

## 社会保障審議会介護給付費分科会(第71回)議事次第

日時：平成23年 2月 7日(月)

16時00分から18時00分まで

於：グラントーク半蔵門(華の間(3階))

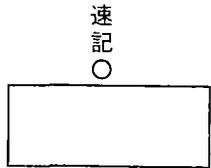
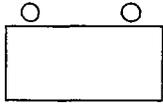
### 議 題

1. 区分支給限度基準額に関する調査結果について
2. 要介護認定に係る有効期間の見直しについて
3. 平成24年度介護報酬改定に向けて

# 第71回社会保障審議会介護給付費分科会

日時 平成23年2月7日(月) 16:00~18:00

場所 グランドアーク半蔵門(華の間(3階))



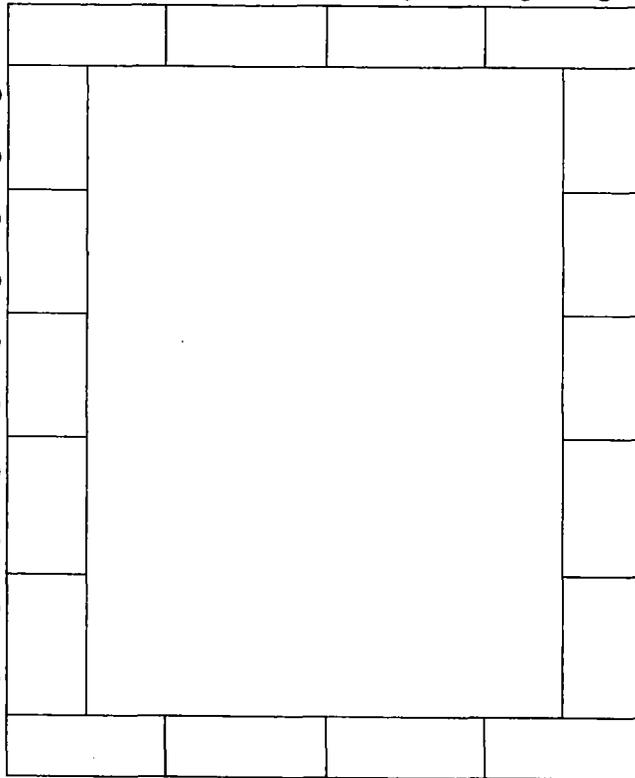
石 池 大 大 篠 武  
 川 田 森 島 原 久  
 委 委 分 分 委 委  
 員 員 科 科 員 員  
 ○ ○ 会 会 員 員  
 ○ ○ 長 理 ○ ○

関係者

関係者

井 部 委 員 ○  
 勝 田 委 員 ○  
 川 合 委 員 ○  
 木 村 委 員 ○  
 久 保 田 委 員 ○  
 (代理 藤原参考人)  
 高 智 委 員 ○  
 木 間 委 員 ○  
 小 林 委 員 ○  
 齊 藤 委 員 ○  
 菱川介護保険指導室長 ○

○ 田 中 ( 滋 ) 委 員  
 ○ 田 中 ( 雅 ) 委 員  
 ○ 池 主 委 員  
 ○ 中 田 委 員  
 ○ 馬 袋 委 員  
 ○ 藤 原 委 員  
 ○ 三 上 委 員  
 ○ 村 川 委 員  
 ○ 矢 田 委 員  
 (代理 浜田参考人)  
 ○ 高 橋 企 画 官



○ 川 又 振 興 課 長  
 ○ 古 川 介 護 保 険 計 画 課 長  
 ○ 宇 都 宮 老 人 保 健 課 長  
 ○ 宮 島 老 健 局 長  
 ○ 金 谷 審 議 官  
 ○ 大 澤 総 務 課 長  
 ○ 水 津 高 齢 者 支 援 課 長  
 ○ 千 葉 認 知 症 対 策 室 長

事 務 局

記 者 ・ 傍 聴 者

## 区分支給限度基準額に関する調査結果の概要

**目的:** 区分支給限度基準額を超えてサービスを利用している者(以下「超過者」という。)及び区分支給限度基準額の7～9割程度サービスを利用している者(以下「7～9割の者」という。)の実態を把握する。

**対象:** 全保険者(市町村)から、平成22年3月分の超過者及び7～9割の者に関する情報を要介護(要支援)度別に1名ずつ収集。

- 調査の内容:**
1. 介護給付費明細書による利用状況
  2. 週間ケアプラン調査(市町村におけるケアプランの点検者による評価)
  3. 超過者又は7～9割の者の担当ケアマネジャーに対するアンケート
    - ・ 世帯の状況、居住環境、介護者の状況、疾病の状況、1ヶ月間に利用したサービス種類・量、負担額 等

	超過者 (人)	7～9割の者 (人)	合計 (人)
要支援1	512	941	1,453
要支援2	296	941	1,237
要介護1	775	1,204	1,979
要介護2	911	1,297	2,208
要介護3	817	1,269	2,086
要介護4	777	1,210	1,987
要介護5	664	1,116	1,780
合計	4,752	7,978	12,730

## ○調査結果の主な概要

### 1. 介護給付費明細書調査

- ① サービスの利用状況をみると、超過者及び7～9割の者ともに2種類以下のサービス利用が8割以上を占めていた。
- ② また、利用しているサービスの種類では、訪問介護や通所介護など見守りを必要とするサービスの利用が多く、訪問看護などの医療系サービスの利用が少なかった。
- ③ 一方、全国のサービス利用量の平均と比べると、医療系サービスは利用量が同程度であるが、訪問介護や通所介護は利用量が多かった。

### 2. 週間ケアプラン調査

- 超過者の週間ケアプランの内容について、市町村におけるケアプランの点検者による評価では、「見直す余地がある」が9割であった。

### 3. アンケート調査(担当ケアマネジャーに対するアンケート)

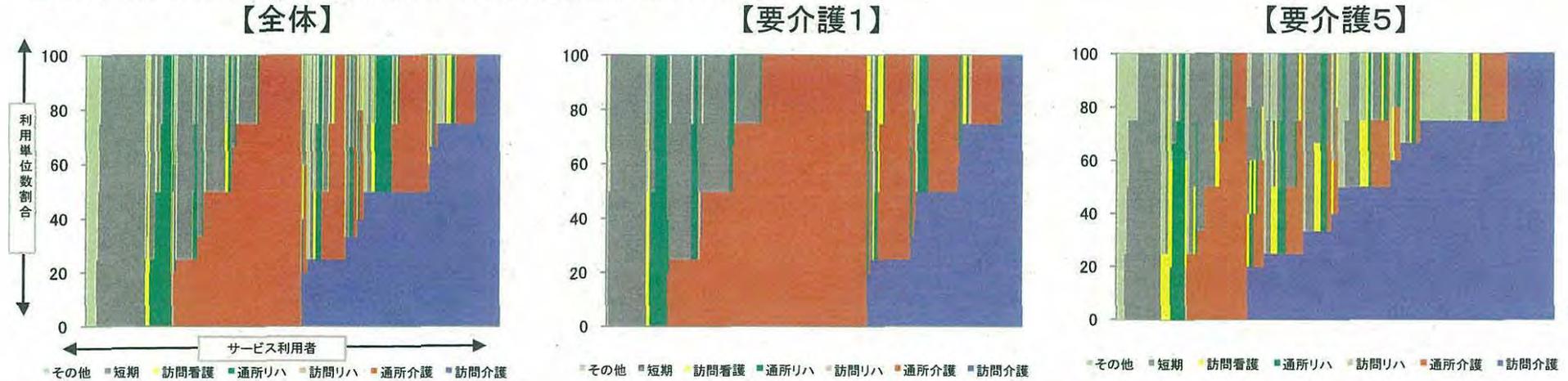
- ① 利用者の日常生活の状況をみると、「薬の管理が必要」、「見守りが必要」、「歩行が困難」、「おむつを使用している」の割合が高く、「胃ろう・経管栄養の管理」、「ドレーン・カテーテルの交換・管理が必要」、「かく痰吸引が必要」等、医療的なケアを利用する者の割合は少なかった。
- ② また、訪問介護のサービス利用内容をみると、身体介護に比べ、掃除、洗濯、調理・配膳等の生活援助の利用が多かった。
- ③ さらに、区分支給限度基準額を超えたケアプランを作成している理由をみると、「家族等で介護が補えないため」、「利用者本人や家族からの強い要望があるため」が多かった。

# 【介護給付費明細書調査】

## ○居宅サービスの利用状況(超過者)

- ① 全体の32.4%が1種類、52.6%が2種類のサービス利用であり、1種類のサービス利用のうち通所介護は10.5%、短期入所サービスは9.7%、訪問介護は6.8%であった。
- ② 全体の利用状況では、通所介護(53.9%)、訪問介護(48.5%)、短期入所サービス(33.8%)の利用が多かった一方、通所リハビリテーション(18.8%)、訪問看護(8.9%)、訪問リハビリテーション(1.6%)の医療系サービスの利用は少なかった。
- ③ 要介護1では、42.4%が単独サービスの利用であり、そのうち通所介護は25.5%、短期入所サービスは8.2%、訪問介護は5.2%であった。
- ④ 要介護5では、26.6%が単独サービスの利用であり、そのうち訪問介護は14.8%、通所介護は3.4%、短期入所サービスは3.4%であった。

