

未定稿

第55回・第56回給付費分科会における主なご意見

1 総論に関する意見

- 国民にとって良いサービスとは何かを考えることが重要。
- 前回改定の評価・検証に基づき、今回の介護報酬改定を行うことが必要。
- 大都市の事業所、小規模の事業所、居宅介護支援事業所については、収支差率が低いことから何らかの対応が必要。

2 介護報酬・保険料負担に関する意見

- 介護報酬を引き上げると保険料も上がることから、報酬引上げの理由をきちんと説明すべき。全国の首長を納得させる説明が必要。
- 介護報酬を引き上げれば保険料が上がるのは当たり前。如何に財源を確保するかという問題がある。
- 新たな加算を創設すると利用料（1割負担）が高くなる。低所得者対策や利用料に跳ね返らない仕組みの創設が必要ではないか。
- 新たな加算を創設すると従来どおりの利用でも支給限度額に到達し、サービス利用が頭打ちになる懸念がある。加算部分に係る区分支給限度額の適用については、工夫が必要ではないか。
- 利用者負担については、高額介護サービス費の議論をすべき。高額介護サービス費の仕組みが十分活用されているのか。
- 利用者の立場からは、サービスの質が向上しない限り負担増には納得しない。
- 加算については、同じサービスを利用しながら、加算取得事業所とそれ以外の

事業所とで利用者負担に差が出るのはおかしい。利用者負担が増えない仕組みの検討が必要。

- 利用者負担の増を避けるのであれば、介護報酬の引上げは不可能である。
- 介護報酬改定の議論では、財源や保険料に関する議論も行うべき。
- 加算の要件が、効率的な事業運営の妨げになっていないか検証が必要。

3 介護従事者対策に関する意見

【総論に関する意見】

- 職員の処遇の悪化については、原因の分析が必要。単純に「悪化しているから報酬を上げる」という話ではない。
- 加算だけに頼らずに介護従事者の処遇向上につながる仕組みの検討が必要。
- 介護従事者処遇改善法の趣旨を踏まえた議論が必要。
- 介護従事者の処遇を向上させるというのが、従事者の給料をどの程度引き上げるのか。その結果、介護報酬はどの程度引き上がり、保険料はどの程度引き上がるのか。明確な説明が必要。

【適切な給与水準に関する意見】

- 処遇改善を図る上で適切な給与水準はどの程度か。公務員たる介護福祉士や看護師の給料を参考にしているかどうか。
- 介護職員の給与水準をどの程度にすることが必要かという点を整理すべき。
- 人材育成の観点から介護従事者の賃金水準をどの程度にするかという議論が必要。その際、施設職員については年功給のイメージが合致するが、訪問・通

所系の職員については能力給のイメージが合致する。いずれにせよ、生活給の視点も必要。

- 限られた財源を有効に使う観点から、今回の介護報酬改定をいかに質の向上に結びつけるかという視点が必要。給与水準が高いから介護サービスの質が高いとは限らないが、給与水準が低いと介護サービスの質が低下することは間違いない。
- 介護サービスの提供で生計を立てている者については生活給を保障する視点からの議論が必要。一方、自ら選択してパートタイムで働いている方については、「103万円の壁」があることから、時給を引き上げても就労時間を抑制するだけである。
- 人材確保の観点から介護従事者の給与水準を議論するのであれば、他職種・全産業との比較も重要ではないか。
- 人材確保の観点から、介護従事者が現行の介護報酬で生計を立てていけるのか、望ましい給与水準はどの程度で現状の水準はどうかという分析が必要。

【キャリアアップに関する意見】

- 介護職員としてキャリアを積むとこれだけの仕事ができるという道筋が示されればやる気が出るのではないか。
- 介護職員の配置や専門職を評価するシステムが必要。有資格者の評価や各団体の研修の評価、キャリアアップの仕組みの構築を介護報酬体系上において明確にすべき。
- サービス提供責任者については、常勤でなければならないので、非常勤で優秀な人をサービス提供者にするという柔軟な対応ができない。
- 勤続年数が長いことを報酬上、評価することはできないか。
- サービス提供責任者に対する何らかの評価が必要。

- 訪問介護の管理者に特段の任用要件がないのはいかがか。何らかの資格が必要ではないか。
- 介護従事者のキャリアアップに関しては、事業主に対する支援や事業主団体等による取組も必要である。介護報酬が主力ではない。
- 事業主の人事労務管理により変動する人件費比率や勤続年数をもとに個別の事業所を評価する仕組みは適切ではないのではないか。

【介護従事者の処遇改善に係る検証に関する意見】

- 介護報酬が上がったことにより、職員の給料が上がったと分かるようにすることが大事。
- 人材確保対策として給与水準を上げるために報酬上の措置を行うとすれば、「給与をいくら上げるために保険料をいくら上げる」という説明や、報酬を上げた結果どれだけそれが介護従事者の給与に行き渡ったかが分かるシステムが必要。
- 事業主に対し従事者の賃金水準に関する情報提供を求めることが必要ではないか。
- 今回の介護報酬改定で従事者の処遇改善につながるか、国民の目に見える形で検証する仕組みが必要。
- 管理者を含め、介護従事者の給与水準を公表する仕組みの検討が必要。

【その他の意見】

- 中間管理職の職員がリーダーシップを発揮すれば離職が減ると考える。中間管理職の待遇を改善することが必要ではないか。
- 介護職員の「夜間・深夜時間帯の不安」に対し、報酬による手当・配慮が必要ではないか。

- 施設における軽易な医療行為を介護職員に認めるべきではないか。
- EPAから受入れた者を人員配置基準上カウントできないので、一定期間経験すれば人員配置基準にカウントできるように見直すことが必要。
- 介護は女性が中心の職場である。男女の賃金格差があることは問題という視点が必要。
- 介護の質を高めるため、介護従事者は正職員を原則とすべき。
- 現下の労働市場では、常勤換算方法でなければ介護従事者の確保は難しい。
- 介護従事者の人材確保対策については、介護報酬以外の対策の必要性についてどう考えるべきか。

4 地域差に関する意見

- 地域区分の見直しは必要だが、都市部の人件費が高いのはかつての自治体単独補助に起因する面もあるので、単に都市部だけ加算するというだけではバランスを欠くのではないか。
- 第5期以降の検討課題ではあるが、地域差を勘案する仕組みとしては、生活保護の仕組みを参考に余地があるのではないか。
- 通所系サービスを特別地域加算の対象とすることを検討してほしい。
- 中山間地域に居住する者へのサービス提供に係る移動コストについては、介護保険（介護報酬）で手当すべきものなのか。
- 人件費の地域差を適切に反映させる仕組みは当然必要だと考えるが、改定後に検証を行うことが重要。

- 中山間地域におけるサービス提供に加算をすると、利用者負担が上がることから、そうした地域に住む者に必要なサービスが提供されない恐れがあるのではないかな。

5 事業者の経営に関する意見

- 居宅介護支援事業所のあるべき経営収支等を提示すべきではないかな。
- 収支差率について、どの程度であれば適切と考えるべきかな。
- スケールメリットを考慮して事業所規模の拡大を図ることが重要だが、拡大のインセンティブをどう図るかな。
- 事業者に対して安定経営のモデルを提示すべき。
- 経営モデルの研究については、居宅介護支援事業所だけ別個に取り扱って考えるべき。
- モデル事業所を設定し、教育訓練等を十分に行った上で現行の介護報酬で事業運営できるのかな、他産業との比較はどうかの検証が必要。

6 サービスの質の評価に関する意見

- 質の高いサービスを加算で評価するという場合、質の高さの評価の仕方は難しい。
- サービスの質を評価する際は、利用者に分かりやすい評価の仕組みや指標が必要。

7 個々のサービスに関する意見

- 個室ユニットケア重視を見直すべき。低所得者が入れないし、職員1人1人の責任が重いため離職も多い。
- 福祉用具について、いわゆる外れ値の問題や安価な用具の貸与から販売への移行を整理すべき。
- 居宅介護支援事業の収支差率が低いことや人件費比率が100%を超えていることを勘案し、改善のための一定の配慮をお願いしたい。
- 居宅介護支援事業所については、どれくらいの規模をモデルにするのか、利用者側の代表も入れて議論すべき。
- 地域密着型サービスについては、優れたものだと思うので、今後伸ばすための議論をすべき。

8 医療と介護の連携に関する意見

- 在宅医療の推進については、高齢者に必要なサービスを確保することが重要ではないか。介護療養型医療施設の取扱いについて検討すべきである。
- 地方の診療所は医療資源として必要である。療養病床として残すことができないか検討が必要。
- 医療と介護の連携については、シームレスなケアを促進できる仕組みを考えることが必要。

9 資格・研修に関する意見

- 介護従事者の資格・研修制度について、実務経験者ルートの「600時間」の研修が、介護従事者にとっては離職のインセンティブとならないか。
- 研修期間中の賃金保障、人員補充について支援が必要ではないか。

- 2級ヘルパーの者にさらに一定時間の研修が必要となる理由について理解を促すことが必要。
- 介護福祉士の資格取得方法の見直しに伴う研修費用について、すべて自己負担とすることでよいのか。
- 研修期間中の人員配置基準を緩和することが必要ではないか。

10 補足給付に関する意見

- 補足給付については、利用者のことを考えるとなくすべきではないが、保険料を財源とすべきではない。
- 補足給付については、低所得者に対して差別的であってはならない制度なので、維持すべき。
- 補足給付には問題がある。世帯分離をしたら補足給付がもらえたり、在宅とのバランスがとれないこともある。補足給付を維持するとしても、横断的な低所得対策として行うべきである。

11 その他の意見

- 応益負担の考え方は必要だが、格差社会の中にあっては、可能な範囲内で2、3割の自己負担をしてもらう人がいてもよいのではないか。

介護福祉士資格取得課程及び介護職員基礎研修の概要

介護福祉士の資格取得課程 (養成施設ルート・実務経験ルート)の概要

養成施設ルート 実務経験ルート
1,800時間の課程 600時間の課程

		教育内容	授業時間数	授業時間数
人間と社会	人間の理解	人間の尊厳と自立	30以上	15
		人間関係とコミュニケーション	30以上	
		小計	60以上	15
	社会の理解	社会の理解	60以上	30
		小計	60以上	30
	※上記必修科目のほか、選択科目			
小計			240	45
介護	介護の基本		180	90
	コミュニケーション技術		60	30
	生活支援技術		300	90
	介護過程		150	90
	介護総合演習		120	
	介護実習		450	
	小計		1260	300
こころとからだのしくみ	発達と老化の理解		60	45
	認知症の理解		60	60
	障害の理解		60	60
	こころとからだのしくみ		120	90
	小計		300	255
合計			1800	600

