

介護保険制度改正への提言

—要介護認定の廃止など利用者本位の制度に—

2010年6月 公益社団法人 認知症の人と家族の会

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

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

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

そのために、2012年の制度改正において次のとおり実施するよう提案します。

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

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

提言・私たちが期待する介護保険 2009年版 (2009.6発表)

はじめに

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

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

基本的な考え方

1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ

自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる、在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること

2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること

認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること

3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること

認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること

4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を継続的に図ること

介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を継続的に図ること

5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ

年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること

6 高福祉を応分の負担で

「高福祉高負担」か「低福祉低負担」か「中福祉中負担」か、ではなく「高福祉応分の負担」の社会保障制度であること。心にゆとりを持って安心して生活することができ、「過分」でも「過小」でもない国民の負担であること

具体的な改善提案

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



利用者本位を目指す 「要介護認定廃止」

新たな合意体制でサービス決定を

「家族の会」理事・

介護保険・社会保障専門委員会委員

田部井康夫

●介護保険を充実発展させる立場

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

改めて、この「提言」の趣旨を述べます。

まず、「提言」は、次のような考え方の上に立ってまとめました。

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

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

●現行認定制度の問題点

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

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

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

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

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

●より利用者の実情に即した方法へ

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

本来の趣旨からすれば、「ケアマネジメント会

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

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

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

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

● 冷静で真摯な議論を

要介護認定廃止の提案に対して、冒頭述べたよ

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

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

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

暮らしと介護保険に関するアンケートにご協力ください

今月号にアンケート調査用紙を同封していますのでご協力をお願いします。

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

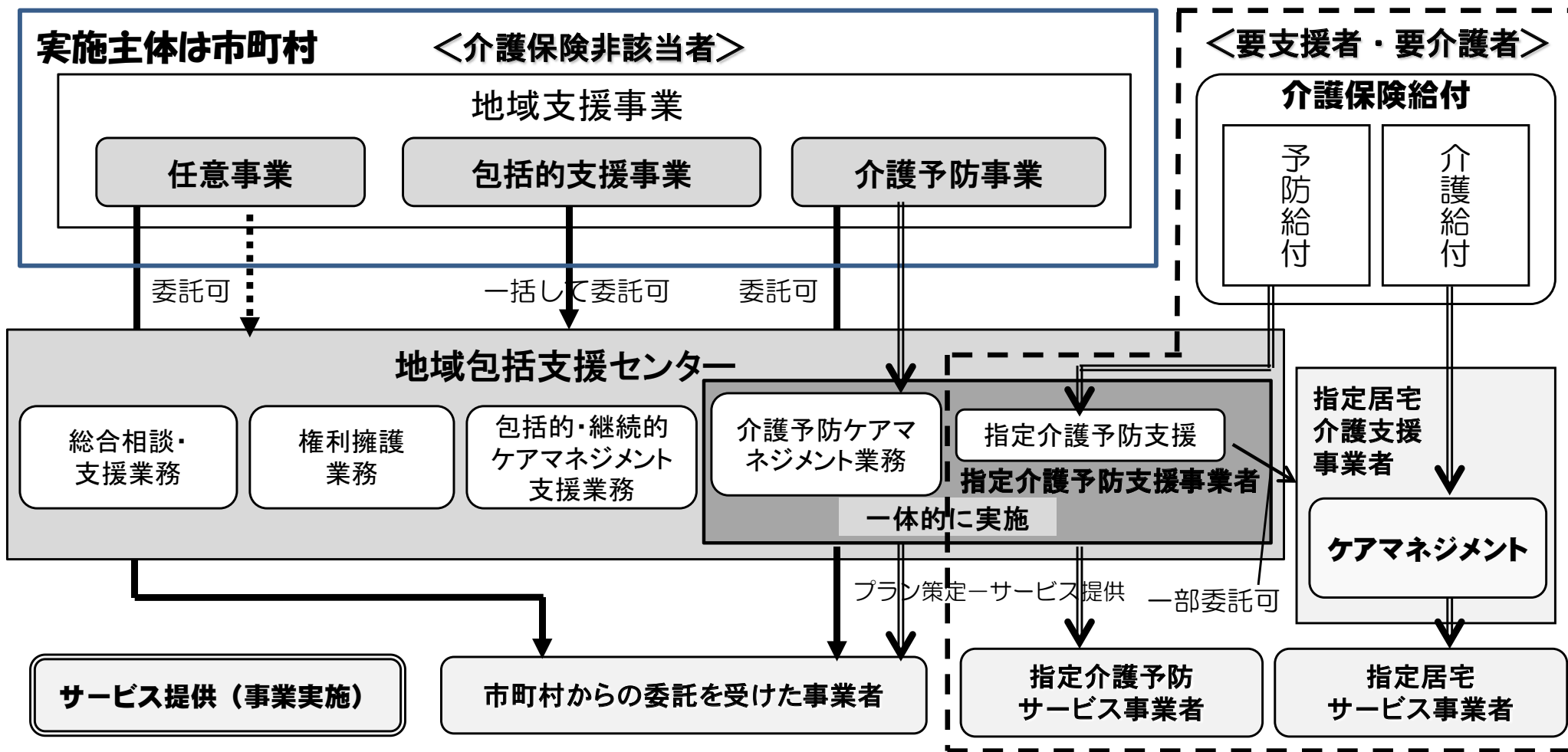
アンケートの結果は、これからの「家族の会」の活動や、6月の総会で決定した「提言」を普及するための貴重な資料となります。

