

平成 23 年 10 月 31 日

社会保障審議会介護給付費分科会  
分科会長 大森 彌 殿

## 平成 24 年度介護報酬改定にあたっての要望

社会保障審議会介護給付費分科会委員  
木村 隆次  
(一般社団法人日本介護支援専門員協会会長)

日本の介護保険制度は、世界に類を見ない優れた制度です。

その評価の核となっているのは、ケアマネジメントとケアマネジャー（介護支援専門員）が制度に組み込まれていることです。ケアマネジャーは、利用者の幸せづくりと実現したい生活を支えるため、介護保険制度の要として、この日本にケアマネジメントを確立するべく業務をしています。

また、日本の介護保険制度には、「自立支援」の理念があり、それを行うためにケアマネジメントが導入され、ケアマネジャーが配置されています。居宅におけるケアマネジメントは、要介護者・要支援者の誰もが公平に受けることができるように、利用者負担は0割（負担なし）で、この費用は保険で全額を賄う10割給付の仕組みで運営されており、他の介護保険サービスとは別の性格のものです。財源論に左右されることなく、今後もこの仕組みが堅持されることを強く要望します。

ケアマネジャーは、平成18年改正介護保険法施行において専門職として唯一、資格の更新制度が導入され、私たちもその必要性を認識して努力を重ねてきました。

ケアマネジャーの質の向上を巡っては、様々な場で様々な指摘がされていますが、ケアマネジメントプロセスをきちんと踏み、利用者の自立支援に資するケアマネジメントを実践しているケアマネジャーが数多く全国にいることも事実です。また、その後押しをするために努力している事業所・施設も数多くあります。限られた財源の中で、ケアマネジメントに関する報酬・基準を検討するにあたっては、こうした事業所・施設に対してより手厚く評価して頂くことを強く要望いたします。

なお、ケアマネジメントの質の問題、ケアマネジャーの資質向上や資格制度、研修のあり方については、別途検討される場が設けられると伺っていますので、ここでは割愛いたしました。

以下に示す事項はどれも並行して考えるべきことで、優先順位があるものではないことを踏まえて、要望いたします。

## 1. 介護報酬の考え方について

要介護度が上がれば基本単位が上がる仕組みを見直し、自立支援に資する質の高いサービスを提供して、利用者の状態を維持改善したチームに対する評価（多様なケアマネジメントの効果・成果）をお願いしたい。

## 2. 居宅介護支援について

### (1) 中立性・独立性について

ケアマネジャーの中立性・独立性は「機能的」「構造的」「経済的」の3点を一体に考えるべきである。建物を別とする構造的な独立だけでは中立性は保てない。また経済的支援が入っていれば独立・中立とは言い難い。適正なケアマネジメントを行い利用者の自立支援を促していることが、機能的独立を果たしていることにつながる。

1人当たり標準担当件数を満たした場合、経済的に誰の助けもなく安定経営できることが前提である。

※居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、当該サービス事業所の質が高いという理由で選択した結果、特定のサービス事業所の割合が90%以上を超えた場合は特定集中事業所減算の適用とはせず「正当な理由」とし、全国一律の算定要件としていただきたい。

### (2) 居宅介護支援費の算定について

現行制度において基本単位は、介護保険給付サービスを一つでも導入しないと算定できない仕組みである。介護保険給付につながらない業務、インフォーマルサービスのみの組合せ等にも配慮をいただき、仕組みの見直しをお願いしたい。

### (3) 医療と介護の連携を強化するために（診療報酬との同時改定を踏まえて）

#### ① 医療保険と介護保険の隙間を埋めるサービス導入の仕組みと、ケアマネジャーとの連携が必要

退院時カンファレンスで必要と判断されたサービスは、期間を限定した上で、退院後1日も空けずに切れ目なく提供できる仕組みが必要である。

要介護認定申請後、結果が出るまで約1ヵ月又はそれ以上の時間を要している現状では、入院中に要介護認定の申請を行っても、退院直後のサービス利用には間に合わない。サービス利用の滞った期間で利用者の生活機能は低下し、結果として、医療保険・介護保険の給付費は増大する。特に、リハビリテーション、訪問看護、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者訪問栄養食事指導等の医療サービスは、退院直後の一定期間、医療保険から提供できる仕組みとしていただきたい。

また、退院後の生活を見越したカンファレンスを行う際には、必ずケアマネジャーが出席できるようにお願いしたい。

## ②医療連携加算について

いわゆる入院時の連携加算は、利用者が入院する際に、医療機関の職員に対する情報提供を、書面でFAXや郵送で行った場合の評価である。今後、さらに医療機関との連携強化を推進するために、現在の評価に加えて、面談をした場合の評価をお願いしたい。このことは、在宅復帰に向けた診療計画や退院調整の情報源になる。また、入院時にケアマネジャーが利用者に寄り添いサポートすることは、利用者の安心にもつながる。

## ③退院・退所加算について

ケアマネジャーと医療関係職種との連携は、入院中比較的早期から利用者の退院後の生活を見越して行う必要があり、退院時のみとは限らない。診療報酬上の「介護支援連携指導料」(入院中2回)、「退院時共同指導料」(退院時)に相対した評価をお願いしたい。

