

## Ⅱ. 新たなサービス体系の確立

### 1. 地域密着型サービスの創設

#### (1) 地域の特性に応じたサービス

##### (新たな「サービスモデル」への対応)

- 介護サービスの面では、将来展望を踏まえ、「痴呆ケアモデル」や「独居モデル」にも対応できるよう、身近な生活圏域で高齢者の「生活の継続性」が確保されるようなサービス体制の整備を目指すことが今後の大きな課題となる。こうした新たな「サービスモデル」への対応という観点からは、個々のサービス内容の見直しだけでなく、「サービス体系」の在り方についても検討が必要となるものと考えられる。

##### (「サービス体系」の見直し)

- その点では、現行制度では、在宅、施設合わせて18種類に及ぶ介護サービスが規定されているが、これらは全国的に共通するサービスとして位置づけられていることから、基準や報酬が画一的で、その内容も必ずしも地域の特性に即したものとなっていないとの指摘がなされている。

したがって、地域の特性に応じて、多様で柔軟な形態のサービス提供が可能となるようなサービス体系の確立が求められる。

こうしたサービス体系の確立により、利用者にとっても身近な地域で、定型的・画一的なサービスだけでなく、地域特性に応じた多様なサービスを利用できるようになり、選択の幅が広がることとなる。

#### (2) 「地域密着型サービス」の内容

##### (「地域密着型サービス」の内容)

- こうした点を踏まえ、介護保険制度において、①従来の全国的に共通する「一般的なサービス」と並んで、②サービス利用が主として市町村の圏域内にとどまるような「地域密着型サービス」を新たに制度化していくことが考えられる。

地域密着型サービスの具体例としては、後述するような「小規模・多機能型」のサービスや「地域夜間対応型」のサービス、「痴呆専用型」のデイサービス、「地域見守り型」のサービス、要介護者を対象とする「小規模の居住系サービス」や「小規模の入所系サービス」があげられる。(図2)

- そして、サービスに関する基準や報酬の設定にあたっては、基本的な趣旨を踏まえ、定型的でなく、地域の特性に十分配慮した対応を行うとともに、地域の独自性や創意工夫を活かした新たな取組を積極的に汲み上げていく姿勢が望まれる。――

なお、地域密着型サービスの導入にあたっては、サービスの地域間格差を固定化することのないように、配慮する必要がある。

### (3)「地域密着型サービス」に関する指導監督

#### (事業者の指定・指導監督)

- 現行制度では、都道府県知事が介護サービス事業者の指定・指導監督を行い、指定の効果は全国に及ぶ仕組みとなっている。

これに対し、「地域密着型サービス」については、市町村が主体的な対応をとることができるよう、市町村長が事業者の指定・指導監督を行うとともに、市町村が介護保険事業計画に定めたサービス整備量を超える場合には指定拒否できる権限を市町村長に与える方向で検討する必要がある。また、介護報酬の設定においても、保険者である市町村の裁量を拡大していくことが考えられる。なお、この制度を導入する場合には、公平・公正な指定等を行うための透明性の高いプロセスの確保や、事務体制等の観点から小規模町村について広域化を推進することなど、その実施の方法については十分な検討が必要である。

一方、このような取組に合わせて、今後は、大規模・広域型施設の設置は極力抑制する方向で取り組むとともに、大規模な通所系サービス等についても、その適正化を図る必要が~~べき~~である。

#### (4) 痴呆性高齢者グループホームの取扱い

##### (痴呆性高齢者グループホームの位置付け)

- 現行制度では、痴呆性高齢者グループホームは都道府県知事が指定する扱いとなっているが、地域とのつながりを重視する観点から、「地域密着型サービス」の一つとして位置づけることも考えられる。これにより、市町村が直接、痴呆性高齢者グループホームの指定・指導監督を行い、市町村内における設置について主体的に関与することが可能となる。なお、この場合でも、前述の小規模町村における広域化の必要性等は同様である。

##### (「住所地特例」について)

- 痴呆性高齢者グループホームについては、いわゆる「住所地特例」の対象とすべきであるとの意見が強い。しかし、この「住所地特例」という措置は、住民でありながら介護保険制度上は別の市町村の被保険者として扱われるという極めて例外的な措置であり、前述のような形で市町村による関与が強化されるとするならば、「住所地特例」をあえて拡大する必要があるか、住所地特例制度の在り方も含め、慎重に検討する必要がある。~~べきである。~~