介護職員基礎研修(500時間)の概要

形態	教育内容	授業時間数
講義	生活支援の理念と介護における尊厳の理解	30
	老人、障害者等が活用する制度及びサービスの理解	30
	老人、障害者等の疾病、障害等に関する理解	30
	認知症の理解	30
	介護におけるコミュニケーションと介護技術	90
	生活支援と家事援助技術	30
	医療及び看護を提供する者との連携	30
	介護における社会福祉援助技術	30
	生活支援のためのアセスメントと計画	30
	介護職員の倫理と職務	30
	小計	360
実習	事前演習	8
	施設・居住型実習	80
	通所・小規模型実習	40
	訪問介護実習	40
	地域の社会資源実習	4
	事後演習	8
	小計	140
合計		500

【参考】

社会保障国民会議における検討に資するために行う 医療・介護費用のシミュレーション

平成20年10月23日 社会保障国民会議
サービス保障(医療・介護・福祉)分科会提出資料より抜粋

シミュレーション実施に当たっての基本的考え方

- 医療・介護サービスの将来像を試算することは、多くの要素が複雑にからむことから大変困難ではあるが、今後の国民的議論に資するため、需要、サービス提供、単位費用(単価)の伸びのそれぞれについて、**大胆な仮定**をおいて、**シミュレーションを行う。**

- 医療・介護の将来需要(ニーズ)については、現在の疾病・要介護状態の発生状況を基礎として今後の高齢化の進展を見込んで計算し、これを基本需要推計(現状需要推計)とする。ただし、
 - ・現状は、医療・介護ニーズに対して適切なサービス提供がなされていない(ニーズとサービスのミスマッチが生じている)ことから、一方で過剰需要(供給誘発需要)が生じ、他方で必要なサービスが提供されないなど、全体として非効率な利用状況となっている。
したがって、今後、ニーズに対し適切かつ効率的なサービスが提供されれば、入院から在宅への転換など、需要全体の姿も変化すると考えられる。これについては、望ましい提供体制像とともに、改革シナリオとして示すこととする。
 - ・予防について取り組みが進めば、需要総量そのものを一定程度コントロールできる可能性がある。これについては、一定水準の予防効果を織り込むこととし、さらに取り組みが進んだ場合についてオプションシミュレーションとして示す。

- 医療・介護サービス提供体制については、以下に示す複数のシミュレーションを行う。
 - ・現在のサービス提供体制を前提として、単純に基本需要推計に対応する提供量をいったん計算し、これをシミュレーションA(現状投影シナリオ)とする。
 - ・これに対して、サービス提供体制について選択と集中等による改革を図ることを想定し、これをシミュレーションB(改革シナリオ)とする。改革シナリオについては、前提により複数のシナリオを示す(それぞれB1、B2、B3)。
 - ・改革シナリオにおいては、この提供体制の改革により生じる単価の変化も併せて見込む。

○今後のサービスの単位費用(1治療等当たりの単価)の伸びについては、経済成長との関係が見られること、医療技術進歩による伸びが大きいこと、等の研究成果が出されていることを踏まえ、以下の二つの仮定(ケース)を置いてシミュレーションを行う。

- ・ケース①：医療費の伸びの主な要因ごとに一定の仮定をおいた伸び率を使用。(効率化要因についても一定の仮定をおいて織り込む)
- ・ケース②：国際的にみて、医療費と経済の間に一定の関連性が見られることから、医療費の伸びを経済成長率との関係で分析し、経済成長率に対応した一定の伸び率を仮定して使用

○サービス提供体制の改革には、人材養成等、一定の時間がかかること、また中長期的なシミュレーションが求められていることから、2025年までのシミュレーションを行う。

○賃金上昇率、物価等の経済前提については、複数の前提を置く。(本国民会議の公的年金制度に関する定量的なシミュレーションの際の経済前提と同じ前提を置く。)

○なお、人的・物的基盤整備に係る費用(ストック費用)については、基本的には単価に反映され、個別の計算は困難であるため、今回は行わない。

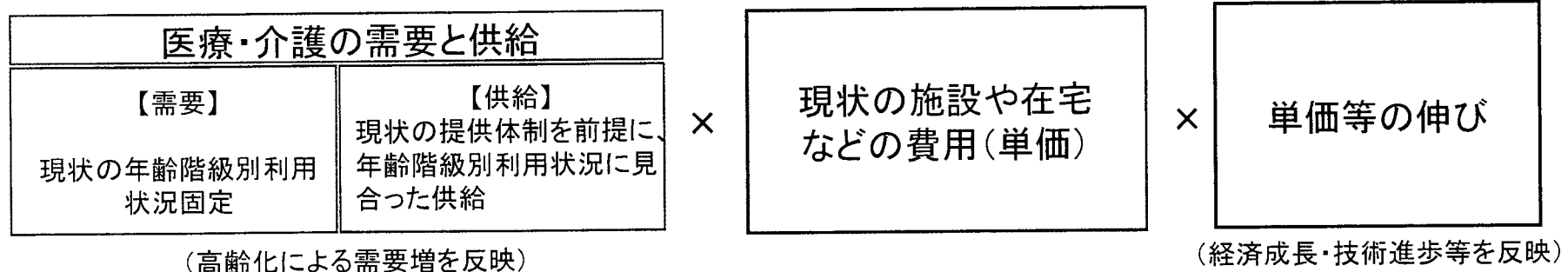
○さらに、オプションとして、以下のシミュレーションを行う。

- ・オプション(1)医療・介護予防がシミュレーションB(改革シナリオ)に織り込んだ水準よりもさらに進んだ場合
- ・オプション(2)介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合

医療・介護サービス費用のシミュレーションのイメージ

(1)シミュレーションA(現状投影シナリオ)

(現状の年齢階級別・サービス類型別利用状況がそのまま続いたとした場合の機械的計算
 → 現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点が解決されないまま今後も推移していくシナリオ)



【前提】

需要: 病床ごとの入院、外来・在宅医療、介護施設や居住系サービス、在宅介護サービス等について、仮に、現状の年齢階級別利用状況が続いたとした場合を仮定

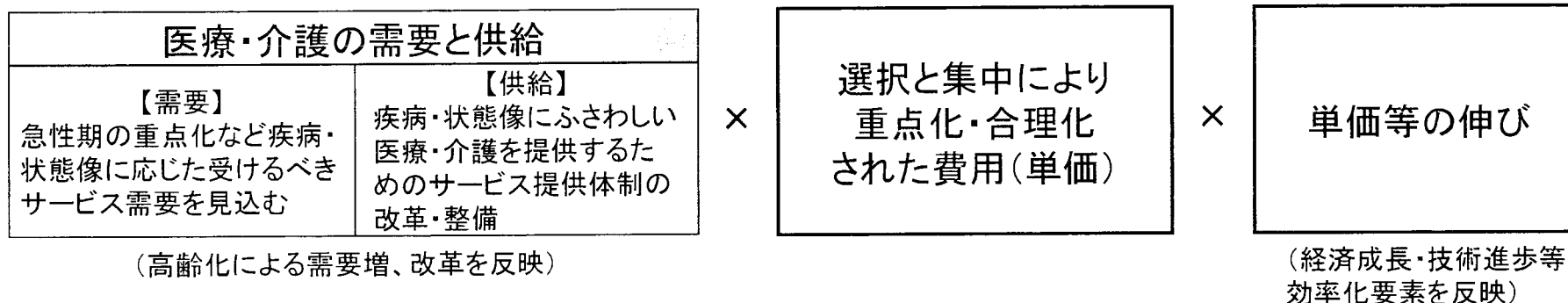
供給: 上記のように仮定した需要に見合うよう、現状と同水準で各サービスの供給が行われるとした場合を仮定

単価: 現在の各サービスにおける単位当たり費用(例えば入院1日当たり費用)が続くとした場合を仮定

→ 現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点(不明確な機能分化、手薄な人員配置、ニーズに対応したサービス供給の不足等)が解決されず、効率化もなされないまま今後も推移していくこととなる

(2)シミュレーションB(改革シナリオ)

(選択と集中～あるべき姿を踏まえたシミュレーション)



※ 医療・介護サービス提供体制の改革に関して、B1、B2、B3の3通りの改革シナリオを想定

【前提】

需要:急性期の重点化、在宅医療や介護の強化など、各種サービス提供体制の改革を前提として、疾病や状態像にふさわしい医療・介護のサービスを受けたとした場合における、各サービスごとの利用の見込み

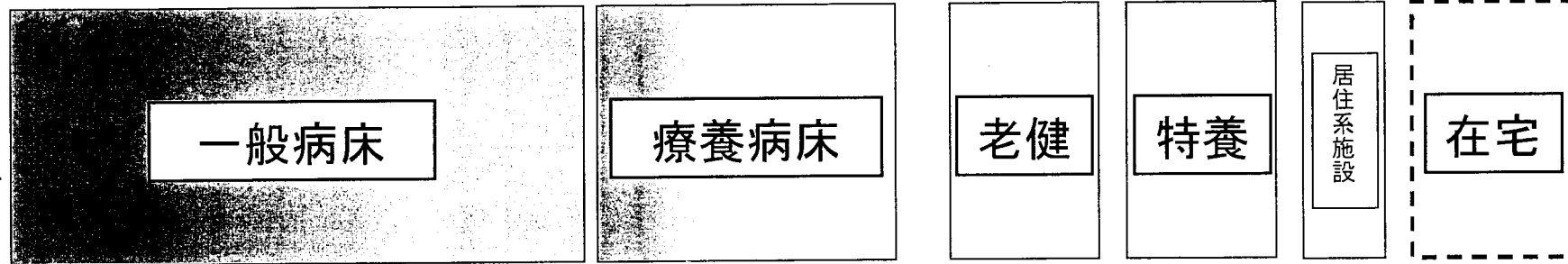
※ 医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム(平成19年5月 厚生労働省)における取組(予防重視の観点やサービスの質向上・効率化の観点)を踏まえて需要を設定

供給:疾病や状態像にふさわしい医療・介護を適用することができるようなサービス提供体制の改革・整備が行われることを仮定

単価:急性期病床における人員配置の重点化など、各サービス提供体制の改革を踏まえた各サービスの単位当たり費用を仮定

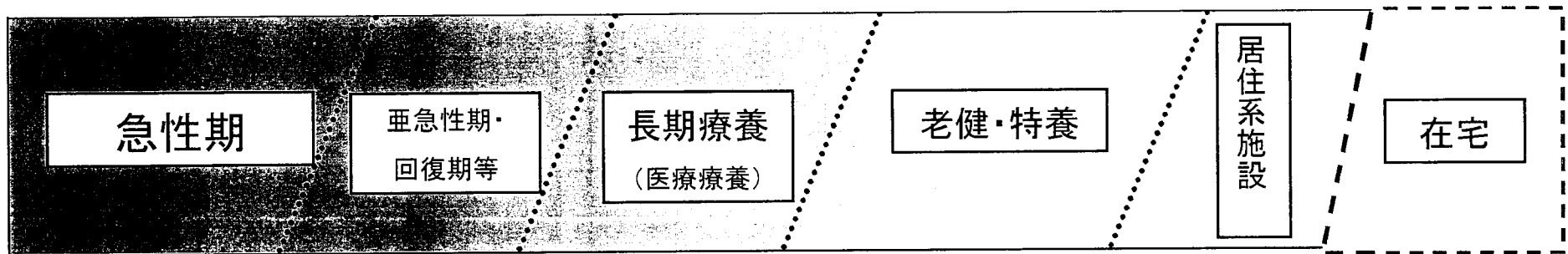
医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



