

山井衆議院議員への回答

1. 「生活能力を低下させるような家事代行型家事援助」とは、具体的にはどのような家事援助か。例示を願いたい。

具体例として、「平成16年水戸市ケアプラン適正化等事業報告書」（実際のケアプランを有識者が評価した結果を取りまとめたもの）にある事例を別添1に例示する。

（参考）

なお、現状のケアマネジメント手法が、積極的な介護予防につながっていない主な理由としては、「介護予防サービス開発小委員会中間取りまとめ」（平成16年12月17日、座長：辻一郎・東北大学大学院医学系研究科教授）において、以下のことが指摘されている。

- ・ 従来のサービスは、利用者の状態のみに着目し、単に「困っていること」や「できないこと」を補う補完的なサービスが主体であったこと。
- ・ プランの様式上、利用者が積極的に自ら廃用症候群を改善するための動機づけに関する項目や利用者本人の意欲や家族の意向等に関する項目が位置づけられていないこと。
- ・ 利用者本人が努力して到達する目標を立て、利用者とサービス提供者側が共有するという明確な方向性が示されていないこと。
- ・ モニタリングに、プランで設定された目標が達成されたことか否かを評価する項目、あるいは様式がないこと。
- ・ サービス提供者が統一した目標等を共有していないこと。
- ・ 積極的な介護予防に資するサービスメニューが開発されていないこと。
- ・ アセスメントにおいて、廃用症候群が改善される可能性についての評価項目がないこと。

2. 「生活能力を低下させるような家事代行型家事援助」は、現在行われている家事援助のうちのどの程度の割合を占めると考えているのか？大部分か、ごく一部か、半分か。

現在の要支援、要介護1のサービス利用状況をみると、

- ① 要支援、要介護1のそれぞれ約5割が「訪問介護」を利用しており、
- ② 要支援者が利用している訪問介護のうち「生活援助中心型（調理、洗濯、炊事等の家事の援助）」は約8割、要介護1の者が利用している訪問介護のうち「生活援助」は約6割占めている。

一方で、各種調査・報告によれば要支援・要介護1の要介護度の改善率は低く、また、1.でお示した具体例なども併せてみれば、量的にお示しすることは困難であるものの、これらの者に対するサービスの主流を占める生活援助型の訪問介護が生活機能の低下防止につながっていないことが推察される。

3. 家事援助サービスにより廃用性症候群になった事例を具体的に示して頂きたい。素朴な疑問として、週に1, 2度、家事援助を利用しただけで、高齢者を廃用性症候群にする家事援助とは、どのような家事援助か？

軽度の方々は、適切なサービスを利用することで改善する可能性が多く残っているが、こうした方々に家事代行型の訪問介護が安易に利用されることで改善可能性が失われ、状態も悪化している具体的な事例については、1. でお示した例を参照されたい。

なお、参考までに、家事代行と生活機能低下との関連についての指摘の例を以下に示す。

①「高齢者リハビリテーション研究会報告」(平成16年1月29日、座長：上田敏・日本障害者リハビリテーション協会顧問)

- ・ 例えば、調理などの家事を行う能力があるにもかかわらず、訪問介護による家事代行を利用することにより、能力が次第に低下して、家事不能に陥る場合もある。このような状態を防ぐためには、身の周りの行為だけでなく、調理を含めた家事や外出などの生活活動全般への働きかけを積極的に行う必要がある。

②社会保障審議会・介護保険部会議事録より(委員発言)

- ・ 軽度の方は、立ち上がりや下肢の機能から落ちていく。家事援助がこんなに使われていたのでは、介護予防にならない。

4. 「生活能力を低下させるような家事代行型家事援助」であるか否かは、どの段階で誰がどのようにして判断するのか？

新たな介護予防マネジメントシステムの下では、市町村が責任主体となり、地域包括支援センターにおいて、①アセスメント、②プラン作成、③定期的な事後評価が行われる。こうしたマネジメントの各過程において、個々の利用者の状態像に応じて、生活能力の維持又は向上に資するサービスがプランに位置づけられ、また、定期的なチェックが行われるものである。

なお、プラン作成の手法については、「介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」等で示してまいりたい。

5. 「予防型家事援助」とは具体的にどのような援助か？食事、掃除、洗濯、買い物などについて、それぞれ具体的にわかりやすくご説明ねがいたい。

6. 新予防給付振り分けられた利用者が家事代行型の訪問介護を今までどおり利用継続できる「例外的な場合」とは具体的にどういう場合か。

「介護予防訪問介護」の具体的内容は、社会保障審議会介護給付費分科会などにおいて、有識者や関係者の意見も伺いつつ、今後、検討していく予定である。

なお、本人の行為が全く介在せず、調理等のプロセス(例えば、調理では、包丁で切る、鍋で煮る、配膳、後片づけ等)のすべてを代行する家事代行型の訪問介護は原則行

わない方針であるが、例えば退院直後等で利用者の体調が不良等の場合等に限り、例外的に期間を限定して、すべてのプロセスをヘルパーが代わりに行うことはありうる。

7. 要支援と判定された高齢者が希望しても、訪問介護を利用できないことはあり得るのか？
8. 利用者がサービスを選べないのでは、介護保険の理念に反するのではないか。
9. サービスの利用が否定された場合、利用者や事業者が異議を申し立てる救済手続きは用意されるのか？

現行の介護保険法第2条第2項においては、介護保険の「保険給付は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう」行われなければならないとされているところである。