## **2. 居住系サービスの体系的見直し**

### (居住系サービスの意義)

- 高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするためには、自宅生活が困難となった時の選択肢として、「施設」以外の多様な「住まい」を整備していくことが重要となる。  
このため、有料老人ホームやケアハウスといった「居住系サービス」について、地域や入所者のニーズの多様化を踏まえ、以下のような体系的見直しを行うことが考えられる。

### （「特定施設入所者生活介護」の対象拡大）

- 居住系サービスに対するニーズに対応するため、適切な介護サービスの継続的・安定的な提供が担保されていることを前提に、「特定施設入所者生活介護」の対象を現行の介護付き有料老人ホームやケアハウス等以外にも拡大することが考えられる。また、居住系サービスについては、痴呆性高齢者グループホームの制度的な位置づけや住所地特例の在り方も含め、体系的な整理を行うことが必要である。

### （サービス提供形態の多様化）

- 入所者のニーズ等を踏まえ、居住系サービスにおける介護サービスや生活支援サービス提供形態について、現行のような「包括型」だけでなく、要介護状態になる前からの住み替えにも対応できるよう事業者間の連携による「外部サービス利用型」も認めるなど、その多様化を図っていくことが必要であり、こうした観点から基準・報酬設定の在り方についても検討する必要がある。~~べきである。~~

なお、現行は介護保険の対象となっていない養護老人ホームについても、上記のような居住系サービスの見直しを踏まえつつ、介護保険制度との関係をどのように整理するかについて検討を進め、早急に結論を得ることが必要である。

### （サービスの質の確保と利用者保護）

- 一方、こうした高齢者向けの住まいについては、入居一時金や表示の問題、介護サービス等の提供に関する契約の履行をめぐる問題も発生している。また、介護保険制度の創設により多様なサービス提供主体の参入が可能となったことから、無届の有料老人ホームやいわゆる「老人下宿」のような制度の隙間をついた劣悪なサービスも増加している。

居住系サービスの見直しに当たっては、上記のような規制緩和と併せて、契約内容等についての情報開示の徹底を図るとともに、利用者保護、公正取引の観点から適切な規制の在り方についても検討する必要がある。このような観点から、現行の老人福祉法における「有料老人ホーム」に対する規制について、その定義も含めた見直しを行う必要がある。~~べきである。~~

### 3. 医療と介護の関係

#### (医療と介護をめぐる課題)

- 介護保険制度においては、制度創設当初から、医療と介護との関係について種々の議論が行われてきた。これをめぐる課題としては、大別すると「サービスの間の連携」に関わるものと、医療保険制度と介護保険制度という「制度間の分担・調整」に関わるものがある。

#### (地域における医療と介護の包括的・継続的マネジメント)

- 要介護状態になる前からの介護予防や、医療ニーズの高い重度の要介護者の在宅ケアの推進といった方向性を踏まえると、地域における医療と介護の連携は、今後一層重要性を増してくる。このためには、まず、在宅、医療機関病院、施設といった場所の変化により医療と介護の連続性が失われることのないよう、地域における包括的継続的なマネジメント体制を確立していく必要がある。このような観点から、後述するケアマネジメントの見直しにおいても、主治医とケアマネジャーをはじめとする医療と介護の多職種連携をより一層評価していく必要がある。

#### (重度者に対応した医療型多機能サービス)

- また、難病など医療ニーズと介護ニーズを併せ合わせ持つ重度者への対応や、在宅におけるターミナルケアへの対応などの観点からは、訪問看護ステーションや地域に密着した医療機関を主体とし、訪問看護や居宅療養管理指導といった訪問系の医療サービスに家族等の介護負担の軽減（レスパイト）を兼ねた通所機能などを付加し、在宅療養をより一層支援していくことも一つの方向性として考えられる。

### (施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担)

- さらに、介護施設や痴呆性高齢者グループホームなどにおける入所者の重度化への対応という観点から、医療保険制度と介護保険制度の分担の在り方についての検討が必要である。