### ○利用者別のサービス利用状況(利用単位数割合で表記)

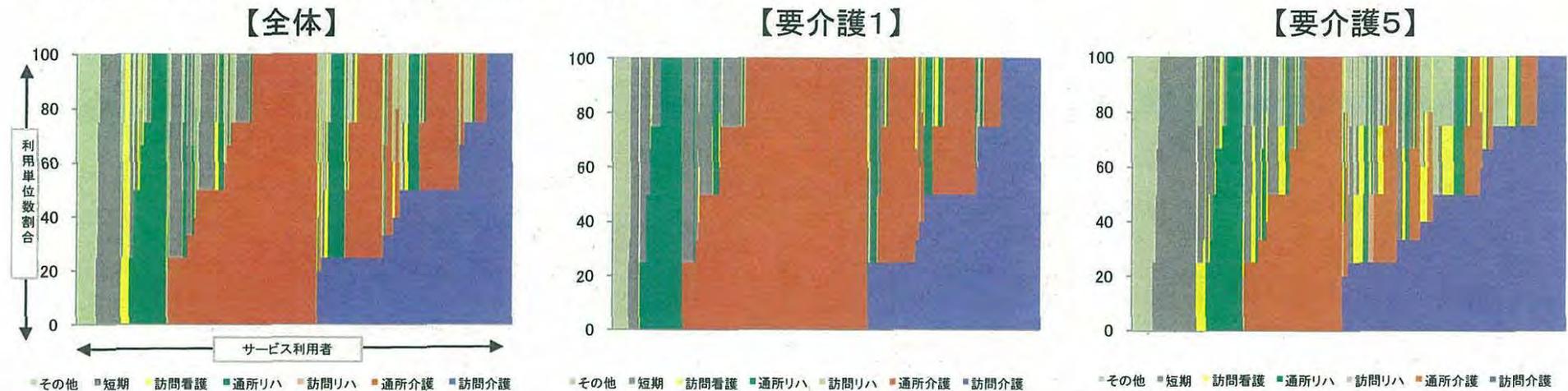


	全体					【要介護1】					【要介護5】				
	合計	1種類	2種類	3種類	4種類以上	合計	1種類	2種類	3種類	4種類以上	合計	1種類	2種類	3種類	4種類以上
全体	100.0%	32.4%	52.6%	13.6%	1.4%	100.0%	42.4%	49.8%	7.8%	0.0%	100.0%	26.6%	47.8%	22.2%	3.4%
訪問介護	48.5%	6.8%	30.3%	10.3%	1.1%	37.2%	5.2%	27.3%	4.8%	0.0%	70.0%	14.8%	33.0%	18.7%	3.4%
通所介護	53.9%	10.5%	33.3%	9.2%	1.0%	71.4%	25.5%	40.3%	5.6%	0.0%	35.0%	3.4%	16.7%	12.8%	2.0%
短期入所生活介護	33.8%	9.7%	17.3%	5.9%	0.9%	29.4%	8.2%	18.6%	2.6%	0.0%	27.6%	3.4%	14.3%	7.9%	2.0%
訪問看護	8.9%	0.4%	3.6%	4.1%	0.7%	5.2%	0.0%	1.7%	3.5%	0.0%	15.8%	0.5%	3.9%	9.4%	2.0%
訪問リハビリテーション	1.6%	0.2%	0.7%	0.4%	0.2%	1.3%	0.0%	0.9%	0.4%	0.0%	1.0%	0.0%	0.5%	0.5%	0.0%
通所リハビリテーション	18.8%	2.0%	11.3%	4.8%	0.6%	13.9%	3.0%	7.4%	3.5%	0.0%	14.8%	1.0%	7.9%	4.4%	1.5%

## ○居宅サービスの利用状況(7~9割の者)

- ① 全体の34.5%が1種類、51.6%が2種類のサービス利用であり、1種類のサービス利用のうち通所介護は15.0%、訪問介護は6.1%、短期入所サービスは4.4%であった。
- ② 全体の利用状況では、通所介護(58.1%)、訪問介護(45.1%)の利用が多かった一方、訪問看護(10.9%)、訪問リハビリテーション(2.4%)の医療系サービスの利用は少なかった。
- ③ 要介護1では、47.9%が単独サービスの利用であり、そのうち通所介護は28.2%、訪問介護は9.3%、短期入所サービスは2.0%であった。
- ④ 要介護5では、31.5%が単独サービスの利用であり、そのうち通所介護は8.5%、短期入所サービスは7.3%、訪問介護は6.6%であった。

## ○利用者別のサービス利用状況(利用単位数割合で表記)

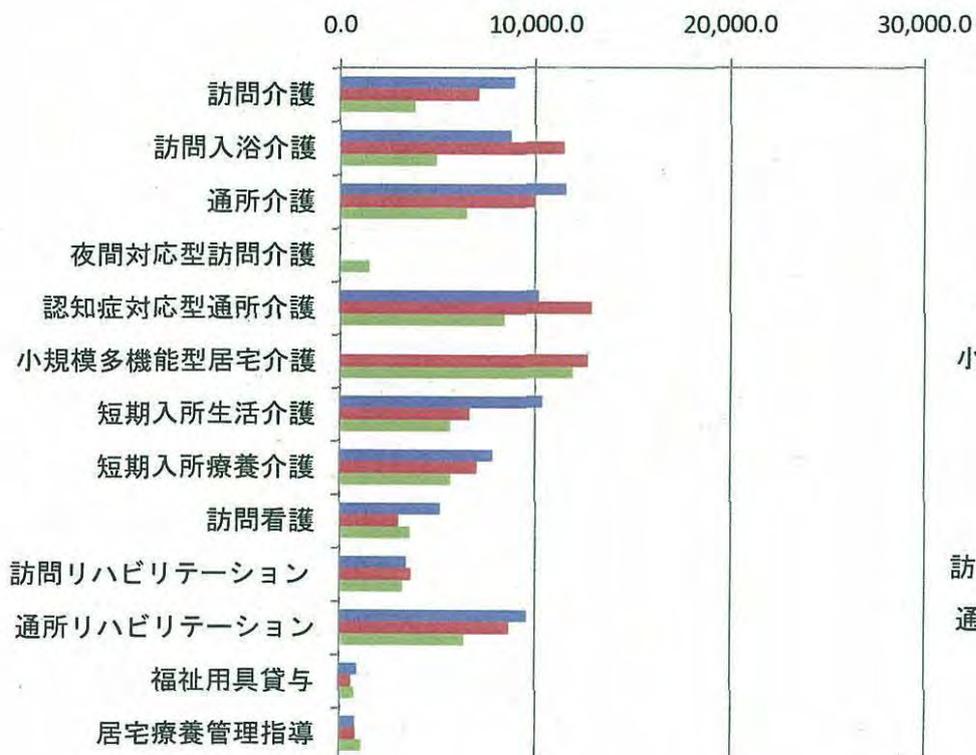


	全体					【要介護1】					【要介護5】				
	合計	1種類	2種類	3種類	4種類以上	合計	1種類	2種類	3種類	4種類以上	合計	1種類	2種類	3種類	4種類以上
全体	100.0%	34.5%	51.6%	12.5%	1.5%	100.0%	47.9%	42.5%	9.6%	0.0%	100.0%	31.5%	42.0%	21.8%	4.7%
訪問介護	45.1%	6.1%	29.2%	8.5%	1.2%	40.0%	9.3%	22.8%	7.9%	0.0%	51.4%	6.9%	24.3%	15.8%	4.4%
通所介護	58.1%	15.0%	33.8%	8.5%	0.8%	66.5%	28.2%	30.7%	7.6%	0.0%	42.0%	8.5%	19.6%	11.4%	2.5%
短期入所生活介護	22.2%	4.4%	13.0%	4.3%	0.4%	16.9%	2.0%	11.3%	3.1%	0.6%	26.5%	7.3%	11.4%	6.6%	1.3%
訪問看護	10.9%	1.1%	4.2%	4.6%	1.0%	4.5%	0.0%	1.1%	3.4%	0.0%	21.5%	0.3%	5.4%	11.4%	4.4%
訪問リハビリテーション	2.4%	0.0%	1.1%	0.9%	0.4%	2.0%	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	2.2%	0.0%	0.3%	0.9%	0.9%
通所リハビリテーション	21.4%	3.6%	13.3%	3.9%	0.5%	19.2%	5.1%	10.4%	3.7%	0.0%	18.9%	3.8%	11.0%	3.5%	0.6%

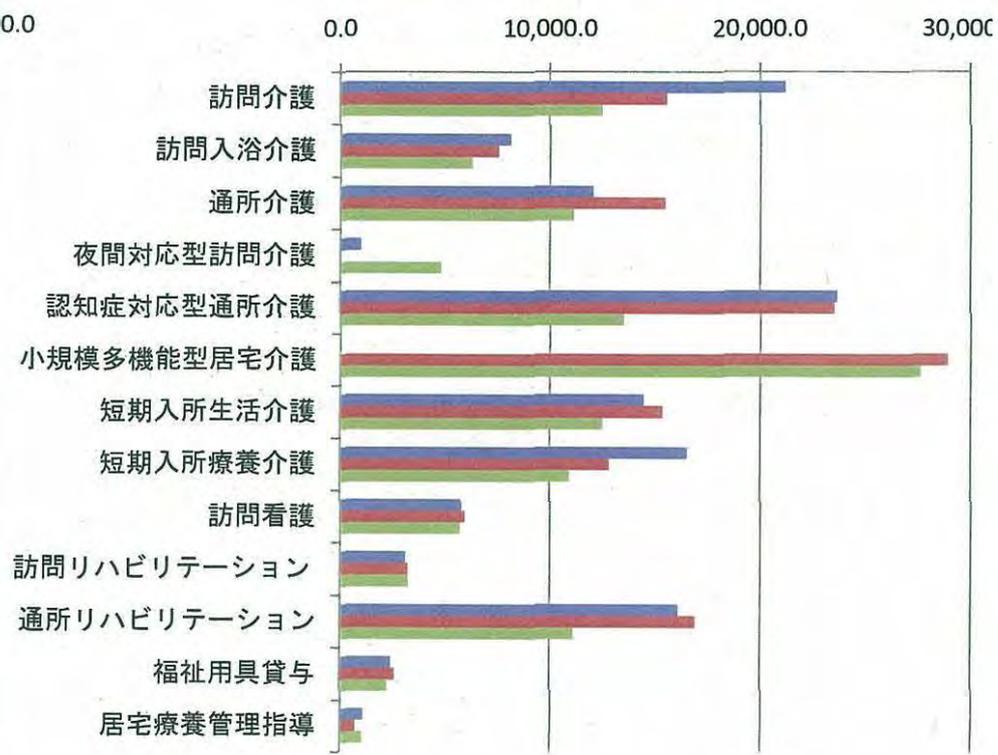
## ○全国のサービス利用量の平均(介護給付費実態調査結果)との比較

○ 1人当たりの単位数をサービス種類別にみると、訪問看護などの医療系サービスの単位数は全国のサービス利用量の平均(給付費実態調査結果)とほとんど変わらないが、訪問介護、通所介護等の単位数は全国のサービス利用量の平均より多かった。

### 1人当たりの単位数(要介護1)



### 1人当たりの単位数(要介護5)



■ 超過者

■ 7~9割の者

■ 全国平均(介護給付費実態調査結果)

複数回答

## 【週間ケアプラン調査】

- ① 今回収集した、超過者の週間ケアプランの内容に関して、市町村においてケアプランの点検・指導及び実務を行っている方(以下「評価者」という。)に評価をして頂いた。
  - ② 評価者によると「サービスを提供する事業所が少ない地域である可能性」、「サービスの具体的な提供内容」、「家族関係」などの詳細な情報が不足している状況であるが、「見直す余地がある」ケアプランが9割とのこと。  
そのうち、「提供量が多すぎるサービスがある」、「提供量が不足しているサービスがある」ケアプランがそれぞれ半数以上とのこと。
  - ③ 看護師である評価者によると、「提供量が多すぎるサービスがある」ケアプランが約9割、「提供量が不足しているサービスがある」ケアプランが約6割とのこと。  
サービス別にみると、訪問介護や通所介護は提供量が多く、訪問看護は提供量が不足しているとのこと。
  - ④ 社会福祉士・介護福祉士である評価者によると、看護師である評価者に比べ、「提供量が多すぎるサービスがある」ケアプランは少なく、「提供量が不足しているサービスある」ケアプランが6割とのこと。  
サービス別にみると、訪問介護や訪問看護は提供量が不足しているとのこと。
- ※ なお、サービス別にみると、訪問介護については、看護師である評価者によると「提供量が多すぎる」、社会福祉士・介護福祉士である評価者によると「提供量が不足している」とのこと。  
一方、訪問看護については、すべての評価者が「提供量が多すぎる」よりも「提供量が不足している」との指摘が多い傾向であった。

