

(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一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的一致）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、それのみでは、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なっているケース、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

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。