

# 一部ユニット型施設について

# 従来型と個室ユニット型が混合した特別養護老人ホーム等の指定状況①

平成15年4月1日(介護老人保健施設については平成17年10月1日)以降に新設された従来型とユニット型の混合施設の指定(改修、改築又は増築を除く。)を行った事例があるかどうかについて、都道府県調査を実施した結果を集計。

	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	計
該当あり	4団体 (9件)	9団体 (26件)	11団体 (35件)
内 訳	群馬県 1件 埼玉県 6件 広島県 1件 佐賀県 1件	茨城県 5件 埼玉県 9件 東京都 3件 新潟県 1件 静岡県 2件 島根県 1件 広島県 1件 香川県 1件 大分県 3件	茨城県 5件 群馬県 1件 埼玉県 15件 東京都 3件 新潟県 1件 静岡県 2件 島根県 1件 広島県 2件 香川県 1件 佐賀県 1件 大分県 3件

## 従来型と個室ユニット型が混合した特別養護老人ホーム等の指定状況②

### ○定員全体に占めるユニット型個室の割合

特別養護老人ホーム	67.3%
介護老人保健施設	41.4%
全 体	48.0%

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」において、  
 ・平成26年度の特別養護老人ホームの入所定員中、ユニット型の比率を70%以上  
 ・平成26年度の介護保険3施設の入所定員中、ユニット型の比率を50%以上  
 を目標として設定

#### <平均在所日数>

「介護サービス施設・事業所調査」(平成19年9月中の退所者等について)  
 ・特別養護老人ホーム 1,465.1日  
 ・介護老人保健施設 277.6日

### ○個室ユニット型の介護・看護職員配置の状況 (職員一人当たりの入所者数)

特別養護老人ホーム	1.95人
介護老人保健施設	2.02人
全 体	2.00人

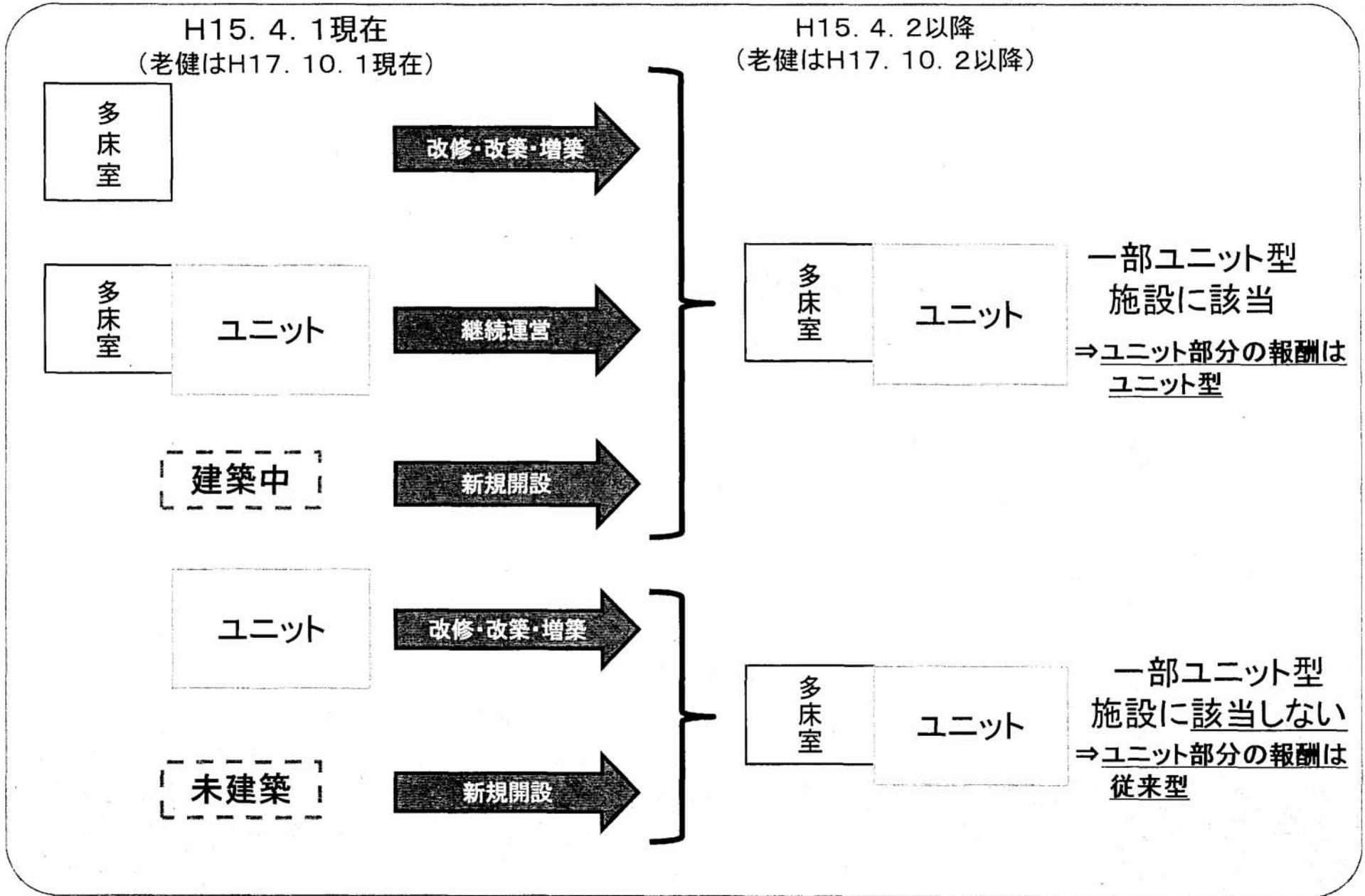
<全国平均> 「平成20年度 介護事業経営実態調査結果」  
 ・特別養護老人ホーム 従来型 (2.4人) ユニット型 (2.0人)

### ○指定年度

特別養護老人ホーム	
平成18年度	1件
平成19年度	1件
平成20年度	4件
平成21年度	2件
平成22年度	1件
介護老人保健施設	
平成18年度	3件
平成19年度	7件
平成20年度	5件
平成21年度	7件
平成22年度	4件

○各施設の指定時期・人員配置状況等は別紙のとおり

# 一部ユニット型施設に該当する施設



※ 当該規定がある施設は介護老人福祉施設(特養)・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・短期入所生活介護  
 ※ 地域密着型特養については同様の規定はない

# 一部ユニット型特別養護老人ホームに関連する現行の規定

## ○介護保険法

### 第48条（施設介護サービス費の支給）

4 要介護被保険者が、介護保険施設から指定施設サービス等を受けたときは、市町村は、当該要介護被保険者が当該介護保険施設に支払うべき当該指定施設サービス等に要した費用について、施設介護サービス費として当該要介護被保険者に支給すべき額の限度において、当該要介護被保険者に代わり、当該介護保険施設に支払うことができる。

## ○特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（省令）

### 第43条

一部ユニット型特別養護老人ホーム（施設の一部においてユニットごとに入居者の生活が営まれ、これに対する支援が行われる特別養護老人ホームをいう。）...

## ○特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について（通知）

### 第六 一部ユニット型特別養護老人ホーム

1 平成十五年四月一日に現に存する特別養護老人ホーム（建築中のものを含む。）が、その建物を同日以降に改修、改築又は増築して施設の一部にユニットを造り、ユニットケアを行う場合、また、同日において現に存する特別養護老人ホーム（建築中のものを含む。）が同日において現に有している（建築中のものを含む。）ユニットで施設の一部においてユニットケアを行う場合は、これを一部ユニット型特別養護老人ホームとし...