選択と集中による
重点化・集中化

選択と集中、機能分化と連携・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実



将来像：選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

経済前提：社会保障国民会議における検討に資するために行う公的年金制度に関する定量的なシミュレーション(平成20年5月)における経済前提と同じ

※ 名目成長率は、2007年度2.2%、2008年度2.8%、2009年度3.3%、2010年度3.7%、2011年度3.9%、2012年度以降は賃金上昇率マイナス0.5%ポイントを仮定。

足下の経済前提については、2007年1月「進路と戦略」内閣府試算を用い、2012年度以降の長期の前提は、以下の4とおりとする。

足下の前提

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
物価上昇率	0.3%	0.5%	1.2%	1.7%	1.9%	1.9%
賃金上昇率	0.0%	2.5%	3.0%	3.5%	3.8%	4.1%
運用利回り	1.7%	2.4%	3.0%	3.7%	4.1%	4.4%

2012年度以降の長期の前提

	ケースⅠ-1	ケースⅠ-2	ケースⅡ-1	ケースⅡ-2
物価上昇率	1.6%	1.1%	1.0%	1.0%
賃金上昇率	3.7%	2.6%	2.5%	2.1%
運用利回り	4.9%	4.0%	4.1%	3.2%

(注) ケースⅠ-1及びケースⅠ-2は、平成19年10月17日の経済財政諮問会議に示された「給付と負担の選択肢について」の試算における成長ケース及び制約ケースの前提、ケースⅡ-1及びケースⅡ-2は、「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響(暫定試算)：平成19年2月(厚生労働省年金局)」における基本ケース及び参考ケースの前提をそれぞれ踏まえたもの。

シミュレーションの内容

I シミュレーションA(現状投影シナリオ)及びシミュレーションB(改革シナリオ)

(医療・介護サービスの需要や供給、経済前提や単価等の伸びについての各種前提のもとでの平成37(2025)年における医療・介護サービス費用等のシミュレーション)

※各シミュレーションの手順と詳細は解説編「サービス提供体制改革の考え方」P15～の「シミュレーションの手順と詳細」を参照

- (1) 医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション
- (2) 入院・施設・居住系サービス基盤(利用者を支えるベッド数・定員数等)のシミュレーション
(附) 医療/介護・施設/在宅間の利用者の移動に関するシミュレーション
- (3) マンパワーの必要量のシミュレーション
- (4) 医療・介護サービスごとの単価のシミュレーション
- (5) 医療・介護サービス費用のシミュレーション
(附) 財源構造についての粗いシミュレーション
(附) 途中年次(2015年)の財源構造についての粗いシミュレーション

II オプションシミュレーション

- (1) 医療・介護の予防がシミュレーションB(改革シナリオ)に織り込んだ水準よりもさらに進んだ場合のシミュレーション
- (2) 介護職員の人件費水準を一律に引き上げた場合のシミュレーション

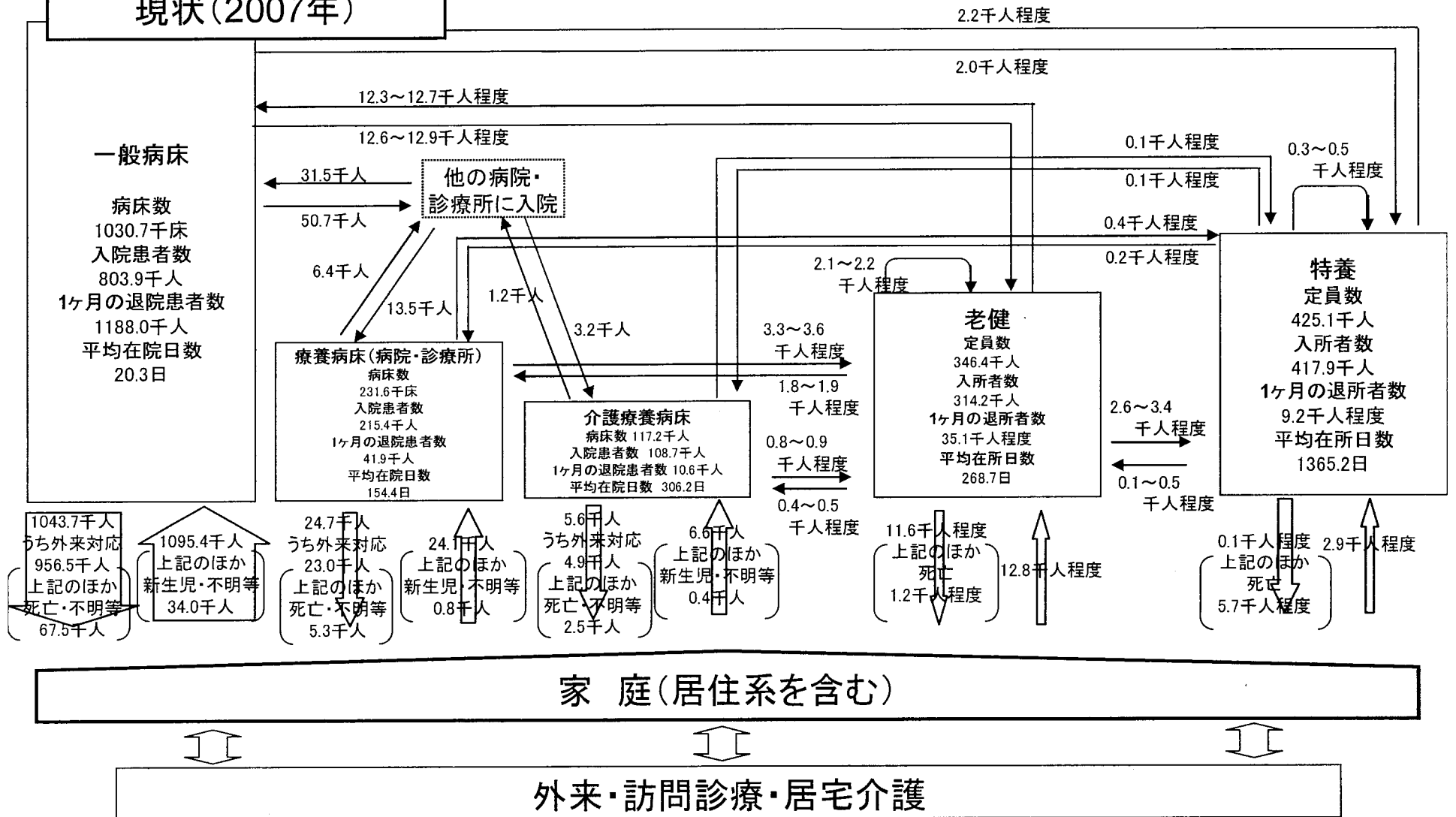
【このシミュレーションでは、人口は各年10月1日時点、利用者や費用等は年度をベースとして推計を行っている。】

(1) 医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	80万人/日	104万人/日 (73万人/日 31万人/日)	56万人/日	47万人/日	高度18万人/日 一般34万人/日
亜急性期・回復期等			47万人/日	40万人/日	36万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(104万人/日)	(103万人/日)	(87万人/日)	(88万人/日)
長期療養(医療療養)	22万人/日	36万人/日	21万人/日	23万人/日	23万人/日
介護施設	84万人/日	169万人/日	146万人/日	149万人/日	149万人/日
特養	42万人/日	85万人/日	76万人/日	78万人/日	78万人/日
老健	42万人/日 (老健+介護療養)	83万人/日	70万人/日	72万人/日	72万人/日
(入院・介護施設小計)	(186万人/日)	(309万人/日)	(271万人/日)	(259万人/日)	(260万人/日)
居住系	25万人/日	47万人/日	68万人/日	68万人/日	68万人/日
特定施設	11万人/日	22万人/日	33万人/日	33万人/日	33万人/日
グループホーム	13万人/日	25万人/日	35万人/日	35万人/日	35万人/日
在宅介護	243万人/日	408万人/日	424万人/日	429万人/日	429万人/日
うち小規模多機能	1~2万人/日程度	数万人/日程度	60万人/日	60万人/日	60万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(268万人/日) (14~15万人/日程度)	(454万人/日) (25+数万人/日程度)	(492万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)	(497万人/日) (95万人/日)
外来・在宅医療	582万人/日	634万人/日	631万人/日	644万人/日	643万人/日
利用者総数(重複あり)	(1036万人/日)	(1397万人/日)	(1394万人/日)	(1400万人/日)	(1400万人/日)
(参考)総人口	1億2,777万人	1億1,927万人			8

