

2 介護保険制度の改正の考え方

(平成18年度地域包括支援センター職員研修(初任者研修) 資料より)

平成18年度

地域包括支援センター職員研修(初任者研修)

介護保険制度の改正の考え方

～明るく活力ある地域社会の構築を目指して～

厚生労働省老健局

これまでの経緯

1997年12月	介護保険法成立
2000年4月	介護保険制度施行
2003年4月	介護保険料の見直し、介護報酬の改定
5月	「施行5年後見直し」の検討開始
	■
2005年2月	介護保険法改正案国会提出
6月	介護保険法改正案国会成立
	■
2005年10月	改正法の一部(施設給付見直し)施行
2006年4月	改正法の施行 介護報酬・介護保険料の改定

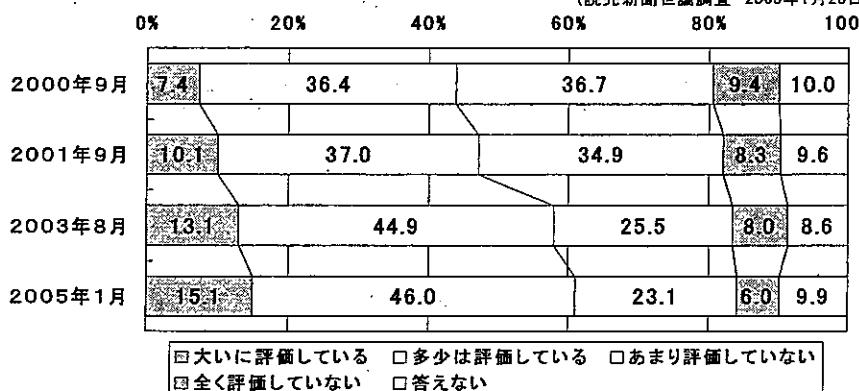
制度に対する評価

①

- 介護保険制度の施行以降、制度を評価する割合が増えている。
- 2005年1月では、制度を評価する割合が6割に達している。

「介護保険制度を評価しているか」との問い合わせに対する回答

(読売新聞世論調査 2005年1月28日朝刊)



制度に対する評価②

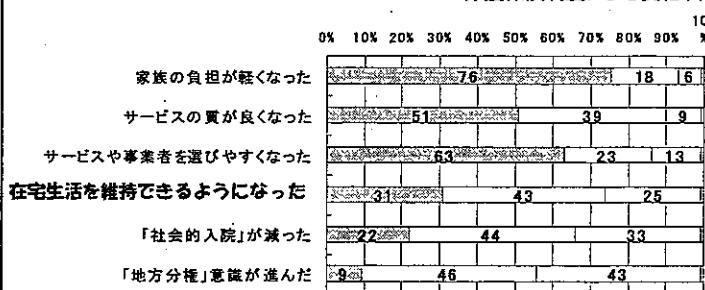
創設時の懸念

家族の介護負担

→家族の介護負担軽減につながらないのではないか。

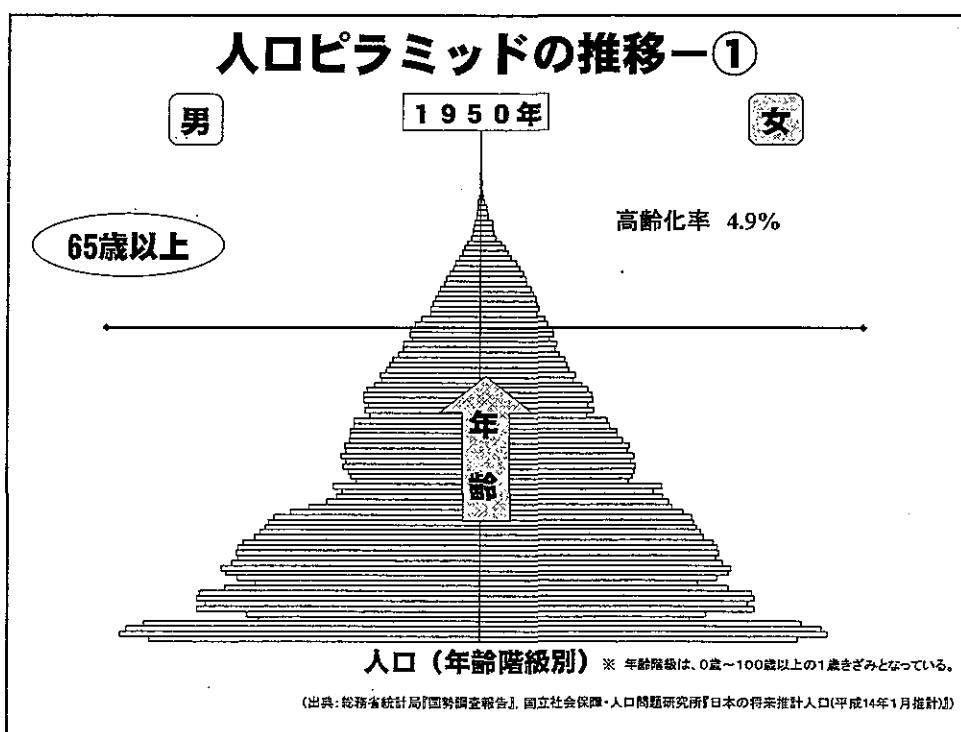
介護保険による家族の負担軽減を評価する声

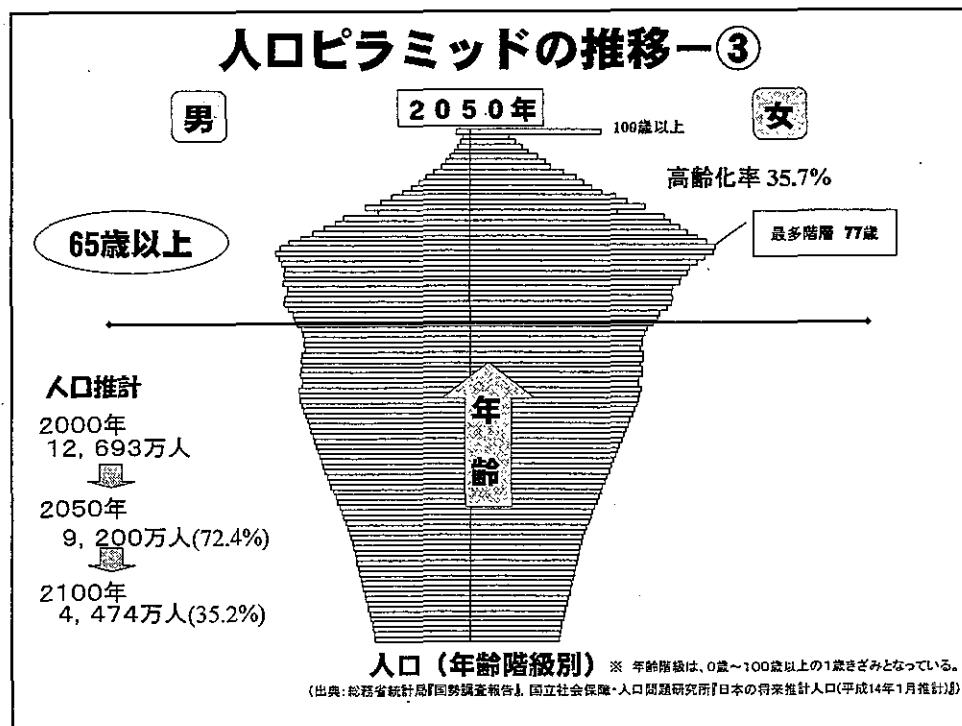
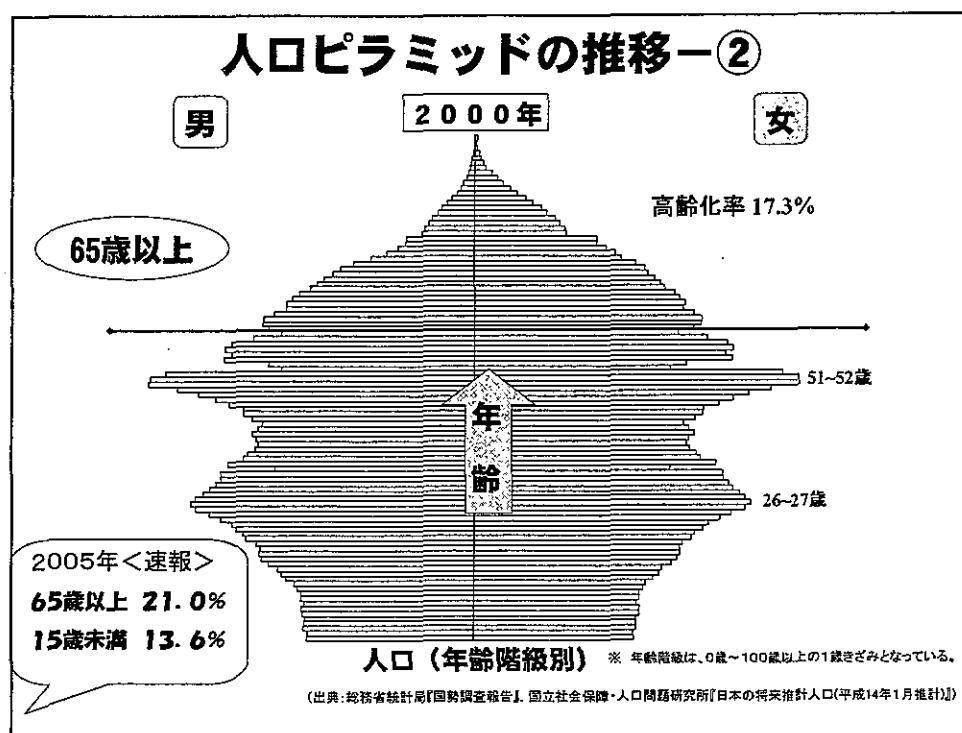
介護保険制度による変化(市町村の評価)



