

Ⅲ ケアマネジメント

〈基本的な視点〉

これまでの主な議論等

- 介護給付のケアマネジメントの報酬・基準については、
 - ①ケアマネジメント業務に要する手間・コストの適正な反映
 - ②ケアマネジメントのプロセスに応じた適正な評価
 - ③公平・中立、サービスの質の確保の観点からの適正な評価の観点からの見直しが必要であると考えられる。

- 地域包括支援センターが行う予防給付のケアマネジメントの報酬・基準については、自立支援の観点から効果的・効率的マネジメントを行うという観点からの見直しが必要であると考えられる。

- 利用者本位のケアマネジメントを実施するには、介護支援専門員の「自立」と「自律」の確保が重要であると考えられる。

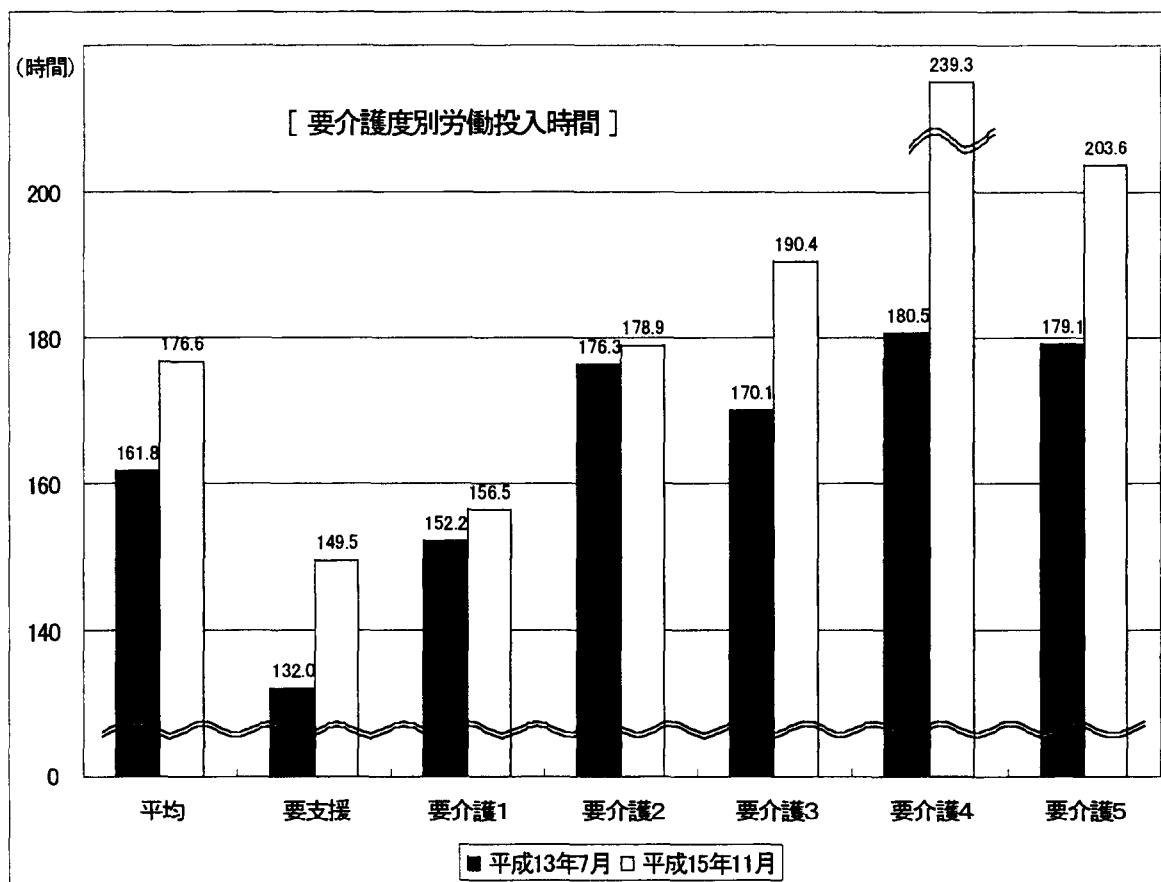
- ケアワークとソーシャルワークは異質なものであり、ケアマネジメントに係る報酬上の評価は主として前者に係る業務として位置付けるべきであるとの意見があった。

