

社会保障審議会介護保険部会（第30回）議事次第

平成22年8月30日（月）

16：00～19：00

於：砂防会館

議 題

1. 給付の在り方〈在宅、地域密着〉等について

給付の在り方〈在宅、地域密着〉等 について

5. 認知症者への支援の在り方

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の推計

○ 認知症高齢者数については、平成22(2010)年では208万人、平成37(2025)年では323万人と推計されており、約1.6倍に増加することが見込まれている。

(単位: 万人)

将来推計 (年)	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活自立度Ⅱ以上	208	250	289	323	353	376	385	378
	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4

※1 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

※2 下段は65歳以上の人口比 (%)

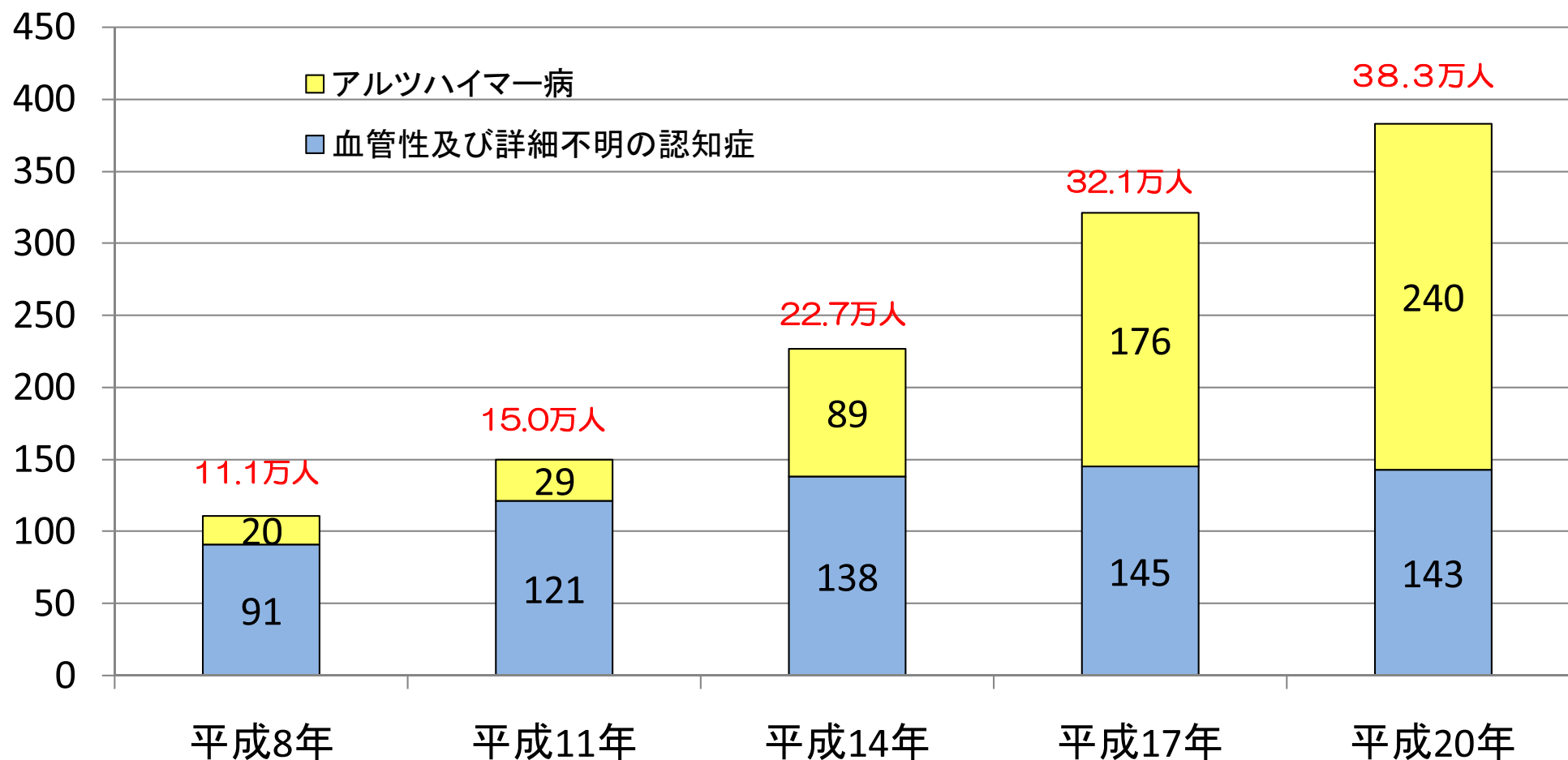
(平成15年6月 高齢者介護研究会報告書より)

認知症疾患患者数の推移

(血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病を主傷病とする患者)

○ 血管性・詳細不明の認知症及びアルツハイマー病を主傷病とする患者数は、増加している。

千人



【出典】 患者調査

高齢者の世帯形態の将来推計

(万世帯)

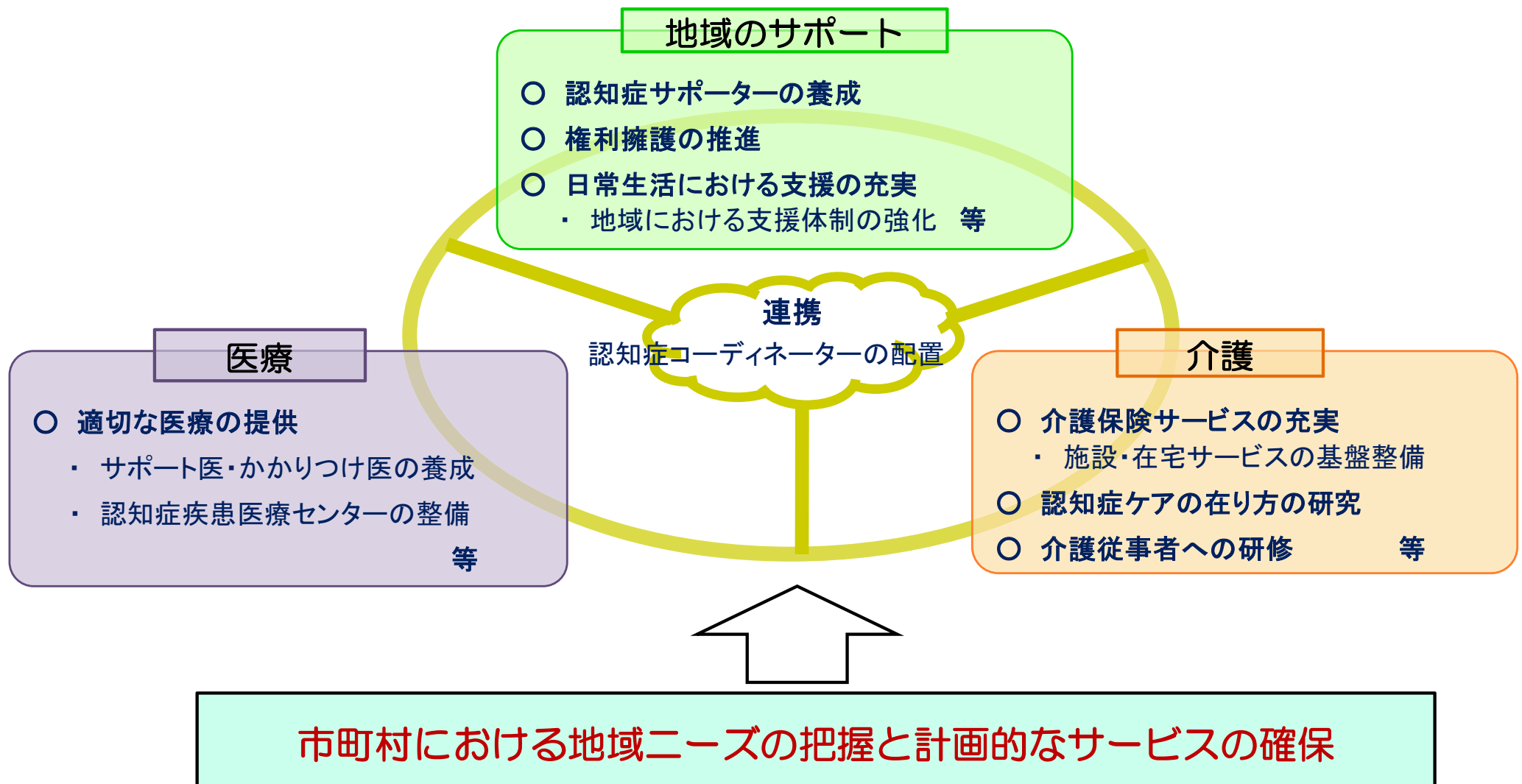
区 分		2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯		4,906	5,029	5,060	5,044	4,984
	世帯主が65歳以上	1,355	1,568	1,803	1,899	1,901
	単独 (比率)	387 (28.6%)	466 (29.7%)	562 (31.2%)	631 (33.2%)	673 (35.4%)
	夫婦のみ (比率)	465 (34.3%)	534 (34.1%)	599 (33.2%)	614 (32.3%)	594 (31.2%)
	単独・夫婦計 (比率)	852 (62.9%)	1,000 (63.8%)	1,161 (64.4%)	1,245 (65.6%)	1,267 (66.6%)

(注)比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計－平成20年3月推計－」

認知症の方への支援体制の在り方

- 認知症を有する者ができる限り住み慣れた地域で暮らすためには、必要な医療や介護、さらには日常生活における支援が有機的に結びついた体制を整えることが重要。



認知症地域医療支援事業の概要

○実施主体：都道府県、指定都市

○事業内容

(1) 認知症サポート医養成研修事業

- ・認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成

※国立長寿医療センターに委託して実施。

平成17-21年度で1, 273名のサポート医を養成

(2) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

- ・認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。

※平成18-20年度で22, 046人が研修を修了

(3) 認知症サポート医フォローアップ研修事業(平成22年度新規)

- ・認知症サポート医養成研修修了者の活動を支援するため、サポート医ネットワークの形成及び認知症に関する最新かつ実用的な知識の取得を目的とした研修を行う。

※都道府県及び指定都市が実施

(厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室調べ)

(単位：人)

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	修了者数累計
認知症サポート医養成研修	90	228	279	274	402	1,273
かかりつけ医認知症対応力向上研修	—	6,927	7,827	7,292	未集計	22,046

※17年度からサポート医養成研修、18年度からかかりつけ医研修を実施

認知症疾患医療センター運営事業

平成22年度予算額

577,671千円

認知症疾患医療センター

設置場所；身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

設置数；全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定

人員；専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

〔基幹型（総合病院）〕（新規）

専門医療の提供

周辺症状や身体合併症に対応する双方の医療の提供
入院治療のための空床の確保

認知症疾患医療センター

情報センター

普及啓発

認知症に関する情報
発信

一般相談

住民からの相談に対応

専門医療の提供

詳細な鑑別診断
急性精神症状への対応
身体合併症への対応

地域連携の強化

顔の見える連携体制の構築
研修会の実施
専門相談
連携担当者の配置
による地域
介護との連携

〔地域型 （単科精神科 病院等）〕

連携担当
者の配置

地域包括
支援センター

連携担当
者の配置

連携

介護職
ホーム
ヘルパー等

介護サービス

- ・特養
- ・老健
- ・認知症
グループホーム
- ・居宅

サポート医

物忘れ外来

紹介

精神科外来

周辺症状により
専門医療が必要な
認知症疾患患者

紹介

内科医等のいわゆる「かかりつけ医」

医療（うち入院1/4）

介護

認知症疾患医療センターの整備状況

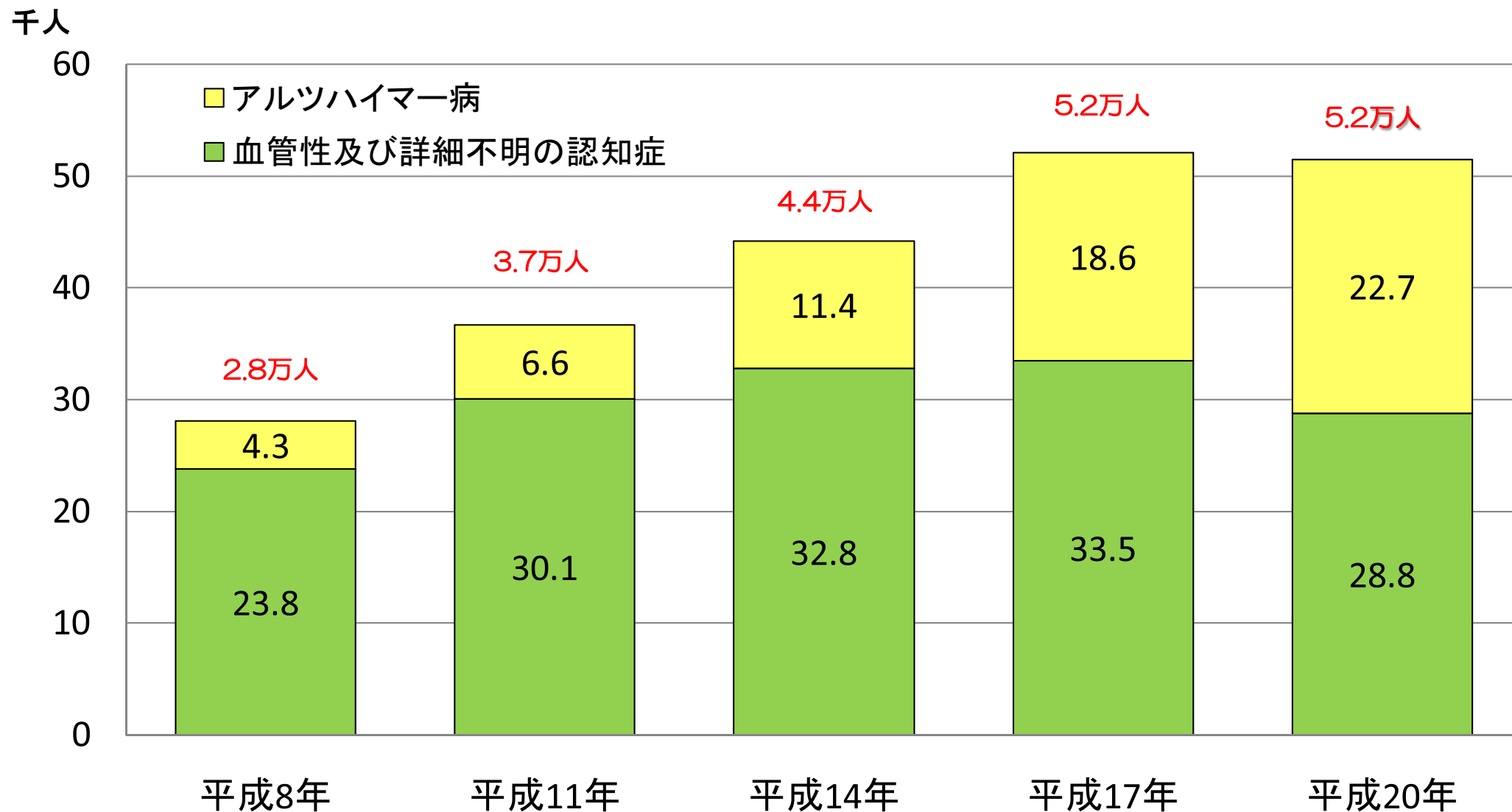
平成22年8月26日現在

	都道府県 指定都市	医療機関名
1	北海道	道央佐藤病院
2	北海道	砂川市立病院
3	青森県	青森県立つくしが丘病院
4	岩手県	岩手医科大学附属病院
5	山形県	篠田総合病院
6	茨城県	日立梅ヶ丘病院
7	茨城県	栗田病院
8	栃木県	獨協医科大学病院
9	栃木県	足利富士見台病院
10	栃木県	烏山台病院
11	埼玉県	秩父中央病院
12	埼玉県	武里病院
13	埼玉県	毛呂病院
14	埼玉県	西熊谷病院
15	神奈川県	東海大学医学部付属病院
16	新潟県	三島病院
17	新潟県	柏崎厚生病院
18	新潟県	黒川病院
19	新潟県	高田西城病院
20	富山県	魚津緑ヶ丘病院
21	富山県	谷野呉山病院
22	石川県	石川県立高松病院
23	福井県	敦賀温泉病院
24	福井県	松原病院
25	山梨県	山梨県立北病院
26	山梨県	日下部記念病院
27	長野県	飯田病院
28	長野県	安曇総合病院

	都道府県 指定都市	医療機関名
29	三重県	松阪厚生病院
30	三重県	三重県立こころの医療センター
31	三重県	東員病院
32	滋賀県	瀬田川病院
33	滋賀県	琵琶湖病院
34	滋賀県	豊郷病院
35	滋賀県	水口病院
36	大阪府	水間病院
37	大阪府	関西医科大学附属滝井病院
38	大阪府	さわ病院
39	大阪府	山本病院
40	大阪府	大阪さやま病院
41	大阪府	新阿武山病院
42	兵庫県	兵庫医科大学病院
43	兵庫県	兵庫県立淡路病院
44	兵庫県	大塚病院
45	兵庫県	リハビリテーション西播磨病院
46	兵庫県	公立豊岡病院組合立豊岡病院
47	奈良県	信貴山病院 ハートランドしぎさん
48	奈良県	秋津鴻池病院
49	和歌山県	国保日高総合病院
50	鳥取県	渡辺病院
51	鳥取県	倉吉病院
52	鳥取県	養和病院
53	鳥取県	南部町国民健康保険西伯病院
54	広島県	三原病院
55	広島県	メープルヒル病院
56	山口県	山口県立こころの医療センター

	都道府県 指定都市	医療機関名
57	長崎県	出口病院
58	長崎県	佐世保中央病院
59	熊本県	熊本大学医学部附属病院
60	熊本県	山鹿回生病院
61	熊本県	阿蘇やまなみ病院
62	熊本県	くまもと青明病院
63	熊本県	益城病院
64	熊本県	平成病院
65	熊本県	くまもと心療病院
66	熊本県	天草病院
67	大分県	緑ヶ丘保養園
68	鹿児島県	谷山病院
69	鹿児島県	松下病院
70	鹿児島県	宮之城病院
71	鹿児島県	栗野病院
72	仙台市	仙台市立病院
73	仙台市	東北厚生年金病院
74	さいたま市	埼玉精神神経センター
75	大阪市	大阪市立大学医学部附属病院
76	大阪市	ほくとクリニック病院
77	大阪市	大阪市立弘済院附属病院
78	堺市	浅香山病院
79	堺市	阪南病院
80	神戸市	神戸大学医学部附属病院
81	北九州市	小倉蒲生病院
82	福岡市	九州大学病院

精神病床における認知症疾患入院患者数の推移



認知症による精神病床入院患者の退院可能性

- 認知症による精神病床入院患者のうち、退院可能及び条件を整えなくても近い将来退院が可能な者の割合が10.2%、条件を整えば退院可能な者の割合が50.5%となっている。
⇒ 精神病床における認知症患者に対する入院医療の在り方については、別途「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」において検討。

居住先・支援が整った場合の退院可能性

① 7.4%

② 2.8%

③ 50.5%

④ 39.3%

(有効回答数 3,458人)

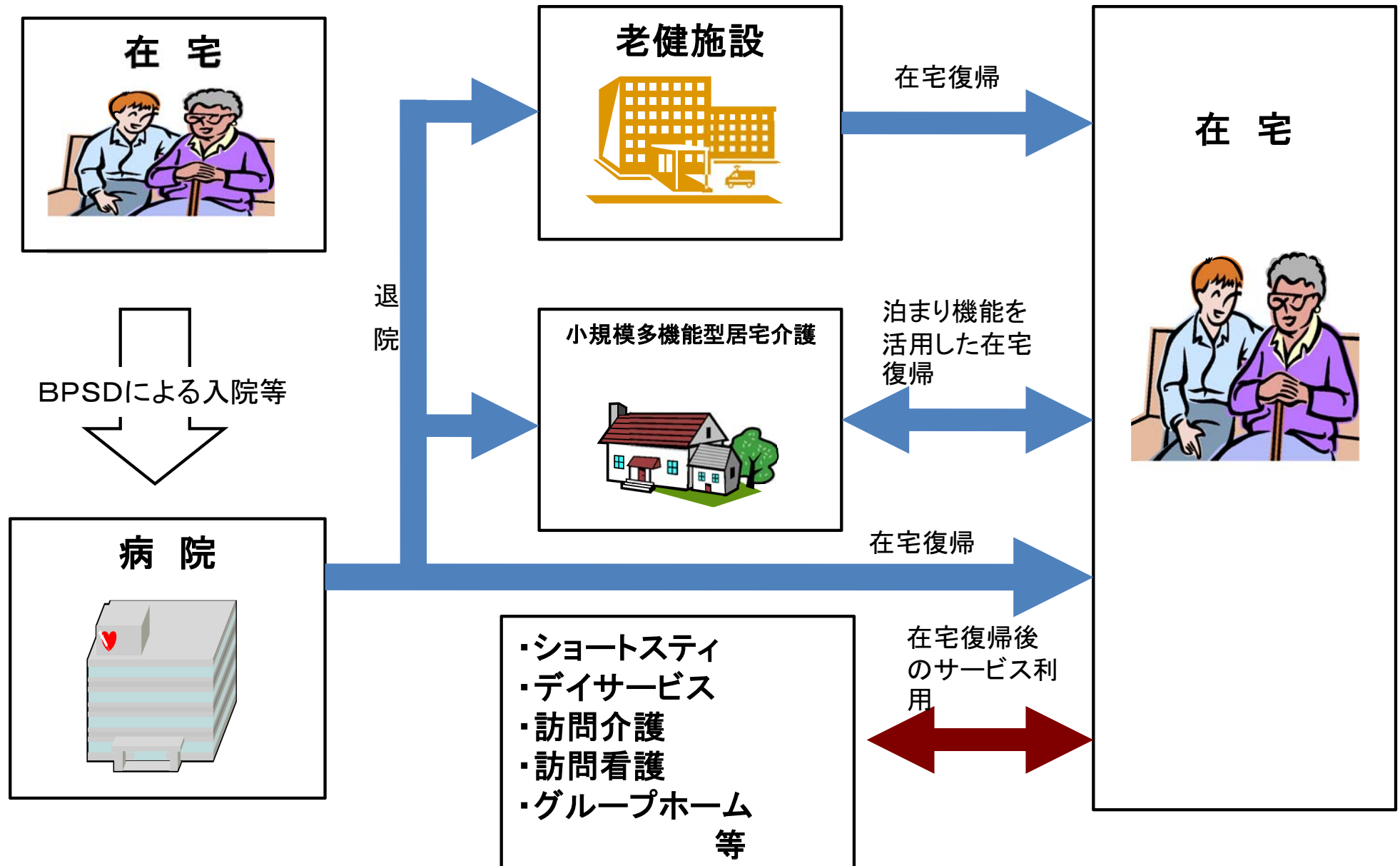
退院の可能性がない患者における主な理由

セルフケア能力の問題	50.7%
迷惑行為を起こす可能性	10.0%
重度の陽性症状(幻覚・妄想)	5.6%
他害行為の危険性	4.3%
治療・服薬への心理的抵抗	1.5%
自傷行為・自殺企図の危険性	1.0%
重度の多飲水・水中毒	0.7%
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.4%
その他	25.8%

(有効回答数 1,057人)

- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- ③: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- ④: 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

介護分野における支援の一例



認知症サポーター100万人キャラバンの実施状況

(認知症サポーターとは)

- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

《キャラバンメイト養成研修》

- 実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等
- 目的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成
- 内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム、協力機関の探し方等をグループワークで学ぶ。
- メイト数：47,734人（平成22年3月31日現在）

《認知症サポーター養成講座》

- 実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
- 対象者：
 - 〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
 - 〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
 - 〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等
- サポーター数：1,662,190人
（平成22年3月31日現在）

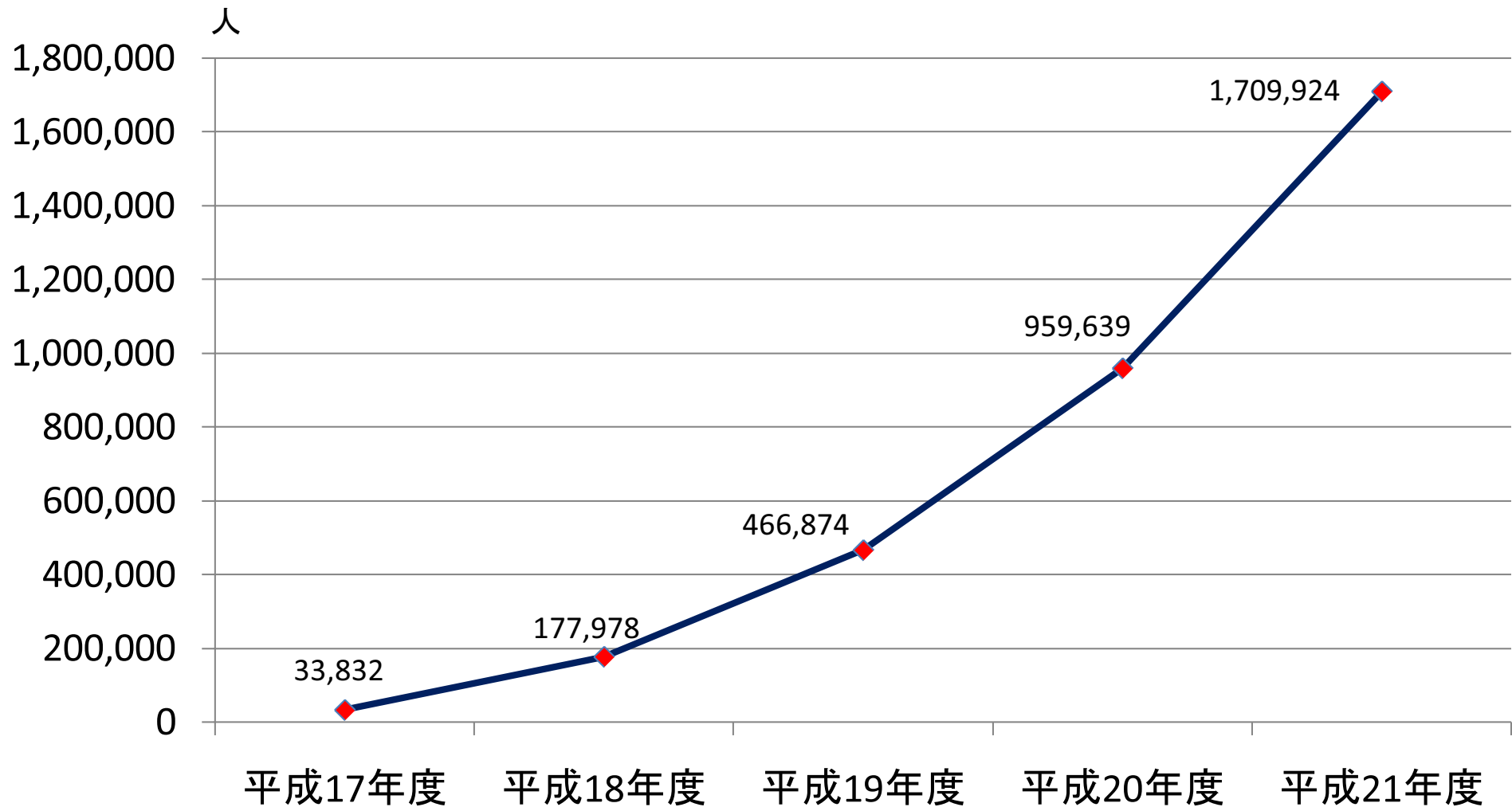


※ メイト・サポーター合計

1,709,924人（平成22年3月31日現在）

認知症サポーターの養成累積数

認知症サポーター(キャラバン・メイトを含む)数 1,709,924人(平成22年3月末現在)



