

社会保障審議会介護給付費分科会御中

2008年10月3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利用者・市民の立場から ケアマネジメント（介護予防支援・居宅介護支援）について

社会保障審議会介護給付費分科会では、来年度の介護報酬改定に向けて議論が進みつつありますが、利用者・市民の立場からヒアリングを行い、意見をまとめて、委員のみなさんに提案させていただいております。今回はNPO法人神奈川県介護支援専門員協会の調査、前回提出させていただいた「介護保険ホットライン」に寄せられた相談事例、独自のヒアリングをもとに、利用者と介護保険制度の架け橋になるケアマネジャー（介護支援専門員）と、利用者本位のケアマネジメント（介護予防支援・居宅介護支援）について、意見書を提出させていただきます。

1. 要介護度別の介護報酬の設定について検証が必要です

2003（平成 15）年4月の介護報酬の見直しでは、要介護度別の居宅介護支援費が一本化されましたが、2006（平成 18）年の見直しでは要介護1・2と要介護3・4・5の2段階に変わりました。現場からは、介護度別の介護報酬を設定することの妥当性が示されていないと指摘されています。ケアマネジメントのプロセスや業務内容の実態は、要介護度と関係なく提供されています。ケアマネジャーの対応困難な事例には独居の方が多く、独居で要介護度5や4の方はほとんどおりません。何度も訪問しなければならない対応困難な方は、独居をはじめ軽度要介護者に多く、要介護度とケアマネジメントの大変さや難しさは一致しておりません。2段階に分けて以降の実態を精査するとともに、要介護度別の評価について検討することが必要と考えます。

2. 利用者が安心して相談できるケアマネジャーの労働環境の整備が必要です

ケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所では、収入対支出が赤字のうえ、2004（平成 16）年度-12.9%だったものが、2007（平成 19）年度には-15.8%に拡大し、多くの事業所の存続が危ぶまれています（2007年度介護事業経営概況調査）。NPO法人神奈川県介護支援専門員協会の調査では、8割を超えるケアマネジャーが仕事にやりがいを感じておりながら、その一方で9割近いケアマネジャーが、仕事を続けるのがつらいと回答しています。総業務時間が増えているにもかかわらず、給与が引き下げられたからです。居宅介護支援事業所のケアマネジャーひとりあたりの担当件数は、厚生労働省の委託調査（三菱総研）によると、2003（平成 15）年42.4件、2005（平成 17）年38.8件、2007（平成 19）年26.6件と減少しています。これはケアマネジャーの努力を越えた、ケアプラン総数の減少によるものと考えます。

利用者の期待に応えるためにも、安定的な事業所運営を保障し、質の向上をめざすことができる環境を整備することが必要です。また、居宅介護支援事業所が単独で運営できるよう、基本単位の引き上げが必要と考えます。要介護度に関係なく基本単位を一律1800単位にという要望

が寄せられています。

3.利用者の状態変化に対応できるケアマネジメントが必要です

ケアマネジャーの標準担当件数が一定件数を超えた場合には介護報酬の逓減がありますが、40件を1件でも越えると全件が減額されるしくみでは、利用者の状態変化や入退院、施設入所などに対応できません。それだけでなく、ケアマネジャーの急な退職など、月の請求件数の予測が難しいなかで、事業所運営もなりたないとの声が寄せられています。適用件数を1件でも越えると全件が減額されるしくみから、標準担当件数を超えた件数のみを減額対象に変更するなどの検討が必要と考えます。

4.継続的なケアマネジメントの実現が必要です

介護予防創設以来、認定が「要介護」と「要支援」の間を繰り返し行き来する利用者では、そのたびにケアマネジメント担当が、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所に替わります。利用者にとって納得のいくケアプランはケアマネジャーとの時間をかけた信頼関係によって作られるにもかかわらず、頻繁な交替に疲労するとの声が寄せられています。また、予防給付と介護給付の変更毎に契約などの事務作業が膨大です。要支援者、要介護者に関わらず、継続的なケアマネジメントできるよう、ケアプラン作成支援者は利用者が選択できるようにしてください。

