

介護保険制度改正の概要 及び地域包括ケアの理念

memo

地域包括ケアの推進

厚生労働省 老健局

介護保険制度を巡るこれまでの経緯

	1997年(平成9年)	12月	介護保険法成立
第1期	2000年(平成12年)	4月	介護保険法施行
第2期	2003年(平成15年)	4月	介護報酬改定(改定率▲2.3%:在宅サービスの充実等)
	2005年(平成17年)	6月	介護保険法等の一部を改正する法律(※1)成立
		10月	改正法(※1)の一部施行(施設給付の見直し)
第3期	2006年(平成18年)	4月	改正法(※1)の全面施行(予防給付、地域密着型サービス創設等) 介護報酬改定 (改定率▲0.5%:予防重視型システムへの対応、地域密着型サービスの創設)
	2008年(平成20年)	5月	介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律(※2)成立
第4期	2009年(平成21年)	4月	介護報酬改定(改定率プラス3.0%:介護従事者の処遇改善等)
		5月	改正法(※2)の全面施行(業務管理の体制整備、サービス確保対策等)
	2011年(平成23年)	6月	介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(※3)成立・公布、一部施行(介護療養病床の転換期限の延長、介護福祉士資格取得方法の見直しの延期等)
第5期	2012年(平成24年)	4月	改正法(※3)の全面施行(新サービスの創設、介護職員等によるたんの吸引等の実施、保険料の上昇緩和のための財政安定化基金の取崩し等)

＜今後の動向＞平成24年4月～ : 診療報酬・介護報酬同時改定

介護保険制度の実施状況

① 65歳以上被保険者数の推移

・65歳以上の被保険者数は、10年で約730万人（34%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,895万人

② 要介護（要支援）認定者数の推移

・要介護認定を受けている者は、10年で約269万人（123%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
認定者数	218万人	348万人	487万人

③ 要介護（要支援）認定の申請件数

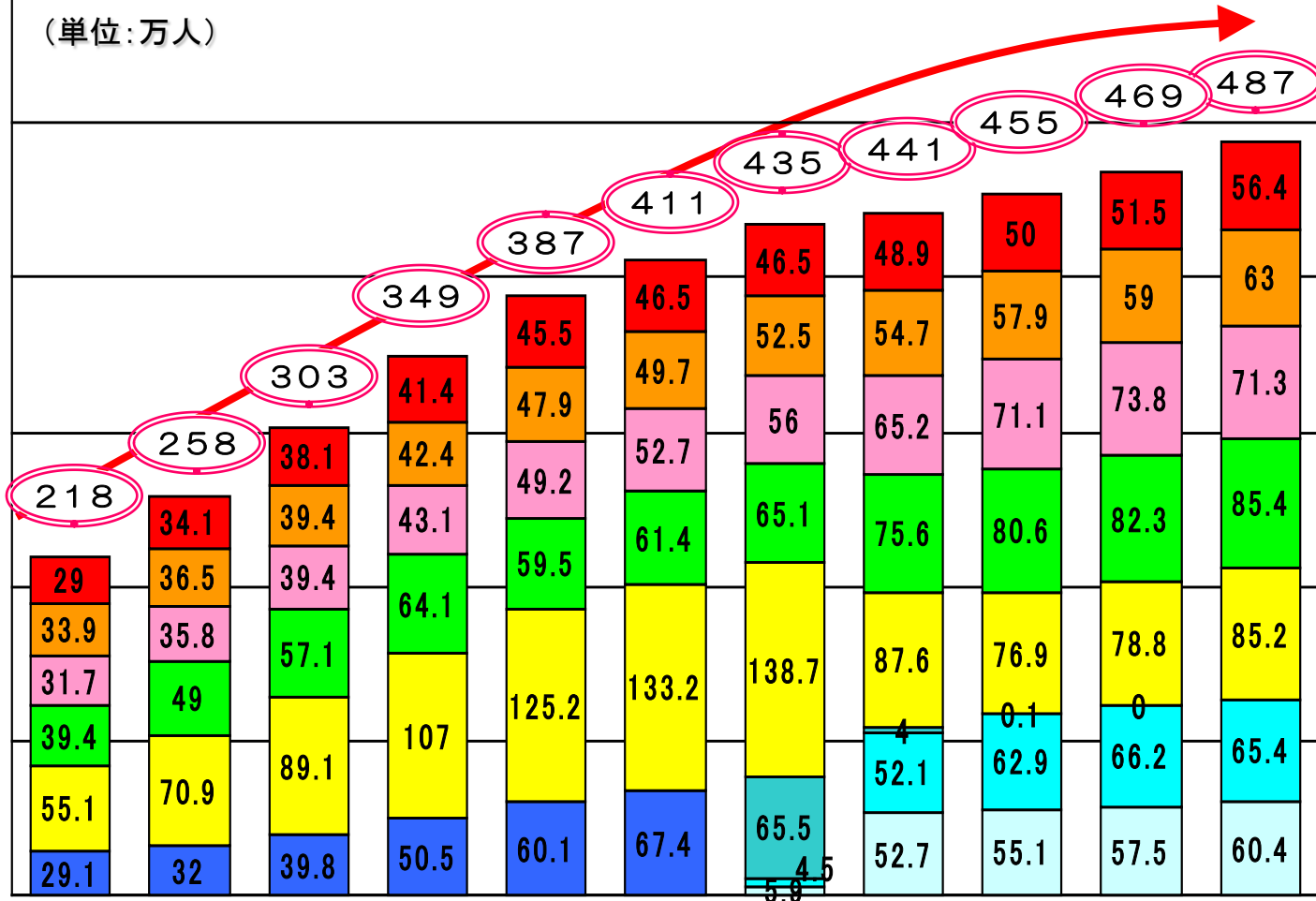
・要介護認定の申請件数は、9年で約231万件（86%）増加。

〔注：2004年から要介護更新認定の有効期間を最大2年としたため、2008年の一年間の申請件数は2003年より少なくなっている。〕

	2000年度	2003年度	2008年度
申請件数	269万件	547万件	500万件

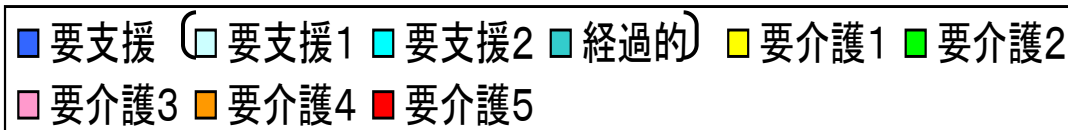
要介護度別認定者数の推移

(単位:万人)



計		1 2 3%
要介護	5	9 4%
	4	8 6%
	3	1 2 5%
	2	1 1 7%
	1	1 5 1%
経過の 要介護		
要支援	2	
	1	

H12.4とH22.4の比較



(出典：介護保険事業状況報告 他)

年齢階級別要介護度の分布

(人)

年齢階級が上がるほど重度者が増えるが、
90歳以上を除く階級で最も人数が多いのは要介護1, 2の者である。

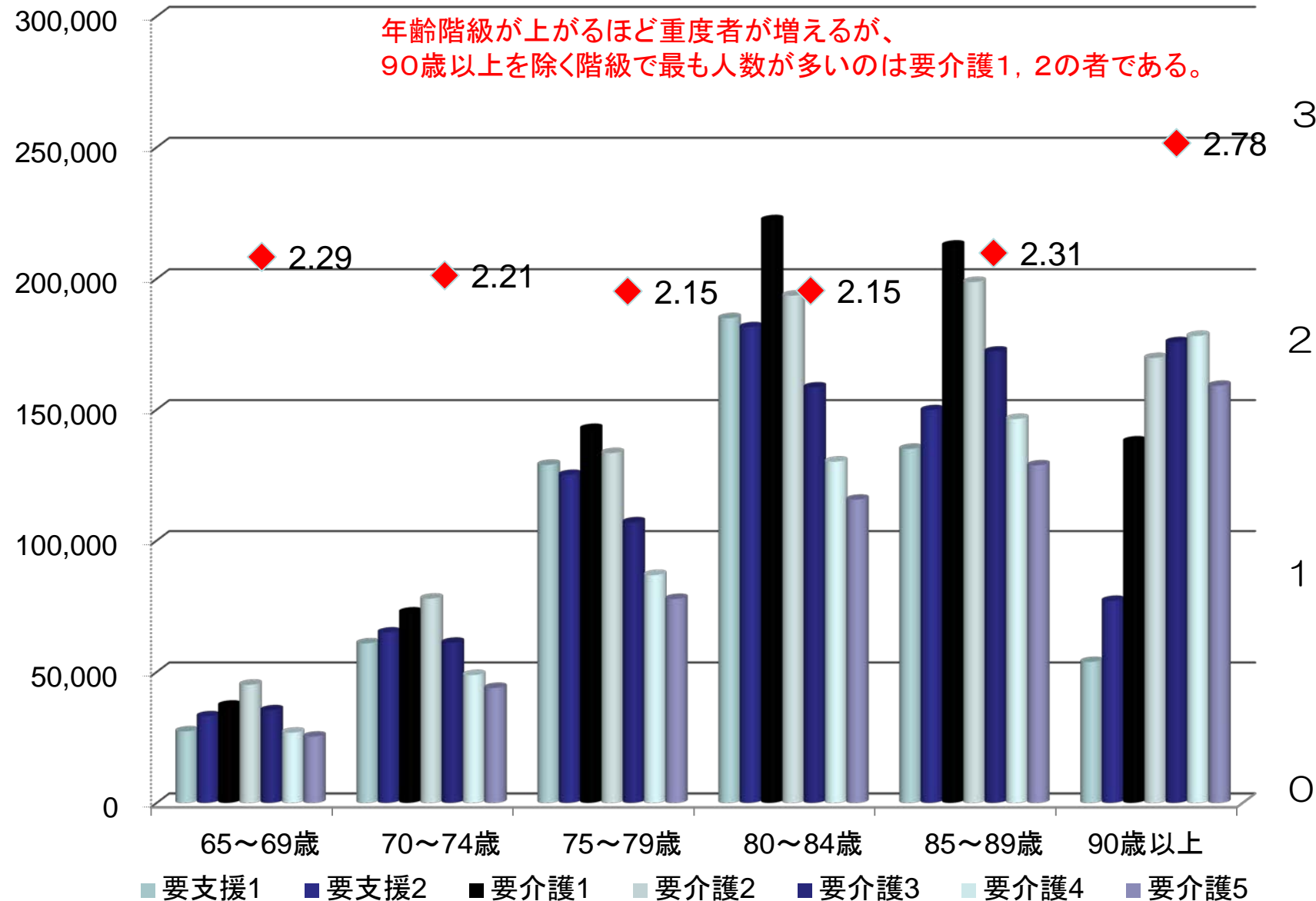
平均要介護度

3

2

1

0

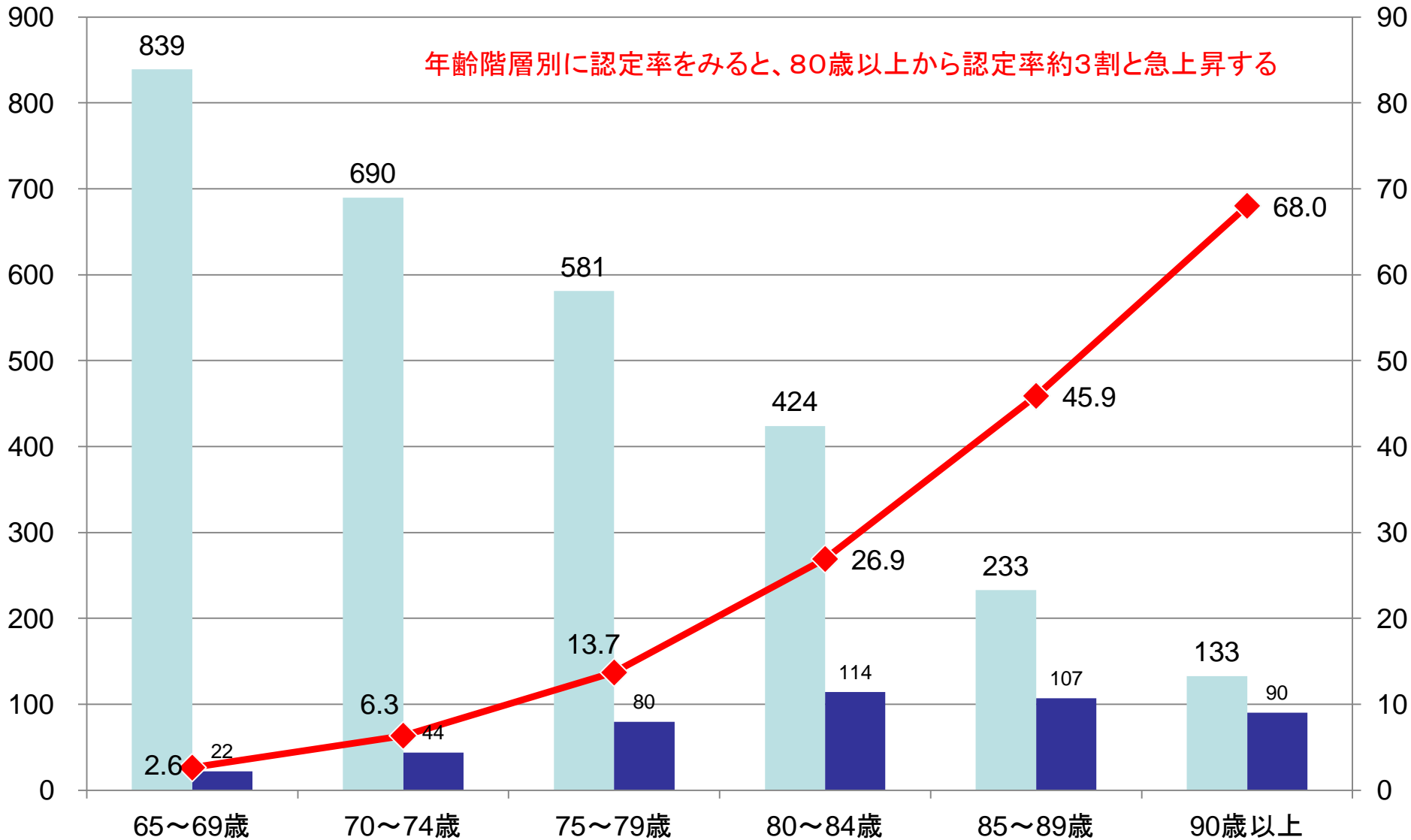


【出典】介護給付費実態調査(平成21年12月審査分)

高齢者人口と要介護認定率

万人

%



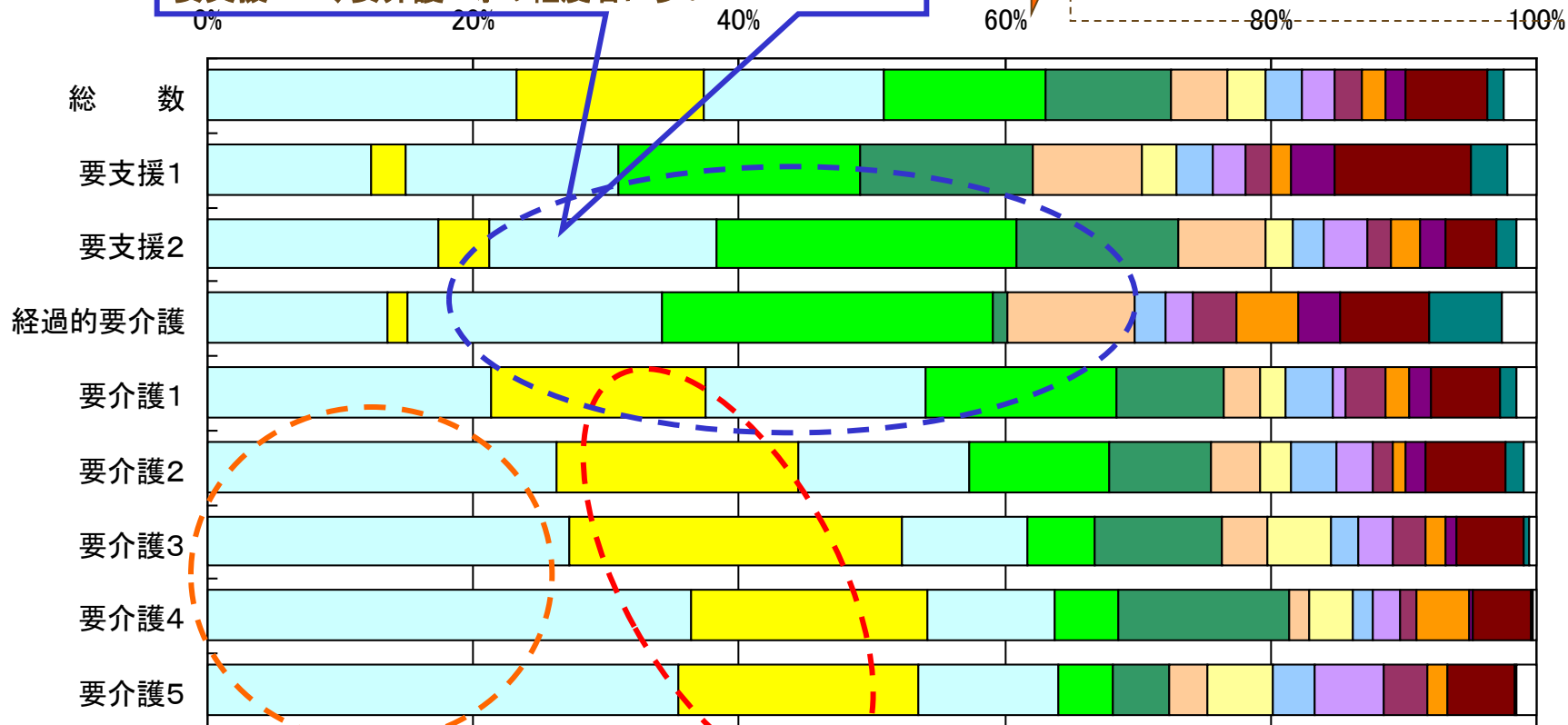
【出典】介護保険事業状況報告

人口
認定者数
認定率(右軸)

要介護度別の原因割合

いわゆる「廃用症候群」については、
要支援1・2、要介護1等の軽度者に多い

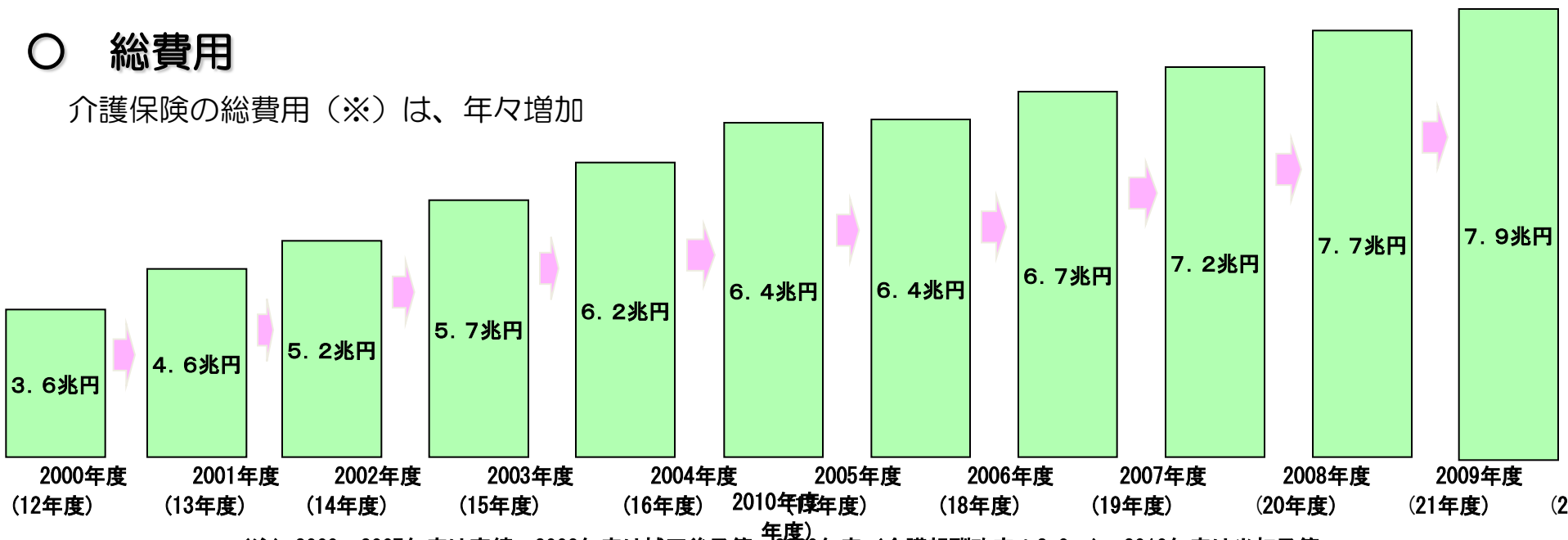
軽度者に対するサービスを、廃用症候群の予防、改善を図る観点から見直す



介護費用・保険料の動向

○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



（注）2000～2007年度は実績、2008年度は補正後予算、2009年度（介護報酬改定+3.0%）、2010年度は当初予算。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕

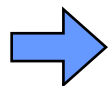
第1期（H12～14年度）
～23年度）

第2期（H15～17年度）

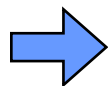
第3期（H18～20年度）

第4期（H21

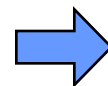
(2000～2002)
2,911
円



(2003～2005)
3,293円
(+13%)



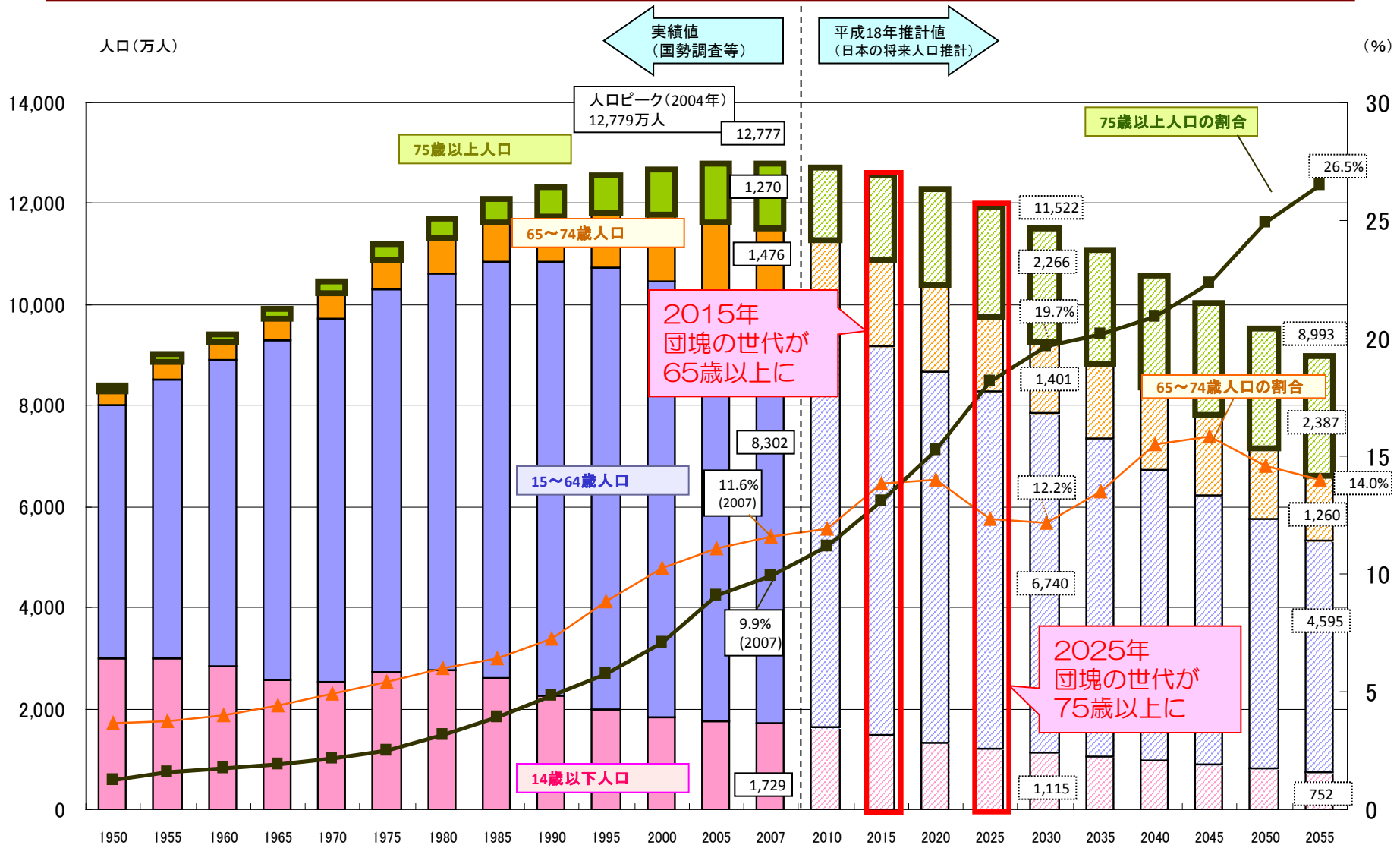
(2006～2009)
4,090円
(+24%)



(2010～2011)
4,160円
(+1.7%)

75歳以上高齢者の増大

○ 我が国の75歳以上人口の割合は現在10人に1人の割合であるが、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推計されている。

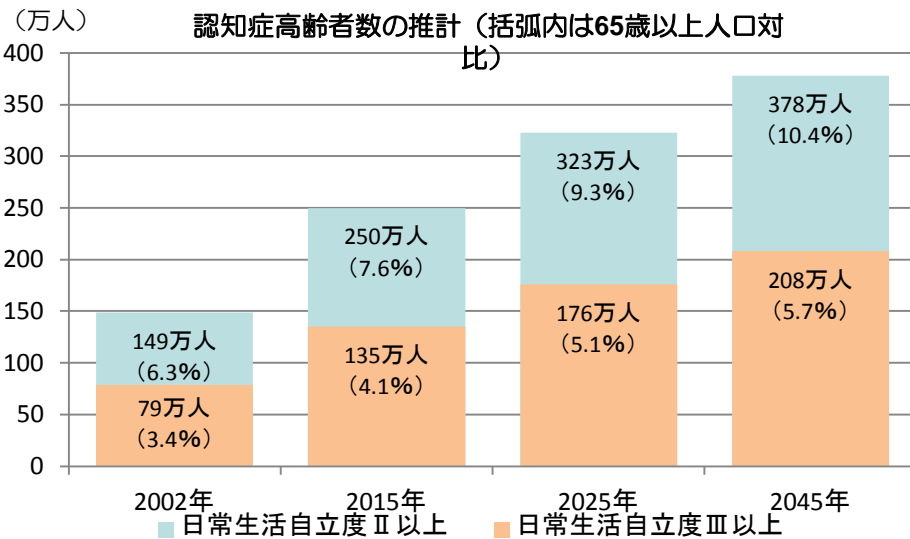


今後の介護保険を取り巻く状況について

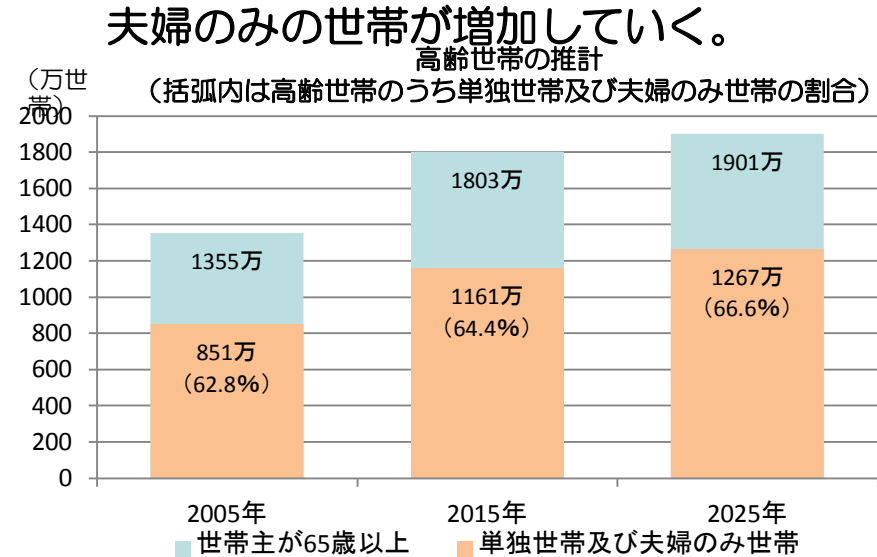
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



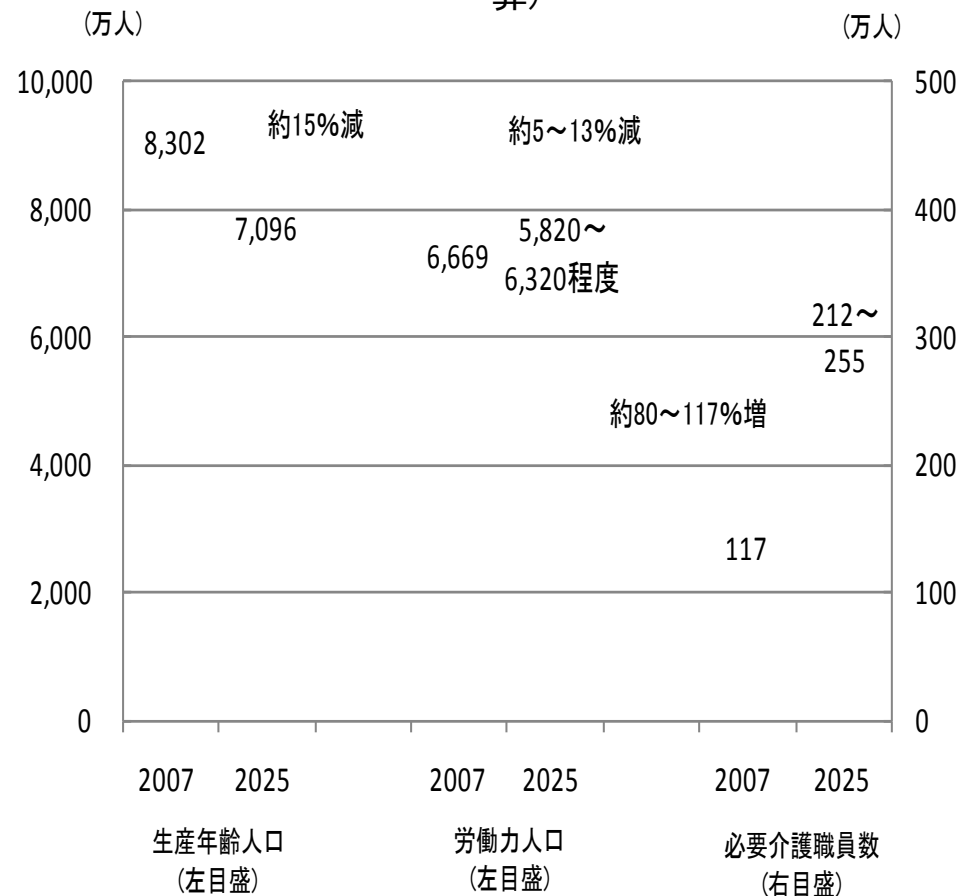
④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

介護の担い手と介護職員の見通し

- 2007年から2025年にかけて、生産年齢(15～64歳)人口は約15%減少し、労働力人口も約5～13%程度減少すると見込まれる。一方、必要となる介護職員数は倍増すると推計される。
- この結果、現行のサービス水準を維持・改善しようとする場合、労働力人口に占める介護職員数の割合は、2007年から2025年にかけて、倍以上になる必要があると見込まれる。

生産年齢人口、労働力人口、必要介護職員数の見通し(試算)



労働力人口に占める介護職員の割合

	2007年	2025年
介護職員数	117.2万人	212～255万人
労働力人口	6,669万人	5,820～6,320万人
割合	1.8%	3.4～4.4%

(資料出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18(2006)年12月推計)」、雇用政策研究会「労働力人口の見通し(平成19年12月)」、社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」、総務省「労働力調査」、「人口推計」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

注) 2025年の生産年齢人口は出生中位(死亡中位)推計の値。労働力人口は2017年から2030年の「労働市場への参加が進んだケース」と「進まないケース」が平均的に減少すると仮定して試算したもの。2025年の介護職員数は社会保障国民会議のAシナリオ～B2・B3シナリオの値。

医療・介護サービス費用の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
		医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
医療＋介 護 対GDP比 対NI比 名目額	9. 8 (%程度) 13. 6 (%程度) 48 (兆円程度)	10. 8 14. 9 55	10. 7 14. 8 55	11. 1 15. 3 57	11. 0 15. 1 56	12. 8 17. 7 78	12. 9 17. 8 78	13. 6 18. 7 83	13. 7 18. 8 83
医療 対GDP比 対NI比 名目額	8. 1 (%程度) 11. 1 (%程度) 39 (兆円程度)	8. 7 12. 0 45	8. 6 11. 9 44	8. 8 12. 2 45	8. 7 12. 0 45	9. 9 13. 7 60	10. 0 13. 8 61	10. 1 13. 9 61	10. 1 14. 0 62
介護 対GDP比 対NI比 名目額	1. 8 (%程度) 2. 4 (%程度) <u>9</u> (兆円程度)	2. 1 2. 9 <u>11</u>		2. 2 3. 1 <u>11</u>		2. 9 4. 0 <u>17</u>		3. 5 4. 8 <u>21</u>	
(参考) GDP NI	484 (兆円程度) 351 (兆円程度)	511 371				607 441			

(注1) 年度ベースの数値である。

(注2)「医療」は、国民医療費ベースの費用である。なお、2008年度の国民医療費は34.8兆円(対GDP比7.0%、対NI比9.9%)、2007年度のOECDベースの総保健医療支出は対GDP比8.1%程度となっている。

(注3)2015、2025年の「現状投影シナリオ」は現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影(将来の人口構成に適用)した場合、「改革シナリオ」はサービス提供体制等について機能強化や効率化等の改革を行った場合である。

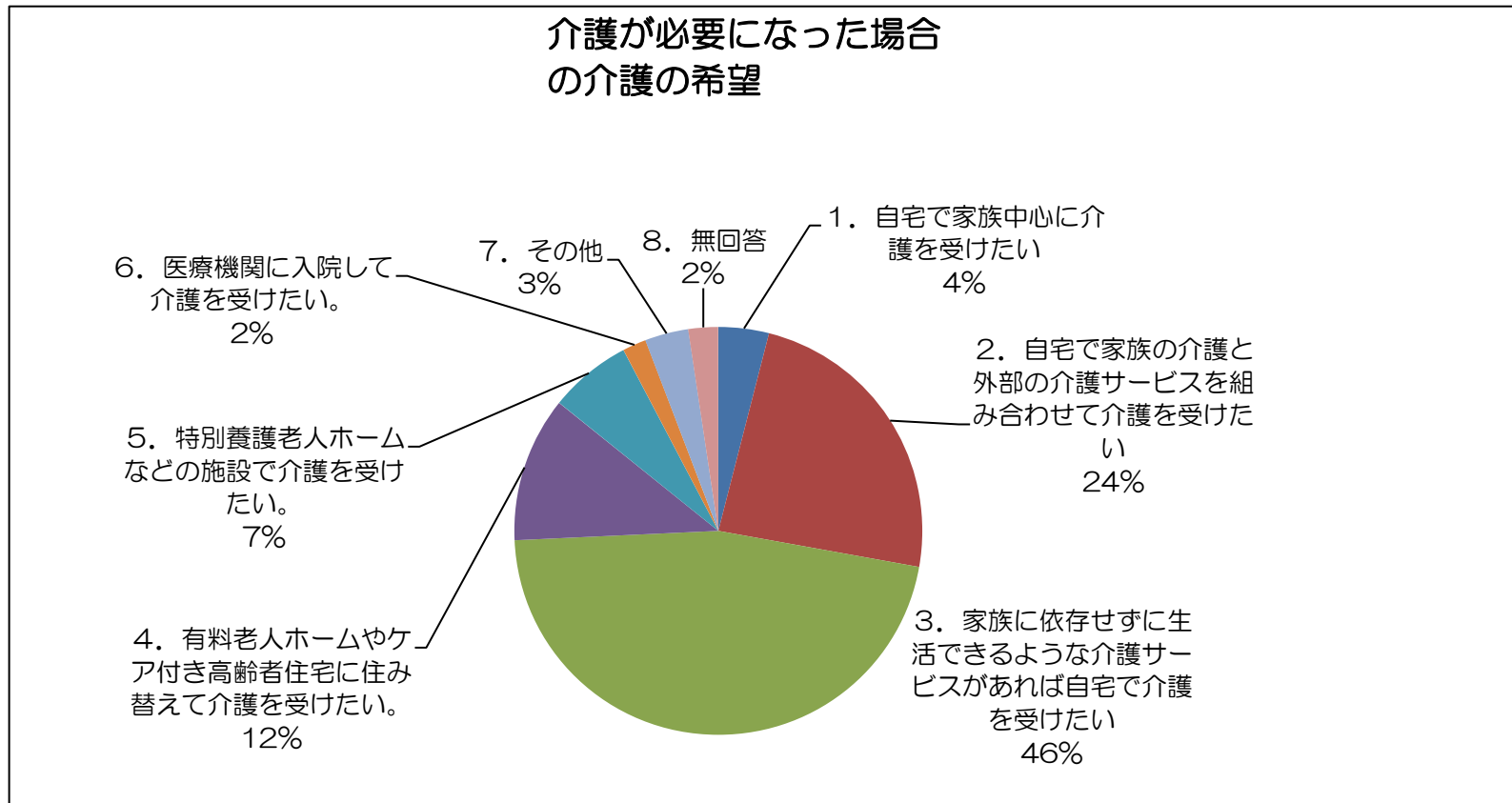
(注4)2015、2025年の「ケース①」は医療の伸び率(人口増減や高齢化除く)について伸びの要素を積み上げて仮定した場合、「ケース②」は賃金と物価の伸びの平均に一定率を加えて仮定した場合である。

「社会保障改革に関する集中検討会議(第十回)
配布資料(参考資料1-2) [医療・介護に係る長期推計](#)」

介護の希望（本人の希望）

【自分が介護が必要になった場合】

最も多かったのは「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」で46%、2位は「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」で24%、3位は「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」で12%。

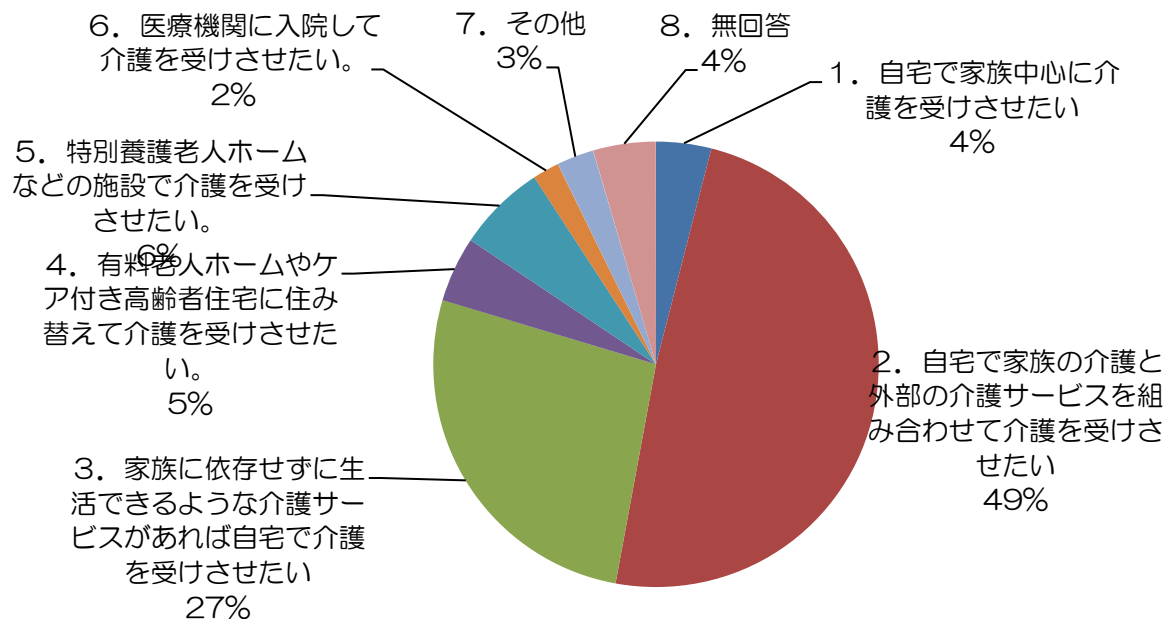


介護の希望（家族の希望）

【両親が介護が必要になった場合】

- 最も多かったのは「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい」で49%、2位は「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい」で27%となっており、前記自分の場合と1位と2位が逆転している。
- いずれの場合も、在宅希望が上位を占めており、施設や医療機関への入院・入所希望は1割弱にとどまった。