大牟田市の地域認知症サポート体制

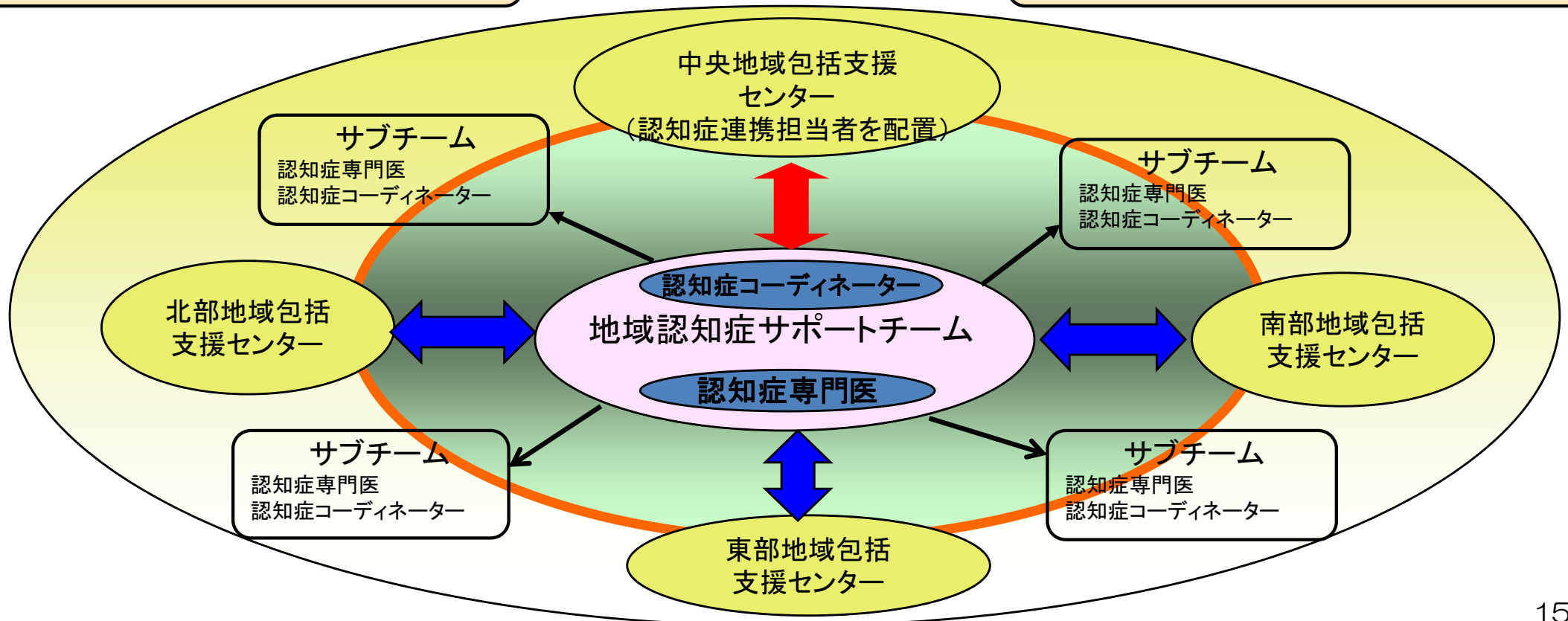
- 4つの地域包括支援センターの支援機関として基幹的なサポートチームを設置し、認知症コーディネーターが認知症専門医と連携して困難事例や特別なサポートが必要なケースを中心に、BPSD等への適切な助言や本人・家族への支援をコーディネートしていく仕組みを構想。
- サブチームは、ケースに応じて、基幹的なサポートチームから認知症専門医と認知症コーディネーターが選定され支援に対応する。

地域認知症サポートチーム

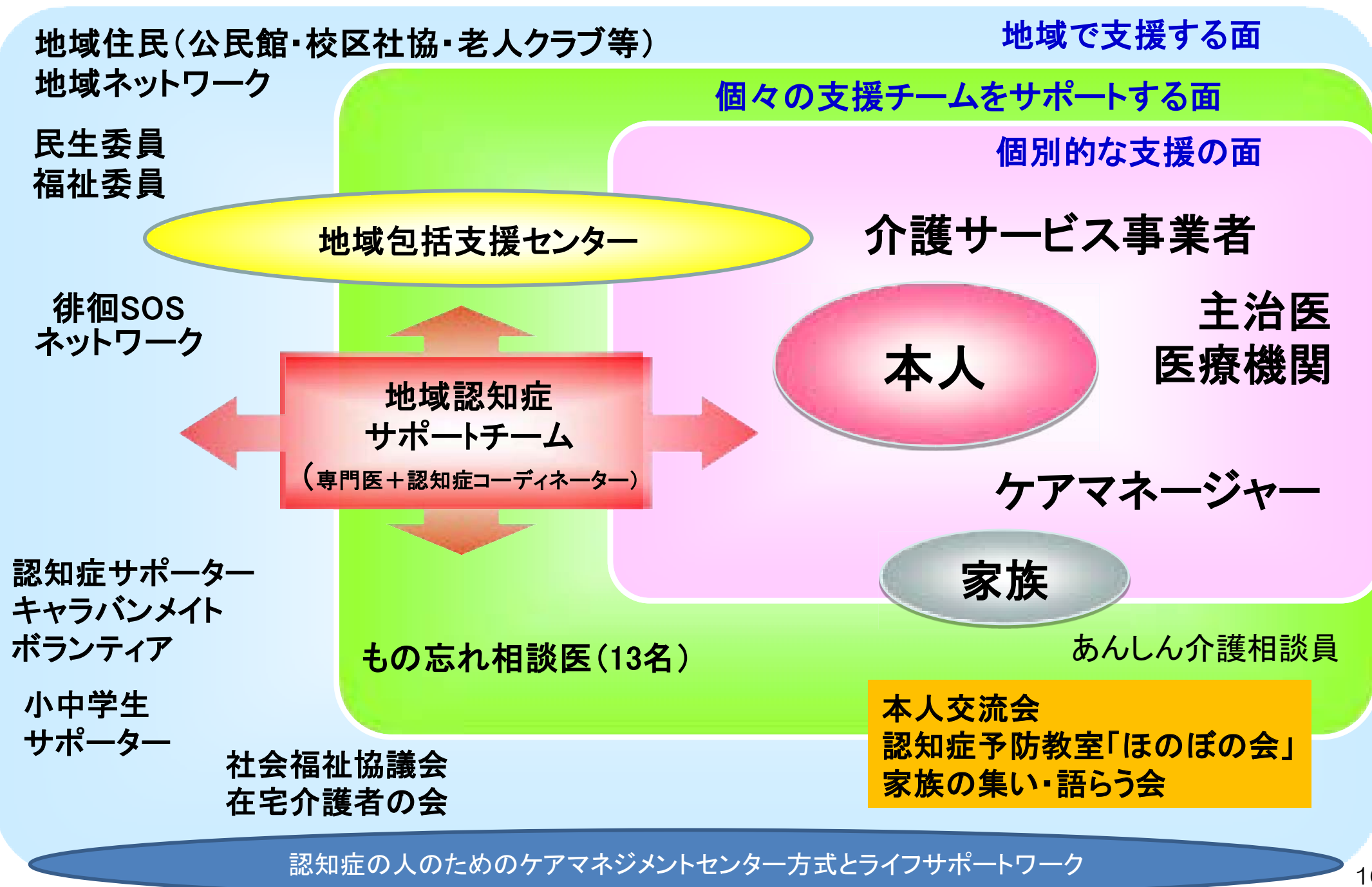
専門医又は相談医 4名体制
認知症コーディネーター 7名体制

認知症コーディネーター

現在59名研修修了(平成15年から実施)
受講期間 毎月2日×2年間

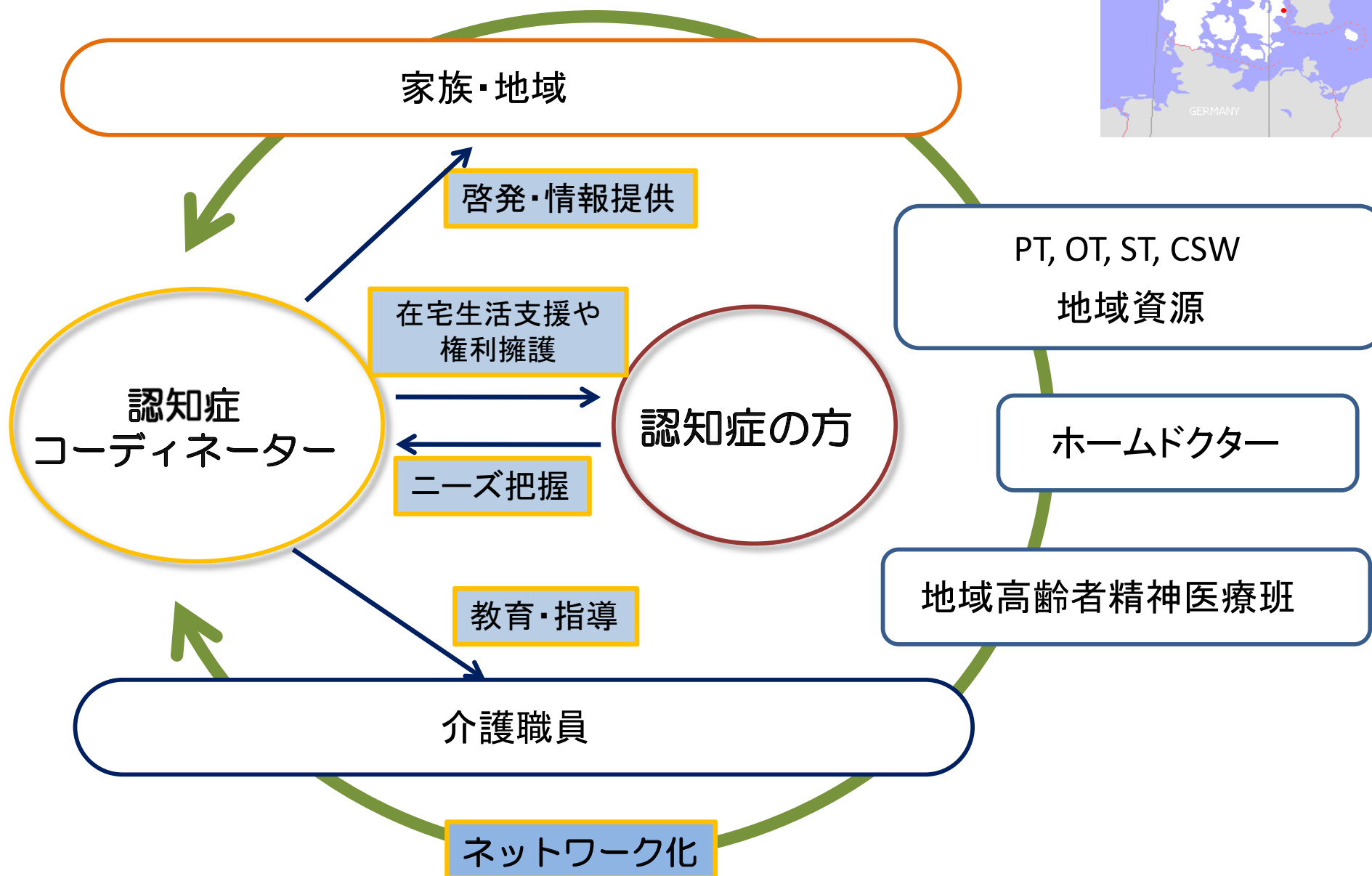


大牟田独自の地域認知症サポート体制(3つの面づくり)



デンマークにおける認知症コーディネーター

- ・看護師あるいは社会保険介護士から養成
- ・5万人の町に2人



成年後見制度について

認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な者は、不動産や預貯金などの財産を管理したり、介護などのサービスや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合がある。また、自分に不利益な契約であってもよく判断ができずに契約を結んでしまい、悪徳商法の被害にあうおそれがある。

このような判断能力の不十分な者を保護し、支援するのが成年後見制度である。

法定後見制度の3種類				
		後見	保佐	補助
対象となる方		判断能力が全くない方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方
申立てができる方		本人、配偶者、四親等内の親族、検察官、市町村長など		
成年後見人等の権限	必ず与えられる権限	●財産管理についての全般的な代理権、取消権（日常生活に関する行為を除く）	●特定の事項（※1）についての同意権（※2）、取消権（日常生活に関する行為を除く）	—
	申立てにより与えられる権限	—	●特定の事項（※1）以外の事項についての同意権（※2）、取消権（日常生活に関する行為を除く） ●特定の法律行為（※3）についての代理権	●特定の事項（※1）の一部についての同意権（※2）、取消権（日常生活に関する行為を除く） ●特定の法律行為（※3）についての代理権
制度を利用した場合の資格などの制限		●医師、税理士等の資格や会社役員、公務員などの地位を失う、選挙権を失うなど	●医師、税理士等の資格や会社役員、公務員などの地位を失うなど	—

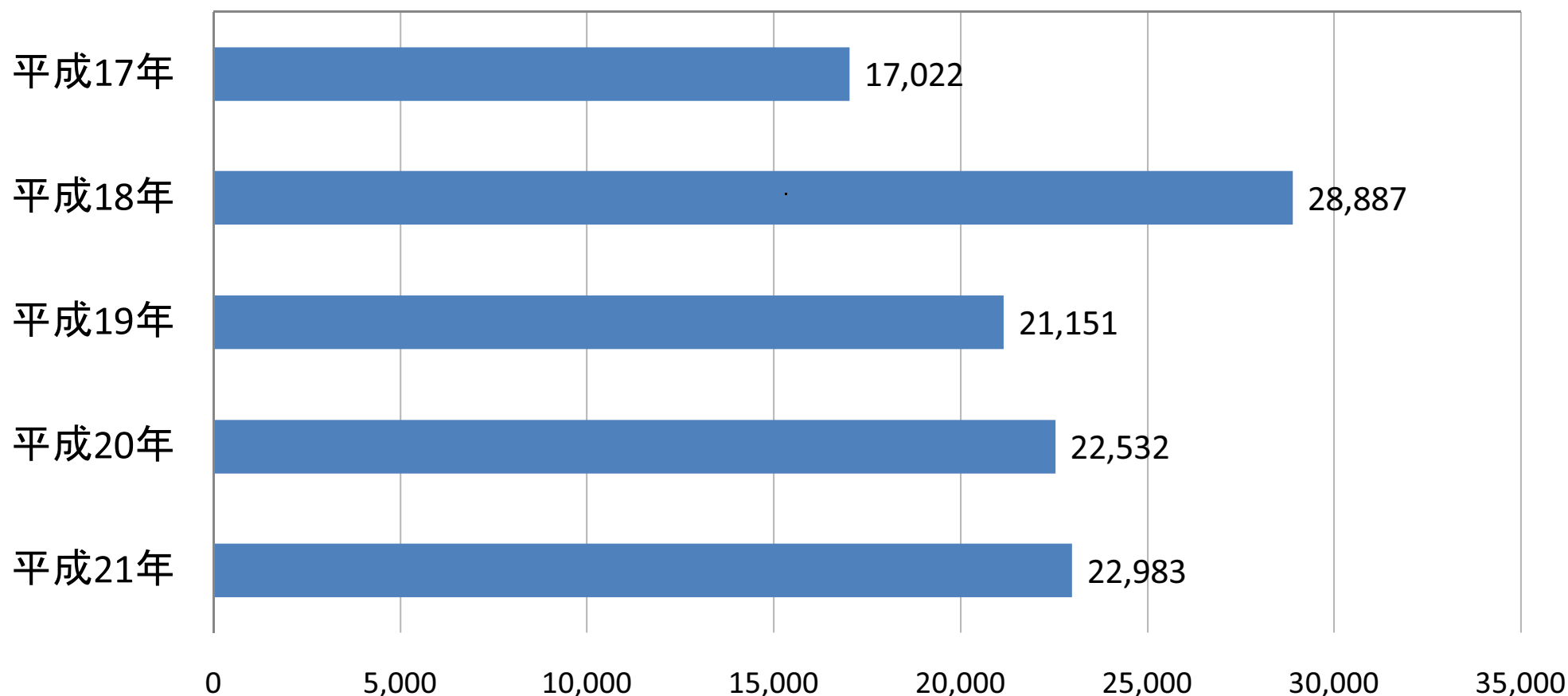
※1 民法13条1項に掲げられている借金、訴訟行為、相続の承認や放棄、新築や増改築などの事項をいいます。ただし、日用品の購入など日常生活に関する行為は除かれます。

※2 本人が特定の行為を行う際に、その内容が本人に不利益でないか検討して、問題がない場合に同意（了承）する権限です。保佐人、補助人は、この同意がない本人の行為を取り消すことができます。

※3 民法13条1項に挙げられている同意を要する行為に限定されません。

成年後見開始件数の推移

○ 後見開始の申立件数は、年々増加している。

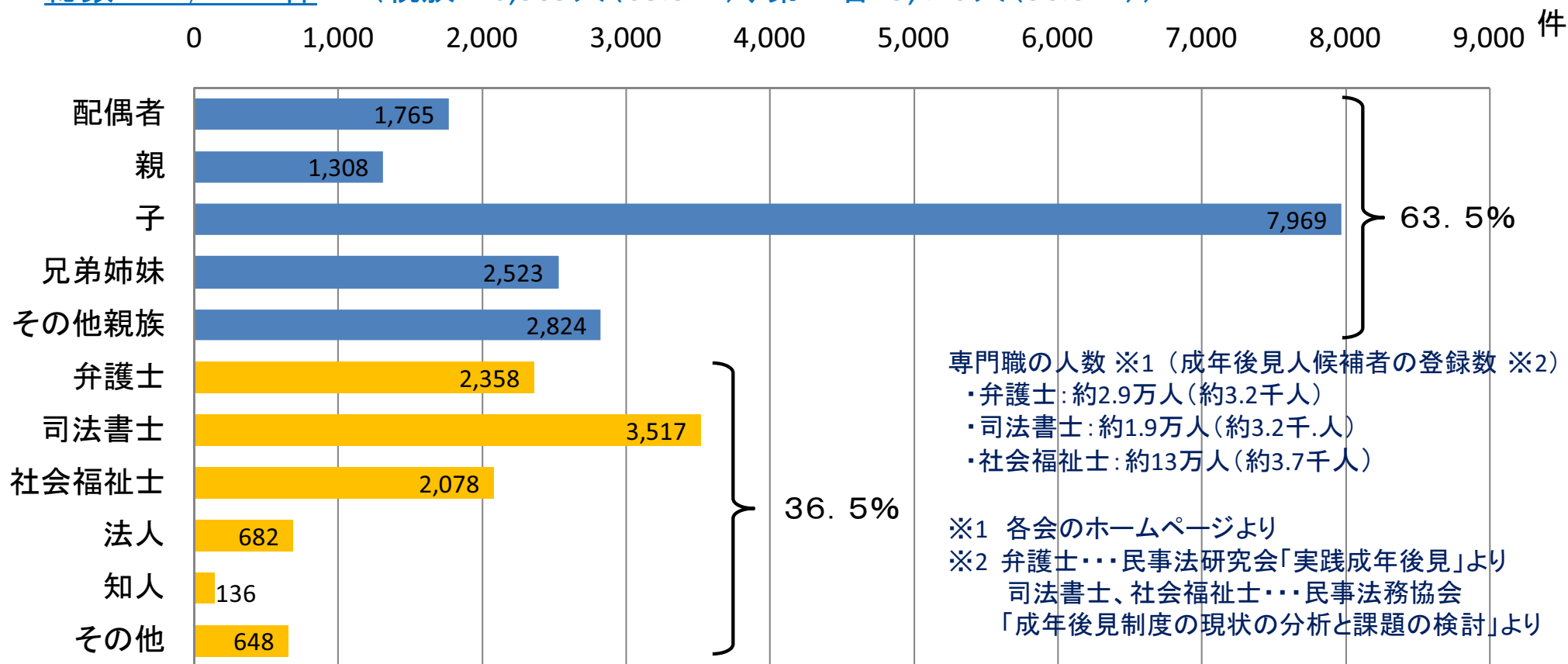


出典：成年後見関係事件の概要（最高裁判所事務総局家庭局）

成年後見人等と本人の関係別件数（平成21年）

○ 成年後見人等の選任状況については、子などの親族が選任されたものが全体の63.5%、親族以外の第三者が選任されたものが36.5%となっており、第三者のうち大部分を弁護士や司法書士といった専門職が占めている。

総数 25,808件（親族:16,389人(63.5%)、第三者:9,419人(36.5%)）



出典：成年後見関係事件の概要（最高裁判所事務総局家庭局）

市民後見人について

市民後見人については、その定義や所掌範囲が明確ではないが、研究会報告書等において以下のとおり示されている。

- ・日本成年後見学会作成「市町村における権利擁護機能のあり方に関する研究会」
平成18年度報告書より

弁護士や司法書士などの資格はもたないものの社会貢献への意欲や倫理観が高い一般市民の中から、成年後見に関する一定の知識・態度を身に付けた良質の第三者後見人等の候補者

- ・「成年後見制度の現状の分析と課題の検討」 成年後見制度研究会報告書より

市民後見人については、成年後見人等に就任すべき親族がおらず、本人に多額の財産がなく紛争性もない場合について、本人と同じ地域に居住する市民が、地域のネットワークを利用した地域密着型の事務を行うという発想で活用することが当面有効である。

- ・筑波大学 上山教授 「実践 成年後見 2009.1」より

市民後見人に委嘱する事案としては、難易度の低い事案、たとえば具体的には「日常的な金銭管理や安定的な身上監護が中心の事案、紛争性のない事案等、必ずしも専門性が要求されない事案」が一般的に想定されている。

世田谷区の取り組み

(市民後見推進の取組事例①)

市民後見活動を首長申立に限定するケース

世田谷区成年後見支援センター(区社協に委託)

事業概要

(相談、利用支援等の業務)

- ・ 法律相談
弁護士等による成年後見制度に関する相談
窓口の設置(月2回)
- ・ 成年後見制度利用支援
加齢等により成年後見等の手続きが困難な
方への必要書類の確認等の支援
- ・ 専門職後見人に関する情報提供

(市民後見に関する人材育成等の業務)

- ・ 市民後見に関する人材の育成
個人で成年後見人を受任できる区民後見人を育
成
(参考) 研修時間(50時間)
- ・ 後見活動が可能と見込まれる案件について家庭
裁判所に区民後見人候補者を推薦
- ・ 区民後見人が選任された場合に、後見活動に関
する相談などの支援を行う。
区社協が後見監督人に選任
後見活動は区長申立案件に限定

(参考)

受任者累計 25人(平成18年度～21年度)

大阪市の取り組み

(市民後見活動の推進の事例②)

市民後見活動を首長申立に限定しないケース

大阪市成年後見支援センター(市社協に委託)

事業概要

(相談、利用支援等の業務)

- ・ 相談・申立支援
成年後見制度に関する専門相談、
手続き方法の説明やアドバイス等。
- ・ 広報・啓発
成年後見制度に関する講演会等の
イベントの開催など
- ・ 関係団体との連携
成年後見制度に関わるさまざまな機
関や団体等と連携し、円滑な業務遂行
につとめる。

(市民後見に関する人材育成等の業務)

- ・ 市民後見に関する人材の育成
個人で成年後見人を受任できる市民後見人を育成
(参考)基礎講習 20H、実務講習45H+実習
- ・ 市民後見人の人材バンクの設置・運営
養成講座の修了者を登録し、市民後見人候補者とし
て確保
- ・ 家庭裁判所からの後見人等の推薦依頼への対応
- ・ 市民後見人が選任された場合に、後見活動に関する
相談などの支援を行う。
※ 市社協が後見監督人に選任されとは限らない。
(家庭裁判所の判断次第)
※後見活動は区長申立案件に限定せず

品川区の取り組み

(法人後見活動の事例)

品川成年後見センター(区社協に委託)

事業概要

(相談、利用支援等の業務)

- ・ 相談・手続き支援
成年後見制度について手続きの案内など必要な支援を実施。
- ・ 法人後見活動
任意後見、区長申立案件も含めた法人後見活動を実施。
- ・ 医師、法律、行政等の関係者からなる成年後見センター運営委員会により後見受任の適否や事業の監査等を実施し、適正な運営を確保

研修修了者は法人後見活動に参加

(市民後見に関する人材育成等の業務)

- ・ 市民後見に関する人材の育成
一般区民を対象として成年後見人を受任できる区民後見人を育成
(参考)
養成研修21時間、フォローアップ研修21時間
↓
研修修了者によるNPO法人市民後見人の会を設立
↓
研修修了者が市民後見業務を行う場合に区社協が後見監督人に選任され、後見活動に関する相談など支援を実施。
※ 後見活動は、区長申立案件には限定しない。

認知症の方への支援の在り方に関するこれまでの指摘事項の概要

- 民主党介護を考える議員連盟「提言（第一次）」（2010年6月）
 - ・ 声かけ・見守りサービスなどサポーター活動、啓発事業をさらに充実
 - ・ 人数把握、サポート体制目標量などの事業計画への記載義務づけ
- 地域包括ケア研究会報告書（平成22年3月）
 - ・ 認知症を有する者の在宅生活を支える在宅サービス体系の在り方について現行制度にとらわれずに、声かけ・誘導・生活援助を含め検討していくべきである。
 - ・ 認知症を有する者の今後著しい増加が見込まれるなか、成年後見制度の後見人や社会福祉協議会の日常生活支援員等の対応者数の確保が困難になるという指摘がある。将来的に新たなマンパワーとして、市民後見人等の育成と自治体の登録管理体制から事業構築が必要ではないか。
 - ・ 介護保険事業計画において、認知症を有する者の人数の把握、サポート体制の目標量（認知症サポーター、認知症サポート医など）についても盛り込むことを促進すべきではないか。
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会（2009年6月）＜具体的な改善提案＞
 - ・ 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。
- 大阪府（平成22年7月） 他
 - ・ 認知症連携担当者について、認知症疾患医療センターが設置されている市町村に限らず、各市町村に少なくとも1名配置可能とすること。

認知症の方への支援の在り方に関する論点

- 認知症を有する者ができる限り住み慣れた地域で暮らすことができるよう、必要な在宅・施設サービスが適切に確保されるとともに、医療や介護、さらには日常生活における支援が有機的に結びついた支援体制を構築する必要があるのではないか。
 - ・ 認知症コーディネーターの配置
 - ・ 認知症の方に対するサービスの充実
 - ・ 認知症の方の日常生活における支援の強化
 - ・ 精神病床において長期入院している認知症患者への対応
- 認知症を有する者のニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るためには、介護保険事業計画において認知症に関する項目を盛り込む必要があるのではないか。
- 認知症高齢者の増加や一人暮らし高齢者等の増加を踏まえると、日常の生活にかかわりの深い身上監護に係る成年後見の必要性が高まる。今後は専門職に加え、身上監護を中心とした市民後見人による権利擁護の推進を図っていく必要があるのではないか。

参 考 資 料

虐待等により死亡した被虐待者の状況

(平成19年度・20年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査)

- 「介護している親族による介護をめぐって発生した事件で、被介護者が65歳以上、かつ虐待等により死亡に至った事例」のうち、市町村が把握している事例は、平成19年度・20年度で合計51件であった。
- そのうち、「介護サービスを利用していた」件数は24件、「介護サービスを利用していなかった」及び「不明」の件数は27件であった。

6. 要介護認定について (区分支給限度基準額を含む)

介護保険制度における要介護認定制度について

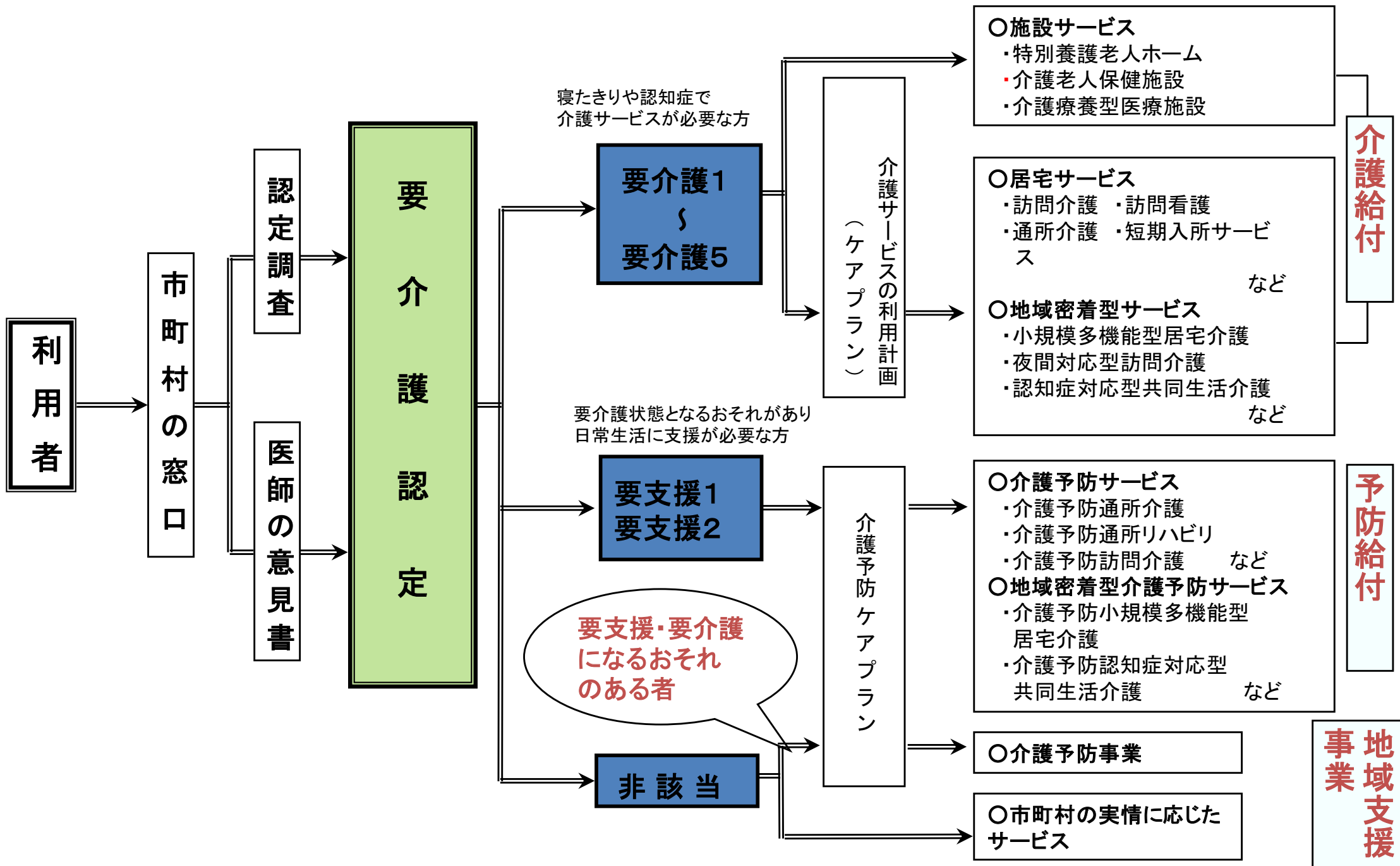
趣旨

- 介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）であり、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組み。

