

介護保険制度とリハビリテーション

森 永 敏 博

Long-Term Care Insurance System and Rehabilitation

Toshihiro MORINAGA

はじめに

人口の高齢化が進行し、それとともに要介護あるいは寝たきり老人も急増してきた。厚生省の統計によると西暦2000年には虚弱老人を含むそれらの人口は280万人にもなり、さらに2025年には、520万人になるであろうと試算されている。同じく厚生省により平成7年に実施された人口動態社会経済面調査の統計では、死亡前の時期別にみた寝たきり度の変化では平均寝たきり期間は8.5カ月と報告されている。いうまでもなく老人の有病率は若年者に比べて高く、必然的に高齢化の進行とともに医療費の占める社会的負担が増加する。このような傾向は世界的に進行し、アメリカでは世界に冠たる保険制度であった Medicare や Medicaid も崩壊の憂き目に瀕している。そして今や医療費は民間保険に頼ることが常識化している。これに対してわが国では国民皆保険制度が定着し、医療費は社会保険で支払われることが当たり前化しているにもかかわらず、その財源の長期的確保については先行きの明るい解決策があるわけではない。ここに至って現行制度による老人医療・福祉の将来に対する問題点がクローズアップされるようになった。表1に見るように老人医療の問題は、入院する方があらゆる面で家族の負担が小さいということもあって、いわゆる社会的入院が急増し医療費支出の高騰をもたらした。本来、病院と家庭の橋渡しをすべき老人保健施

設は十分に機能せず、結局は病院と施設を行ったり来たりというのが現状である。一方、老人福祉制度による介護は、基盤整備が不十分で施設、サービス内容の不足、利用者負担の問題などがあって、激増する高齢人口のニーズにとっても応えられそうにない。

公的介護保険制度成立の経緯

このような背景のもとで、厚生省は平成6年に「21世紀福祉ビジョン」を策定し、その中に新介護システムの構築を提言した(表2)。その後、多少の紆余曲折はあったものの、平成9年12月17日には、介護保険関連三法が交付されるに至った。この法案は多分にドイツの介護保険制度がモデルとなっているが、その導入に当たっては、高齢化社会における社会保障あり方に関する根本的議論がまだまだ尽くされていないということで不安視する向きが多い。ドイツの制度は平成7年1月から保険料徴収と要介護認定を始め、4月には在宅の要介護者に現金給付と訪問介護サービスを開始した。平成8年7月には施設入所サービスも開始された。日本の制度との大きな違いは①家族介護に現金を給付する。②対象に40歳未満の若年障害者も含む。③運営主体が市町村ではなく日本の健保組合にあたる疾病公庫である、という点であり、その他はかなり似た仕組みとなっている。全国民が保険加入を義務づけられ、疾病や障害のために要介護者になったとき、公的介護サービスが受け

表1 高齢者介護における現行制度の問題点

老人福祉	老人医療
○対象となるサービス ◆特別養護老人ホーム 等 ◆訪問介護（ホームヘルプサービス）、日帰り介護（デイサービス） 等 (問題点) ○市町村がサービスの種類、提供機関を決めるため、利用者がサービスの選択をすることができない。 ○所得調査が必要なため、利用に当たって抵抗が伴う。 ○市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であるため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的となりがち。 ○本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担（応能負担）となるため、中高所得層（退職サラリーマン層）にとって重い負担。	○対象となるサービス ◆老人保健施設、療養型病床群、一般病院 等 ◆訪問看護、日帰りリハビリテーション（デイケア） 等 (問題点) ○福祉サービスの基盤整備が不十分である一方、利用者負担が中高所得層にとって入院の方が低いことなどから、介護を理由とする一般病院への長期入院の問題が発生（特別養護老人ホームや老人保健施設に比べ費用が高く、医療費の無駄） ○治療を目的とする病院では、職員配置や生活環境の面で、介護を要する者が長期に療養する場としての体制が不十分（居室面積が狭い、食堂や風呂がない）
↓	
↓	
現行制度による対応には限界	

