社会保障審議会介護給付費分科会
介護予防ワーキングチーム

中間報告（案）
参考資料

平成１７年8月３０日

目　次

1　介護予防サービス・地域密着型介護予防サービスの法律上の定義　1
2　現行居宅サービスの介護報酬の体系　4
3　介護予防に関する法案審議・審議会等からの指摘事項　8
4　現行の利用等の状況　15

１．介護予防サービス・地域密着型介護予防サービスの法律上の定義

○　介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスには、それぞれ、法律上、以下のような定義付けがなされている。

介護予防サービス

・介護予防訪問介護

要支援者であって、居宅において支援を受けるもの（以下「居宅要支援者」という。）について、その者の居宅において、その介護予防（身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう。以下同じ。）を目的として、介護福祉士その他政令で定める者により、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって、厚生労働省令で定めるもの。

・介護予防訪問入浴介護

居宅要支援者について、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める場合に、その者の居宅を訪問し、厚生労働省令で定める期間にわたり浴槽を提供して行われる入浴の介護。

・介護予防訪問看護

居宅要支援者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において、その介護予防を目的として、看護師その他厚生労働省令で定める者により、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる療養上の世話又は必要な診療の補助。

・介護予防訪問リハビリテーション

居宅要支援者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション。

・介護予防居宅療養管理指導

居宅要支援者について、その介護予防を目的として、病院等の医師、歯科医師、薬剤師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の管理及び指導であって、厚生労働省令で定めるもの。

・介護予防通所介護

居宅要支援者について、その介護予防を目的として、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において、厚生労働省令で定める期間にわたり、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって

厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと（介護予防認知症対応型通所介護に該当するものを除く。）。

・介護予防通所リハビリテーション

居宅要支援者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。

・介護予防短期入所生活介護

居宅要支援者について、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター等に短期間入所させ、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うこと。

・介護予防短期入所療養介護

居宅要支援者（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。）について、介護老人保健施設、介護療養型医療施設その他の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり、当該施設において看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の支援を行うこと。

・介護予防特定施設入居者生活介護

特定施設（介護専用型特定施設を除く。）に入居している要支援者について、その介護予防を目的として、当該特定施設が提供するサービスの内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画に基づき行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって厚生労働省令で定めるもの、機能訓練及び療養上の世話。

・介護予防福祉用具貸与

居宅要支援者について福祉用具のうちその介護予防に資するものとして厚生労働大臣が定めるものの政令で定めるところにより行われる貸与。

・特定介護予防福祉用具販売

居宅要支援者について福祉用具のうちその介護予防に資するものであって入浴又は排せつの用に供するものその他の厚生労働大臣が定めるもの（以下「特定介護予防福祉用具」という。）の政令で定めるところにより行われる販売。

地域密着型介護予防サービス

・介護予防認知症対応型通所介護

居宅要支援者であって、認知症であるものについて、その介護予防を目的として、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設にお

いて、厚生労働省令で定める期間にわたり、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと。

・介護予防小規模多機能型居宅介護

居宅要支援者について、その者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その者の選択に基づき、その者の居宅において、又は厚生労働省令で定めるサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、その介護予防を目的として、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと。

・介護予防認知症対応型共同生活介護

要支援者（厚生労働省令で定める要支援状態区分に該当する状態である者に限る。）であって認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、その共同生活を営むべき住居において、その介護予防を目的として、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うこと。

２．現行居宅サービスの介護報酬の体系

○　現行の居宅サービスについては、介護報酬上は以下のような算定構造となっているところである。

＜訪問系サービス＞

▽訪問介護：時間単位で評価

	３０分未満	３０分以上 １時間未満	１時間以上
身体介護 中心型	２３１単位	４０２単位	５８４単位に３０分を増すごとに８３単位を加算
生活援助 中心型	－	２０８単位	２９１単位に３０分を増すごとに８３単位を加算
通院等乗降 介助	通院等のための乗車又は降車の介助　１回１００単位		

※　身体介護：　身体介護とは、(1)利用者の身体に直接接触して行う介助サービス（そのために必要となる準備、後かたづけ等の一連の行為を含む）、(2)利用者の日常生活動作能力（ＡＤＬ）や意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援のためのサービス、(3)その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスをいう。

