

社会保障審議会介護給付費分科会(第52回)議事次第

日時：平成20年7月17日(木)

午前10時から午後12時まで

於：全社協 灘尾ホール

議 題

1. 事務負担の見直しに係る諮問について
2. 介護労働実態調査(財団法人介護労働安定センター実施)の結果について
3. 「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」について
4. 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書について
5. その他

厚生労働省発老第 0717001 号

平成 20 年 7 月 17 日

社会保障審議会

会 長 貝塚 啓明 殿

厚生労働大臣

舛添 要一

諮 問 書

(福祉用具貸与に係るサービス担当者会議及び介護保険施設等における感染対策委員会の見直しについて)

介護保険法（平成9年法律第123号）第74条第3項、第78条の4第3項、第81条第3項、第88条第3項、第97条第4項、第110条第3項、第115条の4第3項及び第115条の22第3項の規定に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）、指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）及び指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）の改正について、それぞれ別紙のとおり定めることについて、貴会の意見を求めます。

(別紙)

- 福祉用具貸与に係るサービス担当者会議については、「少なくとも6月に1回」から、「必要に応じて随時」開催することに改める。
- 介護保険施設等における感染対策委員会については、「1月に1回程度、定期的開催」から、「おおむね3月に1回以上開催」に改める。

福祉用具貸与に係るサービス担当者会議及び介護保険施設等における感染対策委員会の見直しに係る諮問について

I これまでの経緯

- 介護サービス事業については、これまでも、介護給付費分科会に設置されたワーキングチームにおける事業者ヒアリング等において、「各記録や各種委員会が多すぎて、職員のやりがい無くさせる。」という意見が出されており、同ワーキングチームの報告書においても、「書類作成や事務に係る負担が可能な限り軽減されるよう、規制の見直しが必要ではないか。」等の指摘があった。
- このため、介護サービス事業に係る事務負担の現状を踏まえ、事務手続や書類について可能なものから削減・簡素化することにより、効率的な事業運営や介護従事者の負担の軽減を図ることとした。
- その際、現行の事務手続や書類については、適切な介護サービスの提供を確保することを目的として求められているものであるから、事務負担の見直しに当たっては、削減・簡素化を行っても必要な情報が得られるものについて具体案を検討することとした。
- 具体的には、
 - ① 他の事務手続や書類と内容が重複しており、他の書類や手続で代替可能なもの
 - ② 様式や項目を削減・簡素化しても必要な情報が得られるもの
 - ③ 事務手続や書類作成の頻度が必要以上に高いため、その頻度の見直しが必要であるもの
 について、削減・簡素化が可能であるかを検討し、その対象となる事務手続や書類を選定することとした。
 なお、この検討方針については、各自治体に示し、各自治体においても事務手続や書類等の見直しを図るよう依頼したところである。
- このような方針に基づく検討の結果、指定居宅サービス等の事業の運営に関する基準等の改正が必要な事項について諮問を行うものである。

II 諮問の内容

(1) 基本的な考え方

① 福祉用具貸与に係るサービス担当者会議の開催について

- 福祉用具貸与に係るサービス担当者会議については、平成18年の介護報酬改定の際に、介護給付費分科会において、「要介護者の自立支援に十分な効果を上げる観点から、ケアマネジメントのプロセスにおける福祉用具の導入・継続の必要性の判断を強化する必要がある」旨の議論があったこと等を踏まえ、福祉用具を貸与する際に、居宅介護支援専門員等が居宅サービス計画等に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、「少なくとも6月に1回」はサービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証することとした。
- 福祉用具貸与については、「当該福祉用具が利用者の状態像に合ったものであるか」、「利用者の日常生活の支援に役立っているか」等について、個々の利用者の状態の変化に応じて検証することが必要であり、サービス担当者会議を定期的に行い、当該利用者の状態をより詳細に把握して利用者が当該福祉用具を使用する必要性について検証を行うことは重要である。
- しかし、利用者の状態像に応じた福祉用具を貸与することにより利用者の自立支援を図るという観点からは、必ずしも現行の規定に基づいて、一律機械的にサービス担当者会議を行う必要はなく、個々の利用者の状態を踏まえ、「必要に応じて随時」開催することが、より効果的かつ合理的であり、さらには、介護サービス事業者や介護従事者の負担の軽減に資するものであると考えられる。

② 介護保険施設等における感染対策委員会の開催について

- 介護保険施設等における感染対策については、ノロウイルスによる感染性胃腸炎やインフルエンザ等の施設内感染等の発生に対応するため、施設における感染管理体制の整備を行い、感染対策を徹底する観点から、平成18年の介護報酬改定の際に、運営基準上、感染対策委員会の設置や指針の作成、研修の実施などが新たに義務付けられた。

- このうち感染対策委員会については、「1月に1回程度、定期的に開催」することを求めているが、実効的な感染管理のために必ずしも一律機械的に1月に1回開催する必要はなく、施設の状況に応じて定期的に開催した上で、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催することが合理的である。その際、感染対策の内容は一定期間ごとに点検・確認を行う必要があることや、感染症発生の傾向や講ずべき対策の内容は季節によって異なることから、「おおむね3月に1回以上」の開催が必要と考えられる。
- 上記のとおり、福祉用具貸与に係るサービス担当者会議及び介護保険施設等における感染対策委員会の開催頻度の見直しを行うことについて、介護給付費分科会において、御議論いただくこととしたい。

(2) 具体的な改正内容

福祉用具貸与に係るサービス担当者会議の開催頻度の見直し

- 福祉用具貸与に係るサービス担当者会議については、「少なくとも6月に1回」から「必要に応じて随時」開催することに改める。

介護保険施設等における感染対策委員会の開催頻度の見直しについて

- 介護保険施設等における感染対策委員会については、「1月に1回程度、定期的に開催」から、「おおむね3月に1回以上開催」に改める。

(参考) 解釈通知に記載する内容

- ・ 感染対策委員会は、おおむね3月に1回以上、定期的に開催した上で、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催することが必要である。

資 料 提 供 平成20年7月14日

財団法人 介護労働安定センター
理事長 野 寺 康 幸

— 平成19年度 介護労働実態調査結果について —

〔 「事業所における介護労働実態調査」 「介護労働者の就業実態と就業意識調査」 〕

財団法人介護労働安定センターでは、今般、平成19年度に実施した「事業所における介護労働実態調査」、「介護労働者の就業実態と就業意識調査」の結果を別添のとおり取りまとめました。

「事業所における介護労働実態調査」は、介護事業所を対象に「介護事業所で働く介護労働者の労働条件の状況、雇用管理の状況、教育・研修の状況及び福利厚生の状況」について、「介護労働者の就業実態と就業意識調査」は、介護現場で働く介護労働者を対象に「就労の状況、労働条件の状況及び就業意識の状況」について、詳細なアンケート調査を実施したものです。

事業所における介護労働の実態及び介護労働者の就業の実態等を把握し、明らかにすることによって、今後、介護労働者の働く環境の改善と、より質の高い介護サービスの提供に向けて、これらの調査結果を活用していただくことを目的としたものです。

《(財)介護労働安定センターの概要》

財団法人介護労働安定センターは、介護労働の総合的支援機関として、平成4年4月に設立された厚生労働省所管の公益法人です。

当センターでは、介護労働者の福祉の増進と介護労働者の魅力ある職場づくりを目指して、雇用管理の改善、能力の開発・向上、介護労働者の適正な需給調整のための援助などに加え、介護サービス事業者への支援も行うほか、図書・情報誌の発行やシンポジウムの開催などを通じて介護労働の重要性の認識と介護労働者の意識の向上を求めるなど、介護労働者等を支援する様々な事業を行っています。

本調査の問合わせ先 雇用管理部 雇用管理課
電話番号 050 (3535) 9457、9458 担当 河内、鈴木、斎藤、山崎

I 調査の概要

1 調査対象

(1) 「事業所における介護労働実態調査」は、全国の介護保険サービス事業を実施する事業所から無作為に抽出した17,146事業所を対象にアンケート調査を実施した。

有効回答のあったのは4,783事業所であった。(有効回答率28.6%)

(2) 「介護労働者の就業実態と就業意識調査」は、上記の事業所の中から一事業所あたり介護にかかわる労働者3名を上限に、無作為に選出した51,438人に対し調査票を配布して、アンケート調査を実施した。

有効回答のあったのは13,089人であった。(有効回答率26.0%)

2 調査対象期日

原則として平成19年10月1日とした。

3 調査実施期間

平成19年11月15日～12月21日

「事業所における介護労働実態調査」と「介護労働者の就業実態と就業意識調査」を同時に実施した。

4 調査の方法

・「事業所調査」：上記1(1)の事業所に対し、調査票を郵送にて配布し、郵送にて回収した。

・「労働者調査」：上記事業所に労働者調査票3通を同送し、同事業所で最も売上げの多い介護サービスの種類(以下「主とする介護サービスの種類」という。)により指定した職種の者3名を選んでもらい、調査への協力を依頼した。回収については、回答者から直接、郵送にて回収した。

II 調査の内容

1 「事業所における介護労働実態調査」調査事項

(1) 法人・事業所の概況

①法人格(経営主体) ②介護保険の介護サービス以外の事業の実施 ③複数事業所の有無 ④事業所の所在地(市区町村)別割合 ⑤事業所の介護報酬算定上の地域区分別割合 ⑥実施する介護サービスの種類 ⑦主とする介護サービスの種類 ⑧従業員の就業形態及び事業所規模 ⑨事業所の開設、介護事業の開始時期

- ⑩職種別従業員数 ⑪望ましいと考える正社員の割合
- (2) 雇用管理の状況
 - ①就業規則・労働条件の明示 ②訪問介護員・介護職員の採用・離職の状況 ③人材の募集ルート ④従業員の採用時に重視する事項 ⑤採用した者の人数・質についての評価 ⑥従業員の定着状況等 ⑦従業員の過不足状況 ⑧雇用管理責任者の選任・講習の受講状況 ⑨訪問介護員の管理方法
- (3) 訪問介護員、介護職員に対する教育・研修の状況
 - ①人材育成の取組みについて（同業他社との比較） ②人材育成のための方策 ③人材育成の取組みにあたっての問題点 ④採用時の教育・研修 ⑤OJTの方法 ⑥1年間の教育・研修等の実施
- (4) 訪問介護員、介護職員の福利・厚生の実施状況
 - ①年次有給休暇の付与状況 ②健康診断の実施状況 ③雇用保険、健康保険・厚生年金等への加入状況
- (5) 運営上の課題等
 - ①経営効率面での対応状況 ②経営状況 ③介護サービスを運営する上での問題点 ④利用者及び家族の満足度 ⑤介護事業の収支状況
- (6) 労働者の個別状況
 - ①属性 ②賃金 ③実労働日数・時間数

2 「介護労働者の就業実態と就業意識調査」調査事項

- (1) 現在の仕事について
 - ①事業所の所在地（市区町村） ②事業所の法人格 ③複数事業所の有無及び法人全体の従業員数規模 ④事業所の主な介護サービスの種類 ⑤従事する仕事（職種）及び経験年数 ⑥勤務年数 ⑦就業形態・勤務形態 ⑧保有資格
- (2) 労働日・労働時間等について
 - ①1週間の労働日数、労働時間数及び残業時間数 ②他の事業所での勤務の状況 ③勤務時間帯
- (3) 賃金等について
 - ①賃金支払い形態 ②税込み月収 ③昨年1年間の収入 ④賃金や手当等の希望
- (4) 能力開発について
 - ①採用時研修の有無と研修期間 ②指導担当の有無 ③上司等による指導等の有無 ④指導等による介護技術向上の程度 ⑤過去1年間の研修受講回数 ⑥介護職員基礎研修
- (5) 仕事についての考え方
 - ①現在の仕事を選んだ理由 ②現在の仕事の満足度 ③現在の仕事、今の勤務先での継続意志

(6) 働く上での悩み、不安、不満等及びサービス中の経験について

- ①労働条件等の悩み、不安、不満等 ②利用者及びその家族への悩み、不安、不満
- ③職場への不安、不満等 ④職場の取り組み状況及び働く上での悩み、不安、不満等の解消
- ⑤業務上の事故、ヒヤリ・ハットの有無 ⑥仕事上の経験（セクハラ・暴力等）及び管理者の配置、相談窓口、報告・解決状況

(7) あなた自身について

- ①直前の仕事の有無と仕事の内容 ②直前の仕事の就業形態及び前職をやめた理由
- ③現在の事業所に就職した理由 ④性別 ⑤年齢 ⑥生計維持者の状況

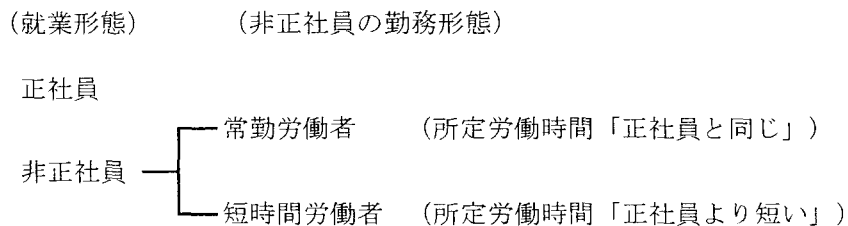
Ⅲ 本調査における用語の定義

1 調査で使用された主な用語の定義

(1) 就業形態及び非正社員の勤務形態について

本調査では、その就業形態により、「正社員」、「非正社員」の2つに区分した。

また、非正社員の勤務形態については、「常勤労働者（所定労働時間が正社員と同じ者）」、「短時間労働者（所定労働時間が正社員より短い）」の2つに区分した。



※ () 内は「介護労働者の就業実態と就業意識調査」における区分。

(2) 就業形態について

- ① 「正社員（正規職員）」とは、ここでは、雇用している労働者で雇用期間の定めのない者のうち、パートタイム労働者や他企業への出向者などを除いた、いわゆる正社員をいう。
- ② 「非正社員（非正規職員）」とは、ここでは、正社員以外の労働者（契約社員、嘱託社員、臨時的雇用者、パートタイム労働者）をいう。

(3) 非正社員の勤務形態について

- ① 常勤労働者
事業所の定める所定労働時間を全て勤務する者。（正社員は全て常勤労働者である。）
- ② 短時間労働者（パートタイム労働者）
1日の所定労働時間又は、1週の労働日数が常勤労働者より少ない者。

(4) 訪問介護員（ホームヘルパー）について

本調査では、介護保険法の指定を受けた訪問介護事業所で働き、高齢者等の家庭を訪問して、家事などの生活援助、入浴などの身体介護を行う人をいう。

(5) 介護職員について

本調査では、訪問介護以外の介護保険法の指定介護事業所で働き、直接介護を行う人をいう。(看護職は含まない。)

(6) 介護保険サービス系型区分について

本調査では、主な介護サービスの種類を下記の介護保険サービス系型に区分した。

訪問系

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援

施設系(入所型)

短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、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入所者生活介護、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

施設系(通所型)

通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護

その他

福祉用具貸与・特定福祉用具販売

(7) 採用率、離職率は下記の式による。

採用率＝平成19年度(注1)の採用者数÷平成18年9月30日の在籍者数(注2)×100

離職率＝平成19年度の離職者数÷平成18年9月30日の在籍者数×100

(注1) 平成19年度とは、平成18年10月1日から平成19年9月30日までをいう。

(注2) 平成18年9月30日の在籍者数は、採用者数・離職者数について回答のあった事業所における平成19年9月30日の職種別在籍者数－採用者数＋離職者数である。

2 その他の用語の定義

その他の用語の定義については、各報告書の「主な用語の定義」を参照されたい。

IV 調査研究体制

本調査では、調査票の作成及び調査結果の分析や報告書の構成・内容等について、専門家等による調査検討会を設置し、検討を行った。

【委員会メンバー】

座長	佐藤博樹	東京大学社会科学研究所	教授
	堀田聰子	東京大学社会科学研究所	特任准教授
	廣江 研	社会福祉法人 こうほうえん	理事長
	本間郁子	特定非営利活動法人 Uビジョン研究所	理事長
	野寺康幸	財団法人 介護労働安定センター	理事長

調査結果のポイント

■ 事業所における介護労働実態調査結果 ■

－ 介護サービスを実施する 4,783 事業所における状況 －

I 法人・事業所の概況

1 法人格(経営主体)・・・「民間企業が44.1%」

法人格(経営主体)別では、「民間企業(個人経営・会社等)」が44.1%で最も多く、次いで「社会福祉法人」が17.4%、「医療法人」11.9%の順であった。

<法人格(経営主体)>

(%)

調査事業所数	民間企業(個人経営・会社等)	社会福祉協議会	社会福祉法人	医療法人	NPO(特定非営利活動法人)	社団法人・財団	協同組合(農協・生協)	地方自治体(市区町村)	その他	無回答
4,783	44.1	8.6	17.4	11.9	5.2	2.6	2.9	3.1	2.3	1.9

2 介護サービス以外の事業の実施・・・「約6割強が実施」

介護保険指定サービス事業以外に「介護以外の事業を実施」している事業所が39.4%、「指定介護サービス事業以外の介護事業を実施」している事業所は24.1%であった。

<介護サービス以外の事業の実施>

(%)

調査事業所数	実施していない	実施している		無回答
		指定介護サービス以外の実施	介護以外の事業を実施	
4,783	38.8	24.1	39.4	3.0

3 事業所の所在地(市区町村)別割合・・・「市・区」が6割強

所在地(市区町村)別割合をみると、「市・区」が63.4%で最も高く、「政令指定都市・東京23区」が20.1%、「町・村、その他」が15.5%であった。

<事業所の所在地(市区町村)別割合>

(%)

調査事業所数	政令指定都市・東京23区	市・区	町・村、その他	無回答
4,783	20.1	63.4	15.5	0.9

4 事業所の介護報酬算定上の地域区分別割合…「その他」の地域が 38.6%

介護報酬算定上の地域区分別割合をみると、「その他」の地域が 38.6%で最も高く、次いで「乙地」15.4%、「特甲地」が 13.2%の順であった。

<事業所の介護報酬算定上の地域区分別割合> (%)

調査事業所数	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他	無回答
4,783	6.2	13.2	8.0	15.4	38.6	18.5

5 実施している介護サービスの種類(複数回答)…「居宅介護支援 41.6%、訪問介護 39.8%、通所介護 33.6%

実施している介護サービスの種類をみると、介護給付におけるサービスの種類では、居宅介護支援が 41.6%で最も多く、次いで訪問介護 39.8%、通所介護 33.6%の順であった。

予防給付におけるサービスの種類では、介護予防訪問介護が 37.0%で最も多く、介護予防通所介護 31.3%、介護予防支援 19.0%の順であった。

<実施している介護サービスの種類> (介護給付におけるサービス) (%)

調査事業所数	居宅介護支援	訪問介護	通所介護	短期入所生活介護	福祉用具貸与	認知症対応型共同生活介護	介護老人福祉施設	訪問看護	特定福祉用具の販売	通所リハビリテーション	その他
4,783	41.6	39.8	33.6	11.5	10.0	10.0	9.9	8.9	8.3	6.8	28.5

<実施している介護サービスの種類> (予防給付におけるサービス) (%)

介護予防訪問介護	介護予防通所介護	介護予防支援	介護予防生活介護	介護予防短期入所生活介護	介護予防福祉用具貸与	特定介護用具の販売	介護予防訪問看護	介護予防共同生活介護	介護予防通所リハビリテーション	その他	無回答
37.0	31.3	19.0	9.8	9.8	8.9	7.6	7.4	6.2	6.1	17.6	0.3

6 介護事業の開始後経過年数…「平均 5.0 年」

介護事業の開始後経過年数をみると、平均は 5.0 年。3 年未満は 28.1%であった。

<介護事業開始後経過年数>

(%)

調査事業所数	1 年未満	2 1 年未満以上	3 2 年未満以上	4 3 年未満以上	5 4 年未満以上	1 5 0 年以上未満	1 0 年以上	無回答	平均経過年数(年)
4,783	7.3	11.3	9.5	9.1	7.5	37.9	5.7	11.8	5.0

7 職種別の従業員割合…「介護職員 42.2%、訪問介護員 33.2%」

職種別従業員をみると、「介護職員」が 42.2%、「訪問介護員」が 33.2%で、合わせると 75.4%であった。一方、看護職員は 11.3%、介護支援専門員は 7.3%であった。

性別をみると、全体では男 15.2%、女 82.8%であった。

<職種別の従業員数>

(%)

	人数	職種別割合	男	女	性別不明
全 体	110,939	100.0	15.2	82.8	2.0
訪問介護員	36,801	33.2	5.7	90.8	3.5
介護職員	46,857	42.2	21.0	77.7	1.3
看護職員	12,580	11.3	4.2	94.8	0.9
生活相談員	4,576	4.1	41.6	57.2	1.2
理学療法士及び作業療法士	1,978	1.8	46.9	51.7	1.4
介護支援専門員	8,147	7.3	19.2	79.0	1.8

8 登録ヘルパーの占める割合…「訪問介護員の 7 割強が登録ヘルパー」

登録ヘルパーがいると回答した事業所で、訪問介護員のうち登録ヘルパーの占める割合は 71.1%であった。

<登録ヘルパーの占める割合>

(%)

調査事業所数	登録事業所の割合	訪問介護員の人数(人)	登録ヘルパーの占める割合
1,911	75.5	33,262	71.1

(注) 登録ヘルパーのいる事業所における訪問介護員の人数

9 望ましいと考える正社員の割合(職種別)・・・「訪問介護員の場合、「40%未満」が合わせて59.4%(訪問系事業所)。介護職員の場合、「60%以上」が合わせて54.8%(施設系(入所型))」

事業所のサービスを円滑に提供するために望ましいと考える正社員の割合をみると、訪問系事業所では、訪問介護員は「20%以上 40%未満」が34.3%で最も高く、施設系(入所型)事業所では、介護職員は「80%以上」が28.2%で最も高かった。

<望ましいと考える正社員の割合> (%)

「訪問介護員」について、望ましいと考える正社員の割合

	調査事業所数	20%未満	20%以上 40%未満	40%以上 50%未満	50%以上 60%未満	60%以上 80%未満	80%以上	無回答
訪問系	1,320	25.1	34.3	14.0	8.9	5.6	7.3	4.8

「介護職員」について、望ましいと考える正社員の割合

	調査事業所数	20%未満	20%以上 40%未満	40%以上 50%未満	50%以上 60%未満	60%以上 80%未満	80%以上	無回答
施設系(入所型)	1,156	2.8	8.6	10.6	14.1	26.6	28.2	9.1
施設系(通所型)	1,087	7.5	19.4	18.5	15.2	15.3	15.1	9.1

II 雇用管理の状況

1 非正社員を対象とした就業規則の作成・・・「作成している」が69.2%

非正社員を対象とした就業規則を「作成している」が69.2%で、「作成していない」が16.1%であった。

<非正社員を対象とした就業規則の作成> (%)

調査事業所数	作成している	作成していない	非正社員は	無回答
4,783	69.2	16.1	10.1	4.6

2 1年間の採用率・離職率(訪問介護員、介護職員)

(1) 1年間の採用率・離職率・・・「採用率27.4%、離職率21.6%」

訪問介護員、介護職員の1年間(平成18年10月1日から平成19年9月30日まで)の採用率・離職率の状況をみると、全体では、採用率は27.4%、離職率は21.6%であった。

職種別に離職率をみると、訪問介護員は16.9%、介護職員は25.3%であった。

就業形態別に離職率をみると、正社員は20.0%、非正社員は22.8%であった。

離職者のうち、当該事業所に勤務した年数が「1年未満の者」は39.0%、「1年以上3年未満の者」は35.7%で、離職者の74.7%が3年未満で離職していた。

<1年間の採用率・離職率>

(%)

		採用率	離職率	増加率	離職者のうち 勤務年数が	
					1年未満 の者	1年以上 3年未満 の者
2職種合計 (訪問介護員・介護職員)		27.4	21.6	5.8	39.0	35.7
職種別	訪問介護員	19.0	16.9	2.1	29.6	38.1
	介護職員	34.0	25.3	8.7	43.9	34.4
就業形態別	正社員	26.6	20.0	6.6	34.8	39.5
	非正社員	28.0	22.8	5.2	41.6	33.2
	常勤労働者	41.0	30.3	10.6	46.9	36.7
	短時間労働者	23.9	20.4	3.5	39.1	33.2

(2) 離職率階級別にみた事業所割合…「離職率「10%未満」が37.5%、「30%以上」が28.9%」

離職率階級別に事業所の割合をみると、離職率「10%未満」の事業所が37.5%、離職率「30%以上」の事業所が28.9%であった。

<離職率階級別にみた事業所の割合>

(%)

調査事業所数	10%未満	10%～15%未満	15%～20%未満	20%～25%未満	25%～30%未満	30%以上
3,367	37.5	10.4	7.7	8.3	7.1	28.9

3 人材の募集ルート(複数回答)…「ハローワーク・人材銀行」が76.8%

人材の募集ルート(訪問介護員、介護職員の募集を行うにあたっての手段や媒体)をみると、「ハローワーク・人材銀行」が76.8%で最も多く、次いで「職員や知人に声かけ」が62.0%、「折込チラシ広告」が35.6%の順であった。

<人材の募集ルート>

(%)

調査事業所数	問学校への求人・就職説明会への参加等	福祉人材センター	ハローワーク・人材銀行	民間職業紹介所	紹介予定派遣	自社ホームページ	求人情報サイト	求人・就職情報紙	折込チラシ広告	新聞・雑誌への広告掲載	職員や知人に声かけ	美習生の受入れ・声かけ	声かけ	ポランテアの受入れ・声かけ	体験機会の提供	インターシップなど就職	就職の働きかけ	以前退職した職員への再	その他	無回答
3,771	21.2	21.7	76.8	4.4	2.9	16.4	5.7	20.2	35.6	16.8	62.0	22.0	9.4	3.1	14.1	14.1	8.1	8.1	3.0	

4 早期離職防止や定着促進のための方策(複数回答)・・・「職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化を図っている」が60.1%

早期離職防止や定着促進のための方策をみると、「職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化を図っている」が60.1%で最も多く、次いで「労働時間の希望を聞く」が54.2%、「賃金・労働時間等の労働条件を改善する」が48.2%の順であった。

<早期離職防止や定着促進のための方策> (%)

調査事業所数	賃金・労働時間等の労働条件を改善する	能力や仕事ぶりを評価し、配置や処遇に反映する	非正規社員から正社員への転換の機会を設けている	新人の指導担当・アドバイザーを置いている	能力開発を充実させる	労働時間の希望を聞く	仕事内容の希望を聞く	悩み、不満、不安などの相談窓口を設けている	健康対策や健康管理面に力を入れている	職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化を図っている	経営者・管理者と従業員が経営方針・ケア方針を共有する機会を設ける	福利厚生を充実させ、職場内の交流を深める	職場環境を整える	子育て支援を行う	退職理由を分析し、早期離職防止や定着促進のための方策に役立てる	その他	特に方策はとっていない	無回答
3,771	48.2	32.2	35.8	13.1	39.8	54.2	26.7	18.9	20.9	60.1	30.1	23.2	16.3	5.6	7.2	1.6	3.7	3.3

5 訪問介護員の管理方法・・・「稼働日毎に一度は必ず事務所に立ち寄らせている」が34.4%

訪問介護員の勤務時間やサービス提供状況の管理方法をみると、「稼働日毎に一度は必ず事務所に立ち寄らせている」が34.4%で最も多く、次いで「一定期間まとめて報告すればよいことにしている」が29.6%、「稼働日毎に一度は必ず電話で報告させている」が23.1%の順であった。

<訪問介護員の管理方法> (%)

調査事業所数	稼働日毎に一度は必ず事務所に立ち寄らせている	稼働日毎に一度は必ず電話で報告させている	一定期間まとめて報告すればよいことにしている	その他	無回答
1,911	34.4	23.1	29.6	9.5	3.4

Ⅲ 訪問介護員、介護職員に対する教育・研修の状況

1 人材育成の取組みのための方策（複数回答）・・・「自治体や業界団体が主催する教育・研修に積極的に参加させている」が52.6%」

人材育成の取組みのための方策についてみると、「自治体や業界団体が主催する教育・研修には積極的に参加させている」が52.6%で最も多く、次いで「教育・研修計画を立てている」が45.5%、「採用時の教育・研修を充実させている」が35.4%の順であった。

<人材育成の取組みのための方策> (%)

調査事業所数	教育・研修計画を立てている	教育・研修の責任者も担当部署を決めている	採用時の教育・研修を充実させている	職員に後輩の育成経験を持たせている	能力の向上が認められ、反響している配置や処遇に	法人全体で連携して育成に取り組んでいる	自治体や業界団体が積極的に参加させている	地域の同業者とノウハウを共有している	その他	無回答
8,126	45.5	31.9	35.4	31.9	27.7	30.4	52.6	12.1	1.4	11.4

2 人材育成の取組みにあたっての問題点（複数回答）・・・「人材育成のための時間がない」が52.2%」

人材育成の取組みにあたっての問題点をみると、「人材育成のための時間がない」が52.2%で最も多く、次いで「採用時期が別々で効率的な育成ができない」が30.1%、「人材育成のための費用に余裕がない」が30.0%の順であった。

<人材育成の取組みにあたっての問題点> (%)

