

<視点2：評価指標をどう設定するか>

①介護予防ケアマネジメントに基づき当該介護予防サービス計画において位置付けられた生活行為の改善

(利点)

- ・個々の利用者にかかる目標の達成を評価に反映することができる。

(課題)

- ・目標を達成するために必要な支援の量が利用者ごとに異なるため、公平な評価が困難である。
- ・改善の見込まれない要支援者を引き受けないなど、事業者による利用者の選別を誘発するおそれがある。
- ・故意に目標を低く設定することを誘発する。

②要介護度の改善

(利点)

- ・客観的な評価が可能であり、事業者間の比較が可能である。

(課題)

- ・評価のたびに要支援・要介護認定を受けなければならず、利用者及び市町村の負担が増す。
- ・維持・改善の見込まれない要支援者を引き受けないなど、事業者による利用者の選別を誘発するおそれがある

③目標を達成したことによるサービスからの離脱

(利点)

- ・個々の利用者の目標について、その達成度を直接評価することができる。

(課題)

- ・利用者ごとに目標を達成するために必要な支援の量が異なるため、公平な評価に工夫が必要である。
- ・改善の見込まれない要支援者を引き受けないなど、事業者による利用者の選別を誘発するおそれがある。

<視点3：報酬の支払い先をどう設定するか>

①各事業者に直接給付

(利点)

- ・仕組みが簡単で分かりやすい。

(課題)

- ・利用者の一割負担が発生する。

②地域包括支援センターを通じて各事業者に配分

(利点)

- ・介護予防ケアマネジメントにより得られる情報を事業者の評価に活用できる。
- ・地域包括支援センターの機能を強化できる。
- ・利用者の一割負担が発生しない仕組みも可能である。

(課題)

- ・地域包括支援センターの事務作業が増える。
- ・地域包括支援センターを市町村直営ではなく外部の法人に委託する場合、受託法人がこのような配分事務まで行うことが困難な場合がある。

○上記の論点のうち、

- ①視点1「評価の対象」については、利用者単位の方法には具体化に当たって問題が多いことから、「事業者単位での評価」が現実的であり、
- ②視点2「評価指標」については、より客観的な指標を設定するという観点から、「要介護度の改善」あるいは「サービスからの離脱」とすることが適当であり、
- ③視点3「報酬の支払い先」については、地域包括支援センターの事務負担を考慮すると「各事業者に直接給付」する方法が適当であると考えられる。

○また、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。

○さらに、介護報酬以外の対応として、事業者毎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していくべきである。

(4) 基準に関する論点

① 人員・設備・運営基準について

- 人員・設備・運営基準については、サービスの基本的構造に即したものと
する必要がある。
- その際、新たに導入されることになる運動器の機能向上、栄養改善、口腔
機能の向上については、それぞれのメニューごとに、必要な基準を追加
する必要がある。その場合、同一の対象者に対し複数の事業者が各メニ
ューを分担した場合における効果的な連携の確保に配慮しつつ、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
ることが適当である。
- また、多様なサービス形態や効率的なサービス提供を進める観点から、サ
ービスの質を低下させない範囲で指定基準を緩和することが適当である
と考えられる。

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

- 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。）においては、介護予防の効果を上げるために、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適当である。その際、支援基準
の項目は、各事業者の事業評価（プロセス評価）にも活用できるものとし、
チェックリスト形式で示すことも一つの方法である。

【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指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
ること。また、メニューの有効性について明確な根拠を示すことが求められること。
- ・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

(1) 現行サービスの概要と課題（参考資料p16～p20参照）

ア 現行サービスの仕組み

○現行の「訪問介護」は、「身体介護」、「生活援助」、「通院等乗降介助」の3類型に分けられている。

(※注) このうち、「生活援助」型は、現行、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため本人や家族が家事を行うことが困難な場合に、掃除、洗濯、調理などの日常生活の行為を、利用者に代わってヘルパーが行うものとされており、これらの行為は、本人ができない状態が解消されれば、本人自身が行うことが基本とされている。