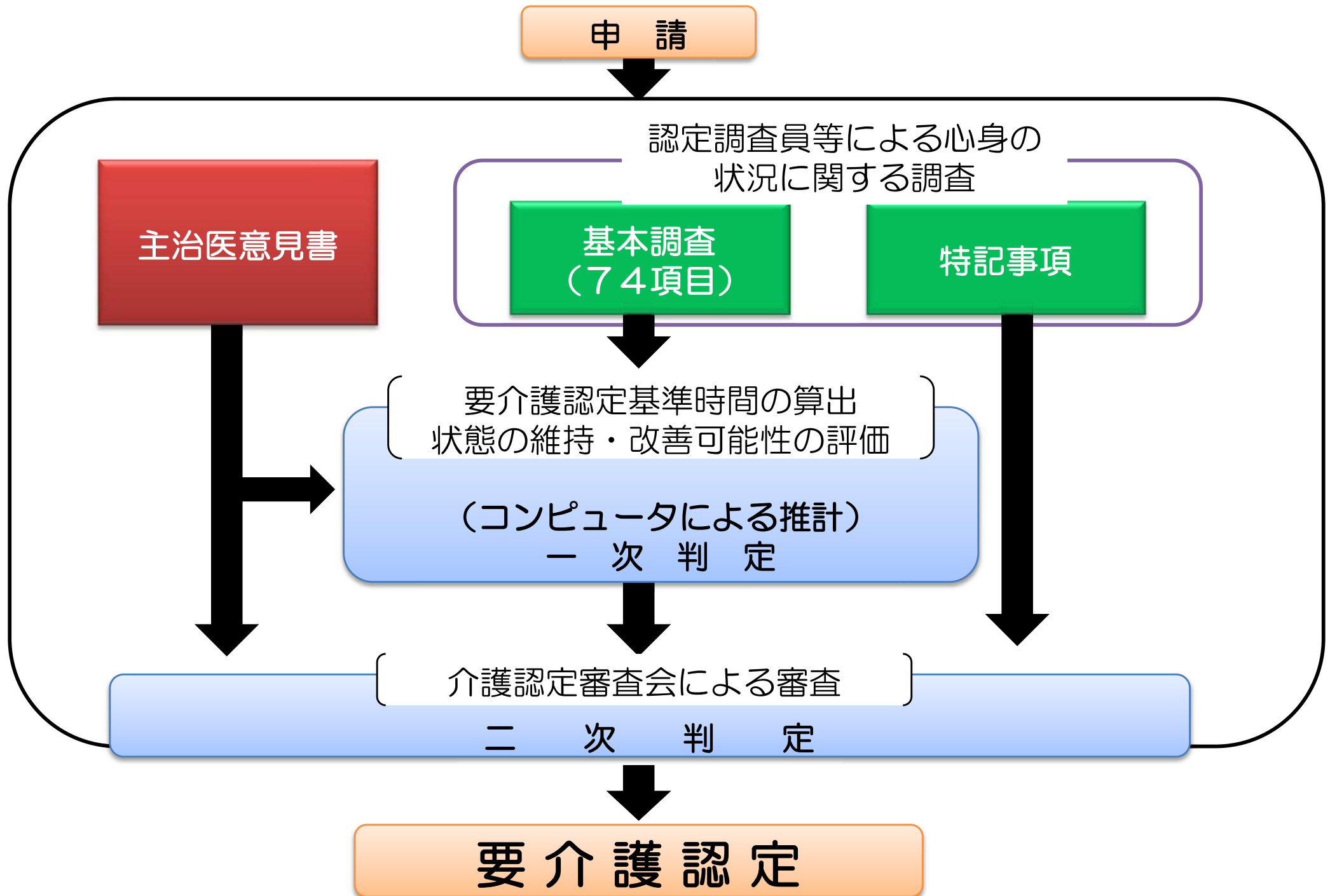
要介護認定の流れ

- 要介護認定は、まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。（一次判定）
- 次に保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。（二次判定）
- この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。

介護サービス利用の手続き

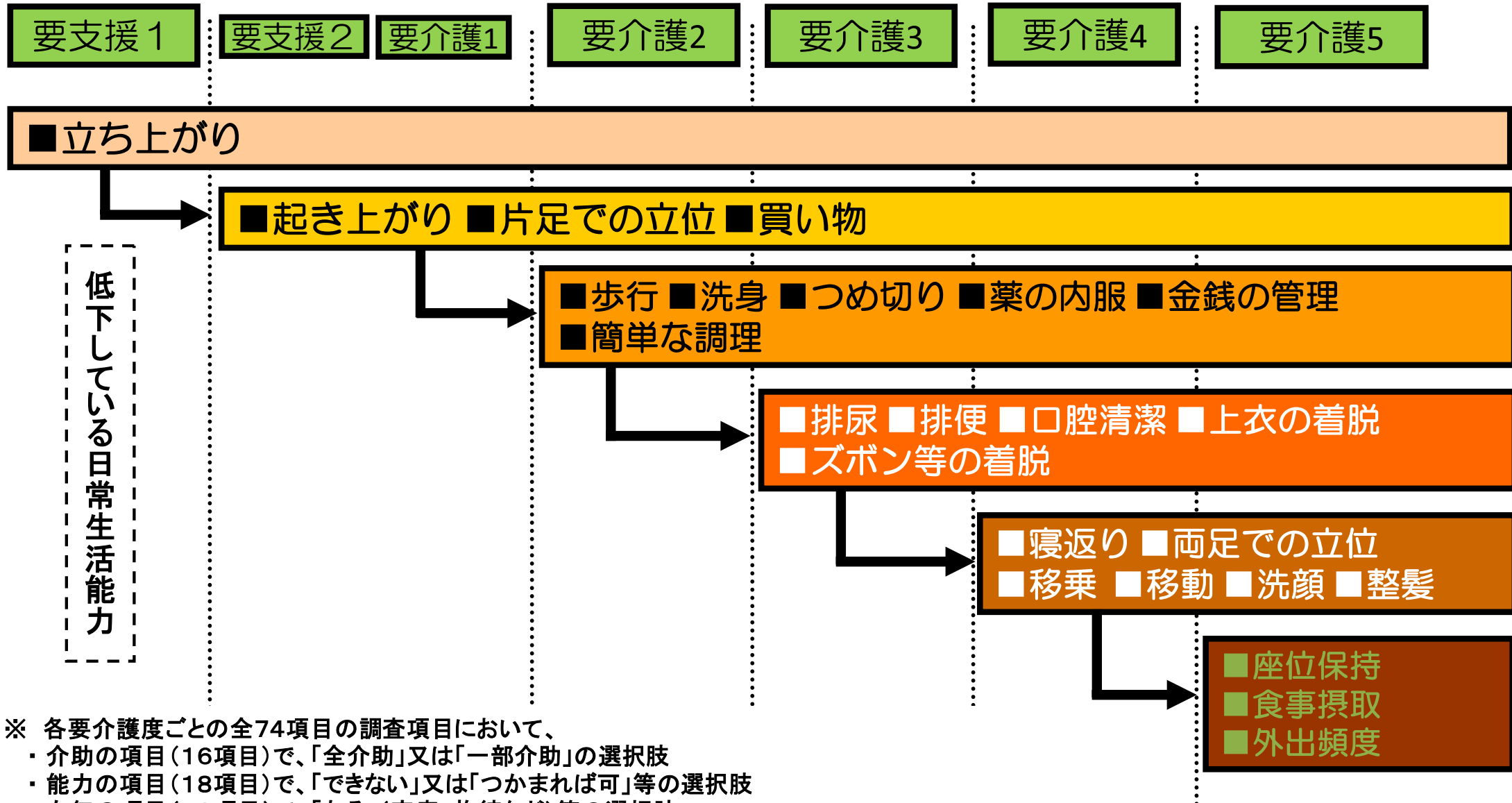


要介護認定の流れ



要介護状態区分別の状態像

(80%以上の割合で何らかの低下が見られる日常生活能力)



※ 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

要介護認定の申請件数

- ・認定者数

484. 7万人(平成22年3月)

※介護保険事業状況報告月報(暫定版)より

- ・認定率

16. 6%

※認定者数/高齢者人口(65歳以上)

高齢者人口(総務省人口推計(H22年2月現在(確定)))

- ・新規申請件数

115. 6万件(平成21年度)

- ・更新申請件数

321. 5万件(平成21年度)

- ・区分変更申請件数

23. 8万件(平成21年度)

※認定支援ネットワークへの報告より

(1, 903市町村中、1, 816市町村が報告)

要介護認定の見直しについて

1. 平成21年4月の見直し

(目的)

- ・最新の介護の手間を反映させる
(例) 「オムツ着用」から「排泄誘導」 → ケア量の増加
- ・市町村による認定のバラツキを減少させる
(例) 下肢麻痺あり A市：91.4% B市：43.6%

(内容)

上記事項に則して

- ・コンピュータソフトに用いるデータ更新
- ・調査項目の定義の修正
(例) 糖尿病でつめがない人のつめ切りの介助は「介助されていない」と評価

2. 平成21年4月の見直しの問題点

- ・調査項目の定義の修正に問題があり、軽く判定されるケースが続出するとの不安の声
- (対応)
- (1) 4月～9月は、不安解消のための経過措置を実施
 - (2) 検証・検討会での検証の結果、非該当・要支援1等の軽度の割合が増加していることが確認されたことから再度の見直しの検討

3. 平成21年10月から認定方法を再度見直し

(内容)

- ・調査項目の定義の修正
(例) 糖尿病でつめがない人のつめ切りの介助は四肢の清拭等の代替行為で評価

4. 平成21年10月の見直しの影響について検証

- (1) 自治体間のバラツキが相当程度小さくなった
- (2) 4月の見直しで影響のあった方に対し、適切な認定となった
- (3) 4月の見直しに伴う混乱がほぼ終息した

→研修の充実によりさらに適切な認定になるとの指摘があり、自治体へ周知した

- ・平成21年4月に行われた要介護認定の見直しに伴う混乱については、ほぼ終息し、検証・検討会は終了

平成21年10月からの見直しの影響の検証について

調査項目(74項目)の選択肢に係る自治体間のバラツキの比較について

○ 自治体間のバラツキは相当程度小さくなった

平成20年10月・11月と平成21年10月・11月の比較

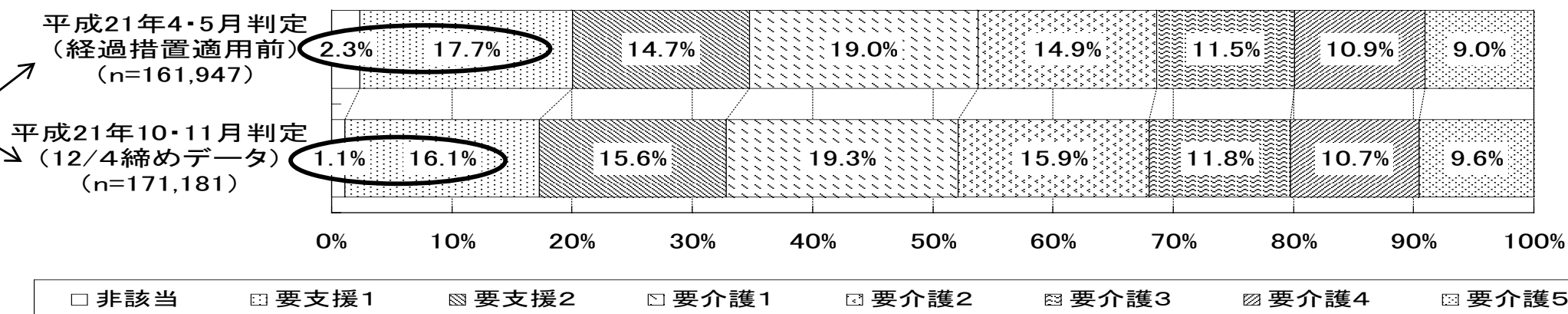
統計学的有意に

- ・バラツキが小さくなったのは33項目
- ・バラツキが大きくなったのは2項目

非該当及び要支援1の割合について

○ 非該当及び要支援1の割合は、4月の見直しから相当程度減少した

非該当及び要支援1の割合が減少



(平成22年1月15日 要介護認定の見直しに係る検証・検討会資料より)

(参考) 調査項目の選択肢に係る自治体間のバラツキの比較

○ 平成20年10・11月、平成21年10・11月の自治体間の項目選択率のバラツキ(標準偏差)を比較

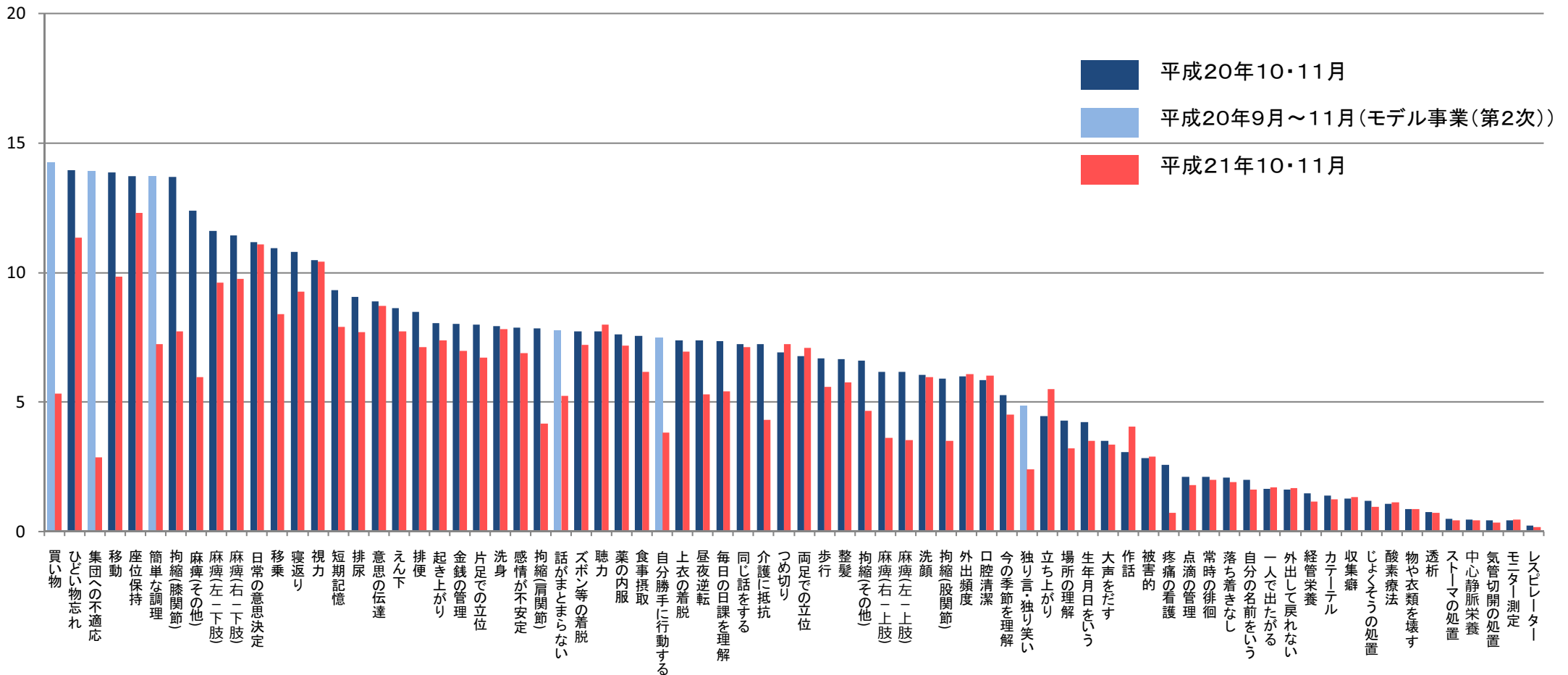
※各調査項目の複数の選択肢のうち、平成20年に自治体間の項目選択率のバラツキが最も大きい選択肢で集計している。

○ 対象:

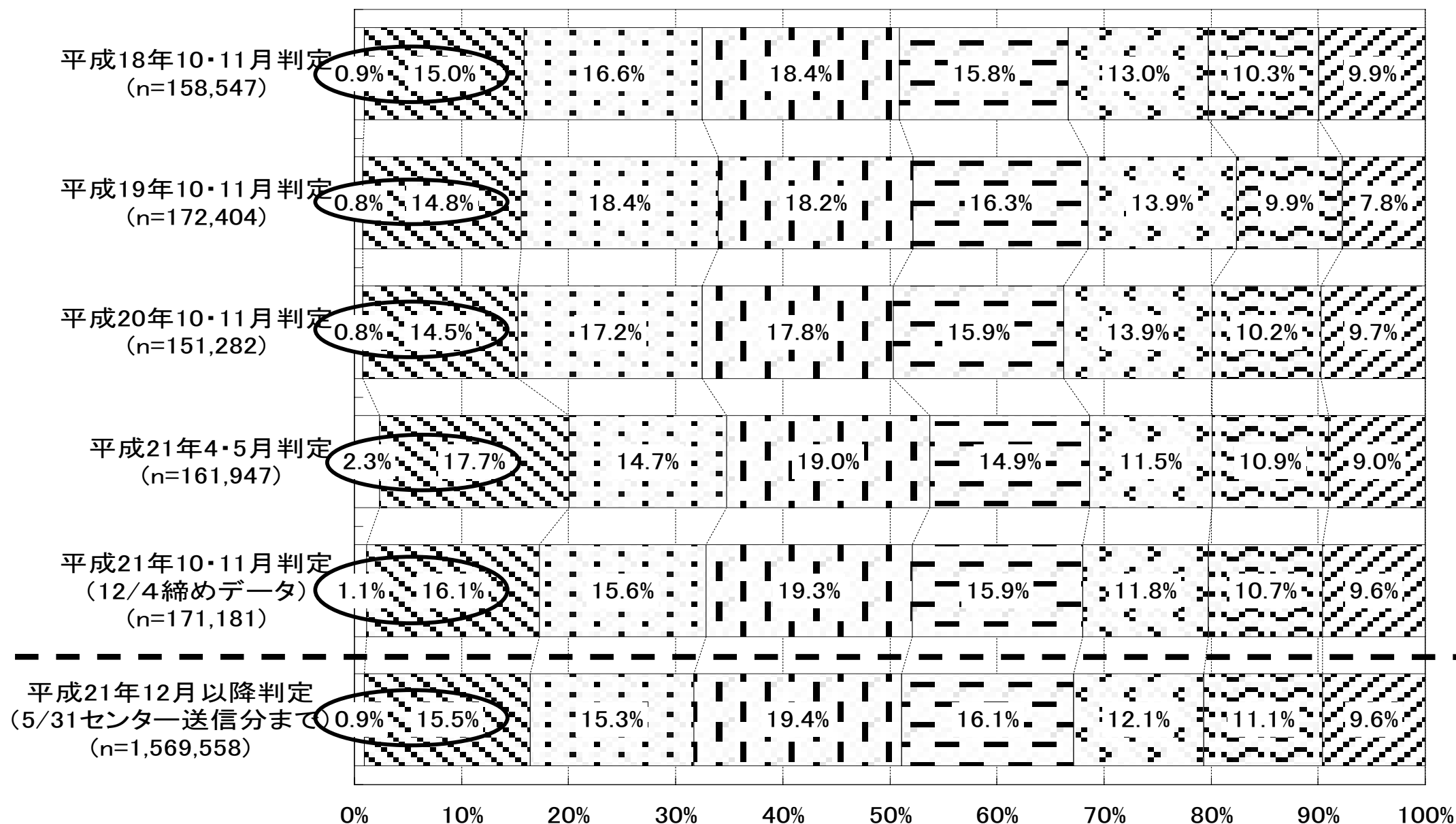
平成20年10・11月、平成21年10・11月の両期間において、認定支援ネットワークに100例以上報告した153自治体

※平成21年4月の見直しによって新たに追加された6項目については、平成20年9月～11月に実施した要介護認定モデル事業(第2次)において30例以上報告した234自治体の項目選択率のバラツキを平成20年データとして使用した。

○ 平成20年10・11月と平成21年10・11月のバラツキを比較して、74項目のうち、統計学的有意にバラツキが小さくなったのは33項目、有意にバラツキが大きくなったのは2項目(有意水準0.05未満)

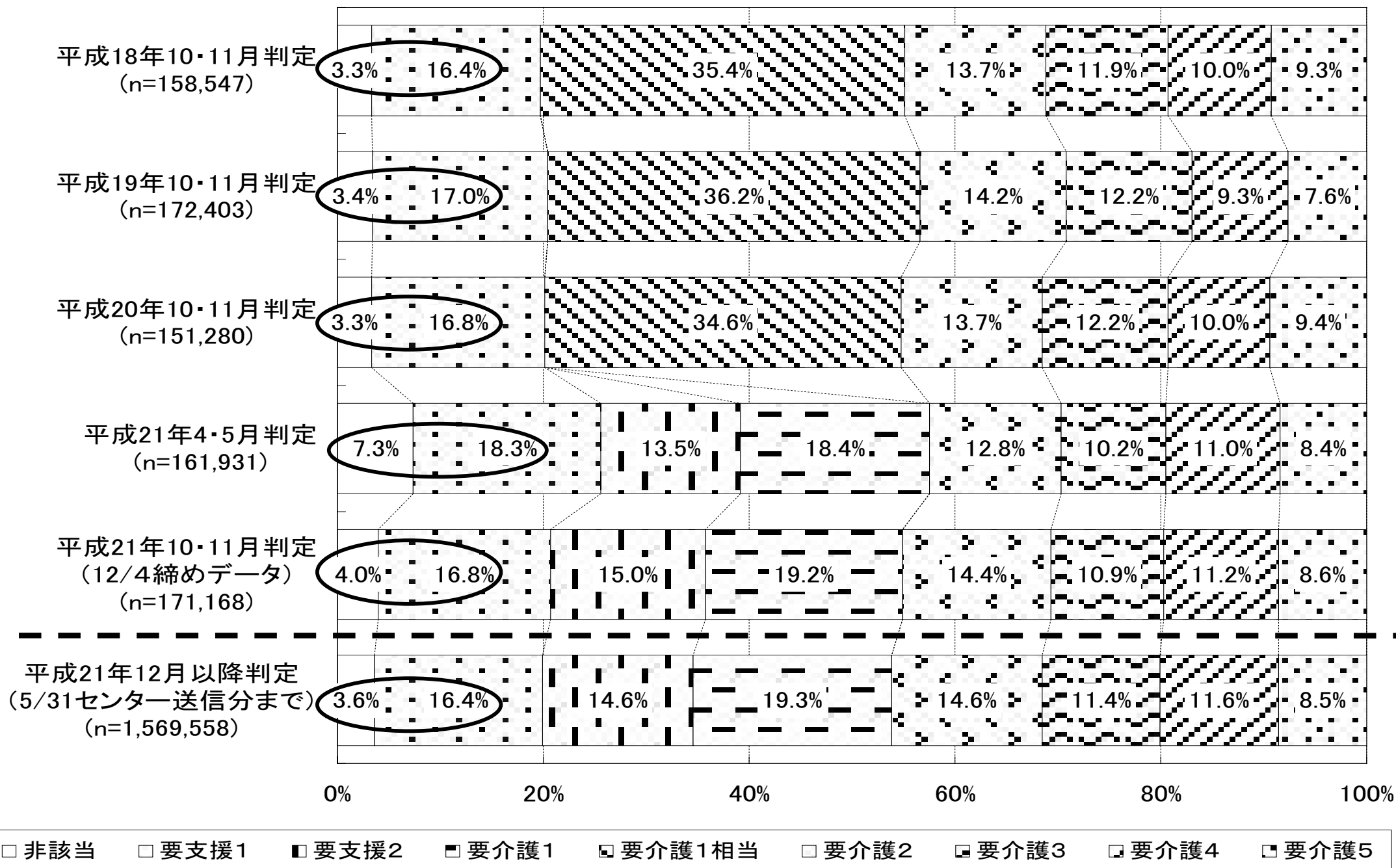


（参考）検討会以降の二次判定結果の要介護状態区分の比較



☐ 非該当
 ☐ 要支援1
 ☐ 要支援2
 ☐ 要介護1
 ☐ 要介護2
 ☐ 要介護3
 ☐ 要介護4
 ☐ 要介護5

（参考）検討会以降の一次判定結果の要介護状態区分の比較



(参考) 「第4回要介護認定の見直しに係る検証・検討会」取りまとめ

平成22年1月15日第4回要介護認定の見直しに係る検証・検討会

平成21年10月からの要介護認定方法の見直しに係る検証について

- 平成21年7月28日に開催された、第3回の要介護認定の見直しに係る検証・検討会では、昨年4月の要介護認定方法の見直しにより、非該当者及び軽度者の割合が増加したこと等を踏まえ認定調査員テキストを修正し、修正の考え方や内容を自治体等に十分に周知すべきとした。
また、厚生労働省に対し、見直し後の要介護認定の実施状況について、本検証・検討会に報告するよう求めた。
- 本検証・検討会の指摘を受けて、厚生労働省において、認定調査員テキストが修正され、市町村への情報提供や調査員等に対する研修が行われた上で、昨年10月より市町村等において新たな方法による要介護認定が開始された。今回、その実施状況について、厚生労働省から報告があった。
- まず、昨年4月から9月までに新規に要介護認定申請を行い、非該当者となった方等に対し、市町村から再申請等を勧奨した結果、より適切な要介護認定となった。
4月からの見直しで影響があった方に対し、厚生労働省、自治体等の適切な連携により、迅速な対応が図られ、要介護認定の現場が概ね安定したことについては、一定の評価ができる。
- 次に、要介護認定のバラツキについては、全体的に相当程度小さくなっていることから、平成21年4月以降の見直しによって、要介護認定のバラツキを抑えるという制度改正の目的は一定程度達成できたと考えられる。
- ただし、要介護度別の分布については、昨年4月からの見直しと比べると非該当者及び軽度者の割合は大幅に減少し、概ね同等の分布となったものの、過去3年と比べて一部の軽度者の割合が若干大きくなっていることも事実である。
- 本検証・検討会としては、これらの結果や、特記事項の活用が不十分であると思われる状況などを踏まえ、厚生労働省に対し、今後、各自治体等においてより充実した研修が実施されるよう対応を徹底するとともに、認定調査及び介護認定審査会における特記事項の活用について改めて周知することを求めたい。
- 以上により、平成21年4月に行われた要介護認定の見直しに伴う混乱については、ほぼ終息し、本検証・検討会の目的は概ね達成できたものと判断し、本検証・検討会は、今回で終了することとする。
- なお、今後の要介護認定のあり方等については、介護保険制度全般の見直しに向けた議論の方向性を待って、公開の場で議論を進めていくことが適当である。

(参考) 要介護認定の有効期間について

申請区分等		原則の 認定有効期間	設定可能な 認定有効期間の範囲
新規申請		6ヵ月	3～6ヵ月
区分変更申請		6ヵ月	3～6ヵ月
更新申請	前回要支援 → 今回要支援	12ヵ月	3～12ヵ月
	前回要介護 → 今回要介護	12ヵ月	3～24ヵ月

※認定有効期間の特例

現在、要介護認定の更新申請において、要支援から要介護、要介護から要支援に認定される場合は、新規申請扱いとなるため、認定有効期間は、原則6ヵ月（最大 6ヵ月）となっている。

