

給付の在り方〈在宅、地域密着〉等 について

5. 認知症者への支援の在り方

「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(%)

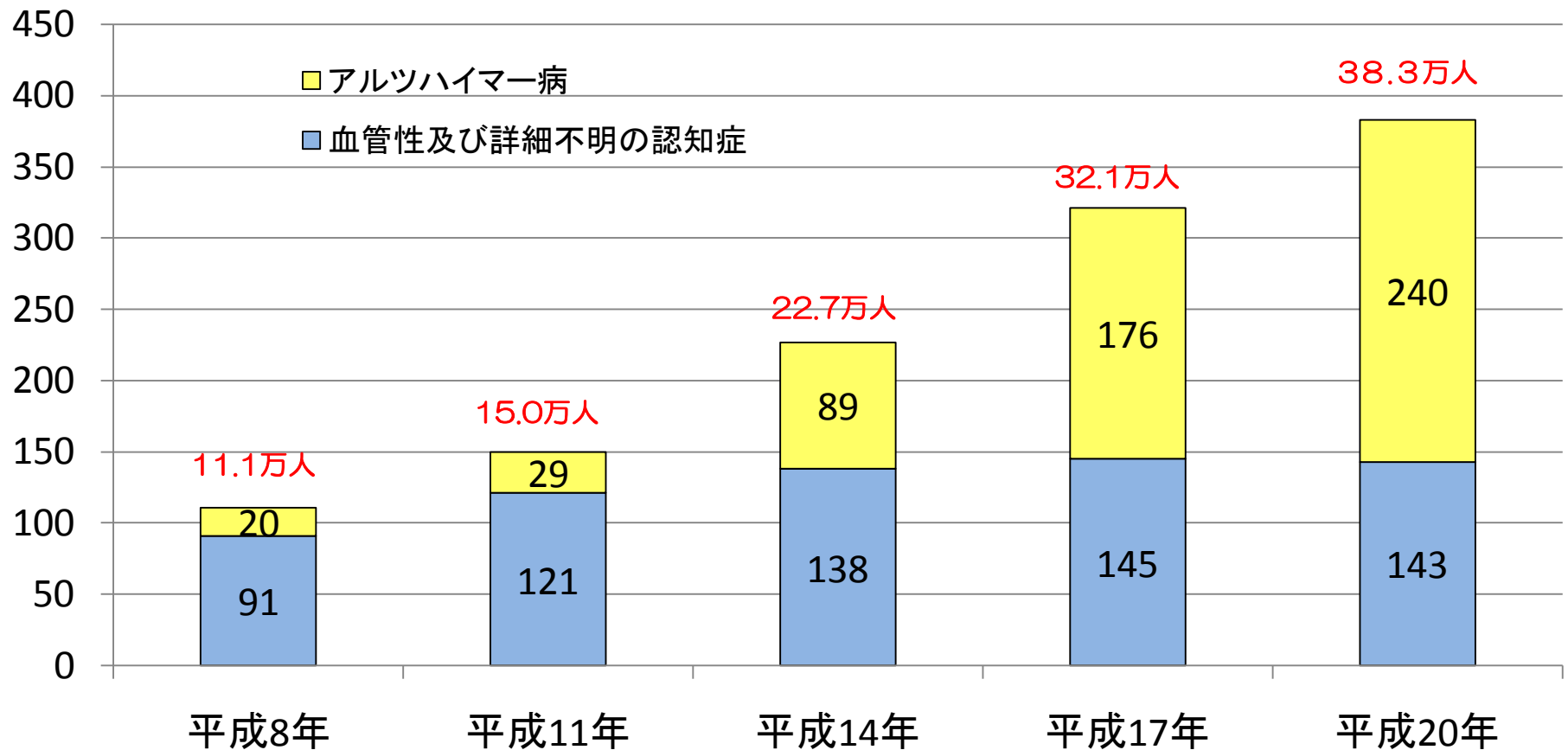
(平成15年6月 高齢者介護研究会報告書より)

認知症疾患患者数の推移

（血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病を主傷病とする患者）

○ 血管性・詳細不明の認知症及びアルツハイマー病を主傷病とする患者数は、増加している。

千人



【出典】 患者調査

高齢者の世帯形態の将来推計

(万世帯)

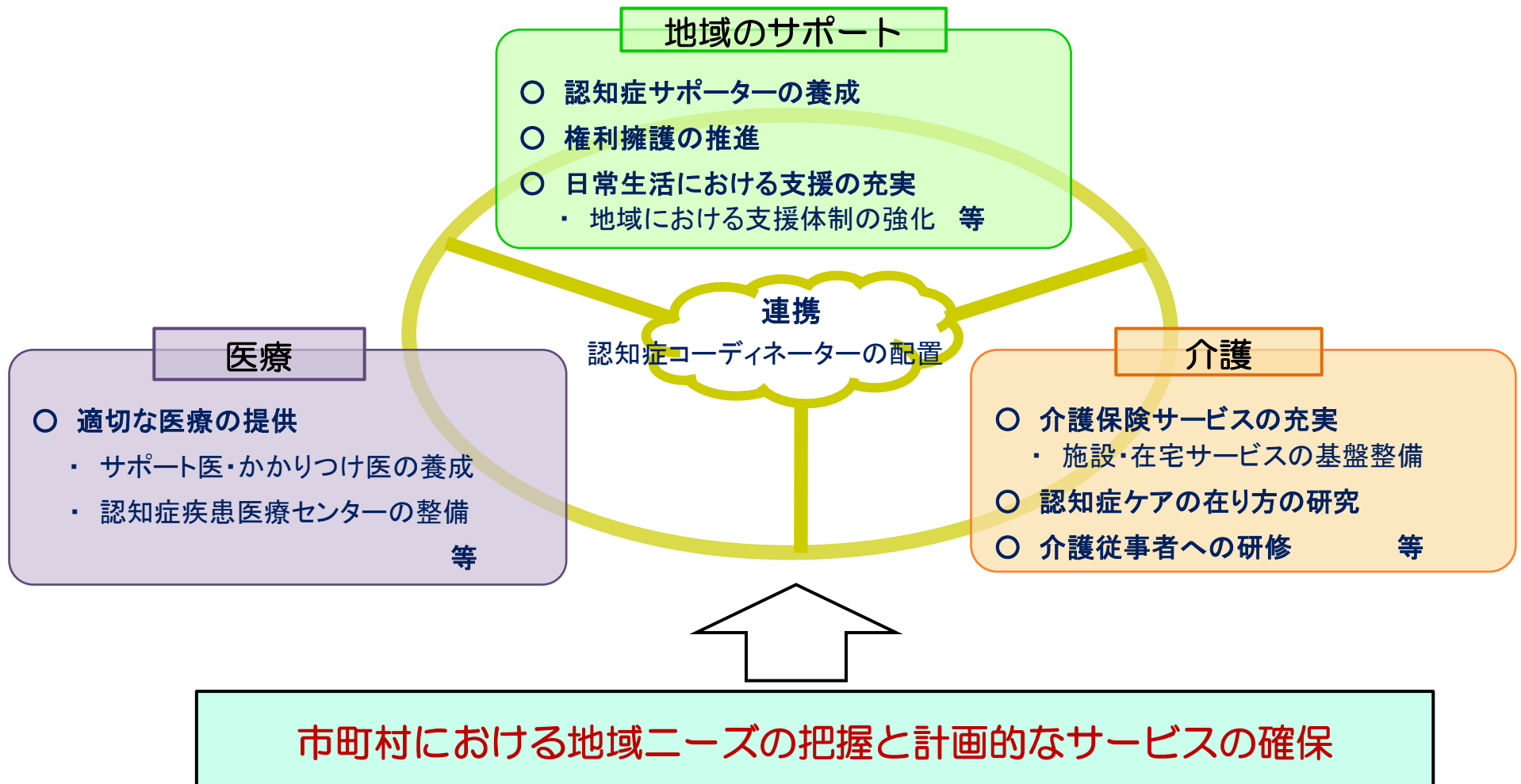
区 分		2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯		4,906	5,029	5,060	5,044	4,984
	世帯主が65歳以上	1,355	1,568	1,803	1,899	1,901
	単独 (比率)	387 (28.6%)	466 (29.7%)	562 (31.2%)	631 (33.2%)	673 (35.4%)
	夫婦のみ (比率)	465 (34.3%)	534 (34.1%)	599 (33.2%)	614 (32.3%)	594 (31.2%)
	単独・夫婦計 (比率)	852 (62.9%)	1,000 (63.8%)	1,161 (64.4%)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

認知症の方への支援体制の在り方

- 認知症を有する者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。



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
※国立長寿医療センターに委託して実施。

平成17-21年度で1, 273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18-20年度で22, 046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(平成22年度新規)

- ・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

(厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室調べ)

(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	修了者数累計
認知症サポート医養成研修	90	228	279	274	402	1,273
かかりつけ医認知症対応力向上研修	—	6,927	7,827	7,292	未集計	22,046

※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

認知症疾患医療センター運営事業

平成22年度予算額

577,671千円

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

〔基幹型（総合病院）〕（新規）

専門医療の提供

周辺症状や身体合併症に対応する双方の医療の提供
入院治療のための空床の確保

認知症疾患医療センター

情報センター

普及啓発

認知症に関する情報
発信

一般相談

住民からの相談に対応

専門医療の提供

詳細な鑑別診断
急性精神症状への対応
身体合併症への対応

地域連携の強化

顔の見える連携体制の構築
研修会の実施
専門相談
連携担当者の配置による地域
介護との連携

〔地域型 （単科精神科 病院等）〕

連携担当
者の配置

地域包括
支援センター

連携

介護職
ホーム
ヘルパー等

連携担当
者の配置

介護サービス

・特養
・老健
・認知症
グループホーム
・居宅

サポート医

物忘れ外来

紹介

精神科外来

周辺症状により
専門医療が必要な
認知症疾患患者

紹介

内科医等のいわゆる「かかりつけ医」

医療（うち入院1/4）

介護

認知症疾患医療センターの整備状況

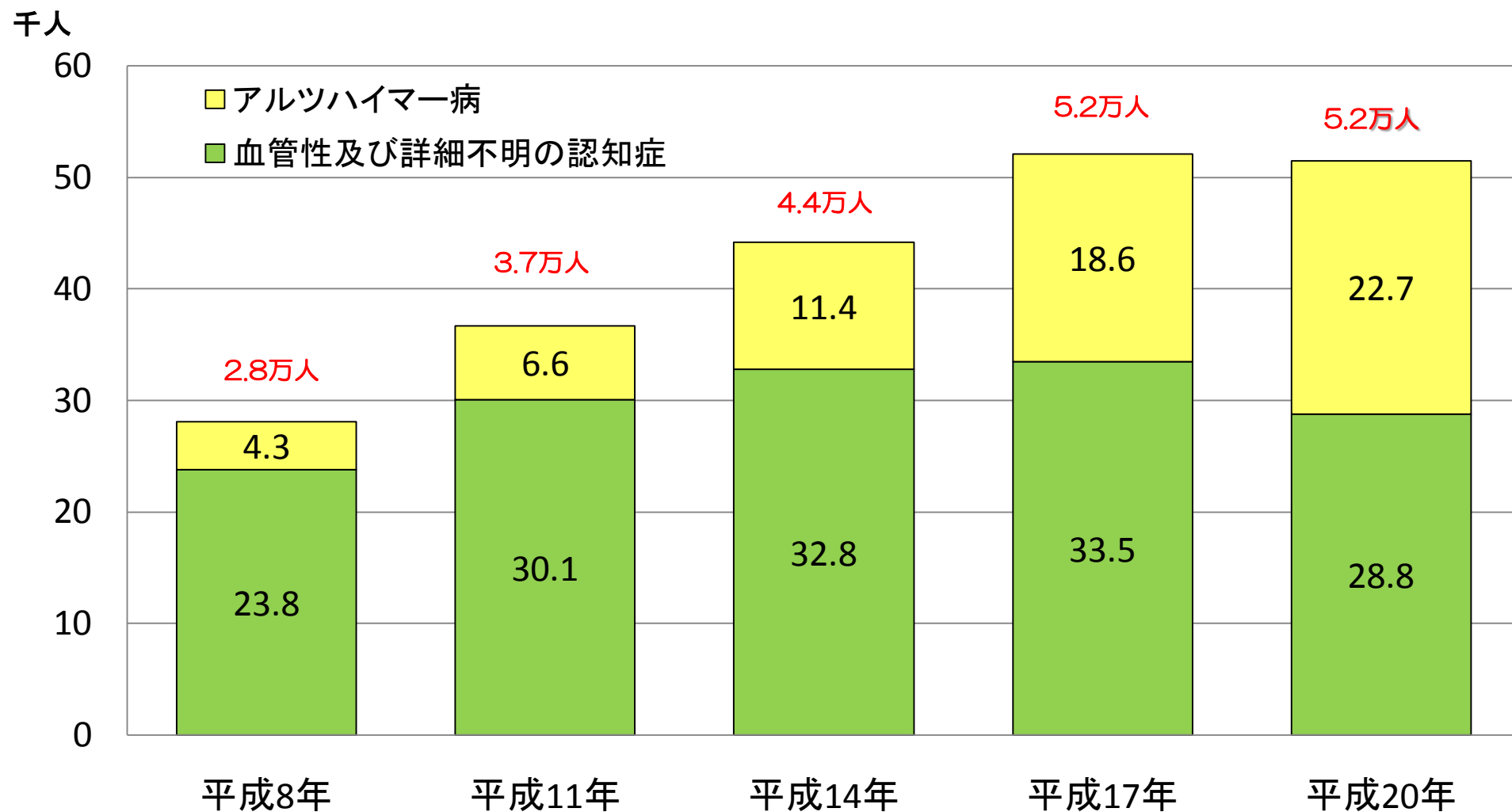
平成22年8月26日現在

	都道府県 指定都市	医療機関名
1	北海道	道央佐藤病院
2	北海道	砂川市立病院
3	青森県	青森県立つくしが丘病院
4	岩手県	岩手医科大学附属病院
5	山形県	篠田総合病院
6	茨城県	日立梅ヶ丘病院
7	茨城県	栗田病院
8	栃木県	獨協医科大学病院
9	栃木県	足利富士見台病院
10	栃木県	烏山台病院
11	埼玉県	秩父中央病院
12	埼玉県	武里病院
13	埼玉県	毛呂病院
14	埼玉県	西熊谷病院
15	神奈川県	東海大学医学部付属病院
16	新潟県	三島病院
17	新潟県	柏崎厚生病院
18	新潟県	黒川病院
19	新潟県	高田西城病院
20	富山県	魚津緑ヶ丘病院
21	富山県	谷野呉山病院
22	石川県	石川県立高松病院
23	福井県	敦賀温泉病院
24	福井県	松原病院
25	山梨県	山梨県立北病院
26	山梨県	日下部記念病院
27	長野県	飯田病院
28	長野県	安曇総合病院

	都道府県 指定都市	医療機関名
29	三重県	松阪厚生病院
30	三重県	三重県立こころの医療センター
31	三重県	東員病院
32	滋賀県	瀬田川病院
33	滋賀県	琵琶湖病院
34	滋賀県	豊郷病院
35	滋賀県	水口病院
36	大阪府	水間病院
37	大阪府	関西医科大学附属滝井病院
38	大阪府	さわ病院
39	大阪府	山本病院
40	大阪府	大阪さやま病院
41	大阪府	新阿武山病院
42	兵庫県	兵庫医科大学病院
43	兵庫県	兵庫県立淡路病院
44	兵庫県	大塚病院
45	兵庫県	リハビリテーション西播磨病院
46	兵庫県	公立豊岡病院組合立豊岡病院
47	奈良県	信貴山病院 ハートランドしぎさん
48	奈良県	秋津鴻池病院
49	和歌山県	国保日高総合病院
50	鳥取県	渡辺病院
51	鳥取県	倉吉病院
52	鳥取県	養和病院
53	鳥取県	南部町国民健康保険西伯病院
54	広島県	三原病院
55	広島県	メープルヒル病院
56	山口県	山口県立こころの医療センター

	都道府県 指定都市	医療機関名
57	長崎県	出口病院
58	長崎県	佐世保中央病院
59	熊本県	熊本大学医学部附属病院
60	熊本県	山鹿回生病院
61	熊本県	阿蘇やまなみ病院
62	熊本県	くまもと青明病院
63	熊本県	益城病院
64	熊本県	平成病院
65	熊本県	くまもと心療病院
66	熊本県	天草病院
67	大分県	緑ヶ丘保養園
68	鹿児島県	谷山病院
69	鹿児島県	松下病院
70	鹿児島県	宮之城病院
71	鹿児島県	栗野病院
72	仙台市	仙台市立病院
73	仙台市	東北厚生年金病院
74	さいたま市	埼玉精神神経センター
75	大阪市	大阪市立大学医学部附属病院
76	大阪市	ほくとクリニック病院
77	大阪市	大阪市立弘済院附属病院
78	堺市	浅香山病院
79	堺市	阪南病院
80	神戸市	神戸大学医学部附属病院
81	北九州市	小倉蒲生病院
82	福岡市	九州大学病院

精神病床における認知症疾患入院患者数の推移



認知症による精神病床入院患者の退院可能性

- 認知症による精神病床入院患者のうち、退院可能及び条件を整えなくても近い将来退院が可能な者の割合が10.2%、条件が整えば退院可能な者の割合が50.5%となっている。
⇒ 精神病床における認知症患者に対する入院医療の在り方については、別途「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」において検討。

居住先・支援が整った場合の退院可能性

① 7.4%

② 2.8%

③ 50.5%

④ 39.3%

(有効回答数 3,458人)

