

社会保障審議会介護保険部会（第35回）議事次第

平成22年10月28日（木）

14：00～17：00

於：ホテルフロラシオン青山

議 題

- 1 介護保険制度の見直しに向け、さらに議論が必要な論点について
- 2 「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」中間取りまとめについて
- 3 その他

**介護保険制度の見直しに向け、
さらに議論が必要な論点について**

給付や負担の見直し等に関わる主な論点について

【利用者負担について】

- 高所得者に能力に応じた負担を求める観点から、高所得者の利用者負担を引き上げることについて、どう考えるか。
- ケアマネジメントの質の向上等を図りつつ、現在、全額が保険給付となっている居宅介護支援・介護予防支援（ケアプランの作成）について、利用者負担を導入することについて、どう考えるか。
- 介護保険施設を利用する低所得者の食費や居住費を軽減する補足給付について、負担能力を適切に反映した仕組みとするため、施設に入所する前の世帯の負担能力や保有する資産などを考慮して、支給の要否を決定する仕組みとすることについて、どう考えるか。
- 現在、4人部屋などの多床室の入所者に対しては、居住費のうち室料に相当する部分は保険給付に含まれ、光熱水費に相当する部分のみが居住費として保険給付の対象外とされているが、低所得の入所者に配慮した上で、多床室の入所者についても、必要な室料負担を求めることについて、どう考えるか。

【軽度者に対する給付について】

- 重度の要介護者に給付を重点化する観点から、軽度者の利用者負担を引き上げる
ことについて、どう考えるか。
- 重度の要介護者に給付を重点化する観点から、生活援助サービスなど軽度者に対
する給付を縮小することについて、どう考えるか。

【保険料負担について】

- 第2号保険料の負担の応能性を高めるため、現在は加入者の人数で決めている被
用者保険の保険者の負担額について、加入者の総報酬額に応じて決める方式を導入
することについて、どう考えるか。

【被保険者範囲について】

- 被保険者範囲を40歳未満の者に拡大することについて、どう考えるか。

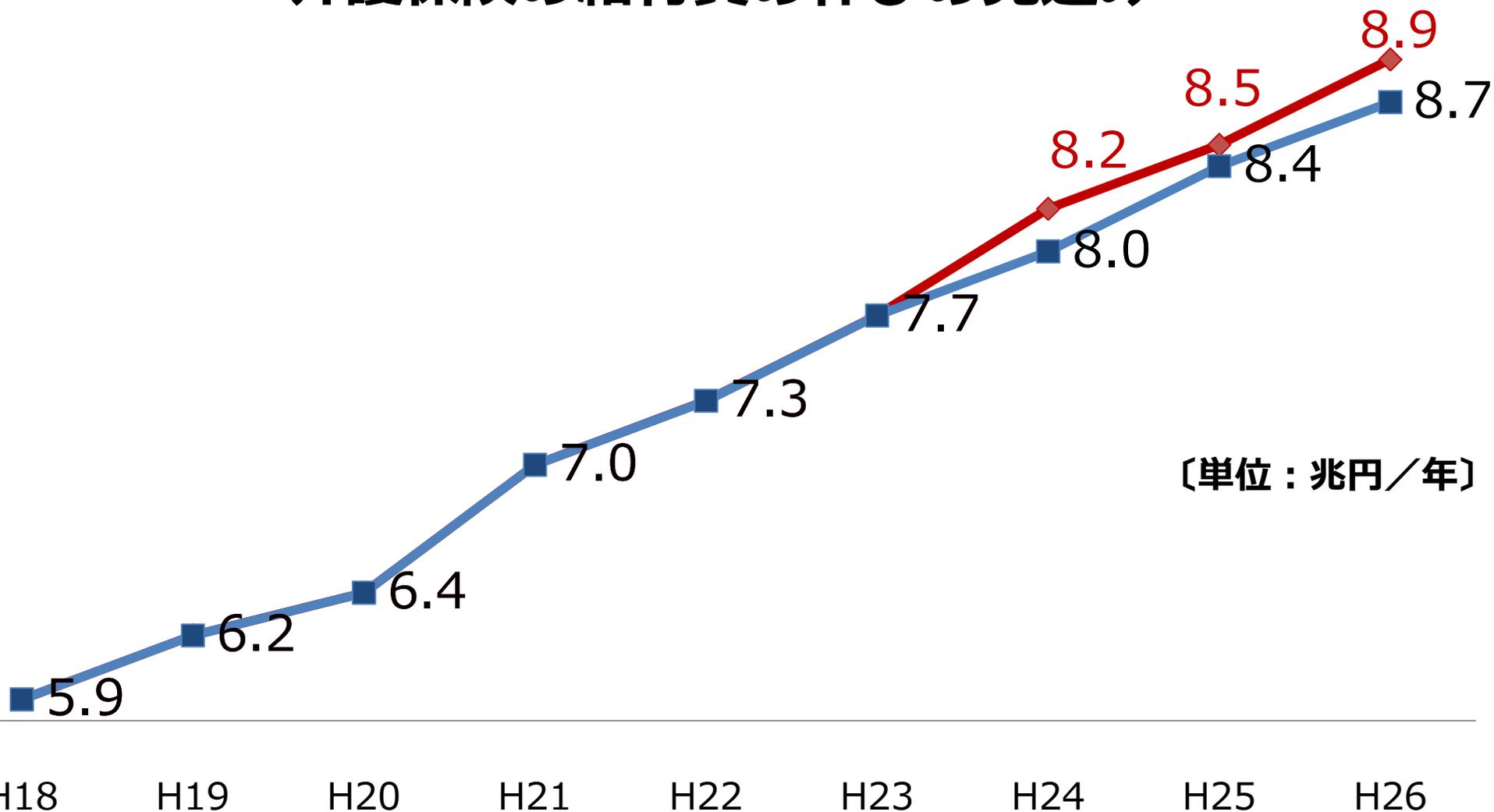
【公費負担の引き上げについて】

- 公費負担割合を引き上げることに、どう考えるか。
 - ・ 公費負担割合を5割から6割に引き上げ
 - ・ 調整交付金を外枠化
 - ・ 補足給付を公費負担化
 - ・ 地域支援事業を公費負担化

参考資料

- ・ 介護保険財政について
- ・ pay as you go原則について
- ・ 高所得者の負担について
- ・ ケアマネジメントについて
- ・ 施設入所者の負担について
- ・ 軽度者に対するサービスについて
- ・ 被用者保険の保険料負担について
- ・ 被保険者範囲について
- ・ 公費負担の引き上げについて

介護保険の給付費の伸びの見込み



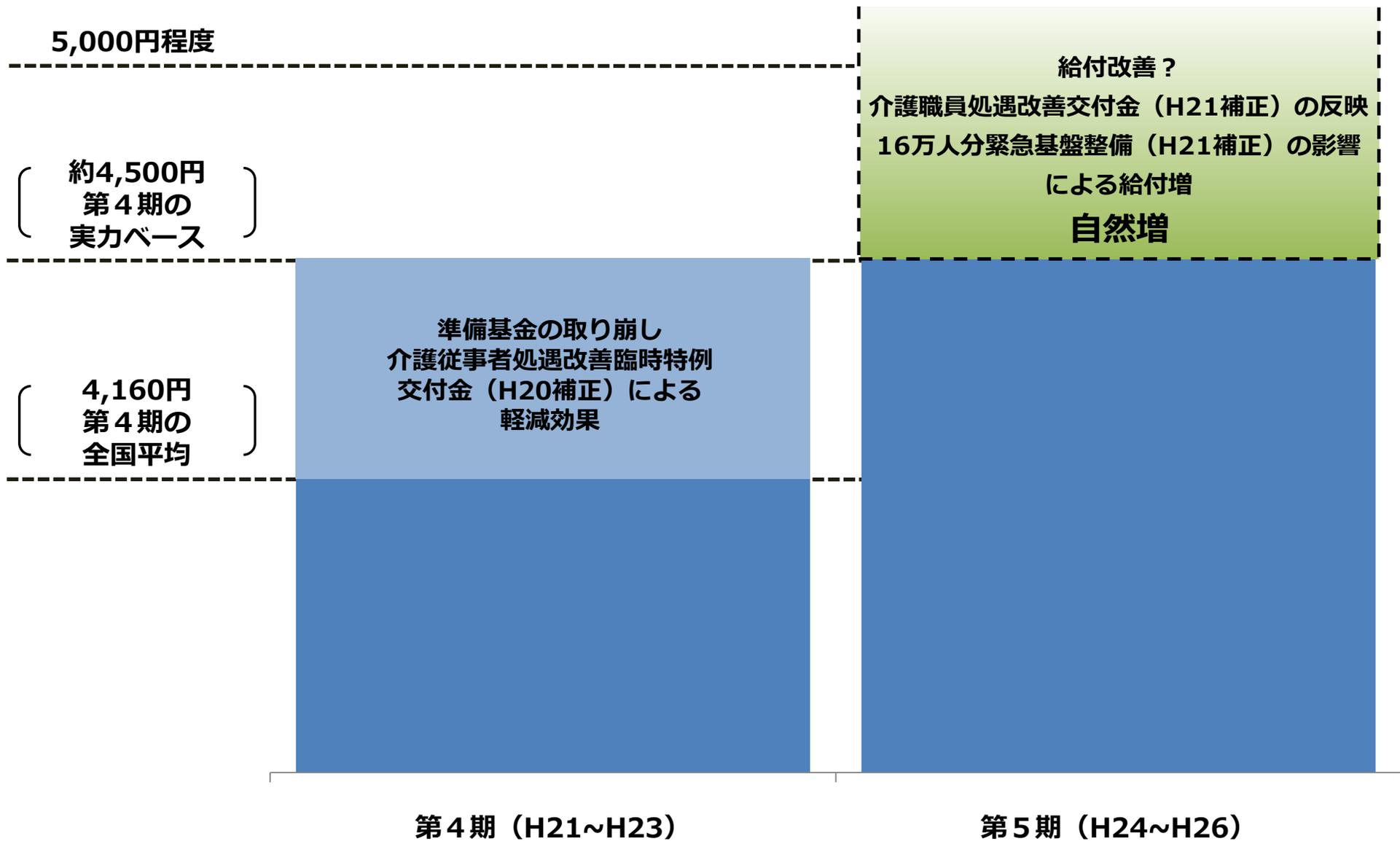
◆ 処遇改善交付金分を含む（第5期以降） ■ 処遇改善交付金分を含まない（第5期以降）

* H20年度までは実績値。H21年度からH23年度は予算額。H24年度以降は自然増を見込んだもの。地域支援事業は含まない。

* H22年度以降は、16万人分緊急基盤整備の影響による給付費増を加味したもの。

* H24年度で介護報酬1%は、約800億円。

第5期の介護保険料



第5期介護保険財政において考慮すべき事項

- 第5期介護保険財政において、仮に、
 - ① 現行の1.5万円の介護職員処遇改善交付金に相当する額を介護報酬に反映、
 - ② 地域包括ケア体制の実現に向けて、必要なサービスの拡充を図るための給付改善を実施、する場合、これらに要する費用は、保険料、公費、本人一部負担で賄うことになる。

- なお、財政運営戦略（6月22日閣議決定）において、歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な歳出削減又は恒久的な歳入確保措置により、それに見合う安定的な財源を確保するものとする「ペイアズユーゴー原則」が定められているところ。

保険料6段階の構成割合

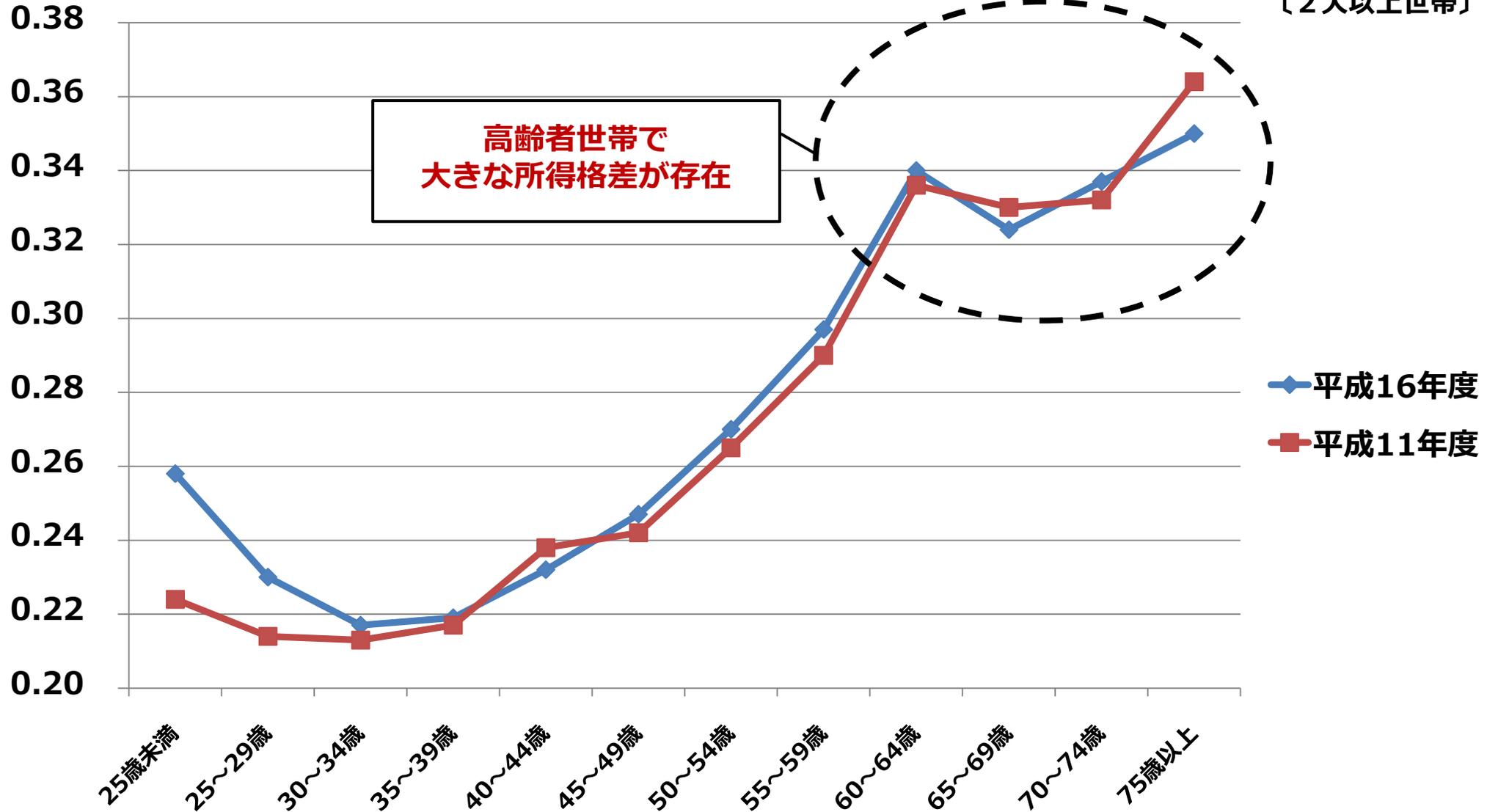
第1号被保険者数：28,306,853人（平成20年度末現在）

	第1段階 (生保受給者等)	第2段階 (世帯非課税、年金収入80万円以下)	第3段階 (世帯非課税、年金収入80万円超)	第4段階 (世帯課税、本人非課税)	第5段階 (基準所得200万円未満)	第6段階 (基準所得200万円超)
被保険者数	687,098	4,544,572	3,127,933	9,095,910	6,381,316	4,470,024
割合	2.43%	16.05%	11.05%	32.13%	22.54%	15.79%

出典：介護保険事業状況報告年報

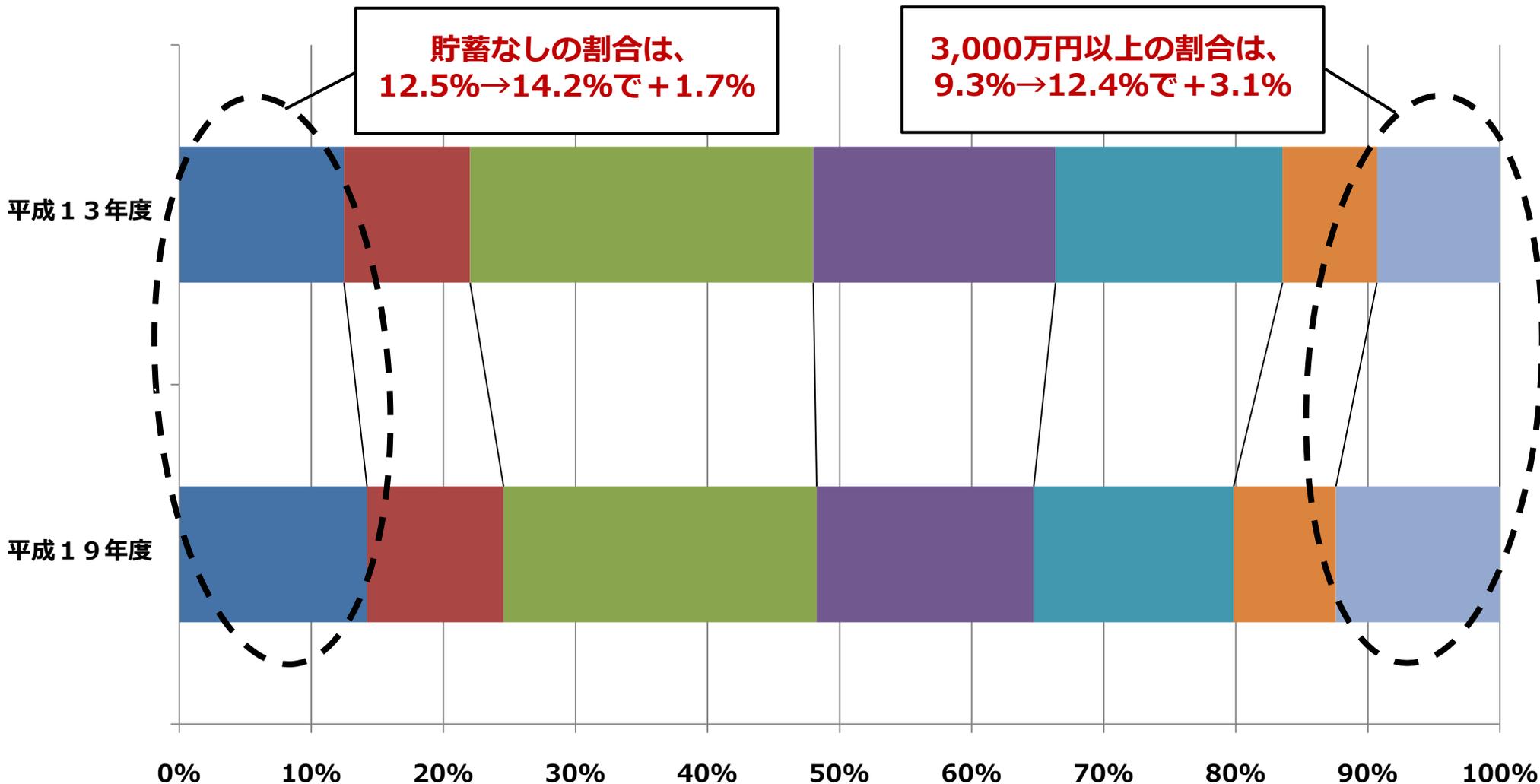
世帯主の年齢別の年間収入のジニ係数

〔2人以上世帯〕



高齢者のいる世帯の貯蓄額の変化

- 貯蓄なし
- 100万円未満
- 100～500万円未満
- 500～1000万円未満
- 1000～2000万円未満
- 2000～3000万円未満
- 3000万円以上



※ 高齢者のいる世帯のうち、単独世帯と夫婦のみの世帯のデータを使用。

出典：国民生活基礎調査

居宅介護支援・介護予防支援（ケアプラン作成等）の 利用者負担に関する指摘

- 自立支援型のケアマネジメントが推進されるよう、居宅介護支援に利用者負担を導入することも検討すべき。【地域包括ケア研究会報告書（平成22年3月）】
- ケアマネジャーの利用においても自己負担を設け、利用者との直接契約を可能にするといった、ケアマネジャーを能力に応じて評価、処遇する仕組みを構築すべき。【経済同友会「2009年度社会保障改革委員会提言」（平成22年6月）】

※ 制度創設時の考え方

- 高齢者介護保険制度の創設について（平成8年4月22日老人保健福祉審議会）
 - ・ 要介護高齢者に対しては、後述するように、多様な専門家からなるケアチームが個々の高齢者ごとに必要とされる適切な介護サービスの提供に関する計画（ケアプラン）を作成し、総合的・一体的なサービスの確保を図ることが重要である。こうしたケアマネジメントサービスは、介護給付の対象とし、本人が希望に基づいて有効にケアマネジメントサービスを積極的に利用できるよう、利用者負担について十分配慮する必要がある。
- 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について（平成11年老企第22号）
 - ・ 介護保険制度においては、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置づけたものであり、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に10割としているところである。

居宅におけるケアマネジャーの業務内容等

法令で定められている主な業務内容

- 自立支援という観点から、解決すべき課題を把握(アセスメント)した上で、ケアプランを作成する。
- ケアプラン作成後、ケアプランの実施状況の把握を行い、必要に応じてケアプランの変更や、居宅サービス事業者等との連絡調整を行う。
- 少なくとも1ヶ月に1回、利用者の居宅を訪問して利用者に面接する(※)。
- サービス担当者会議を開催して、ケアプラン作成時や、要介護認定の更新・変更時に、サービス担当者から専門的な意見を求める。
- 居宅での生活が困難になった場合等には、介護保険施設への紹介等を行う。

※ 介護予防支援(要支援者向けケアマネジメント): 少なくとも3ヶ月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接する。利用者の居宅を訪問しない月においては、デイサービス事業所等を訪問しての面接に努めるとともに、面接できない場合は電話等により利用者への連絡を実施する。

保険給付

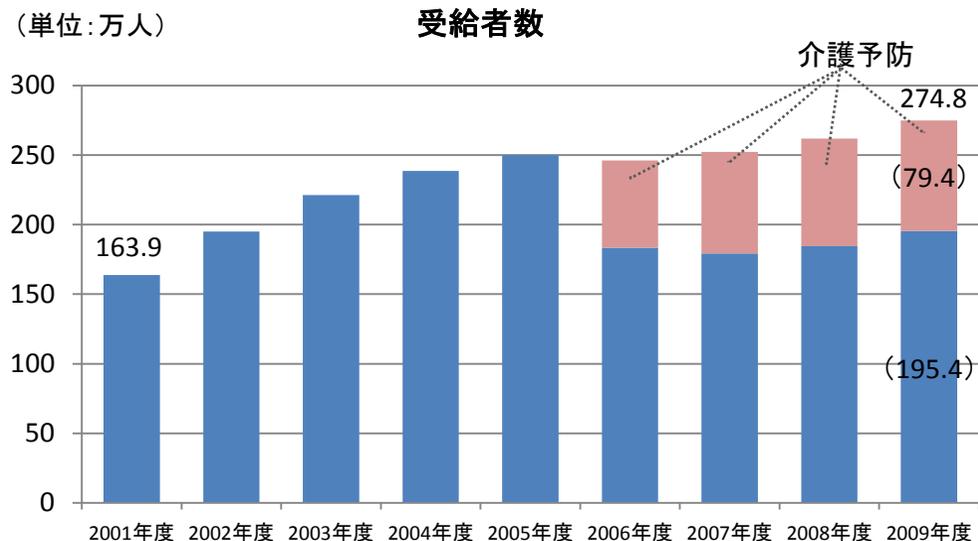
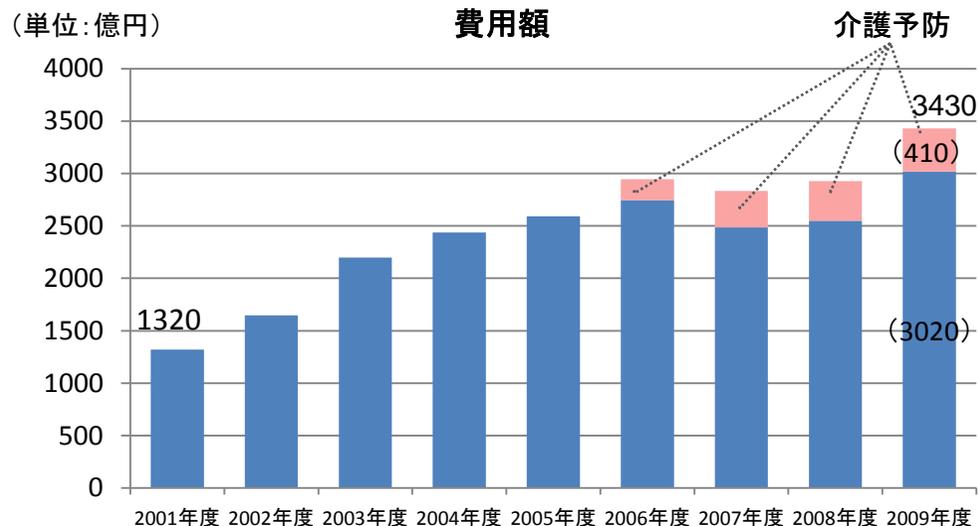
- 上記のような業務に対して、毎月、介護報酬が支払われている。
- 利用者負担はない。