要介護認定に対するこれまでの指摘事項の概要

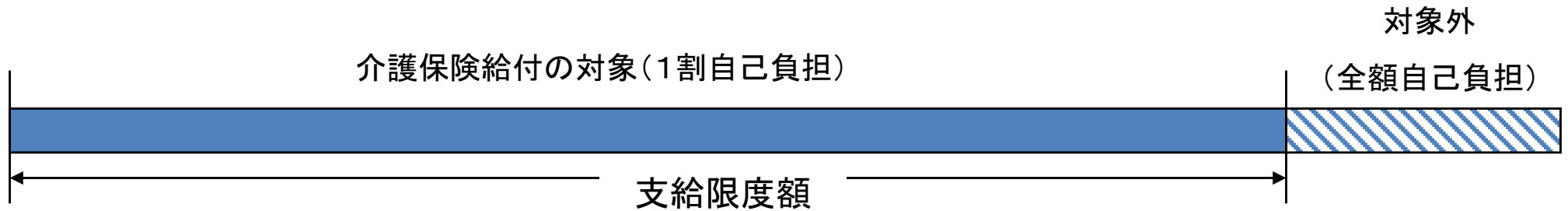
- 経済同友会「2009年度社会保障改革委員会提言」(平成22年6月)
 - ・ 給付の適正化としては、要介護度の認定を客観的な基準の下で行うことが必要である。認定率には地域格差があり、特に軽度ではそれが顕著になっているという指摘もあり、認定における透明性、公平性を高める視点から、認定方法の見直しを行う必要がある。
- 認知症の人と家族の会「介護保険制度改正への提言」(平成22年6月)
 - ・ 要介護認定を廃止する。
 - ・ 介護サービスの決定は、保険者を加えた新たなサービス担当者会議の合議に委ねる。
- 高齢社会をよくする女性の会「こうすればよくなる介護保険」(平成22年4月)
 - ・ 時間と手間がかりすぎる介護認定を見直し、介護度は3段階とする。将来的には地域包括支援センターなど、公的な責任をもてる機関が要介護認定を担うことが望ましい。加えて、権限と責任を有する専門家の養成が必要となる。
- 大都市介護保険担当課長会議(平成22年2月)
 - ・ 要介護認定事務の一層の効率化を図るため、認定有効期間について、申請区分にかかわらず更に延長すること。
- 介護保険制度に係る書類・事務手続きに関する意見(平成22年7月)
 - ・ 更新認定の有効期間を延長(又は廃止)すべき。要支援と要介護を往き来する場合、事業所との契約の結び直しが負担となるので、手続の簡素化をしてほしい。
- 介護保険部会 池田省三介護給費分科会委員提出資料(平成22年7月)
 - ・ 認定の廃止は介護保険制度を崩壊させ、簡略化も利用者に多大な支障を与えるものである。

論点

- 要介護認定については、保険者が保険給付認定を行うものであり、不可欠な制度であるとの指摘がある一方で、認定事務が繁雑であり簡素化すべき、認定区分の簡素化や廃止を検討すべきなどの指摘があることについてどう考えるか。
- 要介護認定に係る事務の簡素化については、更新申請の際に要支援・要介護をまたぐ場合の認定有効期間の取扱や、認定の有効期間の延長などをどう考えるか。

区分支給限度基準額について

- 在宅サービスについて、利用者の状況に応じた適正なサービスを提供する観点から、必要な居宅介護サービスのモデルを用いて、要介護度毎に区分支給限度基準額を設定。
- 支給限度額を超えるサービスを受けた場合、超える分の費用は全額利用者負担



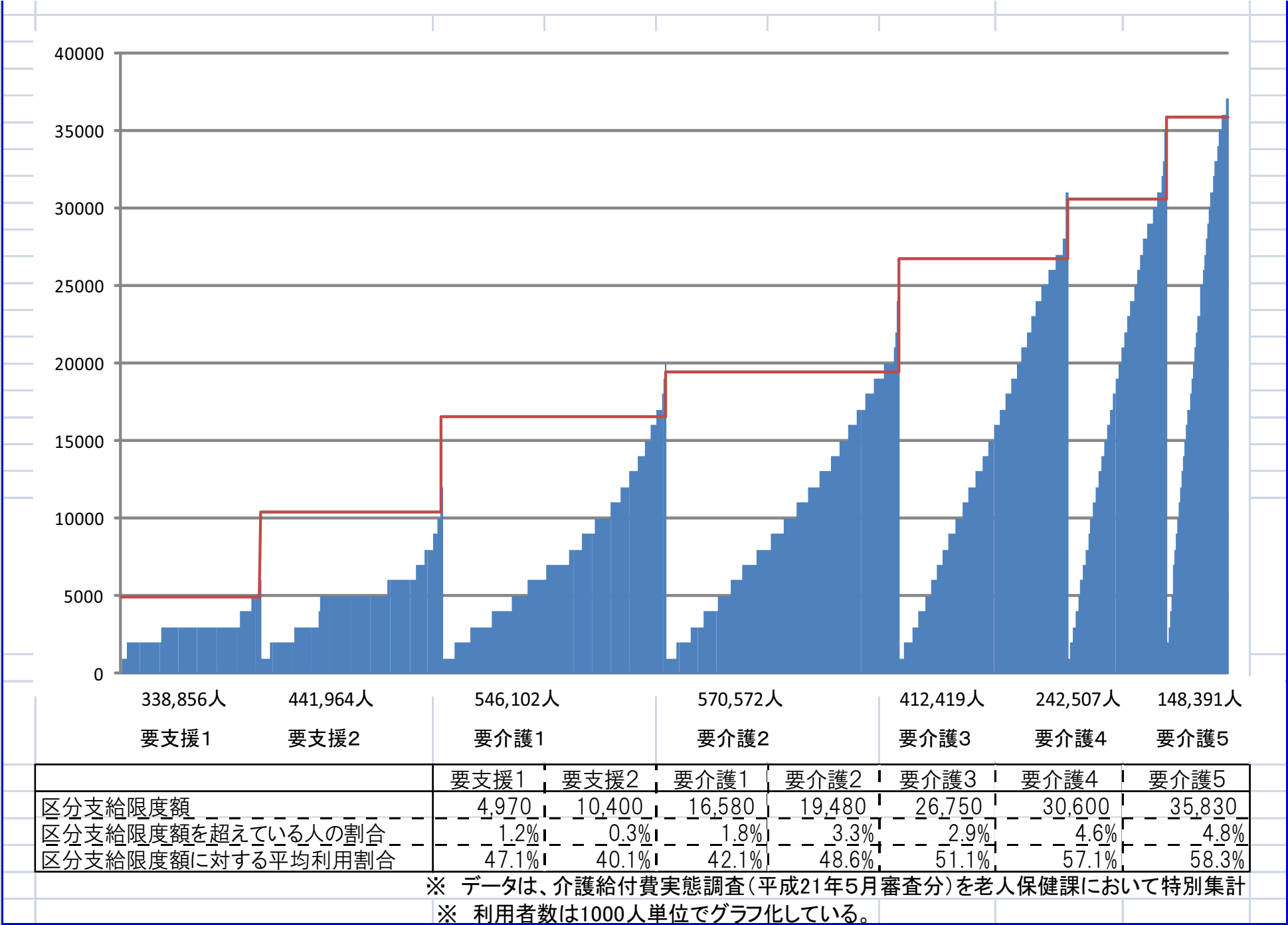
- 要介護度別の支給限度額と平均的な利用率

	支給限度額	受給者1人当たり平均費用額	支給限度額に占める割合
要支援1	49,700(円)	23,370(円)	47.0%
要支援2	104,000(円)	41,420(円)	39.8%
要介護1	165,800(円)	66,480(円)	40.1%
要介護2	194,800(円)	90,590(円)	46.5%
要介護3	267,500(円)	132,550(円)	49.5%
要介護4	306,000(円)	165,270(円)	54.0%
要介護5	358,300(円)	200,840(円)	56.1%

※ 平成22年介護給付費実態調査(3月審査分)を基に作成

(注) 額は介護報酬の1単位を10円として計算。

要支援・要介護度別居宅サービス費用額（H21. 5月審査分）



介護保険サービスを利用する者の実態調査

目的： 区分支給限度額を超えてサービスを利用している者及び限度額の8～9割程度、サービスを利用している者の実態を把握する。

対象： 全保険者(市町村)において、要介護(要支援)度毎に1名の調査票記入をお願い、区分支給限度基準額を超えて介護保険サービスを利用する者及び8～9割程度の利用をしている者それぞれ約10,000名程度(合計20,000名)の情報を収集する。

調査の内容：

- ・ 世帯の状況、居住環境、介護者の状況、疾病の状況、1ヶ月間の介護保険サービスに係る負担額、1ヶ月間に利用したサービス種類・量 等
- ・ 週間ケアプラン及び介護報酬明細書の写しを収集

スケジュール：

6 月 中 調査票の作成及び配布

8 月 中 市町村による調査票の記入
調査票の回収及び集計・分析

9月以降 レセプト情報等の分析

- ・ 区分支給限度額を超えていない利用者(8～9割の利用者)のサービス利用状況
アンケート調査とレセプト情報を突合して行う分析 等

区分支給限度基準額に対するこれまでの指摘事項の概要

- 経済同友会「2009年度社会保障改革委員会提言」(平成22年6月)
 - ・ 在宅で介護を受ける場合は、要介護度別に1ヶ月あたりの支給限度額が決まっているが15、施設で介護を受ける場合は要介護度別の支給額は一律ではない。施設で介護を受ける場合についても、要介護度が同じであれば、在宅介護を受ける場合と支給額を同程度にとどめ、それを超過した費用分は全額自己負担とすべきである。
- 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)
 - ・ 支給限度額内で十分な介護を行え、在住生活が継続できるように限度額を上げる。
- 介護保険を持続・発展させる1000万人の輪「介護保険を持続・発展させるための1000万人の提言」(平成22年3月)
 - ・ 将来的には要介護認定システムをなくし、保険給付の区分支給限度も撤廃することが必要で、ケアマネジャーの質を高めていくことにより実現できると考えます。
- 地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)
 - ・ まず、要介護度区分別に区分支給限度基準額の上限を超えてサービスを利用している事例についての実態把握と情報共有を行うべきではないか。
 - ・ 訪問看護、リハビリテーションの必要性について、要介護認定においては個々の申請者のニーズが必ずしも適切に反映されていないのではないかと指摘がある。 かつ、利用者は介護保険と医療保険の双方の保険料を負担している以上、在宅生活を継続するために必要な訪問看護・リハビリテーションについては、区分支給限度基準額の枠外とするなど対応策を検討すべきではないか。

論点

- 重度化しても在宅で住み続けることができるためには区分支給限度基準額の引上げを検討すべきとの指摘についてどう考えるか。
- また、訪問看護やリハビリテーションについて上限の算定から外すべきではないかとの指摘や、医療保険と介護保険の給付対象の整理を見直すべきとの指摘があるが、これについてどう考えるのか。
- 一方、区分支給限度基準額の見直しは保険財政への影響もあり得ることから、見直しに当たっては慎重な検討が必要との指摘がある。
- このため、限度額を超えて利用している者の状態像やサービス利用等の実態を把握した上で、検討すべきではないか。

※ 要介護認定や区分支給限度基準額の基本的な在り方については介護保険部会で検討する必要があるが、具体的な水準や対象範囲などについては、報酬単価の設定とあわせて検討する必要があるため、給付費分科会で審議。

7. ケアマネジャーの在り方

ケアマネジャー（介護支援専門員）の概要①

ケアマネジャー（介護支援専門員）とは

（１）定義

要介護者又は要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者又は要支援者が心身の状況に応じて適切なサービスを受けられるよう、市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者又は要支援者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けた者。

（２）要件等

- ①保健医療福祉分野での実務経験（医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士等）が5年以上である者等が、②介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、③介護支援専門員実務研修の課程を修了した場合に、ケアマネジャーとなることができる。
- ケアマネジャーは、大別すれば、①居宅におけるケアマネジャーと、②施設等におけるケアマネジャーに区分される。

居宅におけるケアマネジャー

（１）業務

ケアプランを作成するとともに、居宅サービス事業者等との連絡調整等や、入所を要する場合の介護保険施設への紹介等を行う。

（２）配置される事業所

居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）

（３）ケアプランの位置づけ

市町村にあらかじめ届け出た上で、ケアマネジャーによって作成されたケアプランに基づき、居宅サービス等の提供を受ける場合、1割の自己負担を払うことでサービスを受けることが可能（現物給付化）。

※ 利用者自身が作成したケアプラン（いわゆるセルフケアプラン）をあらかじめ市町村に届け出た場合も、現物給付化される。

（４）ケアプラン作成に当たっての利用者負担：利用者負担はない。

* 要支援者については、地域包括支援センター等が作成するケアプラン（介護予防サービス計画）に基づいてサービス提供を受けなければ、保険給付がなされない。なお、要支援者についても、いわゆるセルフケアプランをあらかじめ市町村に届け出た上で、当該市町村が適当と認めたときは、保険給付がなされる。

ケアマネジャー（介護支援専門員）の概要②

施設等におけるケアマネジャー

（１）業務

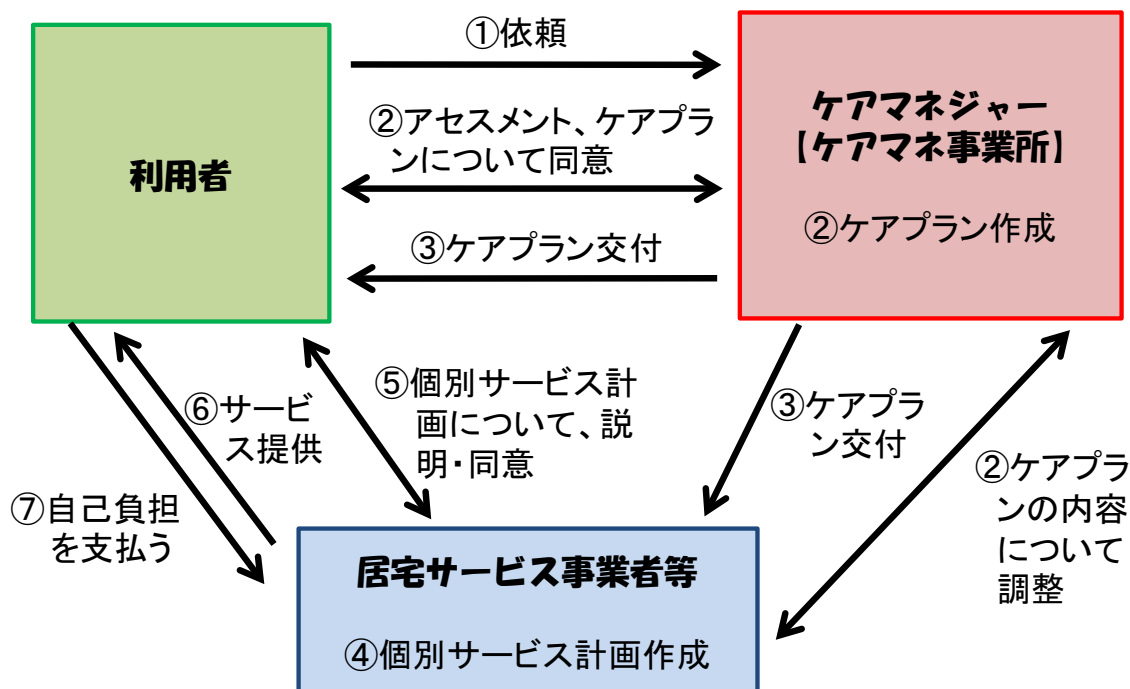
利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題の把握等を行った上で、施設サービス計画等を作成する。
* なお、施設等では、施設サービス計画等に基づき、サービスを実施することとなっている。

（２）ケアマネジャーの配置が義務付けられている施設等の類型

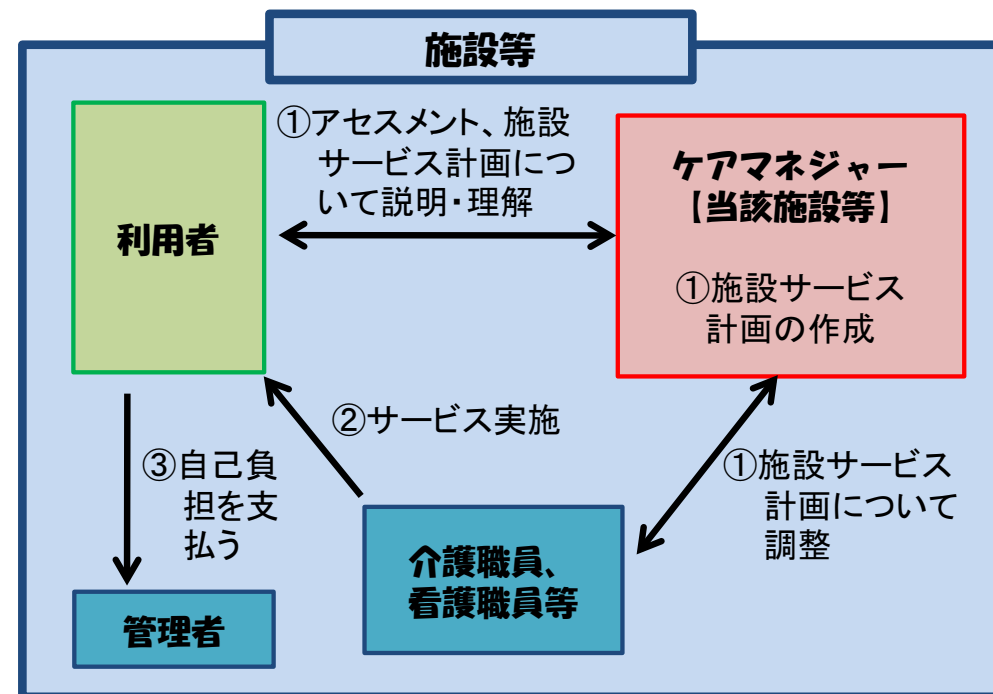
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護

※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護においても配置が義務付けられている。

居宅における業務の流れ（イメージ）



施設等における業務の流れ（イメージ）



* 小規模多機能型居宅介護においては、配置されたケアマネジャーが小規模多機能型居宅介護計画のほか、ケアプランも作成する。

サービス類型ごとのケアマネジャーの従事者数

居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのほか、介護保険3施設・グループホーム・特定施設・短期入所生活介護事業所等に、ケアマネジャーが多く配置されている。

介護支援専門員等の従事者数

(単位:人)

	居宅介護支援事業所	介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	居宅サービス事業所		地域密着型サービス				介護保険施設		
			(介護予防)短期入所生活介護	(介護予防)特定施設入居者生活介護	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
従事者数(実数)	81,581	7,830	6,321	3,437	1,754	14,270	94	202	10,194	7,044	4,004
従事者数(常勤換算)	66,209	6,579	2,589	2,389	1,096	8,115	52	120	6,976	5,135	2,399

※1 (介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護については、計画作成担当者の人数。

※2 「計画作成担当者」について、

○(介護予防)特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護では、「専らその職務に従事する介護支援専門員」であること

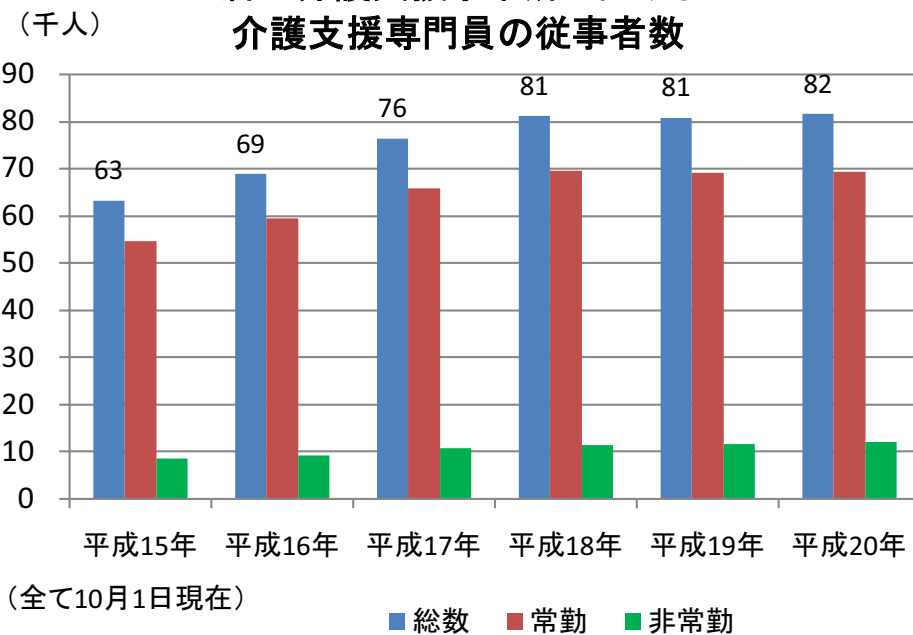
○(介護予防)認知症対応型共同生活介護では、「1以上の者は、介護支援専門員をもって充てなければならない」こと

と定められている。

居宅介護支援事業所に従事するケアマネジャーの従事者数等

- 居宅介護支援事業所における介護支援専門員の従事者数は、増加傾向にあるものの、平成18年から平成20年にかけては、ほぼ一定している。
- 実務研修受講試験の合格者数は、平成13年度以降ほぼ一定している。
- それに対し、介護支援専門員1人当たりの利用者数は大幅に減少しており、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の従事者数及び資格取得者数は、不足していないものと考えられる。

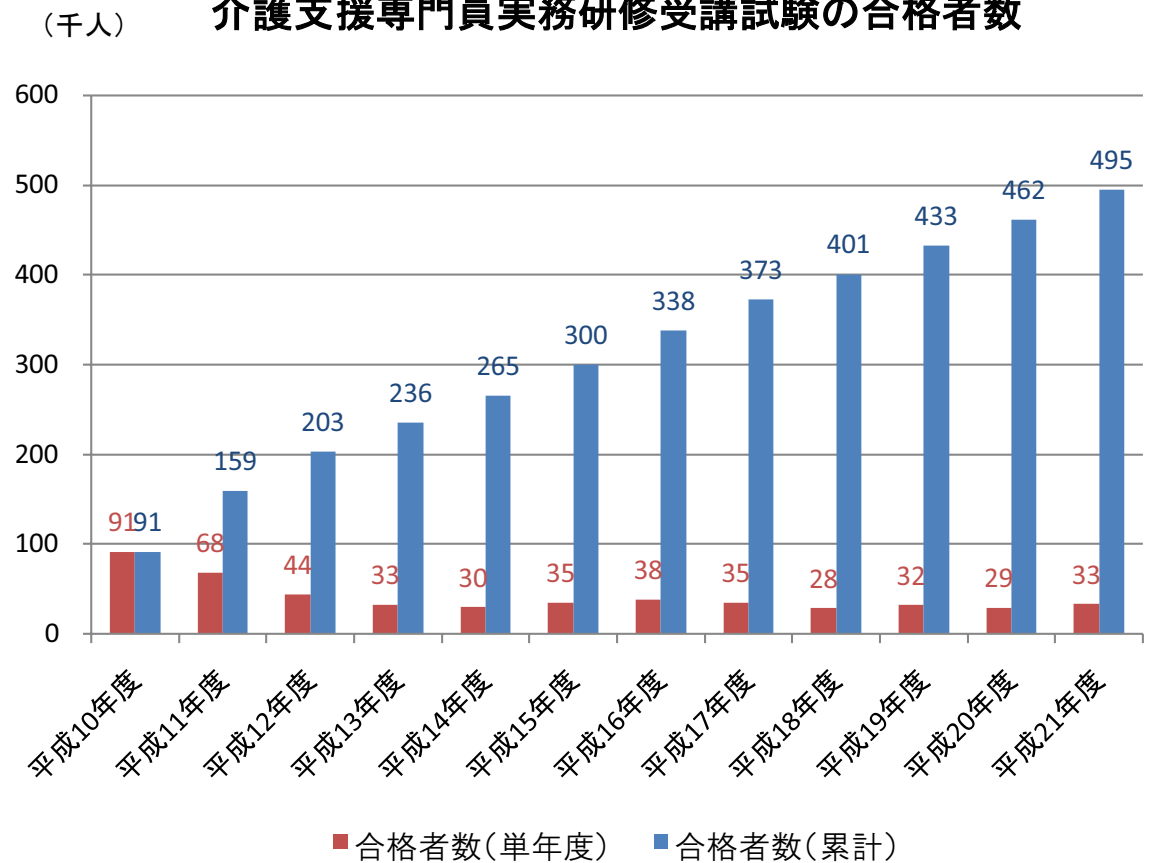
居宅介護支援事業所における
介護支援専門員の従事者数



介護支援専門員(常勤換算)1人当たり利用者数

平成14年	平成17年	平成20年
59.3人	37.6人	26.9人

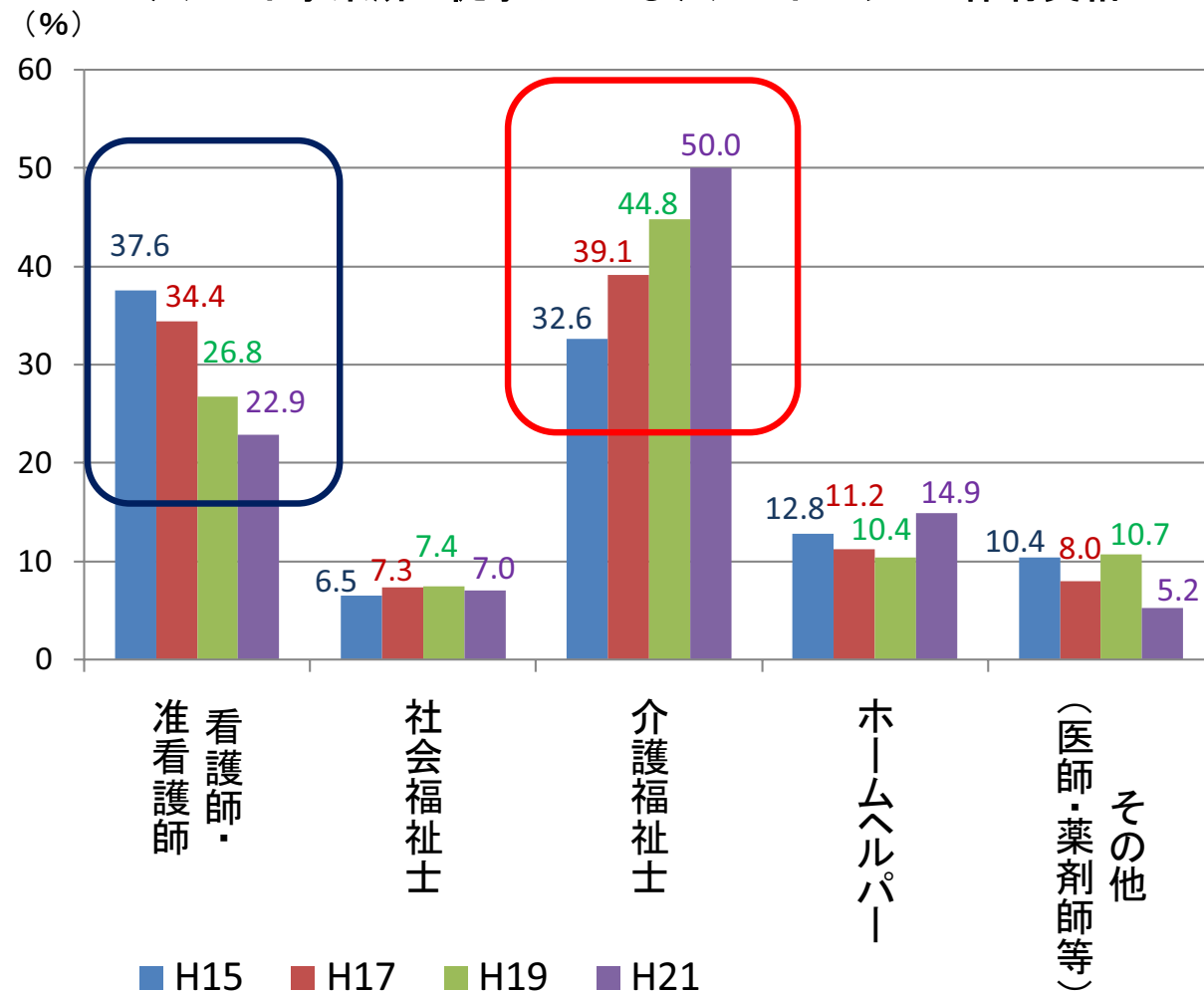
介護支援専門員実務研修受講試験の合格者数



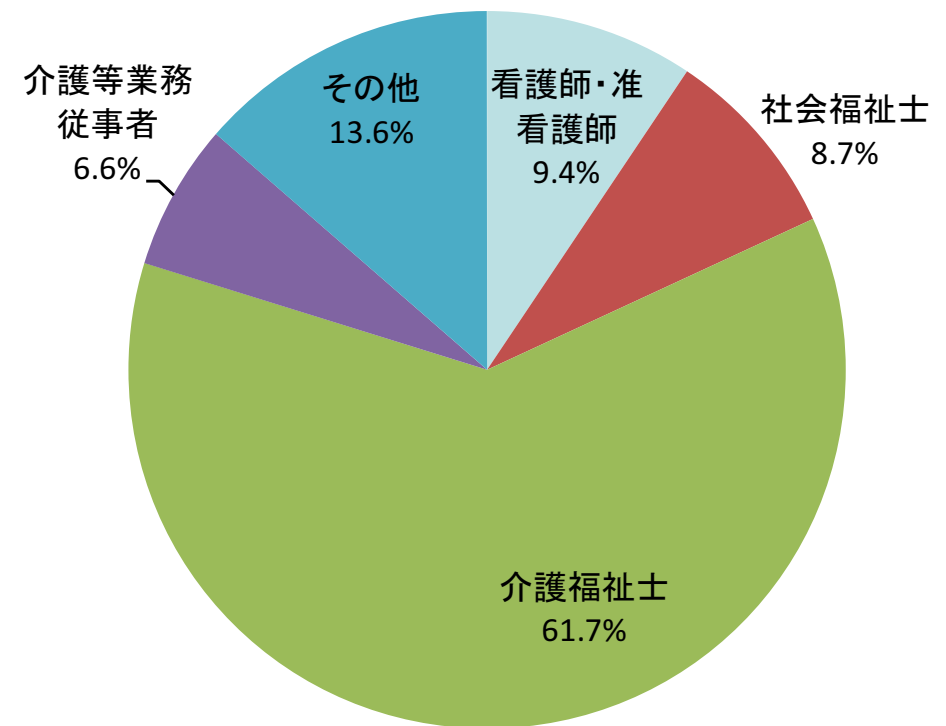
ケアマネジャーの保有資格

- ケアマネジャーの保有資格については、看護師等の医療系資格の保有者が減少し、介護福祉士等の介護系資格保有者の比率が高まっている。
- 直近の試験での合格者の多くは、介護福祉士等の介護系資格保有者であり、看護師等の医療系資格保有者は少ない。

