

安心と希望の介護ビジョン（第4回）議事次第

日時：平成20年10月1日（水）

15:00～17:00

於：専用18～20会議室（17階）

議 題

安心と希望の介護ビジョンについて（委員からのプレゼンテーション）

[配付資料]

- | | | |
|-----|----------------------------|------|
| 資料1 | 石川（誠）委員 | 提出資料 |
| 資料2 | 石川（良）委員 | 提出資料 |
| 資料3 | 太田委員 | 提出資料 |
| 資料4 | 袖井委員 | 提出資料 |
| 資料5 | 鳥羽委員 | 提出資料 |
| 資料6 | 古川委員 | 提出資料 |
| 資料7 | 堀田委員 | 提出資料 |
| 資料8 | 前田委員 | 提出資料 |
| 資料9 | 村上委員 | 提出資料 |
| 参考1 | 今後議論を深めていく必要がある事項（第3回配付資料） | |

「安心と希望の介護ビジョン」 会議開催要項

1. 目的

高齢化の進展に伴い介護費用が急増する中、持続可能な介護保険の構築に向けた方策が大きな課題となっている。一方、認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加等に対応した地域ケアの構築、介護を担う介護従事者の人材確保、施設入居者の重度化に伴う医療と介護との連携など様々な問題が指摘されている。

こうした問題に対し、将来を見据えた改革が必要であるため、あるべき介護の姿を示す「安心と希望の介護ビジョン」の策定を進めるため、本会議を開催する。

2. 検討事項

- (1) 自助・共助・公助を組み合わせたケアの構築
- (2) 持続可能な介護保険
- (3) 介護を担う介護従事者の人材確保
- (4) 医療サービスと介護サービスの適切な提供
- (5) 都市部や地方等の地域ニーズに対応した地域ケア構築のための仕組みづくり

3. 構成員

別紙のとおりとする。

4. 運営

本会議の庶務は、厚生労働省老健局で行う。
議事は公開とする。

5. スケジュール

平成20年7月24日（木）に第1回を開催し、その後、関係者からのヒアリングや現場視察等を行った上で、本年中を目途にビジョンを取りまとめる。

安心と希望の介護ビジョン 構成員名簿

石川 誠	医療法人社団輝生会初台リハビリテーション病院理事長
石川 良一	稲城市長
太田差恵子	NPO 法人パオッコ理事長
駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授
袖井 孝子	お茶の水女子大学名誉教授
鳥羽 研二	杏林大学医学部教授
中村 邦夫	パナソニック（株）代表取締役会長（社団法人シルバーサービス振興会会長）
古川 静子	日本化薬メディカルケア（株）デイサービス部部长
堀田 聰子	東京大学社会科学研究所特任准教授
◎前田 雅英	首都大学東京都市教養学部長
村上 勝彦	社会福祉法人慧誠会帯広けいせい苑施設長
村田 幸子	福祉ジャーナリスト

◎ 座長
(五十音順、敬称略)
(H20.10.1 現在)

介護保険における リハビリテーション医療の基盤整備

医療法人社団輝生会
初台リハビリテーション病院
理事長 石川 誠

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」

高齢者リハビリテーション研究会報告書（平成16年1月）

- 1) 急性期のリハ医療が十分に行われてない。
- 2) 長期間にわたって効果が明らかでないリハ医療が行われている場合がある。
- 3) 医療から介護への連続するシステムが機能していない。
- 4) リハとケアとの境界が明確に区分されておらず、リハとケアとが混同して提供されているものがある。
- 5) 在宅におけるリハが十分でない。



平成18年報酬改定：

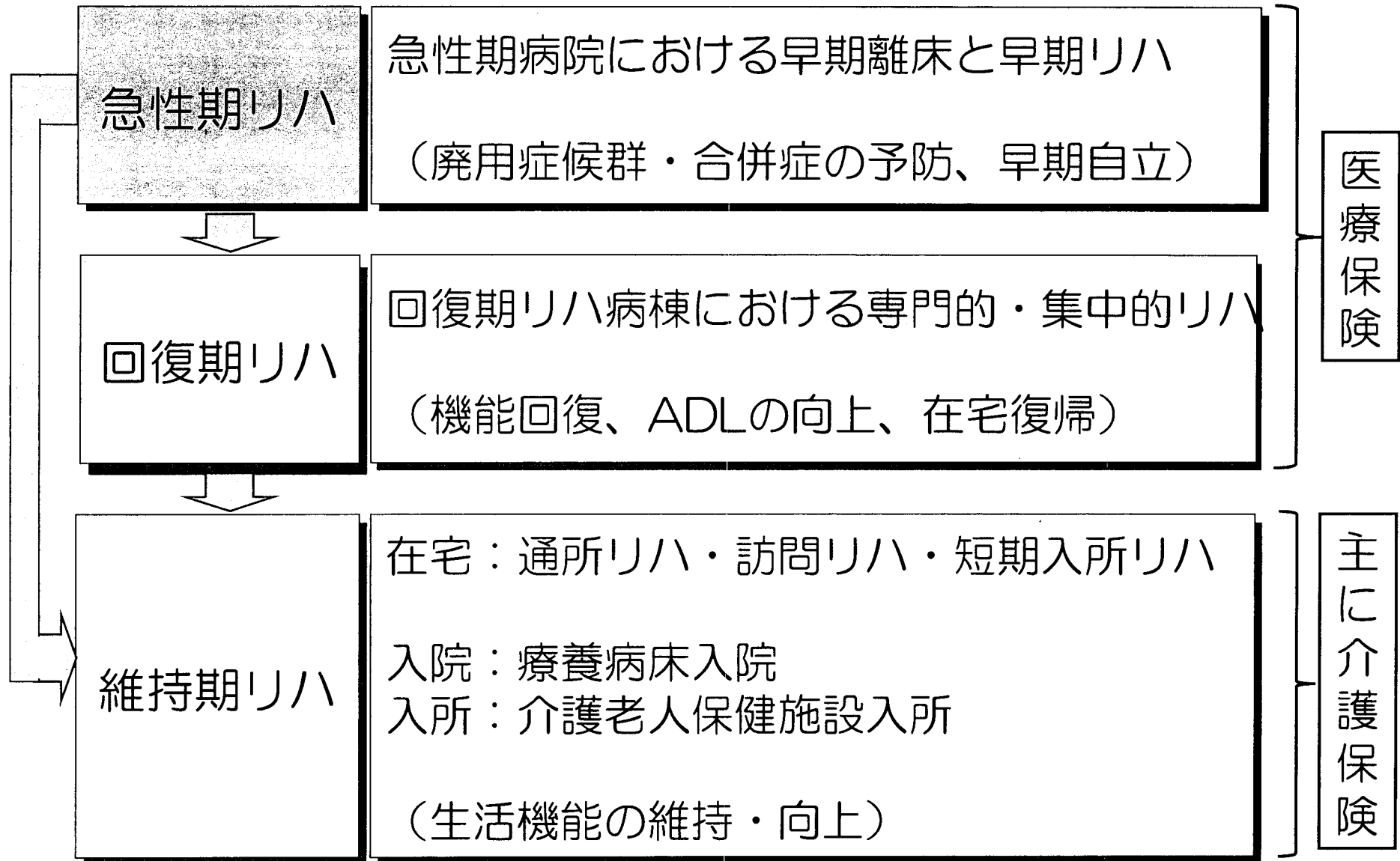
医療保険：急性期・回復期リハに1人1日に9単位(3時間)のリハを評価し、算定日数上限を設定

介護保険：リハマネジメントと短期集中リハ加算を設定

平成20年報酬改定

医療保険：算定日数上限の緩和(1人1月13単位実施可)

病期に応じたリハビリテーション医療



今までのリハ医療サービス

- 1) リハ機能の乏しい急性期病院
- 2) 都市部に少ないリハ専門病院（病棟）
- 3) リハを理解する医師の絶対的不足
- 4) 顕著に不足するリハ専門職（PT・OT・ST）
- 5) リハ医療に関わる看護・介護職の養成不足
- 6) 発症後の開始が遅く、長期に及ぶ入院期間
- 7) 機能訓練中心で軽視されたADL
- 8) 未熟なチームアプローチ
- 9) 不十分な在宅リハサービス
- 10) 分かりにくいリハ医療サービスの仕組み

これからのリハ医療サービス

- 1) 急性期病院におけるリハ機能強化
- 2) 各地域における回復期リハ病棟の整備
- 3) リハを理解する医師の充足
- 4) 十分なリハ専門職（PT・OT・ST）の配置
- 5) リハを理解する看護・介護職の配置
- 6) 発症後早期に開始し、入院期間を短縮
- 7) ADLを重視したリハサービスの提供
- 8) チームアプローチの成熟化
- 9) 介護保険における在宅リハサービスの充実
- 10) 分かりやすいリハ医療サービスの構築

今後の医療保険と介護保険のリハビリ医療サービス

● 医療保険

身体機能を早期に改善し、可能な限りADLの向上を図り、在宅復帰を目的とするリハビリ医療サービス。

1. 「急性期病院」におけるリハビリ機能の強化
2. 「回復期リハビリ病棟」の地域格差解消と質的向上

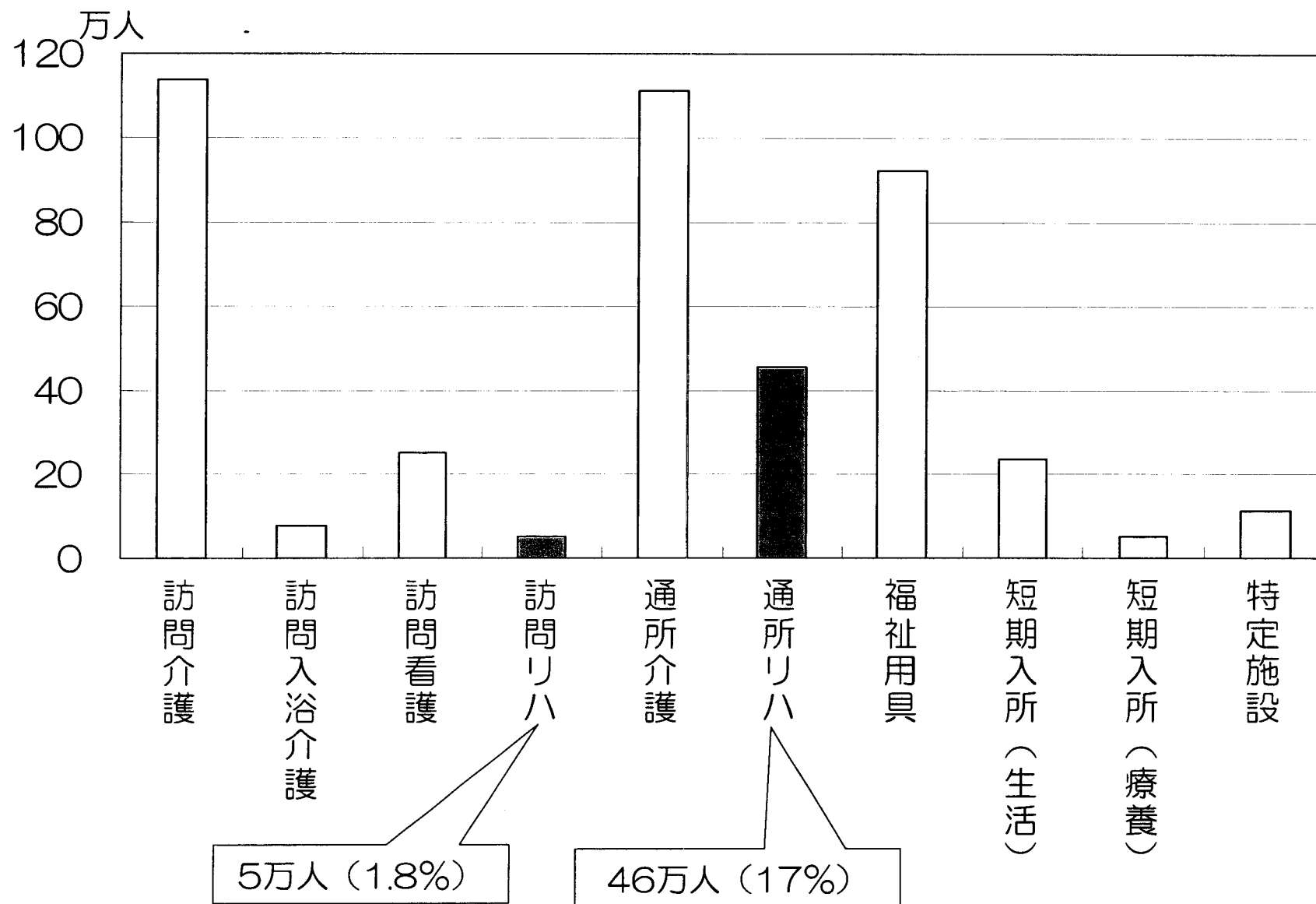
● 介護保険

身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目的とするリハビリ医療サービス。

1. リハビリ提供拠点の整備が必要。
 - ① 「訪問リハビリステーション」の標榜
 - ② 「在宅リハビリセンター」の普及
2. リハビリ前置の仕組みを構築することが必要。
 - ・ 維持目的のリハビリとは別に、必要に応じて短期集中的なリハビリを実施可能な体制を整備

介護・介護予防サービス受給者数

271万人：2008年4月審査分



1. リハ提供拠点の整備

① 「訪問リハステーション」の標榜

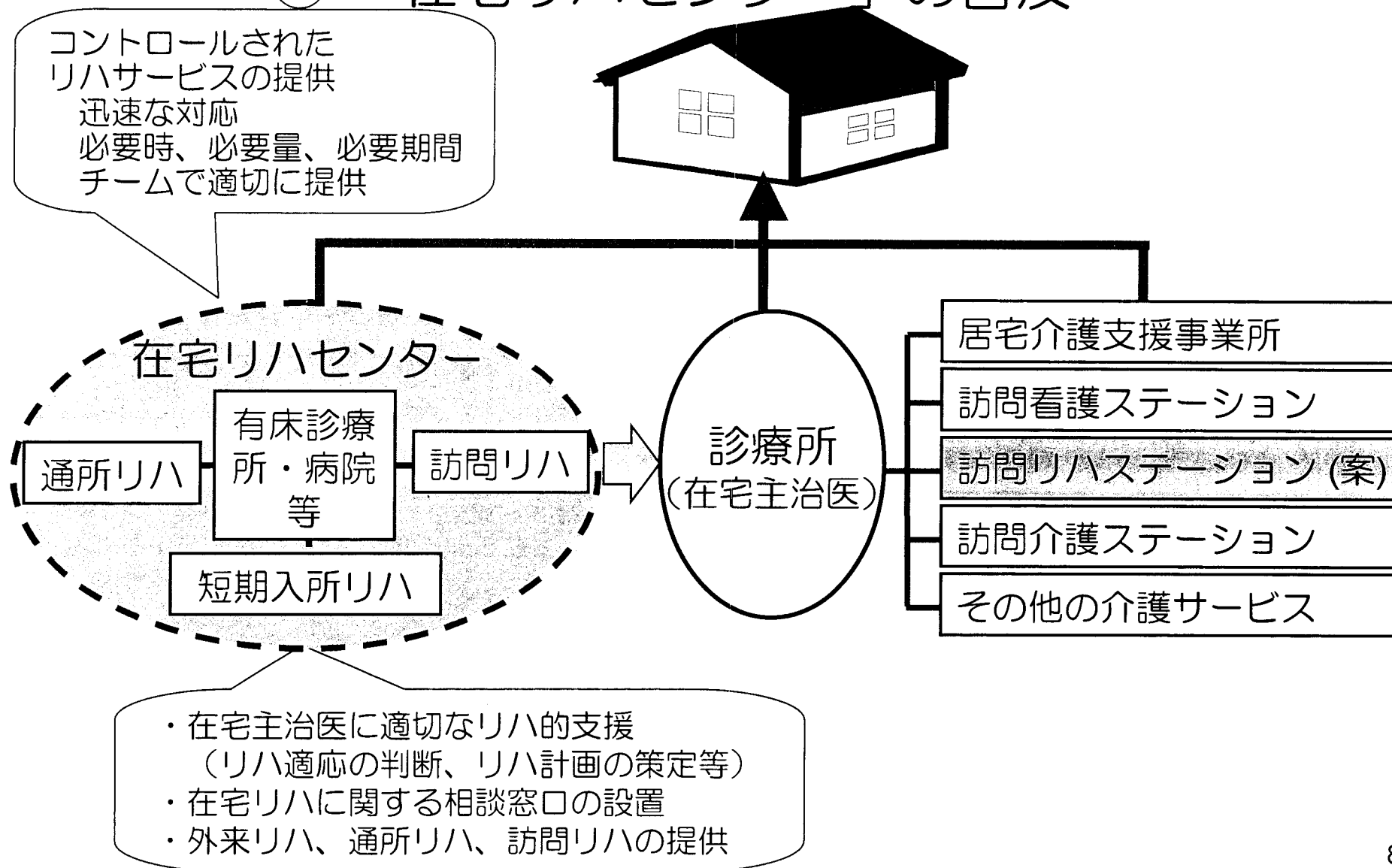
* 居宅介護サービスの中で、PT・OT・STによる訪問サービスは、最も量的基盤整備が遅れている。

* サービス提供の質量共に拡充を図る必要がある。

- ・ 訪問リハと訪問看護では、それぞれの仕組み等の違いがあり理解しにくい。
- ・ 各拠点は「訪問リハステーション」として仕組みを統一し、地域に分かりやすく標榜することが必要。
- ・ 在宅主治医との連携強化を目的に、「訪問リハ指示書」「訪問リハ実施計画書」「訪問リハ実施報告書」の提出を義務づけることが必要。

1. リハ提供拠点の整備

② 「在宅リハセンター」の普及



例) 有床診療所の有効利用

小規模多機能・在宅医療・リハサービスの拠点

在宅総合ケアセンター元浅草（平成15年4月開設）

在宅療養支援診療所 （有床診療所） リハ目的短期入院 緊急短期入院 外来リハ（PT・OT・ST） 訪問診療・往診 訪問看護 訪問リハ 通所リハ ケアマネジメント PT・OT・ST：25名

8F	厨房
7F	訪問看護ステーション（24時間対応）
6F	病棟（8床）
5F	通所リハ（6～8時間）
4F	リハ訓練室（PT・OT）
3F	通所リハ（3～4時間）・リハ訓練室（ST）
2F	診療所（外来診察室）・医療相談室
1F	総合受付・居宅介護支援サービス
B1	駐車場

2. リハ前置の仕組みの構築

維持目的のリハとは別個に、必要に応じて短期集中的なリハの実施可能な体制を整備

- * 介護保険利用中に新たな疾患による障害が発生した場合は医療保険のリハに移行するため問題はない。
- * 新たな疾患ではない原因で、機能やADLが急速に低下した場合は、他の介護サービスに優先して短期集中的なリハを実施可能とするべきではないか。（リハ前置主義）

現行の介護保険制度によるサービス利用方法では対応が困難
..... 新たな仕組みが必要

平成20年10月1日

安心と希望の介護ビジョン。

地域介護基盤の構築を支えるために ～地域力の向上を目指した取り組み～

稲城市長 石川良一

実施すべき事業の方向性

インフォーマルサービスが脆弱であるため、
公的サービスが必要範囲を超えて提供



インフォーマルサービスへの支援が効率的

(例えば、高齢者世帯のごみ出し、電球の取り替え等は地域コミュニティで解決)