実態としても、特別養護老人ホームや痴呆性高齢者グループホーム、特定施設などにおいて終末期を迎えるケースが生じており、こうした施設や居住系サービスにおけるターミナルケアの在り方は大きな課題となっている。ターミナルケアに限らず、日常的な健康管理や緊急時の対応も含め、こうした施設や居住系サービス利用者が、外部の専門医療機関や訪問看護等を利用する場合について、医療保険との関係も含めた基準・報酬の在り方を検討していくことが必要であろう。

また、在宅との連携という観点からは、看護と介護の連携、施設入所時や短期入所時などにおける主治医の継続的な関わりやこれとの関連で施設における嘱託医の在り方問題などについても、利用者にとってより適切な医療サービスと介護サービスが提供される体制の在り方についてという観点から検討が求められる。

## 4. その他のサービスの見直し

### ①「小規模・多機能型」のサービスについて

#### (サービスの機能別類型化)

- 現行の介護保険サービスは、「在宅」と「施設」という二元的なサービス類型となっているが、生活圏域の中での多機能にわたるサービスを提供していく観点から、それぞれのサービスの機能に着目し、「訪問系サービス」「通所系サービス」「短期滞在系サービス」「居住系サービス」「入所系サービス」等に再編していくことが考えられる。

#### (「小規模・多機能型」のサービス)

- 「小規模・多機能型」のサービスとは、こうしたサービスの機能別類型化を踏まえ、小規模で、かつ「通い」「泊まり」「訪問」「居住」などの機能を利用者の視点に立って複合的に組み合わせ、利用者の状態の変化に応じて、継続的かつ包括的に提供する形態を総称するものである。

具体的には、多様な形態が考えられる。当初から小規模拠点に多機能にわたるサービスを備える形態もあれば、既存のものが機能を拡大する形態もある。例えば、小規模な通所系サービスが「通い」機能と併せ~~合わせ~~「泊まり」機能を持つ、あるいは、痴呆性高齢者グループホームが「居住」機能と併せ~~合わせ~~「通い」機能を持つ形態などである。いずれにせよ、「地域密着型サービス」の一つとして、地域の特性に応じた対応が求められる。

## ②「地域夜間対応型」や「地域見守り型」のサービスについて

- 今後増加する高齢者の独居世帯や重度者を在宅で支えていくためには、「夜間や緊急時の対応」が重要な意味を持つてくる。その点で、現行の訪問系サービスは、夜間は「定時」対応の巡回形態が中心であり、日中でも訪問は一定の時間帯に限られているため、夜間・緊急時の対応には限界がある。夜間・緊急対応のためには、個々の事業者が個別に対応するような形態ではなく、一定の地域を単位とし、その地域内の要介護者全体のニーズに「面的」に対応ができるサービス提供体制が求められる。

スウェーデンなどでは、夜間の対応として、地域ごとに介護担当者が巡回し、高齢者からの通報があった場合には直ちに対応がとれる態勢がとられている。~~またがって~~我が国においても、「地域密着型サービス」の一つとして、地域における「夜間対応型」や「見守り型」のサービスを~~を~~導入することも考えられる。

## ③訪問看護について

### (重度者の家族支援)

- 在宅ケアをめぐる課題の一つは、医療ニーズの高い難病などの要介護者の在宅療養の支援である。こうしたケースは、訪問系サービスだけでは限界があり、家族は常時の介護のため身体的にも精神的にも重い負担を負っている。一方、現行の通所系サービスでこうした医療面でのニーズに対応できるものは数少ない。

こうした状況の中で、訪問看護ステーションの現場で家族等のレスパイトのために、日中の一定時間要介護者を預かる取組組がはじまっており、家族支援に成果をあげている。このような機能を併せ合わせ持つ複合型のサービスについても、新たなサービス形態として検討を進めることが望まれる。

#### (訪問看護をめぐる給付調整の問題)

- また、現行制度では、医療保険制度の訪問看護との併用は末期の悪性腫瘍や難病等の場合に限定されており、さらに、痴呆性高齢者グループホームなどでは介護保険制度から訪問看護サービスへの給付は行えないこととなっている。ターミナルケアを含む医療ニーズへの対応という観点から、訪問看護については、介護保険と医療保険の間、あるいは在宅サービスの間での給付調整の在り方に関して見直しを検討していく必要がある。