ケアマネ事業所で従事しているケアマネジャーの保有資格

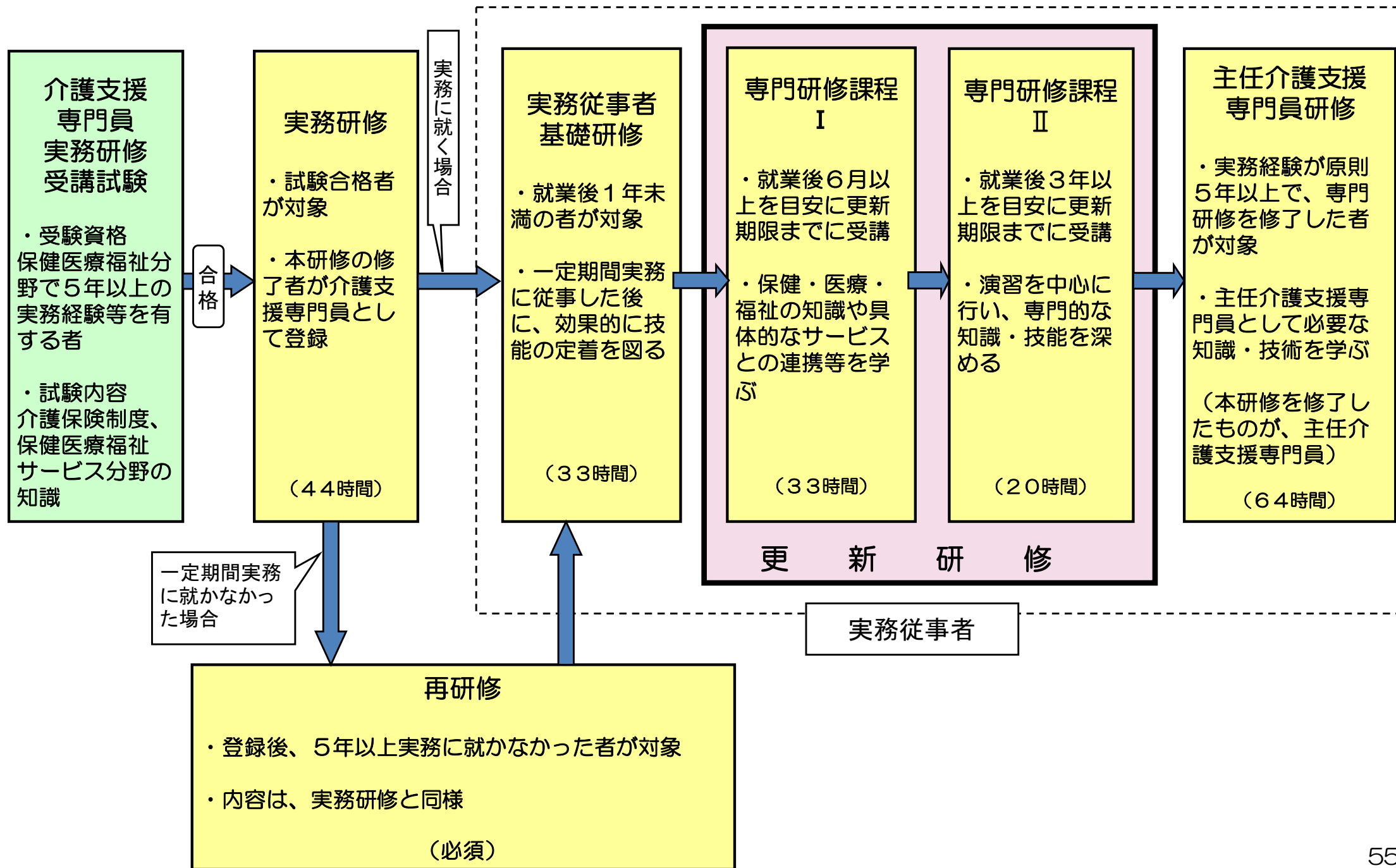


平成21年度介護支援専門員実務研修受講試験の合格者の保有資格



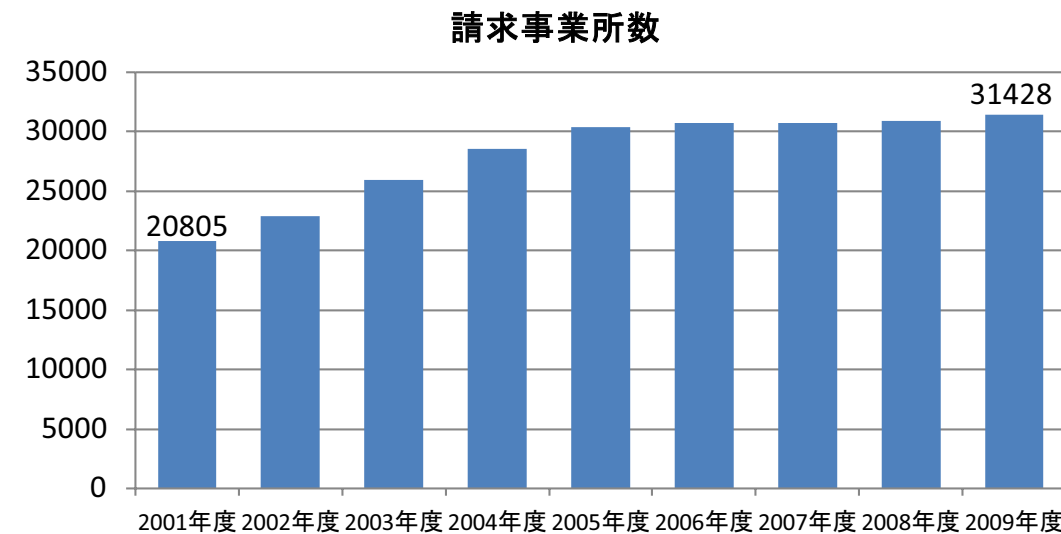
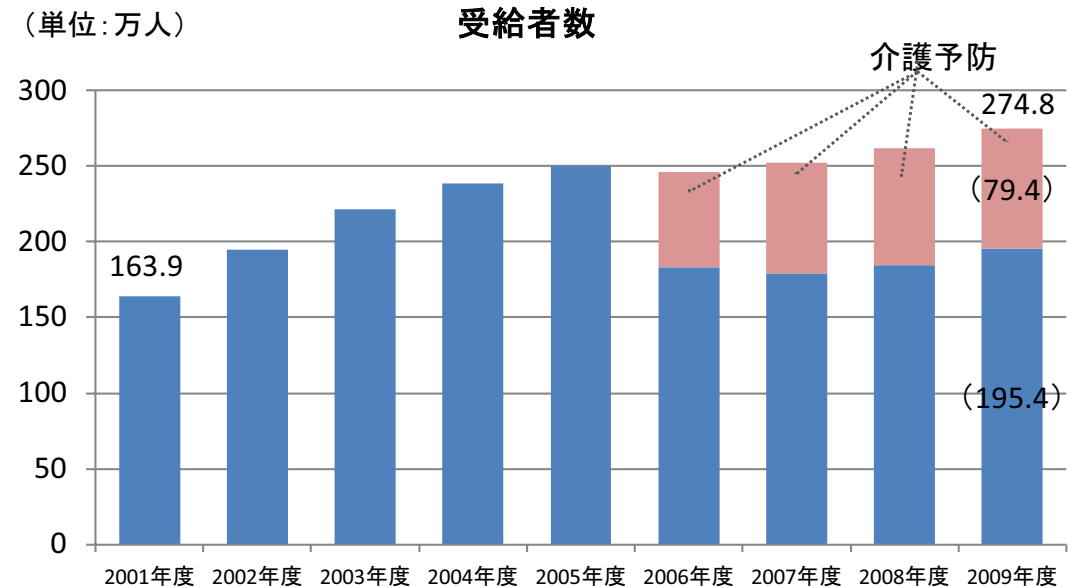
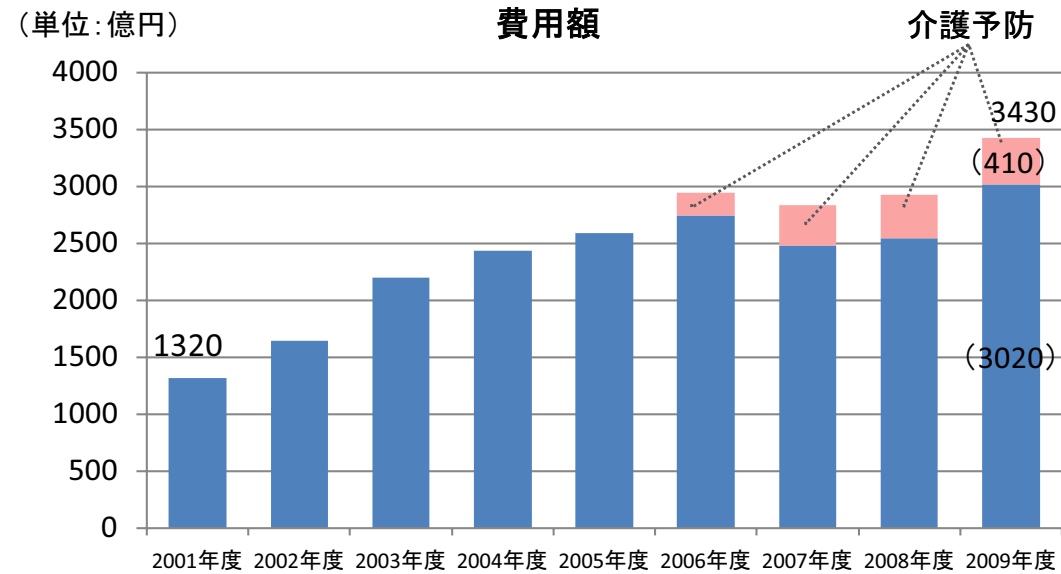
注：同一の者が複数の資格を保有している場合、それぞれの資格ごとに1人とカウントしている。

ケアマネジャーの研修等の体系



居宅介護支援の利用状況

居宅介護支援は増加傾向にあるが、近年は伸びが鈍化する傾向にある。なお、2009年度は、前年度に比べて、費用額が大幅に増加している。



居宅介護支援・介護予防支援の
介護サービス費用額(平成20年度)

(上欄の単位: 億円)

要支援		要介護					合計
1	2	1	2	3	4	5	
166	214	649	678	625	368	229	2928
5.7%	7.3%	22.2%	23.2%	21.3%	12.6%	7.8%	100%

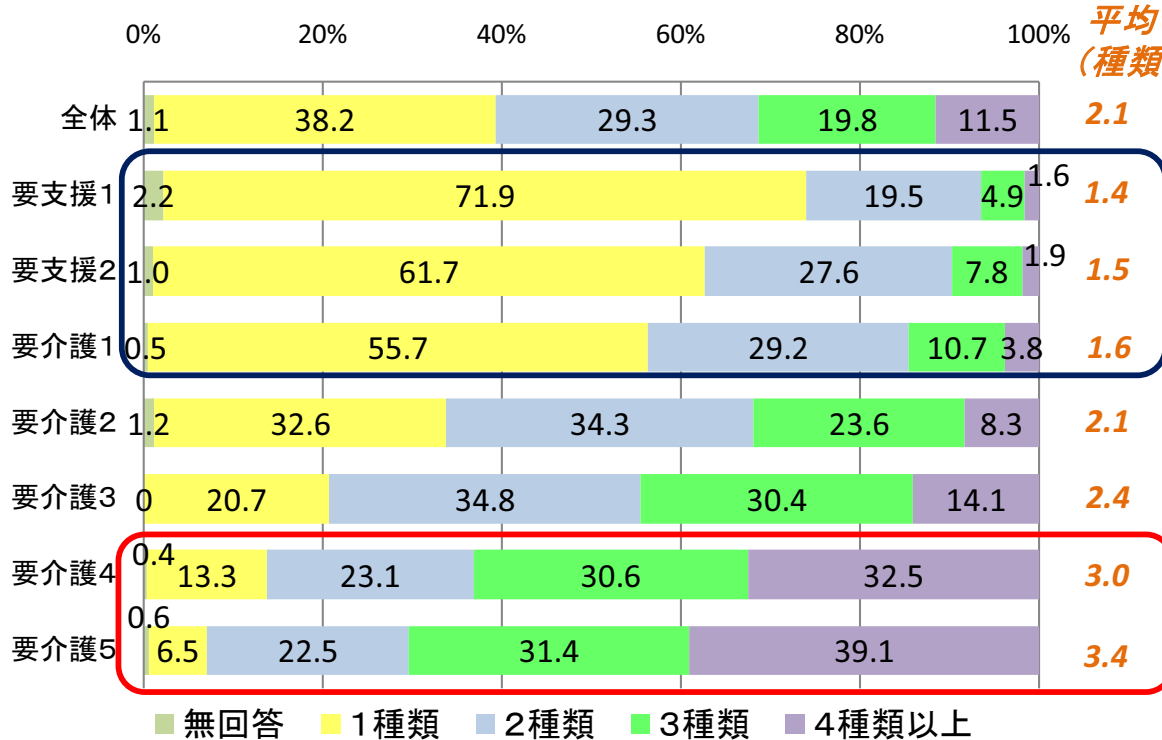
出典: 平成20年度介護給付費実態調査

- 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)。

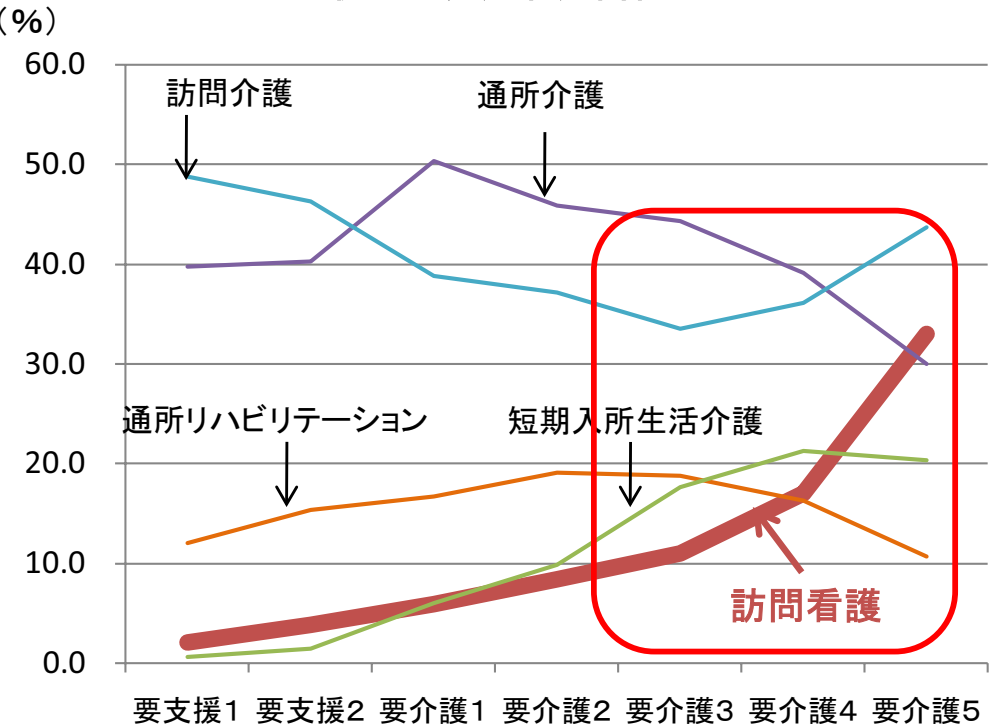
高齢者の状態像とケアマネジメント

- 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、重度者については、ケアマネジメントが適切に行われることが必要であり、その際、医療ニーズも適切に汲み取っていくことが必要である。
- 一方、軽度者については、利用しているサービスの種類が1、2種類に限られている場合が多い。

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)



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、複数のサービスを組み合わせる提供が必要になる。

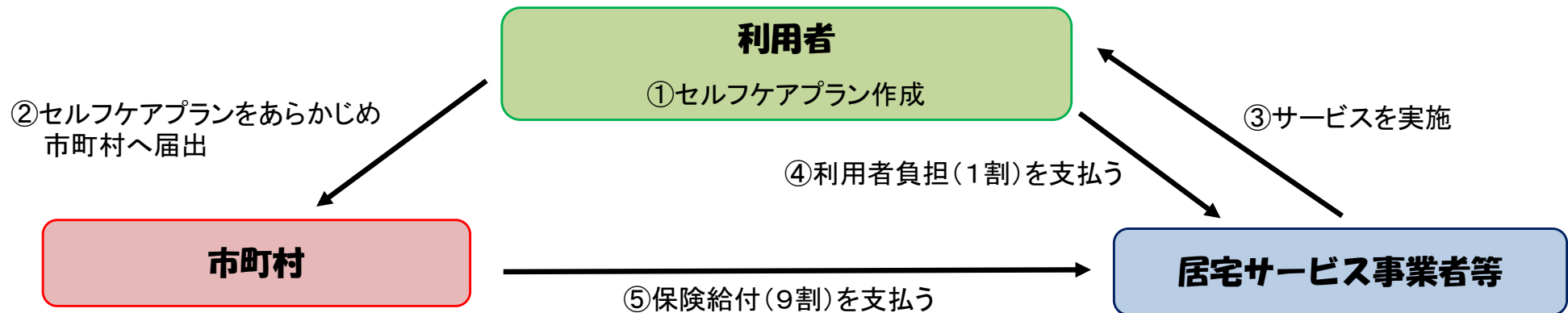
○ 一方、軽度者は、利用しているサービスの種類が1、2種類である場合も多い。

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。

いわゆるセルフケアプランについて

- 利用者自身がケアプランを作成する場合でも（いわゆるセルフケアプラン）、あらかじめ市町村に届け出れば、現物給付化が可能（要支援者の場合も、あらかじめ市町村に届け出た上で、当該市町村が適当と認めたときは、保険給付がなされる）。
- 現状では、セルフケアプランを作成している者は非常に少ない。

1. セルフケアプランの作成手順



※ 要支援者については、セルフケアプランをあらかじめ市町村に届け出た上で、当該市町村が適当と認めたときは、保険給付がなされる。

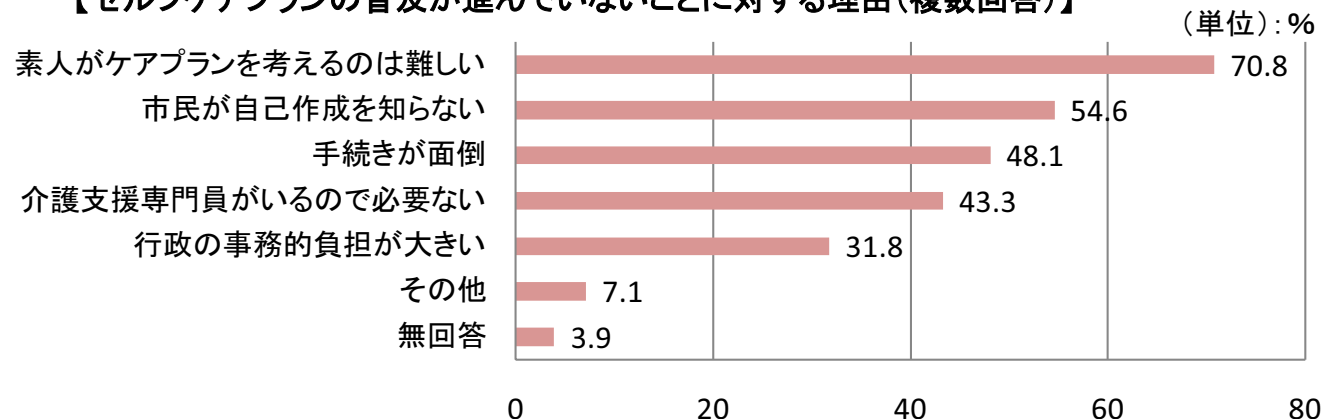
2. セルフケアプランの作成状況

①要介護者:0.01%(234.9万人中312人)

②要支援者:0.04%(82.8万人中360人)

※全国マイケアプラン・ネットワークのアンケート調査(平成21年7月)の結果による。この調査では、全国1,629市町村のうち、896市町村から回答があった。

【セルフケアプランの普及が進んでいないことに対する理由(複数回答)】



資料出所: 全国マイケアプラン・ネットワーク「ケアプランの自己作成についての実態調査と自己作成の健全な普及に向けての課題と施策の研究事業報告書 全国保険者調査から見てきたケアプラン自己作成の意義と課題」(平成22年3月)

ケアマネジャーの公正・中立性の確保について

これまで、制度改革や報酬改定により、ケアマネジャーの公正・中立性を確保するための対策を講じてきた。

【平成17年介護保険制度改革】

- 更新制（5年）の導入。
- 主任ケアマネジャーを導入。
- ケアマネジャー1人あたりの標準担当件数を「50件」から「35件」へ変更。
- 居宅介護支援事業所の管理者をケアマネジャーに限定。

【平成18年報酬改定】

- 特定事業所集中減算の創設：正当な理由なく、特定の事業所に偏るケアプランを作成した場合は減算。
- 特定事業所加算の創設：中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行ったり、専門性の高い人材を確保するなど、質の高いケアマネジメントを実施している事業所に対して加算を実施。

【平成21年度報酬改定】

- 特定事業所加算をより取得しやすくするため、特定事業所加算Ⅱを創設

【介護給付適正化事業（ケアプラン点検）の実施】

- 不適正な報酬算定等の発見、ケアプランの質の向上等のために、各保険者において、介護給付費適正化事業としてケアプランの点検を実施（実施保険者の割合 平成19年度：38.0% → 平成20年度：45.1%）
- 実施した保険者の15%は過誤申立ての発見に繋がったと回答。

【居宅介護支援事業所の不正への対応について】

- 居宅介護支援の公正・中立の原則の遵守、利用者が自らの選択に基づきサービスが提供されるように特定の居宅サービス事業者から金品等の收受を受けた場合、指定取消をできることになっている。

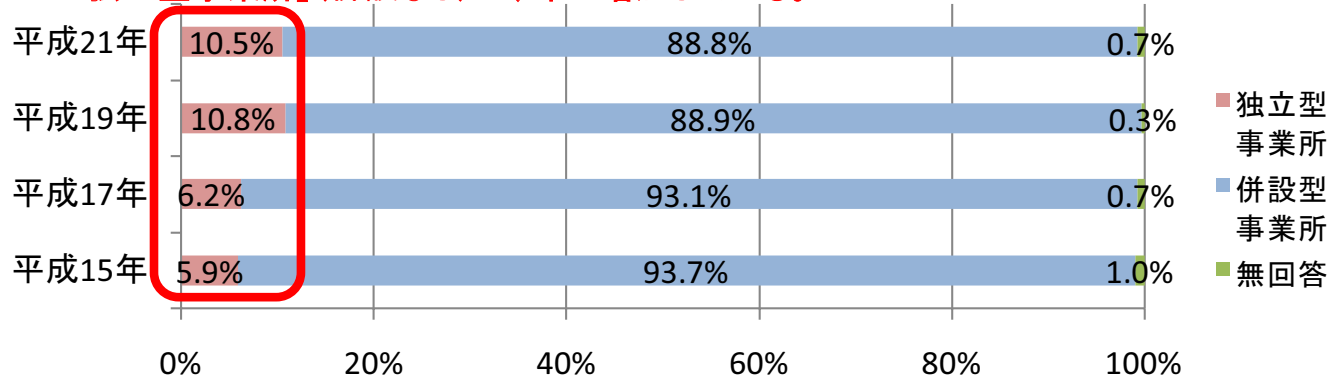
※平成12～20年度までに指定取り消しのあった居宅介護支援事業所数：161事業所（全体：699事業所）

居宅介護支援事業所の状況（独立型・併設型）

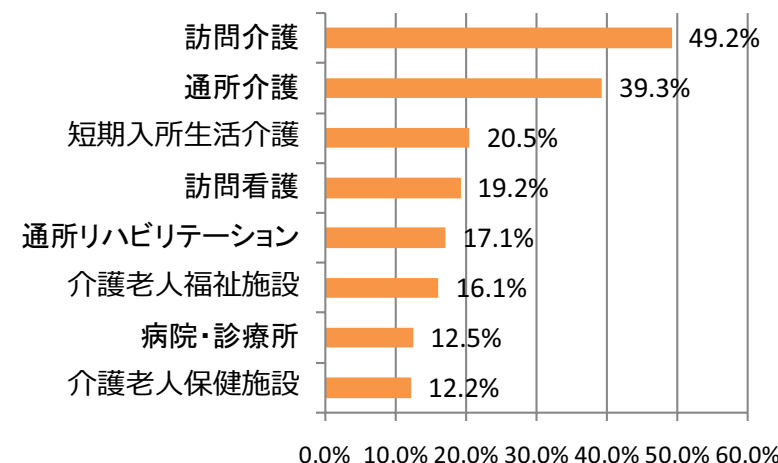
- いわゆる独立型事業所は10%強だが、増加傾向にある。
- 利用者のケアプランに組み込まれている併設サービスの状況をみると、「併設サービスのみ利用」は、年々、減少している。また、「併設以外のみを利用」比率が最も高くなっているとともに、その割合が増加してきている。また、サービス種類数が少ない方が「施設サービス利用」の比率が高くなっている。

○独立型事業所（併設施設なし）・併設型事業所（併設施設あり）の割合

・「独立型事業所」（併設なし）が、年々増加している。



【参考】併設先事業所の併設先施設・事業所（主なもの）



○サービス種類数別にみた併設サービス利用状況

- ・「併設サービスのみ利用」が、年々減少している。
- ・「併設以外のみ利用」の比率が最も高いとともに、「併設以外のみ利用」の割合が増加してきている。
- ・サービス種類数が少ない方が、「併設サービスのみ利用」の比率が高くなっている。

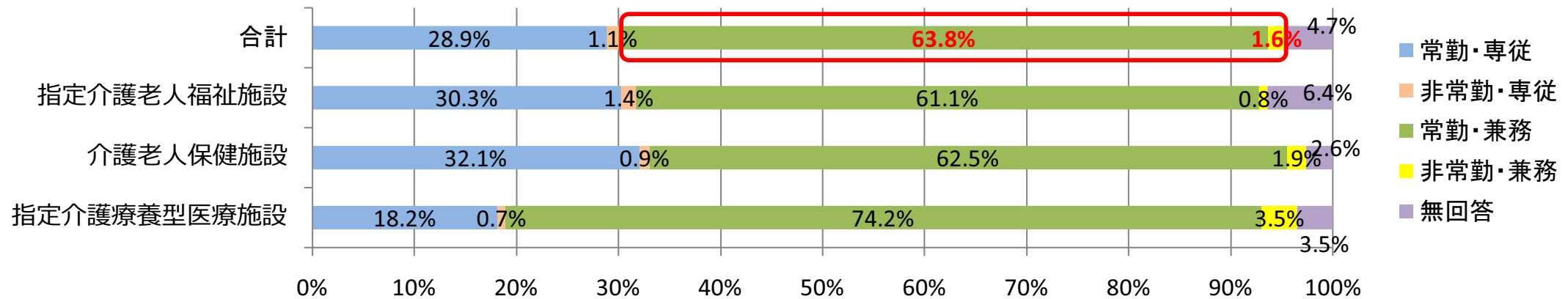
（単位：％）

	全 体	併設サービスのみ利用	併設及び併設以外を利用	併設以外のみ利用	無回答
1 種 類	100.0	37.3	3.4	43.2	16.1
2 種 類	100.0	16.6	36.3	34.8	12.2
3 種 類	100.0	3.9	49.1	37.1	9.9
4種類以上	100.0	2.0	58.4	31.8	7.8
合計(H21.11)	100.0	20.2	28.5	37.8	13.5
第4回調査(H19.11)	100.0	21.6	27.6	37.2	13.6
第3回調査(H17.11)	100.0	25.7	33.1	33.5	7.6

