

区分支給限度額 についてのアンケート調査 報告書

2022年7月13日
制度改正調査研究委員会



区分支給限度額についてのアンケート調査報告書

令和4年7月13日

神奈川県介護支援専門員協会

制度改正・調査研究委員会

調査要旨

1. 調査の背景と目的

介護保険における区分支給限度額の基準額は、在宅サービスについて、利用者の状況に応じた適正なサービスを提供する観点から、必要な居宅介護サービスのモデルを用いて、要介護度毎に区分支給限度基準額を設定されている。そのため、各要介護度別に利用率はどの介護度においても差がないものと考えられる。しかし、区分支給限度額の利用率は31.9%(要支援2)から65.3%(要介護5)まで利用率が要介護状態によりばらついている。要支援2を除き介護度が上がるほど利用率が上昇する傾向がみられる。また、要介護1以下では利用率が50%を下回っている。こうした現状の中、都道府県別の第1号被保険者1人あたりの年間の介護給付費は、最大で約1.6倍の格差が生じている。そこで今回、区分支給限度額の利用率に關与する因子を特定し、適切な区分支給限度額の提言が行えるよう調査を実施した。

今回の調査を実施するにあたり、委員会内で以下の問題意識を共有した。

全国一律で行われている要介護認定調査から認定される介護度については、どのような状態・環境に置かれていても本人の「介護の手間」がどのくらいかを判定するツールとして現在も使われている。委員会内で行われた調査についての議論の中で、認定調査をするのにあたり本来反映されている環境要因等が適切に反映されず、その影響から適正な介護度が認定されていないのではないかと問題が提起された。ここでいう環境要因等とは、家族等介護者の状況、在宅における住まいや施設等対象者がおかれている住環境の状況をさす。また、環境要因だけでなく、本人の状態によって区分支給限度額を超過あるいは調整してぎりぎりの区分支給限度額を使用している状況の方もおり、適正な介護度が認定されていないことが問題であると共有された。

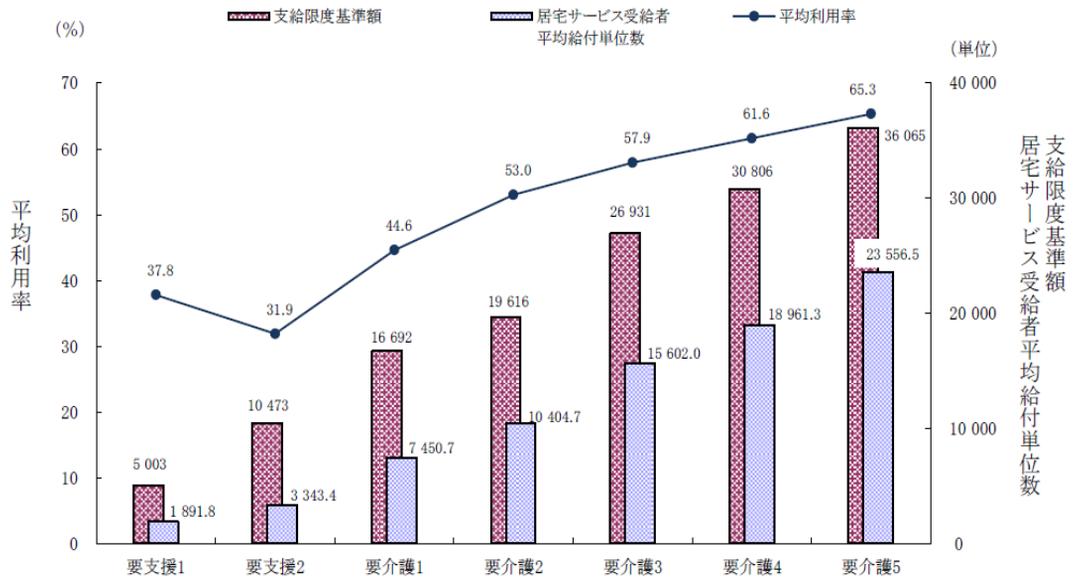
当委員会では、今回の調査で、区分支給限度額をオーバー等しなければ在宅生活を継続できない「介護認定基準に反映されなかった環境要因等」が明らかになることで、例えばケアマネジャーがサービス担当者会議等を経て、(保険者も含め、)専門的な見地から意見等をもらった上で、区分支給限度額を上乘せできるようになれば、より在宅生活継続の限界点を高めることができるのではないかと同時に、介護保険制度の施行当初からの目的でもあった介護の社会化の推進にもなり、大きな課題となっている介護離職を防止できるのではないかと考えた。

同じ介護度であっても、区分支給の限度額まで使わなければ、あるいは超過しなければ暮らしを支えきれない状況の利用者は、環境要因等にどのような課題を抱えているのか、また同じように本人にどのような課題があることから区分支給額を超過しなければならないのかを明らかにしたい。

2. 調査の実施要項

県内の居宅支援事業所に依頼し、アンケート調査を行った。アンケート期間は令和3年10月13日から10月31日に9月分の実績でアンケート依頼を行った。県内321事業所の協力をいただき、令和3年9月給付管理(10月審査分)1,382人の利用者情報を集計し、記載不備のない1,325の人データを解析した。

要介護(要支援)状態区分別にみた居宅サービス受給者平均給付単位数・平均利用率
平成29年4月審査分



注: 居宅サービス受給者平均給付単位数 = 居宅サービス給付単位数 / 受給者数
平均利用率(%) = 居宅サービス受給者平均給付単位数 / 支給限度基準額 × 100

限度額の水準は、要介護・要支援認定区分ごとに認知症型・医療型などいくつかのタイプ(典型的ケース)を想定した上で、それぞれのタイプごとに設定された標準的に必要と考えられるサービスの組合せ利用例を勘案し設定している。

方法・対象

県内の居宅支援事業所に依頼し、アンケート調査を行った。アンケート期間は令和3年10月に9月分の実績でアンケート依頼を行った。

県内321事業所の協力をいただき、令和3年9月給付管理(10月審査分)1,382人の利用者情報を集計し、記載不備のない1,325の人データを解析した。

データの要約

令和3年9月給付分 最終調査

介護保険における限度額利用率の違いに関する調査

	全国人数		今回調査人数	
	件数	件数割合	件数	件数割合
要支援1	938,061	14.1%	46	3.5%
要支援2	944,693	14.2%	73	5.5%
要介護1	1,351,221	20.2%	318	24.0%
要介護2	1,152,851	17.3%	334	25.2%
要介護3	875,224	13.1%	238	18.0%
要介護4	811,606	12.2%	166	12.5%
要介護5	600,062	9.0%	150	11.3%
合計	6,673,718		1,325	

全国利用率	今回利用率
平均利用率	平均利用率
27.6%	45.0%
21.5%	37.0%
42.6%	46.4%
51.4%	62.4%
57.0%	64.6%
61.5%	74.1%
65.6%	81.4%

