

福岡県医発第1549号(地)
平成17年11月25日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 竹 嶋 康 弘



「全国介護保険担当課長会議」資料の送付について

10月31日に厚生労働省が開催いたしました「全国介護保険担当課長会議」及び10月27日に開催された「介護予防に関する事業の実施に向けての実務者会議」資料が、日本医師会より別紙のとおり届きましたので会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

「全国介護保険担当課長会議」資料では、介護予防サービス関係として、老人保健事業・介護予防事業に関するQ&Aや平成17年10月改定Q&A追補版等、地域支援事業関係として地域包括支援センターの業務内容等、その他、社会保障審議会介護給付費分科会で議論されている介護予防や地域密着型サービスの報酬体系の考え方等が示されております。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



(介 5 7)

平成 17 年 11 月 1 日

都道府県医師会 介護保険担当理事 殿

日本医師会 介護保険担当理事

野 中



「全国介護保険担当課長会議」資料の送付について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は介護保険制度運営に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省により、平成 17 年 10 月 31 日（月）に開催された「全国介護保険担当課長会議」資料を一部送付いたします。また、10 月 27 日（木）開催の「介護予防に関する事業の実施に向けての実務者会議」資料につきましても入手いたしましたので、併せてご送付いたします。

課長会議資料につきましては、介護予防サービス関係として、老人保健事業・介護予防事業に関する Q & A や平成 17 年 10 月改定 Q & A 追補版等、地域支援事業関係として地域包括支援センターの業務内容等、その他、社会保障審議会介護給付費分科会で議論されている介護予防や地域密着型サービスの報酬体系の考え方等が示されております。なお、10 月改定 Q & A 追補版については、先般送付した介護保険情報メール No.24（平成 17 年 10 月 28 日付・介 56）にて、すでにお知らせしているものです。

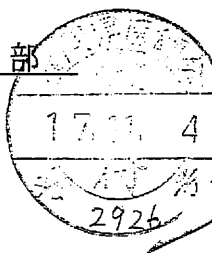
つきましては、貴会会員への情報提供の程、よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

- ・「全国介護保険担当課長会議」資料 （平 17.10.31 厚生労働省老健局）
- ・「介護予防に関する事業の実施に向けての実務者会議」資料
（平 17.10.27 厚生労働省老健局）
- ・「全国介護保険担当課長会議」資料正誤表

各 1 部



※「全国介護保険担当課長会議」資料正誤表

【正誤表】

- ・ 1-1 老人保健事業・介護予防事業に関するQ & Aについて
4 ページ・(問 1 1) 5 行目
(誤)「生活管理指導員短期宿泊事業」
(正)「生活管理指導短期宿泊事業」

- ・ 4-3 第 3 期介護保険事業計画等について
1 1 5 ページ 2 ～ 3 行目
(誤)「引き下げる対策を検討していないか。」
(正)「引き下げる対策を検討しているか。」

全国介護保険担当課長会議資料

平成17年10月31日（月）

厚生労働省老健局

全国介護保険担当課長会議 資料目次

1 介護予防サービス関係

- 1-1 老人保健事業・介護予防事業に関するQ & Aについて…………… 1
- 1-2 「新規サービス等の報酬体系に関する議論等の整理（案）」について…………… 7
- 1-3 「『目標の達成度に応じた評価の仕組み』に係る議論の整理（案）」について… 34
- 1-4 平成17年10月改定Q & A【追補版】 …………… 41

2 地域密着型サービス関係

- 地域密着型サービスの報酬・基準について（案）…………… 55

3 地域支援事業関係

- 3-1 平成18年度予算における介護保険特別会計の款項目節区分等について………… 80
- 3-2 地域包括支援センターの業務内容について…………… 84

4 その他

- 4-1 介護保険料設定の弾力化について（案）…………… 97
- 4-2 要介護認定等の有効期間の取扱いについて…………… 105
- 4-3 第3期介護保険事業計画等について…………… 113
- 4-4 養護老人ホームの見直しについて…………… 120

1 介護予防サービス関係

1-1 老人保健事業・介護予防事業に関するQ & Aについて

1. 老人保健事業関係

(1) 健診関係

(問1) 基本健診に新たに追加された項目は、全て実施しなければならないのか。また、全ての実施が困難で、一部実施しなかった場合、健診事業全体が交付対象外となってしまうのか。

(答)

基本健診に新たに追加された生活機能評価に関する項目については、現行の老人保健事業と同様、必須項目については、全て実施することを原則としており、一部実施しなかった場合には、基本的には交付の対象とならない。

(問2) 基本健診における総合判定については、生活機能評価に関する項目も考慮するのか。

(答)

お見込みのとおり。

(問3) 18年度から、65歳以上の老人保健事業は「健康診査」及び「健康手帳の交付」のみと示されたが、残りの健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導はどうなるのか。

(答)

65歳以上の者に対する健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導に相当する事業については、介護保険法に基づく介護予防事業により、介護予防の観点から実施することとしている。

(問４) ６５歳以上の者のうち、健診で生活習慣病予防上の指導や個別健康教育が必要となった者については、老人保健事業と地域支援事業のいずれで実施するのか。

(答)

地域支援事業については、介護予防を目的として実施することとしており、６５歳以上の高齢者に対して、介護予防の観点からの必要な指導を行うことは差し支えない。

(２) 経費関係

(問５) 平成１８年度以降の基本健診においても、７０歳以上の者は費用徴収しないのか。徴収しないのであれば、費用設定が、①６５歳未満、②６５～６９歳、③７０歳以上の３段階になるのか。

(答)

- １． ７０歳以上の高齢者の費用負担については、これまでどおり、平成１８年度においては行わない方向で検討中である。
- ２． その他の費用の基準についても、できるだけ早い段階でお示ししたいと考えている。

(問６) 基本健診における生活機能評価に関する項目の結果について、医療機関から地域包括支援センターへの情報提供に関する経費については、地域支援事業の対象経費としてよいか。

(答)

基本健康診査を委託して実施した場合、その結果については、委託契約上、実施機関から市区町村へ報告されるものと考えられることから、情報提供に関する経費について、別途地域支援事業に計上することはできない。

(問７) 医療機関における日常の診療等において、生活機能の低下が疑われる者を確認し、介護予防特定高齢者把握事業における基本チェックリストによる生活機能評価を行った結果、特定高齢者に該当する蓋然性が高いと判断されたため、当該医療機関が市区町村等に情報提供した場合、この費用はどうなるのか。

(答)

医療保険制度による診療情報提供料を算定できるものと考えられる。

2. 介護予防事業関係

(1) 事業関係

(問8) 市区町村において地域保健活動として行っている精神保健福祉活動で訪問している事業については、訪問型介護予防事業として考えてよいのか。

(答)

1. 介護予防事業は、介護予防の観点から実施するものであり、精神保健福祉活動とは事業の趣旨・目的が異なることから、訪問型介護予防事業には当てはまらない。
2. しかしながら、事業の効果を上げる観点から、介護予防事業の実施に当たっては、関係部局、関係機関が、連携して様々な事業等を総合的に活用できるよう実施していただくことが望ましいと考えている。

(問9) 訪問型介護予防事業において、訪問する担当者は、ホームヘルパー等でもよいのか。

(答)

訪問型介護予防事業の担当者については、基本的に保健師等の専門職が担うことが適当であると考えている。

(問10) 通所型介護予防事業は対象者の通いを基本としているが、送迎も可能か。

(答)

「送迎」についても、通いの範疇に含まれると考えており、同事業の中で実施することは可能である。

(問11) 9月26日開催の担当課長会議資料の60頁によると、生活管理指導員派遣事業は「対応する地域支援事業の各事業の内容に合致すれば地域支援事業として実施可能」となっているが、対応しないように思える。当該事業は在宅高齢者に対する基幹的事業であり、「訪問型介護予防事業」で実施すると解釈できないか。また、「生活管理指導員短期宿泊事業」を地域支援事業の対象にすることはできないのか。

(答)

1. 「生活管理指導員派遣事業」及び「生活管理指導員短期宿泊事業」については、
「基本的生活習慣が欠如していたり、対人関係が成立しないなど、いわゆる社会適応が困難な高齢者に対して訪問又は短期間の宿泊により日常生活に対する指導、支援を行い、要介護状態への進行を予防する」ため、保健師、ホームヘルパー等を派遣し、また、当該者を宿泊させ指導等を行う事業として、現在「介護予防・地域支え合い事業」で実施しているところ。
2. これらの事業については、
 - (1) 「生活管理指導員派遣事業」において事業が実施されている者に対して生活機能評価等を行った結果、特定高齢者と判断された者又は生活環境等の状態から特定高齢者と同等であると判断された者については、「訪問型介護予防事業」の対象に該当するものとして判断して差し支えない。
 - (2) また、(1)と同様に「生活管理指導員短期宿泊事業」の対象者のうち、特定高齢者又はそれと同等であると判断された者については、通所型介護予防事業の対象者として差し支えない。

(問12) 特定高齢者把握事業については、把握する方法として保健師等が悉皆的に訪問して実施することは考えられるのか。

(答)

特定高齢者把握事業においては、住民を悉皆的に訪問してその状態を把握する事業を実施することは想定していない。

(問13) 9月26日開催の担当課長会議資料の61頁によると、特定高齢者把握事業の一部は地域包括支援センターに委託できるとなっているが、例えば、在宅介護支援センターには委託できないのか。

(答)

特定高齢者の選定に当たっては、対象者の生活機能等の聞き取りを行うなど、介護予防ケアマネジメントと一体的に実施することを基本として考えており、地域包括支援センターにおいて実施することが望ましい。

(問14) 介護予防特定高齢者施策評価事業及び介護予防一般高齢者施策評価事業については、実施主体が市区町村となっているが、委託することはできないのか。

(答)

1. 評価事業については、データの集計や分析等について委託することは可能と考える。
2. しかしながら、これらの分析結果に基づき事業を評価することは、市区町村が自ら実施することが適当であると考えている。

(問15) 介護予防普及啓発事業及び地域介護予防活動支援事業については、実施主体が市区町村となっているが、委託することはできないのか。

(答)

介護予防普及啓発事業及び地域介護予防活動支援事業については、事業の趣旨に沿ったものであれば、市区町村が適当と認めた者に対して委託できるものとする。

(2) 経費関係

(問16) 地域支援事業における介護予防事業について、正規職員の人件費として費用を計上することはできないのか。

(答)

地域支援事業交付金の対象経費については、9月26日開催の担当課長会議資料の54頁の間11でお示しのとおり、器具等を購入する場合等を除き、制限を設けないこととしている。

(問17) 地域支援事業の介護予防事業における備品購入費については10万円以下と
のことだが、例外はないのか。

(答)

介護予防事業における備品購入費については、10万円以下のものに限ることとしている。なお、市区町村の判断で、地域支援事業交付金以外の一般財源により購入することを妨げるものではない。

1－2 「新規サービス等の報酬体系に関する議論等の
整理（案）」について

（第31回社会保障審議会介護給付費分科会資料）

新規サービス等の報酬体系に関する議論等の整理（案）

I	介護予防サービス	-----	1
II	地域密着型サービス	-----	1 2
III	ケアマネジメント	-----	2 2

※ 以下の内容は、これまでの給付費分科会における議論、介護予防 WT 中間報告、事務局提出資料等を基にまとめたものであり、今後、給付費分科会の審議等を踏まえ、変更があり得る。

I 介護予防サービス

〈基本的な視点〉

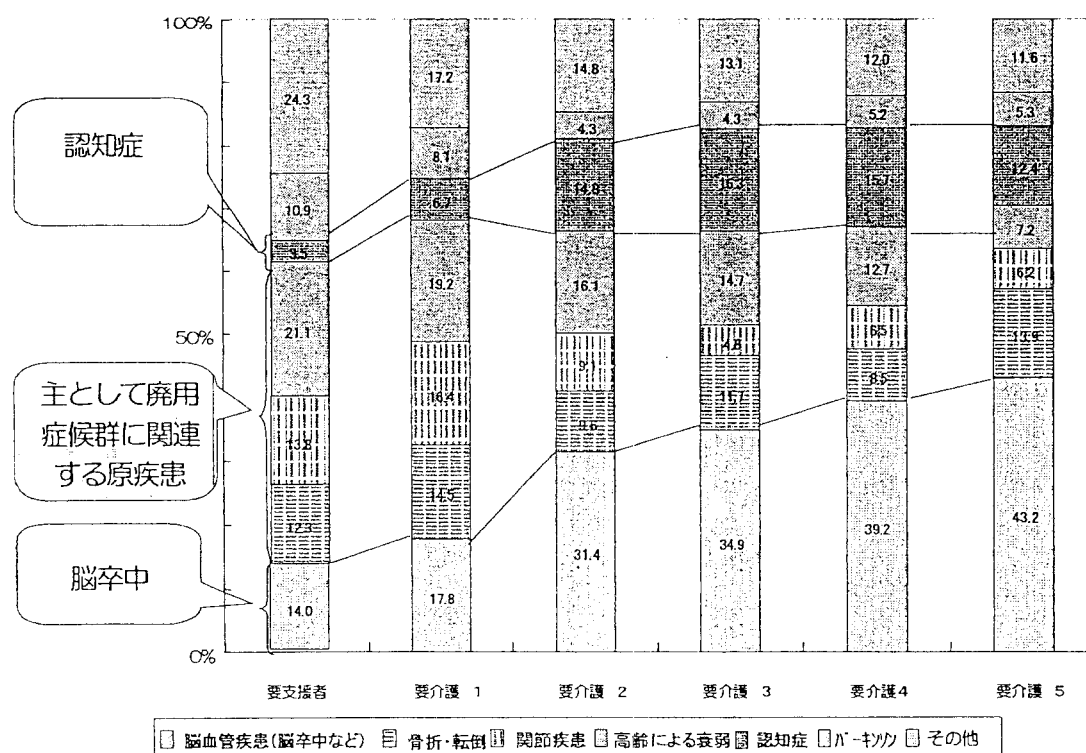
これまでの主な議論等

- 新予防給付のサービス提供に当たっては、日常生活上の基本動作がほぼ自立しており、状態の維持・改善可能性の高い者を対象とするものであることから「本人のできることはできる限り本人が行う」ことが重要であると考えられる。
- また、介護予防サービスの提供に当たっては、明確な目標設定を行い、一定期間後には所期の目標が達成されたかどうかを評価する「目標志向型」のサービス提供が必要であると考えられる。
- さらに、介護予防サービスにおいては利用者本人の日常生活における意欲の向上を目指すことが必要であると考えられる。
- 廃用症候群予防・改善の観点から、日常生活の活発化、社会と関わる機会の向上により資する「通所系サービス」を積極的に位置付けることが重要であるとの意見があった。
- 効果的で質の高い介護予防サービスを継続的に担保していくために、介護予防の観点から実効性のある基準策定が必要であると考えられる。また、効率化、コスト意識という視点も重要であるとの意見もあった。
- 介護予防という新しい考え方を取り入れたので、成功例、失敗例を含めた事例を集積する仕組みを作っておくべきであるとの意見があった。

〈軽度者の状態像の特性〉

状態区分	典型的な状態像
要支援	○食事・着替え → ほぼ自立 ○入浴・歩行 → ほぼ自立 ○起き上がり・立ち上がり・片足での立位 → 一部介助が必要 (「つかまれば可能」「支えが必要」) ○電話・服薬管理・金銭管理 → ほぼ自立
要介護 1	○食事・着替え → ほぼ自立 ○入浴・歩行 → 一部介助が必要 ○起き上がり・立ち上がり・片足での立位 → 一部介助が必要 (「つかまれば可能」「支えが必要」) ○電話・服薬管理・金銭管理 → 一部介助が必要

〈要介護度別の介護が必要となった原因の割合（％）〉



(出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」平成13年)

—厚生労働省老健局老人保健課において特別集計—

〈調査対象者：4534人〉

〈各サービスの報酬見直しの考え方〉

1. 通所系サービス（介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション）

〈報酬設定の考え方〉

これまでの主な議論等

（１）通所系サービスの報酬体系について

- 通所系サービスについては、日常生活上の支援などの「共通的服务」と、運動器の機能向上や栄養改善などの「選択的服务」に分け、それぞれについて月単位の定額報酬とすることが適当と考えられる。
- その際、定額であるために過少なサービス提供とならないよう配慮が必要であると考えられる。
- 共通的服务については、要支援１と要支援２で利用者の状態が異なることから報酬水準を変えることが適当との意見があった。
- 選択的服务の介護報酬上の評価については、運動器の機能向上などの「新たなメニュー」と、これまで通所介護で主として行われてきた「アクティビティ等」とのいずれかで評価することとし、新たなメニューは単独又は組み合わせで評価することが考えられる。また、選択的服务の内容は、共通的服务の内容と比較して、一定の専門性も必要であることから、加算という形がなじむとの意見があった。
- 現行の送迎加算、入浴加算については「共通的服务」部分に包括化することが考えられる。これについては、包括化することが、送迎等の利用の在り方に影響を及ぼすのではないかととの意見があった。

（２）目標の達成度に応じた介護報酬の設定について

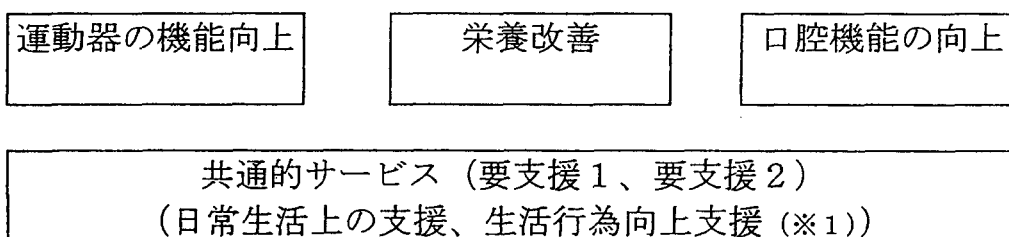
- 目標の達成度に応じた介護報酬の設定についても導入の方向で検討していくことが適当と考えられる。その際、事業者全体の質を評価するという観点から、事業所単位の評価としていくことが考えられる。
- また、「成功報酬」という表現は個々人に着目した評価であり、事業所単位の評価とするのであれば、こうした表現は使うべきではないとの意見があった。
- 事業所の評価に当たっては、客観的かつ数量化できる指標を用いることが必要であると考えられる。また、大数の法則が働かない小規模事業所については、こうした評価はなじまないのではないかととの意見があった。

(3) その他

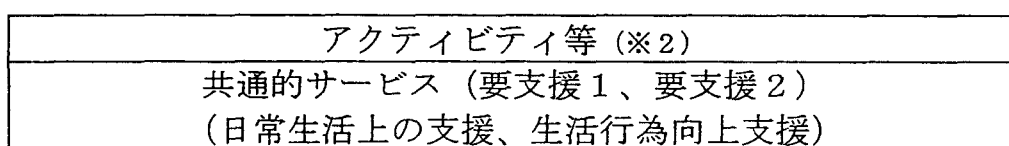
- 口腔機能の向上については、通所事業所と歯科医療機関との連携をどう図っていくかが課題であるとの意見があった。
- 栄養改善及び口腔機能の向上については、中重度者に対する介護給付のサービスにおいても重要な要素であると考えられる。

〈介護予防通所介護〉

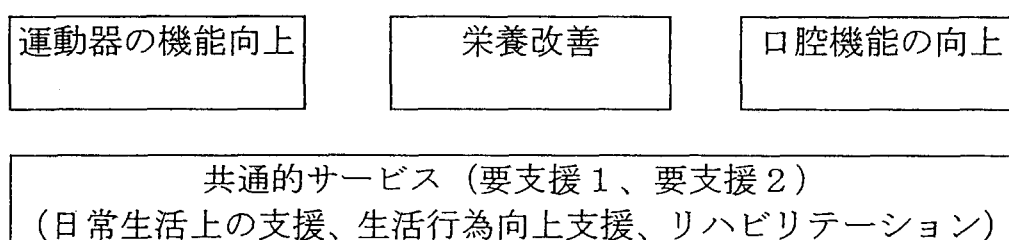
○運動器の機能向上、栄養改善又は口腔機能の向上を選択する場合



○運動器の機能向上、栄養改善又は口腔機能の向上を選択しない場合



〈介護予防通所リハビリテーション〉



※1：生活行為向上支援（仮称）

各生活行為について、利用者が本来持っている能力を引き出し、在宅生活で実際にその能力が活かされるよう、身体的・精神的な支援を行うサービス。介護予防リハビリテーションにおいては、生活行為向上支援に併せてリハビリテーションを一体的に行う。

※2：アクティビティ等

現行の通所介護で提供されている主として集団活動に関するメニューのうち、介護予防に資するもの。

〈基準設定の考え方〉

これまでの主な議論等

(1) 通所系サービスの人員、設備及び運営基準について

- 介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションの人員、設備及び運営基準については、現行の「通所介護」、「通所リハビリテーション」の人員・設備基準と基本的には同じものとする考えられる。
- 介護給付の「通所介護」、「通所リハビリテーション」の事業者を兼ねる場合が大半であると考えられるため、人員・設備については、兼任や併用を認めるなど、現行より過剰とならないよう配慮することが必要であると考えられる。
- 選択的サービスのうち、新たに導入される3メニューについては、それぞれのメニューごとに必要な基準を追加することが考えられる。(具体案については別添(P25)参照。)
- 3つのメニューの一部を提供する場合についても指定を受けられるようにすることが考えられる。

(2) 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について

- 今回の介護保険法改正により、介護予防の観点から効果的なサービス提供のプロセス、提供に当たっての安全面の観点から配慮すべき事項等を規定する「介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(以下「支援基準」という。)が新たに定められたところであるが、支援基準においては、全ての事業者が最低限満たすべき実施手順等を提示することが必要であると考えられる。

〈支援基準のイメージ〉

[アセスメント]

- ・介護予防サービス計画における当該サービスの位置付けを踏まえて、個々の利用者ごとに事前・事後のアセスメントを実施し、サービス提供に際して考慮すべきリスクの有無、健康状態、生活機能(心身機能、活動参加)の状況等を把握すること。

[計画の作成]

- ・介護予防サービス計画及び事前のアセスメントに基づき、個々の利用者ごとに実施目標を設定し計画を作成すること。
- ・生活行為向上支援(仮称)の効果的な実施のため、利用者の居宅の環境等を確認すること。
- ・実施計画については、利用者本人に分かりやすく説明し同意を得ること。

[内容]

- ・各利用者個別の生活機能の目標を達成させる目標志向的なプログラムを作る。
- ・メニューの内容は、各利用者の健康状態に合った適度なものとすること。

- ・メニューの内容は、国内外の文献等において有効性が確認されている適切なものとする。
- ・サービスの効果をモニタリングすること。
- ・スタッフの適切な配置、転倒等を予防するための環境整備、参加時の心身の状況に関するチェックの実施、無理のない適度な運動の実施、他の介護予防サービス事業者・その他の保健医療福祉関係者との連携体制の充実、緊急時の体制の確保等に配慮すること。

2. 介護予防訪問介護

〈報酬設定の考え方〉

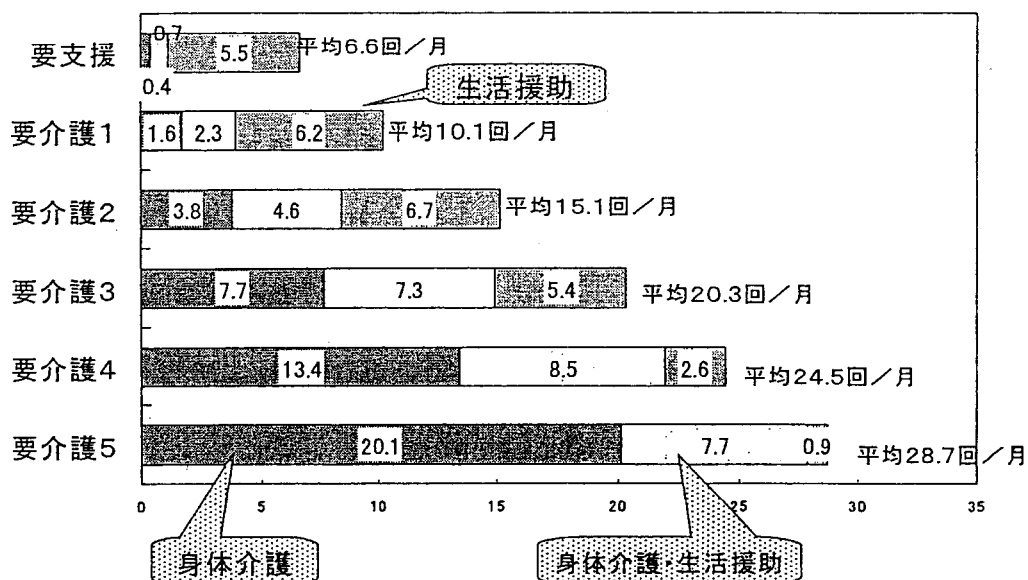
これまでの主な議論等

- 訪問介護の報酬については、現行の時間単位の報酬体系を見直し、月単位の定額報酬とすることが考えられる。その際、利用者の状態やサービス利用の実態等を踏まえ、複数段階での定額化の検討を行うことが考えられる。
- なお、月単位の定額報酬とするに当たっては、軽度者における現在のサービスの利用状況や、定額報酬とすることに伴い想定される利用者の利用形態や事業者の提供形態の変化等も踏まえ検討することが必要との意見もあった。
- サービス区分については、現行の「身体介護」と「生活援助」という区分を一本化し、プランの中で柔軟に考えていくことが適当と考えられる。
- なお、「身体介護」と「生活援助」の一本化後は、利用者が単身である、家族が障害や疾病等のため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるという「生活援助」型サービスの趣旨を徹底する形で、制限的に運用すべきであるとの意見があった。
- 「通院等乗降介助」については、現行においても要支援者には認められていないことから、介護予防訪問介護においても報酬上の評価は行わないとすることが考えられる。

〈訪問介護（生活援助）の利用状況〉

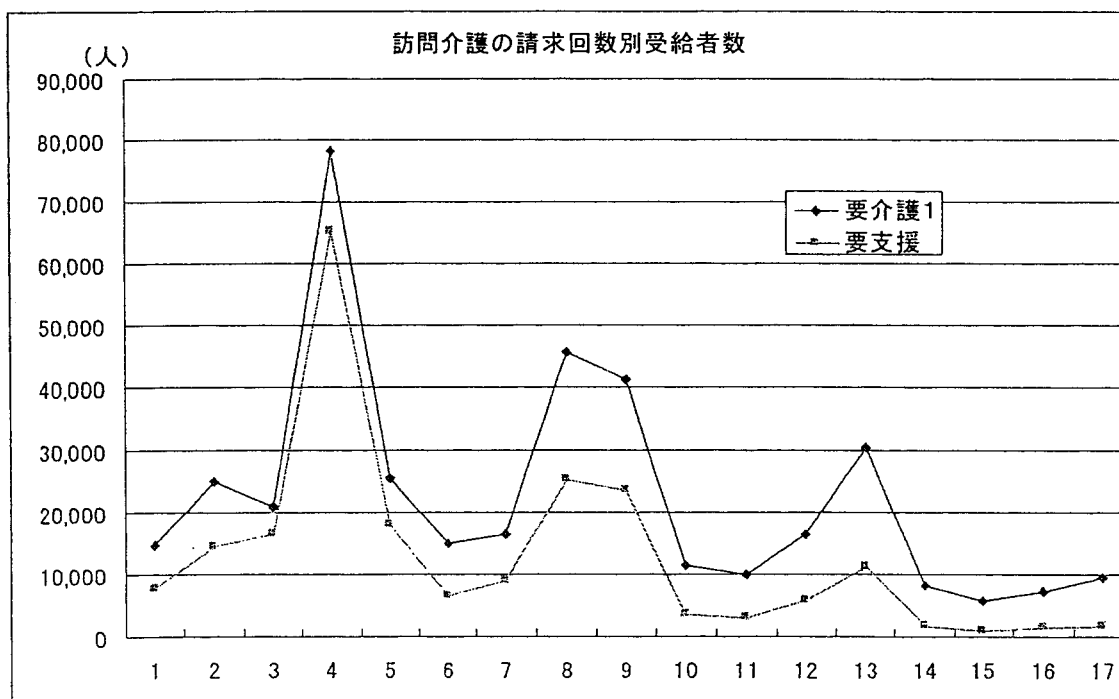
要介護度別 1 人当たり平均利用回数

○要介護度別 1 人当たり平均利用回数（17 年 4 月サービス分）



（出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成 17 年 5 月審査分））

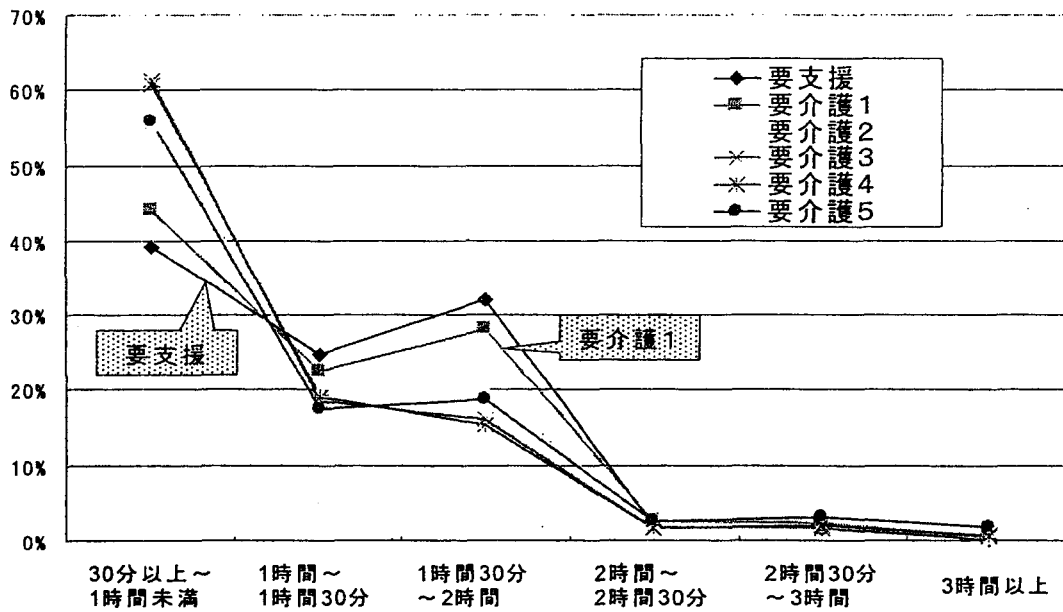
要支援、要介護 1 の利用回数



（出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成 17 年 5 月審査分））

生活援助の請求時間別の回数割合

○生活援助の請求時間別の回数割合（平成17年4月サービス分）



（注）「生活援助」のみの請求データをもとに作成。「身体介護」とあわせて請求しているデータは除く。

（出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成17年5月審査分））

〈要介護認定データ等からみた軽度者の状態像〉

「移乗」

要支援	自立	100%
要介護1	自立	92%
	見守り等	8%

「移動」

要支援	自立	94%
	見守り等	5%
要介護1	自立	74%
	見守り等	22%

（要介護認定モデル事業（第1次）結果）

「移動」

要支援2	自立	86%
	見守り等	13%

〈基準設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 介護予防訪問介護の人員、設備及び運営基準については、現行の「訪問介護」の人員・設備基準と基本的には同じものとするのが適当と考えられる。
- 介護給付の「訪問介護」の事業者を兼ねる場合が大半であると考えられるため、人員・設備については、兼任や併用を認めるなど、現行より過剰とならないよう配慮することが必要であると考えられる。

3. 介護予防福祉用具貸与（販売）

〈報酬・基準設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 現行の通知で示している「福祉用具選定の判断基準」（ガイドライン）は、今後策定する「介護予防のための効果的な支援方法に関する基準」に明確に位置付けることが適当と考えられる。
- 現行のガイドラインにおいて利用者の状態から見て使用が想定しにくいとした福祉用具の貸与については、原則として保険給付の対象としないこととし、個別のケアマネジメントを経て必要と認められるものについて例外的に対象とすることが適当と考えられる。
- 福祉用具の貸与については、あらかじめ使用期間を限定して、定期的にその必要性や適切性等を見直す必要があると考えられる。
- 福祉用具の貸与については、専門職の関与についても検討が必要であると考えられる。
- 福祉用具の販売については、事業者の指定制度の導入に伴い、福祉用具専門相談員の配置を義務付けることが必要であると考えられる。

現行の報酬体系：現に福祉用具貸与（購入）に要した費用の額を評価

〈福祉用具貸与の対象品目〉

- ・車いす、車いす付属品
- ・特殊寝台、特殊寝台付属品
- ・床ずれ防止用具
- ・体位変換器
- ・手すり
- ・スロープ
- ・歩行器、歩行補助つえ
- ・認知症老人徘徊感知機器
- ・移動用リフト

☆ ガイドラインで利用が想定しにくいとされている福祉用具

- 車いす、車いす付属品（要支援）
- 特殊寝台、特殊寝台付属品（要支援）
- 床ずれ防止用具（要支援、要介護1）
- 体位変換器（要支援、要介護1）
- 移動用リフト（要支援、要介護1）

〈福祉用具販売の対象品目〉

- ・腰掛便座
- ・特殊尿器
- ・入浴補助用具
- ・簡易浴槽
- ・移動用リフトのつり具の部分

◎軽度者の利用の多い前述の「3大サービス」以外の次のサービスについての報酬・基準の体系は、基本的には介護給付と同じ体系とすることが考えられる。

○介護予防訪問看護

現行の報酬体系は、時間単位で評価

○介護予防訪問入浴介護

現行の報酬体系は、1回当たり定額で評価

○介護予防訪問リハビリテーション

現行の報酬体系は、1日当たり定額で評価

○介護予防居宅療養管理指導

現行の報酬体系は、1回当たり定額で評価

○介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護

現行の報酬体系は、要介護度別・居住環境別・1日当たり定額で評価

○介護予防特定施設入居者生活介護

現行の報酬体系は、要介護度別・1日当たり定額で評価

○介護予防地域密着型サービス

(介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型共同生活介護)

現行の報酬体系は、

認知症対応型通所介護 : 要介護度別・時間単位で評価

認知症対応型共同生活介護 : 要介護度別・1日当たり定額で評価

Ⅱ 地域密着型サービス

〈基本的な視点〉

これまでの主な議論等

- 地域密着型サービスは、中重度の要介護状態となっても可能な限り住み慣れた自宅又は地域で生活を継続できるようにするためのサービスであることが基本であるが、対象者については要介護度で限定すべきではないと考えられる。
- 地域密着型サービスで重要なのは医療との関わりであり、多職種との連携の中で健康管理をどうしていくのか、必要なときに適切な医療が利用できる体制をどう構築していくのかについての検討が必要であるとの意見があった。
- 既存資源の活用、人員や設備に関する規制緩和、地域のお他サービスとの連携等を推進し、できる限り高コスト、非効率なサービス提供にならないようにすることが重要であると考えられる。
- 地域密着型サービスなどの提供により、在宅での生活の継続を希望する中重度者の社会的ニーズを支えていくことは、介護保険の理念にある「尊厳の保持」にも合致するものであるとの意見があった。
- 地域密着型サービスの報酬水準については、施設サービスや、特定施設の報酬水準、在宅サービスの支給限度額や利用実績などを勘案して設定することが適当であると考えられる。
- 小規模多機能型居宅介護と夜間対応型訪問介護はまったく新しいサービス類型であり、地域における多様な事業展開が可能となるよう、報酬の変更について柔軟な仕組みにしてはどうかとの意見があった。

〈サービス別・要介護度別介護報酬〉

(1ヶ月の費用額：円)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
特別養護老人ホーム (多床室) ※1	—	200,336	221,920	243,200	264,784	286,064
特別養護老人ホーム (ユニット型) ※1	—	194,864	209,152	223,744	238,336	252,624
グループホーム ※1		241,984	246,848	251,712	256,576	261,744
特定施設入所者生活介護 ※1	72,352	166,896	187,264	207,632	228,000	248,672
支給限度額 (在宅)	61,500	165,800	194,800	267,500	306,000	358,300
在宅平均利用額 ※2	30,800	67,700	103,800	145,900	171,300	194,600

※1 1か月の費用額については、加算等をつけていない1日当たり単位数を30.4倍したもの。1単位は10円として計算。

※2 在宅平均利用額は、介護給付費実態調査月報(平成17年4月審査分)を使用。

〈各サービスの報酬見直しの考え方〉

1. 小規模多機能型居宅介護

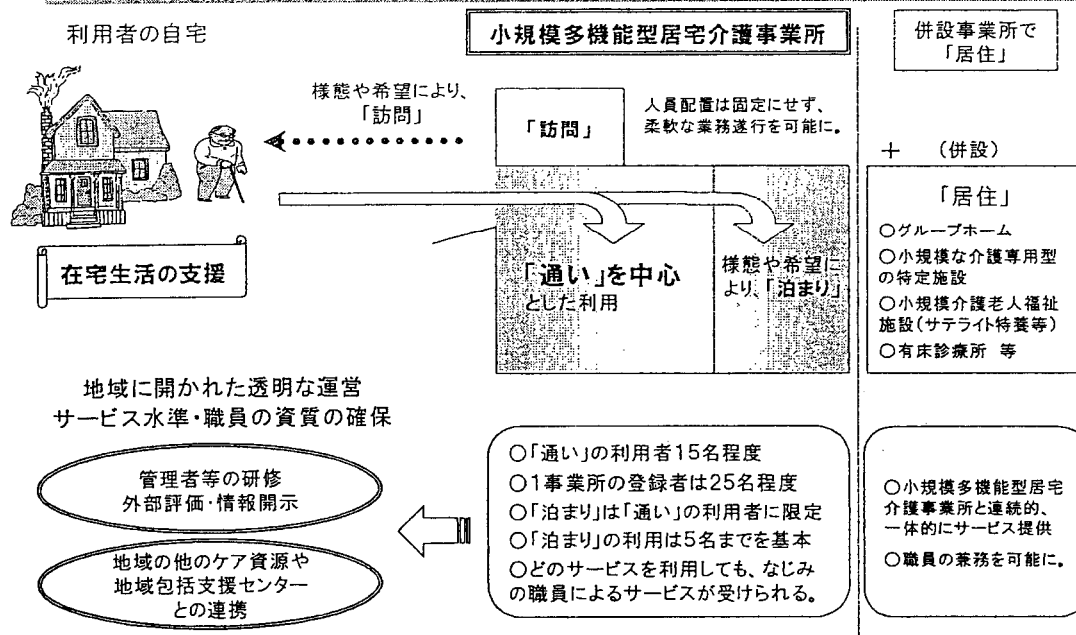
〈報酬設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 小規模多機能型居宅介護は、「通い」を中心として、利用者の様態や希望などに応じ、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせサービス提供し、在宅での生活の継続性を支援するものであり、サービスの対象者としては、中重度の者が中心になるものと考えられる。
- 利用者の様態や希望に応じた柔軟なサービス提供を行うためには、標準的なサービス利用量を設定し、月単位の定額報酬（要介護度別）として設定することが考えられる。
この場合、支給限度額の範囲内で併用できるその他の居宅サービスとしては、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与が考えられる。
- また、定額であるために過少なサービス提供とならないよう配慮が必要であると考えられる。
- さらに、市町村が独自に設定した指定基準において、サービスの質を確保するための特別な要件を課している場合等で、市町村からの申請に基づき厚生労働大臣が個別に承認したときには、市町村が通常の報酬よりも高い報酬を設定することを可能にするなど、柔軟な仕組みとすることが考えられる。

小規模多機能型居宅介護のイメージ

基本的な考え方:「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援する。



〈基準設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 1事業所の登録者数は25名程度、1日当たりの通いの利用者は15名程度、泊まりの利用者は5～9名程度とすることが考えられる。
- 人員配置については、「通い」「訪問」「泊まり」それぞれの固定配置とせず柔軟な業務遂行を可能とすることが必要と考えられる。具体的には、次のような配置とすることが考えられる。
 - ・管理者は常勤1名とし、事業所内の他の職務との兼務可
 - ・介護・看護職員は、
 - 日中：通いの利用者3人に対して職員1名＋訪問介護対応の職員1名
 - 夜間：泊まりと夜間の訪問介護に対応するため、職員2名（1名は宿直でも可能）
- 介護支援専門員については必置とすべきではないかと考えられる一方で、ケアマネジメントの公正・中立の確保のためには、外部のケアマネジャーの活用が重要ではないかとの意見があった。
- 小規模多機能型居宅介護の利用者は登録制で、ショートステイなどは使えないので、「泊まり」の緊急対応について十分に考慮すべきと考えられる。

- 民家等の既存施設を活用した効率的なサービス提供等を可能とする観点から、事業所全体として、利用者1人当たりの面積基準を設けるが、個々の設備ごとの面積基準は設けないことが考えられる。具体的には、次のような基準とすることが考えられる。
 - ・ 通いの高齢者が活動する部屋及び食堂は、1人当たり面積を3㎡以上
 - ・ 泊まりについては、全てを個室とする必要はないが、1人当たり4.5畳程度の面積と、プライバシーが確保できるしつらえを要する。
- 利用者の「囲い込み」や、地域から孤立した事業運営が行われることがないようにする観点から、次のような取扱いが適当と考えられる。
 - ・ 管理者等に対する研修受講を義務づけ、サービスの外部評価及び評価に係る情報開示を求める。(ただし、小規模多機能型居宅介護支援事業所に関する情報公表のしくみが開始されるまでの措置)
 - ・ 地域の関係者を集め、事業所の運営状況について協議・評価する場を設ける。
- 「居住」機能を有する併設事業所のうち、次の事業所については、職員配置等について一定の緩和措置を講ずることが考えられる。
 - ・ 地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型特定施設、認知症高齢者グループホーム、有床診療所による介護療養型医療施設

2. 夜間対応型訪問介護

〈報酬設定の考え方〉

これまでの主な議論等

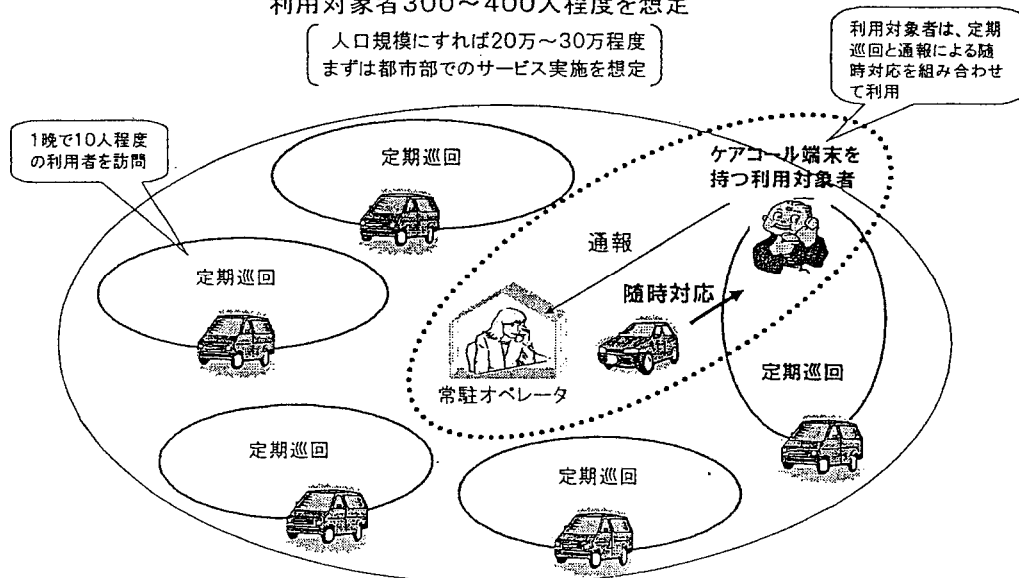
- 夜間対応型訪問介護は、従来からあった夜間に定期的に巡回して行う訪問介護に加え、利用者の求めに応じて随時対応する訪問介護を組み合わせた新たなサービス類型である。
- サービスについては、「定期巡回サービス」「オペレーションセンターサービス」「随時訪問サービス」を組み合わせることが考えられる。
- 夜間対応型訪問介護の報酬については、①月単位・要介護度別の定額報酬と訪問回数に応じた出来高報酬、②月単位・要介護度別の定額報酬について、地域の実情に応じて事業者が選択可能な仕組みとすることが考えられる。
- また、市町村が独自に設定した指定基準において、サービスの質を確保するための特別な要件を課している場合等で、市町村からの申請に基づき厚生労働大臣が個別に承認したときには、市町村が通常の報酬よりも高い報酬を設定することを可能にするなど、柔軟な仕組みとすることが考えられる。

夜間対応型訪問介護のイメージ

基本的な考え方：在宅にいる場合も、夜間を含め24時間安心して生活できる体制の整備が必要
→ 定期巡回と通報による随時対応を合わせた「夜間専用訪問介護類型」を創設

利用対象者300～400人程度を想定

〔人口規模にすれば20万～30万程度
まずは都市部でのサービス実施を想定〕



〈基準設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 利用者の介護ニーズだけではなく、医療ニーズにも対応する観点から、次のような取扱いが適当と考えられる。
 - ・ 必要に応じ連絡できる医療機関や訪問看護ステーションを定める等の連携を図ることとする。
 - ・ 必要に応じ、訪問チームに看護職員を組み込むこととする。
- また、訪問する側の安全確保のための配置について検討することが必要であるとの意見があった。
- 事業者都合鍵を預けることに対する心理的抵抗感を軽減させるよう、利用者に十分な説明を行うとともに、合鍵の管理の方法等を明確にしておく必要があると考えられる。
- 設備については、オペレーションセンターサービスを提供するための設備を有することを基本とすることが考えられる。ただし、地域の実情等に応じ、利用者数が少ないため、巡回の訪問チームが直接利用者からの連絡を受けることができる場合には、設置を要しないものとする考えられる。

3. 地域密着型介護老人福祉施設

〈報酬設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 地域密着型介護老人福祉施設については、本体施設との一体的な運営を前提とするサテライト型の事業形態を基本として、次のような形態が適当であると考えられる。
 - ・ 1つの建物を1つの事業所とする形態
 - ・ 複数の小規模拠点（定員5名程度）を数か所合わせて一つの事業所とする形態（小規模拠点集合型）
- 地域密着型介護老人福祉施設の報酬については、介護老人福祉施設と同様、要介護度別・1日当たり定額の設定とすることが考えられる。

〈基準設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 人員基準については、構造改革特区における「サテライト型居住施設」を参考とし、次のような規制緩和を行うことが考えられる。
 - ・ 本体施設との連携を前提に必置規制を緩和
医師、栄養士、調理員、介護支援専門員、事務員
 - ・ 本体施設や併設事業所との兼務を可能とする。
施設長、生活相談員また、サテライト型の事業形態ではない場合においても、併設事業所との間で、施設長（管理者）、生活相談員、栄養士、事務員等の兼務を認めることが考えられる。
- 設備基準については、構造改革特区における「サテライト型居住施設」を参考として、廊下幅や、医務室・調理室の必置規制の緩和を行うことが考えられる。また、1事業所当たりのユニット数について、3ユニットまでとすることが考えられる。
- また、併設する居宅サービス事業所についても「サテライト型居住施設」を参考に、利用定員を20人以下とすることが考えられる。

4. 地域密着型特定施設入居者生活介護

〈報酬設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 地域密着型特定施設入居者生活介護の報酬については、特定施設入居者生活介護と同様、要介護度別・1日当たり定額の設定とすることが考えられる。

〈基準設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 人員基準については、次のような規制緩和を行うことが考えられる。
 - ・ 併設事業所との兼務を可能とする。
生活相談員、機能訓練指導員、計画作成担当者、介護職員、看護職員

5. 認知症対応型共同生活介護

〈報酬設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 認知症高齢者グループホームについては、事業所数の急増により、事業所間でサービスの質に格差が生じていることから、質の向上にさらに取り組むことが必要であると考えられる。
- 環境の変化に弱い認知症高齢者が可能な限り同じ場所で生活を継続できるようにするためには、認知症高齢者グループホームにおける医療ニーズへの適切な対応が必要であると考えられる。
具体的には、次のような要件を満たした場合に、報酬上の評価を行うことが考えられる。
 - ・ 認知症高齢者グループホームの職員として、又は訪問看護ステーション、医療機関等との契約により、当該グループホーム利用者の健康管理に責任を持つ看護師を1名以上確保していること。
 - ・ 24時間の連絡体制を確保していること。
 - ・ 「看取り」に関する指針を策定し、利用者・家族等への説明と同意を行っていること。
- また、地域のニーズを踏まえ、多機能化への対応を検討することが考えられる。
具体的には、次のような要件を満たした場合に、認知症高齢者グループホームにおける短期利用について、報酬上の評価を行うことが考えられる。
 - ・ 空いている居室や短期利用者専用の居室などを利用
 - ・ 短期利用者の数は、1ユニットにつき1名
 - ・ あらかじめ30日以内の利用期間を定める
- 認知症高齢者グループホームでは、平成18年4月以降、介護保険事業計画において設定する利用定員の範囲内に事業者指定を制限できることとなっているため、今年度中に「駆け込み申請」が起きるおそれがあり、適切な対処が必要であるとの意見があった。

6. 認知症対応型通所介護

〈報酬設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 事業形態としては、これまでの単独型や特別養護老人ホーム等への併設型に加え、柔軟なサービス提供ができるよう、認知症高齢者グループホーム、地域密着型介護老人福祉施設等の共用スペースなどを活用して数名の利用者を受け入れる形態などが考えられる。
- 現在の介護報酬は、利用回数に応じた出来高払いであるが、認知症高齢者が毎日でも利用できるようにすることを含め、様態や希望に応じて柔軟なサービスが提供できるような報酬体系とすることが考えられる。

〈基準設定の考え方〉

これまでの主な議論等

- 認知症高齢者グループホームなどの共用スペース活用型については、利用定員について、1ユニット当たり3名以下とすることが考えられる。また、現行の単独型や特別養護老人ホームなどの利用定員については15名以下とすることが考えられる。

Ⅲ ケアマネジメント

〈基本的な視点〉

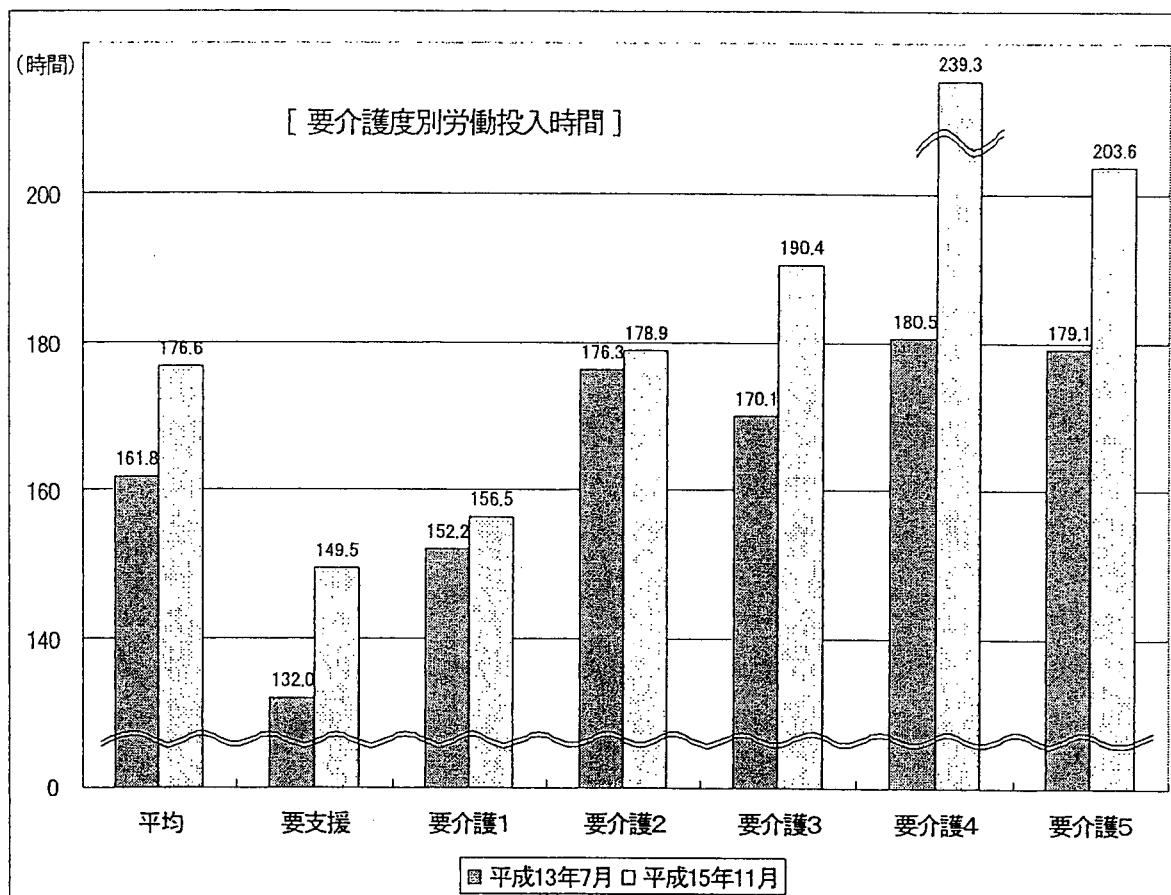
これまでの主な議論等

- 介護給付のケアマネジメントの報酬・基準については、
 - ①ケアマネジメント業務に要する手間・コストの適正な反映
 - ②ケアマネジメントのプロセスに応じた適正な評価
 - ③公平・中立、サービスの質の確保の観点からの適正な評価の観点からの見直しが必要であると考えられる。
- 地域包括支援センターが行う予防給付のケアマネジメントの報酬・基準については、自立支援の観点から効果的・効率的マネジメントを行うという観点からの見直しが必要であると考えられる。
- 利用者本位のケアマネジメントを実施するには、介護支援専門員の「自立」と「自律」の確保が重要であると考えられる。
- ケアワークとソーシャルワークは異質なものであり、ケアマネジメントに係る報酬上の評価は主として前者に係る業務として位置付けるべきであるとの意見があった。
- 主任ケアマネジャー（仮称）の配置など、人員配置のみに着目した加算等については行うべきではないとの意見があった。

〈介護給付のケアマネジメント〉

- 現行報酬は、要介護度に関わらず一律の報酬設定となっているが、要介護者のサービス利用状況やケアマネジメント業務の実態を適切に反映した報酬体系とする観点から、報酬の基本的な部分については要介護度別の設定とすることが考えられる。これについては、現行どおり一律の報酬設定が適切であるとの意見があった。

〈利用者1人1月当たりの労働投入時間〉



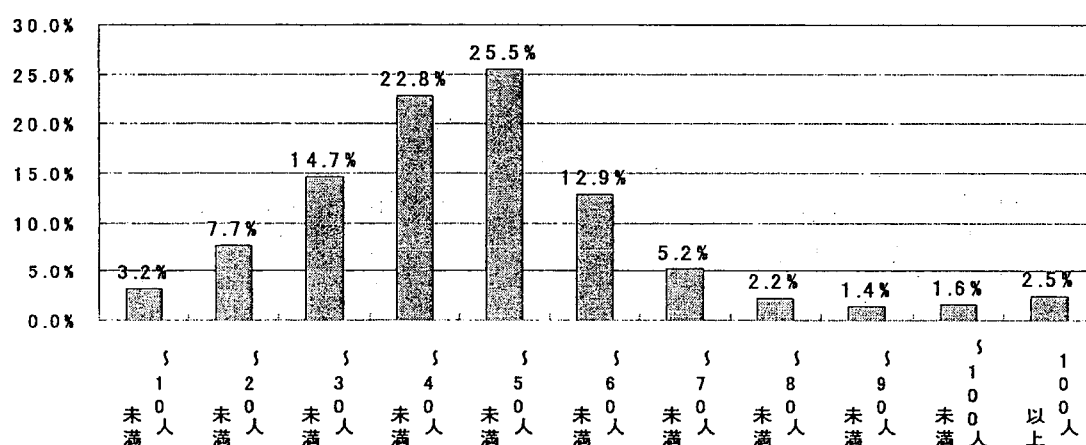
- 初回のアセスメントの業務量を適正に反映する観点から、初回時の報酬上の評価を行うことが考えられる。その際、医療と介護の連携、在宅重視の観点から、退院・退所時に医療機関・施設と在宅サービスとの連携、調整を行った場合の評価を高くすることが考えられる。
- ケアマネジメントの質を確保する観点から、ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を引き下げ、サービス担当者会議の実施等の基本プロセスを踏まえ、公正中立なケアプランの策定を行う事業所を評価する報酬水準とすることが考えられる。具体的には、次のような場合については減算を行うことが考えられる。
 - ・ サービス担当者会議の未実施など運営基準違反の場合
 - ・ 正当な理由なく、特定の事業所に偏ったサービスをケアプランに位置づけている場合（サービス事業者の数が限られている場合など、地域性には一定の配慮を行う）
 - ・ 当該事業所のケアマネジャー1人当たりの担当件数が、標準担当件数を一定程度超えた場合
- また、運営基準違反については、事業者に対する指導監督の観点からも現状よりも厳しく対応すべきではないかとの意見があった。

○ さらに、公正・中立かつ質の高いケアプランを作成している事業所として次のような要件を満たすものについては、報酬上、さらに評価を行うことが考えられる。

- ・当該事業所のケアマネジャー1人当たりの担当件数が、標準担当件数を一定程度下回る
- ・中重度や支援困難ケースの割合が一定以上
- ・主任ケアマネジャーの配置とケアプランチェックの実施
- ・研修等の積極的な実施 など

○ ケアマネジメントの質を確保する観点からケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を30～40程度に引下げるとともに、単純なサービス数だけで評価する現行の4種加算は廃止することが考えられる。

〈ケアマネジャー1人当たりの担当利用者数〉



〈予防給付のケアマネジメント〉

○ 予防給付の対象者については、ケアプランに組み込まれるサービス数や、給付管理業務の簡素化等を踏まえた報酬水準とすることが考えられる。

○ 初回のアセスメントの業務量を適正に反映する観点から、初回時の報酬上の評価を行うことが考えられる。

(別添)介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの人員・設備基準のイメージ(案)

