

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動している「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も当然です。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。

平成 22 年 8 月 30 日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 殿

ケアマネジャーの在り方について

社会保障審議会介護保険部会委員
木村 隆次
(一般社団法人日本介護支援専門員協会会長)

日本の介護保険制度は、世界に類を見ない優れた制度です。

その評価の核となっているのは、ケアマネジメントとケアマネジャー（介護支援専門員）が制度に組み込まれていることです。

ケアマネジャーは、利用者の幸せづくりと実現したい生活を支えるため、介護保険制度の要として、この日本にケアマネジメントを確立するべく業務をしています。

多職種協働によるケアマネジメントを徹底すれば、認知症になっても、ひとりで暮らしていても、入院することになっても、退院する時も、利用者が安心して住み慣れた地域で暮らすことが可能になります。また、過不足のない適切なサービスを必要な人に提供することにより、国民が負担する社会保障費は適正なものになっていくと確信しています。

また、全国に3万事業所を超える居宅介護支援事業所は、大きな社会資源であり、地域包括支援センターと連携を図ることにより、地域におけるきめの細かい相談支援体制の構築が可能となります。

ケアマネジャーには、平成 18 年改正介護保険法施行において専門職として唯一、資格の更新制度が導入されました。私たちには、高い倫理観と絶えざる研修が必要であることを認識し、様々な努力を重ねてきました。今後さらに制度の中核で重責を担うためには、現在の任用資格から国家資格にする必要があると考えます。

1. ケアマネジャーの資質向上について

ケアマネジメントの重要性は異論のないところであると思うが、ケアマネジャーがその役割を十分に果たし質の均一化を図るために、国として日本のケアマネジメント論の体系化と確立を急ぎ、大胆なケアマネジャー養成の見直しが必要であるとする。

○現任ケアマネジャーへの対策

(1) ケアマネジャーの生涯研修体系について

- ①質を担保するために、平成17年改正介護保険法において更新研修（5年ごとの資格の更新）が導入された。さらなる質の向上を図るために、国が定めた研修内容を早急に見直ししていただきたい。

（日本介護支援専門員協会にて調査研究済み。別添資料参照）

例えば、医療サービス、認知症課目の必修化などがあげられる。

- ②地方分権の動きが進む中であって、質の確保は国で担保すべきことと考える。都道府県による研修内容のばらつきに歯止めをかけるためには、国の責任において全国統一の研修教材を定め、さらに講師を養成することが必要である。日本介護支援専門員協会は、主任介護支援専門員指導者養成講座、テキスト等の整備、講師バンクの設置など行ってきたが、現任ケアマネジャーの全てをカバーすることには限界がある。

- ③更新研修にかかるコストや時間の負担を少なくする必要がある。そのためには、e-ラーニングシステムや、通信教育（DVD等）を活用すべきである。

- ④利用者からみれば、契約している事業所の経営が安定していることは、安心を得るための大きな要素の一つとなり得る。社会から要請される居宅介護支援事業者像を真摯に受け止め、経営を強化するべく、経営マネジメント及び人事マネジメントについて研鑽していく必要がある。研修体系への管理者研修の導入、又は新たな研修制度の構築をお願いしたい。

(2) 介護支援専門員を育てるスタンスでの集団指導、実地指導の実施をお願いしたい。

○新人ケアマネジャー養成に関する対策

- (1) 国家資格化と大学教育相当の養成課程（実務実習含む）が必要である。

（コアカリキュラム作成が急務）

- (2) 介護支援専門員実務研修受講試験の出題内容の見直しが必要である。

国で「試験出題内容見直し検討会」を設置し、ケアマネジャーに求められる必要な知識を、今一度検討していただきたい。

- (3) 受講要件（基礎資格等）の見直しを行うため、国で「資格の在り方に関する検討会」を設置し、検討していただきたい。

2. ケアマネジャーの中立性・独立性について

ケアマネジャーの中立性・独立性は、「機能的」「構造的」「経済的」の3点を一体に考えるべきである。

現在、併設サービスを持たない事業所は10.5%となっている。いわゆる建物を別とする構造的な独立だけでは中立性は保てない。また指導監督で経済的な独立を判断するのは極めて難しい。現状では「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を見るのが重要であり、適正なケアマネジメントを行っていることが、機能的独立を果たしていることにつながる。すなわち、誰からも介入されないで、信念をもって利用者の自立支援のためにケアマネジメントを行っていることである。

○中立性・独立性担保のための対策

- (1) 事業者併設サービス利用の集中減算について、現行の90%からたとえば70%にして、さらなる制限を加える。（ただし、サービスの不足している地域等、実情に配慮）
- (2) 集中減算対象サービスの種類を広げる。
- (3) ケアカンファレンスとチーム連携を推進する。（第三者の目で公正中立を担保）
- (4) 市町村にお願いしたいこと。
 - ① 国保連合会のデータと介護支援専門員証の登録番号を活用した特定のサービス提供事業者への集中度などの追跡調査分析。
 - ② ケアプラン点検事業の徹底。
（ケアマネジャーと保険者が、共に利用者の真の自立支援を考えることが大事）
 - ③ 職能団体と保険者がきちんと話し合い研修を実施し中立性を教育していく。

3. 施設に勤務するケアマネジャーについて

- (1) 入院患者・入所者の暮らしを支えるケアマネジメントを実践するケアマネジャーが、「入院入所・退院退所調整およびケアプラン作成担当者」として働ける環境を整えていただきたい。支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必要である。
- (2) 50対1でケアマネジャーを専従で配置している施設を評価していただきたい。
現行の100対1の兼務配置では、入院患者・入所者の適切なケアマネジメントを行うことは困難である。

4. 介護予防支援について

- (1) 指定介護予防支援事業者のケアマネジメントは、ケアマネジャーのみが行うことと明確化し、さらに専従とするよう配置基準の変更をお願いしたい。
- (2) その上で、予防給付ケアプランの作成を専従業務としたケアマネジャーが行うことにより、地域包括支援センターの三職種は、本来の業務である総合相談・支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、介護予防ケアマネジメント業務をしっかりと行うことができる。

5. 自己負担について

- (1) 居宅介護支援費に自己負担がないことは、すべての要介護者・要支援者に対するサービスが、心身の状態に応じて適切なケアプランにより組み込まれて、初めて自立支援のためのサービスとなるものであり、この実現に向け、公正中立な立場ですべての人に対し、ケアマネジメントが行われるために措置されたものと理解している。
- (2) ケアマネジャーは、市町村、サービス事業者・施設等と公正中立に連絡調整を行うことができる。自己負担が導入された場合、ケアマネジャーを利用しなくなり、適切なサービス利用ができなくなる、あるいは生活を楽にするサービス利用に流れ、ひいてはいたずらに介護サービス（費用）の増大につながる可能性がある。
従って、利用者を守り、自立を支援する立場として自己負担の導入は、反対である。財政面の議論だけではなく、利用者の立場に立った議論を行うべきである。

6. セルフケアプランについて

- (1) セルフケアプランは、制度発足時から導入されている仕組みである。しかし、このことを推進していった場合、認知症高齢者や困難事例に該当する人等がケアマネジメントを受けられなくなる可能性もあり、ひいては必要なサービスが利用できないことにつながる恐れもある。
- (2) 専門職のアセスメントにより、介護保険サービス、介護保険外サービスとして相応しいものは何か、利用者の理解を促した上でサービスを選択していただくことも、ケアマネジャーの重要な役割であると認識している。
- (3) セルフケアプランにおいては、保険者がケアプランのチェックや給付管理を行う必要があり、これに対応し得る体制が整備されるのかどうか危惧をする。

7. ケアマネジメントによる社会的リスク対応への貢献

介護保険制度の下、ケアマネジャーによるケアマネジメントの仕組みがあったことで、災害時の安否確認や救出作業、新型インフルエンザ発生時のサービス切り替えなどがスムーズに行われた。介護保険制度が発足する前に発生した阪神淡路大震災と、その後に発生した地震、洪水等におけるリスク対応から、このシステムが「ある」か「ない」かによる違い、効果が明確になった。