調査事業所数	人材育成のための時間がない	人材育成のための費用に余裕がない	職員の能力開発意欲が低い	指導を出来る人材がいない	経営者・管理者が人材育成に熱心ではない	人材育成への取組みがわからない	採用時期が別々で効率的な育成ができない	知識・経験等がばらばらで効率的な育成ができていない	育成してもすぐにやめてしまう	その他	特になし	無回答
8,126	52.2	30.0	16.5	17.9	4.0	6.2	30.1	21.2	14.1	1.2	7.5	13.2

3 採用時の教育・研修（複数回答）・・・「介護技術・知識」が70.4%」

採用時の教育・研修の実施状況をみると、「介護技術・知識」が70.4%で最も多く、次いで「接遇・マナー」が64.3%、「感染症予防対策」が60.6%の順であった。

<採用時の教育・研修> (%)

調査事業所数	介護技術・知識	接遇・マナー	経営理念・事業の方針	法人・事業所の感染予防対策	問題解決・苦情処理の手順	職員の腰痛予防対策	安全対策	その他	いずれも行っていない	無回答	いずれかを再掲している
8,126	70.4	64.3	57.5	60.6	43.1	25.5	59.1	5.3	5.6	8.1	86.3

4 1年間の教育・研修等の実施（複数回答）…「94%が実施、内容では「介護技術・知識」が75.7%」

1年間の教育・研修等の実施を就業形態別にみると、「正社員と非正社員のいずれにも行っている」は72.2%、「正社員にのみ行っている」が12.7%、「非正社員にのみ行っている」が9.1%であった。「いずれにも行っていない事業所」は1.7%であった。

<1年間の教育・研修等の実施>（就業形態別） (%)

調査事業所数	正社員と非正社員のいずれにも行っている	正社員にのみ行っている	非正社員にのみ行っている	いずれにも行っていない	無回答
3,751	72.2	12.7	9.1	1.7	4.3

教育・研修等を内容別にみると、「介護技術・知識」が75.7%で最も多く、次いで「安全対策」が64.7%、「接遇・マナー」が55.6%、「情報共有、記録・報告方法」が53.7%の順であった。

<1年間の教育研修等の実施>（内容別） (%)

調査事業所数	介護技術・知識	介護保険制度や関係法令	安全対策	接遇・マナー	情報共有、記録・報告方法	シス・ブライアン ジー保護	事例検討	資格取得のため の研修	その他	いずれも行って いない	無回答	てい ずれ か を 行 っ て い る （ 再 掲 ）
8,126	75.7	43.4	64.7	55.6	53.7	46.0	51.9	25.3	4.0	1.9	8.9	89.2

IV 訪問介護員、介護職員の健康診断の実施状況（複数回答）…「定期健康診断」実施は77.7%」

健康診断の実施状況をみると、「定期健康診断」が77.7%と最も多く、次いで「採用時の健康診断」が40.7%、「その他の健康診断」が11.9%、「いずれも実施していない」が5.6%の順であった。

<訪問介護員、介護職員の健康診断の実施状況> (%)

調査事業所数	採用時の健康診断	定期健康診断	その他の健康診断	いずれも実施して いない	無回答
9,207	40.7	77.7	11.9	5.6	8.8

V 運営上の課題

1 経営の効率面での対応状況（複数回答）・・・「人件費総額を圧縮した」が18.5%」

経営の効率面での対応状況をみると、「人件費総額を圧縮した（給与水準切り下げ、人員削減等）」が18.5%で最も多く、次いで「新規に介護保険の指定介護サービス事業の種類を増加」が15.0%であった。「特に対応していない」は40.5%であった。

<経営の効率面での対応状況> (%)

調査事業所数	新規に介護保険の指定介護サービス事業の種類を増加	新規に介護保険が支給されない介護サービス事業を開始	営業地域を拡張した	営業地域を縮小した	人件費総額を圧縮した（給与水準切り下げ、人員削減等）	利用者等を要介護度の高い者に絞り込んでいる	予防給付で介護保険の指定介護サービス事業実施しない	新規に夜間対応を始めた	一部の指定介護サービス事業を中止した	その他	特に対応していない	無回答
3,451	15.0	9.0	9.0	3.7	18.5	4.2	1.9	1.2	3.7	12.6	40.5	4.1

2 介護サービスを運営する上での問題点（複数回答）・・・「今の介護報酬では人材確保等に十分な賃金を払えない」が64.7%」

介護サービスを運営する上での問題点をみると、全体では「今の介護報酬では人材確保等に十分な賃金を払えない」が64.7%で最も多く、次いで「良質な人材の確保が難しい」45.2%、「指定介護サービス提供書類作成が煩雑で時間に追われる」43.2%の順であった。

<介護サービスを運営する上での問題点> (%)

調査事業所数	今の介護報酬では人材確保等に十分な賃金を払えない	経営が苦しく労働条件や労働環境改善が出来ない	良質な人材の確保が難しい	新規利用者の確保が難しい	介護従事者の介護業務に関する知識や技術が不足	介護従事者の介護業務に臨む意欲や姿勢に問題がある	管理者の指導・管理能力が不足している	教育・研修の時間が十分に取れない	介護従事者間のコミュニケーションが不足している	経営者・管理者と職員間のコミュニケーションが不足	利用者等の介護サービスに対する理解が不足している	介護報酬の改正等についての確かな情報説明が得られない	指定介護サービス提供書類作成が煩雑で時間に追われる	雇用管理等についての情報や指導が不足している	その他	特に問題はない	無回答
4,783	64.7	41.5	45.2	28.8	10.3	8.2	8.6	30.3	6.5	8.1	10.2	7.6	43.2	4.0	2.5	2.5	2.9

3 利用者及び家族の満足度（回答者の認識）・・・「満足度は高い方」が40.0%」

事業所に対する利用者やその家族の満足度をどのように認識しているかについてみると、「満足度は平均的」が46.6%で最も多く、次いで「満足度は高い方」が40.0%で、「満足度は低い方」と答えた事業所は1.8%であった。

<利用者及び家族の満足度> (%)

事業調査所数	満足度は高い方	満足度は平均的	満足度は低い方	わからない	無回答
4,783	40.0	46.6	1.8	7.3	4.3

VI 労働者の個別状況(個別調査結果)

回答のあった 4,308 事業所で、介護労働に従事する者 41,593 人の状況。

1 年齢…「平均年齢は全体 43.8 歳、訪問介護員 49.8 歳、介護職員 39.8 歳」

介護労働者の平均年齢をみると、全体では、平均年齢は 43.8 歳であった。

職種別では、訪問介護員の平均年齢は 49.8 歳で、介護職員 39.8 歳、看護職員 44.9 歳、介護支援専門員 46.0 歳であった。

<年齢> (歳)

	調査人数 (人)	平均年齢
全 体	41,593	43.8
訪問介護員	11,459	49.8
サービス提供責任者	2,118	46.8
介護職員	16,512	39.8
看護職員	4,576	44.9
介護支援専門員	2,218	46.0
生活相談員または支援相談員	1,756	38.3

2 保有資格 (複数回答)…「ホームヘルパー2 級 47.6%、介護福祉士 25.7%」

介護労働者の保有資格をみると、全体では「ホームヘルパー2 級」が 47.6%で最も多く、次いで「介護福祉士」25.7%、「看護師・准看護師」13.7%、「介護支援専門員」10.1%の順であった。

<保有資格> (%)

調査人数(人)	ホームヘルパー1 級	ホームヘルパー2 級	ホームヘルパー3 級	社会福祉士	介護福祉士	看護師・准看護師	理学療法士	作業療法士	介護支援専門員	福祉用具専門相談員	管理栄養士・栄養士	その他の資格	無資格	無回答
41,593	5.7	47.6	0.9	2.4	25.7	13.7	0.8	0.5	10.1	2.4	1.8	7.5	4.3	3.5

3 勤続年数…「平均 3.1 年」

介護労働者の平均勤続年数をみると、全体では 3.1 年であった。職種別では、訪問介護員は平均勤続年数が 3.2 年、介護職員は 2.8 年であった。

<勤続年数>

(年)

調査人数(人)	全体	訪問介護員	サービス提供者責任者	介護職員	看護職員	介護支援専門員	生活相談員または支援相談員
41,593	3.1	3.2	3.8	2.8	3.2	3.3	3.5

4 所定内賃金・・・「月給者の平均賃金 214,886 円」

介護労働者の所定内賃金は、「月給の者」が 214,886 円/月、「日給の者」が 7,875 円/日、「時間給の者」が 1,105 円/時間であった。時間給の者では、訪問介護員は 1,200 円/時間、介護職員は 864 円/時間であった。

<所定内賃金>

	月給の者		日給の者		時間給の者	
	回答者数(人)	(平均賃金/月)	回答者数(人)	(平均賃金/日)	回答者数(人)	(平均賃金/時間)
全体	20,176	214,886	1,168	7,875	14,399	1,105
訪問介護員	1,601	186,863	175	6,871	7,447	1,200
サービス提供者責任者	1,613	214,011	35	7,744	172	1,147
介護職員	9,513	192,587	759	7,137	4,723	864
看護職員	2,591	256,126	103	9,953	1,276	1,349
介護支援専門員	1,678	257,586	19	9,651	122	1,250
生活相談員または支援相談員	1,413	231,576	20	7,411	139	943

(注) 平成19年度と平成18年度では、調査票において質問様式や定義等について差異があり、「日給の者」および「時間給の者」については必ずしも比較できない結果となっている。

5 1カ月の実労働時間数・・・「平均労働時間は全体 124.4 時間、訪問介護員 74.5 時間」

平成19年9月1カ月間の実労働時間数は平均 124.4 時間であった。訪問介護員は平均 74.5 時間で、介護職員は平均 145.0 時間であった。

<1カ月の実労働時間数> (時間)

	(回答者数)	平均労働時間数
全体	36,460	124.4
訪問介護員	10,401	74.5
サービス提供者責任者	1,797	160.9
介護職員	14,691	145.0
看護職員	3,940	132.2
介護支援専門員	1,787	149.4
生活相談員または支援相談員	1,496	157.4

■ 介護労働者の就業実態と就業意識調査 ■

－ 介護労働に関わる方 13,089 人の状況 －

◎ 有効回答のあった介護労働者の基本属性 … 「女性が 80.6%」

有効回答のあった 13,089 人の基本属性は、下記のとおり。

性別では女性が 80.6%、男性が 18.7%であった。

年齢構成は、男性は「30 歳以上 35 歳未満」23.4%、「25 歳以上 30 歳未満」23.1%と 35 歳以下の年齢層が 5 割以上を占めた。一方、女性は「45 歳以上 50 歳未満」16.2%をはじめ 30 歳以上から 60 歳までの年齢構成に大きな偏りは見られなかった。

平均年齢は 42.5 歳(男性 36.3 歳、女性 44.0 歳)であった。

職種別で女性の割合が高かったのは訪問看護員 97.0%、看護師・准看護師 96.2%、訪問介護員 90.8%、サービス提供責任者 87.6%の順であった。男性は理学療法士 55.7%、生活相談員 41.9%の順に高かった。

<介護労働者の年齢構成>

(%)

	回答数	20 歳未満	25 歳未満	30 歳未満	35 歳未満	40 歳未満	45 歳未満	50 歳未満	55 歳未満	60 歳以上	無回答	(平均年齢)	
全体	13,089	0.2	4.8	10.8	12.6	12.2	13.5	14.3	13.2	11.1	6.3	1.2	42.5
男	2,446	0.2	7.7	23.1	23.4	15.6	8.0	6.7	6.1	4.5	4.2	0.4	36.3
女	10,549	0.2	4.2	8.0	10.2	11.5	14.9	16.2	14.9	12.7	6.8	0.6	44.0

<介護労働者の職種・性別構成>

(%)

	回答数	性別			平均年齢 (歳)
		男	女	無回答	
全体	13,089	18.7	80.6	0.7	42.5
訪問介護員	2,467	8.5	90.8	0.7	46.5
サービス提供責任者	1,116	11.5	87.6	0.9	44.9
訪問看護員	499	2.2	97.0	0.8	41.8
介護職員	4,097	22.3	77.3	0.5	38.4
生活相談員	566	41.9	57.8	0.4	37.1
介護支援専門員	1,253	18.4	81.1	0.5	45.4
理学療法士	70	55.7	44.3	—	33.9
作業療法士	29	37.9	62.1	—	32.1
機能訓練指導員	27	22.2	77.8	—	40.6
看護師・准看護師	736	3.3	96.2	0.5	43.7
無回答	2,229	28.6	70.0	1.4	44.7

I 現在の仕事の状況について

1 勤務先事業所の主な介護サービスの種類 … 「施設系 47.0%、訪問系 45.5%」

勤務先事業所の主な介護サービスをみると、介護保険サービス系型別では、施設系（入所型+通所型）は47.0%を占め、訪問系は45.5%であった。

＜介護保険サービス系型別従業員構成＞ (%)

回答数	訪問系	計	施設系		その他	無回答
			入所型	通所型		
13,089	45.5	47.0	24.2	22.8	6.0	1.5

2 現在行っている主な仕事

(1) 主な仕事(職種) … 「介護職員 31.3%、訪問介護員 18.8%」

現在行っている主な仕事（職種別）では、介護職員が最も多く 31.3%、次いで訪問介護員 18.8%、介護支援専門員 9.6%、サービス提供責任者 8.5%の順であった。

＜現在の主な仕事＞ (%)

介護職員	訪問介護員	介護支援専門員	サービス提供責任者	看護師・准看護師	生活相談員	訪問看護員	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	無回答
31.3	18.8	9.6	8.5	5.6	4.3	3.8	0.5	0.2	0.2	17.0

(2) 経験年数 … 「5年以上10年未満」が30.8%」

現在の事業所での主な仕事での経験年数をみると、全体では「5年以上10年未満」が30.8%と最も多く、また4職種いずれもこの年齢層が多かった。

＜現在の主な仕事の経験年数＞ (%)

	1年未満	2年未満	3年未満	4年未満	5年未満	10年未満	11年未満	20年未満	21年以上	無回答
全体	8.9	11.4	11.0	11.7	10.1	30.8	8.9	3.4	3.2	0.7
訪問介護員	6.9	8.9	11.9	14.3	12.1	35.7	7.0	1.9	0.9	0.4
サービス提供責任者	10.9	12.5	9.1	13.9	10.8	32.2	6.9	2.2	1.3	0.1
介護職員	7.4	11.2	11.9	12.5	10.9	32.0	9.7	3.0	1.2	0.2
介護支援専門員	11.3	16.6	12.4	10.3	9.6	36.1	2.1	0.7	1.0	—

(3) 就業形態 … 「正社員 65.2%、非正社員 33.7%」

就業形態をみると、全体では、正社員 65.2%、非正社員 33.7%であった。サービス提供責任者、介護職員、介護支援専門員では「正社員」が多く、それぞれ 80.5%、65.9%、80.8%であった。訪問介護員は「非正社員」が 60.1%と多かった。

<現在の主な仕事の就業形態> (%)

	回答数	正社員	非正社員	無回答
全体	13,089	65.2	33.7	1.1
訪問介護員	2,467	39.2	60.1	0.7
サービス提供責任者	1,116	80.5	19.0	0.5
介護職員	4,097	65.9	33.4	0.8
介護支援専門員	1,253	80.8	18.7	0.5

II 労働時間等について

1 1週間の平均労働日数及び時間数 … 「平均労働日数は週 5 日、平均労働時間は週 37.5 時間」

1 週間に働いた平均労働日数は正社員が 5.1 日、非正社員が 4.6 日であった。

また、1 週間に働いた平均労働時間数をみると、正社員が 40.8 時間、非正社員が 28.3 時間であった。

<1 週間の平均労働日数及び時間数> (%)

	平均日数(日)	1週間に働いた時間階級別労働者割合												平均時間数(時間)
		5時間未満	15時間以上未満	51時間以上未満	01時間以上2未満	52時間以上2未満	02時間以上3未満	53時間以上3未満	03時間以上4未満	54時間以上4未満	04時間以上5未満	50時間以上	無回答	
全体	5.0	0.5	3.7	2.8	3.9	5.5	3.0	6.4	7.5	38.4	13.8	11.7	2.7	37.5
正社員	5.1	0.1	2.2	0.7	0.5	1.1	0.9	4.2	7.0	47.1	17.8	15.9	2.6	40.8
非正社員	4.6	1.2	6.5	7.0	10.4	14.1	7.2	10.7	8.4	21.8	6.2	3.8	2.6	28.3

III 賃金等について

1 賃金の支払形態 … 「正社員は月給 93.3%、非正社員は月給 18.3%」

就業形態別の賃金支払形態をみると、正社員は「月給」が 93.3%と最も多く、非正社員では「月給」は 18.3%であった。非正社員では「時間給」が 70.4%で最も多かった。

<賃金支払形態>

(%)

	時間給	日給	月給	その他	無回答
全体	25.8	2.6	67.5	1.6	2.4
正社員	3.0	1.0	93.3	1.2	1.4
非正社員	70.4	5.8	18.3	2.4	3.1

2 時間給 … 「平均時間給は1,044円」

賃金の支払形態が時間給である者の平均時間給額を職種別にみると、訪問介護員は1,121円、サービス提供責任者は1,022円、介護職員は874円、介護支援専門員は1,330円であった。

<時間給の賃金階級>

(%)

	700円未満	700円未満	800円未満	800円未満	900円未満	900円未満	1000円未満	1000円未満	1100円未満	1100円未満	1100円未満	1100円未満	1200円未満	1200円未満	1300円未満	1300円未満	1400円未満	1400円未満	1500円以上	無回答	平均時間給(円)
全体	1.4	8.2	12.2	10.8	11.3	4.8	16.9	6.4	9.4	5.6	3.9	6.2	0.8	—	0.4	1.5	1.044				
訪問介護員	0.6	2.1	4.4	5.3	7.2	3.6	23.9	12.5	16.2	9.4	5.8	6.3	0.6	—	0.1	1.9	1,121				
サービス提供責任者	2.0	8.0	9.0	8.0	12.0	6.0	19.0	6.0	15.0	11.0	1.0	2.0	—	—	—	1.0	1,022				
介護職員	2.1	15.4	22.3	18.7	18.9	6.9	10.6	2.1	1.4	0.4	0.1	0.4	0.1	—	—	0.6	874				
介護支援専門員	3.3	2.2	5.4	2.2	2.2	—	12.0	2.2	15.2	13.0	8.7	28.3	5.4	—	—	—	1,330				

3 通常月の税込み月収 … 「平均月収は179.0千円」

通常月の税込み月収をみると、介護支援専門員が228.9千円、サービス提供責任者が197.6千円、介護職員が165.8千円、訪問介護員では132.5千円であった。

<通常月の税込み月収>

(%)

	300千円未満	300千円未満	350千円未満	350千円未満	400千円未満	400千円未満	450千円未満	450千円未満	500千円未満	500千円未満	550千円未満	550千円未満	600千円未満	600千円未満	650千円未満	650千円未満	700千円以上	無回答	平均月収(千円)
全体	2.3	1.5	4.8	5.7	7.4	7.9	16.7	9.8	14.2	5.6	7.2	2.5	4.4	1.4	1.0	7.8	179.0		
訪問介護員	3.4	4.3	12.1	11.3	12.3	8.3	16.3	7.6	8.9	1.5	2.9	0.8	1.2	0.1	0.1	8.8	132.5		
サービス提供責任者	2.0	0.4	0.4	1.2	3.3	5.1	19.2	15.9	21.9	8.7	8.6	3.3	3.9	0.6	0.6	4.8	197.6		
介護職員	1.5	0.7	4.0	5.9	8.8	12.1	22.7	11.4	13.5	4.9	5.0	1.1	1.5	0.3	0.1	6.4	165.8		
介護支援専門員	1.8	1.2	1.0	2.3	2.6	1.8	7.3	7.1	19.2	9.3	16.4	5.3	12.9	3.0	2.2	6.5	228.9		

IV 能力開発について

1 採用時の研修受講の有無及び期間 … 「受けた」は 52.6%、「受けない」は 44.7%

採用時の研修受講の有無をたずねたところ、全体では、「受けた」は 52.6%、「受けない」は 44.7%であった。就業形態別では「受けた」は正社員が 53.7%、非正社員が 50.5%であった。受けた研修期間は正社員、非正社員では「2～3日程度」がそれぞれ 23.7%、25.1%、「1週間程度」がそれぞれ 24.4%、20.6%であった。

<採用時研修受講の有無と研修期間> (%)

	受けた	受けた研修期間					受けない	無回答
		半日程度	1日程度	2～3日	1週間	以上2週間		
全体	52.6	14.1	16.7	24.2	23.2	18.5	44.7	2.7
正社員	53.7	11.9	16.6	23.7	24.4	20.1	43.7	2.6
非正社員	50.5	18.8	16.9	25.1	20.6	15.0	47.0	2.4

V 仕事についての考え方

1 現在の仕事を選んだ理由(複数回答) … 「働きがいのある仕事だと思ったから」が 55.9%

現在の仕事を選んだ理由は、全体では「働きがいのある仕事だと思ったから」が 55.9%と最も多かった。次いで、「資格・技能が活かせるから」が 36.4%、「人や社会の役に立ちたいから」が 34.8%の順であった。

<現在の仕事を選んだ理由> (%)

	働きがいのある仕事だと思ったから	今後でもニーズが高まるから	人や社会の役に立ちたいから	生きがい・社会参加のため	お年寄りが好きだから	身近な人の介護の経験から	資格・技能が活かせるから	介護の知識や技能が身につくから	給与等の収入が多いから	かた時間(日)に働けるよ	自分や家族の都合のため	他にいい仕事がないから	その他	特に理由はない	無回答
全体	55.9	34.1	34.8	17.8	27.3	17.3	36.4	23.4	3.4	14.2	9.3	5.3	3.2	0.9	
正社員	57.6	35.3	35.8	16.0	27.4	15.4	36.0	20.0	3.1	6.0	8.7	5.9	4.0	0.7	
非正社員	53.0	32.2	32.7	21.4	26.9	21.0	37.7	30.1	3.9	30.3	10.4	4.1	1.5	1.1	

2 介護関係の仕事の継続意志 … 「働き続けられるかぎり」が 50.0%

介護関係の仕事の継続意志をたずねたところ、「働き続けられるかぎり」と答えた人が 50.0%と最も多かった。

<介護関係の仕事の継続意志について>

(%)

	半年程度	1～2年程度続けた	3～5年程度続けた	6～10年程度続けた	働き続けられるかぎり	わからない	無回答
全体	2.0	7.2	10.9	5.5	50.0	23.6	0.7
正社員	2.1	6.4	10.1	5.6	50.8	24.4	0.5
非正社員	1.8	8.7	12.4	5.2	48.8	22.3	0.8

3 現在の仕事の満足度 … 「仕事の内容・やりがい」が 55.0%

現在の仕事の満足度をたずねたところ、全体では、「仕事の内容・やりがい」が 55.0%と最も多かった。一方、満足度が最も低かったのは、「教育訓練・能力開発のあり方」で 17.5%であった。正社員では「仕事の内容・やりがい」が 55.5%と満足度（「満足」＋「やや満足」）が最も高かった。

非正社員で、満足度が最も高かったのは、「仕事の内容・やりがい」の 54.4%、満足度が最も低かったのは、「教育訓練・能力開発のあり方」の 16.2%であった。

<現在の仕事の満足度(満足＋やや満足)>

(%)

	① 仕事の内容・やりがい	② 賃金	③ 労働条件 労働時間・休日等の	④ 勤務体制	⑤ 人事評価・処遇のあり方	⑥ 職場の環境	⑦ ミニ職場の人間関係、コミュニケーション	⑧ 雇用の安定性	⑨ 福利厚生	⑩ のあり方 教育訓練・能力開発	⑪ 職業生活全体
全体	55.0	19.1	28.2	25.1	18.4	37.9	44.7	29.0	20.7	17.5	21.4
正社員	55.5	18.7	25.8	23.6	18.6	36.8	43.7	31.0	22.9	18.4	21.8
非正社員	54.4	19.9	33.0	28.2	18.1	40.1	46.9	25.1	16.4	16.2	20.7

VI 働く上での悩み、不安、不満等について

1 労働条件・仕事の負担についての悩み、不安、不満等(複数回答) … 「仕事のわりに賃金が低い」が49.4%

労働条件・仕事の負担についての悩み、不安、不満等をたずねたところ、「仕事内容のわりに賃金が低い」が49.4%、「業務に対する社会的評価が低い」が38.4%、「精神的にきつい」が35.7%の順で多かった。特に、施設系(入所型)及び施設系(通所型)では、「仕事内容のわりに賃金が低い」がそれぞれ61.6%、52.0%と多かった。

<労働条件等の悩み、不安、不満等>

(%)

	雇用が不安定である	正社員(正規職員)になれない	仕事内容のわりに賃金が低い	労働時間が不規則である	労働時間が長い	休憩がとりにくい	夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安がある	休暇が少ない・休暇が取りにくい	身体的負担が大きい(体力に不安がある)	精神的にきつい	健康面(感染症、腰痛、怪我)の不安がある	業務に対する社会的評価が低い	福祉施設の不足、機器操作の不慣れ、施設の構造に不安がある	仕事内容の怪我等への補償がない	その他	労働条件・仕事について特に悩んでいる、不満等を感じていない	無回答
全体	12.2	7.2	49.4	16.7	14.3	34.3	20.7	30.6	28.4	35.7	35.0	38.4	11.0	9.1	5.2	7.1	2.9
訪問系	13.4	7.5	44.2	18.2	12.8	28.8	14.9	29.7	25.2	37.1	32.3	41.0	3.7	8.3	4.6	7.9	3.1
施設系(入所型)	10.8	6.9	61.6	24.4	16.7	41.4	47.5	37.1	39.5	40.5	44.6	40.9	22.0	12.3	5.9	3.3	1.1
施設系(通所型)	12.4	8.0	52.0	8.0	14.6	41.4	6.6	28.7	27.8	31.1	35.3	34.4	15.2	8.8	5.8	7.7	3.0
その他	8.4	4.2	31.0	8.2	15.3	19.4	8.7	19.4	12.4	23.1	16.5	24.1	5.2	2.4	4.2	15.2	7.7

VII 業務上の事故・怪我等について

1 1年間のヒヤリ・ハットの経験 … 「あった」が51.8%

1年間(平成18年11月1日～19年10月31日)に業務上の事故・怪我等の経験が「あった」は25.5%であった。

事故になりかけたヒヤリ・ハットの経験では「あった」が51.8%であった。

<業務上の事故・怪我、ヒヤリ・ハットの有無>

(%)

	回答数	業務上の事故・怪我			ヒヤリ・ハット		
		あった	なかった	無回答	あった	なかった	無回答
全体	13,089	25.5	72.0	2.5	51.8	44.9	3.3
訪問系	5,950	16.4	81.3	2.3	35.8	60.7	3.5
施設系(入所型)	3,166	41.0	57.0	2.1	74.6	23.2	2.2
施設系(通所型)	2,990	31.2	66.4	2.4	66.3	30.3	3.3
その他	784	11.7	82.9	5.4	26.8	67.0	6.3

(注) ヒヤリ・ハットとは、結果として事故は発生しなかったが、危うく事故が発生しそうになった状況。

2 セクハラ・暴力等の経験の有無及び解決状況(複数回答)・・・「経験なし」が42.1%

1年間の仕事での利用者からのセクハラ・暴力等についてたずねたところ、「暴言(直接的な言葉の暴力)」が22.1%と最も多かった。特に、施設系(入所型)は「暴言(直接的な言葉の暴力)」が35.1%、「暴力」が32.5%と多かった。一方、「経験をしたことはない」が42.1%であった。

<利用者からのセクハラ・暴力等の経験>

(%)

	セクハラ(性的嫌がらせ)	暴力	暴言(直接的な言葉の暴力)	誹謗・中傷(周りの人に悪口を言う間接的言葉の暴力)	盗難のぬれぎぬ	無理解者、家族の誤解	その他	上記のような経験をしたことはない	無回答
全体	11.0	14.0	22.1	6.8	4.4	15.0	0.5	42.1	17.4
訪問系	9.8	5.8	18.3	6.7	4.8	17.3	0.8	45.1	16.8
施設系(入所型)	12.8	32.5	35.1	8.3	6.1	13.5	0.4	31.8	16.7
施設系(通所型)	13.9	14.1	20.1	6.7	3.0	13.1	0.3	42.5	17.8
その他	2.3	2.2	7.0	2.7	0.6	10.7	0.1	58.7	20.9

また、「経験したことがある人」の解決状況では、「報告し、解決した」割合が訪問系では52.4%と多く、施設系(入所型)では35.2%と少なかった。

<「経験したことがある」人の報告・解決状況>

(%)

	経験あり回答	報告し、解決	中報告し、対処	未報告したが、	報告しなかつた	無回答
全体	6,226	44.2	11.9	20.3	20.4	3.2
訪問系	2,633	52.4	10.8	18.1	15.5	3.3
施設系(入所型)	1,859	35.2	12.9	23.9	24.6	3.4
施設系(通所型)	1,440	40.3	13.5	20.6	22.6	3.0
その他	210	46.2	6.2	15.7	30.0	1.9