＜介護予防通所介護＞

【人員】

- ①生活相談員 ②看護師又は准看護師(看護師等)
③介護職員 ④機能訓練指導員

【設備】

- ①食堂及び機能訓練室 3平方メートルに利用定員
を乗じて得た面積とする等
②相談室

＜介護予防通所リハビリテーション＞

【人員】

- ①医師 ②理学療法士(PT)、作業療法士(OT)又
は言語聴覚士(ST)、③看護師等又は介護職員

【設備】

- ①リハビリ専用室 3平方メートルに利用定員
を乗じて得た面積とする等
②リハビリの実施に必要な専用の器械及び器具

※通所介護又は通所リハビリテーションの事業所の指定を併せて受けている場合や選択的サービスを行う場合の人員・設備については、兼務又は兼用とすることも考えられる。

選択的なサービス

※ 以下については選択するサービスに応じた基準を設定。

運動器の機能向上

【人員】(介護予防通所介護)

- ①生活相談員 ②看護師等
③経験のある介護職員
④機能訓練指導員

【人員】(介護予防通所リハ)

- ①医師 ②看護師等
③OT、PT
④経験のある介護職員

【設備】(共通)運動器の機能向上に必要な専用の器械及び器具を置く場
合は、利用者の活動に十分な面積が確保されるよう配慮すること

栄養改善

【人員】(介護予
防通所介護)
○管理栄養士

【人員】(介護
予防通所リハ)
○管理栄養士

【設備】(共通)特になし

口腔機能の向上

【人員】(介護予防通所介護)

- ①言語聴覚士又は歯科衛生士
②看護師等

【人員】(介護予防通所リハ)

- ①言語聴覚士又は歯科衛生士
②看護師等

【設備】(共通)特になし

アクティビティ

【人員】(介護予防通所介護)

- ①生活相談員 ②介護職員

【設備】(介護予防通所介護)
特になし

1－3 「『目標の達成度に応じた評価の仕組み』に係る
議論の整理（案）」について

（第7回社会保障審議会介護保険部会
介護予防ワーキングチーム資料）

「目標の達成度に応じた評価の仕組み」に係る議論の整理

I. 基本的な考え方

- 介護予防サービスの提供に当たっては、介護予防ケアマネジメントを通じて明確な目標設定を行い、一定期間後には所期の目標が達成されたかどうかを評価する「目標志向型」のサービス提供が必要であると考えられる。
- こうした目標志向型のサービス提供を促進し、漫然とサービスが提供されることを防ぐ観点からは、目標の達成度に応じた介護報酬の設定についても導入の方向で検討していくことが適当である。
- その際、評価については、利用者個々人に着目した評価ではなく、事業者全体を評価する観点から、事業所単位の評価（以下「事業所評価」という。）とすることが適当である。
- なお、今回の事業所評価において、どの程度の事業所を評価に係る加算の対象とするのかについては、介護給付費分科会における議論も踏まえつつ検討がなされることとなるが、その際には、事業所評価については、今回、新たに導入するシステムであり、対象となる事業所をどの程度の範囲とすることが事業者にもインセンティブを持たせることが可能であるのか、よく実態を踏まえる必要があるとともに、その水準については、この加算の有無により個々の事業所の経営に著しい影響が及ぶことがないように設定することが必要であると考えられる。
- また、利用者から選択されることも事業所にとっての評価に当たると考えられることから、介護報酬以外の対応として、事業所ごとの目標の達成度合いを第三者が中立的な立場から客観的指標により評価し、その結果を介護サービス情報として公開していくことも推進することが必要であると考えられる。

○さらに、目標の達成を評価するに当たっては、利用者本人の努力を評価し、利用者本人の意欲を積極的に引き出すような制度上の仕組みも、長期的課題として検討が必要であると考えられる。

Ⅱ. 評価の対象となるサービスについて

- 事業所評価の対象となる介護保険サービスについては、軽度者に対するサービス提供の実態やサービス提供の在り方も踏まえ、まずは、事業所評価として比較的馴染みやすい通所系サービス（「介護予防通所介護」及び「介護予防通所リハビリテーション」）とすることが適当であると考えられる。
- なお、訪問系サービスについては、通所系サービスと訪問系サービスの連携や、訪問系サービスを実施する事業者に対するインセンティブの付与等の観点から、事業所評価を導入すべきとの意見がある。ただし、事業所評価は新たに導入する仕組みであることから、今回は、比較的馴染みやすいと考えられる通所系サービスにおいて実施することとし、この実施状況も踏まえつつ、訪問系サービスについては今後の検討課題とすることが適当であると考えられる。

Ⅲ. 評価の対象となる事業所について

（１）事業所の規模について

- 事業所評価に当たっては、通所系サービス事業所が基本となると考えられるが、統計的観点からは、利用者の状態の維持・改善が、介護予防サービスの効果によるものか判断しにくく、事業所の経営の安定性の観点からは、大数の法則が働きにくい小規模事業所については、こうした評価は馴染まないのではないかと考えられる。
- 一方、事業者に対して質の高いサービス提供へのインセンティブを喚起する観点からは、評価対象となる事業所数をできるだけ多くすることも必要であると考えられる。

○このため、事業所の規模については、評価対象となる事業所数が著しく少なくなならないよう配慮しつつ、利用実人員（登録者数）が一定規模以上の事業所を対象とすることが適当であると考えられるが、その具体的な規模については、現在の通所系サービス事業所の実態を踏まえつつ、検討することが必要である。

（２）対象となるサービスの内容について

○事業所においては、「共通的サービス」及び「選択的サービス」を提供することとなるが、在宅での生活に結びつけるという観点からは、両者を連携させながら実施することが重要である。

○一方、評価の対象となるサービスについては、介護予防の効果の観点から、選択的サービスの中で新メニュー（「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」）を提供する事業所やこうしたサービスの提供を受ける者とし、これらのサービスを提供しない事業所や利用しない者については評価の対象としないことが適当と考えられる。

○なお、「共通的サービス」についても、評価の対象とすべきではないかという意見があった。

Ⅳ. 評価の対象となる者について

○事業所評価であることを踏まえると、同一事業所において、一定期間以上継続してサービスを利用する者を対象とすることが適当であると考えられる。

○その際、どの程度の期間にするのかについては、ケアプランで設定されている期間とする方法や選択的サービスの新メニューにおいて想定される１クールの期間（３月間又は６月間※）とする方法等が考えられる。

※選択的サービスにおいて想定される１クールのサービス提供期間

- | | |
|-----------------------|-------|
| ・「運動器の機能向上」、「口腔機能の向上」 | ： ３月間 |
| ・「栄養改善」 | ： ６月間 |

○このうち、対象者を把握する上での簡便性や、利用者の中には、「運動器の機能向上」や「口腔機能の向上」のみを利用する者も想定されること、また一定の改善効果が期待される期間等を踏まえると、「最低3月間以上継続して同一の事業所においてサービスを受けた者」とすることが適当であると考えられる。

V. 評価指標について

○事業所評価の評価指標については、「サービスからの離脱」を指標とする方法、「要介護度」を指標とする方法、これらを併用する方法等が考えられるが、評価の客観性や簡便性を踏まえると、「要介護度」を指標とすることが適当であると考えられる。

○その際、要介護度の「改善」に併せ、「維持」についても「要介護状態となることの予防」という観点からは、評価の対象に含めることが適当であると考えられるが、サービスを利用しなくとも一定程度の者が「維持」することも考えられることから、評価の対象とする「維持」については、要支援認定の更新認定において「維持」とされた者の中で、「地域包括支援センターが当該利用者のケアプランに照らし、設定した目標を達成したと認めた者」とすることが適当であると考えられる。

○なお、その場合に、意図的に目標が低く設定されることなどが生じると、客観性を失うことにもなることから、地域包括支援センターにおける客観的な判断基準を定めることが必要であると考えられる。

※「要介護度」を指標とする方法

要介護度の維持又は改善者数
1年間に3月間以上サービスを利用した者であって、認定の更新をした者

○上記の指標を用いて原則として1年間に3月間以上同一の事業所においてサービスを利用し、その後に更新認定を受けた者の中で、要介護度が維持又は改善した者の割合が一定以上の事業所について、加算により評価することとする。

- また、上記の指標により、具体的な評価を行うに当たっては、「維持」よりは「改善」を高く評価するなど、改善の程度により評価に差を設けることが適当であると考えられる。

※加算による評価の体系イメージ

〈指標の内容〉

要介護度の維持又は改善者数
1年間に3月間以上サービスを利用した者であって、認定の更新をした者(=Z)

〈加算による評価の体系列〉

$$\frac{A+B+C}{Z} \geq 0 \text{ のときに加算を算定}$$

A＝維持の者の数(※地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント上に位置付けられた目標を達成したと認めた者に限る。)

B＝1ランク(要支援2→要支援1・要支援1→非該当)改善した者の数×1.5

C＝2ランク(要支援2→非該当)改善した者の数×2

- なお、評価を行うに当たっては、利用者の更新認定の情報等が必要となるが、①事業所においてはサービスを終了した利用者に係る情報収集が困難であること、②仮に事業所が利用者の承諾を得て自ら情報収集する仕組みとすると、事業所によって恣意的に利用者の情報操作等がなされるおそれもあること等を踏まえ、より公正に評価を行う観点から、電子情報システムにより、評価を行うプロセスにおいて必要となる情報を確保することが適当であり、そのために、既存の請求システム等を活用することなどが考えられる。
- 併せて、このようなシステムの活用によって、評価に関わる者の事務負担が過剰にならないような配慮も重要であると考えられる。

Ⅵ. 実施時期について

○事業所評価の実施時期については、事業者において選択的サービスの新メニューを提供することを促進する観点から、平成18年4月より評価対象の要件を満たした事業所を順次その対象とし、平成19年4月から評価を開始することが適当であると考えられる。

Ⅶ. その他

(1) 利用者の一割負担との関係について

○事業所評価に係る加算については、利用者負担の軽減という観点から、ケアマネジメントの一環として、介護予防ケアマネジメントに係る報酬とするという考え方もあるものの、地域包括支援センターの事務負担を考慮すると、事業者に対して直接給付することが適当であると考えられる。

○このため、当該事業者によるサービスを利用した者に対しては、事業所評価に係る加算部分の一割負担が生じることとなるが、利用者に対しては、目標達成度の高い事業所であることから利用者負担も高くなることについて、ケアプラン作成時に十分な説明を行うことが必要である。

(2) その他

○事業所評価の導入により、事業者において改善の見込みがない者を拒否するといった、いわゆる対象者の「逆選択」が生じないよう配慮する必要がある。

○また、今回検討を行った事業所評価については、介護予防を効果的に進めるための一つの方策であり、これを含め、運営基準、介護報酬、事業者の情報公開、関係職員の資質の向上等の各種施策を総合的かつ効果的に組み合わせ、本人及び家族を含めた関係者の介護予防に向けた積極的な取り組みが促進されるようにしていくことが重要である。

平成17年10月改定Q&A【追補版】

○平成17年10月改定関係Q&Aについては、本年9月7日の全国介護保険指定基準・監査担当者会議においてお示したところであるが、その後も地方自治体や事業者等から様々な御照会がなされていることから、今般、追補版を作成したので、御参照されたい。

○なお、本追補版については、各方面からの御照会や御意見などを踏まえ、現時点における当局としての考え方を整理したものであり、一部の照会事項については、従来の回答内容を修正しているので御留意されたい。

I 居住費関係

【報酬設定関係】

（問１）多床室から従来型個室など、部屋替えした場合、当日の介護報酬はどちらで算定するのか。

（答）

部屋替えした日については、以降に利用する部屋の報酬で算定する。

【利用者負担関係】

（問２）施設給付の見直しに伴い、食費・居住費の消費税法上の取り扱いはどうなるのか。

（答）

今回の施設給付の見直しにより、介護保険施設等の食費・居住費が自己負担とされた。これに伴い平成 17 年 9 月 7 日付で告示された『消費税法施行令第 14 条の 2 第 1 項、第 2 項及び第 3 項の規定に基づき財務大臣が指定する資産の譲渡等を定める件の一部を改正する件』（平成 17 年財務省告示第 333 号）により介護保険施設等の消費税の取扱いを定めた『消費税法施行令第 14 条の 2 第 1 項、第 2 項及び第 3 項の規定に基づき財務大臣が指定する資産の譲渡等を定める件』（平成 12 年大蔵省告示第 27 号）が改正され、食費・居住費に係る消費税は、従前と同様に特別な食費・居住費を除き非課税として取扱うこととされたところである。なお、この取扱いについては、9 月 8 日付事務連絡にて、すでに各都道府県に通知しているところである。

※ 特別な食費・居住費とは、『居住、滞在及び食事の提供に係る利用料に関する指針』（平成 17 年厚生労働省告示第 419 号）に基づき事業者が規定する「利用者等が選定する特別な居室等の提供又は特別な食事の提供に係る利用料」である。

（問３）利用者負担第４段階の方から、利用者負担第１段階～第３段階の基準費用額以上を徴収した場合に、指導の対象となるのか。

（答）

設問のケースについては、入所者と施設の契約により定められるものであり、指導の対象とはならないものである。

【従来型個室の経過措置関係】

（問４）介護老人保健施設の入所者又は介護療養型医療施設の入院患者が、９月２９日に他の医療機関に治療等のため入院し、１０月３日に退院して施設に戻った場合、９月３０日において入所又は入院している者であるとして経過措置の適用することは可能か。

（答）

介護老人保健施設の入所又は介護療養型医療施設の入院の契約が継続している場合に限り、経過措置を適用できる。

（問５）経過措置の規定にある「入所」とは、施設への入所という意味か、それとも、個室への入所という意味か。

（答）

経過措置の規定における「入所」は、個室への入所という意味である。

（問６）短期入所生活介護における新規入所者に対する経過措置の「感染症等」の判断について、

- ①医師の判断は短期入所生活介護の利用ごとに必要となるのか。
- ②医師の判断はショートステイ事業者が仰ぐのか。
- ③医師とは主治医、配置医師どちらでもよいのか。

（答）

- ① 原則として、利用ごとに医師の判断が必要である。ただし、当該医師の判断に係る期間内の再利用の場合には、この限りでない。
- ② 御指摘のとおりである。
- ③ 配置医師の判断を原則とし、必要に応じて、ケアカンファレンス等を通じ、主治医より情報提供を受けるなどの対応をされたい。

（問７）経過措置の適用を受けている既入所者が緊急治療を行う等の施設サイドの事情から、従前から特別な室料を徴収している居室へ移動した場合には、経過措置は適用されるのか。

（答）

部屋を移動しても、従来型個室に入所している者であって、特別な室料を徴収されていない場合には、引き続き、経過措置の対象となる。

（問８）介護老人保健施設の認知症専門棟の個室に新たに入所する場合、経過措置の適用はあるのか。

（答）

介護老人保健施設の認知症専門棟の個室であっても、経過措置の要件に該当する場合には、経過措置の対象となる。

（問９）介護老人保健施設の認知症専門棟における従来型個室の入所者から特別な室料を徴収することは可能か。

（答）

認知症専門棟については、老人保健施設における利用料の取扱いについて（平成６年老健第４２号）に定めるとおり、従来どおり特別な室料は徴収できない。

（問１０）従来型個室の経過措置を旧措置入所者等について適用する場合の認定証の記載方法はどのようなになるのか。

（答）

実質的負担軽減者である旧措置入所者、市町村民税課税層における居住費の特例減額措置対象者、境界層措置該当者は、居住費の負担限度額について、特定の居室区分にかかる認定が行われることとなるが、従来型個室の経過措置に該当する場合には、居住費の負担限度額の欄は、「多床室」にのみ金額を記載し、それ以外の居室種別には「一」や「＊」等を記載することとなる。

なお、従来型個室の経過措置の適用があるか否かについては、適宜聴き取り等行う必要がある。

【補足給付関係】

（問１１）短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所又は介護保険施設（以下「介護保険施設等」という。）から退所し、同一敷地内にある他の介護保険施設等又は病院に入所又は入院した場合の補足給付の取扱い如何。

（答）

４０号通知の通則（２）に同一敷地内における入退所の取扱いを示しているところであるが、居住費・食費に係る補足給付についても、この取扱いに準じて扱われたい。

（問１２）入院又は外泊時の居住費について「補足給付については、外泊時加算の対象期間（６日間）のみ」とあるが、７日目以降について、施設と利用者との契約により負担限度額を超えての徴収は可能か。

（答）

疾病等により、利用者が長期間入院する場合は、空きベットを利用して短期入所サービスの提供を行っていただくことが望ましいが、７日目以降も利用者本人の希望等により当該利用者のために居室を確保する場合の居住費については、施設と利用者の契約によって定められることとなる。

（問１３）短期入所事業所の食事代を３食に分けて設定している事業所で当日食事のキャンセルが発生した場合の補足給付についてどのように取り扱うべきか。

（例）食事代設定…朝食 300 円、昼食 400 円、夕食 500 円で、利用者負担第 3 段階の利用者が、朝食と昼食の提供を受けた場合、650 円が自己負担、50 円が補足給付されることとなるが、本人都合により昼食摂取しなかった場合。

（答）

実際に本人が摂取した否かにかかわらず、事業所が契約により食事を提供した場合には食事代を請求することは可能であり、したがって、御指摘の場合でも、利用者から食事代として 650 円を徴収した場合には、50 円の補足給付が受けられる。

（問１４）支給限度額を超えて短期入所を利用した場合、超えた日よりも後の日について補足給付の対象となるか。また、費用の一部について支給限度額内に収まる場合には、その超えた日は対象となるか。

（答）

支給限度額を超えた日以降については、補足給付の対象とならないが、費用の一部が支給限度額内に収まる場合には、その超えた日は全額補足給付の対象となる。（介護保険法施行規則第 83 条の 5 及び第 97 条の 3）

Ⅱ 食費関係

(問15) 薬価収載されていない濃厚流動食の場合、経管栄養の実施に必要なチューブ等の材料費は、利用者から食費として徴収することは可能か。

(答)

薬価収載されていない場合であれば、チューブ等の材料費について、利用者から食費として徴収することは可能である。

【栄養マネジメント加算関係】

(問16) 経管栄養について提供されている濃厚流動食が薬価収載されている場合には、特別食加算及び基本食事サービス費は算定できなかったが、今回新たに設けられた栄養管理体制加算、栄養マネジメント加算、経口移行加算は算定できるか。

(答)

それぞれの要件を満たすのであれば算定できる。

(問17) 薬価収載されている濃厚流動食しか摂らない入所者や点滴のみにより栄養補給を受けている入所者に対しても栄養ケア・マネジメントを実施すべきと考えて良いか。

(答)

栄養ケア・マネジメントは、入所者の栄養状態を適切にアセスメントし、その状態に応じて栄養補給、栄養食事相談、栄養管理などの課題の解決について多職種協働により栄養ケア計画を作成し、マネジメントを行うものであって、濃厚流動食しか摂らない入所者や点滴のみにより栄養補給を受けている入所者であってもそのようなマネジメントの必要性はかわらない。

したがって、設問にあるような入所者についても要件を満たしていれば算定可能である。

(問18) 栄養ケア・マネジメントは、原則として入所者全員に対して実施するということだが、同意がとれない利用者がある場合、施設全体が加算を算定できないことになるのか。

(答)

同意が得られない利用者についてのみ算定できないが、その場合も可能な限り栄養管理に努めていただくことが望ましい。

【経口移行加算関係】

(問19) 経口移行加算を適用する場合の医師の指示について、利用者の主治医及び施設の配置医師のいずれでもかまわないと考えてよいのか。

(答)

配置医師による判断を原則とし、必要に応じてケアカンファレンス等を通じ、主治医より情報提供を受けるなどの対応をされたい。

(問20) 経口移行加算の算定にあたってのビデオレントゲン検査や内視鏡検査は、当該施設で機器がないため出来ない場合、利用者が医療機関を受診し、その個人負担分は利用者が負担することになるのか。

(答)

保険医療機関において利用者が受診することになり、医療保険の自己負担分については、利用者負担となる。なお、施設ごとの医療保険の適用の可否については、「平成17年10月改定関係Q&A(平成17年9月7日)問82」を参照されたい。また、併設保険医療機関における保険請求に当たっては、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」(平成12年保険発第55号・老企発第56号・老健発第80号)を参照されたい。

【栄養管理体制加算】

(問21) 病院又は診療所に所属している管理栄養士又は栄養士が、併設の短期入所生活介護事業所の栄養管理も兼務している場合、当該短期入所生活介護事業所において栄養管理体制加算を算定できるか。

(答)

それぞれ管理栄養士配置加算、栄養士配置加算を算定できる。

(問22) 介護保険適用病床と医療保険適用病床を有する病院又は診療所であって、医療保険適用病床に常勤の管理栄養士1名が配置されている場合、介護保険適用病床で管理栄養士配置加算を算定できるか。

(答)

介護療養型医療施設に置くべき栄養士の人員基準については、当該病院又は診療所全体として、医療法に基づく基準を満たすために必要な数としており、栄養管理体制加算の算定に必要な栄養士の配置についても病院又は診療所全体として算定要件に必要な数の配置があれば算定が可能である。したがって、設問の場合にあっては、管理栄養士配置加算の算定は可能である。

(問23) 介護保険施設において栄養士や管理栄養士と介護支援専門員との兼務は可能か。(兼務した場合であっても、栄養士・管理栄養士配置加算は算定できるのか。)

(答)

施設における栄養士、管理栄養士による栄養管理業務は、低栄養状態の改善など、利用者の生活の質の向上にとって重要であり、今後期待される役割も増えていくものである。

介護支援専門員を兼務することは、施設基準上、入所者の処遇に支障がない場合であって、介護支援専門員としての配置基準も満たしている場合には可能であるとされており、加算も算定できるところであるが、その場合には、上記を踏まえ、これまで以上に入所者等に対する栄養改善指導、利用者の状態に応じた給食管理等の栄養管理に関する業務に支障を来さないよう十分に配慮する必要があると考える。

（問２４）入院又は外泊により食事の提供が行われない日について、栄養管理体制加算及び栄養マネジメント加算を算定できるか。

（答）

入院又は外泊期間中は、栄養管理体制加算及び栄養マネジメント加算は算定できない。

（問２５）経管により食事を摂取する利用者が、流動食を持ち込み、施設から食事の提供を一切受けない場合でも、管理栄養士又は栄養士の配置加算を算定してよいか。弁当持参の場合はどうか。

（答）

設問のような場合であっても、栄養管理体制加算の算定は可能であり、利用者の年齢・心身の状況により適切な栄養量及びその内容が確保されているか確認の上、適切な指導を行うことが必要であると考える。

(問26) 介護療養型医療施設において他科受診時の費用を算定した日であっても栄養管理体制加算、栄養マネジメント加算は算定できるか。

(答)

他科受診時の費用を算定した日でも、栄養管理体制加算、栄養マネジメント加算を算定しても差し支えない。

(問27) 月の途中で管理栄養士が退職し、栄養士の管理となった場合は、日割りでそれぞれの加算を算定するのか。

(答)

御指摘のとおりである。

【療養食加算】

(問28) 療養食加算にかかる食事せん交付の費用は、介護報酬において評価されていると解してよいか。

(答)

御指摘のとおりである。

（問２９）短期入所を利用する場合、療養食加算の食事せんはその都度発行するとあるが、特養併設の短期入所の場合、利用開始日に配置医師がおらず、在宅の主治医に発行を依頼するケースが多くなると思われる。こうした場合には、その都度、利用者が主治医から食事せんの交付を受け短期入所事業所に交付するのか。短期入所事業所が主治医に交付を依頼するのか。

（答）

- １ 短期入所を利用する者のうち療養食を必要とする者に対する食事せんについては、配置医師が交付することとする。
- ２ なお、設問のような場合については、運営基準において、「短期入所事業者は、指定短期入所生活介護の提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保険医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めること」とされているところであり、療養食の可能性についてもサービス担当者会議等を通じて把握するとともに、利用開始日に配置医師が不在の場合は、あらかじめ、食事せんの発行を行っておくなど適宜工夫して行われたい。

【ガイドライン・特別な食事】

（問３０）ベッド、車いす、体位変換器等直接介護に要する備品については、居住費の範囲に含めるのか。

（答）

これらの福祉用具については、介護報酬において評価しているものであり、居住費の範囲に含めない。

（問３１）食費の提供に当たっては、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本とすることとなっているが、経管栄養について提供される濃厚流動食の場合における食費は、その他の場合における食費よりコストが低くなることから、他の食費より低く設定することは可能か。

（答）

食費の設定に当たっては、食材料費及び調理に係る費用に相当する額を基本とすることとしており、経管栄養について提供される濃厚流動食の場合の食費を他と区別して別に設定しても差し支えない。

(追加) 本追補版問22に関連して、医療保険適用病床に管理栄養士が配置されていることから、管理栄養士の配置が算定要件となっている栄養マネジメント加算を11月から新規に算定する予定だが、利用者の同意等も含めた取扱い如何。

(答)

- 1 本追補版問22の取扱いに伴い、医療保険適用病床に常勤の管理栄養士1名が配置されていることをもって、介護保険適用病床における管理栄養士配置加算の算定が可能となる。
- 2 栄養マネジメント加算の算定においては、利用者の同意を得ることが算定要件となっているが、上記1の要件に適合する介護療養型医療施設においては、平成17年11月分に限り、同月中に栄養ケア・マネジメントの実施に係る同意が取れていれば、11月1日に遡り栄養マネジメント加算を算定することが可能な取扱いとする。

2 地域密着型サービス関係

地域密着型サービスの報酬・基準について（案）

地域密着型サービスの報酬・基準について（案）

これは、9月12日及び10月12日の社会保障
審議会介護給付費分科会の資料をまとめたもの。

地域密着型サービスの報酬・基準については、現
在、同分科会で議論が行われているところである。

地域密着型サービスの概要

1 地域密着型サービス創設の趣旨と基本的考え方

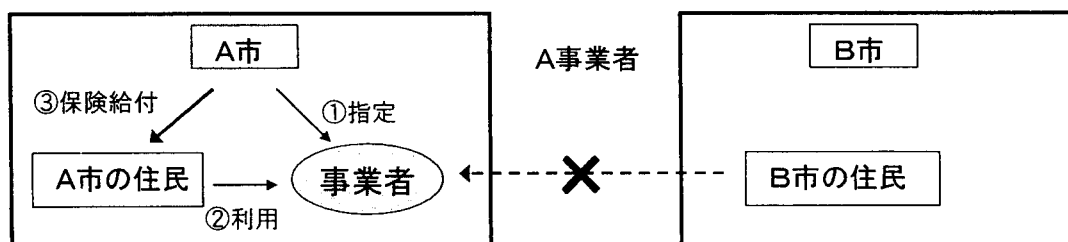
- 「地域密着型サービス」は、認知症高齢者や独居高齢者の増加等を踏まえ、高齢者が要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにする観点から、原則として日常生活圏域内でサービスの利用及び提供が完結するサービスを、新たに類型化し、市町村が事業者の指定及び指導・監督を行うこととしたものである。
- 地域密着型サービスの対象となるのは、以下の6種類のサービスである。
 - ①小規模多機能型居宅介護
 - ②夜間対応型訪問介護
 - ③地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（小規模（定員29人以下）の特別養護老人ホーム）
 - ④地域密着型特定施設入居者生活介護（小規模（定員29人以下）の介護専用型特定施設）
 - ⑤認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
 - ⑥認知症対応型通所介護

2 地域密着型サービスの仕組み

（1）原則として、所在市町村の住民の利用のみが保険給付の対象

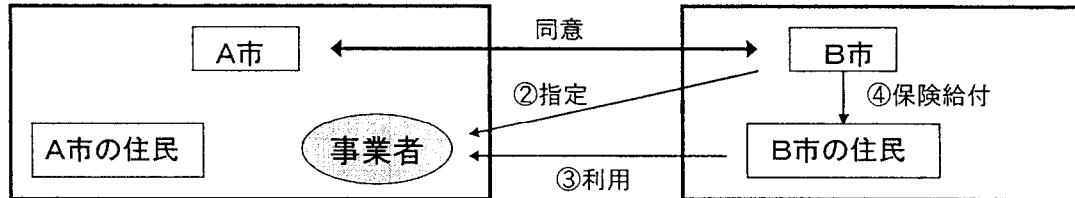
- 地域密着型サービスについては、市町村（保険者）が事業者指定を行い、原則として、当該市町村の住民（被保険者）のみが保険給付の対象となる。

【図1】



- なお、事業所所在の保険者（A市）の同意があった場合には、他の保険者（B市）も同事業所を指定でき、B市の住民も同事業所を利用できる仕組みとしている。

【図2】



（２）地域単位で適切なサービス基盤整備が可能

- 認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護のような入所・居住系のサービスについては、市町村は、市町村（保険者）単位及びそれをさらに細かく分けた日常生活圏域単位ごとの利用定員総数を介護保険事業計画に定め、これを超える場合には指定をしないことができる。

これにより、地域密着型サービスの基盤整備が遅れているところでは、介護保険事業計画による計画的な整備が可能となり、逆に整備が進んでいるところでは、過剰な整備を抑えることが可能となっている。

- また、地域密着型サービスについては、事業者指定とともに、指導及び監督も市町村が行うこととなるため、市町村が主体となって地域密着型サービスの適切な運営を確保することが可能である。

（３）地域の実情に応じた報酬及び基準の設定が可能

- 地域密着型サービスについても、厚生労働大臣が報酬及び基準を定めるが、市町村（保険者）が一定の範囲内で変更することができることとしており、地域の実情に応じた報酬及び基準の設定が可能である。

【関係条文】改正介護保険法

○第42条の2第4項

市町村は、第2項各号の規定にかかわらず、同項各号に定める地域密着型介護サービス費の額に代えて、その額を超えない額を、当該市町村における地域密着型介護サービス費の額とすることができる。

○第78条の4第4項

市町村は、第1項及び第2項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定める範囲内で、これらの規定に定める基準に代えて、当該市町村における指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準及び指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準を定めることができる。

(4) 公正かつ透明な仕組みとサービスの質の確保

- 事業所の指定又は指定拒否、指定基準又は介護報酬の変更を行うに当たっては、高齢者や事業者、保健・医療・福祉関係者、学識経験者等が参加する協議会（介護保険事業計画作成委員会等の活用も含む）の意見を聞くなど、公正かつ透明性の高い制度運営を確保することとしている。
- 市町村による事業所の指定及び指導監督については、「サービスの質の確保」を重視することが求められる。事業所の指定に当たっては、介護保険事業計画を踏まえた着実な基盤整備を進める観点から、サービス内容に関する適切な審査を行うとともに、指定後においても、サービスに関する情報開示の促進と適切な指導監督を行うことが必要である。なお、他のサービス類型と同様に、指定の更新制も設けられている。

【関係条文】改正介護保険法

○第78条の2第6項

市町村長は、第42条の2第1項本文の指定を行おうとするとき又は前項第4号の規定により同条第1項本文の指定をしないこととするときは、あらかじめ、当該市町村が行う介護保険の被保険者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講じなければならない。

○第42条の2第5項

市町村は、前項の当該市町村における地域密着型介護サービス費の額を定めようとするときは、あらかじめ、当該市町村が行う介護保険の被保険者その他の関係者の意見を反映させ、及び学識経験を有する者の知見の活用を図るために必要な措置を講じなければならない。

○第78条の4第5項

市町村は、前項の当該市町村における指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準及び指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準を定めようとするときは、あらかじめ、当該市町村が行う介護保険の被保険者その他の関係者の意見を反映させ、及び学識経験を有する者の知見の活用を図るために必要な措置を講じなければならない。

○第70条の2

第41条第1項本文の指定は、6年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

3 地域密着型サービスに含まれるサービス

地域密着型サービスを分類すると、次の3グループに分けられる。

(1) 従来にない新しいサービス類型であり、新たに報酬及び基準を設けるもの

- 小規模多機能型居宅介護
- 夜間対応型訪問介護

(2) 現在は主として大規模・広域型となっているサービスについて、小規模の類型を設けるものであり、効率的かつ効果的な運営を確保する観点から基準の設定等が必要なもの

- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（小規模（定員29人以下）の特別養護老人ホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護（小規模（定員29人以下）の介護専用型特定施設）

(3) 現存するサービスであり、実態等を踏まえ、必要な報酬及び基準の見直しを行うべきもの

- 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
- 認知症対応型通所介護

地域密着型サービスに関する法案審議等の概要

地域密着型サービスについては、先の通常国会において、以下のような議論がなされている。

【衆議院厚生労働委員会 横路孝弘委員（民主）の確認質問に対する答弁（17年4月27日）】

○尾辻大臣 小規模多機能サービスなどの地域密着型サービスの充実、訪問看護ステーションや地域に密着した医療機関を活用した医療と介護の連携強化を図ることにより、在宅の中重度者への支援の強化を図ることといたしたい。

【参議院厚生労働委員会 山本孝史委員（民主）の確認質問に対する答弁（17年6月16日）】

○尾辻大臣 中重度者については、現行の支給限度額を引き下げること
は考えておらず、また、小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護などの地域密着型サービスの整備や医療との連携の強化等により、在宅サービスのより一層の充実を図ってまいりたい。

【参議院厚生労働委員会 附帯決議（平成17年6月16日）】

六 小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの基盤整備及び介護施設の個室・ユニットケア化を推進すること。また、介護予防サービス及び地域密着型サービスを提供する事業所については、既存施設を活用するなど効率的な整備の推進に努めること。さらに、介護施設、グループホーム等の居住系サービス及び介護サービス付きの「住まい」の整備の在り方について、住宅政策との連携を図りつつ検討を行うこと。さらに、介護者の急病など緊急・突発的なニーズに対応できるよう、ショートステイを利用しやすいものに見直すこと。

地域密着型サービス全体に通ずる基本的な論点

① 地域密着型サービスの趣旨

- 中重度の要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた自宅又は地域で生活を継続できるようにするためのサービスであることが基本となるが、対象者については要介護度で限定すべきではないと考えられる。
- 在宅での生活の継続を希望する中重度者の社会的ニーズを支えていくことは、介護保険の理念にある「尊厳の保持」にも合致するものであるとの意見があった。

② 報酬水準

- 施設サービスや、特定施設の報酬水準、在宅サービスの支給限度額や利用実績などを勘案して設定することが適当であると考えられる。
- 小規模多機能型居宅介護と夜間対応型訪問介護はまったく新しいサービス類型であり、地域における多様な事業展開が可能となるよう、報酬の変更について柔軟な仕組みにしてはどうかとの意見があった。

③ 基準

- 既存資源の活用、人員や設備に関する規制緩和、地域のおサービスとの連携等を推進し、できる限り高コスト、非効率なサービス提供にならないようにすることが重要であると考えられる。

④ 医療との関係

- 多職種との連携の中で健康管理をどうしていくのか、必要なときに適切な医療が利用できる体制をどう構築していくのかについての検討が必要であるとの意見があった。

サービス別要介護度別介護報酬

(1ヶ月の費用額：円)

	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
特別養護老人ホーム (多床室) ※1	—	200,336	221,920	243,200	264,784	286,064
特別養護老人ホーム (ユニット型) ※1	—	194,864	209,152	223,744	238,336	252,624
グループホーム ※1	—	241,984	246,848	251,712	256,576	261,744
特定施設入所者生活介護 ※1	72,352	166,896	187,264	207,632	228,000	248,672
支給限度額 (在宅)	61,500	165,800	194,800	267,500	306,000	358,300
在宅平均利用額 ※2	30,800	67,700	103,800	145,900	171,300	194,600

※1 1か月の費用額については、加算等をつけていない1日当たり単位数を30.4倍したものの、1単位は10円として計算。

※2 在宅平均利用額は、介護給付費実態調査月報（平成17年4月審査分）を使用。

小規模多機能型居宅介護

【改正介護保険法における小規模多機能型居宅介護の定義】

第8条第17項 この法律において「小規模多機能型居宅介護」とは、居宅要介護者について、その者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その者の選択に基づき、その者の居宅において、又は厚生労働省令で定めるサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うことをいう。

① サービスの骨格

- 小規模多機能型居宅介護は、「通い」を中心として、利用者の様態や希望に応じ、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援するサービス類型である。
- 「居住」については、小規模多機能型居宅介護において必須とせず、必要に応じ、小規模多機能型居宅介護事業所に「居住」を担う場を併設することで対応することになる。

② 利用対象者に関する論点

- サービス利用対象者としては、「通い」「訪問」「泊まり」のサービスを一定程度以上利用することが想定される、中重度の者が中心になると考えられる。

③ 基準に関する論点

(サービスの形態)

- 利用者と職員とのなじみの関係を担保する観点から、利用者は1か所の小規模多機能型居宅介護事業所に限って利用者登録を行い、複数の小規模多機能型居宅介護事業所の利用は認めない仕組みが考えられる。

※ 1事業所の登録者数は25名程度、1日当たりの「通い」の利用者は15名程度、「泊まり」の利用者は5～9名程度が上限。

(人員配置に関する考え方)

- 人員配置については、「通い」「訪問」「泊まり」それぞれの固定配置とせず柔軟な業務遂行を可能とすることが必要と考えられる。具体的には、次のような配置とすることが考えられる。

- ・管理者は常勤1名とし、事業所内の他の職務との兼務可

- ・介護・看護職員は、

日中:通いの利用者3人に対して職員1名+訪問介護対応の職員1名

夜間:泊まりと夜間の訪問介護に対応するため、職員2名(1名は宿直でも可能)

- 小規模多機能型居宅介護の利用者は登録制で、ショートステイなどは使えないので、「泊まり」の緊急対応について十分に考慮すべきと考えられる。
- 介護支援専門員については必置とすべきではないかと考えられる一方で、ケアマネジメントの公正・中立の確保のためには、外部のケアマネジャーの活用が重要ではないかとの意見があった。

(設備に関する考え方)

- 民家等の既存施設を活用した効率的なサービス提供等を可能とする観点から、事業所全体として、利用者1人当たりの面積基準を設けるが、個々の設備ごとの面積基準は設けないことが考えられる。具体的には、次のような基準とすることが考えられる。

- ・通いの高齢者が活動する部屋及び食堂は、1人当たり面積を3㎡以上

- ・泊まりについては、全てを個室とする必要はないが、1人当たり4.5畳程度の面積と、プライバシーが確保できるしつらえを要する。

(職員の質の確保)

- 利用者の「囲い込み」や、地域から孤立した事業運営が行われること

がないようにする観点から、次のような取扱いが適当と考えられる。

- ・管理者等に対する研修受講を義務づけ、サービスの外部評価及び評価に係る情報開示を求める。(ただし、小規模多機能型居宅介護支援事業所に関する情報公表のしくみが開始されるまでの措置)
- ・地域の関係者を集め、事業所の運営状況について協議・評価する場を設ける。

④ 報酬設定に関する論点

- 利用者の様態や希望に応じた柔軟なサービス提供を行うためには、標準的なサービス利用量を設定し、月単位の定額報酬（要介護度別）として設定することが考えられる。
- この場合、支給限度額の範囲内で併用できるその他の居宅サービスとしては、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与が考えられる。
- また、定額であるために過少なサービス提供とならないよう配慮が必要であると考えられる。
- さらに、市町村が独自に設定した指定基準において、サービスの質を確保するための特別な要件を課している場合等で、市町村からの申請に基づき厚生労働大臣が個別に承認したときには、市町村が通常の報酬よりも高い報酬を設定することを可能にするなど、柔軟な仕組みとすることが考えられる。

(※) 介護保険法上、市町村は、厚生労働省令で定める範囲内で基準を変更することと、厚生労働大臣が定める介護報酬額を超えない範囲内で介護報酬を変更することが可能とされている。

⑤ 「居住」機能を担う併設事業所に関する論点

- 「居住」機能を有する併設事業所のうち、次の事業所については、職員配置等について一定の緩和措置を講ずることが考えられる。

- ・地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型特定施設、認知症高齢者グループホーム、有床診療所による介護療養型医療施設

(※)「居住」機能を担う場としては、このほかに、有料老人ホームや高齢者住宅などの「住まい」を併設する形態も考えられる。(利用者は、引き続き小規模多機能型居宅介護を利用することになる。)

夜間対応型訪問介護

【改正介護保険法における夜間対応型訪問介護】

第8条第15項 この法律において「夜間対応型訪問介護」とは、居宅要介護者について、夜間において、定期的な巡回訪問により、又は通報を受け、その者の居宅において介護福祉士その他第2項の政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるものをいう。

① 夜間対応型訪問介護の基本的な考え方

- 現行の訪問介護の報酬においては、夜間若しくは早朝（夜間：18時～22時、早朝：6時～8時）又は深夜（22時～6時）にサービスを提供した場合に、それぞれ25%、50%の加算が設けられているが、「身体介護中心型」の請求回数全体のうち加算を請求した回数は、夜間又は早朝で12.0%、深夜で2.4%（※）であり、必ずしも十分に利用されている状況にはない。

（※）介護給付費実態調査（平成17年5月審査分）

- その背景として、

- ・ 夜間、深夜又は早朝（以下「夜間」という。）のサービスは、報酬が高く利用者負担も大きいほか、夜間にヘルパーを家に入れることに心理的な抵抗感があることなどから、利用が進まないこと、
- ・ おむつ等の介護用品の進歩によりおむつ交換の頻度が下がり、必要とする介護内容が限定されるようになったことや、朝一番のケアを充実させることで夜間のケアは不要となるケースもあることから、利用希望者が集まらないこと、
- ・ 勤務条件に合うヘルパーを確保することが難しいこと、等が考えられる。

- 一方で、

- ・ 要介護者にとっては、転倒などの緊急事態が起こった時に駆けつけてくれる、体調の不安、不眠などの精神的な不安に対する支援を受けられる、排泄介助などの日常生活上のニーズに対するサービスをいつ

でも受けられる、といった安心感を持って夜を過ごすことができ、

- ・ 家族にとっては、排泄介助等のために起きることが必要なくなるなど、在宅介護の負担感が軽減されるため、

夜間における訪問介護を求める潜在的なニーズは少なくないと考えられる。

- また、施設では、夜間において、定時に夜勤職員が巡回すると同時に、入所者からの要請への対応を随時行っているのに対し、在宅では、夜間の定時巡回サービスは行われる場合もあるものの、随時サービスは行われておらず、ある程度状態が重くなると、施設入所志向にならざるを得ない状況にある。

そこで、在宅でも随時サービスを提供することで、在宅生活を継続することが可能と考えられる。

- 今後、独居や夫婦のみの高齢者世帯の増加が予想されることを考えると、こうした夜間の「安心感」を提供するサービスに対するニーズは更に高まると考えられる。
- こうした課題や必要性を踏まえ、改正介護保険法において、夜間に定期的に巡回して行う訪問介護に加え、利用者の求めに応じ随時対応する訪問介護を組合せた、新たなサービス類型として「夜間対応型訪問介護」が創設された。
- 具体的なサービス形態としては、
 - ① 定期的なおむつ交換や体位交換等の訪問介護が必要な要介護者に対する「定期巡回サービス」
 - ② 要介護者から、排泄介助、体調不良、転倒・転落等に関する連絡を受け付け、会話による安心感を提供しながら、あらかじめ把握している利用者の心身状況を踏まえて、訪問の可否を判断する「オペレーションセンターサービス」
 - ③ その連絡内容から必要とされたケースの「随時訪問サービス」

で構成することが考えられる。

- さらに、医療的なニーズを有する利用者に対応するため、オペレーションセンターを通じて医療機関や訪問看護ステーションと連携すること
も考えられる。
- このようなサービスが成り立つためには、一定の地域内で夜間の訪問
介護を必要とする高齢者を相当数確保することが必要であり、1つの事
業者がある地域全体をカバーしていくような事業形態になるものと考え
られる。

② 利用対象者に関する論点

- 利用対象者は、夜間の安心を確保する必要がある者として、中重度者
を中心としつつ、独居高齢者又は高齢者夫婦のみの世帯などの利用も考
えられる。

③ 報酬・基準に関する論点

(報酬の在り方)

- 夜間対応型訪問介護の報酬については、①月単位・要介護度別の定額
報酬と訪問回数に応じた出来高報酬、②月単位・要介護度別の定額報酬
について、地域の実情に応じて事業者が選択可能な仕組みとすることが
考えられる。
 - ① 定額部分はオペレーションセンターサービスのみに限定し、定期
巡回サービスや随時訪問サービスは出来高とする方法
 - ② 定期巡回サービス、オペレーションセンターサービス、随時訪問
サービスを複合的に提供するものとして、1月単位の定額報酬とす
る方法
- また、市町村が独自に設定した指定基準において、サービスの質を確
保するための特別な要件を課している場合等で、市町村からの申請に基
づき厚生労働大臣が個別に承認したときには、市町村が通常の報酬より
も高い報酬を設定することを可能にするなど、柔軟な仕組みとすること

が考えられる。

(人員等に関する基準)

- 利用者の介護ニーズだけではなく、医療ニーズにも対応する観点から、次のような取扱いが適切と考えられる。
 - ・ 必要に応じ連絡できる医療機関や訪問看護ステーションを定める等の連携を図ることとする。
 - ・ 必要に応じ、訪問チームに看護職員を組み込むこととする。
- 訪問する側の安全確保のための配置について検討することが必要であるとの意見があった。
- 事業者合鍵を預けることに対する心理的抵抗感を軽減させるよう、利用者に十分な説明を行うとともに、合鍵の管理の方法等を明確にしておく必要があると考えられる。
- 設備については、オペレーションセンターサービスを提供するための設備を有することを基本とすることが考えられる。ただし、地域の実情等に応じ、利用者数が少ないため、巡回の訪問チームが直接利用者からの連絡を受けることができる場合には、設置を要しないものとする考えられる。
- サービスの利用を促進する観点から、オペレーションセンターやケアコール端末等に係るハード費用への助成、市町村の他の事業・サービスとの連携などの対応を積極的に進めるべきと考えられる。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

【改正介護保険法における地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

第8条第20項 この法律において「地域密着型介護老人福祉施設」とは、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が29人以下であるものに限る。以下この項において同じ。）であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、地域密着型施設サービス計画（地域密着型介護老人福祉施設に入所している要介護者について、当該施設が提供するサービスの内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画をいう。以下この項において同じ。）に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいい、「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」とは、地域密着型介護老人福祉施設に入所する要介護者に対し、地域密着型施設サービス計画に基づいて行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。

① 基本的な考え方

- 平成17年1月から、構造改革特区において、介護老人福祉施設の定員の一部を、2ユニット（20人）までの個室ユニット型の「サテライト」として別の場所（市街地等）に移し、本体施設と一体的に運営する形態（以下「サテライト型居住施設」という。）を認めたところ。

サテライト型居住施設においては、本体施設との一体的な運営を前提とするとともに、居宅サービス事業所と併設されることも想定して、その人員・設備基準を緩和した。

併せて、サテライト型居住施設の設置に伴い、本体施設の入所定員を減少させることにより、本体施設の個室（準個室）ユニット型への改修が容易になるという効果もある。

- こうしたサテライト型居住施設における考え方を踏まえ、地域密着型介護老人福祉施設については、小規模事業所であるがために高コスト、非効率なサービス提供にならないよう、本体施設との一体的な運営を前提とするサテライト型の事業形態を基本とすることで、サービスの質を維持しつつ、効率的な運営が可能になると考えられる。

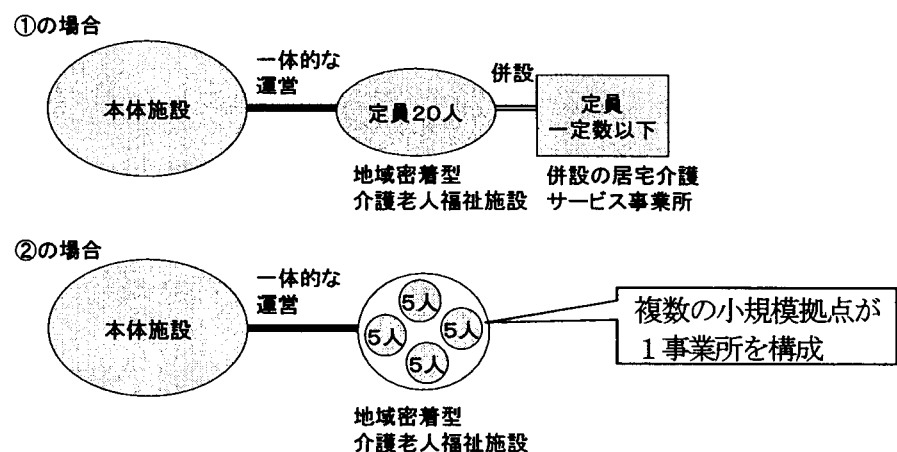
(※) この場合、本体施設は都道府県指定、サテライト型の地域密着型介護老人福祉施設は市町村指定となるが、市町村は、地域密着型サービスの指定を行う前に都道府県に届出をする仕組みとしており、両者間で連携を図りつつ、指定するかどうかを検討することとなる。

② 基準・報酬に関する論点

○ 地域密着型介護老人福祉施設については、本体施設との一体的な運営を前提とするサテライト型の事業形態を基本として、次のような形態が適当であると考えられる。

- ・ 1つの建物を1つの事業所とする形態
- ・ 複数の小規模拠点（定員5名程度）を数か所合わせて一つの事業所とする形態（小規模拠点集合型）

【イメージ】 (地域密着型介護老人福祉施設の定員が20人の場合の例)



- 併設する居宅サービス事業所についても「サテライト型居住施設」を参考に、利用定員を20人以下とすることが考えられる。
- 地域密着型介護老人福祉施設の報酬については、介護老人福祉施設と同様、要介護度別・1日当たり定額の設定とすることが考えられる。
- 人員基準については、構造改革特区における「サテライト型居住施設」を参考とし、次のような規制緩和を行うことが考えられる。

- ・ 本体施設との連携を前提に必置規制を緩和

医師、栄養士、調理員、介護支援専門員、事務員

- ・ 本体施設や併設事業所との兼務を可能とする。

施設長、生活相談員

また、サテライト型の事業形態ではない場合においても、併設事業所との間で、施設長（管理者）、生活相談員、栄養士、事務員等の兼務を認めることが考えられる。

- 設備基準については、構造改革特区における「サテライト型居住施設」を参考として、廊下幅や、医務室・調理室の必置規制の緩和を行うことが考えられる。また、1事業所当たりのユニット数について、3ユニットまでとすることが考えられる。

地域密着型特定施設入居者生活介護

【改正介護保険法における地域密着型特定施設入居者生活介護】

第8条第19項 この法律において「地域密着型特定施設入居者生活介護」とは、有料老人ホームその他第11項の厚生労働省令で定める施設であつて、その入居者が要介護者、その配偶者その他厚生労働省令で定める者に限られるもの（以下「介護専用型特定施設」という。）のうち、その入居定員が29人以下であるもの（以下この項において「地域密着型特定施設」という。）に入居している要介護者について、当該地域密着型特定施設が提供するサービスの内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画に基づき行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であつて厚生労働省令で定めるもの、機能訓練及び療養上の世話をいう。

① 基本的な考え方

- 地域密着型介護老人福祉施設と同様、小規模事業所であるがために高コスト、非効率なサービスとならないよう、併設事業所と一体的に運営されることを前提とした基準の緩和を行うことが必要である。

② 基準・報酬に関する論点

- 地域密着型特定施設入居者生活介護の報酬については、特定施設入居者生活介護と同様、要介護度別・1日当たり定額の設定とすることが考えられる。
- 人員基準については、次のような規制緩和を行うことが考えられる。
 - ・ 併設事業所との兼務を可能とする。

生活相談員、機能訓練指導員、計画作成担当者、介護職員、看護職員

認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）

【改正介護保険法における認知症対応型共同生活介護】

第8条第18項 この法律において「認知症対応型共同生活介護」とは、要介護者であつて認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことをいう。

現行サービスの課題と見直しの基本的考え方

（医療ニーズへの対応の必要性）

- 制度導入当初、認知症高齢者グループホームの対象は中軽度の認知症高齢者と考え、介護報酬においても、中軽度者を相対的に高く評価してきた。
- 一方で、当初は中軽度の状態で入居した認知症高齢者であっても、入居期間を経るごとに重度化が進むため、開所から期間を経た事業所ほど利用者の平均要介護度は高くなっており、また、認知症高齢者グループホーム全体としても平均要介護度が上昇し、重度化が進んでいる状況にある。
- 今回の介護保険法改正においては、認知症高齢者ケアの経験や研究の結果、認知症高齢者でも小規模で家庭的な環境の下でケアを行えば、穏やかな生活を送ることができることが明らかになってきたことを踏まえ、これまで認知症高齢者グループホームの利用対象としてこなかった「認知症に伴って著しい精神症状や行動障害が現れている高齢者」も対象となるよう、改正を行っている。
- こうした状況を踏まえつつ、環境の変化に弱い認知症高齢者が、可能な限り同じ認知症高齢者グループホームで生活を継続でき、環境の変化に伴う悪影響を受けずに生活を送れるようにするためには、認知症高齢者グループホームにおける医療ニーズへの適切な対応が必要であると考えられる。

その際は、日常的な健康管理に加え、入院による環境変化に伴う認知

症の症状悪化に対応するため（※１）、できる限り入院期間を短くするとともに、ターミナルケアへの対応（※２）に配慮することも必要である。

（※１）「入院先で周辺症状等が悪化し、入院の継続に支障が生じた」とした事業者が約２７％にのぼり、入院による環境の変化に伴い症状が悪化するケースが少なからず見られる。

（※２）認知症高齢者グループホームで看取りを行うことについては、事業所の方針としては約４割が、ホーム長の考えとしては約３分の２が、前向きな意見を持っている一方で、これまで実際にターミナルケアに取り組んだことのある事業所は約１４％に止まっている。

（注）（※１）（※２）は、いずれも医療経済研究機構「初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究報告書」（平成１５年３月）による。

（参考）平成１６年７月の社会保障審議会介護保険部会報告においては、次のような指摘がなされている。

Ⅱ 新たなサービス体系の確立

３ 医療と介護の関係

施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担

（略）実態としても、特別養護老人ホームや痴呆性高齢者グループホーム、特定施設などにおいて終末期を迎えるケースが生じており、こうした施設や居住系サービスにおけるターミナルケアの在り方は大きな課題となっている。ターミナルケアに限らず、日常的な健康管理や緊急時の対応も含め、こうした施設や居住系サービス利用者が、外部の専門医療機関や訪問看護等を利用する場合について、医療保険との関係も含めた基準・報酬の在り方を検討していくことが必要であろう。（略）

○ 具体的には、次のような要件を満たした場合に、報酬上の評価を行うことが考えられる。

- ・ 認知症高齢者グループホームの職員として、又は訪問看護ステーション、医療機関等との契約により、当該グループホーム利用者の健康管

理に責任を持つ看護師を1名以上確保していること。

- ・24時間の連絡体制を確保していること。
- ・「看取り」に関する指針を策定し、利用者・家族等への説明と同意を行っていること。

(認知症高齢者グループホームの多機能化)

- 認知症高齢者グループホームがこれまで蓄積してきた認知症高齢者ケアに対する技術や知識を、在宅の認知症高齢者やその家族に対しても活用していく観点から、居住機能以外の機能を展開していくことが考えられる。

(※) 平成17年5月から、構造改革特区により、認知症高齢者グループホームのショートステイ利用が開始されている。

- 具体的には、次のような要件を満たした場合に、認知症高齢者グループホームにおける短期利用について、報酬上の評価を行うことが考えられる。
 - ・空いている居室や短期利用者専用の居室などを利用
 - ・短期利用者の数は、1ユニットにつき1名
 - ・あらかじめ30日以内の利用期間を定める

(認知症高齢者グループホームの質の向上)

- 認知症高齢者グループホームについては、事業所数の急増により、事業所間でサービスの質に格差が生じていることから、質の向上に更に取り組むことが必要であると考えられる。

(報酬に関する論点)

- 入居者の重度化や、今後の認知症高齢者グループホームの担うべき役割を考慮すると、軽度者に対する報酬水準をどのように考えるべきか。
- 認知症高齢者グループホームでは、平成18年4月以降、介護保険事業計画において設定する利用定員の範囲内に事業者指定を制限できることとなっているため、今年度中に「駆け込み申請」が起きるおそれがあり、適切な対処が必要であるとの意見があった。

認知症対応型通所介護

【改正介護保険法における認知症対応型通所介護】

第8条第16項 この法律において「認知症対応型通所介護」とは、居宅要介護者であつて、脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態（以下「認知症」という。）であるものについて、老人福祉法第5条の2第3項の厚生労働省令で定める施設又は同法第20条の2の2に規定する老人デイサービスセンターに通わせ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であつて厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うことをいう。

① 現行サービスの課題と見直しの基本的考え方

- 認知症専用通所介護は、介護保険法施行前から存在していた老人デイサービスセンター等（E型）に対応するものとして、介護報酬上、一般の通所介護とは異なる取扱いがされてきた。

老人デイサービスセンター等（E型）は「毎日でも受け入れることが可能な体制作り」を心がけるものとされ、こうした考え方は認知症専用通所介護にも引き継がれている。

- しかしながら、現在の認知症専用通所介護については、利用者側からは、介護報酬が高いために、限度額との関係などから利用が手控えられがちなこと、事業者側からは、サービス利用対象者を認知症高齢者に限定することを避ける傾向があり、その利用は限定的になっている。
- こうした状況を踏まえ、認知症高齢者ができる限りなじみの事業所においてサービス提供を受けられる体制を整備するために、小規模で家庭的な環境の下でのサービス提供という基本的な考え方は維持しつつ、できる限り効率的なサービス提供を可能とするとともに、これに対応した報酬設定を行うことが必要である。

② 基準及び報酬に関する論点

- 事業形態としては、これまでの単独型や特別養護老人ホーム等への併

設型に加え、柔軟なサービス提供ができるよう、認知症高齢者グループホーム、地域密着型介護老人福祉施設等の共用スペースなどを活用して数名の利用者を受け入れる形態などが考えられる。

- 現在の介護報酬は、利用回数に応じた出来高払いであるが、認知症高齢者が毎日でも利用できるようにすることを含め、様態や希望に応じて柔軟なサービスが提供できるような報酬体系とすることが考えられる。
- 認知症高齢者グループホームなどの共用スペース活用型については、利用定員について、1ユニット当たり3名以下とすることが考えられる。また、現行の単独型や特別養護老人ホームなどの利用定員については15名以下とすることが考えられる。