## ○指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（報酬告示）

### 介護福祉施設サービス（Ⅰ：従来型個室、Ⅱ：多床室）・ユニット型介護福祉施設サービス

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、介護保険法第48条第1項第1号に規定する指定介護老人福祉施設サービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分及び別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。

## (参考)各方面からの要望状況

	多床室・ユニット型の合築を含むより柔軟な整備や設置基準を認めてほしい	多床室の整備を認めてほしい	原則個室ユニットの路線の堅持
平成22年 4月以降	関東地方知事会(H22. 7)		特養をよくする特養の会(H22. 6)
	群馬県(H22. 6)		地域ケア政策ネットワーク・ 福祉自治体ユニット(H22. 6)
	九都県市首脳会議(H22. 5)		※民主党介護を考える議員連盟 (H22. 6)
	高知県(H22. 5)		高齢社会をよくする女性の会 (H22. 4)
			(横浜市(H22. 6))
平成22年 3月以前	茨城県(H22. 2)	※公明党「新介護ビジョン」(H22. 2)	
	全国老人福祉施設協議会 (H22. 7)	鹿児島県(H21. 7)	
	大都市社会福祉施設協議会 (H21. 10)	群馬県(H21. 7)	
	関東地方知事会(H21. 6)	岡山県(H21. 7)	

※ 九都県市首脳会議:東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、横浜市、川崎市、相模原市、千葉市、さいたま市の知事・市長

※ 大都市社会福祉施設協議会:指定都市の社会福祉協議会

※ 関東地方知事会:東京都、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県、山梨県、静岡県、長野県の各知事

# 特別養護老人ホーム入居者の所得分布

	調査1		調査2
	従来型 (N=9,830)	ユニット型 (N=6,452)	ユニット型 (N=38,742)
第一段階	9.8%	1.5%	1.2% (67.5%)
第二段階	56.5%	57.8%	60.3% (50.9%)
第三段階	15.4%	15.4%	17.0% (47.7%)
第四段階～	18.4%	25.3%	21.6% (18.9%)

※ 調査1: ユニット型施設における入居者サービスの実態把握及びあり方に関する調査研究報告書(H21. 3) (医療経済研究機構)

※ 調査2: 経年変化を踏まえたユニット型施設の運営実態と地域におけるユニットケアの啓発に関する調査研究事業(H22. 3)  
(社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研究東京センター)

※ 調査2における各段階の( )内%は世帯分離率

# 地域主権改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案(厚生労働省関係)

## 1. 改正の背景

○ 地方分権改革推進委員会第3次勧告(平成21年10月7日)で方針が示された以下の3つの重点事項のうち特に地方要望に係る事項を中心に、地方分権改革推進計画(平成21年12月15日閣議決定)に基づき関連法律の改正を行う。

- (a) 施設・公物設置管理の基準
- (b) 協議、同意、許可、認可、承認
- (c) 計画等の策定及びその手続

## 2. 改正の概要

### (a) 施設・公物設置管理の基準の見直し

#### ① 児童福祉法・老人福祉法・介護保険法・障害者自立支援法の一部改正

◆ 以下の施設・サービスの人員・設備・運営基準を、都道府県等の条例に委任。

- ・ 児童福祉施設(保育所、助産施設等)及び指定知的障害児施設等(知的障害児施設、重症心身障害児施設等)
- ・ 特別養護老人ホーム及び養護老人ホーム
- ・ 指定居宅サービス(ホームヘルプ、デイサービス等)、指定介護老人福祉施設等
- ・ 指定障害福祉サービス(生活介護、就労移行支援等)、指定障害者支援施設等

◆ 人員・居室面積・人権侵害防止等の厚生労働省令で定める基準は「従うべき基準」、利用定員は「標準」、その他は「参酌すべき基準」とする。

◆ ただし、保育所の居室面積基準については、厚生労働大臣が指定する地域にあっては、政令で定める日までの間は、「標準」とする。

### (a) 施設・公物設置管理の基準の見直し

#### ②職業能力開発促進法の一部改正

- ◆都道府県の行う施設外訓練及び委託訓練に関する基準を、都道府県の条例に委任。
- ◆厚生労働省令で定める基準を、「参酌すべき基準」とする。

#### ③就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部改正

- ◆認定こども園の認定要件の基準・表示基準を、都道府県の条例に委任。
- ◆入所・入園資格基準は「従うべき基準」、その他は「参酌すべき基準」とする。

※ ①及び③については、施行状況等を勘案し、条例委任の在り方や厚生労働省令等で定める基準の在り方について検討し、必要があると認めるときは、検討結果に基づいて所要の措置を講ずる。

### (b) 協議、同意、許可、認可、承認の見直し

#### ○林業労働力の確保の促進に関する法律の一部改正

- ◆林業労働力確保基本計画の策定・変更における農林水産大臣・厚生労働大臣への協議を「報告」とする。

### (c) 計画の策定及びその手続の見直し

#### ○医療法の一部改正

- ◆医療計画の内容のうち、地域医療支援病院等の整備目標に関する事項等に係る規定は、義務から努力義務化する。

## 3. 施行期日

2. (a) …平成23年4月1日 (①②については、施行日から1年を超えない範囲内で、条例が制定施行されるまでの間は、厚生労働省令で定める基準を条例で定める基準とみなす旨の経過措置あり)

(b)(c) …公布の日

## 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の地方分権による条例委任の考え方

基準の類型	基準の例	厚生労働省の対応
人員配置基準	入居者3人に対し介護・看護職員1人以上 等	従うべき基準
居室面積基準	居室:10.65㎡（ユニット型施設は13.2㎡）	従うべき基準
人権に直結する 運営基準	○ サービス内容の説明と同意 ○ サービス提供拒否の禁止 ○ 身体的拘束の禁止 ○ 秘密保持 等	従うべき基準
上記以外の 施設・設備・運営 基準	○ 食堂（機能訓練室と合わせて3㎡/人以上） ○ ユニット型施設における共同生活室（2㎡/人以上） ○ 廊下幅（1.8m以上 中廊下2.7m以上） ○ 居室定員4人以下 ○ サービスの提供の記録 ○ 介護の方法（週2回以上の入浴等） ○ 協力病院の定め ○ 会計の区分 等	参酌

### （参考）地域主権改革推進一括法案第18条より（介護保険法部分の改正案）

第八十八条 指定介護老人福祉施設は、都道府県の条例で定める員数の介護支援専門員その他の指定介護福祉施設サービスに従事する従業者を有しなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準は、都道府県の条例で定める。

3 都道府県が前二項の条例を定めるに当たっては次に掲げる事項については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

一 指定介護福祉施設サービスに従事する従業者の員数

二 指定介護老人福祉施設に係る居室の床面積

三 指定介護老人福祉施設の運営に関する事項であって、入所する要介護者のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの

※ 他の介護施設等についても、「地方分権改革推進計画」に沿って、上記に準じた仕分けを行っている。

## 一部ユニット型施設についての今後の進め方(案)

○一部ユニット型施設の考え方について、以下のスケジュールで整理を行ってはどうか。

① 7月29日

一部ユニット型施設の指定状況に係る調査結果を報告、議論

② 8月

地方公共団体及び関係有識者からヒアリング

③ 9月上旬

報酬返還の考え方、及び今後の一部ユニット型施設の在り方について審議

# 一部ユニット型施設について (参考資料)

従来型とユニット型の混合施設の概要(指定済み)