## ○評価者からの意見(抜粋)

- ① 自立度を改善させるためのケアプランになっていないのではないか。
  - ・ 利用者の自立を諦めているのか全体的に医療系のサービスが少ないように思われる。
  - ・ 全体的に福祉系のサービスが多すぎて、利用者の自立を阻害している。このため利用者の自立度はどんどん悪化していく状況にあるのではないか。 等
- ② リハビリや訪問看護などの医療系サービスが少ないのではないか。
  - ・ リハビリテーションを多く入れたいが、区分支給限度基準額の影響から、サービス提供量を減らしているものがある。
  - ・ 胃ろう・心疾患・呼吸器疾患があるのに訪問看護が全く提供されていないものがある。 等
- ③ 生活援助のサービス量が過多になっているのではないか。
  - ・ 生活援助が多すぎる。重度の人なら分かるが、そうでない場合は何をやっているのかわからない。
  - ・ 訪問介護は生活援助が多く、これでいいのか疑問がある。
  - ・ 独居の利用者で、生活援助が長時間になっているケースがある。独居の場合、生活スペースが狭いはずなので、何をやっているかわからない。 等
- ④ ケアプランが適切に作成されていないのではないか。
  - ・ モニタリングを行わず、以前からのケアプランを使い続けているケースもあるのではないか。
  - ・ ケアプラン作成にあたって、本来は必要なサービス量を提供する必要があるが、まずは慣れるため一日通所介護を利用してみましようという状況もある。 等

(参考)

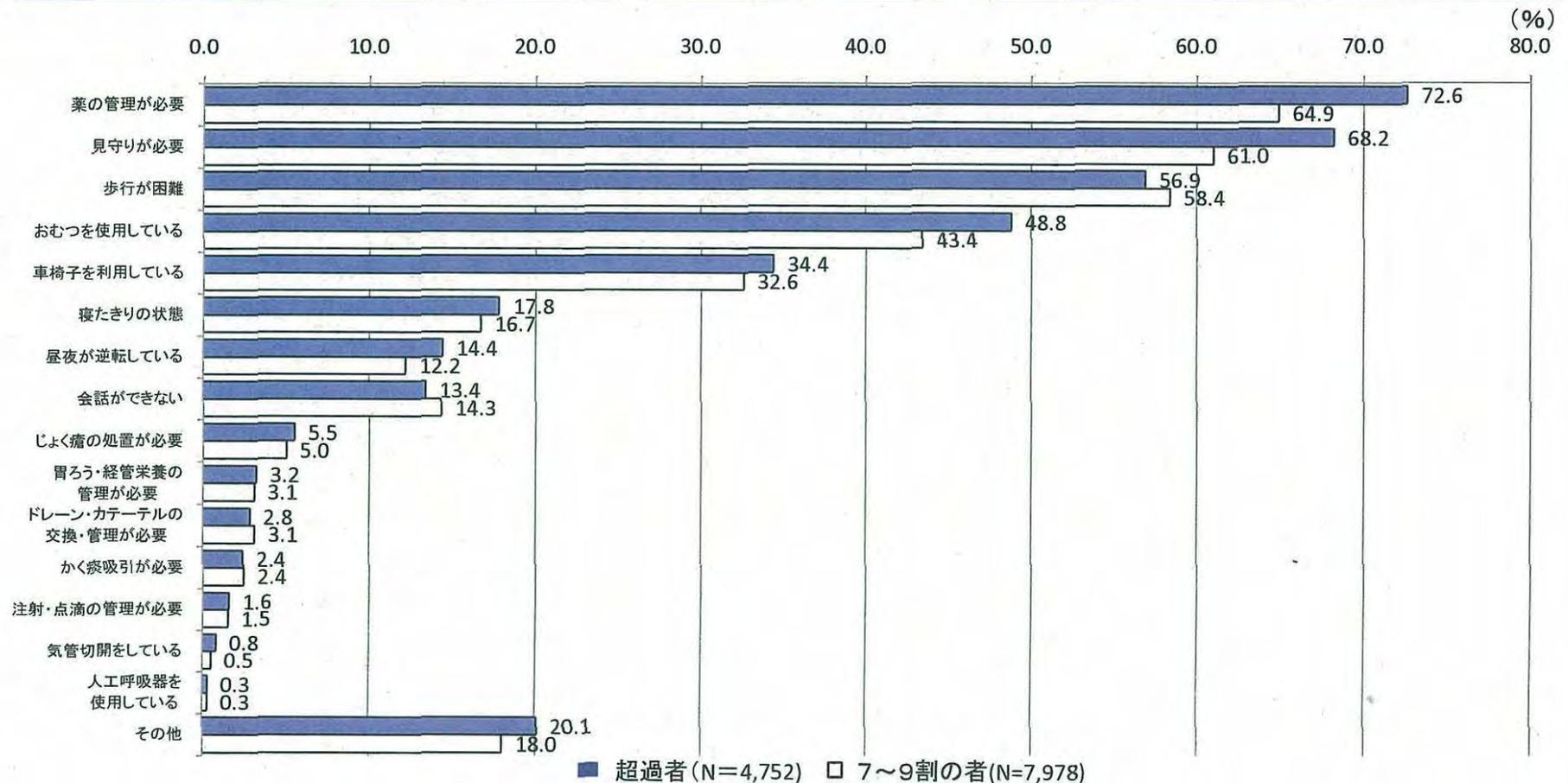
	ケアプラン見直しの余地あり	提供量が多すぎるサービスがある	提供量が多すぎるサービス(主なもの)			提供量が不足しているサービスがある	提供量が不足しているサービス(主なもの)			
			訪問介護	通所介護	訪問看護		訪問介護	通所介護	訪問看護	
全体構成比	90.7%	59.1%	35.4%	21.5%	5.1%	59.1%	23.6%	17.3%	21.9%	
【要介護度別】要介護度1	84.9%	62.3%	24.5%	39.6%	1.9%	43.4%	28.3%	11.3%	7.5%	
【要介護度別】要介護度3	88.0%	54.7%	33.3%	14.7%	2.7%	60.0%	30.7%	12.0%	22.7%	
【要介護度別】要介護度5	95.4%	60.6%	42.2%	17.4%	8.3%	66.1%	16.5%	23.9%	28.4%	
(再掲)	看護師である評価者(2人)	100.0%	85.1%	54.1%	31.8%	7.4%	56.8%	8.8%	18.9%	22.3%
	【要介護度別】要介護度1	100.0%	90.0%	40.0%	56.7%	3.3%	36.7%	13.3%	13.3%	13.3%
	【要介護度別】要介護度3	100.0%	91.9%	62.2%	29.7%	2.7%	62.2%	13.5%	10.8%	24.3%
	【要介護度別】要介護度5	100.0%	80.2%	55.6%	23.5%	11.1%	61.7%	4.9%	24.7%	24.7%
	社会福祉士・介護福祉士である評価者(2人)	75.3%	15.7%	4.5%	4.5%	1.1%	62.9%	48.3%	14.6%	21.3%
	【要介護度別】要介護度1	65.2%	26.1%	4.3%	17.4%	0.0%	52.2%	47.8%	8.7%	0.0%
	【要介護度別】要介護度3	76.3%	18.4%	5.3%	0.0%	2.6%	57.9%	47.4%	13.2%	21.1%
【要介護度別】要介護度5	82.1%	3.6%	3.6%	0.0%	0.0%	78.6%	50.0%	21.4%	39.3%	

※「提供量が多すぎるサービス」、「提供量が不足しているサービス」の項目は複数回答である。

## 【アンケート調査】

### ○利用者の日常生活等の状況

- ① 「薬の管理が必要」、「見守りが必要」、「歩行が困難」、「おむつを使用している」の割合が高かった。
- ② 一方、「胃ろう・経管栄養の管理」、「ドレーン・カテーテルの交換・管理が必要」、「かく痰吸引が必要」等、医療的なケアを利用する者の割合は少なく、区分支給限度基準額を超える直接の要因となっていなかった。
- ③ 「薬の管理が必要」、「見守りが必要」、「おむつを使用している」は、7～9割の者より、超過者の方が割合が高かった。



○ 自立度を改善させるためのケアプランになっていないと思われるケアプラン 〈実例1〉

1. 介護度	要介護1	2. 年齢	80歳代
3. 性別	女	4. 所得段階	第2段階
5. 認知症高齢者自立度	I	6. 日常生活自立度	A2
7. 傷病等	関節疾患・廃用症候群、その他		
8. 日常生活等の状況	歩行困難、おむつ使用		
9. 同居家族等 (1)同居家族等 (2)主たる介護者 (3)主たる介護者の年齢	独居 なし なし		
10. 指摘事項			
	ケアプランの妥当性		
	妥当	見直し余地有	
評価者A		○	通所介護
評価者B		○	通所介護
評価者C		○	
評価者D		○	通所介護
評価者の 主な意見	自立支援の取り組みが必要。一人暮らしに不安という理由だけで毎日デイサービスを利用しているのではあれば、サービス過多。		

○週間ケアプラン

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00	通所介護							
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス

○ リハビリテーションや訪問看護などの医療系サービスが少ないと思われるケアプラン 〈実例2〉

1. 介護度	要介護5	2. 年齢	60歳代																																
3. 性別	女	4. 所得段階	第3段階																																
5. 認知症高齢者自立度	I	6. 日常生活自立度	C2																																
7. 傷病等	脳血管疾患(脳卒中)																																		
8. 日常生活等の状況	寝たきりの状態、歩行が困難、薬の管理が必要、おむつを使用している																																		
9. 同居家族等 (1)同居家族等 (2)主たる介護者 (3)主たる介護者の年齢	親、兄弟姉妹 その他親族 70歳代																																		
10. 指摘事項	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">ケアプランの妥当性</th> <th rowspan="2">過多のサービス</th> <th rowspan="2">不足のサービス</th> </tr> <tr> <th>妥当</th> <th>見直し余地有</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>評価者A</td> <td></td> <td>○</td> <td>訪問介護</td> <td>訪問看護、通所リハ</td> </tr> <tr> <td>評価者B</td> <td></td> <td>○</td> <td>訪問介護</td> <td>通所介護、訪問リハ、通所リハ</td> </tr> <tr> <td>評価者C</td> <td></td> <td>○</td> <td></td> <td>訪問介護、通所介護</td> </tr> <tr> <td>評価者D</td> <td></td> <td>○</td> <td></td> <td>訪問看護、通所リハ</td> </tr> <tr> <td>評価者の主な意見</td> <td colspan="4">ADL改善の可能性の検討。60歳代と若く、認知症自立度Iであれば、日常生活自立度の状況を回復するプランの必要性も考えられる。</td> </tr> </tbody> </table>				ケアプランの妥当性		過多のサービス	不足のサービス	妥当	見直し余地有	評価者A		○	訪問介護	訪問看護、通所リハ	評価者B		○	訪問介護	通所介護、訪問リハ、通所リハ	評価者C		○		訪問介護、通所介護	評価者D		○		訪問看護、通所リハ	評価者の主な意見	ADL改善の可能性の検討。60歳代と若く、認知症自立度Iであれば、日常生活自立度の状況を回復するプランの必要性も考えられる。			
	ケアプランの妥当性		過多のサービス		不足のサービス																														
	妥当	見直し余地有																																	
評価者A		○	訪問介護	訪問看護、通所リハ																															
評価者B		○	訪問介護	通所介護、訪問リハ、通所リハ																															
評価者C		○		訪問介護、通所介護																															
評価者D		○		訪問看護、通所リハ																															
評価者の主な意見	ADL改善の可能性の検討。60歳代と若く、認知症自立度Iであれば、日常生活自立度の状況を回復するプランの必要性も考えられる。																																		

○ 週間ケアプラン

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00	訪問介護							
	10:00								
午前	12:00	訪問介護							
	14:00								
	16:00								
	18:00	訪問介護							
午後	20:00	訪問介護							
	22:00								
夜間	24:00								
	2:00								
深夜	4:00								

週単位以外のサービス	福祉用具貸与
------------	--------

## ○ 生活援助のサービス量が過多になっていると思われるケアプラン 〈事例3〉

1. 介護度	要介護5	2. 年齢	80歳代																																
3. 性別	女	4. 所得段階	第4段階																																
5. 認知症高齢者自立度	Ⅳ	6. 日常生活自立度	C2																																
7. 傷病等	脳血管疾患(脳卒中)、関節疾患・廃用症候群、認知症																																		
8. 日常生活等の状況	寝たきりの状態、会話が出来ない、歩行が困難、車椅子を利用している、見守りが必要、薬の管理が必要、おむつを使用している																																		
9. 同居家族等 (1)同居家族等 (2)主たる介護者 (3)主たる介護者の年齢	配偶者、子供、子の配偶者 子供 50歳代																																		
10. 指摘事項	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">ケアプランの妥当性</th> <th rowspan="2">過多のサービス</th> <th rowspan="2">不足のサービス</th> </tr> <tr> <th>妥当</th> <th>見直し余地有</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>評価者A</td> <td></td> <td>○</td> <td>訪問介護</td> <td>通所介護</td> </tr> <tr> <td>評価者B</td> <td></td> <td>○</td> <td>訪問介護</td> <td>通所介護</td> </tr> <tr> <td>評価者C</td> <td></td> <td>○</td> <td></td> <td>通所介護</td> </tr> <tr> <td>評価者D</td> <td></td> <td>○</td> <td>訪問介護</td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価者の 主な意見</td> <td colspan="4">介護者側の都合によるサービス導入ではないか。お手伝いさんの支援していないか、見守りが必要なために家事援助が提供されている可能性あり。</td> </tr> </tbody> </table>				ケアプランの妥当性		過多のサービス	不足のサービス	妥当	見直し余地有	評価者A		○	訪問介護	通所介護	評価者B		○	訪問介護	通所介護	評価者C		○		通所介護	評価者D		○	訪問介護		評価者の 主な意見	介護者側の都合によるサービス導入ではないか。お手伝いさんの支援していないか、見守りが必要なために家事援助が提供されている可能性あり。			
	ケアプランの妥当性		過多のサービス		不足のサービス																														
	妥当	見直し余地有																																	
評価者A		○	訪問介護	通所介護																															
評価者B		○	訪問介護	通所介護																															
評価者C		○		通所介護																															
評価者D		○	訪問介護																																
評価者の 主な意見	介護者側の都合によるサービス導入ではないか。お手伝いさんの支援していないか、見守りが必要なために家事援助が提供されている可能性あり。																																		

## ○週間ケアプラン

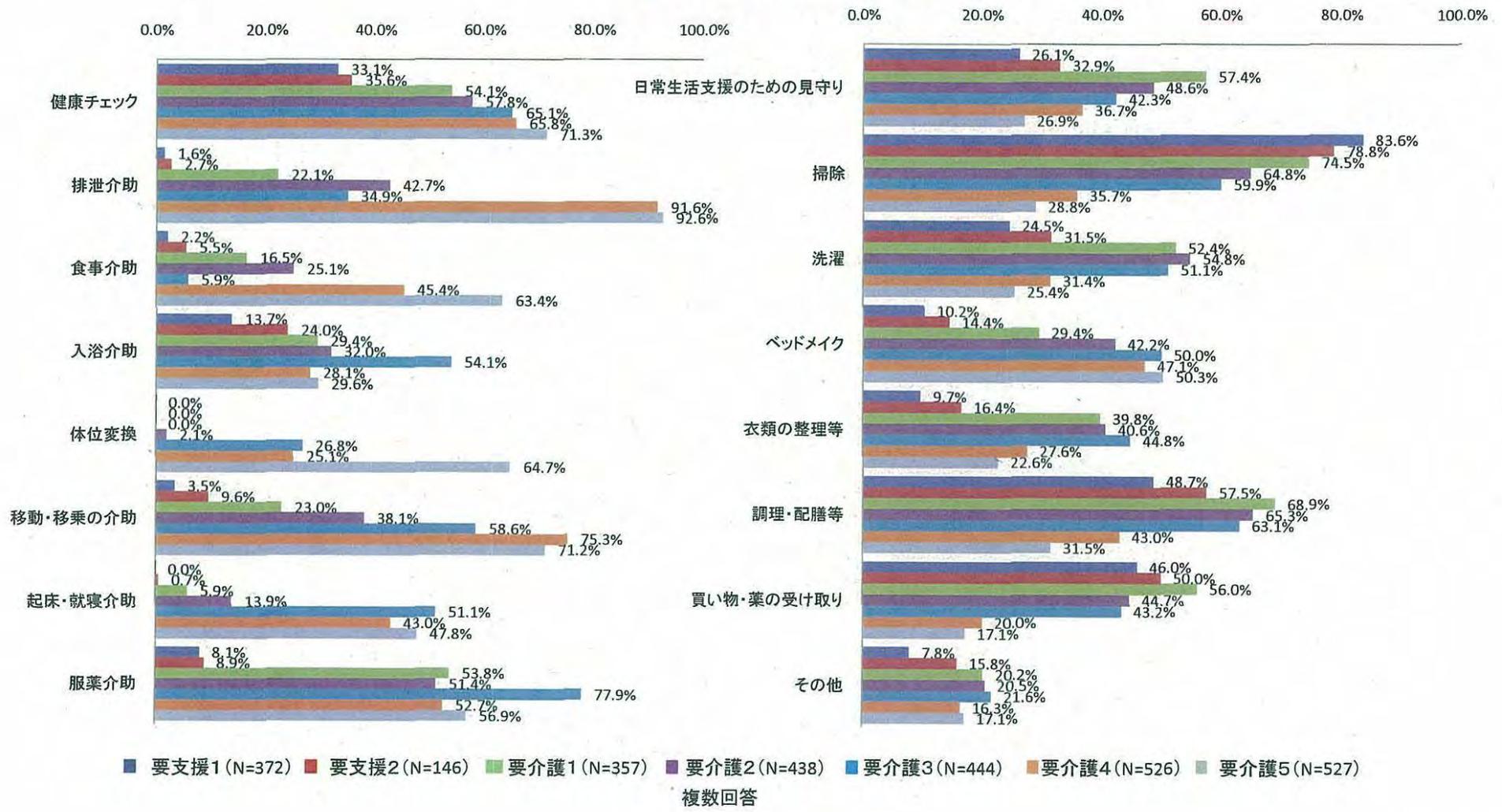
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早期	8:00								8:30起床 9:30朝食
	10:00	訪問介護 (身体3生活2)		訪問介護 (身体5生活3)		訪問介護 (身体4生活2)	訪問介護 (身体5生活3)	訪問介護 (身体5生活3)	
午前	12:00	訪問リハ 訪問介護 (身体3生活2)	訪問介護 (身体7生活3)		訪問介護 (身体7生活3)	訪問リハ			
	14:00					訪問介護 (身体2生活2)			13:00昼食
	16:00				訪問看護				
	18:00								17:00夕食
夜間	20:00								
	22:00								21:00就寝
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス 日曜日の訪問介護は隔週で8:30~12:00(身5生2)、9:00~12:30(身5生2)  
介護保険サービス以外は家政婦で対応。(家政婦による入浴介助~月・金曜14:00~16:00)特殊寝台及び付属品、シャワーキャリー購入済み。