3 地域支援事業関係

3-1 平成18年度予算における介護保険特別会計の款項目節区分等について

1. 介護保険特別会計の款項目節区分について

- 平成18年度予算について、地域支援事業の創設やサービス種別の見直しに伴い、「介護保険特別会計の款項目節区分について」（平成11年10月事務連絡）の一部の改正を行う。（下線部分）

6 款項目節の区分

以下に項目節の区分の例を示すので、予算編成の参考にされたい。
保険事業勘定 歳入

款	項	目	節	適用
1～3 (略)				
4 国庫支出金	1 (略)			
	2 国庫補助金	1 調整交付金	現年度分調整交付金 過年度分調整交付金	(略)
		2 <u>地域支援事業交付金（介護予防事業）</u>	<u>現年度分</u> <u>過年度分</u>	
		3 <u>地域支援事業交付金（包括的支援事業・任意事業）</u>	<u>現年度分</u> <u>過年度分</u>	
		4 何費補助金	何費補助金	(略)
5 支払基金交付金	1 支払基金交付金	1 介護給付費交付金	現年度分 過年度分	(略)
		2 <u>地域支援事業支援交付金</u>	<u>現年度分</u> <u>過年度分</u>	(略)
6 都道府県支出金	1～2 (略)			
	3 都道府県補助金	1 <u>地域支援事業交付金（介護予防事業）</u>	<u>現年度分</u> <u>過年度分</u>	

7～9 (略) 10 繰入金	1 一般会計 繰入金	2 地域支援事業 交付金（包括 的支援事業・ 任意事業）	現年度分 過年度分	
		3 何費補助金	何費補助金	(略)
10～13 (略)	2～4 (略)	1 介護給付費繰 入金	現年度分 過年度分	(略)
		2 地域支援事業 繰入金（介護 予防事業）	現年度分 過年度分	
		3 地域支援事業 繰入金（包括 的支援事業・ 任意事業）	現年度分 過年度分	
		4 その他一般会 計繰入金	職員給与費等 繰入金 事務費繰入金	(略) (略)

保険事業勘定 歳出

款	項	目	節	適用
1 (略) 2 保険給 付費	1 介護サー ビス等諸 費	1～2 (略)		
		3 地域密着型介 護サービス給 付費	負担金、補助 及び交付金	
		4 特例地域密着 型介護サービ ス給付費	負担金、補助 及び交付金	
		5 施設介護サー ビス給付費	負担金、補助 及び交付金	
		6 特例施設介護 サービス給付 費	負担金、補助 及び交付金	
		7 居宅介護福祉 用具購入費	負担金、補助 及び交付金	

	8	居宅介護住宅改修費	負担金、補助及び交付金
	9	居宅介護サービス計画給付費	負担金、補助及び交付金
	10	特例居宅介護サービス計画給付費	負担金、補助及び交付金
2		介護予防サービス等諸費	
	1	介護予防サービス給付費	負担金、補助及び交付金
	2	特例介護予防サービス給付費	負担金、補助及び交付金
	3	地域密着型介護予防サービス給付費	負担金、補助及び交付金
	4	特例地域密着型介護予防サービス給付費	負担金、補助及び交付金
	5	介護予防福祉用具購入費	負担金、補助及び交付金
	6	介護予防住宅改修費	負担金、補助及び交付金
	7	介護予防サービス計画給付費	負担金、補助及び交付金
	8	特例介護予防サービス計画給付費	負担金、補助及び交付金
3		(略)	
4		高額介護サービス等費	
	1	高額介護サービス費	負担金、補助及び交付金
	2	高額介護予防サービス費	負担金、補助及び交付金
5		(略)	
6		特定入所者介護サービス等費	
	1	特定入所者介護サービス費	負担金、補助及び交付金
	2	特例特定入所者介護サービス費	負担金、補助及び交付金

3～4 (略) 5 地域支援事業費	7 何々	3 特定入所者介護予防サービス費	負担金、補助及び交付金
		4 特例特定入所者介護予防サービス費	負担金、補助及び交付金
		1 何々	何々
	1 介護予防事業費	1 介護予防特定高齢者施策事業費	何々
		2 介護予防一般高齢者施策事業費	何々
		3 何々	何々
		2 包括的支援事業・任意事業費	
		1 介護予防ケアマネジメント事業費	何々
		2 総合相談事業費	何々
		3 権利擁護事業費	何々
		4 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業費	何々
		5 任意事業費	何々
6～10 (略)			

2. 地域支援事業に係る予算編成に当たっての注意事項について

- 地域支援事業については、従来の介護保険における給付とは別に、一定の財源を確保し、市町村の責任の下、「介護予防事業」、「包括的支援事業」、「任意事業」の各事業を実施するものである。

従って、歳出における地域支援事業費については、各事業の実施に要した費用は、各事業の事業費として計上するものとし、市町村が保険者として介護保険事業の遂行に係る費用である「総務費」等とは明確に区別して計上するよう各保険者において留意されたい。

3-2 地域包括支援センターの業務内容について

I 地域包括支援センター運営の基本方針

1 地域包括支援センター設置の目的

- 高齢者が、住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにするためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービスまで、様々なサービスを、高齢者の状態の変化に応じ切れ目なく提供することが必要となる。
- このため、地域の高齢者の心身の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行う中核機関として、地域包括支援センターを設置する。

2 地域包括支援センターの基本機能

- 地域包括支援センターは次の基本機能を担うものとする。
 - ① 介護予防事業及び改正後の介護保険法に基づく新たな予防給付（以下「新予防給付」という。）に関する介護予防ケアマネジメント業務
 - ② 多様なネットワークを活用した地域の高齢者の実態把握や虐待への対応などを含む総合的な相談支援業務及び権利擁護業務
 - ③ 高齢者の状態の変化に対応した長期継続的なケアマネジメントの後方支援を行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

3 運営に当たっての留意事項

(1) チームアプローチによる運営

- 地域包括支援センターの業務は、上記①については保健師等、②については社会福祉士等、③については主任ケアマネジャー等が主として担当することになるが、いずれの業務についても、主たる担当職種のみで行うのではなく、各職種が地域包括支援センターの業務全体を十分に理解し、相互に連携・協働しながら、チームとして実施できるよう、情報の共有や業務の実施体制に特に配慮するものとする。

(2) 地域における様々な資源の活用

- 地域包括支援センターの運営に当たっては、保健・福祉・医療の専門職やボランティアなどさまざまな関係者がそれぞれの能力を生かしながら相互に連携することにより、介護サービス、医療サービス、ボランティア活動、近隣住民同士の助け合いまで、地域の様々な社会資源を活用した継続的かつ包括的なケアが行われるよう、総合的なケアマネジメントを行うことが不可欠である。
- このため、地域包括支援センターが中心となり、こうした地域の様々な関係者と連携を図る場を設けるほか、同一市町村内の他の地域包括支援センターとの連携を図り、情報の共有化、事例の分析を行うなど、地域包括支援センターの担当圏域を越えたネットワーク形成に努める。

(3) 地域包括支援センター運営協議会

- 地域包括支援センターの運営に当たっては、その方針につい

て、地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）の議を経ることとし、公正・中立性を確保し、その円滑かつ適正な運営を図らなければならない。また、運営協議会は、地域包括支援センターの職員を確保するため、必要に応じ、運営協議会の構成員や地域の関係団体等との間の調整を行うものとする。

（４）個人情報の取扱いについて

- 地域包括支援センターの運営上、多くの個人情報を取り扱うこととなるため、次に掲げる事項に留意しなければならない。
 - ① 地域包括支援センターにおける各事業の実施に当たり、各業務の担当者が互いに情報を共有し、その活用を図ることが重要であることにかんがみ、予め本人から個人情報を目的の範囲内で利用する旨の了解を得ておくこと。
 - ② 個人情報の取り扱いについては、関係法令（ガイドライン等を含む。）を遵守し、厳重に取り扱うこととし、その保護に遺漏のないよう十分に留意すること。

Ⅱ 介護予防ケアマネジメント業務の内容と流れ

1 基本的な視点

- 介護予防ケアマネジメント業務は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるようにするため、本人ができることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、利用者のできることを利用者と共に発見し、利用者の主体的な活動と参加意欲を高めることを目指す。

- このため、サービス提供期間を設定し、いつまでにどのような生活行為ができるようにするのか具体的な目標を明確にしつつ、個々の高齢者の心身の状況や生活環境、廃用や生活機能低下が生じた原因に応じた総合的かつ効果的な支援計画を作成するとともに、サービスの提供を確保し、一定期間経過後は所期の目標の達成状況を評価し、必要に応じて計画の見直しを行う。
- 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、
 - ① 地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など、地域における介護保険以外の様々な社会資源の活用
 - ② 介護予防の効果を高める観点から、要支援・要介護の非該当者から、要支援者に至るまでの連続的で一貫したケアマネジメントの実施に留意する。
- いずれの業務も、保健師等が中心となって実施することとなるが、地域包括支援センターの他の職種はもちろん、地域の関係機関等との連携にも留意しなければならない。

2 業務内容

(1) 介護予防事業に関するケアマネジメント業務

- 自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標としている介護予防事業に関するケアマネジメントは、特定高齢者把握事業において、市町村が把握・選定した特定高齢者（虚弱高齢者）について、地域包括支援センターが、おおむね次に定めるプロセスにより実施する（詳細については別に定める専門的なマニュアルを参照）。なお、市町村は、必要な経費を負担することで、特定高齢者把握事業を地域包括支援セン

ターに行わせ、介護予防事業に関するケアマネジメントと一体的に行うことも可能であるが、この場合、特定高齢者の判定結果については、市町村に通知する等の連携を図るものとする。

①対象者の把握

市町村と連携し、介護予防事業への参加に同意した者を把握する。

②一次アセスメント

基本チェックリストの結果等により、生活機能、心身機能等を把握し、生活機能の低下を予防できない現状や要因（介護予防ニーズ）の特定及び課題分析を行う。

③介護予防ケアプランの作成

一次アセスメントの結果を基に、高齢者との面接により、その心身の状態を把握しつつ、介護予防ケアプランの目標、利用する事業内容などを決定する。その際に、家族や介護予防事業実施者などとも共通認識を得るため、必要に応じてサービス担当者会議を開催する。

④事業の実施

介護予防事業実施者は、介護予防ケアプランに基づき介護予防事業を実施し、地域包括支援センターは、事業の実施状況を適宜モニタリングし、必要に応じて事業実施者間の調整を行う。また、事業実施者に対し、事業の実施の前後に対象者の目標達成度や状態の改善の評価を行わせ、適宜、その結果の報告を受ける。

⑤評価

一定期間経過後、地域包括支援センターでは、事業実施者からの報告を参考にしつつ、各高齢者の状態を再度アセスメントし、必要に応じて介護予防ケアプランを変更する。

- 地域包括支援センターは、個々の対象者ごとに、定期的に目標達成状況を管理する。
- なお、地域包括支援センターとして行う総合相談・支援事業などの過程で介護予防事業の対象者とすべき者を把握した場合は、適宜、特定高齢者把握事業と連携を図るものとする。

(2) 新予防給付に関するケアマネジメント業務

- 新予防給付に関するケアマネジメントは、おおむね次に定めるプロセスにより実施する。

①利用申込みの受付

介護認定審査会において要支援認定を受けた利用申込者に対し、重要事項説明書を交付し、説明し、同意を得た上で、利用申込者に所定書類に必要事項を記載してもらい、市町村に届ける。

②契約締結

利用申込者と契約を締結する。

③アセスメント

市町村から認定調査結果及び主治医意見書を入手し、利用者宅を訪問し、所定のアセスメント事項により利用者及び家族に対しアセスメントを行う。

④介護予防サービス計画原案の作成

アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者と調整し、利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成する。

⑤サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議の開催等により、介護予防サービス計画原案について専門的な意見を聴取する。

⑥介護予防サービス計画書の交付

利用者又は家族に説明し、同意を得た後、介護予防サービス計画書を利用者又は家族に交付する。

⑦サービスの提供

介護予防サービス事業者に対し、介護予防サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行う。

⑧モニタリング

必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法により計画の実施状況を把握する。

⑨評価

3～6ヶ月に1回、計画の達成状況について評価を行う。

⑩給付管理業務

介護保険サービスの利用実績を確認し、所定の表に記載する。

⑪介護報酬の請求

介護報酬請求に関する所定の書類を作成し、介護報酬の請求を行い、介護報酬を受領する。

- 地域包括支援センターは、上記事務のうち①、②及び⑪に係る事務以外、その実施を居宅介護支援事業所に委託することができる。この場合、介護予防サービス計画原案が作成された段階で、地域包括支援センターはその内容が適切であるかを確認する。業務委託をする場合も、当該業務の最終的な責任は地域包括支援センターが負うものである。なお、委託に当たっては、運営協議会の承認を得なければならない。

(3) その他

- 地域包括支援センターにおいて実施する新予防給付に関する

ケアマネジメント及び介護予防事業に関するケアマネジメントとケアマネジャーが行う介護給付のケアマネジメント相互の連携を図るものとする。

Ⅲ 総合相談支援及び権利擁護業務の内容と流れ

1 基本的な視点

- 総合相談・支援及び権利擁護の業務（以下「総合相談支援等業務」という。）は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うものである。
- 本業務は、社会福祉士が中心となって実施することとなるが、地域包括支援センターの他の職種をはじめ、地域の関係機関等との連携にも留意しなければならない。

2 業務内容

（１）地域におけるネットワーク構築業務

- 効率的・効果的に実態把握業務を行い、支援を必要とする高齢者を見出し、総合相談につなげるとともに、適切な支援、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る。

そのため、サービス提供機関や専門相談機関等のマップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握などを行う。地域に必要な社会資源がない場合は、その開発に取り組む。

- 地域の様々なニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくこととなるが、特に、高齢者の虐待防止については、「高齢者虐待防止ネットワーク」を早急に構築することが必要である。

(2) 実態把握業務

- 総合相談支援業務を適切に行う前提として、(1)のネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握を行う。

(3) 総合相談業務

- 総合相談業務として、次の業務を行う。

① 初期段階での相談対応

- 本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的又は緊急の対応が必要かどうかを判断する。
- 適切な情報提供を行えば相談者自身により解決が可能と判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

② 継続的・専門的な相談支援

- 初期段階の相談対応で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、当事者への訪問、当事者に関わる様々な関係者からのより詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定する。

- 支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

（４）権利擁護業務

- 実態把握や総合相談の過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場合には、次のような諸制度を活用する。

①成年後見制度の活用

- 高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要なケースであれば、以下の業務を行う。
 - ・ 高齢者に親族がいる場合には、当該親族に成年後見制度を説明し、親族からの申立てが行われるよう支援する。
 - ・ 申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげる。
- また、成年後見制度の円滑な利用に向けて、
 - ・ 市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。
 - ・ 鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組めるよう、地域の医療機関との連携を確保する。
 - ・ 高齢者にとって適切な成年後見人を選任できるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を、高齢者又はその親族に対して紹介する。なお、地域包括支援センターの業務として、担当職員自身が成年後見人となることは想定していない。

②老人福祉施設等への措置

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求める。また、措置入所後も当該高齢者の状況を把握し、できる限り速やかに、成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援する。

③虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとる。

④困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、他の職種と連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討する。

⑤消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費生活センター（又は市町村の消費者行政担当部局）と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に情報提供を行う。

Ⅳ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の内容と流れ

1 基本的な視点

- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、主治医、ケアマネジャーとの多職種協働と、地域の関係機関との連携により、

包括的・継続的なケアマネジメントを実現するための後方支援を行うものである。

- 本業務は、主任ケアマネジャーが中心となって実施することとなるが、地域包括支援センターの他の職種はもちろん、地域の関係機関との連携にも留意しなければならない。

2 業務内容

(1) 日常的個別指導・相談業務

- 地域のケアマネジャーに対する個別の相談窓口を設置し、日常的業務の実施に関し、ケアプランの作成技術を指導し、サービス担当者会議の開催を支援するなど、専門的な見地からの個別指導、相談への対応を行う。
- また、地域のケアマネジャーの資質向上を図る観点から、必要に応じて、地域包括支援センターの他の職種や関係機関とも連携の上、事例検討会や研修、制度や施策等に関する情報提供を実施する。

(2) 支援困難事例等への指導・助言業務

- 地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例について、適宜、地域包括支援センターの他の職種や地域の関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行う。

(3) 包括的・継続的なケア体制の構築業務

- 施設・在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域のケアマネジャーと関係機関の間の連携を支援する。
- また、地域のケアマネジャーが、地域における健康づくりや

交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備する。

(4) 地域におけるケアマネジャーのネットワークの形成業務

- 地域のケアマネジャーの日常的な業務の円滑な実施を支援するために、ケアマネジャー相互の情報交換等を行う場を設定するなどケアマネジャーのネットワークを構築する。

(5) その他

- 地域包括支援センターにおいて実施する新予防給付に関するケアマネジメント及び介護予防事業に関するケアマネジメントとケアマネジャーが行う介護給付のケアマネジメント相互の連携を図るものとする。
- また、介護保険以外の様々な関係機関との連携体制を構築していく過程では、社会福祉士や保健師との連携が円滑に行われるよう、地域包括支援センター内での業務実施体制に配慮するものとする。

4 その他

4-1 介護保険料設定の弾力化について（案）

1. 制度の趣旨

第1号被保険者の保険料の設定については、保険者が独自に介護支援ボランティア活動を行った者の介護保険料を控除することが可能となるよう要望がなされている（別紙参照）。

介護保険は、介護が必要な方を、相互扶助の精神により社会全体で支える制度であり、高齢者の方にも保険料を負担していただいているものである。

今回の改正は、介護保険に関するボランティア活動を行うことによって要介護者等を支える方に対し、介護保険料の控除を行おうとする保険者について、そうした取扱いができるようにするものである。

2. 対象者

介護保険サービスや地域支援事業等の介護保険法に規定するサービスや事業を利用している要介護者等に対するボランティア活動を行った者として市町村が認めた者を対象とする。

3. 控除額の程度

控除額については、保険料やボランティア活動の内容とのバランス、第1号被保険者全体の保険料基準額に与える影響等を勘案し、被保険者の納得が得られるよう、社会通念に照らして妥当と認められる範囲内の額とし、当該額を条例に定めること。

4. 保険料の設定方法

保険料の基準額は、ボランティア控除の見込額を踏まえて設定することとなるものであり、ボランティア控除分を公費で補填するものではない。

なお、控除分の財源として、第1号保険料を財源とする介護保険給付費準備基金等をあてることも可能である。

※ 保険料控除は、控除対象者について条例に定める額を控除した後の保険料額を賦課するものであり、既に賦課された保険料から被保険者の負担能力を勘案して保険料を減免する保険料減免制度とは考え方が異なる。

5. 実施時期

第3期の保険料設定に適用できるよう、法令の改正を行う予定である。

6. 留意事項

- 保険料のボランティア控除を実施するか否かは、市町村の判断によるものである。
- ボランティア控除制度を実施するに当たっては、保険料控除の対象となるボランティアの内容をあらかじめ明示しておくことが望ましい。
- また、ボランティア活動の実績評価については、公平性が確保されるよう、施設職員等の第三者が当該活動実績について確認を行うこととすることが望ましい。
- なお、保険料控除の対象となるボランティアの実績評価については、市町村の当初賦課に間に合うよう、前年度のボランティア活動の実績を利用して実施することができるものとする。

※ 上記については、保険者独自の介護保険料控除についての現段階における案（未定稿）であり、今後保険者のご意見を踏まえ、内容の確定を図ってまいりたいと考えておりますので、ご意見等がありましたら、11月11日（金）までに下記担当までご連絡願います。

【連絡先】

担当者：厚生労働省老健局介護保険課企画法令係 近久・井越
電 話：03-5253-1111 （内線2164・2260）
F A X：03-3503-2167

保険者独自の介護保険料控除を可能とする制度改正要望書

～「(仮称) 介護支援ボランティア控除」の創設に向けて～

千代田区・稲城市

これまでも千代田区及び稲城市は、高齢者福祉施策の充実に努め、特に介護予防事業を体系的に推進しております。

このことから、両自治体は、東京都から介護予防推進モデル地区の指定を受けており、介護予防事業実施にあたっての情報交換等連携を図っております。

また、住民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていかれる地域づくりの重要性を認識し、様々な施策展開を図っているところですが、同時に、住民自らが、できる範囲で地域貢献をする仕組みづくりが必要であると考えています。

2015年には、戦後のベビーブーム世代が65歳を迎えることになりますが、ボランティア活動等を通じて、高齢者が地域で貢献することを積極的に支援し、いきいきとした地域社会となることを目指しています。

今般の介護保険制度改革を機会に、次の3つの施策を強力に進めていきたいと考えています。

- (1) 元気な高齢者が地域ケア体制づくりに積極的に貢献する社会参加活動を支援すること。
- (2) 元気な高齢者が要介護高齢者等に対する支援ボランティア活動を行うことを奨励すること。
- (3) 上記の施策により、結果として、地域支援事業費、介護給付費等の費用を直接・間接的に抑制すること（給付費等の抑制）。

現行制度では、第１号保険料の賦課決定に際して、自治体（保険者）の裁量の余地はなく、独自の保険料控除は認められないものとなっています。

しかし、千代田区及び稲城市は、高齢者自身の地域貢献等に応じて、自らの保険料を決定（軽減）できる仕組みの創設が必要と考えます。

厚生労働省におかれましては、介護保険第３期事業運営期間の開始にあたり、こうした保険者の独自施策の「介護保険料控除」が可能となるよう、介護保険制度の改正を要望します。

平成１７年　８月　１日

厚生労働省老健局長　中村　秀一　殿

千代田区長　石川　雅己

稲城市長　　石川　良一

平成17年8月1日

介護保険料控除「(仮称)介護支援ボランティア控除」に関するQ & A

千代田区・稲城市

問1 制度創設の目的は何か？

高齢者が、介護支援についてのボランティア活動等を通じて地域貢献することを積極的に奨励・支援し、いきいきとした地域社会となることを目指すこと。併せて、保険料に対する不公平感を払拭したい。

問2 期待される効果は何か？

- ① 地域ケアの推進に不可欠な住民参加に関する認識が高まる。
- ② 社会参加活動等に参加する元気な高齢者が増える。
- ③ 要介護高齢者等に対する介護支援ボランティア活動に関心が高まる。
- ④ 結果として、介護給付費の増加抑制が期待できる。

問3 保険料控除の対象となるのは、どのような高齢者か？

具体的な内容は今後十分な時間をかけて検討する必要があるが、例えば

- ① 指定する高齢者施設で介護支援ボランティアとして週1回(2時間程度)年間24回以上活動した。
- ② 指定する高齢者介護等ボランティア団体に所属し、その活動に週1回(2時間程度)以上、3ヶ月間継続して参加した。
- ③ 地域支援事業以外に独自に実施する介護予防事業において、ボランティアとして年間24回以上(又は36回以上)活動した。

などを対象とすることを想定している。

(※いわゆるNPO法人等の「有給職員」は含まない予定。)

問4 すべてのボランティア活動が対象となるのか？

具体的な内容は今後十分な時間をかけて検討する必要があるが、例えば、介護保険施設等での

- ①レクリエーション等の指導、参加支援
- ②お茶だしや食堂内の下膳・配膳などの補助
- ③喫茶などの運営補助
- ④散歩、外出、館内移動の補助
- ⑤模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露などの行事の手伝い
- ⑥話し相手
- ⑦その他施設職員と共に行う軽微かつ補助的な活動(例一草刈、洗濯物の

整理、シーツ交換など)、を想定している。

なお、在宅の介護支援ボランティア（や既存の有償ボランティア）は対象としない。

問5 保険料控除の申請方法は？

具体的な内容は今後十分な時間をかけて検討する必要があるが、例えば、

- ① ボランティア参加の証明方法として、介護ボランティアスタンプ帳に各福祉施設がスタンプを押印し、直接スタンプ帳を控除申請書に添付する。
- ② ボランティア活動実績を社会福祉協議会が確認して、「（仮称）介護支援ボランティア証明書」を発行し、控除申請書に添付する。

などの方法を採用し、介護保険料控除申請書を介護保険課に提出してもらって、賦課決定することを想定している。

問6 なぜ「減免」ではなく、「保険料控除」とするのか？

「減免」は、一度決定した保険料を保険料の支払い能力に着目して減額免除するものであるが、今回の「保険料控除」は元気高齢者による介護支援ボランティアへの参加を奨励（社会参加への支援）・促進するためのインセンティブを与えるという誘導政策の性格を有するものである。すなわち、保険料の賦課決定そのものに政策的意味を持たせるといふ、新たな発想に基づく斬新な提案であると考えている。

問7 保険料の賦課基準を地域ごとに決めることについて問題はないのか？

地域保険である介護保険の保険料を独自に設定することは、地方分権の推進の観点からも、極めて意義があるものと考えている。

問8 保険料控除というのは実質的には、「手当」の給付と同じではないか？

対象者の保険料を減額して賦課決定するものであり、「手当」を給付することとは基本的に考え方が異なる。

また、介護支援ボランティア従事への対価的性格を有するものではない。

問9 実現すると思うか？ また、普及すると思うか？

自治体の工夫に基づいて、それぞれが推進する地域づくり、介護のまちづくりを実現する手段であり、ぜひ、実現させたい。

また、こうした工夫に基づく独自の保険料設定を行なうことが可能となれば、実施したいと考える自治体は多いのではないかと考える。普及すると思う。

問 10 介護支援ボランティア控除対象者の想定される人数は？

現時点で、具体的に確定した人数は示せないが、さまざまなボランティア活動の参加状況などから推測すると

千代田区	30人～ 85人（高齢人口比 0.3%～1.0%）程度
稲城市	50人～100人（高齢人口比 0.5%～1.0%）程度

問 11 想定される保険料歳入への影響額はいくらか？

介護保険料控除の具体的な内容を検討しないと確定的なことは申し上げられない。

だが、仮に1人あたり年間5000円程度が減額になるとすれば、

千代田区	150,000円～425,000円程度
稲城市	250,000円～500,000円程度

問 12 金額として、大きな額ではないと思うが、効果はあるのか

保険料の減額が目的ではなく、それがきっかけとなって、住民、特に元気な高齢者が自ら地域での介護を支える地域づくりが促進されることが重要であると考えている。

問 13 財源はどうするのか？

第2期及び第3期介護保険事業運営の期間中に保険料の剰余分として積み立てられる「介護保険準備基金」などが考えられるが、今後よく様々な角度から検討して決めたい。

以上

4-2 要介護認定等の有効期間の取扱いについて

改正介護保険法の施行に伴う 要介護認定等の有効期間の取扱いについて（案）

1. 現に要介護認定、要支援認定を受けている者の（新規）要支援認定、（新規）要介護認定の取扱いについて

○ 今般の介護保険法の改正に伴い、新たな認定基準に基づく要介護認定を実施することとなるが、これにより、例えば「要介護1」の者が「要支援2」と認定される場合や、「要支援1」の者が「要支援2」と認定される場合などが新たに生ずることとなる。これらの要介護認定等やその有効期間の取扱いについては、以下のとおり、現行の要介護認定及び要支援認定と同様に取り扱うこととする。（図1及び別表参照）

- ・ 現に要介護認定を受けている者が法第35条の規定により新規の要支援認定を受けた場合
（「要介護1」の者が「要支援2」と認定された場合を含む）
→ 「新規要支援認定」とし、有効期間は原則6月間（3～6月間）とする。
- ・ 現に要支援認定を受けている者が法第35条の規定により新規の要介護認定を受けた場合
（「要支援2」の者が「要介護1」と認定された場合を含む）
→ 「新規要介護認定」とし、有効期間は原則6月間（3～6月間）とする。
- ・ 現に要支援認定を受けている者が要支援更新認定を受けた場合
（「要支援1」の者が「要支援2」と認定された場合など）
→ 有効期間は原則12月間（3～12月間）とする。

（介護保険法第35条の規定）

現に要介護認定を受けている者が更新申請を行い、その結果、要介護者に該当しない場合であっても要支援者に該当すると判定された場合は、新規の要支援認定を行うことができる。また、現に要支援認定を受けている者が更新申請を行い、要支援者に該当しない場合であっても要介護者に該当すると判定された場合は、新規の要介護認定を行うことができる。

2. 「みなし要介護者（仮称）」に係る有効期間の取扱いについて

- 現行の要支援者は、改正後の介護保険法附則第8条の規定により、平成18年4月以降は、「みなし要介護者（仮称）」として、要介護認定を受けたものとみなすこととされている。
- このため、例えば平成18年4月1日から新予防給付を実施する市町村において、平成18年3月31日に有効期間の満了する現行の要支援者が更新申請を行い、「要支援1」と判定された場合には「要支援更新認定」となるのに対し、平成18年4月30日以降に有効期間の満了する現行の要支援者は4月1日より「みなし要介護者（仮称）」とされるため、更新申請を行い「要支援1」と判定された場合であっても、「要介護者」→「要支援者」の取扱いとなり、法35条の規定に基づき「（新規）要支援認定」となるなど、現に受けている要支援認定の有効期間の満了日よりその取扱いが異なることとなる。（図2参照）。
- このような場合や、新予防給付未実施市町村において「みなし要介護（仮称）」と判定された場合などに、その有効期間が現行の要介護認定、要支援認定の取扱いに準じたものとなるよう、「みなし要介護者（仮称）」に係る有効期間について、別表の通りの取扱いとすることとし、介護保険法施行規則において別途規定を設けることとした。

制度移行時の有効期間の取扱いについて（案）

(1) 平成18年3月31日に現在受けている要介護認定等の有効期間が満了する者の取扱い

申請時要介護度等	申請区分	判定結果	処分の取扱い	有効期間	備考
現行の「要支援」	要支援更新認定申請	要支援1～2	要支援更新認定	原則12月間(3～12月間)	
		要介護1～5	(新規)要介護認定	原則 6 月間(3～6月間)	
		みなし要介護(仮称)	(新規)要介護認定	原則12月間(3～12月間)	※省令に別途規定する予定
現行の「要介護1～5」	要介護更新認定申請	要支援1～2	(新規)要支援認定	原則 6 月間(3～6月間)	
		要介護1～5	要介護更新認定	原則12月間(3～24月間)	
		みなし要介護(仮称)	要介護更新認定	原則 6 月間(3～6月間)	※省令に別途規定する予定

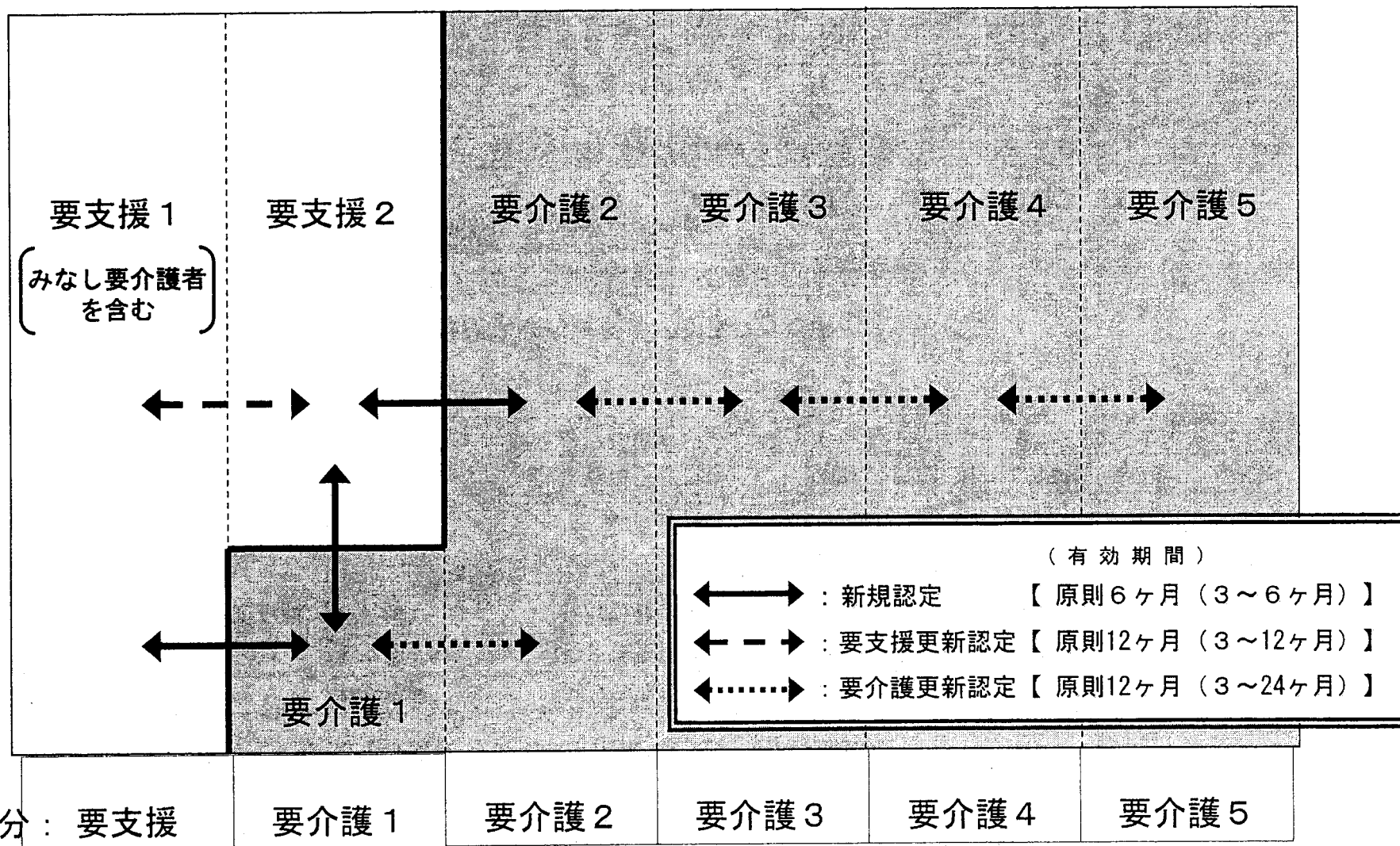
-107-

(2) 平成18年4月30日以降に現在受けている要介護認定等の有効期間が満了する者の取扱い

申請時要介護度等	申請区分	判定結果	処分の取扱い	有効期間	備考
要支援1～2	要支援更新認定申請	要支援1～2	要支援更新認定	原則12月間(3～12月間)	
		要介護1～5	(新規)要介護認定	原則 6 月間(3～6月間)	
		みなし要介護(仮称)	(新規)要介護認定	原則12月間(3～12月間)	※省令に別途規定する予定
みなし要介護者(仮称)	要介護更新認定申請	要支援1～2	(新規)要支援認定	原則12月間(3～12月間)	※省令に別途規定する予定
		要介護1～5	要介護更新認定	原則 6 月間(3～6月間)	※省令に別途規定する予定
		みなし要介護(仮称)	要介護更新認定	原則12月間(3～12月間)	※省令に別途規定する予定
要介護1～5	要介護更新認定申請	要支援1～2	(新規)要支援認定	原則 6 月間(3～6月間)	
		要介護1～5	要介護更新認定	原則12月間(3～24月間)	
		みなし要介護(仮称)	要介護更新認定	原則 6 月間(3～6月間)	※省令に別途規定する予定

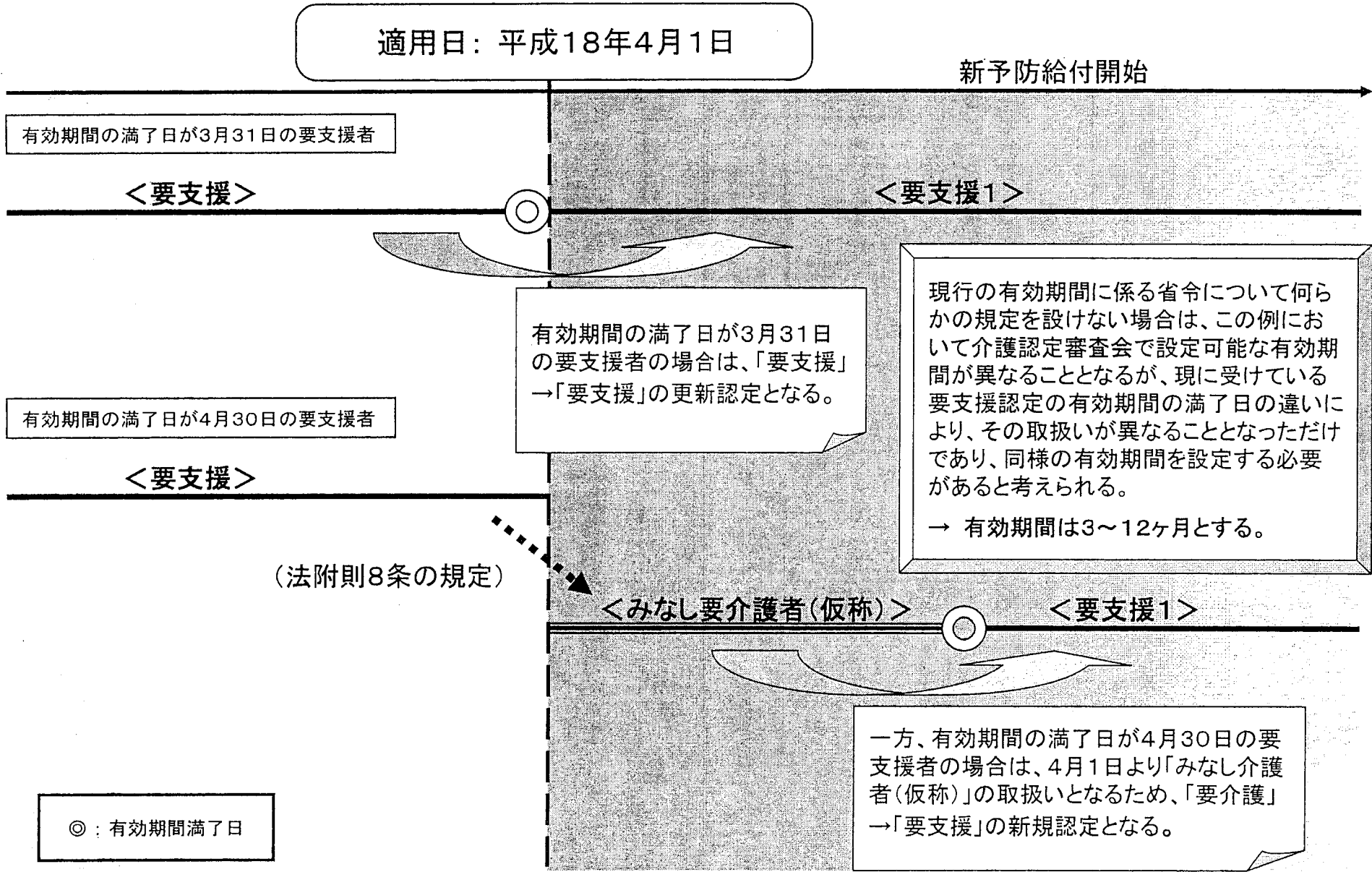
☐ …新予防給付未実施市町村のみ適用

要介護状態区分と有効期間の取扱いについて（例）



新制度施行による要介護認定の取扱いについての例

図2



平成 17 年度要介護認定モデル事業（第一次） 結果等について

- 平成 17 年度要介護認定モデル事業（以下「モデル事業」という。）（第一次）は、新たな要介護認定及び要支援認定の円滑な導入を行う観点から、新予防給付対象者の選定を試行的に実施し、認定調査員、主治医意見書記載医師、介護認定審査会委員等の意見等を整理し、今後の要介護認定等に係る事務に反映させることにより、介護保険制度の円滑な推進に資することを目的として、平成 17 年 6 月下旬から 7 月にかけて、65 市区町村（広域連合等事務組合を含む）を対象に実施したところである。
- このモデル事業（第一次）の結果概要については別紙の通りであるが、一次判定ソフトについては、モデル事業（第一次）に用いたロジックを変更せず、モデル事業（第二次）の実施に当たり審査判定に関連する以下の事項に係る修正を行った。

<認定調査について>

- ・ 新たに追加した認定調査項目 3 項目について、選択肢の判断の適正化を図るため、手引きの記載を修正した。
- ・ 「10-3、家族・居住環境、社会参加の状況などの変化」については、項目の定義をより明瞭なものとするため、選択肢の判断基準を修正した。

<主治医意見書について>

- ・ 「1. 傷病に関する意見、(2)症状としての安定性」について、「不安定」を選択した際の具体的な状況を記載できるよう、様式に記載欄を追加した。また、「不安定」、「安定」、「不明」の各項目を選択する際の考え方を手引きに追加した。
- ・ 「4. 生活機能とサービスに関する意見、(2)栄養・食生活」について、項目を見直し、「食事行為」、「現在の栄養状態」の 2 項目とした。また、自由記載欄について、「改善に向けた留意点」を「栄養・食生活上の留意点」とした。

- ・「4. 生活機能とサービスに関する意見、(4)介護の必要の程度に関する予後の見通し」について、介護保険サービスやその他の高齢者に対するサービスの利用による生活機能の変化の見込みを選択できるよう、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」とし、選択肢も変更した。

＜介護認定審査会について＞

- ・新予防給付の具体的なサービス内容についての記載を充実すべきとの要望を受け、新予防給付の考え方及びサービス内容についての手引きの記載を充実した。
 - ・新予防給付の適切な利用が見込まれない状態像について、「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」及び「認知機能や思考・感情の障害により、十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態」について、具体的な状態像が明らかとなるよう、手引きの記載を充実した。
- なお、モデル事業（第二次）の実施にあたり、モデル事業（第一次）からの修正の詳細については、平成 17 年 9 月 26 日全国介護保険・老人保健事業担当者会議にてお示ししているところであり（9 月 26 日資料 P 80－114）、モデル事業（第二次）に係る各手引き（「要介護認定モデル事業（第二次）の実施について」（平成 17 年 10 月 14 日老老発第 1014001 号厚生労働省老健局老人保健課長通知）の別紙）及びモデル事業（第二次）に係る Q & A（平成 17 年 10 月 21 日老人保健課発事務連絡）を参照されたい。

要介護認定モデル事業（第一次）の結果集計

○ 介護認定審査会における審査判定結果

- ・ 現行の要介護１に相当する対象者のうち、要支援２と判定されたものが５９．９％、要介護１と判定されたものが３９．０％であった。

○ 認定ソフトにおける給付区分の推定結果

- ・ 現行の要介護１に相当する対象者のうち、予防給付相当となったものが７８％、介護給付相当となったものが２２％であった。
- ・ 二次判定における、推定給付区分（注）からの「変更割合」
 予防給付相当 → 要介護１ : ２４％
 介護給付相当 → 要支援２ : ５％

（注） 介護認定審査会資料「５．認知機能・廃用の程度の評価結果」における「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」を言う。

○ その他（対象者の年齢構成等）

- ・ 年齢構成

年齢階級	性別		総計
	男性	女性	
50～	4(0%)	5(0%)	9(0%)
55～	8(1%)	17(1%)	25(1%)
60～	19(2%)	19(1%)	38(1%)
65～	77(7%)	103(4%)	180(4%)
70～	140(13%)	264(9%)	404(10%)
75～	223(20%)	552(19%)	775(19%)
80～	263(24%)	805(28%)	1,068(19%)
85～	228(21%)	744(25%)	972(27%)
90～	112(10%)	345(12%)	457(11%)
95～	17(2%)	64(2%)	81(2%)
100～	2(0%)	4(0%)	6(0%)
105～	1(0%)		1(0%)
総計	1,094(100%)	2,922(100%)	4,016(100%)
平均年齢	80.3	82.1	81.6

- ・ 現在の状況

現在の状況	二次判定			総計
	要支援2	要介護1	その他	
居宅	2,366(98%)	1460(94%)	52(95%)	3,878(97%)
介護老人福祉施設	2(0%)	12(1%)		14(0%)
介護老人保健施設	10(0%)	27(2%)		37(1%)
介護療養型医療施設	1(0%)	1(0%)		2(0%)
グループホーム		14(1%)		14(0%)
ケアハウス	10(0%)	6(0%)	1(2%)	17(0%)
医療機関(療養)	1(0%)	2(0%)	2(4%)	5(0%)
医療機関(療養以外)		9(1%)		9(0%)
その他施設	17(1%)	23(1%)		40(1%)
総計	2,407(100%)	1,554(100%)	55(100%)	4,016(100%)

4-3 第3期介護保険事業計画等について

介護保険事業計画に係る事業量（サービス見込量）及び保険料見込みのチェックリストについて

第3期介護保険事業計画の策定に当たり、都道府県においては管内市町村の事業量及び保険料の見込みについて十分に把握し、それらが適切に見込まれているかなどのチェックを行うことが重要である。

また、認定者数の算定のための介護予防効果の目標値の設定等についても、給付費に大きく影響するだけでなく、第3期事業計画実施後の事業評価等における重要な指標となることから、併せて留意することが必要である。

こうした都道府県において確認ができるよう、チェックリストをお示しするので参考とされたい。

なお、当該リストを市町村に配布し、各市町村において自己チェックをすることも可能であると考ええる。

- ☐ 高齢者人口、被保険者数、要介護認定者数推計は適切に見込んでいるか。特に、要介護認定率を過去の実績から見て過大に設定していないか。
- ☐ 第2期給付費総額（9割）と比較し、第3期給付費総額の伸び率が過大になっていないか。サービスの種別ごとに伸び率を精査すること。
- ☐ サービス提供1回当たりの平均給付額が当該市町村の直近（平成16～17年度）の実績と比較して過大又は過小となっていないか。
- ☐ 利用者1人当たり給付費が当該市町村の直近（平成16～17年度）の実績と比較して過大又は過小となっていないか。
- ☐ 地域支援事業・新予防給付の効果が参酌標準と照らして適切な数値になっているか。

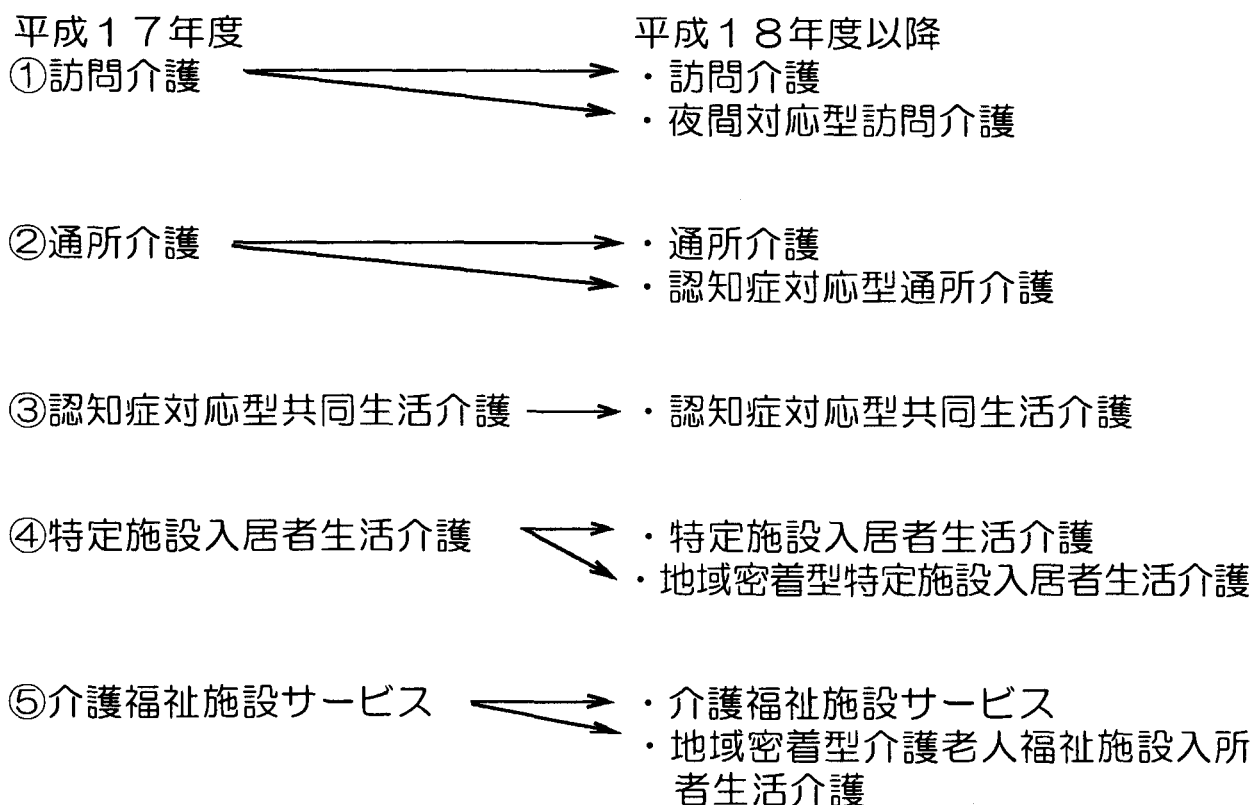
- 旧要介護1を要支援2・要介護1に区分する際の要支援2の発生率を適切に設定しているか。

<参考>

要介護認定モデル事業の結果や各市町村において把握している要支援2と判定される可能性がある要介護状態にある者の人数を踏まえ、数値を設定。

- 10月改定の影響の見込みについて、居住費・食費改正による減及び補足的給付による給付増を適切に見込んでいるか。
- 居宅サービスから地域密着型サービスへの移行分を適切に見込んでいるか。

<参考> 移行対象サービス



- 平成26年度の要介護2～5に対する施設・介護専用型の居住系サービスの利用者数を過大に見込んでいないか。また、その利用者割合を37%以下に設定しているか。

- 平成26年度の要介護2～5に対する施設・介護専用型の居住系サービスの利用者数が37%を超える場合は、引き下げる対策を検討しているか。37%を超えているにもかかわらず、施設・介護専用型居住系サービス利用者を増やしていないか。

＜参考＞利用者割合を引き下げるために考えられる対策例

- ・個室ユニットへの改修（定員減）
- ・ショートステイへの転換
- ・介護専用型以外の特定施設への転換等

- 県内の同規模の市町村の保険料と大きく乖離していないか。第2期の保険料からの伸率はどうか。

- 集計表全体の数値（計算）に誤りや異常値はないか。

介護保険事業（支援）計画に関するQ & A

問1 現行の要支援者が、現在受けている要支援認定の有効期間の満了日までの給付費の取扱いについては、「予防給付」、「介護給付」のどちらとなるのか。また、ワークシートに入力する時には、どちらに区分すればよいのか。

（答）

現在要支援認定を受けている者については、介護保険改正法附則第8条により、平成18年4月以降「要介護者」とみなされることとなるが、これはあくまでも経過措置であり、第3期介護保険事業計画の見込量の推計に当たっては、予防給付に区分して推計していただくこととなる。

問2 介護保険事業計画における認知症高齢者グループホームの必要利用定員総数の記載方法如何

（答）

必要利用定員総数は、当該市町村の利用見込者数に空床率を加味して設定することとなる。

なお、この場合、GHの定員数と必要利用定員総数の差を分かりやすくするため、事業計画上では、必要利用定員総数と実際の定員数を併せて記載することとしても差し支えない。

（参考）必要利用定員総数の記載例

		18年度	19年度	20年度
A町	必要利用定員総数	〇〇人	〇〇人	〇〇人
	定員数	〇〇人	〇〇人	〇〇人

※ 実際の事業計画では、この他に事業見込量（様式1～4）の内容についても記載する必要があるのご留意願います。

問3 夜間対応型訪問介護の事業量はどのように見込めばよいか。

(答)

6月27日の全国課長会議において、夜間対応型訪問介護については、訪問介護における早朝加算・夜間加算・深夜加算のサービス別利用者数及びその利用回数を基に見込んでいただくこととした。

その後、介護給付費分科会において、夜間対応型訪問介護については、オペレーションセンターサービスを提供するための設備を有するなどの基準設定が検討されているところである。

従って、現に訪問介護の早朝・夜間・深夜加算を利用している者を全て夜間対応型訪問介護の利用者と見込むのではなく、事業者の参入意向等も勘案したうえでこのような新規サービスの利用者を適切に見込むことが必要である。

問4 小規模多機能型居宅介護の事業量はどのように見込めばよいのか

(答)

小規模多機能型居宅介護のサービス単位の考え方については、現在、事業見込量推計シートにおいて「回数」と「人数」を併記しているが、介護給付費分科会で「標準的なサービス利用量を設定し、月単位の定額報酬（要介護度別）として設定することが考えられる」としたことから、月当たりの「人数」で記載することとしていただきたい。

なお、総給付費の算定に当たっては、さし当たり、この「人数」に、一人当たり給付費（例えば、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護及び在宅の支給限度額の一人当たり給付費を参考とした額）を乗じて行って差し支えない。

また、小規模多機能型居宅介護については、支給限度額の範囲内で併用できるその他サービスとしては、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与が考えられ、通所介護や訪問介護などは含まれないものとして検討されている。

従って、小規模多機能型居宅介護の事業量を見込むに当たっては、通所介護や訪問介護などの利用者と小規模多機能型居宅介護の利用者をダブルカウントしないよう見込量を設定することとされたい。

問5 第3期介護保険事業計画において、平成18年度から創設される地域支援事業のうち介護予防事業の見込量をどのように見込むべきか。

(答)

地域支援事業のうち介護予防事業の量の見込みについては、「介護予防特定高齢者施策」及び「介護予防一般高齢者施策」のそれぞれの各事業ごとの見込量を算定することとなる。

その中で、「介護予防特定高齢者施策」に係る事業ごとの見込量については、老人保健事業の「生活機能に関する状態の把握」が、平成20年度から地域支援事業（介護予防事業）において実施されることから、平成20年度の「介護予防特定高齢者施策」の事業見込量は、その増加分を勘案して見込量を設定する必要がある。

なお、詳細については、厚生労働省ホームページ掲載の「介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関する報告書（案）参考資料市町村介護保険事業計画（介護予防事業部分）作成の実例 ～作成の実例の提示による作成の手順等の解説～」を参照されたい。

問6 老人保健福祉計画の見直しについて、9月26日全国課長会議資料P173の別紙1において、介護保険対象外のサービスに係る目標を定めるにあたって参酌すべき標準が示されているが、健康教育、健康相談、機能訓練及び訪問指導については、平成18年度以降地域支援事業において実施することとなっている。

この場合、老人保健福祉計画で定める老人保健事業の見込量は、地域支援事業へ移行しない40歳～65歳未満の者に対して行う事業が対象となるという整理でよい。

(答)

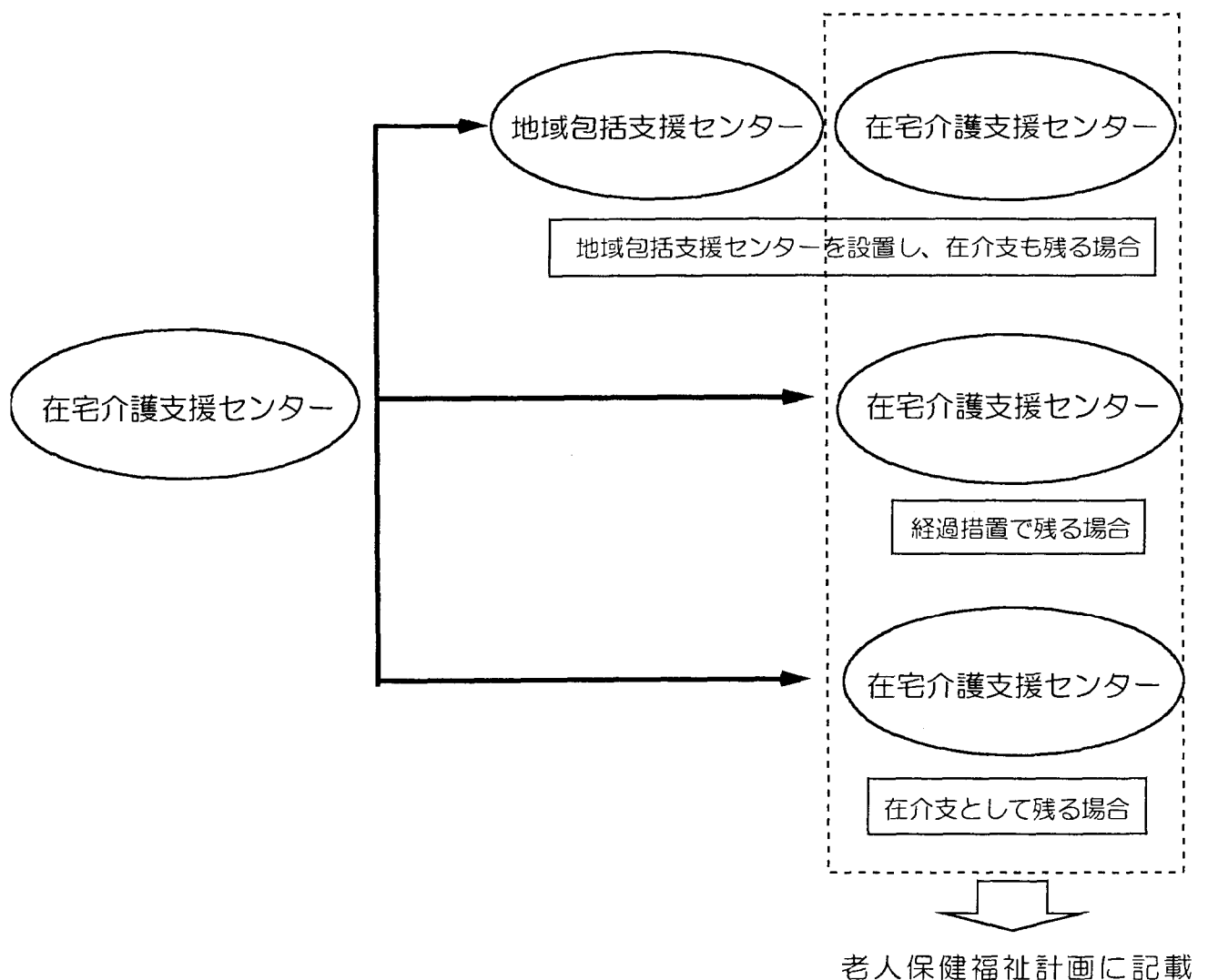
そのような取扱いで差し支えない。

問7 老人保健福祉計画における在宅介護支援センターの量の見込方法如何。

(答)

老人保健福祉計画において在宅介護支援センターの量をどう見込むかについては、地域包括支援センターの設置までの経過措置で残る在宅介護支援センターのほか、地域包括支援センター設置後も老人福祉法に基づく老人介護支援センターとしての機能が残るものについても、老人保健福祉計画の量の見込みに記載することとなる。