出典) 読売新聞全国自治体アンケート調査
調査対象 全国3,204市町村
(有効回収数2,898市町村)
調査期間 平成15年9月

介護保険制度改正 の背景





超少子高齢化社会の影響

○経済社会への影響

- 1) 社会保障費用の増大
- 2) 労働力不足
- 3) 経済活動の停滞
- 4) 住宅難の解消
- 5) 受験戦争の緩和

○家族への影響

- 1) 家族規模の縮小
- 2) 家族ネットワークの縮小
- 3) 育児・介護負担増大

○地域社会への影響

- 1) 過疎高齢化
- 2) 地域活力の喪失
- 3) 地域社会の脆弱化

○深刻化する介護問題

- 1) 介護の長期化
- 2) 老老介護
- 3) 女性の自立
- 4) 介護虐待、心中

2015年の高齢社会像

○高齢者人口の「ピーク前夜」へ

→ 2015年には「ベビーブーム世代」が前期高齢者(65~74歳)に到達し、その10年後(2025年)には高齢者人口がピーク(約3500万人)を迎える。

○認知症高齢者が「250万人」へ

→ 認知症高齢者(現在約150万人)が、2015年には250万人になると推計される。

○高齢者の一人暮らし世帯が「570万世帯」へ

→ 2015年には、高齢世帯は約1700万世帯に増加。そのうち一人暮らし世帯は約570万世帯(約33%)に達する。

○「高齢者多死時代」へ

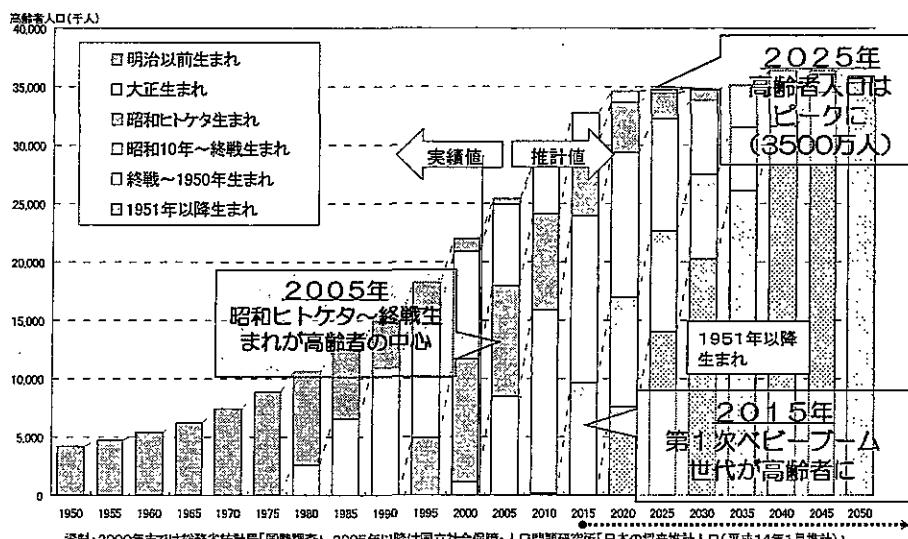
→ 年間死亡者数(現在約100万人)は今後急増し、2015年には約40%増の約140万人、2025年には約160万人に達する。

○今後急速に高齢化するのは都市部。

→ 今後急速に高齢化が進むのは、首都圏をはじめとする「都市部」「住まい」の問題を含め、高齢化問題は従来と様相が異なってくる。

世代別に見た高齢者人口の推移

⇒ 本格的な超高齢社会の「入り口」



認知症高齢者の増加

要介護者の認知症老人 自立度 (2002年9月末現在)	要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位:万人				
		居宅	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総 数	314	210	32	25	12	34
再掲	認知症自立度Ⅰ以上	149	73	27	20	10
	認知症自立度Ⅱ以上	169	106	40	13	22

※ ()は、認知症高齢者自立度がⅢ以上で、かつ、障害老人自立度が自立、J、Aの者の再掲

将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
認知症自立 度Ⅱ以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
認知症自立 度Ⅲ以上	79	90	111	135	152	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※ 下段は、65歳以上人口比(%)

※ 2002年9月末についての推計。

※ 「その他の施設」: 医療機関、グループホーム、ケアハウス等

(単位:万人)

高齢者世帯の将来推計

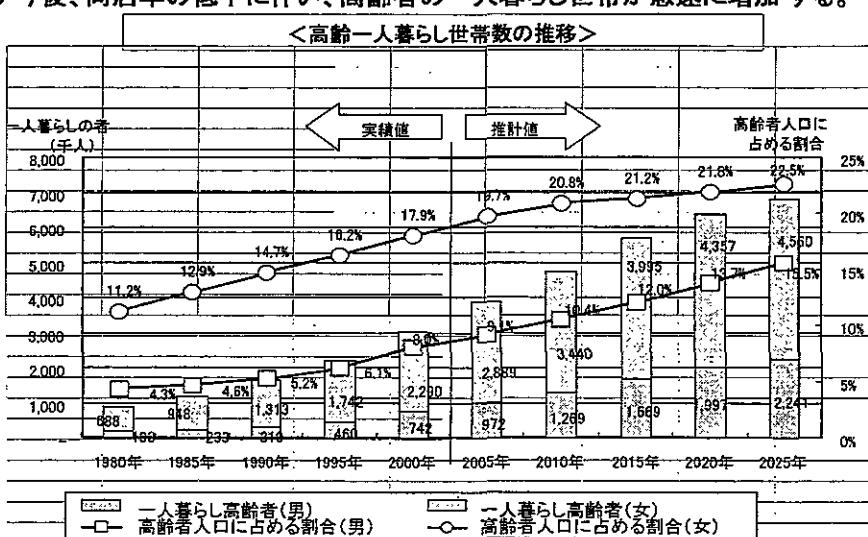
単位:世帯数(万世帯)

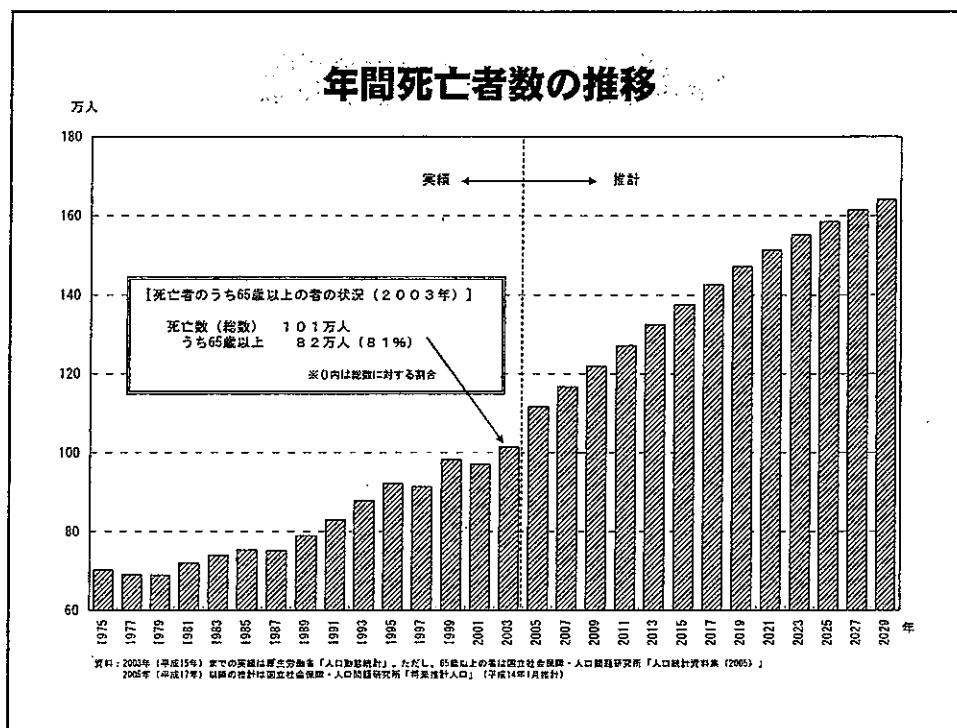
	2000	2005	2010	2015	2020	2025
単独	303 (27.2%)	386 (28.9%)	471 (30.6%)	566 (32.2%)	635 (34.4%)	680 (36.9%)
夫婦のみ	385 (34.6%)	470 (35.1%)	542 (35.2%)	614 (34.8%)	631 (34.2%)	609 (33.1%)

