

介護サービス事業に係る 事務負担の見直しについて(案)

事務負担の現状及び見直しの方針

【介護サービス事業に係る事務負担の現状】

○ 介護サービス事業については、「各記録作成や各種委員会が多すぎて、利用者とのコミュニケーションの問題から職員のやりがい無くさせる。」「書類作成や事務に係る負担が可能な限り軽減されるよう規制の見直しが必要ではないか。」などと指摘されている。（ワーキングチームにおける事業者ヒアリング・ワーキングチーム報告書等）

※ ワーキングチームは、介護サービス事業所団体、労働者団体等からヒアリングを行い、介護サービス事業の経営実態を把握した上で、介護従事者の定着を図るために必要な措置内容を検討することを目的に、社会保障審議会介護給付費分科会に設置された。

【事務負担の見直しの方針】

- 事務負担の現状を踏まえ、事務手続・書類について可能なものから削減・簡素化することにより、効率的な事業運営や介護従事者の負担の軽減を図ることが必要である。
- 一方で、現行の事務手続・書類については、適切な介護サービスの提供を確保することを目的として求められているものであるから、削減・簡素化を行っても必要な情報が得られるものについて具体案を検討することとする。

削減・簡素化が可能な事務手続・書類について

- (1) 他の事務手続や書類と内容が重複しており、他の書類や手続で代替可能なもの
- (2) 様式や項目を削減・簡素化しても必要な情報が得られるもの
- (3) 事務手続や書類作成の頻度が必要以上に高いため、その頻度の見直しが必要であるもの
- (4) 都道府県、市町村の独自の判断により、国が求めているものよりも詳細、又は頻度が高くなっているもの

見直しの対象となる事務手続・書類の概要(案)

1. 他の事務手続き・書類と重複しているため代替するもの

8種類、延べ19サービスの申請書、加算の書類等について、他の書類等で代替する。

例) 住宅改修申請書、訪問看護報告書、リハビリテーションマネジメント加算に係る書類等

2. 様式や項目を削減・簡素化するもの

6種類、延べ16サービスの指定申請書、サービス計画等について、様式の削減・廃止、重複している項目の削除を行う。

例) 訪問(予防)介護の指定申請書、居宅サービス計画、施設サービス計画等

3. 事務手続・書類作成の頻度の見直し

福祉用具貸与に係るサービス担当者会議及び施設における各種委員会等について、運用を弾力化することにより、開催頻度を減らす。

4. 都道府県、市町村の独自の判断により、国が求めているものより詳細、又は頻度が高いもの

都道府県、市町村に対し、国と同様に適切な介護サービスの提供の確保に支障を来たすことのないよう考慮した上で、削減・簡素化の見直しを行うよう要請する。

他の事務手続・書類と重複しているため代替するもの

事務手続・書類	該当するサービス	必要とされる作業・書類	見直し案
住宅改修における 事前申請書	・住宅改修	・居宅サービス計画 ・住宅改修申請書	住宅改修申請書の第2表について、居宅サービス計画上の記載で代替
訪問(予防)看護 報告書	・訪問看護 ・介護予防訪問看護	・訪問(予防)看護報告書	健康手帳への記載で代替
リハビリテーションマ ネジメント加算 (短期集中含む)	・訪問(予防)リハビリテーション ・通所リハビリテーション(短期除く) ・老人保健施設	① リハビリテーション実施計画書 ② 定期的な記録 ③ ケアマネジメント連絡用紙	①～③について、訪問リハビリテーション計画や施設サービス計画等上の記載等で代替
栄養マネジメント加算	・通所介護 ・通所リハビリテーション ・認知症対応型通所介護 ・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・介護療養型医療施設	①栄養ケア計画 ②栄養ケア提供経過記録 ③栄養ケアモニタリング ④スクリーニング、 ⑤栄養アセスメント	①、②について、通所介護計画や施設サービス計画上の記載等で代替
経口移行・経口維持 加算	・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・介護療養型医療施設	経口移行計画又は経口維持計画 (栄養ケア計画の準用)	施設サービス計画上の記載で代替
口腔機能向上加算	・通所(予防)介護 ・通所(予防)リハビリテーション ・認知症対応型(予防)通所介護	①口腔機能改善管理指導計画 ②定期的な記録、③モニタリング、 ④リスク把握、⑤アセスメント	①、②について、通所介護計画等上の記載で代替 ③について、⑤で代用
個別機能訓練加算	・通所介護 ・認知症対応型(予防)通所介護 ・特定(予防・地域密着型)施設 ・老人福祉(地域密着型)施設	①個別機能訓練計画 ②開始時及びその3ヶ月後に1回 以上行う利用者に対する説明の 記録 ③定期的な記録	通所介護計画や施設サービス計画上の記載等で代替
リハビリテーション 機能強化加算	・短期入所(予防)療養介護 ※老人保健施設における	リハビリテーション実施計画書	短期入所(予防)療養介護計画上の記載等で代替
運動器機能向上加算	・介護予防通所介護 ・介護予防通所リハビリテーション	①運動器機能向上計画 ②定期的な記録 ③モニタリング	①、②について、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハビリテーション計画上の記載等で代替

様式や項目を削減・簡素化するもの

事務手続・書類	該当するサービス	必要とされる作業・書類	見直し案
訪問(予防)介護の 指定申請書類 (サービス提供責任者 に係る部分)	・訪問介護 ・介護予防訪問介護	・サービス提供責任者の経歴	サービス提供責任者の(介護福祉士、ヘルパー1級の者については)経歴に替えて登録証、終了証等で足りるとする。 ※ 変更の届出時、指定の更新時において同じ
居宅サービス計画	・居宅介護支援	第1表～第6表までの記載	第5表の「サービス担当者に対する照会内容」については、他の表への記載することで問題がないことから、第5表を削除
施設サービス計画	・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・介護療養型医療施設	第1表～第7表までの記載	第6表の「サービス担当者に対する照会内容」については、他の表への記載することで問題がないことから、第6表を削除
介護サービス情報の 公表制度	・訪問介護 ・介護予防訪問介護 ・訪問看護 ・介護予防訪問看護 ・通所介護 ・介護予防通所介護 ・老人保健施設 ・短期入所生活介護 ・老人福祉施設 ・地域密着型老人福祉施設 ・介護療養型医療施設 等	① 基本情報について、年に1回 公表センター等に報告 ② 調査情報について、1年に1回 指定調査機関が調査し、調査後 に公表センターに報告	・ 同一事業所で一体的に運営している同類型のサービス(例:訪問介護と介護予防訪問介護等)については、一体的に調査・報告を行うこととする。 ・ 調査項目の確認事項2項目(居宅介護支援事業所とサービス事業所とが月1回以上連携していることの確認、サービス担当責任者が月1回以上利用者宅を訪問すること)の削減←訪問介護事業所等が対象
リハビリテーション マネジメント加算	・訪問(予防)リハビリテーション ・通所リハビリテーション(短期除く) ・老人保健施設	① リハビリテーション実施計画書 ② 定期的な記録 ③ ケアマネジメント連絡用紙	③について、利用者に対して行ったリハビリテーションの内容や本人の状況等を伝達すれば足りるものであり、①や②に記載することで足りるため、③の様式を廃止
栄養マネジメント加算	・通所介護 ・通所リハビリテーション ・認知症対応型通所介護 ・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・介護療養型医療施設	①栄養ケア計画 ②栄養ケア提供経過記録 ③栄養ケアモニタリング ④スクリーニング、 ⑤栄養アセスメント	③の様式を廃止するとともに、①～⑤の記載項目を削減する。③については、⑤の際の記載で十分足りるものであり、重複している項目については削除する。
口腔機能向上加算	・通所(予防)介護 ・通所(予防)リハビリテーション ・認知症対応型(予防)通所介護	①口腔機能改善管理指導計画 ②定期的な記録、③モニタリング、 ④リスク把握、⑤アセスメント	モニタリングについては、アセスメントの際の記載内容で十分足りることから、③の様式を廃止し、①～⑤については、重複している記載項目の削減を行う。

事務手続・書類作成の頻度の見直し

事務手続・書類	該当するサービス	必要とされる作業・書類	見直し案
福祉用具貸与に係るサービス担当者会議の開催	・福祉用具貸与	・福祉用具貸与に係るサービス担当者会議の開催 (6ヶ月に1回)	現行では、6ヶ月に1回の開催とされているところ、運用を弾力化し、利用者の状態に応じて随時必要なときに開催することとする。
介護サービス情報の公表制度	・訪問介護 ・介護予防訪問介護 ・訪問看護 ・介護予防訪問看護 ・通所介護 ・介護予防通所介護 ・老人保健施設 ・短期入所生活介護 ・老人福祉施設 ・地域密着型老人福祉施設 ・介護療養型医療施設 等	① 基本情報について、年に1回公表センター等に報告 ② 調査情報について、1年に1回指定調査機関が調査し、調査後に公表センターに報告	これまでは、紙ベースやメールでの報告としてきたところ、インターネットのWEB上で直接入力して報告することを可能にする。
各種委員会の開催	・老人保健施設 ・老人福祉施設 ・介護療養型医療施設	感染対策委員会の開催 (1ヶ月に1回程度)	現行では、1ヶ月に1回程度の開催とされているところ、「少なくとも3ヶ月に1回」とした上で、必要に応じ随時開催することとする。また、事故防止検討委員会と兼ねることができることとする。
看取り介護加算	・老人福祉施設	①介護に係る計画の作成 ②本人又は家族への説明・同意 (少なくとも週に1回)	②について、現行では少なくとも週1回とされているところ、入所者の状態等に応じ随時行うこととする。

介護予防サービスの定量的な効果分析について(第2次分析の結果)

1. 介護予防施策の効果を検証する方法について

- 前回の検討会(平成20年3月31日)では、(人・月)法に基づく仮集計を行い、その結果として、介護予防施策(新予防給付、特定高齢者施策)導入前後での悪化割合の減少が認められた。これにより、介護予防施策導入による効果が定性的に示された。
- 今回の検討会(平成20年5月28日)では、介護予防施策導入による効果を定量的に検証することを目的に、更なる分析を行った。
具体的な分析方法については以下の通り。
- ある集団を一定期間追跡した場合、その期間中に要介護度が悪化した人数を分子に、悪化するまでの追跡期間(悪化しない者については全期間)の累積(人・月)を分母として算出される数値をその群の「要介護度が悪化した者の発生率」とする。
- このとき、介護予防施策導入前の群(コントロール群)における要介護度が悪化した者の発生率よりも施策導入後の群(調査対象群)における要介護度が悪化した者の発生率が小さい場合、介護予防効果があると解釈され、その差もしくは比を算出することにより、定量的な介護予防効果を算出することができる。

2. 新予防給付導入の効果について

○新予防給付導入には、統計学的に有意な介護予防効果が認められた

	コントロール群		調査対象群
対象者数	17,612人		5,087人
要介護度悪化者数(1000人を1年間追跡した場合)	389人	← 155人減 →	234人

要介護度が悪化した者の発生率の変化：
 ・対象者1000人に対して15.5%(155人)減少
 ・調査対象群の悪化人数(234人)は、コントロール群の悪化人数(389人)に対して、40%(155人)減少

3. 特定高齢者施策導入の効果について

- コントロール群に比べて調査対象群の悪化者の発生率は低下していたが、統計学的有意差は認められなかった。

旧基準	コントロール群	調査対象群
	対象者数	588人
要介護度悪化者数(1000人を1年間追跡した場合)	101人	82人

要介護度が悪化した者の発生率の変化：
 ・対象者1000人に対して1.9%(19人)減少
 ・調査対象群の悪化人数(82人)は、コントロール群の悪化人数(101人)に対して、19%(19人)減少

新基準	コントロール群	調査対象群
	対象者数	1,679人
要介護度悪化者数(1000人を1年間追跡した場合)	56人	49人

要介護度が悪化した者の発生率の変化：
 ・対象者1000人に対して0.7%(7人)減少
 ・調査対象群の悪化人数(49人)は、コントロール群の悪化人数(56人)に対して、13%(7人)減少

- この原因としては、
- ① コントロール群が特定高齢者候補者であるのに対し、調査対象群が特定高齢者施策利用者であるなど、両群の属性が大きく異なっていたこと
 - ② 統計学的な有意差を検証するのに十分な調査対象者数が得られなかったこと
 などが考えられた。
- 今後、特定高齢者施策導入の効果をもっと検証するためには、比較する両群の属性が可能な限り同一とし、かつ統計学的な有意差を検証するのに十分な調査対象者数を用いるなど、より適切なデザインによる調査を行うことが求められる。

介護予防サービスの定量的な効果分析について(第2次分析結果)

平成 20 年 5 月 28 日 介護予防継続的評価分析等検討会

1. これまでの経緯と今回の分析の位置づけ.....	3
2. 介護予防施策導入による効果分析の基本的な考え方について.....	5
3. 新予防給付導入(要支援1)の効果分析について.....	6
3. 1. 効果分析に用いる対象者.....	6
(1) 新予防給付導入前.....	6
(2) 新予防給付導入後.....	6
3. 2. 分析.....	7
(1) 集団の属性の違いを踏まえた分析について.....	7
(2) 新予防給付導入前(コントロール群)及び導入後(調査対象群)のデータについて.....	8
(3) 要介護度が悪化した者の発生率及び介護予防効果の算出について.....	8
4. 特定高齢者施策導入の効果分析について.....	10
4. 1. 効果分析に用いる対象者.....	10
(1) 特定高齢者施策導入前(コントロール群).....	11
(2) 特定高齢者施策導入後(調査対象群).....	12
4. 2. 分析.....	13
(1) 集団の属性の違いを踏まえた分析について.....	13
(2) 特定高齢者施策導入前(コントロール群)及び導入後(調査対象群)のデータについて.....	13
(3) 要介護度が悪化した者の発生率及び介護予防効果の算出について.....	14
5. 集計結果のまとめと考察等について.....	16
5. 1. 集計結果のまとめ.....	16
5. 2. 集計結果についての考察.....	16
(1) 新予防給付(要支援1相当)の介護予防効果について.....	16
(2) 特定高齢者に対する介護予防効果について.....	17
(3) 追跡期間について.....	18
(4) 今後の介護予防効果の定量的測定に関する論点について.....	18

参考資料

- 1 (人・月)法による(人・月)割合の変化を用いた介護予防サービスの効果分析の結果について(平成20年3月31日検討会概要)
- 2 介護予防施策の効果を定量的に検証する方法について
- 3 介護予防効果算出に用いるデータについて
- 4 「要介護度が悪化した者の発生率」を用いた介護予防サービスの効果分析の結果について(概要)
- 5 特定高齢者の決定方法等の見直し(平成19年度～)について
- 6 基本チェックリスト
- 7 旧基準、新基準で分けた場合の特定高齢者の悪化人数、追跡(人・月)及び要介護度が悪化した者の発生率
- 8 対象者の違いについて
- 9 介護予防効果算出に用いるデータセットの違いについて

(別紙) 新予防給付導入(要支援2に相当する者)の効果分析について(参考)

- (1)新予防給付導入前(コントロール群)及び導入後(調査対象群)のデータについて
- (2)要介護度が悪化した者の発生率及び介護予防効果の算出について
- (3)解釈を行う上での留意事項

(別紙参考資料)

- 1 要支援・要介護区分について(平成18年度～)
- 2 要支援2と要介護1の「維持・改善」及び「悪化」の推移について
- 3 「要介護度が悪化した者の発生率」を用いた介護予防サービスの効果分析の結果について(概要)

1. これまでの経緯と今回の分析の位置づけ

- 介護予防施策の導入の効果等を検証するため、平成 19 年 1 月より「継続的評価分析支援事業」が実施され、76 の市町村※より介護予防に係るデータの収集が開始された。

※ 平成 20 年 5 月現在、83 市町村

- そのデータを用いて施策導入の効果や費用対効果について分析・評価を行うため、「介護予防継続的評価分析等検討会」が平成 18 年 12 月に設置され、これまで 3 回の検討を行ってきたところであり、最終的な評価は平成 21 年 3 月末に行う予定である。

- 平成 20 年 3 月 31 日に行われた第 3 回検討会では、継続的評価分析支援事業が開始された平成 19 年 1 月 1 日から 11 月 30 日までに記入され、12 月に収集されたデータをもとに、(人・月)法※により仮集計を行った。

※ (人・月)法： 人数と特定の状態であった期間を掛け合わせて算出した指標

- その結果、特定高齢者や要支援 1 に相当する者について、介護予防施策の導入前後で要介護度が悪化した(人・月)の割合が減少することが明らかになったが、(人・月)法に基づく割合の変化を直ちに介護予防効果の大きさとみなすことについては、様々な議論があるとされた(参考資料 1)。
- また、介護予防の効果を定量的に算出するには、実際にある集団において要介護度が悪化した人数のデータを用いて、その発生率を算出することが必要とされた。
- 前回の仮集計で用いた「(人・月)法」は、要介護度が悪化した者の発生した人数に加えて、悪化後の期間の長さについても評価する手法で、介護予防施策導入前後においてその(人・月)の割合がどのように変化するのかについて分析を行ったものであり、この方法で定量的な介護予防効果を算出するのは一般的でない。
- 一般に、ある集団における特定の事象の「発生率」(※1)は、ある集団を一定期間追跡した場合、その期間中に特定の事象が発生した人数を分子に、その事象が発生するまでの追跡期間の累積(人・月)を分母として算出される数値であり、「事象が発生した人数／追跡(人・月)」(※2)で算出される(※3)。

※1 発生率は、疾病の罹患率(罹患の発生率)、死亡率(死亡の発生率)などにも用いられ、疫学的分析においては、相対的リスク(危険度)を同定する際等に用いられる一般的な指標である。

※2 追跡(人・月)は、観察人数と観察月(期間)を掛け合わせた数である。

この際に用いられる観察月数は、特定の事象が発生しない者の場合は全追跡期間となり、特定の事象が発生する者の場合はそれまでの期間となる。

※3 例えば、2人の者を12ヶ月追跡したところ、ちょうど12ヶ月後の終了した時点で1人にある事象が発生した場合には、 $2人 \times 12ヶ月 = 24ヶ月$ の追跡(人・月)中にある事象が1人に発生したことから、ある事象の発生率は $1/24 = 0.04$ となる。

この値は、「100人を1ヶ月追跡したら、ちょうど1ヶ月が終了した時点で、ある事象が4人に発生する可能性がある」ことを確率的に示している。

- 介護予防の効果を評価する際には、集団における要介護状態の悪化の頻度が、介護予防事業を導入することによって低下するか否かを検証することが必要となる。
- すなわち、要介護度が悪化した者の発生率を施策導入前後において算出し、施策導入前の群(コントロール群)の発生率よりも施策導入後の群(調査対象群)の発生率が小さい場合は介護予防効果があると解釈され、その差もしくは比を算出することにより、定量的な介護予防効果を算出することができる。
- したがって、今回は、定量的な介護予防効果の算出のため、前回の仮集計で用いた「(人・月)法」による評価を行わずに、施策導入前後の要介護度が悪化した者の発生率を求め、その差や比(相対リスク)を算出することで分析を行った(参考資料2)。
- 具体的には、今回の分析では、継続的評価分析支援事業が開始された平成19年1月1日から12月31日までに登録され、平成20年4月までに集計された、前回より長期間にわたり収集されたデータをもとに、実際に要介護度が悪化した人数のデータ(参考資料3)を用いて、その発生率及び定量的な介護予防効果の大きさを算出した。
- なお、医学的介入研究においては、無作為抽出試験を行って前向きに対象・コントロール(対照)集団を一定期間追跡することが多いが、今回の分析においては前向きなコントロール集団がないため、前回同様、介護予防施策導入後の段階でも入手可能な導入前の状態に関する過去のデータを対照(ヒストリカルコントロール)として比較することとなった。
- そのため、今回の分析についても、一部、仮定と留意点があり、今後の事業終了後の最終分析に向け、様々な視点からの考え方や意見を踏まえて適宜検討を続ける必要がある。

2. 介護予防施策導入による効果分析の基本的な考え方について

- 新たに導入された介護予防施策の定量的な効果は、対象者に対して一定期間の働きかけを行った場合と行わなかった場合について、それぞれに要介護度が悪化した者の発生率を算出し、その差や比を分析することによって求められる。こうした属性の異なる2群において、ある事象の発生率を比較する際には、統計学的な両群の属性の調整が必要である。
- 今回は、ほぼ同一と見なせる群における施策導入前後のデータは存在しないため、施策導入後については、現在、市町村が行っている継続的評価分析支援事業の対象者を調査対象と設定し、施策導入前(コントロール群)については、同事業の対象者にできるだけ類似したコントロール群の設定を行い、さらに、統計学的に両群の属性の調整を行うことにより、施策導入による定量的な効果の分析を行った(詳細は3. 及び4. を参照)。

3. 新予防給付導入(要支援1)の効果分析について

3. 1. 効果分析に用いる対象者

- 新予防給付導入前に要支援であった者については、導入後の平成 18 年4月以降、要支援1とされた(新予防給付導入後の平成 18 年 4 月以降の要支援 1 の判定についても、導入前の要支援と同等の基準を用いている)。
- 比較するふたつの集団を可能な限り類似したものとするため、施策導入前後いずれの群についても、継続的評価分析支援事業の調査対象地域である 83 市町村から抽出した。
- 具体的な分析としては、(1)、(2)の者を対象(参考資料3)に、実際にそれぞれの集団において要介護度が悪化した人数のデータを用いて、それぞれの発生率や定量的な介護予防効果を算出した。

(1) 新予防給付導入前

(コントロール群 : 83 市町村 17,612 人)

継続的評価分析支援事業の調査対象となった市町村の住民であり、かつ平成 16 年1月に要支援として給付を受けていた者。当該者について、平成 16 年 12 月までの要介護度の推移のデータを介護給付費請求書を用いて抽出する。

(2) 新予防給付導入後

(調査対象群 : 83 市町村 5,087 人)