なお、相談できる管理者や相談窓口の有無についてたずねたところ、管理者の配置では、訪問系では「ある」が74.4%と最も多かった。相談窓口の有無では訪問系では「ある」が53.8%であったが、他の介護サービス系型は4割前後であった。

<管理者の配置、相談窓口の有無>

(%)

	回答数	管理者の配置				相談窓口			
		ある	ない	わからない	無回答	ある	ない	わからない	無回答
全体	13,089	67.4	13.3	14.4	4.8	46.4	25.5	21.4	6.8
訪問系	5,950	74.4	9.8	10.9	4.9	53.8	20.7	18.3	7.3
施設系(入所型)	3,166	58.3	18.4	19.3	4.0	36.7	33.2	24.8	5.3
施設系(通所型)	2,990	63.9	14.5	16.9	4.6	42.4	26.7	24.6	6.2
その他	784	64.7	14.4	12.8	8.2	46.2	24.1	19.4	10.3

VIII 前職の状況等について

1 前職のある人の状況 … 「介護サービスの仕事ではない」が68.4%

現在の仕事に就く前に収入の伴う仕事をしてきたかをたずねたところ、「前職あり」が82.3%で、うち「介護サービスの仕事に従事していた者」は30.6%で、「直前は介護ではない」が68.4%であった。

<前職の状況>

(%)

	回答数	直前の仕事の有無			直前の仕事の内容			
		前職なし	前職あり	無回答	前職あり回答数	事直前(はい)	ない直前(いいえ)	無回答
全体	13,089	15.2	82.3	2.5	10,776	30.6	68.4	0.9
正社員	8,533	19.1	78.5	2.4	6,697	33.6	65.5	1.0
非正社員	4,416	8.0	90.1	1.9	3,979	25.8	73.4	0.9

2 直前の介護の仕事をやめた理由(複数回答) … 「待遇に不満」が25.5%

直前の介護の仕事をやめた理由をたずねたところ、「待遇(賃金、労働時間)に不満があったため」が25.5%、「自分・家庭の事情(結婚・出産・転勤等)のため」が24.7%、「法人や事業所の経営理念や運営のあり方に不満があったため」が23.4%の順が多かった。

<直前の介護の仕事をやめた理由>

(%)

	回答数	自分・家庭の事情（結婚・出産・転勤等）のため	待遇（賃金、労働時間）に不満があったため	職場の人間関係に不満があったため	利用者との人間関係に不満があったため	ケアの考え方が合わなかったため	法人や事業所の経営理念や運営のあり方に不満があったため	正社員になれなかったため	介護の仕事で希望にあう事業所に就職できなかったため	介護以外で就きたい仕事に就けなかったため	契約期間が終了したため	定年を迎えたため	健康を害したため	その他	無回答
全体	3,300	24.7	25.5	23.0	1.3	12.6	23.4	6.8	14.2	0.9	3.9	2.6	8.6	14.9	3.1
正社員	2,247	21.0	27.4	22.6	1.3	13.3	25.2	8.2	15.6	0.9	3.8	1.6	7.9	16.1	3.2
非正社員	1,025	33.1	22.0	24.1	1.5	11.0	19.3	3.7	11.5	0.9	3.8	4.9	10.0	12.4	2.5

3 現在の事業所に就職した理由(複数回答)・・・「やりたい職種・仕事内容であるため」が44.8%」

現在の事業所に就職した理由をたずねたところ、「やりたい職種・仕事内容であるため」が44.8%、「通勤が便利のため」が36.9%の順で多かった。

<現在の事業所に就職した理由>

(%)

	経営が健全であり、将来的に安定しているため	優れた経営者がいるため	判だから	良いケアをしていると評判	やりたい職種・仕事内容であるため	より収入の多い仕事に就きたかったため	勤務時間や労働日数が短い	通勤が便利のため	働けるための良い時間に	家族や知人の勧めや紹介があったため	先生や先輩のすすめがあったため	家庭の事情や他の活動と両立しやすいため	職員への教育研修が充実しているから	新しいサービス（ユニツトケア等）を行っているため	新設の事業所又は建物・設備等が整っているため	その他	理由は特にない	無回答
全体	14.0	5.6	6.7	44.8	7.3	8.1	36.9	14.3	22.4	4.2	12.9	2.0	2.8	5.3	7.5	6.2	3.0	
正社員	14.5	6.4	6.7	45.4	8.1	4.3	34.5	5.5	21.3	5.0	8.6	1.8	3.3	6.2	8.8	7.2	2.9	
非正社員	12.8	4.2	6.9	43.9	5.8	15.6	41.8	31.5	24.8	2.9	21.4	2.3	1.8	3.7	5.2	4.5	2.6	

平成19年度介護労働実態調査

事業所における介護労働実態調査の結果について

(補足資料)

介護労働者の賃金等①

	介護労働者(うち月給者)の賃金等(注1)												事業所の開設 経過年数
	全体				男				女				
	1か月の実賃金 (注2)	1か月あたりの所定内賃金 (注3)	年齢 (注4)	勤続年数 (注5)	1か月の実賃金 (注2)	1か月あたりの所定内賃金 (注3)	年齢 (注4)	勤続年数 (注5)	1か月の実賃金 (注2)	1か月あたりの所定内賃金 (注3)	年齢 (注4)	勤続年数 (注5)	
平成19年度 介護労働 実態調査	221.2 千円	214.9 千円	40.0歳	3.4年	234.7 千円	225.8 千円	37.0歳	3.0年	217.0 千円	211.1 千円	45.2歳	3.0年	9.0年

(参考)平成18年度介護労働実態調査の結果

平成18年度 介護労働 実態調査	224.2 千円	213.8 千円	38.9歳	5.0年	236.8 千円	226.8 千円	36.9歳	4.3年	220.2 千円	210.0 千円	43.8歳	4.1年	12.3年
------------------------	-------------	-------------	-------	------	-------------	-------------	-------	------	-------------	-------------	-------	------	-------

(注1)【介護労働者】:訪問介護員、サービス提供責任者、介護職員、看護職員、介護支援専門員、生活相談員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、栄養士、福祉用具専門相談員の合計。以下同じ。

(注2)【1か月の実賃金】:平成19年9月1か月分として実際に支給された税込み賃金額で残業、休日出動手当等を含む。以下同じ。

(注3)【1か月あたりの所定内賃金】:1か月に決まって支給される税込み賃金額で、交通費や各種手当も支給額が決まっている場合はこれも含めた金額。

(注4)【年齢】:全体の【年齢】は正社員の平均値。男女の【年齢】は全介護労働者の平均値。

(注5)【勤続年数】:全体の【勤続年数】は正社員の平均値。男女の【勤続年数】は全介護労働者の平均値。また、1年未満の端数は切り捨て。

介護労働者の賃金等②

(参考) 平成19年賃金構造基本統計調査(厚生労働省)の結果

	一般労働者の決まって支給する給与額等													
	全体				男					女				
	決まって 支給する 給与 (注1)	所定内 給与額 (注2)	平均 年齢	勤続 年数	労働者 の割合 (注3)	決まって 支給する 給与 (注1)	所定内 給与額 (注2)	平均 年齢	勤続 年数	労働者 の割合 (注3)	決まって 支給する 給与 (注1)	所定内 給与額 (注2)	平均 年齢	勤続 年数
全産業	330.6 千円	301.1 千円	41.0 歳	11.8 年	68.0%	372.4 千円	336.7 千円	41.9 歳	13.3 年	32.0%	241.7 千円	225.2 千円	39.2 歳	8.7 年
福祉施設 介護員	210.7 千円	199.5 千円	36.0 歳	5.1 年	29.5%	225.9 千円	213.6 千円	32.6 歳	4.9 年	70.5%	204.4 千円	193.7 千円	37.4 歳	5.2 年
ホーム ヘルパー	213.1 千円	197.7 千円	43.8 歳	4.8 年	17.8%	239.3 千円	214.7 千円	36.7 歳	3.5 年	82.2%	207.4 千円	194.0 千円	45.3 歳	5.1 年

(注1)【決まって支給する給与】:労働契約、労働協約或いは事業所の就業規則によって予め定められている支給条件、算定方法によって6月1か月分として支給された現金給与をいい、所定内給与額に超過労働給与額を加えたものである。

(注2)【所定内給与額】:所定内給与額とは、労働契約等であらかじめ定められている支給条件、算定方法により6月1か月分として支給された現金給与額(きまって支給する現金給与額)のうち、超過労働給与額([1]時間外勤務手当、[2]深夜勤務手当、[3]休日出勤手当、[4]宿日直手当、[5]交代手当として支給される給与をいう。)を差し引いた額で、所得税等を控除する前の額をいう。

(注3) 全産業、福祉施設介護員、ホームヘルパー毎の、男・女の割合。

(出典)平成19年賃金構造基本統計調査(厚生労働省)

介護職員及び訪問介護員の賃金等

※ 平成19年度介護労働実態調査のデータを基に老健局老人保健課が算出した。

- 介護職員は、正社員が多い(58.3%)が、訪問介護員は非正社員が多い(83.6%)。
- 女性の介護職員及び訪問介護員は、男性と比較して、年齢は高く、勤続年数も長いものの、1か月の実賃金は低い。

		介護職員及び訪問介護員の賃金等											
		全体				男				女			
		客体数 (注3)	1か月の実賃金	年齢	勤続年数 (注4)	客体数 (注3)	1か月の実賃金	年齢	勤続年数 (注4)	客体数 (注3)	1か月の実賃金	年齢	勤続年数 (注4)
介護職員 (注1)	正社員 (注2)	8,568人 [58.3%]	208.6 千円	36.5歳	3.3年	2,492人 (29.1%)	219.2 千円	32.6歳	3.1年	6,076人 (70.9%)	204.0 千円	38.1歳	3.4年
	非正社員 (注2)	6,129人 [41.7%]	115.4 千円	44.1歳	2.1年	705人 (11.5%)	143.4 千円	37.8歳	1.8年	5,424人 (88.5%)	111.9 千円	45.0歳	2.2年
訪問介護員 (注1)	正社員 (注2)	1,571人 [16.4%]	182.3 千円	44.5歳	3.3年	354人 (22.5%)	193.3 千円	42.9歳	2.8年	1,217人 (77.5%)	179.2 千円	45.0歳	3.4年
	非正社員 (注2)	8,013人 [83.6%]	75.4 千円	50.9歳	3.1年	271人 (3.4%)	99.0 千円	46.3歳	2.3年	7,742人 (96.6%)	74.6 千円	51.1歳	3.2年

(注1) 本調査で「介護労働者」とは、訪問介護員、サービス提供責任者、介護職員、看護職員、介護支援専門員、生活相談員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、栄養士、福祉用具専門相談員の合計をいう。

上記「介護労働者」のうち、「訪問介護員」は介護保険法の指定を受けた訪問介護事業所で働き、高齢者等の家庭を訪問して家事などの生活援助、入浴などの身体介護を行う者をいう。以下同じ。

上記「介護労働者」のうち「介護職員」は、訪問介護以外の介護保険の指定介護事業所で働き、直接介護を行う者をいう。以下同じ。

(注2) 「正社員」とは、本調査では雇用している労働者で雇用期間の定めのない者のうち、パートタイム労働者や他企業への出向者などを除いた、いわゆる正社員をいう。以下同じ。

「非正社員」とは、本調査では正社員以外の労働者(契約社員、嘱託社員、臨時的雇用者、パートタイム労働者)をいう。以下同じ。

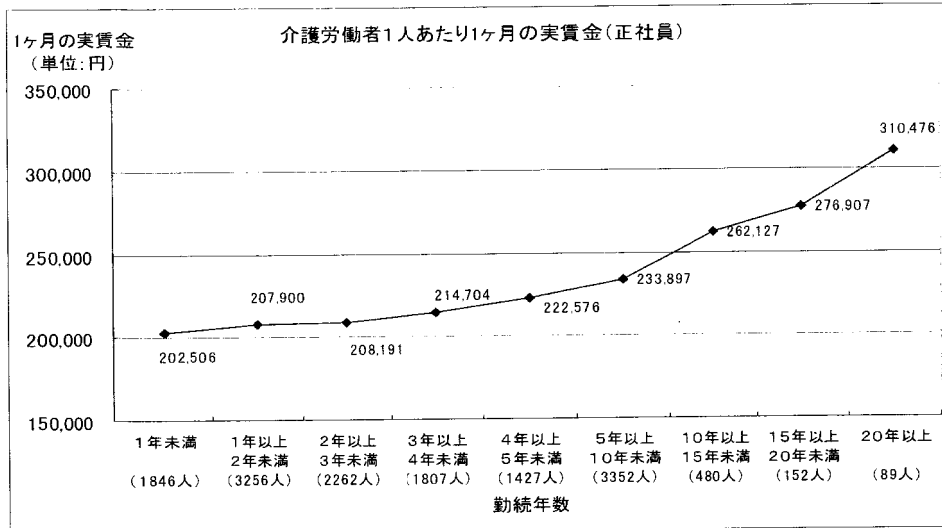
(注3) []は、介護職員、訪問介護員毎の、正社員・非正社員の割合。()は、介護職員、訪問介護員毎の、正社員、非正社員毎の男・女の割合。

(注4)【勤続年数】:1年未満の端数は切捨て。

介護労働者1人あたり賃金等

※ 平成19年度介護労働実態調査のデータを基に老健局老人保健課が算出した。

(1) 介護労働者1人あたり1ヶ月の実賃金(正社員)

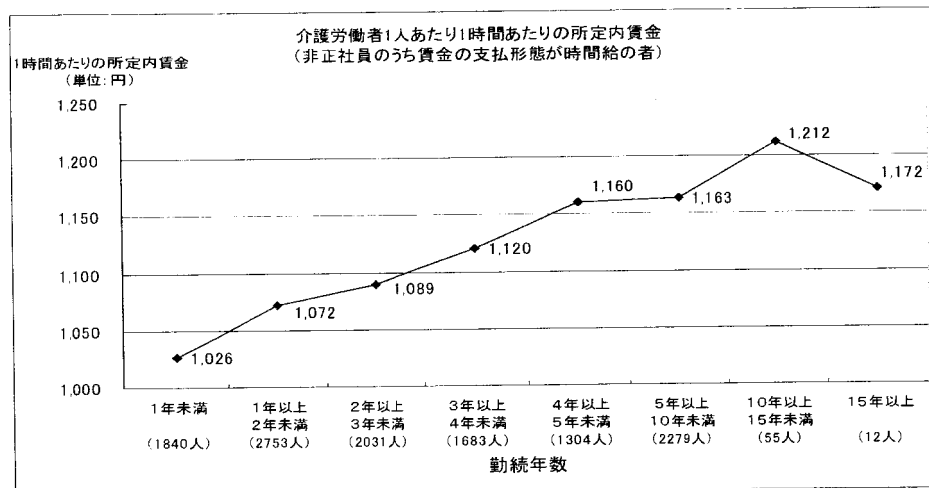


※勤続年数及び1ヶ月の実賃金に回答があった者を客体としている。

(参考)実賃金支払形態別の割合

- ・ 月給の者: 95.8%
- ・ 日給の者: 1.2%
- ・ 時間給の者: 2.9%

(2) 介護労働者1人あたり1時間あたりの所定内賃金(非正社員のうち賃金の支払形態が時間給の者)



※実賃金支払形態が時間給の者(81.9%)をグラフ化したものである。
※勤続年数及び1時間あたりの所定内賃金に回答があった者を客体としている。

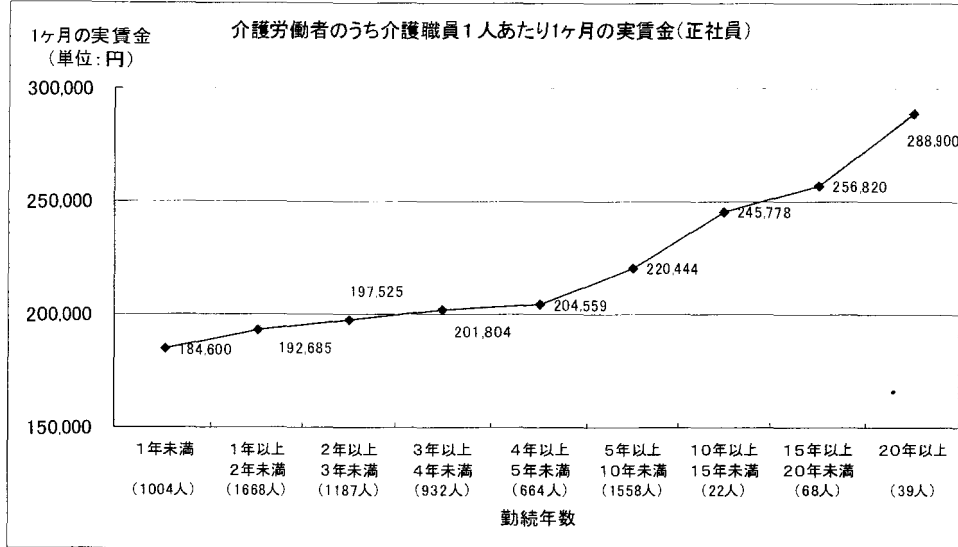
(参考)実賃金支払形態別の割合

- ・ 月給の者: 11.1%
- ・ 日給の者: 7.0%
- ・ 時間給の者: 81.9%

介護労働者のうち介護職員1人あたり賃金等

※ 平成19年度介護労働実態調査のデータを基に老健局老人保健課が算出した。

(3) 介護労働者のうち介護職員1人あたり1ヶ月の実賃金(正社員)

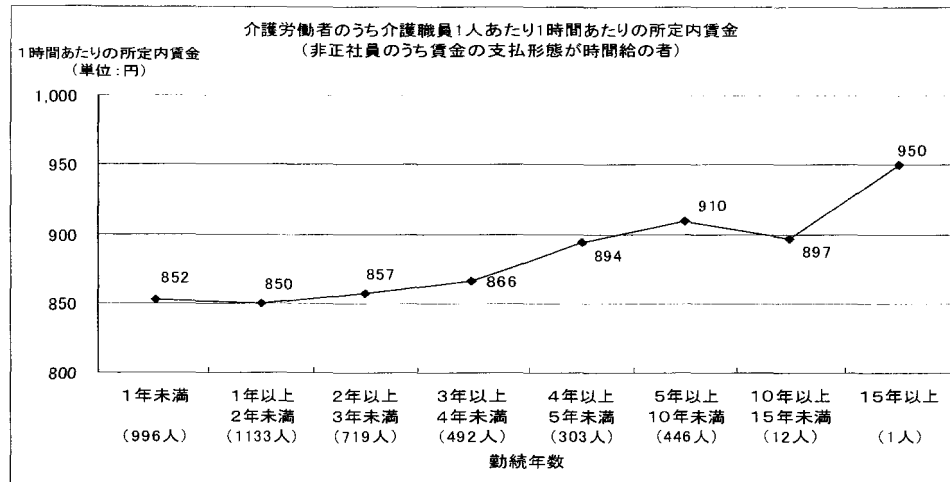


※勤続年数及び1ヶ月の実賃金に回答があった者を客体としている。

(参考)実賃金支払形態別の割合

- ・ 月給の者: 96.1%
- ・ 日給の者: 1.3%
- ・ 時間給の者: 2.6%

(4) 介護労働者のうち介護職員1人あたり1時間あたりの所定内賃金(非正社員のうち賃金の支払形態が時間給の者)



※実賃金支払形態が時間給の者(73.4%)をグラフ化したものである。

※勤続年数及び1時間あたりの所定内賃金に回答があった者を客体としている。

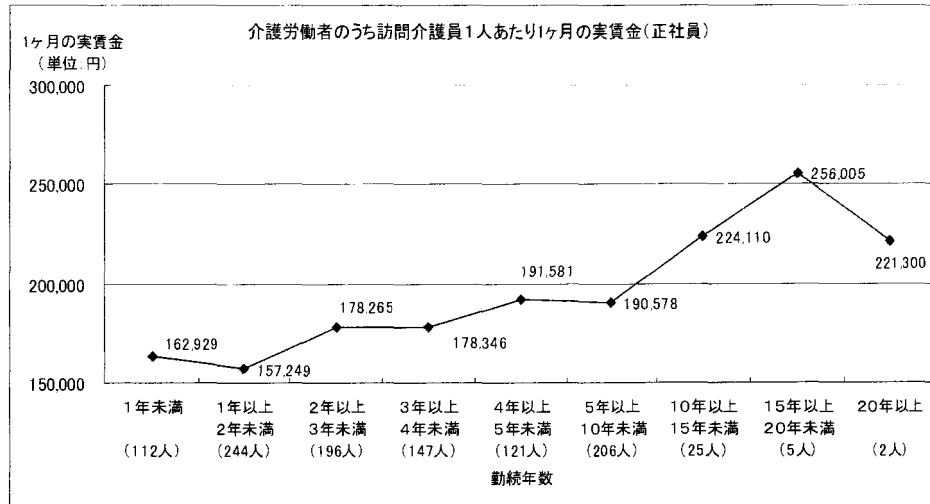
(参考)実賃金支払形態別の割合

- ・ 月給の者: 14.5%
- ・ 日給の者: 12.1%
- ・ 時間給の者: 73.4%

介護労働者のうち訪問介護員1人あたり賃金等

※ 平成19年度介護労働実態調査のデータを基に老健局老人保健課が算出した。

(5) 介護労働者のうち訪問介護員1人あたり1ヶ月の実賃金(正社員)

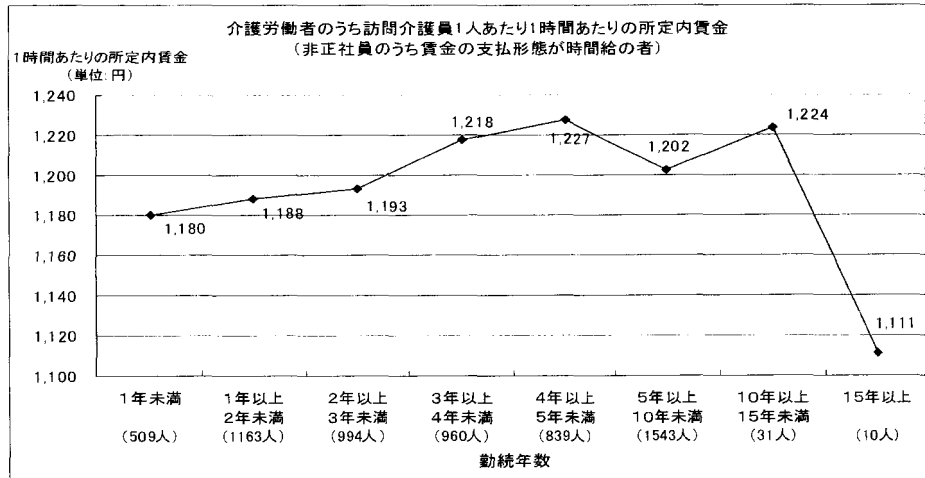


※勤続年数及び1ヶ月の実賃金に回答があった者を客体としている。

(参考)実賃金支払形態別の割合

- ・ 月給の者: 83.2%
- ・ 日給の者: 3.2%
- ・ 時間給の者: 13.6%

(6) 介護労働者のうち訪問介護員1人あたり1時間あたりの所定内賃金(非正社員のうち賃金の支払形態が時間給の者)



※実賃金支払形態が時間給の者(92.7%)をグラフ化したものである。
※勤続年数及び1時間あたりの所定内賃金に回答があった者を客体としている。

(参考)実賃金支払形態別の割合

- ・ 月給の者: 4.5%
- ・ 日給の者: 2.8%
- ・ 時間給の者: 92.7%

離職率の状況

	離職率		
	かっこ内は、平成18年度雇用動向調査及び平成18年度介護労働実態調査の離職率		
	全体	正社員	非正社員
全産業(注1)	(16.2%)	(13.1%)	(26.3%)
介護職員(注2)	21.6%(20.3%)	20.4%(21.7%)	32.7%(27.3%)
訪問介護員(注2)		18.2%(19.6%)	16.6%(14.0%)

(注1)・全産業の出典は、「平成18年度雇用動向調査結果(厚生労働省)」

・全産業の離職率については、以下の算式で算出している。

$$\text{離職率} = \frac{\text{平成18年1月から12月の期間中の離職者数}}{\text{平成18年1月1日現在の常用労働者数}} \times 100$$

・全産業については、「全体」は「常用労働者」、「正社員」は「一般労働者」、「非正社員」は「パートタイム労働者」を指す。

(注2)・介護職員及び訪問介護員の出典は、「平成19年度介護労働実態調査(介護労働安定センター)」

・介護労働実態調査の離職率については、以下の式で算出している。

$$\text{離職率} = \frac{\text{平成18年10月1日から平成19年9月30日までの離職者数}}{\text{回答のあった事業所の平成18年9月30日の在籍者数}} \times 100$$

(出典)平成19年度介護労働実態調査(介護労働安定センター)

離職率階級別に見た事業所の割合

○ 離職率の分布には、離職率が「10%未満」の事業所と「30%以上」の事業所との二極化が見られる。

	調査事業所数	離職率階級					
		10%未満	10%～ 15%未満	15%～ 20%未満	20%～25% 未満	25%～ 30%未満	30%以上
2職種合計	3,367	37.5	10.4	7.7	8.3	7.1	28.9
介護職員計	2,235	36.6	8.9	7.3	7.4	7.1	32.7
訪問介護員計	1,705	44.9	11.2	7.0	8.4	6.9	21.6

(注) 2職種合計: 介護職員、訪問介護員の両者またはいずれかのいる事業所における介護職員、訪問介護員を合計した離職率。

(出典) 平成19年度介護労働実態調査(介護労働安定センター)

「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」開催要綱

1 趣旨

少子高齢化の進行等のなか、介護サービス分野へ進出する事業者や介護に携わる者は増加しており、今後もその需要の増大が見込まれるところである。一方、近年の景気回復等に伴い、他の分野における採用意欲も増大していることや介護サービス分野の高い離職率とも相まって、一部の地域や事業所では強い人手不足感が生じているとともに、介護労働者の雇用管理の改善が必ずしも進んでいない状況にあることなどから、将来にわたって安定的に人材を確保する仕組の構築が求められている。

これらの背景としては、多様な人材や潜在的な有資格者が存在するものの介護サービス分野において労働者の確保にいたっていないこと、また、介護事業所には雇用管理等が不十分なところがみられることやキャリアの先行きが必ずしも明らかでないことから離職者が多いことなどがあげられる。このため、介護労働力の需給調整機能を強化することや、適切な支援を行うことで雇用管理の改善が効果的になされることが期待されることから、様々な視点から分析を行い、介護労働者が誇りをもって生き生きとその能力を発揮して働くことができるようにする対策を早急に検証する必要がある。

こうした状況を踏まえ、介護労働者の雇用管理の改善、ハローワーク等の支援による人材の参入促進、安定的な人材の確保等という観点から検討を行う「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」を開催することとする。

2 検討事項

- 介護労働者の雇用管理の現状の把握及び分析
- 介護労働者の雇用管理の在り方
- 介護労働力の確保・定着のための支援策 など

3 検討スケジュール

- 4月より検討開始。業界ヒアリング等を通じて、7月末頃までに中間報告をとりまとめる予定。

4 構成

- 研究会は厚生労働省職業安定局長が学識経験者の参集を求めて開催する。
- 研究会に座長を置き、座長は研究会の運営を掌握する。

5 運営

- 研究会は必要に応じて、年数回程度開催する。
- 研究会の議事については、別に研究会において申し合わせた場合を除き公開とする。

6 その他

- 研究会の庶務は厚生労働省職業安定局雇用政策課が行う。
- この要綱に定めるもののほか、研究会に関し必要な事項は職業安定局長が定める。

「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」参集者名簿

- | | |
|-----------|---------------------|
| ◎ 大 橋 勇 雄 | 中央大学大学院戦略経営研究科教授 |
| 河 幹 夫 | 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授 |
| 北 浦 正 行 | 社会経済生産性本部事務局次長 |
| 駒 村 康 平 | 慶應義塾大学経済学部教授 |
| 佐 藤 博 樹 | 東京大学社会科学研究所教授 |
| 堀 田 聡 子 | 東京大学社会科学研究所助教 |
| 皆 川 宏 之 | 千葉大学法経学部法学科准教授 |

(注) ◎は座長 (敬称略)

「介護労働者の確保・定着等に関する研究会」開催実績

第1回（4月18日） 介護労働の状況、議論の進め方

第2回（4月25日） ヒアリング

- ・ 社団法人全国老人福祉施設協議会
- ・ 有限責任中間法人日本在宅介護協会
- ・ 社団法人全国老人保健施設協会

第3回（5月8日） ヒアリング

- ・ 株式会社エス・エム・エス
- ・ 社団法人日本介護福祉士養成施設協会

第4回（5月20日） ヒアリング

- ・ 社団法人日本介護福祉士会
- ・ 有限責任中間法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会
- ・ 全日本自治団体労働組合
- ・ UIゼンセン同盟日本介護クラフトユニオン

第5回（6月6日） 好事例事業所ヒアリング

第6回（6月20日） 研究会中間報告とりまとめ（骨子）案の検討

第7回（7月18日） 研究会中間報告とりまとめ（予定）

中間報告とりまとめ(骨子)案について

はじめに

第1 介護労働者の現状と課題

1. 介護労働の現状

- (1) 介護労働者数の動向
- (2) 利用者数の動向
- (3) 介護事業所数の動向
- (4) 賃金等の動向
- (5) 離職率等の動向
- (6) 地域別分析

