

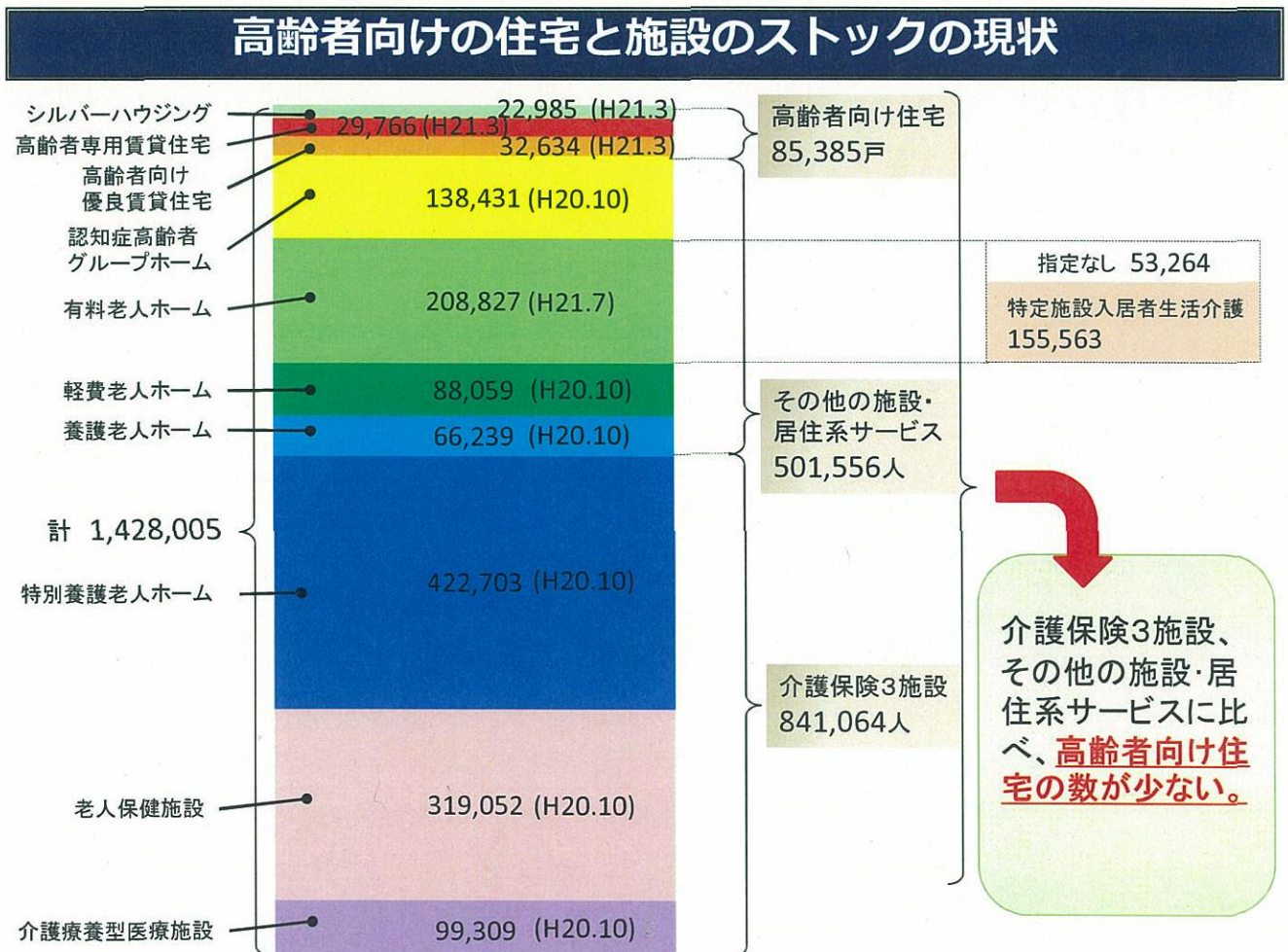
## 社会保障審議会介護給付費分科会(第76回)議事次第

日時：平成23年 6月16日(木)  
9時00分から12時00分まで  
於：全社協・灘尾ホール

### 議 題

1. 高齢者の住まいについて
2. 認知症への対応について
3. その他

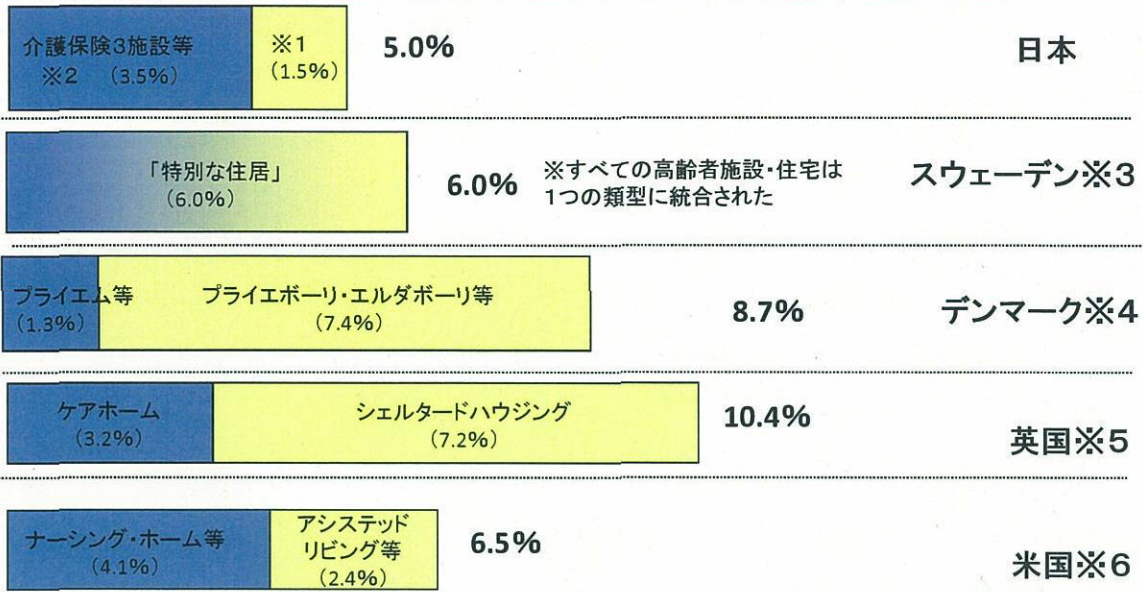
# 高齢者の住まいについて



# 各国の介護施設・高齢者住宅の状況

日本は、各国と比較して、全高齢者における高齢者住宅の整備割合が低い。

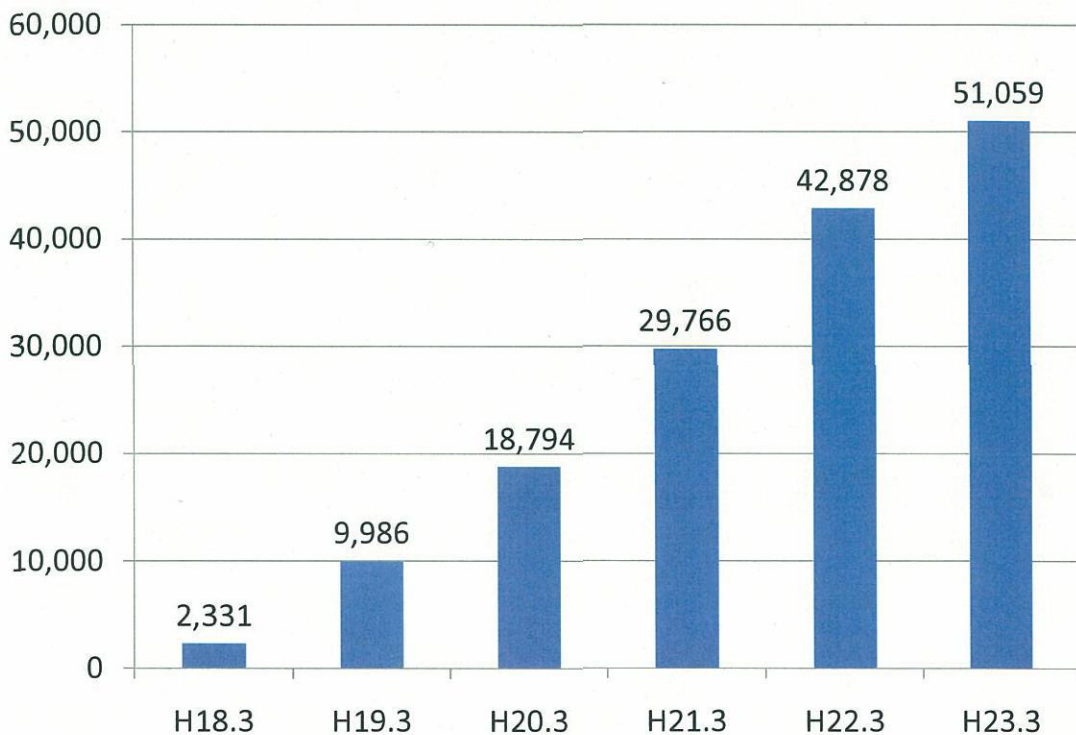
全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合(2008)



- ※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者専用賃貸住宅(ともに国土交通省調べ)、有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(平成20年社会福祉施設等調査)  
 ※2 介護保険3施設及びグループホーム(平成20年介護サービス・事業所調査)  
 ※3 Statiska Centralbyrån, "Statistisk Årsbok för Sverige 2010"  
 ※4 Danmarks Statistik, "StatBank Denmark"  
 ※5 Laing and Buisson, "Care of Elderly People UK Market Survey 2009" 及び Age Concern, "Older people in the United Kingdom February 2010" から推計  
 ※6 Administration on Aging U.S. Department of Health and Human Services, "A Profile of Older Americans: 2009"

3

## 高齢者専用賃貸住宅(高専賃)の登録戸数の推移



4

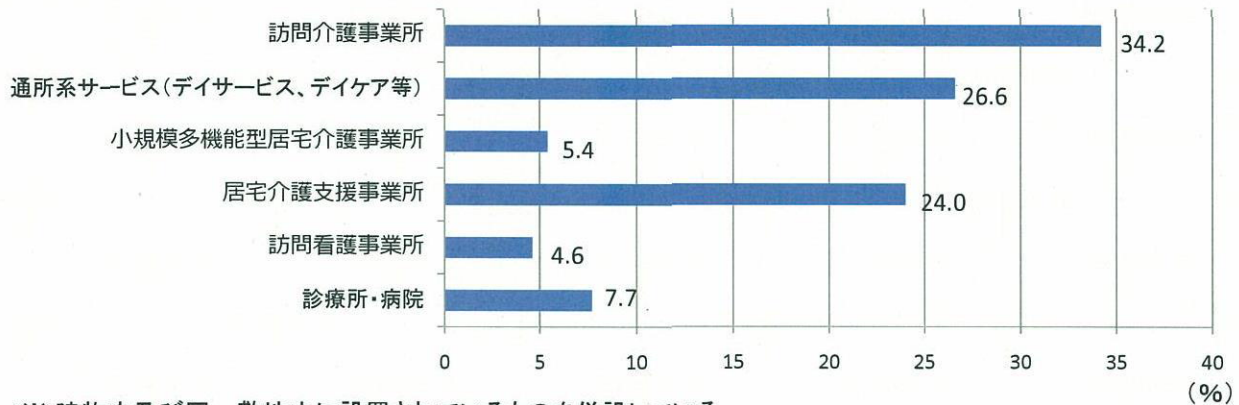
# 高齢者専用賃貸住宅の入居者像、併設事業所の割合について

## 1. 入居者の平均年齢と要介護度について

平均年齢	平均要介護度
79.13歳	1.804

	自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
要介護度	6.10人	1.41人	1.63人	2.98人	2.86人	2.06人	1.14人	0.55人	18.7人
割合	32.6%	7.5%	8.7%	15.9%	15.3%	11.0%	6.1%	2.9%	100.0%

## 2. 併設(※)事業所の設置割合について



(※)建物内及び同一敷地内に設置されているものを併設している。

出典：高齢者専用賃貸住宅における介護サービス利用の実態調査  
(平成20年老人保健健康増進等事業・高齢者住宅財団)より

## サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

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

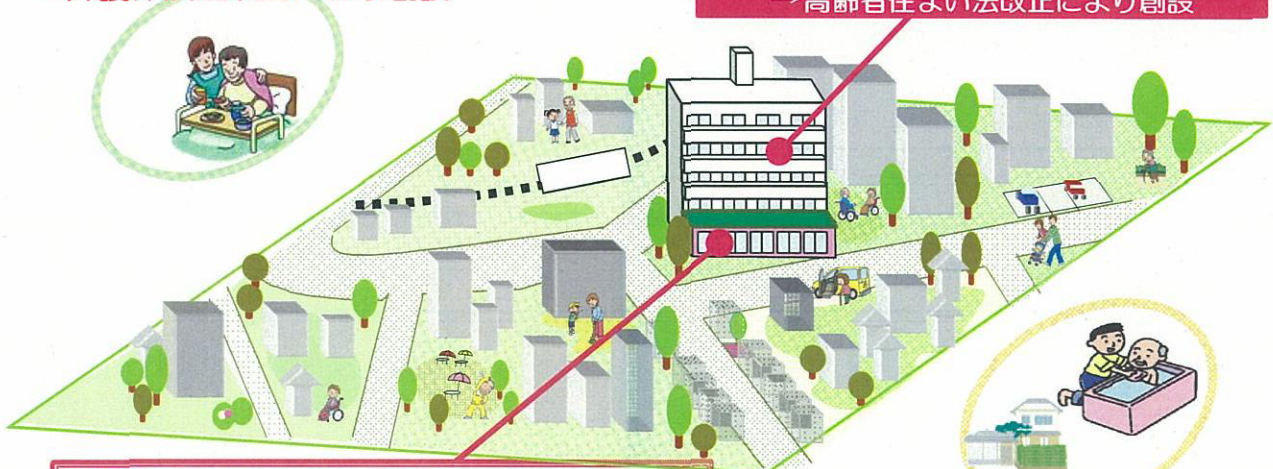
24時間対応の訪問介護・看護

「定期巡回・随時対応サービス」

→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅  
(国土交通省・厚生労働省共管)

→高齢者住まい法改正により創設

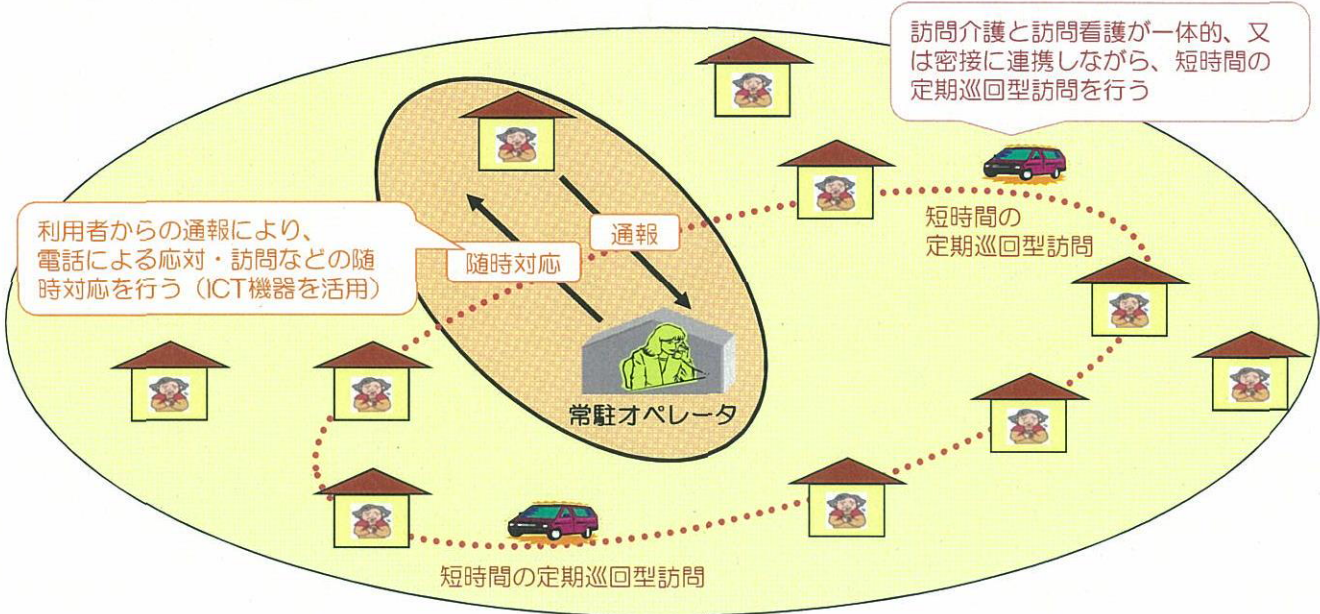


診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター、定期巡回・随時対応サービス(新設)

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

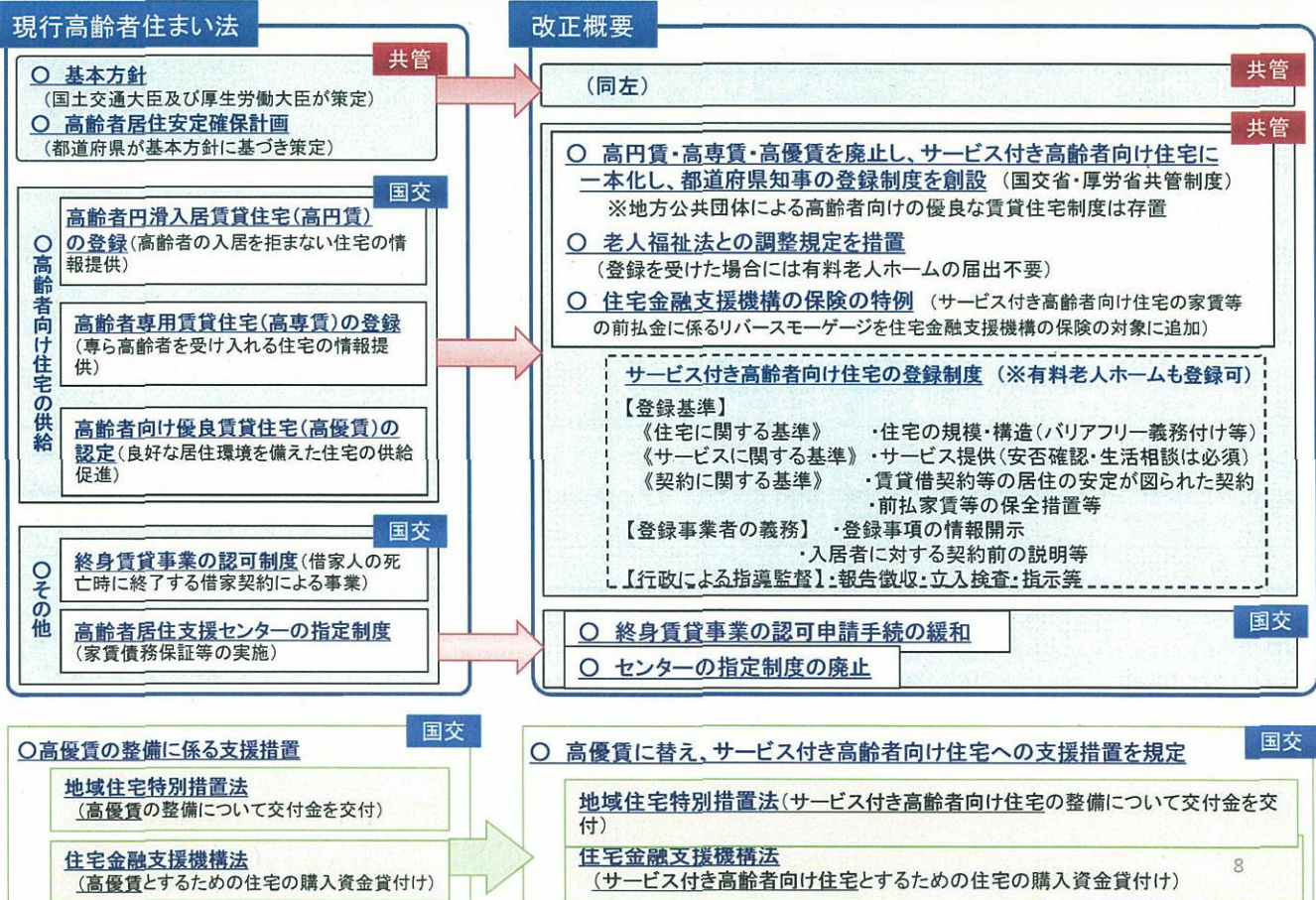
# 定期巡回・随時対応サービスについて

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



- ※ 1つの事業所から訪問介護・訪問看護を一体的に提供する、又は、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するなど、訪問介護と訪問看護の密接な連携を図りつつ実施する。
- ※ 在宅療養支援診療所等、地域の医療機関との連携も重要となる。
- ※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村(保険者)が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

## 高齢者住まい法等の改正概要



# サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

## 【登録基準】（※有料老人ホームも登録可）

- 《ハード》
  - ・床面積は原則25㎡以上
  - ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
  - ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）
- 《サービス》
  - ・サービスを提供すること（少なくとも安否確認・生活相談サービスを提供）
  - 〔サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等〕
- 《契約内容》
  - ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないこととしているなど、居住の安定が図られた契約であること
  - ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
  - ・前払金に関して入居者保護が図られていること（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

## 【登録事業者の義務】

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

24時間対応の  
訪問看護・介護  
「定期巡回随時対応サービス」  
→介護保険法改正により  
創設予定

## 【行政による指導監督】

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける



サービス付き高齢者向け住宅

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

# サービス付き高齢者向け住宅に対する行政監督

## 報告徴収、立入検査及び質問<sup>※</sup>

業務に関し必要な報告を求め、事業所もしくは登録住宅に立ち入り、その業務の状況もしくは帳簿、書類その他の物件を検査し、関係者に質問することができる。

※登録事業者から住宅の管理/高齢者生活支援サービスの提供を委託された者も対象

## 指示

- 登録内容と事実が異なる時は、登録内容の訂正を指示できる。
- 事業が登録基準に適合しない時は、登録基準に適合するよう必要な措置をとることを指示できる。
- 以下の義務に反する時は、是正措置を指示できる。
  - ・誇大広告の禁止
  - ・登録事項の公表
  - ・登録事項等を記載した書面交付及び事前説明
  - ・高齢者生活支援サービスの提供に係る契約の遵守
  - ・帳簿の作成及び保存
  - ・その他遵守事項

## 取消し

- 登録拒否要件に該当するに至った場合
- 登録内容の変更や地位を承継したにも関わらず、届け出なかった場合
- 改善指示に従わなかった場合
- 事務所の所在地等を確知できず、その旨を公示して30日間申し出がなかった場合

# サービス付き高齢者向け住宅の供給促進のための支援措置

## 予算

《高齢者等居住安定化推進事業：予算額325億円（うち特別枠300億円）》

新たに創設される「サービス付き高齢者向け住宅」の供給促進のため、建設・改修費に対して、国が民間事業者・医療法人・社会福祉法人・NPO等に直接補助を行う。

- ＜対象＞ 登録されたサービス付き高齢者向け住宅等
- ＜補助額＞ 建築費の1/10 改修費の1/3（国費上限 100万円/戸）

## 税制案

所得税・法人税に係る割増償却、固定資産税の減額、不動産取得税の軽減措置によるサービス付き高齢者向け住宅の供給促進

所得税・法人税	5年間 割増償却40%(耐用年数35年未満28%)
固定資産税	5年間 税額を2/3軽減
不動産取得税	(家屋)課税標準から1,200万円控除/戸
	(土地)家屋の床面積の2倍にあたる土地面積相当分の価格等を減額

## 融資

- サービス付き高齢者向け住宅に対する住宅金融支援機構の賃貸住宅融資の実施と要件の緩和（＝別担保の設定不要）
- サービス付き高齢者向け住宅の家賃の前払金について、民間金融機関のリバースモーゲージ（死亡時一括償還型融資）を、住宅金融支援機構の住宅融資保険の対象に追加（住宅融資保険法の特例）

11

# サービス付き高齢者向け住宅整備事業のイメージ

## 事業イメージ

### ＜要件＞

「サービス付きの高齢者向け住宅」として登録

- 高齢者住まい法の改正により創設される「サービス付き高齢者向け住宅」として登録されることが補助金交付の条件

### その他の要件

- サービス付き高齢者向け住宅として10年以上登録するもの
- 高齢者居住安定確保計画との整合等を地方公共団体が確認したもの
- 入居者の家賃の額が、近傍同種の住宅の家賃の額と均衡を失しないように定められるもの
- 入居者からの家賃等の徴収方法が、前払いによるものに限定されていないもの

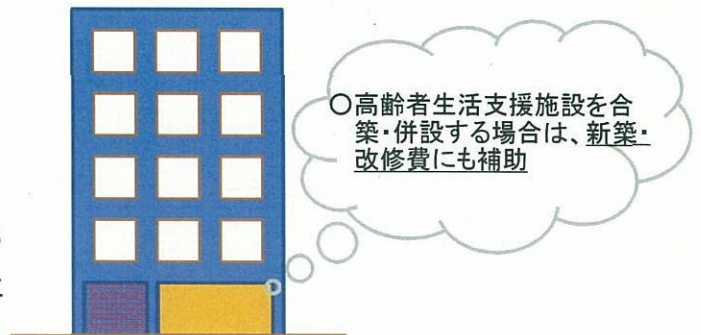
### ＜補助率＞

住宅：

- 新築 1/10(上限 100万円/戸)
- 改修<sup>※1</sup> 1/3(上限 100万円/戸)

高齢者生活支援施設<sup>※2</sup>：

- 新築 1/10(上限1,000万円/施設)
- 改修 1/3(上限1,000万円/施設)



※1 住宅の改修は、共用部分及び加齢対応構造等（バリアフリー化）に係る工事に限る。

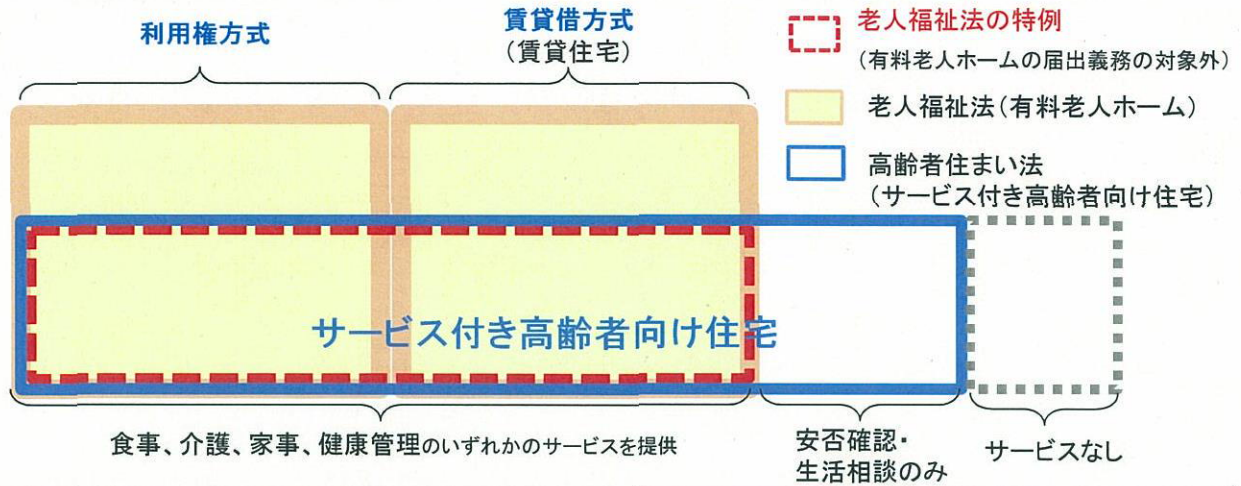
※2 高齢者生活支援施設の例： デイサービス、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、診療所、訪問看護事業所、食事サービス施設、生活相談サービス施設 等

12

# 老人福祉法の特例について（有料老人ホームの場合）

サービス付き高齢者向け住宅については、

- 食事、介護、家事、健康管理のいずれかのサービスを提供しているサービス付き高齢者向け住宅  
→ 有料老人ホームに該当する。
- 安否確認・生活相談のみのサービス付き高齢者向け住宅  
→ 有料老人ホームには該当しない。



※ なお、サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームの設置者については、老人福祉法における以下の規定は適用しない。

- 有料老人ホームを設置しようとする場合の事業内容の届出（老人福祉法第29条第1項）
- 有料老人ホームの届出内容の変更、事業の廃止・休止の届出（同条第2項・第3項）

## 高齢者居住安定確保計画の策定に係る検討状況

- 都道府県では、現在、**5都府県(群馬県、東京都、神奈川県、大阪府、熊本県)**が高齢者居住安定確保計画を策定済み。
- 市町村では、現在、**1町(釧路町)**が高齢者居住安定確保計画を策定済み。
- 都道府県・政令市の高齢者居住安定確保計画の策定状況は以下のとおり。

計画の策定予定	策定予定年度		
	H23	H24	未定
ある	<b>19都道府県</b> 青森県、岩手県、福島県、埼玉県、千葉県、石川県、長野県、静岡県、愛知県、滋賀県、兵庫県、和歌山県、鳥取県、愛媛県、福岡県、佐賀県、長崎県、鹿児島県、沖縄県 <b>3政令市</b> 仙台市、横浜市、神戸市	<b>1都道府県</b> 徳島県	
策定する方向で検討中	<b>13都道府県</b> 北海道、宮城県、茨城県、栃木県、福井県、山梨県、三重県、島根県、岡山県、広島県、山口県、大分県、宮崎県		<b>1都道府県</b> 香川県  <b>4政令市</b> 札幌市、相模原市、北九州市、福岡市
検討中	<b>7都道府県</b> 秋田県、山形県、新潟県、岐阜県、京都府、奈良県、高知県  <b>9政令市</b> さいたま市、千葉市、川崎市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、岡山市、広島市		
なし	<b>1都道府県</b> 富山県 <b>3政令市</b> 京都市、大阪市、堺市		

※ 都道府県は高齢者住まい法に基づく計画 / 市町村は高齢者住まい法基本方針に基づく計画（平成22年12月国土交通省調べ）



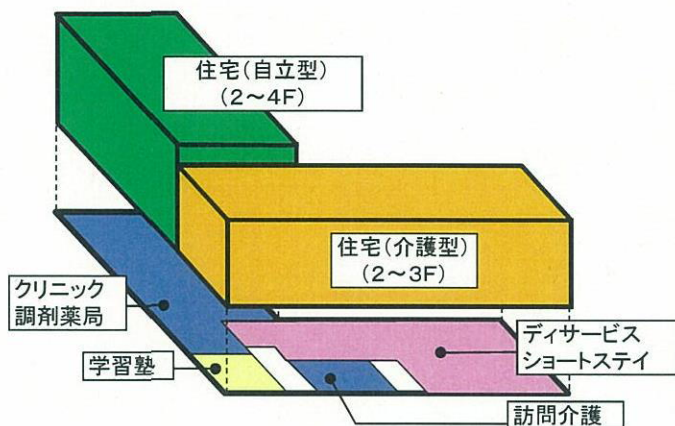
# サービス付き高齢者向け住宅のイメージ

■土地をURより賃借して高齢者専用賃貸住宅と介護事業所を一体的に整備。学習塾も併設し、高齢者と子供、地域住民の多世代交流の促進もめざす。

	自立型	介護型
戸数	24戸	57戸
住戸面積	35.65～70.41㎡	18.06～22.96㎡
家賃	105,000～188,000円	75,000～79,000円
共益費	4,600～7,500円	20,000円
サービス費	26,250～32,550円	32,550円

併設事業所等：

訪問介護、通所介護、短期入所  
居宅介護支援  
学習塾（事業者グループ会社の経営）  
テナント：クリニック、調剤薬局



-15

## 未届の有料老人ホームに該当しうる施設について

### 1. 未届の有料老人ホームに該当しうる施設の届出に係る指導状況について(平成22年10月31日現在)

	件数	割合
平成21年10月31日時点の未届の有料老人ホームに該当しうる施設数	389件	—
平成21年11月1日以降に把握した未届の有料老人ホームに該当しうる施設数	59件	—
有料老人ホーム非該当等	34件	—
有料老人ホームに該当しうる施設数	414件	100.0%
	平成22年10月31日まで届出済	166件 40.1%
	平成22年10月31日まで未届	248件 59.9%

※1 「有料老人ホームに該当しうる施設」には、現在実態把握中のものを含む。

※2 「非該当等」と判断されたものは、その後の実態把握の結果、食事等のサービスを提供していなかったものや、入居者がなく運営の実態そのものがなかったもの、など。

### 2. 消防庁発表の未届有料老人ホームのフォローアップ調査結果(平成22年10月31日現在)

何らかの消防法令違反があるもの	37.9%
主な違反内容	
スプリンクラー設備	5.1%
自動火災報知設備	4.8%
消防訓練の実施	16.5% 等

### 3. 国土交通省発表の未届有料老人ホームのフォローアップ調査結果(平成23年3月31日現在)

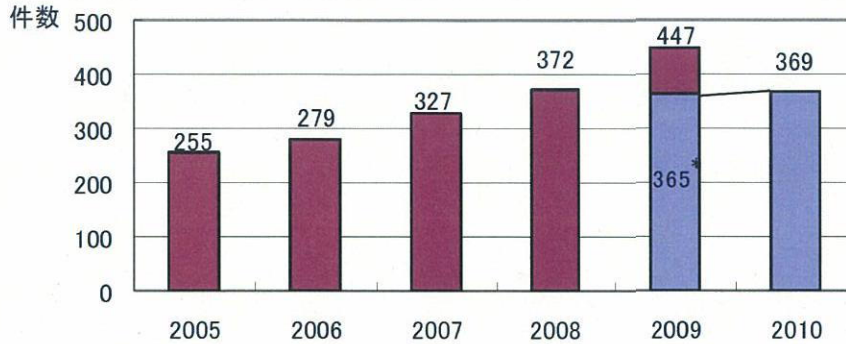
建築基準法令に関する違反を把握したもの	59.2%
---------------------	-------