全国限度超え	全国割合	今回限度超え	今回割合
件数	件数割合	件数	件数割合
3,752	0.4%	1	2.2%
945	0.1%	3	4.1%
17,566	1.3%	19	6.0%
31,127	2.7%	32	9.6%
20,130	2.3%	32	13.4%
25,971	3.2%	29	17.5%
25,803	4.3%	28	18.7%
85,123	2.3%	144	10.9%

※全国統計は介護給付費等実態調査(令和2年1月審査分)を基に作成

介護者の有無

()は全数に占める割合

	件数	利用率(平均・中央値)
介護者なし(20.1%)	266	69.0% 76.8%
介護者あり(79.3%)	1,051	58.6% 57.0%
未記入(0.6%)	8	35.8% 32.0%

住居形態

	件数	利用率(平均・中央値)
自宅	1,224	59.0% 59.2%
高齢者住宅(7.6%)	101	79.7% 93.2%

負担割合

	件数	利用率
0割負担(0.5%)	6	59.6% 57.5%
1割負担(87.2%)	1,155	61.1% 63.3%
2割負担(5.6%)	74	45.1% 31.2%
3割負担(6.8%)	90	66.3% 73.6%

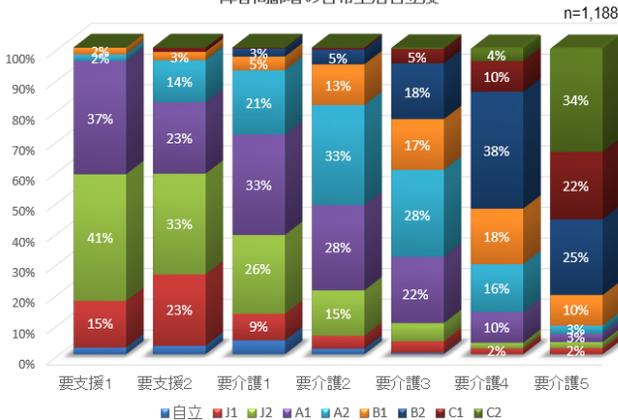
住居種別

	件数	利用率(平均・中央値)
持家(戸建て)	760	58.7% 58.4%
持家(MS:EVあり)	120	59.1% 50.7%
持家(MS:EVなし)	62	57.1% 53.3%
賃貸(EVあり)	106	59.3% 60.6%
賃貸(EVなし)	176	60.8% 65.8%
サ高住	27	81.4% 93.9%
住宅型	57	83.7% 95.4%
上記以外	17	63.7% 74.6%

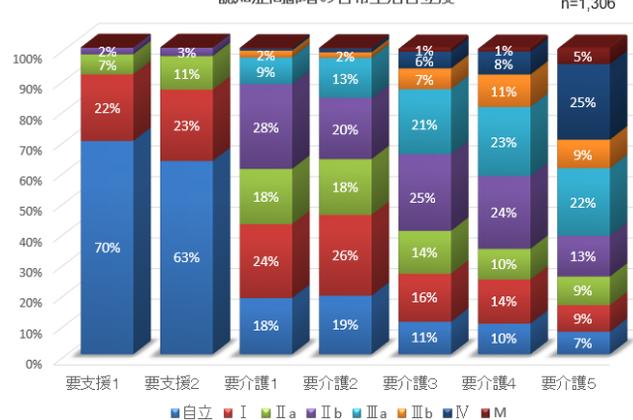
生活保護受給の有無

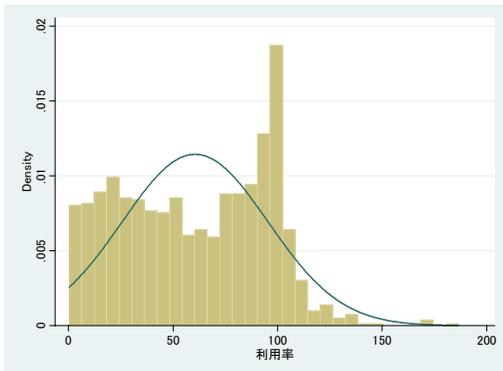
	件数	利用率
なし	1205	59.7% 59.4%
あり(9.1%)	120	69.5% 77.1%

障害高齢者の日常生活自立度

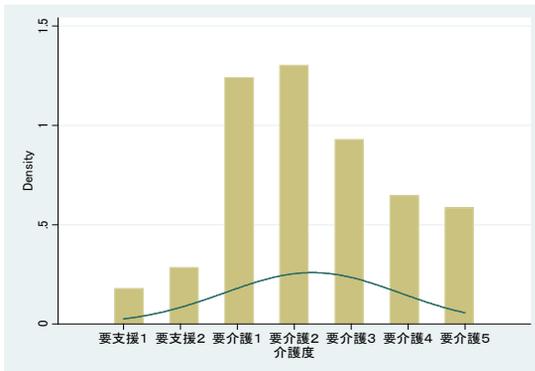


認知症高齢者の日常生活自立度





利用率の分布



介護度の分布

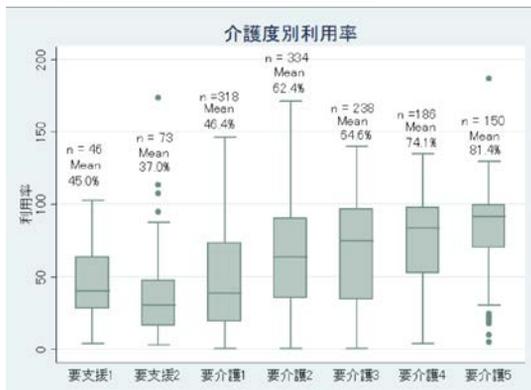
要支援1, 2では利用率の平均は全国平均に比べ低いが、要介護1, 2, 3では全国平均より高い利用率となっている今回は限度額調査ということで、回答者が利用率の高い利用者で回答したのではないかと考えられるためデータの解釈には注意が必要と考えられた。

結果・コメント

さまざまな因子による利用率の違い
個人要因に係るもの

1

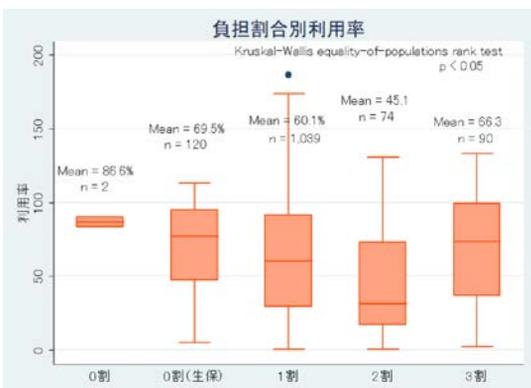
介護度別利用率



平成30年度では、神奈川の平均利用率は全国平均利用率より平均5%程度低いが、前回の当委員会の調査では、利用率は全国平均とほぼ変わらない結果であったことを考えると、利用率は高い集団がアンケートに反映していることが推測された。