2. 介護労働者の確保・定着のための課題

- (1) 人手不足感
- (2) 相対的に低い労働条件
- (3) 介護サービス別による課題
- (4) 経営主体別による課題 (P)

第2 今後の介護労働対策の方向性

1. 介護労働者が意欲と誇りを持って働くことができる社会の実現
～介護サービス分野における人手不足や高い離職率を改善し、安定的に人材を確保する仕組みの構築が重要～

2. 介護労働者の確保及びマッチング等
～必要なサービスを提供できる介護労働者を安定的に確保するための対策～
 - (1) 潜在的有資格者の掘り起こし
 - (2) ハローワークを通じた福祉人材確保機能の強化
 - (3) 多様な人材の参入・参画
 - (4) 教育機関・養成施設等との連携

3. 介護労働者の雇用管理改善について
～雇用管理の改善を通じて、魅力ある仕事として評価され選択されるための対策～
 - (1) 基本的な人事労務管理の周知・普及啓発
 - (2) 介護労働者の処遇改善の促進
 - (3) 介護労働者に対するキャリア管理の推進
 - (4) 経営基盤の効率化、生産性の向上
 - (5) 介護労働者が安心して働ける環境整備

- 4 介護労働分野のイメージアップ対策について

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」

1. 「プロジェクトチーム」の設置

- 認知症に関する研究開発の促進から、医療・介護現場での連携・支援に至るまで、認知症に関する包括的・総合的な対策を推進するため、舩添大臣の指示により、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を検討するための「プロジェクトチーム」を設置する。
- 「プロジェクトチーム」は、認知症に関して専門的知見を有する研究者等により構成する。

2. スケジュール

- 本年7月頃までに「基本方針」及び「短期的対策」をとりまとめる。
- 「短期的対策」については、21年度概算要求に盛り込む。

【プロジェクトチームの構成】(舩添大臣の指示により設置)

- 東京大学 岩坪 威 教授 (脳神経医学)
- 筑波大学 朝田 隆 教授 (精神神経科)
- 日本社会事業大学 中島 健一 教授
- 認知症介護研究・研修センター 永田 久美子 主幹
- 国立長寿医療センター 遠藤 英俊 部長
- 技術総括審議官
- 医政局長
- 社会・援護局長
- 障害保健福祉部長
- 老健局長 【事務局長】

※ プロジェクトチームの進め方については、適宜西川副大臣の指示を仰ぎ、調整する。

【今後の認知症対策の基本的な柱】

- 「技術開発の加速」
- 「早期診断の推進と適切な医療の提供」
- 「適切なケアの普及」
- 「本人・家族への支援」

(具体的施策)

① 認知症患者の実態把握・将来推計

② 研究開発

- ・ 重点分野の設定(簡易で低侵襲の診断技術の実用化、予防・治療技術の開発促進)
- ・ 文部科学省、経済産業省等との共同研究の推進

③ 医療対策の充実

- ・ 「スクリーニング → 専門医・専門医療機関との連携 → 確定診断 → 適切な医療・ケアの提供」の流れの徹底
- ・ 周辺症状や身体合併症に対する急性期医療の提供など、専門的な医療機能の充実と専門医療機関の適正配置

④ 介護対策の充実

- ・ 認知症ケアの標準化・高度化の推進
- ・ 医療との役割分担・連携
- ・ 地域包括ケア体制における認知症ケア機能の強化
- ・ 若年性認知症者の自立支援

⑤ 本人・家族への支援

- ・ 本人の早い気づき
- ・ 家族への支援(相談・援助の充実)
- ・ 地域における積極的な支援

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」 報告書の概要について（平成20年7月10日公表）

今般、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、報告書が取りまとめられた。その概要は以下のとおりである。

〈概 要〉

○ 本プロジェクトは、今後の認知症対策をさらに効果的に推進し、「たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築する」ことが必要との認識の下、厚生労働大臣の指示の下に設置された。

○ 本プロジェクトの検討においては、医療、介護等の有識者に参画いただいたとともに、認知症の人の家族や認知症対応型サービスの代表者からのヒアリング等を実施した。
今般、その結果を以下のとおり取りまとめたところである。

I これからの認知症対策の基本方針

- 今後の認知症対策の基本方針は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応の促進
- 具体的には、①実態の把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進するため、財源の確保も含め、必要な措置を講じていく必要がある。

II 今後の認知症対策の具体的内容

1 実態の把握

- 認知症患者数を正確に把握するため、医学的に診断された認知症の有病率調査を実施
- 認知症患者の症状別、医療機関・施設別の利用の実態や、地域における認知症に対する医療・介護サービス資源の実態等について調査を実施
- 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」は、より客観的で科学的根拠に基づくものへの見直しを検討

2 研究・開発の促進

- 今後5年以内に、アルツハイマー病の促進因子・予防因子を解明し、有効な予防方法を見いだすことを目標とした研究を促進
- 今後5年以内に、アルツハイマー病について早期に、確実に、身体に負担をかけない診断が可能となるよう、アミロイドイメージングによる画像診断、血液中のバイオマーカー等の早期診断技術の実用化を目標とした研究を推進
- 資源を集中し、今後10年以内にアルツハイマー病の根本的治療薬の実用化を目標とした研究を推進

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

- 認知症診療ガイドラインの開発・普及、専門医療機関の整備等により、早期診断の促進とBPSDの急性期や身体合併症への適切な対応を促進
- 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを全国に150か所整備し、地域包括支援センターとの連携担当者を新たに配置
- 認知症の専門医療を提供する医師の育成や研修体系の構築

4 適切なケアの普及及び本人・家族支援

- 認知症ケアの標準化・高度化に向けた取組みの推進
- 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターを認知症疾患医療センターに対応して新たに全国に整備し、医療から介護への切れ目のないサービスを提供
- 身近な地域の認知症介護の専門家等が対応するコールセンターを設置
- 市町村等による定期的な訪問相談活動等きめ細やかな支援の取組みを推進
- 「認知症を知り地域をつくる10か年」構想等の推進

5 若年性認知症対策

- ① 気軽に相談できる全国1か所の若年性認知症コールセンターを設置し、
 - ② 認知症連携担当者が新たに診断された若年性認知症の人を把握し、本人の状態に合わせて雇用・就労サービスや障害者福祉、介護サービスにつなぐとともに、
 - ③ 医療・福祉と雇用・就労の関係者からなる若年性認知症就労支援ネットワークの創設、
 - ④ 若年性認知症ケアのモデル事業の実施による研究・普及、
 - ⑤ 国民、企業等への広報啓発
- 等により、「若年性認知症総合対策」を推進

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

プロジェクトチーム

- 西川京子 厚生労働副大臣
- 朝田隆 筑波大学臨床医学系精神医学教授
- 阿曾沼慎司 厚生労働省老健局長（事務局長）
- 岩坪威 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻
神経病理学分野教授
- 上田博三 厚生労働省大臣官房技術総括審議官
- 遠藤英俊 国立長寿医療センター包括診療部長
- 外口崇 厚生労働省医政局長
- 中島健一 日本社会事業大学社会福祉学部大学院
社会福祉学研究科教授
- 中村秀一 厚生労働省社会・援護局長
- 中村吉夫 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
- 永田久美子 認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹

（五十音順・敬称略）

今後の認知症対策の全体像

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 正確な認知症患者数や、認知症に関わる医療・介護サービス利用等の実態は不明 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 ▶ BPSDの適切な治療が行われていない ▶ 重篤な身体疾患の治療が円滑でない 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症ケアの質の施設・事業所間格差 ▶ 医療との連携を含めた地域ケアが不十分 ▶ 地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 ▶ 認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 若年性認知症に対する国民の理解不足 ▶ 「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 ▶ 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 各ステージ(①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応)毎の視点を明確にした研究開発の促進 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 早期診断の促進 ▶ BPSD急性期の適切な医療の提供 ▶ 身体合併症に対する適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症ケア標準化・高度化 ▶ 医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 ▶ 誰もが自らの問題と認識し、認知症に関する理解の普及・認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 若年性認知症に関する「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援
対策	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症の有病率に関する調査の実施 ▶ 認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施 ▶ より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 	<p>経済産業省、文部科学省と連携し、特に①診断技術向上、②治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ アルツハイマー病の予防因子の解明(5年以内) ▶ アルツハイマー病の早期診断技術(5年以内) ▶ アルツハイマー病の根本的治療実用化(10年以内) 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症診断ガイドラインの開発・普及支援 ▶ 認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置 ▶ 認知症医療に係る研修の充実 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症に係る精神医療等のあり方の検討 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症ケアの標準化・高度化の推進 ▶ 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 ▶ 都道府県・指定都市にコールセンターを設置 ▶ 認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 認知症ケアの評価のあり方の検討 ▶ 認知症サポーター増員 ▶ 小・中学校における認知症教育の推進 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 若年性認知症相談コールセンターの設置 ▶ 認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成 ▶ 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 ▶ 若年性認知症ケアのモデル事業の実施 ▶ 国民に対する広報啓発 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 若年性認知症対応の介護サービスの評価 ▶ 就労継続に関する研究

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」開催要綱

1. 目的

認知症について、的確な実態把握、診断技術等の研究開発、保健・医療・福祉サービスや地域支援体制による総合的・継続的な支援のあり方等認知症対策の基本方針及び具体的な対策を策定するため、厚生労働大臣の指示の下に、厚生労働省内関係部局による内部打合会議を開催する。

2. 名称

本会合は、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」と称する。

3. 主な検討事項

- (1) 認知症患者の実態把握・将来推計
- (2) 予防・治療技術等の研究開発
- (3) 医療対策の充実
- (4) 介護対策の充実
- (5) 本人・家族への支援
- (6) その他

4. 構成員

厚生労働大臣の指示の下に、大臣官房技術総括審議官、医政局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長及び老健局長並びに専門的な助言を得るための有識者により構成する。

また、プロジェクトチームの進め方については、適宜副大臣の指示を仰ぎ、調整する。

(有識者)

- ・朝田 隆（筑波大学教授）
- ・岩坪 威（東京大学教授）
- ・遠藤 英俊（国立長寿医療センター包括診療部長）
- ・中島 健一（日本社会事業大学教授）
- ・永田 久美子（認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹）

5. 運営

- ・本プロジェクトの庶務は、関係課の協力を得て老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室が行う。

6. 開催期間

平成20年5月に第1回打合会議を開催し、7月を目途に基本方針、短期的対策及び中・長期的対策のとりまとめを行う。

7. 施行日

本要綱は、平成20年5月1日から施行する。

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト
検討経過

第1回 (平成20年 5月 1日)

- プロジェクトの目的、内容、スケジュール等について
- その他

第2回 (平成20年 5月 19日)

- 関係団体からのヒアリング
 - ・ 社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 高見 国生 氏
 - ・ 特定非営利活動法人 全国認知症グループホーム協会
代表理事 木川田 典 彌 氏
副代表理事 岩 尾 貢 氏
- 介護対策
- 若年性認知症者の自立支援
- 本人・家族の支援
- その他

第3回 (平成20年 6月 5日)

- 医療対策
- 研究開発
- その他

第4回 (平成20年 6月 30日)

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」
論点の取りまとめ
- その他

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」

～報告書～

平成20年7月

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書
目 次

はじめに	1
I これからの認知症対策の基本方針	2
II 今後の認知症対策の具体的内容	3
1 実態の把握	3
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)具体的対策	
2 研究・開発の促進	6
(1)発症予防対策	
(2)診断技術の向上	
(3)治療方法の開発	
(4)発症後の対応(適切なケアの対応)	
3 早期診断の推進と適切な医療の提供	10
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)短期的対策	
(4)中・長期的対策	
4 適切なケアの普及及び本人・家族支援	14
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)短期的対策	
(4)中・長期的対策	
5 若年性認知症対策	19
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)短期的対策	
(4)中・長期的対策	
おわりに	22

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書

はじめに

- 認知症がぼけや痴呆といわれた時代の歴史は古く、偏見から身を隠し、医療や介護の利用さえ行われず、厳しい在宅生活を余儀なくされた人がいたことも事実である。「痴呆」という用語については、病状を正しく表していない、周囲からの偏見を招くなどの理由から、有識者の議論を経て、平成16（2004）年に「認知症」に改められ、これを受けた「認知症を知り地域をつくる10か年」の構想の展開などにより、ここ数年、認知症についての理解は一定程度進んできた経緯がある。
- また、認知症グループホーム等の地域密着型サービスの創設をはじめとする介護サービスの基盤整備や地域ケア体制の構築による認知症の人やその家族に対する支援は徐々に進んでいる。
- このような中で、本プロジェクトは、今後の認知症対策を更に効果的に推進し、適切な医療や介護、地域ケア等の総合的な支援により、たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築することが必要との認識の下、研究開発、医療、介護、本人・家族に対する支援等の対策について、厚生労働省内横断的な検討を進めるため、厚生労働大臣の指示の下に設置された。
- 本プロジェクトでは、専門的見地からの意見を反映するため、医療、介護等の有識者にも参画いただくとともに、検討の過程では、認知症の人の家族や認知症対応型サービスの代表者からのヒアリングを行った。
以下、本プロジェクトにおける検討結果を報告する。

I これからの認知症対策の基本方針

- これまで我が国の認知症対策は、認知症に対する医療体制の不足（専門医療を提供する医師の不足、診断手法や治療法の未確立）もあり、認知機能の障害に伴って日常生活に支障を来した人に対する介護サービスの提供を中心とした対応が行われてきた。なじみの人間関係や居住環境の継続を重視した介護サービスを提供する地域密着型サービスの創設などにより、認知症ケアの普及は進められている。
- しかしながら、認知症の早期に確定診断が的確に行われなかったり、その後の医療と介護の連携が不十分であったために、適切な治療や介護の提供が行われなかったという事例もある。
- このため、今後の認知症対策は、診断や治療に係る研究開発の加速と併せ、本人やその家族、周囲の人々の気づきを早期の確定診断につなげることを出発点として、的確かつ包括的な療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携のもとで適切な医療サービス、介護サービスを提供するとともに、本人やその家族の生活を支援し、その質を向上するための施策の流れを確立することが必要である。

また、若年性認知症対策についても、就労対策を含めた包括的な自立支援施策を推進することが必要である。
- したがって、認知症対策として重要なことは、①実態の把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策の推進が必要であるとの認識のもと、積極的に総合的な施策を推進する。その実現のために、短期的に取るべき施策、中・長期的に検討及び実施していく施策について、必要な財源を確保し、必要な措置を講じていく必要がある。

Ⅱ 今後の認知症対策の具体的内容

1 実態の把握

(1)現状・課題

我が国全体の認知症の有病率に関しては、昭和55年から昭和61年に行われ、精神科医が関与している12県市の調査結果に基づき、昭和62年に厚生省の痴呆性老人対策本部が在宅の認知症高齢者の全国推計を行った。また、昭和55年から昭和62年に行われた9県市の11調査の結果と昭和62年から平成2年に行われた病院、施設の調査結果等に基づき、平成3年に厚生科学研究（長寿科学総合研究事業）「痴呆性疾患患者のケア及びケアシステムに関する研究」が全国の認知症高齢者数の推計を行っている。それ以降は我が国全体の認知症の有病率は把握されていない。

平成15年に厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会において、「専門医による医学的判定」とは異なるが「介護に必要な手間」という観点からの情報とされる「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数を公表し、平成14（2002）年9月末の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者は149万人と推計した。この推計データと「日本の将来推計人口」から将来推計を行ったところ、平成17（2005）年には当該高齢者が169万人、平成27（2015）年には250万人になると推計された。しかし、本推計は、医学的に認知症と診断された者ではなく、認定調査員による「認知症高齢者の日常生活自立度」のデータを基に推計したものであり、また、要介護認定申請をしていない人は含まれていないことなどから、当該推計数が我が国における認知症の患者数を正確に反映しているとはいえない。

一方、入院又は通院している患者について行った患者調査によると、認知症疾患の患者数は、平成17（2005）年に32万人と推計されている。この患者数は医学的に認知症と診断された者を対象としているが、主たる傷

病名のみを集計したものであることから、認知症が主傷病でない場合は集計されていない。そのため患者調査による認知症患者数も我が国における認知症の患者数を正確に反映したものとはいえない。

また、地域において認知症が疑われても、医師の診察や要介護認定を受けない人が少なくないといわれている。更に、どのような状態の認知症患者がどこに所在するかといった実態や、認知症に対応する医療・介護サービス資源の実態は十分には把握されていない。

認知症は認知機能の障害を来す脳の器質疾患であることから、本プロジェクトとしては、認知症の医学的な診断を出来るだけ早期に行い、その診断に基づいて医療及び介護サービスの総合的な対策を早期から講じることを基本とする。

こうした考え方に立って、今後、認知症患者の実態を正確に把握するため、医学的な診断基準に基づく有病率調査をできるだけ速やかに行うとともに、認知症に対応する医療・介護サービスや、認知症を有する高齢者の生活実態についても調査を早急に行う必要があると考える。

また、現在、要介護認定に使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」は、本来、医師により認知症と診断された高齢者を対象とした基準であり、また、平成5年の作成から約15年が経過しており最新の知見が反映されていない、判定基準がわかりにくいなどの指摘がある。このため、今後、要介護認定に用いるのによりふさわしく、かつ現在の医学及び介護の水準を反映した、より科学的な判断基準を設定することが必要であると考えます。

(2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、①医学的に診断された認知症の有病率や医療・介護サービスの実態等の調査、②要介護認定において使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直しを行う必要がある。

(3)具体的対策

- 認知症の有病率調査については、平成20年度中に調査に使用する認知

症の診断基準、重症度スケールの決定及び予備調査を行った上で、平成21年度から大規模調査を行い、平成22年度を目途として全国推計を算出するものとする。

なお、若年性認知症の有病率については、現在調査が行われているところであり、引き続き推進する。

- 認知症に関わる医療・介護サービスの現状に関する調査については、認知症患者の症状別、医療機関・施設別の利用実態や、地域における認知症に対する医療・介護サービス資源の実態、認知症を有する高齢者の生活実態について、平成20年度中に予備的検討を行うとともに、平成21年度以降詳細な調査を行い、平成22年度を目途として、その全体像を取りまとめるものとする。

- 介護保険制度の要介護認定の際に用いられている「認知症高齢者の日常生活自立度」については、専門家の意見を十分に踏まえ、より客観的で科学的根拠に基づくものに見直す必要があり、その検討を速やかに行うものとする。

2 研究・開発の促進

早期の確定診断を基盤とした認知症の総合的対策をより有効なものにするためには、認知症のステージに応じた研究・開発の促進が急眉の課題である。具体的には、①発症予防対策（予防因子の解明、予防方法の確立）、②診断技術の向上、③治療方法の開発（ β アミロイド蓄積阻止等）、④発症後の対応（適切なケアの提供）という4つの視点で促進することとし、以下、各事項ごとの方向性等を整理する。とくに、診断技術の向上と治療方法の開発を最重要課題として位置付け、資源を集約し、他省庁とも連携して、進展の加速を図る必要がある。

(1)発症予防対策

ア 現状・課題

これまでの研究においては、運動、栄養、睡眠等の介入が認知症の発症を抑制したり、軽度認知障害の認知機能を改善させる可能性があることが示されている。

他方、認知症の予防方法は未だ十分に確立していない。

イ 今後の方向性・具体的対策

現在、アルツハイマー病の促進因子・予防因子を明らかにして、予防介入の効果を検討する地域住民を対象とした研究を開始したところであり、今後もこの研究を推進する。

具体的な目標は、今後5年以内にアルツハイマー病の促進因子・予防因子を明らかにして有効な予防方法を見いだすことである。

(2)診断技術の向上

ア 現状・課題

現状では神経心理検査、MRI、CTといった形態画像検査、FDG-PETや脳血流シンチグラフィといった機能画像検査、髄液バイオマー

カー等を用いて診断が行われている。

ただし、実施できる施設が限られており、必ずしも疾患に特異的ではない上、髄液バイオマーカーの検査については、血液採取に比べると侵襲性が高いなどの問題がある。

認知症の有無や原因疾患を更に的確に診断する技術及びアルツハイマー病を更に早期に診断する技術が必要である。

イ 今後の方向性・具体的対策

アルツハイマー病を更に早期に、確実に、侵襲が少なく診断できるように、アミロイドイメージングや血液・尿等のバイオマーカーに関する研究が現在進められているが、これらの研究の更なる発展を加速する。

具体的には、今後5年以内にこれらの早期診断の技術の実用化を目標とした研究を推進することとする。

また、アルツハイマー病の発症を予知し、症状の進行を評価するための客観的指標の確立を目的とする大規模臨床研究、ADNI (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative) が米国において始められ、日本においても J-ADNI (Japanese Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative) として厚生労働省、NEDO、製薬産業コンソーシアム等の支援により行われている。これは、根本的治療薬の効果判定のために有効な研究であり、今後も引き続き関係省庁、関係機関とも連携しつつ支援を強化していくものとする。

他方、これまで認知症の研究の対象疾患はアルツハイマー病が主体であったが、認知症を来す他の疾患である血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症等の診断・治療に関する研究及びアルツハイマー病とうつ病等の精神疾患との鑑別診断に関する研究も推進するものとする。

(3) 治療方法の開発

ア 現状・課題

現在、アルツハイマー病に対し、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤が

用いられているが、この薬は認知症の進行を遅らせる効果はあるものの、進行を止めることはできない。

アルツハイマー病の進行を止められる可能性のある根本的治療薬としては、アルツハイマー病の原因として考えられるアミロイドβの蓄積を減らす治療薬に対する期待がある。

具体的には、アミロイドβの産生を減らす、アミロイドβの分解を促進する、アミロイドβに対する抗体などを投与することによりアミロイドβを脳内から排出するなどの方法があり、既に米国を中心として治験が行われているものもある。しかし、我が国におけるこれらの根本的治療薬の治験の実施は遅れており、研究開発に関しても、十分な資源、研究体制が確保されているとは言い難い。

イ 今後の方向性・具体的対策

- 我が国においてもアルツハイマー病の根本的治療薬の早期開発に向け、現在研究を行っているところであり、基礎研究を推進している文部科学省とも連携しつつ、資源を集中し、効率的な研究体制の下、更なる取組みを加速する予定である。

具体的には、根本的治療薬の今後10年以内の実用化を目標とした研究を推進することとする。

- 認知症対策に対する新たな医薬品等の早期開発は重要であることから、薬事法に基づく早期の承認に資するよう、医薬品等に係る治験等が国内で円滑に実施されるため、国立長寿医療センターを中心として、国立精神・神経センター、国立病院、大学等と連携体制を構築するとともに、欧米諸国では承認されているが国内では未承認である医薬品に関して、医療上必要性が高いと認められる場合には、関係企業に対し早期の治験開始等を要請するなどの取組みをより一層推進することとする。

(4)発症後の対応(適切なケアの対応)

ア 現状・課題

これまでの研究により、適切なケアや環境によって介護者や本人の負担の大きい認知症のBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症の行動・心理症状）を予防又は改善できること、中核症状に対する適切な支援により日常生活を維持することができることが知られている。

この点に関しては、平成18年4月より、介護老人保健施設において導入された軽度認知症に対する短期集中認知機能リハビリテーションが、中核症状及びBPSDの改善に有効であることが示された。

また、これまでのケアは、個人の経験に依拠していたり、重症度別やサービス種類別に個別に行われていた傾向にあった。

イ 今後の方向性・具体的対策

現在、「どんな認知症の患者に対して、どんな状況でどんなケアが有効であったか」を解析する認知症ケア高度化推進事業が開始されたところであり、今後も継続して推進するものとする。

また、これまでの個人的な体験に依拠した断片的なケアから、今後は科学的根拠に基づいた総合的かつ認知症の早期から生涯を通じた継続的なケアを目指し、研究を推進するものとする。具体的には、中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの効果や本人研究とそれに基づく支援の研究等を推進するものとする。

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

(1)現状・課題

○ 認知症の対応を適切に行うためには、早期発見がまず重要である。認知症の疑いがある場合には、専門医療に早期にアクセスすることにより、迅速な鑑別診断を行い、確定診断に基づき適切に医療や介護の方針を決定することが不可欠である。

○ 一方で、専門医療を提供する医師や医療機関の数や、認知症を専門としない医療関係者における認知症の理解が十分でないという問題がある。その結果、認知症の診断の遅れに起因して治療が遅れ症状が進行してしまう事例や、認知症とうつ病や他の精神疾患や薬剤性せん妄等との誤診に起因して適切な治療の機会を逃してしまう事例が生じている。

また、介護負担の大きな妄想、徘徊等のBPSDの治療が適切に行われない事例や、認知症があるために重篤な身体疾患に対する治療が円滑に提供されない事例等も生じている。

(2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、

- ① 早期診断を促進するため、地域のかかりつけ医による認知症の疑いのある人の発見、専門医療を提供する医師・医療機関への紹介等により、早期の確定診断から治療・介護方針の策定、適切な医療や介護サービスの提供という流れを徹底すること、
- ② BPSDの急性期に対する適切な医療の提供を促進すること、
- ③ がん、循環器疾患、大腿骨頸部骨折等の重篤な身体合併症に対する地域医療や専門医療の適切な対応を促進すること

といった対策を推進するものとする。

そのため、まず、専門医療を提供する医師の育成や専門医療機関の整備を推進するとともに、専門医療機関における介護との連携機能を強化する。

また、地域において、介護との連携を図りつつ、認知症患者に対して適切に医療が提供される体制を確保する。具体的には、かかりつけ医における認知症に対する正しい理解の推進、かかりつけ医と専門医療を提供する医師の密接な連携による生活習慣病等の基礎疾患を含めた医療の提供、かかりつけ医による介護サービスの提供の支援を推進する。

(3)短期的対策

認知症早期の診断やBPSD・身体合併症への対応を行う専門医療体制の強化が必要である。また、かかりつけ医や認知症サポート医、看護師等のコメディカル等の認知症への対応能力を向上させること、日本中で標準的な認知症の診療を受けることができるように認知症ガイドラインの開発・普及のための支援を行うことが必要である。

ア 認知症診療ガイドラインの開発・普及のための支援

認知症診療技術の標準化・普及を図り、早期診断と適切な医療・介護サービスの提供に資するため、認知症関連学会が作成する認知症診療ガイドラインについて、国として、その開発・普及のための支援を行う。

イ 認知症疾患医療センターを中核とした認知症医療の体制強化

○ 認知症における専門医療の提供、介護との連携の中核機関として認知症疾患医療センターの整備を進める。当面、全国に150か所程度設置する。

○ 認知症疾患医療センターについては、地域包括支援センターをはじめとする介護サービス等との連携を強化するため、新たに連携担当者を配置する。

また、認知症疾患医療センターの従事者への研修の実施等を通じて、専門医療機関としての機能を強化する。

- 自治体の積極的な関与の下、認知症疾患医療センターを中核とした地域の認知症医療における連携体制を構築する。
- 認知症疾患医療センターを中核として、地域の鑑別診断やBPSDの急性期への対応機能を更に強化するため、認知症疾患医療センターの人員配置や施設基準の高度化について検討を進める。

ウ 認知症診療に係る研修の充実

認知症診療技術の向上、普及を図るため、認知症診断や治療について高い専門性を有する医師の育成、地域において認知症診療の中心的な役割を担う医師の育成、かかりつけ医等の認知症対応力の向上を図るため、次のような研修体系を構築する。

(7) 認知症専門医療機能の充実に資する研修

国において、認知症疾患医療センターや専門外来等の地域の中核的な医療機関に従事する者を対象として、認知症の診断や治療に係る専門的な研修を実施する。

(イ) 地域における認知症医療技術や認知症対応力の向上に資する研修

- 地域における基本的な認知症対応力の向上を図るため、認知症疾患医療センターにおいて、認知症サポート医との連携を図りつつ、地域のかかりつけ医や看護師等のコメディカル等を対象とする研修を実施する。
- 地域医療における認知症診療の水準の向上と基盤の整備のため、精神科外来を行う医師等に対する認知症疾患医療センターにおける研修の実施に向けた検討を進める。

(4)中・長期的対策

診療の適切な評価を通じて、認知症の専門医療を提供する医師の育成を図るとともに、認知症治療のあり方を検討し、適切な対策を講じ、BPSDの急性期や身体合併症をもつ認知症患者の受入体制を充実することが必要である。

具体的には以下の取組みを行う。

- 前述の認知症に係る医療・介護サービスの現状に関する調査・研究の成果を踏まえ、今後の認知症医療・介護サービスの全体像を明らかにする。
- その際、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床（認知症病棟（旧認知症疾患治療病棟）等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方について、総合的に検討する。
さらに、この検討を踏まえ、入院機能を含めた認知症に係る専門医療をはじめとする認知症診療の評価のあり方について、引き続き検討する。
- かかりつけ医や介護保険サービス（地域包括支援センター、施設・在宅サービス）との密接な連携のもと、急性症状に対する入院治療後の患者の速やかな退院や円滑な在宅への移行に資する対策を、総合的に検討する。