地域づくりの観点から

拠点の整備、コーディネーター支援等が重要

地域力を高める具体的事例

- ・ 町内会、団地自治会等が、相互援助の観点から、主体的に地域見守り支援を実践し、成功している例がある(松戸市、立川市、高浜市)。
- ・ 地域住民が主体的に関わることにより、「自助、共助、公助」の役割分担の考え方が地域に浸透する。
- ・ 地域コミュニティの再生や支援が地域力を高めることになる。



地方分権(地域重視)を進める稲城市の事例

- ア 介護支援ボランティア制度
- イ 住民主体の介護予防地域活動

～稲城市～

人口 81,134人

男 41,250人

女 39,886人

高齢者人口12,528人

(高齢化率 15.4%) 平成20年4月1日現在



- ★東京都心の新宿から西南に約25km、南多摩地区の東端に位置しています。
- ★面積は 17.97km²(東西、南北とも約 5.3km)です。

ア 介護支援ボランティア制度

【直面している課題】

- 団地地区を中心に、地域のコミュニティの力を高める必要が生じてきた。
- 社会参加活動への参加を望む高齢者が増えてきている。

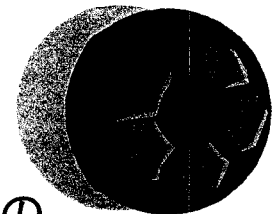
【求められる施策】

- 1 高齢者自身の介護予防につながる社会参加活動(自助)を支援すること。
- 2 元気な高齢者による介護者等への支援ボランティア(共助・互助)を褒賞・奨励すること。
- 3 上記の結果、地域支援事業費、介護給付費等の費用を直接・間接的に抑制すること(給付費等の抑制)。

【稲城市の新たな地域支援事業】

「介護支援ボランティア制度」

- 高齢者の社会参加を支援し、介護予防の効果を期待するもの。
- 元気な高齢者を増やす取り組み。



介護支援ボランティア制度とは？

- 高齢者の介護支援ボランティア活動実績等を評価したうえでポイントを付与し、その高齢者の申出により、そのポイントを換金した交付金を交付する制度です。

介護支援ボランティア活動でスタンプ押印をもらう。



スタンプを集めてポイントに換える。



申請でポイントの交付金(5,000円)を受け取ることができる。

- 当面、稲城市では、高齢者が介護支援ボランティア活動実績に応じて付与されたポイントを活用し、実質的な介護保険料負担の軽減を行います。

介護支援ボランティアの登録状況等

(平成20年8月31日現在)

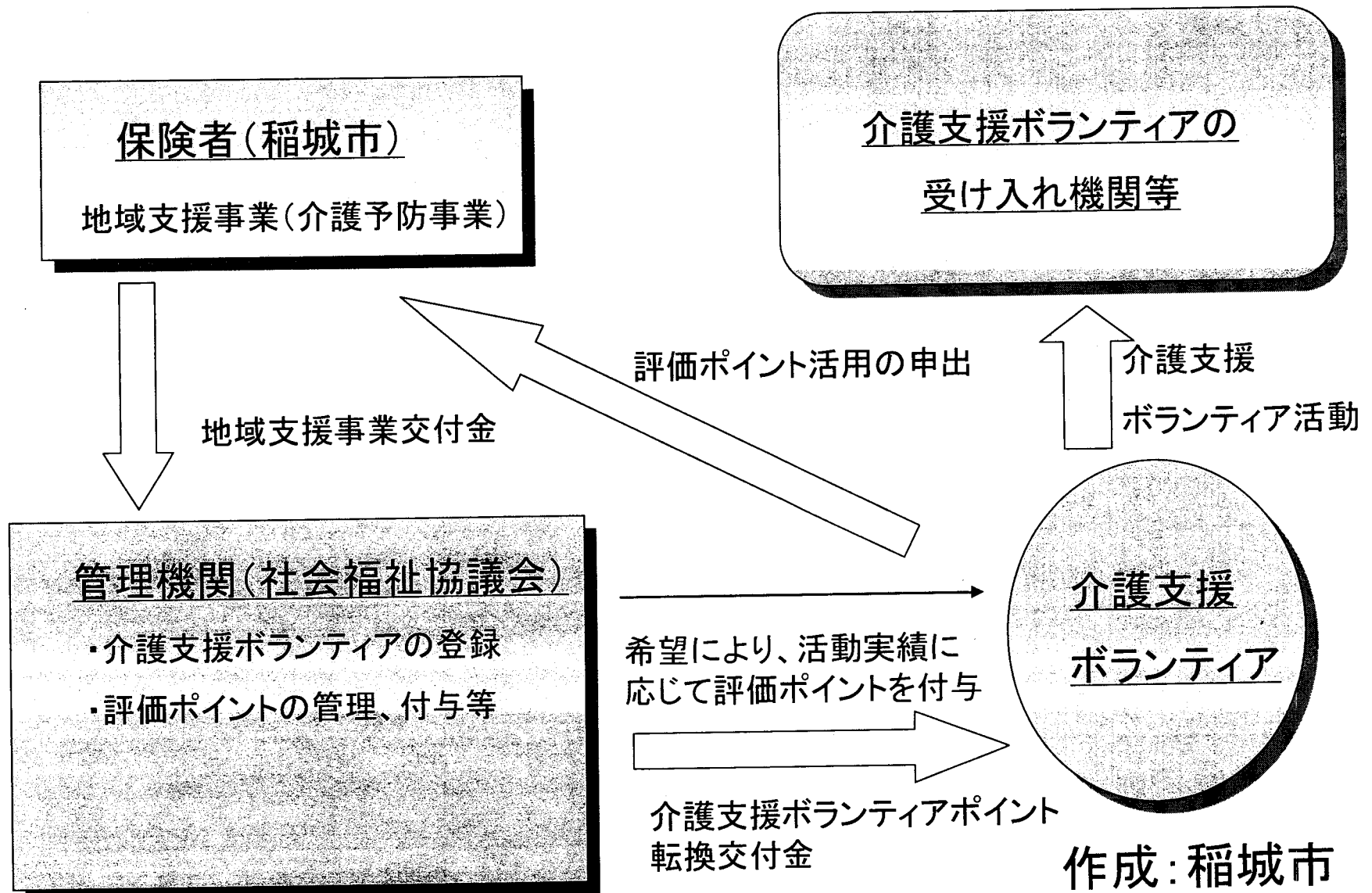
介護支援ボランティア登録者数 273人

最高齢93歳、90歳以上4名、要支援者4名

受け入れ機関等 15団体



稲城市介護支援ボランティア制度の実施スキーム



1 デイサービス利用者への昼食の盛り付け

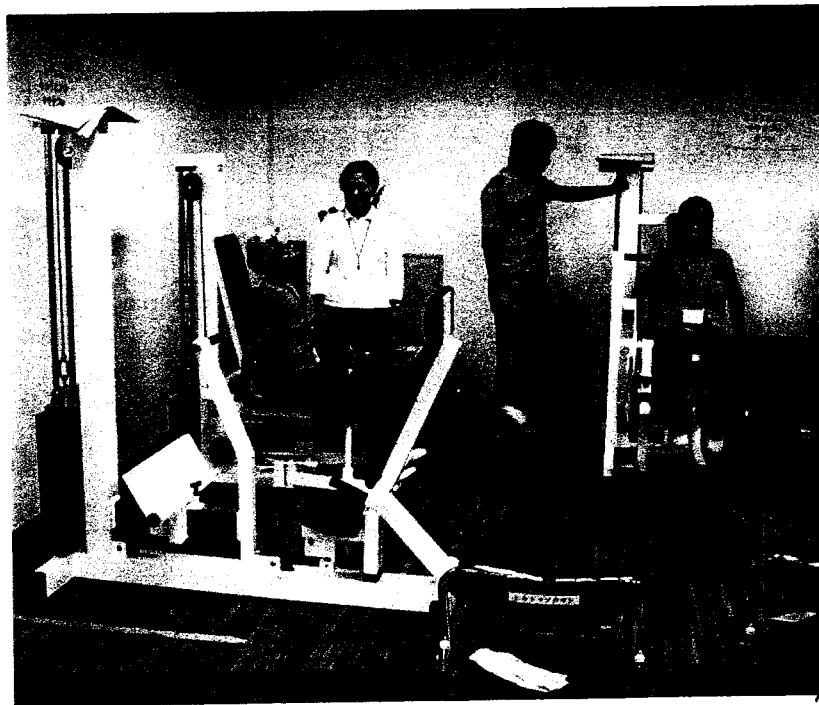
・配膳・下膳(ケアハウス)

- ・ デイサービス利用者へ昼食の盛り付けや配膳・下膳を行ないます。

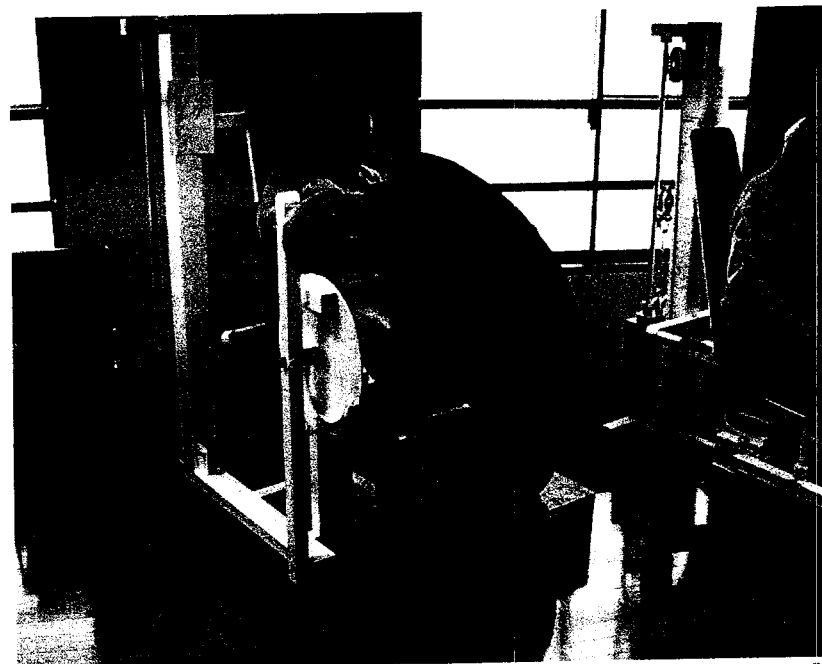


2 筋力向上トレーニング教室での見守り・号令等(老人保健施設等)

- 筋力向上トレーニングを行なうため、使用者の体格に合わせて器具を調整します。
- 一緒に号令をかけながら安全を見守ります。



稲城市



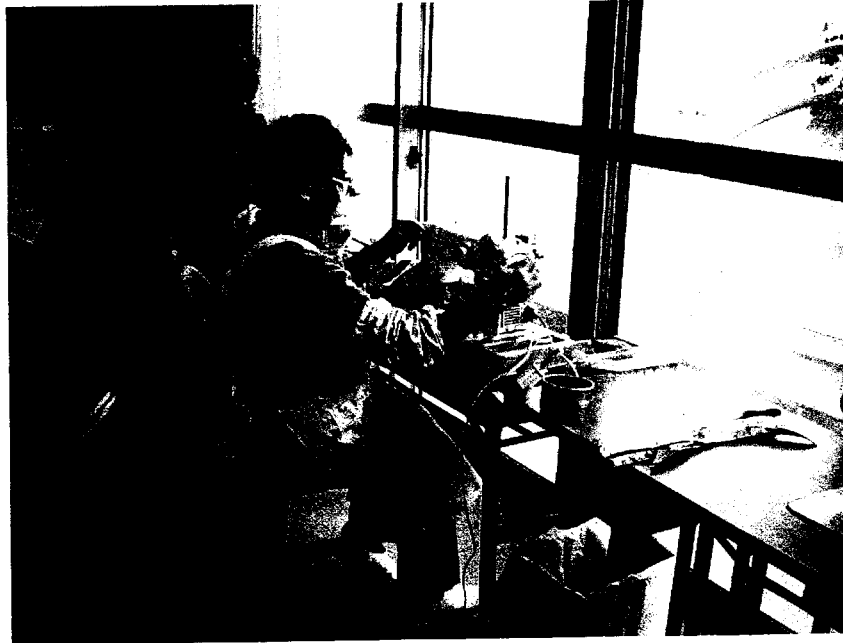
3 小物作り等の指導や話し相手 (特別養護老人ホーム)

- 高齢者の方々へ小物作り等のレクリエーションの指導をしたり、話し相手をします。



4 裁縫ボランティア、乾いた洗濯物の整理 (特別養護老人ホーム)

- 裁縫ボランティアとして、入所者の衣類のボタンつけや手提げ袋を作ったり、乾いた洗濯物を折りたたむ活動を行います。



5 小物作り等の指導やレクリエーションの指導(ふれあいセンター)

- 市内各地域にある「ふれあいセンター」では、地元の高齢者の方々へ小物作りの指導やレクリエーションの指導をします。



稲城市

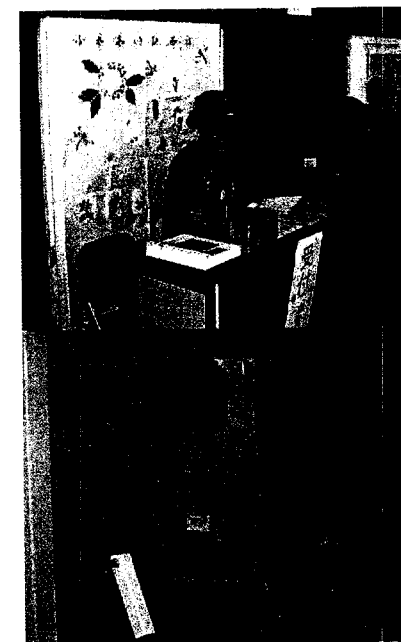
6 お誕生会等の会食会の食事盛り付け、配膳等(NPO法人)

- 地域の高齢者の方々へお誕生会等の会食会を開催するため、食事の盛り付けや配膳等の準備をします。



イ 住民主体の介護予防地域活動

- 地域住民の主体的な活動支援
 - 「介護予防推進員」の育成
 - 地域で「おたっしや21」を実施し、『地域』と『在宅介護支援センター』とのパイプ役
 - 介護予防に関する講演会やイベント等でのサポート
 - 「筋トレボランティア」の育成
 - 筋トレ修了者が、地域で社会参加をする受け皿として機能
 - 教室運営のサポート役
 - 「講師・サブリーダー」の育成
 - 地域展開型転倒骨折予防事業の指導者としての役割
 - 地域で活動を行なっている自主グループの支援
- 社会資源の整理
 - 「稲城市 社会資源マップ」の作成
 - 市内にて、介護予防に関する活動を行なっているグループを掲載



