく必要がある。前述の「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランの作成指針」はそのための重要な教材の一つとなる。

(3) 効果的な介護サービスの内容の明確化と普及

「痴呆ケアモデルの構築」を図る上では、これまでに述べたような、システムのレベルでの地域の痴呆ケアの体系整備に加え、痴呆性高齢者のニーズに効果的に応えることができる個別の介護サービスの内容の明確化や普及のための取組を、合わせて進めることが求められる。そのためには、例えば、一定の程度類型化された痴呆性高齢者の状態像に応じた介護サービスのパッケージやプロセスの開発等が進められる必要がある。

痴呆の原因疾患に応じたケアの技法については、ようやく医療関係者により部分的にエビデンスの集積が始められた段階にあり、また、前述の「痴呆性高齢者に適したアセスメントとケアプランの作成指針」の普及と検証も介護サービス現場でエビデンスの集積を図るための第一歩に位置づけられるところであるが、系統的かつ効率的なエビデンスの収集と評価が可能となるよう、行政、第一線関係者、研究者が一体となった取組を早期に確立することが必要である。

他方、痴呆性高齢者の個別特性は多様であり、画一的なサービス提供に陥ることは、痴呆性高齢者の混乱に拍車をかける危険をはらんでいる。適切なアセスメントに基づいて、標準化されたサービスを柔軟に使いこなせる専門的人材を合わせて育成していく必要がある。

3 痴呆ケアモデルの存立基盤

家族や地域住民の痴呆に関する無理解と偏見は、地域の痴呆ケアにとっての大きな阻害要因である。家族や地域住民が痴呆に関する正しい知識と理解を有し、痴呆性高齢者と適切に関わることができれば、「時として痴呆性高齢者を追い詰めてしまう存在」から「痴呆性高齢者を地域で支援する担い手」へ転換することができる。

国民運動としての広報啓発キャンペーンの実施や優良なグループホーム等を地域における啓発拠点と位置づけるなど、戦略的な取組が必要である。

また、教育現場とも連携し、児童と要介護高齢者の交流の機会を広げていくことは、痴呆ケアに限らず、わが国の社会の将来にとって大変に重要な意義を有する。

参考図表

- 図表 1-1 介護サービス利用者数の推移：実数
- 図表 1-2 介護サービス利用者数の推移：2000年4月からの増加率
- 図表 2-1 介護サービス事業者数：実数
- 図表 2-2 介護サービス事業者数：経営主体別事業所数
- 図表 3 利用者アンケート調査の集計結果
- 図表 4 介護保険制度の費用構造
- 図表 5 被保険者数の推移
- 図表 6 要介護認定者数の推移
- 図表 7 要介護認定率の都道府県別の状況
- 図表 8 認定状況の変化
- 図表 9 特別養護老人ホーム申込者（在宅）の入所緊急性
- 図表 10 虚弱化したときに望む居住形態
- 図表 11 要介護度別のサービスの利用状況
- 図表 12 死亡場所の内訳・推移
- 図表 13 サービス種類別の保険給付額（2003年2月サービス分）
- 図表 14 居宅介護支援の流れ
- 図表 15-1 サービス担当者会議の開催状況
- 図表 15-2 ケアプランの状況
- 図表 16 グループホーム数の推移及び法人主体別割合
- 図表 17 国保連合会苦情申立内容別累計
- 図表 18 指定取消処分等の状況
- 図表 19 介護保険3施設における在所者の在所期間
- 図表 20 介護保険財政の状況について

参考 介護保険制度の概要

参考 介護サービスの利用手続

参考 介護保険制度における要介護認定の仕組み

参考 痴呆性老人自立度・障害老人自立度について

(図表 1-1 介護サービス利用者数の推移：実数)

	2000年4月	2001年4月	2002年4月	2003年1月
居宅サービス	97万人	142万人	172万人	194万人
要支援	17万人	22万人	26万人	31万人
要介護1	29万人	47万人	61万人	71万人
要介護2	17万人	29万人	36万人	39万人
要介護3	12万人	18万人	21万人	22万人
要介護4	10万人	14万人	16万人	16万人
要介護5	9万人	12万人	13万人	14万人
施設サービス	52万人	65万人	69万人	72万人
介護老人福祉施設	25万人	30万人	32万人	33万人
介護老人保健施設	19万人	24万人	25万人	25万人
介護療養型医療施設	7万人	11万人	12万人	13万人
合計	149万人	207万人	241万人	265万人

※ 出典：介護保険事業状況報告

※ 2000年4月分については、利用者区分が未区分（居宅3.6万人、施設8.2万人）の者があるが、これらについては、合計にのみ記載している。

(図表 1-2 介護サービス利用者数の推移：2000年4月からの増加率)

	2001年4月	2002年4月	2003年1月
居宅サービス	46.1%	77.4%	99.2%
要支援	26.9%	52.8%	80.3%
要介護1	64.7%	112.5%	147.3%
要介護2	67.6%	105.8%	127.8%
要介護3	53.9%	78.6%	92.2%
要介護4	39.2%	55.7%	63.2%
要介護5	37.7%	50.7%	55.5%
施設サービス	25.5%	32.9%	38.0%
介護老人福祉施設	22.5%	29.0%	32.7%
介護老人保健施設	27.9%	33.7%	36.2%
介護療養型医療施設	43.5%	58.8%	75.4%
合計	39.0%	61.9%	77.9%

※ 出典：介護保険事業状況報告

※ 2000年4月分については、利用者区分が未区分（居宅3.6万人、施設8.2万人）の者があるが、これらについては、合計にのみ記載している。

(図表 2-1 介護サービス事業者数：実数)

	2002年4月末	2003年4月末	増加率
訪問介護	15,260	17,592	15.3%
訪問入浴介護	2,846	2,887	1.4%
訪問看護	59,765	62,774	5.0%
訪問リハビリテーション	46,396	49,440	6.6%
通所介護	10,131	11,670	15.2%
通所リハビリテーション	5,691	5,828	2.4%
短期入所生活介護	5,077	5,330	5.0%
短期入所療養介護	6,667	6,797	1.9%
痴呆対応型共同生活介護	1,839	2,944	60.1%
特定施設入所者生活介護	412	551	33.7%
居宅療養管理指導	137,049	141,566	3.3%
福祉用具貸与	5,968	6,902	15.7%
居宅介護支援事業者	23,590	25,290	7.2%
介護老人福祉施設	4,792	4,978	3.9%
介護老人保健施設	2,838	2,942	3.7%
介護療養型医療施設	3,925	3,992	1.7%

(出典：WAM-NET)

(図表 2-2 介護サービス事業者数：経営主体別事業所数)

	社会福祉法人	地方公共団体	医療法人	営利法人	合計
訪問介護	5,214	256	1,462	8,281	17,177
訪問看護	674	1,403	14,140	643	62,680
通所介護	7,112	838	856	1,878	11,400
短期入所生活介護	4,712	432	39	29	5,227
グループホーム	818	26	687	1,091	2,832
特定施設	90	1	5	405	545

※ 平成15年4月現在。その他を省略しているため、合計は一致しない。

(出典：WAM-NET)

(図表3 利用者アンケート調査の集計結果)
(平成13年7月～平成14年1月実施分)

○ 利用者の属性
・保険者

[77保険者]

秋田県平鹿町、宮城県栗駒町、福島県三春町、茨城県の66市町村、埼玉県さいたま市、神奈川県横浜市、富山県砺波地方介護組合、三重県四日市市、大阪府池田市、愛媛県松前町、佐賀県伊万里市、長崎県西彼杵広域連合