○現行の訪問介護の介護報酬のうち、「身体介護」と「生活援助」については、時間単位で評価している。

イ 現行サービスの利用状況

○訪問介護のサービスの利用状況について見ると、要支援及び要介護1の受給者数は、要支援・要介護者全体の約6割(61.1%)を占めており、また、要支援及び要介護1の利用額は、全体の約4割(39.3%)を占めている。

○軽度者におけるサービス利用の内訳を見ると、要支援及び要介護1の訪問介護サービスの大部分は「生活援助」であり、特に「清掃」の利用割合が高い。

○また、「生活援助」の利用時間についてみると、要支援及び要介護1では、「生活援助」の1回当たりの利用時間の傾向に大きな差は見られず、利用回数のうち、1回当たりの利用時間が、「30分以上1時間未満」が4割程度、「1時間以上1時間半未満」が2割強、「1時間半以上2時間未満」が3割程度を占めている。

○「生活援助」の利用のきっかけは「家族ができなくなったため」が最も多く、家族環境等の要因がサービス利用の背景となっている。また、「生活援助」の利用者の要望では、サービスの内容よりも「ヘルパーが変わらないで欲しい」が圧倒的に多い。

- 「生活援助」の利用者は、外出頻度が少なく、「ほとんど外出しない」が3割になる。友達や近所とおしゃべりする機会もほとんどなく、楽しいと感じることでは、「テレビやラジオ」が圧倒的に多く、自治会等の社会参加への意欲も低下しがちで、本人の意欲への働きかけや「社会との関わり」、「参加」が重要である。

(2) 基本的な考え方

- 「介護予防訪問介護」は、法律上、以下のような定義付けがなされている。

介護予防訪問介護の法律上の定義

居宅要支援者について、その者の居宅において、その介護予防を目的として、介護福祉士その他政令で定める者により、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって、厚生労働省令で定めるものをいう。

- 新予防給付のサービスの対象者は、
 - ①食事や家事一般等の日常生活上の基本的活動は、ほぼ自分で行うことが可能であること
 - ②要介護状態となった原因疾患は、廃用症候群（生活不活発病）が多いこと
 - ③状態の改善可能性は、かなり高いこと等を踏まえると、新予防給付のサービスは、廃用症候群（生活不活発病）予防の観点から、日常生活の活発化に資する通所系サービスを中心として、生活機能の向上を図ることが基本的な利用形態になると考えられる。
- 「介護予防訪問介護」については、利用者の状態等を踏まえ、適切なケアマネジメントに基づいて提供されることとなる。具体的には、①利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、②それについて同居家族による支えや地域の支え合い・支援サービスや他の福祉政策などの代替サービスが利用できないケースについて、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されるものである。
- 上記の考え方を踏まえ、「介護予防訪問介護」が提供される場合においては、利用者が通所系サービス等を通じて生活機能の改善を図っていく中で、利用者ができる生活行為を増やしていき、在宅生活の中での定着

をバックアップする観点から、必要なホームヘルプサービスを行うことが求められる。

○その際、介護予防訪問介護においてホームヘルパーが利用者に代わって支援を行う生活行為の内容は、地域のインフォーマルサービスや介護保険以外の公的サービス等も踏まえつつ、介護予防ケアマネジメントの過程で具体的に明確化されることとなる。

○また、ホームヘルプサービスは、利用者に対して1対1で提供するサービスであり、ともすれば利用者のホームヘルパーへの依存関係を生みやすいことから、本人のできることはできるだけ本人が行うことを基本に、サービスを提供することが求められる。

(3) 報酬に関する論点

ア 介護報酬における評価方法について

○現行の要支援及び要介護1の者は、食事や入浴、歩行等の生活行為について、一部介助が必要、又はほぼ自立している者であることから、介護予防訪問介護では、利用者の生活行為について、ホームヘルパーが全面的に代行する、又は介助することは考えにくい。