平成 19 年1月から開始された継続的評価分析支援事業において、調査対象となった者のうち、①及び②の両方を満たす者。

- ① 継続的評価分析支援事業登録時に要支援1の者
- ② 継続的評価分析支援事業登録後、1回以上の追跡調査(3ヶ月ごと)が行われた者

※今回の集計においては、平成 19 年 12 月 31 日までに調査票が記入されたデータを用いて分析を行った。

3. 2. 分析

(1) 集団の属性の違いを踏まえた分析について

- 新予防給付導入前後の両群における要介護度が悪化した者の発生率及び定量的な介護予防効果を算出するにあたっては、分析の対象となる調査対象・コントロール集団について、予防効果に影響を及ぼす可能性のある属性の分布の違いをふまえて可能な限り調整を行うことが必要である。
- 具体的な調整方法としては、両群のデータを調整を行う属性ごとに層別化し、層別データを用いて標準化法(※1)によって両群における要介護度が悪化した者の発生率及びその差を算出し、Mantel-Haenszel法(※2)によって発生率の相対危険度を算出した。
- ※1 標準化法: 介入を受けた群と受けなかった群を比較し、介入を受けたことによって生じた事象の発生率の絶対的増減または相対的増減を、介入を受けなかった群の層別データから計算し算出する方法。
- ※2 Mantel-Haenszel 法: 介入を受けた群の受けない群に対する事象の発生率の相対危険度が各層を通じて共通であると仮定して、属性の分布の違いを調整した相対危険度を算出する方法。
- 新予防給付導入前後のデータは、いずれも継続的評価分析事業の調査対象地域である 83 市町村から抽出されており、また、両群ともにサービス給付を受けている者となっている。
- したがって、性・年齢階級ごとの層別化による調整を行うことによって、両群は極めて属性の近い集団として比較が可能と考えられた。
- ただし、両群のデータに含まれる人数等、追跡する期間及び対象の状況を把握する頻度には以下のように差異があるが、それらの差異が「要介護度の悪化する者が発生する割合」にどの程度影響を与えているのか、現段階で断定的な評価を行うことは困難である

1) データに含まれる人数及び追跡(人・月)の大きさ

平成 16 年 1 月に給付を受けていた者だけでも調査対象群に比べて非常に大きく(※)、もし 2 月以降に給付を受け始めた者もコントロール群に追加する場合は、両群の人数及び追跡(人・月)の間にさらに大きな差が生ずることになる。

※ コントロール群: 17,612 人 152,156(人・月)

調査対象群: 5,087 人 43,611(人・月)

2) 追跡する期間の差異

(ア) 対象者をある一定期間だけ追跡した場合

- ・継続的評価分析支援事業（対象者ごとに3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、12ヶ月と異なる）
- （イ）対象者全員を一年間追跡した場合
 - ・パイロット調査（全員1年間）

3) 対象を把握する頻度

- （ア）地域の全住民を毎日追跡する場合、
 - ・介護給付費請求書（レセプト）データ
- （イ）登録された者のみを3月ごとに追跡する場合
 - ・継続的評価分析支援事業

○ したがって、今回の分析に当たっては、評価事業の実施可能性を確保する観点から、上記のようなコントロール群と調査対象群の設定を行っている。

（2）新予防給付導入前（コントロール群）及び導入後（調査対象群）のデータについて

○ 要支援1に相当する要介護度の対象者について、コントロール群及び調査対象群のデータにおける要介護度が悪化した人数、追跡（人・月）を、性・年齢階級ごとにデータ集計したところ、表1のようになった。

表1 新予防給付導入前（コントロール群）及び導入後（調査対象群）の要介護度が悪化した人数、追跡（人・月）及び要介護度が悪化した者の発生率（要支援1に相当する者）

	年齢	男性			女性		
		悪化人数 (分子)	観察人・月 (分母)	悪化率 (悪化人数/観察人・月)	悪化人数 (分子)	観察人・月 (分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)
施策導入前 (要支援)	65-74歳	201	6,724	0.030	549	22,596	0.024
	75-84歳	536	15,727	0.034	1,971	71,526	0.028
	85歳-	381	8,461	0.045	1,083	27,122	0.040
施策導入後 (要支援1)	65-74歳	35	1,657	0.021	48	3,637	0.013
	75-84歳	93	4,557	0.020	334	19,420	0.017
	85歳-	68	2,720	0.025	272	11,620	0.023

（3）要介護度が悪化した者の発生率及び介護予防効果の算出について

○ 上記の要支援1に相当する者に関するデータについて、要介護度が悪化した者の発生率及び同発生率の相対危険度を算出したところ、以下のとおりとなった。

- ①標準化法による要介護度が悪化した者の発生率(12,000(人・月)あたり(1,000人を12ヶ月追跡した場合))
 - ・新予防給付導入前(コントロール群)の要介護度が悪化した者の発生率:389.3
 - ・新予防給付導入後(調査対象群)の要介護度が悪化した者の発生率:233.9

- ・ 要介護度が悪化した者の発生率の差（導入後-導入前）：-155.4（95%信頼区間：-174.9~-135.9）

②Mantel-Haenszel 法による要介護度が悪化した者の発生率の相対危険度（調査対象群における「要介護度が悪化した者の発生率」のコントロール群における「要介護度が悪化した者の発生率」に対する比）

- ・ 相対危険度：0.60（95%信頼区間：0.56~0.65）

○ 以上の結果を解釈すれば、1,000 人の要支援1に相当する者を 1 年間(12,000 人・月)追跡した場合、

- ・ 標準化法を用いて施策導入前後の要介護度が悪化した者の発生率とその差を算出したところ、要支援1に相当する者については、悪化する人数は、導入前の389人(389.3人)に対して、導入後は234人(233.9人)となり、
- ・ 施策導入前後の要介護度が悪化した人数は、統計学的有意に155人(155.4人)減少(対象者1,000人に対して、15.5%の減少;導入前の悪化する人数に比べて40.0%減少)するという介護予防効果があった

ということとなる(参考資料4)。

4. 特定高齢者施策導入の効果分析について

4. 1. 効果分析に用いる対象者

- 要介護・要支援状態にない高齢者に対する介護予防事業として、平成 18 年4月から、地域支援事業(従来の介護予防・地域支え合い事業や老人保健事業の一部を再編)が実施されている。
- とくに、要支援・要介護の状態となる可能性の高い高齢者(特定高齢者)に対しては、新たな介護予防施策(特定高齢者施策)が創設されている。
- 同事業は、当初、65歳以上の高齢者のうち、基本チェックリストにおける該当項目数等を基準(旧基準)として特定高齢者候補者を選出した上で、生活機能評価を実施して特定高齢者を確定するというものであった。
その際、高齢者のうちほぼ5%が対象である特定高齢者となるとされたが、実際に地域で同事業の参加者が少なかったため、平成 19 年4月からは、特定高齢者候補者の選定基準及び特定高齢者の決定基準が緩和された(新基準:参考資料5)。
- 例えば、特定高齢者候補者の決定基準について、当初は、「基本チェックリスト(※)において、うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち、12項目以上に該当」する者が、特定高齢者候補者の基準のひとつであったが、緩和されて、「10項目以上に該当」となった。
また、緩和前に特定高齢者の決定基準として、「運動器の機能向上関係5項目全てに該当」であったものが、「5項目のうち3項目以上に該当」となった。
- ※ 基本チェックリスト: 介護予防事業の対象者把握を目的として、高齢者の運動機能、口腔機能、低栄養状態等の生活機能の低下についてスクリーニングを行うための25項目(参考資料6)。
- したがって、基準緩和後の新基準に基づいて決定された特定高齢者候補者及び特定高齢者は、緩和前の旧基準に基づいて決定された特定高齢者候補者及び特定高齢者と比較して、生活機能の程度、さらに機能の推移(要介護度が悪化する者の発生率など)の程度が異なる可能性がある。
- そのため、介護予防施策導入前後の特定高齢者(候補者)における要介護度の悪化した者の発生率を比較するためには、こうした新旧の基準の違いを踏まえ、それぞれの基準に分けて対象を選別し、旧基準により選出された者同士、新基準で選出された者同士の特定高齢者(候補者)を比較して、分析を行う必要がある。
- 具体的には、本分析においては、それぞれ以下の(1)、(2)の者(参考資料3)について、実際にそれぞれの集団において要介護度が悪化した者の人数のデータを用いて、それぞれの発生率や定量的な介護予防効果を算出することとした。

(1) 特定高齢者施策導入前(コントロール群)

- 平成 18 年 4 月の特定高齢者施策導入前には特定高齢者はおらず、コントロール群として特定高齢者群を設定することはできないが、施策導入後の特定高齢者との比較を行うためには、できる限り特定高齢者に類似しており、かつ一定期間の状態の変化を把握することが可能なコントロール群を設定することが必要である。
- 厚生労働省では、特定高齢者の把握手法に関する基本的調査を目的として、平成 17 年度から「基本チェックリストに関するパイロット調査」（以下、「パイロット調査」）を実施している。
- 平成 18 年度に当パイロット調査に参加していた 10 市町村のうち、4 市町村のデータについては、基本チェックリストや要介護認定上のデータに不備・欠落があり、完全なデータセットを有していた 6 市町のデータをコントロール群のデータとして使用することとした。
- このパイロット調査の対象者には、現在用いられている基本チェックリストの 25 項目を配布して、その結果を収集しており、一定の選定基準を満たす者を選出することができる。
- 調査対象群のデータには、旧基準による特定高齢者、新基準による特定高齢者の両方を含むが、前述のように、調査対象群のデータと比較を可能にするためには、コントロール群のデータについても、旧基準及び新基準それぞれに基づいて特定高齢者候補者とみなされる者を選定した。
- したがって、本分析におけるコントロール群としては、パイロット調査の対象者のうち、以下の(ア)、(イ)において①及び②の両方を満たす者とした。

(ア)旧基準によるコントロール群(6市町 588 人)

- ① 平成 17 年度調査対象者(平成 17 年 8 月 1 日調査)のうち、平成 19 年 3 月 31 日までの特定高齢者の候補者の選定基準(旧基準)を満たす者
- ② 平成 18 年度調査(平成 18 年 8 月 1 日調査)において要介護度等の状況が把握されている者

(イ)新基準によるコントロール群(6市町 1,679 人)

- ① 平成 17 年度調査対象者(平成 17 年 8 月 1 日調査)のうち、平成 19 年 4 月 1 日からの特定高齢者の候補者の選定基準(新基準)を満たす者
- ② 平成 18 年度調査(平成 18 年 8 月 1 日調査)において要介護度等の状況が把握されている者

(※)対象者の居住する市町において、地域支援事業が開始されたのは、最も早いところで平成 18 年 7 月であった。

(2) 特定高齢者施策導入後(調査対象群)

- 今回の分析における調査対象群のデータは、継続的評価分析支援事業において平成19年1月1日から平成19年12月31日までに調査票が記入されたデータであることから、平成19年3月31日までに旧基準によって判定された特定高齢者及び平成19年4月1日から新基準によって判定された特定高齢者の両者を含んでいる。
- 特定高齢者と決定された者が実際に特定高齢者施策に参加するのは、市町村における事務手続き等の期間を経たのち、通常、一定期間経過してからであり、今回の分析にあたっては、当該期間について1ヶ月程度を見込むことが適切と考えられた。
- すなわち、4月30日までに継続的評価分析支援事業に特定高齢者として登録があった者を「旧基準により選定された調査対象群」とし、5月1日以降に登録があった者を「新基準により選定された調査対象群」とした。
- したがって、調査対象群は以下の(ア)、(イ)の2群に分かれ(参考資料3)、それぞれ①及び②の両方を満たす者とした。

(ア) 旧基準により選定された調査対象群(83市町村 899人)

- ① 平成19年4月30日までに継続的評価分析支援事業に特定高齢者として登録があった者
- ② 継続的評価分析支援事業登録後、1回以上の追跡調査(3ヶ月ごと)が行われた者

(イ) 新基準により選定された調査対象群(83市町村 371人)

- ① 平成19年5月1日以降に継続的評価分析支援事業に特定高齢者として登録があった者
- ② 継続的評価分析支援事業登録後、1回以上の追跡調査(3ヶ月ごと)が行われた者

4. 2. 分析

(1) 集団の属性の違いを踏まえた分析について

- 特定高齢者施策導入前後の両群における要介護度の悪化した者の発生率及び定量的な介護予防効果を算出するにあたっては、分析の対象となる調査対象・コントロール群について、予防効果に影響を及ぼす可能性のある属性の分布の違いをふまえて可能な限り調整を行うことが必要である。
- 具体的な調整方法としては、両群のデータを、調整を行う属性ごとに層別化し、層別データを用いて標準化法(※1)によって両群の要介護度の悪化した者の発生率及びその差を算出し、Mantel-Haenszel法(※2)によって要介護度の悪化した者の発生率の相対危険度を算出した。

※1 標準化法: 介入を受けた群と受けなかった群を比較し、介入を受けたことによって生じた事象の発生率の絶対的増減または相対的増減を、介入を受けなかった群の層別データから計算し算出する方法。

※2 Mantel-Haenszel 法: 介入を受けた群の受けない群に対するある事象の発生した者の発生率の相対危険度が各層を通じて共通であると仮定して、属性の分布の違いを調整して相対危険度を算出する方法。

- 今回の分析に際しては、介入前後の集団の比較を行う場合に調整を行うべき属性の違いとして、①性・年齢の違い、②「特定高齢者候補者」(施策導入前データ)と、「施策に参加した特定高齢者」(施策導入後データ)の集団特性の違いが考えられた。
- ①については性・年齢階級ごとに両群のデータを層別化することで調整が可能であった。しかし、②については、基本チェックリストにおける運動機能測定得点を用いて調整を検討したものの、当該得点を層別化した場合、両群のデータにおける追跡(人・月)や要介護度が悪化した人数が少なくデータが不安定になって分析に不十分であることから(参考資料7)、当該得点を用いて調整をすることは適切とは考えられなかった。
- したがって、今回は、性・年齢階級のみを層別化を行った上で、分析を行っている。

(2) 特定高齢者施策導入前(コントロール群)及び導入後(調査対象群)のデータについて

- コントロール群及び調査対象群において要介護度が悪化した人数及び追跡(人・月)を、旧基準、新基準によって選定された特定高齢者(候補者)に分けた上で性・年齢階級ごとにデータ分析を行ったところ、表2のようになった。

表2 特定高齢者施策導入前（コントロール群）及び導入後（調査対象群）の要介護度が悪化した人数、追跡（人・月）及び要介護度が悪化した者の発生率

	年齢	男性			女性			
		悪化人数 (分子)	観察人・月 (分母)	悪化率 (悪化人数/観察人・月)	悪化人数 (分子)	観察人・月 (分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)	
旧基準	施策導入前 (特定高齢者候補者)	65-74歳	3	966	0.003	4	1,344	0.003
		75-84歳	7	966	0.007	24	2,076	0.012
		85歳-	2	384	0.005	6	1,044	0.006
	施策導入後 (サービスを受けた特定高齢者)	65-74歳	1	236	0.004	3	862	0.003
		75-84歳	11	736	0.015	20	4,649	0.004
		85歳-	9	479	0.019	20	2,358	0.008
新基準	施策導入前 (特定高齢者候補者)	65-74歳	8	3,036	0.003	8	5,124	0.002
		75-84歳	14	3,108	0.005	35	5,682	0.006
		85歳-	6	816	0.007	9	1,830	0.005
	施策導入後 (サービスを受けた特定高齢者)	65-74歳	1	195	0.005	1	339	0.003
		75-84歳	0	301	-	4	728	0.005
		85歳-	1	114	0.009	1	268	0.004

(3) 要介護度が悪化した者の発生率及び介護予防効果の算出について

- 上記データについて、(ア)旧基準により選定された特定高齢者（候補者）、(イ)新基準により選定された特定高齢者（候補者）別に、要介護度が悪化した者の発生率及びその発生率の相対危険度を算出したところ、以下のとおりとなった。

(3-1) 旧基準により決定された特定高齢者（候補者）

- ① 標準化法による要介護度が悪化した者の発生率(12,000(人・月)あたり(1,000人を12ヶ月間追跡した場合))

施策導入前群（コントロール群）の要介護度が悪化した者の発生率：101.0
 施策導入後群（調査対象群）の要介護度が悪化した者の発生率：82.4
 両群の要介護度が悪化した者の発生率の差：-18.6（95%信頼区間：-56.3～19.2）

- ② Mantel-Haenszel 法による要介護度が悪化した者の発生率の相対危険度（調査対象群における「要介護度が悪化した者の発生率」の、コントロール群における「要介護度が悪化した者の発生率」に対する比）

相対危険度：0.93（95%信頼区間：0.64～1.35）

以上の結果を解釈すれば、1,000人の対象者を1年間（12,000人・月）追跡した場合、

- 要介護度が悪化する人数は、施策導入前の101人（101.0人）に対して、導入後は82人（82.4人）となり、
- 施策導入前後で19人（18.6人）減少（対象者1,000人に対して、1.9%の減少、施策導入前の要介護度が悪化した人数に対して18.8%減少）したものの、統計学的有意差は認められなかった

ということとなる（参考資料4）。

（3-2）新基準により決定された特定高齢者（候補者）

① 標準化法による要介護度が悪化した者の発生率

施策導入前群（コントロール群）の要介護度が悪化した者の発生率：55.8

施策導入後群（調査対象群）の要介護度が悪化した者の発生率：49.4

両群の要介護度が悪化した者の発生率の差：-6.41（95%信頼区間：-42.86～30.03）

② Mantel-Haenszel 法による要介護度が悪化した者の発生率の相対危険度（調査対象群における「要介護度が悪化した者の発生率」のコントロール群における「要介護度が悪化した者の発生率」に対する比）

相対危険度：0.89（95%信頼区間：0.44～1.81）

以上の結果を解釈すれば、1,000人の対象者を1年間（12,000人・月）追跡した場合、

- 施策導入前の特定高齢者について、施策導入前後の新基準での要介護度が悪化した者の発生率とその差を算出したところ、悪化する人数は、導入前の56人（55.8人）に対して、導入後は49人（49.4人）となり、
- 施策導入前後で6人（6.4人）減少（対象者1,000人に対して、0.64%の減少、施策導入前の要介護度の悪化した人数に対して11.4%減少）したものの、統計学的有意差は認められなかった

ということとなる（参考資料4）。

5. 集計結果のまとめと考察等について

5. 1. 集計結果のまとめ

○ 平成 19 年 12 月末までに得られたデータを集計し、定量的な介護予防効果について分析した結果、以下のような結論が得られた。

- ・ 要支援1の者については、統計学的に有意な介護予防効果がある(1,000 人を 12 ヶ月追跡した場合、要介護度が悪化する人数が統計学的有意に 389 人から 234 人へと 155 人(対象者 1,000 人に対して 15. 5%)減少し、施策導入前の悪化する人数 389 人に対して 40. 0%減少)という結果となった。
- ・ 特定高齢者又は特定高齢者候補者については、旧基準及び新基準のいずれで選出・決定された場合においても、施策導入前後で、要介護度が悪化する人数は減少するが、統計学的に有意な結果ではなかった。

※ なお、前回(第3回検討会(3月 31 日))の仮集計では、要介護度が悪化した人数と、悪化後の期間の長さについても評価する(人・月)法で集計を行い、要介護度が悪化する(人・月)の割合が、施策導入前後で改善したという結果となったが、この結果と、今回の要介護度が悪化した者の発生率比較の結果とは、集計方法も意味合いも異なることから、単純な比較はできない。

5. 2. 集計結果についての考察

(1)新予防給付(要支援1相当)の介護予防効果について

○ 今回の解析に用いたコントロール群と調査対象群は、

- ①両群とも同じ市町村(83 市町村)でのデータであり、
- ②両群とも「サービス受給者」の群である

ことから、両群は極めて属性の近い集団と考えられた。

○ さらに上記に加えて、両群の比較の際に、標準化法による要介護度が悪化した者の発生率の算出や、Mantel-Haenszel 法による「要介護度の悪化した者の発生率」の相対危険度の分析を行うに当たっては、性・年齢階級調整を行っており、解析結果については、属性の違いをほぼ調整できていると考えられる。

○ また、対象者数及び追跡(人・月)も相当な規模であった。

※ コントロール群 : 17,612 人 152,156(人・月)
調査対象群 : 5,087 人 43,611(人・月)

○ 前述した追跡方法の相違の影響については、今後さらに検討を続ける必要があるものの、要支援 1 相当の者について、施策導入前後で、悪化する人数は統計学的有意に減少し、介護予防効果が実証された。

(2) 特定高齢者に対する介護予防効果について

○ 特定高齢者については、施策導入前後で、要介護度が悪化する者の発生率は減少するが、統計学的に有意な介護予防効果を算出することができなかった。

○ その理由として、

①コントロール群が特定高齢者候補者であるのに対し、調査対象群が特定高齢者施策利用者であるなど、両群の属性が大きく異なっており(参考資料8)、その相違を十分に調整できなかった

②特定高齢者施策について、統計学的な有意差を検出するのに十分な調査対象者数が得られなかった(参考資料3)

ことなどが考えられた。

○ ①については、3. 1. (1)において(ア)及び(イ)の方法で抽出された施策導入前の対照者(コントロール群)は、あくまでも基本チェックリストの点数のみにより、便宜的に特定高齢者候補者とみなされた者であり、3. 1. (2)において抽出された施策導入後の対象者(調査対象群)のように、特定高齢者候補者のうちから、各種検査、理学所見及び医師の判定等からなる生活機能評価を受けて特定高齢者と決定され、さらに本人の意思により特定高齢者施策に参加した者とは、集団の属性が異なっている可能性がある。

※平成18年度介護予防状況調査(調査期間:平成18年4月～11月)における特定高齢者候補者294,534人のうち、特定高齢者施策への参加者は、35,701人(12%)

○ 具体的には、施策導入後の対象者(調査対象群)は、導入前のコントロール群よりも生活機能が低く、要介護度が低下しやすい可能性があり、両群の要介護度が悪化した者の発生率を比較する場合には、導入前(コントロール群)の要介護度の悪化する者の発生率が過小評価され、「施策導入後の発生率－施策導入前の発生率」又は「施策導入後の発生率÷施策導入前の発生率」によって定義される介護予防効果が検出されにくくなっている可能性がある点に留意する必要がある。

○ ②については、特定高齢者施策の対象者には、新予防給付の対象者に比べて生活機能低下が少ない。

したがって、新予防給付対象者に比べて、特定高齢者施策の対象者の方が、「要介護度の悪化する者の発生率」が少なく、一般的に、介護予防施策に参加した場合でも、その効果が顕れる程度が少ないと考えられる。

○ そのため、特定高齢者における介護予防の効果に関する分析において、効果を統計学的に有意に検出するためには、新予防給付のコントロール群及び調査対象群に比べ、より大きなコントロール群と調査対象群を設定する必要があるが、今回は、両群とも、新予防給付において設定された両群よりも小さくなっており、このことが統計学的な有意差を検出できなかった要因となっている可能性がある点に留意が必要である。