・利用者の内訳

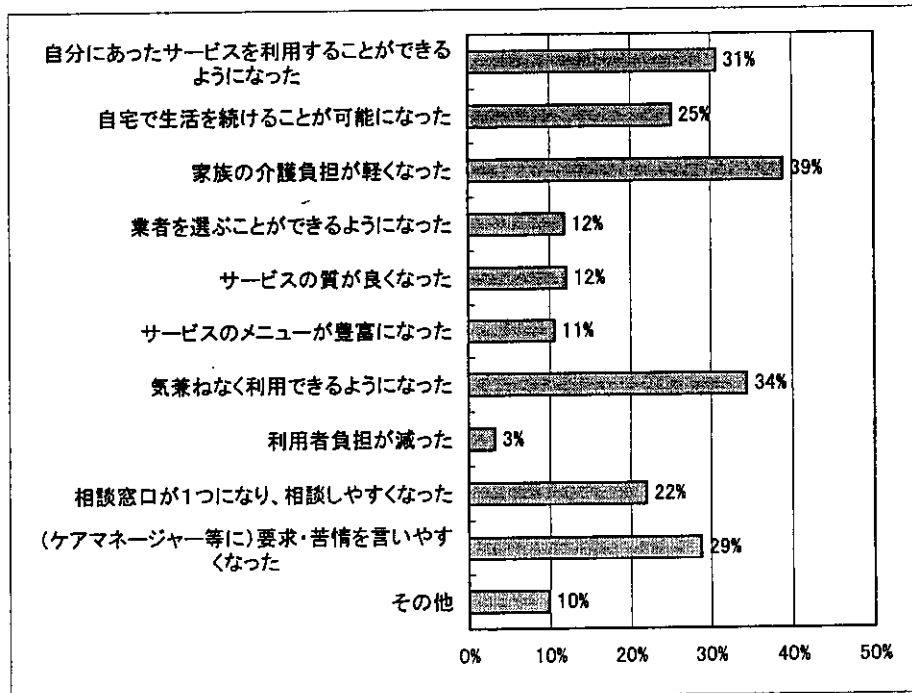
総回答者数	2,038
・13年5月以降利用者(12年4月以降の新規利用者)	639
・13年5月以降利用者(12年3月以前からの利用者)	894
・12年4月以降未利用者	505

○ 現行の制度における評価

平成12年3月以前からサービスを利用していた者の現在の制度に対する評価では、「家族の介護負担が軽くなった」、「気兼ねなく利用できるようになった」、「自分にあったサービスを利用することができるようになった」という回答が多い。

○現在の制度に対する評価(複数回答可)

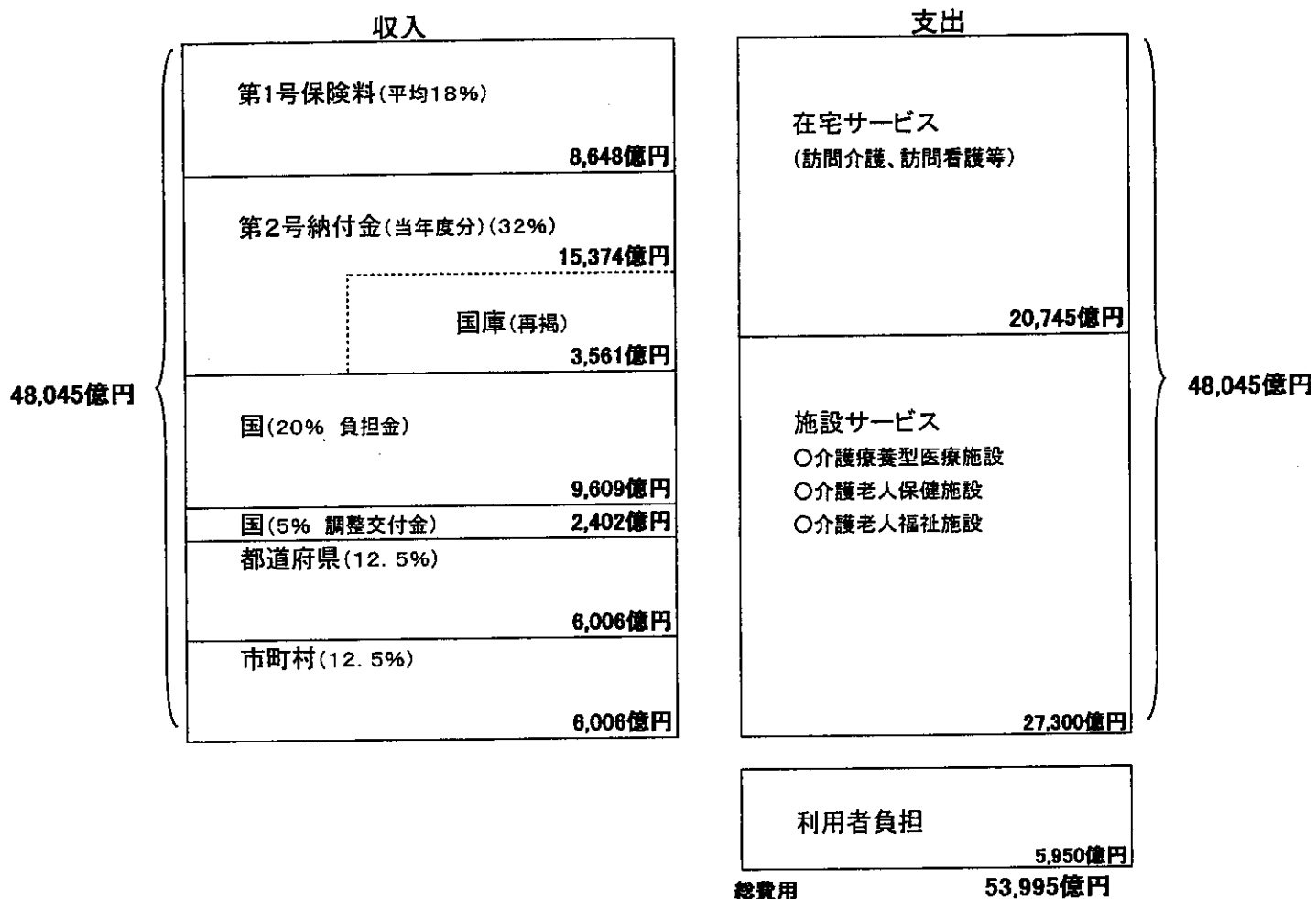
評 価	総数	割合
	894	
自分にあったサービスを利用することができるようになった	275	31%
自宅で生活を続けることが可能になった	225	25%
家族の介護負担が軽くなった	348	39%
業者を選ぶことができるようになった	106	12%
サービスの質が良くなった	108	12%
サービスのメニューが豊富になった	95	11%
気兼ねなく利用できるようになった	308	34%
利用者負担が減った	29	3%
相談窓口が1つになり、相談しやすくなった	197	22%
(ケアマネージャー等に)要求・苦情を言いやすくなった	258	29%
その他	88	10%



(図表4 介護保険制度の費用構造)

○平成15年度予算における費用構造

費用総額	-	利用者負担	=	給付費
53,995億円		5,950億円		48,045億円



- ※ 数字は、それぞれにおいて四捨五入しているため、合計において一致しない。
- ※ 第1号保険料は、平成15年度の給付費に充てられる額を計上。
- ※ 第2号納付金はこの他に精算分として△295億円(国庫負担(再掲)△31億円)がある。

(図表5 被保険者数の推移)

	2000年 4月末	2001年 4月末	2002年 4月末	2003年 3月末
被保険者数	2,165万人	2,247万人	2,322万人	2,393万人
増加率	—	3.8%	7.2%	10.5%

(出典：介護保険事業状況報告)