（例）・排泄介助（トイレ利用、おむつ交換等）
・食事介助、特段の専門的配慮をもって行う調理
・清拭、入浴（部分浴、洗髪、全身浴）　等

※　生活援助：　生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。

（以上「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成 12 年老計第 10 号）より抜粋）

※　通院等乗降介助：　要介護者である利用者に対して、通院等のため、指定訪問介護事業所の訪問介護員等が、自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内における移動等の介助又は通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助をいう。

▽訪問入浴介護：回数単位で評価

１回につき　１，２５０単位

▽訪問看護：時間単位で評価

	３０分未満	３０分以上 １時間未満	１時間以上 1.5 時間未満
訪問看護ステーションの場合	４２５単位	８３０単位	1,198 単位
病院又は診療所の場合	３４３単位	５５０単位	８４５単位

▽訪問リハビリテーション：１日単位で評価

１日につき　５５０単位

▽居宅療養管理指導：回数単位で評価

医師又は歯科医師が行う場合（月２回を限度）	居宅療養管理指導（Ｉ） （（Ⅱ）以外の場合）		５００単位
	居宅療養管理指導（Ⅱ） （寝たきり老人在宅総合診療料を算定する場合）		２９０単位
薬剤師が行う場合	医療機関の薬剤師の場合 （月２回を限度）		５５０単位
	薬局の薬剤師の場合	月の１回目の場合	５００単位
		月の２回目以降の場合	３００単位
管理栄養士が行う場合（月２回を限度）			５３０単位
歯科衛生士等が行う場合（月４回を限度）	月の１回目の場合		５３０単位
	月の２回目以降の場合		３００単位

<通所系サービス>

▽ **通所介護**：要介護度別に時間単位で評価

※単独型の通所介護費の例

	要支援	要介護１・２
３時間以上４時間未満	２８６単位	３５４単位
４時間以上６時間未満	４０８単位	５０６単位
６時間以上８時間未満	５７２単位	７０９単位

▽ **通所リハビリテーション**：要介護度別に時間単位で評価

※通常規模の医療機関の通所介護リハビリテーション費の例

	要支援	要介護１・２
３時間以上４時間未満	２８６単位	３５４単位
４時間以上６時間未満	４０８単位	５０６単位
６時間以上８時間未満	５７２単位	７０９単位

<短期入所系サービス>

▽**短期入所生活介護**：要介護度別に１日単位で評価

※単独型の短期入所生活介護費の例

要支援　　　８３１単位

要介護１　　８７５単位

▽**短期入所療養介護**：要介護度別に１日単位で評価

※介護老人保健施設における短期入所療養介護費の例

要支援　　　９４９単位

要介護１　　９８３単位

<居宅系サービス>

▽**認知症対応型共同生活介護**：要介護度別に１日単位で評価

認知症対応型共同生活介護費	要介護１	７９６単位
初期加算		１日につき　＋　３０単位

▽特定施設入所者生活介護：要介護度別に１日単位で評価

特定施設入所者生活介護費	要支援	２３８単位
	要介護１	５４９単位

＜その他サービス＞

▽福祉用具貸与：現に指定福祉用具貸与に要した費用の額を評価。

※　指定福祉用具の品目

- 車いす
- 車いす付属品
- 特殊寝台
- 特殊寝台付属品
- 褥瘡予防用具
- 体位変換器
- 手すり
- スロープ
- 歩行器
- 歩行補助つえ
- 認知症老人徘徊感知機器
- 移動用リフト