※居宅介護支援(介護予防支援)の介護報酬

要支援 1、2	4 1 2 単位	+	介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3 0 0 単位	等
要介護 1、2	1, 0 0 0 単位	+	特定事業所加算	I : 5 0 0 単位	II : 3 0 0 単位
要介護 3、4、5	1, 3 0 0 単位		医療連携加算	1 5 0 単位	
			退院・退所加算	I : 4 0 0 単位	II : 6 0 0 単位
			認知症加算	1 5 0 単位	
			独居高齢者加算	1 5 0 単位	
			小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3 0 0 単位	等

※ 施設サービスや居住系サービス等については、ケアマネジャーの配置義務が課せられており、毎月支払われている施設サービス費等の中で、ケアマネジャーによるケアマネジメントに対する費用も支払われている(1割の利用者負担が徴収されている)。

居宅介護支援・介護予防支援の利用状況



居宅介護支援・介護予防支援の介護サービス費用額(平成20年度)

(上欄の単位: 億円)

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

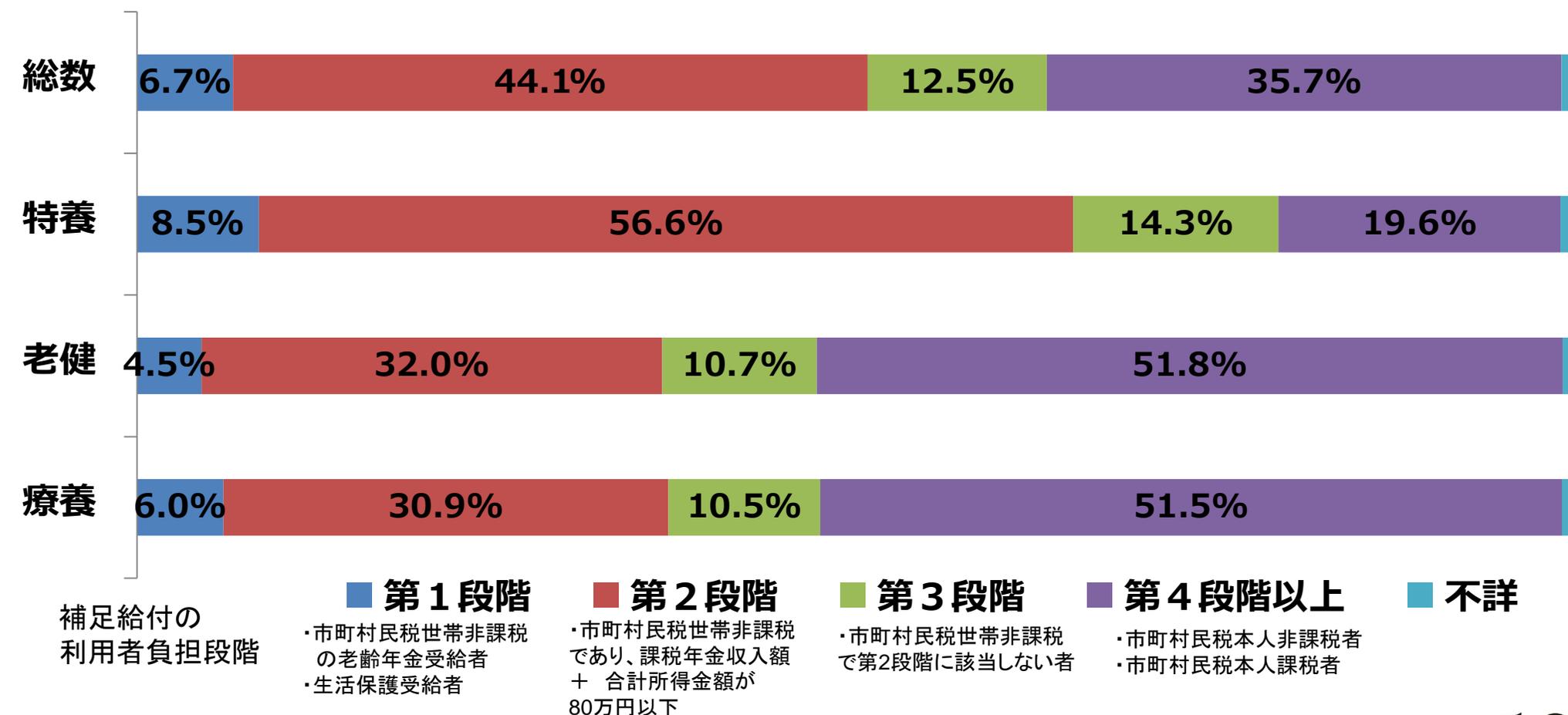
出典: 平成20年度介護給付費実態調査

- 注1) 各年度の費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。
- 注2) 各年度の受給者数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。
- 注3) 各年度の請求事業所数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

【施設入所者の負担について】

所得段階別の入所割合

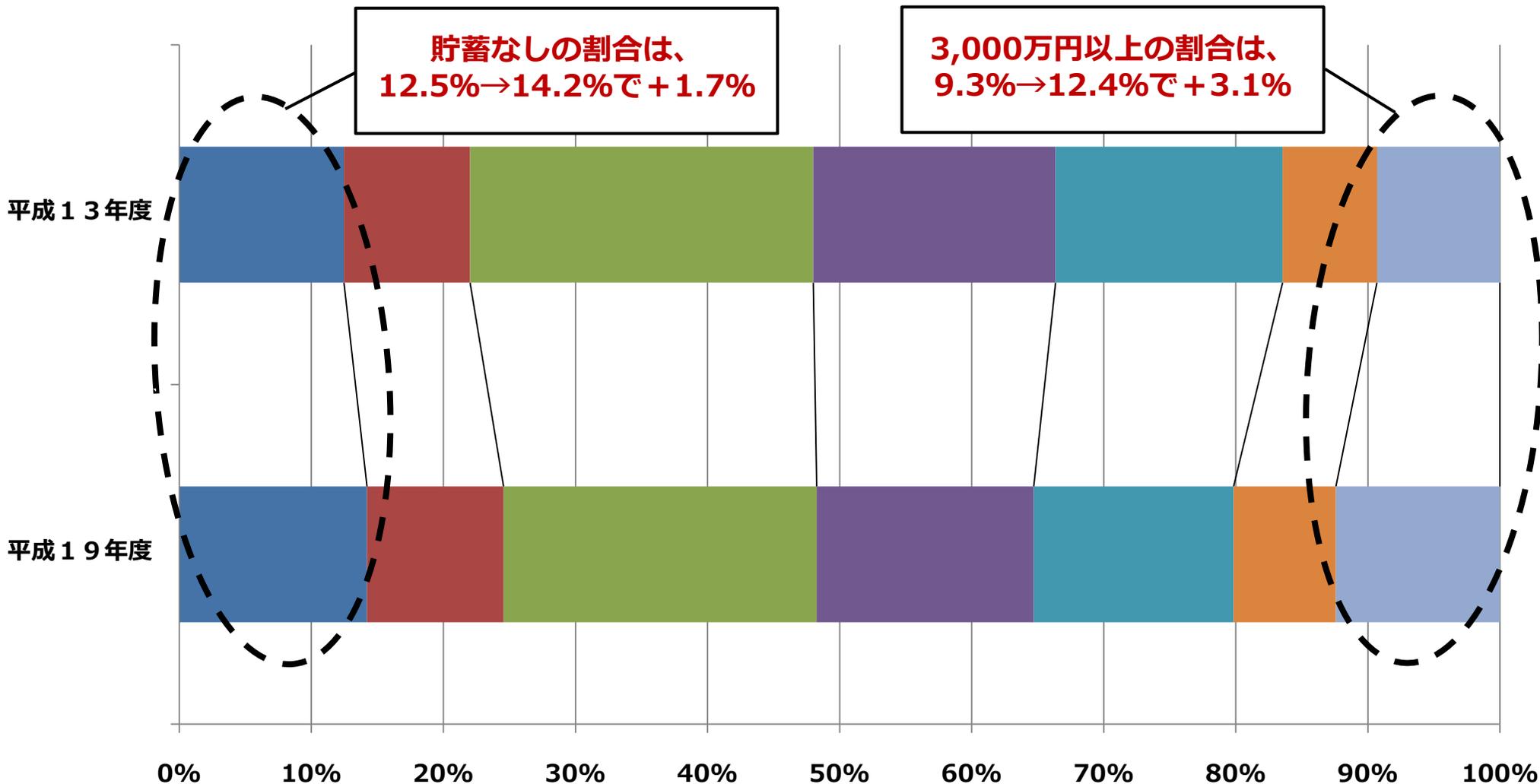
特別養護老人ホームの入所者のうち、市町村民税世帯非課税の方の割合は約8割。
老人保健施設については、約5割。介護療養型医療施設は約5割。



【出典】 「平成18年度介護サービス施設・事業所調査」

高齢者のいる世帯の貯蓄額の変化（再掲）

- 貯蓄なし
- 100万円未満
- 100～500万円未満
- 500～1000万円未満
- 1000～2000万円未満
- 2000～3000万円未満
- 3000万円以上



※ 高齢者のいる世帯のうち、単独世帯と夫婦のみの世帯のデータを使用。

特別養護老人ホームの類型別 介護保険給付と利用者負担の概念整理



ユニット型施設



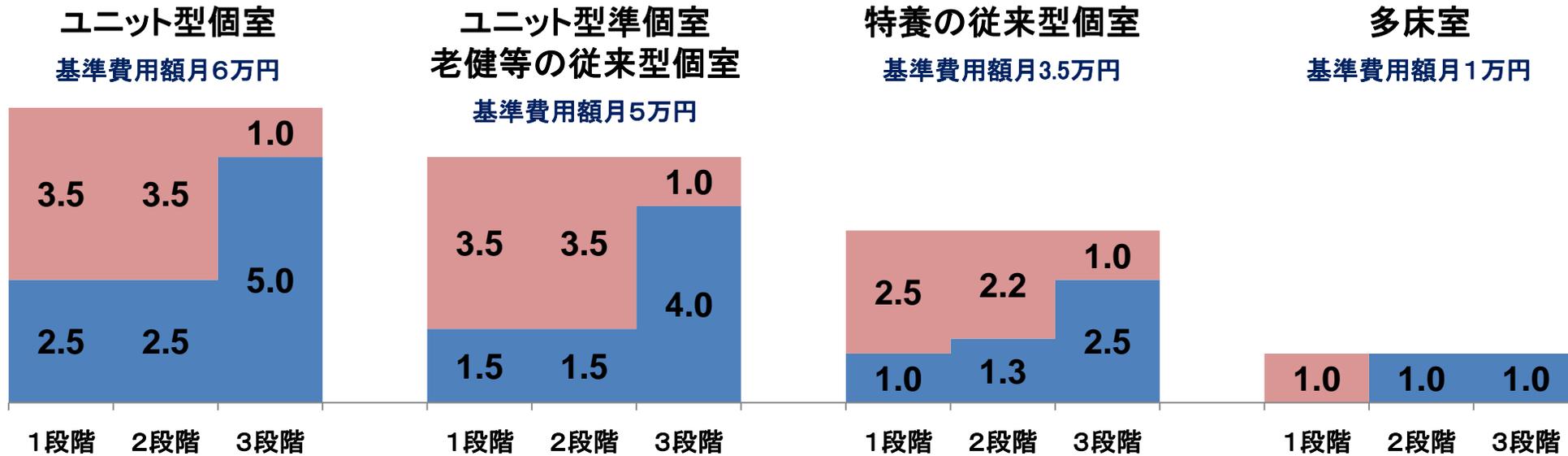
従来型個室



多床室

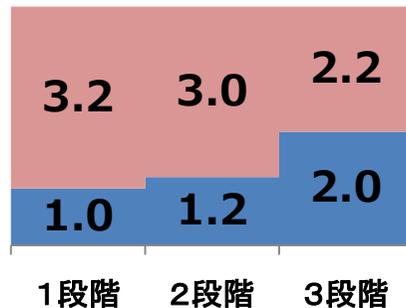
○ 補足給付支給額と利用者負担額

(1) 居住費



(2) 食費

基準費用額4.2万円



■ 補足給付支給額
■ 負担限度額

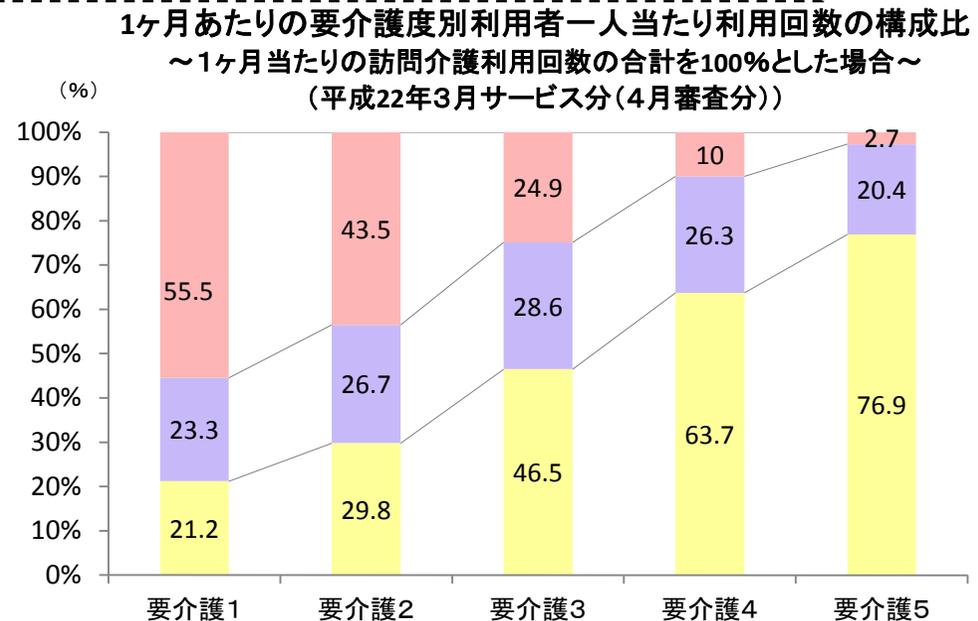
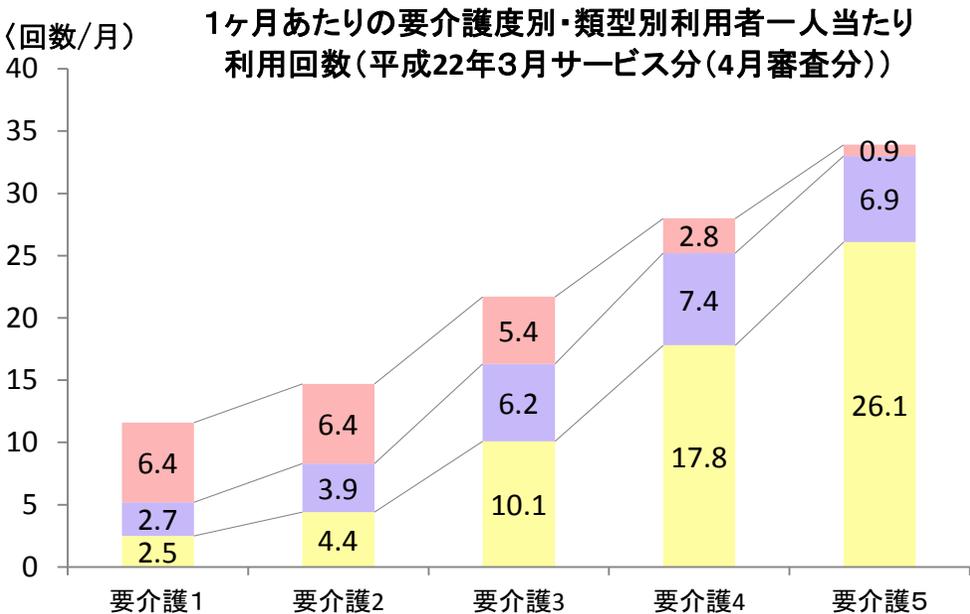
※ 居住費について
 ・多床室以外：室料＋光熱水費
 ・多床室：光熱水費のみ

【軽度者に対するサービスについて】

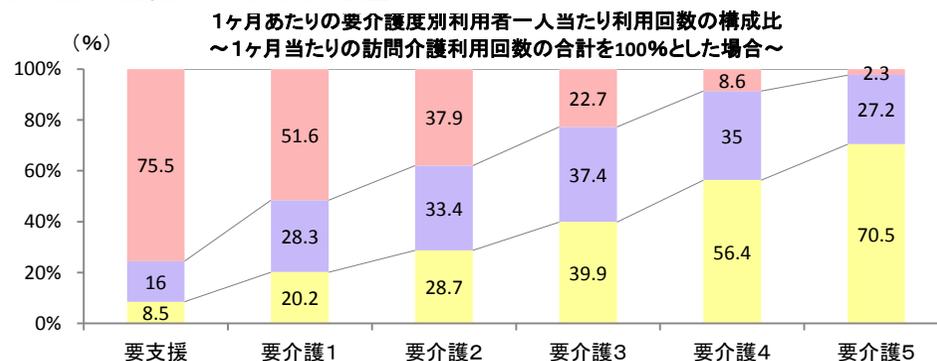
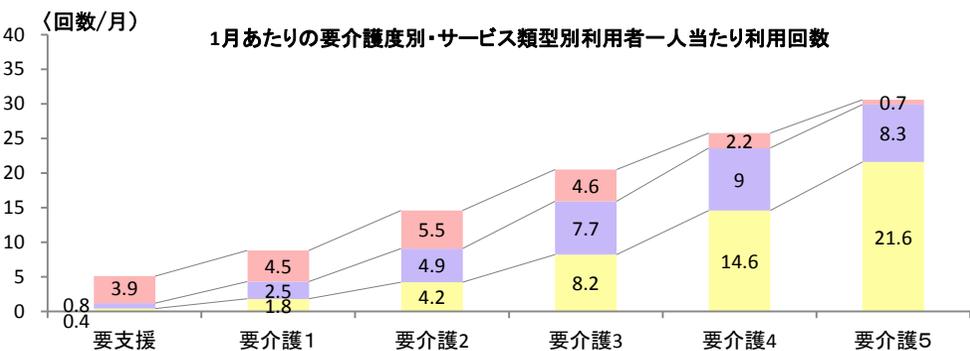
要介護度別の訪問介護（身体介護・生活援助）の利用状況① ～サービス利用回数～

- サービス利用回数に着目すると、軽度者ほど生活援助を利用している割合が高い。
- 要支援者に対して提供されている訪問介護サービスのほとんどは、生活援助であると考えられる。

: 身体介護中心型
 : 身体介護中心型+生活援助中心型
 : 生活援助中心型



【参考】平成18年3月サービス分(4月審査分)のデータ (要支援者向け訪問介護が包括報酬化される直前のデータ)

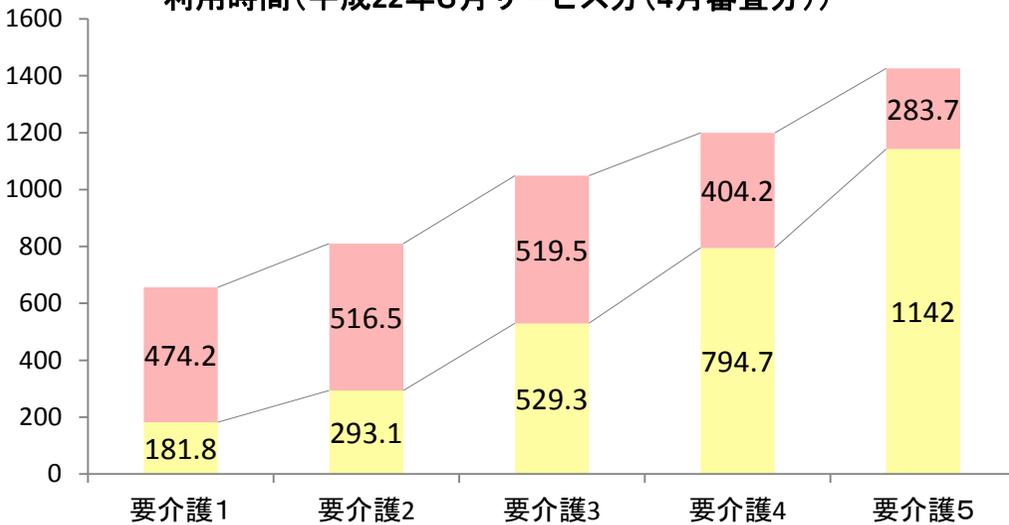


要介護度別の訪問介護（身体介護・生活援助）の利用状況② ～サービス提供時間～

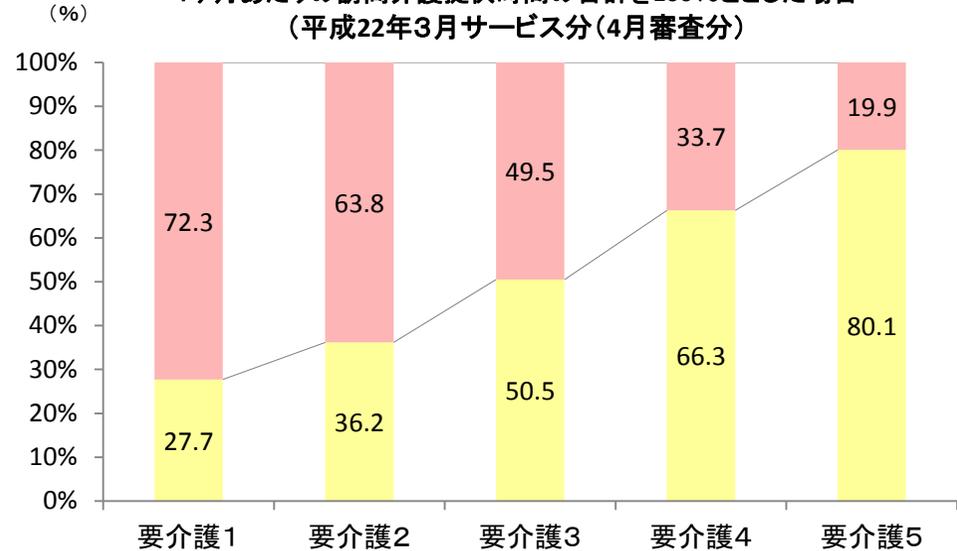
- サービス提供時間に着目すると、軽度者ほど生活援助を利用している割合が高い。
- 要支援者に対して提供されている訪問介護サービスのほとんどは、生活援助であると考えられる。

: 身体介護中心型
 : 生活援助中心型

(分/月) 1ヶ月あたりの要介護度別・類型別利用者一人当たり利用時間(平成22年3月サービス分(4月審査分))