- 主任ケアマネジャー（仮称）の配置など、人員配置のみに着目した加算等については行うべきではないとの意見があった。

〈介護給付のケアマネジメント〉

- 現行報酬は、要介護度に関わらず一律の報酬設定となっているが、要介護者のサービス利用状況やケアマネジメント業務の実態を適切に反映した報酬体系とする観点から、報酬の基本的な部分については要介護度別の設定とすることが考えられる。これについては、現行どおり一律の報酬設定が適切であるとの意見があった。

〈利用者1人1月当たりの労働投入時間〉



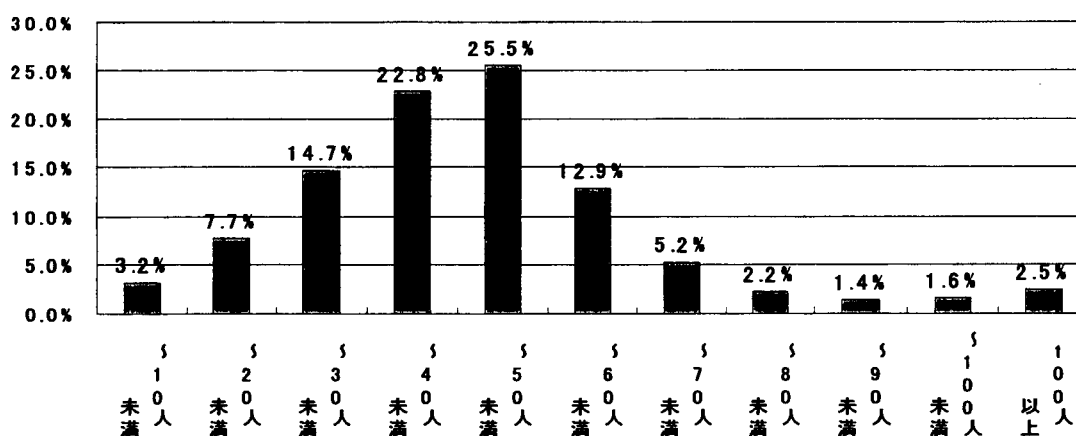
- 初回のアセスメントの業務量を適正に反映する観点から、初回時の報酬上の評価を行うことが考えられる。その際、医療と介護の連携、在宅重視の観点から、退院・退所時に医療機関・施設と在宅サービスとの連携、調整を行った場合の評価を高くすることが考えられる。
- ケアマネジメントの質を確保する観点から、ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を引き下げ、サービス担当者会議の実施等の基本プロセスを踏まえ、公正中立なケアプランの策定を行う事業所を評価する報酬水準とすることが考えられる。具体的には、次のような場合については減算を行うことが考えられる。
 - ・ サービス担当者会議の未実施など運営基準違反の場合
 - ・ 正当な理由なく、特定の事業所に偏ったサービスをケアプランに位置づけている場合（サービス事業者の数が限られている場合など、地域性には一定の配慮を行う）
 - ・ 当該事業所のケアマネジャー1人当たりの担当件数が、標準担当件数を一定程度超えた場合
- また、運営基準違反については、事業者に対する指導監督の観点からも現状よりも厳しく対応すべきではないかとの意見があった。

○ さらに、公正・中立かつ質の高いケアプランを作成している事業所として次のような要件を満たすものについては、報酬上、さらに評価を行うことが考えられる。

- ・当該事業所のケアマネジャー1人当たりの担当件数が、標準担当件数を一定程度下回る
- ・中重度や支援困難ケースの割合が一定以上
- ・主任ケアマネジャーの配置とケアプランチェックの実施
- ・研修等の積極的な実施 など

○ ケアマネジメントの質を確保する観点からケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を30～40程度に引下げるとともに、単純なサービス数だけで評価する現行の4種加算は廃止することが考えられる。

〈ケアマネジャー1人当たりの担当利用者数〉



〈予防給付のケアマネジメント〉

- 予防給付の対象者については、ケアプランに組み込まれるサービス数や、給付管理業務の簡素化等を踏まえた報酬水準とすることが考えられる。
- 初回のアセスメントの業務量を適正に反映する観点から、初回時の報酬上の評価を行うことが考えられる。

