社会保障審議会介護給付費分科会(第８３回)議事次第

日時：平成２３年１０月３１日（月）
１５時３０分から１８時３０分まで
於：ｸﾞﾗﾝﾄﾞｱｰｸ半蔵門（華の間（3 階））

議　題

１．通所介護の基準・報酬について

２．リハビリテーションについて

３．予防給付について

４．居宅介護支援・介護予防支援の基準・報酬について

５．その他

社保審－介護給付費分科会	
第83回（H23．10．31）	資料 1

通所介護の基準・報酬について

通所介護の基本報酬について①

【論点１】

通所介護の基本報酬については、加算の算定状況及び業務の実態を勘案し、必要な見直しを行うべきではないか。

具体的には、①機能訓練指導員を配置して個別の計画作成等を評価する個別機能訓練加算（Ⅰ）を廃止し、基本報酬に組み入れて包括化するとともに、②看護職員が配置されている通常規模型以上の基本報酬について、看護業務と機能訓練業務の実態を踏まえ、適正化を図ってはどうか。

※　併せて、個別的な機能訓練の評価を充実　→【論点３】

○　機能訓練に対する加算である個別機能訓練加算（Ⅰ）は、通常規模以上の事業所の約66%の事業所で算定されている。
○　看護職員の看護業務は主にバイタルチェックと入浴介助等の健康管理であり、従事時間は概ね2時間程度となっている。
○　個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定する場合は、機能訓練指導員を２時間配置する必要がある。看護職員は「サービス提供時間帯を通じての配置」までは求められていないため、機能訓練指導員としても従事することが可能となっており、機能訓練業務の多くに看護職員が携わっている。

通所介護の基本報酬について②

通所介護における看護職員の人員配置について

◆看護職員の配置基準（関係部分抜粋）

［指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（厚生省令第37号）］

通所介護の単位ごとに、専ら当該通所介護の提供に当たる看護職員が一以上確保されるために必要と認められる数

［指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（老企第25号）」

看護職員については、提供時間帯を通じて専従する必要はないが、当該看護職員は提供時間帯を通じて指定通所介護事業所と密接かつ適切な連携を図るものとする。

※　看護職員として従事する時間以外は他の職務に従事することが可能であり、機能訓練指導員の約7割については看護職員が従事している（平成21年時点）

	常勤(人)	非常勤(人)
看護師	0.3374	0.3015
准看護師	0.4447	0.2707

⇒ １事業所当たりの看護職員の配置は常勤換算で1.35人（兼務職員も含む）

（資料出所）厚生労働省「平成23年度介護事業経営実態調査」（老健局による集計）

通所介護における看護職員の主な看護業務と所要時間

◆バイタルチェック　1.31時間
◆入浴介助　0.74時間　→ 計2.05時間

（資料出所）（財）医療経済研究機構「通所介護・リハビリテーションに関する調査研究報告書」（平成16年度老人保健健康増進等事業）

機能訓練指導員の配置について

◆１以上（加算算定の有無にかかわらず、１以上の配置が必要）
※個別機能訓練加算（Ⅰ）算定時は１日当たり2時間の配置が必要

併せて約４時間
（１日８時間計算で0.5人分）

小規模型事業所の基本報酬について

【論点２】

通常規模型事業所と小規模型事業所の、サービス提供１回当たりに要する管理的経費の実態に応じて、小規模型の基本報酬について適正化を行ってはどうか。

※ 小規模型事業所の報酬単価は、管理的経費などのスケールデメリットを考慮し、通常規模型より１７％高い設定となっている。

※ 管理的経費の実績から比較すると、小規模型におけるサービス提供１回当たりのコストは、通常規模型と比較して約１５％高い結果となっている。

小規模型と通常規模型の管理的経費額（サービス提供1回当たりの比較）

	小規模型の中間値	通常規模型の中間値
給与費	5,960円	4,930円
減価償却費	459円	484円
その他	2,901円	2,448円
委託費（再掲）	171円	187円
光熱水費（再掲）	381円	389円
修繕費（再掲）	72円	62円
賃借料（再掲）	638円	416円
保険料（再掲）	139円	85円
租税公課（再掲）	45円	27円
事業所数	455か所	366か所
平均延利用者	231人	549人

（資料出所）厚生労働省 「平成23年 介護事業経営実態調査」により算出

	小規模型の管理的経費	通常規模型の管理的経費
減価償却費＋その他	3,360円	2,932円

サービス提供１回当たりに要する管理的経費額

3,660円/2,932円＝1.1459･･･

→ 小規模型が約15%高い

個別的な機能訓練の評価による自立支援の推進

【論点３】
　利用者の自立支援の促進の観点から、機能訓練を適切な体制で実施する事業所を評価してはどうか。具体的には、個別的な機能訓練を評価する加算を創設してはどうか。

【対応】個別的な機能訓練を評価する加算の創設

（現行）		（見直し案）
個別機能訓練加算（Ⅰ）	→	**基本報酬に組み入れ（論点１）**
個別機能訓練加算（Ⅱ）	→	同左
―	→	**個別的な機能訓練を評価する加算（新設）**

　介護予防通所介護では、運動器機能向上加算において個別的な訓練を評価しているが、通所介護においては、個別的な訓練が評価されていない。

個別的な機能訓練の実施率

約54.0%の事業所で実施されている

（資料出所）「デイサービスにおけるサービス提供実態に関する調査（暫定集計）」（平成23年度老人保健健康増進等事業）

介護予防通所介護
○運動器機能向上加算（225単位／月）
ⅰ　利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの
ⅱ　専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等(※)を1名以上配置していること。

通所介護
○個別機能訓練加算Ⅰ（27単位／日）
ⅰ　1日120分以上、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等(※)を1名以上配置していること。
ⅱ　機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成

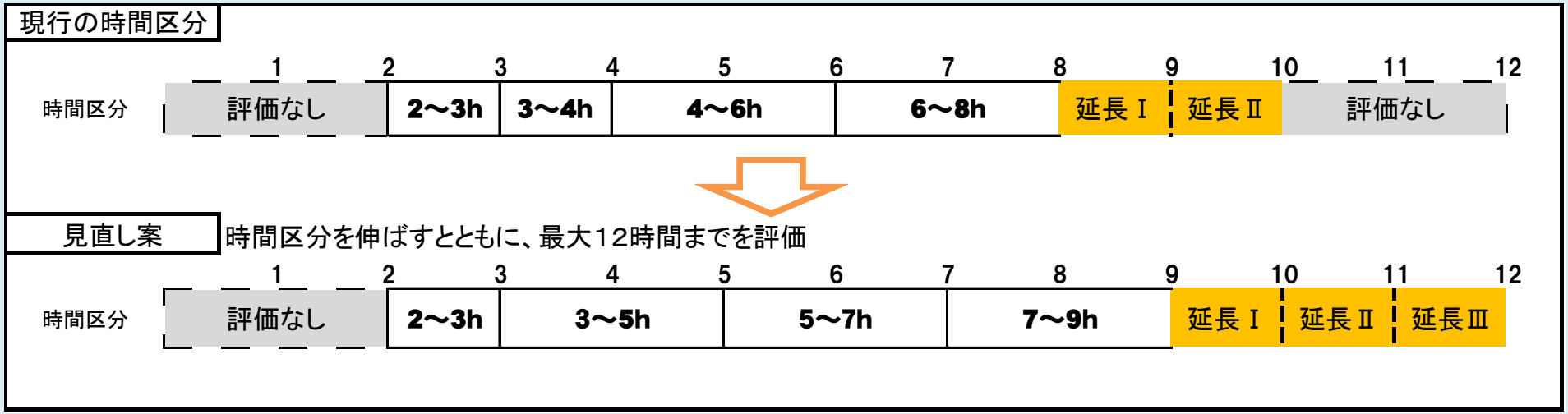
○個別機能訓練加算Ⅱ（42単位／日）　※平成21年改定にて創設
ⅰ　専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等(※)を1名以上配置していること。
ⅱ　機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成
ⅲ　複数種類の機能訓練の項目を準備