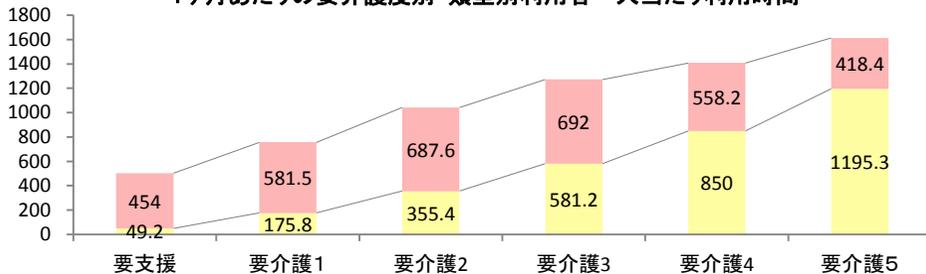


1ヶ月あたりの要介護度別利用者一人当たり利用時間の構成比
～1ヶ月あたりの訪問介護提供時間の合計を100%とした場合～
(平成22年3月サービス分(4月審査分))

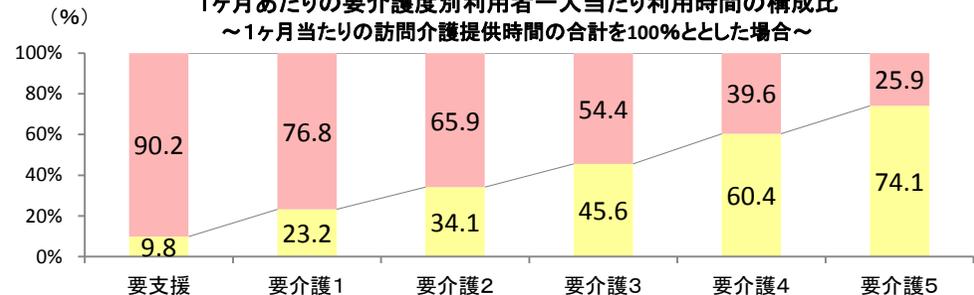


【参考】平成18年3月サービス分(4月審査分)のデータ (要支援者向け訪問介護が包括報酬化される直前のデータ)

(分/月) 1ヶ月あたりの要介護度別・類型別利用者一人当たり利用時間



1ヶ月あたりの要介護度別利用者一人当たり利用時間の構成比
～1ヶ月あたりの訪問介護提供時間の合計を100%とした場合～



※ 介護給付費実態調査での介護報酬請求上の時間で分類し、集計。そのうち「身体+生活」での請求は、集計上、その中で請求される「身体介護」の時間と「生活援助」の時間を分離し、それぞれの時間で分類した上で「身体介護中心型」、「生活援助中心型」に加える形とした。

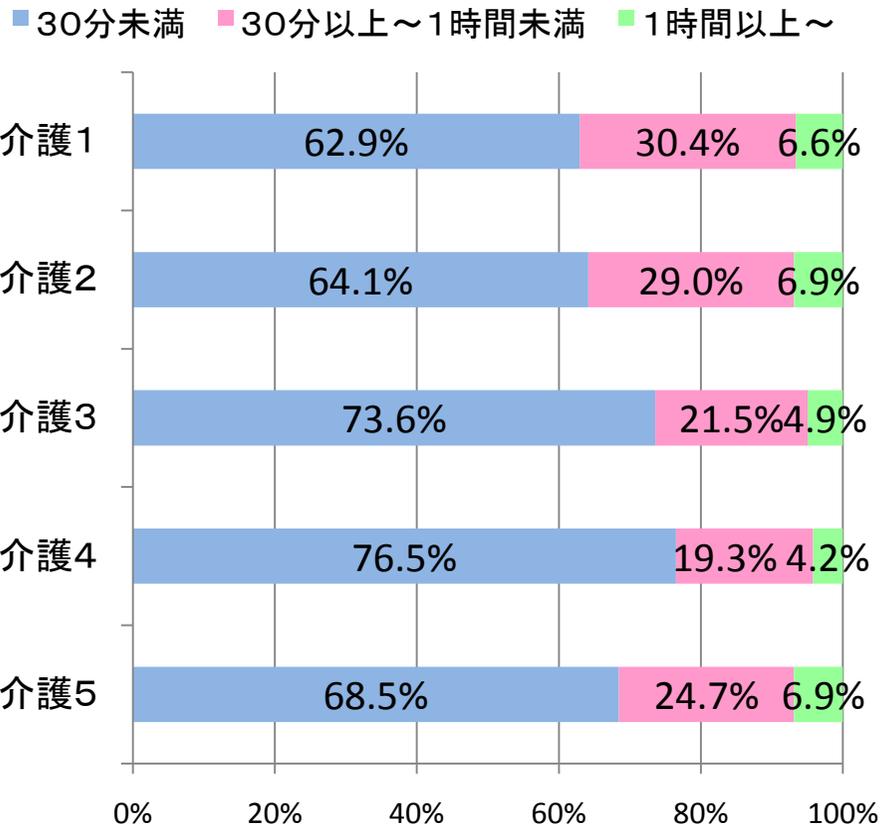
※ 各時間区分における中間値を時間として使い、回数をかけて、利用時間を計算。

(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

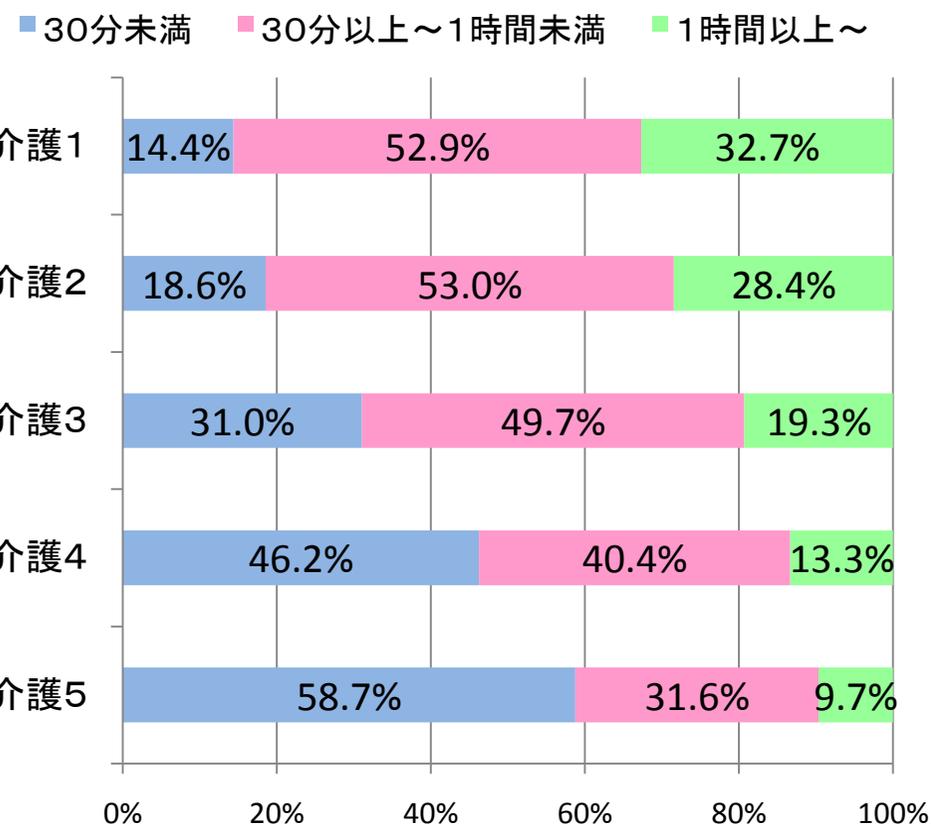
身体介護・生活援助 時間別請求回数の割合

生活援助については、軽度者ほどサービス提供時間が長くなり、重度者ほどサービス提供時間が短くなる傾向にある。

身体介護



生活援助



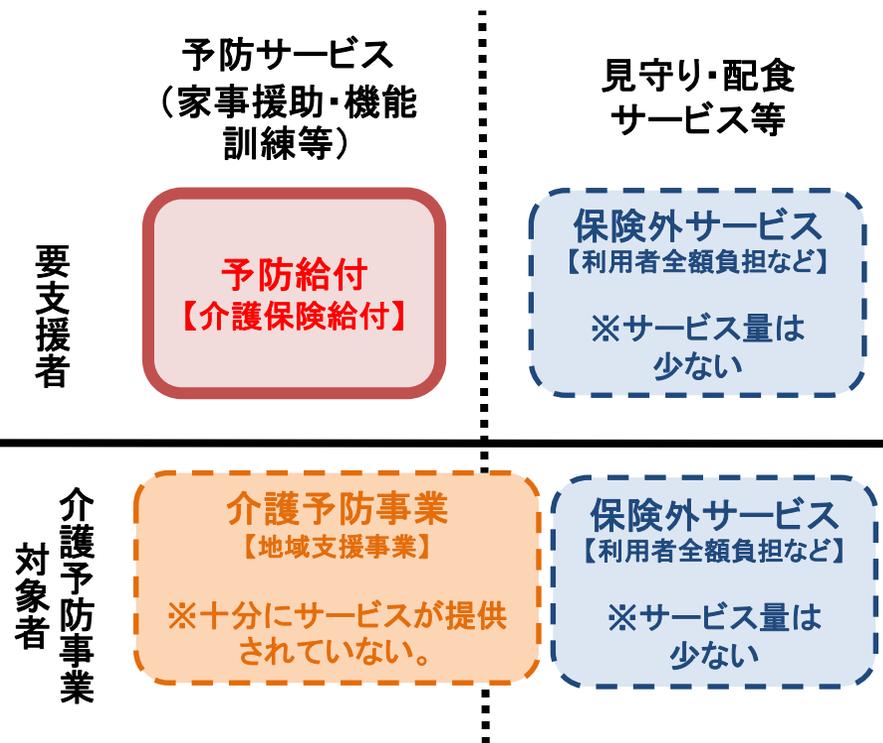
※ 介護給付費実態調査での介護報酬請求上の時間で分類し、集計。そのうち「身体+生活」での請求は、集計上、その中で請求される「身体介護」の時間と「生活援助」の時間を分離し、それぞれの時間で分類した上で「身体介護中心型」、「生活援助中心型」に加える形とした。（そのため、「30分未満の生活援助」が計上されている。）

（資料出所）厚生労働省「介護給付費実態調査（平成22年4月審査分）」

軽度者に対する予防・生活支援のための総合的なサービスのイメージ

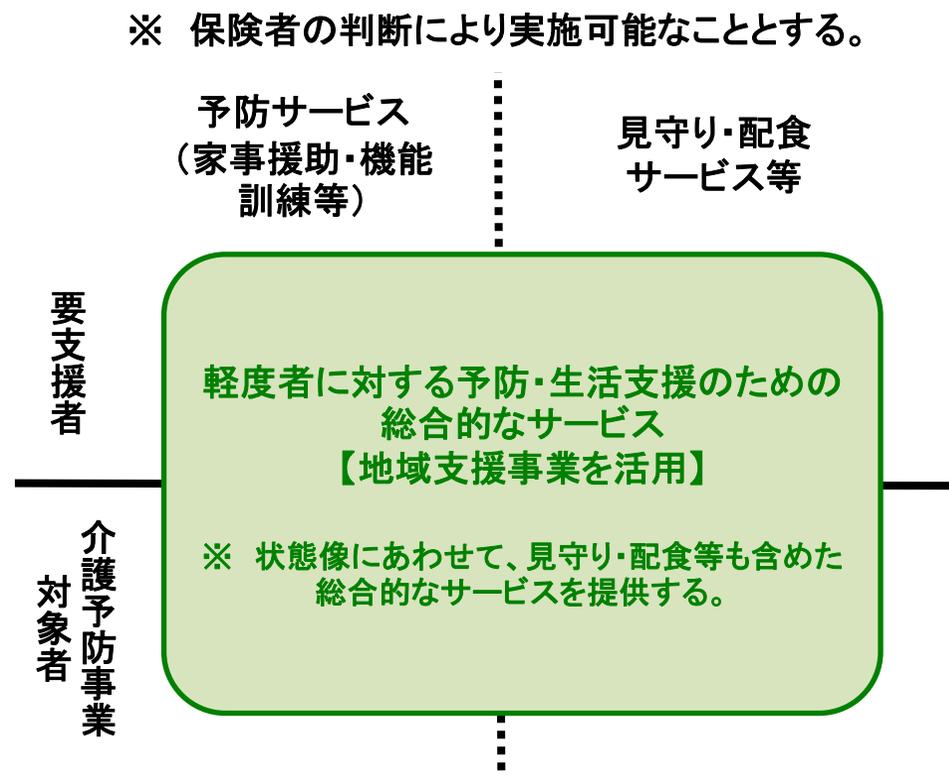
- 保険者の判断により、地域支援事業を活用して、見守り・配食サービス等も含めた、要支援者・介護予防事業対象者向けの予防・生活支援のための総合的なサービスを実施できるようにする。
- これにより、財源の効率的な活用を図りつつ、状態像に応じて、軽度者の生活を支えるための総合的なサービス提供が可能になる。

現状



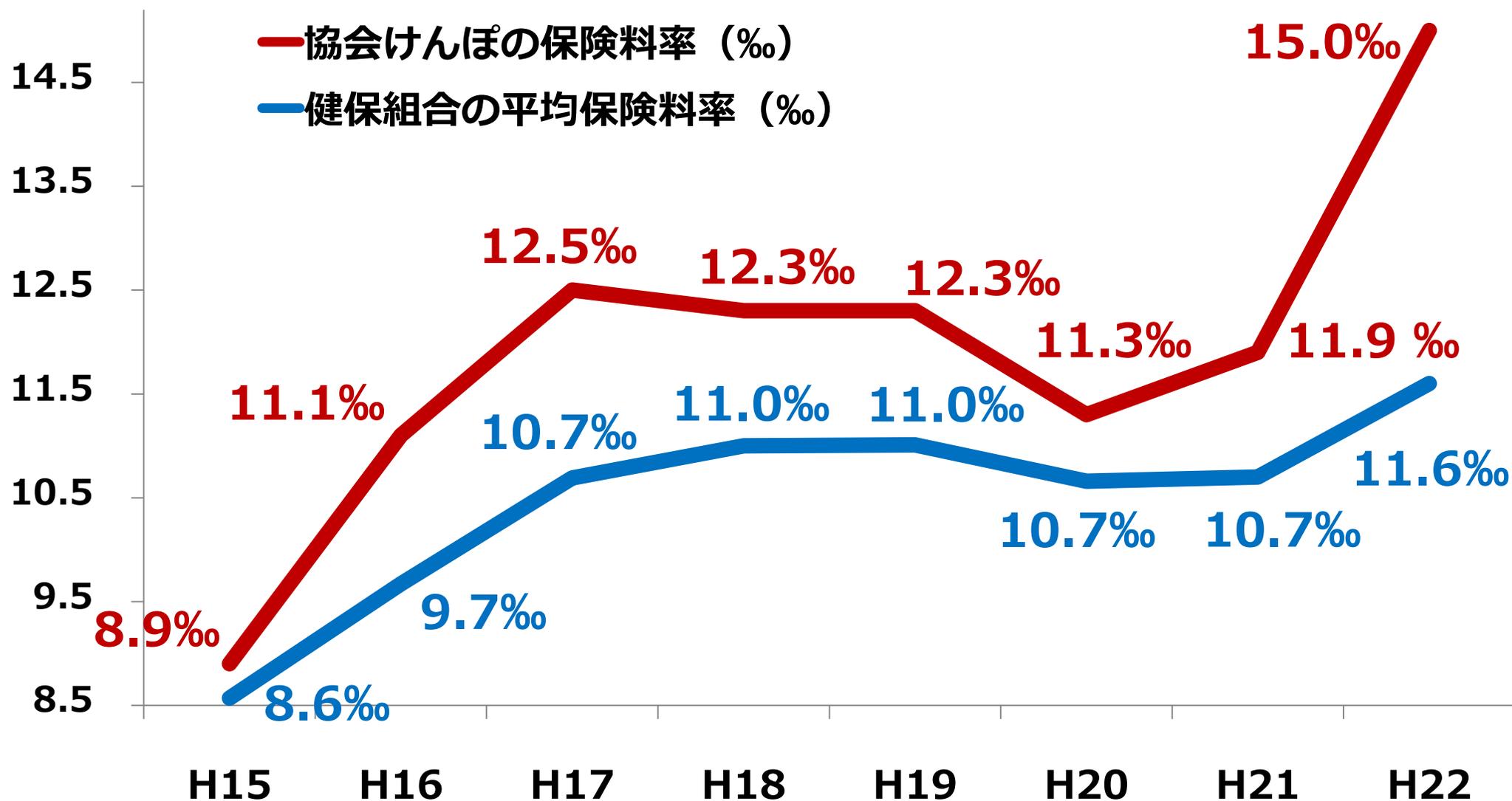
- 要支援者に対しては、見守り・配食サービス等も含めた、生活を支えるための総合的なサービスが提供できていない。
- 介護予防事業対象者については、提供されるサービス量が少ない。このため、予防に向けた取組も進みにくい(要支援状態から改善すると、サービスが減少してしまうため)。

総合的なサービス創設後



- 状態像にあわせ、見守り・配食等も含めて、生活を支えるための総合的なサービス提供が可能。

協会けんぽと組合健保の介護保険料率

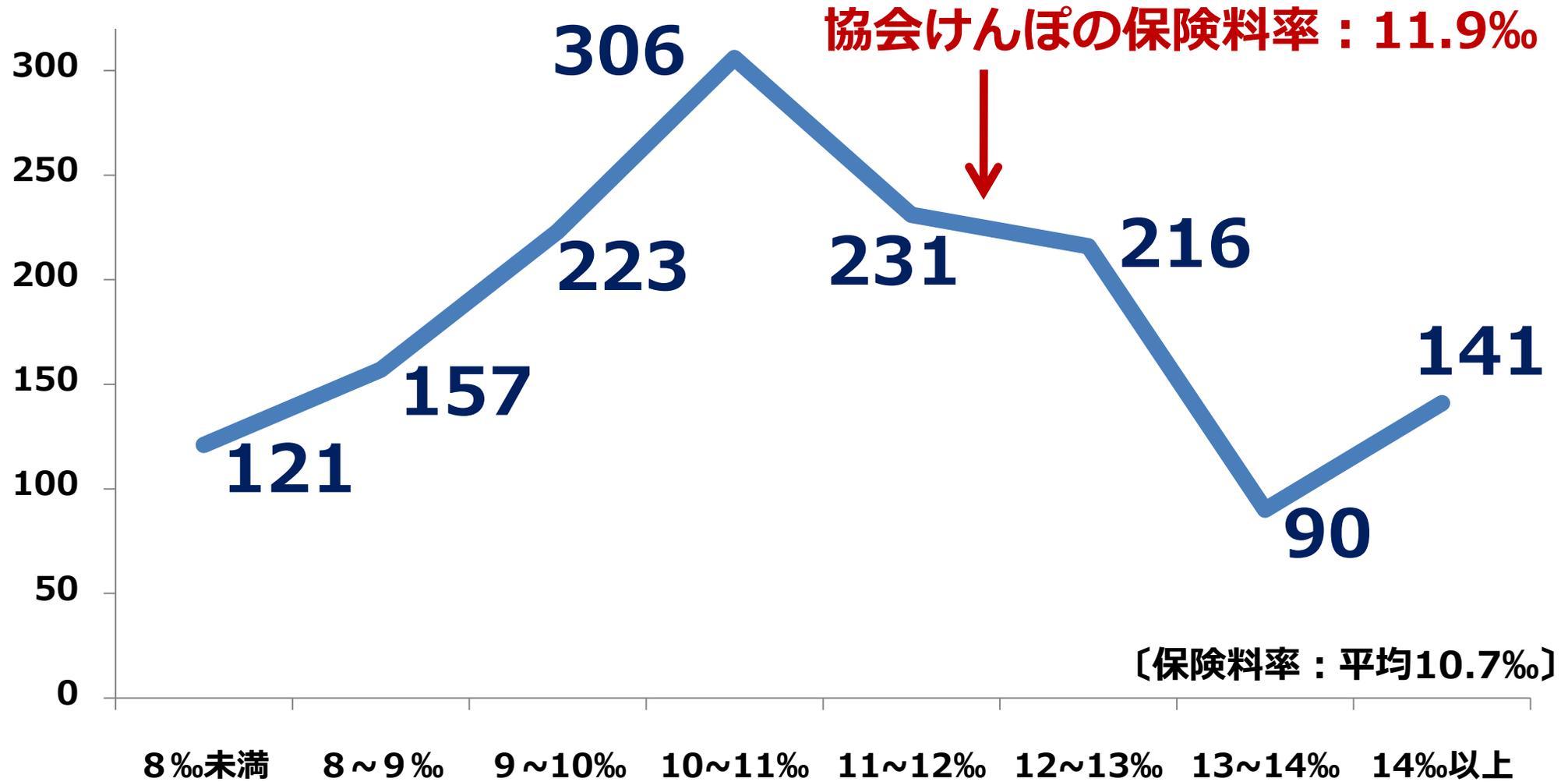


* H21およびH22の健保組合の平均保険料率は、暫定値。

健保組合の介護保険料率の分布

平成21年度

〔組合数：計1,485組合〕



被保険者範囲の拡大

主な論点

○ 「高齢者の介護保険」の枠組みを維持するという考え方

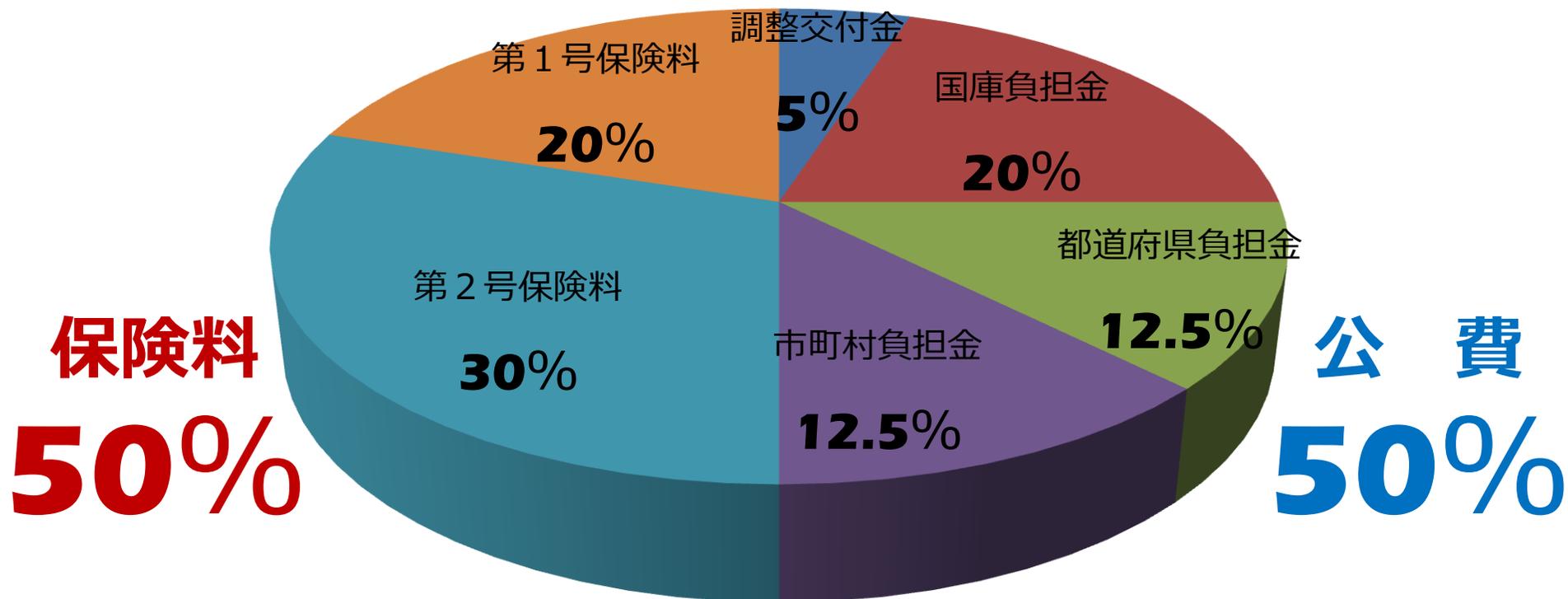
- ① 保険料を負担することになる40歳未満の若年者の納得を得ることが難しく、国民健康保険料に上乗せして徴収する現行の方式では保険料の滞納や未納が増えるおそれがある。
- ② 若年者が要介護状態になる確率は低く、しかもその理由が出生時からであることも多いことから、こうした分野の取組は、税を財源とする福祉政策において行われるべき。
- ③ 重度障害者について保険料拠出を求めることが現実的でない以上、給付と負担が連動する社会保険料方式には馴染まない。
- ④ 社会保障全体の給付と負担が将来どのようになるかが分からないため、現時点で判断することは困難。