ご両親が介護が必要となった場合
の介護の希望



地域包括ケアシステムが求められる理由

2025年の高齢社会を踏まえると、

①高齢者ケアのニーズの増大、②単独世帯の増大、③認知症を有する者の増加が想定される。

そのためには、

介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることは必要

だが……

現状では、

各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられない。

そこで、地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要

地域包括ケアに関する保険者評価項目

(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況 6項目

(2) 地域連携の仕組みづくり 8項目

(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援 4項目

(4) 介護支援専門員への支援 5項目

(5) 介護サービス事業者への支援 7項目

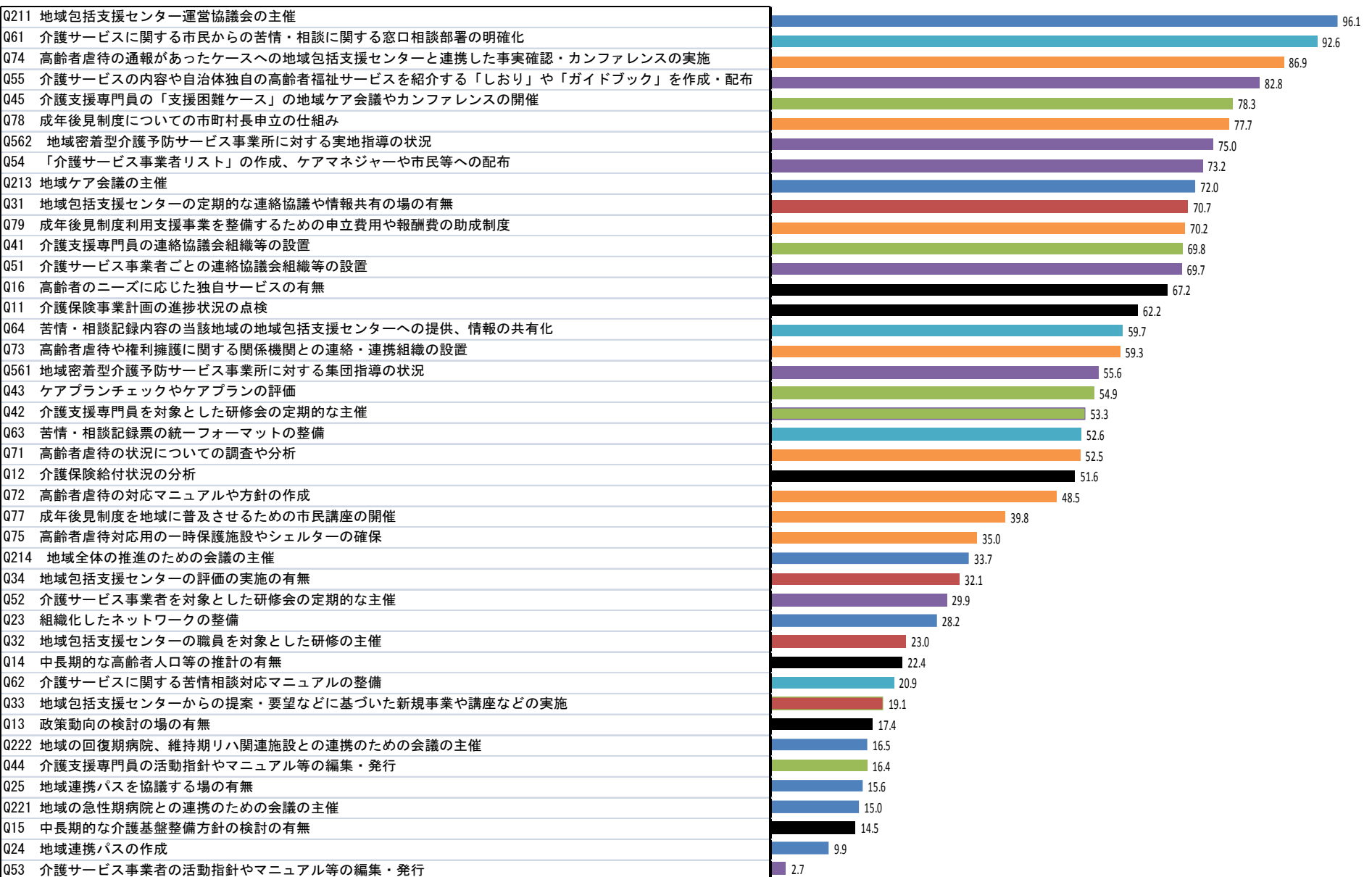
(6) サービスの苦情・相談体制 4項目

(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等 8項目

.....計 42項目

7カテゴリ42項目の回答状況(実施率降順)※

※すべてあり無しとして回答のダミー化を行った。

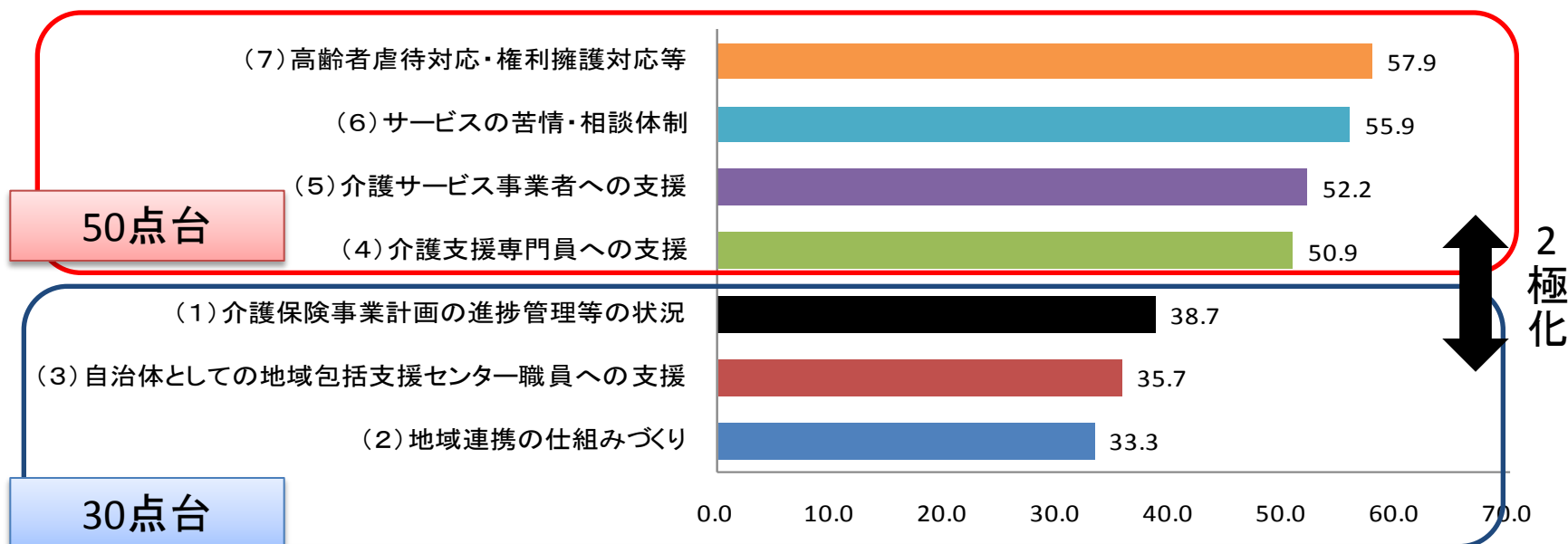


資料出所:「地域包括支援センターの機能強化および業務の検証並びに改善に関する調査研究事業報告書」(平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

0.0 10.0 20.0 30.0 40.0 50.0 60.0 70.0 80.0 90.0 100.0

7カテゴリ別の基準化得点の記述統計

	N	最小値	最大値	平均値	標準偏差
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	647	0.0	100.0	38.7	24.3
(2) 地域連携の仕組みづくり	648	0.0	100.0	33.3	19.7
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	646	0.0	100.0	35.7	28.0
(4) 介護支援専門員への支援	649	0.0	100.0	50.9	24.8
(5) 介護サービス事業者への支援	650	0.0	100.0	52.2	23.5
(6) サービスの苦情・相談体制	645	0.0	100.0	55.9	24.5
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	647	0.0	100.0	57.9	25.7
7カテゴリの基準化スコア計	650	14.3	685.7	323.2	108.9

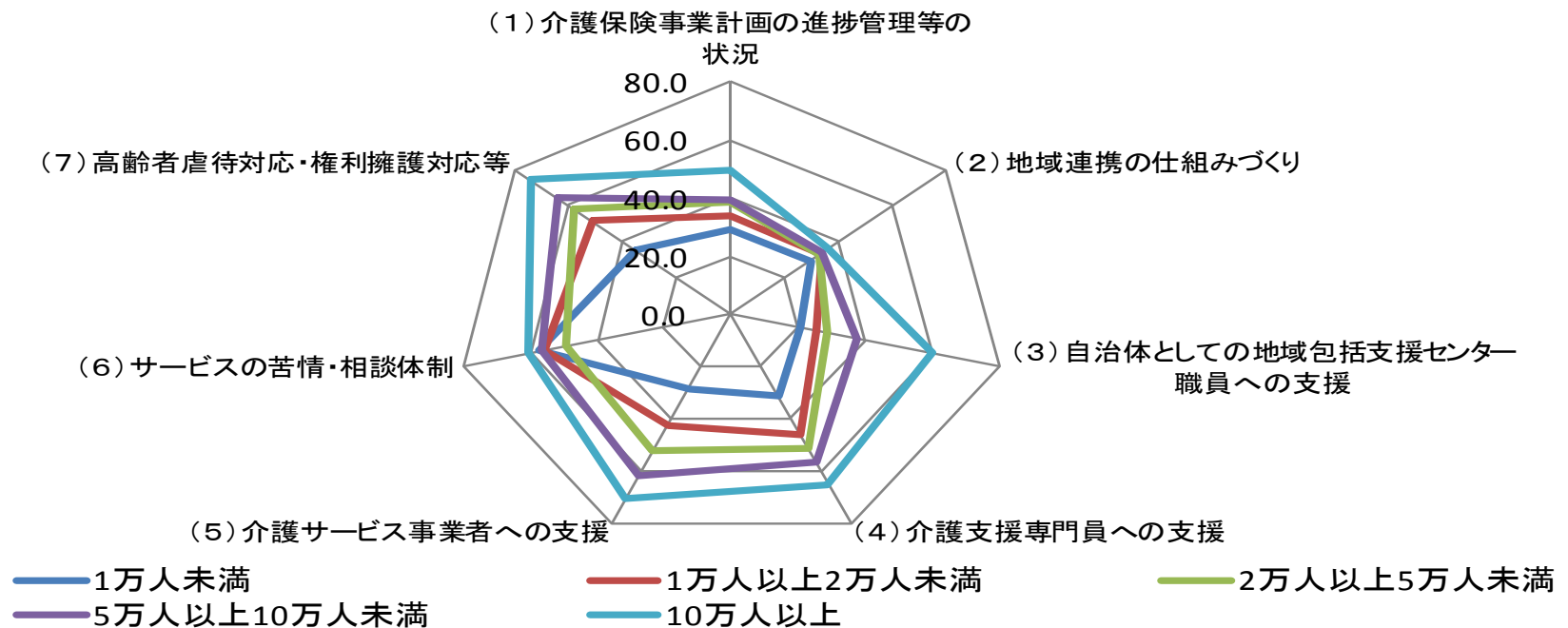


資料出所:「地域包括支援センターの機能強化および業務の検証並びに改善に関する調査研究事業報告書」(平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

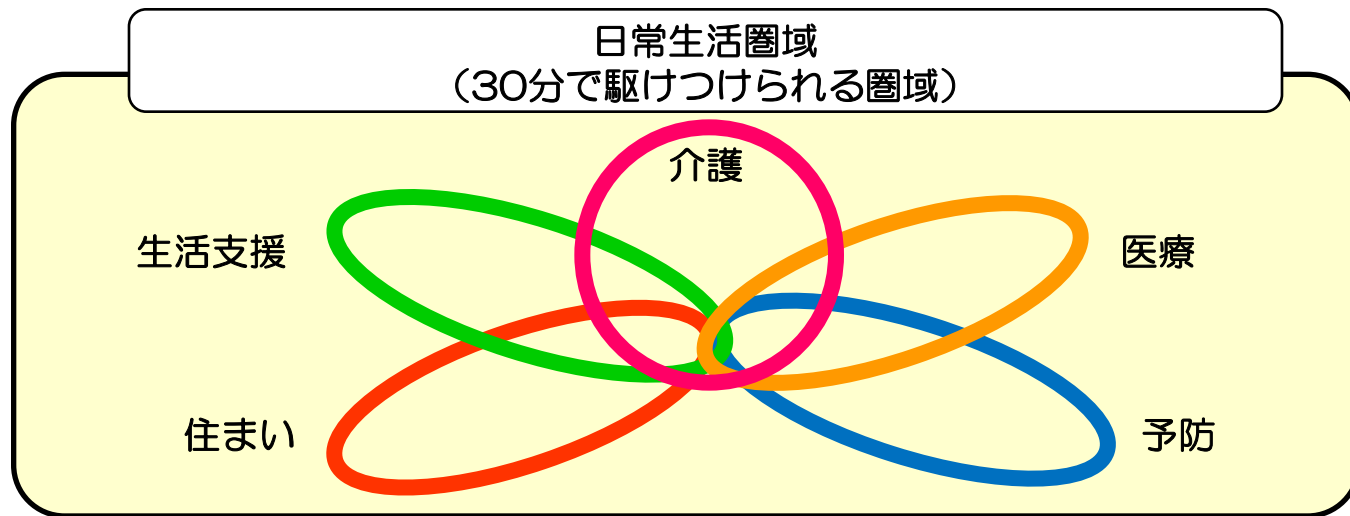
人口規模別・保険者機能スコアの比較

	1万人未満	1万人以上 2万人未満	2万人以上 5万人未満	5万人以上 10万人未満	10万人以上
N	126	95	155	113	156
(1) 介護保険事業計画の進捗管理等の状況	29.2	33.5	38.3	39.7	49.1
(2) 地域連携の仕組みづくり	29.6	33.3	32.9	34.0	36.2
(3) 自治体としての地域包括支援センター職員への支援	20.5	25.5	28.3	37.7	60.4
(4) 介護支援専門員への支援	31.4	46.0	51.5	56.6	65.0
(5) 介護サービス事業者への支援	28.1	42.7	52.1	61.9	70.5
(6) サービスの苦情・相談体制	57.5	55.5	49.5	56.7	60.6
(7) 高齢者虐待対応・権利擁護対応等	35.5	51.7	58.5	64.3	74.4
7カテゴリーの基準化スコア計	230.2	287.0	309.8	349.0	416.3

 P<0.05



地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

多様な市民生活(地域包括ケアを念頭に)

支 援

公共的な支え

国

県

民間企業の
社会貢献

・企業の
社会的「責務」
公共的「責任」
(ヒト、モノ、カネ、
ノウハウ、システム)

行政(地方政府)

・マニフェスト(政治)

A団体自治

B住民自治

・自治基本条例の設定

・基本構想・計画の策定
・各種まちづくり施策の展開

自助(互助)に
よる地区内の
相互扶助

・社会福祉法人

・民生委員制度
・校区支合い活動
・公民館活動

自助(互助)に
よる地区内の
相互扶助

・向こう三軒両隣
・隣組制度
・地縁・血縁
・民生委員制度
・校区支合い活動
・公民館活動

人と人の地域連帯

・社会福祉協議会(ヘルパー、ふれあいまちづくり活動等)