○一方で、現行の要支援及び要介護1の者の、「生活援助」の利用実態を見ると、1月当たりの平均利用回数は5～6回となっており、また1回当たりの利用時間は1時間30分以上のものが全体の3分の1程度あるなど、比較的長時間にわたってサービスが提供されている実態にある。

○この背景としては、軽度者の状態像の特性を踏まえると、必要となる生活援助については、一定の範囲の量に限定されるはずであるにも関わらず、現行の訪問介護の報酬設定が時間単位による評価となっており、サービスを提供する時間が長いほど介護報酬が増えるため、サービス提供者側の長時間のサービス提供を誘引しやすく、利用者のできる行為もヘルパーが代わりに行ってしまい、自立支援の観点から必ずしも適当とはいえないサービスが提供されるおそれがある。

○こうしたことから、介護予防訪問介護の介護報酬の設定にあたっては、現行の時間単位の報酬設定を前提とせず、その在り方を検討すべきと考えられる。

○具体的には、①本人のできることは可能な限り本人が行うという形で、短い時間でサービスを提供した場合においても、報酬上適切に評価されるとともに、②利用者の状態に応じて、自立支援の観点から、柔軟にサービスを提供することも可能となるような報酬設計を考えることが必要であり、介護報酬の請求事務も考慮すると、月単位での定額払いの報酬設定とすることが適当である。

○なお、報酬を包括化することに伴い、サービスの質の低下や過少なサービス提供につながらないような制度上の工夫を検討することも必要である。

イ サービス区分の考え方について

○軽度者に対する訪問介護サービスについては、以下の特徴がある。

①現行は、大半の者が「生活援助」を利用している。

②「身体介護」を利用している場合でも、外出介助や自立支援のための見守り介助など、「生活援助」と一体的にサービスが提供されていると考えられる。

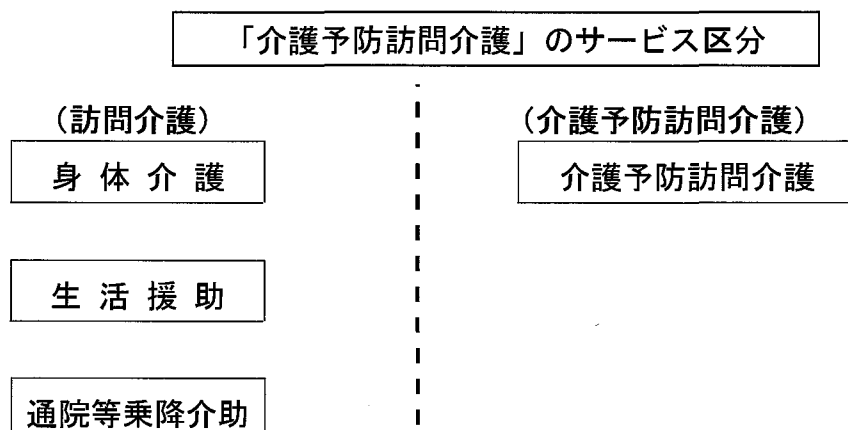
③排泄介助や入浴介助等は、利用者の状態像からすれば、本来、利用が想定されにくいサービスであり、利用する場合でも、ホームヘルパーが全面的に行うことは想定しづらい生活行為である。

○また、軽度者の中には、「身体介護」的な行為が一部に必要な場合もあるものの、それは「するようになる行為」を増やしていくため、本人の一連の生活行為を支える援助の一部として「生活援助」と一体的に行われるものであり、一連の援助全体に占める純然たる「身体介護」の時間は極めて短く、介護の必要性の高い中重度者に対して提供される「身体介護」とは、位置付けが異なるものである。