番号	都道府 県名	施設区分		指定年度	従来型(多床室)		従来型(個室)		個室ユニット型					従来型とユニット型の職員の配置 状況
		特養	老健		定員	介護職員 看護職員	定員	介護職員 看護職員	定員	ユニット数	介護職員・看護職員 (うちユニットリーダー)	配置基準	ユニットケア の実態(自治 体の判断)	
1	茨城県		○	H19	48	22 8	12	多床室 と兼務	20	2	9 (2)	1:2.2	○	別々に固定して配置
2	茨城県		○	H20	20	10 2	-	-	60	6	37 (6)	1:1.6	○	別々に固定して配置(一定期間ご とにローテーションを実施)
3	茨城県		○	H21	80	26 9	-	-	20	2	10 (2)	1:2.0	○	別々に固定して配置
4	茨城県		○	H22	56	19 11	4	多床室 と兼務	40	4	26 (4)	1:1.5	○	別々に固定して配置
5	茨城県		○	H22	40	14 7	20	多床室 と兼務	40	4	14 (4)	1:2.9	○	ユニットリーダーは固定、その他の 職員はローテーション
6	群馬県	○		H21	20	10 1	-	-	40	4	25.3 (4)	1:1.6	○	別々に固定して配置
7	埼玉県	○		H18	28	11.6 1	-	-	72	7	41.3 (7)	1:1.7	○	別々に固定して配置
8	埼玉県	○		H20	20	15 1	-	-	80	8	35 (8)	1:2.3	○	別々に固定して配置
9	埼玉県	○		H20	31	12.6 2	-	-	36	4	18.2 (4)	1:2.0	○	別々に固定して配置
10	埼玉県	○		H20	16	7.3 0.6	-	-	60	6	28.7 (6)	1:2.1	○	別々に固定して配置
11	埼玉県	○		H21	50	20 3	-	-	100	10	75 (10)	1:1.3	○	別々に固定して配置

従来型とユニット型の混合施設の概要(指定済み)

番号	都道府県名	施設区分		指定年度	従来型(多床室)		従来型(個室)		個室ユニット型					従来型とユニット型の職員の配置状況
		特養	老健		定員	介護職員 看護職員	定員	介護職員 看護職員	定員	ユニット数	介護職員・看護職員 (うちユニットリーダー)	配置基準	ユニットケア の実態(自治 体の判断)	
○ 12	埼玉県	○		H22	30	14.1 1.8	-	-	40	4	25.1 (4)	1:1.6	○	別々に固定して配置
○ 13	埼玉県		○	H18	56	14.7 8.1	-	-	39	4	15 (4)	1:2.6	○	別々に固定して配置
○ 14	埼玉県		○	H18	32	10.3 3.6	8		20	2	8.2 (2)	1:2.4	○	別々に固定して配置
○ 15	埼玉県		○	H19	40	21.6 7.1	20		40	4	15.2 (4)	1:2.6	○	別々に固定して配置
○ 16	埼玉県		○	H20	74	39.9 8	36		40	4	20 (4)	1:2.0	○	別々に固定して配置
○ 17	埼玉県		○	H20	60	26.6 7.5	-	-	60	6	30.6 (6)	1:2.0	○	別々に固定して配置
○ 18	埼玉県		○	H21	35	15 3	10		80	8	42 (8)	1:1.9	○	別々に固定して配置
○ 19	埼玉県		○	H21	50	15.8 8.5	10		20	2	8 (2)	1:2.5	○	別々に固定して配置
○ 20	埼玉県		○	H21	40	12.7 6	5		80	8	49 (8)	1:1.6	○	別々に固定して配置
○ 21	埼玉県		○	H21	40	16.3 3.5	-	-	40	4	20.2 (4)	1:2.0	○	別々に固定して配置
○ 22	東京都		○	H19	80	27.6 7.3	-	-	20	2	13.9 (2)	1:1.4	○	別々に固定して配置(一定期間ごとにローテーションを実施)

従来型とユニット型の混合施設の概要(指定済み)

番号	都道府 県名	施設区分		指定年度	従来型(多床室)		従来型(個室)		個室ユニット型					従来型とユニット型の職員の配置 状況
		特養	老健		定員	介護職員 看護職員	定員	介護職員 看護職員	定員	ユニット数	介護職員・看護職員 (うちユニットリーダー)	配置基準	ユニットケア の実態(自治 体の判断)	
23	東京都		○	H19	64	33.6 7	16	多床室 と兼務	20	2	12 (2)	1:1.7	○	別々に固定して配置
24	東京都		○	H22	74	26.2 11	36	多床室 と兼務	40	4	16 (4)	1:2.5	○	別々に固定して配置
25	新潟県		○	H20	48	14 3	2		30	3	21 (3)	1:1.4	○	別々に固定して配置(一定期間ご とにローテーションを実施)
○ 26	静岡県		○	H19	20	9 2	1	多床室 と兼務	99	9	36 (9)	1:2.8	○	勤務表では分けているが、固定は していない
27	静岡県		○	H22	16	6 14	32	多床室 と兼務	10	1	-	-	-	-
28	島根県		○	H20	48	18 6	12		40	4	23 (4)	1:1.7	○	ユニットは固定、ユニットから従来 型への応援有り
○ 29	広島県	○		H20	27	※14 4	1	多床室 と兼務	42	4	17 (4)	1:2.5	○	別々に固定して配置
30	広島県		○	H21	30	7 3	-	-	50	5	22 (5)	1:2.3	○	別々に固定して配置
31	香川県		○	H21	30	7 4	-	-	30	3	15 (3)	1:2.0	○	別々に固定して配置
32	佐賀県	○		H19	15	6 1	-	-	35	4	17 (4)	1:2.1	○	別々に固定して配置
33	大分県		○	H18	42	16 9	6	多床室 と兼務	20	2	13 (2)	1:1.5	○	別々に固定して配置

従来型とユニット型の混合施設の概要(指定済み)

番号	都道府 県名	施設区分		指定年度	従来型(多床室)		従来型(個室)		個室ユニット型					従来型とユニット型の職員の配置 状況
		特養	老健		定員	介護職員 看護職員	定員	介護職員 看護職員	定員	ユニット数	介護職員・看護職員 (うちユニットリーダー)	配置基準	ユニットケア の実態(自治 体の判断)	
34	大分県		○	H19	8	2 1	-	-	17	2	9 (2)	1:1.9	○	固定していない
35	大分県		○	H19	16	8 2	-	-	9	1	8 (1)	1:1.1	○	別々に固定して配置

※ショートステイを兼務

## 要介護認定システム廃止・簡略化論についての意見

介護給付費分科会委員(龍谷大学教授) 池田 省三

最近、介護保険の要介護認定制度について、その廃止や簡略化を求める論議が見られ、介護保険部会でも一部の委員が主張されているようである。しかし、認定の廃止は介護保険制度を崩壊させ、簡略化も利用者に多大な支障を与えるものである。

認定の廃止・簡略化は、介護給付費にも重大な影響を与えることから、当分科会委員として、以下に意見を述べる。

これまで、介護保険が円滑に運営できたのは、公正なサービス配分が行われてきたことによっている。かつての「社会福祉の措置」の時代は、受給者、サービスの種類と量、負担額までもが、市町村の裁量によって決定されていた。しかし、介護保険施行以降は、「どれだけの介護の手間がかかるか」を科学的に判定し、それによってサービス利用を保障することとなった。だからこそ、介護保険は国民から納得され、支持されてきた。