2

負担割合別利用率



負担割合における利用率において有意差がみられた。平成27年より利用者の2割負担が導入されたが、2割負担(総数の5.7%)の利用率が低い(利用率7割越え27.0%)のは、収入以上の利用料の負担が大きいのではないかと予測される。また3割負担(総数の7.0%)の利用率が高い(利用率7割越え51.1%)のは、利用料が高いため負担限度月額を超えての利用となり、ある程度負担が可能な収入があるため利用率が高くなると予測される。

3

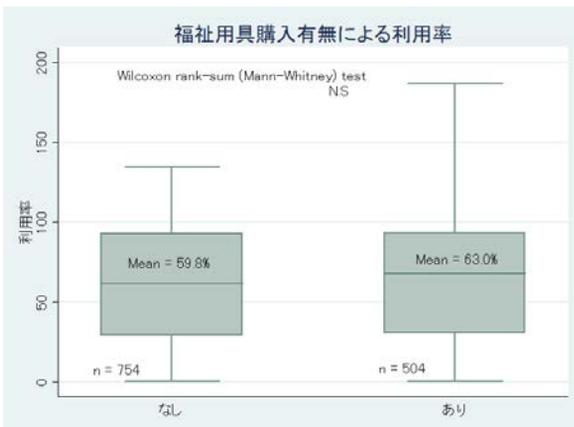
介護者数別利用率



介護者数別の利用率においては有意差がみられた。介護者0人(独居)や支援する介護者の数により利用率に変化が出るのではないかと予測して調査を行ったが、介護者0人(独居)の利用者の利用率は高くなる傾向でみえたが、単純に介護者の数が多くなると利用率に減少するという結果には至らなかった。今後より介護者の状況の詳細な調査が必要と感じた。

4

福祉用具購入有無による利用率



福祉用具購入を行ってれば介護サービス利用率が下がるものと予測していたが、有意な差はなかった。しかし、各サービス利用率で比較すると福祉用具購入ありのグループでは、訪問看護、訪問リハ、通所リハ、福祉用具貸与、夜間介護で有意に利用率が高くなっていった。夜間介護を除きリハビリに関連するサービス利用率が高いのではないかと考えられる。

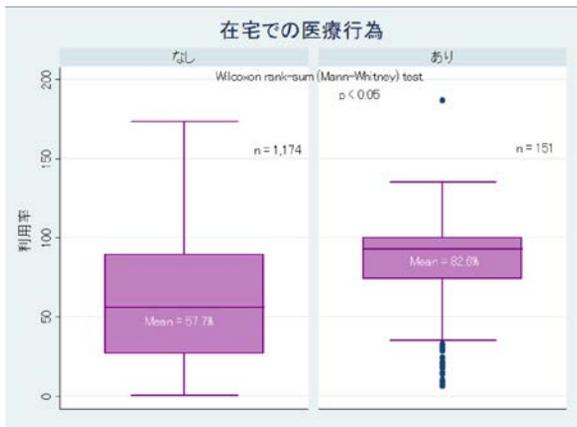
5

住宅改修有無による利用率



住宅改修の有無による利用率の比較では、住宅改修なしの群で有意に利用率が高くなっている。詳細はさらに分析しなければならないが、借家等で住宅改修が出来ないなどの記載があることから、住宅改修が出来ない部分を介護サービスで補っている可能性が考えられる。

6 在宅での医療行為の有無による利用率



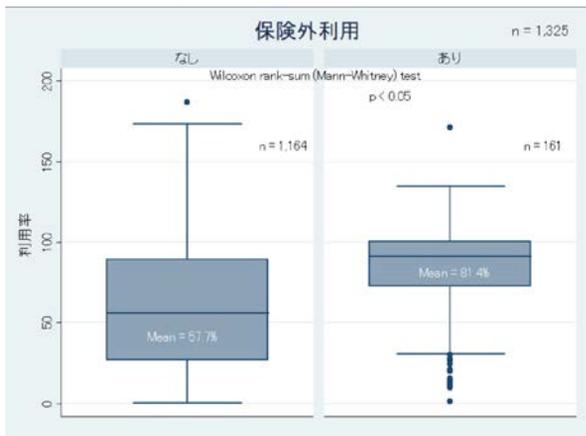
在宅での医療行為の有無によって介護サービス利用量の差が見られた。

在宅医療行為「あり」に比べ「なし」の方が介護サービス利用量が7倍以上となっている。

在宅医療行為がある場合、医療保険でのサービスが中心となっていることが要因と考えられる。

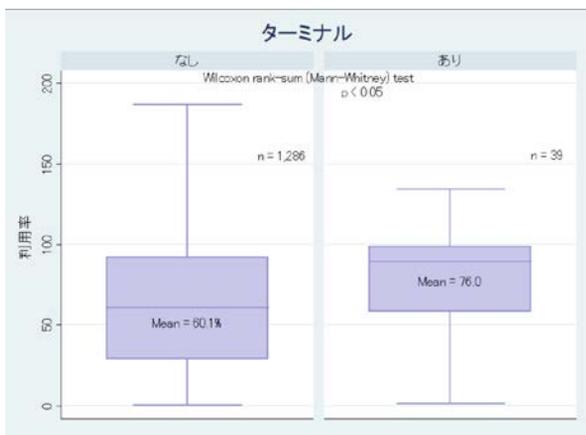
在宅での医療行為なしの場合の7割越え利用率は7割以内と比べ17ポイントほど低い値となっているが、医療行為ありの中では7割越えは7割以内に比べ約3倍となっており、利用率の差異がみられていることが予測される。

7 保険外サービスの利用の有無による利用率



保険外サービスの利用がある群では有意にサービス利用率が高くなっている。区分支給限度額が足らずに保険外サービスが入っているのかの詳細は不明であるが、それらの可能性が高いと考えられる。

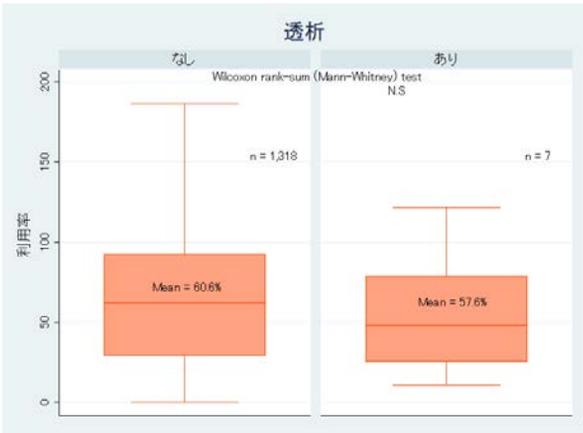
8 ターミナル期であることによる利用率



ターミナル期の利用者の介護サービス利用率はターミナル期でない利用者に比べ1/30程度となっている。こちらは訪問介護・訪問入浴・福祉用具貸与等の利用はあるが「在宅での医療行為あり」の利用者よりさらに医療サービスが中心の支援となっていることが要因と考えられる。ターミナル期である場合、7割越えは7割以内に比べ2倍となっている。母数は少ないが在宅での介護の手間が多く利用率の差異となっていることが予測される。