表2 介護保険制度創設までの経緯

平成6年3月	「21世紀福祉ビジョン」の策定 ※新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の策定と新介護システムの構築を提言
12月	新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の策定
平成7年7月	社会保障審議会（勧告） ※公的介護保険制度の創設を勧告
平成8年9月	介護保険法要綱案修正事項に関する政府合意 ※市町村に対する財政面・事務面での支援を強化 ※平成12年度から在宅・施設サービスを同時実施
11月	第139回臨時国会に「介護保険関連三法案」提出
12月	第139回臨時国会閉会、継続審議
平成9年5月	第140回国会衆議院本会議で「介護保険関連三法案」可決
6月	第140回国会閉会、継続審議
12月	第141回臨時国会参議院本会議で「介護保険関連三法案」可決 衆議院本会議において「介護保険関連三法案」可決（法案成立） 介護保険関連三法案公布（12月17日）

られる。保険料は月収の1.7パーセントとされ、日本の厚生年金と同じように勤労者はこれを労使折半で負担する。そして運営主体は企業別、職域別、地域別の各疾病金庫が運営するが、医療保険とは明確に区別されている。

介護保険制度の概要

1. 制度創設のねらい

本制度の目的は、被保険者の立場からすると“介護を要する老人の自立を支援する”という

ことに尽きる。その背景となる社会構造をも含めた観点からみると、①老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みを創設する。②社会保険方式による給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得られやすい仕組みを構築する。③現在の縦割りの制度を再編成し、利用者の選択により、多様な保険医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みを創設する。④介護を医療保険より切り離し、社会的入院解消の条件整備を図るなどの社会保障

構造改革の第一歩となる制度を創設する。などがねらいとされる。

2. 制度の概要

保険者は市町村および特別区とし、国、都道府県、医療保険者、年金保険者が重層的に支え合う制度となっている。これに対して被保険者は、40歳以上の者が対象となり、65歳以上を第1号被保険者、40～64歳までのものを第2号被保険者という。制度の趣旨から前者が主たる対象となるが、老化に起因する初老期痴呆や脳血

表3 介護保険による給付の種類と内容

給 付	内 容
居 宅 介 護 サ ー ビ ス 費 ①訪問介護 ②訪問入浴介護 ③訪問看護 ④訪問リハビリテーション ⑤通所介護 ⑥通所リハビリテーション ⑦福祉用具貸与 ⑧居宅療養管理指導 ⑨短期入所生活介護 ⑩短期入所療養介護 ⑪痴呆対応型共同生活介護 ⑫特定施設入所者生活介護	指定居宅サービス事業者から居宅サービスを受けたとき ホームヘルプサービス 訪問看護ステーション、医療機関 日帰り介護（デイサービス） 老人保健施設等のデイケア 訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導等 福祉施設の短期入所 医療施設の短期入所 痴呆性老人のグループホーム 有料老人ホーム、在宅介護対応型軽費老人ホーム（ケアハウス）
特例居宅介護サービス費	- 要介護認定の申請前に緊急その他やむを得ない理由により指定居宅サービスを受けた場合 - 基準該当居宅サービスを受けた場合 - 離島等で相当サービスを受けた場合 - 上記の場合の組み合わせ 等
居 宅 介 護 福 祉 用 具 購 入 費	特定福祉用具（入浴、排せつ等の用に供する福祉用具）を購入した場合
居 宅 介 護 住 宅 改 修 費	手すりの取り付け等の一定の住宅改修をした場合
居 宅 介 護 サ ー ビ ス 計 画 費	指定居宅介護支援事業者から居宅介護支援（居宅サービス計画の策定、事業者との利用調整等を受けたとき）
特例居宅介護サービス計画費	- 基準該当居宅介護支援を受けた場合 - 離島等で相当サービスを受けた場合 等
施 設 介 護 サ ー ビ ス 費 ①指定介護老人福祉施設 ②介護老人保健施設 ③指定介護療養型医療施設	指定施設サービスを受けたとき - 特別養護老人ホーム - 老人保健施設 - 療養型病床群、介護力強化病院等
特例施設介護サービス費	要介護認定の申請前に緊急その他やむを得ない理由により、指定施設サービス等を受けた場合 等
高 額 介 護 サ ー ビ ス 費	利用者負担が著しく高額であるとき