Ⅳ 訪問系サービス

1. 訪問介護

〈基本的な視点〉

これまでの主な議論等

- 要介護者に対する訪問介護は、要支援者に対する訪問介護と比較すると、身体介護の割合が高く、重度者はほとんど毎日利用しているなど、利用の実態がかなり異なっており、報酬・基準の在り方についても、こうした点を踏まえた検討が必要であると考えられる。
- 訪問介護の報酬・基準については、次のような基本的な考え方に沿って見直すことが必要と考えられる。
 - ①将来的な「報酬体系の機能別再編」に向けた、身体介護、生活援助の取扱いの見直し
 - ②効果的・効率的なサービス提供の推進
 - ③人材の「資質向上」とサービス提供「責任体制」の確保
- ホームヘルパーの雇用環境・労働条件の改善はサービスの質の向上の観点からも重要な課題であり、最近では都市部で雇用の確保が困難になりつつある点なども考慮に入れて、報酬水準の在り方を検討する必要があると考えられる。

〈具体的な論点〉

これまでの主な議論等

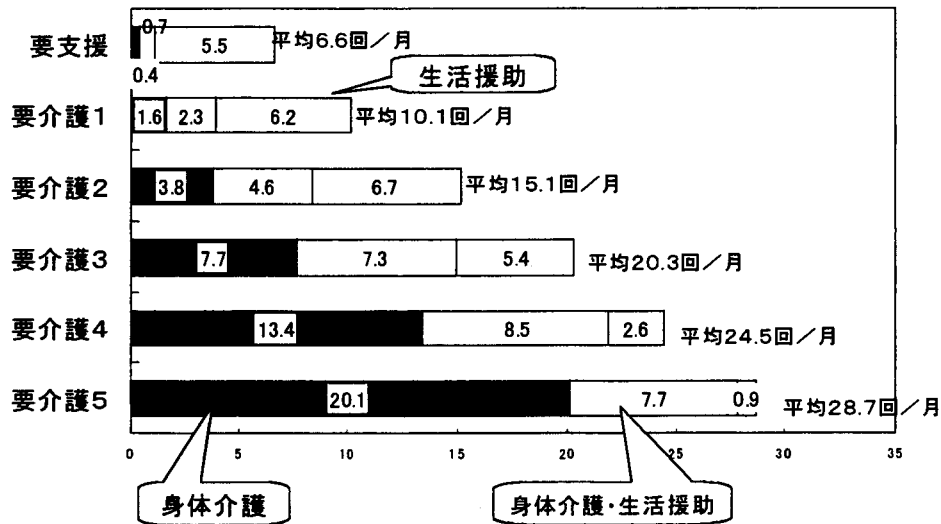
(1) 報酬体系について

- 現行の報酬体系は、漫然としたサービスが提供されやすい構造となっており、介護保険の理念である尊厳の保持や自立支援の観点から見直しが必要であると考えられる。
- 報酬体系については将来的な「機能別再編」を視野に入れつつ、平成18年4月改定においては、「身体介護」と「生活援助」という現行の2区分の体系を維持しつつ、生活援助についての見直しを行う必要があるとの意見が多数であった。
その際、①生活援助については「月単位の定額化」を行うべきであるという意見と、②利用頻度にばらつきがある中では、現行どおり「時間単位」の評価とし、長時間利用を適正化する案が現実的であるという意見があった。
- 身体介護と生活援助の区分を一本化することについては、予防給付と同様、介護給付においても一本化すべきという意見がある一方、一本化した場合、重度者に利用の多い「身体介護」の単価が引き下げられることになり、在宅における中重度者へのサービスの充実という今回の改定の流れと逆行することになり問題であるとの意見があった。

