

『2015年の高齢者介護』 (高齢者介護研究会報告書) を読む

1 高齢者介護研究会報告

2003(平成15)年6月、高齢者介護研究会(座長:堀田力さわやか福祉財団理事長)が、『2015年の高齢者介護——高齢者の介護を支えるケアの確立について——』と題する報告書(以下、「研究会報告」という。)をとりまとめた。

高齢者介護研究会は、2004(平成16)年度末を終期とする「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ため、厚生労働省老健局長の私的検討会として、2003年3月に設けられたものである。医療・福祉の関係団体からの推薦委員ではなく、老健局が依頼した有識者10名で構成された。

厚生労働省では、2003年5月から、社会保障審議会介護保険部会において、介護保険法附則の規定に基づき、施行後5年を目途とする介護保険制度の全般的な見直しのための審議を行っているが、研究会報告は、同部会で参考資料として配布されている。高齢者介護研究会が、老健局長の私的検討会として設置され、検討資料の作成を老健局各課が行い、研究会報告の作成にあたっては老健局が関与している経緯からみると、研究会報告の内容は、老健局が考えている介護保険見直しの方向性を示唆したものにとらえることができる。

介護保険見直しの検討が審議会が始まる前に、私的検討会が組織され、報告書を取りまとめたという点は、介護保険制度創設の頃をほうふつとさせる。創設の検討過程では、厚生省の内部検討組織である高齢者介護対策本部の本部長(事務次官が担当)の私的検討会として、「高齢者自立・支援システム研究会」(有識者10名で構成、座長:大森彌東京大学教授(当時))が設けられ、社会保険方式による新たな介護システムの創設を提言した報告書(1994年12月)をとりまとめ、その後の老人保健福祉審議会における審議の方向性を誘導するものとなった。

はたして、研究会報告は、介護保険見直しの成案にどのくらいの影響を及ぼすものとなるだろうか。また、こうした政策過程における研究会報告の位置付けとは別に、現在から10年後の2015年頃のわが国の高齢者介護のあるべき姿をデッサンしたという点で、興味深いものがある。

本稿では、研究会報告を読みながら、今後の高齢者介護のあり方や介護保険制度見直しの方向性について考察してみたい。

2 研究会報告のポイント

介護保険制度創設の検討が始まった1990年代半ばから今日まで、高齢者介護問題に関して、政府の審議会・検討会等による答申や報告書、あるいは高齢者をテーマにした厚生白書や高齢者白書等の刊行物が出されている。その中でも、前述のシステム研究会報告書や、介護保険制度創設を提言した老人保健福祉審議会の報告書（「高齢者介護保険制度の創設について」1996年4月）が、代表的なものである。これらの内容と比較をすると、今回の研究会報告は、介護保険施行後4年目の現状を踏まえての検討結果であり、介護保険創設前の報告書とは異なる新たな視点の下に、今後をみすえた新しい方策が提言されている。

まず、研究会報告の中で注目すべきポイントを紹介してみよう。

（1）2015年の高齢者介護

「2015年」とは、「戦後ベビーブーム世代」（いわゆる「団塊の世代」）が65歳以上になりきる2015年のことを指している。2015年頃の高齢化率は、26%になると見込まれている（注1）。世界トップの「超高齢社会」となる。高齢者介護研究会では、団塊の世代が高齢者の仲間入りをする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いたという。この世代は、8割が雇用者（サラリーマン）、年金は厚生年金受給者が中心、第二次世界大戦後の日本の社会変動（進学率の向上、受験戦争、大学紛争、バブル経済とその後のリストラ、消費や流行など）を牽引してきた。現在の高齢者とは職歴や価値観が大きく異なる世代である。こうした世代が、介護サービスの利用者になるときに、介護サービスの内容や介護システムはどのように変わるべきなのだろうか。

このように利用者側の視点から介護のあり方を考えていくことは、「利用者本位」の介護保険にふさわしいアプローチである（注2）。

（2）高齢者の尊厳を支える介護

これからの高齢者介護の基本理念として、「高齢者の尊厳を支えるケア」をあげている。システム研究会報告の場合は、「自立支援」であった。そこでは、「自立支援」とは、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、と定義されている。これに対して、研究会報告では、「自立支援」の根底にある「尊厳の保持」を、高齢者介護のあり方を考えるキーワードとする。「高齢者の尊厳を支えるケア」とは、「高齢者がたとえ要介護状態になったとしても、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」である。