4 適切なケアの普及及び本人・家族支援

(1)現状・課題

ア 適切なケアの普及

これまで、高齢者の「尊厳の保持」を基本として、身体ケアに並ぶ認知症ケアを推進してきたところであり、個々人の症状の変化に合わせた介護の提供による認知症のBPSDの予防又は改善等その技術は進歩しているが、一方では、ケアの質の施設・事業所間格差や介護と医療の連携が不十分であるために、例えば早期に確定診断されても適切な介護サービスの利用に結びつかなかったことなどにより認知症のBPSDが悪化するなどの問題も生じている。

イ 本人・家族支援

認知症の人やその家族が住み慣れた家庭や地域での生活を継続できるようにするため、認知症は誰でも発症する可能性のある病気であり、誰もが自らの問題として認識し、地域社会全体で認知症の人の生活を支える取り組みへと発展させることが重要であるが、地域における認知症の人やその家族等が抱える不安や悩みを気軽に相談できる体制は十分ではない。

(2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、下記の実施の推進により、地域ケア体制の強化を図ることが必要である。

ア 適切なケアの普及

①認知症ケアの標準化・高度化、②認知症の早期発見など医療との連携

イ 本人・家族支援

①認知症やその医療、介護、地域における支援施策等についての普及啓発、②誰もが気軽に相談できる体制の整備

(3)短期的対策

ア 適切なケアの普及

(ア) 認知症ケアの標準化・高度化

- 認知症ケアの標準化を推進するため、認知症介護研究・研修センターにおいて、認知症ケア事例を集積し、その効果の分析評価に基づいた認知症ケア手法の標準化を推進する。
- 認知症ケアの現場へ標準化された認知症ケア手法を普及するため、
 - ①認知症対応型サービス事業の管理者、認知症介護指導者等に対する研修への支援、
 - ②認知症介護に係る社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理の専門家等有資格者の活用、
 - ③訪問指導、パンフレット、インターネット等を通じた情報発信、標準化されたケア手法の介護現場への普及を行う。
- 国際的にも、我が国の認知症ケアの水準や内容の妥当性を把握し、認知症ケアや医療の先進技術の導入・普及を図るとともに、我が国の技術を発信するため、認知症ケア先進国との交換留学を通じた比較研究等を推進する。

こうした海外における認知症ケアの先進技術の導入や、我が国の先駆的な認知症ケア事例の集積により認知症ケアの高度化を推進する。

(イ) 認知症の早期発見・医療との連携を含めた地域包括ケア体制の強化

- 地域における認知症ケアと医療との連携、認知症ケアや権利擁護業務に係る専門的対応の支援を促進するため、新たに、認知症疾患医療センターと連携する認知症連携担当者を配置するとともに、認知症サポート医との連携体制を構築する地域包括支援センターを整備する。

- 認知症連携担当者は、認知症サポート医と相談し、①認知症との確定診断を受けた高齢者等の情報を把握し、②それを基に利用者の住所地の地域包括支援センターに対する利用者情報や専門医療情報の提供を行い、③要介護者に対する専門医療や権利擁護の専門家の紹介、④認知症ケアに関する専門的相談・助言等を行う。
- 認知症に対応できる地域ケアを強化するため、①地域包括支援センターの従業者、ケアマネジャー、介護サービス事業所の従業者、医師、訪問看護師等の専門職同士による認知症やその医療・介護に関する事例検討を含む研修や、②行政機関、自治会、ボランティア団体等地域住民による協働対応のための研修を実施する。

イ 本人・家族支援

(ア) 自治体等における相談支援体制の充実

- 認知症の人やその家族に対して支援するため、身近な地域の認知症介護の専門家、経験者等によるカウンセリングや、地域の専門機関の紹介等を行うコールセンターを都道府県・指定都市ごとに1か所設置するとともに、認知症の当事者や介護経験のある家族との交流会などの支援を行う。また、若年性認知症については、誰もが気軽に相談できて、医療や介護、生活支援、就労支援等の広範囲の各種施策に結びつけるためのコールセンターを全国に1か所設置する。
- 認知症の人の徘徊による事故や消費者被害の防止などのほか、自分からは相談やサービス利用に繋がらないといった問題等に対応するため、定期的な訪問活動による相談支援等の実施、福祉サービスの利用を援助する事業を住民に身近な市町村レベルで提供するための体制整備等市町村等によるきめ細やかな支援の取組みを推進する。

(イ) 「認知症を知り地域をつくる10か年」構想等の推進

認知症に関する理解の普及を促進し、認知症の人やその家族等を支

える地域づくりを一層推進するため、現在、自治体や関係団体を中心として展開されている以下の取組みについて、引き続き推進する。

- ・認知症地域支援体制構築等推進事業
- ・認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議
- ・認知症サポーター100万人キャラバン
- ・「認知症でもだいじょうぶ町づくり」キャンペーン
- ・認知症の人「本人ネットワーク」支援
- ・認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進

(4)中・長期的対策

ア 適切なケアの普及

(ア) 認知症ケアの評価等の検討

- 介護の現場に対する専門的な認知症ケアの普及を促進するため、認知症介護指導者等認知症介護に係る専門研修を修了した者を配置する介護保険施設・事業所の評価のあり方について検討する。
- 在宅におけるBPSD対応の支援、BPSDに対する適切なケアの提供を図るため、適切なBPSD対応等を行う介護老人福祉施設等における緊急ショートステイの評価のあり方について検討する。

(イ) 認知症介護研究・研修センター事業の推進

認知症介護研究・研修センターについては、認知症ケアの標準化、高度化、こうした認知症ケア手法の普及、高齢者虐待防止に係る研究・研修、認知症に係る医療と介護との効果的な連携方策に係る研究・研修等に専門的に取り組む中核的機関として、その役割・機能の重点化や効率化を検討する。

イ 本人・家族支援

(7) 認知症サポーターの増員

「認知症サポーター100万人キャラバン」については、自治体、企業等による自主的な取組みを促すなどにより、平成26（2014）年までには、15歳から64歳まで人口の5%（約400万人）を養成することを目標とする。

(イ) 小・中学校における認知症教育の推進

今後、我が国における認知症の人やその家族等に対する地域における支援を普及・定着させるため、関係省庁の連携の下、小・中学校からの認知症教育を推進する。

5 若年性認知症対策

(1)現状・課題

若年性認知症は、いわゆる現役世代が発症するが、若年性認知症に対する認識が不足し、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となるケースや、本人やその家族、企業及び医療機関等が若年性認知症を知っていても、活用が可能な福祉や雇用の施策があまり知られていないことなどから、経済的な面も含めて本人とその家族の生活が困難な状況になりやすいことが指摘されている。

このため、若年性認知症に対する理解の促進や早期診断、医療、介護の充実はもとより、雇用継続や就労の支援、障害者手帳の早期取得や障害基礎年金の受給などに対する支援を行い、これらの施策の中から若年性認知症の一人ひとりの状態に応じた支援を図る体制を構築することが喫緊の課題となっている。

(2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は若年性認知症の特性や実態を速やかに明らかにするとともに、①若年性認知症に係る相談コールセンターの設置、②診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成、③若年性認知症就労支援ネットワークの構築、④若年性認知症ケアの研究・普及、⑤若年性認知症に関する国民への広報啓発等を総合的に実施することにより、若年性認知症対策を推進するものとする。

(3)短期的対策

ア 若年性認知症に係る相談コールセンターの設置

誰もが気軽に相談できて、早期に認知症疾患医療センター、認知症連携担当者を配置した地域包括支援センター、障害者就労の支援機関等へ適切に結びつけられるよう、若年性認知症に係る相談コールセンターを全国に1か所設置する。

イ 診断後からのオーダーメイドの支援体制の形成

若年性認知症の人の支援に必要な施策を迅速かつ適切に結びつけ、活用するため、地域包括支援センターに配置する認知症連携担当者が中心となり、認知症疾患医療センター等の医療機関において若年性認知症との確定診断を受けた人を対象に、

- (ア) 就労中で雇用継続が可能な人については、ハローワーク及び地域障害者職業センター等と連携し、本人及び企業に対する職場適応援助者(ジョブコーチ)支援や障害者手帳の取得による障害者法定雇用率への算定等の雇用継続に向けた施策について周知し、活用を図ることができるようにする。
 - (イ) 雇用継続が困難な人については、若年性認知症対応型のデイサービス、障害者福祉施策の就労継続支援B型事業所や地域活動支援センターの利用など、日中活動の場の確保に向けて支援する。
 - (ウ) 自宅での生活が困難な人については、認知症グループホームなどの介護保険サービスや障害者グループホーム・ケアホームの利用など、住まいの確保に向けて支援する。
 - (エ) 若年性認知症の本人や家族の会を紹介するなど、身近に相談できる先が確保できるよう支援する
- 等若年性認知症の人一人ひとりの状態やその変化に応じ、適切な支援施策が活用できるよう支援する。

ウ 若年性認知症就労支援ネットワークの構築

各都道府県に設けられている障害者就労支援ネットワーク(就労継続支援事業所等の障害者福祉施策、ハローワークや地域障害者職業センター等の労働施策、商工会議所等の経済団体、医療機関、自治体等で構成)を活用し、認知症連携担当者が調整役として参画することにより、医療・福祉と雇用・就労の関係者が連携した「若年性認知症就労支援ネットワーク」を新たに構築する。

当該ネットワークの構成員は、個別事例への対応を通じて若年性認知症

の人に対する雇用継続・就労支援に係るノウハウを集積するとともに、当該ネットワークの構成員や加盟企業等に対し、若年性認知症に関する理解を深めるための研修を行う。

エ 若年性認知症ケアの研究・普及

若年性認知症ケアの開発・普及を促進するため、モデル事業の実施により、若年性認知症の人の身体機能やニーズにあったケアの研究・普及を行う。

オ 若年性認知症に関する国民への広報啓発

- 若年性認知症の早期発見や企業等を含めた早期対応を促進するため、若年性認知症に関する理解の普及、早期診断の重要性、雇用継続や就労の支援、障害者サービスの活用等発症後の支援策及び相談窓口の周知等について国民に広く広報啓発する。
- 認知症の確定診断直後からの支援を機能させるため、特に、医師に対する若年性認知症早期診断の重要性及び支援施策の周知を推進する。

(4)中・長期的対策

ア 若年性認知症対応の介護サービスの評価

若年性認知症対応型のショートステイやグループホーム等介護保険サービス全体での若年性認知症受入れのあり方等について検討する。

イ 若年性認知症発症者の就労継続に関する研究の実施

障害者職業総合センターにおいて、「若年性認知症発症者の就労継続に関する研究（平成20年～平成21年）」を実施し、就労継続や就労支援ニーズ、事業主におけるニーズを明らかにするとともに、障害特性に対応した課題を取りまとめ、雇用継続の支援への活用を推進する。

おわりに

- 本プロジェクトにおいては、今後の認知症対策について、その実現の可能性の濃淡にかかわらず、他省庁の施策を含めた論点に総合的に言及したところであり、その実施状況については、必要に応じフォローアップ・検証を行うものとする。

併せて、自治体の取組み状況やその格差、インフォーマルな取組みの状況等についても必要に応じて把握し、必要な支援を行うものとする。

- また、認知症対策は、本プロジェクトにおいて完結するものではないことはいうまでもなく、本プロジェクト終了後においても、関係部局（大臣官房、医政局、健康局、医薬食品局、職業安定局、社会・援護局、障害保健福祉部、老健局、保険局等）や国立長寿医療センター、国立精神・神経センター、認知症介護研究・研修センター、関係省庁等との密接な連携のもとで、認知症対策を総合的に推進することが必要である。

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

プロジェクトチーム

- 西川京子 厚生労働副大臣
- 朝田隆 筑波大学臨床医学系精神医学教授
- 阿曾沼慎司 厚生労働省老健局長（事務局長）
- 岩坪威 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻
神経病理学分野教授
- 上田博三 厚生労働省大臣官房技術総括審議官
- 遠藤英俊 国立長寿医療センター包括診療部長
- 外口崇 厚生労働省医政局長
- 中島健一 日本社会事業大学社会福祉学部大学院
社会福祉学研究科教授
- 中村秀一 厚生労働省社会・援護局長
- 中村吉夫 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
- 永田久美子 認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹

（五十音順・敬称略）

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」開催要綱

1. 目的

認知症について、的確な実態把握、診断技術等の研究開発、保健・医療・福祉サービスや地域支援体制による総合的・継続的な支援のあり方等認知症対策の基本方針及び具体的な対策を策定するため、厚生労働大臣の指示の下に、厚生労働省内関係部局による内部打合会議を開催する。

2. 名称

本会合は、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」と称する。

3. 主な検討事項

- (1) 認知症患者の実態把握・将来推計
- (2) 予防・治療技術等の研究開発
- (3) 医療対策の充実
- (4) 介護対策の充実
- (5) 本人・家族への支援
- (6) その他

4. 構成員

厚生労働大臣の指示の下に、大臣官房技術総括審議官、医政局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長及び老健局長並びに専門的な助言を得るための有識者により構成する。

また、プロジェクトチームの進め方については、適宜副大臣の指示を仰ぎ、調整する。

(有識者)

- ・朝田 隆（筑波大学教授）
- ・岩坪 威（東京大学教授）
- ・遠藤 英俊（国立長寿医療センター包括診療部長）
- ・中島 健一（日本社会事業大学教授）
- ・永田 久美子（認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹）

5. 運営

- ・本プロジェクトの庶務は、関係課の協力を得て老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室が行う。

6. 開催期間

平成20年5月に第1回打合会議を開催し、7月を目途に基本方針、短期的対策及び中・長期的対策のとりまとめを行う。

7. 施行日

本要綱は、平成20年5月1日から施行する。

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト
検討経過

第1回 (平成20年 5月 1日)

- プロジェクトの目的、内容、スケジュール等について
- その他

第2回 (平成20年 5月 19日)

- 関係団体からのヒアリング
 - ・ 社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 高見 国生 氏
 - ・ 特定非営利活動法人 全国認知症グループホーム協会
代表理事 木川田 典 彌 氏
副代表理事 岩 尾 貢 氏
- 介護対策
- 若年性認知症者の自立支援
- 本人・家族の支援
- その他

第3回 (平成20年 6月 5日)

- 医療対策
- 研究開発
- その他

第4回 (平成20年 6月 30日)

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」
論点の取りまとめ
- その他

2008年7月17日

社会保障審議会委員

社会保障審議会介護給付費分科会委員

沖藤典子

介護報酬改定についての意見書

NPO事業者のヒアリングから

介護保険制度は介護が必要な人たちにサービスを提供しており、そのためには介護サービス現場で働く介護職員への「適切な措置」を講ずることが急務です。第51回社会保障審議会介護給付費分科会では、利用者の幸せを守るためにも、待遇改善は待ったなしと考え、基本報酬の引き上げとともに、介護報酬に人件費比率を設定することを、意見書で提案させていただきました。

その後、首都圏を中心にNPO事業者のみなさんに、次期改定への要望や課題をヒアリングいたしました。利用者にとって、地域の介護サービス事業者の運営状況を知ることは重要なことです。その結果、多くの事業者が介護保険事業継続に大きな危機感を抱いていると痛感しました。

NPO事業者の多くは、介護保険前から地域に密着した活動を地道に行っており、“介護のある暮らし”を支えてきました。しかし、市民活動からスタートしたNPOは経営基盤が弱いため、介護報酬のマイナス改定が経営を直撃し、閉鎖を余儀なくされる事業所がすでに出始めているとのことです。

地域の介護を長年支えてきたNPO事業者、あるいは中小規模の事業者が撤退することは、利用者の「選ぶ権利」を狭め、“介護難民”を生むのではないかと危惧されます。また、NPO事業者にも運営改善の努力が必要であり、そのための支援策も必要と考えます。

今回、分科会での今後の議論を実りあるものにするため、ヒアリング内容をまとめた文書を提出させていただきます。サービス提供の現場では今深刻な課題が浮かび上がっており、利用者・市民はもとより、委員のみなさんと実りある意見交換をさせていただきたいと願っています。

I. 介護報酬の見直しについて

利用者と密接な関係を作っているNPOや有限会社など中・小規模事業者は、社会福祉法人のように資産はなく、全国展開の事業者のようなスケールメリットも得られません。地道な活動を続けている中・小規模事業者が廃業に追い込まれないよう、介護報酬を検討することを提案いたします。また、介護報酬の地域係数については、大都市とくに首都圏における人件費や物価水準を反映していないとの指摘があり、介護給付費分科会において、地域ごとの格差を分析して補正を行う必要があるとの意見が寄せられています。介護報酬上の都市部の現状について、関係者から意見聴取をしたうえで、検討することを提案いたします。

Ⅱ.介護人材確保について

介護職員の離職や新規入職者減による介護人材不足を理由に、介護保険サービスの必要者たちがサービスを利用できない事態も起きています。また、新設の特別養護老人ホームやショートステイでは、人材不足によりサービス開始ができないとも報告されています。「保険料あって、サービスなし」が懸念されます。「介護の社会化」は介護職が支えています。早急な改善策を講じることを提案いたします。

Ⅲ.ケアマネジメント（介護予防支援、居宅介護支援）について

利用者にとって、介護保険利用の入り口になり、“介護のある暮らし”の伴走者になるのがケアマネジャーです。公平性、中立性の確保のためには、独立型の事業所が望ましいと考えられます。しかし現状では他の居宅サービスに依存しないと、経営が成り立たない状況にあります。このような現状を改善するために、以下の点について論議することを提案いたします。

1. ケアマネジメントの独立性について

これまでケアマネジャーは、同一法人内の他のサービスをケアプランに入れる「利用者囲い込み」が求められていると言われてきました。独立型事業所の運営が可能な介護報酬の検討が必要と考えます。

2. 継続的ケアマネジメントについて

介護予防創設により、認定が「要介護」と「要支援」の間を繰り返し行き来するケースが多く出現しています。そのたびにケアマネジメントの担当が、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所に替わります。高齢者との信頼関係を築くには時間がかかり、意欲を引き出すケアプランも信頼関係から生まれます。また、予防給付と介護給付の変更ごとに、契約などの事務作業が膨大になりました。継続的なケアマネジメントが実現できるよう検討を求めます。

3. 介護報酬の逡減制について

居宅介護支援では逡減制の適用件数があり、ケアマネジャーの担当件数が1件でも超えると、事業所全体が減額されるしくみになっています。入院など高齢者の心身の状態変化に対応するためには、担当件数の増減にゆとりが必要であり、利用者が安心して入退院できるよう、検討が必要と考えます。

Ⅳ.訪問介護について

訪問介護は介護サービスの中で最も多くの利用があるサービスです。また、介護保険サービスを利用する入り口ともなっています。多くの高齢要介護者は、「住み慣れた我が家で人生を全うしたい」と願い、訪問介護はその希望を叶えるために必要不可欠な援助です。

加齢とともにまずできなくなるのが身の回りの家事です。けれども多少の手助けがあれば、在

宅生活を続けることは可能です。それにもかかわらず、改定のたびに生活援助の利用抑制が進み、“家族同居”はもちろん、近居でさえ「生活援助」の利用を制限する保険者もあります。また、制度開始以来認められてきた「通院介助」や「散歩」なども制限を受け、要介護高齢者の在宅生活を困難にしています。独居、高齢者世帯が増加する中、訪問介護は要介護高齢者の命綱です。以下の点について論議することを提案いたします。

1. 介護現場の裁量について

訪問介護の現場は要介護高齢者の自宅です。ホームヘルパーはケアプランに沿いながらも、その時々利用者の心身の変化を見極めながらケアを提供することが求められています。しかし、昨今は保険者や都道府県の指導により、「ケアプランにないサービスには、介護報酬を認めない」といった、非現実的な規制が強まっています。訪問介護においては、ホームヘルパーの訪問時に緊急事態が起きる、あらかじめ決められたプラン以外のケアが必要になるなど、イレギュラーなサービスが必要になるのは当然のことです。

利用者個々のケースに応じて、担当ホームヘルパーが当該訪問介護事業所のサービス提供責任者と連絡を取り、後でケアマネジャーに事後承認を得ることも認める方向での検討が必要と考えます。

2. 1.5時間以上の報酬設定

前回の介護報酬改定により、「生活援助」ではサービス提供時間が1.5時間を超えると報酬上の評価がなくなり、「身体介護」では「生活援助」と同一単価となりました。認知症利用者への「身体介護」でも、1.5時間を超えるサービス提供は「生活援助」と同一単価です。とくに専門性が求められる認知症ケアでは、「身体介護」が適用されていますが、提供時間が長くなるほど介護報酬が下がるしくみです。これでは、デイサービスなどを利用できず、訪問介護を必要とする認知症高齢者に、十分なケアが提供できないことも懸念されます。

さらに、「生活援助」では1.5時間以上の支援が必要な場合であっても、1.5時間以上の報酬上の評価がないため、1回で済んだサービスを2回に分けて行うなど回数が増えるケースもあります。これは利用者にとっても理解しづらく、また利用しにくい状況になっています。1.5時間という報酬上の制限により、訪問介護事業所が経営困難に陥る事態について、再考する必要があると考えます。

V. 認知症高齢者グループホームについて

介護保険法施行とともに、認知症高齢者グループホームは「認知症介護の切り札」としてスタートしました。その生みの親は、介護保険前から小規模認知症ケアを独自に切り開いてきた全国各地のNPOです。

介護保険法がスタートして9年目になりますが、利用者の加齢と重度化が進んでいます。多くの事業所が夜勤者1名の上に、医療との連携体制が充分取れない現状のなか、認知症高齢者グループホームでの看取りはストレスが高く、離職の一因となっています。このような現実を踏まえ、「認知症小規模ケア」の良さが発揮できるよう、以下の点について論議することを提案いたします。

1. 人員配置基準について

認知症の利用者が暮らすグループホームでは、夜勤職員は1名（2ユニット18人の場合もあり）で、職員の負担は過重なものがあります。人員配置基準について見直しを検討することが必要と考えます。

2. 福祉用具レンタル・購入の利用について

グループホームは居宅サービスに位置づけられていますが、利用者には介護保険の福祉用具レンタル・購入が認められていません。福祉用具は介護負担の軽減にも欠かせないものであり、利用者の全額自己負担は過重です。福祉用具レンタル・購入をグループホーム利用者にも認める必要があると考えます。

VI. 小規模多機能型居宅介護について

介護保険法改正で、地域密着型サービスのひとつとして、小規模多機能型居宅介護が新設されました。認知症高齢者グループホームと同じように、介護保険前からNPOが中心となって実践してきた「宅老所」の流れを汲むサービスです。「訪問」、「通い」、「泊まり」を1ヶ所で提供する小規模多機能型居宅介護は、複数事業者や細切れのサービス提供では対応が難しい認知症高齢者などの、暮らしにあわせた理想的なサービスともいえます。

しかし、創設2年を経過した現在、全国に約1600事業所と参入が進みません。理由として考えられるのは、介護報酬の低さと人材不足です。参入事業所の多くが赤字に悩み、すでに休廃止に追い込まれたところさえあります。また、中重度に厚い介護報酬が設定されていますが、「通い」を中心に組み立てられたサービスは、軽度といわれる認知症の高齢者にこそ必要なものです。東京都の調査では、要介護1・2と要介護3の間で利用形態にほとんど差はなく、現行の介護報酬の設定が実態と合わないことが明らかになっています。

認知症高齢者の増加が予測されるなか、在宅での暮らしを支える小規模多機能型居宅介護の充実のために、以下の点について論議することを提案いたします。

1. 人員配置基準について

現行の人員配置基準では、「通い」3人に対して介護職1名プラス「訪問」要員1名となっています。しかし、「訪問」を希望する利用者数に対して1名の「訪問」要員では、独居や高齢者世帯の場合、家事支援など時間のかかるサービスを保証することは困難です。「訪問」要員を増やすよう、人員配置基準を見直すことが必要と考えます。

2. 職員教育体制について

「訪問」、「通い」、「泊まり」を1ヶ所で提供する小規模多機能型居宅介護は、居宅サービスの中でも介護職員に高度な力量が求められます。「訪問」、「通い」、「泊まり」をトータルに利用者へ提供し、認知症高齢者の生活を支えるためには、職員教育体制の充実が必要です。職員教育は全てのサービスで必要なものですが、とくに小規模多機能型居宅介護の職員教育の検討が必要と考えます。

以上

介護保険の改善を求めるアピール

2008.6.14 認知症の人と家族の会総会

- 1 2009年4月に介護保険の改定が行われるにあたって、「家族の会」は昨年11月に、これからの社会福祉・社会保障の望む姿と当面の改善項目を提案する「提言・私たちが期待する介護保険」を発表し、厚生労働大臣に申し入れを行いました。
- 2 「提言」で示した「5つの基本的な考え方」については厚生労働省はじめ行政からも賛同の意思表示がされ、12項目の「具体的改善提案」については、障害者団体、介護従事者など多くの人たちからもぜひ実現してほしいとの声が寄せられています。
- 3 厚生労働省においては、私たちの声を受けとめ4月下旬に、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクトチーム」を立ち上げ、7月末をめざして「基本方針」及び「短期的対策」をめざして鋭意作業が進められています。
- 4 しかるに、5月の財政制度等審議会に、要介護度2以下の人を介護保険から外すなど3通りの財務省の試算が示されました。これは、3人のうち2人を切り捨て、また認知症の人を事実上除外するなど介護保険制度の存在意義そのものをなくすことにつながる内容です。「試算」とはいえ、このような提案が行われることに私たちは大きな不安を覚えます。必要な制度は持続し発展させる方向での議論を求めるものです。
- 5 一方、要介護認定調査検討会では、現行の認定調査82項目のうち、23項目（うち認知症に関係するものが半数以上を占める）について削除することが提案されています。要するに「判定結果に差が出ない」との理由ですが、これらの項目を削除すれば特記事項も書かれないこととなり、認知症の状態の把握がいっそう困難になると危惧されます。むしろこれらの項目を認定に正しく反映させる工夫と改善をこそ求めるものです。
- 6 後期高齢者医療保険制度に国民の怒りが高まるさなかに、さらに介護保険制度の縮小や認知症が正しく把握されない方法への変更は私たちの願いとは相反するものであり、「提言」で示す考え方と具体的改善を進めることこそが認知症の人と家族の願いであるということをあらためて訴えるものです。

以上

社会保障審議会介護給付費分科会御中

2008年6月18日
社会保障審議会委員
社会保障審議会介護給付費分科会委員
沖藤典子

介護報酬改定について 利用者・市民の立場からの意見書

はじめに：制度のあり方について

2006年度の改正介護保険法施行以降、当初から複雑だった制度が細目にわたって変更になり、専門職にも十分な周知ができず、行政担当者も説明責任を果たせない状況となっています。

このため、高齢利用者や介護者は制度の正しい理解に近づくことができず、納得がいかないままサービスの利用控えをし、その影響で家族の介護負担が増えるという事態を招いています。

安定的な介護保険財政の維持は大切なことですが、介護保険特別会計全国計が2000年度以降、毎年度1000億円前後の黒字会計で推移するなか、利用者の生活実態を直視することなく進行するサービス適正化は、制度に対する被保険者の不信感を増大させています。

2009年度の介護報酬改定は、「走りながら考える」といわれてきた介護保険制度の、まさに正念場であると考えます。家族を中心とする介護者を“介護地獄”から解放し、高齢利用者の生活を支える「介護の社会化」という制度設立の理念にふたたび立ち戻り、人生最晩年の命を寿ぐ制度をさらに充実させるために、介護給付費分科会委員のみなさまと議論を深めていきたいと切望しております。

1. 介護報酬の見直しについて

2007（平成19）年介護事業経営概況調査の暫定仮集計では、居宅介護支援（予防サービスを含む）の事業収益に対する収支差の率が前年度-12.9%から-15.8%に悪化しています。訪問介護（予防サービスを含む）では、収入に対する給与費比率が前年度84.1%から82.8%に減少しています。

介護報酬の見直しの検討にあたっては、事業収益に対する収支差の率、収入に対する給与費比率が低下しているサービスについて、課題分析を含めて優先的に検討することを提案いたします。

2.加算の設定について

前回の介護報酬改定では、各サービスに多くの加算がつけられました。しかし、入浴や機能訓練など具体的なサービス加算のほか、特定事業所加算など利用者に理解を求めることが難しい設定もあります。現在の介護保険サービス利用者は、75歳以上の人たちが8割になります。そのうち80歳代、90歳代、100歳代が半数を占めます。事業者を選ぶ時に、加算を取得している事業所かどうか、利用者にはわからないケースも多くあります。また、加算を取得していること自体が、質の良いサービスの提供を保障しているかどうかを判断する材料ともなりえない側面もあります。高齢当事者の“選ぶ権利”を保障するためにも、介護給付費分科会において、改めて加算を設定する原則を確認し、加算をつける条件について共通認識を得ることを提案いたします。

3.居宅介護支援と介護予防支援について

3-1

2006年の介護保険法改正後、認定更新ごとに、要支援1・2の要支援認定と要介護1の要介護認定の間を繰り返し移動する利用者が出ています。周知のように、要支援認定と要介護認定ではケアマネジメントを含めてサービス内容が異なります。これまでも、心身の状況が変わりやすい利用者にとって、認定更新や区分変更の手続きはストレスが大きいと指摘されてきました。改正により、ケアプラン作成支援担当者の変更が繰り返されることは、高齢当事者の新たな負担ともなっています。とくに認知症の利用者の場合には、周辺症状を悪化させているとの報告もあります。高齢者にとって使いやすいケアプラン作成支援となるよう、要支援認定と要介護認定を行き来する利用者などに「利用者主体」の介護保険制度の基本理念を実現できるよう、要介護認定から要支援認定に変更になった場合には、ケアマネジャーによる居宅介護支援を継続的に利用できるよう見直すことを提案いたします。