○ 「介護保険制度の普遍化を図る」という考え方

- ① 介護ニーズは高齢者特有のものではなく、年齢や要介護となった理由に関係なく生じうるものであるから、年齢で制度を区分する合理性は見出し難い。
- ② 40歳から64歳までの者が理由を問わず保険給付を受けることが可能となる。
- ③ 財政的な安定性を向上させる効果があることから、制度の持続性が高まる。
- ④ 高齢者ケア、障害者ケアの両者におけるサービスには共通する部分があり、年齢や障害種別を超えたサービスを提供できるようにするべき。
- ⑤ 障害者に対する介護サービスのうち、高齢者に対する介護サービスとの共通部分については、地域におけるサービス利用環境が改善され、サービスの均一化・平準化が進む。
「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する中間報告」（平成19年5月21日）

※ 仮に第5期に被保険者範囲を35歳まで拡大した場合、第2号被保険者数は約4,280万人から約5,180万人に増加。

介護保険制度の財源構成



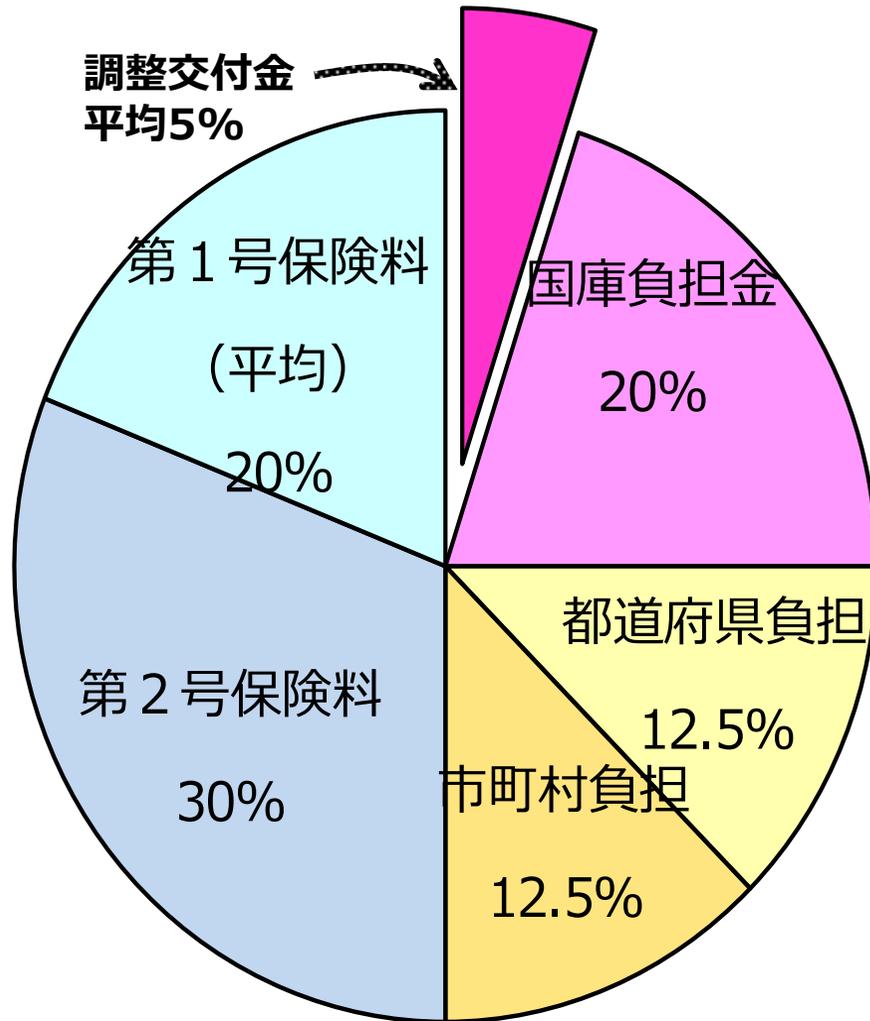
(注1) 第1号保険料と第2号保険料の割合は、計画期間ごとの第1号被保険者と第2号被保険者の人口比率によって決まる。上記は第4期（H21～H23）における割合。

(注2) 保険者ごとにみた場合、調整交付金と第1号保険料の構成割合は、調整交付金の交付状況により異なる。

(注3) 都道府県が指定する介護保険3施設及び特定施設の給付費負担割合は、国庫負担金15%、都道府県負担金17.5%。

調整交付金の仕組み

介護給付費の5%相当部分を財源とし、市町村の責めによらない保険料収入不足と給付費増を調整する仕組み（全額国庫負担）。



1. 高齢者の年齢段階別要介護認定率の違い

- ・ 65歳～74歳 : 認定率約 5%
 - ・ 75歳以上 : 認定率約 30%
- ⇕ 6倍の格差

75歳以上高齢者の人口構成割合が大きい保険者

→ 介護給付費が増大

→ 調整をしなければ、保険料負担が増大

2. 被保険者の所得水準の違い

(調整をしない場合)

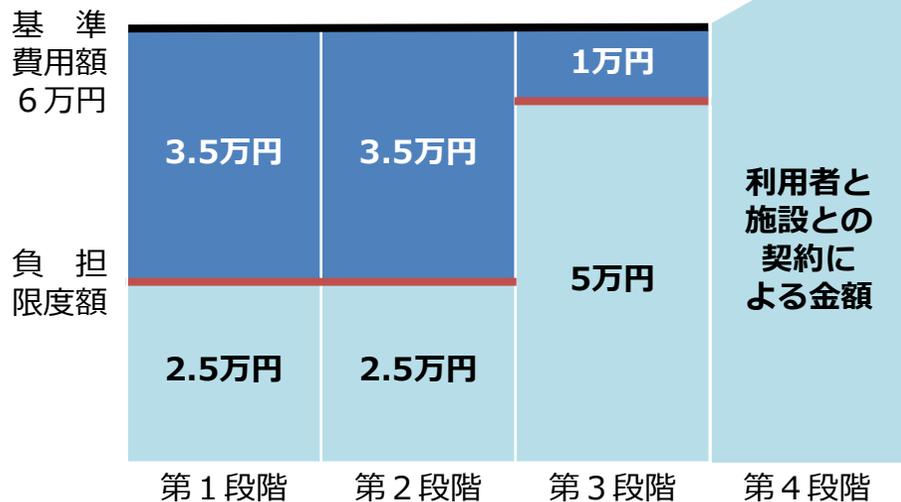
- ・ 他の被保険者全てが保険料6段階の高所得者
→ 被保険者Aの**保険料負担は低くてすむ**
- ・ 他の被保険者全てが保険料1段階の老福年金受給者
→ 被保険者Aの**保険料負担は高くなる**

※ 平成22年度予算額 3,652億円

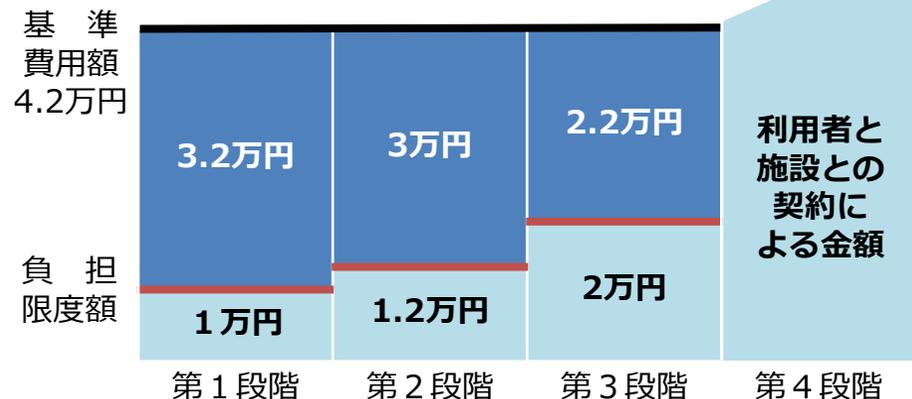
特定入所者介護サービス費（補足給付）

施設等を利用する際の食費や居住費の負担を軽減

居住費（個室ユニット：光熱水費+減価償却費）



食費（食材費+調理費）



補足給付 = 標準費用額 - 負担限度額

居住費（多床室：光熱水費）



第1段階	①市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 ②生活保護受給者 ③境界層該当者
第2段階	市町村民税世帯非課税 ①合計所得金額+課税年金収入額<年額80万円 年金収入のみの場合は年額80万円以下 ②境界層該当者
第3段階	①利用者負担第2段階に該当しない人 ②境界層該当者
第4段階	第1、第2、第3段階のいずれにも該当しない者

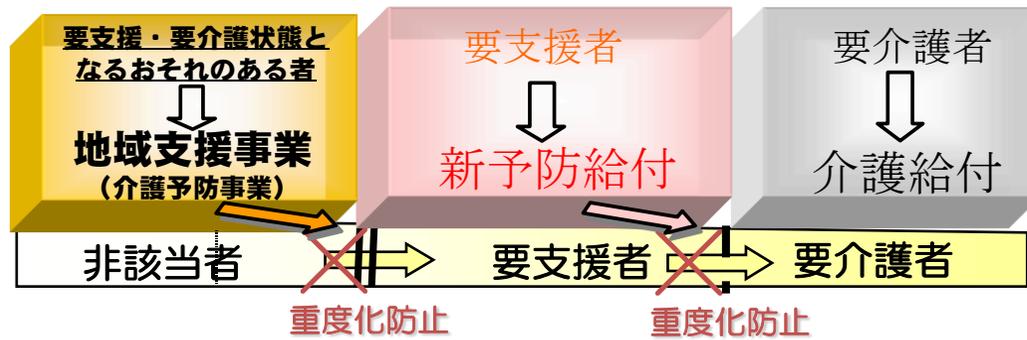
平成20年度給付費

約2,397億円（居住費約452億円+食費約1,944億円）

※ 保険料 1,198億円、国 488億円、地方 710億円

地域支援事業の内容

○ 要支援・要介護状態となる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村において「地域支援事業」を実施。



地域支援事業の事業内容

(1) 介護予防事業

ア 2次予防事業

- 2次予防事業の対象者に対する事業
- ・ 2次予防事業の対象者把握事業
- ・ 通所型介護予防事業
- ・ 訪問型介護予防事業
- ・ 介護予防特定高齢者施策評価事業

イ 1次予防事業

- 各市町村における全ての第1号被保険者を対象とする事業
- ・ 介護予防普及啓発事業
- ・ 地域介護予防活動支援事業（ボランティア等の人材育成、活動組織の育成・支援等）
- ・ 1次予防事業評価事業

(2) 包括的支援事業

- ア 介護予防ケアマネジメント業務
- イ 総合相談支援業務（地域の高齢者の実態把握、介護以外の生活支援サービスとの調整等）
- ウ 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
- エ 包括的・継続的マネジメント支援業務（支援困難事例に関するケアマネジャーへの助言等）

(3) 任意事業

介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

地域支援事業の事業費

市町村は、介護保険事業計画に定める地域支援事業の内容、事業費を定める（政令で介護給付費に上限（介護給付費に対する割合）を規定）。

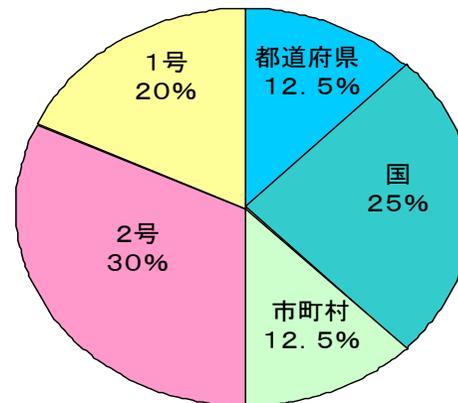
	平成18年度	平成19年度	平成20年度
地域支援事業	2.0%以内	2.3%以内	3.0%以内
介護予防事業	1.5%以内	1.5%以内	2.0%以内
包括的支援事業 +任意事業	1.5%以内	1.5%以内	2.0%以内

地域支援事業の財源構成

介護予防事業

平成22年度予算額 705億円

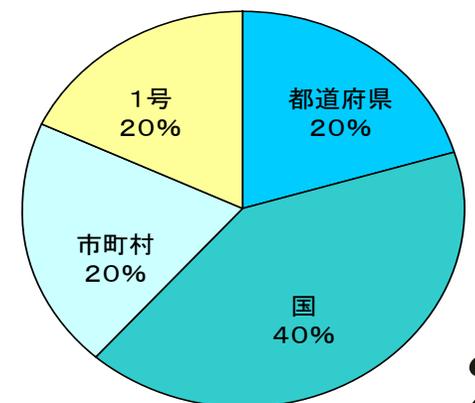
【財源構成】



包括的支援事業・任意事業

平成22年度予算額 1,304億円

【財源構成】



○ 費用負担割合は、居宅給付費の財源構成と同じ。

○ 費用負担割合は、第2号は負担せず、その分を公費で賄う。（公費負担割合は、居宅給付費と同様に、国：都道府県：市町村＝2：1：1）

介護保険部会での議論の整理

※この資料は部会でいただいた委員からの意見を、論点の明確化やさらなる議論のために事務局において整理したもの。また、介護報酬や通知等で対応すべき論点もあるが、法律改正事項を中心に整理している。

部会で提示した論点	意見／提言
<p>給付の在り方（施設、住まい） （１）今後の介護保険施設の機能や在り方 【介護拠点の整備方針について】</p> <p>○できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、高齢者本人の選択により、在宅・施設サービスを利用できるようにすべきである。特別養護老人ホームの入所申込者が42.1万人、そのうち、在宅で要介護4、5の方が6.7万人いる中で、現在進めている施設の緊急整備に加えて、在宅サービスの充実強化及び高齢者住宅の供給を推進する必要があるのではないか。</p> <p>○介護保険施設の整備、在宅サービスの充実、高齢者の住まいの供給やそれぞれのバランスについては、地域の高齢者ニーズを把握のうえ、自治体において地域の実情に応じてどのように進めていくべきか。</p> <p>○施設入所者が重度化し、医療ニーズが高まる一方、補足給付を受ける低所得者が特養では約8割いる中で、今後、施設入所者像をどのように考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症があっても、ひとり暮らしでも、希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度とすべき。自宅や地域で暮らし続けたいという認知症を持っている人が見守られ、そして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正すべき。 ・胃ろうなど医療的ケアを必要とする方が増加する中で、在宅サービスのみで対応することは困難であり、施設サービスを充実する必要がある。 ・特別養護老人ホームは利用者の重度化が進んでいるが、従来、地域で生活できない人の生活の場の提供という機能を果たしてきたところが、今はそれが果たし切れなくなっている。 ・介護職員、看護職員、介護支援専門員等について、ニーズに応じたサービスができるような人員配置を行う必要がある。 ・要介護のタイプ別にどのような施設、あるいは在宅で生活が送れるようにするといったメリハリを付けてもいいのではないか ・入所者像ごとに、在宅での暮らしを重視するのか、施設サービスで生活するようにするのかといったことを考えてもいいのではないか。 ・特別養護老人ホームの入所申込者について、実態把握の在り方を考えるべきではないか。 ・高専賃などの高齢者住宅の整備も推進すべき。

<p>【ユニット型個室と多床室について】</p> <p>○国としては原則ユニット型個室を基本に整備を進める方針を再確認すべきではないか。</p> <p>○ユニット型個室の補足給付の在り方についてどう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ユニット型個室を大事に考えていくことが、日本の高齢者福祉の基本であり、今後もユニット型個室の推進は必要。特養の多床室化は時代に逆行している。 ・生活保護の方も含めた低所得者がユニット型個室を利用可能にできるような環境整備をしていくべき。 ・特養の従来型整備やユニット型を併設した施設整備について、地方の判断による柔軟な対応ができるようにすべき。 ・ユニット型個室の整備は推進しつつ、緊急措置として、多床室も認め、合築も可能にしていくべきではないか。 ・ユニット型施設の推進にあたっては、新設だけではなく、立て替えの際の支援も必要ではないか。 ・老健施設は終の棲家ではなく、在宅復帰を目的としたものであることから、混合型を認めるべき。 ・個室ユニットに限らず、個室というものは重視しながら、さまざまなバリエーションというものがあってもいいのではないか。 ・ユニット型個室の補足給付については持続可能な制度設計に向けて合意形成を図っていく必要がある。
<p>【施設タイプの在り方について】</p> <p>○特養の入所申込者の増加等もあり、老人保健施設の入所期間が長期化し、機能が特養化しているとの指摘がある中で、本来のリハビリなどの在宅復帰支援機能が十分に果たされていないのではないか。</p> <p>○現行制度では、介護保険施設タイプによって、医療サービス等が規定され、外部からのサービス提供に制約があるが、入居者の状態像の変化に合わせて、柔軟に医療サービス等を提供できるようにすべきとの指摘があるが、どう考えるか。</p> <p>○施設における医療サービスについては、職員配置の実態を踏まえた上で 内付けで行うべきものか、外付けで行うことが可能なものか、再整理が必要 ではないか。例えば、特養に</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・どの施設にいても入居者の個々の状態に着目して訪問看護などの医療系サービスが提供できる仕組みや薬剤管理の仕組みを検討すべきではないか。 ・特養に関わる医師については、専門的な知識を持つこと、研修を受けることが必要ではないか。 ・入所者の重度化・高齢化により、特養や老健などの施設間の状態像の差はなくなってきており、施設基準等との実態の乖離が生じている。 ・施設のタイプはサービスの濃淡により類型化されるべきだが、老健の入所期間が長期化しているのは、地域の受け皿の整備が十分でないためにやむを得ず受け入れることによるものである。 ・施設の入所者が重度化しているということは、基本的には入所者と施設のタイプがマッチしていないのではないか。 ・施設の持っている機能を生かして在宅の拠点を作ることが必要なのではないか。

<p>おける医師配置については実態を踏まえ、医師の必置規制を緩和し、配置医師がいない場合には、外部のかかりつけ医の診療を認めることとしてはどうか。</p>	
<p>【その他】</p> <p>○規制・制度改革に係る対処方針（平成 22 年6月 18 日 閣議決定）において、特別養護老人ホームへの社会医療法人参入を可能とする方向で検討し、結論を得ることとされている。また、「社会福祉法人と同程度の公益性及び事業の安定性・継続性を持つ法人の参入を可能とすることの是非について検討する」こととされている。公益性、安定性、継続性の観点から、どのような法人を比較・検討の対象としていくべきか。</p> <p>○また、介護療養病床型施設からの転換が進まないなかで、</p> <p>i 介護療養型病床からの転換先として、転換型介護老人保健施設と同様に、医師、看護師配置を行う特養類型を作り転換を進めていくべきか。</p> <p>ii 介護療養病床からの受け入れ先を拡大するため、転換を決めた医療法人については、特養の設置を認めていくことも必要か。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険事業を行う社会福祉法人のあるべき姿というのを議論すべきではないか。 ・医師、看護師が配置されている療養病床を廃止し、配置されていない特養に医師、看護師を配置するのはおかしいのではないか。 ・療養病床の転換型として、新しい類型をつくるということは利用者にはますますわからないことになるのではないか。 ・特養の設置主体について、医療法人にまで拡大することがふさわしいのか疑問。
<p>（2）有料老人ホーム及び生活支援付き高齢者専用賃貸住宅の在り方</p> <p>○特に、高齢者の住まいについては、国際的に比較して不足している現状を踏まえ、どのように供給を促進していくか。</p> <p>○生活支援付き高齢者専用賃貸住宅について、医療・介護サービスをどのようにパッケージ化すべきか。</p> <p>○一方、未届有料老人ホームについて、防火安全体制の確保や、</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高専賃などの高齢者住宅の整備も推進すべき。 ・高齢者の居住環境を今後質量ともに充実させていくのが課題であり、その場合には、社会福祉法人と民間事業者の役割分担をしていくことが重要ではないか。 ・高齢者向け住宅については、サービスの質の確保を行う必要がある。 ・高専賃等を整備するにあたって、医療への理解が必要ではないか。

<p>入居一時金 の保全など、入居者保護をどのように図るか。</p> <p>○有料老人ホームと生活支援サービス付き高齢者専用住宅について、どのよう に整合性を取っていくか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・有料老人ホームは、都道府県知事が立入検査、業務改善命令などの権限があるが、高専賃にはその権限がないことが問題。届け出と情報開示の義務付けが必要。
<p>(3) 低所得者への配慮（補足給付）の在り方</p> <p>○居住費に係る利用者負担が重いユニット型個室入所者の負担軽減について どう考えるか。</p> <p>○補足給付の支給については、その必要性を厳密に確認する方法を検討すべきではないか。</p> <p>○補足給付について、公平な制度とする観点から、その必要性を厳密に確認する方法を検討すべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険は介護サービスの必要性に対する保険制度なのに、所得に対する援助である補足給付を保険財政で出しているのはおかしい。補足給付等については公費負担化すべき。 ・ただし、補足給付の堅持が必要という意見もあった。 ・資産、家族の負担能力なども考えて、対象者の審査を厳密に行うことなく補足給付が行われている現状を放置したまま、これを保険給付として継続することには反対。 ・資産調査については、制度としての実現可能性について事務的には課題があるのではないか。 ・補足給付を公費負担化し、また、生活保護受給者のユニット型個室入所を認める際にも生活扶助で対応することで、介護保険制度における財源を確保すべき。 ・介護保険制度の外に、公費でより普遍的な高齢者に特化した住宅支援の仕組みをつくっていくべき。 ・グループホームあるいは高齢者専用賃貸住宅の方にも補足給付すべき。 ・補足給付については、グループホーム以外の在宅サービスにも適用するべき。
<p>(4) 療養病床再編成について</p> <p>○介護療養病床の転換については、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転換後の患者の望ましい居場所が確保できるのかということについて懸念する声がある。 ・一方、仮に転換を凍結した場合、本来介護保険施設において処遇されるべき患者が療養病床で処遇される、いわゆる「社会的入院」につながるおそれがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・廃止という一定の結論を出していたにも関わらず、今回の調査の結果、方針を変えて延期等の結論を出すことは、行政への不信につながる。 ・介護療養病床から介護保険施設への転換は進んでおらず、転換した介護療養病床の多くは医療療養病床に転換している状況。医療から介護を取り出すという介護保険制度創設時の理念と逆行していないか利用者へのケアの観点と社会的費用の観点から検証が必要。 ・介護療養のようなタイプの施設が必要なら、介護療養は残すべき。 ・少し立ちどまって時間をかけて考えるべき

給付の在り方（在宅・地域密着）

（１）在宅サービスの在り方（訪問看護等医療系サービスを含む。）

○新成長戦略等を踏まえ、介護と医療・看護との連携を図りつつ、24時間地域巡回型訪問サービスの創設、レスパイトケアの拡充（宿泊付デイサービスの創設等）、小規模多機能型居宅介護の普及、複合型事業所の創設等を行っていくべきではないか。【新成長戦略において決定】

○在宅中重度要介護者の増加や在宅看取りを推進するため、訪問看護の提供量の確保が重要であり、サービス必要量の見込みを勘案し、地域ごとに必要な看護師確保することが必要ではないか。

