

社会保障審議会介護保険部会（第29回）議事次第

平成22年8月23日（月）

16：00～19：00

於：厚生労働省講堂

議 題

1. 給付の在り方〈在宅、地域密着〉等について

社会保障審議会 介護保険部会(第29回)	資料
平成22年8月23日	

給付の在り方〈在宅、地域密着〉等 について

1. 在宅サービスの在り方

①在宅サービス全般

- ・ 重度者を支える在宅サービスの在り方
- ・ 訪問介護・夜間対応型訪問介護の現状と課題、24時間地域巡回型訪問サービス
- ・ レスパイトケア（通所介護・短期入所生活介護）の現状と課題
- ・ 小規模多機能型居宅介護の現状と課題
- ・ 複数サービスを組み合わせて提供する事業者の取組
- ・ これまでの主な指摘事項
- ・ 論点

介護に関する利用者・家族の希望と実態

- 利用者・家族とも、自宅や高齢者住宅等といった在宅での介護を希望する者が大多数である。一方、現状では、重度者では、施設入所しているケースが多い。
- したがって、重度者の在宅生活を支えるという観点から、在宅サービスを整備することが必要である。

自分が介護が必要になった場合の希望

回答		割合
自宅	自宅で家族中心に介護を受けたい	4%
	自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい	24%
	家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい	46%
高齢者住宅等 施設・医療機関	有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい	12%
	特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けたい	7%
	医療機関に入院して介護を受けたい	2%
	その他	3%
無回答		2%

両親が介護が必要となった場合の希望

回答		割合
自宅	自宅で家族中心に介護を受けさせたい	4%
	自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい	49%
	家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい	27%
高齢者住宅等 施設・医療機関	有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けさせたい	5%
	特別養護老人ホームなどの施設で介護を受けさせたい	6%
	医療機関に入院して介護を受けさせたい	2%
	その他	3%
無回答		4%

サービス種別、要介護度別の受給者数

単位(万人)

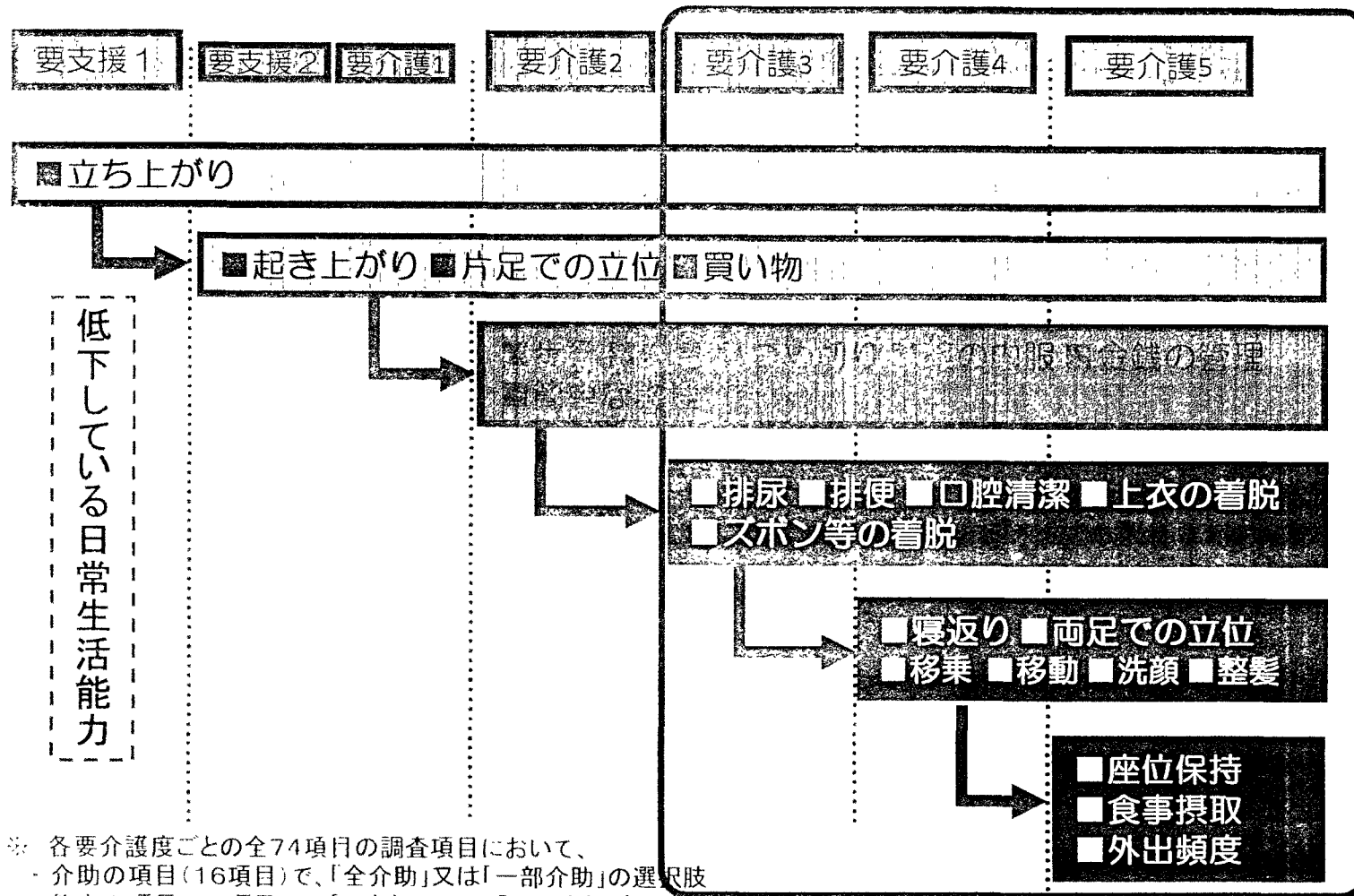
区分	居宅 (介護予防) サービス	地域密着型 (介護予防) サービス	施設 サービス	合計
要支援1	35.6 (99.5%)	0.2 (0.5%)	0.0 (0.0%)	35.8
要支援2	45.2 (99.3%)	0.3 (0.7%)	0.0 (0.0%)	45.5
要介護1	60.1 (87.7%)	4.6 (6.7%)	3.9 (5.6%)	68.6
要介護2	60.4 (79.3%)	6.0 (7.9%)	9.8 (12.8%)	76.2
要介護3	42.3 (62.5%)	6.8 (10.0%)	18.6 (27.5%)	67.6
要介護4	27.5 (48.2%)	4.4 (7.6%)	25.3 (44.2%)	57.2
要介護5	17.7 (38.2%)	2.4 (5.2%)	26.3 (56.6%)	46.4
合計	288.8 (72.7%)	24.6 (6.2%)	83.7 (21.1%)	397.2

重度では施設の割合が高い。

介護保険事業状況報告(暫定)(平成22年3月分)より

重度者を支える在宅サービスの在り方①

- 重度者は、排泄介助・食事介助など、日常生活の中で繰り返し介護が必要な状態になりやすい。こうしたニーズに対して、施設では、短時間のケアを繰り返し提供することによって対応してきた。
- したがって、重度者の在宅生活を支えるためには、短時間巡回型の訪問サービスの充実を図る必要があると考えられる。



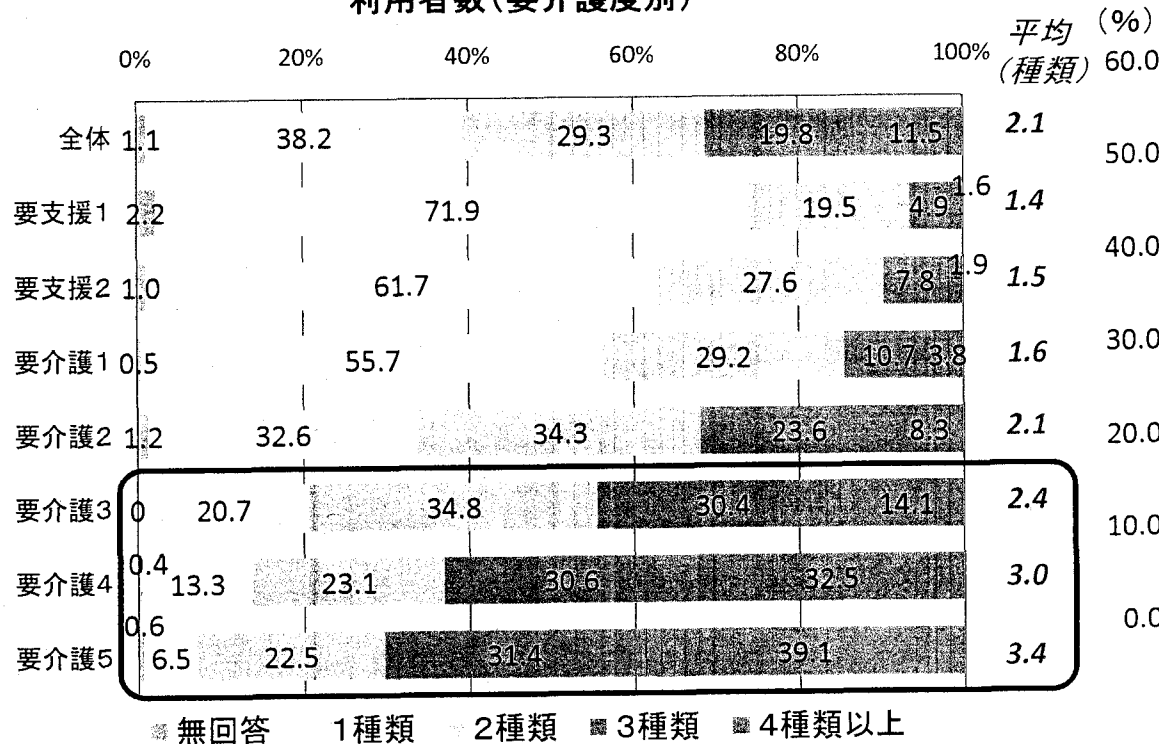
重度者は、排泄介助・食事介助など、日常生活の中で繰り返し介護が必要な状態になりやすい。

※ 各要介護度ごとの全74項目の調査項目において、
 ・ 介助の項目(16項目)で、「全介助」又は「一部介助」の選択肢
 ・ 能力の項目(18項目)で、「できない」又は「つかまれば可」等の選択肢
 ・ 有無の項目(40項目)で、「ある」(麻痺、拘縮など)等の選択肢
 を選択している割合が80%以上になる項目について集計

重度者を支える在宅サービスの在り方②

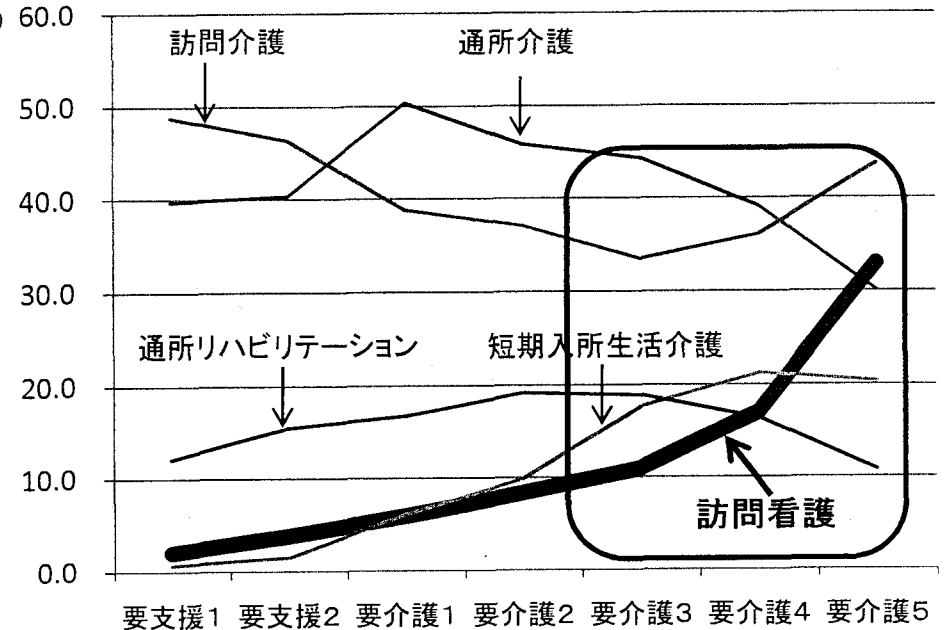
- 重度になるほど、複数のサービスを組み合わせる必要性が増大する。また、重度になるほど、医療ニーズが高まってくる。
- したがって、重度者の在宅生活を支えるためには、医療サービスも含めて、複数のサービスを適切に組み合わせ提供していくことが必要になると考えられる。

ケアプランに組み込まれているサービス種類数別の利用者数(要介護度別)



重度になるほど、複数のサービスを組み合わせる提供することが必要になる。

居宅サービス種類別にみた受給者の要介護(要支援)状態区分別利用割合

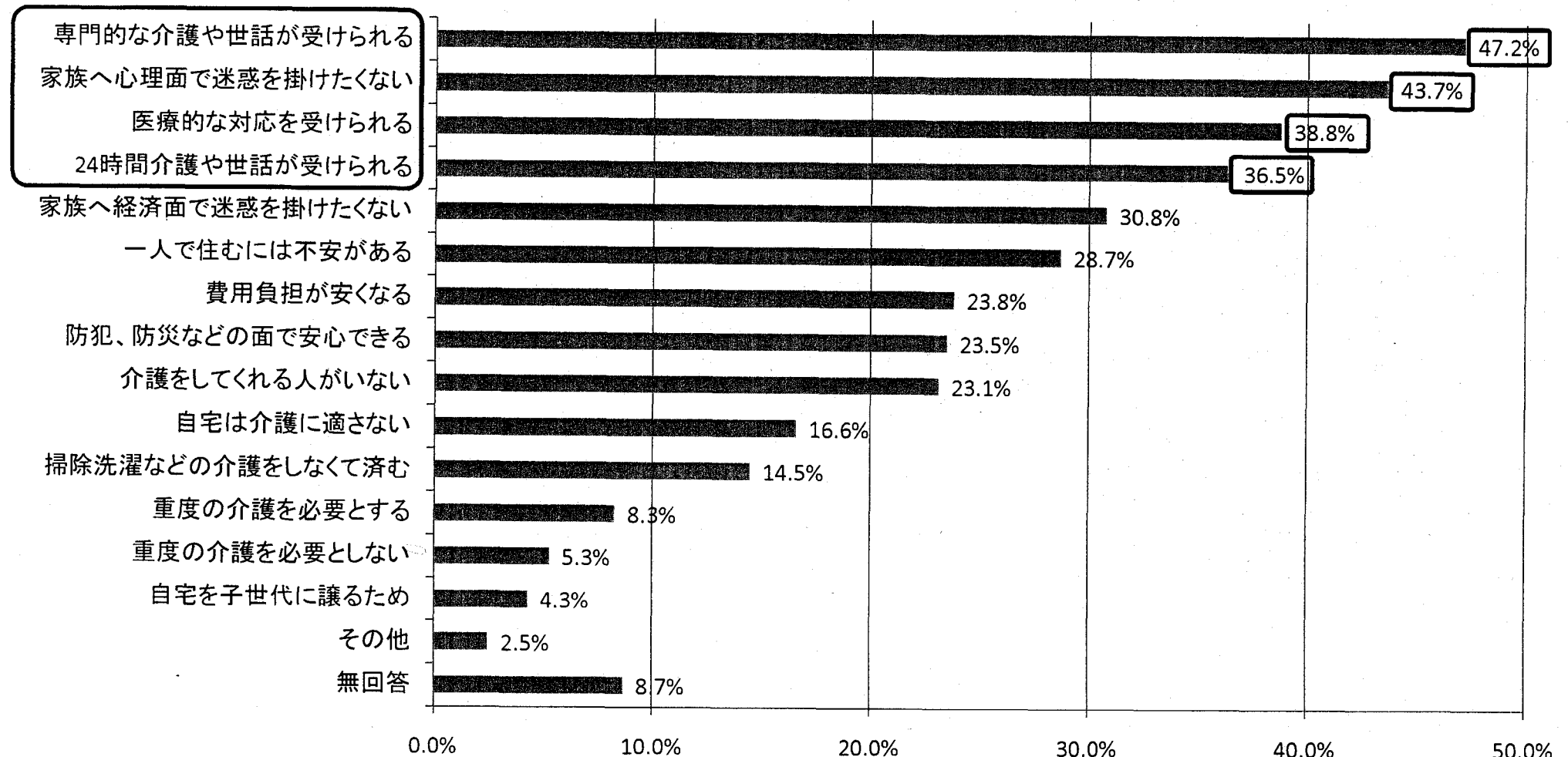


重度になるほど、看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まってくる。

在宅高齢者が施設入所を希望する場合の理由

- 在宅高齢者が施設入所を希望する場合の理由としては、「専門的な介護や世話が受けられる」、「家族の負担が軽減される」、「医療的な対応を受けられる」、「24時間介護等を受けられる」等の理由が多く挙げられている。
- こうした条件が整備されれば、在宅で生活し続けられる可能性が高まると考えられる。

在宅高齢者が施設入所を希望する場合の理由(複数回答)



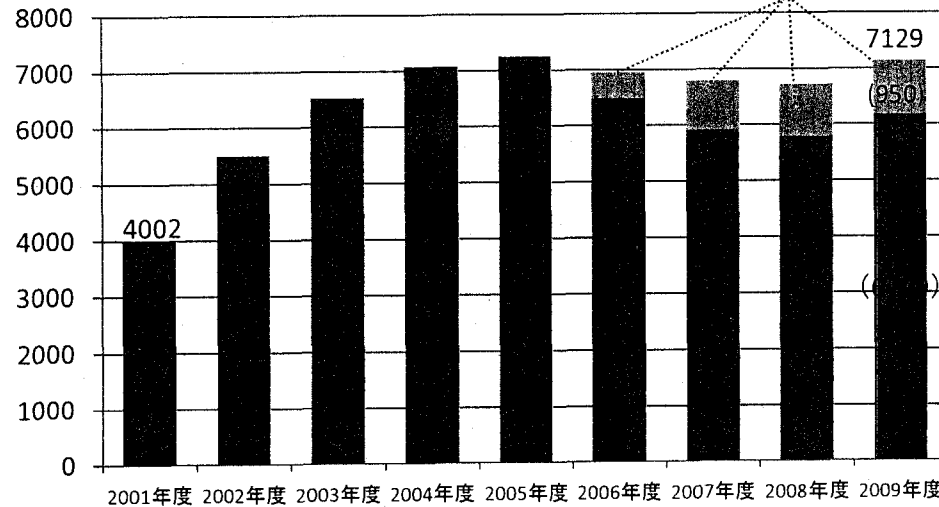
訪問介護の利用状況

介護保険制度の創設以来、訪問介護サービスの利用は堅調に伸びてきたが、近年は伸び悩んでいる。

〈単位:億円〉

費用額

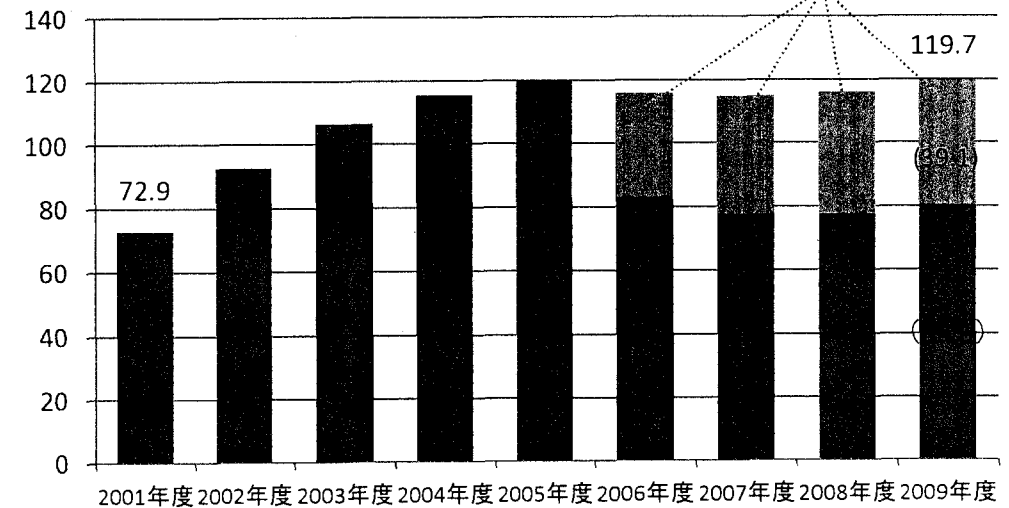
介護予防



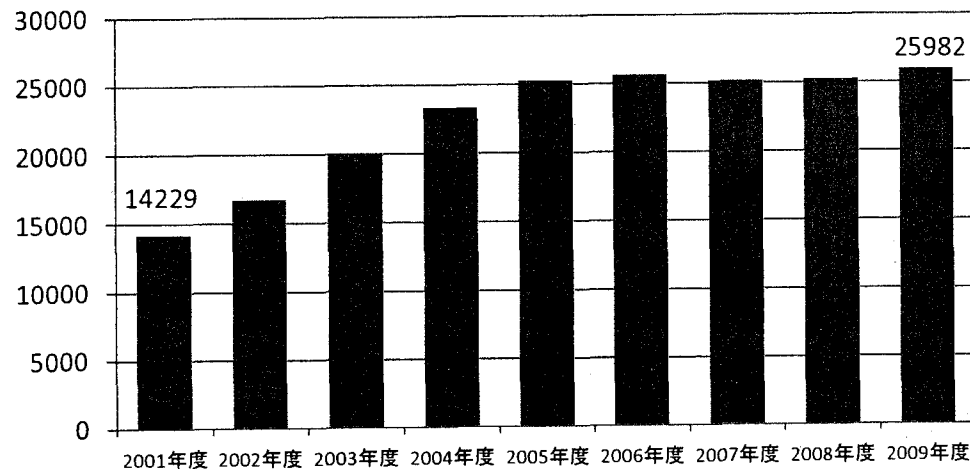
〈単位:万人〉

受給者数

介護予防



請求事業所数



注1) 各年度の費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

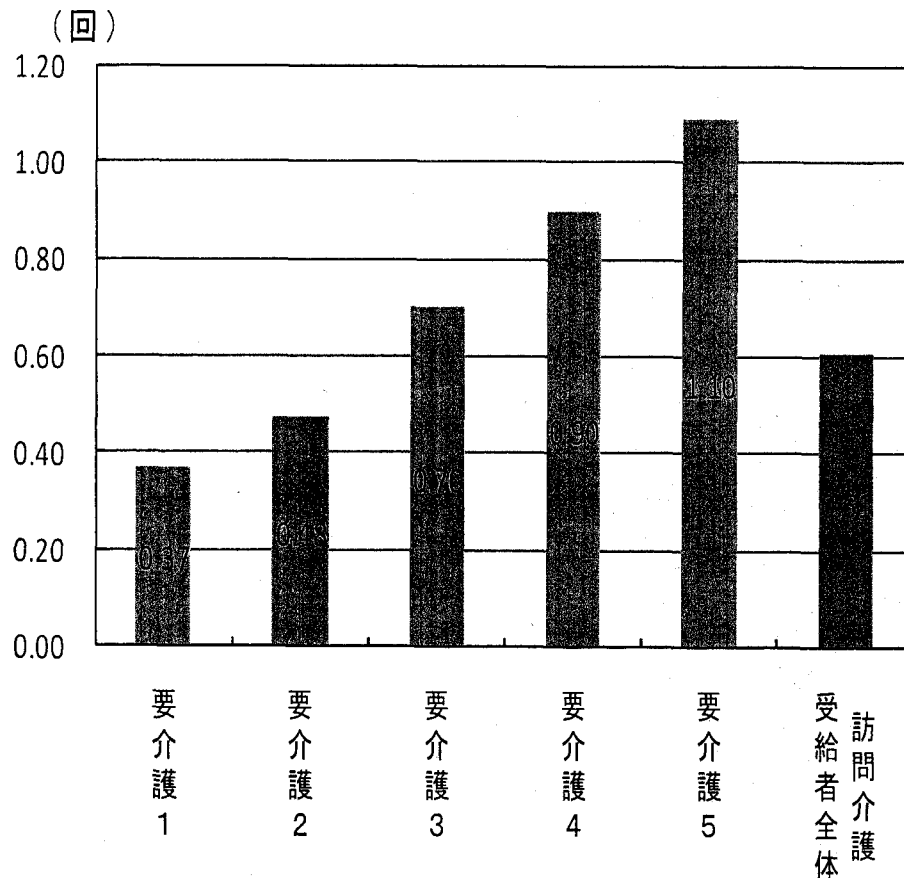
注2) 各年度の受給者数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

注3) 各年度の請求事業所数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

訪問介護の課題

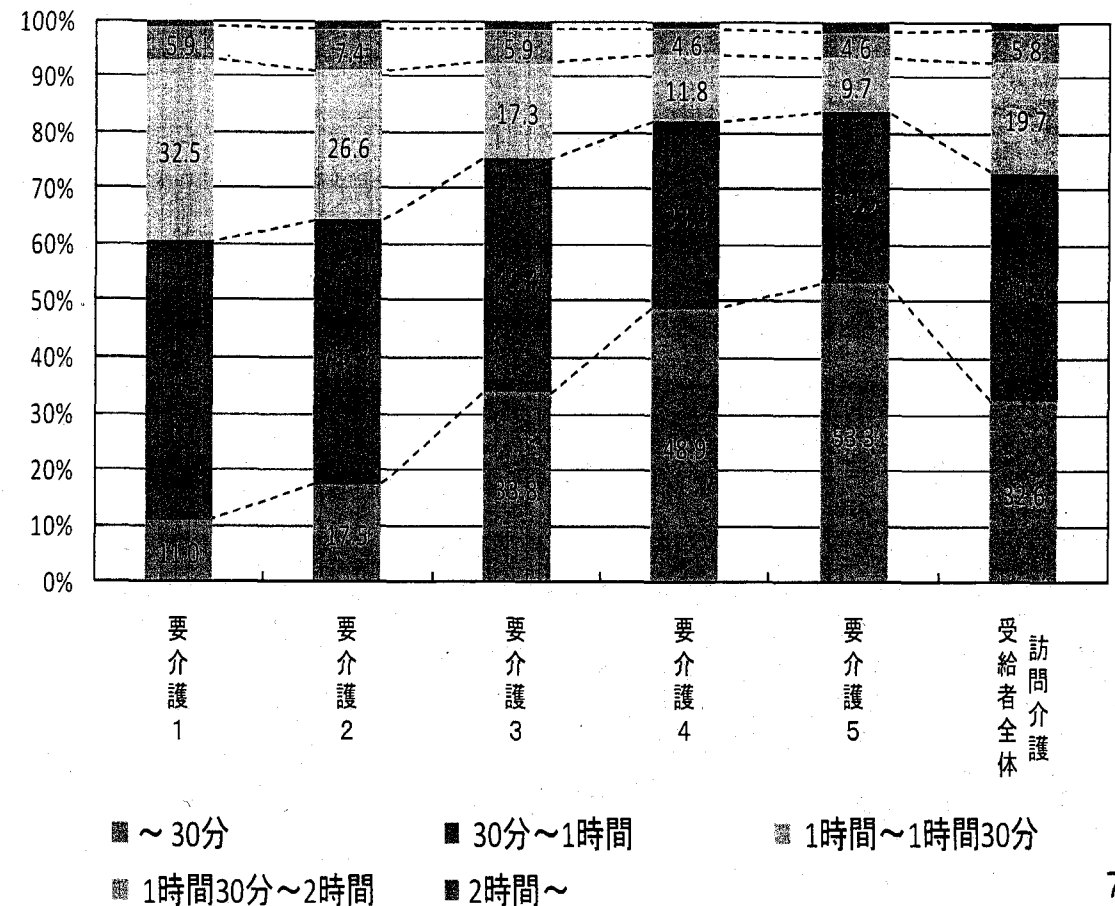
- 訪問介護サービスの提供回数（1人1日当たり）は、受給者全体では平均約0.6回、要介護5では平均1.1回となっている。また、訪問介護サービス1回当たりの提供時間は、受給者全体では、30分以上が7割弱、1時間以上が3割弱である。
- 現状の訪問介護は、1日当たりの訪問回数が少ないとともに、1回当たりの滞在時間が比較的長い時間となっている。

受給者1人1日当たりの平均訪問介護サービス提供回数



(資料出所) 厚生労働省 介護給付費実態調査(平成22年4月審査分)

訪問介護サービス1回当たりの提供時間



夜間対応型訪問介護の概要

在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要であるとの考えから、平成18年4月に、夜間における「定期巡回」と「通報による随時対応」を合わせた「夜間対応型訪問介護」が創設された（夜間における訪問介護サービスの提供のみを想定したサービス類型）。

夜間対応型訪問介護のイメージ図

基本的には、利用対象者300人程度を想定

（人口規模にすれば20万程度
まずは都市部でのサービス実施を想定）

※ 夜間の訪問介護のみを実施するサービス類型であり、日中の訪問介護は含まれない。

利用者はケアコール端末を持つ

利用者からの通報により
随時訪問を行う

通報

随時対応

常駐オペレータ

定期巡回

定期巡回

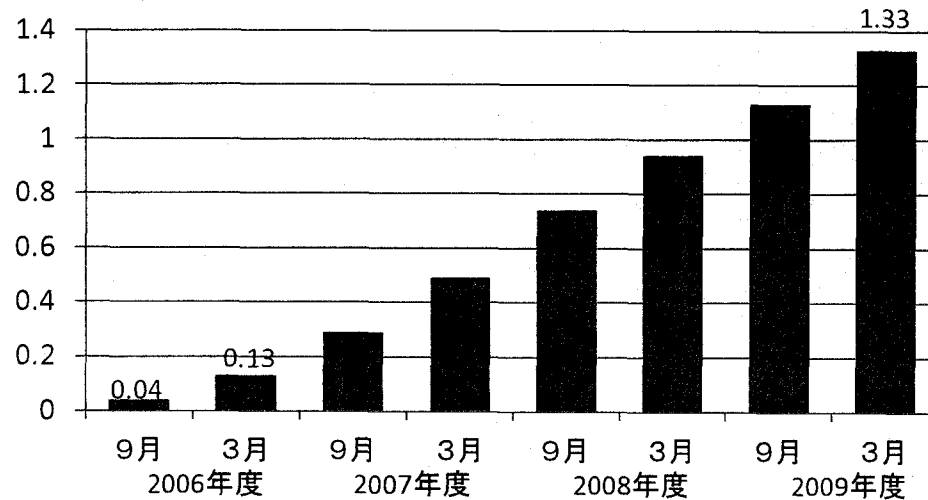
定期巡回を利用する人もいる

夜間対応型訪問介護の利用状況

- 夜間対応型訪問介護は2006年4月に創設されたが、2009年度末現在、利用者数が約5,000人、事業所数が95カ所にとどまっており、伸び悩んでいる。
- 現状では、重度者の在宅生活を支える上で重要であると考えられる「日中・夜間を通じた巡回型の訪問サービス」が十分に提供されていない。

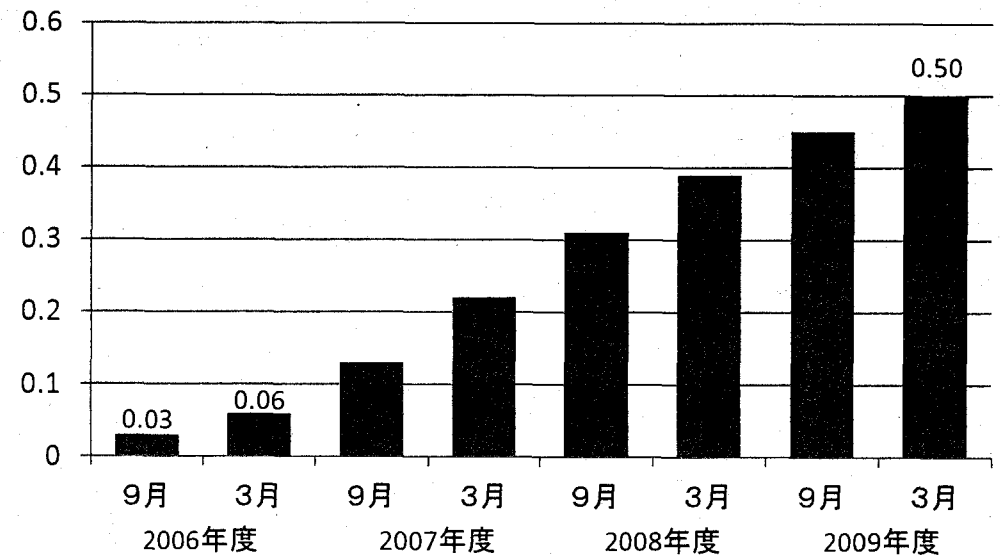
〈単位: 億円〉

費用額

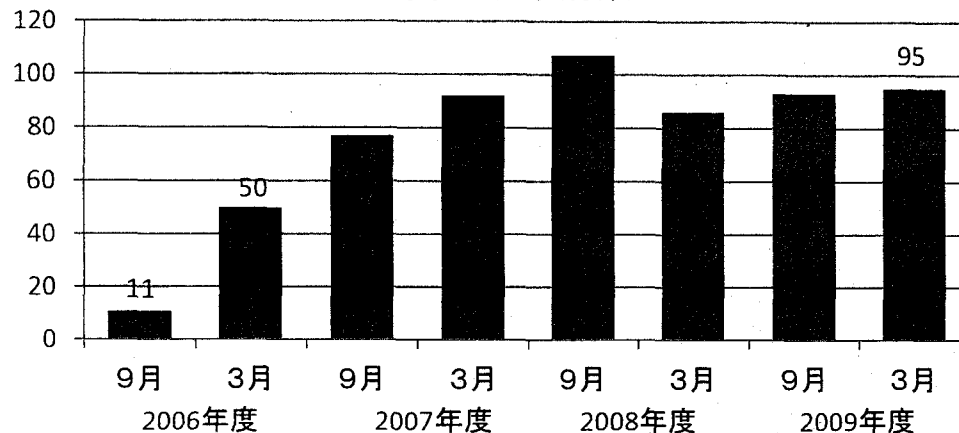


〈単位: 万人〉

受給者数



請求事業所数



注) 各月の費用額・受給者数・請求事業所数の値は、介護給付費実態調査月報より作成。
 なお、9月サービス分(10月審査分)を「9月」の部分で記載し、3月サービス分(4月審査分)を「3月」の部分で記載している。

デンマークにおける24時間地域巡回型訪問サービス

デンマークにおいては、重度者であっても可能な限り地域で生活することができるよう、介護と看護の連携を図りながら、24時間巡回型の訪問サービスが提供されている。

○デンマークにおける24時間地域巡回型訪問サービス体制の概要

区分	時間帯	家事援助、身体介護	看護
日中巡回	7:00～15:00	起床、着替え、トイレ介助、食事介助(朝食、昼食)、シャワー、昼寝誘導、そうじ、洗濯、買い物	口腔ケア、精神的ケア、カテーテル交換、ストーマ、胃ろうの管交換、胃ろうからの栄養補給、傷の手当て、投薬管理、薬の服用、血液検査とインシュリン注射、緊急訪問、緊急時対応
夜間巡回	15:00～23:00	トイレ介助、食事介助(夕食)、着替え、就寝介助	
深夜巡回	23:00～7:00	どうしても必要な医療的ケアを中心に提供	

※ 在宅ケアのチームは1人のリーダー(SSA(社会福祉・保健アシスタント))と5～6名のSSH(社会福祉・保健ヘルパー)という形で編成されるケースが多く、ここに看護師が加わって医療的ケアを必要とする者にケアを提供する。

※ SSAは社会福祉・保健ヘルパー教育の後、更に1年8ヶ月の教育を続けることが必要で、経管栄養の栄養補給やインシュリン注射も行う。

※ 介護従事者の多くは公務員である。

○人員体制の例(フレデリクスベア市の場合)

区分	時間帯	内容
日中巡回	7:00～15:00	市の3つの福祉地区をそれぞれ6つ前後の小地区(利用者250人程度)に分けて、SSA(2人)とSSH(20人前後)で構成されるチームがその小地区の一つを担当する。各福祉地区には訪問看護師グループがあり、各チームのリーダーを務める。利用者は、市全体で3,430人。
夜間巡回	15:00～23:00	各福祉地区をそれぞれ2分して、SSA(1人、リーダー)とSSHや派遣ヘルパー等(5～6人)で構成されるチームが担当する。利用者は市全体で548人。
深夜巡回	23:00～7:00	全市を統合して、2人のSSAと2人の訪問看護師が担当する。利用者は、市全体で32人。

(参考：デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移)

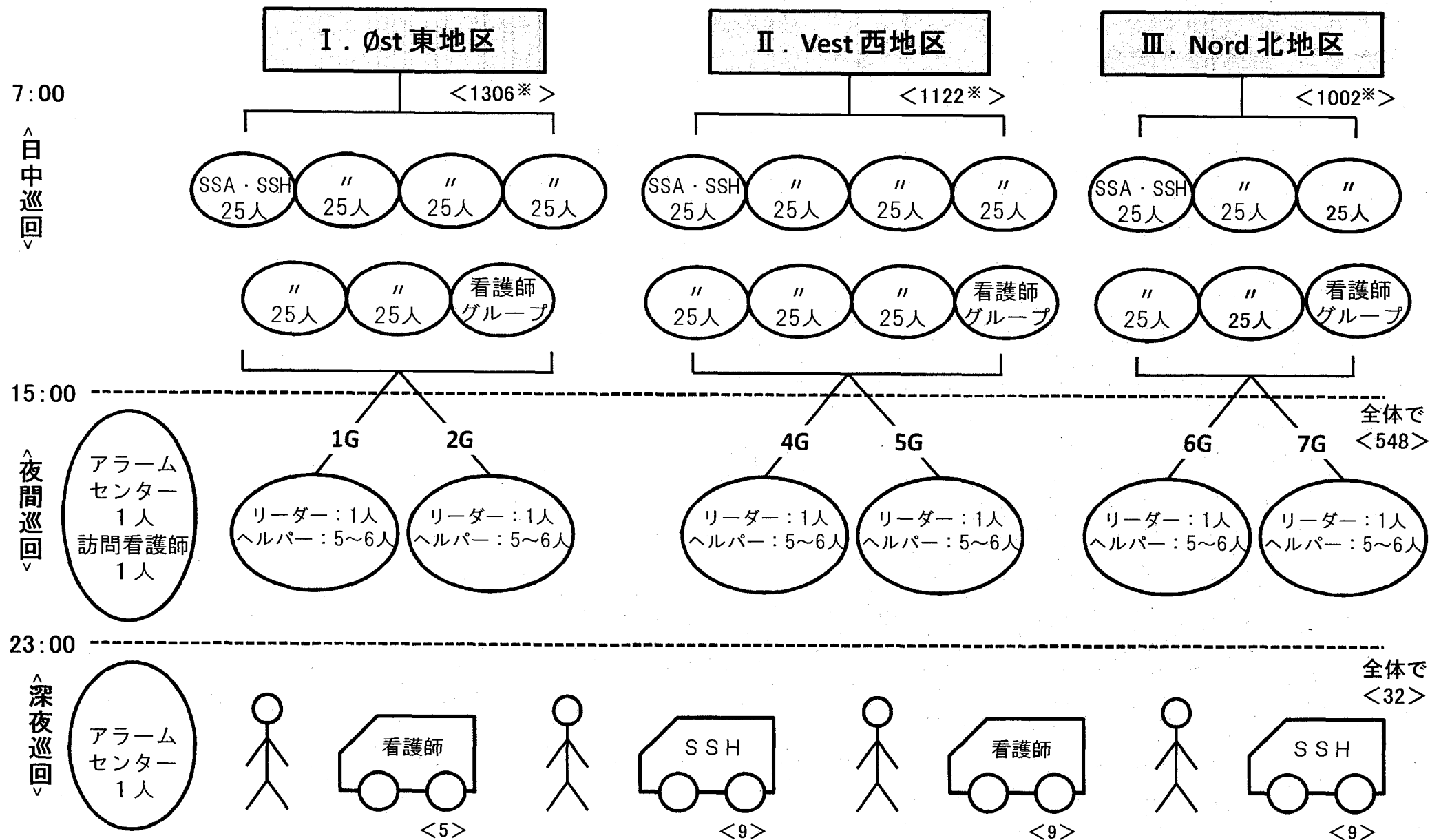
	施設系		住宅系	合計
	プライエム	保護住宅	高齢者住宅	
1987年	49,088	6,595	3,356	59,039
2006年	15,424	2,870	58,292	76,586

資料出所：

- ・ 松岡洋子「デンマークの高齢者福祉と地域居住」
- ・ 医療経済研究機構「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書」