※　理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師

サービス提供時間区分について①

【論点４】

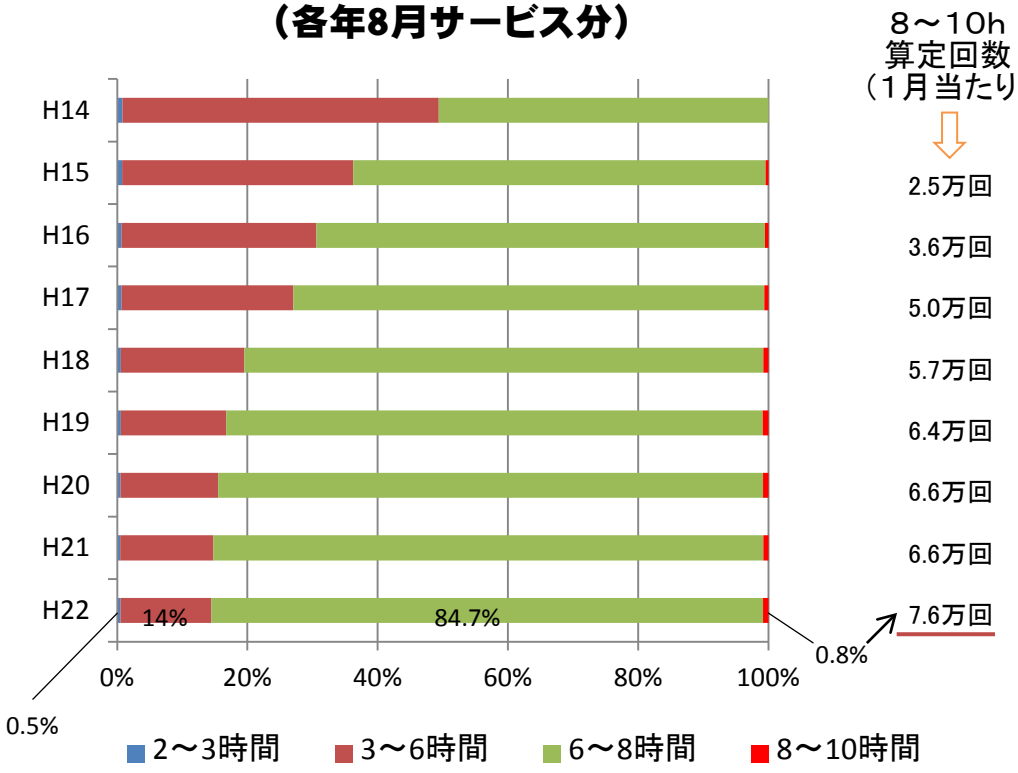
サービス提供の実態や家族介護者支援（レスパイトケア）促進等の観点から、時間区分を見直すとともに、更なる延長加算を認めて長時間のサービス提供を評価する仕組みとしてはどうか。　※　認知症対応型通所介護も同様とする



サービス提供時間区分について②

○　サービスの提供時間は年々長時間化の傾向にあり、６～８時間の区分でサービスを提供している回数割合は、全体の約85%（平成22年度実績）となっている。
○　早朝や夜間も対応できるデイサービスが必要という者の割合が、在職者で33.7%、離職者（介護を原因とする離職）で43.3%と高く、長時間化に対するニーズはあると考えられる。
○　現状においては、延長加算も含めて、最大10時間までしか評価されない。

時間区分別算定割合の推移（各年8月サービス分）



（資料出所）いずれの年度も厚生労働省「介護給付費実態調査」

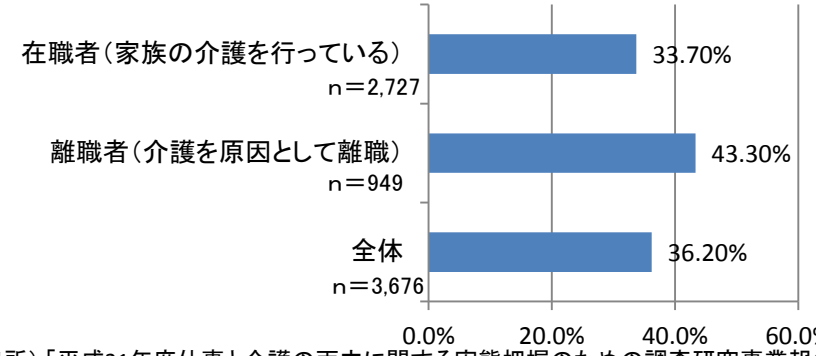
6～8時間区分におけるサービス提供時間の分布

６時間００分～６時間２９分	30.1%
６時間３０分～６時間５９分	39.4%
７時間００分～７時間２９分	26.6%
７時間３０分～７時間５９分	3.9%

※　平均サービス提供時間　６時間２７分

（資料出所）「デイサービスにおけるサービス提供実態に関する調査（暫定集計）」（平成23年度老人保健健康増進等事業）

早朝や夜間のデイサービスに対するニーズの有無



（資料出所）「平成21年度仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書」（平成21年度厚生労働省委託事業）

人員配置基準について①

【論点５】

事業者がより柔軟に事業を実施し、より効果的にサービスを提供できるよう、生活相談員と介護職員の人員基準を見直してはどうか。具体的には、①常勤換算方式を導入して、ピークタイムに手厚く配置するなどの柔軟な人員配置を可能とするとともに、②「単位ごと」の配置から「事業所ごと」の配置に見直し、複数単位を実施する場合に柔軟な取扱いを可能としてはどうか。　※　介護予防通所介護、認知症対応型通所介護も同様とする

【現行】

職　種	生活相談員	介護職員
範　囲	単位ごと	
利用定員 10人以下	1	介護・看護のいずれか1
利用定員 11人以上	1	15人までは1 （＋５人毎に1）
常勤要件	１人以上は常勤 注）利用定員10人以下は介護職員も含め１人以上は常勤	

【改定案】

職　種	生活相談員	介護職員
範　囲	**事業所ごと**	
利用定員 10人以下	**常勤換算方式 1**	**常勤換算方式 介護・看護で1（※）**
利用定員 11人以上	**常勤換算方式 1**	**常勤換算方式 15人までは1 （＋5人毎に1）（※）**
常勤要件	１人以上は常勤 注）利用定員10人以下は介護職員も含め１人以上は常勤	

※　提供時間帯を通じて、単位毎に1名以上配置する

人員配置基準について②

○　常勤換算方式の導入により、事業所の裁量により、人員配置基準の範囲内でサービスのピークタイムに手厚く配置し、オフピークタイムに薄くするというようなシフトが可能となる。
○「単位ごと」から「事業所ごと」の配置へ見直すことにより、複数単位を実施している場合は単位数にかかわらず柔軟な人員配置が可能となる。

■　必要な人員配置のイメージ１

○　1単位　○　利用定員30人　　○　サービス提供時間9:00～15:00(ピークタイムは11:00～13:00)