# ○訪問介護の利用状況(1)＜超過者＞

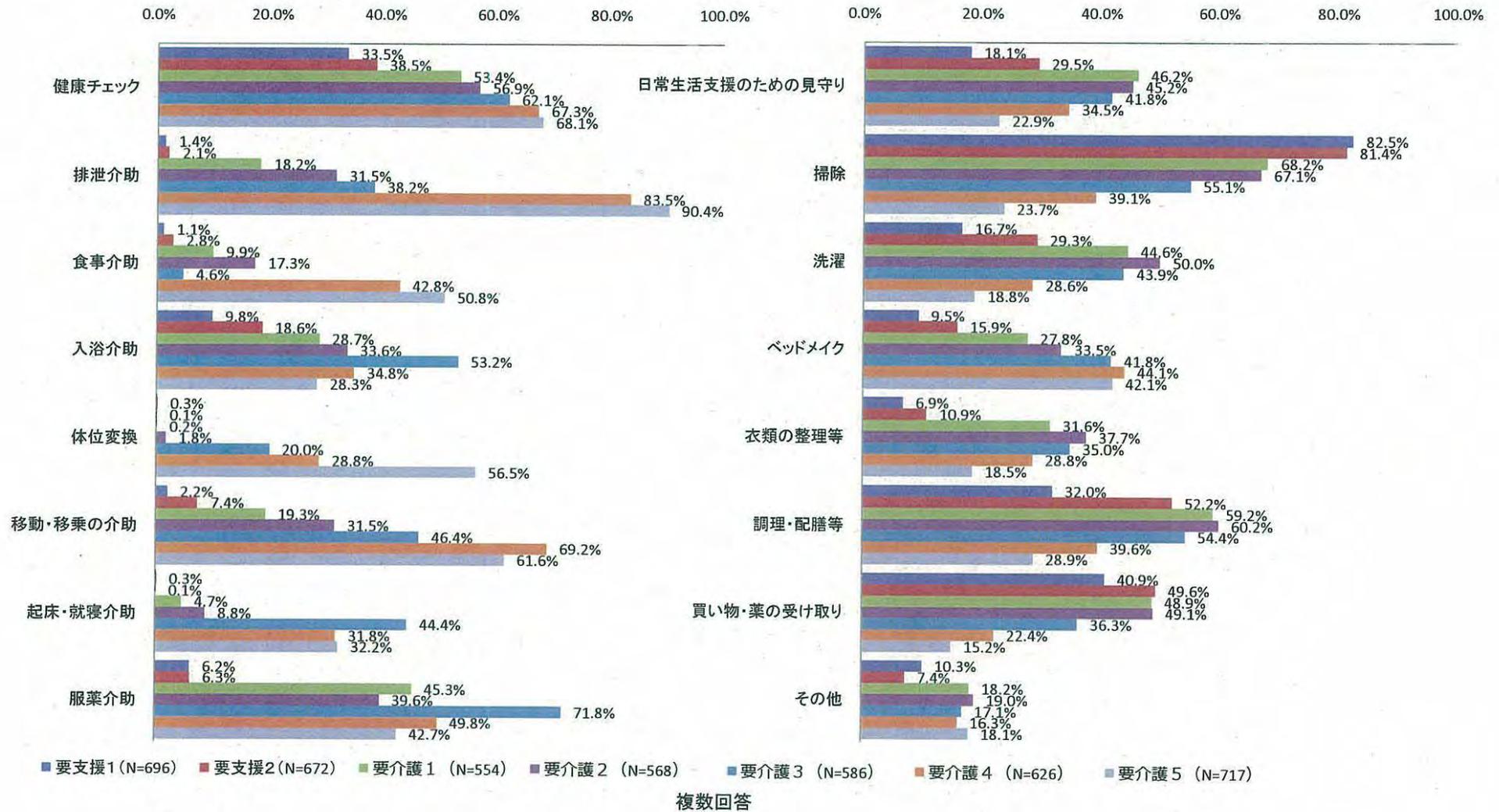
- ① 身体介護に比べ、掃除、洗濯、調理・配膳等の生活援助が多く利用されており、特に要介護度が軽い者で利用が多い傾向であった。
- ② 超過者、7～9割の者も同様の傾向であった。

### 超過者の訪問介護の利用内容



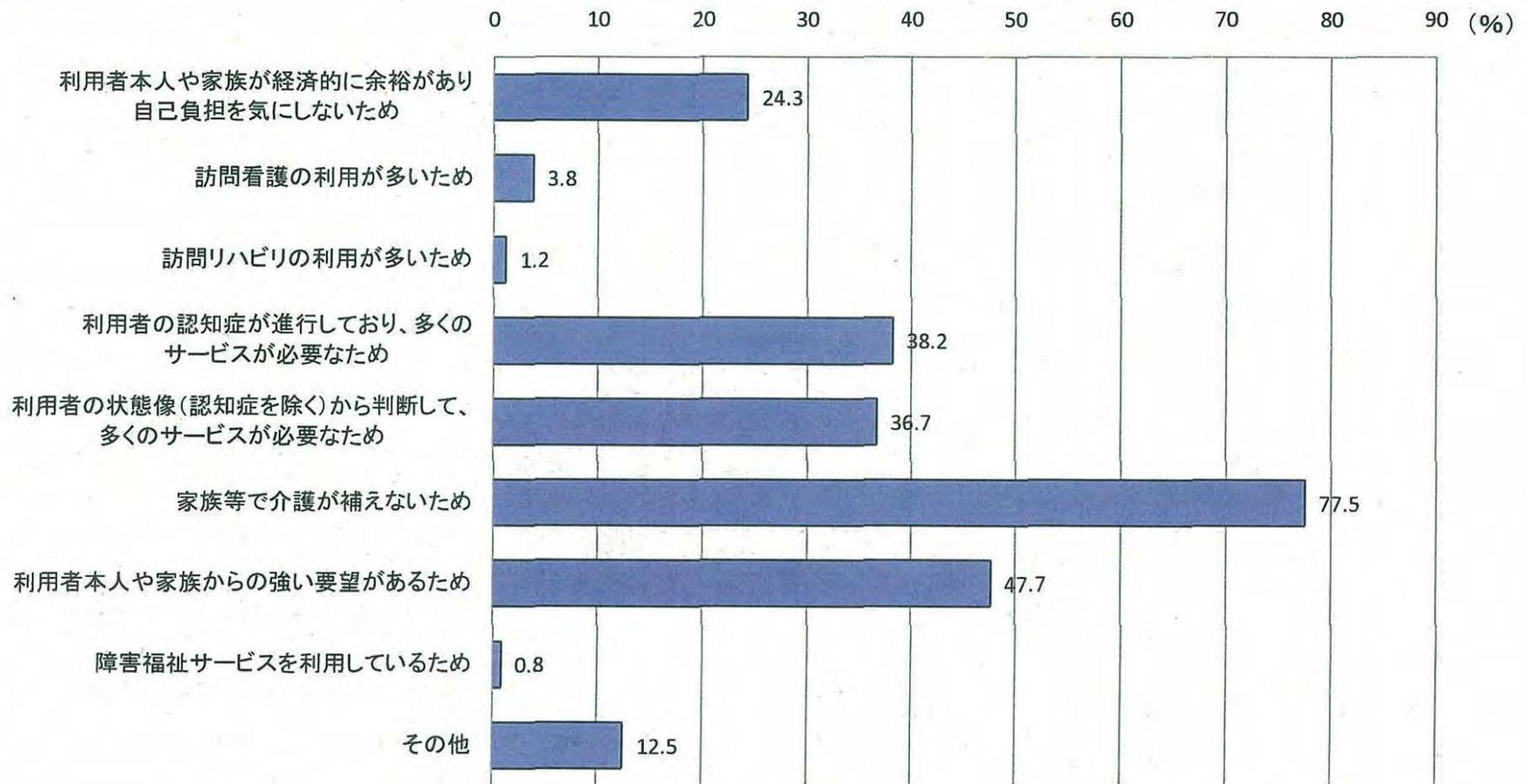
# ○訪問介護の利用状況(2) <7~9割の者>

## 7~9割の者の訪問介護の利用内容



## ○区分支給限度基準額を超えたケアプランを作成している理由

- ① 区分支給限度基準額を超えたケアプランを作成している理由としては、「家族等で介護が補えない」、「利用者本人や家族からの強い要望があるため」の割合が高かった。
- ② また、「利用者本人や家族が経済的に余裕があり自己負担を気にしないため」は24.3%であった。



複数回答

## ○まとめ

① 超過者及び7～9割の者の週間ケアプランをみると、2種類以下のサービス利用のケアプランが多かった。また、利用しているサービスの種類では、訪問介護や通所介護など見守りを必要とするサービスの利用が多く、訪問看護などの医療系サービスの利用が少なかった。

介護サービスの利用状況についても、全国のサービス利用量の平均と比べ、訪問介護や通所介護はサービス利用が多くなっていた。

② 超過者の週間ケアプランについて、市町村におけるケアプランの点検者による評価によると、「見直す余地がある」との意見が9割であった。

なお、看護師である評価者と社会福祉士・介護福祉士である評価者では、週間ケアプランに対する意見が異なっていた。

③ 担当のケアマネジャーに対するアンケート結果では、訪問介護のサービス利用内容をみると、身体介護に比べ、生活援助の利用が多かった。

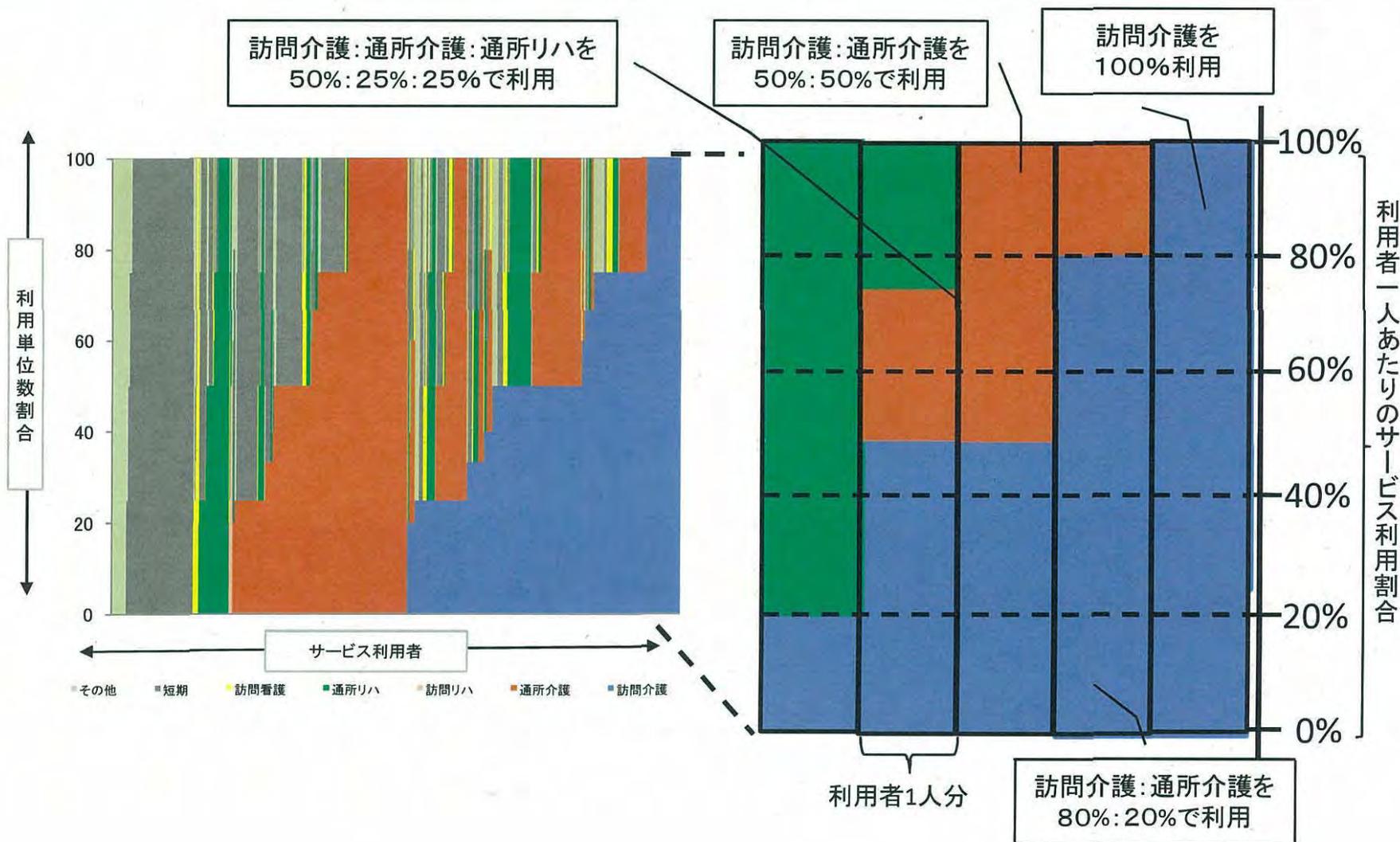
また、「家族等で介護が補えないため」、「利用者本人や家族からの強い要望があるため」区分支給限度基準額を超えたケアプランを作成している例が多かった。