(附) 医療／介護・施設／在宅間の利用者の移動に関するシミュレーション

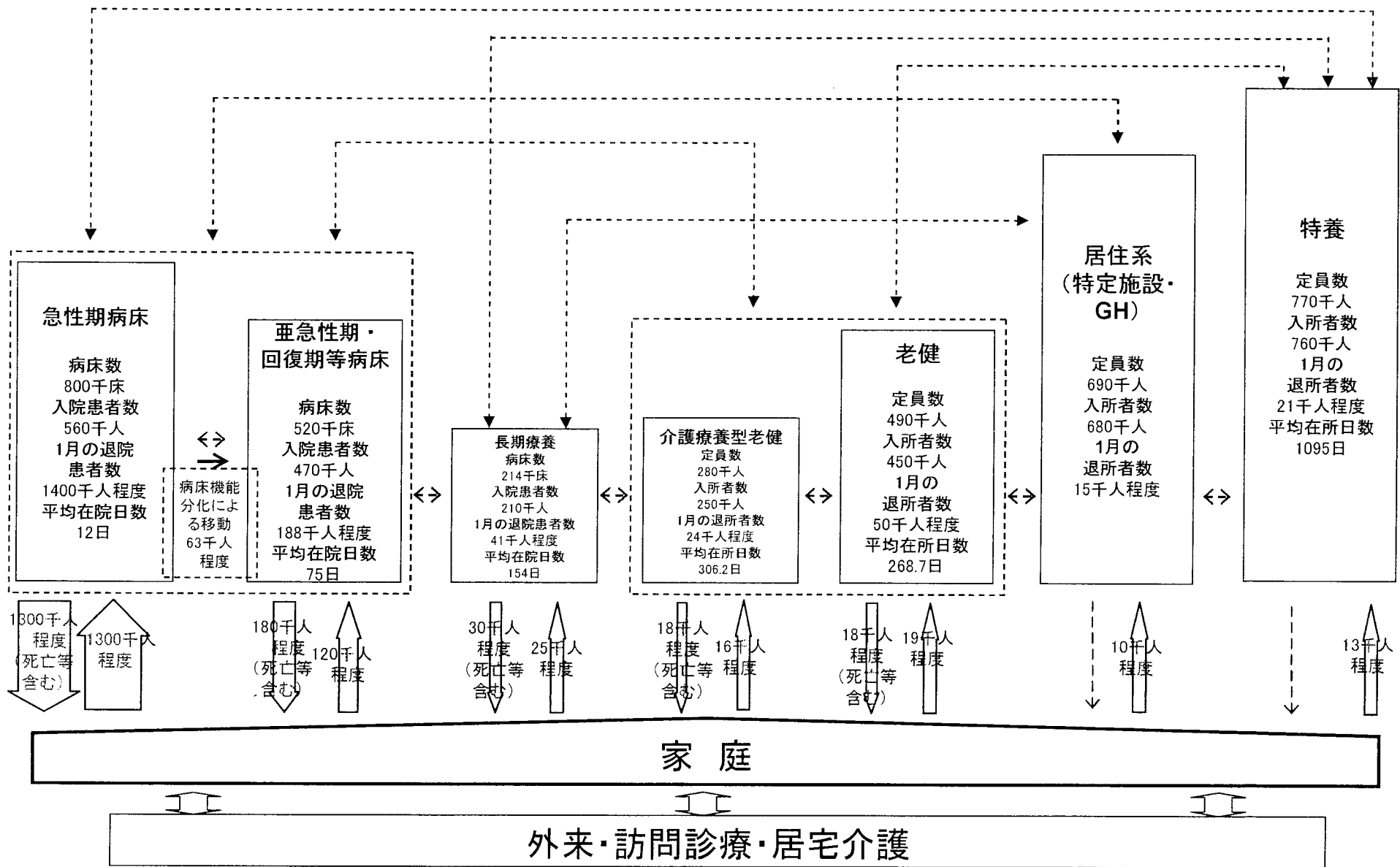
現状(2007年)



(資料)「患者調査」、「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省)等
 (作成方法等)

1. 入院・入所者数や平均在院日数は、医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの数値を使用(平均在院日数は調査結果より)。
2. 利用者の移動(入退院・入退所等)数については、「患者調査」及び「介護サービス施設・事業所調査」と、入退院・入退所等の数等が定常状態の場合における関係式(ある日において入院・入所している者の数=ある日における入(退)院・入(退)所者数×平均在院・在所日数)とに基づき設定。なお、1月は30日として計算。
3. 調査によって各施設等に係る「入所前の場所」と「退所後の行き先」とが完全に一致しないこと等から、数値は一定の幅をもって表示している。
 また、特養と医療機関との間の移動については特養の退所者数を基に設定した。

改革シナリオ(B1シナリオ)



※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、及び、老健等他の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加(退所者対比で6~7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6~7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

(2) 医療・介護サービス費用のシミュレーション

総括表

(経済前提Ⅱ-1の場合)

	現状 (2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
医療＋介護 対GDP比 対NI比 名目額	7.9 %程度 10.7 %程度 41 兆円程度	10.8～10.9%程度 14.7～14.8%程度 85兆円程度	11.6～11.9%程度 15.8～16.2%程度 91～93兆円程度	11.6～11.9%程度 15.7～16.1%程度 91～93兆円程度	11.7～12.0%程度 15.9～16.3%程度 92～94兆円程度
医療 対GDP比 対NI比 名目額	6.5 %程度 8.9 %程度 34 兆円程度	8.4～8.5%程度 11.5%程度 66～67兆円程度	8.6～8.9%程度 11.7～12.1%程度 68～70兆円程度	8.5～8.8%程度 11.6～12.0%程度 67～69兆円程度	8.6～8.9%程度 11.8～12.2%程度 68～70兆円程度
介護 対GDP比 対NI比 名目額	1.3 %程度 1.8 %程度 7 兆円程度	2.4 %程度 3.2 %程度 19 兆円程度	3.0 %程度 4.0 %程度 23 兆円程度	3.0 %程度 4.1 %程度 24 兆円程度	3.0 %程度 4.1 %程度 24 兆円程度

(注1) 年度ベースの数値である。

(注2) 「～」の左は、医療費の伸び率として要素の積み上げを用いた場合(ケース①)であり、右は賃金と物価の平均に1%を加えたものを用いた場合(ケース②)である。

(注3) GDP及びNIは、2007年: GDP=522兆円, NI=383兆円、2025年(経済前提Ⅱ-1の場合): GDP=787兆円, NI=578兆円である。

介護報酬に関する意見

平成 20 年 6 月 2 日 決定
全 国 市 長 会
介護保険対策特別委員会

次期介護報酬の改定にあたり、介護保険者の立場から本意見を取りまとめたので、これを十分尊重し、国の検討に反映されたい。

1 介護報酬の水準について

都市においては介護従事者の定着率が低く、事業者が従事者を募集しても集まらないなど慢性的な人材不足の状況となっている。

この要因として、介護報酬が低いとの指摘があるが、介護報酬の安易な引上げは保険料の上昇に直接結びつき、年金額が増えない中、高齢者の負担が増える結果となる。

制度の持続可能性を高めるためには、必要性が低いサービスの見直しを進めるとともに、必要性が高いサービスについては、人材の確保が図られるよう、保険料の水準に留意しつつ適切な介護報酬を設定すること。

なお、介護報酬が介護従事者の賃金等に反映するような仕組みについて十分に検討すること。

2 介護報酬体系について

現行の介護報酬の体系は、加算・減算の種類も多くて複雑でわかりにくく、また、事業者にとって請求事務が大きな負担となっている。

加算・減算の中には、実績としてほとんどの場合に請求されているもの、逆に、ほとんど請求されていないものもあることから、できるだけ本体報酬に包括化するなど、簡素でわかりやすい報酬体系とすること。

3 居宅介護支援について

ケアマネジャー1人あたり40件を超えると、すべての件数に逡減が適用される。このため、現在の規定では担当件数を低く抑えざるを得ないことから、利用を断る場合がある。標準担当件数を超えた部分についてのみ逡減を適用するなど、ケアプランの質を確保しつつ、利用者を確保できる仕組みとすること。

4 介護予防支援について

現行の介護予防支援の報酬は月400単位と低く、ケアマネジャー1人分の人件費も賄えない状況にある。

介護予防支援にかかる手間は、居宅介護支援と比較しても大きな差異がないことから、介護予防支援の報酬を引き上げること。

5 訪問介護について

訪問介護については、現行の2類型を基本とすること。

訪問介護の在り方や行為別の報酬体系の導入については、利用実態等を踏まえて十分検討すること。

サービス提供責任者の業務や配置基準を見直すこと。

6 介護予防通所介護等について

介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの介護報酬は、月単位の定額報酬となっており、月1回の利用や月途中に入院した場合でも1か月分の報酬を請求できる仕組みとなっている。このことは利用者負担や保険財政の面からも問題があるため、他のサービスと同様に回数や日数単位の報酬体系に見直すこと。

また、アクティビティ実施加算や事業所評価加算は廃止し、基本報酬に包括化すること。

7 福祉用具貸与について

福祉用具貸与の品目や期間によっては、「貸与」の方が「購入」より多くの給付費が支給されているケースが見受けられる。給付適正化の観点から、福祉用具の貸与品目と購入品目を見直すこと。

また、貸与価格が実際の販売価格と比較してかなり高く設定されていることから、一定の上限を設けるなど、適切な貸与価格を設定すること。

8 小規模多機能型居宅介護について

小規模多機能型居宅介護については、事業者の参入が低調であり、整備が進んでいないことから、報酬の水準について適切な見直しを行うこと。

また、報酬体系については、月単位の定額報酬となっており、週1回程度の利用や月途中で入院した場合であっても登録を解除しない限り、1か月分の報酬を請求できる仕組みとなっている。このことは利用者負担や保険財政の面からも問題があるため、回数や日数などの利用実績を基礎とした報酬設定に見直すこと。

9 特別養護老人ホーム等について

特別養護老人ホーム・老人保健施設の人員配置については、看護職員・介護職員の最低配置基準が3：1となっているが、実際はサービスの質を向上させるため、多くの施設で現行の基準を上回って配置している実態がある。3：1を上回る分については、報酬上評価する仕組みとすること。

また、療養病床の再編に伴い、経管栄養や胃ろうなど医療ニーズのある者が安心して入所できるよう受皿づくりが必要である。このため、介護療養型老人保健施設への転換を進めるとともに、一定程度、特別養護老人ホームと老人保健施設でも受け止められるよう、介護・看護体制の充実を図ること。

介護報酬見直しに係る要望事項

社会保障審議会介護給付費分科会 委員 稲葉雅之

(民間介護事業推進委員会 代表委員)

1. 総論

介護保険制度には、多様な民間介護事業者の参入が進み、サービスの供給量が飛躍的に拡大した。特に民間介護事業者は、在宅サービスを中心として既に主要な担い手として成長してきている。

介護給付が急速に膨らんでくるこれからの高齢社会における介護サービス供給体制の在るべき姿は、これら多様な事業主体がそれぞれの特性を活かしながら、効果的、効率的なサービス提供ができるものでなくてはならない。また、深刻化する介護分野での人材不足を解消するためには、介護従事者の処遇改善は急務である。

過去2回にわたる介護報酬改定の結果としての現在の経営状況の厳しい実態は、「平成20年度介護事業経営実態調査」の結果をみても、既に経営努力だけでは限界に達しつつあり、介護報酬の引き上げを強く求めるものである。然りとて、処遇改善を介護報酬の引き上げだけに求めることには限界がある。介護報酬の上昇は給付額の増加に直結し、国民の保険料負担増、サービス利用料負担増として跳ね返るものだからである。

「介護報酬」の引き上げによる事業収支バランスの確保は、対症的対処方法である。生産性の向上による収支バランスの確保は、事業者が自らの効率化努力により持続的に獲得していく長期的・抜本的対処方法と言える。このような事業者の効率化努力を促進する発想を持った制度運用は、政府の推進する財政再建の視点からも、いま、求められているものではないだろうか。

介護サービス供給事業の安定性、継続性にとって最も重要なことは、事業者の活力とコストコントロール機能が働く、事業の効率的運営による収支バランスの確保である。

2. 民間介護事業者に共通した要望事項

(1) 各サービス共通の事項

- ①良質なサービスを安定的に提供できるよう、専門性の高い人材の確保及びサービスの提供に必要なコストを適正に評価した介護報酬とすること。

(理由)

介護保険制度では、人員、設備及び運営に関する基準（指定基準）に定められたサービスを国民に提供することを保障しており、介護事業者にはそのサービス提供体制を維持するとともに、常にサービスの質の向上に努めることが責務とされている。このためには、専門性の高い人材の確保やスキルアップ及び事業運営の効率化が求められる。こうした人材の確保・育成に係るコストを適正に評価し、これに見合う介護報酬の水準となるよう見直していただきたい。