○フレデリクスベア市における在宅ケアのスタッフ体制

<>:利用者数



※ 日中巡回については、このほかに全市で1,365人の訪問看護利用者がいる

資料出所: 松岡洋子「デンマークの高齢者福祉と地域居住」

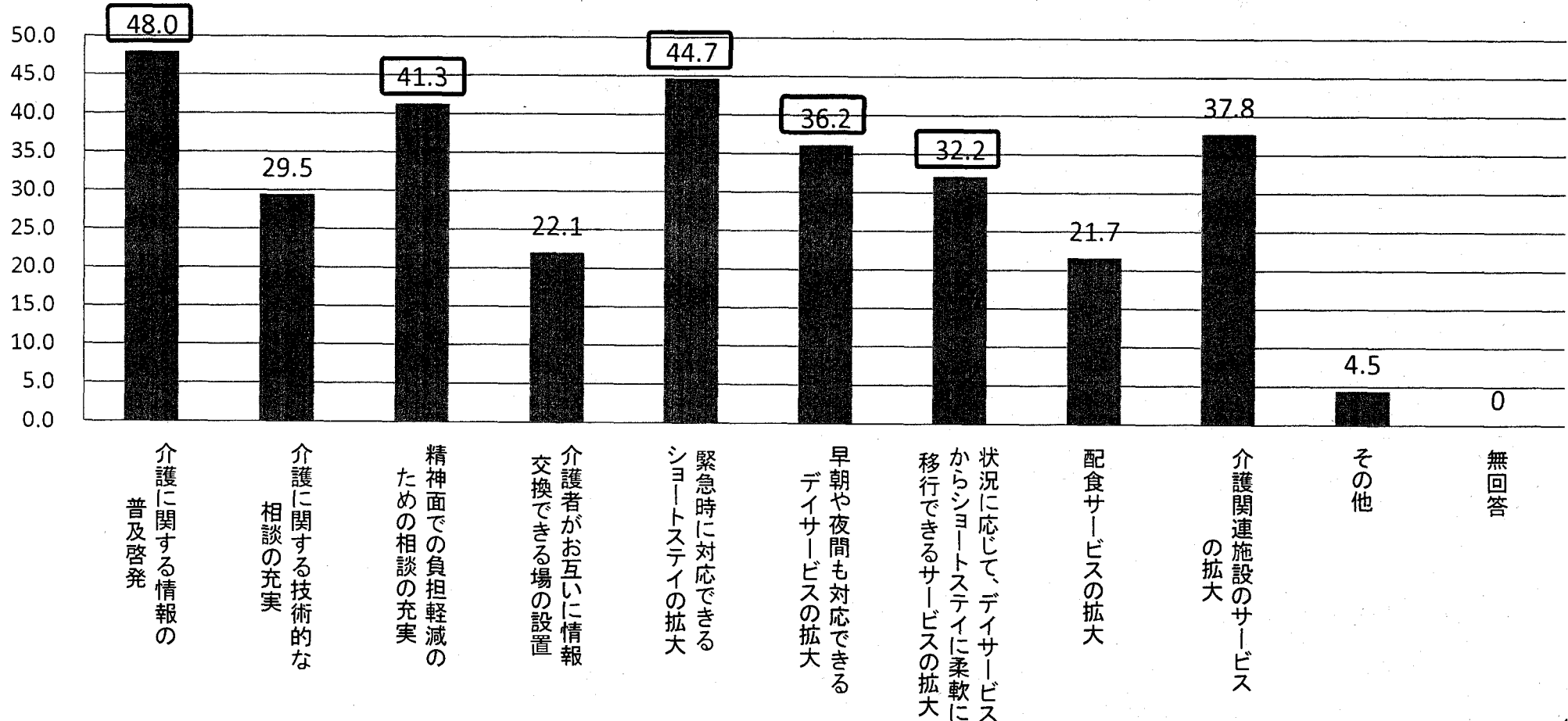
○フレデリクスベア市の夜間巡回訪問(15:30~23:00)におけるSSAの業務内容

No.	開始時間	場所	利用者の状況			巡回区分	ケア(業務)内容等
			性別・年齢	要介護度	家族構成		
	15:30	市の在宅介護課	—				ミーティング(夜間巡回の6グループが集合)
1	16:40	高齢者住宅A	女・70代	1	独居		インシュリン注射
2	16:50		女・80代	3	独居	1回目	目薬の点眼、服薬
3	17:05	高齢者住宅B	女・70代	1	夫		インシュリン注射
4	17:15		女・40代	5	独居	1回目	水分摂取、胃ろうからの栄養補給
5	17:45		男・70代	2	独居		目薬の点眼、むくみ防止ソックスの着脱
6	18:10	高齢者住宅A	女・70代	1	独居		ぜんそくの吸入
7	18:15	高層集合住宅	男・60代	1	独居		服薬、会話
	18:45	市のステーション	—				休憩、食事、ミーティング(夜間巡回の2グループが集合)
8	20:05	一般集合住宅	女・70代	3	独居		会話、服薬
	20:16	消防署	—				消防署へ緊急訪問のための鍵を取りに行く
9	20:40	一般住宅	男・80代	4	独居	緊急時対応	アラーム・電話回線の確認
10	20:55	一般集合住宅	男・90代	5	妻		傷の手当て
11	21:07	高齢者住宅A	女・80代	3	独居	2回目	目薬の点眼、服薬
12	21:15		女・70代	2	独居		目薬の点眼
13	21:25	高齢者住宅B	男・若い	4	独居		ストーマの処置
14	21:50		女・70代	1	独居		目薬の点眼、会話
15	22:10		男・70代	3	独居		目薬の点眼、服薬
16	22:20		女・40代	5	独居	2回目	水分摂取、胃ろうからの栄養補給
	22:30	市の在宅介護課	—				深夜担当の看護師へ引き継ぎ

仕事と介護の両立促進のために必要な地域や社会による支援

- 家族介護者である労働者等への調査によれば、仕事と介護の両立を促進するために必要である地域や社会による支援として、「介護に関する情報の普及啓発」、「緊急時に対応できるショートステイの拡大」、「精神面での負担軽減のための相談の充実」等を挙げる者が多い。
- 介護サービスに関しては、緊急時に対応できるショートステイや、早朝や夜間にも対応できるデイサービス、状況に応じてデイサービスからショートステイに柔軟に移行できるサービスなど、必要な時に柔軟に受けられる介護サービスが必要であるという声が多い。

仕事と介護の両立促進のために必要な地域や社会による支援(複数回答)

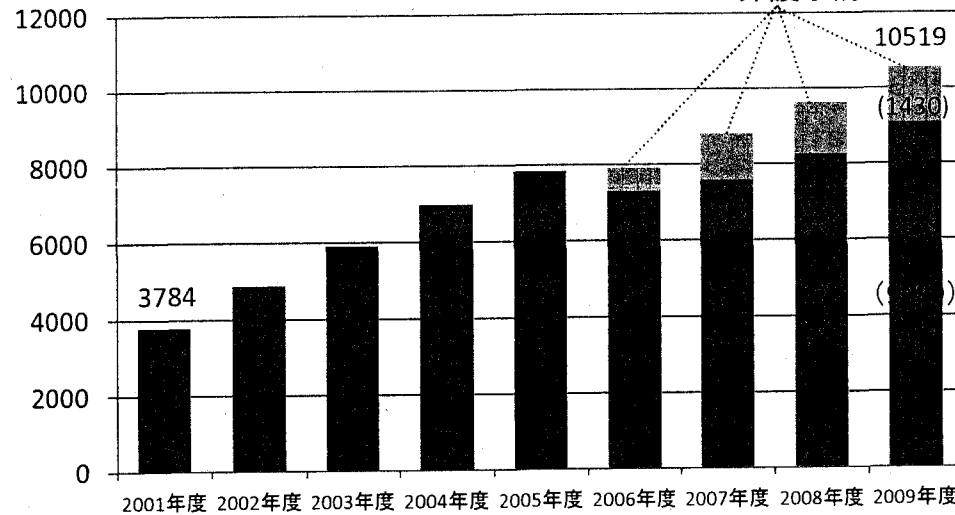


通所介護の利用状況

通所介護は、一貫して、利用が伸びている。

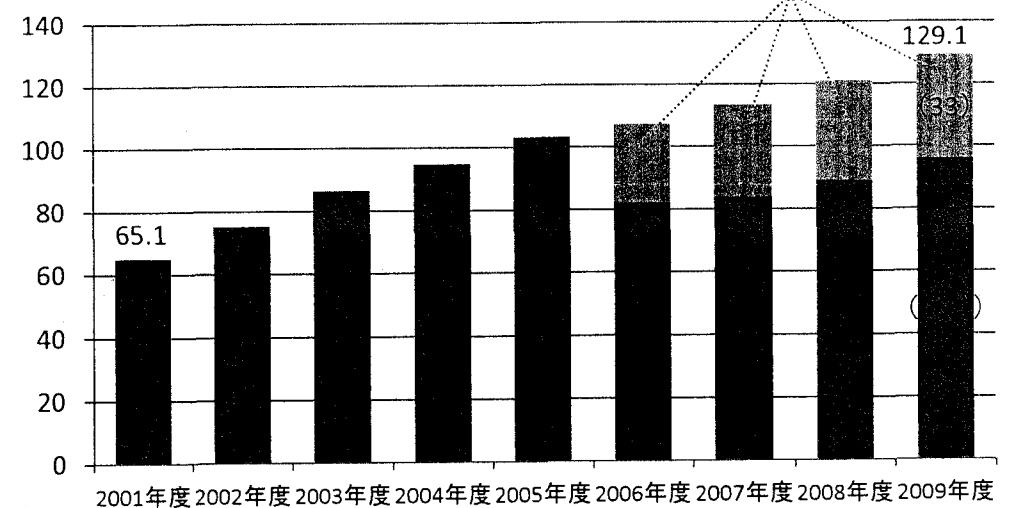
〈単位:億円〉

費用額

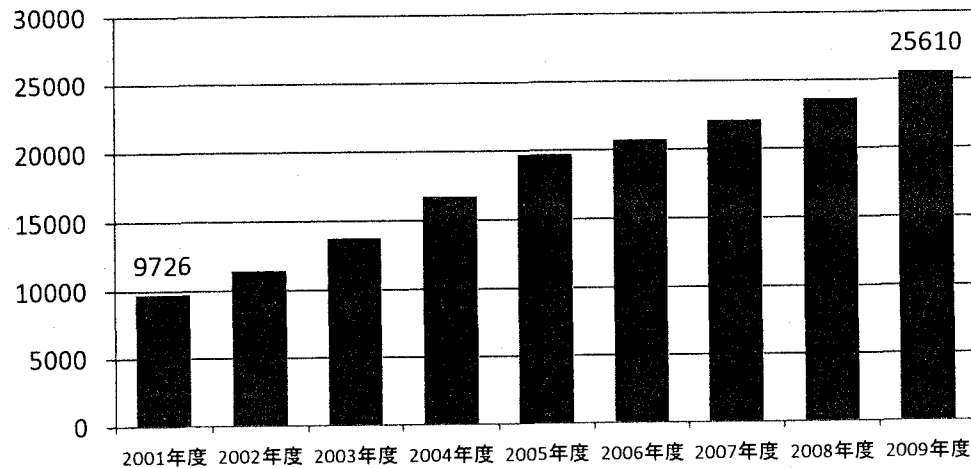


〈単位:万人〉

受給者数



請求事業所数



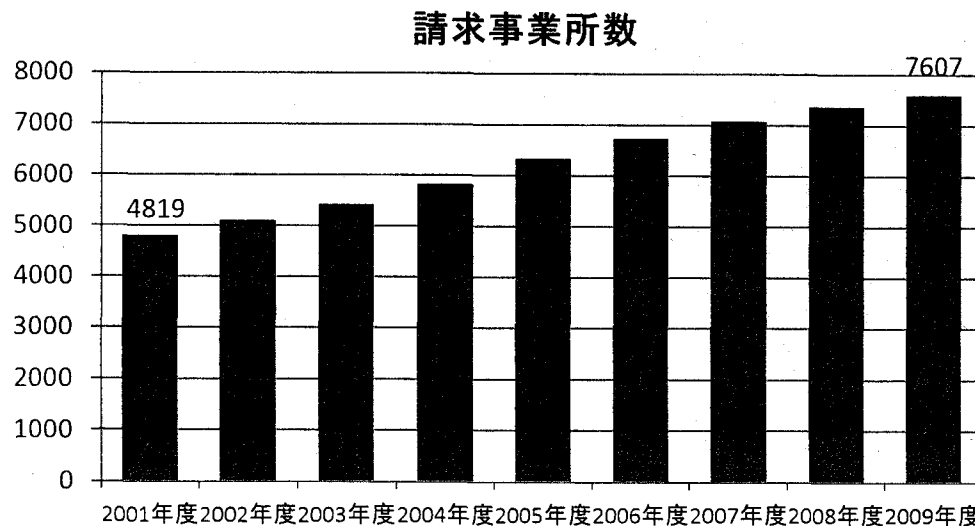
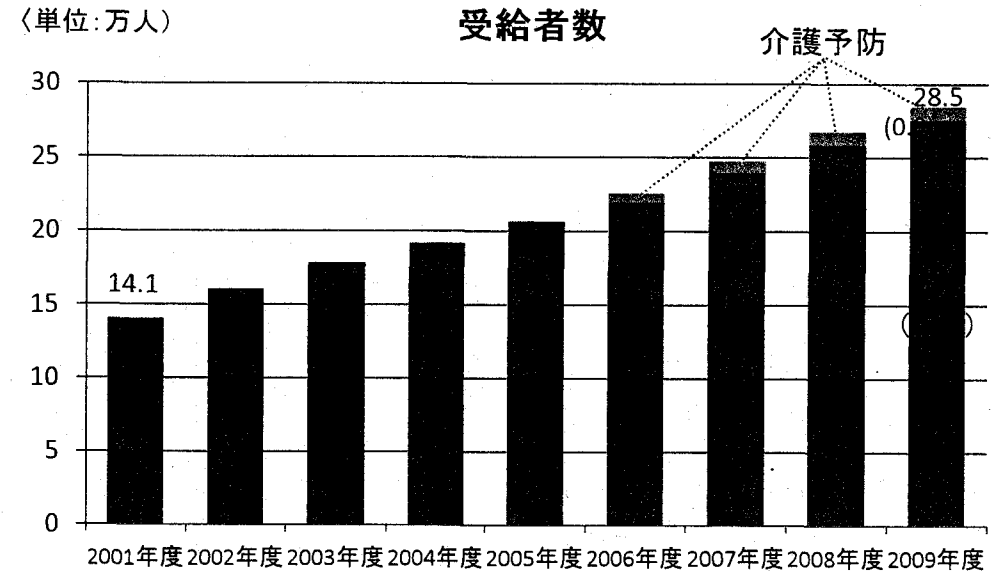
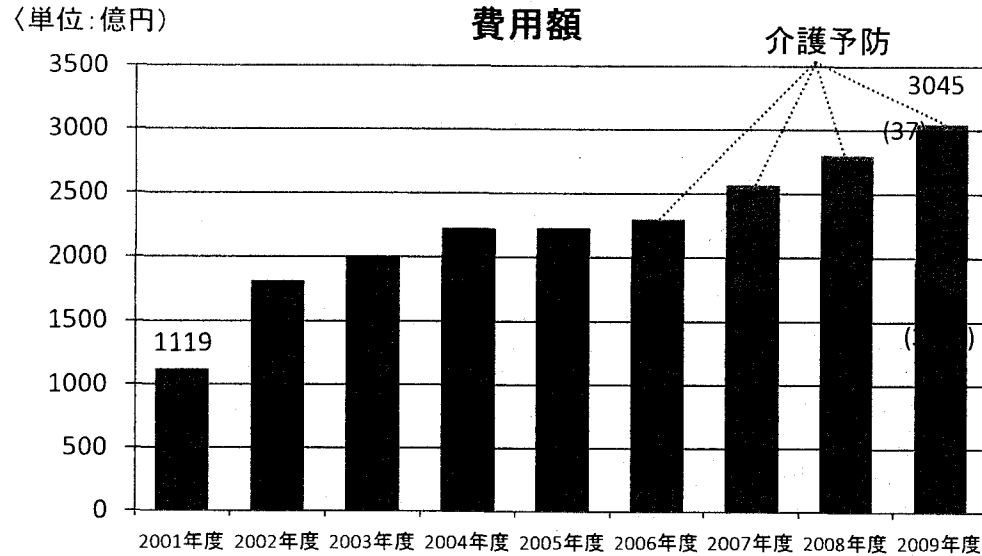
注1) 各年度の費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

注2) 各年度の受給者数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

注3) 各年度の請求事業所数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

短期入所生活介護の利用状況

短期入所生活介護は、一貫して、利用が伸びている。



注1) 各年度の費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

注2) 各年度の受給者数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

注3) 各年度の請求事業所数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

通所介護・短期入所生活介護の課題

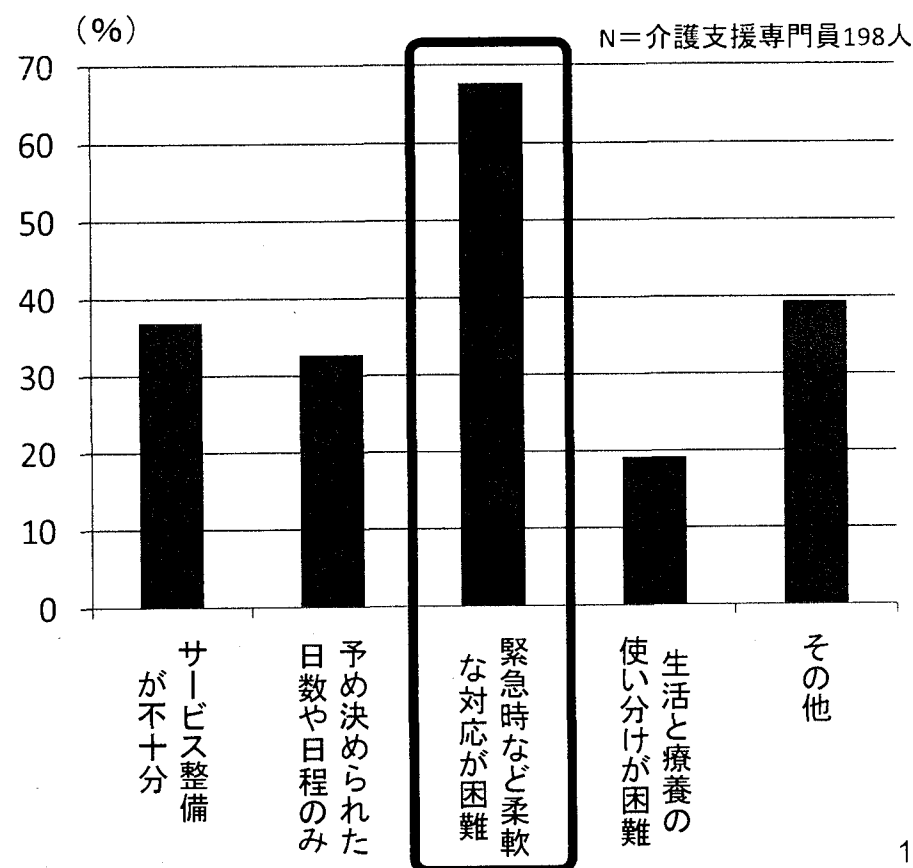
- 通所介護全体のサービス利用は伸びているが、延長の通所介護があまり提供されていないなど、利用者や家族のニーズに応じた柔軟な通所介護サービスが、必ずしも提供できていない可能性がある。
- 介護支援専門員に対するアンケート調査結果に基づけば、「緊急時など柔軟な対応が困難」であることが短期入所サービスの利用上の大きな課題であると考えられる。

通所介護サービス提供回数

(単位:千回)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
2時間～3時間	11.0 (0.4%)	13.0 (0.5%)	8.5 (0.4%)	6.2 (0.5%)	5.0 (1.0%)	43.7 (0.5%)
3時間～6時間	397.0 (14.6%)	400.2 (15.0%)	248.0 (12.6%)	147.5 (13.0%)	74.7 (13.9%)	1267.4 (14.0%)
6時間～8時間	2296.1 (84.7%)	2249.8 (84.1%)	1696.0 (86.0%)	959.6 (84.9%)	451.0 (83.4%)	7652.6 (84.7%)
8時間～9時間	4.8 (0.2%)	7.8 (0.3%)	11.3 (0.6%)	7.9 (0.7%)	4.7 (0.9%)	36.6 (0.4%)
9時間～10時間	3.1 (0.1%)	5.6 (0.2%)	9.5 (0.5%)	9.0 (0.8%)	5.4 (1.0%)	32.7 (0.4%)
総数	2712.1 (100.0%)	2676.4 (100.0%)	1973.3 (100.0%)	1130.3 (100.0%)	540.8 (100.0%)	9032.9 (100.0%)

短期入所サービスの利用上の課題(複数回答)



延長の通所介護

資料出所:介護給付費実態調査(平成22年5月審査分)

資料出所:株式会社ニッセイ基礎研究所「在宅要介護者へのサービス提供体制のあり方に関する研究報告書」(平成19年度老人保健健康増進等事業)

小規模多機能型居宅介護の概要

「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された(平成18年4月創設)。



小規模多機能型居宅介護事業所

様態や希望により、「訪問」



「訪問」

人員配置は固定にせず、柔軟な業務遂行を可能に。

どのサービスを利用しても、なじみの職員によるサービスが受けられる。

「通い」を中心とした利用

様態や希望により、「泊まり」

《利用者》

- 1事業所の登録定員は25名以下
- 「通い」の利用定員は登録定員の2分の1～15名の範囲内
- 「泊まり」の利用定員は通いの利用定員の3分の1～9名の範囲内

《人員配置》

- 介護・看護職員
日中: 通いの利用者 3人に1人
+ 訪問対応1人
夜間: 泊まりと訪問対応で 2人(1人は宿直可)
- 介護支援専門員1人

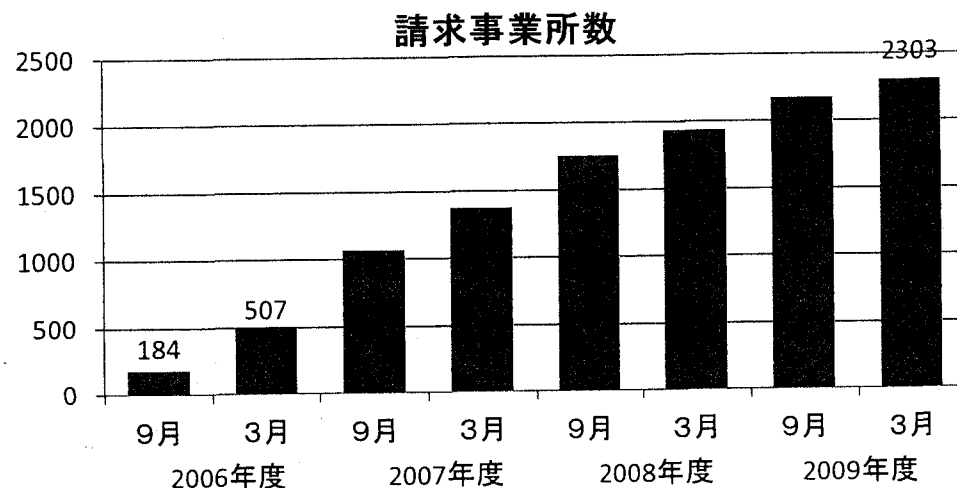
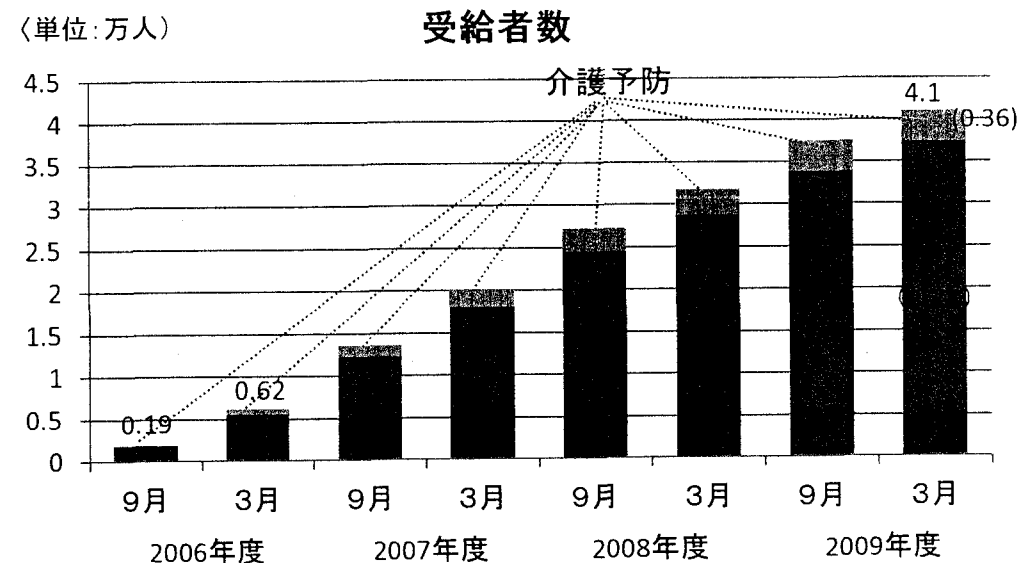
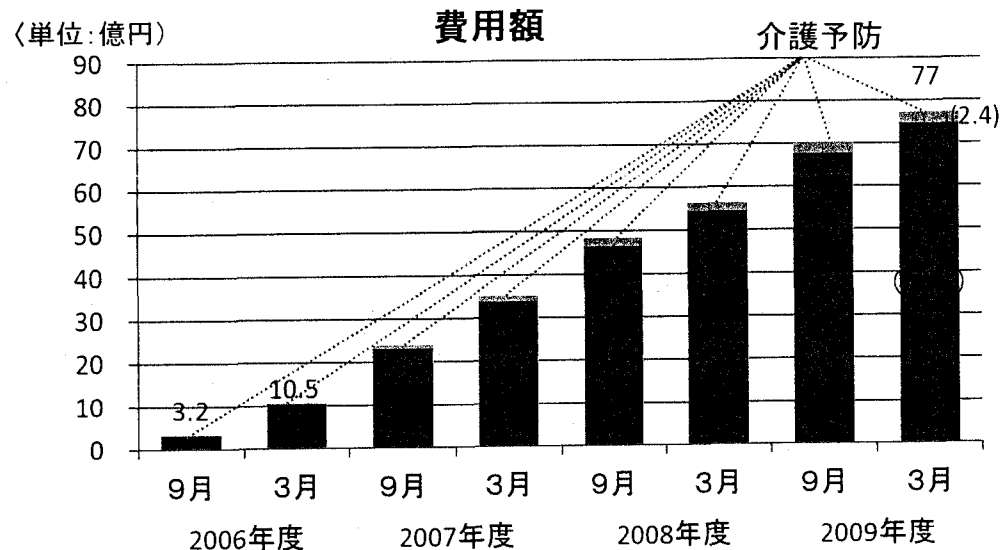
《設備》

- 居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さ
- 泊まりは4.5畳程度でプライバシーが確保できるしつらえ

◎要介護度別の月単位の定額報酬

小規模多機能型居宅介護の利用状況

- 小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアを支える重要なサービスであり、普及を加速していくことが必要である。
- 普及の促進に当たって、例えば、医療ニーズにより対応できる仕組みを選択し得るようにするなど、利用者のニーズに応じて、より多機能のサービスを提供できる仕組みを検討していくことなども必要ではないか。



注) 各月の費用額・受給者数・請求事業所数の値は、介護給付費実態調査月報より作成。
 なお、9月サービス分(10月審査分)を「9月」の部分で記載し、3月サービス分(4月審査分)を「3月」の部分で記載している。

宅老所とは

- 民家などを活用し、家庭的な雰囲気の中で、1人ひとりの生活リズムに合わせた柔軟なケアを行う取り組みがあり、こうした取り組みは宅老所と呼ばれている（なお、宅老所についての統一的な定義はない）。
- 通い（デイサービス）のみを提供しているところから、泊まり（ショートステイ）や訪問ホームヘルプ）、住まい（グループホーム）、配食などの提供まで行っているところもあり、サービス形態は様々である。
- 利用者からの利用料だけで運営しているところ、通所介護事業所等の介護保険の指定を受けているところなど、運営形態も様々である。

宅老所の例

たすけあい佐賀（佐賀県佐賀市。7カ所を運営）

- ・ 介護保険創設前に開設。
- ・ 介護保険の通所介護事業所の指定を受けているが、介護保険外でのデイサービスの利用も可能。
- ・ 介護保険外において、宿泊サービスも実施。



○外観(宅老所「ながせ」)



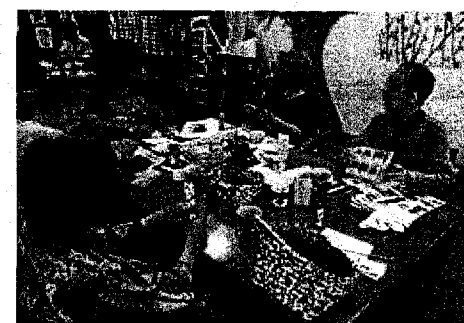
○食事風景(宅老所「てんゆう」)

ほっと・ハウス・豊玉（東京都練馬区）

- ・ 介護保険の通所介護（定員23名）、短期入所生活介護（定員1名）に加え、住まいとして有料老人ホーム（定員6名（申請中））。
- ・ 有料老人ホームについては、外部からの訪問介護サービスを利用することもできる。



○外観



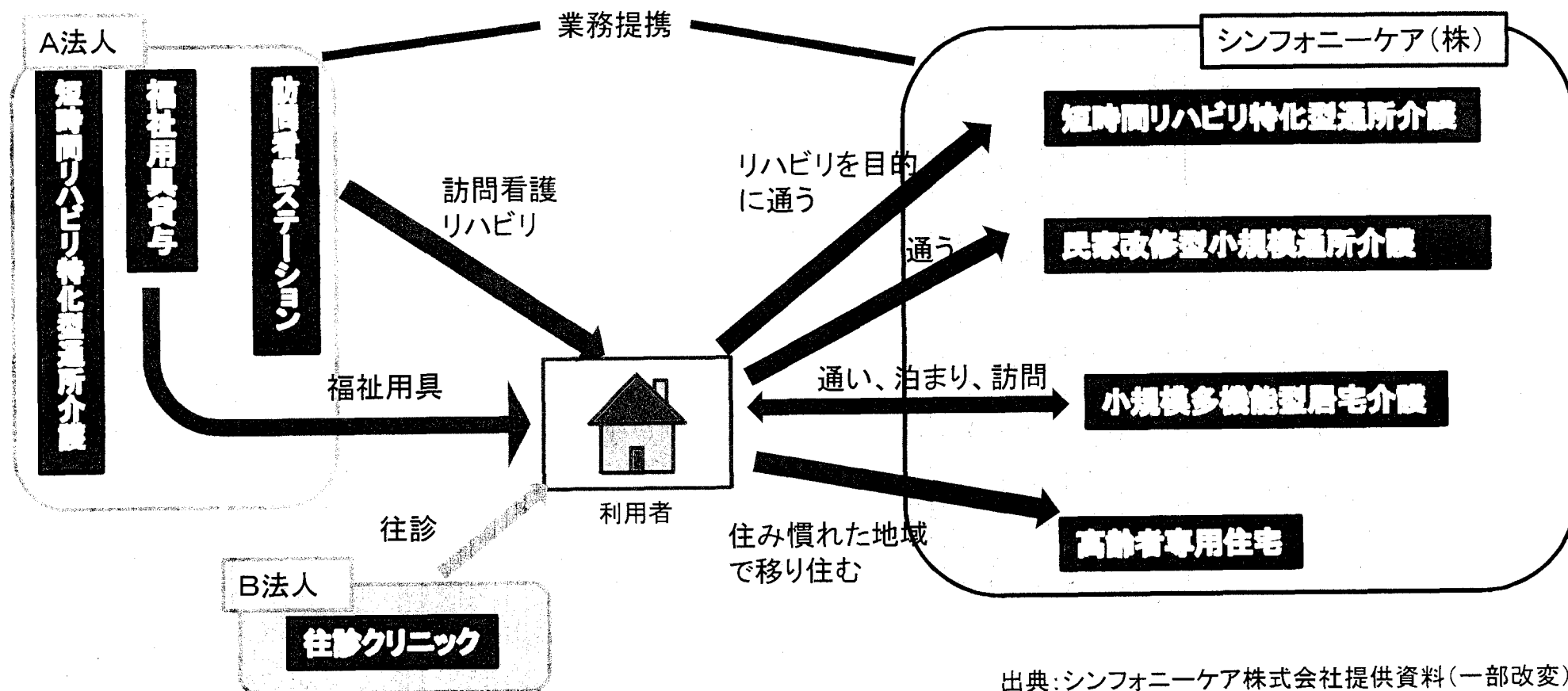
○少人数でのレクリエーション

複数サービスを組み合わせる提供事業者の取組

- 重度者の在宅生活を支えていくためには、複数のサービスを適切に組み合わせる提供していくことが必要。
- 現在、各地で、利用者のニーズに応じて、複数のサービスを組み合わせる提供事業者が存在するが、重度者の在宅生活支援という観点から、こうした取組の普及を図っていくことが必要。

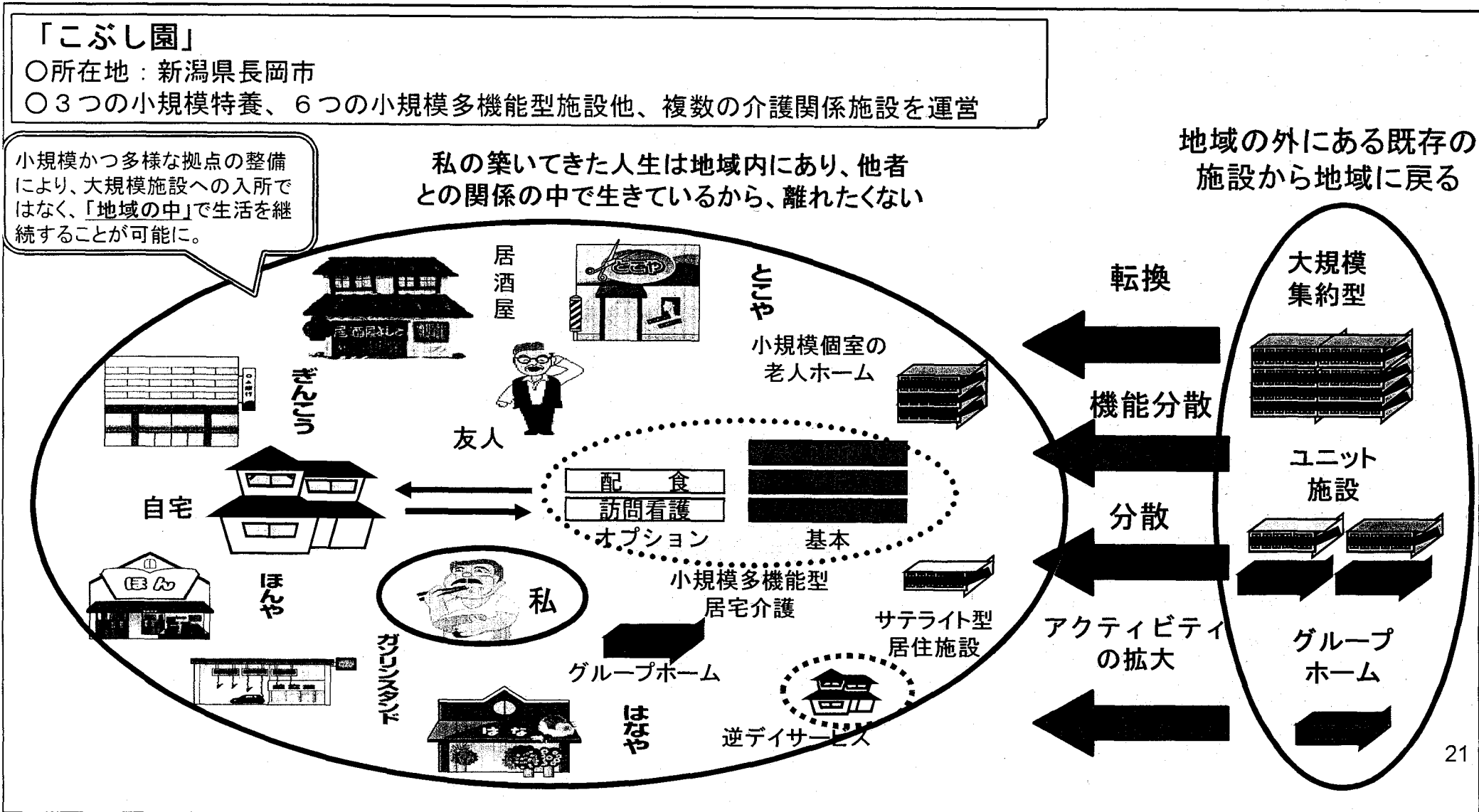
①事業例1:シンフォニーケア株式会社(宮城県仙台市)

- 仙台市において、「デイサービス」、「小規模多機能型居宅介護」、「高専賃」等を運営するシンフォニーケア株式会社では、「訪問看護ステーション」や「往診診療所」などと協力し、住み慣れた地域での生活を支援している。



②事業例2:こぶし園(新潟県長岡市)

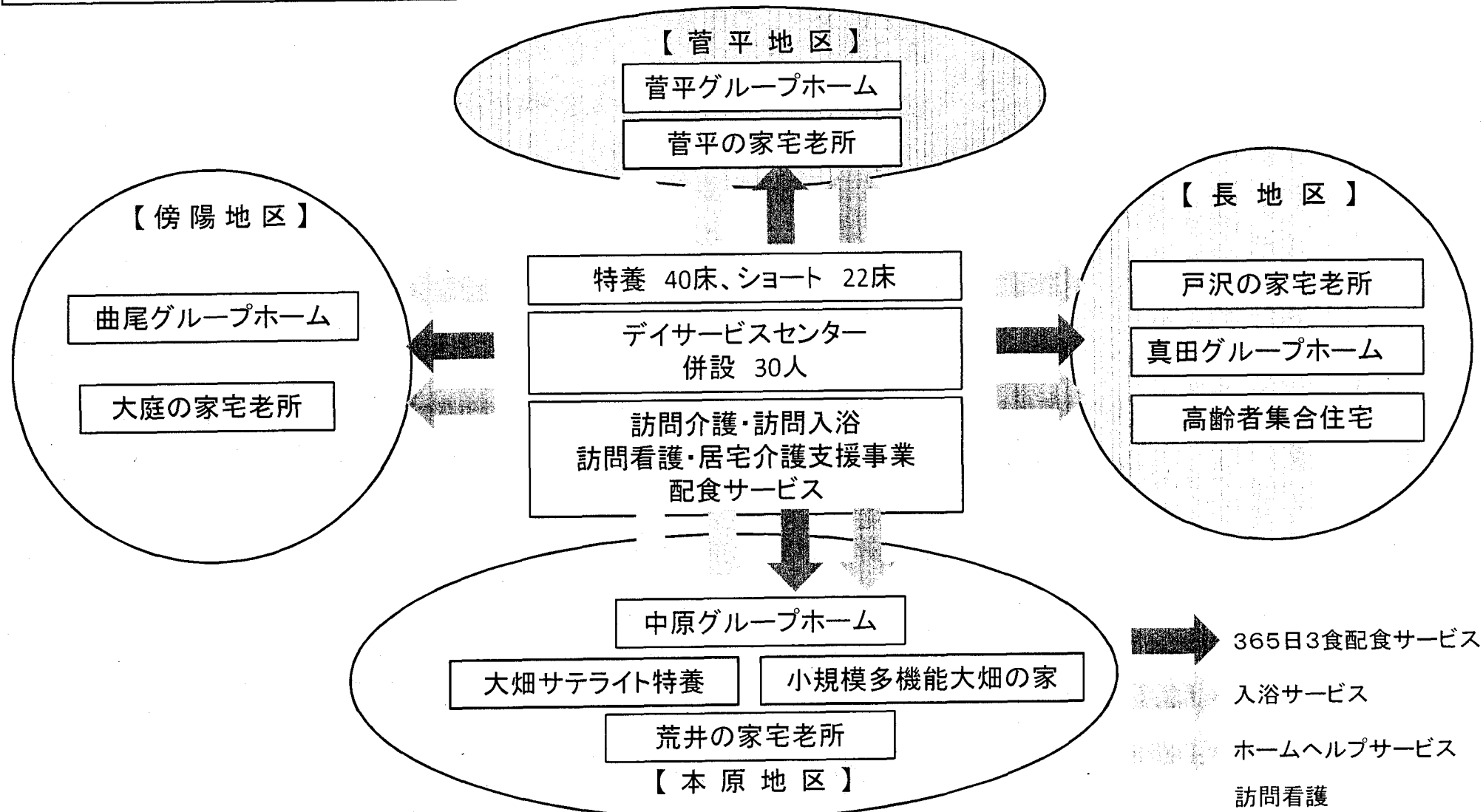
- 長岡市の「こぶし園」では、暮らしの原則は「地域の中」との認識に立ち、大規模施設から地域での生活への移行を進めている。
- その際、小規模の特別養護老人ホームや小規模多機能型施設等、小規模かつ多様なサービス拠点を展開。



③事業例3:アザレアンさなだ(長野県上田市 人口約11,000人)

○施設の有する人的・物的資源を、地域で生活する高齢者に提供。

- ・ 地域の高齢者に、24時間・365日の訪問介護・訪問看護、365日・3食の配食・訪問入浴サービスを提供。
- ・ 小学校区にグループホーム・宅老所・小規模多機能・サテライト特養を分散



これまでの主な指摘事項

①閣議決定等

○ 新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)

「成長戦略実行計画(工程表)」・「Ⅱ 健康大国戦略」

- ・ 24時間地域巡回型訪問サービス、レスパイトケア(家族の介護負担軽減)拡充の本格実施【2013年度までに実施すべき事項】

②研究会・団体等からの指摘事項

○ 横浜市「平成23年度国家予算及び制度に関する提案・要望書」(平成22年6月)

利用者に対し、24時間継続して効率的にサービスの提供が行われるよう、夜間対応型訪問介護を見直し、24時間巡回型の訪問介護とすること。

○ 高齢社会をよくする女性の会「こうすればよくなる介護保険」(平成22年4月26日)

「6 家族への支援の充実」

デイサービスセンターを利用したショートステイの拡充。認知症の人には慣れた場所や職員が何より。

○ 地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)

- ・ 現在の滞在型中心の訪問介護では要介護者の在宅生活を支えることは困難であることから、24時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービスを導入して、短時間の定期巡回と夜間通報システムによる緊急訪問等を組み合わせて、24時間365日の在宅生活を支えられるようにすべきである。(以下、略)
- ・ さらに、既存の在宅サービス(ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイなど)の複数のサービスを柔軟に組み合わせてパッケージ化して提供する複合型事業所の導入を検討すべきではないか。
- ・ 家族を介護しながら、働いている場合にあっては、家族介護と仕事との両立支援やレスパイト支援、相談事業が重要である。仕事との両立に資するような柔軟な時間設定による通所サービスや緊急ショートを整備を進めるとともに、企業においても介護にかかる基礎知識や技術習得の機会に関する情報提供をしたり、介護休暇や地域ボランティア活動による支援などの充実が重要である。(以下、略)

論点

○ 新成長戦略等を踏まえ、介護と医療・看護との連携を図りつつ、24時間地域巡回型訪問サービスの創設、レスパイトケアの拡充（お泊まりデイサービスの創設等）、小規模多機能型居宅介護の普及、複合型事業所の創設等を行っていくべきではないか。【新成長戦略において決定】