○ 区分支給限度基準額については、まず、ケアマネジメントの実態を踏まえた上で、議論をするべきではないか。

## (参考)介護サービスの利用状況のグラフの見方について

- ・一つの色で一種類のサービスを表している(例:青は訪問介護)。
- ・縦の色種類数がサービスの利用種類数を表している。
- ・横の色の幅が利用者数を現しており、太いほど利用者数が多い。
- ・色の面積の大きさをサービス利用割合を表現しており、面積が大きいほど利用が多い。



## 介護保険法施行規則の一部を改正する省令案について

### 1. 改正の趣旨

介護保険法（平成9年法律第123号）における要介護認定及び要支援認定（以下「要介護認定等」という。）には有効期間があり、その具体的期間については厚生労働省令に委任されているところ。

今般、「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会取りまとめ）を踏まえ、要介護認定等に係る市町村の事務負担を軽減するため、要介護認定等の有効期間を延長する。

（参考）「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会取りまとめ）

当面、要介護認定に係る市町村の事務負担が大きいとの指摘があることから、要介護、要支援をまたぐ際などの認定の有効期間の延長を求める保険者の意見などを踏まえて、事務の簡素化を速やかに実施すべきである。

### 2. 改正の内容

介護保険法施行規則（平成11年厚生労働省令第36号。以下「令」という。）に規定する有効期間の上限の一部を以下のとおり改正する。

- ・要介護状態区分の変更の認定を行った場合：6か月→12か月（令第38条）
- ・要支援状態区分の変更の認定を行った場合：6か月→12か月（令第52条）
- ・要支援認定の更新申請に対し要介護認定を行った場合：6か月→12か月（令第38条）
- ・要介護認定の更新申請に対し要支援認定を行った場合：6か月→12か月（令第52条）

### 3. スケジュール

施行日：平成23年4月1日

# 要介護認定に係る有効期間の見直しについて

## 1. 基本的な考え方

○「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会取りまとめ)を踏まえ、要介護認定等に係る市町村の事務負担を軽減する。

## 2. 具体的内容

○介護保険法施行規則(平成11年厚生労働省令第36号)に規定する有効期間の上限の一部を以下のとおり改正する。

(具体的な対応案)

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

介護保険制度の見直しに関する意見(抜粋)  
平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会

当面、要介護認定に係る市町村の事務負担が大きいとの指摘があることから、要介護、要支援をまたぐ際などの認定の有効期間の延長を  
求める保険者の意見などを踏まえて、事務の簡素化を速やかに実施すべきである。

# 介護保険制度を取り巻く状況

# 介護保険制度の実施状況

## ① 65歳以上被保険者数の推移

・65歳以上の被保険者数は、10年で約730万人（34%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,895万人

## ② 要介護（要支援）認定者数の推移

・要介護認定を受けている者は、10年で約269万人（123%）増加。

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
認定者数	218万人	348万人	487万人

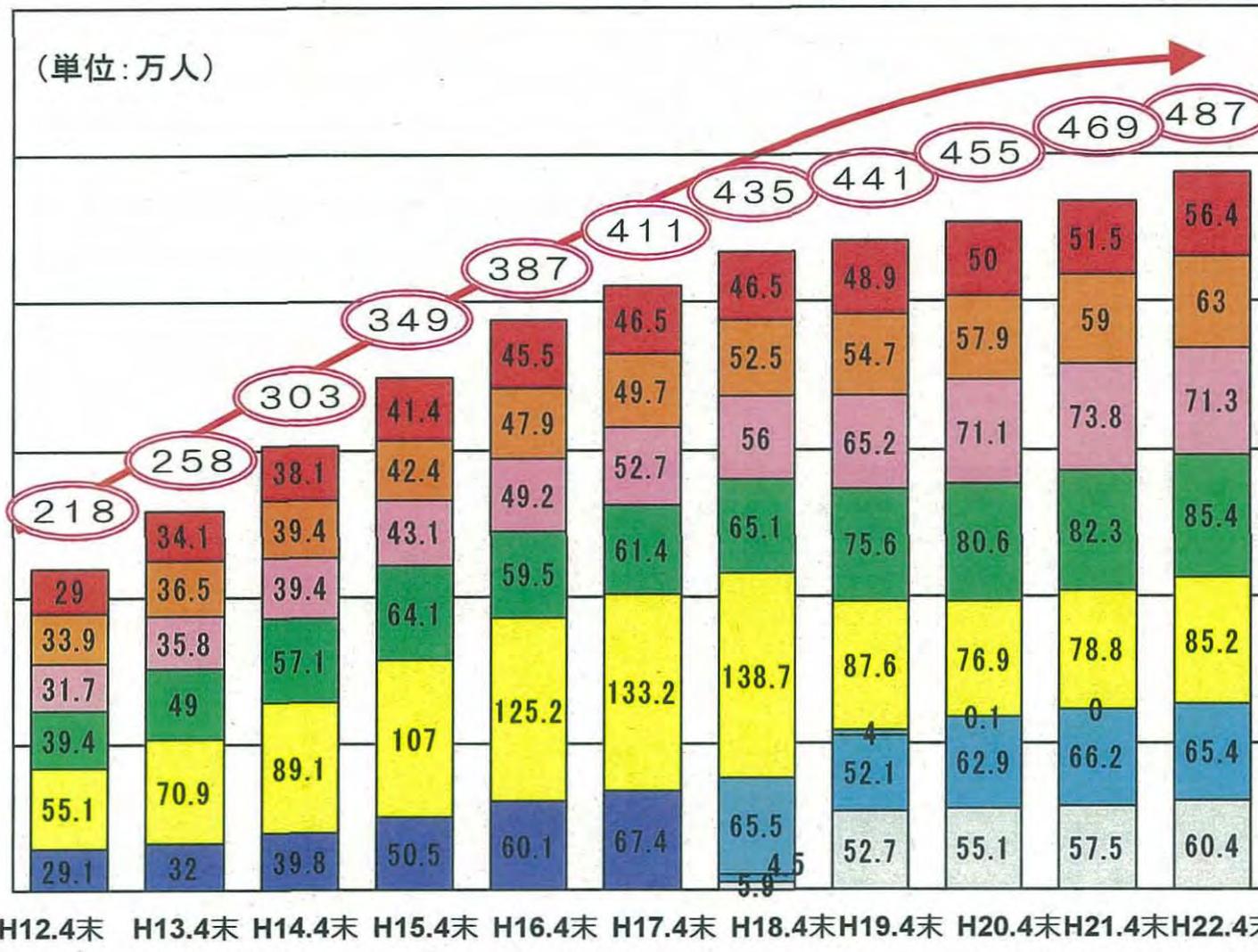
## ③ 要介護（要支援）認定の申請件数

・要介護認定の申請件数は、9年で約231万件（86%）増加。

（注：2004年から要介護更新認定の有効期間を最大2年としたため、2008年の一年間の申請件数は2003年より少なくなっている。）

	2000年度	2003年度	2008年度
申請件数	269万件	547万件	500万件

# 要介護度別認定者数の推移



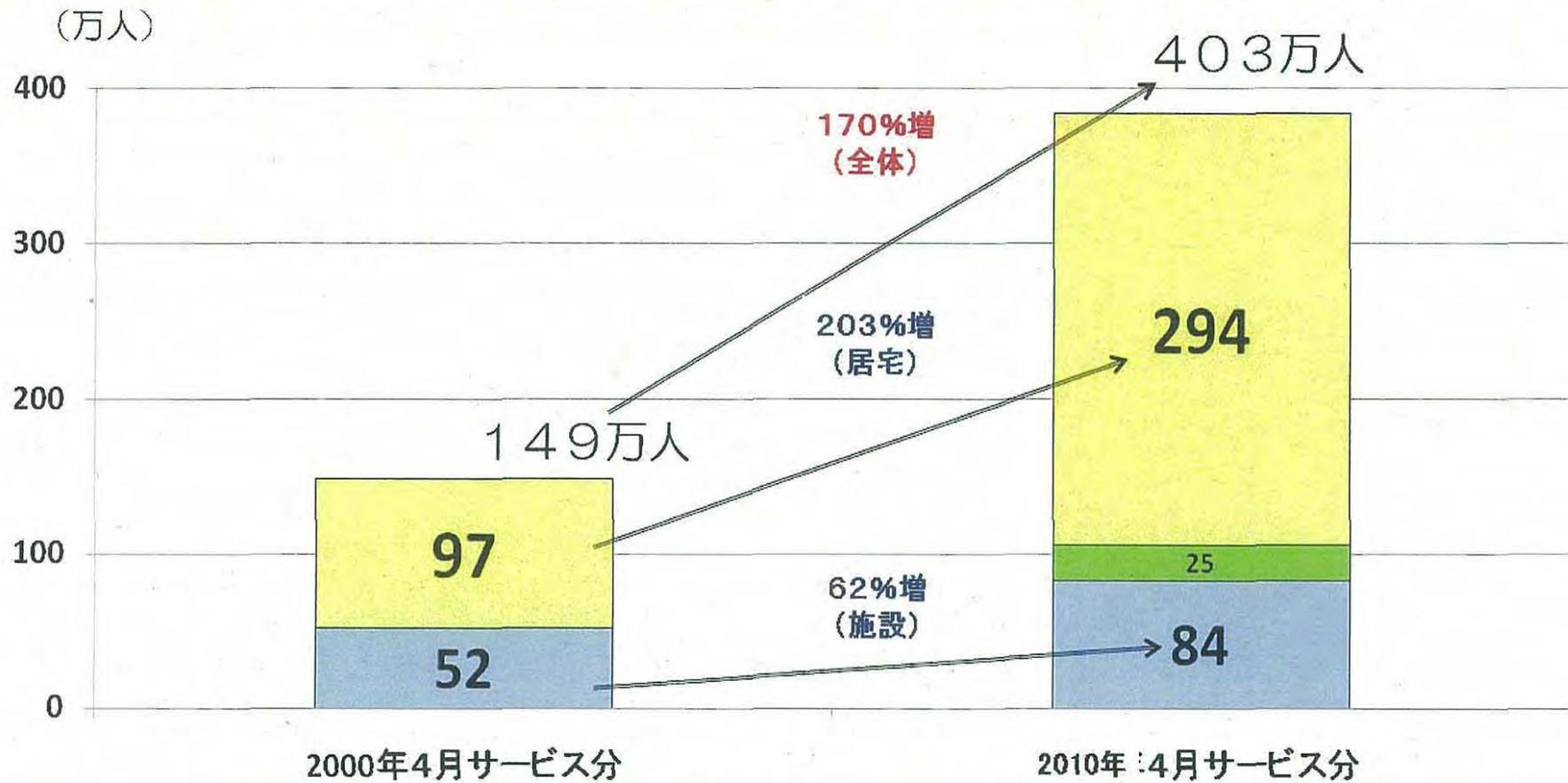
要介護度	人数	割合
計	123%	
要介護5	5	94%
要介護4	4	86%
要介護3	3	125%
要介護2	2	117%
経過的 要介護	1	151%
要支援	2	
要支援1	1	