社会保険は保険事故を明確に定義して、これに該当する場合、給付を行う仕組みであり、要介護認定は保険事故の定義に当たる。したがって、その廃止・簡略化は介護保険制度を根底から覆す。

また、介護保険施行直後の調査では、認定システムは国民の4分の3の支持を受けており(資料1)、現在も、認定廃止を主張する者が代表する組織でさえ、認定廃止を求める会員は少ない(資料2)。現行の認定は国民に信頼されているのである。

認定が要支援1～要介護5までの7ランクに区分されていることに対して、3段階程度に整理すべきとの意見も見られる。たしかに、独、仏、韓等では3～4の区分となっている。しかし、これらの国は日本の要支援、要介護1等は給付対象としておらず、ほぼ日本の要介護3～5に該当する者を対象としている。つまり、日本の要介護区分とほとんど変わらないものなのである。要支援のような介護以前の虚弱高齢者、要介護1のような軽度要介護高齢者にサービスを保障しているのは、北欧を除いて日本ぐらいであるということをもっと考えるべきであろう。

現行の7区分を3段階にすると、利用者に大きな不利益を与える。要介護度が改善された場合、利用サービスの大幅な減少につながり、継続的なサービス利用が阻まれることとなる。のみならず、給付水準を一部引き下げる恐れも強い。(資料4)

要介護度を松竹梅の3段階にし、ケアマネジャーを中心に認定をまかせ、それぞれ20万、30万、40万円まで使えるようにせよ、という恐るべき主張もみられる。ただでさえ、多忙なケアマネジャーに認定の社会的責任を負わせ、それで公正な認定が担保されるのだろうか。本人・家族らの強い要求に対して、何の権限も持たないケアマネジャーに説得の義務を持たせることができるのだろうか。際限のないサービス要求を認めれば、介護保険財政の破綻は必至である。

認定によってサービス利用が制限されているという指摘もある。しかし、これは全く現実を見ていない論議である。要介護度別に見た在宅サービスの平均利用額は、いずれも支給限度額の半分程度であり、かりに1ランク低く認定されたとしても、利用に支障のないケースが大部分を占めている。利用額の分布を見ても、支給限度額前後まで利用している受給者はきわめて少ない。(資料5) もちろん、このような利用状況が望ましいものであるかは、論議のあるところである。しかし、認定システムがサービス利用を制限しているというのは、全く根拠のない主張であることは自明である。

認定システムは、国際的に高い評価を得ており、科学的かつ中立・普遍的な制度とされている(資料6)。また、介護サービス保障にあたって、いずれの国も認定ないし基準を策定している(資料7)

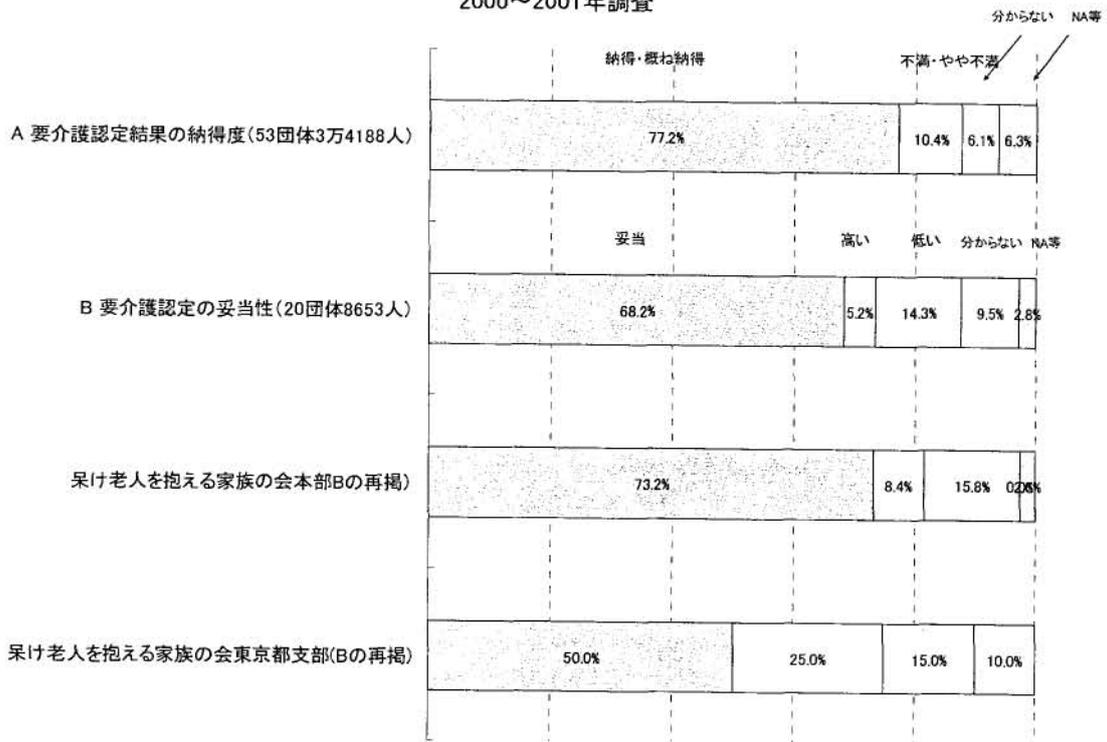
要介護認定2009年版の実施における厚生労働省の失態(「介護を必要としない=自立」等の記述、批判への迎合的な「経過措置」の実施等)により、認定システムに不信感が広がった。政権交代により、これまでの行政の在り方を検証抜きで否定するという風潮とも重なり合って、このような論議が登場していることは、深刻に憂慮すべき事態である。

認定廃止・簡略化は、社会的公正さを欠き、財源の見通しも考えない無責任な論議である。介護保険の崩壊に繋がる自殺行為として、明確に否定されなければならないものと考ええる。