・医療・看護
・公民館活動

介護保険制
度

インフォーマルな活
動

ケアマネジャー等
ソーシャルワーカー

社会福祉協議
会

医療・
介護施設

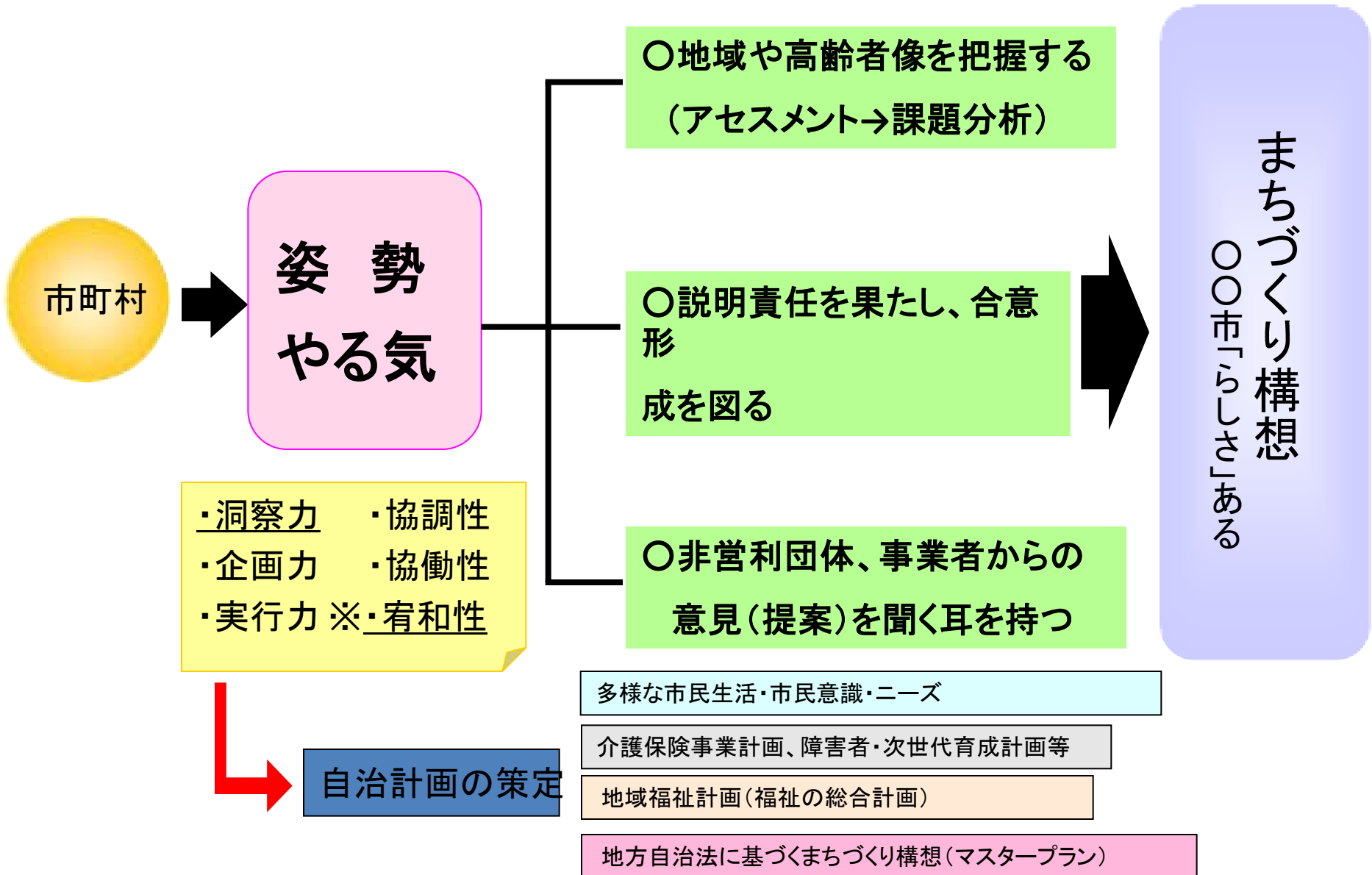
保 険 者

地域包括支援センター
地域密着型サービス

サービ
ス提供
者

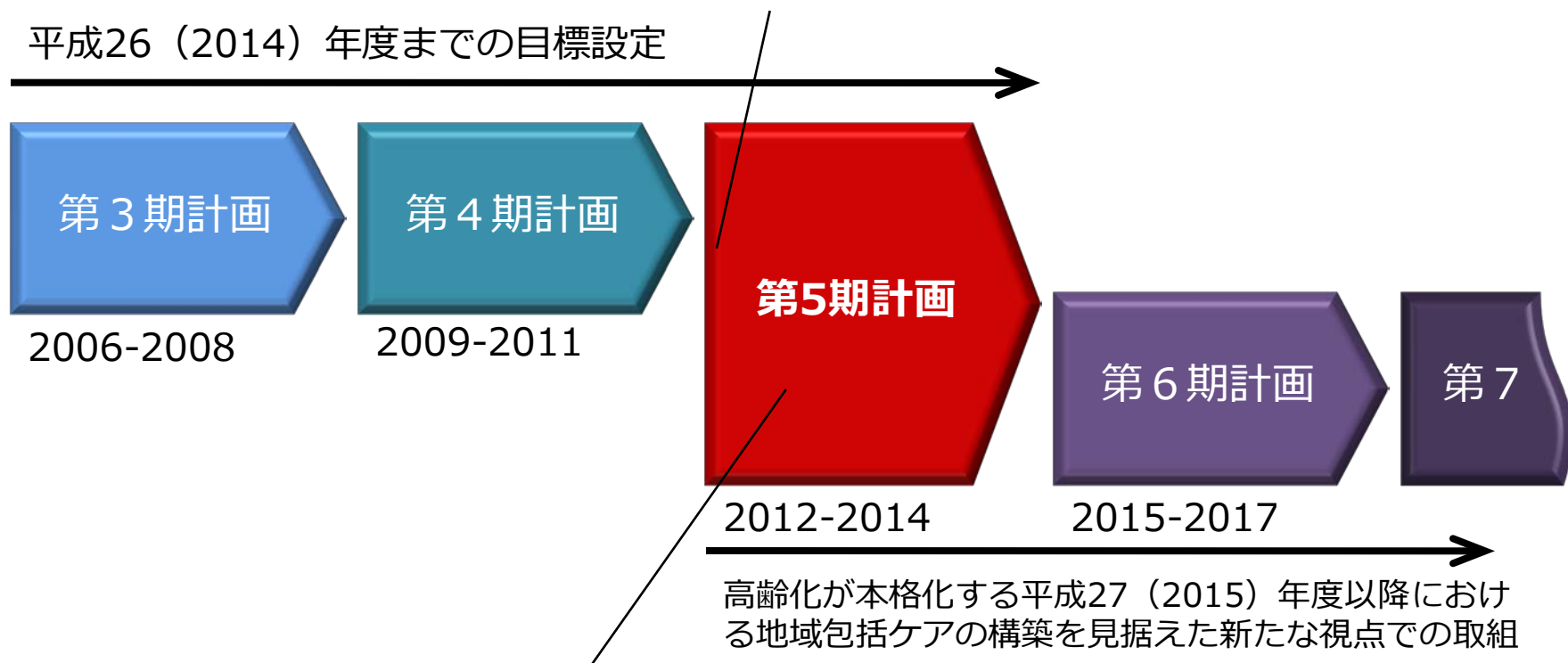
地域福祉コーディネーター
(見守り、買い物等)

地域包括ケアのまちづくり



第5期介護保険事業計画の位置づけ（イメージ）

第5期計画は、第3期、第4期計画の延長線上に位置づけられ、第3期計画策定時に定めた平成26年度までの目標を達成する仕上げる計画となる。



一方で、第5期計画は、各自治体の高齢化のピークを迎える時期までに、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して**第5期計画に位置づける等、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタートする時点**となる。

医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業（支援）計画の策定

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画（平成24～26年度）では次の取組を推進。
 - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
 - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査

（郵送＋未回収者への訪問による調査）

- ・ どの圏域に
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や
必要となるサービスを
把握・分析

調査項目（例）

- 身体機能・日常生活機能（ADL・IADL）
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

介護保険事業（支援）計画

これまでの主な記載事項

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業（市町村）
- 介護人材の確保策（都道府県）など

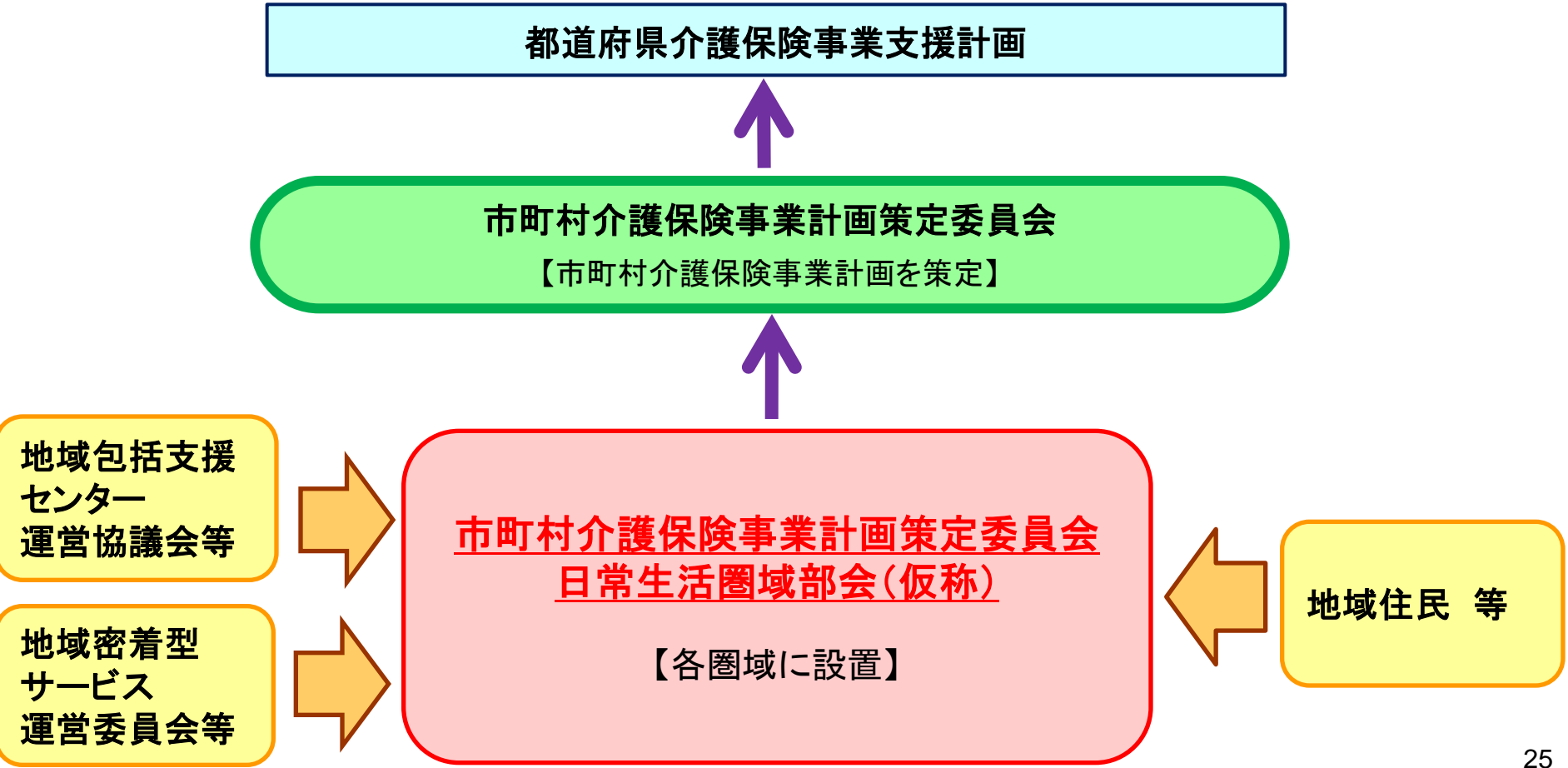


地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

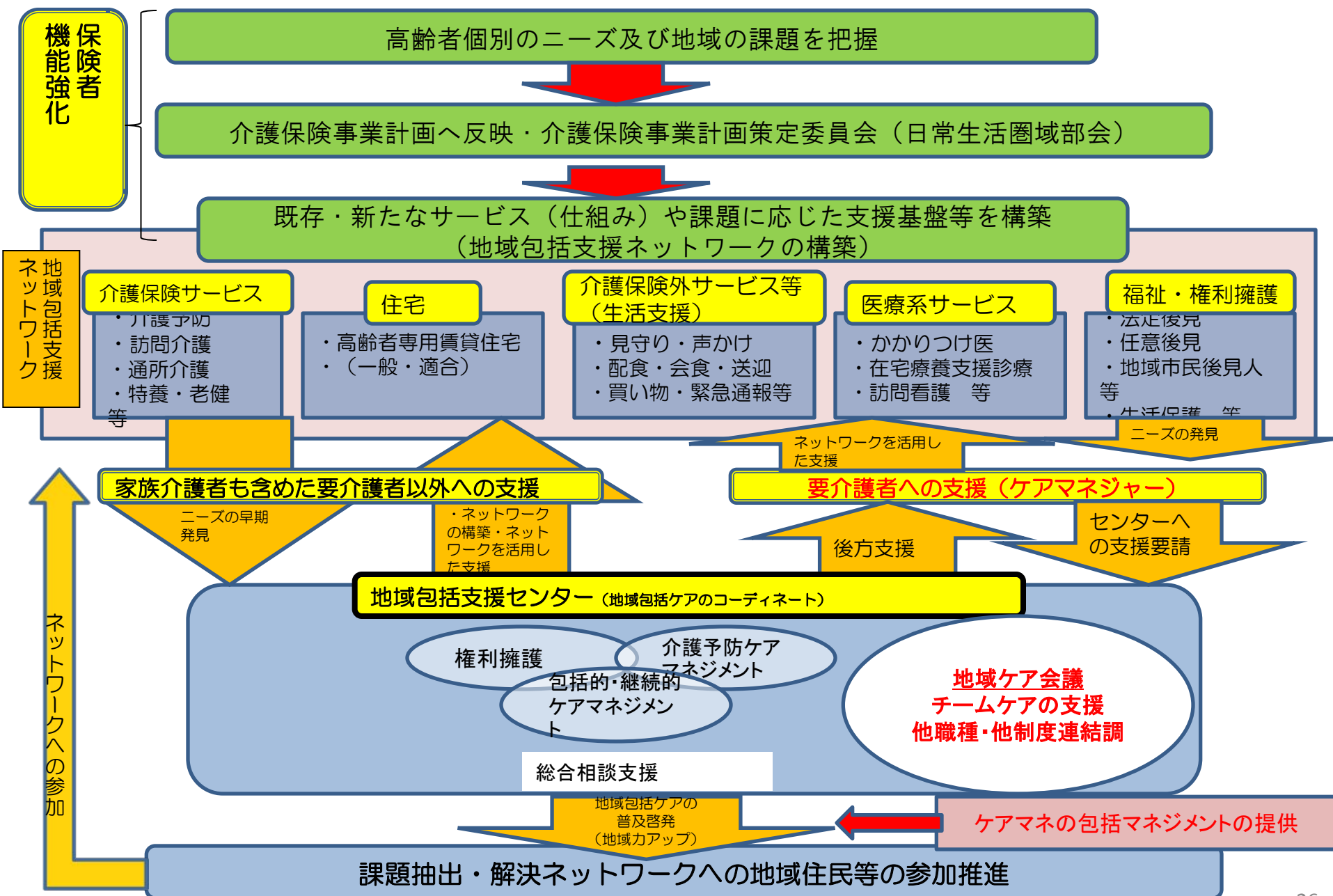
- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

第5期介護保険事業計画策定体制の例

- 日常生活圏域ごとのサービス整備を促進していくための手段として、市町村介護保険事業計画の策定に当たって、日常生活圏域ごとに「日常生活圏域部会（仮称）」を設置し、日常生活圏域ニーズ調査や給付分析等を通じて把握した地域の諸課題を踏まえて、サービスの整備方針を検討していくことが考えられる。
- この「日常生活圏域部会（仮称）」に、既存の地域包括支援センター運営協議会・地域密着型サービス運営委員会等の地域団体や地域住民が参加することにより、ニーズに即したサービス整備が図りやすくなるものと考えられる。



地域包括ケアシステムの構築



改正法関連

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

1 医療と介護の連携の強化等

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進。
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限(平成24年3月末)を猶予。(新たな指定は行わない。)

2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し(平成24年4月実施予定)を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
- ※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進(高齢者住まい法の改正)

4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】

1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

保険者による主体的な取組の推進

○地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービスにおける市町村の独自報酬設定権の拡大

地域包括ケア実現のため、保険者が主体となって地域密着型サービス等を整備していく必要があることから、以下のとおり改正する。

【現行の仕組み】

- ・ 地域密着型サービス等の介護報酬については、市町村は、全国一律の介護報酬額を超えない額を独自に設定可能
- ・ 全国一律の介護報酬額を上回る額とするためには、厚生労働大臣の認可が必要であり、その額も厚生労働大臣が定める。(小規模多機能型居宅介護等に限る)



【改正内容】

- ・ 地域密着型サービス等の介護報酬については、厚生労働大臣の認可によらず、市町村独自の判断で、全国一律の介護報酬額を上回る報酬を設定可能。
- ・ 介護報酬額の上限については、厚生労働大臣が定める。

○地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービスの指定事務の簡素化

地域密着型サービス等の事業所の指定は市町村ごとに行うが、市町村の判断により、当該事業所が所在地以外の市町村からも指定を受ける際の事務手続きの簡素化を行う。

【現行の仕組み】

- ・ 地域密着型サービス等について、所在地以外の市町村が事業所の指定を行う場合には、所在地の市町村長の同意が必要。



【改正内容】

- ・ 地域密着型サービス等について、両方の市町村長の合意がある場合には、所在地の市町村長の同意を不要とする。
- ・ 上記の場合、所在地の市町村の指定を受けた事業所が所在地以外の市町村に申請を行った際は、所在地以外の市町村は事業所の指定を行ったものとみなす。

○地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターにおいて、関係者間のネットワークが十分に構築できていないのではないか、市町村が委託型の地域包括支援センターに対して業務を丸投げしているのではないか、との指摘があることから、以下の規定を新設する。

- ① 地域包括支援センターは、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア等の関係者との連携に努めなければならない。
- ② 市町村は、委託型の地域包括支援センター等に対して、包括的支援事業の実施に当たっての運営方針を明示する。

医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業(支援)計画の策定

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画(平成24～26年度)では次の取組を推進。
 - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
 - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査

(郵送＋未回収者への訪問による調査)

- ・ どの圏域に
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や
必要となるサービス
を把握・分析

調査項目(例)

- 身体機能・日常生活機能
(ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

介護保険事業(支援)計画

これまでの主な記載事項

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業(市町村)
- 介護人材の確保策(都道府県)など

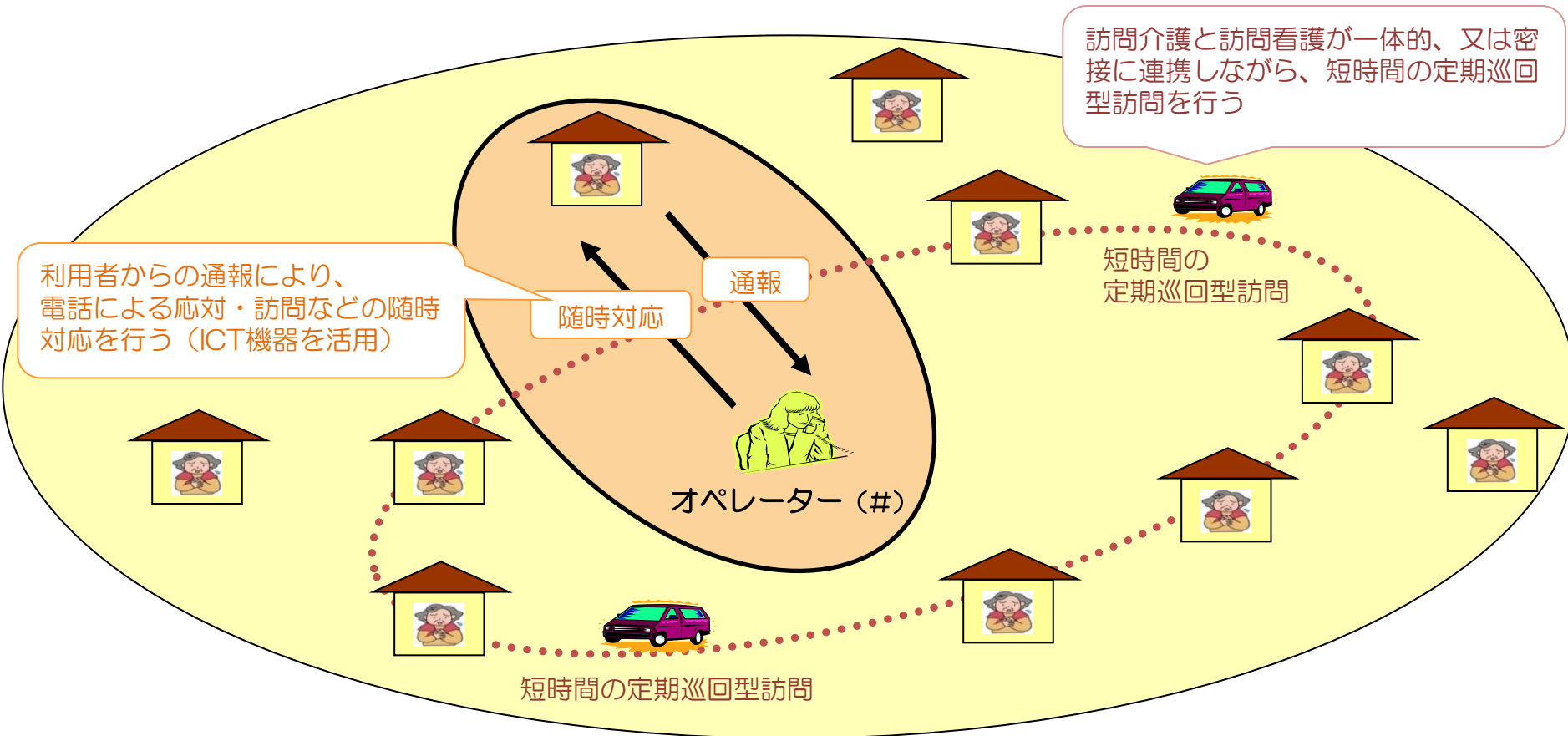


地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設(イメージ)

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス」を創設する。



※ 1つの事業所から訪問介護・訪問看護を一体的に提供する、又は、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するなど、訪問介護と訪問看護の密接な連携を図りつつ実施する。

※ 在宅療養支援診療所等、地域の医療機関との連携も重要となる。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村（保険者）が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

＃ オペレーターについては、単独事業所に駐在している場合のほか、複数の事業所について一括で対応する場合、24時間体制の既存施設と兼務する場合、単独事業所で携帯電話等を所持した職員が対応する場合等が考えられるが、具体的な配置の在り方については、今後検討

24時間地域巡回型訪問サービスの基本的な考え方

【最終的な目標】

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

- 本サービスは、在宅の要介護高齢者の日常生活を支えるために必要な介護・看護サービスを、包括的かつ継続的に提供するものであり、「地域包括ケア」の仕組みを支える基礎的なサービスとして位置付けられるものである。
- 本サービスは、適切なアセスメントとマネジメントに基づいて、介護サービスと看護サービスが連携を図りつつ、「短時間の定期訪問」、「随時の対応」といった手段を適宜・適切に組み合わせて、1日複数回、「必要なタイミング」で「必要な量と内容」のケアを一体的に提供する「まったく新しいサービス類型」である。

