

## 第2 制度見直しの具体的内容

- 第1では、介護保険制度見直しの「基本的な考え方」を述べてきたが、ここでは、それを踏まえ、制度見直しの具体的内容として、①給付の効率化・重点化、②新たなサービス体系の確立、③サービスの質の確保・向上、④負担の在り方の見直し、⑤制度運営の見直しの5つの観点から、検討すべき課題を取り上げることとする。

### I. 給付の効率化・重点化

#### 1. 総合的な介護予防システムの確立

##### (1) 基本的な考え方

##### 『予防重視型システム』への転換)

- 介護保険制度については、制度の「持続可能性」を高める観点から、将来を見据え思い切った「給付の効率化・重点化」を進めていく必要がある。そのためには、個々のサービスについて必要な見直しを行うだけでなく、制度全体を『予防重視型システム』へと構造的に転換していくことが重要である。

##### (ケアマネジメントの重要性)

- 介護保険制度の基本理念である「自立支援」の観点からすれば、介護サービスが利用者の要介護状態の改善や悪化防止を目標に提供されることはむしろ当然の前提である。介護保険制度創設と同時に導入されたケアマネジメントは、まさに、利用者一人一人の心身の状況や能力を適切に評価し、本人の自立支援の観点から必要な介護サービスを提供するための仕組みであり、現在の介護予防をめぐる課題の多くは、「マネジメント」が本来の機能・役割を十分に果たしていないことに起因している部分が大いと考えられる。

その意味で、「総合的な介護予防システム」の確立のためには、Ⅲで後述する「ケアマネジメントの体系的見直し・強化」が不可欠であり、両者が一体となって初めて真の意味での『予防重視型システム』への転換が実現されると言っても過言ではない。

### (予防重視型システムへの視点)

- 『予防重視型システム』への転換を進める上では、要介護高齢者の状態像についての科学的・体系的な把握・理解が不可欠である。この点に関して、平成16年1月に取りまとめられた「高齢者リハビリテーション研究会」(座長：上田敏(財)日本障害者リハビリテーション協会顧問)の報告書を踏まえつつ整理すると、以下のとおりである。

### (対象となる高齢者の状態像－3つのモデル－)

- まず、介護予防・リハビリテーションにおいては、「高齢者の状態像」に応じたアプローチが重要である。高齢者の状態像としては、上記の報告書では、大きく次の3つがあげられている。
  - ①「脳卒中モデル」：脳卒中や骨折等を原因疾患とし、急性に生活機能が低下するタイプ。要介護3以上の中重度者に多い。
  - ②「廃用症候群モデル」：廃用症候群(生活の不活発さによって生じる心身機能の低下)や変形性骨関節症などのように徐々に生活機能が低下するタイプ。要支援、要介護1等の軽度者に多い。
  - ③「痴呆モデル」：上記に属さない、痴呆などを原因疾患とする要介護者のタイプ。

### (今後重要となる「廃用症候群モデル」)

- 上記のうち、これまで我が国で主要な対象となってきたのは「脳卒中モデル」であるが、今後は「廃用症候群モデル」の重要性が高まるものと考えられる。

実際、介護保険制度において著しく増加しているのは、要支援、要介護1などの軽度者であり、今や全体の5割近くを占めるに至っているが、こうした者の多くは「廃用症候群モデル」に該当する者である。これらの軽度者の原因疾患は筋骨格系の疾患をはじめとした慢性疾患が多く、下肢機能の低下や栄養状態の悪化による生活機能の低下、環境変化をきっかけとした閉じこもりや初期の痴呆・うつなど、要介護状態に至る過程や要介護状態の態様は様々である。

### （「廃用症候群モデル」への対応）

- こうした人々に対しては、要介護となった原因やそれまでの生活歴、本人を取り巻く環境要因の変化等を十分に踏まえ、本人の能力を適切に評価して、それをできる限り引き出すことが重要である。

この点で、これまでの医療や介護の現場での「過度の安静」の指導や「かわいそうだから何でもしてあげるのが良い介護である」といった考え方が、かえって本人の能力の実現を妨げ、いわゆる廃用症候群を引き起こしているとの指摘がある。例えば、歩行できるにもかかわらず、不適切な車いすの使用により、次第に歩行不能に陥る場合や、家事を行う能力があるにもかかわらず、家事代行型の訪問介護サービスを利用し続けることにより、能力が次第に低下し、家事不能に陥る場合もあると指摘されている。