管障害も対象とされている。しかし、保険証をもつ人はだれでも受けられる医療保険と違い、保険を受ける前に「要介護認定」を受けなければならない。介護保険を受けたい人は、市町村に申請すると市町村は調査の上、保険の適否と給付の上限額を決定する。給付額は介護レベルに応じて1ヵ月6～29万円の6段階に分けられる。その財源は保険料で賄う部分は全体の50%で、残りは公費（国25%、都道府県・市町村各12.5%）から拠出される。保険給付は表3に示すように、在宅サービス12種類と施設サービス

3種類であり、介護支援専門員（ケアマネジャー）のたてたケアプランに基づいて計画的にサービスを利用することが出来る。この場合、利用者は費用の1割を自己負担する。

3. 要介護認定のプロセス

表4は、要介護度の判定にあたっての流れを示すものである。表5は表4の二重線で囲まれた枠内を拡大したものであり、要介護状態の判定にあたって、公平を期すための細部の調整が必要とされる部分である。この部分については平成9年に制度成立を前に、全国の市町村でモ

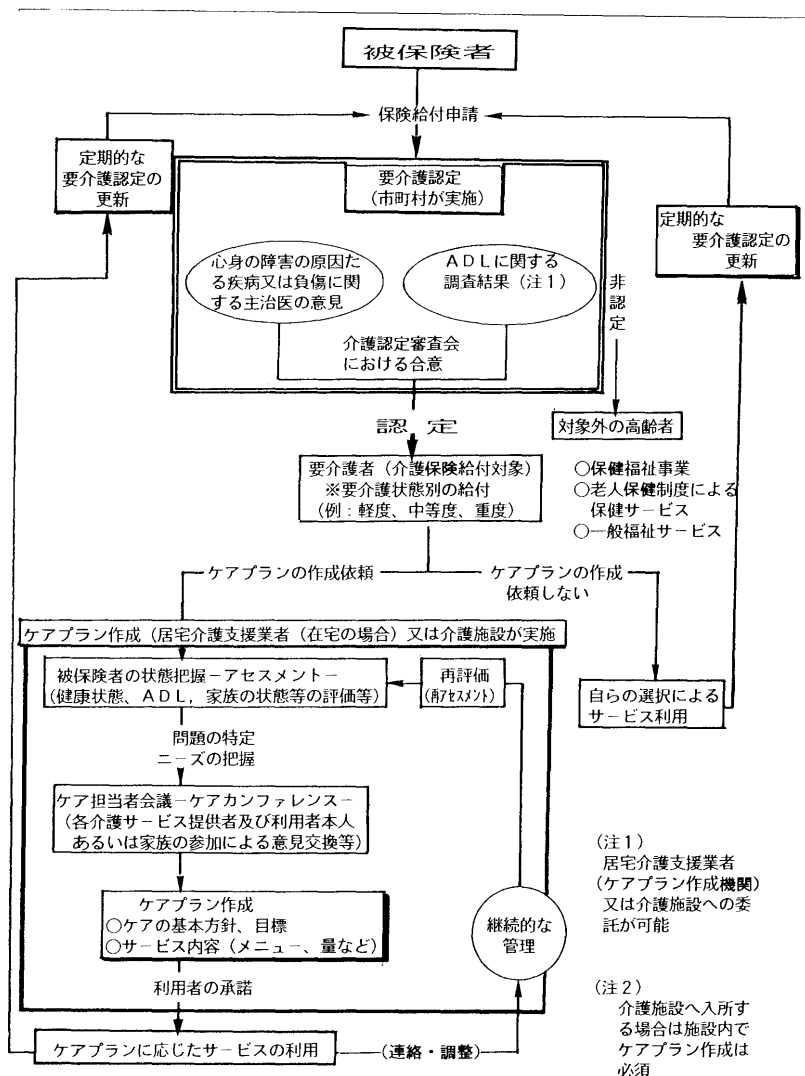
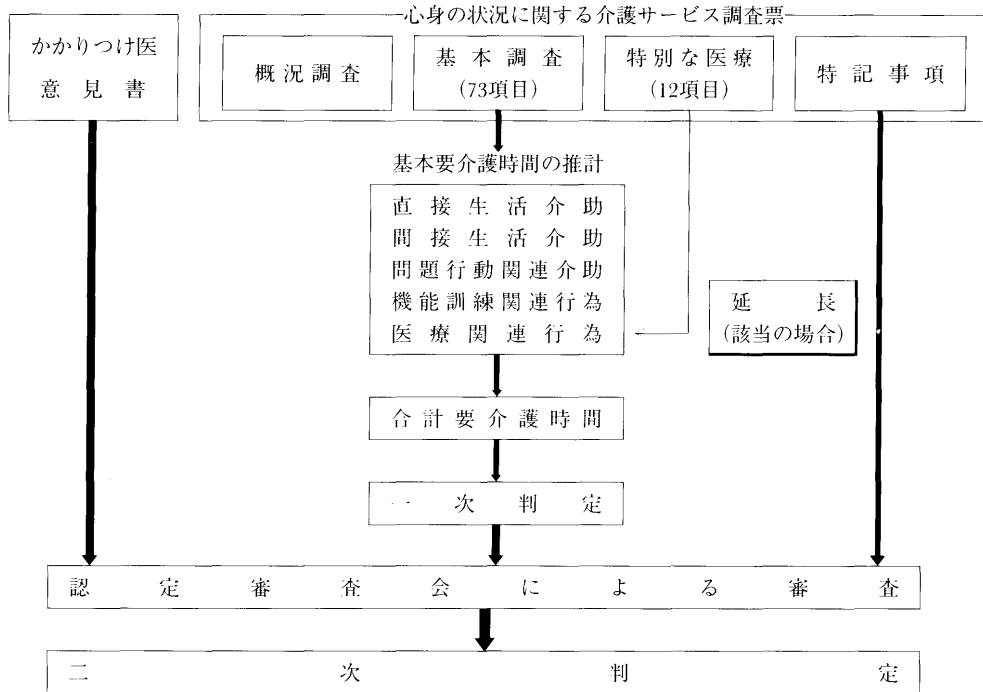