なお、平成18年度以降の在宅介護支援センター運営事業費については、地域包括支援センターが設置されず、新予防給付の施行が延期されている間（最大2年間）についてのみ、経過的に一定程度の補助をすることを予定している。



4-4 養護老人ホームの見直しについて

養護老人ホームの見直しについては、前回の課長会議において見直しが必要な主な事項をお示ししたところである。その後の検討状況は以下のとおりであるが、これらの内容には、今後関係省庁との調整を要する事項が含まれており、変更があり得ることに留意されたい。

1 入所措置基準について

老人福祉法第11条第1項第1号に定める措置事由が「環境上の理由及び経済的理由」に改正されたが、ここでいう「環境上の理由」には、在宅において一人で生活することが困難であると認められる様々な理由が含まれること。

入所措置基準（案）

事 項	基 準
ア 健康状態	入院加療を要する病態でないこと。 感染症を有し、他の被措置者に感染させるおそれがないこと。
イ 環境の状況	在宅において一人で生活することが困難であると認められること。

また、虐待を受けている高齢者への措置が円滑に行われるようにする必要があると考えている。

2 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について

○ 基本方針

入所者の処遇に関する計画に基づき、社会復帰の促進及び自立のために必要な指導、訓練、支援を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるようにすること等を規定する。

○ 規模

20人以上とする。

○ 設備の基準

現行の基準をベースとする。

○ 職員の配置基準

生活指導員を生活相談員、介護職員を支援員に改称するとともに、介護保険サービスの利用やソーシャルワーク機能の強化に伴う配置基準の見直しを行う。

3 措置費体系

職員配置基準や病弱者等介護加算の各種加算を見直すとともに、介護保険サービスの利用者負担に関する対策を講ずる。

4 介護保険給付の適用

要介護認定等を受けた入所者には、住宅改修及び居住系サービスを除くすべての居宅サービス等の利用を可能とする。

これらの入所者の置かれた状況を踏まえた、包括的、継続的なサービス提供を可能とするために、給付費分科会における議論を踏まえ、報酬及び基準を検討する。

以上の事項に関する関係法令等については、今後、地方財政措置に関する総務省との協議結果を踏まえてお示しすることとなるが、①要支援・要介護認定を受けるべき入所者の把握、②入所者の心身の状況と利用すべき介護保険サービスの把握、③介護保険サービスを提供する主体検討、④職員に対する研修の実施や資格取得など、現時点で準備が進められるものについては、積極的に取り組むよう管内の市町村及び養護老人ホームに指導願いたい。

介護予防に関する事業の実施に向けて の実務者会議資料

平成17年10月27日（木）

厚生労働省老健局

——目 次——

介護予防に関する事業の実施に向けての実務者会議資料

I 介護予防にかかる事業の実施について

II 総合的介護予防システムについて

III 介護予防のための包括的な生活機能評価について

IV 運動器の機能向上について

V 栄養改善について

VI 口腔機能の向上について

VII 閉じこもり予防・支援について

VIII 認知症予防・支援について

IX うつ予防・支援について

県庁学省働栄主専

介護予防にかかる事業の実施について

1. 介護保険法の一部改正について 基本的な視点

2. 介護予防の考え方について

- (1) 介護予防とは
- (2) 生活機能の程度と高齢者の状態
- (3) 介護予防の「予防」の考え方
- (4) 介護予防の「予防」のイメージ
- (5) 生活機能低下の早期発見・早期対応のための「水際作戦」

3. 介護予防にかかる施策について

- (1) 各施策の対象者、内容等
- (2) 予防重視型システムの全体像 ①
- (3) 予防重視型システムの全体像 ②
- (4) サービス提供の基本的な考え方

4. 介護予防ケアマネジメント

- (1) 介護予防ケアマネジメントのポイント
- (2) 介護予防ケアマネジメントの徹底
- (3) 地域支援事業(介護予防特定高齢者施策)と新予防給付との違い
- (4) 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について

5. 地域支援事業における介護予防事業

- (1) 介護予防特定高齢者施策
(ハイリスク・アプローチ)

ア 特定高齢者把握事業

【介護予防のための包括的な生活機能に関する評価】

イ 通所介護予防事業

ウ 訪問介護予防事業

エ 介護予防特定高齢者施策評価事業

【事業の実施（通所型介護予防事業）】

(2) 介護予防特定高齢者施策の流れ

(3) 介護予防プログラムの実施

(4) 介護予防一般高齢者施策

(ホピュレーション・アプローチ)

【介護予防事業の流れ ① ②】

6. 新予防給付について

(1) 保険給付と要介護状態区分のイメージ

(2) 新予防給付の対象者の選定

(3) 新予防給付の内容

【新予防給付サービスのイメージ】

(4) 介護予防サービス提供の基本的視点

(5) 新予防給付の流れ

(6) 通所系サービス

(介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション)

【新予防給付における通所系サービスのイメージ】

(7) 通所系サービスにおける選択的メニューの提供

(8) その他の新予防給付サービス

7. 介護給付について

1. 介護保険法の一部改正について

- 介護保険制度の創設時の状況と比較して、
 - ・ 軽度者の大幅な増加
 - ・ 軽度者に対するサービスが状態の改善につながっていない等の課題が指摘されている。
- このため、今回の介護保険法の一部改正により、
 - ・ 新予防給付の創設
 - ・ 地域支援事業の創設を行い、
- 「予防重視型システムへの転換」等を図ることとした。

○ 基本的な視点

・ 明るく活力ある超高齢社会の構築 ・ 制度の持続可能性 ・ 社会保障の総合化

・ 軽度者の大幅な増加
・ 軽度者に対するサービスが状態の改善につながっていない

予防重視型システムへの転換

○ 新予防給付の創設
○ 地域支援事業の創設

・ 在宅と施設の利用者負担の公平性

施設給付の見直し
(10月施行)

○ 居住費用・食費の見直し
○ 低所得者に対する配慮

・ 独居高齢者や認知症高齢者の増加
・ 在宅支援の強化
・ 医療と介護との連携

新たなサービス体系の確立

○ 地域密着型サービスの創設
○ 地域包括支援センターの創設
○ 居住系サービスの充実

・ 利用者によるサービスの選択を通じた質の向上

サービスの質の確保・向上

○ 介護サービス情報の公表
○ ケアマネジメントの見直し

・ 低所得者への配慮
・ 市町村の事務負担の軽減

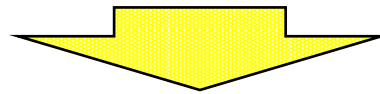
負担の在り方・制度運営の見直し

○ 第1号保険料の見直し
○ 保険者機能の強化

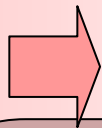
2. 介護予防の考え方について

- ① 要介護状態になることをできる限り防ぐ
(＝発生を予防する)
- ② 要介護状態であっても、
状態がそれ以上に悪化しないようにする
(＝維持・改善を図る)

どのような状態にある者であっても、
生活機能の維持・向上を積極的に図ることが重要



**その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した
生活を送れるように支援する。**



即ち「自立支援」(＝介護保険の基本理念)

○ 介護予防とは

○ どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防及びその重症化の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること。

※ 介護予防の対象は、必ずしも「生活機能の低下の無い者」のみではない。

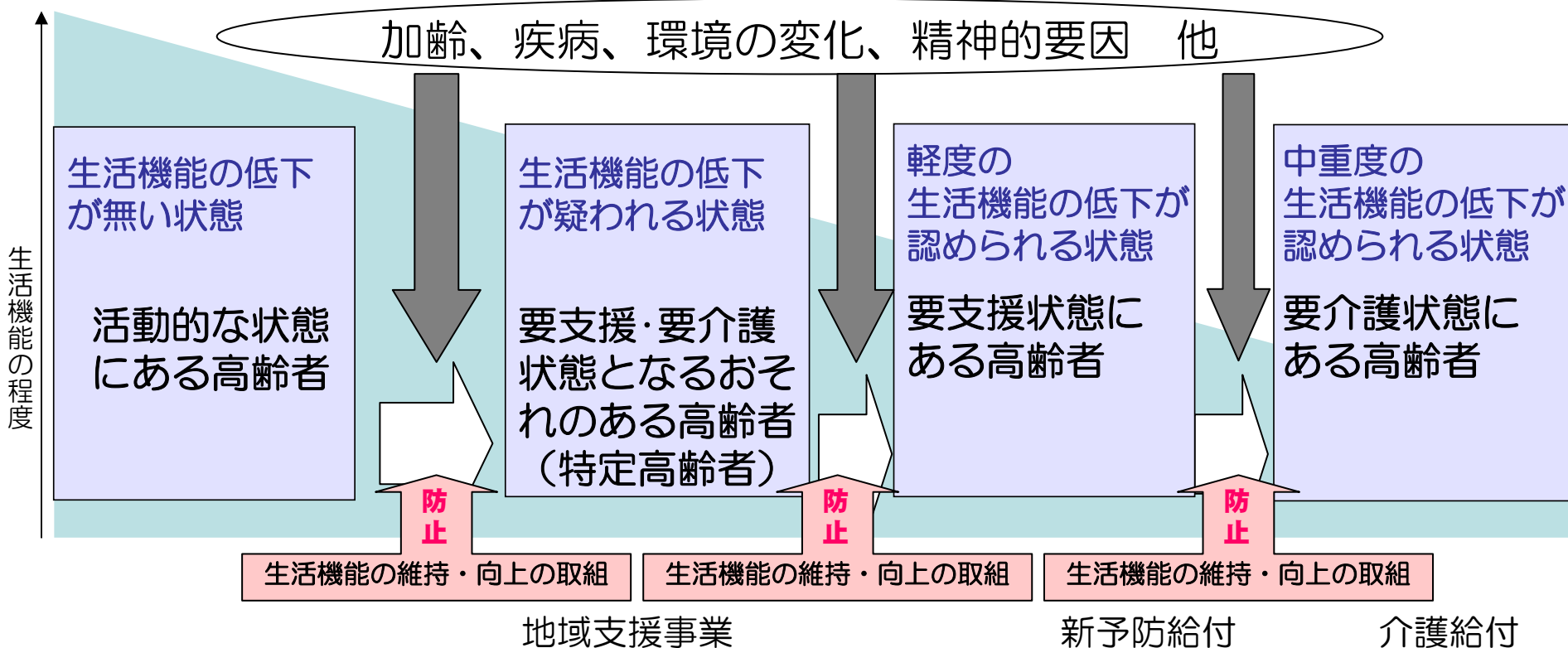
生活機能の低下が疑われる者(特定高齢者)、要支援・要介護状態にある者に対してもその時点での生活機能の維持・向上を図ることが重要。

※ 単に、心身の機能的な向上のみが目的ではなく、高齢者本人にとっての目標を自己実現できるように支援することが重要。

○ このため、高齢者の生活機能の低下の程度に対応して「一次予防」「二次予防」「三次予防」を行うことが必要で、

○ 特に、生活機能の低下が軽度である早い時期からの早期発見、早期対応（＝「水際作戦」）を効果的に行うことが重要である。

○ 生活機能の程度と高齢者の状態



- 元気な高齢者であっても、加齢、疾病や環境の変化、精神的要因等をきっかけとして生活機能の低下が起こりうる。
- どの状態でも、生活機能の維持・向上の取組により、生活機能の低下を防止することが期待される。
- とりわけ、生活機能の低下が疑われるまたは軽度な状態での「**水際作戦**」が、生涯にわたって生活の質（QOL）を維持する上で重要である。

○ 介護予防の「予防」の考え方

→ 生活機能低下の予防、維持・向上に着目し、3段階に整理

時 間



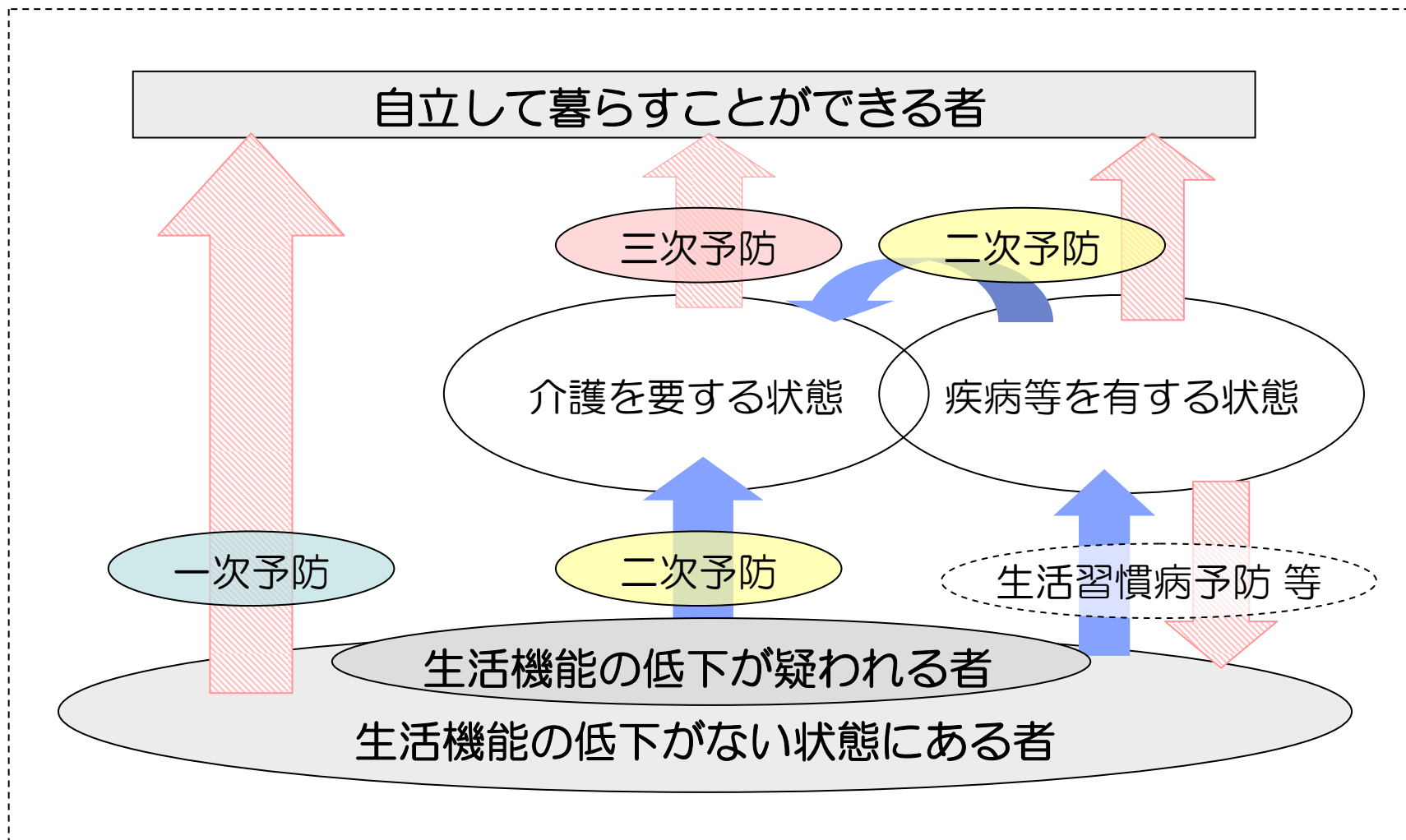
（生活習慣病予防）



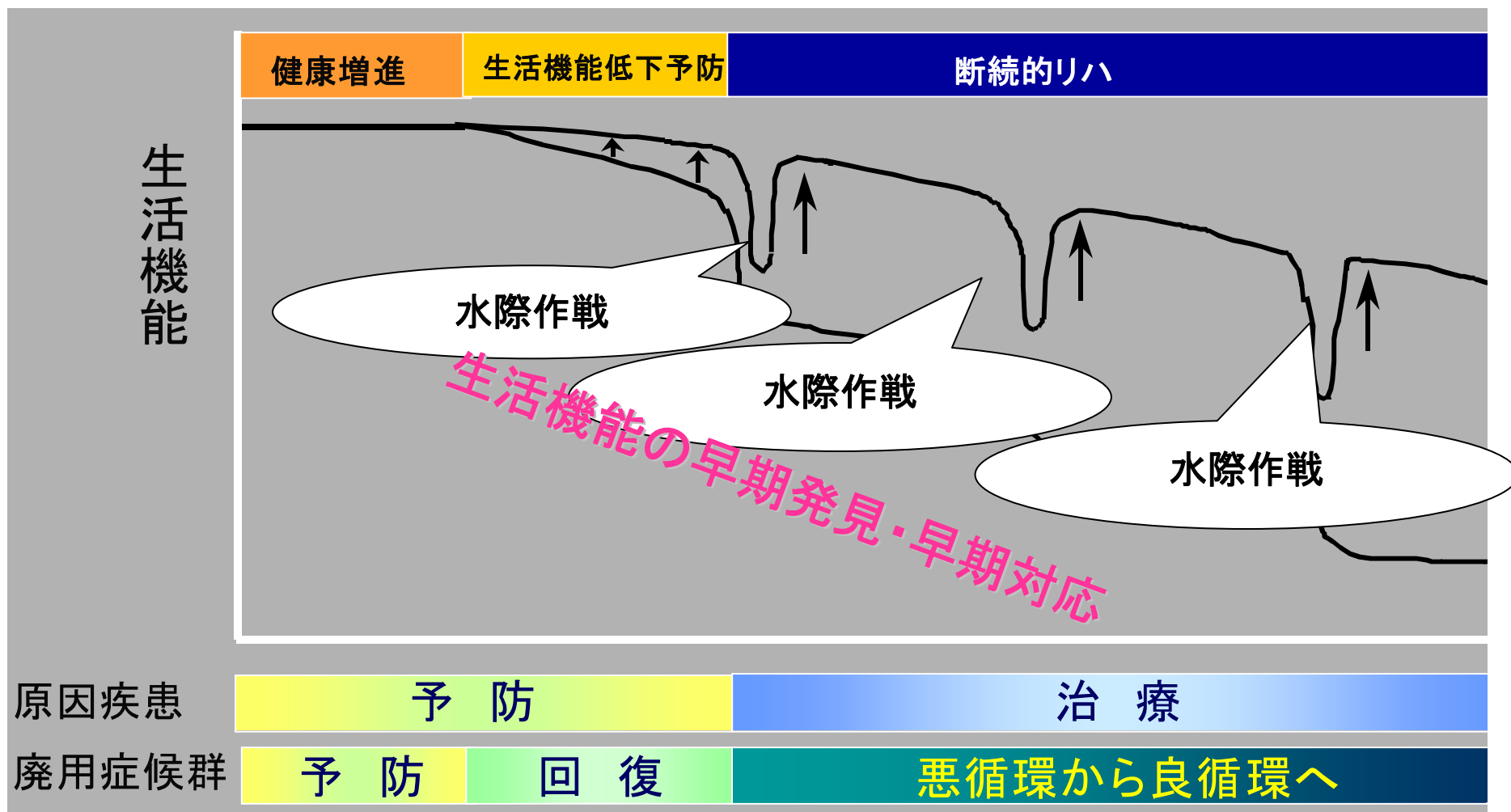
注) 一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

○ 介護予防の「予防」のイメージ

→ を増加 → を抑制



○ 生活機能低下の早期発見・早期対応のための「水際作戦」



- 生活機能の低下が軽度である早い時期から、ポイントを捉えて集中的に予防対策を行うことが必要。

3. 介護予防にかかる施策について

介護予防における一次予防、二次予防、三次予防対応として、対象者の状態に応じ、以下のような施策を総合的に推進する。

○ 地域支援事業

・ 介護予防事業

（１）介護予防特定高齢者施策

ア 特定高齢者把握事業

イ 通所型介護予防事業

ウ 訪問型介護予防事業

エ 介護予防特定高齢者施策評価事業

（２）介護予防一般高齢者施策

ア 介護予防普及啓発事業

イ 地域介護予防活動支援事業

ウ 介護予防一般高齢者施策評価事業

・ 包括的支援事業のうち 介護予防ケアマネジメント 等

○ 新予防給付

・ 介護予防サービス（介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション 等）

・ 地域密着型介護予防サービス

（介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型通所介護 等）

・ 介護予防支援

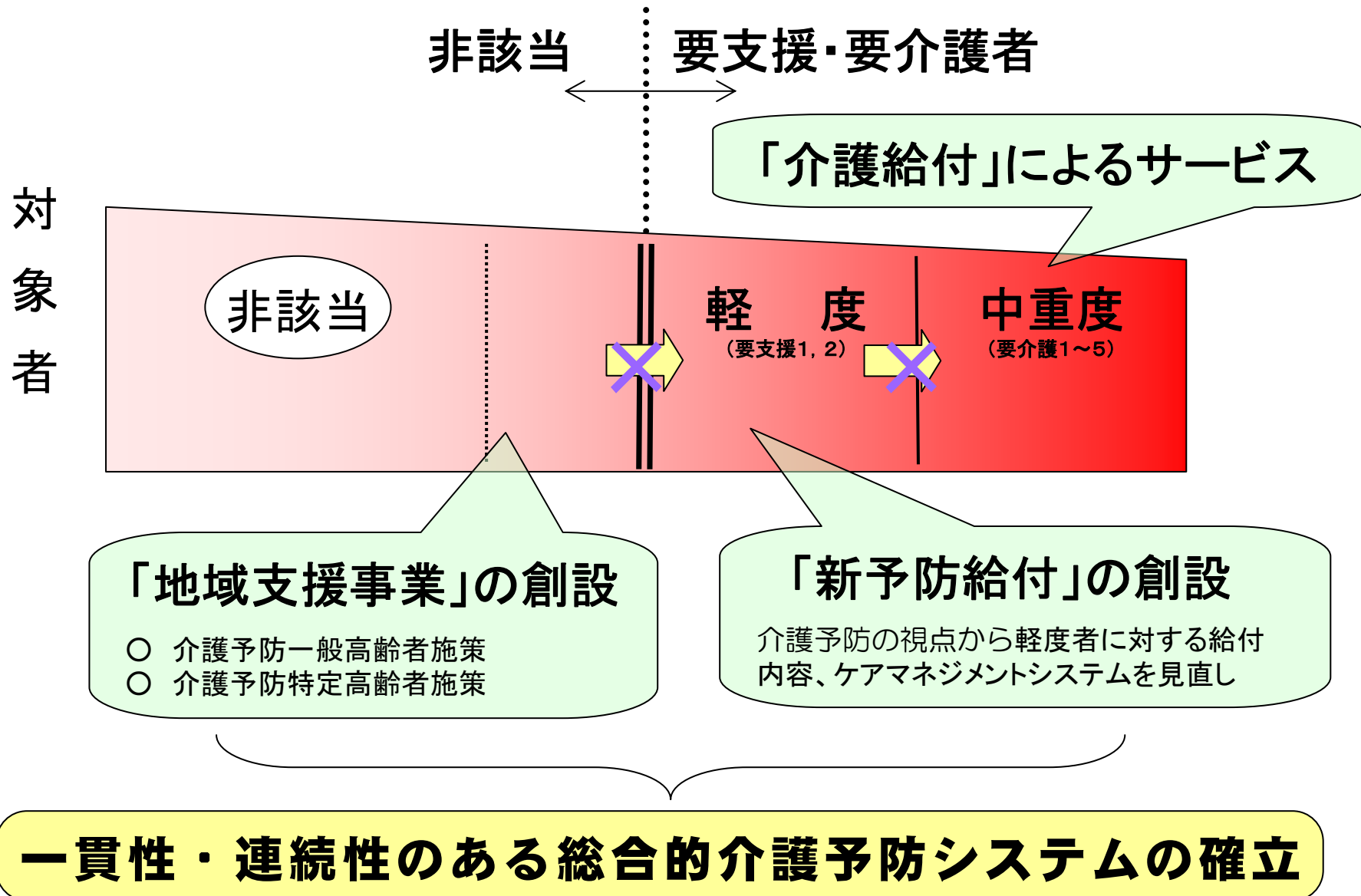
○ 介護給付

介護予防の視点を踏まえた、既存サービスの実施

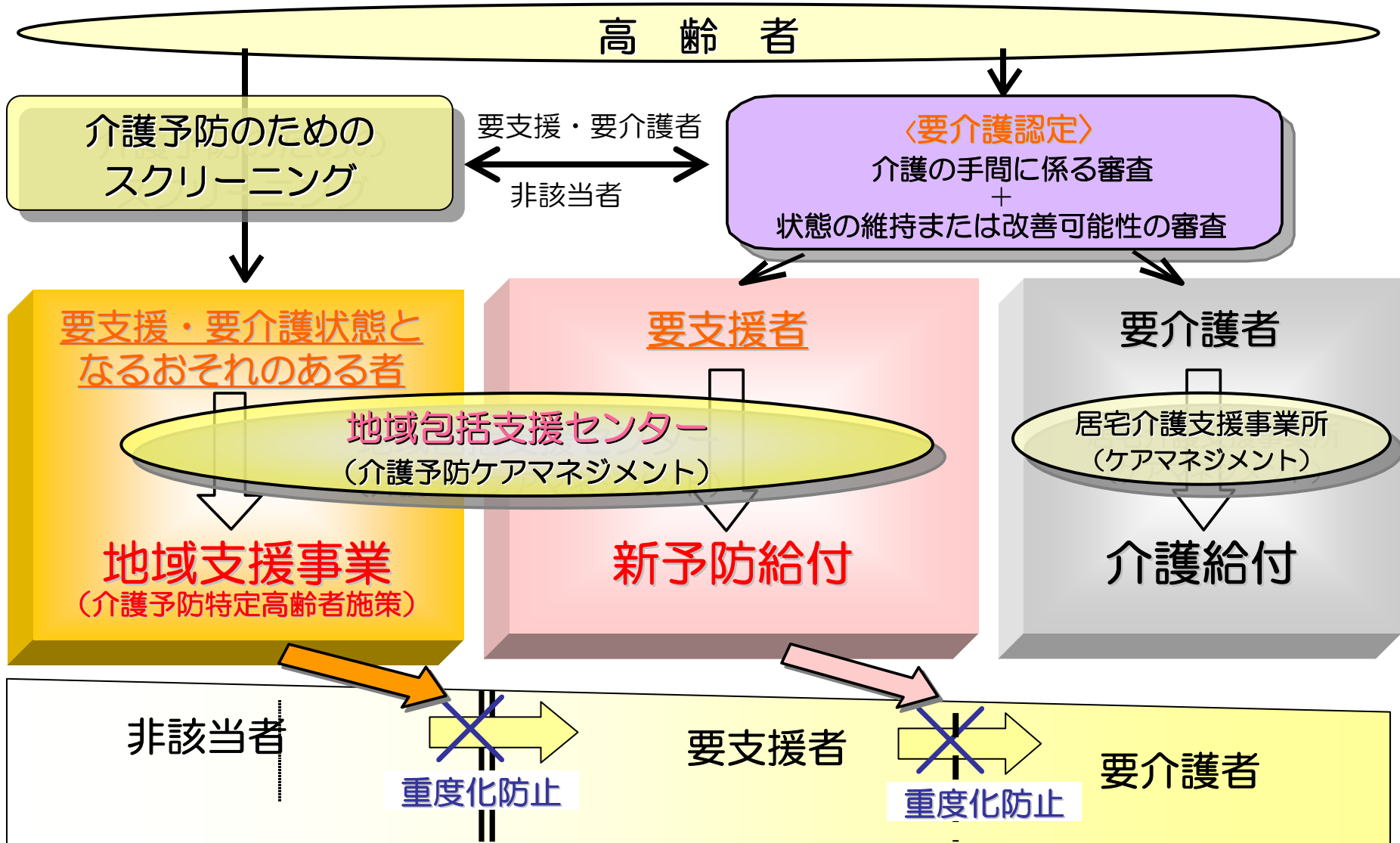
○ 各施策の対象者、内容等

介護予防における 予防段階	対象者	内 容	施策等
一次予防	活動的な状態にある 高齢者を含む全ての 高齢者	生活機能の維持・向上（特に高齢者の精神・身体・社会の各相における活動性の維持・向上）を図る。	地域支援事業 介護予防一般高齢者施策
二次予防	要支援・要介護状態 となるおそれがある 高齢者 （特定高齢者）	生活機能低下の早期 発見・早期対応を行う。	地域支援事業 介護予防特定高齢者施策
三次予防	要支援・要介護状態 にある高齢者	要支援・要介護状態 の改善や重度化予防 を行う。	新予防給付 （要支援１，２の者が対象） 介護給付 （要介護１～５の者が対象）

○ 予防重視型システムの全体像 ①



○ 予防重視型システムの全体像 ②



○ サービス提供の基本的な考え方

- 生活機能低下の危険性を早期に発見し、軽い段階から短期・集中的な対応を行うこと
 - サービスの提供は、必要なときに、比較的短期間に限定して、計画的に行うこと
 - 高齢者の個別性や個性を重視し、一人ひとりに応じた効果的なプログラムを用意すること
- が必要。

また、

- サービスの提供に当たっては、生活機能の維持・向上を積極的に目指すという目的を明確にし、利用者の意向に基づいて、専門家の支援も得ながら、利用者が生活機能の維持・向上に対する積極的な意欲を自ら獲得するように促す働きかけが重要。

4. 介護予防ケアマネジメント

基本的な考え方

- 適切なアセスメントの実施により、利用者の状態の特性を踏まえた目標を設定
- 本人を含め様々な専門家によるケアカンファレンスを通じ利用者の改善可能性を実現するための適切なサービスを選択



利用者の自立に向けた目標志向型プランの策定

- 地域包括支援センターによる客観的・中立的・包括的なマネジメントの実施



多様な地域資源を活用し、
「包括的・継続的な地域生活支援」を実現する。

○ 介護予防ケアマネジメントのポイント

○ 目標の共有と利用者の主体的なサービス利用

利用者とサービス提供者による生活機能向上のための目標の共有及び利用者の主体的なサービス利用を進めることが重要

○ 将来の改善の見込みに基づいたアセスメント

個々の利用者ごとに、生活機能を向上させるためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しをしていく仕組みを構築することが必要

○ 明確な目標設定をもったプランづくり

個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、又は、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族及びサービス提供者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要

○ 介護予防ケアマネジメントの徹底

「生活機能の改善可能性」を適切に評価し、これを本人にきちんと説明することを通じて、「本人の意欲」を高め、システム参加に結びつけられるようケアマネジメントのプロセスを強化。

地域包括支援センター

一次アセスメント

「現状で行われている生活行為」と「何らかの支援により可能となる生活行為」との乖離を同定（発見）できるようアセスメントを充実。

本人とチームによるプラン策定

自立に向けての目標を建て、自立支援に資するサービスを本人とチームで決める。

評価

一定期間後に効果をきちんと評価する。

高齢者本人の自己実現の達成を積極的に支援する

○ 地域支援事業(介護予防特定高齢者施策)と新予防給付との違い

	地域支援事業 (介護予防特定高齢者施策)	新予防給付
主な目的	高齢者本人の自己実現の支援	
対象者	虚弱な状態にある高齢者 (潜在化しやすい)	要支援１，２の者 (要介護認定時に把握可)
支援二ーズ	比較的共通的	多岐・多領域にわたる
重要なポイント	・ 本人の意欲の向上 ・ 具体的な目標の明確化 ・ サービスを必要とする者の確実な把握	・ 本人の意欲の向上 ・ 具体的な目標の明確化 ・ 対象者に応じた適切なケアマネジメント

○ 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について

地域包括支援センターにおける業務マニュアルにより
今後、別途お示しする予定

5. 地域支援事業における介護予防事業

介護予防事業の基本的な考え方

- 介護予防に対する取組を、高齢者自らが自主的・継続的に行うために、本人の意欲の維持・向上を図る。
- 必要な知識の普及と理解、日常生活における取組の実践、定着を支援する。
- 地域の特性を生かした環境整備、活動支援等をとおして、高齢者が生き生きと活動する「地域づくり・まちづくり」を行う。

介護予防事業の構成

- 全ての高齢者を対象に事業を実施する『介護予防一般高齢者施策』と、介護予防上の支援が必要と認められる虚弱な高齢者を対象に事業を行う『介護予防特定高齢者施策』により構成する。
- 両施策は、連続的かつ一体的に実施されるよう、相互に密に連携を図る必要がある。

○ 介護予防特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）

ア 特定高齢者把握事業

市町村は、保健・医療・福祉及びその他の関係部門が連携し、要支援、要介護状態となる可能性の高いと考えられる高齢者（特定高齢者）の実態を把握する。

※ 市町村内の関係部局、関係機関との連携により、

① 介護予防のための包括的な生活機能に関する評価（健診と併せて実施）

② 訪問活動等

③ 関係機関（主治医、民生委員、高齢者福祉センター等）からの情報

④ 本人、家族、地域住民等からの情報

⑤ 要介護認定における非該当者 等により特定高齢者を把握する。

※ リスクを評価し、ハイリスク者に対し優先的にアプローチすることが重要

※ 介護予防一般高齢者対策による普及啓発や生活習慣病予防に関する健診等との一体的な事業の推進が重要

※ 特定高齢者の数は、高齢者人口の概ね５％を目安として、地域の実情に応じて定めるものとする。

【介護予防のための包括的な生活機能に関する評価】

- 平成18、19年度においては、65歳以上の者に対する基本健康診査（老人保健事業）において現行の診査項目に併せて、
『介護予防のための包括的な生活機能に関する評価』
を行うこととしている。
 - ・ 訪問活動等
・ 関係機関（主治医、民生委員、高齢者福祉センター等）からの情報
・ 本人、家族、地域住民等からの情報
・ 要介護認定における非該当者 等
- によって、介護予防特定高齢者施策の対象者（特定高齢者）となる可能性のある者を把握した場合は、基本健診と併せて受診を勧奨する等により、評価を行う。

(介護予防のための包括的な生活機能に関する評価に関する項目)

23

項 目	生活機能低下の 早期発見に資する項目	リスク管理に 関する項目
問 診		
既往歴	○ (生活機能全般)	○ (生活機能全般)
現病歴	○ (生活機能全般)	○ (生活機能全般)
<u>生活機能に関する項目(基本チェックリスト参照)</u>	○ (生活機能全般)	○ (生活機能全般)
身体計測		
身長	○ (栄養)	
体重	○ (栄養)	
BMI	○ (栄養)	
理学的検査		
視診(口腔内を含む。)	○ (生活機能全般)	
打聴診	○ (生活機能全般)	
触診	○ (生活機能全般)	
<u>その他(関節可動域、嚥下機能等の簡易な検査)</u>	○ (運動器、口腔)	
血圧測定		
血圧		○ (運動器)
循環器検査		
※心電図検査		○ (運動器)
※貧血検査		
赤血球数		○ (運動器)
ヘモグロビン値		○ (運動器)
ヘマトクリット値		○ (運動器)
血液化学検査		
<u>血清アルブミン</u>	○ (栄養)	
◎運動機能	○ (運動器)	

- ・ 下線部なしの項目は現行の老人保健事業の基本健康診査の項目を活用して実施する項目(但し、※印は医師が選択して実施する項目)
- ・ 下線部付きは、新たに基本健康診査に追加して実施する項目
- ・ ◎印は対象者等の状況を勘案して可能な限り実施することを想定する項目

基本チェックリスト（案）

24

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
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	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
12	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
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	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
17	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
18	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
19	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
20	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
21	(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
22	(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
23	(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
24	(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

身長 _____ cm 体重 _____ kg

(すべて答えたかどうか、もう一度ご確認下さい)

○ 『介護予防のための包括的な生活機能に関する評価』 による判定手法について

< 研究班の検討内容を参考のこと >

【総合的介護予防システムについて】

【介護予防のための包括的な生活機能評価について】

○ 介護予防特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）＜続き＞

イ 通所型介護予防事業

ウ 訪問型介護予防事業

【 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事業 】

市町村（一部、地域包括支援センターに委託可とすることを想定）が把握した特定高齢者について、地域包括支援センターが相談対応等をとおして、本人に対して意志確認、情報提供等を行う。

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を経て、地域包括支援センターにおいて作成される「介護予防ケアプラン」に基づき、介護予防プログラムに参加する。

介護予防ケアプランについては、対象者の個々の状態に応じ、本人の自己実現に向けた具体的な目標を設定する。



○ 対象者に対して、確実かつ集中的に介護予防に関する支援を行う。

○ 通所、集団による事業実施（通所型介護予防事業）を基本とするが、閉じこもり高齢者の場合等には、必要に応じて個別、訪問（訪問型介護予防事業）による実施もありうる。

エ 介護予防特定高齢者施策評価事業

【事業の実施（通所型介護予防事業）】

- ① 事業提供者は、事前アセスメントをとおして、対象者における介護予防に関する理解を支援し、目標の自己実現への意欲の向上を促す。

※ 対象者と事業提供者が目的を共有することが重要

- ② 対象者は、地域包括支援センターが作成する介護予防ケアプランに基づき、自らの意志に基づいて介護予防プログラムに参加する。

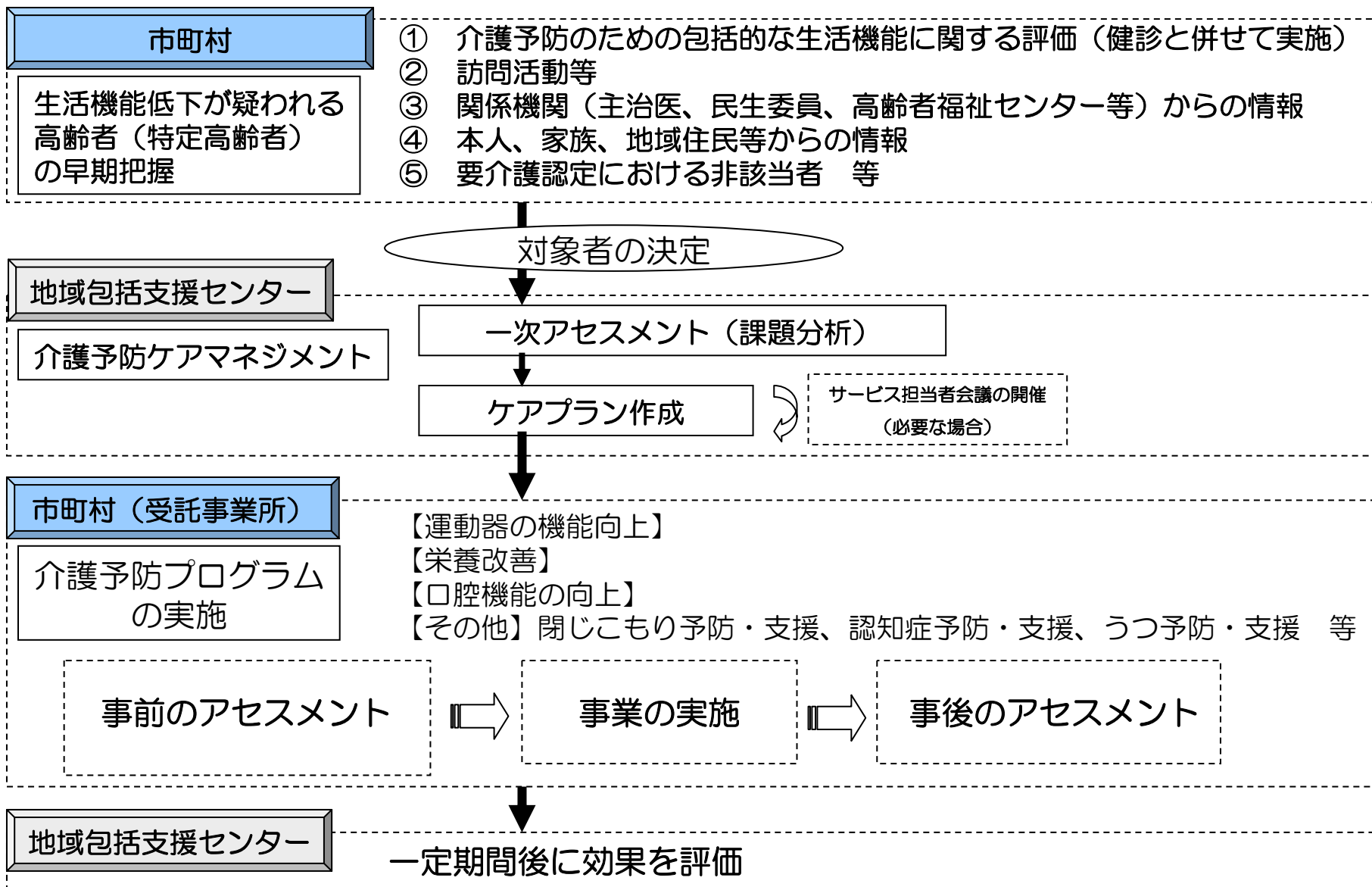
【介護予防プログラム】

- ①運動器の機能向上
- ②栄養改善
- ③口腔機能の向上
- ④閉じこもり予防・支援
- ⑤認知症予防・支援
- ⑥うつ予防・支援 等

を対象者の状態にあわせて組み合わせる。

- ③ 事業提供者は、定期的なフォローアップを行い、対象者の日常生活における介護予防の取組の継続、定着を支援する。
- ④ 事業提供者は、事後アセスメントをとおして事業の実施効果（当初の目標の達成度、対象者の満足度等）の評価を行い、対象者と共有するとともに、地域包括支援センターに報告する。

○ 介護予防特定高齢者施策の流れ



○ 介護予防プログラムの実施

< 各研究班の検討内容を参考のこと >

介護予防プログラム

【運動器の機能向上】

【栄養改善】

【口腔機能の向上】

【閉じこもり予防・支援】

【認知症予防・支援】

【うつ予防・支援】

ただし、

特定高齢者は、複数の介護予防プログラムの対象となることが想定され、各々のプログラムを組み合わせることにより、相乗的な効果も期待されることから、特定高齢者をいくつかのグループに大別し、複数の介護予防プログラムを組み合わせる方法が考えられる。

○ 介護予防一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）

地域において自主的な介護予防に資する活動が広く実施され、地域の高齢者がこうした活動に自主的に参加し、介護予防に向けた取組を実施するよう地域社会の構築を目的とする。

ア 介護予防普及啓発事業

- 基本的な知識を普及啓発するためのパンフレットの作成・配布、有識者等による講演会の開催
- 介護予防に関する知識・情報、利用者の記録等を記載する介護予防手帳（仮称）の配布

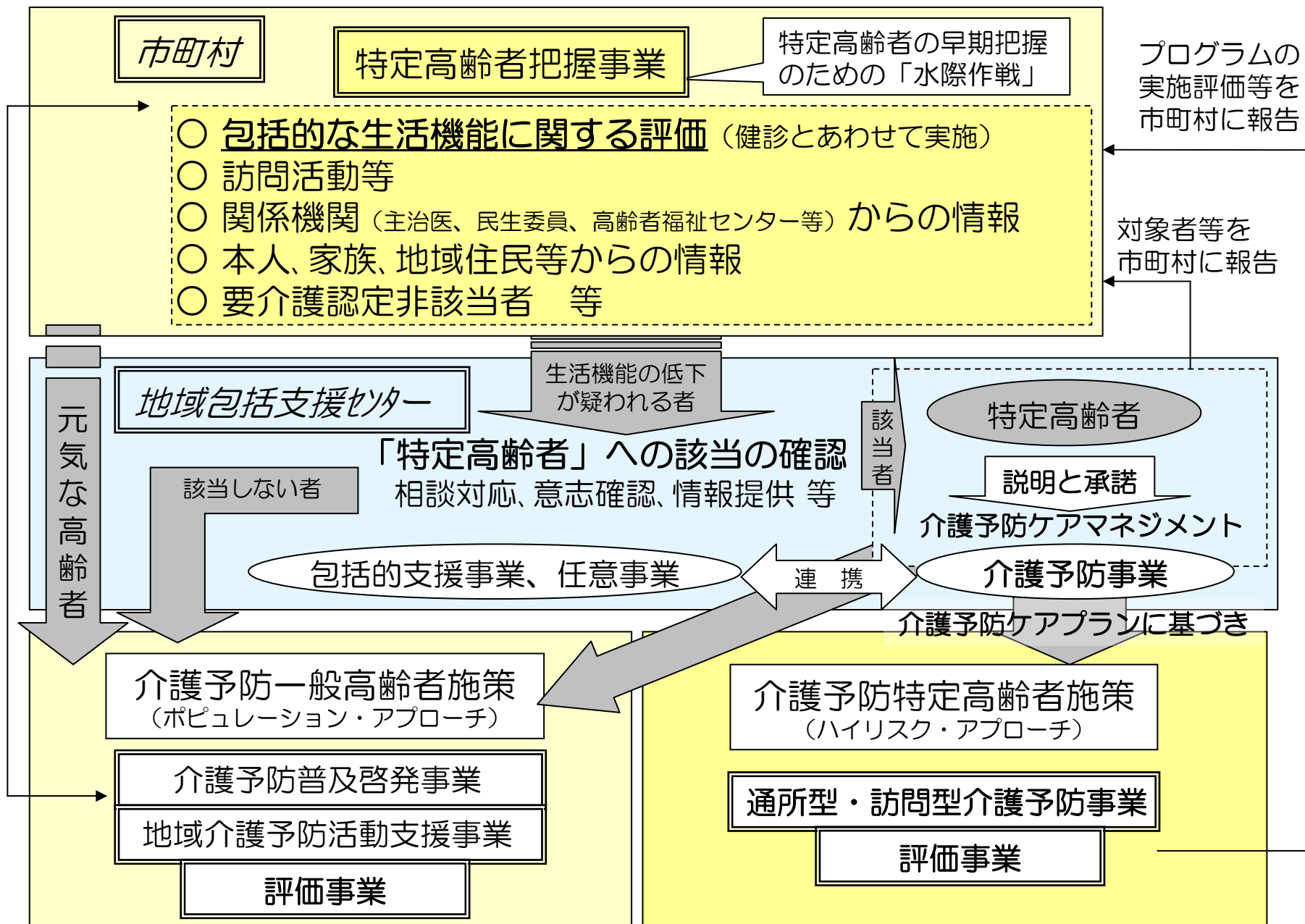
等

イ 地域介護予防活動支援事業

- ボランティア等の人材を育成するための研修
- ボランティアや自助グループの活動等、介護予防に資する地域活動組織の育成・支援

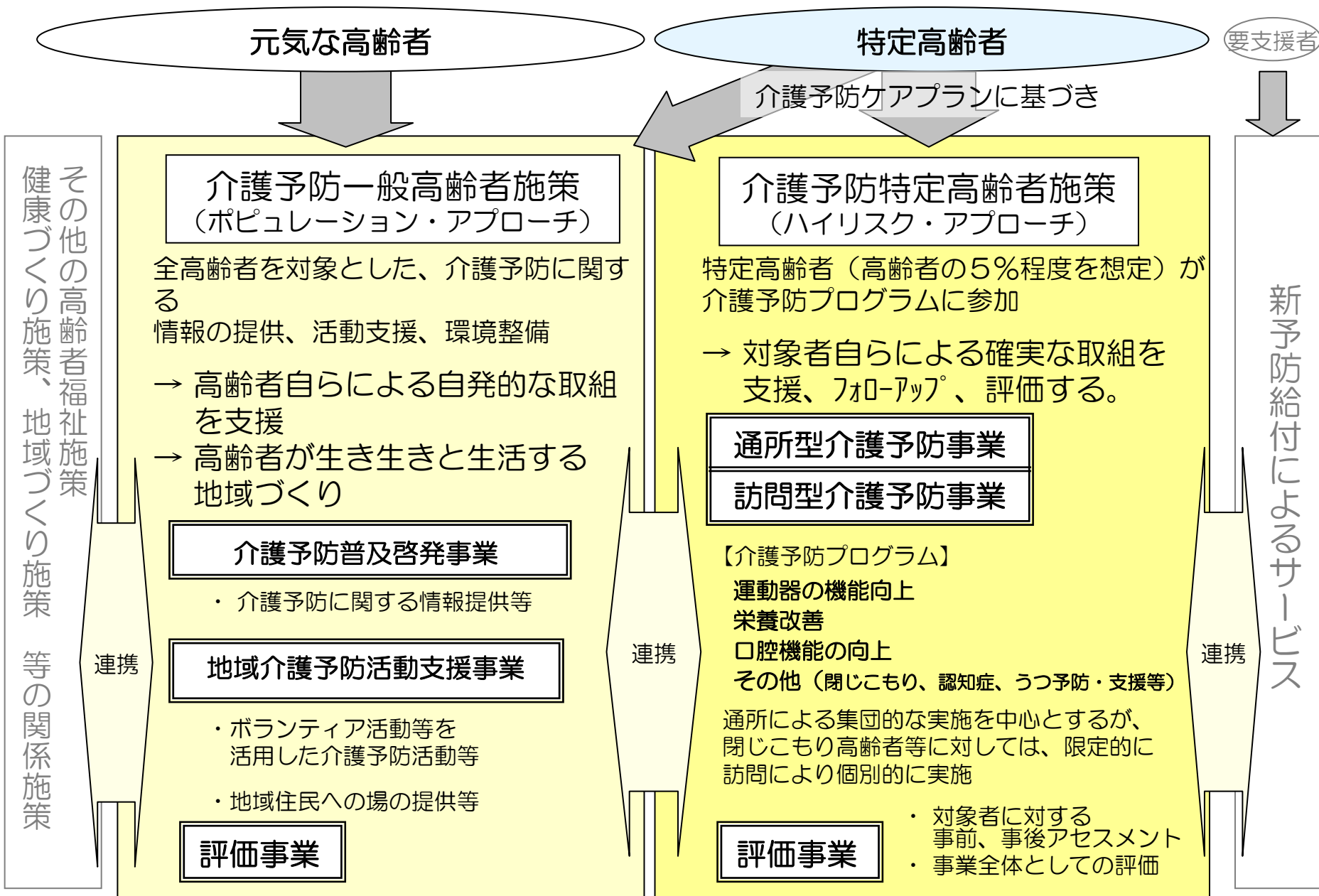
ウ 介護予防一般高齢者施策評価事業

- 原則として、年度毎に事業評価項目により事業の評価を行う。



【介護予防事業の流れ②】

32



6. 新予防給付について

○ 新予防給付における対象サービス

○介護予防サービス

介護予防訪問介護
介護予防訪問入浴介護
介護予防訪問看護
介護予防訪問リハビリテーション
介護予防居宅療養管理指導
介護予防通所介護
介護予防通所リハビリテーション
介護予防短期入所生活介護
介護予防短期入所療養介護
介護予防特定施設入居者生活介護
介護予防福祉用具貸与
特定介護予防福祉用具販売

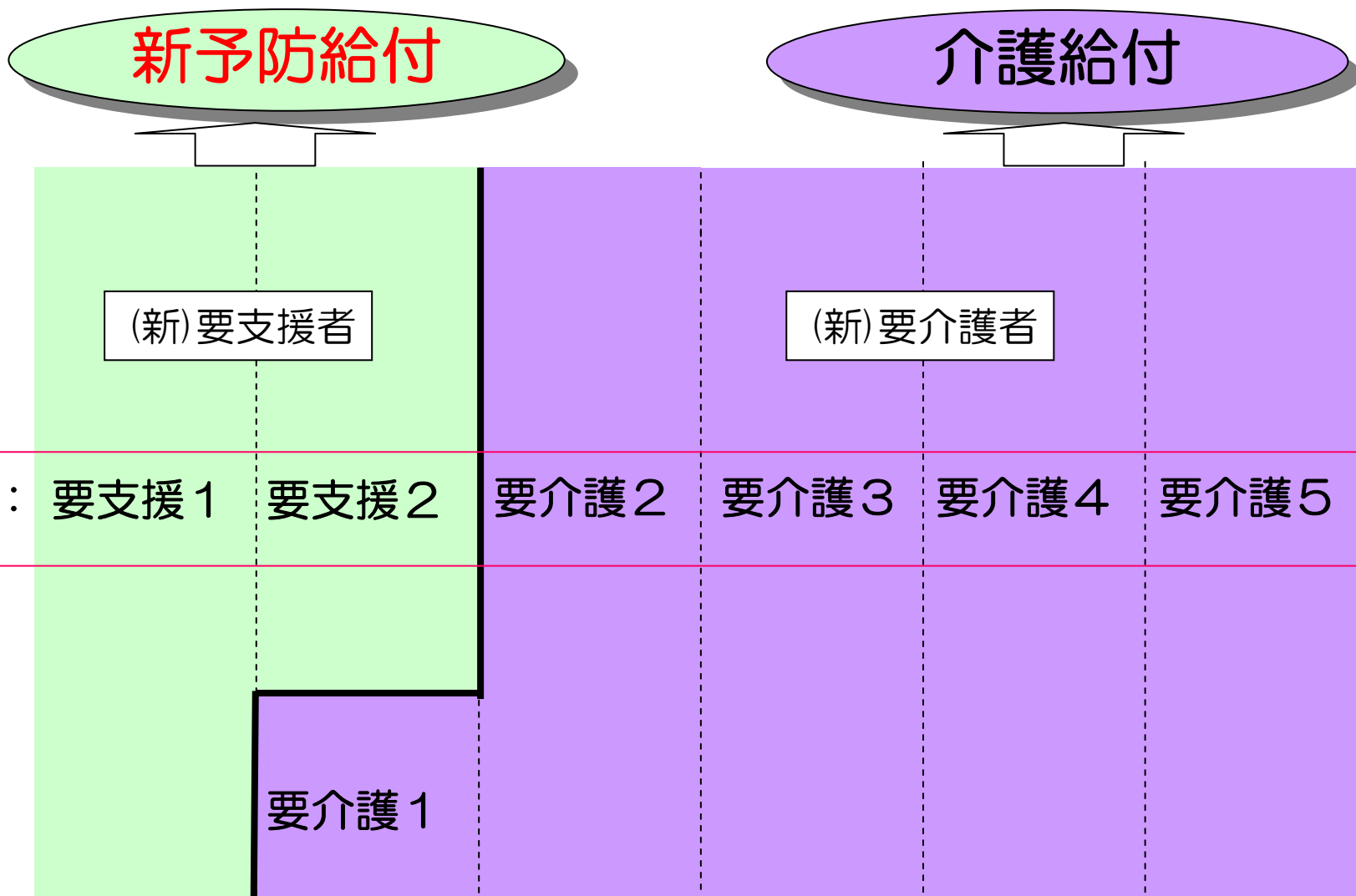
○地域密着型介護予防サービス

介護予防認知症対応型通所介護
介護予防小規模多機能型居宅介護
介護予防認知症対応型共同生活介護

○介護予防支援

○新予防給付のケアマネジメントにおいては、利用者の生活機能の向上に対する意欲を促し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージできるよう、何らかの支援により可能となる生活行為について、いつまでにどのような生活行為ができるようになるのかを具体的に明確化することとしている。

○ 保険給付と要介護状態区分のイメージ



○ 新予防給付の対象者の選定

介護認定審査会

介護の手に係る審査
(現行の二次判定の過程に相当)

+

状態の維持又は改善可能性
の審査

- ※ 現行の認定調査項目（７９項目）に加え、高齢者の生活機能を評価する調査項目を追加
- ※ 主治医意見書においても、高齢者の生活機能の評価を拡充
- ※ 「要支援」「要介護１」のうち、改善可能性の高い方々を対象者として選定

要支援者１，２

新予防給付

要介護者１～５

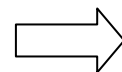
介護給付

○ 新予防給付の内容

1. 既存サービスの見直し

現行のサービスを見直し、より自立度を高めるサービスへと転換。

通所介護、通所リハビリテーション 等



内容・提供方法を見直し

2. 新たなサービスの導入

国内外の研究などから、介護予防効果が期待される新たなサービスを導入。

運動器の機能向上
栄養改善
口腔機能の向上



既存のサービスのプログラムの
一貫として実施

※ 認知症、うつ、閉じこもり予防・支援
については、地域支援事業で実施



3. 介護予防ケアマネジメントの徹底

本人の生活機能の改善可能性を評価し、「本人の意欲」を高め、できることを増やしていくケアマネジメントのプロセスを強化。

アセスメント → ケアプランの策定 → 実施 → 再アセスメント

○「できない」を補うサービスから「できる」を増やし、
「している」を実現する自立支援へ

○状態のみに着目するのではなく、
要介護状態にいたる直接的及び間接的な原因にも着目して設定する。

軽度者の要介護状態等となる原因の例

直接的な原因

間接的な原因・背景

要
介
護
状
態
等

転倒による骨折

徐々に生活機能
が低下
(廃用症候群)