〈訪問介護の利用状況〉

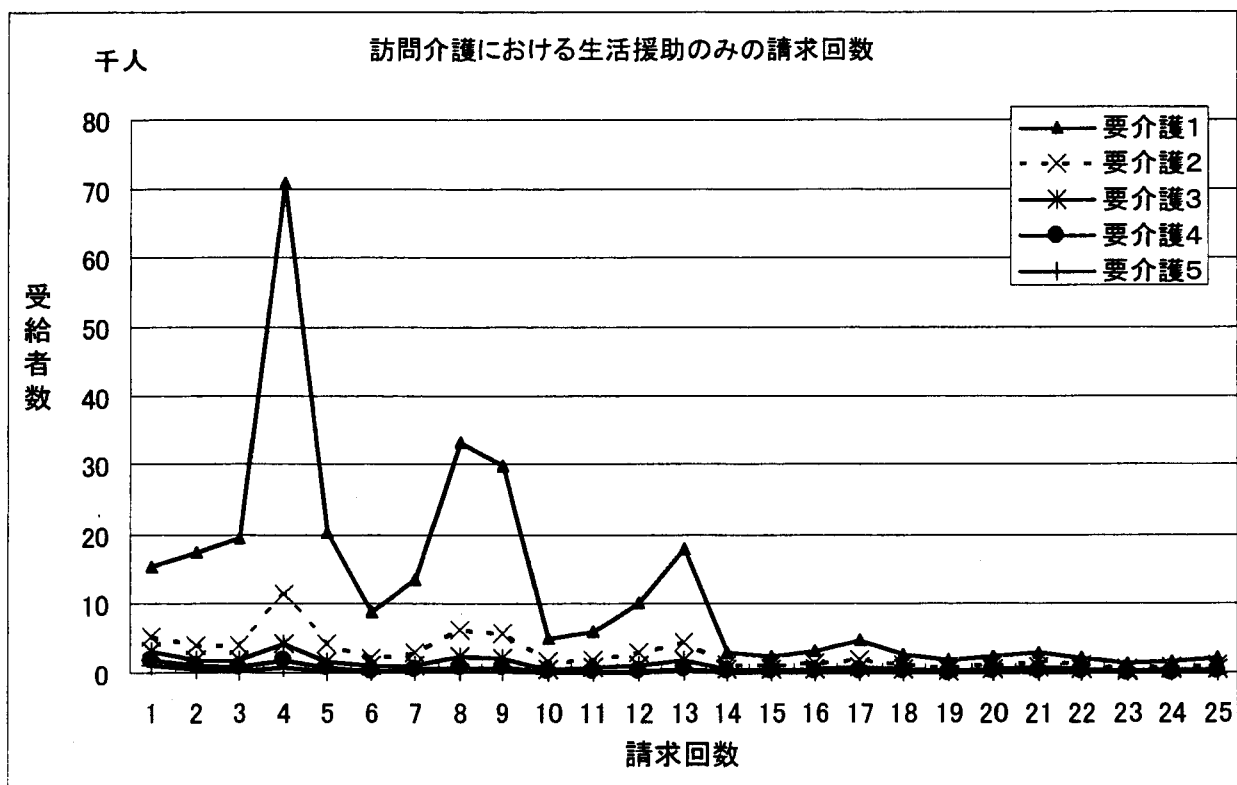
○要介護度別1人当たり平均利用回数

○要介護度別1人当たり平均利用回数



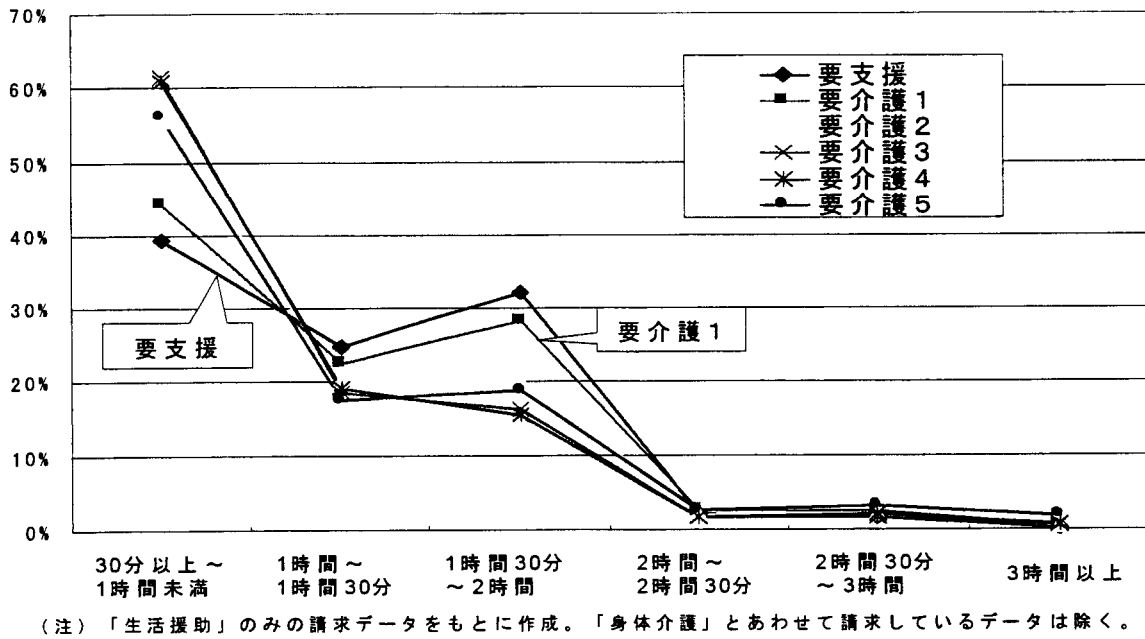
(出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」平成17年5月審査分)