※ 24時間地域巡回型訪問サービスの具体的な内容については、別途、「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」において検討中（別紙1参照）。24時間地域巡回型の訪問介護サービスのほか、訪問介護と訪問看護が密接に連携した24時間地域巡回型訪問サービスについても検討中。

※ お泊まりデイサービスのイメージについては、別紙2を参照。

※ 複合型事業所のイメージについては、別紙3を参照。

「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」について (別紙1)

【趣旨】

- ①24時間地域巡回型訪問サービスのニーズ及び効果、②適切な訪問介護の体制や報酬体系のあり方、③医療・看護と訪問介護の連携等について調査研究を行うとともに、有識者及び関係事業者等による検討会を設け、24時間地域巡回型訪問サービス普及のための課題や方策を明らかにする。
- 在宅においても、施設と同様に24時間365日「必要なとき」に「必要なサービス」が提供されることにより、重度化しても、在宅での生活が継続できるよう「24時間地域巡回型訪問サービス」のあり方について、モデル事業や各種の調査等を行い、検討を行う。

【検討会委員】 (敬称略、50音順)

- | | | | |
|---------|-----------------------------------|-----------|--------------------------------------|
| ・秋山 正子 | 株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション 所長 | ・栃本 一三郎 | 上智大学 総合人間科学部長 |
| ・池田 省三 | 龍谷大学 社会学部 地域福祉学科 教授 | ・馬袋 秀男 | 株式会社ジャパンケアサービスグループ代表取締役社長 |
| ・石原 美智子 | 株式会社新生メディカル 代表取締役社長 | ・堀田 聰子 | ユトレヒト大学 社会行動科学部 訪問教授 |
| ・井部 俊子 | 聖路加看護大学 学長 | ・堀田 力(座長) | 公益財団法人さわやか福祉財団 理事長 |
| ・香取 幹 | 株式会社やさしい手 代表取締役社長 | ・堀川 雄人 | 世田谷区 地域福祉部 部長 |
| ・小山 剛 | 社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長 | ・的場 優子 | 和光市 保健福祉部 長寿あんしん課和光南地域包括支援センター |
| ・篠田 浩 | 大垣市 福祉部 社会福祉課 課長補佐 | ・結城 康博 | 淑徳大学 総合福祉学部 社会福祉学科 准教授 |
| ・時田 純 | 社会福祉法人小田原福祉会 理事長 | ・和田 忠志 | 全国在宅療養支援診療所連絡会研修・教育局長 あおぞら診療所高知潮江 医師 |

【検討会におけるモデル事業・その他調査内容等】

- 24時間地域巡回型訪問サービスモデル事業：モデル事業を実施し、利用者に対する効果や24時間地域巡回型訪問サービスの効果的な提供のあり方（短時間サービスを含めた定期訪問と随時訪問の組み合わせのあり方等）について、実態に基づく検討。
- 施設ケア調査：入所施設で提供されているケアの内容・量・時間帯等を把握し、「今後在宅で提供されるべき標準的なケアの内容」について考察を行う。
- アンケート調査：全国の夜間対応型訪問介護事業所及び深夜に訪問対応している訪問介護事業所にアンケート調査を実施し、24時間地域巡回型訪問サービスの課題等を把握する。
- 自治体調査：自治体における特養待機者の状況を把握し潜在的ニーズを把握するとともに、地域ごとの特性について検討。

【スケジュール】

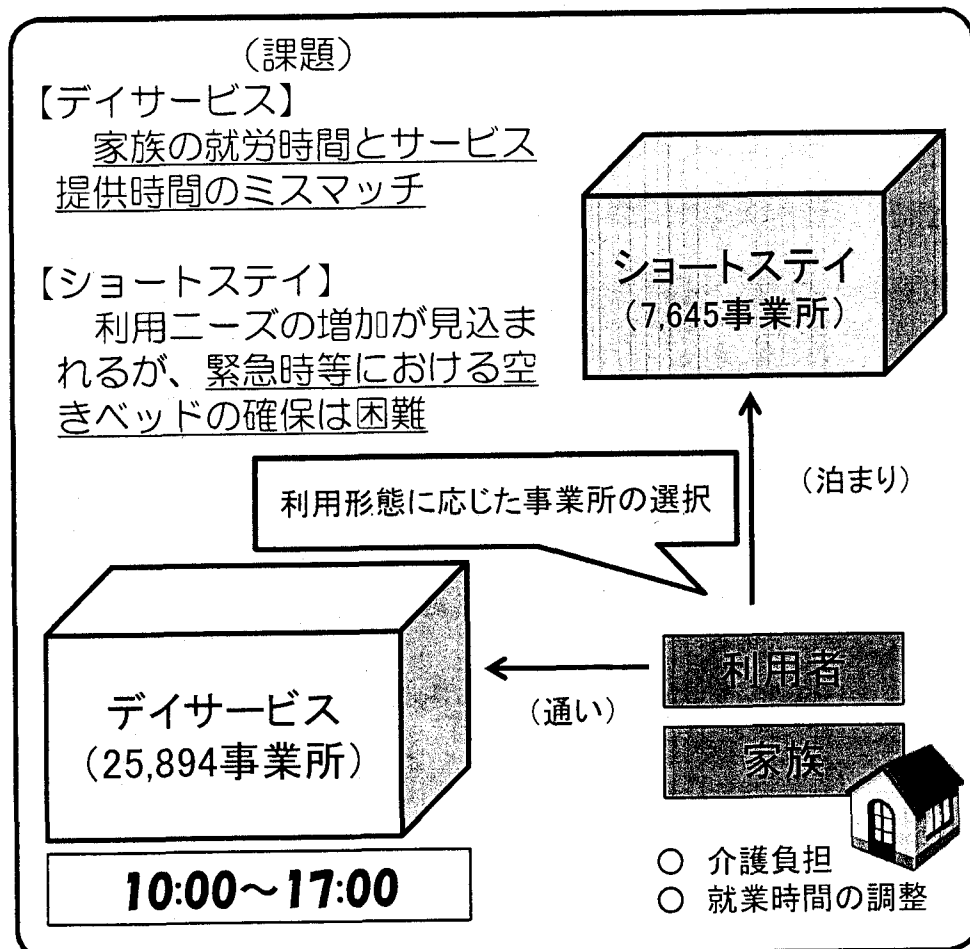
- 6月18日に第1回、7月5日に第2回、8月2日に第3回を開催。
- モデル事業により具体的なデータを収集するとともに、アンケート調査により実態把握・意見収集を行った上で、10月を目途に中間取りまとめを行い、介護保険部会に報告し、今年度中に最終取りまとめを行う予定。

お泊まりデイサービスのイメージ

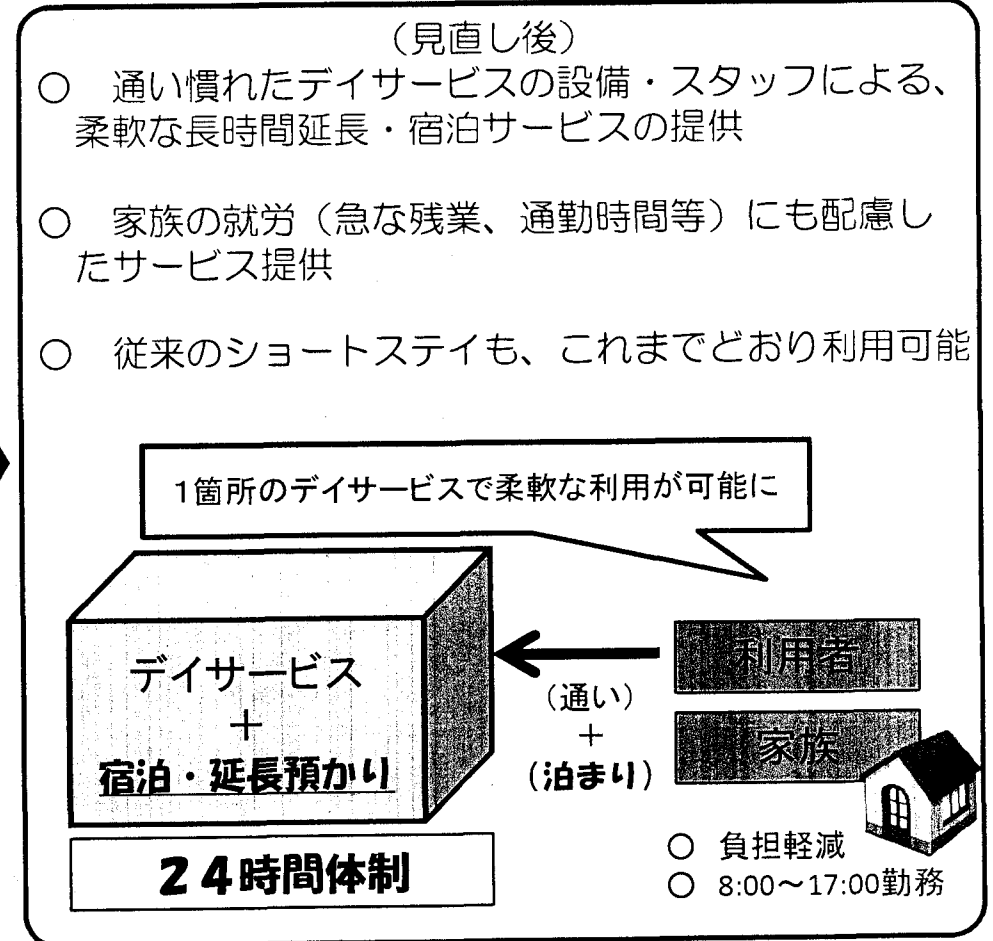
(別紙2)

- デイサービスを活用した宿泊事業（ショートステイ）又は10時間以上の延長サービスを創設することにより、レスパイトケアの充実を図る。
- 通い慣れたデイサービスの設備・スタッフによるケアを基本として、柔軟な人員配置・設備利用を可能とすることで、急な預かりニーズにも対応可能となり、「仕事と介護の両立」が推進される。

現行制度



創設後



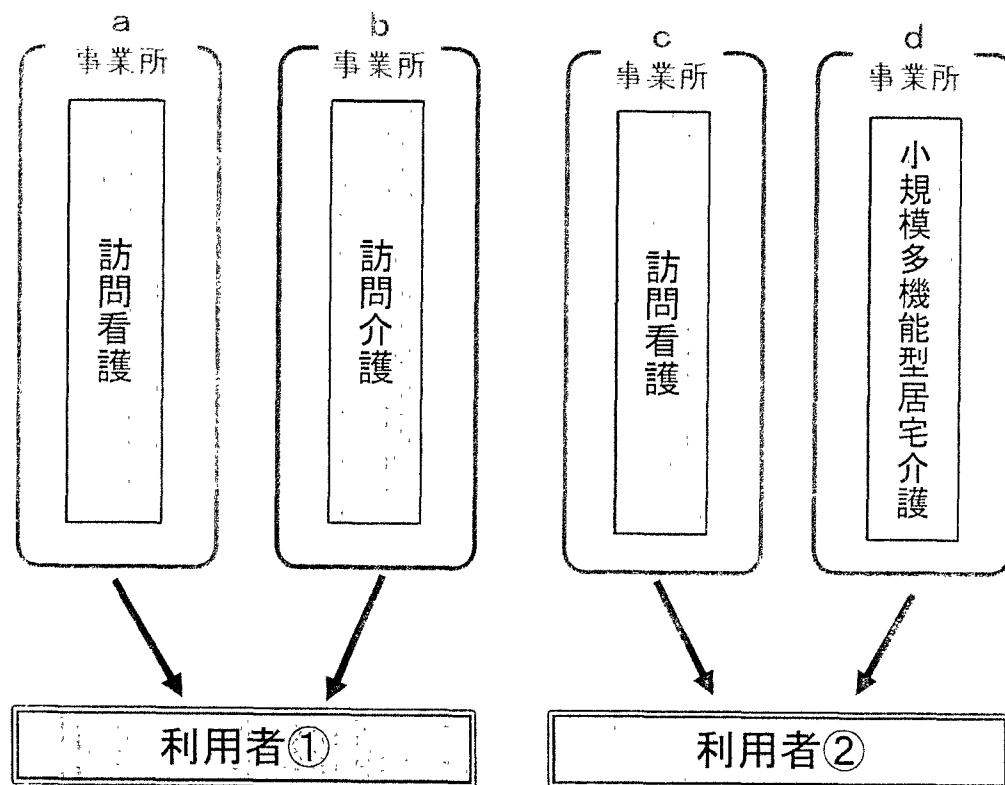
(資料出所) 事業所数については、厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成22年5月審査分)

複合型事業所のイメージ

(別紙3)

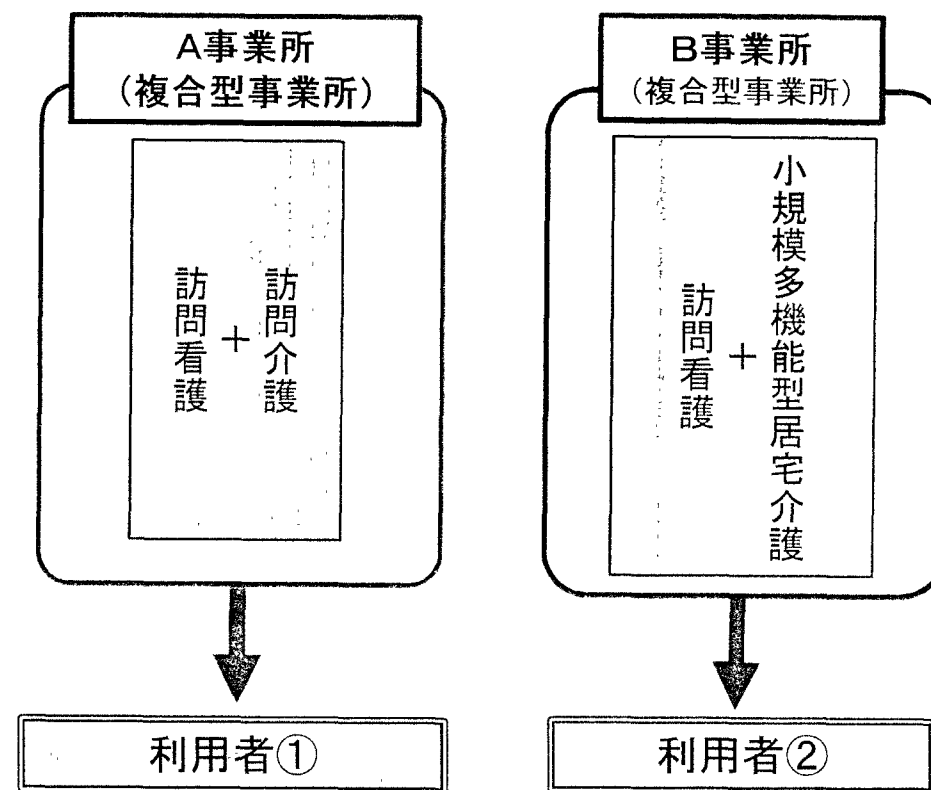
- 複合型事業所の創設により、利用者は、ニーズに応じて、柔軟に多機能サービスの提供を受けられるようになる。また、サービス提供時の契約手続きが一本化され、簡素化される。
- 事業者にとっても、一括して指定を受けることが可能になる、柔軟な人員配置が可能になる、ケアの体制が構築しやすくなるという利点がある。

現行制度



- それぞれのサービスごとに別々の事業所からサービスを受ける
- サービス間の調整が行いにくいので、柔軟なサービス提供が行いにくい。

創設後



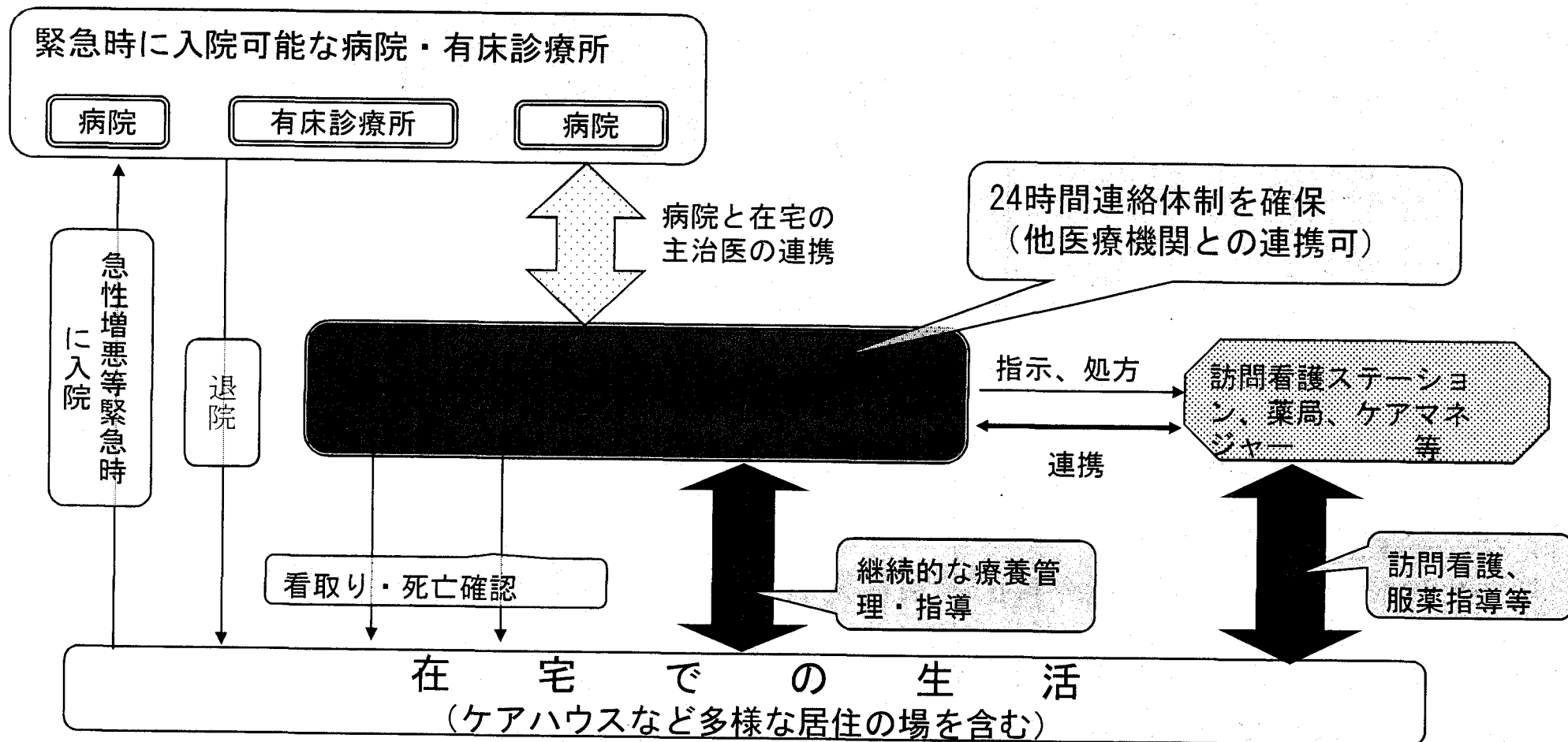
- 1つの事業所から、サービスが組み合わされて提供される。
- サービス間の調整が行いやすいので、柔軟なサービス提供が可能。

1. 在宅サービスの在り方

②医療系サービス

- ・ 在宅医療の連携のイメージ
- ・ 訪問看護の現状と課題
- ・ 訪問看護・訪問介護の連携状況
- ・ 療養通所介護の現状と課題
- ・ 訪問看護についてのこれまでの主な指摘事項
- ・ 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの現状と課題
- ・ リハビリテーションについてのこれまでの主な指摘事項
- ・ 論点

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



【参考】在宅療養支援診療所・病院（診療所はH18年度、病院はH20年度に創設）

患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する医療機関

（要件）24時間連絡を受ける連絡先を患者に提供、

24時間往診可能な体制の確保、

24時間訪問看護可能な体制の確保、

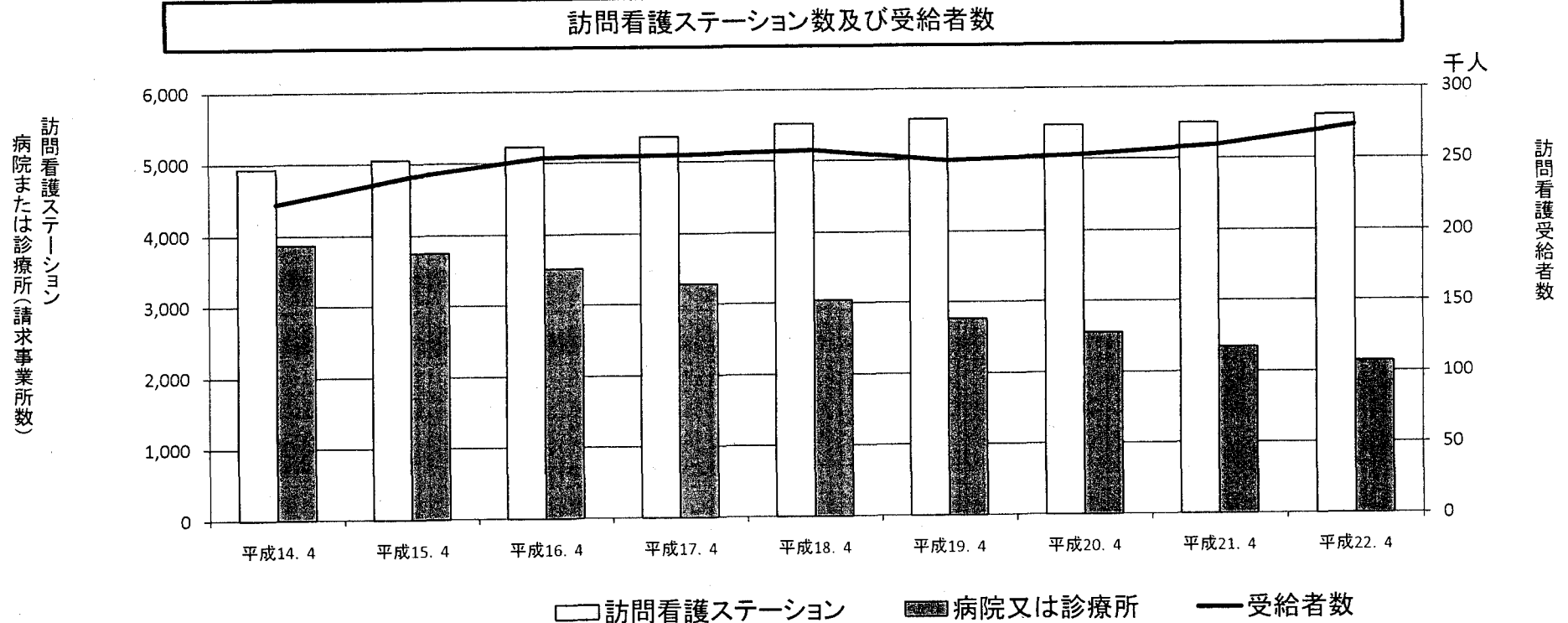
緊急時の入院体制の整備

等

	H18年	H19年	H20年	H21年
在宅療養支援診療所	9,434	10,477	11,450	11,955
在宅療養支援病院	—	—	7	11

訪問看護の利用状況

- 訪問看護（予防含む）の訪問看護ステーション数、受給者数は上昇傾向で推移。
- 要介護3以上の利用者が約6割を占める。



要介護度別受給者数

要支援・ 要介護者数	総数	要支援1	要支援2	経過 的 要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
受給者数(%)	272.5 (100%)	7.0 (2.6%)	17.4(6.4%)	— (0.0%)	36.1 (13.2%)	51.5 (18.9%)	47.3 (17.4%)	49.7 (18.2%)	63.5 (23.3%)

訪問看護における医療ニーズ

- 医療処置にかかる看護内容が必要な利用者数は増加している。
- 個々の医療処置については、必要な利用者数、割合ともに増加し、医療ニーズの高い利用者が増加していると考えられる。

9月中の看護内容別訪問看護ステーションの利用者数(M. A)

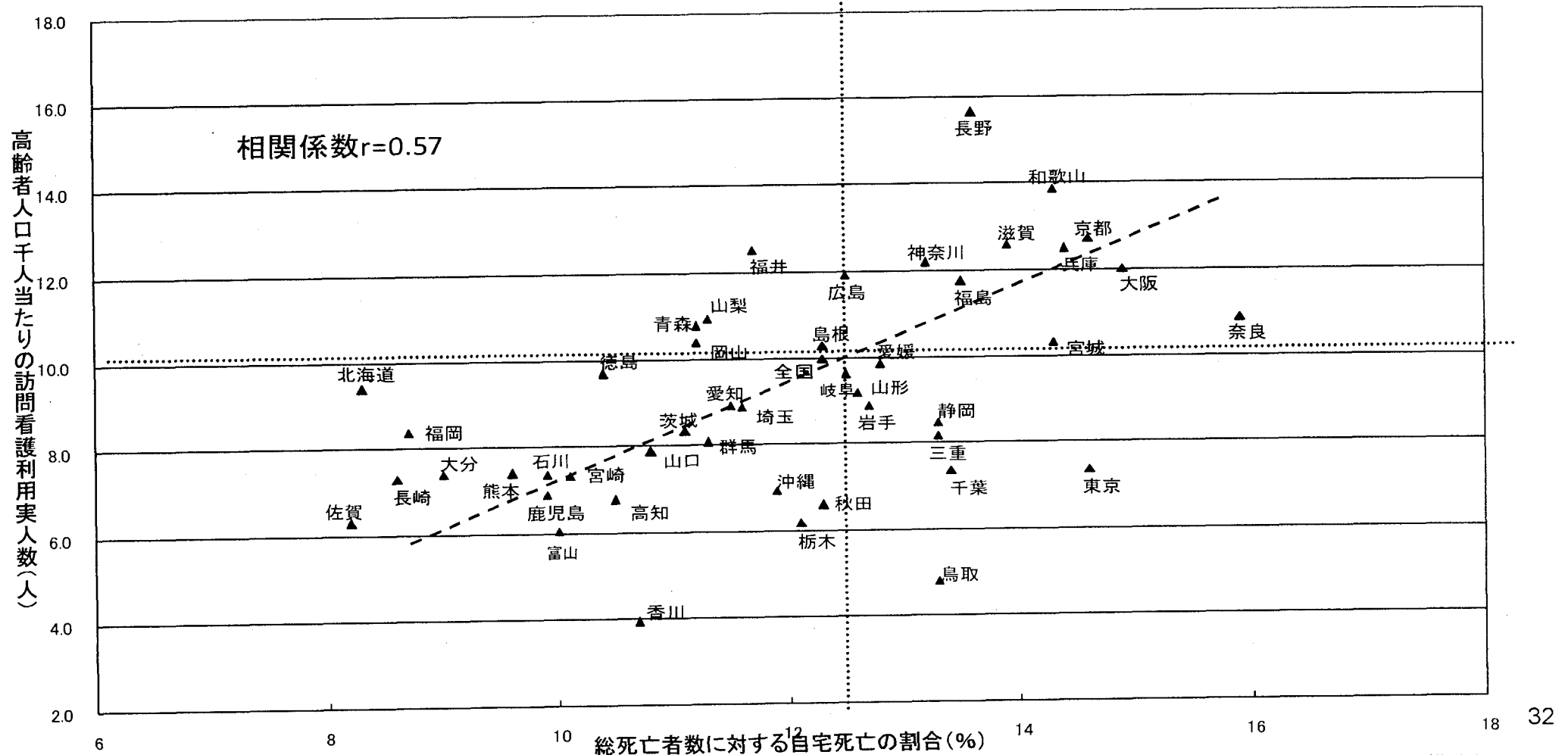
	利用者数	割合	利用者数	割合
総 数	180,696		229,203	
9月中の医療処置にかかる看護内容※	121,755	67.4%	152,338	66.5%
じよく瘡の予防	34,171	18.9%	41,014	17.9%
じよく瘡の処置			19,356	8.4%
浣腸・摘便	29,168	16.1%	40,058	17.5%
在宅酸素療法の指導・援助	8,469	4.7%	11,652	5.1%
胃瘻の管理	8,440	4.7%	16,190	7.1%
人工肛門・人工膀胱の管理			5,271	2.3%
点滴の実施・管理	6,943	3.8%	7,420	3.2%
注射の実施			4,283	1.9%
経管栄養の実施・管理	4,573	2.5%	7,003	3.1%
中心静脈栄養法の実施・管理			989	0.4%

※平成13年と平成19年では一部の調査項目が異なっている。割合が同程度又は平成19年において増加している項目を抽出。

出典：介護サービス施設・事業所調査

訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
(最多は長野県、最少は香川県)。
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



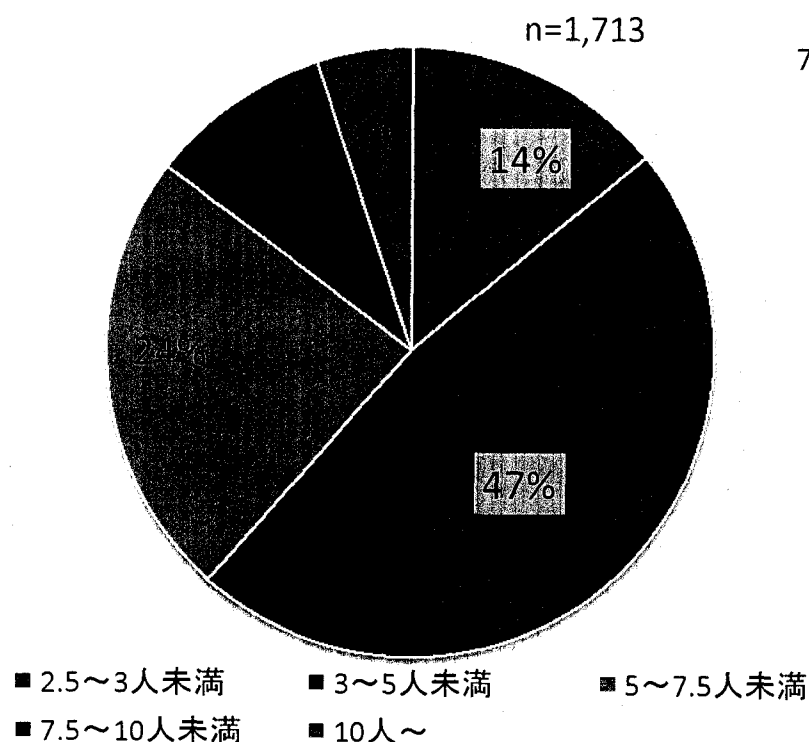
出典: 介護サービス施設・事業所調査(平成19年), 人口動態調査(平成19年), 平成19年10月1日現在推計人口

訪問看護ステーションの現状と課題

- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%
(参考) 1事業所当たり看護職員数：約4.3人
- 事業所の規模が小さいほど収支の状況が悪い。

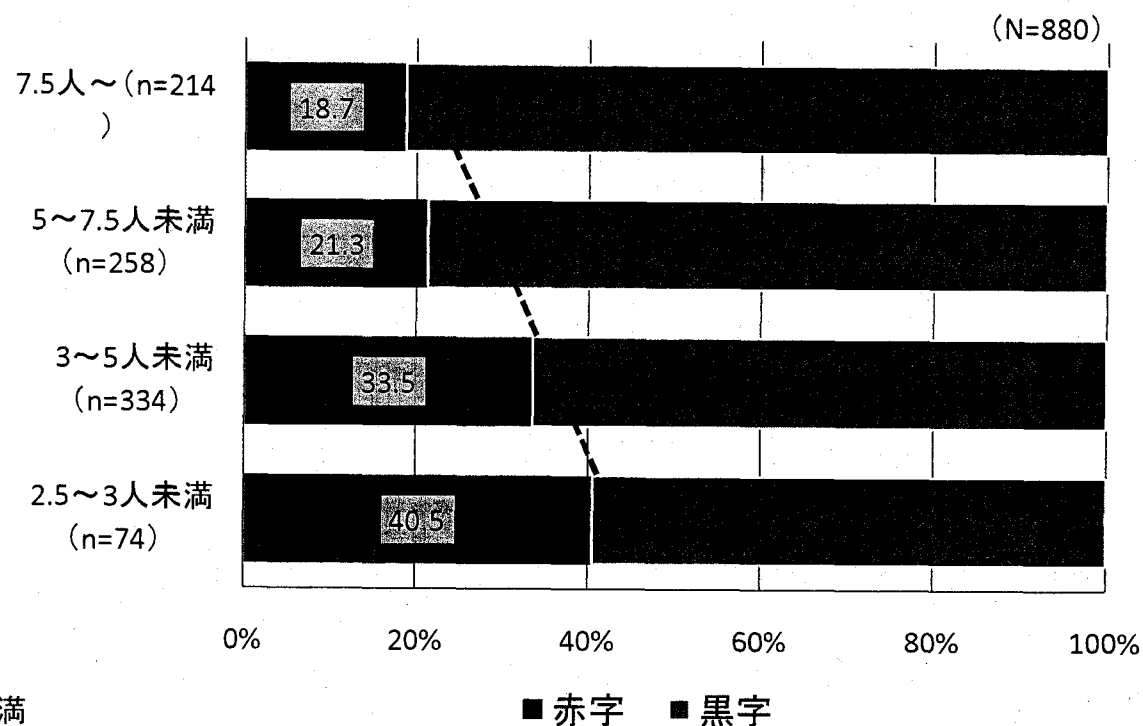
職員※数規模別にみた事業所数の構成

※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ



職員※数規模別にみた収支の状況

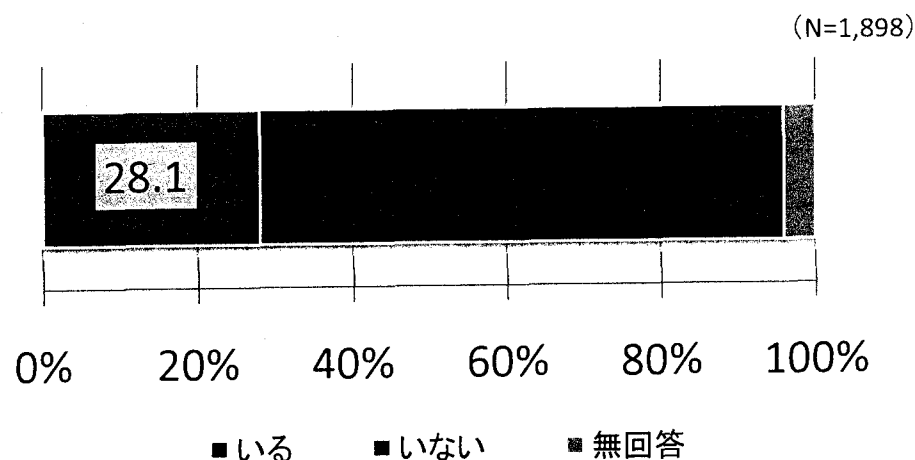
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ



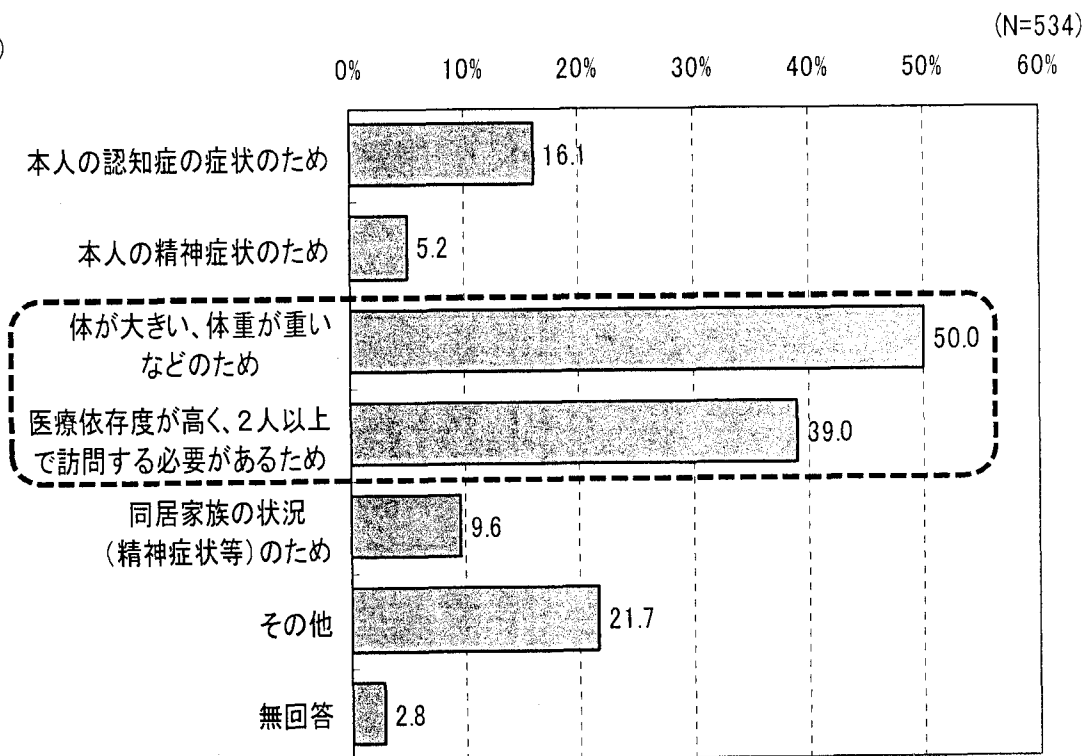
訪問看護と訪問介護の連携状況

- 約30%の事業所で看護職員と介護職員が同時に訪問を行っている。
- 複数名で訪問する理由としては、体が大きい、医療依存度が高い等の理由が多い。

看護・介護で同時に訪問を行っている
利用者の有無



訪問した主な理由(複数回答)



【参考】

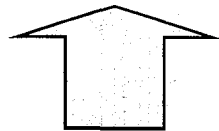
11月の看護職員と介護職員の2名以上での訪問看護利用者数は平均1.95人
(うち特別管理加算対象者数は平均0.88人)

(参考) 訪問看護・訪問介護の一体型サービス

(医療依存度の高い在宅療養者への訪問看護・介護の一体型サービス提供モデル事業※)

モデル事業のイメージ

介護保険対象外で医療依存度が高い者



訪問看護ステーション

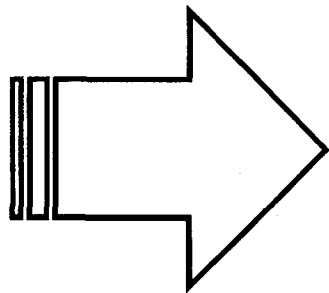
訪問看護師 + ヘルパー



訪問対象者の概要

1. 10歳代～80歳以上まで(70歳以上が約50%)
2. 疾患:難病、がん、脊椎・頸椎損傷の利用者が約85%
3. 医療処置及び管理の必要な人数:
(訪問実数34名、期間H20.6～H21.2)

モデル事業の成果



1. ケア時間の短縮・効率化
2. ケアの安全性・質の向上
3. 本人・家族の苦痛緩和、QOLの向上
4. 訪問看護師の負担軽減
5. サービス導入の推進力

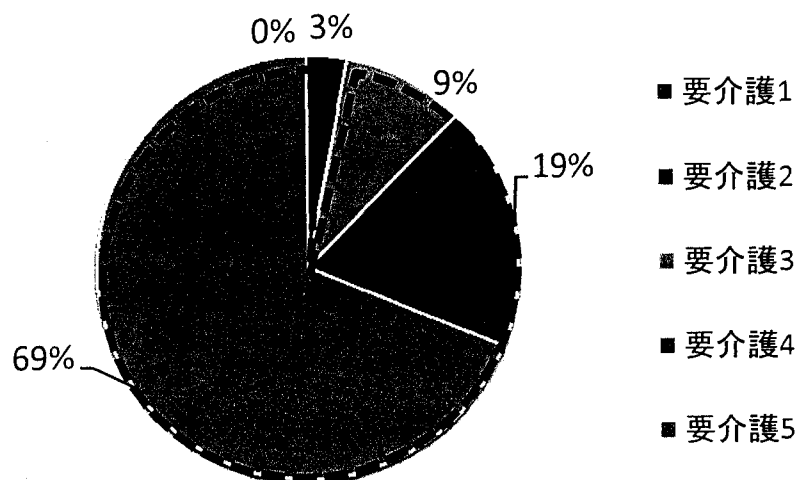
療養通所介護の利用状況①

○ 事業所数は横ばいであり、サービス利用が進んでいない。

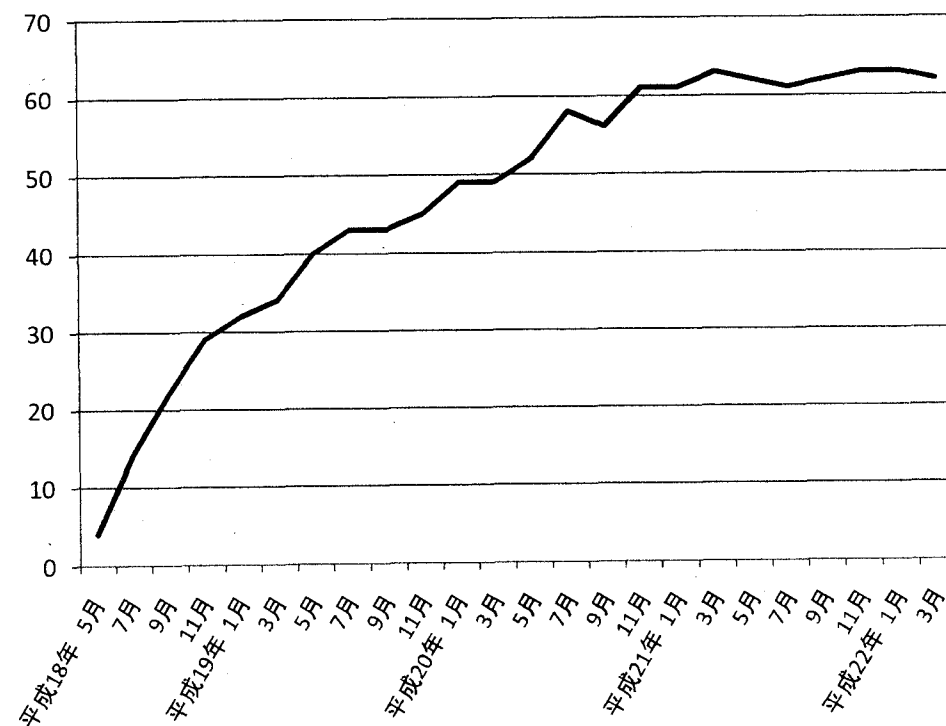
請求事業所数	回数合計	(内訳)	3時間以上6時間未満	4百回	単位数
62	32百回		6時間以上8時間未満	28百回	4,663千単位