生活相談員1人
（6h×1人=6h）

介護職員4人
（6h×4人=24h）

見直し案

生活相談員を6h分配置

介護職員を24h分配置

※　例えば1人あたり平均4時間勤務の場合は6人配置
（4h×6人＝24h）
※　ピークタイムに手厚く柔軟な人員配置が可能

○　介護職員について、11:00～13:00の時間帯は多人数で対応し、オフピークタイムは少人数で対応するなど、柔軟な人員配置が可能

■　必要な人員配置のイメージ２

○　2単位　○　利用定員40人(20人×2単位)　○　サービス提供時間 ① 9:00～15:00 ② 9:00～12:00

生活相談員2人
（6h＋3h=9h）

介護職員4人
（6h×2人=12h
3h×2人=6h
12h＋6h=18h）

見直し案

生活相談員を6h分配置

※　単位数にかかわらず柔軟な人員配置が可能

介護職員を18h分配置

※　例えば1人あたり平均3時間勤務の場合は6人配置
（3h×6人＝18時間）
※　単位数にかかわらず柔軟な人員配置が可能

○　介護職員について、単位ごとの提供時間が重複する9:00～12:00の時間帯は多人数で対応し、オフピークタイムは少人数で対応するなど、柔軟な人員配置が可能
○　生活相談員について、単位ごとに配置する必要がなくなり、柔軟な人員配置が可能

同一建物の住宅から通所介護を利用する場合の送迎費用について

【論点６】

通所介護事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の適正化を図ってはどうか。

※　通所リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護においても同様とする。

○　平成１８年報酬改定において、算定率が９割を超えていた送迎加算（片道47単位）を基本報酬に包括化して評価したところであり、現在も、往復分の送迎に係る評価が基本報酬に組み込まれているところ。

○　しかしながら、通所介護事業所と同一建物に居住する高齢者については、概ね送迎が不要と考えられ、その分利用者は不要な利用料を支払っていることになる。

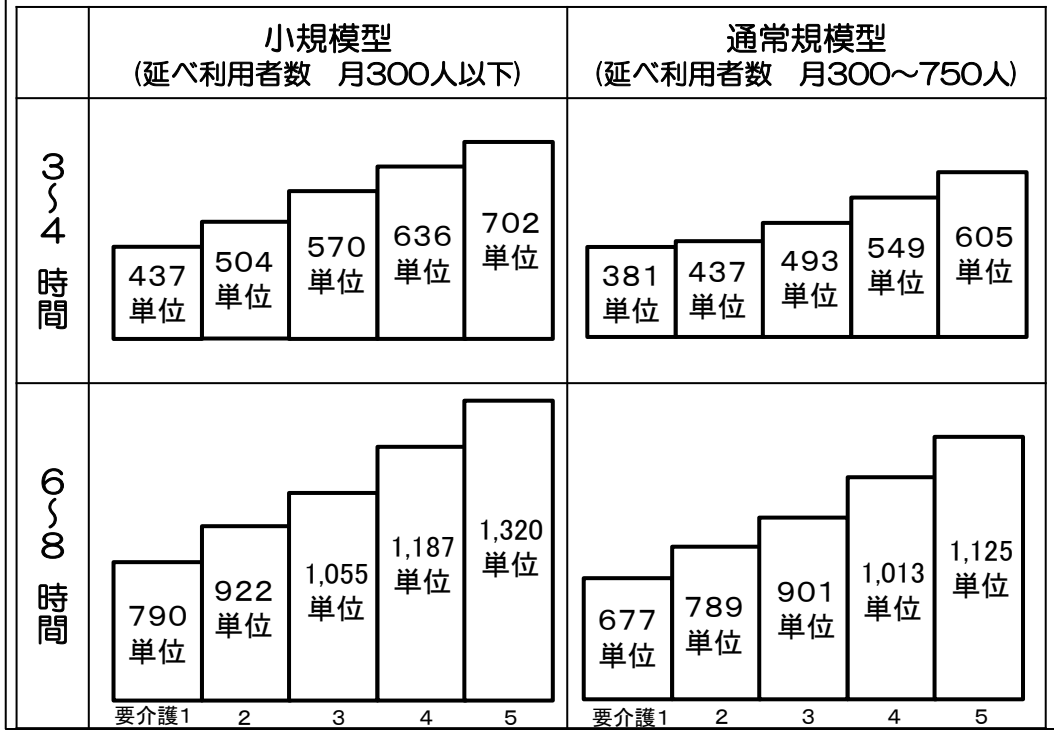
通所介護の介護報酬について

参考

※ 加算・減算は主なものを記載

指定通所介護の介護報酬のイメージ（1回あたり）

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費（例）



利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

＋

- 入浴介助を行った場合（50単位）
- 栄養状態の改善のための計画的な栄養管理（150単位）
- 個別機能訓練の実施（２７単位、４２単位）
- 口腔機能向上への計画的な取組（150単位）
- 中山間地域等でのサービス提供（+5%）
- 介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置（12 単位、6単位）

－

- 定員を超えた利用や人員配置基準に違反（－３０%）
- 事情により、2～3時間の利用の場合（3～4時間の単位から　－３０%）

指定介護予防通所介護の介護報酬のイメージ（1月あたり）

要支援度に応じた基本サービス費

- 要支援１　2,２２６単位
- 要支援２　4,３５３単位

＋

ニーズに応じた選択的サービス

- ・運動機能の向上　（225単位）
- ・栄養状態の改善　（150単位）
- ・口腔機能の向上　（150単位）

＋

利用者の状態改善に取組む事業所の評価

- 要支援度の維持改善の割合が一定以上（100単位）

社保審－介護給付費分科会	
第83回（H23．10．31）	資料 2

リハビリテーションについて

通所リハビリテーションの基準・報酬について

【論点１】

通所リハビリの機能を明確にし、医療保険から移行をより円滑にするため、個別リハビリに着目した評価に見直してはどうか。

具体的にはリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を見直し、週１回利用での個別リハビリを実施する時の評価を行うとともに、所要時間１時間以上２時間未満の短時間型通所リハビリにおいて個別リハビリの更なる評価を行ってはどうか。

また、あわせて所要時間が長時間である通所リハビリの基本報酬については適正化を行ってはどうか。

【論点１-①】リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の見直し

利用頻度が月８回未満であっても、適切なリハビリテーションマネジメントのもとで個別リハビリテーションが提供されている場合は、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件を見直してはどうか。

（現行）

○ リハビリテーション実施計画を策定し、月８回以上通所リハビリテーションを利用した場合に算定。

（見直し案）

○ リハビリテーション実施計画を策定し、**月４回以上**通所リハビリテーションを利用した場合に算定。

※既存の要件（リハビリテーション実施計画の策定等）に、以下の要件を加える。

要件：新規利用者全員に対し、利用開始後１月までの間に利用者の居宅を訪問し、居宅での利用者の日常生活動作の状況、家屋環境等を確認した上、居宅での日常生活動作能力の維持・向上に資するリハビリテーション計画を策定すること。