括弧内は高齢者世帯(世帯主が65歳以上の世帯)に占める割合

高齢一人暮らし世帯の増大

○ 今後、同居率の低下に伴い、高齢者の一人暮らし世帯が急速に増加する。





今後急速に高齢化が進む都市部

- 今後急速に高齢化が進むのは、首都圏をはじめとする「都市部」。
都市部においては、高齢期の「住まい」などが大きな課題となる。

都道府県別の高齢者人口の推移

	2002年時点の高齢者人口(万人)	2015年時点の高齢者人口(万人)	増加数(万人)と増加率(%)	増加率順位
埼玉県	100	177	77(+78%)	1
千葉県	93	157	64(+68%)	2
神奈川県	130	209	79(+61%)	3
愛知県	112	172	60(+54%)	4
大阪府 (東京都)	144	219	75(+52%)	5
	209	297	89(+43%)	9
佐賀県	19	22	3(+17%)	43
秋田県	30	34	4(+14%)	44
鹿児島県	42	47	5(+12%)	45
山形県	30	33	4(+12%)	46
島根県	20	22	2(+10%)	47
全国	2363	3277	914(+39%)	

介護保険制度の5年間の課題

- サービスの利用者が大幅に増加。特に軽い方の利用が急速な伸びを示している。
- これに伴い、介護保険の費用も5年間で約2倍に増加。
(参考)2000年・3.6兆円→2005年・8兆円。
- 施設サービスの利用者(利用者全体の1/4)が介護保険の費用の約1/2を使っており、公平性の確保が急務。
- 要介護の人の半数には認知症の症状があり、認知症対策が急務。

65歳以上被保険者数

- 65歳以上の被保険者数は、5年2ヶ月で約360万人増加(17%)。

	2000年4月末	2003年4月末	2005年6月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,524万人

要介護(支援)者数

- 介護認定を受けた者は、5年2ヶ月で約199万人(91%)増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2005年6月末
認定者数	218万人	348万人	417万人

介護サービス利用者数

- 5年2ヶ月で、居宅は159%、施設は50%、全体で121%の増加。

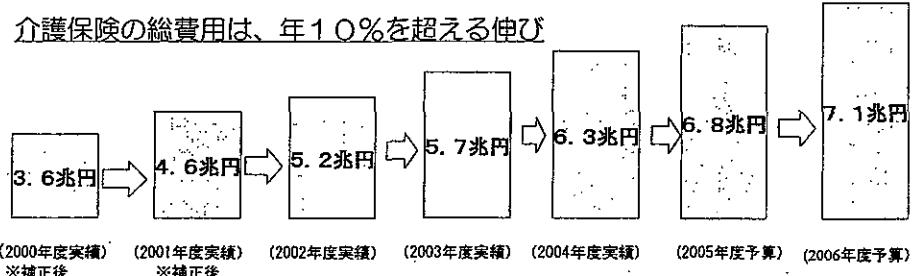
	2000年4月	2001年4月	2002年4月	2005年6月
居宅サービス	97万人	142万人	172万人	251万人
施設サービス	52万人	65万人	69万人	78万人
合 計	149万人	207万人	241万人	329万人

(出典:介護保険事業状況報告)

介護費用の推移

○ 総費用の伸び

介護保険の総費用は、年10%を超える伸び



○ 1号保険料〔加重平均〕

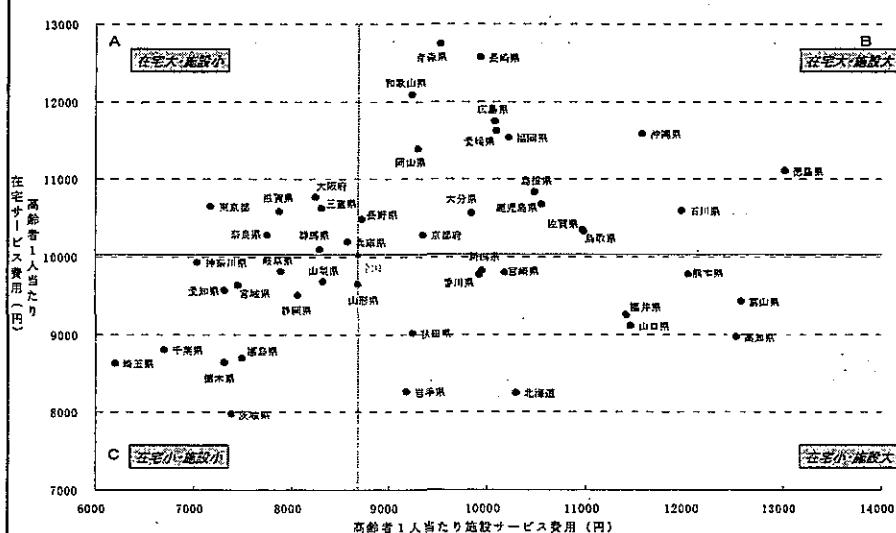
1号保険料も第1期(H12~14)から第3期(H18~20)で約40%増

第1期(H12~14年度)	第2期(H15~17年度)	第3期(H18~20年度)
2,911円	3,293円 (+13%)	4,090円 (+24%)