出典：介護給付費実態調査(平成22年3月審査分)

要介護度別療養通所介護利用回数割合



療養通所介護請求事業所数



出典：介護給付費実態調査(平成22年3月審査分)

出典：介護給付費実態調査月報

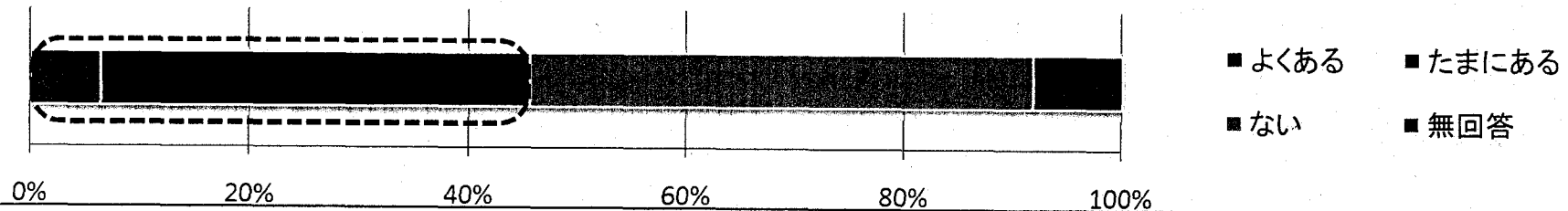
療養通所介護の利用状況②

- 療養通所介護の利用者のうち観察を継続する必要のある利用者は約85%であり、医療ニーズが高い者が多いが、医療ニーズの高い者は通所介護や通所リハでは対応が困難

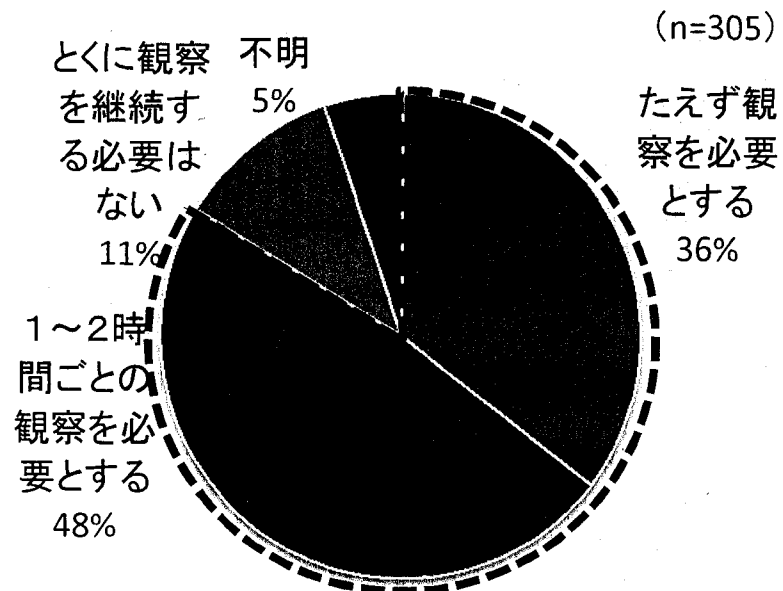
※注

通所介護・通所リハビリ事業者からサービスを断られた経験の有無

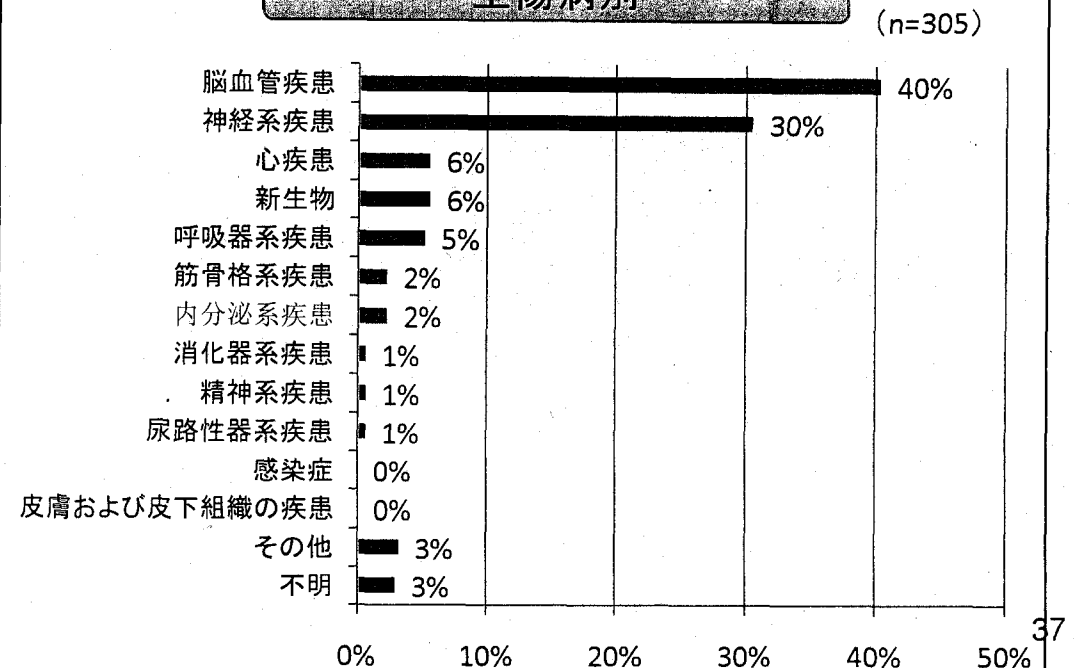
- 医療ニーズの高い利用者の多くが、通所介護や通所リハビリテーションのサービスを断られた経験がある。(45.6%)



利用者の看護度



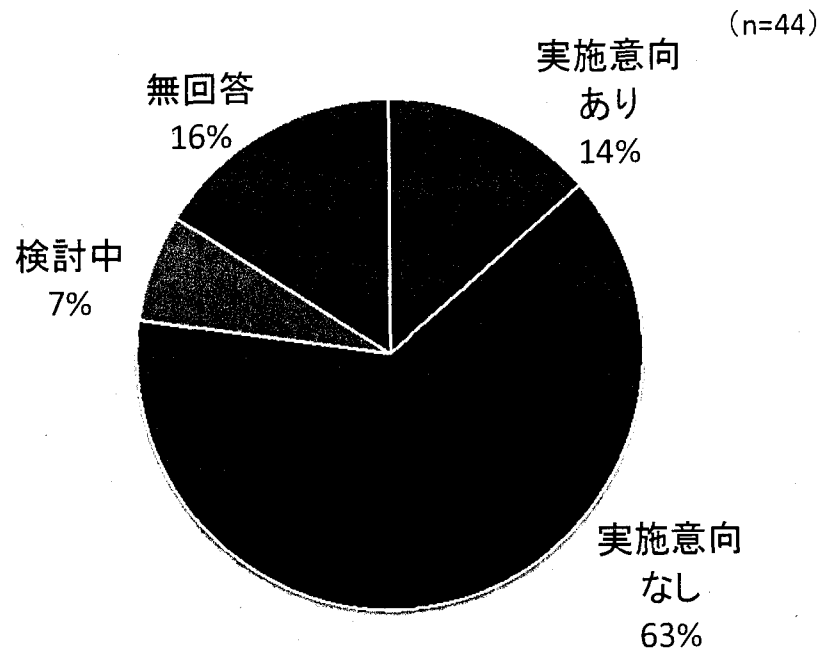
主傷病別



療養通所介護の利用状況③

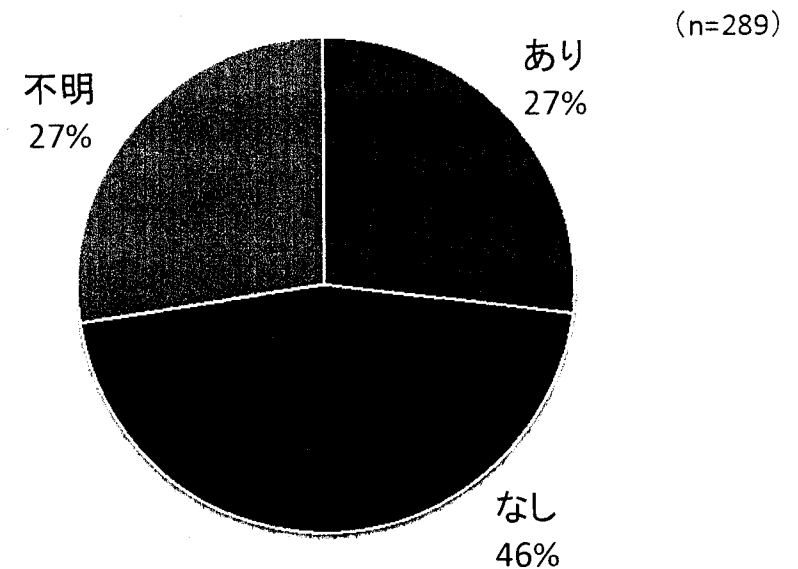
- 泊まりについて、「実施意向あり」の事業所は約15%であるが、実施意向のない事業所にその理由を調査したところ、看護師の確保や夜間の人員体制、設備、費用負担等を危惧する事業所が多い。
- 療養通所介護のサービスを利用した者のうち、泊まりの希望は3割。

泊まりの実施意向の有無



○66事業所(平成21年11月1時点で活動中の事業所全数)に調査を行い、48事業所より回収(回収率 72.7%)

泊まりの希望



○平成21年10月中に療養通所介護のサービスを1回以上利用した利用者全員471名(介護保険の利用者のみ)のうち、利用者の同意が取れなかった等の対象を除き、47事業所から305票の回収あり(担当している看護職員が記入)

訪問看護に対するこれまでの指摘事項

「訪問看護支援事業に係る検討会」(H22.8)

- ・ 利用者にとって安心・安全なケアが提供されるよう、介護職員等に対する研修・指導等に、看護職員が積極的に取り組むと同時に、看護職員と介護職員が同一事業所でサービスを提供できるような事業所形態についても検討し、看護職員と介護職員との連携の強化を図るべきである。
- ・ 訪問看護の安定的な供給と地域包括ケアシステムの構築を推進する上で、一の事業所において、医療・看護が必要な要介護高齢者にも対応可能な通所・宿泊等のサービスを、訪問看護と同時に提供する事業形態の創設等について検討が必要である。

「地域包括ケア研究会報告書」(H22.3)

- ・ 24時間短時間巡回型の訪問看護・介護サービスについて、看護と介護が連携して巡回する事業を導入し、在宅の看取りを担う事業として促進すべきではないか。これにより事業者の大規模化を図り、経営安定化も推進されるのではないか。

「日本看護協会 平成23年度予算編成に関する要望書」(H22.4)

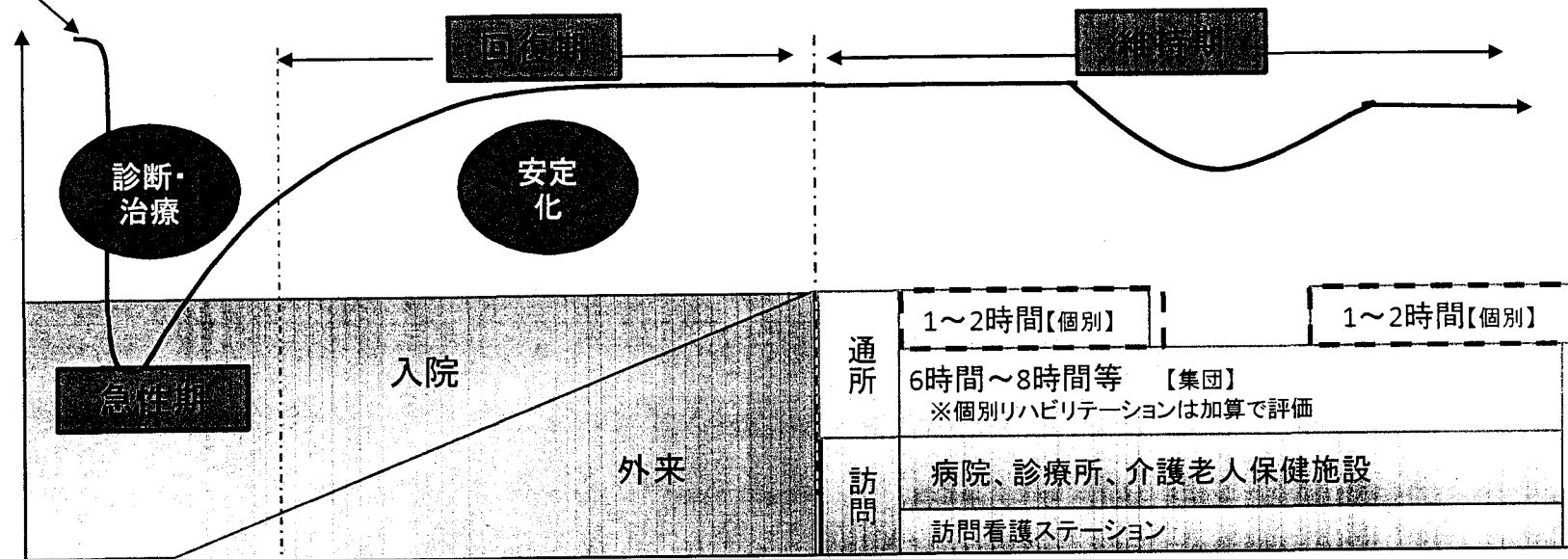
- ・ 都道府県が訪問看護の必要量を適切に把握し、計画的にサービスを整備できるよう、第5期介護保険事業計画に先立つ国の基本指針において、訪問看護サービスの必要見込み量およびその確保策についての指針を明示されたい。
- ・ 医療依存度が高くなった場合であっても、在宅療養者や居住系施設の入居者が、最後まで安全・安心に生活を継続できるよう、24時間看護師常駐のショートステイ機能をもつ新たな「医療版小規模多機能(仮称)」の仕組みについて検討するよう予算措置を講じられたい。

「社団法人日本看護協会 社団法人全国訪問看護事業協会 訪問看護の人員基準に関する意見書」(H22.5)

- ・ 訪問看護の拡充・業務効率化のためのサテライト事業所の設置促進が求められる。

リハビリテーションの役割分担

脳卒中等の発症



役割分担

主に医療保険

主に介護保険

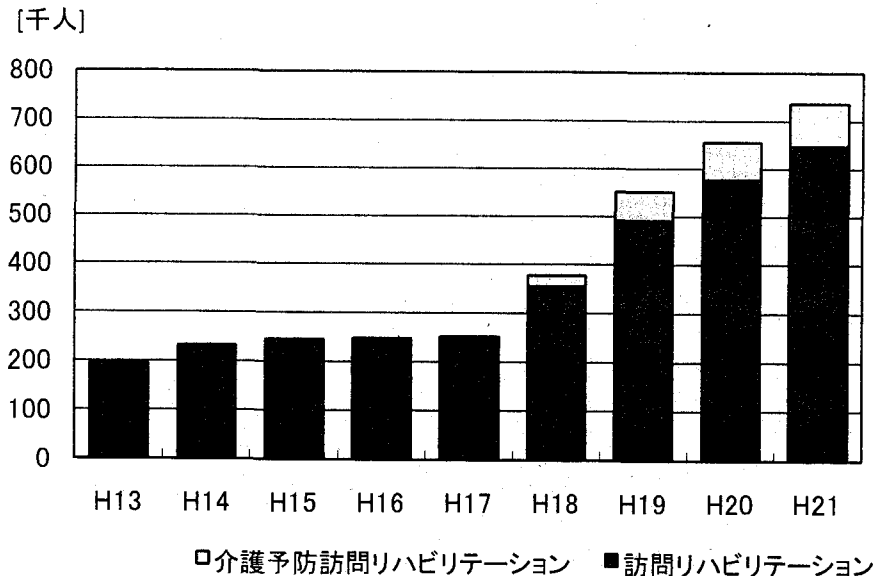
	急性期	回復期	維持期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
生活機能	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

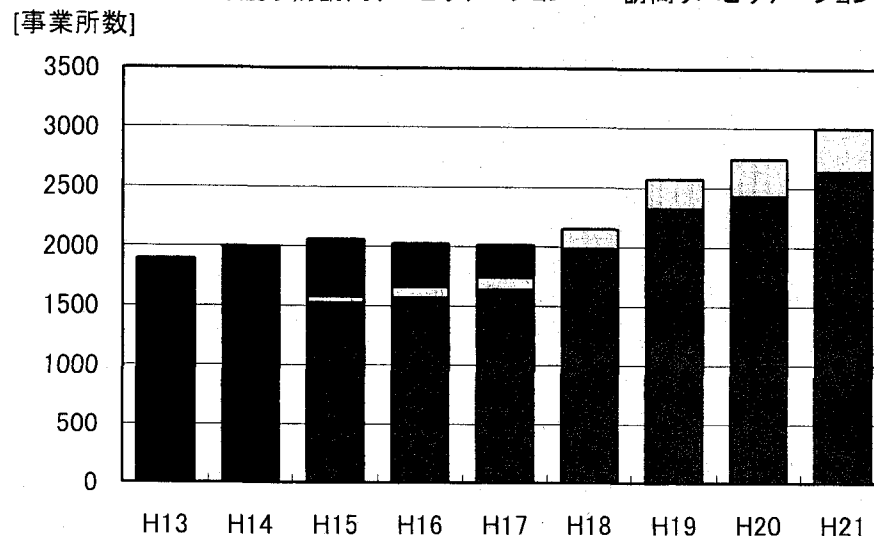
訪問リハビリテーションの利用状況と課題

- 訪問リハビリテーション（予防も含む）の受給者数、事業所数は増加傾向で推移。
- 1000人当たりの事業所は、都道府県ごとに設置状況に差があり、十分にサービスが提供できていない地域があると考えられる。

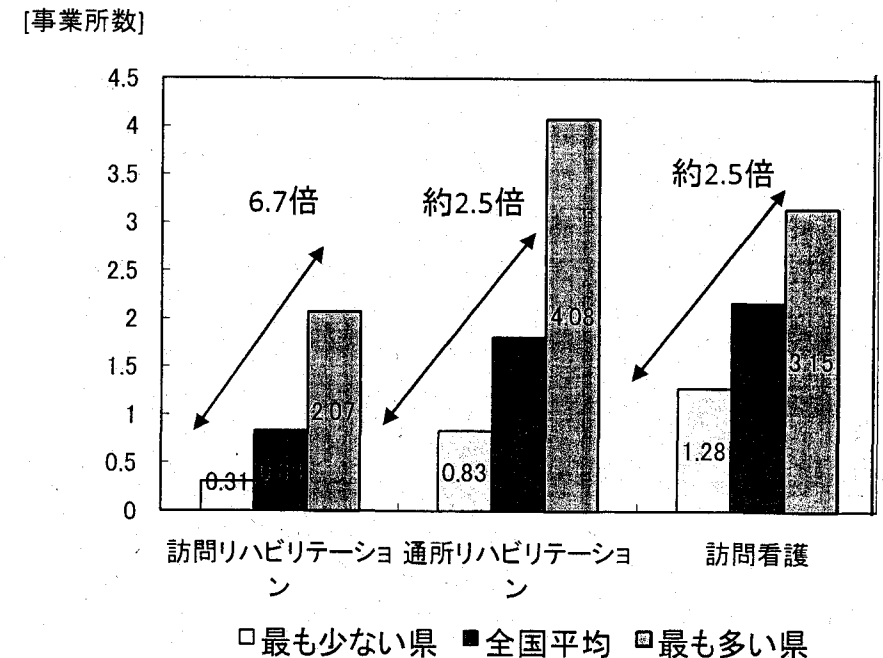
年間累計受給者数



請求事業所数



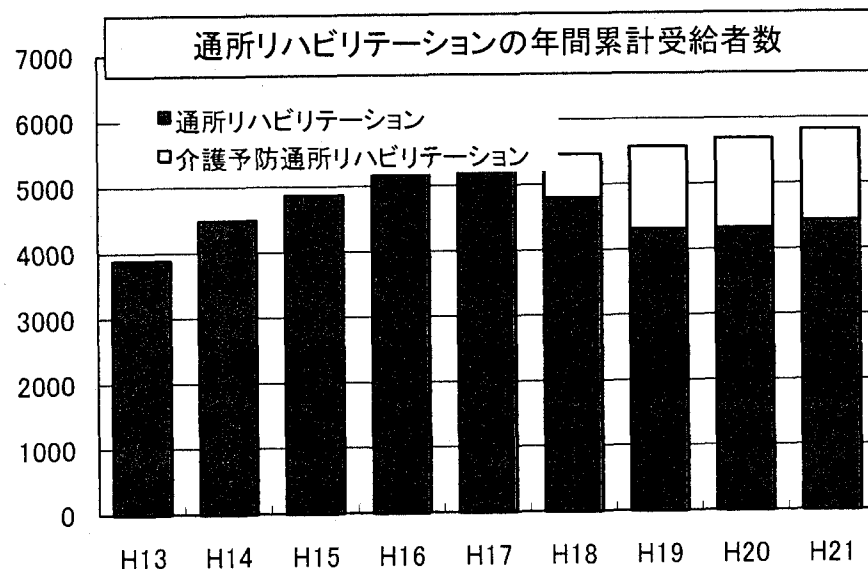
要介護者1000人当たりの請求事業所数の都道府県比較



- (旧)施設区分なし
- 介護老人保健施設
- 病院又は診療所

通所リハビリテーションの利用状況と課題

- 通所リハビリテーションと通所介護は、利用者の所要時間は同程度である。
- 医療機関の外来でリハビリテーションを受ける場合の滞在時間は概ね2時間以内であり、長時間の通所リハビリテーションは、提供サービスが通所介護と類似していると考えられる。

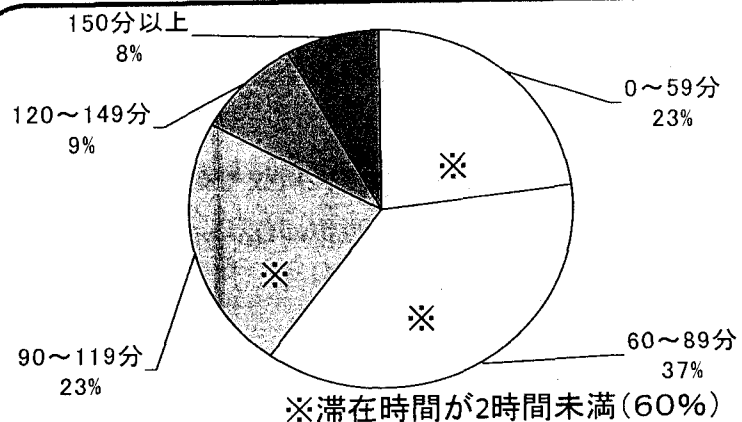


通所介護と通所リハビリテーションの所要時間

所要時間	通所介護	通所リハビリテーション
1時間以上～2時間未満	—	0.6%
2時間以上～3時間未満	0.5%	0.6%
3時間以上～4時間未満	2.2%	3.0%
4時間以上～6時間未満	12.0%	11.3%
6時間以上～8時間未満	84.5%	84.3%
8時間以上～9時間未満	0.4%	0.2%
9時間以上～10時間未満	0.4%	0.1%

出典：介護給付費実態調査

(参考) 医療機関の外来リハビリテーションを受けている者が医療機関に滞在している時間



滞在時間	0～59分	60～89分	90～119分	120～149分	150分以上
平均リハビリテーション実施時間	36分	42分	58分	76分	88分

H19厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
「リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業」報告から

リハビリテーションに対するこれまでの指摘事項の概要

○「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」(平成16年1月)

- ・ 最も重要である急性期のリハビリテーション医療が十分行われていない
- ・ 長期にわたって効果の明らかでないリハビリテーション医療が行われている
- ・ 医療から介護への連続するシステムが機能していない、
- ・ リハビリテーションとケアの境界が明確に区分されておらず、リハビリテーションとケアが混在して提供されているものがある
- ・ 在宅におけるリハビリテーションが十分でない

○「地域包括ケア研究会報告書」(平成22年3月)

- ・ 介護支援専門員や医師等の理解不足や区分支給限度基準額の存在などの影響から、他の介護サービスが優先され、必要なリハビリテーションが十分に提供されていない。
- ・ 通所リハビリテーションについては、通所介護と提供されるサービスの内容に大差がなく、目標を設定した上での計画的なリハビリテーションが提供されていない。
- ・ 「維持期リハビリテーション」という言葉を「生活期リハビリテーション」に改めて、自己能力を活用し、在宅生活を自立して過ごせるようにするためのサービスであることを広く国民に徹底する。

○ 日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会

- ・ 医療保険と介護保険の併用禁止があるために、回復期リハ終了後、維持期リハでの機能回復維持が継続できにくい状況である。(平成20年12月)
- ・ 入院から在宅生活まで切れ目のないリハビリテーションの実施を図るため、また可能な限りの質の高い在宅生活を実現するために、医師の指示に基づく訪問リハビリテーションの体制拡充が急務であることから、単独型の訪問リハビリステーションの設置を認めていただきたい。(平成20年9月)

論点

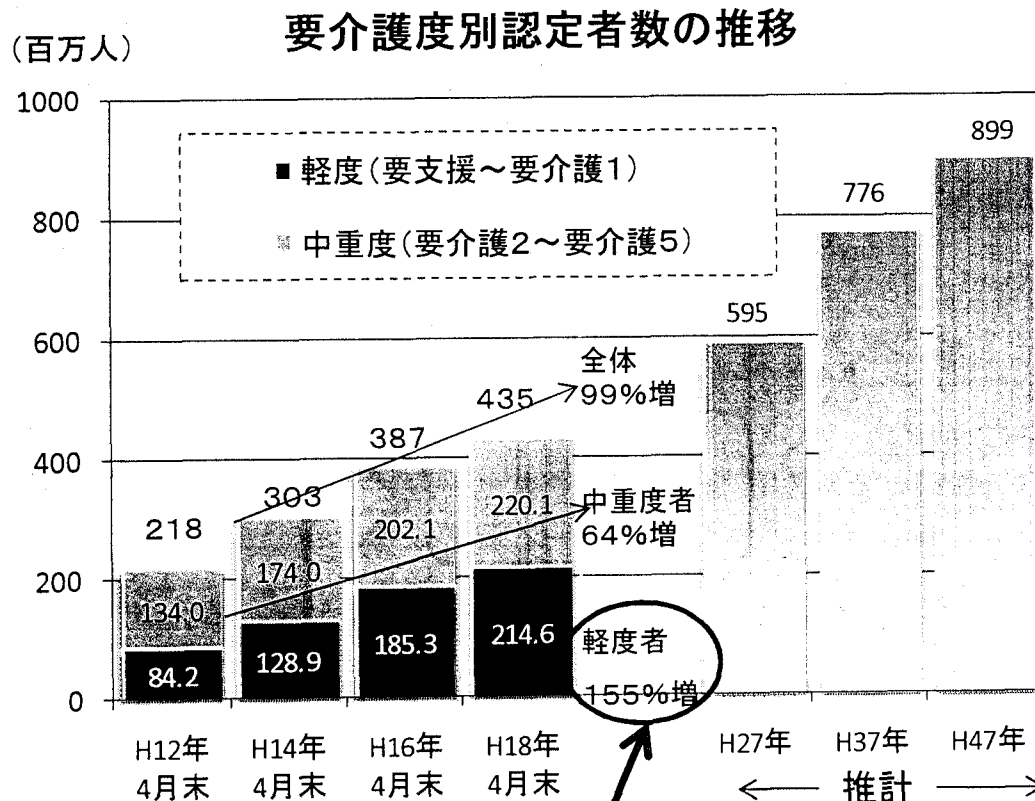
- 在宅中重度要介護者の増加や在宅看取りを推進するため、訪問看護の提供量の確保が重要であり、サービス必要量の見込みを勘案し、地域ごとに必要な看護師確保することが必要ではないか。
- 訪問看護ステーションは、経営安定化・効率化のため、大規模化を図る必要があるのではないか。
- 訪問看護と介護の連携を進めるべきではないか。
- 中重度者に対する、宿泊サービスの提供について検討してはどうか。
- 訪問リハビリテーションは十分に提供されているか。また、適切に通所リハビリテーションを提供するためには、通所介護と通所リハビリテーションの再編を図る必要があるのではないか。

2. 要支援者等に対する生活援助等のサービスの在り方

- ・ 予防給付・介護予防事業の効果と課題
- ・ 要介護度別の訪問介護(身体介護・生活援助)の利用状況
- ・ 要支援者に対する給付の状況
- ・ 市町村における取組(要支援者等に対する総合的なサービス)
- ・ これまでの主な指摘事項
- ・ 論点

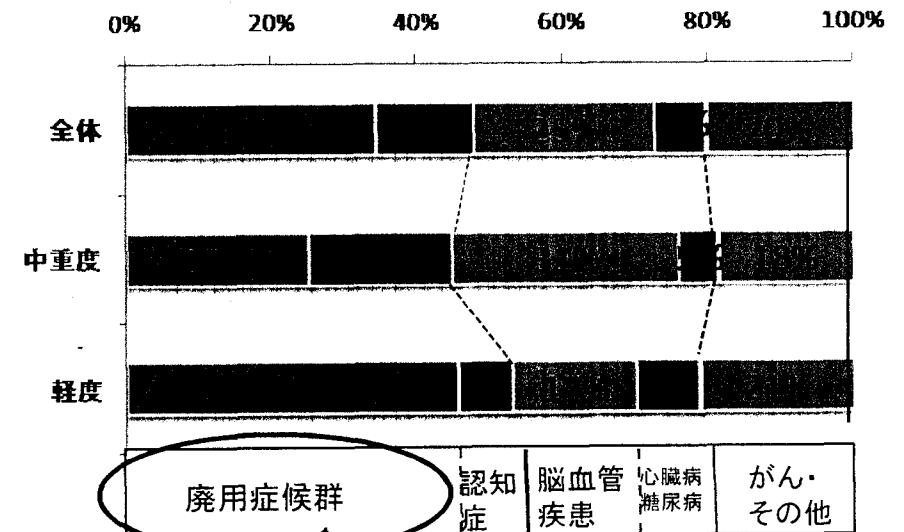
予防給付及び介護予防事業の導入経緯

- 軽度の認定者（要支援・要介護1）の大幅な増加。
- 介護保険制度における廃用症候群※対策の重要性の高まり。



- 介護保険開始から、認定者が著しく増加
- 特に、軽度認定者の増加は顕著

要介護度別の原因疾患

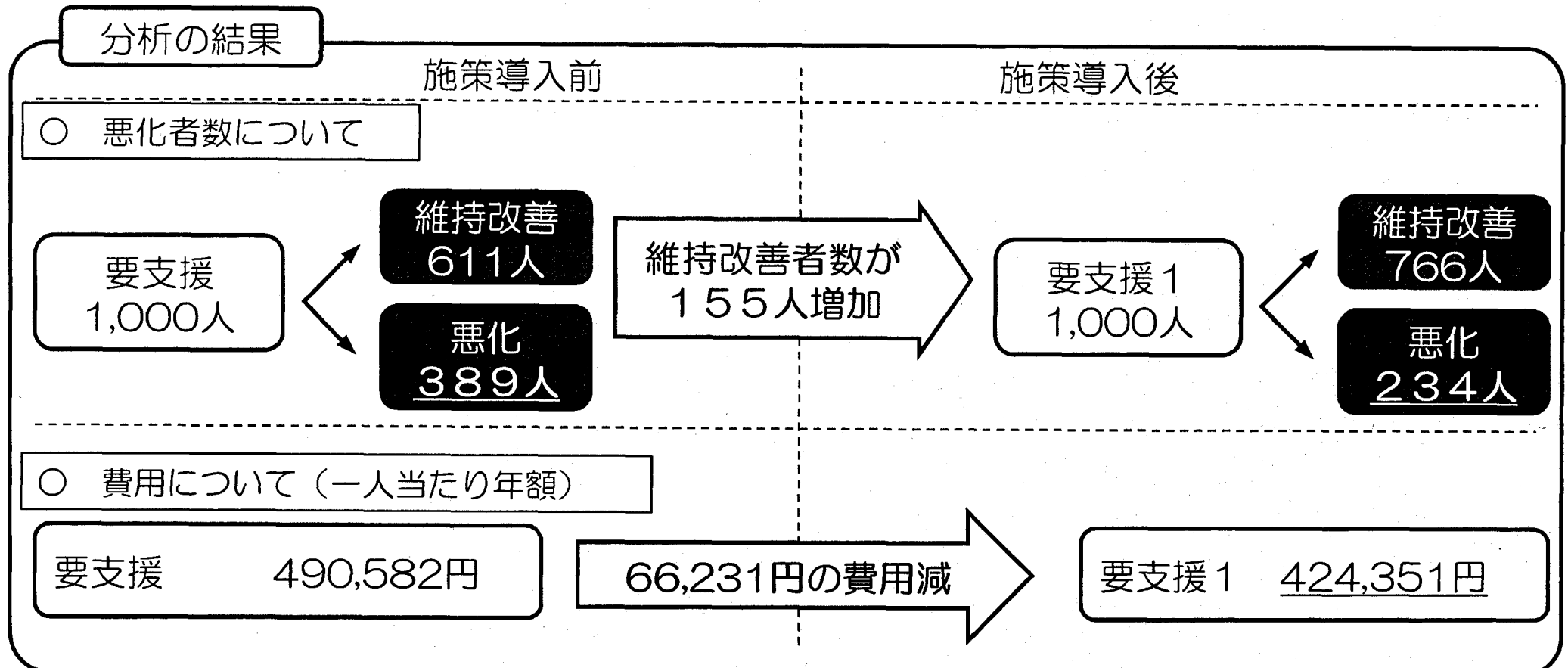


- 廃用症候群が軽度者の46%を占めている
- 特に廃用症候群は加齢による機能低下で、高齢者に多い。定期的な運動などによる予防の取組が必要。

(※: 不活発な生活を原因として生じる全身の心身機能低下。筋力低下、骨がもろくなる、関節が固くなる、知的活動低下などの症状)

予防給付の効果について

- 予防給付導入前（平成16年1月～12月）と導入後（平成19年1月～12月）の83市町村における利用者1,000人を対象として、対象者の一年間の状態やサービス提供に係る費用等を分析した。
- その結果、予防給付の導入により、悪化者数の減少・費用の減少が認められたところであり、予防給付の導入は介護予防の推進に資するものと考えられる。



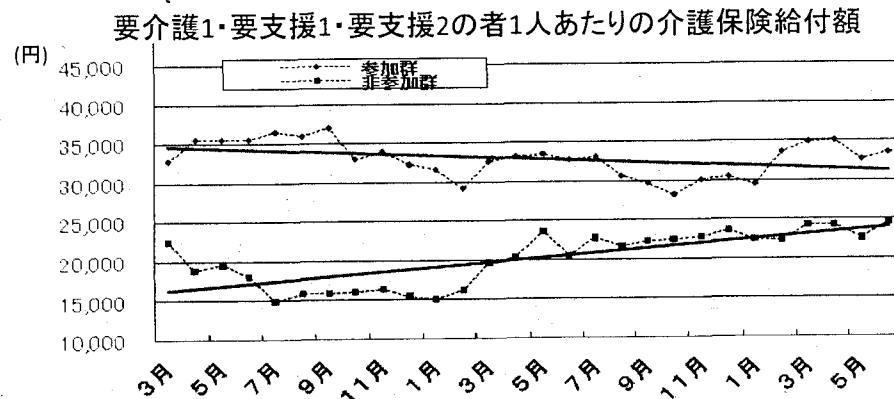
※ 平成17年介護保険法改正（平成18年4月1日施行）により、要介護状態区分を変更し、「要支援」を「要支援1」とした。

(参考) 介護予防事業の効果について

例1

人口:108,223人、高齢者数:26,954人、高齢者率:24.8%

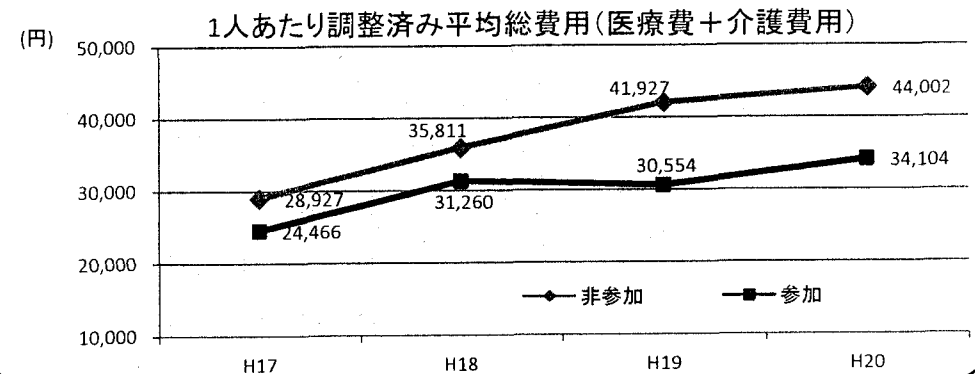
予防事業の取り組み参加者において、介護保険給付費の抑制傾向がみられた。



例2

人口:26,842人、高齢者数:8,603人、高齢者率:32.1%

予防事業の取り組み参加者において、医療費・介護給付費の抑制がみられた。(年間1人あたり142,728円)



例3

人口:45,378人、高齢者数:10,351人、高齢者率:22.8%

予防事業の取り組み参加者において、医療費の抑制がみられた。(年間1人あたり78,246円)

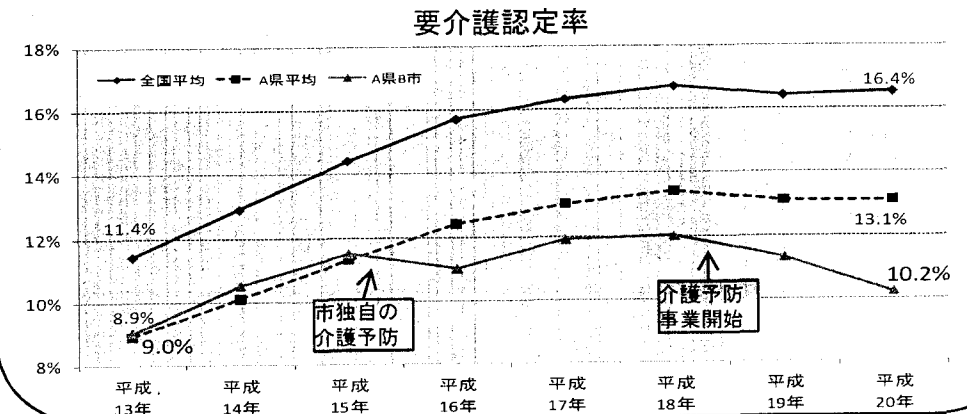
平成20年度一人当たり年間医療費(市国保)

元気づくり体験事業参加者	213,272円(588名)
元気づくり体験事業参加者以外	291,518円(4,956名)

例4

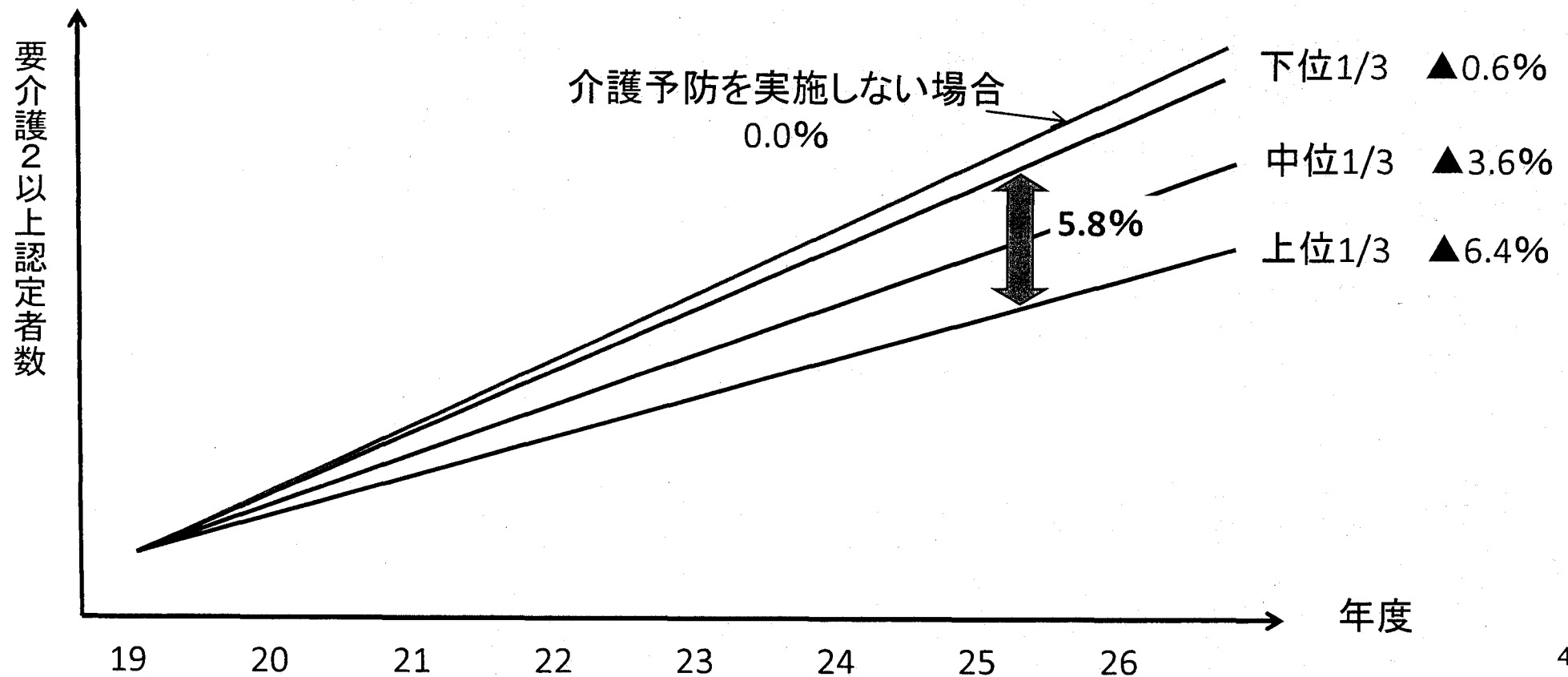
人口:74,204人、高齢者数:9,943人、高齢者率:13.4%

全国に先駆けて介護予防に取り組んできたA県B市では要介護認定率が抑制されている。



予防給付・介護予防事業の課題① ～地域差～

- 「予防給付の導入によって、要支援1・2の受給者について、要介護2以上への悪化を防止できた割合（悪化予防割合）」を推計すると、83市町村平均では、悪化予防割合は3.6%程度だった。
- 83市町村を上位・中位・下位の3区分に等分して悪化予防割合を分析すると、上位では下位よりも5.8%程度高くなっている。
- このように、予防給付の効果は、地域の取組によって大きな差異があり、地域における取組が重要であることを示唆していると考えられる。