< 24時間地域巡回型訪問サービスの基本コンセプト >

①一日複数回の定期訪問と継続的アセスメントを前提としたサービス

- 一日複数回の定期訪問によるサービス提供を行い、在宅生活を包括的に支えるとともに、利用者の心身の状況について介護・看護の視点から継続的にアセスメントを行う。

②短時間ケア等、時間に制約されない柔軟なサービス提供

- 継続的なアセスメントに基づき、施設におけるケアと同様、利用者の心身の状況に応じて、提供時間の長さやタイミングを柔軟に変更しながら必要なサービスを提供する。

③「随時の対応」を加えた「安心」サービス

- 一日複数回の定期訪問に加え、利用者からのコールを受けた場合に、利用者の心身の状況等を踏まえコール内容を総合的かつ的確に判断し、必要な対応を行うことにより在宅生活の安心感を提供する。

④24時間の対応

- 日中帯を中心に定期訪問サービス提供を行い、起床から就寝までの在宅生活を包括的に支えるとともに、発生頻度は少ないながらも確実に存在する深夜帯のニーズに対応するため、24時間の対応体制を確保する。

⑤介護サービスと看護サービスの一体的提供

- 在宅生活を包括的かつ継続的に支える観点から、利用者の看護ニーズに対応するため、介護・看護サービスを一体的に提供する。

< 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方のポイント① >

○ サービスの対象者像

- 本サービスは、要介護3以上の要介護者の在宅生活の限界点を引き上げることが前提としているが、要介護1・2といった軽度の要介護者であっても、一日複数回の定期訪問ニーズや随時の対応による安心感の提供の効果は認められることから、本サービスの対象者は要介護者全般とすべきである。
- 継続的アセスメントに基づく一日複数回の訪問により、適切な食事内容の確保や、服薬の確認、排泄時の清潔保持、心身の状況の変化の定期的な確認等が可能であることから、認知症高齢者の在宅生活を支える上でも有効性が期待されるが、サービス提供に当たっては認知症高齢者の心身の状況に応じた配慮も必要である。

○ ケアマネジメント及び24時間地域巡回型訪問サービスが行うマネジメントのあり方

- 24時間地域巡回型訪問介護サービス事業者は、実際に訪問を行っている介護職員や看護職員によるチームが行う継続的アセスメントに基づき、一日のサービス提供のタイミング等を決定する。
- こうしたマネジメントを行うことにより、より効率的な移動ルートの設定や介護従事者の効果的な投入が可能となる。
- ケアマネジャーは、24時間地域巡回型訪問サービス事業所と「共同マネジメント」の形で緊密に連携を図り、他のサービス提供事業者との情報共有を進めつつ、利用者のニーズに即したケアプランを作成することが必要となる。

＜ 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方のポイント②＞

○ 介護サービスと看護サービスの一体的提供

- 在宅生活の継続には介護サービスに加え看護サービスの安定的な提供が重要であり、介護職員と看護職員が情報を共有しながら一体的にサービスを提供することが重要であり、具体的には看護職員は、①利用者に対する定期的なモニタリング・アセスメント、②訪問看護指示書に基づくサービス提供、③体調急変時の判断や医師との連携、④介護職員に対する療養上の助言等を行う。
- このため、24時間地域巡回型訪問サービス事業所には、介護職員と看護職員を配置し、介護・看護サービスを一体的に提供できる体制とし、効果的かつ柔軟なサービス提供を行うべきである。
なお、事業所に看護職員を配置することが困難な場合においても、外部の事業所との緊密な連携により、こうした機能を確保する必要がある。

○ 職員配置のあり方

- 利用者の心身の状態の変化に応じて柔軟なサービス提供を行う必要があるため、常勤職員の雇用を進め勤務ローテーションを安定化することが基本となるが、モーニングケア、食事、ナイトケアなど特定の時間帯において利用の集中が予想されることから、短時間勤務職員も組み合わせたシフト対応が必要になる。
- 人材の安定的確保及び有効活用の観点から、兼務等について柔軟に対応できる仕組みが必要である。特に、夜間（深夜）は、サービス提供の頻度も相当程度低下することが想定されるため、他の24時間対応を行っている介護サービス事業所、または施設等との兼務も検討すべきである。

○ 随時の対応のための職員配置

- 利用者からのコールに対応する職員（オペレーター）は一定の知見と実務経験を有する者を配置することが望ましい。また、利用者の看護ニーズに適切に対応するため、必要に応じて看護の専門知識を有する職員からの助言が常に得られるような体制を確保すべきである。
- こうした随時の対応体制については、人的資源の効果的活用の観点から、事業所間の連携・委託方式や多様な地域資源・インフラの活用等も重要である。また、双方向通信が可能なICT（情報通信技術）を活用した機器の利活用の推進も有効である。

< 24時間地域巡回型訪問サービスのあり方のポイント③ >

○ 事業者のサービス提供圏域のあり方

- 利用者のニーズに即応する必要性があり、また移動時間の短縮が効率的な運営をおこなう上で重要になることから、30分程度の範囲が適当である。
- 在宅高齢者の日常生活圏域内で、各地域及び住民の特性に応じたきめ細かなニーズ把握とサービスのマネジメントを行うことが求められることから、市町村が事業者指定を行う「地域密着型サービス」とすることが適当である。
- 事業所の指定については、個々の日常生活圏域におけるニーズや地域特性等に応じて、安定的なサービス提供が確保されるよう、市区町村が一定の裁量のもと、利用者の事業者選択の自由の確保の視点も踏まえながら計画的に行うことが重要である。

○ 報酬体系のあり方

- 高齢者の生活においては、心身の状態が日々変化しそれにともない必要なサービスの量やタイミングも変化することから、施設と同様、包括定額払い方式の介護報酬を基本とすべきである。
- 包括定額払いを導入する際、「事業者によるサービス提供控え」が生じる可能性があるが、これについては、保険者の責任において利用者の在宅生活が、包括的かつ継続的に支えられているかを把握する必要がある。

○ 本サービスの事業者、従業員に与える効果

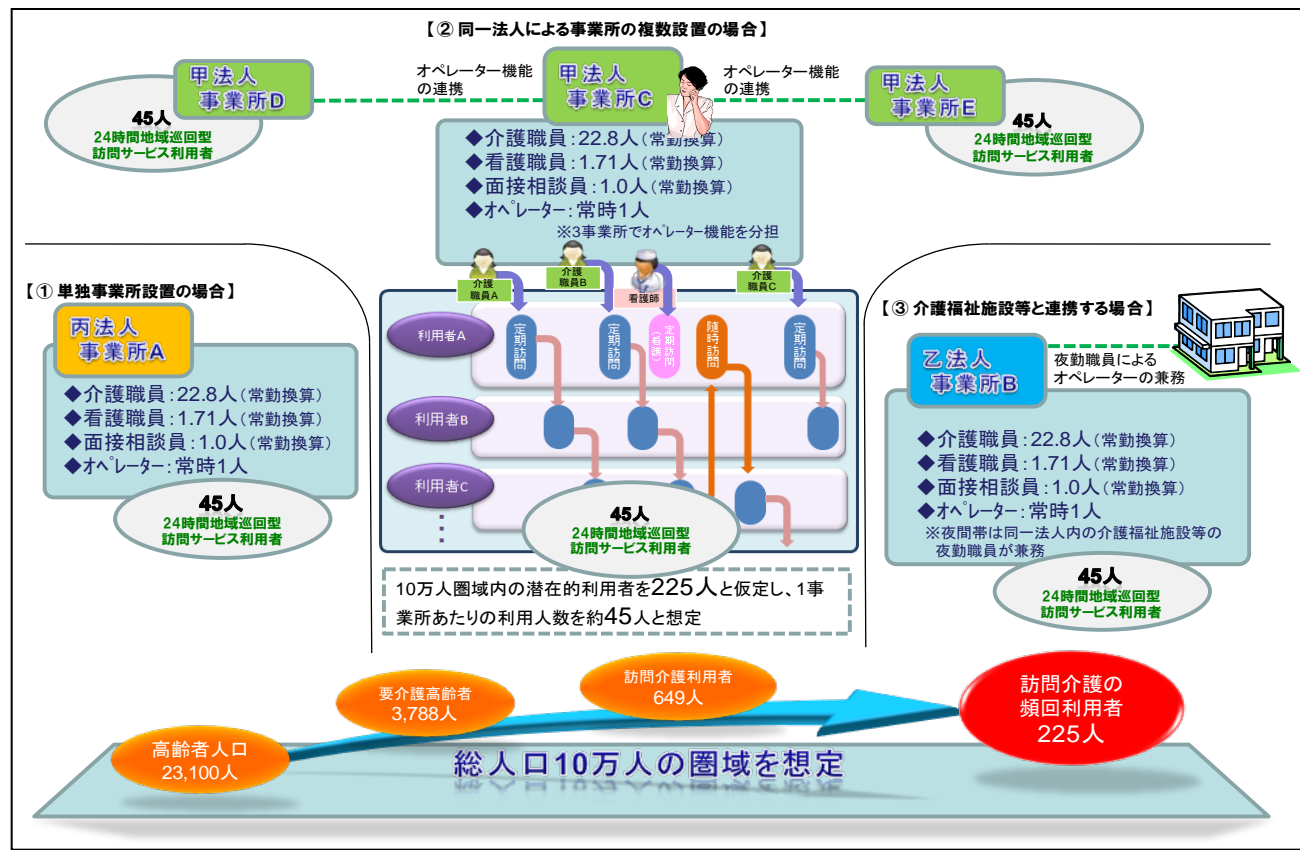
- 従来の訪問介護に比べ事業者側のサービス提供の密度が高まることにより、職員の稼働率の向上が図られ、より効率的なサービス提供が可能となり、事業者の経営の安定性が増すほか、常勤職員の雇用機会の増加等、介護職員の処遇改善が期待される。
- 利用者の一日の生活を包括的かつ継続的に支えることにより、利用者のニーズを総合的・継続的に把握することが可能となり、介護従事者の専門性の向上、やりがいの醸成につながる。
- これまでの一対一の関係性に比較してチームケアの概念がより強化される。

(参考資料)事業モデルのシミュレーション

以上整理した本サービスの基本的なイメージに基づき、一定の仮定の下に試算した、利用者の居住圏域規模や利用対象者規模を前提とした場合に、想定される必要な職員体制等を検討。

本事業実施イメージの一例

※本サービスにおける最低配置人数や報酬単価、事業費規模等を提案するものではない。



※ オペレーターについては、複数のサテライト事業所を一括で対応する場合（甲法人）や24時間体制の既存施設との兼務を行う場合（乙法人）、単独型で例えば携帯電話等を所持した職員が対応する場合（丙法人）等が想定され、地域の実情や事業所の事業規模等に応じて多様な配置が想定される。

※ 看護職員については地域の訪問看護ステーションと連携する方法も想定される。

※ なお、高齢者向け住宅の活用・連携により移動時間・距離を平均化することが可能であり、事業展開に有効と考えられる。

24時間地域巡回型訪問サービス導入時の訪問例 1

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
早期	6:00 (就寝) 7:00 (就寝) ○モーニングケア・配下膳・デイ準備	6:00 (就寝) 7:00 (就寝) ○モーニングケア・配下膳	6:00 (就寝) 7:00 (就寝) ○モーニングケア・配下膳・デイ準備	6:00 (就寝) 7:00 (就寝) ○モーニングケア・配下膳	6:00 (就寝) 7:00 (就寝) ○モーニングケア・配下膳	6:00 (就寝) 7:00 (就寝) ○モーニングケア・配下膳	6:00 (就寝) 7:00 (就寝) ○モーニングケア・配下膳
朝食時	8:00 9:00 10:00 11:00			【家族によるケア】 午前中から外出。昼食は外出時に家族と食べ、服薬、排泄介助は家族がおこなう。			
昼食時	12:00 13:00	○配下膳・排泄 ◎清掃等	12:00 13:00	○配下膳・排泄	○配下膳・排泄	○外出(家族)	○配下膳・排泄
午後	14:00 15:00 16:00			★【看護】 定期モニタリング・アセスメント			●【随時】コールのみ
夕食時	17:00 18:00						●【随時】不安解消・水分補給
就寝時	19:00 20:00 21:00 22:00						○配下膳・排泄
深夜帯	23:00 0:00 1:00 2:00 3:00 4:00 5:00						○配下膳・排泄

【現在の状態にあわせて定期訪問を実施】

- ・起床、就寝時ケア＋排泄
 - ・朝、昼、夕の配下膳＋排泄
 - ・昼食時、身体介護とあわせて生活援助を実施。
- ※細かな生活援助(洗濯物の片付け、身の回りの整理など)は、各身体介護と一体的に提供されている。

【オペレーターによる対応と状況にあわせた柔軟な対応】

昼食後に利用者からコールがあるが特に身体介助の必要なし。数分会話して落ち着いた様子なので訪問はおこなわず。午後に見守りも兼ね水分補給のため訪問。再度コールがあるが夕方の定期訪問を早めに行くことを伝え対応。

【看護師による定期的なモニタリング・アセスメント】

定期的なモニタリングとアセスメントをおこなう。

24時間地域巡回型訪問サービス導入時の訪問例 2

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
早朝	6:00 (就寝)	●【随時】コールのみ	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)
	7:00 ○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア
朝食時	8:00 ○食事・排泄・デイ準備	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄・デイ準備	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄
	9:00						
昼食時	10:00						
	11:00				●【随時】排泄・水分補給		
午後	12:00 デイサービス利用	○食事・排泄 ◎清掃等	○食事・排泄	デイサービス利用	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄
	13:00						
夕食時	14:00				○水分補給		
	15:00	○水分補給	○水分補給	○水分補給	●【随時】排泄・水分補給	★【看護】 褥瘡処置 定期モニタリング・アセスメント	○水分補給
就寝時	16:00 ○水分補給				●【随時】排泄・水分補給		
	17:00				★【看護】		
深夜帯	18:00 ○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄・ナイトケア	○食事・排泄	○食事・排泄
	19:00						
	20:00				(就寝)		
	21:00				●【随時】排泄・水分補給		
	22:00 ○ナイトケア	○ナイトケア	○ナイトケア	○ナイトケア		○ナイトケア	○ナイトケア
	23:00		(就寝)				
	0:00		●【随時】排泄		(就寝)		(就寝)
	1:00 (就寝)	(就寝)	(就寝)	(就寝)		(就寝)	●【随時】コールのみ
	2:00						
	3:00						(就寝)
	4:00						
	5:00						

【現在の状態にあわせて 定期訪問を実施】

- ・起床、就寝時ケア＋排泄
 - ・朝、昼、夕の食事＋排泄
 - ・午後水分補給
 - ・昼食時、身体介護とあわせて生活援助を実施。
- ※細かな生活援助(洗濯物の片付け、身の回りの整理など)は、各身体介護と一体的に提供されている。

【体調変化時の柔軟な対応】

昼頃から下痢症状がみられ、昼食は少量摂取のみ。随時による排泄介助と水分補給を実施し、午後に急遽、訪問看護対応。いつもより早めのナイトケアをおこない就寝。見守りも兼ね夜間に随時訪問をおこなう。

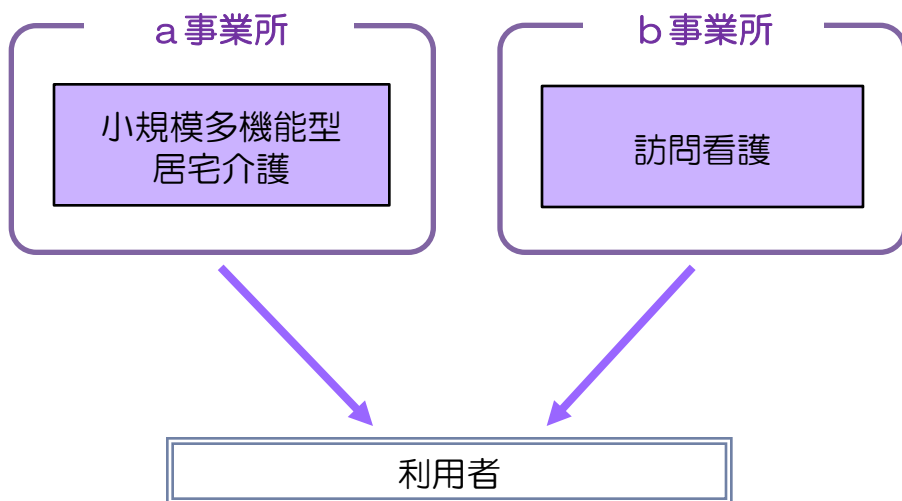
【訪問看護指示書に 基づく訪問看護】

仙骨部の褥瘡処置を実施。必要に応じ、あわせて、定期的なモニタリングとアセスメントを実施。

複合型サービスの創設

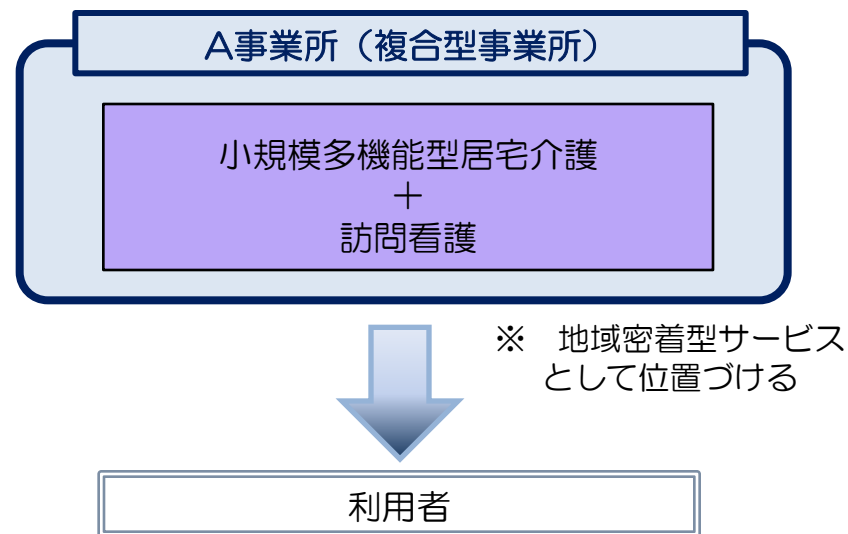
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供する複合型サービスを創設する。
- これにより、利用者は、ニーズに応じて柔軟に、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられるようになる。また、事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能になる、ケアの体制が構築しやすくなるという利点がある。

現行制度



- それぞれのサービスごとに別々の事業所からサービスを受けるため、サービス間の調整が行いにくく、柔軟なサービス提供が行いにくい。
- 小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアを支える重要なサービスだが、現行の小規模多機能型居宅介護は、医療ニーズの高い要介護者に十分対応できていない。