- ②介護サービスの提供にあたって、給与水準の差及び中山間地域等でのサービス提供の非効率性など、介護報酬の地域区分の違いに基づく格差を是正するよう介護報酬を見直すこと。

(理由)

介護保険制度の下では全国どこでも均質な介護サービスが提供されなければならない。しかし、都市部では給与水準や事務所の賃料等が高いこと、中山間地域等では訪問時の移動距離が長いこと等からサービス提供の効率性が低下するなど地域における条件の格差が生じている。反面、現在の介護報酬の地域区分は、こうした地域の実情を適切に反映したものとなっていないことから、これを是正していただきたい。

(2) 訪問介護サービスに関する要望事項

- ①サービス提供責任者の業務の重要性に鑑みその介護報酬上の評価をすること及び効率的な運用や非常勤職員の登用ができるよう配置基準等を見直すこと。

(理由)

サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成するとともに、利用申し込みの調整、サービス担当者会議への出席、訪問介護員等の管理などその責務は重く、人員配置基準も厳しい。しかし、現在の訪問介護の介護報酬体系の中ではその確保が難しいことから、サービス提供責任者の十分な配置が可能となるよう介護報酬の引き上げを図っていただきたい。

サービス提供責任者は要件として、常勤であることが規定されているが、優秀な人材であれば非常勤職員であってもサービス提供責任者の責務を十分担えるはずである。当然それは勤務形態で判断されるべきものではない。

また、優秀な人材であれば効率的なサービス管理が可能であり、その範囲も一律的に規定できるものではない。従って、サービスの質が低下しない限りにおいて、現行の人員配置基準の緩和を図ることを要望する。

②特定事業所加算の算定要件を緩和すること及び利用者の負担軽減策を講じること。

(理由)

サービスの質の高い事業所を評価するため設けられた仕組みであるが、特定事業所加算の条件が厳しいことから加算を受けている事業所数は少ない。また、利用者にとっては、特定事業所加算の趣旨が理解されにくいことに加え、この加算の取得が利用者の一割負担の増加やサービス提供量の減少につながることもなり、たとえ要件を満たせる事業所であっても敬遠しているのが実情である。

このため、算定要件を緩和するとともに、加算制度であることを考慮し、利用者の負担増に対する軽減措置を講じていただきたい。

(3) 居宅介護支援サービスに関する要望事項

①介護報酬を大幅に引き上げること。

(理由)

介護事業経営実態調査結果でも明らかなおおり、居宅介護支援事業所の収支差率は大幅なマイナス値となっており、他の介護サービスと比較しても突出している。健全な事業所運営が図れるように介護報酬の大幅な引き上げを検討していただきたい。

②特定事業所集中減算については、廃止を含めて見直しすること。

(理由)

特定事業所集中減算の考え方は、居宅介護支援事業所の公正中立性を確保するため特定の事業所に集中することを回避することが目的であるが、現行制度の運用では、良質な事業所の利用にも制限がかかることになり、努力をした事業所が報われないという現象が発生している。

利用者がサービス水準の高い良質な事業所を求めることは当然のことであり、こうした介護保険の基本理念である利用者の選択を損ないかねない現行の特定事業所集中減算については、廃止を含めて見直ししていただきたい。

【参考】

民間介護事業推進委員会について

1. 設立の趣旨

介護サービス事業については、地方自治体や社会福祉法人のみならず、民間営利法人、農協、生協、NPO法人など、多様な主体によって介護サービスが提供され、在宅サービスを中心に介護サービスの供給量は飛躍的に拡大してきた。

一方、この介護保険制度を将来にわたって持続可能なものにしていくためには、制度そのものや介護報酬の見直し等において、介護サービスの需要動向や、多様なサービス提供事業者などの意見も取り入れた実態的な見直しが不可欠となってくるものと考えられる。

従来より、在宅関係事業者は、複数の団体に分かれて活動しているが、民間の主体性に基づいた活動として、在宅介護の関係諸団体が参集し、介護保険制度の下での事業環境の整備及びこれを支援する方策等について、それぞれの経験、成果、課題等についての情報や意見交換及び要望等を集約することを目的に、民間介護事業推進委員会が設立された。

2. 設立年月

平成20年8月

3. 構成団体（順不同）

- 社会福祉法人 全国社会福祉協議会
- JA高齢者福祉ネットワーク
- 有限責任中間法人 日本在宅介護協会
- 日本生活協同組合連合会
- 「民間事業者の質を高める」有限責任中間法人 全国介護事業者協議会
- 特定非営利活動法人 市民福祉団体全国協議会
- 社団法人 シルバーサービス振興会

今後、介護給付費分科会での審議が進み、具体的に給付額及び基準の見直し等の骨子が検討されていく段階で、当民間介護事業推進委員会といたしましては、具体的な数値を含めた要望、あるべき提言を再度提出させていただきたいと考えます。

2008年10月30日

社会保障審議会委員

社会保障審議会介護給付費分科会委員

沖藤典子

介護報酬改定について 住み慣れた我が家で人生を全うするために

はじめに：

これまで利用者市民の立場から意見書を提出してきましたが、介護給付費分科会における議論のなかで、認定ランクが軽度・中度といわれる人たちを支える在宅サービスについての議論が少ないことに危惧を抱いています。施設介護サービス利用者の課題はもちろんですが、介護保険サービス利用者の7割を占める居宅サービスのあり方について、重度化しないようにと支援を求め軽度の在宅利用者、認知症の在宅利用者についての議論はさらに重要と考えます。

今回は、在宅の利用者、在宅介護者の立場から、訪問介護については前回の意見書に新たなヒアリングにもとづいて加えた意見を、そして地域密着型サービスで新設され、在宅認知症ケアの「切り札」とも呼ばれる小規模多機能型居宅介護について、あわせて意見を提出させていただきます。

訪問介護について：

1. 利用者の暮らしを支える訪問介護の充実を

介護保険法施行前から、「生活援助」における掃除、洗濯、買い物、調理、手続き代行は5大サービスと言われ、もっとも利用されてきたサービスです。

しかしながら「生活援助」の利用制限によって、さまざまな問題が起こっています。掃除の制限により、家の中がほこりまみれで喘息を起こすケース、洗濯の制限により不潔な状態で暮らすケース、買い物の制限により食材や日用品が入手できず、“買い物難民”と呼ばれるケースなどなどです。昨夏の猛暑では熱中症で900人を超える死者がでましたが、60歳以上が7割を占めたとのこと、早朝に訪問した訪問介護員が衰弱した利用者を発見し、一命を取り留めたケースもありました。

制度設計時には家族介護が前提とされていました。しかし、現在、“65歳以上の高齢者のいる世帯”のうち3世代世帯は20.5%で、1980（昭和55）年の50.1%から半減、2000（平成12）年の制度創設からも5%減少し、家族介護力が大きく低下しています。利用者の暮らしそのものには脆弱性、危険性があり、ひとり暮らしや老老世帯、“親と未婚の子のみの世帯”などの利用者にとって「生活援助」は欠かすことのできないサービスです。

2006（平成18）年度の介護報酬改定、介護給付適正化計画、指導・監査の強化のなかで、厚生労働省は再三、「一律機械的にサービスに対する保険給付の支給の可否について決定する

ことがないよう」との事務連絡文を出しています。それにもかかわらず、「生活援助」を過度に抑制する保険者がまだ多いのが現状です。「生活援助」の制限によって、老老介護の崩壊や施設入居待機者の加速、働き手である訪問介護員の離職などの社会的損失が懸念されます。

介護給付費分科会において、在宅サービスのなかでも訪問介護は必須のサービスとして、改めて評価を検討し、特に“同居家族”など家族形態による、「生活援助の制限を認めない」との見解をまとめることを提案します。

2. 介護予防訪問介護の、必要に応じた利用を認める必要があります

介護報酬の改定により、介護予防訪問介護に定額制が導入されました。その結果、利用者にとっては、認定ランクに応じた支給限度額の範囲内であるにもかかわらず、介護報酬の範囲でしかサービスが利用できないという二重構造が生じています。サービス提供事業所においては、やむを得ない状況に対応するため、介護報酬の採算を超えて、“持ち出し”でサービスを提供するケースも出ています。

介護予防訪問介護の制約により、「支給限度額があまっているのに、必要なサービスがなぜ利用できないのか」という声が多くあります。また、介護予防支援では介護予防訪問介護などに加えて、市区町村の独自サービス、非営利有償サービスを組み込むことが推奨されていますが、「非営利有償サービスではスタッフが限られ、希望する時間に訪問してもらえない」といった声が寄せられています。

介護予防訪問介護の定額制の課題について分析するとともに、事業者が必要な利用者に必要なサービスを届けることができるよう、報酬上の評価を再検討することを提案します。

3. 「生活援助」の提供時間に応じた評価が必要です

介護報酬の改定により、訪問介護の「生活援助」の提供時間が 1.5 時間を超えた部分について報酬上の評価がなくなり、「身体介護」では生活支援単価となりました。認知症の利用者へのサービス提供であっても、1.5 時間を超えると生活援助と同等単価になります。事業者にとって訪問介護員の人件費が確保できない、あるいは持ち出しになるなど、大きな打撃となっています。専門性が求められるサービスであるにもかかわらず、なぜこのような評価となるのでしょうか。提供時間が長時間になると単価が下がることへの、合理的な理由が不明です。「生活援助」が 2 時間必要な場合には、1 回で済んだサービスを 2 回に分け、むしろ提供回数が増えるという奇妙な事態も招き、利用者の不信感をも招いています。

「生活援助」のサービス提供時間に応じた評価を、再検討することを提案します。

4. 介護現場の裁量を認める必要があります

高齢期の心身の状況は日々異なり、不安定なものです。訪問介護員は訪問時に、利用者の心身の変化を見極めながらケアを提供しています。しかし、「ケアプランにないサービスは介護報酬を認めない」という一律の指導により、規制が強まっています。一方、訪問介護員の訪問時に緊急事態が起り、事前プラン以外のサービス提供が必要になるのは日常的状況です。

利用者の心身の変化に対応したサービス提供を保障するために、担当訪問介護員が訪問介護事業所のサービス提供責任者と連絡を取り、後にケアマネジャーに事後承認を得るなど柔軟なサービス提供を認めることを提案します。

5. 「通院等乗降介助」の再検討が必要です

通院では、医療機関に支援があることを前提にしており、訪問介護員による「通院等乗降介助」、「院内介助」が認められておりません。

しかし、支援機能のある医療機関は少なく、通院を断られるだけでなく、ケアマネジャーとの連携もないまま、一方的に医療機関が訪問介護員に支援を要求するケースもあります。高齢夫婦世帯、高齢ひとり暮らし世帯では、家族などの付き添いも頼むことができません。また、「通院等乗降介助」、「院内介助」には利用者の病状などの把握が必要で、ボランティアによる代替には限界があります。だからといって、ホームヘルパーの待機時間を自費で賄うことは、低所得層はもちろんのこと利用者には経済的負担が大きく、通院そのものが制限されています。