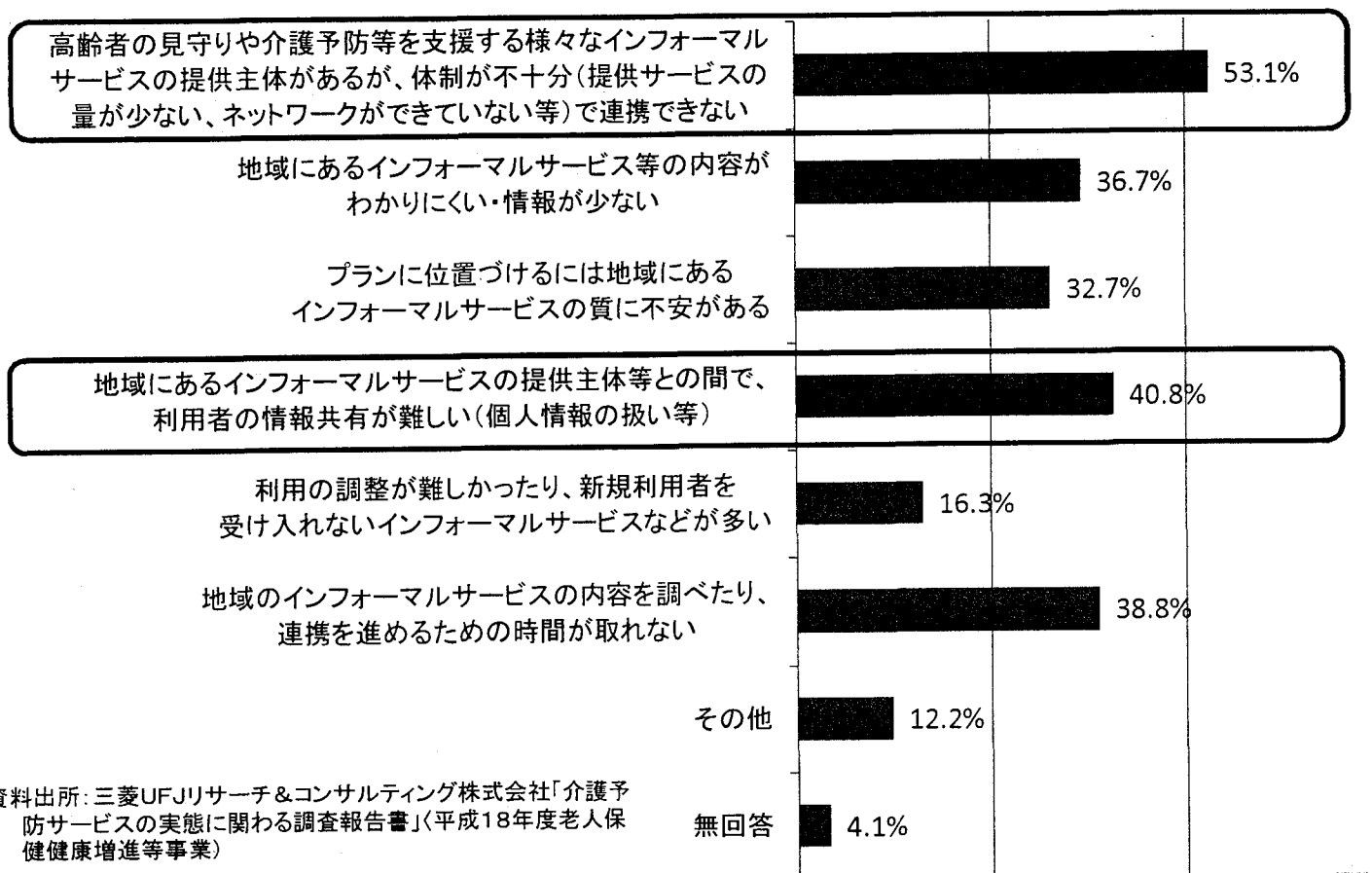


予防給付・介護予防事業の課題② ～インフォーマルサービス～

- 介護予防サービス（予防給付）の実施の際に地域との連携をすすめていくための課題として、「見守りや介護予防等を支援する様々なインフォーマルサービスの提供体制が不十分」、「インフォーマルサービスの提供主体等との間で、利用者の情報共有が難しい」など、地域での介護予防の受け皿に課題があるとする地域包括支援センターが多かった。
- また、実際、これまでの介護予防事業では、事業費の大半が特定高齢者の把握等に振り向けられ、サービスの提供が十分に行われてこなかったと指摘されている。
- 介護予防を推進していくためには、要支援状態等から改善した際に、インフォーマルサービスなど生活を支援するためのサービスが整備されている必要があるが、現状では、そうしたサービスが十分に整備されていない。

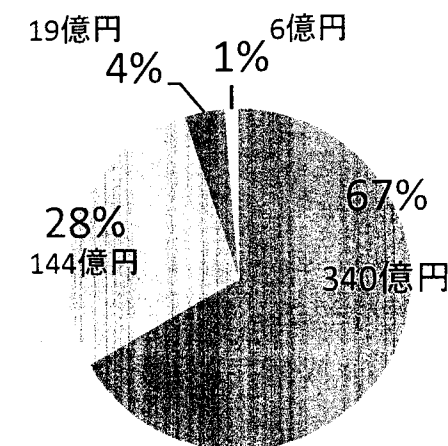
介護予防サービスの実施に当たって、地域との連携を進めていくための課題(N=49)【複数回答】

0% 25% 50% 75%



資料出所: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「介護予防サービスの実施に関わる調査報告書」(平成18年度老人保健健康増進等事業)

平成21年度介護予防特定高齢者施策所要額
(交付決定ベース)の内訳

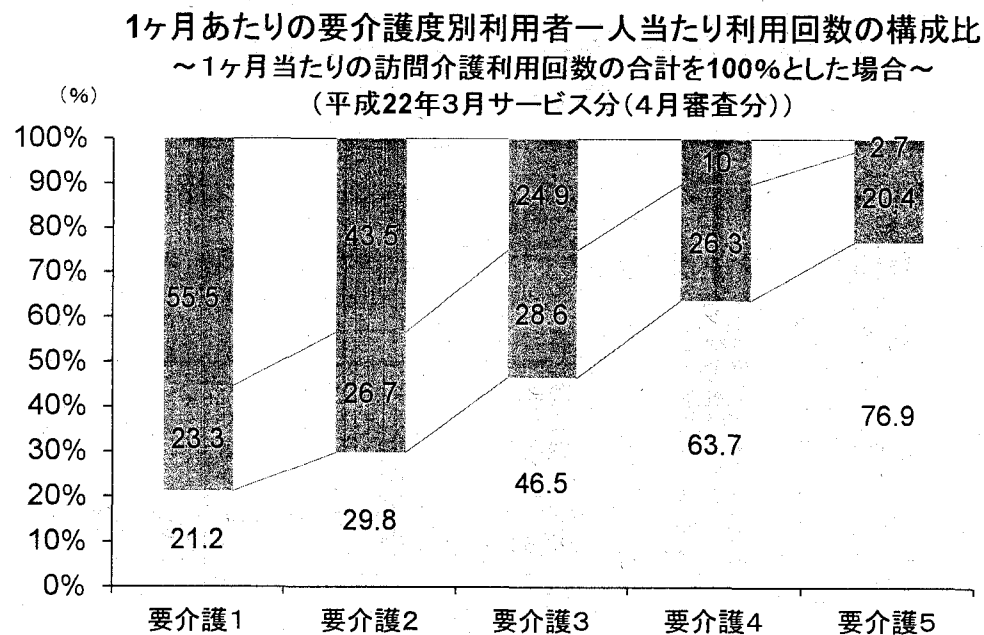
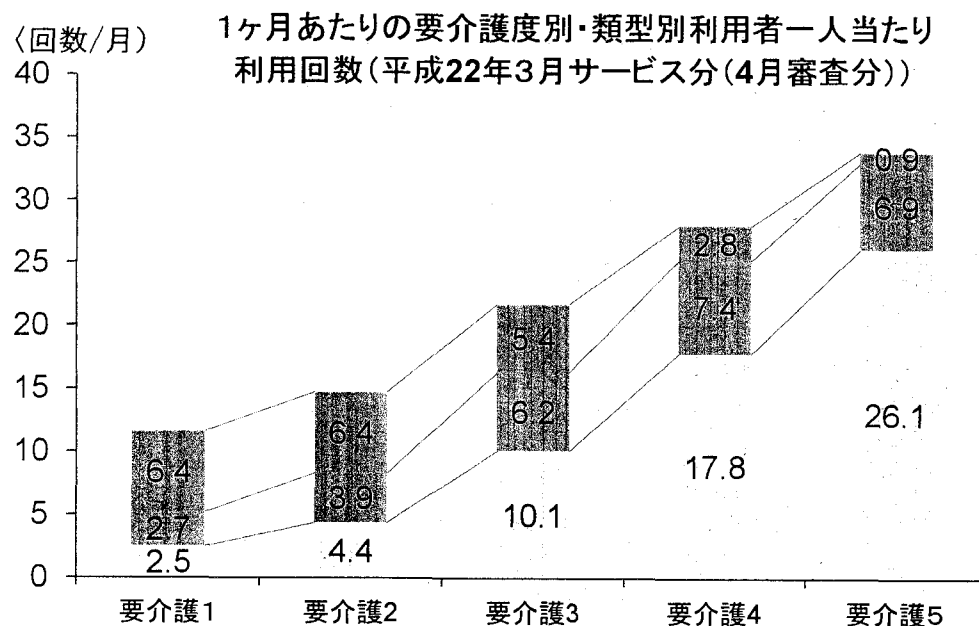


- 特定高齢者把握事業
- 通所型介護予防事業
- 訪問型介護予防事業
- 介護予防特定高齢者施策評価事業

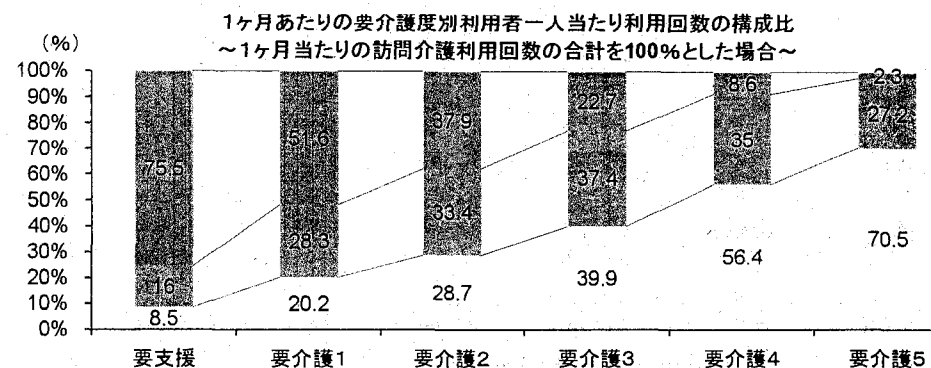
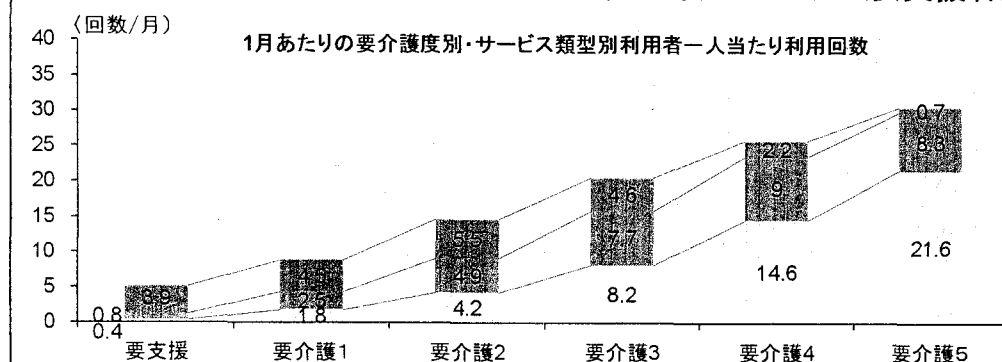
要介護度別の訪問介護（身体介護・生活援助）の利用状況① ～サービス利用回数～

- サービス利用回数に着目すると、軽度者ほど生活援助を利用している割合が高い。
- 要支援者に対して提供されている訪問介護サービスのほとんどは、生活援助であると考えられる。

□ : 身体介護中心型 ■ : 身体介護中心型+生活援助中心型 ▨ : 生活援助中心型



【参考】平成18年3月サービス分(4月審査分)のデータ (要支援者向け訪問介護が包括報酬化される直前のデータ)

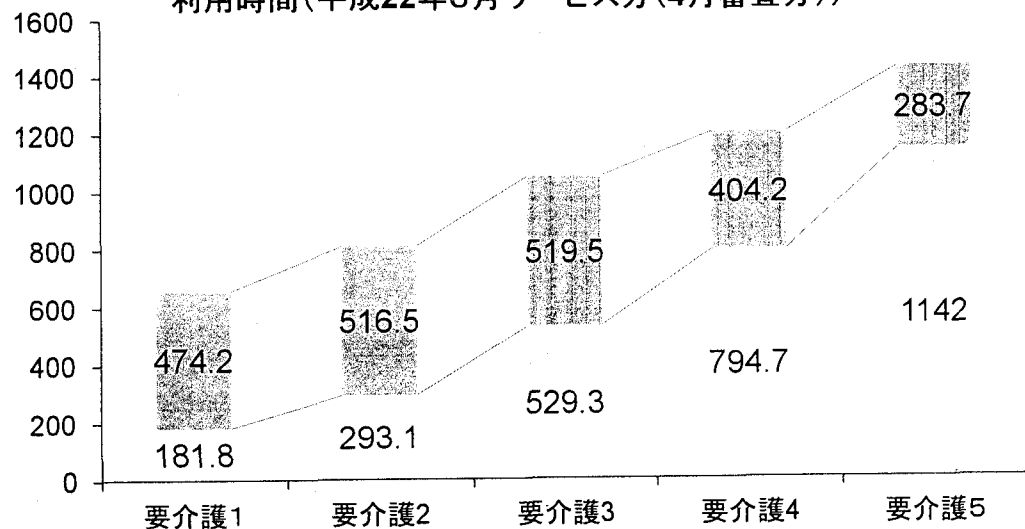


要介護度別の訪問介護（身体介護・生活援助）の利用状況② ～サービス提供時間～

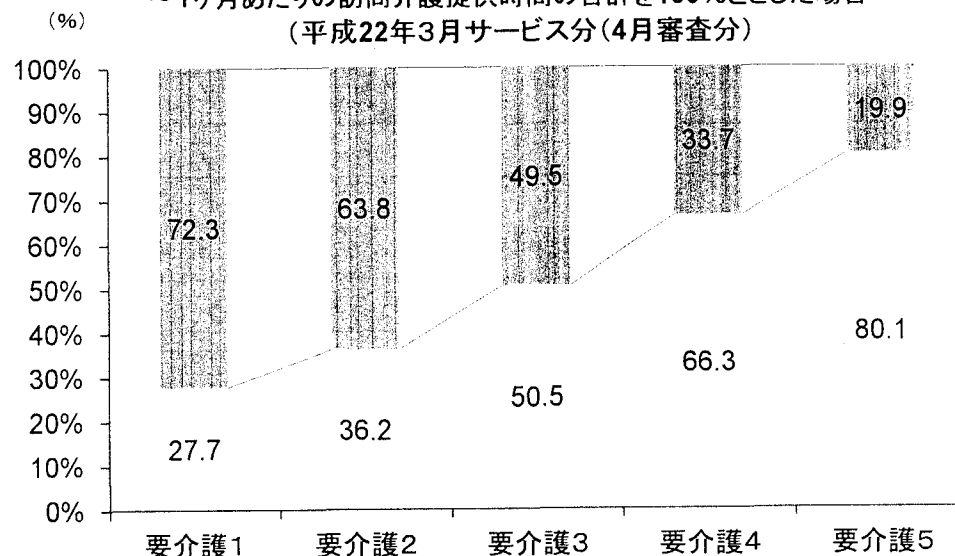
- サービス提供時間に着目すると、軽度者ほど生活援助を利用している割合が高い。
- 要支援者に対して提供されている訪問介護サービスのほとんどは、生活援助であると考えられる。

□ : 身体介護中心型 ■ : 生活援助中心型

(分/月) 1ヶ月あたりの要介護度別・類型別利用者一人当たり利用時間(平成22年3月サービス分(4月審査分))

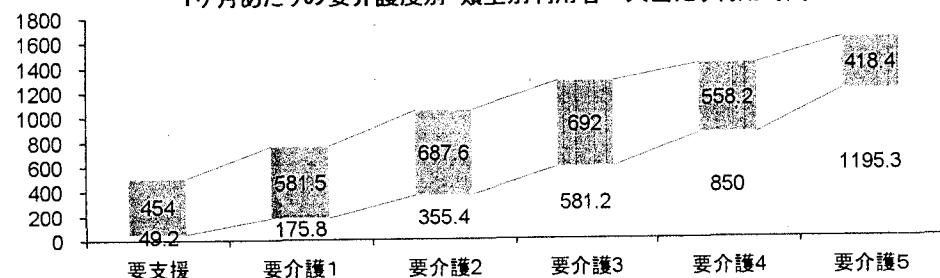


1ヶ月あたりの要介護度別利用者一人当たり利用時間の構成比
～1ヶ月あたりの訪問介護提供時間の合計を100%とした場合～
(平成22年3月サービス分(4月審査分))

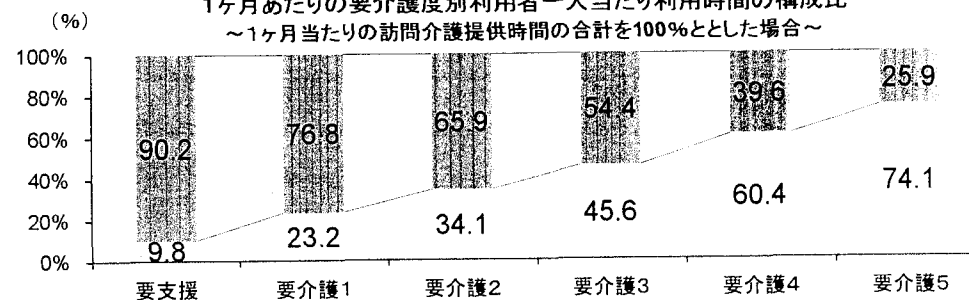


【参考】平成18年3月サービス分(4月審査分)のデータ (要支援者向け訪問介護が包括報酬化される直前のデータ)

(分/月) 1ヶ月あたりの要介護度別・類型別利用者一人当たり利用時間



1ヶ月あたりの要介護度別利用者一人当たり利用時間の構成比
～1ヶ月あたりの訪問介護提供時間の合計を100%とした場合～



※ 介護給付費実態調査での介護報酬請求上の時間で分類し、集計。そのうち「身体+生活」での請求は、集計上、その中で請求される「身体介護」の時間と「生活援助」の時間を分離し、それぞれの時間で分類した上で「身体介護中心型」、「生活援助中心型」に加える形とした。
※ 各時間区分における中間値を時間として使い、回数をかけて、利用時間を計算。

(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

要介護度別の訪問介護（身体介護・生活援助）の利用状況③ ～行為別～

- 要支援者に対する訪問介護サービスのほとんどは生活援助であり、要介護1・要介護2の場合でも、身体介護よりも生活援助を実施している時間の方が長くなっている。
- 軽度者については、掃除を行っている時間の割合が大きい。また、要支援者から要介護3の者までについては、調理・配下膳を行っている時間の割合が高い傾向にある。

要介護度別・行為別の介護時間（身体介護・生活援助）の構成比

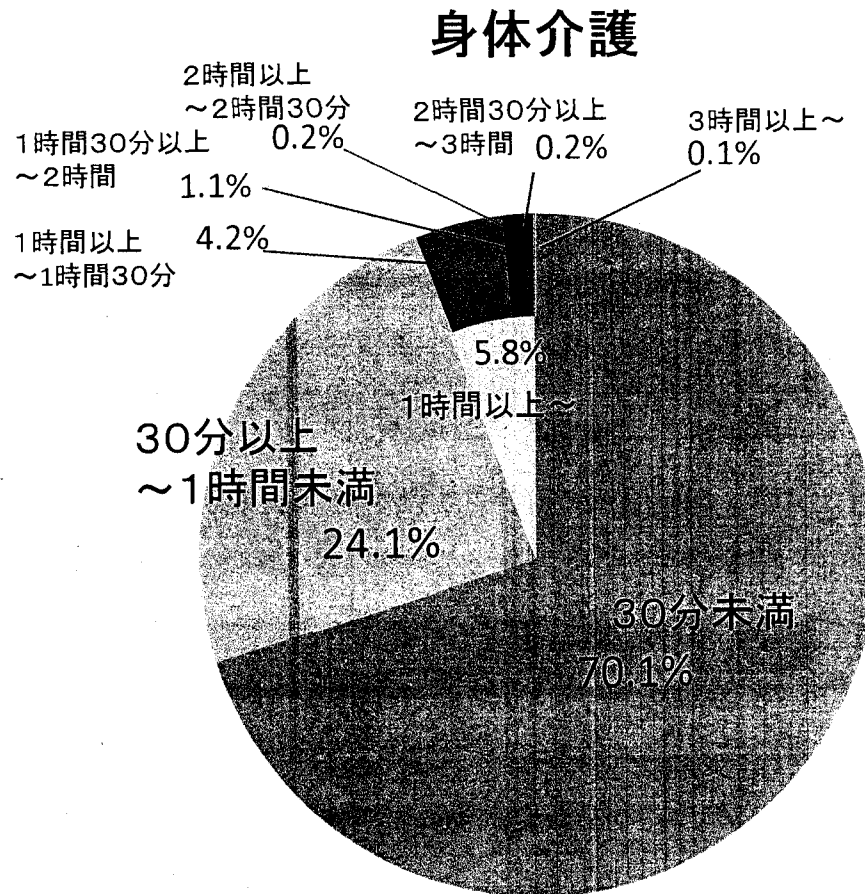
	要支援1 (n=5)	要支援2 (n=13)	要介護1 (n=23)	要介護2 (n=49)	要介護3 (n=34)	要介護4 (n=30)	要介護5 (n=25)
身体介護	0.0%	14.7%	39.4%	42.3%	55.2%	77.1%	91.1%
食事介助	0.0%	0.7%	7.3%	5.1%	3.2%	11.4%	16.8%
排泄介助	0.0%	0.3%	2.1%	2.1%	9.4%	17.7%	20.7%
清拭・入浴、身体整容	0.0%	8.9%	23.3%	25.7%	25.5%	27.5%	35.4%
体位変換、移動・移乗介助、外出介助	0.0%	4.7%	5.0%	4.8%	6.7%	12.0%	11.6%
起床及び就寝介助	0.0%	0.0%	0.5%	0.5%	0.5%	1.4%	1.7%
服薬介助	0.0%	0.0%	1.2%	1.4%	1.2%	3.1%	2.9%
自立生活支援のための見守りの援助	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	8.6%	0.0%	0.0%
その他	0.0%	0.1%	0.1%	0.5%	0.2%	3.9%	2.0%
生活援助	100.0%	85.3%	60.6%	57.7%	44.8%	22.9%	8.9%
掃除	46.7%	59.9%	23.1%	16.8%	8.2%	5.5%	1.3%
洗濯	8.7%	5.5%	3.6%	11.8%	6.9%	4.5%	1.0%
ベッドメイク	5.6%	0.8%	0.8%	2.5%	2.4%	1.0%	1.5%
衣類の整理・被服の補修	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	0.7%	0.1%	0.0%
一般的な調理、配下膳	34.5%	1.2%	23.1%	17.2%	21.1%	11.2%	4.7%
買い物・薬の受け取り	1.0%	16.5%	7.6%	6.3%	4.5%	0.0%	0.0%
その他	3.5%	1.4%	2.3%	2.1%	0.9%	0.7%	0.4%

(注) nはサンプル数を表す。

(資料) 株式会社三菱総合研究所「訪問介護の実態及び効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業 報告書」(平成19年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)に基づき作成。

身体介護・生活援助 時間別請求回数の割合

- 身体介護よりも生活援助の方がサービス提供時間が長くなっている。
- 身体介護は7割強が30分未満となっているが、生活援助は7割強が30分以上となっている。



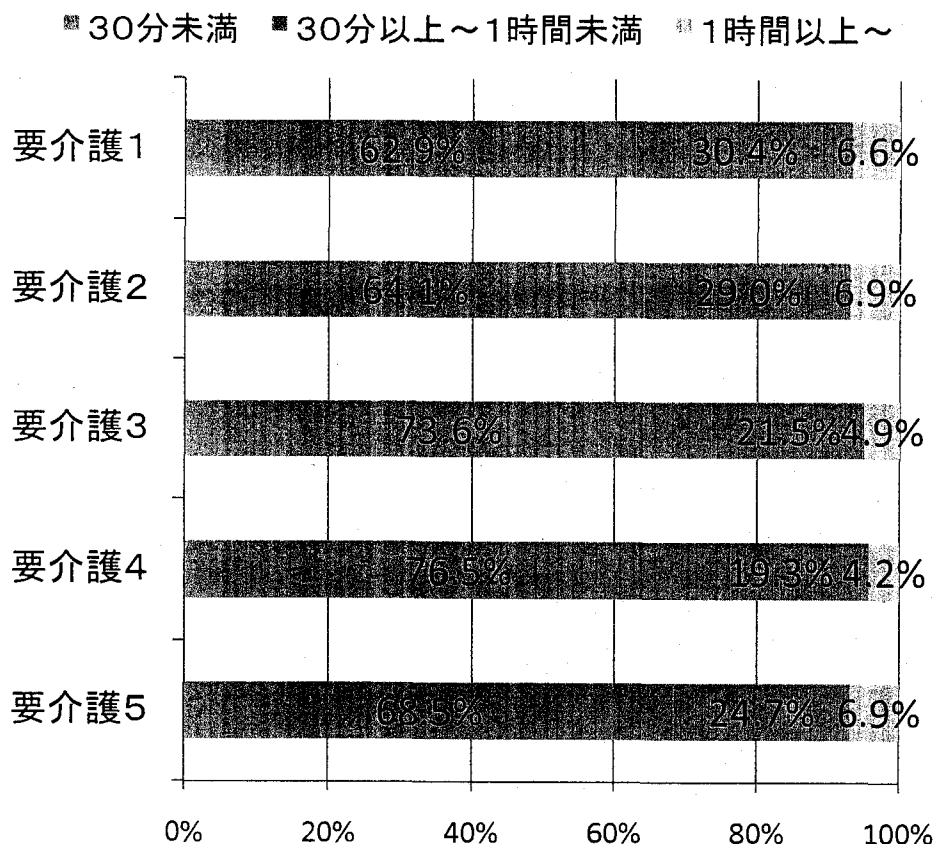
※ 介護給付費実態調査での介護報酬請求上の時間で分類し、集計。そのうち「身体＋生活」での請求は、集計上、その中で請求される「身体介護」の時間と「生活援助」の時間を分離し、それぞれの時間で分類した上で「身体介護中心型」、「生活援助中心型」に加える形とした。（そのため、「30分未満の生活援助」が計上されている。）

（資料出所）厚生労働省「介護給付費実態調査（平成22年4月審査分）」

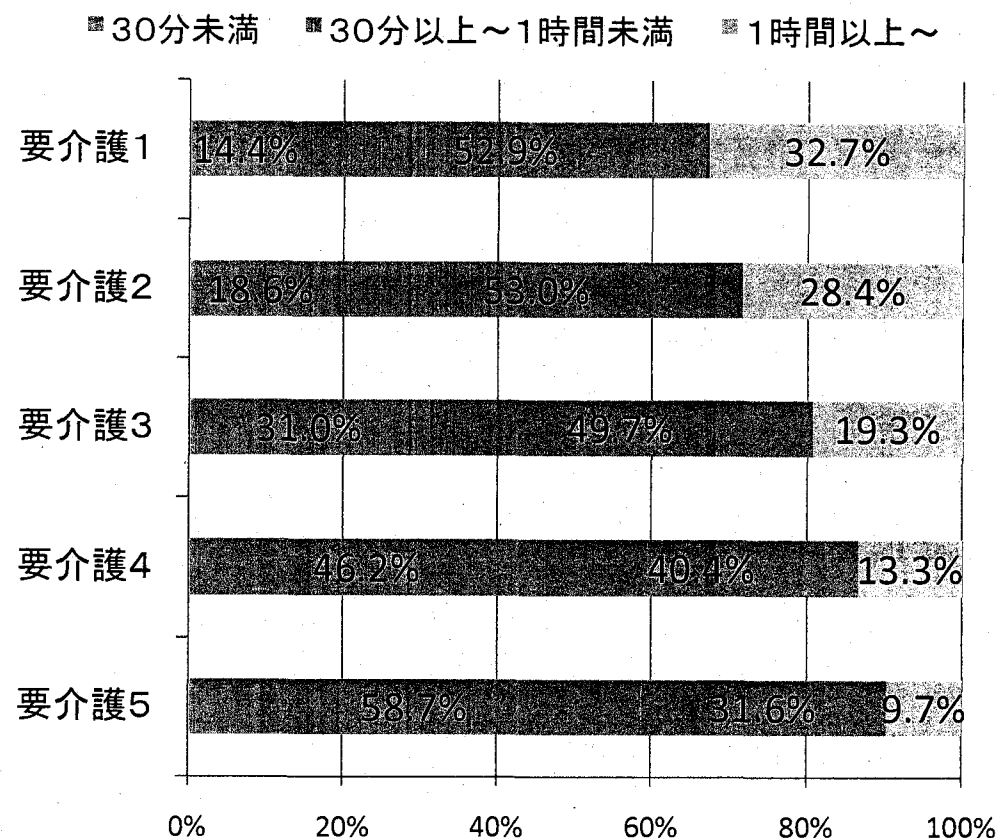
身体介護・生活援助 時間別請求回数の割合

生活援助については、軽度者ほどサービス提供時間が長くなり、重度者ほどサービス提供時間が短くなる傾向にある。

身体介護



生活援助



※ 介護給付費実態調査での介護報酬請求上の時間で分類し、集計。そのうち「身体＋生活」での請求は、集計上、その中で請求される「身体介護」の時間と「生活援助」の時間を分離し、それぞれの時間で分類した上で「身体介護中心型」、「生活援助中心型」に加える形とした。（そのため、「30分未満の生活援助」が計上されている。）

（資料出所）厚生労働省「介護給付費実態調査（平成22年4月審査分）」

生活援助と介護保険外サービスの費用面での比較

例えば、品川区では、訪問介護の生活援助（調理）の費用は、保険外の配食サービスに要する費用に比べて、高くなっている。

○品川区における配食サービスに要する費用額

在宅生活を支え、できるだけ自宅での生活が続けられるよう、学校給食等の配食サービスを実施している。（昼食・夕食ともに週2回）

<昼食>

サービス内容	費用 (1食当たり)	うち利用者負担	うち行政負担
学校給食	350円+ α	350円	α (※)
ボランティア給食	850円	350円	500円
在宅サービス センター給食	900円	600円	300円

※学校給食の費用（行政負担）については、給食事業者への委託費等が児童向けのものと同算されているため、算出は困難。

<夕食>

サービス内容	費用 (1食当たり)	うち利用者負担	うち行政負担
地域商店の配達	900円	450円	450円

※費用には材料費、配達費等を含む

○訪問介護サービスに要する費用額 （品川区の場合）

介護保険の訪問介護の生活援助において、調理サービスを提供している。

（要支援者の場合）

3,409円（1回当たり）

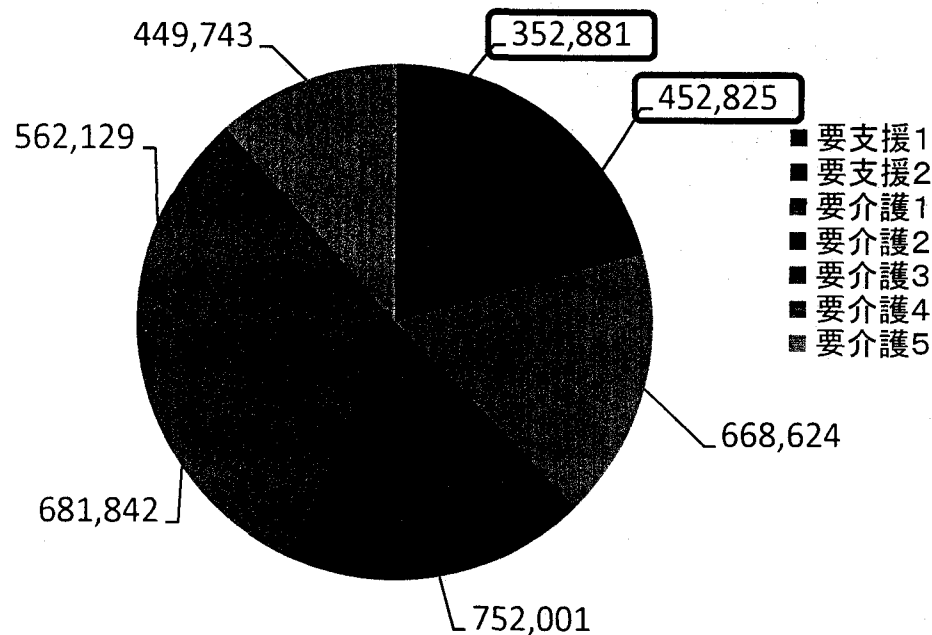
※週1回程度の介護予防訪問介護が必要とされた者に対して、月に4回介護予防訪問介護を行い、調理サービスを提供した場合（13,636円/月（1,234単位））

※材料費は別途必要。

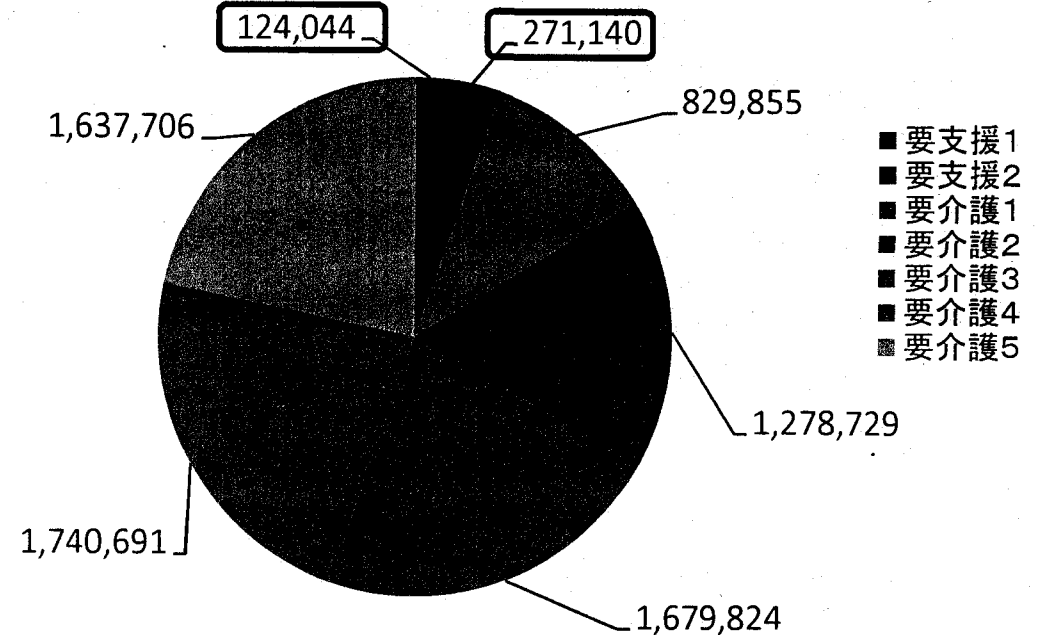
要支援者数・要支援者向け介護費

サービスを受給している要支援者は約80万人、要支援者向け介護費の合計額は約4,000億円となっている。

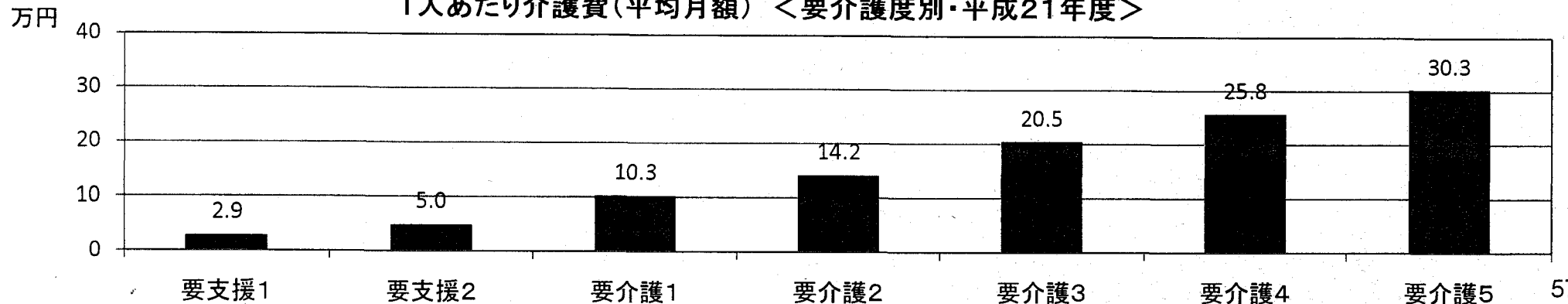
受給者数 <要介護度別・平成21年度平均・人>



介護費用額 <要介護度別・平成21年度・百万円>



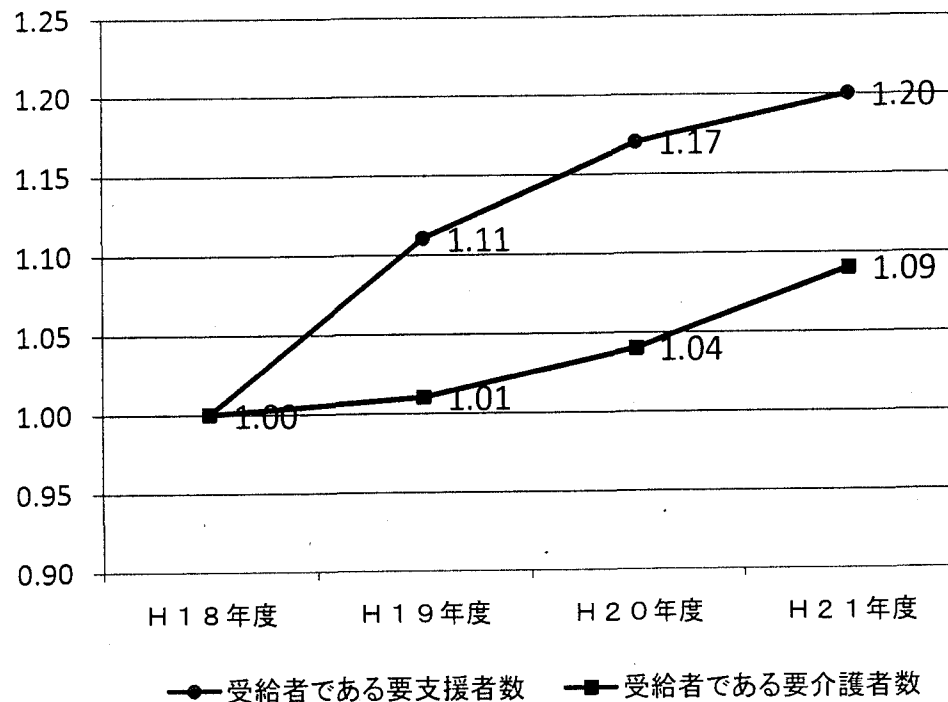
1人あたり介護費(平均月額) <要介護度別・平成21年度>



要支援・要介護別の受給者数及び費用額の伸び

平成18年度以降で見ると、受給者数である要支援者数の方が、受給者である要介護者数よりも伸びが大きく、要支援者に関する費用額の方が、要介護者に関する費用額よりも伸びが大きい。このことから、要支援向け給付の伸びが大きいことが分かる。