○要介護度別の利用回数（生活援助）



(出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」平成17年5月審査分)

○生活援助の請求時間別の回数割合



(出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」平成17年5月審査分)

○訪問介護の報酬体系

	30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上
身体介護 中心型	231単位	402単位	584単位に30分を増すごとに83単位加算
生活援助 中心型		208単位	291単位に30分を増すごとに83単位加算
通院等乗降 介助	通院等のための乗車又は降車の介助		1回 100単位

(2) 人材の「資質向上」と「責任体制」の確保

- サービスを担う人材の「資質向上」の観点から、将来的には任用資格を「介護福祉士」とすることを基本としつつ、当面は、①現任ヘルパーの研修を強化する一方、②3級ヘルパーについては、減算の率（現行10%）を引き上げるとともに、3年後に廃止することが考えられる。
- サービス提供に関する「責任体制」の確保に重要な役割が期待される「サービス提供責任者」について、①その責務を基準上明確にするとともに、②資格は「介護福祉士」又は「1級ヘルパー」とし、現在の経過措置は3年後に廃止することが考えられる。

- サービス提供責任者については、介護福祉士とすべきとの意見があった。また、3級ヘルパーの養成については市民向けの教育ツールとして活用すべきとの意見があった。
- サービスの「質の高い」事業所を評価する観点から、次に掲げるような要件を満たす事業所については、報酬上評価（例えば、事業所単位の加算）することが考えられる。
 - ・介護福祉士又は1級ヘルパーの「サービス提供責任者」の配置
 - ・介護福祉士の一定割合以上の配置又はヘルパー研修の確保
 - ・ヘルパー活動環境の整備（ケア会議の開催、登録ヘルパーとの利用者情報共有など）
- 上記のような事業所評価を行う場合、感染症対策や労働法規の遵守・社会保険の加入状況等も考慮すべきとの意見があった。

2. 訪問入浴介護

これまでの主な議論等

- 介護給付としての訪問入浴介護の報酬・基準については、基本的には現行の体系を基本としつつ、ケアマネジメントにおいてその必要性を適切に判断する必要があると考えられる。
- 訪問入浴介護は、基準上個別サービス計画が位置付けられていないため、業務の明確化も含め計画の位置付けを行うべきとの意見があった。

3. 訪問看護

〈基本的な視点〉

これまでの主な議論等

- 訪問看護の報酬・基準については、次のような基本的な考え方に沿って見直すことが必要と考えられる。
 - ① 24時間対応体制の強化
 - ② 在宅ターミナルケアへの対応
 - ③ 医療保険と介護保険の機能分担の明確化

〈具体的な論点〉

これまでの主な議論等

(1) 24時間対応体制の強化

(夜間等の短時間訪問の評価)

- 早朝・夜間、深夜における計画的訪問看護は、気管内吸引などの医療処置の実施や、定時の導尿や経管栄養など、短時間の訪問で対応可能な内容が主であることから、早朝・夜間、深夜の訪問看護に適用する短時間の訪問を新たな時間区分として設定することが考えられる。
- 短時間区分の創設は利用者にとっても使いやすくなるため、早朝・夜間、深夜だけに限らなくてもよいのではないかとの意見があった。

(緊急時訪問看護加算の見直し)

- 早朝・夜間、深夜等の時間帯に処置等を必要とする者についての緊急時訪問について、加算を算定できるとすることが考えられる。

(2) 在宅ターミナルケアへの対応

- 現行のターミナルケア加算について、「前月」訪問の算定要件を見直すとともに、24時間連絡体制の確保や、家族等への説明と訪問看護記録書への記録など、ターミナルケアのプロセスを算定要件に加えることが考えられる。
- 在宅におけるターミナルケアの評価については医療保険との整合性を図るべきとの意見があった。