利用者の暮らしと命を支え、いざという時に安心できる連携体制が構築されていたことは、制度の側面としての大きな功績である。

以上

介護支援専門員に求められる研修カリキュラム（日本介護支援専門員協会版）（案）

改訂版と公的研修の対応関係

介護支援専門員に求められる研修カリキュラム（日本介護支援専門員協会版）（案）

公的研修



領域	研修課目		
F ケアのための保健医療福祉の知識	F-3-1	(3) 介護の知識	介護福祉の基礎
	F-3-2		生活支援の基礎知識 (IADLを中心に)
	F-3-3		生活動作 (ADL) の介護技術
	F-3-4		認知症高齢者の介護技術
	F-3-5		障害に応じた生活支援
	F-4-1	援社福	高齢者ケアの基本理念
	F-4-2		社会福祉援助技術論の理解
	F-4-3		ソーシャルワークの歴史とケアマネジメント
	F-4-4		ソーシャルワークの概要の理解
	F-4-5		家族支援・家族システム援助論
	F-4-6		接近困難事例への対応
	F-4-7		社会資源の活用
	F-4-8		社会福祉調査法の知識と活用
	F-5-1	(5) 認知症	制度
	F-5-2		医療
F-5-3	生活		
F-6-1	(6) 心理学	高齢者の心理	
F-6-2		精神障害の基礎知識	
F-6-3		老年期のパーソナリティとセクシュアリティ	
G 社会資源（活用）論	G-1-1	(1) 介護保険制度上の資源	居宅介護支援
	G-1-2		訪問系サービス
	G-1-3		通所系サービス
	G-1-4		居宅療養管理指導
	G-1-5		短期入所系サービス
	G-1-6		居住系サービス
	G-1-7		福祉用具・住宅改修
	G-1-8		介護保険施設
	G-1-9		地域密着型サービス
	G-2-1	(2) 地域連携	地域包括ケア
	G-2-2		社会資源の活用
G-2-3	災害時の対応について		
H 運営管理	H-1	人事管理、労務管理、リスクマネジメント	
I 事例検討・研究・方法論	介護支援専門員の実例検討・事例研究		
J その他	J-1	講師としての講義／講演等を実施すること	
	J-2	上記分類以外でケアマネジャーに対する研修等に参加すること	
K 演習	第一段階 (経験年数：1～3年)	一連の介護支援業務（サービスの基礎知識、技術）を確実に習得する演習	
	第二段階 (経験年数：3～5年)	介護支援業務を確実にこなうことができ、徹底した自己検証と言語化ができる演習	
	第三段階 (経験年数：5年以上)	地域の中で、介護支援専門員の指導者としての役割が果たせる演習	
L 実習	第一段階 (経験年数：1～3年)	一連のケアマネジメントプロセスの実習	
	第二段階 (経験年数：3～5年)	事例検討会の事例提供者になる	
	第三段階 (経験年数：5年以上)	事例検討会の主催、実習の体験 地域包括支援センター・指定事業所・体験研修	

研修	課程	講義時間	演習時間
実務研修	相談面接技術の理解	3	
主任研修	地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）	3	3
専門研修Ⅰ	対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）	2	7
専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解（ii）「社会資源活用」	3	
専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解（v）「認知症高齢者・精神疾患」	3	
専門研修Ⅰ	保健医療福祉の基礎理解（v）「認知症高齢者・精神疾患」	3	
専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携（i）「訪問介護・訪問入浴介護」	3	
専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携（ii）「訪問看護・訪問リハビリテーション」	3	
専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携（iv）「通所介護・通所リハビリテーション」	3	
専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携（iii）「居宅療養管理指導」	3	
専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携（v）「短期入所・介護保険施設」	3	
専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携（vii）「福祉用具・住宅改修」	3	
専門研修Ⅰ	サービスの活用と連携（vi）「介護保険施設・認知症対応型共同生活	3	
実務研修	地域包括支援センターの概要	2	
主任研修	主任介護支援専門員の役割と視点（地域包括支援センターの運営	5	
主任研修	人事・経営管理	3	
主任研修	サービス展開におけるリスクマネジメント	3	
専門研修Ⅱ	「居宅介護支援」事例研究	6	
主任研修	事例研究及び事例指導方法	5	18
基礎研修	ケアマネジメント点検演習		14
基礎研修	ケアマネジメント演習講評		6
基礎研修	研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り		3
実務研修	介護予防支援（ケアマネジメント）	3	4
専門研修Ⅱ	「居宅介護支援」演習		6
専門研修Ⅱ	「施設介護支援」演習		6
主任研修	対人援助者監督指導（スーパービジョン）	6	12
実務研修	実習オリエンテーション	1	
実務研修	意見交換、講評	1	
専門研修Ⅱ	介護支援専門員特別講義	2	

NPO 法人 高齢社会をよくする女性の会 調査 〈抜粋〉

問「要介護認定はやめて、サービス担当者会議などにおいてケアマネジャーら専門家がチェックすればよい」といった意見があります。
 要介護認定について、あなたはどのように思われますか。
 また、要介護認定基準への不満や困ったことなどはありますか。

1 要 介 護 認 定 は 必 要

(1) 家 族

- ① 現状でよい。ある程度公平な視点で捉えられていると思う。介護専門職だけでは公平、平等性が心配。 (70歳代 女性 鳥取県 家族)
- ② 必要と思うが、普段の様子を把握しているケアマネジャー等専門家が認定に立ち会い、決めて欲しい。特に認知症の場合、訪問調査の時だけははっきりしている場合があるので。 (50歳代 女性 東京都 家族)

(2) 事業者、ケアマネジャー

- ① 要介護認定はあったほうがよい。サービス担当者たちに決められた場合、不公平になりかねない。認定に不満があったり困ったりしたら高齢福祉課に相談している。 (60歳代 女性 栃木県 事業者)
- ② 介護認定は支給限度額を決めるためである。家族状況によっても必要なサービス量、種類が異なる。必要なサービスが受けられるようになれば、認定は必要ないと思う。しかし、介護度の高い人ほど手間がかかるので、手間の基準として必要。 (60歳代 女性 広島県 ケアマネジャー)
- ③ 認定制度は、全国一律にするためにも必要。男 性 茨城県 事業者)
- ④ 現状でよい。担当者会議などでの介護認定ではいくらかでも操作できてしまう。調査員の質を良くするべき。(30歳代 女性 宮城県 ケアマネジャー)

(3) 医 師

- ① 要介護認定は必要。ただし、基準の見直しが必要。医師の診断一意見書を重視して欲しい。 (60歳代 男性 宮城県 医師)

2 不要とは言わないが、問題あり

(1) 家族、利用者

- ① 弟は立ち上がり座ることトイレに行くことはできるが重症の肺気腫があり外出できない。入退院を繰り返しているが、要支援1だった。誰のために認定調査を行うのかと怒りを覚える。 (80歳代 女性 埼玉県 家族)
- ② 利用者の実態を知らないままの表面的な調査やそれに基づく審査は、利用者本位の原則を無視している。 (80歳代 女性 高知県 事業者・利用者)

(2) ケアマネジャー、事業者

- ① 権限と責任をもってサービスを決定できるケアマネジャーは（自分を含め）育成できていないと思う。現在の認定基準の曖昧さには不満。 (40歳代 男性 鳥取県 ケアマネジャー)
- ② かつて認定委員を引き受けた経験では、各々の立場から審査検証する作業であるはずが、ルールにとらわれて審議を尽さず、結論を出さなければノルマが達成出来なかった。審査会の費用が有効に使われていないことと責任の拡散行為ではないかと思った。 (60歳代 女性 沖縄県 施設長)
- ③ 要介護認定は大変な金と時間を要しているにもかかわらず、審査員は情報を十分把握していない。 (70歳代 女性 滋賀県 事業者)

(3) 元教員、民生委員等

- ① 要介護認定に、ケアマネジャーやヘルパー・介護福祉士など介護現場の専門職が、もっと関わること。認定基準に関しても同様である。 (70歳代 女性 京都府 元教員)
- ② 認定事務にかかる時間や経費を考えると、他によい方法があればと思う (60歳代 女性 神奈川県 民生委員)
- ③ 介護度で計るプランは人権無視とも思える。担当者会議は必須と考えている。そのためには地域包括支援センターの役割が大きいはずだが、巧く機能していない。担当部署の取り組み方は、市民・現場の思いと乖離している。 (60歳代 女性 大阪府 地域包括支援センター運営協議会委員)

3 要介護認定より担当者会議などでチェックを

(1) 家族

- ① 要介護認定のとき主観が多々入るように思う。いつも接しているケアマネジャーら専門家のチェックのほうがよい。(60歳代 女性 鳥取県 家族)
- ② 要介護認定はやめて欲しい。当事者を中心にケアマネ、ホームヘルパー、医師等による担当者会議で行って欲しい。 (80歳代 女性 鹿児島県 家族)
- ③ 認定審査会は無用。きちんと訓練されたケアマネジャーらによるサービス担当者会議でチェックするほうがよい。(60歳代 女性 三重県 家族)
- ④ 正直、善意、客観的に判断できる人ばかりで構成されるなら、サービス担当者会議に大賛成。 (60歳代 女性 福岡県 家族)
- ⑤ 介護認定の基準はわかりにくい。当事者や家族に勝る専門家はいないので、希望する当事者あるいは家族が出席できる担当者会議にしてほしい。 自分の生活が人任せになってしまうのは、自己決定権を行使する自立観に反するし、責任感をなくしていく。
また、ケアマネジャーが法の番人かのように日々の暮らしをチェックしているようで不愉快に感じることもある。(50歳代 女性 高知県 家族)