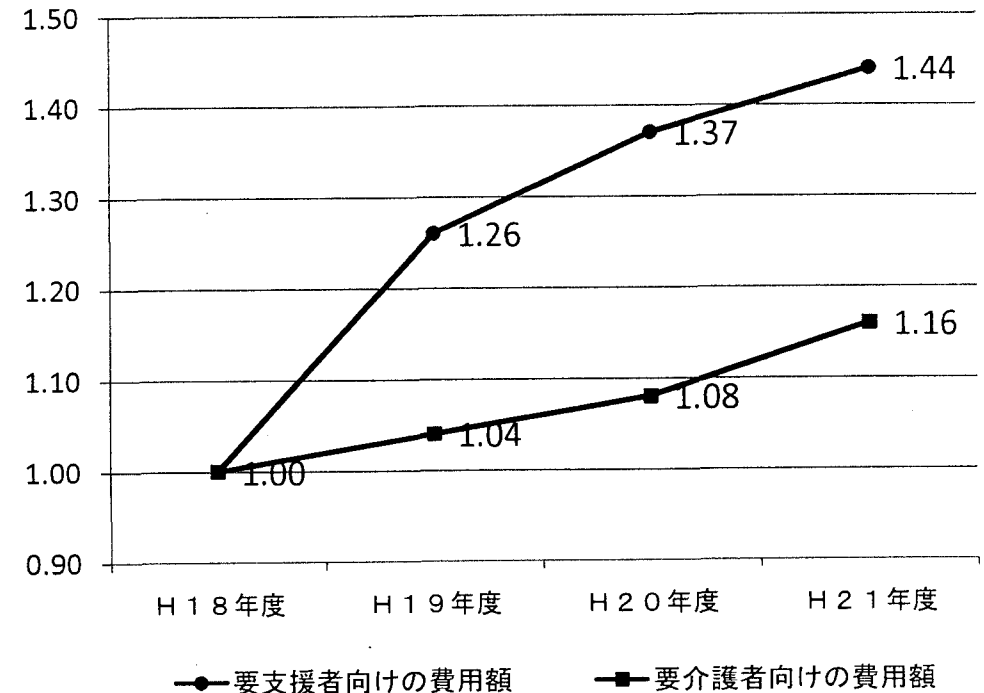
要支援・要介護別の受給者数数の経年比較



- 注1) 受給者である要支援者数については、平成19年3月サービス分(4月審査分)の受給者である要支援者数69.3万人=1.00とした場合の、各年3月サービス分(4月審査分)における伸び率を表示している。なお、受給者である要支援者数には、経過的要介護者も含めている。
- 注2) 受給者である要介護者数については、平成19年3月サービス分(4月審査分)の受給者である要介護者数288.6万人=1.00とした場合の、各年3月サービス分(4月審査分)における伸び率を表示している。なお、受給者である要介護者数には、経過的要介護者は含めていない。

資料出所: 厚生労働省「介護給付費実態調査」

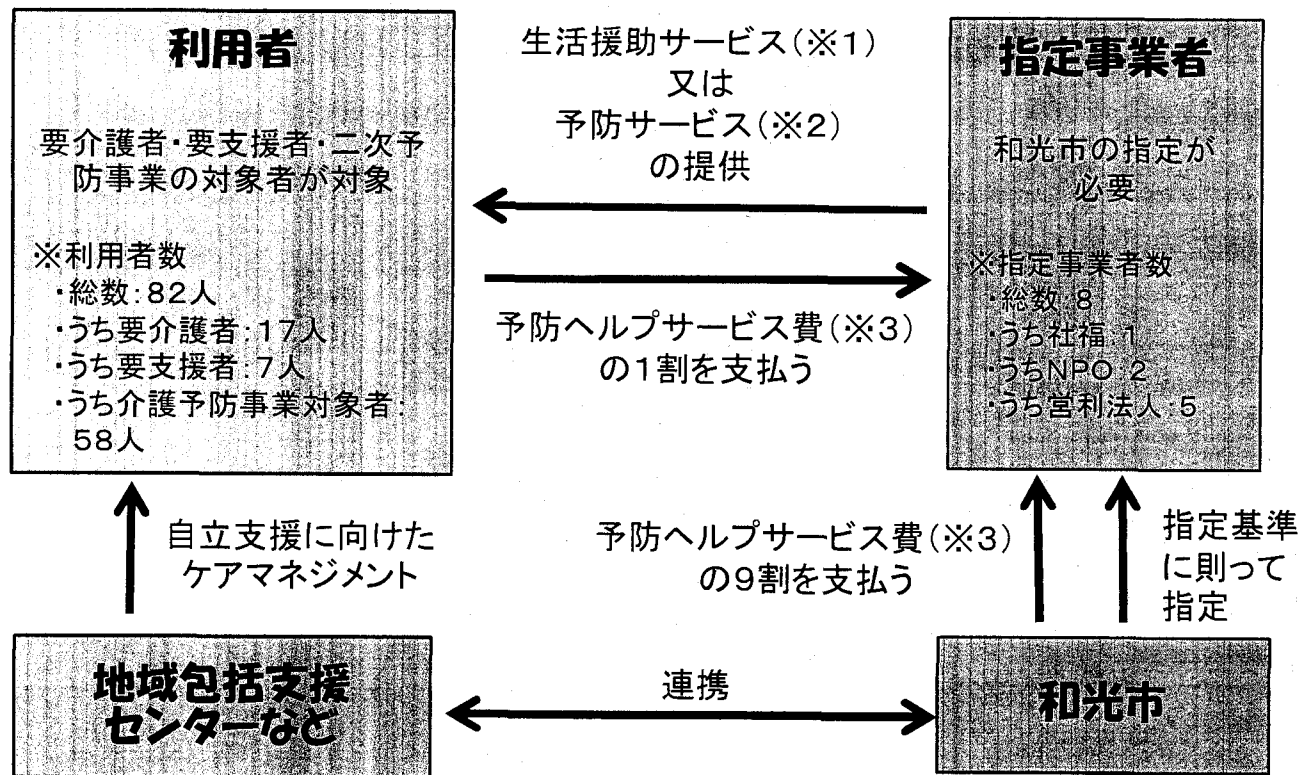
要支援・要介護別の費用額の経年比較



- 注1) 費用額については、各年度の介護給付費実態調査の4月サービス分(5月審査分)から翌年3月サービス分(4月審査分)までの合計である。
- 注2) 要支援者向けの費用額については、平成18年度の要支援者向けの費用額2,767億円=1.00とした場合の、各年度における伸び率を表示している。なお、経過的要介護者向けの費用額は、要支援者向けの費用額の中に含めている。
- 注3) 要介護者向けの費用額については、平成18年度の要介護者向けの費用額58,957億円=1.00とした場合の、各年度における伸び率を表示している。58
なお、経過的要介護者向けの費用額は、要介護者向けの費用額の中に含めていない。

埼玉県和光市における予防ヘルプサービス費助成事業

埼玉県和光市では、要介護者・要支援者・介護予防事業対象者に対して、生活援助サービス・予防サービスを一体的に提供するための「予防ヘルプサービス費助成事業」(介護予防事業対象者分については、地域支援事業の任意事業で実施)を展開している。



※1 生活援助サービス: 日常生活における掃除、洗濯、調理、買物その他の家事

※2 予防サービス: 運動器機能、口腔機能その他生活機能の低下の予防支援

※3 予防ヘルプサービス費
以下の表の通り算定。ただし、26,100円が上限。

		日中	夜間・早朝
生活援助サービス	30分～1時間	2,200円	2,760円
	1時間～1時間30分	3,080円	3,860円
	1時間30分～2時間	3,960円	4,960円
	2時間～2時間30分	4,840円	6,050円
	2時間30分～3時間	5,720円	7,160円
予防サービス	～30分	2,450円	3,060円
	30分～1時間	4,260円	5,330円
	1時間～1時間30分	6,190円	7,730円
	1時間30分～2時間	7,070円	8,840円
	2時間～2時間30分	7,950円	9,940円
	2時間30分～3時間	9,360円	11,030円

※ 状態が改善し、非該当になった場合でも、必要な生活援助サービスが受けられるよう、NPOによる家事援助サービス等(全額利用者負担)の普及等を図っている。

【施策の効果】

- 利用者は、要介護状態・要支援状態・介護予防事業対象状態・非該当状態を通じて、生活援助サービス・予防サービスの提供を受けることが可能。このため、利用者は、安心して在宅生活を送ることが可能。
- 要介護者・要支援者から介護予防事業対象者・非該当に移行しても、ニーズに応じた生活援助サービス・予防サービスの提供を受けることが可能。このため、自立支援型のケアマネジメントの実施とあいまって、利用者は要介護状態・要支援状態の軽減を志向するようになり、介護予防に向けた取組を推進できる。
- 事業費化するとともに、予防の取組が推進されることにより、費用の適正化が図られる。

(財) 武蔵野市福祉公社による有償在宅福祉サービス

東京都武蔵野市では、財団法人武蔵野市福祉公社による有償在宅福祉サービスがあり、要介護者・要支援者・要介護認定非該当者が、一定の負担を行うことにより、家事援助・緊急時対応等についての介護保険外サービスを受けられる体制が整備されている。

1. 対象者 次の要件を満たす者

- ①市内居住 ②おおむね65歳以上又は中度以上の障害のある者(要介護者・要支援者・非該当の者のいずれでも可)
- ③利用料金の支払いが可能である者 ④武蔵野市福祉公社と家事援助等給付契約を締結した者

2. サービス・利用料

①基本サービス(必ず利用するサービス) → 利用料: 月額1万円

区分	内容
ア. ソーシャルワーカーによる月一回以上の訪問	市の公的サービスの他、介護保険の利用や社会資源の紹介、家族との連携、専門機関への橋渡し等情報の提供と生活設計の援助など
イ. 看護師による月一回以上の訪問	主治医や医療保健機関との連絡・健康相談・医療コーディネーター的活動など健康生活の支援
ウ. 緊急時対応	夜間、休日等の緊急時の可能な限りの対応

②個別サービス(利用者の選択により受けることが可能なサービス)

区分	内容
ア. 家事援助・介護サービス	協力員による家事援助(炊事、洗たく、掃除、買物など)・介護援助(利用料: 1時間850円以上) ※ 協力員: 武蔵野市福祉公社に登録された市内居住の主婦が主流の有償ボランティア。
イ. その他サービス	力仕事サービス(草取り、雪かき等)、医療相談(嘱託医)、法律相談(顧問弁護士)

3. 実績

- ・ 利用者数 267人(221世帯) 平成22年7月31日現在
- ・ 予算(平成22年度事業計画): 約1億2,000万円

※ 武蔵野市は、武蔵野市福祉公社の基本財産(4億1,599万円)を出資しており、基本財産の運用収入も、武蔵野市福祉公社の収入源となっている。
平成22年度の武蔵野市から武蔵野市福祉公社への補助金(総額) 68,671,000円

品川区における介護保険外サービス

東京都品川区では、要介護者・要支援者・要介護認定非該当者に対する配食サービス・家事援助サービス・見守りサービスが介護保険外サービスを受けられる体制が整備されている。

1. 配食サービス

サービス 内容・ 利用者 負担	昼食	①学校給食：区内の小学校で調理した、あたたかい学校給食をボランティアが届ける（火・木曜日）。 → 利用者負担：1食につき350円
		②ボランティア給食：ボランティアの自宅で調理した食事を届ける。 → 利用者負担：1食につき350円
		③在宅サービスセンター：センターで調理した食事を届ける。 → 利用者負担：1食につき600円
	夕食	地域の商店から、弁当を届ける（火・木曜日） → 利用者負担：1食につき450円
利用 対象者	在宅の虚弱な高齢者、介護が必要な高齢者（要介護者・要支援者・要介護認定非該当者のいずれでも可）	
実績	422人	
行政負担	18,570,757円（①、②は一般財源、③は介護保険の地域支援事業）	

2. ホームヘルパー（訪問介護員）の派遣

サービス 内容	介護予防の視点から、ホームヘルパーを派遣し、家事援助（掃除・洗濯・調理・買い物）を行う。【週1回又は週2回程度】
利用対象者	おおむね65歳以上のひとり暮らし高齢者又は高齢者のみの世帯で、日常生活を営むのに支障がある方（要介護認定非該当者が利用対象者となり得る）
利用者負担	週1回程度：月1,200円 週2回程度：月2,500円
実績	124人
実施主体	品川区
行政負担	21,284,820円（一般財源）

3. にこにこ訪問（乳酸菌飲料の配達）～見守りサービス

内容	安否確認と孤独感解消のため、毎日乳酸菌飲料を配達する（日曜・休日を除く）
利用 対象者	70歳以上の一人暮らしの者で、他に安否確認のサービスを利用していない者（要介護者・要支援者・要介護認定非該当者のいずれでも可）
利用者負担	なし
実績	2,444人
実施主体	社会福祉協議会
行政負担	2,041,472円（品川区からの補助金）

4. 徘徊探知機利用料助成 ～見守りサービス

内容	GPS端末機を利用して徘徊高齢者の居場所を探し出すシステムの費用の一部を助成する。
利用 対象者	区内に在住するおおむね65歳以上の徘徊高齢者と介護する家族（要介護者・要支援者・要介護認定非該当者のいずれでも可）
利用者負担	月500円、探索等別途費用あり
実績	15人（うち、要介護者：15人）
行政負担	44,100円（一般財源。初期費用のみ）

これまでの主な指摘事項

①閣議決定等

○ 新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)

「成長戦略実行計画(工程表)」Ⅱ 健康大国戦略

- ・ 公的保険サービスを補完し、利用者の多様なニーズに応える介護保険外サービスの利用促進策(地域における提供促進体制の構築強化を含む。)の検討・実施【2010年度・2011年度に実施すべき事項】

②研究会・団体等からの指摘事項

○ 産業構造ビジョン2010(産業構造審議会産業競争力部会報告書)(平成22年6月)

(略) 今後は、医療・介護機関と健康関連サービス事業者との連携推進等により保険外のサービスを拡大することで、公的保険依存から脱却するとともに、新しいサービスが消費者から相応の対価を得て自律的に成長し、社会保険とうまく連動してシームレスな医療・介護・高齢者生活支援サービスを提供する産業(「生活医療産業」)の創出を促す。

○ 地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)

- ・ 2025年には要介護リスクの高い75歳以上人口が倍増することで、第一号被保険者に占める認定者の割合も急増するため、現行の給付水準を維持した場合でも保険料が約2倍になることが想定される。保険給付の対象について優先順位を考えることが不可避であるとの考えから、要支援1・2または要介護1程度の軽度者については保険給付の対象外とすべきとの意見や、少なくとも保険給付はリハビリテーションサービス等の予防的なサービスや認知症を有する者へのサービスに限定し、軽度者の家事援助については地域支援事業として見守りや配食などの生活支援サービスと一体的に再編すべきとの意見があった。(以下、略)
- ・ 一方、今後急増する独居高齢者、高齢夫婦世帯や認知症を有する者については、生活支援サービスが在宅生活の継続に不可欠なものであり、特に今後都市部では自治会などの互助機能が脆弱化することもあり、保険給付から外すべきではないとの意見もあった。(以下、略)

○ 高齢社会をよくする女性の会「こうすればよくなる介護保険」(平成22年4月26日)

- ・ 生活援助は介護保険から外してはならない。

○ 2009年度社会保障改革委員会提言(平成22年6月経済同友会)

- ・ 公的制度においては、限りある財源を効果的に使い、真に必要な介護保障を確実に行うという観点から、保険対象とするサービスを峻別し、より重度の利用者に重点的に給付するべきである。軽度の利用者については、過剰なサービス供給がかえって状態の悪化を招き、自立促進に逆行するという指摘もある。したがって、介護予防サービスが提供される要支援1、2と、比較的軽度な要介護1の利用者へのサービスは、保険の対象外とするべきである。
- ・ 今後は、介護サービスへの需要増加はもとより、人々のライフスタイルや価値観の多様化に伴い、これまでとは異なる様々な介護サービスの提供が必要になると考えられる。これは、介護事業者にとっては新たな市場を開拓する機会であり、利用者のニーズを掴み、魅力あるサービスを生み出すことに事業者は積極的に取り組むべきである。

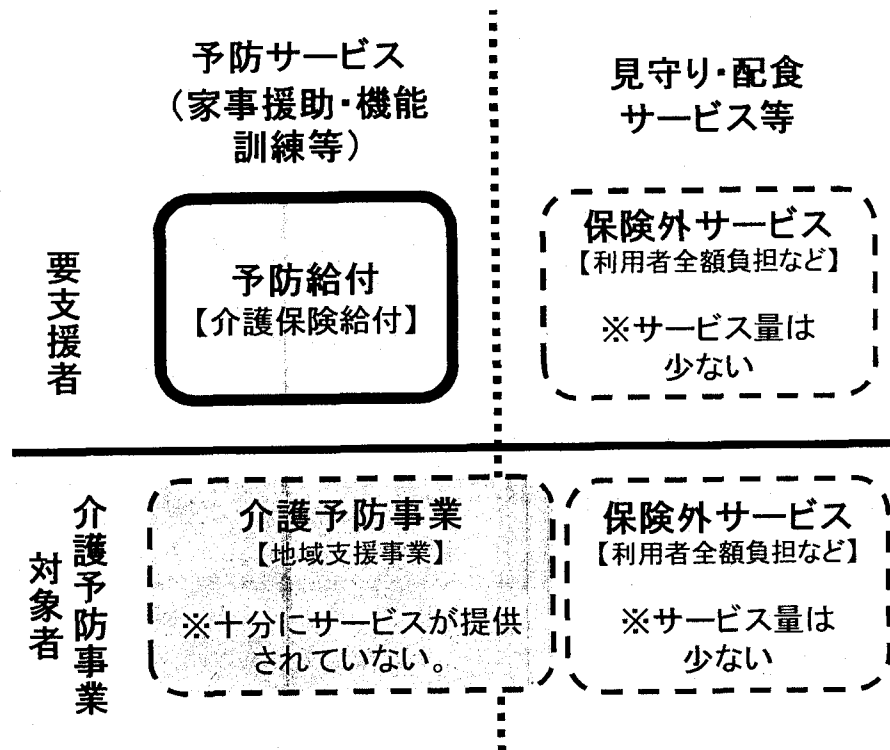
論点

- 前回改正において、要支援者に対する予防給付及び特定高齢者対策としての介護予防事業が創設されたが、これらをどう評価するか。
- 軽度者について、生活機能向上に資する生活支援へのニーズをどう考えるのか。また、軽度者への支援について、介護保険給付、地域支援事業、介護保険外サービスの役割をどう考えるのか。
- 要支援者等の軽度者へのサービスについては、現行どおり保険給付として充実すべきとの指摘がある一方、制度の持続可能性確保の観点から保険給付は重度者に特化すべきとの指摘があることについて、どう考えるか。
- 見守り・配食サービス、生きがい推進サービス等の要支援者、介護予防事業対象者向けの総合的なサービスを検討すべきではないか。また、保険者の判断により様々な生活支援サービスを提供できるような枠組みが考えられないか。(イメージは別紙参照。)

軽度者に対する予防・生活支援のための総合的なサービスのイメージ（別紙）

- 保険者の判断により、地域支援事業を活用して、見守り・配食サービス等も含めた、要支援者・介護予防事業対象者向けの予防・生活支援のための総合的なサービスを実施できるようにする。
- これにより、財源の効率的な活用を図りつつ、状態像に応じて、軽度者の生活を支えるための総合的なサービス提供が可能になる。

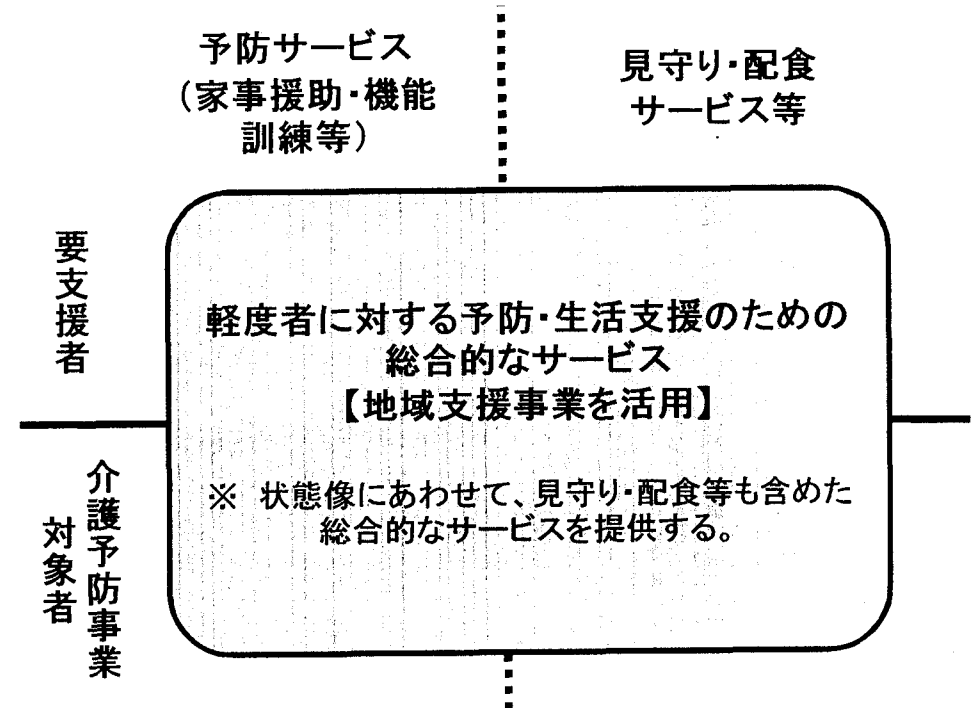
現状



- 要支援者に対しては、見守り・配食サービス等も含めた、生活を支えるための総合的なサービスが提供できていない。
- 介護予防事業対象者については、提供されるサービス量が少ない。このため、予防に向けた取組も進みにくい（要支援状態から改善すると、サービスが減少してしまうため）。

総合的なサービス創設後

※ 保険者の判断により実施可能なこととする。



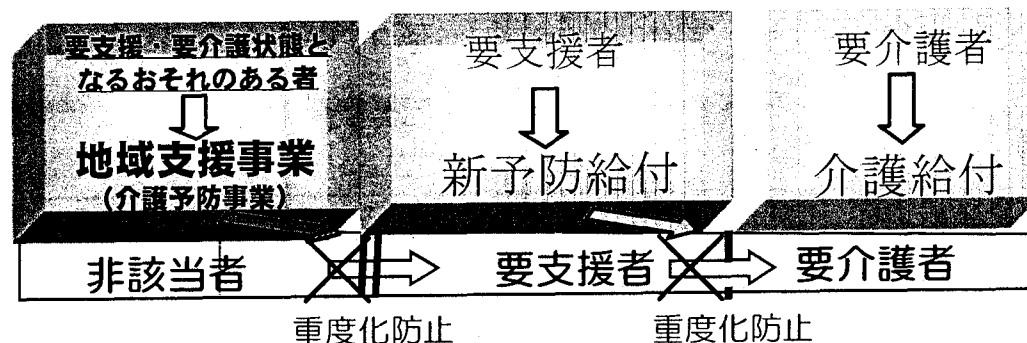
- 状態像にあわせ、見守り・配食等も含めて、生活を支えるための総合的なサービス提供が可能。

3. 地域支援事業の在り方

- ・ 介護予防事業の見直し
- ・ 地域包括支援センターの現状と課題
- ・ 地域包括支援センターを巡るこれまでの主な議論
- ・ 地域包括支援センターの機能強化に当たっての論点

地域支援事業の内容

要支援・要介護状態となる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村において「地域支援事業」を実施。



地域支援事業の事業内容

(1) 介護予防事業

ア 2次予防事業

2次予防事業の対象者に対する事業

- ・ 2次予防事業の対象者把握事業
- ・ 通所型介護予防事業
- ・ 訪問型介護予防事業
- ・ 介護予防特定高齢者施策評価事業

○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。（公費負担割合は、居宅給付費と同様に、国：都道府県：市町村＝2：1：1）

イ 1次予防事業

各市町村における全ての第1号被保険者を対象とする事業

- ・ 介護予防普及啓発事業
- ・ 地域介護予防活動支援事業（ボランティア等の人材育成、地域活動組織の育成・支援等）
- ・ 1次予防事業評価事業

(2) 包括的支援事業

ア 介護予防ケアマネジメント業務

イ 総合相談支援業務（地域の高齢者の実態把握、介護以外の生活支援サービスとの調整等）

ウ 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）

エ 包括的・継続的なマネジメント支援業務（支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言等）

(3) 任意事業

介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

地域支援事業の事業費

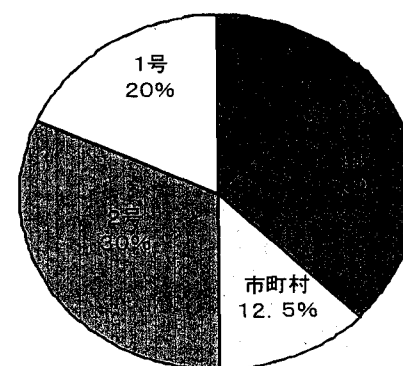
市町村は、介護保険事業計画に定める地域支援事業の内容、事業費を定める（政令で介護給付費に上限（介護給付費に対する割合）を規定）。

	平成18年度	平成19年度	平成20年度
地域支援事業	2.0%以内	2.3%以内	3.0%以内
介護予防事業	1.5%以内	1.5%以内	2.0%以内
包括的支援事業 + 任意事業	1.5%以内	1.5%以内	2.0%以内

地域支援事業の財源構成

介護予防事業

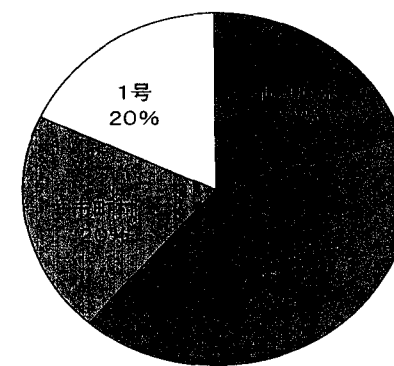
【財源構成】



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

包括的支援事業・任意事業

【財源構成】



○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。（公費負担割合は、居宅給付費と同様に、国：都道府県：市町村＝2：1：1）

介護予防事業の概要

- 要介護状態等ではない、高齢者に対して、予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止のために必要な事業として、市町村が実施。
- 事業は、要介護状態等となるおそれのある高齢者とその他に分類してサービスを提供している。
- 平成22年度予算額 176億円（国費ベース）

【対象者】

高齢者全般

【事業内容】

- 介護予防普及啓発事業
 - ・講演会等開催
 - ・パンフレット作成 等
- 地域介護予防支援事業
 - ・ボランティア育成
 - ・自主グループ活動支援 等

介護予防事業対象者への施策

【対象者】

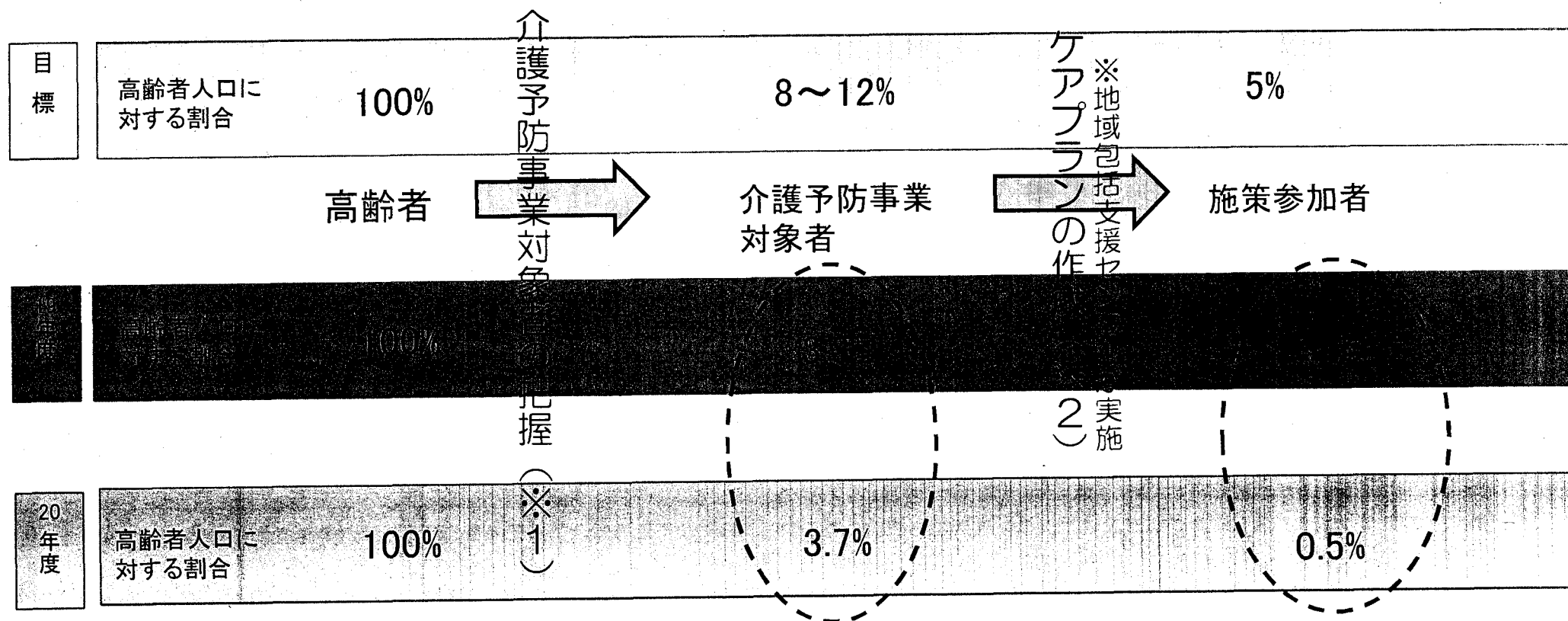
要介護状態等となるおそれのある高齢者

【事業内容】

- 通所型介護予防事業
 - ・運動器の機能向上プログラム
 - ・栄養改善プログラム
 - ・口腔機能向上のプログラム 等
- 訪問型介護予防事業
 - ・閉じこもり、うつ、認知症への対応
 - ・通所が困難な高齢者への対応 等

介護予防事業の課題

- ハイリスク者の把握が不十分、健診に要する費用負担大。
- ケアプランに係る業務負担大、地域包括支援センターの本来業務が不十分。
- 魅力あるプログラムの不足、事業の参加率が低い。



※1 介護予防事業(176億円(国費))のうち、約50%が把握に要する費用

※2 地域包括支援センターの約40%がケアプランに係る業務

介護予防事業の見直しについて

※本年8月6日付けで見直しを実施

課題

内容

ハイリスク者の把握が不十分
健診による把握に要する費用負担大



介護予防事業については、例えば、対象者の選定方法を健診に代えて高齢者のニーズを把握するための調査を活用する方法に見直し、事業内容をより高齢者のニーズに合ったものに見直すなど、事業の効率化、充実を図ることとする。

ケアプランに係る業務負担大
地域包括支援センターの本来業務が不十分



介護予防事業におけるケアプランについては、必要と認められる場合に作成できるものとし、ケアプラン作成の必要がない場合には施策前・施策後に事業実施担当者と情報共有することにより替えることができることとするなど、事業の効率化を図ることとする。

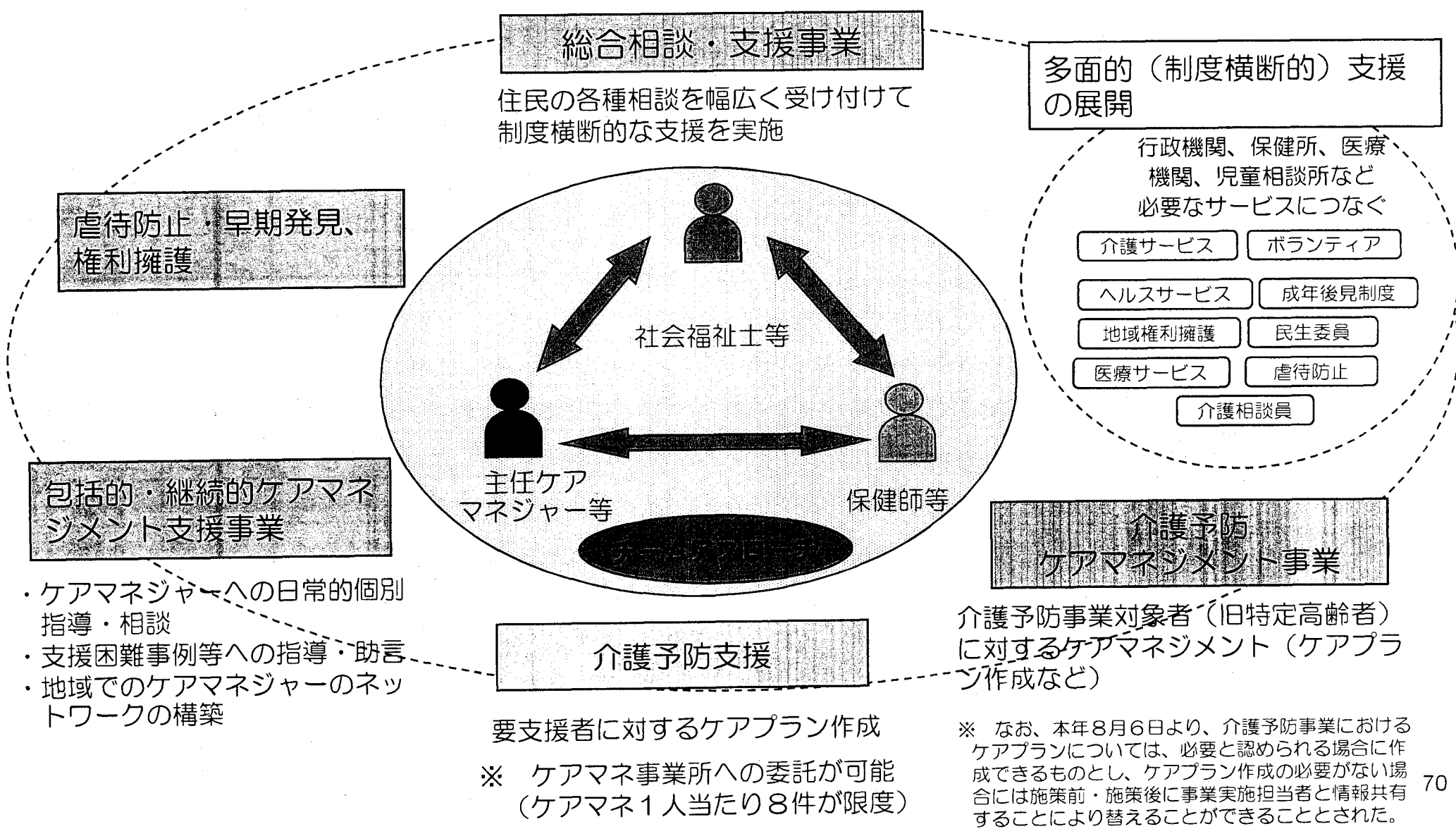
特定高齢者の名称を変更

特定高齢者→二次予防に係る対象者

各市町村で使いやすい(高齢者が事業に参加しやすい)通称の使用を推奨

地域包括支援センターの業務

 : 包括的支援事業(地域支援事業の一部)
 : 介護予防支援(保険給付の対象)



地域包括支援センターの設置状況

- 地域包括支援センターの設置数は約4,000カ所であり、全ての保険者に設置されている。また、ブランチ・サブセンターを合わせると設置数は約7,000カ所となる。
- 地域包括支援センターの設置主体は、直営が約3割、委託が約7割となっている。

◎地域包括支援センターの設置数

地域包括センター設置数	4056カ所
ブランチ設置数	2547カ所
サブセンター設置数	400カ所
センター・ブランチ・サブセンター合計	7003カ所

※地域包括支援センターは全ての保険者（1,618保険者）に設置されている。

※ ブランチ：住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための窓口

※サブセンター：地域包括支援センターの支所として、地域包括支援センターの一部を行うもの

出典：厚生労働省調べ（平成21年4月現在）

◎地域包括支援センターの設置主体

設置主体	箇所	割合
直 営	1,279	31.5%
うち広域連合等の構成市町村	130	3.2%
委 託	2,729	67.3%
社会福祉法人(社協除く)	1,445	35.6%
社会福祉協議会	524	12.9%
医療法人	463	11.4%
社団法人	92	2.3%
財団法人	70	1.7%
株式会社等	64	1.6%
NPO法人	23	0.6%
その他	48	1.2%
無回答	48	1.2%
計	4,056	100.0%

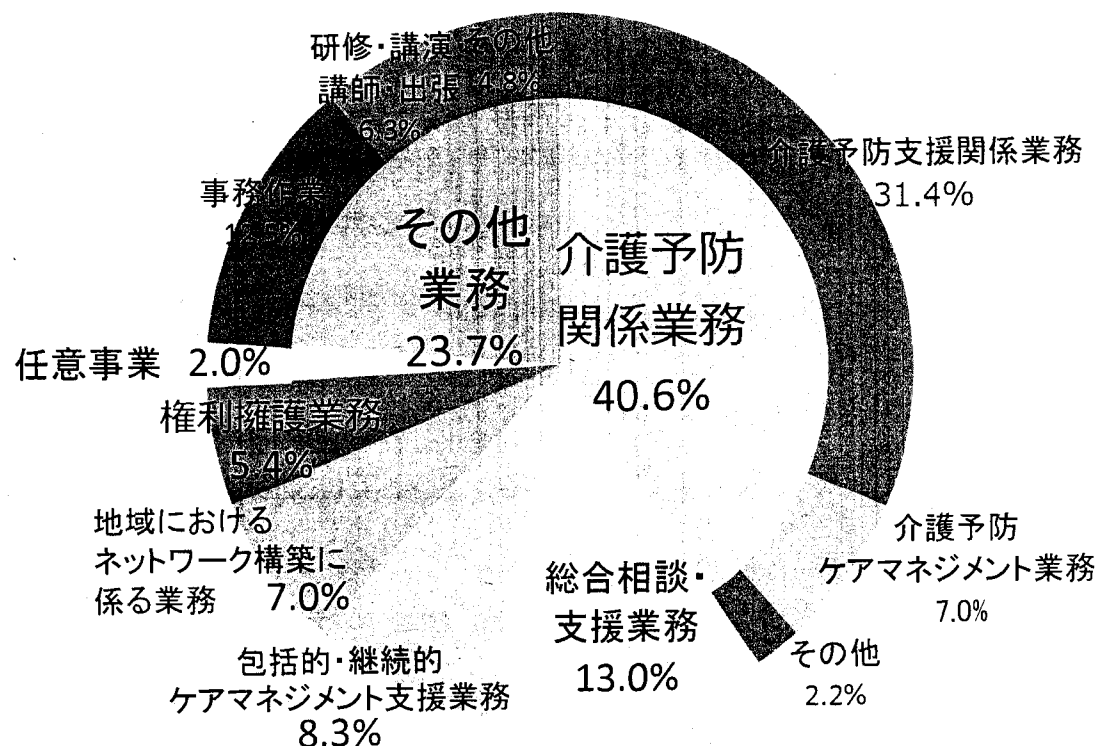
出典：厚生労働省調べ（平成21年4月現在）

地域包括支援センターにおける業務の実施状況

- 地域包括支援センターにおいては、約4割の時間を介護予防関係業務（介護予防ケアマネジメント業務・介護予防支援関係業務等）の実施に充てていた。
- なお、介護予防支援については、約34%が居宅介護支援事業所に委託されている。

※ なお、本年8月6日より、介護予防事業におけるケアプランについては、必要と認められる場合に作成できるものとし、ケアプラン作成の必要がない場合には施策前・施策後に事業実施担当者と情報共有することにより替えることができることとされた。

地域包括支援センターにおける時間別業務実施割合



介護予防支援の実施状況

介護予防支援実施件数	744,347件
うち居宅介護支援事業所への委託件数	255,108件
居宅介護支援事業所への委託割合	34.3%
指定介護予防支援業務に従事する職員数	18,293人
職員一人あたりの介護予防支援実施件数	26.7件

1センターあたりの介護予防支援実施件数	188.5件
うちセンターが直接実施した件数	123.9件

資料出所：株式会社三菱総合研究所「地域包括支援センター運営コストに関する調査研究事業報告書」（平成22年3月）

出典：厚生労働省調べ（平成21年4月現在）

地域包括支援センターを巡るこれまでの主な指摘事項

①閣議決定等

○ 新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)

「成長戦略実行計画(工程表)」 「Ⅱ 健康大国戦略」

- ・ 公的保険サービスを補完し、利用者の多様なニーズに応える介護保険外サービスの利用促進策(地域における提供促進体制の構築強化を含む。)の検討・実施 【2010年度・2011年度に実施すべき事項】

○ 「明日の安心と成長のための緊急経済対策」における構造改革特区に係る臨時提案等に対する政府の対応方針(平成22年6月2日・構造改革特別区域推進本部)

別表3 規制所管省庁において今後検討を進める規制改革事項等

【事項】地域包括支援センターにおける介護予防サービス計画(ケアプラン)作成業務の委託件数制限の撤廃

【検討の概要】介護予防全体の見直しを図る中で、地域包括支援センターにおける介護予防サービス計画(ケアプラン)作成業務の委託件数制限のあり方についても検討し、平成23年度中に結論を得る。(社会保障審議会における議論が必要)

【実施時期】平成23年度中に結論

②研究会・団体等からの指摘事項

○ 地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)

- ・ 医療との連携など関係機関が広範囲にわたり、個々の介護支援専門員によるケアマネジメントでは効果的な支援が実現出来ないケースについては、介護サービス担当者、医療関係者、本人、家族、民生委員などを招集した地域ケア会議の開催等を通じて、管轄の地域包括支援センターが総合的な支援を行うことの意義は大きい。このため、関係機関を招集して地域ケア会議を開催するなど、地域包括支援センターが包括的なケアマネジメントを行えるよう、地域包括支援センターの権限の明確化を図るべきである。
- ・ 一方、上記に述べた地域包括支援センターの本来的機能を十分発揮できるよう、特定高齢者や要支援者に対するケアプラン作成業務は、地域の実情に応じて柔軟に業務委託できるようにすべきである。
- ・ 地域包括支援センターがその機能を十分に発揮するため、責任主体である市町村(保険者)が運営方針を明確化すべき⁷³である。

地域包括支援センターの機能強化に当たっての論点

指摘される課題

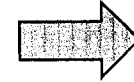
地域包括支援センターが、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（ケアマネ支援等）や総合相談支援業務を円滑に実施していくためには、地域の諸機関との間でネットワークを構築していくことが必要である。しかしながら、現在の地域包括支援センターは、こうしたネットワークを構築できていない場合が多いのではないかな。



対応の方向性(案)

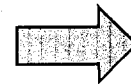
地域包括支援センターが、医療機関、インフォーマルケア等も含めた地域のネットワークを円滑に構築できるよう、環境整備を行う。

委託型の地域包括支援センターが多いが、保険者が委託型のセンターに業務を丸投げしている場合があるのではないかな。委託型の場合でも、保険者がきちんと関与していくことが必要ではないかな。



委託型の地域包括支援センターの運営に当たり、保険者が運営方針を明示することとする。

地域包括支援センターは、介護予防関係業務に忙殺されていて、総合相談支援業務や包括的・継続的ケアマネジメント支援業務等の本来業務を十分に実施できていないのではないかな。介護予防関係の業務負担を軽減すべきではないかな。