転倒骨折予防教室①

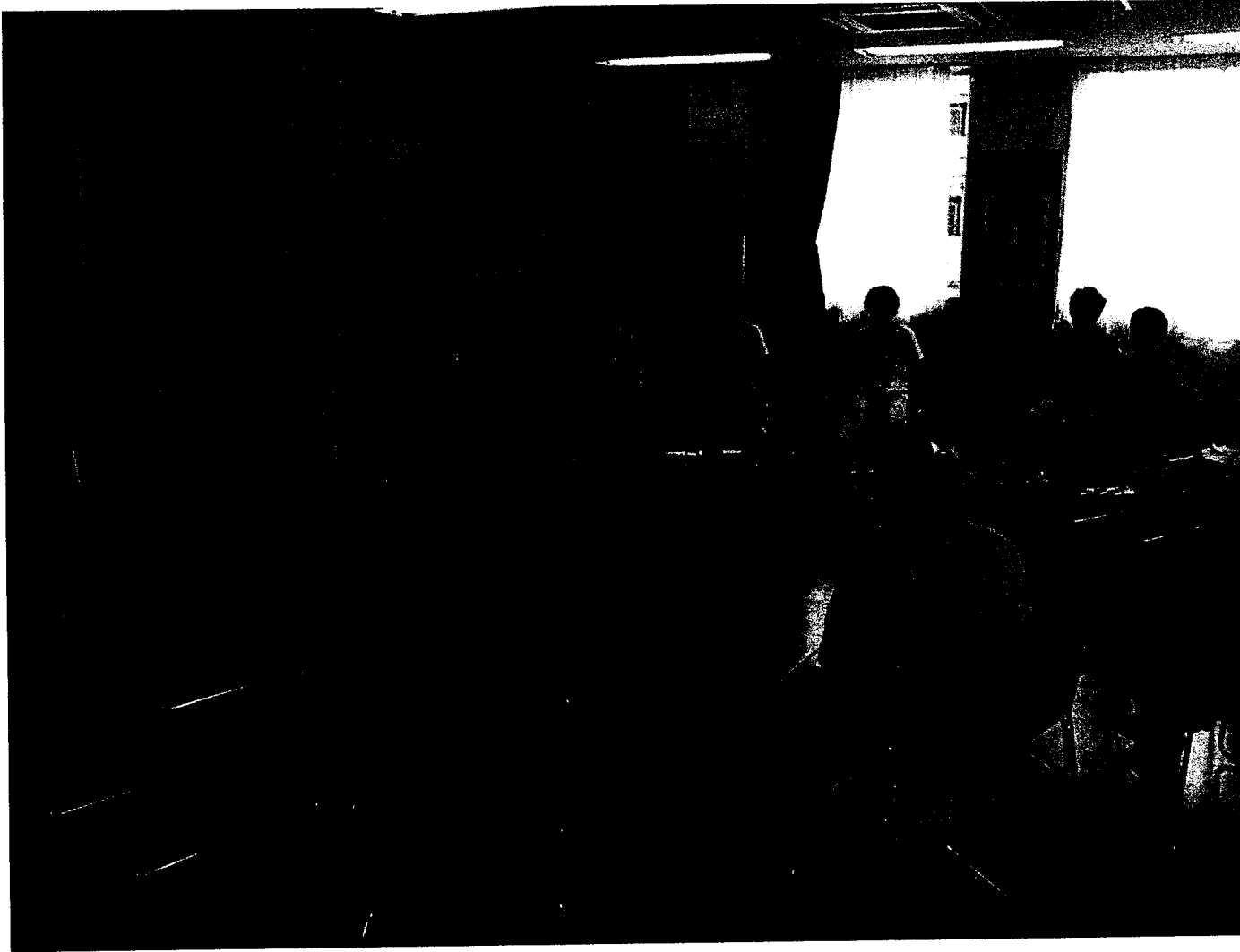


転倒骨折予防教室②



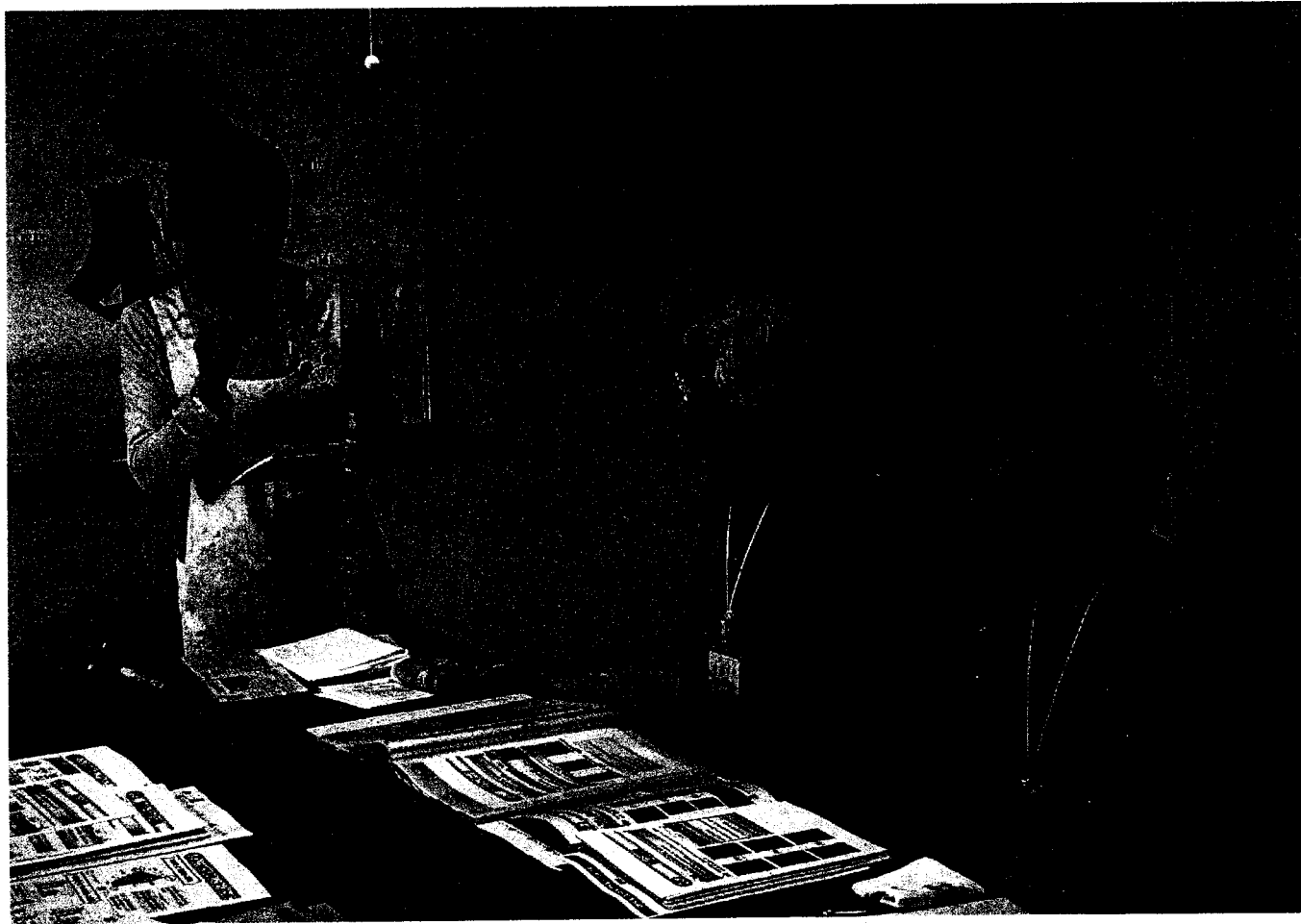
稲城市

転倒骨折予防教室③



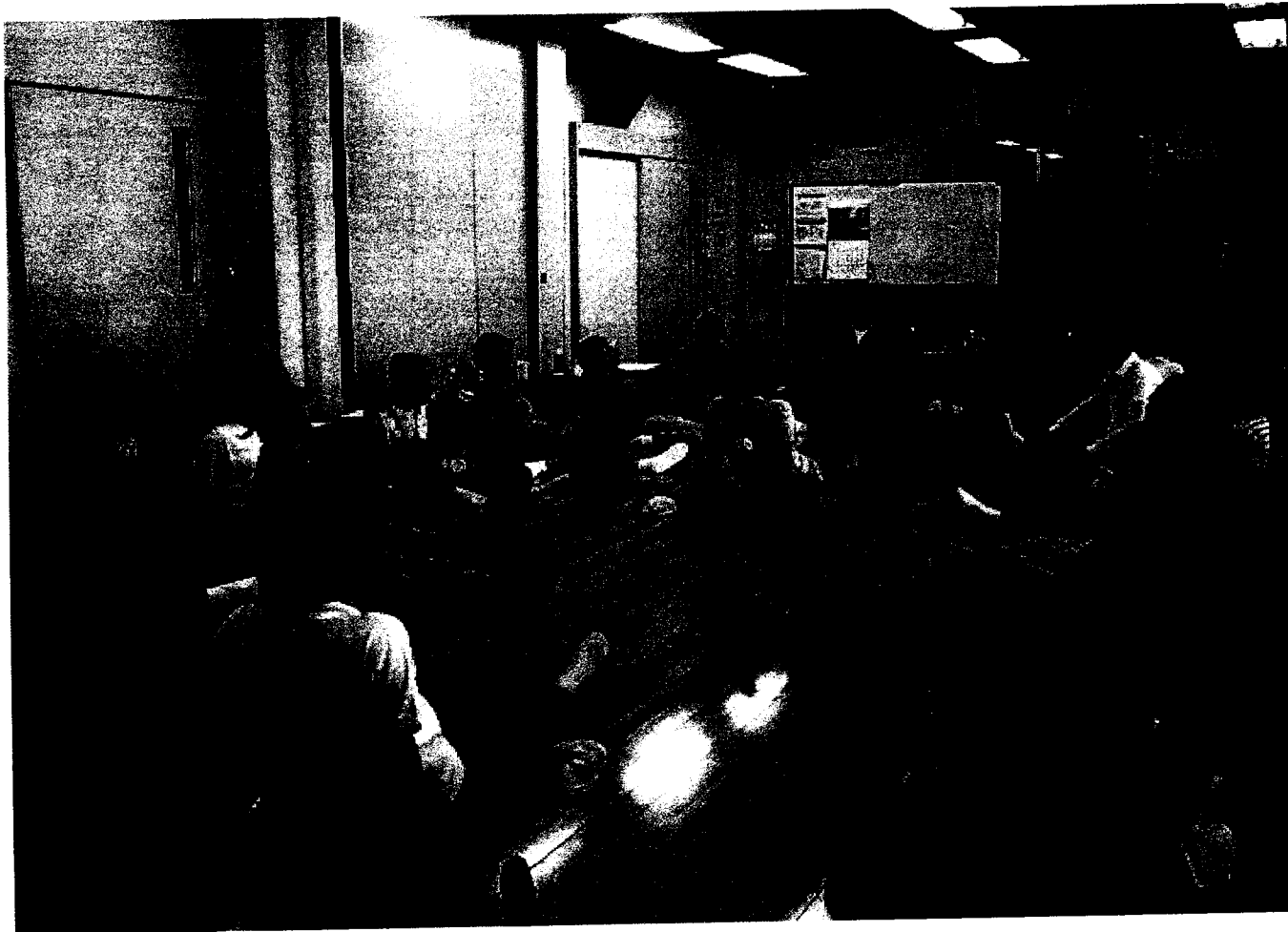
稲城市

口腔機能向上プログラム実施風景



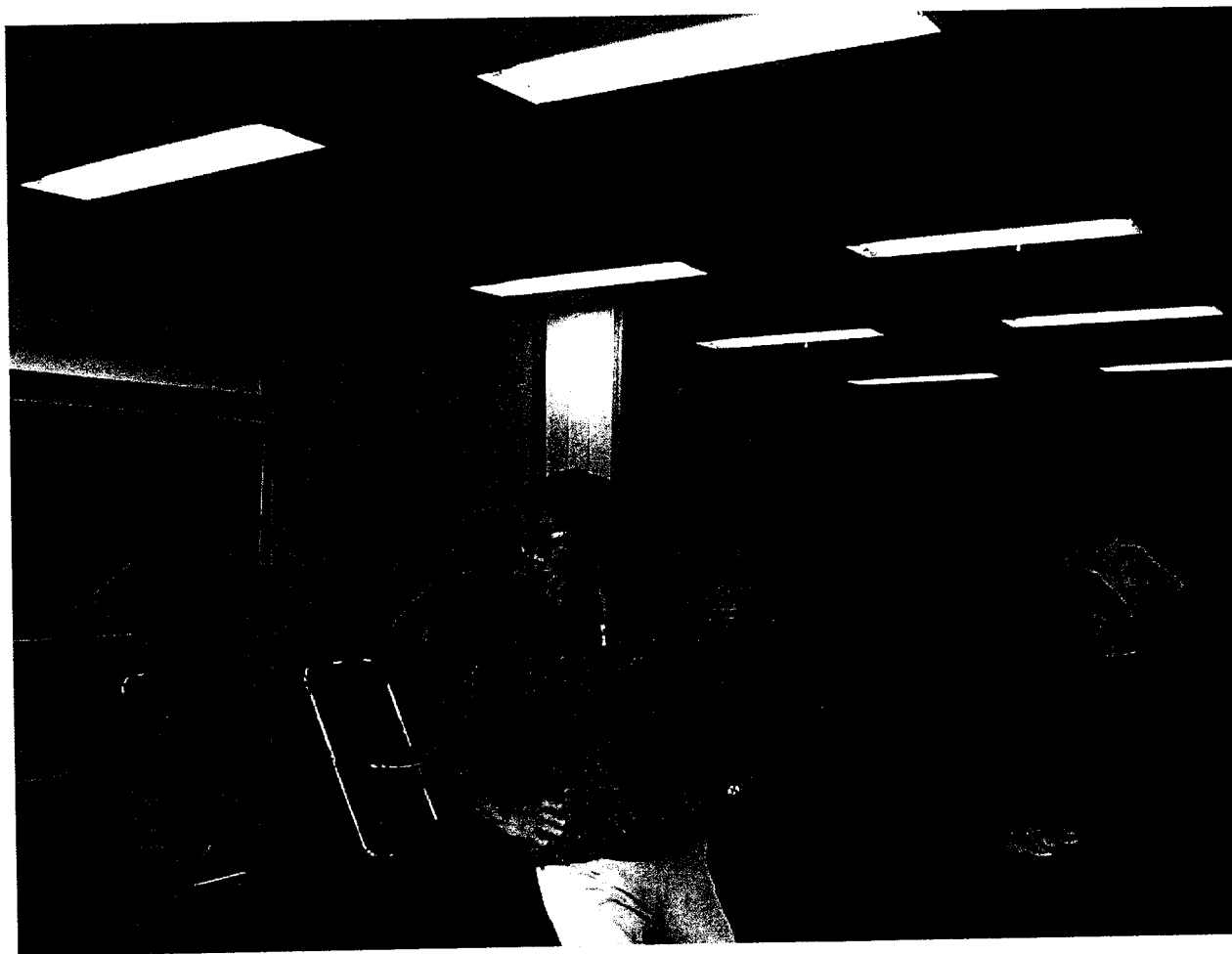
稲城市

自主グループ【押立】



稲城市

転倒骨折予防【さわやかクラブ】

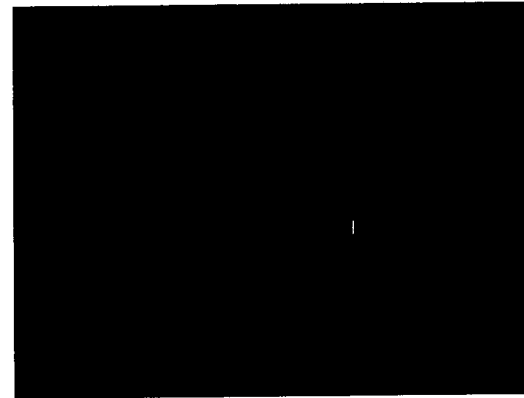


稲城市

稲城市介護予防大会の実施

✓ 自主グループ活動の支援

✓ 参加人数:220名(ボランティアなど含む)



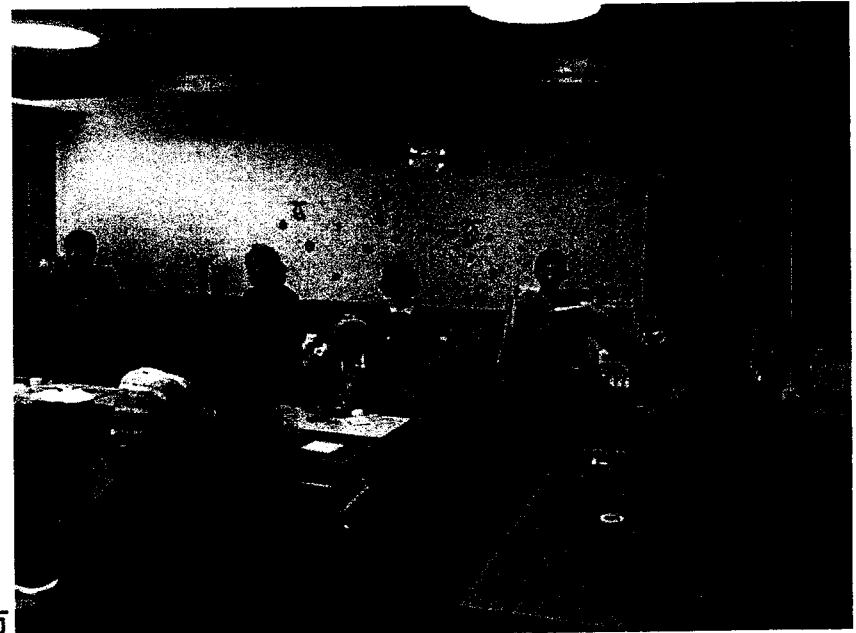
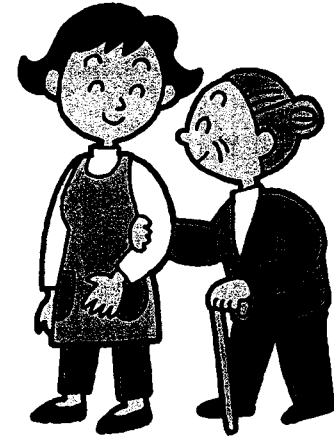
稲城市



主役は地域住民(社会参加のきっかけが重要)



稲城市



稻城市

まとめ

- 地域住民からは、「住み慣れた地域にいつまでも安心して住み続けることができること」が求められている。
- これはそこに住む住民が力を出し合って、自ら創り上げていくことが基本である。
- 介護サービスでは、地域の介護従事者がその地域に住む要援護高齢者を支えている現状を踏まえ、地域重視の観点から、介護基盤の整備を行うことが重要である。
- コミュニティ再生や地域活動を支援する仕組みに重点を置くことが、安定した介護基盤の構築に資するものであると考える。
- 「自助・公助」から「自助・共助・公助」へのシフトが重要である。

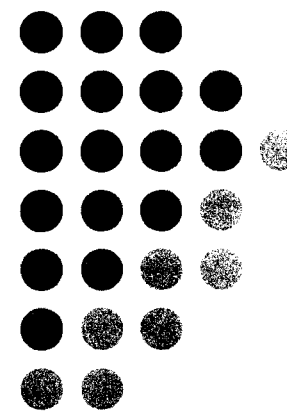
家族の視点から多様な「介護」の 安心と希望を考える

2008.10.1

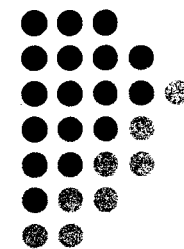
NPO法人パオッコ

離れて暮らす親のケアを考える会

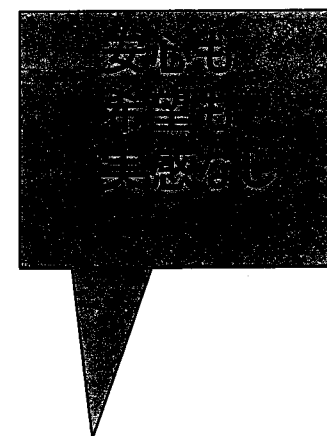
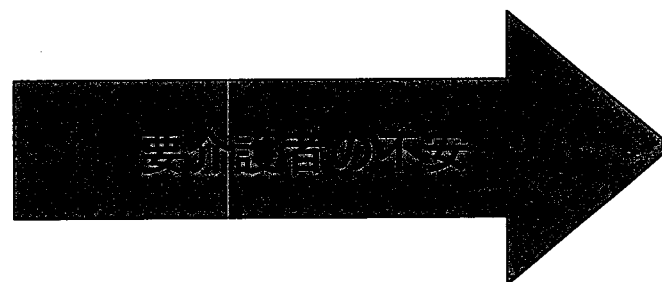
太田差恵子



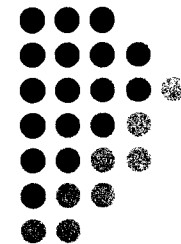
「介護」とは 生きることそのもののサポート



- 親が人生のまっただなかにいるのと同様
 - 子世代も自身の人生のまっただなか。
- 「介護」を最優先できない事情もある
- が、現実には「どうしたらいいの？」の連続。
- 「どうしたらいいの？」は、不安の増殖！増殖！
- **家族を追い込まないで！**

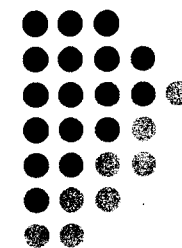


Aさん



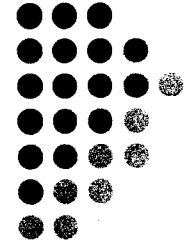
母は入院中。父は実家にひとり。父は腰痛のため毎日通院。肺気腫もある。眠れない、食べられない、気力が出ないと毎日電話がかかってくる。Aさん自身も糖尿病などを患い元気とはいえない。どうしたらいいの。

Bさん



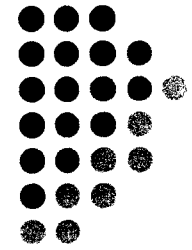
両親は2人暮らし。父は脳梗塞によるもの忘れ。おむつ。母はかなりの心配性で、精神科に通院。父親はデイケアに週に3回通うが、在宅中の世話は母ひとりには負担。Bさんが遠距離介護をするが、都合がつかないこともある。どうしたらいいの。

Cさん



両親は2人暮らし。要介護5の父を、要介護1でアルツハイマーの母がみている。弟と交互に遠距離介護。母は近所の内科でアリセプトと睡眠薬を処方されている。睡眠薬を飲むと妄想が起こるので飲ませたくない。医者に言っても「これ以上いい薬はない」と処方をやめない。母に飲むなといっても飲んでしまう。どうしたらいいの？

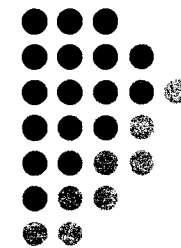
Dさん



独居60代の父親が、リハビリテーション施設を退院予定。老人保健施設にはいる申請しているが、空きがなく、当面在宅で過ごせといわれる。が、ケアマネジャーに相談したところ、嚥下障害があるので、在宅での訪問介護は引き受けられないといわれた。どうしたらいいの？

