

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局総務課

介護保険最新情報

今回の内容

「地域包括ケア研究会報告書 ～今後の検討のための
論点整理～」(平成20年度老人保健健康増進等事業)
の公表について

計30枚(本紙を除く)

Vol.91

平成21年5月22日

厚生労働省老健局総務課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきます
ようよろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(企画法令係・内線3919)
FAX：03-3503-2740

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体

御中

厚生労働省老健局

「地域包括ケア研究会報告書 ～今後の検討のための論点整理～」
（平成20年度老人保健健康増進等事業）の公表について

介護保険制度の円滑な推進につきましては、平素から格別のご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、安心と希望の介護ビジョンや社会保障国民会議における議論等を受け、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、地域包括ケア（地域における医療・介護・福祉の一体的提供）の実現に向けた検討に当たっての論点を整理するため、平成20年度老人保健健康増進等事業として、有識者をメンバーとする地域包括ケア研究会が開催されました（実施主体：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）。

本研究会の報告書がとりまとめられ、本日付けで公表されましたので、ご参考までに送付させていただきます。

<照会先>

老健局総務課企画法令係

（直通）03-3591-0954 （内線）3919

地域包括ケア研究会 報告書
～今後の検討のための論点整理～

地 域 包 括 ケ ア 研 究 会

(平成 20 年度老人保健健康増進等事業)

地域包括ケア研究会について

1. 開催の趣旨

安心と希望の介護ビジョンや社会保障国民会議における議論等を受け、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画の計画期間以降を展望し、地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現に向けた検討に当たっての論点を整理するため、平成20年度老人保健健康増進等事業として、有識者をメンバーとする研究会を開催した。

2. 研究会メンバー

河口 洋行	国際医療福祉大学大学院准教授
高橋 紘士	立教大学教授
○ 田中 滋	慶応義塾大学大学院教授
田村 満子	有限会社たむらソーシャルネット代表
辻 一郎	東北大学大学院教授
筒井 孝子	国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室長
野中 博	医療法人社団博腎会野中医院院長
本間 昭	東京都老人総合研究所認知症予防対策室長
松本 均	横浜市健康福祉局高齢健康福祉部介護保険課長

(五十音順・敬称略、○は座長)

3. 研究会の運営

研究会の庶務は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行った。

目 次

0. はじめに	3
1. 地域包括ケアシステム	
(1) 地域包括ケアシステムの在り方	6
(2) 地域包括ケアを提供するための前提	7
2. 地域包括ケアシステムを支えるサービス	
(1) 基盤となるサービス	12
(2) ケアサービス	13
(3) 地域住民によるサービス	17
3. 地域包括ケアシステムを支える人材	
(1) 介護職員の確保、専門性の向上	19
(2) 専門職の教育・研修等	19
(3) 地域包括ケアのマネジメント	20
(4) 住民の主体的な参加と学習	21
4. 地域包括ケアシステムを支える介護報酬・地域サービスの評価	
(1) 居宅・施設を通じた介護報酬の見直し	22
(2) サービスの質に着目した介護報酬体系	22
(3) 地域サービスの評価	24
5. 地域包括ケアシステムを支える介護保険制度	25
6. おわりに	28

0. はじめに

<本研究会の目的>

- この研究会では、2025年を目標として、あるべき地域包括ケアの方向性と、その姿を実現するために解決すべき課題を検討してきた。
- 具体的には、要介護者等の尊厳の実現を目指し、地域包括ケアをキーワードにおきながら、介護保険制度が果たすべき役割、介護保険制度を取り巻く地域社会の在り方、介護と深く関わる医療の在り方、ケアの基盤としての住居の在り方、さらに、家族・親族および地域住民の支え合いの在り方等を中心に検討した。ただし、この報告書で整理された検討課題の中には急ぎ判断を下さなければならない項目も数多く含まれている。

<2025年の位置付け① ～高齢化の進展と費用負担の増加～>

- この研究会で目標にした2025年は、65歳以上人口が3,600万人（全人口の30%）を超える高齢化が進んだ年であるとともに、戦後のベビーブーム世代（「団塊の世代」）が75歳以上高齢者に到達する年である。
- このことは、現行の給付水準を維持すれば、介護費用が爆発的に増加し、負担が急激に増大することを意味する。社会保障国民会議の試算では、現行の給付水準を維持又は改革すれば、現状で7兆円程度の介護費用は、2025年には19兆円程度から24兆円程度になるとされている。逆に介護費用を一定程度に維持しようとするれば、給付水準の大幅な削減を行わなければならない。2025年に向けては、介護費用の増加に備え、効率的かつ効果的な制度設計を目指していかなければならない。
- 介護費用が増大する中で、すべてのニーズや希望に対応するサービスを介護保険制度が給付することは、保険理論からも、また共助¹の仕組みである社会保障制度の理念に照らしても適切ではない。一定限度額までの介護サービスを、

¹ この報告書では、「今後の社会保障の在り方について」（平成18年5月・社会保障の在り方に関する懇談会）等を参考にして、自助・互助・共助・公助を以下のように定義する。

- ・自助：自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。
- ・互助：インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等。
- ・共助：社会保険のような制度化された相互扶助。
- ・公助：自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等。

その内容と成果を吟味しつつ介護保険制度が給付することは当然であるが、自助・互助・公助¹との適切な役割分担を検討していかなければならない。

<2025年の位置付け② ～高齢者像と地域特性の多様化～>

- 団塊の世代は、現在の高齢世代と比較すれば、多様な価値観とはっきりした権利意識を持ち、戦後の経済成長の中で豊かな生活を送ってきた人たちである。いわば、「新しい高齢者」ともいうべき人たちであり、2025年には高齢者像が一層多様化していくこととなる。
- また、2025年に向けては、高齢化の進展の地域差が非常に大きくなる。国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」（平成20年12月推計）によれば、2005年から2025年にかけての75歳以上人口は、6.4%の市町村で減少し、46.8%の市区町村で1～1.5倍になる一方、都市部を中心に、12.1%の市区町村で2～2.5倍に、6%の市区町村で2.5～3倍に、2.5%の市町村で3倍以上になるとされている。
- 75歳以上人口の減少率が最も大きいと予想される山梨県早川町では、40%弱減少するとされているのに対し、増加率が最も大きいと予想される埼玉県三郷市では4倍程度になるとされており、非常に大きな地域差が生じる。
- このように、2025年は、高齢者像が一層多様化するとともに、人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、人口も75歳以上人口も減少する町村部、その中間型等、高齢化の進展状況に大きな地域差が生じるところであり、多様な高齢者のニーズ・地域の特性に対応していかなければならない。

<今後の施策の方向性 ～地域包括ケアシステムの構築に向けて～>

- 2025年に向けて、増加する費用を納得して負担できるよう、個々人の尊厳を守りつつ、利用者のニーズを満たせるような制度を構築していくことが必要である。
- 多くの方は、要介護状態等になっても、可能な限り、住み慣れた地域や自宅で生活し続け、人生最期のときまで自分らしく生きることを望んでいる。この研究会で提唱する「地域包括ケアシステム」は、おおむね30分以内に駆けつけられる圏域で、個々人のニーズに応じて、医療・介護等の様々なサービスが適切に提供できるような地域での体制である。こうした地域包括ケアシステムが構築されれば、人生最期のときまで自分らしく生きていける。