全国のサービス利用状況

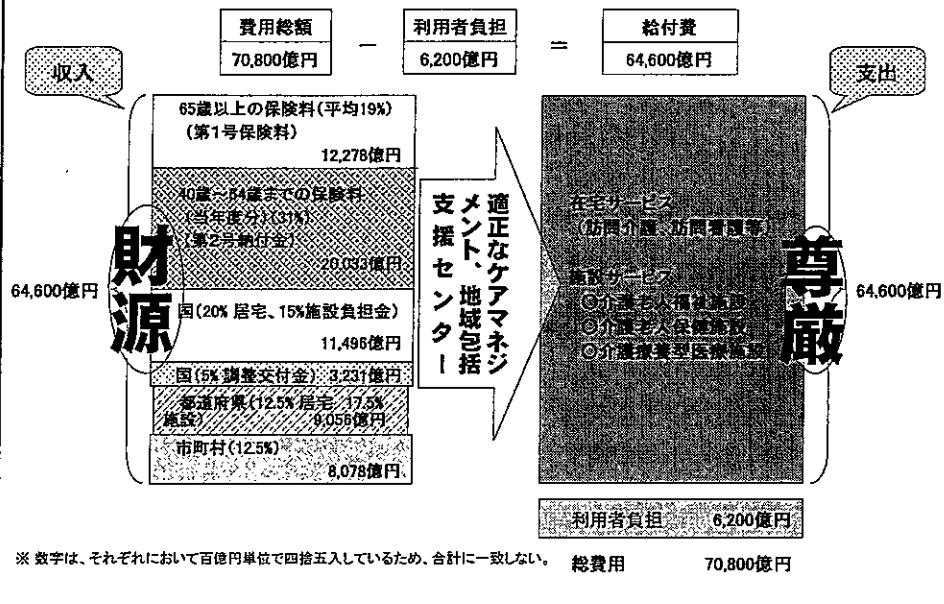
○ 各都道府県によって、在宅・施設サービスの利用状況は大きく異なる。

高齢者一人当たり在宅・施設サービス費用の比較 平成17年4月



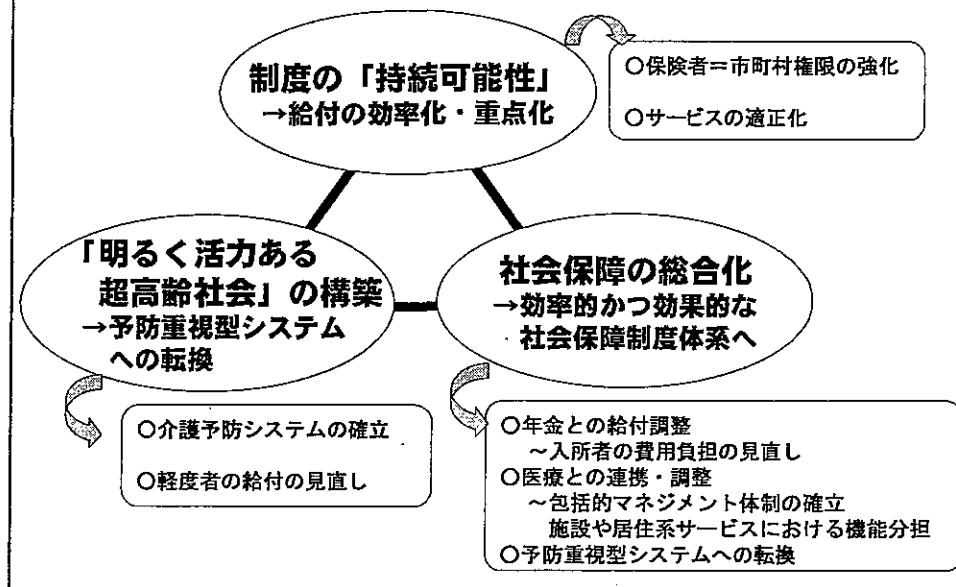
貴重な財源を尊厳に変える！

介護保険制度費用負担構造（平成18年度予算）

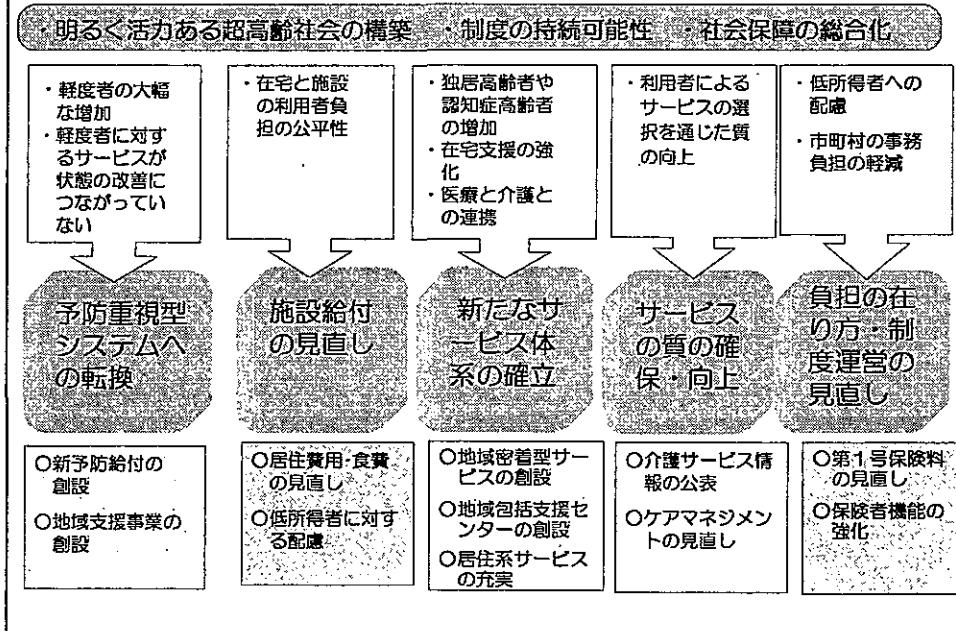


見直しの基本的視点

見直しの基本的視点



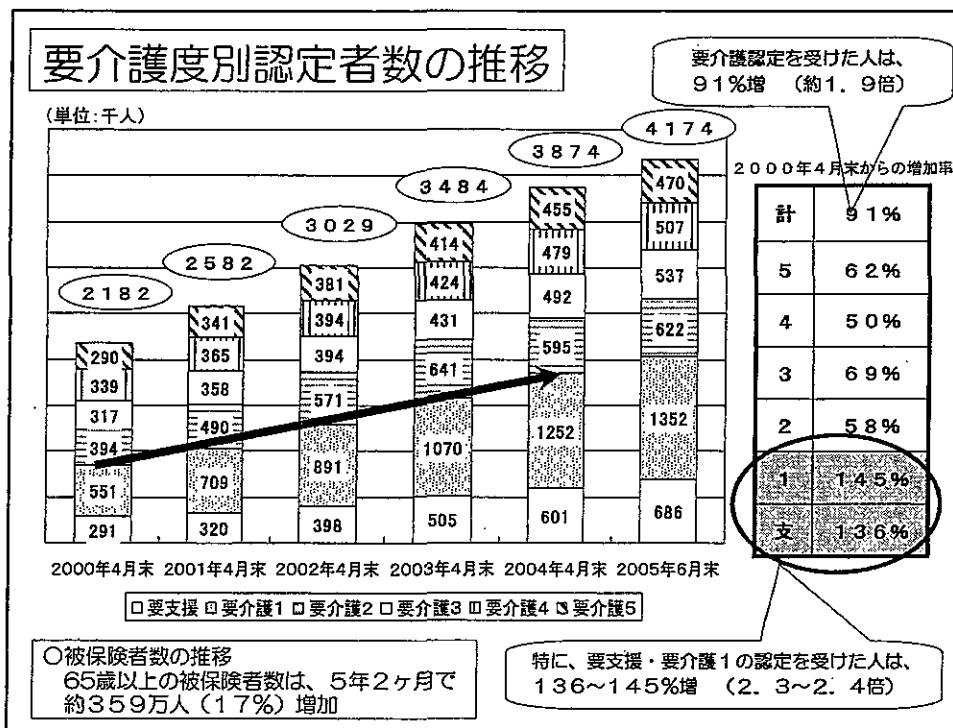
○ 介護保険法の一部改正と基本的視点



予防重視型システムへの転換

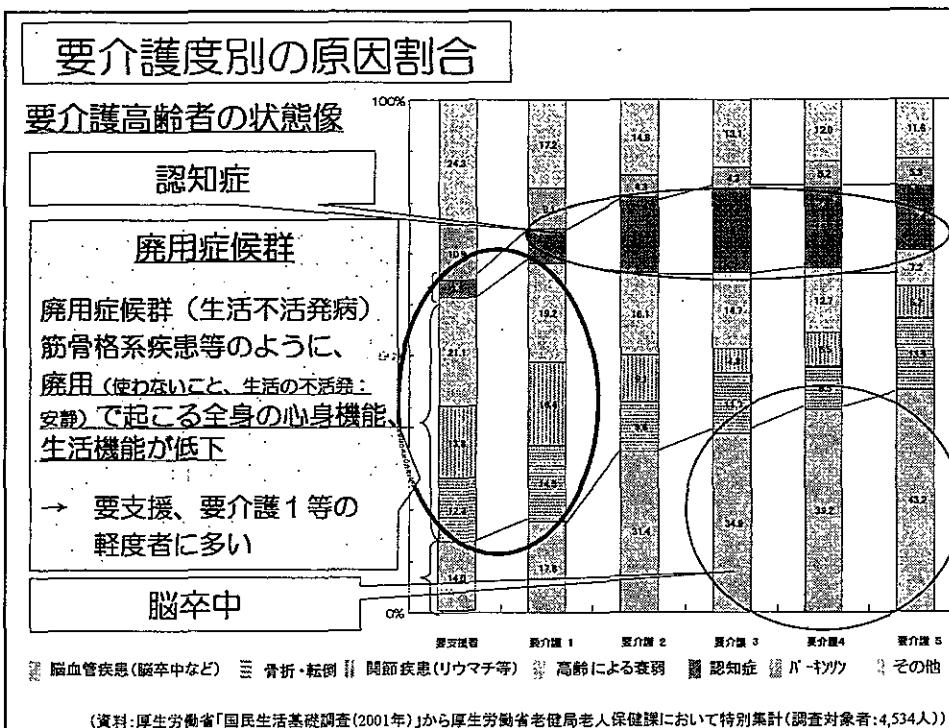
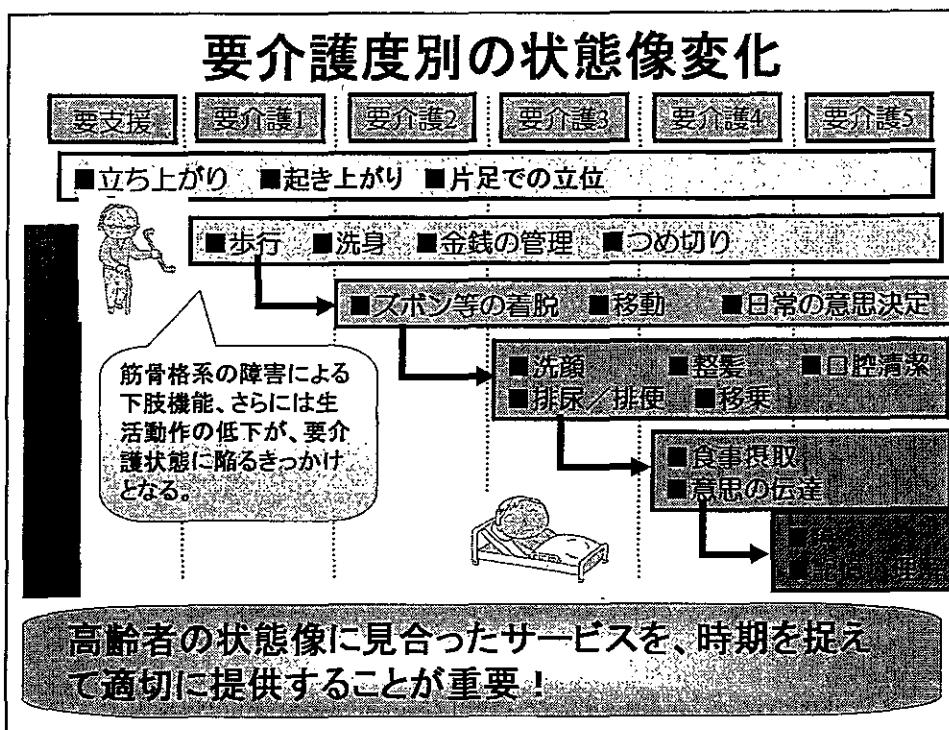
介護予防が求められる背景