創設後

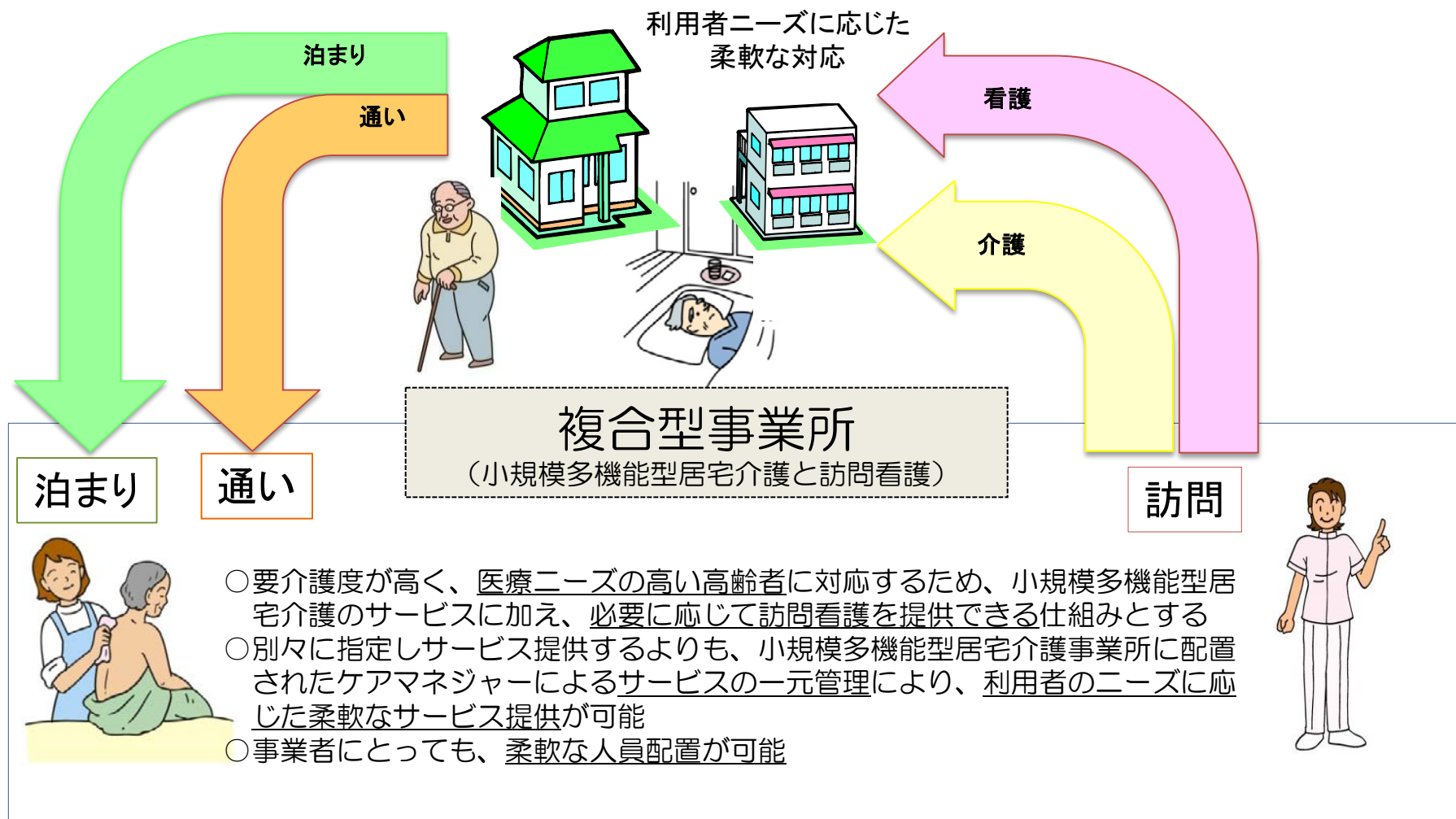


- 1つの事業所から、サービスが組み合わされて提供されるため、サービス間の調整が行いやすく、柔軟なサービス提供が可能。
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を一体的に提供する複合型事業所の創設により、医療ニーズの高い要介護者への支援を充実することが可能。

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要（イメージ図）

- 今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



介護予防・日常生活支援総合事業について(イメージ)

- 市町村の判断により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設。事業を導入した市町村においては、市町村・地域包括支援センターが、利用者の状態像や意向に応じて、予防給付で対応するのか、新たな総合サービスを利用するのかを判断。
- 利用者の状態像や意向に応じて、介護予防、生活支援(配食、見守り等)、権利擁護、社会参加も含めて、市町村が主体となって総合的で多様なサービスを提供。

【財源構成(予防給付と同じ)】 国庫負担：25% 都道府県負担：12.5%
市町村負担：12.5% 1号保険料：20% 2号保険料：30%

【サービス提供事業者、利用者負担】 市町村において、地域の実情に応じて決定。

利用者像

- ・要支援と非該当とを行き来するような高齢者に対し、総合的で切れ目のないサービスを提供
- ・虚弱、ひきこもりなど介護保険利用に結びつかない高齢者に対し、円滑にサービスを導入
- ・自立や社会参加意欲の高い者に対し、社会参加や活動の場を提供

地域包括支援センター
包括的なケアマネジメントを実施

※ ケアマネジメント・介護予防・生活支援は、介護予防・日常生活支援総合事業において必ず実施。

介護予防
(訪問・通所)

生活支援
(配食、見守り)

権利擁護

社会参加

地域全体で高齢者の生活を支える総合的で多様なサービス

多様なマンパワーの活用

介護保険事業者・NPO・ボランティア・民生委員など

地域の多様な社会資源の活用

公民館、自治会館、保健センターなど

地域の創意工夫を活かした取組の推進

「ボランティアポイント制」の活用など

介護保険外サービスの推進

配食・見守りなどの生活支援サービスの推進

介護療養病床の取扱いについて

【現行規定】

○介護療養病床については、平成24年3月31日までに、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換し、制度は廃止されることとなっている。

【現状】

○平成18年で約12万床であったが、平成22年6月時点で約8.6万床であり、介護療養病床からの転換が進んでいない現状。

【方針】（法改正（介護保険法の附則）による対応）

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在するものについては、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる。

介護職員等によるたんの吸引等の実施について

○規制・制度改革に関する閣議決定、総理指示を踏まえ、たんの吸引等の医行為が必要な者に対してより安全に提供されるよう、介護福祉士などの介護職員等によるたんの吸引等の実施のための所要の法整備を行う。

※ 介護人材の活用のため、在宅、介護保険施設、学校等において、介護福祉士等の介護職員が、たんの吸引や経管栄養等といった日常の「医療的ケア」を実施できるよう、法整備の検討を早急に進めること。
(平成22年9月26日総理指示)

【現 状】

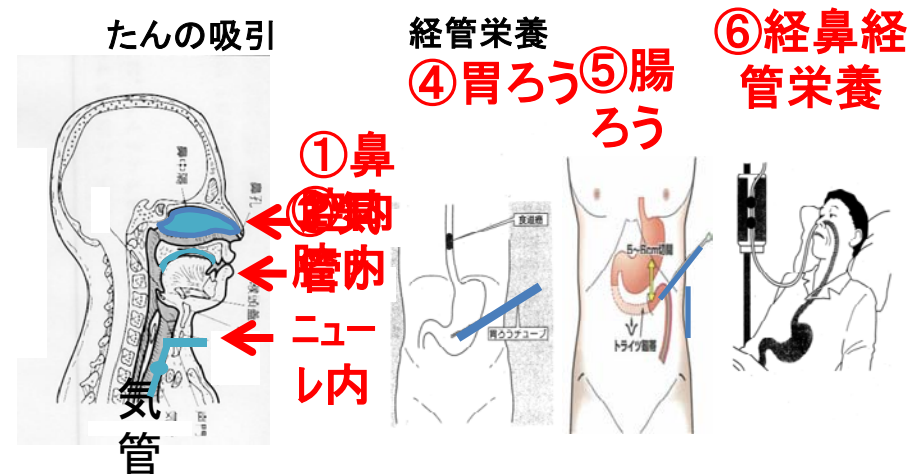
- たんの吸引・経管栄養は、医行為に該当し、医師法等により、医師、看護職員のみが実施可能。
例外として、一定の条件下（本人の文書による同意、適切な医学的管理等）でヘルパー等による実施を容認。

【課 題】

- 「当面のやむを得ず必要な措置」であるため、
① 法的に不安定であり、行為の実施に当たって不安
② グループホームや有料老人ホームで対応できていない 等の指摘。

【制度のイメージ】

- 介護福祉士及び一定の追加的な研修を修了した介護職員等が実施可能となるよう社会福祉士及び介護福祉士法を改正



介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

(「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正案)

趣旨

○介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。
☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

実施可能な行為

- たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの
- ※ 保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。
 - ☆具体的な行為については省令で定める
 - ・たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
 - ・経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)

介護職員等の範囲

- 介護福祉士
- ☆具体的な養成カリキュラムは省令で定める
- 介護福祉士以外の介護職員等
- ☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定
 - ☆認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

登録研修機関

- たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)
- 登録の要件
- ☆基本研修、実地研修を行うこと
 - ☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事
 - ☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合
 - ☆具体的な要件については省令で定める
 - ※ 登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

登録事業者

- 自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録
(全ての要件に適合している場合は登録)
- 登録の要件
- ☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
 - ☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置
 - ☆具体的な要件については省令で定める
 - ※ 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

<対象となる施設・事業所等の例>

- ・ 介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
- ・ 障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
- ・ 在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)
- ・ 特別支援学校

※医療機関は対象外

出典:介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会「中間まとめ」

実施時期及び経過措置

- 平成24年4月1日施行
(介護福祉士については平成27年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。)
- 現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるように必要な経過措置⁴⁴

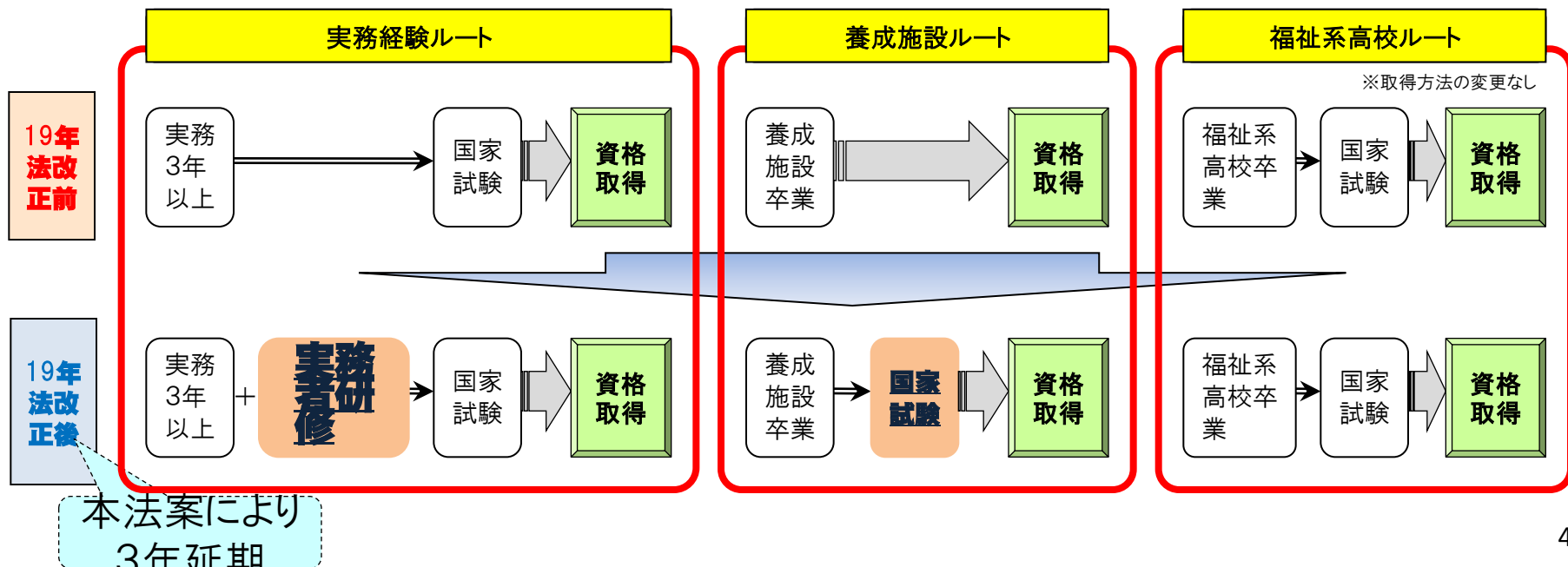
介護福祉士の資格取得方法の見直しの延期について

【平成19年の法律改正】

- 介護福祉士の資質向上を図る観点から、一定の教育過程を経た後に国家試験を受験する形に資格取得方法を一元化（平成24年度から施行予定であった）
 - ① 実務経験者 … 3年以上の実務経験に加えて、実務者研修（6ヶ月研修）を義務付け
 - ② 養成施設卒業者 … 国家試験受験を義務付け

【今後の対応】

- 介護分野の人材不足等の中で、現場職員にとって実務者研修を受講しやすいものに再構成する。
働きながらも研修を受講できるよう、受講支援策の具体化や現場職員への十分な広報をしていくため、また、介護福祉士によるたんの吸引等の円滑な施行に向けて、一定の準備期間が必要。
- そのため、介護福祉士の資格取得方法の見直しについて、施行を3年間延期（24→27年度）。



事業者に対する労働法規の遵守の徹底

介護人材の確保を図るためには、事業者による労働環境整備の取組を推進することが重要だが、介護事業を含む社会福祉関係の事業は、全産業と比較して労働基準法等の違反の割合が高い。

→事業者による労働環境整備の取組を推進するため、新たに、労働基準法等に違反して罰金刑を受けている者等について、指定拒否等を行うこととする。

○労働基準法違反による送検事件状況（社会福祉施設）

平成18年	平成19年	平成20年
11件	15件	11件

（注）送検された事件のうち、起訴される件数は毎年50%前後で推移している（全産業）

○労働基準法等違反事業場比率（平成20年）

	社会福祉施設	全産業
違反事業場比率	77.5%	68.5%
労基法24条 （賃金不払）	5.8%	3.2%
労基法37条 （割増賃金不払）	35.8%	18.1%
最賃法4条 （最賃不払）	4.7%	2.8%

定期監督等実施事業場数 社会福祉施設：3,920 全産業：115,993

※ 社会福祉施設には、特養、老健、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設・訪問介護事業所等の居宅サービス事業所、グループホーム、有料老人ホーム等のほか、保育所や障害福祉関係施設・事業所等が含まれている。

資料出所：平成20年労働基準監督年報 労働基準法等違反が事出しているのは、賃金の不払いのほか、労働条件の明示違反

情報公表制度の見直し

介護サービス情報公表制度について、①事業者の負担を軽減する、②利用者にとって分かりやすくする、という観点から、見直しを行う。

【現行の仕組み】

利用者の選択に資する情報について、都道府県知事への報告を事業者に義務付け、その情報について調査し、定期的に公表する仕組み。



【見直しの内容】

事業者の負担を軽減するという観点から、運営方法を整理する。

- 1年に1回の調査の義務づけを廃止し、都道府県が必要があると認める場合に調査を行えることとする。
- 手数料によらずに運営できる仕組みとする。

公表に係る事務等の効率化を図る。

- 現在、各都道府県に設置されている情報公表サーバーを、国で一元的に管理することにより、効率化を図る。

分かりやすくなるよう、公表方法を工夫する。

- 検索機能や画面表示などを工夫する。

公表される情報の充実を図る。

- 都道府県は、介護事業者の希望に応じて、介護サービスの質・介護従業者に関する情報を公表するよう配慮するものとする旨の規定を設ける。

有料老人ホームの利用者保護規定

短期間での契約解除の場合の返還ルール

【現状】

○有料老人ホームは、設置運営標準指導指針において、90日以内の契約解除の場合に、実費相当額を除いて前払金を全額返還することを規定しているものの、老人福祉法には位置づけられていないため、この制度を設けていない事業者が存在している。

【対応】

○利用者保護の観点から、有料老人ホーム及びグループホームへの入居後一定期間の契約解除の場合に、家賃、サービス費用などの実費相当額を除いて、前払金を全額返還する契約を締結することを義務づける。

※有料老人ホームにおける入居一時金問題の改善については、消費者委員会において検討議題とされ、平成22年12月17日に建議書が出されたところ。

権利金等の受領禁止

【現状】

○前払金については、現在においても算定の基礎を書面で明示することとなっているが、家賃やサービス費用などとは異なり、権利金等は利用者にとって何に対する対価であるのかが不明確であるため、トラブルの原因の一つとなっている。

【対応】

○利用者保護の観点から、家賃、介護等のサービス費用、敷金のみを受領可能とし、権利金等を受領しないことを事業者に義務づける。

有料老人ホームの利用者保護規定に違反したと都道府県が認めるときは、事業者に対して改善命令を行うことが可能。また、改善命令に違反した場合は、六月以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処することとする。

サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

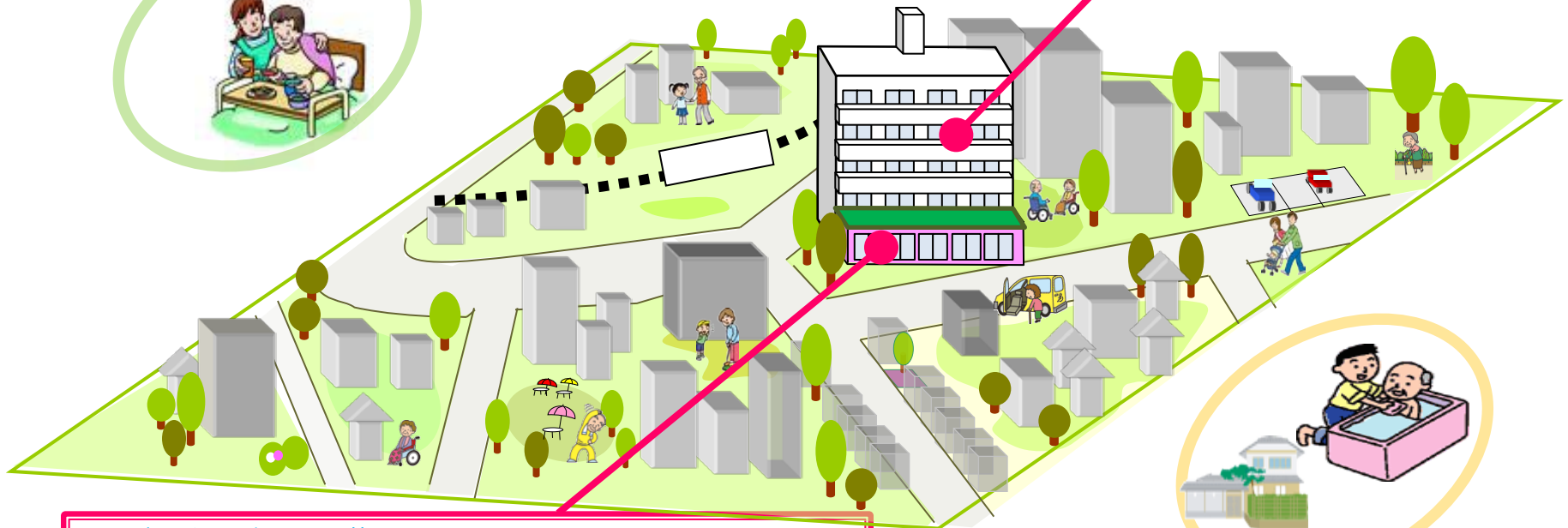
日常生活や介護に不安を抱く「高齢单身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法：国土交通省・厚生労働省共管）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法：厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護

「定期巡回・随時対応サービス」

→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅
（国土交通省・厚生労働省共管）
→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、
ヘルパーステーション、
デイサービスセンター、
定期巡回・随時対応サービス（新設）

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける



認知症対策の推進について

○ 市民後見人の活用

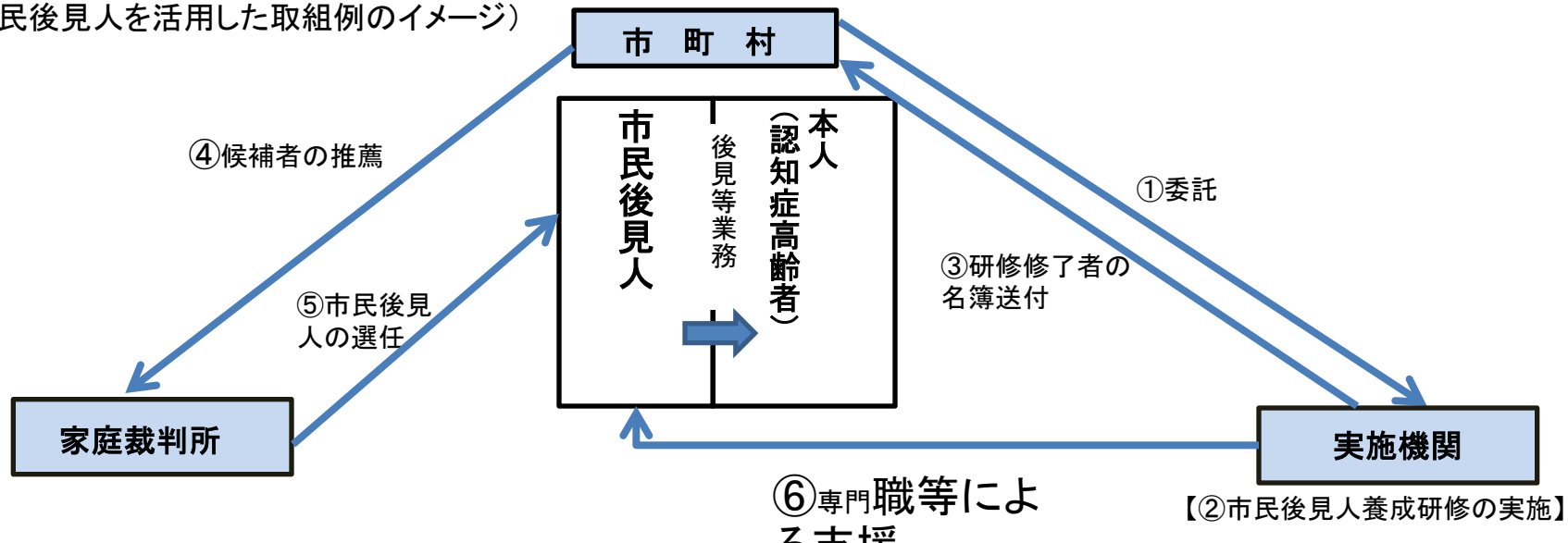
今後、親族等による成年後見の困難な者が増加するものと見込まれ、介護サービス利用契約の支援などを中心に、成年後見の担い手として市民の役割が強まると考えられることから、市町村は、市民後見人を育成し、その活用を図ることなどによって権利擁護を推進することとする。