介護予防訪問介護では、定額制の報酬、包括的サービスになるとともに、「乗降介助」が除外されましたが、電話相談では支援がないことによる窮状が寄せられています。要支援1・2の要支援認定者であっても、「乗降介助」の提供が必要となる場合があると考えます。

「院内介助」については医療機関との連携がない場合には、訪問介護のメニューに位置づける必要があると考えます。

要支援認定者、要介護認定者に対する「通院等乗降介助」、「院内介助」のあり方について、再検討することを提案します。

6. 「散歩」を認めることが必要です

前回の報酬改定以降、訪問介護における「散歩」の付き添いに対する制限が厳しくなっています。しかし、介護保険における最大の理念は、支援を必要とする人たちが、心身ともに健やかな“日常生活”を営むことができるようになることです。

家族や周囲の人に遠慮して、散歩などのささやかな外出を依頼することができない利用者がいます。老老介護やひとり暮らし高齢者では、付き添いがなければ散歩そのものが困難です。

介護予防事業では「閉じこもり予防・支援」がメニューになっていますが、外出の機会が少ない利用者にとっては、廃用症状を防ぐためにも「散歩」は必要なメニューであると考えます。

訪問介護において、利用者の日常生活におけるADLを高め、QOLを高めるためにも、「居宅」内のみならず、訪問介護員による「散歩」の付き添いを認めることを提案します。

7. 認知症の利用者に対するサービス提供に評価が必要です

現在、多くの高齢者は「認知症になったら、我が家にいられない」と危機感を抱いています。居宅サービスには、地域密着型サービスにおける認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護が用意されていますが、事業者数、サービス提供量ともに不足しています。

そして、利用の最も多い訪問介護では、現行の「生活援助」、「身体介護」のメニューだけでは認知症ケアが不十分であり、サービスの充実は急務と考えます。また、訪問介護員が提供する認知症ケアについて、教育方法の確立も必要と考えます。

訪問介護における認知症ケアに対する、報酬上の評価を検討することを提案します。

8. サービス提供責任者の業務に対する評価が必要です

訪問介護におけるサービス提供責任者の役割は大きいものですが、介護報酬上の評価がないため、他の訪問介護員と同じく現場でのサービス提供も兼務しなければならないという、厳し

い労働環境にあります。

入れ替わりの激しい訪問介護員の管理者、指導者としての役割に見合う、介護報酬上の評価を検討することを提案します。

9. 特別な日時に対する評価が必要です

訪問介護では「身体介護」、「生活援助」ともに1年365日、サービスを提供する必要があり、多くの事業所そして訪問介護員は、スケジュール調整も含めて、途切れることのないサービス提供に努めています。しかし、朝・晩、土曜日や日曜日、お盆や連休、年末年始などには十分なサービスが提供されていない現状があります。

訪問介護は利用者にとって命綱であり、欠かすことのできないサービスです。

特別な日時であっても訪問介護員を安定的に確保するために、介護報酬上の評価を検討することを提案します。

10. ホームヘルパーの待遇改善について

高齢化が進むなか、訪問介護員などの介護サービス従事者は、今後6年間で約40万人から約60万人のさらなる確保が必要と言われていています。しかし、賃金が低いため離職に歯止めがかからず、人員基準を満たすことができないなどの理由で、訪問介護事業所の廃業が相次いでいます。また、応募してくる人なら誰でも採用せざるを得ないなど、「質を問う採用ができない」という事業所からの訴えもあります。

今後、質のいい訪問介護員を確保していくためには、常勤雇用を少なくとも4割以上確保できるようにするとともに、登録ヘルパーやパートであっても移動時間、待機時間、業務報告作成時間などを労働時間として認定し、賃金を払えるような介護報酬上の評価を検討することを提案します。

また、質の向上のために、介護福祉士を目指す訪問介護員養成研修修了者への支援策を早急に提示することが大切です。経済的にも時間的にも負担が大きくなると、介護福祉士を断念せざるを得ない人も多くなり、離職が促進され、人材不足に拍車がかかります。

さらに、訪問介護においても対応難度の高い利用者の増加が予想されています。施設介護では認定ランクに応じた介護報酬上の評価がありますが、訪問介護は一律の評価となっています。

専門職として命と生活を守り、神経をすり減らして働いている訪問介護員のために、重度加算の設定を検討することを提案します。

今後、訪問介護員も介護福祉士の国家資格になります。“国家”の名に恥じぬ待遇改善を希望します。

小規模多機能型居宅介護について：

小規模多機能型居宅介護は、介護保険法改正で創設された地域密着型サービスのメニューのひとつであり、「『通い』を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時『訪問』や『泊まり』を組み合わせるサービスを提供することで、在宅の生活継続を支援する」と謳われ、認知症ケアの理想モデルとも言われています。

この実践が各地で行われるなら、在宅の要介護者、介護者にとって大変、有用なサービスです。

しかし、介護給付費分科会におけるヒアリングでも示されたように、サービス創設から2年半を経た現在、小規模多機能型居宅介護事業所は全国約 1700 ヲ所にとどまり、第 55 回分科会の資料によると、小規模多機能型居宅介護事業所（介護予防も含めて）の収支差率は-8.0%です。

また、要介護高齢者の生活は、同じ要介護度であっても、都市部と農山漁村、人口密集地域と過疎地で大きく異なります。保険者である市区町村に指定権限のある「地域密着型サービス」の利点を生かし、それぞれの自治体が地域特性を生かしたサービスを構築できるよう、自治体の裁量権を広げ、地域の実情に即した小規模多機能型居宅介護が全国各地に生まれるような報酬上の評価が必要と考えます。

「在宅の生活継続を支援する」サービスを定着させるために、以下のことを提案させていただきます。

1. 小規模多機能型居宅介護事業の報酬設定の見直しを

小規模多機能型居宅介護事業所が増えないのは、「通い」、「泊まり」、「訪問」、そしてケアマネジメントとトータル・ケアを提供するにもかかわらず、介護報酬の低すぎるのが原因です。特に利用者数、利用頻度とも多い要介護1、2の介護報酬の低いことが、経営を困難にしています。

また、「通い」を15名に限定していることは、利用制限ではないかとの疑問が呈されています。

トータル・ケアを1カ所で、しかも家庭的雰囲気の中で提供するサービスにふさわしい事業として、介護報酬の改善および利用のしやすさを増す定員改善を提案します。

2. 計画作成に新たな評価を

小規模多機能型居宅介護の計画作成担当者は、登録定員25名までのケアプランの作成支援をしますが、介護報酬上の評価がありません。居宅介護支援事業所のケアマネジャーの担当件数上限は35件ですが、小規模多機能型居宅介護では介護職員との兼務や併設グループホームとの兼務も認められたうえで計画を作成している現状です。小規模多機能型居宅介護の計画作成を評価し、計画作成に要する時間を勘案した人員配置を設定することを提案します。

なお、当然のことながら、この評価については、居宅介護支援と同じく支給限度額の枠外とし、利用者負担が発生しないことが重要です。

3. 地域のケアマネジャーとの連携に評価を

小規模多機能型居宅介護の利用者にとって、それまでの居宅サービス担当ケアマネジャーから離れてしまうことは、地域との関わりを切られることになり、大変不安を覚えることです。小規

模多機能型居宅介護は定額報酬で、「通い」、「泊まり」、「訪問」を1ヵ所で提供するサービスであり、「囲い込み」にしないためにも、居宅介護支援専門員との連携加算を設定することを提案します。

4. 適切なサービス選択につなげるための評価を

小規模多機能型居宅介護では、利用が増えるまでに時間がかかるといわれています。小規模多機能型居宅介護を紹介するケアマネジャーからは、数が少ないゆえに選択の余地が無く、利用者に適したサービスなのか判断がつかないという意見も聞きます。

利用者にとって適切なサービスかどうかを見極めるためにも、一定期間の「お試し」利用ができるよう報酬上の評価を検討することを提案します。

5. 医療系サービスとの連携

- ① 小規模多機能型居宅介護の利用者には、医療ニーズが高く、小規模多機能型居宅介護事業所での在宅診療や訪問看護が必要なケースがあります。

ひとり暮らしや日中独居の利用者の場合、病状説明や指示を受ける家族がいない自宅より、小規模多機能型居宅介護事業所での医療系サービスサービス提供に合理性があります。また、小規模多機能型居宅介護事業所には正看護師の配置が義務づけられていますが、併施設がある事業所でなければ雇用が難しい状況にあります。

認知症対応型共同生活介護と同じく、医療連携加算による訪問看護事業所との契約でも可とすることを提案します。

- ② また、小規模多機能型居宅介護利用者は、現在の支給限度額の範囲では、在宅における訪問看護など医療系サービスを十分に利用できない状況にあります。在宅生活を続けるため、小規模多機能型居宅介護利用者の医療系サービス、特に訪問看護が利用できるようなしくみを検討することを提案します。

以上

提言・私たちが期待する介護保険

認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて

2007年11月1日

社団法人 認知症の人と家族の会

はじめに

認知症の人と家族の会は、1980年の結成以来、認知症の人と家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的人権が保障された生活を送ることは、乳幼児から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定をひかえ、次のように提言します。

基本的な考え方

- 1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ
自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること
- 2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること
認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること
- 3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること
認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること
- 4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を図ること
介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を図ること
- 5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ
年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には「要介護1」以上になる認定システムに改善する
- 4 若年期の認知症の人が仕事を続けられるよう支援する制度をつくり、採用する事業体へは補助金を支給する
- 5 若年期の認知症の人を受け入れる高齢者の通所介護にも加算を認める
- 6 地域包括支援センターは設置趣旨に則り、地域のコーディネーター機関として充実させ、介護保険給付実務から外す
- 7 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする
- 8 介護従事者の賃金、労働条件の改善を図るために、必要な対策を講じる
- 9 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とする
- 10 受け皿の準備のないまま療養病床廃止を先行させることはしない
- 11 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る
- 12 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

調査項目削減で一定の改善される

前ページの「総会アピール」で危惧を表明した「認定調査項目の削減」について、「家族の会」はその後あらためて厚労省に「意見書」を提出しましたが、その意見が採用され、とくに認知症の状態把握に関係が深い9項目が残されることになりました。

これは、認定調査員が認知症の症状に注目し特記事項を書き込む条件が残されたことであり、認知症の認定が不利になる要素を低くしたことです。

認知症と診断されかつ「自立度Ⅱa」以上は要介護1以上に―「家族の会」の主張

認知症の認定に関する「家族の会」の主張は上記のとおりで、前記の「意見書」にもそのことを記載していましたが、認定調査項目問題を検討する会議の席上、厚労省老人保健課長はあらためて「認知症の場合は要介護1にする」と言明しました。