○訪問看護ステーションは、経営安定化・効率化のため、大規模化を図る必要があるのではないか。

○訪問看護と介護の連携を進めるべきではないか。

○中重度者に対する、宿泊サービスの提供について検討してはどうか。

○訪問リハビリテーションは十分に提供されているか。また、適切に通所リハビリテーションを提供するためには、通所介護と通所リハビリテーションの再編を図る必要があるのではないか。

【24時間訪問サービス、小規模多機能】

- ・24時間地域巡回型訪問サービスは、短時間で認知症のケアには適していないのではないか。
- ・24時間地域巡回型訪問サービスは、普及を図っていくべき。
- ・訪問看護と身体介護は一体化すべき。
- ・24時間365日の在宅療養体制を構築するため、医療依存度の高い方に対する24時間の訪問看護を確保する必要がある。
- ・24時間地域巡回型訪問サービスの人員配置は働く介護職員の労働条件に配慮した人員配置等とすべき。人材確保が課題。
- ・「24時間365日短時間巡回型」サービスの介護報酬を包括報酬とすることについて、毎月の利用者負担額を予測することができるので利用者にとっては望ましい。
- ・小規模多機能は都会では整備が進んでいない。訪問看護をはじめ他のサービスを提供できるよう柔軟化を図ってもいい。
- ・在宅介護にとって重要な小規模多機能の利用形態を弾力的に考えていくべき。
- ・医療依存度の高い在宅療養者を支援する医療系サービスに係る小規模多機能型サービスの創設を提案したい。
- ・小規模多機能施設は医療機関に併設すればよい。
- ・医療ニーズの高い要介護者への支援を充実させるため、小規模多機能サービスと訪問看護を組み合わせた新たなサービスをつくる必要がある。

【レスパイトケア、複合型事業所】

- ・短期入所サービスの利用上の課題として、現状では半年前から予約しないと入れないような状況。有床診療所を活用できるようにしたが、手続きが複雑であると言われるので、簡略化を図るべき。
- ・レスパイトケアの拡充というのであれば、宿泊付デイサービスの拡充ではなく、緊急ショート拡充等を行うべき。
- ・家族介護支援のために、宿泊付デイサービスなどレスパイトケアの拡充は賛成。
- ・急に何か事態が発生して入居しなければいけない方々がショートステイをうまく使えるようにする仕組みが必要である。
- ・宿泊付きデイサービスは、反対意見が多いことから見直さざるを得ないのではないか。
- ・宿泊付きデイサービスは、昼間と夜間の人員配置の違いも含め、いかに事故を防止し利用者の安

	<p>全を確保するかが課題である。単に間仕切りを設ければ良いという話ではない。</p> <p>【医療との連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取りを支えていく上で、訪問看護について薬局の医療資材の提供や、24時間型の訪問介護との連携を検討すべき。 ・医療ニーズの高い人が緊急的に泊まる場所がなく、ショートステイがあまり活用されていないことは問題。 ・現在の介護報酬でも退院直後の短期集中リハはあるが、在宅療養中にレベルがダウンするケースに十分対応できておらず、改善が必要。 ・医療・介護・看護の連携の下、在宅療養を整備していくことが必要。看護師の確保が必要。 ・特養・老健がバックアップしないと、療養通所介護を普及するのは難しい。 ・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の整備が必要。 ・「新成長戦略実現に向けた3段階の経済対策」（平成22年9月10日）において、今後の検討項目の一つとして「訪問看護ステーションの開業要件の緩和」が挙げられているが、訪問看護ステーションは大規模化しなければいけない。
<p>(2) 要支援者等に対する生活援助等のサービスの在り方</p> <p>○前回改正において、要支援者に対する予防給付及び特定高齢者対策としての介護予防事業が創設されたが、これらをどう評価するか。</p> <p>○軽度者について、生活機能向上に資する生活支援へのニーズをどう考えるのか。また、軽度者への支援について、介護保険給付、地域支援事業、介護保険外サービスの役割をどう考えるのか。</p> <p>○要支援者等の軽度者へのサービスについては、現行どおり保険給付として充実すべきとの指摘がある一方、制度の持続可能性確保の観点から保険給付は重度者に特化すべきとの指摘があることについて、どう考えるか。</p>	<p>【生活援助、家事援助について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活援助は保険から外すべきではない。公費にすると利用にブレーキがかかるおそれがある。 ・軽度者の方が、生活援助のサービス提供時間が長くなっている。中重度者が増えていくことを考えれば、持続可能な介護保険制度とするため、「選択と集中」を図るべき。保険給付はポイントを絞って投入すべき。 ・軽度者の生活援助についても、費用対効果という観点から、議論の俎上に載せる必要がある。 ・要支援者等に対する生活援助は、引き続き保険給付とすべき。ただし、本来は地域福祉で行うべきであり、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、見直しの議論も考え得る。 ・見守りサービス等は、介護保険において実施するのではなく、民間の自発的な活動によるべきではないか。 ・生活援助は身体介護と一体化すべき。大事なサービスであるのに、予防給付により限定的な給付

<p>○見守り・配食サービス、生きがい推進サービス等の要支援者、介護予防事業対象者向けの総合的なサービスを検討すべきではないか。また、保険者の判断により様々な生活支援サービスを提供できるような枠組みが考えられないか。</p>	<p>となっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・軽度者に対する生活援助によって、重度化が防がれている。 ・軽度者への生活援助は不要とは言えない。生活援助についても専門性が求められる。ただし全てを介護保険によって対応することは不可能である。 ・軽度者に対する生活援助の見直しについては、地域の実情を勘案して行うべきであり、軽度者の生活援助サービスを一律に保険給付の対象外とするのは適切ではないが、「軽度者に対する予防・生活支援のための総合的なサービス」については進めていくべき。 ・「軽度者に対する予防・生活支援のための総合的なサービス」については、ベストプラクティスとして、広げていくべき。 ・Pay As You Go 原則に則りつつ、介護給付の拡充を図っていくためには、給付範囲を見直して、財源を確保することが必要。要介護1・2、要支援者向けの生活援助について、見直しの対象とすることはあり得る。
<p>(3) 地域支援事業の在り方(介護予防事業の見直し、地域包括支援センターの機能強化。)</p> <p>【介護予防事業の見直しについて】</p> <p>○介護予防事業を介護保険の対象から外すべきとの指摘がある。</p> <p>○しかしながら、介護予防は介護保険制度の根幹をなすものであり、早急に介護予防事業の効果を適切に検証した上で、より効果的な介護予防事業の在り方を検討すべきではないか。(転倒防止などニーズの高いプログラム、閉じこもり、うつ高齢者への対応の充実、配食、見守りを含めた総合的な生活支援サービスの検討)</p> <p>○地域支援事業の役割や今後の在り方をどう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支援事業、介護予防事業は世界に誇るべきもの。 ・地域包括の機能強化は大事。地域のソーシャルワークの中心。要支援者のケアマネジメントは地域包括ではなく、居宅介護支援事業所で行うべき。 ・要支援者と要介護者で利用者のケアプランの作成主体を分けるのは良くない。 ・介護予防については、事業の性質上、短期間では効果は現れにくい。継続的に介護予防の効果検証を行っていくべきではないか。 ・介護予防事業は、現在、必須事業とされているが、これを任意事業とすべき。必須事業は包括的支援事業だけでよい。 ・介護予防事業は、保険給付と両輪をなす制度。任意事業ではなく、介護保険の義務的事業として位置付けていくことが必要。 ・介護予防事業について、「介護支援ボランティア制度」などの地域での実践例を集めて紹介することも効率的な事業実施に役立つことから市町村への支援もお願いしたい。 ・介護保険に特化しすぎの部分もあり、老人福祉、保健、インフォーマルサービスの役割・機能についても議論が必要。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアよりも、公的なサービスを切れ目なく提供していくことが先決。 ・保険給付は保険事故に限るという観点から、地域支援事業で行っている介護予防事業は保険外で行うべき。
<p>【地域包括支援センターの機能強化について】</p> <p>○地域包括支援センターについては、その重要性に鑑みて、以下のような機能強化を図る必要があるのではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託型の地域包括支援センターの運営にあたり、保険者が運営方針を明示 ・医療機関、インフォーマルケア等も含め、地域包括支援センターによるネットワーク構築が円滑に実施されるよう環境整備 ・保険外サービス等も含めた地域でのネットワークの構築を推進 ・介護予防事業対象者向けの予防ケアプランを原則不要とするとともに、介護予防支援業務（要支援者に対するケアプラン作成）について市町村・地域包括支援センターの主体的判断に基づき、委託可能とすることで、ケアマネ支援などセンターの本来業務に十分機能を発揮 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の中で最低1つの地域包括支援センターについては、直営とすべき。 ・地域包括支援センターの運営を、必ずしも市町村が行う必要は無いのではないか。民間の主体が行っていくので良いのではないか。 ・地域包括支援センター職員の負担軽減のため、人員配置を厚くすべき。 ・地域包括支援センターの役割・機能について、現在の予防も含めた2枚看板でよいのか議論が必要。 ・地域包括は障害者の施設から地域への移行や自殺予防など、他制度でも活用したいという声がある。
<p>(4) 家族介護者への支援の在り方</p> <p>○家族介護者への支援の在り方について、介護者の高齢化や仕事との両立等を含めて、どう考えるか。</p> <p>○家族介護者への支援という観点から、レスパイトケアの拡充（宿泊付デイサービスの創設等）、地域包括支援センターにおける相談支援の充実等を図るべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・現行の地域支援事業による家族介護支援事業だけでは、不十分。レスパイトケアの拡充は必要 ・相談の充実、無理なく家族介護を行える体制の整備、就労支援といったことを考えていくべき。インフォーマルケアも含めて考えていかないといけない。 ・地域支援事業による家族介護者支援事業は、半数以上の市町村が実施していない。もっと実施すべき。
<p>(5) 認知症者への支援の在り方</p> <p>○認知症を有する者ができる限り住み慣れた地域で暮らすこ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の早期発見、早期診断の取組は非常に重要であり、それに本気で取り組むなら、国として

<p>とができるよう、必要な在宅・施設サービスが適切に確保されるとともに、医療や介護、さらには日常生活における支援が有機的に結びついた支援体制を構築する必要があるのではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症コーディネーターの配置 ・ 認知症者に対するサービスの充実 ・ 認知症者の日常生活における支援の強化 ・ 精神病床において長期入院している認知症者への対応 <p>○認知症を有する者のニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るためには、介護保険事業計画において認知症に関する項目を盛り込む必要があるのではないか。</p> <p>○認知症高齢者の増加や一人暮らし高齢者等の増加を踏まえると、日常の生活にかかわりの深い身上監護に係る成年後見の必要性が高まる。今後は専門職に加え、身上監護を中心とした市民後見人による権利擁護の推進を図っていく必要があるのではないか。</p>	<p>きちんと財源措置して地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置すべき。医師会等医療機関との連携をしっかりとしてほしい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅で暮らす認知症の方に対しては声かけ、誘導、生活援助は大切であり、地域で認知症の方のわずかな変化を見守っていく事が重要である。そういった観点から認知症サポーターの養成も充実させていくべき。 ・ 認知症介護実践研修が在宅サービスの従事者がより受講できるようそのあり方の検討や、量的・質的な充実を図るべき。 ・ 認知症は早期の把握が大事であり、予防事業の充実が必要である。また、認知症は生活を通じての支援が大切であり、軽度の認知症の人への生活を支える支援を充実させる必要がある。 ・ 市民後見は成年後見を普及させるいい試みだが、金銭管理の監督についてどのように担保させるかが重要である。
<p>(6) 要介護認定について (区分支給限度基準額を含む。)</p> <p>○要介護認定については、保険者が保険給付認定を行うものであり、不可欠な制度であるとの指摘がある一方で、認定事務が繁雑であり簡素化すべき、認定区分の簡素化や廃止を検討すべきなどの指摘があることについてどう考えるか。</p> <p>○要介護認定に係る事務の簡素化については、更新申請の際に要支援・要介護をまたぐ場合の認定有効期間の取扱や、認定の有効期間の延長などをどう考えるか。</p> <p>○重度化しても在宅で住み続けることができるためには区分支給限度基準額の引上げを検討すべきとの指摘についてどう考えるか。</p>	<p>【要介護認定について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 半年、1年で要介護認定の更新をするのが事務の負担となっているのであれば、事務手続き面での合理化は必要であれば行うべき。 ・ 要介護認定は廃止すべき。 ・ 本来、ケアプランは要介護度区分に縛られるものではないため、将来的には撤廃をにらみつつも、財政の問題等もあり、また、現場では、7区分は複雑であるとの意見もあるので、現実的には、くくりをシンプルにした3区分程度が妥当ではないか。 ・ 要介護認定は7段階が定着してきており、要介護認定の廃止や認定区分の簡素化は反対である。 ・ 認定区分の見直しが軽度者切りにつながるのであれば、現行区分のままでも良い。 ・ 介護保険は保険事故に対する給付であり、要介護認定制度や区分支給限度基準額などの上限をル

○また、訪問看護やリハビリテーションについて上限の算定から外すべきではないかとの指摘や、医療保険と介護保険の給付対象の整理を見直すべきとの指摘があるが、これについてどう考えるのか。

○一方、区分支給限度基準額の見直しは保険財政への影響もあり得ることから、見直しに当たっては慎重な検討が必要との指摘がある。

○このため、限度額を超えて利用している者の状態像やサービス利用等の実態を把握した上で、検討すべきではないか。

ーズにすると保険として維持できなくなる。これらは介護保険制度の根幹なので、慎重な議論が必要。

- ・要介護認定と区分支給限度額は、制度を維持すべき。要介護認定の区分を簡素化しても、事務の簡素化にはつながらない。
- ・要介護認定は、完璧な制度ではあり得ないのだから、常に見直すという姿勢が必要であり、常設の専門委員会の設置など、時間をかけて検討すべき。
- ・要介護認定制度は、全国一律な客観的な基準に基づいて行う判定であり、サービスの公平な配分を担保する仕組み。
- ・アルツハイマー等は、要介護認定上その介護にかかる手間がきちんと評価されていない。認定調査員から見ても、日々の本人の状況は非常にわかりづらいので、認定調査の際にその点に気をつけるようにすべき。

【区分支給限度基準額について】

- ・医療依存度が高く、要介護度4又は5で独居の方は在宅では支えることができない。在宅・重度の方については区分支給限度額を見直しが必要。
- ・区分支給限度基準額を引き上げるべき。現在の水準では在宅介護ができず、家族に大きな負担がかかる。
- ・介護保険は区分支給限度基準額があるため、介護とリハビリとの選択にケアマネが悩んでいる。リハビリは区分支給限度基準額から外すか、医療保険から提供できるようすべき。
- ・区分支給限度額の10割負担部分について段階的に負担をしていくよう弾力的な方法をとる必要がある。
- ・区分支給限度額について、財源を踏まえて検討することが重要であり、サービスを利用する人と利用しない人のバランスを考える必要がある。
- ・事業所加算など、要件を満たしていても、利用者負担の増加を懸念して算定を見送る事業者もある。限度額や利用者負担の枠から外すことも検討してほしい。
- ・支給限度額の引き上げは慎重に考えるべきだが、医療と介護の整理をした上で、医療サービスを支給限度額の枠外にすることについては賛成。
- ・区分支給限度額については、保険外サービスの組み合わせを検討してはどうか。

<p>(7) ケアマネジャーの在り方</p> <p>○ケアマネジャーの資質の向上、中立性・独立性の確保の在り方について、どう考えるか</p> <p>○複数サービスを必要とする重度者に対して適切にケアマネジメントを行うという観点から、ケアマネジャーの資質の向上を図るべきではないか。特に、重度者は医療ニーズが高いことから、医療ニーズも汲み取ったケアマネジメントを推進すべきではないか。</p> <p>○一方、軽度者については、予防に向けたケアマネジメントの推進を図るべきではないか。</p> <p>○施設等におけるケアマネジャーの配置や役割について、どう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援に向けた目標指向型であるとともに、リハビリの重要性を理解し、医療と介護との適切なマッチングを行うことのできるケアマネジャーが必要。 ・(保有資格が介護福祉士に偏り、医療的ケアへの知識が十分ではない。) ケアマネの研修体系の見直しを検討すべき。 ・現行の集中減算で十分な中立性が確保できるかどうか再考すべき。 ・制度が複雑になることから、集中減算をより強化することには反対。 ・「機能的」な点で中立性・独立性がどのように担保されているか見ることが重要。中立性・独立性を確保するためには、独立経営できる報酬の引き上げが必要。 ・ケアマネの独立性の促進の観点からは、収入の確保だけでなく、収入の安定に向けた対策がより大切である。 ・適切なサービス(自立支援)利用を阻害、介護サービスの増大へ繋がるため、1割負担の導入には断固反対。 ・セルフケアプランを促進した結果、ケアマネによるケアプラン作成は不要であるという雰囲気醸成されるのは問題だと思っている。 ・施設ケアマネについて、支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必要。また、50対1でケアマネを専従配置している施設を評価すべき。 ・福祉用具貸与に限定されているケアマネジメントは、居宅介護支援の対象から外して、ケアマネ資格のある福祉用具関係者が行っていく仕組みにしてはどうか。 ・ケアマネジメントのあり方について、施設のケアマネはどうなのか、現場に即して議論が必要。 ・独立の方向性を支援する仕組みが不十分。 ・施設ケアマネは100:1配置では、PDCAの確保あるいは利用者の尊厳の保持の面からしても、適切なマネジメントができない。ケアマネジャーを利用者が選択できるようにすべき。 ・ケアマネジメントの質の向上、ケアマネの受験資格等についての検討を行うため、別途、ケアマネジャーの在り方に関する検討会を設けるべきではないか。
<p>給付と負担の在り方</p> <p>(1) 負担の在り方</p>	<p>【公費負担(調整交付金外枠化含む)】</p>

○第五期には、高齢化による自然増に加えて、処遇改善交付金や介護基盤の緊急整備の影響を介護報酬に反映させれば保険料や公費の増が必要となるが、介護保険制度を今後とも持続可能なものとしていくことがまず重要ではないか。

○そのためには、財源の在り方について検討すべきではないか。

- ・ 1号保険料、2号保険料の在り方
- ・ 公費負担割合
- ・ 利用者負担の在り方
- ・ 財政安定化基金の見直し

- ・ 公費負担割合は現行の5割から6割に引き上げるべき。また、介護保険財政の無駄を削減することが必要。
- ・ 恒久財源が確保できないなら、公費負担割合を現状維持すべき。
- ・ 介護保険制度は保険料を支払うことでサービスを受ける権利が担保される制度。保険料を支払うことが前提であり、要であるという認識を徹底すべき。公費負担を増やすと税財源が必要となるが、勤労者に負担を求めることになる。また、公費に頼ることは、介護保険財政に対する財政当局からの圧力が強まることを意味する。
- ・ 公費負担を引き上げることにより一時的に保険料が下がるが、あくまで保険料の上昇を先延ばしにしているだけであり、抜本的な解決にならない。抜本的な解決のためには、給付の見直しが必要。例えば、生活援助の対象を絞ったり、補足給付を外枠化したり。
- ・ 調整交付金を国庫負担25%と別のものとして外枠化すべき。
- ・ 給付増が見込まれる中、消費税を含む歳入改革の実施により、公費負担割合を引き上げるべき。
- ・ 公費負担の引き上げを行う場合は、国だけでなく、地方にも負担を求めるべき。その際は地方消費税の拡充を行うなど、引き上げに当たっては、十分な考慮が必要。
- ・ 年々介護の費用負担が上がっていく中、財政基盤の弱い市町村は制度が維持できるか危惧している。国と地方の負担のあり方も含めて議論が必要。
- ・ 公費負担割合については、財源確保の目処が立たないのであれば、現行の5割負担を維持すべき。

【保険料について】

- ・ 低所得者の保険料軽減策に公費を導入すべき。
- ・ 三重県内の市町の7割が保険料負担は5,000円が限界という認識。
- ・ 保険料が平均で5000円を超えることはやむを得ない。高所得者の保険料を引き上げることで、低所得者の保険料が上昇しないように配慮すればいいのではないか。
- ・ 資産割を含め、負担能力に応じた賦課方式を採用することが重要。
- ・ 保険料の資産割は国民の理解が得にくい。
- ・ 低所得者の負担軽減のために、保険料の定率性の導入を議論すべき。
- ・ 協会健保と健保組合の負担に差があるため、国保や高齢者医療と同様に、2号保険料への総報酬割の導入を検討すべき。
- ・ 総報酬制の導入については慎重にすべき。
- ・ 介護予防事業と同様、包括的支援事業に対しても、2号保険料を投入すべき。

	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支援事業について、市町村の自主性を尊重するというなら、2号保険料は投入すべきではないのではないか。 <p>【利用者負担について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者負担 1 割を堅持し、軽度者の利用料を 2 割とすべきではない。低所得者には軽減措置を講じるべき。 ・高齢者の全てが低所得者ではなく、現役世代の負担も重くなっていることを考えれば、高齢者の自己負担のあり方を見直すことや、給付の重点化が必要である。 <p>【給付の範囲、被保険者範囲拡大】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者範囲の拡大については、今後の検討課題とすることを確認すべき。 ・障害福祉法制の対象外となる全ての要介護者を介護保険給付の対象とすべき。 ・被保険者範囲の拡大は障害者福祉の動向を考えると難しいのではないか。 ・被保険者範囲の拡大については、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要。 <p>【財政安定化基金】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・財政安定化基金の積み立てが過度に積み立てられているのであれば、その分は有効活用を図るべき。 ・財政安定化基金は保険財政の収支のバランスをとる最終手段であり、制度の安定的運営には必要不可欠。給付費が増大している中で、今後は貸付が見込まれる。財政安定化基金の適正規模を検討していく必要がある。
<p>(2) 給付と負担のバランス</p> <p>○軽度者への支援、介護予防事業、補足給付など現行の介護保険給付の在り方について、どう考えるか。〔再掲〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・給付改善は保険料負担及び公費負担の引き上げにつながることであり、給付を単純に拡充していく議論には自ずと一定の制約があるべきであり、全ての保険者及び被保険者の納得を得る必要がある。このため、現実的で着実な制度見直しを行うべき。 ・持続可能な制度とする観点から、保険料負担が厳しく、財源も限られている中で、給付の選択と集中を進める必要がある。具体的には、重度者への対応にシフトしていくべき。

	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護推進の観点からは、在宅の低所得者に対する支援策の充実が必要。 ・政策について議論するためには財源の裏付けが必要であり、国民の負担に対するコンセンサスが必要。保険で賄う範囲については、例えばドイツと比較すると、日本は給付の対象範囲が広く、限度額も高いといった指摘もある。 ・財源確保を念頭におき、pay as you go 原則をいかに満たして給付の拡大を図るかという議論が必要。 <p>(地域支援事業)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3%枠の拡充も含めた地域支援事業の充実を図り、地域の自主的な給付を拡大すべき。 ・地域支援事業は制度発足から日が浅く、評価をするにはまだ早い。一定期間は実施すべき。
<p>保険者の果たすべき役割</p> <p>(1) 介護保険事業計画の充実と介護基盤の計画的整備(参酌標準廃止と総量規制)</p> <p>○日常生活圏域ごとの高齢者ニーズ調査を実施して地域の実情に応じた介護拠点の計画的整備を進めることとしている。</p> <p>○次期計画では、医療との連携、住まい整備との連携、認知症サービスの充実についても保険者が重点分野として選択して記載できることとし、他の計画との整合性を図る。</p> <p>※なお、参酌標準の撤廃については規制改革及び新成長戦略において決定されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者は、地域住民の意見を聞きながら給付と負担のバランスをとっており、総量規制が廃止された場合、保険者が想定していない給付の増加を招くこととなる。そのような事態を避けるために、総量規制は必要である。 ・質の悪い事業者が淘汰されて優良な事業者のみ参入できる仕組みが必要。 ・サービス提供体制を整えるために、介護保険事業計画の策定の際には、ニーズ調査の実施は重要である。その際、住民の医療依存度を把握し、それに基づく在宅医療・看護の整備目標量を盛り込むべきである。 ・今後の介護保険事業計画策定において重要なことは、保健医療計画や住宅整備との連携を図ること、給付と負担のバランスに配慮すること。 ・介護保険事業計画の作成にあたって、ニーズを把握するとともに、住民から寄せられる苦情等も分析する必要がある。 ・市町村が実情に応じた基礎的なサービスを提供し、広域行政組織である都道府県は人材の確保や事業者の指導を担うべき。 ・介護保険事業計画の策定に当たっては、制度の正しい理解とルールのための啓発活動が必要。