9

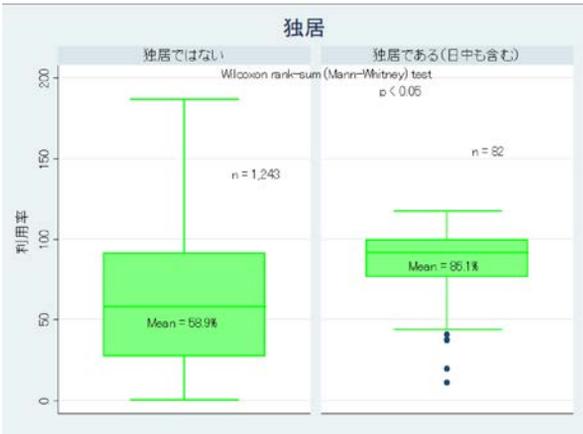
透析の有無による利用率



人工透析の有無では無の利用者の7割以内の利用率がやや多いがほぼ半数。人工透析の有無とも利用率はどちらもほぼどちらもほぼ半数となっており、利用率は透析ありで高い結果となっている。透析に通院しているためサービスが利用できないと考えられる。

10

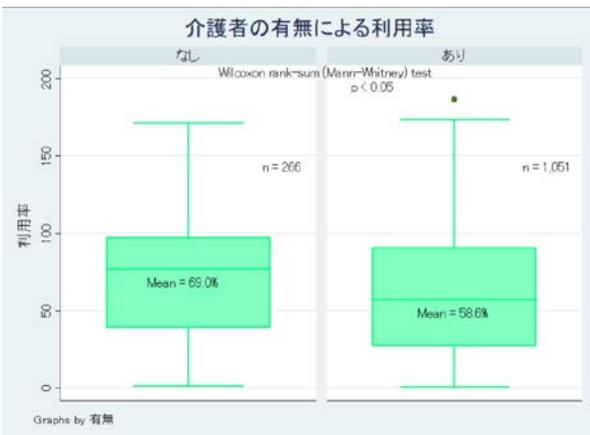
独居である事による利用率



独居での利用率においての有意差がみられた。独居の利用者の平均的な利用率は86.1%。独居でない人と30ポイントの差異があった。独居の方を支援する上では、生活と介護の両面において多くのサービスを利用する必要があると予測される。

11

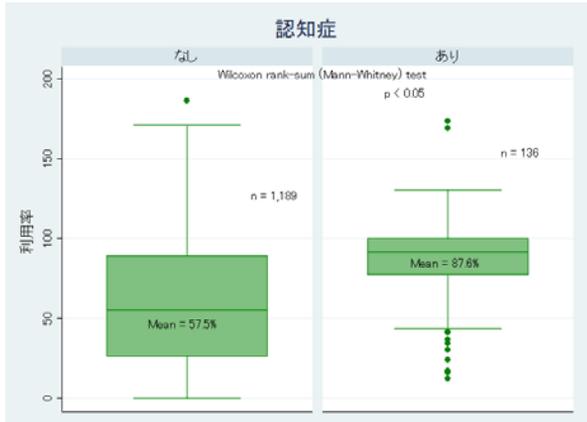
介護者の有無による利用率



介護者の有無による利用率の違いには有意差が見られ、介護者のいない利用者の方が利用率が高くなっている。これについては、介護者のいない利用者においては、他方において介護者が担っている支援を介護保険サービス(訪問介護における通院介助や生活援助、等)によって補う、といったケースが多い為であろうことが予測される。

12

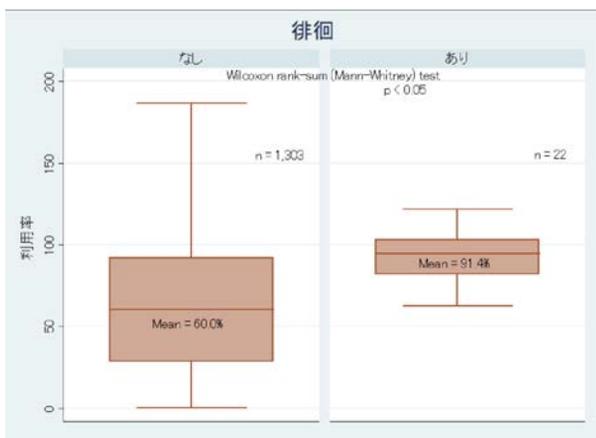
認知症の有無による利用率



認知症の有無による利用率の違いには明らかな有意差があり、認知症の方の利用率が高くなっている。これは、認知症疾患の特徴から、生活の困りごとにつながる状況の予防や対処における計算の立ちにくさがあり、見守りの時間を増やす必要性から、それに対応するサービス(通所介護や認知症対応型通所介護、短期入所、小規模多機能、等)の利用頻度が高まる為と予測される。

13

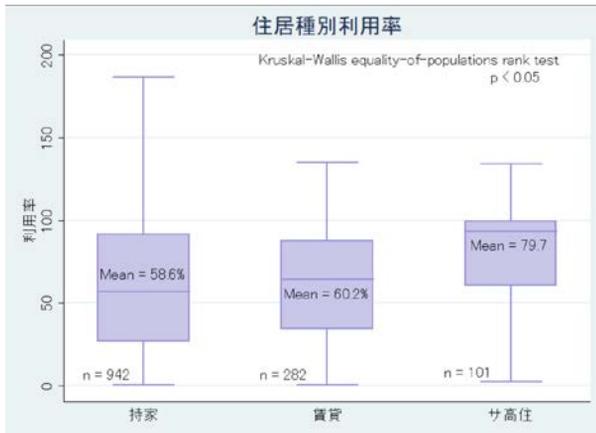
徘徊の有無による利用率



徘徊行動の有無による利用率の違いには明らかな有意差があり、徘徊行動がある方の利用率が高くなっている。また、その平均利用率も91.4%と、「認知症の有無」の比較における認知症の方の平均利用率(87.6%)よりも高くなっている。これは、徘徊という行動への対応が、前述の「認知症」において記載のサービス群の利用必要性をより高める為と予測される。