以上、この意見は介護保険部会にもお伝え願いたい。

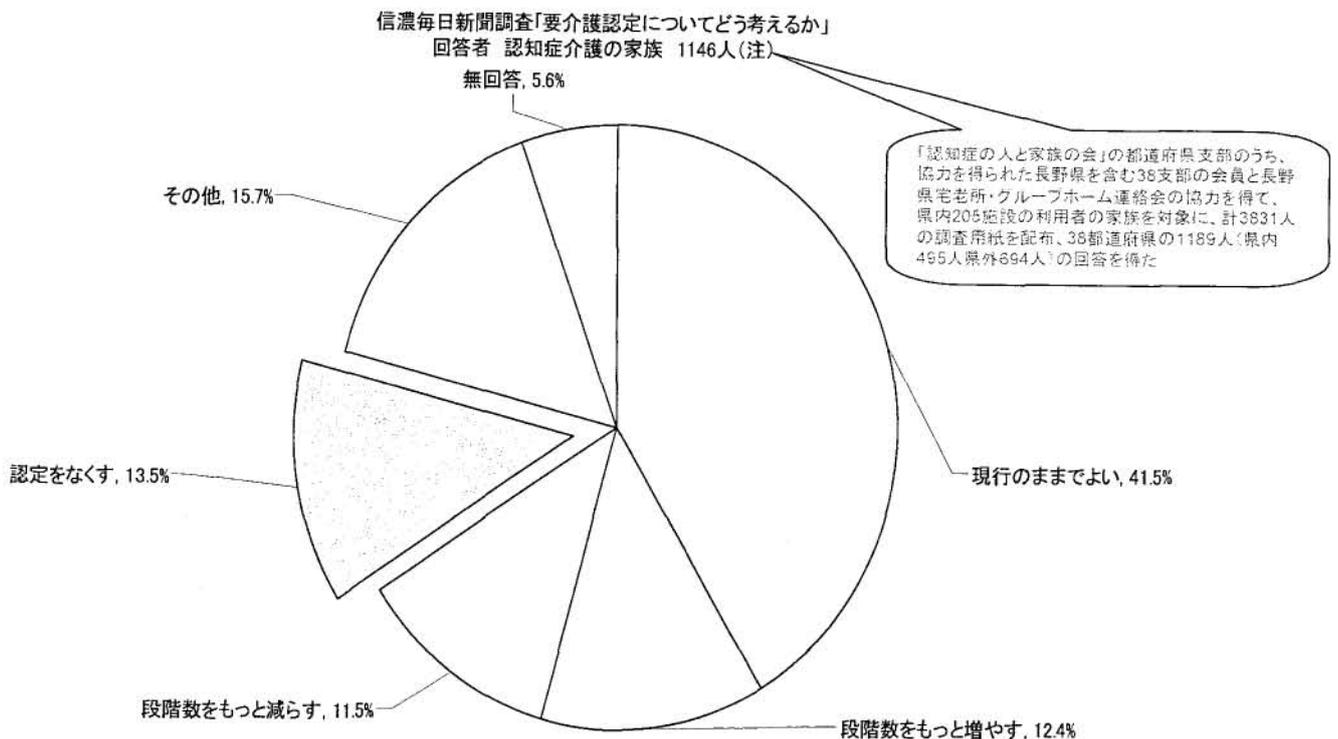
# 介護保険施行直後の要介護認定は、認知症家族も含め75%が納得

要介護認定結果の納得度・妥当性  
2000～2001年調査



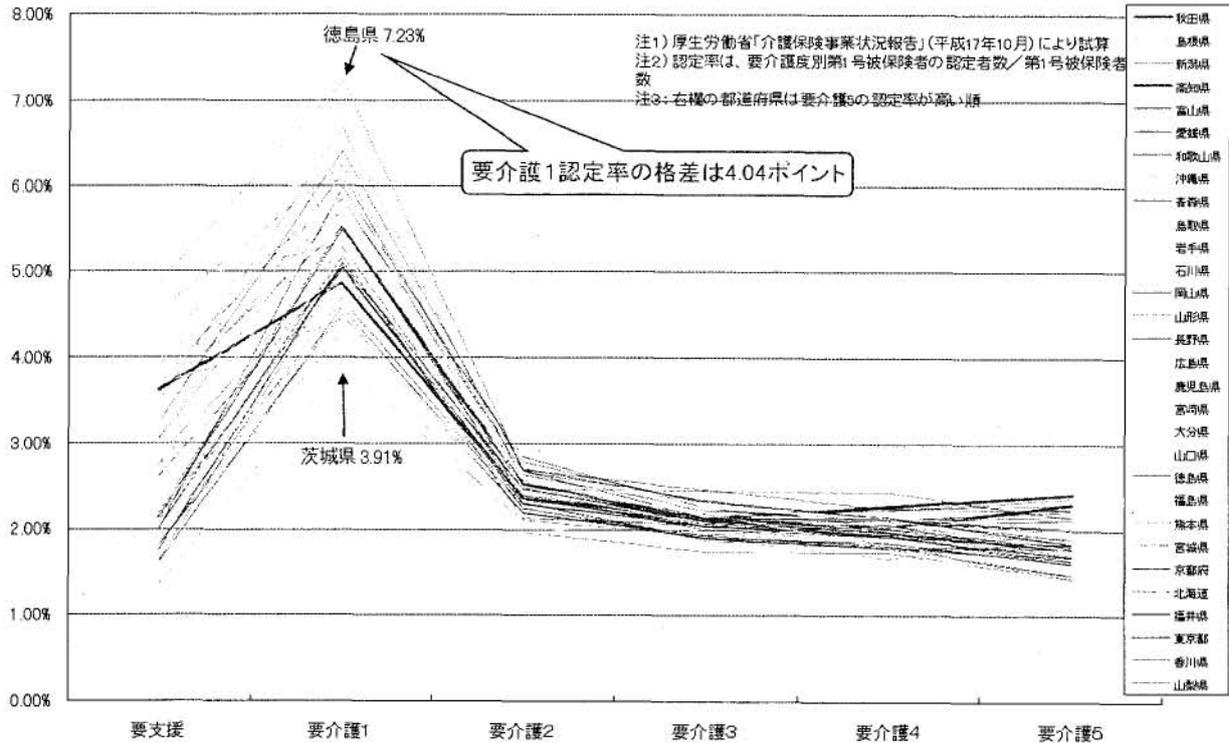
市町村・関係団体の調査による。AとBの総計すると、納得・概ね納得、妥当・高いは75.4%を占める。