■ 要支援 □ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 経過的 ■ 要介護1 ■ 要介護2  
■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

(出典:介護保険事業状況報告 他)

# サービス受給者数の推移

- サービス受給者数は、10年で約254万人（170%）増加。
- 特に、居宅サービスの伸びが大きい。（10年で203%増）



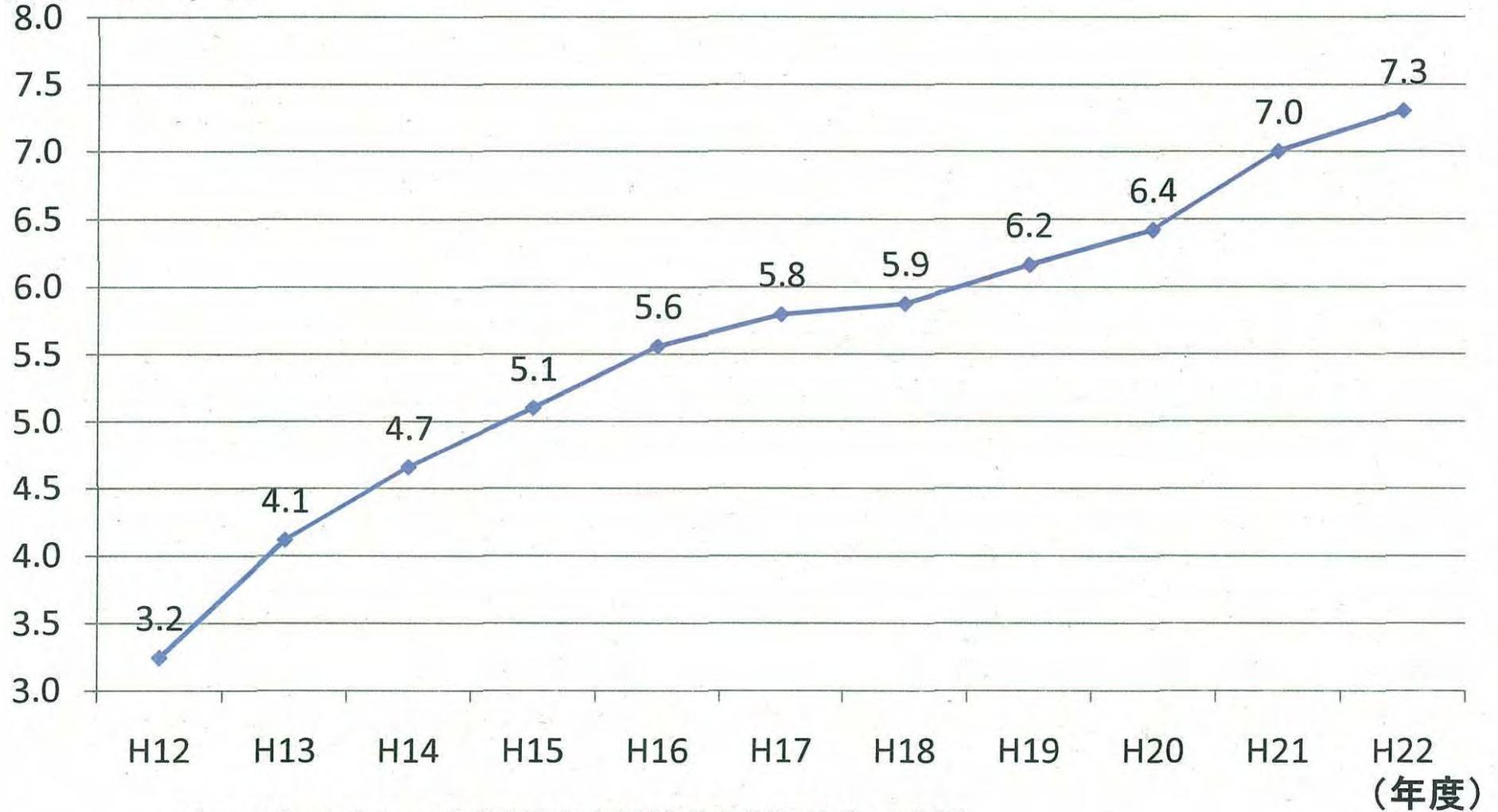
居宅サービス(2009年4月サービス分は、介護予防サービスを含む)
  地域密着型サービス(地域密着型介護予防サービスを含む)
  施設サービス

出典：介護保険事業状況報告

※介護予防サービス、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスは、2005年の介護保険制度改正に伴って創設された。  
 ※各サービス受給者の合計とサービス受給者数は端数調整のため一致しない。

# 介護保険の給付費の伸びの推移

(単位:兆円/年)



(注1)平成20年度までは実績値(各年度介護保険事業状況報告より集計)

(注2)平成21年度及び平成22年度は予算額

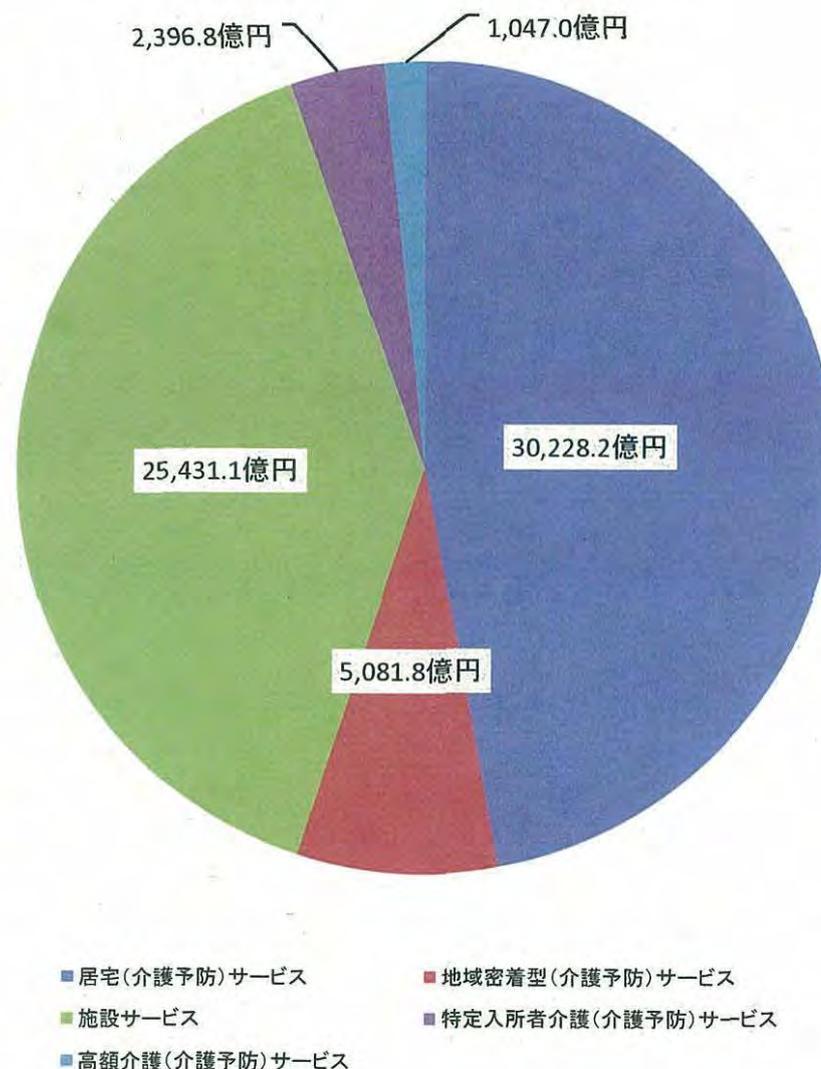
# 介護保険給付費の構成について

平成20年度介護保険給付費の内訳

	給付費(億円)	構成比(%)
居宅(介護予防)サービス	30,228.2	47.1
訪問サービス	8,050.2	12.5
通所サービス	12,004.8	18.7
短期入所サービス	2,979.9	4.6
福祉用具・住宅改修サービス	2,037.4	3.2
特定施設入居者生活介護	2,265.8	3.5
介護予防支援・居宅介護支援	2,890.1	4.5
地域密着型(介護予防)サービス	5,081.8	7.9
夜間対応型訪問介護	7.3	0.0
認知症対応型通所介護	571.9	0.9
小規模多機能型居宅介護	498.9	0.8
認知症対応型共同生活介護	3,843.8	6.0
地域密着型特定施設入居者生活介護	34.1	0.1
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	125.8	0.2
施設サービス	25,431.1	39.6
介護老人福祉施設	11,880.9	18.5
介護老人保健施設	9,289.4	14.5
介護療養型医療施設	4,260.9	6.6
特定入所者介護(介護予防)サービス	2,396.8	3.7
高額介護(介護予防)サービス	1,047.0	1.6
合計	64,185.0	100.0