### （介護予防・リハビリテーションの基本的在り方）

- こうした「廃用症候群モデル」に対する介護予防・リハビリテーションについては、
  - ① 生活機能低下の危険性を早期に発見し、軽い段階から短期・集中的な対応を行うこと、
  - ② サービスの提供は必要な時に、比較的短期間に限定して、計画的に行うこと、
  - ③ 高齢者の個別性や個性を重視し、一人一人に応じた効果的なプログラムを用意することが、基本的な在り方として求められる。

## （２）「総合的な介護予防システム」の全体像

### （現状における課題）

- 一方、我が国の現状は、こうした基本的な在り方とは、かなり、かけ離れた状況にあると言わざるを得ない。

現行制度で高齢者に対し介護予防・リハビリテーションの観点から提供されているサービスとしては、市町村事業として実施されている「老人保健事業」や「介護予防・地域支え合い事業」のサービス、介護保険制度における「予防給付」や「介護給付」の一部、医療保険制度におけるリハビリテーションの一部など様々なものがある。

しかし、これらのサービスは、①制度・事業の一貫性や連続性に欠け、対象者に空白や重複があること、②サービス内容も統一性がなく、各職種間の連携も十分でないこと、③対象者のニーズ・状況に関する確なアセスメントや、サービスの結果に対する適切な評価が行われていないことなど、多くの課題を抱えている。

### （「総合的な介護予防システム」の在り方）

- このため、前述の基本的な在り方を踏まえ、現行の制度・事業を再編成した「総合的な介護予防システム」の確立を目指すことが重要である。具体的には、要介護状態になる前の段階から要支援、要介護1程度までの高齢者について、統一的な体系の下で、効果的な介護予防サービスを提供するシステムを構築することであり、その観点から、①統一的な介護予防マネジメントの確立、②市町村事業の見直し、③新・予防給付の創設が求められる。（図1）

ドイツの介護保険制度では、介護給付の利用者は給付を受ける前に適切なりハビリテーションを受けることが義務づけられている（「リハビリテーション前置主義」）が、我が国においても、こうした介護予防システムを確立し、『予防重視型システム』への構造的な転換を図ることが望まれる。

## （3）統一的な介護予防マネジメントの確立

### （介護予防におけるマネジメントの重要性）

- 本章の冒頭でも述べたように、現在の介護予防をめぐる課題の多くは、「マネジメントシステムの在り方」に起因していると考えられる。具体的には、①要介護状態になる前の段階からの市町村による介護予防事業と介護保険制度のサービスの両者を貫く統一的なマネジメントが欠如しているという『体系上の問題』があるとともに、さらに、②軽度者の多様な状態像を踏まえつつ、早期に対象者を発見し、明確な目標と期間を設定して短期・集中的にサービスを実施・評価し、仮に一定期間内に効果がなければサービス内容や提供主体の変更も求めるといった「予防重視型マネジメント」が十分に制度化されていないという『内容・プロセスに関する問題』がある。

- したがって、総合的な介護予防システムを確立するためには、いわゆる「廃用症候群モデル」に該当する者が多く、その状態像も多様な軽度者の特性を踏まえ、「アセスメントの実施」や「介護予防プランの策定」に始まり、短期間に集中的なサービス実施を行った後の「再アセスメント」に至るまでの一連のプロセスを管理する『介護予防マネジメント』をいかに構築するかが極めて重要となる。

#### (介護予防マネジメントの責任主体)

- こうした特性を有する介護予防マネジメントについては、
  - ① 明確な目標設定を行い、短期間に集中的にサービス実施と評価を行うという点で、長期継続管理・多職種協働を重視する介護給付のマネジメントとは、内容がかなり異なること、
  - ② 要支援や要介護状態になる前の段階からを対象としており、その意味で地域の高齢者全般を視野に入れる必要があり、また、新・予防給付に基づくサービス利用後、要介護認定で「非該当」となった場合のフォローアップは、後述の市町村事業で担うことになること、
  - ③ 市町村は、老人保健事業をはじめとする保健事業の実績や保健師などの専門的な人材を有していること、などから考えると、その責任主体としては、市町村が最もふさわしいものと考えられる。  
なお、この場合のケアマネジャーの関わりについては、さらに検討が必要であるとの意見があった。