▽福祉用具購入：現に特定福祉用具購入に要した費用の額を評価。

※　特定福祉用具の種目

- 腰掛便座
- 特殊尿器
- 入浴補助用具
- 簡易浴槽
- 移動用リフトのつり具の部分

３．介護予防に関する法案審議・審議会等からの指摘事項

「介護保険法等の一部を改正する法律」に係る衆議院・参議院の審議における確認答弁等及び附帯決議による確認事項並びに審議会からの指摘事項は、以下のとおりである。

１　総論

（１）国会審議における確認事項

① 総則事項

<目的>

○　介護保険制度の基本理念である「自立支援」の観点からすれば、出来る限り高齢者を要介護状態にしないこと、また、軽度の者を重度にしないことが重要であり、こうした観点から、制度全体を介護予防を重視したシステムとしていくことが必要。また、今回の見直しで、要支援・要介護状態になることや重度化を防止することにより、将来の保険料負担の急増を抑えるなど、一定の財政効果も見込んでおり、これは制度の持続可能性を高めることにもつながると考えている。

<検討>

○　法律の施行後３年を目途として、予防給付及び地域支援事業について、その実施状況等を勘案し、費用に対するその効果の程度、新予防給付の対象者、プログラムの内容等の観点から検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

② 新予防給付

(a) 新しいサービスメニュー

○　新たな介護予防サービスについては、高齢者の保健医療福祉の専門家によって構成される「介護予防サービス評価研究委員会」において、有効性の観点から介護予防サービスに関する国内外の文献を評価・検討した結果、有効性が確立しているプログラムとして、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」を新予防給付に導入することが適当と考える。

(b) 要支援区分

○　新予防給付の導入に伴い、認定区分が要介護１から要支援２に変更される者について、これらの者が現に受けているサービスを引き続き受けられるよう、

十分配慮する。

○ 新たなサービス限度額の設定に当たっては、現行の要支援と要介護１の限度額水準の違いを勘案しつつ、費用の効率化など財政的な観点と必要なサービス内容の確保の観点から、適切な水準とするものと考えている。

(c) 介護報酬の設定

○ 新予防給付に係る介護報酬の設定に当たっては、自立支援の観点から、時間単位だけではなく、例えば、月単位やプログラム単位の包括的な設定を導入するなど、柔軟性のある仕組みを検討する。

③ 介護予防ケアマネジメント

(a)地域包括支援センターの在り方について

○ 地域包括支援センターの運営については、公正・中立を確保する観点から、市町村の責任を明確化した上で、地域に根ざした活動を行っている在宅介護支援センターの活用も含め、地域の実情に応じた弾力的な設置形態を認める。また、専門職の配置については、その資格について経過措置を設けるなど、地域の実情を踏まえた人材の確保ができるように十分配慮するとともに、主任ケアマネジャー（仮称）については、介護現場での経験を重視し、適切なケアマネジメントを行える人材を登用する。

(b)介護予防ケアマネジメント

○ 新予防給付におけるケアマネジメントにおいては、当該サービスによる心身の状況の変化等について、加齢に伴う機能の変化も含め、適切なアセスメントを行うものとし、その中で必要とされるサービスについては新予防給付導入後も引き続き相当するサービスを受けられることとする。

○ 新予防給付のサービスにおいても、利用者の選択が基本であり、強制されることはない。

○ 生活機能の維持又は向上を行うためには、個々の利用者の状態像に応じた適切なサービスを提供されているかどうかを定期的に評価し、必要に応じプランの見直しを行うことが必要である。

（２）審議会における指摘事項

介護保険部会（平成 16 年 7 月 30 日 部会報告書）（抄）

総合的な介護予防システムの確立

（給付の内容）

○　新・予防給付のサービスは、個々人の状態像に応じ、多様な内容のものが提供される必要がある。具体的なサービス内容については、その成果が科学的に検証されたものでなければならないことは言うまでもない。

このような観点から、既存のサービスについて、介護予防の視点を踏まえた見直しを行い、適切かつ必要なサービスについては、新・予防給付のサービスメニューに盛り込んでいくことが重要である。

さらに、介護予防に関する研究を進めつつ、新たなサービスについても導入を検討していく必要がある。前述のような軽度者の状態像を踏まえると、例えば、筋力向上トレーニング（機械器具を使うものに限らない）、転倒骨折予防、低栄養予防、口腔ケア、痴呆症状の進行や閉じこもりの予防、フットケアなどが考えられるが、いずれにしても、どのようなサービスメニューを盛り込むかについては、モデル事業の実施等を踏まえ、さらに具体化と類型化を図る必要がある。