○こうしたことから、介護予防訪問介護のサービス区分については、現行の「身体介護」と「生活援助」という従来のサービス区分を一本化することが適当であると考えられる。

○その際、「通院等乗降介助」については、現行の要介護1の該当者は、「移乗」はほぼ自立しており、新予防給付においては「移乗」に係る介

助の必要性が乏しいと考えられることから、新予防給付の対象者の身体機能を踏まえ、介護予防訪問介護にかかる報酬の包括化の議論とあわせて、その位置付けについて検討する必要がある。



(4) 基準に関する論点

ア 人員・設備・運営基準について

○介護予防訪問介護におけるサービス提供に当たって事業所が遵守すべき人員・設備・運営基準については、現行の基準や訪問介護員等の資格等を踏まえつつ、さらに、訪問介護サービスの提供に関わる基本的姿勢、対処方針等が介護予防を主眼としたものへ適切に変化していくよう、訪問介護員等の研修等についても、その充実を図っていくことが検討される。

イ 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

○介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準においては、介護予防の効果を上げるために、すべての事業者が最低限満たすべき基準として、以下のような考え方に立った基準を示すことが適当である。

①適切なケアマネジメントに基づく提供

○「介護予防訪問介護」については、利用者の状態等を踏まえ、適切なケアマネジメントに基づいて提供されることとなる。具体的には、①利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、②それについて同居家族による支えや地域の支え合い・支援サービスや他の福祉政策などの代替サービスが利用できないケースについて、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されるものであることを踏まえる必要がある。

②利用者の個別性を踏まえたサービスの提供

ホームヘルプサービスは、居宅という利用者の生活の基盤を援助するものであるため、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、利用者の生活の基盤が急激に変化しないよう、利用者の生活のリズムを見極めながら、長期と短期に分けて目標を共有し、徐々に本人の意欲を引き出していき、生活の向上を図っていくことが重要である。

③本人ができることはできるだけ本人が行うこと

- ・ 現行の要支援・要介護1の該当者は、食事や入浴、歩行等の日常生活上の行為について、一部介助が必要、又はほぼ自立している者であり、介護予防訪問介護の内容は、ホームヘルパーが全面的に代行することは基本的に想定しにくい。
- ・ 居宅は「生活の場」であり、とりわけ、調理、洗濯、掃除等の家事は在宅生活の基本であることから、本人に代わってホームヘルパーが行う場合には、漫然と代行するのではなく、「本人ができることは可能な限り本人が行う」ことが基本である。

④通所系サービス等の介護予防サービスとの連携の確保

- ・ 介護予防訪問介護は、利用者が通所系サービス等を通じて生活機能の改善を図っていく中で、在宅生活につながるようにバックアップする役割を担っていることから、利用者ができるようになっている生活行為については、利用者が居宅において行うように促すなど、通所系サービスとの連携を図る必要がある。

⑤地域のサービスとの連携の確保

- ・ 調理、掃除、洗濯、買物等の家事は、ホームヘルプサービス以外にも、例えば、地域の有償ボランティア等による配食サービスなど、一部の機能を外部のサービスで代替することが可能である。
- ・ また、「生活援助」を利用している軽度者は、外出頻度が少なく、通所介護や地域の交流サービス等を利用していない場合、近隣と触れ合う機会も少ないと考えられることから、生活の中に地域とのつながりを図っていくことが、介護予防の観点からも重要である。

- ・このため、家事のうち、地域の支え合い・支援サービスや他の福祉施策で代替できるものについては、介護予防ケアマネジメントにおいて、当該代替サービスを利用することを基本とすることが適当である。また、市町村においては、その受け皿作りとして、地域支援事業や一般施策等による代替サービスの導入等を検討すべきである。