#### ④地域における「痴呆ケア支援体制」と「権利擁護」について

##### (早期発見・診断と「主治医」の役割)

- 痴呆ケアにおいては、早期の段階からの適切な診断とこれを踏まえた対応が重要であり、その意味で「主治医」の果たす役割は大きい。痴呆に関する医学的知見の進歩には著しいものがあり、地域の主治医の多くが痴呆に関する新しい医学的知見を有し、適切な診断や対応を行うとともに、家族等に対して痴呆ケアに関する助言や情報提供を行う体制が確立できれば、在宅介護の大きな支えともなる。  
こうした観点から、今後、痴呆に関する主治医研修の充実や地域の専門医による主治医の支援体制を整備していくことが求められる。

##### (痴呆ケアのマネジメント支援)

- また、利用者本位の視点に立った痴呆ケアの普及を図るためには、サービス従事者や管理者に対する研修を充実することと併せてあわせ、痴呆性高齢者の特性に配慮したアセスメントやケアプラン作成のための支援ツールの開発などの取組を進めていくことも重要である。

### **(権利擁護への取組み)**

- 痴呆性高齢者の増加を踏まえ、虐待の防止や権利擁護のためのシステムを確立していくことも重要な課題である。後述の「地域包括支援センター（仮称）」も活用しつつ、地域の高齢者の実態把握や総合相談、さらには、高齢者虐待に関する関係機関のネットワーク化や、成年後見の利用支援、社会福祉協議会が実施している地域福祉権利擁護事業の在り方なども含めた地域における権利擁護のための支援体制を強化していく必要がある。

## **⑤家族支援と現金給付について**

### **(家族支援の必要性)**

- 新たなサービスモデルとしては、「家族同居モデル」だけでなく「独居モデル」にも対応できるサービス体制の整備が求められるが、一方では、痴呆ケアの最も困難なケースを現に家族等が介護していることから見ても、介護を行っている家族等に対する支援をどう考えるかは重要な検討課題である。

その点で、介護保険制度においては家族介護に対する「現金給付」の取扱いが制度創設時から大きな争点となってきた。

### **(現金給付をめぐる議論)**

- 1996年（平成8年）の老人保健福祉審議会の最終報告においても、現金給付については、積極的な意見と消極的な意見が併記された。すなわち、現金給付に積極的な意見として、①公的介護と家族介護の選択を認めるべき、②現物サービスを受けられない場合には保険料負担に対する見返りが必要、③介護により休退職した場合の収入減を補填すべき、などの意見がある一方、

現金給付に消極的な意見として、①現金の支給により家族介護が固定化するおそれがある、②重い状態が継続する方が現金を受けられるため、高齢者の自立支援を阻害する、③介護が密室化するとともに、介護の質の確保ができない、④サービス基盤の充実を阻害する、などの意見があった。

- その後、与党内における議論等を経て、最終的には「家族介護に対する現金支給は、原則として当面行わない」こととされた。しかし、その後もこの問題は、制度施行を控えた時期に改めて政治問題となるなど、常に論議の的となってきた。

#### (制度施行後の状況)

- 介護保険制度の施行後4年を経て、当初の予想以上にサービスの利用は拡大した。したがって、制度設計時に議論となった「利用者が現物サービスを受けられない場合の保険料負担の見返り」としての現金給付の意義は薄れてきていると考えられる。また、国民の意識も「家族だけに介護されたい」とする者の割合が大幅に減少するなど、現金給付をめぐる状況は制度創設時と比べ大きく変化してきている。

さらに、現金給付を導入した場合には、介護費用はさらに大きく増大するおそれがあることから、財政的な面からも現金給付に対する消極的な意見が強まっている。

#### (家族支援の在り方)

- 一方、介護サービスを利用していない場合だけでなく利用している場合でも、多くの家族は何らかの心理的な負担や孤立感を感じており、特に、痴呆性高齢者を介護している家族の場合にこの傾向が強い。これに対して、市町村が実施している家族支援事業の多くは、家族への金品や介護用品の支給などであり、こうした家族のニーズには必ずしも十分に対応できていないとの指摘がある。

こうした点も踏まえ、今後、家族に対する相談・支援体制の強化を図るとともに、地域における「見守りサービス」や前述の医療型多機能サービスなどの家族のレスパイトサービス~~等~~の充実を図っていく必要がある。