5.利用者が安心して在宅に戻ることを支援できるしくみが必要です

現在の居宅介護支援では、介護保険サービスの利用がないと、介護報酬上の評価がありません。たとえば医療機関の退院や介護保険施設退所の支援で、退院・退所できなくなる場合など、評価がないのです。医療機関や介護保険施設には退院・退所前後の訪問相談援助や指導への加算、退院・退所時の相談援助や情報提供への加算、退所前連携加算などが設けられています。また、2008（平成20）年度の診療報酬改訂では、「退院時における円滑な情報共有や支援の評価」として「退院調整加算」が新設されたとのことです。退院・退所の調整は、医療機関・施設と在宅を支えるケアマネジャー双方に加算があってこそ、介護と医療のスムーズな連携が実現し、利用者は安心して在宅復帰することができます。介護保険サービスの利用がない月であっても、ケアマネジャーによる在宅復帰支援に報酬上の評価をして欲しいと考えます。

6.努力している事業所に対する評価が必要です。

特定事業所加算は、要介護3以上の利用者が6割以上で、介護予防支援を提供していない場合に対象とされていますが、実際に特定事業所加算を算定している事業所は2%に過ぎません。また、要介護度により特定加算をつけることは、居宅介護支援事業所が利用者を選別する動機になることも懸念されます。利用者の要介護度にもとづく加算条件について再検討が必要と考えます。

7.施設サービスにおけるケアマネジメントの再検討が必要です

在宅サービスだけでなく、施設サービス、グループホームなど居住系サービスでもケアマネジャーが配置されていますが、電話相談事例などでは、利用者、介護家族の多くが施設ケアマネジャーの存在を知らないという状況があります。施設におけるケアマネジメントについて、その役割を明確にするとともに、質の向上のために再検討が必要と考えます。

以上

平成21年4月介護報酬改定について

平成20年10月3日

社会保障審議会介護給付費分科会

委員 三上 裕司

今般、日本医師会として平成21年4月実施予定の介護報酬改定に関する意見をとりまとめたので、以下報告する。

1. 介護サービス提供体制の充実と環境整備

今後ますます増加する要介護者への介護サービス提供に関して、将来推計人口からも介護従事者の確保をはじめとする様々な問題が指摘されている。その多くは、介護従事者の離職率の高さや賃金水準の低さなど、介護従事者の処遇改善や人員確保についての問題である。

利用者にとって最適なサービスの組み合わせを、多職種協働のケアカンファランスを通じ、総合的なアセスメントやケアプランに基づきサービスが提供される仕組みとしてケアマネジメントがある。

介護保険施設等でのサービス提供に関しては、指定基準により必要人員数が最低基準として明確化されているが、サービス現場においては、適切に機能させるため、実状は、人員数を手厚く配置していることが介護サービス施設・事業所調査などから明らかとなっている。介護保険施設等にとって適切なケアマネジメントを実施する上での阻害因子とならぬよう、施設サービス費の引き上げを考えるべきであり、例えば、加配している人員加算の創設や夜間体制における加算を、実態に即して算定しやすくするなど対応を図るべきである。

一方、介護予防事業については、その対象者の機能低下の現状を踏まえて、特定高齢者施策等地域支援事業、新予防給付との整合、地域包括支援センターの役割や地域活動の積極的な活用等も含めた、地域全体での自立支援、重度化予防の実現に向けた多職種協働のプロセスを経たケアマネジメントの徹底やサービスメニューの充実が必要である。その上で、在宅サービスに関してはその質を確保する観点から、現場の強化と共にケアマネジメントの一連のプロセス、ケアプランの実践に伴うサービス提供を妨げない環境整備として報酬上の手当が必要と考える。

原資の確保を図る観点から、介護報酬引き上げを図るべきである。

2. 補足給付の見直し

制度の持続可能性、特に保険料の上昇を抑える目的で実施された食費、居住費の利用者負担は、低所得者のために設定された基準費用額に収斂され、介護保険施設等にとっては、一層の経営努力が課せられる結果となった。特に、低所得者対策としての補足給付に関しては、保険料から充当され、当初の目的（保険料の上昇を抑える）とは不整合が生じており、生活保護による対応を含めて、介護保険制度内での低所得者対策のあり方を速やかに再検討すべきである。