- 介護保険制度施行後の状況をみると、
 - ・ 要支援や要介護1の軽度者の増加が大きく、
 - ・ これらの者の生活機能の低下の原因は、廃用症候群（生活不活発病）※が多い。
- ※ 廃用症候群（生活不活発病）：
筋骨格系疾患等のように、廃用（使わないこと、生活の不活発、安静）で起こる、全身の心身機能、生活機能の低下
- これらの者については、適切な対応により状態が改善することが期待されるが、これまでのサービスは、状態の改善に十分つながっていない。
- 軽度者に対するサービスを、廃用症候群の予防、改善を図る観点から見直すこととした。

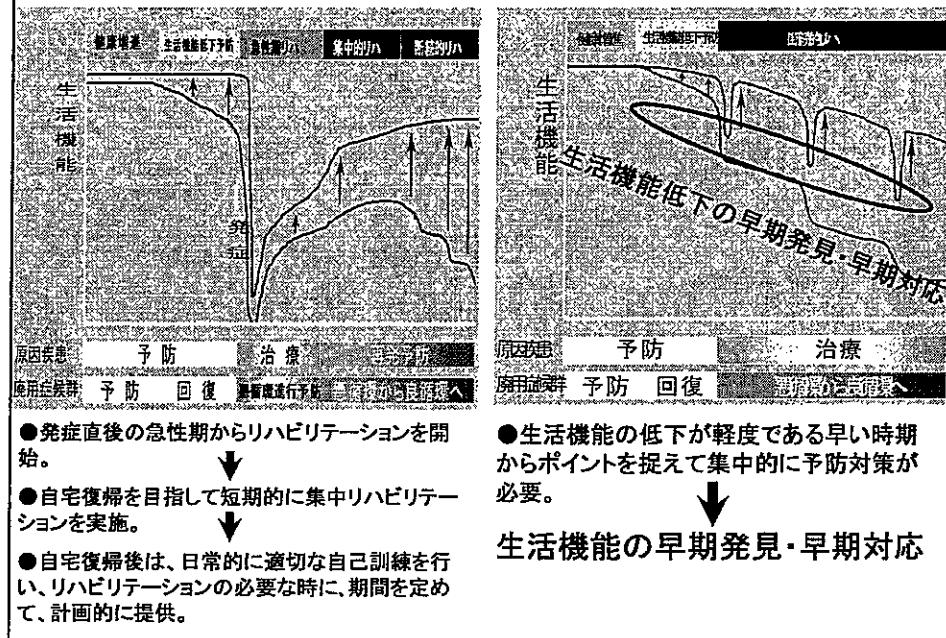


介護予防推進の重要性

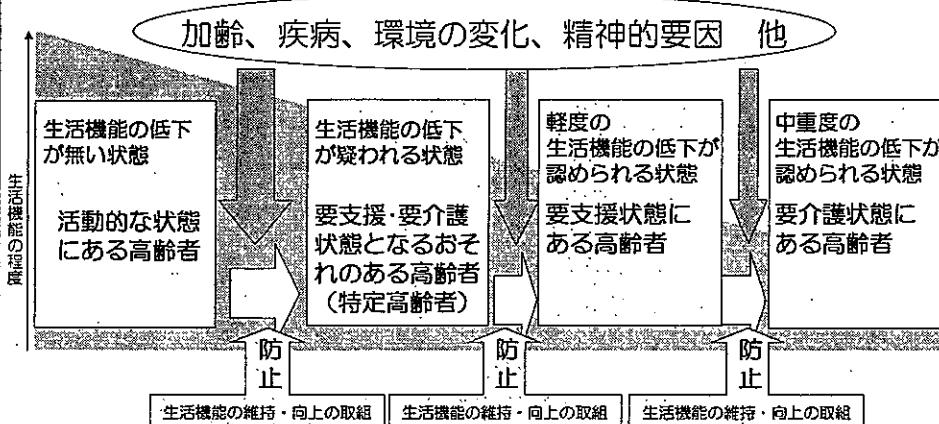
- 今後、超高齢社会が到来することにより、
 - ・ 高齢者人口が大幅に増加するとともに、
 - ・ より高齢な高齢者の割合が高くなっていくこと
 - が予測される。
- 超高齢社会においても、
 - ・ 多くの高齢者が生き生きと暮らすことが、
 - ・ 社会全体の活力を維持することにつながり、
 - ひいては、
 - ・ 介護保険制度の持続性の確保につながる。
- 超高齢社会の入り口である「今」から、
介護予防に取組み、その定着を図る必要がある。



脳卒中モデル ⇄ 廃用症候群モデル



生活機能の程度と高齢者の状態

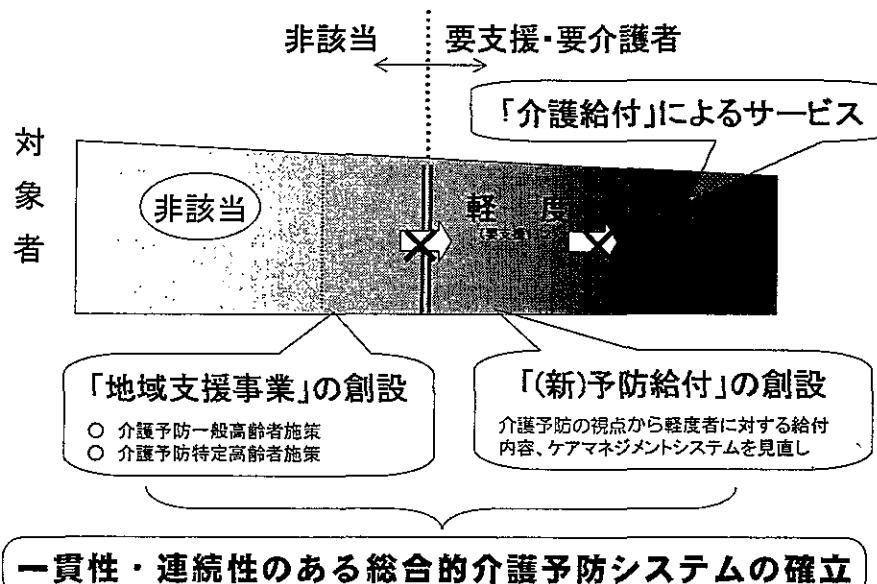


- 加齢、疾病や環境の変化、精神的要因等をきっかけとして生活機能の低下が起こりうる。
- どのような状態でも、生活機能の維持・向上の取組により、生活機能の低下を防止することが期待される。
- とりわけ、生活機能の低下が疑われるまたは軽度な状態での「水際作戦」が、生涯にわたって生活の質(QOL)を維持する上で重要である。

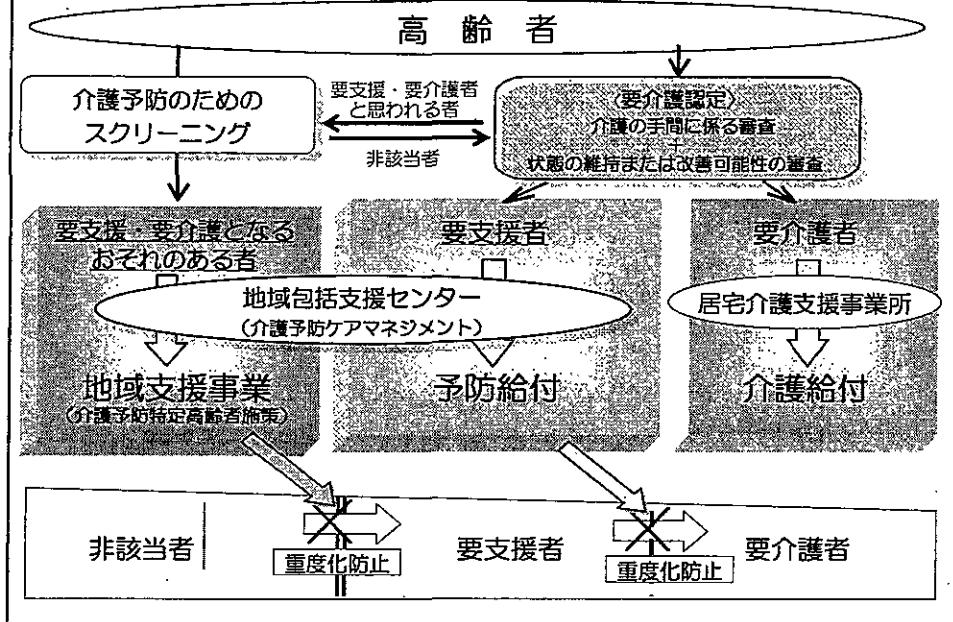
予防重視型システムの構築

- 軽度者の状態を踏まえ、
 - ・できる限り要支援・要介護状態とならないあるいは、
 - ・重症化しないよう「介護予防」を重視したシステムの確立を目指す。
- このため、
 - ・要支援者の範囲、予防給付のサービスの内容、ケアマネジメントを見直し、新たな予防給付として再編するとともに、
 - ・要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進することとした。