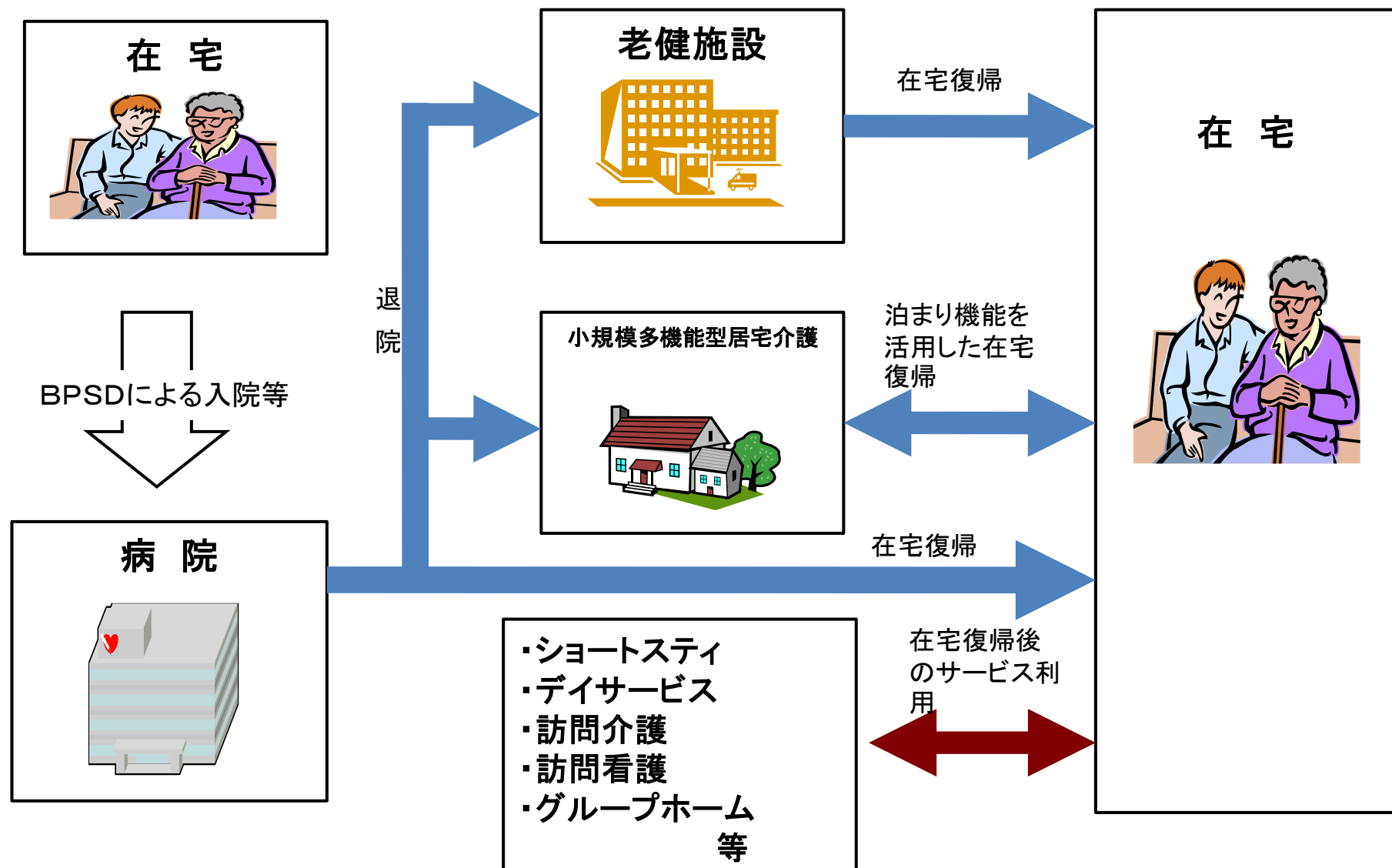
退院の可能性がない患者における主な理由

セルフケア能力の問題	50.7%
迷惑行為を起こす可能性	10.0%
重度の陽性症状(幻覚・妄想)	5.6%
他害行為の危険性	4.3%
治療・服薬への心理的抵抗	1.5%
自傷行為・自殺企図の危険性	1.0%
重度の多飲水・水中毒	0.7%
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.4%
その他	25.8%

(有効回答数 1,057人)

- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- ③: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- ④: 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

介護分野における支援の一例



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、協力機関の探し方等をグループワークで学ぶ。
- メイト数：47,734人（平成22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：1,662,190人
（平成22年3月31日現在）

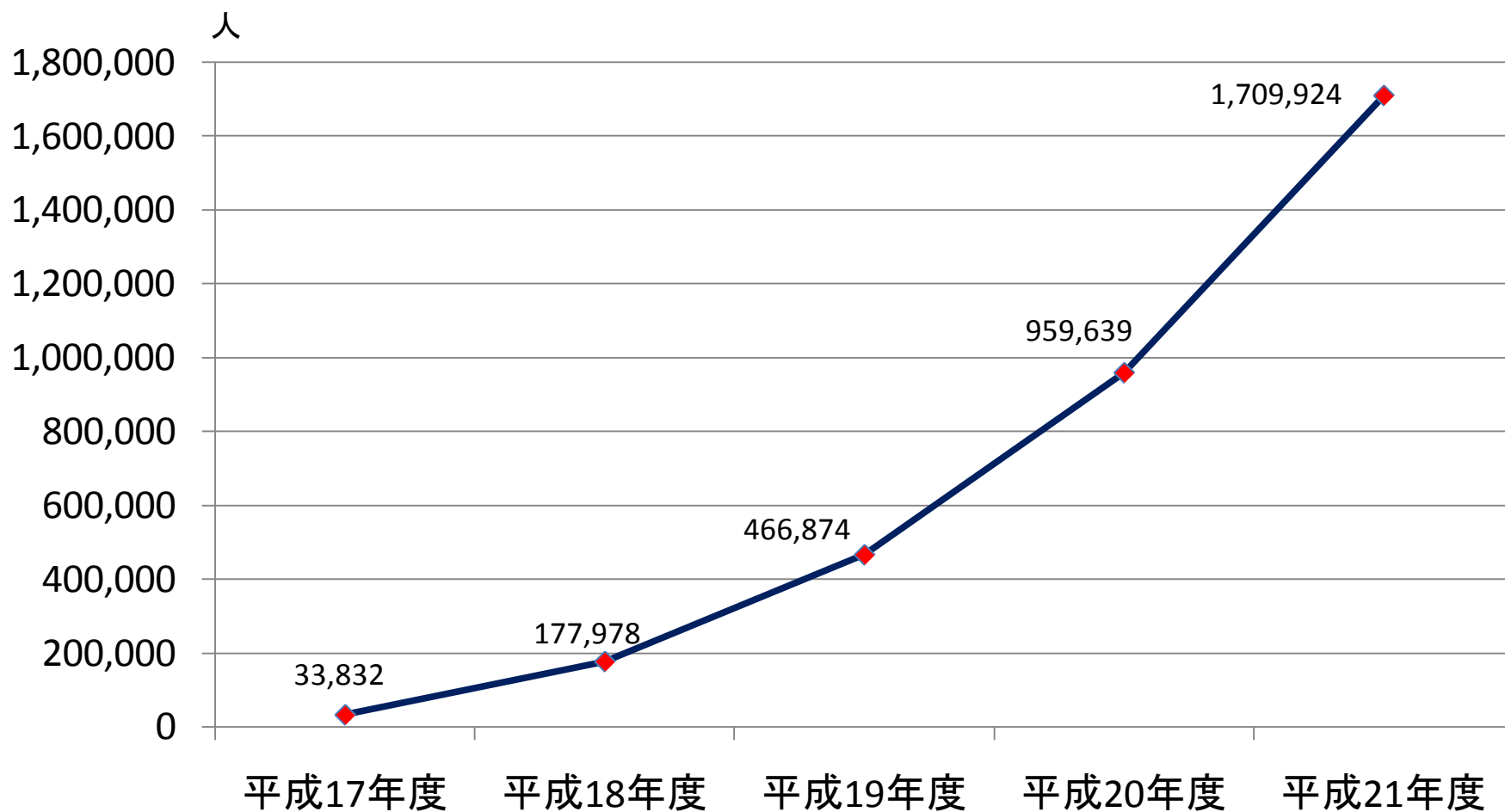


※ メイト・サポーター合計

1,709,924人（平成22年3月31日現在）

認知症サポーターの養成累積数

認知症サポーター(キャラバン・メイトを含む)数 1,709,924人(平成22年3月末現在)



大牟田市の地域認知症サポート体制

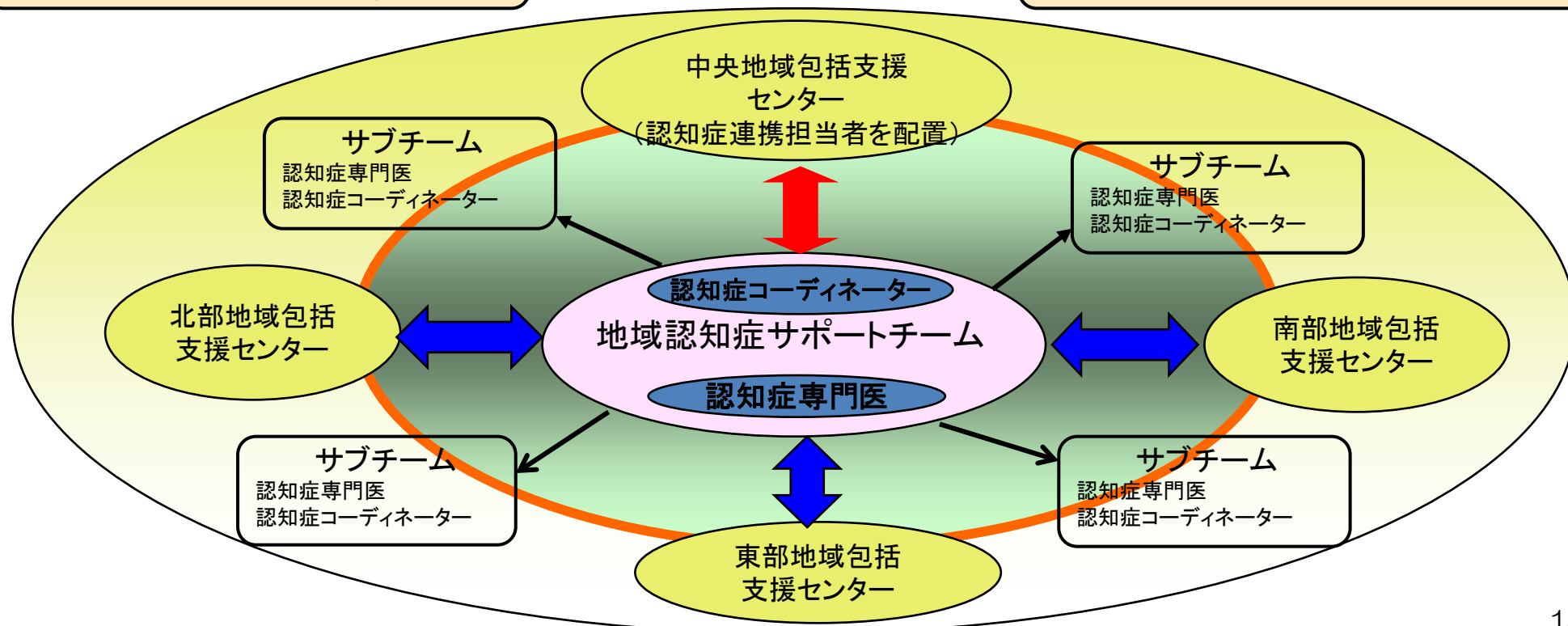
- 4つの地域包括支援センターの支援機関として基幹的なサポートチームを設置し、認知症コーディネーターが認知症専門医と連携して困難事例や特別なサポートが必要なケースを中心に、BPSD等への適切な助言や本人・家族への支援をコーディネートしていく仕組みを構想。
- サブチームは、ケースに応じて、基幹的なサポートチームから認知症専門医と認知症コーディネーターが選定され支援に対応する。

地域認知症サポートチーム

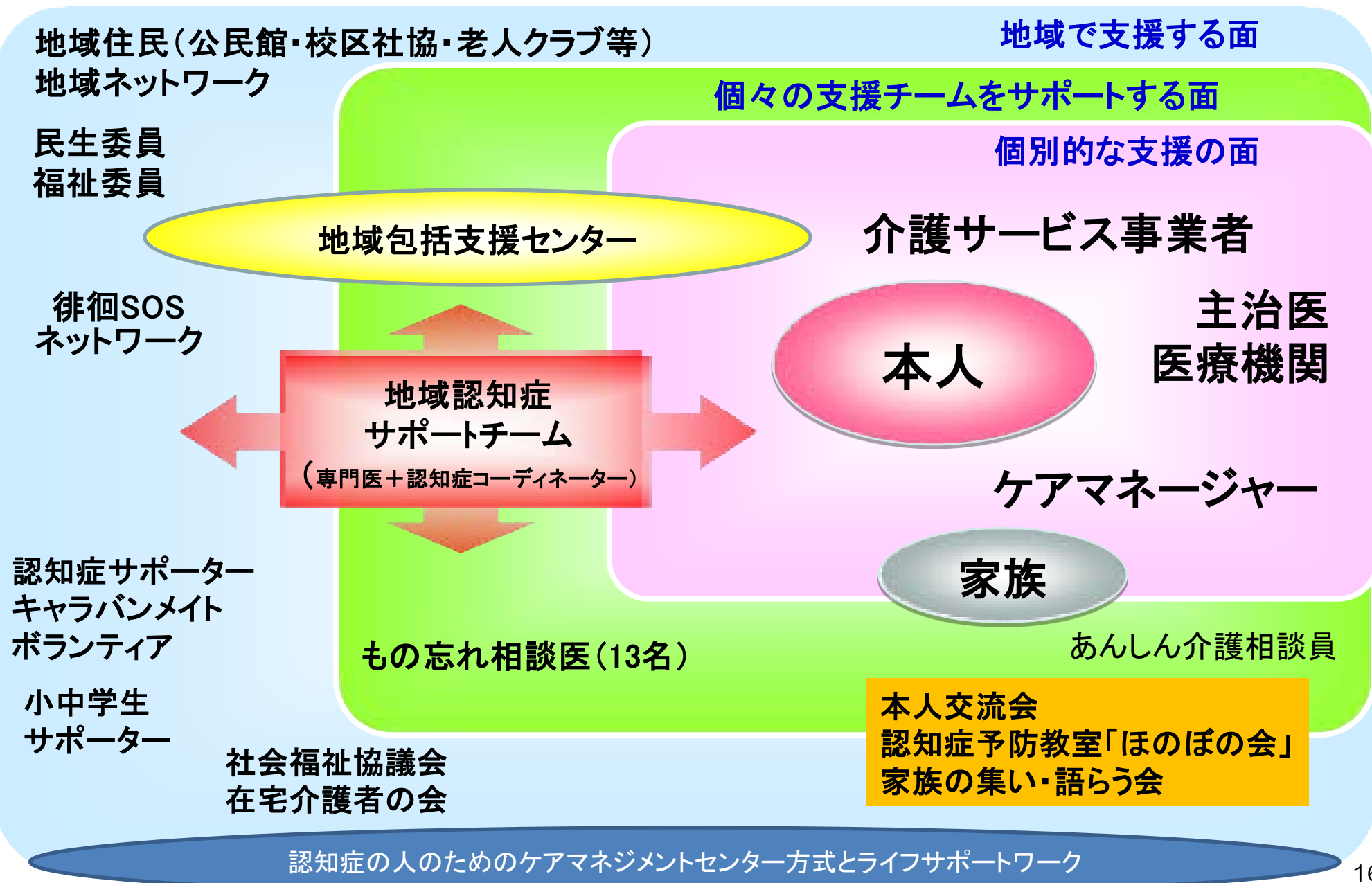
専門医又は相談医 4名体制
認知症コーディネーター 7名体制

認知症コーディネーター

現在59名研修修了(平成15年から実施)
受講期間 毎月2日×2年間

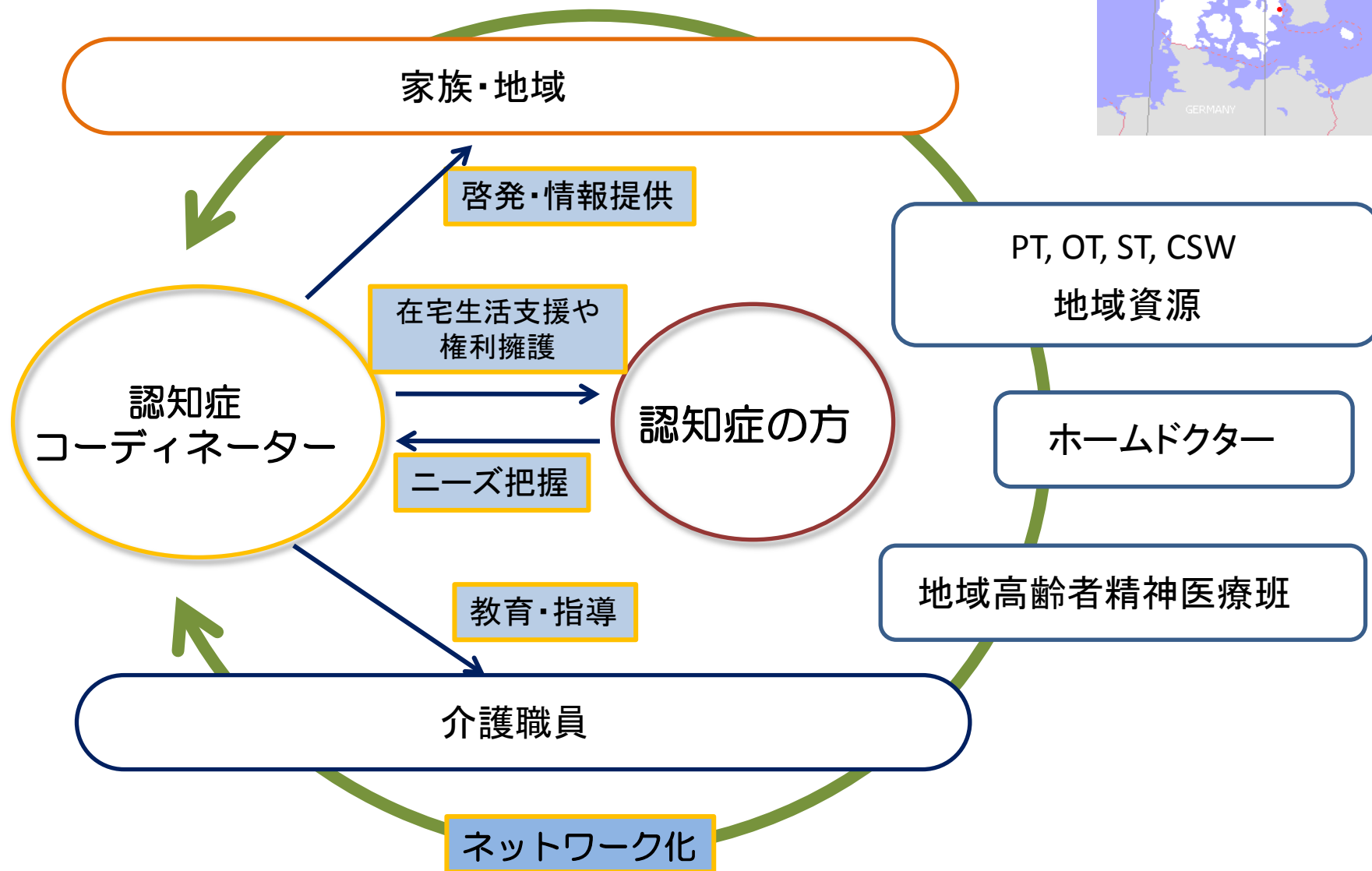


大牟田独自の地域認知症サポート体制(3つの面づくり)