(2) 介護職員、事業者

- ① 不服申請はあっても無いに等しい。 サービス担当者会議などにおいてケアマネら専門家がチェックすればよい。(60歳代 女性 神奈川県 介護職員)
- ② 在宅生活上意味のない質問がある。ケアマネジャーらの専門家がチェックすればよい。(60歳代 女性 神奈川県 訪問介護事業所)
- ③ 要介護認定は不要。状態が変化した時点でケアマネジャーが変更申請すればよい。調査費、医師等への費用が多すぎる。
(60歳代 女性 和歌山県 介護職員)

(3) 医師

- ① 要介護認定をなくし上限額をなくす。必要なサービスを必要なだけ使えるように。(50歳代 男性 鹿児島県 医師)

そ の 他

- ① 「要介護認定をやめる」という根拠がよく分からない。
介護支援専門員・訪問調査員のレベルにバラツキが多い。訪問調査員の平準化を求める。専門家としての研修が必要なのではないか。
(70歳代 女性 京都府 介護認定審査委員)
- ② 認定が現実にあっていない。例えば、努力して頑張っでぎりぎりできている90歳代の人より、何もしないで、できないと言っている人のほうが介護度は重い。医師は意見書の内容を本人または家族に確認すべき。ある認知症高齢者の判定基準はⅢbだが、医師は自立としていた。
(50歳代 女性 滋賀県 介護職員)
- ③ あまりにも手間暇のかかる現行の認定制度はいかにも机上の制度らしく、速やかに改善をはかるべきと考える。(80歳代 女性 東京都 事業所理事)
- ④ ケアマネの公共性・経済的独立性を担保できる仕組みを構築し、独立して設立・運営した場合は、給付額の決定等の権限を付与すべき。
7段階の介護認定を簡略化、若しくは廃止。(40歳代 男性 東京都 事業者)
- ⑤ 7段階の認定制度があいまいな点が多いのでなくし、利用したい人は利用できるようにする。身体介護と生活援助の区別をなくす。
(60歳代 女 神奈川県 事業者 ケアマネジャー)
- ⑥ コンピュータによる一時判定で大まかな目安を決め、後は、ケアマネジャーと地域包括支援センター担当者の判断にゆだねる。この場合、ケアマネジャーは全員、地域包括支援センターの所属にするなど、事業所とは切り離す。
(60歳代 女性 静岡県 教員)
- ⑦ 要支援は地域包括支援センターがかかわるようになって、かえって複雑で書類が増えて、煩雑になったと感じる。(80歳代 女性 大阪府 利用者)
- ⑧ 要介護度が低いから介護負担が少ないかと言うと、まったくそうではない。例：夜、頻繁にトイレに通う際の家族の負担はあまりにも大変。
(50歳代 女性 広島県 家族)

問 居宅サービスを利用するには「支給限度額」が定められ、限度額を超えるとサービス利用は全額自己負担となります。
あなたは、支給限度額を上げたほうがよいと思われますか。

1 支給限度額は上げたほうがよい

(1) 利用者、家族

- ① 支給限度を上げてください。限度額内では十分な介護ができず、家族の負担が増すばかり。(70歳代 女性 鳥取県 101歳の母を在宅で介護)
- ② 居宅サービスを受けるということは、切羽詰ってのこと。家族は、どうにもならないからサービスを受ける。支援限度額を上げて居宅介護サービスの回数を増やせるようにしてほしい。(80歳代 女性 鳥取 家族)
- ③ 夫の介護は限度額内ではとても間に合わず自費による負担が多かった。支給限度額を上げてほしかった。(80歳代 女性 東京都 利用者・家族)
- ④ 限度額では1人暮らしの人等の在宅生活はとても無理。所得の低い人に対しては、特に限度額を上げてほしい。(60歳代 女性 新潟県 家族)
- ⑤ 限度額を上げるべき。ただし、利用料の1割を払えない人のために、セイフティネットがしっかりあるべき。(50歳代 女性 高知県 家族)
- ⑥ 重度の要介護者等には支給限度額は上げて、利用者の実態に即し適切なサービスを支給するとよい。ただし、所得の少ない利用者にとっては、支給限度額だけの問題ではない。(80歳代 女性 高知県 事業者・利用者)

(2) 介護職員

- ① 要介護1の方は、週4回ぐらいデイサービスに通え、料金も安く利用できる。要介護5の方は、1日3回の食事介助や排泄介助をヘルパーに依頼すると、それだけで限度額を超える場合もある。
(40歳代 女性 沖縄県 介護職員)
- ② 軽度の方の限度額は、現状のままでもよいと思う。
要介護度4～5の方は、限度額を上げる必要があると思う。
(50歳代 女性 秋田県 介護職員)

(3) 市議会議員、民生委員

- ① 上げたほうがよい。もう少しサービスを利用することで状況がよくなる場合でも、全額自己負担のため、あきらめて状況が悪くなる場合が多い。在宅介護は特に必要。(50歳代 男性 岐阜県 市議会議員)
- ② かなりの利用者は限度額を超えた全額自己負担分に困っている。可能な限り上げたほうがよい。(70歳代 女性 岩手県 民生委員)

2 上げたほうがよいが、財源や保険料増が問題

- ① 利用者とするれば限度額を上げて欲しいが、上がることで保険料の負担が大きくなれば、どちらが良いかは疑問。(50歳代 女性 香川県 家族)
- ② 限度額が上がるのはありがたいが、1割負担も多くなり、少ない年金では利用回数を増やせない。(60歳代 女性 長野県 家族・介護職員)
- ③ 上げた方がよい。国の予算も考えてのことだが。(70歳代 女性 鳥取県)

3 支給限度額は上げないほうがよい

(1) 家族

- ① 支援限度額は上げないほうがよい。医療費のように青天井になると、きりがない。低負担高福祉はありえない。(40歳代 男性 長野県 家族)

(2) 民生委員

- ① 広い利用のためには、支援限度額は上げなくても、ある程度、受益者負担は仕方がないと思う。(60歳代 女性 富山県 民生委員)

4 その他

- ① 一人暮らし、高齢者のみ世帯等世帯によって、また介護の必要の度合いによって、限度額を超えるサービスが必要となる。

マネジメントにおける不必要なサービスの導入を避けることは勿論だが、その上で自立を支援するために必要なサービスであれば、それが収まらない限度額というものは、それ自体が設計ミスではないか。

(40歳代 男性 鳥取県 ケアマネジャー)

給付の在り方等について

平成 22 年 8 月 30 日
社会保障審議会介護保険部会委員
齊藤 秀樹
(全国老人クラブ連合会)

1. 要介護認定について

●公平性・信頼性・効率性の観点から常に見直しの対象

- ① 「制度に完璧はない」という前提に立って、利用者、主治医、認定調査員、認定審査会、保険者等、認定に関わる多くの方々の意見に謙虚に耳を傾け、公平性・信頼性・効率性の観点から、専門委員会等を設け、介護保険事業計画の各期ごとに課題を検証し、国民的なコンセンサスを得る姿勢が必要ではないか。
- ② 7 区分方式の要介護認定によらず、簡略化するなどの方法を試行したい自治体に対しては、構造改革特区制度を活用した社会実験を認めてもいいのではないか。
- ③ ケアマネージャーの専門性向上を含めて、保険者の権限と責任において認定を判断できる専門家の養成を行う等、現在の認定方式の見直しに繋がる検討の余地が大きいのが要介護認定分野ではないか。

2. 区分支給限度額について

- ① 前回の介護報酬改定で増えた各種の加算や医療的ケアの利用拡大に対応した区分支給限度額の引上げは必要と考える。(実態調査での分析を踏まえて)
- ② 現実的には、「地域包括ケア研究会報告書」にあるように、医療的ケアに関しては、区分支給限度額の枠外とする考えには賛成である。

3. 介護支援専門員について

●「制度の要」に、より高い専門性を

- ① 介護支援専門員の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とはいえないとの指摘がある。人材養成の抜本的見直しが急務ではないか。

- ② 介護支援専門員の生命線は中立性にある。事業所併設サービス利用は疑義を生じやすい側面が多く、現行の集中減算で十分な中立性が確保されているか再考の余地があるのではないか。
- ③ 独立性の方向を支援する仕組みが不十分ではないか。制度が 10 年を経過した現在、「制度の要」である介護支援専門員の資質向上と活用が将来の制度運用に大きな影響を及ぼすことになるので、別途検討会を設けて議論していただきたい。