（サービス提供主体）

○　多様なサービス内容を用意していくためには、サービス提供主体についても、公共的な主体のみならず、民間事業者や地域のボランタリーな組織等様々な地域の社会資源を有効に活用することが求められる。

また、できる限り現場の創意工夫が活かされるよう、介護保険制度から支払われる報酬についても、例えば、月単位やプログラム単位の包括的な設定とするなど、柔軟性のある仕組みを検討する必要がある。

高齢者リハビリテーション研究会（平成16年1月　報告書）（抄）

○　予防給付におけるリハビリテーション

介護保険においては、要支援者については、要介護状態にならないようにするための予防給付のサービスが提供されている。しかしながら、要介護者に対する介護給付と同一のサービスメニューであり、支給限度額に差があるのみである。今後は、要介護者と同一のサービスメニューではなく、より介護予防を重視したものとすることが求められている。

○　高齢者リハビリテーションの基本的な考え方

廃用症候群モデルにおいては、脳卒中の発症のように急性ではなく、徐々に生活機能が低下してくることから、生活機能の低下が軽度である早い時期にリハビリテーションを行うことが基本となる。リハビリテーションの提供にあたって

は、必要な時に、期間を定めて計画的に行われることが必要である。

○　介護保険の予防給付等の在り方の見直し

介護保険においては、要支援者や軽度の要介護者の生活機能を向上させ、要介護度を積極的に改善させるという観点から軽度の要介護者に対するサービス内容とそのためのマネジメントシステムの在り方について、基本的な見直しを検討すべきである。

2　各論（個別のサービスメニューについて）

●介護予防訪問介護関係

（１）国会審議における確認事項

○　新予防給付の基本的な考え方は、①本人にできることは可能な限り自分でやっていただくという考え方のもとに、②本人の生活能力を引き出すためのサービスを適切に組み合わせて、③手助けする場合もできる限り本人の持っておられる能力を活かす工夫をしながら行う、これが介護保険の基本理念であり、今回の改正は、こうした自立支援の考え方を徹底するものである。

こうした考え方に照らして、<u>適切なケアマネジメントのもとで提供されていたサービスが変化するものではない。</u>

○　<u>新予防給付においても、家事援助を一律にカットすることはない。適切なケアマネジメントに基づいて提供される家事援助は認められる。</u>

具体的には、①自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、②それについて、同居家族による支えや地域の支え合い・支援サービスや他の福祉施策などの代替サービスが利用できないケースについては、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供される。

新予防給付は、軽度者の既存サービスのうち、一部の不適正なケースの適正化を目指すものであり、原則として、現在提供されている適正なサービス、すなわち適正なケアマネジメントに基づいて独居や要介護者同士の夫婦の利用者が行うことができない家事をホームヘルパーが行う家事援助は、今まで通り利用できるものとする。

新予防給付におけるケアマネジメントにおいては、当該サービスによる心身の状況の変化等について、加齢に伴う機能の変化を含め、適切なアセスメントを行うものとし、その中で必要とされるサービスについては新予防給付導入後も引き

続き相当するサービスを受けられることとする。

（２）審議会における指摘事項

介護保険部会（平成16年7月30日 部会報告書）（抄）

○　廃用症候群の対策の重要性

また、例えば、調理などの家事を行う能力があるにもかかわらず、訪問介護による家事代行を利用することにより、能力が次第に低下して、家事不能に陥る場合もある。このような状態を防ぐためには、身の回りの行為だけでなく、調理を含めた家事や外出などの生活活動全般への働きかけを積極的に行う必要がある。

○　現行の訪問介護については、個別ケアの推進、生活機能の向上等の観点から、「身体介護型」「生活援助型」という区分を行為別・機能別に再編し、基準・報酬の設定について機能に応じた見直しを検討する必要がある。

また、利用者が自ら実施できるにもかかわらず、掃除、調理等を利用者に代わって実施する「家事代行」型については、自立支援の観点から、給付の対象、期間、方法について見直しを検討する必要がある。