「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」のために、次のような方策が重要である。
(図参照)

高齢者の尊厳を支えるケアの確立

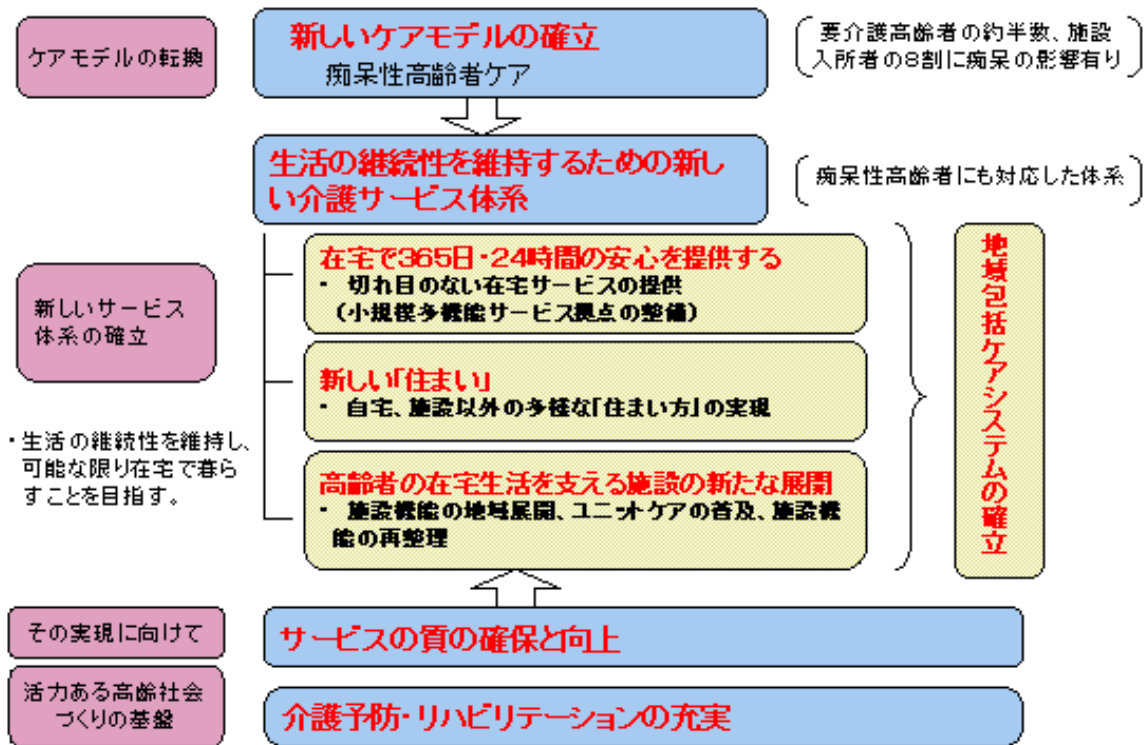


図 高齢者の尊厳を支えるケアの確立

(3) 介護予防・リハビリテーションの充実を強調

介護を必要としない、あるいは、介護を必要とする期間をできるだけ短くすることが、高齢者にとって望ましいことは言うまでもない。また、要介護者を増加させないということは、介護保険財政にとっても支出の抑制をもたらし、保険料負担や公費負担の増大を抑制することになる。そこで、研究会報告では、介護予防及びリハビリテーションの充実の必要性を強調している。社会参加、社会貢献、就労、生きがいづくり、健康づくりなども介護予防につながるものであり、介護予防を広い概念で捉えて、社会全体の取組みとして進めていくことが必要である。

(4) 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

「在宅重視」という介護保険創設のねらいのひとつに反して、介護保険施行後は、在宅介護生活の維持の困難さと、特別養護老人ホーム等の施設入所希望の急増を引き起こしている。研究会報告では、施設入所は最後の選択肢と考え、「生活の継続性を維持し、可能な限り在宅で暮らすことを目指す」ことを目標にあげている。そのためには、施設生活にあって在宅生活には欠けているもの、すなわち「365日、24時間の安心」を提供することである。利用者の生活圏域の中に、日中の通いや一時的な宿泊、緊急時や夜間の訪問サービスといった「切れ目のない在宅サービス」を提供する「小規模・多機能サービス拠点」の必要性を提案している。