<p>(2) 必要なサービスを確保するための方策</p> <p>○保険者が現在不足している小規模多機能や24時間対応サービスなどの介護基盤を政策的に整備促進するための方策についてどう考えるか。</p> <p>○こうした地域密着型サービスの整備を促進するとともに、サービスの質を確保するため、保険者が主体となって日常生活圏域ごとにサービス拠点を整備できるようにすることについて、どう考えるか。</p> <p>○圏域内に既に相当量が確保されているサービスについて、例えば、事業者や住民団体との協議を行い圏域毎の今後の整備方針について情報共有を図るなど、ニーズに合致するサービス確保方策をどう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活圏域単位での介護サービスの提供に当たっては地域密着型サービスが重要であり、拠点整備の促進を図る必要がある。ただし、拠点の整備により給付が増えて保険料が増大するため、事業計画策定段階で住民への説明が必要。 ・24時間対応の在宅サービスを提供するためには事業所に一定程度の規模が必要。 ・小規模多機能や24時間サービスの事業者の公募に関しては、顧客が一定の地域（日常生活圏域）に限られることとの関係で整理が必要。 ・地域支援事業における国の関与を最小限にとどめ、保険者機能を十分発揮できるよう裁量範囲を広げるべき。 ・介護保険事業計画を策定する際、地域住民と双方向で意見交換できる環境を整備する必要がある。 ・計画策定の際の意見交換においては、高齢者のことを理解しているケアマネジャーも参加するようにすべき。
<p>介護人材の確保と処遇の改善策</p> <p>(1) 介護人材の確保と処遇改善の推進方策</p> <p>○効果を検証しつつ、財源の制約も考慮しながら、これまで講じてきた施策の取扱いを検討すべきではないか。</p> <p>○就業形態・事業所・地域ごとの差異等に応じた対応を講ずるべきではないか。</p> <p>○事業者による人材育成・雇用管理の取組を促進すべきではないか。</p> <p>○事業者における人材育成や雇用管理の取組を促進するという観点から、介護事業者の規模の拡大を図ることについて、どう考えるか。</p> <p>○中核的な役割を担うことを希望する介護職員がキャリアアップできるようにすべきではないか。</p> <p>○人材の量的確保と資質向上を同時に達成するため、間口を広</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護人材の教育・研修に一層力を入れるべき。 ・介護人材の質を上げるべき。 ・サービスの質に着目した質の高い従事者を確保することが必要。 ・平成21年の補正予算で現任介護職職員の研修が行われることとなったが、時限措置である。事業所任せではなく、どのような人材を育成すべきか国も考えて欲しい。 ・人材の役割分担を見直すべき。例えば、認知症ケアを強化する観点から、専門職の配置を求めるよう見直すべき。 ・報酬3%改定や処遇改善の影響は調査して議論していく必要がある。 ・賃金について、どの程度の水準が良いのかという認識を政労使で共有することが必要。 ・人材確保については、まず潜在有資格者の活用から考えるべき。 ・「賃金を全産業平均並みにすべき」という意見は論理的に正しいとは言えない。利用者が払っても良い価格を聞いた上で、それに応じて給与水準を考えてはどうか。 ・営利法人等については規模の拡大が図りやすい。一方、公的な性格を持つ法人については、単純

<p>く保ち労働力確保を図りつつ、希望する者がキャリアアップできる仕組みの構築が必要ではないか。</p> <p>○医療・介護人材の役割分担の在り方を検討すべきではないか。</p>	<p>に規模拡大ができないこともある。規模が大きくなるほど人材育成の取組等が行いやすいところであり、現在の小規模事業所ばかりという状態は打開することが必要。</p> <p>(処遇改善交付金)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・処遇改善交付金が時限的公費により行われていることにより経営者は不安定な状態に置かれており、恒久化をお願いしたい。 ・処遇改善交付金の分を全て保険料に回されてしまえば、事業主・加入者の負担が重くなる。負担をトータルで考えるべきであり、公費による配慮を一定程度行うことも検討すべきではないか。 ・消費税を含む財源改革が実施されるまで、処遇改善交付金は公費により実施すべき。 ・処遇改善交付金について、緊急のことであり理解はしているが、本来、賃金は労使の協議に基づいて決められるべきものであり、やはり直接労働者に交付するのではなく、介護報酬に組み込むべきである。
<p>(2) 労働法規遵守、キャリアアップ等の促進策</p> <p>○介護サービス事業所の労働法規遵守やキャリアアップ等の促進方策としてどのようなことが考えられるのか。</p> <p>○事業者における雇用管理の取組を促進するという観点から、介護サービス事業者の労働法規遵守のための具体的な仕組みを、どのように考えるか。</p> <p>○事業者によるキャリアアップの取組み（キャリアパスの設定等）の充実・強化策を検討すべきではないか。</p>	<p>(労働法規について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの質の高さは、専門性だけでなく、人を人として扱う人間性が関係する。介護従事者が未来に志を持てるような環境整備が大事。 ・介護事業所は小規模で労働者の流動性も高いので、企業内だけでなく、社会的なキャリアパス形成が大事。研修費用や研究期間中の生活費を支援するなど、包括的な支援が必要。 ・事業所における労働法規非遵守の問題に当たっては、要求されているサービス水準に対して十分な介護報酬の設定がなされているか検証が必要。 ・介護職員処遇改善に当たっては、今以上に労働法規の遵守を徹底するべきであり、労働法規遵守のために介護報酬を引き上げるのは筋違い。 ・多くの者は、労働条件の明示すらされていない状況。より良いサービスの提供のため、労働環境の整備が必要であり、労働環境整備のための検討を進めるべき。 ・悪いことをした事業所は市場から退場させるような制度が必要ではないか。 ・経営者による労働法規の遵守を推進すべき。介護保険法と労働法規の整合性を図ることについて、検討を行うべき。

	<p>(キャリアアップについて)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キャリアパスのシステムを事業所が作らないという問題がある。キャリアパスについて取り組んでいる事業所を評価するような仕組みが必要。 ・キャリアパス要件が設定され、体制整備は進んでいるが、今後は、事業者規模や勤務形態に応じたキャリアパスの設定が必要ではないか。 ・キャリア段位制度の紹介がされたが、これまで培われたスキルを在宅・施設・職場が変わっても評価されるような仕組みが必要だと考えており、賛成。 ・事業者内のキャリアアップも大事だが、別の会社に移ることもあるので、日本版 NVQ のように社会的なキャリアアップの制度が必要。
<p>(3) 介護職員等によるたんの吸引等の実施</p> <p>○「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」における議論を踏まえて、在宅等において介護職員等がたんの吸引等を実施できるようにされた場合、介護職員等が実施するたんの吸引等についても、介護保険法上の位置づけを明確にすべきでないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療ニーズの高い人へのケアを適切に行うため、たんの吸引等の基礎的な医療的ケアを介護福祉士が実施できるようにすることが必要。こうした観点から、社会福祉士及び介護福祉士法の改正が必要。 ・介護職員等によるたんの吸引等の実施を目的とした新たな資格の創設は行うべきではない。 ・介護職員についても業務独占的な性格を持たせるべき。介護職員に対する医療行為の解禁は業務独占的な性格を持たせることになる。長期的ビジョンにたった専門性の構築が必要。 ・人材の不足感について、特に看護職員の確保が難しい。たんの吸引等のほか、訪問入浴における健康確認などの看護業務を介護職員に担当させられないか。また、それに応じた人員基準の見直しも検討すべき。 ・口腔内のたんの吸引は医行為から外すべき。
<p>○情報公表制度については、一定の情報公表は必要であるが、次期制度改正時に手数料負担を廃止することを含め、抜本的に見直しを行うことが適当ではないか。具体的な見直しの方向性について、どのように考えるか。あわせて、より使いやすい制度にすべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・情報公表制度はほとんど利用されておらずサービスの選択に資していないことから、現在のままで継続するならば、廃止すべき。 ・介護サービス情報の公表制度において、職員の人材育成に関する事項を追加し、事業者には義務付けるべき。 ・事業所の情報に虚偽があれば速やかに対応し、悪質な事業所を排除する仕組みを作してほしい。 ・情報公表の手数料を廃止するという今回の改革案については賛成。

	<ul style="list-style-type: none"> ・消費者の立場から見ると、利用者がサービスを選択できるようにすることが重要であり、情報公表は必要。利用を支援するための努力が不足しているとみるべき。 ・現行の情報公表制度は「存在を知らない」「比較検討しにくい」などの理由により活用されていない。事業者が負担しているにもかかわらず活用されておらず、制度を抜本的に見直す必要がある。 ・病院への評価については、任意の参加となっており、かなりの費用負担をした上で参加している。介護の情報公表についても現場に裁量が欲しい。 ・情報公表制度・外部評価・第三者評価を一本化して欲しい。 ・情報公表制度の調査項目に雇用関連情報（健康診断の実施状況、勤務体制、社会保険の加入状況等）を追加してはどうか。
<p>○サービスの質の向上を図る観点から、事業所の指導・監査のあり方をどう考えるか。</p> <p>○都道府県の指導監督体制を整備する観点から、実地指導の一部を指定法人に委託できるよう制度の拡充を行うことにより、その活用を図ることを検討してはどうか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・監査指導について、利益優先で事業を行っている業者があり、より一層の強化が必要だが、自治体は職員の確保が困難。 ・自治体からの指導について、少しでも落ち度があれば介護報酬の自主返還を求めることとしている自治体もある。指導はあくまで指導であり、その標準化が必要。 ・自治体による監査は非常に大切。指定法人への指導の委託については良いと思うが、委託法人に任せきりにするのではなく、ガバナンスできる仕組みや委託費用が適正かどうかチェックする仕組みが必要。

「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」

中間取りまとめ 【概要】

中間とりまとめについては、サービス提供のあり方・制度の骨格についてまとめたものであり、1月下旬を目途に取りまとめを行う最終報告において、この事業を成立させるための事業モデル・必要コストについての検討を行うこととする。

平成22年10月26日



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

24時間地域巡回型訪問サービスの基本的な考え方

【最終的な目標】

「**単身・重度の要介護者**」であっても、**在宅を中心とする住み慣れた地域で、「尊厳と個別性」が尊重された生活を継続することができるような社会環境の整備。**

- 本サービスは「地域包括ケア」の仕組みを支える基礎的なサービスのひとつとして位置付けられるべきものである。
- 本サービスは、在宅生活の限界点を引き上げることがを目的とし、適切なアセスメントとマネジメントに基づいて、時間帯を問わず、利用者に「必要なタイミング」で「必要な量と内容」の介護・看護サービスを提供するものである。

< 24時間地域巡回型訪問サービスの基本コンセプト >

① 継続的アセスメントを前提としたサービス

- 継続的なアセスメントにより心身の状態変化に迅速に対応し、日々のサービス提供量やタイミングを柔軟に変更しながら訪問サービスを提供。

② 24時間の対応

- 日中、夜間、深夜、早朝の時間帯を問わず必要なタイミングで必要なケアを提供。

③ 短時間ケアの提供

- 在宅生活を支えるために必要な短時間ケアニーズに対応。

④ 『随時の対応』を加えた『安心』サービス

- 一日複数回の定期訪問を基本とし、「随時の対応」を加えることで利用者に安心感を提供。

⑤ 介護サービスと看護サービスの一体的提供

- 利用者の看護ニーズに迅速に対応できるように介護と看護サービスを一体的に提供。

日中、夜間、深夜、早朝(24時間)を通じた体制

《《 介護と看護の一体的提供 》》

1日複数回の
定期訪問

短時間ケア

随時の対応

- ① 通話対応
- ② 随時訪問
- ③ 通報

継続的アセスメント

在宅の利用者の24時間365日の

安心感の提供

< 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方のポイント① >

サービスの対象者像

- 在宅生活の限界点を引き上げるという観点から、主に要介護3以上の要介護者の在宅生活を維持することを前提とした制度とすべきではないか。
- 一方、軽度者であっても1日複数回のケアが必要な場合があり得るため、サービスの対象者は要介護者全般としてはどうか。

訪問サービスのマネジメント

- 利用者のニーズに柔軟に対応するため、24時間地域巡回型訪問サービス事業所が、サービス提供のタイミングや回数等を決定する訪問サービスマネジメントを行う必要があるのではないか。
- また、24時間地域巡回型訪問サービス事業所とケアマネジャーは「共同マネジメント」の形で緊密な連携を図り、利用者のニーズに即したプランを作成すべきではないか。

介護と看護の一体的提供

- 利用者の体調の変化に即応してサービス提供をするため、24時間地域巡回型訪問サービス事業所に介護職員と看護職員を配置する、又は外部事業所との緊密な連携を図る等の方法により、介護サービスと看護サービスを一体的に提供できる体制を検討すべきではないか。

随時対応のための体制

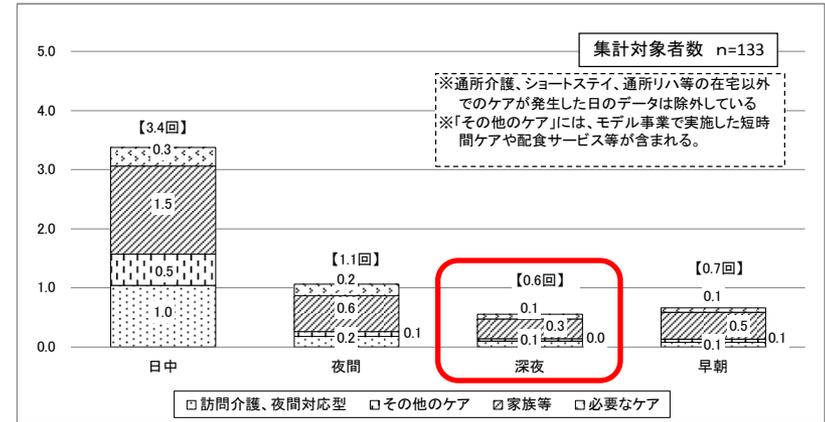
- 利用者からのコールに対し随時の対応を行う職員（オペレーター）は、利用者の状態を把握し、電話等での対応を通し適切に解決を図ることが重要である。
- オペレーターは、看護や介護に関する基礎知識と経験を有する者が担当しつつ、看護職員が不在時でも、看護の専門知識を有する職員からの助言が常に得られるような体制を確保すべきではないか。

< 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方のポイント② >

職員の配置のあり方

- 人材の安定的確保及び有効活用の観点から、24時間地域巡回型訪問サービス事業所の職員が、他の介護サービスとの兼務等について柔軟に対応できる仕組みが必要ではないか。
- 特に、夜間においては、サービス提供の頻度も低下するため、他の24時間対応の介護サービス事業所または施設等との兼務も検討するべきではないか。

時間帯別にみた一日当たりの必要訪問回数（定期・随時）



(資料出所)「24時間地域巡回型訪問サービスモデル事業」調査結果(暫定集計)

サービス提供圏域

- 利用者ニーズへの対応・効率的事業運営の観点から、30分以内で駆けつけられる範囲が適切ではないか。
- サービス提供の効率化の観点から、一定規模の地域を単一の事業所が担当するエリア担当方式や地域内の他事業所への部分的な委託も含めた柔軟な提供体制の構築を検討するべきではないか。

事業所から利用者宅までの平均移動時間（事業所平均）

	訪問介護	夜間対応型 訪問介護
①最長時間	30.5分 (n=159)	26.8分 (n=34)
②最短時間	4.0分 (n=158)	5.8分 (n=34)
③平均時間	14.9分 (n=149)	16.1分 (n=33)

(資料出所)今回実施した「事業所アンケート」調査結果

報酬体系

- 本サービスは、これまでの訪問介護と異なる全く新しいサービスとして位置付けられるべきものであり、また、日々変化する心身の状態にあわせてサービスの提供量が変化することから、現行の時間単位制に基づく出来高方式ではなく、一定の範囲内で包括定額方式を採用してはどうか。
- その際、包括化するサービス範囲について検討するとともに、他のサービスとのバランスも考慮する必要があるのではないか。

「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」 中間取りまとめ

2010.10.26

三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社

弊社では、厚生労働省老人保健健康増進等事業の補助金を受け、「24 時間地域巡回型訪問サービス」を全国に普及させるためのサービスの仕組みと事業構築のあり方について提案するため、介護サービス事業者、保険者、有識者からなる「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」(以下「検討会」という。)を設置し、これまで合計6回にわたり検討を行った。

この間、施設介護実態調査、事業者によるモデル事業、事業所アンケート等を実施した。本報告は、これらの調査分析結果も踏まえて検討会で討議された主な内容を整理し、検討会における議論の中間取りまとめとして作成したものである。

本検討会では、今後、さらに議論を重ね、最終取りまとめを1月頃に作成する予定である。

－ 構 成 －

- I. 本検討会のねらいと基本認識
- II. 24 時間地域巡回型訪問サービスの構築にあたって立つべき基本的な考え方
- III. 24 時間地域巡回型訪問サービスのイメージと事業のあり方について
 1. 24 時間地域巡回型訪問サービス事業の全体イメージ
 2. サービス利用の対象者像
- IV. 主な利用者タイプ毎のケアのあり方
 1. 主なタイプ別の特徴、及び在宅で訪問サービスにより対応する場合の課題の抽出
 2. 個別のケアにおける特徴と課題
- V. サービスの運営体制
 1. ケアマネジメント及び訪問サービスマネジメントのあり方
 2. 介護サービスと看護サービスの一体的提供
 3. 職員及びオペレーターの配置のあり方
 4. 事業者のサービス提供圏域のあり方
 5. 情報の集積と活用
- VI. 報酬体系のあり方
 1. 介護報酬の設定に関する基本的な視点
- VII. その他の論点

■「中間とりまとめ」に掲載されているデータについて

本「中間とりまとめ」の本文中に掲載されているデータは、①24 時間地域巡回型訪問サービスモデル事業、及び②施設介護実態調査、③事業所アンケートの暫定集計データを元に作成した。

それぞれの調査の概略は、以下の通り。なお、①および③については、暫定集計結果のため、今後、結果が変更となる場合がある。なお、詳細については、21 ページ以降を参照されたい。元データとなった調査の種別については、本編に掲載された図表タイトルに調査番号を付した(例:「調査②」)。

調査名	対 象	概 要
①24 時間地域巡回型訪問サービスモデル事業	13 の協力事業所 (うち4事業所は短時間ケアまたは日中の随時訪問を実施。暫定集計時の集計対象は 10 事業所)	在宅の訪問介護サービス利用者の1週間の生活状況について、実際の提供サービス以外にも、家族の実施したケア、事業所が必要と判断したケアを記録し、必要なケアの回数とタイミングを把握した。また、随時訪問の回数やタイミング、内容については1ヶ月分のデータを、サービス提供者の移動時間等については1週間分のデータを把握した。
②施設介護実態調査	特別養護老人ホーム (3 施設)	施設におけるケアの提供回数とそのタイミング、及びその内容について1週間分のデータを把握。作業部会により、実態データをもとに利用者タイプの整理・分類を行った。詳細は、図表 4 の通り。
③事業所アンケート	全国の深夜帯に対応している訪問介護事業所及び夜間対応型訪問介護事業所。暫定集計時の集計対象は、それぞれ 171 事業所、34 事業所。	それぞれの事業所の経営状況、サービス提供体制、利用者のニーズ、今後の課題などについてアンケート調査を実施。

I. 本検討会のねらいと基本認識

- 現在、医療や介護が必要になっても住み慣れた地域と住まいで必要なサービスを利用しながら、在宅生活の継続を希望する高齢者が増加している。しかしながら、居宅介護サービスについては、夜間・深夜・早朝帯の対応が十分でないことや、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの問題から、緊急時の対応も含め、在宅生活を安心して継続する環境整備が十分とはいえない状況にある。
- とりわけ、単身あるいは高齢者のみ世帯にお住いの高齢者が、現行の居宅介護サービスのみで在宅生活を継続するのは困難であり、在宅生活全体を支える具体的な居宅介護サービスの構築が喫緊の課題となっている。
- そこで、本検討会では、在宅においても施設と同様、24時間365日、いつでも必要なサービスを必要なタイミングで利用することができるようなサービス環境を整備すべく、「24時間地域巡回型訪問サービス」に向けた議論を行うこととした。
- 24時間地域巡回型訪問サービスの構築に向けて、本検討会では特に、サービスの利用対象者像とその効果、運営体制、看護との連携、報酬のあり方などについて論点を設定し議論を行った。

II. 24時間地域巡回型訪問サービスの構築にあたって立つべき基本的な考え方

サービスのあり方を検討する前提として、「24時間地域巡回型訪問サービス」の基本的な考え方として、検討会では、おおむね以下の点が確認された。

- 24時間地域巡回型訪問サービスの普及を通して目指す最終的な目標は、「単身・重度の要介護者」であっても、在宅を中心とする住み慣れた地域で、尊厳と個別性が尊重された生活を継続することができるような社会環境の整備である。
- 24時間地域巡回型訪問サービスは、「地域包括ケア」の仕組みを支える基礎的なサービスのひとつとして位置付けられるべきものである。高齢者の在宅における生活を支えるためには、本サービスに加え、既存の通所・短期入所等の介護保険サービスのみならず、在宅療養支援診療所・病院等が行う医療保険のサービス、配食サービス、移送サービス、外出支援サービスその他の生活支援サービス、いきがい・ふれあい・健康づくりのためのサービス等が協調して提供される地域システムを構築することが重要である。
- 24時間地域巡回型訪問サービスは、適切なアセスメントとマネジメントに基づいて、「日中、夜間、深夜、早朝」の時間帯を問わず、介護サービスと看護サービスが連携を図りつつ、「短時間の定期訪問」、「随時の対応」といった手段を適宜・適切に組み合わせて、利用

者に「必要なタイミング」で「必要な量と内容」のケアを一体的に提供することに特徴があり、この意味で「まったく新しいサービス類型」として位置づけられるものである。

- 24 時間地域巡回型訪問サービスにおいては、サービスが円滑に提供されているかを常時、総合的に把握するとともに、必要に応じてケア内容の修正をするなど迅速かつ柔軟に対応することが必要である。このため、サービス提供にかかわる職員のアセスメント能力・マネジメント能力の一層の向上が不可欠である。
- 新たなサービス類型である「24 時間地域巡回型訪問サービス」が、あらゆるタイプの要介護高齢者に対して、効果的なケアを提供できるとは必ずしも限らない。財政的な制約や、サービスの構造上の制約などについても明らかにした上で、このサービスがカバーできる範囲、他のサービスとの役割分担を明確にし、他のサービスとの連携を図ることが重要である。
- 過疎地などでは、サービスの展開が困難な地域も想定されるが、「集住型の高齢者住宅（高齢者が住み続けるために配慮されたバリアフリーの住宅）」と本サービスを含めた「外付けサービス」の組み合わせで移動コストを低減させることにより、効率的なサービス提供が期待できるのではないかと。

Ⅲ. 24 時間地域巡回型訪問サービスのイメージと事業のあり方について

1. 24 時間地域巡回型訪問サービス事業の全体イメージ

- 24 時間地域巡回型訪問サービスは、「①継続的アセスメントを前提としたサービス」、「②24 時間の対応」、「③短時間ケアの提供」、「④『随時の対応』を加えた『安心』サービス」、「⑤介護サービスと看護サービスの一体的提供」の5つの特徴をもつサービスとして整理できる。