仕事を辞めて、みろっていうこと？

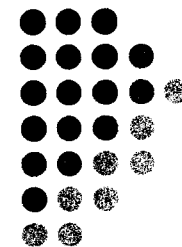
仕事を辞めたら食べていけない。



Eさん

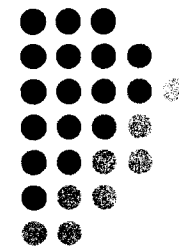
独居の母は要介護1。リウマチのほか、病気あり。週に2回デイサービスに通っている。1か月ほど前に心不全で突然入院。容態が落ち着き、病院から退院をせまられている。Eさんはシングルで子どもが2人。長女は障害があり車いすを利用。母親を在宅で介護できる状況になく老人保健施設へと思っているが、満員で無理のよう。

Fさん

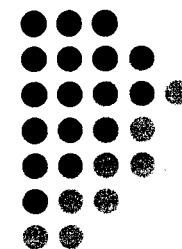


シングルの叔父は認知症で異常行動あり。透析も受けている。認知症があるので、透析での入院はできず、透析していると施設入居も容易でない。市の福祉事務所の担当者は、問題が起こるたび、姪であるFさんに電話をかけてくる。Fさんの父親も認知症で介護中。叔父のことまで世話しなければならずFさんはノイローゼになりそうと……。

Gさん

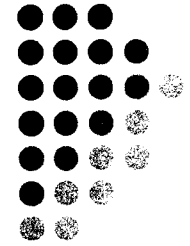


義母(80代)は独居。ショートステイ、訪問入浴などを利用。ヘルパー導入は本人が拒否。日中は近所の人やかかりつけの医師も近所にいるから大丈夫だが、夜間の心不全などが心配。医師からも「夜間は誰かいた方がいい」と言うが、「できない」から困っているんです…。



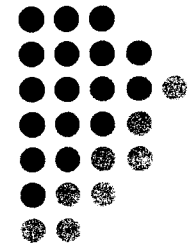
Hさん

実母(80代)は独居。要介護2。最近認知症が進んでいる。日中はヘルパーや近居の妹が世話するが、ひとりになる夜間に鍵を開けて徘徊するようになった。遠くまで行き、警察から連絡を受けることも。夜、ひとりがさみしいのかもしれない。



番外編 80代独居女性

ひとり暮らしがさみしく、どこかホームにはいりたい
と思って、パンフレットなどを集めた。有料ホームを
友だちと見学にいった。きれいでホテルのようだった。
でも、入居者と話すと、「自由がない」「子どもた
ちが安心して、来なくなった」というグチばかり。
ひとりで生活できる幸せを実感！
もうちょっとがんばってみるつもり。



「どうしたらいいの」を減らす方法

要介護者も介護者も生きている人間！

(サポートがない限り、追い込むことに。)

24時間体制で正確な情報提供 & 不安の受け入れ & 緊急時出動・預かりなどの「サポート実践」
がなされる体制の確保(実践要なので「地域」に)。

適切な判断のできる優秀な人材が要←介護従事者の処遇改善が優先

(現状: 優秀なケアマネジャーに出会うと幸運だが、そうでない場合も多い。)

家族の悩み: 「いいケアマネジャーと出会う方法は?」「忙しそうなケアマネジャーに要望を言う
のは申し訳ない、嫌われるのでは」)

■家族がいるとは限らない。シングル増加。老老介護、遠距離介護など家族の形態が変化。つまり、個別
対応が必要。同居でも日中独居が中心。

たとえ家族が居なくても、

要介護者が尊厳をもって生きていける体制⇒誰もが安心して老いるために必須

イメージ...

- 各地域に小規模多機能ホーム
- 地域包括支援センター、ヘルパー、デイ、施設、病院、ボランティアセンター等のネットワーク連合体

在宅看取り介護

～QOL(Quality of Life)から QOD(Quality of Dying)へ～

2008. 10. 1 袖井孝子

1. 人口構造の変化：少産少死型社会から少産多死型社会へ
 - ・ 2016年に75歳以上層が65～74歳層を上回る。
 - ・ 現在は10人に1人が75歳以上。2026年には5人に1人が75歳以上。
 - ・ 2005年から死亡数が出生数を上回る。
 - ・ 2025年に死亡数（153万人）が出生数（73万人）のほぼ2倍。
 - ・ 大量死の時代を迎える。
2. いかにかに生きるかよりもいかに生を終えるかが重要な課題
 - ・ 住み慣れた家や地域で尊厳をもって老い、そして死を迎えるには。
 - ・ 満足死（本人、家族、医療職・看護職・介護職従事者にとって満足のいく終末期ケア）
 - ・ 質の高い死。QOLからQODへ（袖井孝子編著「死の人間学」金子書房）
終末期における自己選択と自己決定
3. 看取りの介護(the End of Life Care)の重要性
 - ・ 1970年代半ばに在宅死と施設死の比率が逆転。老人医療費の無料化の影響。
 - ・ 在宅死のほうが本人の満足度が高い。しかし、家族は必ずしもそうではない（日本福祉大学グループ調査研究結果）
 - ・ 施設よりも在宅のほうが費用が少ない（山崎章郎医師の報告）
4. 医療・福祉サービスの拡充と要介護になっても暮らし続けられる住宅の確保
 - ・ 在宅介護や在宅終末期ケアは必ずしも家族介護ではない。
 - ・ 在宅ケアの受け皿である住宅が整備されなければ、ザルで水を汲むようなもの。
5. その他
 - ・ インフォームド・コンセント、延命治療
 - ・ 医の倫理
 - ・ 専門職教育におけるいのちの教育ないし death education

安心と希望の介護ビジョン
何が不足し どうすべきか？

地域で支える仕組みに関して

国民の介護に対する不安

1. 寝たきり・認知症にはなりたくない
原因疾患の2次・3次予防は十分か？
2. 寝たきり・認知症になっても家族に負担をかけたくない
サービスは十分か？
3. 寝たきり・認知症になっても、最低限の自立を保持したい
慢性期のリハビリはずっと可能か？
4. 寝たきり・認知症になっても急に病気が悪くなったら
しっかり見て欲しい
救急医療体制と退院後の受け皿？
5. 寝たきり・認知症になっても尊厳をもって扱われたい
慢性期医療に医師は関心をもっているか
看護・介護の人手はたりているか？

ねたきりプロセス介護施設縦断研究 (2001-2002)

対象: 老健、特養15施設入居者 1964名

除外, 急性疾患, 末期, JABCでCランク

調査対象 1174名, 男 275, 女 893, 83.6±8.2歳)

測定項目

年齢, 性

自立度(JABC rank (8 grade))

ADL (Barthel Index)

意欲(Vitality Index)

コミュニケーション(良, やや難, 困難/不能)

視覚, 聴覚, 意思疎通

要介護に関連する主疾患

寝た切り直前に発生した老年症候群

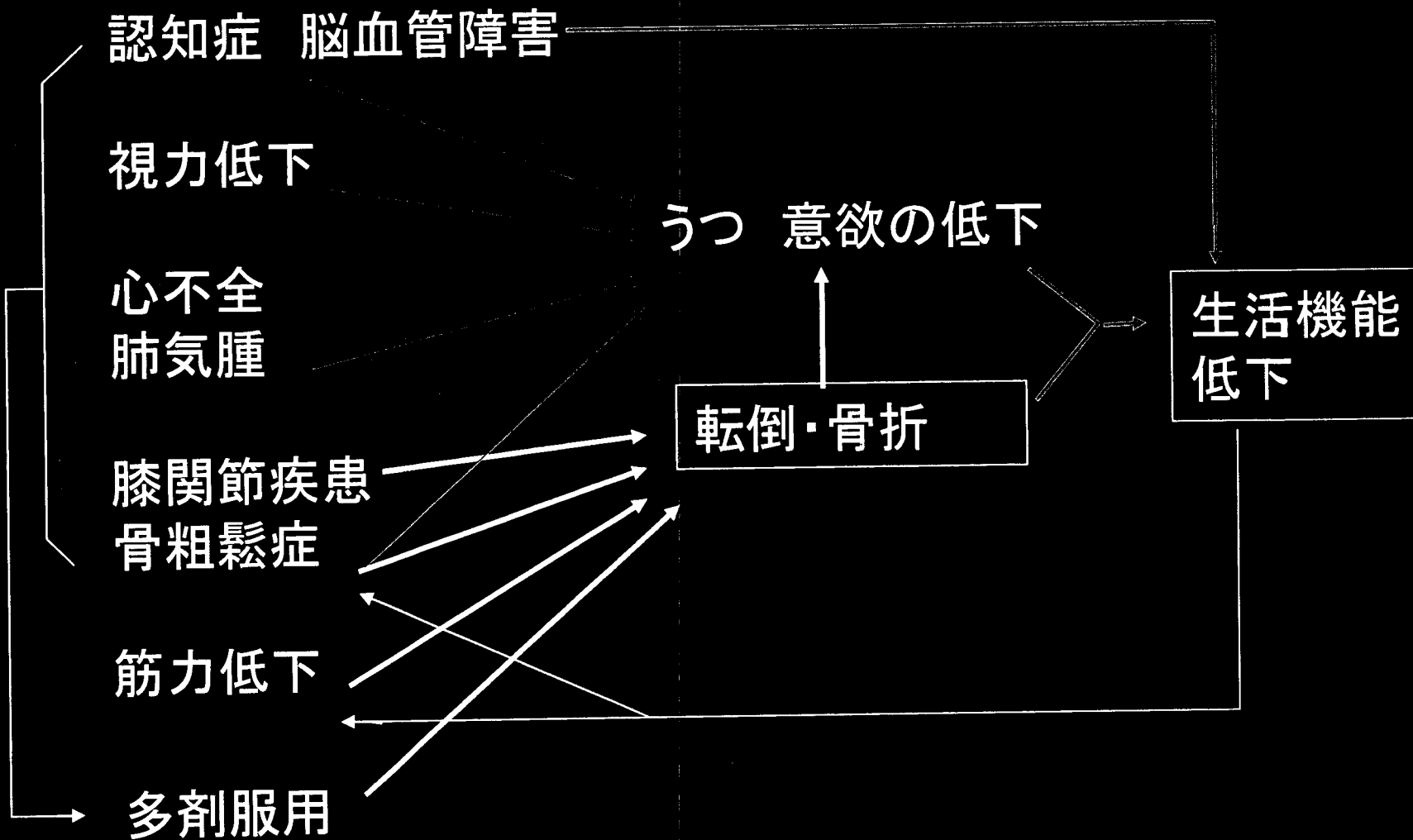
発熱, 転倒, 骨折, 関節痛, 息切れ, 食欲低下

譫妄, 問題行動

Barthel 対 16 独立変数 重回帰分析

	回帰係数	標準誤差	標準回帰係数	t値	p値
切片	2.950	1.780	2.950	1.657	.0978
年齢	-.011	.018	-.017	-.585	.5589
性別	.668	.349	.053	1.912	.0563
意欲	1.030	.069	.536	15.013	<.0001
認知機能	-.072	.184	-.056	-2.071	.0380
意志の伝達	1.155	.268	.160	4.317	<.0001
社会適応力	-.092	.295	-.090	-3.260	.0011
Dementia	-.046	.326	-.004	-.140	.8883
骨格	-1.217	.528	-.062	-2.306	.0214
Parkinson	-.994	.628	-.042	-1.583	.1138
認知機能	-.072	.435	-.072	-2.684	.0079
認知機能	-.064	.539	-.064	-2.442	.0145
Anemia	-.968	1.388	-.018	-.697	.4860
DM	-.510	.562	-.024	-.908	.3643
HT	.101	.336	.008	.300	.7641
聴力	-.446	.248	-.055	-1.795	.0730
視力保持	.768	.301	.074	2.548	.0110

寝たきりのメカニズム



厚生労働省痴呆骨折研究「介護予防ガイドライン策定班」

社会サービス調査項目

介護者の属性、年齢、同居／別居

介護頻度(介護許容時間)

- ・ 毎日介護に従事
- ・ 週1～6日以上介護休暇

介護疲労度 なし／軽度／中度／重度

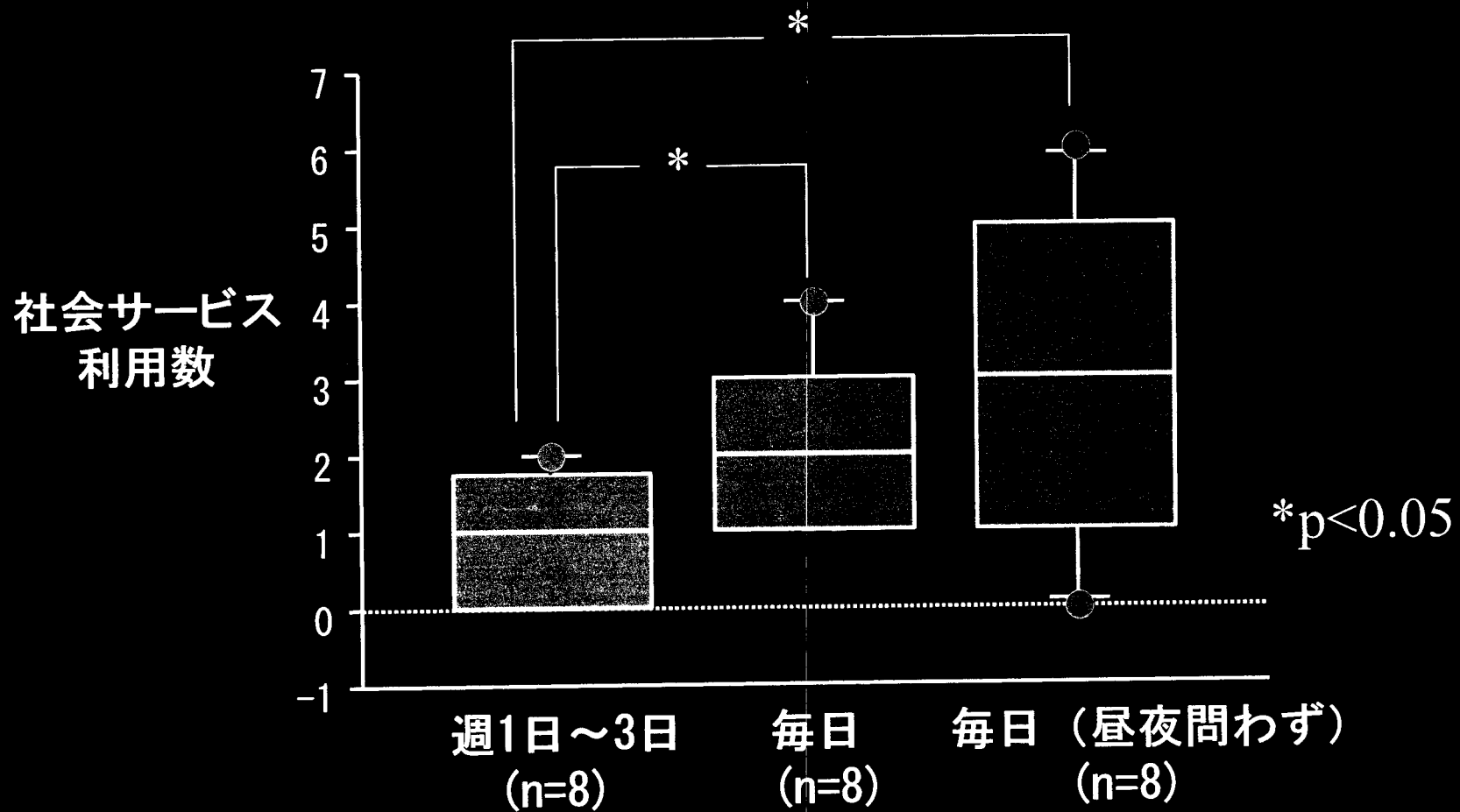
従介護者の有無

社会サービス(介護保険)の利用状況

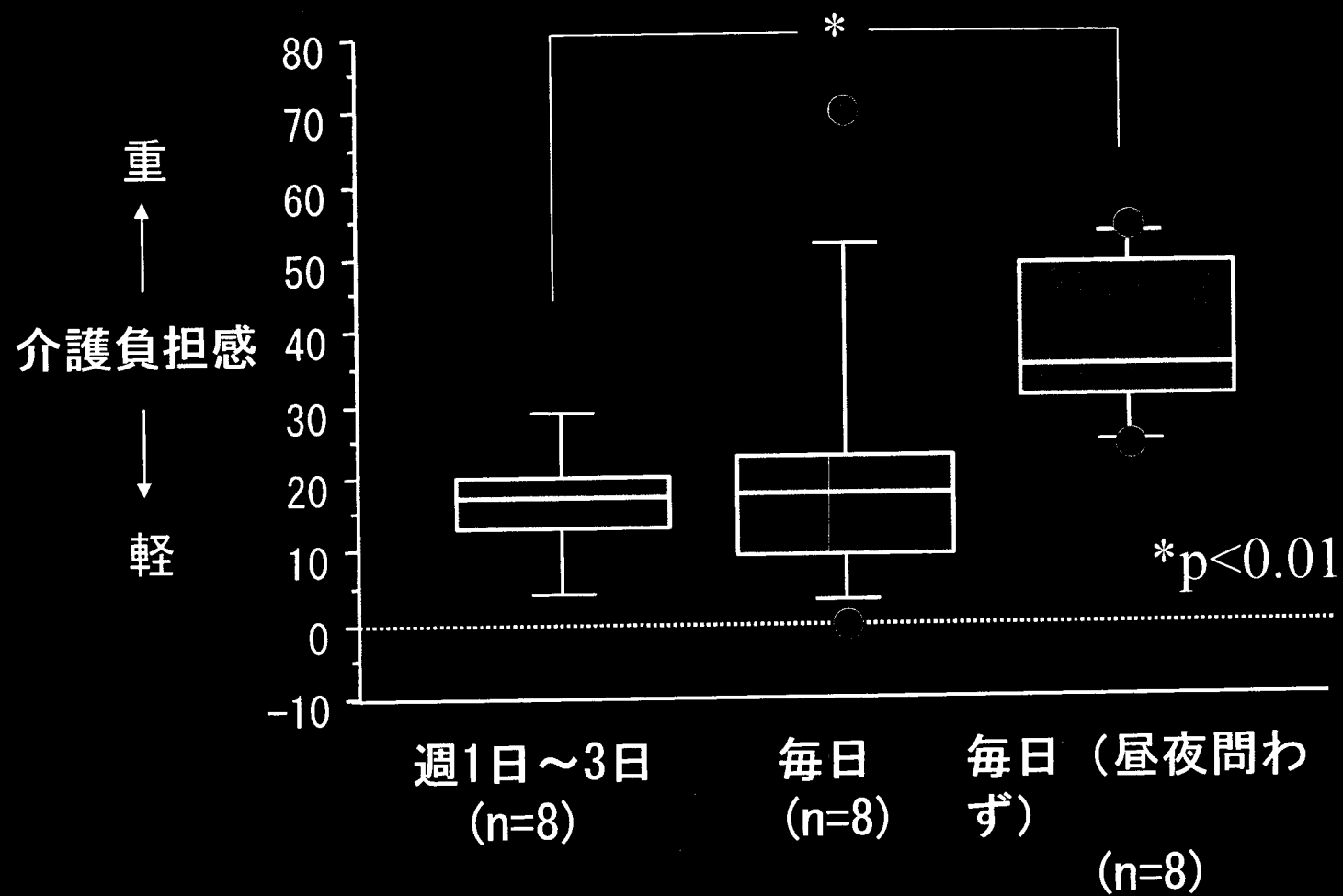
- ・ 家事援助(ホームヘルパー)の利用
- ・ デイケアの利用
- ・ ショートステイの利用