（参考）リハビリテーションマネジメント加算について

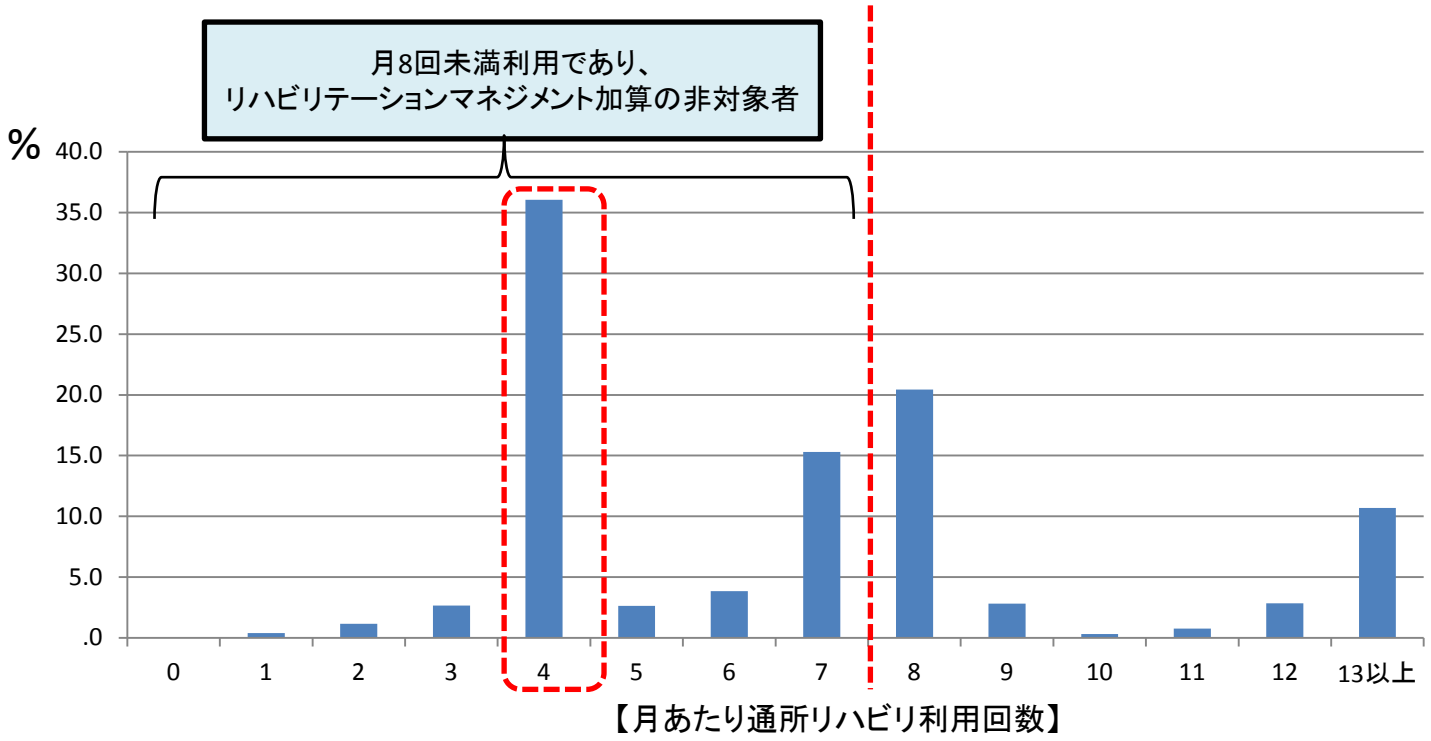
〇リハビリテーションマネジメント加算（1月につき２３０単位）

・1月に8回以上通所している場合に、1月に1回算定するものとすること。
・医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成していること。
・利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定通所リハビリテーションを行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録していること。
・利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
・指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、指定居宅介護支援事業者を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。

リハビリテーションマネジメント加算を算定していない利用者の月あたり通所リハビリ利用回数

○リハビリテーションマネジメントを行っていても、月8回未満の利用者はリハビリテーションマネジメント加算の対象となっていない。
○現在、リハビリテーションマネジメント加算を算定していない利用者の通所リハの利用頻度は月４回（週１回）が最頻値であった。

リハビリテーションマネジメント加算を算定していない利用者の月あたり通所リハビリ利用回数

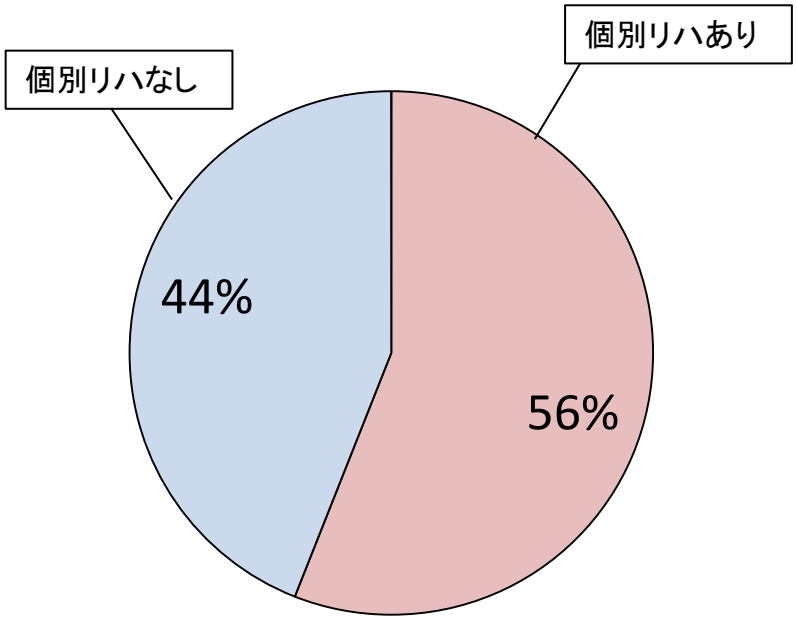


出典：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査（速報値）」

リハビリテーションマネジメント加算を算定していない利用者の個別リハビリ実施状況

〇個別リハビリテーション実施加算は、月8回以上通所し、リハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者のみ算定可能となっている。
〇リハビリテーションマネジメント加算を算定していない利用者のうち、56%の利用者は、20分以上の個別リハビリを実施しているが、個別リハビリテーション実施加算は算定できない。