表4 介護保険申請からサービスの利用まで

表5 認定審査会による要介護度の決定



デル事業が実施された際、その判定結果に大きな地域差が生じ、問題視された部分である。もっともこの時点での、調査、判定従事者の職業的、経験的背景はまちまちで、判断基準は必ずしも統一されたものとは言い難かった。制度がスタートする時にこれでは困るので、平成12年4月までに、これらの業務にあたる専門員を確保しておかねばならない。

4. 介護支援専門員（ケアマネジャー）の養成

制度がスタートする時点で、その対象者となるであろう需要に対して、全国でおよそ4万人の介護支援専門員が必要とされている。その資格は当初、医師、歯科医師、看護婦、保健婦、理学療法士、作業療法士、薬剤師、介護福祉士、社会福祉士の9職種にかぎり、経験5年以上のもので、都道府県の実施する試験に合格し、実務研修を終了したものに限るということになっていた。その後、受験対象者の範囲が拡大され、なんらかの医療あるいは福祉関連免許をもつ多くの職種にまで拡大された。平成10年

9月27日に最初の試験が実施され、その後も3回に分けて実施された。全国47の都道府県で合計207,080人が受験し91,269人（合格率約44%）が合格した。京都では約1,000人の介護支援専門員が必要とされるのに対して、4,207人の受験申し込みがありそのうち4,098人が受験した。その結果2,151人（合格率52.5%）が合格した。その内訳は看護婦、医師、介護福祉士、薬剤師、その他の順で、リハビリ関係職種では理学療法士が41名、作業療法士は22名であった。これらの勤務先は保健・医療施設が圧倒的に多く、（58.3%）次いで福祉施設（21.7%）行政機関勤務者（6.9%）であった。これらの合格者に対して、順次実務研修が開催されることになっている。平成11年度は7月25日に全国一斉に試験が実施される予定である。

5. 介護支援専門員としての各専門職の役割

各専門職が介護支援専門員としての業務に携わる場合、専門とする分野の知識、技術、経験を十分に生かすことができないという制度上大きな矛盾をもっている。それは各々の専門職が