デンマークにおける認知症コーディネーター

- ・看護師あるいは社会保険介護士から養成
- ・5万人の町に2人



成年後見制度について

認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な者は、不動産や預貯金などの財産を管理したり、介護などのサービスや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合がある。また、自分に不利益な契約であってもよく判断ができずに契約を結んでしまい、悪徳商法の被害にあうおそれがある。

このような判断能力の不十分な者を保護し、支援するのが成年後見制度である。

法定後見制度の3種類

		後 見	保 佐	補 助
対象となる方		判断能力が全くない方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方
申立てができる方		本人、配偶者、四親等内の親族、検察官、市町村長など		
成年後見人等の権限	必ず与えられる権限	●財産管理についての全般的な代理権、取消権（日常生活に関する行為を除く）	●特定の事項（※1）についての同意権（※2）、取消権（日常生活に関する行為を除く）	—
	申立てにより与えられる権限	—	●特定の事項（※1）以外の事項についての同意権（※2）、取消権（日常生活に関する行為を除く） ●特定の法律行為（※3）についての代理権	●特定の事項（※1）の一部についての同意権（※2）、取消権（日常生活に関する行為を除く） ●特定の法律行為（※3）についての代理権
制度を利用した場合の資格などの制限		●医師、税理士等の資格や会社役員、公務員などの地位を失う、選挙権を失うなど	●医師、税理士等の資格や会社役員、公務員などの地位を失うなど	—

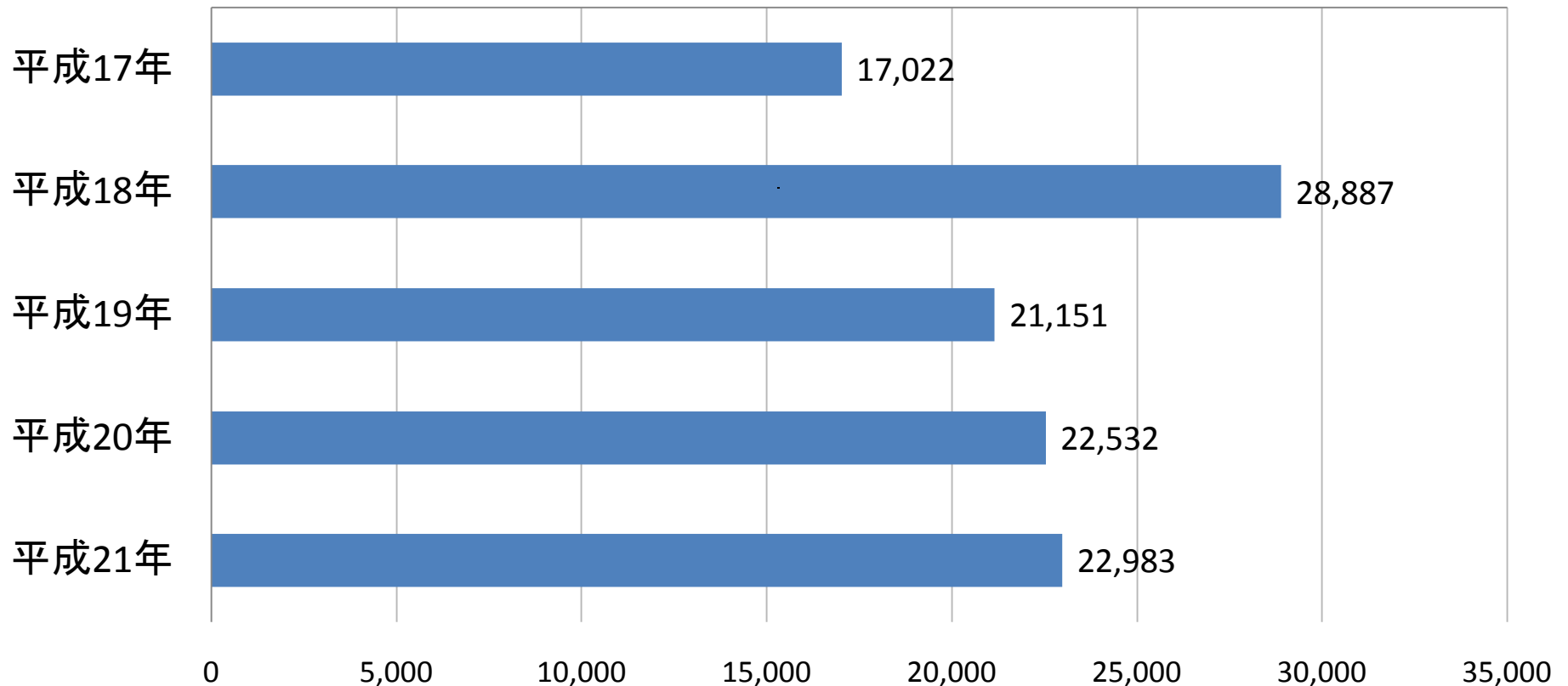
※1 民法13条1項に掲げられている借金、訴訟行為、相続の承認や放棄、新築や増改築などの事項をいいます。ただし、日用品の購入など日常生活に関する行為は除かれます。

※2 本人が特定の行為を行う際に、その内容が本人に不利益でないか検討して、問題がない場合に同意（了承）する権限です。保佐人、補助人は、この同意がない本人の行為を取り消すことができます。

※3 民法13条1項に挙げられている同意を要する行為に限定されません。

成年後見開始件数の推移

○ 後見開始の申立件数は、年々増加している。

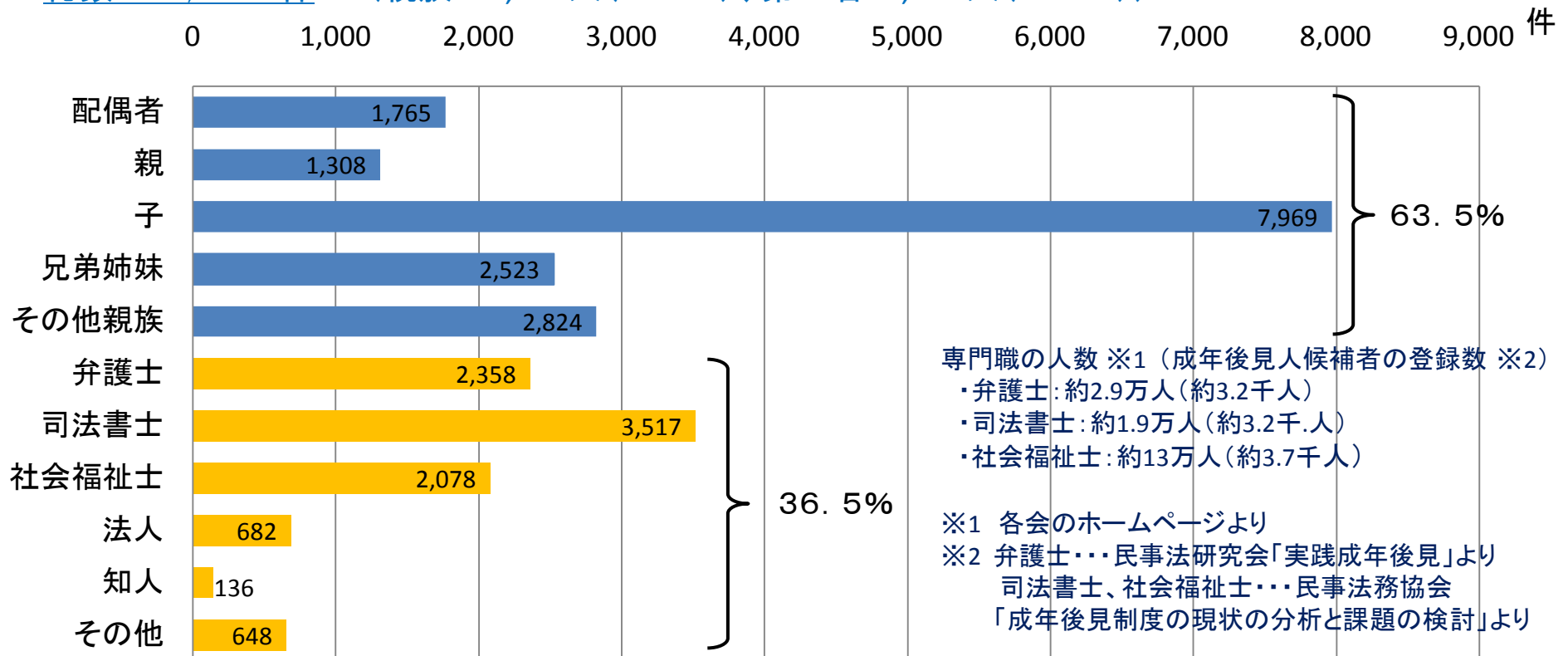


出典：成年後見関係事件の概要（最高裁判所事務総局家庭局）

成年後見人等と本人の関係別件数（平成21年）

○ 成年後見人等の選任状況については、子などの親族が選任されたものが全体の63.5%、親族以外の第三者が選任されたものが36.5%となっており、第三者のうち大部分を弁護士や司法書士といった専門職が占めている。

総数 25,808件（親族:16,389人(63.5%)、第三者:9,419人(36.5%)）



出典：成年後見関係事件の概要（最高裁判所事務総局家庭局）

市民後見人について

市民後見人については、その定義や所掌範囲が明確ではないが、研究会報告書等において以下のとおり示されている。

- ・ 日本成年後見学会作成「市町村における権利擁護機能のあり方に関する研究会」
平成18年度報告書より

弁護士や司法書士などの資格はもたないものの社会貢献への意欲や倫理観が高い一般市民の中から、成年後見に関する一定の知識・態度を身に付けた良質の第三者後見人等の候補者

- ・ 「成年後見制度の現状の分析と課題の検討」 成年後見制度研究会報告書より

市民後見人については、成年後見人等に就任すべき親族がおらず、本人に多額の財産がなく紛争性もない場合について、本人と同じ地域に居住する市民が、地域のネットワークを利用した地域密着型の事務を行うという発想で活用することが当面有効である。

- ・ 筑波大学 上山教授 「実践 成年後見 2009.1」より

市民後見人に委嘱する事案としては、難易度の低い事案、たとえば具体的には「日常的な金銭管理や安定的な身上監護が中心の事案、紛争性のない事案等、必ずしも専門性が要求されない事案」が一般的に想定されている。

世田谷区の取り組み

(市民後見推進の取組事例①)

市民後見活動を首長申立に限定するケース

世田谷区成年後見支援センター(区社協に委託)

事業概要

(相談、利用支援等の業務)

- ・ 法律相談
弁護士等による成年後見制度に関する相談
窓口の設置(月2回)
- ・ 成年後見制度利用支援
加齢等により成年後見等の手続きが困難な
方への必要書類の確認等の支援
- ・ 専門職後見人に関する情報提供

(市民後見に関する人材育成等の業務)

- ・ 市民後見に関する人材の育成
個人で成年後見人を受任できる区民後見人を育
成
(参考) 研修時間(50時間)
- ・ 後見活動が可能と見込まれる案件について家庭
裁判所に区民後見人候補者を推薦
- ・ 区民後見人が選任された場合に、後見活動に関
する相談などの支援を行う。
区社協が後見監督人に選任
後見活動は区長申立案件に限定

(参考)

受任者累計 25人(平成18年度～21年度)

大阪市の取り組み

(市民後見活動の推進の事例②)

市民後見活動を首長申立に限定しないケース

大阪市成年後見支援センター(市社協に委託)

事業概要

(相談、利用支援等の業務)

- ・ 相談・申立支援
成年後見制度に関する専門相談、手続き方法の説明やアドバイス等。
- ・ 広報・啓発
成年後見制度に関する講演会等のイベントの開催など
- ・ 関係団体との連携
成年後見制度に関わるさまざまな機関や団体等と連携し、円滑な業務遂行につとめる。

(市民後見に関する人材育成等の業務)

- ・ 市民後見に関する人材の育成
個人で成年後見人を受任できる市民後見人を育成
(参考)基礎講習 20H、実務講習45H+実習
- ・ 市民後見人の人材バンクの設置・運営
養成講座の修了者を登録し、市民後見人候補者として確保
- ・ 家庭裁判所からの後見人等の推薦依頼への対応
- ・ 市民後見人が選任された場合に、後見活動に関する相談などの支援を行う。
※ 市社協が後見監督人に選任されるとは限らない。
(家庭裁判所の判断次第)
※後見活動は区長申立案件に限定せず

品川区の取り組み

(法人後見活動の事例)

品川成年後見センター(区社協に委託)

事業概要

(相談、利用支援等の業務)

- ・ 相談・手続き支援
成年後見制度について手続きの案内など必要な支援を実施。
- ・ 法人後見活動
任意後見、区長申立案件も含めた法人後見活動を実施。
- ・ 医師、法律、行政等の関係者からなる成年後見センター運営委員会により後見受任の適否や事業の監査等を実施し、適正な運営を確保

研修修了者は法人後見活動に参加

(市民後見に関する人材育成等の業務)

- ・ 市民後見に関する人材の育成
一般区民を対象として成年後見人を受任できる区民後見人を育成
(参考)
養成研修21時間、フォローアップ研修21時間
↓
研修修了者によるNPO法人市民後見人の会を設立
↓
研修修了者が市民後見業務を行う場合に区社協が後見監督人に選任され、後見活動に関する相談など支援を実施。
※ 後見活動は、区長申立案件には限定しない。

認知症の方への支援の在り方に関するこれまでの指摘事項の概要

- 民主党介護を考える議員連盟「提言（第一次）」（2010年6月）
 - ・ 声かけ・見守りサービスなどサポーター活動、啓発事業をさらに充実
 - ・ 人数把握、サポート体制目標量などの事業計画への記載義務づけ
- 地域包括ケア研究会報告書（平成22年3月）
 - ・ 認知症を有する者の在宅生活を支える在宅サービス体系の在り方について現行制度にとらわれずに、声かけ・誘導・生活援助を含め検討していくべきである。
 - ・ 認知症を有する者の今後著しい増加が見込まれるなか、成年後見制度の後見人や社会福祉協議会の日常生活支援員等の対応者数の確保が困難になるという指摘がある。将来的に新たなマンパワーとして、市民後見人等の育成と自治体の登録管理体制から事業構築が必要ではないか。
 - ・ 介護保険事業計画において、認知症を有する者の人数の把握、サポート体制の目標量（認知症サポーター、認知症サポート医など）についても盛り込むことを促進すべきではないか。
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会（2009年6月）＜具体的な改善提案＞
 - ・ 地域包括支援センターの全てに「認知症連携担当者」を配置するなど、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務は業務からはずす。
- 大阪府（平成22年7月） 他
 - ・ 認知症連携担当者について、認知症疾患医療センターが設置されている市町村に限らず、各市町村に少なくとも1名配置可能とすること。

認知症の方への支援の在り方に関する論点

- 認知症を有する者ができる限り住み慣れた地域で暮らすことができるよう、必要な在宅・施設サービスが適切に確保されるとともに、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支援体制を構築する必要があるのではないか。
 - ・ 認知症コーディネーターの配置
 - ・ 認知症の方に対するサービスの充実
 - ・ 認知症の方の日常生活における支援の強化
 - ・ 精神病床において長期入院している認知症患者への対応
- 認知症を有する者のニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るためには、介護保険事業計画において認知症に関する項目を盛り込む必要があるのではないか。
- 認知症高齢者の増加や一人暮らし高齢者等の増加を踏まえると、日常の生活にかかわりの深い身上監護に係る成年後見の必要性が高まる。今後は専門職に加え、身上監護を中心とした市民後見人による権利擁護の推進を図っていく必要があるのではないか。

参 考 資 料

虐待等により死亡した被虐待者の状況

(平成19年度・20年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査)

- 「介護している親族による介護をめぐって発生した事件で、被介護者が65歳以上、かつ虐待等により死亡に至った事例」のうち、市町村が把握している事例は、平成19年度・20年度で合計51件であった。
- そのうち、「介護サービスを利用していた」件数は24件、「介護サービスを利用していなかった」及び「不明」の件数は27件であった。

6. 要介護認定について (区分支給限度基準額を含む)