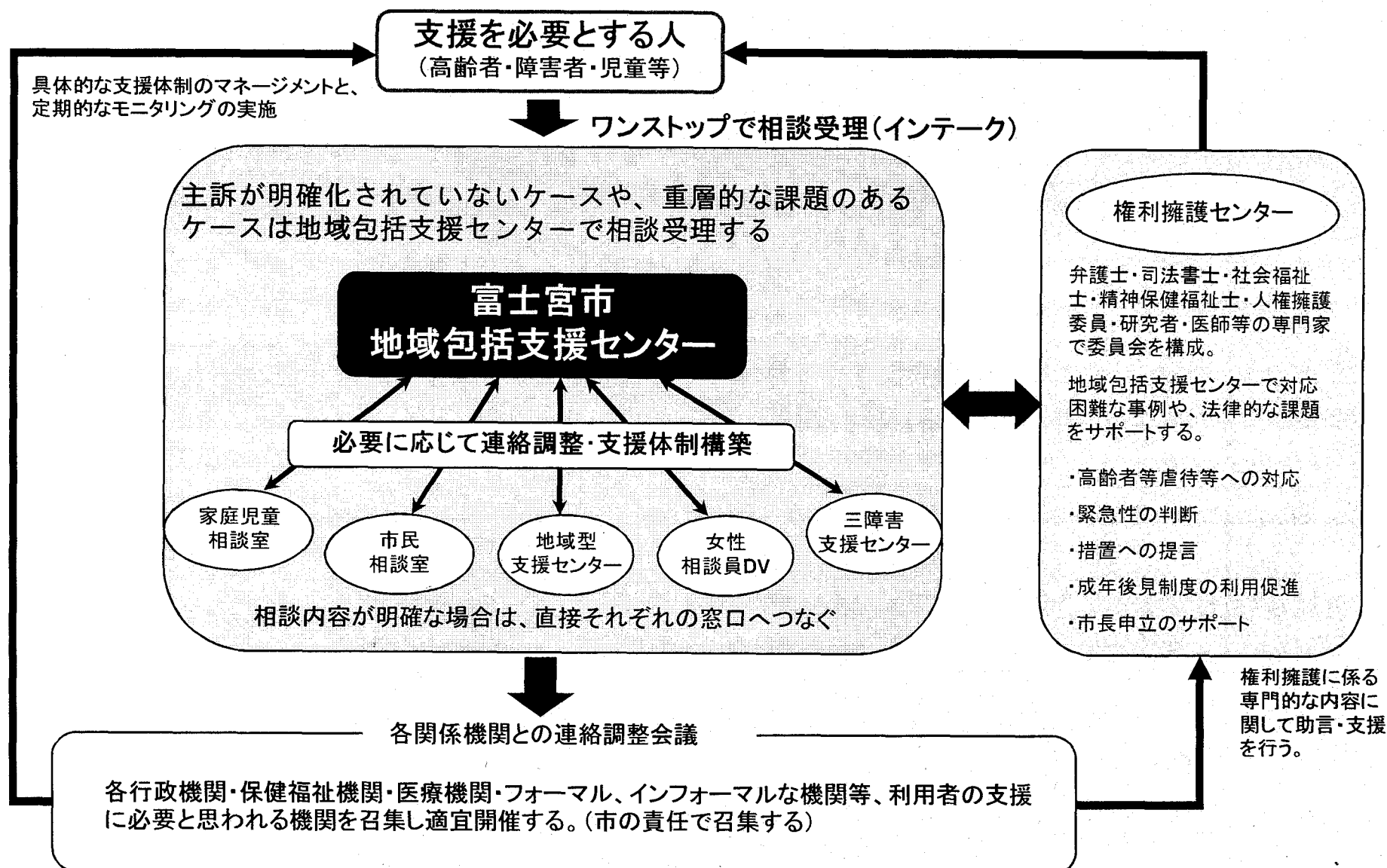


介護予防支援業務（要支援者に対するケアプラン作成）について、市町村・地域包括支援センターの主体的判断に基づき、委託可能とする。

※ なお、本年8月6日より、介護予防事業におけるケアプランについては、必要と認められる場合に作成できるものとし、ケアプラン作成の必要がない場合には施策前・施策後に事業実施担当者と情報共有することにより替えることができることとされた。

(参考) 地域包括支援センターにおけるワンストップサービスの提供

- 富士宮市の地域包括支援センターにおいては、高齢者に限らず、障害者や児童等支援を必要とする者からの相談を受け付け、必要な資源を持つ機関とのコーディネートを行っている。
- 地域包括支援センターの人員基準は満たした上で、独自に人員の上乗せをして対応を行っている。

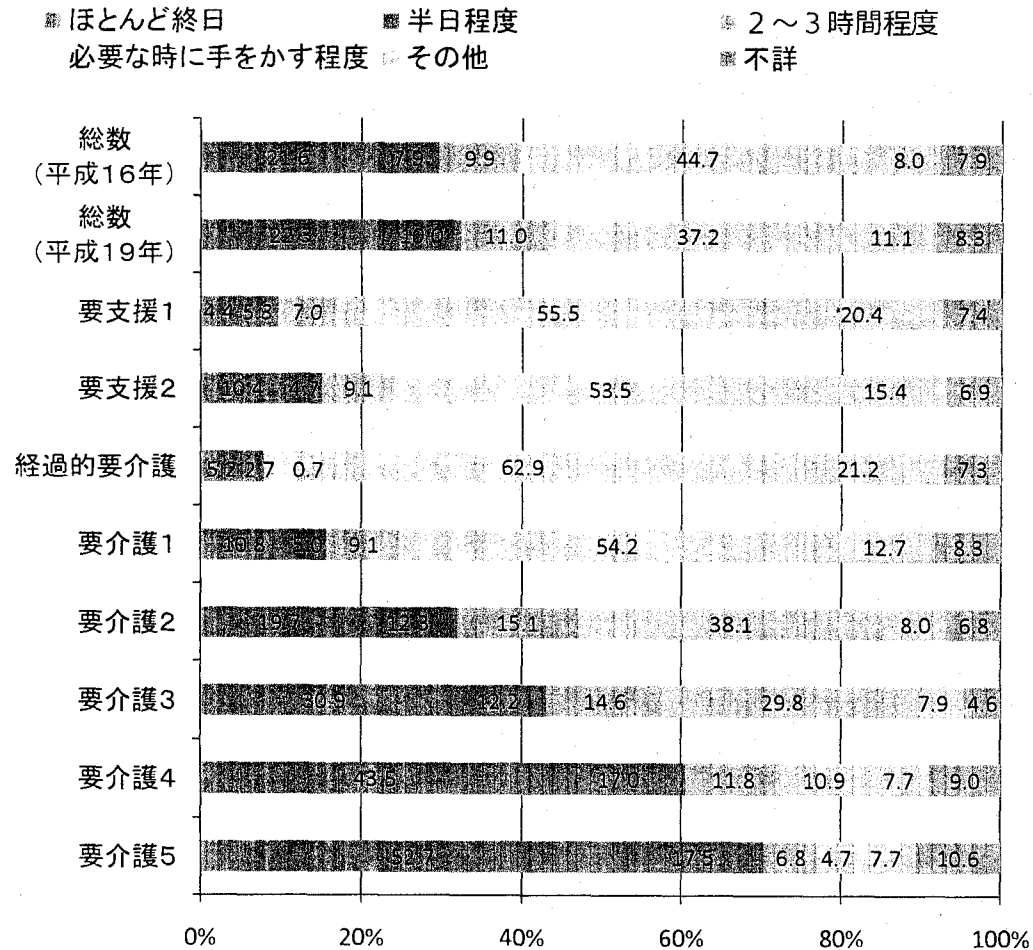


4. 家族介護者への支援の在り方

家族介護者の状況

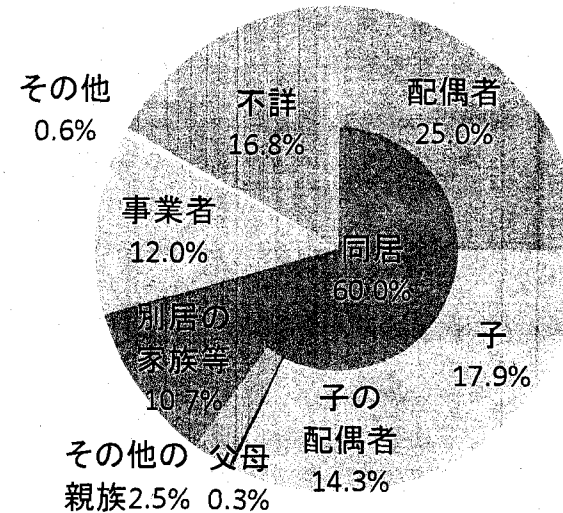
- 要介護度が重いほど、家族介護者の介護時間は長くなっている。
- 主な介護者の続柄は、同居の親族が中心となっている。
- 主な介護者が60歳以上である割合は、年々、増加している。

同居している主な介護者の介護時間(要介護者等の要介護度別)



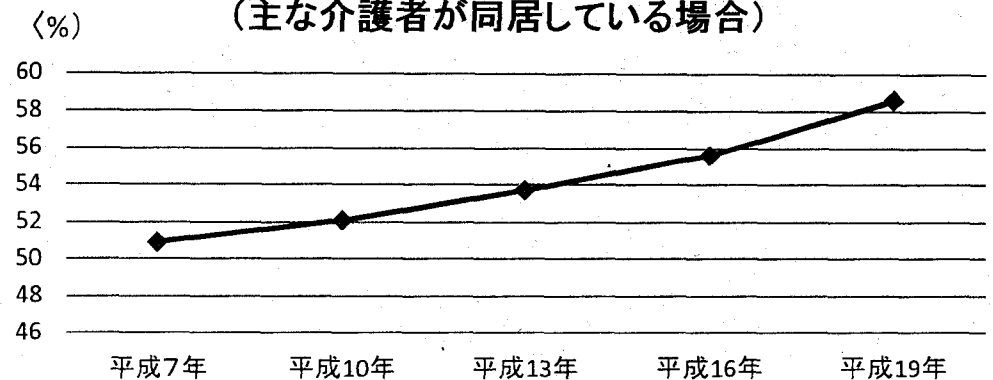
出典: 国民生活基礎調査

要介護者等からみた主な介護者の続柄



出典: 平成19年度国民生活基礎調査

60歳以上の介護者の割合
(主な介護者が同居している場合)

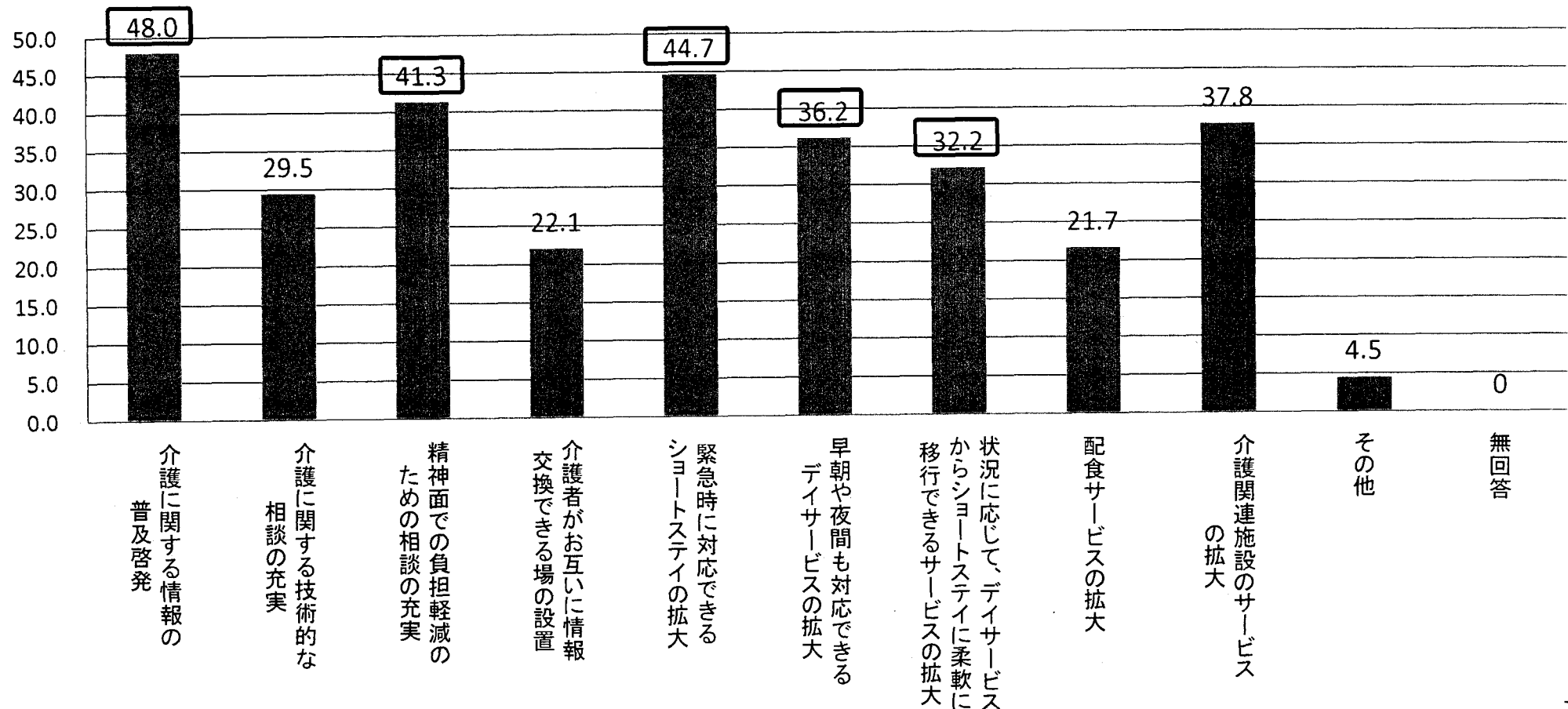


出典: 国民生活基礎調査

仕事と介護の両立促進のために必要な地域や社会による支援

- 家族介護者である労働者等への調査によれば、仕事と介護の両立を促進するために必要である地域や社会による支援として、「介護に関する情報の普及啓発」、「緊急時に対応できるショートステイの拡大」、「精神面での負担軽減のための相談の充実」等を挙げる者が多い。
- 介護サービスに関しては、緊急時に対応できるショートステイや、早朝や夜間にも対応できるデイサービス、状況に応じてデイサービスからショートステイに柔軟に移行できるサービスなど、必要な時に柔軟に受けられる介護サービスが必要であるという声が多い。

仕事と介護の両立促進のために必要な地域や社会による支援(複数回答)



資料出所: 平成21年度仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書(みずほ情報総研、21年度厚生労働省委託事業)

地域支援事業による家族支援

介護保険法上の地域支援事業による介護者の家族等への支援として、介護知識・技術習得等を内容とした教室の開催、認知症高齢者に対する見守り体制の構築、介護者の家族等へのヘルスチェック等を行っている。

○実施事業

1. 家族介護支援事業

要介護者の状態の維持改善を目的とした知識・技術の習得等のための教室を開催

2. 認知症高齢者見守り事業

認知症に対する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問等

3. 家族介護継続支援事業

家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減を目的とした、要介護被保険者を現に介護する者に対するヘルスケア、健康診断の実施や、介護用品の支給、介護の慰労のための金品の贈呈、介護者相互の交流会の開催

○家族介護支援事業の実施 保険者数

家族介護支援事業		911
認知症高齢者見守り事業		502
家族介護 継続支援 事業	ヘルスチェック、健康相談	100
	介護用品の支給	934
	慰労金等の贈呈	647
	交流会等の開催	618

出典：平成22年度介護保険事務調査

※ 家族介護支援事業事業費(平成20年度):約67億円

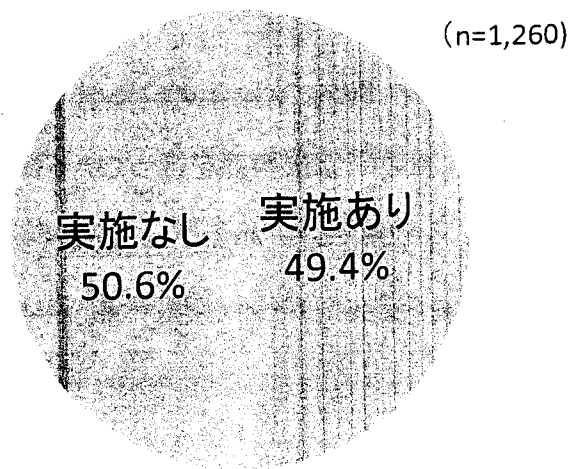
地域支援事業による家族支援の現状①

介護保険法上の地域支援事業による介護者の家族等への支援として、介護知識・技術習得等を内容とした教室の開催、認知症高齢者に対する見守り体制の構築、介護者の家族等へのヘルスチェック等を行っている。

1. 家族介護支援事業

- 要介護者の状態の維持改善を目的とした知識・技術の習得等のための教室を開催

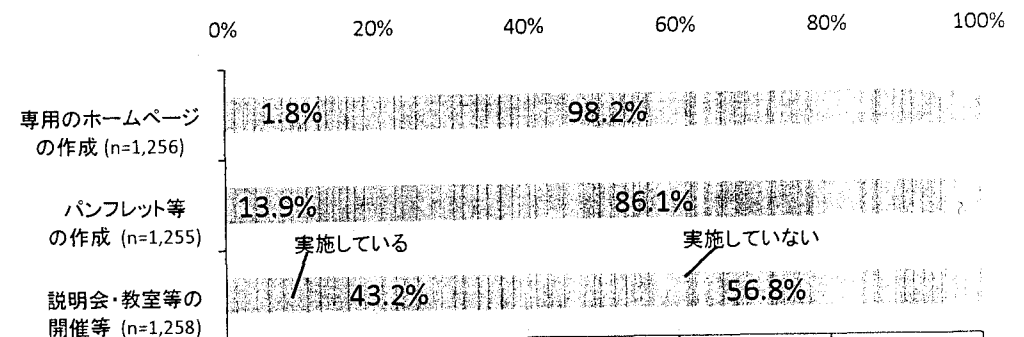
家族介護支援事業を実施している
保険者の割合



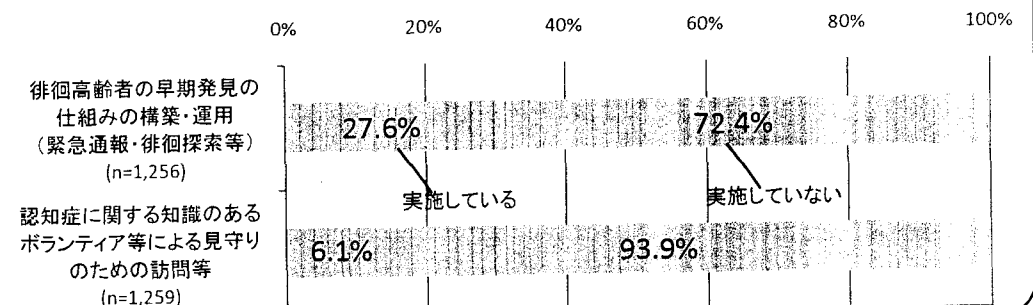
2. 認知症高齢者見守り事業

- 認知症に対する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問等

認知症に関わる各種広報・啓発等を行っている保険者の割合



認知症高齢者見守り事業を行っている保険者の割合



地域支援事業による家族支援の現状②

3. 家族介護継続支援事業

- 家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減を目的とした、要介護被保険者を現に介護する者に対するヘルスケア、健康診断の実施や、介護用品の支給、介護の慰労のための金品の贈呈、介護者相互の交流会の開催

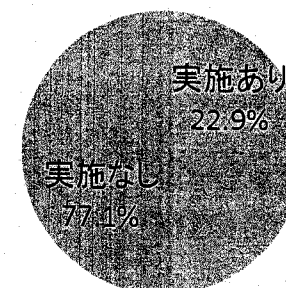
介護用品の支給を行っている保険者の割合

(n=1,260)



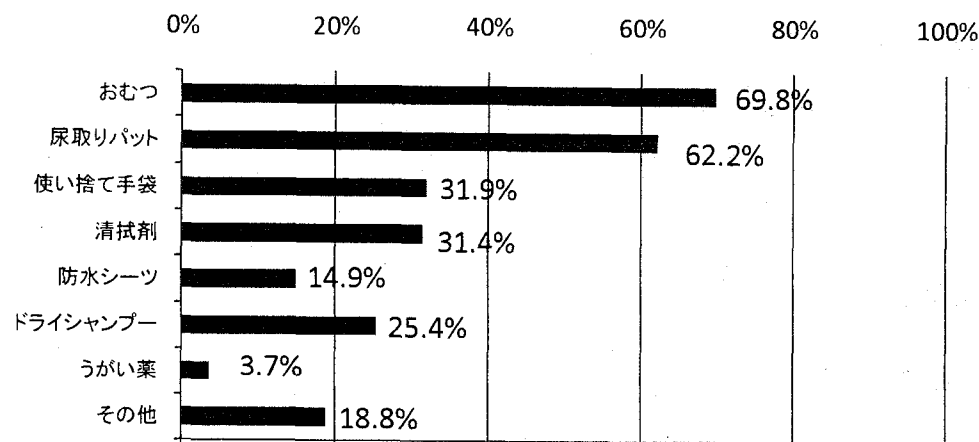
慰労金品等の支給を行っている保険者の割合

(n=1,259)



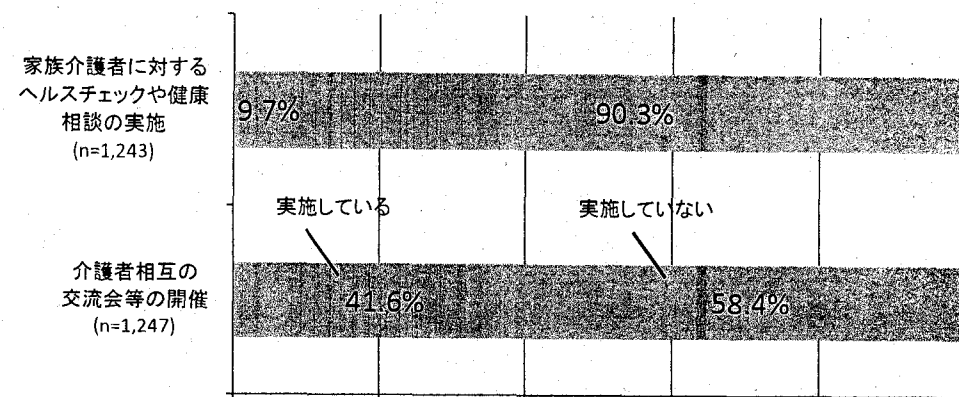
各種介護用品の支給を行っている保険者の割合

(n=1,259)



その他の家族介護継続支援事業を行っている保険者の割合

0% 20% 40% 60% 80% 100%



育児・介護休業法における介護休業等の概要

「育児・介護休業法」により、「介護休業制度」「介護休暇制度」「介護のための勤務時間の短縮等の措置」が定められている。

【介護休業制度】

- 労働者は、事業主に申し出ることにより、対象家族1人につき、要介護状態に至るごとに1回、通算して93日まで介護休業を取得することができる。

【介護のための勤務時間の短縮等の措置】

- 事業主は、要介護状態にある対象家族を介護する労働者について、就業しつつ対象家族の介護を行うことを容易にする措置として、対象家族1人につき、介護休業をした日数と合わせて少なくとも93日は利用することのできる勤務時間の短縮等の措置を講じなければならない。
- ※ 具体的な措置の内容として、次の①～④のいずれかの措置を講ずることを事業主に義務づけ。
 - ①短時間勤務の制度、②フレックスタイム制、③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ
 - ④労働者が利用する介護サービスの費用の助成その他これに準ずる制度

【介護休暇制度】（※1）

- 要介護状態にある対象家族の介護その他の世話（※2）を行う労働者は、事業主に申し出ることにより、要介護状態にある対象家族が1人の場合は年5日、2人以上の場合は年10日を限度として、介護休暇を取得することができる
- ※1 平成21年6月の法改正により新設。
施行日：平成22年6月30日（ただし、常時100人以下の労働者を雇用する事業主については平成24年7月1日）
- ※2 その他の世話とは、対象家族の通院等の付添い、対象家族が介護サービスの提供を受けるために必要な手続きの代行その他対象家族に必要な世話をいう。

【実績】 ○介護休業制度の規定状況

	事業所規模5人以上	事業所規模30人以上
17年度	55.6%	81.4%
20年度	61.7%	85.5%

○介護休業制度取得者の割合（常用労働者に占める取得者の割合）

	男女計	女性	男性
17年度	0.04%	0.08%	0.02%
20年度	0.06%	0.11%	0.03%

出典：平成20年度雇用均等基本調査

- ・ 要介護状態：負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障害により、2週間以上の期間にわたり常時介護を必要とする状態（要介護認定の有無は問わない）
- ・ 対象家族：配偶者（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む）、父母及び子（これらの者に準ずる者として、労働者が同居し、かつ、扶養している祖父母、兄弟姉妹及び孫を含む。）、配偶者の父母

これまでの主な指摘事項

①閣議決定等

○ 新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)

「成長戦略実行計画(工程表)」・「Ⅱ 健康大国戦略」

- ・ 24時間地域巡回型訪問サービス、レスパイトケア(家族の介護負担軽減)拡充の本格実施 【2013年度までに実施すべき事項】

②研究会・団体等からの指摘事項

○ 高齢社会をよくする女性の会「こうすればよくなる介護保険」(平成22年4月26日)

「6 家族への支援の充実」

デイサービスセンターを利用したショートステイの拡充。認知症の人には慣れた場所や職員が何より。

○ 地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)

- ・ 家族を介護しながら、働いている場合にあっては、家族介護と仕事との両立支援やレスパイト支援、相談事業が重要である。仕事との両立に資するような柔軟な時間設定による通所サービスや緊急ショートの整備を進めるとともに、企業においても介護にかかる基礎知識や技術習得の機会に関する情報提供をしたり、介護休暇や地域ボランティア活動による支援などの充実が重要である。(以下、略)

論点

- 家族介護者への支援の在り方について、介護者の高齢化や仕事との両立等を含めて、どう考えるか。
- 家族介護者への支援という観点から、レスパイトケアの拡充（お泊まりデイサービスの創設等）、地域包括支援センターにおける相談支援の充実等を図るべきではないか。

介護保険制度改正への提言

―要介護認定の廃止など利用者本位の制度に―

2010年6月 公益社団法人 認知症の人と家族の会

2000年の介護保険制度発足は、日本の福祉制度のあり方を根本的に変える出来事でした。介護を家族だけの負担から社会で支える仕組みに転換する、必要な負担もする、そのために保険制度による新しい制度をつくる、という方向を日本の国民が選択したのです。「家族の会」が1980年の発足以来求め続けてきた介護の社会化が、20年の歳月を経て、やっとその出発点に立ったのです。

具体的に制度が発足してその成果には確かな手ごたえがありました。新しい時代が始まったと実感することが出来ました。介護保険制度は、今後またゆむことなくさらに充実発展させてゆくべき制度です。その方向は次のとおりであるべきと考えます。

- 一 必要なサービスを、誰でも、いつでも、どこでも、利用できる制度
- 二 わかりやすい簡潔な制度
- 三 財源を制度の充実のために有効に活用する制度
- 四 必要な財源を、政府、自治体が公的な責任において確保する制度

そのために、2012年の制度改正において次のとおり実施するよう提案します。

- 1 要介護認定を廃止する。
まず認定から出発するのではなく、暮らしの中での介護の必要性から出発する制度にする。
- 2 介護サービスの決定は、保険者を加えた新たなサービス担当者会議の合議に委ねる。
- 3 介護サービス情報の公表制度は廃止する。
- 4 介護サービス利用の自己負担割合は1割を堅持する。
- 5 財源の内、公費負担率を6割に引き上げる。
- 6 介護サービス利用者に、作業報酬を支払うことを認める。

「家族の会」は、2007年11月にこれまでの「要望」に代わって、初めて「提言・私たちが期待する介護保険」を打ち出しました。その中で5つの基本的な考え方及び現行制度に対する具体的な改善提案を示しました。そして、2009年6月には同年4月の改定の結果を踏まえてその一部を修正すると共に、時代の要請を受けて財源に踏み込み、「高福祉応分の負担」を盛り込んだ「2009年版」を発表しました。2012年の改正に向けた今回の提言、提案はすべてこの「2009年版」の上に成り立っています。

提言・私たちが期待する介護保険 2009年版（2009.6発表）

はじめに

認知症の人と家族の会は、1980年の結成以来、認知症の人と家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的人権が保障された生活を送ることは、乳幼児

から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定の結果を踏まえて、次のように提言します。

基本的な考え方

- 1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ
自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる、在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること
- 2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること
認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること
- 3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること
認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること
- 4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を継続的に図ること
介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を継続的に図ること
- 5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ
年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること
- 6 高福祉を応分の負担で
「高福祉高負担」か「低福祉低負担」か「中福祉中負担」か、ではなく「高福祉応分の負担」の社会保障制度であること。心にゆとりを持って安心して生活することができ、「過分」でも「過小」でもない国民の負担であること

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には、要介護1以上の認定とする
- 4 若年期認知症の人が仕事を続けられるよう支援する体制をつくり、採用する事業者へは補助金を支給する
- 5 地域包括支援センターの全てに「認知症連携担当者」を配置するなど、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務は業務からはずす
- 6 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする。サービス利用に至るまでの相談支援にも報酬を認める
- 7 介護従事者の賃金、労働条件の改善を継続的に図るために、利用者の負担を増やすことなく、必要な対策を講ずる
- 8 要支援1、要支援2も介護保険給付の対象とし、予防事業は一般財源で行う
- 9 療養病床の利用者には、制度の推移にかかわらず、現状と同等の必要な医療と介護を保障する
- 10 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る
- 11 すべての都道府県、政令市に「認知症コールセンター」が速やかに設置されるよう必要な措置を講ずる
- 12 小規模多機能型サービスが安定して運営できるよう、必要な措置を継続的に講ずる
- 13 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する



利用者本位を目指す 「要介護認定廃止」

新たな合意体制でサービス決定を

「家族の会」理事・

介護保険・社会保障専門委員会委員

田部井康夫

●介護保険を充実発展させる立場

「家族の会」は、2012年の介護保険制度改正に向けて、要介護認定の廃止とそれに代わる手続きを骨子とする「提言」を、6月の総会において決定しました。6月21日には厚生労働省にも申し入れを行いました。この「提言」に対して、各方面から反応が出始めています。もちろん「よく言った」、「目からうろこ」といった賛同の反応もたくさんあります。しかし、中にはどうしてこんなに感情的になるのかと思うほど冷静さを欠いた論調や、誤解に基づく居丈高な反応も見受けられます。

改めて、この「提言」の趣旨を述べます。

まず、「提言」は、次のような考え方の上に立ってまとめました。

1. 介護保険制度を、これからも充実発展させるべきものと位置づける
2. 制度の主人公は、税金、保険料、利用料の財源を拠出している国民である
3. その立場が尊重され、制度が信頼され評価されてこそ持続可能になる

この考えに基づいて、こうあってほしいという利用者の立場からの率直な願いを具体化したのがこの「提言」です。

●現行認定制度の問題点

では、なぜその中心に、要介護認定の廃止とそれに代わる手続きの提案を据えたのでしょうか。制度が発足して以来、「家族の会」は、要介護認定は制度本体と不可分のものと理解し、より実情に即した結果が得られるよう一貫して努力してきました。しかし、要介護認定のシステムそのものに限界があり、別の道を探る必要があるのではないかと感じたからです。

転換の大きな契機となったのは、2009年4月の要介護認定システムの改定です。

認知症にかかわる調査項目の削減提案から、要介護認定の見直しに係る検証・検討会の終結までの一連の流れの中で、強く感じたのは次のようなことでした。

①コンピュータによる判定基準は、さまざまな意図によって恣意的に操作されていること、②それによって介護度の客観的指標としての意義は著しく低下したこと、③この傾向は財政の逼迫を理由にますます強まるのではないかということ、④適切なサービスの決定には別の手続きも検討してみる価値があること、⑤会議の中で利用者の立場に立った意見は少なく、利用者の利益は利用者団体が積極的に発言してゆくことによってしか守られないこと。

その結果として、「家族の会」は、検証・検討会の終結に当たって「要介護認定の廃止も含め抜本的な見直しを図ること」を申し入れたのです。

●より利用者の実情に即した方法へ

そして、要介護認定に代わり、手続き的に負担が増えることなく、より利用者の実情に即した合理的な手続きのあり方について検討を重ねました。その結果、私たちが得た結論が、「ケアマネジャー、主治医、事業者に保険者が加わった新たなサービス担当者会議において、利用者、家族の状況と要望をふまえた上で、合議によって必要なサービスの中身と頻度を決定すること」から制度の利用が始まるとするのがもっとも合理的である、ということでした。

本来の趣旨からすれば、「ケアマネジメント会

議」とすべきだと思いますが、イメージしやすいように現実に移動している「担当者会議」という用語を使いました。ここに保険者が加わることに大きな意味があります。保険者も利用者の状況を把握した上で必要なサービスを判断することができます。同居家族がいることにより一律に訪問介護の家事援助を認めない、などの形式的な対応をなくすることができます。会議への参加の際の負担も、これまで新規申請の場合には、保険者が調査に赴くのが原則でしたから、負担が大幅に増えることはないはずです。

利用者も、要望が通らない場合でも、その決定の場に参加することにより制度の主人公として立場を実感することができます。

複数の眼で見て合議によって判断することにより、極端な恣意的要求を抑制し合理性を担保することができます。また、直接状態を確認するため現実と大きくかけ離れた結論が出ることはなくなります。コンピュータでは10年経った今でも現実と乖離した結論が出てしまうことを、システム設計者は“恥”とすべきです。

状態像を端的に表現する指標としては、介護度に代わってこれまでも使われてきた障害高齢者自立度、認知症高齢者自立度を使用することができます。これも合議で決めるために従来のように調査員と主治医の結論が極端に異なる結果を調整することができます。

●冷静で真摯な議論を

要介護認定廃止の提案に対して、冒頭述べたよ

うにさまざまな意見が出されています。また、介護家族の立場からの不安や懸念も示されています。新しいことが始まる時には不安や懸念があっても当然です。私たちは制度の専門家ではないので、その全てに明確な回答をもっているわけではありません。特に利用者の立場からの不安や懸念に対しては今後も真摯に検討してゆく必要があります。

しかし、これまで把握している強い反対意見は制度を持続させるために必要だという観点からのものであり、利用者の利益を守るために必要だという意見は見受けられません。これは、2009年4月改定に関する検証・検討会で受けた利用者の立場から発言してくれる人がほとんどいないという印象とまったく一致しています。したがって、私たちの意見に修正を迫るものではありません。むしろ、過剰と思われるような反応は、逆に私たちに確信を深めさせる結果になっています。

要介護認定の廃止の提案を唐突だと感じる向きもあるかもしれません。私たちも2009年4月改定の経緯を経るまでは思い及ばなかったことから、無理からぬことかもしれません。また、要介護認定のシステム確立に携わった人たちにしてみれば、自分たちの努力を無にされたようで不快に思う向きもあるかもしれません。しかし、要介護認定10年の役割は認めた上でより望ましい姿を求めての提案であることを理解していただき、冷静で真摯な議論がなされることを希望するものです。(つづく)

暮らしと介護保険に関するアンケートにご協力ください

今月号にアンケート調査用紙を同封していますのでご協力をお願いします。

「家族の会」では、1981年、91年、99年と結成以来ほぼ10年ごとに、暮らしと介護の実態を知るためのアンケートを行ってきました。今回はその4回目として行うもので、また、2012年の介護保険法改正に向けてみなさんの意見もお聞きます。

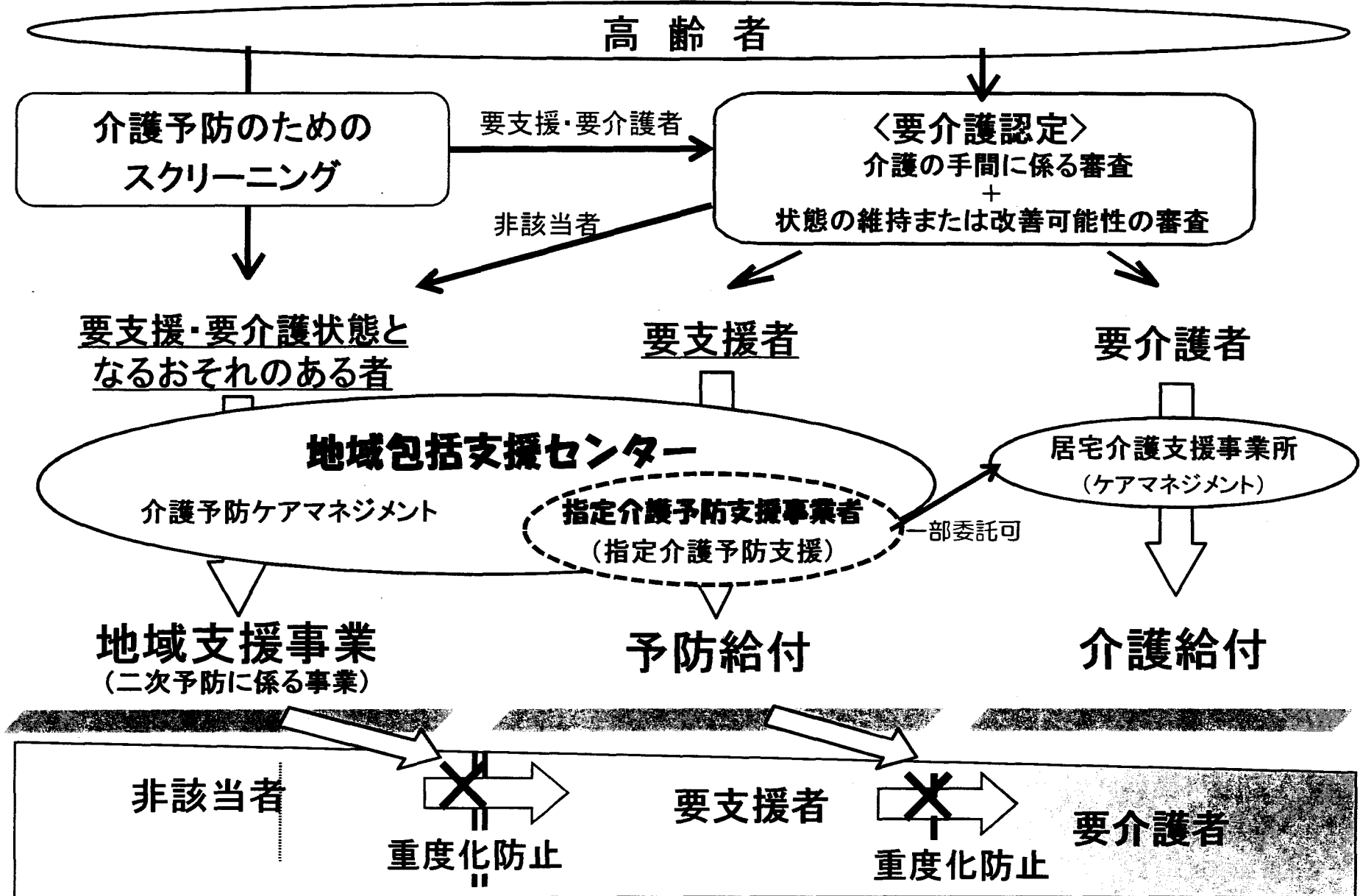
アンケートの結果は、これからの「家族の会」の活動や、6月の総会で決定した「提言」を普及するための貴重な資料となります。

日々の暮らし、介護でお忙しいことと思いますが、どうぞよろしくお願いします。

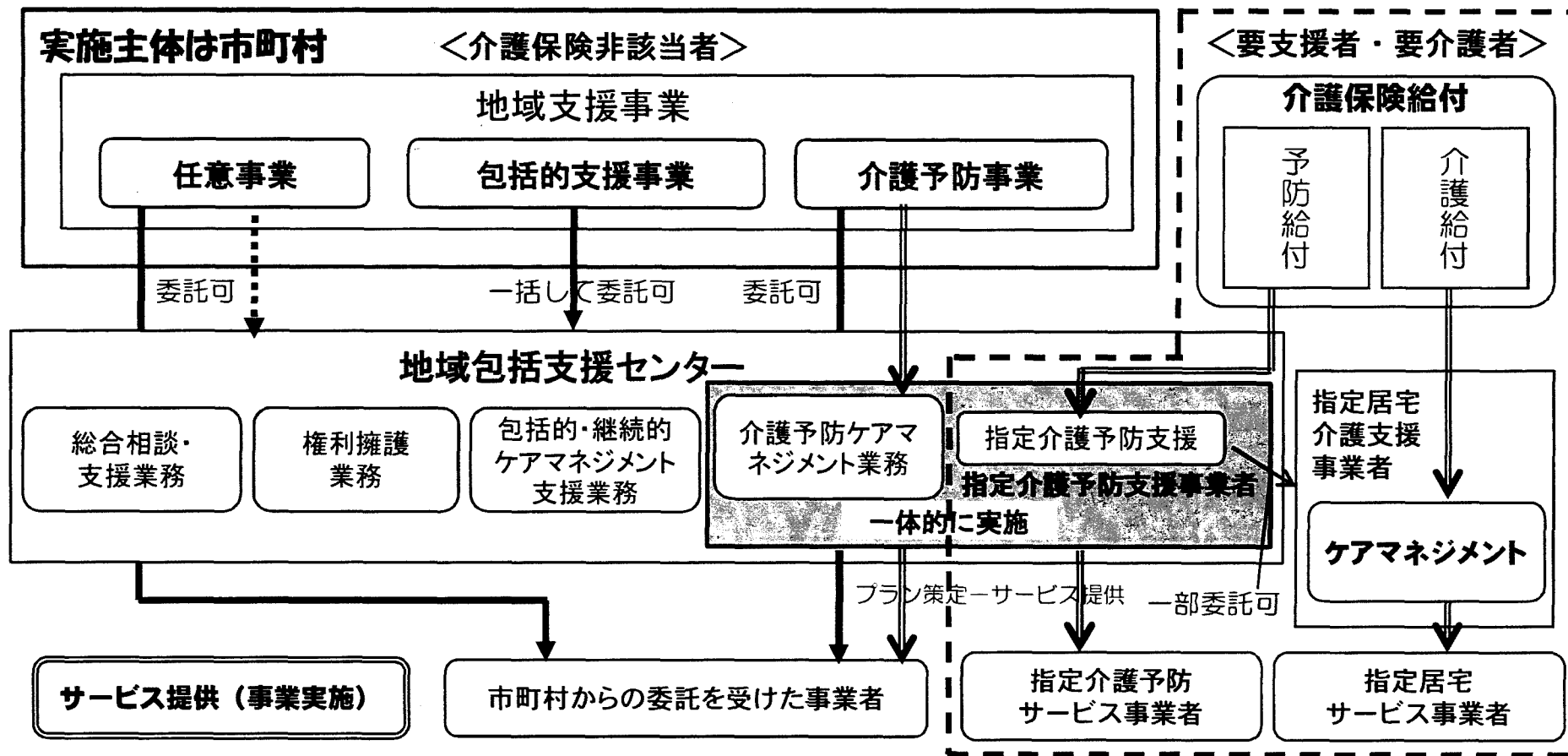
■ アンケートの回答締め切り：9月30日（木）

■ 回答方法：同封の返信用封筒（切手は不要）でお送りください。

予防重視型システムの全体像



地域支援事業の全体像と介護予防支援の関係



○指定介護予防支援事業者の配置基準

指定居宅介護予防支援基準において、指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援事業所ごとに保健師その他介護予防支援に関する知識を有する職員（以下「担当職員」という。）を、事業が円滑に実施できるよう、一人以上の必要数を配置しなければならないとされている（指定介護予防支援基準第二条）。