※1 「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上」の高齢者の推計
208万人（平成22年）→ 323万人（平成37年）
※2 成年後見関係事件の申立件数は年々増加傾向（平成22年 30,079件）
そのうち首長申立の件数 1,876件（平成20年）→
2,471件（平成21年）→ 3,108件（平成22年）

○ 認知症に関する調査研究の推進

国、地方公共団体は、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じた介護方法に関する調査研究の推進等に努めることとする。

（市民後見人を活用した取組例のイメージ）

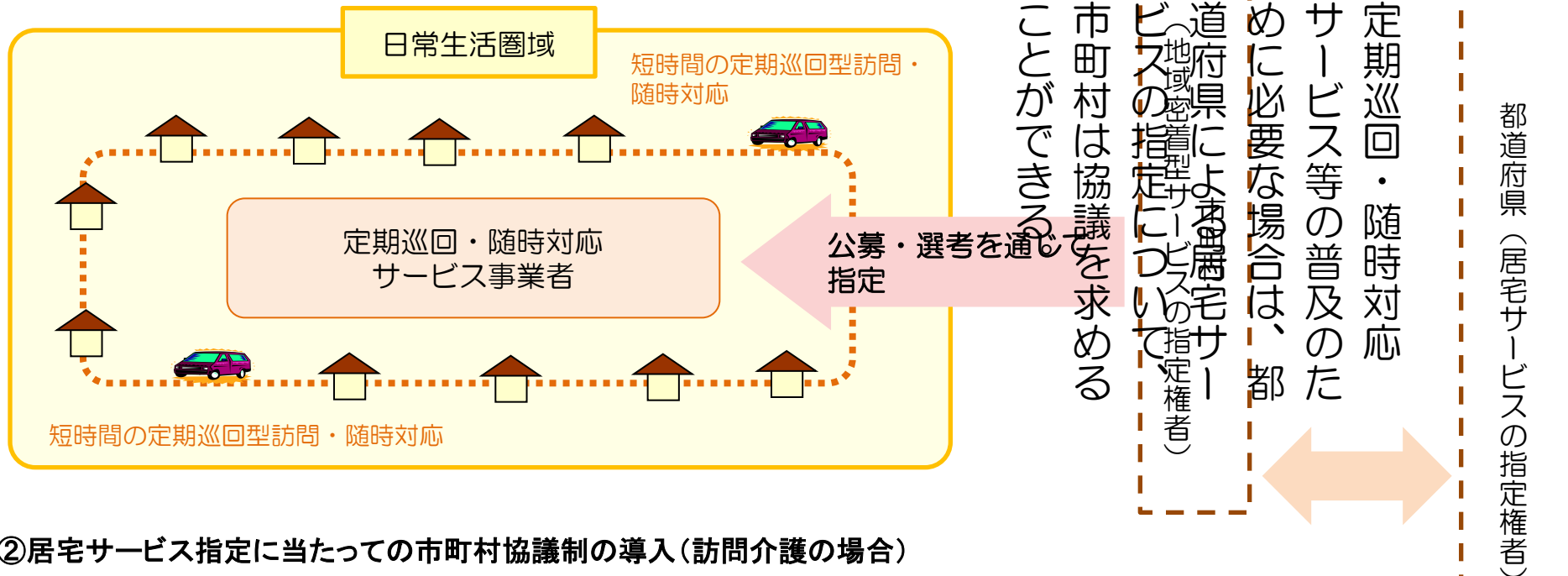


地域ニーズに応じた事業者の指定(イメージ)

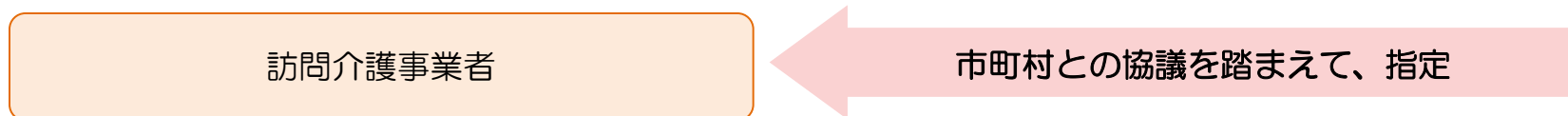
定期巡回・随時対応サービス、小規模多機能等の普及のためには、事業者が日常生活圏域内で一体的にサービスを提供し、移動コストの縮減や圏域内での利用者の確実な確保を図ることが必要。

- ① 市町村の判断により、公募を通じた選考によって、定期巡回・随時対応サービス等(在宅の地域密着型サービス)についての事業者指定を行えるようにする。【公募制の導入】
- ② 定期巡回・随時対応サービス等の普及のために必要がある場合は、市町村と協議をして、都道府県が居宅サービスの指定を行えるようにする。【居宅サービス指定に当たっての市町村協議制の導入】

①公募制の導入(定期巡回・随時対応サービスの場合)



②居宅サービス指定に当たっての市町村協議制の導入(訪問介護の場合)



「介護保険制度の見直しに関する意見」(抄)

(平成22年11月30日・社会保障審議会介護保険部会)

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備

(8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

- 地域包括支援センターは、4056箇所設置され、ランチ等を合わせると7003箇所が整備されているが、今後、全中学校区（1万箇所）を目指して拠点整備を進めていくことが必要である。
- 地域包括支援センターの総合相談、包括的・継続的ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能が最大限に発揮できるような機能強化が求められている。
- 地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。
- このため、当該市町村(保険者)が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。

保険料の上昇の緩和

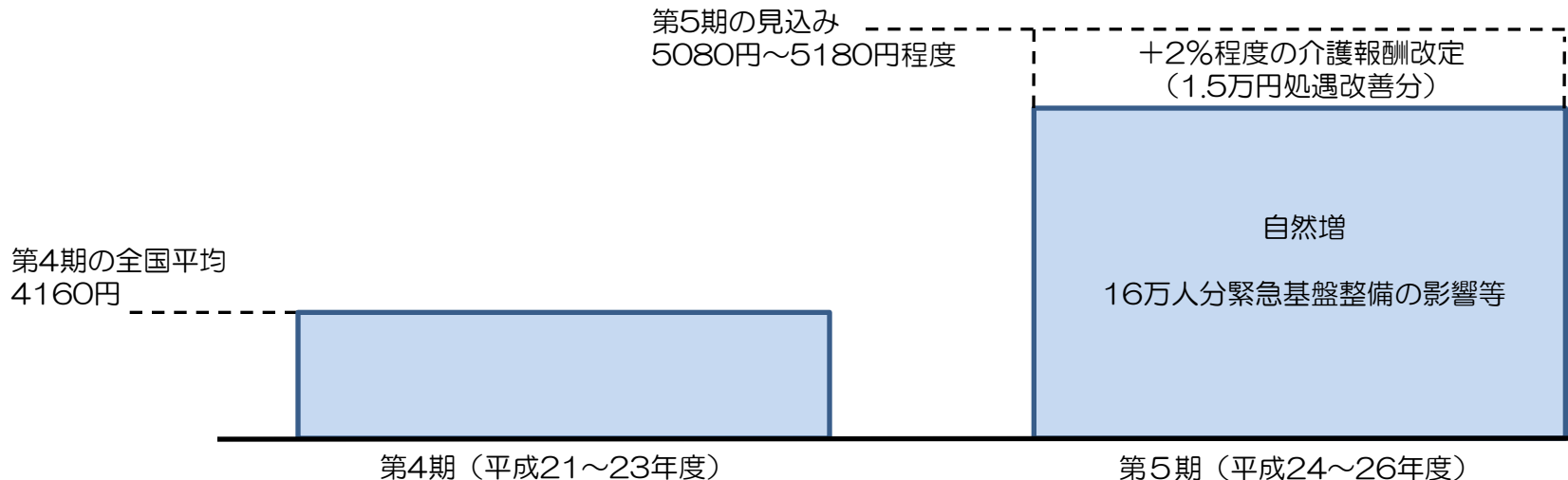
○財政安定化基金の取り崩し

- ・財政安定化基金は都道府県に設置されており(国、都道府県、市町村で3分の1ずつ拠出。)、介護保険財政に不足が生じることとなった場合に、市町村に貸付・交付される仕組み。
- ・第3期以降、貸付率は大きく低下しており、第4期末の残高は約2,850億円となる見込み。会計検査院からも余裕分を拠出者に返還できる制度とすることを指摘されている。
- ・本来の目的に支障をきたさないための必要な見込額を残して、財政安定化基金の余裕分を第1号保険料の上昇の緩和等に活用する。

○市町村準備基金の取り崩し

- ・第4期中の積立見込額の一部を取り崩すことにより保険料軽減に活用する。

【第5期(H24～26年度)の介護保険料の見込み】



指定法人制度の廃止

【福祉医療機構交付金の廃止】

平成21年度の事業仕分けにより、独立行政法人福祉医療機構交付金が廃止された



【指定法人制度の廃止】

上記交付金を原資として下記の指定法人が行う業務の規定を廃止する

- ・（財）テクノエイド協会が行う福祉用具の研究開発を行う者及び普及の促進に資する事業を行う者に対する助成の業務
- ・（財）長寿社会開発センターが行う老人健康保持事業（ねんりんピックの開催、介護関係職員の研修、介護関係教材の提供等）の助成の業務

地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための改正

○平成22年6月に閣議決定された「地域主権戦略大綱」に基づき、地域の自主性及び自立性を高めるための見直しを行う。

【指定事務等の権限移譲】

○指定居宅サービス事業者等について、指定等、報告命令、立入検査等の事務を都道府県から指定都市及び中核市に移譲すること等

【介護保険事業計画策定及びその手続き】

○介護保険事業（支援）計画の記載事項の一部（サービスの確保方策や事業者の連携方策など）を努力義務とすること等

【条例への委任】

○サービス事業者の法人格要件や地域密着型サービス等の入所定員に係る基準を条例に委任すること等

地域包括ケアシステムにおける 介護予防

そもそも、介護予防とは？

生涯にわたる、生きがいのある生活・自己実現 の支援

病気の発症・悪化予防

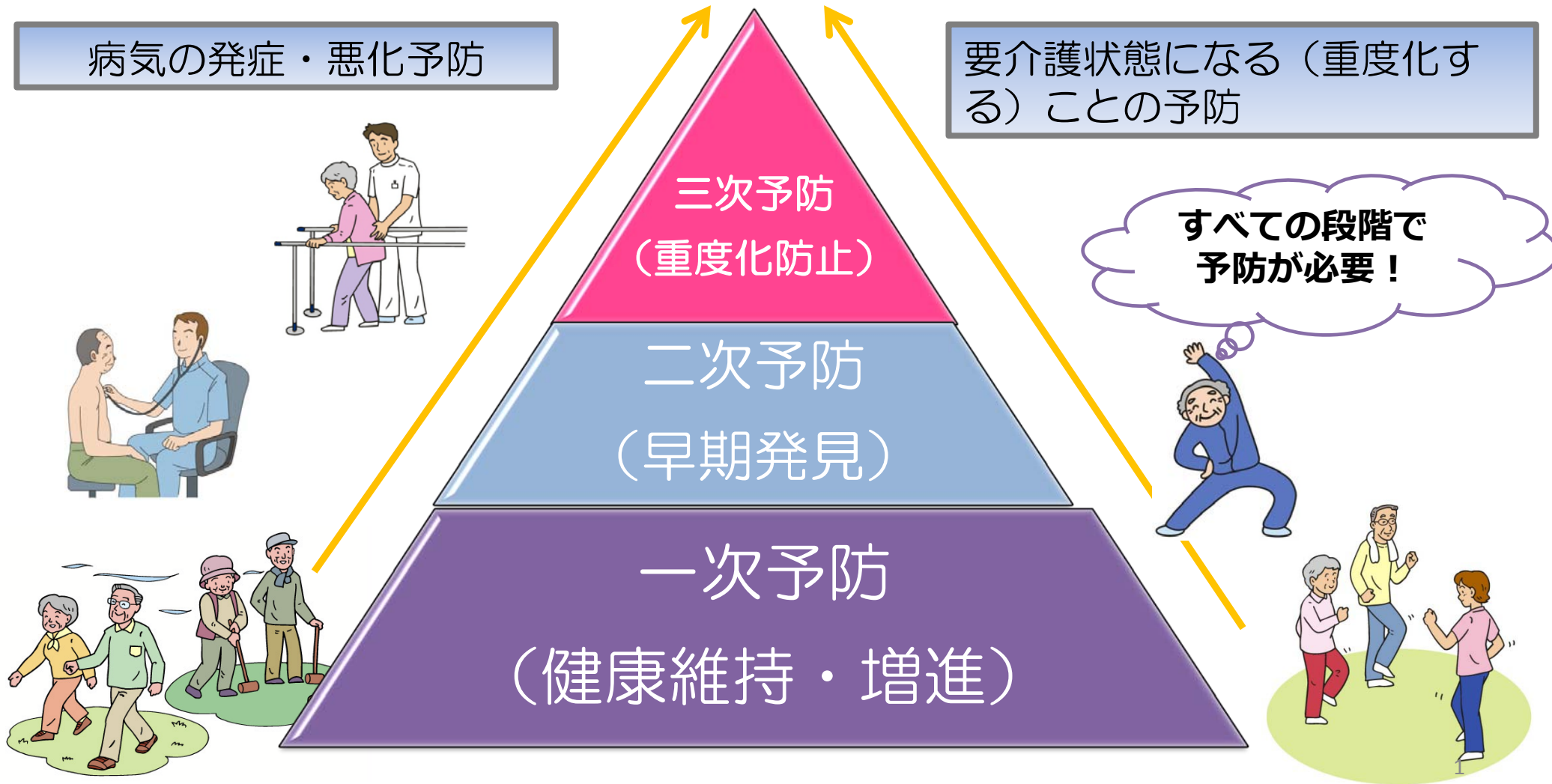
要介護状態になる（重度化する）ことの予防

三次予防
(重度化防止)

二次予防
(早期発見)

一次予防
(健康維持・増進)

すべての段階で
予防が必要！



これまでの介護予防事業

※アンケート結果より

地域包括支援センターにとって・・・

- 健診に手間がかかる
- ケアプラン作成に手間がかかる
- 健診を受けにくる方が対象なので、元気な人しか集まらない
- 魅力的なプログラムが少ないので勧められない
- 結局、参加者が少ない
- 効果が目に見えないので、面白くない

高齢者にとって・・・

- 予防にならなそう
- 魅力的なプログラムがない
- プログラム開催場所への、交通の便が不便
- そもそもそういう事業があることを知らない

発出:「介護予防事業に関する国民の皆さまからのご意見募集」
(平成22年11月12日厚生労働省老健課)

効果的な介護予防を目指すために

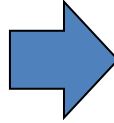


平成22年8月に介護予防事業の見直しを実施

平成22年8月の介護予防事業の見直し内容

課題

- ハイリスク者の把握が不十分
- 健診による把握に要する費用負担大

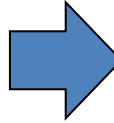


内容

対象者の選定方法を健診に代えて、高齢者のニーズを把握するための調査を活用する方法に見直すなど、事業の効率化を図る。

基本チェックリストの全数配布を行う等により、ハイリスク者の把握や事業参加者の増加を図る^(*)。

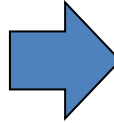
- ケアプランに係る業務負担大
- 地域包括支援センターの本来業務が不十分



介護予防事業におけるケアプランについては、必要と認められる場合に作成できるものとし、事業の効率化を図ることとする。

ケアマネジメントの重要性は変わらないものとする。

- 魅力あるプログラムの不足
- 特定高齢者施策への参加率が低い



○ より高齢者のニーズに合ったものに見直し、事業の充実を図ることとする。

例) 複合型プログラムの実施、二次予防事業を一次予防と連携して実施。

(*) : 介護予防実態調査分析支援事業(平成21~23年)により、以下の結果が得られている。

○ 基本チェックリストの全数配布・回収を行うことにより、二次予防事業の対象者は**2.3倍**に増加

○ 一次予防事業における介護予防教室等の参加者に対し、基本チェックリストの配布を行うと、二次予防事業の対象者は**1.8倍**に増加

特定高齢者の名称を変更

特定高齢者 → 二次予防事業の対象者

各市町村で使いやすい(高齢者が事業に参加しやすい)通称の使用を推奨

現在の地域包括支援センター

- 直営型と委託型で、介護予防事業における業務が異なる
- 日々の仕事もいそがしく、つつい目先の業務を片付けることで頭がいっぱい・・・
- 対象者の把握、事業参加勧奨、ケアプランの作成で手一杯・・・

委託型
(約7割)

直営型
(約3割)

実施主体は市町村

共通する地域包括支援センターの役割は・・・？

地域包括に求められる役割

日頃から地域住民と密接に関わる地域包括支援センターだからできること！

地域包括ケアシステムを構築し
地域包括ケアシステムにおける継続的な介護予防支援を実施！

ここで食い止める！

- 二次予防事業対象者把握事業
- 基本チェックリストの全対象者への配布・実施

三次予防
(重度化防止)

二次予防
(早期発見)

一次予防
(健康維持・増進)

キーワードは？

- 住民参加
- 自発的な取組を広げる
- 地域づくり
- 個人のエンパワメント

二次予防事業の流れ①

生活機能低下の早期把握の経路

全対象者への基本チェックリストの
配布・回収
(日常生活圏域ニーズ調査等の活用)

要介護認定
非該当者

(新規申請者)

要介護認定等の情報・
基本チェックリストなどに
基づき判断

地域包括ケアシステムにおける 地域の高齢者の把握

住民・民間組織からの情報提供

本人・家族からの相談

関係機関からの情報提供

他部局との連携

生活機能の低下が疑われる者

基本チェックリストの実施

二次予防事業対象者の決定

ここが大事 !