さらに、自宅での生活を継続するために、介護ニーズにも対応した、高齢者が安心して住める「住まい」への住み替えの重要性を強調する。要介護状態になる前の「早めの住み替え」が、自宅生活の継続性に役立つ。

一方、介護保険施設は、施設の地域開放、施設外にサービス拠点を設けるサテライ

ト化などの施設機能の地域展開や、個別ケアを実現するユニットケアの普及、対象者をより重度の要介護者とするケアの重点化の方向に進む必要がある。

以上の提案とあわせて、ケアマネジメントの適切な実施と質の向上、保健・福祉・医療の専門職やボランティア等の相互の連携、在宅介護支援センターの機能強化等により、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とした様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みである「地域包括ケアシステム」の構築が必要である。

(5) 痴呆性高齢者ケアの確立

新しいケアモデルとして、痴呆性高齢者ケアモデルの確立を提案している点も新しい視点である。要介護高齢者の約半数は「何らかの介護・支援が必要な痴呆」（痴呆性老人自立度Ⅱ以上）であり、4人に1人は「一定の介護が必要な痴呆」（同Ⅲ以上）である。施設入所者の場合では、約8割に痴呆の影響がみられ、6割が「一定の介護が必要な痴呆」である。高齢者人口の増大とともに、痴呆性高齢者も増加し、2015年には250万人と見込まれている。

このように、痴呆性高齢者が多数を占めることを考えれば、これからの高齢者介護においては、身体ケアのみではなく、痴呆性高齢者に対応したケアを標準として位置付けていくことが必要である。（4）にあげた小規模・多機能サービス拠点や、施設機能の地域展開、ユニットケアの普及に加えて、介護サービスを担う事業者及びその従事者に対する研修の強化、地域関係者のネットワークによる支援と連携等の仕組みを整備すべきである。

(6) サービスの質の確保と向上

高齢者のサービス選択を支援するために、利用者の立場に立ったケアマネジメント、事業者からの情報の提供、サービスの外部評価の実施等が重要である。また、効果的なケアの提供・選択を可能にするには、ケアの標準化が不可欠である。介護サービス事業者の守るべき行動規範の確立や、劣悪なサービスを提供する事業者を市場から排除する仕組みも検討する必要がある。

3 研究会報告から見えてくるもの

以上、研究会報告のポイントを概観したが、これらを基にして、今後の高齢者介護のあり方や介護保険の方向性を考察したい。

(1) 「尊厳」を目標においた介護

研究会の座長を務めた堀田力氏は、「尊厳」をケアの目標においたことについて、次のように説明している。

「・・・これまでの「自立支援」は身体的な自立支援の意味合いが強いため、身体的な自立支援を目標とするならば、人生最期の場面での身体的自立などありえず、そういう人たちを介護する場合の目標がなくなってしまう。それに対して「尊厳」を支えることが目標であるならば、身体的な自立はありえない終末期であっても、可能な限り本人の思いが達せられるように介護するという目標が残る。（略）痴呆の方に対

するケアの方法も、本人の思いを中心に据えた、人間としての尊厳を重んじたものへと変えていく必要がある。従来の身体的な自立支援の概念では、その点について何も言えなかったが、尊厳の概念を入れることで、あるべきケアの姿がはっきりしてくる。」（注3）

確かに重要な指摘である。家庭内や施設内における高齢者虐待の場合はもちろんのこと、サービスの質を問う場合など、さまざまな局面において「尊厳の確保」が判断基準となるだろう。元気な高齢者の場合であっても「尊厳の確保」が必要なことは言うまでもない。さらに、このキーワードは、高齢者介護の場面にとどまらず、障害者福祉や児童福祉にも適用可能である。

研究会報告では、図のとおり、「高齢者の尊厳を支えるケア」を高齢者介護の理念にすえて、「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」、具体的には、「小規模・多機能サービス拠点」、「地域包括ケア」、「痴呆性高齢者ケア」という新しい介護のあり方を提案している。私見では、これらの新たな方策に加えて、痴呆性高齢者の尊厳を保持する仕組みとして、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の運用改善や利用拡大が必要である。

（2）高齢者の新しい住まい方を提案

これまで介護サービスが提供される場所は、自宅か施設であったが、研究会報告では、「尊厳を保持できる生活空間」として、住まいのあり方に着目し、単なる「自宅」でも「施設」でもない新しい「住まい」を提案している点は、大いに評価できる。自宅か施設かという二者択一の二元論ではなく、自宅で生活しながら施設生活のような「365日・24時間安心」を享受できる仕組み、施設で生活をしながら、個室・ユニットケアのように個別ケアを享受できる仕組みを提案している。