# 現在は、認定システムについて認知症家族の半数近くは現行を支持



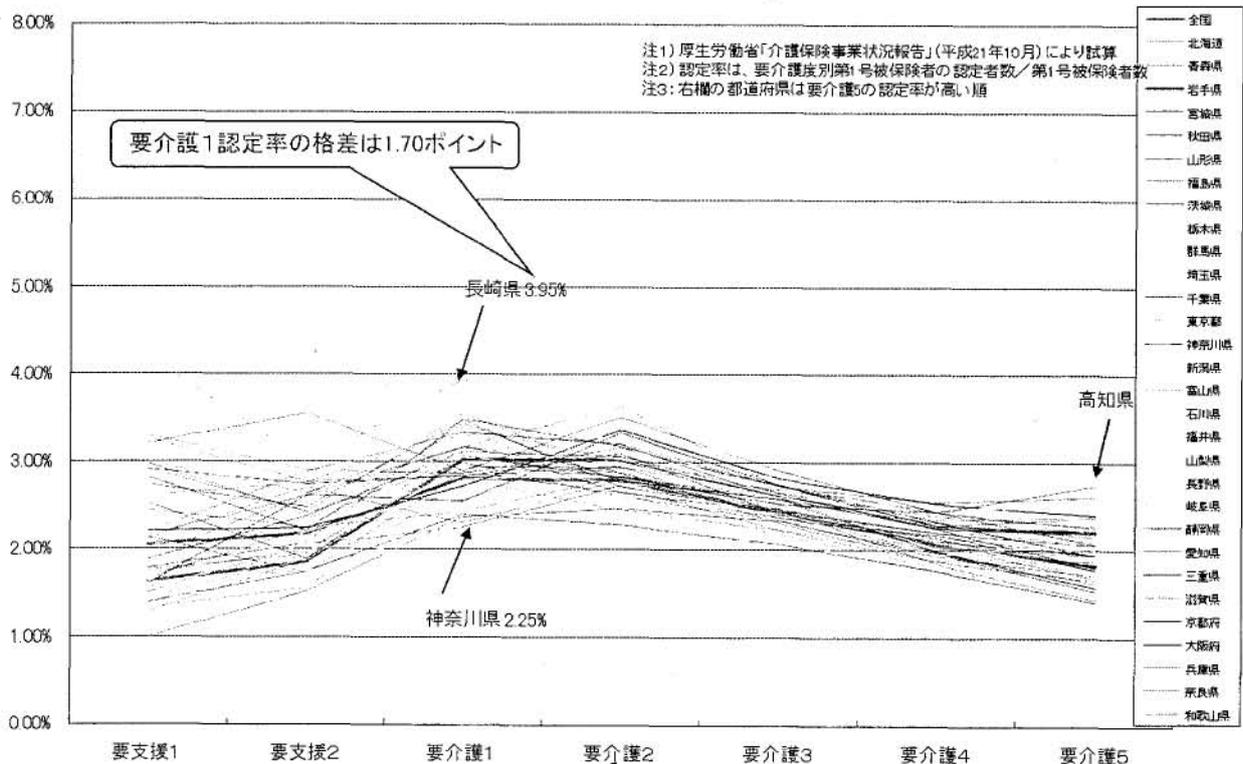
## 2005年改正前は軽度の認定率格差が大きい

都道府県別・要介護度別 第1号被保険者の認定率 平成17年10月

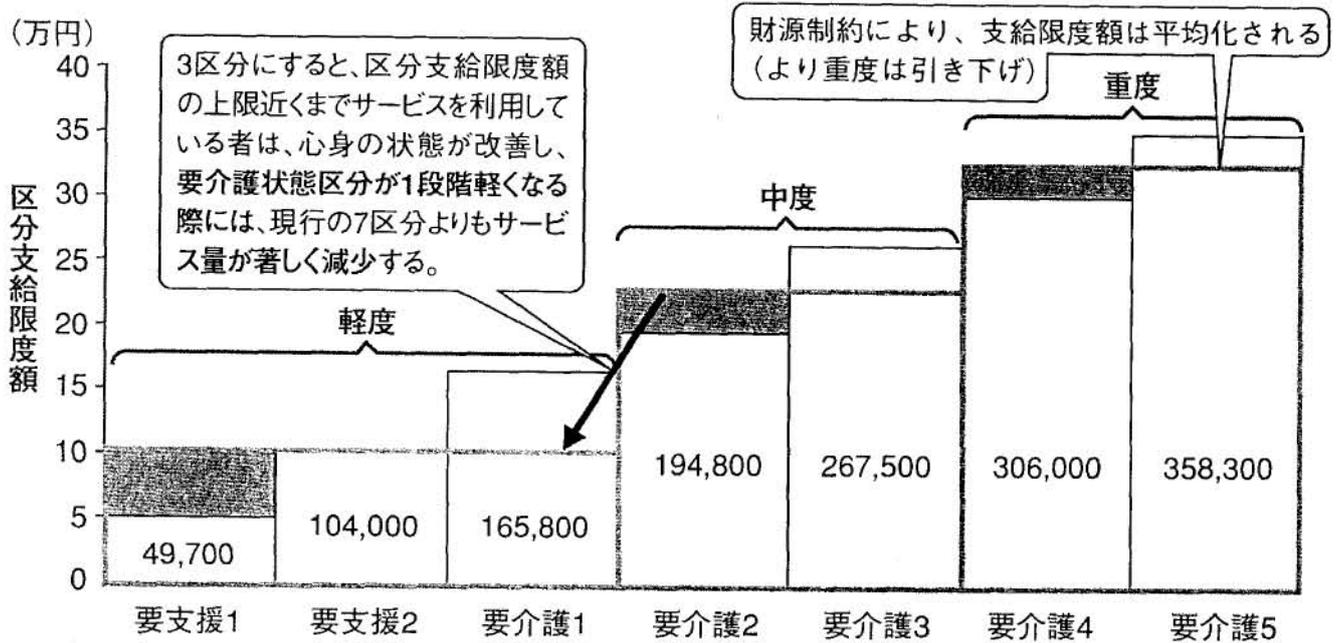


## 2005年改正後は認定率のばらつきが大幅に改善

都道府県別・要介護度別 第1号被保険者の認定率 平成21年10月

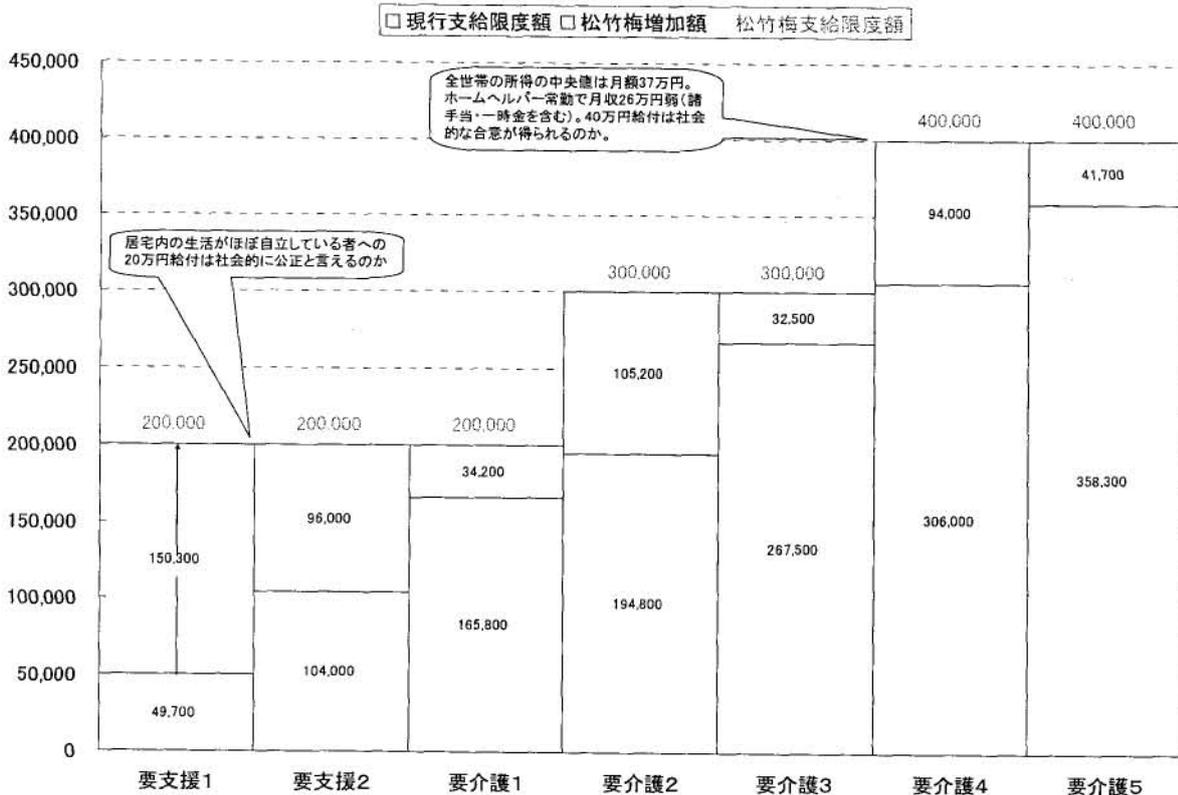


## 要介護度の簡略化は利用者に大きな不利益を生じさせる



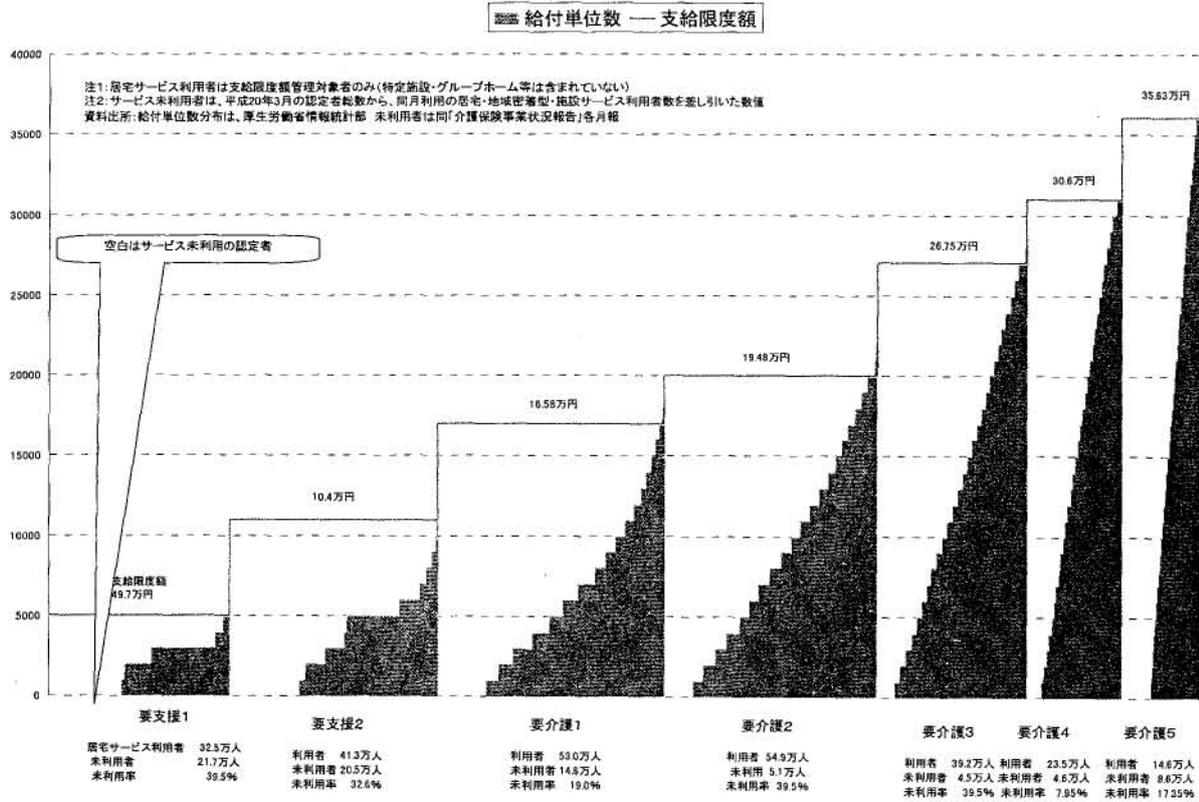
## 支給限度額の水準は社会的な合意が必要

「松竹梅」認定方式の在宅サービス利用限度額



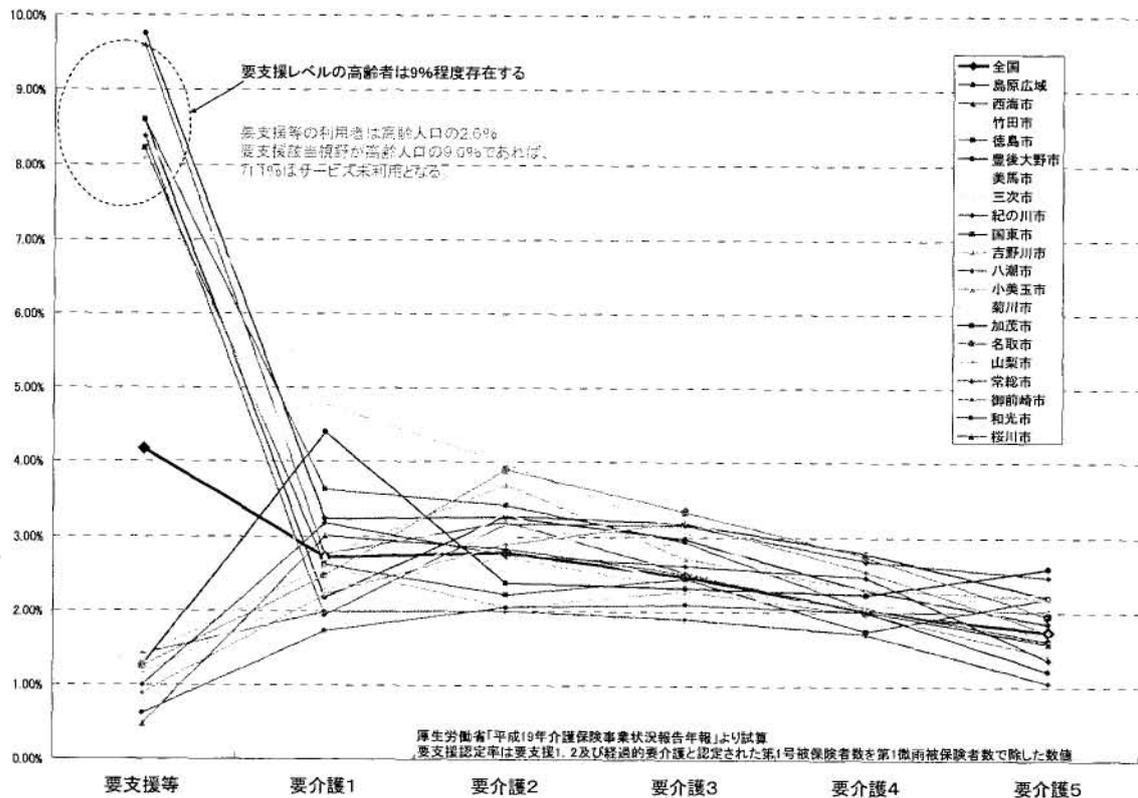
# 認定による在宅サービス利用額の制約は見られない

在宅の認定者におけるサービス給付単位数の分布 平成20年4月審査分



## 要支援レベルの高齢者は9%程度存在し、うち7割強はサービス不要?

第1号被保険者の要支援認定率の上位10市と下位10市



## わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(1)

## アメリカ研究者における指摘

- オランダやフィンランド、イギリスの様な政府のサービス給付においては、専門職種による総合的なアセスメントによる主観的な評価が通常であるが、これらは個人のニーズや環境への適用に対して責任を負うものであるが、普遍的なプログラムという文脈においては政治的に受け入れられない傾向がある。それに対して、日本の介護保険の様な客観的な評価は、サービス提供の機会を平等にするものとして評価。
- Kassener and Jacksonによると、ADLよりIADLにケアはより必要だということであるが、こうした状態を評価するにはより複雑なアセスメントが必要になるが、日本の介護保険はこれを実現している一つの例として評価。  
(Mark Merlis. Long-Term Care Financing: Models and Issues Prepared for the National Academy of Social Insurance Study Panel on Long-Term Care 2004.)