これは、認知症があれば機械的に要介護1にするというわけではありませんが、介護の手間が正確に判断されれば要介護1以上に認定されるということです。その意味で、本人や家族が日ごろの状態を伝えること、調査員と医師が特記事項や意見書を正確に記載すること、認定審査会が状態をしっかり把握することが大切です。

「同居家族がいることのみが判断基準ではない」生活援助ヘルパーについて厚労省が通知

厚労省老健局振興課は、昨年12月に続いて8月25日に「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助等の取扱いについて」の事務連絡を都道府県介護保険主管課あてに通知しました。「同居家族等がいることのみを判断基準として…決定することがないよう」市町村に周知徹底するように求めています。

【参考】「軽度者に対する介護給付の見直しによる影響額試算(機械的な試算)」(5月、財務省が財政審に提出。抜粋)

案	介護給付費影響額
要介護度が軽度の者を介護保険制度の対象外とした場合	▲約2兆900億円
要介護度が軽度の者であって生活援助のみの場合の給付を介護保険制度の対象外とした場合	▲約1,100億円
要介護度が軽度の者の自己負担割合を1割から2割にした場合	▲約2,300億円

注:「軽度の者」=要支援1~要介護2の者

緊急出版

「提言」

「認知症の人と家族の会」が公表した「提言・私たちが期待する介護保険」を詳しく解説。介護保険、社会保障のこれからを考える。

「提言」

「認知症の人と家族の会」が公表した「提言・私たちが期待する介護保険」を詳しく解説。介護保険、社会保障のこれからを考える。

「同居家族がいることのみが判断基準ではない」生活援助ヘルパーについて厚労省が通知

全国の支部から寄せられた事例を紹介。緊急座談会で、「家族の会」の「提言」はどうすれば実現するかを問う。

団が生き延びてもそこに住んでいる人が生き延びなければ意味がない

緊急座談会より

社団法人 認知症の人と家族の会◎編

クリエイツかもがわ発行 A5判・定価1050円

お問い合わせ・ご要望は下記まで

社団法人 認知症の人と家族の会
Alzheimer's Association Japan

〒602-8143 京都市上京区堀川通丸太町下ル
京都社会福祉会館内

E-mail : office@alzheimer.or.jp

ホームページ : www.alzheimer.or.jp

家族の会 検索

TEL.075-811-8195 FAX.075-811-8188

介護保険の改善を求める「家族の会」の主張

掲載内容

「提言」「総会アピール」この間の経過

来年(09年)春に、介護保険の改定が行われます。

それに向けて「家族の会」は昨秋、「提言・私たちが期待する介護保険」を厚生労働大臣に申し入れました。その主張のいくつかは、同省の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」に取り入れられました。

一方、財務省は、要介護2以下を介護保険からはすすなどの「試算」を財政審に示しました。また、要介護認定調査検討会では、認知症の状態把握に重要な項目を大幅に削除する案が浮上りました。

これらに対して、「家族の会」は「総会アピール」「調査項目削減についての意見書」を厚労省に届けました。その結果、項目削減については一定の改善が図られました。

いま、介護保険をめぐるさまざまな意見や思惑があります。この資料は、結成以来28年間、介護の社会化と「ぼけても安心して暮らせる社会」を求めてきた組織として、私たちの願いと主張を多くの方々に知っていただくために作成しました。共感、賛同の輪が広がることを願って―。

2008年9月

社団法人 認知症の人と家族の会
Alzheimer's Association Japan

提言・私たちが期待する介護保険

はじめに

認知症のひとと家族の会は、1980年の結成以来、認知症のひとと家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的人権が保障された生活を送ることは、乳幼児から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定をひかえ、次のように提言します。

基本的な考え方

1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ

自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること

2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること

認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目のない支援が行われる体制を確立すること

3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること

認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること

4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を図ること

介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を図ること

5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ

年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること

～認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて～

厚生労働大臣 舛添 要一 様

2007年11月1日

社団法人 認知症のひとと家族の会 代表理事 高見 国生

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には「要介護1」以上になる認定システムに改善する
- 4 若年期の認知症の人が仕事を続けられるよう支援する制度をつくり、採用する事業者へは補助金を支給する
- 5 若年期の認知症の人を受け入れる高齢者の通所介護にも加算を認める
- 6 地域包括支援センターは設置趣旨に則り、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務から外す
- 7 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする
- 8 介護従事者の賃金、労働条件の改善を図るために、必要な対策を講じる
- 9 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とする
- 10 受け皿の準備のないまま療養病床廃止を先行させることはしない
- 11 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る
- 12 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

介護保険の改善を求めるアピール

2008年6月14日 (社)認知症のひとと家族の会 総会

- 1 2009年4月に介護保険の改定が行われるにあたって、「家族の会」は昨年11月に、これからの社会福祉・社会保障の望む姿と当面の改善項目を提案する「提言・私たちが期待する介護保険」を発表し、厚生労働大臣に申し入れを行いました。
- 2 「提言」で示した「5つの基本的な考え方」については厚生労働省ははじめ行政からも賛同の意思表示がされ、12項目の「具体的改善提案」については、障害者団体、介護従事者など多くの人たちからもぜひ実現してほしいとの声が寄せられています。
- 3 厚生労働省においては、私たちの声を受けとめ4月下旬に、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクトチーム」を立ち上げ、7月末をめざして「基本方針」及び「短期的対策」をめざして鋭意作業が進められています。
- 4 しかし、5月の財政制度等審議会に、要介護度2以下の人を介護保険から外すなど3通りの財務省の試算が示されました。これは、3人のうち2人を切り捨て、また認知症の人を事実上除外するなど介護保険制度の存在意義そのものをなくすることにつながる内容です。「試算」とはいえ、このような提案が行われることに私たちは大きな不安を覚えます。必要な制度は持続し発展させる方向での議論を求めるものです。
- 5 一方、要介護認定調査検討会では、現行の認定調査82項目のうち、23項目（うち認知症に関係するものが半数以上を占める）について削除することが提案されています。要するに「判定結果に差が出ない」との理由ですが、これらの項目を削除すれば特記事項も書かれないこととなり、認知症の状態の把握がますます困難になると危惧されます。むしろこれらの項目を認定に正しく反映させる工夫と改善をこそ求めるものです。
- 6 後期高齢者医療保険制度に国民の怒りが高まるさなかに、さらに介護保険制度の縮小や認知症が正しく把握されない方法への変更は私たちの願いとは相反するものであり、「提言」で示す考え方と具体的改善を進めることこそが認知症のひとと家族の願いであるということをおたためて訴えるものです。

「緊急プロジェクト報告」の実現と介護保険改善を求めるアピール

(2008年秋 「家族の会」代議員会アピール)

認知症の人と家族の会 (2008.10.18、奈良にて)

- 1 2007年11月、「家族の会」は、「提言・私たちが期待する介護保険 ～認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて～」を厚生労働大臣に申し入れ、その後全国の自治体・議会、関係団体にも説明し普及を図るとともに、京都、広島、埼玉、富山で提言と介護保険を考えるつどいを開催してきました。
- 2 これら一連の取り組みを通じて、提言は、多くの国民が願うこれからの社会保障の姿を示したものであり、介護保険に関する12項目の具体的改善提案は早急に実現されるべきものとの確信を深めました。
- 3 このようなさなかの7月に公表された厚労省「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」には、『本人やその家族の生活を支援し、その質を向上させるための施策の流れを確立すること』、若年期については『就労対策を含めた包括的な自立支援施策を推進すること』が必要として、提言の内容がいくつか反映されました。
- 4 「緊急プロジェクト報告」の内容は、厚労省の平成21年度予算概算要求の中に、全国64カ所での認知症コールセンターの開設、地域包括支援センターへの連携担当者配置などが盛り込まれました。「家族の会」はこれらを歓迎し、来年度予算として実現することを望みます。そして、事業が実施される際に、「家族の会」の経験と実績が役に立ち、あわせて「家族の会」活動としても有効な事業には協力を惜しまないものです。
- 5 しかし一方で、要介護軽度者の介護保険制度からの除外や利用の抑制が行われるのではないかという危惧は消えません。関係する審議会、委員会等に「家族の会」の代表を加え、認知症本人と家族の意向を反映させることを求めるものです。
- 6 「家族の会」副代表が委員になっている社会保障審議会介護給付費分科会では、すでに議論が始まっています。この中では、提言の具体的改善提案が実現することを期待します。ホームヘルパーの家事援助の改善、介護従事者の待遇改善、若年期認知症受け入れ施設への加算など、改善に必要な財源については、「命と暮らしこそが何よりも大事」という視点に立って、国全体の予算の使い方の改善・工夫での対処を求めるものです。

以上

平成20年10月30日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大 森 彌 様

社会保障審議会介護給付費分科会
委 員 池 主 憲 夫

次期介護報酬改定に向けた意見書

日本歯科医師会として平成21年4月実施予定の介護報酬改定に関する意見をまとめたので、以下に報告する。

日本歯科医師会は、介護保険制度の目指す「介護を社会全体で担っていく」という基本的な理念に賛同すると共に、地域における生活を支える歯科保健・医療の推進を通して、介護保険制度を将来にわたって持続可能なものとする事へ寄与したいと願っている。しかし、現状において、介護保険制度の中で提供される歯科分野のサービスの実施率、及びその社会的な認知度は未だ極めて低い状況である（参考資料1）。

一方、施設入所者及び入院している要介護高齢者の口腔内環境は要介護度が重いほど劣悪な状況であり、口腔管理の必要性が高い。

口腔機能が、「食ること」・「発話」・「表情」などを通じた日常の生活を直接支え、人が尊厳を維持し生きていくための基本的な機能であり、平成18年度の介護保険制度に「口腔機能向上」サービスが導入されたことは、歯科分野の社会的な役割の新たな展開であると認識している。

これらの状況を勘案し、介護予防における「口腔機能向上」サービスの普及と併せ、施設入所者及び在宅の要介護者に対する口腔の管理の体制整備を「平成21年度介護報酬改定の視点（例）（社会保障審議会第55回介護給付費分科会資料）」の内容に添って以下のとおり改善を要望するものである。

1. 介護従事者の人材確保対策

口腔機能を適切に評価する人材とサービスを提供する人材の確保対策を要望する。

介護認定にあたり歯科医師が口腔機能を評価する機会がなく、口腔機能向上が必要な利用者を適切に抽出することが困難であることが、「口腔機能向上」サービスが低調な大きな要因となっていると考える（参考資料2）。口腔機能を評価する際、歯科医師が何らかの形で参画し、意見を述べるようなシステムの検討を要望する。

口腔機能向上加算の介護報酬が低いことがサービスを担当する歯科衛生士等の人材確保の障害となっているので、保険者・利用者の負担についても考慮しつつ適切な改定を要望する。