評価や判定を実施するとき、自分の専門とする領域については細部にわたって専門的にチェックできるのに対して、反面そうでない部分も生じてしまうという傾向を否定できない。これでは誰が評価・判定を行うかによって被保険者に不公平が生じることになってしまう。これを避けるために、誰が行っても同じ結果になるように配慮しなければならないことになる。これは介護支援専門員になるための基礎免許のもつ専門性の否定であり、被保険者にとっても好ましいとは言い難い。そこで不公平、不正確を避けるために学識経験者からなる認定審査会によって最終判定（二次判定、表5参照）がされることになっている。

介護保険制度とリハビリテーション

この制度の目的は、介護を必要とする高齢者の“自立を支援する”ことにある。これは正にリハビリテーション理念そのものであり、制度に占めるリハビリテーションの意味は大きい。その具体的実践にあたっては、在宅サービスによる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーション（デイケア、デイサービス）、施設サービスとしての老人保健施設や老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に大別することができる。いずれのサービスを受けるにしても要介護認定を受けなければならないし、その要介護度によって当然受けることのできるサービスの内容も異なる。

1. 要介護状態区分とリハビリテーションの関係

要介護状態とは、身体上または精神上の障害があるために、入浴、排泄、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、一定の期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて、判定の考え方で定める区分のいずれかに該当するものをいう。このような状態にあるものを要介護者という。これに対して、要介護状態になる恐れがある状態とは、身体上または精神上の障害があるために、一定

の期間にわたり継続して、日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、要介護状態以外をいう。このような状態にあるものを要支援者という。いずれも介護保険の適用になるのは65歳以上の者、または40歳以上65歳未満であって、その身体上または精神上の障害が加齢に伴って生じる心身の変化に起因し、別にさだめられた疾病によるものとされている。

1) 要支援状態（要介護状態とは認められないが社会的支援を要する状態）

[判定の考え方]

日常生活の活動の際に、残存能力を保持し向上させる必要性が認められる場合、失われた能力を取り戻すような支援が必要な場合等をいう。日常生活を遂行する能力は基本的に備わっているが、歩行、両足・片足での立位保持、立ち上がりなどに不安定さがみられ、爪切りに一部介助が必要な場合、浴槽の出入り、洗身、などに一部介助が必要な場合、薬の内服、金銭の管理などの社会生活の上で一部介助の必要な場合等がある。生活自立度が比較的高く、要介護状態とは認定されないが、社会的能力に若干の問題があり、何らかの社会的支援を要すると認められる。

[リハビリテーション]

機能訓練の必要性にかんがみ、週2回の通所リハビリテーションが利用できる水準。日常生活の活性化を図るためには、機能訓練、デイケアなどの通所が不可欠である。機能の低下は、在宅で訓練しなかったというよりは、残存能力が実際の日常生活に生かされていないということもある。活動的な生活が営まれれば（家庭/地域社会の役割適応がうまくいくように働きかけることも必要）機能低下は起こらない。予防的・維持的リハを積極的に実施し、ADLも含めて身体面での評価、精神面でのケア、生活状況（住環境、近隣者との関係、地域社会）における問題の整理、指導を行う。

2) 要介護状態区分1（生活の一部について部分的介護を要する）

[判定の考え方]

日常生活を遂行する能力の中では、立ち上がり、両足・片足での立位保持、歩行、座位保持など全般的にわたり不安定さがみられることが多く、排尿・排便後の後始末の間接的介助を必要とする場合、浴槽の出入り、洗身などの入浴に関連する一部介助または全介助を必要とする場合が多い。また口腔清潔、洗顔、整髪・洗髪、爪切りなどの清潔・整容全般に一部介助が必要な場合が多く、ボタンのかけはずし、上着の着脱、ズボンの上げ下げ、靴下の着脱などの衣服の着脱に関し一部介助が必要な場合、居室の掃除、薬の内服、金銭の管理などの社会生活の上で一部介助または全介助が必要な場合が多い。

物忘れなどがみられることがあるが、それ以外の問題行動はほとんどないことが多い。家事援助サービス、給食サービス、デイサービス（デイケア）など毎日、なんらかのサービスを必要とする。

[リハビリテーション]

訪問リハビリテーションを実施する中で、ADL面も含めて身体機能の評価、精神機能の評価、介護者の状況を把握し、必要に応じて家事援助サービス、給食サービス、デイサービス（デイケア）などの部分的介護を行う。身体動作に対する機能訓練としては、臥位→座位→車椅子→立位→歩行が可能になるようプログラムを立てて実施する。知的能力の低下を防止するためには、生活のリズムを保つような働きかけが必要であり、周囲の状況から孤立しないように見守り、よい刺激を与え続けることが大切である。