このような考え方を基本としつつ、「利用者本人がサービスを選択することを基本に、それを専門機関が支える」ことが介護保険の保険給付及びサービス利用の基礎をなすものであり、このことを踏まえれば、本来、ケアマネジャーなどの専門職・専門機関は、本人の希望しているプランが本人の状態にとって最適なものでない場合は、本人の状態像に最適なケアプランを提示し、サービスの内容・目的について十分な説明を行った上で、本人の意欲を引き出し、本人の同意を得ていくことが求められる。今回の見直しは、この理念を徹底したものである。

なお、現行、要支援認定において、認定審査会は要介護状態となることを予防するため家事援助に関して意見を述べることができ、市町村は、当該意見に基づき、介護サービスの種類を指定することができることとされている。また、現行の介護保険法第183条では「保険給付に関する処分」に対する審査請求手続きが定められているが、これは改正後の保険給付にも適用されるものである。

10. 予防訪問介護に切り替わるケースは、現在訪問介護を利用している要支援や要介護1の高齢者の何割程度と想定しているのか。

新予防給付の対象者は、認定調査項目の追加や主治医意見書の記載事項の変更等の見直しを行った新たな要介護認定により選定されるものであり、この結果、現行の要支援や要介護1の方々のうち何割が新たな「要支援者」となるかどうかについては、今後のモデル事業等の結果を踏まえる必要があると考えている。

11. 家事代行援助が受けられなくなる場合、「介護予防」どころか、症状が悪化する高齢者が出ることは想定しているか？いないのか？

4. で前述のように、適切な介護予防マネジメントプロセスを通じて、個々の利用者の状態像に応じたプランの策定とサービス提供、さらに、必要に応じプランの評価と見直しが行われるものと考えている。

12. 通所介護（リハビリ）を現在、利用している高齢者が、予防給付に判定されても、その事業所が予防通所介護の事業所として指定を受ければ、これまでと同じ通所介護（リハビリ）サービスを利用できるのか。

現在の「通所介護事業者」が、改正後の介護保険法に基づく「介護予防通所介護事業者」の指定を受ければ、予防給付としての「介護予防通所介護」のサービス提供を行うことは可能であり、この場合、介護給付としての「通所介護」のサービスを受けていた利用者が予防給付対象者となっても、引き続き同じ事業所において、予防給付としての「介護予防通所介護」のサービスを受けることは可能である。

13. 前項で、事業者は「通所」と「予防通所」は、同じ時間帯に同じ場所でサービスを提供することができるのか。

介護給付としての「通所介護」と予防給付としての「介護予防通所介護」では、サービスの対象者、内容、提供方法等が異なっているが、この点が明確に区別されれば、物理的に同じ場所でそれぞれのサービスが提供されることを否定しているものではない。

14. 通所における介護予防サービスの提供については、本来、現在の通所サービスでも行われているべきことではないのか。

現在の通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション）に関しては、サービス提供の実態をみると、集団的で画一的なサービスが多い、あるいは、「座りきり」になっている時間が多いとの指摘があることから、特に生活機能の維持・向上を重点的に図る観点から、サービス内容、提供方法等を見直すこととしている。

15. 現在も事業の内容をチェックできていない中で、介護予防適用の通所サービスのサービス内容について、どのようにチェックするのか。

14. で前述のとおり、現在の通所系サービスについては、生活機能の維持・向上の観点から、サービス内容、提供方法等を見直すこととしている。

また、4. で前述のとおり、介護予防のマネジメントプロセスについても見直しを行うこととしており、地域包括支援センターにおいて、個々の利用者の状態像に応じた適切なサービスを提供されているかどうかを、定期的に評価し、必要に応じプランの見直し等を行うこととしている。

16. 1セット数百万円するような筋トレマシンによる介護予防は、予防給付の1つとして認めるのか。

筋力向上トレーニングは、「運動器の機能向上」を図るためのサービスプログラムの一つであり、具体的な手法としては、マシンを用いなくとも介護予防の効果が十分に認められている様々な手法があるが、具体的な報酬・基準の在り方については、今後、社会

保障審議会介護給付費分科会での審議も踏まえつつ、検討していくこととしている。

17. 筋トレのインストラクターを養成して増やすのか。養成するなら、誰がどのような方法で養成するのか。

18. 介護予防市町村モデル事業の「筋力向上」を実施している又は実施した市町村について、次の参考例に準じた形で表にまとめて示されたい。

筋力向上トレーニングを含めた、介護予防の実施方法等については、今後、社会保障審議会介護給付費分科会での審議も踏まえつつ、検討していくこととしているが、筋力向上トレーニングのインストラクターの国の資格制度等を設けることが必要であるとは考えていない。

なお、介護予防市町村モデル事業は、平成16年度事業であるため、事業終了後に実施報告書を求めることとしている。

19. 「介護予防についてQ&A」(平成17年1月)では介護予防の効果により10年後の保険料が550円程度抑えられることが見込まれているとあるが、その具体的な積算はどのように行ったのか。計算の前提となる仮定、計算の経過及びその仮定をおく根拠を示されたい。

- 試算の詳細については、平成16年10月に公表した別添2を参照されたい。
- この試算においては、介護予防の推進(介護予防対策が相当程度進んだケース)による効果として、第5期(平成24～26年度)において、
 - ① 「新予防給付」の創設により、
 - ・ 要介護2以上への移行を防止する者の割合を新予防給付対象者の10%
 - ・ 軽度者に対する給付費の効率化効果を▲20%
 - ② 「地域支援事業」の創設により、
 - ・ 要支援・要介護状態となることを防止する者の割合を地域支援事業対象者の20%

と見込んでおり、これらに伴う給付費の減効果を被保険者1人1月当たりの影響額として計算したものが、約550円と計算している。