

| | |
|-------------------------|--------------|
| 社会保障審議会 介護保険部会（第51回） | 本間委員 提出資料 |
| 平成25年10月30日 | |

第51回介護保険部会意見書

認知症介護研究・研修東京センター長 本間 昭

○予防給付の見直しと地域支援事業の充実について

・認知症で特に独居の場合、まさに生活援助（服薬、水分・食事摂取、買い物など）がどの程度利用できるかによって生活を続けられるかが決まる。

しかし、データはないが、独居で認知症があってもある程度の割合が従来要支援1/2となっている。要支援2で自立度がⅡa以上であれば要介護度1になるはずが、要支援2のままという例もある。これには様々な要因（認定調査員の問題、認定審査会の認識の問題、主治医意見書の記載など）が関与している（外来での経験だけでデータはありません）が、今回、要支援が現在の介護予防サービスでは賄われなくなり、新たな地域支援事業を創設し上限が決められることを踏まえると、認知症の要介護度が適切に決まるようにすべきと考える。

・要支援者に対する生活支援・介護予防サービスを適切に提供していくためには、自治体が地域のニーズを適切に把握することが重要になるが、この点を改めて強調すべきである。

○介護予防の見直し

・従来、介護予防の効果に関する研究結果はRCTによる介入群と非介入群の比較であっても、地域の代表サンプルを対象としたものではなかった。このため、結果に一定のバイアスが加わっている可能性があることを、結果を解釈する際には考慮すべきである。

・したがって把握された介護予防事業対象者のなかで手をあげた者のみが参加するだけでなく、できるだけ多くの対象者に参加を促すことが重要である。このためには、地域で対象者リストを共有することが必要な場合もあるが、個人情報保護法が障害となり共有できない場合もある。一部の自治体では独自に条例を作成しているところもあるが、多くの参加者が得られている地域の成功例を示して欲しい。

○特別養護老人ホームの重点化について

・資料2にあるように、特養への入所が要介護3以上に限定されたとしても、市町村の適切な関与のもとに施設ごとの入所検討委員会を経て、軽度の要介護者が特例的に特養への入所が認められるような重点化には賛成する。