⋮

介護頻度と社会サービス利用数



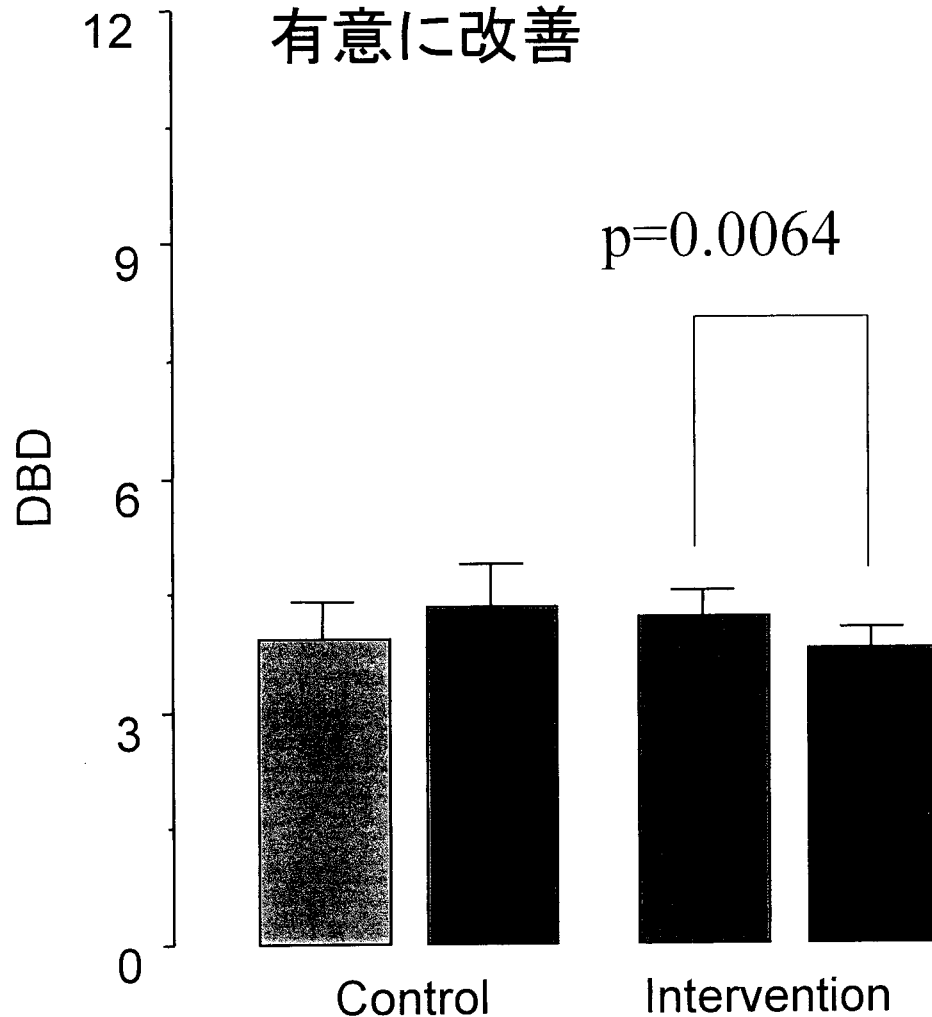
介護頻度と介護負担感



認知リハビリテーションの有効性

周辺症状(問題行動)

認知リハ群のみ
有意に改善



- ものをなくす
- 昼間寝てばかり
- 介護拒否
- 同じことを何度も聞く
- 暴言
- いいがかり
- 場違いな服装
- 物をため込む
- 無関心
- 昼夜逆転
- 同じ動作を繰り返す
- 物をちらかす
- 徘徊

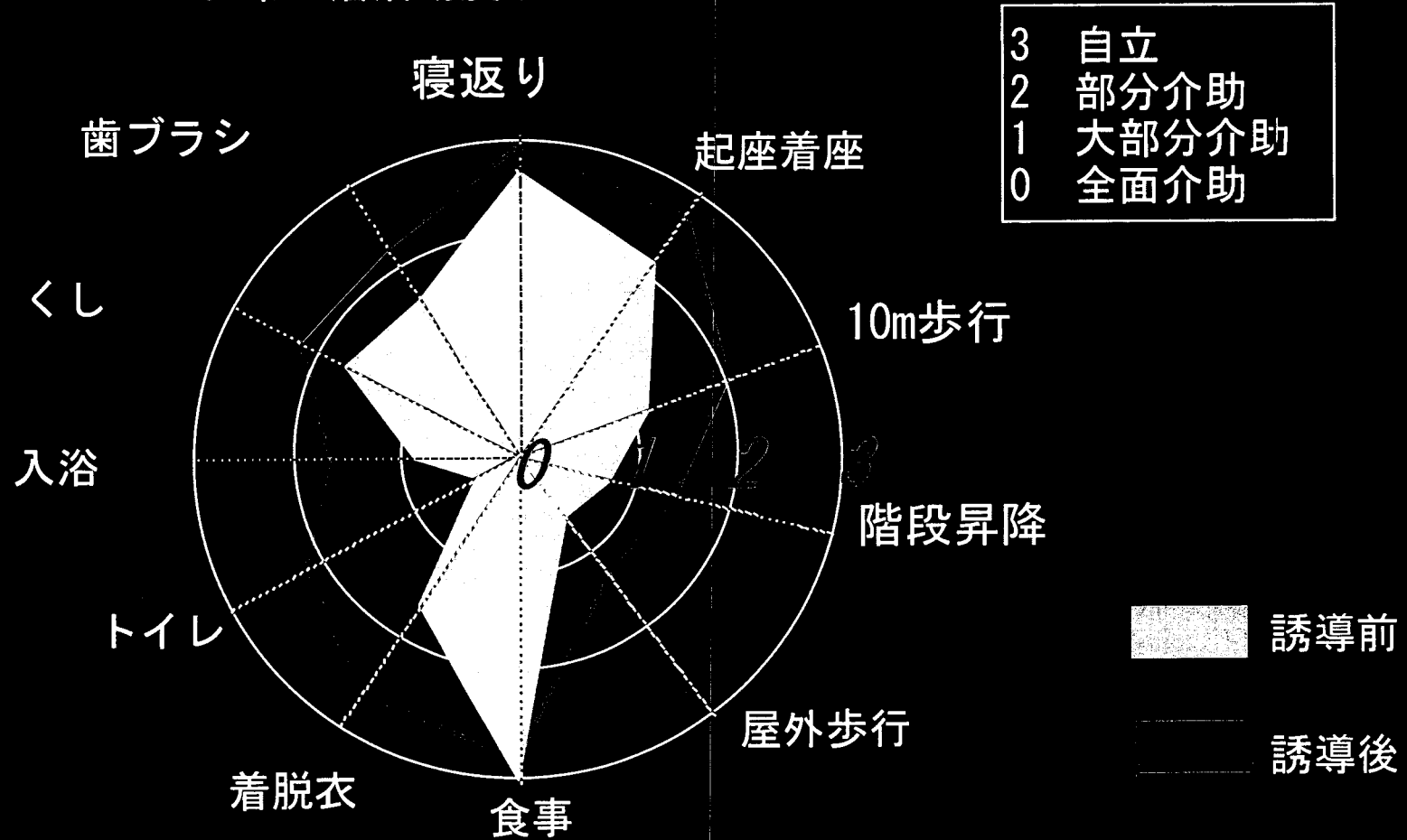
常に 3
よく 2
ときに 1
なし 0

周辺症状下位項目の前後の値の有意差

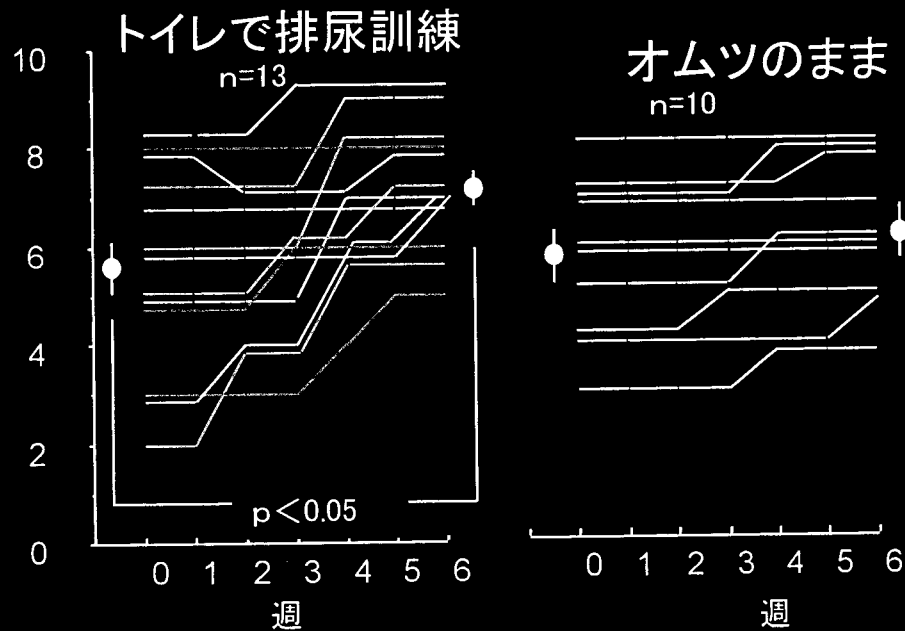
	対照群	認知リハ群
物をなくす	ns	p=0.003
昼間ねてばかり	ns	p=0.0023
介護拒否	NA	p=0.0072
何度も同じ話し	ns	p=0.022
暴言	NA	p=0.0097
言いがかり	NA	p=0.0006
場違いな服装	NA	p=0.0023
ため込み	ns	ns
無関心	ns	p=0.0072
昼夜逆転	ns	p=0.0593
常同行動	p=0.08	ns
散らかし	ns	ns
徘徊	ns	ns

慢性期リハビリテーションの有効性

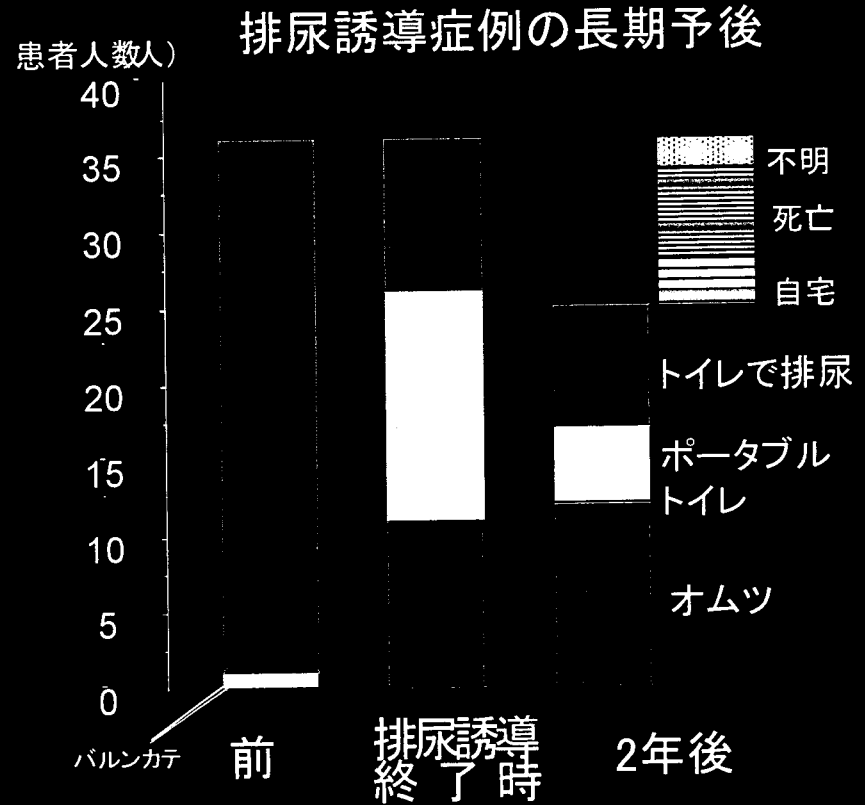
高度認知症症例の排尿誘導成功例の
日常生活活動度 (ADL20) の変化



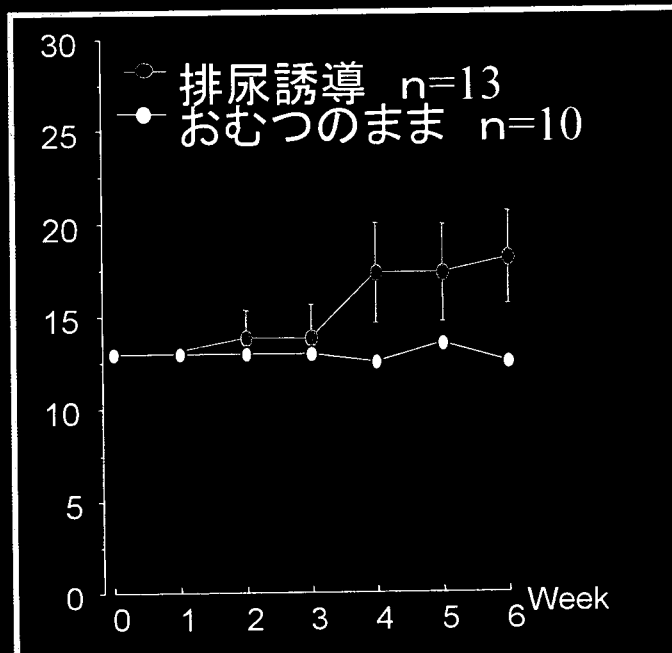
意欲



トイレで排泄することは 意欲を高めADLを向上させる

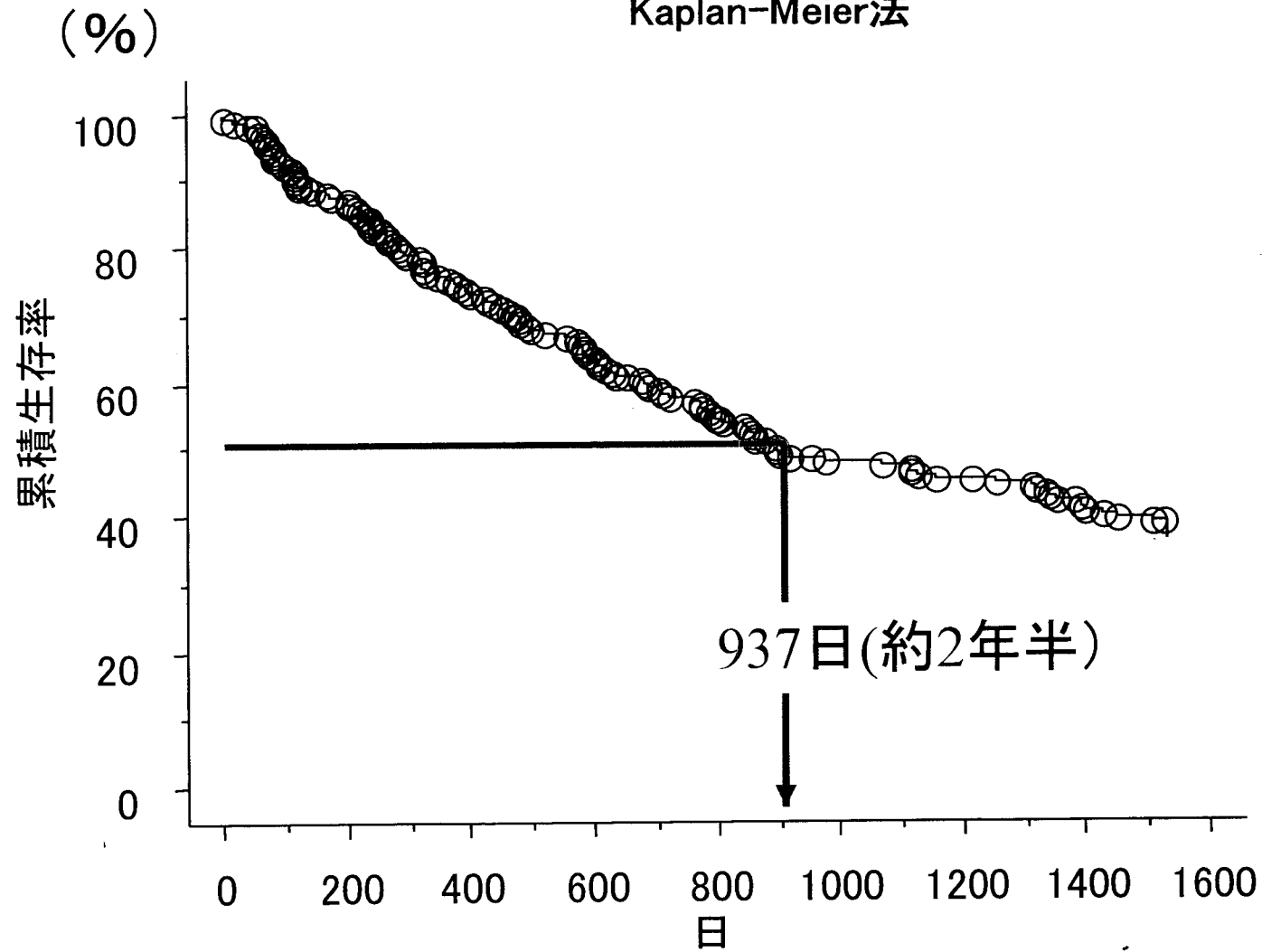


ADL



療養型病床における生存率 (n=219)