(3) 追跡期間について

- 特定高齢者施策の介護予防効果を評価するために設定された施策導入前のコントロール群では、調査開始時点の特定高齢者候補者を追跡して1年後に悪化した者及び維持・改善した者の数を把握してデータとしており、一方、導入後の調査対象群では、平成19年1月1日から平成19年12月31日の期間に登録された対象者を、3ヶ月ごとに追跡している。
- 一方、新予防給付(要支援1)の介護予防効果を評価するために設定された施策導入前のコントロール群では、平成16年1月にレセプトデータによって把握した者を、毎月追跡しており、導入後(調査対象群)では、特定高齢者施策における対象者と同じく、継続的評価分析事業で追跡していることから、3ヶ月ごとに追跡している。
- データに含まれる人数及び追跡(人・月)の大きさ、追跡する期間並びに対象を把握する頻度の差異については、それらが「要介護度の悪化する者が発生する割合」にどの程度影響を与えるのか、現段階で断定的な評価を行うことは困難であり、今回の分析に当たっては、評価事業の実施可能性を確保する観点から、上記のようなコントロール群と調査対象群の設定を行っている。
- また、今後、予防施策への参加1年目である場合の介護予防効果と、2年目、3年目と参加期間が長くなった場合の介護予防効果を比較した場合、長期の介護予防効果についても検討する必要があるのではないかと。

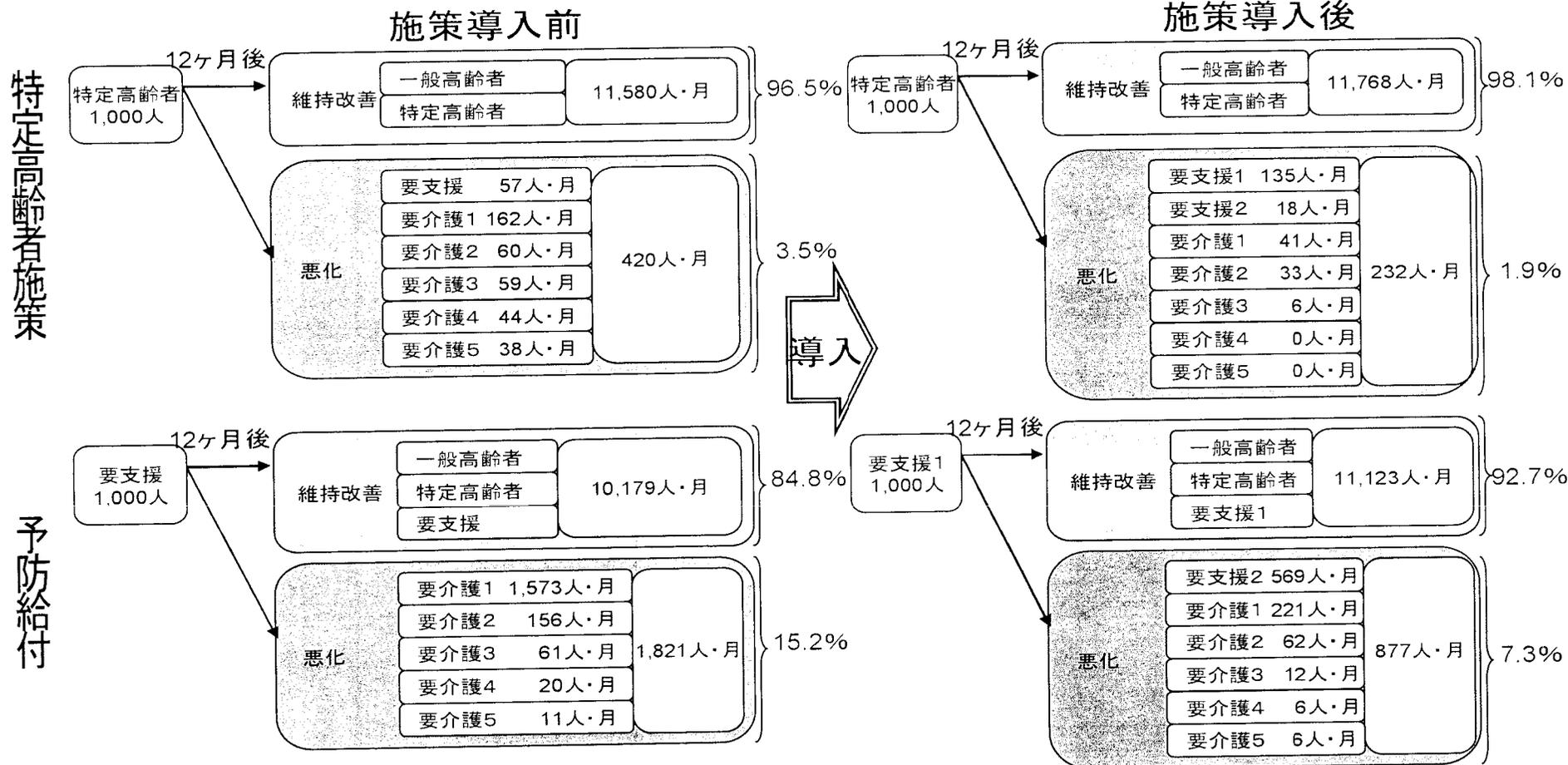
(4) 今後の介護予防効果の定量的測定に関する論点について

- 今回の分析においては、介護予防効果の算出にあたり、入手可能な導入前の状態に関するヒストリカルコントロールを用い、調査対象群と比較・分析を行った。
- しかし、先に述べたように、特定高齢者施策については、①コントロール群と調査対象群の属性が大きく異なっておりその相違を十分に調整できなかったこと、②統計学的な有意差を検出するのに十分な調査対象者数が得られなかったことなどから、今後の解析において、ヒストリカルコントロールを用いて介護予防効果を算出することが妥当であるかについては慎重な検討が必要である。
- 今後、特定高齢者施策の介護予防効果を検出するためには、今回得られた結果を踏まえ、上記で論じられた点を踏まえて以下の①～③の要素を考慮しつつ、適切なデザインによる調査研究を新たに実施する必要があると考えられる。
 - ① コントロール群と調査対象群の属性の違い
 - ② 統計的な有意差があった場合にこれを検出できるだけの対象、コントロール群の規模
 - ③ データ収集の頻度や複数年に渡る予防効果の算出
- また、今回、介護予防施策導入による効果分析が行われ、定量的な結果が算出され

たことから、今後は、投入された「費用」についても、何を費用としてとらえるかなどについて分析の考慮に入れた上で、新予防給付などの介護予防施策導入の費用対効果について分析を行う必要がある。

(人・月)法による(人・月)割合の変化を用いた 介護予防サービスの効果分析の結果について(平成20年3月31日検討会概要)

1,000人×12ヶ月 = 12,000人・月 の追跡



(人・月)単位で計算した場合においては、新たな介護予防施策を導入したことによって、悪化する(人・月)の割合は、導入前に比べ、減少することが明らかになった。

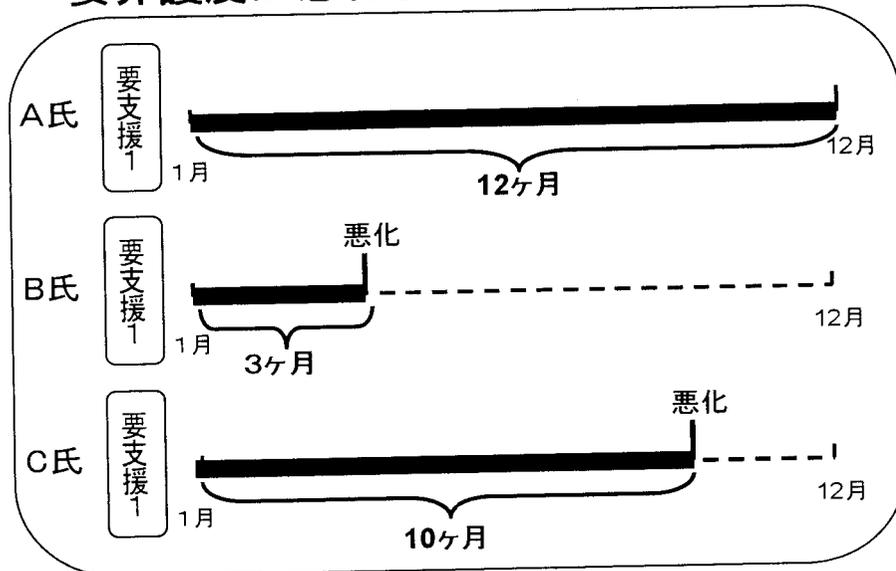
→ 今後は、悪化する者の発生率や、費用対効果について要検討。

(参考資料1)

介護予防施策の効果を定量的に検証する方法について

○ある集団を一定期間追跡した場合に得られる、その期間中に悪化した人数を分子に、悪化するまでの追跡期間(悪化しない者については全期間)の累積(人・月)を分母として算出される数値をその群の「要介護度が悪化した者の発生率」とする。
 ○このとき、介護予防施策導入前の群(コントロール群)の要介護度が悪化した者の発生率よりも施策導入後の群(調査対象群)の要介護度が悪化した者の発生率が小さい場合、介護予防効果があると解釈され、その差もしくは比を算出することにより、定量的な介護予防効果を算出することができる。

「要介護度が悪化した者の発生率」の集計



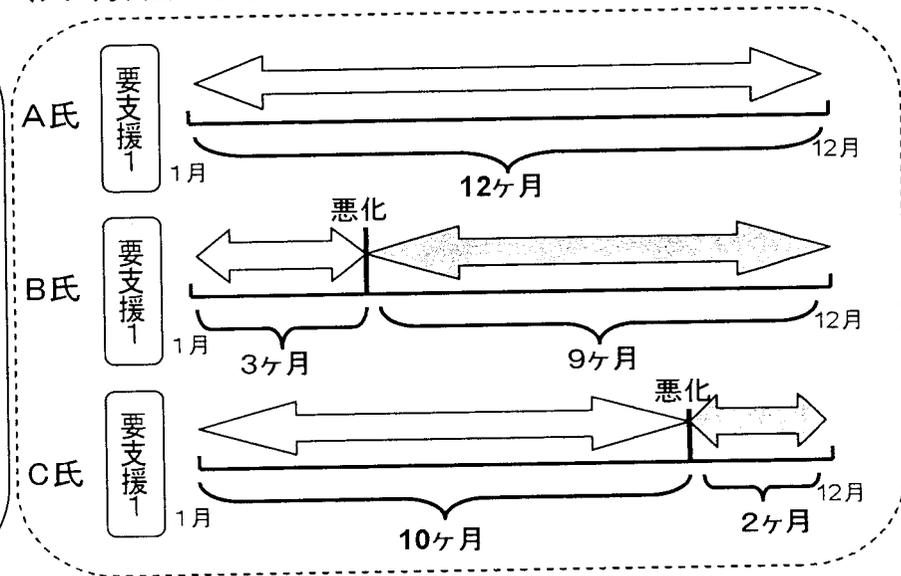
<評価の例>

25(人・月)(12+3+10)の観察期間中、2人が悪化
 (2/25=0.08)した。→要介護度が悪化した者の発生率=0.08

↓
 「100人を1ヶ月間追跡した場合、ちょうど1ヶ月目が終了した時点で8人が悪化」と解釈

↓
 施策導入前後の群の要介護度が悪化した者の発生率を比較(差・比)することにより、介護予防施策導入の定量的効果を算出可能

「(人・月)法による維持改善及び悪化の(人・月)割合」の集計



<評価の例> (参考: 第3回検討会の仮集計の方法)

36(人・月)(3人×12ヶ月)の観察人・月において、
 11(人・月)(11/36=30.6%)が悪化の状態。

↓
 悪化(発生)した人数に加えて、その期間の長さについても評価する指標(人・月法)であるが、直接的に介護予防施策導入の効果と解釈することはできない

介護予防効果算出に用いるデータについて

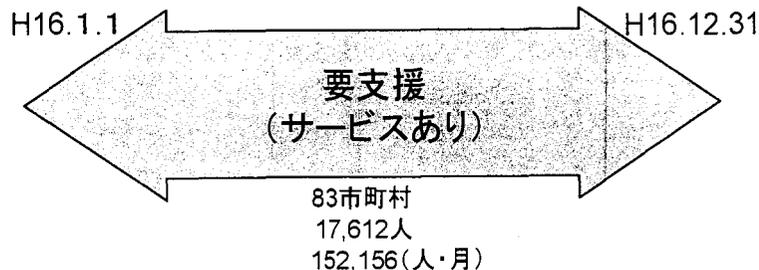
(今回「要介護度が悪化した者の発生率」を求めるにあたって使用したデータ)

施策導入前

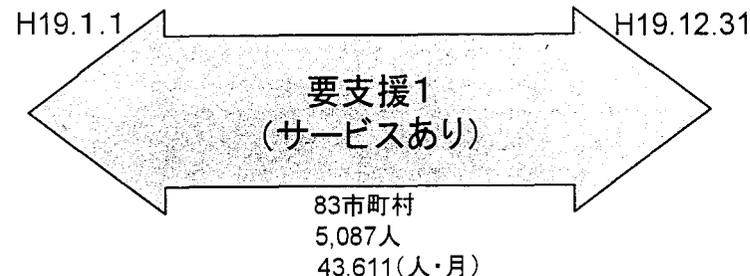
施策導入後

(新) 予防給付

介護給付費請求書(レセプト)データ

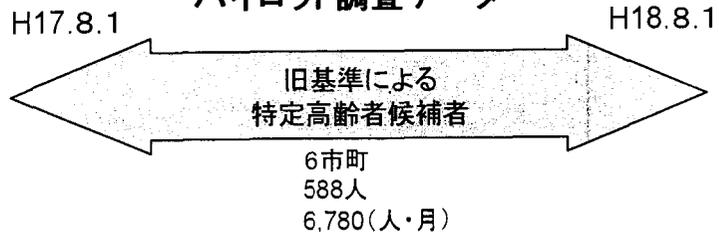


継続的評価分析支援事業データ



特定高齢者施策

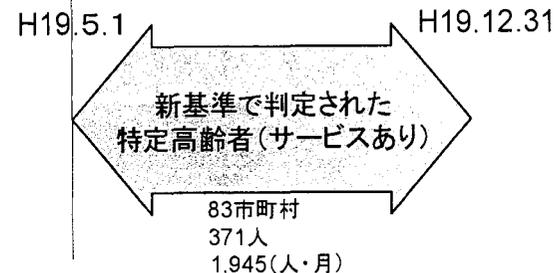
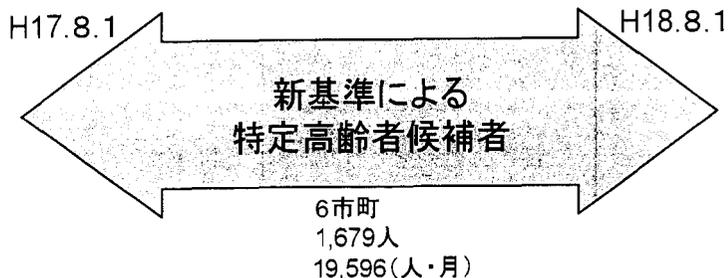
基本チェックリストに関する
パイロット調査データ



継続的評価分析支援事業データ



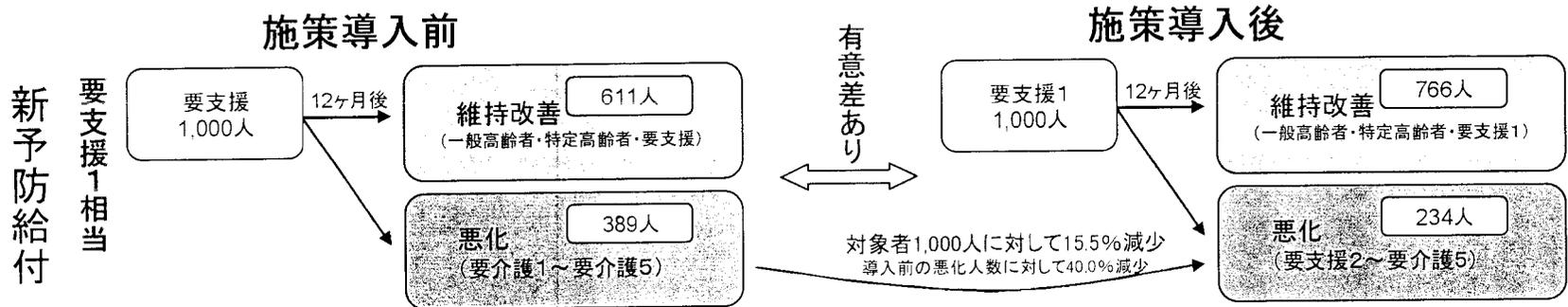
(基準緩和前)
旧基準



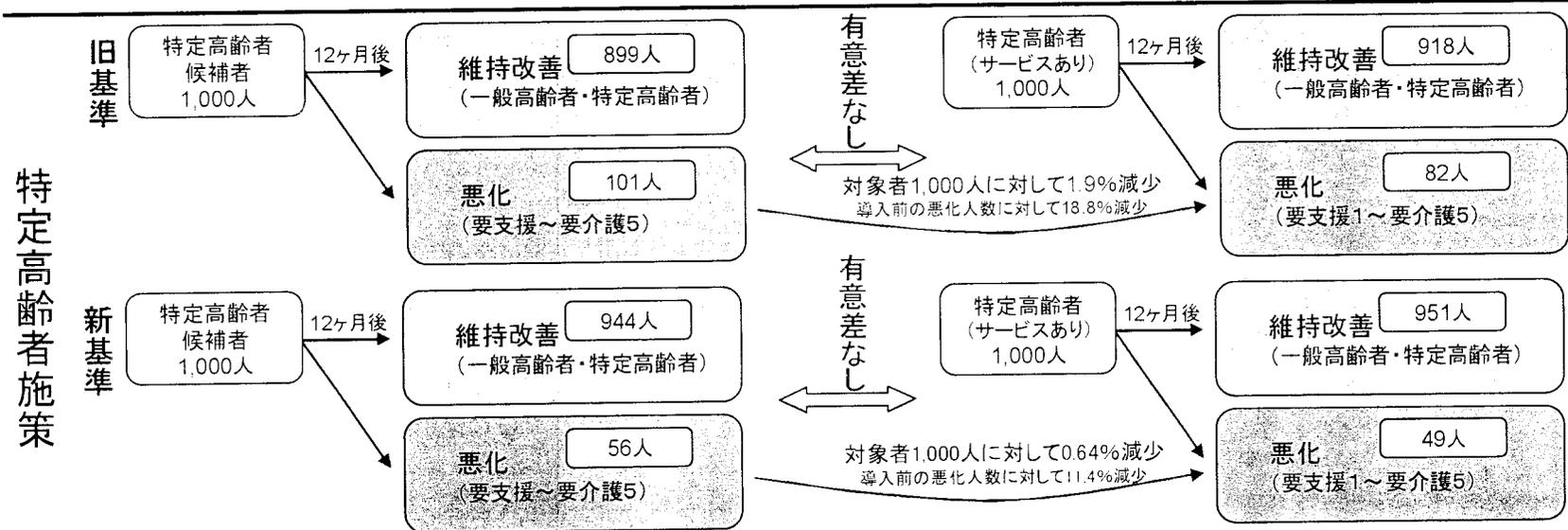
(基準緩和後)
新基準

(参考資料3)

「要介護度が悪化した者の発生率」を用いた 介護予防サービスの効果分析の結果について(概要)



1,000人を1年間追跡(12,000人月)した場合、要介護度が悪化した者の割合は、統計学的に有意に以下の結果となり、介護予防効果が認められた。
 対象者1,000人に対して15.5%(155人)減少し、コントロール群の悪化人数(389人)に対して40%(155人)減少した。
 ※性・年齢調整を実施



施策導入前と導入後の対象者の属性の違いを調整しないで(※)分析したところ、以下の結果となったが、新基準・旧基準とも、統計学的有意差は認められなかった。 ※性年齢調整のみを行い、特定高齢者候補者と、サービスを受けている特定高齢者の属性の違いは調整できなかった。

1,000人を1年間追跡(12,000人月)した場合、要介護度が悪化した者の割合は、
 旧基準では、対象者1,000人に対して1.9%(19人)減少し、コントロール群の悪化人数(101人)に対して18.8%(19人)減少し、統計学的有意差は認められなかった。
 新基準では、対象者1,000人に対して0.64%(6人)減少し、コントロール群の悪化人数(56人)に対して11.4%(6人)減少し、統計学的有意差は認められなかった。

(参考資料4)

特定高齢者の決定方法等の見直し（平成19年度～）について

1 特定高齢者候補者の選定基準

以下の①～④のいずれかに該当する者

- ①うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち、
10項目以上に該当（基本チェックリスト1～20）
- ②運動器の機能向上5項目のうち3項目以上に該当
- ③栄養改善2項目の全てに該当
- ④口腔機能の向上3項目のうち2項目以上に該当



以下の①～④のいずれかに該当する者

- ①うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち、
12項目以上に該当（基本チェックリスト1～20）
- ②運動器の機能向上5項目全てに該当
- ③栄養改善2項目の全てに該当
- ④口腔機能の向上3項目全てに該当

2 特定高齢者の決定の基準

- 運動器の機能向上関係
運動器の機能向上5項目のうち3項目以上に該当
- 栄養改善関係（次のいずれかに該当）
 - ・栄養改善の2項目の全てに該当
 - ・血清アルブミン値3.8g/dl以下
- 口腔機能の向上関係（次のいずれかに該当）
 - ・口腔機能の向上3項目のうち2項目以上に該当
 - ・視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
 - ・反復唾液嚥下テストが3回未満



- 運動器の機能向上関係
運動器の機能向上5項目全てに該当
- 栄養改善関係（次のいずれかに該当）
 - ・栄養改善の2項目の全てに該当
 - ・血清アルブミン値3.5g/dl以下
- 口腔機能の向上関係（次のいずれかに該当）
 - ・口腔機能の向上3項目全てに該当
 - ・視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
 - ・反復唾液嚥下テストが3回未満

3 医師による生活機能の評価に関する判定区分の文言

- 生活機能の低下あり
 - ・介護予防事業の利用が望ましい
 - ・医学的な理由により次の介護予防事業の利用は
不適當
- 生活機能の低下なし



- 生活機能の著しい低下有り
- 医療を優先すべき
- 生活機能の著しい低下無し

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0.はい	1.いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

旧基準、新基準に分けた場合の特定高齢者の悪化人数、追跡(人・月)及び要介護度が悪化した者の発生率

旧基準

施策導入前(パイロット調査データ)