16

# 有料老人ホームに関するトラブルについて

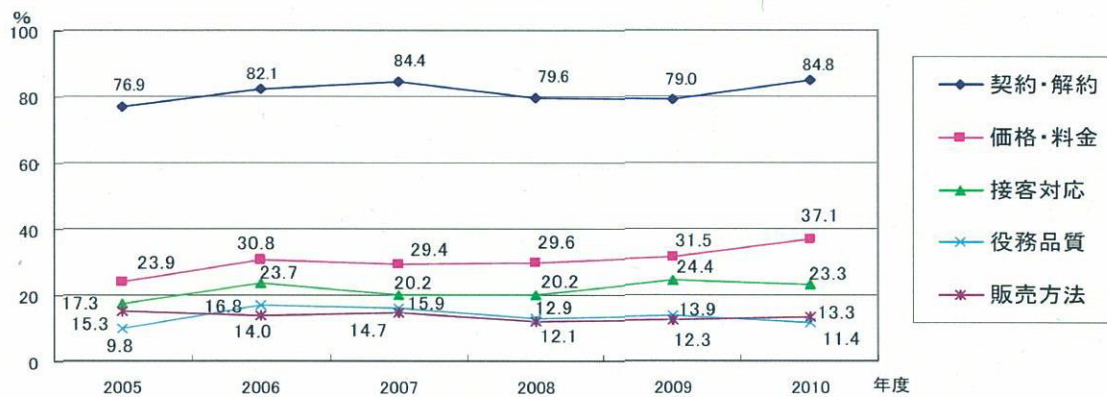
出典：独立行政法人国民生活センター  
平成23年3月30日報道発表資料

## ○ 有料老人ホームに関する相談件数の年度別推移



\* 前年同期件数  
(2009年度)

## ○ 相談内容別分類の年度別割合の推移



17

## 有料老人ホームの前払金に係る契約の問題に関する建議(抜粋)

### 短期解約特例制度（いわゆる90日ルール）についての法制化・明確化

厚生労働省は、前払金を受領しながら短期解約特例制度（以下「90日ルール」という。）を設けていない事業者が少なからず存在している状況に加え、前払金の返還に関する消費者苦情が絶えないことや都道府県等からの要望も踏まえ、以下の措置を講ずること

- 90日ルールを設けていない事業者に対して都道府県が適切かつ実効性のある指導等を行うことができるよう、90日ルールの法制化等の措置を講ずること
- 上記法制化等の措置を行うに当たっては、90日ルールの趣旨を逸脱した運営を防止する観点から、
  - ① 契約締結時点で入居可能でない場合の取扱いを定めること
  - ② 90日以内に契約解除の申出を行えば、同ルールが適用されることを明確にすること
  - ③ 死亡による契約終了の場合にも、同ルールが適用されることを明確にすること
  - ④ 事業者側が返還時に受領することができる利用料等の範囲をより明確化すること

## 有料老人ホームの利用者保護規定

### 短期間での契約解除の場合の返還ルール

#### 【現状】

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

#### 【対応】

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

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

### 権利金等の受領禁止

#### 【現状】

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

#### 【対応】

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

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

19

## 高齢者の住まいの主な論点

高齢者の住まいの普及促進を図り、施設への入所ではなく、「サービス付き高齢者向け住宅」において、入居者が重度化しても安心して暮らすことができるようにするため、基準・介護報酬については以下の視点に立って検討すべきではないか。

- ・ 24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」などを始めとした居宅サービスとの組み合わせについて、入居者が重度化しても対応できるよう、どのように評価していくべきか。また、こうした「サービス付き高齢者向け住宅」を拠点として、地域に展開していくことによる、地域包括ケアの実現について、どう考えるか。
- ・ 「サービス付き高齢者向け住宅」により提供される安否確認・生活相談等の「サービス」と介護保険により提供されるサービスとの連携についてどう考えるか。

20

# 特定施設について(参考)

21

## 特定施設入居者生活介護について

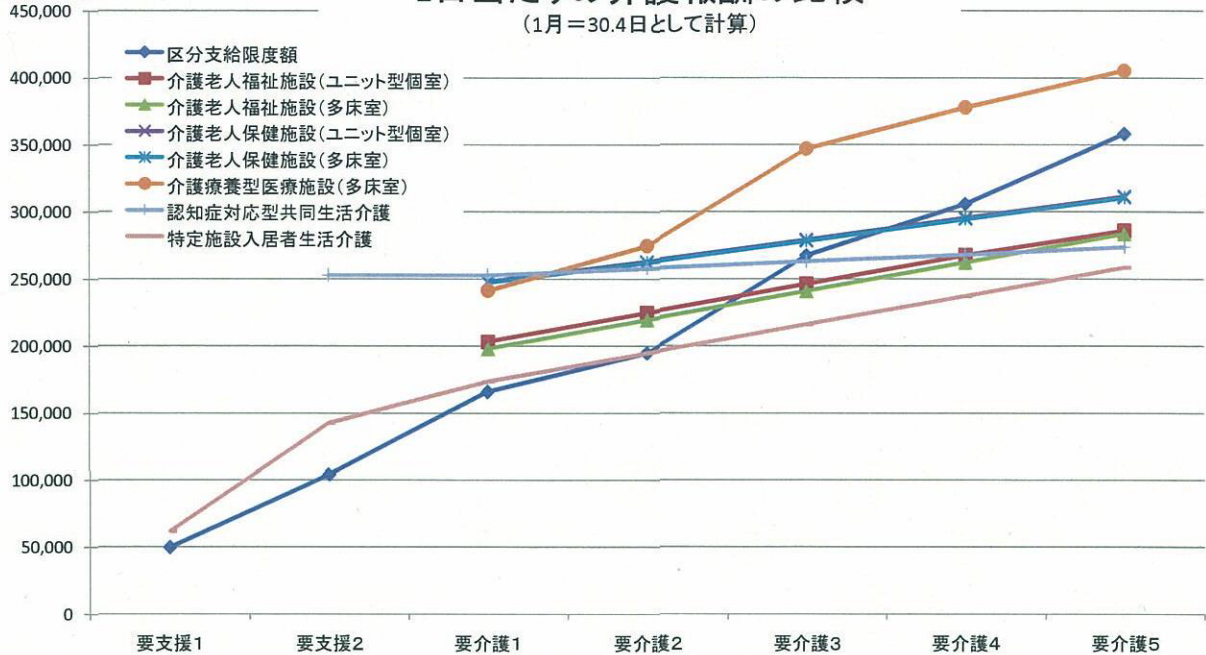
役割	特定施設(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、適合高齢者専用賃貸住宅)に入居している要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、介護その他の日常生活上の世話、機能訓練等を行うことを目的とした施設である。	
対象者	特定施設において、介護その他の日常生活上の世話、機能訓練等を必要とする要介護者。	
費用	包括型	241億5166万円(平成21年度)
	外部サービス利用型	17億5587万円(平成21年度)
施設数等	施設数:2,944施設(平成21年10月) 定員数:170,126人(平成21年10月)	
人員基準等	包括型	外部サービス利用型
	看護・介護職員3:1以上 (入所者100人の場合、 看護3人以上)  機能訓練指導員 1以上 介護支援専門員 1以上 (100:1を標準)	介護職員 10:1以上  介護支援専門員 1以上 (100:1を標準)  ※ 事業者が委託する居宅サービス事業者が計画にもとづき介護サービスを提供するもの。

22

(単位:円)

# 1日当たりの介護報酬の比較

(1月=30.4日として計算)

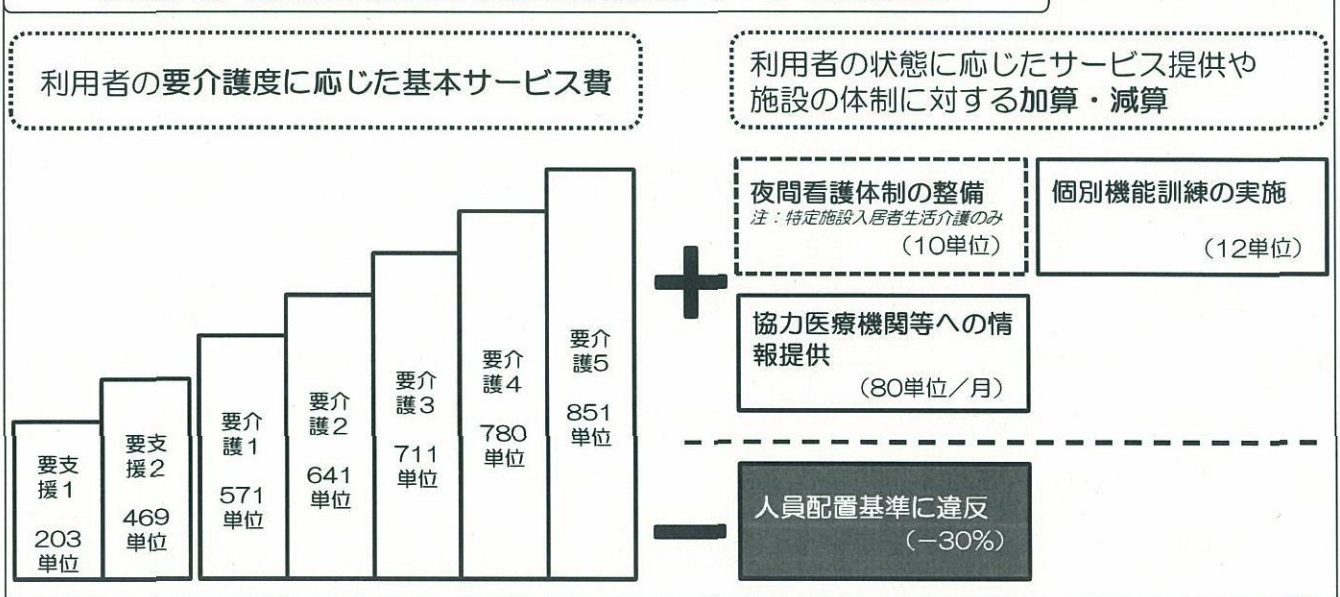


	(単位:円)						
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
区分支給限度額	49,700	104,000	165,800	194,800	267,500	306,000	358,300
介護老人福祉施設(ユニット型個室)	-	-	203,376	224,960	246,240	267,824	286,064
介護老人福祉施設(多床室)	-	-	197,904	219,488	240,768	262,352	283,632
介護老人保健施設(ユニット型個室)	-	-	248,064	262,960	279,072	295,488	311,600
介護老人保健施設(多床室)	-	-	247,152	262,048	278,160	294,576	310,688
介護療養型医療施設(多床室)	-	-	241,376	274,816	347,168	377,872	405,536
認知症対応型共同生活介護	-	252,624	252,624	257,792	262,960	268,128	273,600
特定施設入居者生活介護	61,712	142,576	173,584	194,864	216,144	237,120	258,704

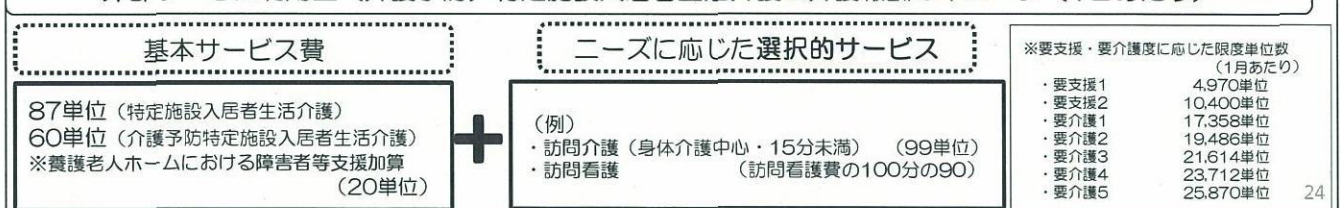
## 特定施設入居者生活介護の介護報酬について

(介護予防) 特定施設入居者生活介護の介護報酬のイメージ (1日あたり)

※ 加算・減算は主なものを記載



外部サービス利用型(介護予防) 特定施設入居者生活介護の介護報酬のイメージ (1日あたり)



※要支援・要介護度に応じた限度単位数 (1月あたり)	
・要支援1	4,970単位
・要支援2	10,400単位
・要介護1	17,358単位
・要介護2	19,486単位
・要介護3	21,614単位
・要介護4	23,712単位
・要介護5	25,870単位

# 認知症への対応について

## 高齢者の世帯形態の将来推計

(万世帯)

区 分	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯	4,906	5,029	5,060	5,044	4,984
世帯主が65歳以上	1,355	1,568	1,803	1,899	1,901
単独 (比率)	387 (28.6%)	466 (29.7%)	562 (31.2%)	631 (33.2%)	673 (35.4%)
夫婦のみ (比率)	465 (34.3%)	534 (34.1%)	599 (33.2%)	614 (32.3%)	594 (31.2%)
単独・夫婦計 (比率)	852 (62.9%)	1,000 (63.8%)	1,161 (64.4%)	1,245 (65.6%)	1,267 (66.6%)

(注)比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計－平成20年3月推計－」

## 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の推計

○「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の人数については、平成22(2010)年では208万人、平成37(2025)年では323万人と推計されており、約1.6倍に増加することが見込まれている。

(単位:万人)

将来推計(年)	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活自立度Ⅱ以上	208	250	289	323	353	376	385	378
	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4

※1日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

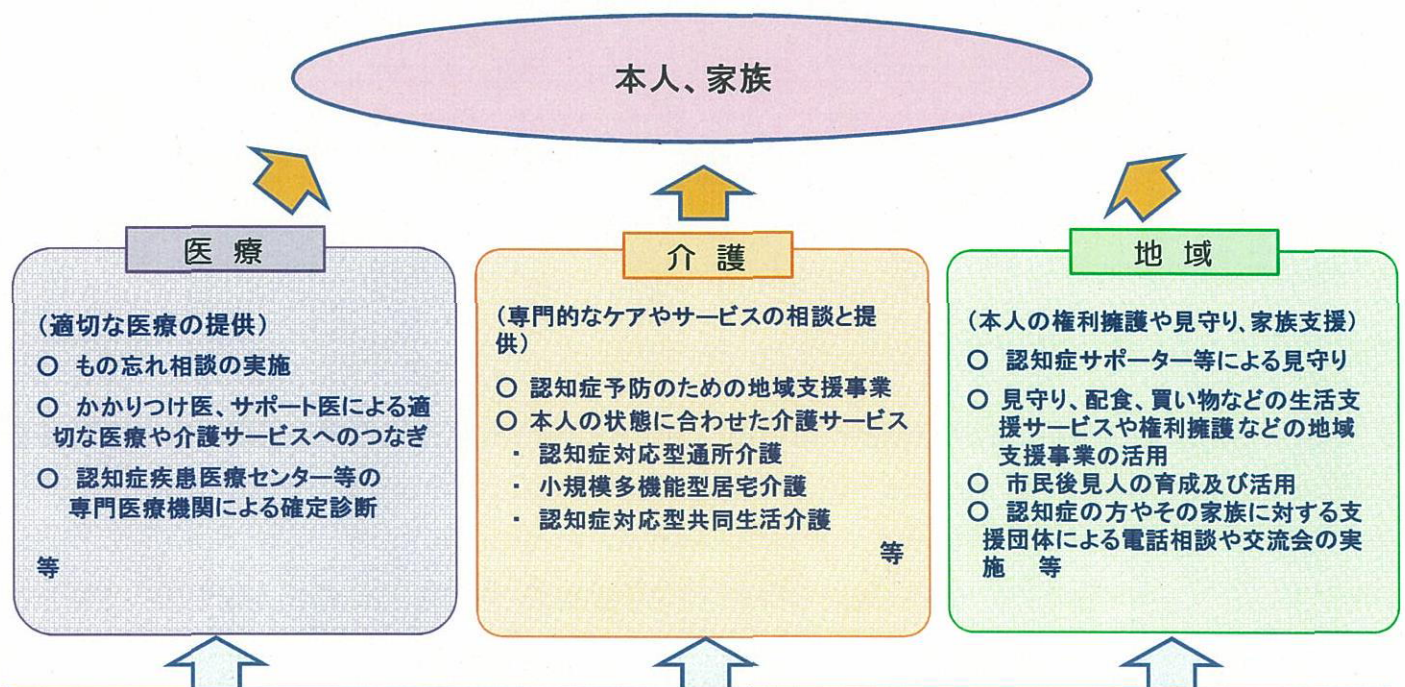
※2 下段は65歳以上の人口比(%)

(平成15年6月 高齢者介護研究会報告書より)

2

## 認知症の方への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

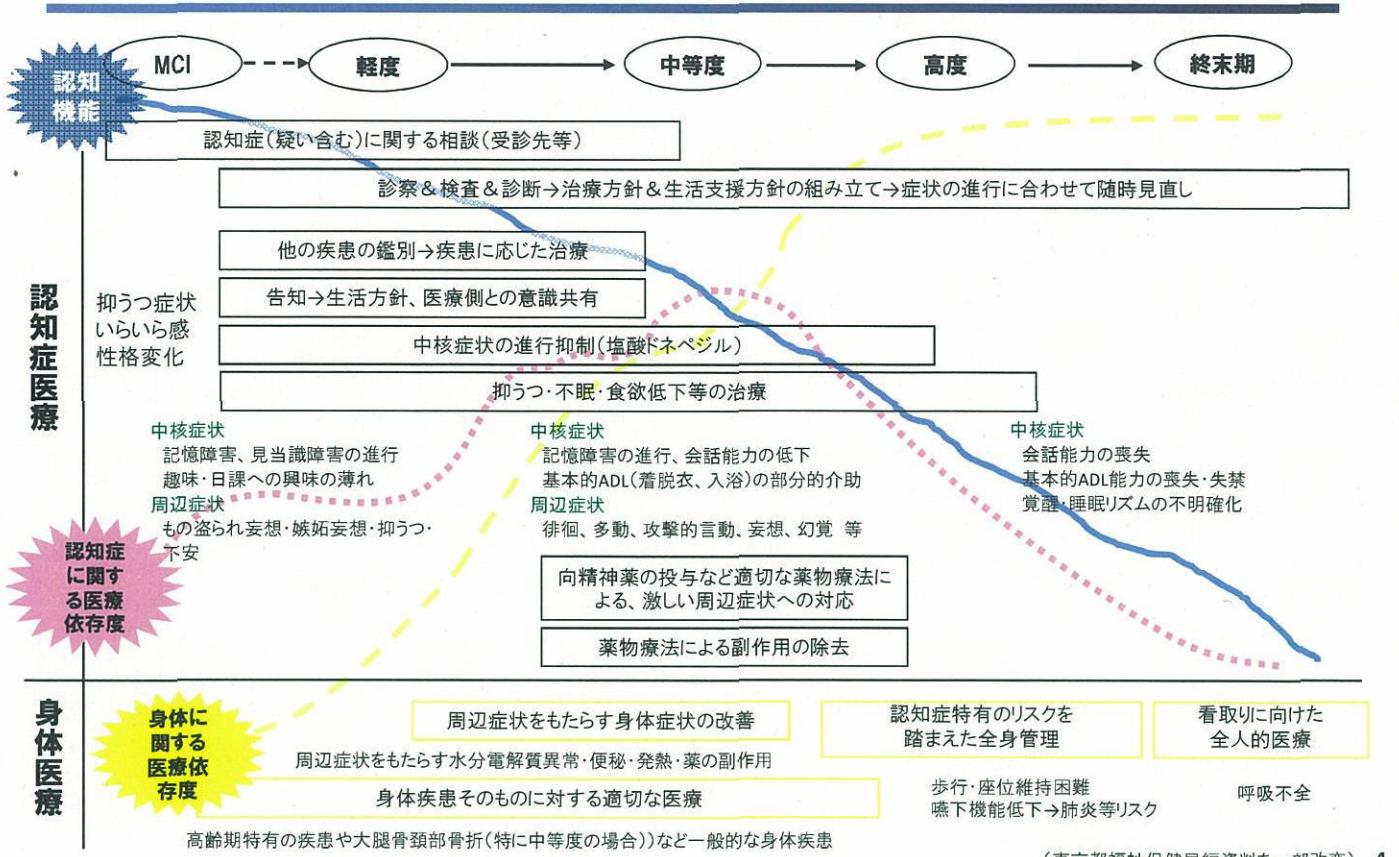
○認知症の方やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたって展開されている。



3

# 認知症の経過と医療依存度

(アルツハイマー病等  
変性疾患の場合)



## 認知症地域医療支援事業の概要

○実施主体: 都道府県、指定都市

○事業内容

### (1) 認知症サポート医養成研修事業

- 認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成
- ※国立長寿医療研究センターに委託して実施。

※平成17-22年度で1,677名のサポート医を養成

### (2) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

- 認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。

※平成18-21年度で26,024人が研修を修了

### (3) 認知症サポート医フォローアップ研修事業

- 認知症サポート医養成研修修了者の活動を支援するため、サポート医ネットワークの形成及び認知症に関する最新かつ実用的な知識の取得を目的とした研修を行う。

※都道府県及び指定都市が実施

(単位:人)

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	修了者数累計
認知症サポート医養成研修	90	228	279	274	402	404	1,677
かかりつけ医認知症対応力向上研修	—	6,927	7,827	7,292	3,978	集計中	26,024

※17年度からサポート医養成研修、18年度からかかりつけ医研修を実施

(厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調べ)



# 認知症サポート医の役割

- 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案・講師
- かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築
- 地域医師会や地域包括支援センターとの連携づくりへの協力



地域における「連携」の推進役を期待されている

6

## 認知症サポート医の活動状況

認知症サポート医はかかりつけ医対応力向上研修の企画・立案や研修の講師役となるとともに、地域における認知症の人への支援体制構築に係る活動を行っている。

○全国の認知症サポート医の活動状況(都道府県・政令指定都市の66か所)

地域における認知症の人への支援体制の構築に係る活動	45か所 (69.2%)
(内訳)	
地域住民の啓発	21か所 (32.3%)
認知症医療の地域連携体制の構築	20か所 (30.8%)
地域包括支援センターとの連携体制の構築	16か所 (24.6%)
介護保険サービス事業所との連携関係の構築	5か所 (7.7%)
その他	19か所 (29.2%)

### 【活動事例】

- ・ 認知症対策連携強化事業の嘱託医
- ・ 市町村単位での認知症予防事業や家族交流会での講演、個別面談等での参加
- ・ 認知症診断にかかる相談窓口として、問い合わせがあった場合に紹介
- ・ 認知症地域支援体制構築推進会議委員、キャラバンメイト養成研修の講師
- ・ かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役
- ・ 県で設置する認知症関係委員会・会議等の委員

【出典：平成21年度 厚生労働省高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調査】

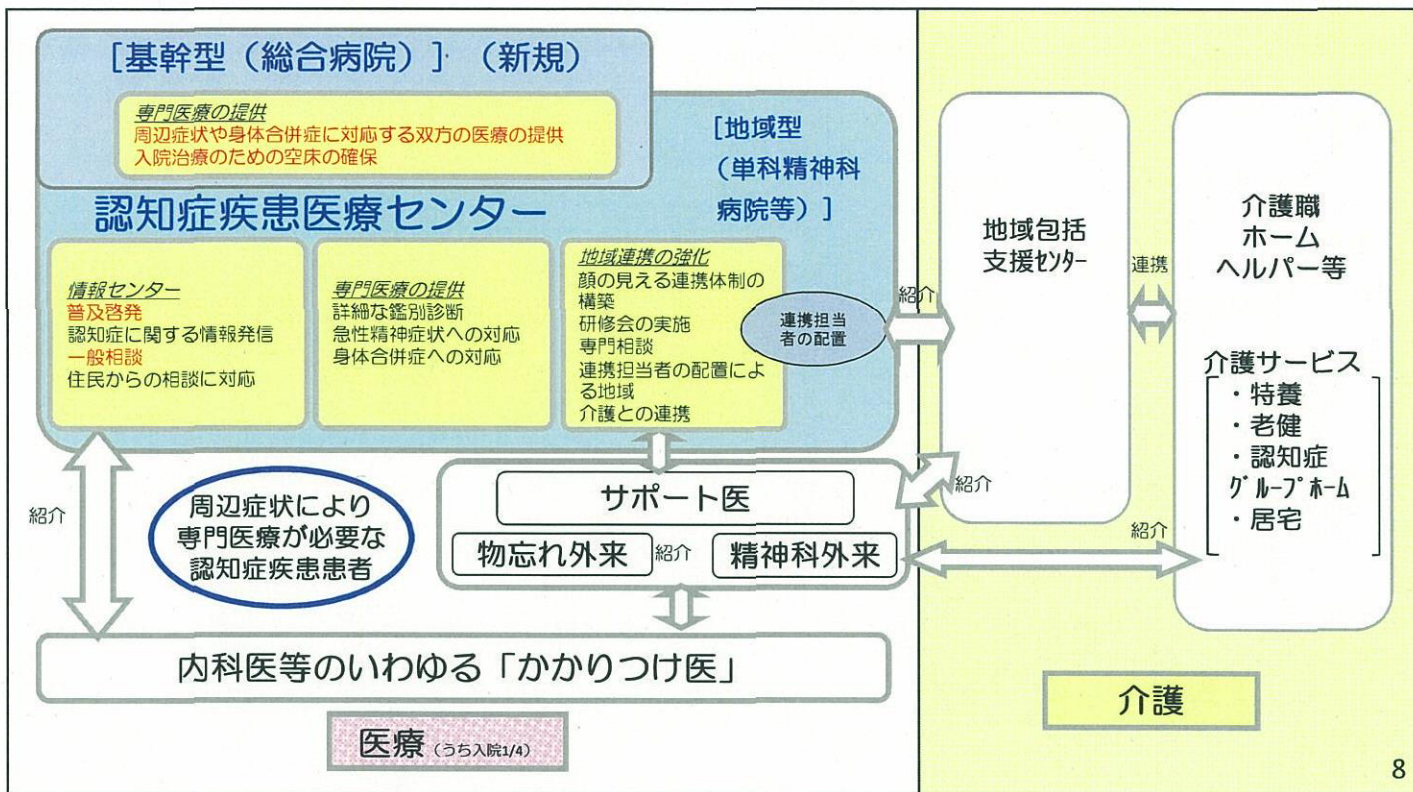
7

## 認知症疾患医療センター

設置場所：身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

設置数：全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定

人員：専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等



## 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第2R)

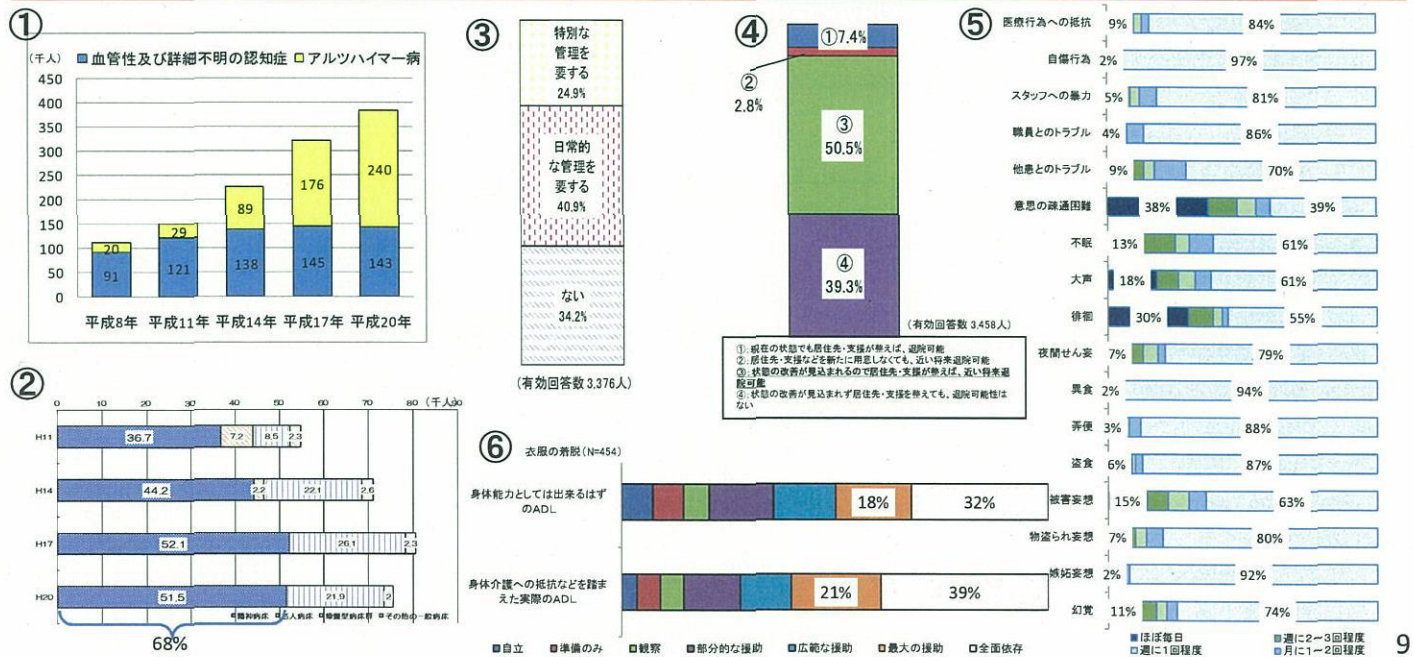
### 認知症と精神科医療 中間とりまとめ 概要①

平成22年12月22日

#### 現状と課題

- ① 医療機関を受療する認知症患者は急速に増加傾向\*1
- ② 認知症の入院患者約7.5万人のうち、精神病床に入院する患者は約7割を占める\*1
- ③ 約7割近くが、特別な管理(入院治療)または日常的な管理(外来治療)を要する身体合併症を有している\*2
- ④ 入院患者のうち、居住先や支援が整えば、近い将来には、退院が可能と回答した患者は約5割\*2
- ⑤ 精神病院に入院している認知症患者の精神症状等で、ほぼ毎日のものは、「意思の疎通困難」約4割、「徘徊」約3割、「大声」約2割である\*3
- ⑥ 精神病院に入院している認知症患者のADLは、身体能力として出来るはずのADLに比べ、抵抗などを踏まえた実際のADLは、いずれの項目でも困難度は増加\*3

\*1 患者調査 \*2 精神病床の利用状況に関する調査(平成19年度厚生労働科学研究) \*3 精神病院における認知症入院患者に関する調査(平成22年9月精神・障害保健課)



基本的な考え方

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。  
 その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を、基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ② 入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ④ 症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症の方の生活を支える介護保険サービスを初めとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑤ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。
- ⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

具体的な方向性

1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| (1) 地域での生活を支えるための精神科医療     | (2) BPSDを有する患者への精神科医療 |
| (3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療 | (4) 地域全体の支援機能         |

2 現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と思われる患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

- (1) 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組
- (2) 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

10

地域での生活を支えるための精神科医療

- 専門医療機関による早期の診断
- 家族や介護者への相談支援や訪問支援
- 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス
- 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ(訪問支援)
- 精神症状等で緊急を要する認知症患者への24時間の対応体制の整備
- 精神科作業療法や重度認知症デイ・ケアの提供

地域全体の支援機能

- 地域住民や地域の他施設との連携強化
- 地域住民への啓発活動

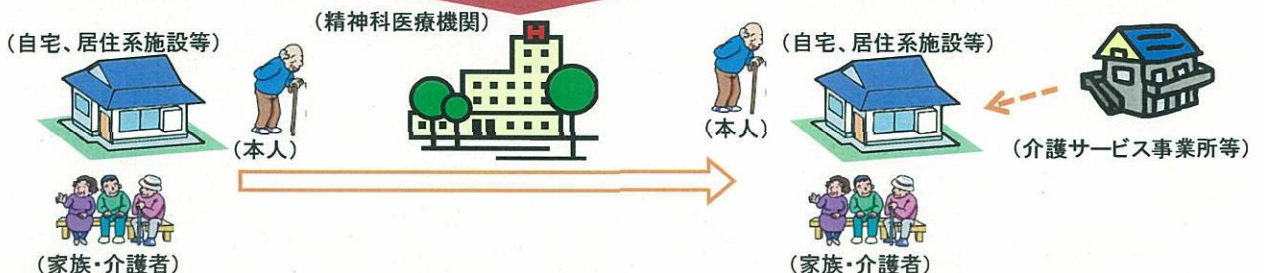
BPSDを有する患者への精神科医療

- BPSDへの適切な治療
- BPSDを伴う認知症患者の円滑な医療の提供
- 認知症患者に必要な入院医療
- 治療抵抗性の重度の認知症患者の状態像の整理とその受入れ

身体疾患を合併している認知症患者への入院医療

- 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先
- 慢性疾患を合併している認知症患者への対応
- 精神科医療機関と一般医療機関の連携のあり方