介護予防ケアマネジメント

適切なアセスメントに基づくケアマネジメントの実施

二次予防事業の流れ②

地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメント

課題分析(アセスメント)

介護予防ケアプラン作成の要否の判断

作成必要

介護予防ケアプラン作成

作成不要

介護予防ケアプラン作成に代えて
事前・事後の情報共有

事業の実施等
積極的支援

事前アセスメント

個別計画作成

プログラムの実施

事後アセスメント

モニタリング

一定期間後に効果を評価（基本チェックリスト他）

続かなければ
意味がない！

地域包括ケアシステムにおけるモニタリングの継続

介護予防ケアマネジメント

- 予防の観点から地域の高齢者の状況やニーズを把握し、必要な支援を行うこと -

高齢者の状態把握(情報収集)

日常生活の状況、健康状態、地域活動の参加状況、家族機能、人とのつながり
高齢者の持つ力(強み) など



高齢者の顕在化・潜在化する ニーズ等のアセスメント 地域のアセスメント

- 問題は？問題を引き起こす要因は？
 - ・高齢者本人に要因がある場合
 - ・本人を取り巻く家族に要因がある場合
 - ・社会的な要因がある場合（例：ニーズに即したサービスや資源がない等）
- 今後どんな問題が起こり得る？



介入方法についての アセスメント

高齢者の個別性や準備性を考えたアプローチ
プログラム終了後の目標達成に向けたアプローチ
例) 高齢者はどんな生活を継続することを望んでいるか？(高齢者のビジョン)

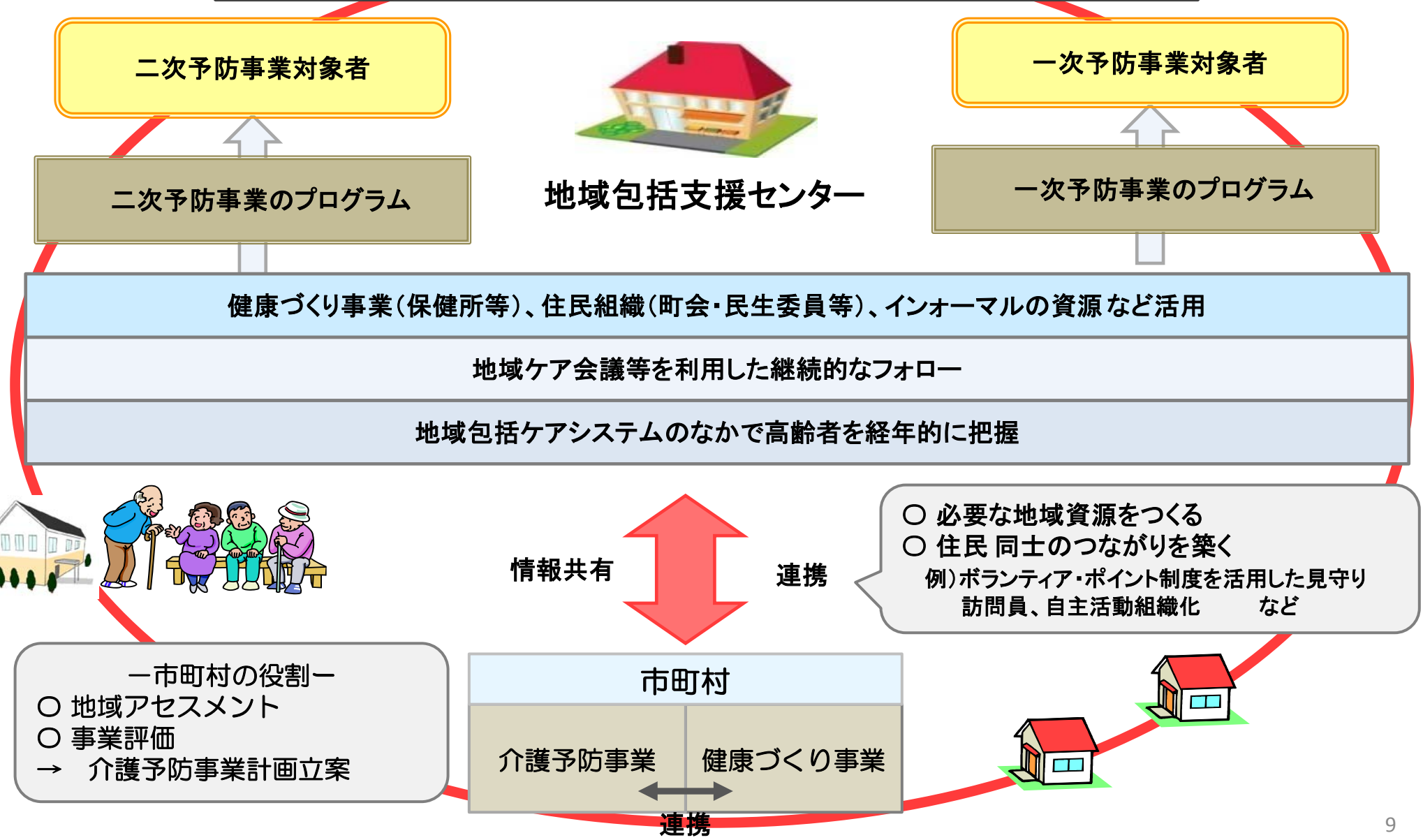


必要な支援等の実施

- 問題を引き起こす要因が複数あれば、複合的なプログラムを実施
- 一次予防事業や地域の資源も活用
- ニーズに対応した「地域づくり」
(住民組織、インフォーマルサービス、ネットワークの構築など)

一 発想の転換 ー 地域包括ケアシステムにおける介護予防 ①

地域包括ケアシステムのなかで、介護予防（支援）を推進 ！



地域包括ケアシステムにおける介護予防 ②

- 高齢者は、加齢や基礎疾患の進行などにより、再び体の機能が低下することが考えられるため、介護予防は継続的に取り組む必要がある
- 市町村や地域包括支援センターの職員が、すべての人に（介護予防事業参加後も）ずっと関わり続けるのは困難
- 住民同士の関わりの中で予防の効果を発揮できるような、地域包括ケアシステムの実現が求められる

そこで・・・

地域にある住民主体の活動のなかに
介護予防に資するものはないか？

住民主体の既存の活動を
介護予防の推進に活用できないか？

地域のボランティアを活用できないか？



○ 住民主体の活動や地域の健康づくりなどの場
を利用して、二次予防事業対象者を把握

○ 二次予防事業対象者を、他の二次予防事業対
象者や地域の人、参加できる場所につなぐ

○ 住民主体の活動の中で、二次予防事業のプロ
グラムを実施

○ ボランティア等の力を活用して、住民主体の活
動の中で介護予防につながる取組を実施

地域包括ケアの実現のための介護予防事業

介護予防は事業の実施に限ったことではありません。
高齢者支援のなかで、地域包括職員自らも介護予防を行っていますか？

認知機能が低下していて十分な水分や栄養を摂取できていない単身高齢者	民生委員に見守りを依頼。水分や栄養の摂取を促してもらっている。
基礎疾患があり、外出が億劫になっている高齢者	主治医との連携を図り、定期的に高齢者へ受診を促すとともに、症状の悪化を防ぐ指導を行っている
妻(夫)の介護に一生懸命取り組んでおり、外出もせず家にいることが多い高齢者	ケアマネジャーと連携を図り、妻(夫)の健康維持を図っている。 (例)介護者の会などにつなげ精神面の健康維持を図るとともに様子を見守っている

介護予防は特別なことでなく、日常的に行われている！
介護予防事業は地域包括ケアの実現のために、活用できる資源の1つ！



介護予防事業を活用して・・・

介護予防事業を活用して、地域の高齢者が健康を維持し、要介護の状態になったり、要介護の状態が悪化することを防ぐ **しくみ** をつくる



介護予防事業の効果的な取組事例

一次予防事業、二次予防事業の魅力的なプログラムや効率的な事業の取り組みを広く周知するため、都道府県を通じて市町村における好事例を収集した。（平成22年3月）

事例数：47都道府県123事例

＜収集事例の高齢化率、高齢者人口等の状況＞

	市区町村数	高齢化率	高齢者人口（平均）	高齢者人口（最小値）	高齢者人口（最大値）
市区	77	21.5%	37,152人	6,265人	699,284人
町	38	24.8%	4,135人	1,548人	9,790人
村	6	31.4%	1,266人	631人	2,300人
広域組合等	2	30.0%	36,450人	28,741人	44,159人
総計	123	21.8%	25,190人	631人	699,284人

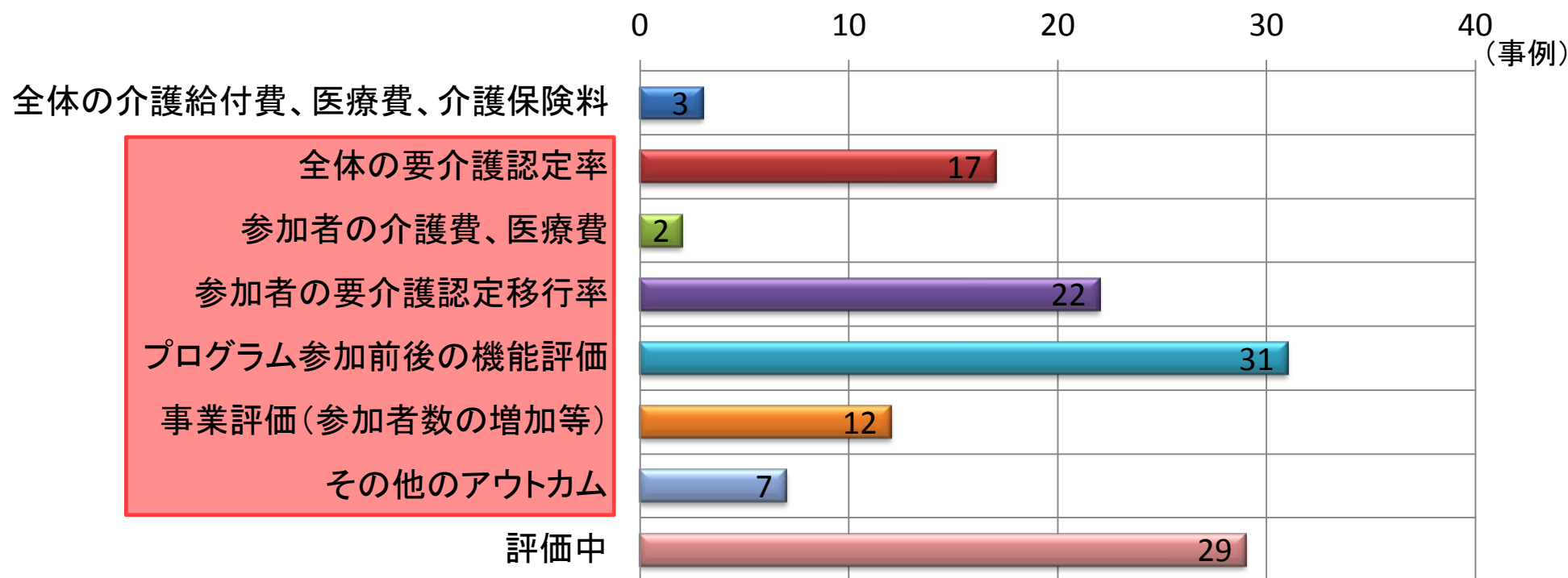
参考）厚生労働省 老健局 HP

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi.html>

介護予防事業の効果的な取組事例

123事例について、効果の評価指標として用いているもので分類した。複数の指標で評価を行っている事例については、上位の政策目標を評価する指標に分類した。

＜評価指標別の事例数＞



効果を感じていることはありませんか？

介護予防事業の効果をあげていくためにも、もう1歩踏み込んで客観的なアウトカムを出してみてください。

大阪府 大東市

総人口：128,376人

高齢者人口：24,652人

高齢化率： %

一次予防施策

地域住民主体の介護予防事業

- オリジナル健康体操「元気でまっせ体操」の普及
地域住民が主体となり介護予防活動を推進するためのシステム
- 月3回以上継続開催している市民団体 79団体
元気高齢者が虚弱高齢者（二次予防事業対象者）をサポート
- 半年毎に体力測定、基本チェックリストなどを実施している。
- 二次予防施策として行っている派遣型介護予防講座にも、一緒に参加してもらっている。
- 「元気でまっせ体操」の団体の参加者同士の交流会を年1回実施。
市で養成した介護予防サポーターが実行委員会形式で運営。

二次予防施策

住民同士の関わりを重視したプログラム

- 「元気でまっせ体操」への参加者に基本チェックリストを実施することで、二次予防事業対象者の把握数は増加。
- 「元気でまっせ体操」の継続団体に対し、年1回3ヶ月間の派遣型介護予防講座（運動機能向上、口腔機能向上、認知症予防の複合型プログラム）を実施。二次予防事業対象者以外の高齢者にも、一緒に参加してもらっている。

取組の工夫と効果

【取組の工夫】市職員や専門職は動機付け・コーディネーターの役割に徹している。地域住民からの「やりたい」の声を待ち、地域のニーズ（困っていること、望んでいること）に応える姿勢。地域への声かけや回覧板での周知、会場確保を会長が担い、介護予防サポーターが運営を担うようにして、それぞれの得意分野で力を発揮してもらうようにしている。活動のマナー化を防ぐために、年1回全グループ集まり情報交換し、地域活動に取り入れてもらうようにしている。

【取組の効果】二次予防事業対象者にとって、元気高齢者や介護予防サポーターが目標となっており、活動を継続することで体力が向上し、地域住民同士の交流が深まることで精神面の活力も向上している。

「元気でまっせ体操」参加者が自分の健康だけでなく、地域住民のことを気にかけるようになり、小学校の登下校の見守り隊としても参加するなど、地域貢献活動へ広がっている。地域のことは自分たちで見守るという地域福祉の視点が生まれ、認知症や虐待の早期発見・対応にもつながっている。

和歌山県 和歌山市

総人口：381,022人

高齢者人口：92,275人

高齢化率：24.2%

一次予防施策

修了生の会が発足！

- 平成18年度から「わかやまシニアエクササイズ」介護予防ボランティアリーダーを育成。
現在までの和歌山市市民ボランティア養成講座修了者 242名
- 平成21年9月 修了生が一つにまとまり「わかやまシニアエクササイズの会」が発足。
和歌山市が推進する介護予防対策に支援・協力してもらっている。

二次予防施策

運動と認知症予防の複合プログラム！

- 運動器の機能向上訓練(シニアエクササイズ)にて、運動とともに歌を歌うことで認知症の予防に取り組んでいる。特にステップ運動をしながら馴染みのある童謡・唱歌、演歌などを歌う、つまり2つのことを同時に行うことにより、側頭葉・前頭葉を刺激し、脳を活性化させるトレーニングを実施。
- 上記のトレーニングの合間に、音楽担当者による、音楽を使った脳トレ計算、ジェスチャーゲームなども行い、ゲーム感覚での脳トレも実施。

【訪問型介護予防事業】

平成19年度～

心身の状況により通所形態の事業への参加が困難な方を対象に、訪問看護ステーションの保健師等が居宅を訪問して、個別に必要な相談、指導を実施。

取組の効果

介護認定率の推移：

平成18年7月から平成20年7月までの2年間に運動器機能向上(シニアトレーニング方式)の参加者140名を対象に介護認定率を調査。その結果、140名中134名はトレーニング前の状態を維持(96.4%)。また、運動教室参加前に特定高齢者であった26名のうち、2名が一般高齢者となり、改善率は1.4%。運動教室参加前に一般高齢者であった114名のうち、3名が要介護の認定を受けており、悪化率は2.2%。和歌山県内介護保険新規認定率が6.37%(平成15年度から19年度の平均)。

→ トレーニングを継続することで介護認定への移行が抑制できている。

熊本県 宇土市

総人口：38,299人

高齢者人口：9,129人

高齢化率：23.8%

一次予防施策

継続参加のモチベーションを高める工夫！

- 現在23か所の地域公民館等で月に1度、自主的に介護予防に取り組む教室「お元気クラブ」を開催。約350人が参加。
- 市内介護サービス事業所(旧在介)の専門スタッフや有償住民ボランティアの介護予防サポーターが、筋力トレーニング、口腔体操、認知症予防体操などの実技指導を実施。
- 高齢者が自宅に帰ってからも介護予防に取り組み易いよう、介護予防ファイルを配布。介護予防の生活化を図っている。
- 「お元気クラブ」では年2回基本チェックリストと体力測定(5メートル歩行、開眼片足立ち、握力)を実施。
- 介護予防の大切さ効果を実感してもらえよう、前回の測定結果と比較し評価(向上・維持・悪化)したものを参加者にお返ししています。

二次予防施策

準特定高齢者へのアプローチ！

- 通所型介護予防事業に参加したい人が医療機関の生活機能評価において特定高齢者非該当になることが多く、通所型介護予防事業への参加者確保が困難で少人数開催では参加者のモチベーションを維持出来ない状況が続いた。
- 事業を活性化させるための取組として、
特定高齢者非該当になった方でも準特定高齢者として同様のプログラムに参加できるよう、平成21年度から一般高齢者(準特定高齢者)と特定高齢者の両者が参加で出来る通所型介護予防事業(複合プログラム)を始めました。

取組の効果

【一次予防施策】参加者への体力測定において、膝や腰の痛みも改善傾向にある。民間研究所の試算で、お元気クラブによる平成20年度の介護給付費の抑制効果は6,156,290円だった。

【二次予防施策】参加者の主観的健康観、生活機能関連指数に改善が見られ、特に運動機能リスク、生活機能リスク、うつリスクの改善傾向は顕著だった。通所型介護予防事業による平成20年度の介護給付費の抑制効果は、1,787,310円だった。

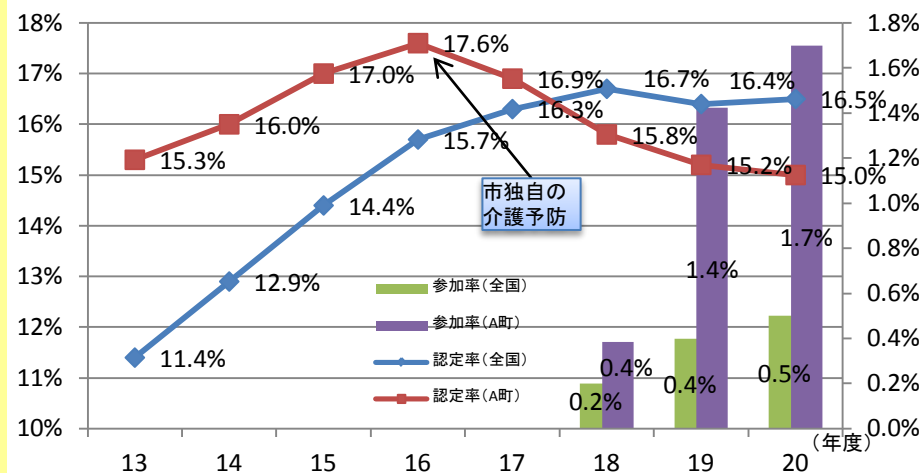
介護予防事業の効果

いくつかの自治体において事業の効果（認定率や医療費の低下）が検証され始めた。

例1：A町

二次予防事業を自治会に委託することにより、地域住民が気軽に参加できる事業となって参加率が上がる等により、**要介護認定率が減少**している。

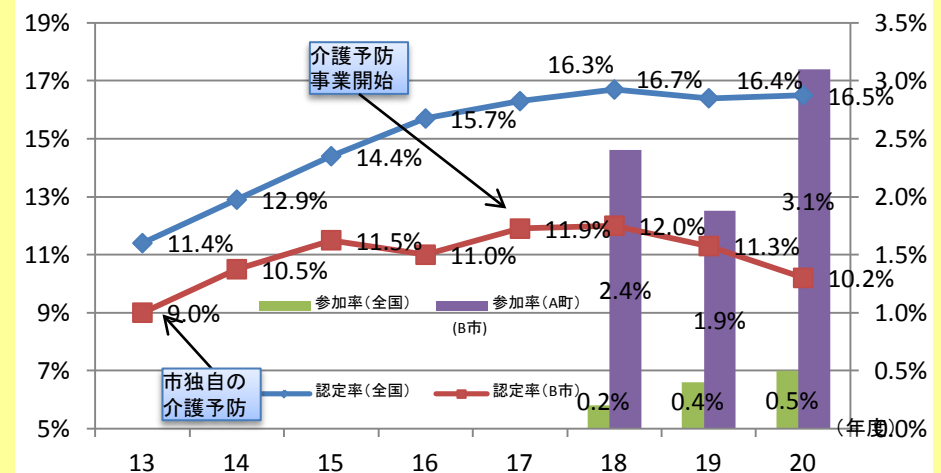
（人口：32,156人、高齢者数：6,592人、高齢者率：20.5%）



例2：B市

平成13年度から市独自で介護予防事業に取り組んだ結果、二次予防事業対象者の把握率や改善率が高くなり、効果的な介護予防事業を展開することで、**要介護認定率が減少**している。

（人口：74,204人、高齢者数：9943人、高齢者率：13.4%）



例3：C市

介護予防事業の参加者では、**医療費が減少**している。
（年間1人あたり78,246円）

（人口：45,378人、高齢者数：10,351人、高齢者率：22.8%）

平成20年度一人当たり年間医療費（市国保）

参加者	213,272円（588名）
非参加者	291,518円（4,956名）

例4：D市

平成18年度の参加者、非参加者の状況を3年6ヶ月後に調査したところ、参加者で**介護給付費が減少**している。

（人口：49,774人、高齢者数：10,639人、高齢者率：21.4%）

	要介護認定移行率	3年6ヶ月にかかった1人あたり介護給付費等
参加者	2.7%	11,063円 (H18年度事業費+介護給付費)
非参加者	12.2%	153,729円