#### (4) 市町村事業の見直し

##### (事業の一元化)

- 介護予防の観点から見ると、前述したように、要支援や要介護状態になる前の段階から生活機能低下の危険性を早期に発見し、適切な介護予防サービスを提供することが重要である。  
このため、現在、介護予防の観点から公費に基づく市町村事業として実施されている「老人保健事業」や「介護予防・地域支え合い事業」についてはこれまでの事業の評価に基づき、これを基本的に見直し、サービス内容を介護予防に効果的なものに切り換えるとともに、市町村が介護保険制度などと有機的な連携を保ちながら、積極的に事業展開することが可能となるようなものへと一元化していくことが必要である。

なお、その具体的な内容については、後述する介護保険制度の「新・予防給付」との整合性に留意することが望まれる。

### **(事業の位置づけ)**

- こうした市町村事業の位置づけについても、「総合的な介護予防システム」の観点から再検討することが望まれる。具体的には、これらの事業は高齢者のみならず65歳未満の者も対象としており、介護保険制度の新・予防給付との一貫性や連続性を考慮して、介護保険制度内の事業として位置づけ直すことが考えられる。

これについては、介護保険財政に与える影響等を考慮する一方、介護予防が介護費用の増大を抑制する効果も踏まえ、介護保険制度を補完する事業として、総合的な検討が望まれる。

なお、市町村事業の位置づけについては、①介護予防効果に関する定量的な分析をさらに進める必要があること、②社会保険制度として実施すべき内容かどうかの吟味を行う必要があることから慎重な検討が必要であるとの意見があった。

## **(5)「新・予防給付」の創設**

### **(「新・予防給付」の必要性)**

- 介護保険制度におけるサービスについても、軽度者の状態の改善・悪化防止に必ずしもつながっていないとの指摘が強い。このため、現行の要支援者を対象とする「予防給付」と、要介護者を対象とする「介護給付」の一部を再編成し、対象者や給付内容を見直した「新・予防給付」を創設することについて検討が求められる。

この新・予防給付については、介護予防の観点から、①明確な目標と実施期間の設定、②個別性の重視、③多様なサービス内容、④民間サービスや地域資源の積極的活用、といった考え方を基本とし、以下のような制度設計とすることが考えられる。

### **(対象者と「スクリーニング」)**

- まず、新・予防給付の対象者は、現行の「要支援」及び「要介護1」に該当する者が基本となる。ただし、例えば「要介護1」に該当する場合であっても、痴呆の症状等により介護予防が適切とは考えられないケースがある一方で、「要介護2」であっても介護予防が有効とされるケースも考えられる。

したがって、高齢者について、介護予防の対象者としてふさわしいかどうかを適切にスクリーニングすることが重要である。そして、このスクリーニングについては、要介護認定手続と一体的に行うなど効率的な手法を検討することが望まれる。

#### （「アセスメント」と「予防給付プラン」の作成）

- 前述のように、新・予防給付の対象となる軽度者の状態像は多様であることから、効果的な予防給付を提供するためには、一人一人の心身の機能を含む生活機能を把握する「アセスメント」を行うとともに、そのアセスメント結果に基づき、状態像に合った個別の「予防給付プラン」を作成する必要がある。

予防給付プランにおいては、サービス実施後の評価ができるよう明確な目標と実施期間を設定することが重要であり、この場合、利用者自身が効果を実感できるような、分かりやすい目標設定とすることが望まれる。

#### （給付の内容）

- 新・予防給付のサービスは、個々人の状態像に応じ、多様な内容のものが提供される必要がある。具体的なサービス内容については、その成果が科学的に検証されたものでなければならないことは言うまでもない。このような観点から、既存のサービスについて、介護予防の視点を踏まえた見直しを行い、適切かつ必要なサービスについては、新・予防給付のサービスメニューに盛り込んでいくことが重要である。

さらに、介護予防に関する研究を進めつつ、新たなサービスについても導入を検討していく必要がある。前述のような軽度者の状態像を踏まえると、例えば、筋力向上トレーニング（機械器具を使うものに限らない）、転倒骨折予防、低栄養予防、口腔ケア、痴呆症状の進行や閉じこもりの予防、フットケアなどが考えられるが、いずれにしても、どのようなサービスメニューを盛り込むかについては、モデル事業の実施等を踏まえ、さらに具体化と類型化を図る必要がある。

(サービス提供主体)

- 多様なサービス内容を用意していくためには、サービス提供主体についても、公共的な主体のみならず、民間事業者や地域のボランティア組織等様々な地域の社会資源を有効に活用することが求められる。

また、できる限り現場の創意工夫が活かされるよう、介護保険制度から支払われる報酬についても、例えば、月単位やプログラム単位の包括的な設定とするなど、柔軟性のある仕組みを検討する必要がある。