認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化



受け皿や支援の整備

認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組

- 医療・介護双方の理解の向上
- 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ(訪問支援)【再掲】
- 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わりの強化【再掲】

症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

- 居住系施設等やサービス支援の整備
- 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入
- 当面の取組として、退院支援・地域連携クリティカルパスの導入を通じて、地域における取組を試行しながら、検討していくことが必要

# 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

平成21年9月の省内の有識者検討会の報告書などを踏まえ、今後の精神保健医療施策としての具体化を目指し、当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者の方々からご意見を伺うため、昨年5月に、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を設置。(主担当：厚生労働大臣政務官)

## ○第2R：平成22年9月～ 認知症と精神医療

- 平成22年12月に中間とりまとめ
- 今春(5月)より、中間とりまとめの内容を具体化等するため、検討を再開。(夏を目途にとりまとめの予定)

### <再開後の論点>

- ① 認知症疾患医療センター
  - ・求められる機能と整備目標について
- ② 認知症の地域連携パス
  - ・認知症に関する退院支援・地域連携パスの実態調査結果
- ③ 認知症に係る精神科医療
  - ・外来・訪問、入院
- ④ 認知症に係る医療提供体制の在り方
  - ・認知症を考慮した目標値について

(※)同検討チームでは、第1Rとしてアウトリーチ(訪問支援)、第3Rとして保護者制度・入院制度について検討を行っている。

12

## 認知症対応型共同生活介護の概要

### (基本的な考え方)

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。

#### 《利用者》

- 1事業所あたり1又は2の共同生活住居(ユニット)を運営
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下

#### 《人員配置》

- 介護従業者
  - 日中：利用者3人に1人(常勤換算)
  - 夜間：夜勤1人
- 計画作成担当者
  - ユニットごとに1人(最低1人は介護支援専門員)
- 管理者
  - 3年以上認知症の介護従事経験のある者が常勤専従

#### 《設備》

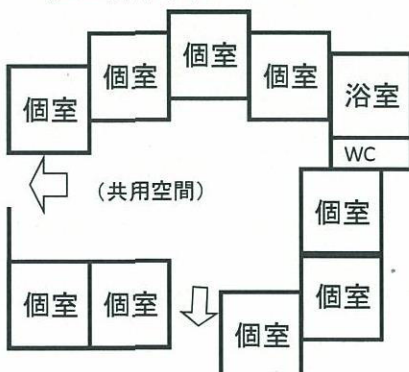
- 住宅等に立地
- 居室は、7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室
- その他
  - 居間・食堂・台所・浴室等
  - 日常生活に必要な設備

#### 《運営》

- 運営推進会議の設置
  - ・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
  - ・外部の視点で運営を評価

#### 共同生活住居

#### (ユニット)のイメージ



#### 要介護度別介護報酬

#### 介護報酬

(1日につき)

基本部分	要介護1	831単位
	要介護2	848単位
	要介護3	865単位
	要介護4	882単位
	要介護5	900単位

# 認知症対応共同生活介護事業所における人員体制

## 人員基準

### 介護従事者

- 介護従事者のうち1人以上は常勤でなければならない(日中・夜間・深夜問わず)
- 日中 : 利用者の数3人に対し、1人以上(常勤換算)  
利用者の数は前年度の平均値
- 夜間、深夜 : 1人以上配置(2ユニットで利用者の処遇に支障がない場合は、別ユニットの兼務が可能)

### 計画作成担当者

- ユニットごとに1人以上: 1人以上は介護支援専門員でなければならない  
2ユニット以上の場合、少なくとも1人は介護支援専門員でなければならない
- 非常勤でも可能
- 厚生労働大臣が定める研修を修了している者

### 管理者

- 常勤かつ専ら当該事業所の管理業務に従事する者
- 3年以上認知症である者の介護に従事した経験があり、厚生労働大臣の定める研修を修了している者

### 代表者

- 認知症である者の介護に従事した経験がある者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者であり、厚生労働大臣の定める研修を修了している者

14

## 認知症対応型共同生活介護における 質の向上に向けた取り組み①

指定地域密着型サービスを提供する事業者は、自ら提供する介護サービスの質の評価(自己評価)を実施し、定期的に外部の者による評価(外部評価)を受け、それらの結果等を公表することが義務付けられている。

### 自己評価

- サービス水準の向上に向けた自発的努力と体制づくりを誘導し、その内容及び範囲において、地域密着型サービス等の指定基準を上回るものとして設定している。
- 実施回数 少なくとも年1回

### 外部評価

- 第三者による外部評価の結果と、当該結果を受ける前に行った自己評価の結果を対比して両者の異同について考察した上で、外部評価の結果を踏まえて総括的な評価を行うこととしている。
- 実施回数 少なくとも年1回

自己評価・外部評価を実施並びにそれらの結果の公表を行うことで、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを狙いとしている。

15

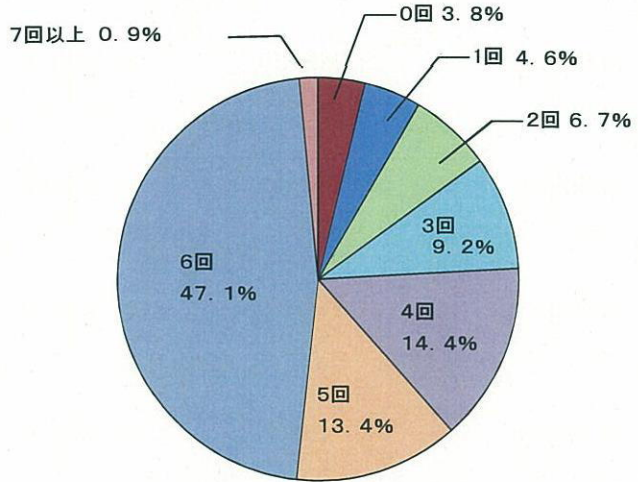
# 認知症対応型共同生活介護における 質の向上に向けた取り組み②

## 運営推進会議

- 利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員、地域包括支援センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置しなければならない。
- 開催回数 おおむね二月に1回

運営推進会議の実施状況（平成21年1月1日～平成21年12月31日の状況）

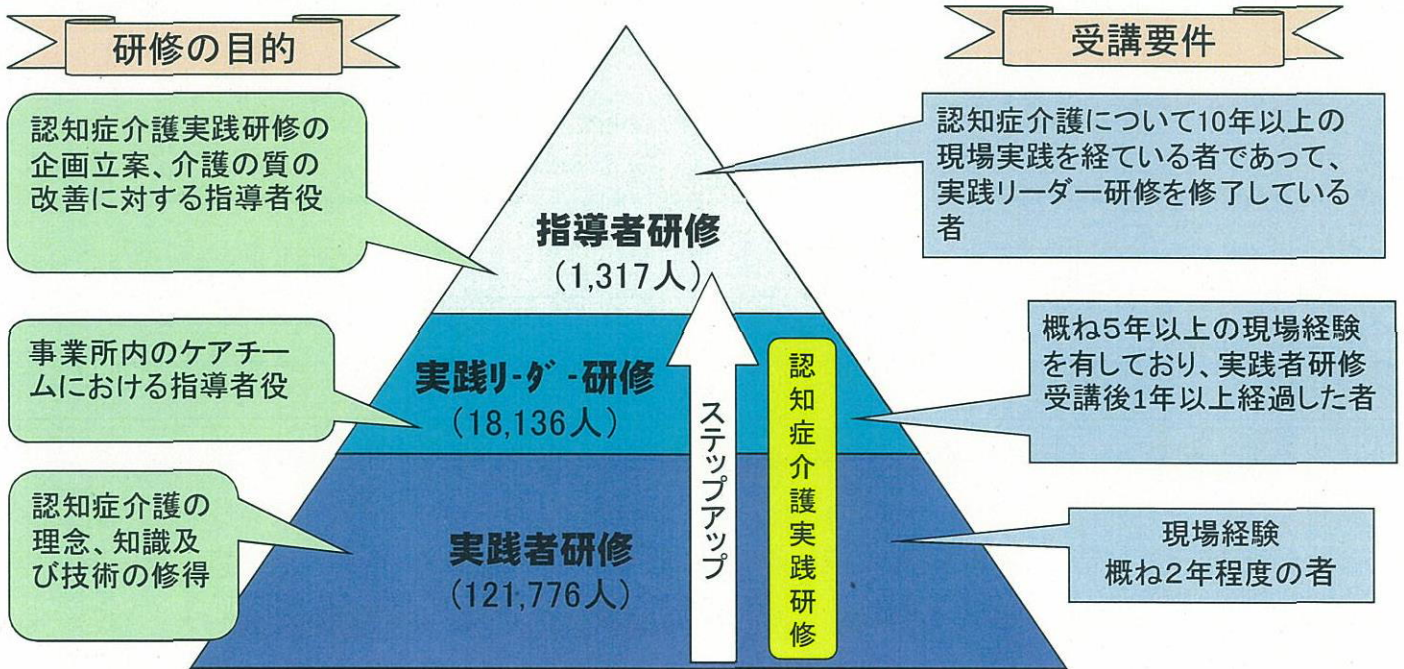
開催回数	施設数	割合
0回	374	3.8%
1回	457	4.6%
2回	661	6.7%
3回	912	9.2%
4回	1,428	14.4%
5回	1,326	13.4%
6回	4,661	47.1%
7回以上	85	0.9%
計	9,904	100.0%



（出典）平成22年3月厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調査

# 認知症対応型共同生活介護における 質の向上に向けた取り組み③

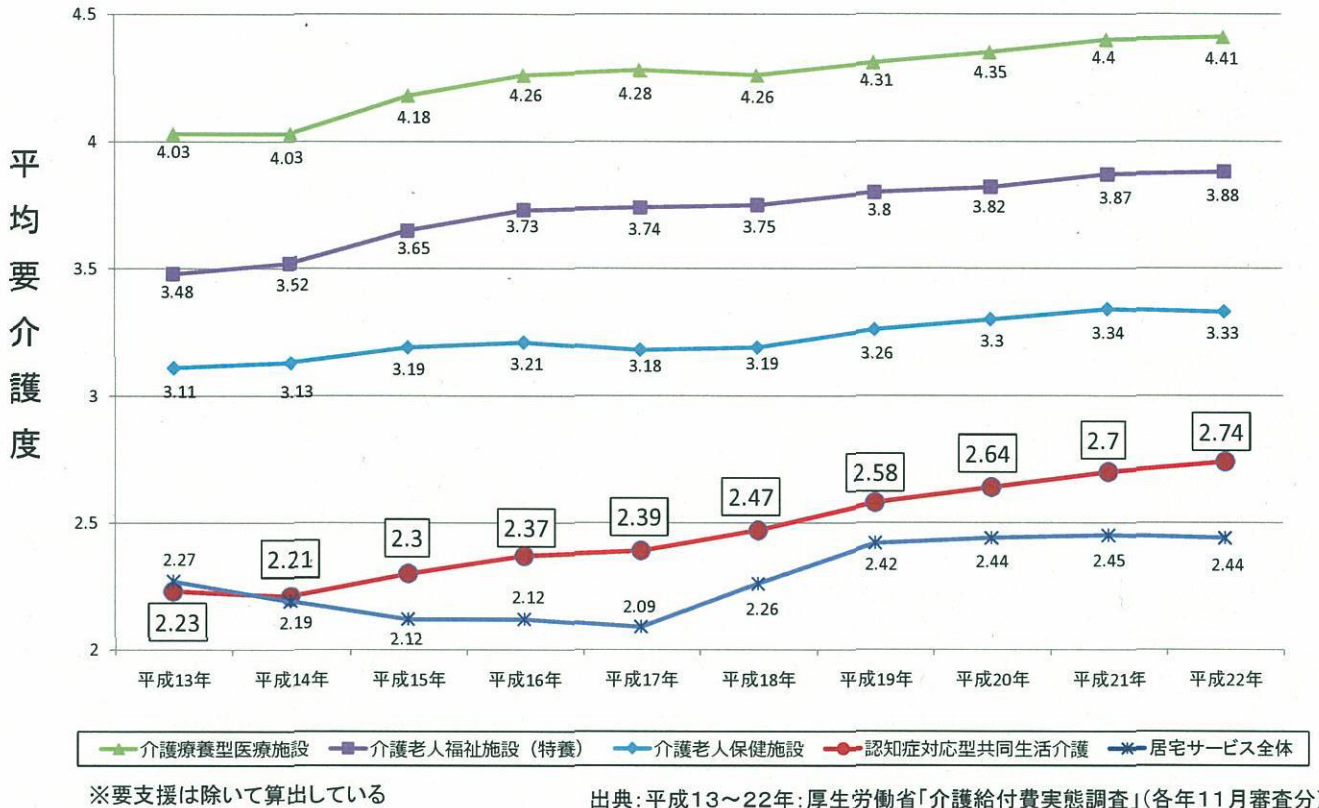
## 【認知症介護研修の概要について】



※ 括弧内は平成21年度までの累計修了者数（認知症・虐待防止対策推進室調べ）

※ 「現場経験」とは、認知症高齢者の介護に従事した経験をいう。

# 認知症対応型共同生活介護の平均要介護度(他サービスとの比較)



## 認知症対応型共同生活介護における医療的ケアの状況①

### 協力医療機関等

- 利用者の症状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。
- あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
  - ◆協力医療機関及び協力歯科医療機関は、共同生活住居から近距離にあることが望ましい。
- サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

### 訪問看護の利用

- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)利用者の訪問看護の利用について
  - 介護保険…算定できない
  - 医療保険…一部算定できる(下記①、②の場合)
  - (末期の悪性腫瘍や急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限定して、診療報酬の要件に合致することが要件)
  - ①末期の悪性腫瘍等
  - ②急性増悪等(14日間を限度に算定)

	看護師の配置基準	訪問看護		薬の処方
		【介護保険】	【医療保険】	
グループホーム	×	×	△(※2)	【医療保険】
介護老人福祉施設	○	×	△(※3)	【医療保険】
介護老人保健施設	○	×	×	【介護保険・医療保険(※5)】
小規模多機能型居宅介護	○(※1)	×	△(※4)	【医療保険】
自宅(要介護認定者)	—	○	△(※2)	【医療保険】

※1 准看護師の配置でも可  
※2 上記要件の①、②を満たす場合に利用可能  
※3 末期の悪性腫瘍の場合に限る

※4 上記要件の①、②を満たし、さらに宿泊サービスの場合に限り利用可能  
※5 悪性新生物罹患患者に対する抗悪性腫瘍剤など

## 認知症対応型共同生活介護における医療的ケアの状況②

### 医療連携体制加算の仕組み

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価。

#### ◆ 39単位/日

○看護師を1人以上配置

◆准看護師では本加算は認められない

◆グループホームの職員として配置、又は病院・診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により1人以上を確保

○看護師による24時間連絡体制を確保

○重度化した場合の対応に係る指針を定める

◆事業所が行うべき具体的サービスの例

利用者に対する日常的な健康管理

通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関との連絡・調整

看取りに関する指針の整備 等

### 医療連携体制加算の算定状況

審査月	算定日数(単位:千日)と算定割合	
平成21年5月	2611.2	65.4%
平成21年11月	2895.0	67.6%
平成22年5月	2908.4	68.7%
平成22年11月	3180.8	70.2%

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査月報」

20

## 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)における利用者の看取状況

### 1. グループホーム利用者の退居と看取りの状況

退居先をみると全体では、「医療機関への入院」が44.7%と最も多く、次いで「介護施設等(老健・特養・療養型・有料)」が25.4%であり、「死亡による退居」は22.7%となっている。

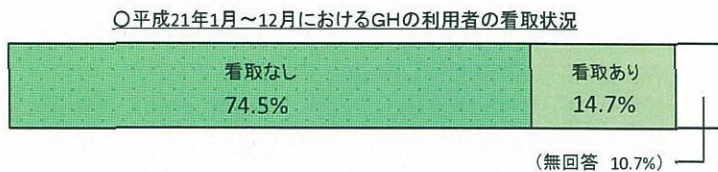
なお「死亡による退居」のうちグループホーム内で利用者を看取ったものの割合は「グループホーム退去者」全体の11.4%である。



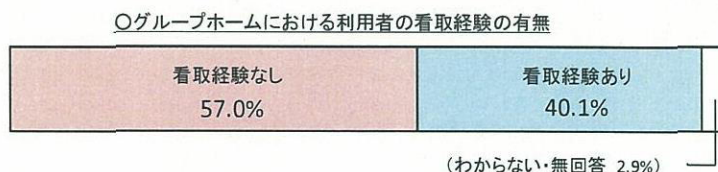
【出典】平成22年度 公益社団法人認知症グループホーム協会「グループホームにおける多機能化と今後の展開に関する調査研究」

### 2. グループホームの利用者看取経験の有無

①平成21年1月から12月までの1年間の、グループホーム事業所における利用者の看取の有無は、「看取なし」が74.5%と7割を超えており、「看取あり」は14.7%にとどまっている。



②開設から現在までのグループホーム事業所における利用者の看取経験の有無については、「看取経験なし」が57.0%と半数を超えており「看取経験あり」の40.1%を上回っている。



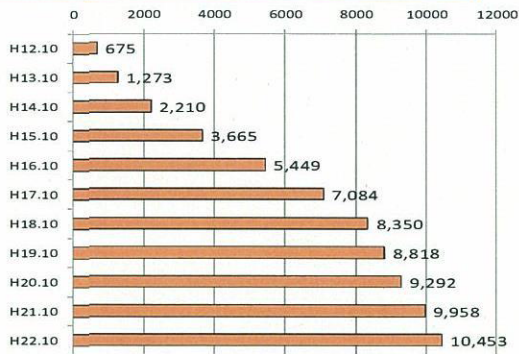
【出典】平成21年度 公益社団法人認知症グループホーム協会「認知症グループホームの実態調査事業報告書」

21



# 認知症対応型共同生活介護の事業所数の推移、利用料、ユニット及び運営法人の種別割合について

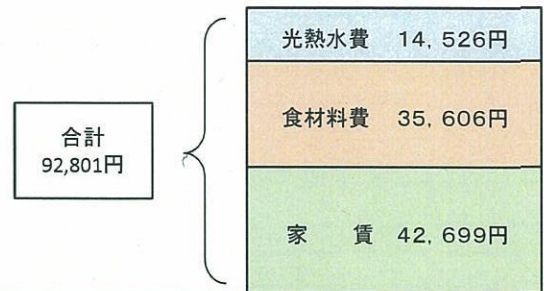
## 1. 認知症グループホームの事業所数の推移



出典：H12～H20(厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」)  
※H21,H22は厚生労働省介護給付費実態調査(各11月審査分)

## 2. 認知症グループホームの利用料の状況

認知症グループホームの利用料(家賃、食材料費、光熱水費)の全国平均は92,801円



出典：平成21年 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調査

## 3. グループホームのユニットの状況

- ・1ユニットのグループホームが全体の4割、2ユニットのものが5割強となっている。



## 4. グループホーム事業所の法人種別

- ・法人種別の割合を見ると、株式会社が26.6%、有限会社26.3%、社会福祉法人が22.7%の順になっている。



[3、4の出典]：平成22年3月厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調査

# 認知症対応型通所介護の概要①

## 基本方針

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、高齢者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることとする。

### 【利用者】

<単独型・併設型>

- 単位ごとの利用定員は、12人以下

<共用型>

- 事業開始 施設開設から3年以上経過している事業所・施設であることが要件
- 利用定員は、(認知症対応型共同生活介護事業所等の)各事業所ごとに、1日当たり3人以下

### 【設備】

<単独型・併設型>

- 食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室のほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備等を備える
- 食堂及び機能訓練室 3㎡×利用定員以上の面積

### 【人員配置】

<単独型・併設型>

- 生活相談員 1人以上
- 看護職員又は介護職員 2人以上
- 機能訓練指導員 1人以上
- 管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

<共用型>

- 従業者の員数(認知症対応型共同生活介護事業所等の)各事業ごとに規定する従業者の員数を満たすために必要な数以上
- 管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

### 要介護度別介護報酬

単独型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

基本部分	要介護1	526単位
	要介護2	578単位
	要介護3	630単位
	要介護4	682単位
	要介護5	735単位

併設型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

基本部分	要介護1	477単位
	要介護2	523単位
	要介護3	570単位
	要介護4	617単位
	要介護5	663単位

共用型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

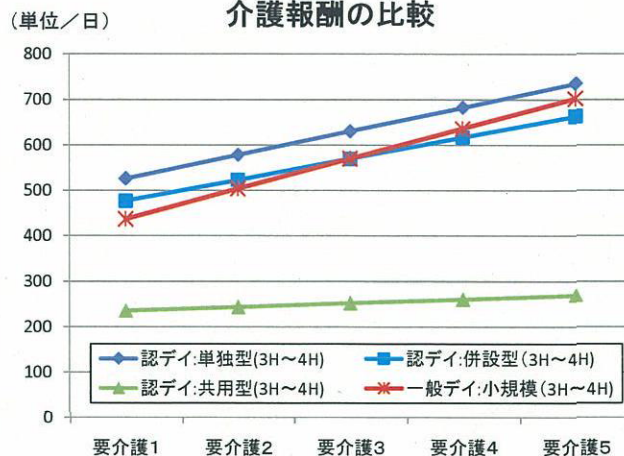
基本部分	要介護1	235単位
	要介護2	243単位
	要介護3	252単位
	要介護4	260単位
	要介護5	269単位

## 認知症対応型通所介護の概要②

### 「通所介護」との比較

認知症対応型通所介護 (地域密着型サービス)	通所介護
(利用者) ○要介護・要支援認定を受けた認知症の者	(利用者) ○要介護・要支援認定を受けた者
(定員) ○単位ごとの利用定員12人以下	(定員) ○規定無し
(人員基準) ○管理者:常勤専従 ○生活相談員:専従で1人以上 ○看護職員(看護師又は准看護師)又は介護職員:専従で2人以上 (※生活指導員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は常勤)	(人員基準) ○管理者:常勤専従 ○生活相談員:専従で1人以上 ○看護職員(看護師又は准看護師):専従で1人以上 ○介護職員:専従で利用者が15人までは1人以上、それ以上は5人増すごとに1を加えた数以上 (※利用定員が10人以下の場合は看護職員又は介護職員が専従で1人以上で可) (※生活指導員又は看護職員のうち1人以上は常勤)
○機能訓練指導員:1人以上	○機能訓練指導員:1人以上
(報酬体系) ○単独型 (社会福祉施設等に併設されていない事業所) ○併設型 (社会福祉施設等の併設事業所) ○共用型 (認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型老人福祉施設の食堂等でこれらの利用者とともにサービスを提供する場合)	(報酬体系) ①小規模型 (前年度の1月当たりの平均延人員が300人以内) ②通常規模型 (前年度の1月当たりの平均延人員が750人以内で①に該当しない事業所) ③大規模型(I) (前年度の1月当たりの平均延人員が900人以内で①及び②に該当しない事業所) ④大規模型(II) (①、②及び③に該当しない事業所)

### 介護報酬の比較

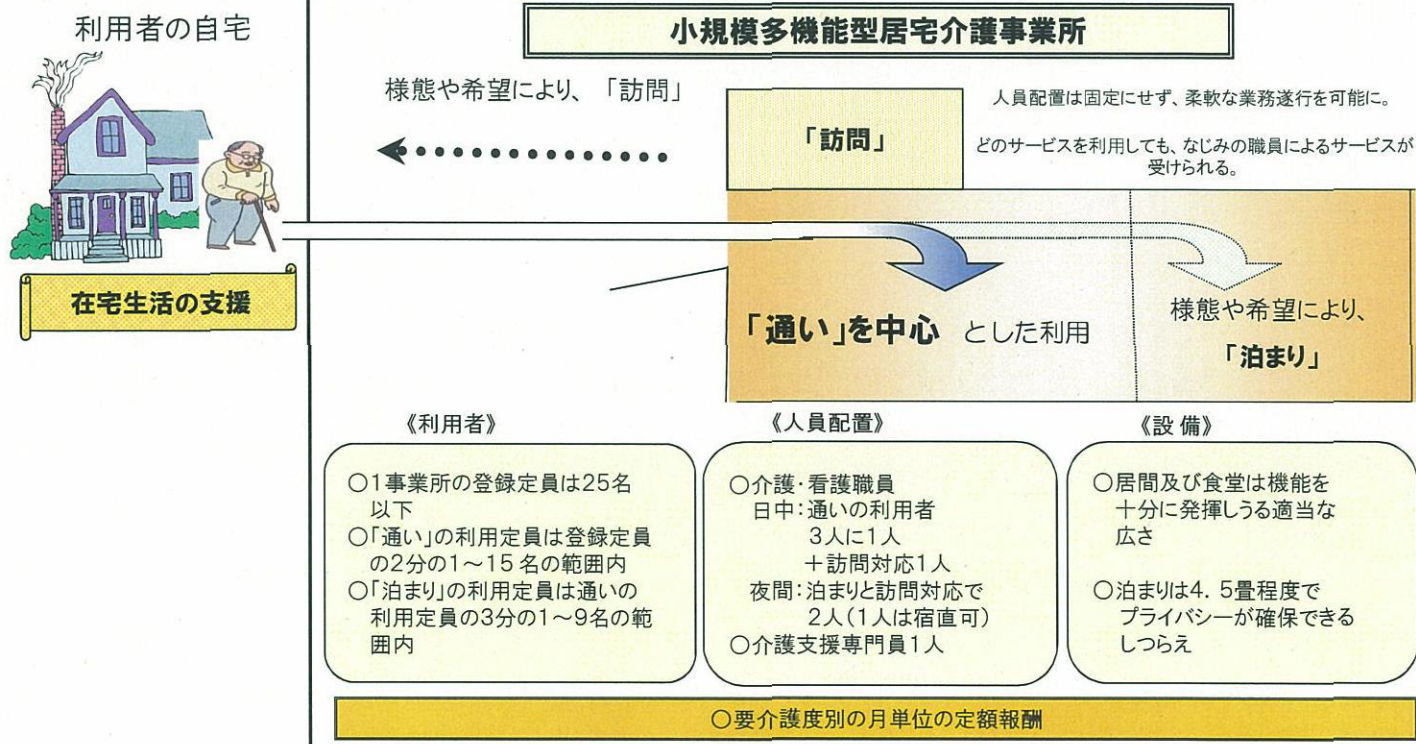


### 認知症対応型通所介護事業所数の推移



## 小規模多機能型居宅介護の概要

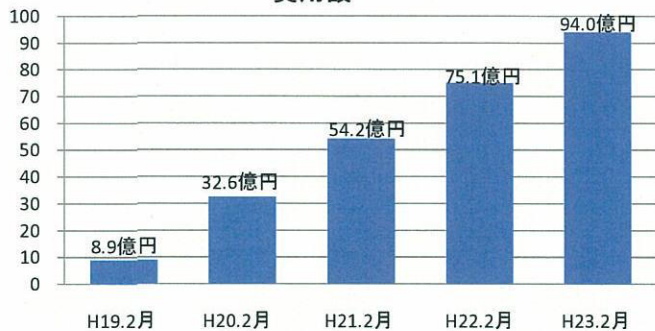
「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された(平成18年4月創設)。



# 小規模多機能型居宅介護の利用状況

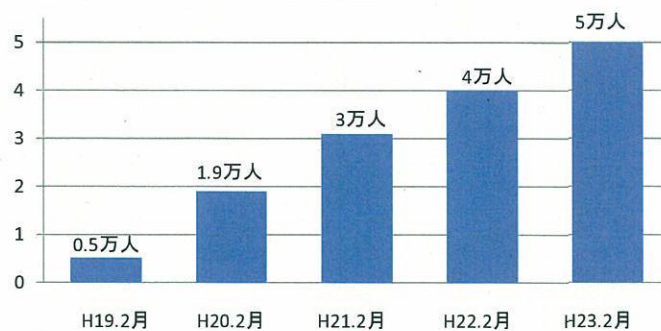
(単位: 億円)

費用額



(単位: 万人)

受給者数



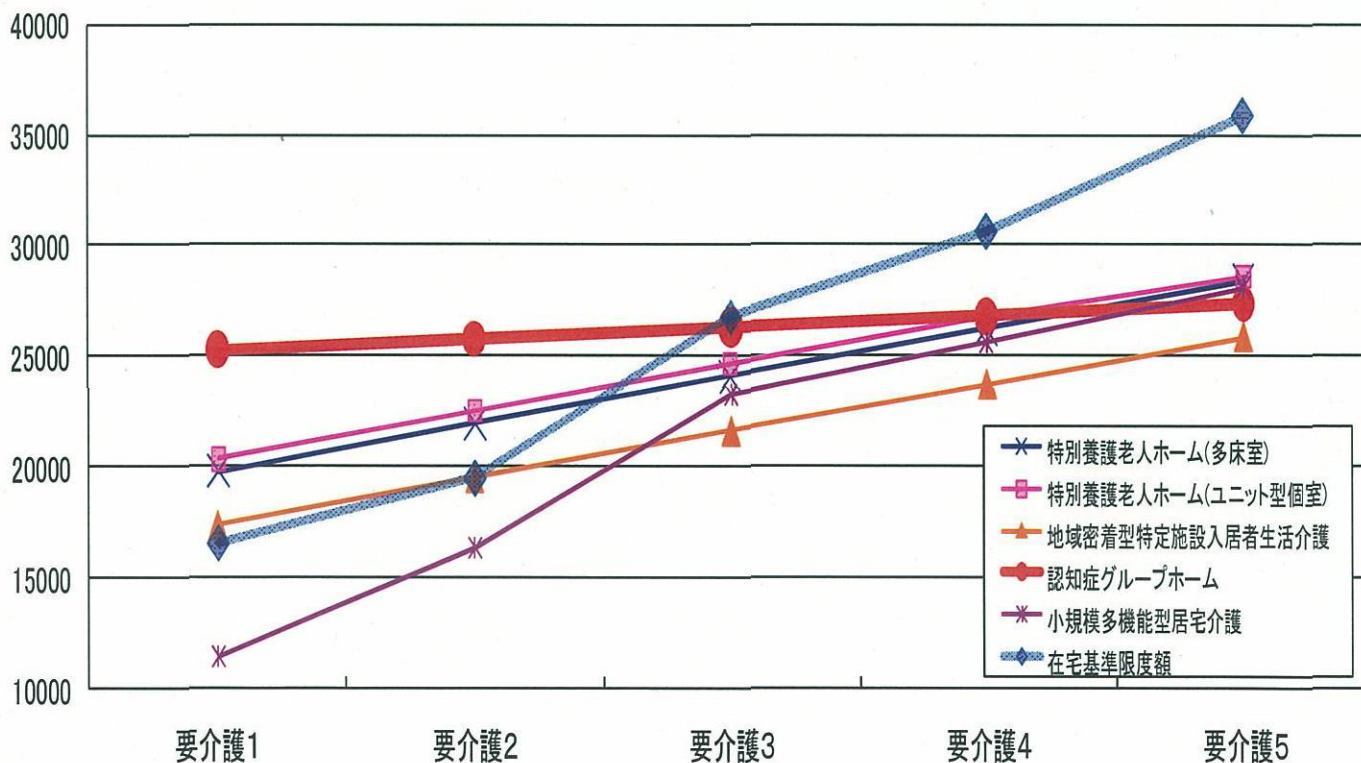
請求事業所数



注) 各月の費用額・受給者数・請求事業所数の値は、介護給付費実態調査月報より作成。  
 なお、2月サービス分(3月審査分)を記載している。

月当たり  
(単位)

各種サービスの単位数の比較



### III 介護保険制度の見直しについて

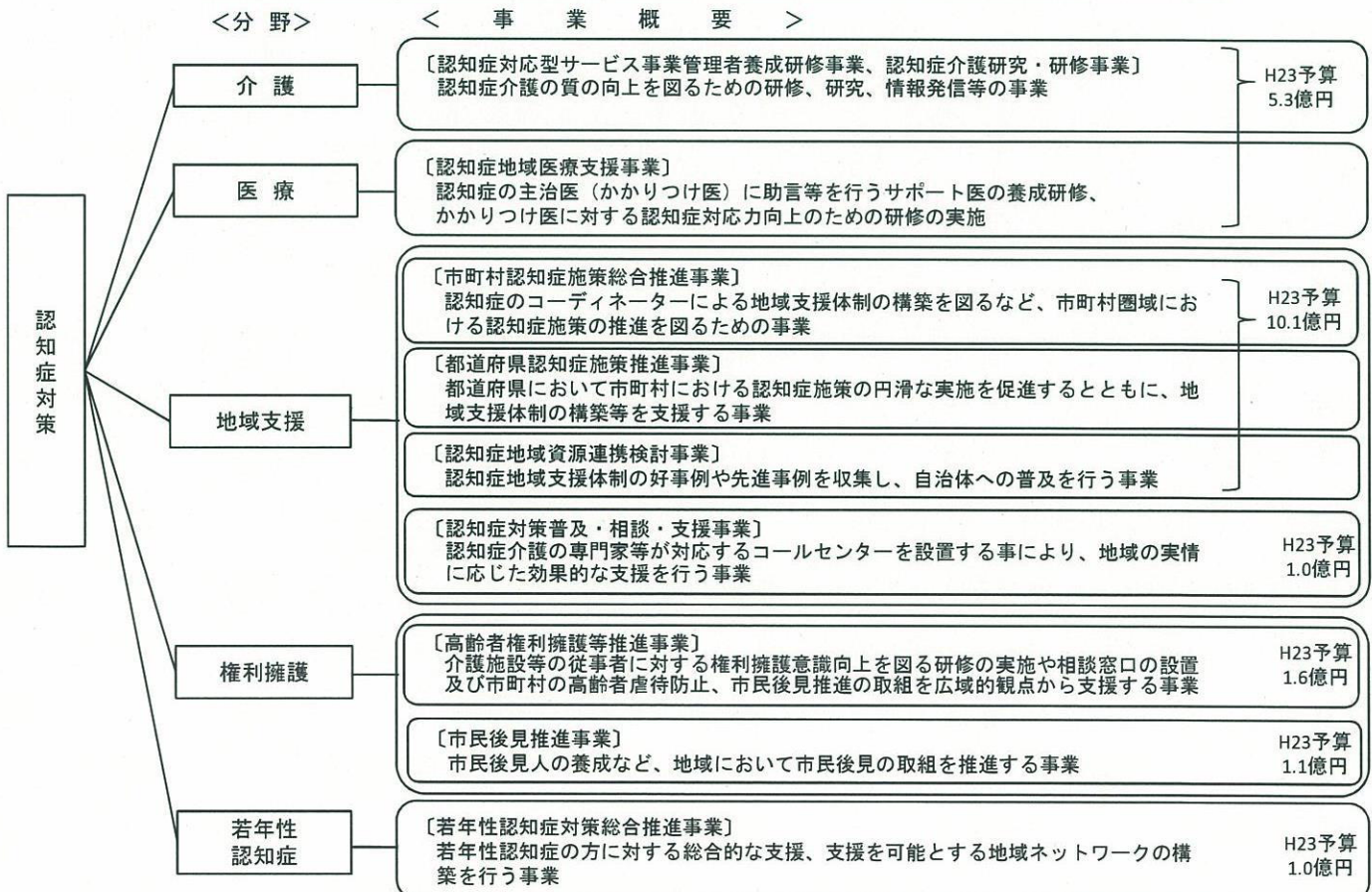
#### 1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備(地域包括ケアシステムの構築)

