

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い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、日々の介護の苦労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