○訪問看護におけるターミナルケア加算の概要

死亡月の前月以前に訪問看護を開始し、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合、1,200単位を加算。

(算定状況)

訪問看護ステーション(1020カ所)の平成16年7月～12月の利用者

在宅死亡の訪問看護利用者数 1,948人

うち、ターミナルケア加算を算定しなかった者 1,052人(54%)

うち、訪問看護開始月内に死亡した者 309人

(平成16年度「訪問看護利用者における終末期ケアに関する調査」

:財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構)

(3) 医療保険と介護保険の機能分担の明確化

- 在宅療養での器具使用など特別な管理を必要とする利用者について算定されている「特別管理加算」については、医療保険における見直しの状況等も踏まえつつ、現行の一律の評価を見直し、処置の難易度等を反映した評価とすることが考えられる。

(4) その他

- 訪問看護ステーションからの理学療法士・作業療法士による訪問については短期・集中的なリハビリテーションを評価する観点から、見直しを行うとともに、言語聴覚士による訪問について評価を行うことが考えられる。

4. 訪問リハビリテーション

〈基本的な視点〉

これまでの主な議論等

- 訪問リハビリテーションの報酬・基準については、退院・退所後、早期に実用的な在宅生活における諸活動の自立性を向上させるため、短期間に集中して実施するサービスとしての位置づけを明確化する観点から見直すことが必要であると考えられる。

〈具体的な論点〉

これまでの主な議論等

(1) 短期・集中的なリハビリテーションの評価

- 退院・退所直後に日常生活活動訓練を短期・集中的に実施することを高く評価する一方で、利用期間による逓減制を導入することが考えられる。
- 退院・退所だけでなく、生活機能が低下した際の維持についても評価すべきとの意見があった。
- 逓減制だけでなく、回数制限についても検討すべきとの意見があった。

(2) 言語聴覚士による言語聴覚療法等の評価

- 脳卒中による失語症で言語聴覚療法を必要としたり、嚥下訓練を必要とする在宅要介護者に対し、言語聴覚士が言語聴覚療法又は嚥下訓練等を行った場合について評価することが考えられる。

5. 居宅療養管理指導

〈基本的な視点〉

これまでの主な議論等

- 居宅療養管理指導の報酬・基準については、次のような基本的な考え方に沿って見直しを行うことが考えられる。
 - ① 医師・歯科医師による情報提供の徹底
 - ② 管理栄養士による在宅の低栄養者への栄養ケア・マネジメントの評価
 - ③ 歯科衛生士による口腔機能の維持・向上指導に対する評価の見直し

〈具体的な論点〉

これまでの主な議論等

(1) 医師・歯科医師による居宅療養管理指導

- 現行の医師・歯科医師による居宅療養管理指導について、その機能としての「情報提供」と「指導・助言」のそれぞれの算定要件を次のように具体的に示すとともに、これを満たさない場合に減算を行うなど、報酬上の評価の見直しを行うことが考えられる。
 - ① 「情報提供」については、ケアマネジャーからサービス担当者会議への参加等による情報提供を求められた場合に、会議への参加や文書による情報提供など適切な対応を行うことを要件とすることが考えられる。
 - ② 「指導・助言」については、利用者又は家族等に対して、介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導等の要点を記載した文書の提供を要件とすることが考えられる。

(2) 管理栄養士による居宅療養管理指導

- 現行の管理栄養士による居宅療養管理指導について、通院、通所が困難な低栄養状態の在宅要介護者に対し、多職種協働により、栄養ケア計画の策定、計画に基づく栄養管理や定期的な評価・見直しの実施、家族、ヘルパーなどへの情報提供、助言の実施といった一連のプロセスを行う栄養ケア・マネジメントを評価することが考えられる。

(3) 歯科衛生士等による居宅療養管理指導

- 歯科衛生士による機動的な訪問が行えるよう、歯科医師による訪問診療の要件（現行は月1回）を3か月に1回程度に緩和するとともに、初回加算の廃止や回数制限などにより報酬水準の適正化を図りつつ、歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づく指導内容の充実を図ることが考えられる。

(4) 薬剤師による居宅療養管理指導

- 医療保険との整合性の観点から、末期がんの患者等について月の算定限度を8回に見直すことが考えられる。