4. 居宅介護支援費の自己負担導入について

- 「適切なサービス提供」に混乱をもたらす

- ① 介護保険制度、介護サービス内容に精通していない利用者の水先案内人が介護支援専門員である。費用を保険料で賄い、信頼関係で成り立っている利用者との関係を壊すものであり、制度不信に繋がるような自己負担導入は最悪の選択肢である。
- ② 介護サービスに対する 1 割の自己負担が重く、利用を控える要介護者も多いなか、直接サービスではない居宅介護支援費への自己負担導入は、ケアマネージャーの利用抑制や必ずしも適切とは言えない自己介護プランの作成を招く結果となる。

平成22年8月30日

第30回 社会保障審議会 介護保険部会

プレゼンテーション資料

医療法人 真正会 理事長 齊藤正身

- (1) ドイツにおける要介護認定の現状
- (2) 通所介護と通所リハの「リハビリ」の違い
- (3) 要介護認定とリハビリテーション

(1) ドイツにおける要介護認定の現状

＜ドイツの要介護認定について＞ MDK Bayern, Hans Gerber 医師にヒアリング 15Jun.2010

1995年に導入された介護保険制度、2008年に始めて見直しが行われた。見直しの内容は、サービス・報酬・料金だが、法改正では特に認知症の申請から判定までの見直しがテーマになった。

サービスについてはもっとダイナミックにするべきだということで、特にサービスの質の向上を2015年に決めましょうということになっている。

ドイツ全体の判定件数：1995年175万人 → 2008年153万人（施設24% 在宅76%）

ドイツの要介護認定は3段階に加えてハード（特に重度）が加わる

1. 現物支給
2. 現金支給（3分の2は希望する）
3. 現物+現金

*実際には現金支給では実際のサービスは賄いきれない。現物の方が金額で言えば高くなる。

*施設の場合には、その他の負担が増える。身体障害者は加えて250ユーロ支給される。

2008年から認知症の場合には、毎月軽度100ユーロ、重度200ユーロがプラスされる（在宅の場合に限る）

→ サービスとして使う（買い物付き添いなど→請求書を保険会社に出す→現金が送られてくる）1時間15ユーロぐらい

＜ディスカッション＞

●認知症に対する評価をどのような形で支給につなげるのかがポイント！

ドイツの場合は現金で支給になっているが、今、家族に対する負担軽減の様々なプロジェクトが進行中である。

一つのプロジェクトとして地区ごとに相談所の整備や有償ボランティアの導入なども考えている。

しかし、基本となる評価がやはり重要だと考えている。今の方法で良いかどうかも検討中である。

ゲルバー医師は、認知症だけを特別にするわけにもいかないと思っている。支給の公平性は保たなければならない。

現在、**認知症の判定はMDK（医師）**が行っている。

●認定を受けてサービスを使わない人はいない…

*日本は介護保険サービスを使う権利をまず得て、使うかどうかは利用者次第… → 考えられない…意味がない…

要介護度別の支給額

要介護度：3段階＋ハード

給付：現物給付・現金給付・現物＋現金給付の3種類

Pflegestufe	Geldleistung	Sachleistung	Stationäre Pflege (bis zu)
I	225	440	1.023
II	430	1.040	1.279
III	685	1.510	1.510
Härtefall		1918	1.825
Leistungen für Behinderte		bis zu 256	
Leistungen für PEA		100 bzw. 200	

New Way of Appraisal

Assessment-Module

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung (Alltagsverrichtungen)
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten
8. Haushaltsführung



新しい要介護認定について

2008年から一歩進んで新しい認定手法を開発し、検討中
認知症の判定も加味されている

正式に使われるかどうかはまだ決定していない！

2006年に厚生省から支払い基金に打診があった。
ゲルバー医師はアドバイザーとして研究に参加した。

- 2000件のテストを実施
- 好結果 → 2008.10厚生省へ打診・提言
- 今は厚生省の引き出しの中…

アセスメント手法を見直す（8項目）

時間（分）ではなく、ポイントで表現する。
要介護度を段階から、ポイントによる点数で表す。
認知症の評価が加わり、リハビリの必要性も評価される。

1. 動作
2. 認知症もかかわる コミュニケーション能力
3. 認知状況と精神的な課題
4. 自立性 ADL IADL？
5. 疾病治療の必要性
6. 外出時の支援、社会的なコンタクトの機会の必要性
*6は、今までなかった項目
7. アクティビティの必要性 教会の付き添いなど
8. 買い物、自炊、家事など
*7, 8は一応作られているが、重要性は低い

Assessment Module

1. Mobilität

0 = selbständig
1 = überwiegend selbständig
2 = überwiegend unselbständig
3 = unselbständig

1.1 Positionswechsel im Bett	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1.2 Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1.3 Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
1.5 Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

4. Selbstversorgung

0 = selbständig
1 = überwiegend selbständig
2 = überwiegend unselbständig
3 = unselbständig

4.1 Vorderen Oberkörper waschen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.2 Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.3 Intimbereich waschen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.4 Duschen oder Baden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.5 Oberkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.6 Unterkörper an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.7 Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4.8 Essen	<input type="checkbox"/> nur Sonde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.9 Trinken	<input type="checkbox"/> nur Sonde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.10 Toilette/Toilettenstuhl benutzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Appraisal of Score

1. Mobilität	10
2./3. Kognitiver Status und Verhaltensprobleme	15
4. Selbstversorgung (Alltagsverrichtungen)	40
5. Umgang mit krankheits-/therapiebed. Anforderungen	20
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15

ポイントは5段階に… (3段階→5段階?)

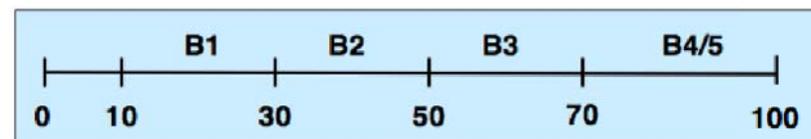
B1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B5: B4 + besondere Bedarfskonstellation



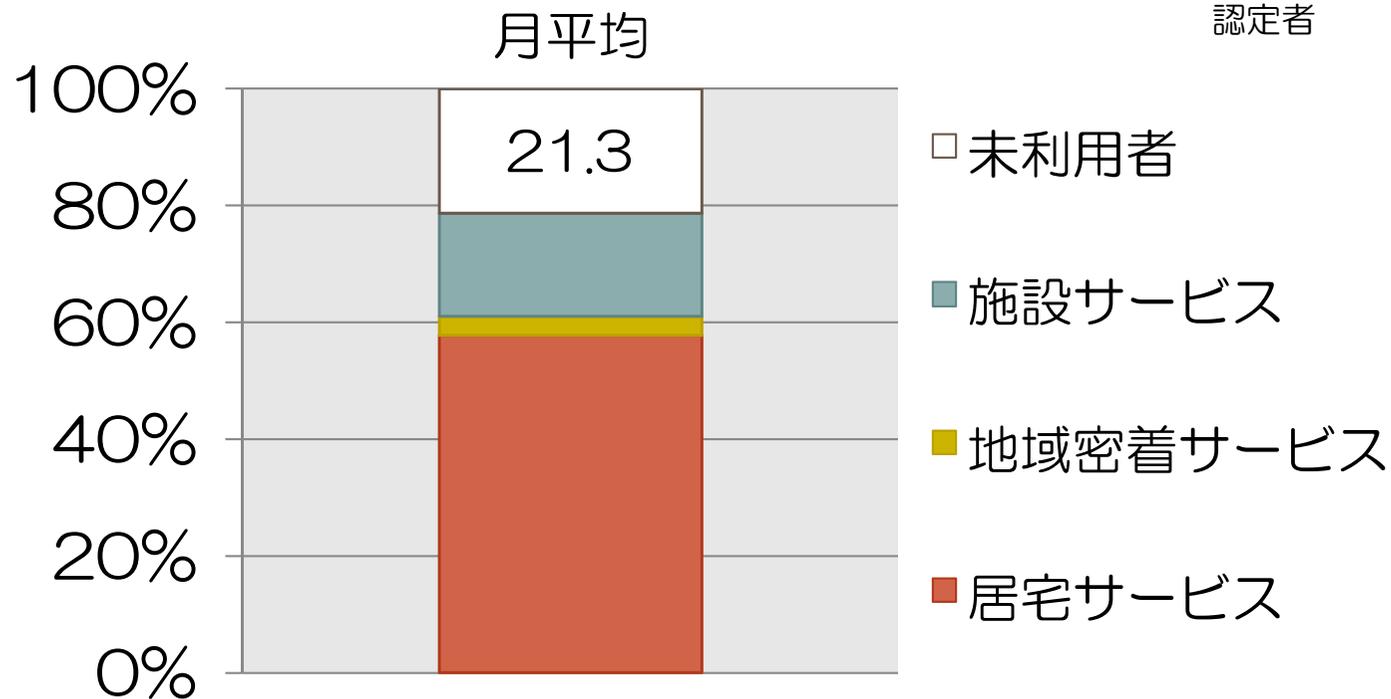
参考資料：介護認定後、サービス未利用者数比率は2割…

A県B市 平成21年度 介護保険サービス利用状況

高齢者数 約7万人 認定者数 月平均9万3千人

高齢化率 20.2% (月平均)

認定者 13.5% (高齢者対比)



- ※未利用者とは？
1. 多くは新規申請者（退院後サービス利用予定者、転入者等）だが…
 2. 今はサービス利用予定なし（医療機関に入院継続、とりあえず…等）

(2) 通所介護と通所リハの「リハビリ」の違い

通所介護（デイサービス）

個別機能訓練（Ⅱ）：平成21年度介護報酬改定で（Ⅱ）が新設

次のいずれにも該当する場合に算定できる

- ① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置していること。
- ② 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者毎に個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていること。
- ③ 個別機能訓練計画作成にあたっては、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資することを目的として複数の機能訓練の項目が設定され、その実施にあたっては、グループに分けて活動を行なっていること。

- Ⅱの算定は、POS以外にも看護師や柔整・マッサージ師が専従であれば算定可
- 実施はリハ専門職でなくとも算定可（しかも個別とは決められていない）
- 複数の訓練項目が設定されていれば可

医師の指示・関与なく、
リハ専門職でなくとも、
個別でなくともOK.....