	運動機能測定得点	男性			女性		
		悪化人数(分子)	観察人・月(分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)	悪化人数(分子)	観察人・月(分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)
65-74歳	0-2点	0	492	-	1	522	0.002
	3-4点	2	324	0.006	0	480	-
	5点	1	150	0.007	3	342	0.009
75-84歳	0-2点	1	378	0.003	4	528	0.008
	3-4点	3	390	0.008	10	852	0.012
	5点	3	198	0.015	10	696	0.014
85歳-	0-2点	0	144	-	0	216	-
	3-4点	2	156	0.013	5	450	0.011
	5点	0	84	-	1	378	0.003

施策導入後(継続的評価分析支援事業データ)

	運動機能測定得点	男性			女性		
		悪化人数(分子)	観察人・月(分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)	悪化人数(分子)	観察人・月(分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)
65-74歳	0-2点	0	79	-	1	310	0.003
	3-4点	1	112	0.009	2	346	0.006
	5点	0	45	-	0	206	-
75-84歳	0-2点	1	280	0.004	4	1240	0.003
	3-4点	7	281	0.025	11	2365	0.005
	5点	3	175	0.017	5	1044	0.005
85歳-	0-2点	4	154	0.026	4	492	0.008
	3-4点	4	186	0.022	9	1325	0.007
	5点	1	139	0.007	7	541	0.013

新基準

施策導入前(パイロット調査データ)

	運動機能測定得点	男性			女性		
		悪化人数(分子)	観察人・月(分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)	悪化人数(分子)	観察人・月(分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)
65-74歳	0-2点	3	1710	0.002	3	1758	0.002
	3-4点	4	1176	0.003	2	3024	0.001
	5点	1	150	0.007	3	342	0.009
75-84歳	0-2点	3	1194	0.003	7	1434	0.005
	3-4点	8	1716	0.005	18	3552	0.005
	5点	3	198	0.015	10	696	0.014
85歳-	0-2点	2	288	0.007	0	408	-
	3-4点	4	444	0.009	8	1044	0.008
	5点	0	84	-	1	378	0.003

施策導入後(継続的評価分析支援事業データ)

	運動機能測定得点	男性			女性		
		悪化人数(分子)	観察人・月(分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)	悪化人数(分子)	観察人・月(分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)
65-74歳	0-2点	1	97	0.010	0	98	-
	3-4点	0	69	-	0	169	-
	5点	0	29	-	1	72	0.014
75-84歳	0-2点	0	76	-	0	159	-
	3-4点	0	180	-	2	489	0.004
	5点	0	45	-	2	80	0.025
85歳-	0-2点	1	8	0.125	0	66	-
	3-4点	0	106	-	1	150	0.007
	5点	0	0	-	0	52	-

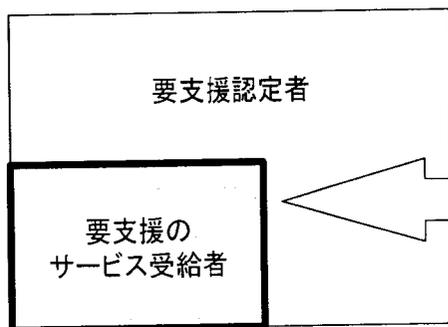
対象者の違いについて

施策導入前

施策導入後

予防給付

レセプトデータ(コントロール群)



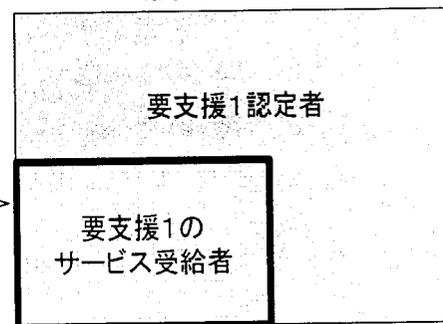
83市町村: 17,612人 (152,156(人・月))

- ・両群とも同じ市町村数(83市町村)
- ・同様の要支援度かつ「サービス受給者」
- ・性・年齢調整を行って分析
- ・十分な対象者数

比較

両群は極めて属性の近い集団として分析可能、かつ人数は十分であり、統計学的な有意差を十分に検出可能

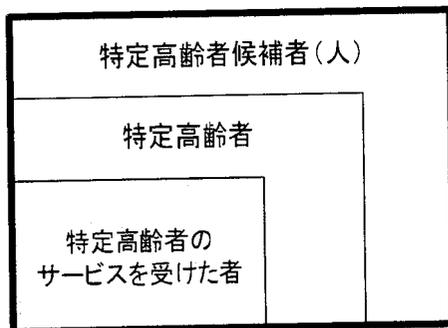
継続的評価分析等事業データ(調査対象群)



83市町村: 5,087人 (43,611(人・月))

特定高齢者施策

パイロット調査データ(コントロール群)



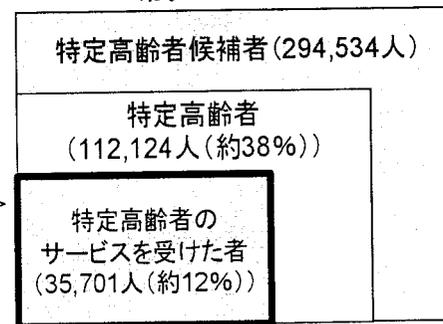
6市町: 旧基準 588人 (6,780(人・月))
新基準 1,679人 (19,596(人・月))

- ・両群の市町村が違う(6市町と83市町村)
- ・「特定高齢者候補者」と「サービス受給者」の属性の違い
- ・属性を十分に調整できていない(性・年齢のみ調整)
- ・対象者数が少ない

比較

両群は属性に違いがあるが、必要な調整が不十分であり、かつ対象者数が少なく、統計学的な有意差を十分に検出することが不可能

継続的評価分析等事業データ(調査対象群)



83市町村: 旧基準 899人 (9,320(人・月))
新基準 371人 (1,945(人・月))

※()内は平成18年度介護予防状況調査(全国ベース、調査期間:平成18年4月~11月)

(参考資料8)

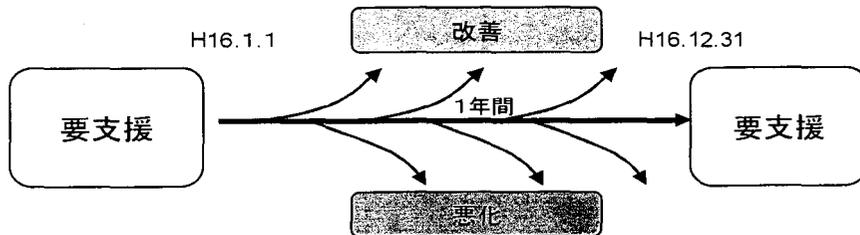
介護予防効果算出に用いるデータセットの違いについて

施策導入前

施策導入後

予防給付(要支援)

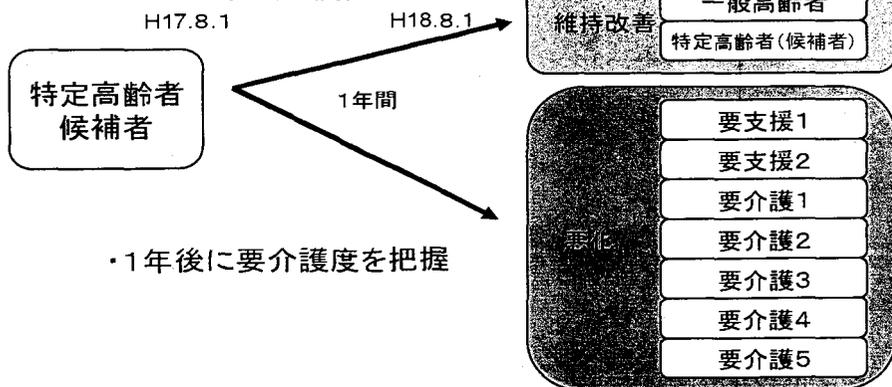
介護給付費請求書(レセプト)データ



- ・H16.1月に要支援であった者を1年間追跡
- ・1ヶ月ごとのフォローアップデータがある
- ・対象者ごとに追跡期間は異なる

特定高齢者施策

基本チェックリストに関する
パイロット調査データ

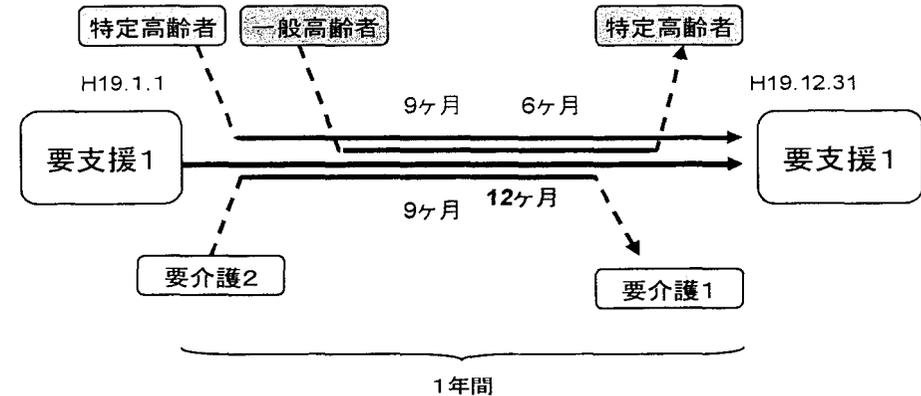


- ・1年後に要介護度を把握

新予防給付(要支援1)及び特定高齢者施策

継続的評価分析支援事業データ

※要支援1を例とする



- ・H19.1.1からH19.12.31までの1年間に調査票が記入されたデータを使用
- ・3ヶ月ごとのフォローアップデータがある
- ・対象者ごとに追跡期間は異なる

新予防給付導入(要支援2に相当する者)の効果分析について(参考)

- 新予防給付導入前に要介護1であった者と、導入後に要支援2である者は、要介護認定において、同じ「要介護1相当」のカテゴリーに属し(別紙参考資料1)、介護の手間に係る審査判定において「要介護1相当」と判定された後、「認知症高齢者の日常生活自立度」や「認定調査結果(廃用の程度に関する調査項目)」等を用いて状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、「要介護1」又は「要支援2」と判定されている。
- 今回、参考として、新予防給付導入前に要介護1であった者(41,141人)と、導入後に要支援2である者(5,394人)を同等の状態(要支援2に相当する者)と仮定する場合として、本文中の要支援1に相当(導入前に要支援)する者に関する解析と同様に、分析を行った。
- 導入前に要介護1であった者と、導入後に要支援2であった者が同等の状態であると仮定することから、両者ともに、要介護2以上となった場合に、悪化した者として集計した。
- なお、平成18年度の介護給付費実態調査(平成18年5月審査分～平成19年4月審査分)の結果を見ると、1年間継続して受給した者について、要支援2と要介護1のそれぞれの「要介護状態の変化」をみると、翌年に悪化した者の割合は、それぞれ24.0%、25.6%であり、その差は1.6%(要支援2(24.0%)に対して7%に相当)であった(別紙参考資料2)。

(1)新予防給付導入前(コントロール群)及び導入後(調査対象群)のデータについて

- 要支援1に相当する者と同様に、コントロール群及び調査対象群のデータにおける要介護度が悪化した人数、追跡(人・月)を、性・年齢階級ごとにデータ集計したところ、表3のようになった。

表3 新予防給付導入前（コントロール群）及び導入後（調査対象群）の要介護度が悪化した人数、追跡（人・月）及び要介護度が悪化した者の発生率
要支援2に相当する者

	年齢	男性			女性		
		悪化人数 (分子)	観察人・月 (分母)	悪化率 (悪化人数/観察人・月)	悪化人数 (分子)	観察人・月 (分母)	要介護度が悪化した者の発生率 (悪化人数/観察人・月)
施策導入前 (要介護1)	65-74歳	445	21,485	0.021	526	43,876	0.012
	75-84歳	995	40,850	0.024	2,334	145,038	0.016
	85歳-	819	27,179	0.030	2,590	100,541	0.026
施策導入後 (要支援2)	65-74歳	16	2,127	0.008	13	4,141	0.003
	75-84歳	41	5,268	0.008	68	17,864	0.004
	85歳-	32	3,281	0.010	96	14,850	0.006

(2) 要介護度が悪化した者の発生率及び介護予防効果の算出について

○ 上記データについて、要支援2に相当する者について、要介護度が悪化した者の発生率及び同発生率の相対危険度を算出したところ、以下のとおりとなった。

①標準化法による要介護度が悪化した者の発生率（12,000（人・月）あたり（1000人を12ヶ月追跡するとすれば））

- ・新予防給付導入前（コントロール群）の要介護度が悪化した者の発生率：250.2
- ・新予防給付導入後（調査対照群）の要介護度が悪化した者の発生率：67.2
- ・要介護度が悪化した者の発生率の差（導入後-導入前）：-183.0（95%信頼区間：-192.9～-173.2）

②Mantel-Haenszel 法による要介護度が悪化した者の発生率の相対危険度（調査対象群における「要介護度が悪化した者の発生率」のパイロット調査群の「要介護度が悪化した者の発生率」に対する比）

- ・相対危険度：0.27（95%信頼区間：0.24～0.30）

○ 以上の結果を解釈すれば、

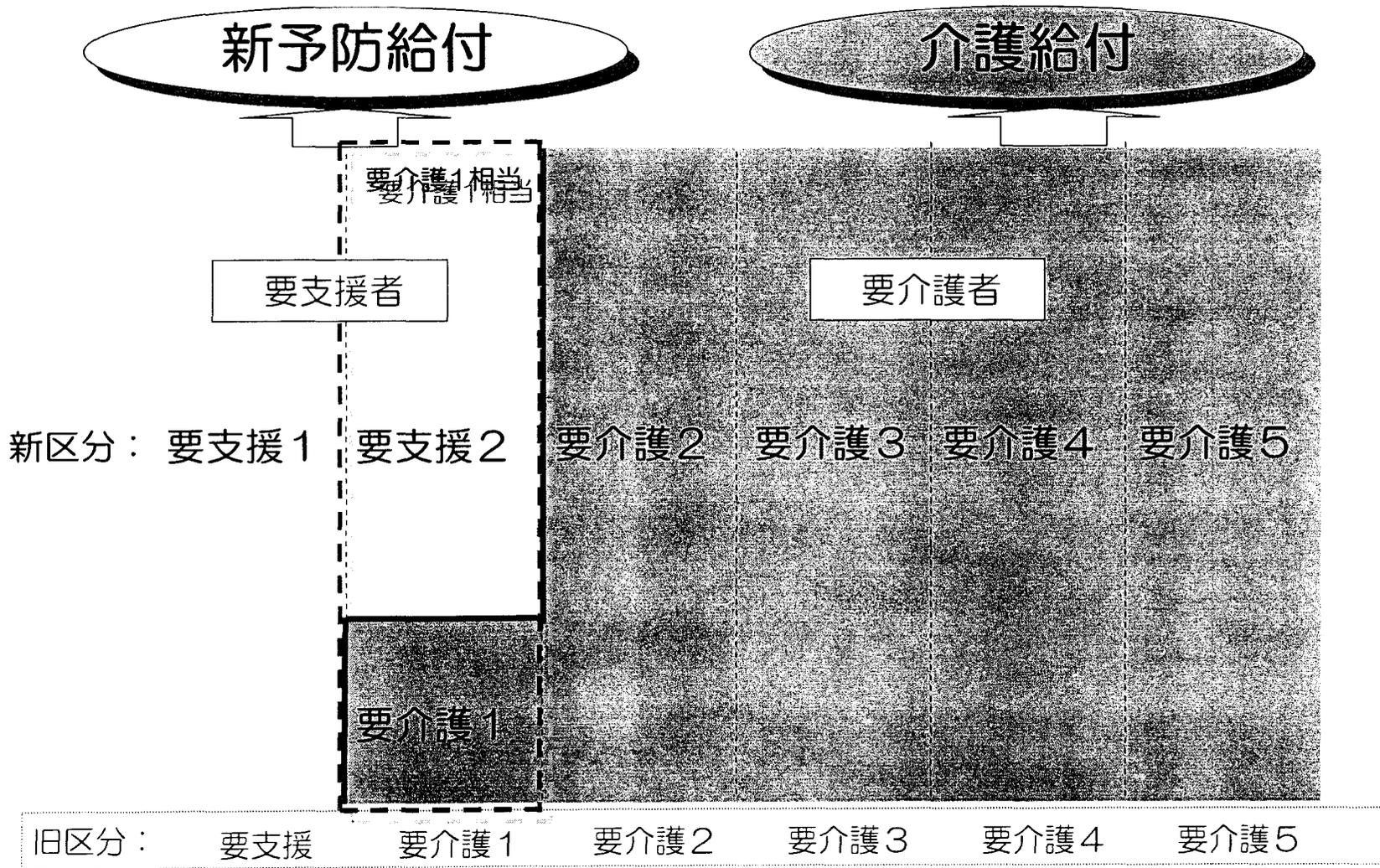
- ・ 要支援2に相当する者について、標準化法を用いて、施策導入前後の要介護度が悪化した者の発生率とその差を算出したところ、要介護度が悪化する人数は、導入前の250人（250.2人）に対して、導入後は67人（67.2人）となり、
- ・ 施策導入前後の要介護度が悪化した人数は、統計学的有意に183人（183.0人）減少（対象者1,000人に対して、18.3%の減少；導入前の悪化する人数に比べて73.1%減少）するという介護予防効果があった

ということとなる（別紙参考資料3）。

(3)分析結果の解釈を行う上での留意事項

- (1)(2)の分析では、新予防給付導入前の要介護1と導入後の要支援2を同等の状態と仮定した上での分析を行った。しかし、今回の解釈を行うにあたっては、以下の理由(①～③)により、要支援2よりも要介護1の方が要介護度が悪化する者の割合が高い可能性があるという点に留意する必要がある。
- ① 要支援2及び要介護1は、前述のとおり、審査判定において、「要介護1相当」であると判定された後、「認知症高齢者の日常生活自立度」や「認定調査結果(廃用の程度に関する調査項目)」等を用いて両者のいずれかに判定される。つまり、要介護1は要支援2に比べて「認知症を有している」か「病状が不安定である」ため、生活機能がより低下しやすい可能性がある。
- ② 本検討会による解析では、両群が同等の状態にあると仮定しているため、ともに要介護2以上の状態になる場合を「要介護状態が悪化した」と定義しており、その定義に従えば、前述のように、統計学的有意差をもって介護予防効果があった。
- ③ ただし、当該効果の解釈においては、前述の平成18年度の介護給付費実態調査において得られた、要支援2の24%と、要介護1の25.6%という、要介護度が悪化した者の割合の差について、要介護1の者は、要介護2以上の要介護へと移行した場合に悪化と定義されるが、要支援2の者は、要介護2以上となる場合に加え、要介護1と移行した場合でも悪化と定義される点(要支援2の方が、要介護1よりも「要介護状態の悪化」と定義される幅が大きい)を考慮する必要がある。

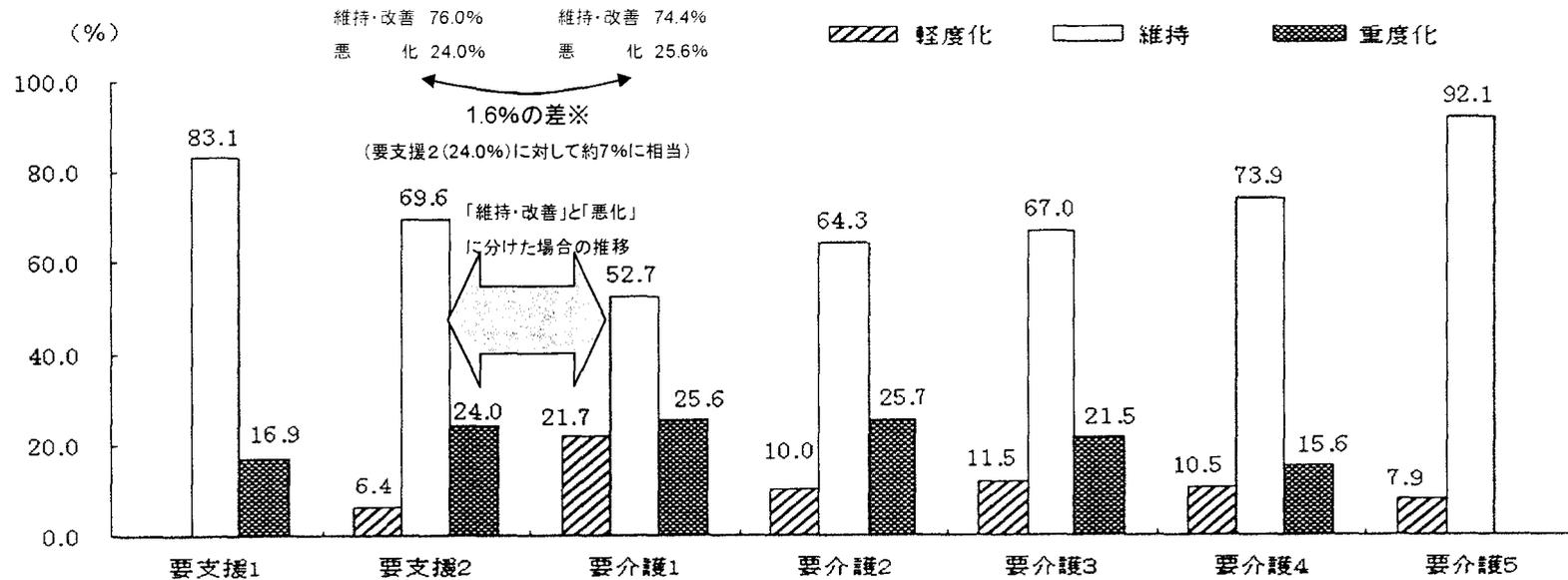
要支援・要介護区分について（平成18年度～）



(別紙参考資料1)