Kaplan-Meier法

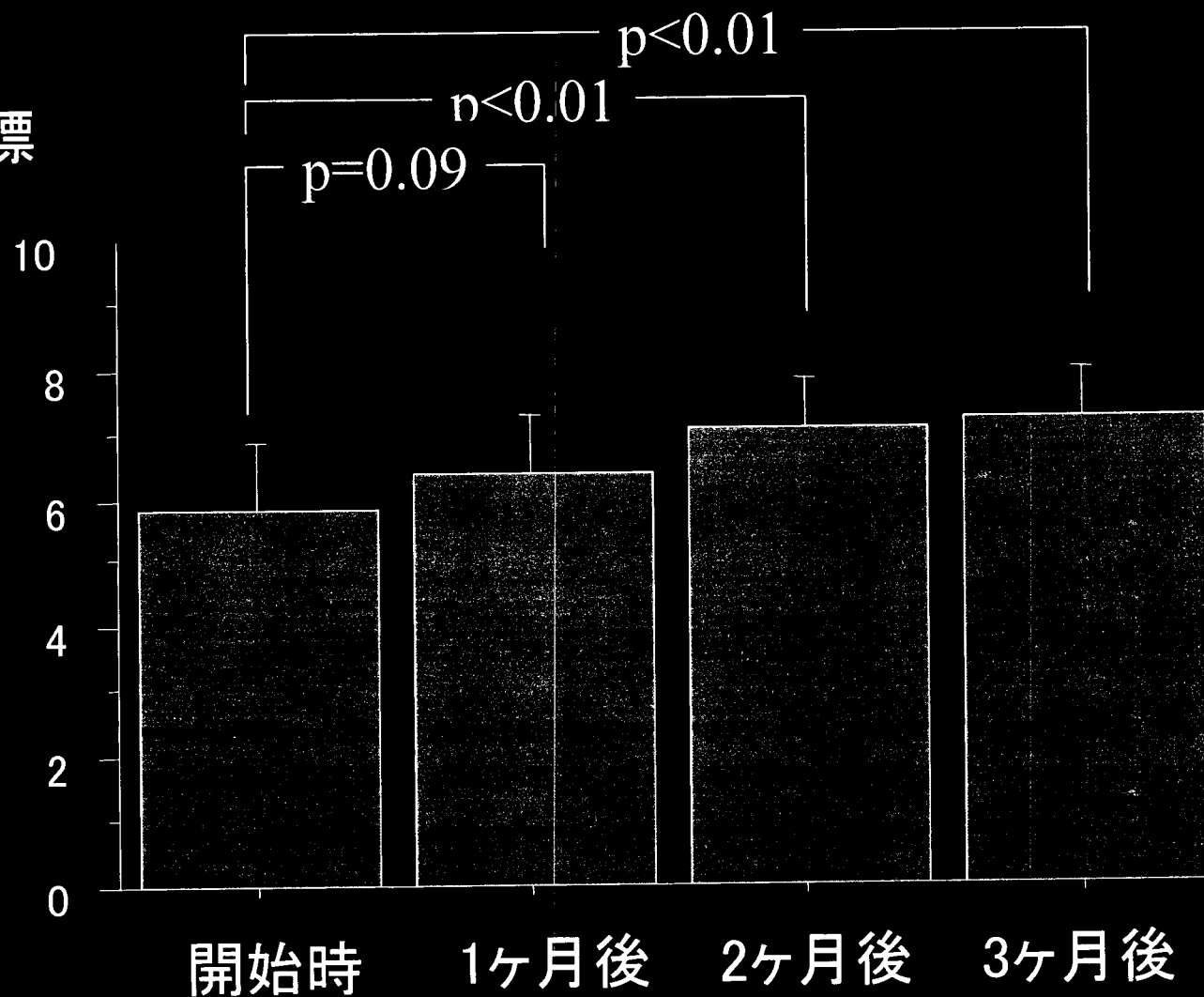


重度認知症症例の伏臥位療法による生活意欲の向上

(n=13, HDSR:8.2±2.7)

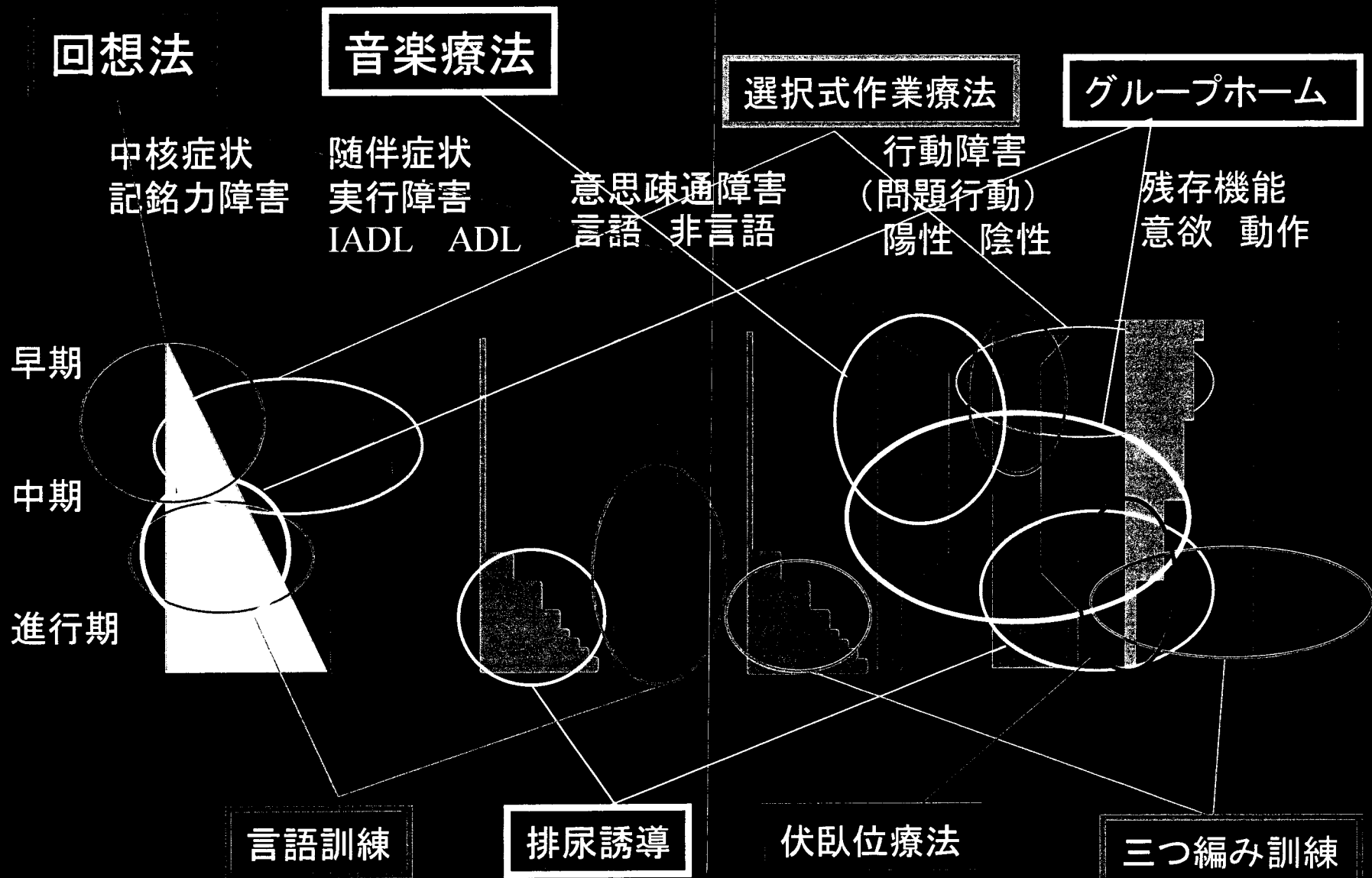
津江洋子、鳥羽研二他、日本老年医学会総会 2006

意欲の指標



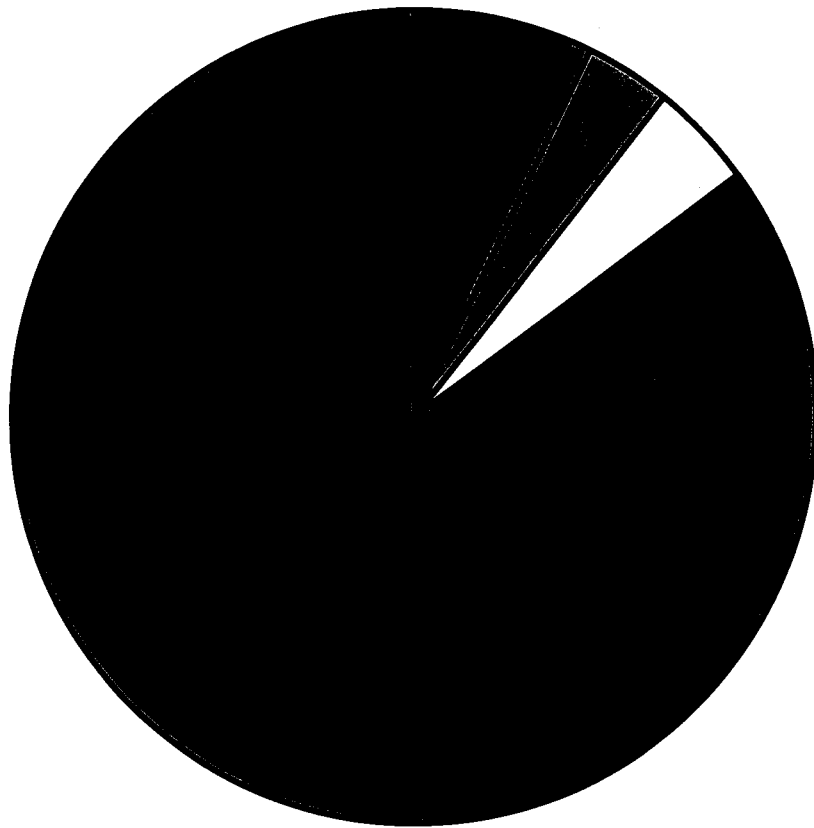
認知症の非薬物療法:効果

鳥羽 介護予防ガイドライン 2005



高齢診療科へ どこから入院したか？ (n=396、83.6±9.2歳)

入院前の居場所

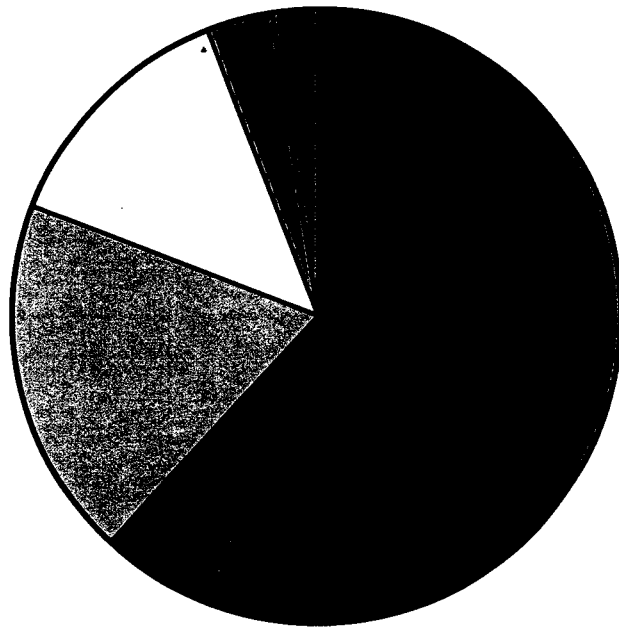


- 1. 転科
- 2. 一般病院
- 3. 療養型病床
- 4. 老人保健施設
- 5. 特別養護老人ホーム
- 6. 有料老人ホーム等
- 7. 在宅
- 合計

度数	%
9	2.3
17	4.3
3	0.8
14	3.5
17	4.3
32	8.1
303	76.8
396	100

入院の8割は救急入院

入院経路

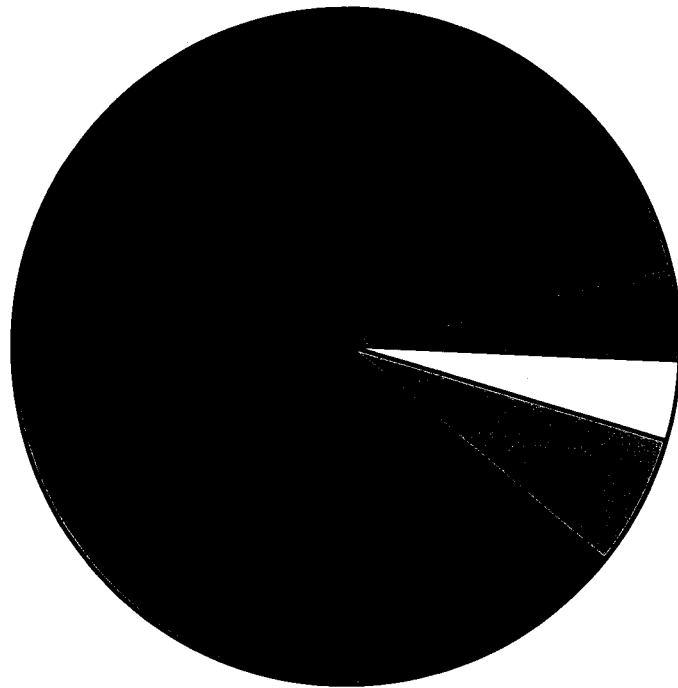


- 1.救急外来(1.2次)
- 2.救急外来(3次)
- 3.高齢医学外来(緊急)
- 4.高齢医学外来(予定)
- 5.転科
- 6.転院
- 合計

度数	%
223	56.3
23	5.8
75	18.9
52	13.1
14	3.5
9	2.3
396	100

在宅復帰は半数(53%)

退院後行き先

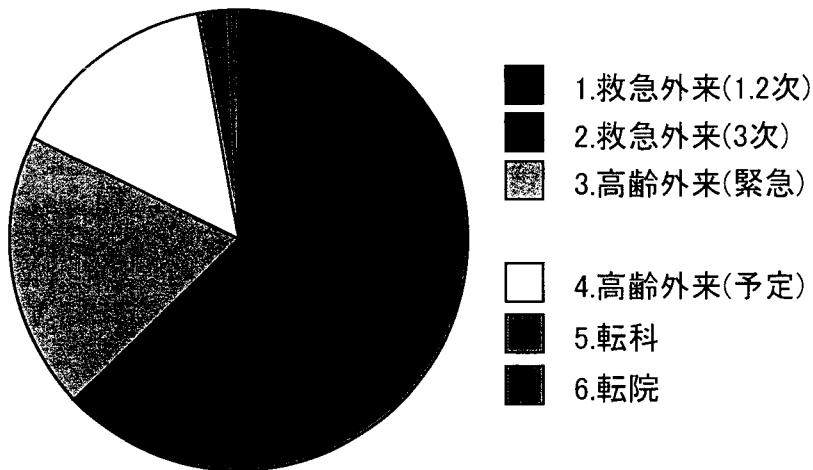


- 1. 転科
- 2. 一般病院
- 3. 療養型病床
- 4. 老人保健施設
- 5. 特別養護老人ホーム
- 6. 有料老人ホーム等
- 7. 在宅
- 8. 死亡
- 合計

度数	パーセント
11	2.8
56	14.1
19	4.8
17	4.3
15	3.8
26	6.6
211	53.3
41	10.4
396	100

在宅からの入院の分析(高齢診療科、n=304, 82.8±9.8歳)

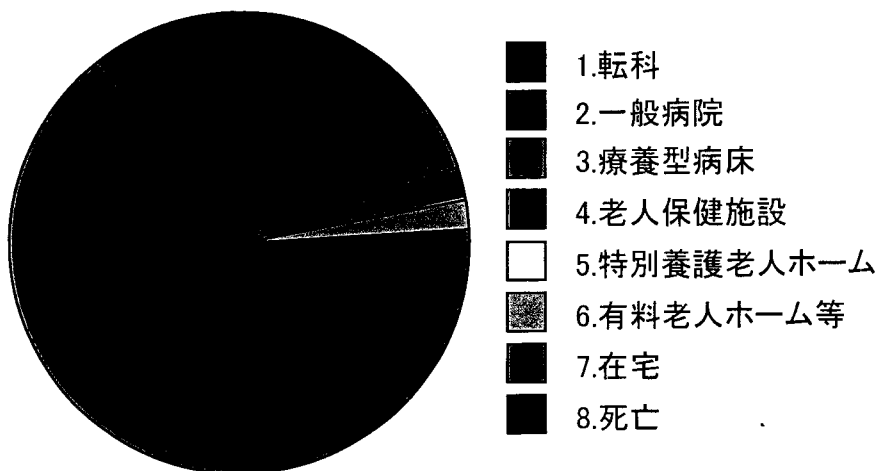
入院経路 (82.3%が救急)



度数分布：入院経路
行の除外：入院経路退院先2007

	度数	パーセント
1.救急外来(1.2次)	174	57.2
2.救急外来(3次)	17	5.6
3.高齢外来(緊急)	59	19.5
4.高齢外来(予定)	46	15.1
5.転科	7	2.3
6.転院	1	0.3
合計	304	100

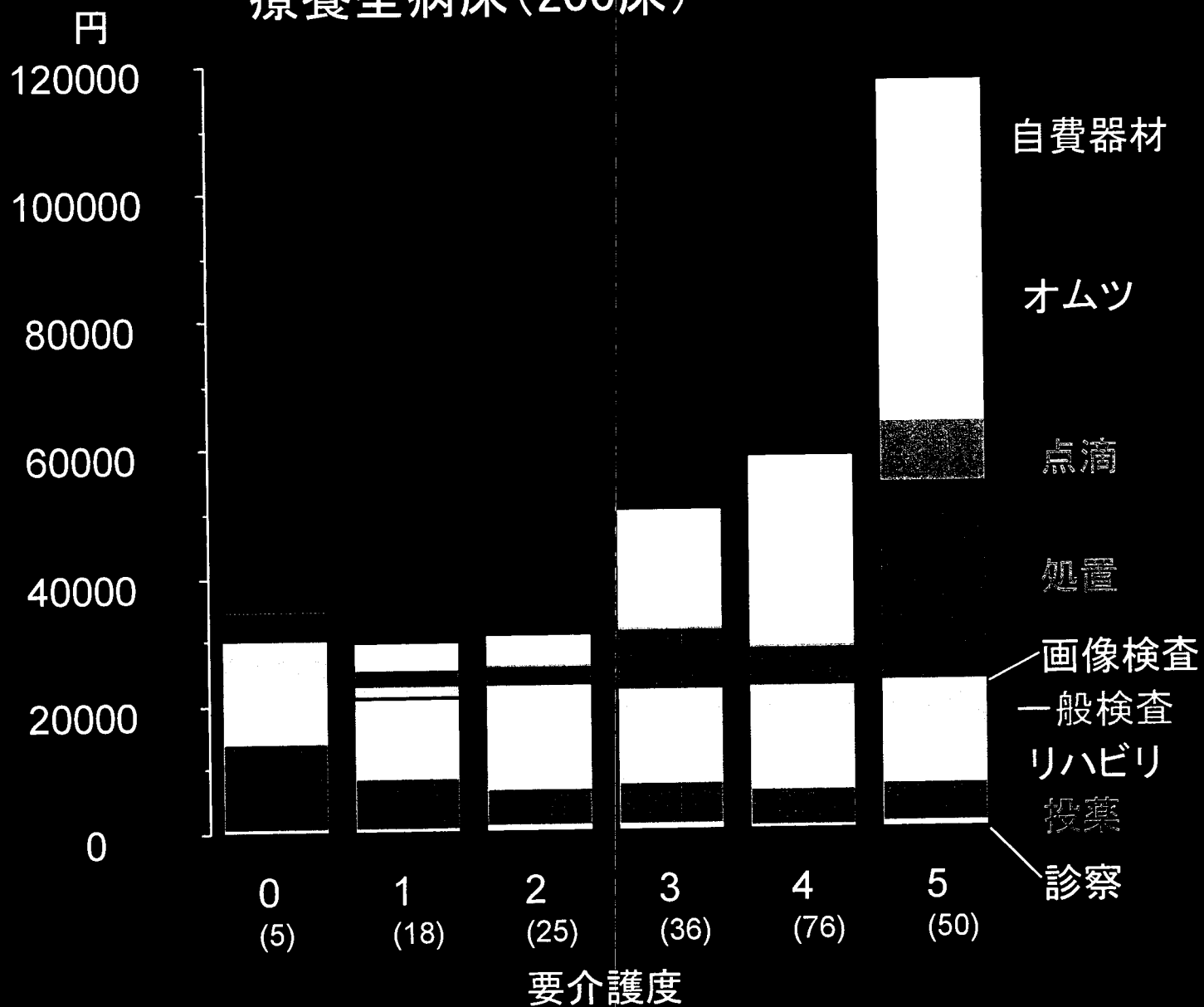
退院後行き先(自宅復帰率65%)