- したがって、2025年に向けては、各地域に、地域包括ケアシステムを構築していくことを目指すべきである。そして、地域包括ケアシステムの構築という観点から、サービス・人材・介護報酬・介護保険制度等について、必要な見直しを行っていかなければならない。
- 2005年の介護保険制度改革においては、地域包括支援センターの創設、ケア付き居住施設の充実等の居住系サービスの充実、新予防給付・介護予防事業の創設、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの創設、食費・居住費の見直し等、地域包括ケアに関連する改革が行われた。2025年に向けては、これらの改革の成果を検証しながら、地域包括ケアシステムの普遍化という観点から、この改革を進展させていくことが必要である。
- 地域内には、介護保険関連サービス（共助）だけでなく、医療保険関連サービス（共助）、住民主体のサービスやボランティア活動（互助）等、数多くの資源が存在している。地域包括支援センター等が創設されたものの、地域におけるこれらの資源は未だに断片化されており、有機的に連動して提供されているとは言えない状態にある。2025年に向けては、住民の生活を支援するという視点をより強め、互助・共助に関わる多様なサービスを有機的に連動して提供していくための方法と、そのためのシステム構築を検討していくべきである。
- また、利用者に最適なサービスを切れ目無く提供するという観点に立って、医療・介護等の各種サービスの連携をより一層推進することを目的として、制度横断的な改革を検討していくことが必要である。
- 一方、この地域包括ケアシステムは、全国一律の画一的なシステムではなく、地域ごとの特性に応じて構築されるべきシステムである。したがって、2025年に向けては、地域の自主性・主体性に基づく政策判断をより許容できるように、各種制度の見直しを行うことが必要となる。
- 以下、この報告書では、「地域包括ケアシステムの構築」という観点から、今後の検討のための論点を整理した。

1. 地域包括ケアシステム

(1) 地域包括ケアシステムの在り方

○地域包括ケアシステムの定義

- ・ 地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義してはどうか。
- ・ その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とすることとしてはどうか。

(参考)社会保障国民会議報告における記述

(略)医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で用意されていることが必要であり、同時に、サービスがバラバラに提供されるのではなく、包括的・継続的に提供できるような地域での体制(地域包括ケア)づくりが必要である。《社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))中間とりまとめ》

○住民・利用者の視点からみた地域包括ケアシステムのイメージ

- ・ 地域包括ケアにおいては、地域の住民が、住居の種別を問わず、生活における不安や危険に対して、自らの選択に基づき、おおむね 30 分以内に生活上の安全・安心・健康を確保するサービスや対応が提供され、また、サービスが 24 時間 365 日を通じて提供されることが理想となる。
- ・ 住民の安全・安心・健康を脅かす不安や危険としては、急病や病態の急変、虐待、引きこもり、地域での孤立等様々な状況が想定される。こうした問題に対応するサービスが、地域内の様々な社会資源の組み合わせやこれらを複合的に組み合わせたシステムの利用によって 24 時間 365 日を通じて提供されることが期待される。
- ・ 例えば、独居で認知症を有する者の生活であれば、権利侵害からの保護や金銭・財産管理、服薬管理・食事摂取の確認のための巡回型の訪問サービスの利用等が考えられる。また、認知症の原因疾患の特徴を適切に理解した訪問看護の提供、デイ・サービスにおいて認知症対応の個別的サービスが提供されることが望まれる。こうした生活に必要な様々なサービスが、適宜、コーディネートされ、24 時間 365 日を通じて常に提供される生活を保障することができるシステムとして地域包括ケアシステムが想定されるといえよう。

(2) 地域包括ケアを提供するための前提

○自助・互助・共助・公助の役割分担の確立

- ・ 地域包括ケアの提供に当たっては、それぞれの地域が持つ「自助・互助・共助・公助」の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要ではないか。
- ・ 自助は、自らの選択に基づいて自らが自分らしく生きるための最大の前提であり、互助は、家族・親族等、地域の人々、友人たち等との間の助け合いにより行われるものである。したがって、自助や互助は、単に、介護保険サービス（共助）等を補完するものではなく、むしろ人生と生活の質を豊かにするものであり、「自助・互助」の重要性を改めて認識することが必要である。
- ・ 特に、これまであまり明確に議論されてこなかったが、互助の取組は高齢者等に様々な好影響を与えている²ことから、その重要性を認識し、互助を推進する取組を進めるべきではないか。その際、地縁・血縁が希薄になりつつある都市部等でも互助を推進するため、これまでの地縁・血縁に依拠した人間関係だけでなく、趣味・興味、知的活動、身体活動、レクリエーション、社会活動等、様々なきっかけによる多様な関係をもとに、互助を進めるべきではないか。
- ・ これまで同様、介護の社会化を前提にして介護保険制度等の設計は行うべきであろうが、家族における親密性の保持や、新たな家族の姿に対応しつつ、家族に期待される役割を踏まえた上で、中長期的には、自助や互助としての家族による支援と地域包括ケアシステムとの調和のとれた新たな関係について、検討を加える必要があるのではないか。
- ・ 地域の中で安全で質の高いケアを包括的に提供する体制を構築するためには、「自助・互助・共助・公助」のそれぞれに関わるすべての関係者が能力を出し合ってケアの計画、提供に貢献できることが必要とされる。そのためには、地域包括ケアシステムが目指す内容・機能を継続的に学習するような「学習する文化」を醸成し、住民や保健・医療・福祉の専門職、ボランティア、民生委員等の職種や所属を超えた「学びのプロセス」を構築するべきではないか。

² たとえば、ソーシャル・サポートがあることは高齢者のうつ状態の予防因子である。地域活動に参加したり、ボランティア活動等を行っている高齢者では、認知症や要介護の発生率が低い。また、ボランティア活動の活発な地域ほど犯罪の発生率が低い等、地域社会の安全と安心にも好影響を及ぼしていることが、これまでの研究で分かっている。

また、認知症に伴う行動・心理症状（徘徊・お金の無駄遣い等）についても、地域全体で見守りを行うことが望ましい。これは、認知症を有する者の安全にとって重要なだけでなく、ともすれば孤立しがちな介護者を支援することにもなる。