要支援2と要介護1の「維持・改善」及び「悪化」の推移について

1年間継続して受給した者について集計

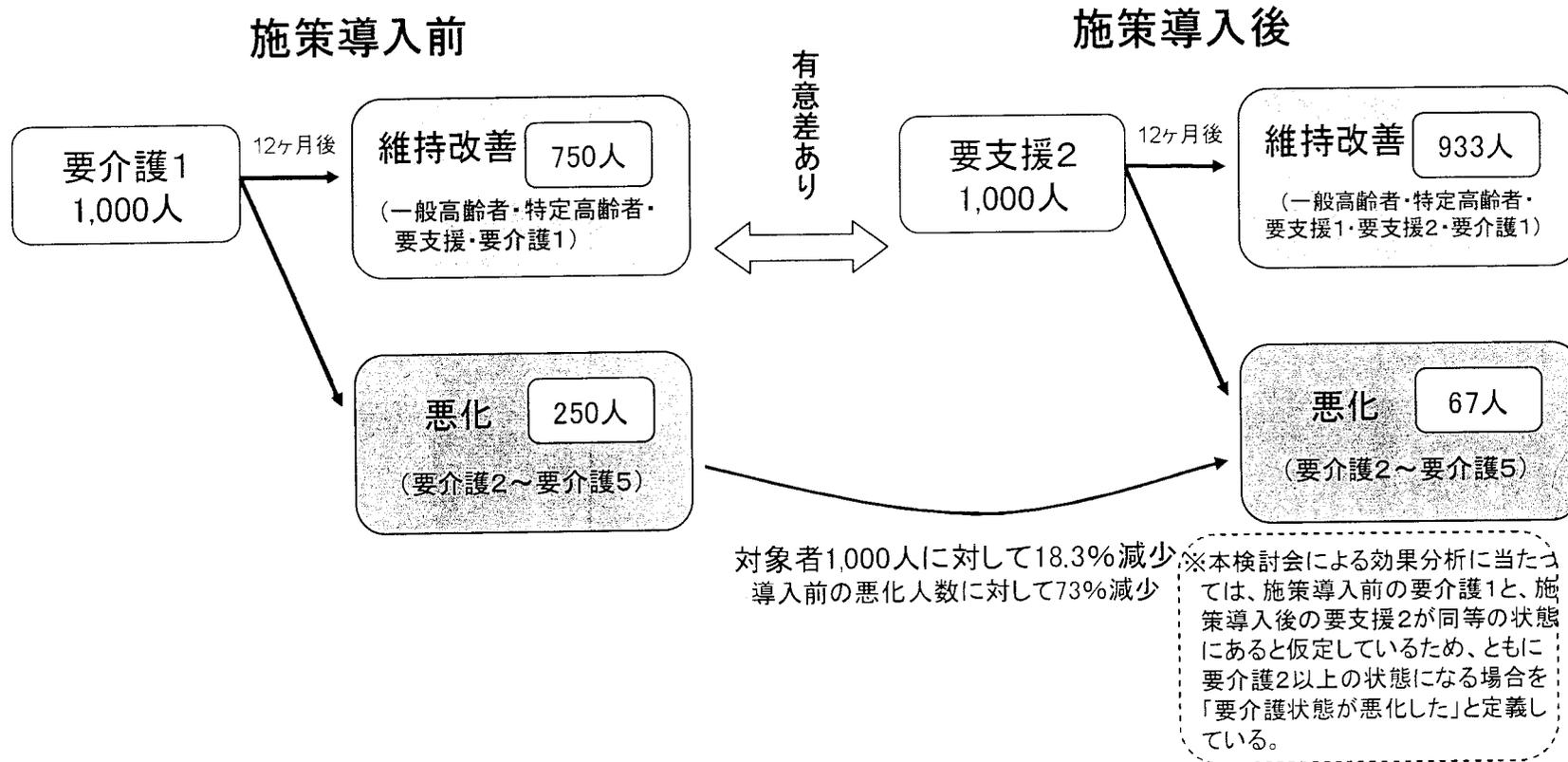


注: 要介護1の軽度化には、平成18年4月の介護保険制度改正により要支援2へ移行した受給者を含む。

※ 要支援2の要介護度の悪化は要介護1～要介護5 }
 要介護1の要介護度の悪化は要介護2～要介護5 } である

平成18年度 介護給付費実態調査結果の概況
(平成18年5月審査分～平成19年4月審査分)

「要介護度が悪化した者の発生率」を用いた 介護予防サービスの効果分析の結果について(概要) (新予防給付(要支援2相当))



1,000人を1年間追跡(12,000人・月)したとすれば、悪化する人数は、
導入前に比べて、導入後は統計学的有意に183人減少する。

※性・年齢調整を実施

2008年6月18日

社会保障審議会委員

社会保障審議会介護給付費分科会委員

沖藤典子

介護報酬改定について 利用者・市民の立場からの意見書

はじめに：制度のあり方について

2006年度の改正介護保険法施行以降、当初から複雑だった制度が細目にわたって変更になり、専門職にも十分な周知ができず、行政担当者も説明責任を果たせない状況となっています。

このため、高齢利用者や介護者は制度の正しい理解に近づくことができず、納得がいかないままサービスの利用控えをし、その影響で家族の介護負担が増えるという事態を招いています。

安定的な介護保険財政の維持は大切なことですが、介護保険特別会計全国計が2000年度以降、毎年度1000億円前後の黒字会計で推移するなか、利用者の生活実態を直視することなく進行するサービス適正化は、制度に対する被保険者の不信感を増大させています。

2009年度の介護報酬改定は、「走りながら考える」といわれてきた介護保険制度の、まさに正念場であると考えます。家族を中心とする介護者を“介護地獄”から解放し、高齢利用者の生活を支える「介護の社会化」という制度設立の理念にふたたび立ち戻り、人生最晩年の命を寿ぐ制度をさらに充実させるために、介護給付費分科会委員のみなさまと議論を深めていきたいと切望しております。

1. 介護報酬の見直しについて

2007（平成19）年介護事業経営概況調査の暫定仮集計では、居宅介護支援（予防サービスを含む）の事業収益に対する収支差の率が前年度-12.9%から-15.8%に悪化しています。訪問介護（予防サービスを含む）では、収入に対する給与費比率が前年度84.1%から82.8%に減少しています。

介護報酬の見直しの検討にあたっては、事業収益に対する収支差の率、収入に対する給与費比率が低下しているサービスについて、課題分析を含めて優先的に検討することを提案いたします。

2.加算の設定について

前回の介護報酬改定では、各サービスに多くの加算がつけられました。しかし、入浴や機能訓練など具体的なサービス加算のほか、特定事業所加算など利用者に理解を求めることが難しい設定もあります。現在の介護保険サービス利用者は、75歳以上の人たちが8割になります。そのうち80歳代、90歳代、100歳代が半数を占めます。事業者を選ぶ時に、加算を取得している事業所かどうか、利用者にはわからないケースも多くあります。また、加算を取得していること自体が、質の良いサービスの提供を保障しているかどうかを判断する材料ともなりえない側面もあります。高齢当事者の“選ぶ権利”を保障するためにも、介護給付費分科会において、改めて加算を設定する原則を確認し、加算をつける条件について共通認識を得ることを提案いたします。

3.居宅介護支援と介護予防支援について

3-1.

2006年の介護保険法改正後、認定更新ごとに、要支援1・2の要支援認定と要介護1の要介護認定の間を繰り返し移動する利用者が出ています。周知のように、要支援認定と要介護認定ではケアマネジメントを含めてサービス内容が異なります。これまでも、心身の状況が変わりやすい利用者にとって、認定更新や区分変更の手続きはストレスが大きいと指摘されてきました。改正により、ケアプラン作成支援担当者の変更が繰り返されることは、高齢当事者の新たな負担ともなっています。とくに認知症の利用者の場合には、周辺症状を悪化させているとの報告もあります。高齢者にとって使いやすいケアプラン作成支援となるよう、要支援認定と要介護認定を行き来する利用者などに「利用者主体」の介護保険制度の基本理念を実現できるよう、要介護認定から要支援認定に変更になった場合には、ケアマネジャーによる居宅介護支援を継続的に利用できるような見直しを提案いたします。

3-2

要支援1・2の要支援認定を受けた高齢者は、地域包括支援センターの指定介護予防支援事業所による介護予防支援を利用することが原則になっています。しかし、地域包括支援センター(指定介護予防支援事業所)の介護予防ケアプラン担当者は、3カ月に1回程度の訪問、さらにはサービス提供事業所から状況報告を得るだけでもよいとされています。したがって利用者の入退院の対応への義務はなく、ペナルティも課されていません。状態変化の激しいケースや進行性の疾患であっても、要支援認定者であればこの程度の状態把握でよいとされていることには、危険性すら感じます。また、入院後状態変化があると区分変更を申請中のまま退院となった時、予防給付か介護給付かの判断がつかず、サービス調整のないままに在宅に戻る高齢者も出ています。加えて、地域包括支援センターは、介護予防支援事業所の業務である介護予防ケアプラン作成支援に追われ、本来の地域支援事業にまで手がまわらないという声も聞きます。そして、診療報酬改定により、早期退院促進強化を行う医療機関が増えているという情報もあります。利用者

が安心して相談でき、退院後の生活が安定するよう、介護予防支援のあり方について見直すことを提案いたします。

4.介護予防サービスの定額報酬について

4-1

介護保険法改正と前回の介護報酬により、要支援1・2の要支援認定を受けた人たちは、介護予防訪問介護、介護予防通所介護の対象となり、それらのサービスの報酬は月単位の定額制になりました。介護給付費実態調査月報（2008<平成20>年3月審査分）では、要支援認定利用者が75万9,400人（前年同月比13万8,700人増）、要介護認定利用者が290万3,300人（前年同月比3万1,000人減）というデータが示されています。2005年の介護保険法改正案の国会審議では、「必要な人には必要なサービスを提供する」という大臣答弁がありました。しかし、多くは事業者の都合により、利用回数が実質的に制限されています。2006年、2007年に開設されたNPOによる電話相談では、利用限度額が十分に残っているにも関わらず必要なサービスの提供回数が削減されたという声が多数寄せられました。また、利用回数の少ない利用者にとっては定額支払いが負担となり、利用を断念するケースもあると聞いています。介護予防訪問介護、介護予防通所介護における定額制の導入は、選択型サービスの基本に反する事態を招いています。また、個々人の暮らしは、標準化できない部分が多くあります。認定ランク別に設定された利用限度額の範囲内で必要なサービスを選択できるよう、定額報酬を見直すことを提案いたします。

4-2

要支援1・2の要支援認定者の介護予防訪問介護では、介護報酬が包括設定されているため、日常生活支援以外に通院介助を必要とする利用者が多いにもかかわらず、限られた時間内で通院介助を提供する事業所が少ないため、通院介助が利用できないという声があります。また、介護保険外の通院介助の利用では、負担に耐えきれないとの訴えも寄せられています。通院等乗降介助を必要とする要支援認定者がいることへの対策、あるいは通院等乗降介助を利用できるよう条件を見直すことを提案いたします。

5.訪問介護について

5-1

介護保険法改正、前回の介護報酬改定により訪問介護の「生活援助」は、利用者への制限が強まっていますが、株式会社コムスンの事件などにより行政指導が厳しくなるなか、同居家族がいることを理由に制限される例が多くなっています。利用者のなかにはケアマネジャーや保険者から「国が決めたことだから」と説明を受けたとの事例も寄せられています。このため、厚生労働省は昨年末、「同居家族がいることを理由に、一律機械的に生活援助を利用できないと判断しないようにされたい」との事務連絡を出しましたが、必要と判断して提供されたサービスなのに

行政から介護報酬の返還あるいは自主返還を求められた事業所の事例も寄せられています。「生活援助」を必要とする利用者や介護者が安心してサービスを利用することができるよう、「生活援助」の利用条件を再確認することを提案いたします。

5-2

介護保険法施行当初、厚生労働省から出された『訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について』（2000年3月17日、老計第10号）は、訪問介護計画及び居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する際の“参考”として活用することが求められていますが、介護保険法改正以降の電話相談では、ホームヘルパーによる「散歩」の同行が認められなくなったとの訴えが多く寄せられています。心身の衰えにより閉じこもりがちな高齢者の健康回復やリフレッシュのために必要とされてきた「散歩」にこそ、介護予防の効果があると考えます。しかし、運営適正化の流れのなかで、前述の文書に参考事例として掲載されていないことを理由に一律にカットされています。訪問介護については、「散歩」はもちろんのこと、利用者ひとりひとりの身体状況や生活実態などに合わせたサービス提供が基本であることを再度、確認し、明文化することを提案いたします。

6.院内介助と退院計画について

6-1

訪問介護の「通院等乗降介助」では、「院内介助」がないため、通院できない」という切実な訴えがあります。一般的には、“院内介助”は介護報酬の対象でなく、医療機関が対応するものとされていますが、『訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について』では「場合により」提供が認められるとされています。しかし、現実には介護保険、医療保険双方から「院内介助は行わない」と拒絶されているケースもあります。また、「通院等乗降介助」では、1回の利用で複数の医療機関に通院することが禁止されているため、医療を必要とする利用者が複数回の外出で疲労を余儀なくされているケースもあります。しかも、通院乗降介助の際のホームヘルパー交通費は自己負担です。

これらの矛盾と非合理性を解消するため、訪問介護における通院等乗降介助と院内介護を統合して「受診支援」（仮称）を新設し、合理的な介護報酬を設定することを提案いたします。

6-2

入院中の利用者にケアマネジャーが相談支援や退院計画作成などを提供する場合、必ずしも給付管理につながらないケースがあります。しかし、利用者への継続的なサービス提供と、安定的な在宅復帰のために、居宅介護支援は必要不可欠のものと考えます。居宅介護支援に一定の基準を設け、介護報酬を算定することを提案いたします。

7.福祉用具レンタルについて

前回の介護報酬改定では、電動ベッド、電動車いすを中心に要支援1・2、要介護1の利用者への福祉用具レンタル利用品目に制限が加えられました。NPOの電話相談では、必要であるにもかかわらず、なぜ利用できなくなるのかという訴えが相次ぎました。訪問調査項目にもとづく利用品目の制限は、合理的とはいえないのではないのでしょうか。訪問調査項目による利用制限を廃止し、保険者、ケアマネジャー、サービス担当者会議など現場の判断によるサービス提供に切り替えることを提案いたします。

8.地域密着型サービスの利用への柔軟な対応を

2006年改正において、保険者である市区町村が指定する地域密着型サービスが新設されました。事業所指定が都道府県から市区町村に移行したことに伴い、保険者である市区町村に住民票がない認定者は、保険者が異なるという理由で、希望する近隣の事業者を選べないという事態が発生しています。このため、全国の保険者が地域密着型サービスを充実させるために、介護報酬を再検討する必要があると考えます。しかし、現状では、とくに認知症通所介護や小規模多機能型居宅介護などは十分な事業所数とは言えません。また、遠隔地に住む高齢者が冬期のみ子世帯と同居するといったケースもありますが、このような短期滞在でも、サービスの利用にあたって住民票の移動を求める保険者もあると聞きます。現実の課題を解決するために、当面、隣接市区町村指定の事業所の利用希望や短期滞在のケースについては、保険者や地域包括支援センター、ケアマネジャーなどの判断にもとづき、住民票の移動がなくてもサービスの利用の適否を判断することができるなど、課題を解決するしくみを作ることを提案いたします。

9.居住費・食費の自己負担軽減のための低所得者対策について

2005年10月から改正介護保険法が前倒し実施され、介護保険3施設の居住費・食費は全額利用者の自己負担に変更され、同時に低所得者対策が実施されています。しかしながら、在宅サービスに位置づけられる認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、特定施設においては、従来から居住費・食費の自己負担があるにもかかわらず、低所得者対策は設けられていません。本来的な低所得者対策は、介護保険財政ではなく福祉政策として在宅高齢者すべてを見渡した検討が必要と考えます。しかし、在宅生活が限界になっても、居住費・食費を負担できないことを理由に、施設サービスや居住系サービスを最初からあきらめる人たちが今後、増え続けることが予想されます。とくに低所得層の利用者の選ぶ権利を保障するために、居住系サービスにおける低所得者対策を新設することを提案いたします。

10.介護人材確保について

2008年5月20日の「介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案に対する付帯決議」に則り、速やかに「適切な措置を講ずること」を望みます。介護職員が確保できないことを理由にサービス利用が制限されたり、断られる利用者が出ています。このままでは、「保険あってサービスなし」に逆戻りする恐れがあります。介護職員の安定雇用と幸せな労働生活は、利用者の幸せを守るものです。待遇改善は待ったなしの問題と考えます。基本報酬の引き上げとともに、介護報酬に人件費比率を設定することを提案いたします。

なお、ホームヘルパーについては、移動、待機、書類・報告書の作成、研修時間、ミーティングなど直接サービス以外の賃金支払いについて、介護報酬上、配慮することを提案いたします。また、サービス提供責任者の責務について介護報酬上の評価がありません。訪問介護サービスの要であるサービス提供責任者の業務への評価を検討することをあわせて提案いたします。

その他 要介護認定における一次判定 23 項目の削除予定について

介護報酬改定と直接関わるものではありませんが、要介護認定調査検討会においては、来年度に予定されている要介護認定の改定にあたり、一次判定項目 23 項目を削除候補とし、一次判定ロジックも変更して今夏、第二次モデル事業を実施する予定と聞いています。従来、施設サービスを利用する高齢者を対象にした実態調査をもとに設定された一次判定項目には、在宅介護者の“介護の手間”が勘案されず、実生活の手間のかかり方との間に乖離があると指摘されてきました。とくに今回の削除候補項目では、認知症関連の項目が多数含まれ、要介護度が軽度化するのではないかと危惧されています。一次判定項目から削除されることにより、認定調査員の“特記事項”への記載がなくなることも予想されています。ケアプラン作成支援にも影響がでると思われます。要介護認定の改定にあたっては、誰もが納得できる慎重なモデル事業の実施と十分な検討を強く求めます。

最後に

訪問介護の「生活援助」が給付制限されている現在、「介護保険栄えて、生活崩壊す」の危機感が高まっています。

高齢期の国民生活を守り、介護の重度化を防ぐには、介護保険サービスのなかでも暮らしを支える分野の充実が必須と考えます。

介護保険制度が創設されて8年が過ぎました。介護保険サービスの質の確立ができる環境を整備することが急務です。

2009年度介護報酬改定の議論が、国民の目線に立つものであることを心から願い、介護報酬改定の議論が、国民の理解と周知徹底をはかることができる内容となることを期待いたします。

平成 18・19 年度

— 介 護 保 険 委 員 会 答 申 —

『指針』の実現に向けて

平成 20 年 3 月

日本医師会介護保険委員会

平成 20 年 3 月

日本医師会長
唐澤 祥人 殿

答 申

本委員会は、平成 18 年 7 月 20 日開催の第 1 回委員会において、貴職から受けました諮問事項「地域医療から捉えた地域ケア体制整備について」を、2 年間にわたり 10 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 18・19 年度「『指針』の実現に向けて」として取り纏めましたので、ここに答申いたします。

介 護 保 険 委 員 会

委員長	野 中	博
副委員長	嶋 田	丞
副委員長	渡 部	透
副委員長	高 木	安 雄
委 員	池 端	幸 彦
委 員	片 山	壽 靖
委 員	北 川	融
委 員	功 刀	博
委 員	小 林	彰
委 員	篠 原	弘
委 員	玉 木	一 士
委 員	常 盤	峻 俊
委 員	中 尾	正 道
委 員	原 田	一 彦
委 員	増 田	勝 孝
委 員	山 内	博 昭
委 員	山 本	博 昭
委 員	米 満	弘 之

(五十音順)

目 次

はじめに：諮問事項と委員会の問題意識・基本姿勢・・・・・・・・	1
※「在宅における医療・介護の提供体制－『かかりつけ医機能』の充実－指針」 (2007年1月 日本医師会)・・・	2
提言1 「高齢者の尊厳の具現化に取り組もう」・・・・・・・・	3
提言2 「病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い 利用者の安心を創造しよう」・・・・・・・・	4
提言3 「高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の 維持・改善に努めよう」・・・・・・・・	5
提言4 「多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう」・・・	6
提言5 「住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう」・・・・・・・・	7
提言6 「壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に 係わっていこう」・・・・・・・・	8
提言7 「高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア 体制整備に努めよう」・・・・・・・・	9
まとめ：『指針』が示す3つの基本的考え方の普遍化・・・・・・・・	10
巻末：補足1（各地における取り組み事例）・・・・・・・・	13
補足2（各地から多く受ける質問等について）・・・	29

はじめに：諮問事項と委員会の問題意識・基本姿勢

本委員会は、平成 18 年 7 月 20 日に唐澤会長から「地域医療から捉えた地域ケア体制整備について」の諮問事項を受けて、10 回にわたり将来的な地域ケア体制のあり方や在宅医療を支える医師の役割と機能等について、審議を続けてきた。

この諮問事項を検討してきた委員会の問題意識・基本姿勢は、日本医師会が平成 19 年 1 月に発表した「在宅における医療・介護の提供体制－『かかりつけ医機能』の充実－指針」にある。ここでは、2025 年の高齢者の医療と介護について、将来ビジョンを支える 3 つの基本的考え方と、それを実現するために医師、医師会が取り組むべき 7 つの提言が今後の『指針』として示されている。

本指針は、平成 16・17 年度介護保険委員会答申において強調された、「医師、医師会の高齢者医療・介護に対する意識改革が重要である」ことを踏まえたものであり、本委員会の答申が日本医師会の政策指針として結実したことを評価したい。

日本医師会の高齢者医療と介護に関するこうした取り組みを踏まえ、本委員会は、『指針』に掲げられた 7 つの提言を軸に諮問事項である地域ケア体制整備について、地域医師会や医師のさまざまな取り組み事例をもとに、全国に普及・浸透するための課題を検討してきた。

現在、各自治体において「地域ケア体制の整備に関する構想（以下「地域ケア体制整備構想」）」の策定が進められている。これは、介護保険事業（支援）計画、医療計画、医療費適正化計画に反映させて、将来の高齢化の進展、サービス供給や利用見込みなど、地域の特性に応じた体制整備の策定が目的だが、行政の縦割り・縄張り意識のもとで各計画作成が別個に進行していることが報告されている。高齢者や住民のための包括的な地域ケア整備を構想・提言できるのは、地域で高齢者ケアに取り組む医師や医師会であり、本答申を踏まえて各医師会が地域ケア体制整備構想の策定に積極的に関与して、行政との協力・連携を通じ、より良い地域ケアが実現することを願うものである。

在宅における医療・介護の提供体制 —「かかりつけ医機能」の充実— 指針

2007年1月
日本医師会

日本医師会は、国民の健康と安全を守り、そして生活・人生を保障していく上で、医療の重要性を認識し、さらに少子高齢社会において従来の医療に加え、住民の住み慣れた地域での在宅療養を支える医療すなわち「在宅医療」の役割が重要と考える。

今後の高齢者の医療と介護の協働する地域ケア体制の整備において、従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」も医療を通じて支えていくことが望まれる。その実現には、地域をひとつの病棟と捉える視点など、要となる医師の意識改革と支援が医師会の重要な責務と認識する。高齢化のピークである2025年に向けた高齢者の医療と介護について、以下の3つの基本的考え方と7つの提言をもって、そのビジョンと決意を明らかにする。

—将来ビジョンを支える3つの基本的考え方—

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

—将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言—

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう。
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう。
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