⑥同居家族等の環境との関係

- ・掃除、洗濯、調理等の家事は、日常生活の過ごし方如何にかかわらず、在宅で日常生活を送る上で必要となる基本的な行為であり、これらのサービスがホームヘルプサービスとして必要となる前は、本人又は家族が行ってきた行為である（なお、これらの家事は、家族以外の外部サービスで代替することも可能である）。
- ・このため、介護予防訪問介護のうち、家事を利用者に代わって行う場合には、以下のような考え方に立ってサービスを提供する必要がある。
 - － 現行と同様、本人又は同居の家族が障害等によって行うことが困難な場合に限り行われるものであり、同居の家族が社会通念上一般的に行う家事をホームヘルパーが行うことは、適切ではない。
 - － 掃除等の家事は、本人又は家族ができなくなるまでに従前に行われていた内容を基本としつつ、社会通念上、社会連帯を基盤とする介護保険のサービスとして適切と認められる範囲において行われるべきである。

3 介護予防福祉用具貸与、介護予防福祉用具購入

(1) 現行サービスの概要と課題（参考資料p23～p27参照）

ア 現行サービスの仕組み

○介護保険制度においては、貸与又は購入に係る費用について保険給付の対象とする福祉用具の範囲を「要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、日常生活の自立を助けるもの」としており、以下のものが対象種目として厚生労働大臣告示で定められている。

現行の対象品目

福祉用具貸与（貸与に係る費用の9割を給付）

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（つり具の部分を除く。）

福祉用具購入（購入の費用の9割を給付。限度額10万円）

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

○福祉用具については、利用者の身体状況や要介護度の変化、福祉用具の機能の向上に応じて、適時・適切なものを利用者に提供できるよう、貸与を原則としている。

貸与になじまない性質のもの（入浴や排せつ関連用具など、他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うものや吊り上げ式リフトの吊り具のように、使用によって形態・品質が変化し、再利用できないもの）について、必要な福祉用具の購入を保険給付の対象としている。

○福祉用具の貸与及び購入は、市場の価格競争を通じて適切な価格による給付が行われるよう、保険給付の公定価格を定めず、自由価格により保険給付する仕組みとしている。

イ 現行サービスの利用状況

<全体における軽度者の利用状況>

○福祉用具貸与のサービスの利用状況について見ると、要支援及び要介護1の受給者数は、要支援から要介護5までの全体の利用者の約4割(40.0%)を占めており、また、要支援及び要介護1の受給者のうち、約3割を占めている。さらに、要支援及び要介護1の利用額は、全体の約3割(34.0%)を占めている。

<軽度者の利用状況の内容>

○軽度者の利用状況の内容を見ると、要支援及び要介護1の福祉用具貸与の費用額のうち、両者とも、「車いす」が約2割、「特殊寝台」と「特殊寝台付属品」で約7割弱を占めており、「車いす」と「特殊寝台(付属品を含む)」で約9割を占めている状況にある。

○「車いす」の利用状況についてみると、軽度者の利用の大部分が、「自走用車いす」と「介助用車いす」であり、さらにこれらは重度者ほど利用率が高くなっている。「電動車いす」は要介護1を中心として軽度者が利用している。また、その導入理由を見ると、「長距離外出のため」が最も多く、次いで「歩行が不安定で転倒しやすい」、「麻痺」、「立地条件」などが理由にあげられている。

○また、「特殊寝台」の利用状況についてみると、軽度者の利用の大部分が、「3モーター(高さ調節、背上げ、膝上げ機能があるもの)」、「2モーター(高さ調節及び背上げまたは膝上げ機能のあるもの)」の特殊寝台であり、これらは重度者ほど利用率が高くなっている。「1モーター(高さ調節機能のみのもの)」の特殊寝台は、中軽度者の一部に利用されている。さらに、その導入理由を見ると、「床からの立ち上がり困難」が最も多く、次いで「不安定・転倒しやすい」、「腰痛」、「起き上がりが困難」、「起居動作が困難」、「筋力低下」などが理由にあげられている。

○その一方で、要支援及び要介護1の者に貸与されている福祉用具の中には、「床ずれ防止用具」「移動用リフト」など、軽度者の状態像では利用が想定しがたい福祉用具も見られるところである。