○地域性の尊重と計画の在り方

- ・ 地域包括ケアは「自助・互助・共助・公助」それぞれの関係者の参加によって形成されるため、自ずから地域の特色が反映されたシステムとなる。したがって、これからの地域包括ケアシステムの構築にあたっては、このシステムの構成員となる住民の個性とその地域特性にあった検討がなされるべきである。
- ・ 「地域づくり」、「まちづくり」を自律的に行う文化が根付いている地域では、ケア体制を形成する基盤の整備は進んでいると推察されることから、今後は全国的に地域づくり・まちづくりを行うことの重要性が認識されるべきではないか。
- ・ 地域包括ケアシステムを整備するための計画は、その地域の人口規模や既存の地域資源、生活文化等によって、それぞれ異なるものが立案されるのではないか。したがって、立案にあたっては、各地域に居住する住民が「自助」「互助」「共助」「公助」システムからどのようなサービスを受けているかについて調査し、これらの地域資源の状況を把握することが基本となるのではないか。
- ・ これらのデータは、従来の「住宅」「医療」「介護」「福祉」等様々な側面から把握し、それを総合的に評価することによって、いわゆる地域の特性が明確になると考えられる。
- ・ こうした地域資源の把握・投入のマネジメントについては、どのような組織、あるいは、人が計画し、実行していくべきか。例えば、都道府県が策定している従来の「地域ケア体制整備構想」を市町村（保険者）が策定するという形で発展させることを検討することも論点となる。
- ・ これにあわせ、保険料設定という観点に焦点を当てた既存の介護保険事業計画についても、今後は、ニーズに応じたシステム整備という観点をより強く持って、作成すべきではないか。
- ・ 計画の策定に当たっては、住民の声を十分に反映することが不可欠である。その際、互助を構成する人々が、ボトムアップで地域のニーズを提示するとともに、計画策定に関与できるようにすべきではないか。
- ・ 地域密着型サービスにおける市町村独自の基準・報酬設定の仕組みについて、更に自由度を高めることやその対象を広域サービスにまで拡大することを検討すべきではないか。
- ・ 介護給付適正化事業の実施状況と給付費の実績の関係等を勘案して、給付の適正化のための施策を講ずるべきではないか。

○地域包括支援センター（コーディネートの主体）の役割の拡張と明確化

- ・ 地域包括ケアを提供するには、地域住民のニーズに応じて医療・介護・福祉サービスを適切にコーディネートし、適時に供給する体制が必要となる。

また、その主体としては、地域包括支援センターが期待される。

- ・ 現状では、住民が地域包括支援センターに相談に行っても、互助・共助に関わる多様なサービスが紹介されることは少ない。当該相談者の問題を解決するため、地域包括支援センターにおいて、互助（住民主体のサービスやボランティア活動等）・共助（介護保険関連や医療保険関連等）に関わる多様なサービスを紹介できるようにすべきではないか。また、住民の生活支援を幅広く行うため、相談は、要介護者・要支援者であるかどうかに関わらず、実施されるべきではないか。
- ・ 現在の地域包括支援センターは、介護予防事業、相談、権利擁護等業務が多忙である。地域包括支援センターが持つべき機能を整理し、必要な機能の各ニーズ量を見込んだ上で、必要な機能を充実するとともに、不必要な機能を外すことが必要ではないか。
- ・ 既存の地域包括支援センターの機能の強化という視点からは、地域包括支援センターと①市区町村、②サービス提供事業者との関係性について、改めて整理を行う必要があるのではないか。例えば、地域包括支援センター運営協議会の機能の強化を図る等、責任主体である市町村が地域包括支援センターに対する積極的な運営支援を推進することについて、検討が必要ではないか。
- ・ また、地域包括支援センターと各分野との関係においては、①介護予防（予防支援計画及び事業所の個別の支援計画の関係）、②認知症ケア、③リハビリテーションのそれぞれの分野における地域包括支援センターのコーディネーター機能の在り方についても検討する必要があるのではないか。
- ・ そのためには、現行の地域包括支援センターに、相応の人材と定員量が必要である。さらに、ITを用いた新たな情報管理・アセスメントシステムの構築について検討すべきである。

○ケアマネジメント

- ・ 介護サービス利用の開始の契機は、利用者ごとに様々な状況が考えられる。廃用症候群のように徐々に生活機能が低下し要介護状態となる者がいる一方、脳卒中等により急激に健康状態が悪化し要介護状態になる者もいる。医療保険・介護保険という制度の枠組みに沿って対応するのではなく、利用者それぞれの状況に応じてケアマネジメントの在り方を検討することが重要である。
- ・ 廃用症候群のように徐々に生活機能が低下し要介護状態になる者については、介護保険制度の中で対応できるため、要介護認定や介護予防の実施等を通じて、切れ目のないケアが行われやすい傾向にある。一方、脳卒中等により急激に健康状態が悪化し要介護状態になる者については、医療（例えば病院）と介護（ケアマネジャー）の連携が十分ではない場合は切れ目の無いケアが行えないことがある。

- ・ 具体的には、脳卒中等により入院した者は、退院後、一定の期間が経過した後に、要介護認定やケアプラン作成を行うため、ケアに空白が生じてしまう例も少なくない。ケアの継続性を担保するためには、入院した者が入院中にケアマネジメントを利用できる体制を整備するとともに、医療機関内部の多職種³が連携して退院調整（退院前カンファレンス）を行い、これらの会議により、患者・家族に対して退院後予想される問題を検討し、十分な援助計画を作成することが必要ではないか。なお、可能であれば、この退院調整（退院前カンファレンス）に、退院後の支援を行う多職種⁴も参加していくことが望ましい。
- ・ 退院した利用者本人を支援するためには、退院前カンファレンスによって作成された援助計画が、地域における多職種⁴連携による生活支援に有機的に結びついていくことが必要である。具体的には、退院前カンファレンスによって作成した援助計画も踏まえながら、サービス担当者会議で議論が行われ、ケアプランが作成されることが望ましい。こういった利用者サイドに立った複数サービスのケアマネジメントを実現するための方策を講ずるべきではないか。

○利用者の選択と権利の保障

- ・ 地域の中で、住民生活の安全が確保され、安心して生活するためには、それぞれの住民の選択と権利が保障されることが重要である。
- ・ 特に、医療や介護サービスを利用する人々にとって、できる限り正確な情報の獲得と活用が重要な課題である。サービス選択の前提となる情報提供をより促進する意味でも「介護情報公表の仕組みとその活用方法」をいっそう改善すべきである。
- ・ また、介護保険制度により、措置から契約に移行し、利用者のサービス選択の権利が保障されることになったものの、現実には、認知症を有する者が施設の利用を断られるといったことや、居宅での生活者が年金や預貯金を本人の意思・利益に反して使用される経済的な虐待やネグレクト等、利用者の尊厳や権利が侵害されている状況がみられるのではないか。
- ・ こうした状況に対応し、権利の擁護を図るため、日常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業）や成年後見制度等について、さらなる利用促進のための具体的な対策を検討すべきである。