日本医師会は上記の3つの考え方、7つの提言が広く社会に受け入れられ、実現することを目指したい。また、地域における「在宅死」の追求と支援も行いたい。もちろん、死の看取りは多様な選択肢があり、たとえ医療提供者であっても他者が強制できるものではない。高齢者が求めているさまざまな医療と介護、社会サービスを利用者本位、地域で提供できるよう取り組む先には、家族や友人・知人に囲まれながら、生活の場における安らかな眠りへの看取りがあると考えたい。

提言 1 「高齢者の尊厳の具現化に取り組もう」

豊かで成熟した今日の高齢社会の医療は、老人医療費の自己負担が生じない 1973 年当時の「量」の確保ではなく、高齢者の人生と尊厳を踏まえた「質」の確保が問われている。

このため医師は、「暮らしの場」において必要な医療を積極的に提供して、本人・家族の希望に添う充実した「生活・人生」を支えるために、多職種協働のもとで医療・介護・生活支援が一体となった療養環境を構築して、心安らかな尊厳ある終末期までを支える役割が求められている。

高齢者に対する医療には、当然のことながら疾病を克服する役割が期待される一方で、完治ができない際にも継続的な医療が必要であり、さらに介護と協働した援助が望まれ、そのニーズも本人や家族を中心に社会面、医療面などさまざまな希望で決まる。このため、高齢者の在宅医療において、医師は、長期間にわたる医療の提供に加えて、患者の医学的管理以外の生活支援・社会的援助の技能のレベルアップを図らなければ、患者の満足は得られない。そして、高齢者や患者に対する使命感や優しさ、さらに同じ目線に立つ対応も求められ、医学的管理のための知識に加えて、高齢者を取り巻く家族関係や社会経済・生活面、介護サービスの知識も習得する必要性が生まれてくる。

介護や福祉に関与しないままの医療の継続的な提供は、高齢者の尊厳ある生活や人生を実現できない。地域に暮らす高齢者に係わる介護・福祉の知識の習得と理解のために、介護保険制度における介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格取得を推奨している都道府県医師会もあり、高齢者ケアのための幅広い知識が求められている。特に、高齢者ケアの社会経済・制度的な基礎知識や看取りのための医療の役割・あり方などについて、現在の医学教育は甚だ不十分である。

尊厳ある高齢者医療、中でも心安らかな尊厳ある最期のために医療・看護・介護がバランスよく提供されるには、看取りのコーディネーター役としての医師の復権があらためて重要である。

提言 2 「病状に応じた適切な医療提供あるいは 橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう」

高齢社会とともに地域医療は、それにふさわしい姿に変わることが期待されている。高齢者の医療において、特に後期高齢者には残された時間が少なく、心身の機能が低下し、かつ、複合化・重度化していることも多く、医療と介護は一体的に提供するべきであり、病院完結型医療から地域完結型医療への転換、すなわち在宅医療が一つの大きな潮流になる必要がある。そのため、今後、地域の医師は、日常の医療を良質で効率的に提供するほか、連携・支援のためのチーム医療の体制をいかに自分の周りに構築するかが問われている。

すなわち、病状に応じた適切な医療の提供のために、医療連携による橋渡しを行いながら、実践を通して患者・利用者の安心を構築することが今日的課題といえる。急性期病院では、退院前カンファレンスの実施による患者の在宅療養支援機能の充実が求められ、介護老人保健施設でも在宅支援機能を保持している以上、医療と介護の一体的サービスの提供が追求される必要がある。

もちろん、かかりつけの医師や在宅療養支援診療所の多くは、在宅医療に特化しているわけではない。しかし、高齢者の療養の継続には、歯科による口腔ケアから耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、眼科など専門的な対応が必要となり、必要な医療を暮らしの場で提供・実践するシステムが稼動しなければ、患者・家族の安心は得られない。医師個人の力量を超えて、地域の医師が力を合わせて療養を支えるネットワークの形成＝地域ケア体制による実践こそが、利用者の安心を獲得できる。在宅医療には、地域の医師との協働と補完の強化が不可欠である。

こうした医療連携の創造は時間がかかるものであり、先進的な取り組みを行っている地域は長い時間をかけてネットワークの構築を進めてきた。地域において病院、診療所の医師や地域ケアに係わる多職種が触れ合い、連携するには、地域医師会の息の長い取り組みとリーダーシップが求められていることを強調したい。

提言 3 「高齢者の医療・介護のサービス提供によって 生活機能の維持・改善に努めよう」

現在、国の「地域ケア体制の整備に関する基本指針」に基づき、都道府県において療養病床の再編を踏まえた「地域ケア体制整備構想」の策定が進められている。地域の医師会はこれに積極的に関与し、行政とともにいわゆる「医療・介護難民」と危惧される、行き場のない患者・療養者が発生しないよう取り組む必要がある。

そのためには、入院・入所者について、正確な状態像と医療の必要性を把握するため、主治医も参加した多職種協議による客観的な評価を行い、患者・家族の経済的状況、地域の特定施設等の収容能力、家族の介護力等、医療・介護の必要性を軸とした高齢者の生活機能を支援する幅広い評価・分析が求められる。

そして、医療機関、特に病院においては、適切な退院調整が行われるように MSW (Medical Social Worker) の配置や地域連携室などを設けて、ケアマネジャーや在宅療養を担う多職種との積極的な係わりを進める必要がある。医療機関と介護関連施設等との連携は、高齢者の生活機能の維持・改善に不可欠であり、地域連携クリティカルパスなどをベースに今ある地域資源の機能と役割を明確化して、医療と介護のサービスが切れ目なく提供される必要がある。たとえば、地域リハビリテーションは、急性期リハビリテーションと維持期リハビリテーションを切れ目なく適正に提供することによって、高齢者の QOL (Quality of life) の維持・向上が実現する。このような、切れ目のない繋がりシステム構築が望まれる。

高齢者の生活機能の維持・改善においては、介護なき医療サービスおよび医療なき介護サービスいずれもが成立し得ず、医療・介護サービスの一体的提供こそが求められる。こうした地域医師会、医師の取り組みによる地域ケア体制の実現によって、国民そして患者・家族の支持や信頼が再構築される。

提言 4 「多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう」

高齢者医療は、これまでの急性期病院を中心とする自己完結的な医療から、在宅資源と結びついた地域完結型医療とケアの推進へと転換し、自宅に限らず施設を含めた多様な「暮らしの場」に応じて、医療ならびに介護による安心の提供が患者・家族の大きなニーズとなっている。このため、必要に応じて居宅や介護関連施設等において、医療が提供されることが必須となり、広く地域ケア＝在宅ケアと捉えて、かかりつけの医師の在宅ケアの対応力の支援・向上など、地域ケア体制の整備を推進する必要がある。

そのためには、「生活を支える医療」への理解が不可欠であり、「暮らしの場」における医療は、介護サービス計画（ケアプラン）を軸とする多様な介護、福祉提供者との連携・協働によって、患者・療養者の QOL や生活機能の維持・向上を目指すことになる。

ケアマネジメントの考えに基づいた多職種協働により、高齢者の総合的な支援空間としての「新しい地域ケア」が創造される。そして、「暮らしの場」においてかかりつけの医師をはじめとしたさまざまな医師が個々の患者の身体的機能・生活機能の低下に応じた支援と係わりを發揮することになる。診療所の医師が「かかりつけ医機能」を發揮するためにも、多職種協働による社会資源の活用が重要であり、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）によって現場が整理され、各職種が自分の役割・機能を果たすことが可能となり、高齢者・利用者との信頼関係も構築される。

こうした多職種協働のケアマネジメント、地域ケア体制整備の重要拠点が、「地域包括支援センター」である。全国の地域包括支援センターのうち、医師会が設置するものは数%以下であり、圧倒的に社会福祉法人が運営している。ボランティアを含めた保健・介護・福祉との連携・協働を強化して住民の安心を支えるため、地域医師会は積極的に地域包括支援センターの機能強化に協力する必要がある。

提言 5「住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう」

高齢社会における医療は、「暮らしの場」において展開される必要がある。地域の病院、診療所、介護関連施設等は、自らの役割・機能を十分に認識して、患者の住み慣れた地域での療養生活を支援する役割を果たすことにより、社会に貢献する医療提供者として評価される。

地域住民にとっては住み慣れた地域での療養生活を選択することは甚だ困難な現状であり、地域の個々の医師にとっても住まいや多様な住まいとしての施設と連携した医療の取り組みにはおのずから限界がある。暮らしの場での継続した療養生活に対する医療が受けやすい環境やネットワークの構築については、これまで地域医師会の取り組みに差があったことも事実である。しかしながら、在宅医療の提供を、地域の住民の選択する療養生活を支援する活動のひとつとして捉えて、地域医師会が、地域の医師が在宅医療を展開する条件の整備に率先して取り組むことが期待されている。

特に、患者本位の在宅療養の展開を基本に、介護保険における居住系サービスや特定施設等における医療提供、そして地域の高齢者を支える資源との連携を進める必要がある。すなわち、多様な住まいや介護関連施設等における療養や看取りに必要な医療や介護サービスを、高齢者の個別プランに応じて外部からどのように提供するかを考え実践するのである。

今後、特定施設や有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など多様な住まいが増えることが予想され、住まい・居住形態を踏まえた適切な医療の提供体制、支援体制の構築への検討が地域医師会には早急に望まれる。

そのためには、医療と介護の地域ケア資源の機能と役割を明確にして、早期診断、病状に応じたトリアージ、治療選択基準、移送手順、情報連携フォーマット等を共有し、治療とケアが取り次がれる各段階において、高齢者の QOL の向上を目指して、地域ケア体制の整備に取り組む必要がある。

提言 6 「壮年期・高齢期にわたっての健康管理 ・ 予防に係わっていこう」

医学や医療技術の進歩は、救命と長寿を達成して高齢社会の実現に大きく寄与した。しかし、今日なお回復できない疾病や生活障害を抱えて生きる高齢者や患者のほか、国民すべての QOL の維持・向上、健康管理において、医学・医療技術や医師の資質、専門的能力への期待は依然として大きい。壮年期・高齢期における健康管理・予防を中心とした健康で豊かな人生の実現と QOL の向上は、医療機関、介護関連施設等、居宅など医療提供の場所に関係なく、現代の医療に国民が求める普遍的な価値といえる。

このため地域ケア体制の整備においても、生活習慣病の増加、生活機能の低下を防止する医師、医師会の係わりが求められる。いわゆる介護予防への取り組みであり、障害者自立支援法に基づく社会的サービス支援の充実、低所得者や孤立した住民への配慮、地域差に対する配慮も重要となる。

全国で地域包括支援センターにおける介護予防事業が始まっているが、現状では医療機関との連携は少なく、医師会による地域包括支援センター運営協議会への関与も十分とはいえない。また、介護予防プランも民間事業者への委託・丸投げが多く、地域包括支援センターにおける主任ケアマネジャーも福祉系に偏在し、保健師・看護師・准看護師等の医療系の配置が少ないなど、在宅医療と介護予防の展開に不安が残る。さらに、介護予防プランの作成に忙殺され、医療機関との連携が不十分なままに事業が展開されている。その結果、特定高齢者の把握や地域支援事業実施の立ち遅れが見られる等の課題が多い。

地域の医師会、医師は、こうした事態の解決のために地域包括支援センターの整備・運営や地域ケア会議に積極的に係わるほか、かかりつけの医師も日常診療の現場から特定高齢者の選定・把握を進めて、地域支援事業に繋げる取り組みや診療情報の提供など、地域の住民に対する健康管理・予防に積極的に取り組むことが期待されている。

提言 7 「高齢者が安心して暮らす地域づくり、 地域ケア体制整備に努めよう」

地域医師会は、高齢者が安心して暮らせる地域づくりのために、地域における多くの診療科にわたる在宅ケアの支援体制の構築を目標とする必要がある。福祉や介護サービスは介護保険制度の創設以前から地域の事情によって千差万別であり、風土や文化、歴史にまで及ぶ地域特性、世代や階層、教育や経済的・社会的要素など、多様な価値観、健康観、死生観や QOL の達成目標などにより、全国どこでも一律で平準化された普遍的なサービスの提供は容易ではない。

しかし、医療は暮らしの場に不可欠であり、これまでの地域医師会の取り組みに差があったことを踏まえて、地域ケア体制整備を目標に日本医師会と都道府県および地域医師会の一丸となった取り組みが求められる。この体制の構築にはさまざまな困難が予想されるが、たとえば福岡県のある地域では、医師会事務局が中核となって地域の 2 つの病院と 20 の診療所を中心としたネットワークを構築して地域のさまざまな機能を統合し、かかりつけの医師、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を結び、急変時や入院加療が必要な場合には医療情報やリビングウィル等が共有できる連携システムを構築している。

特に医療の必要性が高い高齢者・患者に対して、的確な地域ケアを提供するには、地域医師会が在宅医療やターミナルケアについての医師の思いや価値観を調整して、かかりつけの医師や在宅療養支援診療所の組織化、24 時間 365 日の対応や後方支援病床の整備、介護関連施設等、地域医療支援病院、地域包括支援センター、自治体との連携など、体系的な仕組みの構築が不可欠である。

こうした総合的な地域ケアの実践は、新しい「かかりつけの医師」の創造と定着を期待させるものであり、高齢社会における「看取りの医療」や「死の教育」の構築を実現するといえる。「良医は患者を救う。上医は国を救う」という言葉があるが、まさに今、医師と地域医師会は地域づくりと地域ケア体制整備に真剣に取り組む時期にある。

まとめ：『指針』が示す3つの基本的考え方の普遍化

日本医師会は、社会・制度の変化を踏まえて国民の健康と安全を守り、そして生活や人生を支えることを使命としている。今後の少子高齢社会では従来の医療に加え、住民が住み慣れた地域で生活できるよう在宅療養に係わる医師の役割は重要である。従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」を、医療を通じて支えていくために医療と介護の協働する地域ケア体制の整備が望まれる。その実現には、医師の意識改革ならびに団結が必要不可欠であり、それぞれが地域医師会の責務である。日本医師会の『指針』に示す『将来ビジョンを支える3つの基本的考え方』、そして『将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言』を地域医師会において会員とともに協議検討することにより、地域での「かかりつけ医機能」の再確認ができ、その実践を期待する。

将来ビジョンを支える3つの基本的考え方

1. <尊厳と安心を創造する医療>

高齢者の尊厳と安心の創造であり、医療が提供される際に本人の意思決定・自由を尊重し、さらにその人らしく生きるための自立支援を大切にする。

2. <暮らしを支援する医療>

生命・生活・人生といった暮らしを支援していく医療の実践であり、暮らしを支援していく医療の追求である。在宅療養に求められるサービスは、高齢者の生活機能の維持・改善の支援であり、医療モデルより生活モデルを尊重する必要がある。

3. <地域の中で健やかな老いを支える医療>

地域の中で健やかに老いることの尊重であり、利用者本位のサービス提供が、生活の場である「住み慣れた地域」において展開される必要がある。

患者の住み慣れた地域での生活には、切れ目のない医療連携への取り組みが大きな課題である。住み慣れた地域で安心して生活するためには、その生活を支えるための医療が必要であり、外来医療と同様に入院医療の充実も不可欠である。病院における入院医療から在宅療養あるいは終末期の医療は始まることが多く、継続して必要な医療が提供されるためには切れ目のない医療連携が必要である。

急性期の入院医療の開始においても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要不可欠である。治療が長期にわたる慢性期の疾病では、患者の生活を踏まえた医療を提供することは当然であるが、その前には多くの場合で急性期入院医療が提供されているため、入院時から退院後の生活を念頭において、住み慣れた地域での生活を実現する総合的な治療計画作成が重要となる。医師をはじめ多職種連携により、入院中から患者の基本的な日常生活能力や認知機能そして意欲等の生活機能を把握して、退院時ケアカンファレンスで退院後の生活に必要な医療や介護を検討することが必要である。このカンファレンスでの検討の結果としてケアプラン原案が作成され、患者の生活する地域の医師やケアマネジャーに提供され、医師はそれを活用して在宅医療や外来診療等で患者の在宅療養を支える。一方のケアマネジャーは、ケアカンファレンスを開催してケアプラン原案をもとに患者が生活する現場の実情に合わせたケアプランを作成する。そして、このケアプランに基づいてさまざまなサービスが提供されて、患者の地域での生活が支えられる。

すなわち、病院内外の多職種により実施される退院時ケアカンファレンスと、地域の多職種によるケアカンファレンスが一環の流れとして繋がって、患者の住み慣れた地域での生活が実現できるのであり、これこそが切れ目のない医療連携なのである。地域医師会がこの切れ目のない医療連携体制を構築することが、日本医師会が提示した『指針』の実現に向けて必要である。

< 補 足 1 >

各地域・各医師会における、具体的な取り組みの代表事例を、報告書の補足として以下に掲げた。

1. 京都府における在宅医療先進地区の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
2. 在宅医療サポートシステムへの対応！
～ 「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会」
の設立経緯と基本方針 ～・・・・・・・・・・・・ 17
3. 特定施設入居者生活介護における医療提供のあり方
～ 静岡県医師会および地域医師会の取り組み ～・・・・・・・・・・・・ 20
4. 東京都医師会における
「地域に支えられる在宅療養基盤強化」の取り組み・・・・・・・・・・・・ 26
5. 大阪府豊能医療圏の地区医師会（吹田市・豊中市・池田市・箕面市）と
国立循環器病センターにおける脳卒中地域連携への取り組み・・・・・・・・・・・・ 27

1. 京都府における在宅医療先進地区の取り組み

委員 北川 靖（京都府医師会 理事）

1. はじめに

在宅医療のニーズは、種々の要因により今後さらに大きくなり、個々の医療機関による取り組みでは困難となることが予想される。よって、地区医師会には在宅医療基盤整備、会員支援が求められている。京都府においても、各地区医師会により在宅医療推進の取り組みが実践されつつあるが、未だ地区間の格差は大きい。京都府における先進 2 地区（乙訓医師会、左京医師会）の状況を紹介する。

2. 在宅医療推進のための基盤

在宅医療先進地区の共通点として、医師会が早期より地域ケアへの強い関心を持ち、熱心に多職種連携の基盤整備に取り組んでいることが挙げられる。地域内の多職種が情報を共有、また共通目標を持つことにより、地域ケアの質向上がもたらされるとともに、医師会は地域から求められることに気付き、必然的に在宅医療提供体制の整備などに取り組むことになる。

① 乙訓地区

乙訓地区は、京都市の南西部に接する、長岡京市、向日市、大山崎町の 2 市 1 町からなる人口 15 万人弱の地域である。乙訓医師会が主導して地域ケア基盤整備に取り組んできた地区であり、昭和 63 年からの福祉保健医療ネットワーク連絡調整チーム会議に始まり、平成 8 年から、在宅高齢者および障害者の情報を本人・家族を含めた関係者全体が共有し連携の要にするとともに、相互のレベルアップを目的として「在宅療養手帳」を発行している。現在も在宅医療、地域ケアに係わる委員会を定期的に開催し、強固な多職種連携基盤が形成されている。

② 左京地区

京都市左京区は、京都市の北東部にある、人口 17 万人弱の地域である。左京医師会が中心となり、平成 3 年より、行政、医療保健福祉の実務者からなる「高齢者地域ケア連絡協議会」を立ち上げ、処遇困難例のケースカンファレンス、地域ケアに必要な情報共有を行ってきた。また、同協議会の主催により、住民とともに左京区の保健、医療、福祉を考える場として「左京区高齢者の保健、医療、福祉をみんなで考えるつどい」を平成 6 年から年 1 回開催している。これらの活動を通じて、関係者の間で顔なじみの関係が生じ、定期開催の医師・介護懇談会やケアマネタイムなど地域ネットワーク基盤整備が進んでいる。

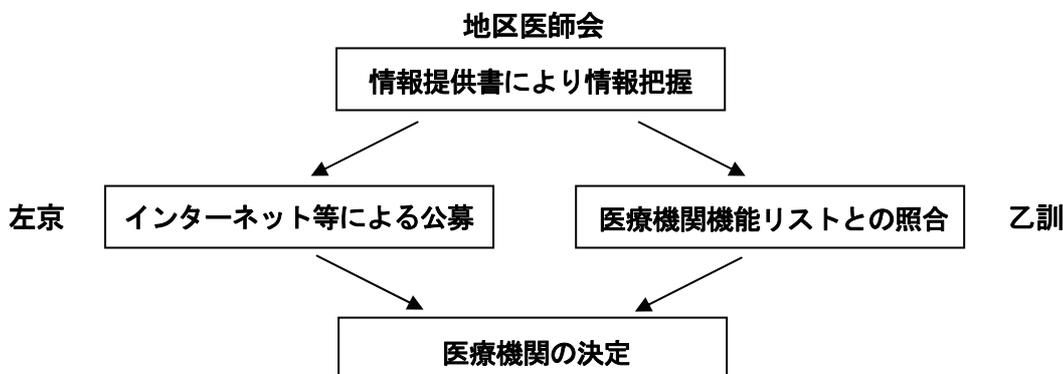
3. 在宅医療システム

① 乙訓地区

医師会地域医療委員会にて検討し、平成17年に会員医療機関の在宅医療機能調査を行い、そのデータをもとに主治医紹介システムを開始した。具体的には、病院地域連携室に事業内容を周知し、決められた様式の診療情報提供書により病院から主治医紹介要請を受けた時には、医師会地域医療担当理事が退院予定患者の住所、病態等を勘案して医療機関を紹介する。原則主治医と副主治医によるチーム制としている。次のステップアップとして地区内基幹病院との間で、患者紹介情報や退院前カンファレンスの実施等退院支援のパイロット事業が現在行われている。

② 左京地区

医師会在宅医療部会において、会員医療機関に対する在宅医療機能調査を行い、専門領域、可能な在宅医療処置等を網羅した在宅協力医リストを作成し、行政、病院地域連携室、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に配付している。現在「左京在宅ネットワーク（仮称）」として、主治医紹介および在宅チーム医療を試行的に実施している。病院からの主治医紹介要請に対し、担当理事が、患者の個人情報を特定できない形でメーリングリストにより主治医を公募、手上げにより主治医が決定される。症例により必要に応じて、主治医が、副主治医及び協力医（専門医）の要請を行う。平成20年より本格実施の予定。



4. 京都府内全域への在宅医療推進の取り組み

京都府医師会では、平成20年度より医師会内に在宅医療サポートセンターを設置し、地区医師会を支援し、地区医師会とともに在宅医療提供体制を整備する。府医師会は平成19年に全会員に対し在宅医療機能調査を行い、在宅医療データベースの確立を進めている。これをもとに地区の状況に応じた主治医紹介システムや在宅医療チーム医療体制を構築する。同時に在宅医療の質向上の取り組みとして、在宅医療研修会、手引き作成等を企画している。また、住民に対してホームページ等にて在宅医療の情報提供を積極的に行い、さらにサポートセンターに住民向け相談窓口を設置する。