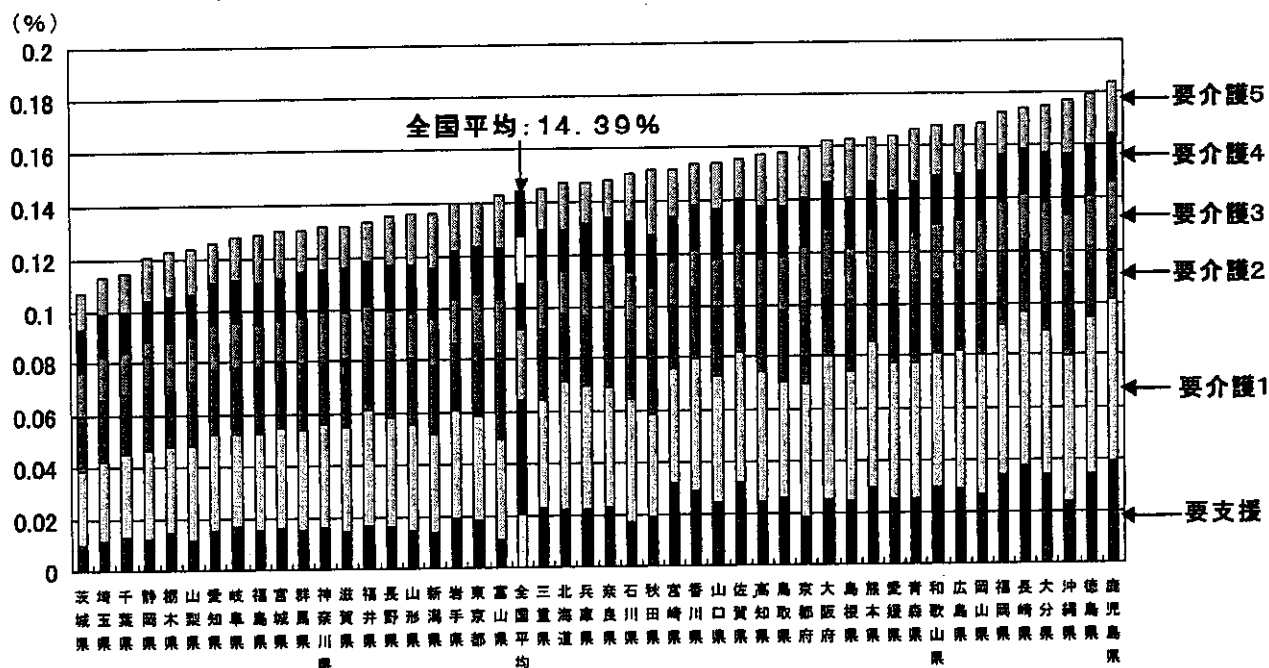
(図表6 要介護認定者数の推移)

	2000年4月末	2001年4月末	2002年4月末	2003年3月末
要支援	29.1万人	32.0万人	39.8万人	49.9万人
増加率	—	9.9%	36.9%	71.4%
要介護1	55.1万人	70.9万人	89.1万人	105.6万人
増加率	—	28.7%	61.6%	91.6%
要介護2	39.4万人	49.0万人	57.1万人	63.6万人
増加率	—	24.4%	45.0%	61.4%
要介護3	31.7万人	35.8万人	39.4万人	42.6万人
増加率	—	13.0%	24.4%	34.4%
要介護4	33.9万人	36.5万人	39.4万人	41.9万人
増加率	—	7.8%	16.2%	23.7%
要介護5	29.0万人	34.1万人	38.1万人	40.9万人
増加率	—	17.3%	31.3%	40.8%
認定者数合計	218.2万人	258.2万人	302.9万人	344.4万人
増加率	—	18.4%	38.8%	57.8%

(出典：介護保険事業状況報告)

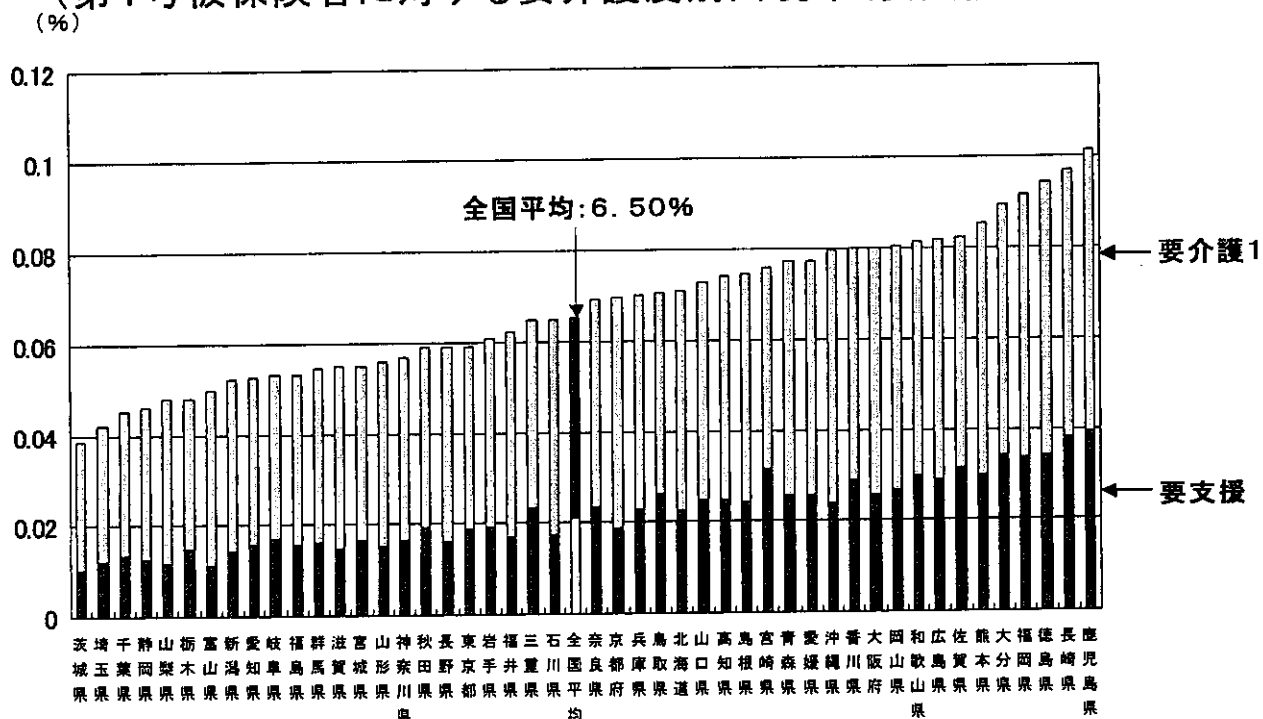
(図表7 要介護認定率の都道府県別の状況)

(第1号被保険者に対する要介護度別出現率(全体))



(出典:介護保険事業状況報告(2003年3月末))

(第1号被保険者に対する要介護度別出現率(要支援・要介護1))



(出典:介護保険事業状況報告(2003年3月末))

○ 要介護度の低い認定者の出現率は、地域格差が大きい。

最小 3.88% (茨城県) 最大 10.11% (鹿児島県)

(図表 8 認定状況の変化)

認定状況の変化 (H12.10認定者: 7,878人)

2002.10 2000.10	認定あり						認定なし	
	要支援 (439)	要介護1 (1,316)	要介護2 (1,010)	要介護3 (855)	要介護4 (957)	要介護5 (1,151)	小計 (2,150)	死亡 (再掲) (1,830)
要支援 (961)	32.4%	34.8%	8.4%	2.9%	1.7%	1.1%	18.7%	8.8%
要介護1 (1,967)	5.9%	39.8%	18.5%	8.4%	5.5%	2.4%	19.5%	14.8%
要介護2 (1,366)	0.5%	11.6%	31.8%	17.9%	10.2%	4.1%	23.9%	20.4%
要介護3 (1,157)	0.3%	2.6%	9.8%	27.8%	22.9%	10.3%	26.4%	23.9%
要介護4 (1,219)	0.1%	0.7%	1.4%	7.1%	29.9%	25.6%	35.3%	32.7%
要介護5 (1,208)	0.0%	0.1%	0.2%	0.8%	5.2%	50.2%	43.5%	41.4%
縦計	5.6%	16.7%	12.8%	10.9%	12.1%	14.6%	27.3%	23.2%