○質の評価・監査・監視

- ・ 質の評価を行うためには、事業者に関する情報公表が適切に行われている

³ 医師、看護師、薬剤師、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー等。

⁴ 地域包括支援センターの専門職のほか、地域でケアを提供している訪問・通所系事業所に在籍する介護福祉士、看護師、理学療法士等。

必要があるのではないか。

- サービスの質を確保するために、事業者に対して、行政による指定の審査を適正に実施するとともに、継続的に監査していく仕組みを整備すべきではないか。例えば、現状の有料老人ホームや適合高専賃に対する行政の監督が弱いといった問題に対し、適正な事業者規制を行うための体制をどのようにして確保するか。また、無届の有料老人ホームに対する監査や指導を強化すべきではないか。
- 悪質事業者対策として、都道府県等の監査能力を強化すべきではないか。
- 行政以外の主体を指定等して、監視を行わせることについて、どう考えるか。例えば、介護相談員を発展させる形で監視を行わせることを検討すべきか。
- 消費者保護の観点から、利用者の不満や苦情を受け付け、対応することが必要ではないか。
- サービスの評価をした上で、公共、民間を問わず、地域包括ケアを推進するためのサービスを開発し、一般化すべきではないか。

2. 地域包括ケアシステムを支えるサービス

(1) 基盤となるサービス

○個人の選択と権利を保障するためのサービス

- ・ 生活上の安全・安心・健康を確保し、維持するためには、個人の権利を守る地域包括ケアを支える体制の整備が必要である。
- ・ 介護保険制度では、利用者本人とサービス提供者の契約により、サービスが提供されるべきであるが、実質的には、家族との契約になっている例もみられることについて、どう考えるか。
- ・ 成年後見制度の利用が必要な人の数が飛躍的に増加する「後見爆発」とも呼ばれる現象が現実化していること、高齢者等の尊厳や権利が侵害されている状況がみられることを踏まえ、成年後見に関わるシステムの強化が必要ではないか。例えば、地域包括支援センターの権利擁護機能を強化、成年後見人の必要性の判定等を行う公的後見センターの新たな設置、市民後見人の養成等について、どのように考えるか。
- ・ 成年後見人に「医療行為に関する同意権」が付与されていないため、家族のいない認知症を有する者等に十分な医療が提供されない可能性が指摘されている。認知症を有する者等に適切な医療が提供されるようにするため、成年後見人に対する医療行為に関する同意権の付与について、検討を行うべきではないか。ただし、その場合、悪用や認知症を有する者等の権利侵害の防止をどのようにして担保すべきか。市民後見人との関係で、後見人に過度な精神的負担がかからないよう配慮が必要ではないか。

○住宅に係るサービス

- ・ 個人が尊厳ある生活を地域の中で送るためには、居住環境が整備された住宅を個人が選択できることが前提となる。
- ・ 住宅の量の確保・提供に当たって、都道府県ごとに計画を立てることになっているが、今後は、高齢化の進展や要介護高齢者の増加を踏まえて、計画を立てるべきではないか。
- ・ 国・地方自治体の社会保障部門と住宅部門の連携・分担の在り方を早急に確立すべきではないか。
- ・ 利用者サイドからは、住宅関係の仕組みが分かりにくく選択しにくくなっていることから、高齢者専用賃貸住宅・高齢者優良賃貸住宅と有料老人ホームとの関係を分かりやすく整理する必要があるのではないか。
- ・ 近年、様々な形で、必ずしも質が十分に担保されていない高齢者の共同居住が増えており、無届の有料老人ホームの存在も指摘されている。こうした状況を勘案すれば、住宅については、量の確保とともに、質を確保すること

が必要であり、利用者保護の観点からも、適正な事業者規制・監督が必要ではないか。

- ・ 安全や安心を確保するため、特定施設やバリアフリー化された住宅等への住み替えを希望する際の支援策として、どのような施策が考えられるか。例えば、住み替えの目安となるタイミングやメリット・デメリット等を、高齢者等が分かるようなアセスメントを行う等のサービスの充実が必要ではないか。
- ・ 低所得者に対する居住場所の確保について検討すべきではないか。

(2) ケアサービス

○介護サービス

(サービス体系)

- ・ 住居の形態（介護保険施設等も含む。）にかかわらず、地域の中で介護保険サービスを提供するという発想に立つべきではないか。こうした発想に立った場合、居宅サービス・施設サービスを区分する現行の介護保険のサービス体系、介護保険施設・特定施設・グループホーム等に区分されている現行のサービス体系について、どのような在り方が望ましいか。
- ・ 大規模集約型や隔離型の施設から、地域生活に密着した施設に転換することを進めるべきではないか。
- ・ 24時間365日を通じて在宅の介護サービスを提供するという観点に立った場合、訪問介護等の居宅サービスの提供の在り方に検討を加えるべきではないか。例えば、短時間の巡回型の訪問介護の提供や、訪問介護と夜間対応型訪問介護の統合等について、検討すべきではないか。
- ・ 地域の中で利用者のニーズに対応した多様なサービスを提供するために、地域に密着した事業所を拠点にして、訪問介護・通所介護・小規模多機能型居宅介護等の多様なサービスを展開することが考えられる。こういったサービスが円滑に提供できるよう、事業者が工夫を生み出せるような柔軟な仕組みを構築する必要があるのではないか。そうした発想に立った場合、人員配置等の基準については、どうあるべきか。
- ・ 事業者による地域シェアが事業存続に与える影響を調査すべきではないか。

(外部サービスの利用)

- ・ 既存の介護保険施設等で提供されているサービスのうち、どれを内部の従事者により提供すべきもの、どれを外部サービスによっても提供しうるものとするか。また、内部で提供すべきと考えられるサービスとの関連で、ふさわしい人員配置基準について、どう考えるか。
- ・ 施設においても、医療サービスを外付けにすることにより、サービスの効

率化が図れるとともに、利用者が入所前に受診していた医療機関との関係を継続させることができるのではないかと。

- ・ リハビリテーションサービスの外付け化について検討すべきとの意見もあった。
- ・ 介護保険事業者が病院に対して外付けでサービスを提供するという形も考え得るのではないかととの意見について、どう考えるか。

(サービスの量の確保)

- ・ 居住系サービスが不足しているとの指摘があるが、居住系サービスの必要量は、どれくらいであるか。
- ・ 総量規制の在り方については、次のような2つの意見があった。
 - * ニーズに対応したサービス量の供給や選択肢の拡大のため、総量規制を見直すべきではないか。総量規制を見直した場合でも、新たにサービスの質に関する規制について検討する必要があるのではないかと。
 - * それとも、給付費の抑制や保険料の高騰を抑えるという観点から、総量規制は維持すべきではないか。総量規制は、施設サービス・居宅サービスのバランスを取るために設けられているものであり、維持することが必要ではないか。
- ・ 参酌標準(37%)の果たしてきた意味や機能についてどう考えるか。また、施設への入所が必要な者の状態像について検討すべきではないか。
- ・ 施設サービスに対する「総量規制」によって給付費の抑制が図られるということは、中重度の者が施設サービス以外のサービスを利用する場合に、必ずしも十分なサービスの提供がなされていないことを意味しているとも言えるのではないかと。中重度の者を在宅で支えようとするならば、施設サービスと同等以上の給付費が必要となるのではないかと。
- ・ 小規模多機能型居宅介護は地域包括ケアを実現するための重要なサービスと考えられるが、あまり普及していないとの指摘もある。小規模多機能型居宅介護の普及のために、具体的にどのような措置を講ずるべきか。

(居住環境の整備)