(出典)平成20年度介護保険事業状況報告年報より

平成20年度介護保険給付費(年額)の構成

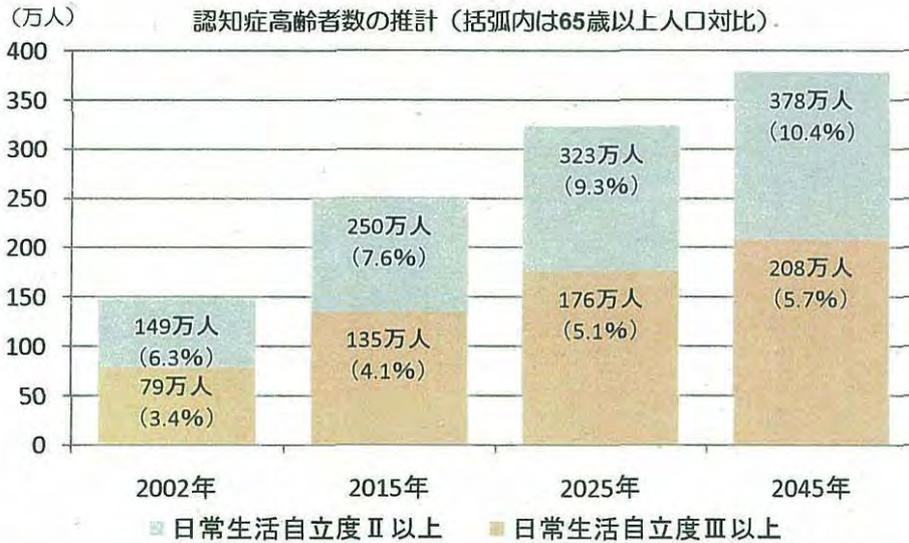


# 今後の介護保険を取り巻く状況について

① 75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

# 過去の介護報酬改定の経緯

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立</li> <li>○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価</li> <li>○ 施設サービスの質の向上と適正化</li> </ul>	▲2.3%
平成17年改定 (H17.10施行)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し</li> <li>○ 食費に関連する介護報酬の見直し</li> <li>○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し</li> </ul>	
平成18年改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中重度者への支援強化</li> <li>○ 介護予防、リハビリテーションの推進</li> <li>○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立</li> <li>○ サービスの質の向上</li> <li>○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化</li> </ul>	▲0.5%[▲2.4%] ※[ ]は平成17年10月改定分を含む。
平成20年改定 (H20.5施行)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 療養病床の一層の転換促進を図るため、介護老人保健施設等の基準の見直し</li> </ul>	
平成21年改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護従事者の人材確保・処遇改善</li> <li>○ 医療との連携や認知症ケアの充実</li> <li>○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証</li> </ul>	3.0%

# 平成21年介護報酬改定審議報告における指摘事項

## 【質の評価の導入】

今改定では「介護福祉士割合」「常勤職員割合」「一定以上の勤続年数の職員割合」を暫定的に用いるが、サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、早急に検討を進めることとする。

## 【地域区分】

今回は、地域の区分方法について見直しを行わないものとするが、今後、地域区分の在り方について検討することとする。

## 【施設ケアマネの在り方】

介護保険施設等に配置されている介護支援専門員の役割及び評価等の在り方について、引き続き検討を行う。

## 【訪問介護におけるサービス提供責任者の人員配置基準】

サービス提供責任者については、非常勤職員の登用を一定程度可能とする。人員配置基準については、施行後の状況を検証し、必要な対応を行う。

## 【訪問介護の報酬体系】

報酬体系の機能別再編について、行為内容の調査研究を引き続き実施し、次期報酬改定に向けて一定の結論が得られるよう議論を行う。

## 【訪問リハの充実】

今後、さらに訪問リハビリテーションを拡充する方策について検討を行う。

## 【福祉用具の保険給付のあり方】

福祉用具の保険給付の在り方について、サービス提供状況、メンテナンスの実態、有効性等について調査研究を行い、「在り方検討会」において検討し、必要な対応を行う。

**【認知症ケアの評価、研修の質の確保】**

専門的な認知症ケアを普及する観点から、介護報酬上の評価を行う。なお、併せて研修の質の確保のための検討を行う。

**【認知症の研究の充実】**

認知症に関する脳科学等の知見を結集し、認知症高齢者へのサービスがより一層適切に行えるよう、研究を迅速化し、それをサービスに応用する施策の充実を図る。

**【補足給付の公費のあり方】**

改定後の事業者の経営状況にかかる調査を踏まえ、補足給付について必要な検討を行うこと。

**【情報公表制度の検証】**

改定後の事業者の経営状況にかかる調査を踏まえ、介護サービス情報の公表制度について必要な検討を行うこと。

**【平成21年介護報酬改定の影響調査】**

今回の介護報酬改定が介護従事者の処遇改善につながっているかという点についての検証を適切に実施すること。

**【H18年度に新たに導入されたサービスについての検証】**

特に平成18年度からの新サービスについて、効果、効率性、普及・定着度合い等を把握し、効率的なサービスの在り方について検討を行うこと。

**【地域包括ケアシステムの構築】**

今後の介護報酬改定については、現行サービス種別の枠を超え、望ましい地域包括ケアシステムの構築という観点も踏まえた総合的な検討を行うこと。

平成23年2月7日

全国市長会介護保険対策特別委員会委員長  
稲城市長 石川良一

### 「介護総量規制の緩和」に対する反対意見

今般より、この社会保障審議会介護給付費分科会において、平成24年度からの制度改革にあわせた介護報酬の見直しの議論が始まり、国民からは、介護サービスの質、量などを総合的に勘案して、適正な介護報酬水準となることが期待されているところである。

また、政府は規制改革委員会において、経済論理を優先した成長戦略の観点から、多くの弊害すら想定される「介護総量規制の緩和」を進めるための議論を進めている、と聞いている。仮に、一方的に「介護総量規制の緩和」を決めてしまうようなことがあれば、今後の介護報酬に関する議論にも少なからず影響を与えるのではないかと懸念するものである。

政府の規制・制度改革委員会ライフイノベーションワーキンググループでは、「利用者の自由な選択に資する観点から、一定以上のサービスの質及び事業者間の適正な競争環境が保たれることを前提に、長期的には介護総量規制を撤廃すべきであり、当面、有料老人ホームなど特定施設における規制は撤廃し、現在の需給不均衡を是正すべきである。」との考え方を示し、規制緩和を進めようとしている。今後、これを「事業仕分け」と同様の考えを導入した「規制仕分け」なるものによって、社会保障の観点からではなく、なかば強引に決定してしまうのではないかと危惧するものである。

私は、保険者の立場から、「介護総量規制は、これまで過剰な整備による給付費の増高を抑制してきているほか、地域的偏在を防止する効果があり、保険者機能を発揮する上で重要な権限である」と明確に主張してきた。

そもそも介護給付費は、公費（税）と保険料で賄っており、有料老人ホームなど特定施設においても、地域の高齢者介護ニーズを踏まえて、自治体の介護保険事業計画に基づき、計画的に整備されるべきである。

なお、施設整備が進みにくいとの指摘があるが、これは例えば都市では地価が高いといった、別な要因によるものが大きいものである。

介護施設サービスにおいては、地域の介護ニーズに関わらず、偏った整備が進むことは好ましいものではない。まして、政府の政策として、地域づくりの観点を無視した量の確保を目指すことは、自治体（保険者）として決して容認できるものではない。

この際、あらためて、介護総量規制の緩和については、強く反対を表明する。

# 介護総量規制の緩和について

平成 23 年 2 月 7 日  
社会保障審議会介護給付費分科会  
委員 齊藤 秀樹  
(全国老人クラブ連合会)

## 1 「介護総量規制の緩和」には慎重な対応を

### (1) 地方の判断と責任の範囲とすべき

「利用者の選択」に資する制度設計は介護保険の根幹をなすもので尊重されなければならない。しかし、「需要と供給」を市場競争原理に委ねた場合、懸念される地域偏在、サービスの偏り、給付費の急増等が生じた際の責任を都道府県・市町村に求めるのは無理がある。介護分野における規制緩和は、住民参加による地域主権の原則に則り、地方の判断と責任において行なえる範囲とすべきと考える。

### (2) 「参酌標準の撤廃」後の検証をまず優先

介護保険制度において「参酌標準の撤廃」は、一定範囲の規制緩和である。都道府県・市町村は、利用者・住民との合意のもとで、「施設系と在宅系サービスのバランス」および「負担と給付のバランス」に配慮した選択の幅が広がり、介護保険事業計画に反映することが可能になったことは評価できる。

地方の自由裁量に委ねる「参酌標準の撤廃」が、適切な介護需要調査に基づくサービス量の需要と供給にどのような影響を及ぼしたか等について、その効果の有無を検証することが、まず優先すべきことである。

## 2 適切な介護保険事業計画の策定

計画策定に当たっては、現場ニーズよりも財政への影響を避けるため、厳しい規制を課す保険者が存在するとの指摘があり、総量規制緩和の理由づけともなっている。このような指摘を謙虚に受け止め、保険者においては計画策定の前提となる介護需要調査の信頼性を高め、客観的な調査結果に基づき、利用者・住民とともに適切な計画策定が行われるよう地方分権機能を一層発揮する必要がある。

## 3 弊害克服の新たな仕組みづくり

新規参入が妨げられ、サービスの質に対するインセンティブが阻害される弊害は総量規制の課題である。積極的な情報開示、外部評価、利用者評価、事業者自主規制、監査・立入・改善指導の充実など、牽制体制の強化に努め、弊害を克服する新たな仕組みづくりを事業者とともに構築し、質の向上に努める必要がある。

# 社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

23. 2. 7現在

氏名	現職
池田省三	龍谷大学教授
石川良一	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（東京都稲城市長）
井部俊子	日本看護協会副会長
大島伸一	国立長寿医療研究センター総長
◎※大森 彌	東京大学名誉教授
勝田登志子	認知症の人と家族の会副代表理事
川合秀治	全国老人保健施設協会会長
木村隆次	日本薬剤師会常務理事・日本介護支援専門員協会会長
久保田政一	日本経済団体連合会専務理事
高智英太郎	健康保険組合連合会理事
※木間昭子	高齢社会をよくする女性の会理事
小林 剛	全国健康保険協会理事長
齊藤秀樹	全国老人クラブ連合会理事・事務局長
篠原淳子	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長
武久洋三	日本慢性期医療協会（日本療養病床協会）会長
田中 滋	慶応義塾大学大学院教授
田中雅子	日本介護福祉士会名誉会長
池主憲夫	日本歯科医師会常務理事
中田 清	全国老人福祉施設協議会会長
馬袋秀男	民間介護事業推進委員会代表委員
※藤原忠彦	全国町村会長（長野県川上村長）
三上裕司	日本医師会常任理事
村川浩一	日本社会事業大学教授
矢田立郎	兵庫県国民健康保険団体連合会理事長（神戸市長）

（敬称略、50音順）

※は社会保障審議会の委員

◎は分科会長

## 2012年度介護報酬改定に向けたメモ（2011年2月7日）

介護保険制度を取り巻く環境は、高齢化の進展の「速さ」と高齢者数の多さ。

2012年度同時改定は、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスを切れ目なく、有機的かつ一体的に提供する「地域包括ケアシステム」を実現するために以下の視点で対応。

なお、以下の点に配慮することが必要。

### 基本的な視点

- ・地域で介護を支える体制を構築すること（地域包括ケアシステムの基盤整備）
- ・医療と介護の役割分担・連携により、効率的で利用者にふさわしいサービスを提供すること
- ・質の高いサービスを確保するため、利用者、事業者、サービス提供者の努力を促すようなインセンティブを付与すること
- ・認知症にふさわしいサービスを提供すること
- ・地域間、サービス間のバランス・公平性に配慮すること

### 配慮すべき点

- ・給付の重点化を図ること
- ・新たな報酬の設定のみならず、既存の報酬の点検を併せて行うこと
- ・エビデンスに基づいた説得力のある議論を行うこと
- ・平成18年改定、平成21年改定の検証