介護保険制度における要介護認定制度について

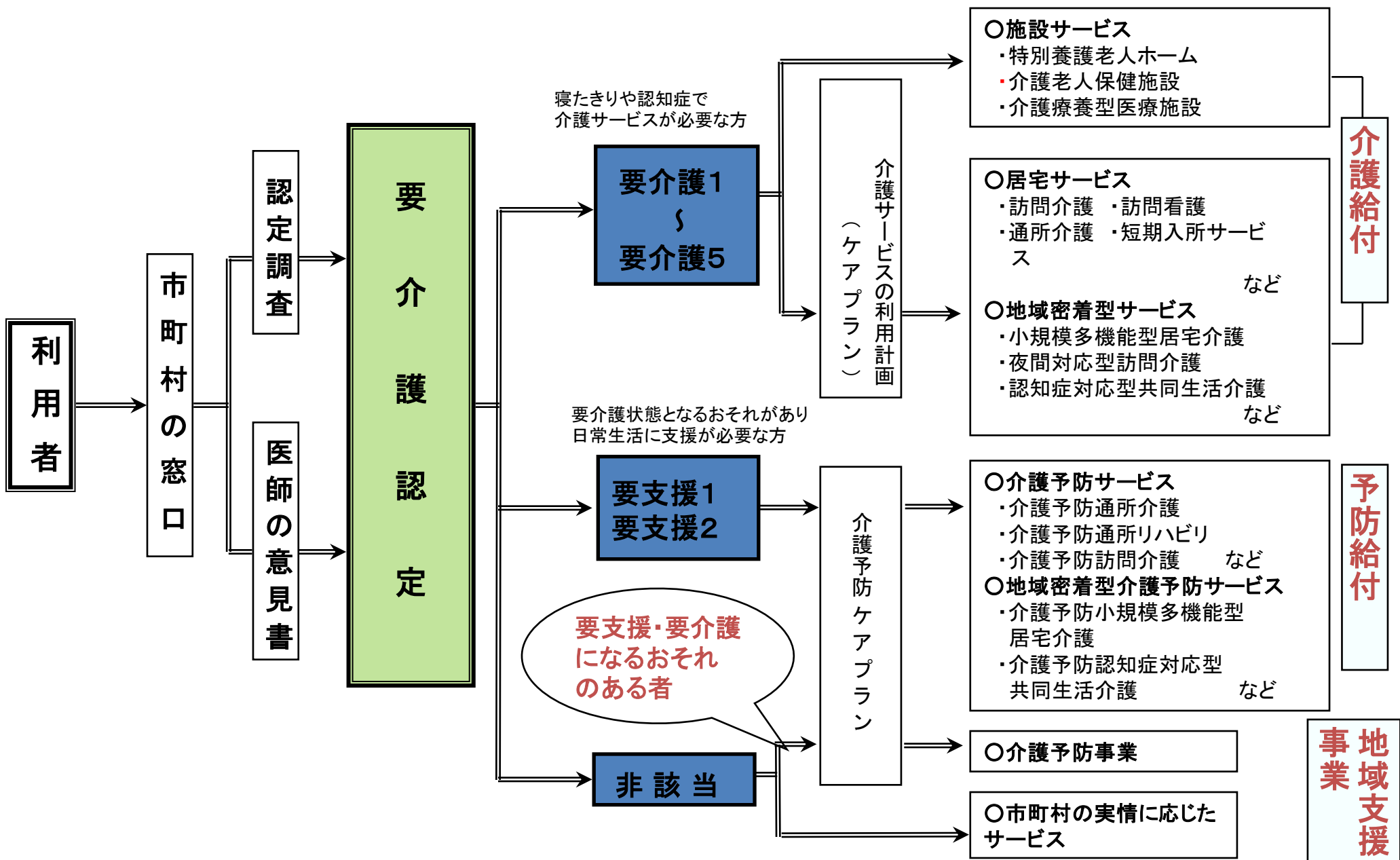
趣旨

- 介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）であり、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組み。

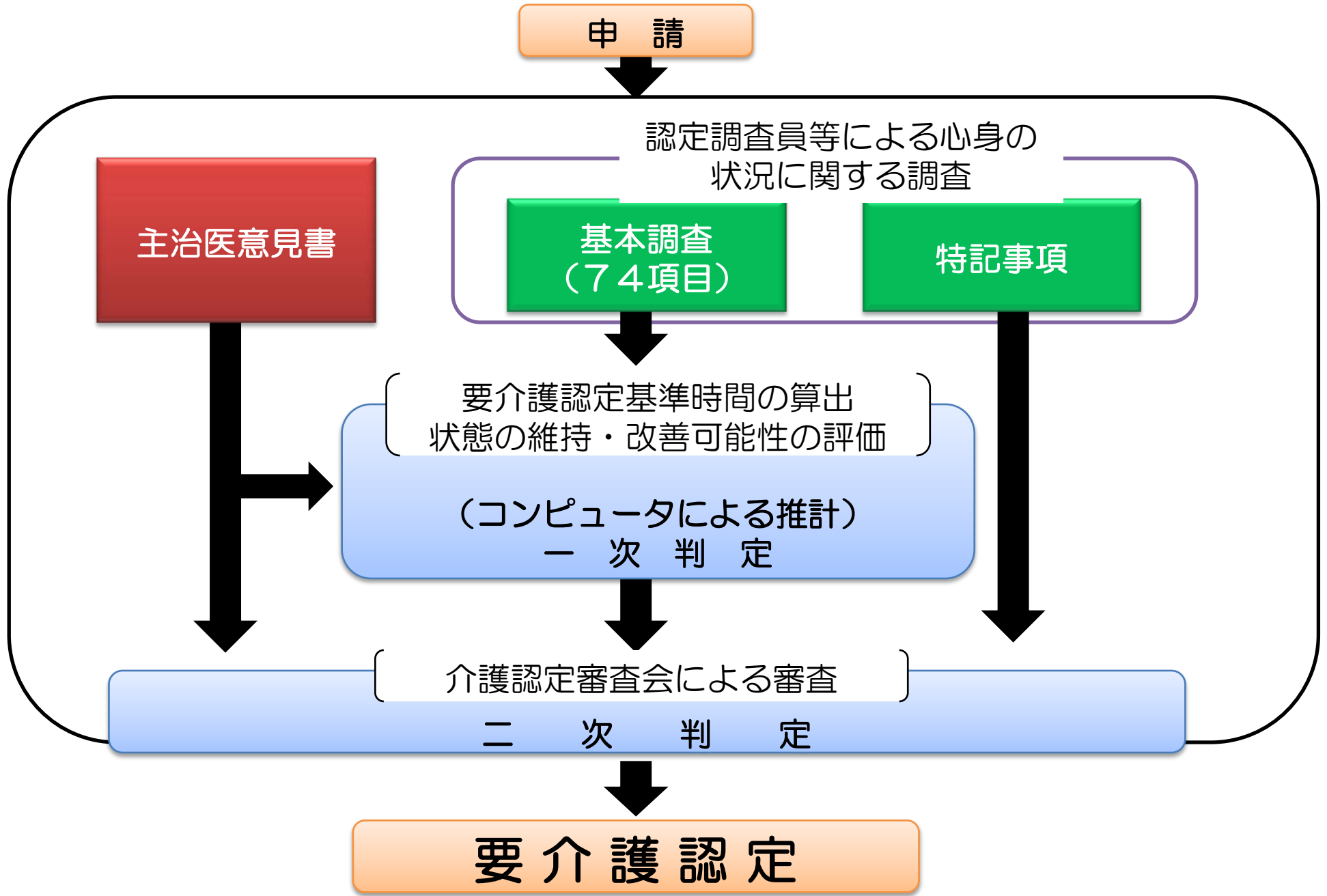
要介護認定の流れ

- 要介護認定は、まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。（一次判定）
- 次に保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。（二次判定）
- この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。

介護サービス利用の手続き

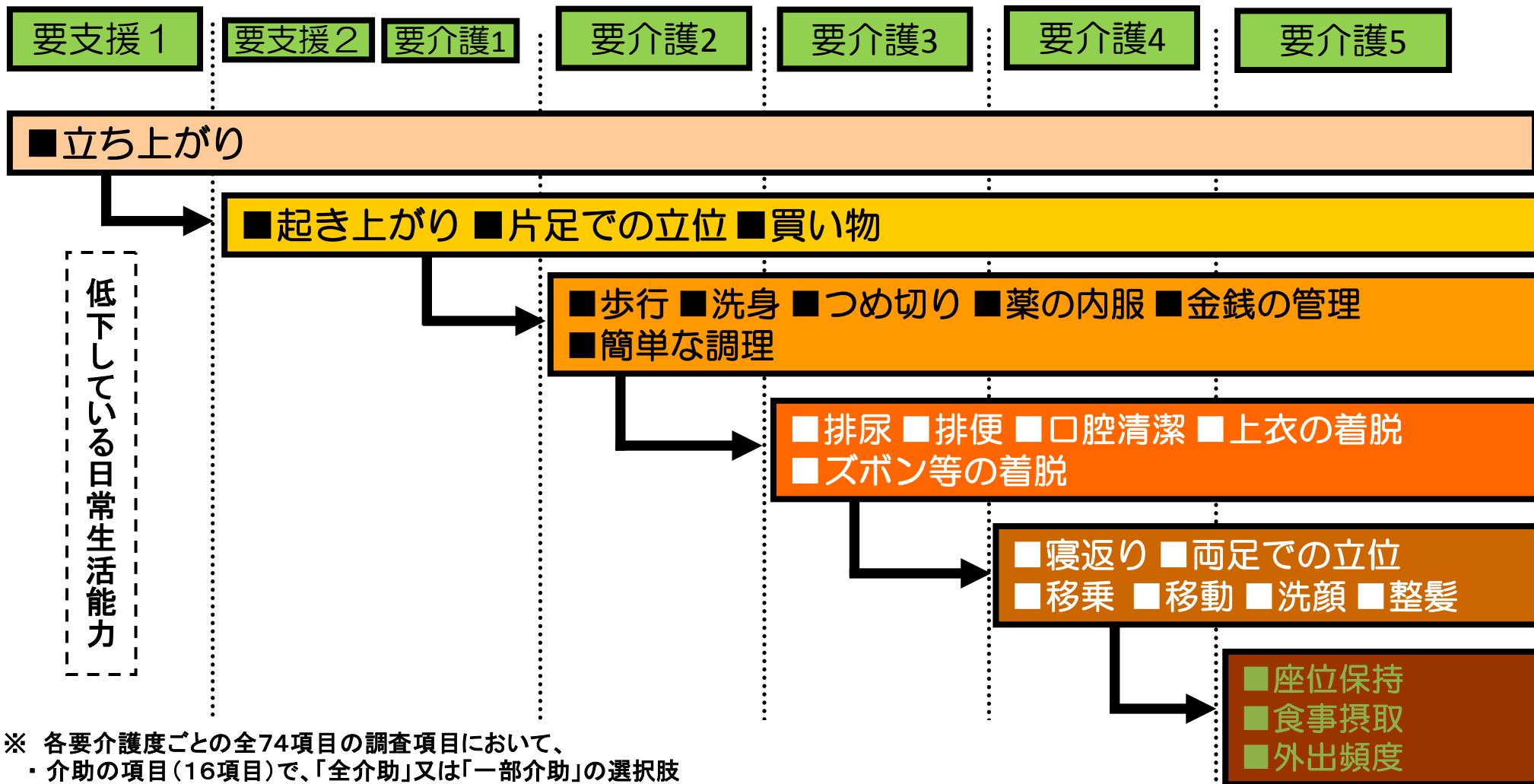


要介護認定の流れ



要介護状態区分別の状態像

(80%以上の割合で何らかの低下が見られる日常生活能力)



※ 各要介護度ごとの全74項目の調査項目において、

- ・ 介助の項目(16項目)で、「全介助」又は「一部介助」の選択肢
- ・ 能力の項目(18項目)で、「できない」又は「つかまれば可」等の選択肢
- ・ 有無の項目(40項目)で、「ある」(麻痺、拘縮など)等の選択肢

を選択している割合が80%以上になる項目について集計

要介護認定の申請件数

- ・認定者数

484. 7万人(平成22年3月)

※介護保険事業状況報告月報(暫定版)より

- ・認定率

16. 6%

※認定者数/高齢者人口(65歳以上)

高齢者人口(総務省人口推計(H22年2月現在(確定)))

- ・新規申請件数

115. 6万件(平成21年度)

- ・更新申請件数

321. 5万件(平成21年度)

- ・区分変更申請件数

23. 8万件(平成21年度)

※認定支援ネットワークへの報告より

(1, 903市町村中、1, 816市町村が報告)

要介護認定の見直しについて

1. 平成21年4月の見直し

(目的)

- ・最新の介護の手間を反映させる
(例)「オムツ着用」から「排泄誘導」 → ケア量の増加
- ・市町村による認定のバラツキを減少させる
(例) 下肢麻痺あり A市：91.4% B市：43.6%

(内容)

上記事項に則して

- ・コンピュータソフトに用いるデータ更新
- ・調査項目の定義の修正
(例) 糖尿病でつめがない人のつめ切りの介助は「介助されていない」と評価

2. 平成21年4月の見直しの問題点

- ・調査項目の定義の修正に問題があり、軽く判定されるケースが続出するとの不安の声
- (対応)
- (1) 4月～9月は、不安解消のための経過措置を実施
 - (2) 検証・検討会での検証の結果、非該当・要支援1等の軽度の割合が増加していることが確認されたことから再度の見直しの検討

3. 平成21年10月から認定方法を再度見直し

(内容)

- ・調査項目の定義の修正
(例) 糖尿病でつめがない人のつめ切りの介助は四肢の清拭等の代替行為で評価

4. 平成21年10月の見直しの影響について検証

- (1) 自治体間のバラツキが相当程度小さくなった
 - (2) 4月の見直しで影響のあった方に対し、適切な認定となった
 - (3) 4月の見直しに伴う混乱がほぼ終息した
→ 研修の充実によりさらに適切な認定になるとの指摘があり、自治体へ周知した
- ・平成21年4月に行われた要介護認定の見直しに伴う混乱については、ほぼ終息し、検証・検討会は終了

平成21年10月からの見直しの影響の検証について

調査項目(74項目)の選択肢に係る自治体間のバラツキの比較について

○ 自治体間のバラツキは相当程度小さくなった

平成20年10月・11月と平成21年10月・11月の比較

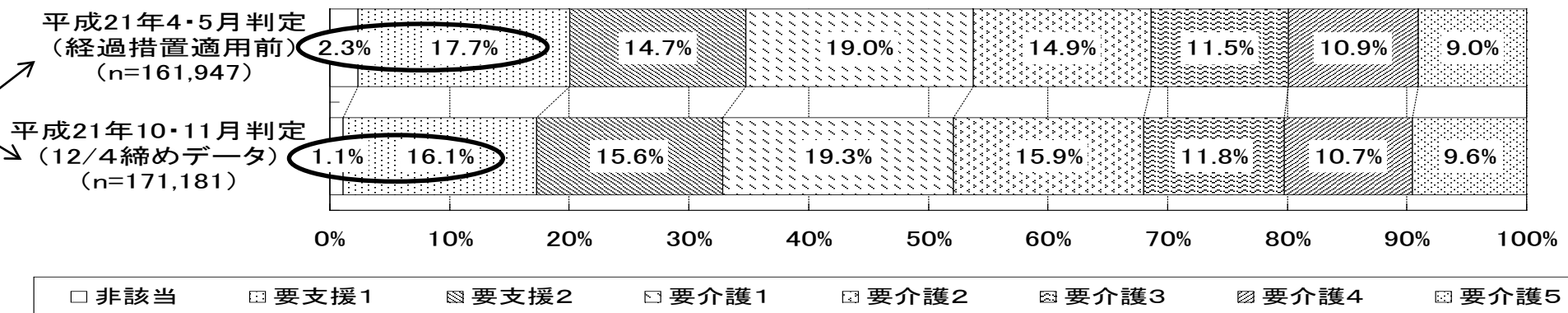
統計学的有意に

- ・バラツキが小さくなったのは33項目
- ・バラツキが大きくなったのは2項目

非該当及び要支援1の割合について

○ 非該当及び要支援1の割合は、4月の見直しから相当程度減少した

非該当及び要支援1の割合が減少



(平成22年1月15日 要介護認定の見直しに係る検証・検討会資料より)

(参考) 調査項目の選択肢に係る自治体間のバラツキの比較

○ 平成20年10・11月、平成21年10・11月の自治体間の項目選択率のバラツキ(標準偏差)を比較

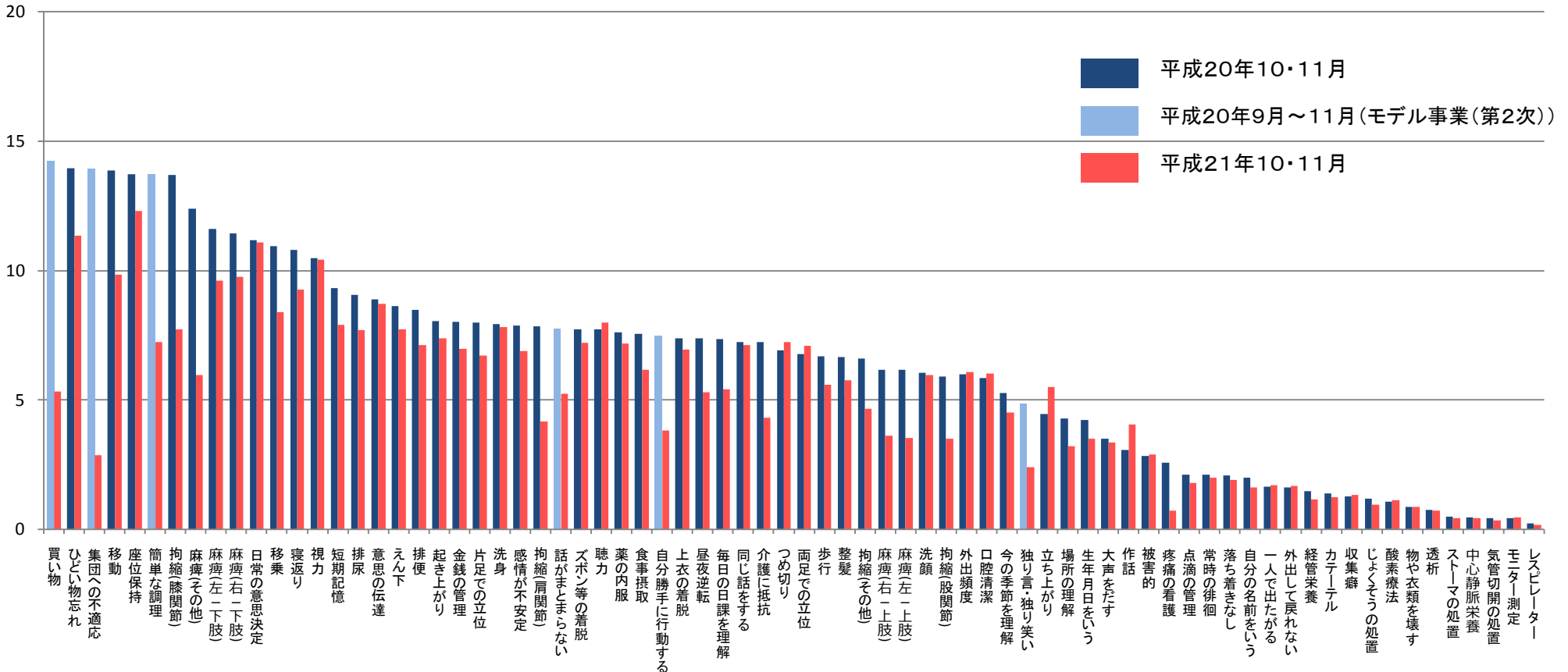
※各調査項目の複数の選択肢のうち、平成20年に自治体間の項目選択率のバラツキが最も大きい選択肢で集計している。