妻の死別といった
家族構成の変化

食欲の低下

外出しない

運動機能の低下

尿もれが気になる

閉じこもり

新予防給付による サービスの例

プログラムの例

- ◇生活自立能力の向上
- ◇栄養改善
- ◇社会参加の促進
- ◇運動機能の向上

等が実現できるプログラムの実施

プログラムの例

- ◇尿失禁への対応
- ◇社会参加の促進

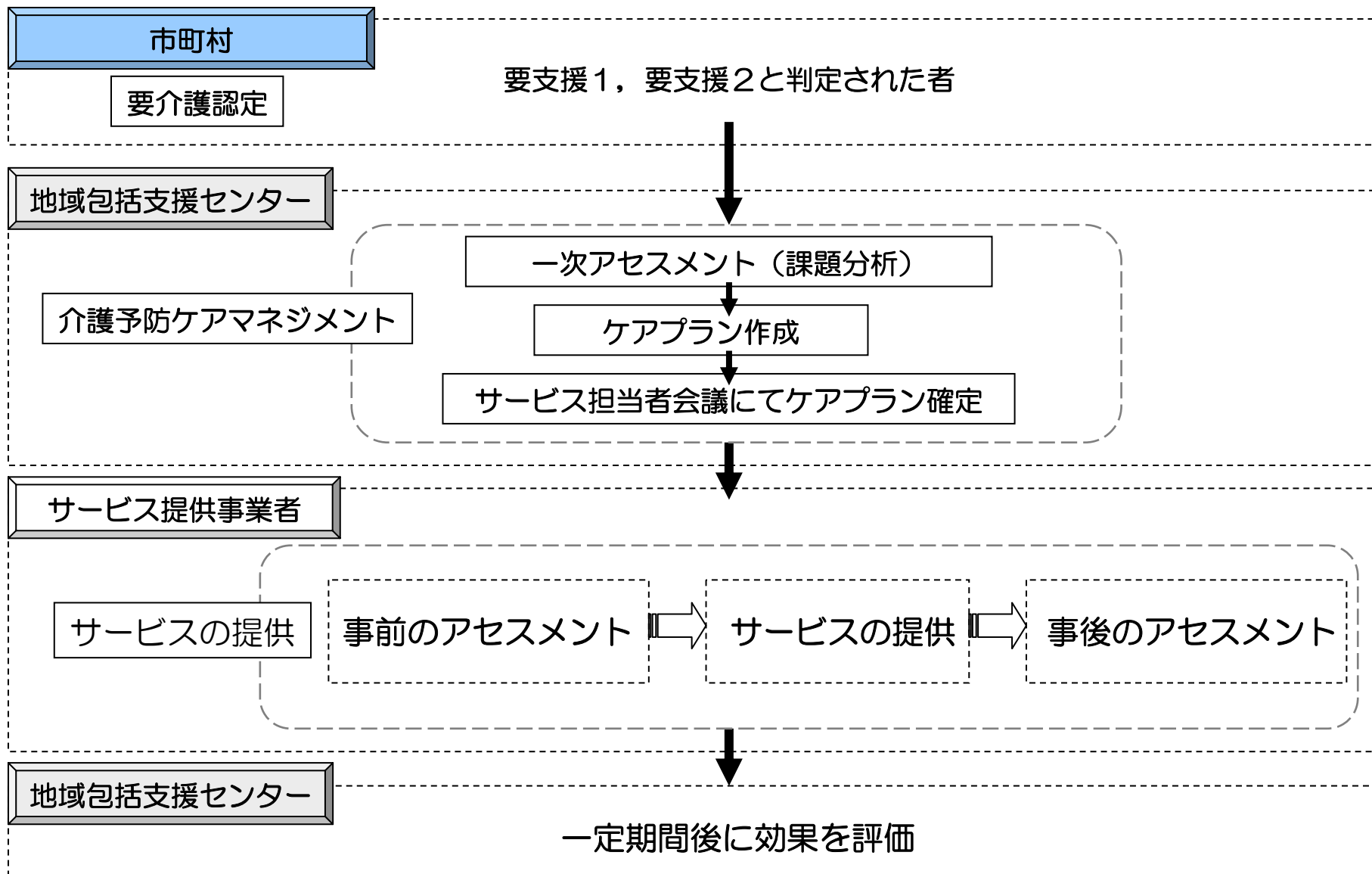
等が実現できるプログラムの実施

○ 介護予防サービス提供の基本的視点

社会保障審議会介護給付費分科会における議論

- 利用者の状態像の特性を踏まえたサービス提供
→ 「本人のできることはできる限り本人が行う」ことが重要
- 目標志向型サービス提供
→ ・ 明確な目標設定を行い、
・ 一定期間後には所期の目的が達成されたかを評価が必要
- 廃用症候群予防・改善の観点から、通所系サービスを積極的に位置づけることが重要
- 介護予防サービスの特性に応じた報酬のあり方
→ ・ 「時間単位」から「包括的な報酬設定」へ
・ 目標の達成度合いに応じた評価

○ 新予防給付の流れ



○ 通所系サービス（介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション）

社会保障審議会介護給付費分科会における議論

- 「共通的なサービス」と「選択的なサービス」により構成
- 月単位の定額報酬など包括的な報酬設定
- 目標の達成度に応じた介護報酬上の仕組みの導入
 - ・ 評価対象：事業者単位での評価
 - ・ 評価指標：要介護度の改善 又は
サービスからの離脱
 - ・ 報酬支払い先：各事業者に直接給付
- 介護予防のための効果的な支援基準
 - ・ 全ての事業者が最低限満たすべき実施手順等を提示

【新予防給付における通所系サービスのイメージ】

<介護予防通所介護>

選択的サービス	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上
共通的服务	日常生活上の支援、生活行為向上支援（※1）		
※ 運動器の機能向上、栄養改善又は口腔機能の向上を選択しない場合			
	アクティビティ等（※2）		
	日常生活上の支援、生活行為向上支援（※1）		

<介護予防通所リハビリテーション>

選択的サービス	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上
共通的服务	日常生活上の支援、生活行為向上支援（※1） リハビリテーション		

※1：生活行為向上支援（仮称）

各生活行為について、利用者が本来持っている能力を引き出し、在宅生活で実際にその能力が活かされるよう、身体的・精神的な支援を行うサービス。介護予防リハビリテーションにおいては、生活行為向上支援に併せてリハビリテーションを一体的に行う。

※2：アクティビティ等

現行の通所介護で提供されている主として集団活動に関するメニューのうち、介護予防に資するもの。

○ 通所系サービスにおける選択的メニューの提供

＜ 各研究班の検討内容を参考のこと ＞

選択的メニュー

【運動器の機能向上】

【栄養改善】

【口腔機能の向上】

- 地域包括支援センターにおいて策定されたケアプランに基づいて、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションを提供する事業者が、共通的服务と併せて提供する。
- 対象者の状況に応じ、個別にサービスを提供することが基本。
- 個別のケアプランにおける目標の達成度を評価するとともに、事業者全体の質の評価を行う。

○ その他の新予防給付サービス

社会保障審議会介護給付費分科会における議論

○ 介護予防訪問介護

- ・ サービス区分については、現行の「身体介護」と「生活援助」という区分を一本化し、プランの中で柔軟に考えていくことが適当と考えられる。
- ・ 「身体介護」と「生活援助」の一本化後は、利用者が単身である、家族が障害や疾病等のため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるという「生活援助」型サービスの趣旨を徹底する形で、制限的に運用すべきである。

○ 介護予防福祉用具貸与（販売）

- ・ 現行の通知で示している「福祉用具選定の判断基準」（ガイドライン）において利用者の状態から見て使用が想定しにくいとした福祉用具の貸与については、原則として保険給付の対象としないこととし、個別のケアマネジメントを経て必要と認められるものについて例外的に対象とすることが適当と考えられる。
- ・ 福祉用具の貸与については、あらかじめ使用期間を限定して、定期的にその必要性や適切性等を見直す必要があると考えられる。

○ その他

7. 介護給付について

介護給付によるサービスについては、現在、社会保障審議会
介護給付費分科会において検討を行っている。

総合的介護予防システムについて

総合的介護予防システムについての研究班

主任研究者：

東北大学大学院医学系研究科教授

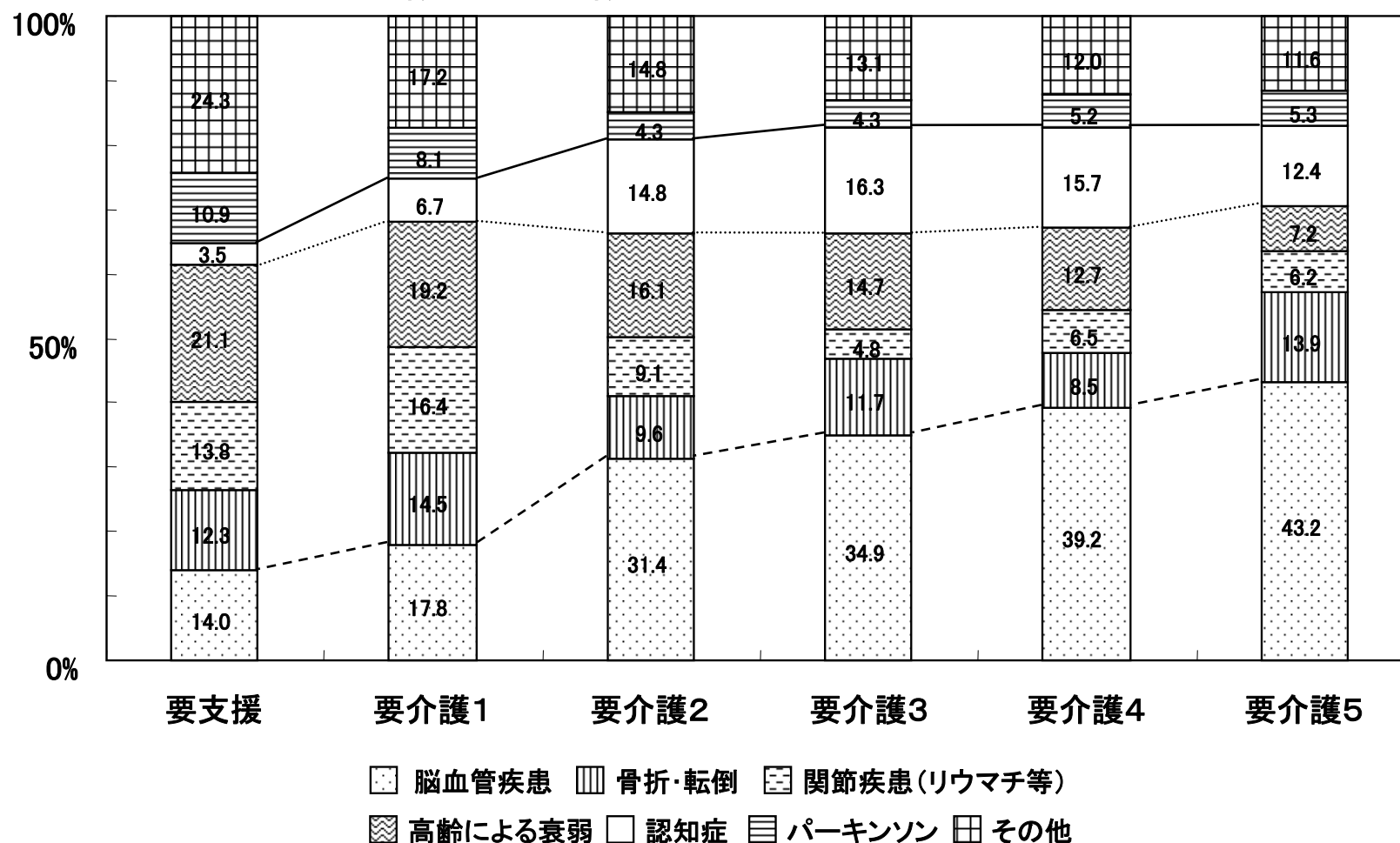
辻 一郎

介護予防が強調されることの背景

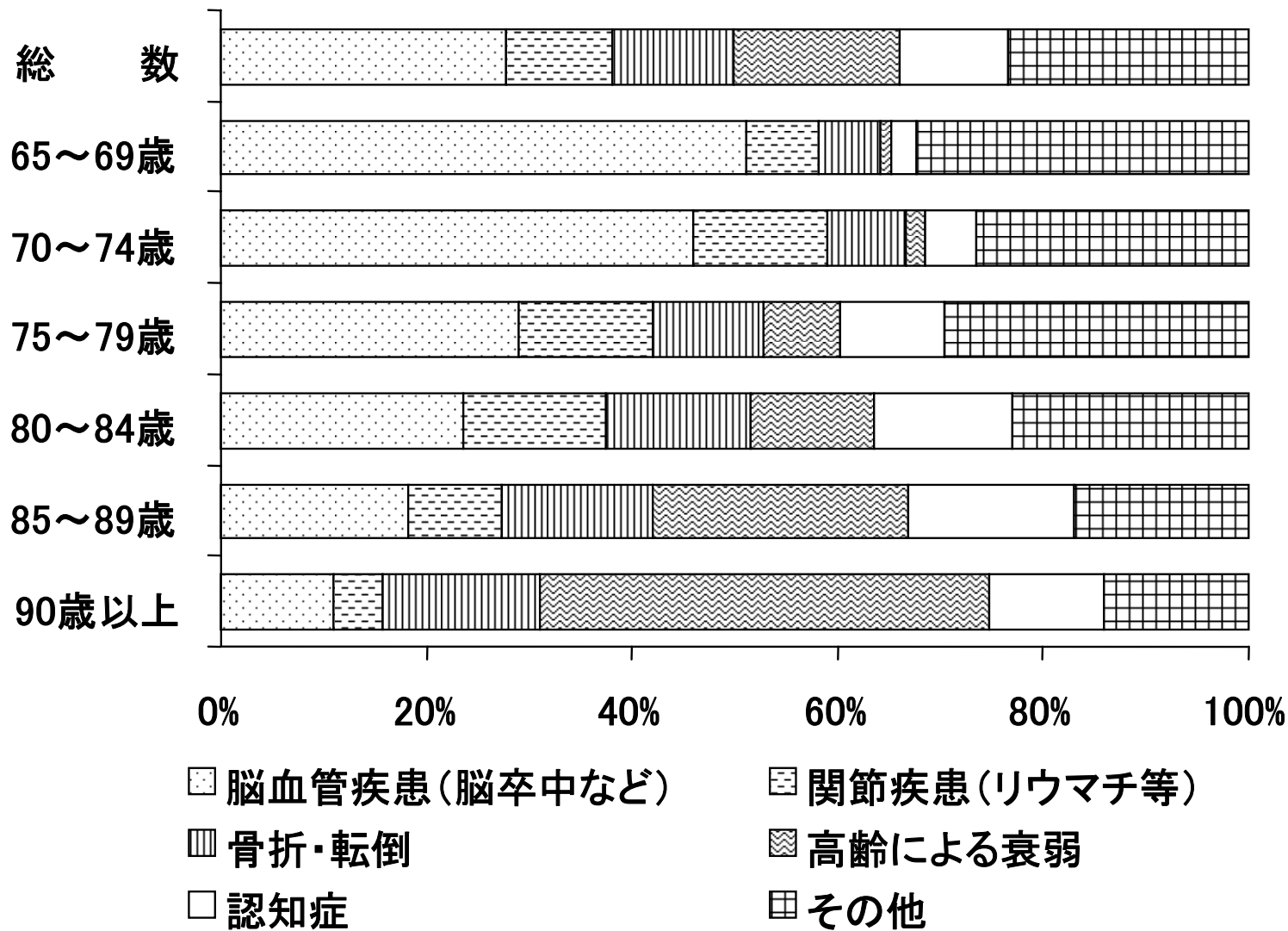
1. 介護保険制度の創設当初からの理念・事業
介護予防の重要性は謳われるも実効なし
2. この間の給付者・給付費の動向
軽度者の急増・地域格差、軽度者の重度化傾向
3. 日本人高齢者の特徴
欧米と比べて、改善率が低い
4. 介護予防に関するエビデンスの集積
各種の研究成果、未来志向プロジェクトなど

軽度者の状況

要介護度別介護が必要となった原因割合



要介護の原因疾患（年齢階級別）

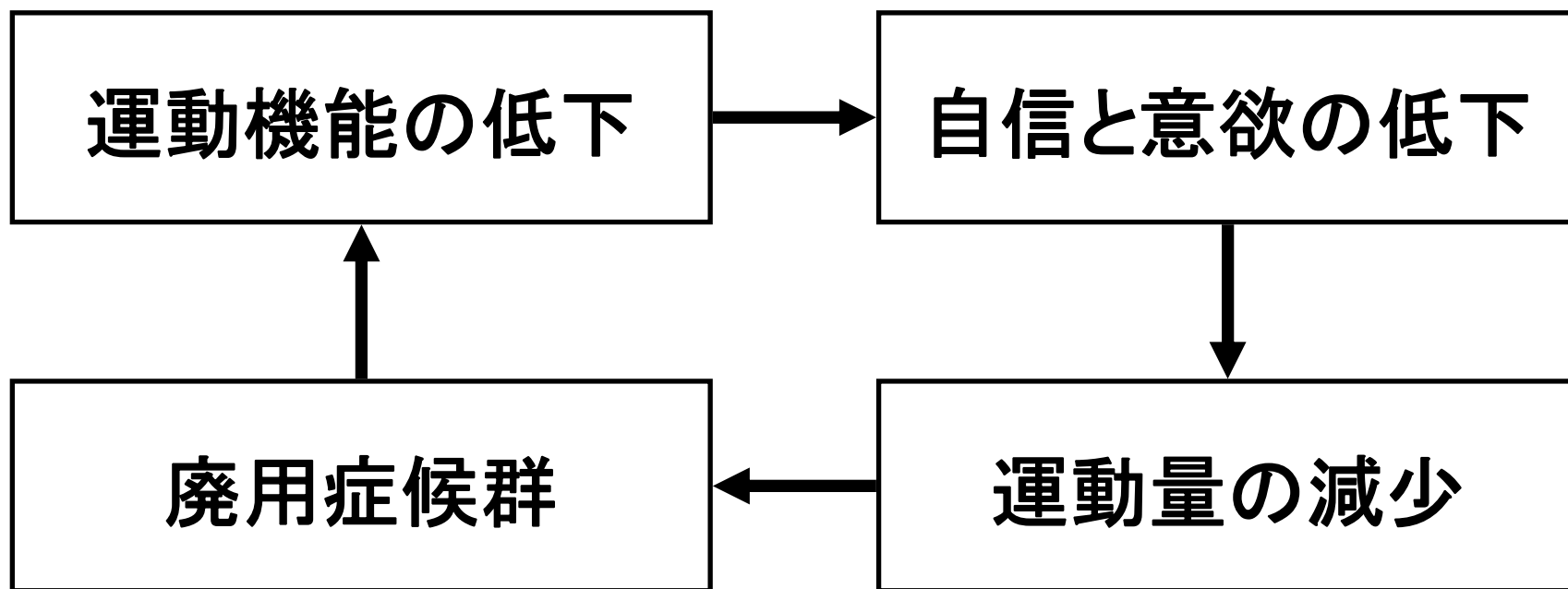


（平成13年 国民生活基礎調査）

廃用症候群（生活不活発病）の症候

局所性	全身性	精神・神経性
・ 関節拘縮 ・ 廃用性筋萎縮 - 筋力低下 - 筋持久性低下 ・ 廃用性骨萎縮 →高カルシウム尿 →尿路結石 ・ 皮膚萎縮（短縮） ・ 褥瘡 ・ 静脈血栓症 →肺塞栓症	・ 心肺機能低下 - 一回心拍出量減少 - 頻脈 - 肺活量減少 - 最大換気量減少 ・ 起立性低血圧 ・ 易疲労性 ・ 消化器機能低下 - 食欲不振 - 便秘 ・ 利尿・血液量減少（脱水）	・ 知的活動低下 ・ うつ傾向 ・ 自律神経不安定 ・ 姿勢・運動調節機能低下

老化と廃用の悪循環



介護予防関連事業に関するこれまでの問題点と今後の方向性

(問題1) 介護予防事業評価が十分でなかった。

(方向) エビデンスに基づくサービスの選定。アウトカム評価等の指標と手法を確立し事業評価を強化し、サービス改善に活かすシステムの構築。

(問題2) 介護予防を最も必要とする人々がサービスを十分には受けていなかった。

(方向) 共通の調査項目による共通の基準のもとで、サービス対象者の選定。適切に対象者を把握する地域システムの構築。送迎などの整備。

(問題3) サービスは、集団を対象として画一的に行われることが多かった。

(方向) 個別のケアマネジメントの実施とケアプラン作成による個別対応の強化。

(問題4) 事業が自己目的化してしまう傾向があった(訓練のための訓練)。

(方向) 個々人のニーズや目標を達成するための手段としてのサービス選定。

介護予防重視におけるポイント

廃用症候群の予防・改善：老化と廃用の悪循環を絶つ

機動的な対応：水際作戦、多様な情報収集、地域ネットワーク

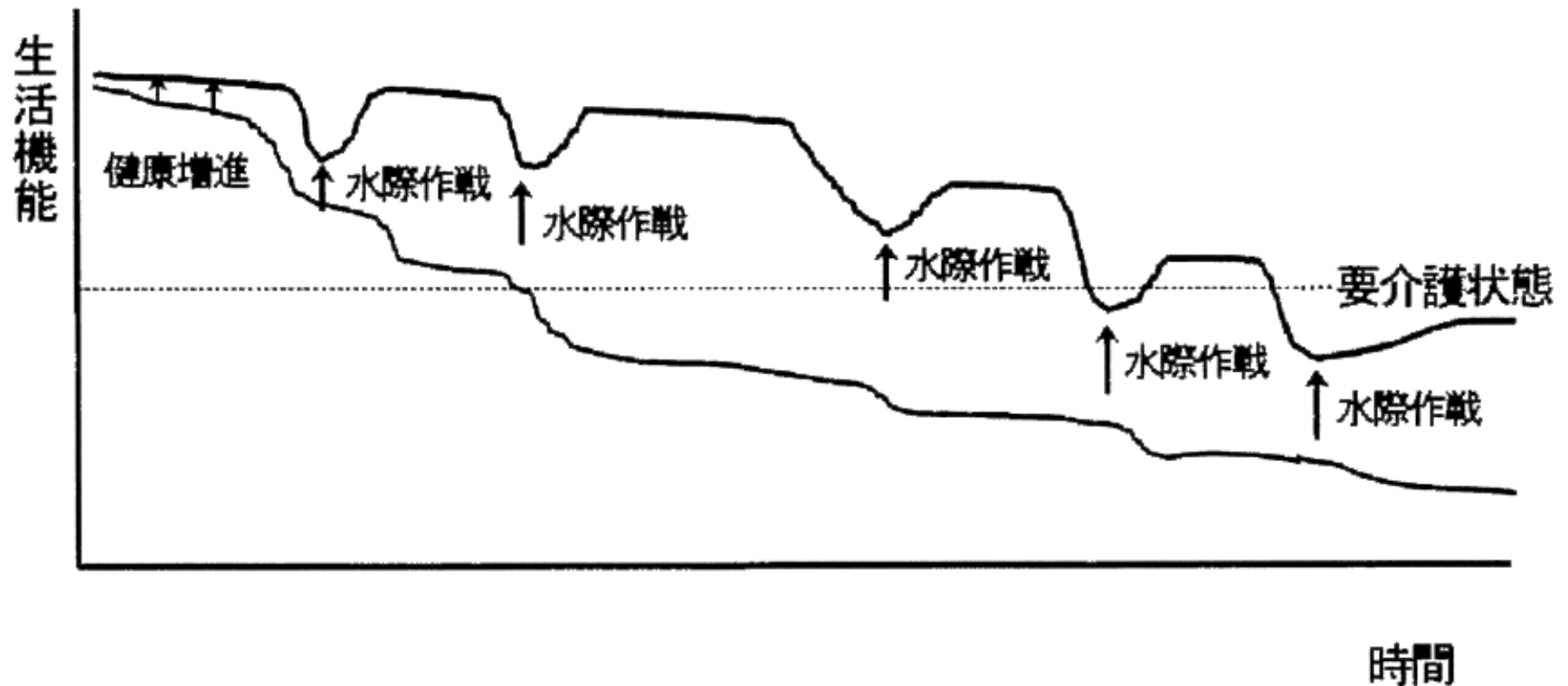
問題志向型から目標志向型へ：「できない」「足りない」を補うだけでなく、「できる」「している」を増やす

サービス利用者の主体的な参加：「してもらう」から「ともに行う」へ。目標達成の手段としてのサービス

虚弱・要介護高齢者における生活の質の改善：活動性の向上→参加・生活機能→自己実現・生きがい

民間活力の積極的活用

生活機能低下予防のための水際作戦（イメージ）



生活機能とは

心身機能：体の働きや精神の働き

活動：日常生活動作（ADL）・家事・職業能力や
屋外歩行といった生活行為全般

参加：家庭や社会で役割を果たすこと
廃用症候群＝生活不活発病（身体機能だけでなく認知症やうつ状態の存在の可能性についても考慮）

今後の事業：生活機能低下の原因を明確にして、原因
に対応した様々な事業（サービス）を組み合わせる

介護予防がめざすもの

目標: 本人の自己実現・や生きがい(どのような生活を創っていくのか)

個別サービス: 目標達成のための手段(自己目的化してはならない)

介護予防ケアマネジメント: 課題分析→予後予測・目標設定→ケアプラン



本人の意欲・意思が何よりも重要: 本人の主体的な選択と同意が基盤

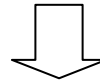
意欲低下の要因: 誤解やあきらめ、うつ状態、言動の背後にあるもの

アプローチ: 回復の可能性、それと生きがい・自己実現との関連

介護予防の流れ

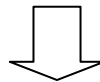
地域包括支援センター

- ・ 一次アセスメント
- ・ ケアプラン作成
- ・ サービス担当者会議の開催



サービス事業者

- ・ 二次アセスメント
- ・ 個別サービスプログラムの作成
- ・ サービスの提供
- ・ モニタリング
- ・ 事後のアセスメント



地域包括支援センター

- ・ 効果の評価
- ・ 今後のプラン

介護予防事業における特定高齢者施策の流れ(案)

生活機能低下の早期把握の経路

健診

関係機関からの連絡

要介護認定
非該当者

訪問活動等による
実態把握

地域支援事業の対象である可能性のある人

本人・家族

対象者の選定過程

地域包括支援センター

介護予防ケアマネジメント

一次アセスメント（課題分析）

ケアプラン作成

サービス担当者会議の開催
（必要な場合）

事業の実施

【運動器の機能向上】 【栄養改善】 【口腔機能向上】 【その他のプログラム】

事前のアセスメント
（二次アセスメント）

事業の実施

事後のアセスメント

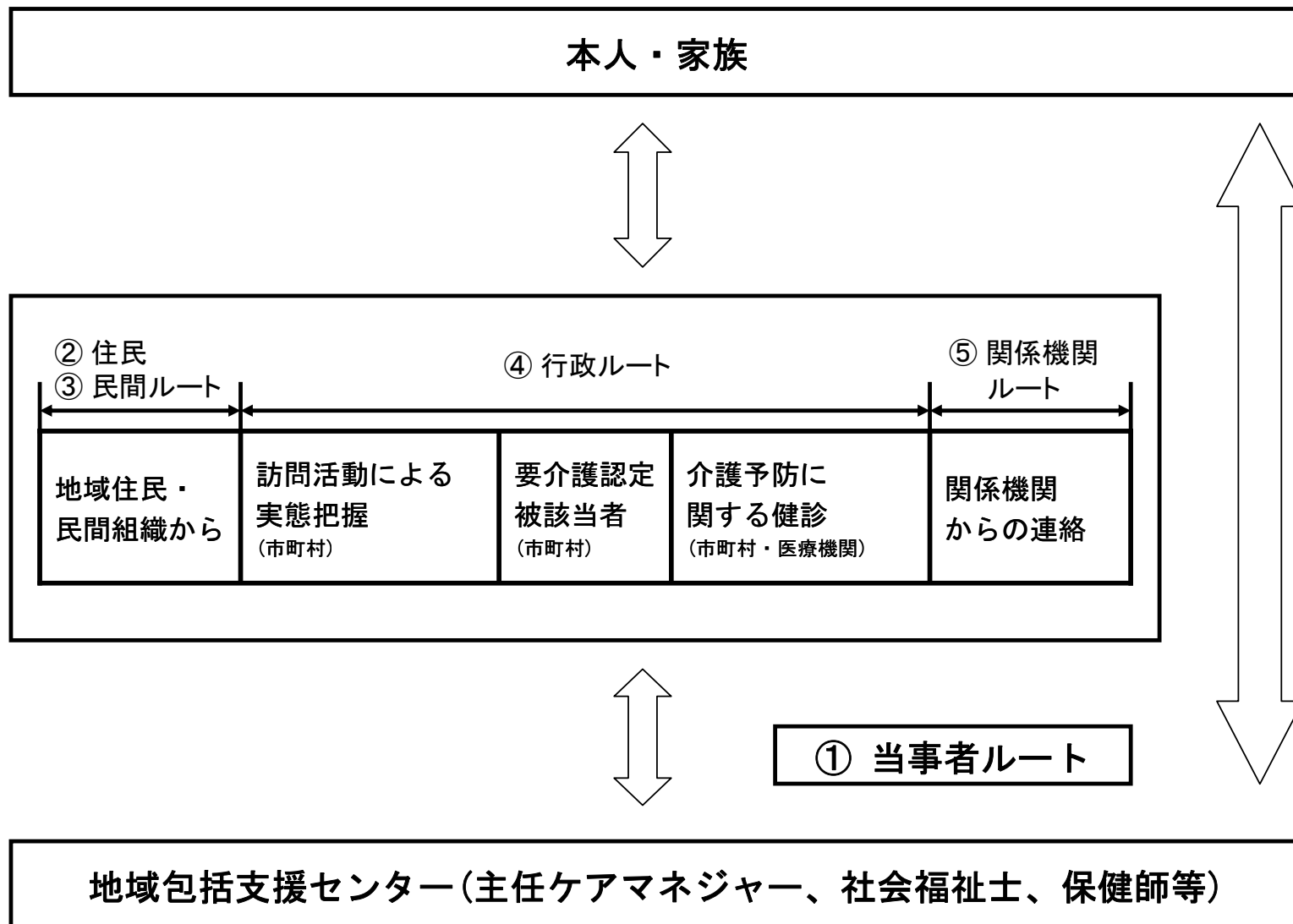
地域包括支援センターで一定期間後に効果を評価

Ⅲ. 以下の質問にお答え下さい。

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	日用品の買い物をしていますか	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	片足立ちで靴下をはいていますか	0. はい	1. いいえ
7	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
8	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
9	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
10	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
11	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
12	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
13	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
14	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
15	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
16	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
17	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
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	薬を決められた通りに飲んでいますか (飲んでいる場合のみ)	0. はい	1. いいえ
22	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
23	(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
24	(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
25	(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
26	(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

(すべて答えたかどうか、もう一度ご確認下さい)

地域包括支援センターに把握されるまでの流れ

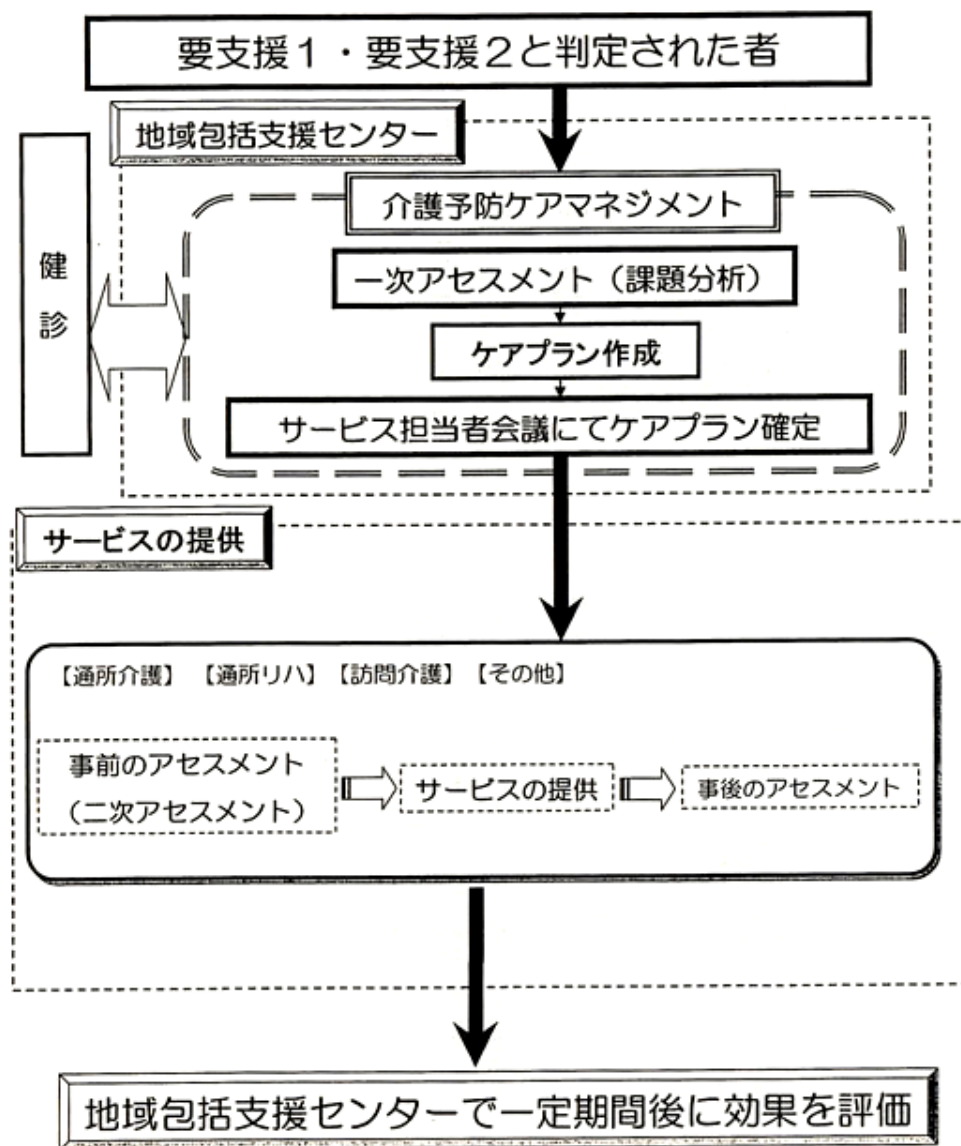


生活機能低下を把握する様々なルート

把握ルート	具体的な方法
当事者ルート	本人・家族からの連絡・問い合わせ
住民ルート	民生委員・健康推進員などによる訪問調査・情報収集 隣人・友人・知人からの連絡 自治会・老人会・ボランティアグループなど住民組織からの情報提供
民間ルート	商工会・自営業者からの情報提供 各種のNPO・ボランティアグループなどからの情報提供 ローカルメディアによる普及啓発
行政ルート	介護予防に関する健診 要介護認定での非該当者に対する実態把握 行政職員の訪問活動などによる実態把握 行政による各種の実態調査 行政における各種の相談窓口からの紹介 行政主催の連絡会・協議会やイベントでの情報把握
関係機関ルート	医療機関からの情報提供 民間療法（マッサージ・鍼灸など）からの情報提供 保健福祉分野の関係機関（社会福祉協議会・シルバー人材センターなど）からの情報提供 その他関係機関から

（厚生労働省「総合的介護予防システムに関する研究班」中間報告書より）

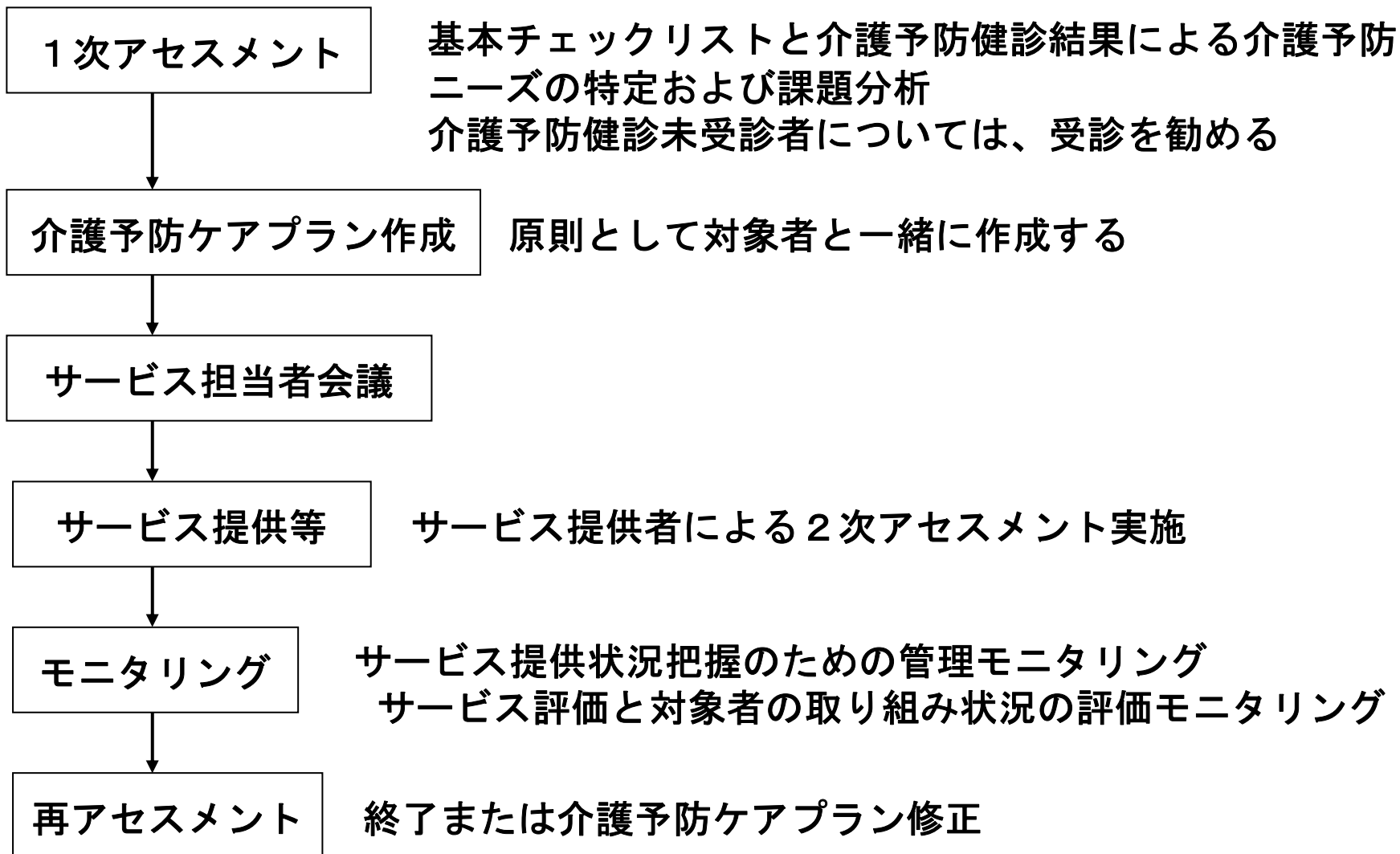
(参考)新予防給付の流れ(案)



地域支援事業と新予防給付の比較

	地域支援事業	新予防給付
対象者	虚弱高齢者	要支援1・2
支援ニーズ	軽度かつシンプル	重度・多岐・多領域
対象把握	潜在化しやすい	認定申請の枠内で
重要なポイント	必要な人を適切に把握	ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントの流れ



これまでの介護保険におけるケアマネジメントと 地域支援事業におけるケアマネジメントの比較

項 目	これまでの介護保険における ケアマネジメント	地域支援事業における ケアマネジメント
目 標	自立支援・家族支援	自立保持のための身体的・精神的・ 社会的機能の維持向上
ケアマネジメント 担当者の特徴	ケアマネジャー 個人ごとの契約	地域包括支援センター職員 (保健師等) 地域担当制
支援の必要性の判断	要介護認定（認定調査・主治医 意見書を資料に介護認定審査会 が行う）	基本チェックリスト介護予防に関す る健診等により、地域包括支援セン ターが行う。一次アセスメントによ り介護予防ケアプラン作成者が行う
ケアプランへの同意	同意の署名	同意の署名
情報開示の手続き	同意の署名	同意の署名
支援内容	主に介護サービス インフォーマルサービスで補完 する	主に介護予防事業とインフォーマル サービスを組み合わせて実施。（対象 者自身の取り組みを強化する支援） 継続できる条件整備が重要

介護予防ケアマネジメントのプロセス

1. 利用者の心身の状態や周囲の環境などに関してアセスメントを行う
2. 「現状で行われている生活行為」と「何らかの支援により可能となる生活行為」との乖離を同定（発見）する
3. 可能となる生活行為を実際に行うようにするための直接的・間接的な支援ニーズを明らかにする
4. そのために必要かつ適切なサービスを選定する
5. 介護予防プランを策定する
6. サービス提供に際して、適切なモニタリングを行う
7. 一定期間経過後に、評価を行って、その結果に応じてプランを見直す

介護予防ケアマネジメントのプロセス： 介護予防プランの策定

個々のサービスの提供目的：何がどの程度できるようにするのか？

提供されるべきサービス要素：目的を達成するためには、何をどれくらい行うべきか？

介護予防プラン：利用者の生活行為に関して、自己実現としての目標を明確にして、そのためのサービスを組み合わせる

利用者本人の主体的な選択と同意：本人の意思が、何よりも重要機能低下にともなう、あきらめや誤解、うつへの対処

利用者を中心としたサービス担当者会議：利用者とその家族、主治医、介護支援専門員、訪問介護員等が一同に会して、意思統一を図る

評価の目的・意義

定めた目標の達成状況を確認し、目標値の見直しや事業実施方法の改善につなげるための取り組み

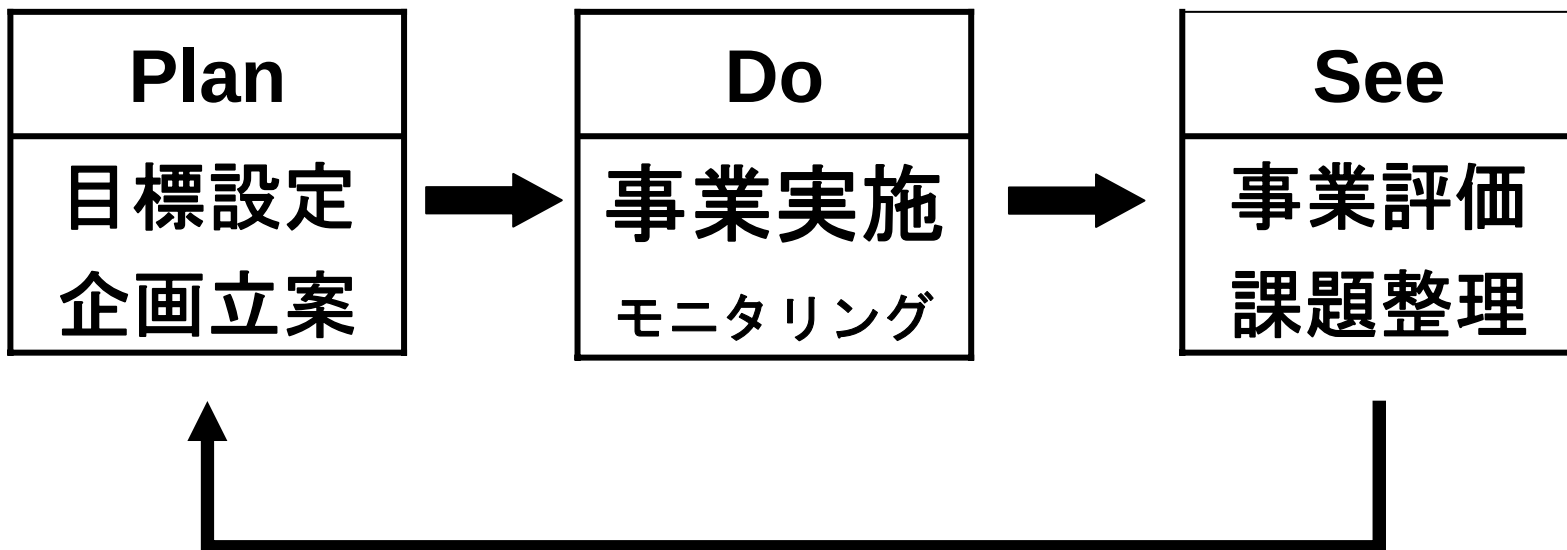
介護予防事業の効果的・効率的な実施には不可欠

介護予防事業計画における達成目標や数値目標の達成度
(事業計画と事業評価は表裏一体の関係)

目標の達成度合いに応じて、事業者への介護報酬を考慮

評価の主体：事業者、地域包括支援センター、保険者

事業展開のPlan・Do・See



事業評価に関する3つの手法と代表的な指標

アウトカム評価	事業の成果・効果に関する評価 利用者の生活機能や生活の質・生活満足度など 介護保険認定状況（人数・年齢・悪化や改善の割合など）
アウトプット評価	事業量に関する評価 地域包括支援センターでの介護予防ケアマネジメント件数 介護予防の各サービスの実施回数・利用者数など
プロセス評価	事業が適切に行われているかどうかに関する評価 虚弱高齢者のうち地域支援事業（介護予防）を受けた者の割合 関係機関どうしの連携状況など

プロセス評価（事業者）

二次アセスメントの実施状況

個別計画の作成

重要事項の説明、個人情報取扱に関する同意

モニタリングの実施状況

フォローアップ体制の整備

アウトプット評価（事業者） 1

＜個別事業ごとの集計表＞

事業名			
対象領域			
実施期間			
	目標値	実績値	実施率
開催回数			%
登録者数			%
参加者実数			%

アウトプット評価(事業者)2

＜個別事業ごとの年間集計表＞

対象領域	運動器の 機能向上	栄養改善	口腔機能 の向上	認知症 予防・支援	閉じこもり 予防・支援	うつ 予防・支援	合 計
事業実施回数							
延べ開催回数							
延べ登録者数							
延べ参加者数							

(事業者は、個別事業ごとの集計にもとづき、年間での目標と実績の検証を行う。)

アウトカム評価（事業者） 1

特定高齢者施策

項 目	目標値	実績値	達成率
サービス利用者数			
改善によりサービスを離脱した者の割合			
要支援・要介護に至った者の割合			
基本チェックリスト点数の維持・改善者の割合			
個別事業での成績維持・改善者の割合			
目標を達成した者の割合			

アウトカム評価（事業者） 2

新予防給付

項 目	目標値	実績値	達成率
サービス利用者数			
改善によりサービスを離脱した者の割合			
要介護度が維持された者の割合			
要介護度が1ランク改善した者の割合			
要介護度が2ランク改善した者の割合			
要介護度が悪化した者の割合			
基本チェックリスト点数の維持・改善者の割合			
個別事業での成績維持・改善者の割合			
目標を達成した者の割合			

プロセス評価（地域包括支援センター） 1

＜プロセス指標＞

項 目	実施目標	実施結果
① 一次アセスメントが適切に行われていますか （生活機能のリスク、医学的視点、生活環境、健康状態、本人や家族の希望など包括的なアセスメントが行われた割合）	(%)	(%)
② 介護予防ケアプランの作成が適切に行われていますか（目標、ニーズ、サービス内容、期間が明記されているか）	(%)	(%)
③ 必要に応じて、サービス担当者会議など関係者の連携が図られるており、その結果や情報のフィードバックがありますか	(%)	(%)
④ 認知症や閉じこもりなど、利用者の状況に応じて対象者の家族や地域と連携した事業参加への働きかけがありますか	(%)	(%)
⑤ 利用者への説明が行われ、参加状況やアセスメントの結果等の個人情報の取り扱いについて、利用者への説明を適切に行い、同意を得ていますか	(%)	(%)
⑥ 再アセスメントは適切な時期に行われていますか	(%)	(%)
⑦ 個人情報の保護は適切に行われていますか	(%)	(%)
⑧ 地域支援事業に対する地域住民や利用者への啓発活動を行っていますか	(%)	(%)

プロセス評価（地域包括支援センター）2

＜プロセス評価の実績＞

情報提供があった者の数		
経路	介護予防に関する健診	
	関係機関からの連絡	
	要介護認定非該当者	
	訪問活動等による実態把握	
介護予防ケアプラン作成に至らなかった数		
理由	ハイリスク者ではなかった	
	必要な事業がなかった	
	本人または家族から参加を拒否された	
	地域支援事業以外で対応した	
	その他	
介護予防ケアプラン作成に至らなかった割合		
介護予防ケアプラン作成件数に対する割合		
サービス担当者会議を行った利用者の数		

アウトプット評価（地域包括支援センター）

		計画	実績	実施率
介護予防ケアマネジメント実施件数				
介護予防事業利用者数				
内 訳	運動器の機能向上			
	栄養改善			
	口腔機能の向上			
	閉じこもり予防・支援			
	認知症予防・支援			
	うつ予防・支援			

アウトカム評価（地域包括支援センター）

特定高齢者施策・新予防給付とも、事業者のアウトカム評価表と同じ様式を使用する。

各事業者からの報告をもとに、当該センターでケアマネジメントを行った利用者のデータを集計する。

評価にあたっては、当該センター全体の結果を集計するとともに、各事業所のアウトカム（維持・改善・悪化率など）を比較する。

プロセス評価（保険者） １：対象者の選定・把握

把握ルート	１８年度		１９年度		２０年度	
	件数	構成比	目標値	構成比	目標値	構成比
利用者本人や家族からの相談・申し込み						
介護予防に関する健診の結果						
医療機関や主治医からの通報						
保健師の訪問活動から						
民生委員から						
地域団体等から						
要介護認定非該当者						
高齢者実態把握（調査）等						
新予防給付からの移行						
その他（ ）						
合計						

プロセス評価（保険者） 2

住民の参画：計画策定や運営協議会への住民参画

事業実施経過を公表する体制

事業の質を管理するシステム：事業実施状況の把握

事業実施に伴う苦情や自己を把握する体制

評価に基づく実施計画の見直し・修正

事業効果をモニタリングするシステム：

事業の状況を把握して分析する体制

高齢者全体の状況を把握する体制

個人情報保護と利活用に関する体制

関係機関との連携に関する体制：

アウトプット評価（保険者） 1

		計画	実績	実施率
介護予防ケアマネジメント実施件数				
介護予防事業利用者数				
内 訳	運動器の機能向上			
	栄養改善			
	口腔機能の向上			
	閉じこもり予防・支援			
	認知症予防・支援			
	うつ予防・支援			

（地域包括支援センターおよび各事業者単位の実施状況を保険者が集計し、評価する。）

アウトカム評価（保険者） 1

特定高齢者施策・新予防給付とも、事業者・地域包括支援センターのアウトカム評価表と同じ様式を使用する。

地域包括支援センターからの報告をもとに、当該保険者における利用者のデータを集計する。

評価にあたっては、当該保険者全体の結果を集計するとともに、各地域包括支援センター・各事業所のアウトカム（維持・改善・悪化率など）を比較する。

アウトカム評価(保険者)2

[illegible]

総合的介護予防システムについて の研究班

安藤 智子

千葉県銚子市民生部高齢者福祉課基幹型在宅介護支援センター

岡本 玲子

神戸大学医学部看護学科 地域看護学

歌川 さとみ

東京都千代田区保健福祉部介護保険課

木村 隆次

全国介護支援専門員連絡協議会

篠田 道子

日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科

辻 一郎(主任研究者)

東北大学大学院医学系研究科社会医学講座公衆衛生学分野

中尾 晶美

富山県氷見市社会福祉協議会

成田 すみれ

横浜市総合リハビリテーションセンター福祉部

貫井 信幸

山梨県福祉保健部長寿社会課

野中 博

社団法人日本医師会

山本 美喜子

愛知県高浜市福祉部保健課

介護予防のための包括的な 生活機能評価について

介護予防のための包括的な生活機能評価についての
研究班

主任研究者：

東京都老人総合研究所副所長

鈴木隆雄

介護予防の重要性

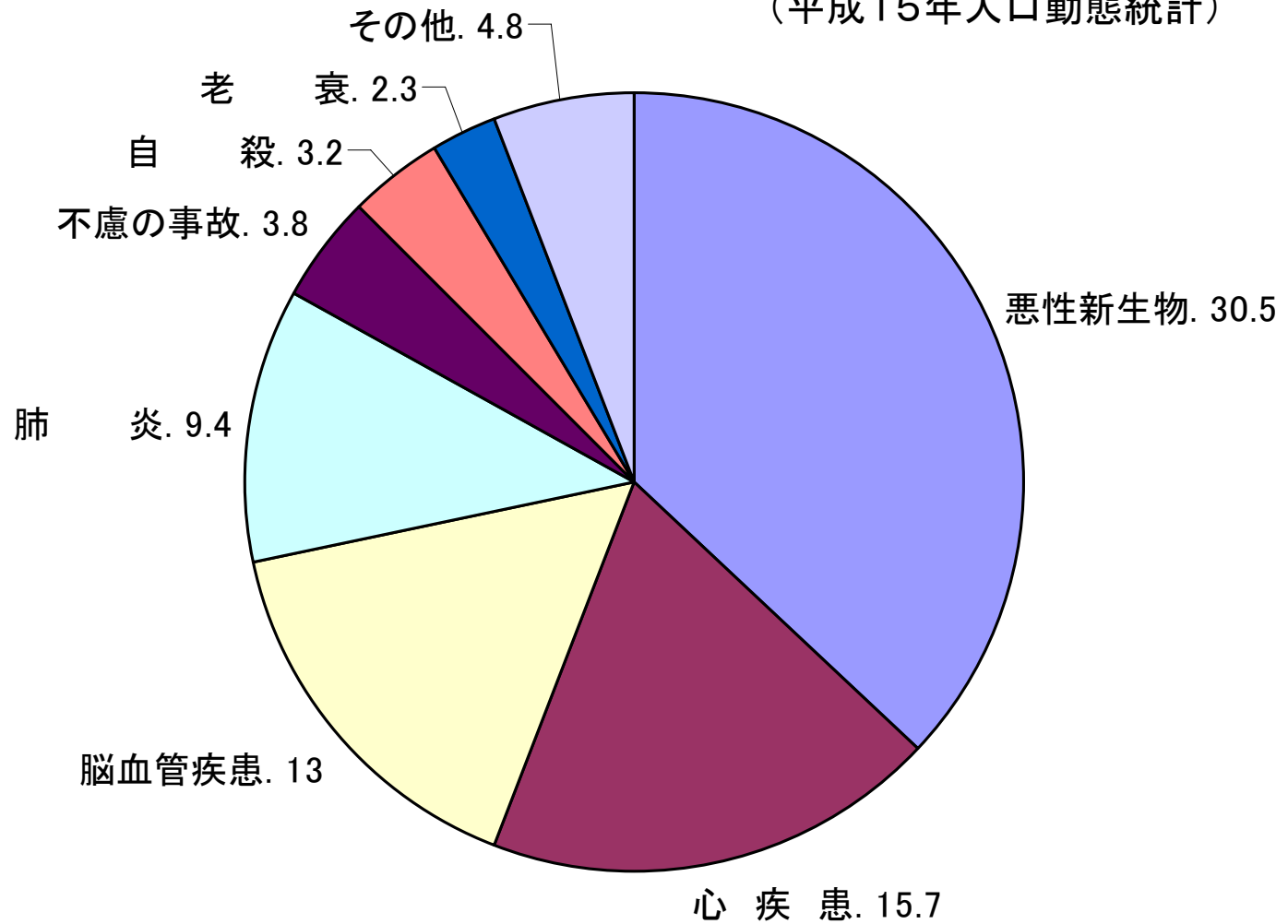
高齢者の健康を規定する要因は単に生活習慣病による疾病のみならず、生活機能の低下や日常生活の障害が、大きな影響を与える



生活機能の維持・向上，日常生活の充実と自己実現への支援が最も重要

図1 65歳以上の死亡原因

(平成15年人口動態統計)