3-2

要支援1・2の要支援認定を受けた高齢者は、地域包括支援センターの指定介護予防支援事業所による介護予防支援を利用することが原則になっています。しかし、地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）の介護予防ケアプラン担当者は、3カ月に1回程度の訪問、さらにはサービス提供事業所から状況報告を得るだけでもよいとされています。したがって利用者の入退院の対応への義務はなく、ペナルティも課されていません。状態変化の激しいケースや進行性の疾患であっても、要支援認定者であればこの程度の状態把握でよいとされていることには、危険性すら感じます。また、入院後状態変化があると区分変更を申請中のまま退院となった時、予防給付か介護給付かの判断がつかず、サービス調整のないままに在宅に戻る高齢者も出ています。加えて、地域包括支援センターは、介護予防支援事業所の業務である介護予防ケアプラン作成支援に追われ、本来的地域支援事業にまで手がまわらないという声も聞きます。そして、診療報酬改定により、早期退院促進強化を行う医療機関が増えているという情報もあります。利用者

が安心して相談でき、退院後の生活が安定するよう、介護予防支援のあり方について見直すことを提案いたします。

4.介護予防サービスの定額報酬について

4-1

介護保険法改正と前回の介護報酬により、要支援1・2の要支援認定を受けた人たちは、介護予防訪問介護、介護予防通所介護の対象となり、それらのサービスの報酬は月単位の定額制になりました。介護給付費実態調査月報（2008<平成20>年3月審査分）では、要支援認定利用者が75万9,400人（前年同月比13万8,700人増）、要介護認定利用者が290万3,300人（前年同月比3万1,000人減）というデータが示されています。2005年の介護保険法改正案の国会審議では、「必要な人には必要なサービスを提供する」という大臣答弁がありました。しかし、多くは事業者の都合により、利用回数が実質的に制限されています。2006年、2007年に開設されたNPOによる電話相談では、利用限度額が充分に残っているにも関わらず必要なサービスの提供回数が削減されたという声が多数寄せられました。また、利用回数の少ない利用者にとっては定額支払いが負担となり、利用を断念するケースもあると聞いています。介護予防訪問介護、介護予防通所介護における定額制の導入は、選択型サービスの基本に反する事態を招いています。また、個々人の暮らしは、標準化できない部分が多くあります。認定ランク別に設定された利用限度額の範囲内で必要なサービスを選択できるよう、定額報酬を見直すことを提案いたします。

4-2

要支援1・2の要支援認定者の介護予防訪問介護では、介護報酬が包括設定されているため、日常生活支援以外に通院介助を必要とする利用者が多いにもかかわらず、限られた時間内で通院介助を提供する事業所が少ないため、通院介助が利用できないという声があります。また、介護保険外の通院介助の利用では、負担に耐えきれないとの訴えも寄せられています。通院等乗降介助を必要とする要支援認定者がいることへの対策、あるいは通院等乗降介助を利用できるよう条件を見直すことを提案いたします。

5.訪問介護について

5-1

介護保険法改正、前回の介護報酬改定により訪問介護の「生活援助」は、利用者への制限が強まっていますが、株式会社コムスの事件などにより行政指導が厳しくなるなか、同居家族がいることを理由に制限される例が多くなっています。利用者のなかにはケアマネジャーや保険者から「国が決めたことだから」と説明を受けたとの事例も寄せられています。このため、厚生労働省は昨年末、「同居家族がいることを理由に、一律機械的に生活援助を利用できないと判断しないようにされたい」との事務連絡を出しましたが、必要と判断して提供されたサービスなのに

行政から介護報酬の返還あるいは自主返還を求められた事業所の事例も寄せられています。「生活援助」を必要とする利用者や介護者が安心してサービスを利用することができるよう、「生活援助」の利用条件を再確認することを提案いたします。

5-2

介護保険法施行当初、厚生労働省から出された『訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について』（2000年3月17日、老計第10号）は、訪問介護計画及び居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する際の“参考”として活用することが求められていますが、介護保険法改正以降の電話相談では、ホームヘルパーによる「散歩」の同行が認められなくなったとの訴えが多く寄せられています。心身の衰えにより閉じこもりがちな高齢者の健康回復やリフレッシュのために必要とされてきた「散歩」にこそ、介護予防の効果があると考えます。しかし、運営適正化の流れのなかで、前述の文書に参考事例として掲載されていないことを理由に一律にカットされています。訪問介護については、「散歩」はもちろんのこと、利用者ひとりひとりの身体状況や生活実態などに合わせたサービス提供が基本であることを再度、確認し、明文化することを提案いたします。

6.院内介助と退院計画について

6-1

訪問介護の「通院等乗降介助」では、「“院内介助”がないため、通院できない」という切実な訴えがあります。一般的には、“院内介助”は介護報酬の対象でなく、医療機関が対応するものとされていますが、『訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について』では「場合により」提供が認められるとされています。しかし、現実には介護保険、医療保険双方から「院内介助は行わない」と拒絶されているケースもあります。また、「通院等乗降介助」では、1回の利用で複数の医療機関に通院することが禁止されているため、医療を必要とする利用者が複数回の外出で疲労を余儀なくされているケースもあります。しかも、通院乗降介助の際のホームヘルパー交通費は自己負担です。

これらの矛盾と非合理性を解消するため、訪問介護における通院等乗降介助と院内介助を統合して「受診支援」（仮称）を新設し、合理的な介護報酬を設定することを提案いたします。

6-2

入院中の利用者にケアマネジャーが相談支援や退院計画作成などを提供する場合、必ずしも給付管理につながらないケースがあります。しかし、利用者への継続的なサービス提供と、安定的な在宅復帰のために、居宅介護支援は必要不可欠のものと考えます。居宅介護支援に一定の基準を設け、介護報酬を算定することを提案いたします。

7.福祉用具レンタルについて

前回の介護報酬改定では、電動ベッド、電動車いすを中心に要支援1・2、要介護1の利用者への福祉用具レンタル利用品目に制限が加えられました。NPOの電話相談では、必要であるにもかかわらず、なぜ利用できなくなるのかという訴えが相次ぎました。訪問調査項目にもとづく利用品目の制限は、合理的とはいえないのではないのでしょうか。訪問調査項目による利用制限を廃止し、保険者、ケアマネジャー、サービス担当者会議など現場の判断によるサービス提供に切り替えることを提案いたします。

8.地域密着型サービスの利用への柔軟な対応を

2006年改正において、保険者である市区町村が指定する地域密着型サービスが新設されました。事業所指定が都道府県から市区町村に移行したことに伴い、保険者である市区町村に住民票がない認定者は、保険者が異なるという理由で、希望する近隣の事業者を選べないという事態が発生しています。このため、全国の保険者が地域密着型サービスを充実させるために、介護報酬を再検討する必要があると考えます。しかし、現状では、とくに認知症通所介護や小規模多機能型居宅介護などは十分な事業所数とは言えません。また、遠隔地に住む高齢者が冬期のみ子世帯と同居するといったケースもありますが、このような短期滞在でも、サービスの利用にあたって住民票の移動を求める保険者もあると聞きます。現実の課題を解決するために、当面、隣接市区町村指定の事業所の利用希望や短期滞在のケースについては、保険者や地域包括支援センター、ケアマネジャーなどの判断にもとづき、住民票の移動がなくてもサービスの利用の適否を判断することができるなど、課題を解決するしくみを作ることを提案いたします。

9.居住費・食費の自己負担軽減のための低所得者対策について

2005年10月から改正介護保険法が前倒し実施され、介護保険3施設の居住費・食費は全額利用者の自己負担に変更され、同時に低所得者対策が実施されています。しかしながら、在宅サービスに位置づけられる認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、特定施設においては、従来から居住費・食費の自己負担があるにもかかわらず、低所得者対策は設けられていません。本来的な低所得者対策は、介護保険財政ではなく福祉政策として在宅高齢者すべてを見渡した検討が必要と考えます。しかし、在宅生活が限界になっても、居住費・食費を負担できないことを理由に、施設サービスや居住系サービスを最初からあきらめる人たちが今後、増え続けることが予想されます。とくに低所得層の利用者の選ぶ権利を保障するために、居住系サービスにおける低所得者対策を新設することを提案いたします。

10.介護人材確保について

2008年5月20日の「介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する付帯決議」に則り、速やかに「適切な措置を講ずること」を望みます。介護職員が確保できないことを理由にサービス利用が制限されたり、断られる利用者が出ています。このままでは、「保険あってサービスなし」に逆戻りする恐れがあります。介護職員の安定雇用と幸せな労働生活は、利用者の幸せを守るものです。待遇改善は待ったなしの問題と考えます。基本報酬の引き上げとともに、介護報酬に人件費比率を設定することを提案いたします。

なお、ホームヘルパーについては、移動、待機、書類・報告書の作成、研修時間、ミーティングなど直接サービス以外の賃金支払いについて、介護報酬上、配慮することを提案いたします。また、サービス提供責任者の責務について介護報酬上の評価がありません。訪問介護サービスの要であるサービス提供責任者の業務への評価を検討することをあわせて提案いたします。

その他 要介護認定における一次判定 23 項目の削除予定について

介護報酬改定と直接関わるものではありませんが、要介護認定調査検討会においては、来年度に予定されている要介護認定の改定にあたり、一次判定項目 23 項目を削除候補とし、一次判定ロジックも変更して今夏、第二次モデル事業を実施する予定と聞いています。従来、施設サービスを利用する高齢者を対象にした実態調査をもとに設定された一次判定項目には、在宅介護者の“介護の手間”が勘案されず、実生活の手間のかかり方との間に乖離があると指摘されてきました。とくに今回の削除候補項目では、認知症関連の項目が多数含まれ、要介護度が軽度化するのではないかと危惧されています。一次判定項目から削除されることにより、認定調査員の“特記事項”への記載がなくなることも予想されています。ケアプラン作成支援にも影響がでると思われます。要介護認定の改定にあたっては、誰もが納得できる慎重なモデル事業の実施と十分な検討を強く求めます。

最後に

訪問介護の「生活援助」が給付制限されている現在、「介護保険栄えて、生活崩壊す」の危機感が高まっています。

高齢期の国民生活を守り、介護の重度化を防ぐには、介護保険サービスのなかでも暮らしを支える分野の充実が必須と考えます。

介護保険制度が創設されて8年が過ぎました。介護保険サービスの質の確立ができる環境を整備することが急務です。

2009年度介護報酬改定の議論が、国民の目線に立つものであることを心から願い、介護報酬改定の議論が、国民の理解と周知徹底をはかることができる内容となることを期待いたします。

平成18・19年度

— 介護保険委員会答申 —

『指針』の実現に向けて

平成20年3月

日本医師会介護保険委員会

平成 20 年 3 月

日本医師会長
唐澤祥人 殿

答 申

本委員会は、平成 18 年 7 月 20 日開催の第 1 回委員会において、貴職から受けました諮問事項「地域医療から捉えた地域ケア体制整備について」を、2 年間にわたり 10 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 18・19 年度「『指針』の実現に向けて」として取り纏めましたので、ここに答申いたします。

介護保険委員会

委員長	野 中	博
副委員長	嶋 田	丞
副委員長	渡 部	透
副委員長	高 木	安 雄
委員	池 端	幸 彦
委員	片 山	壽 靖
委員	北 川	融
委員	功 刀	博 彰
委員	小 林	一 弘
委員	篠 原	峻 士
委員	玉 木	正 俊
委員	常 盤	正 道
委員	中 尾	一 彦
委員	原 田	勝 孝
委員	増 田	博 昭
委員	山 内	弘 之
委員	山 本	
委員	米 満	

(五十音順)

目 次

はじめに：諮問事項と委員会の問題意識・基本姿勢・・・・・・・・・・	1
※「在宅における医療・介護の提供体制－『かかりつけ医機能』の充実－指針」 (2007年1月 日本医師会)・・・・・・・・	2
提言1 「高齢者の尊厳の具現化に取り組もう」・・・・・・・・・・	3
提言2 「病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い 利用者の安心を創造しよう」・・・・・・・・・・	4
提言3 「高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の 維持・改善に努めよう」・・・・・・・・・・	5
提言4 「多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう」・・・・・・・・	6
提言5 「住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう」・・・・・・・・	7
提言6 「壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に 係わっていこう」・・・・・・・・・・	8
提言7 「高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア 体制整備に努めよう」・・・・・・・・・・	9
まとめ：『指針』が示す3つの基本的考え方の普遍化・・・・・・・・	10
巻末：補足1（各地における取り組み事例）・・・・・・・・	13
補足2（各地から多く受ける質問等について）・・・・・・・・	29

はじめに：諮問事項と委員会の問題意識・基本姿勢

本委員会は、平成 18 年 7 月 20 日に唐澤会長から「地域医療から捉えた地域ケア体制整備について」の諮問事項を受けて、10 回にわたり将来的な地域ケア体制のあり方や在宅医療を支える医師の役割と機能等について、審議を続けてきた。

この諮問事項を検討してきた委員会の問題意識・基本姿勢は、日本医師会が平成 19 年 1 月に発表した「在宅における医療・介護の提供体制－『かかりつけ医機能』の充実－指針」にある。ここでは、2025 年の高齢者の医療と介護について、将来ビジョンを支える 3 つの基本的考え方と、それを実現するために医師、医師会が取り組むべき 7 つの提言が今後の『指針』として示されている。

本指針は、平成 16・17 年度介護保険委員会答申において強調された、「医師、医師会の高齢者医療・介護に対する意識改革が重要である」ことを踏まえたものであり、本委員会の答申が日本医師会の政策指針として結実したことを評価したい。

日本医師会の高齢者医療と介護に関するこうした取り組みを踏まえ、本委員会は、『指針』に掲げられた 7 つの提言を軸に諮問事項である地域ケア体制整備について、地域医師会や医師のさまざまな取り組み事例をもとに、全国に普及・浸透するための課題を検討してきた。

現在、各自治体において「地域ケア体制の整備に関する構想（以下「地域ケア体制整備構想）」の策定が進められている。これは、介護保険事業（支援）計画、医療計画、医療費適正化計画に反映させて、将来の高齢化の進展、サービス供給や利用見込みなど、地域の特性に応じた体制整備の策定が目的だが、行政の縦割り・縄張り意識のもとで各計画作成が別個に進行していることが報告されている。高齢者や住民のための包括的な地域ケア整備を構想・提言できるのは、地域で高齢者ケアに取り組む医師や医師会であり、本答申を踏まえて各医師会が地域ケア体制整備構想の策定に積極的に関与して、行政との協力・連携を通じ、より良い地域ケアが実現することを願うものである。

在宅における医療・介護の提供体制
—「かかりつけ医機能」の充実—
指針

2007年1月
日本医師会

日本医師会は、国民の健康と安全を守り、そして生活・人生を保障していく上で、医療の重要性を認識し、さらに少子高齢社会において従来の医療に加え、住民の住み慣れた地域での在宅療養を支える医療すなわち「在宅医療」の役割が重要と考える。

今後の高齢者の医療と介護の協働する地域ケア体制の整備において、従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」も医療を通じて支えていくことが望まれる。その実現には、地域をひとつの病棟と捉える視点など、要となる医師の意識改革と支援が医師会の重要な責務と認識する。高齢化のピークである2025年に向けた高齢者の医療と介護について、以下の3つの基本的考え方と7つの提言をもって、そのビジョンと決意を明らかにする。

—将来ビジョンを支える3つの基本的考え方—

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

—将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言—

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう。
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう。
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

日本医師会は上記の3つの考え方、7つの提言が広く社会に受け入れられ、実現することを目指したい。また、地域における「在宅死」の追求と支援も行いたい。もちろん、死の看取りは多様な選択肢があり、たとえ医療提供者であっても他者が強制できるものではない。高齢者が求めているさまざまな医療と介護、社会サービスを利用者本位、地域で提供できるよう取り組む先には、家族や友人・知人に囲まれながら、生活の場における安らかな眠りへの看取りがあると考えたい。

提言 1 「高齢者の尊厳の具現化に取り組もう」

豊かで成熟した今日の高齢社会の医療は、老人医療費の自己負担が生じない 1973 年当時の「量」の確保ではなく、高齢者の人生と尊厳を踏まえた「質」の確保が問われている。

このため医師は、「暮らしの場」において必要な医療を積極的に提供して、本人・家族の希望に添う充実した「生活・人生」を支えるために、多職種協働のもとで医療・介護・生活支援が一体となった療養環境を構築して、心安らかな尊厳ある終末期までを支える役割が求められている。

高齢者に対する医療には、当然のことながら疾病を克服する役割が期待される一方で、完治ができない際にも継続的な医療が必要であり、さらに介護と協働した援助が望まれ、そのニーズも本人や家族を中心に社会面、医療面などさまざまな希望で決まる。このため、高齢者の在宅医療において、医師は、長期間にわたる医療の提供に加えて、患者の医学的管理以外の生活支援・社会的援助の技能のレベルアップを図らなければ、患者の満足は得られない。そして、高齢者や患者に対する使命感や優しさ、さらに同じ目線に立つ対応も求められ、医学的管理のための知識に加えて、高齢者を取り巻く家族関係や社会経済・生活面、介護サービスの知識も習得する必要性が生まれてくる。

介護や福祉に関与しないままの医療の継続的な提供は、高齢者の尊厳ある生活や人生を実現できない。地域に暮らす高齢者に係わる介護・福祉の知識の習得と理解のために、介護保険制度における介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格取得を推奨している都道府県医師会もあり、高齢者ケアのための幅広い知識が求められている。特に、高齢者ケアの社会経済・制度的な基礎知識や看取りのための医療の役割・あり方などについて、現在の医学教育は甚だ不十分である。

尊厳ある高齢者医療、中でも心安らかな尊厳ある最期のために医療・看護・介護がバランスよく提供されるには、看取りのコーディネーター役としての医師の復権があらためて重要である。

提言2 「病状に応じた適切な医療提供あるいは 橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう」

高齢社会とともに地域医療は、それにふさわしい姿に変わることが期待されている。高齢者の医療において、特に後期高齢者には残された時間が少なく、心身の機能が低下し、かつ、複合化・重度化していることも多く、医療と介護は一体的に提供すべきであり、病院完結型医療から地域完結型医療への転換、すなわち在宅医療が一つの大きな潮流になる必要がある。そのため、今後、地域の医師は、日常の医療を良質で効率的に提供するほか、連携・支援のためのチーム医療の体制をいかに自分の周りに構築するかが問われている。

すなわち、病状に応じた適切な医療の提供のために、医療連携による橋渡しを行いながら、実践を通して患者・利用者の安心を構築することが今日的課題といえる。急性期病院では、退院前カンファレンスの実施による患者の在宅療養支援機能の充実が求められ、介護老人保健施設でも在宅支援機能を保持している以上、医療と介護の一体的サービスの提供が追求される必要がある。

もちろん、かかりつけの医師や在宅療養支援診療所の多くは、在宅医療に特化しているわけではない。しかし、高齢者の療養の継続には、歯科による口腔ケアから耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、眼科など専門的な対応が必要となり、必要な医療を暮らしの場で提供・実践するシステムが稼動しなければ、患者・家族の安心は得られない。医師個人の力量を超えて、地域の医師が力を合わせて療養を支えるネットワークの形成＝地域ケア体制による実践こそが、利用者の安心を獲得できる。在宅医療には、地域の医師との協働と補完の強化が不可欠である。

こうした医療連携の創造は時間がかかるものであり、先進的な取り組みを行っている地域は長い時間をかけてネットワークの構築を進めてきた。地域において病院、診療所の医師や地域ケアに係わる多職種が触れ合い、連携するには、地域医師会の息の長い取り組みとリーダーシップが求められていることを強調したい。

提言3 「高齢者の医療・介護のサービス提供によって 生活機能の維持・改善に努めよう」

現在、国の「地域ケア体制の整備に関する基本指針」に基づき、都道府県において療養病床の再編を踏まえた「地域ケア体制整備構想」の策定が進められている。地域の医師会はこれに積極的に関与し、行政とともにいわゆる「医療・介護難民」と危惧される、行き場のない患者・療養者が発生しないよう取り組む必要がある。

そのためには、入院・入所者について、正確な状態像と医療の必要性を把握するため、主治医も参加した多職種協議による客観的な評価を行い、患者・家族の経済的状況、地域の特定施設等の収容能力、家族の介護力等、医療・介護の必要性を軸とした高齢者の生活機能を支援する幅広い評価・分析が求められる。

そして、医療機関、特に病院においては、適切な退院調整が行われるようにMSW (Medical Social Worker) の配置や地域連携室などを設けて、ケアマネジャーや在宅療養を担う多職種との積極的な係わりを進める必要がある。医療機関と介護関連施設等との連携は、高齢者の生活機能の維持・改善に不可欠であり、地域連携クリティカルパスなどをベースに今ある地域資源の機能と役割を明確化して、医療と介護のサービスが切れ目なく提供される必要がある。たとえば、地域リハビリテーションは、急性期リハビリテーションと維持期リハビリテーションを切れ目なく適正に提供することによって、高齢者のQOL (Quality of life) の維持・向上が実現する。このような、切れ目のない繋がりシステム構築が望まれる。

高齢者の生活機能の維持・改善においては、介護なき医療サービスおよび医療なき介護サービスいずれもが成立し得ず、医療・介護サービスの一体的提供こそが求められる。こうした地域医師会、医師の取り組みによる地域ケア体制の実現によって、国民そして患者・家族の支持や信頼が再構築される。

提言 4 「多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう」

高齢者医療は、これまでの急性期病院を中心とする自己完結的な医療から、在宅資源と結びついた地域完結型医療とケアの推進へと転換し、自宅に限らず施設を含めた多様な「暮らしの場」に応じて、医療ならびに介護による安心の提供が患者・家族の大きなニーズとなっている。このため、必要に応じて居宅や介護関連施設等において、医療が提供されることが必須となり、広く地域ケア＝在宅ケアと捉えて、かかりつけの医師の在宅ケアの対応力の支援・向上など、地域ケア体制の整備を推進する必要がある。

そのためには、「生活を支える医療」への理解が不可欠であり、「暮らしの場」における医療は、介護サービス計画（ケアプラン）を軸とする多様な介護、福祉提供者との連携・協働によって、患者・療養者の QOL や生活機能の維持・向上を目指すことになる。

ケアマネジメントの考えに基づいた多職種協働により、高齢者の総合的な支援空間としての「新しい地域ケア」が創造される。そして、「暮らしの場」においてかかりつけの医師をはじめとしたさまざまな医師が個々の患者の身体的機能・生活機能の低下に応じた支援と係わりを發揮することになる。診療所の医師が「かかりつけ医機能」を發揮するためにも、多職種協働による社会資源の活用が重要であり、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）によって現場が整理され、各職種が自分の役割・機能を果たすことが可能となり、高齢者・利用者との信頼関係も構築される。

こうした多職種協働のケアマネジメント、地域ケア体制整備の重要拠点が、「地域包括支援センター」である。全国の地域包括支援センターのうち、医師会が設置するものは数%以下であり、圧倒的に社会福祉法人が運営している。ボランティアを含めた保健・介護・福祉との連携・協働を強化して住民の安心を支えるため、地域医師会は積極的に地域包括支援センターの機能強化に協力する必要がある。

提言5「住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう」

高齢社会における医療は、「暮らしの場」において展開される必要がある。地域の病院、診療所、介護関連施設等は、自らの役割・機能を十分に認識して、患者の住み慣れた地域での療養生活を支援する役割を果たすことにより、社会に貢献する医療提供者として評価される。

地域住民にとっては住み慣れた地域での療養生活を選択することは甚だ困難な現状であり、地域の個々の医師にとっても住まいや多様な住まいとしての施設と連携した医療の取り組みにはおのずから限界がある。暮らしの場での継続した療養生活に対する医療が受けやすい環境やネットワークの構築については、これまで地域医師会の取り組みに差があったことも事実である。しかしながら、在宅医療の提供を、地域の住民の選択する療養生活を支援する活動のひとつとして捉えて、地域医師会が、地域の医師が在宅医療を展開する条件の整備に率先して取り組むことが期待されている。

特に、患者本位の在宅療養の展開を基本に、介護保険における居住系サービスや特定施設等における医療提供、そして地域の高齢者を支える資源との連携を進める必要がある。すなわち、多様な住まいや介護関連施設等における療養や看取りに必要な医療や介護サービスを、高齢者の個別プランに応じて外部からどのように提供するかを考え実践するのである。

今後、特定施設や有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など多様な住まいが増えることが予想され、住まい・居住形態を踏まえた適切な医療の提供体制、支援体制の構築への検討が地域医師会には早急に望まれる。

そのためには、医療と介護の地域ケア資源の機能と役割を明確にして、早期診断、病状に応じたトリアージ、治療選択基準、移送手順、情報連携フォーマット等を共有し、治療とケアが取り次がれる各段階において、高齢者のQOLの向上を目指して、地域ケア体制の整備に取り組む必要がある。

提言 6 「壮年期・高齢期にわたっての健康管理 ・ 予防に係わっていこう」

医学や医療技術の進歩は、救命と長寿を達成して高齢社会の実現に大きく寄与した。しかし、今日なお回復できない疾病や生活障害を抱えて生きる高齢者や患者のほか、国民すべての QOL の維持・向上、健康管理において、医学・医療技術や医師の資質、専門的能力への期待は依然として大きい。壮年期・高齢期における健康管理・予防を中心とした健康で豊かな人生の実現と QOL の向上は、医療機関、介護関連施設等、居宅など医療提供の場所に関係なく、現代の医療に国民が求める普遍的な価値といえる。

このため地域ケア体制の整備においても、生活習慣病の増加、生活機能の低下を防止する医師、医師会の係わりが求められる。いわゆる介護予防への取り組みであり、障害者自立支援法に基づく社会的サービス支援の充実、低所得者や孤立した住民への配慮、地域差に対する配慮も重要となる。

全国で地域包括支援センターにおける介護予防事業が始まっているが、現状では医療機関との連携は少なく、医師会による地域包括支援センター運営協議会への関与も十分とはいえない。また、介護予防プランも民間事業者への委託・丸投げが多く、地域包括支援センターにおける主任ケアマネジャーも福祉系に偏在し、保健師・看護師・准看護師等の医療系の配置が少ないなど、在宅医療と介護予防の展開に不安が残る。さらに、介護予防プランの作成に忙殺され、医療機関との連携が不十分なままに事業が展開されている。その結果、特定高齢者の把握や地域支援事業実施の立ち遅れが見られる等の課題が多い。

地域の医師会、医師は、こうした事態の解決のために地域包括支援センターの整備・運営や地域ケア会議に積極的に係わるほか、かかりつけの医師も日常診療の現場から特定高齢者の選定・把握を進めて、地域支援事業に繋げる取り組みや診療情報の提供など、地域の住民に対する健康管理・予防に積極的に取り組むことが期待されている。

提言 7 「高齢者が安心して暮らす地域づくり、 地域ケア体制整備に努めよう」

地域医師会は、高齢者が安心して暮らせる地域づくりのために、地域における多くの診療科にわたる在宅ケアの支援体制の構築を目標とする必要がある。福祉や介護サービスは介護保険制度の創設以前から地域の事情によって千差万別であり、風土や文化、歴史にまで及ぶ地域特性、世代や階層、教育や経済的・社会的要素など、多様な価値観、健康観、死生観や QOL の達成目標などにより、全国どこでも一律で平準化された普遍的なサービスの提供は容易ではない。

しかし、医療は暮らしの場に不可欠であり、これまでの地域医師会の取り組みに差があったことを踏まえて、地域ケア体制整備を目標に日本医師会と都道府県および地域医師会の一丸となった取り組みが求められる。この体制の構築にはさまざまな困難が予想されるが、たとえば福岡県のある地域では、医師会事務局が中核となって地域の 2 つの病院と 20 の診療所を中心としたネットワークを構築して地域のさまざまな機能を統合し、かかりつけの医師、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を結び、急変時や入院加療が必要な場合には医療情報やリビングウィル等が共有できる連携システムを構築している。

特に医療の必要性が高い高齢者・患者に対して、的確な地域ケアを提供するには、地域医師会が在宅医療やターミナルケアについての医師の思いや価値観を調整して、かかりつけの医師や在宅療養支援診療所の組織化、24 時間 365 日の対応や後方支援病床の整備、介護関連施設等、地域医療支援病院、地域包括支援センター、自治体との連携など、体系的な仕組みの構築が不可欠である。

こうした総合的な地域ケアの実践は、新しい「かかりつけの医師」の創造と定着を期待させるものであり、高齢社会における「看取りの医療」や「死の教育」の構築を実現するといえる。「良医は患者を救う。上医は国を救う」という言葉があるが、まさに今、医師と地域医師会は地域づくりと地域ケア体制整備に真剣に取り組む時期にある。