○ 対象:

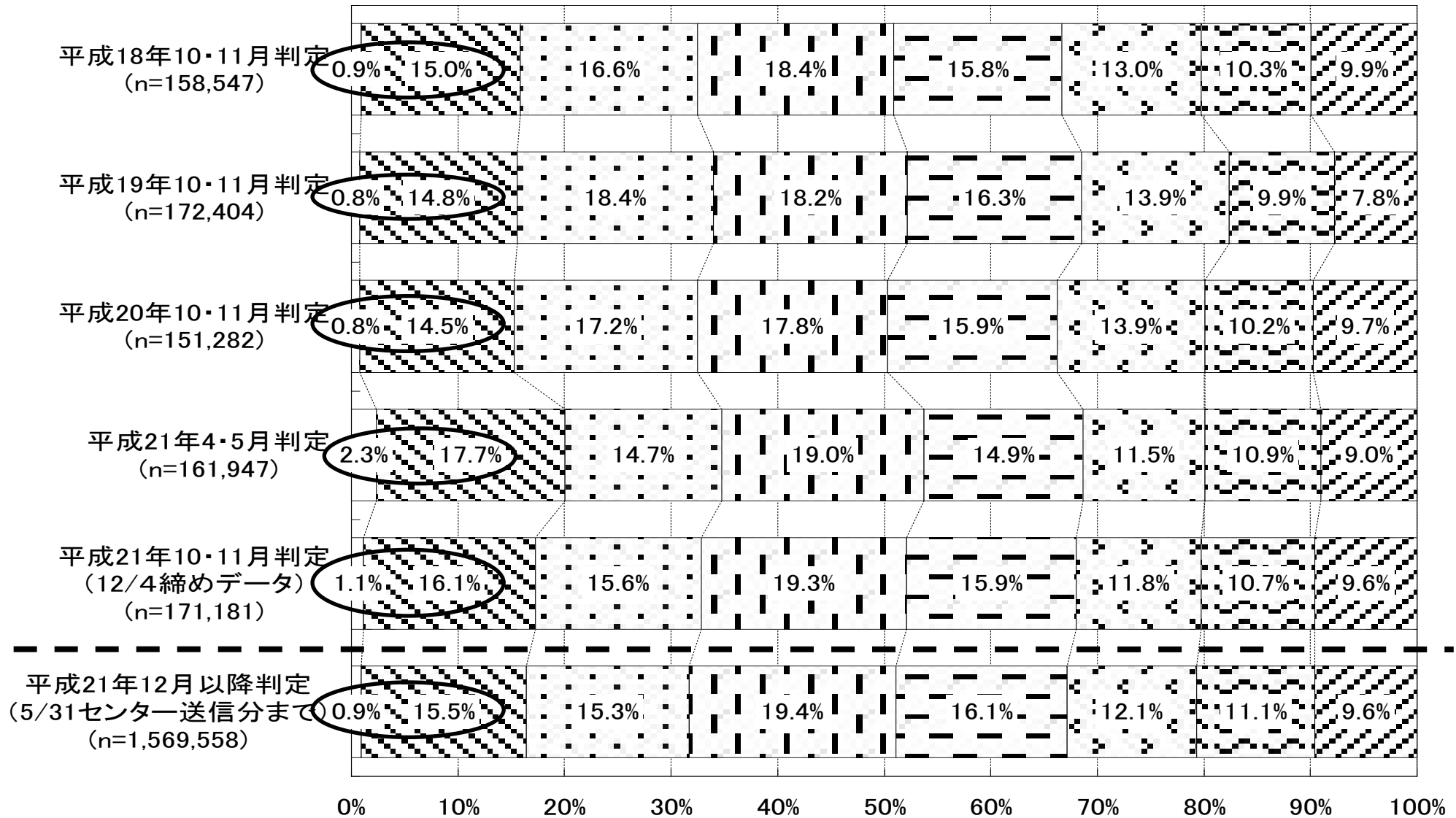
平成20年10・11月、平成21年10・11月の両期間において、認定支援ネットワークに100例以上報告した153自治体

※平成21年4月の見直しによって新たに追加された6項目については、平成20年9月～11月に実施した要介護認定モデル事業(第2次)において30例以上報告した234自治体の項目選択率のバラツキを平成20年データとして使用した。

○ 平成20年10・11月と平成21年10・11月のバラツキを比較して、74項目のうち、統計学的有意にバラツキが小さくなったのは33項目、有意にバラツキが大きくなったのは2項目(有意水準0.05未満)

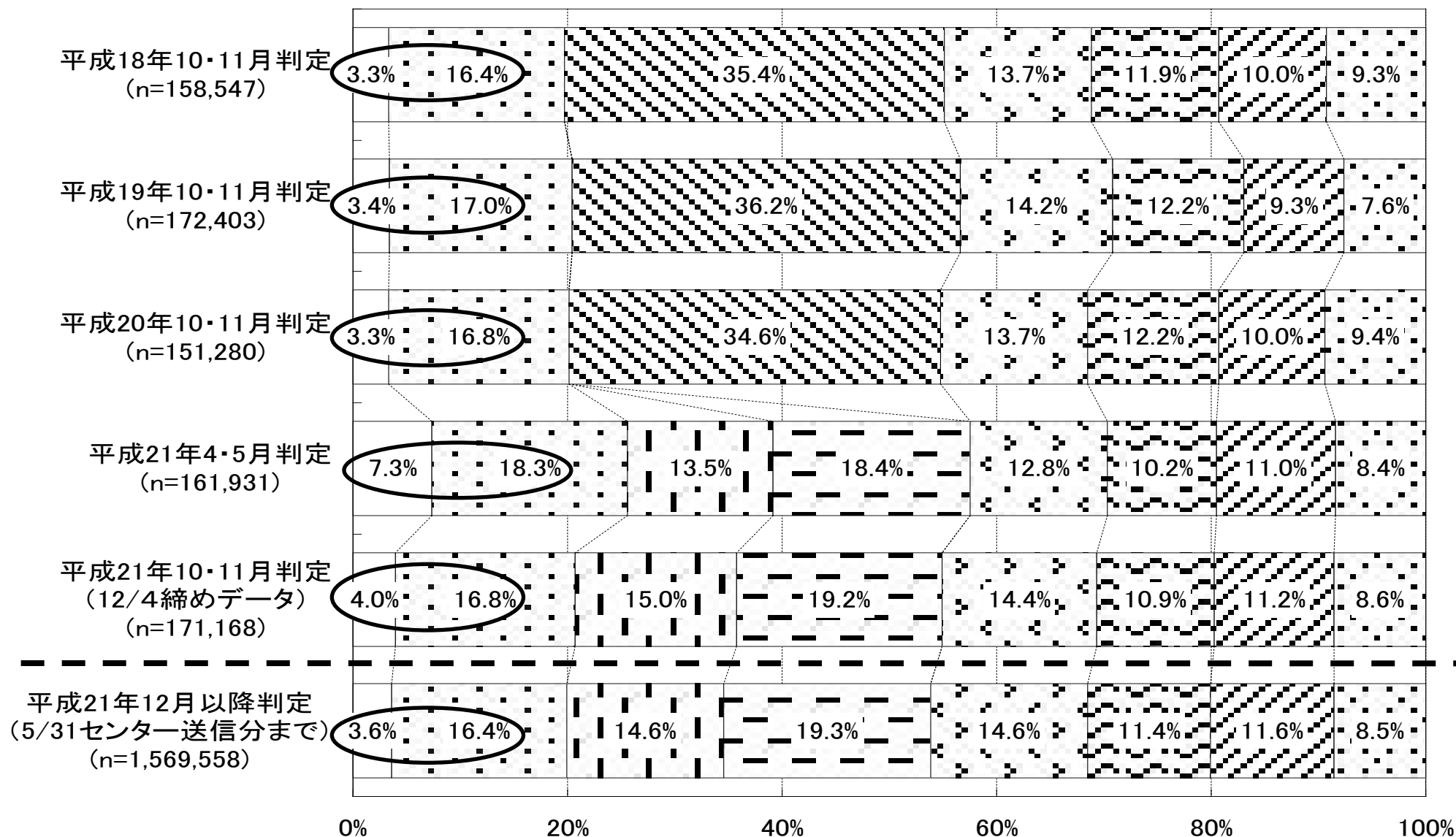


(参考) 検討会以降の二次判定結果の要介護状態区分の比較



☐ 非該当
 ☐ 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

(参考) 検討会以降の一次判定結果の要介護状態区分の比較



☐ 非該当
 ☐ 要支援1
 ☐ 要支援2
 ☐ 要介護1
 ☐ 要介護1相当
 ☐ 要介護2
 ☐ 要介護3
 ☐ 要介護4
 ☐ 要介護5

(参考) 「第4回要介護認定の見直しに係る検証・検討会」 取りまとめ

平成22年1月15日第4回要介護認定の見直しに係る検証・検討会

平成21年10月からの要介護認定方法の見直しに係る検証について

- 平成21年7月28日に開催された、第3回の要介護認定の見直しに係る検証・検討会では、昨年4月の要介護認定方法の見直しにより、非該当者及び軽度者の割合が増加したこと等を踏まえ認定調査員テキストを修正し、修正の考え方や内容を自治体等に十分に周知すべきとした。
また、厚生労働省に対し、見直し後の要介護認定の実施状況について、本検証・検討会に報告するよう求めた。
- 本検証・検討会の指摘を受けて、厚生労働省において、認定調査員テキストが修正され、市町村への情報提供や調査員等に対する研修が行われた上で、昨年10月より市町村等において新たな方法による要介護認定が開始された。今回、その実施状況について、厚生労働省から報告があった。
- まず、昨年4月から9月までに新規に要介護認定申請を行い、非該当者となった方等に対し、市町村から再申請等を勧奨した結果、より適切な要介護認定となった。
4月からの見直しで影響があった方に対し、厚生労働省、自治体等の適切な連携により、迅速な対応が図られ、要介護認定の現場が概ね安定したことについては、一定の評価ができる。
- 次に、要介護認定のバラツキについては、全体的に相当程度小さくなっていることから、平成21年4月以降の見直しによって、要介護認定のバラツキを抑えるという制度改正の目的は一定程度達成できたと考えられる。
- ただし、要介護度別の分布については、昨年4月からの見直しと比べると非該当者及び軽度者の割合は大幅に減少し、概ね同等の分布となったものの、過去3年と比べて一部の軽度者の割合が若干大きくなっていることも事実である。
- 本検証・検討会としては、これらの結果や、特記事項の活用が不十分であると思われる状況などを踏まえ、厚生労働省に対し、今後、各自治体等においてより充実した研修が実施されるよう対応を徹底するとともに、認定調査及び介護認定審査会における特記事項の活用について改めて周知することを求めたい。
- 以上により、平成21年4月に行われた要介護認定の見直しに伴う混乱については、ほぼ終息し、本検証・検討会の目的は概ね達成できたものと判断し、本検証・検討会は、今回で終了することとする。
- なお、今後の要介護認定のあり方等については、介護保険制度全般の見直しに向けた議論の方向性を待って、公開の場で議論を進めていくことが適当である。

(参考) 要介護認定の有効期間について

申請区分等		原則の 認定有効期間	設定可能な 認定有効期間の範囲
新規申請		6ヵ月	3～6ヵ月
区分変更申請		6ヵ月	3～6ヵ月
更新申請	前回要支援 → 今回要支援	12ヵ月	3～12ヵ月
	前回要介護 → 今回要介護	12ヵ月	3～24ヵ月

※認定有効期間の特例

現在、要介護認定の更新申請において、要支援から要介護、要介護から要支援に認定される場合は、新規申請扱いとなるため、認定有効期間は、原則6ヵ月（最大 6ヵ月）となっている。

要介護認定に対するこれまでの指摘事項の概要

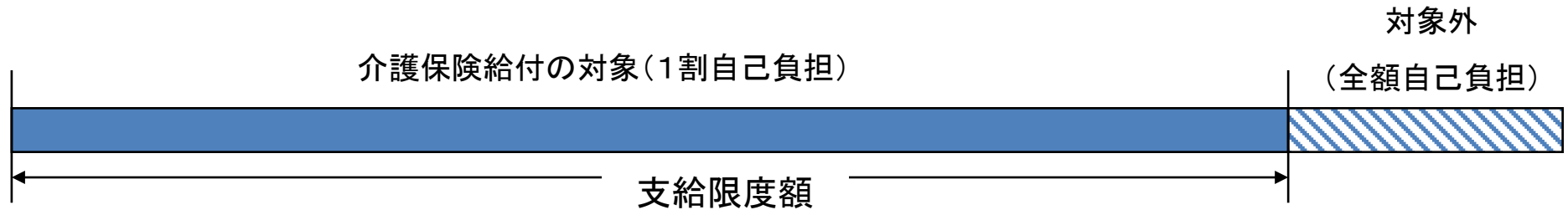
- 経済同友会「2009年度社会保障改革委員会提言」(平成22年6月)
 - ・ 給付の適正化としては、要介護度の認定を客観的な基準の下で行うことが必要である。認定率には地域格差があり、特に軽度ではそれが顕著になっているという指摘もあり、認定における透明性、公平性を高める視点から、認定方法の見直しを行う必要がある。
- 認知症の人と家族の会「介護保険制度改革への提言」(平成22年6月)
 - ・ 要介護認定を廃止する。
 - ・ 介護サービスの決定は、保険者を加えた新たなサービス担当者会議の合議に委ねる。
- 高齢社会をよくする女性の会「こうすればよくなる介護保険」(平成22年4月)
 - ・ 時間と手間がかかりすぎる介護認定を見直し、介護度は3段階とする。将来的には地域包括支援センターなど、公的な責任をもてる機関が要介護認定を担うことが望ましい。加えて、権限と責任を有する専門家の養成が必要となる。
- 大都市介護保険担当課長会議(平成22年2月)
 - ・ 要介護認定事務の一層の効率化を図るため、認定有効期間について、申請区分にかかわらず更に延長すること。
- 介護保険制度に係る書類・事務手続きに関する意見(平成22年7月)
 - ・ 更新認定の有効期間を延長(又は廃止)すべき。要支援と要介護を往き来する場合、事業所との契約の結び直しが負担となるので、手続の簡素化をしてほしい。
- 介護保険部会 池田省三介護給費分科会委員提出資料(平成22年7月)
 - ・ 認定の廃止は介護保険制度を崩壊させ、簡略化も利用者に多大な支障を与えるものである。

- 要介護認定については、保険者が保険給付認定を行うものであり、不可欠な制度であるとの指摘がある一方で、認定事務が繁雑であり簡素化すべき、認定区分の簡素化や廃止を検討すべきなどの指摘があることについてどう考えるか。
- 要介護認定に係る事務の簡素化については、更新申請の際に要支援・要介護をまたぐ場合の認定有効期間の取扱や、認定の有効期間の延長などをどう考えるか。