3) 要介護状態区分2（中等度の介護を要する）

[判定の考え方]

日常生活を遂行する能力の中では、立ち上がり、両足・片足での立位保持、歩行、座位保持など自力では出来ない場合が多く、排尿・排便後の後始末の間接・直接的な介助を必要とする場合が増加し、浴槽の出入り、洗身などの入浴に関連する一部介助または全介助が必要な場合が多い。また、清潔・整容全般に一部介助が必

要な場合が多く、衣服の着脱に関し見守りなどが必要な場合、居室の掃除、薬の内服、金銭の管理などの社会生活の上で一部介助または全介助が必要な場合が多い。毎日の日課や直前の行為の理解の一部に低下がみられる場合、物忘れや周りのことに関心がないといった行動がみられることもある。積極的リハが必要で週3回の通所リハビリテーションまたは通所介護を含め、毎日なんらかのサービスを必要とする。物忘れなどがみられることがあるが、それ以外の問題行動はほとんどないことが多い。家事援助サービス、給食サービス、デイサービス（デイケア）など毎日、なんらかのサービスを必要とする。

[リハビリテーション]

機能訓練プログラムにそって機能訓練をする。移動動作、姿勢の保持能力がこれ以上低下しないように起座、立位保持訓練のための起立などの訓練を積極的に実施する必要がある。ADLの自立範囲が狭くなっているので、ADLの介助量が少なくなるように生活スタイルなどの工夫をすることも大切である。家族との実際の生活を振り返って、一日をどのように過ごせばよいのか計画を立てる。食事は家族と一緒にすることが重要で、家族関係を親密化させ、家族構成の一員であることをお互いに自覚できるようにすることが大切である。（すべての区分に共通）

4) 要介護状態区分3（重度の介護を要する）

[判定の考え方]

日常生活を遂行する能力の中では、立ち上がり、両足・片足での立位保持、歩行、座位保持などが自力ではできず、排尿・排便後の後始末の全面的な介助を必要とする場合が増加し、浴槽の出入り、洗身に全介助が必要な場合が多い。また、清潔・整容全般に一部介助や全介助が必要な場合が多く、衣服の着脱に関し全介助が必要な場合や、居室の掃除、薬の内服、金銭の管理などの社会生活の上で全介助が必要な場合が多い。毎日の日課、生年月日、直前の行為、自分の名前など理解全般にわたって低下が

みられる場合、物忘れ、周りのことに関心がないほか、昼夜逆転、暴言・暴行、大声を出す、助言や介護に抵抗するといった行動がみられるようになる。介助については、1日2回の巡回訪問介護が必要で、医療の必要度が高い場合は、週3回の訪問看護サービスの対象になる。

〔リハビリテーション〕

自力で座位保持や起立が出来ないので、寝ている時間が長くなった状態。必要に応じて週4回の通所リハビリテーションや通所介護を受ける対象となる。身体を大きく動かすことがないので、大関節の可動域制限や運動痛が生じやすいので、訪問リハでは評価、機能訓練を実施するとともに、日中はできるだけ起きるようにし、一日の生活のリズムをつけるように家族と相談をする。必要に応じて入浴サービス、給食サービス、デイスアイサービス（デイケア）の利用を考える。ADL面では部分的に自立できているものがあるはずなので、残された機能を大切に、自分でできることは出来るだけ自分でやってもらい、その他の部分は工夫したり、手伝ったりする。その動作の繰り返しが残された機能の維持や改善につながる。精神面においては、意欲の低下や単調で刺激のない生活にならないよう、会話を多くし、社会性を保つ上で家族以外の人と交流をもてるような場を設定する。