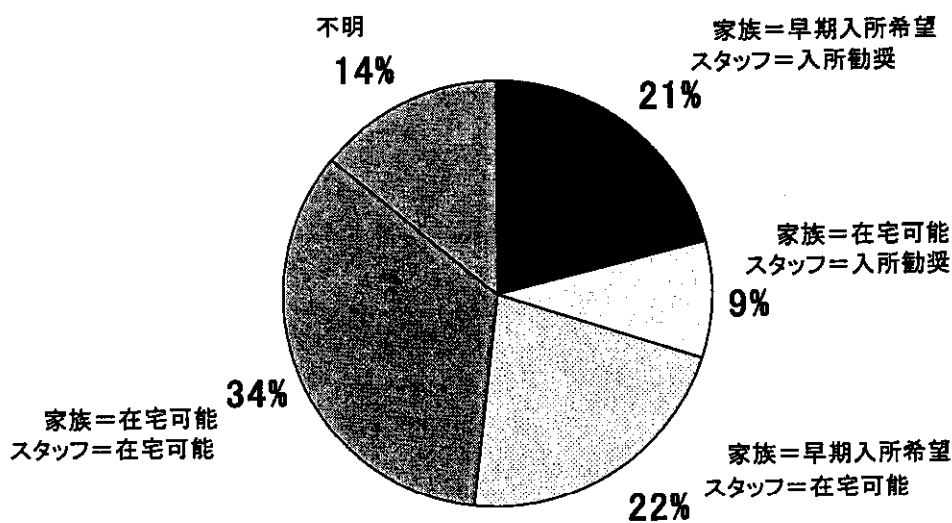
注1. () 内はN数 注2. 構成割合は、2000年10月時点の要介護度別認定者に対するもの。

※ 日医総研 川越雅弘主席研究員による調査研究。松江広域、出雲市、瑞穂町の被保険者を対象に分析。

<上記表より集計>

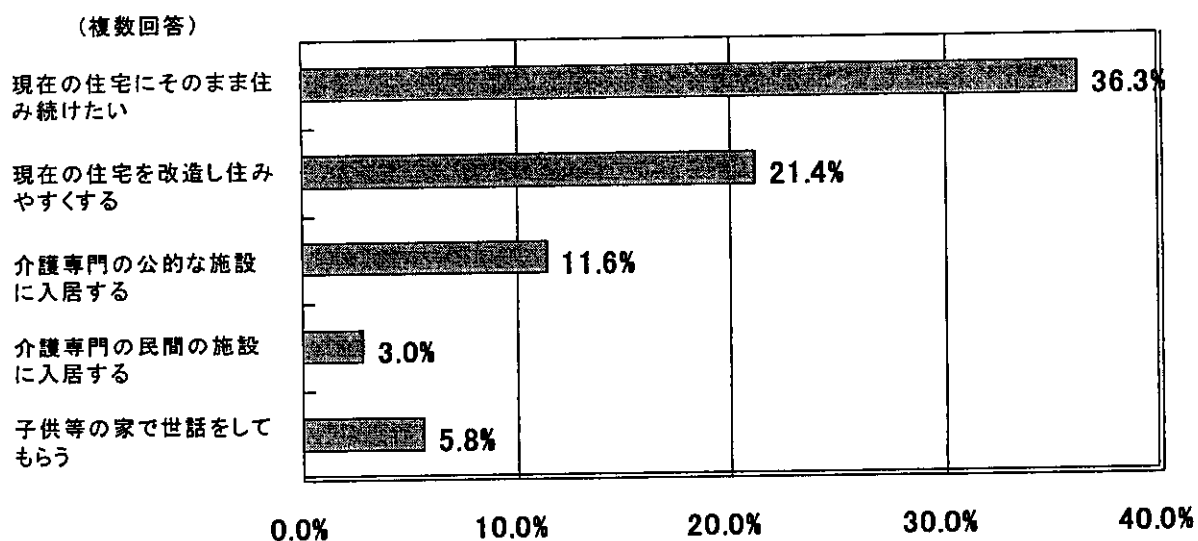
	改善	維持	重度化	認定なし	死亡(再掲)
要支援	—	32.4%	48.9%	18.7%	8.9%
要介護1	5.9%	39.8%	34.8%	19.5%	14.8%
要介護2	12.1%	31.8%	32.2%	23.9%	20.4%
要介護3	12.7%	27.8%	33.2%	26.4%	23.9%
要介護4	9.3%	29.9%	25.6%	35.3%	32.7%
要介護5	6.3%	50.2%	—	43.5%	41.4%
合計	7.8%	35.8%	29.1%	27.3%	23.2%

(図表9 特別養護老人ホーム申込者(在宅)の入所緊急性)



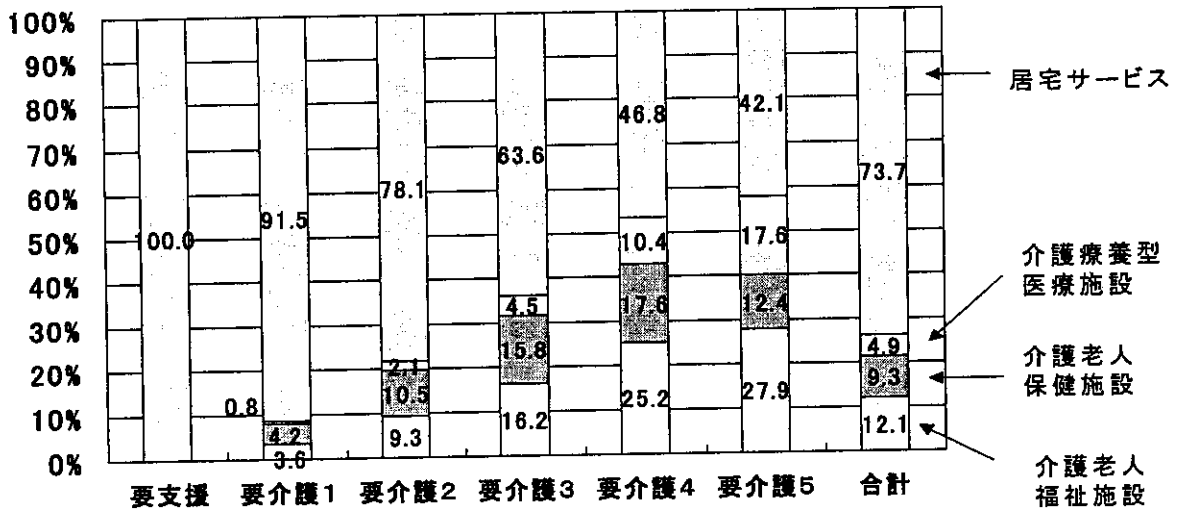
(出典:健保連調査 n=401人)

(図表10 虚弱化したときに望む居住形態)



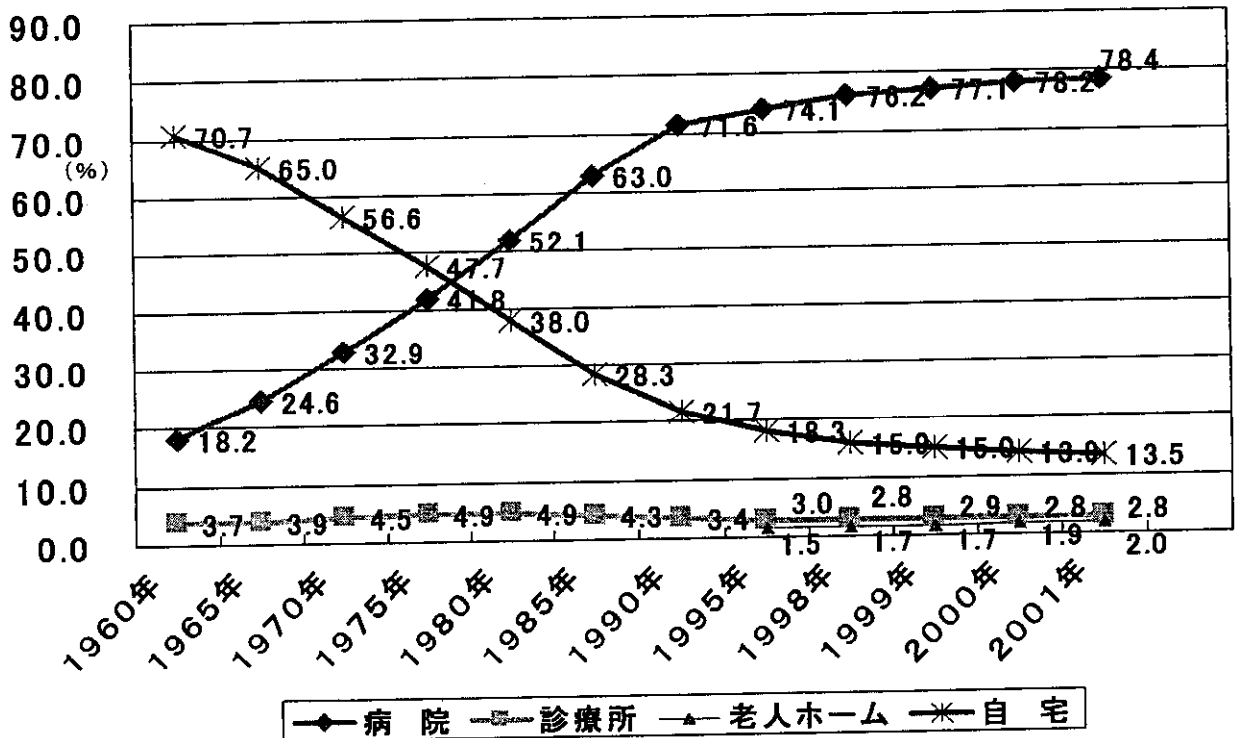
(出典:内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」(平成13年))