区分支給限度基準額について

- 在宅サービスについて、利用者の状況に応じた適正なサービスを提供する観点から、必要な居宅介護サービスのモデルを用いて、要介護度毎に区分支給限度基準額を設定。

→ 支給限度額を超えるサービスを受けた場合、超える分の費用は全額利用者負担



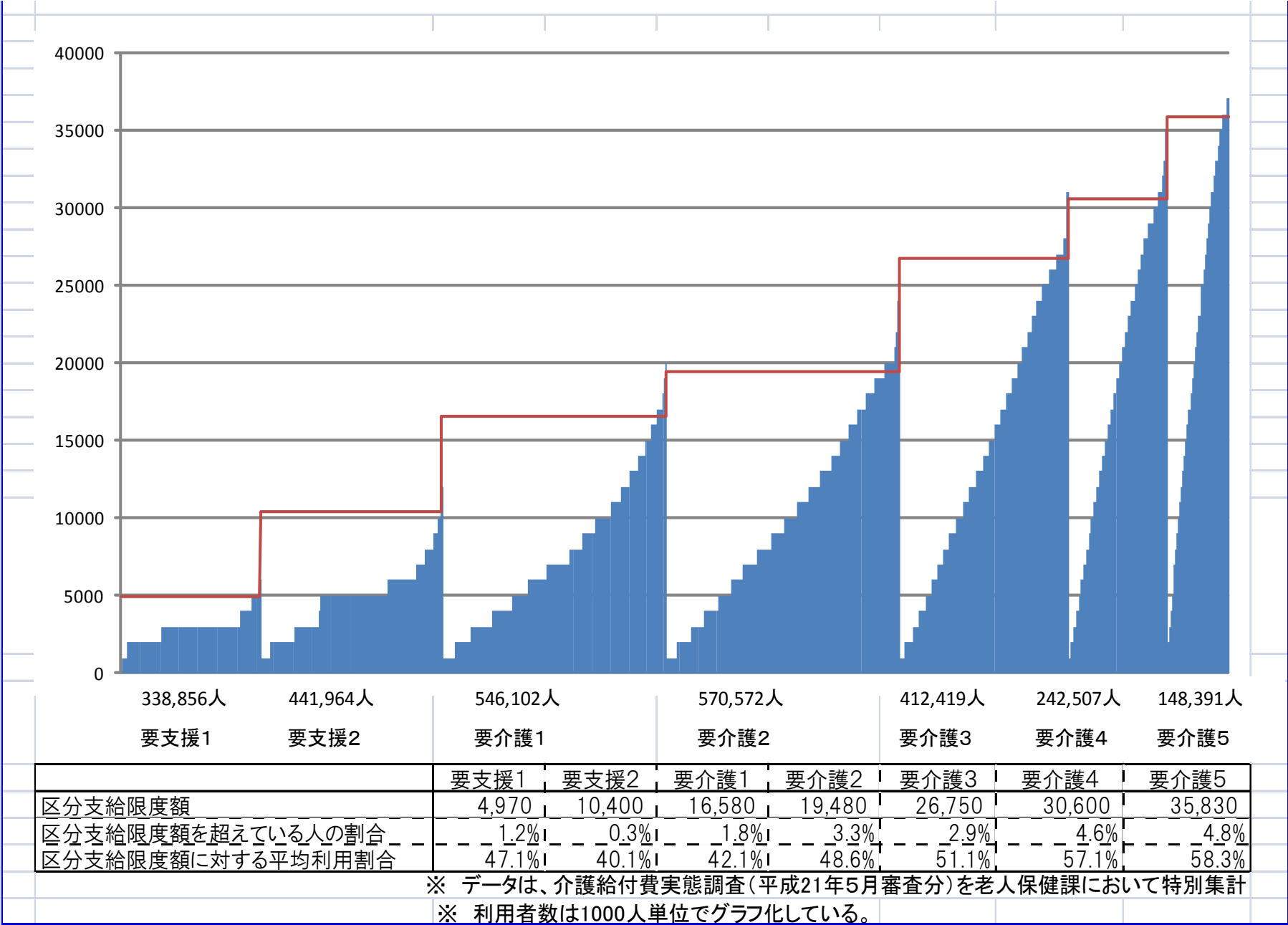
- 要介護度別の支給限度額と平均的な利用率

	支給限度額	受給者1人当たり平均費用額	支給限度額に占める割合
要支援1	49,700(円)	23,370(円)	47.0%
要支援2	104,000(円)	41,420(円)	39.8%
要介護1	165,800(円)	66,480(円)	40.1%
要介護2	194,800(円)	90,590(円)	46.5%
要介護3	267,500(円)	132,550(円)	49.5%
要介護4	306,000(円)	165,270(円)	54.0%
要介護5	358,300(円)	200,840(円)	56.1%

※ 平成22年介護給付費実態調査(3月審査分)を基に作成

(注) 額は介護報酬の1単位を10円として計算。

要支援・要介護度別居宅サービス費用額（H21. 5月審査分）



介護保険サービスを利用する者の実態調査

目的： 区分支給限度額を超えてサービスを利用している者及び限度額の8～9割程度、サービスを利用している者の実態を把握する。

対象： 全保険者(市町村)において、要介護(要支援)度毎に1名の調査票記入をお願い、区分支給限度基準額を超えて介護保険サービスを利用する者及び8～9割程度の利用をしている者それぞれ約10,000名程度(合計20,000名)の情報を収集する。

調査の内容：

- ・ 世帯の状況、居住環境、介護者の状況、疾病の状況、1ヶ月間の介護保険サービスに係る負担額、1ヶ月間に利用したサービス種類・量 等
- ・ 週間ケアプラン及び介護報酬明細書の写しを収集

スケジュール：

6 月 中 調査票の作成及び配布

8 月 中 市町村による調査票の記入
調査票の回収及び集計・分析

9月以降 レセプト情報等の分析

- ・ 区分支給限度額を超えていない利用者(8～9割の利用者)のサービス利用状況
アンケート調査とレセプト情報を突合して行う分析 等

区分支給限度基準額に対するこれまでの指摘事項の概要

- 経済同友会「2009年度社会保障改革委員会提言」(平成22年6月)
 - ・ 在宅で介護を受ける場合は、要介護度別に1ヶ月あたりの支給限度額が決まっているが15、施設で介護を受ける場合は要介護度別の支給額は一律ではない。施設で介護を受ける場合についても、要介護度が同じであれば、在宅介護を受ける場合と支給額を同程度にとどめ、それを超過した費用分は全額自己負担とすべきである。
- 高齢社会をよくする女性の会「こうすればよくなる介護保険」(平成22年4月)
 - ・ 支給限度額内で十分な介護を行え、在住生活が継続できるように限度額を上げる。
- 介護保険を持続・発展させる1000万人の輪「介護保険を持続・発展させるための1000万人の提言」(平成22年3月)
 - ・ 将来的には要介護認定システムをなくし、保険給付の区分支給限度も撤廃することが必要で、ケアマネジャーの質を高めていくことにより実現できると考えます。
- 地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)
 - ・ まず、要介護度区別に区分支給限度基準額の上限を超えてサービスを利用している事例についての実態把握と情報共有を行うべきではないか。
 - ・ 訪問看護、リハビリテーションの必要性について、要介護認定においては個々の申請者のニーズが必ずしも適切に反映されていないのではないかと指摘がある。 かつ、利用者は介護保険と医療保険の双方の保険料を負担している以上、在宅生活を継続するために必要な訪問看護・リハビリテーションについては、区分支給限度基準額の枠外とするなど対応策を検討すべきではないか。

- 重度化しても在宅で住み続けることができるためには区分支給限度基準額の引上げを検討すべきとの指摘についてどう考えるか。
- また、訪問看護やリハビリテーションについて上限の算定から外すべきではないかとの指摘や、医療保険と介護保険の給付対象の整理を見直すべきとの指摘があるが、これについてどう考えるのか。
- 一方、区分支給限度基準額の見直しは保険財政への影響もあり得ることから、見直しに当たっては慎重な検討が必要との指摘がある。
- このため、限度額を超えて利用している者の状態像やサービス利用等の実態を把握した上で、検討すべきではないか。

※ 要介護認定や区分支給限度基準額の基本的な在り方については介護保険部会で検討する必要があるが、具体的な水準や対象範囲などについては、報酬単価の設定とあわせて検討する必要があるため、給付費分科会で審議。

7. ケアマネジャーの在り方

ケアマネジャー（介護支援専門員）の概要①

ケアマネジャー（介護支援専門員）とは

（１）定義

要介護者又は要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者又は要支援者が心身の状況に応じて適切なサービスを受けられるよう、市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者又は要支援者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けた者。

（２）要件等

- ①保健医療福祉分野での実務経験（医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士等）が5年以上である者等が、②介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、③介護支援専門員実務研修の課程を修了した場合に、ケアマネジャーとなることができる。
- ケアマネジャーは、大別すれば、①居宅におけるケアマネジャーと、②施設等におけるケアマネジャーに区分される。

居宅におけるケアマネジャー

（１）業務

ケアプランを作成するとともに、居宅サービス事業者等との連絡調整等や、入所を要する場合の介護保険施設への紹介等を行う。

（２）配置される事業所

居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）

（３）ケアプランの位置づけ

市町村にあらかじめ届け出た上で、ケアマネジャーによって作成されたケアプランに基づき、居宅サービス等の提供を受ける場合、1割の自己負担を払うことでサービスを受けることが可能（現物給付化）。

※ 利用者自身が作成したケアプラン（いわゆるセルフケアプラン）をあらかじめ市町村に届け出た場合も、現物給付化される。

（４）ケアプラン作成に当たっての利用者負担：利用者負担はない。

* 要支援者については、地域包括支援センター等が作成するケアプラン（介護予防サービス計画）に基づいてサービス提供を受けなければ、保険給付がなされない。なお、要支援者についても、いわゆるセルフケアプランをあらかじめ市町村に届け出た上で、当該市町村が適当と認めたときは、保険給付がなされる。

ケアマネジャー（介護支援専門員）の概要②

施設等におけるケアマネジャー

（１）業務

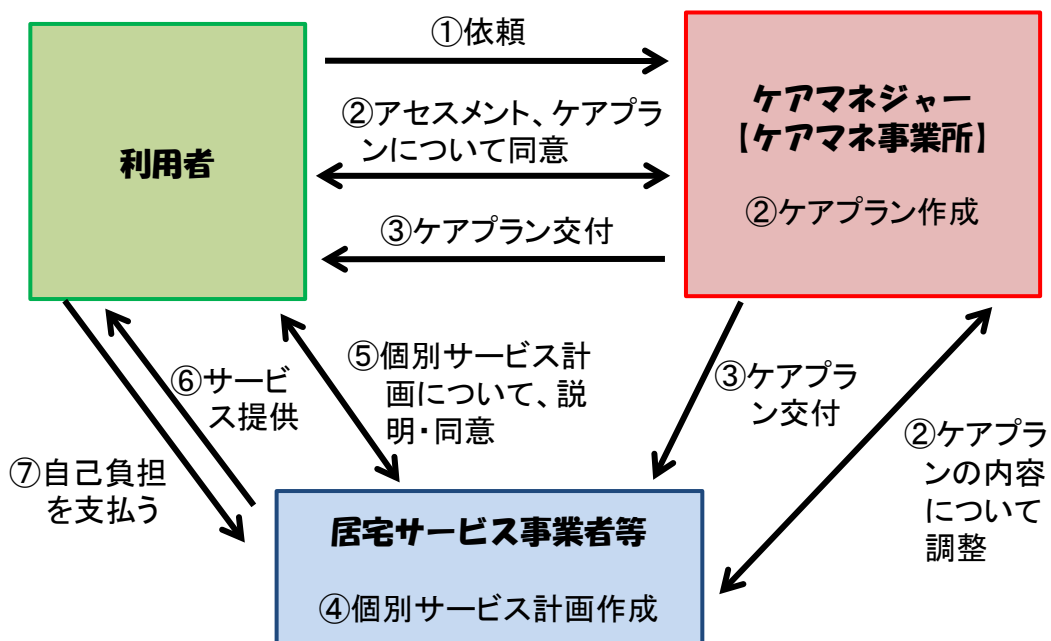
利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題の把握等を行った上で、施設サービス計画等を作成する。
* なお、施設等では、施設サービス計画等に基づき、サービスを実施することとなっている。

（２）ケアマネジャーの配置が義務付けられている施設等の類型

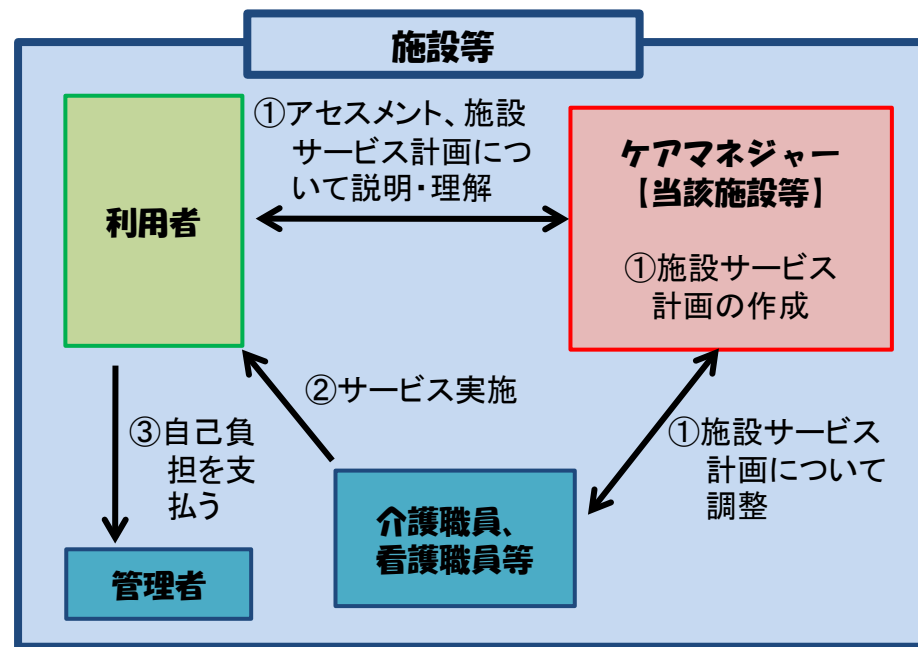
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護

※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護においても配置が義務付けられている。

居宅における業務の流れ（イメージ）



施設等における業務の流れ（イメージ）



* 小規模多機能型居宅介護においては、配置されたケアマネジャーが小規模多機能型居宅介護計画のほか、ケアプランも作成する。

サービス類型ごとのケアマネジャーの従事者数

居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのほか、介護保険3施設・グループホーム・特定施設・短期入所生活介護事業所等に、ケアマネジャーが多く配置されている。

介護支援専門員等の従事者数

(単位:人)

	居宅介護支援事業所	介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	居宅サービス事業所		地域密着型サービス				介護保険施設		
			(介護予防)短期入所生活介護	(介護予防)特定施設入居者生活介護	(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	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
従事者数 (実数)	81,581	7,830	6,321	3,437	1,754	14,270	94	202	10,194	7,044	4,004
従事者数 (常勤換算)	66,209	6,579	2,589	2,389	1,096	8,115	52	120	6,976	5,135	2,399

※1 (介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護については、計画作成担当者の人数。

※2 「計画作成担当者」について、

○(介護予防)特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護では、「専らその職務に従事する介護支援専門員」であること

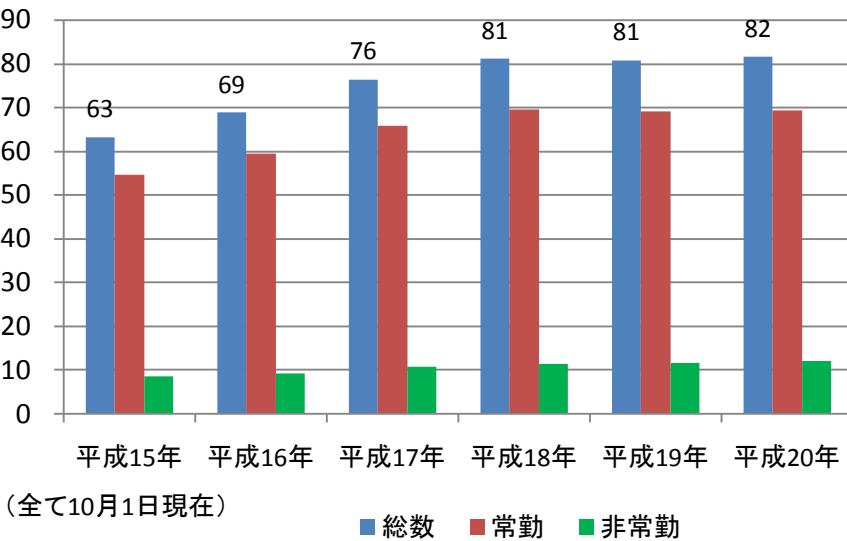
○(介護予防)認知症対応型共同生活介護では、「1以上の者は、介護支援専門員をもって充てなければならない」と定められている。

居宅介護支援事業所に従事するケアマネジャーの従事者数等

- 居宅介護支援事業所における介護支援専門員の従事者数は、増加傾向にあるものの、平成18年から平成20年にかけては、ほぼ一定している。
- 実務研修受講試験の合格者数は、平成13年度以降ほぼ一定している。
- それに対し、介護支援専門員1人当たりの利用者数は大幅に減少しており、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の従事者数及び資格取得者数は、不足していないものと考えられる。

居宅介護支援事業所における
介護支援専門員の従事者数

(千人)