通所リハビリテーション（デイケア）

居宅要介護者(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、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

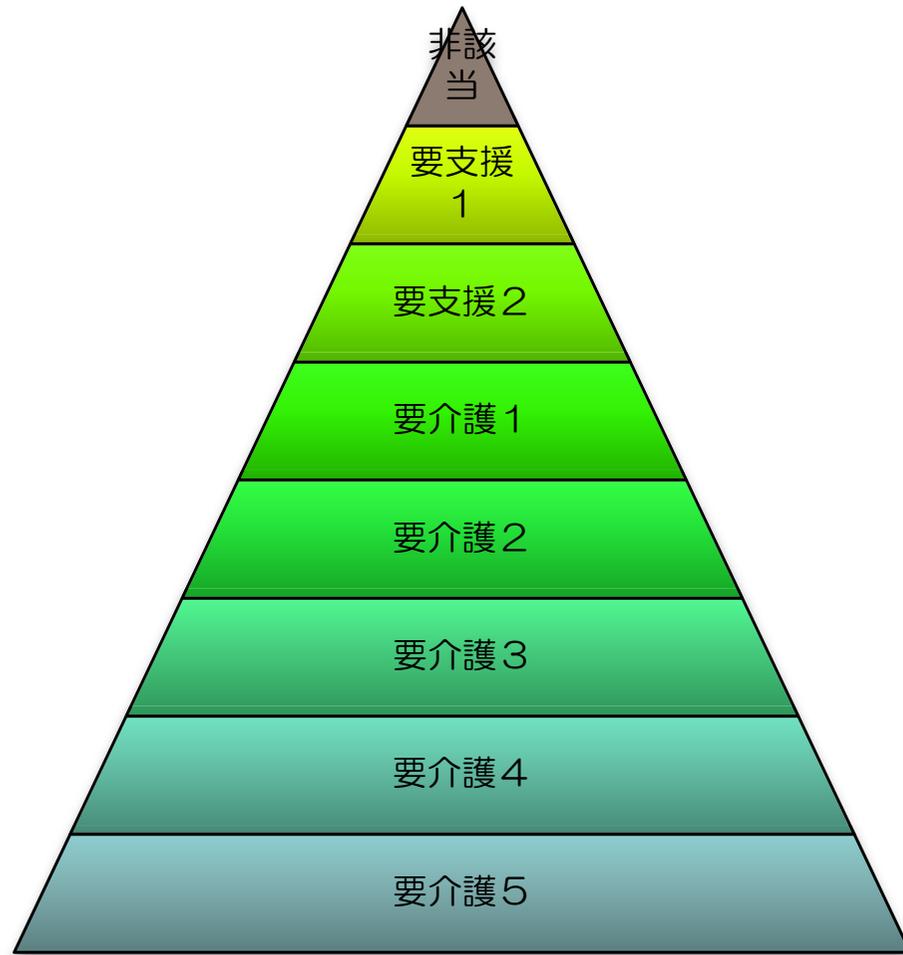
(介護保険法 第8条-8)

通所介護 + 個別？機能訓練 ≠ 通所リハビリテーション

(3) 要介護認定とリハビリテーション

要介護認定でリハビリの必要性は決まらない…

介護必要度



介護の手間（時間）

リハビリ必要性



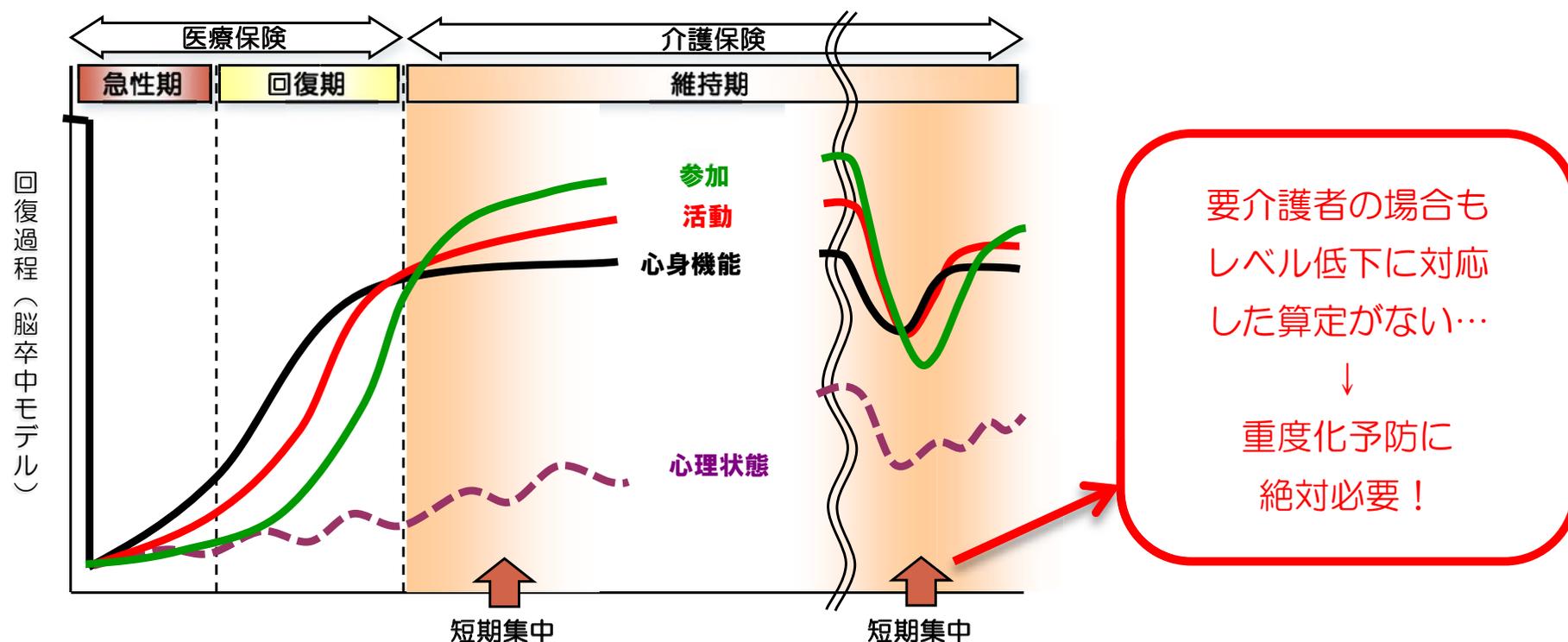
プログラムの内容

専門職のかかわる時間は
介護度に準じていない

要支援者に対するリハビリテーションのあり方

実際に要支援であっても、転倒や感染症などによる臥床状態が数日間あったときには、個別の短期集中的なリハビリテーションが必要になる場合がある。所謂「廃用症候群」である。訪問看護のように特別指示書のような形で集中的にリハビリテーションが提供できる体制が望まれる。

- ・ 仮に特別指示書的な措置がとられたとしても、指示する医師側の理解不足が課題である。
 - 主治医だけでなく、通所リハに携わる医師の指示によって短期集中リハ特別指示書を！
- ・ 地域包括支援センターにリハビリテーションの専門職が配置されていない。
 - PT・OT・ST等の専門職の配置を！