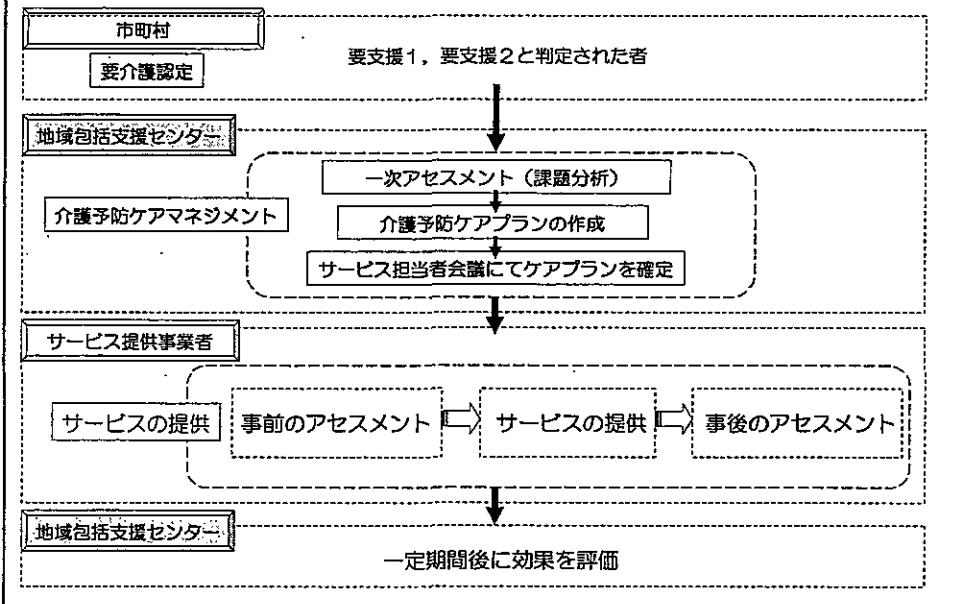
予防重視型システムの全体像 ①

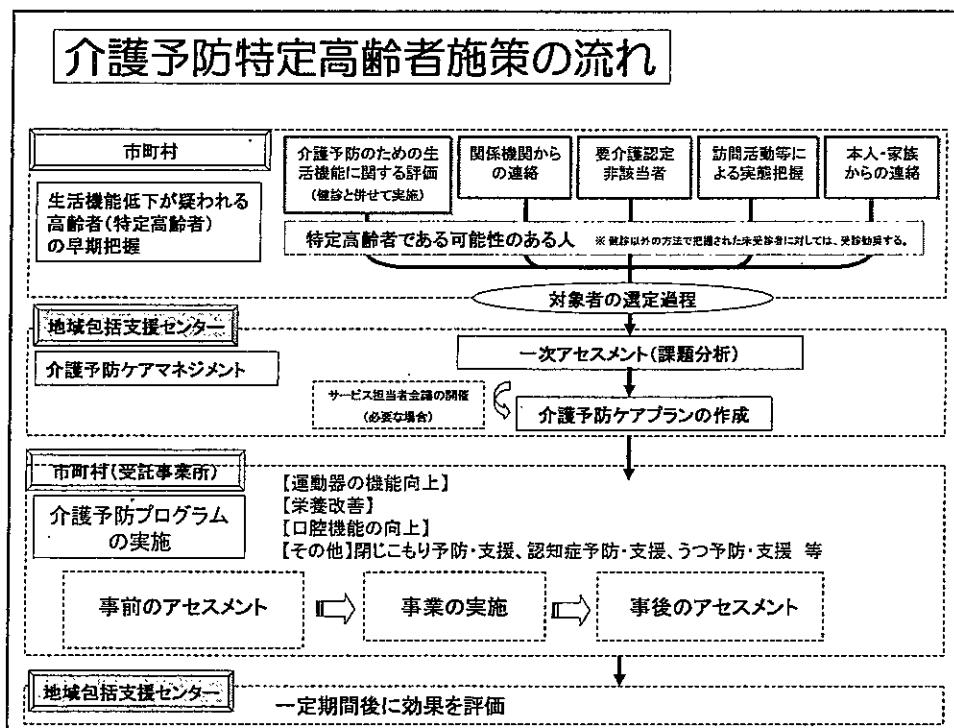


予防重視型システムの全体像 ②



予防給付における介護予防の流れ





介護予防に係る施策の考え方

- 介護予防に対する取組が自主的・継続的に行われるためには、
 - ・ 地域における環境の整備や活動支援等を含めた様々な施策が連携し、
 - ・ 関係する様々な機関等が地域のネットワークを構築しながら、
高齢者が生き生きと活動できる「地域づくり、まちづくり」が行われることが重要。
- 「地域包括支援センター」は、高齢者が住み慣れた自宅や地域で、できる限り自立した生活を継続するために必要な多様な支援を継続的かつ包括的に提供する仕組み（＝「地域包括ケア」）の中核機関として、重要な役割を担っている。

地域包括支援センター

～活力ある社会は「地域」がキーワード～

地域包括支援センターの設置状況等

(平成18年4月末時点)

(1) 地域包括支援センター(以下「センター」)設置数について (※保険者数1,690)

- センター設置数 3,436箇 所
- 設置保険者数 1,483保険者(保険者の87.8%が設置)
- 未設置保険者数 207保険者

○未設置の理由(207保険者の複数回答)

ア	専門職の確保ができなかった	115
イ	新予防給付の事業所の確保ができなかった	35
ウ	その他	87

○昨年6月に行った自治体の意向調査では、平成18年度中に設置する予定の自治体は65.2%であったが、今回の調査結果では、保険者の87.8%が設置。

(2)設置主体と委託の状況について

- センター設置数3,436箇所のうち
直営は1,179箇所(直営率34.3%)
委託は2,257箇所(委託率65.7%)

○内訳は、以下のとおりとなっている。

委託先	箇所数	割合
直営	1,179	34.3%
社会福祉法人(社協除く)	1,085	31.6%
社会福祉協議会	427	12.4%
医療法人	396	11.5%
民法法人	146	4.2%
広域連合等の構成市町村	86	2.5%
株式会社	50	1.5%
NPO法人	14	0.4%
その他	53	1.5%
合計	3,436	100.0%

(3)職員の配置状況について

- 1センターあたりの職員の配置状況
(センター長、事務職員等除く)は、以下のとおりとなっている。

人数	箇所数	割合
12人以上	52	1.5%
9人以上～12人未満	73	2.1%
6人以上～9人未満	236	6.9%
3人以上～6人未満	2,546	74.1%
3人未満	529	15.4%
合計	3,436	100.0%

「地域包括ケア」の確立

◎ 地域包括ケアとは

- 高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活をおくれるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要。

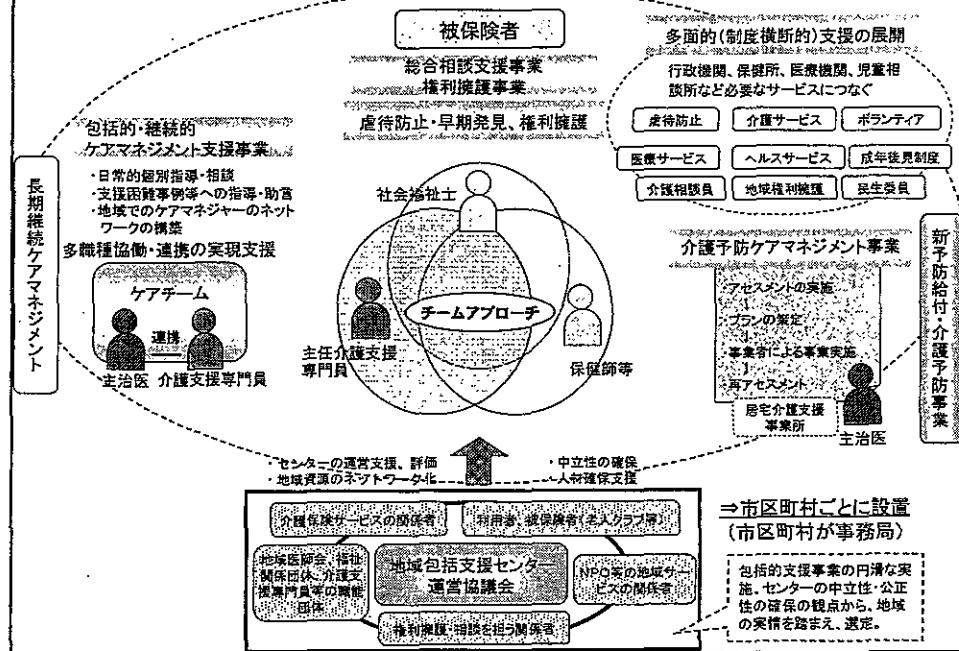


- そのためには、自助努力を基本にしながら介護保険を中心としつつも、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、高齢者を継続的かつ包括的にケアする必要がある。