リハビリテーションマネジメント加算を算定していない利用者のうち、20分以上の個別リハビリを実施した利用者



N=4,907

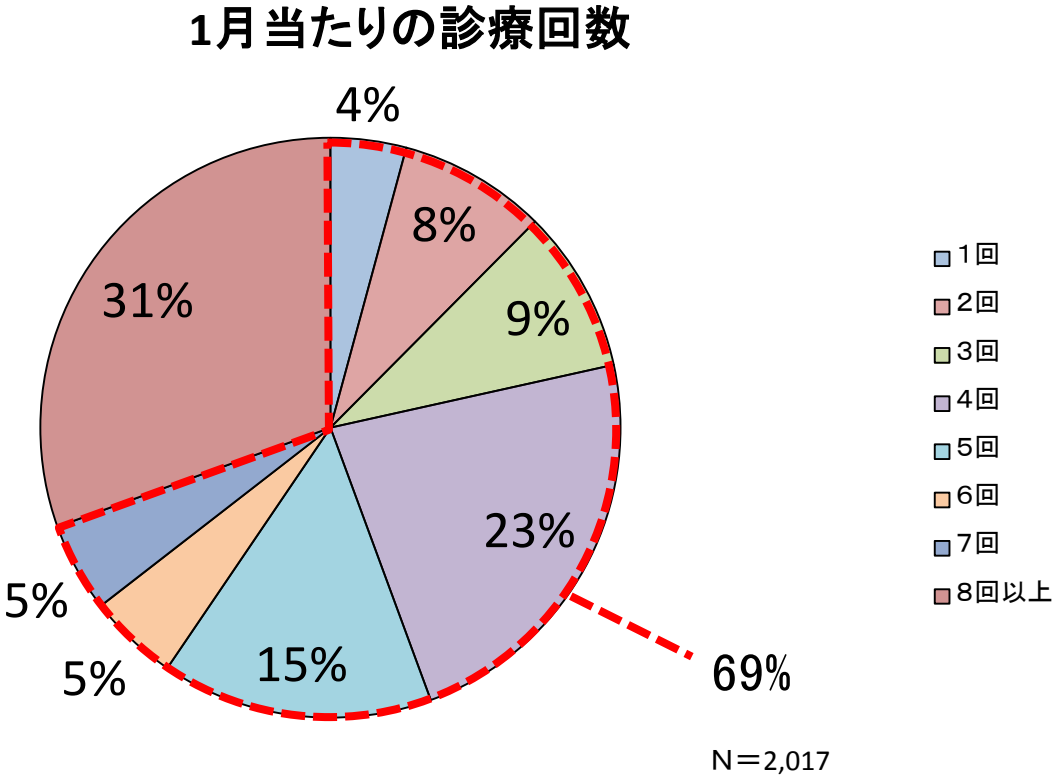
〇個別リハビリテーション実施加算

<u>リハビリテーションマネジメント加算を算定した上</u>、1回20分以上の個別リハビリを行った場合に算定できる。
月13回まで。

出典：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査（速報値）」

医療保険でのリハビリ提供の実態

○　医療保険で生活期のリハビリテーションを受けている患者※の1月当たりの通院回数は、8回未満が69%であり、そのうち月４回（週１回）が23%と最頻値であった。



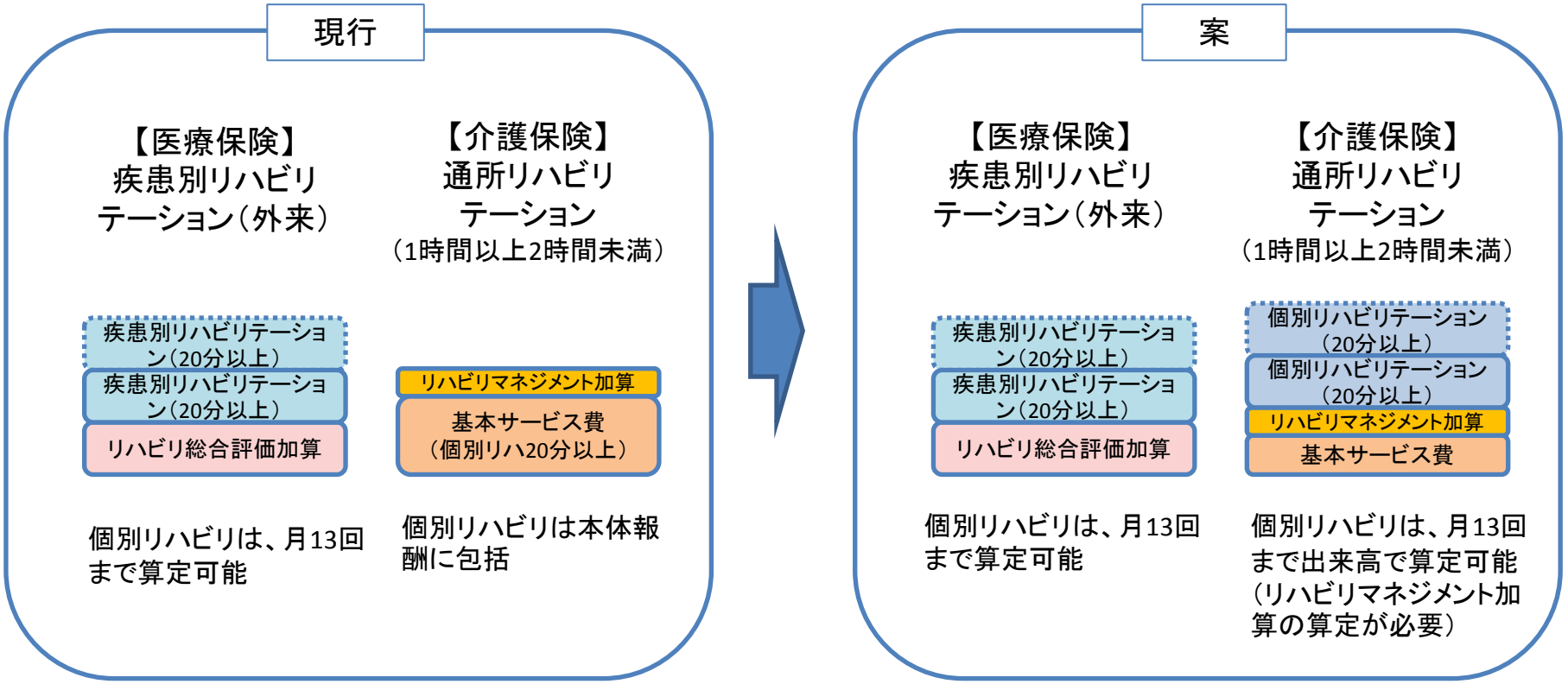
※平成23年7月途中で標準算定日数を超えた者及び平成23年7月当初から標準算定日数を超え、治療の継続により状態の維持が期待できると判断された者

出典：診療報酬改定結果検証に係る調査（平成22年度調査）「回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査（速報値）」保険局医療課調べ

【論点1-②】1時間以上2時間未満の短時間型通所リハビリの強化

所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリにおいては、個別リハビリテーション実施加算を1日に複数回算定可能としてはどうか。

【イメージ図】



サービス提供時間別の個別リハ実施状況

○　1時間以上2時間未満通所リハビリは他のサービス提供時間に比べ、1人当たりの個別リハビリ実施時間が長く、平均要介護度の悪化度も小さい。

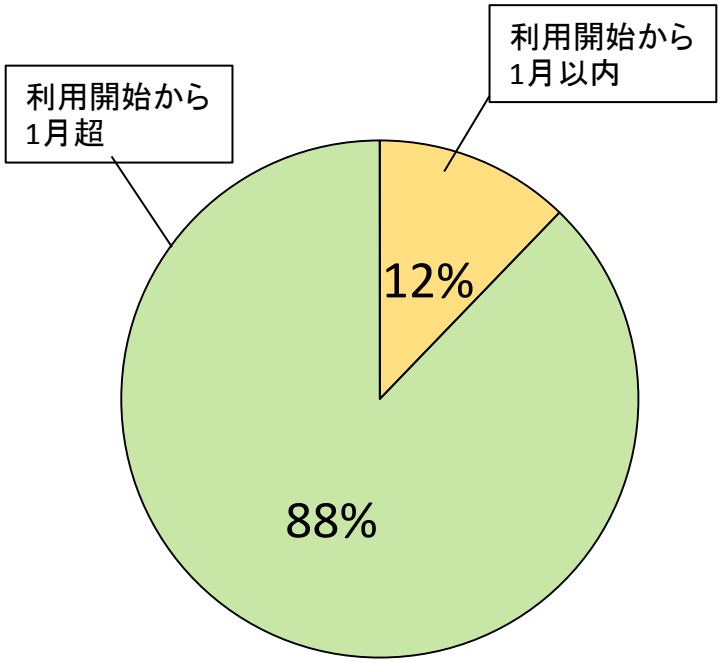
サービス提供時間	利用者数	個別リハ実施者1人当たり平均個別リハ時間（分）	個別リハビリ実施率	1年間の要介護度変化の平均
1時間以上2時間未満	271	26.3	100%	＋0.025
3時間以上4時間未満	726	22.3	86.1%	＋0.048
4時間以上6時間未満	1,884	21.6	72.3%	＋0.066
6時間以上8時間未満	18,087	21.8	75.7%	＋0.095

出典：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査（速報値）」

1時間以上2時間未満の通所リハビリにおける個別リハビリ実施状況

〇短期集中リハビリテーション実施加算は退院（所）後、１月以内は40分の個別リハビリを、２月から３月以内は20分の個別リハビリを評価している。
〇1時間以上2時間未満の通所リハビリにおいて、個別リハビリを40分以上実施した利用者のうち、88%は40分個別リハビリを行うことが算定要件となっていないにも関わらず行われていた。