- ・ 介護保険施設における個室ユニット化を推進するために、どのような施策を講じるべきか。個室ユニットと多床室の利用者負担の在り方について、検討を加えるべきではないか。
- ・ 個室ユニット化を推進するために、用地費が高い都市部においては、居室面積が若干狭いが、その分居住費が安価な個室ユニットを認める等の弾力的な運用があっても良いのではないかと。それとも、地域性にかかわらず、必要な条件があるのか。
- ・ 夫婦2人で居住する個室等、多様な形態の個室化を推進することについて、

どう考えるか。

- ・ ケアの質の向上の観点から、ユニット型以外の施設において個別ケアを推進すべきではないか。また、そのための方策を検討すべきではないか。

(認知症を有する者に対するサービス)

- ・ 行動・心理症状 (BPSD、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) が顕著な認知症を有する者については、対応が困難であるため、介護サービスの利用を断られる例が多いのではないか。認知症を有する者が安心して介護サービスを受けられるようにするためのサービス提供システムを構築するためにはどうすれば良いか。
- ・ 認知症で運動機能の低下していない者の場合、現在の施設等におけるサービス提供では対応が難しいのではないか。このような者であっても対応できるサービス提供体制の在り方を明らかにしていく必要があるのではないか。
- ・ 独居の認知症を有する者の生活を維持するためには、介護保険サービスとしては、小規模多機能型居宅介護が考えられるのではないか。ただし、BPSD に適切に対処できるための対策を講じる必要があるのではないか。

○予防サービス

- ・ 介護予防を介護保険の1事業ではなく、健康寿命を延ばすという観点から、健康づくり・社会参加・地域づくりと関連付けて考えていくべきではないか。また、65歳から74歳までの高齢者における生活習慣病予防について、介護予防と特定保健指導の包括的な取組も必要ではないか。
- ・ 「認知症は病気である」という認識が不足しており、適切な診断・治療を受けることができている認知症を有する者の割合は低いのではないか。早期の確定診断を推進するために、専門医療機関とかかりつけ医の役割分担と連携を基とした認知症医療の体制強化・認知症診療に係る研修の充実等の施策を講ずるべきではないか。
- ・ 認知症予防事業として、集団基本検診による認知症早期チェックが行われている場合があるが、この取組を推進すべきではないか。
- ・ 今後は、認知症予防・認知機能維持とうつ予防を重点的に行うとともに、そのための手法の開発を推進すべきではないか。
- ・ うつ、閉じこもりに対する介護予防ニーズは潜在化しがちである。このような者を掘り起こして適切な治療・ケアにつなげるには、地域全体がこれらの問題に関心を持ち、これらのニーズを持つ人々に受診や専門機関への相談を勧めるなどの働きかけが不可欠である。地域包括支援センターを核とし、地域住民の参画等によって、こうした取組を進めるべきではないか。
- ・ 介護予防は、軽度者だけでなく、重度者にも有効であるとの視点から、すべての要支援者・要介護者に対して予防サービスをより積極的に提供すべき

ではないか。例えば、介護給付の中の運動機能の向上、口腔ケア、栄養改善のケアを充実すべきではないか。

- ・ これまでの介護予防事業を振り返ると、特定高齢者施策に偏り、一般高齢者施策が不十分なところがあったのではないか。一般高齢者施策を入口として、自然に特定高齢者が特定高齢者施策に移行できる体制を整備するという発想が必要なのではないか。そのためには、一般高齢者施策の体制整備を含め、地域の実情に照らした実行可能な方向性を検討することが必要なのではないか。

○看護サービス

- ・ 既存の訪問看護の実施状況を把握し、今後の量的確保についての計画を作成すべきではないか。
- ・ 訪問看護に従事する看護師と病院等における看護師との連携を図るべきではないか。また、訪問看護に関して、医療保険と介護保険の関係をどう考えるか。

○リハビリテーションサービス

- ・ リハビリテーションとともに、他の居宅サービスを併せて利用する必要がある場合、他の居宅サービスが優先され、結果的にリハビリテーションの利用が制限されているケースが多いのではないか。
- ・ 要介護度とリハビリテーションの必要性が必ずしも一致しない場合であっても、リハビリテーションが適切に利用されるような仕組みについて検討すべきではないか。
- ・ リハビリ機能を重視した在宅療養支援診療所を新たに評価することについて、どう考えるべきか。
- ・ 地域包括支援センターにリハビリテーションの専門職を配置することや、地域リハビリテーション広域支援センターと地域包括支援センターが強い連携がとれる体制にすること等についてどう考えるか。
- ・ 医療保険・介護保険といった保険別の枠組みでリハビリを提供しているが、利用者の状況や状態に応じて、両者の連携を図っていくべきではないか。

○訪問診療等のサービス

- ・ 既存の訪問診療の実施状況を把握し、今後の量的確保について計画を作成すべきではないか。
- ・ 在宅医療の推進を図るため、既存の医療機関の活用を図るべきであり、例えば、有床診療所を、在宅復帰・支援の際の中核機関として活用することも検討すべきではないか。
- ・ これからの在宅医療は、在宅主治医と訪問看護師だけではなく、他の多様

な専門職種が参加して安心・安全を保障する医療を提供していくべきではないか。

- ・ 認知症を有する者で、身体合併症（特に、外科的対応や循環器疾患等）があるために一般病棟で治療する必要があるが、認知症への対応が困難であるため入院を断られるという実態がある。さらに、一般病棟では、「治療のため」として認知症を有する者に対して身体拘束が行われやすいのではないか。認知症を有する者が身体合併症を伴った場合に、安心して一般病棟で治療を受けられるようにするための対策を検討すべきではないか。
- ・ 看取りの場所の考え方は、個々人の信条や主義によって多様であることから、この選択を可能とする看取りの場所の在り方について、どのように考えるか。地域包括ケアにおいては、看取りを病院や施設のみならず、地域内の様々な居住環境において実現できることが望まれる。例えば、複数の者に対して民家でホスピスケアを行う取組等、在宅で看取りを行う取組を支援すること等を検討すべきではないか。
- ・ 地域において、在宅医療等の活用で生活を継続できる人の要件や基準が十分に開発されていない。2025年に向けては、入院の必要性も含めた医療ニーズの把握の手法を開発し、地域の中で共有すべきではないか。
- ・ 医療ニーズの把握の一次判定のレベルでは、標準的なシステムを開発して、アセスメントを行うことが考えられるのではないか。なお、このシステムの開発にあたっては、IT技術を基礎とした地域における保健・医療・福祉に関わるデータベースの構築が前提となるのではないか。

（3）地域住民によるサービス

○地域住民による見守り等

- ・ 地域において住民による見守りが積極的に行われていれば、高齢者等の生活上の困難が解決しやすくなり、地域の中で高齢者が生活し続けやすくなる。このため、地域住民による見守りを推進する取組を進めるべきではないか。
- ・ こうした地域住民による見守りを推進するためには、地域におけるネットワークの構築が不可欠となるが、このネットワークの構築にあたっては、民生委員・ボランティア・近隣住民等の互助を基本にし、地域包括支援センターが核となって進めるべきではないか。
- ・ 見守りのネットワークについては、見守られる高齢者等の意向に配慮して、人的なつながりと併せて、安否確認システム等を活用したITツールの整備も図るべきではないか。
- ・ 地域住民による見守りが推進された場合、介護保険等の共助のサービスを利用しなくても、高齢者等が生活し続けられるケースが増大することとなる。したがって、地域住民による見守りサービスの推進と併せて、生活援助の役