14

居住種別による利用率

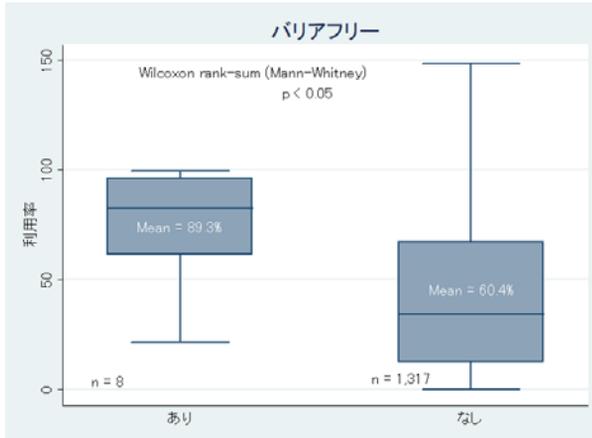


持家であるか、賃貸であるかの違いによっては、そこまで大きな差異は見受けられない。但し、それらと「サ高住」の比較においては有意差が見られ、「サ高住」において利用率が高くなっている。これについては、いわゆる「自宅」という住まい方を選ぶ方に比べて、より状態が重い方がその住まい方を選択することが理由のひとつと予測される。

さまざまな因子による利用率の違い
住環境に係るもの

15

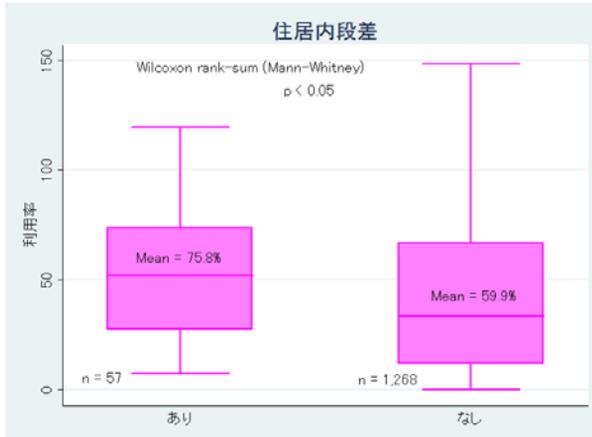
バリアフリーの有無による利用率



バリアフリーである環境は区分支給限度額に大きく影響しているとみられる。バリアフリーであることは利用者自身の動作の自立や介助が必要でも家族のみで支援できる可能性が高くなる。その為大きく差が見られたと考えられる。

16

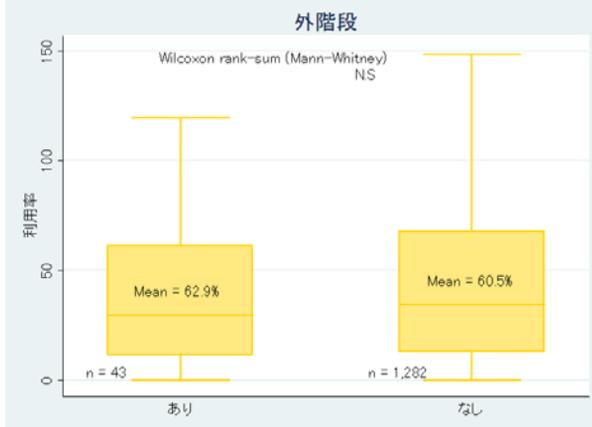
住居内段差の有無による利用率



住居内段差と考えられるものは玄関上がり框・部屋と廊下の敷居・トイレや脱衣所などの段差・階段などである。段差の有無でサービス利用に差が生じている。自宅内でサービスの発生するものとして考えられるのは玄関である。通院や通所系サービス利用の際に介助は必要となっている事が考えられる。またほかの場面での段差についても移動が出来ない事や転倒の可能性が高いという理由でサービス利用、特に福祉用具貸与や住宅改修の実施などが考えられる。

17

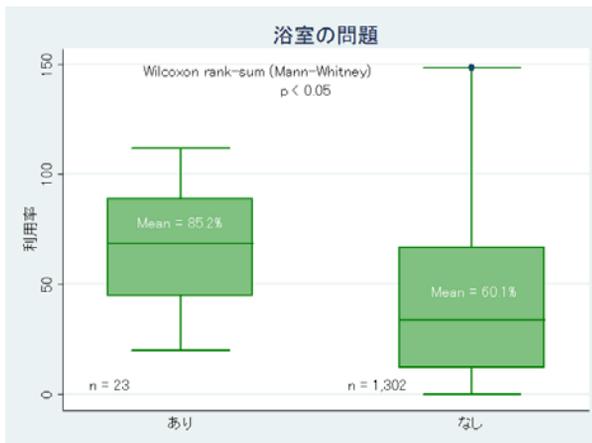
外階段の有無による利用率



調査対象となったケースの件数として極端に多い数値と表れていないがエレベーター設置の無い外階段の住居の場合、加齢や障害により階段昇降が行えない、または転落の危険が高いことから外出するときには介助を要する。昇降に時間がかかり、サービスの増量が見込まれる。以上の例にみられるように、階段昇降に訪問介護、その後通所介護利用となった場合、必要単位数は訪問介護(身体介護)+通所介護+訪問介護(身体介護)となるため、多くの単位数を要することとなることから、住環境要因として外階段は大きいと予測される。

18

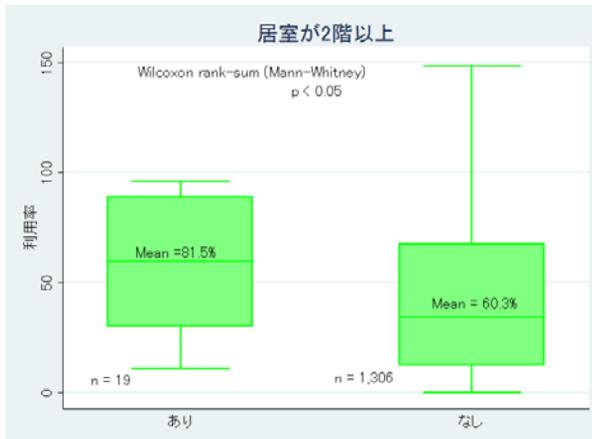
浴室室の問題の有無による利用率



古い造りの家屋で住宅改造や改修が難しい、また、賃貸住宅でできないなどの状況が考えられ、入浴に介助が必要で支援導入される。屋内歩行が可能であっても、浴室内、浴槽深く一人ではまたぎ困難であり入浴には介助が必要、2階に水回りがある、また、脱衣所・浴室内の段差がある等で入浴が一人では行えず、訪問介護等の支援、または通所介護等利用し入浴を行う必要が発生する。浴室が狭く介助者が入れない場合も、通所介護等を利用して入浴が必要となる。入浴は様々な動作が必要となるため、サービス利用と浴室環境要因は大きいと予測される。