日々の暮らし、介護でお忙しいことと思いますが、どうぞよろしくお願いします。

■ アンケートの回答締め切り：9月30日（木）

■ 回答方法：同封の返信用封筒（切手は不要）でお送りください。

地域支援事業の全体像と介護予防支援の関係

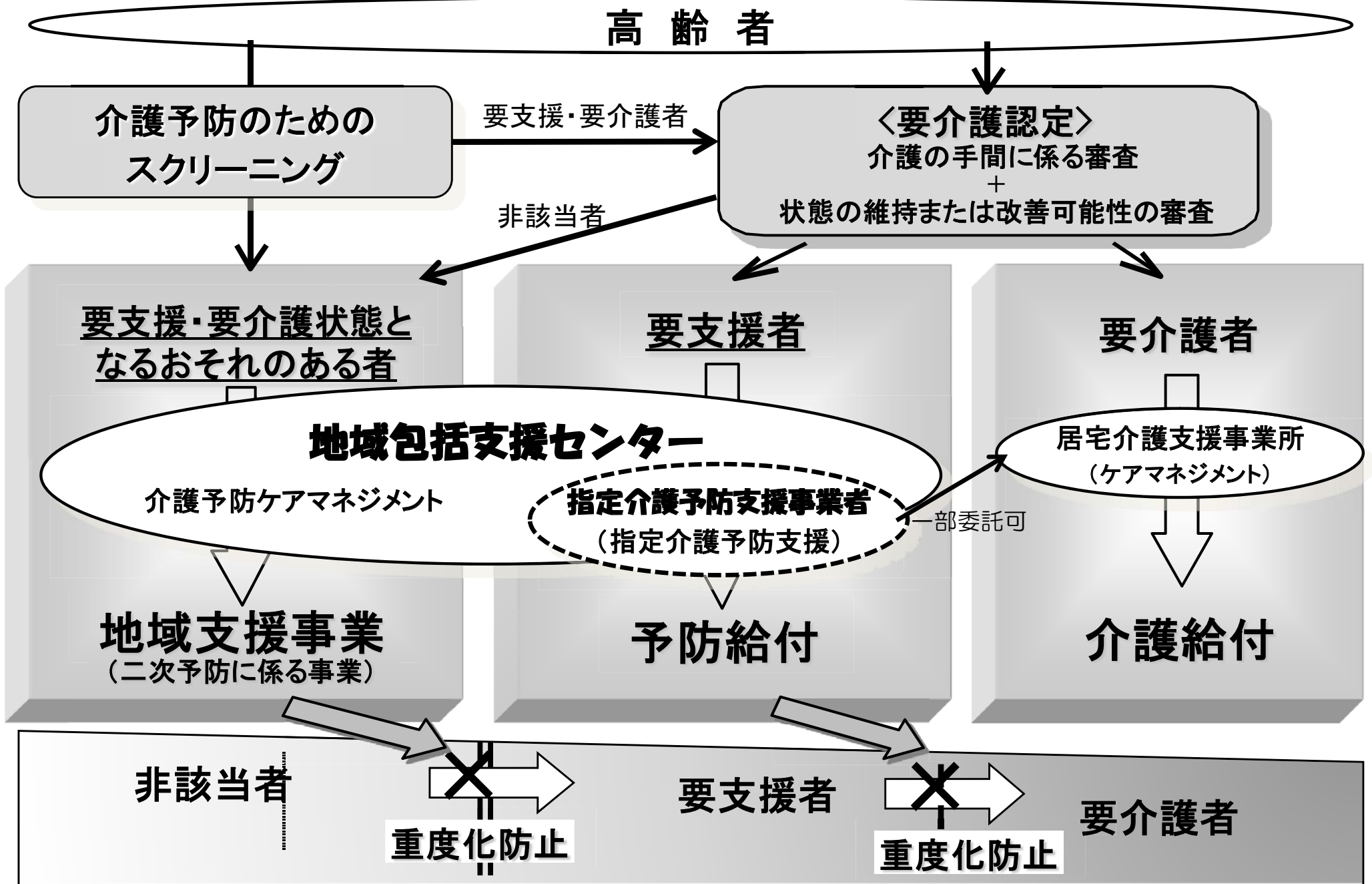


○指定介護予防支援事業者の配置基準
 指定居宅介護予防基準において、指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援事業所ごとに保健師その他介護予防支援に関する知識を有する職員（以下「担当職員」という。）を、事業が円滑に実施できるよう、一人以上の必要数を配置しなければならないとされている（指定介護予防支援基準第二条）。
 この担当職員は、次のいずれかの要件を満たすものであって、都道府県が実施する介護予防支援に関する研修を受講する等必要な知識及び能力を有する者を充てる必要がある。

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

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

予防重視型システムの全体像



介護保険制度の実態と問題点に関する調査〈抜粋〉

— 介護保険制度改定に向けて —

2010年3月

NPO法人 高齢社会をよくする女性の会

問 訪問介護の生活援助について

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

1 介護保険から外してはならない

(1) 利用者、家族

- ① 介護保険から外してはならない。夫婦共に要支援1。
家事援助がなければ他に人手を考えなくてはならない。掃除と二人のベッドメイキング、買い物などもしてもらえるので助かるが、老老夫婦の場合、被介護者の分だけというのは困る。老老夫婦の二人暮らしが何とか成り立つように制度の見直しをしてほしい。(80歳代 女性 大阪府 利用者)
- ② 食事の用意、片付け、買い物を外されたら一人で生きてゆけない。1割を支払っていることが、お上のお情けは受けていないというプライドではないか。(60歳代 女性 長野県 家族・介護職員)
- ③ 在宅介護の方針をこれからも推進していくのなら、是非、必要だと思う。介護保険料を支払っているのだから、介護保険の支給としたほうがよい。(60歳代 女性 富山県 家族)
- ④ 身体介護と生活援助には余り境がないと思う。一律（固定額×時間）にすれば事務が簡素化できる。(60歳代 女性 福岡県 家族)
- ⑤ 公費負担に理解が得られるか疑問。むしろ、同居家族がいても生活援助サービスが受けられるように改善すべき。(30歳代 女性 東京都 家族)

(2) 地域包括支援センター、事業者、介護職員等

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

(3) 元教員、団体役員

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

2 公費負担とした場合の問題点

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

3 公費負担にしたほうがよい

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

4 その他

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

[参 考]

要支援、要介護1の利用者への生活援助の現状〈抜粋〉

「生活援助」と「身体介護」（相談助言）は一体の援助

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

〈事例1〉 リュウマチと生活援助

（76歳 一人暮らし 慢性関節リュウマチ 要支援2）

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

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

〈事例2〉 常に緊急対応が求められる「生活と身体は一体」のプランを

（90歳代 一人暮らし 認知症 要介護1）

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

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

この援助はプランにない援助で、生活援助と身体介護は一体の内容の事例。こういった訪問先の生活援助をボランティア（有償）が支えきれるか疑問だ。

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