(図表 1 1 要介護度別のサービスの利用状況)



(出典:介護給付費実態調査月報(平成15年4月審査分))

(図表 1 2 死亡場所の内訳・推移)



(出典:平成13年 人口動態統計)

※1990年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている。

(図表13 サービス種類別の保険給付額(2003年2月サービス分))

サービス種類	保険給付額(億円)	
		対前年同月比
在宅サービス計	1,619	21.7%
病室対応型共同生活介護	66	87.0%
特定施設入所者生活介護	32	43.5%
訪問介護	410	25.7%
通所介護	354	21.4%
短期入所サービス	171	19.5%
居宅介護支援	141	17.6%
施設介護サービス計	2,082	6.1%
介護老人福祉施設	904	3.3%
介護老人保健施設	703	3.8%
介護療養型医療施設	474	15.7%
合 計	3,700	12.4%

(グループホーム)

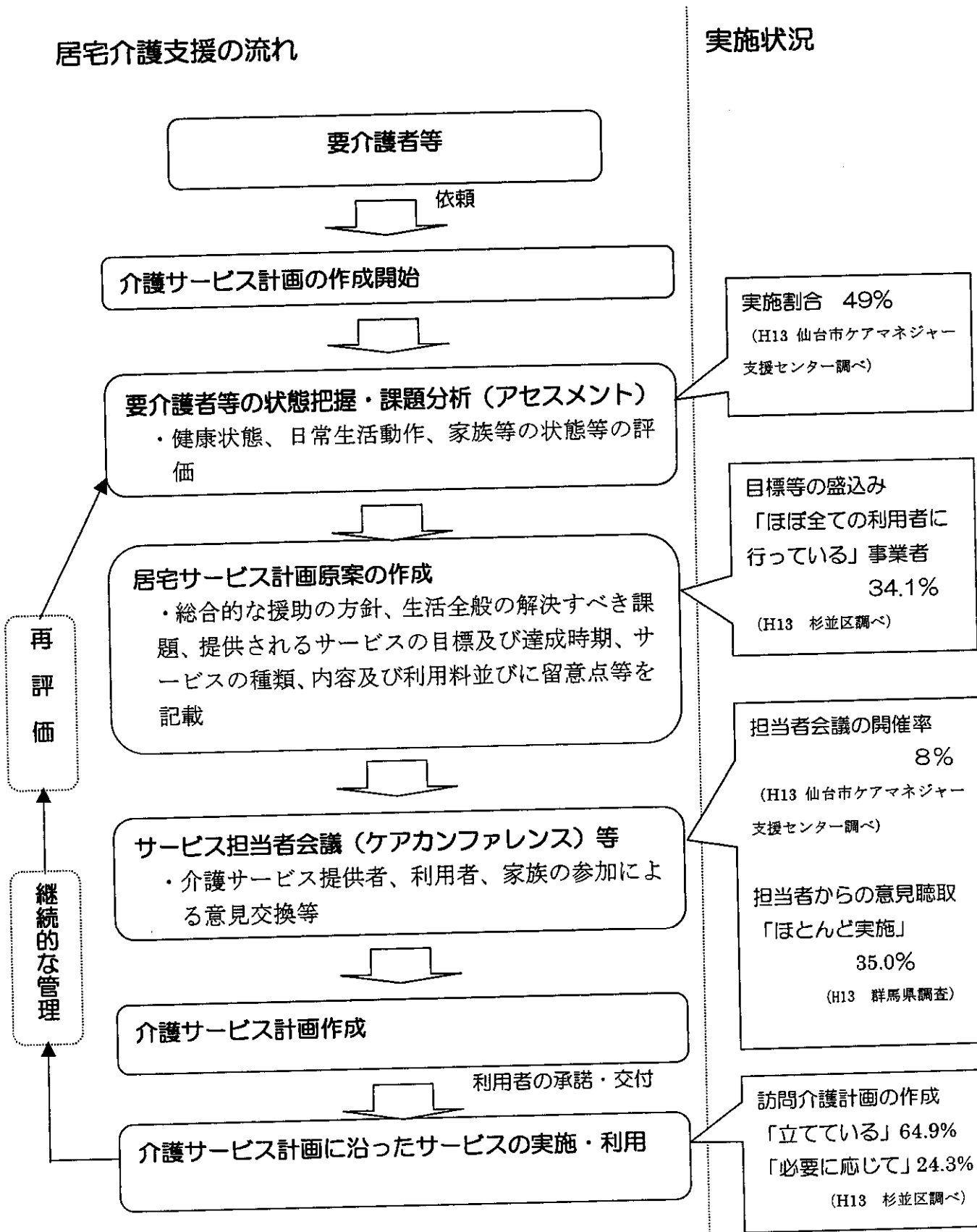
(有料老人ホーム等)

(注1) 各国保連の支払実績を集計したもの。

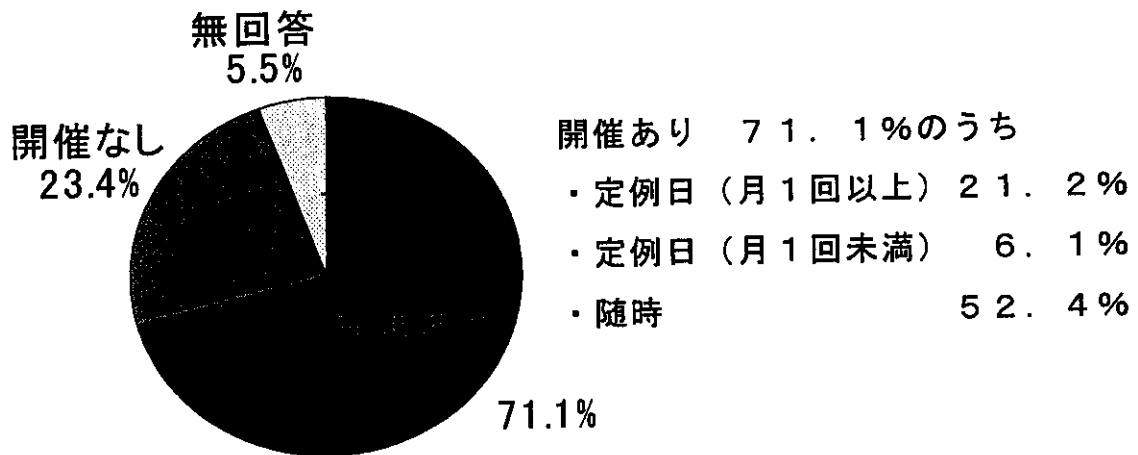
(注2) 福祉用具購入費、住宅改修費などの市町村が直接支払う分は除く。

(注3) それぞれ記載の単位未満で四捨五入しているため、計に一致しない場合がある。

(図表 1 4 居宅介護支援の流れ)