5) 要介護状態区分4（最重度の介護を要する）

〔判定の考え方〕

日常生活を遂行する能力はかなり低下しており、入浴、排泄、衣服の着脱、清潔・整容全般にわたって全面的な介護が必要なことが多い。その他、食事摂取の見守りや部分的な介助が必要で、尿意、便意がみられなくなることも多い。毎日の日課、生年月日、直前の行為、自分の名前など理解全般にわたって低下がみられ、物忘れ、周りのことに関心がないほか、昼夜逆転、暴言・暴行、大声を出す、助言や介護に抵抗する、野外への徘徊、火元の管理ができないといった問題行動が増えてくる。寝たきり状態に近く、身体動作能力の著しい低下が見られ、日常生活にかなりの援助を必要とする。

〔リハビリテーション〕

寝たきり状態に近いが、その人らしく日々の生活を営むことが出来るように援助することが大切である。訪問リハでは、病状に支障のない範囲で関節可動域訓練や筋力維持訓練、座位保持訓練などを行う。全面的な介護を受け、全く自立できていないようにみえる寝たきりの対象者でも日常生活の中で部分的に自立（些細なことでも）している部分を評価し、拡大することが大切である。精神機能面では生活のリズムをつけるため、日常生活の基本的内容（洗面、食事、着替え、入浴）を行うことができるよう日中のケアプログラムを考える。

6) 要介護状態区分5（苛酷な介護を要する）

〔判定の考え方〕

日常生活を遂行する能力は著しく低下しており、生活全般にわたって全面的な介護が必要である。特に嚥下に障害がある場合は自力で摂取が困難なため介護度が増加する傾向が強く、意思の伝達が殆どまたは全く出来ない場合が多い。毎日の日課、生年月日、直前の行為、自分の名前など理解全般にわたって低下がみられ、物忘れ、周りのことに関心がないほか、昼夜逆転、暴言・暴行、大声を出す助言や介護に抵抗する、野外への徘徊、火元の管理ができないといった問題行動がみられる場合が多い。

〔リハビリテーション〕

訪問リハを実施する上では、ADL面も含めた身体機能面での評価、精神機能面での評価を定期的に行い、機能の低下を防止することを目的にする。この時期で最も注意を要するのは変形拘縮・強直、褥瘡の形成、肺炎その他の廃用症候群や臥床症候群といわれる合併症に対する予防と治療である。これらの合併症を併発することにより、取り返しのつかない致命傷に陥ることが度々ある。本人の意欲が低下し、家族に訓練する時間や力がない場合も多く見られるが、根気強く働きかけ、リハビリテーションの大切さ、寝たきりの意味を理解させる。介護者の疲労を軽減する意味で、ショートステイ、入浴サービス、ホームヘルパーの利用を考えるこ

とも大切である。

お わ り に

平成6年より具体的取り組みが開始された介護保険法は、平成9年末に法案としてまとめられるまで、必ずしも十分に議論が尽くされたわけではない。多くの未確定部分を残し、作業を進めながら泥縄式に対策を練り、ようやくここまで来たという感じを否めない。先発国のドイツではすでに問題が表面化してきている部分もある。それは財政優先、介護サービスの質、量の不足、施設サービスにおける軽度要介護者のみに対するサービスの提供など、制度の根幹にかかわる部分も指摘され始めている。日本では、予想される問題をあらかじめ解決するために、すでに実施されたモデル事業を通じて具体的問題がまとめられつつある。リハビリテーションについては、その重要性は制度の理念に通じる部分があることを前に述べたが、その評価や要介護度の決定があまりにも単純にマニュアル化され過ぎている。これに被保険者の公平

さに対する配慮という意味もあるが、本来、高齢者の介護・福祉に求められる専門性とは技術的、客観的なものではなく、人間の個別性に対する配慮だと言える。今後、モデル事業を通じて得られた矛盾点を分析し、海外の情報を収集するなどして、平成12年4月からの実施に向けて解決しておかなければならない多くの課題を残しているといえる。

文 献

- 1) 厚生省高齢者介護対策本部事務局：都道府県高齢者介護関係資料，1997：6
- 2) 京都府高齢化対策課：「介護保険」基本資料集，1997：7
- 3) 京都府高齢化対策課：「介護保険」参考資料集，1997：7
- 4) 厚生省介護保険制度実施推進本部：全国介護保険担当課長会議資料，1998：1
- 5) 厚生省高齢者介護サービス体制整備支援事業都道府県担当者会議資料，1998：8
- 6) 厚生省介護保険制度実施推進本部：全国介護保険担当課長会議資料，1998：10