割について検討が必要なのではないか。

○地域包括ケアにおけるサービス選択のための仕組み

- ・ 独居の重症者を始めとする見守りニーズの高い住民が、地域で生活を継続するには、住民に必要なサービス資源をおおむね 30 分程度で判断・選択し、近隣住民、民生委員、訪問介護、訪問看護等のサービスを迅速にデリバリーするいわば 24 時間体制の地域のサービスステーションの構築が不可欠である。
- ・ また、このステーションには、あらかじめ蓄積された住民情報を参照した上で、適切な地域のサービス資源を選択し、利用に結びつけることができる情報管理システム、この情報に基づいたサービス選択の判断を行うためのシステムが整備される必要がある。
- ・ このシステムの開発にあたっては、全国のいかなる地域においても普遍的に用いることができる地域包括ケアの基本形を示す必要があるのではないか。
- ・ また、システムの担い手は、地域包括支援センターや地域の医療機関等が想定されるが、具体的な手法として、関係者間の住民の情報共有の具体的な方法、専門職としての言語共有等の前提が必要となる。これをどのような方法で実現するか。

3. 地域包括ケアシステムを支える人材

(1) 介護職員の確保、専門性の向上

- ・ 高齢化の進行等に伴い、必要な介護職員が増加する一方、少子化により労働力人口は減少するが、こうした状況に対応するため、北欧諸国ではじめているような医療や介護、保育といった関係領域の基礎職種の統合を検討してはどうか。
- ・ 労働力の減少といった状況に対応し、介護職員を確保するためには、他の産業と同様に、上記の総合基礎職に対してのキャリアラダーの開発に加え、処遇や給与を確保するための工夫を検討すべきではないか。
- ・ 介護の質の向上を図る観点から、介護職員の専門性をどのようにして高めるか。一方、専門性を高めると入り口が狭まり、労働供給の制約要因となってしまうが、このジレンマをどう克服すべきか。
- ・ 介護領域の専門職のキャリアラダーを確立する必要があるのではないか。また、そのために、どのような施策を講ずるべきか。
- ・ 介護人材の定着を促進するために、どのような方策を講ずるべきか。
- ・ 現在、通所・施設系サービスは若年層の女性に、訪問介護は主婦層の労働力に依存している。今後もこうした層の定着を図るとともに、男性職員の定着や高齢者の採用も図っていくべきではないか。
- ・ そもそも介護の在り方として、利用者ができることを維持・拡大し、尊厳のある生活を続けることを支えるようなケアへの転換を本格的に推進する必要があるが、更に、労働力の減少といった状況にも対応し、介護福祉士等専門性の高い職員が中心となり、質の高いケアを効率的に提供できるサービス体系を構築できないか。また機械化、ロボットの活用について研究をすすめるべきである。

(2) 専門職の教育・研修等

○介護支援専門員に対する教育・研修、業務範囲の見直し

- ・ 介護支援専門員は、「利用者がより多くの正しい情報を持つこと」を支援する役割を担い、利用者の選択の権利を保障するための機能を持つ専門職であるということを改めて確認すべきではないか。すなわち、介護支援専門員は、単なるサービスの調整役ではなく、利用者の尊厳を守るための、最前線を守る専門職であることを確保するための教育体制を整備すべきではないか。
- ・ 介護支援専門員の医療系サービスへの理解促進について、特別な教育・対策が必要ではないか。
- ・ ケアの標準化に対しての理解が不足している居宅介護支援専門員が少なく

ない。これは居宅介護支援専門員が適切なケアプランを作成できるための、他職種と連携した研修機会が不足しているからではないか。

- ・ 利用者が入院しても、現状では、居宅介護支援専門員が病院に行って、説明等をしなければならないことも多い。居宅介護支援専門員の業務として位置付けることが適当ではないか。

○医療関係者等への教育・研修

- ・ 医療と介護の連携が円滑に行われない理由の一つとして、疾病を「治す」医療に多くの医療関係者の関心が集中しているということがある。長期ケアの特質を踏まえた「支える」医療という観点を広めることが必要ではないか。
- ・ 現在の医療関係者に対する教育では、在宅医療の教育は行われていない。医療関係者に対する教育の在り方について再検討すべきではないか。また、在宅医療を推進するための研修・OJTの在り方や、IT技術を活用したe-learningの仕組みについても検討すべきではないか。
- ・ 在宅医療の専門性である「総合力」が評価されるようにすべきではないか。
- ・ 医療関係者が、認知症を有する者の特性や対応、社会資源に関して知識を身につけることが必要ではないか。医療関係者の認知症に対する理解を促進するため、研修の確保等の施策を充実すべきではないか。
- ・ 適切な認知症ケアのために必要な人的資源に関する研究が不足しているのではないか。認知症サポート医等の認知症ケアのために必要な人材を、どのようにして養成すべきか。

○行政職員への教育等

- ・ ケアシステムについて地域間競争が活発になっていることから、地域の中で最適なケアシステムを構築することについて、自治体職員が果たすべき役割が大きくなっている。地域住民の個性に応じたきめ細かなニーズの把握、計画策定、コーディネート能力を向上させることが必要ではないか。また、政策担当者の専門性の向上がかかせないとともに、専門性向上の観点から、人事システムの見直しの検討も必要ではないか。

(3) 地域包括ケアのマネジメント

- ・ 長期的な視野で考えれば、地域包括支援センターにおいて、地域包括ケアシステムを支えるサービスをマネジメントできるような仕組みについて検討すべきではないか。
- ・ 地域包括ケアは新しい技術力を必要とするため、必要なサービスの整備に加えて、新しいノウハウを開発・普及し、現場教育を行う仕組み及びその仕組みを支える地域のリーダーの存在が不可欠になっている。

- ・ 先進地域では、医療職、介護職、自治体職員、民生委員等からなる勉強会、サービス担当者会議を継続して行ったことによって、継続的なシステムを構築することが出来ている。先進事例を普及していくために、自治体において、具体的な方策の検討を行うべきではないか。