この担当職員は、次のいずれかの要件を満たすものであって、都道府県が実施する介護予防支援に関する研修を受講する等必要な知識及び能力を有する者を充てる必要がある。

- ①保健師 ②介護支援専門員 ③社会福祉士 ④経験ある看護師 ⑤高齢者保健福祉に関する相談業務等に三年以上従事した社会福祉主事
そのほか必要な人員については、指定介護予防支援基準において規定されている。

○兼務関係について

（略）

介護予防支援の事業については、センターが指定介護予防支援事業者としての指定を受けて行う業務とされている。したがって、センターの職員と指定介護予防支援事業所の職員とは、(1)～(3)までの各要件を満たすものであれば、兼務して差し支えないものである。

介護保険制度の実態と問題点に関する調査〈抜粋〉

— 介護保険制度改定に向けて —

2010年3月

NPO 法人 高齢社会をよくする女性の会

問 訪問介護の生活援助について

訪問介護の生活援助（調理、洗濯、掃除、買い物等）は、
「介護保険の給付から外し、公費負担としたほうがよい」という意見や
「介護保険から外してはならない」といった意見があります。
あなたはどのように思われますか。

1 介護保険から外してはならない

(1) 利用者、家族

- ① 介護保険から外してはならない。夫婦共に要支援1。

家事援助がなければ他に人手を考えなくてはならない。掃除と二人のベッドメイキング、買い物などもしてもらえるので助かるが、老老夫婦の場合、被介護者の分だけというのは困る。老老夫婦の二人暮らしが何とか成り立つように制度の見直しをしてほしい。(80歳代 女性 大阪府 利用者)

- ② 食事の用意、片付け、買い物を外されたら一人で生きてゆけない。

1割を支払っていることが、お上のお情けは受けていないというプライドではないか。(60歳代 女性 長野県 家族・介護職員)

- ③ 在宅介護の方針をこれからも推進していくのなら、是非、必要だと思う。
介護保険料を支払っているのだから、介護保険の支給としたほうがよい。

(60歳代 女性 富山県 家族)

- ④ 身体介護と生活援助には余り境がないと思う。一律（固定額×時間）にすれば事務が簡素化できる。

(60歳代 女性 福岡県 家族)

- ⑤ 公費負担に理解が得られるか疑問。むしろ、同居家族がいても生活援助サービスが受けられるように改善すべき。 (30歳代 女性 東京都 家族)

(2) 地域包括支援センター、事業者、介護職員等

- ① 在宅での必要条件である生活援助無くして独り暮らしは無理。
個人の生活を支えるために、ケアマネジャーはじめ介護に関わるワーカーの仕事が出来てきたはずである。基本となる生活援助は、介護保険から外すべきでない。(60 歳代 女性 大阪府 地域包括支援センター関連委員)
- ② 要介護 1、2 の方にこそ十分な生活援助をして重度化の予防になっている。
在宅サービスを充実させることで特養待機者の減少につながるはず。
(70 歳代 女性 滋賀県 総合老人福祉事業所)
- ③ 高齢者が生活していくうえで一番必要なのは生活援助である。食べること、身の回りのこと、買い物を外すことは絶対反対。少しの支えがあれば、我が家で生活できるのだから。
(70 歳代 女性 神奈川県 事業者)
- ④ 生活援助を利用することにより、在宅生活を継続していける方がいる。
生活の援助とはいえ、介護に違いはないのだから、介護保険の給付から外すのは納得できない。
(50 歳代 女性 秋田県 介護職員)
- ⑤ 要介護者が安心して暮らせるように同居家族がいる場合にも生活援助を利用できるようにすべき。要介護者がサービスを自由に選択できるようにすることが重要。
(40 歳代 男性 東京都 事業者)

(3) 元教員、団体役員

- ① 生活援助こそが真の予防介護である。
食事はできても調理や買い物ができなければ命を保てず、排泄は出来てもトイレの管理や掃除ができなければ不潔や臭気は防止できない。
特に、一人暮らしの高齢者にとっては、生活援助は居宅で暮らせる命綱である。高齢者にとっては「できる」と「毎日続けられる」ことは、同義語ではない。生活援助を受けて、何とか一人で生活している高齢者は多い。
(70 歳代 女性 京都府 元教員)
- ② 私のところは高齢化率 42%、独居老人が多く施設も足りない状態で訪問介護の生活援助はとても必要。現状の 1 時間ではヘルパーの負担も大きく利用者の不満の声も。もっと施設があればよいが、不足しているので生活援助は是非必要。
(70 歳代 女性 広島県 団体役員)

2 公費負担とした場合の問題点

- ① 調理、洗濯、掃除、買い物等が不如意になることこそが老化のはじまりとするならば、広く「介護」と考えてよいのではないか。例えば、ホームヘルパーが要介護2（独居）の方のお宅に伺うと、便失禁で家中に便がこすり付けられていて、その掃除で家事援助は終わる。夏場はゴミにウジがわいている。冷蔵庫の中には、わずかな食べ物しか無いが、どうにか調理するという実態は、健常な人がイメージする生活援助とは、かなりかけはなれている。もし、公費負担とした場合は、サービス利用に行政のブレーキがかかりはしないかと危惧する。（60歳代 女性 沖縄県 施設長）
- ② 公費負担とするなら財源を明確にし、確実にそこに給付できるのであれば、そのほうがよいかもしれないが、新たな制度設計が必要となり、地域での格差や財源不足が懸念されるので、介護保険の中で充足させたほうが均一に公平になるのではないかと思います。（50歳代 女性 岐阜県 市議会議員）

3 公費負担にしたほうがよい

- ① 生活援助は介護保険の給付から外して公費負担になるととても助かる。ただし、限度額が上がり生活援助、福祉器具を目いっぱい使えば介護保険のほうがよい。（70歳代 女性 鳥取県 家族）
- ② 介護保険料は年金から引かれているので、生活のことを考えると公費にしてほしい。公費になると、誰もが介護認定を望むようになる気がする。（50歳代 女性 香川県 家族）

4 その他

- ① 生活援助を介護保険だけで賄うことは無理。「食」はコミュニティレストランが各地にできるよう誘導策を。ヘルパーが高齢者にあった一人分を作ることは限界あり。移送サービスや車椅子で移動し易いまちづくりも必要。
洗濯・掃除のかなりの部分は機器の開発により障害があってもできることが望ましい。機器を使用し易い環境が大切。
買い物もインターネットの普及や宅配システムでかなりカバーできる。
このような資源開発を促進したうえで、ケアマネジャーがその人に必要と判断すれば家事ヘルパーもあり。（50歳代 女性 東京都 事業者）

[参 考]

要支援、要介護1の利用者への生活援助の現状〈抜粋〉

「生活援助」と「身体介護」（相談助言）は一体の援助

「共に介護を学びあい・励ましあいネットワーク」（代表 藤原るか さん）が8月5日～15日に集めた事例（全て軽度と分類されている要支援か要介護1）の抜粋です。介護保険上、生活援助と身体介護に分けられていますが、どちらも生活の中では一体的に取り組んでいるヘルパーさんの援助がわかります。

＜事例1＞ リュウマチと生活援助

（76歳 一人暮らし 慢性関節リュウマチ 要支援2）

全身の関節にリュウマチ熱と痛みが出るような中で生活をしているが、医療判断で要支援2。ヘルパーはリュウマチから来ている、生活全般への不十分な面へのサポートとして「掃除」「調理」「買い物」に取り組みます。

1日の生活スケジュールと食事内容を訪問時に相談して、準備を進めます。（缶詰・瓶・チューブ等の蓋をゆるめておく公共的な手続き関係等）最近は、くの字に曲がった手で片方の手首を支えながら一日掛けて、料理に取り組んでおられます。今までは不安感から「1か月は買い物しないでも生活できる大型の冷蔵庫」の中のを少しずつ整理。今では食材管理も調理も相談しながらの買い物になっていっているため、安定してきていて食材を腐らせる事がなくなってきました。ホームヘルプサービスの有効性が生きている事例です。

＜事例2＞ 常に緊急対応が求められる「生活と身体は一体」のプランを

（90歳代 一人暮らし 認知症 要介護1）

掃除・洗濯の生活援助で週2回訪問（各1時間）。電話でタクシーや救急車を呼んで病院に行く事は出来るが、ポットをガスコンロにかけてボヤを出したためガスを止めている。食事を準備する事がすでに出来なくなっており、1日1回の配食サービスが命の綱となっている。配食の弁当もそのまま冷蔵庫に入っている時もある。座位がとれず、背中を支えるように介助が必要。今日は、水分が不足していたようで準備したジュースやゼリーもすぐに召し上がられる。

「ベッドへ移りましょう」と抱き起こし、ベッドまで抱えながら介助し、残りの30分で掃除と洗濯を済ませる。

この援助はプランにない援助で、生活援助と身体介護は一体の内容の事例。

こういった訪問先の生活援助をボランティア（有償）が支えきれるか疑問だ。

〈事例 3〉 認知症高齢者と生活援助 (78 歳 女性 一人暮らし 要介護 1)

「通帳がない、印鑑がない、保険の証書がなくなった」「ゆうべ誰かが来て盗んでいった。こわい」と朝夕、日中は子どもたちの職場まで電話をしてくるようになった。

週 1 回通所介護。週 3 日訪問介護を利用。

朝 10 時半～11 時半まで、1 時間の派遣で掃除・調理をすることにした。

はじめは、本人は、ヘルパーが訪問しても、「自分のことは自分でできるのに、すまないねえ」と言っていてあまり援助ができないこともあった。しかし、ヘルパーが本人の主体性を引き出す援助(一つ一つの作業手順を説明し確認し同意を得ながら行う援助)をすることにより、徐々にヘルパーに慣れてヘルパーを頼りにするようになった。

ヘルパーはなるべく調理の食材には、本人が作った野菜を使いながら、農作業の労をねぎらった。そのようななかかわりの中から、本人にも活気が戻った。

通所介護では、施設前の畑で野菜作りをしている。そこでも、草取りや、水やりを積極的にするようになってきた。職員に「野菜作りが上手」とほめられ、自分の役割を見つけることができた様子。

ヘルパーには通所介護での様子を笑いながら話すようになった。

この方の事例は、訪問介護の専門家であるヘルパーが、その方の価値観に寄り添いながら、一般的な「生活援助」ではなく、本人の「していること。出来ること」を尊重した援助を行ったことで、意欲の向上につながった例である。

定期的に通院もするようになり、服薬をすることで、「物とられ妄想」の出現もなくなり、子どもたちへの電話もなくなった。また、子どもたちも、母親の生活を気遣うようになり、定期的に電話をしてくるようになった。

〈事例 4〉 連日、訪問し、認知症高齢者の生活と家族を支える

(80 歳 中度の認知症 一人暮らし)

日中は週 6 日デイサービス、デイケアに通所している。ヘルパーは通所の車が着く前から待機していて、バトンタッチでこの方を引き受ける。

すでに食べられる物と食べられない物との区別が出来なくなり、ご飯の上にハンドクリームが乗っかっている事もある。また、バナナの皮やトイレトペーパーを詰まらせてしまう事もたびたび起きている。

食器の片づけもヘルパーと一緒にでなければ出来ない。見守りのない時には昨夜のおかずが押入れに入っていたり、電話のコードが抜かれていたり、電話機が見つからなかったり、卵や食器類が冷凍庫に入っている事等は毎日の事。一人では生活が出来ず、一時として目が離せない状況だ。

ヘルパーは退出時、ガスの元栓を締め、雨戸を閉め、電子レンジなどのコン

セントを抜き、クーラーをセットして万が一でも事故が起きないように努めている。それでも翌日訪問してみないと、家の中がどうなっているのかは全く分からない。別居の娘さんのストレスは限界になっており、ヘルパーは、家族の精神的な面でのケアも重要な仕事となっている。(介護報酬はつかないが)

この方から生活援助を取り上げたらどうなるか。「介護の社会化」等と言いながら全て家族任せで生活が崩壊してしまう事は明らかではないか。

<事例 5> 精神障害と生活援助 (80 歳代 一人暮らし 要支援 2)

薬の調整で日常生活が続けられるという、精神の病気と糖尿病からくる歩行困難の為、買い物や掃除等の家事が出来ません。

家の中は箆笥の端等につかまりながらやっとなのですが、歩ける事から介護保険では「要支援 2」の判定で、ヘルパーの訪問が始まったばかりです。

ヘルパーの訪問で老い先の不安が少なくなったと喜ばれていました。

流れる汗を「拭いて」そっと濡れタオルを渡して顔を拭いて頂きました。

(生活援助だから身体に関わらないとヘルパーは思いませんし、介護報酬で算定されなくても、必要な介護として、関わります。)

「外の空気を嫌う」事から窓は開けずに掃除をします。精神の病気からくるこだわり強い相手の要望には「寄り添う」事が求められるからです。

冷蔵庫の中にある「キャベツ・トマト・大根は薬が入っているから捨てて」とおっしゃられたり、「天井から泥棒が来るから、電気は付けないで」等々不安定な病状が続いています。精神の病気(この方の場合「統合失調症」)の方への援助は専門的配慮と技術を持った、プロのホームヘルパーの援助が不可欠です。

☆ 「現在の滞在型中心の訪問介護では要介護者の在宅生活を支えることは困難である」との理由から 20 分未満の短時間訪問を中心の援助では、それこそ「生活を守る」事が出来ません。高齢者の方々は生活のペースが違うのです。要介護高齢者は「生活援助」が命綱です。

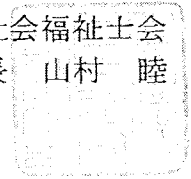
☆ 要支援の場合は「予防の概念」から、共に行う家事が求められていますが、認知症中度という診断が出ているにも関わらず「予防」の概念に置かれている認知症事例が多く出てきました。全ての事例に必要な援助は「精神的なサポート」、ゆったりしたコミュニケーションや対応ですが現状では 30 分から 1 時間の対応となっています。

☆ 地域支援事業を支える NPO や有償ボランティアは実態もない地域もあり、実際に活動できる、具体的な人数把握もなく、自治体における地域の実情に応じた柔軟な取り組みがあるだけです。 藤原るか ruka@ga2.so-net.ne.jp

日社福士2010-206
2010年8月19日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 様

社団法人 日本社会福祉士会
会長 山村 睦



介護保険制度見直しにかかる要望書

貴職におかれましては、高齢者の生活支援に関する諸制度の充実についてご努力されていることを心から敬意を表します。

この度、介護保険部会において介護保険制度の次期制度改正に向けた検討スケジュールが提示され、協議が順次深められていることと存じます。介護保険制度においては、社会福祉士は地域包括支援センターの職員や介護保険施設等の生活（支援）相談員として重要な役割を担っております。

そこで、次期制度改正に向けて、現場からみた高齢者の生活支援の視点から、ぜひ実現して頂きたい事項について下記のとおり要望いたします。

記

1. 地域包括支援センターについて

(1) 地域包括支援センター業務から「介護予防ケアマネジメント」をはずすべきである。

地域包括支援センターにおいて「介護予防ケアマネジメント」業務が、「総合相談支援」「権利擁護」等、他の業務を圧迫している現状がある。そこで地域包括支援センターが担うべき業務から、「介護予防ケアマネジメント」をはずし、「総合相談支援」「権利擁護」等の業務が適切に実施されるような体制整備をはかるべきである。

「介護予防ケアマネジメント」業務については、各市町村の老人健康保健事業等において行うとともに、指定介護予防支援事業を居宅介護支援事業所において直接契約し給付管理できる制度に変更することが必要である。

(2) 地域包括支援センターが、障害者福祉分野等の一次相談対応も実施できるよう、専門職の追加配置を行うべきである。

地域包括支援センターが実施している総合相談支援には、高齢者のみならず、障害福祉等の制度横断的な対応が必要な相談対応が増加している。地域包括支援センターに持ち込まれる相談は、高齢者だけの問題にとどまらず、同居する障害者等への対応が必要な場合も多く、「家族支援」や「地域生活」の視点が求められる。地域包括支援センターが本来の「地域包括ケア」の中核となるワンストップの総合相談窓口機関として機能していくためには、地域の課題について設置された機関側から「年齢別」「課題別」に見るのではなく、制度横断的に生活全体をとらえる専門性が必要となる。そこで「障害福祉分野」等の一次相談対応についても、地域包括支援センターがワンストップの総合相談支援機能を担えるよう、専門職の追加配置を行うことが必要である。

(3) センター間の連絡調整や統括支援を行う「基幹的センター」の体制整備を進めるべきである。

複数の委託型の地域包括支援センターが設置される場合は、センター間の連絡調整、統括支援、センターの活動の下支え機能を担う基幹的センター機能が必要となる。市町村の担当部局が直接担当する場合、直営センターが担当する場合、社協等の関係機関に委託する場合等の複数のパターンが考えられるが、基幹的機能を担う部署となるセンターが基幹的機能を継続的に推進できるように専門職の複数配置を行う等、市町村の責任において人員体制整備を行う必要がある。

2. 認知症者への支援の在り方の一項目に挙げられた「市民後見の推進」においては市民後見人のバックアップ体制や専門職の関与などのシステム構築を進めるべきである。

成年後見制度は利用者が選択して利用する介護保険サービス等とは異なり、判断能力が不十分な人が地域の中でその人らしい当たり前の生活を継続していくために必要な権利擁護の仕組みである。従って、制度を必要とする人全員が成年後見制度を利用できるような体制整備が求められる。その受け皿の一つとして市民後見人の養成が全国で始まりつつある。しかし、成年後見人等の権限・責務の重大性を考えると、市民後見の位置づけを明確にしたうえで、市民後見人の養成、養成された市民後見人の登録、受任へ向けての支援、受任後の市民後見人のバックアップ体制の整備等、継続的な取り組みを可能とするための公的機関の組織的・財政的関与や、専門職能団体及び専門職の関与が保障されるシステム構築がなされるべきである。

3. 介護保険施設等の生活(支援)相談員には社会福祉士を位置づけるべきである。

介護保険施設等の生活(支援)相談員は、入居者個々の日常生活の支援の他、次に挙げる事項も担う必要がある。そのためには、利用者の権利擁護に配慮した専門的相談援助技術と高い倫理性が求められるので、生活(支援)相談員は社会福祉士を位置づけるべきである。

- ① 施設サービス計画は入居者個人に対する計画であるが、入居施設は多くの入居者が生活する場であり、施設内外の資源を見通した全体的な調整が必要である。例えば、入居者からの苦情対応や入居者間の利益がぶつかった場合の最善の調整が必要であり、そのためにも入居者同士での自治会組織や家族会の運営等が必要となる場合もある。生活(支援)相談員はこれらの調整機能を担い、利益侵害や虐待予防に向けた取り組みが必要である。
- ② 入居者は地域住民であること、また施設は地域の社会資源であることから、地域とのかかわりは重要である。そこで、施設側からは、地域住民に施設機能をでき得る限り解放し、住民が施設に集い、入居者そして住民同士が交流しあう「場」としても活用することが重要である。そのためには、生活(支援)相談員が施設内資源とともに自治会や社会福祉協議会、各種 NPO 団体など様々な住民組織と調整することが必要である。これらのことを行うことで、地域住民からの相談をごく自然に行えることや、虐待や自然災害があった場合の緊急対応もスムーズに行える。また、同時に施設ケアの密室化を抑制することができる。
- ③ 介護老人福祉施設や介護老人保健施設の入居者は要介護者であることが前提であり、多くの場合入居前に何らかの形でケアマネジャーがケアチームを構築して入居しようとする利用者を支援している。そして、入居後は施設ケアマネジャーが構築するケアチームで入居者を支援することになる。生活(支援)相談員は、このケアチーム同士の接点に立って、上記①や②の事項もふまえて支援が連続的、円滑的に行えるように環境調整することが必要である。このことは、退居時も同様のことが言える。

2010年8月23日

社会保障審議会介護保険部会

淑徳大学准教授
結城 康博

給付の在り方（在宅・地域密着）の論点について

このことについて本審議会において以下のとおり意見を申したい。なお、軽度者向けの介護関連サービスの一部は、本来、福祉・保健サービスで実施すべきである。しかし、これらを保険外とした場合に代替的な特定財源が確保される見通しがないため、現行制度の維持もしくは拡充が次善策と考える。

1. 医療系サービスの充実

①介護分野における看護師対策

施設及び在宅を問わず介護分野における看護師不足は深刻であり、医療分野との調整が重要である。

②医療的ケアを伴う利用者が活用できるショートステイ

医療的ケアを伴う利用者が活用できるショートステイの供給量が少なすぎるため、既存施設等の看護師配置基準を見直すなど受け入れ体制を整備していくべきである。

2. 要支援者等に対する生活援助等のサービスの在り方

①生活援助は継続して保険給付サービスとする

要支援者に対しては「生活援助サービス」を継続して保険給付として認めるべきである。ただし、将来、軽度者向けの特定財源が確保され、新たなサービス体系が構築できるのであれば、これらを一部見直す議論も考えられなくもない。

②その他のサービス

要支援者における保険給付サービスは、その利用にあたって硬直的な側面は否定できず、支給限度額以内であれば弾力的な活用もできるようにすべきである。

③地域支援事業サービスとの関連

要支援者と認定されると地域支援事業におけるサービス利用が制約されるが、介護予防等という視点から、その利用をも認めていくべきではないか。

3. 地域支援事業の在り方

①財源構成

現行制度では「介護予防事業」「包括的支援事業及び任意事業」とで、第一号被保険者と第二号被保険者の負担割合が異なるが、これらの財源構成を一括すべきである。

②地域支援事業の裁量権

現行制度では地域支援事業の財源は介護給付費全体の3%となっているが、地域特性に応じて、その割合等を増やすことも保険者（市町村）判断に任せてはどうか。

③任意事業の拡充と運用面での弾力化

現行では「介護予防事業」「包括的支援事業及び任意事業」となっているが、「包括的支援事業」「任意事業」に区分けして任意事業の拡充を可能にしていけるべきである（財源の使途割合も保険者に任せてはどうか）。そして、「任意事業」による介護関連サービス種別（例

えば、高齢者等の見守り事業など）等を弾力化して、介護給付（介護報酬）といったサービス体系のデメリットを補い、かつ要介護認定を受けていない被保険者（非該当：40歳以上含む）も、僅かながらサービスを楽しむようにしていくべきである。

4. 介護予防事業

①介護予防事業を任意事業に

本事業は地域によっては費用対効果の観点から十分な成果が得られないため、「できる規定」といった認識に改め、任意事業の枠で実施していくべきではないか。そして、地域に応じて介護予防につながる多様な事業を実施できるようにしてはどうか（保険者判断）。

②現行の介護予防事業（特定高齢者対象）のプロセス

介護予防事業（特定高齢者対象）での「基本チェックリスト」「医師による健診」「介護予防ケアプラン」などといったプロセスを見直し、これらを簡略化していくべきである。

③事業内容

現行では「ポプレーションアプローチ」「ハイリスクアプローチ」と大きく2つの介護予防事業が展開されているが、総体的に介護予防事業として一体的に考えて、サービス種別ごとにその対象者を絞っていけばよいのではないかと（原則、対象者は40歳以上とする）。

5. 地域包括支援センターについて

①予防給付のケアプランを通常のケアマネジャーに移譲

包括的支援事業を強化する意味で、予防給付関連業務の責任主体を通常のケアマネジャーに移譲すべきである（ケアマネジャーのケース上限規定は別途検討）。

②居宅介護支援事業を可能にしては（ケース数を限定して）

通常のケアマネジャーに予防給付関連業務を移譲した場合、ケアマネジャー資格のある地域包括支援センター職員は、数件のみに限定して居宅介護支援事業業務を可能にすべきである（緊急性やケアマネ支援における能力開発のため）。

③核となる地域包括支援センターの創設

保険者内の地域包括支援センターは対等関係であるが、複数設置されている場合は基幹的な機能を、その中の1ヶ所に任せてはどうか（自治体直営や公共性の高い機関に）。

6. 地域密着型サービスについて

グループホームは地域密着型サービスであるものの、住所地の都道府県内に立地されている事業所（施設）であれば利用可能とすべきではないか（ただし、住所地特例制度を設けることが条件となるが）。また、小規模多機能型居宅介護の利用形態を、もう少し弾力的に考えていくべきではないか。

7. 家族介護者への支援

地域支援事業における任意事業の拡充によって、家族介護者への支援サービス等を増やすべきである。また、家族介護者への社会的システムとしては社会保険制度上の優遇措置や雇用環境に配慮していくべきである。ただし、家族介護者への保険制度による現金給付は慎重に考えるべきである。

以上

医療依存度の高い在宅療養者を支援する 小規模多機能型居宅介護の提案

平成 22 年 8 月 23 日
社会保障審議会介護保険部会
委員 井部 俊子
(日本看護協会副会長)

多くの国民が、可能な限り人生の終末期まで在宅で過ごしたいと願っています。しかしながら、現行の在宅介護サービス体系では、医療依存度の高い人々の状態が悪化し、昼夜を問わない対応が必要になった場合、介護負担の増大によって家族が疲弊し、やむなく在宅療養を中断したり、入院して最期を迎える状況があります。

また、医療依存度の高い人々の死亡状況をみると、例えばがんによる死亡者は 2008 年には 3 人に 1 人と 1975 年の約 2.5 倍に達し、高齢化の進展と共に今後一層の増大が見込まれています。

こうした医療依存度の高い在宅療養者の生活を支えるためには、従来の訪問・通いの在宅サービスに加え、病態の変動時や家族のレスパイトに対応できる、宿泊の機能を併せ持つサービスの充実を図ることが不可欠です。併せて、在宅療養上の不安について気軽に相談できる場を、利用者の身近な地域に整備していく必要があります。

以上のことから、医療依存度の高い人々が最期まで在宅療養生活を継続できるよう多面的に支援する、24 時間体制の看護サービスを加えた小規模多機能型居宅介護を提案いたします。

医療依存度の高い在宅療養者を支援する小規模多機能型居宅介護について

<サービスの機能>

- ・医療依存度の高い利用者が医療機関等から退院する際の一時的な宿泊や、病態の変動時への対応、家族のレスパイトを可能にする。
- ・主治医との連携に基づく緊急時の対応や、在宅看取りまでの継続的な支援を行う。

<サービスの構成>

- ・管理者を看護師とし看護と介護の連携により、従来の小規模多機能型居宅介護（通い・訪問・宿泊）に「療養上の相談」、「訪問看護」を加えたサービスを行う。

以上

平成22年8月23日

第29回 社会保障審議会 介護保険部会

プレゼンテーション資料

介護保険制度とリハビリテーション

医療法人 真正会 理事長 斉藤正身

介護保険制度における「リハビリテーション」の位置づけ

介護保険法 第1条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険法 第4条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

高齢者リハビリテーション研究会について 平成15年6月に公表された高齢者介護研究会の報告書に基づき、今後の高齢者の介護予防、リハビリテーションのあり方について精査・研究するために、老健局内に、医療、リハビリテーションの専門家等からなる高齢者リハビリテーション研究会を同年7月に設置した。本研究会においては、要介護状態にならないようにする予防的リハビリテーションの在り方、医療・介護を通じた高齢者の各ステージごとのリハビリテーションの提供体制、また、福祉用具や住宅改修の在り方、地域でのリハビリテーションの提供体制などについて、検討を行い、平成16年1月29日に中間報告をとりまとめたところである。この中間報告においては、介護保険後見えてきた課題として、

- (1) 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患が異なること
- (2) 軽度の要介護者が急増していること
- (3) 介護予防の効果があがっていないこと
- (4) 高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要であることと指摘し、

この課題を解決するため、

今後の高齢者リハビリテーションの基本的な考え方として、

- (1) 高齢者の状態に応じた対応（脳卒中モデル、廃用症候群モデル、痴呆高齢者モデル）
- (2) 疾患の発症直後の急性期の治療と並行した実施
- (3) 必要な時期に、短期間に集中しての実施、また、期間を限定して計画的な実施の必要性を指摘し、
現行サービスの見直しについては、予防、医療、介護が断片的でなく、総合的に提供されるよう
行うべきであるとしている。

本報告書はこれから的高齢者リハビリテーションの方向性を示したものであり、今後の介護保険制度の見直しやゴールドプラン21の後継プラン、保健事業第5次計画の策定、平成18年度に予定される介護報酬改定などにおいて、その具体化を検討することとしている。

2

現行サービスの見直し（高齢者リハビリテーション研究会）

予防、医療、介護は断片的でなく、総合的に提供されるべき。

1. 介護予防の強化
 - 要支援、軽度の要介護者のサービス内容とマネジメントシステムの見直し。
2. 急性期のリハビリテーションの強化
 - 急性期治療と並行したリハビリテーションの強化。
 - 医療におけるリハビリテーションの位置づけの見直し。
(保険医療機関及び保険医療費担当規則の見直しの検討)
3. 入院（所）リハビリテーションの改善
 - 訓練室中心から居室中心のリハビリテーションへ
 - 病棟・居室等の設備は、実生活に近い環境へ
4. 訪問リハビリテーションの拡充
 - 自宅での自立支援を促進するために量的に拡充。
 - 言語聴覚士の位置づけ。
5. 通所リハビリテーションの適正化
 - リハビリテーションの効果について評価を行う。（通所介護と同様の機能のものの見直し）
 - 目標を設定し、期間を定めて計画的に実施。
6. ショートステイの改善
 - ショートステイ利用中の要介護度悪化の防止。
7. 福祉用具・住宅改修の適正化
 - 導入プロセスへのリハビリテーション専門職の関与など、総合的な適正化方策の推進。

3

高齢者リハビリテーションの実施方法（高齢者リハビリテーション研究会）

- 疾患の発症直後の急性期に治療と並行して実施。急性期の医療機関において、脳卒中発症直後から原疾患の治療と並行して、早期離床などのリハビリテーションを実施。
- 必要な時期に短期間に集中して実施。急性期の医療機関において、原疾患の治療が終了した者について、回復期リハビリテーションや介護老人保健施設において、在宅復帰を目指した短期間の集中的なリハビリテーションを実施。
- 必要な時期に期間を限定して、計画的に実施。在宅の骨関節疾患を持つ者の生活機能の低下が軽度である早い時期から、期間を定めて、リハビリテーションを計画的に実施。

国民と専門家に求められること（高齢者リハビリテーション研究会）

<国民>

- 地域社会の構成員である国民ひとりひとりがリハビリテーションについて、理解を深めることが重要
- 生活機能低下をいち早く把握して、自ら積極的にリハビリテーションを行う。

<専門職>

- 予防、医療、介護にかかわる専門職は、リハビリテーションについて、十分に理解することが求められる。
- 特に、かかりつけ医、介護支援専門員、保健師等の役割は重要。
- 今後の専門職の教育にリハビリテーションの考え方を十分に反映させていくことが必要。

高齢者リハビリテーション研究会 → リハビリテーション前置主義の再確認

4

平成18年 診療報酬・介護報酬同時改定

急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応するとの考え方で改定が行われた。

医療保険のリハビリテーションについては、発症後早期のリハビリテーションを重点評価するとともに、疾患別に算定日数の上限を設けた。

→外来リハ等の医療保険で提供されているリハビリテーションに大きな課題・問題

→平成18年12月25日 老老発第1225003号 保医発第1225001号 両課長連名の通知
「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」



医療保険

急性期及び回復期の状態に対応し、
主として身体機能の早期改善を目指す

主にレベル低下に対応する…

介護保険

維持期の状態に対応し、
主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指す

主にレベル低下しないように…

5

<居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者における留意事項>

平素より、地域の医療サービスも含めたリハビリテーションの提供体制を把握すること。居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者は、要介護者等が急性期及び回復期のリハビリテーションを受けている間からも、要介護者等から依頼があった場合には、あらかじめ、維持期におけるリハビリテーション等を含めた居宅サービス計画の作成等を行い、居宅における生活に円滑に移行できるようにすること。居宅サービス計画等については、利用者の主治の医師等の意見を求めて作成することとなるが、利用者の希望等を踏まえ、急性期及び回復期のリハビリテーションを行った医療機関において維持期のリハビリテーションを実施することとするなど、急性期及び回復期のリハビリテーションとの継続性にも配慮が必要であること。

<地域包括支援センターにおける留意事項>

平素より、地域の医療サービスも含めたリハビリテーションの提供体制を把握することに努め、高齢者からのリハビリテーションに関する相談に応じ、必要に応じて、関係機関において必要なリハビリテーションが受けられるよう入所や利用に係る連絡調整を行うこと。

ケアマネジメントにおけるリハビリテーションの在り方を明確化

6

訪問リハビリテーション

平成21年度 介護報酬改定

1. 通所リハビリテーションの利用者が通所でできなくなった際にも円滑な訪問リハビリテーションの提供を可能とする観点から、介護老人保健施設で通所リハビリテーションを受けている利用者については、通所リハビリテーション終了後一月に限り、当該施設の配置医師がリハビリテーション計画を作成し、訪問リハビリテーションを提供することを可能とする。
2. また、リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえ、本体報酬に包括化するとともに、早期かつ集中的なリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算の評価を見直す。
3. 併せて、基本報酬については、医療保険との整合性を図る観点から、1日単位ではなく、サービス提供時間に応じた評価に見直す。
4. 今後、さらに訪問リハビリテーションを拡充する方策について検討を行う。
5. 一方、訪問リハビリテーションの整備状況に地域差がある現状を踏まえ、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に係る運用の見直しを行い、それに伴って、主として理学療法士等による訪問を行っている訪問看護ステーションの管理者の要件について一定の整理を行う。

改定の要約

1. 通所と訪問の連携？強化（老健のみ）
2. リハビリテーション・マネジメント加算の包括化と短期集中リハ加算の見直し
3. 医療保険と基本報酬の統一（提供時間で評価）
4. 拡充の方針を約束
5. 訪問看護ステーションからのリハ提供の緩和（暫定？）

改定に対する私見

- 訪問リハ拡充に向け、積極的な改定がなされた。
- 「短期集中」の必要性はレベル低下時にもある。
- リハビリテーション適応は医療保険と同じ取り扱いに
- 訪問介護・訪問看護等との連携や役割分担、協働の具体的な内容をどのように構築するかが、訪問リハビリテーション・ステーション創設のキーポイント
- 通所リハとの相互活用をマネジメントするべき

※「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。

→ これは間違った認識であり、通所と訪問は役割が違う。

7

通所リハビリテーション

平成21年度 介護報酬改定

1. リハビリテーションの利用者が、医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったサービスを継ぎ目なく一貫して受けることができるよう、短時間・個別のリハビリテーションについての評価を行うとともに、リハビリテーションの実施者について医療保険との整合性を図る。
2. さらに、利用者のアクセスを向上し、医療から介護への移行をよりスムーズにするという観点から、診療報酬において脳血管等疾患リハビリテーション又は運動器疾患リハビリテーションを算定している医療機関については、通所リハビリテーション事業所としての指定があったものとみなす。
3. リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえ、月に1回の評価とし、短期集中リハビリテーション実施加算については、早期かつ集中的なリハビリテーションをさらに充実する観点から評価を見直すとともに、3か月以内に限定にする。併せて、3か月以降の個別リハビリテーションについて、新たな評価を行う。
4. また、理学療法士等を手厚く配置している事業所を評価するとともに、効率的な事業所経営を可能にする観点から、理学療法士等の人員配置基準については、1以上確保することを条件に利用者数に比例した常勤換算従業者数とし、併せて1人の従業者が対応できる利用の上限について見直す。
5. 一定規模以上の事業所に対する評価のあり方については、事業規模別の収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないようにするとの観点から、規模の設定及び評価を見直す。

改定の要約

1. 短時間通所リハの導入：外来リハの受け皿として期待
2. 医療機関の介護保険事業所みなし指定
3. リハビリテーション・マネジメントの要件見直し
4. リハ・スタッフの手厚い配置を評価
5. 大規模事業所の減算緩和

改定に対する現時点での私見

1. 短時間のニーズは通所リハ既利用者が中心
 2. 報酬格差のため指定数増につながらない
 3. 基本的に通所リハ実施計画書との違いがわからない
 4. 人員最低基準を引き上げ、質の向上を図るべき
 5. 経過措置策なく、中規模事業所は一定期間減収…
- 地域包括ケアシステムの導入には、地域性・効率性を考えれば、通所系サービスの再編成が不可欠である。
 - 通所リハの利用目的のうち、レスパイト・ケアと社会性の維持・回復は通所介護と共通である。
 - 通所リハで提供されるリハビリテーションの質を確保し、医療保険と同等の評価をするべき。
 - 今後、重介護者に対する通所サービスのニーズは、より一層高まることが予想されるため、看護とリハビリテーションのさらなる連携が期待される。

8

通所介護・短期入所療養介護・認知症短期集中リハ 等

平成21年度 介護報酬改定

1. 通所介護において個別ニーズに対応する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価を行う。
2. 短期入所療養介護における個別リハビリテーションを評価するとともに、日帰りの短期入所療養介護(特定短期入所療養介護をサービス提供時間に応じた評価に見直す。診療所の一般病床のうち、面積や人員配置等の要件を満たすものについて短期入所療養介護の実施を可能とする。
3. 認知症の軽度者に加えて中等度・重度の者についても効果があるとの調査結果を踏まえて、対象を中等度・重度の者に拡大するとともに、介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーションにおける実施について評価を行う。

改定の要約

1. 通所介護：個別機能訓練を評価（体制と内容）
2. ショートステイ利用中にリハビリテーションを提供
3. 認知症短期集中リハの対象者拡大

「レスパイト・ケア」

- 家族の介護負担軽減
- 通所・短期入所・入所サービス等の充実
- 介護者の負担軽減
- 訪問・通所リハによる負担軽減アプローチ

改定に対する現時点での私見

1. 通所介護と通所リハの役割分担、連携等を再考する必要がある。リハビリテーションの適応は、医師が判断するはずだが…
 2. 日帰りショートステイが活用され、療養中のレベルダウンに対応したリハビリの提供が期待されたが、定期的な利用が中心になっている…（良いこと？）
 3. 認知症の中等度・重度の者に対するリハビリは有効だが、軽度者とは違い継続的な提供が必要ではないか？
- 認知症短期集中リハ加算算定による自己負担の増加を配慮して、提供していながら算定していない方針の事業所が目立つ。

平成21年度介護報酬改定では、リハビリテーションの評価が見直されたが…

9

「介護」におけるリハビリテーションの必要性和将来あるべき姿

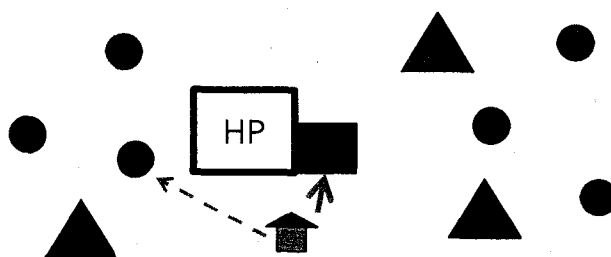
1. 要介護者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、能力の維持向上を図るために、リハビリテーションは不可欠である。
2. 施設・在宅の区別なく、介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。
3. 在宅での実生活の場面に直面しながら、自立した生活を目指すために、訪問によるリハビリテーションの提供は有効であり、自宅での閉じこもりを防ぎ、社会との接点を持ちながら自立した生活の幅を拡げていくために、通所におけるリハビリテーションの提供は有効である。
4. 地域特性によって、単独型・併設型・包括型等の多様な形態で運営されることが望ましい。
5. 訪問、通所、短期入所、入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる体制を整備することによって、リハビリテーションのニーズに臨機応変に対応できる。医療面でのバックアップが可能な老人保健施設や有床診療所・病院等の医療機関がその役割を担うことが期待される。
→ 高齢者リハビリ研究会、新成長戦略、地域包括ケアシステム等の目指す方向性に適応
6. リハビリテーションの提供は、単に能力の維持回復を達成することだけが目的ではなく、要介護者の心身両面の可能性を引き出し、明日への新たな希望をもたらすために「最期」まで必要なサービスと位置づけるべきである。

10

参考資料：通所系サービスの連携・協働

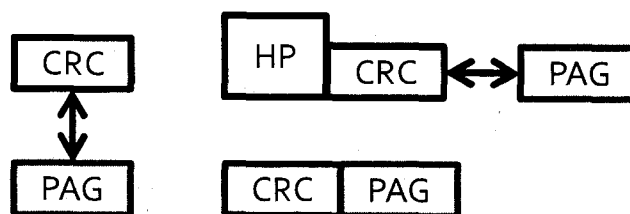
England

- Day Hospital
- ▲ Day Centre
- Day Club



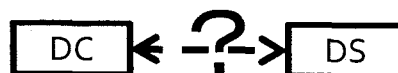
AUS (Victoria)

- Community Rehabilitation Centre (CRC)
- Planned Activity Group (PAG)



Japan

- Day Care (通所リハ)
- Day Service (通所介護)



11