やがて高齢者人口が3000万人を超え、要介護者も400～500万人になるという時代に、住み慣れた生活の場ではあるけれども介護サービスには欠ける自宅生活か、生活の場であり介護サービス提供の場であるけれども、個人のプライバシーの確保に課題があり、かつ、保険財政にとって高コストとなる介護保険施設生活か、という選択肢だけでは、対応困難であろう。介護保険の被保険者の視点からみれば、在宅生活と施設生活のどちらも選択しても、保険給付の水準に不公平が生じないということが望ましい。そのための方策としては、「住まい」と「介護サービス」とを分けて、前者については基本的には自己負担、後者については介護保険給付とすれば、どのような「住まい」を選んでも、給付面での不公平は生じない。

研究会報告の考え方を進めていけば、介護保険施設ではホテルコスト（光熱水費や家賃など）を徴収、グループホームや特定施設と介護保険施設との間の介護報酬の不整合を調整、といった方策に結びつく。これは「施設解体論」ではないかと、研究会の検討過程で施設関係者からは警戒心をもたれたという。オランダでは、1988年以降、重度の要介護高齢者の入居施設である「プライエム」の新規建設を禁止し、2005年までにプライエムを廃止することとしている。その代わりに、高齢者住宅を整備している。研究会報告が提案している「早めの引越し」はオランダでのスローガンである。

日本とオランダでは高齢者人口の規模が異なる上に、介護保険施設の入所定員数が90万人にも達しているの、オランダと同様の政策が可能とは考えられない。しかしながら、高齢者の住まいの多様化が進みながら、「施設生活のようにサービスを享受

できる自宅」と、「自宅のように個人の生活空間が確保される施設」の方向に進んでいくものと予想される。

(3) 元気な高齢者や家族も巻き込んだ包括ケアシステム

研究会報告に対して物足りない点をあげるとすれば、高齢者が、介護を受ける客体としてのみとらえられていることである。せっかく「団塊の世代」に焦点をあてながら、要介護者以外の大勢の健康で自立している高齢者が、2015年の高齢者の世界でどのような役割を期待しているのか不明である。2015年の高齢者数3,280万人のうち、要介護者が490万人とすれば、自立高齢者は2,730万人にもものぼる(注4)。2015年に団塊の世代が65歳以上の高齢者になりきるとしても、前期高齢者(65歳以上75歳未満)の段階では、95%の人たちは、要介護者ではない自立した人たちである。少子高齢社会においては、介護サービスに従事する労働力が貴重となる。地域包括ケアシステムが機能するためには、その支え手として、前期高齢者を始めとする自立した高齢者達が不可欠であろう。

研究会報告では、家族の姿が見えてこない。研究会の会議概要でも、家族に関する議論は介護負担の重さや、家族に介護を依存することの問題点の指摘のみである。高齢者の尊厳を考えると、家族との関係を抜きにしては論じられない。親の介護に対する子ども世代の意識は変化しつつあるけれども、親子や配偶者の間での家族関係に根ざした助け合いの形は将来も消えることはないだろう。近年、「介護の社会化」の先進国と考えられていた北欧においても、家族介護の意義について再評価の検討が始まっていると聞いている。介護保険施行後の在宅介護における家族の役割を調査し、あらためて家庭内の家族の介護をどのように評価するのか検討すべき時期に至っているのではないだろうか。

(注)

- 1 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成14年1月)による。
- 2 厚生労働省統計情報部では、平成17年度から「中高年縦断調査(仮称)」と称して、団塊の世代を調査対象の中心に置いた継続調査を行うことを検討しているという。これにより、団塊の世代の生活実態や家計、行動、意識等が把握されれば、高齢者介護をはじめ、社会保障関係の政策の企画立案に役に立つものと考えられる。
- 3 法研「月刊介護保険」2003年8月号。なお、筆者としては、システム研究会報告における「自立支援」とは、身体的自立と精神的自立の双方を包含しているものと理解している。
- 4 2003年12月時点の全高齢者に対する要支援・要介護者の割合(15%)を基に推計。なお、年齢階級別にみると、前期高齢者(65歳以上75歳未満)では、4.8%、後期高齢者(75歳以上)では28.2%である。