

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はなく、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することができるようになり、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、その希望に応え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えることができる。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。