##### (6) 認知症を有する人への対応

(今後の対応)

- 当事者の意見を聞きつつ、認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の实情に応じてケアパス（認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋）の作成を進めていくことが重要である。また、認知症のBPSDの症状に薬剤も影響を与えている面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。

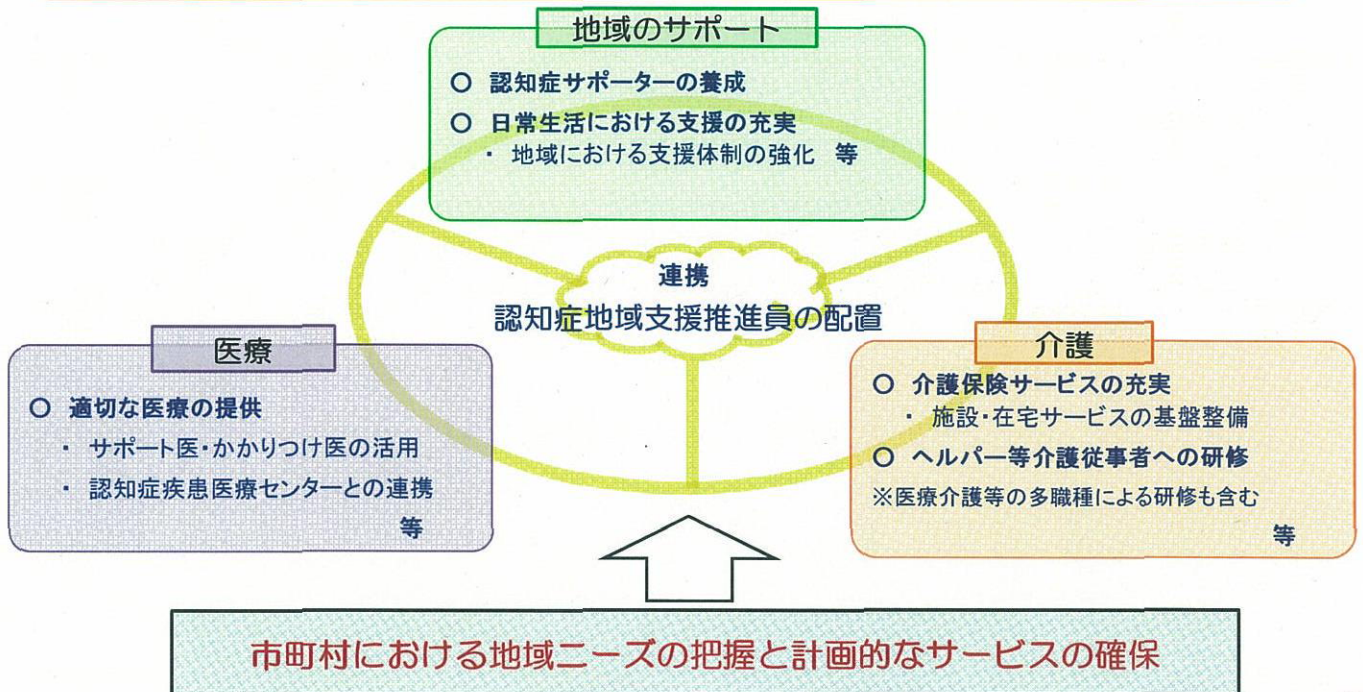
#### 平成23年度 認知症対策等総合支援事業の概要について



# 認知症の方への支援体制の在り方

～市町村認知症施策総合推進事業～

- 認知症の方ができる限り住み慣れた地域で暮らすためには、必要な医療や介護、さらには日常生活における支援が有機的に結びついた体制を整えることが重要。



30

## 認知症地域支援推進員が行う業務の例

### (1) 各サービスの連携支援

認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の認知症専門医療機関、介護サービス従業者や認知症サポーターなど、地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図る。

(取組例)

- ・ 認知症の人やその家族が、状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるよう関係機関へのつなぎや連絡調整の支援
- ・ 地域において認知症の人への支援を行う関係者が、情報交換や支援事例の検討などを行う連絡会議の設置
- ・ 地元医師会や認知症サポート医等とのネットワークの形成 等

### (2) 地域の認知症地域支援体制の構築

認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業を実施する。

(取組例)

- ・ 認知症の人と家族を支える地域の人材やサービス拠点についての情報収集(地域資源マップの作成・普及・更新)
- ・ 若年性認知症の本人の状況に応じた適切な支援の検討及び実施
- ・ 在宅介護サービス従業者に対する認知症研修の実施
- ・ 認知症の人を介護する家族等のネットワーク構築を目的とした交流会の実施
- ・ 多職種が参加する認知症の人の支援のための研修会・事例検討会の開催 等

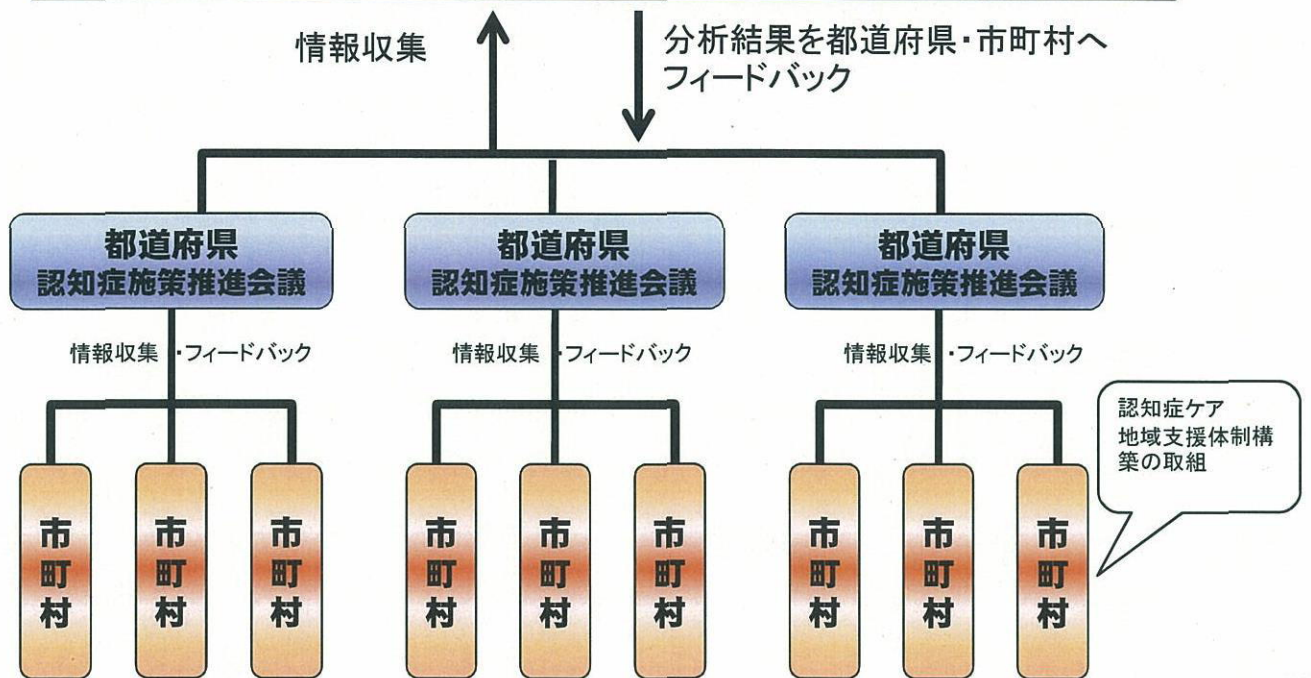
◎市町村は実情に応じ、医療と介護の連携を図るため、地域支援推進員へ医療的見地からの助言や認知症の人を専門医療機関へつなぐための関係機関の調整等を行う認知症サポート医等の医師を配置している。

31

# 「都道府県認知症施策推進事業」及び「認知症地域資源連携検討事業」のイメージ

## 〔認知症地域資源連携検討事業〕

認知症地域支援体制にかかると事例についての調査・分析  
 (事例調査検討委員会、認知症地域支援体制推進会議、セミナーによる普及啓発)  
 (※認知症介護研究・研修東京センターで実施)



32

## 認知症サポーター100万人キャラバンの実施状況

### 〔認知症サポーターとは〕

- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対して**できる範囲での手助けをする人**

### 《キャラバンメイト養成研修》

- 実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等
- 目的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成
- 内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム、等をグループワークで学ぶ。
- メイト数：61,449人（平成23年3月31日現在）

### 《認知症サポーター養成講座》

- 実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
- 対象者：
  - 〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
  - 〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
  - 〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等
- サポーター数：2,463,064人  
 （平成23年3月31日現在）



### ※ メイト・サポーター合計

2,524,513人（平成23年3月31日現在）

33

# 認知症コールセンター事業の概要

## 事業の目的

認知症の人や家族に対しては、認知症の各ステージにおいて、認知症の知識や介護技術の面だけでなく、精神面も含めた様々な支援が重要である。そのため、各都道府県及び指定都市単位で認知症介護の専門家や経験者等が対応するコールセンター(電話相談)の設置等により、認知症の人や家族が気軽に相談できる体制を構築する。

## 事業の実施主体

都道府県等が主体となって実施、もしくは、地域の実情に応じ認知症の人やその家族への相談・援助について、十分な知見及び実績を有すると認められる団体等に事業の一部または全部を委託して実施する。

【平成22年度実施主体の内訳】

認知症の人と家族の会：17か所、 社会福祉協議会：5か所、 都道府県：3か所、 その他：9か所

## 事業内容

- ① 認知症コールセンターの設置
- ② 地域巡回による相談会の開催
- ③ 家族間の交流集会や、認知症の正しい知識を普及するための講座等の開催
- ④ 各自治体等から情報収集した事例について、研修会等を通じた成果の普及

相談内容に応じ、適切な関係機関が行う支援へつなぐ  
(地域包括支援センター、介護サービス事業者、医療機関、市町村等)

## 「若年性認知症施策の推進について」(平成23年4月15日付け事務連絡)の概要

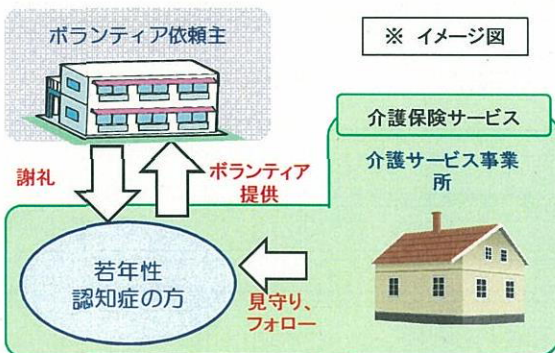
### ボランティア活動の謝礼を受け取る例

※ 以下の要件を満たす場合ボランティア活動の謝礼を受領しても差し支えないと判断される

○ ボランティアの謝礼が労働基準法に規定する賃金に該当しない

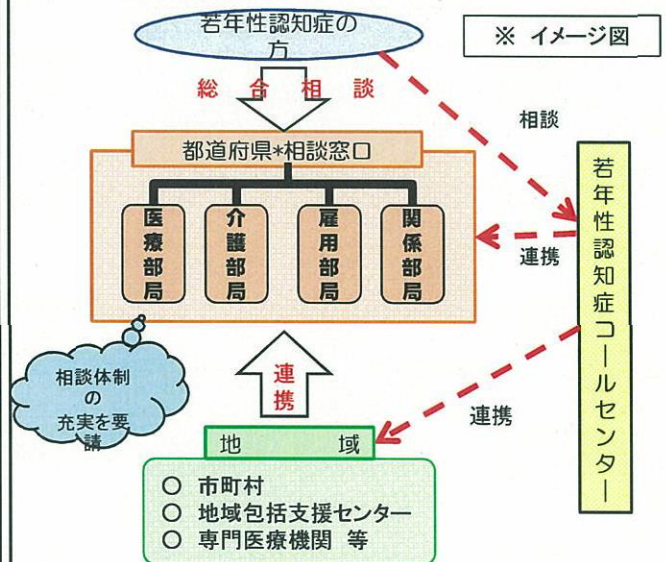
○ 介護サービス事業所は、若年性認知症の方がボランティア活動を遂行するための見守りやフォローなどを行う

(注) ボランティア活動の謝礼を、介護サービス事業所が受領することは介護報酬との関係において適切でない



### 若年性認知症の方に対応する都道府県相談体制の充実について

若年性認知症の方への支援は、医療、介護、福祉のみならず就労支援など多岐にわたることから、行政組織の相談対応窓口が複数にまたがり、一貫した対応が困難。→各都道府県における相談体制のワンストップ化を図る



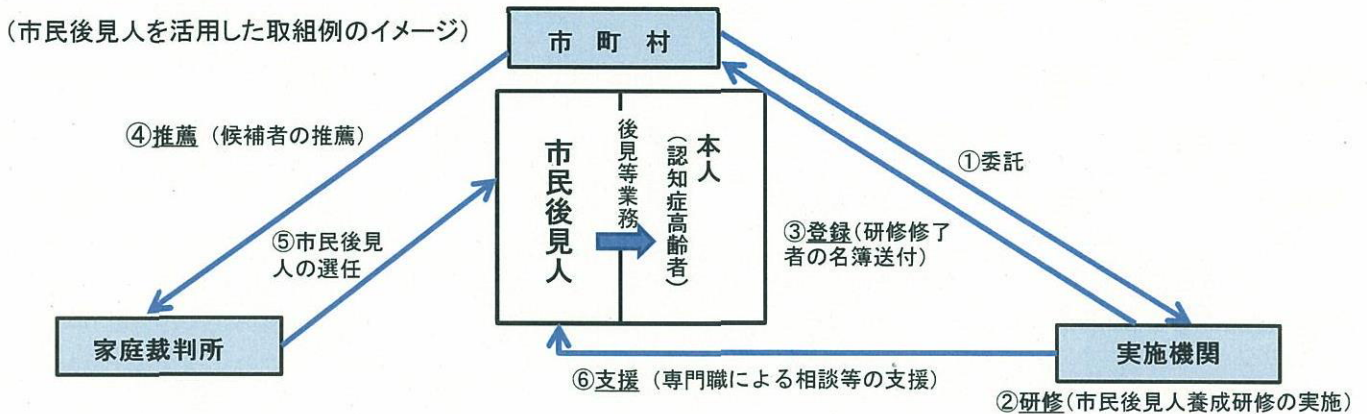
### 地域における若年性認知症の方に対する支援体制の立ち上げについて

平成22年度補正予算「地域支え合い体制づくり事業」などの活用により、介護サービスとは別に若年性認知症の方向けのアクティビティを行うNPO法人や、若年性認知症の方やその家族の交流会など地域の実情に応じた支援体制の立ち上げを図っていただくよう周知

# 市民後見人の育成及び活用

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

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



## 介護サービスの基盤強化のための 介護保険法等の一部を改正する法律 (老人福祉法第三十二条の二を新設)

### ○老人福祉法

(審判の請求)

第三十二条 市町村長は、六十五歳以上の者につき、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、民法第七条、第十一条、第十三条第二項、第十五条第一項、第十七条第一項、第八百七十六条の四第一項又は第八百七十六条の九第一項に規定する審判の請求をすることができる。

### (後見等に係る体制の整備等)

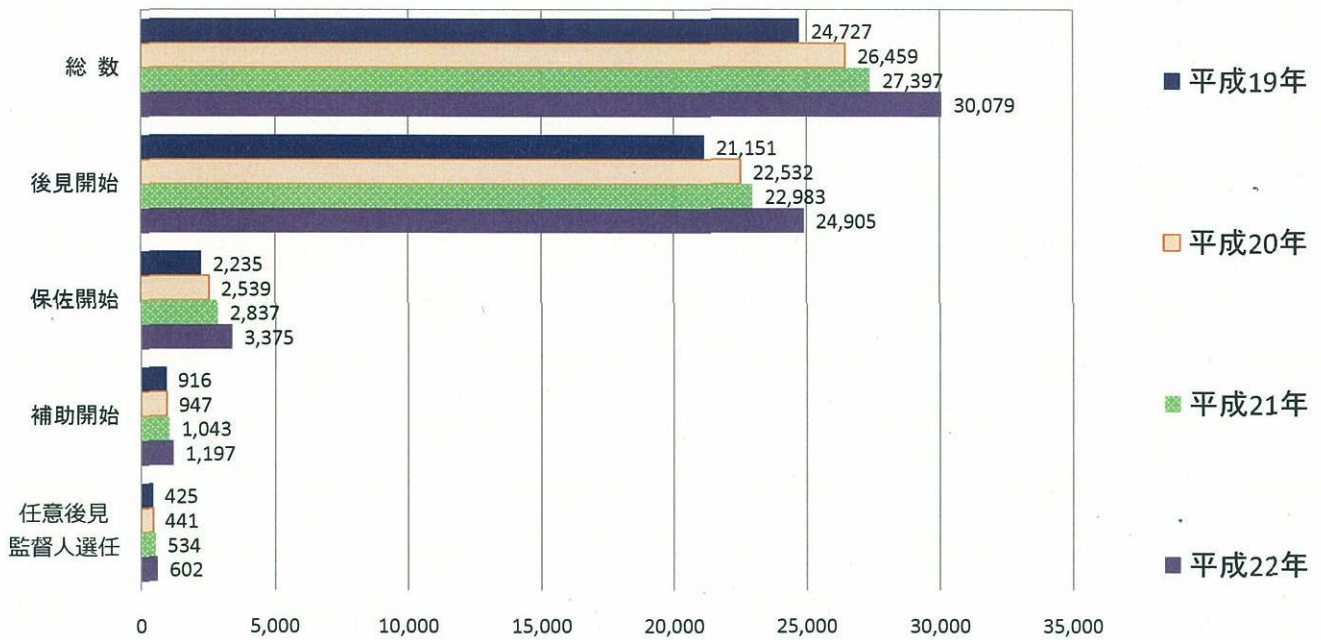
第三十二条の二 市町村は、前条の規定による審判の請求の円滑な実施に資するよう、民法に規定する後見、保佐及び補助（以下「後見等」という。）の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、研修の実施、後見等の業務を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 都道府県は、市町村と協力して後見等の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、前項に規定する措置の実施に関し助言その他の援助を行うように努めなければならない。

※平成24年4月1日施行

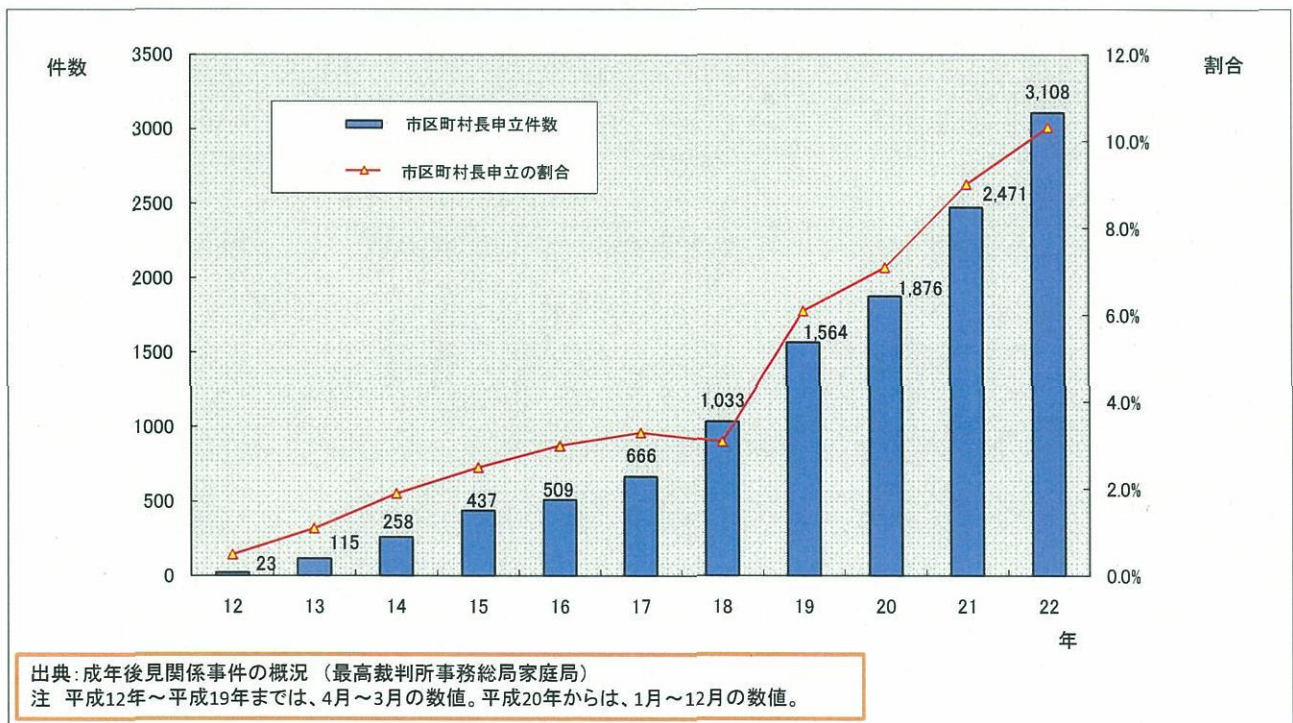


## 成年後見関係事件の申立件数の推移

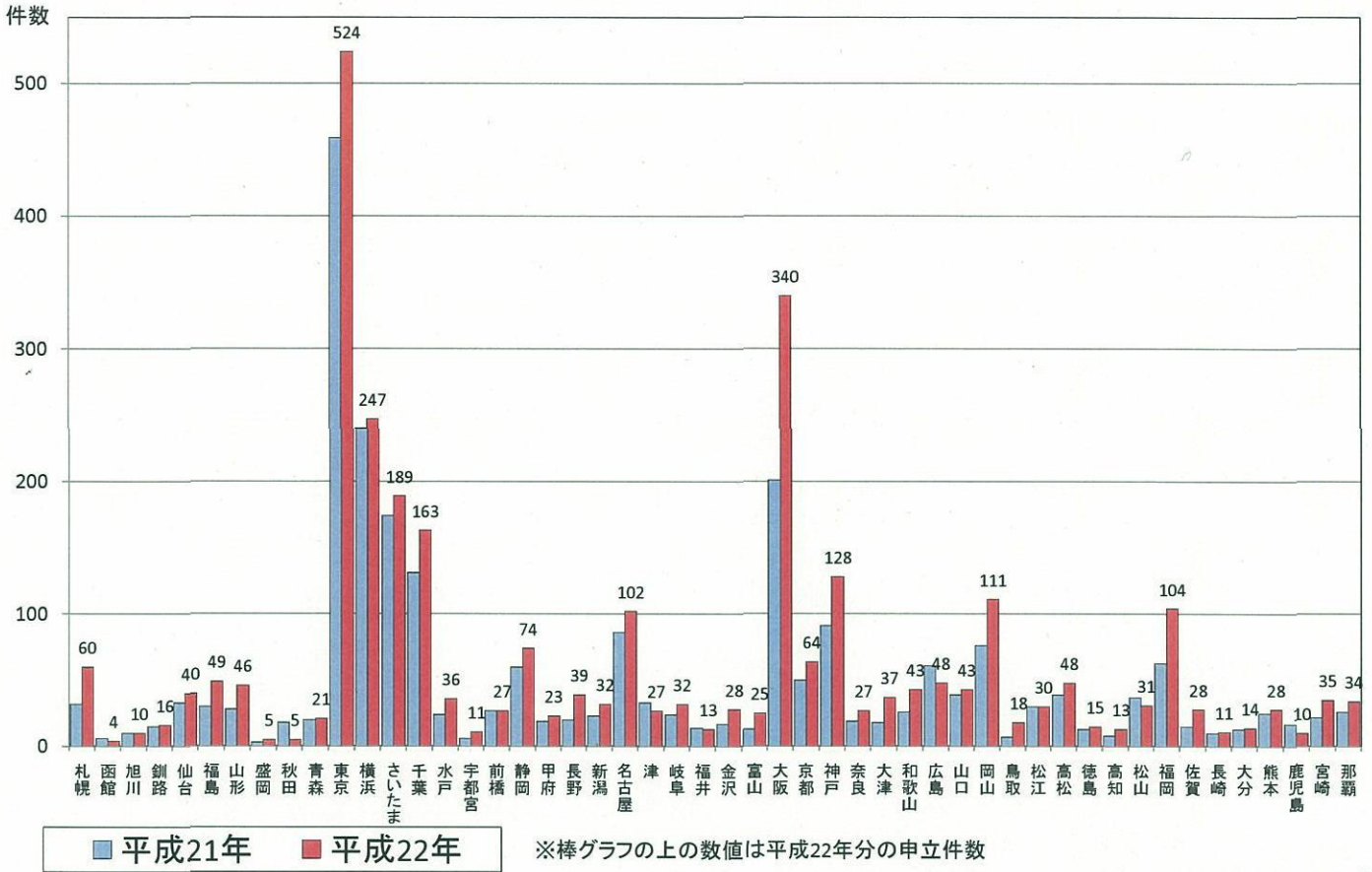


(出典:「成年後見関係事件の概況」最高裁判所事務総局家庭局)

## 市区町村長申し立て件数の推移



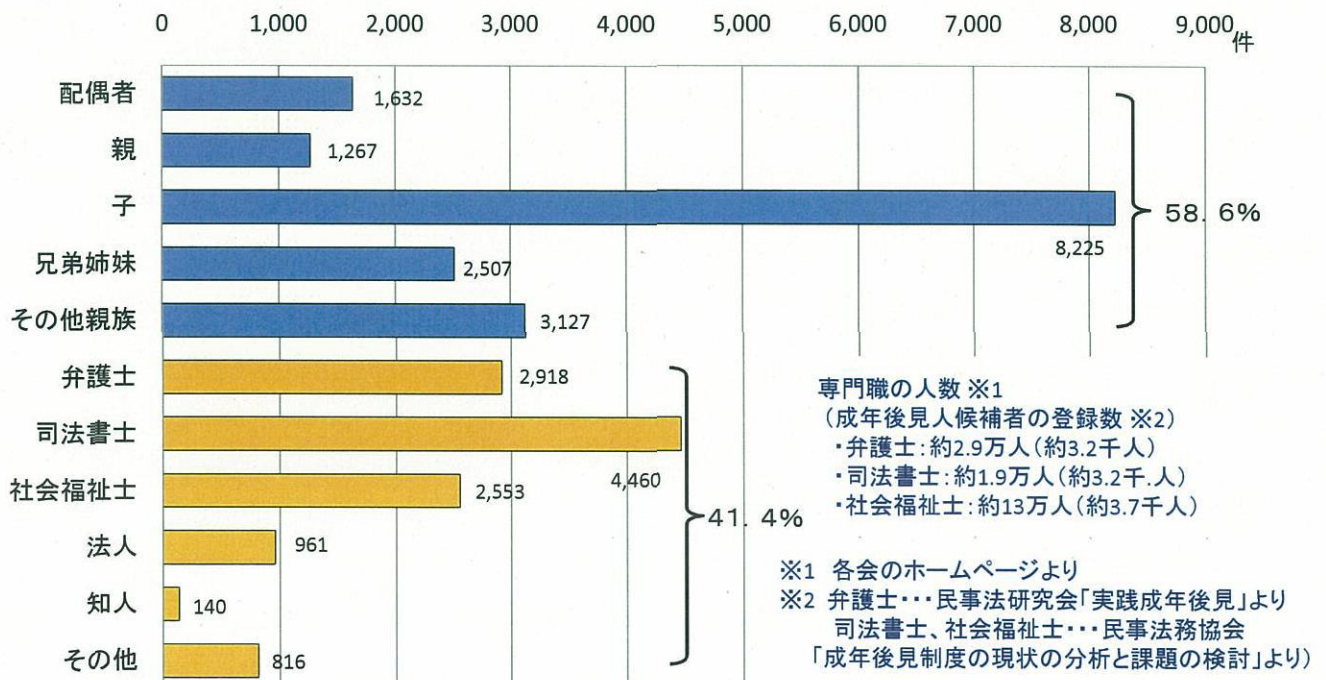
# 市区町村長申立件数(家庭裁判所管内別)



(出典:「成年後見関係事件の概況」最高裁判所事務総局家庭局) 40

## 成年後見人等と本人の関係別件数(平成22年)

総数 28,606件 (親族:16,758人(58.6%)、第三者:11,848人(41.4%))



出典:成年後見関係事件の概況(最高裁判所事務総局家庭局)

## 市町村長の後見申立と市民後見人～後見実施機関の創設～ 介護と連動する市民後見研究会 報告書の概要（平成23年3月）

### 背景

- 平成12年4月に成年後見制度が施行されて10年余が経過。同時施行の介護保険制度とあわせ「車の両輪」と謳われたが利用者は約17万人にとどまっている。
- 高齢者虐待や孤独死問題、高齢者独居・夫婦のみ世帯や認知症高齢者数の増大などが表面化。「潜在化した後見ニーズ」の把握が求められている。
- 「後見爆発」とも形容されるこれからの後見ニーズに対応した、あらたな権利擁護の仕組みづくりが急務な状況にある。
- 専門職後見人（弁護士3万人、司法書士2万人、社会福祉士3万人）の不足という状況があり、市民後見人の養成が急務である。

### 概要

- 要点を「市民後見実施機関を推進する5本の柱」としてまとめた。
- 市町村が後見実施機関を設置し、あわせて市民後見人を養成また活用・支援し、市町村長申立を軸とした地域の権利擁護の仕組みを確立することを提言。

### 今後の工程

- 「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」に、市町村長による後見申立の活用や市民後見人の養成・支援を後押しする、老人福祉法第32条の新設条文が盛り込まれている。
- 今年度（平成23年度）、全国20市町村程度を対象にモデル事業を実施。
- 平成26年度からの全市区町村完全実施を目指す。

### 目標

- 認知症や障害のある方、高齢独居夫婦のみ世帯で生活に不安を抱える人たちなどが、権利侵害を受けることなく、自身の意思に基づいて、地域で安心して暮らせる生活基盤を築く。

42

## 市民後見実施機関を推進する5本の柱

### 1 市町村における後見実施機関の設置・運営

- 市町村長申立の活用を軸とした後見実施機関を設置する。（市町村長申立以外からの後見申立についても対応できる体制の整備）
- 後見実施機関は、見守り・相談から後見までを一貫して担うワンストップセンターとしての役割を果たす。
- 後見実施機関には、保健医療福祉制度に精通し、相談業務能力や関係機関との調整能力の高いスタッフを確保する。
- 上記に伴う、後見実施機関の一連の業務は、地域の社会資源等を有効に活用・ネットワーク化し、これを行う。

### 2 老人福祉法第32条の改正

- 市町村長申立の活用を促進するため、老人福祉法32条に第2項として、①市民後見人の研修及び研修機関の認定、②市民後見人の登録及び支援、③都道府県の研修や情報提供等の努力義務を、新たに書き加える。
- 同様規定のある、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第51条の11の2、知的障害者福祉法28条も、これに同じ。

### 3 市民後見人の養成

- 後見実施機関の後見実務を担う後見人材として市民後見人を位置づけ、質・量ともに十分な市民後見人養成を図る。
- 平成23年度予定のモデル事業と併行し、市民後見人養成のあり方を検討する。

### 4 市民後見人の活用・支援

- 後見実施機関には、市民後見人を登録し、積極的な人材活用を図る。
- 後見実施機関は、市民後見人の活動を、継続的に支援・監督する。

### 5 行政の責任の明確化

- 後見実施機関は市町村の責任において設置・運営する。
- 市町村は、市町村長申立を円滑に行うとともに、後見実施機関の活動を支援するための後見運営協議会を市町村の責任において設置する。