「地域包括ケア研究会」の報告書より

2009年5月22日 平成20年度老人保健健康増進等事業

リハビリテーション・サービス

1. リハビリテーションとともに、他の居宅サービスを併せて利用する必要がある場合、他の居宅サービスが優先され、結果的にリハビリテーションの利用が制限されているケースが多いのではないか。
2. 要介護度とリハビリテーションの必要性が必ずしも一致しない場合であっても、リハビリテーションが適切に利用されるような仕組みについて検討すべきではないか。
3. リハビリ機能を重視した在宅療養支援診療所を新たに評価することについて、どう考えるべきか。
4. 地域包括支援センターにリハビリテーションの専門職を配置することや、地域リハビリテーション広域支援センターと地域包括支援センターが強い連携がとれる体制にすること等についてどう考えるか。
5. 医療保険・介護保険といった保険別の枠組みでリハビリを提供しているが、利用者の状況や状態に応じて、両者の連携を図っていくべきではないか。

介護保険制度におけるリハビリテーションの提供

◆ 医師の指示による提供が必須

- 「リハビリテーション医療」は、生活期（維持期）であっても、「専門性」と「予測」が重要！
- リハビリテーション及び介護保険に精通する医師の育成（研修）が必要

◆ リハビリテーション専門職による提供が必須

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士には、それぞれの役割がある
- 各々の提供を明確に位置づけることが必要
- 専門職の指導（アドバイス）のもと、本人・家族・携わる他職種等が自主を含めて訓練実施

◆ 継続提供と短期集中提供の意味を明確にする

- 継続提供とは評価・指導が中心の関与であり、指導の対象は本人・家族・携わる他職種等
- 個別訓練に加えて、継続提供の場合、訪問は居宅療養管理指導料、通所は生活期リハ管理指導料を
- 短期集中提供の場合は、通所・訪問・短期入所ともに「支給限度額外」あるいは「特別指示書」から

◆ 現存する医療保険、介護保険のサービスを有効活用する。

- 通所リハビリテーション事業所から訪問リハビリテーションを提供
- 特別養護老人ホームや通所介護へ訪問リハビリテーションを…
- 特別養護老人ホームから通所リハビリテーションへ…（シドニー中央地区で実践されている）
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病床等で短期入所を提供（介護保険）
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病床等で短期リハビリテーション入院（医療保険）

施設利用者のサービス量の把握に関する調査研究

-特別養護老人ホームにおける業務分析- (概要報告 2008年6月)

公益社団法人全国老人福祉施設協議会／老施協総研

1. 調査目的

要介護認定の一次判定ソフトの基礎データは、介護保険施設における介護サービスの1分間タイムスタディ調査から得られたデータである。本調査は、この1分間タイムスタディ調査を再現することによって、介護サービスの実態と要介護認定区分との妥当性を検討するために介護保険施設における介護時間やその人数分布を分析することを目的とする。

2. 調査方法と対象

介護職員に1人の調査員が付き、1分ごとに介護職員が行った介護サービスの内容と介護サービスの対象となった要介護者等を48時間にわたって記録し、統計学的な分析をした。

調査対象施設は介護老人福祉施設が2施設であり、調査対象となった要介護者等人数は102人、そして、調査期間は2007年2月から3月の間であった。

3. 調査概要報告

要介護者1人の一日あたりの介護時間を算出し、この介護時間別の人数を集計すると図1のような人数分布になった(折れ線グラフ)。この人数分布をから、介護時間の人数分布は、三峰性を示し、軽介護、中介護、重介護に分散していることが示唆された。この結果を統計的に検証するために、軽介護・中度者・重度者における集団間で介護時間順位の違いについて統計学的検定を行った。その結果、軽介護と中介護、中介護と重介護との間に、有意確率(p=0.000)で1%未満の統計学的有意差を認めた。

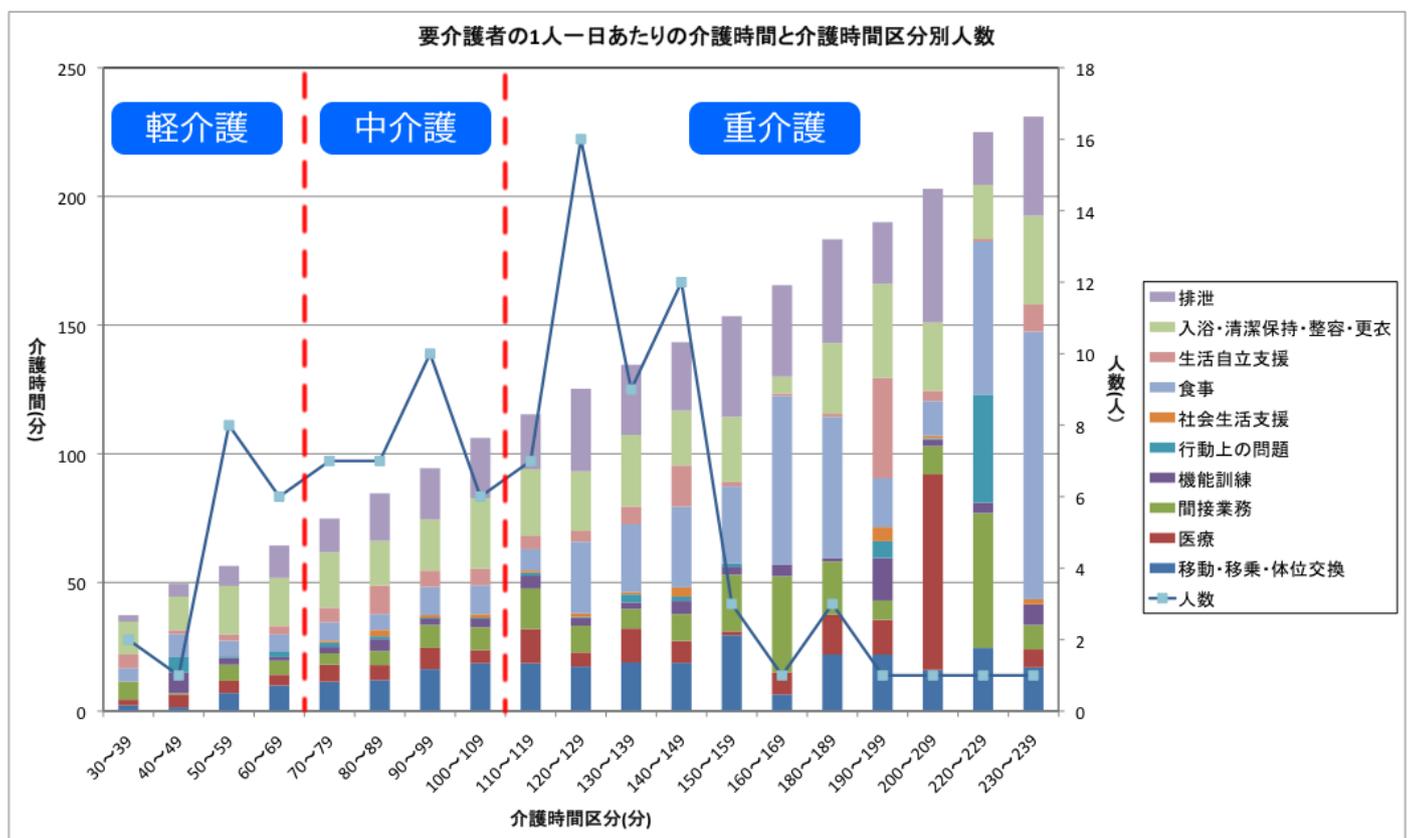


図1.要介護者の1人一日あたりの介護時間と介護時間区分別人数分布

新版要介護認定に係る検証プロジェクト（概要報告）

公益社団法人全国老人福祉施設協議会／老施協総研

1. 調査目的

本調査は、2009年4月に新たに採用され、同年10月に認定調査基準が一部変更となった要介護認定の一次判定ソフト(2009年10月新版と呼ぶ)と、2006年の改定以後採用されてきた要介護認定の一次判定ソフト(2006年版と呼ぶ)の要介護認定結果や介護時間等を比較することを目的としている。

1.1. 調査方法

調査対象者が利用する介護老人福祉施設の計画担当介護支援専門員、もしくは、生活相談員が、同一調査対象者の同一時点における状態像を、2006年版と2009年版10月新版の要介護認定調査基準に基づく認定調査結果を両調査票に記載した。

そして、両調査票の認定調査結果を、2006年版と2009年10月新版それぞれの要介護認定一次判定エミュレーターソフトに入力し、両ソフトによる要介護認定の一次判定を行った。

同一認定対象者の同一時点における認定調査結果をもとに、2006年版要介護認定一次判定と2009年10月新版一次判定エミュレーターソフトそれぞれが算出する「要介護度」、「介護行為区分ごとの介護時間」、「合計介護時間」などについて比較を行い、両要介護認定の判定結果について検証した。

1.2. 調査対象者と調査対象期間

調査対象者は、介護老人福祉施設の施設サービス利用者が400人(8施設)、居宅サービス等利用者が238人(8事業所)であった。ただし、そのうち有効データは608人分であった(表1-1)。また、調査対象期間は、2009年10月から2010年1月であった。