19

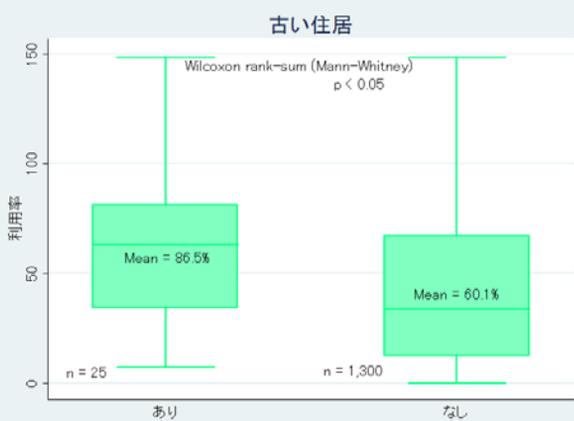
居室が2階以上である事による利用率



戸建てに居住で本人の居室が2階以上にあり、1階に居室変更できない環境である場合、1階に水回りや食堂があり、日常的に複数回の昇降が必要となる。介護度が高くなり、一人で階段昇降ができないケースでは、外出するために昇降の介助が必要となる。家族は就労者や高齢者が多く、通所介護へ出るために訪問介護が階段昇降介助する等支援が必要となる。自宅1階に居室変更が難しい家庭事情もあり、居室の場所は生活するうえで多くの支援を要すると予測される。

20

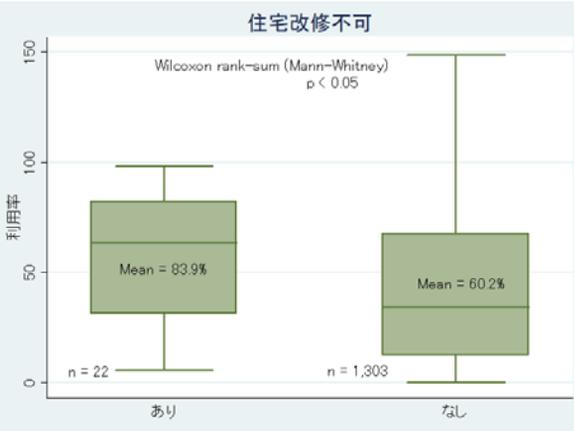
古い住居である事による利用率



古い住居である場合とない場合では、利用率に有意差がみられた。これは、古い住居の具体的な定義を明確にはしていないが、古い住居の場合、古くない住居に比べて家屋環境が整っていないことによる支援の必要性が高まることにより、利用率に差異がみられていることが予測される。

21

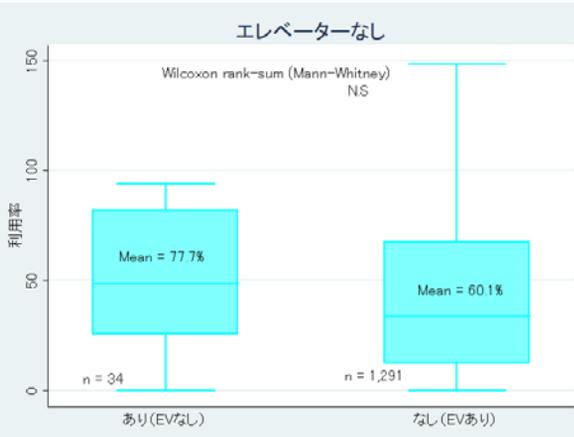
住宅改修が不可による利用率



住宅改修ができない場合における利用率において、有意差がみられた。これは、住宅改修ができないことで、住宅改修による家屋環境を整えることができず、福祉用具貸与等の利用や移動におけるサービス利用による支援の必要性が高まることにより、利用率に差異がみられていることが予測される。

22

エレベーターの有無による利用率

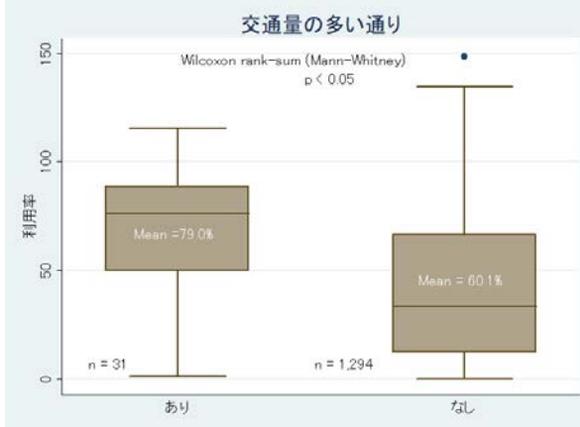


エレベーターがある場合とない場合とでは有意差はみられなかった。この背景には、エレベーターを使用するということは、平屋ではなく、複層の建物であることが条件であり、尚且つ、階段ではない方法による上階への移動の必要性がある状態が考えられる。これらを踏まえ、エレベーターを使用する状態像を考えると、エレベーターによる移動環境の調整を行ったとしても、その他の支援の必要性は高いことが想定されるため、エレベーターを使用することによって、大きく利用率に差異が出なかったことが予測される。

さまざまな因子による利用率の違い
周辺環境に係るもの

23

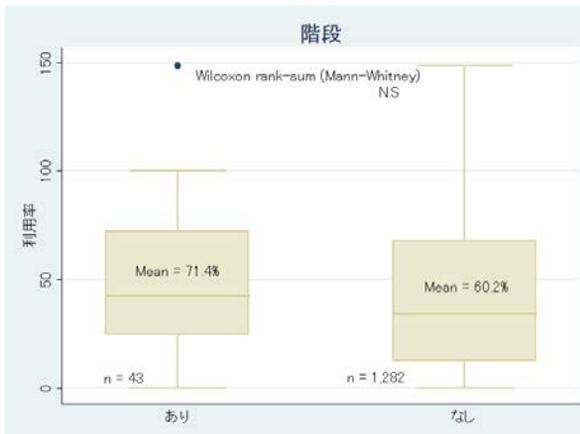
交通量の多い事による利用率



自宅周辺の道路に課題(交通量が多い、道が狭い、路地など)がある場合に、利用率の有意差がみられた。認知症の徘徊対応(事故予防)等のため、本人を常時把握できるサービス(短期入所、小規模多機能、宿泊を伴う通所介等)の利用頻度が高まることや、外出ができない為に買物等の支援が必要となることにより、利用率に差異がみられていることが予測される。

24

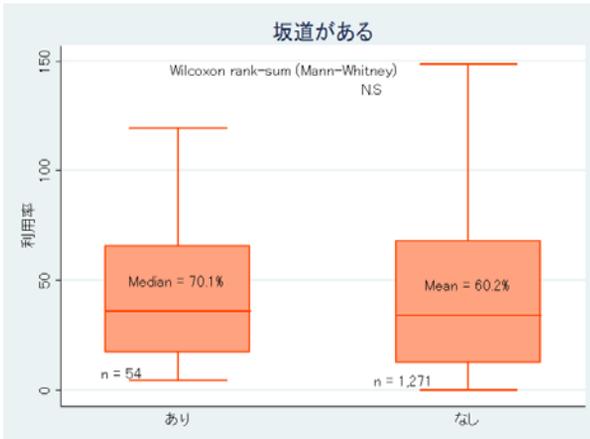
階段がある事による利用率



玄関から道路に出るまで外階段がある場合に、利用率の有意差がみられた。階段昇降が必要となることで外出に支障を生じるため、在宅で支援できるサービス(訪問介護、定期巡回型訪問介護等)の利用頻度が高まることや、外出のため、福祉用具(リフト、手すり)が必要となることにより、利用率に差異がみられていることが予測される。