寝たきりとなった原因 （平成16年度国民生活基礎調査）

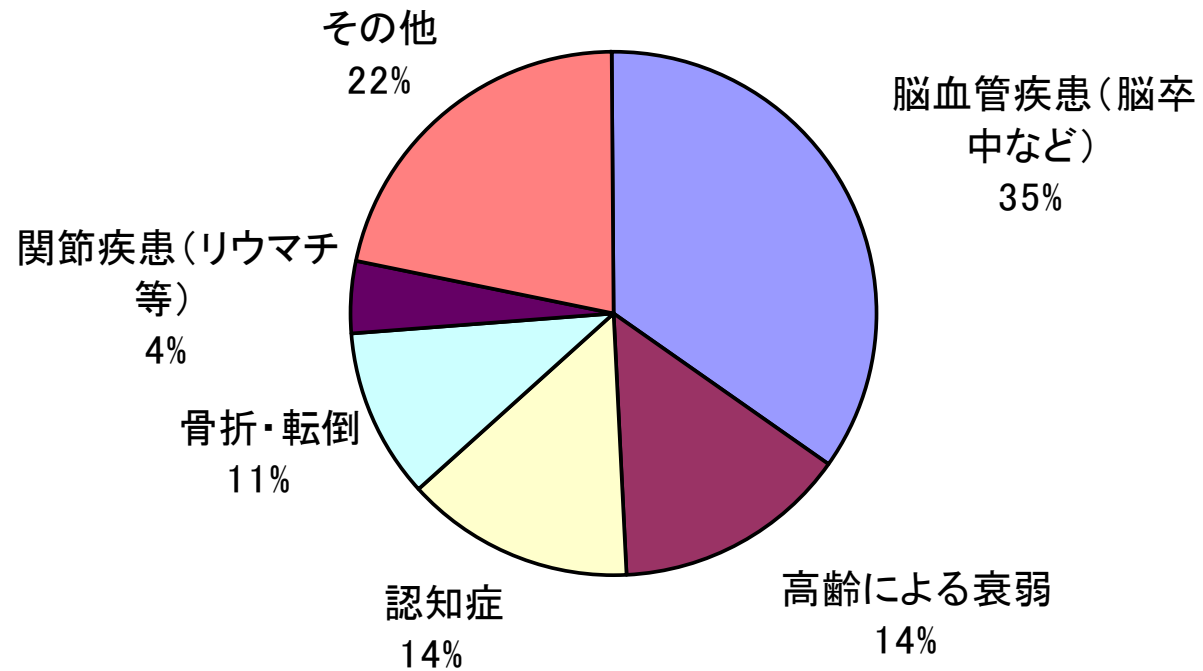
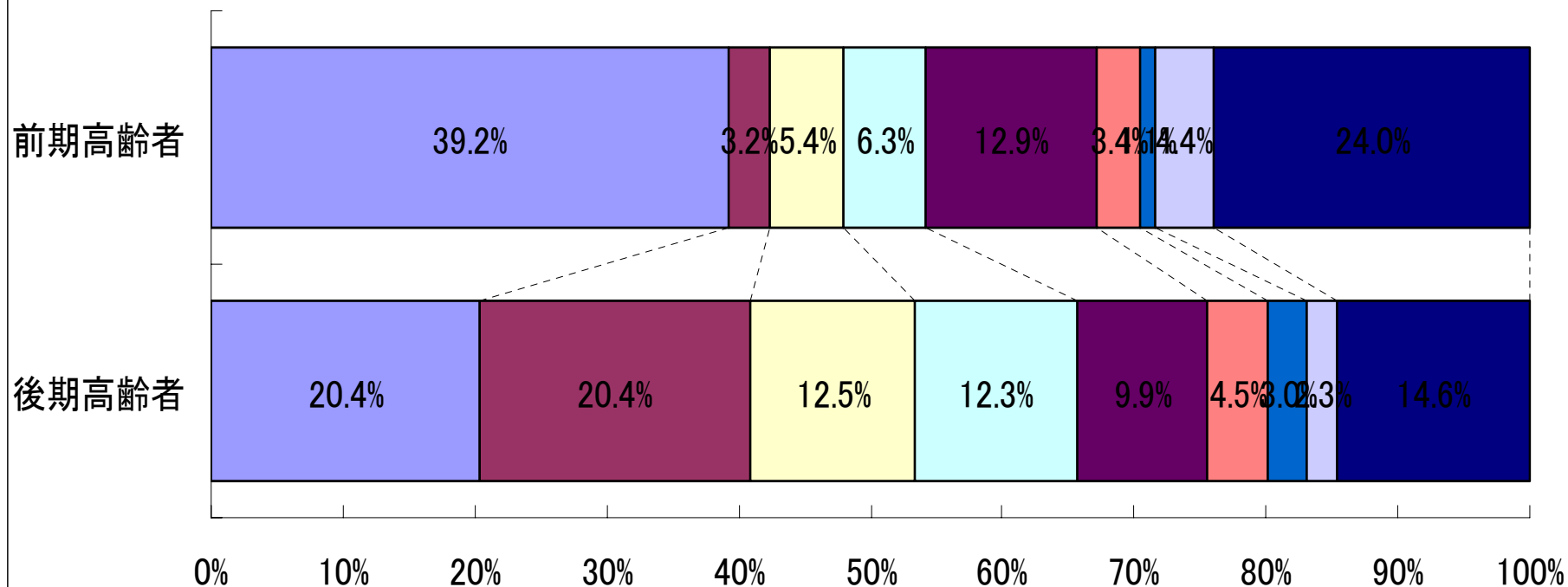
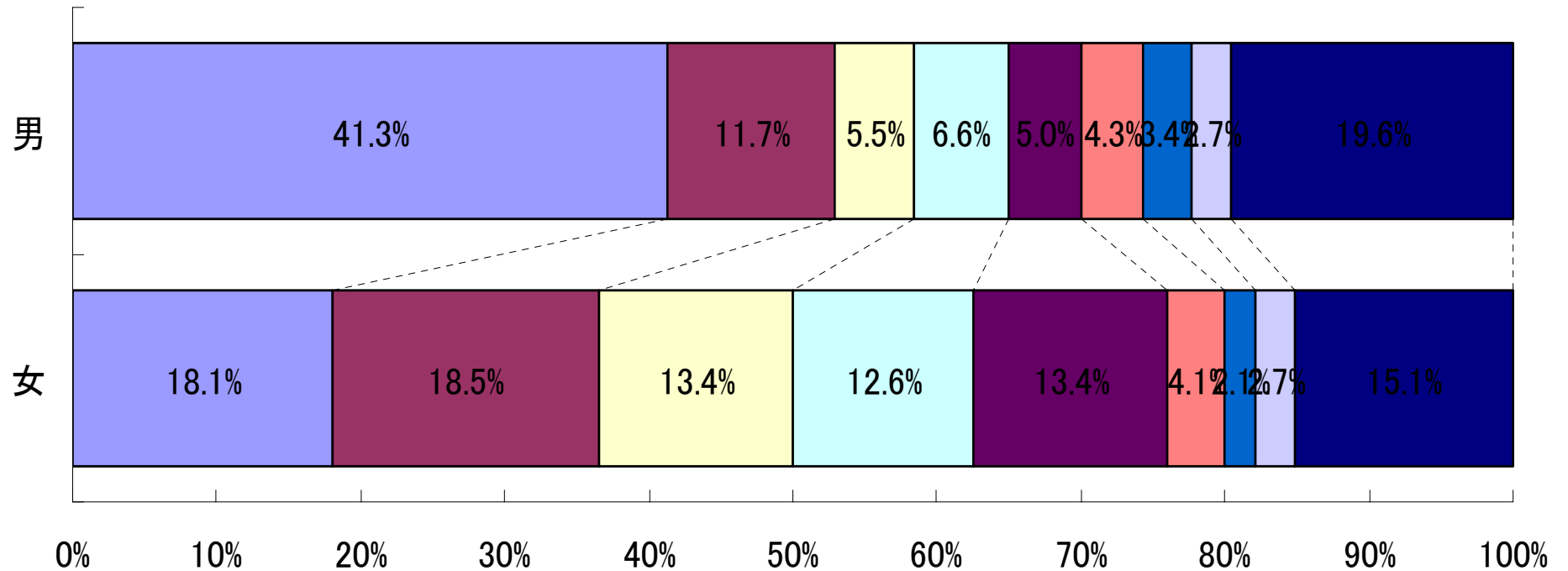


図3 年齢による要介護度の違い
(平成16年国民生活基礎調査)



- | | | |
|------------------|---------------|---------|
| ■ 脳血管疾患(脳卒中など) | ■ 高齢による衰弱 | ■ 骨折・転倒 |
| ■ 認知症 | ■ 関節疾患(リウマチ等) | ■ 心臓病 |
| ■ 呼吸器疾患(肺気腫・肺炎等) | ■ 視覚・聴覚障害 | ■ その他 |

図4 性別による要介護度の違い
(平成16年国民生活基礎調査)



- | | | |
|------------------|---------------|---------|
| ■ 脳血管疾患(脳卒中など) | ■ 高齢による衰弱 | ■ 骨折・転倒 |
| ■ 認知症 | ■ 関節疾患(リウマチ等) | ■ 心臓病 |
| ■ 呼吸器疾患(肺気腫・肺炎等) | ■ 視覚・聴覚障害 | ■ その他 |

生活習慣病予防及び介護予防の「予防」の段階

→生活機能低下の予防、維持・向上に着目し、3段階に整理

生活習慣病予防

一次予防

健康づくり

二次予防

疾病の早期発見、早期治療

三次予防

疾病の治療、重度化予防

健康な状態

疾病を有する状態

活動的な状態

虚弱な状態

要介護状態

介護予防

一次予防

生活機能の維持・向上

二次予防

生活機能低下の早期発見、

早期対応

三次予防

要介護状態の改善・

重度化の予防

時間

注) 一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

「生活機能評価」の目的

- ① 介護予防に資するサービスの対象である特定高齢者の早期把握。具体的には、効果的スクリーニングにより、要介護状態を容易にもたらず生活機能の低下に対する早期発見・早期対応を行う。
- ② 介護予防に資するサービスを安全に実施するための基礎データを得る。具体的には、ケアマネジメント後に提供されるさまざまな介護予防個別サービスの利用に際し、安全管理や禁忌者の把握を含め適切に活用される情報提供。
- ③ 対象者である高齢者の健康維持と介護予防に対するモチベーションの向上。

「基本健診」(40歳以上)

中年期

「生活習慣病」の予防

- がん
- 脳卒中
- 心臓病
- 糖尿病
など

病気の早期発見
早期治療

「生活機能評価」(65歳以上)

高齢期

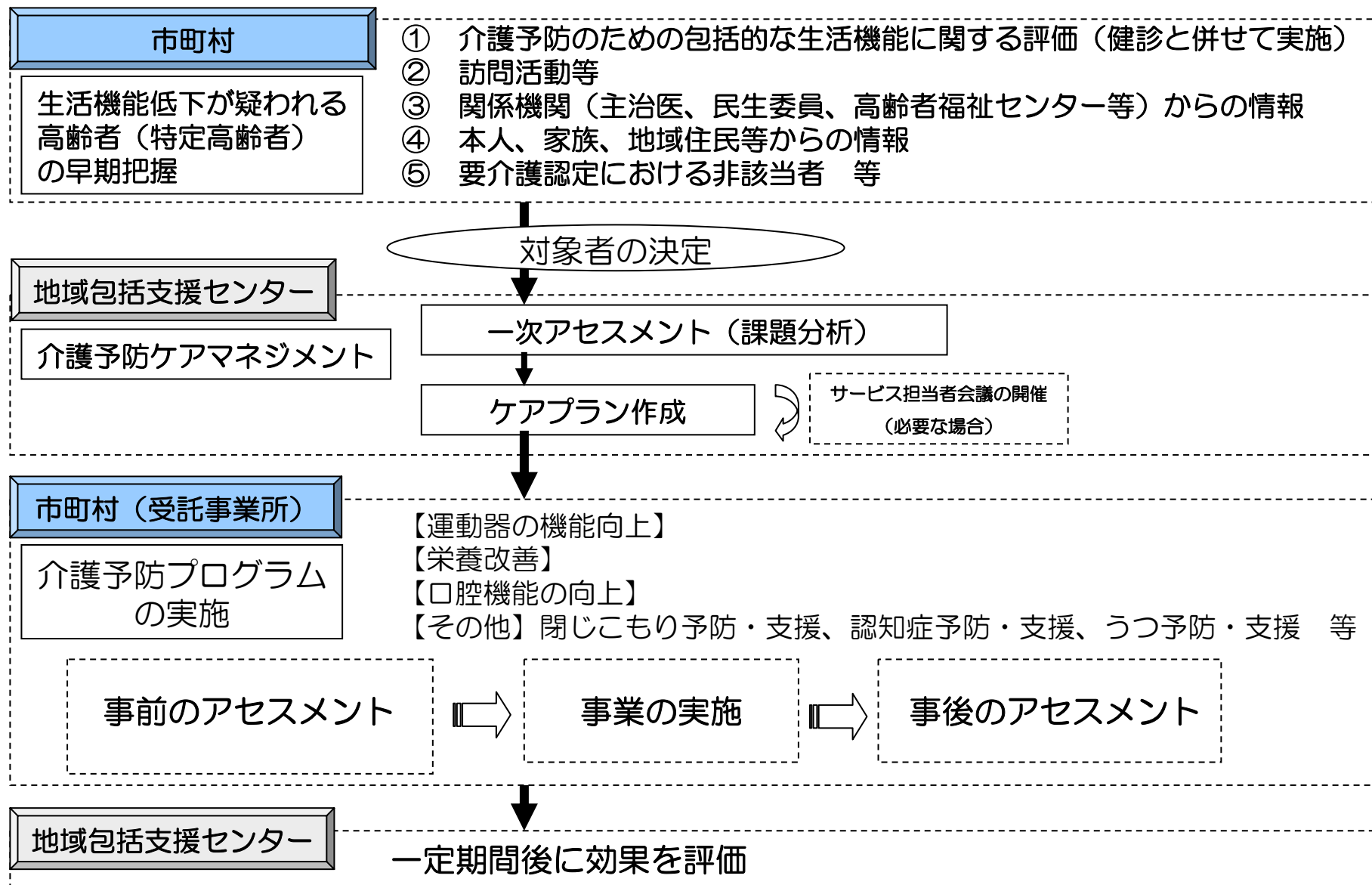
「老年症候群」や「廃用症候群」の予防

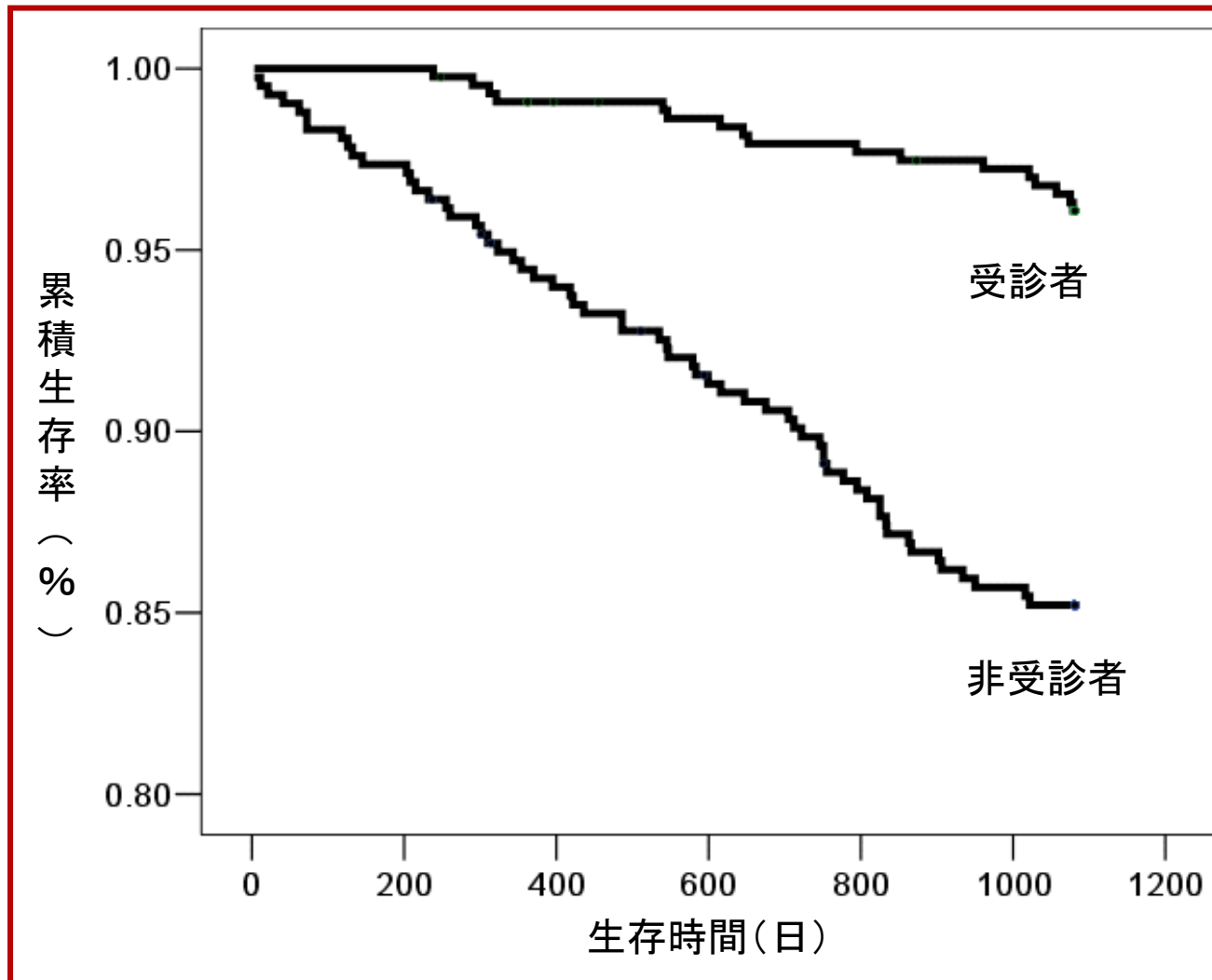
- 生活機能低下
- 尿失禁
- 低栄養
- 口腔ケア
- 転倒・骨折
- 軽度認知症
- うつ
- 閉じこもり
など

「危険な
老化のサイン」の
早期発見
早期対処

介護予防はまず「基本健診」＋「生活機能評価」から始まる。

介護予防特定高齢者施策の流れ





Kaplan-Meier法による生存曲線により健診受診者と非受診者の生命予後を比較したところ、受診者は非受診者よりも死亡リスクが有意に低かった (Log-rank test: $P < .001$) .

(Iwasa, Suzuki; 2005)

「生活機能評価」の実施体制（平成18, 19年度）（1）

- 老人保健事業の**基本健康診査と併せて**、
 - 集団方式（医師等を雇い上げて公民館、健診車等で実施）
 - 医療機関一括方式
（受託医療機関において日時を定めて一括して実施）
 - 医療機関個別方式
（受託医療機関において日常診療において実施）等により実施することを検討。
- 特定高齢者を早期に把握するために、**通年で受診**できる体制を整備することを検討。

「生活機能評価」の実施体制（平成18, 19年度）（2）

- 要介護状態あるいは顕著な虚弱化を予防するためには、**要介護状態や虚弱化をもたらす主要な危険因子を早期に発見し**、生活指導や改善プログラムに結びつけることが必要である。
- このような危険因子の早期発見には効果的でしかも簡便な検査によってスクリーニングを行う必要がある。しかも、危険因子の状態を適切に評価し、要介護状態や虚弱化の可能性を適確に判定し、適切な予防対策を取るためには、その**測定方法や評価方法が科学的**であり、標準化されていることが重要である。

「生活機能評価」の実施体制（平成18, 19年度）（3）

- 「生活機能評価」の対象者は、当該市町村に居住地を有する**65歳以上の高齢者**とする。介護保険サービス受給の有無は問わないが、介護予防の理念から、特に要介護認定者のなかで今回新たに設定される要支援1および要支援2と認定された者、**地域における特定高齢者（生活機能が低下しているハイリスク高齢者）**が基本的な対象者であり、高い受診率が求められる。
- 「介護予防」の概念を一般に啓発・普及することが重要であり、「生活機能評価」に関し十分な周知活動や幅広い広報が必要である。

「生活機能評価」の実施項目（案）

- 問診・・・既往歴，現病歴，生活機能関連項目
- 身体計測・・・身長，体重，BMI
- 理学的検査・・・視診，打聴診，触診，関節可動域，嚥下機能
- 血圧測定
- 心電図検査（選択）
- 貧血検査（選択）
- 血清アルブミン値
- 運動機能検査・・・握力，開眼片足立時間，歩行速度

生活機能に関するチェック項目(案)

生活機能に関するチェック項目のデータは、

- ・高齢者の生活機能低下の早期把握
- ・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に活用する。

項 目	生活機能低下の 早期発見に資する項目	リスク管理に 関する項目
問 診		
既往歴	○（生活機能全般）	○（生活機能全般）
現病歴	○（生活機能全般）	○（生活機能全般）
生活機能に関する項目	○（生活機能全般）	○（生活機能全般）
・基本チェックリスト		
・痛みの有無，視力，聴力等		
身体計測		
身長	○（栄養）	
体重	○（栄養）	
BMI(kg/m ²)	○（栄養）	
	BMI≤18.5で「やせ」	

黒字は現行の老人保健事業の基本健康検査の項目を活用して実施する項目（但し、※印は医師が選択して実施する項目）

赤字は、生活機能に関するチェック項目として新たに追加して実施する項目

◎印は対象者の状況を勘案して可能な限り実施することを想定する項目 一般高齢者施策

理学的検査

視診：顔貌や表情，歩行動作，整容の状態，口腔内の衛生

○（生活機能全般）

打聴診：心音，肺音

○（生活機能全般）

触診：下肢の筋肉量低下の有無

○（生活機能全般）

関節可動域：動きと痛みに関する簡易な検査

○（運動器）

嚥下機能：反復唾液嚥下テスト

○（口腔）

黒字は現行の老人保健事業の基本健康検査の項目を活用して実施する項目（但し、※印は医師が選択して実施する項目）

赤字は、生活機能に関するチェック項目として新たに追加して実施する項目

◎印は対象者の状況を勘案して可能な限り実施することを想定する項目 一般高齢者施策

血圧測定		
血圧：2回測定が望ましい		○（運動器） 180/100mmHg以上は禁忌 160/90mmHg以上は慎重
循環器検査		
※心電図検査		○（運動器） 虚血性変化や不整脈についての確認
※貧血検査		
赤血球数		○（運動器）
ヘモグロビン値		○（運動器） 男性 $\geq 14.0\text{g/dl}$ 女性 $\geq 12.0\text{g/dl}$ が目安
ヘマトクリット値		○（運動器）

黒字は現行の老人保健事業の基本健康検査の項目を活用して実施する項目（但し、※印は医師が選択して実施する項目）

赤字は、生活機能に関するチェック項目として新たに追加して実施する項目

◎印は対象者の状況を勘案して可能な限り実施することを想定する項目 一般高齢者施策

血清アルブミン		
血清アルブミン	○（栄養） 3.5g/dl 以下：栄養改善プログラム	
◎運動機能	○（運動器）	
	：握力，開眼片足立時間，歩行速の3項目	

黒字は現行の老人保健事業の基本健康検査の項目を活用して実施する項目（但し、※印は医師が選択して実施する項目）
 赤字は、生活機能に関するチェック項目として新たに追加して実施する項目
 ◎印は対象者の状況を勘案して可能な限り実施することを想定する項目 一般高齢者施策

◎ 運動機能

運動機能測定項目	基準値		基準値以下の場合の配点
	男性	女性	
握力（kg）	<29	<19	2
開眼片足立時間（秒）	<20	<10	2
歩行速度（m/秒）	≥4.4	≥5.0	3
配点合計	0-4点 ... 生活機能の著しい低下を認めず		
	5-7点 ... 生活機能の著しい低下を認める		

評価・判定方法（特に数値化可能な項目）

- BMI・・・18.5未満は「低栄養」の可能性（アルブミンの確認）
- 嚥下機能・・・「反復唾液嚥下テスト」で3回以下は嚥下機能障害の可能性
- 血圧・・・180/100mmHg以上は運動器の機能向上サービス実施を控える（禁忌）
160/90mmHg以上は慎重に実施する
- 貧血検査・・・男性14.0g/dl, 女性12.0g/dlを一応の基準とし、運動器の機能向上サービスの提供の可否を判定する

● 血清アルブミン

血清アルブミン値3.5g/dl以下の場合、疾病の有無を確認し、原因となる疾病のない場合には確実な低栄養として、栄養改善のためのサービスプログラムへの参加が推奨される。

● 運動機能(3項目測定)

運動機能測定項目	基準値		基準値以下の場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	<29	<19	2
開眼片足立時間 (秒)	<20	<10	2
歩行速度 (m/秒)	≥4.4	≥5.5	3
配点合計			
0-4 点 … 生活機能の著しい低下を認めず			
5-7 点 … 生活機能の著しい低下を認める			

実施機関において、介護予防の観点より総合判定を行う(案)

問診、身体計測、理学的検査、血圧測定、心電図検査、血液生化学的検査、運動機能検査データをもとに、総合的に判定

1 介護予防の視点より、(1)(2)について判定する。

(1)医療の必要性

まず、医療の要否について判定する。

→介護予防に資するサービス等を受けることが可能と考えられる者について、介護予防の視点より(2)の判定を行う。

(2)「生活機能の著しい低下」があるか？

①なし： 評価の結果ではいずれの項目にも生活機能の低下所見を認めないか、あるいは生活機能は比較的良好と判断される場合。

②あり： 介護予防に資するサービス(新予防給付及び介護予防事業等)の利用が必要と判断される場合。

※「医療の必要性」と「生活機能の著しい低下」の関係

生活機能の低下の原因について、介護予防に資するサービス等の利用より医療を優先する必要性が認められると判断される場合は、適切に医療を行う。

2 介護予防に資するサービスの利用、留意点等

「生活機能の著しい低下」があるが、「医療を優先する必要性」がないと考えられる場合、受診者が利用することが望ましいプログラム等及びその判断の基となる評価項目、利用の際の医学的管理からの留意事項等について判断。

問診における基本チェックリスト(案)

Ⅲ. 以下の質問にお答え下さい。

No.	質 問 項 目	回 答 (いずれかに○を お付け下さい)	
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	日用品の買い物をしていますか	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	片足立ちで靴下をはいていますか	0. はい	1. いいえ
7	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
8	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
9	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
10	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
11	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
12	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
13	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
14	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
15	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
16	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
17	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
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	薬を決められた通りに飲んでいますか (飲んでいる場合のみ)	0. はい	1. いいえ
22	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
23	(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
24	(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
25	(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
26	(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

(すべて答えたかどうか、もう一度ご確認ください)

精度管理における市町村の役割

①「生活機能評価」の対象者の把握と管理

- 市町村は対象者の名簿を作成するなどにより、「生活機能評価」の実施計画を作成する際の基礎資料とする。また、これまでの「基本健診」の受診状況や検診結果などの記録整備が必要である。
- 平成18年度以降では、「生活機能評価」の受診状況、結果、あるいは介護予防サービスプログラムの参加状況や改善状況についても個人票等を作成し記録の整備が必要となる。

② 検体検査の精度管理

- 現行の老人保健に基づく基本健康診査（基本健診）における検体の精度管理と同様にこれを実施する。

③「生活機能評価」の結果活用

- 「生活機能評価」によって得られた結果あるいは（横断，縦断の）データについては、これを充分活用し、介護予防事業がより効率的・効果的に運用されるよう配慮しなければならない。

「生活機能評価に関するマニュアル」作成研究班名簿（五十音順）

研究員	所 属
磯 博康	大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学講座公衆衛生学教授
井藤 英喜	東京都保健医療公社多摩北部医療センター
植田 耕一郎	日本大学歯学部摂取機能療法学
歌川 さとみ	東京都千代田区役所保健福祉部介護保健課
大川 弥生	国立長寿医療センター生活機能賦活研究部
太田 壽城	国立長寿医療センター
金川 克子	石川県立看護大学
島本 和明	札幌医科大学 医学部内科学第二講座
鈴木 隆雄（主任研究者）	東京都老人総合研究所
野中 博	日本医師会
本間 昭	東京都老人総合研究所
協力研究員	
杉山 みち子	神奈川県立保健福祉大学
平野 浩彦	東京都老人医療センター歯科口腔外科

運動器の機能向上について

運動器の機能向上についての研究班

主任研究者：

東京都老人総合研究所介護予防緊急対策室長
大淵 修一

運動器の機能向上の役割

- 「運動器の機能向上」のねらい

- － 高齢者が要介護状態になること並びに、すでに軽度な要介護状態にある高齢者が重度な要介護状態になることの予防を目的としている。

「運動器の機能向上」が持つ3つの特徴

①QOLの向上

高齢者が意欲を持って運動器の機能向上を行うことが重要

社会的・心理的にも好ましい影響を与え、最終的には高齢者のQOLを高める

好循環が予想される

②サービス提供手法の改善

新予防給付や地域支援事業が適切に実施されていることを確認する

介護予防としてより効果的で、効率的な手法として改善を進めるため

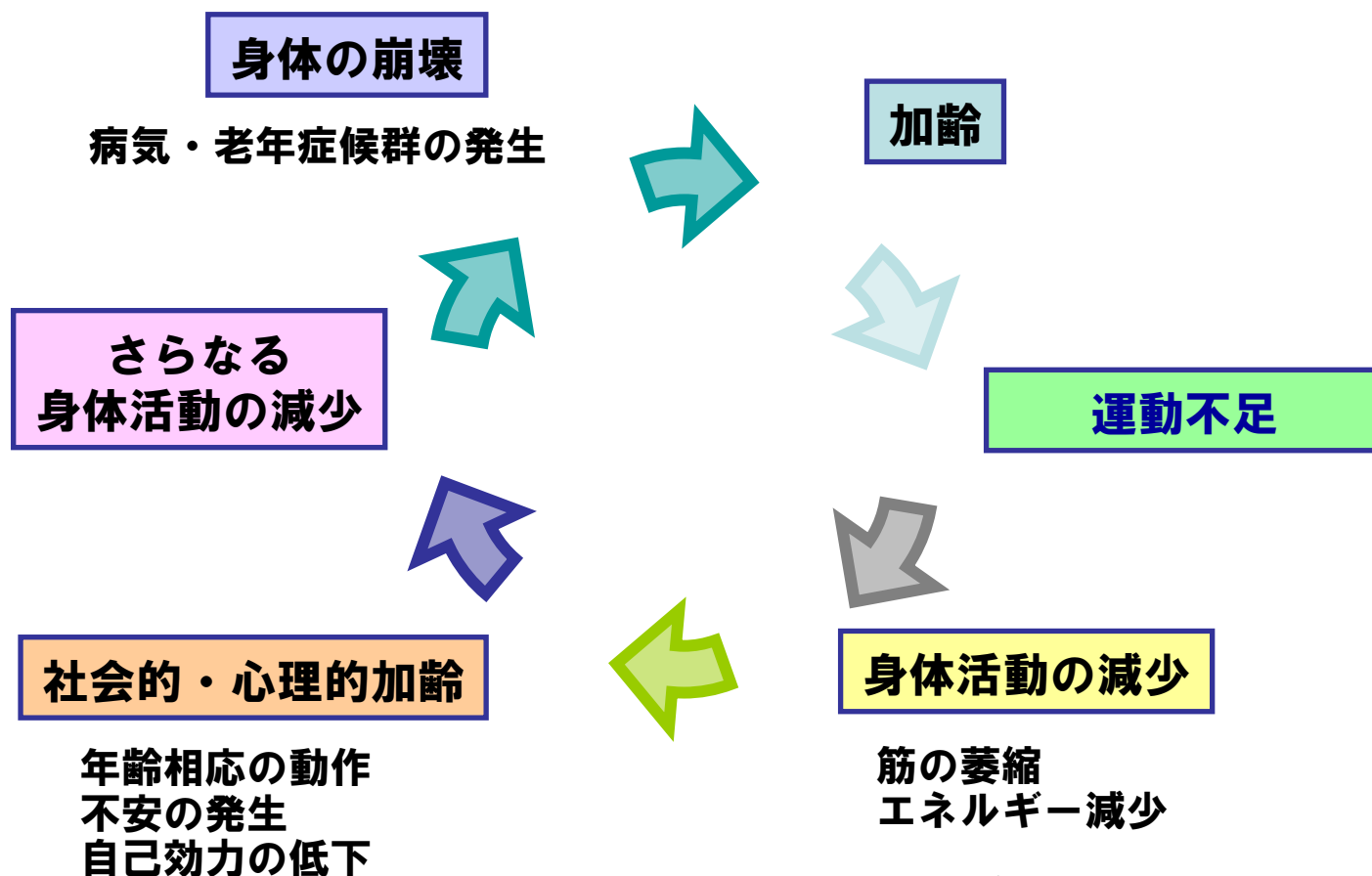
③個別マニュアルの作成

科学的に確からしい手法であっても、地域特性を加味しなければ、地域に根付くことは難しい

詳細な個別のマニュアルが作成されることが重要

「悪循環」から「好循環」へ

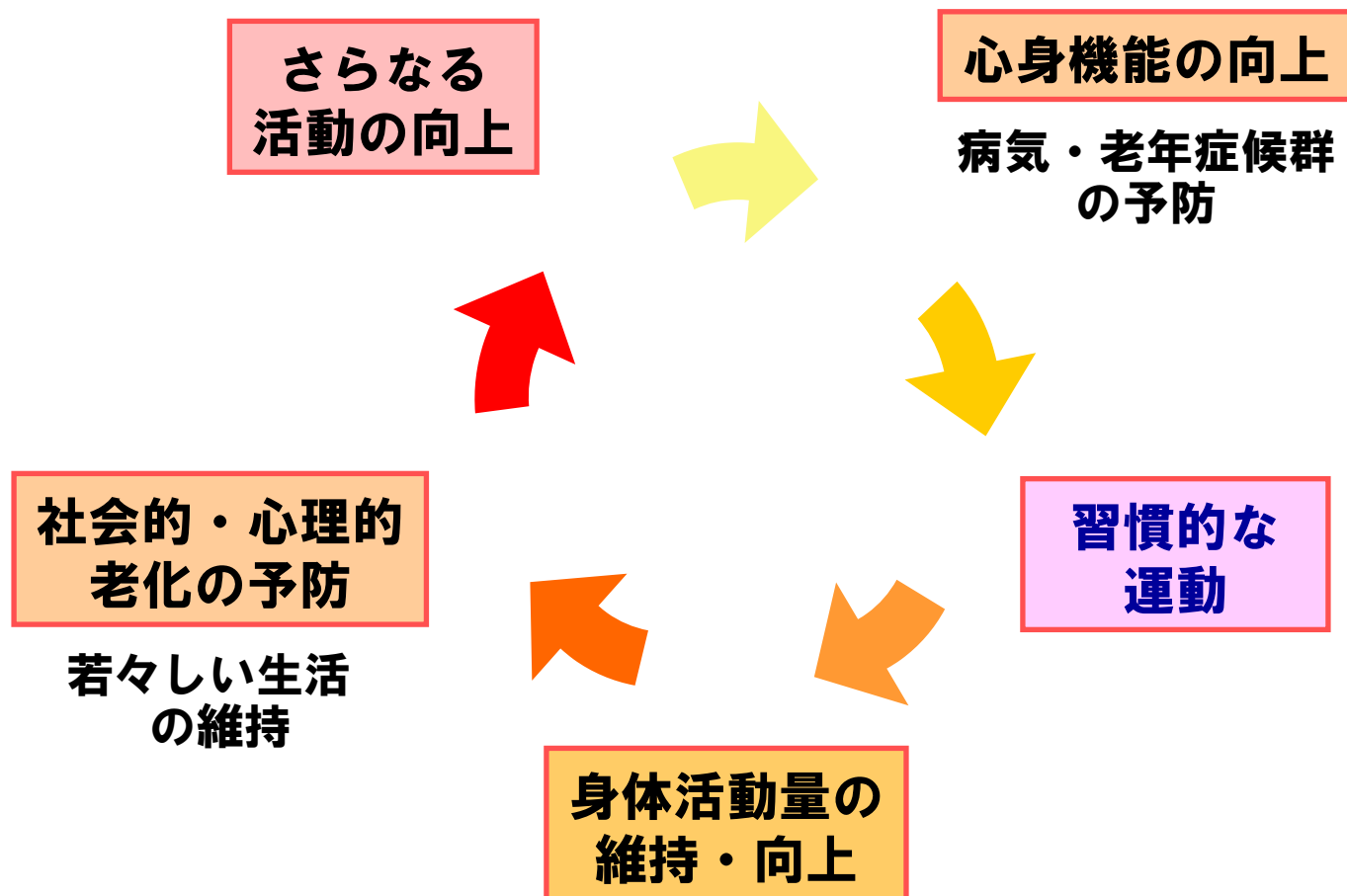
運動－加齢の連鎖



(Berger BG, 1987より一部改変)

「悪循環」から「好循環」へ

介護予防による好循環



「高齢期における運動の効果」

- **これまでは不可逆的なものと考えられてきた**
 - 高齢による衰弱、転倒など明確な疾病ではないものの、加齢に伴う生活機能の低下(老年症候群)
- **高齢者における運動の効果**
 - Fiatarone (1994)
 - 米国のナースィングホームに居住するほどの虚弱な高齢者であっても、運動器の機能向上がもたらされ、生活機能が改善する
 - 85歳以上の高齢者であっても、介入効果を期待できる
- **今後の展望**
 - 老年症候群の多くは、身体や精神の活動低下が背景にあるため、積極的な働きかけによって改善することが期待できる
 - * 運動器の機能低下の改善や予防が可能であることを裏付ける報告は、1990年以降、国内外で数多くなされている。

目指すべき基本的な考え方

- ①「長寿」から「元気で長生き」へ
- ②「老年症候群」を予防
- ③個別評価に基づく包括的な介入
- ④地域での高齢者の生活を支える

介護予防ケアマネジメントの留意点

- **運動器の機能向上の効果を広く地域に周知**
 - 多くの機会を通じて事例の提示
 - 体験プログラムの紹介
- **インフォームドチョイスを基本**
 - 高齢者自身が健康を維持するという能動的な健康増進活動の維持を本質
 - 対象者の主体的な関わりが必要
- **目的志向でのサービス紹介**
 - 高齢者の生活を豊かにするための手段
 - 運動器の機能向上やサービス提供自体を目的とするものではない
- **地域での自主活動の促進**
 - 地域での健康増進活動の一環として継続的に利用者自身が主体的に参加
- **複数のリスクを持つ対象者への対応**
 - いくつかのサービスを組み合わせて同時に提供
 - 時間差をつけてサービスを提供
- **定期的なフォローアップ**
 - 運動器の機能低下が再び出現していないか継続的に評価

～「新予防給付」と「地域支援事業」 における位置づけ～

運動器の機能向上サービスは、
「新予防給付」「地域支援事業」として提供される

新予防給付の場合

対象者

- 要支援1、要支援2
- 生活機能向上のために運動器の機能向上が必要と判断されたもの

実施場所

- 介護予防通所介護（デイサービス）：機能訓練が必要と考えられる要支援者
- 介護予防通所リハビリテーション（デイケア）：医学的な管理の下でより専門的なリハビリテーションが必要と考えられる要支援者

地域支援事業の場合

対象者

- **特定高齢者施策**: 地域の資源から運動器の機能向上が必要な虚弱高齢者を見つけ出し、運動や生活改善などを通じて主として集団的な対応
- **一般高齢者施策**: 地域住民に運動器の機能向上の重要性を理解してもらうことを目標に、簡単な運動を行うような行事への参加や、パンフレットの配布

目的

- 運動器の機能向上を通じた生活機能の改善のために、市町村が地域住民に対して実施

サービスの実施体制

- 効果的かつ効率的に運動器の機能向上が図ることができるよう、施設・設備・人員・運営について必要な体制がとられていることが不可欠である。
 - － 従事者について
 - 運動器のみではなく、心理的また社会的にも理解し、安全にサービスが提供できる者
 - － 介護保険の知識(地域支援事業を含む)
 - － 老年学の知識
 - － 運動器の機能向上にかかわる知識
 - － 他職種の役割と業務についての知識
 - － 安全管理体制について
 - 事故発生時の対応を含めた安全管理マニュアルを整備する
 - － 対象者から除外すべきものの要件
 - － 事故防止を含めた、運動を行う際の留意点の遵守
 - － 安全管理マニュアルの内容の確認および更新
 - － AED(自動体外式徐細動器)の設置

運動を行う際の留意点

運動前

- ・運動前に状態のチェックを行う
- ・事前の注意事項を参加者に周知する

運動中

- ・自覚症状や他覚所見に基づく安全の確認を行う
(顔面蒼白・冷や汗・吐き気・嘔吐・脈拍、不整脈など)

運動後

- 運動終了後に状態を確認し、必要に応じて処置をとる
(運動終了後すぐに解散することなく、しばらく状態を観察する)

運動を行う際の注意点

- **体力の諸要素(筋力、バランス能力、柔軟性)を包括的に訓練**
 - 筋力のみに注目することなく、体力の諸要素を包括的に行う。
- **個別のプログラムを提供**
 - 個別プログラムの提供は、効果を高めるだけではなく、安全性・自信を高めるためにも重要
- **専門技術を有する従事者が指導**
 - 運動器の機能向上に精通
 - 運動内容や方法を適宜変更できる
- **運動の対象とする筋群**
 - 抗重力筋-下腿三頭筋、大腿四頭筋、大殿筋
 - 生活機能の向上を図る(立つ、座る、歩く、階段を昇降するなど)
- **運動の進め方**
 - 1ヶ月間のコンディショニング期間、筋力向上期間、機能的運動期間の合計3ヶ月間を1周期とした進め方

具体的な実施方法

- 新予防給付の場合

- 機器を用いた運動の場合
- 機器を用いない運動の場合



3ヶ月を1単位

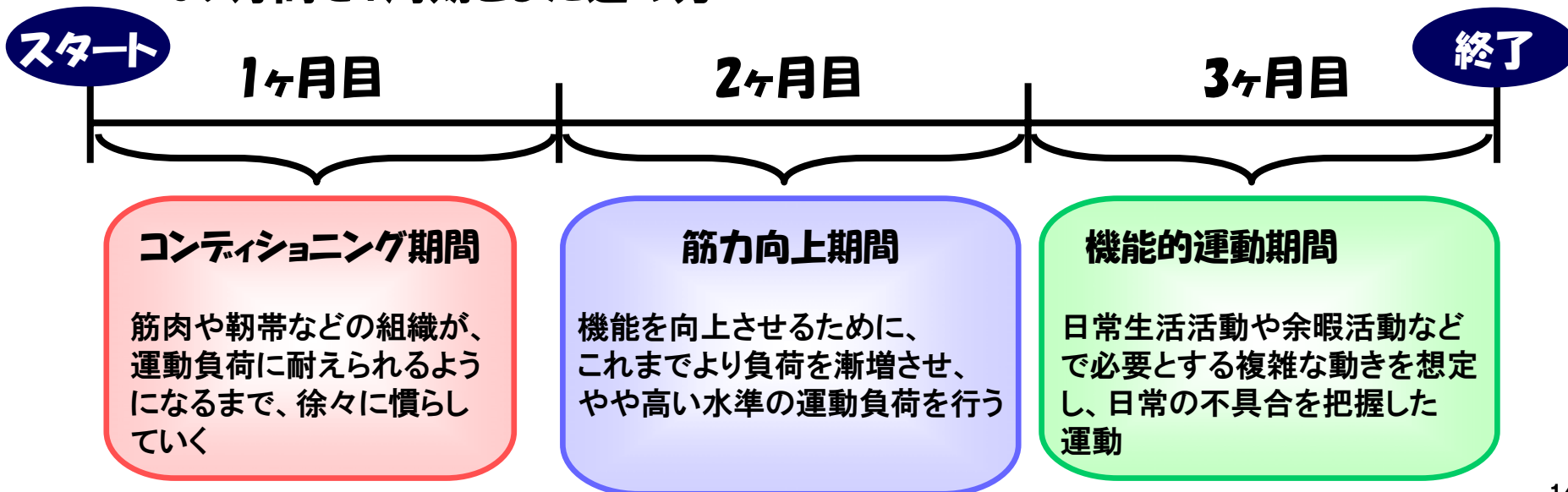


6ヶ月を1単位

- 地域支援事業の場合

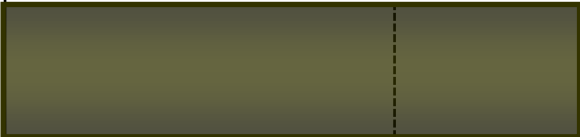
3ヶ月を1単位

- 3ヶ月間を1周期とした進め方



時期に合わせた運動内容

ウォーミングアップ

	コンディショニング期間	筋力向上期間	機能的トレーニング期間
コンディショニング			 
筋力向上	 		
機能的運動		 	

クールダウン

地域支援事業における具体例

学習時間 5分	運動 45分			学習時間 10分
	ストレッチ バランス 10分	コンディショニング 筋力向上 機能的 25分	ストレッチ リラクゼーション 10分	

《運動の例》

時期：第1期(コンディショニング期)

〔ウォーミングアップ〕



〔主運動〕



〔クールダウン〕



二次アセスメント項目

	新予防給付	地域支援事業
医学的側面	-既往歴、家族歴、服薬、転倒経験、生活習慣などの状況 -自覚症状の有無 -脈拍測定 -血圧測定	-既往歴、家族歴、服薬、転倒経験、生活習慣など -ニーズの聴取 -自覚症状の有無 -脈拍測定 -痛み -日常生活活動能力など
理学療法士等による評価	-ニーズの聴取 -関節可動域 -筋力 -感覚 -痛み -身体アライメント -日常生活活動能力など	
体力測定	-握力 -下肢筋力 -ファンクショナルリーチ -開眼片足立ち時間 -機能的移動能力(Timed Up & Go Test等) -歩行能力(通常・最大)	-握力 -開眼片足立ち時間 -機能的移動能力(Timed Up & Go Test等) -歩行能力(通常・最大)
健康関連QOL	質問紙調査	質問紙調査

実施計画の作成

新予防給付

目標設定

サービスそのものを目的とせず、
手段となるような目標の設定

実施計画の内容

- 実施に際して考慮すべきリスク
- 高齢者のニーズ
- 運動器の機能

＊明記されるべき内容

- ・運動の種類
- ・負荷の強度
- ・運動の頻度
- ・1回の運動時間
- ・実施形態

モニタリング

- 脈拍
- 血圧
- 痛み
- 疲労

＊毎回調査し、日々の参考にする

地域支援事業 (特定高齢者施策)

目標設定

サービスそのものを目的とせず、
手段となるような目標の設定

実施計画の内容

対象者の最も低い体力水準の者が
実施可能な内容を選択

＊体力水準の高いものへの配慮もする

モニタリング

- 脈拍
- 血圧
- 痛み
- 疲労

＊毎回調査し、必要に応じて適切な対応をとる

一般高齢者施策へのアプローチ

- **目的**

- 運動器の機能向上の効果を広く周知する

- **方法**

- 地域の特性を生かし、住民からさまざまな提案を受け入れるようにする
- 受給者としてのみではなく、提供者として捉えるようにする
- 一般高齢者の新たな地域における役割の構築

《具体案》

- 簡易な体験プログラムを作成し、生活圏域圏内で実施
- 高齢者の運営協議会を生活圏域単位で設置
- 体力測定会を生活圏域単位で実施
- 社会資源マップにまとめ、すぐに連絡が取れるように配慮
- 本サービスに資するサービス形態を公募、表彰、普及する
- 市区町村の数値目標を設定し広く普及

継続のための具体的な実施策

習慣化を促すための2つの教材

－ A:ミニ勉強会カードの作成・配布

- * 「介護予防や運動の知識・技術の講義」で使用
- * 週に1回教室に参加した際にカードを配布し、介護予防や勉強の知識をつける
- * 6ヶ月の教室終了時には、1冊の本として見返すことができるようにする
- * カードの中から高齢者自身が選んだ運動を習慣化してもらう

－ B:セルフモニタリングシートの作成

- * 「いつ」「どこで」「だれと」「何を」を明確にし、次の1週間の目標を設定する
- * 1週間の行動を記録し、自己評価を行う
- * 運動することで体に変化が現れているかどうかを確認する

運動器の機能向上支援マニュアル作成班 (50音順)

[作成]

太田 寿城	国立長寿医療センター病院 院長
◎ 大淵 修一	東京都老人総合研究所 介護予防緊急対策室長
佐竹 恵治	財団法人 札幌市健康づくり事業団
土橋 正彦	社団法人 市川市医師会 会長
中村 好男	早稲田大学 スポーツ科学学術院 教授
長澤 弘	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 教授
原 英二	岡山県保健福祉部 長寿対策課
古名 丈人	札幌医科大学保健医療学部 講師
増田 和茂	財団法人 健康体力づくり財団 常務理事

[協力]

仲 貴子	東京都老人総合研究所 介護予防緊急対策室
◎主任研究者	

栄養改善について

栄養改善についての研究班

主任研究者：

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授

杉山みち子

1.「栄養改善」のねらい

高齢者にとっての「食べること」の意義(1)

○楽しみ、生き甲斐と社会参加の支援

○生活の質の改善

「食べること」に伴う生活機能の向上

コミュニケーションの回復

生活のリズムの調整

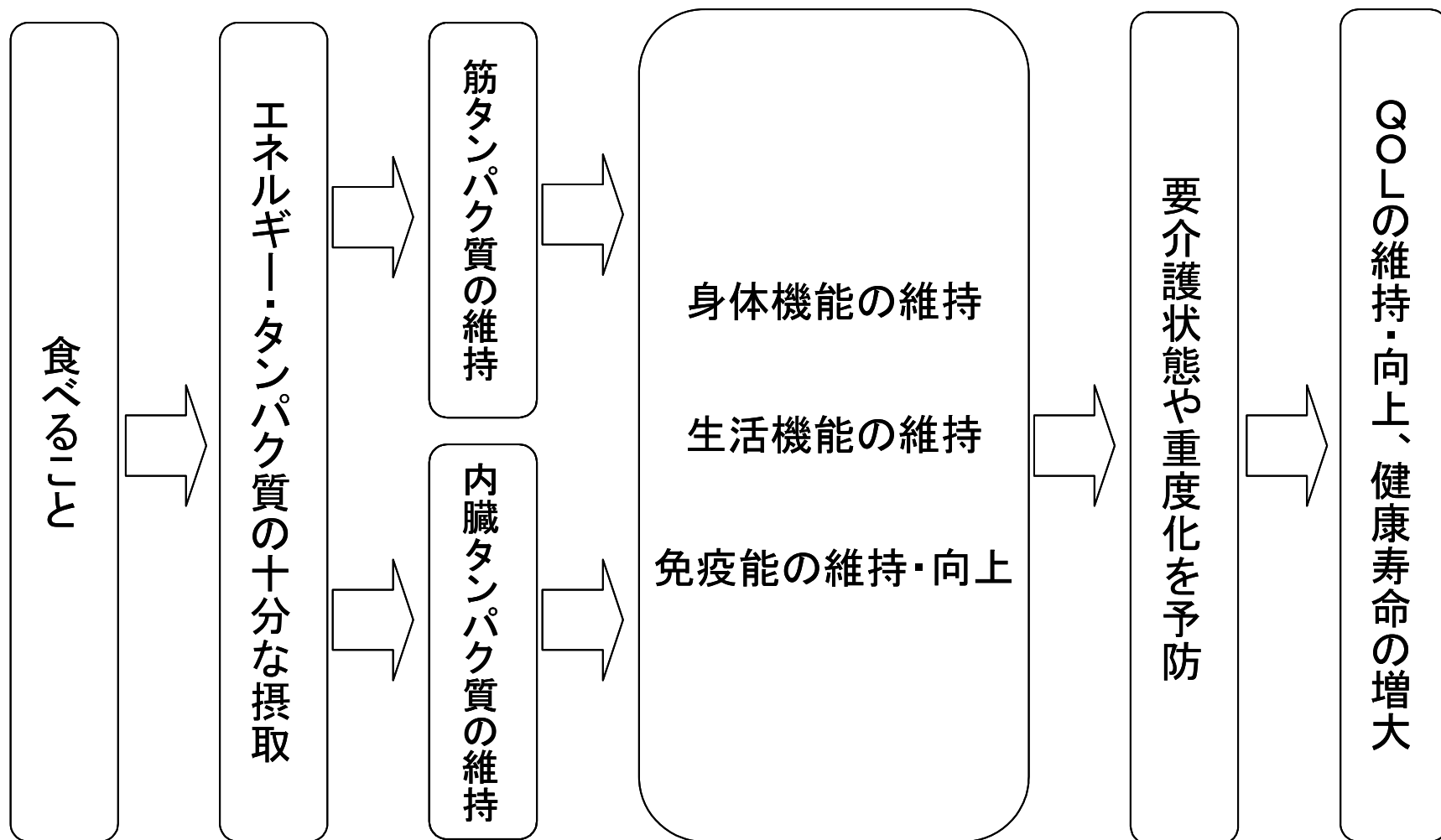
○低栄養状態の予防と改善



自己実現(やりたいことをすること)

高齢者にとっての「食えること」の意義(2)

—低栄養状態の予防と生活機能の維持—

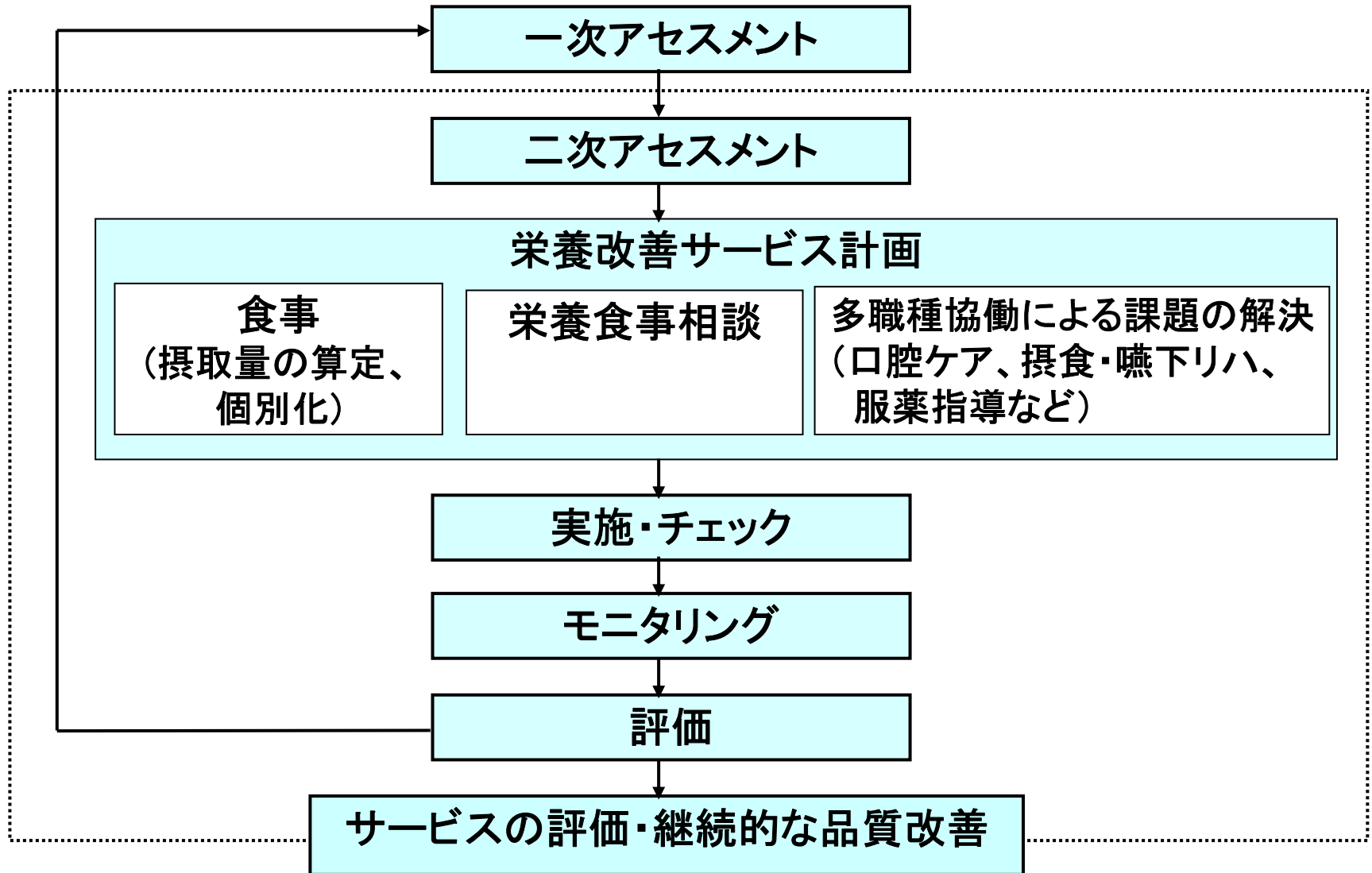


「栄養改善」を必要とする根拠

- 要介護高齢者の低栄養状態は、適正なタンパク質・エネルギーの摂取、個別の栄養相談によって改善する(ランダム化比較研究、1997)
- 自立高齢者の低栄養状態は、適正なタンパク質・エネルギーの摂取によって体重増大、身体機能を向上(握力、最大歩行速度など)し、改善する(メタ分析、2003)
- 自立高齢者の心身の状況、10m最大歩行速度は、栄養改善に関するサービスの利用によって改善する(厚生労働省「市町村介護予防モデル事業 中間報告」)

2. 効果的な取組の基本的な考え方

栄養ケア・マネジメント体制



栄養ケア・マネジメント体制のもとに 「栄養改善」に取り組む

- アセスメント
- 計画
- 実施
- 実施内容の確認、実施上の問題の解決
- 再アセスメント(モニタリング)
- 評価
- サービスの継続的な品質改善活動

「栄養改善」の概要

	介護予防 一般高齢者施策	介護予防 特定高齢者施策	新予防給付
対象者	65歳以上全ての高齢者	非認定の低栄養状態の 恐れのある高齢者	要支援1, 2の低栄養状 態の恐れのある高齢者
実施場所	市町村保健センター等	市町村保健センター等、 委託する場合は民間事 業所	介護予防通所介護、介 護予防通所リハビリテー ション
実施内容	高齢者の「食ること」支 援する「まちづくり」、その ための普及啓発活動や ボランティアの育成と活 動支援	管理栄養士による小グ ループの栄養相談や栄 養教室	管理栄養士による個別 栄養相談
		介護予防一般高齢者施策（「食ること」の場、外出 支援、配食サービスなど活用	

3. 具体的な取組内容

介護予防一般高齢者施策 (ポピュレーション・アプローチ)

介護予防一般高齢者施策

「栄養改善」を目的とした地域栄養改善の要点

- 栄養ケア・マネジメント体制の整備
- 十分に「食えること」を通じて低栄養状態を予防するための知識と技術の普及啓発
- 高齢者の自己マネジメント能力の養成
- 高齢者自身の地域栄養改善活動への参画を通じた自己実現
- 低栄養状態の恐れのある者の早期発見と地域包括支援センターへの連絡、対応への協力
- 特定高齢者施策や新予防給付利用者への補完的あるいは継続的サービスとしての役割

介護予防一般高齢者施策 「栄養改善」(案)

- 講演会などの健康教育の実施
- 愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーの募集
- 課題把握と計画作成
- 普及啓発活動
 - ポスター、パンフレット、ホームページ
 - 商店等での栄養情報の表示、有線放送、広報誌等
- 介護予防のための個人データの自己管理
- 相談窓口の設置
- 介護予防に関するボランティアの育成
- 育成されたボランティアによる特定高齢者施策支援活動
- 評価と継続的な品質改善活動

「地域栄養改善活動」を推進する 住民育成プログラム(案)

○介護予防サービスと「栄養改善」サービス

○介護予防と「食えること」の意義

○栄養改善のための自己マネジメント

体重や血清アルブミンの自己モニタリング、食べ方など

○低栄養状態予防のための問題の早期解決

運動機能の向上、口腔ケア

閉じこもり、うつ、認知症予防との関連

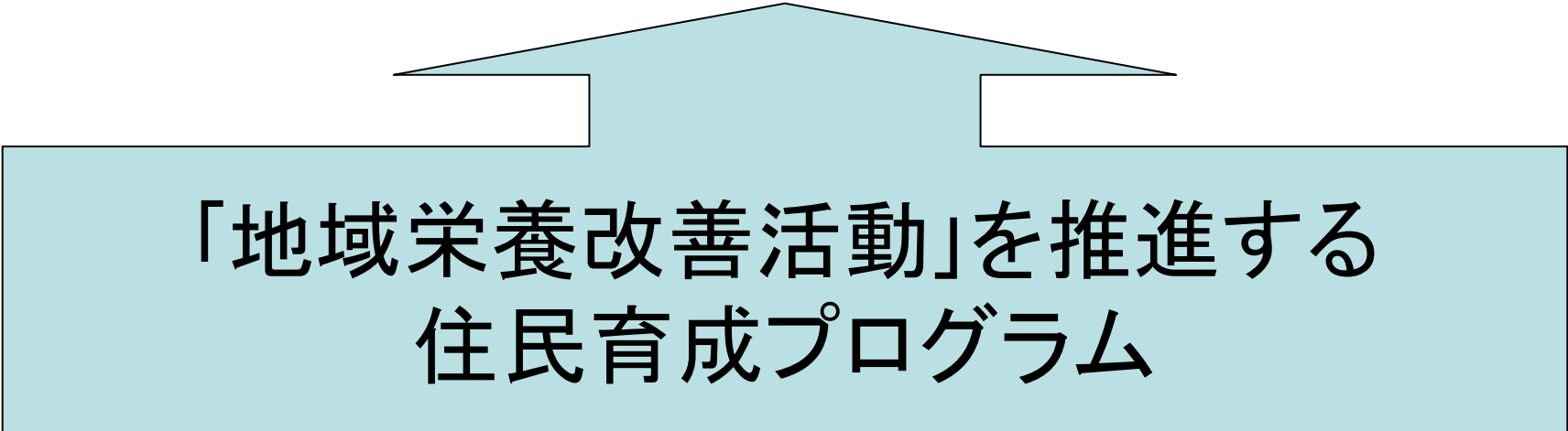
○ボランティア活動の紹介と参画

○マネジメント

担当：各専門職及びファシリテータとしてプログラム修了者

介護予防一般高齢者施策 「栄養改善」の意義

- 自己実現をはかり「活動的な85歳」へ
- 低栄養の恐れのある者の早期把握への協力
- 地域において特定高齢者施策や新予防給付の対象となった高齢者の「食べること」を支援