表 1-1 調査対象者と調査対象期間

調査対象人数	施設サービス利用者	400人	計638人 (※うち有効データ608)
	居宅サービス利用者	238人	
調査対象期間	2009年10月から2010年1月		

2. 要介護度 7 区分を 3 区分化した場合の要介護度変化

2006 年版から 2009 年 10 月新版への 7 区分にわたる要介護度の変化を検証した。

その結果に基づいて、3 区分化した要介護度区別に要介護度の変化を再集計した。

3 区分の要介護度の内訳は、「自立」、「要支援 1」、「要介護 1 相当」、「要介護 2」を区分 1、「要介護 3」を区分 2、「要介護 4」と「要介護 5」を区分 3 とした。

要介護度が 7 区分の場合、「自立」や「要支援 1」では 2009 年版での要介護度の一致率が 3 割以下である区分が見受けられるが(図 2-1)、要介護度を 3 区分化することで、3 区分すべてが約 5 割の一致率になった(図-2)。

ちなみに、要介護度が 3 区分の場合の人数構成比は、区分 1 が 214 人で全体の 35.20%、区分 2 が 119 人で全体の 19.57%、区分 3 が 275 人で全体の 45.23%となった。

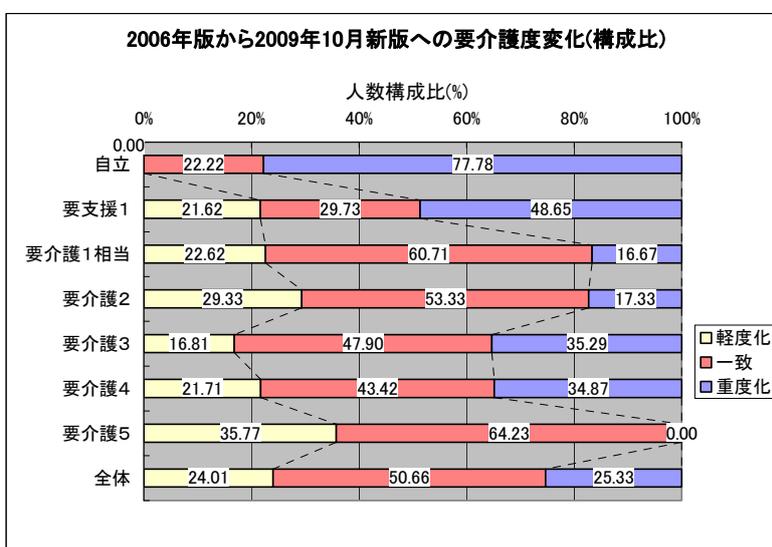


図 2-1 要介護度 7 区分の場合の要介護度変化別人数構成比

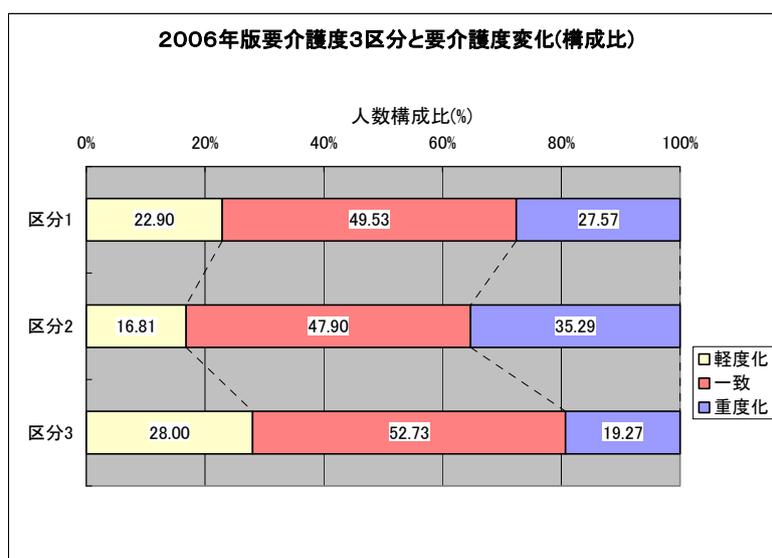


図 2-2 要介護度 3 区分の場合の要介護度変化別人数構成比

3. 動ける認知症に該当する調査対象者の要介護度の軽度化

要介護認定基準の「運動能力の低下していない認知症高齢者のケア時間加算ロジック」において、動ける認知症の適用条件として、「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅢ、Ⅳ又はMかつ「障害高齢者の日常生活自立度」が自立、J又はAであり要介護認定基準時間が70分未満という基準がある。

調査対象者のうち動ける認知症の方は24人で、要介護度が「軽度化」した人は10人で全体の41.67%、要介護度が「一致」した人は9人で全体の37.50%、要介護度が「重度化」した人は5人で全体の20.83%を占めていた。

この結果、「軽度化」が約4割と最も大きな割合を占めていた(表3-2、図3-2)。

ちなみに、全調査対象者の場合、要介護度が「軽度化」した人は146人で全体の24.01%、要介護度が「一致」した人は308人で全体の50.66%、要介護度が「重度化」した人は154人で全体の25.33%を占めていた。

この場合には、「一致」が約5割と最も大きな割合を占めていた(表3-1、図3-1)。

表 3-2 全調査対象者の要介護度変化別
人数構成比

要介護度区分	人数	構成比
軽度化	146	24.01
一致	308	50.66
重度化	154	25.33
合計	608	100.00

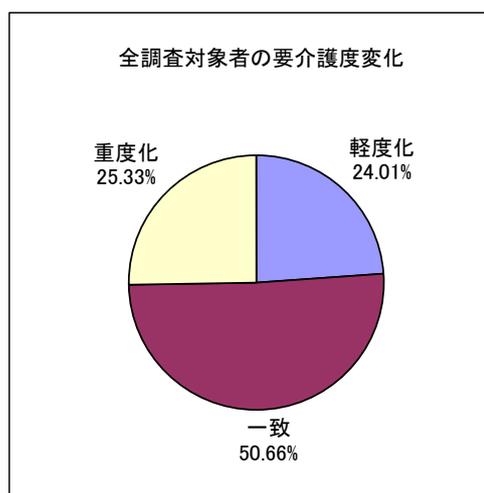


図 3-2 全調査対象者の要介護度変化別人数構成比

表 3-1 動ける認知症に該当する調査対象者の要介護度変化別人数構成

要介護度変化	人数	構成比(%)
軽度化	10	41.67
一致	9	37.50
重度化	5	20.83
合計	24	100.00

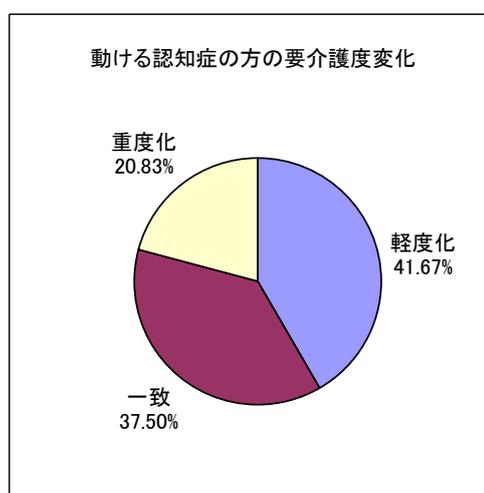


図 3-1 動ける認知症に該当する調査対象者の要介護度変化別人数構成

4. 合計介護時間別人数分布の重度化偏移

2006年版と2009年10月新版の要介護認定一次判定エミュレーターソフトが算出した要介護認定等基準時間（いわゆる合計介護時間）の人数分布を作成し、2006年版と2009年10月新版との人数分布を比較した(図4-1、図4-2)。

その結果、全調査対象者の場合、平均合計介護時間は、2006年版では119.6分で、2009年10月新版では127.85分となり、2009年10月新版の方が合計介護時間が長めに算出された。

合計介護時間の人数分布の要介護5に該当する部分を20分間隔に分けてみると、合計介護時間が110分以上から130分未満の人数は、2006年版(112人)の方が、2009年10月新版(86人)よりも多かった。

逆に、合計介護時間が130分以上から150分未満の人数は、2006年版(11人)よりも2009年10月新版(43人)の方が多く、150分以上では2009年10月新版(9人)にのみ人数分布が発現した(図4-3、図4-4)。

合計介護時間の最大値も2006年版の場合144.00分であるが、2009年10月新版の場合167.40分となり、2009年10月新版の方が長めに合計介護時間が算出されていた。

統計的にも、合計介護時間の順位の中心に位置する中央値(2006年版:84.80分、2009年10月新版:87.70分)が両版で異なり、2009年10月新版の方が長めになることが確認された。