## ④診療報酬上の「在宅患者緊急時等カンファレンス料」に相対した評価を

在宅の主治医を中心とした在宅患者の診療方針の変更にかかるカンファレンスに出席し、他の医療関係職種と情報共有し、速やかに必要なサービス提供を行うケアマネジャーに対し、診療報酬上の「在宅患者緊急時等カンファレンス料」に相対した評価をお願いしたい。

## (4) 特定事業所加算について

日常生活圏域における地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域包括支援センターと地域づくり推進を相互に強化する必要がある。より密に連携を図る事業所づくりを進めるために、さらなる評価をお願いしたい。

## (5) サービス提供事業所における個別介護計画とケアプランの関係

介護保険制度におけるケアマネジメントは、ケアマネジャーが作成したケアプランに基づき、個別介護計画が作成、実施されて、サービス提供状況、効果等をモニタリングし、その情報をタイムリーにケアマネジャーにフィードバックしていただきたい。

## (6) ケアマネジメントにおけるショートステイのあり方

緊急的なショートステイの利用について、事前ケアプランが必要等、手続きの問題で利用できない場合があるので、柔軟に利用できるようにしていただきたい。

また、居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用を組み入れることができた場合の評価をお願いしたい。

## 3. 介護保険施設に勤務するケアマネジャーについて

### (1) 「50対1」で専従ケアマネジャーを配置している施設に対する評価を

専従ケアマネジャーを配置し、50対1を超えている施設を評価していただきたい。現行の100対1では、入院患者・入所者の適切なケアマネジメントを行うことは困難である。

## (2) 支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必須

支援相談員、生活相談員はケアマネジャーの資格を有するべきである。

## (3) 3施設の機能とケアマネジメントのあり方について

利用者の状態像と各施設の機能がマッチするように、入退院・入退所時に、在宅と各施設、施設間のケアマネジャーが情報共有したことに対する評価をお願いしたい。

## 4. 地域包括支援センター・介護予防支援について

### (1) 指定介護予防支援事業者のケアマネジメントについて

指定介護予防支援事業者のケアマネジメントは、ケアマネジャーが行うこととして、配置基準の見直しをお願いしたい。予防給付ケアプランの作成は兼務不可とし、地域包括支援センターに配置された3職種が本来の業務をしっかりと行える環境を整えるべきである。なお、居宅介護支援事業所への委託件数の「8件」を廃止する場合でも、ケアマネジャー1人当たり標準担当件数の基準は堅持するべきである。

### (2) 介護予防・日常生活支援総合事業について

地域によって利用者が受けるサービスに格差が生じないように、全ての保険者がこの事業を導入するようお願いしたい。

この事業における二次予防事業の対象者のケアマネジメントは、指定介護予防支援事業者ではなく地域包括支援センターで行う。このサービスを円滑にマネジメントするため、現在の3職種に加えて認知症連携担当者等の増員が必要である。これにより、地域包括支援センターの強化につながる。また、地域支援事業の事業費を拡充すべきである。

### (3) 要支援者の基本単位について

要支援者についても、本人の意向を確認しながらのケアマネジメントプロセスが重要であるため、介護給付とのバランスに鑑み、増額をお願いしたい。

## 5. 地域密着型サービスについて

### (1) 適正な地域密着型サービスの配置を

各市町村は、日常生活圏域ニーズ調査を悉皆調査として行い、その結果分析をして適正な地域密着型サービスの配置をお願いしたい。

### (2) 利用者が移動する際の情報提供に関する評価を

認知症対応型生活介護、小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護のケアマネジャーと、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの情報連携に対する評価をお願いしたい。

## 6. その他

### (1) 地域包括支援センターの中立性について

保険者が主体的に日常生活圏域における地域包括ケアシステムを構築するため、地域包括支援センターの中立性を確保すべきである。

新規要支援・要介護利用者の情報は、地域包括支援センターに入ってくる。要支援者は地域包括支援センターでケアマネジメントを行うが、要介護者はセンターと同一法人内の居宅介護支援事業所が抱え込みを行うケースがあり、地域の事業所に新規利用者の紹介が回ってこないという声が全国の現場であがっている（当協会が調査を実施中）。

地域包括支援センター運営協議会を形骸化させず、中立性についてのチェック機能を十分に果たすべきであり、運営協議会の委員には地域のケアマネジャー組織の代表が参画すべきである。地域包括支援センターの責任主体である保険者は、包括的支援事業の実施方針を明確に示していただきたい。委託型の地域包括支援センターにおける予防給付プランについても、保険者がケアプランチェックを行う必要がある。

また、委託型のセンターは地域包括ケアシステムの構築の中心を担い、地域をつくる自覚を持つべきである。

### (2) サービス付き高齢者住宅等の集合住宅について

併設介護サービスが、意図的に支給限度基準額まで提供される可能性がある。これら現状のサービス付き高齢者住宅の課題を踏まえ、指導監督の仕組み、利用者によるサービスの自己選択の推進、囲い込み防止を強化すべきである。また、サービス付き高齢者住宅のケアマネジメントは、運営法人から分離する等、公正中立なケアマネジメントが行える環境作りを進めるべきである。

以上