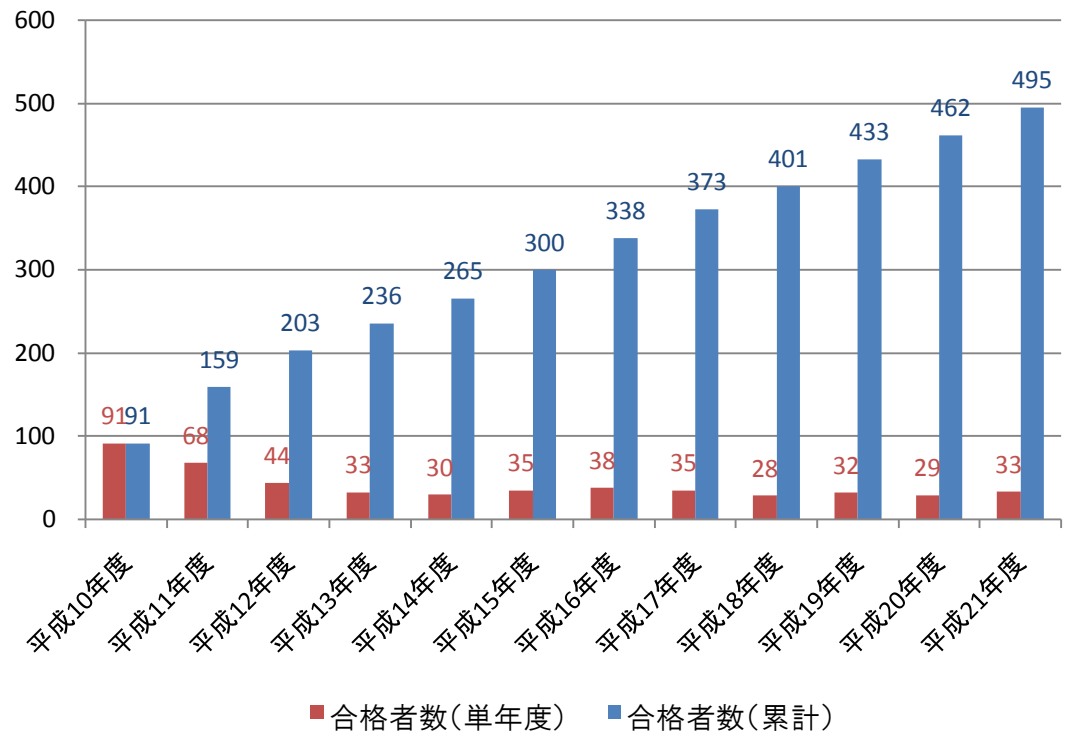


介護支援専門員(常勤換算)1人当たり利用者数

平成14年	平成17年	平成20年
59.3人	37.6人	26.9人

介護支援専門員実務研修受講試験の合格者数

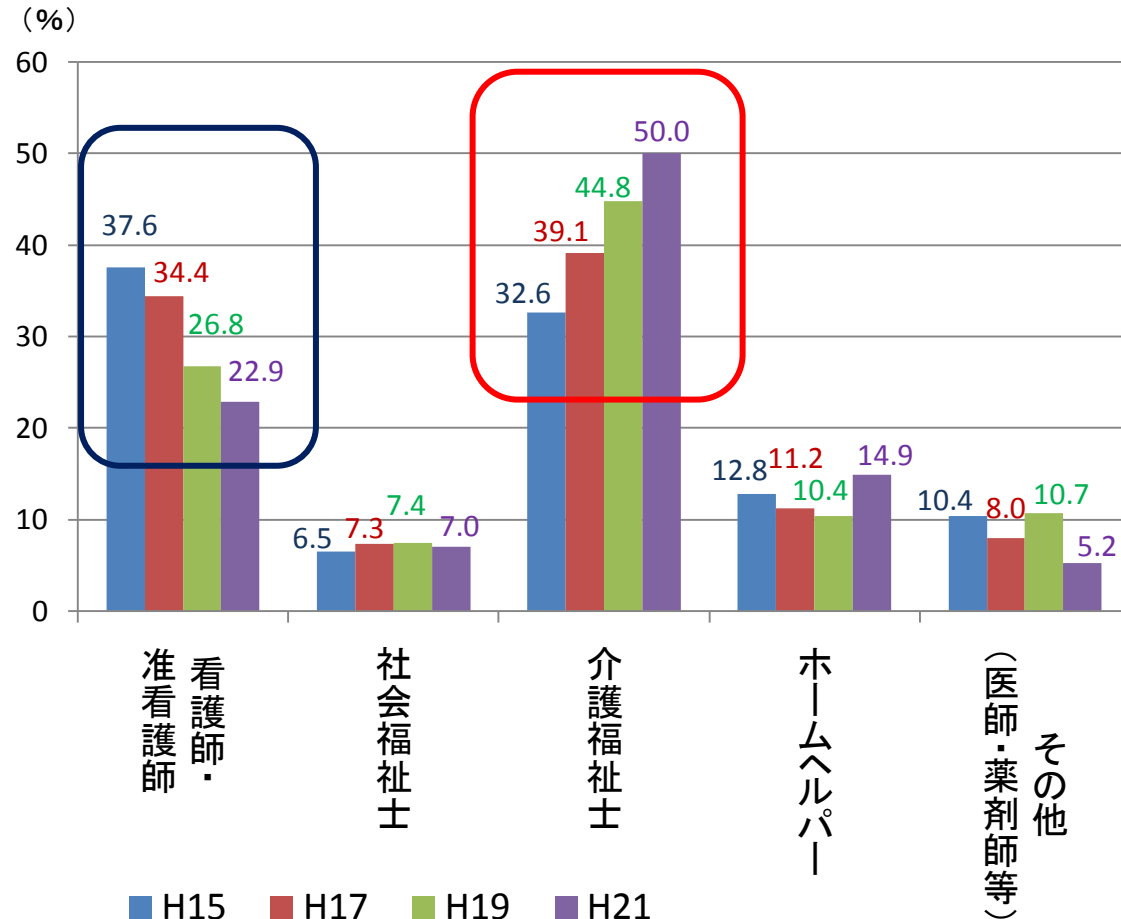
(千人)



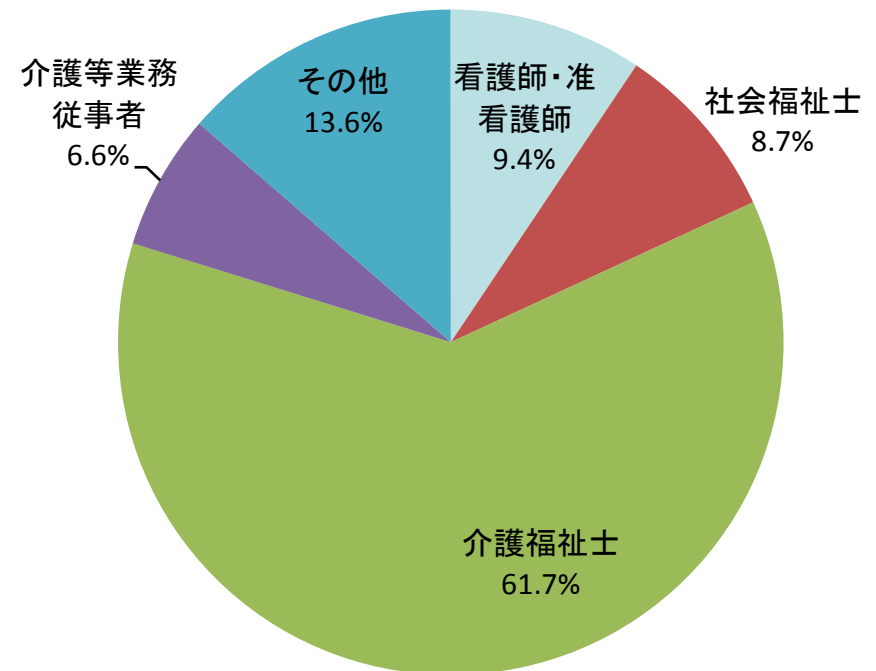
ケアマネジャーの保有資格

- ケアマネジャーの保有資格については、看護師等の医療系資格の保有者が減少し、介護福祉士等の介護系資格保有者の比率が高まっている。
- 直近の試験での合格者の多くは、介護福祉士等の介護系資格保有者であり、看護師等の医療系資格保有者は少ない。

ケアマネ事業所で従事しているケアマネジャーの保有資格

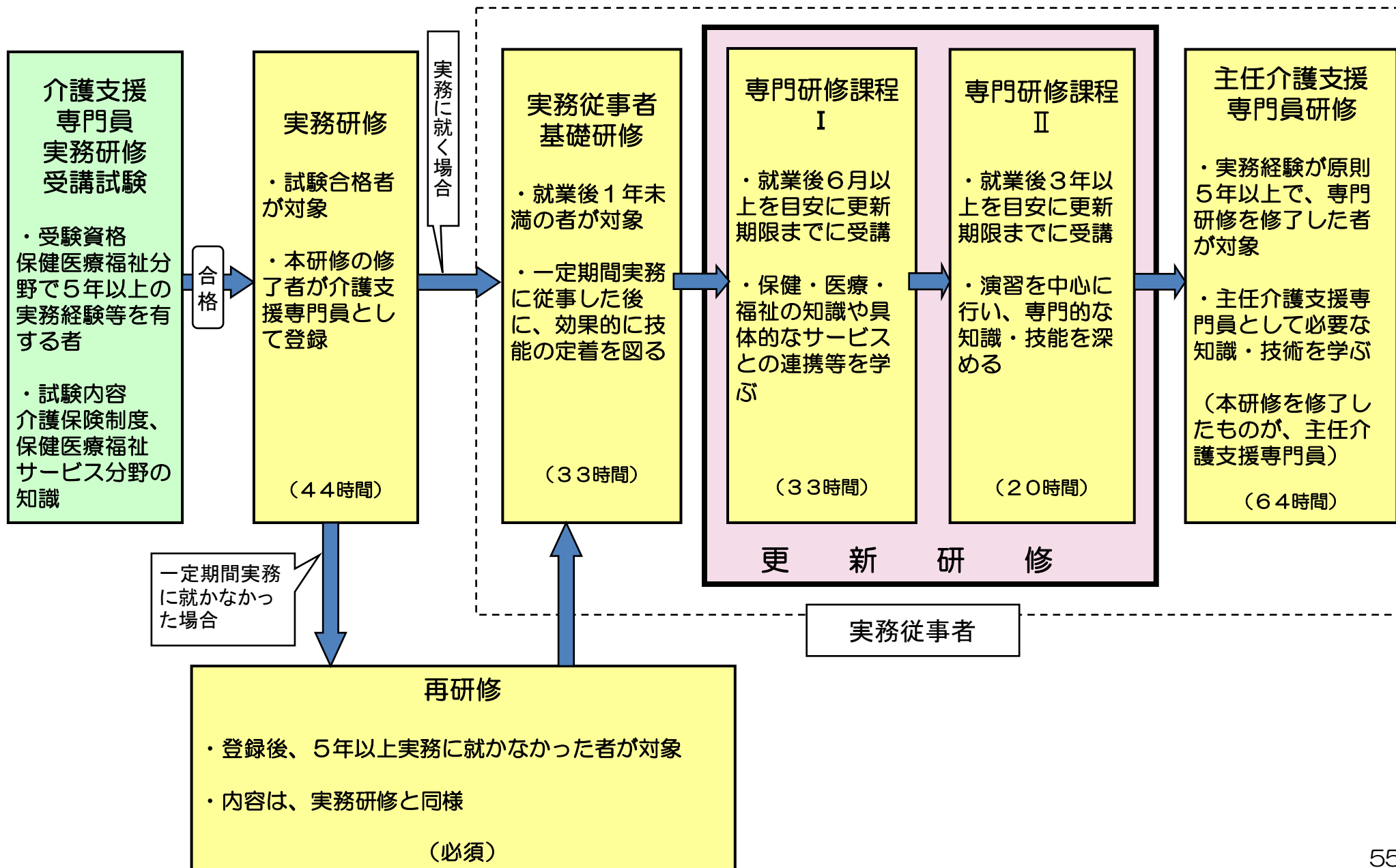


平成21年度介護支援専門員実務研修受講試験の合格者の保有資格



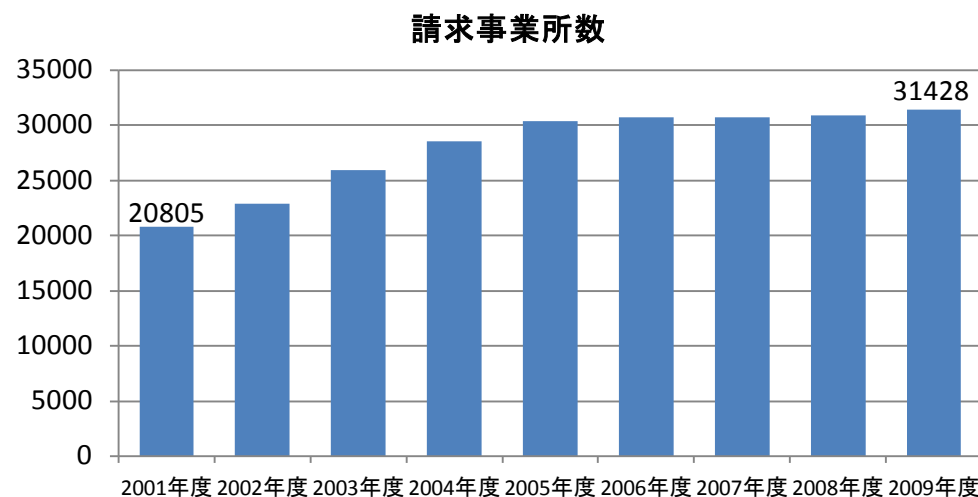
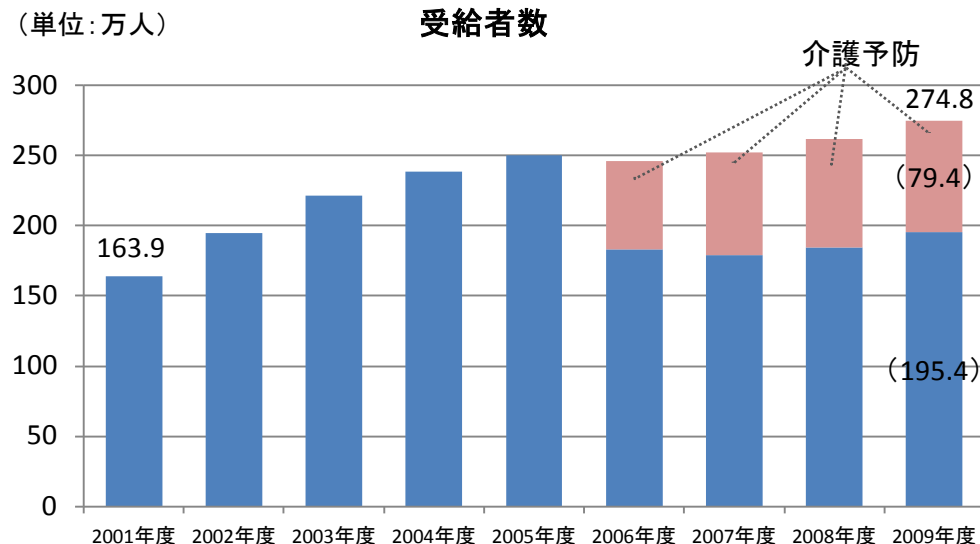
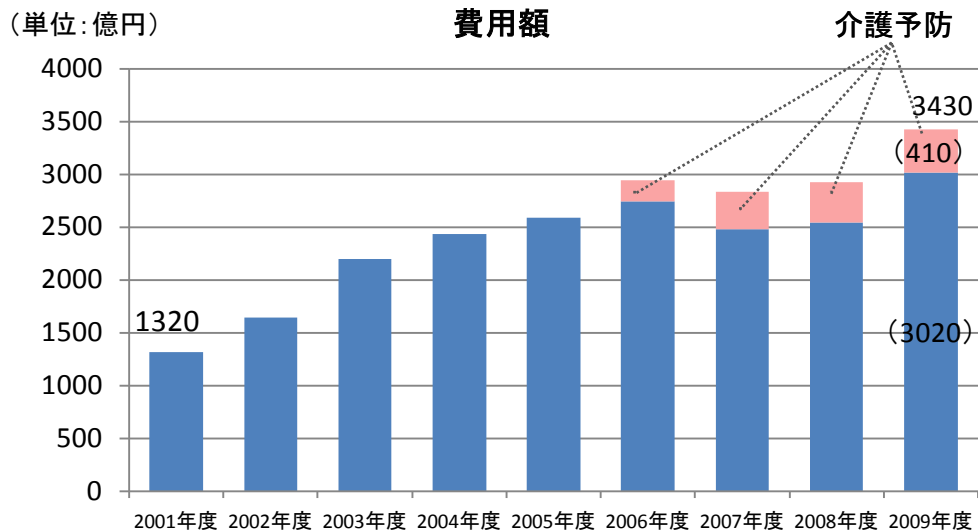
注：同一の者が複数の資格を保有している場合、それぞれの資格ごとに1人とカウントしている。

ケアマネジャーの研修等の体系



居宅介護支援の利用状況

居宅介護支援は増加傾向にあるが、近年は伸びが鈍化する傾向にある。なお、2009年度は、前年度に比べて、費用額が大幅に増加している。



居宅介護支援・介護予防支援の
介護サービス費用額(平成20年度)

(上欄の単位: 億円)

要支援		要介護					合計
1	2	1	2	3	4	5	
166	214	649	678	625	368	229	2928
5.7%	7.3%	22.2%	23.2%	21.3%	12.6%	7.8%	100%

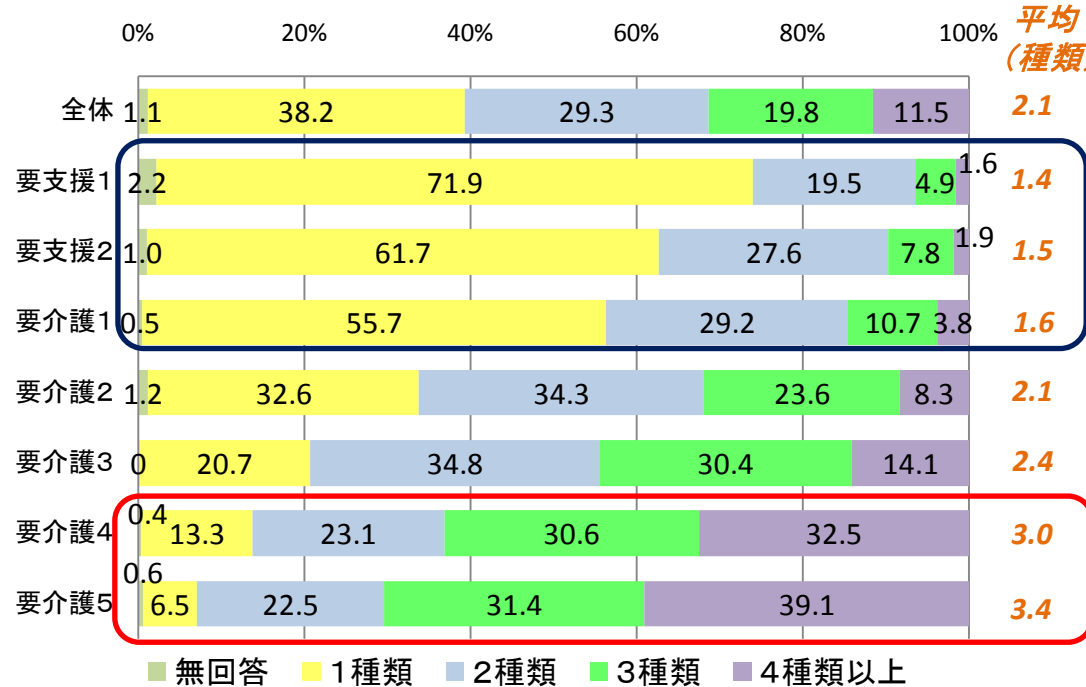
出典: 平成20年度介護給付費実態調査

- 注1) 各年度の費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。
- 注2) 各年度の受給者数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。
- 注3) 各年度の請求事業所数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