まとめ：『指針』が示す3つの基本的考え方の普遍化

日本医師会は、社会・制度の変化を踏まえて国民の健康と安全を守り、そして生活や人生を支えることを使命としている。今後の少子高齢社会では従来の医療に加え、住民が住み慣れた地域で生活できるよう在宅療養に係わる医師の役割は重要である。従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」を、医療を通じて支えていくために医療と介護の協働する地域ケア体制の整備が望まれる。その実現には、医師の意識改革ならびに団結が必要不可欠であり、それこそが地域医師会の責務である。日本医師会の『指針』に示す『将来ビジョンを支える3つの基本的考え方』、そして『将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言』を地域医師会において会員とともに協議検討することにより、地域での「かかりつけ医機能」の再確認ができ、その実践を期待する。

将来ビジョンを支える3つの基本的考え方

1. <尊厳と安心を創造する医療>

高齢者の尊厳と安心の創造であり、医療が提供される際に本人の意思決定・自由を尊重し、さらにその人らしく生きるための自立支援を大切にする。

2. <暮らしを支援する医療>

生命・生活・人生といった暮らしを支援していく医療の実践であり、暮らしを支援していく医療の追求である。在宅療養に求められるサービスは、高齢者の生活機能の維持・改善の支援であり、医療モデルより生活モデルを尊重する必要がある。

3. <地域の中で健やかな老いを支える医療>

地域の中で健やかに老いることの尊重であり、利用者本位のサービス提供が、生活の場である「住み慣れた地域」において展開される必要がある。

患者の住み慣れた地域での生活には、切れ目のない医療連携への取り組みが大きな課題である。住み慣れた地域で安心して生活するためには、その生活を支えるための医療が必要であり、外来医療と同様に入院医療の充実も不可欠である。病院における入院医療から在宅療養あるいは終末期の医療は始まることが多く、継続して必要な医療が提供されるためには切れ目のない医療連携が必要である。

急性期の入院医療の開始においても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要不可欠である。治療が長期にわたる慢性期の疾病では、患者の生活を踏まえた医療を提供することは当然であるが、その前には多くの場合で急性期入院医療が提供されているため、入院時から退院後の生活を念頭において、住み慣れた地域での生活を実現する総合的な治療計画作成が重要となる。医師をはじめ多職種連携により、入院中から患者の基本的な日常生活能力や認知機能そして意欲等の生活機能を把握して、退院時ケアカンファレンスで退院後の生活に必要な医療や介護を検討することが必要である。このカンファレンスでの検討の結果としてケアプラン原案が作成され、患者の生活する地域の医師やケアマネジャーに提供され、医師はそれを活用して在宅医療や外来診療等で患者の在宅療養を支える。一方のケアマネジャーは、ケアカンファレンスを開催してケアプラン原案をもとに患者が生活する現場の実情に合わせたケアプランを作成する。そして、このケアプランに基づいてさまざまなサービスが提供されて、患者の地域での生活が支えられる。

すなわち、病院内外の多職種により実施される退院時ケアカンファレンスと、地域の多職種によるケアカンファレンスが一環の流れとして繋がって、患者の住み慣れた地域での生活が実現できるのであり、これこそが切れ目のない医療連携なのである。地域医師会がこの切れ目のない医療連携体制を構築することが、日本医師会が提示した『指針』の実現に向けて必要である。

< 補 足 1 >

各地域・各医師会における、具体的な取り組みの代表事例を、報告書の補足として以下に掲げた。

1. 京都府における在宅医療先進地区の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
2. 在宅医療サポートシステムへの対応！
～ 「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会」
の設立経緯と基本方針 ～・・・・・・・・・・・・ 17
3. 特定施設入居者生活介護における医療提供のあり方
～ 静岡県医師会および地域医師会の取り組み ～・・・・・・・・・・・・ 20
4. 東京都医師会における
「地域に支えられる在宅療養基盤強化」の取り組み・・・・・・・・・・・・ 26
5. 大阪府豊能医療圏の地区医師会（吹田市・豊中市・池田市・箕面市）と
国立循環器病センターにおける脳卒中地域連携への取り組み・・・・・・・・ 27

1. 京都府における在宅医療先進地区の取り組み

委員 北川 靖（京都府医師会 理事）

1. はじめに

在宅医療のニーズは、種々の要因により今後さらに大きくなり、個々の医療機関による取り組みでは困難となることが予想される。よって、地区医師会には在宅医療基盤整備、会員支援が求められている。京都府においても、各地区医師会により在宅医療推進の取り組みが実践されつつあるが、未だ地区間の格差は大きい。京都府における先進 2 地区（乙訓医師会、左京医師会）の状況を紹介する。

2. 在宅医療推進のための基盤

在宅医療先進地区の共通点として、医師会が早期より地域ケアへの強い関心を持ち、熱心に多職種連携の基盤整備に取り組んでいることが挙げられる。地域内の多職種が情報を共有、また共通目標を持つことにより、地域ケアの質向上がもたらされるとともに、医師会は地域から求められることに気付き、必然的に在宅医療提供体制の整備などに取り組むことになる。

① 乙訓地区

乙訓地区は、京都市の南西部に接する、長岡京市、向日市、大山崎町の 2 市 1 町からなる人口 15 万人弱の地域である。乙訓医師会が主導して地域ケア基盤整備に取り組んできた地区であり、昭和 63 年からの福祉保健医療ネットワーク連絡調整チーム会議に始まり、平成 8 年から、在宅高齢者および障害者の情報を本人・家族を含めた関係者全体が共有し連携の要にするとともに、相互のレベルアップを目的として「在宅療養手帳」を発行している。現在も在宅医療、地域ケアに係わる委員会を定期的に開催し、強固な多職種連携基盤が形成されている。

② 左京地区

京都市左京区は、京都市の北東部にある、人口 17 万人弱の地域である。左京医師会が中心となり、平成 3 年より、行政、医療保健福祉の実務者からなる「高齢者地域ケア連絡協議会」を立ち上げ、処遇困難例のケースカンファレンス、地域ケアに必要な情報共有を行ってきた。また、同協議会の主催により、住民とともに左京区の保健、医療、福祉を考える場として「左京区高齢者の保健、医療、福祉をみんなで考えるつどい」を平成 6 年から年 1 回開催している。これらの活動を通じて、関係者の間で顔なじみの関係が生じ、定期開催の医師・介護懇談会やケアマネタイムなど地域ネットワーク基盤整備が進んでいる。

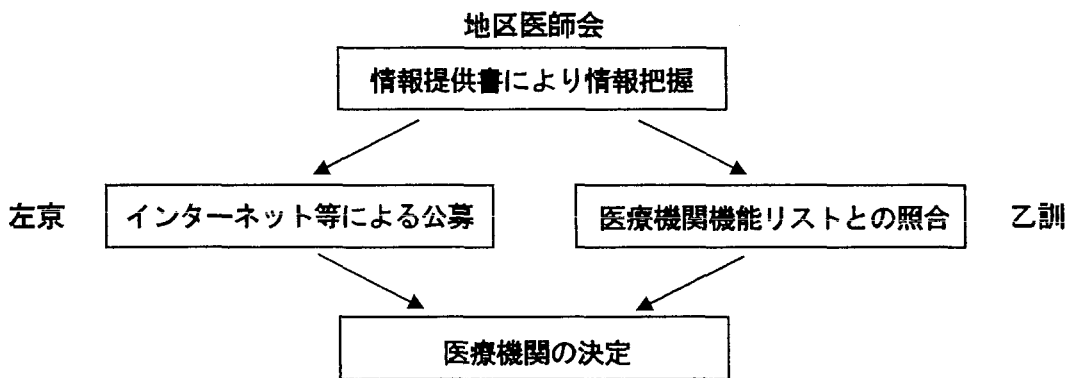
3. 在宅医療システム

① 乙訓地区

医師会地域医療委員会にて検討し、平成17年に会員医療機関の在宅医療機能調査を行い、そのデータをもとに主治医紹介システムを開始した。具体的には、病院地域連携室に事業内容を周知し、決められた様式の診療情報提供書により病院から主治医紹介要請を受けた時には、医師会地域医療担当理事が退院予定患者の住所、病態等を勘案して医療機関を紹介する。原則主治医と副主治医によるチーム制としている。次のステップアップとして地区内基幹病院との間で、患者紹介情報や退院前カンファレンスの実施等退院支援のパイロット事業が現在行われている。

② 左京地区

医師会在宅医療部会において、会員医療機関に対する在宅医療機能調査を行い、専門領域、可能な在宅医療処置等を網羅した在宅協力医リストを作成し、行政、病院地域連携室、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に配付している。現在「左京在宅ネットワーク（仮称）」として、主治医紹介および在宅チーム医療を試行的に実施している。病院からの主治医紹介要請に対し、担当理事が、患者の個人情報を特定できない形でメーリングリストにより主治医を公募、手上げにより主治医が決定される。症例により必要に応じて、主治医が、副主治医及び協力医（専門医）の要請を行う。平成20年より本格実施の予定。



4. 京都府内全域への在宅医療推進の取り組み

京都府医師会では、平成20年度より医師会内に在宅医療サポートセンターを設置し、地区医師会を支援し、地区医師会とともに在宅医療提供体制を整備する。府医師会は平成19年に全会員に対し在宅医療機能調査を行い、在宅医療データベースの確立を進めている。これをもとに地区の状況に応じた主治医紹介システムや在宅医療チーム医療体制を構築する。同時に在宅医療の質向上の取り組みとして、在宅医療研修会、手引き作成等を企画している。また、住民に対してホームページ等にて在宅医療の情報提供を積極的に行い、さらにサポートセンターに住民向け相談窓口を設置する。

2. 在宅医療サポートシステムへの対応！

～「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会」の設立経緯と基本方針～

委員 小林 博（岐阜県医師会 常務理事）

平成18年6月、多くの問題点を抱えながらも医療制度改革関連法が一気に成立した。その中で最も大きく取り上げられ、改善を求める声が多いものが、「療養病床再編」に関する問題である。たしかに、「療養病床」は診療報酬額から考えると総医療費の中では大きなウエートを占めるかもしれないが、一方で、外来診療のみの開業医の先生方にとっては直接的に実感させられることは少ない問題でもある。まして、「地域ケア体制整備問題を地域の必要ベッド数の設定」と勘違いしている都道府県行政が多い現状では、「真の地域ケアと療養病床再編」とは乖離しているように感じられる。

しかしながら、療養病床再編が国の思惑どおりに進行した状況を想像した場合、「地域においてどのような医療・介護が必要となってくるか」は開業医の先生方も無縁でないことは確かである。言い換えれば、療養病床を離れて地域に戻って来た患者さんに対して、地域医療またかつての主治医として何をすべきか、今こそ、開業医の先生方による地域医療・地域ケアへの参加・協力が求められてきている。

こうした時代の流れの中で、我々各務原市医師会では、実際の地域ケア・在宅医療の現場に対して「地域医師会はどう対応すべきか」を検討した。その中で具体的対応として、「在宅医療の中核となる在宅療養支援診療所の運用に向けて地域医師会は何をすべきか」に対し、まず第一歩として「在宅療養支援診療所」に関する問題点を下記①～⑦のようにまとめた。

- ① いかにも、「高点数・高報酬が設定された」ように受け取られているようだが、実際は従来の「寝たきり老人在宅総合診療料」とほとんど変わらず、むしろ「在宅療養支援診療所」でない一般診療所での報酬が減額されている。結果的には、診療所間の格差拡大に繋がるのでは。
- ② 療養病床から退院した要医療の患者さんのうち、どれだけが在宅療養に戻れるか。
- ③ 開業医個人だけで、24時間連絡対応の医師または看護職員の配置等が可能か。
- ④ 在宅療養患者さんの緊急入院受け入れ体制が確保されるか。
- ⑤ 要件にある「地域における他の保健医療・福祉サービスとの連携調整体制構築」や「連携先医療機関等への各種情報提供」は常に可能か。
- ⑥ 「往診不可および終末看取り対応不可」等から想定される問題発生への対策は？
- ⑦ かつての「老人慢性疾患外来総合診療料」のごとき、いずれ廃止されることも想定しておくこと。

これらのうち、比較的容易に確保できそうなものとしては、地域支援中核病院との連携による④の要件くらいである。しかしながら、その他の課題については「医師一人ではかなりの負担となる、というよりも実際には無理である」といったほうが良いようだ。特に、文書等による患者・家族への24時間体制の保障についてはかなりの拘束力をもっていると考えられ、⑥のごとき「往診不可」や究極の「終末看取り不可」という事態に対して医療紛争問題発生も当然危惧されてくる。こうしたいくつかの想定される不幸な状況に対処し、より理想的な信頼関係のもとでの在宅医療提供を確立するには、やはり地域医師会が主導した「在宅療養支援診療所バックアップ体制」が必要となってくる。

そこで各務原市医師会においては理事会承認のもと、「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会（以下「本協議会」）」を立ち上げ、平成18年7月18日に第1回設立準備会を開催し、「在宅療養支援診療所」を申請された先生方から本協議会への参加意思を含めて数回の意見交換を行い、下記のごとく基本方針として確認した。

「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会」

－ 基本方針 －

1. 本協議会会員による相談支援体制はローテーション・輪番制ではなく、あくまでもかかりつけ主治医が責任持って対応する。
2. 「在宅療養支援診療所バックアップシステム」として、医師会が主導し連携を担当する。
3. 緊急時入院に関しては、東海中央病院（地域支援中核病院）に協力要請する。
4. 訪問看護ステーションとの連携、特に24時間体制の確保。
5. 連携・後方医は看取り業務に専念し、状況の説明は控えたい。
6. 夏季休診および年末年始休診中のバックアップ体制は、支援を要する可能性のある対象患者を中心として事前に本協議会に連絡報告をする。
7. 終末期には、事前に連携医もできる限り一度訪問する。
8. 特別養護老人ホーム・ケアハウス・有料老人ホーム等への訪問診療・看護については、地域ケア会議等で連携確保を検討する。

制度施行後、約1年半経過した現状としては、積極的参加の先生も見られたが、今一歩躊躇の状態の先生方もおられたようである。

本協議会活動の現状としては、下記①～④のとおりである。

- ① 毎月開催される市内2箇所での地域ケア会議との連携
- ② 年4回協議会開催、難解事例検討会
- ③ 3月の看取り報告作成会
- ④ 夏季休診および年末年始休診期間中のサポート体制整備等

いずれにしても、一気に完成度の高いサポート体制を構築することは難しいと考えている。しかしながら、すでにスタートしている限りは「契約不履行でのトラブル」や「困難事例」を含め、医療安全体制の確保の意味でも医師会主導の対応が求められるのではないか。



医療と介護との領域双方に関係する在宅医療は、在宅ケアという社会的要望の意味も含め、我々には今後ますます重要な課題となってくる。一開業医では対応が困難な面を多く抱えている新しいシステムには、やはり医師会全体で主導そして対応すべきではないだろうか。各地域医師会でも検討していただきたいと考えている。

3. 特定施設入居者生活介護における医療提供のあり方 ～静岡県医師会および地域医師会の取り組み～

委員 篠原 彰（静岡県医師会 副会長）

1. 現状の課題

要介護認定者の増加とそれに伴う介護給付費の高騰は、今後の介護保険制度の存続にとってきわめて重要な課題となっている。平成18年の介護保険制度の改正では、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスといった新たなサービスが創設された一方で、療養病床再編の動きの中で、受け皿づくりとしての居宅サービス提供主体の多様化が急速に進んでいる。こうした居宅サービスの新類型として位置づけられている有料老人ホームが急増することは間違いない。しかし、大半の入居者には医療の提供が必要であり、ほとんどが要介護認定者であることを勘案すれば、当然のことながら入居者の日常的な状態把握や医療の提供についても、主治医にとっては重大な関心事でなければならないはずである。

特定施設としての有料老人ホームについても、入居者は要介護認定を受けていることにより、必要な医療と介護予防に資する適切な介護サービスが提供されなければならない。また、要介護認定を受けるためには主治医意見書の提出が不可欠であることから、全ての入居者には当然のこととして主治医が存在する。さらに、介護サービスの提供には、ケアマネジャーによるアセスメントが行われた後、主治医を交えたケアカンファレンスを実施し、適切なサービスを選択することが義務づけられている。したがって、有料老人ホームにおいても、配置を義務づけられているケアマネジャーをはじめとする施設側の担当者と、入居者の医療を担う主治医との連携は必要不可欠なものであり、特に、入居者の医療に関する日常的な連絡・連携が適切に行われるのは当然のことである。

入居者への医療提供については、通院が可能であれば従来どおり定期的にかかりつけの医療機関を受診するのが一般的であろう。通院困難なケースでは、従来の主治医が往診等を行うことが望ましいが、その主治医が遠方等の理由で応需出来ない場合や他科の往診が必要な時は、往診が可能な医療機関を施設側が探さなければならないため、当該地域の医師会や地域包括支援センターに相談窓口としての対応が求められる。また、介護保険の認定期間は概ね1年程度であり、必ず更新時期が来ることも銘記しておく必要がある。さらに、特定施設には、協力医療機関との契約が設置要件として定められているが、あくまでも総合病院等へ緊急避難的に対応を求めるものであり、日常的な診療、投薬、検査、相談業務等は主治医が行うべきものである。さらに、年に2回程度義務づけられている健康診断も、主治医の指導のもとに行われるべきものであることは言うまでもない。現行の通知では、協力医療機関の位置づけ・役割が不明確であり早急な改善が必要である。

こうした状況下で、昨今は全国的に有料老人ホームが林立しており、一部では混乱が生

じているものと推察される。静岡県では、平成18年4月に静岡市清水、10月より島田市で有料老人ホームを開設した管理・運営会社により、焼津市においても平成19年早々に開設予定となった。協力医療機関の斡旋を医師会に相談に来たことを契機に、設計施工および管理運営に携わる事業者側と、円滑な運営に向けて度重なる折衝を行っている。その際、清水、島田を参考事例とし、問題点の洗い出しと今後の対策について検討を行った。

具体的には、入居者の医療提供については主治医との連携の必要性、および協力医療機関の役割について事業者側に理解を求めることから始め、地域医師会や近隣の医療機関に事前説明に行くこと、入居者のリストを作成し主治医、病名、投薬、通院の可否、緊急連絡方法等を記載しておくこと、主治医が遠方である場合は医師会に相談の上で指定医を探すこと、急変時や入院が必要な場合は基本的には主治医から協力医療機関や他の病院を紹介してもらうことなどについて話し合っている。こうした対応は、主治医・施設双方の信頼関係を築く上で最も大切であり、何よりも入居者の安全や安心に寄与することは間違いない。

今後の高齢者施策における基本理念である「地域包括ケア」の推進には、高齢者の日常生活圏域における多職種の協働がキーワードであり、医療と介護・福祉の有機的な連携は喫緊の課題である。居宅形態の多様化が進む中、有料老人ホーム等の特定施設の入居者に対する医療や介護の提供についても、医療関係者はもとより、事業者等関係職種においても、取り組むべき重要課題である。静岡県医師会では、現状の問題点や課題についての情報収集と解析を行い、設置運営指導要綱の問題点や事業者への事前指導の必要性等について行政当局と話し合いを行っている。

2. 地域医師会の取り組み（焼津市医師会在宅支援事業部運営会議）

本医師会では、地域に開設が予定されている特定施設について、当該事業者に意見を聞くため、在宅支援事業部運営会議に出席を求め話し合いを行った。

この会議では、医師会側より医療連携の重要性について説明を行った後に、事業者側より県内他施設の事業概要の説明があった。

その後、地域の医療機関に対する説明状況と入居者の主治医に対する説明状況を求めたことに対し、事業者側より資料として「近隣医療機関訪問計画書」（図表1）と、「主治医訪問状況一覧」（図表2）の提出があった。

また、入居者の緊急時医療体制について、協力医療機関や主治医の後方支援医療機関に対する医療情報提供の整備を求めた。これに対しては、事業者側より「入居者医療状況データベース」（図表3）が提示され、今後、これらの情報を活かした、より確実な医療連携の実現が期待されている。

(図表1) 近隣医療機関訪問計画書

施設名称	
施設管理者	
ケアマネジャー	
作成日	

訪問予定の状況

	医療機関名	訪問医師名	訪問予定日	訪問予定者	同行者	面会予約の状況	面会内容
1							
2							
3							
4							
5							

(図表2) 主治医訪問状況一覧

施設名称	
施設管理者	
ケアマネジャー	
作成日	

主治医訪問の状況

	入居予定者	医療機関名	訪問医師名	訪問日	訪問者	同行者	面会内容
1							
2							
3							
4							
5							

(図表3) 入居者 医療状況データベース

施設名称	
施設管理者	
ケアマネジャー	
作成日	
資料送付先	① ② ③

施設入居者(予定者)の医療状況

	入居者氏名	入居日	生年月日	年齢	要支援/要介護	緊急連絡先	続柄	電話番号	緊急搬送先病院	主治医	通院の頻度	主病名	既往歴	内服薬	頓用	外用薬	更新日
1	T/K	10月1日	大正12年2月28日	83	要介護 1	T/I	長男	03-	〇〇市民病院	〇〇医院	2ヶ月に1度	心不全	左腕骨折 心不全 腰椎圧迫骨折				
2	O/K	10月15日	大正14年3月26日	81	申請中	Y/M	長女の夫	048-	〇〇記念病院	〇〇記念病院	2週間に1度	肺非定型抗酸菌症 白内障手術後	結核 白内障 肺炎・血痰 肺非定型抗酸菌症	コバシル錠 ムコソルバン ムコダイン クラリット			
3	S/M	10月1日	大正14年6月18日	81	申請中	S/K	次男	054-	未定	〇〇市民病院 整形外科〇〇医師	2週間に1度	腰痛症 骨粗しょう症 陳旧性胸腰椎圧迫骨折	腰痛症 骨粗しょう症 陳旧性胸腰椎圧迫骨折	ロルカム錠4mg ムコスタ錠100mg	ボルタレン SP50mg	セルタッチ MS温シップ	
4																	
5																	

3. 介護付有料老人ホーム開設趣意書の策定

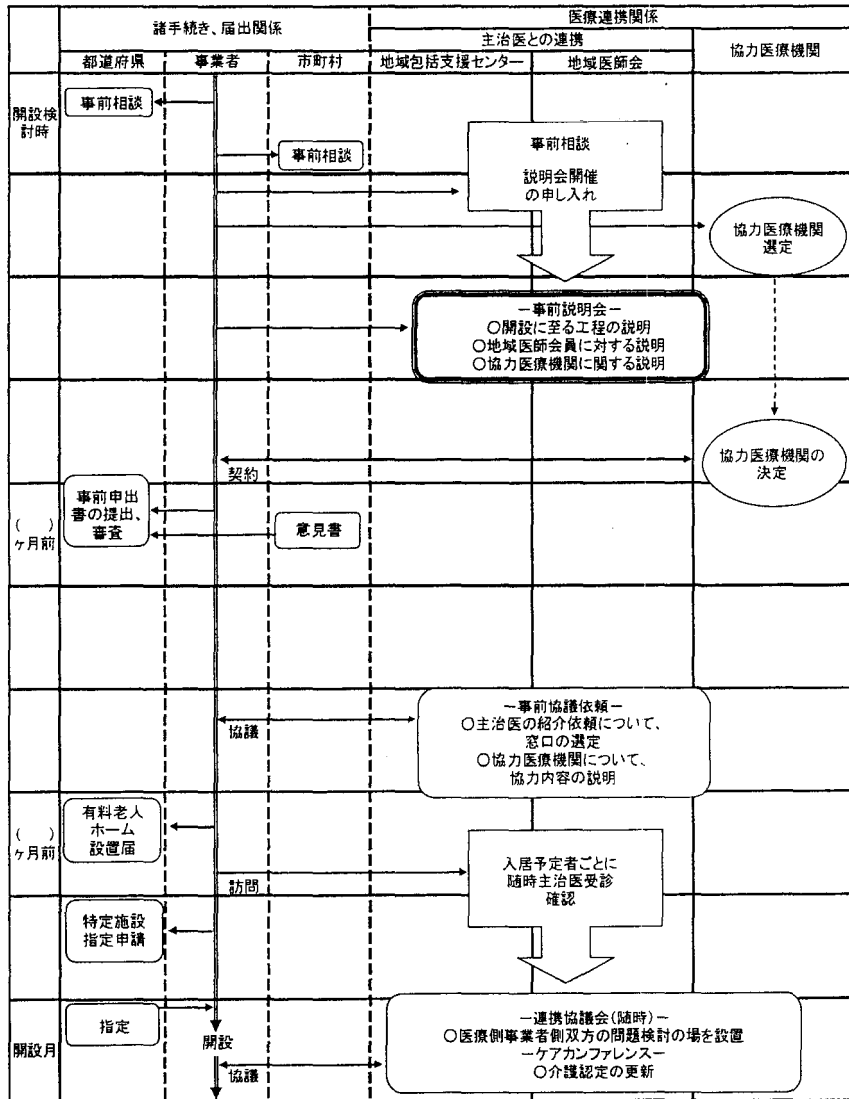
焼津市医師会在宅支援事業部運営会議の議論を踏まえて、事業者が介護付有料老人ホームを開設する場合、協力医療機関との提携はもとより、近隣の医療機関、すなわち主治医との連携を図るための窓口として、地域医師会へ協力を求める働きかけは重要である。

そこで、行政との事前相談を開始した後、地域医師会に対して事業の概要を説明する「事前説明会」の開催が医療連携への第一歩であると考え、事業者が地域医師会に提出する「介護付有料老人ホーム開設趣意書」の策定を行った（図表4）。

（図表4）

〇〇市医師会 御中	平成〇〇年〇〇月吉日 (事業者名称)
介護付有料老人ホーム開設趣意書（静岡モデル案） — 地域医師会に対する開設の主旨説明と協力依頼 —	
I、開設の主旨説明	
1、開設事業者の概要	
1) 主体となる事業者の概要（建築・運営）	
事業主体の名称：	
所在地：	
連絡先：	
代表者：	
設立年月日：	
2) 事業者の運営理念：	
3) 介護福祉・地域医療分野の事業実績：	
2、開設予定施設の概要	
1) 施設概要	
施設の名称：	
所在地：	
連絡先：	
開設予定年月日：	
施設管理者の氏名及び職名：	
施設の類型及び表示事項：	
敷地概要：	
建物概要：	
居室の概要：	
共用施設概要：	
費用の概要：入居一時金から毎月の費用など	
2) 職種別の従業員の人数及び勤務形態（予定）：	
3) 提供する介護サービスの概要：	
II、協力依頼	
1、事前説明会の開催：	
施設入居者に対し、十分な医療提供体制を構築するため、地域医師会の理解と協力が必要。そのため、主治医との連携の必要性や協力医療機関の役割を説明し、理解を得る。	
1) 開設に至る工程の説明：添付資料1	
2) 地域医師会員に対する説明内容：添付資料2	
主治医との連携：日常的な診療、健康診断、健康相談、介護認定など	
協力医療機関との提携：夜間・緊急時の対応等	
2、事前協議の依頼	
1) 施設の組織図を提出	
2) ケアマネジャー経歴書の提出	
3) 遠方より入居予定者の主治医紹介の依頼と窓口の選定	
4) 協力医療機関について、協力内容の説明	
3、開設後の連携協議会の設置について（随時）	
1) 入居者の主治医紹介について、依頼と報告	
2) 医療提供側の問題提起とその解決	
3) 事業者側の問題提起とその解決	
4、ケアカンファレンスの実施について	
1) 主治医の参加方法について検討：	
2) 介護認定の更新状況の確認：	
	以上