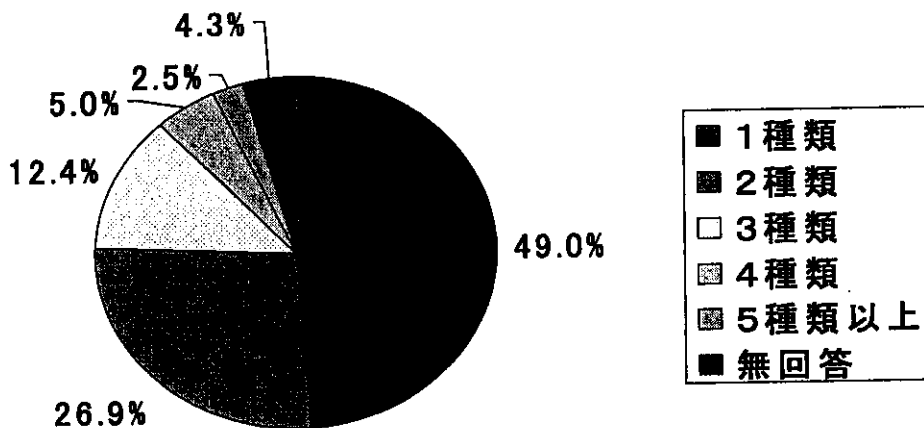
(図表 15-1 サービス担当者会議の開催状況)



(財)長寿社会開発センター「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成13年)

(図表 15-2 ケアプランの状況)

ケアプランに組み入れられているサービス種類別の利用者割合



(財)長寿社会開発センター「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成13年)

(図表 16 グループホーム数の推移及び法人主体別割合)

1 グループホーム数の推移

	H10.3	H11.3	H12.3	H13.3	H14.3	H15.3	ゴールドプラン21におけるサービス提供見込量 (平成16年度)
事業所数	31	103	266	903	1,678	2,832	3,200

(平成12年3月以前について、国庫補助対象事業所数
平成12年4月以降については、WAM-NET登録数)

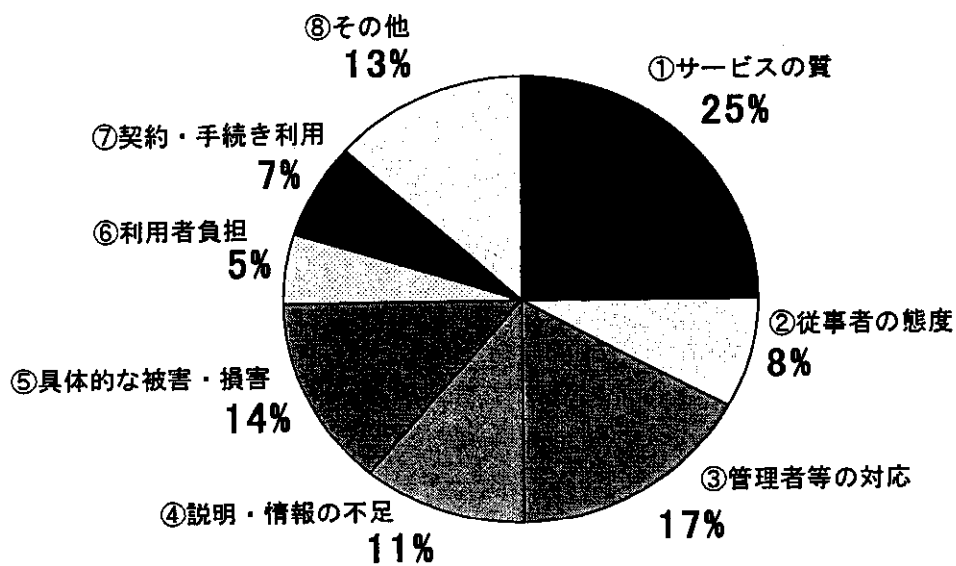
2 法人主体別割合

法人種別		割合
社会福祉法人(社協以外)		28.0
社会福祉法人(社協)		0.9
医療法人		24.3
民法法人(社団・財団)		0.5
営利法人		38.5
非営利法人(NPO)		6.4
農協		0.0
生協		0.2
上記以外の法人		0.3
地方公共団体	都道府県	0
	市町村	0.9
	広域連合・一組等	0.0
合計		100.0

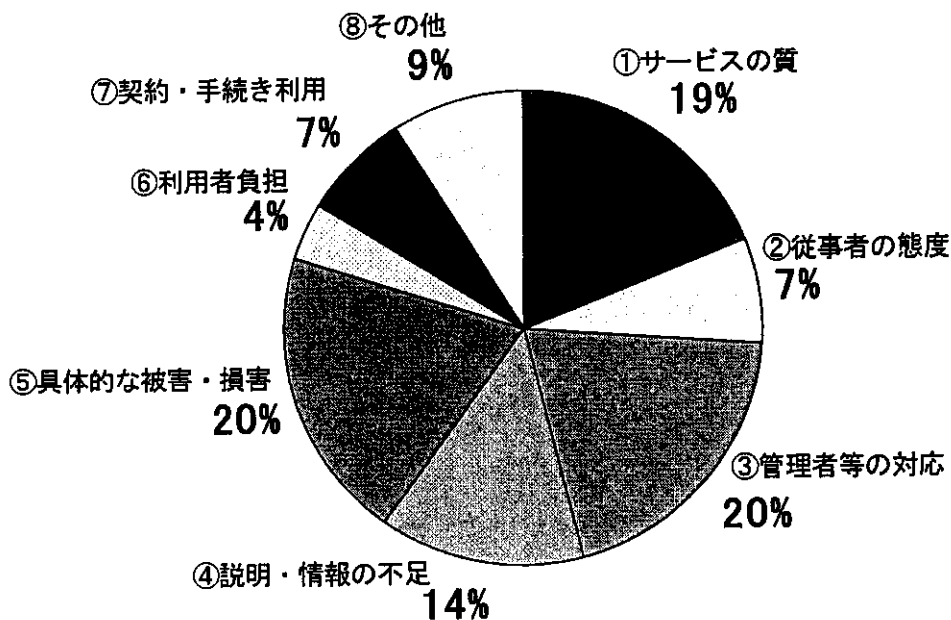
※平成15年4月現在、WAM-NET集計ベースより算出

(図表 17 国保連合会苦情申立内容別累計)

(平成13年4月分～平成14年3月分/398件)



(平成14年4月分～平成14年12月分/332件)



(図表 18 指定取消処分等の状況)

○ 平成12年4月～平成15年5月累計

80件 (27都道府県 75事業者 125事業所7施設)

1. 指定取消処分が行われた事業所及び施設

①不正請求、指定基準違反により指定取消処分が行われた事業所及び施設

63件 (25都道府県 59事業者 106事業所5施設)

②実態がなく、廃止(辞退)届が出されず、指定取消処分が行われた事業所及び施設

7件 (4道県 7事業者 8事業所1施設)

小計 70件 (26都道府県 66事業者 114事業所6施設)

2. 指定取消を前提に聴聞通知書を発出後、廃止(辞退)届が提出された事業所及び施設

9件 (5道府県 9事業者 10事業所1施設)

3. その他、指定取消に相当する事例として公表した事業所及び施設

1件 (1県 1事業者 1事業所)

○ 事業者の内訳

株式会社等	44事業者
医療法人	12事業者
特定非営利活動法人	6事業者
社会福祉法人	9事業者
個人	4事業者
合計	75事業者

○ 指定取消処分等を受けた事業者の内訳の推移

	平成12年度	平成13年度	平成14年度
株 式 会 社	3	9	30
医 療 法 人	3	3	4
特定非営利活動法人	—	3	3
社 会 福 祉 法 人	—	4	5
個 人	1	1	2
合 計	7	20	44

※単位は事業者数

(図表 19 介護保険3施設における在り者の在り期間)

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
3カ月未満	4.2%	22.7%	14.0%
3カ月～6カ月	5.3%	17.9%	11.2%
6カ月～1年	10.1%	19.3%	16.5%
1年～2年	17.9%	23.3%	35.6%
2年～3年	14.3%	10.5%	7.4%
3年～4年	10.6%	3.6%	4.4%
4年～5年	8.8%	1.2%	2.9%
5年以上	28.2%	1.3%	7.6%
不詳	0.5%	0.2%	0.4%
平均在り日数	1445.3日	395.4日	654.5日