28

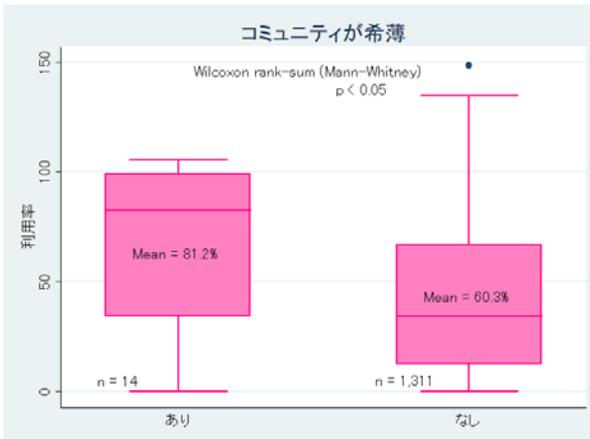
坂道の有無による利用率



悪路同様、外出する際の障害因子のひとつである悪路。想定されるサービスの場面としては、同様に通院時、買い物時、デイサービス・デイケア時の送迎時である。
坂道を条件とした大きな差異は本調査では確認できなかった。
よって、本調査においては「坂道がある」という条件だけでは、本周辺環境条件を区分支給限度額上乘せへの求めることは難しいと考える。

29

コミュニティが希薄な事による利用率



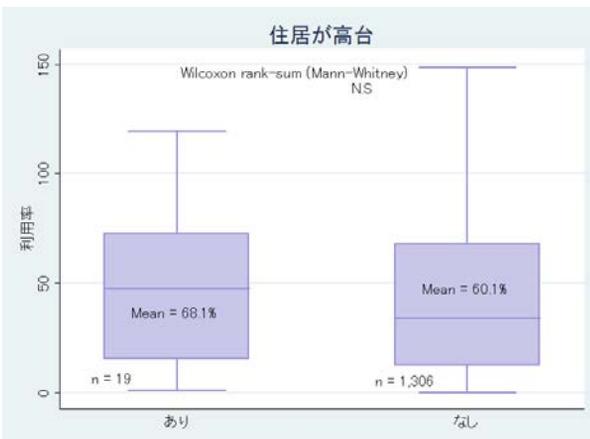
コミュニティが希薄であることが、区分支給限度額に影響する条件となっていることは想定外であり、介護の手間、見守り関係によるものだろうか、本条件に関しては更なる分析が必要と考える。

コミュニティとの関係が希薄だとなぜサービス量が増すのか？逆に、コミュニティとの関係が厚いとサービス量が減るのか？

条件として考えられることは、インフォーマルサービス並びに周辺の社会資源であるが、ケアプランへのインフォーマルサービスの導入と周辺の人的社会資源の確認が必要となる。

30

高台に住居がある事による利用率

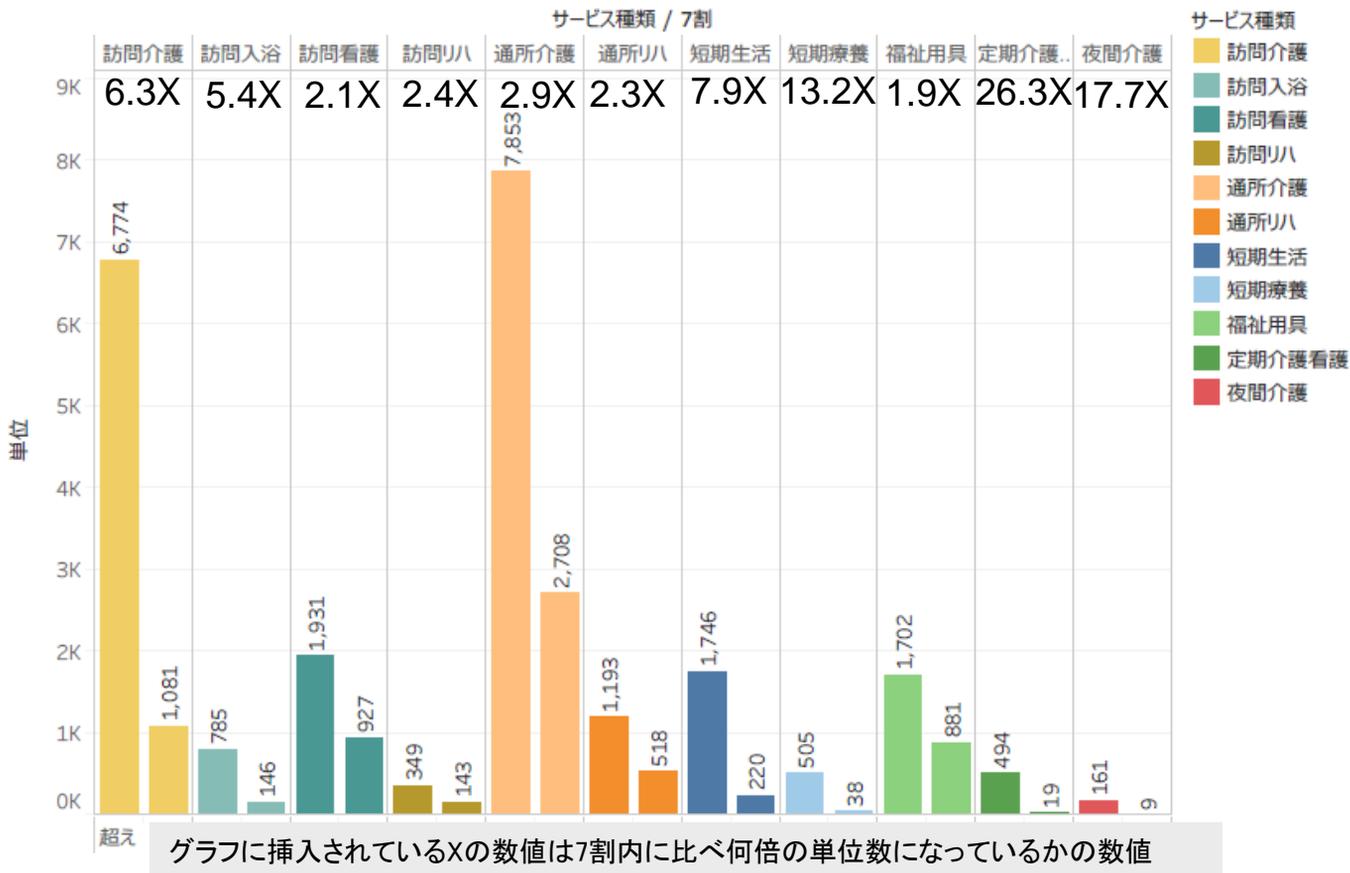


住まいの立地条件によるものだが、立地条件だけでは区分支給限度額に大きな影響は与えていないと見受けられる。高台にあること＝坂道や階段がある可能性が高いが、外出の障害要因である坂道、階段ともデータ上は区分支給限度額に影響しているように見受けられない。