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

週1回通所介護。週3日訪問介護を利用。

朝10時半～11時半まで、1時間の派遣で掃除・調理をすることにした。

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

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

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

ヘルパーには通所介護での様子を笑いながら話すようになった。

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

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

〈事例 4〉 連日、訪問し、認知症高齢者の生活と家族を支える

(80歳 中度の認知症 一人暮らし)

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

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

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

ヘルパーは退出時、ガスの元栓を締め、雨戸を閉め、電子レンジなどのコン

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

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

<事例 5> 精神障害と生活援助 (80歳代 一人暮らし 要支援2)

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

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

ヘルパーの訪問で老い先の不安が少なくなったと喜ばれていました。

流れる汗を「拭いて」そっと濡れタオルを渡して顔を拭いて頂きました。

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

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

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

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

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

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

日社福士2010-206
2010年8月19日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 様

社団法人 日本社会福祉士会
会長 山村 睦



介護保険制度見直しにかかる要望書

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

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

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

記

1. 地域包括支援センターについて

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

以上

2010年8月23日

社会保障審議会介護保険部会

淑徳大学准教授
結城 康博

給付の在り方（在宅・地域密着）の論点について

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

1. 医療系サービスの充実

①介護分野における看護師対策

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

②医療的ケアを伴う利用者が活用できるショートステイ

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

2. 要支援者等に対する生活援助等のサービスの在り方

①生活援助は継続して保険給付サービスとする

要支援者に対しては「生活援助サービス」を継続して保険給付として認めるべきである。ただし、将来、軽度者向けの特定財源が確保され、新たなサービス体系が構築できるのであれば、これらを一見直す議論も考えられなくもない。