度数分布：退院後行き先
行の除外：入院経路退院先2007

	度数	パーセント
1.転科	10	3.3
2.一般病院	36	11.8
3.療養型病床	14	4.6
4.老人保健施設	7	2.3
5.特別養護老人ホーム	1	.3
6.有料老人ホーム等	6	2.0
7.在宅	198	65.1
8.死亡	32	10.5
合計	304	100

要介護度(状態像)と出来高換算の医療費 療養型病床(200床)



国民の介護に対する希望への道筋

1. 認知症プロジェクトに転倒予防P、脳梗塞予防Pを追加
2. 寝たきり高齢者数の需要変化と受け皿数の公表
認知症高齢者の受け皿数の計画的増加
3. 慢性期のリハビリの十分な評価
4. 寝たきり・認知症の救急医療体制の現状把握
療養型病床再編の見直し
5. 慢性期医療・介護の
医師への教育体制の改善

第4回 安心と希望の介護ビジョン

日本化薬メディカルケア株式会社
古川静子

**【1】 「介護従事者」「組織(事業所)」
両面から、モチベーションを維持・
高める仕組み(制度)づくり
(今後検討していく課題 2-①・②)**

**【2】 認知症ケアの確立と医療との連携
(今後検討していく課題 1-②・③)**

モチベーションを維持・高める 仕組み(制度)づくり

◆「介護従事者」

1. 給与水準のUP

⇒ 職員へ還元できる報酬単価の設定

2. 介護の専門性の確立と向上

⇒ 介護の専門性の明確化
社会的評価の向上

3. 教育内容の強化

モチベーションを維持・高める 仕組み(制度)づくり

◆組織(事業所)

1. 事業所努力に対して評価制度の導入

⇒ 多様化しているニーズに対応するためのプログラム構築や人材確保等の努力は、制度では評価されない

⇒ 現状の「そこまでやらなくても、大変だから」から「やってみよう！」と思える組織づくり

2. やりがいをもてる勤務環境づくり

⇒ 人事考課制度やキャリアパスの導入

3. 職員が定着する魅力ある職場づくり

⇒ 「マネジメント能力」のある職員の養成と配置
(報酬にて促進)

認知症ケアの確立と医療との連携

介護の中でもっとも難しく、答えの見えないのが認知症のケア。戸惑い、不安な中で介護していると、高齢者も職員もストレスがたまり、追い込まれていく。

1. 認知症のケアの標準化・体系化が図れないのか？
(参考資料参照)
2. 標準化したものを実践的に学べる教育研修システム
(P6へ)
3. 医師との連携が不可欠となるが、どうしても医師(医療)は、介護職にとって敷居が高い存在。介護職の医療的知識不足もあり、同等に話すことが難しい。
⇒ お互いの立場を理解する仕組みづくり
4. 認知症ケアにおける医療モデルと介護モデルの確立および共通マニュアルの構築(医師と介護職の共通言語)

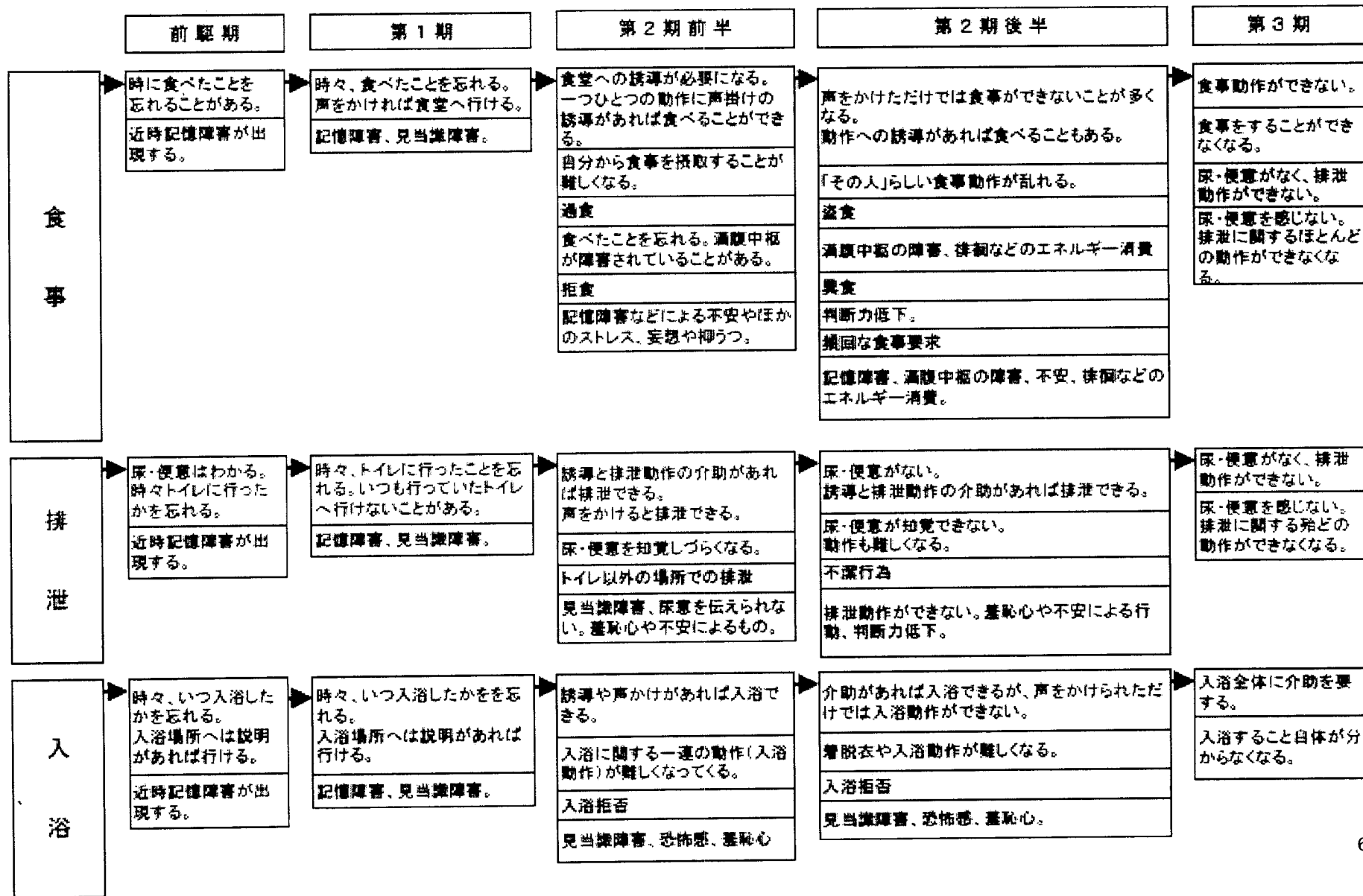
◆モデル施設・サービス内容の構築

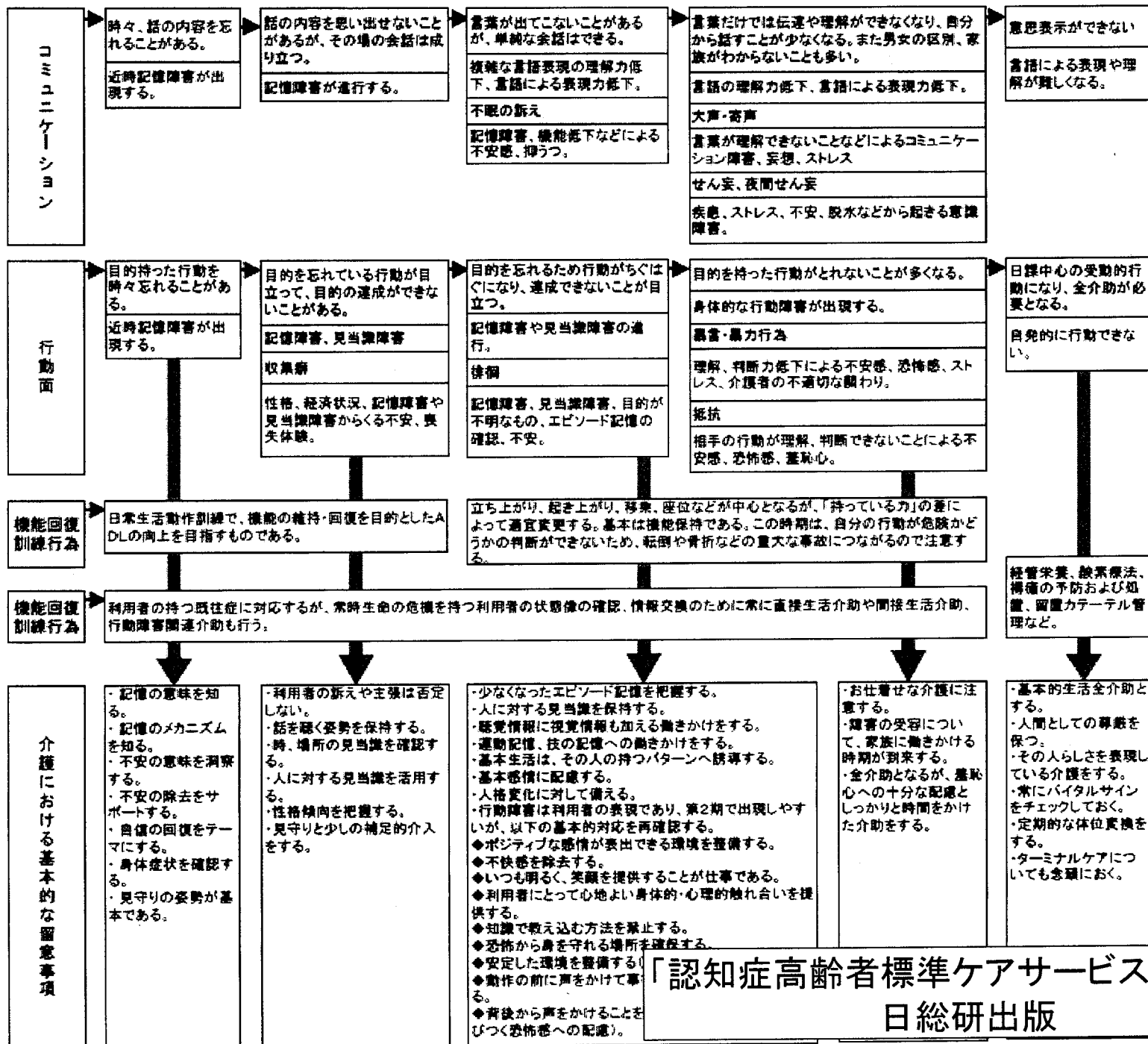
1. 「国」が確立した認知症の標準サービスのモデル施設を設立（認定施設）
 - ⇒「こういう形を求めている」という基礎となるモデル施設を作り、サービスのあり方、考え方を普及
 - ⇒実践的に学べる教育の場とし、モデル施設に対し教育指導できる職員配置の補助を行う
2. 地域での支えあいモデルの構築（訪問介護・訪問看護・通所介護・短期入所生活介護・かかりつけ医・小規模多機能・グループホーム相互の連携）

認知症高齢者介護マニュアルチャート

参考資料

注) □ は行動障害である。
各期の区分はおおよその目安である。
身体機能障害については別とする。





「認知症高齢者標準ケアサービス[改訂版]」
日総研出版

「安心と希望の介護ビジョン」会議 08/10/01

安心できる介護サービス提供体制（ひと）の確立に向けて

東京大学社会科学研究所 堀田聡子（欠席）

1. 介護サービス提供体制（ひと）の現状と課題：利用者・地域視点と提供者の安心
 - ・ 介護人材養成数、介護職数の伸びの鈍化、有資格者の潜在化のなかで、介護職に対する需要は増加の見込み
 - ・ 有効求人倍率の上昇、離職率の上昇、事業者における介護職不足感の広がり：
 - 全体として介護職が安心して働き続けられる環境を整えることが、事業者による安定的なサービス提供（安心）、利用者が安心して介護を受けられる体制の充実につながる。
 - 現在の介護職の定着・育成、生産性の向上に加え、広く介護に携わる人の裾野を広げることが求められる。
 - ・ 働きがいや理由に入職した介護職が、待遇や自分・家庭の事情、職場の人間関係、経営理念や運営のあり方などにより、あるいはやりがいを見失って離職せざるを得ない状況
 - ・ 「利用者・入居者の笑顔」「自分自身の仕事をつうじた成長」「他職種と連携しながら利用者・入居者とともに、その理解のなかでケアを高めていける」ことなどが介護職の働きがい：
 - 働きがいを提供しつづけられれば防げる離職が少なくない。介護職の働きがいの内容を考慮すれば、「継続的なサービスの革新・向上」が鍵となる。
 - ・ 地域、法人種、事業所開設時期、事業所数、法人の事業展開、雇用管理のあり方などによる離職率のばらつき・二極化、サービスの質のばらつき：
 - 詳細にみると地域の状況（介護事業市場、労働市場、介護労働市場など）、事業者の経営・事業戦略（理念・運営・サービスのあり方など）、雇用管理の状況などが、介護職及び利用者の満足度を左右しており、地域レベルで両者の安心感を高められるモデルを構築する必要がある。

2. 対策と検討の方向性

(1) 介護職の基礎的な労働環境を整備する

- ・ 単身者は単身でも、既婚者は世帯として生計を支えていける可能性を担保する（介護報酬の水準、事業者の経営・事業戦略、雇用管理）
- ・ 心身負担感を軽減する

(2) いま介護の仕事に就いている人が活躍しやすくする

- ・ 結婚・妊娠・出産などと仕事の両立を支援する
- ・ 働き方に中立的な税制・年金制度として就業調整の必要性をなくして、短時間労働者の労働時間をのばす
- ・ 引退年齢を遅らせる
- ・ 適切な人が適切な場で働けるようにする
- ・ 地域での能力開発機会を充実させる

(3) もっと多くの人が広く介護に携わりやすくする

- ・ 要介護者の家族…仕事を持つ人が介護しやすくする（介護休業にかかわるさらなる検討）、家族介護者に対する現金給付のオプションなど
- ・ 地域におけるインフォーマルケア…高齢者自身の参加を促すまちづくり、キーマンの発掘、ネットワークなど

(4) 継続的にサービスを革新する～介護職の働きがい高める

- ・ 介護現場（経営者・現場管理職・介護職）と利用者が介護サービスモデルと具体的なサービスを検証し、ともに高めていけるようにする（求められる要件、仕掛けの検討）…アセスメント手法、介護手法、サービス提供時間、サービス提供体制（介護・医療の連携）、革新型サービス

(5) 地域レベルでモデルを構築する～Care Innovation Platform?

- ・ 高齢者の暮らし（住まい・食事・見守り・介護・医療・看取り）、介護サービスモデルとその革新、多様な介護の担い手の組み合わせ、経営・事業戦略、雇用管理

安心と希望の介護ビジョン策定のために 利用者家族の視点を中心に

東京都立大学法科大学院教授 前田雅英

- ① 高齢者の家族にとっての「安心」と「希望」とは、介護が必要な状態になっても、最終的に安心して任せられる施設の存在、そして施設に入居できることの確保であるが、高齢者にとっても、家族にとっても出来る限り、在宅での質の高い介護サービスが、容易に利用できることが利用でき、また、尊厳をもって自立した生活を送れることである。

* 個人的介護体験 ALS患者の痰の吸引問題

② 当時の状況では在宅での介護にせざるを得なかったが、「介護施設が充実していれば」という思いはあった。在宅で世話をする場合には、なんといたっても、希望するときに訪問介護・訪問看護を受けることができる仕組みが希望である。そのための環境整備を進める方策を検討する必要がある。24時間希望するときに訪問していただくのは不可能であろうが、出来る限りそれに近づけていただきたい。

③ 家族の期待する「介護の内容」という面では、医療と介護の連携の強化が最も期待される。家族にとって最も重いのは「健康」の問題である。介護の現場で医療行為を円滑に実施することができるような制度枠組みの改善が要請される。施設介護でも、医療との「切り分け」に問題がないわけではない。

もともと、精神医療のみならず、医療一般の中に「患者の心」を重視する部分があり、一方、介護の現場では、「医」が登場する局面は多い。

介護の現場では、医師、看護師、介護士の「階層性」が強すぎるように思われた。

- ④ 家族として最もつらかったのは、寝たきりになる前の「徘徊」の段階であった。

認知症ケア体制の構築に係るモデル地域の選定、認知症ケアの標準化・高度化に向けた取組の推進は非常に重要だと考える。ここでも、医療と介護が連携し、認知症高齢者を地域で支えるための取組を進める方策が期待される。

- ⑤ 要介護の悪化を予防し、機能回復を促すためのリハビリテーションが在宅でも、可能となることも期待される。

⑥長年にわたり、多くの介護従事者（提供者）にお世話になる中で実感したことは、やはり、自らの仕事に誇りを持てるような魅力ある環境（専門性の向上等）の中で、介護の仕事だけで生活設計が可能であることである。経済的基盤抜きの精神論は、説得力を欠く。

需要の増加に見合うだけの介護従事者の確保を図るためには、基本的には、介護報酬の引き上げが必要である。

⑦介護士の不足を、「外国人」で補うことは不可能である。ただ、経済連携協定に基づいて来日した方々の環境整備はきちんとすべきである。

安心と希望の介護ビジョン提言

平成20年10月1日

帯広けいせい苑
村上勝彦

老後の安心は自分の主張から

- * 高齢者の生活、住み方、生き方は各自の主張、選択がある。それを支えるのが介護保険制度である
- * そのステージごとの支えがあって「安心」と「希望」ある老後が享受される
- * 支えには家族、地域住民、関連職種・機関の連携が重要であるが、介護負担が一所に集中する事のない制度設計が必要
- * 家族介護負担は14万8千人の離職者を生み出している

介護人材の安定的確保を

- * 介護従事者の安定的供給は介護保険制度の持続性を決定する大きな要素**
- * 今後、働き手が減少していく中で介護従事者の有効的活用や介護の質を考慮した上で人材の費用対効果の観点からサービス体系を検討する事が急務である**
- * 重度者対応は従来から準看がその責務を負ってきたが今後とも準看の制度的位置づけを明確化することが重要である**

多様な住まいと特養の位置づけ

- ＊高齢者の早めの住み替えは、介護者の介護力・家族力、高齢者の身体状況、生活財力、そして地域力等の相関で、各自異なる
- ＊特養の位置づけは、この相関の中で今後の高齢者増加と重度化を想定した場合、介護、看護、住居、食事、見守りを統合した一体的生活支援施設として重要である
- ＊現在も老老介護、認認介護の実態が深刻化し、特養待機者が40万人に上っている

「安心」と「希望」の介護保険制度構築を

- *理想と夢を追いかける制度で高齢者の生活と命は守られない**
- *制度の理念がシステム化され過ぎれば、高齢者の生活と命のあり方が固定化されることになる**
- *一地点、一時期の生活モデルや支え合いシステムは変化する社会構造に対応する可塑性が必要である**