「地域栄養改善活動」を推進する
住民育成プログラム

介護予防特定高齢者施策 (ハイリスク・アプローチ)

介護予防特定高齢者施策

地域包括支援センターにおける低栄養状態の 恐れのある者の把握（一次アセスメント）

65歳以上の非要介護認定者で以下のいずれかに
該当した場合とする

- 「基本チェックリスト」における
1か月間に2～3kgの体重減少
- BMI18.5未満
$$\text{BMI} = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$$
- 健診などでの血清アルブミン値3.5g/dl以下

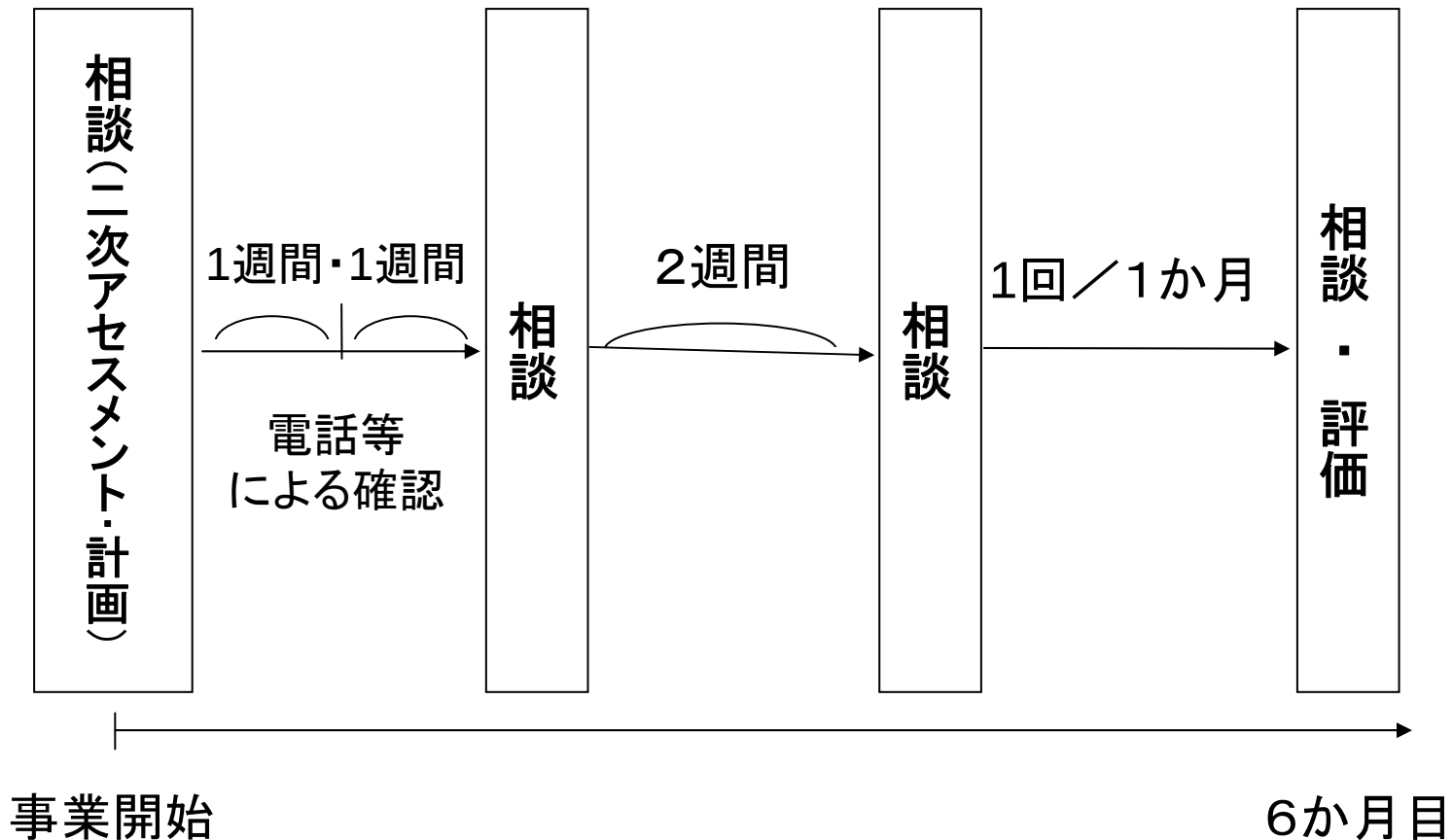
特定高齢者施策

「栄養相談」の取組において考慮すべき事項

- 尊厳のある自己実現のゴールをめざす
- 「食べること」を支援し低栄養状態の予防・改善
生活習慣病の予防・改善に対応した食事制限とは異なる
- かかりつけ医との連携
- 「指導」ではなく「相談」
- 個別の食習慣、嗜好、価値観、食文化や環境を尊重した計画作成
- 栄養ケア・マネジメント体制
- 多職種協働：運動機能の向上、口腔ケア、閉じこもり、うつ、認知症予防と連携

地域支援事業における 栄養相談の標準的な展開

(小グループ6～10人以内、6か月間に8回程度)



担当者:管理栄養士 場所:市町村保健センター等

特定高齢者施策 「栄養相談」の標準的内容

①二次アセスメント	低栄養状態のリスクの確認、食習慣、嗜好、アレルギー、食事療法、形態、生活習慣や環境、食材の購入や食事づくりなどの把握、低栄養関連問題の把握（運動機能、口腔など）
②実施計画の作成	課題の解説、利用者自身が行う計画づくり及び実行に向けての支援
③相談等	情報提供（配食サービス、食事会などのボランティア活動、便利な調理器具などの紹介）、必要に応じて実演、スケジュールの作成と配布
④事後の アセスメント	モニタリングの実施と計画の修正（初回相談1週間後の電話チェックを含めて） 評価及び地域包括支援センターへの報告

二次アセスメントにおける低栄養状態リスク

危険因子	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	☐ 18.5～29.9	☐ 18.5未満	
体重減少率	☐ 変化なし (減少3%未満)	☐ 1か月に3～5%未満 ☐ 3か月に3～7.5%未満 ☐ 6か月に3～10%未満	☐ 1か月に5%以上 ☐ 3か月に7.5%以上 ☐ 6か月に10%以上
血清アルブミン値	☐ 3.6g/dl以上	☐ 3.0～3.5g/dl	☐ 3.0g/dl未満
食事摂取量	☐ 良好 (76～100%)	☐ 不良(75%以下) (内容:)	
栄養補給法			☐ 経腸栄養法 ☐ 静脈栄養法
褥瘡			☐ 褥瘡

事後アセスメント

地域包括支援センターへの報告書として作成

- 自己実現の課題とその意欲
- 主観的健康感
国民生活基礎調査:あなたの現在の健康状態はいかがですか？
- 低栄養状態のリスク:体重、BMI
血清アルブミン等
- 計画の概要と実施状況
- 総合的評価

特定高齢者施策「栄養相談」において 配慮すべき事項

- 栄養相談において配慮すべき疾患や食事療法を有する場合には、かかりつけ医と連携して指導のもとに栄養相談を行う
- 配食サービスや地域住民による支援活動等を含めて計画の調整を連絡する
- 運動機能、口腔などの早期に解決すべき低栄養状態に関連する問題が把握された場合には、地域包括支援センターに連絡する
- 訪問での栄養相談が必要な場合には、地域包括支援センターを通じて高齢者や家族の説明、同意を得て実施する。

新予防給付

地域包括支援センターにおける低栄養状態の恐れのある者の把握（一次アセスメント）

要支援1、要支援2認定者で以下のいずれかに該当した場合とする。また、かかりつけ医からの意見書において栄養状態の不良とある場合、身長、体重については以下の事項を確認する。

○ 「基本チェックリスト」

1か月間に2～3kgの体重減少がありましたか

○ BMI 18.5未満

$\text{BMI} = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$

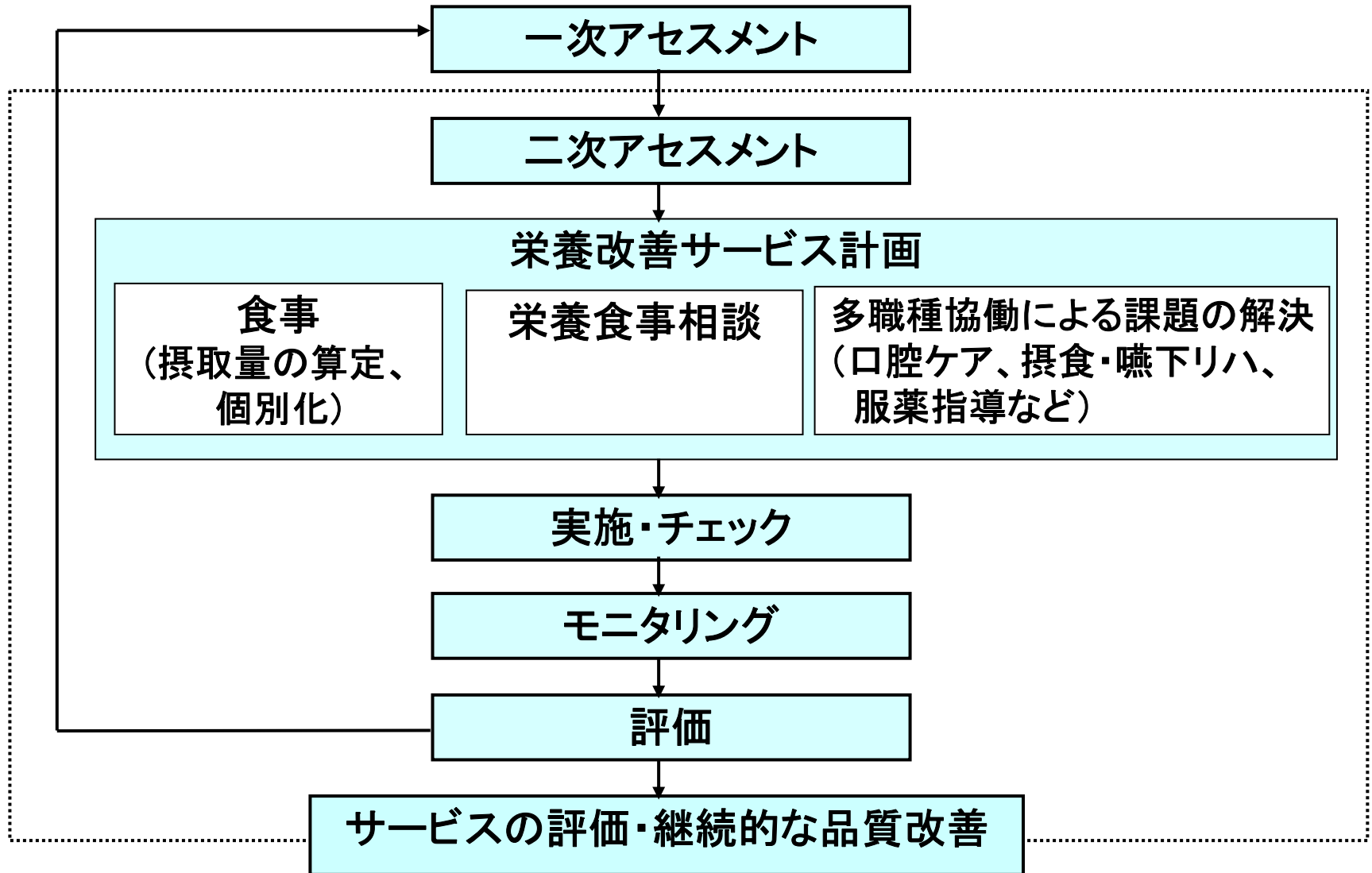
○ 健診などでの血清アルブミン値3.5g/dl以下

通所サービスでの 栄養ケア・マネジメント体制

定義;ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養改善サービスを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制

- ① 適切なアセスメントの実施に基づいた最適な栄養改善サービス計画の策定・評価
- ② 栄養改善サービス計画に基づいた利用者の個別性に対応した安全で衛生的な食事、栄養相談、多職種協働の栄養改善サービス
- ③ 低栄養状態を予防・改善し、自己実現を達成するための実務上の諸機能を効率的に発揮するための体制

栄養ケア・マネジメント体制



栄養ケア・マネジメントの理念

- 「食べること」を通じた自己実現
- 低栄養状態の改善
- 摂食・嚥下機能に適応した形態の食事
- 利用者への説明と同意
- 「栄養ケア・マネジメント」体制や手順の公表
- 他のサービスとの連携
- 評価とサービスの継続的な品質改善

二次アセスメント

- ①低栄養状態のリスクの評価、健康状態、栄養状態、食事に関する意向や意欲、主観的健康感の把握
- ②買物、食事づくり担当者、共食者とその意向や意欲
- ③食事に関する嗜好、禁忌、アレルギー、食事療法、食事摂取行為の自立、食事づくりや買物の状況、配食サービスの利用などの環境等の把握
- ④食べ方や飲み方の観察→適正な食事の形態と通常の食事への移行に関する検討
- ⑤低栄養状態と関連した口腔、摂食・嚥下障害、下痢、便秘、脱水などの問題の把握
- ⑥食事行為に関する知識・技術・意欲の状況
- ⑦食習慣、生活習慣

栄養改善サービス計画（原案）の作成

- ①利用者及び家族の意向、解決すべき課題（ニーズ）
- ②長期目標（ゴール）、短期目標
- ③食事：タンパク質、エネルギー、水分の必要量と個別対応
- ④食事づくりや買物についての改善や配慮すべき事項
- ⑤刻みやミキサー食の場合には普通食への移行の計画
- ⑥訪問介護などの調理や買物援助との連携事項
- ⑦栄養相談の実施計画
- ⑧多職種による課題の解決など

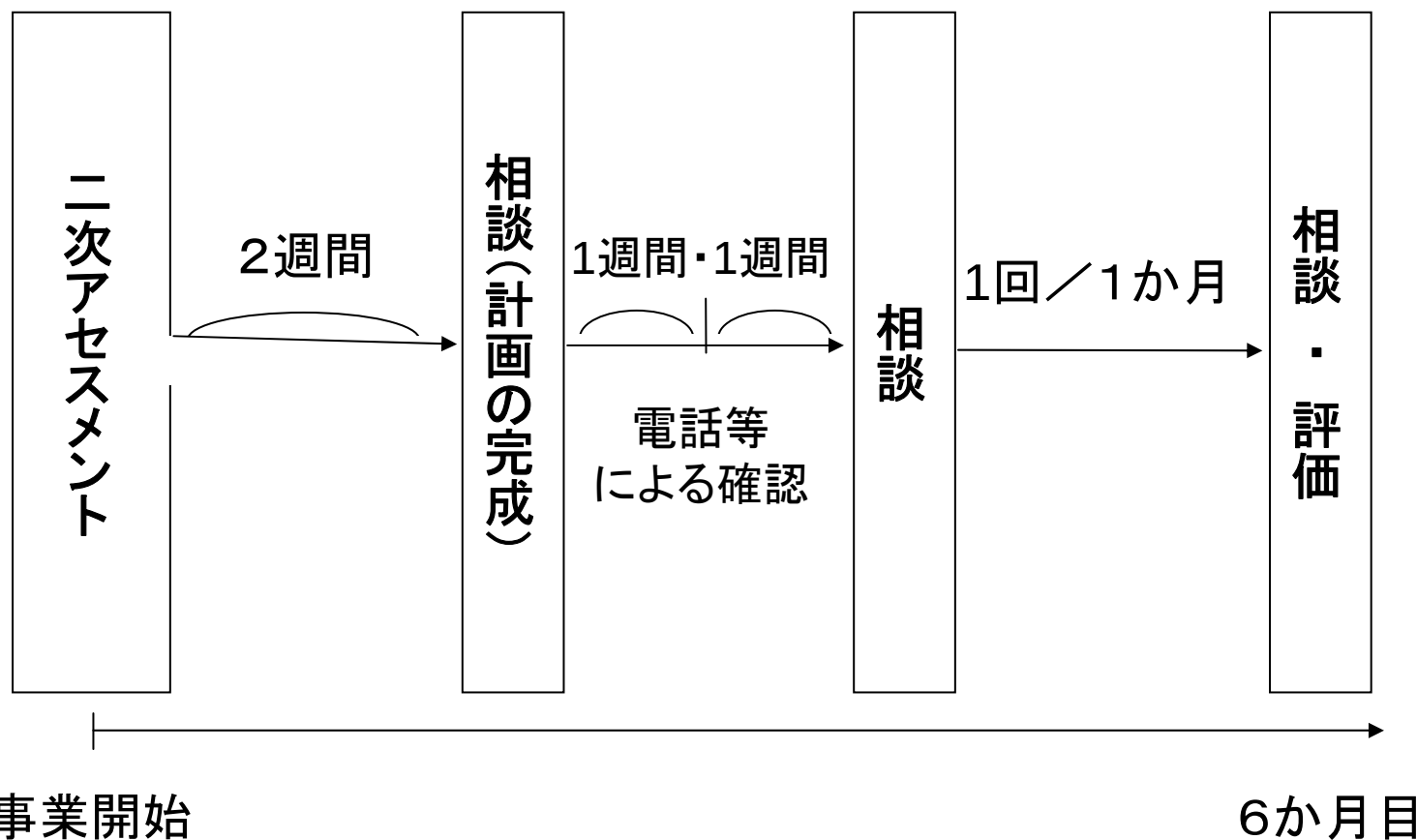
栄養相談

管理栄養士による個別重点的相談、6か月間に8回程度

- 計画に基づく課題解決に向けた相談
- 食べることの楽しみや意欲の重視
- 利用者や家族が日常的に実践できると感じられるまで計画を修正
- 自己実現の課題を明らかにし、その意欲を引き出す

新予防給付における栄養相談

〈管理栄養士によって6ヶ月間に8回程度実施〉



介護予防通所介護

介護予防通所リハビリテーション(医学的な管理の下でより専門的なプログラム)

モニタリングの実施と計画の修正 (1か月毎)

- 電話による問題チェックと解決
- 栄養相談時にモニタリングと計画の修正
- 栄養改善サービス評価書
様式例はマニュアルp63参照

事後アセスメント

地域包括支援センターへの報告書として作成

- 自己実現の課題とその意欲
- 主観的健康感
国民生活基礎調査：あなたの現在の健康状態はいかがですか？
- 低栄養状態のリスク：中リスク→低リスク
高リスク→低リスク
BMI、体重減少、血清アルブミン値
食事摂取状況等
- サービス継続性の必要性
- 計画の概要と実施状況
- 総合的評価

新予防給付 栄養改善サービスにおいて考慮すべき事項

- 本サービス終了時には、地域支援事業 一般高齢者施策「栄養改善」事業を紹介
- 6か月後も低栄養状態のリスクが残存している場合には、本サービスを継続する
- 試食や調理等の実施時には、安全・衛生管理を行う
- 身長計、体重計等の機器を設置し、利用者や家族との栄養相談ができる環境を整備する
- 地域包括支援センターは、本サービスと介護予防の各種サービスとの円滑な連携をはかる
- 管理栄養士は、かかりつけ医との連携をよく取り、「栄養改善」サービスに関する報告を行い、指導・指示を得る。

関連サービスとの連携課題

生活機能・身体機能の向上	食事や調理に関わる生活機能の自立に向けての支援、使用器具の選定、介護職との連携
口腔機能の向上	口腔機能を向上して食事摂取量を増大する。食事形態を適正に選択し、通常食への移行を検討する
摂食・嚥下リハビリテーション	食事摂取時の適切な体位保持に留意し、必要に応じて摂食・嚥下リハビリテーションを行う
栄養と薬剤の相互関係	薬剤と栄養の相互関係に留意し、薬剤、特定保健用食品、栄養機能食品、栄養補助食品などの根拠に基づいた適切な活用を行う
認知症、うつ、閉じこもり予防	各状態のおそれのある者に低栄養状態が見られる場合、各サービスと連携して栄養相談する
訪問介護など	利用者が活用している訪問介護などの調理や買物に関する支援を考慮した計画作成をし、情報提供する
医師の指導等	かかりつけ医との連携をよく取り、報告、指導、指示を得る

21世紀の明るく活力のある 超高齢化社会にむけて

高齢者の栄養ケア・マネジメントの新しい潮流は、
本年10月1日の介護保険制度改正において介護
保険施設から始まりました。そして、来年4月には
地域における介護予防のための「栄養改善」サー
ビス等へと展開していきます。

関連者の皆様の一層のご理解、ご協力・ご支
援をお願い申し上げます。

地域支援事業及び新予防給付における栄養改善に関する サービスのあり方研究班

石井	みどり	(日本歯科医師会常務理事)
江頭	文江	(地域栄養ケアPEACH厚木)
加藤	昌彦	(梶山女学園大学教授)
梶井	文子	(聖路加看護大学老年看護講師)
神田	晃	(岡山大学医学部保健学科看護学専攻地域看護学教授)
小寺	由美	(福井県立病院栄養管理室)
小山	剛	(社会福祉法人長岡福祉協会 こぶし園園長)
斎藤	恵美子	(日本看護協会政策企画部)
清水	幸子	(老人保健施設 相模大野)
○杉山	みち子	(神奈川県立保健福祉大学教授)
西村	秋生	(名古屋大学医学部大学院助教授)
野中	博	(日本医師会常任理事)
星野	和子	(医療法人溪仁会経営戦略部栄養マネジメント室室長)
矢守	麻奈	(学校法人 河崎学園)
協力研究者		
焰硝岩	政樹	(岡山県保健福祉部健康対策課健康づくり班)
岡田	文江	(茨城県筑西保健所健康増進課長)
迫	和子	(神奈川県秦野保健福祉事務所保健福祉課)
宮本	啓子	(日本労働者協同組合連合会 センター事業団)
事務局	神奈川県立保健福祉大学 天野由紀、五味郁子、原口洋子	

(五十音順、敬省略)

口腔機能の向上についての研究班

主任研究者：

日本大学歯学部教授

植田 耕一郎

現行の問題点

現行介護保険施行の流れ

認定調査結果



一次判定



介護認定審査会

二次判定

一次判定結果

主治医意見書

特記事項



非該当



該当

要支援・要介護1

要介護2～5



脳梗塞 (回復期・慢性期)

経管栄養から経口摂取
への移行時期



脳卒中発症3ヶ月



脳卒中発症6ヶ月（維持期）

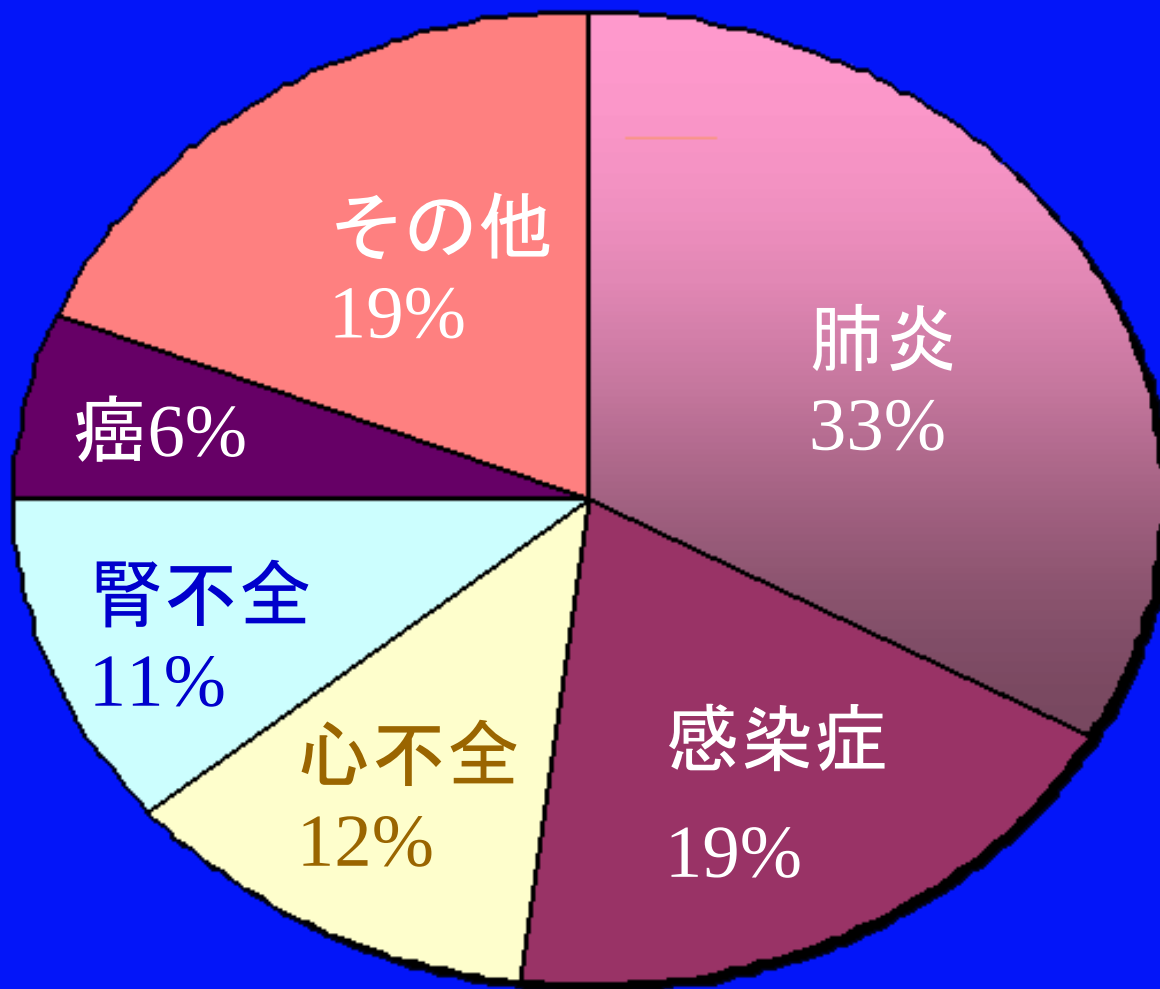
体は健康でも口は寝たきり



誤嚥性肺炎 aspiration pneumonia



要介護高齢者の直接的な死亡原因



摂食機能障害



古くて新しい問題

～1度だけの肺炎や1度だけの低栄養がきっかけで～

摂食機能障害 (摂食・嚥下障害)



低栄養・脱水



気道感染
誤嚥性肺炎
インフルエンザ

運動器の
機能低下
褥瘡

楽しみの消失

旅行がしたい
孫と遊びたい

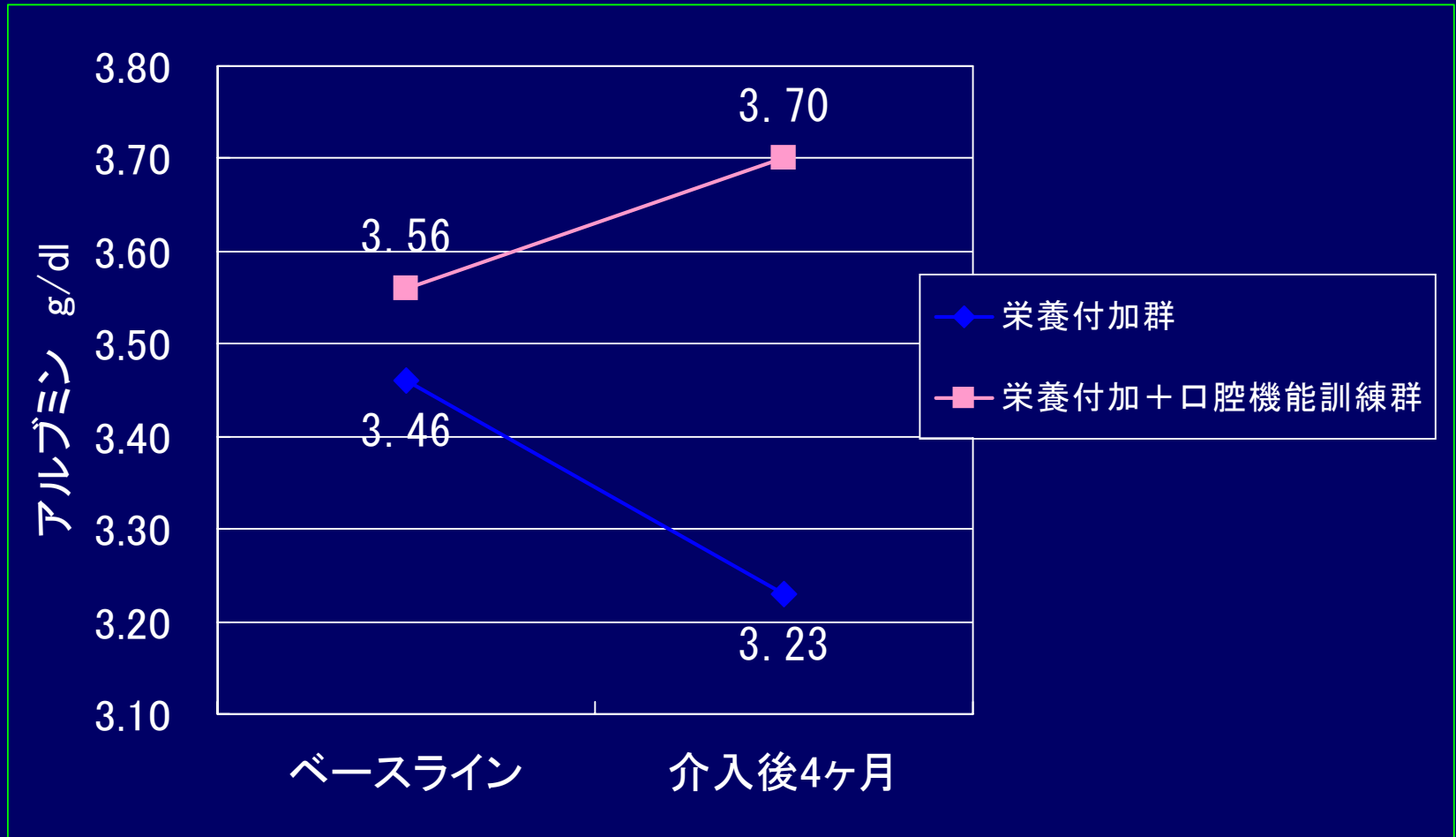
外食がしたい
買い物をしたい

ご近所と交流がしたい
仕事をしたい

口腔機能の向上支援の根拠

低栄養・脱水の予防

口腔機能訓練の栄養改善に対する効果



Yoshino A、 et.al、 Daily oral care and risk factors for pneumonia among elderly nursing home patients.JAMA 286、 2238-2236、 2001.

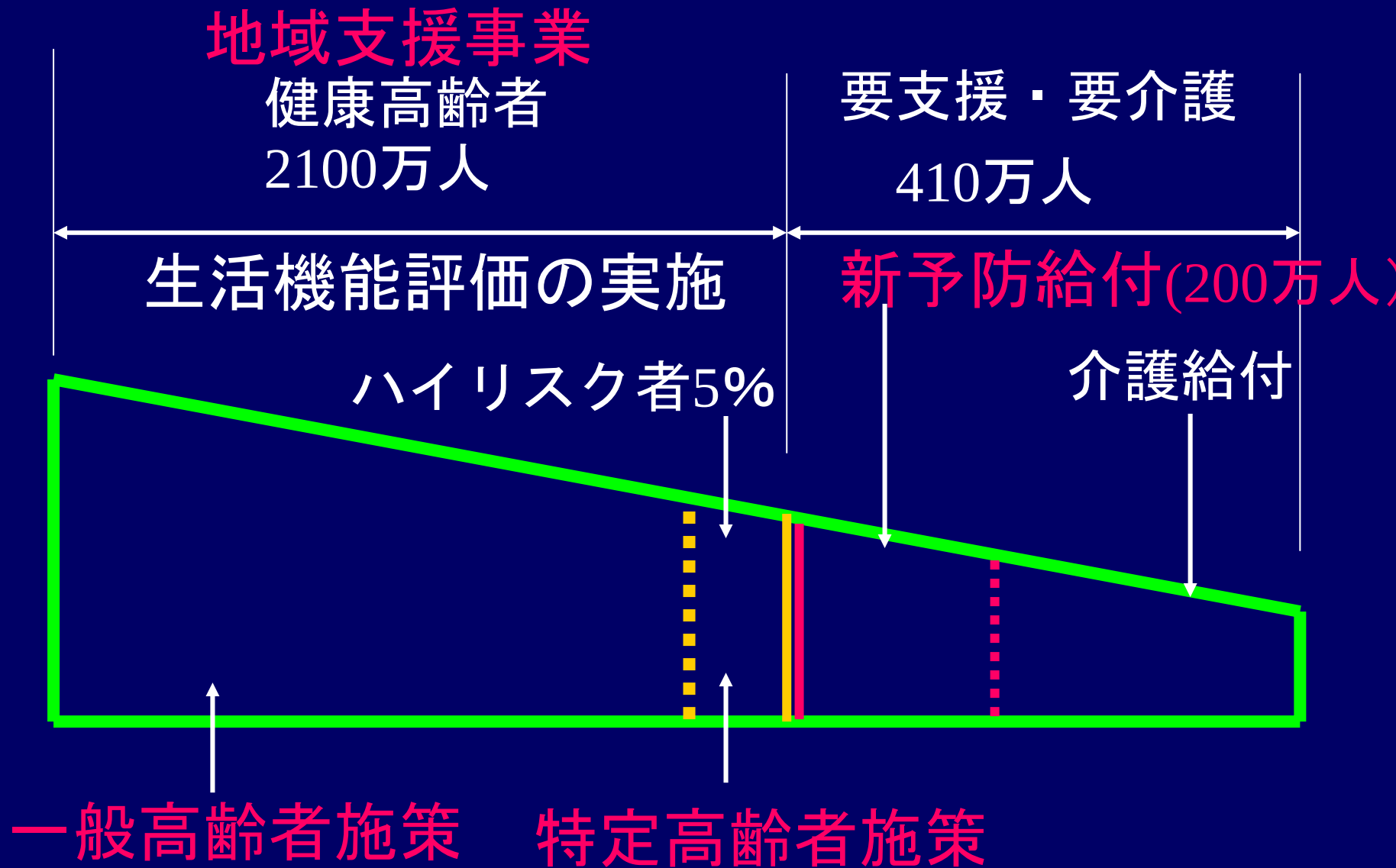
運動機能の維持・向上

口腔ケアの嚥下機能、運動機能、認知機能に対する効果

危険因子	非介入群			介入群		
	人数	介入前	30日後	人数	介入前	30日後
嚥下反射が惹起されるまでの時間（秒）	20	10.7 (1.2)	10.2 (1.0)	20	9.0 (1.8)	4.2 (0.7) *
唾液中のサブスタンスP濃度（pg/ml）	16	20.0 (2.2)	18.7 (1.9)	13	20.4 (4.8)	22.0 (4.1) **
ADLスコア	20	9.0 (1.1)	8.4 (1.0)	20	9.0 (1.3)	9.7 (1.4) **
MMSEスコア	10	14.8 (1.2)	15.7 (2.4)	10	14.3 (1.6)	15.5 (1.8)

口腔機能の向上支援の実施

地域支援事業と新予防給付



I. 一般高齢者施策

目 的

地域に在住する65歳以上のすべての高齢者を対象として、「食えること」を通じて生涯にわたって自己実現を目指すことを支援する。

あわせて高齢者が活動的に社会への参画が図られるような「地域づくり」を目指す。

口腔機能向上に関する普及啓発活動

1. 市町村による口腔機能の向上に関する推進委員会の設置
社会福祉協議会， 関係専門職団体， 老人クラブ， 民生委員等
2. 講演会等による健康教育
学術講演， 専門講師による講演会
パンフレットの作成， 配布
3. 相談窓口の設置
健診会場
市町村保健センター（口腔保健センター）
公民館 等に設置する
4. 市町村によるボランティア等の人材育成

平成17年度(第45回)
福 寿 大 学 講 座 日 程 (予定)

主催：社会福祉法人 江戸川区社会福祉協議会
目的：熟年者が会おう喜びと学ぶ楽しさを通して、自らの知識を豊かにし、主体的な社会参加への自己啓発の場と機会を提供する
対象：江戸川区在住60歳以上の方（既受講生は除く）
定員：200名
会場：江戸川区総合文化センター3階 研修室（入学式・懇談会はグリーンパレス5階孔雀）
日程：下記の通り10科目の講義・クラス別懇談会・区内めぐり※演題は仮題・講師は現時点で

	日 程	時間	内 容	講 師	会 場
1	9月 6日(火)	10:00	入 学 式	会場：グリーンパレス5階孔雀	
2	9月 13日(火)	10～12	江戸川区政	区経営企画部長 實 方 健	研修室
3	9月 15日(木)	10～12	いきいき健康生活	神保消化器内科医院長 神 保 勝 一	研修室
4	9月 20日(火)	10～12	クラス別懇談会 A組・B組 ※各クラス1回ずつ	グリーン パレス 5階 孔雀	
	9月 21日(水)	10～12	クラス別懇談会 C組・D組 ※各クラス1回ずつ		
5	9月 22日(木)	10～12	郷土史	区文化財保護審議会委員 山 田 眞佐男	研修室
6	9月 27日(火)	9～15	A組	【区内めぐり】 ※各クラス1回ずつ	区内 各所
	9月 28日(水)		B組		
	9月 29日(木)		C組		
	9月 30日(金)		D組		
7	10月 3日(月)	10～12	介護保険制度改革と 権利擁護の仕組み	区介護保険課介護相談室長 高 城 尚 子	研修室
8	10月 11日(火)	10～12	ウォーキングの理論と実践	(社)日本ウォーキング協会指導部長 高 部 郁 夫	研修室
9	10月 14日(金)	10～12	介護予防と口の健康	日本大学歯学部教授 植 田 耕一郎	研修室
10	10月 17日(月)	10～12	一緒ににはつらつと 歌いましょう	(社)東京児童福祉協会理事長 塚 本 紀 子	研修室
11	10月 19日(水)	10～12	暮らしの中の消費者問題	消費生活コンサルタント 西 本 光 代	研修室
12	10月 24日(月)	10～12	食生活と健康管理	聖徳栄養短期大学教授 小 野 恵 津子	研修室
13	10月 26日(水)	10～12	火災や地震から命を守る	(財)市民防災研究所特別研究員 岡 島 醇	研修室
14	11月 2日(水)	10:00	卒 業 式		研修室

講演会等による
普及啓発

ボランティアの育成



菊谷武 提供

Ⅱ．特定高齢者施策

目 的

要介護状態の発生予防を目的に、要介護状態に陥るおそれの高い者（特定高齢者）等を対象として、口腔機能の向上の介護予防に資する事業を主として集団で実施する。

生活機能評価

要介護認定非該当

関係機関からの連絡

訪問活動等による
実態把握

地域包括支援センター

介護予防ケアマネジメント
一次アセスメント→ケアプラン

市町村保健センター、公民館など

口腔機能向上支援事業の実施
二次アセスメント→実施→事後アセスメント

地域包括支援センター

効果の評価

生活機能評価 基本チェックリスト

全26問

そのうち「口腔機能の向上」に関する問診項目

- ・半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか。
→咀嚼機能評価
- ・お茶や汁等でむせることがありますか。
→嚥下機能評価
- ・口の渇きが気になりますか。
→肺炎リスク評価

健康高齢者対象

3問中3問該当者：1%未満

3問中2問該当者：3%程

3問中1問該当者：60%以上

アセスメント

提供事業者 アセスメント実施者

歯科衛生士，看護職員，言語聴覚士等



月1回のモニタリング
3カ月後に事後のアセスメント

摂食・嚥下機能評価(二次アセスメント)

1. 反復唾液嚥下テスト(RSST)

30秒間における空嚥下の回数

2. 口腔器官の巧緻性, 運動速度評価

オーラルディアドコキネシス

10秒間における「パ」「タ」「カ」の発音回数

3. 開口量

2横指以上, 1横指以上2横指未満, 1横指以下

4. うがい

口を閉じてできる. 水を含む程度, できない

咀嚼力判定ガム



唾液湿潤度検査紙



提供場所

市町村保健センター



健康教室



標準的なプログラム内容

小集団アプローチ

1. 深呼吸（腹式呼吸と口すぼめ呼吸）
2. 全身のストレッチ
ex) 足の体操 腰の体操 肩の体操
3. 手指の体操
4. 顔の体操
ex) 顔じゃんけん
5. 舌・口唇の体操
6. 発声訓練
7. 唾液腺マッサージ
8. 嚥下訓練
9. 深呼吸

主に介護職員が担当

Ⅲ. 新予防給付

目 的

軽度要介護者の重度化を予防し、自己実現の支援をする。

予防重視型システムの構築。

平成18年度からの歯科診療所の役割

介護認定審査会

新予防給付

地域包括支援センターにて

1. 一次アセスメント

2. ケアプラン案作成

3. 専門職種の召集

4. ケアプラン確定

要治療

診療情報提供

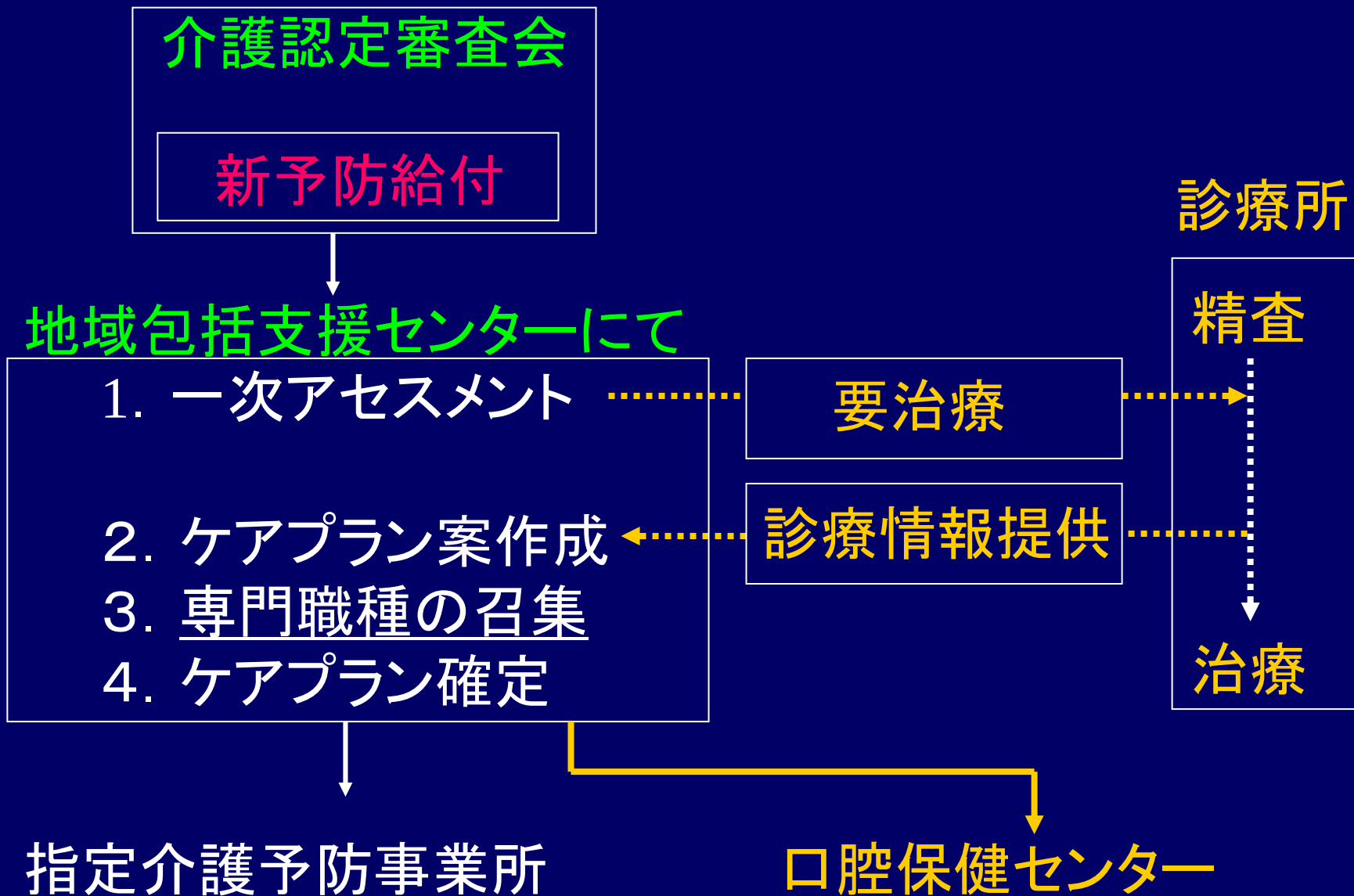
診療所

精査

治療

指定介護予防事業所

口腔保健センター



新予防給付サービスの提供

提供事業者

歯科衛生士，看護師，言語聴覚士等

提供場所

指定介護予防事業所（**通所介護**，**通所リハ**等）

アセスメント→プラン作成→プラン決定→事業提供
→アセスメント→地域包括支援センターへ報告

グループ訓練



頬ストレッチ



振動刺激訓練



デイサービス



各プログラムとの相互関係



摂食機能訓練室

プラットホームマットでの理学療法



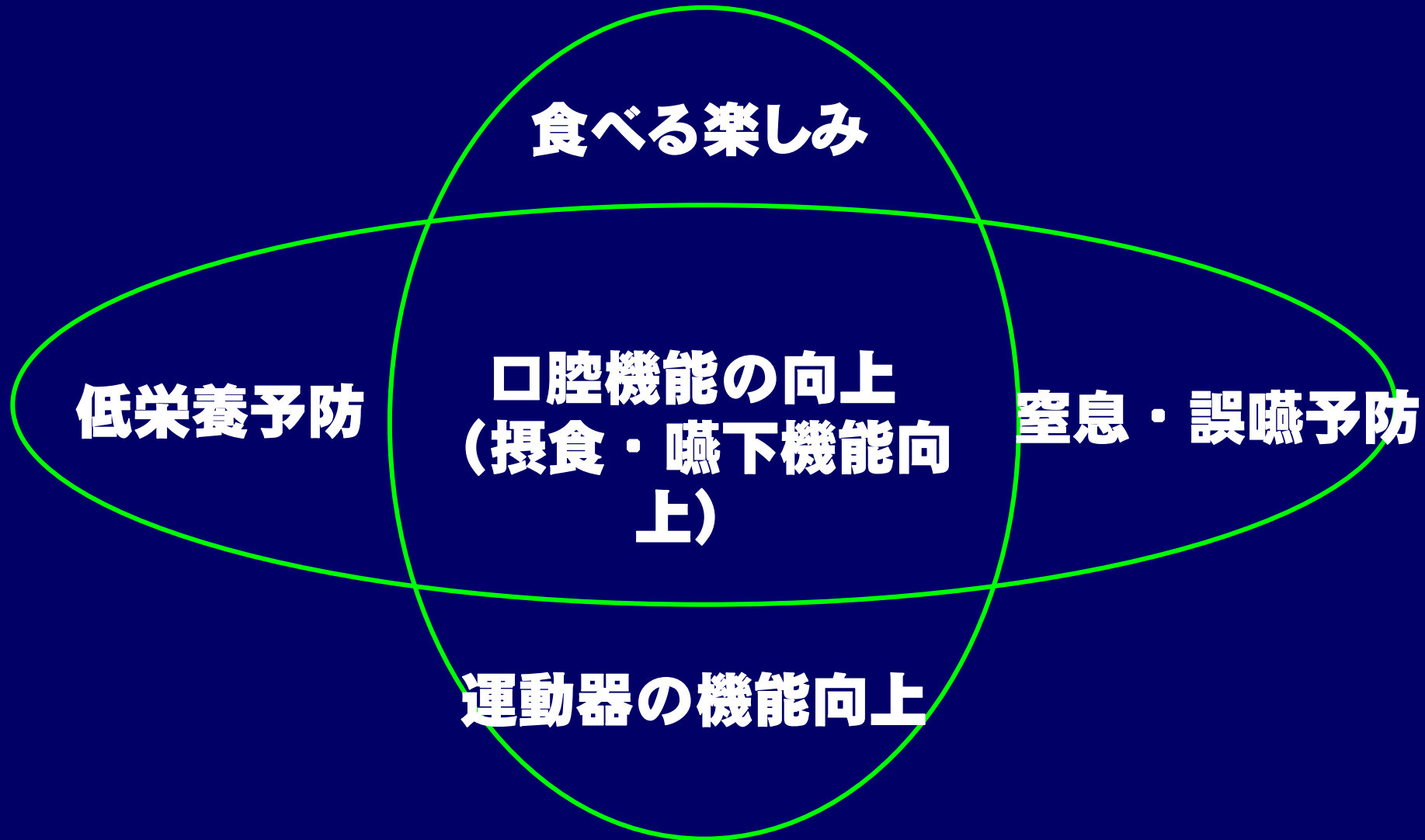
ハイローテーブルでの 直接訓練



マシンによる起立訓練



口腔機能の向上の成立要件



●ゴロッケが食べたいなあ

健康第一!!

毎朝内安
りますように

ハレオオオ
りますように

数で長生き
ハレオオオ
りますように

口腔機能の向上についての研究班

石井みどり（社団法人日本歯科医師会常務理事）

○植田耕一郎（日本大学歯学部摂食機能療法学講座教授）

大原里子（東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部講師）

菊谷 武（日本歯科大学歯学部附属病院口腔介護・リハビリテーションセンター長）

北原 稔（神奈川県茅ヶ崎保健福祉事務所課長）

小柴秀世（神奈川県大和保健福祉事務所保健福祉課副技官）

才藤栄一（藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座教授）

辻 哲也（県立静岡がんセンターリハビリテーション科部長）

白田千代子（中野区北部保健福祉センター）

平野浩彦（東京都老人医療センター歯科口腔外科医長）

米山武義（米山歯科クリニック）

（○：主任研究者 五十音順、敬称略）

【研究協力者】

青柳公夫（愛知県歯科医師会）

足立三枝子（府中市医療センター）

井上恵司（東京都歯科医師会）

牛山京子（日本歯科衛生士会監事）

斉藤真理（医療法人社団三喜会 鶴巻訪問看護ステーション）

鶴巻訪問看護ステーション居宅介護支援センター長）

角町正勝（長崎県歯科医師会）

寺岡加代（東京医科歯科大学口腔健康推進統合学講座教授）

鳥山佳則（茨城県保健福祉部保健予防課技佐）

西脇恵子（日本歯科大学歯学部附属病院口腔介護・リハビリテーションセンター）

古川静子（デイサービスセンター神楽坂 静華庵）

安井良一（重症心身障害児施設子鹿学園）

（五十音順、敬称略）

閉じこもり予防・支援について

閉じこもり予防・支援についての研究班

主任研究者：

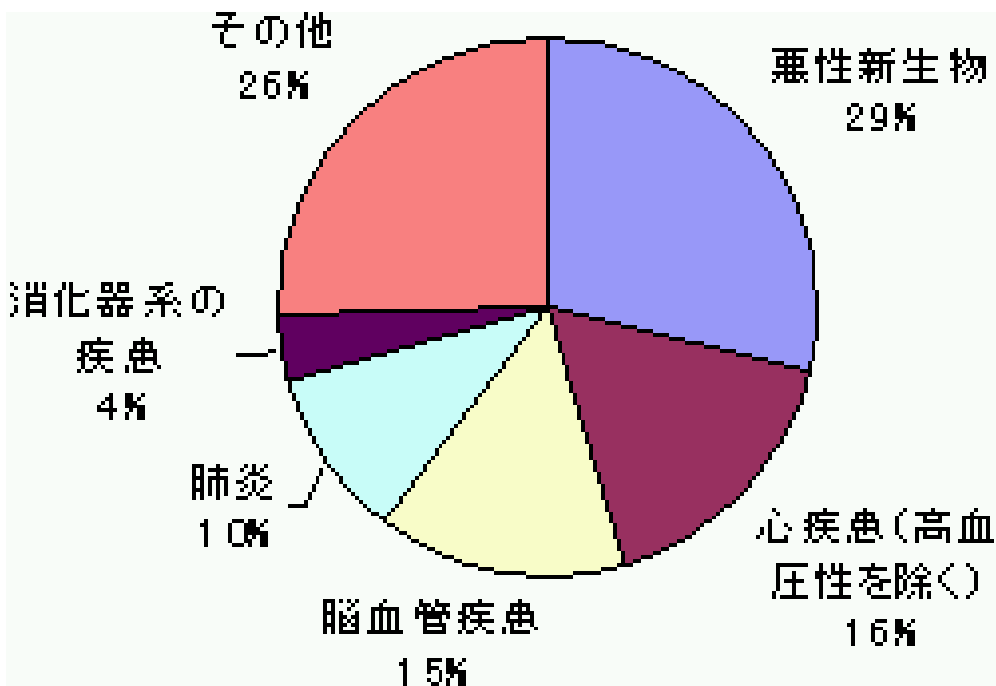
福島県立医科大学医学部教授

安村誠司

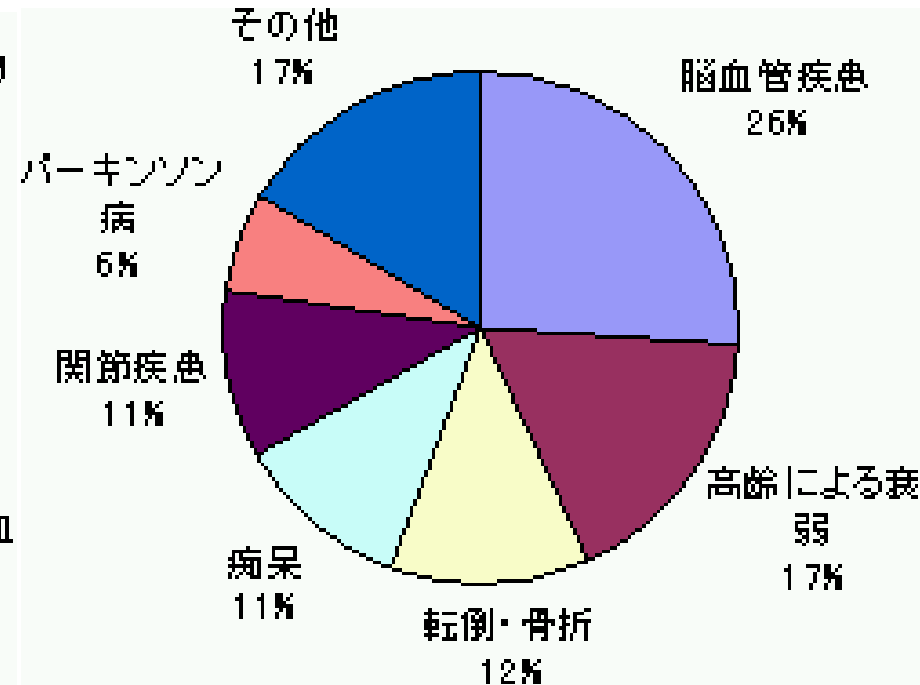
1. 閉じこもり について

65歳以上の死亡原因と要介護の原因

死亡原因

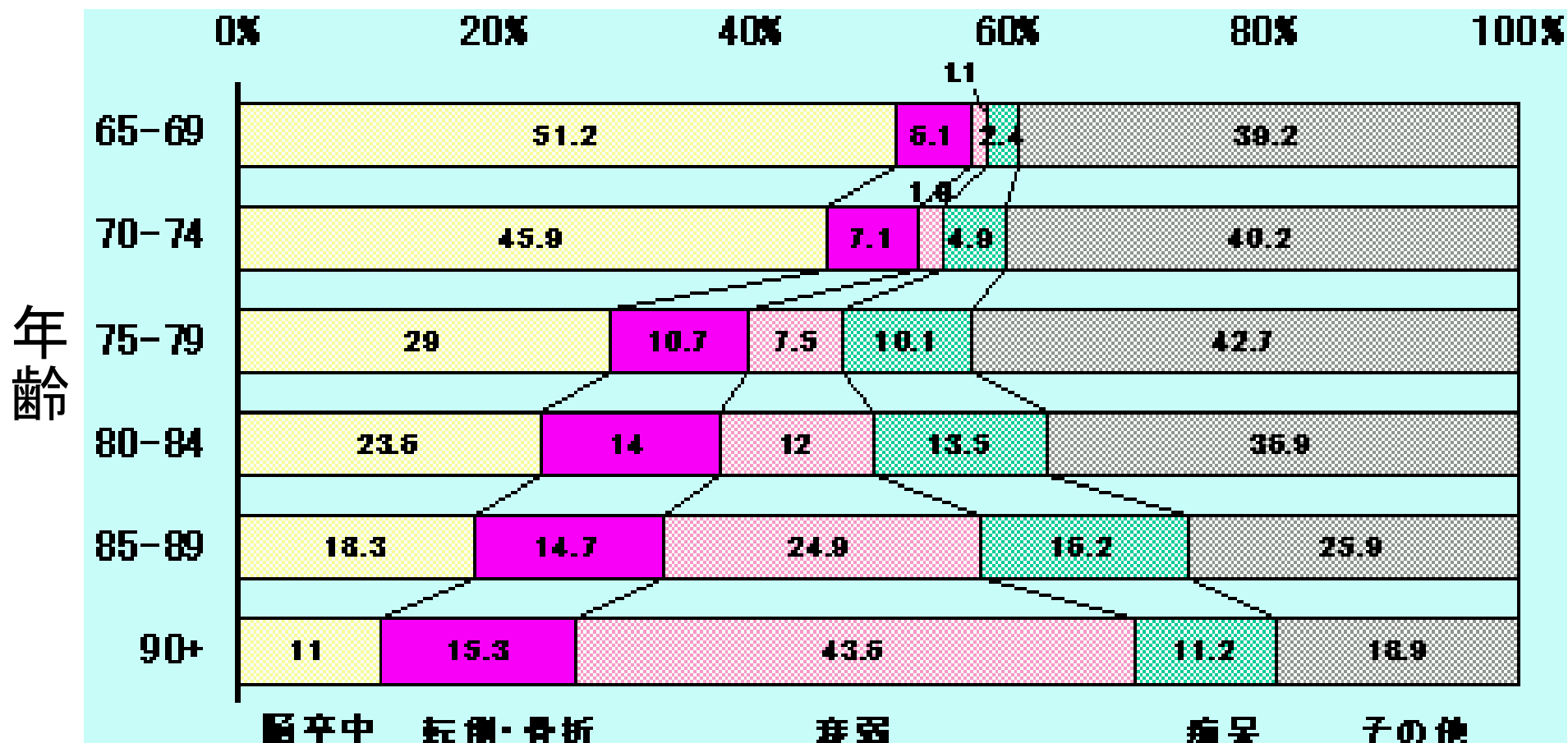


要介護の原因



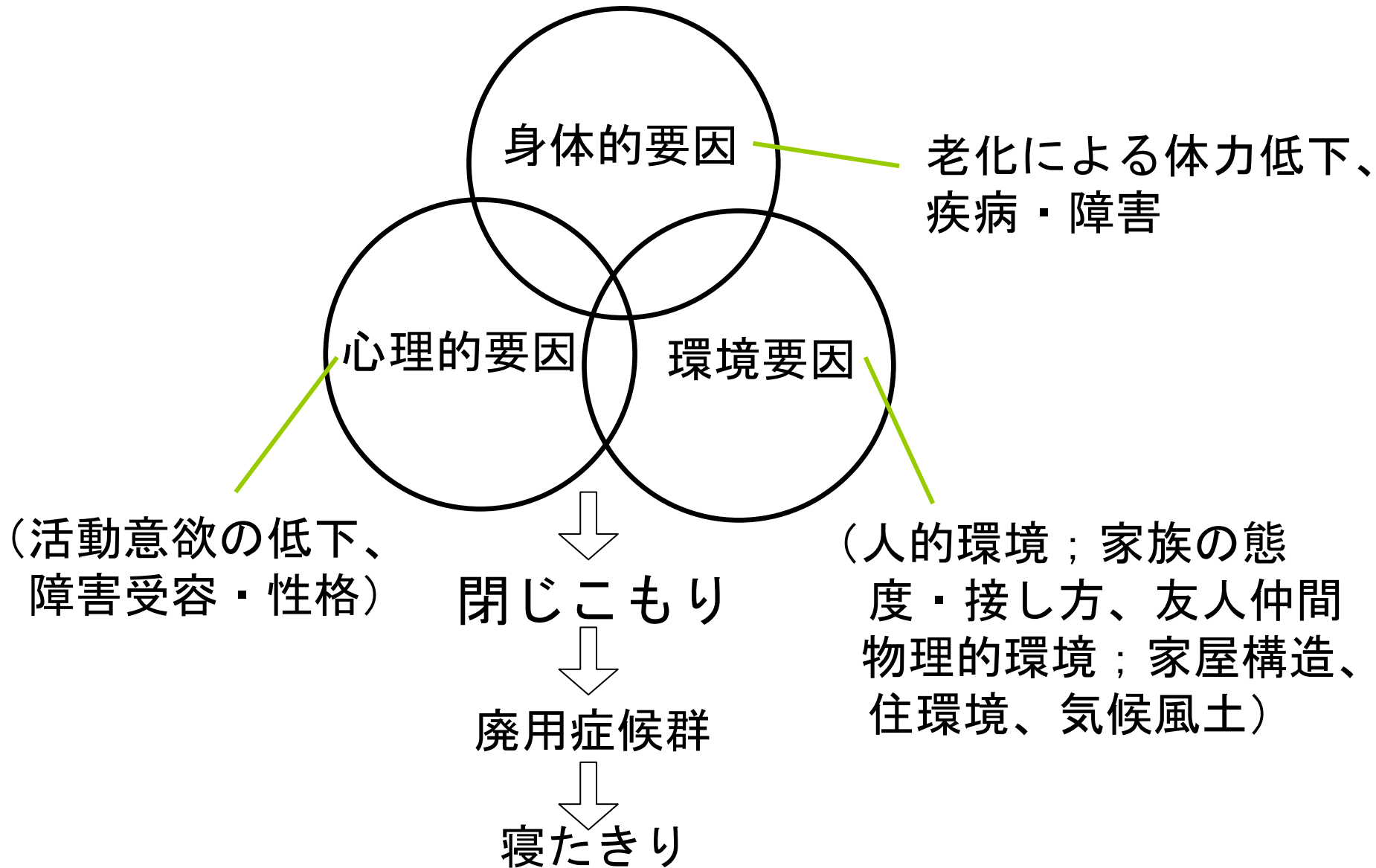
(人口動態統計及び国民生活基礎調査(2001年) から65歳以上高齢者について作成)