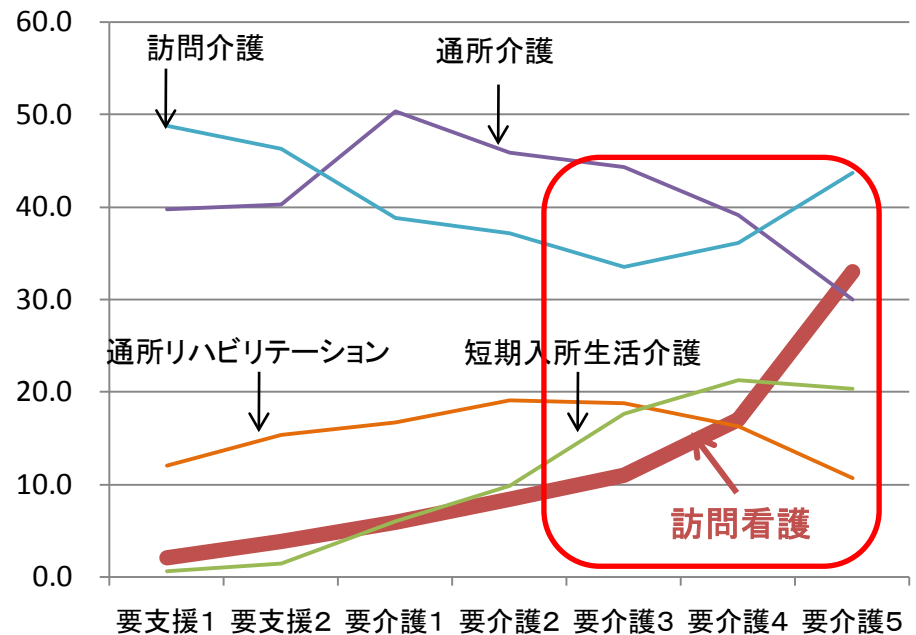
高齢者の状態像とケアマネジメント

- 重度になるほど、複数のサービスを組み合わせて提供する必要が増大する。また、重度になるほど、医療ニーズが高まってくる。したがって、重度者については、ケアマネジメントが適切に行われることが必要であり、その際、医療ニーズも適切に汲み取っていくことが必要である。
- 一方、軽度者については、利用しているサービスの種類が1、2種類に限られている場合が多い。

ケアプランに組み込まれているサービス種類数別の利用者数(要介護度別)



居宅サービス種類別にみた受給者の要介護(要支援)状態区分別利用割合



○ 重度になるほど、複数のサービスを組み合わせて提供することが必要になる。

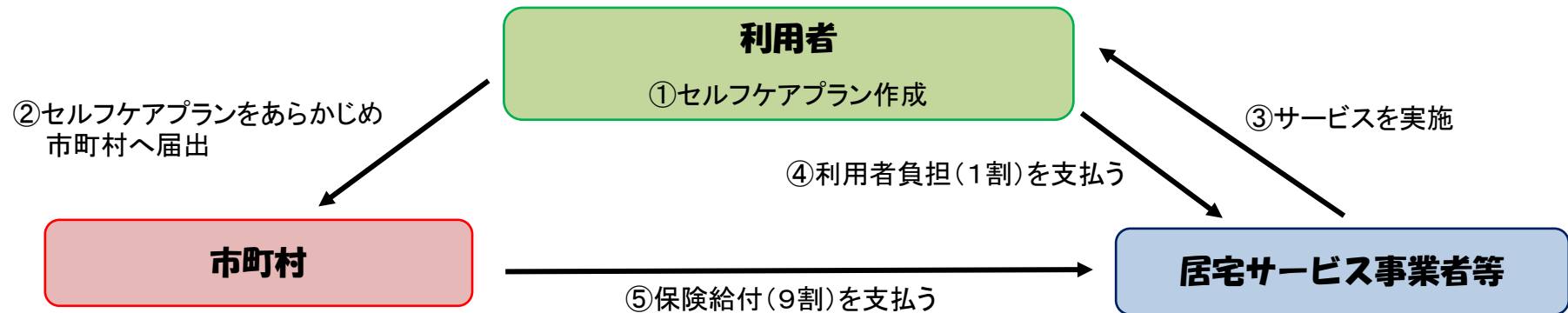
○ 一方、軽度者は、利用しているサービスの種類が1、2種類である場合も多い。

重度になるほど、看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まってくる。

いわゆるセルフケアプランについて

- 利用者自身がケアプランを作成する場合でも（いわゆるセルフケアプラン）、あらかじめ市町村に届け出れば、現物給付化が可能（要支援者の場合も、あらかじめ市町村に届け出た上で、当該市町村が適当と認めたときは、保険給付がなされる）。
- 現状では、セルフケアプランを作成している者は非常に少ない。

1. セルフケアプランの作成手順



※ 要支援者については、セルフケアプランをあらかじめ市町村に届け出た上で、当該市町村が適当と認めたときは、保険給付がなされる。

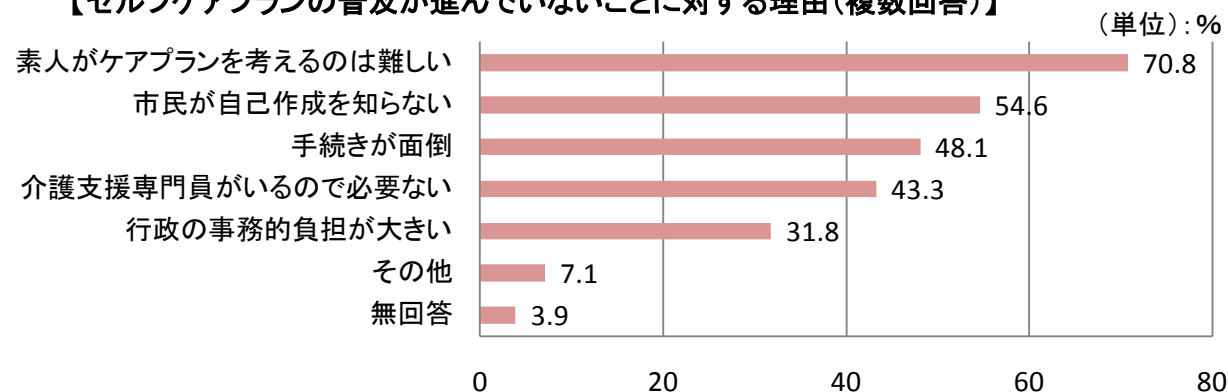
2. セルフケアプランの作成状況

①要介護者：0.01%（234.9万人中312人）

②要支援者：0.04%（82.8万人中360人）

※全国マイケアプラン・ネットワークのアンケート調査（平成21年7月）の結果による。この調査では、全国1,629市町村のうち、896市町村から回答があった。

【セルフケアプランの普及が進んでいないことに対する理由（複数回答）】



資料出所：全国マイケアプラン・ネットワーク「ケアプランの自己作成についての実態調査と自己作成の健全な普及に向けての課題と施策の研究事業報告書 全国保険者調査から見てきたケアプラン自己作成の意義と課題」（平成22年3月） 58

ケアマネジャーの公正・中立性の確保について

これまで、制度改革や報酬改定により、ケアマネジャーの公正・中立性を確保するための対策を講じてきた。

【平成17年介護保険制度改革】

- 更新制（5年）の導入。
- 主任ケアマネジャーを導入。
- ケアマネジャー1人あたりの標準担当件数を「50件」から「35件」へ変更。
- 居宅介護支援事業所の管理者をケアマネジャーに限定。

【平成18年報酬改定】

- 特定事業所集中減算の創設：正当な理由なく、特定の事業所に偏るケアプランを作成した場合は減算。
- 特定事業所加算の創設：中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行ったり、専門性の高い人材を確保するなど、質の高いケアマネジメントを実施している事業所に対して加算を実施。

【平成21年度報酬改定】

- 特定事業所加算をより取得しやすくするため、特定事業所加算Ⅱを創設

【介護給付適正化事業（ケアプラン点検）の実施】

- 不適正な報酬算定等の発見、ケアプランの質の向上等のために、各保険者において、介護給付費適正化事業としてケアプランの点検を実施（実施保険者の割合 平成19年度：38.0% → 平成20年度：45.1%）
- 実施した保険者の15%は過誤申立ての発見に繋がったと回答。

【居宅介護支援事業所の不正への対応について】

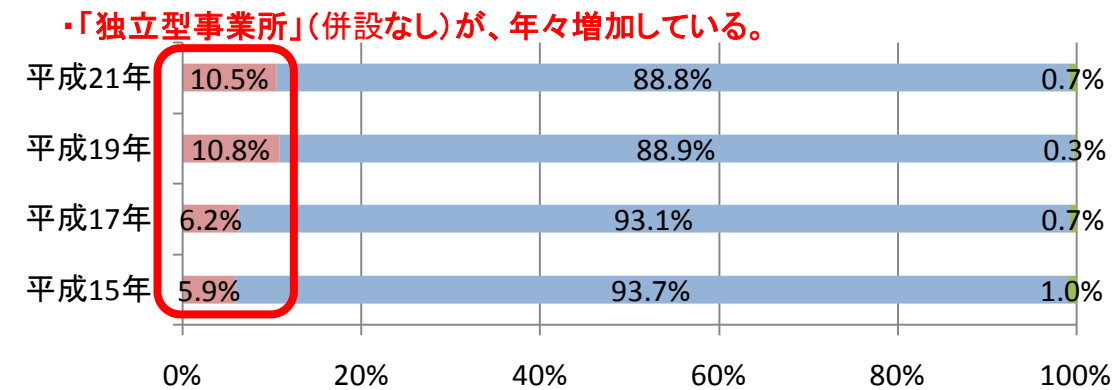
- 居宅介護支援の公正・中立の原則の遵守、利用者が自らの選択に基づきサービスが提供されるように特定の居宅サービス事業者から金品等の収受を受けた場合、指定取消をできることになっている。

※平成12～20年度までに指定取り消しのあった居宅介護支援事業所数：161事業所（全体：699事業所）

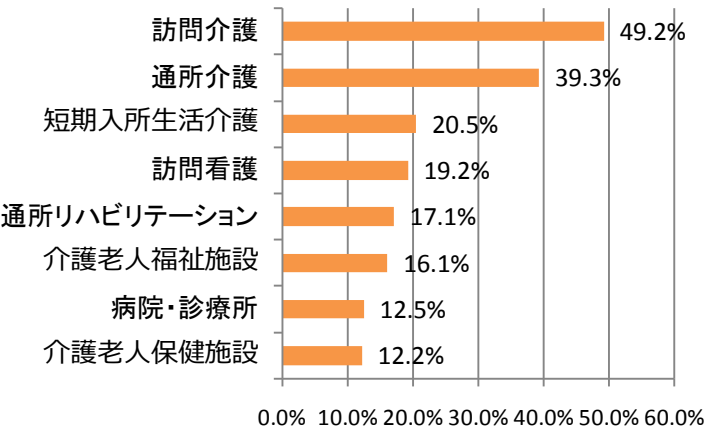
居宅介護支援事業所の状況（独立型・併設型）

- いわゆる独立型事業所は10%強だが、増加傾向にある。
- 利用者のケアプランに組み込まれている併設サービスの状況を見ると、「併設サービスのみ利用」は、年々、減少している。また、「併設以外のみを利用」比率が最も高くなっているとともに、その割合が増加してきている。また、サービス種類数が少ない方が「施設サービス利用」の比率が高くなっている。

○独立型事業所（併設施設なし）・併設型事業所（併設施設あり）の割合



【参考】併設先事業所の併設先施設・事業所（主なもの）



○サービス種類数別にみた併設サービス利用状況

- ・ 「併設サービスのみ利用」が、年々減少している。
- ・ 「併設以外のみ利用」の比率が最も高いとともに、「併設以外のみ利用」の割合が増加してきている。
- ・ サービス種類数が少ない方が、「併設サービスのみ利用」の比率が高くなっている。

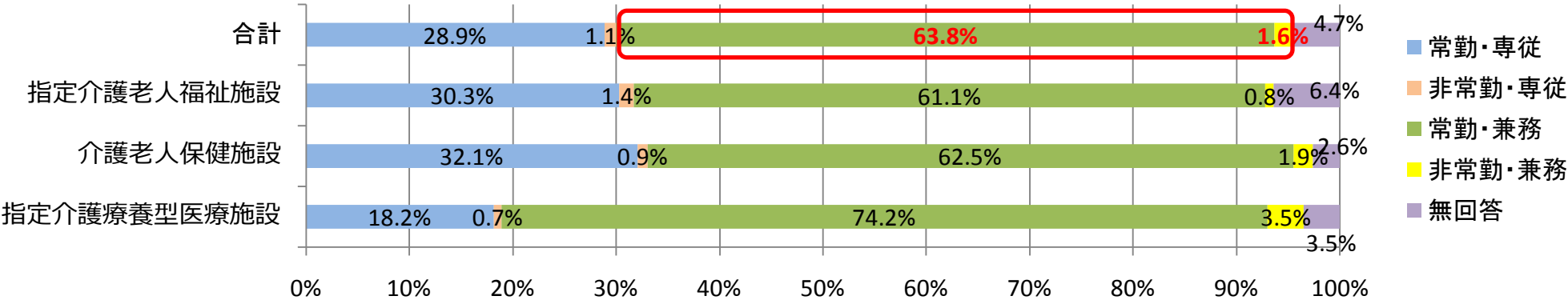
	全 体	併設サービスの のみ利用	併設及び併設以外 を利用	併設以外のみ 利用	無回答
1 種 類	100.0	37.3	3.4	43.2	16.1
2 種 類	100.0	16.6	36.3	34.8	12.2
3 種 類	100.0	3.9	49.1	37.1	9.9
4種類以上	100.0	2.0	58.4	31.8	7.8
合計(H21.11)	100.0	20.2	28.5	37.8	13.5
第4回調査(H19.11)	100.0	21.6	27.6	37.2	13.6
第3回調査(H17.11)	100.0	25.7	33.1	33.5	7.6

※出典：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成21年・19年・17年・15年：株式会社三菱総合研究所)

施設ケアマネジャーの勤務形態（特養・老健・介護療養の場合）

- 施設ケアマネについては、兼務の場合が多く、なかでも、看護職員・介護職員といった直接ケアを提供している者と兼務している場合が多い。また、総勤務時間のうちの介護支援専門員としての勤務時間の割合は、平均すると46.9%程度であり、25%未満である場合も4割程度ある。
- 特養・老健・介護療養等では、施設ケアマネの配置が義務付けられているが、必ずしも役割が明確化しているとはいえないと考えられる。

施設ケアマネの勤務形態（専従／兼務など）



他の業務と兼務している場合の兼務形態

	相談員	看護職員	介護職員	その他
介護老人福祉施設	36.2%	10.6%	48.6%	8.6%
介護老人保健施設	24.4%	34.9%	33.7%	9.9%
介護療養型医療施設	7.1%	75.3%	11.8%	10.4%
合計	26.4%	31.3%	36.6%	9.3%

総勤務時間のうち介護支援専門員としての勤務時間の割合

	25%未満	25%以上 50%未満	50%以上 75%未満	75%以上	平均値
介護老人福祉施設	35.2%	13.7%	14.8%	26.8%	47.7%
介護老人保健施設	34.9%	11.5%	13.1%	33.1%	52.1%
介護療養型医療施設	56.3%	12.6%	8.7%	17.6%	34.2%
合計	38.7%	12.7%	13.2%	27.4%	46.9%

研究会・団体等からの指摘事項

○ 経済同友会「2009年度社会保障改革委員会提言」(平成22年6月)

* 「Ⅲ. 介護サービスの提供のあり方」(3)医療と介護の連携強化」

今後、医療を必要とする要介護者は一層増加すると考えられる。医療と介護それぞれのサービスのコーディネートや、双方の知識を必要とするケアが求められようになるなかで、それらに対応できる介護支援専門員(以下、ケアマネジャー)や介護福祉士の育成が必要である。

* 「Ⅳ. 介護事業発展のための施策」(2)ケアマネジャーの独立性、専門性の向上」

ケアマネジメントの強化や利用者の主体性を尊重したケアプランの作成を行うためには、ケアマネジャーの独立性や介護、医療に関する専門性を高めなければならない。加えて、ケアマネジャーの利用においても自己負担を設け、利用者との直接契約を可能にするといった、ケアマネジャーを能力に応じて評価、処遇する仕組みを構築するべきである。

なお、ケアマネジャーの独立性や専門性を向上させる過程では、現状のケアマネジャーの不足にも考慮し、業務と専門性向上のための研修等が両立可能な環境を整える等の対応も求められよう。

○ 地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)

- ・ (略)介護支援専門員は利用者や家族の意向を尊重するだけでなく自立支援に向けた目標指向型ケアプランを作成し、利用者や家族の合意を形成していく能力が求められる。そのための研修の見直しや講師養成の在り方を検討することが必要である。
- ・ (略)自立支援型のケアマネジメントが推進されるよう、居宅介護支援に利用者負担を導入することも検討すべきではないか。
- ・ 介護支援専門員の資質の向上を図るため、医療・リハビリテーションに関する知識、他制度との連携方策、自立支援型のケアマネジメントの習得という観点から、介護支援専門員に係る現行の試験・研修についての見直しを行うべきではないか。また、介護支援専門員関連の研修の充実という観点から、研修内容や講師の資質の向上が必要ではないか。
- ・ サービスの評価とともに、ケアプラン(ケアマネジメント)の評価を行うべきではないか。

- ケアマネジャーの資質の向上、中立性・独立性の確保の在り方について、どう考えるか。
- 複数サービスを必要とする重度者に対して適切にケアマネジメントを行うという観点から、ケアマネジャーの資質の向上を図るべきではないか。特に、重度者は医療ニーズが高いことから、医療ニーズも汲み取ったケアマネジメントを推進すべきではないか。
- 一方、軽度者については、予防に向けたケアマネジメントの推進を図るべきではないか。
- 施設等におけるケアマネジャーの配置や役割について、どう考えるか。