

居宅介護支援

現状・課題

1. 居宅介護支援・介護予防支援の現状等

- 居宅介護支援については、請求事業所数・利用者数ともに増加し、平成28年4月審査分では、請求事業所数は39,471事業所、利用者数は約252万人となっている。
平成27年度介護報酬改定では、
 - ・ 認知症加算及び独居高齢者加算の基本報酬への包括化
 - ・ 特定事業所集中減算の適用割合の引き下げや、対象サービスの範囲の限定を外すことによる正当な理由のない特定の事業所への偏りに対する対応強化
 - ・ 特定事業所加算の人員配置要件の強化や、人材育成に関する協力体制を整備している場合を算定要件に追加する等、質の高いケアマネジメントを実施する事業所の評価の推進等を図った。【参考資料P 1～10】

- 介護予防支援については、請求事業所数・利用者数ともに増加し、平成28年4月審査分では、請求事業所数は4,704事業所、利用者数は約107万人となっている。
平成27年度介護報酬改定では、介護予防サービス計画に多様な主体により多様なサービス形態で提供される「介護予防・日常生活支援総合事業」のサービスを位置付けることを踏まえた基本報酬の見直しを行った。【参考資料P 1～10】

- 居宅介護支援事業所におけるケアマネジャーの従事者数は増加傾向にあり、平成27年10月時点では約10万人となっている。また、1事業所あたりのケアマネジャーの人数（常勤換算数）も増加しており、平成28年11月時点で3.2人となっている。【参考資料P 11、12】

現状・課題

1. 居宅介護支援・介護予防支援の現状等（続き）

- 「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成28年12月9日 社会保障審議会介護保険部会）において、「適切なケアマネジメントを推進するため、居宅介護支援事業所における管理者の役割の明確化、特定事業所集中減算の見直しも含めた公正中立なケアマネジメントの確保、入退院時における医療・介護連携の強化等の観点から、居宅介護支援事業所の運営基準等の見直しを平成30年度介護報酬改定の際にあわせて検討することとするのが適当である。」とされている。【参考資料P13】

2. 居宅介護支援事業所の管理者の役割の明確化

- 居宅介護支援事業所の管理者は、常勤のケアマネジャーとされており、ケアマネジャーの資質の向上を図るためには、個々の居宅介護支援事業所における人材育成の取組が重要であるが、居宅介護支援事業所の管理者の中には、人材育成やケアマネジャーの業務の実施状況の把握に課題を抱えている実態が見られる。【参考資料P15、16】
- 居宅介護支援事業所の管理者が主任ケアマネジャーである割合は44.9%であるが、管理者が主任ケアマネジャーではない場合と比較すると、事業所のケアマネジャーに対する同行訪問による支援（OJT）の実施や、ケアマネジメントに関する相談の時間を設けている割合等が高くなっている。【参考資料P18】
- ※ 主任ケアマネジャーは、他のケアマネジャーに対して助言・指導等の役割を担っており、平成28年度には事業所内や地域のケアマネジャーに対する人材育成の方法等を修得させることを目的とした研修カリキュラムの見直しを行ったところ。【参考資料P19、20】

3. 公正中立なケアマネジメントの確保

- ケアマネジャーは、「その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。」こととされている（介護保険法第69条の34）
- ケアマネジメントの公正中立を確保するための取組として、①特定事業所集中減算、②運営基準、③保険者によるケアプラン点検等がある。【参考資料P21～31】
 - (①特定事業所集中減算について)
- 特定事業所集中減算は、居宅介護支援事業所がその事業所の利用者に対して作成するケアプランについて、正当な理由なく特定のサービス事業所への集中割合が80%を超える場合に報酬を減算する仕組みであり、平成28年5月審査分で約7.6%の事業所が適用されている。【参考資料P9、21～23】
- 一方、特定事業所集中減算については、平成28年3月に会計検査院から、必ずしも合理的で有効な施策であるとは考えられないことなどの指摘を受けており、同年5月の参議院決算委員会において、「ケアマネジメントの公正・中立の確保に向け、現行施策の抜本の見直しも含め、その在り方を十分に検討すべき」との決議がなされている。加えて、介護保険部会においても、その実効性が乏しく見直しをすべきとの意見があった。【参考資料P13、24、25】
- 特定のサービス事業所への集中割合が80%以上となっている事業所の割合は、「訪問入浴介護」が44.8%、「短期入所療養介護」が41.2%、「訪問リハビリテーション」が39.2%など、地域に利用できる事業所が少数であるサービスや、一般的に主治医等の指示がある場合に利用可能な医療系サービスにおいて割合が高くなっている。【参考資料P26】

現状・課題

(②運営基準について)

- 居宅介護支援の運営基準では、ケアマネジメントの公平中立を確保する観点から、
 - ・ 利用者の心身の状況等に応じた利用者本人の選択に基づくサービス提供体制の確保や、特定の居宅サービス事業者の利用に偏らないようにすること等が求められていること
 - ・ 管理者はケアマネジャーに対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスをケアプランに位置付けるべき旨の指示等を行ってはならないこと等が規定されている。【参考資料P29】