介護が必要となった主な原因（年齢別）



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

寝たきりの原因としての閉じこもりの構造



閉じこもりの定義：外出頻度（認定審査項目）

外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 週1回以上 2. 月1回以上 3. 月1回未満

項目の定義

自宅外へ外出する頻度を評価する項目である。

調査上の留意点

一定期間（調査日より過去1か月）の状況を総合的に勘案し、1回30分以上の外出の頻度で判断する。自宅内の屋外（例えば、庭を歩くなど）は含まない。外出の目的や、同行者の有無等は問わない。車などで外出しても、外出先で自分で移動する場合は含む。

補足説明 週によって外出頻度が異なる場合、過去1か月の合計外出頻度を4で割った数とする。

選択肢の判断基準

- 「1. 週1回以上；週1回以上、外出している場合をいう。
「2. 月1回以上；月1回から3回、外出している場合をいう。
「3. 月1回未満；月1回未満の頻度で外出している場合をいう。

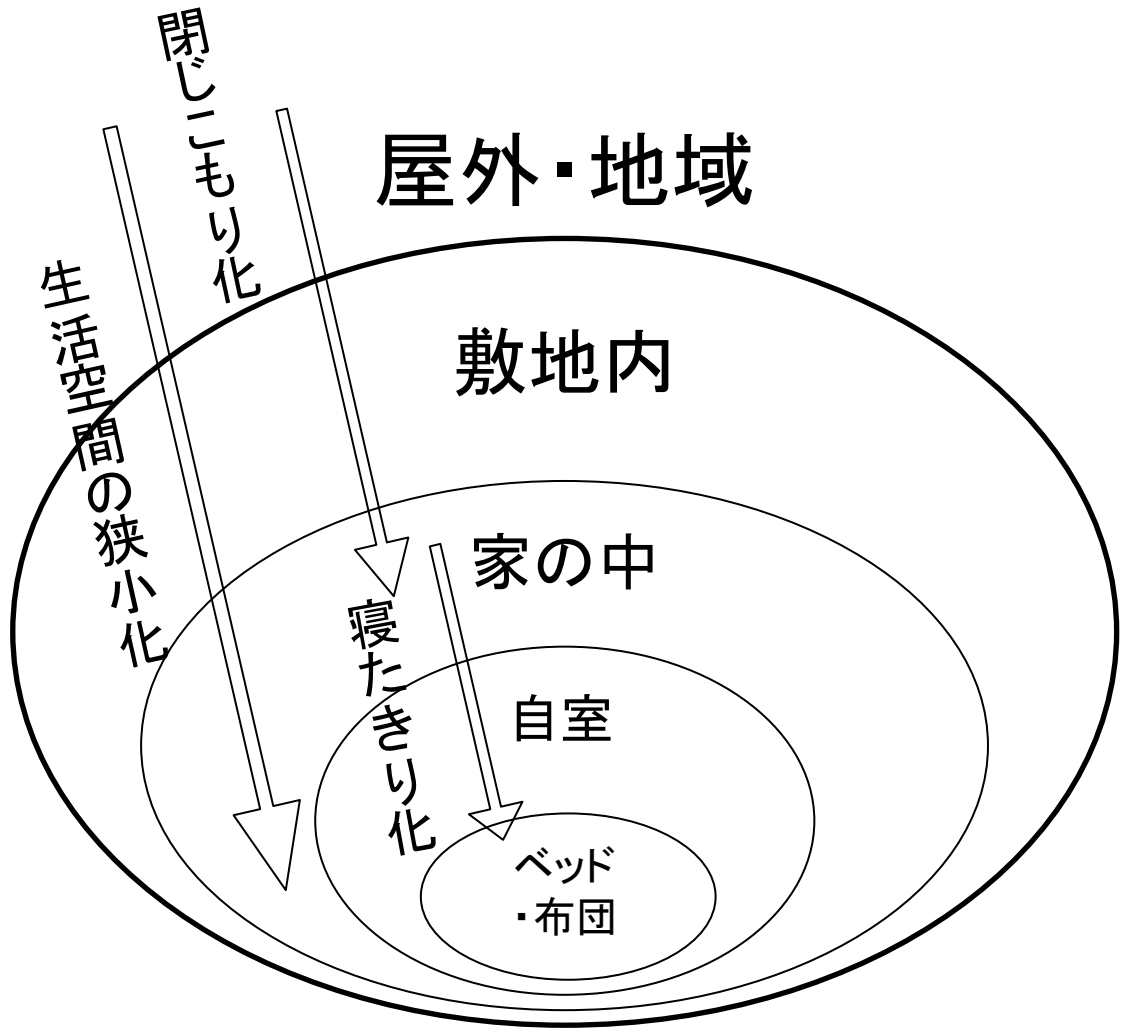
基本チェックリスト（案）

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	日用品の買い物をしていますか	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	片足立ちで靴下をはいていますか	0. はい	1. いいえ
7	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
8	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
9	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
10	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
11	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
12	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
13	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
14	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
15	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
16	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
17	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
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	薬を決められた通りに飲んでいますか (飲んでいる場合のみ)	0. はい	1. いいえ
22	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
23	(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
24	(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
25	(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
26	(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

生活空間から見た閉じこもりーその要因ー

老年期における4つの喪失

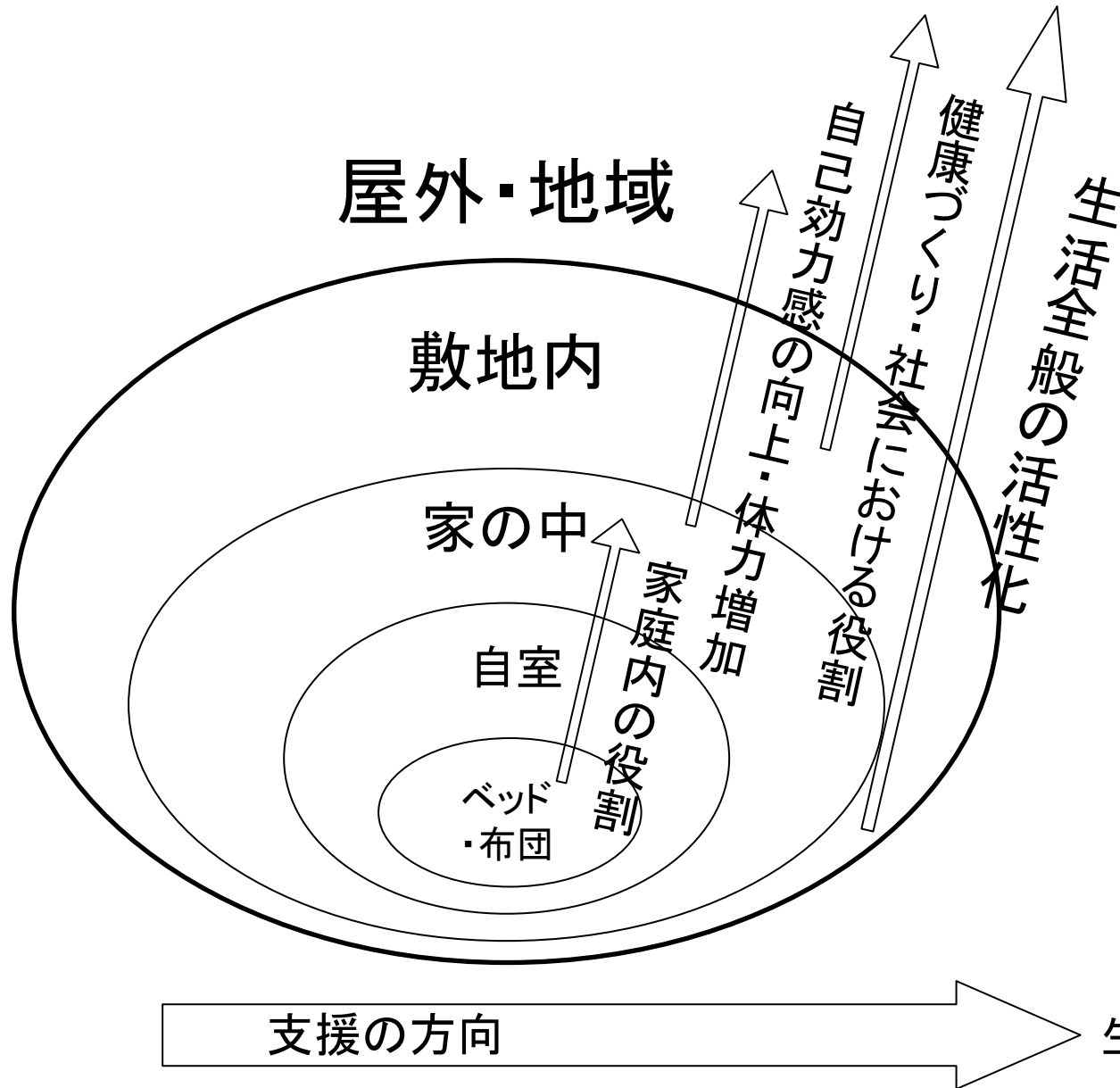
1. 心身の健康
2. 経済的基盤
3. 社会的つながり
4. 生きる目的



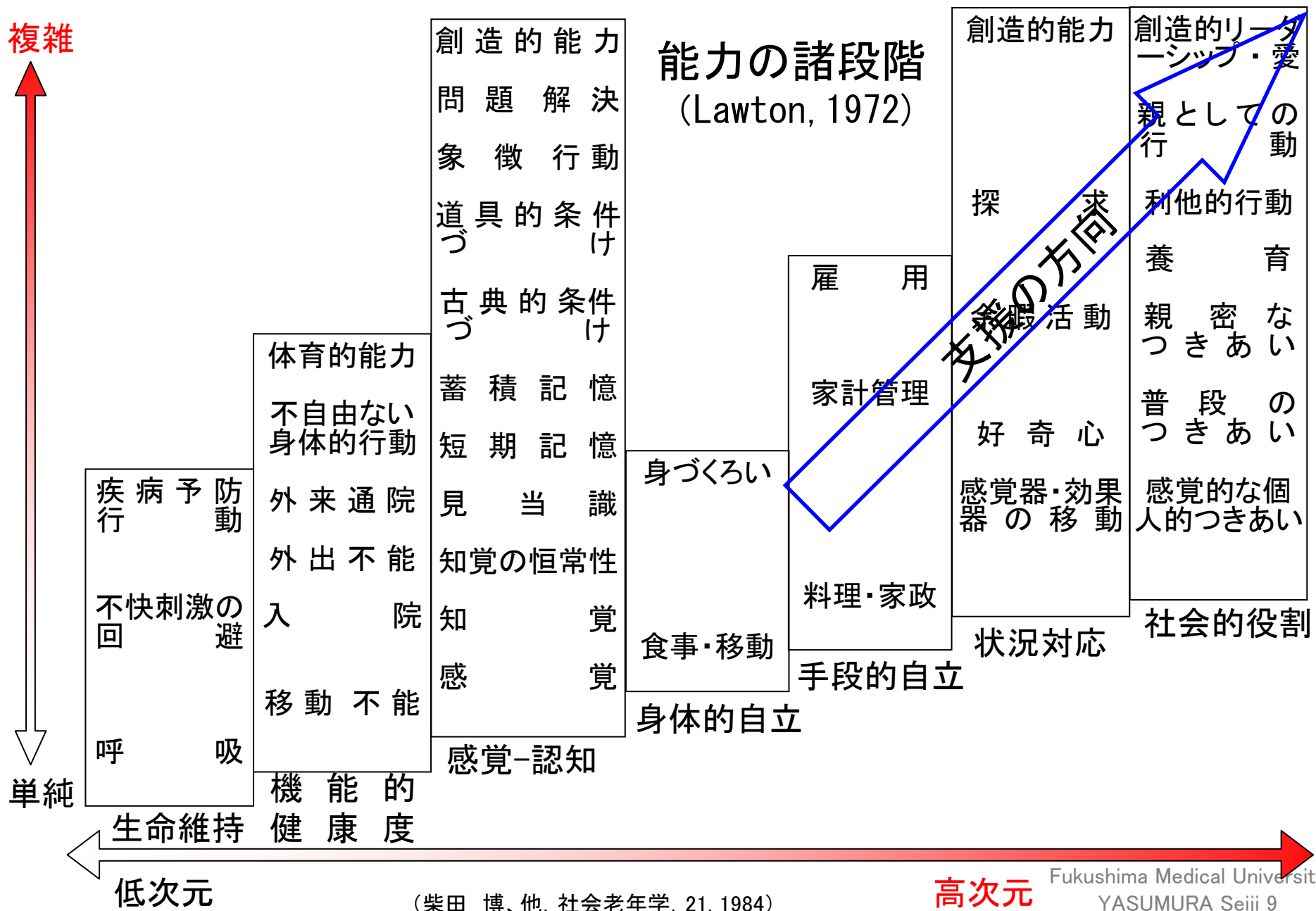
老化・疾病

生活機能低下

生活空間から見た閉じこもりーその予防ー



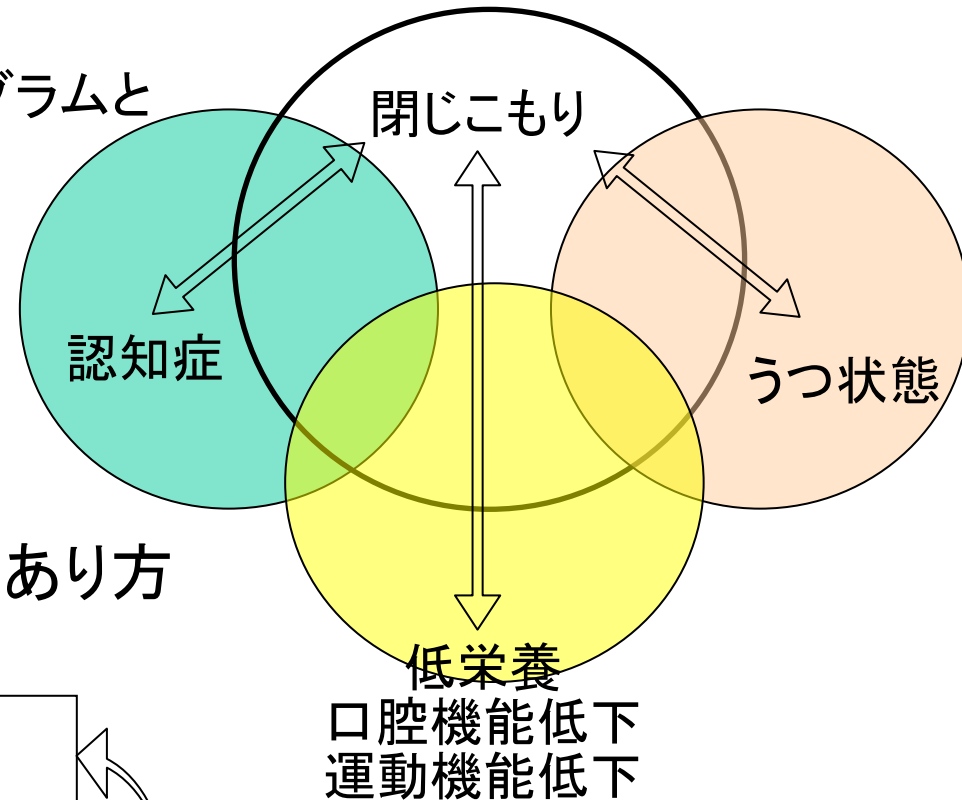
2. 閉じこもり予防・閉じこもり高齢者への支援のねらいと方向性



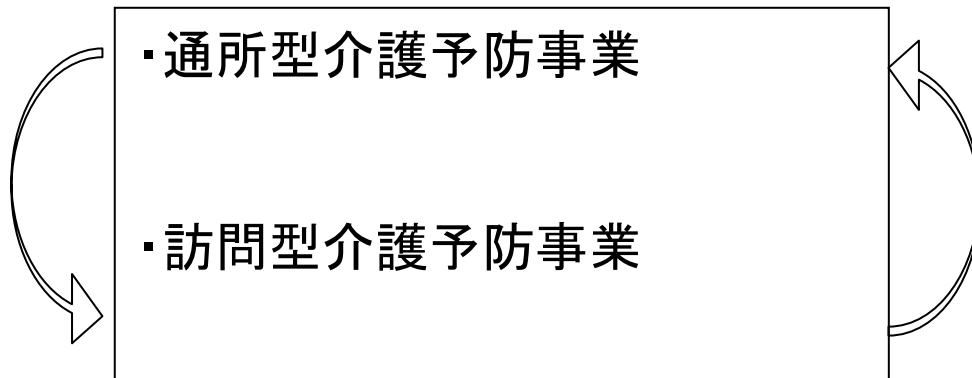
3. 効果的な取組みの基本的な考え方

1) 閉じこもりと他の介護予防プログラムとの連携

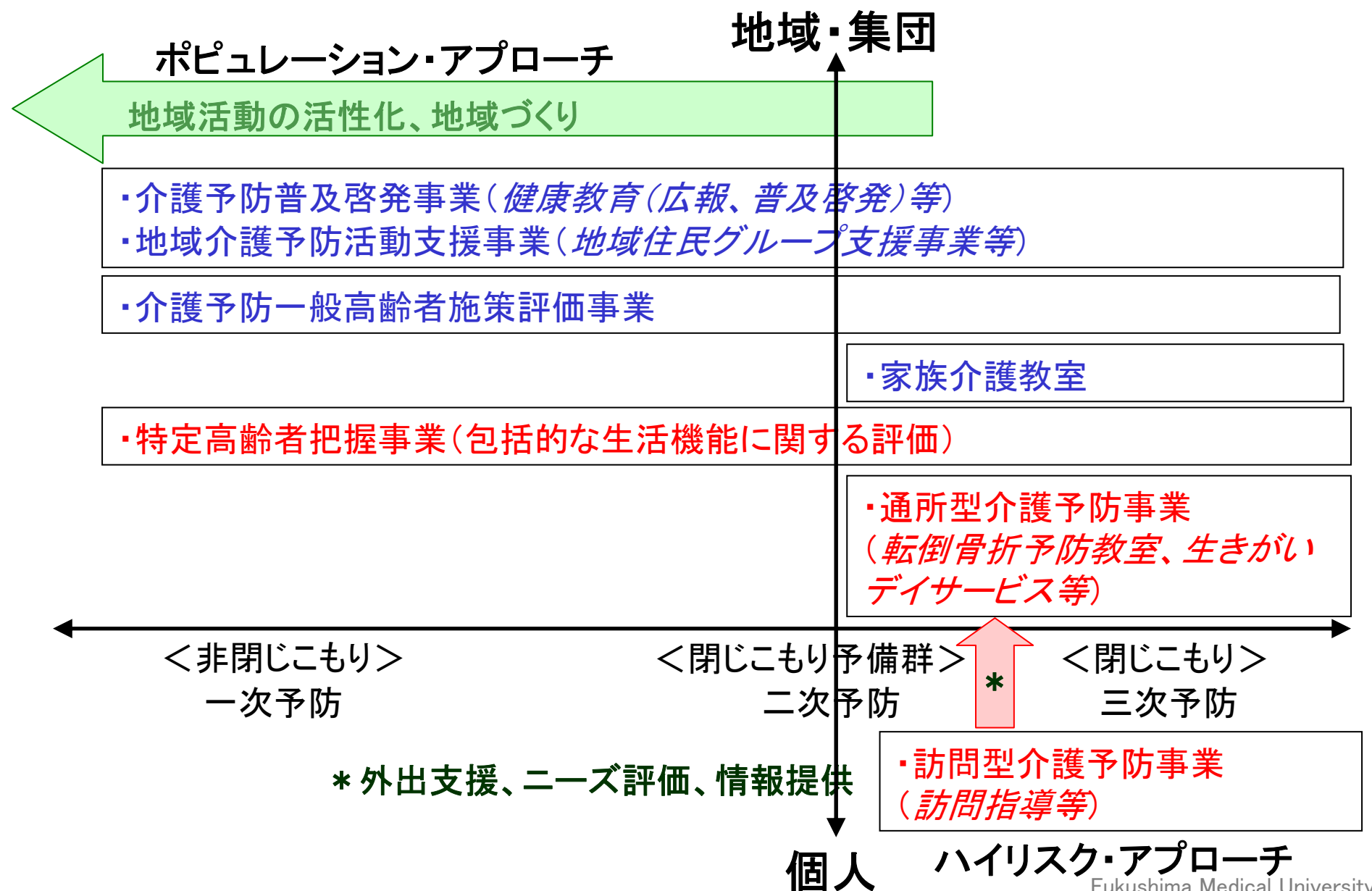
- ・状態把握により、他の介護予防プログラムと連携したサービス提供を行う
- ・閉じこもりが他の要介護状態のハイリスク状態であることという情報を伝える。



2) 地域支援事業における施策のあり方



4. 閉じこもり予防・支援の具体的な取り組み内容



具体的な取組の例 1

健康教育(普及啓発)・地域支え合い型、地域づくり型

①地域におけるボランティア活動、趣味活動などの活動の実態をまず把握すること



②その実態把握にもとづいた広報活動や健康学習の実施



③地域全体への取り組みへと発展させる

例：高齢者を対象とした社会参加促進のための「役割づくり」に関する健康学習

1回目：テーマ「やってみたい、やってほしい役割について」

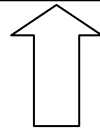
- ・調査に基づいた社会活動・役割の実態について簡単に報告する。
- ・参加者を6～7名のグループにわける。スタッフ1名(司会役)が加わる。
- ・各々の意見は、付せんに記し模造紙に張りながら発表。それについて話し合う。
(話し合いのルールとして、「出された意見を否定しない」「できないことの原因を探さない」「うなずきと笑顔を大切に」「話題を独占しない」など)
- ・各グループの内容をまとめて発表(司会役)。
- ・発表に対して全体のまとめ役が住民参加・協働の視点から意味付けを行う。

具体的な取組の例 2

地域の介護予防を推進する高齢ボランティアの養成

高齢ボランティアの例

- ・中央開催型の事業・教室の支援
- ・要介護予防に資する事業・教室への参加呼びかけ
- ・会場までの移送サービス
- ・地区集会所単位での「ふれあい・生きいきサロン」のような独自事業の展開
(健康・生きがいづくり関連の健康学習、体操・レクリエーション、会食など)
- ・活動記録の作成とそれに基づく地域全体に向けた情報発信(広報活動)
- ・介護予防に関わる知識の普及 など



研修会の開催

- ・地域のデータに基づく「閉じこもり」を始めとする要介護状態をもたらすリスク要因の実態や問題点などについての健康情報の提供
- ・介護予防につながる健康情報についての知識、技術(例:体操、レクリエーション、料理の仕方など)を習得のための時間
- ・参加者のグループワークを通じたその地域らしいボランティア活動の進め方等

具体的な取組の例 3-1

閉じこもりがちな高齢者を対象とした「生きがい活動支援通所事業」(旧補助事業)

<これまでの位置づけ>

対象者:「おおむね60歳以上のひとり暮らし高齢者等であって、家に閉じこもりがちなもの」
事業目的:「家に閉じこもりがちなひとり暮らし高齢者等に対し、通所によって、その希望および身体状況に応じた日常動作訓練、趣味活動等のきめ細かなサービスを提供する」(平成15年実施要綱)



<これからの位置づけ>

家に閉じこもりがちな高齢者等が家から外出するようになり、積極的に社会交流するようになるためのきっかけ作りの場となる



<そのために必要なこと>

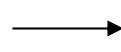
生きがい活動支援通所事業の

①内容、②誘い出し方法、③自主性への支援の改善・働きかけが重要。

具体的な取組の例 3-2

閉じこもりがちな高齢者を対象とした「生きがい活動支援通所事業」(旧補助事業)

参加者と共に企画・運営・評価



参加者主体の企画・運営・評価

留意点

- ・住民と共に事業を進めたいという思いを伝える。
- ・無理強いをしない
- ・知り合うことを大切にする
- ・誰もが意見を出せる雰囲気をつくる
- ・どの意見も大切にする
- ・和やかな雰囲気をつくる
- ・事業実施前の準備会、実施後の反省会など意見を交換する機会を設ける

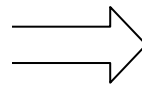
参加者の自立、自主性を支援

具体的な取組の例 3-3

閉じこもりがちな高齢者を対象とした「生きがい活動支援通所事業」(旧補助事業)

1. 対象者の把握

- ・包括的な生活機能に関する評価など
- +
- ・本人、家族からの相談
- ・地区担当保健師からの情報
- ・児童民生委員からの情報
- ・地域の高齢者ボランティアなど



2. 閉じこもり原因に応じた誘い出しの工夫

- ・外を散歩するのは働いている人に悪い→事業の内容は社会貢献であることを伝えるなど
- ・誘い出し(送迎)ボランティア
- ・参加者からの誘い出し
- ・広報の充実など

具体的な取組の例 4

転倒・骨折予防教室(旧補助事業)

1日の転倒・骨折予防教室の流れ(例)

- ・健康チェック(血圧測定、健康状態の確認)
- ・開会
- ・健康教育 講話、グループディスカッション(30～40分)
- ・運動教室 体操(30～40分)、レクリエーション(10～20分)
- ・その他 健康相談、健康チェック(血圧測定、健康状態の確認)
- ・閉会

転倒・骨折予防教室のテーマ(例)

講話のテーマ例

私たちの地域の転倒率について
私たちの地域の転倒と閉じこもりの実態
お年寄りに適した歩き方とからだづくり
低栄養と転倒・閉じこもり
口腔機能と健康
高齢者の役割・社会参加と健康

グループワークのテーマ例

住まいの中に転びやすい所はないか見直しましょう
転倒予防川柳を作ってみましょう
転倒予防マップを作りましょう
生活に運動を取り入れるために



目標: 運動習慣の形成

具体的な取組の例 5

保健師による訪問の必要性

なし

あり(センターでの判定不可能な場合を含む)

1. パンフレットの送付

- ・ 閉じこもりの問題点、危険性など
- ・ 外出の重要性、意義
- ・ 各種サービス（通所系サービス、地域における企画、イベント、催し等）の紹介・勧誘

1. 訪問時の調査実施内容（二次アセスメント）

- ・ 閉じこもり評価のための質問票（案）
 - ・ 家屋環境評価（オプション）
- ### 2. 本人・家族への説明
- ・ 閉じこもりの問題点、危険性など
 - ・ 外出の重要性、意義
- ### 3. 各種サービス（通所系サービス、地域における企画、イベント、催し等）の紹介・勧誘

継続的な訪問の必要性

なし

軽度あり

十分あり

約3ヶ月後の状態把握
(電話等による)

訪問の
必要性あり

保健師以外の
訪問による支援

保健師の
訪問による支援

訪問の必要性なし

6ヶ月後の再アセスメント

保健師等の訪問による支援のフロー(案)

具体的な取組の例 6

ライフレビュー(回想法)を用いた訪問型介護予防事業(案)*

1. **健康情報の提供(約15分)** ←身体的自立を支援する
・血圧、腰痛、栄養などに関するパンフレットを使用
2. **ライフレビュー(回想法、約45分)** ←過去からの問題の解決と再統合を図ること
で、自己効力感を向上させる(心理的な支援)

1回目	導入と児童期	例)ご両親はどんな方でしたか
2回目	児童期と青年期	例)学校には行かれましたか
3回目	青年期	例)一番楽しかったことは何ですか
4回目	成人期と壮年期	例)20,30代の頃のあなたのことを教えてください
5回目	壮年期	例)あなたのしていた仕事について教えてください
6回目	まとめ	例)振り返ってみて、あなたの人生どうでしたか

3. **体操プログラム(20～30分)** ←体力(歩行能力)の向上(ストレッチと体操)
 - 1)さわやかコース:一人で床から立ち上がれない方、その場で足踏みできない方
 - 2)しなやかコース:足を閉じて立てる。その場で足踏みができる方

***この訪問は、本人の希望に基づき行うものであり、事前の研修が必要である。**

閉じこもり予防事業の評価

- ・1次予防の視点からは、
 - ①非閉じこもり(いわゆる、元気高齢者)からの閉じこもり者の新発生(発生率)の減少
 - ②閉じこもり出現率(有病率)の減少
 - ③非閉じこもりにおける閉じこもり要因としての身体的、心理的、社会環境的要因の改善、または、悪化の減少
 - ④住民の閉じこもりに関する知識の増加
- ・2次予防の視点からは、
 - ⑤閉じこもり傾向がある人の通所系サービスへの参加率の増加
 - ⑥閉じこもり傾向がある人の閉じこもりにならないでいる割合の増加
- ・3次予防の視点からは、
 - ⑦閉じこもりからの要介護認定者の発生の減少
 - ⑧閉じこもりから非閉じこもりへと改善した人数
- ・閉じこもり予防をより積極的な意味でその目的を捉える視点からは、
 - ⑨高齢者の社会参加、社会的交流の増加
 - ⑩高齢者の家庭内外における役割の増加 など

閉じこもり予防・支援についての研究班

- 安村誠司 (福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座)
- 芳賀 博教授 (東北文化学園大学医療福祉学部)
- 藺牟田洋美助教授 (首都大学東京健康福祉学部)
- 高戸仁郎助教授 (東北文化学園大学医療福祉学部)
- 安田誠史助教授 (高知大学医学部公衆衛生学教室)
- 村井千賀企画専門員 (石川県リハビリテーションセンター)
- 大竹まり子助手 (山形大学医学部看護学科)
- 叶谷由佳教授 (山形大学医学部看護学科)

認知症予防・支援について

認知症予防・支援についての研究班

主任研究者:

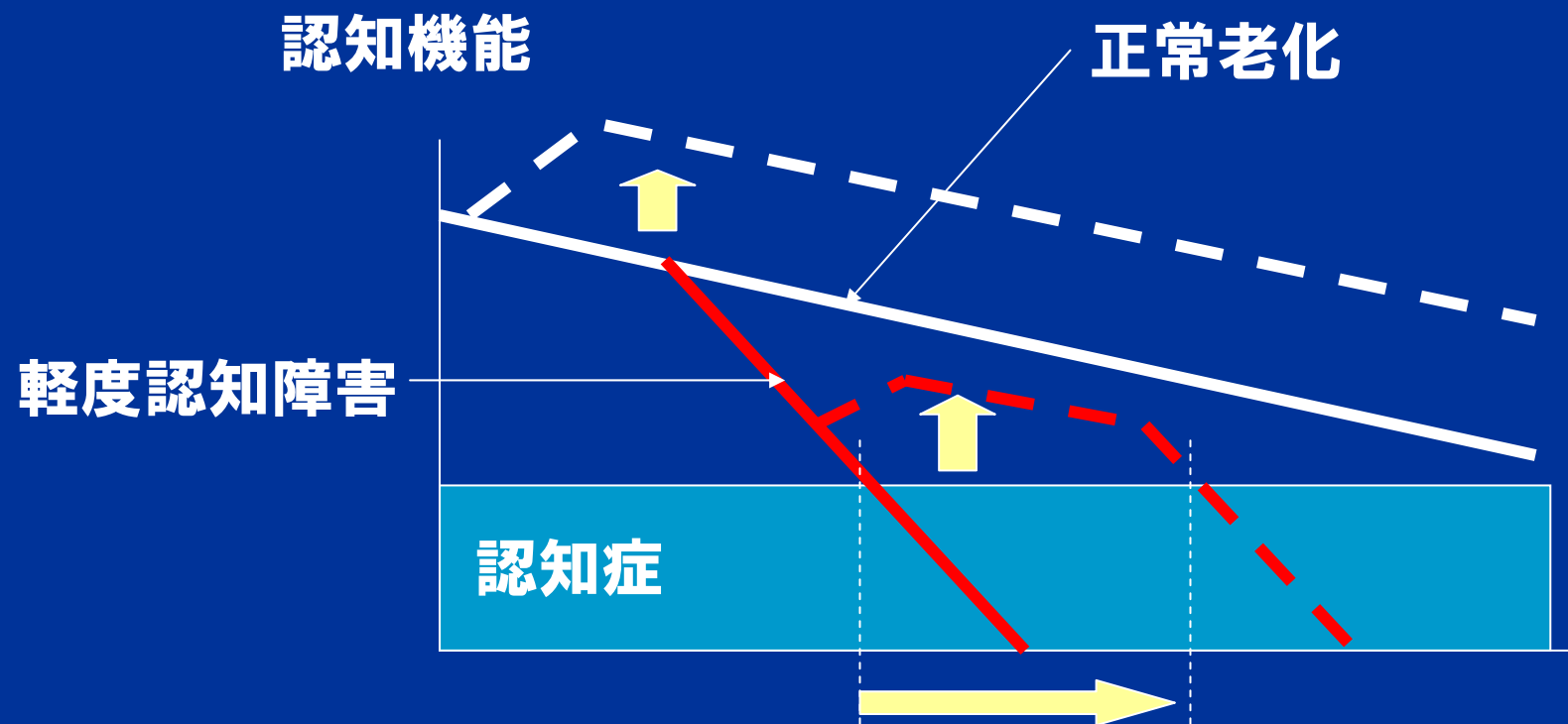
東京都老人総合研究所参事研究員

本間 昭

1. 取組のねらい

認知症予防の効果として期待されること

- 認知症発症の遅延
- 認知機能の維持と改善



認知症予防の根拠となる研究

■ 疫学的研究

- 認知機能を使う習慣 → 発症率低い
- 有酸素運動の習慣 → 発症率低い
- 野菜・果物・魚の摂取量多い → 発症率低い
- 対人接触頻度多い → 発症率低い

■ 介入的研究

- 認知機能刺激する活動 → 認知機能維持

■ 動物実験

- 運動・知的刺激環境 → アルツハイマーの病理少ない

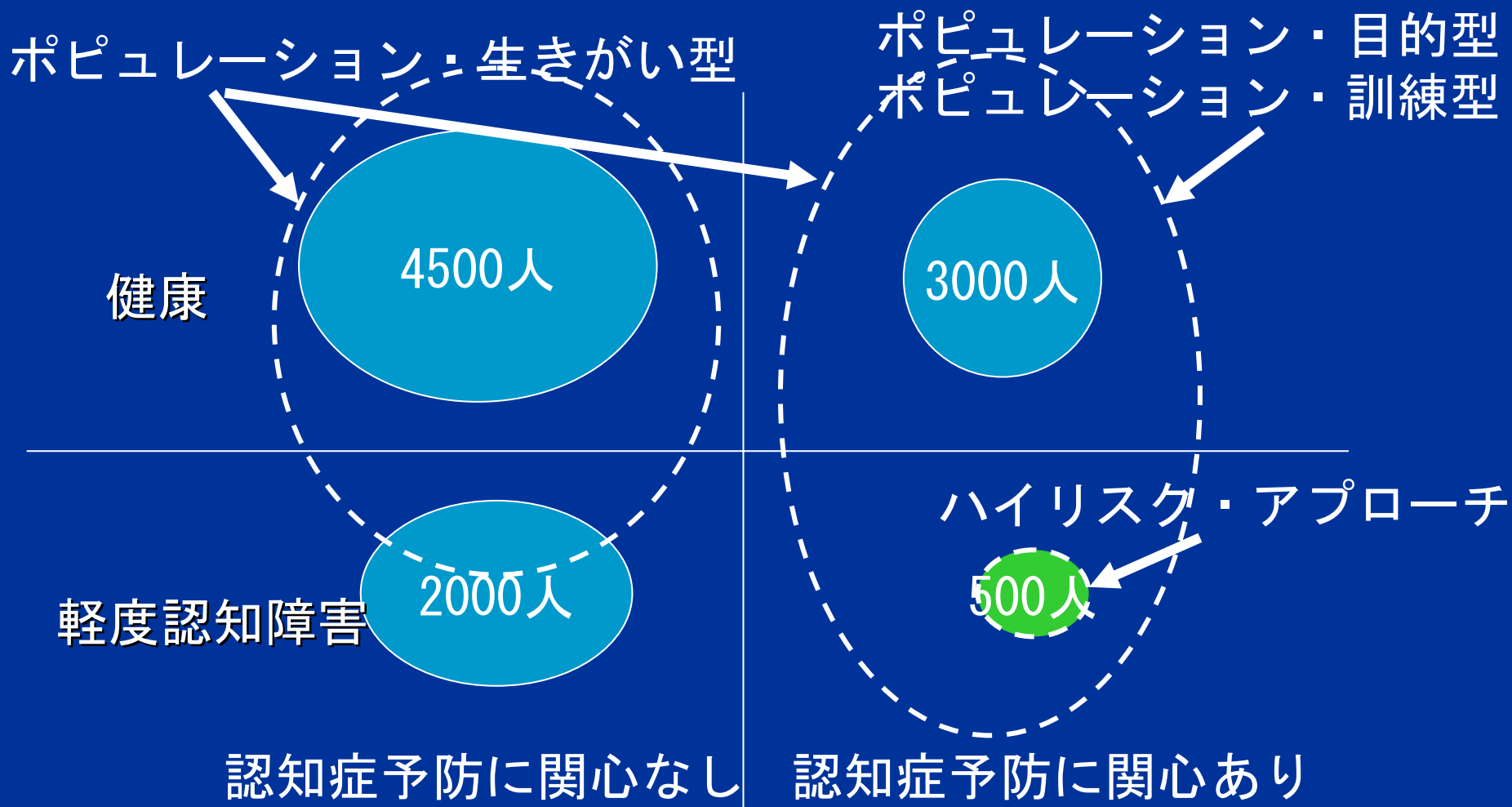
予防的観点からの認知症に関わる特徴

- 多くの場合、長期にわたる脳の病理的変化を経て発症する
健康な高齢者も予防に取り組むポピュレーションアプローチが重要。
- 予防的活動は長期に継続する必要がある
プログラムは高齢者にとって生きがいとなるような興味を持てるものが望ましい。

2. 効果的な取組の 基本的考え方

認知症予防の対象者

- 認知症予防に興味を持つ高齢者は地域高齢者の3割から4割。
- ハイリスク(軽度認知障害)を持つ高齢者は25%前後で、認知症予防に興味を持つ割合が低い。



人口1万人あたりのポピュレーション・アプローチと
ハイリスク・アプローチの対象

ポピュレーション・アプローチの考え方

- 健康な高齢者も含めた一般高齢者が対象
- 自立的に認知症の危険因子を減らすことを目指す
- ポイント

以下のようなインフォーマルな社会資源の開発、組織化

社会資源データベースの作成

住民への情報提供

地域活動の育成・支援

指導者・ファシリテータ(支援者)の育成

ハイリスク・アプローチの考え方

- 軽度の認知障害がある高齢者が対象
- 運動機能改善、栄養改善、口腔機能の改善プログラムを通じて認知機能を刺激し、危険因子を減らすことを目指す
- ポイント
 - 対象者や家族に対する啓発を行い、介護予防健診などでの早期把握につなげる
 - 対象者の好みや興味にあった予防サービスを提供する

3. 具体的な取組内容

(1)介護予防一般高齢者施策 (ポピュレーション・アプローチ)

■ 社会資源データベース作成

認知症予防に役立つ地域の社会資源に関する情報を
集めデータベースを作成する

例:ウォーキングの指導者はどこにいるか
ウォーキング講座はどこで受けられるか
新人を受け入れるグループはあるか
ウォーキングに適したコース

■ パンフレット、ホームページなどのコンテンツに用いる

■ 住民への情報提供

認知症予防に関心のある住民への情報提供・パンフレットの配布等

例：地域住民のボランティアを組織し、近隣の高齢者のニーズを聞き取って、それに応じた情報を提供する。

■ 地域活動の育成・支援

行動変容のきっかけとなるような地域活動の育成・支援を行う。

■ ポピュレーション・アプローチの3つの型

○生きがい型

認知症予防を目的にしていなくても、認知症のリスクを下げる効果の期待できる活動を育成・支援する

対象：一般的な高齢者

例： 1日ウォーキング講座、麻雀大会など

他に囲碁、将棋、園芸、料理、パソコン、ウォーキング、水泳等

○目的型

認知症予防を目的として、多くの高齢者が好み、認知症のリスクを下げる効果の期待できる活動を育成・支援する

対象者：認知症予防に関心を持つ健康および軽度認知障害の高齢者

例：パソコンを使ってミニコミ誌を作る

旅行の情報を集め、計画を立てて実行する

新しい料理のレシピを考え、試作する

花の栽培を計画し、花壇作りを行う

ウォーキングを習慣化する

○訓練型

認知症予防を目的として、認知機能の訓練効果の期待できる活動を育成・支援する

対象者: 認知症予防に関心を持つ健康および軽度
認知障害の高齢者

例: 2日遅れの日記をつける

単純な計算をてきぱき行う
文章を声に出して読む

- プログラム指導者・ファシリテーター(支援者)の育成
地域での認知症予防・支援プログラムを実施するために必要な知識と技術を持った指導者・ファシリテーターを育成する。必要とされる知識や技術は必ずしも高度な専門的なものではなく、学習が容易なものが望ましい。

カリキュラムの例:

1. 認知症と軽度認知障害の理解と評価方法
2. 認知症発症の危険因子
3. 行動変容とグループワークの技法
4. プログラムの進め方

(2) 介護予防特定般高齢者施策 (ハイリスク・アプローチ)

① 対象となる者の特徴と留意点(1)

- 軽度認知障害を持つ

記憶・学習、注意、言語、視空間認知、思考などの認知機能が低下している

- 知的機能を必要とする日常生活能力がやや低下している

- 他者による監視、指導が必要な水準には至っていない

- うつ病や身体的不調でこのような状況が起こりうる

- 認知症の疑いのある場合は、受診して認知症と診断されれば医療サービスや介護サービスにつなぐ

(2) 介護予防特定般高齢者施策 (ハイリスク・アプローチ)

① 対象となる者の特徴と留意点(2)

基本チェックリストで以下の項目の得点(「はい」が1点)を合計して3点以下の場合は、軽度の認知障害が疑われる。

- (1) バスや電車を利用しひとりで外出していますか
- (2) 日用品の買い物をしていますか
- (3) 預貯金の出し入れをしていますか
- (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
- (21) 薬を決められたとおりに飲んでいますか

(2) 介護予防特定般高齢者施策 (ハイリスク・アプローチ)

① 対象となる者の特徴と留意点(3)

以下の基本チェックリスト項目で「はい」が1つ以上ついた場合、または、さきの項目で1点以下である場合は、認知症が疑われるので、家族に連絡を取り、医療機関を紹介して受診をすすめる。

(18) 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか

(20) 今日が何月何日かわからない時がありますか

②取組の成果目標・評価方法

■ 取組の目標

記憶・学習、注意、言語、視空間認知、思考などの
認知機能の維持

■ 評価方法

認知機能検査：ファイブ・コグ検査、MMSE、長谷川
式簡易知能評価スケール

■ 評価時期

取組の前後、またはそれを含めた数回

■ 評価結果のフィードバック

評価項目の意味と成績に基づいた生活上の助言を
つけてフィードバックすることが望ましい

③取組の考え方と具体的な取組内容

■ 取組の考え方

○認知症予防に特化したプログラムは設けず、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上のいずれかのプログラムに参加してもらう。

○意欲を持って取り組めるプログラムでないと予防効果が期待できないので、プログラム選択に当たっては対象者の意思を尊重する。

○できるだけ家族や近隣のインフォーマルな資源を活用して、対象者が支援を受けられるようにすることが望ましい。

- 取組内容(通所実施が基本)

- 運動器の機能向上プログラム

- 栄養改善プログラム

- 口腔機能の向上プログラム

これらのプログラムに参加することで、認知機能を使う機会が増え認知機能の維持の効果が期待される。

- 実施場所

市町村保健センター、公民館等
委託する場合は、民間事業所等

- 主な担当者

保健師、看護師等
言語聴覚士、作業療法士等
運動指導士、管理栄養士、歯科医師
等

- 実施期間

3ヶ月程度

④実施に際しての留意点

- プログラム内容を説明し、どのような効果が期待できるのかを説明し、理解してもらう。
- プログラムがストレスにならないように、対象者の気持ちや決定を尊重して進める。
- 対象者がやれそうだという低い目標から始め、達成感を持ってもらうことに努める。

(4) 各プログラムとの相互関係、連携に関する留意点

- 対象者が閉じこもり状態、うつ症状を持つ場合は認知症予防プログラムを継続できない可能性がある
ので、それらのプログラムを優先する

認知症予防・支援：研究班

主任研究者

本間 昭：東京都老人総合研究所 参事研究員

分担研究者

矢富直美：東京都老人総合研究所主任研究員

繁田雅弘：首都大学東京 健康福祉学部長

中村 祐：香川大学精神医学講座教授

下川昭夫：首都大学東京都市教養学部助教授

西原教子：東京都町田市高齢者福祉課

宇良千秋：東京都認知症予防対策室

うつ予防・支援について

うつ予防・支援についての研究班

主任研究者：

慶應義塾大学保健管理センター教授

大野 裕

取組のねらい(生活機能の維持・向上の意義)(1)

- 高齢者の老化やライフイベントに伴う身体的、心理的、社会的体験は、閉じこもりなど社会からの孤立につながり、うつ病の引き金となりうる。
 - － 身体の衰え、病気への罹患、死を意識すること
 - － 退職や老化に伴う仕事の喪失
 - － 家族や社会との交流の減少、家族内役割の喪失
 - － 人に頼る部分が増えることに対する自己嫌悪や罪悪感
 - － 身近な人との喪失体験：配偶者や親しい人との死別

取組のねらい(生活機能の維持・向上の意義)

(2)

- うつ病は、心身両面に影響を与える疾患であり、高齢者のうつ対策は自殺予防に加えて、生活習慣病予防・進展防止、ひいては要支援・要介護老人を少なくするために重要である。
 - －健康管理や日常生活に消極的になることによる、身体健康状態への悪影響
 - －心筋梗塞などの虚血性心疾患、脳卒中などの脳血管障害、糖尿病やがんなど、様々な身体疾患の病状や経過への悪影響

効果的な取組の基本的な考え方

- うつ病に苦しんでいる高齢者は多いが、周囲に相談できていない人が多い。

●介護予防一般高齢者施策

（ポピュレーション・アプローチ）

●介護予防特定高齢者施策

（ハイリスク・アプローチ）

●介護予防一般高齢者施策 (ポピュレーション・アプローチ)

- うつ病の普及・啓発活動などの保健活動
 - ・ 気づきの促しと、相談や受診しやすい地域づくり
- 「人との関係をつなぐ」場づくり: 閉じこもりや社会的な孤立を予防し、気晴らしができたり自身の健康や生きがいづくりにつなげる
- 高齢者と家族がいつでも相談できる関係づくり

●介護予防特定高齢者施策 (ハイリスク・アプローチ)

- －一次予防の視点での普及・啓発、健康教育、健康診査・健康教育、個別健康相談や指導等の活用
- －様々なアセスメントを通じた対象者の選択に基づく個別の援助
- －適切な医療サービスの利用

介護予防一般高齢者施策 (ポピュレーション・アプローチ)

介護予防一般高齢者施策 (ポピュレーション・アプローチ)

- ① あらゆる機会を通してうつ病に対する正しい知識の普及、啓発に努める。
- ② 住民がストレスに積極的に対処できる方法を学習できる機会を設け、高齢者の生きがいや孤立予防につながる活動を行い、主体的な健康増進とうつ病予防をめざす。

介護予防特定高齢者施策 (ハイリスク・アプローチ)

おもに二次予防と三次予防

二次予防としてのうつ対策(1)

- ① 多くの機会を活用してうつアセスメントを行う。
- ② 介護予防は原則として地域包括支援センターで、基本チェックリスト等を用いて行う。
- ③ 一次アセスメントでうつの可能性が疑われた高齢者に対しては、市町村等が行う心の健康に関する相談(「心の健康相談」)等を受けることを勧める。

二次予防としてのうつ対策(2)

- ④ 「心の健康相談」で二次アセスメントを実施し、その結果に基づき、うつ病が疑われる高齢者に関しては、医療機関への受診勧奨をし、それ以外のうつ傾向のある高齢者には、例えば、訪問等により経過観察を行う。
- ⑤ 市町村等は、うつ病が疑われる高齢者及びうつ傾向のある高齢者に対して、地域包括支援センターと連携して適切な支援を行う。

三次予防としてのうつ対策

- 病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援
- プライバシーに十分配慮した対応が求められることから、健康相談、訪問指導を通じた個別ケアが大切

うつ予防・支援の対象となる住民の 特徴、留意点

- うつ予防活動の対象者は、要支援・要介護になるおそれのある住民だけではなく、いずれにも該当しない高齢者も含まれる。
- 高齢者の家族・地域住民も含め、うつ傾向が認められる場合には介入を行う。
- うつ病が閉じこもり、認知症、筋力低下等を合併している場合も多いと思われることから、それぞれの状態の悪化を防止するためにもうつへの取り組みを行う必要である。

うつ予防・支援の目的（１）

- 地域全体への普及・啓発を行い、地域住民自らがうつ病に関する正しい知識を持ち、ストレスに適切に対処できるように援助する。
- うつ病は気づきにくい、気づかれにくいことから、健診（検診）や健康教育、家庭訪問等のあらゆる機会を活用して、アセスメントを行い、うつ傾向にある高齢者を早期発見し早めに相談や経過観察、受診勧奨等を行うことにより重症化を予防する。

うつ予防・支援の目的(2)

- 強いストレス状態、うつ状態、うつ病の高齢者に対し、家族、地域住民、民生・児童委員、食生活改善推進員等の関係者、ケアに携わる専門職が、声かけ、見守り、相談、医療機関との連携、服薬指導、等のさまざまなアプローチを正しく行うことができるように援助する。
- 地域のさまざまな保健医療福祉サービス資源の機能を理解し、調整を図りながら、要支援・要介護になるおそれのある高齢者や要支援高齢者への適切な対応を行う。

うつ予防・支援の 具体的な取組内容

『うつに関する質問項目』(1)

(基本チェックリストに含まれる)

最近2週間のあなたのご様子についてお伺いします。
次の質問を読んで、「はい」「いいえ」のうち、あてはまる方に○印をつけてください。

1. 毎日の生活に充実感がない。

1. はい 2. いいえ

2. 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 2. いいえ

3. 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 2. いいえ

『うつに関する質問項目』(2)

(基本チェックリストに含まれる)

4. 自分は役に立つ人間だと思えない。

1. はい 2. いいえ

5. わけもなく疲れたような感じがする。

1. はい 2. いいえ

(※問1、問2、問3、問4、問5のうち、2項目以上が「はい」である場合に陽性とします。地域で使いやすいように改変することも可能です。)

二次アセスメント(特定高齢者施策)の 評価のプロセス(1)

- 1) 第一段階
 - 「1. うつ気分」または「2. 快感消失」のいずれかの症状が存在しているかどうかを評価する。
- 2) 第二段階
 - ①「1. うつ気分」か「2. 快感消失」のいずれかの症状が存在している場合に以下の9つの症状を評価して、存在する症状の全体の数 را 把握する
 - 1. 抑うつ気分、2. 快感消失、3. 食欲の減退または増加、4. 睡眠障害(不眠または睡眠過多)、5. 精神運動の障害(強い焦燥感・運動の制止)、6. 疲れやすさ・気力の減退、7. 強い罪責感(自分に価値がない, 罪悪感)、8. 思考力や集中力の低下(決断困難／思考力減退／集中力減退)、9. 自殺への思い

二次アセスメント(特定高齢者施策)の 評価のプロセス(2)

- ②以下の基準に従って重症度を評価します
 - 0. うつ状態にない: 症状が1個以下
 - 1. 軽うつ状態: 症状が2-4個で、心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う
 - 2. うつ病(軽度): 症状が5個で、強い心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う
 - 3. うつ病(中等度): 症状が6-7個で、強い心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う
 - 4. うつ病(重度): 症状が8-9個で、強い心理的苦痛か日常生活の機能障害を伴う
 - (注) 自殺の項目が陽性の場合は、「うつ病(重度)」とする。

二次アセスメント後の対応

- 医療機関との連携
- 事後のフォローアップ
- カンファレンス
- その他の関係者との連携
 - －(1) 精神保健福祉相談員等との連携
 - －(2) 保健所との連携
 - －(3) 精神保健福祉センターとの連携

実施に際しての留意点(リスク管理等)

- 倫理的な問題にじゅうぶんに配慮する
 - 情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護等
- 保健師，看護師，介護支援専門員，社会福祉士等の関係者が、うつ対策についての知識及び技術を習得し、向上するよう努力する
- うつ対策に従事する関係者自身の心のケアも忘れない

各プログラムとの相互関係、連携(1)

- うつ予防・支援に関する事業は、その他の介護予防事業と密接に関連
 - うつが強くなると、気力の低下や倦怠感のために活動性が低下してきて閉じこもることが多くなる
 - 身体を動かすことが少なくなるために筋力が低下する
 - 通常の日常的な行動が送れなくなって口腔機能に問題が生じてくる
 - 食欲が低下して食事量が減ったり食事の内容に偏りが出てきたりして、栄養状態が悪化する
 - 認知症はうつの発症要因になるし、逆にうつが認知症を悪化させる可能性も指摘されている

各プログラムとの相互関係、連携(2)

- 各種の介護予防事業を行う際にはうつが影響している可能性に注意して、うつに関するアセスメントを実施するなどして、うつ病の可能性のある住民を早めに手助けしていくことが重要
 - － (例) 通所型介護予防事業等は、高齢者が集う場や生きがいづくりのための活動の場になることから、うつ対策に活用することができるし、健康相談・健康教育の場として活用することもできる

うつ予防・支援についての研究班

主任研究者 大野裕 （慶應義塾大学保健管理センター）
分担研究者 栗田主一 （東北大学医学部）
宇田英典（鹿児島県川薩保健所）
佐藤恭子（青森県名川町）
八森敦 （地域医療振興協会）
藤澤大介（桜ヶ丘記念病院）
渡邊直樹（青森県精神保健福祉センター）