施設ケアマネジャーの勤務形態（特養・老健・介護療養の場合）

- 施設ケアマネについては、兼務の場合が多く、なかでも、看護職員・介護職員といった直接ケアを提供している者と兼務している場合が多い。また、総勤務時間のうちの介護支援専門員としての勤務時間の割合は、平均すると46.9%程度であり、25%未満である場合も4割程度ある。
- 特養・老健・介護療養等では、施設ケアマネの配置が義務付けられているが、必ずしも役割が明確化しているとはいえないと考えられる。

施設ケアマネの勤務形態（専従／兼務など）



他の業務と兼務している場合の兼務形態

	相談員	看護職員	介護職員	その他
介護老人福祉施設	36.2%	10.6%	48.6%	8.6%
介護老人保健施設	24.4%	34.9%	33.7%	9.9%
介護療養型医療施設	7.1%	75.3%	11.8%	10.4%
合計	26.4%	31.3%	36.6%	9.3%

総勤務時間のうち介護支援専門員としての勤務時間の割合

	25%未満	25%以上 50%未満	50%以上 75%未満	75%以上	平均値
介護老人福祉施設	35.2%	13.7%	14.8%	26.8%	47.7%
介護老人保健施設	34.9%	11.5%	13.1%	33.1%	52.1%
介護療養型医療施設	56.3%	12.6%	8.7%	17.6%	34.2%
合計	38.7%	12.7%	13.2%	27.4%	46.9%

これまでの主な指摘事項

研究会・団体等からの指摘事項

○ 経済同友会「2009年度社会保障改革委員会提言」(平成22年6月)

* 「Ⅲ. 介護サービスの提供のあり方」(3)医療と介護の連携強化

今後、医療を必要とする要介護者は一層増加すると考えられる。医療と介護それぞれのサービスのコーディネートや、双方の知識を必要とするケアが求められようになるなかで、それらに対応できる介護支援専門員(以下、ケアマネジャー)や介護福祉士の育成が必要である。

* 「Ⅳ. 介護事業発展のための施策」(2)ケアマネジャーの独立性、専門性の向上

ケアマネジメントの強化や利用者の主体性を尊重したケアプランの作成を行うためには、ケアマネジャーの独立性や介護、医療に関する専門性を高めなければならない。加えて、ケアマネジャーの利用においても自己負担を設け、利用者との直接契約を可能にするといった、ケアマネジャーを能力に応じて評価、処遇する仕組みを構築すべきである。

なお、ケアマネジャーの独立性や専門性を向上させる過程では、現状のケアマネジャーの不足にも考慮し、業務と専門性向上のための研修等が両立可能な環境を整える等の対応も求められよう。

○ 地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)

- ・ (略)介護支援専門員は利用者や家族の意向を尊重するだけでなく自立支援に向けた目標指向型ケアプランを作成し、利用者や家族の合意を形成していく能力が求められる。そのための研修の見直しや講師養成の在り方を検討することが必要である。
- ・ (略)自立支援型のケアマネジメントが推進されるよう、居宅介護支援に利用者負担を導入することも検討すべきではないか。
- ・ 介護支援専門員の資質の向上を図るため、医療・リハビリテーションに関する知識、他制度との連携方策、自立支援型のケアマネジメントの習得という観点から、介護支援専門員に係る現行の試験・研修についての見直しを行うべきではないか。また、介護支援専門員関連の研修の充実という観点から、研修内容や講師の資質の向上が必要ではないか。
- ・ サービスの評価とともに、ケアプラン(ケアマネジメント)の評価を行うべきではないか。

- ケアマネジャーの資質の向上、中立性・独立性の確保の在り方について、どう考えるか。
- 複数サービスを必要とする重度者に対して適切にケアマネジメントを行うという観点から、ケアマネジャーの資質の向上を図るべきではないか。特に、重度者は医療ニーズが高いことから、医療ニーズも汲み取ったケアマネジメントを推進すべきではないか。
- 一方、軽度者については、予防に向けたケアマネジメントの推進を図るべきではないか。
- 施設等におけるケアマネジャーの配置や役割について、どう考えるか。

平成23年度老人保健福祉関係予算概算要求の概要

— 老 健 局 —

(22年度予算額) (23年度概算要求)
老人保健福祉関係予算 2兆1,966億円 → 2兆3,202億円

*
老 健 局 計 上 経 費 1兆7,785億円 → 1兆8,716億円

*他局計上分(2号保険料国庫負担金等)を除いた額である。

【主要事項】

I 地域包括ケアの推進

187億円

(1) 24時間地域巡回型訪問サービス、家族介護者支援(レスパイトケア)等の推進(新規) 128億円

① お泊まりデイサービスの基盤整備 100億円

平成24年度の介護保険制度の見直しに当たり、デイサービスセンター等を活用した延長・宿泊サービス(お泊まりデイサービス)の実施に係る基盤の整備を行い、家族介護者の負担軽減を図るための家族介護者支援を推進する。(全国8,000床)

② 24時間地域巡回型訪問サービス事業等の推進 28億円

高齢者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できる社会の構築のため、24時間地域巡回型訪問サービスを実施するとともに、これらのサービスや既存の介護・医療等のサービスをインフォーマルサービスとも連携しながら継続的・包括的に提供していくための調整や住民参加型サービスを推進するための事業を総合的に実施する。

(2) 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修事業(仮称)の実施(新規) 21億円

特別養護老人ホーム、障害者(児)施設等において、適切にたんの吸引等の医療的ケアを行うことができる介護職員等の養成を支援する。

(3) 認知症の方の暮らしを守るための施策の推進 **38億円**

- ① 市民後見人（弁護士、司法書士等の専門職以外の第三者による後見人）の養成を支援するなど、地域における市民後見活動の仕組みづくりの推進を図る。
- ② 認知症コーディネーターによる医療と介護サービス等の連携を強化するとともに、認知症ケアの支援体制を構築するための事業を実施し、市町村圏域等における認知症施策を更に推進する。
- ③ 認知症高齢者の徘徊に対応するために、警察や交通機関等を含め、市民が幅広く参加する徘徊高齢者の搜索・発見・通報・保護のためのネットワークづくりを進める。

Ⅱ 安定的な介護保険制度の運営	2兆2,597億円
------------------------	------------------

(1) 介護給付に対する国の負担等 **2兆1,895億円**

介護保険制度を着実に実施するため、介護給付等の実施に必要な額を確保する。

○ 介護給付費負担金 **1兆3,649億円**

各市町村における介護給付及び予防給付に要する費用の20%を負担。

（施設等給付費（※）においては、15%を負担）

※ 施設等給付費とは、都道府県知事が指定権限を有する介護保険施設及び特定施設に係る介護給付費。

○ 調整交付金 **3,834億円**

全市町村における介護給付及び予防給付に要する費用の5%を負担。

（各市町村間の75歳以上の高齢者割合等に応じて調整）

○ 財政安定化基金負担金 **6億円**

都道府県が設置する財政安定化基金に対し、国がその3分の1を負担。

○ 2号保険料国庫負担金 **4,406億円**

(2) 地域支援事業の着実な実施 **703億円**

要支援・要介護状態になる前から介護予防サービスを提供し、効果的な介護予防システムを確立するとともに、地域の総合相談、権利擁護事業、介護給付等費用適正化事業等を行う。

Ⅲ 地域における介護基盤の整備

265億円

(1) 地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金（ハード交付金）

の交付

250億円

(Ⅰ(1)①を除いた額)

○ 認知症高齢者グループホーム等防災補強等支援事業（新規）

既存の地域密着型施設に対する老朽化に伴う修繕及び地震等防災対策上必要な補強改修等、既存の特別養護老人ホーム等のユニット化改修に係る費用を支援する。

○ 既存小規模福祉施設スプリンクラー整備事業の推進

消防法施行令の改正に伴い、スプリンクラー設置が義務付けられた認知症高齢者グループホーム等小規模福祉施設等に対し、スプリンクラー設置に係る費用を支援し、小規模福祉施設入居者の安全を確保する。

(2) 地域介護・福祉空間整備推進交付金（ソフト交付金）の交付

15億円

地域における介護サービス基盤の実効的な整備を図るために必要な設備やシステムに要する経費などに対し、助成を行う。

〔 地域密着型サービスの基盤整備については、21年度補正予算（第1号）に23年度までに必要な経費を計上。（5ページ【参考】の2を参照） 〕

IV その他主要事項

- 福祉用具・介護ロボットの実用化の支援（新規） 2 億円
福祉用具や介護ロボット等の実用化を支援するため、試作段階にある当該機器等に対する臨床的評価及び介護保険施設等におけるモニター調査の機会を提供する。
- 介護報酬改定等に伴うシステム改修経費（新規） 30 億円
平成24年度介護報酬改定等に伴う保険者（市町村等）システム、都道府県システム及び国民健康保険団体連合会の「介護保険審査支払等システム」のプログラム修正等を支援する。
- 介護保険総合データベース構築等事業（新規） 0.5 億円
被保険者の心身の状態（要介護認定データ）と介護保険サービスの利用状況データ等との関連を分析し、介護保険制度の見直しや介護報酬改定等に活用するためのデータベースを構築する。
- 介護給付適正化推進特別事業（仮称）（新規） 0.9 億円
都道府県及び保険者等が行う介護給付費適正化関連事業の一層の推進を図る。
- 低所得者への配慮 13 億円
社会福祉法人による利用者負担軽減措置の取り組みを推進するなど、低所得者への配慮を行う。
- 訪問看護の充実 2 億円
小規模訪問看護事業所の経営の安定化を図るため、請求事務や相談業務の共同化等を行う訪問看護支援事業を引き続き実施し、在宅療養の充実を図る。
- 第24回全国健康福祉祭くまもと大会事業費 0.9 億円

【参考】 平成21年度補正予算（第1号）の概要 ※平成23年度まで

1 介護職員の処遇改善 3,975億円

介護職員の雇用環境を改善し、今後増加する人材需要に応えるため、平成21年度の介護報酬改定（+3.0%）に加えて、介護職員の賃金の確実な引上げなど介護職員の処遇改善に取り組む事業者に助成する。

2 介護基盤の緊急整備等 3,294億円

（1）介護基盤の緊急整備等 2,495億円

地域の介護ニーズに対応するため、新たに施設整備交付金（ハード交付金）を拡充するための基金を設置するなどにより、特別養護老人ホーム、老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所等を緊急に整備する。

また、消防法施行令の改正により、平成21年4月から新たにスプリンクラーの設置が義務付けられた既存の広域型特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等に対して助成を行い、スプリンクラー整備の促進を図る。

（2）施設の開設準備経費等についての支援 799億円

特別養護老人ホーム等の円滑な開所のため、開設準備に要する経費について助成を行う。また、大都市部等における施設用地確保の負担軽減を図るため、定期借地権設定により用地を確保する場合の一時金に対する助成を行う。

3 福祉・介護人材の資格取得等のキャリアアップ支援等

（1）現任介護職員等の研修支援

現任の介護職員等を外部研修等に派遣する場合に、代替職員の確保に必要な経費を助成する〔緊急雇用創出事業の内数〕。

（2）地域における相談支援体制の整備

地域包括支援センター等の機能を強化するため、事務職員や認知症の連携担当職員を配置する〔緊急雇用創出事業の内数〕。

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、今後も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、中にはどうしても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いる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かせします。

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いたします。

■ 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。

平成 22 年 8 月 30 日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 殿

ケアマネジャーの在り方について

社会保障審議会介護保険部会委員
木村 隆次
(一般社団法人日本介護支援専門員協会会長)

日本の介護保険制度は、世界に類を見ない優れた制度です。

その評価の核となっているのは、ケアマネジメントとケアマネジャー（介護支援専門員）が制度に組み込まれていることです。

ケアマネジャーは、利用者の幸せづくりと実現したい生活を支えるため、介護保険制度の要として、この日本にケアマネジメントを確立するべく業務をしています。

多職種協働によるケアマネジメントを徹底すれば、認知症になっても、ひとりで暮らしていても、入院することになっても、退院する時も、利用者が安心して住み慣れた地域で暮らすことが可能になります。また、過不足のない適切なサービスを必要な人に提供することにより、国民が負担する社会保障費は適正なものになっていくと確信しています。

また、全国に3万事業所を超える居宅介護支援事業所は、大きな社会資源であり、地域包括支援センターと連携を図ることにより、地域におけるきめの細かい相談支援体制の構築が可能となります。

ケアマネジャーには、平成 18 年改正介護保険法施行において専門職として唯一、資格の更新制度が導入されました。私たちには、高い倫理観と絶えざる研修が必要であることを認識し、様々な努力を重ねてきました。今後さらに制度の中核で重責を担うためには、現在の任用資格から国家資格にする必要があると考えます。

1. ケアマネジャーの資質向上について

ケアマネジメントの重要性は異論のないところであると思うが、ケアマネジャーがその役割を十分に果たし質の均一化を図るために、国として日本のケアマネジメント論の体系化と確立を急ぎ、大胆なケアマネジャー養成の見直しが必要であるとする。

○現任ケアマネジャーへの対策

(1) ケアマネジャーの生涯研修体系について

- ①質を担保するために、平成 17 年改正介護保険法において更新研修（5 年ごとの資格の更新）が導入された。さらなる質の向上を図るために、国が定めた研修内容を早急に見直ししていただきたい。

（日本介護支援専門員協会で調査研究済み。別添資料参照）

例えば、医療サービス、認知症課目の必修化などがあげられる。

- ②地方分権の動きが進む中であって、質の確保は国で担保すべきことと考える。都道府県による研修内容のばらつきに歯止めをかけるためには、国の責任において全国統一の研修教材を定め、さらに講師を養成することが必要である。日本介護支援専門員協会は、主任介護支援専門員指導者養成講座、テキスト等の整備、講師バンクの設置など行ってきたが、現任ケアマネジャーの全てをカバーすることには限界がある。

- ③更新研修にかかるコストや時間の負担を少なくする必要がある。そのためには、e-ラーニングシステムや、通信教育（DVD 等）を活用すべきである。

- ④利用者からみれば、契約している事業所の経営が安定していることは、安心を得るための大きな要素の一つとなり得る。社会から要請される居宅介護支援事業者像を真摯に受け止め、経営を強化するべく、経営マネジメント及び人事マネジメントについて研鑽していく必要がある。研修体系への管理者研修の導入、又は新たな研修制度の構築をお願いしたい。

(2) 介護支援専門員を育てるスタンスでの集団指導、実地指導の実施をお願いしたい。

○新人ケアマネジャー養成に関する対策

- (1) 国家資格化と大学教育相当の養成課程（実務実習含む）が必要である。

（コアカリキュラム作成が急務）

- (2) 介護支援専門員実務研修受講試験の出題内容の見直しが必要である。

国で「試験出題内容見直し検討会」を設置し、ケアマネジャーに求められる必要な知識を、今一度検討していただきたい。

- (3) 受講要件（基礎資格等）の見直しを行うため、国で「資格の在り方に関する検討会」を設置し、検討していただきたい。

2. ケアマネジャーの中立性・独立性について

ケアマネジャーの中立性・独立性は、「機能的」「構造的」「経済的」の3点を一体に考えるべきである。

現在、併設サービスを持たない事業所は10.5%となっている。いわゆる建物を別とする構造的な独立だけでは中立性は保てない。また指導監督で経済的な独立を判断するのは極めて難しい。現状では「機能的」な点で中立性・独立性がどのように担保されているかを見るのが重要であり、適正なケアマネジメントを行っていることが、機能的独立を果たしていることにつながる。すなわち、誰からも介入されないで、信念をもって利用者の自立支援のためにケアマネジメントを行っていることである。

○中立性・独立性担保のための対策

- (1) 事業者併設サービス利用の集中減算について、現行の90%からたとえば70%にして、さらなる制限を加える。（ただし、サービスの不足している地域等、実情に配慮）
- (2) 集中減算対象サービスの種類を広げる。
- (3) ケアカンファレンスとチーム連携を推進する。（第三者の目で公正中立を担保）
- (4) 市町村にお願いしたいこと。
 - ① 国保連合会のデータと介護支援専門員証の登録番号を活用した特定のサービス提供事業者への集中度などの追跡調査分析。
 - ② ケアプラン点検事業の徹底。
（ケアマネジャーと保険者が、共に利用者の真の自立支援を考えることが大事）
 - ③ 職能団体と保険者がきちんと話し合い研修を実施し中立性を教育していく。

3. 施設に勤務するケアマネジャーについて

- (1) 入院患者・入所者の暮らしを支えるケアマネジメントを実践するケアマネジャーが、「入院入所・退院退所調整およびケアプラン作成担当者」として働ける環境を整えていただきたい。支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必要である。
- (2) 50対1でケアマネジャーを専従で配置している施設を評価していただきたい。
現行の100対1の兼務配置では、入院患者・入所者の適切なケアマネジメントを行うことは困難である。

4. 介護予防支援について

- (1) 指定介護予防支援事業者のケアマネジメントは、ケアマネジャーのみが行うことと明確化し、さらに専従とするよう配置基準の変更をお願いしたい。
- (2) その上で、予防給付ケアプランの作成を専従業務としたケアマネジャーが行うことにより、地域包括支援センターの三職種は、本来の業務である総合相談・支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務をしっかりと行うことができる。

5. 自己負担について

- (1) 居宅介護支援費に自己負担がないことは、すべての要介護者・要支援者に対するサービスが、心身の状態に応じて適切なケアプランにより組み込まれて、初めて自立支援のためのサービスとなるものであり、この実現に向け、公正中立な立場ですべての人に対し、ケアマネジメントが行われるために措置されたものと理解している。
- (2) ケアマネジャーは、市町村、サービス事業者・施設等と公正中立に連絡調整を行うことができる。自己負担が導入された場合、ケアマネジャーを利用しなくなり、適切なサービス利用ができなくなる、あるいは生活を楽しむサービス利用に流れ、ひいてはいたずらに介護サービス（費用）の増大につながる可能性がある。
従って、利用者を守り、自立を支援する立場として自己負担の導入は、反対である。
財政面の議論だけではなく、利用者の立場に立った議論を行うべきである。

6. セルフケアプランについて

- (1) セルフケアプランは、制度発足時から導入されている仕組みである。しかし、このことを推進していった場合、認知症高齢者や困難事例に該当する人等がケアマネジメントを受けられなくなる可能性もあり、ひいては必要なサービスが利用できないことにつながる恐れもある。
- (2) 専門職のアセスメントにより、介護保険サービス、介護保険外サービスとして相応しいものは何か、利用者の理解を促した上でサービスを選択していただくことも、ケアマネジャーの重要な役割であると認識している。
- (3) セルフケアプランにおいては、保険者がケアプランのチェックや給付管理を行う必要があり、これに対応し得る体制が整備されるのかどうか危惧をする。

7. ケアマネジメントによる社会的リスク対応への貢献

介護保険制度の下、ケアマネジャーによるケアマネジメントの仕組みがあったことで、災害時の安否確認や救出作業、新型インフルエンザ発生時のサービス切り替えなどがスムーズに行われた。介護保険制度が発足する前に発生した阪神淡路大震災と、その後に発生した地震、洪水等におけるリスク対応から、このシステムが「ある」か「ない」かによる違い、効果が明確になった。

利用者の暮らしと命を支え、いざという時に安心できる連携体制が構築されていたことは、制度の側面としての大きな功績である。

以上

介護支援専門員に求められる研修カリキュラム（日本介護支援専門員協会版）（案）
改訂版と公的研修の対応関係

介護支援専門員に求められる研修カリキュラム（日本介護支援専門員協会版）（案）

公的研修

領 域	研 修 課 目	
A 倫理	A-1	倫理
	A-2	介護支援専門員の役割

研修	課程	講義時間	演習時間
基礎研修	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3	
専門研修Ⅰ	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	1	
主任研修	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3	
実務研修	介護保険制度の理念と介護支援専門員	2	
専門研修Ⅱ	介護支援専門員の課題	3	
実務研修	要介護認定等の基礎	2	
専門研修Ⅰ	介護保険制度論	2	

B 介護保険制度と関連制度の知識	B-1	介護保険制度
	B-2	老人福祉法
	B-3	医療保険関連法
	B-4	生活保護法
	B-5	権利擁護関連制度
	B-6	消費者関連法
	B-7	障害者福祉諸制度
	B-8	精神保健福祉制度
	B-9	高齢者虐待防止の関連制度
	B-10	その他

専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解(Ⅲ)「人格の尊重及び権利擁護」	2	
専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解(Ⅲ)「人格の尊重及び権利擁護」	2	

C ケアマネジメント論	C-1-1	総論Ⅰ
	C-1-2	総論Ⅱ
	C-2	インテーク
	C-3	アセスメント(査定)
	C-4	プランニング・ケア計画の作成
	C-5	ケアカンファレンス・ケア会議(チームアプローチ・コーディネーション)
	C-6	直接介入・間接介入 インターベンション
	C-7	仲介:ブローカリング 連結:リンケージ
	C-8	モニタリング
	C-9	権利擁護:アドボカシー
	C-10	ネットワーク形成:ネットワークング
	C-11	評価:エバリエーション及び終結:ターミネーション
D 国際生活機能分類(I C F)	D-1	国際生活機能分類の概念の理解と活用
E 介護予防ケアマネジメント	E-1	介護予防ケアマネジメント 総論
	E-2	予防給付マネジメント

実務研修	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基本	2	
基礎研修	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	7	
専門研修Ⅰ	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	3	
実務研修	受付及び相談と契約	1	
実務研修	アセスメント、ニーズの把握の方法	2	4
実務研修	アセスメント、居宅サービス計画等作成演習		6
実務研修	居宅サービス計画等の作成	2	4
実務研修	アセスメント、居宅サービス計画等作成演習		6
実務研修	チームアプローチ演習		3
専門研修Ⅱ	サービス担当者会議演習		3
実務研修	モニタリングの方法	2	

次ページ専門研修Ⅰ 保健医療福祉の基礎理解(Ⅱ)「社会資源活用」へ

領 域	研 修 課 目	
F ケアのための保健医療福祉の知識	F-1-1	(1) 器官別疾患分類による理解
	F-1-2	疾患の症候学的理解
	F-1-3	急性疾患および慢性疾患への対応の理解
	F-1-4	救急事態の対応について
	F-1-5	精神疾患の理解
	F-1-6	薬剤に関する知識
	F-1-7	医療上必要な機器類の理解
	F-1-8	リハビリテーションの知識
	F-1-9	栄養管理に関する知識
	F-1-10	摂食・えんげに関する知識
	F-1-11	口腔機能に関する理解
	F-1-12	ターミナルケアの理解
F 医療福祉のための保健	F-2-1	(2) 高齢者看護の基礎知識
	F-2-2	医療的処置に関する看護の理解
	F-2-3	療養生活における看護の視点
	F-2-4	難病の看護
	F-2-5	感染症の看護の理解
	F-2-6	ターミナルケアと看護

研修	課程	講義時間	演習時間
専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解(Ⅰ)「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	4	

専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解(Ⅳ)「リハビリテーション」	3	
専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解(Ⅳ)「リハビリテーション」	3	

主任研修	ターミナルケア	3	
------	---------	---	--

領域	研修課目			研修	課程	講義時間	演習時間	
F ケアのための保健医療福祉の知識	F-3-1	(3) 介護の知識	介護福祉の基礎					
	F-3-2		生活支援の基礎知識 (IADLを中心に)					
	F-3-3		生活動作 (ADL) の介護技術					
	F-3-4		認知症高齢者の介護技術					
	F-3-5		障害に応じた生活支援					
	F-4-1	福祉 援	高齢者ケアの基本理念	実務研修	相談面接技術の理解	3		
	F-4-2		社会福祉援助技術論の理解	主任研修	地域援助技術 (コミュニティソーシャルワーク)	3	3	
	F-4-3		ソーシャルワークの歴史とケアマネジメント	専門研修Ⅰ	対人個別援助技術 (ソーシャルケースワーク)	2	7	
	F-4-4		ソーシャルワークの概要の理解					
	F-4-5		家族支援・家族システム援助論					
	F-4-6		接近困難事例への対応					
	F-4-7		社会資源の活用	専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解 (ⅱ)「社会資源活用」	3		
	F-4-8		社会福祉調査法の知識と活用					
	F-5-1	(5) 認知症	制度					
	F-5-2		医療	専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解 (ⅴ)「認知症高齢者・精神疾患」	3		
F-5-3	生活		専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解 (ⅴ)「認知症高齢者・精神疾患」	3			
F-6-1	(6) 心理学	高齢者の心理						
F-6-2		精神障害の基礎知識						
F-6-3		老年期のパーソナリティとセクシュアリティ						
G 社会資源 (活用) 論	G-1-1	(1) 介護保険制度上の資源	居宅介護支援					
	G-1-2		訪問系サービス	専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携 (ⅰ)「訪問介護・訪問入浴介護」	3		
	G-1-3		通所系サービス	専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携 (ⅱ)「訪問看護・訪問リハビリテーション」	3		
				専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携 (ⅳ)「通所介護・通所リハビリテーション」	3		
	G-1-4		居宅療養管理指導	専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携 (ⅳ)「居宅療養管理指導」	3		
	G-1-5		短期入所系サービス	専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携 (ⅴ)「短期入所・介護保険施設」	3		
	G-1-6		居住系サービス					
	G-1-7		福祉用具・住宅改修	専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携 (ⅴⅱ)「福祉用具・住宅改修」	3		
	G-1-8		介護保険施設	専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携 (ⅴⅲ)「介護保険施設・認知症対応型共同生活	3		
	G-1-9	地域密着型サービス	実務研修	地域包括支援センターの概要	2			
	G-2-1	(2) 地域連携	地域包括ケア	主任研修	主任介護支援専門員の役割と視点 (地域包括支援センターの運営	5		
	G-2-2		社会資源の活用					
	G-2-3		災害時の対応について	主任研修	人事・経営管理	3		
H 運営管理	H-1	人事管理、労務管理、リスクマネジメント	主任研修	サービス展開におけるリスクマネジメント	3			
I 事例検討・研究・方法論	介護支援専門員の事例検討・事例研究			専門研修Ⅱ	「居宅介護支援」事例研究	6		
				主任研修	事例研究及び事例指導方法	5	18	
J その他	J-1	講師としての講義／講演等を実施すること			基礎研修	ケアマネジメント点検演習		14
	J-2	上記分類以外でケアマネジャーに対する研修等に参加すること			基礎研修	ケアマネジメント演習講評		6
K 演習	第一段階	(経験年数：1～3年)	一連の介護支援業務 (サービスの基礎知識、技術) を確実に習得する演習	基礎研修	研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り		3	
				実務研修	介護予防支援 (ケアマネジメント)	3	4	
	第二段階	(経験年数：3～5年)	介護支援業務を確実にこなうことができ、徹底した自己検証と言語化ができる演習	専門研修Ⅱ	「居宅介護支援」演習		6	
				専門研修Ⅱ	「施設介護支援」演習		6	
	第三段階	(経験年数：5年以上)	地域の中で、介護支援専門員の指導者としての役割が果たせる演習	主任研修	対人援助者監督指導 (スーパービジョン)	6	12	
				実務研修	実習オリエンテーション	1		
L 実習	第一段階	(経験年数：1～3年)	一連のケアマネジメントプロセスの実習	実務研修	意見交換、講評	1		
	第二段階	(経験年数：3～5年)	事例検討会の事例提供者になる					
	第三段階	(経験年数：5年以上)	事例検討会の主催、実習の体験 地域包括支援センター・指定事業所・体験研修	専門研修Ⅱ	介護支援専門員特別講義	2		

「介護支援専門員職能研修体系及び研修講師養成システム検討事業報告書
日本介護支援専門員協会 (平成 20 年度厚生労働省老人保健健康増進等

「介護支援専門員職能研修体系及び研修講師養成システム検討事業報告書」より抜粋
日本介護支援専門員協会（平成 20 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）