1時間以上2時間未満の通所リハビリにおける個別リハビリを40分以上実施した利用者



〇短期集中リハビリテーション実施加算

退院（所）日等～1月：
個別リハ　40分×２日/週以上実施が算定要件（280単位/日）

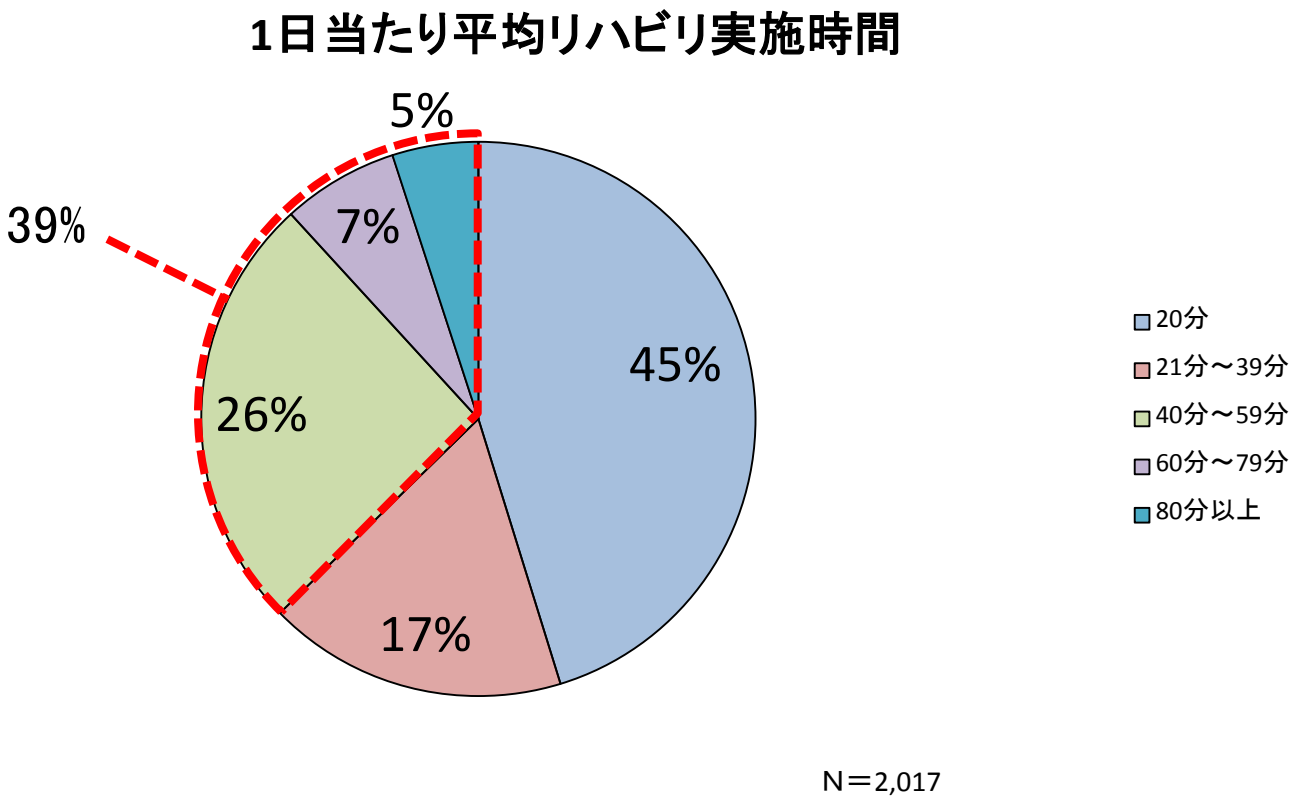
退院（所）日等から１月～３月：
個別リハ　20分×２日/週以上実施が算定要件（140単位/日）

※退院（所）日等から３月以降は個別リハに係る加算はない。

出典：「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査」（速報値）（平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）

医療保険でのリハビリ提供の実態

○　医療保険で生活期のリハビリテーションを受けている患者※の1回の通院における平均40分以上のリハビリテーション実施者は39%であった。



※平成23年7月途中で標準算定日数を超えた者及び平成23年7月当初から標準算定日数を超え、治療の継続により状態の維持が期待できると判断された者

出典：診療報酬改定結果検証に係る調査（平成22年度調査）「回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査（速報値）」保険局医療課調べ

【論点２】通所リハビリにおける医療の必要性の高い利用者を受け入れることを評価してはどうか。

【対応】要介護４、５の利用者のうち、下記の状態にある利用者に対して、医学的管理、療養上必要な処置を行った場合を加算で評価する。

算定対象となる一定の状態（案）	○常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ○呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ○中心静脈注射を実施している状態 ○人工腎臓を実施している状態 ○膀胱または直腸障害で、身体障害者障害程度等級表4級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している状態 ○経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態。 ○褥瘡に対する治療を実施している状態 ○気管切開が行われている状態

通所リハビリにおける医療の必要な利用者の状況

○通所リハビリにおいては、医療の必要性の高い利用者の割合は必ずしも高くない。

	通所リハビリの利用者※1	短期入所療養介護の利用者※2			在宅※3（注）
		介護老人保健施設	病院	診療所	
総　数	22,295人	1,401　人	344　人	110　人	3,741人
人工呼吸器	0.0%	0.1%	1.2%	0.9%	1.6%
気管切開・気管内挿管	0.1%	0.4%	4.9%	5.5%	3.6%
酸素療法	0.5%	1.0%	4.7%	7.3%	7.1%
喀痰吸引	0.6%	2.8%	14.5%	20.9%	7.6%
経鼻経管・胃ろう	1.1%	4.8%	18.0%	31.8%	12.4%