# 主な論点

1. 認知症への対応にあたり、医療と介護と地域それぞれの役割とその間の連携について、どう考えるか。
2. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)における医療提供の在り方についてどう考えるか。

44

## (参考) 認知症に関わる現行の加算について (1)

### 退去時相談援助加算(グループホーム)

グループホームを退去する利用者に対し、退去後の居宅サービスの利用等に関する相談援助を評価。  
◆ 400単位/回(1回を限度)

### 看取り介護加算(グループホーム)

医師が回復の見込みがないと診断した利用者に対し、利用者又は家族の同意の下で行う看取り介護を評価。  
◆ 利用者の死亡日前30日を上限として 80単位/日

### 夜間ケア加算(グループホーム)

夜勤職員の配置基準(1ユニット1名)を超えて、1事業所当たり常勤換算で1以上の夜勤職員の配置を評価。  
◆ 1人あたり 25単位/日

### 医療連携体制加算(グループホーム)

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価。  
◆ 39単位/日

### 認知症行動・心理症状緊急対応加算(短期入所系サービス、グループホームのショートステイ)

認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の短期入所系サービス及びグループホームのショートステイによる緊急受入について評価を行う。  
◆ 200単位/日【入所日から7日を上限】

### 若年性認知症利用者受入加算(グループホーム、施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス)

若年性認知症患者やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価。  
◆ 宿泊 : 120単位/日 ◆ 通所 : 60単位/日

### 認知症専門ケア加算(グループホーム、施設系サービス)

認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体が実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供することについて評価。  
◆ 認知症専門ケア加算(I) 3単位/日 ◆ 認知症専門ケア加算(II) 4単位/日

45

## (参考) 認知症に関わる現行の加算について (2)

### 認知症ケア加算(介護老人保健施設)

日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから認知症の入所者(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者)に対して介護保健施設サービスを行うことについて評価。

- ◆ 76単位/日

### 認知症情報提供加算(介護老人保健施設)

認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症の疑いのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介することについて評価。

- ◆ 350単位/回(1回を限度)

### 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーション)

軽度者に加えて中等度・重度の者についても効果があるとの調査結果を踏まえて、対象を中等度・重度の者に拡大するとともに、介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーションにおける実施について評価。

- ◆ 介護老人保健施設・介護療養型医療施設 240単位/日(週3日まで)【入所(院)の日から3月以内】
- ◆ 通所リハビリテーション 240単位/日(週2日まで)【退院(所)または通所開始日から3月以内】

### 認知症加算(小規模多機能居宅介護)

厚生労働大臣が定める登録者に対して小規模多機能型居宅介護サービスの提供を評価。

- ◆ 認知症加算(Ⅰ) 800単位/月(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者)
- ◆ 認知症加算(Ⅱ) 500単位/月(要介護2であり、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅡに該当する者)

### 認知症加算(居宅介護支援)

日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者)に対して居宅介護支援を行うことを評価。

- ◆ 150単位/月

### 精神科を担当する医師に係る加算(介護老人福祉施設)

認知症である入所者(医師が認知症と診断した者等)が全入所者の3分の1以上を占める介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われていることを評価。

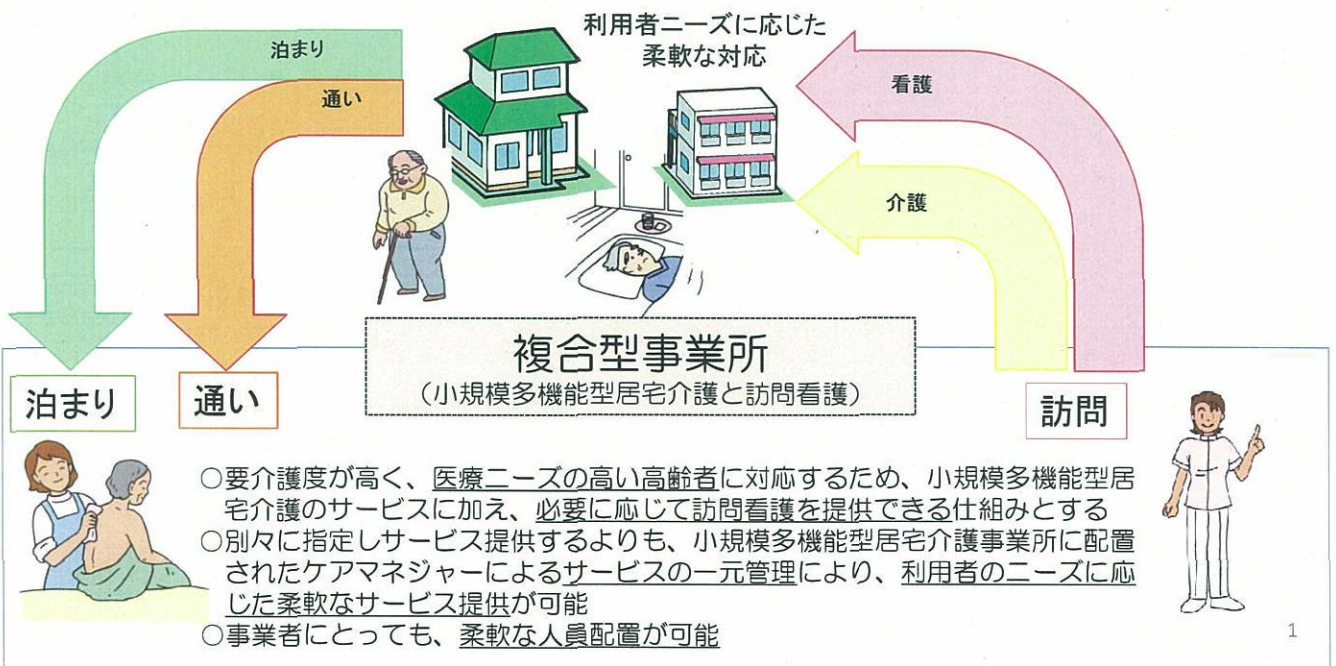
- ◆ 5単位/日

# 複合型サービスについて

## 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

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

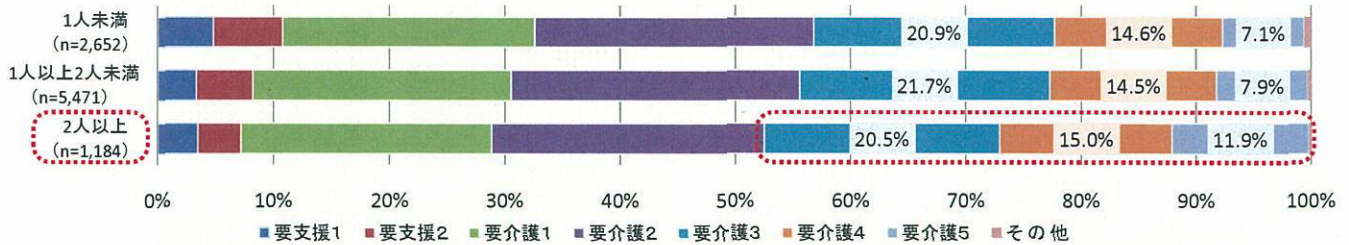
※ 地域密着型サービスとして位置づけ



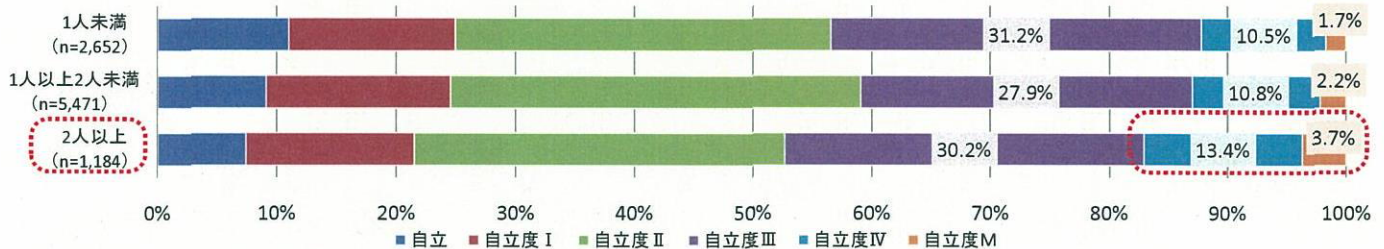
## 小規模多機能型居宅介護事業所における看護職員配置水準別の登録利用者数の状況

- 看護職員を2人以上配置している事業所では、要介護3以上の中重度な利用者が多い。
- 同様に、自立度IV、自立度Mのより重度な認知症高齢者の割合が高い。

### 看護職員数(常勤換算値)水準別の登録利用者数の要介護度別割合



### 看護職員数(常勤換算値)水準別の登録利用者数の認知症高齢者の日常生活自立度別割合



※有効回答のあった511事業所で集計

出典:平成22年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「医療依存度の高い在宅要介護高齢者を対象とした多機能化サービスのあり方に関する調査」報告書、みずほ情報総研株式会社、平成23年3月

2

## 小規模多機能型居宅介護事業所における医療ニーズのある利用者の状況

- 何らかの医療ニーズがある利用者数は、登録利用者数の約66%であり、具体的には、「服薬援助・管理」、「浣腸・排便」、「摂食・嚥下訓練」の順に多くなっていた。

### 医療ニーズのある主な利用者の状況(複数回答)

	人数	割合
登録利用者数	13,495人	100.0%
(うち)医療ニーズのある利用者数	8,952人	66.3%
服薬援助・管理(点眼薬等を含む)	7,852人	58.2%
浣腸・排便	734人	5.4%
摂食・嚥下訓練	597人	4.4%
創傷処置	316人	2.3%
じよく瘡の処置	280人	2.1%
インスリン注射	272人	2.0%
胃ろう、腸ろうによる栄養管理	165人	1.2%
膀胱(留置)カテーテルの管理	157人	1.2%
吸入・吸引	153人	1.1%
慢性疼痛の管理(がん末期以外)	142人	1.1%
看取り期のケア	128人	0.9%
酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入)	117人	0.9%
人工肛門・人工膀胱の管理	82人	0.6%
点滴・中心静脈栄養・注射(インスリン注射以外)	74人	0.5%
がん末期の疼痛管理	51人	0.4%
経鼻経管栄養	26人	0.2%
人工呼吸器の管理・気管切開の処置	6人	0.0%
その他	112人	0.8%

※有効回答のあった748事業所(登録利用者13,495人)で集計

出典:平成22年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「医療依存度の高い在宅要介護高齢者を対象とした多機能化サービスのあり方に関する調査」報告書、みずほ情報総研株式会社、平成23年3月

3

## 新規登録希望者の状況と医療ニーズとの関係

- 新規登録希望者数のうち、医療ニーズへの対応が必要であったために登録に至らなかった希望者の割合は約9%であり、具体的な医療ニーズでは、「服薬援助・管理」「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」「インスリン注射」「吸入・吸引」等が多かった。

### 平成22年1年間の新規登録希望者の登録の状況

	人数	割合
新規登録希望者数	9,697人	100.0%
(うち)登録に至らなかった人数	3,381人	34.9%
(うち)医療ニーズへの対応が必要だった人数	857人	8.8%
(うち)医療ニーズへの対応ではなかった人数	2,524人	26.0%

※有効回答のあった791事業所(新規登録希望者9,697人)で集計

医療ニーズへの対応が必要であったため、登録に至らなかった者の医療ニーズ(複数回答)

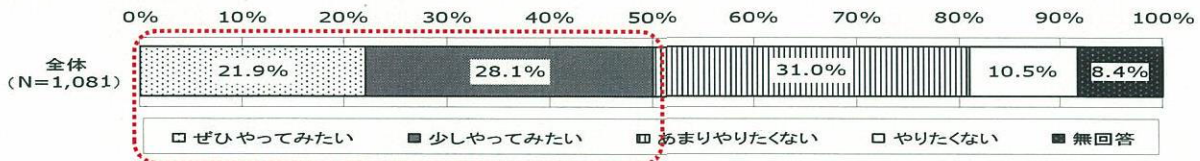
	人数	割合
服薬援助・管理(点眼薬等を含む)	162人	18.9%
胃ろう・腸ろうによる栄養管理	149人	17.4%
インスリン注射	103人	12.0%
吸入・吸引	84人	9.8%
がん末期の疼痛管理	44人	5.1%
看取り期のケア	42人	4.9%
洗腸・排便	37人	4.3%
点滴・中心静脈栄養・注射(インスリン注射以外)	36人	4.2%
酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入)	35人	4.1%
経鼻経管栄養	34人	4.0%
膀胱(留置)カテーテルの管理	31人	3.6%
じよく瘻の処置	28人	3.3%
摂食・嚥下訓練	22人	2.6%
創傷処置	18人	2.1%
人工肛門・人工膀胱の管理	16人	1.9%
慢性疼痛の管理(がん末期以外)	12人	1.4%
人工呼吸器の管理・気管切開の処置	6人	0.7%
その他	93人	10.9%
新規登録希望者数	857人	100.0%

出典:平成22年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「医療依存度の高い在宅要介護高齢者を対象とした多機能化サービスのあり方に関する調査」報告書、みずほ情報総研株式会社、平成23年3月

## 医療ニーズのある方の受け入れに対する意向と課題

- 看護職員の手厚い配置のうえで医療ニーズのある登録希望者を受入れる小規模多機能型居宅介護の仕組みを新設した場合の意向については、やってみたい場合が半数を占めた。
- 小規模多機能型居宅介護において医療ニーズのある者を登録する際の課題としては、看護職員の増員、医療ニーズに対応可能な医療機器・設備の充実、介護保険の訪問看護の利用、医療機関との連携などが挙げられていた。

### 看護職員の手厚い配置のうえで医療ニーズのある登録希望者を受入れる小規模多機能型居宅介護の仕組みを新設した場合の意向



### 医療ニーズのある登録希望者の受け入れに関する課題(複数回答)

	件数	割合
内部の看護職員が少ない	615件	56.9%
事業所内に医療機器・設備等が不足している	589件	54.5%
必要な回数の介護保険の訪問看護が利用できない	352件	32.6%
利用者の急性増悪時の後方病床が確保できない	313件	29.0%
利用者の主治医との連絡があまりとれない	111件	10.3%
その他	100件	9.3%
特になし	90件	8.3%
無回答	73件	6.8%
総数	1,081件	

出典:平成22年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「医療依存度の高い在宅要介護高齢者を対象とした多機能化サービスのあり方に関する調査」報告書、みずほ情報総研株式会社、平成23年3月



## 主な論点

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの基準・報酬については、以下のような基本的な考え方を実現するという観点に立って検討すべきではないか。

- ① 利用者のニーズに応じて、通い、訪問介護、訪問看護及び宿泊のサービスを柔軟に提供
- ② 看護・介護サービスの一体的提供
- ③ 人材確保、経営の安定化

# 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

社保審一介護給付費分科会	
第76回 (H23. 6. 16)	資料 3

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

## 1 医療と介護の連携の強化等

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

## 2 介護人材の確保とサービスの質の向上

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

## 3 高齢者の住まいの整備等

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

## 4 認知症対策の推進

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

## 5 保険者による主体的な取組の推進

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

## 6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

### 【施行日】

- 1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

## 地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進

### 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

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

#### ①医療との連携強化

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

#### ②介護サービスの充実強化

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

#### ③予防の推進

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

#### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

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

#### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

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

※「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。  
(「地域包括ケア研究会報告書」より)

# 医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業(支援)計画の策定

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

## 日常生活圏域ニーズ調査

(郵送+未回収者への訪問による調査)

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

地域の課題や  
必要となるサービスを  
把握・分析

調査項目(例)

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

## 介護保険事業(支援)計画

これまでの主な記載事項

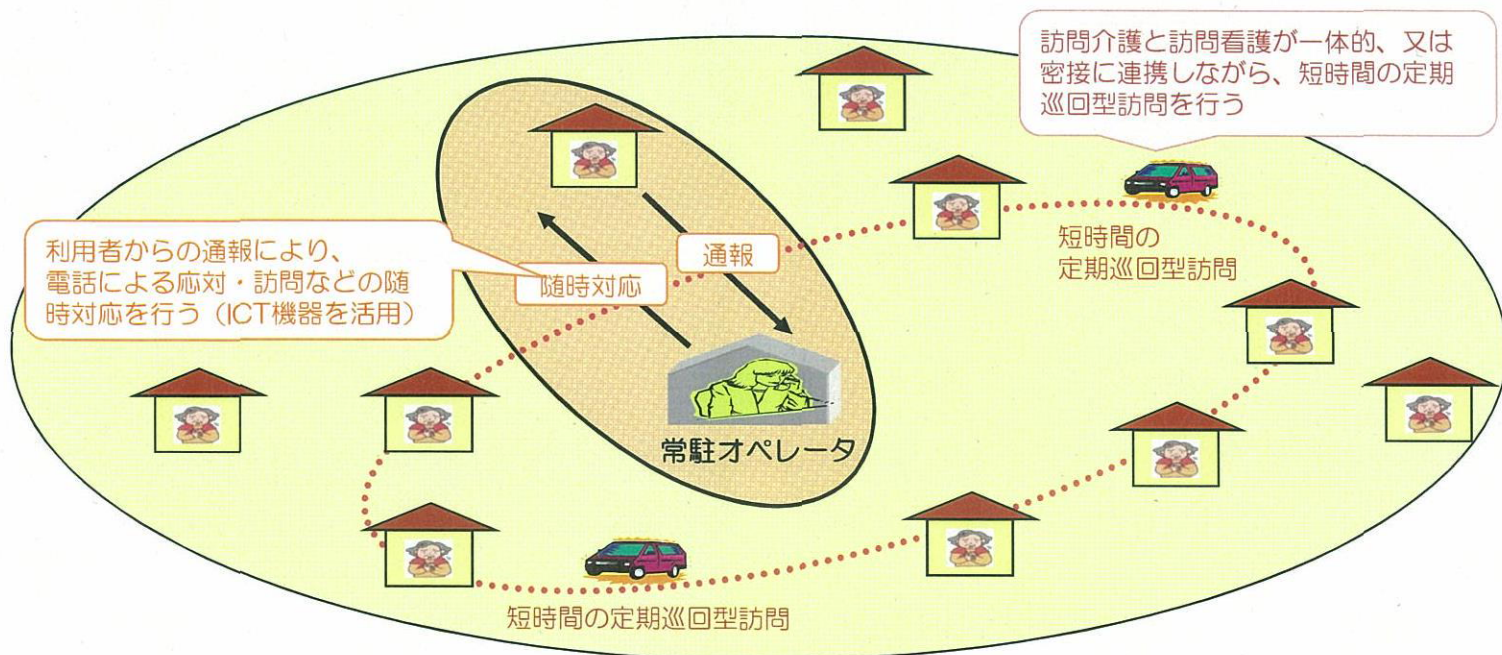
- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業(市町村)
- 介護人材の確保策(都道府県)など

地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

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

## 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設(イメージ)

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

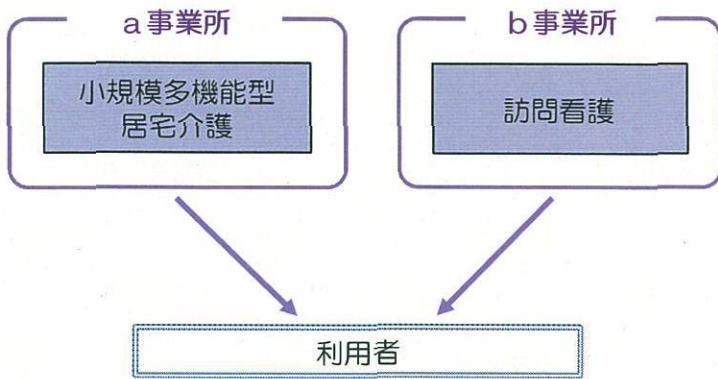


- ※ 1つの事業所から訪問介護・訪問看護を一体的に提供する、又は、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するなど、訪問介護と訪問看護の密接な連携を図りつつ実施する。
- ※ 在宅療養支援診療所等、地域の医療機関との連携も重要となる。
- ※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村(保険者)が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

# 複合型サービスの創設

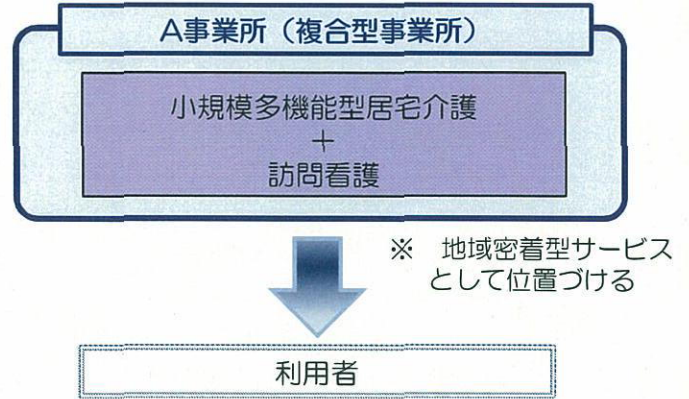
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供する複合型サービスを創設する。
- これにより、利用者は、ニーズに応じて柔軟に、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられるようになる。また、事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能になる、ケアの体制が構築しやすくなるという利点がある。

## 現行制度



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

## 創設後



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

## 介護予防・日常生活支援総合事業について(イメージ)

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

### 利用者像

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

### 地域包括支援センター 包括的なケアマネジメントを実施

介護予防  
(訪問・通所)

生活支援  
(配食、見守り等)

権利擁護

社会参加

### 地域全体で高齢者の生活を支える総合的で多様なサービス

多様なマンパワーの活用

介護保険事業者・NPO・ボランティア・民生委員など

地域の多様な社会資源の活用

公民館、自治会館、保健センターなど

地域の創意工夫を活かした取組の推進

「ボランティアポイント制」の活用など

介護保険外サービスの推進

配食・見守りなどの生活支援サービスの推進

# 介護療養病床の取扱いについて

## 【現行規定】

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

## 【現状】

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

## 【方針】（法改正（介護保険法の附則）による対応）

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

## 介護職員等によるたんの吸引等の実施について

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

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

## 【現 状】

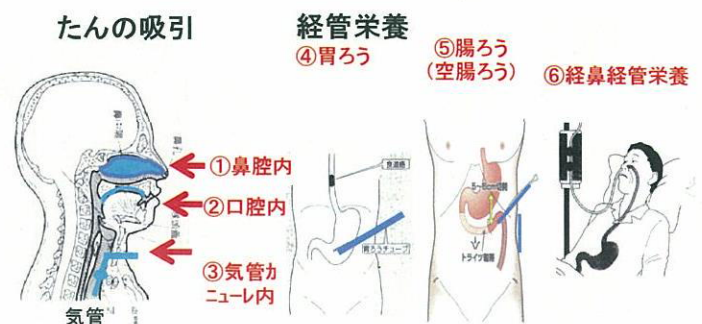
- たんの吸引・経管栄養は、医行為に該当し、医師法等により、医師、看護職員のみが実施可能。  
例外として、一定の条件下（本人の文書による同意、適切な医学的管理等）でヘルパー等による実施を容認。

## 【課 題】

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

## 【制度のイメージ】

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



# 介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

(「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正案)

## 趣旨

○介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。

☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

## 実施可能な行為

○たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの

※保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。

☆具体的な行為については省令で定める

- ・たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
- ・経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)

## 登録事業者

○自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

- ☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
- ☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置
- ☆具体的な要件については省令で定める
- ※登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

<対象となる施設・事業所等の例>

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

※医療機関は対象外

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

## 介護職員等の範囲

○介護福祉士

☆具体的な養成カリキュラムは省令で定める

○介護福祉士以外の介護職員等

☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定

☆認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

## 登録研修機関

○たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

- ☆基本研修、実地研修を行うこと
- ☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事
- ☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合
- ☆具体的な要件については省令で定める
- ※登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

## 実施時期及び経過措置

○平成24年4月1日施行

(介護福祉士については平成27年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。)

○現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるように必要な経過措置

## 介護福祉士の資格取得方法の見直しの延期について

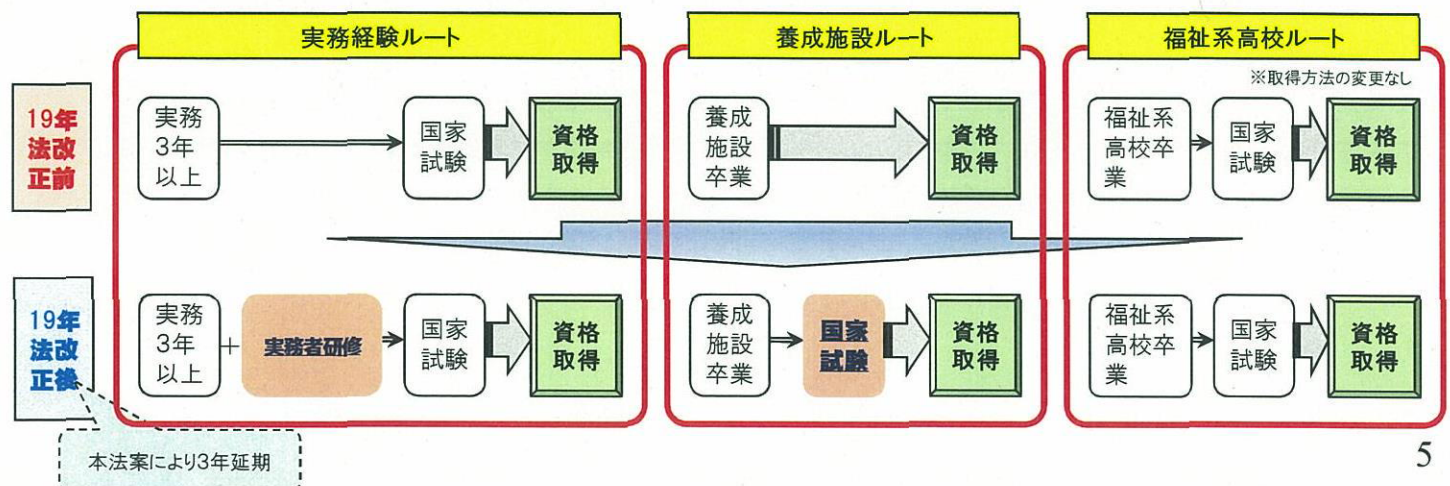
【平成19年の法律改正】

○介護福祉士の資質向上を図る観点から、一定の教育過程を経た後に国家試験を受験する形に資格取得方法を一元化(平成24年度から施行予定であった)

- ① 実務経験者…3年以上の実務経験に加えて、実務者研修(6ヶ月研修)を義務付け
- ② 養成施設卒業者…国家試験受験を義務付け

【今後の対応】

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



# 事業者に対する労働法規の遵守の徹底

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

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

## ○労働基準法違反による送検事件状況(社会福祉施設)

平成18年	平成19年	平成20年
11件	15件	11件

(注1) 平成18年～平成20年の間、労働安全衛生法及び最低賃金法に係る送検事件はなし。

(注2) 送検された事件のうち、起訴される件数は毎年50%前後で推移している(全産業)

## ○労働基準法等違反事業場比率(平成20年)

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

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

資料出所：平成20年労働基準監督年報

## 情報公表制度の見直し

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

### 【現行の仕組み】

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

### 【見直しの内容】

事業者の負担を軽減するという観点から、運営方法を整理する。

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

公表に係る事務等の効率化を図る。

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

分かりやすくなるよう、公表方法を工夫する。

- 検索機能や画面表示などを工夫する。

公表される情報の充実を図る。

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

# 有料老人ホームの利用者保護規定

## 短期間での契約解除の場合の返還ルール

### 【現状】

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

### 【対応】

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

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

## 権利金等の受領禁止

### 【現状】

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

### 【対応】

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

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

## サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

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

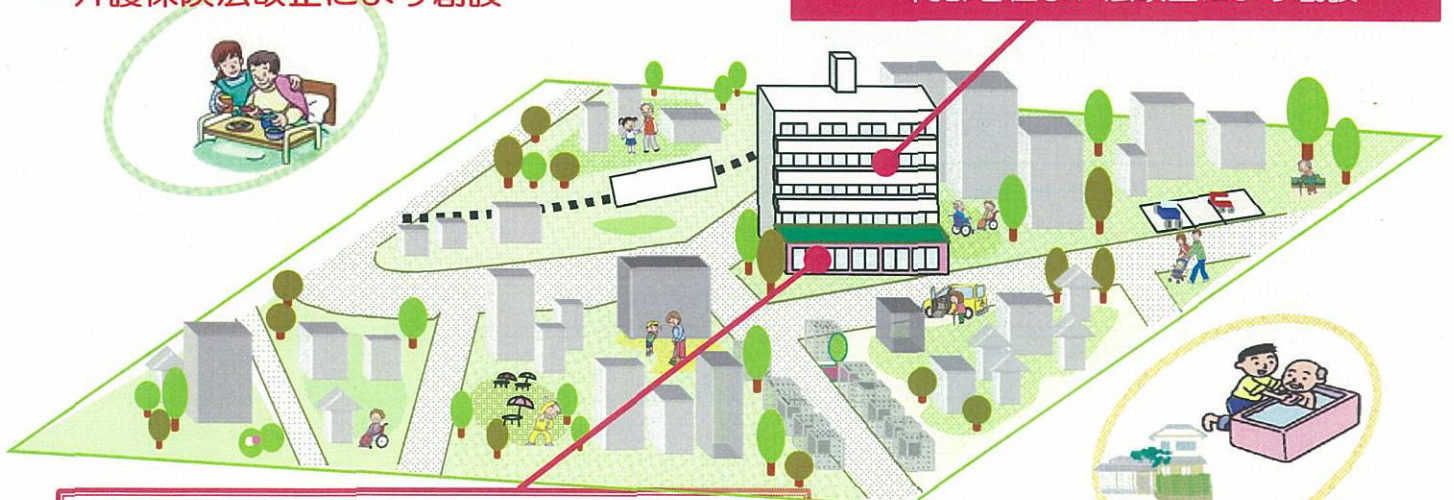
24時間対応の訪問介護・看護

「定期巡回・随時対応サービス」  
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅

(国土交通省・厚生労働省共管)

→高齢者住まい法改正により創設



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

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける



# 認知症対策の推進について

## ○ 市民後見人の活用

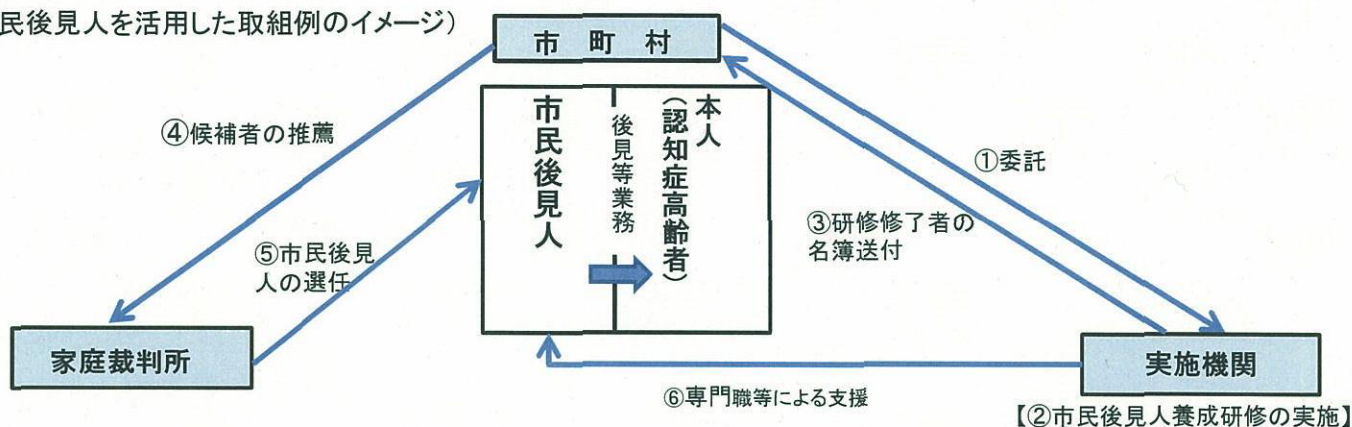
今後、親族等による成年後見の困難な者が増加するものと見込まれ、介護サービス利用契約の支援などを中心に、成年後見の担い手として市民の役割が強まると考えられることから、市町村は、市民後見人を育成し、その活用を図ることなどによって権利擁護を推進することとする。

- ※1 「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上」の高齢者の推計 208万人（平成22年）→ 323万人（平成37年）
- ※2 成年後見関係事件の申立件数は年々増加傾向（平成21年 27,397件）  
 そのうち首長申立の件数 1,564件（平成19年度）→ 1,876件（平成20年）→ 2,471件（平成21年）