## イギリス研究者における指摘

- 日本のニーズアセスメントに使われている方法は、アセスメント項目に身体と精神の項目がバランスよく入っていること、あるいはコンピューターの使用等、特に洗練されていて、いろんなところで取り入れられる可能性があるとして評価。
- また、日本の認定方法はニーズベースの全国統一のアセスメントに基づいて成り立っており、この点において、日本はこのようなアプローチの導入に成功している数少ない国の一つであるとして評価。  
(Martin Karlsson. International Comparison of Long-Term Care Arrangements. 26 April 2004, Les Mayhew, Robert Plumb, Ben Rickayzen)

## わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(2)

## ドイツ研究者における指摘

- ドイツでは、連邦保健省に設置された検討委員会において、要介護認定の見直しに関する検討が進められてきた。その背景には、ドイツでは、具体的な日常生活活動(排泄、入浴、食事、衣服の着脱、就寝・起床など)に関する援助の必要性だけが要介護認定の基礎となってきたことがある。このため、例えば、認知症高齢者の場合に必要となる一般的な付添・見守りの必要性などが要介護認定においては考慮されないなどの問題点が指摘されている。
- 2007年から2008年にかけて行われたビーレフェルト大学(シェーファー教授)を中心とする研究班による調査研究では、ドイツでの検討に役立てるため、諸外国の要介護認定システム、特に日本とイギリス(FACE)に関する詳細な調査が実施され、その中で、日本の専門家との意見交換も実施された。
- 2008年3月にまとめられた同研究班の報告書には、このミーティングは要介護の審査に関する基本問題の解決にとって示唆に富むものであった旨の記述があり、ADL等の身体的な要素以外を客観的な手法によって把握する日本の要介護認定について一定の評価を行っている。  
(Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten – Überarbeitete, korrigierte Fassung – Bielefeld, 23. März 2007)

## オーストラリアの報告書における指摘

- 日本の介護保険制度における要介護認定によって、要介護度を定め、その区分ごとに上限支給額を決めるという枠組みは、結果的に早期の介入を促進し、またさらなる悪化を防ぐ方法であり、高齢者の健康な自立を促進させているものとして評価。  
(Mr Chikara Sakaguchi・Bronwyn Bishop A comparison of aged care in Australia and Japan. Commonwealth of Australia 2001)

## わが国の要介護認定に関する諸外国からの評価(3)

### スウェーデン研究者における指摘

- 日本における要介護認定制度は、必要性に応じて提供する介護の平等性を保ち、すべての人に対して同等の保障を確保できるものであり、中でも、全国で一律の精巧で様式化されたシステムを使って、患者の介護の必要性を判断することが際立っているところであると評価。
- 日本の介護保険制度は、少なくとも一見した限りでは、患者にとって安心のでき、法律的にも平等な必要介護等級の判定システムを持っているようだと評価。(Mårten Lagergren & Noriko Kurube, Socialstyrelsen. Insatser i äldreomsorgen i förhållande till behov – en jämförelse mellan Japan och Sverige)

### 韓国研究者における指摘

- 日本の要介護認定が高齢者の状態像をそのまま評価するのではなく、介護サービスの必要性に変換し、その程度を評価している点に高い独自性がある点を評価。(安 ソヒ. 老人長期療養保険制度の導入による問題点及び改善方案に関する研究. 牧園大学 産業情報大学院. 社会福祉学 2007, 22-23)。
- 韓国の長期療養保険制度が保険給付対象者が1~3等級と狭いことに言及したうえで、この判定方法についても日本の認定方法と比較すると、韓国の制度は主観的要素が強い項目が多い点が問題点であるとの指摘があり、また、介護予防という軽度要介護高齢者を含む日本の介護保険制度の給付対象の広さとともに、予防給付の判定においても客観的な評価が用いられていることを評価。(ソウ ドク. 日本介護予防事業の実態と示唆. 保健福祉フォーラム, 第131号, 97-109, 2008, 107-108)

資料7

## 諸外国の介護保障システムも要介護度の区分が一般的

	日本	イギリス	ドイツ	フランス	フィンランド
プログラム	公的介護保険	①国民保健サービス(中央) ②社会的サービス(地方) ③社会保障給付(社会手当)	公的介護保険	①自律手当(APA) ②社会扶助	①社会サービス ②保健サービス ③親族介護支援
財源(税、保険料)	保険料50%、一般税50%	一般税	保険料	一般税	一般税
認定機関	市町村の介護認定審査会の判定(1時判定はコンピュータ)	地方自治体。社会サービス部によるニード評価レベルの決定	疾病金庫が州レベルで設置するMDKの判定(を受けて、保険者=介護金庫が要介護の有無・要介護度を決定)。	県	自治体が召集するSASグループ(地域の社会・保健医療サービス関係者の会議体:ヘルスセンター医師、在宅サービス代表者、行政代表者、ナーシングホーム代表者等)
認定の区分数	7段階		3段階 (日本の要介護1・2は除外)	4段階	6段階
認定方法	1次判定:保険者(市町村)による要介護認定。訪問調査による74項目の調査結果のPC処理により判定。 2次判定:専門委員で構成する介護認定審査会において主治医の意見書等を加味して最終判定。	従来、各地方自治体の裁量で独自の利用基準設定。国が利用基準とアクセスに関するガイドライン「ケアへの公平な利用」を示した4段階の要介護度にもとづき、自治体が必要レベルを決定。介護者も独自にアセスメントを受けることができる。		要介護調査:医療福祉チーム(最低、医師1名・福祉職員1名) AGGIR(自立喪失度判定尺度:17項目)でGIR1(最重度)~GIR6(非該当)に分類。GIR5(排他・食事準備・家事の部分的援助が必要)およびGIR(非該当)はAPAの対象外。	自治体から派遣される訪問看護師等によるRAVAインデックス(13項目)を用いた訪問調査を実施。SASによるサービス認定。
認定区分別の給付上限(ドイツ、フランスは在宅ケアの場合)	要介護5: 353,300yen 要介護4: 306,000yen 要介護3: 267,500yen 要介護2: 194,000yen 要介護1: 165,800yen 要支援2: 104,000yen 要支援1: 49,700yen		標準度: 1918EUR 要介護Ⅲ: 1470EUR 要介護Ⅱ: 990EUR 要介護Ⅰ: 420EUR	GIR1: 1202EUR GIR2: 1031EUR GIR3: 773EUR GIR4: 515EUR	必要度とケアタイプとの対応関係が標準化。 「要全ケア(ヘルスセンター付属病床)」 「要強化型ケア(ナーシングホームケア)」 「要監視下ケア(強化型ケア)」 「要監視下ケア(強化型在宅ケア)」 「要ケア(在宅)」 「要随時ケア(在宅・独立)」
認定の特徴	・要支援~要介護2等のドイツと比較し軽度者が保険給付対象者に含まれる ・認知症も認定対象に含めて対応。 ・給付額が他国に比べ全体的に大きく	2004年からシングル・アセスメントプロセスが導入され、社会サービス部と地方保健当局が協働してアセスメント、ケアプラン作成、サービス提供・見直しをずる取り組みが進行。	身体的要介護状況の認定。認知症の判定基準への反映は(財源悪化の懸念等から)困難とし、認知症高齢者の介護家族への従来給付+特別給付(年間460EUR)で対応。認知症等をふまえたニーズ定義にもとづくアセスメントツールを、新たに開発中。	判定ツールの信頼性やアセスメントプロセスの妥当性に関する議論が出てきている。(AGGIR判定の記載方法のガイドラインが2008年に改訂)。現在、新たな判定尺度(ケベック州で利用されているSMAFツール)が試行実験的に実施中。	RAVAが心理面・精神面の状況把握に弱いという問題が指摘され、認知症発見に有効なRAIの活用も普及しつつある。

出典)OECD(2005)、石井(2008)、増田編(2008)、山田(2002)、笹谷(2008、2009)、松本(2009)、日独仏3カ国シンポジウム資料(2009.2)。

認定区分※ドイツは2008年4月(在宅)、フランスは2007年12月(在宅)、日本は2008年時点。8-

(案)

分 介 発 第 号  
平成 22 年 7 月 29 日

社会保障審議会  
会 長 貝塚 啓明 殿

介護給付費分科会  
分科会長 大森 彌

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）及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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 36 号）の一部改正について（報告）

平成 22 年 7 月 29 日厚生労働省発老 0729 第 1 号をもって社会保障審議会に諮問のあった標記について、当分科会は審議の結果、諮問の通り改正することを了承するとの結論を得たので報告する。