3. 適切な医療サービスの提供

利用者にとって、必要な医療へのアクセス並びに受給は阻害されてはならない。

そのため、介護老人福祉施設の配置医師の役割を明確化する必要がある。さらに、明確化することでの入所前のかかりつけの医師と十分に連携できる介護報酬または診療報酬上の適切な仕組みを構築すべきである。

また、介護老人保健施設で実施可能な診療行為についても再検討し、入所者にとって最良の医療サービスが提供できるよう、併設あるいは併設以外の保険医療機関にかかわらず、外部保険医療機関からの医療サービス提供が可能となる報酬上の評価をすべきである。

一方、在宅サービスにおける、医療の必要性のある在宅要介護者への対応は地域に存在する有床診療所や中小病院（以下有床診療所等と略す）を中心に検討すべきと考えられる。現行法では、緊急時の対応を除き、医療を提供する場は限られており、医療の必要性のある在宅要介護者に係わる多くのニーズである「医療の担保」と「家族の緊急時対応・レスパイト」に対して、地域に密着した有床診療所等が直接・間接的に介護サービスに関わり、“在宅での生活を継続するため”のサービス提供体制の中核的存在になることは、有床診療所等に求められる本来的な機能である。つまり、有床診療所等の病床だからこそ、「医療を確保」し、「緊急時に対応」し、「（預り・泊まりによって）レスパイトを果たす」ことができるのであり、そのための制度上の対応を含めた所要な見直しを図るべきである。

4. 施設の基盤整備に関して

療養病床再編に伴う介護保険施設等の基盤整備に関しては、地域の実情を十分斟酌し、介護療養型医療施設入院者が不利を被らないよう、さらには、介護保険施設の本来的機能分担を考慮し、地域格差や質の問題も含めて、十分な検討を要すると考える。つまり、保険料の上昇を抑える目的で、安易に居住系施設等への転換を図ることには、高齢者の心身の特性、今後の人口動態、在宅療養サービスの整備状況を踏まえ、再考

すべきである。

一方個室、ユニットケアについて検証を十分行うべきである。つまり、個室ユニットの推進については、現在の介護保険財源の状況や入所者の重度化(占有割合の拡大)、介護従事者の充足率などの課題を踏まえ、その費用対効果を精査し、整備方針の転換を含めて全体整備を検討することも必要である。

5. 認知症高齢者に関して

認知症高齢者に関しては、認知症は疾病であるという認識を、現行以上に広く国民に啓発する必要性がある。そのためには、①本人の気づきも含めた家族等への認知症症状の早期発見を促すツールの開発と早期受診の勧め、②かかりつけの医師のための認知症鑑別診断の標準化並びに相談機能の評価、③かかりつけの医師と認知症対応専門医(機関)との連携の評価が重要と考える。

さらに、認知症サポート医等を十分活用し、医療と介護のシームレスな連携で、本人の処遇改善を図ることが重要であり、現場での連携を裏付けるだけの診療面(診療報酬)とケア面(介護報酬)での評価を制度上構築する必要がある。

また、高度のBPSDや身体合併症を有する認知症患者に対応可能な受け皿を整備する必要がある。これには、厚労省の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」で議論され、削減が予定される現存の精神病床が新たな施設を整備するより、資源の有効活用を図る上で得策と考える。

6. リハビリテーションの充実

リハビリテーション(以下リハビリと略す)は、必要な時期に十分なサービス提供を継続して行い、要介護(支援)者の現存能力の活用や機能向上を図り、その人にあった自立支援を目指すものである。そのためにも、在宅・施設において、生活機能の低下が予見される場合には、適切に介入する必要がある、現行のサービス内容の見直しも必要である。

中でも、訪問リハビリのサービス提供の仕組みは複雑であり、利用者も含めた関係者相互の理解が乏しい現状がある。そのため、必要な時期に即したサービス提供が出来ずにより高い効果が得られないケースが生じている。従って、指定基準やサービス提供におけるPT、OT、STの活用を含めた専門性の確保と連携等仕組みの在り方を見直すべきである。また、通所リハビリに関しては、サービス提供と預かり時間を併せて所要時間としているため、ケースによっては、サービス提供時間のみで評価可能な仕組みを講ずるべきである。