②その他のサービス

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

③地域支援事業サービスとの関連

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

3. 地域支援事業の在り方

①財源構成

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

②地域支援事業の裁量権

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

③任意事業の拡充と運用面での弾力化

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

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

4. 介護予防事業

①介護予防事業を任意事業に

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

②現行の介護予防事業（特定高齢者対象）のプロセス

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

③事業内容

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

5. 地域包括支援センターについて

①予防給付のケアプランを通常のケアマネジャーに移譲

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

②居宅介護支援事業を可能にしては（ケース数を限定して）

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

③核となる地域包括支援センターの創設

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

6. 地域密着型サービスについて

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

7. 家族介護者への支援

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

以上

医療依存度の高い在宅療養者を支援する 小規模多機能型居宅介護の提案

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

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

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

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

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

医療依存度の高い在宅療養者を支援する小規模多機能型居宅介護について

<サービスの機能>

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

<サービスの構成>

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

以上

介護保険制度とリハビリテーション

医療法人 真正会 理事長 齊藤正身

介護保険制度における「リハビリテーション」の位置づけ

介護保険法 第1条

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

介護保険法 第4条

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

高齢者リハビリテーション研究会

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

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

この課題を解決するため、

今後の高齢者リハビリテーションの基本的な考え方として、

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

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

2

現行サービスの見直し（高齢者リハビリテーション研究会）

予防、医療、介護は断片的でなく、総合的に提供されるべき。

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

3

高齢者リハビリテーションの実施方法（高齢者リハビリテーション研究会）

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

国民と専門家に求められること（高齢者リハビリテーション研究会）

<国民>

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

<専門職>

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

高齢者リハビリテーション研究会 → リハビリテーション前置主義の再確認

4

平成18年 診療報酬・介護報酬同時改定

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

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

→外来リハ等の医療保険で提供されているリハビリテーションに大きな課題・問題

→平成18年12月25日 老老発第1225003号 保医発第1225001号 両課長連名の通知

「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」



医療保険

急性期及び回復期の状態に対応し、
主として身体機能の早期改善を目指す

主にレベル低下に対応する…

介護保険

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

主にレベル低下しないように…

5

介護保険におけるリハビリテーション実施に当たっての留意事項

<居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者における留意事項>

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

<地域包括支援センターにおける留意事項>

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

ケアマネジメントにおけるリハビリテーションの在り方を明確化

6

訪問リハビリテーション

平成21年度 介護報酬改定

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

改定の要約

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

改定に対する私見

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

※「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。
→ これは間違った認識であり、通所と訪問は役割が違う。

7

通所リハビリテーション

平成21年度 介護報酬改定

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

改定の要約

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

改定に対する現時点での私見

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

8

通所介護・短期入所療養介護・認知症短期集中リハ 等

平成21年度 介護報酬改定

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

改定の要約

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

「レスパイト・ケア」

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

改定に対する現時点での私見

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

平成21年度介護報酬改定では、リハビリテーションの評価が見直されたが…

9

「介護」におけるリハビリテーションの必要性和将来あるべき姿

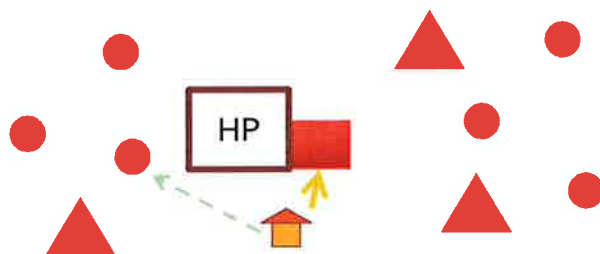
1. 要介護者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、能力の維持向上を図るために、リハビリテーションは不可欠である。
2. 施設・在宅の区別なく、介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。
3. 在宅での実生活の場面に直面しながら、自立した生活を目指すために、訪問によるリハビリテーションの提供は有効であり、自宅での閉じこもりを防ぎ、社会との接点を持ちながら自立した生活の幅を拓げていくために、通所におけるリハビリテーションの提供は有効である。
4. 地域特性によって、単独型・併設型・包括型等の多様な形態で運営されることが望ましい。
5. 訪問、通所、短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

10

参考資料：通所系サービスの連携・協働

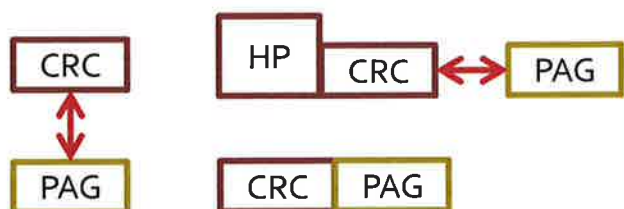
England

- Day Hospital
- ▲ Day Centre
- Day Club



AUS (Victoria)

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



Japan

Day Care (通所リハ)
Day Service (通所介護)



11