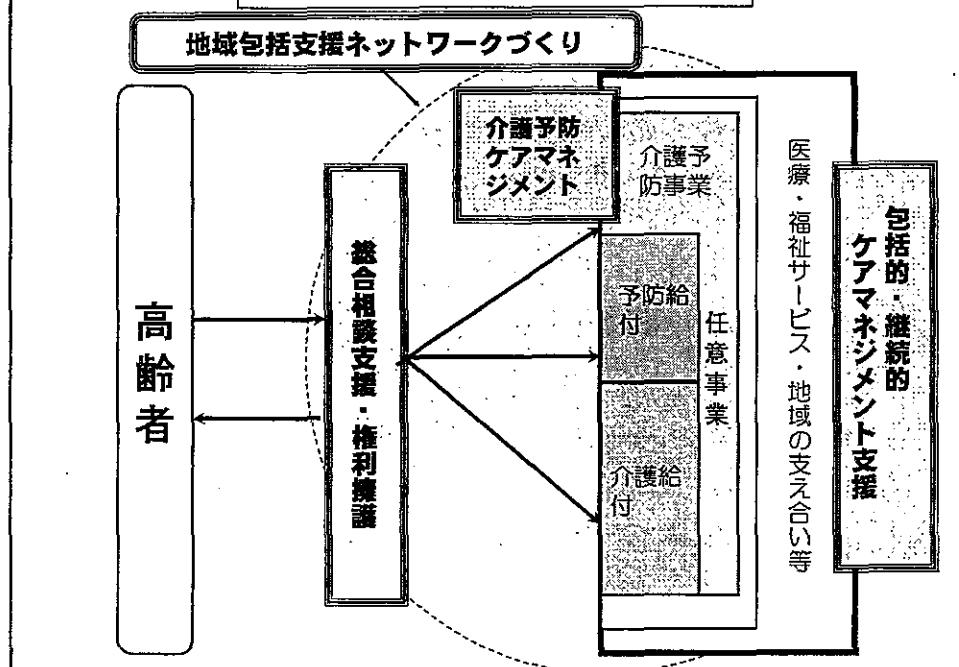
⇒すなわちこれが「**地域包括ケア**」

地域が高齢者を支える → **高齢者が地域を支える**

地域包括支援センターと地域包括ケア（イメージ）

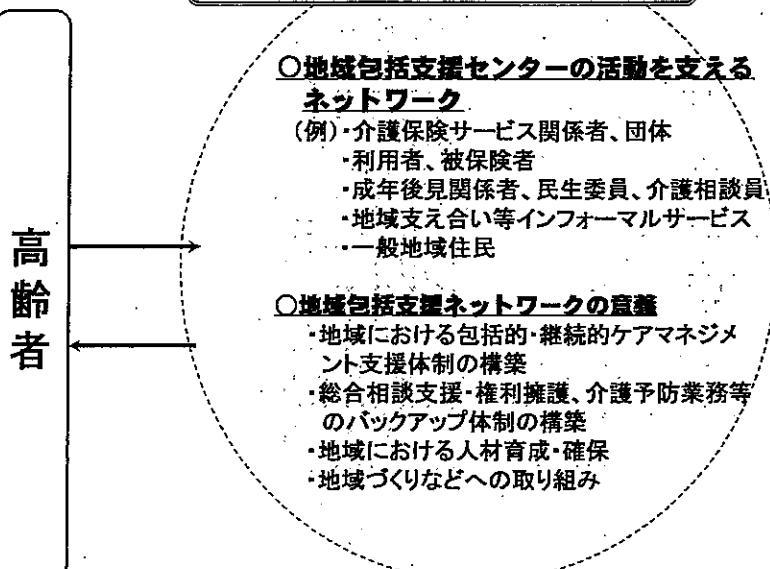


地域包括支援センターの機能①



地域包括支援センターの機能②

地域包括支援ネットワークづくり



地域包括支援センターの運営の基本的視点

- 地域包括支援センターがその目的を達成するためには、次のような基本的視点で運営することが求められる

「公益性」の視点

- 介護・福祉行政の一翼を担う「公益的な機関」

「地域性」の視点

- 地域の意見を汲み上げ、地域が抱える課題の解決にとりくむ

「協働性」の視点

- 3専門職(保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員)のチームアプローチ
- 地域の社会資源との連携
- 地域住民への働きかけとネットワーク構築

地域包括支援センター職員の基本的視点

高齢者が自分らしい生活を継続するための支援

権利擁護の視点に基づくこと

相談者のプライバシーの尊重

高齢者に対する包括的支援の重視

チームアプローチの理解

専門性の向上

地域包括支援ネットワークの構築

実態把握が最初の一歩

- 基礎的データの把握
- 調査の実施
- 戸別訪問の実施
- 地域活動への参加



- マップの作成
- データベースの作成
- 既存ネットワークの整理

ネットワークの構築のために

地域にどれくらい足を運び、関わったかネットワークの構築と範囲は比例する。
特に地域住民からの相談はネットワーク形成のチャンス

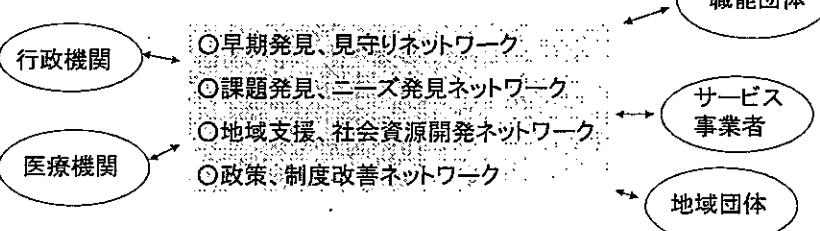


「顔の見える関係づくり」

ネットワークの構築の目的、必要性を共通理解する

- 多職種多機関との協働で問題解決にあたり支援する
- 住民同士での支え合いによる「地域力」の向上を図る
- ネットワークを通じた相談、通報等による早期対応が可能となる

ネットワークの形態



ネットワークの広域的な連携

担当圏域内における、地域包括支援センター相互のネットワークの構築はもとより、市町村及び市町村の圏域を超えた「三層構造」の取り組みが支援の向上につながる。

- (1)地域包括支援センター単位のネットワーク
- (2)市町村単位のネットワーク
- (3)市町村の圏域を超えたネットワーク

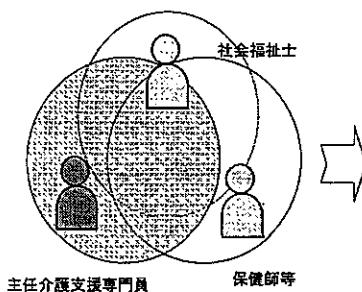


ネットワークの拡大

チームアプローチの構築

3職種連携によるチームケア（チームアプローチ）

3つの基本機能について、それぞれ専門職としての知識・技術を活かしつつ、チームアプローチ（3職種間での連携・協働）を行っていくことが重要。

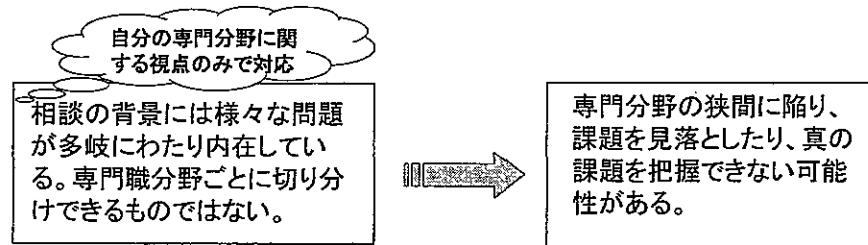


3職種連携による
チームケア
(チームアプローチ)
↓
総合的マネジメント

総合相談・支援事業
介護予防
ケアマネジメント事業
包括的・継続的
マネジメント事業

チームアプローチの徹底により、利用者一人一人に係るケアマネジメントの継続的な支援及び重層的な支援と、自立支援に向けた取組（総合的なマネジメント）を行って行くことが重要。

なぜチームアプローチが必要なのか



真の課題を把握し適切な対応をするためには……

相談者に対して、適切なケア(地域包括ケア)を提供するためには、情報の共有や専門職相互の助言等を通して、各専門職が目標を共有し、連携して対応することが必須。

チームアプローチの考え方

チームアプローチの構築

1. 地域包括支援センターの目的、使命に関して共通認識を醸成する
2. 3職種の専門分野の相互理解
3. 利用者に関する情報の共有化
4. 利用者に対する責任体制の明確化
5. 定期的なケアカンファレンス等の実施による
「場」づくり