(4) 住民の主体的な参加と学習

- ・ 2025年に向けて、特に団塊の世代をはじめとする新しい高齢者が増加する中であって、市民の自発的な地域社会への参加が増加していく。
- ・ これまでの多様なサービス供給組織に加えて、住民のボランティア等のインフォーマルケアを積極的に地域包括ケアシステムに位置付けていく必要がある。これを実現するためには、「地域包括ケアシステムとは何か」を地域住民が皆で継続的に学習するような「学習する文化」を形成する体制が必要とされるのではないか。また、中心となって、「学習する文化」を普及していく人材が必要ではないか。この体制の維持には、e-learningシステム等、新たな学習システムの構築が検討されるべきではないか。
- ・ インフォーマルケアを積極的に位置付けていくためには、経済的誘因だけでなく、社会的規範に訴える役割分担の明確化や達成感を明示的に与える仕組み（表彰・評価等）が必要ではないか。
- ・ 認知症サポーター等、認知症について知識を有する者が地域に増えれば、地域で見守りを行えるとともに、認知症を有する者の早期発見につながる。認知症を有する者を支える地域資源の養成のために、具体的に、どのような施策を講ずるべきか。
- ・ 特定高齢者を把握する際には、ボランティアである介護予防サポーター等の人材を発掘しネットワークを形成していくことが大切ではないか。そうした人材の発掘・ネットワークの構築のための施策を講ずるべきではないか。
- ・ 地域支援事業交付金を活用した介護支援ボランティア活動の推進の在り方について、どう考えるか。

4. 地域包括ケアシステムを支える介護報酬・地域サービスの評価

(1) 居宅・施設を通じた介護報酬の見直し

- ・ 介護報酬の在り方については、利用者の視点に立った上で、サービス種別毎の検討に加え、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からも検討されるべきではないか。
- ・ 住居の形態（介護保険施設等も含む）にかかわらず、地域の中で介護保険サービスを提供するという発想に立って、介護報酬の在り方を検討すべきではないか。
- ・ 現行の居宅・施設といった体系を超えた日本版ナーシングホームの創設を新たに検討すべきではないか。すなわち、施設において提供される医療・看護サービスを必要に応じて外付けし、体系としては居宅サービスの一部を施設入所者が利用するという考え方を検討すべきではないか。
- ・ このためにも、改めて、居宅サービス・施設サービスを区分する現行の介護保険のサービス体系について、どのような在り方が望ましいと考えるか。
- ・ 24時間365日を通じて介護サービスを提供するという観点に立った場合、訪問介護等の居宅サービスの介護報酬について、どのような在り方が望ましいか。例えば、居宅サービスを包括払いに再編成すること等について、どう考えるか。
- ・ 要介護度が同一である者に対するケアについて、施設でのケアと居宅でのケアをどのように比較・評価し、どのような給付設計を行うべきか。その際、サービス受給者が居宅と施設を中立的に選択できるようにするという観点から、見直すべき点はあるか。

(2) サービスの質に着目した介護報酬体系

- ・ 介護報酬とは、本来、利用者に対して良質なサービスが提供されるよう、サービス提供の対価として事業者を支給されるものである。
- ・ 報酬体系は、大別すれば、コストに着目して報酬を支給する体系と、サービスの質に着目して報酬を支給する体系がある。このうち、コストに着目して報酬を支給する体系では、サービスの質に関わらず、要したコストに応じて報酬を支給することとなるため、必ずしも、良質なサービスの提供につながらない可能性がある。
- ・ したがって、個々人のニーズに応じて医療・介護等の様々なサービスを適切に提供することを目的とした地域包括ケアシステムを構築するためには、サービスの質に着目して介護報酬を支給する体系とすべきではないか。
- ・ 適切なサービスの提供をしていることが、なんらかの「効果」につながる

ということであれば、効果を評価し、適切なサービス報酬を与えるといったVBP（Value Based Purchasing）に基づいた介護報酬体系を新たに検討すべきではないか。

- ・ 事業者が提供するサービスの質の評価に当たっては、まずは、サービスの「構造（ストラクチャー）」、「経過（プロセス）」、「成果（アウトカム）」⁵という3層の評価について、手法を確立する必要がある。わが国では、現在のところ、「構造」についての評価が主となる傾向がある。一方で、アメリカ合衆国等では、いわゆる成功報酬としてのアウトカムを重視するあまり、例えば、成果が出やすい軽度の高齢者だけをケアの対象とし、重度なケアを必要とする利用者を排除するといった弊害が指摘されてきている。
- ・ このような状況となることを防止しながら、質の評価を踏まえた新たな報酬の在り方を構築するためには、利用者それぞれの生活全体において良い影響が与えられたということを示す、いわゆる「パフォーマンス」の評価という新たな総合評価の視点を検討すべきではないか。この「パフォーマンス」の評価に当たっては、成果（アウトカム）だけでなく、構造（ストラクチャー）・経過（プロセス）も総合的に勘案して行うべきではないか。
- ・ たとえば、施設については、下に示すような要素をもとに測定が可能となるであろうケアのパフォーマンスを、介護報酬の上で評価できる仕組み等を検討すべきではないか。
 - * 質の評価手法に基づく「標準化されたケア」の明示
 - * それぞれの要介護高齢者に対する、「標準化されたケア」から見て適切と判断できるケアの実施
 - * その結果としての在宅復帰実現
 - * また在宅復帰後も地域で自立した生活を送られること
- ・ しかしながら、現在までのところ、サービスの最低基準を示すための評価の基礎的な手法である構造（ストラクチャー）・経過（プロセス）・成果（アウトカム）といった評価の構造が十分に理解されていないところであり、パフォーマンスの基準の設定が困難であることから、こういった質の評価に資する基準や測定方法について、具体的な検討を行うことが必要ではないか。
- ・ こういったサービスの質に着目した介護報酬体系を構築するためには、事業者が提供するサービスの質を評価するためのシステムの構築が必要である。このためには、地域住民1人1人に提供されたサービスのパフォーマンスを評価するシステムを構築するとともに、その個々人に対する評価結果に

⁵ 「構造（ストラクチャー）」の例としては、サービス利用者あたりの提供者数（人員配置）や職員の離職率等、「経過（プロセス）」の例としては、ケアの方法（利用者のアセスメント、状態像に応じたケアプランニング・介入）やバリエーション（予定外の利用者ニーズ）への対応、「成果（アウトカム）」の例としては、転倒等の事故発生率や合併症発生率等が考えられる。

応じて、事業者に対する評価・報酬の支払いを行うような仕組みを構築すべきではないか。

- ・ 個々のサービスの評価に基づいて事業者の評価を行うためには、「専門家による評価システム」と「住民の代表者を含めた、評価指標に基づいたモニタリングシステム(住民参加型モニタリングシステム)」が必要ではないか。「住民参加型モニタリングシステム」については、介護保険制度について一定の知識を持った住民の育成や、他の住民に対する伝達方法も含めて、検討すること等が考えられないか。
- ・ サービスの質に着目した介護報酬体系とする場合、事業者の裁量に委ねられる部分が大きくなるため、事業者の規制をより適切に実施することが必要ではないか。
- ・ 同時に、十分なパフォーマンスを達成している事業者に対しては、介護報酬による評価だけでなく、住民参加型モニタリング機関による事業所表彰制度等、「信頼」を醸成する仕組みを利用したシステムも検討すべきではないか。