よって、結論としては住まいが高台にあることによる区分支給限度額への影響は期待するほどなかったが、ケママネが肌感的に本結果に納得いかないようであれば、高台、坂道、階段があるケアプランを収集し分析する必要があるのではないかと？

7割越えによるサービス利用量の違い

月平均利用単位数



このサービス種類別の月平均利用単位数のおいての7割越えの単位数は、利用しているサービス種類で多いのが、1番は通所介護、2番が訪問介護、3番が訪問看護の順である。

上位のサービスについては、利用率が多くなる因子における独居や介護者の状況・認知症、精神疾患など日常生活を維持する上で優先的に必要なサービスと予測される。やはり介護の手間というところ考えると要介護度が高いだけでなく、個人因子や環境因子が深く関係しており、それぞれの生活環境で必要なサービスを考えていくと7割越えの上位サービスに通所介護や訪問介護がくる。その理由としては、日常的に生活を維持するためのサービスであると予測できる。定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護は、サービス種類の数自体が少ない割に、実際に利用すると単位数が高くなるので7割以内に比べて倍率が高くなっている。

まとめ

今回の調査で明らかになったのは、介護度で設定されている区分支給の限度額まで、あるいは越えなければ在宅生活を継続できない群がいるということである。

要介護度は本人の介護の手間を数値化した全国一律のものさしであるが、同じ介護度であっても本人を取り巻く環境等によって区分支給限度額をいっぱいまで使わなければならないケースがある。

今回調査した項目のなかで有意差がみられなかったのは7項目あった。

- 1) 福祉用具購入有無による利用率
- 2) 透析の有無による利用率
- 3) 外階段の有無による利用率
- 4) エレベーターの有無による利用率
- 5) 階段がある事による利用率
- 6) 坂道の有無による利用率
- 7) 高台に住居がある事による利用率

まず、福祉用具購入の有無とサービス利用率の関係について、福祉用具を購入すればサービス利用率が低くなると想定していた。しかし、調査の結果、有意差がみられなかった結果から、福祉用具を購入したからといってサービス利用率が低くなるとは限らないということになる。考えられる理由としては、福祉用具のサービス導入の目的が「自立支援」「他サービスの代替」というよりも、「安全性の向上」を目的としているものもいくつかある。また、購入した時期まで調査していないため、例えば1年前に購入した際にはサービス利用率に影響していたが、介護度や住環境等の変化によりサービス利用率に影響しなくなってしまった等が考えられる。

本項目においては福祉用具購入、貸与および品目ごとに調査することができず、サービス利用率との因果関係までは深められなかった。

しかし、逆に以上の理由からこの結果だけでサービス利用率を減らすことに影響を与えていないと判断するのは危険であると考えている。

福祉用具購入が貸与も含めサービス利用率に与えるあるいは与えていない影響について仮説をたてなおし、再調査の必要性があると認識している。

続いて、透析の患者に関しては、透析日と透析がない日の介護量が変わる方が多く、また透析医療機関による送迎のサービスを使うなど介護保険サービスに影響する条件が多いことから、今回のデータ量では有意差はなかったことが想定されるが、これだけで透析という要因がサービス量、区分支給限度額に影響しないと安易に結論付けることは避けたい。医療保険との関係や病院独自のサービスも散見されることから、透析患者のケアプランに関しては別建てでの調査が必要であると考えている。

3)～7)はいわゆる高低差によって介護の手間が平地よりも必要となり、サービス利用率に影響があると仮説を立て調査した項目も含んでいるが、いずれも有意差がみられなかった。階段や坂道、高台という環境要因はサービス利用率に影響していない可能性がある。

一方で、有意差がみられたなかで注目すべき項目は①独居である事によるサービス利用率、②介護者の有無によるサービス利用率、③認知症の有無によるサービス利用率、④徘徊の有無によるサービスの利用率である。

独居(日中独居を含む)、認知症、徘徊の場合は、明らかにサービス利用率が高くなる。

独居・認知症の利用者はケアプラン作成も含め手間がかかることから加算算定に至った経緯があったものの、2015年の介護保険制度改正において、そもそも独居・認知症の利用者のことも含めてケアマネ業務の一環であり、加算の対象ではないと基本単位数に包含された。

今回の調査はケアマネジャーの手間がかかるという視点からではなく、独居、認知症特に徘徊に関してサービス利用率が高くなるという結果をうけ、在宅限界点を高めるためにも区分支給額の上乗せを期待したい。

介護者の有無に関しては、何人がどのくらい介護に携わっているのか、ケアラー、ヤングケアラー、介護離職の観点からも再調査項目とさせていただきたい。独居高齢者のサービス利用率が高くなることは先述し注目するところではあるが、実は家族や親族、その他介護者がいてもサービス利用率が高まるケースも見受けられている。

家族等がいても仕事をやっていてサービス導入が区分支給限度額を超えてしまうケースはあるが、逆に注目すべきは、家族等をインフォーマルな介護の手としており、家族等に負担を強いてしまうこともある。

理由としては①介護している家族等が自分たちがみななければいけないのだという世間体や②区分支給限度額を超えてしまうとサービス利用料の負担が増大し、支払いが困難になってしまうという経済的理由から家族等の介護を使わざるを得ないパターンが想定される。家族等の介護負担をサービスに置き換えた場合の家族等が提供しているサービス量を把握する調査が必要であると考えらる。

最後に今回の調査で深めなければならない点をもう一点挙げるのであれば、介護支援専門員のアセスメントからプラン作成に至るまでの着眼点について再調査をしなければならない。

今回の調査では至らなかったが、介護支援専門員がアセスメントからケアプランを作成するまでのプロセスにおいて、どのような要因が同じ介護度でもサービス量を増やすことになっているのかを明らかにする(介護支援専門員の着眼点)ことが重要で、このあたりに在宅限界点を高めるための方法も含まれていると思われる。

介護支援専門員は、利用者の在宅生活の継続を目指してケアプランを作成し、プランにある長期短期それぞれの目標を達成するにあたり、介護保険のサービス等を活用する。

更なる考察は必要であるが、自立支援、在宅限界点を高めるためにも、区分支給限度額の上乗せ制度が叶うことを願うところである。

以上