## ○ 認知症に関する調査研究の推進

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

（市民後見人を活用した取組例のイメージ）

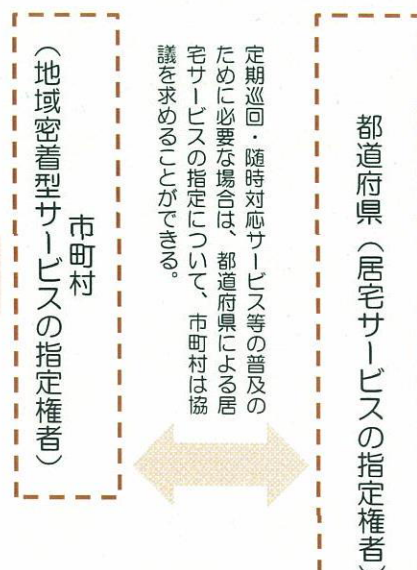
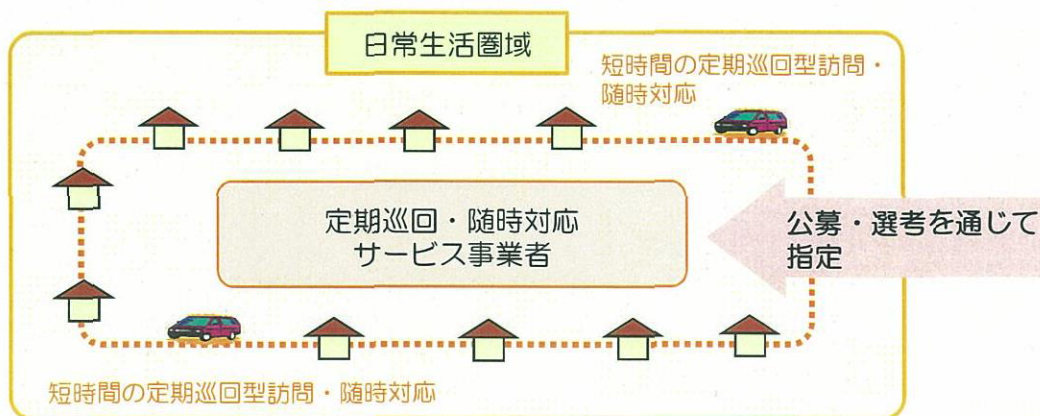


## 地域ニーズに応じた事業者の指定（イメージ）

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

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

### ①公募制の導入（定期巡回・随時対応サービスの場合）



### ②居宅サービス指定に当たっての市町村協議制の導入（訪問介護の場合）



# 保険者による主体的な取組の推進

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

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

### 【現行の仕組み】

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

### 【改正内容】

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

## ○地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービスの指定事務の簡素化

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

### 【現行の仕組み】

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

### 【改正内容】

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

## ○地域包括支援センターの機能強化

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

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

# 保険料の上昇の緩和

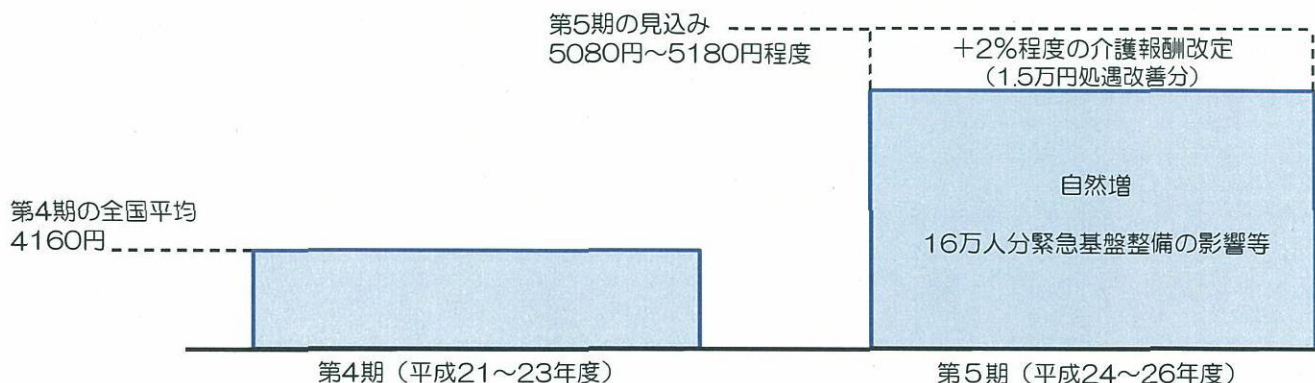
## ○財政安定化基金の取り崩し

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

## ○市町村準備基金の取り崩し

- ・第4期中の積立見込額の一部を取り崩すことにより保険料軽減に活用する。

## 【第5期(H24~26年度)の介護保険料の見込み】



## 指定法人制度の廃止

### 【福祉医療機構交付金の廃止】

平成21年度の事業仕分けにより、独立行政法人福祉医療機構交付金が廃止された



### 【指定法人制度の廃止】

上記交付金を原資として下記の指定法人が行う業務の規定を廃止する

- ・（財）テクノエイド協会が行う福祉用具の研究開発及び普及に係る助成の業務
- ・（財）長寿社会開発センターが行う老人健康保持事業の助成の業務

## 地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための改正

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

### 【指定事務等の権限移譲】

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

### 【介護保険事業計画策定及びその手続き】

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

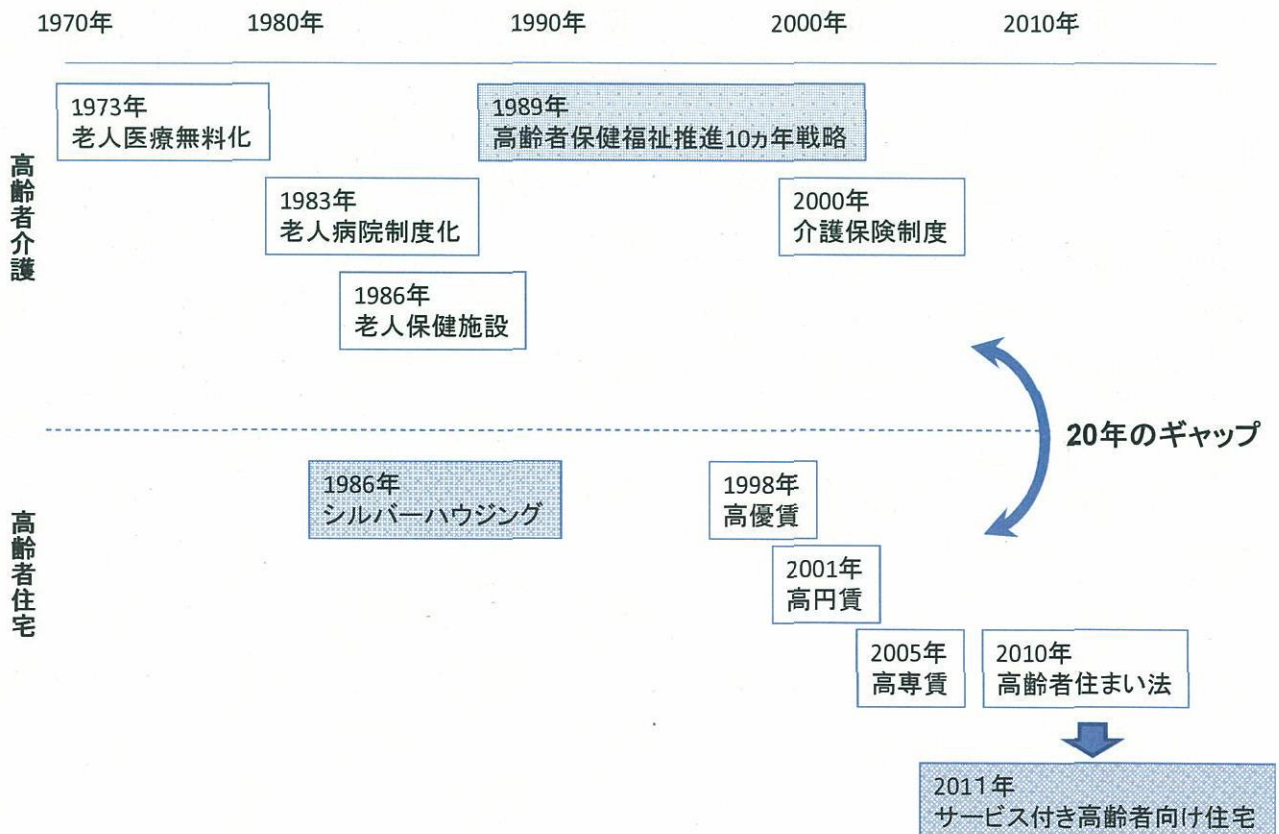
### 【条例への委任】

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

# 高齢者の住まいについて (高齢者集合住宅を中心に)

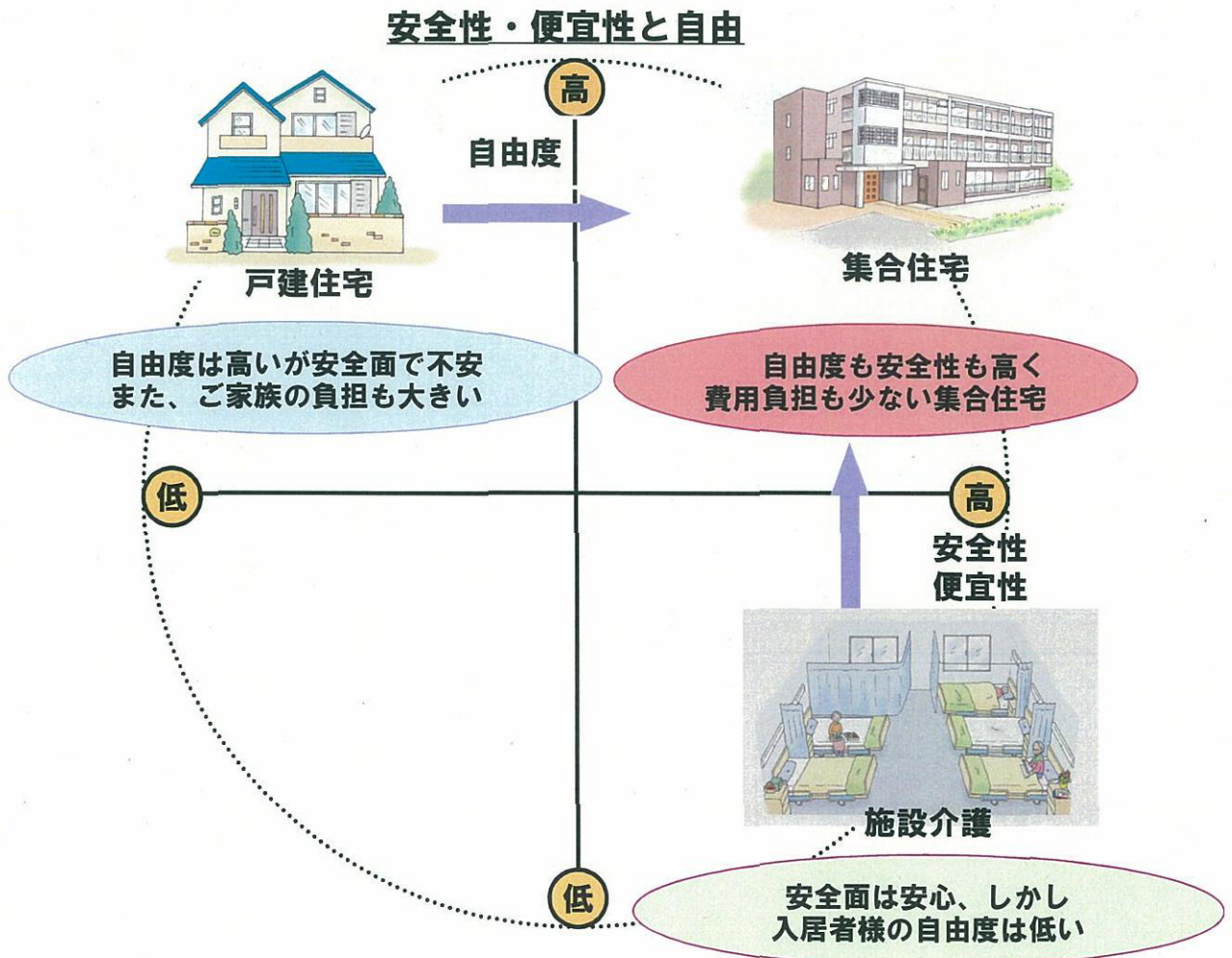
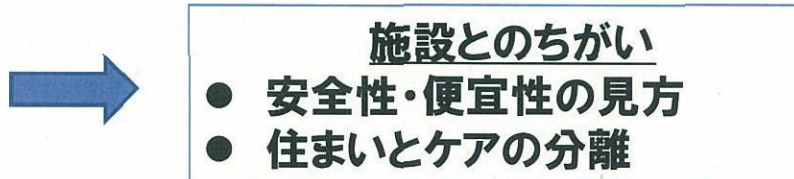
一般財団法人 高齢者専用賃貸住宅協会  
会長 橋本俊明

## 福祉行政と住宅行政の統合



# 高齢者専用賃貸住宅

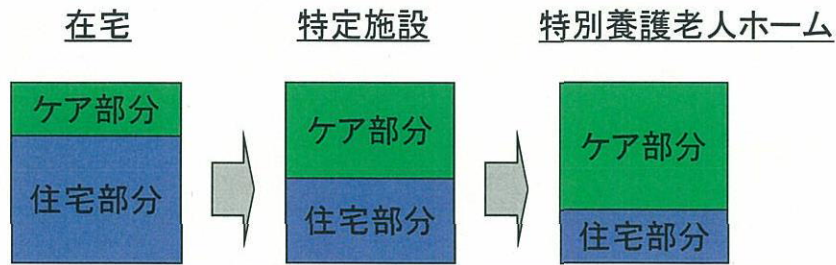
1. 高齢者の入居を拒まない「高齢者円滑入居賃貸住宅」のうち、専ら高齢者を賃借人とする賃貸住宅。
2. 貸主が高齢者円滑入居賃貸住宅として物件を登録する際に、以下の事項を併せて申請することで、「高齢者専用賃貸住宅」として登録することができる。
3. 登録基準
  - 居室の床面積が一定基準以上  
⇒原則25㎡以上(十分な共有スペースがある場合は18㎡以上)
  - 居室の設備が一定基準以上  
⇒トイレ、洗面所、キッチン、浴室などの設備を義務付け
  - 前払い金の保全処置
  - 登録時に賃貸契約書の提出を義務付け



# 住まいとケアとの分離

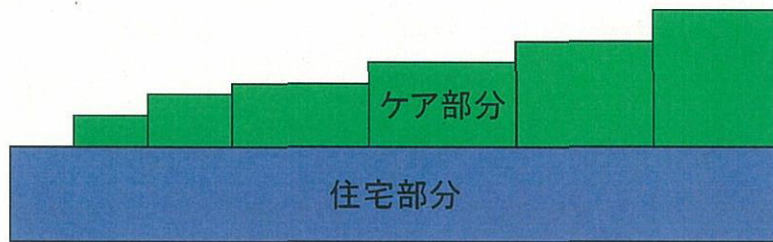
従来型の考え

軽いケア  重いケア



新しい考え

自宅・高専賃



国土交通省・厚生労働省共管の制度として、都道府県知事への登録制度である  
「サービス付き高齢者向け住宅制度」を新たに創設

## 概要

【登録基準】 ※有料老人ホームも登録可

### 《住宅》

- ・床面積(原則25㎡以上)、便所、洗面設備等の設置、バリアフリー

### 《サービス》

- ・サービスを提供すること。(少なくとも安否確認・生活相談サービスを提供)

### 《契約》

- ・高齢者の居住の安定が図られた契約であること、前払家賃等の返還ルール及び保全措置が講じられていること

### 【事業者の義務】

- ・入居契約に係る措置(提供するサービス等の登録事項の情報開示、入居者に対する契約前の説明)
- ・誇大広告の禁止

### 【指導監督】

- ・住宅管理やサービスに関する行政の指導監督(報告徴収・立入検査・指示等)

- \* 高円賃・高専賃(登録制度)、高優賃(供給計画認定制度)の廃止
- \* 高齢者居住支援センター(指定制度)の廃止

- 補助・融資・税による支援策を充実し、民間による供給を促進
- 介護保険法改正による「定期巡回随時対応サービス」等と組み合わせた仕組みを普及

# 高専賃の構造

- |                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| 1. 家賃             | } | ⇒通常の賃貸住宅よりやや高いが、<br>介護付き有料老人ホームよりも大幅に安い |
| 2. 共益費            |   |   |
| <hr/>             |   |   |
| 3. 生活支援サービス費      |   | ⇒見守り、生活相談、随時対応、<br>20分以下短時間介護サービス       |
| <hr/>             |   |   |
| 4. 介護保険サービス(一部負担) |   | ⇒20分以上の介護サービス                           |
| 5. 医療サービス(一部負担)   |   |   |

## 高齢者集合住宅(高専賃)で守るべきもの

1. 住まいの変更(居室の変更)を強いることがないこと。
2. 生活上の拘束は一切行わないこと。
3. 公的サービスに対する自由なアクセスが保障されること。
4. 適正なアセスメントに基づくケアプランが双方の合意のもとに実施されること。
  - 総合的アセスメント能力の必要性(自宅、施設のケアマネともに不足)
  - 随時対応の少ないケアプランを作ること
  - 1日8回程度の定時訪問(生活支援サービスとして)も可能であること

※介護保険が存在する日本において、高齢者集合住宅が最も効率的に機能する

## 高齢者集合住宅(高専賃)の問題点

1. 借家権契約が理解されていないこと
2. 住まいとケアの分離が不十分(生活上の拘束が残っている)
3. 公的サービスに対する自由なアクセスが保障されていないこと
4. 適正なアセスメントに基づくケアプランが双方の合意のもとに実施されていないこと。
  - 総合的アセスメント能力の不足(自宅、施設のケアマネともに不足)
  - 随時対応の少ないケアプランが作れず、施設的な対応をしていること
  - 不適正な介護保険請求を行っている事業所に対して、行政の監視がないこと

※介護保険が存在する日本において、高齢者集合住宅が最も効率的に機能する

## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの問題点 (高専賃の立場から—すでに定期巡回・随時対応を行っている)

1. 包括報酬の場合、従来の施設ケアプランと同様の実質の乏しいものとなること。
2. アセスメント能力を持つ担当者が存在するかどうか。
3. 要介護度の高い場合、家族の関与を必要としなければならないこと。
4. 独居の高齢者のみに限定できるかどうか。
5. 高齢者集合住宅に対して包括報酬の場合は、特定施設と同様の形態になること。



# 介護保険改正に対する要望

## (高齢者集合住宅関連)

- サービス付き高齢者向け住宅に対する、定期訪問・随時対応サービスの適応方法について、包括報酬について
  - 高齢者住宅の施設化の懸念
  - ケアマネジメントがなおざりになること
  - 生活支援サービスとの整合性がとれないこと
- 訪問介護事業所の開設制限について(地域独占)
  - 既存の事業所は、24時間対応になっていないこと
  - 自由な介護の提供がないと、サービス付き高齢者住宅の利点が生かされないこと
- 訪問介護短時間サービスの創設
  - 24時間巡回訪問サービスは、包括報酬よりも、短時間のサービスに対する報酬の新設が望ましい
- 特定事業所集中減算の適応の適正化
  - 集中減算に関する基準のうち「正当な理由」に関する部分の明確化

### サービス付き高齢者向け住宅に対する、 定期訪問・随時対応サービスの適応方法について

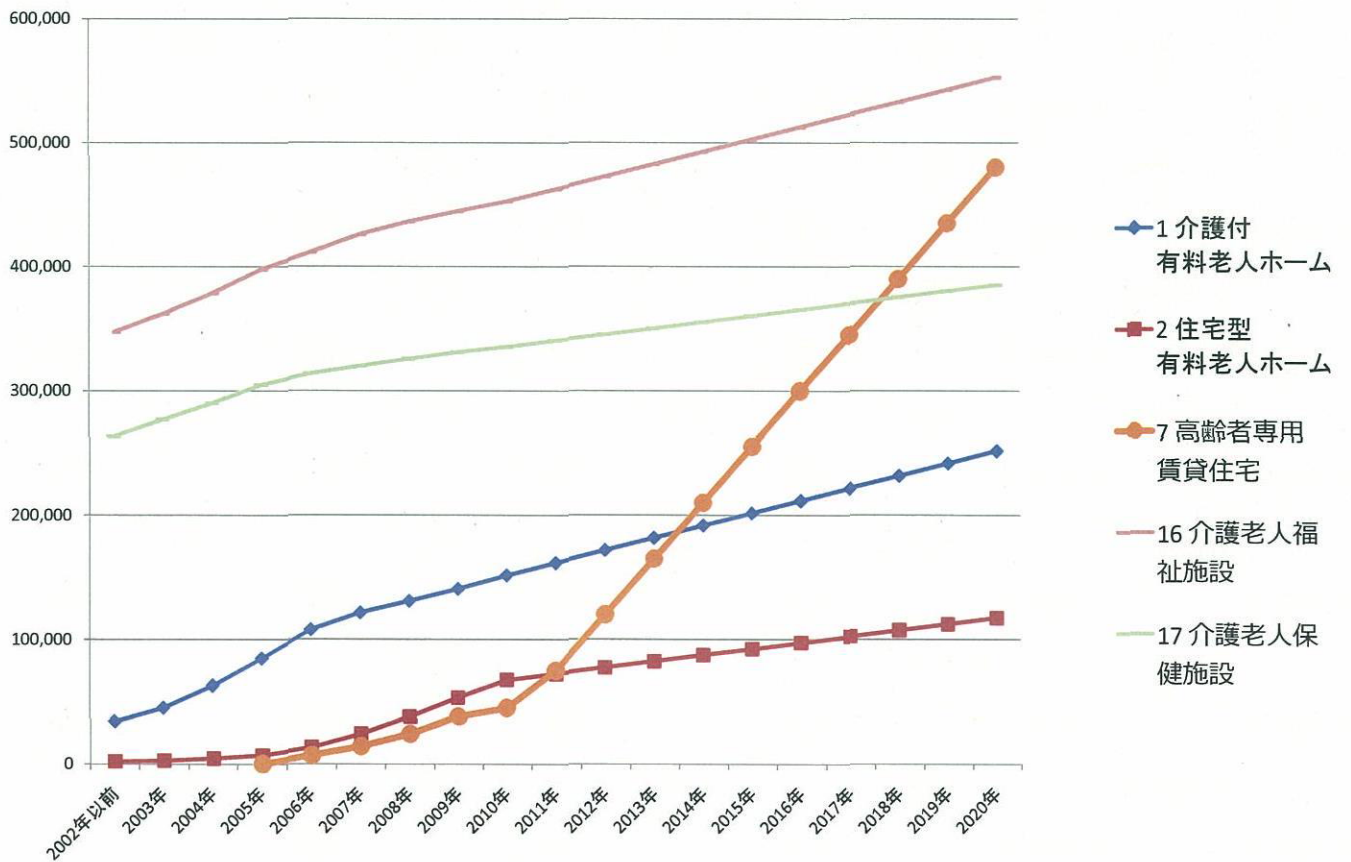
	高専賃でのサービス構造	今までの介護保険
24時間随時対応サービス	生活支援サービス(有料)	
生活相談サービス	生活支援サービス(有料)	
短時間介護サービス	生活支援サービス(有料)	
定期訪問介護サービス		介護保険(出来高支払い)

↓

	高専賃でのサービス構造	定期訪問・随時対応サービス
24時間随時対応サービス	生活支援サービス(有料)	包括
生活相談サービス	生活支援サービス(有料)	包括
短時間介護サービス	生活支援サービス(有料)	包括
定期訪問介護サービス		介護保険(出来高支払い)?

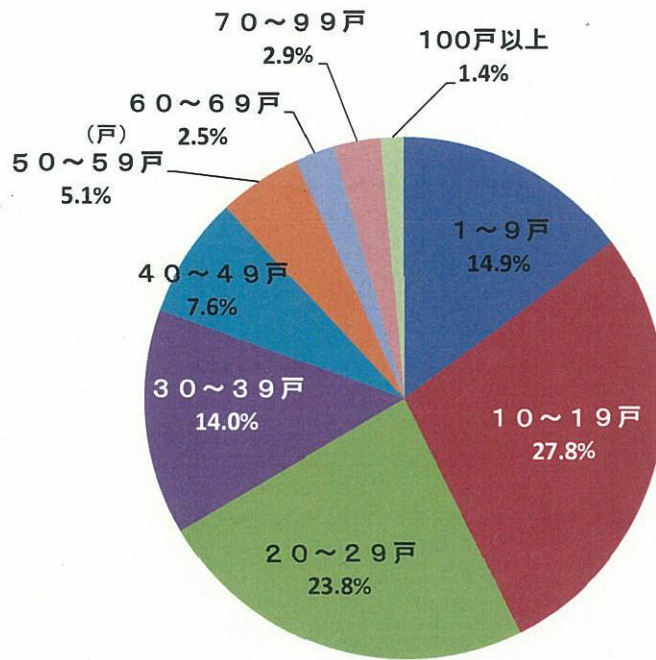
# 添付資料

## 高齢者の居住施設と住宅



# 高専賃の登録戸数

総登録件数 2,052  
 総登録戸数 54,647  
 (6月5日現在)



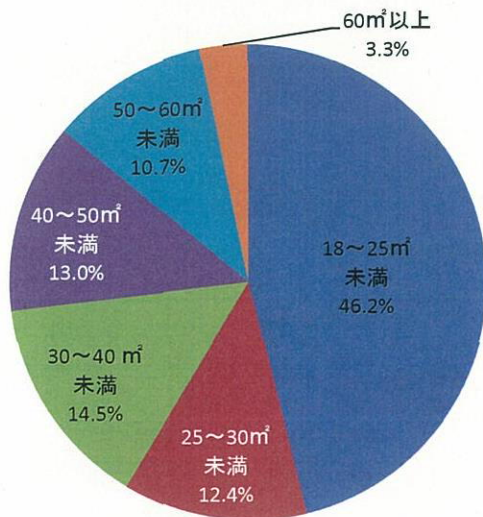
平均	26.8
最少	1
最多	225

n=1,986

高齢者住宅財団登録情報から  
 (2011年4月)

# 高専賃の住戸面積

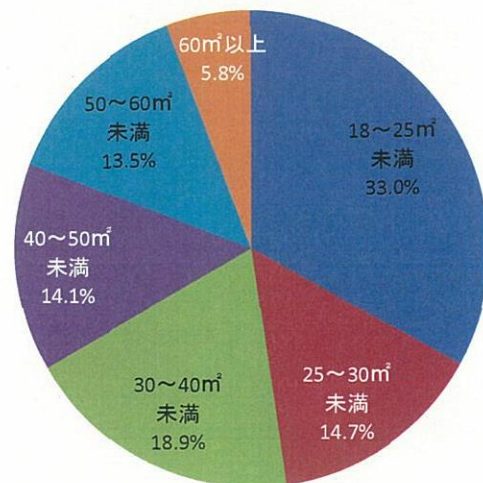
面積・下限値



n=1,976

最小値	最大値	平均値
18.0	109.0	31.1

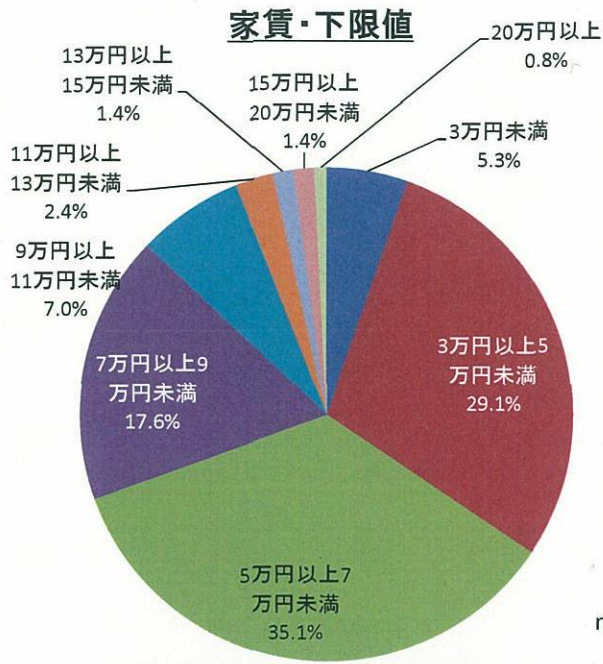
面積・上限値



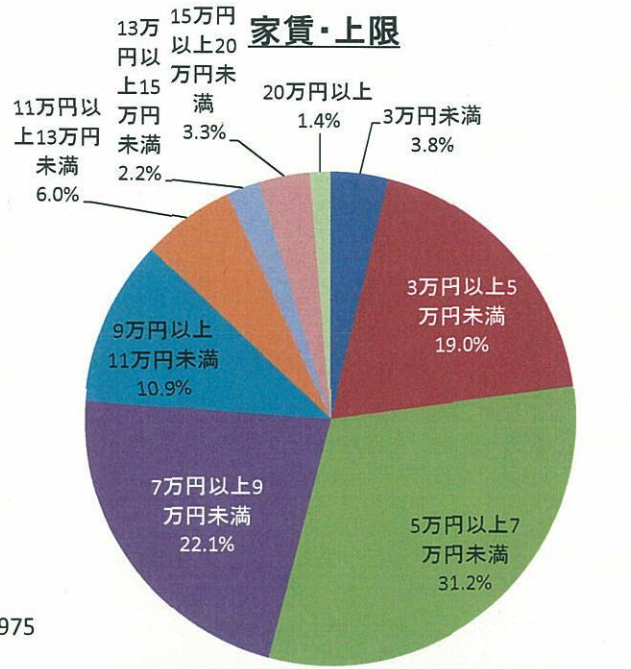
最小値	最大値	平均値
18.0	474.0	34.9

高齢者住宅財団登録情報から  
 (2011年4月)

# 家賃額



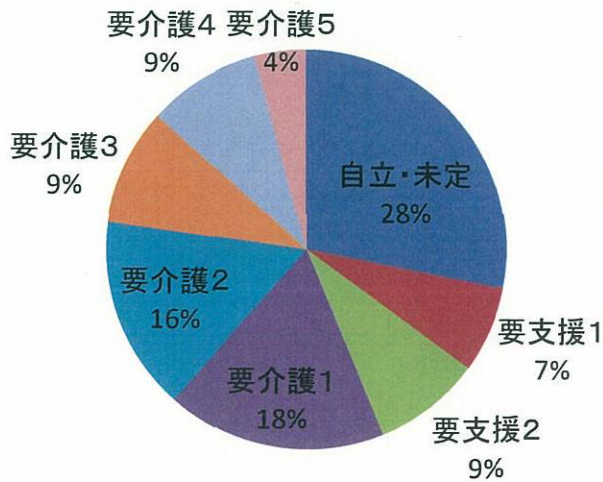
最小値	最大値	平均値
10,000	450,000	63,054 (円)



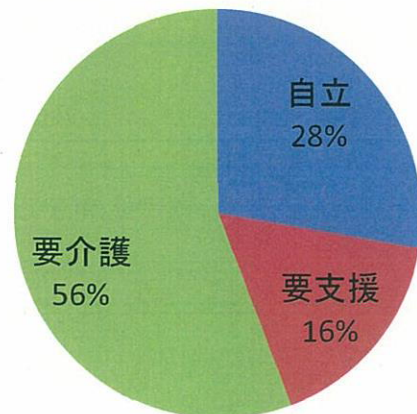
最小値	最大値	平均値
10,000	990,000	74,785 (円)

高齢者住宅財団登録情報から  
(2011年4月)

# 入居者別介護度



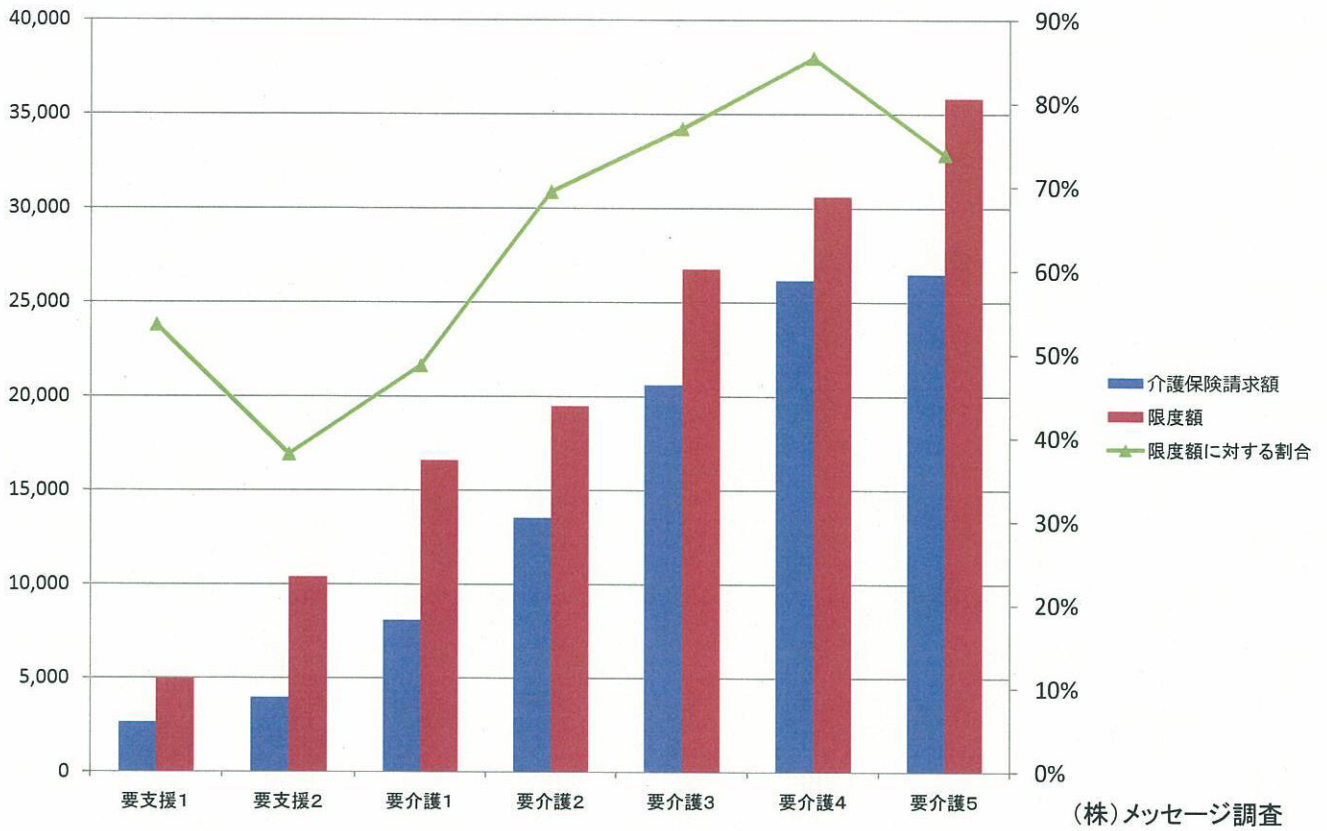
(株)メッセージ (1429人)