(出典：平成13年 介護サービス施設・事業所調査)

※平成13年9月時点の在り者の在り期間別構成割合

(図表20 介護保険財政の状況について)

○ 総費用の推移・給付費の推移

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度
総費用	3.6兆円	4.6兆円	5.1兆円	5.4兆円
給付費	3.2兆円	4.1兆円	4.5兆円	4.8兆円

※ 平成12年度は11ヵ月分

※ 平成14, 15年度は予算ベース

○ 給付費の将来推計

	2002年度 平成14年度	2005年度 平成17年度	2015年度 平成27年度	2025年度 平成37年度
給 付 費	5兆円	6兆円	12兆円	20兆円
対 国 民 所 得	1.0%	1.5%	2.5%	3.5%
社会保障給付費に占める割合	6.1%	6.6%	9.0%	11.4%

※ 平成14年度は予算ベース

○ 第1号保険料について

1. 第1号保険料の推移

第1期 (12～14年度)	第2期 (15～17年度)
2,911円	3,293円 (+13.1%)

※ 第1号被保険者1人あたり全国平均
(月額・加重平均)

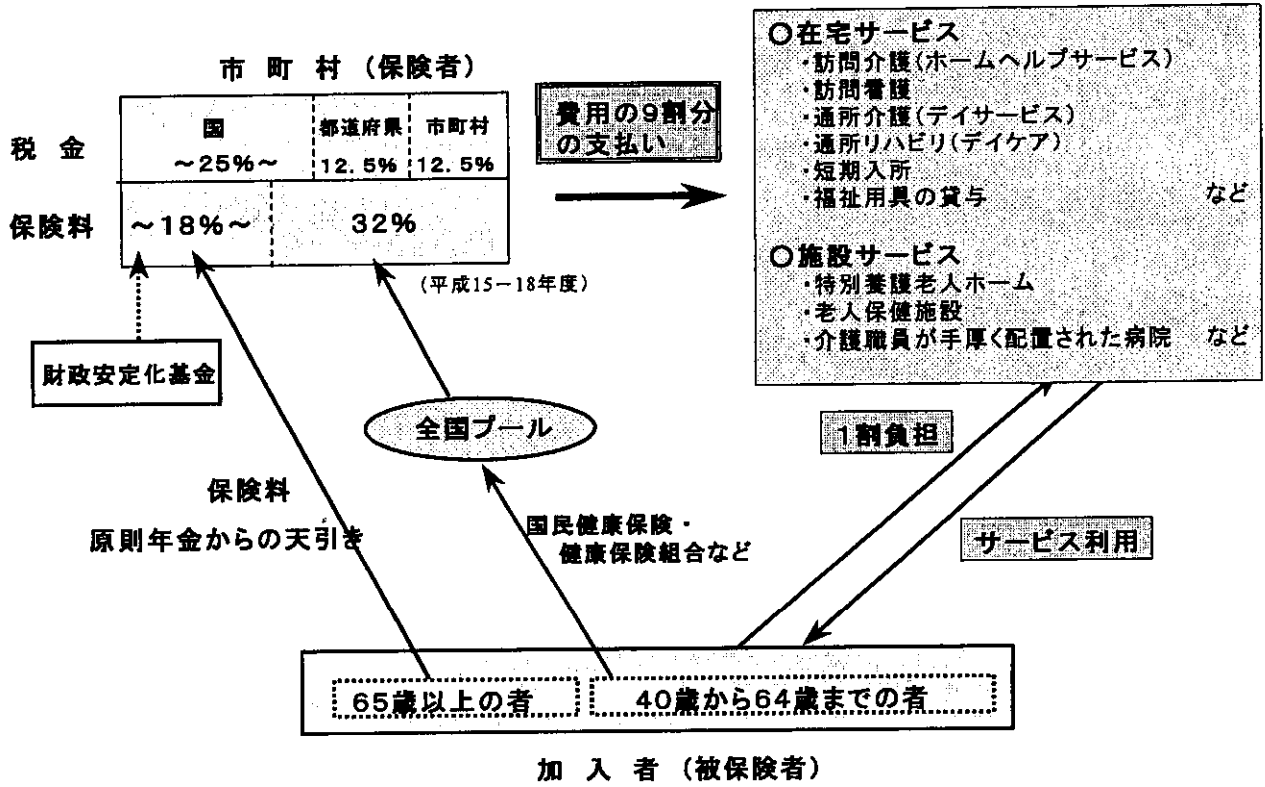
※ 保険料額は各保険者の基準額を平均
したもの

2. 第1号保険料基準額の分布状況(保険者数)

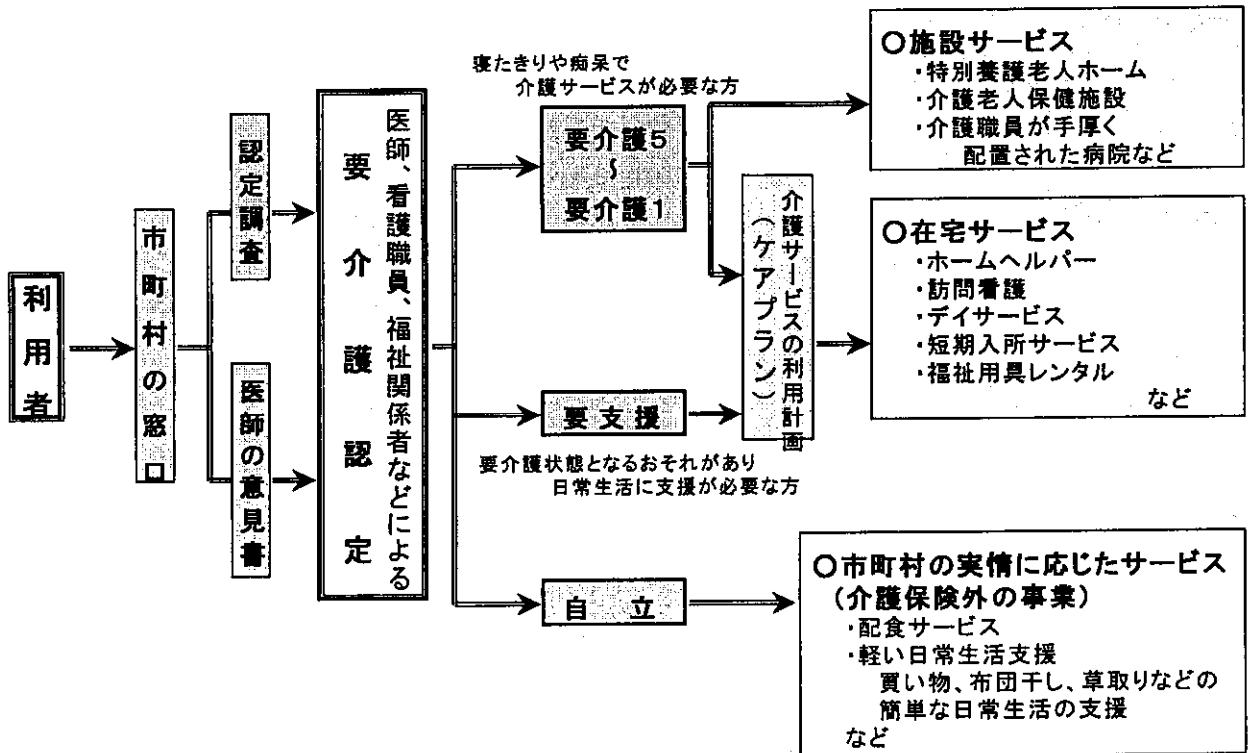
	第1期	第2期
1,500円超～2,000円以下	85(2.9%)	18(0.7%)
2,000円超～2,500円以下	617(21.3%)	263(9.5%)
2,500円超～3,000円以下	1,422(49.1%)	906(32.8%)
3,000円超～3,500円以下	673(23.2%)	842(30.5%)
3,500円超～4,000円以下	97(3.4%)	536(19.4%)
4,000円超～4,500円以下	1(0.0%)	142(5.1%)
4,500円超～5,000円以下	0(0.0%)	46(1.7%)
5,000円超～5,500円以下	0(0.0%)	6(0.2%)
5,500円超～6,000円以下	0(0.0%)	3(0.1%)
合計	2,895	2,762