(③保険者によるケアプラン点検について)

- 保険者によるケアプラン点検は、実際のケアプランを保険者等の第三者が点検・支援することで、個々の利用者が必要とするサービスの確保や、利用者の状態に適合していないケアプランの改善を図るものとして、地域支援事業（任意事業）における介護給付等費用適正化事業に位置付けられており、実施保険者数は平成25年度時点で961団体（保険者全体の60.8%）となっている。【参考資料P30、31】
- 上記の①～③の他、特に、近年増加傾向にある有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の高齢者向け住まいについて、特に適切なケアマネジメントを求める意見や、訪問介護の生活援助の適正利用の観点から、生活援助の提供がどのように重度化の防止や自立支援につながるかをケアプランに明記することを義務づけるべきとの指摘がある。【参考資料P32～35】
- また、居宅介護支援事業所には集合住宅の訪問に係る減算の仕組みはないが、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の集合住宅と併設している居宅介護支援事業所は、併設事業所がない場合と比較して、利用者宅までの平均移動時間が短い傾向にある。【参考資料P37】

現状・課題

4. 入退院時における医療・介護連携の強化

- 今後、重度者や医療の必要性が高い利用者が増えていくと考えられることから、医療ニーズを踏まえた適切なアセスメントや、ケアマネジメントを行う際の医療との連携が重要である。例えば、医療機関へ入院した人が退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時にケアマネジャーが関与し、医療機関との連携を図ることが重要であるが、その取組が必ずしも十分ではないとの指摘もある。【参考資料P13、43】

(入院時の連携について)

- 介護報酬においては、利用者が病院等に入院するに当たって、ケアマネジャーが病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境、サービスの利用状況を提供することを評価する「入院時情報連携加算」があり、利用者が入院してから遅くとも7日以内に情報提供した場合に算定が可能となっている。実際には、入院後2日以内に入院先の医療機関に情報提供を行った割合は5割を超えている。

診療報酬では、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援を実施することを評価する「退院支援加算」があり、平成28年度診療報酬改定で新たに位置付けられた「退院支援加算1」では、病棟に職員を配置した上で入院後3日以内に患者の状況を把握し、退院困難な要因を有している患者を抽出することが算定要件となっている。【参考資料P9、44～46】

現状・課題

(入院時の連携について (続き))

- 利用者が入院する際に医療機関に提供している情報は、「認知症の有無や問題行動の有無 (徘徊など)」が76.9%と最も高く、次いで、「疾患・病歴・病状」が74.7%、「家族構成・生活歴・職歴」が71.3%となっている。

一方、入院時の情報提供において問題とを感じる点については、医療機関から情報提供を求められないことや、医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれないこと、医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しいと感じているケアマネジャーが多い。【参考資料P47、48】

(退院時の連携について)

- 介護報酬においては、病院等を退院し自宅でサービスを利用するにあたって、病院等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、サービスの利用に関する調整することを評価する「退院・退所加算」があり、入院期間中3回まで算定することができる。

なお、3回算定できるのは、そのうち1回について、入院中の担当医等との会議 (カンファレンス) に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプラン作成し、サービスの利用に関する調整を行った場合に限られている。【参考資料P8】

- 利用者が病院等から退院する際、医療機関の退院時カンファレンスには約半数のケアマネジャーが出席しており、出席した場合の延べ所要時間は60分~90分が23.8%と最も高い。

この点について、居宅介護支援事業所側から医療機関に対してカンファレンスの開催を求めるなどの取組も行われているが、医療機関の都合に合わせた訪問調整など、退院時に医療機関から利用者情報を得ることに困難を感じている居宅介護支援事業所が多い。【参考資料P49、50】

現状・課題

(退院時の連携について(続き))

- また、特に末期の悪性腫瘍(がん)の患者へのサービス提供に際して、患者の状態に応じた真に必要なサービスが迅速に提供されていない場合があるとの指摘がある。

実態として、利用者が死亡する前30日間において、疾患が「がん」と「がん以外」で比較した場合、サービス担当者会議の開催回数やケアプランの変更回数は、「がん」の場合の方が複数回数の対応を行っている割合が高い。【参考資料P56】

論点

- 居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進する観点から、居宅介護支援事業所の管理者のあり方についてどのように考えるか。
- 公正中立なケアマネジメントを確保する観点から、特定事業所集中減算のあり方や利用者やその家族に対する説明・同意プロセス等についてどう考えるか。
- 退院後に円滑に必要な居宅サービスを受けられるようにするために、入院時を含めた医療機関と居宅介護支援事業所との更なる連携に向けた取組みについてどう考えるか。
- 末期の悪性腫瘍の患者に係るケアマネジメントについてどう考えるか。