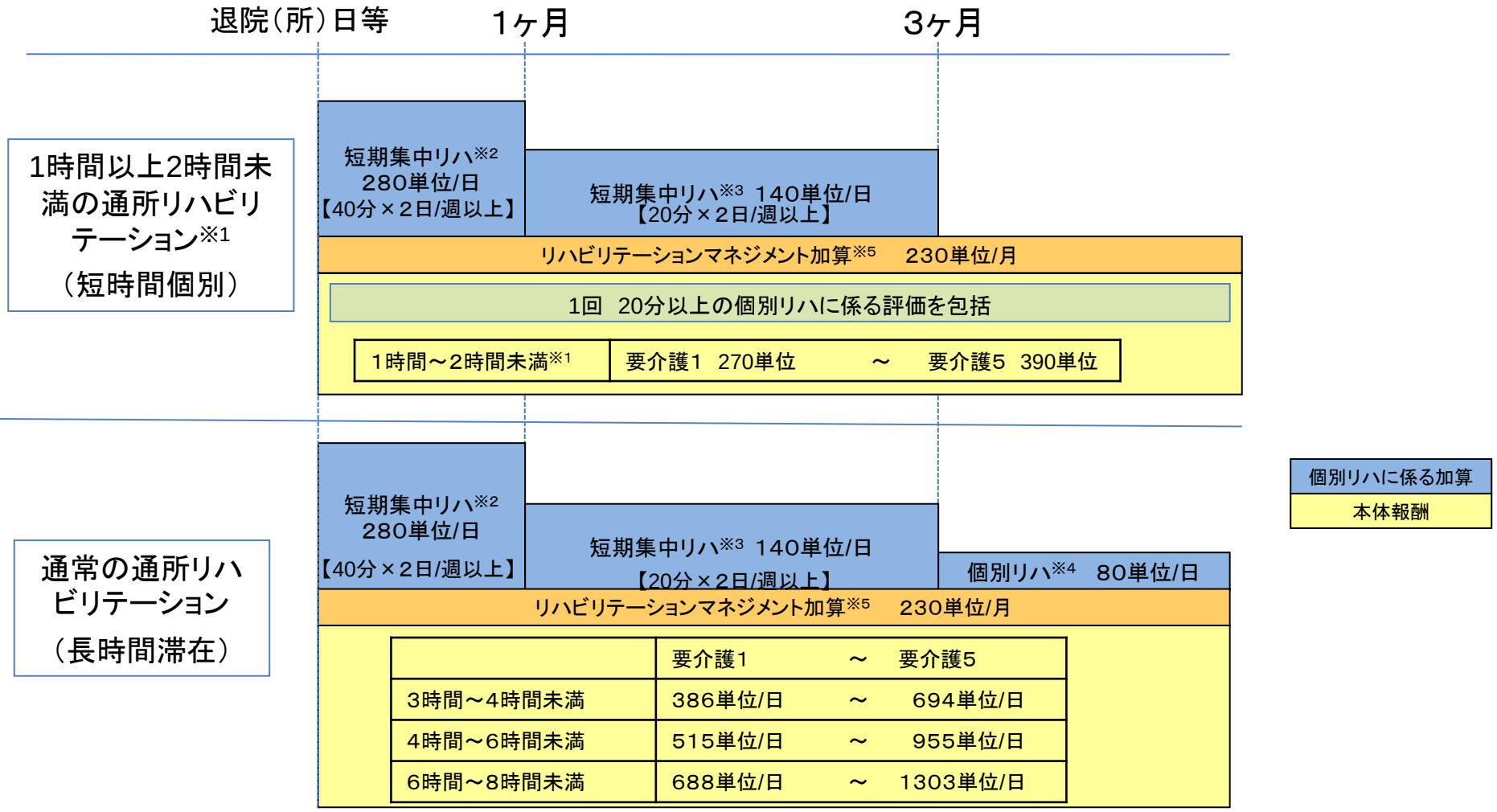
注：在宅療養支援病院・診療所において訪問診療または往診を受けている在宅療養者

出典：※1平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査（速報値）」
※2平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「医療依存度の高い要介護高齢者の在宅生活継続のための短期入所療養介護のあり方に関する調査」
※3「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査（速報値）」平成22年度老人保健健康増進等事業

【論点３】報酬体系の整合性

【対応】現状ではサービス提供時間により、個別リハビリが本体報酬に包括されているかどうかの取り扱いが異なる等、複雑な報酬体系となっているため、サービス提供時間に関わらず同一の取り扱いとしてはどうか。

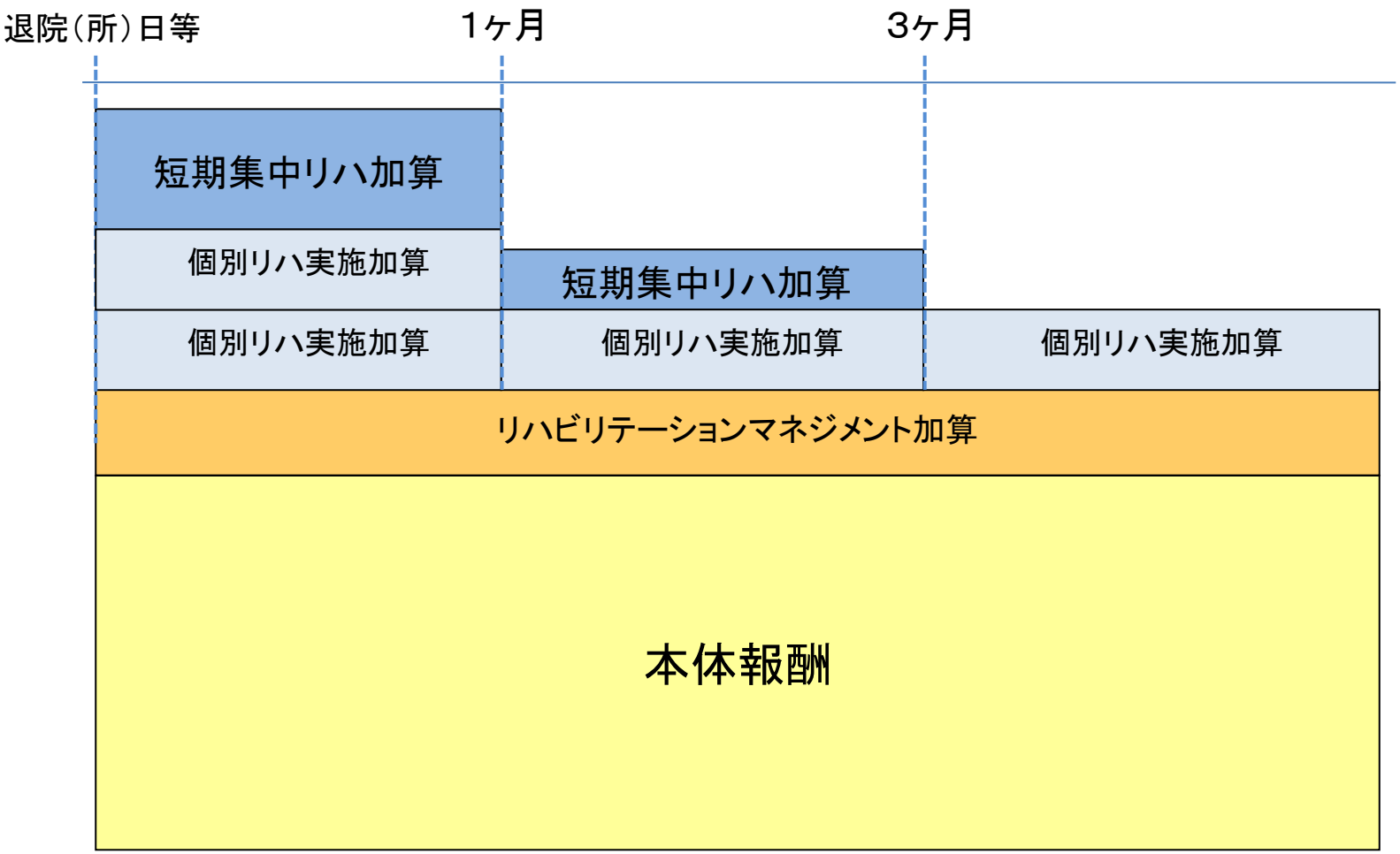
現行の通所リハビリの報酬イメージ



	要介護1 ～ 要介護5
3時間～4時間未満	386単位/日 ～ 694単位/日
4時間～6時間未満	515単位/日 ～ 955単位/日
6時間～8時間未満	688単位/日 ～ 1303単位/日

※1:1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る。(平成21年度改定で新設。個別リハ加算は算定できない)
※2:リハビリテーションマネジメント加算を算定し、週2回以上1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
※3:リハビリテーションマネジメント加算を算定し、週2回以上1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
※4:リハビリテーションマネジメント加算を算定し、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。月13回まで。
※5:リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