NPO 法人 高齢社会をよくする女性の会 調査〈抜粋〉

問「要介護認定はやめて、サービス担当者会議などにおいてケアマネジャーら専門家がチェックすればよい」といった意見があります。

要介護認定について、あなたはどのように思われますか。

また、要介護認定基準への不満や困ったことなどはありますか。

1 要 介 護 認 定 は 必 要

(1) 家 族

- ① 現状でよい。ある程度公平な視点で捉えられていると思う。介護専門職だけでは公平、平等性が心配。 (70 歳代 女性 鳥取県 家族)
- ② 必要と思うが、普段の様子を把握しているケアマネジャー等専門家が認定に立ち会い、決めて欲しい。特に認知症の場合、訪問調査の時だけははっきりしている場合があるので。 (50 歳代 女性 東京都 家族)

(2) 事業者、ケアマネジャー

- ① 要介護認定はあったほうがよい。サービス担当者たちに決められた場合、不公平になりかねない。認定に不満があったり困ったりしたら高齢福祉課に相談している。 (60 歳代 女性 栃木県 事業者)
- ② 介護認定は支給限度額を決めるためである。家族状況によっても必要なサービス量、種類が異なる。必要なサービスが受けられるようになれば、認定は必要ないと思う。しかし、介護度の高い人ほど手間がかかるので、手間の基準として必要。 (60 歳代 女性 広島県 ケアマネジャー)
- ③ 認定制度は、全国一律にするためにも必要。男 性 茨城県 事業者)
- ④ 現状でよい。担当者会議などでの介護認定ではいくらでも操作できてしまう。調査員の質を良くするべき。(30 歳代 女性 宮城県 ケアマネジャー)

(3) 医 師

- ① 要介護認定は必要。ただし、基準の見直しが必要。医師の診断—意見書を重視して欲しい。 (60 歳代 男性 宮城県 医師)

2 不要とは言わないが、問題あり

(1) 家族、利用者

- ① 弟は立ち上がり座ることトイレに行くことはできるが重症の肺気腫があり外出できない。入退院を繰り返しているが、要支援1だった。誰のために認定調査を行うのかと怒りを覚える。 (80歳代 女性 埼玉県 家族)
- ② 利用者の実態を知らないままの表面的な調査やそれに基づく審査は、利用者本位の原則を無視している。 (80歳代 女性 高知県 事業者・利用者)

(2) ケアマネジャー、事業者

- ① 権限と責任をもってサービスを決定できるケアマネジャーは（自分を含め）育成できていないと思う。現在の認定基準の曖昧さには不満。 (40歳代 男性 鳥取県 ケアマネジャー)
- ② かつて認定委員を引き受けた経験では、各々の立場から審査検証する作業であるはずが、ルールにとらわれて審議を尽さず、結論を出さなければノルマが達成出来なかった。審査会の費用が有効に使われていないことと責任の拡散行為ではないかと思った。 (60歳代 女性 沖縄県 施設長)
- ③ 要介護認定は大変な金と時間を要しているにもかかわらず、審査員は情報を十分把握していない。 (70歳代 女性 滋賀県 事業者)

(3) 元教員、民生委員等

- ① 要介護認定に、ケアマネジャーやヘルパー・介護福祉士など介護現場の専門職が、もっと関わること。認定基準に関しても同様である。 (70歳代 女性 京都府 元教員)
- ② 認定事務にかかる時間や経費を考えると、他によい方法があればと思う (60歳代 女性 神奈川県 民生委員)
- ③ 介護度で計るプランは人権無視とも思える。 担当者会議は必須と考えている。そのためには地域包括支援センターの役割が大きいはずだが、巧く機能していない。担当部署の取り組み方は、市民・現場の思いと乖離している。 (60歳代 女性 大阪府 地域包括支援センター運営協議会委員)

3 要介護認定より担当者会議などでチェックを

(1) 家 族

- ① 要介護認定のとき主観が多々入るように思う。いつも接しているケアマネジャーら専門家のチェックのほうがよい。(60歳代 女性 鳥取県 家族)
- ② 要介護認定はやめて欲しい。当事者を中心にケアマネ、ホームヘルパー、医師等による担当者会議で行って欲しい。(80歳代 女性 鹿児島県 家族)
- ③ 認定審査会は無用。きちんと訓練されたケアマネジャーらによるサービス担当者会議でチェックするほうがよい。(60歳代 女性 三重県 家族)
- ④ 正直、善意、客観的に判断できる人ばかりで構成されるなら、サービス担当者会議に大賛成。(60歳代 女性 福岡県 家族)
- ⑤ 介護認定の基準はわかりにくい。当事者や家族に勝る専門家はいないので、希望する当事者あるいは家族が出席できる担当者会議にしてほしい。自分の生活が人任せになってしまうのは、自己決定権を行使する自立観に反するし、責任感をなくしていく。
また、ケアマネジャーが法の番人かのように日々の暮らしをチェックしているようで不愉快に感じることもある。(50歳代 女性 高知県 家族)

(2) 介護職員、事業者

- ① 不服申請はあっても無いに等しい。サービス担当者会議などにおいてケアマネら専門家がチェックすればよい。(60歳代 女性 神奈川県 介護職員)
- ② 在宅生活上意味のない質問がある。ケアマネジャーらの専門家がチェックすればよい。(60歳代 女性 神奈川県 訪問介護事業所)
- ③ 要介護認定は不要。状態が変化した時点でケアマネジャーが変更申請すればよい。調査費、医師等への費用が多すぎる。(60歳代 女性 和歌山県 介護職員)

(3) 医 師

- ① 要介護認定をなくし上限額をなくす。必要なサービスを必要なだけ使えるように。(50歳代 男性 鹿児島県 医師)

そ の 他

- ① 「要介護認定をやめる」という根拠がよく分からない。
介護支援専門員・訪問調査員のレベルにバラツキが多い。訪問調査員の平準化を求める。専門家としての研修が必要なのではないか。
(70 歳代 女性 京都府 介護認定審査委員)
- ② 認定が現実にあっていない。例えば、努力して頑張っでぎりぎりで生きている 90 歳代の人より、何もしないで、できないと言っている人のほうが介護度は重い。医師は意見書の内容を本人または家族に確認すべき。ある認知症高齢者の判定基準はⅢ b だが、医師は自立としていた。
(50 歳代 女性 滋賀県 介護職員)
- ③ あまりにも手間暇のかかる現行の認定制度はいかにも机上の制度らしく、速やかに改善をはかるべきと考える。(80 歳代 女性 東京都 事業所理事)
- ④ ケアマネの公共性・経済的独立性を担保できる仕組みを構築し、独立して設立・運営した場合は、給付額の決定等の権限を付与すべき。
7 段階の介護認定を簡略化、若しくは廃止。(40 歳代 男性 東京都 事業者)
- ⑤ 7 段階の認定制度があいまいな点が多いのでなくし、利用したい人は利用できるようにする。身体介護と生活援助の区別をなくす。
(60 歳代 女 神奈川県 事業者 ケアマネジャー)
- ⑥ コンピュータによる一時判定で大まかな目安を決め、後は、ケアマネジャーと地域包括支援センター担当者の判断にゆだねる。この場合、ケアマネジャーは全員、地域包括支援センターの所属にするなど、事業所とは切り離す。
(60 歳代 女性 静岡県 教員)
- ⑦ 要支援は地域包括支援センターがかかわるようになって、かえって複雑で書類が増えて、煩雑になったと感じる。(80 歳代 女性 大阪府 利用者)
- ⑧ 要介護度が低いから介護負担が少ないかというと、まったくそうではない。例：夜、頻繁にトイレに通う際の家族の負担はあまりにも大変。
(50 歳代 女性 広島県 家族)

問 居宅サービスを利用するには「支給限度額」が定められ、限度額を超えるとサービス利用は全額自己負担となります。
あなたは、支給限度額を上げたほうがよいと思われますか。

1 支給限度額は上げたほうがよい

(1) 利用者、家族

- ① 支給限度を上げてください。限度額内では十分な介護ができず、家族の負担が増すばかり。(70 歳代 女性 鳥取県 101 歳の母を在宅で介護)
- ② 居宅サービスを受けるということは、切羽詰ってのこと。家族は、どうにもならないからサービスを受ける。支援限度額を上げて居宅介護サービスの回数を増やせるようにしてほしい。(80 歳代 女性 鳥取 家族)
- ③ 夫の介護は限度額内ではとても間に合わず自費による負担が多かった。支給限度額を上げてほしかった。(80 歳代 女性 東京都 利用者・家族)
- ④ 限度額では 1 人暮らしの人等の在宅生活はとても無理。所得の低い人に対しては、特に限度額を上げてほしい。(60 歳代 女性 新潟県 家族)
- ⑤ 限度額を上げるべき。ただし、利用料の 1 割を払えない人のために、セイフティネットがしっかりあるべき。(50 歳代 女性 高知県 家族)
- ⑥ 重度の要介護者等には支給限度額は上げて、利用者の実態に即し適切なサービスを支給するとよい。ただし、所得の少ない利用者にとっては、支給限度額だけの問題ではない。(80 歳代 女性 高知県 事業者・利用者)

(2) 介護職員

- ① 要介護 1 の方は、週 4 回ぐらいデイサービスに通え、料金も安く利用できる。要介護 5 の方は、1 日 3 回の食事介助や排泄介助をヘルパーに依頼すると、それだけで限度額を超える場合もある。
(40 歳代 女性 沖縄県 介護職員)
- ② 軽度の方の限度額は、現状のままでよいと思う。
要介護度 4～5 の方は、限度額を上げる必要があると思う。
(50 歳代 女性 秋田県 介護職員)

(3) 市議会議員、民生委員

- ① 上げたほうがよい。もう少しサービスを利用することで状況がよくなる場合でも、全額自己負担のため、あきらめて状況が悪くなる場合が多い。在宅介護は特に必要。(50 歳代 男性 岐阜県 市議会議員)
- ② かなりの利用者は限度額を超えた全額自己負担分に困っている。可能な限り上げたほうがよい。(70 歳代 女性 岩手県 民生委員)

2 上げたほうがよいが、財源や保険料増が問題

- ① 利用者とするれば限度額を上げて欲しいが、上がることで保険料の負担が大きくなれば、どちらが良いかは疑問。(50 歳代 女性 香川県 家族)
- ② 限度額が上がるのはありがたいが、1 割負担も多くなり、少ない年金では利用回数を増やせない。(60 歳代 女性 長野県 家族・介護職員)
- ③ 上げた方がよい。国の予算も考えてのことだが。(70 歳代 女性 鳥取県)

3 支給限度額は上げないほうがよい

(1) 家 族

- ① 支援限度額は上げないほうがよい。医療費のように青天井になると、きりがない。低負担高福祉はありえない。(40 歳代 男性 長野県 家族)

(2) 民生委員

- ① 広い利用のためには、支援限度額は上げなくても、ある程度、受益者負担は仕方がないと思う。(60 歳代 女性 富山県 民生委員)

4 その他

- ① 一人暮らし、高齢者のみ世帯等世帯によって、また介護の必要の度合いによって、限度額を超えるサービスが必要となる。

マネジメントにおける不必要なサービスの導入を避けることは勿論だが、その上で自立を支援するために必要なサービスであれば、それが収まらない限度額というものは、それ自体が設計ミスではないか。

(40 歳代 男性 鳥取県 ケアマネジャー)

給付の在り方等について

平成 22 年 8 月 30 日

社会保障審議会介護保険部会委員

齊 藤 秀 樹

(全国老人クラブ連合会)

1. 要介護認定について

●公平性・信頼性・効率性の観点から常に見直しの対象

- ① 「制度に完璧はない」という前提に立って、利用者、主治医、認定調査員、認定審査会、保険者等、認定に関わる多くの方々の意見に謙虚に耳を傾け、公平性・信頼性・効率性の観点から、専門委員会等を設け、介護保険事業計画の各期ごとに課題を検証し、国民的なコンセンサスを得る姿勢が必要ではないか。
- ② 7 区分方式の要介護認定によらず、簡略化するなどの方法を試行したい自治体に対しては、構造改革特区制度を活用した社会実験を認めてもいいのではないか。
- ③ ケアマネージャーの専門性向上を含めて、保険者の権限と責任において認定を判断できる専門家の養成を行う等、現在の認定方式の見直しに繋がる検討の余地が大きいのが要介護認定分野ではないか。

2. 区分支給限度額について

- ① 前回の介護報酬改定で増えた各種の加算や医療的ケアの利用拡大に対応した区分支給限度額の引上げは必要と考える。(実態調査での分析を踏まえて)
- ② 現実的には、「地域包括ケア研究会報告書」にあるように、医療的ケアに関しては、区分支給限度額の枠外とする考えには賛成である。

3. 介護支援専門員について

●「制度の要」に、より高い専門性を

- ① 介護支援専門員の保有資格が介護福祉士に偏り、医療的ケアへの知識が十分とはいえないとの指摘がある。人材養成の抜本的見直しが急務ではないか。

- ② 介護支援専門員の生命線は中立性にある。事業所併設サービス利用は疑義を生じやすい側面が多く、現行の集中減算で十分な中立性が確保されているか再考の余地があるのではないかな。
- ③ 独立性の方向を支援する仕組みが不十分ではないか。制度が 10 年を経過した現在、「制度の要」である介護支援専門員の資質向上と活用が将来の制度運用に大きな影響を及ぼすことになるので、別途検討会を設けて議論していただきたい。

4. 居宅介護支援費の自己負担導入について

●「適切なサービス提供」に混乱をもたらす

- ① 介護保険制度、介護サービス内容に精通していない利用者の水先案内人が介護支援専門員である。費用を保険料で賄い、信頼関係で成り立っている利用者との関係を壊すものであり、制度不信に繋がるような自己負担導入は最悪の選択肢である。
- ② 介護サービスに対する 1 割の自己負担が重く、利用を控える要介護者も多いなか、直接サービスではない居宅介護支援費への自己負担導入は、ケアマネージャーの利用抑制や必ずしも適切とは言えない自己介護プランの作成を招く結果となる。

平成22年8月30日

第30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

医療法人 真正会 理事長 齊藤正身

- (1) ドイツにおける要介護認定の現状
- (2) 通所介護と通所リハの「リハビリ」の違い
- (3) 要介護認定とリハビリテーション

(1) ドイツにおける要介護認定の現状

＜ドイツの要介護認定について＞ MDK Bayern, Hans Gerber 医師にヒアリング 15Jun.2010

1995年に導入された介護保険制度、2008年に始めて見直しが行われた。見直しの内容は、サービス・報酬・料金だが、法改正では特に認知症の申請から判定までの見直しがテーマになった。

サービスについてはもっとダイナミックにするべきだということで、特にサービスの質の向上を2015年に決めましょうということになっている。

ドイツ全体の判定件数：1995年175万人 → 2008年153万人 （施設24% 在宅76%）

ドイツの要介護認定は3段階に加えてハード（特に重度）が加わる

1. 現物支給
2. 現金支給（3分の2は希望する）
3. 現物＋現金

＊実際には現金支給では実際のサービスは賄いきれない。現物の方が金額で言えば高くなる。

＊施設の場合には、その他の負担が増える。身体障害者は加えて250ユーロ支給される。

2008年から認知症の場合には、毎月軽度100ユーロ、重度200ユーロがプラスされる（在宅の場合に限る）

→ サービスとして使う（買い物付き添いなど）→請求書を保険会社に出す→現金が送られてくる）1時間15ユーロぐらい

＜ディスカッション＞

●認知症に対する評価をどのような形で支給につなげるのかがポイント！

ドイツの場合は現金で支給になっているが、今、家族に対する負担軽減の様々なプロジェクトが進行中である。

一つのプロジェクトとして地区ごとに相談所の整備や有償ボランティアの導入なども考えている。

しかし、基本となる評価がやはり重要だと考えている。今の方法で良いかどうかにも検討中である。

ゲルバー医師は、認知症だけを特別にするわけにもいけないと思っている。支給の公平性は保たなければならない。

現在、認知症の判定はMDK（医師）が行っている。

●認定を受けてサービスを使わない人はいない…

＊日本は介護保険サービスを使う権利をまず得て、使うかどうかは利用者次第… → 考えられない…意味がない…

要介護度別の支給額

要介護度：3段階＋ハード

給付：現物給付・現金給付・現物＋現金給付の3種類

Pflegestufe	Geldleistung	Sachleistung	Stationäre Pflege (bis zu)
I	225	440	1.023
II	430	1.040	1.279
III	685	1.510	1.510
Härtefall		1918	1.825
Leistungen für Behinderte		bis zu 256	
Leistungen für PEA		100 bzw. 200	

New Way of Appraisal

Assessment-Module

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung (Alltagsverrichtungen)
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten
8. Haushaltsführung



新しい要介護認定について

2008年から一歩進んで新しい認定手法を開発し、検討中
認知症の判定も加味されている

正式に使われるかどうかはまだ決定していない！

2006年に厚生省から支払い基金に打診があった。

ゲルバー医師はアドバイザーとして研究に参加した。

- 2000件のテストを実施
- 好結果 → 2008.10厚生省へ打診・提言
- 今は厚生省の引き出しの中…

アセスメント手法を見直す（8項目）

時間（分）ではなく、ポイントで表現する。
要介護度を段階から、ポイントによる点数で表す。
認知症の評価が加わり、リハビリの必要性も評価される。

1. 動作
2. 認知症もかかわる コミュニケーション能力
3. 認知状況と精神的な課題
4. 自立性 ADL IADL?
5. 疾病治療の必要性
6. 外出時の支援、社会的なコンタクトの機会の必要性
* 6は、今までなかった項目
7. アクティビティの必要性 教会の付き添いなど
8. 買い物、自炊、家事など
* 7, 8は一応作られているが、重要性は低い

Assessment Module

1. Mobilität

0 = selbständig
1 = überwiegend selbständig
2 = überwiegend unselbständig
3 = unselbständig

1.1 Positionswechsel im Bett	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
1.2 Stabile Sitzposition halten	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
1.3 Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☒ 3
1.5 Treppensteigen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☒ 3

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

4. Selbstversorgung

0 = selbständig
1 = überwiegend selbständig
2 = überwiegend unselbständig
3 = unselbständig

4.1	Vorderen Oberkörper waschen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.3	Intimbereich waschen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.4	Duschen oder Baden	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.5	Oberkörper an- und auskleiden	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.6	Unterkörper an- und auskleiden	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.8	Essen	☐ nur Sonde	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4.9	Trinken	☐ nur Sonde	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Appraisal of Score

1. Mobilität	10
2./3. Kognitiver Status und Verhaltensprobleme	15
4. Selbstversorgung (Alltagsverrichtungen)	40
5. Umgang mit krankheits-/therapiebed. Anforderungen	20
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15

ポイントは5段階に… (3段階→5段階?)

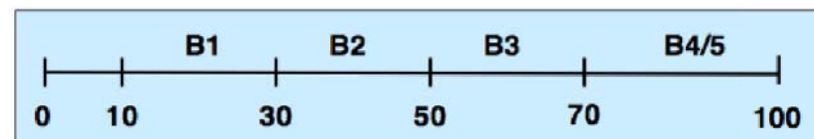
B1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B5: B4 + besondere Bedarfskonstellation



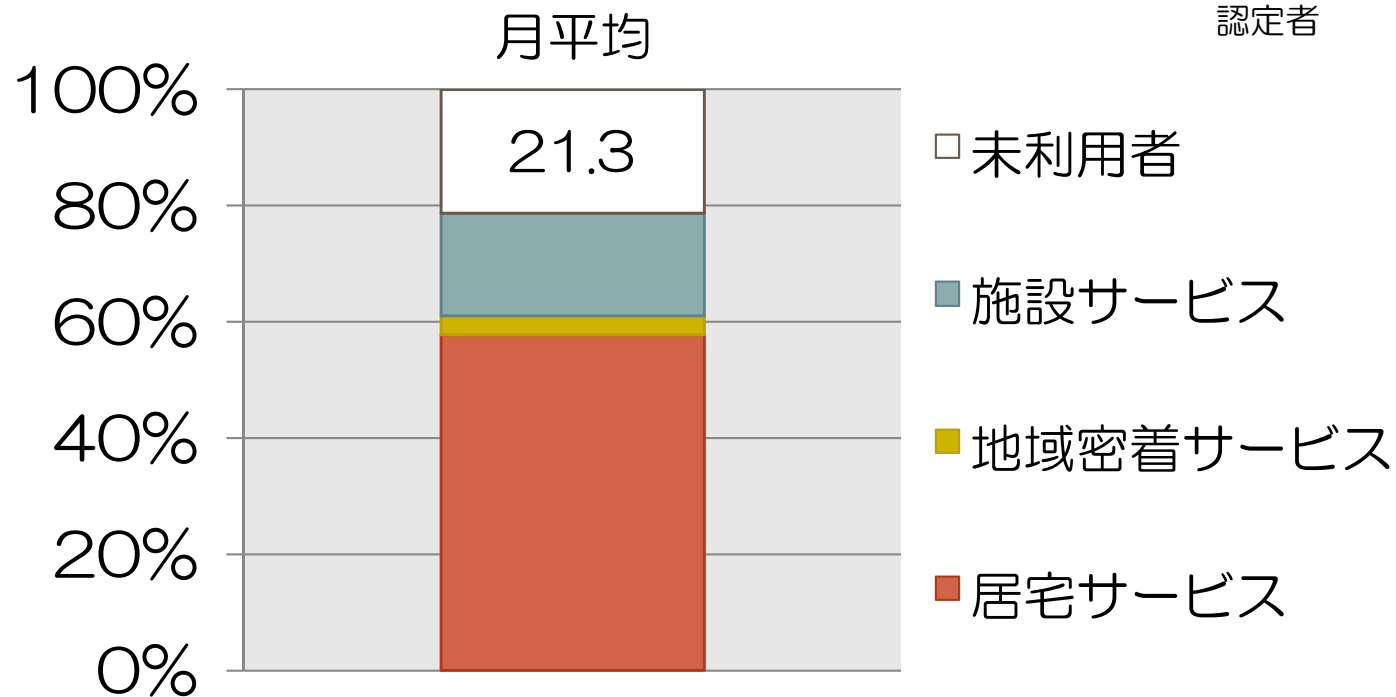
参考資料：介護認定後、サービス未利用者数比率は2割…

A県B市 平成21年度 介護保険サービス利用状況

高齢者数 約7万人 認定者数 月平均9万3千人

高齢化率 20.2% (月平均)

認定者 13.5% (高齢者対比)



- ※未利用者とは？
1. 多くは新規申請者（退院後サービス利用予定者、転入者等）だが…
 2. 今はサービス利用予定なし（医療機関に入院継続、とりあえず…等）

(2) 通所介護と通所リハの「リハビリ」の違い

通所介護（デイサービス）

個別機能訓練（Ⅱ）：平成21年度介護報酬改定で（Ⅱ）が新設

次のいずれにも該当する場合に算定できる

- ① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置していること。
- ② 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者毎に個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていること。
- ③ 個別機能訓練計画作成にあたっては、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資することを目的として複数の機能訓練の項目が設定され、その実施にあたっては、グループに分けて活動を行なっていること。

- Ⅱの算定は、POS以外にも看護師や柔整・マッサージ師が専従であれば算定可
- 実施はリハ専門職でなくとも算定可（しかも個別とは決められていない）
- 複数の訓練項目が設定されていれば可

医師の指示・関与なく、
リハ専門職でなくとも、
個別でなくともOK.....

通所リハビリテーション（デイケア）

居宅要介護者(主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。)

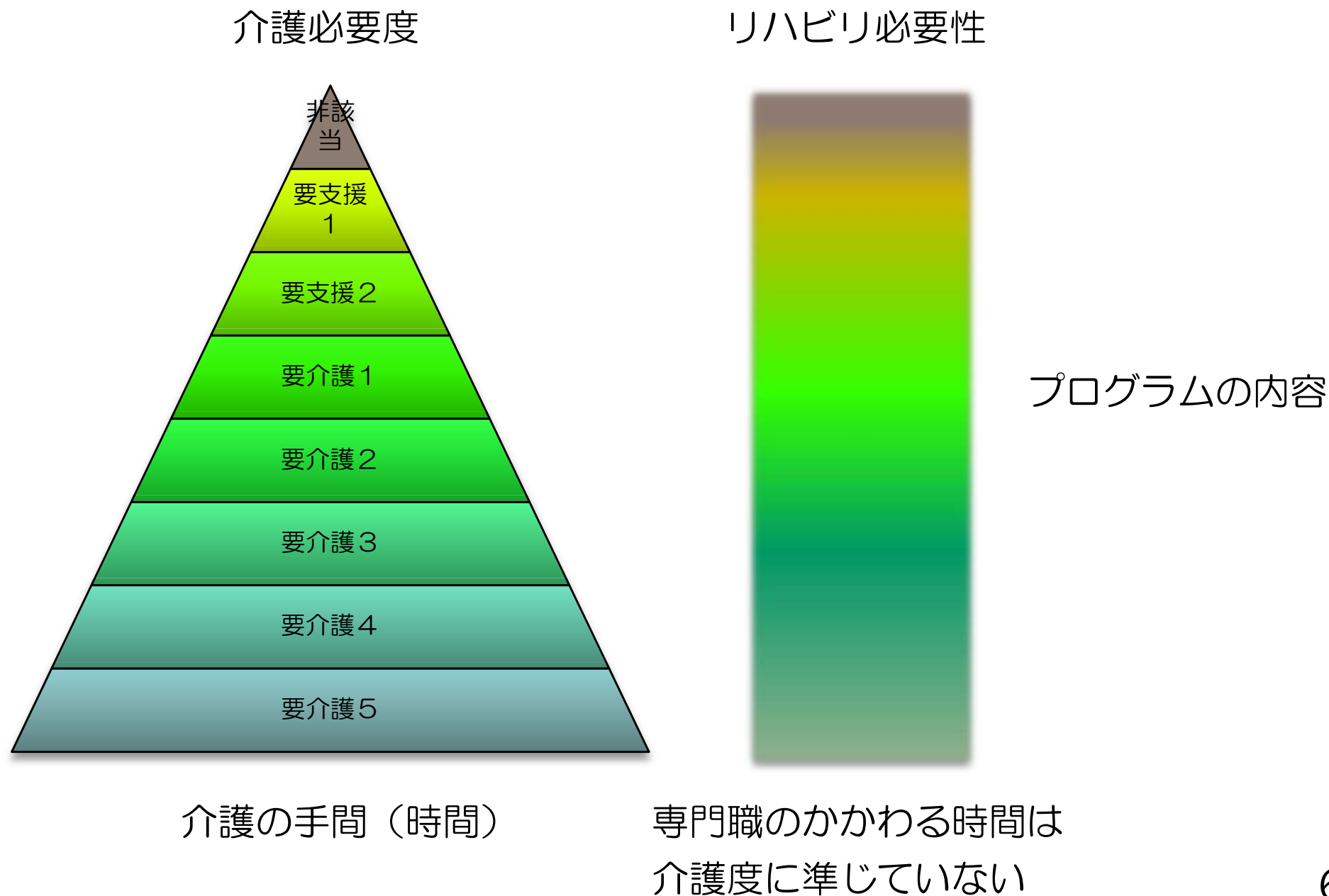
について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

（介護保険法 第8条-8）

通所介護 + 個別？機能訓練 ≠ 通所リハビリテーション

(3) 要介護認定とリハビリテーション

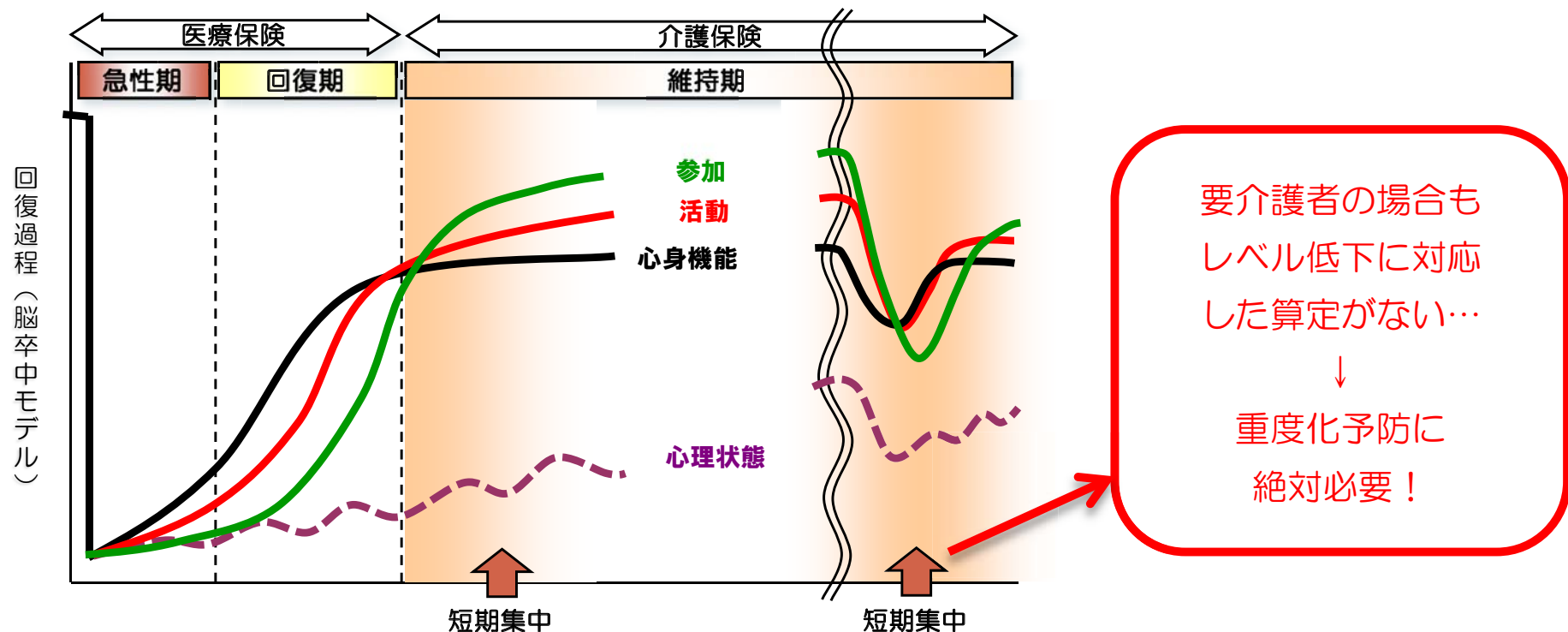
要介護認定でリハビリの必要性は決まらない…



要支援者に対するリハビリテーションのあり方

実際に要支援であっても、転倒や感染症などによる臥床状態が数日間あったときには、個別の短期集中的なリハビリテーションが必要になる場合がある。所謂「廃用症候群」である。訪問看護のように特別指示書のような形で集中的にリハビリテーションが提供できる体制が望まれる。