2. 医療と介護の連携

歯科医療と口腔機能向上加算が必要に応じて同時に実施できるよう改定を要望する。

高齢者のADL・QOLの維持・向上には介護保険制度と医療保険制度が必要に応じて潤滑に利用されることが重要である。しかしながら現状では、歯科医療を受けている者は「口腔機能向上」サービスを利用することができない。このため、「口腔機能向上」サービスが利用できない事例や、サービスを中断する事例が多く見受けられ、十分な効果が得られているとは考えにくい。

運動器機能向上や栄養改善では医療を受けながらサービスが利用できるのと同様に、口腔機能向上においても歯科医療を受けながらサービスが利用できるような制度の改定、即ち給付調整の撤廃を要望する。

3. サービスの質の確保、効率化等

サービスの質の確保に資する介護報酬の増額と事務負担の更なる効率化を要望する。

専門職の関与がある口腔機能加算は記載様式などサービス提供体制における縛りが厳しいため、他のサービスの実施内容などを勘案し、整合性のある報酬単位に見直していただくよう、要望する。

予防給付においては必要に応じて延長が認められているにもかかわらず、3ヶ月で打ち切られる状況が散見されており、必要なサービス提供の延長が行いやすい環境を整備するなど改善を図っていただきたい。サービス提供時に要介護者は概ね2週に1回、要支援者は概ね月に1回のモニタリングが必要とされていることが負担であるので、回数の削減を要望する。

さらに、歯科医師が行う居宅療養管理指導料の月2回の算定限度を対象者の状態（特に急性期）に応じた算定が可能となるよう、改定いただきたい。

4. 介護保険施設入所者に対する専門的口腔衛生管理の推進

介護保険施設入所者に対する専門的口腔衛生管理体制の整備を要望する。

重度の要介護者にとって口腔衛生管理、口腔機能向上の必要性および効果が高いと考える。（参考資料3）そのため、介護老人保健施設および介護老人福祉施設に歯科医師・歯科衛生士を配置し、施設入所の要介護高齢者の口腔管理が適切になされるような体制の整備を要望する。

また、施設の介護支援専門員、看護師等を対象とした口腔衛生管理、口腔機能の向上に関する実践的研修を実施していただきたいとともに、入所者ケアプラン作成時のアセスメントにおいて、口腔内の衛生状態および義歯の使用状況等の口腔機能の評価を必須とされたい。

さらに、介護保険施設入所者を対象とした「口腔機能の向上」加算等の新設及び、栄養管理、経口移行、経口維持を管理栄養士などが実施するにあたっては、歯科医療専門職の意見を聴く

などの連携ができるよう要望する。

5. 口腔の機能への気づきに向けて（口腔機能向上の意義）

介護保険制度における「口腔機能向上」サービスは、主として要介護となることへの予防対策のひとつとして位置づけられている。介護予防の基本理念は、加齢による身体機能の低下に伴い、自らが介護保険制度の必要性に気づくことにあるとも考えられる。

さらに、介護は機能の維持のみならず、機能の向上の可能性を見つけることであるという意味で、「口腔機能向上」サービスはリハビリテーションの概念とも一致するものとする。

現状の介護保険における歯科部門の関与は、「口腔機能向上」サービス、「介護予防居宅療養管理指導」、「居宅療養管理指導」とごく限定されたものである。しかし、その中に盛り込まれた「口腔機能の向上」の役割が、介護という人生における重大な課題に対し少なからぬ関与していることに理解を賜りたい。

日本歯科医師会は、生涯にわたる口腔機能の維持を目的とする8020推進財団、日本歯科衛生士会、日本介護支援専門員協会その他介護事業における関係職種と協力し、各種情報の共有を図るとともに口腔機能の向上に関する普及啓発活動を推進していく所存である。

介護における口腔ケアの利用状況

質問	回答者率(%)	
かかりつけ歯科医院をもっているか	ある	61.4
	ない	38.6
訪問歯科診療制度	利用したことがある	7.0
	制度は知っているが医院を知らない	32.4
	全く知らない	59.2
介護保険サービスでの口腔ケア指導	利用したことがある	1.2
	あることは知っている	18.8
	全く知らない	79.8
介護支援専門員による口腔ケア提案状況	提案があり、サービスを受け入れた	5.0
	提案はあったが、断った	11.6
	全くなかったのに相談した	0.4
	全くなかった	82.0
最も必要な情報は何か	相談窓口や治療に関する情報	37.6
	介護サービス提供者からの指導・助言	24.0
	提供される援助に関する情報	33.0

熊本県内介護支援専門員49名を調査員とし、要介護者その介護者(家族)500名を対象に聞き取り調査
(森中高子ほか、日本公衛誌、Vol. 53,277-284,2006を一部改変)

出典:日本歯科総合研究機構「高齢者の口腔機能管理」

「自立」と判定されていても
「口腔衛生状態」は良好とは限らない

介護認定調査票

問題点

【口腔清潔(はみがき等)の定義】

口腔清潔(はみがき等)の一連の行為を行っているかどうかを評価する

【留意点】

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水を用意する、義歯をはずす、うがいをする等の行為も含まれる。

歯磨き粉を歯ブラシにつけない、口腔清浄剤を使用している等の場合は、日頃の状況に基づいて判断する。

また、義歯の場合は、義歯の清潔保持に係る行為で判断する。

【判断基準】

「自立」…一連の行為を介助なしに自分でしている場合をいう。

- 介護認定基本調査における「口腔清掃」に対して、本人が「歯を磨いている」と回答することにより、実際の口腔状態に係らず、対象より除外される可能性が高い。(例えば、「麻痺」状態について、手に麻痺があるにもかかわらず「口腔清潔」が良好と判定される、等)
- 顔、髪の毛は汚れが著しい場合は、外からよく見えるため、介助の必要性が認識されやすい。
- 口腔は外から見えにくいので、介助の必要性が見逃されやすい。



歯みがきをしている
口腔清潔：自立と判定される

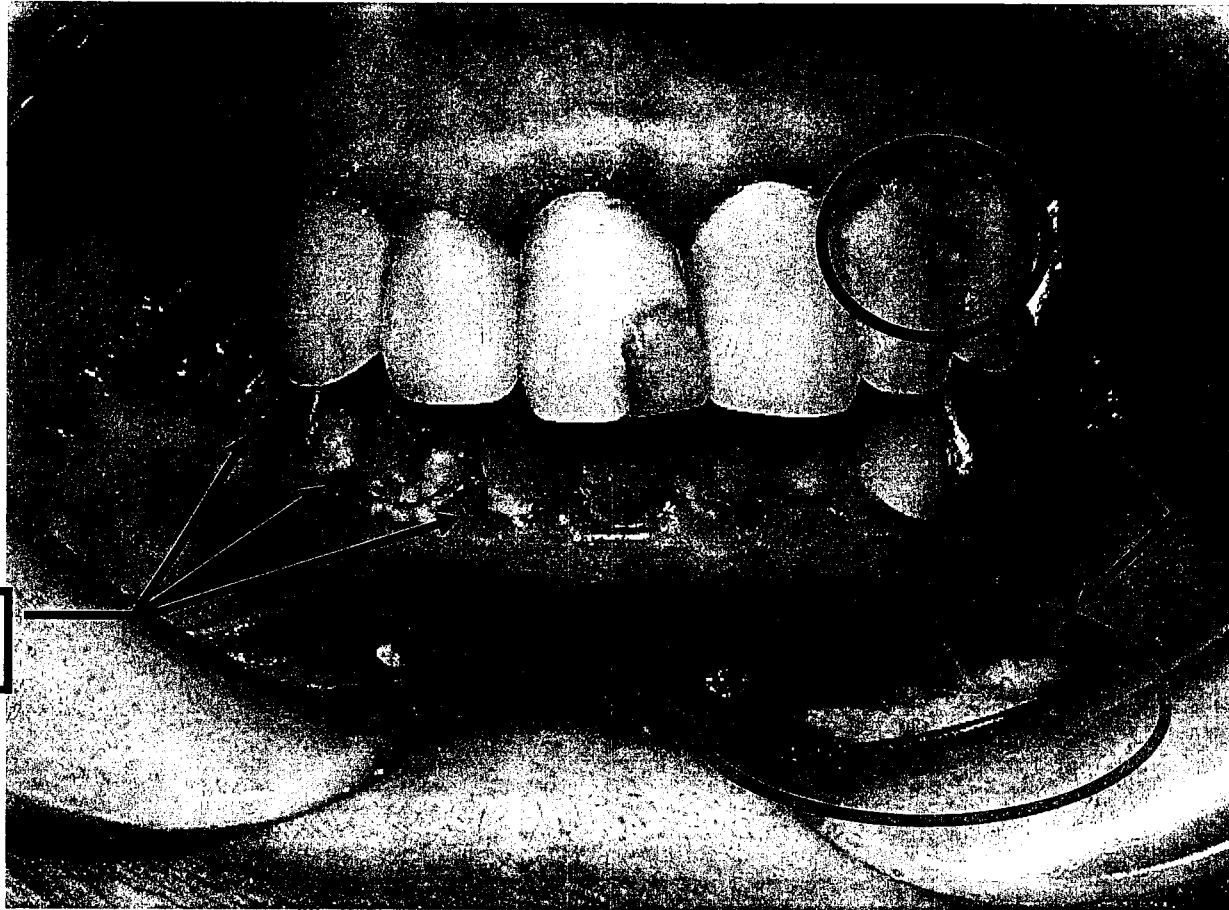


磨ききれしていない・食物残渣・口腔内不衛生
口腔清潔が保たれていない

資料提供：日本大学 植田耕一郎

88歳 女性 要支援2

左大腿骨頸部骨折、両膝関節症、脳梗塞



歯垢の付着

食物残渣
の貯留

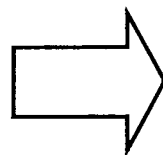
日常生活自立度：J2、認知自立度：自立
介護認定調査票の評価 口腔清潔：自立

資料提供：三豊総合病院

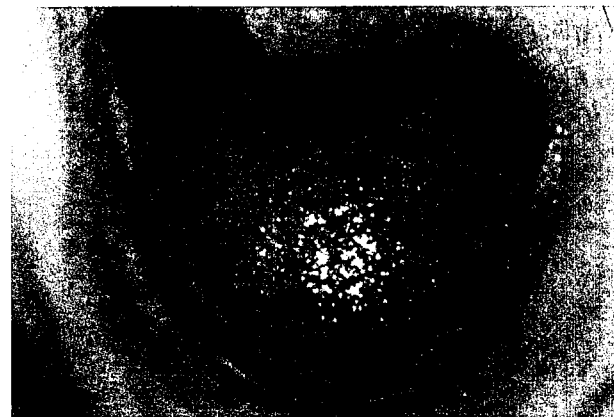
要介護者の口腔管理による回復例

(82歳・女性・要介護度4・脳梗塞、骨粗しょう症、パーキンソンニズム、日常生活自立度Ⅳ)

介入前



介入後



介入による対象者の変化

2006年6月
BMI15.7 摂取エネルギー1100Kcal

2008年7月
BMI19.0 摂取エネルギー1460Kcal