2. 在宅医療サポートシステムへの対応！

～「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会」の設立経緯と基本方針～

委員 小林 博（岐阜県医師会 常務理事）

平成18年6月、多くの問題点を抱えながらも医療制度改革関連法が一気に成立した。その中で最も大きく取り上げられ、改善を求める声が多いものが、「療養病床再編」に関する問題である。たしかに、「療養病床」は診療報酬額から考えると総医療費の中では大きなウエートを占めるかもしれないが、一方で、外来診療のみの開業医の先生方にとっては直接的に実感させられることは少ない問題でもある。まして、「地域ケア体制整備問題を地域での必要ベッド数の設定」と勘違いしている都道府県行政が多い現状では、「真の地域ケアと療養病床再編」とは乖離しているように感じられる。

しかしながら、療養病床再編が国の思惑どおりに進行した状況を想像した場合、「地域においてどのような医療・介護が必要となってくるか」は開業医の先生方も無縁でないことは確かである。言い換えれば、療養病床を離れて地域に戻って来た患者さんに対して、地域医療またかつての主治医として何をすべきか、今こそ、開業医の先生方による地域医療・地域ケアへの参加・協力が求められてきている。

こうした時代の流れの中で、我々各務原市医師会では、実際の地域ケア・在宅医療の現場に対して「地域医師会はどう対応すべきか」を検討した。その中で具体的対応として、「在宅医療の中核となる在宅療養支援診療所の運用に向けて地域医師会は何をすべきか」に対し、まず第一歩として「在宅療養支援診療所」に関する問題点を下記①～⑦のようにまとめた。

- ① いかにも、「高点数・高報酬が設定された」ように受け取られているようだが、実際は従来の「寝たきり老人在宅総合診療料」とほとんど変わらず、むしろ「在宅療養支援診療所」でない一般診療所での報酬が減額されている。結果的には、診療所間の格差拡大に繋がるのでは。
- ② 療養病床から退院した要医療の患者さんのうち、どれだけが在宅療養に戻れるか。
- ③ 開業医個人だけで、24時間連絡対応の医師または看護職員の配置等が可能か。
- ④ 在宅療養患者さんの緊急入院受け入れ体制が確保されるか。
- ⑤ 要件にある「地域における他の保健医療・福祉サービスとの連携調整体制構築」や「連携先医療機関等への各種情報提供」は常に可能か。
- ⑥ 「往診不可および終末看取り対応不可」等から想定される問題発生への対策は？
- ⑦ かつての「老人慢性疾患外来総合診療料」のごとき、いずれ廃止されることも想定しておくこと。

これらのうち、比較的容易に確保できそうなものとしては、地域支援中核病院との連携による④の要件くらいである。しかしながら、その他の課題については「医師一人ではかなりの負担となる、というよりも実際には無理である」といったほうが良いようだ。特に、文書等による患者・家族への24時間体制の保障についてはかなりの拘束力をもっていると考えられ、⑥のごとき「往診不可」や究極の「終末看取り不可」という事態に対して医療紛争問題発生も当然危惧されてくる。こうしたいくつかの想定される不幸な状況に対処し、より理想的な信頼関係のもとでの在宅医療提供を確立するには、やはり地域医師会が主導した「在宅療養支援診療所バックアップ体制」が必要となってくる。

そこで各務原市医師会においては理事会承認のもと、「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会（以下「本協議会」）」を立ち上げ、平成18年7月18日に第1回設立準備会を開催し、「在宅療養支援診療所」を申請された先生方から本協議会への参加意思を含めて数回の意見交換を行い、下記のごとく基本方針として確認した。

「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会」

－ 基本方針 －

1. 本協議会会員による相談支援体制はローテーション・輪番制ではなく、あくまでもかかりつけ主治医が責任持って対応する。
2. 「在宅療養支援診療所バックアップシステム」として、医師会が主導し連携を担当する。
3. 緊急時入院に関しては、東海中央病院（地域支援中核病院）に協力要請する。
4. 訪問看護ステーションとの連携、特に24時間体制の確保。
5. 連携・後方医は看取り業務に専念し、状況の説明は控えたい。
6. 夏季休診および年末年始休診中のバックアップ体制は、支援を要する可能性のある対象患者を中心として事前に本協議会に連絡報告をする。
7. 終末期には、事前に連携医もできる限り一度訪問する。
8. 特別養護老人ホーム・ケアハウス・有料老人ホーム等への訪問診療・看護については、地域ケア会議等で連携確保を検討する。

制度施行後、約1年半経過した現状としては、積極的参加の先生も見られたが、今一歩躊躇の状態の先生方もおられたようである。

本協議会活動の現状としては、下記①～④のとおりである。

- ① 毎月開催される市内2箇所での地域ケア会議との連携
- ② 年4回協議会開催、難解事例検討会
- ③ 3月の看取り報告作成会
- ④ 夏季休診および年末年始休診期間中のサポート体制整備等

いずれにしても、一気に完成度の高いサポート体制を構築することは難しいと考えている。しかしながら、すでにスタートしている限りは「契約不履行でのトラブル」や「困難事例」を含め、医療安全体制の確保の意味でも医師会主導の対応が求められるのではないか。



医療と介護との領域双方に関係する在宅医療は、在宅ケアという社会的要望の意味も含め、我々には今後ますます重要な課題となってくる。一開業医では対応が困難な面を多く抱えている新しいシステムには、やはり医師会全体で主導そして対応すべきではないだろうか。各地域医師会でも検討していただきたいと考えている。

3. 特定施設入居者生活介護における医療提供のあり方 ～静岡県医師会および地域医師会の取り組み～

委員 篠原 彰（静岡県医師会 副会長）

1. 現状の課題

要介護認定者の増加とそれに伴う介護給付費の高騰は、今後の介護保険制度の存続にとってきわめて重要な課題となっている。平成18年の介護保険制度の改正では、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスといった新たなサービスが創設された一方で、療養病床再編の動きの中で、受け皿づくりとしての居宅サービス提供主体の多様化が急速に進んでいる。こうした居宅サービスの新類型として位置づけられている有料老人ホームが急増することは間違いない。しかし、大半の入居者には医療の提供が必要であり、ほとんどが要介護認定者であることを勘案すれば、当然のことながら入居者の日常的な状態把握や医療の提供についても、主治医にとっては重大な関心事でなければならないはずである。

特定施設としての有料老人ホームについても、入居者は要介護認定を受けていることにより、必要な医療と介護予防に資する適切な介護サービスが提供されなければならない。また、要介護認定を受けるためには主治医意見書の提出が不可欠であることから、全ての入居者には当然のこととして主治医が存在する。さらに、介護サービスの提供には、ケアマネジャーによるアセスメントが行われた後、主治医を交えたケアカンファレンスを実施し、適切なサービスを選択することが義務づけられている。したがって、有料老人ホームにおいても、配置を義務づけられているケアマネジャーをはじめとする施設側の担当者と、入居者の医療を担う主治医との連携は必要不可欠なものであり、特に、入居者の医療に関する日常的な連絡・連携が適切に行われるのは当然のことである。

入居者への医療提供については、通院が可能であれば従来どおり定期的にかかりつけの医療機関を受診するのが一般的であろう。通院困難なケースでは、従来の主治医が往診等を行うことが望ましいが、その主治医が遠方等の理由で応需出来ない場合や他科の往診が必要な時は、往診が可能な医療機関を施設側が探さなければならないため、当該地域の医師会や地域包括支援センターに相談窓口としての対応が求められてくる。また、介護保険の認定期間は概ね1年程度であり、必ず更新時期が来ることも銘記しておく必要がある。さらに、特定施設には、協力医療機関との契約が設置要件として定められているが、あくまでも総合病院等へ緊急避難的に対応を求めるものであり、日常的な診療、投薬、検査、相談業務等は主治医が行うべきものである。さらに、年に2回程度義務づけられている健康診断も、主治医の指導のもとに行われるべきものであることは言うまでもない。現行の通知では、協力医療機関の位置づけ・役割が不明確であり早急な改善が必要である。

こうした状況下で、昨今は全国的に有料老人ホームが林立しており、一部では混乱が生

じているものと推察される。静岡県では、平成18年4月に静岡市清水、10月より島田市で有料老人ホームを開設した管理・運営会社により、焼津市においても平成19年早々に開設予定となった。協力医療機関の斡旋を医師会に相談に来たことを契機に、設計施工および管理運営に携わる事業者側と、円滑な運営に向けて度重なる折衝を行っている。その際、清水、島田を参考事例とし、問題点の洗い出しと今後の対策について検討を行った。

具体的には、入居者の医療提供については主治医との連携の必要性、および協力医療機関の役割について事業者側に理解を求めることから始め、地域医師会や近隣の医療機関に事前説明に行くこと、入居者のリストを作成し主治医、病名、投薬、通院の可否、緊急連絡方法等を記載しておくこと、主治医が遠方である場合は医師会に相談の上で指定医を探すこと、急変時や入院が必要な場合は基本的には主治医から協力医療機関や他の病院を紹介してもらうことなどについて話し合っている。こうした対応は、主治医・施設双方の信頼関係を築く上で最も大切であり、何よりも入居者の安全や安心に寄与することは間違いない。

今後の高齢者施策における基本理念である「地域包括ケア」の推進には、高齢者の日常生活圏域における多職種の協働がキーワードであり、医療と介護・福祉の有機的な連携は喫緊の課題である。居宅形態の多様化が進む中、有料老人ホーム等の特定施設の入居者に対する医療や介護の提供についても、医療関係者はもとより、事業者等関係職種においても、取り組むべき重要課題である。静岡県医師会では、現状の問題点や課題についての情報収集と解析を行い、設置運営指導要綱の問題点や事業者への事前指導の必要性等について行政当局と話し合いを行っている。

2. 地域医師会の取り組み（焼津市医師会在宅支援事業部運営会議）

本医師会では、地域に開設が予定されている特定施設について、当該事業者意見聞くため、在宅支援事業部運営会議に出席を求め話し合いを行った。

この会議では、医師会側より医療連携の重要性について説明を行った後に、事業者側より県内他施設の事業概要の説明があった。

その後、地域の医療機関に対する説明状況と入居者の主治医に対する説明状況を求めたことに対し、事業者側より資料として「近隣医療機関訪問計画書」（図表1）と、「主治医訪問状況一覧」（図表2）の提出があった。

また、入居者の緊急時医療体制について、協力医療機関や主治医の後方支援医療機関に対する医療情報提供の整備を求めた。これに対しては、事業者側より「入居者医療状況データベース」（図表3）が提示され、今後、これらの情報を活かした、より確実な医療連携の実現が期待されている。

(図表1) 近隣医療機関訪問計画書

施設名称	
施設管理者	
ケアマネジャー	
作成日	

訪問予定の状況						
医療機関名	訪問医師名	訪問予定日	訪問予定者	同行者	面会予約の状況	面会内容
1						
2						
3						
4						
5						

(図表2) 主治医訪問状況一覧

施設名称	
施設管理者	
ケアマネジャー	
作成日	

主治医訪問の状況						
入居予定者	医療機関名	訪問医師名	訪問日	訪問者	同行者	面会内容
1						
2						
3						
4						
5						

(図表3) 入居者 医療状況データベース

施設名称	
施設管理者	
ケアマネジャー	
作成日	
資料送付先	① ② ③

施設入居者(予定者)の医療状況

入居者氏名	入居日	年齢	要支援/要介護	緊急連絡先	続柄	電話番号	緊急搬送先病院	主治医	通院の頻度	主病名	既往歴	内服薬	外用薬	更新日
1 T/K	10月1日	大正12年2月28日	83	要介護 1	T/1	03-	〇〇市民病院	〇〇医院	2ヶ月に1度	心不全	左胸骨折 心不全 腰椎圧迫骨折			
2 O/K	10月15日	大正14年3月26日	81	申請中	長女の夫	048-	〇〇記念病院	〇〇記念病院	2週間に1度	肺非定型抗酸菌症 白内障手術後	結核 白内障 肺炎 血漿 肺非定型抗酸菌症	コハル錠 ムコソルバン ムコソル ケラリン		
3 S/M	10月1日	大正14年6月18日	81	申請中	次男	054-	未定	〇〇市民病院 整形外科〇〇医 師	2週間に1度	腰痛症 骨粗しょう症 陈旧性胸腰椎圧迫骨折	腰痛症 骨粗しょう症 陈旧性胸腰椎圧迫骨折	ロキソニン錠4mg ムコソル錠100mg	セルケチ MS温シブ	
4														
5														

3. 介護付有料老人ホーム開設趣意書の策定

焼津市医師会在宅支援事業部運営会議の議論を踏まえて、事業者が介護付有料老人ホームを開設する場合、協力医療機関との提携はもとより、近隣の医療機関、すなわち主治医との連携を図るための窓口として、地域医師会へ協力を求める働きかけは重要である。

そこで、行政との事前相談を開始した後、地域医師会に対して事業の概要を説明する「事前説明会」の開催が医療連携への第一歩であると考え、事業者が地域医師会に提出する「介護付有料老人ホーム開設趣意書」の策定を行った（図表4）。

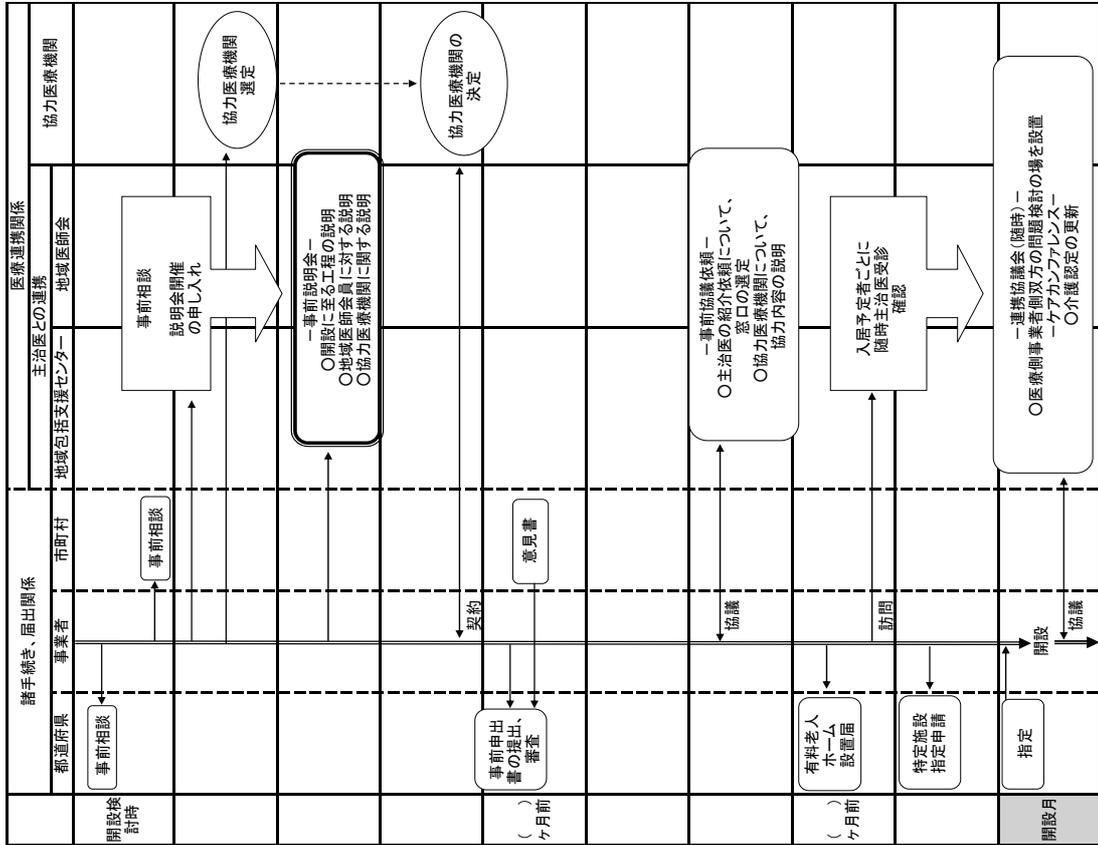
（図表4）

〇〇市医師会 御中	平成〇〇年〇〇月吉日 (事業者名称)
介護付有料老人ホーム開設趣意書（静岡モデル案） —地域医師会に対する開設の主旨説明と協力依頼—	
I、開設の主旨説明	
1、開設事業者の概要	
1) 主体となる事業者の概要（建築・運営）	
事業主体の名称：	
所在地：	
連絡先：	
代表者：	
設立年月日：	
2) 事業者の運営理念：	
3) 介護福祉・地域医療分野の事業実績：	
2、開設予定施設の概要	
1) 施設概要	
施設の名称：	
所在地：	
連絡先：	
開設予定年月日：	
施設管理者の氏名及び職名：	
施設の類型及び表示事項：	
敷地概要：	
建物概要：	
居室の概要：	
共用施設概要：	
費用の概要：入居一時金から毎月の費用など	
2) 職種別の従業員の人数及び勤務形態（予定）：	
3) 提供する介護サービスの概要：	
II、協力依頼	
1、事前説明会の開催：	
施設入居者に対し、十分な医療提供体制を構築するため、地域医師会の理解と協力が必要。そのため、主治医との連携の必要性や協力医療機関の役割を説明し、理解を得る。	
1) 開設に至る工程の説明：添付資料1	
2) 地域医師会員に対する説明内容：添付資料2	
主治医との連携：日常的な診療、健康診断、健康相談、介護認定など	
協力医療機関との提携：夜間・緊急時の対応等	
2、事前協議の依頼	
1) 施設の組織図を提出	
2) ケアマネジャー経歴書の提出	
3) 遠方より入居予定者の主治医紹介の依頼と窓口の選定	
4) 協力医療機関について、協力内容の説明	
3、開設後の連携協議会の設置について（随時）	
1) 入居者の主治医紹介について、依頼と報告	
2) 医療提供側の問題提起とその解決	
3) 事業者側の問題提起とその解決	
4、ケアカンファレンスの実施について	
1) 主治医の参加方法について検討：	
2) 介護認定の更新状況の確認：	
	以上

(図表4・添付資料2) 事前説明会のご案内

主催 〇〇市医師会 平成〇〇年〇〇月〇〇日 開催日 〇〇市医師会 開催場所 〇〇市医師会 説明事業者の名称 説明者	
開催の主旨	事業者が開設を予定している介護付有料老人ホームについて、都道府県・市町村への事前相談を行なった旨、報告すると共に、施設開設に必要な医療連携について、地域医師会に理解と協力を得る事を目的とする。
説明内容	
開設事業者の概要	1、主体となる事業者の概要 2、事業者の運営理念 3、地域医療・介護福祉分野の事業実績
開設予定施設の概要	1、施設概要 2、職種の従業員の人数及び勤務形態(予定) 3、提供する介護サービスの概要
主治医との連携 医療	1、通院 2、往診 3、訪問看護 4、調剤 5、重度化した場合における対応に係る指針 6、遠方からの入居
健康管理	1、定期健康診断 2、健康相談
要介護認定	1、主治医意見書 2、認定時の検査 3、施設介護計画策定
協力医療機関との提携	1、夜間・緊急時の対応 2、入院・退院時の対応
その他	

(図表4・添付資料1) 介護付有料老人ホームの開設に至る医療連携を中心とした工程



4. 東京都医師会における「地域に支えられる在宅療養基盤強化」の取り組み

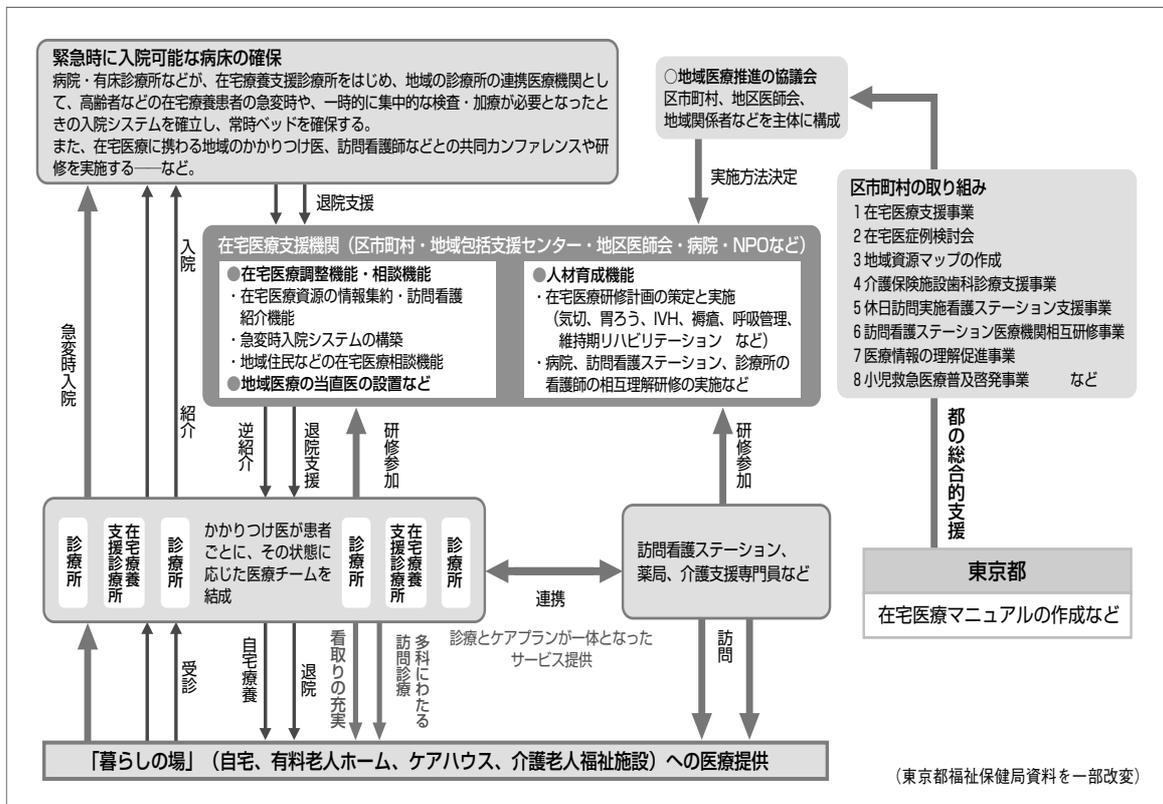
委員 玉木 一弘（東京都医師会 理事）

東京都医師会と東京都は在宅医療の普及促進に関する検討会を通じて「地域に支えられる在宅療養基盤強化」の構想をまとめ、都の区市町村包括補助事業における対象事業とした。地域自治体を活動主体とした在宅療養支援機関の立ち上げ、在宅療養におけるチーム医療や多科連携の促進、後方病床の確保、訪問看護ステーション間の相互連携、在宅療養情報の提供、人材育成研修などの包括支援を行うことを骨子としているほか、大都市部から過疎地に至るまでの地域特性に見合ったより創造的な活動も補助対象としている。