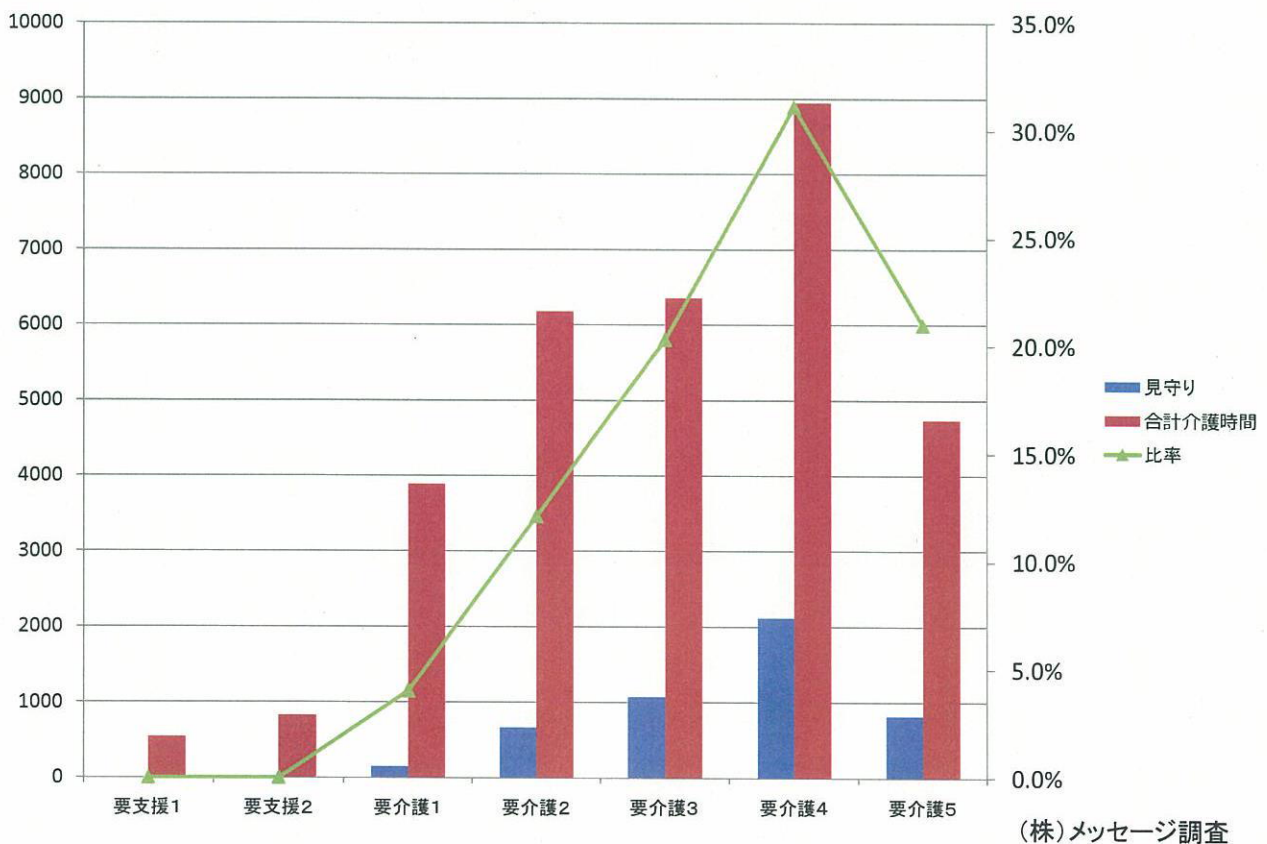
高専協会員 (5168人)

高専協調査  
(2011年5月)

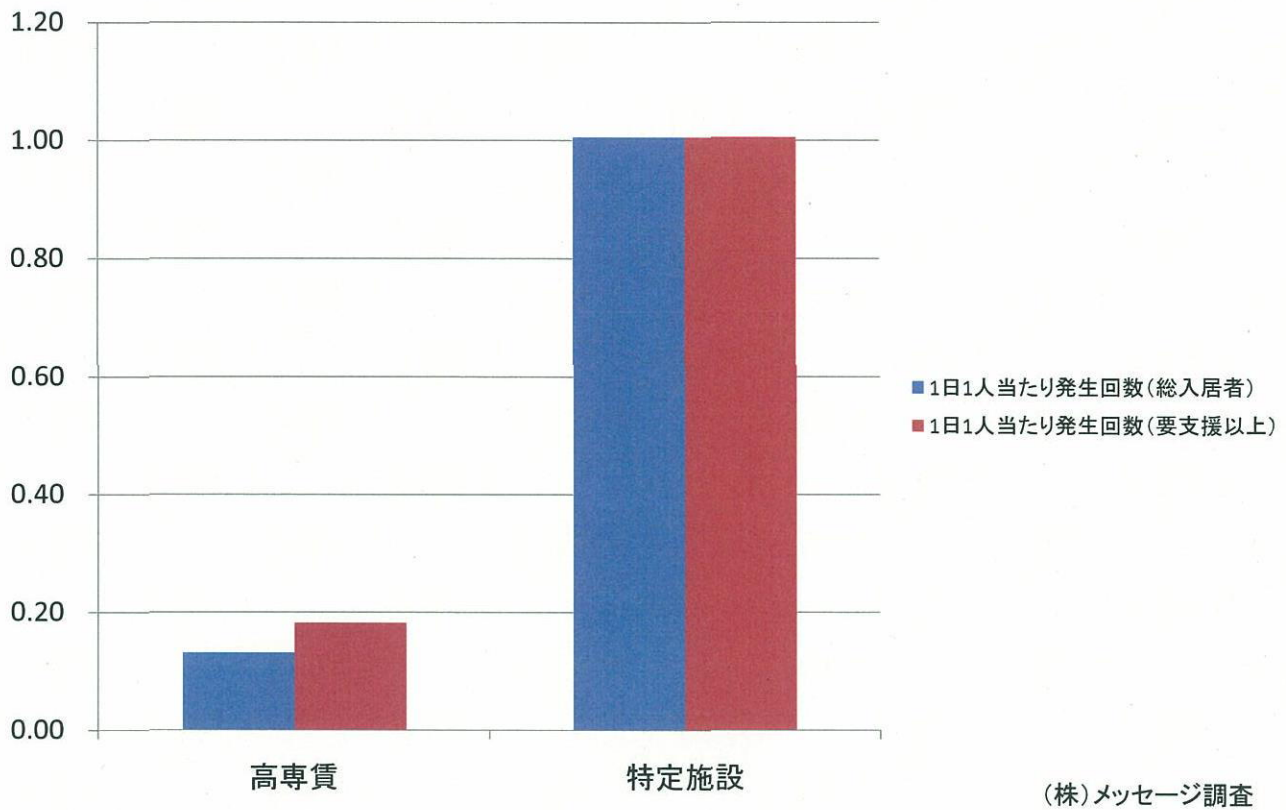
## 高専賃居住者に対する介護保険請求額



## 介護時間・見守り時間



## 高専賃・特定施設での随時対応(非定時介護)割合



## 社会保障審議会介護給付費分科会ヒアリング資料

平成23年6月16日

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

### 公益社団法人日本認知症グループホーム協会の概要

#### ■目的

公益社団法人日本認知症グループホーム協会(略称:日本GH協)は、認知症の人の尊厳の保持のもとに、住み慣れた地域で安心できる長寿社会の実現に向けて、グループホーム事業の健全な発展と国民の福祉の増進に寄与することを目的としております。

#### ■沿革

- 平成10年5月 「全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会」結成。
- 平成12年10月 NPO法人(特定非営利活動法人)取得。  
「全国痴呆性高齢者グループホーム協会」となる。
- 平成17年10月 「全国認知症グループホーム協会」と改称。
- 平成21年3月 「一般社団法人日本認知症グループホーム協会(日本GH協)」を設立。
- 平成22年4月1日 「公益社団法人日本認知症グループホーム協会」となる。

#### ■組織構成(平成23年5月末日現在)

会員数：正会員 1,849法人 (2,382事業所)  
準会員 74法人 (団体・個人)  
賛助会員 26法人 (団体・個人)

組織率：24.7%

役員：理事：18名 監事：2名

#### ■事業内容

- グループホームにおけるケアサービスの質の確保、向上に関する調査研究及び指導
- 地域住民との協働による認知症ケアの相談及び普及啓発活動
- 認知症の予防から終末期ケアまでの幅広い領域での普及啓発活動
- グループホームに関する研修、指導及び支援
- グループホームの全国ネットワークづくりと情報収集及びその提供
- 機関誌その他グループホームに関する刊行物の発行
- 行政その他関係機関との連携、連絡、調整に関する事業他

# 認知症グループホームの将来ビジョン2010

## 将来ビジョンの前提:グループホームが提供するケアサービスの基本的考え方

「高齢者は社会の「依存者」や「重荷」ではなく、文化や伝統の継承者として、また社会を豊かにしていく存在である。」 → 「高齢者の社会参加と活動支援」

### 認知症の人の社会生活支援とは何か ～「世話をする」から「生きることを支援する」へ～

#### ① 地域社会生活の普遍

「地域社会生活は、高齢になっても、認知症になっても、なんら変わることなく営まれることであり、  
全ての人、地域社会との関わりなしには存在しない」

#### ② 認知症ケアの基本

「グループホームは、①なじみのある自然や地域、②なじみのある人間関係、③なじみの家や物、④なじみの生活スタイル、などを大切にしながら、生活支援を中心とするケアにより、利用者のより良い状態を支えてきた」

#### ③ 社会的生産性の可能性に向けて

「認知症の人のエンパワーメントの活用は、認知症ケアにおいて不可欠なもの」

#### ④ 認知症の人の力・可能性・プロダクティブエイジングの実際

「認知症の人の力や可能性を活かした生活支援は、すでに多くのグループホームで実践段階にある」

#### ⑤ 適切な支援により、その人らしい暮らしの継続を支える

「不安を抱える本人の立場に立って、適切な援助と暮らしの環境を速やかに整えることで、症状改善につなげることができる」

公益社団法人日本認知症グループホーム協会 介護給付費分科会ヒアリング資料 2011.6.16 3

## 地域包括ケアシステムにおけるグループホームの役割・機能について

### ○地域ニーズの掘り起こし

- ・地域主権改革が進む中、地域住民の声を地域のケアサービスに活かすしくみづくりが重要である
- ・運営推進会議は、地域ニーズの掘り起こしや、地域連携力の強化を図る上で、有効な起爆剤となる

### ○地域の介護拠点としての価値を高める

- ・グループホームは、地域からの支援を受ける存在としてだけでなく、地域との相互関係にあることが徐々に理解されはじめている
- ・各々の事業所が、地域の寄り合いどころや交流拠点となることで、地域に顕在化するさまざまな課題やニーズに気づき、必要なサービスや支援策につないでいくことができる

### ○認知症ケアの専門性の地域への還元

- ・数多くの実践経験にもとづく認知症ケアの専門性を、在宅介護の認知症の人やその家族に還元していくことは、地域包括ケアにおけるグループホームの重要な役割となる
- ・既に多くの事業所が、地域住民からの認知症相談や近隣独居高齢者などへの声掛け・見守り活動、また、地域活動などに、積極的に取り組みはじめている

### ○在宅復帰支援の強化

- ・グループホームは、利用者のエンパワーメントを引き出し、自己決定の支援、意欲創出、関係性支援などを通じて、一人ひとりの自己実現の実現を目指している
- ・こうした支援により、状態の改善が図られた利用者を、小規模多機能との連携や、家族支援、近隣住民との関係づくりで、在宅復帰につなげていくことが、今後の取り組み課題である

公益社団法人日本認知症グループホーム協会 介護給付費分科会ヒアリング資料 2011.6.16 4



# 今後に向けて望まれる制度上の配慮など

## 地域拠点としての役割強化や多機能化に向けて

- ① グループホームを地域の認知症ケア拠点として位置づけるとともに、その取り組みに積極的な事業者が評価されるような仕組みをお願いいたします。

評価の視点: 積極的な運営推進会議の開催と活用、地域との共同防災訓練の実施状況、地域行事への参加、ボランティア活動への参加、サービス評価などへの取り組み状況 等

- ② グループホームにおけるショートステイや共用型デイサービスの活用が促進されるよう、制度上の配慮をお願いいたします。

・開設後3年要件の見直し ・入居定員の枠外でのショートステイの実施

## 夜間勤務体制の強化について

- ③ 夜勤職員配置が安定的に行える所要の措置を講じた上で、1ユニット1名の夜勤職員配置を必置にしてくださいようお願いいたします。

- ④ 上記に加えて、さらに手厚い夜間の職員配置を実施している事業所(2ユニットで3名配置等)への「夜間ケア加算」について、各事業所の算定が促進される所要の措置を講ずるよう、お願いいたします。

公益社団法人日本認知症グループホーム協会 介護給付費分科会ヒアリング資料 2011.6.16 5

## 利用者の重度化への対応と看取りケアについて

- ⑤ 利用者の重度化について

利用者の重度化に伴い、約7割のグループホームが「医療連携体制加算」を算定しており、医療ニーズにも一定の割合で対応しております。本人や家族の希望に応じて最期まで継続して支援することを目指している事業所も増えてきており、制度面からもそうした取り組みを下支えする仕組みの整備が望まれています。

- ⑥ 「看取り介護加算」について

グループホームでの看取りの際、医療連携を伴う集中的なケアを要することから、「看取り介護加算」について、死亡日並びに死亡日前の数日間につきましては手厚い報酬上の配慮を要望いたします。

## ケアの質の確保と地域密着型サービスの普及について

- ⑦ 認知症グループホームの面的整備について

今後も増加する認知症の人に対応すべく、高齢者の尊厳を支え、生活支援を中心とするケアサービスを推進するのであれば、更なるグループホームの整備を促進することが必要です。

その際、利用者・家族が、事業所を選択でき、事業者間の競争原理が働くよう、日常生活圏域ごとの整備目標について配慮がなされることを要望いたします。

- ⑧ グループホームの指定基準並びに審査のあり方について

個々の事業所におけるケアの質は、経営者の「認知症ケア」に対する理解に負うところも大きく、その経営意識がグループホームの運営や利用者の生活に大きく影響を及ぼします。当協会といたしましては、グループホーム事業全般の質の底上げを図るべく、地域密着型サービスの指定基準、並びに審査のあり方について、グループホーム事業者の質が担保されるような仕組みへの変更を要望いたします。

⑨ 認知症の人への柔軟な支援について

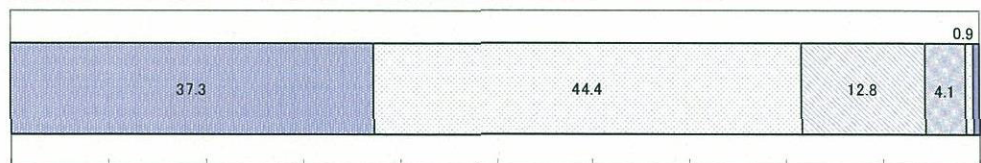
家族や身寄りのいない利用者においては、グループホーム職員が業務範疇を超えて入院中の援助にあっている実態があります。また、対応せざるを得ない利用者ニーズの中には、死亡後の葬儀やその後の手続きに関する支援も含まれます。こうした支援は、グループホームでの利用者と職員との長い関わりの中で、ごく自然に、ごく当たり前に行われているものであり、こうした支援が実践できる事業所は家族や地域の評価も高いものとなっております。グループホームは、利用者の生活の延長線上において、多様な支援に取り組んでいるといえます。

資料1 運営推進会議の効果的な活用と推進に向けて

- ◆ グループホームは運営推進会議の意義を理解しつつ、定期的な開催により、地域との関係づくりや協働活動に一定の効果を確認することができます。
- ◆ 一方で開催準備にかかる労力やコスト、地域貢献につながる取り組み等については、報酬上の評価がなされていないことから、業務の範囲を超えた『余計な仕事』と捉えられてしまいがちな面もあります。

図表1

運営推進会議の実施状況：運営推進会議の意義を深く理解しており、運営推進会議を定期的実施して、地域との関係発展に役立っているか？



0% ■ 大変思う □ まあ思う □ どちらともいえない □ あまり思わない □ 全く思わない ■ 無回答 0%

運営推進会議の役割や効果

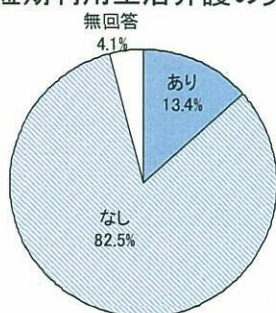
- ① 地域への情報提供機能
- ② 事業所職員の教育研修的な機能
- ③ 地域との連携や意見調整等を行う機能
- ④ 地域づくりや地域の困りごとを解決する機能
- ⑤ 事業所運営の透明性確保や評価的な機能

【出典】平成21年度 公益社団法人日本認知症グループホーム協会「認知症グループホームにおける運営推進会議の実態に関する調査」

## 資料2 短期利用生活介護、および共用型認知症対応型通所介護の実施状況

- ・ショートステイサービス、共用型デイサービスともに、グループホームにおける制度の活用は進んでいません。
- ・未実施の理由は、開設後3年を経過した事業所に限られる点や、ショートステイにおける空室利用の制限などがあげられます。

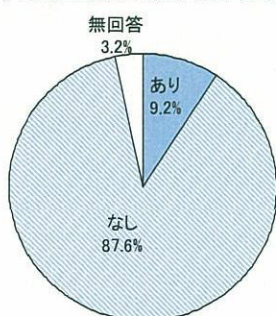
図表2 短期利用生活介護の実施状況



### <未実施の理由>

- 使用可能な居室がない(空き部屋がない) 62.3%
- 居室の空きがいつでるか分からないので、サービスとして成り立たない 40.2%
- 入居者の生活に影響を与えたくない 16.6%
- 従来よりも職員の増員が必要になる 14.3%
- 併設施設が実施している 13.9%
- 開設3年未満のため、認可の要件をみたさない 7.7%
- 業務量の増加に見合った収入が得られない 7.2%
- 地域のニーズが無い(利用者見込みがない) 5.8%
- 地域ニーズの情報がつかめない 5.5%

図表3 共用型認知症対応型通所介護の実施状況



### <未実施の理由>

- 共用のスペースが狭い 42.1%
- 職員の増員が困難 30.2%
- 入居者の生活に影響を与えたくない 22.6%
- 併設施設が実施している 21.0%
- 業務量の増加に見合った収入が得られない 14.7%
- 地域のニーズが無い(利用者見込みがない) 8.8%
- 地域ニーズの情報がつかめない 7.9%
- 開設3年未満のため、認可の要件をみたさない 7.1%

【出典】図表2,3ともに、平成22年度 公益社団法人日本認知症グループホーム協会「グループホームにおける多機能化と今後の展開に関する調査研究」

公益社団法人日本認知症グループホーム協会 介護給付費分科会ヒアリング資料 2011.6.16 9

## 資料3 グループホームの地域貢献への取り組みや、多機能化の実際

グループホームの多機能化とは、就労支援、家族支援、特別な外出支援や在宅復帰支援など、利用者ニーズに対応するものや、地域の縁側・トポスとしての機能、認知症ケアの相談拠点化、啓発活動の推進など、地域資源としての価値を高めていくものなど、さまざまな効果が期待できます。

図表4 地域貢献に関する具体的な取り組み

「民生委員等・地域の関係者との勉強会・情報連携への参加」や「認知症啓発活動・認知症サポーター養成講座の開催・手伝い」などが5割以上の事業者で取り組まれており、「認知症に関わる個別の電話相談」「認知症に関わる個別の面接・訪問相談」「家族会・当事者会への協力」の取り組みは、いずれも4割程度となっております。



図表5 多機能化の実際

実態調査結果から、利用者や地域からのニーズに 대응するため、グループホームが独自に行っている様々な取り組みを整理した表です。地域住民のニーズに対応したイベントや行事の数々、認知症理解を図るための啓発活動、地域に根ざした貢献活動など、実に様々な取り組みが実施されています。

<b>認知症の啓発・教育活動</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症サポーター養成</li> <li>・ 認知症の理解を図る紙芝居</li> <li>・ 小中学校での講演</li> <li>・ 介護勉強会の開催</li> <li>・ ボランティア研修 など</li> </ul>	<b>地域行事への参加</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ お祭り、コンサート、バザーへの参加</li> <li>・ ゴミ拾いや草むしりへの参加</li> <li>・ 老人会への参加</li> <li>・ 防災訓練への参加</li> <li>・ 小学児童の安全見守り活動</li> </ul>
<b>地域住民への支援活動</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 近隣の独居者宅への声掛けや見守り</li> <li>・ 配食サービスなど自主事業の実施</li> <li>・ 雪かき</li> <li>・ 日常的な買物の手伝い</li> <li>・ 駐車場の開放</li> <li>・ 車椅子等、福祉用具の短期貸し出し</li> </ul>	<b>ホームで実施する地域活動</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ボランティア、小中学生、実習生などの受け入れ</li> <li>・ 社会科見学等、訪問者の受け入れ</li> <li>・ 季節の行事やコミュニティ活動</li> <li>・ 地域の介護相談窓口</li> <li>・ 地域交流会、いきいきクラブ</li> <li>・ こども110番</li> </ul>

【出典】図表4,5ともに、平成22年度 公益社団法人日本認知症グループホーム協会「グループホームにおける多機能化と今後の展開に関する調査研究」

公益社団法人日本認知症グループホーム協会 介護給付費分科会ヒアリング資料 2011.6.16 10

## 資料4 夜間勤務体制の強化について

- ・規準上は、1事業所につき1名夜勤で足りるとされているグループホームですが、夜間の処遇や防火安全の観点から、現状では、ほとんどの事業所が、1ユニット1名の夜勤体制をとっています。
- ・一方、1ユニット1名に加えて、さらに1名配置を要件とする夜間ケア加算については、事業所にとってのマイナス効果を招くことから、算定する事業所が極めて少ない状況となっています。

図表6 夜間ケアの状況

		(人)	
		夜勤配置人数	宿直を含む 夜間配置人数
		平均	平均
全体		1.5	1.6
ユニット数	1ユニット	1.0	1.1
	2ユニット	1.8	1.9
	3ユニット以上	2.6	2.8
	無回答	1.7	1.8

図表7 夜勤ケア加算算定率

法人種別	社会福祉法人	4.5	ユニット数	1ユニット	3.2
	医療法人	5.1		2ユニット	7.9
	株式会社・有限会社	6.1		3ユニット以上	8.7
	NPO法人・その他	7.4		無回答	3.3
	無回答	9.1			

全体:5.6%

【出典】図表6,7ともに、平成22年度 公益社団法人日本認知症グループホーム協会「グループホームにおける多機能化と今後の展開に関する調査研究」

公益社団法人日本認知症グループホーム協会 介護給付費分科会ヒアリング資料 2011.6.16 11

## 資料5 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)における利用者の看取状況

図表8 医療連携体制加算算定率

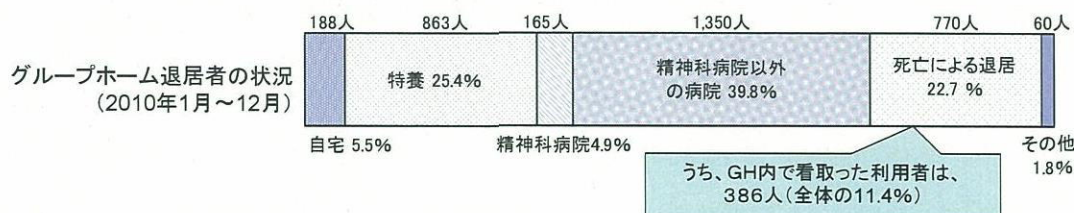
医療連携体制加算を算定している事業所は、全体の69.5%となっている。  
法人格別にみると、医療法人が81.0%と最も高く、次いで、NPO法人・その他が75.3%、株式会社・有限会社が75.3%、社会福祉法人が59.8%と続く。

全体		N	1,080	751
		%	100.0	69.5
法人種別	社会福祉法人	N	246	147
		%	100.0	59.8
	医療法人	N	253	205
		%	100.0	81.0
	株式会社・有限会社	N	489	333
		%	100.0	68.1
NPO法人・その他	N	81	61	
	%	100.0	75.3	
無回答	N	11	5	
	%	100.0	45.5	

【出典】平成22年度 公益社団法人日本認知症グループホーム協会「グループホームにおける多機能化と今後の展開に関する調査研究」

図表9 看取りケアの実施状況

2010年1月から12月までに退居した利用者の移動先をみると、死亡を理由とする退居者は全体の22.7%、グループホーム内で亡くなった利用者は、退居者全体の11.4%となっております。  
退居者の1割程度はグループホームの中で最期を看取られており、この割合は年々増える傾向にあります。しかし、グループホームの中で看取られた利用者における、「看取り介護加算」の算定率は、46.9%と半数以下に留まっております。



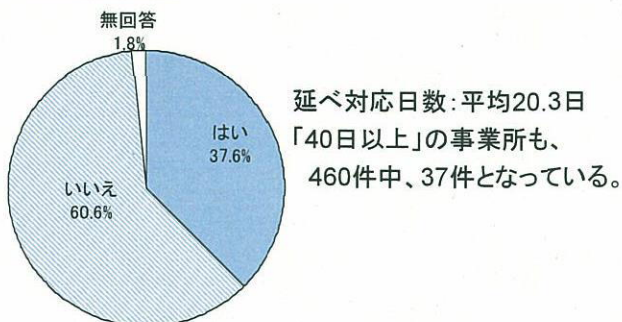
【出典】平成22年度 公益社団法人日本認知症グループホーム協会「グループホームにおける多機能化と今後の展開に関する調査研究」

公益社団法人日本認知症グループホーム協会 介護給付費分科会ヒアリング資料 2011.6.16 12

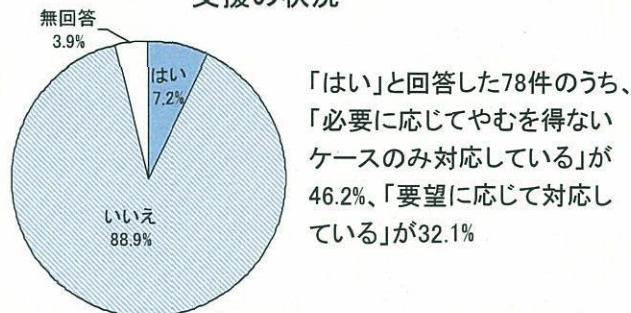
## 資料6 認知症の人への柔軟な支援について

- 当協会の実態調査結果では、利用者が入院する際に、洗濯や洗面、身の回りの世話をした経験のある事業所は、全体の4割程度を占めており、一年間の延べ対応日数の平均は、20日以上となっています。
- また、身寄りのない利用者の葬儀やその後の手続きを行ったことのある事業所は、7.2%となっており、全体からみれば1割に満たない割合ではあるものの、利用者の死亡に際して生じるニーズとしては、無視することのできない課題とみてとれます。

図表10 入院利用者への支援実績の有無



図表11 葬儀やその後の手続きの支援の状況



【出典】図表10、11ともに、平成22年度 公益社団法人日本認知症グループホーム協会「グループホームにおける多機能化と今後の展開に関する調査研究」

公益社団法人日本認知症グループホーム協会 介護給付費分科会ヒアリング資料 2011.6.16 13

## 当協会のこれまでの主な要望事項

- 地域区分単価設定上の人件費比率の見直しについて  
(平成21年1月13日厚生労働省老健局長宛「介護報酬改定に関する要望書」)
- 地方分権に係る介護保険法等の改正に伴う人員・設備基準について
  - ①日中3:1、夜間1名配置の堅守。
  - ②ユニット数(1又は2)、居室定員(1人)、事業所の場所(地域との交流が確保される地域)を従うべき基準にする。
 (平成22年8月11日内閣官房長官宛「地方分権に係る介護保険法等の改正に関する要望書」)
- 認知症対応型共同生活介護の低所得者対策について  
(平成22年10月22日厚生労働省老健局長宛「介護保険制度改正に関する要望書」)

日本認知症グループホーム協会実態調査(平成 22 年度)結果より						
調査時期:平成 22 年 1 月 回収数:事業者調査 1,080 件 対象:協会会員事業所						
法人種別	社会福祉法人:22.8%、医療法人:23.4%、株式・有限:45.3%、その他 7.5%					
事業形態	単独率:59.7%、併設型 39.4% ※単独、かつGH事業所 1 箇所のみ経営は、全体の 26.9%					
ユニット数	1ユニット:37.7% 2ユニット:43.7% その他 4.3%					
入居率(稼働率)	97.9%					
人員配置	1ユニットあたり平均:7.7 人(制度最低基準6人)					
夜勤配置	1ユニット:1.0 人 2ユニット:1.8 人					
離職率	常勤 13.1% 非常勤 17.3% ※1					
看護師配置率	35.9%					
職員の平均年収	232.2 万円 常勤正規雇用 (介護福祉士平均:241.2 万円、社会福祉士平均:278.8 万円)※2					
加算の算定状況	医療関係体制加算:69.5% 認知症専門ケア加算(Ⅰ):23.5%、(Ⅱ):3.9% サービス提供体制強化加算(Ⅰ):19.1%、(Ⅱ):28.0%、(Ⅲ):21.1% 夜間ケア加算:5.6%、若年性認知症利用者受入加算:20.3%					
利用料(平均)	家賃 40,536 円 食費 34,246 円 光熱水費 13,880 円 日用品費月額 48,676 円					
収支状況	収支差比率 11.3%					
	人件費率 60.0% (介護報酬収入に占める人件費率 80.4%)					
	経費率 26.8%					
日中に施設している事業所割合	17.7% ※3					
要介護度構成	平均要介護度: 2.7					
	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	0.5%	18.3%	25.5%	28.5%	17.0%	10.1%
認知症老人日常生活自立度	I	II	III	IV	M	
	4.1%	32.8%	43.1%	16.6%	3.4	
制度活用による多機能化の状況	ショートステイサービス実施率 13.4% 共用型デイサービス実施率 9.2% →普及が進んでいない					
入院利用者への支援状況	GH全体の 37.6%が利用者の入院時支援を実施。 入院支援に要した日数は、延べ 20.3 日、7 割は無償でのサービス提供。					
死亡退居者におけるGH内看取り率	50.1% (GH内看取り利用者 386 人のうち、看取り介護加算算定は、181 人) ※2010 年 1 月～12 までに死亡した利用者に占める、グループホーム内看取り率					
医療的ケアの提供状況 (該当者の受け入れが可能なGH割合)	胃ろう・経管栄養	14.4%		痰の吸引	23.4%	
	インシュリン注射	26.4%		褥瘡の処置	54.4%	
	尿管カテーテル	31.1%		在宅酸素	36.8%	
	人工透析	15.1%		人工肛門	33.0%	

※ 1～3 は、平成 21 年度調査結果



## 第76回社会保障審議会介護給付費分科会 ヒアリング資料

# 地域包括ケアの拠点としての小規模多機能型居宅介護 ～ケアの規模はより小さく、身近に～

2011年6月16日

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会  
URL <http://www.shoukibo.net/>  
E-mail: [info@shoukibo.net](mailto:info@shoukibo.net)

## 小規模多機能型居宅介護の現状

- 小規模多機能型居宅介護事業所数は3,063ヶ所  
(平成23年5月末WAM集計) 収支の厳しさから徐々にしか伸びていない(資料1)
- ニーズに応え多様化する小規模多機能型居宅介護(資料2)
- 独居・高齢者世帯、認知症の人を支えている(資料3、4)
- 在宅の安全・安心を提供し、在宅限界を高めるサービスとして最適な小規模多機能型居宅介護
- 地域包括ケアの推進に応じた小規模多機能型居宅介護が必要!  
想定する地域は「日常生活の場(おおむね30分以内)」  
(都市部と農山村部とでは面積(広さ)の違いあり)

# 地域包括ケアを実現するために

## ○どこに住んでいても同じサービスが受けられる

どこに住むかで、利用できるサービス・費用負担に違いがあり、介護や費用等によって選択肢を奪ってしまっている(費用負担の少ないサービスへの傾斜→不公平感の是正)

→入所系サービスへの偏重は、高齢者を家族・地域等から切り離すことにつながりかねない

## ○支え方の多様化

平成18年度の創設時には「通いを中心として」ということで制度設計(基準・報酬等)が設定されているが、支え方が経年とともに変化してきている

→利用のしかたの多様化

## ○社会保障国民会議や地域包括ケアとの関連性

→2025年の高齢者像(社会保障国民会議報告、地域包括ケア研究会報告との連動)