なお、生活援助の見直しに関しては慎重であるべきとの意見があった。

●介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション関係

（１）国会審議での確認事項

○　既存のサービス事業者は、必ずしも筋力向上トレーニング等の新たなサービスを提供しなければならないものではなく、これらの新しいサービスを行わないからといって、介護予防サービス事業所の指定を外されることはない。

○　筋力向上トレーニングを含む「運動器の機能向上」については、主として通所介護や通所リハビリテーションなどの通所系サービスにおいて実施することを考えているが、その実施に当たっては、基本的にはこれらの通所系サービスに従事している人材を活用していくことを想定している。

○　「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」等の新たなメニューは、主として介護予防通所介護等の通所系サービスで実施することを想定しており、予防通所介護事業所などにおいて利用者のニーズに応じて、これら新たなサービスのみを単独メニューとして提供することも可能であると考えている。また、現在の介護サービス事業者で働いている介護従事者も、事業者が必要な基準を満たせば介護予防サービスを提供できる。

（筋力向上トレーニング）

○　筋力向上トレーニングのマシンの費用について個別に介護報酬とすることはしない。また、新しい資格制度を創設することはしない。

○　介護予防通所介護においては、現行の通所介護をより機能訓練的な内容に再編成するとともに運動器の機能向上などの新たなメニューを追加することを考えているところであり、筋力向上トレーニングについては、あくまで介護予防通所介護のメニューの一つとして行われることになると考えている。

（口腔機能の向上）

○　口腔機能の向上は、基本的には既存の通所系サービス事業所において、専門的知識、技術等を兼ね備えた歯科衛生士や言語聴覚士等が、対象者のニーズに応じたサービスを提供していくこととする。

（栄養改善）

○　栄養改善は、高齢者の栄養状態の維持及び改善と食生活の自立を促す観点ら、通所サービス等を利用して管理栄養士が、①個人ごとの栄養状態に基づく、栄養改善計画の作成、②それに基づく個別の食事指導、③さらに必要な栄養改善に関する情報提供等を行う。

（２）審議会における指摘事項

介護保険部会（平成16年7月30日 部会報告書）（抄）

○　現行の通所介護、通所リハビリテーションについては、通所系サービスとして一元化を図るとともに、例えば、「リハビリテーション中心型」、「痴呆対応型」、「日常生活活動中心型」など機能別に類型化し、基準・報酬の設定について機能に応じた見直しを行う必要がある。

高齢者リハビリテーション研究会（平成16年1月 報告書）（抄）

○　通所リハビリテーションについては、これまで必ずしもその効果について十分に評価がなされないまま実施されてきたという側面がある。今後は、真に有効なリハビリテーションを提供していく観点から、日常生活活動の自立と社会参加の向上を支援するリハビリテーション機能そのものについては強化するとともに、必要な時期に期間を定めて提供するなど、その機能の在り方を検討する必要がある。

○　通所サービスには、通所リハビリテーションと通所介護があるが、介護者の休息や閉じこもり対策などの通所介護と同様の機能の提供にとどまっている通所リハビリテーションについては、見直しを検討する必要がある。

●介護予防福祉用具貸与・特定介護予防福祉用具販売関係
審議会における指摘事項

介護保険部会（平成 16 年 7 月 30 日　部会報告書）（抄）

○　福祉用具は、利用者自身が日常生活の中で確実にこれを使いこなすことにより自立支援や尊厳の保持につながるものであるが、現状では、状態像に合わない福祉用具の提供などにより、本人の自立を妨げかえって状態の悪化につながっているケースも見られる。また、費用の伸びは著しく、品目によっては価格が高止まりしているものである。

○　こうした状況を踏まえ、今後は、

① 利用者やケアマネージャーに対し、福祉用具の選定・利用に関する適切な情報提供を行う、

② 個別性重視の観点から、一定の場合には専門職が関与する仕組みとするなど提供プロセスについても見直しを行うとともに、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションと組み合わせた福祉用具の使用方法の指導についても検討する、

③ 事業者の責任の明確化を図るとともに、福祉用具の購入については、事業者の指定制度を導入する、

方向で検討する必要がある。

また、福祉用具については、支給対象の適正化や給付率の在り方についても検討する必要がある。