介護予防ケアマネジメント

介護予防の考え方について

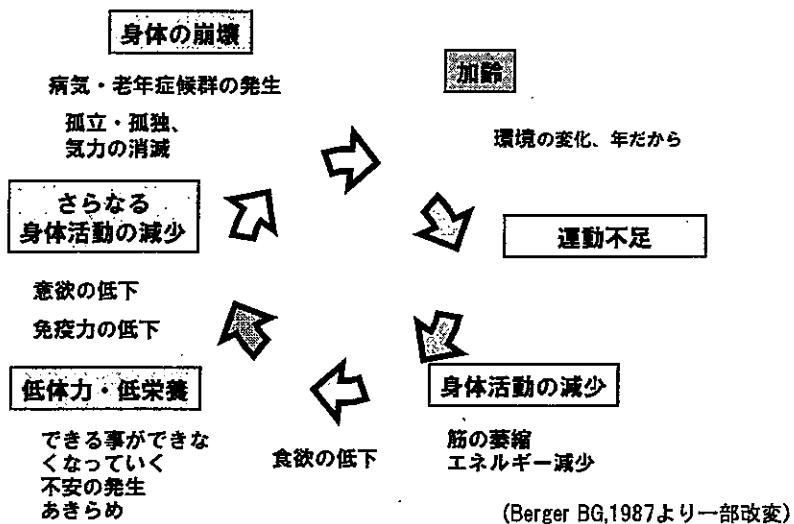
- ① 要介護状態になることをできる限り防ぐ
(=発生を予防する)
- ② 要介護状態であっても、
状態がそれ以上に悪化しないようにする
(=維持・改善を図る)

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

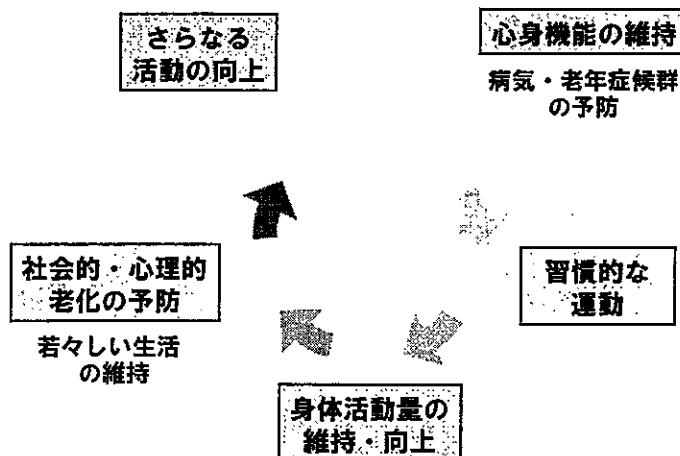
その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した
生活を送れるように支援する。

即ち「**自立支援**」(=介護保険の基本理念)

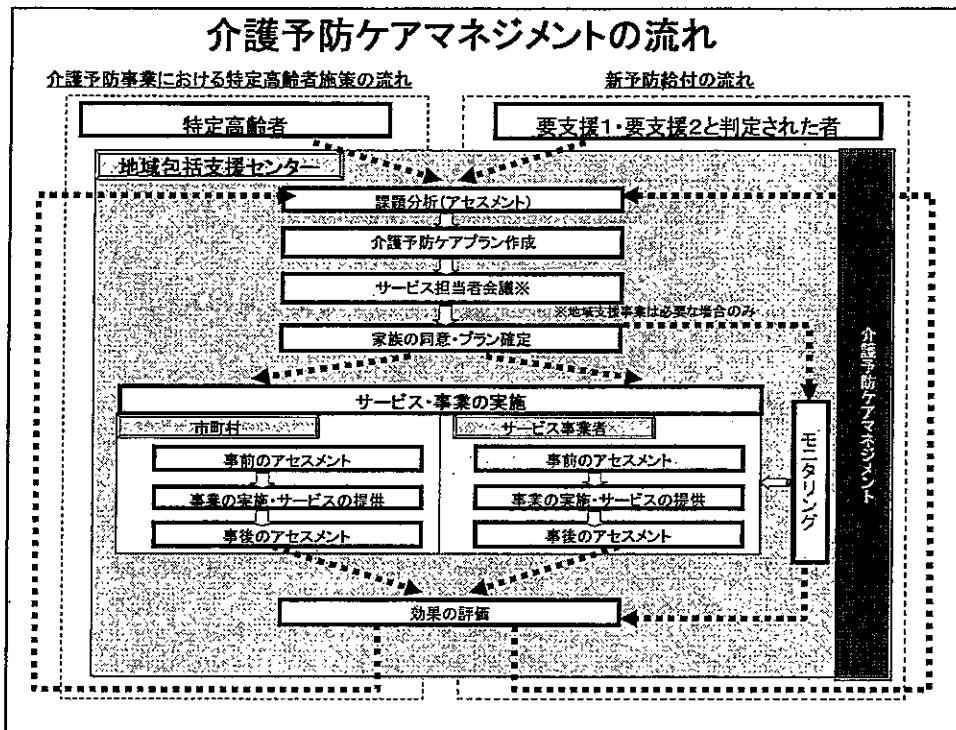
「悪循環」のスパイラル



「悪循環」から「好循環」へ 介護予防による好循環



【運動器の機能向上マニュアル（主任研究者：大渕修一氏）より一部抜粋】



介護予防サービス提供の基本的視点

- 軽度者の特性を踏まえたサービス提供
「本人のできることはできる限り本人が行う」ことが重要
- 目標指向型のサービス提供
 - ・明確な目標設定
 - ・一定期間後には所期の目的が達成されたかを評価
 - ・必要に応じ、サービス内容を見直し
- 廃用症候群予防・改善の観点から、外出の機会の確保を積極的に位置づける
- 高齢者のADL, IADLを左右する大きな要素は「体力・活動」と「意欲」であることを認識

介護予防ケアプランの作成のポイント

- 総合的な観点から根本的な課題をさぐる

間接的な原因にも着目

- 利用者や家族に課題に対する目標と具体策を提示し、合意する

「本人ができること」は本人が行うことが重要

- セルフケア、家族の支援、インフォーマルサービスを活用したケアプランの作成

地域の様々な社会資源を活用する

介護予防ケアプランの作成方法 (支援計画に盛り込む内容)

○利用者のセルフケア

利用者自らが取り組むべき事項や利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などは介護予防の最も重要な取り組み

○家族の支援、インフォーマルサービス

家族の支援や、近隣の住民からの支援は、利用者が友人や地域住民とのつながりの中に自己の役割や生きがいを感じている場合は、インフォーマルサービスの支援者として記入

○介護保険サービスまたは地域支援事業の内容

生活機能低下を予防するために利用する介護予防事業や予防給付のサービス等を記入

介護保険制度改正で 何故、地域包括支援センターが 創設されたか？

- 介護サービスが一人一人が住み慣れたまちで最後までその人らしく生きることを保障していくことが介護保険の目的である
→高齢者の尊厳の保持（法1条）
- 上記の目的を達成するためサービス基盤が整備されたとしても、要介護高齢者の生活ができる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中心、医療サービス・その他の生活支援サービスなどの様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要である。
- 介護以外の問題に対処しながら、介護サービスを提供するためには、介護保険のサービスを中心としつつ、保健福祉医療の専門職相互の連携、さらに、ボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的な支援（地域包括支援）を提供することが課題である。
- 地域包括支援が有効に機能するためには、各種のサービスや住民が連携して支援が実施できるよう、関係者の連絡調整を行い、サービスや支援のコーディネートを行う機関→地域包括支援センターが必要である。

「2015年の高齢者介護」をもとに作成

豊かな地域を創造する「センター」と「社会資源」



次期制度改革に向けた課題

①介護予防サービスの在り方

介護保険法等の一部を改正する法律

(附則)

第2条 略

2 政府は、この法律の施行後3年を目途として、
予防給付及び地域支援事業について、その実施
状況等を勘案し、費用に対するその効果の程度
等の観点から検討を行い、その結果に基づいて
所要の措置を講ずるものとする。

②施設等の体系の在り方

健康保険法等の一部を改正する法律案

(附則)

第2条

3 政府は、入所者の状態に応じてふさわしいサービ
スを提供する観点から、…介護老人保健施設及
び…介護老人福祉施設の基本的な在り方並びに
これらの施設の入所者に対する医療の提供の在り
方の見直しを検討するとともに、介護保険施設等
の設備及び運営に関する基準並びに利用者負担
の在り方等について検討を加え、その結果に基づ
いて必要な措置を講ずるとともに、地域における適
切な保健医療サービス及び福祉サービスの提供体
制の整備の支援に努めるものとする。

③被保険者・受給者の範囲の在り方

介護保険法等の一部を改正する法律 (附則)

第2条 政府は、介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しと併せて検討を行い、その結果に基づいて、平成21年度を目途として所要の措置を講ずるものとする。