(3) 地域サービスの評価

- ・ 地域包括ケアシステムは、様々な生活支援サービスを地域で適切に提供していくためのシステムであることから、個別事業者が提供するサービスの質の評価だけでなく、地域包括ケア圏域において提供されるサービスの質の評価についても議論する必要があるのではないか。
- ・ 地域包括ケア圏域において提供されるサービスの質の評価に当たっても、地域独自のパフォーマンスの設定が必要である。したがって、地域包括ケア圏域におけるパフォーマンスの設定について、議論の方法を含め、基準・測定方法について検討する必要があるのではないか。
- ・ 地域包括ケア圏域におけるパフォーマンスの評価に当たっては、ケアを巡る住民の環境がどれだけ改善され、地域力がどれだけ増大するかといった点を考慮すべきではないか。
- ・ 地域包括ケア圏域におけるパフォーマンスの設定に際しては、地域包括ケア圏域の構成員となる地域住民・地域資源等に関するデータ収集の仕組みを構築すべきではないか。
- ・ こういった質の評価に関するシステムを維持するためには、適切な指標の開発、指標を含めたデータ収集の仕組み、データの分析と質の評価、評価に基づく情報公開等の仕組みを整備することが必要ではないか。
- ・ 自治体ごとのパフォーマンス評価ができるようになれば、自治体別の新たな報酬の仕組みを作ることについても検討すべきではないか。

5. 地域包括ケアシステムを支える介護保険制度

- 地域包括ケアシステムを支える制度として、介護保険制度が大きな役割を果たすことは言うまでもない。介護保険制度が地域包括ケアシステムの中で有効な役割を發揮するためには、今後の環境要因の変化を見通しつつ、的確にその役割を發揮し続けられるよう、不断の制度改革を行う必要がある。
- この制度改革に当たっては、「人口減少下における75歳以上人口の急増」がもたらす社会経済等の環境変動に適切に対処していくことが必要である。
- 今後、経済成長・年金収入の伸びに比して、給付費・保険料の伸びが大きくなる中で、介護保険制度をどのように持続させ、また発展させていくかを検討していかなければいけない。この検討の際には、現在の高齢者に比べて団塊の世代では厚生年金受給者の比率が高くなること、当該地域を構成する住民の個性や特性、地域の様々な社会資源の量等も踏まえた議論が必要になるだろう。
- また、『持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた「中期プログラム」』（平成20年12月24日閣議決定）においては、介護等の社会保障の機能強化⁶を図るとともに、そのための財源については、消費税を主要な財源として確保することとしている。こうした政府の動きを踏まえ、社会保障の機能強化等のための消費税等の財源確保と併せて、介護保険財政の在り方についても検討を行うことが必要だろう。
- このような状況を踏まえながら、今後、介護保険の創設当初から課題になってきた介護保険の被保険者・受給者の範囲、補足給付の在り方等の保険給付の範囲等について、検討を進める必要がある。
- 以下に今後の介護保険制度の検討課題について列挙しておくことにしたい。

①保険給付の範囲

- ・ 「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議」の中間報告を踏まえ、介護保険制度の被保険者・受給者範囲については、今後の社会保障制度全体（介護保険制度を含む。）の動向を考慮しつつ、将来の拡大を視野に入れ、その見直しを検討していくべきではないか。
- ・ 介護保険の被保険者・受給者範囲に関する国民的合意形成に向けた取組

⁶ 中期プログラムでは、介護機能の強化として、「24時間対応、小規模多機能サービス充実による在宅サービスの整備・機能強化」等が挙げられている。

に努める必要があるのではないか。

- ・ 仮に拡大する場合、被保険者範囲だけを拡大するのか、それとも受給者範囲も併せて拡大するのか。
- ・ 自助努力の範囲との関係で、生活援助の給付範囲をどう考えるか。生活援助の給付範囲を限定することについて、どう考えるか。また、その際、一定の生活援助がなければ在宅で生活できない高齢者に対するサービスの提供についてどう考えるか。
- ・ 手厚い給付を行った方が良い分野はあるか。逆に、給付から外した方が良い分野があるか。また、定額報酬の場合に、サービスの過小提供が起きているのではないかという意見もあった。例えば、福祉用具について、貸与品目の見直しや、貸与品目ごとにそれに付帯するサービスも勘案した上で保険給付の上限を設定する等、保険給付の在り方を検討してはどうか。
- ・ 自助の仕組みである民間介護保険の活用について、どう考えるか。
- ・ 地域支援事業の在り方について、どう考えるか。
- ・ 地域包括支援センターを高齢者向けと限定せず、障害者等、ケアを必要とする者全てを支援するセンターと位置付けるべきではないか。障害者等に対象を拡大する際には、地域包括支援センターに係る費用を介護保険から支出していることとの関係で、整理が必要ではないか。
- ・ 補足給付を介護保険（共助）の給付として継続すべきかどうか。低所得者施策として、補足給付を公助の役割と整理すべきではないかとの意見について、どのように考えるか。その際、施設サービスと居宅サービスの相違について、どう考えるか。

②利用者負担の在り方・介護保険料の設定

- ・ 所得段階別の利用者負担を導入すべきであるという意見について、どう考えるか。
- ・ 社会保険の理念から考えると、利用者負担を応能負担とするのは不适当であり、所得段階別の利用者負担は導入すべきでないという意見について、どう考えるか。
- ・ ほかの介護サービスと同様に、居宅介護支援に利用者負担を導入することについて、どう考えるか。
- ・ 所得の増加が微増であっても、保険料段階が変わると保険料が急増する等の問題が指摘されている現行の保険料設定方式について、どう考えるか。
- ・ 医療保険制度と介護保険制度の保険料率の設定や保険料算定基礎について整合性を図るべきではないかとの意見について、どう考えるか。
- ・ 負担可能な保険料水準をどこまでと考えるか。また、低所得者への軽減措置をどのように講じるか。

③地域の特質に応じた公費（調整交付金等）の配分

- ・ 1人当たり介護給付費に相当程度の地域差がある中で、公費負担の在り方をどう考えるか。地域によって異なる条件を調整した上で、地域の特質に応じたサービスを提供できるようにするという観点や、市町村国保等他制度との比較等を勘案して、調整交付金の在り方についてどう考えるか。

6. おわりに

- 介護分野においては、経済危機対策（平成 21 年度補正予算案）において、介護機能強化と雇用の創出という観点から、3年間の措置として、介護職員の処遇を改善する事業者に対する助成、介護施設や地域介護拠点の整備に対する助成及び融資の拡大等を行うこととされた。
- これらの措置の3年後の取扱いについては、介護報酬改定を含む介護保険制度全体の見直しの中で検討されるべきものであるが、その際には、この報告書で示した内容が活用されるよう期待したい。
- さらに、今後、本報告書で示した「あるべき地域包括ケアの方向性」と「その姿を実現するために解決すべき課題」について、検討を深めるべきである。その上で、自治体ごとに、在宅医療を行う医療機関・訪問看護ステーション・訪問介護事業所・介護保険施設等、及びそこに働く人材・そのネットワーク等の地域資源を把握するとともに、必要とされる供給量を予測した上で、2025年に向けて、サービス基盤の整備を目的とした、ゴールドプランに匹敵する新たなプランの策定が求められる。