## ○地域生活支援の方向性

→ライフサポートセンター構想における地域包括ケアの実現(地域包括ケアとの連動)

介護支援+地域生活支援=ライフサポートワークの実現

## ○人員配置について

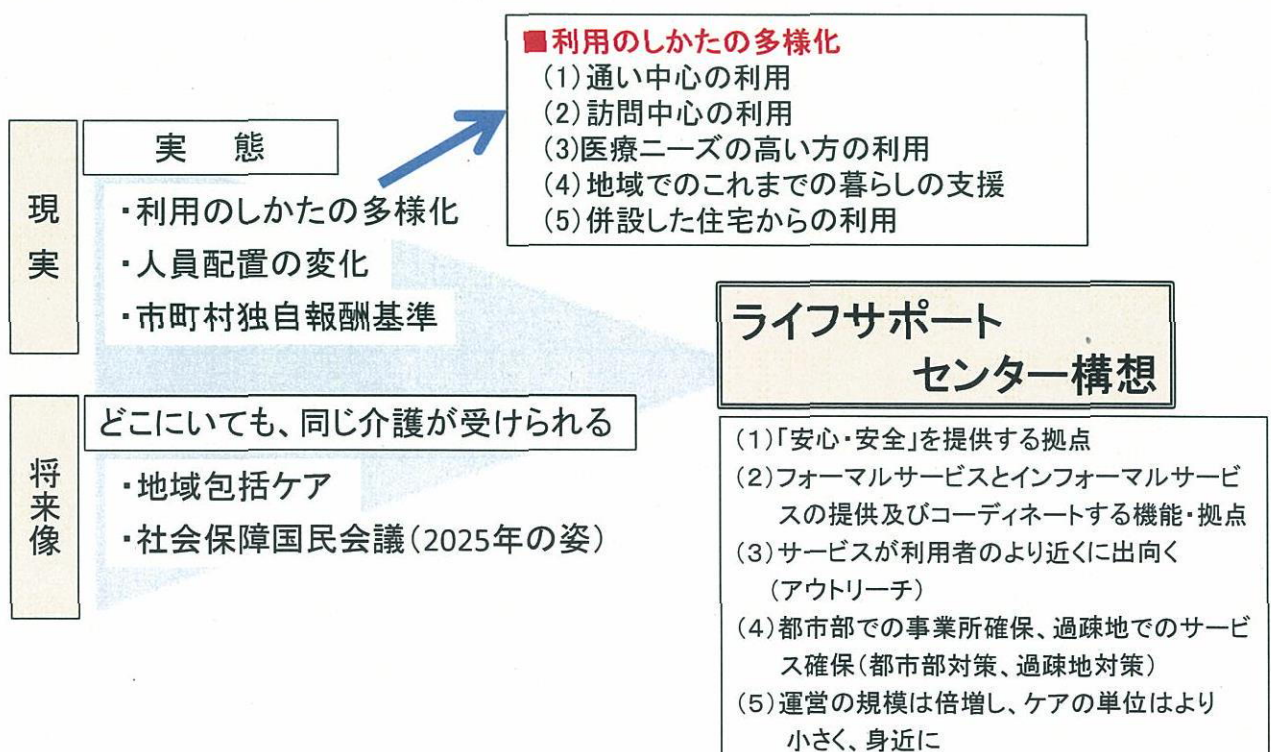
25人登録で日中帯の職員配置6人が基準

支え方の多様化から、各事業所が加配し、在宅生活を支えている

→人員基準変更の提案

3

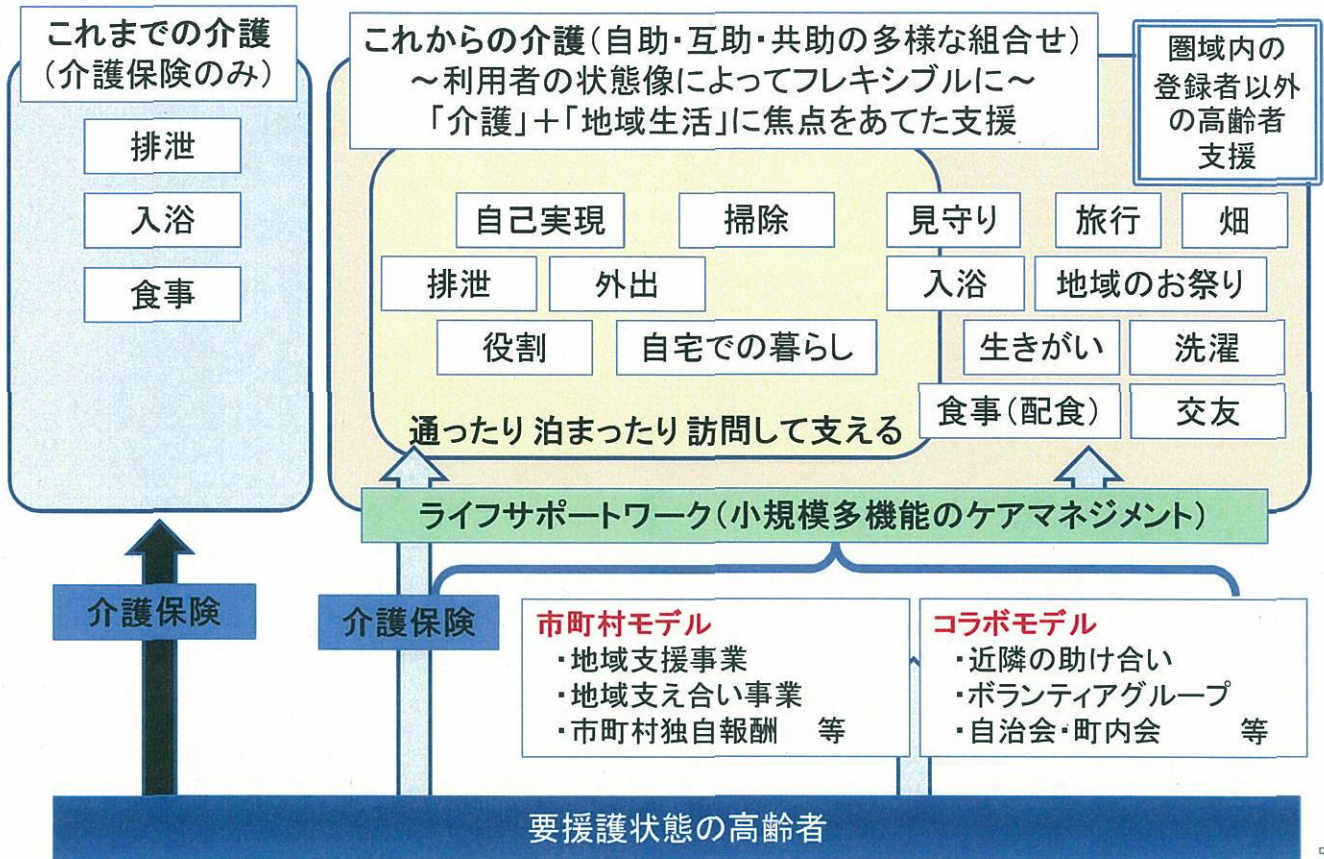
# 小規模多機能型居宅介護が目指す 地域包括ケアの姿



4



## 小規模多機能型居宅介護の果たす役割



地域包括ケアを実現する

## ライフサポートセンター構想の提案

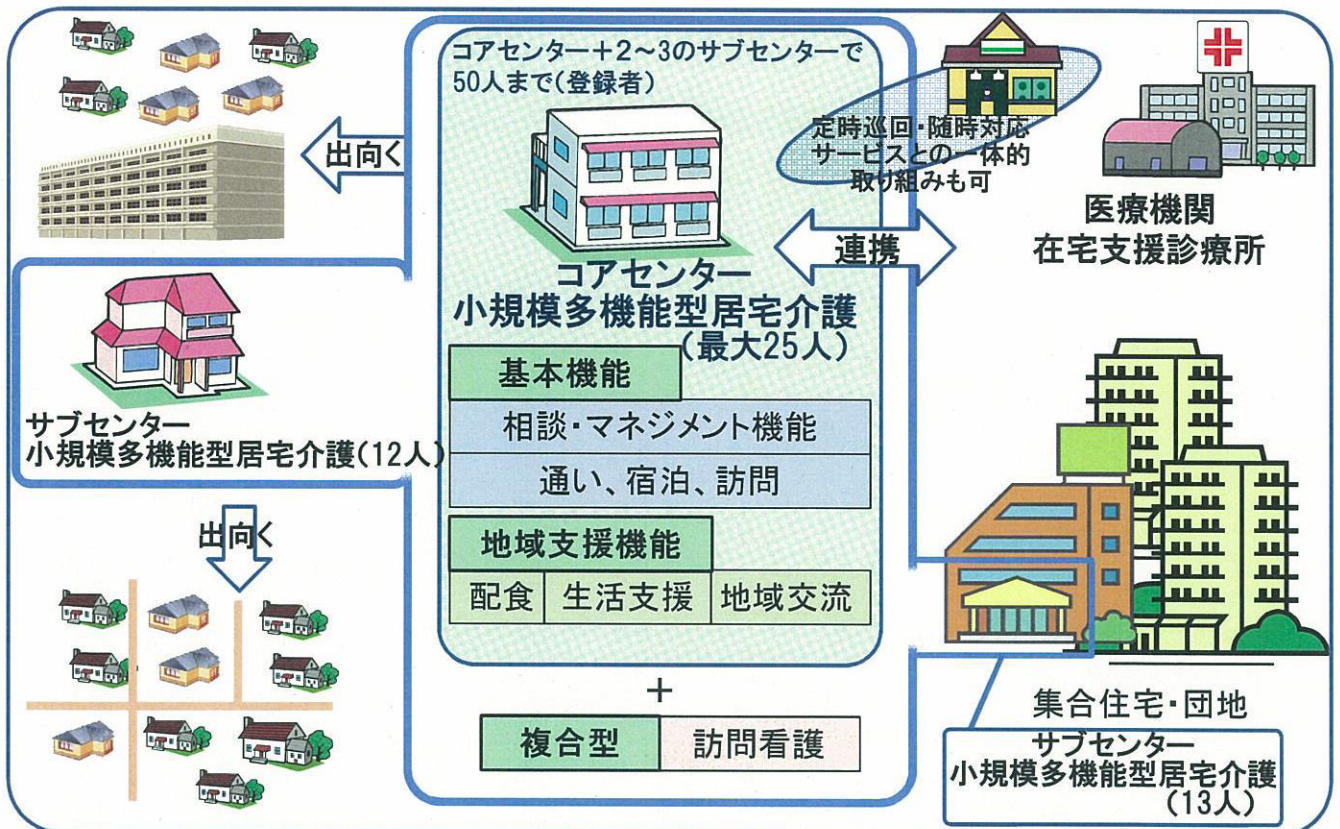
○運営の規模は倍増し、ケアの単位は小さく、身近にすること。

○自宅や地域での暮らしを可能にするためのフォーマルとインフォーマルとを「つなぐ」役割を誰が地域で担うのか。そこには即時性、臨機応変さが求められる→相談機能、介護機能、地域生活支援機能を併せ持つ小規模多機能型居宅介護の優位性。

○2025年の数値を社会保障国民会議では60万人分と明示しており、1万人あたりの対象者が50人となることから、1つの事業所の登録定員を50人とし、運営の効率化を図る。しかしながら、1か所あたりの規模は現状以下とし、ケア単位は拡大しない。登録者数増は全国知事会「構造改革特区の共同提案(平成22年11月)」からも意見が出ているところである。

地域包括ケアを実現するための

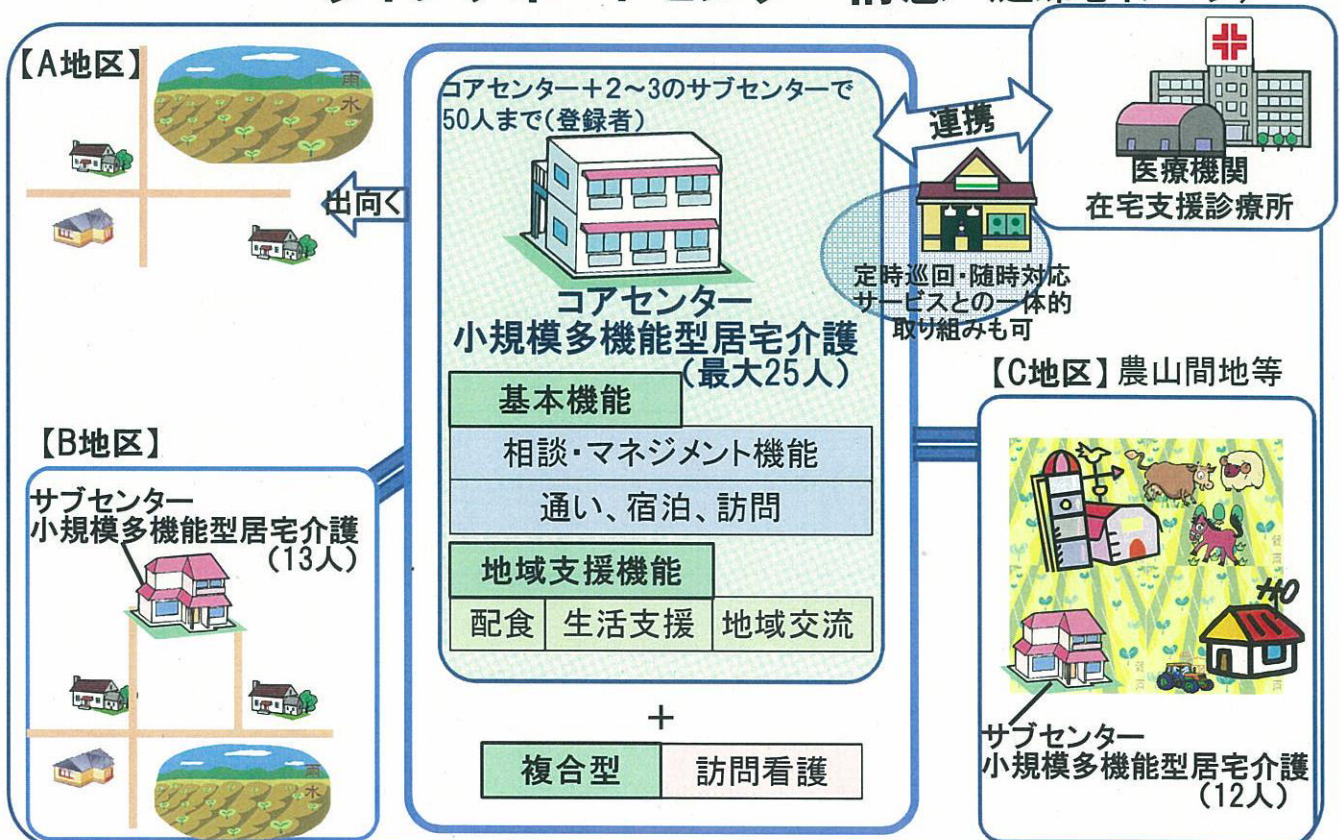
# ライフサポートセンター構想 (都市部のイメージ)



※コアセンターとサブセンターは一体的に運営

地域包括ケアを実現するための

# ライフサポートセンター構想 (過疎地イメージ)



※コアセンターとサブセンターは一体的に運営

# 小規模多機能型居宅介護の人員配置の提案

類型 人員配置	現 行 (最大25人)		単独型 小規模多機能型 居宅介護 (最大25人)	ライフサポートセンター型 小規模多機能型 居宅介護 (最大50人)
看護・介護職員の 基準	通いに対して 3:1+訪問1	➔	登録者に対して 日中帯3:1	登録者に対して 日中帯3:1
登録者に対しての 日中帯の配置	登録者25人 の場合:6人		登録者が25人 の場合:9人	登録者が50人 の場合:17人
管理者	1人		1人	1人
ケアマネジャー (計画作成担当者)	1人		1人	1人
サブセンター ケア責任者 兼計画作成担当者	—		—	1人
夜間配置	2人以上 ※うち1人は 宿直者		2人以上 ※うち1人は 宿直で可	2人以上必要数 ※うち1人は 宿直で可

※いずれの場合でも、職員配置のうち1人以上は看護職員

9

## 小規模多機能型居宅介護を推進するための 適切な報酬を ～登録者に対し日中帯3:1に対応した基本報酬の底上げを～

包括報酬を導入しているサービスとの比較 ※平成22年度介護事業経営概況調査結果の概要(案)に加筆

施設種別	集計 施設数	利用者一人あたり 収入		利用者一人あ たりの支出	収入に対す る給与費の 割合	収支差率 処遇改善 交付金割合
介護老人 福祉施設	986	1日	12,462円	11,123円	56.4%	10.7%
3.86		1月	379,052円	338,324円		2.5%
小規模多機能 型居宅介護	152	1日	5,559円	5,313円	59.8%	4.4%
2.59		1月	169,097円	161,605円		4.2%

(注)収入額の違いは稼働率も影響していることを勘案する必要あり。

### 平均要介護度が介護老人福祉施設と同等の「4」となった場合でも

小規模多機能	—	1日	9,696円	平均要介護度を介護老人福祉施設なみの要介護4 にしてもまだ84,121円の差。
4.00	—	1月	294,931円	

※条件設定

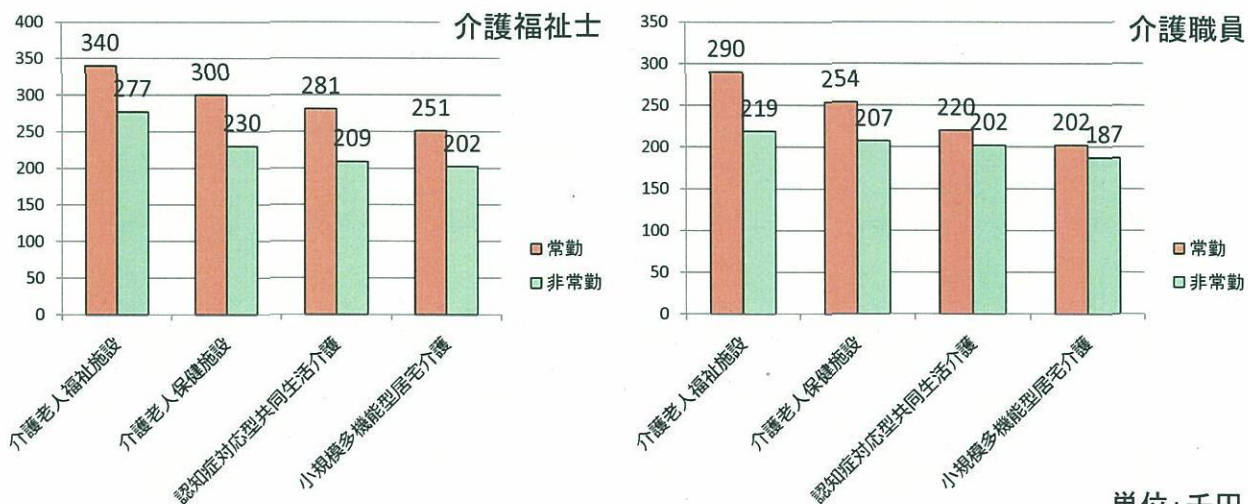
- ①平均要介護度4=要介護1=1人、要介護2=2人、要介護3=3人、要介護4=8人、要介護5=8人  
登録定員25人で実登録者数22人(稼働率88%)で設定。
- ②加算関連: 認知症加算Ⅰ=19人、認知症加算Ⅱ=2人、看護職員配置加算Ⅰ、サービス提供体制加算Ⅰを算定。
- ③自己負担分については「平成22年度老人保健健康増進等事業 小規模多機能型居宅介護実態調査」より、  
平均値を設定。朝食333円、昼食526円、夕食515円、宿泊費2,134円。

10

## 参考資料

### (資料1) 包括報酬を導入しているサービスの介護職員の給与 ～働く場所(事業所)によって、同じ資格を保有していても給与が違う～

厚生労働省「平成20年度介護事業経営実態調査」より



単位: 千円

事業種別 ※差額は小規模多機能型居宅介護との差額	介護福祉士				介護職員			
	常勤	差額	非常勤	差額	常勤	差額	非常勤	差額
介護老人福祉施設	340	+89	277	+75	290	+88	219	+32
介護老人保健施設	300	+49	230	+28	254	+52	207	+20
認知症対応型共同生活介護	281	+30	209	+7	220	+18	202	+15
小規模多機能型居宅介護	251		202		202		187	

(資料2)

## 多様化する小規模多機能型居宅介護の姿

※平成22年度老人保健健康増進等事業／小規模多機能型居宅介護実態調査より

利用タイプ	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通い	38.0%	38.7%	33.6%	27.0%	22.1%	15.8%	10.4%
通い+宿泊	10.4%	15.2%	23.5%	33.1%	44.5%	49.8%	52.2%
通い+訪問	36.3%	33.1%	27.7%	23.5%	16.7%	16.3%	14.3%
通い+訪問+宿泊	3.8%	3.4%	7.7%	11.2%	12.3%	13.7%	17.4%
泊まり	0.9%	0.4%	1.9%	1.9%	3.0%	3.0%	2.8%
訪問	10.4%	9.2%	5.2%	2.9%	1.2%	1.1%	1.9%
訪問+泊まり	0.2%	0.0%	0.2%	0.3%	0.2%	0.3%	1.1%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※「通いを中心とし」という定義の変化がみられる

「通い」「訪問」の単体…要介護度が軽い者ほど利用が多い

「通い+宿泊」…要介護度が上がれば上がるほど、割合も増える

「通い+宿泊+訪問」…要介護度が上がれば上がるほど、割合も増える

13

(資料3)

## 小規模多機能型居宅介護の利用者像(世帯状況)

※平成22年度老人保健健康増進等事業／小規模多機能型居宅介護実態調査より

世帯状況	集計値	割合
独居(近居家族なし)	1,510人	15.2%
独居(近居家族あり)	1,067人	10.8%
配偶者と2人	1,438人	14.5%
子供と2人	1,083人	10.9%
子世帯同居	4,067人	41.1%
その他(孫や兄弟で同居)	616人	6.2%
未回答	126人	1.3%
総計	9,907人	100.0%

独居及び配偶者と2人の世帯合計で41%を占めている。 独居も支えている。

14

(資料4)

# 小規模多機能型居宅介護の利用者像(認知症)

※平成22年度老人保健健康増進等事業／小規模多機能型居宅介護実態調査より

認知症自立度	集計	割合
I	1,257人	12.7%
II a	1,275人	12.9%
II b	1,933人	19.5%
III a	1,942人	19.6%
III b	764人	7.7%
IV	962人	9.7%
M	210人	2.1%
なし(自立)	499人	5.0%
未回答	1,065人	10.8%
総計	9,907人	100.0%

認知症の方(II以上)で80.2%を占めている。在宅の認知症の人を支えている。

15

(資料5) 想定する対象者像

## 日常生活の場(おおむね30分以内)

○日常生活の場の想定 おおむね30分以内 <人口5万人の場合> 65歳以上: 15,000人(うち、75歳以上: 9,000人)

○5万人規模では

高齢者人口: 11,500人、

うち要介護認定者割合を16.8%と

推計すると要介護認定者数は1,932人

(要支援者500人含む)

○1万人あたり規模ではその1/5となり

高齢者人口: 2,300人、

うち要介護認定者数386人

(要支援者100人含む)

5万人: 1,932人中→250人が対象者

1万人: 386人中→50人が対象者



2010年7月現在の総人口127,450千人(総務省統計局)  
 2010年7月時点の65歳以上の高齢者29,344千人(総務省統計局)  
 2010年7月時点の要介護認定者数4,945千人(wam net)  
 ※高齢化率を23%と設定(総務省統計局 2010年7月)  
 ※要介護認定者割合を16.5%と設定(上記統計より算出)  
 ※なお認定者総数4,945千人のうち、要支援者は1,285千人=25.9%

※社会保障国民会議資料を一部抜粋 16

(資料6)

## ライフサポートセンターの人員配置について ～施設との比較～

	介護老人福祉施設 (定員50人)	提案 ライフサポートセンター 小規模多機能型居宅介護 (登録最大50人)
看護・介護職員の 基準	看護・介護職員 3 : 1	登録者に対して日中帯 看護・介護職員 3 : 1 +夜間配置2人以上
看護・介護職員の 必要数 ※1	50 : 25人 (ユニット型の場合)	50 : 27人 (最低必要数)
日中帯1日あたり ※1	50 : 15人	50 : 17人
夜間帯	50 : 3人	50 : 2人以上の必要数 ※うち1人は宿直で可
ケアマネジャー (計画作成担当者)	常勤 1 以上 100 : 1を標準	1以上

※1 定員の利用者を受け入れるときに、事業所を運営するための最低必要な人数を試算

同一建物内の居室を支援する介護老人福祉施設と、地域に点在する自宅を支援する小規模多機能型居宅介護の人員配置では小規模多機能の方が多くなるが、在宅の利用者のニーズに合わせることができる点および施設整備コストが少ない点のメリットがある。

(資料7) 地域包括ケアのための

## 「ライフサポートセンター構想」

- 地域包括ケア研究会報告書で謳われている「安心・安全」を提供する拠点
- 介護保険サービスなどのフォーマルサービスと、配食・見守り等のインフォーマルサービスを本人(利用者中心)にコーディネートする機能・拠点
- 利用者がサービスに集約されるのではなく、サービスが利用者のより近くに出向く(アウトリーチ)
- 都市部では大規模施設を土地、建物、地価等の観点から確保しにくい  
が、より小規模化することで確保を容易にし、過疎地においては、散在する集落に小規模拠点(サブセンター)を設けることで、より身近な場所で安全・安心を得ることができる(都市部対策、過疎地対策)
- 上記機能・拠点を確保するためには、  
**「運営の規模は倍増し、ケアの単位はより小さく、身近に」**

## (資料8-1) 地域包括ケアのための ライフサポートセンター構想のあり方(その1)

- おおむね30分の日常生活の場の中に、地域ケア拠点となるコアセンター及びサブセンター2～3ヶ所を設置（計3～4センターで登録者は50人まで）
- ライフサポートセンターでは、小規模多機能型居宅介護の機能である①～②の機能及び③、④、⑤の機能を選択し併せ持つことで地域ケア拠点としての機能を発揮
  - ①相談、マネジメント機能（必須機能＝既存事業）
  - ②通い、宿泊、訪問機能（必須機能＝既存事業）
  - ③訪問看護（複合型事業所の活用＝新規事業）→医療ニーズの高い利用者も支援
  - ④配食サービス等の生活支援（市町村モデルもしくはコラボモデル）
  - ⑤地域交流スペース（市町村モデルもしくはコラボモデル）
- 中核となる小規模多機能型居宅介護（コアセンター）においては、管理者、計画作成担当者（要：ケアマネジャー資格）のほか、看護・介護職員については、登録者に対して3：1の人員配置。夜間の配置については事業所内だけでなく、自宅の高齢者を支援するため、宿泊者に対して夜勤者1人ではなく、日中帯と同様に登録者に対して1以上の必要する人員を配置するとともに宿直者を配置。

19

## (資料8-2) 地域包括ケアのための ライフサポートセンター構想のあり方(その2)

○配食、地域交流等については、地域の互助的取組みや運営推進会議などのインフォーマルな資源を活用するとともに、自治体の選択において地域支援事業、地域支え合い事業等をも活用するなど、自治体において予算措置することにより、日常生活の場としての面的支援を実現。

○サブセンターは、前頁②の機能を整備し、ケア責任者をサブセンターごとに配置したうえで小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を必須とする。管理者、看護職員はコアセンターの兼務、看護・介護職員については、コアセンター同様、登録者に対して3：1の配置とし、夜間については宿泊者がある場合のみ夜勤者を配置（宿直者はコアセンターにて対応）。

(注1) 現在の25人登録の小規模多機能型居宅介護も看護・介護職員については、登録者に対して3：1の人員配置に変更

(注2) A事業所で25名+B事業所で25人の合計50人定員はライフサポートセンターではない。単独事業所として2つの事業所指定を受けること。

(注3) 通い、宿泊の定員については変更なし。

(1か所あたり通い最大15人まで、宿泊最大9人まで)

20



(資料9) 超過疎地・離島等でも小規模多機能型居宅介護を  
**離島等の相当サービスの活用を**

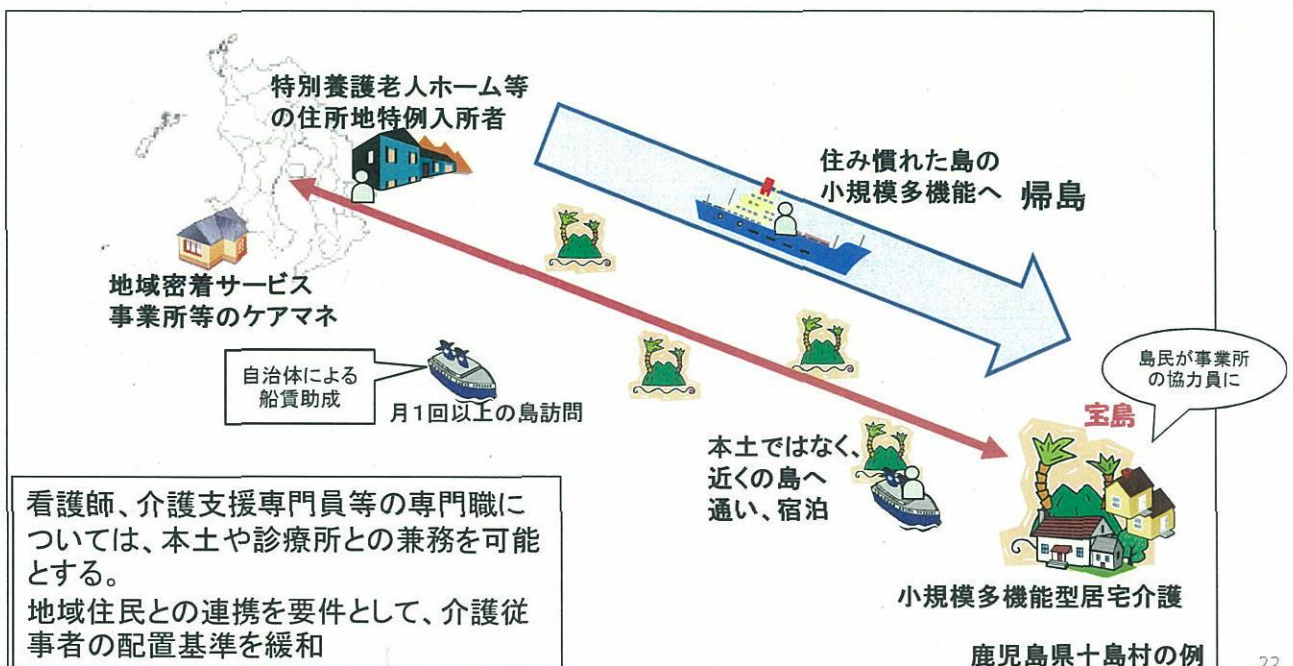
名称		提供する事業者	指定の効力等	保険給付
居宅サービス	指定居宅サービス	指定居宅サービス事業者: 指定基準を完全に満たす	全国	居宅介護サービス費
	基準該当居宅サービス	基準該当サービス事業者: 指定基準の一部を満たさないものの、一定の基準該当の要件を満たす	市町村/訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、福祉用具貸与	特例居宅介護サービス費
	離島等の相当サービス	指定基準や基準該当の要件を満たさない場合(一定の質を持つ居宅サービスに相当するサービス)	離島等(市町村の一部の場合もあり)	
地域密着型サービス	指定地域密着型サービス	指定地域密着型サービス事業者: 指定基準(または市町村の基準)を満たす	原則として市町村(利用者の経過措置あり)	地域密着型介護サービス費
	離島等の相当サービス	指定基準(または市町村の基準)を満たさない場合(一定の質を持つ地域密着型サービスに相当するサービス)	離島等(市町村の一部の場合もあり)/地域密着型介護老人福祉施設生活介護を除く	特例地域密着型介護サービス費

→ 特例地域密着型介護サービス費を使える地域(離島等の相当サービスが該当する地域)を設定してない→特例地域密着型介護サービス費を使える地域を告示で設定

(資料9-2) **離島等における小規模多機能拠点整備**  
 ~「離島等の相当サービス」の活用例~

離島だからこそ有効な「小規模多機能型居宅介護」を整備

- ・本土の施設に入所することなく、住み慣れた島で暮らすための支援
- ・住所地特例による本土施設入所者が島に戻るための支援
- ・事業所のない近隣の島の島民もサービス対象



(資料10) 地域包括ケアを実現するために  
まず行うべき最も必要なこと

## 地域の人材養成(特に自治体職員)

- 包括ケア体制整備が進んでいる地域には、自治体にキーパーソンとなる職員がいる。
- ハード整備やシステムづくりの前に、まず地域包括ケア体制に取り組む都道府県、市町村職員を養成すべき。

### 国の取り組みとして実施すべき事項

- 都道府県・市町村の組織上、事務職・専門職による地域包括ケア担当チームを配置するよう要請
- 市町村を指導でなく支援できる都道府県職員の養成
- 地域で市民・事業者と協働して体制づくりに取り組む市町村職員の養成

※本会主催の「自治体の戦略」において自治体職員より出された意見を集約したもの<sup>23</sup>