- ・ 仮に特別指示書的な措置がとられたとしても、指示する医師側の理解不足が課題である。
 - 主治医だけでなく、通所リハに携わる医師の指示によって短期集中リハ特別指示書を！
- ・ 地域包括支援センターにリハビリテーションの専門職が配置されていない。
 - PT・OT・ST等の専門職の配置を！



「地域包括ケア研究会」の報告書より

2009年5月22日 平成20年度老人保健健康増進等事業

リハビリテーション・サービス

1. リハビリテーションとともに、他の居宅サービスを併せて利用する必要がある場合、他の居宅サービスが優先され、結果的にリハビリテーションの利用が制限されているケースが多いのではないか。
2. 要介護度とリハビリテーションの必要性が必ずしも一致しない場合であっても、リハビリテーションが適切に利用されるような仕組みについて検討すべきではないか。
3. リハビリ機能を重視した在宅療養支援診療所を新たに評価することについて、どう考えるべきか。
4. 地域包括支援センターにリハビリテーションの専門職を配置することや、地域リハビリテーション広域支援センターと地域包括支援センターが強い連携がとれる体制にすること等についてどう考えるか。
5. 医療保険・介護保険といった保険別の枠組みでリハビリを提供しているが、利用者の状況や状態に応じて、両者の連携を図っていくべきではないか。

介護保険制度におけるリハビリテーションの提供

◆ 医師の指示による提供が必須

- 「リハビリテーション医療」は、生活期（維持期）であっても、「専門性」と「予測」が重要！
- リハビリテーション及び介護保険に精通する医師の育成（研修）が必要

◆ リハビリテーション専門職による提供が必須

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士には、それぞれの役割がある
- 各々の提供を明確に位置づけることが必要
- 専門職の指導（アドバイス）のもと、本人・家族・携わる他職種等が自主を含めて訓練実施

◆ 継続提供と短期集中提供の意味を明確にする

- 継続提供とは評価・指導が中心の関与であり、指導の対象は本人・家族・携わる他職種等
- 個別訓練に加えて、継続提供の場合、訪問は居宅療養管理指導料、通所は生活期リハ管理指導料を
- 短期集中提供の場合は、通所・訪問・短期入所ともに「支給限度額外」あるいは「特別指示書」から

◆ 現存する医療保険、介護保険のサービスを有効活用する。

- 通所リハビリテーション事業所から訪問リハビリテーションを提供
- 特別養護老人ホームや通所介護へ訪問リハビリテーションを…
- 特別養護老人ホームから通所リハビリテーションへ…（シドニー中央地区で実践されている）
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病床等で短期入所を提供（介護保険）
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病床等で短期リハビリテーション入院（医療保険）

施設利用者のサービス量の把握に関する調査研究

－特別養護老人ホームにおける業務分析－（概要報告 2008 年 6 月）

公益社団法人全国老人福祉施設協議会／老施協総研

1. 調査目的

要介護認定の一次判定ソフトの基礎データは、介護保険施設における介護サービスの 1 分間タイムスタディ調査から得られたデータである。本調査は、この 1 分間タイムスタディ調査を再現することによって、介護サービスの実態と要介護認定区分との妥当性を検討するために介護保険施設における介護時間やその人数分布を分析することを目的とする。

2. 調査方法と対象

介護職員に 1 人の調査員が付き、1 分ごとに介護職員が行った介護サービスの内容と介護サービスの対象となった要介護者等を 48 時間にわたって記録し、統計学的な分析をした。

調査対象施設は介護老人福祉施設が 2 施設であり、調査対象となった要介護者等人数は 102 人、そして、調査期間は 2007 年 2 月から 3 月の間であった。

3. 調査概要報告

要介護者 1 人の一日あたりの介護時間を算出し、この介護時間別の人数を集計すると図 1 のような人数分布になった(折れ線グラフ)。この人数分布をから、介護時間の人数分布は、三峰性を示し、軽介護、中介護、重介護に分散していることが示唆された。この結果を統計的に検証するために、軽介護・中度者・重度者における集団間で介護時間順位の違いについて統計学的検定を行った。その結果、軽介護と中介護、中介護と重介護との間に、有意確率($p=0.000$)で 1%未満の統計学的有意差を認めた。

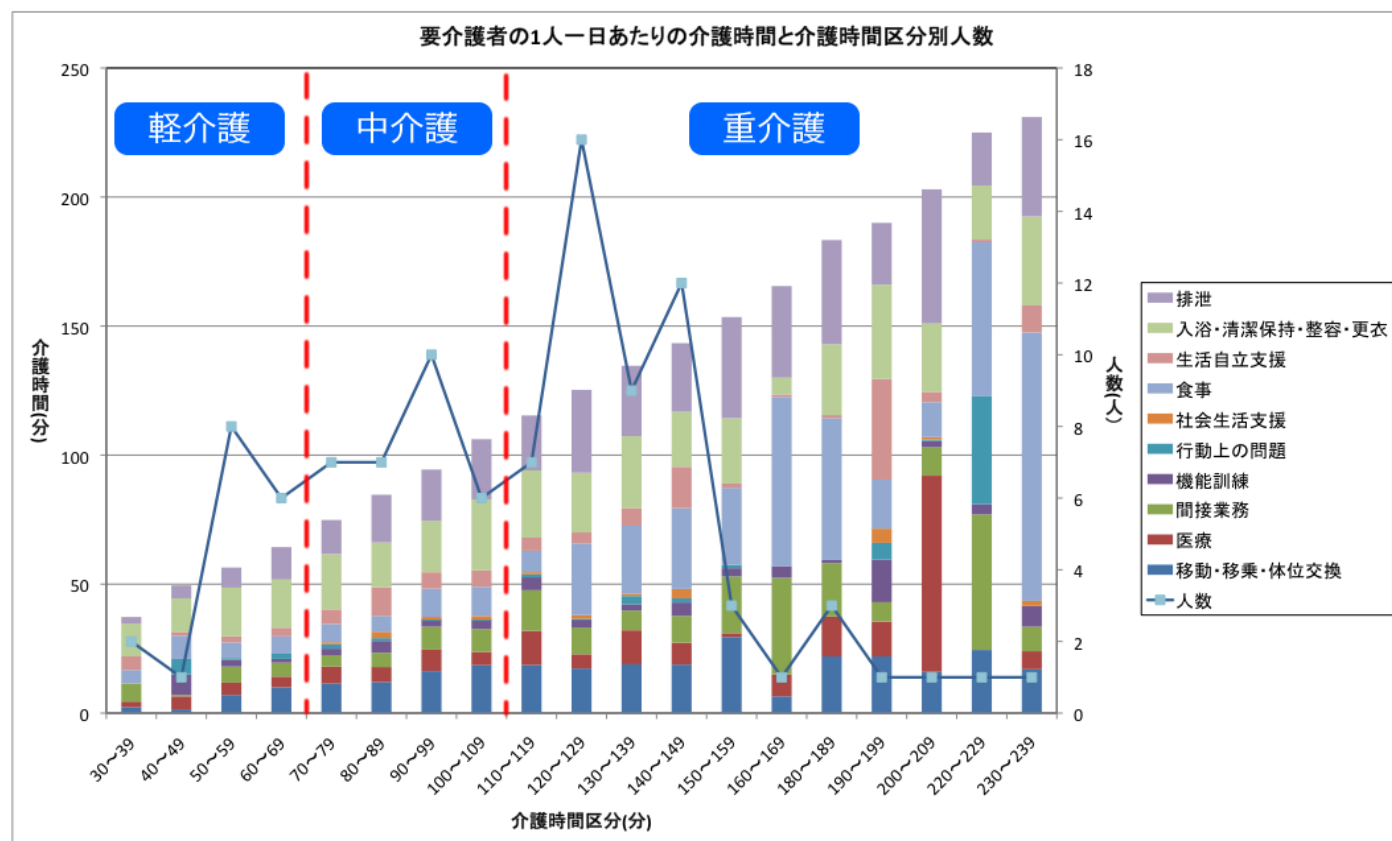


図 1. 要介護者の 1 人一日あたりの介護時間と介護時間区分別人数分布

新版要介護認定に係る検証プロジェクト（概要報告）

公益社団法人全国老人福祉施設協議会／老施協総研

1. 調査目的

本調査は、2009 年 4 月に新たに採用され、同年 10 月に認定調査基準が一部変更となった要介護認定の一次判定ソフト(2009 年 10 月新版と呼ぶ)と、2006 年の改定以後採用されてきた要介護認定の一次判定ソフト(2006 年版と呼ぶ)の要介護認定結果や介護時間等を比較することを目的としている。

1.1. 調査方法

調査対象者が利用する介護老人福祉施設の計画担当介護支援専門員、もしくは、生活相談員が、同一調査対象者の同一時点における状態像を、2006 年版と 2009 年版 10 月新版の要介護認定調査基準に基づく認定調査結果を両調査票に記載した。

そして、両調査票の認定調査結果を、2006 年版と 2009 年 10 月新版それぞれの要介護認定一次判定エミュレーターソフトに入力し、両ソフトによる要介護認定の一次判定を行った。

同一認定対象者の同一時点における認定調査結果をもとに、2006 年版要介護認定一次判定と 2009 年 10 月新版一次判定エミュレーターソフトそれぞれが算出する「要介護度」、「介護行為区分ごとの介護時間」、「合計介護時間」などについて比較を行い、両要介護認定の判定結果について検証した。

1.2. 調査対象者と調査対象期間

調査対象者は、介護老人福祉施設の施設サービス利用者が 400 人(8 施設)、居宅サービス等利用者が 238 人(8 事業所)であった。ただし、そのうち有効データは 608 人分であった(表 1-1)。また、調査対象期間は、2009 年 10 月から 2010 年 1 月であった。

表 1-1 調査対象者と調査対象期間

調査対象人数	施設サービス利用者	400 人	計 638 人 (※うち有効データ 608)
	居宅サービス利用者	238 人	
調査対象期間	2009 年 10 月から 2010 年 1 月		

2. 要介護度 7 区分を 3 区分化した場合の要介護度変化

2006 年版から 2009 年 10 月新版への 7 区分にわたる要介護度の変化を検証した。

その結果に基づいて、3 区分化した要介護度区別に要介護度の変化を再集計した。

3 区分の要介護度の内訳は、「自立」、「要支援 1」、「要介護 1 相当」、「要介護 2」を**区分 1**、「要介護 3」を**区分 2**、「要介護 4」と「要介護 5」を**区分 3**とした。

要介護度が 7 区分の場合、「自立」や「要支援 1」では 2009 年版での要介護度の一致率が 3 割以下である区分が見受けられるが(図 2-1)、要介護度を 3 区分化することで、3 区分すべてが約 5 割の一致率になった(図-2)。

ちなみに、要介護度が 3 区分の場合の人数構成比は、区分 1 が 214 人で全体の 35.20%、区分 2 が 119 人で全体の 19.57%、区分 3 が 275 人で全体の 45.23%となった。

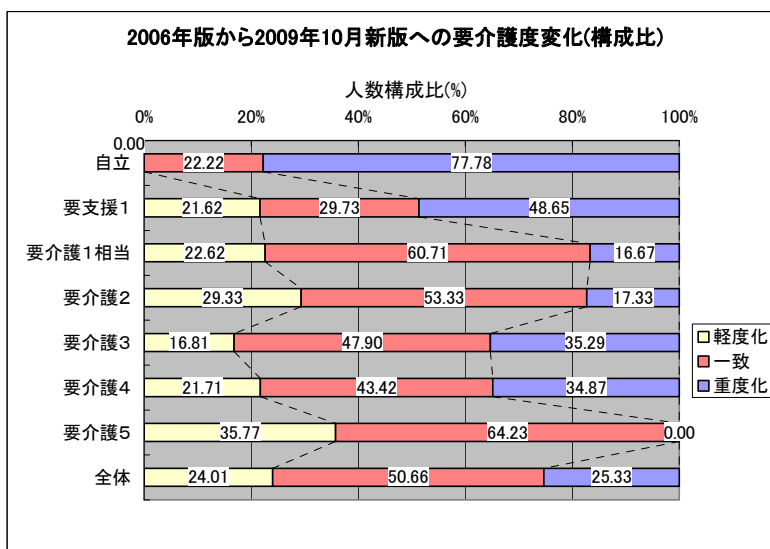


図 2-1 要介護度 7 区分の場合の要介護度変化別人数構成比

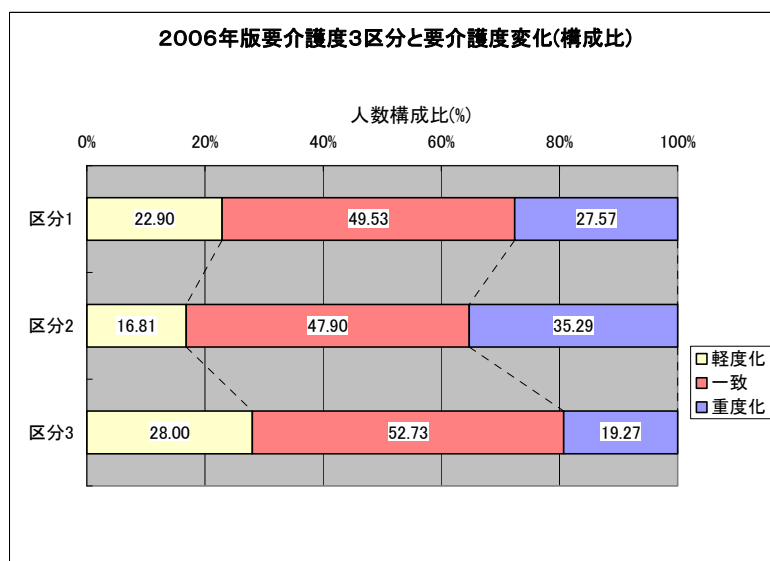


図 2-2 要介護度 3 区分の場合の要介護度変化別人数構成比

3. 動ける認知症に該当する調査対象者の要介護度の軽度化

要介護認定基準の「運動能力の低下していない認知症高齢者のケア時間加算ロジック」において、動ける認知症の適用条件として、「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅢ、Ⅳ又は M かつ「障害高齢者の日常生活自立度」が自立、J 又は A であり要介護認定基準時間が 70 分未満という基準がある。

調査対象者のうち動ける認知症の方は 24 人で、要介護度が「軽度化」した人は 10 人で全体の 41.67%、要介護度が「一致」した人は 9 人で全体の 37.50%、要介護度が「重度化」した人は 5 人で全体の 20.83% を占めていた。

この結果、「軽度化」が約 4 割と最も大きな割合を占めていた(表 3-2、図 3-2)。

ちなみに、全調査対象者の場合、要介護度が「軽度化」した人は 146 人で全体の 24.01%、要介護度が「一致」した人は 308 人で全体の 50.66%、要介護度が「重度化」した人は 154 人で全体の 25.33% を占めていた。

この場合には、「一致」が約 5 割と最も大きな割合を占めていた(表 3-1、図 3-1)。

表 3-2 全調査対象者の要介護度変化別
人数構成比

要介護度区分	人数	構成比
軽度化	146	24.01
一致	308	50.66
重度化	154	25.33
合計	608	100.00

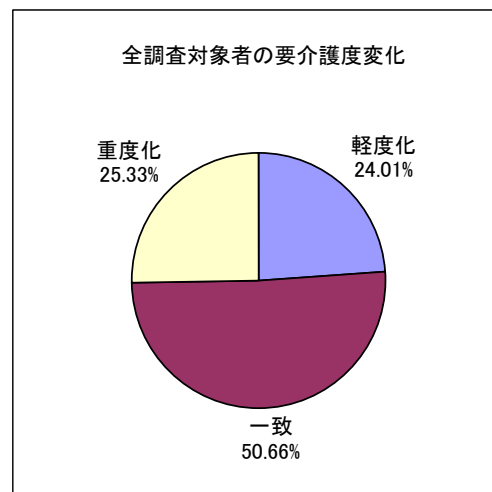


図 3-2 全調査対象者の要介護度変化別人数構成比

表 3-1 動ける認知症に該当する調査対象者の要介護度変化別人数構成

要介護度変化	人数	構成比(%)
軽度化	10	41.67
一致	9	37.50
重度化	5	20.83
合計	24	100.00

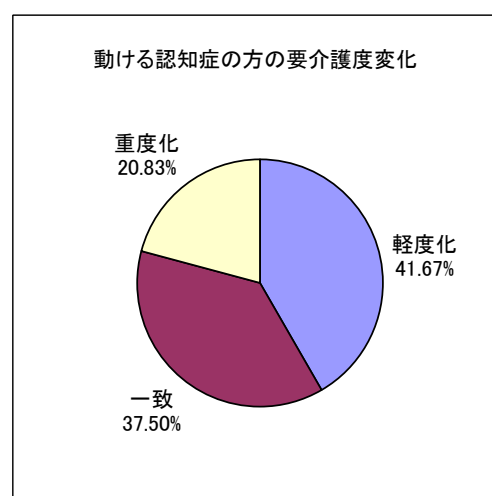


図 3-1 動ける認知症に該当する調査対象者の要介護度変化別人数構成

4. 合計介護時間別人数分布の重度化偏移

2006 年版と 2009 年 10 月新版の要介護認定一次判定エミュレーターソフトが算出した要介護認定等基準時間（いわゆる合計介護時間）の人数分布を作成し、2006 年版と 2009 年 10 月新版との人数分布を比較した(図 4-1、図 4-2)。

その結果、全調査対象者の場合、平均合計介護時間は、2006 年版では 119.6 分で、2009 年 10 月新版では 127.85 分となり、2009 年 10 月新版の方が合計介護時間が長めに算出された。

合計介護時間の人数分布の要介護 5 に該当する部分を 20 分間隔に分けてみると、合計介護時間が 110 分以上から 130 分未満の人数は、2006 年版(112 人)の方が、2009 年 10 月新版(86 人)よりも多かった。

逆に、合計介護時間が 130 分以上から 150 分未満の人数は、2006 年版(11 人)よりも 2009 年 10 月新版(43 人)の方が多く、150 分以上では 2009 年 10 月新版(9 人)にのみ人数分布が発現した(図 4-3、図 4-4)。

合計介護時間の最大値も 2006 年版の場合 144.00 分であるが、2009 年 10 月新版の場合 167.40 分となり、2009 年 10 月新版の方が長めに合計介護時間が算出されていた。

統計的にも、合計介護時間の順位の中心に位置する中央値(2006 年版:84.80 分、2009 年 10 月新版:87.70 分)が両版で異なり、2009 年 10 月新版の方が長めになることが確認された。

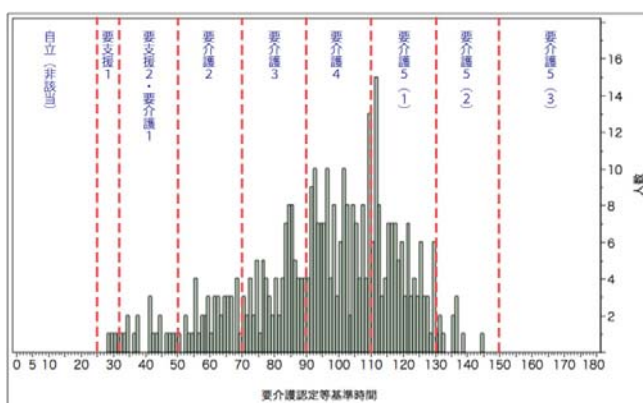


図 4-4 2006 年版の全調査対象者の合計介護時間別人数分布

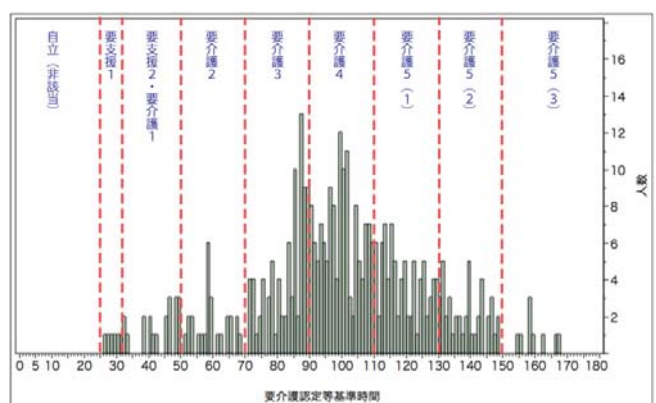


図 4-4 2009 年 10 月新版の全調査対象者の合計介護時間別人数分布

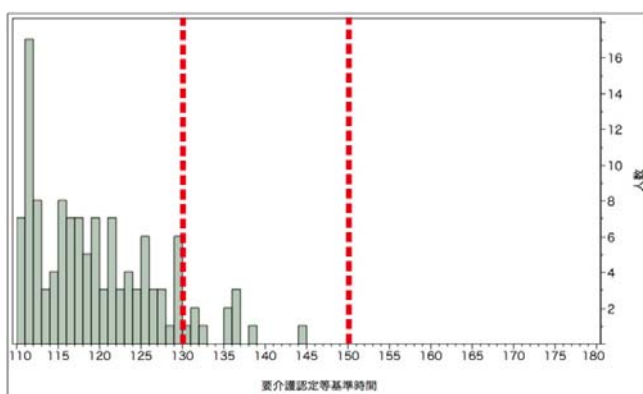


図 4-4 2006 年版の要介護 5 の合計介護時間別人数分布

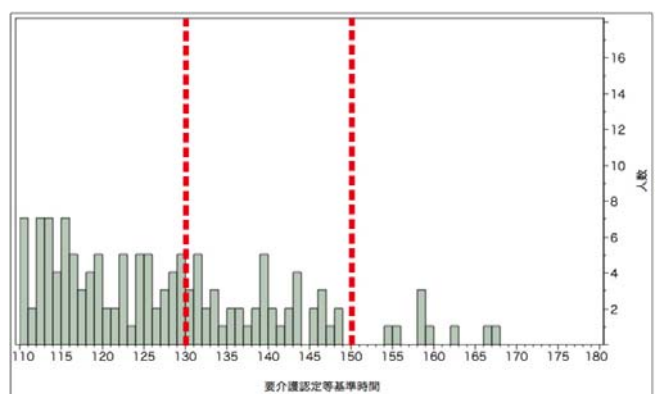


図 4-4 2009 年 10 月新版の要介護 5 の合計介護時間別人数分布

2010 年 8 月 30 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

認知症者への支援・要介護認定・ケアマネジメントの論点について

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。

1. 認知症者への支援

権利擁護に関する事業は認知症者への支援において重要である。ただし、既存の仕組みは手続きや費用面で利用しにくいいため、もう少し活用しやすくしていくべきである。

2. 要介護認定について

要介護認定に関しては、昨春の混乱に際し要介護認定の見直しに係る検証・検討会が発足し事態は終息が図られた。そのうえで最終的に「介護保険制度全般の見直しに向けた議論の方向性を待って、公開の場で議論を進めていくことが適当である。」と本検討会では結論づけられている（平成 22 年 1 月 15 日）。

①現行の要介護認定における問題点

- ア. 昨年の要介護認定に関する混乱で「認定調査マニュアル」を変更したことにより、コンピュータシステムとのロジックの信頼性・妥当性はどうか否か。
- イ. 現行では、保険者は民間ケアマネジャー等に認定調査を委託することができるが（更新者を中心に）、本来、認定調査員は保険者の職員（嘱託含む）が担うべきではないか。
- ウ. 認定結果がでるまでに時間がかかり、暫定ケアプラン等で利用者にとって問題が生じているのではないか（例えば、末期がん患者への対応など）。
- エ. 認定期間が現状のままでいいのにか否か。
- オ. コンピュータ維持・改修費や認定調査に関わる事務コスト（二次判定含む）の経費がかかりすぎるのではないか。
- カ. 不必要な区分変更申請が多いのではないか。
- キ. 在宅介護の尺度に基づく認定システムが必要ではないか。
- ク. 主治医の意見書の機能についてはどうか。

②公の議論の場を別途設けて議論していく

しかし、本審議会で特定の項目につき議論を深める時間は限られているので、2012 年介護保険法改正においては基本的に現行制度を継続し、別途一定程度の時間をかけて要介護認定に関する国民的議論を実施すべきと考える。そのため、本審議会の開催中に事務局より最新の要介護認定区分状況が理解できる時系列的な統計資料を提出いただき、現行制度を存続することを再確認すべきと考える。

※事務局への資料提出依頼

「要介護認定における一次判定及び二次判定結果の要介護区分割合比較（年度別比較）」

なお、個人的見解として要介護認定は介護保険制度においてはモラルハザードを考える際に必要不可欠な仕組みである。しかし、現行の 7 区分といった仕組みは、事務運営上非効率であり（非効率が解消されれば 7 区分でもいいが）、将来的にケアマネジメントの質の向上・支給限度額に配慮などを条件に、その簡素化を議論することも考えられる。

3. 支給限度額について

医療的ケアを伴う要介護高齢者が増加傾向にある背景から、支給限度額を引き上げるべきと考える。ただし、医療的ケアを伴う高齢者だけに限定して支給限度額を上げると、結果的に 2 つの支給限度額表が設けられてしまい、コンピュータ改修費や事務労力などでデメリットが生じるため、一律に支給限度額を引き上げるべきである。

4. ケアマネジャーの在り方

①将来的に独立が担保できる仕組みに

ケアマネジャー業務の公正性・中立性といった視点から、各介護事業所から独立して経営が成り立つ仕組みを具体的に考えていくべきである。

②ケアマネジャーの資格・業務について

ケアマネジャーとなるための基礎要件（受験資格や実務経験）を見直していくべきではないか（主任ケアマネの資格についても）。また、ケアプランにおいて明確に保険内サービスに限定せず、保険外サービスを組み合わせたマネジメントに対しても何らかの評価を考えていくべきではないか。

③福祉用具に限定されているケアマネジメントについて

福祉用具に限定して給付されているケアマネジメントにおいては、介護支援給付を用いず、十分なモラルハザード対策を講じることを条件に、ケアマネジャー資格者のある福祉用具関係者が代替していくことも考えていくべきではないか。

③施設ケアマネジャーの在り方について

介護保険施設でのケアマネジャー業務と生活相談員業務との整合性や役割などについて考えていくべきではないか（施設ケアマネジメントの在り方など）。

④予防給付のケアマネジメント

地域包括支援センターが担っている予防給付ケアマネジメントは、全面的に通常のケアマネジャー業務に移譲していくべきである。

以上

2010 年 8 月 23 日

社会保障審議会介護保険部会

日本労働組合総連合会（連合）
生活福祉局次長 吉田 昌哉

家族等介護者支援のあり方について

介護保険部会において、「家族介護者への支援の在り方」に焦点をあてたことを評価します。この問題については本日の議論だけにとどめず、今後さらに議論を深め、ニーズに即した必要な対応を計画的に進める必要があると考えます。

1. 家族等介護問題への対応における基本的考え方
 - 要介護者はもとより、介護者の両当事者がともに尊重されなければならないこと
 - 介護者に情報提供や必要な支援と無理なく介護を続ける環境が整備されること
 - 介護者の社会参加（就労など）が保障されること
2. 今後の検討のすすめ方
 - 家族等介護者の実態及び必要な支援サービス(ニーズ)について明らかにするための社会調査を実施する。
 - その上で、家族等介護者支援のあり方について議論する受け皿を早急に用意し、当事者を含めた検討及び計画的な対策づくりを行う。

以上