※ 第2期において保険料を経過的に複数設定している広域保険者については、同一保険料地域ごとに1つとして計上している(2広域保険者で5地域)

(参考 介護保険制度の概要)



(参考 介護サービスの利用手続)



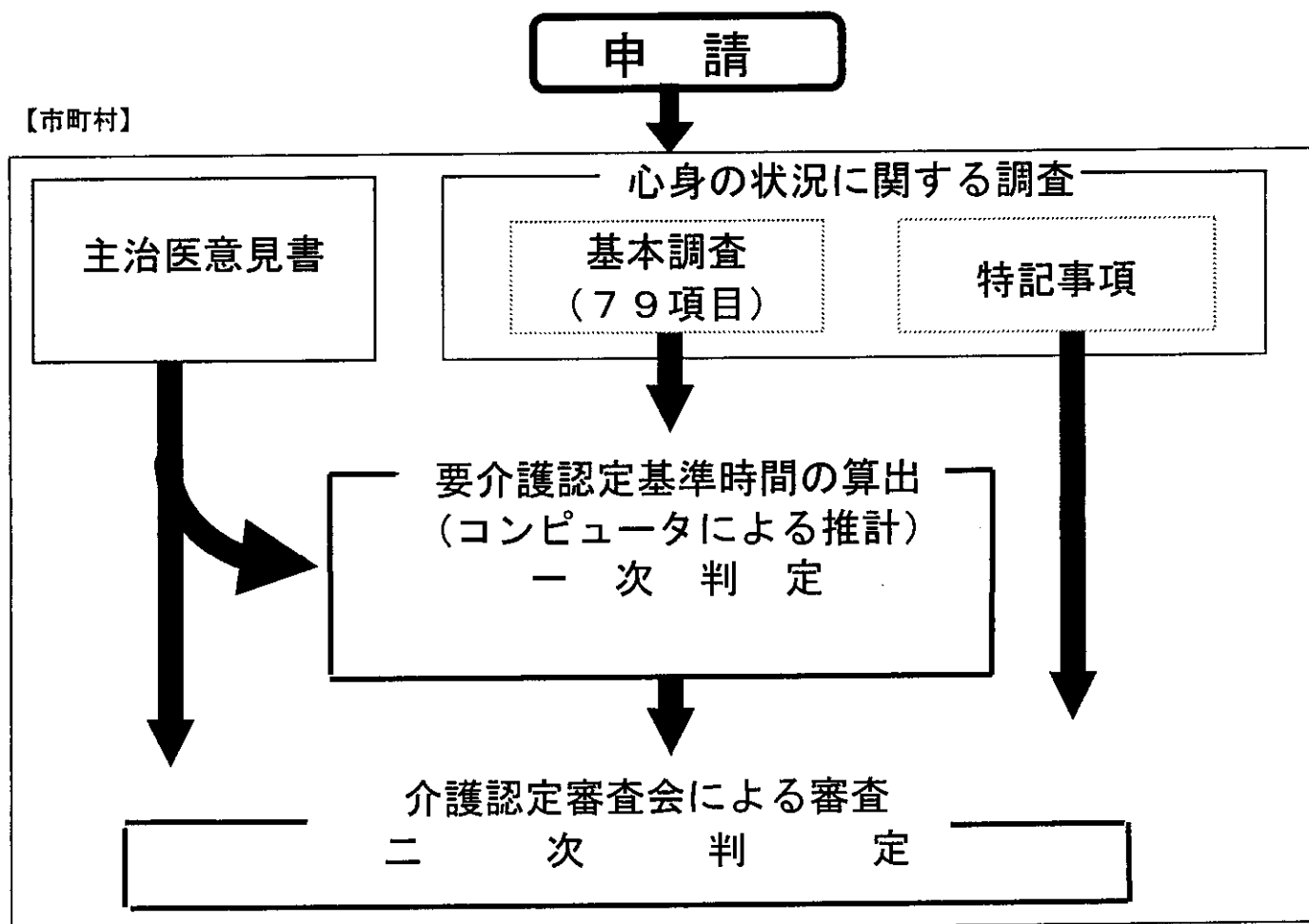
(参考 介護保険制度における要介護認定の仕組み)

1 要介護認定とは

- 介護保険制度では、寝たきりや痴呆等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要になった状態（要支援状態）になった場合に、介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすればどの程度かの判定を行うのが要介護認定であり、保険者である市町村に設置される介護認定審査会で判定される。
- 要介護認定は介護サービスの給付額に結びつくことから、その基準については全国一律に客観的に定める。

2 要介護認定の流れ

- 介護認定審査会は、保健・医療・福祉の学識経験者より構成され、高齢者の心身の状況調査及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定の結果（一次判定）と主治医の意見書等に基づき審査判定を行う。



3 要介護認定基準について

要介護認定は、「介護の手間」を表す「ものさし」としての時間である「要介護認定等基準時間」を下記基準にあてはめ、さらに痴呆性高齢者の指標を加味して実施するもので、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成11年4月30日厚生省令第58号）」として定められている。

要介護認定等基準時間の分類

直接生活介助	入浴、排せつ、食事等の介護
間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
問題行動関連行為	徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、じょくそうの処置等の診療の補助

要介護認定等基準

要支援	上記5分野の要介護認定等基準時間が 25分以上 32分未満 またはこれに相当する状態
要介護1	上記5分野の要介護認定等基準時間が 32分以上 50分未満 またはこれに相当する状態
要介護2	上記5分野の要介護認定等基準時間が 50分以上 70分未満 またはこれに相当する状態
要介護3	上記5分野の要介護認定等基準時間が 70分以上 90分未満 またはこれに相当する状態
要介護4	上記5分野の要介護認定等基準時間が 90分以上110分未満 またはこれに相当する状態
要介護5	上記5分野の要介護認定等基準時間が110分以上 またはこれに相当する状態

<参考>

平成14年度の老人保健健康増進等事業において、平成11年度からの要介護認定に関する研究や要介護認定結果の傾向を踏まえ、以下のような成果が報告されている。

要支援状態又は要介護状態については、おおむね次のような状態像が考えられる。

自立 (非該当)	歩行や起き上がりなどの日常生活上の基本的動作を自分で行うことが可能であり、かつ、薬の内服、電話の利用などの手段的日常生活動作を行う能力もある状態
要支援状態	日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の防止により要介護状態となることの予防に資するよう手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態
要介護状態	日常生活上の基本的動作についても、自分で行うことが困難であり、何らかの介護を要する状態

要介護状態については、おおむね次のような状態像が考えられる。

要介護1	要支援状態から、手段的日常生活動作を行う能力がさらに低下し、部分的な介護が必要となる状態
要介護2	要介護1の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態
要介護3	要介護2の状態と比較して、日常生活動作及び手段的日常生活動作の両方の観点からも著しく低下し、ほぼ全面的な介護が必要となる状態
要介護4	要介護3の状態に加え、さらに動作能力が低下し、介護なしには日常生活を営むことが困難となる状態
要介護5	要介護4の状態よりさらに動作能力が低下しており、介護なしには日常生活を営むことがほぼ不可能な状態

(参考 痴呆性老人自立度・障害老人自立度について)

痴呆性老人自立度

「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」

(平成5年10月26日厚生省老人保健福祉局長通知)

(1) ランクⅠ

何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

(2) ランクⅡ

日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

(3) ランクⅢ

日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。

(4) ランクⅣ

日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。

(5) ランクⅤ

著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

障害老人自立度

「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」

(平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知)

(1) ランクⅠ

何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる。

(2) ランクⅡ

屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない。

(3) ランクⅢ

屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。

(4) ランクⅣ

1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。