■ 複数回の定期訪問と継続的アセスメントを前提としたサービス

- 本サービスは、施設ケアと同様に、心身の状態変化に迅速に対応し、日々のサービス提供量やタイミングを柔軟に変更しながら訪問サービスを提供することを基本とする。
- そのためには、身体介護の提供を中心に、一日複数回の訪問によるサービス提供を行うことで、心身の状態について介護及び看護の視点から常にアセスメントを行うことが前提となる。
- したがって、24 時間地域巡回型訪問サービス事業所が、利用者の状態を継続的にアセスメントしつつ、ケアマネジャーをはじめとするサービス提供事業者等と情報を共有し、共同でマネジメントを行う仕組みが「24 時間地域巡回型訪問サービス」の中核をなす。

- また、継続的な「アセスメントサービス計画」のサイクルが徹底され、日中帯の介護や医療的管理が適切に実施されれば、夜間帯や随時の対応の必要性は低くなるものと考えられる。

■24時間の対応

- 日中に比べ深夜帯の利用ニーズは低いと思われるが、体位交換やオムツ交換など、深夜帯においても、身体介護に対するニーズは確実に存在しており、在宅生活を安心して送る上で、24時間のサービス提供は不可欠である。
- 現行の夜間対応型訪問介護は、夜間のみサービス提供を想定しているが、24時間地域巡回型訪問サービスは、利用者の24時間にわたる在宅生活を支えるための体制を有する拠点として機能するものである。

図表1 24時間地域巡回型訪問サービスのコンセプト



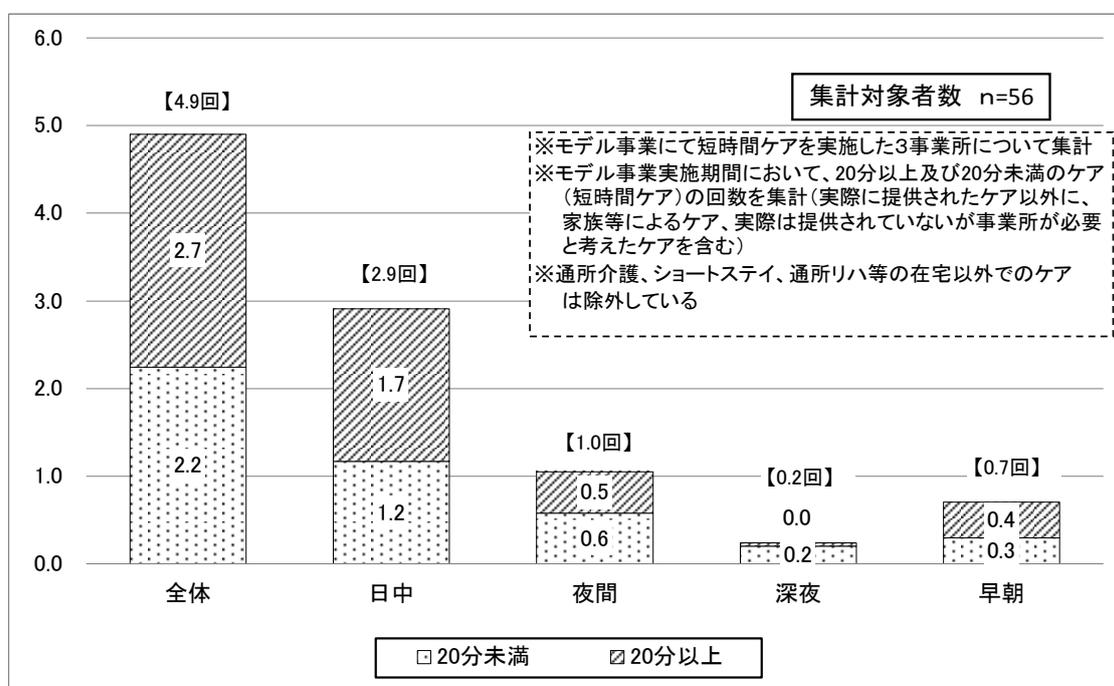
在宅の利用者の24時間365日の

安心感 の提供

■短時間ケアの提供

- 在宅介護を支えるためには、1回の介助時間が短くても、体位交換やオムツ交換、水分補給など、一日に複数回のサービス提供が必要なケアが存在する。現行の訪問介護では、短時間ケアについて、いわゆる「20分ルール」など一定の規定が設けられており、こうしたケアに十分対応できていない。
- 24時間地域巡回型訪問サービス事業所による適切なアセスメントに基づく「短時間ケア」の提供が可能になれば、在宅生活を支えるためのきめの細かなニーズへの対応が可能になり、在宅の限界点を引き上げることができるのではないかと。

図表2 時間帯別・提供時間別にみた一日あたりの必要と考える訪問回数(暫定集計)
(調査①)



■「随時の対応」を加えた「安心」サービス

- 本サービスでは、基本的に一日複数回のサービス提供と継続的なアセスメントにより、利用者の生活・生理パターンを把握し、適切なタイミングで必要なサービスを提供することを前提としているが、これに加え、利用者からのコールを受けた場合に、コール内容及び把握している利用者の心身の状態等を踏まえコール内容を総合的かつ的確に判断し、①通話(会話)での対応、②介護職員または看護職員の訪問、③救急・警察等関係機関への通報など必要な対応をとることになる。

【想定される「随時の対応」の例】

- ▶ 通話(会話)での対応・・・例えば、単身者などにおいて不安感からコールが発生する場合に、電話での会話を通じて、不安解消を図る。
 - ▶ 通話(会話)での対応・・・特定の症状が出ている場合に、処方されている複数の臨時薬のいずれを服薬すべきかについての問い合わせに対して、日頃の状態を把握している看護職員が対応を指示する。
 - ▶ 通話(会話)での対応・・・バルーンカテーテルの流れが悪く詰まっているのではないかとの問い合わせに対して、「一度、軽く振ってみる」、「ベッドと壁の隙間にカテーテルの一部が挟まっていないか」などの簡単な確認を指示する。
 - ▶ 介護職員の訪問・・・排泄移乗時の転倒や失禁などによって定期訪問以外に介助が必要な場合などは、介護職員が訪問する。
 - ▶ 看護職員の訪問・・・ストーマのパウチがはずれてしまった場合に、つけなおす処置を行うため看護職員が訪問する。
- 上記のようなコール対応を24時間体制で実施することにより、利用者は、電話やケアコール端末などの双方向の通信機器によって、いつでも24時間地域巡回型訪問サービス事業所とつながっている、あるいは真に必要なときには介護職員等が来てくれるという安心感を得ることができる。
 - 随時のコールに対して適切に対応するためには、定期訪問で把握・蓄積された日々のアセスメント情報に基づく判断が求められることに加え、随時の対応の範囲や限界を利用者に十分に説明し、提供者と利用者の合意の上でサービスが提供されることが重要である。

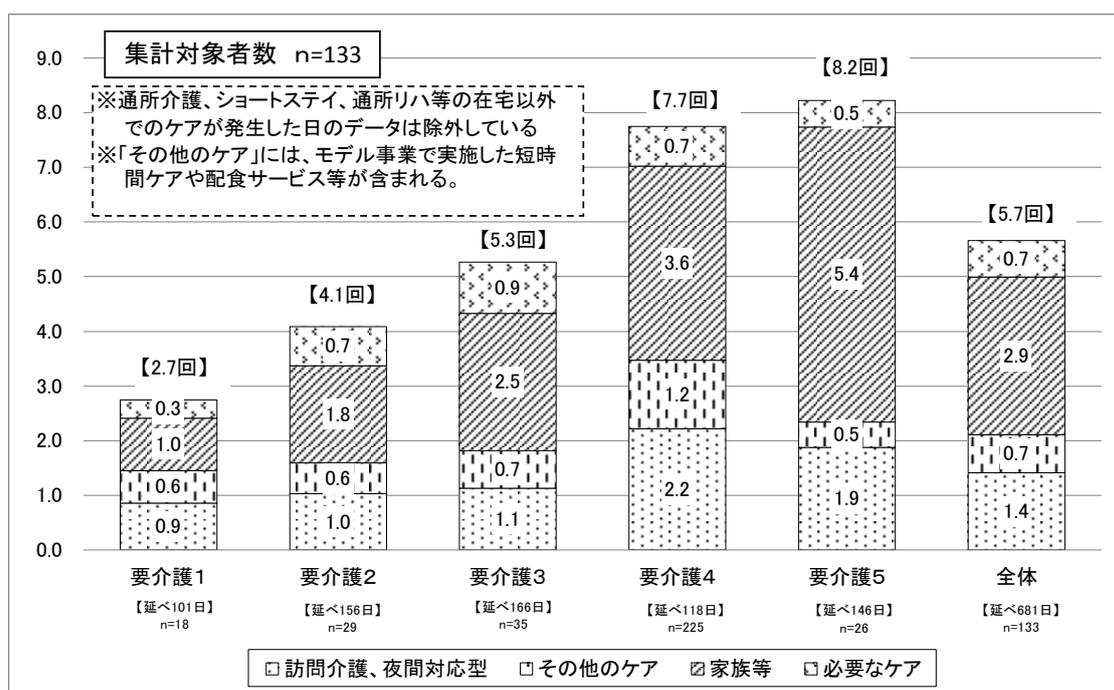
■介護サービスと看護サービスの一体的提供

- 介護保険施設に入所中の医療・看護サービスが必要な利用者でも在宅生活が可能な状況にすることも含め、在宅生活の継続には、介護サービスだけでなく、看護サービスの安定的な提供が重要になる。
- 24時間地域巡回型訪問サービスでは、迅速かつ柔軟な対応が求められることから、事業所に介護職員と看護職員が配置されるとともに、事業所における介護・看護の協働体制を確立することが重要である。
- また、看護ニーズが顕在化していない利用者であっても、24時間の対応を進めていく中で、不測の状況で看護職員による判断が必要となる場面や、退院時の支援が必要になるケースは多く、こうした場合に、24時間地域巡回型訪問サービス事業所に看護職員が配置されていることは非常に重要である。

2. サービス利用の対象者像

- モデル調査のデータ(10 地域分)を見ると、要介護度の重度化にしたがい、必要と考える訪問回数(要介護1では2.7回、要介護5では8.2回)が増える傾向にあるが、訪問介護等の介護保険サービスがすべてをカバーしてはならず、その不足分については家族がケアを行っていることがわかる。この傾向は、要介護3以上において特に顕著であり、在宅の限界点を示しているのではないかと。
- 本サービスは在宅生活の限界点を引き上げることを目的としていることから、制度のデザインを検討する際には、主に要介護3以上の要介護者の在宅生活を維持することを前提としたサービスの仕組みを想定すべきではないか。一方で、実際のサービス利用においては、軽度の要介護者にも複数回の介護の必要性は認められることから、要介護者全般を対象としてもよいのではないかと。

図表3 要介護度別にみた一日あたりの必要と考える訪問回数(暫定集計)(調査①)



上記集計では、1週間分のケアの実施回数を1日あたりの平均値に割り戻して表示した。なお、ショートステイ及びデイサービス、通所リハ等の在宅以外でのケアを利用した日のデータは集計から除外した。

■訪問介護・夜間対応型:

- ・ 調査対象の1週間に実際に提供された訪問介護・夜間対応型訪問介護の提供(訪問)回数。随時訪問や短時間ケア等の回数も含む。また、他事業所の提供している訪問介護や訪問看護についても、把握した。

■家族等:

- ・ 上記以外の家族や親族が提供したケアの回数やタイミングを把握した。

■必要なケア:

- ・ 実際にサービスは提供されなかったが、調査を担当した事業所が、本来なら必要と考えるケアの実施タイミングと回数を記録した。

■上記の3項目を調査することによって、在宅生活を維持するのに必要なケアの回数とタイミングを把握した。

IV. 主な利用者タイプ毎のケアのあり方

1. 主なタイプ別の特徴、及び在宅で訪問サービスにより対応する場合の課題の抽出

在宅の要介護高齢者向けの24時間地域巡回型訪問サービスの内容やケアのタイミング等を検討するための基礎データを得るため、「施設介護実態調査(特別養護老人ホーム)」を実施し、本検討会に設置された作業部会において結果の分析を行った。当部会では、得られた実態データを基に、以下の特徴的な利用者タイプを仮に設定し、利用者タイプ別に24時間地域巡回型訪問サービスで対応する場合の示唆、適用可能性等について検討し整理した。

図表4 利用者タイプ別の特徴 (調査②)

タイプ	タイプの特徴	24時間地域巡回型訪問サービスでの対応における示唆、適用可能性等
I	食事摂取自立で、 <u>配膳・下膳のみの対応</u> 。排泄は自立。	定期の介助で大半は対応可能。食事の配膳等は、配食サービスでも対応可能。
II	食事摂取自立で、 <u>配膳・下膳のみの対応</u> 。排泄介助はあるが、 <u>多くがトイレ介助</u> 。配下膳など短時間での複数回対応が必要。	トイレ排泄を行うため、 <u>タイミングや方法について十分な事前のアセスメントが必要(多くがトイレ移動介助)</u> 。定時以外の排泄介助ニーズにいかに対応するかが課題。
III	<u>食事摂取には、常時付き添いが必要な介助状態</u> 。排泄は、トイレ、ポータブルトイレ、オムツの併用も見られる。	食事介助に長時間を要するため、特に人的コストの面で対応方法を要検討。排泄介助については上記と同様。
IV	食事は経口摂取、排泄は <u>おむつの定時交換</u> 。最重度であるが、 <u>ケアのタイミングは定型化されており、随時対応も少ない</u> 。	深夜の体位交換のニーズが多い。排泄は定時交換のため対応可能。食事介助については上記と同様。
V	<u>経管栄養を使用</u> 。食事摂取の時間は短いものの看護職員によるケアが必要。併せて喀痰吸引が必要な利用者も含まれる。	主に、看護サービスによりケアを提供。タイミングや方法について十分な事前のアセスメントが必要
VI	認知症の周辺症状等、 <u>常時付き添いや見守りが必要な介助状態</u> 。随時対応も多く、施設では対象者に付き添いや見守りが終日続くタイプ。 ※ 上記以外の認知症高齢者についてはI～Vのタイプに内包される	認知症の周辺症状が強く出ている状態での利用は困難か。適切な医学的管理により症状を改善し、状態が落ち着けば対応可能。

2. 個別のケアにおける特徴と課題

■食事摂取

- 食事の提供は、低栄養予防、脱水症予防、身体機能の維持という観点から、在宅ケアの中心をなす重要な要素である。
- 常時の付き添いを必要とする食事摂取介助を在宅で提供する場合は、配膳・下膳を含め、一回あたり最低でも30分以上を要するが、提供時間帯が集中することも含め、適切なサービスを提供できる体制を構築できるかどうかポイントになるのではないかと。
- また、食事摂取に介助を必要としない場合、食事の提供については、病歴や咀嚼・嚥下等の口腔機能に配慮した個別の配食サービス等の活用も検討すべきではないかと。
- ただし、在宅の場合、下膳については食べ残しの確認や服薬管理等も含め、ヘルパー等が行い、低栄養の予防や栄養管理を行うことが必要ではないかと。

■水分補給

- 在宅の高齢者は、午前午後の定時に水分補給を実施する施設入所者に比べ、水分不足に陥りやすいとの指摘がある。短時間ケアが導入されれば、10分程度の水分補給のための定期訪問を組み込むことができるのではないかと。

■排泄

- 排泄ケアは、尊厳を守りつつ利用者の気持ちに寄り添い、提供されることが重要である。排泄は、昼夜にわたり最も頻度の高いケアであり、本人のペースで行うことが望ましいが、トイレやポータブルで行う場合、突発的な尿意・便意などに対応が間に合わないような状況を出来るだけ回避するため、適切なアセスメントに基づき、本人の日常的な排泄のタイミングを把握した上で、定期訪問のタイミングを決定することが重要ではないかと。
- 夜間頻尿等の問題は、医学的な治療によって症状が改善し、在宅での排泄ケア回数が減少することも多い。サービスの利用前に、医学的なアセスメントを十分実施し、在宅生活を無理なく送ることができるようにすることが前提として重要である。

■体位交換(寝返り)

- 寝たきり状態においては、床ずれの予防のために、定期的な体位交換が必要となる。体位交換は、オムツ交換などと同時に実施されることが多いと思われるが、短時間のケアで対応することにより、深夜帯などの家族の介護負担を大幅に軽減することができるのではないかと。

■医療・看護ケア

- 経管栄養やインスリン注射など、定時で計画的に対応すべき医療ケアが必要な利用者については、看護職員が夜間や早朝の定期的な医療処置を提供することで入院から在宅療養に切り替えることが可能であり、24時間地域巡回型訪問サービスが効果を発揮するのではないか。
- たんの吸引を要する場合、定期訪問によるたんの吸引に加えて、随時の対応が必要になるのではないか。ただし、就寝前のケアが十分に行われていれば、深夜帯における随時の対応の機会は減少するのではないか。
- また、現行制度ではたんの吸引・経管栄養は看護サービスにより対応されるものであるが、「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」の議論において、一定の条件の下で、介護職員等によるたんの吸引・経管栄養を可能とする方向での検討が行われている。24時間地域巡回型訪問サービスにおけるサービス提供のあり方を検討するにあたっては、それを踏まえて検討することも必要ではないか。なお、たんの吸引や経管栄養について介護職員が実施することが制度的に認められるようになれば、24時間地域巡回型訪問サービスの利用者拡大により、事業運営面を含めて在宅介護基盤を一層強化することが可能となるのではないか。

■認知症ケア

- 認知症高齢者の症状はその病期、体調により変動が激しく、運動能力の低下していない認知症高齢者でBPSDが目立つ状況などでは、本サービスで在宅生活を支えることは必ずしも容易ではない場面がある。このようなケースでは、専門医療機関との連携とともに既存の各種サービスと24時間地域巡回型訪問サービスの間でその時々状況に応じた柔軟なサービスの選択を行っていく必要があるのではないか。
- 単身の認知症高齢者において、適切な食事内容が確保できない場合や、薬の飲み忘れ、二重服薬、排泄後の清潔のケアなどが適切にできない例などに関しては、24時間地域巡回型訪問サービスの有効性が期待できるのではないか。
- 短時間の、時間帯により異なる介護職員による訪問は、「なじみの関係」の形成・維持が難しい場合もあり、BPSDの悪化を来す可能性も否定できないことから、認知症高齢者を混乱させないよう、担当の介護職員同士の十分な情報共有や勤務シフトの工夫、諸方面の関係者を交えたカンファレンスなどを十分に行っていく必要があるのではないか。

V. サービスの運営体制

1. ケアマネジメント及び訪問サービスマネジメントのあり方

- 本サービスは、一日複数回の定期訪問を前提として、利用者の状態の変化にあわせてアセスメントを行い、必要に応じて常にサービス提供のタイミングや回数、訪問職種(介護職員・看護職員)の決定などを柔軟に行うことが重要となる。
- このようなきめ細かな対応を機動的に実施するためには、従来のような週単位の固定的なケアマネジメントでは十分に利用者のニーズに応えることは困難であることが想定される。これに対応するためには、24 時間地域巡回型訪問サービス事業所が、自らの判断で、事業所に集積された利用者情報を活用し、一日のサービス提供のタイミング等を決定する訪問サービスマネジメントを行う必要がある。
- 訪問サービスマネジメントにおいては、日常生活を支える上で、最低限必要となるすべてのケアをあらかじめ想定し、その中で本人が対応する部分を除いたものが、訪問サービスの利用プランとなるような視点に立つ必要がある。また、ここでいう「最低限必要となるケア」の具体的な範囲については、介護に携わる専門職の間で一定の合意形成を得ることが重要である。
- さらに、ケアマネジャーは24 時間地域巡回型訪問サービス事業所と、「共同マネジメント」の形で緊密に連携を図り、他のサービス提供事業者との情報共有を進めつつ、利用者のニーズに即したケアプランを作成することが必要となる。

2. 介護サービスと看護サービスの一体的提供

- 在宅生活の継続には、介護サービスだけでなく、看護サービスが安定的に提供されることが重要になる。特に、介護保険施設に入所中の看護サービスが必要となる利用者であっても在宅生活が可能でいる状態を目指すのであれば、看護サービスの一体的提供は不可欠である。
- 利用者の体調の変化に即応して看護サービスを提供するためにも、24 時間地域巡回型訪問サービス事業所には介護職員と看護職員を配置し、介護サービスと看護サービスを一体的に提供できる体制を検討すべきである。
- 例えば、体調不良等により短期間の看護サービスが必要な場合、看護職員が、ケアプランの変更を待たずに必要なタイミングで迅速に訪問を行うといったことが想定される。また、利用者の心身の状況や、介助内容の特殊性などから、介護職員と看護職員が2人で対応したほうが効果的な場合も想定されるのではないかと。
- さらに、急性期病院等からの在宅復帰は、利用者にとって、在宅生活への適応だけでなく、医療的な面でも不安が最も大きく、サービスのマネジメントにおいては最も重要なタイ

ミングである。在宅生活への円滑な移行を進める上で、24 時間にわたり、介護サービスだけでなく看護サービスが一体的に提供されることは、再入院を回避し、在宅生活を継続する上で、非常に効果的ではないか。

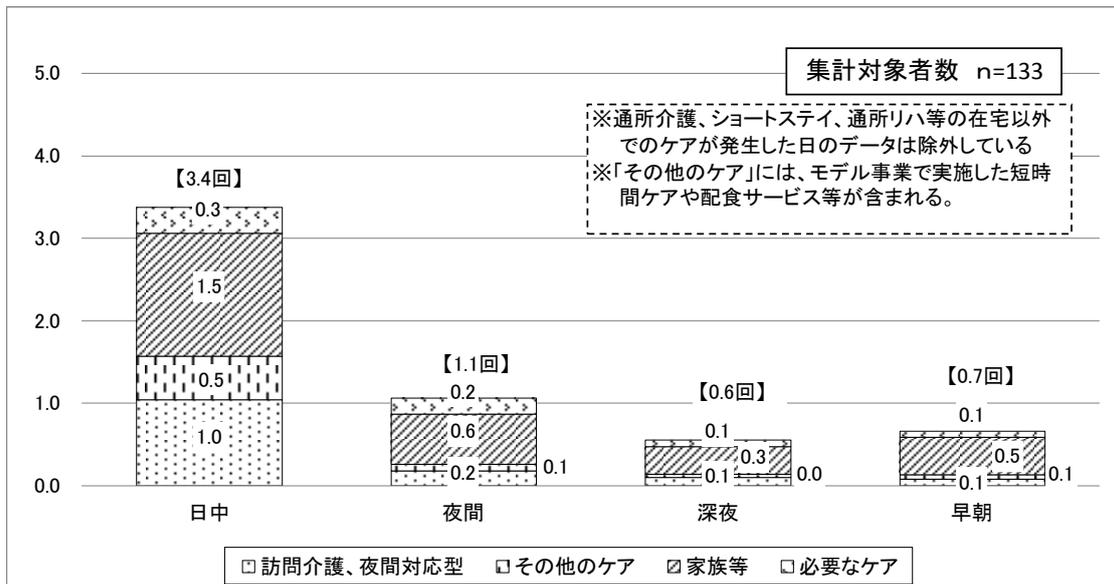
- 同一事業所内の看護職員の配置は、利用者にとって、安心を担保する意味を持つとともに、介護職員にとっても、利用者の様々な状態の変化に対して看護職員と意見交換を行い、医学的な見地からの助言を求められることができるという点で重要な意味を持つと考えられる。介護職員が「どのような場合に看護職員に判断を求めるべきか」については、一定の標準化が必要であり、介護職員や看護職員がその内容について共有することが重要である。
- なお、事業所に看護職員を配置することが困難な場合も想定されるが、24 時間地域巡回型訪問サービスの機能を最大限発揮するためには介護サービスと看護サービスの一体的提供は重要であることから、外部の事業所との緊密な連携によって上記と同等の機能を確保するための方法について検討すべきではないか。
- また、一体的提供や事業所間の連携によって、サービスの柔軟性の面でより効果的な体制となることに加え、一定程度以上の事業所規模が確保できることでサービスを安定的に供給できるのではないか。