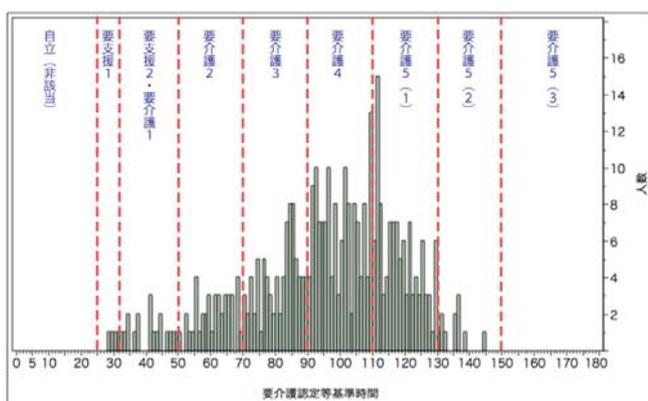


図 4-4 2006年版の全調査対象者の合計介護時間別人数分布

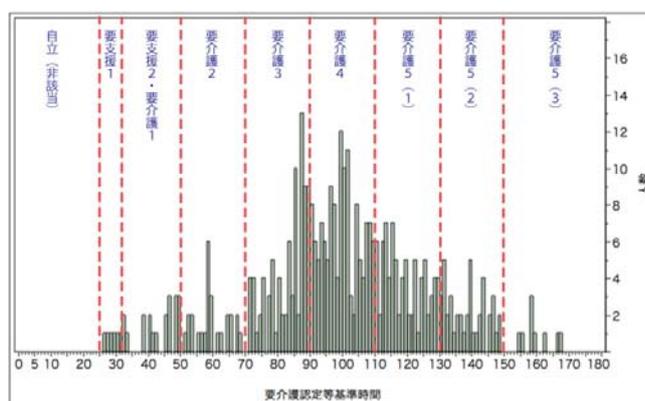


図 4-4 2009年10月新版の全調査対象者の合計介護時間別人数分布

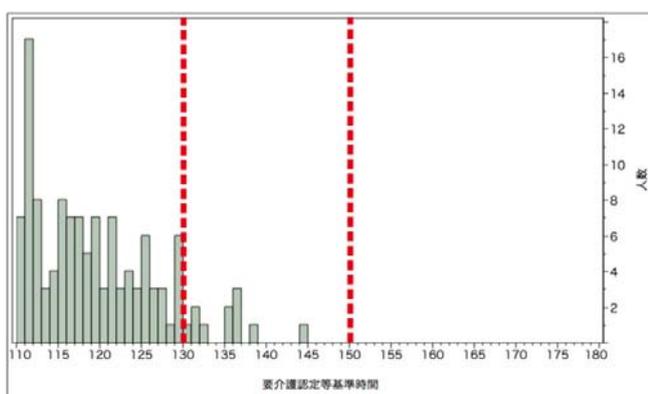


図 4-4 2006年版の要介護5の合計介護時間別人数分布

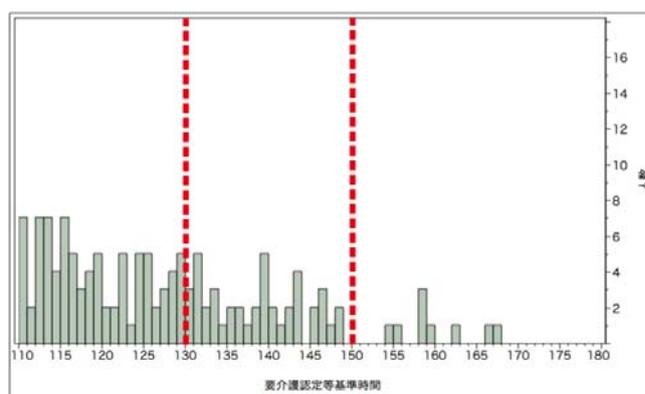


図 4-4 2009年10月新版の要介護5の合計介護時間別人数分布

2010年8月30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

認知症者への支援・要介護認定・ケアマネジメントの論点について

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。

1. 認知症者への支援

権利擁護に関する事業は認知症者への支援において重要である。ただし、既存の仕組みは手続きや費用面で利用しにくいいため、もう少し活用しやすくしていくべきである。

2. 要介護認定について

要介護認定に関しては、昨春の混乱に際し要介護認定の見直しに係る検証・検討会が発足し事態は終息が図られた。そのうえで最終的に「介護保険制度全般の見直しに向けた議論の方向性を待って、公開の場で議論を進めていくことが適当である。」と本検討会では結論づけられている（平成22年1月15日）。

①現行の要介護認定における問題点

- ア. 昨年の要介護認定に関する混乱で「認定調査マニュアル」を変更したことにより、コンピュータシステムとのロジックの信頼性・妥当性はどうか否か。
- イ. 現行では、保険者は民間ケアマネジャー等に認定調査を委託することができるが（更新者を中心に）、本来、認定調査員は保険者の職員（嘱託含む）が担うべきではないか。
- ウ. 認定結果がでるまでに時間がかかり、暫定ケアプラン等で利用者にとって問題が生じているのではないか（例えば、末期がん患者への対応など）。
- エ. 認定期間が現状のままでいいのにか否か。
- オ. コンピュータ維持・改修費や認定調査に関わる事務コスト（二次判定含む）の経費がかかりすぎるのではないか。
- カ. 不必要な区分変更申請が多いのではないか。
- キ. 在宅介護の尺度に基づく認定システムが必要ではないか。
- ク. 主治医の意見書の機能についてはどうか。

②公の議論の場を別途設けて議論していく

しかし、本審議会で特定の項目につき議論を深める時間は限られているので、2012年介護保険法改正においては基本的に現行制度を継続し、別途一定程度の時間をかけて要介護認定に関する国民的議論を実施すべきと考える。そのため、本審議会の開催中に事務局より最新の要介護認定区分状況が理解できる時系列的な統計資料を提出いただき、現行制度を存続することを再確認すべきと考える。

※事務局への資料提出依頼

「要介護認定における一次判定及び二次判定結果の要介護区分割合比較（年度別比較）」

なお、個人的見解として要介護認定は介護保険制度においてはモラルハザードを考える際に必要不可欠な仕組みである。しかし、現行の7区分といった仕組みは、事務運営上非効率であり（非効率が解消されれば7区分でもいいが）、将来的にケアマネジメントの質の向上・支給限度額に配慮などを条件に、その簡素化を議論することも考えられる。

3. 支給限度額について

医療的ケアを伴う要介護高齢者が増加傾向にある背景から、支給限度額を引き上げるべきと考える。ただし、医療的ケアを伴う高齢者だけに限定して支給限度額を上げると、結果的に 2 つの支給限度額表が設けられてしまい、コンピュータ改修費や事務労力などでデメリットが生じるため、一律に支給限度額を引き上げるべきである。

4. ケアマネジャーの在り方

①将来的に独立が担保できる仕組みに

ケアマネジャー業務の公正性・中立性といった視点から、各介護事業所から独立して経営が成り立つ仕組みを具体的に考えていくべきである。

②ケアマネジャーの資格・業務について

ケアマネジャーとなるための基礎要件（受験資格や実務経験）を見直していくべきではないか（主任ケアマネの資格についても）。また、ケアプランにおいて明確に保険内サービスに限定せず、保険外サービスを組み合わせたマネジメントに対しても何らかの評価を考えていくべきではないか。

③福祉用具に限定されているケアマネジメントについて

福祉用具に限定して給付されているケアマネジメントにおいては、介護支援給付を用いず、十分なモラルハザード対策を講じることを条件に、ケアマネジャー資格者のある福祉用具関係者が代替していくことも考えていくべきではないか。

④施設ケアマネジャーの在り方について

介護保険施設でのケアマネジャー業務と生活相談員業務との整合性や役割などについて考えていくべきではないか（施設ケアマネジメントの在り方など）。

④予防給付のケアマネジメント

地域包括支援センターが担っている予防給付ケアマネジメントは、全面的に通常のケアマネジャー業務に移譲していくべきである。

以上

2010年8月23日

社会保障審議会介護保険部会

日本労働組合総連合会（連合）
生活福祉局次長 吉田 昌哉

家族等介護者支援のあり方について

介護保険部会において、「家族介護者への支援の在り方」に焦点をあてたことを評価します。この問題については本日の議論だけにとどめず、今後さらに議論を深め、ニーズに即した必要な対応を計画的に進める必要があると考えます。

1. 家族等介護問題への対応における基本的考え方
 - 要介護者はもとより、介護者の両当事者がともに尊重されなければならないこと
 - 介護者に情報提供や必要な支援と無理なく介護を続ける環境が整備されること
 - 介護者の社会参加（就労など）が保障されること
2. 今後の検討のすすめ方
 - 家族等介護者の実態及び必要な支援サービス(ニーズ)について明らかにするための社会調査を実施する。
 - その上で、家族等介護者支援のあり方について議論する受け皿を早急に用意し、当事者を含めた検討及び計画的な対策づくりを行う。

以上