(図表4・添付資料1) 介護付有料老人ホームの開設に至る医療連携を中心とした工程



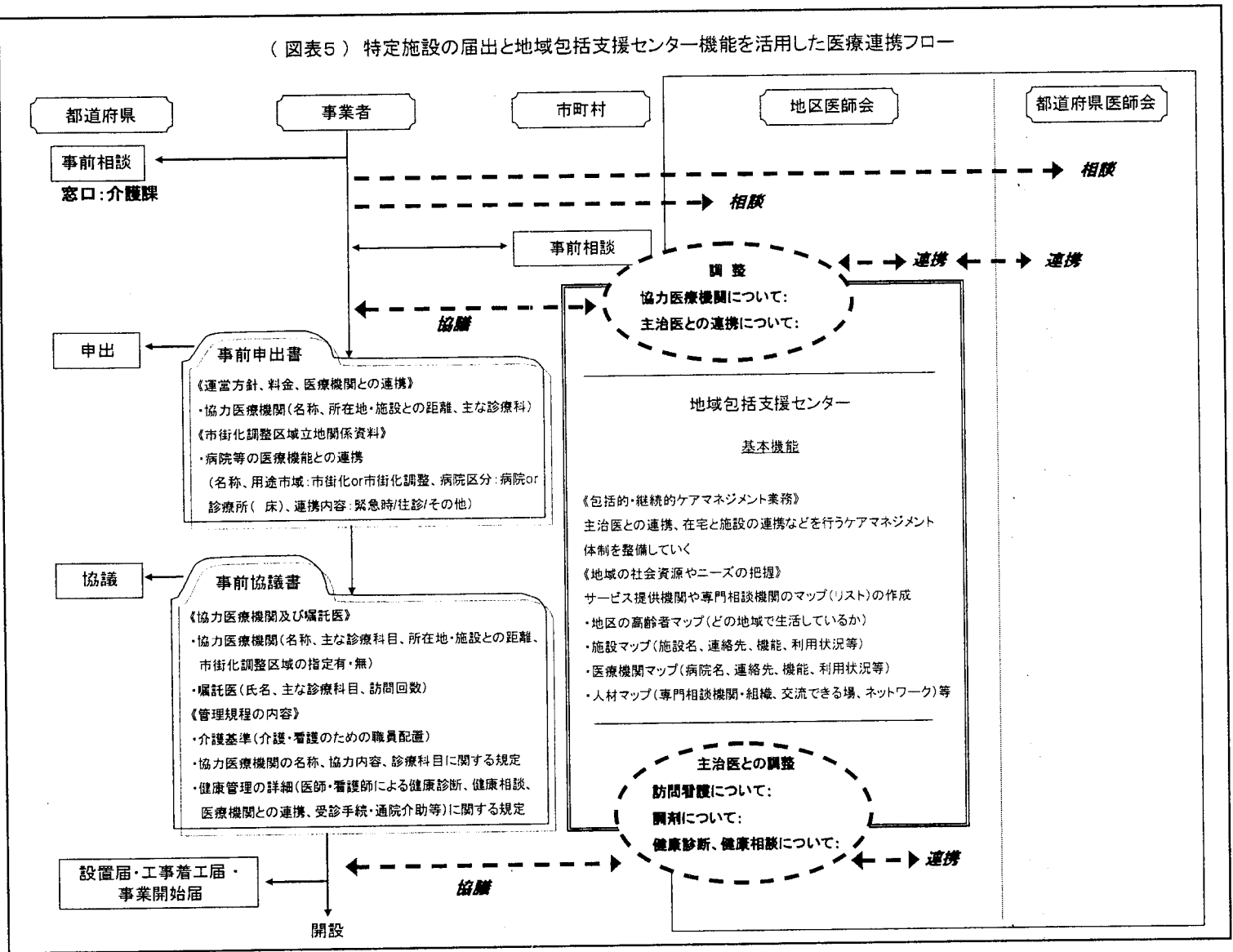
(図表4・添付資料2) 事前説明会のご案内

主催 開催日 開催場所 説明事業者の名称 説明者	〇〇市医師会 平成〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇市医師会
開催の主旨	事業者が開設を予定している介護付有料老人ホームについて、都道府県・市町村への事前相談を行なった旨、報告すると共に、施設開設に必要な医療連携について、地域医師会に理解と協力を得る事を目的とする。
説明内容	
開設事業者の概要	1、主体となる事業者の概要 2、事業者の運営理念 3、地域医療・介護福祉分野の事業実績
開設予定施設の概要	1、施設概要 2、職種別の従業員の数及び勤務形態(予定) 3、提供する介護サービスの概要
主治医との連携	
医療	1、通院 2、往診 3、訪問看護 4、調剤 5、重度化した場合における対応に係る指針 6、遠方からの入居
健康管理	1、定期健康診断 2、健康相談
要介護認定	1、主治医意見書 2、認定時の検査 3、施設介護計画策定
協力医療機関との提携	1、夜間・緊急時の対応 2、入院・退院時の対応
その他	

4. 特定施設の届出と地域包括支援センター機能を活用した医療連携の活用
 地域医師会において、介護事業と医療の連携に対して中心的な役割を果たす機能として、
 地域包括支援センターがある。

事前説明会の開催後は、地域包括支援センターが施設情報と医療資源情報を共有して、
 事業者と主治医との連携促進のための窓口機関として活用することが望まれる（図表5）。

（図表5） 特定施設の届出と地域包括支援センター機能を活用した医療連携フロー



4. 東京都医師会における「地域に支えられる在宅療養基盤強化」の取り組み

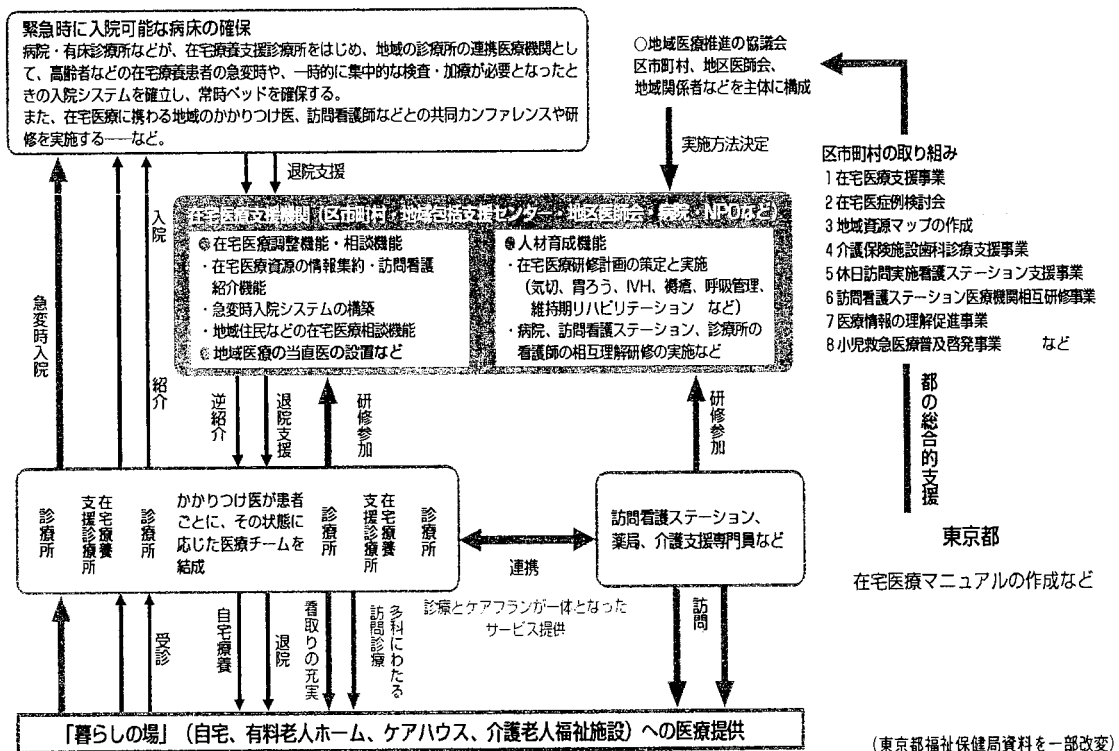
委員 玉木 一弘（東京都医師会 理事）

東京都医師会と東京都は在宅医療の普及促進に関する検討会を通じて「地域に支えられる在宅療養基盤強化」の構想をまとめ、都の区市町村包括補助事業における対象事業とした。地域自治体を活動主体とした在宅療養支援機関の立ち上げ、在宅療養におけるチーム医療や多科連携の促進、後方病床の確保、訪問看護ステーション間の相互連携、在宅療養情報の提供、人材育成研修などの包括支援を行うことを骨子としているほか、大都市部から過疎地に至るまでの地域特性に見合ったより創造的な活動も補助対象としている。

具体的には、下町の過密地域で、専門機関の医療リハビリテーションから訪問による生活リハビリテーションまでの一貫した地域リハビリテーション体制作りを核とした基盤強化案、郊外で急激に高齢化が進む大規模団地での基盤強化案などが、地域医師会からの提案に基づき計画されている。

また会員や関係職種を対象とした在宅医療ガイドブックを都の補助により作成している。

東京都・区市町村・医師会などの協力による在宅療養基盤強化の構想



5. 大阪府豊能医療圏の地区医師会（吹田市・豊中市・池田市・箕面市）と 国立循環器病センターにおける脳卒中地域連携への取り組み

委員 中尾 正俊（大阪府医師会 理事）

厚生労働省は、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業（平成12年から5年間）を実施し、その事業を踏まえ、平成16年～18年にかけて大阪府（大阪府の北部、豊能・三島圏域）でも脳卒中等地域リハビリテーション支援実践モデル事業を立ち上げました。

約140人を対象に調査した結果によると、自宅に戻った人の7割は、ADLは回復していましたが、8割近くの患者にQOLの低下を認め、約1割が脳卒中再発作を発症しており、再発率が高いことも判明しました。また、急性期病院の医師の中には、回復期リハビリテーション病院が必要としている情報を十分把握しておらず、医療連携も十分とはいえない状況も明らかになりました。加えて、回復期病院の不足、リハビリテーション専門医などの人材不足、維持期に受ける訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションといったサービスも不足している医療圏が大阪府内にもいまだにあり、今後、脳卒中患者の増加が予想されるだけに、このような課題に対して地域連携システムの早期構築が、今回策定の保健医療計画にも求められています。

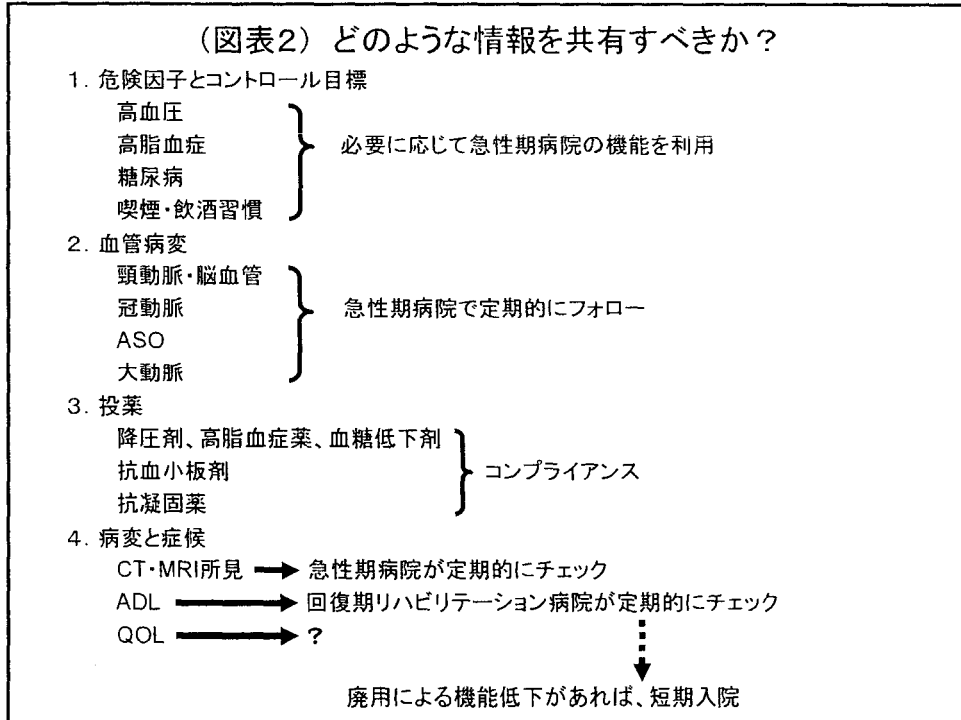
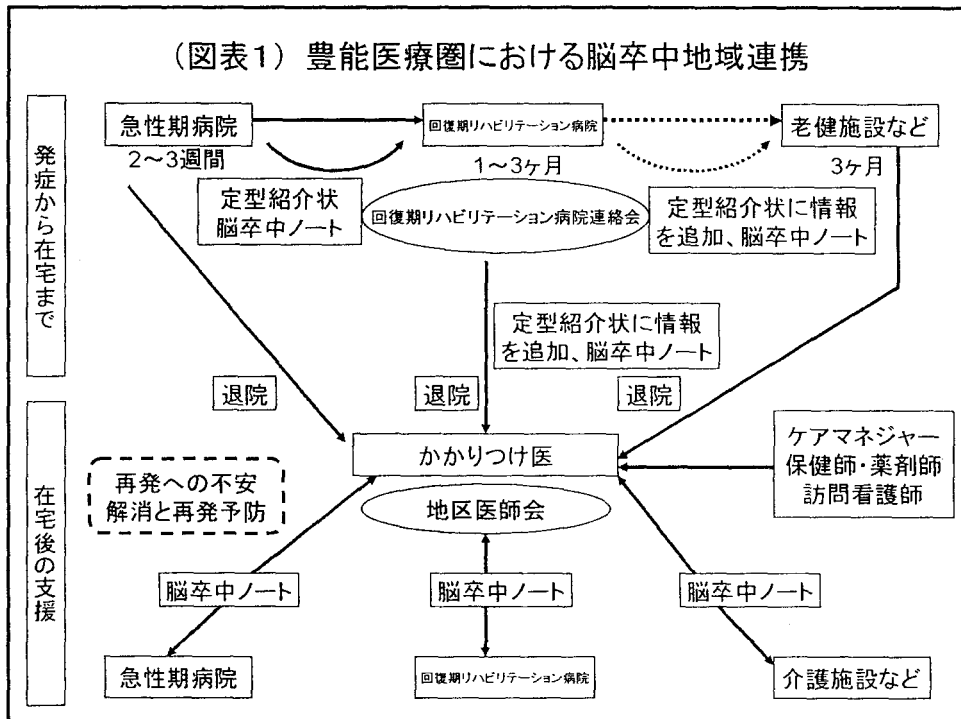
脳梗塞を発症した患者は、退院後も自宅や介護施設から「かかりつけ医」に通院し、維持期リハビリテーションが継続されます。しかし、患者の医療情報が「かかりつけ医」に伝わっておらず、脳卒中が再発することも少なくありません。脳梗塞を一度発症した患者には、再発の不安がつきまとい、「かかりつけ医」に診てもらっても納得のいく説明を聞けないとの不安もあります。そこで、安心した診療体制とするためには、急性期病院で半年に1回、専門医の診察を受け、MRIやCT検査など頭部の画像検査を受ける地域完結型医療提供体制が構築されなければなりません。また、リハビリテーションも、定期的に回復期病院でチェック・評価され、患者に適切なアドバイスができる体制が構築されなければなりません（図表1、2）。

ただ、脳梗塞患者を支援するためには、急性期病院、回復期病院、「かかりつけ医」が患者情報を共有していないと駄目で、豊能医療圏では、国立循環器病センターを中核とする急性期病院群、25病院で作る回復期リハビリテーション病院連絡会や地区医師会で地域連携のツールとして、「定型紹介状」や「脳卒中ノート」が作成されており、本格的に地域連携が進められています。

特に、「脳卒中ノート」の中には、脳卒中のタイプや発症時期、病変はどこにあるか、既往歴や気をつけなければならない危険因子、麻痺の状態などが記載されており、リハビリテーションをしてADLが時間の経過とともにどう変化しているかもわかるように配慮されています。また、「妻と一緒に旅行に行きたい」といった短期目標をケアマネジャーなどと

一緒に立てて、生きがいを感じてもらい、患者がこのノートを持ち歩けば、日本全国のどの病院でも安心して診てもらえる地域医療連携体制が構築されればと考えております。

なお、情報を提供いただきました国立循環器病センター内科脳血管部門の長束一行先生に深謝いたします。



< 補 足 2 >

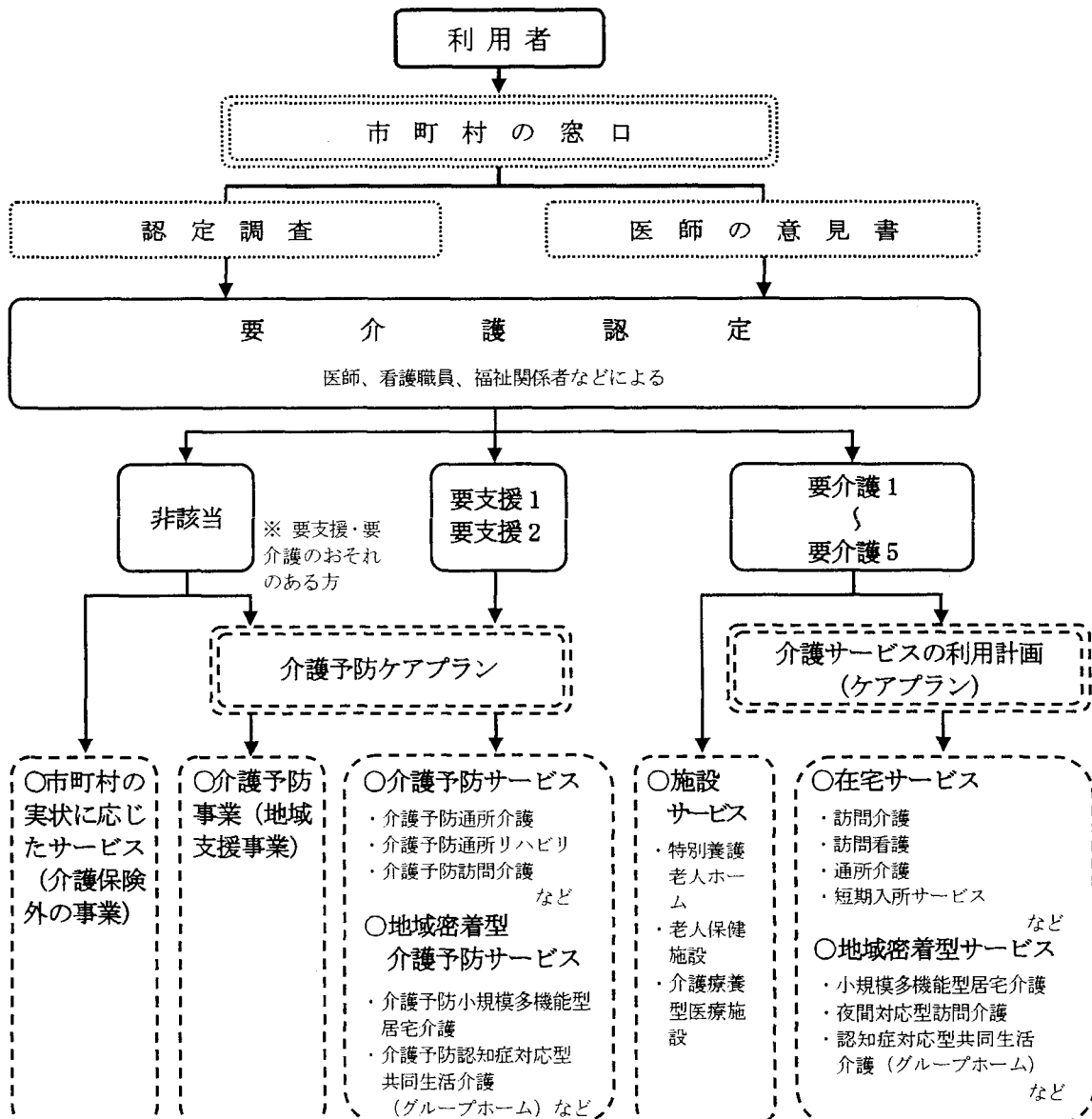
各地域・各医師会から多く受ける質問や問題点とされる意見の中で、すでに解決されていると考えるものを、報告書の補足として以下に掲げた。

1.	介護保険制度の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・	31
2.	主治医と総合医・・・・・・・・・・・・・・・・	32
3.	訪問看護について・・・・・・・・・・・・・・・・	34
4.	訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションについて・・・・・・・・	35

1. 介護保険制度の流れ

介護保険制度では、65歳になると市区町村から介護保険被保険者証が交付される。しかし、被保険者証をサービス事業者に提示するだけでは、介護サービスは提供されない。介護サービスを利用するためには、まず市区町村に要介護認定の申請を行い、要介護認定を受ける必要がある。介護保険制度の対象者からの申請を受けて市区町村は訪問調査を実施し、そして主治医から意見書を入手し、コンピュータによる一次判定、認定審査会による二次判定を経て要介護認定を行う。要介護認定により決定された要介護度をもとに、原則として利用者から選ばれたケアマネジャーが利用者の状況を把握してケアカンファレンスを開き、介護保険法の目的に沿ったケアプランを作成し、そして介護サービスを提供していくのが原則的な介護保険制度の流れである。

《介護サービスの利用手続き》



介護保険法第一条「目的」では、「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、これらの者が尊厳を保持し、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。」と規定している。

医師をはじめとする多職種連携により、要介護状態にある者の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことの支援を介護保険制度は目的としている。そのため、介護保険制度で最も大事な作業は、要介護状態にある者の状態に見合った適切な要介護度を決め、ケアカンファレンスによるケアプラン作成と、それに基づいた介護サービスを提供することである。

「主治医」には、要介護認定に必要な「主治医意見書」の記載、介護認定審査会への参加、ケアプランの作成・見直しへの指導・助言を通じての協力など、多様かつ重要な役割がある。具体的には、「主治医」は医療を提供することによる医療保険における評価に加えて、介護保険においてはケアマネジャーをはじめ多職種との情報共有を「居宅療養管理指導」として評価されている。

2. 主治医と総合医

医療制度改革に伴い後期高齢者医療制度が提案され、その医療のあり方が検討される経過において、「総合医」が提案され議論が展開されている。そして、本来の医師のあり方の議論と平行して、診療報酬での評価が絡む等さまざまな憶測が流れている。従来からの「かかりつけ医」やこの「総合医」は、医師としての機能や役割には一致が見られるが、制度論として議論される場合にはさまざまな視点があり容易に一致されない現状がある。「総合医」の議論が機能・役割論に限られれば、「かかりつけ医」と全く同様であり、制度論から離れて機能・役割論として議論され整理されることを期待する。同様の議論は過去にも「家庭医」の検討の際にも行われ、その時にも制度論と機能論の混乱がさまざまな誤解を生んだ。また介護保険制度における主治医意見書の議論においても、「かかりつけ医」と「主治医」の違いについて多くの議論があったことも記憶に新しいところである。さまざまな議論に惑うことなく、地域住民から生活や人生を支える医師として選ばれ、そしてその期待に応える医師すなわち「かかりつけ医」を再認識すべきである。

「総合医」の議論の発端となった後期高齢者医療制度では、患者を総合的に診る取り組みの推進が議論され、後期高齢者の心身の特性等を踏まえて、主治医には外来医療におい

て以下の役割を担うことが求められた。

1. 患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握する。
2. 基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用する。
3. 専門的な治療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有する。

さらには、「後期高齢者の生活を支えるためには、受診歴、病歴、投薬歴などの情報や前述の総合的な評価の結果について、医療従事者間の情報の共有を進めるほか、介護・福祉サービスとの連携を進めるため、主治医等とケアマネジャーを中心として、相互の情報共有を進める必要がある。また、医療や介護・福祉サービスについて、患者や家族の選択等に資するために、患者や家族に対する情報共有を進める必要がある。必要なカンファレンスの実施等も含め、このような情報の共有と連携を進める。」ことを期待している。

後期高齢者医療制度における医療のあり方の基本的な視点については、日本医師会が2007年1月提示した「在宅における医療・介護の提供体制—『かかりつけ医機能』の充実—指針」における『将来ビジョンを支える3つの基本的考え方』が大きな影響を与えている。そのためこの「総合的に診る取り組み」については、介護保険制度における医師の役割と共通する部分が多いため、あらためて介護保険制度における医師について再確認することで理解できる。

医師の機能や役割として、疾病の診断・治療をすることが挙げられるのは当然であるが、それだけではなく健康を支えること、生活を支えることも重要である。すなわち医師には地域の住民の生活や人生を支える使命がある。しかし、介護保険制度が施行されてあらためてさまざまな役割が地域の医師に期待されると、多様な戸惑いが地域の多くの医師に見られる。

高齢者が疾病や障害を抱えつつも住み慣れた地域で生活を続けるためには、疾病や障害を的確に診断し治療する専門医としての医師、そして病状の安定した患者の身近に存在して病気のみならず生活をも支援する医師等、複数の医師が必要であり高齢者の状況に応じてそれぞれが主治医である。それらの主治医が各々の役割を互いに認識して互いに連携することは、患者が地域での生活を維持していく上には不可欠である。すなわち、病院の専門医としての主治医と地域の主治医いわゆる「かかりつけ医」が、適切な役割分担と連携を通じて患者の医療と生活を支えることはまさに医療連携であり、介護保険制度においてもこの医療連携は重要である。さらに、地域での患者の生活を支援するため、ケアマネジャーやさまざまな関係者との連携と協働が必要である。

介護保険制度における主治医意見書は、要介護認定ならびにケアプラン作成に利用され、その役割は大きい。主治医意見書には診断書としての記載に加えて、患者が日常生活を営む上での「介護の手間」を適切に表現する必要がある。この「介護の手間」は、患者の日常での生活機能を熟知している医師でなければ適切に表現できない。通常の診療において

も、特に食事、排泄、入浴、外出、運動などの日常生活動作についての評価を行い、また認知症の症状を有する患者の家族に適切な対応や見守りを指導する等、日頃から患者やその家族の地域での生活を支える行動が望まれる。このような行動を実践し、主治医意見書に「介護の手間」を十分に表現できる医師が「主治医」であり「かかりつけ医」である。そのため、適切な介護サービスが提供されるためにも、どのような医師を「主治医意見書を記載する医師」として選択するかの視点は、介護保険制度を利用するには重要である。

主治医いわゆる「かかりつけ医」が、地域での医療・保健・福祉の連携に果たす役割はますます重要である。中でも、これからの高齢社会における地域医療において、日頃の相談を通じて住民の健康を保持し、医療が必要な時には適切な判断のもとに医療機関を選択すること、さらに病気を抱えながらも居宅においての生活を望む患者と家族に対する支援を行うことにより、患者や家族の利益を守ることが「かかりつけ医」の役割である。

総合医についてはまだまだ議論が行われる予定であるが、医師が地域において「かかりつけ医」の役割や機能を再認識し実践することが重要である。そして、以上で述べてきた「かかりつけ医」の役割や機能を医師個人の能力として認識するだけでなく、地域医師会が率先して医療連携や多職種協働を推進することにより、地域として「かかりつけ医」あるいは「総合的に診る医師」の実現に向けた議論が行われることを期待する。

3. 訪問看護について

訪問看護は医師とは密接な連携を持って提供され、患者の在宅療養において、特に在宅医療には欠かせない重要なサービスである。医師の訪問看護指示書によって、患者に必要な診療上の補助ならびに療養上の世話のサービスが提供される。しかし、現状では訪問看護の意義が十分に理解されず、残念ながら訪問看護師の専門性が生かされていない。

訪問看護は、医療保険から給付される場合と介護保険から給付される場合があり、そのため利用に際して混乱が見られる。

65歳以上の高齢者で要支援あるいは要介護と認定された場合には、訪問看護は原則として介護保険から介護サービスとして提供される。介護保険での介護サービスが提供されるためには、必要と判断した医師が訪問看護指示書を記載し、ケアマネジャーが作成するケアプランに基づいて提供される。しかし、要介護認定がなされると個々の利用者に対して利用限度額が設定されるため、訪問介護サービスより単価が高い等の理由により訪問看護サービスが敬遠される傾向がある。これは訪問看護の意義が十分に理解されていないためであり、この点と併せて医師の訪問看護指示書が適切に活用されるためにも、医師のケアカンファレンスへの参加が望まれる。

医療保険の給付として、訪問看護では要支援・要介護者以外の人、急性増悪した人、末

期の悪性腫瘍をはじめとする厚生労働大臣の定める疾病の人、精神科の訪問看護を必要とする人に対して提供される。医療保険からの給付にも、医師による訪問看護指示書が必要である。介護保険で訪問看護を利用しているも、特に急性増悪した時には特別訪問看護指示書により医療保険から訪問看護が提供される。この特別訪問看護指示書により「14 日間以内は介護保険を利用しているも医療保険にて訪問看護は実施できる」という点については、適切に理解し活用すべきである。

4. 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションについて

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの各々の事業者は、診療所、病院そして介護老人保健施設に限られている。このことは、リハビリテーションを提供する理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）に対して指示する医師が必要であることを意味している。

また介護保険制度の介護サービスは、原則としてケアプランに沿って提供されるのが必須であるため、サービスを利用するためにはケアプランに明記される必要がある。ケアプランはケアマネジャーが開催するケアカンファレンスで検討され、サービスの必要性が本人や家族にも了解されたケアプランが作成されてはじめてサービスが提供される。

さらに、適切なリハビリテーションは、医師、PT、OT、ST 等の多職種により作成されたリハビリテーション実施計画書に基づいて提供される必要がある。この際の「医師」に対して、多くの現場で誤解が認められる。この場合の「医師」は、訪問リハビリテーションそして通所リハビリテーションの事業所の医師である。利用者の主治医がこの事業所の医師と異なる場合には、主治医は事業所の医師に対して情報提供書を用いて患者の病状や居宅での状況等を報告し、リハビリテーションを依頼する。事業所の医師はその依頼に基づいてあらためて診察等を行い、そしてリハビリテーション実施計画書を作成し PT、OT、ST に指示するのである。

訪問リハビリテーションを提供する事業者が現状ではまだまだ少ないために、適切にサービスが提供できない実情は理解できるが、訪問看護ステーションの PT 等により提供されるリハビリテーションは、あくまで訪問看護の一環として提供されるサービスのため、この違いには十分な注意が必要である。また、訪問看護ステーションからのサービスは訪問看護指示書によって実施されるため、訪問リハビリテーション事業者から提供されるサービスに対しても訪問看護指示書で依頼される誤解がある。訪問リハビリテーション事業所からのサービスは、主治医の診療情報提供書の依頼で始まり、その訪問リハビリテーション事業所の医師を中心に作成されるリハビリテーション実施計画書に沿ってリハビリテーションが提供されるものである。