3. 職員及びオペレーターの配置のあり方

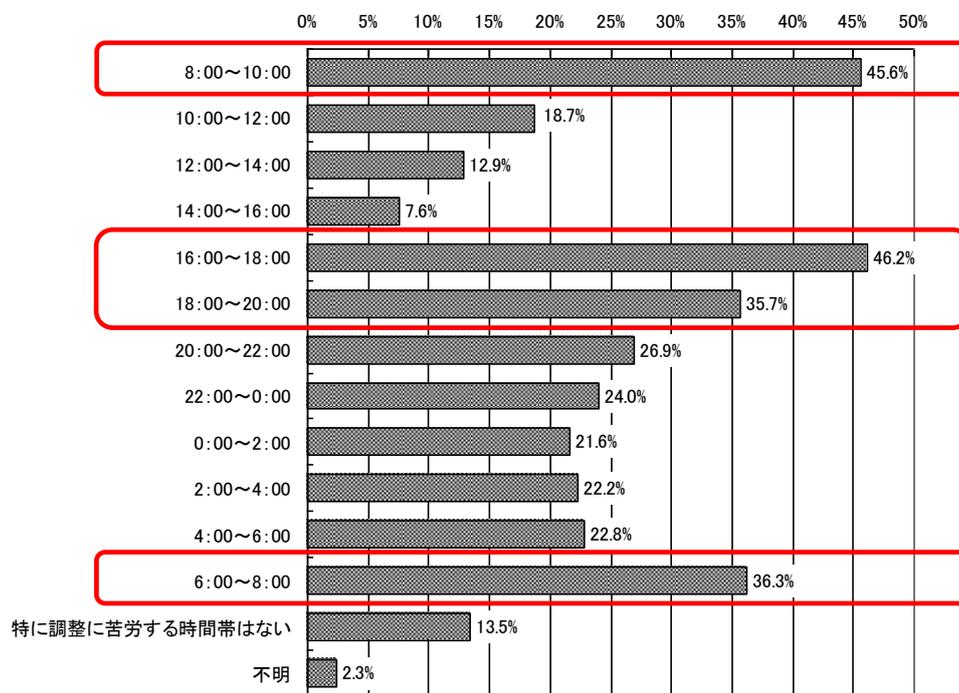
■ 職員の配置

- 在宅の生活を支えるには、24 時間のケア提供が必要になるものの、その訪問回数は、基本的に早朝、日中、夜間の時間帯に集中しており、深夜帯のケア提供の回数は、限られた規模になると考えられる。(図表 5 参照)
- また、24 時間体制で訪問介護を実施している事業所アンケートの結果によると、職員の確保が最も困難と考えられているのは、深夜よりも夕食の時間帯にあたる 16:00(日中)～20:00(夜間)とモーニングケアの時間帯にあたる 6:00(早朝)～10:00(日中)であり、これは現行の訪問介護の職員体制が短時間勤務の主婦層に依存していることが要因の一つとして考えられる。

図表5 時間帯別にみた一日あたりの必要と考える訪問回数(定期訪問・随時訪問) (調査①)



図表6 訪問介護事業所におけるローテーションに苦勞している時間帯:複数回答
n=171 (調査③)



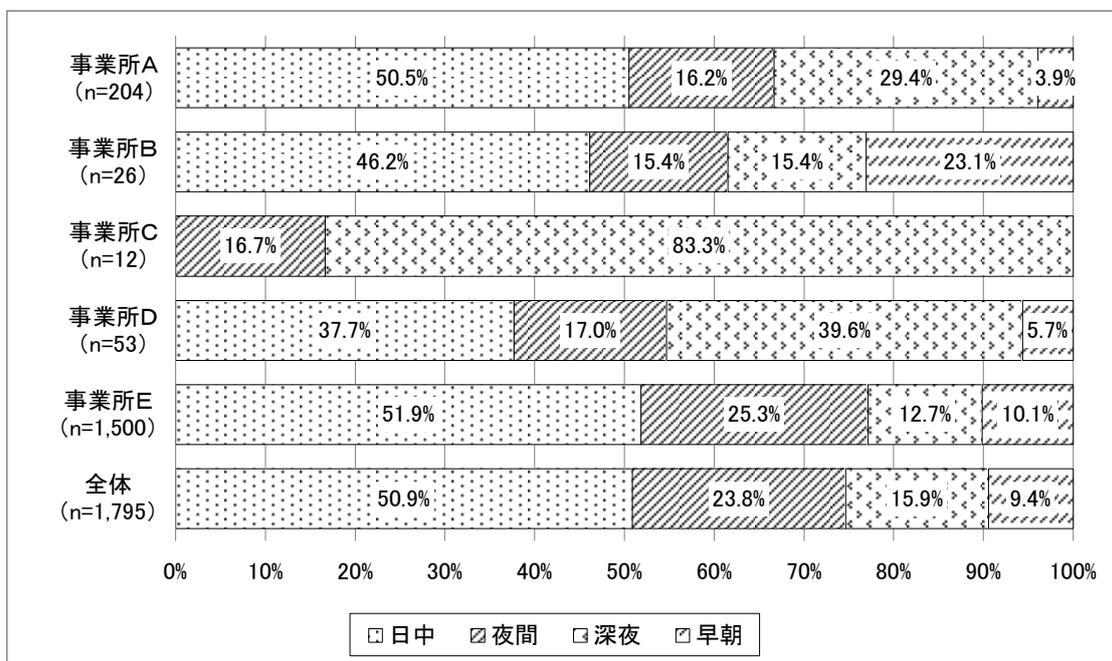
- 本サービスにおいては、心身の状態の変化に応じて柔軟なサービス提供を行う必要があることから、勤務ローテーションの安定化は重要であり、常勤職員の雇用を進めることが基本になるのではないかと。

- しかしながら、モーニングケア、食事、ナイトケアなど特定の時間帯において、利用の集中が予想されることから、常勤職員に加えて、これまでの訪問介護サービスを支えてきた短時間勤務職員も組み合わせたシフト対応が必要になるのではないかと。
- さらに、人材の安定的確保及び有効活用の観点から、介護職員・看護職員やオペレーターの配置の際に、他の介護サービスとの兼務等について柔軟に対応できる仕組みが必要と考えられる。特に、夜間においては、サービス提供の頻度も相当程度低下することが想定されるため、他の24時間対応を行っている介護サービス事業所、または施設等との兼務も検討するべきではないかと。

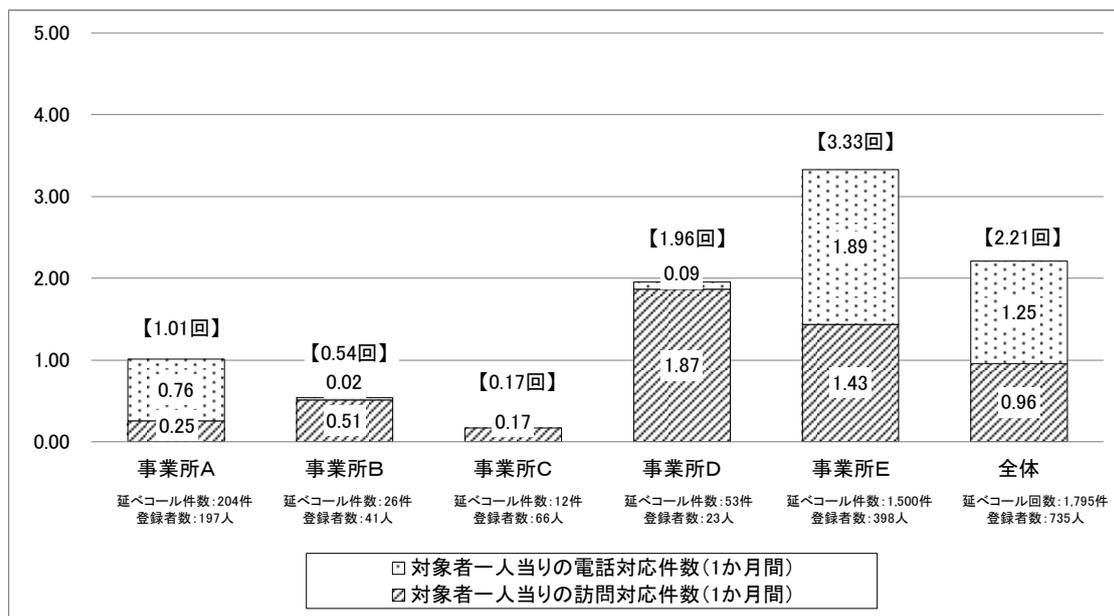
■ 随時対応のための職員配置(オペレーター)

- 利用者からのコールに対しては、オペレーターが利用者の日頃の状態を把握し、電話等での対応を通して適切に解決を図ることが重要である。モデル事業の結果によれば、利用者からのコールは、時間帯を問わず発生するものの、一ヶ月に発生する一人あたりのコール数は限定的であり、また、回数が多い場合でも、大半が実際に訪問することなく、通話(会話)で利用者のニーズへの対応が図られている。

図表7 モデル事業における随時の対応の時間帯



図表8 モデル事業における1ヶ月間の「随時の対応」状況



- 必要とされる対応(電話対応・職員による訪問・関連機関への連絡連携)を的確に判断する上でオペレーターの役割は大きいことから、オペレーターは、看護や介護に関する基礎知識と経験を有するものが担当しつつ、看護職員が不在の場合でも必要に応じて、看護の専門知識を有する職員からの助言が常に得られるような体制を確保すべきである。なお、看護サービスの提供体制を外部事業所との連携で確保する場合も同様に、看護に関する専門知識をもつ職員からの助言が得られる体制を維持するべきである。
- また、深夜帯においてはサービス利用が限定的な地域などで、携帯電話を所持する職員がオペレーターを担当することも想定されるが、その場合でも、本サービスの随時の対応は、日頃のアセスメント情報に基づく対応をとることが前提となるため、利用者のアセスメント情報に迅速にアクセスし、適切な判断が取れる環境の中でオペレーションを行うべきである。
- このような通話サービスが行われることで、利用者の安心感が高まることが想定されることから、利用者の状況が正確に把握できる「モニター付き双方向通信機器」の活用推進等も検討すべきではないか。

4. 事業者のサービス提供圏域のあり方

■ サービス提供圏域の考え方

- サービスの提供圏域は、利用者側と提供者側の2つの視点から、最適な圏域を議論する必要があるのではないか。

- 利用者の視点から見た場合、サービス提供圏域は、利用者のニーズに即応する必要性から、30分以内で駆けつけることができる範囲とすべきではないか。また提供者側から見た場合も、移動時間の短縮は効率的な事業運営上、重要になることから、30分程度の移動時間が適切ではないか。
- なお、今回実施した「現在、夜間・深夜帯に対応している訪問介護事業所及び夜間対応型訪問介護事業所」を対象に実施したアンケート調査結果によると、訪問介護事業所では事業所から利用者宅までの移動時間(事業所平均)は、平均時間が14.9分、最長時間が30.5分であり、また、夜間対応型訪問介護事業所では、それぞれ16.1分、26.8分とほぼ同様の結果であった。

図表9 事業所アンケートにおける事業所から利用者宅までの移動時間（事業所平均）
（調査③）

	訪問介護	夜間対応型 訪問介護
①最長時間	30.5分 (n=159)	26.8分 (n=34)
②最短時間	4.0分 (n=158)	5.8分 (n=34)
③平均時間	14.9分 (n=149)	16.1分 (n=33)

■事業者指定の考え方

- 短時間ケアや随時の対応を採算の取れる水準で確保するためには、移動コストを最小化しつつ、一定規模の顧客数を確保する必要がある。とりわけ、日中に比べ夜間帯のニーズは量的にも減少することから、サービス提供の効率性の面からも、一定規模の地域を単一の事業所が担当するエリア担当方式も検討すべきではないか。また、利用者にとっても、一定程度の時間内に介護職員・看護職員が来てくれる体制が整備されることにより、在宅での「安心感」が増すのではないか。一方で実際のサービス提供にあたっては、地域の実情に応じて、遠隔地へのサービス提供の場合などへの対応も含め、地域内の他事業所への部分的な委託も含めた柔軟な提供体制の構築が必要ではないか。
- 訪問サービスでは、移動コストの問題があるため、利用者の増加のみによるコスト減少は大きく期待できないが、エリア担当方式を採用することによって、サービスエリアを一定範囲に絞り込み、移動ルート of 効率化を進めることが可能になるのではないか。

5. 情報の集積と活用

- 利用者の身体状況等に関する情報の継続的集積を行う機関(例えば地域包括支援セン

ター)を設け関係者が必要に応じて活用できる体制を整備する必要がある。地域内では引き続き、多種多様な事業者等が、在宅生活を維持するためのサービスを提供することになることから、事業者が異なっても利用者の情報を閲覧できるような情報システムを地域内に構築する必要があるのではないかと。

- とりわけ、24時間地域巡回型訪問サービスの利用が進むと、利用者のきめ細かな状況変化を集積することが可能になり、このようなシステムが、ケアの質を向上させるための基盤になるのではないかと。

VI. 報酬体系のあり方

1. 介護報酬の設定に関する基本的な視点

- 24時間地域巡回型訪問サービスは、これまでの訪問介護と異なる全く新しいサービスとして位置付けられるべきものであり、また、日々変化する心身の状態にあわせてサービスの提供量が変わることから、現行の時間単位制に基づく出来高方式ではなく、利用者負担の極端な変動が発生しないよう、一定の範囲内で包括定額方式を採用してはどうか。
- 包括定額方式の介護報酬とした場合、どの範囲のサービス内容までを包括の中に組みこむのか検討することが必要である。

図表10 出来高方式と包括定額方式

	概要	メリット	デメリット
出来高方式	提供されたサービスの回数や時間毎に報酬を積み上げる方式。現行の訪問介護の報酬体系。	サービスを行わなければ収入がないため、確実にサービス提供がされる。	体調の変化などによる利用頻度の変化に柔軟に対応できない。
包括定額方式	一定のサービス内容を一定額によってパッケージとして提供する方式。現行の小規模多機能型居宅介護の報酬体系。	体調の変化などによる利用頻度の変化に柔軟に対応可能。	事業者側には一定の収入が生じるためサービスの提供控えが発生するリスクあり。

- さらに、在宅生活を支えるためには、通所介護やショートステイ、福祉用具等の居宅介護サービスを組み合わせた利用が引き続き必要であることから、報酬設定の際には、他サービスとのバランスも考慮する必要があるのではないかと。

■具体的な報酬方式の例

- 本サービスにおける随時の対応は、毎日のケアの状況を一日複数回の定期訪問で把握し、情報を蓄積している場合により大きな効果を得ることが期待されることから、例えば、

随時の対応と一日に一定回数の定期訪問を包括定額化した上で、これを超える定期訪問を出来高払いとするといったことも考えられるのではないかな。

- 24時間地域巡回型訪問サービスは、利用者の在宅生活を包括的に支えることを目的としており、また心身の状況の変化によって、利用回数も変化することが想定されることから、短時間ケアを含むすべての定期訪問と随時の対応のすべてを包括定額化して評価してはどうか。
- また、出来高方式を部分的に継続する場合であっても、従来のようにサービス提供の時間を単位とした報酬方式を改めて、行われた業務内容や行為、訪問回数単位の単価設定を行うことも検討すべきではないかな。

VII. その他の論点

- 施設生活と比較して在宅生活の場合は、社会との交流や活動機会が低下しがちになることから、既存の通所サービスだけでなく、地域のボランティアによる訪問や地域での様々な交流機会などを活用し、社会との接点を維持することが重要ではないかな。
- なお身体介護とあわせて提供される生活援助については、地域の様々なサービスの活用や提供方法を再検討し、介護職員の投入を効率化すべきではないかな。例えば、買い物における共同購入方式、配食サービス、外部ランドリーを活用した洗濯サービスなどの活用が考えられるのではないかな。
- 本サービスを含む地域包括ケア体制が確立するまでの間の経過措置、特に施設の取扱いについては、施設の家庭化・在宅化の推進、施設サービスの外付けの推進などの方針を明確にすることが必要である。

中間とりまとめについては、サービス提供のあり方・制度の骨格についてまとめたものであり、1月下旬を目途に取りまとめを行う最終報告において、この事業を成立させるための事業モデル・必要コストについての検討を行うこととする。

【「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」実施概要】

1. 「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」委員名簿 (50 音順 敬称略)

ご氏名	ご現職
あきやま まさこ 秋山 正子	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション 所長
いけだ しょうぞう 池田 省三	龍谷大学 社会学部 地域福祉学科 教授
いしはら みちこ 石原 美智子	株式会社新生メディカル 代表取締役社長
いべ としこ 井部 俊子	聖路加看護大学 学長
かとり かん 香取 幹	株式会社やさしい手 代表取締役社長
こやま つよし 小山 剛	社会福祉法人長岡福祉協会 高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長
しのだ ひろし 篠田 浩	大垣市 福祉部 社会福祉課 課長補佐
ときた じゅん 時田 純	社会福祉法人小田原福祉会 理事長
とちもと いちさぶろう 栃本 一三郎	上智大学 総合人間科学部長
ばたい ひでお 馬袋 秀男	株式会社ジャパンケアサービスグループ 代表取締役社長
ほった さとこ 堀田 聡子	ユトレヒト大学 社会行動科学部 訪問教授/オランダ社会文化計画局研究員
ほった つとむ ◎堀田 力	公益財団法人さわやか福祉財団 理事長
ほりかわ たかひと 堀川 雄人	世田谷区 地域福祉部 部長
まとば ゆうこ 的場 優子	和光市 保健福祉部 長寿あんしん課 和光南地域包括支援センター
ゆうき やすひろ 結城 康博	淑徳大学 総合福祉学部 社会福祉学科 准教授
わだ ただし 和田 忠志	全国在宅療養支援診療所連絡会研修・教育局長 あおぞら診療所高知潮江 医師

(◎:座長)

2. 開催履歴

第1回 平成 22 年6月 18 日(金)

- ・本調査研究の主な検討・討議論点案の報告と討議
- ・モデル事業、アンケート実施計画案の報告と討議

第2回 平成 22 年7月5日(月)

- ・モデル事業実施計画案の報告と討議
- ・夜間訪問体制のある訪問介護事業者向けアンケート実施計画案の報告と討議

第3回 平成 22 年8月2日(月)

- ・委員による意見提起と討議
- ・調査の進捗状況報告

第4回 平成 22 年9月6日(月)

- ・委員による意見提起と討議
- ・施設介護実態調査結果の検討分析報告と討議

第5回 平成 22 年 10 月 12 日(火)

- ・中間とりまとめ(草案)に関する討議
- ・各種調査の集計結果の経過報告と討議

第6回 平成 22 年 10 月 18 日(月)

- ・中間とりまとめ(案)に関する討議

【モデル事業及びその他の調査の概略】

1. 24 時間地域巡回型訪問サービスモデル事業

(1)目的

今後構築すべき「24 時間地域巡回型訪問サービス」の具体的な事業のあり方を検討するために必要な基礎情報を得ることを目的とした。

(2)主な調査検討テーマ

- 短時間を含む定期及び随時訪問の内容や時間帯の組みあわせ
- 介護職員等の配置・勤務体制のあり方、オペレーションセンターの活用のあり方
- 医療と看護、介護との連携のあり方 等

(3)収集情報、収集方法

在宅高齢者の当サービスの利用実態、及び事業者の提供体制の実績に関する情報を介護職員等が記録。

(4)実施時期

- 各協力事業者でのデータ収集：
各実施事業者における準備期間を含め、おおむね7～9月。
- 収集したデータの入力集計：
10月上旬に暫定集計を実施。

(5)協力事業者：

全国の 13 事業者の協力を得て実施。

	事業者名	協力事業所所在地自治体
1	医療法人財団 中島記念会	大田区（東京都）
2	株式会社 ジャパンケアサービス	世田谷区（東京都）
3	株式会社 やさしい手	渋谷区（東京都）
4	社会福祉法人 すこやか福祉会	足立区（東京都）
5	社会福祉法人 若竹大寿会	横浜市（神奈川県）
6	社会福祉法人 小田原福祉会	小田原市（神奈川県）
7	特定非営利活動法人 ウェルエイジ	伊勢原市（神奈川県）

	事業者名	協力事業所所在地自治体
8	社会福祉法人 長岡福祉協会	長岡市（新潟県）
9	社会福祉法人 射水万葉会	富山市（富山県）
10	株式会社 新生メディカル	池田町（岐阜県）
11	社会福祉法人 京都老人福祉協会	京都市（京都府）
12	社会福祉法人 幼老育成会	佐世保市（長崎県）
13	株式会社 ケアネット徳洲会沖縄	宮古島市（沖縄県）

2. 施設介護実態調査

(1) 目的

現在、入所施設（特別養護老人ホーム）で提供されている身体介護を中心とする介護の内容、量、時間帯等を把握し、「今後、在宅で提供されるべき標準的な身体介護内容」を導出するために実施。

(2) 主な調査検討テーマ

○入所者に対する定期訪問と随時訪問の介助内容や時間帯の実態記録シートの作成と集計と分析。

○得られた「入所者に対する介護実態情報」から、在宅生活の継続を支えるために必要な身体介護等の内容や提供のあり方に関する基礎情報を抽出。

(3) 実施時期

○各協力事業者でのデータ収集、入力

各実施事業者における準備期間を含め、7～8月。

○集計結果の分析、考察

8月。

(4) 実施施設（協力事業者）

介護老人福祉施設潤生園（社会福祉法人小田原福祉会）

介護老人福祉施設サンビレッジ（社会福祉法人新生会）

介護老人福祉施設こぶし園（社会福祉法人長岡福祉協会）

(5) 「24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会 作業部会」委員名簿

西山八重子 社会福祉法人小田原福祉会 介護老人福祉施設潤生園 副施設長

馬淵規嘉 社会福祉法人新生会 介護老人福祉施設サンビレッジ 施設長

丸山寿美子 社会福祉法人長岡福祉協会 介護老人福祉施設こぶし園 業務課長補佐

吉井靖子 社会福祉法人長岡福祉協会 介護老人福祉施設こぶし園 看護部長

（50 音順 敬称略）

(6)開催履歴

第1回 平成 22 年8月 26 日(木)

・施設介護実態調査結果の検討

3. 事業所アンケート

(1)目的

全国の夜間対応型訪問介護事業所と深夜帯に対応している訪問介護事業所に対してアンケート調査を行い、24 時間地域巡回型訪問サービスを全国的に普及・推進していくための事業の在り方を検討する際の基礎情報を得るために実施。

(2)主な調査テーマ

- サービスの提供状況(提供時間帯、サービス利用状況 等)
- サービス提供体制(介護職員数、職員体制、介護職員の採用・定着状況 等)
- 利用者の状況(要介護度別・性別・世帯類型別利用者数、サービス利用実績 等)
- 24 時間地域巡回型訪問サービスの利用促進、事業参入促進のための方策

(3)調査対象

訪問介護事業所(深夜帯に対応):2,388 ヶ所

夜間対応型訪問介護事業所:119 ヶ所

(4)回収状況

	中間取りまとめ対象 回収数(回収率)	10/18 時点 回収数(回収率)
訪問介護事業所 (深夜帯に対応)	471 件(19.7%) ※うち、実際に深夜帯に実施している事業所 集計対象:171 件	673 件(28.2%)
夜間対応型訪問介護事業所	35 件(29.4%) ※うち1件は休止もしくは廃止 集計対象:34 件	69 件(58.0%)

(5)調査実施方法

郵送による配布・回収

(6)実施時期

○調査実施:平成 22 年9月3日(10 月 12 日最終締め切り)

○入力・集計・分析:平成 22 年9月中旬~10 月

4. 自治体調査

(1) 目的

自治体における 24 時間地域巡回型訪問サービスの潜在ニーズを把握するとともに、地域毎の特性について検討するために実施。

(2) 主な調査テーマ

- 地域内の入所待機者数、最近の入所者の入所理由
- 緊急通報の実施状況、利用者の要件と利用者特性・利用者数 等

(3) 調査対象

モデル事業協力事業所の所在地 13 自治体。

(4) 実施・分析時期

平成 22 年9～10 月

以上