具体的には、下町の過密地域で、専門機関の医療リハビリテーションから訪問による生活リハビリテーションまでの一貫した地域リハビリテーション体制作りを核とした基盤強化案、郊外で急激に高齢化が進む大規模団地での基盤強化案などが、地域医師会からの提案に基づき計画されている。

また会員や関係職種を対象とした在宅医療ガイドブックを都の補助により作成している。

東京都・区市町村・医師会などの協力による在宅療養基盤強化の構想



5. 大阪府豊能医療圏の地区医師会（吹田市・豊中市・池田市・箕面市）と 国立循環器病センターにおける脳卒中地域連携への取り組み

委員 中尾 正俊（大阪府医師会 理事）

厚生労働省は、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業（平成12年から5年間）を実施し、その事業を踏まえ、平成16年～18年にかけて大阪府（大阪府の北部、豊能・三島圏域）でも脳卒中等地域リハビリテーション支援実践モデル事業を立ち上げました。

約140人を対象に調査した結果によると、自宅に戻った人の7割は、ADLは回復していましたが、8割近くの患者にQOLの低下を認め、約1割が脳卒中再発作を発症しており、再発率が高いことも判明しました。また、急性期病院の医師の中には、回復期リハビリテーション病院が必要としている情報を十分把握しておらず、医療連携も十分とはいえない状況も明らかになりました。加えて、回復期病院の不足、リハビリテーション専門医などの人材不足、維持期に受ける訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションといったサービスも不足している医療圏が大阪府内にもいまだにあり、今後、脳卒中患者の増加が予想されるだけに、このような課題に対して地域連携システムの早期構築が、今回策定の保健医療計画にも求められています。

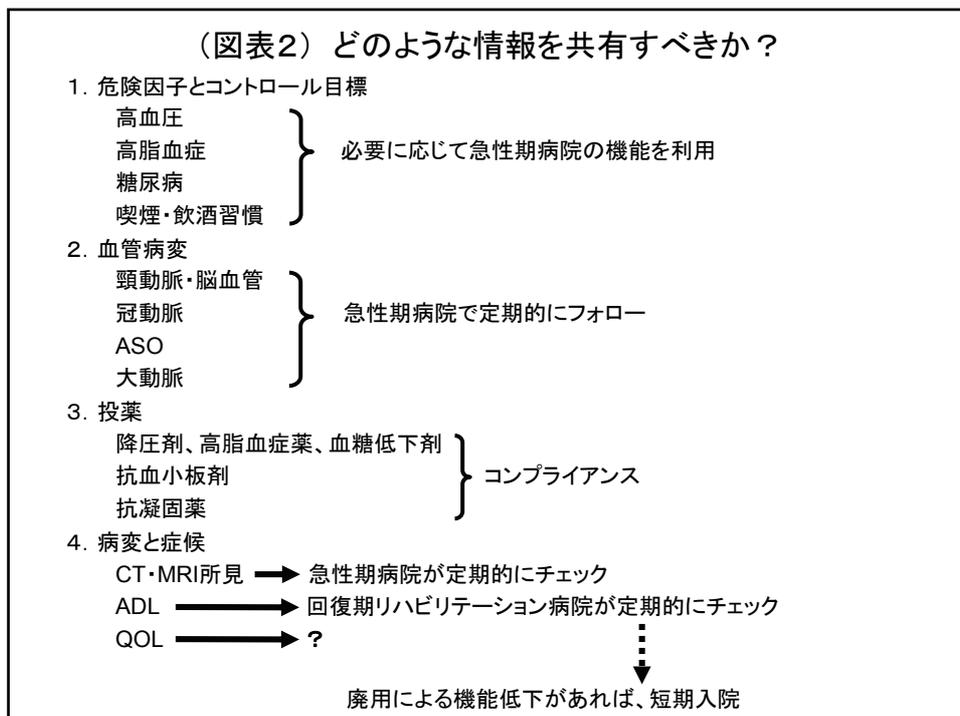
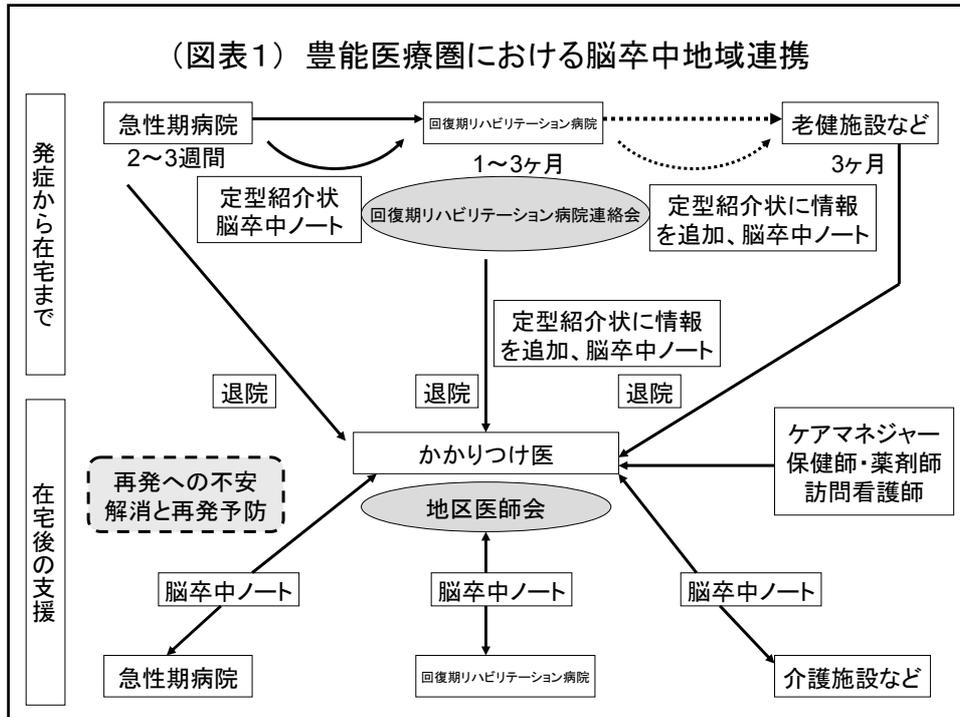
脳梗塞を発症した患者は、退院後も自宅や介護施設から「かかりつけ医」に通院し、維持期リハビリテーションが継続されます。しかし、患者の医療情報が「かかりつけ医」に伝わっておらず、脳卒中が再発することも少なくありません。脳梗塞を一度発症した患者には、再発の不安がつきまとい、「かかりつけ医」に診てもらっても納得のいく説明を聞けないとの不安もあります。そこで、安心した診療体制とするためには、急性期病院で半年に1回、専門医の診察を受け、MRIやCT検査など頭部の画像検査を受ける地域完結型医療提供体制が構築されなければなりません。また、リハビリテーションも、定期的に回復期病院でチェック・評価され、患者に適切なアドバイスができる体制が構築されなければなりません（図表1、2）。

ただ、脳梗塞患者を支援するためには、急性期病院、回復期病院、「かかりつけ医」が患者情報を共有していないと駄目で、豊能医療圏では、国立循環器病センターを中核とする急性期病院群、25病院で作る回復期リハビリテーション病院連絡会や地区医師会で地域連携のツールとして、「定型紹介状」や「脳卒中ノート」が作成されており、本格的に地域連携が進められています。

特に、「脳卒中ノート」の中には、脳卒中のタイプや発症時期、病変はどこにあるか、既往歴や気をつけなければならない危険因子、麻痺の状態などが記載されており、リハビリテーションをしてADLが時間の経過とともにどう変化しているかもわかるように配慮されています。また、「妻と一緒に旅行に行きたい」といった短期目標をケアマネジャーなどと

一緒に立てて、生きがいを感じてもらい、患者がこのノートを持ち歩けば、日本全国のどの病院でも安心して診てもらえる地域医療連携体制が構築されればと考えております。

なお、情報を提供いただきました国立循環器病センター内科脳血管部門の長東一行先生に深謝いたします。



< 補 足 2 >

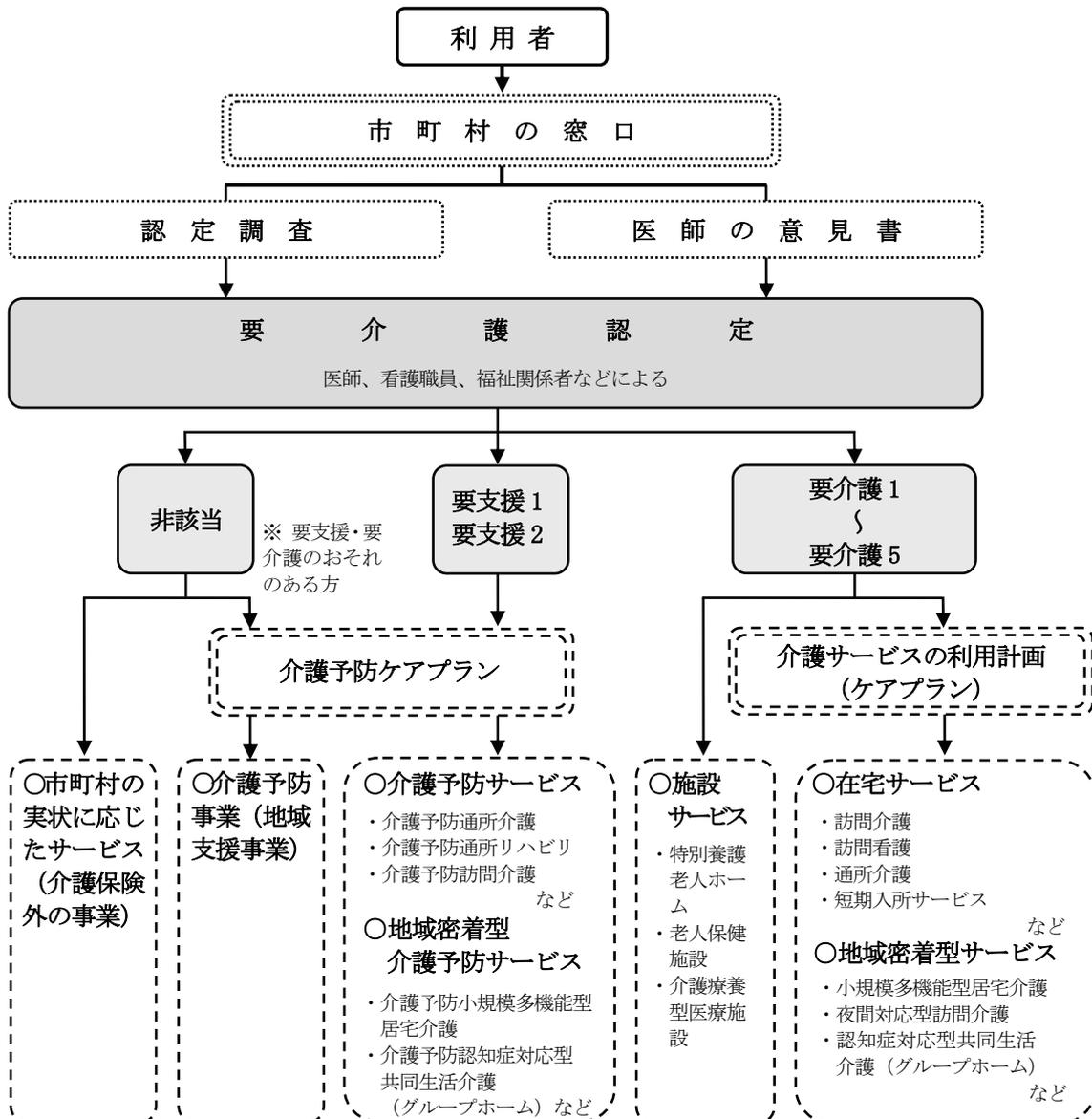
各地域・各医師会から多く受ける質問や問題点とされる意見の中で、すでに解決されていると考えるものを、報告書の補足として以下に掲げた。

1. 介護保険制度の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 31
2. 主治医と総合医・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
3. 訪問看護について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
4. 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションについて・・・・・・・・ 35

1. 介護保険制度の流れ

介護保険制度では、65歳になると市区町村から介護保険被保険者証が交付される。しかし、被保険者証をサービス事業者に提示するだけでは、介護サービスは提供されない。介護サービスを利用するためには、まず市区町村に要介護認定の申請を行い、要介護認定を受ける必要がある。介護保険制度の対象者からの申請を受けて市区町村は訪問調査を実施し、そして主治医から意見書を入手し、コンピュータによる一次判定、認定審査会による二次判定を経て要介護認定を行う。要介護認定により決定された要介護度をもとに、原則として利用者から選ばれたケアマネジャーが利用者の状況を把握してケアカンファレンスを開き、介護保険法の目的に沿ったケアプランを作成し、そして介護サービスを提供していくのが原則的な介護保険制度の流れである。

《介護サービスの利用手続き》



介護保険法第一条「目的」では、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」と規定している。

医師をはじめとする多職種連携により、要介護状態にある者の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことの支援を介護保険制度は目的としている。そのため、介護保険制度で最も大事な作業は、要介護状態にある者の状態に見合った適切な要介護度を決め、ケアカンファレンスによるケアプラン作成と、それに基づいた介護サービスを提供することである。

「主治医」には、要介護認定に必要な「主治医意見書」の記載、介護認定審査会への参加、ケアプランの作成・見直しへの指導・助言を通じての協力など、多様かつ重要な役割がある。具体的には、「主治医」は医療を提供することによる医療保険における評価に加えて、介護保険においてはケアマネジャーをはじめ多職種との情報共有を「居宅療養管理指導」として評価されている。

2. 主治医と総合医

医療制度改革に伴い後期高齢者医療制度が提案され、その医療のあり方が検討される経過において、「総合医」が提案され議論が展開されている。そして、本来の医師のあり方の議論と平行して、診療報酬での評価が絡む等さまざまな憶測が流れている。従来からの「かかりつけ医」やこの「総合医」は、医師としての機能や役割には一致が見られるが、制度論として議論される場合にはさまざまな視点があり容易に一致されない現状がある。「総合医」の議論が機能・役割論に限られれば、「かかりつけ医」と全く同様であり、制度論から離れて機能・役割論として議論され整理されることを期待する。同様の議論は過去にも「家庭医」の検討の際にも行われ、その時にも制度論と機能論の混乱がさまざまな誤解を生んだ。また介護保険制度における主治医意見書の議論においても、「かかりつけ医」と「主治医」の違いについて多くの議論があったことも記憶に新しいところである。さまざまな議論に惑うことなく、地域住民から生活や人生を支える医師として選ばれ、そしてその期待に応える医師すなわち「かかりつけ医」を再認識すべきである。

「総合医」の議論の発端となった後期高齢者医療制度では、患者を総合的に診る取り組みの推進が議論され、後期高齢者の心身の特性等を踏まえて、主治医には外来医療におい

て以下の役割を担うことが求められた。

1. 患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握する。
2. 基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用する。
3. 専門的な治療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有する。

さらには、「後期高齢者の生活を支えるためには、受診歴、病歴、投薬歴などの情報や前述の総合的な評価の結果について、医療従事者間の情報の共有を進めるほか、介護・福祉サービスとの連携を進めるため、主治医等とケアマネジャーを中心として、相互の情報共有を進める必要がある。また、医療や介護・福祉サービスについて、患者や家族の選択等に資するために、患者や家族に対する情報共有を進める必要がある。必要なカンファレンスの実施等も含め、このような情報の共有と連携を進める。」ことを期待している。

後期高齢者医療制度における医療のあり方の基本的な視点については、日本医師会が2007年1月提示した「在宅における医療・介護の提供体制—『かかりつけ医機能』の充実—指針」における『将来ビジョンを支える3つの基本的考え方』が大きな影響を与えている。そのためこの「総合的に診る取り組み」については、介護保険制度における医師の役割と共通する部分が多いため、あらためて介護保険制度における医師について再確認することで理解できる。

医師の機能や役割として、疾病の診断・治療をすることが挙げられるのは当然であるが、それだけではなく健康を支えること、生活を支えることも重要である。すなわち医師には地域の住民の生活や人生を支える使命がある。しかし、介護保険制度が施行されてあらためてさまざまな役割が地域の医師に期待されると、多様な戸惑いが地域の多くの医師に見られる。

高齢者が疾病や障害を抱えつつも住み慣れた地域で生活をするためには、疾病や障害を的確に診断し治療する専門医としての医師、そして病状の安定した患者の身近に存在して病気のみならず生活をも支援する医師等、複数の医師が必要であり高齢者の状況に応じてそれぞれが主治医である。それらの主治医が各々の役割を互いに認識して互いに連携することは、患者が地域での生活を維持していく上には不可欠である。すなわち、病院の専門医としての主治医と地域の主治医いわゆる「かかりつけ医」が、適切な役割分担と連携を通じて患者の医療と生活を支えることはまさに医療連携であり、介護保険制度においてもこの医療連携は重要である。さらに、地域での患者の生活を支援するため、ケアマネジャーやさまざまな関係者との連携と協働が必要である。

介護保険制度における主治医意見書は、要介護認定ならびにケアプラン作成に利用され、その役割は大きい。主治医意見書には診断書としての記載に加えて、患者が日常生活を営む上での「介護の手間」を適切に表現する必要がある。この「介護の手間」は、患者の日常での生活機能を熟知している医師でなければ適切に表現できない。通常の診療において

も、特に食事、排泄、入浴、外出、運動などの日常生活動作についての評価を行い、また認知症の症状を有する患者の家族に適切な対応や見守りを指導する等、日頃から患者やその家族の地域での生活を支える行動が望まれる。このような行動を実践し、主治医意見書に「介護の手間」を十分に表現できる医師が「主治医」であり「かかりつけ医」である。そのため、適切な介護サービスが提供されるためにも、どのような医師を「主治医意見書を記載する医師」として選択するかの視点は、介護保険制度を利用する際には重要である。

主治医いわゆる「かかりつけ医」が、地域での医療・保健・福祉の連携に果たす役割はますます重要である。中でも、これからの高齢社会における地域医療において、日頃の相談を通じて住民の健康を保持し、医療が必要な時には適切な判断のもとに医療機関を選択すること、さらに病気を抱えながらも居宅においての生活を望む患者と家族に対する支援を行うことにより、患者や家族の利益を守ることが「かかりつけ医」の役割である。

総合医についてはまだまだ議論が行われる予定であるが、医師が地域において「かかりつけ医」の役割や機能を再認識し実践することが重要である。そして、以上で述べてきた「かかりつけ医」の役割や機能を医師個人の能力として認識するだけでなく、地域医師会が率先して医療連携や多職種協働を推進することにより、地域として「かかりつけ医」あるいは「総合的に診る医師」の実現に向けた議論が行われることを期待する。

3. 訪問看護について

訪問看護は医師とは密接な連携を持って提供され、患者の在宅療養において、特に在宅医療には欠かせない重要なサービスである。医師の訪問看護指示書によって、患者に必要な診療上の補助ならびに療養上の世話のサービスが提供される。しかし、現状では訪問看護の意義が十分に理解されず、残念ながら訪問看護師の専門性が生かされていない。

訪問看護は、医療保険から給付される場合と介護保険から給付される場合があり、そのため利用に際して混乱が見られる。

65歳以上の高齢者で要支援あるいは要介護と認定された場合には、訪問看護は原則として介護保険から介護サービスとして提供される。介護保険での介護サービスが提供されるためには、必要と判断した医師が訪問看護指示書を記載し、ケアマネジャーが作成するケアプランに基づいて提供される。しかし、要介護認定がなされると個々の利用者に対して利用限度額が設定されるため、訪問介護サービスより単価が高い等の理由により訪問看護サービスが敬遠される傾向がある。これは訪問看護の意義が十分に理解されていないためであり、この点と併せて医師の訪問看護指示書が適切に活用されるためにも、医師のケアカンファレンスへの参加が望まれる。

医療保険の給付として、訪問看護では要支援・要介護者以外の人、急性増悪した人、未

期の悪性腫瘍をはじめとする厚生労働大臣の定める疾病の人、精神科の訪問看護を必要とする人に対して提供される。医療保険からの給付にも、医師による訪問看護指示書が必要である。介護保険で訪問看護を利用している、特に急性増悪した時には特別訪問看護指示書により医療保険から訪問看護が提供される。この特別訪問看護指示書により「14 日以内は介護保険を利用している医療保険にて訪問看護は実施できる」という点については、適切に理解し活用すべきである。

4. 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションについて

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの各々の事業者は、診療所、病院そして介護老人保健施設に限られている。このことは、リハビリテーションを提供する理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）に対して指示する医師が必要であることを意味している。

また介護保険制度の介護サービスは、原則としてケアプランに沿って提供されることが必須であるため、サービスを利用するためにはケアプランに明記される必要がある。ケアプランはケアマネジャーが開催するケアカンファレンスで検討され、サービスの必要性が本人や家族にも了解されたケアプランが作成されてはじめてサービスが提供される。

さらに、適切なリハビリテーションは、医師、PT、OT、ST 等の多職種により作成されたリハビリテーション実施計画書に基づいて提供される必要がある。この際の「医師」に対して、多くの現場で誤解が認められる。この場合の「医師」は、訪問リハビリテーションそして通所リハビリテーションの事業所の医師である。利用者の主治医がこの事業所の医師と異なる場合には、主治医は事業所の医師に対して情報提供書を用いて患者の病状や居宅での状況等を報告し、リハビリテーションを依頼する。事業所の医師はその依頼に基づいてあらためて診察等を行い、そしてリハビリテーション実施計画書を作成し PT、OT、ST に指示するのである。

訪問リハビリテーションを提供する事業者が現状ではまだまだ少ないために、適切にサービスが提供できない実情は理解できるが、訪問看護ステーションの PT 等により提供されるリハビリテーションは、あくまで訪問看護の一環として提供されるサービスのため、この違いには十分な注意が必要である。また、訪問看護ステーションからのサービスは訪問看護指示書によって実施されるため、訪問リハビリテーション事業者から提供されるサービスに対しても訪問看護指示書で依頼される誤解がある。訪問リハビリテーション事業所からのサービスは、主治医の診療情報提供書の依頼で始まり、その訪問リハビリテーション事業所の医師を中心に作成されるリハビリテーション実施計画書に沿ってリハビリテーションが提供されるものである。