今後の急激な少子・高齢化の進行

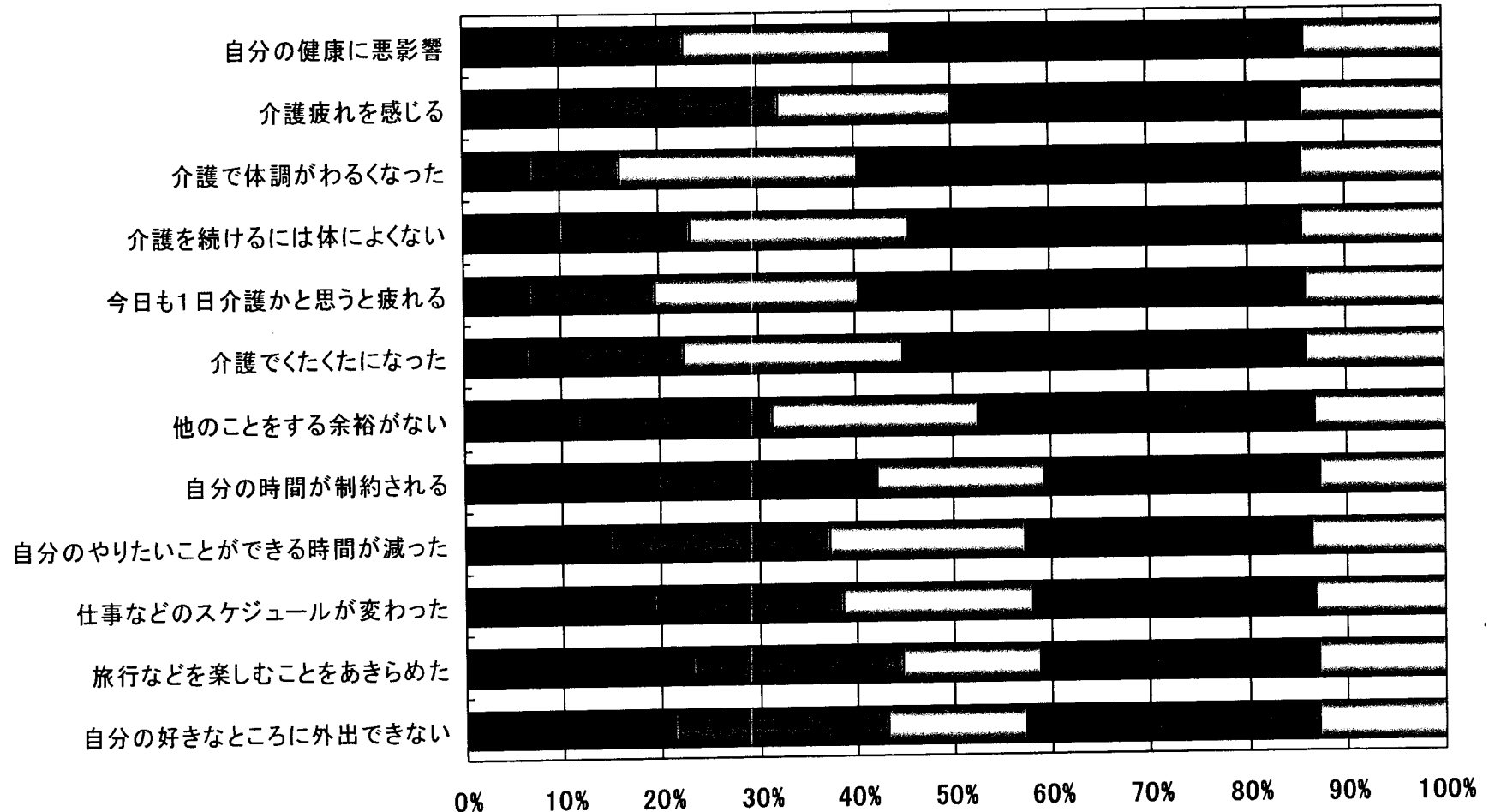
～日本の将来推計人口（平成18年12月推計）～

（万人）

	2005年	2030年	2055年
15歳未満	1,758	1,115	752
15～64歳	8,442	6,740	4,595
65歳以上	2,576	3,667	3,646
高齢化率	(20.2%)	(31.8%)	(40.5%)
出生数	109	69.5	45.7

前記資料より

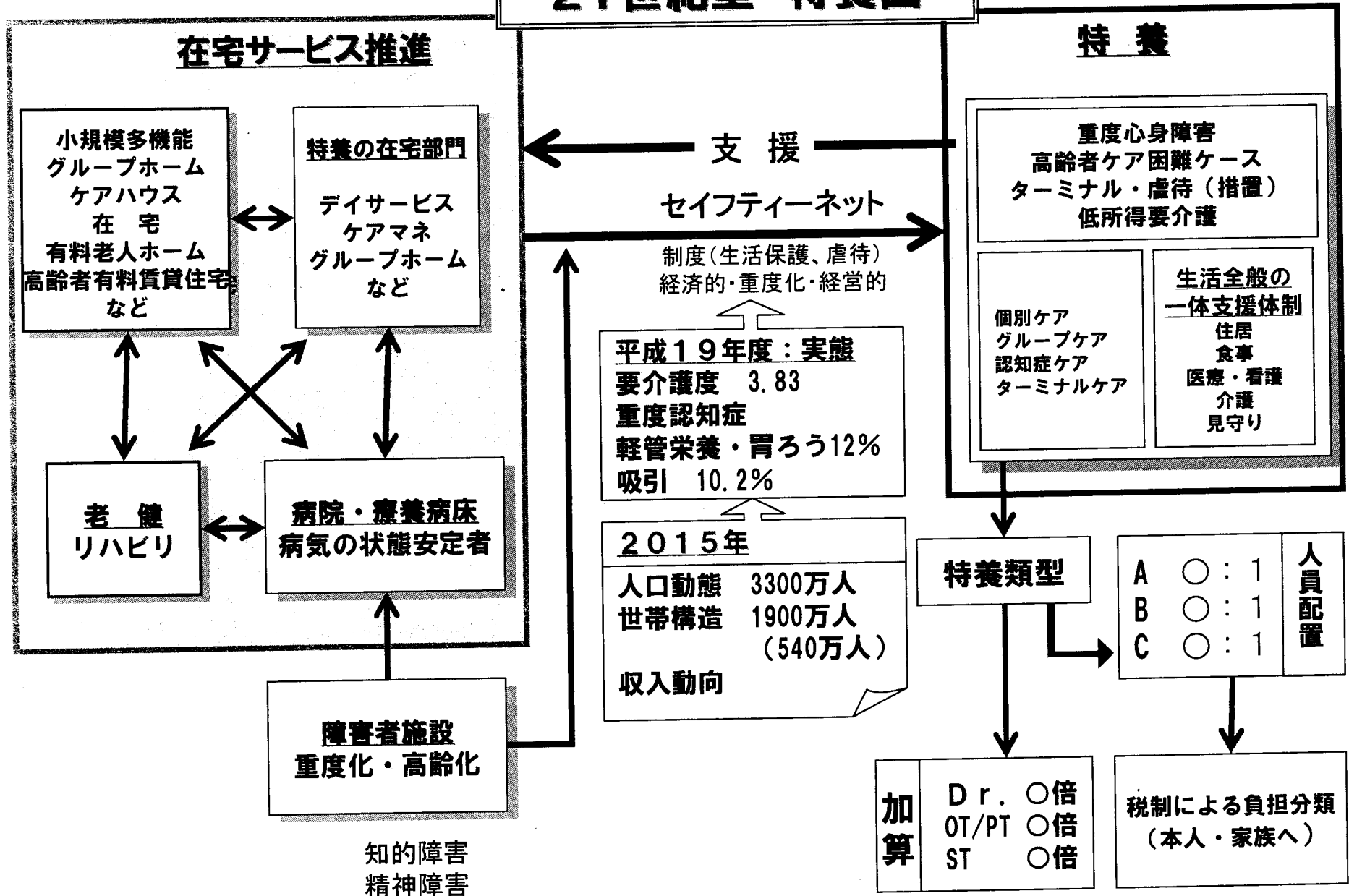
介護者のストレス



あてはまる
 ややあてはまる
 どちらともいえない
 あまりあてはまらない
 あてはまらない
 不明

全国老施協／老施協総研 軽介護者への給付のあり方に関する調査研究

21世紀型 特養図



在宅サービス推進

小規模多機能
グループホーム
ケアハウス
在宅
有料老人ホーム
高齢者有料賃貸住宅
など

特養の在宅部門
デイサービス
ケアマネ
グループホーム
など

老健
リハビリ

病院・療養病床
病気の状態安定者

障害者施設
重度化・高齢化

知的障害
精神障害
身体障害

特養

重度心身障害
高齢者ケア困難ケース
ターミナル・虐待（措置）
低所得要介護

個別ケア
グループケア
認知症ケア
ターミナルケア

生活全般の
一体支援体制
住居
食事
医療・看護
介護
見守り

← 支援 →
セイフティーネット
制度（生活保護、虐待）
経済的・重度化・経営的

平成19年度：実態
要介護度 3.83
重度認知症
軽管栄養・胃ろう12%
吸引 10.2%

2015年
人口動態 3300万人
世帯構造 1900万人
(540万人)
収入動向

特養類型

A	○ : 1	人員配置
B	○ : 1	
C	○ : 1	

加算	Dr.	○倍
	OT/PT	○倍
	ST	○倍

税制による負担分類
(本人・家族へ)

特養の医療機能に関する調査研究

要介護度別にみた処置等の実施状況

		合計	喀痰吸引	経鼻経管栄養	胃ろう	じょくそ う処置	創傷 処置	点滴	酸素 療法	処置 なし
全体	人数	845	391	135	310	186	170	113	61	157
	率		46%	16%	37%	22%	20%	13%	7%	19%
要介護 3以下	人数	51	12	2	2	4	18	16	8	21
	率		24%	4%	4%	8%	35%	31%	16%	41%
要介護 4	人数	128	37	9	21	26	27	23	9	40
	率		29%	7%	16%	20%	21%	18%	7%	31%
要介護 5	人数	666	339	123	286	155	125	72	44	95
	率		51%	18%	43%	23%	19%	11%	7%	14%

全国老人福祉施設協議会／老施協総研

高齢者介護に対する世論調査

《施設入所を希望すると答えた方（1511人）》

なぜ施設入所を希望するのか

家族に迷惑をかけたくない	77.1%
専門的な介護を受けられるから	35.9%
家族が仕事などで介護の時間が十分にとれない	25.9%
緊急時の面で安心	24.4%

介護施設を重視する点（複数回答可）

料金が安いこと	54.6%
設備が整っていること	53.8%
具合が悪くなったときにすぐに治療や 看護を受けられる	49.1%
職員からきめ細かな介護をしてもらえること	44.9%
雰囲気明るいこと	41.1%

内閣府大臣官房政府広報
「高齢者会議に対する世論調査」より

高齢者介護に対する世論調査

介護を受けたい場所

可能な限り自宅で介護を受けたい	44.7%
特養等の施設	33.3%
介護付有料老人ホームや認知症グループホーム	9.0%

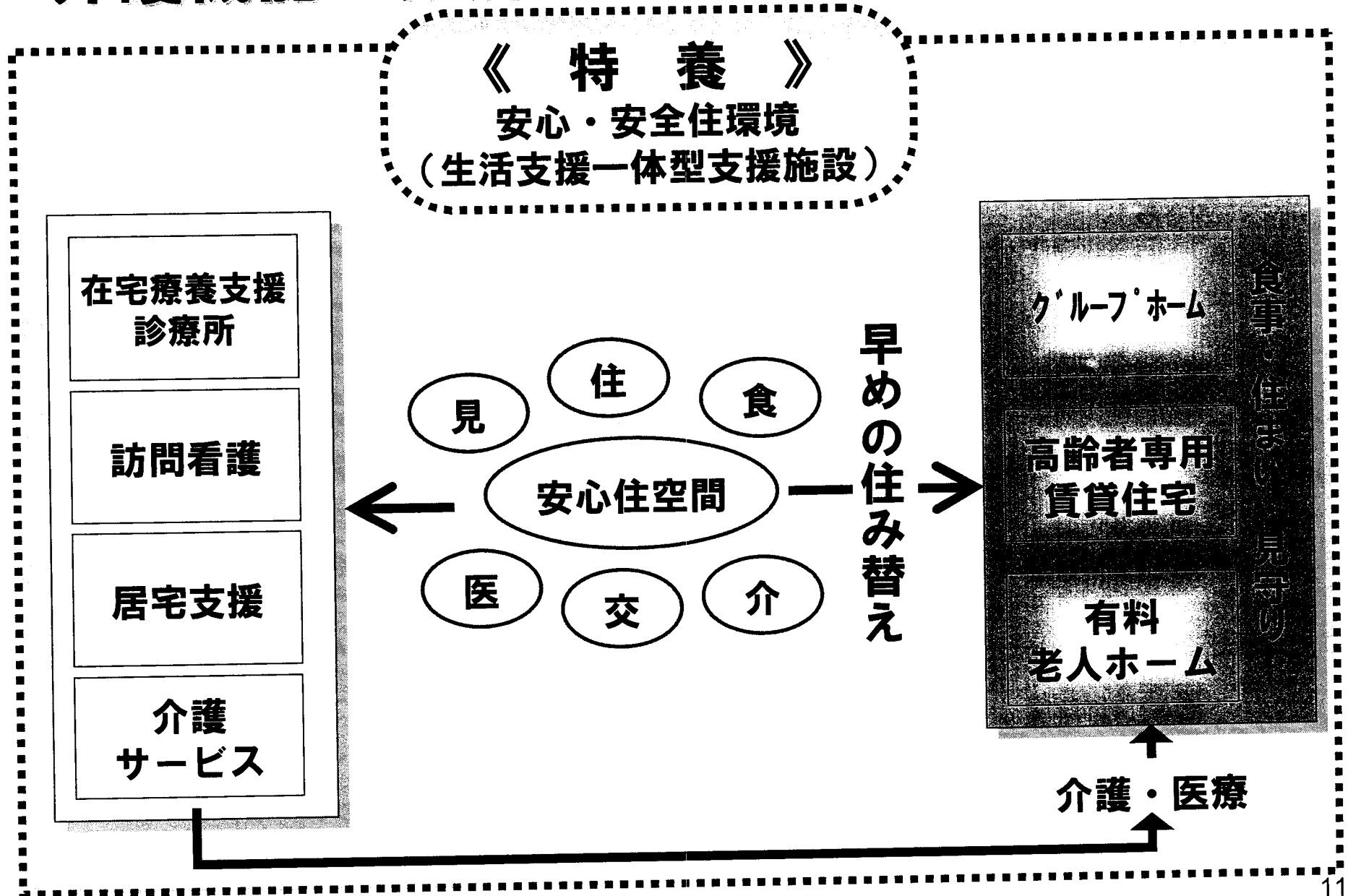
男性は、比較的自宅での介護を希望し、女性は施設入所を希望する方が多い
自宅介護を希望する方が最も高いのは 男性50歳～70歳
施設を希望する方が最も高いのは、 女性30歳～60歳

《可能な限り自宅で介護を受けたいと答えた方（1593人）》 なぜ自宅で介護を受けたいのか

住み慣れた自宅で割合	85.6%
施設で他人の世話になるのが嫌	21.8%
施設に入るだけの金銭的余裕がない	21.6%
施設では自由な生活が出来ないから	21.3%

内閣府大臣官房政府広報
「高齢者会議に対する世論調査」より

介護機能の分解と「生活」の分断図



見守りとは

- ＊入所者の身体上、精神上、疾病上個人の特性を
日常の状況から把握し
- ＊その人の活動時予測される状態変化に対して
- ＊目視やコミュニケーション等、間接的に関る事により
- ＊自立性を損なうことなくその人の主体性や意欲
を尊重して支え
- ＊その人の生活の充実感・満足感を最大限引き出す
- ＊特養の高度なケア手法が見守りである

今後議論を深めていく必要がある事項

～はじめに～

- 高齢者やその家族（利用者）にとっての「安心」や「希望」とは、介護が必要な状態になっても、質の高い介護サービスが利用でき、また、尊厳をもって自立した生活を送れることである。
- 介護従事者（提供者）にとっての「安心」や「希望」とは、多職種協同の中で適切な介護が提供でき、また、自らの仕事に誇りを持てるような魅力ある環境（専門性の向上等）の中で、介護の仕事だけで生活設計が可能であることである。
- このような観点から、将来の介護の在るべき姿（ビジョン）について、「利用者の視点」、「提供者の視点」、「地域の視点」から、特に議論を深めていく必要があると考えられる事項を、以下のとおり抽出する。

～今後議論を深めていく必要がある事項～

1. 地域での生活を支えるための仕組みづくり

- ① 24時間安心して訪問介護・訪問看護を受けることができる仕組みづくりなど、介護サービスが必要な方が、「いつでも」「どこでも」サービスを受けることができる環境整備を進める方策を検討する必要があるのではないかな。
- ② 医療関係者と介護関係者が連携し、地域ケアを推進するための場（会議）の創設、介護の現場で医療行為を円滑に実施することができるような資格の在り方の検討など、医療と介護の連携を強化する仕組みを検討する必要があるのではないかな。
- ③ 認知症ケア体制の構築に係るモデル地域の選定、認知症ケアの標準化・高度化に向けた取組の推進など、医療と介護が連携し、認知症高齢者を地域で支えるための取組を進める方策を検討する必要があるのではないかな。
- ④ 都市部と地方など地域の特性に応じて、高齢者の住まいの在り方、介護サービスの効果的な整備の在り方などを検討する必要があるのではないかな。

- ⑤ 要介護の悪化を予防し、機能回復を促すためのリハビリテーションの意義を在宅、施設を問わず、より積極的に評価し、活用を促すための方策を検討する必要があるのではないか。

2. 介護従事者の処遇改善等

- ① 介護の仕事に従事していない有資格者の掘り起こしや、介護未経験者の積極的活用、介護従事者が継続的に働くことができるような勤務環境の整備など、需要の増加に見合うだけの介護従事者の確保を図るための方策を検討する必要があるのではないか。
- ② 介護従事者の処遇改善に資するような介護報酬の設定、介護従事者の処遇改善に積極的に取り組む事業者への支援、キャリアパスの確立など、介護従事者の処遇を改善し、介護従事者が誇りを持って働けるような環境整備を進める方策を検討する必要があるのではないか。
- ③ 経済連携協定（EPA）に基づき、新たに日本の介護施設で働くことになる外国人が、日本の介護従事者と一緒に、誇りを持って働けるような環境整備を進める方策を検討する必要があるのではないか。

3. 地域力の向上

- ① 住民の主体的参画による共助の活動が、高齢者の地域での生活を支える柱の一つであることを評価し、地域の高齢者を支えるための「介護サポーター」の養成など、地域全体で高齢者を支えていくための環境整備をより一層進める方策を検討する必要があるのではないか。
- ② 地域包括支援センターが、地域の「中核的な相談所」としての役割をより一層果たせるよう、地域包括支援センターの機能強化を図るための方策を検討する必要があるのではないか。

4. その他