見直し後の通所リハビリの報酬イメージ



通所介護と同様の論点

【論点４】サービス提供事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の適正化を図ってはどうか。

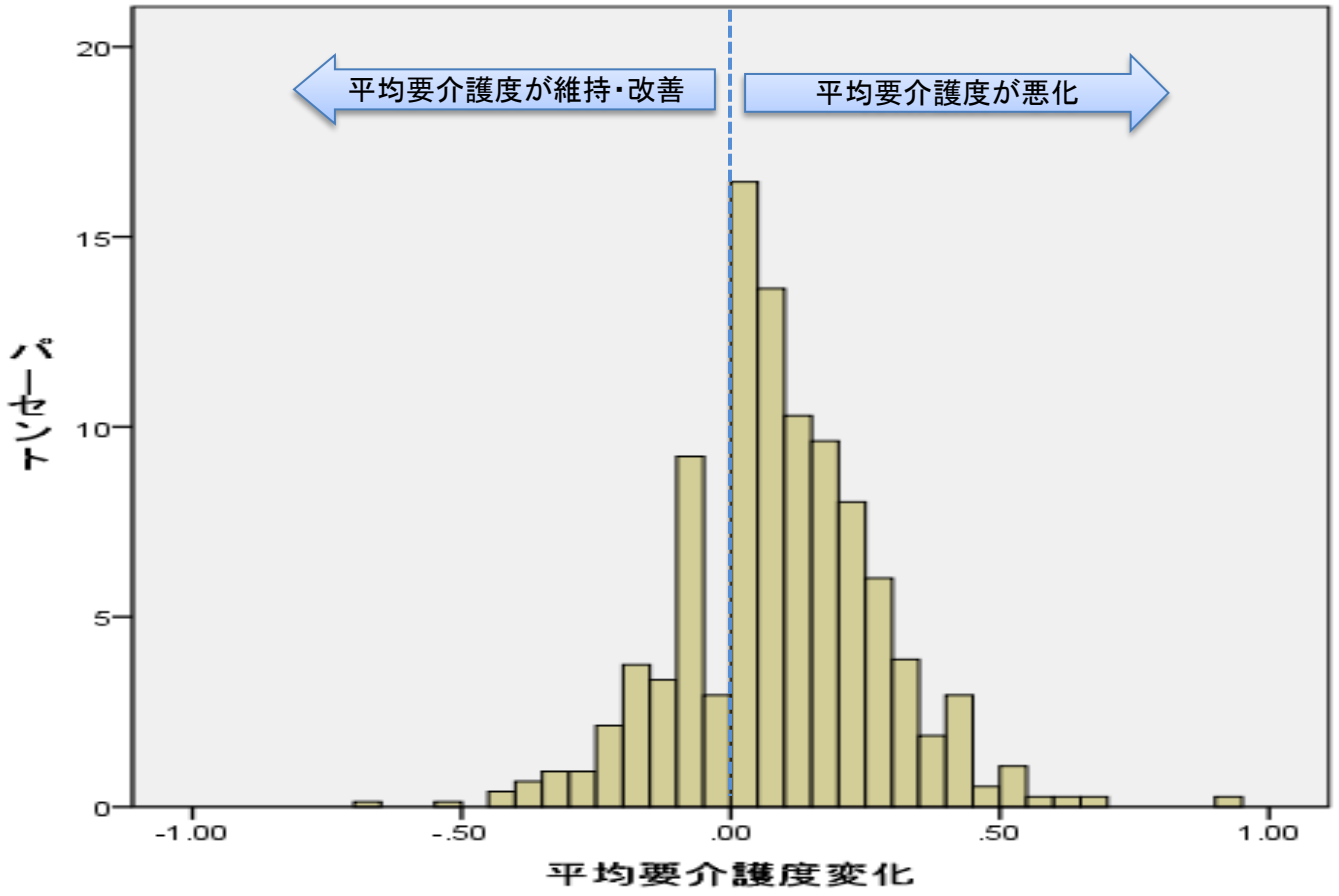
【対応】通所介護と同様の対応をとってはどうか。

【その他の論点】

通所リハビリの質の評価として、事業所毎の利用者の要介護度変化等をアウトカムとして事業所を評価することについてどう考えるか。

通所リハビリ事業所毎の１年間の平均要介護度の変化

○　1年間の平均要介護度の差については、改善している事業所と悪化している事業所のばらつきがある。



注）対象事業所：1年前と1年後で、同じ利用者が10事例以上ある事業所。

出典：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査（速報値）」

事業所毎の調査時平均要介護度別の一年間の平均要介護度の変化

○　要介護度が低い利用者が多い事業所は、1年間の平均要介護度は重度化しにくい反面、より重度者が多い事業所ほど1年間の平均要介護度は重度化する傾向がある。
○　重度者をより多く受け入れている事業所ほど、1年間の平均要介護度変化は悪化しやすい。

より重度者が多い事業所

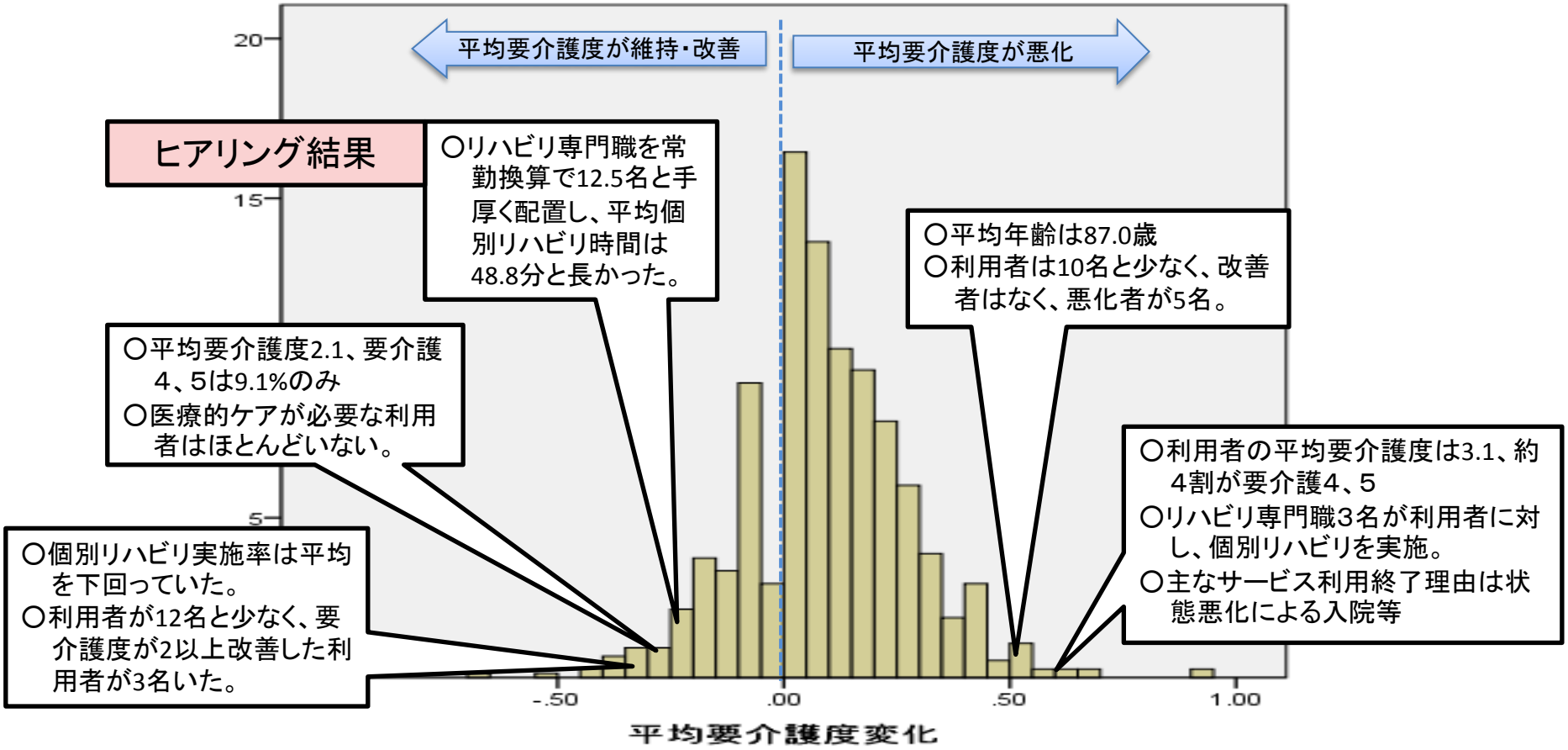
調査時の平均要介護度	1年間の平均要介護度の変化
1.0～1.5	－0.03
1.5～2.0	＋0.03
2.0～2.5	＋0.06
2.5～3.0	＋0.14
3.0～3.5	＋0.22
3.5～4.0	＋0.23
4.0～4.5	＋0.50
全体	＋0.09

1年間の平均要介護度はより重度化

出典：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査（速報値）」

通所リハビリ事業所毎の１年間の平均要介護度の変化の要因分析

○平均要介護度が改善している事業所と悪化している事業所で、リハビリの提供状況やリハビリ専門職の配置に大きな差は認められなかった。
○改善している事業所は人員配置を厚くし、充実したリハビリを行っている事業所がある一方で、重度者の割合が少なく、医療的ケアの必要性が低い利用者を中心に受け入れている事業所もあった。
○悪化している事業所は重度者が多く、平均年齢が高い傾向が認められた。
○事業所毎のサービスの質の差より、利用者の特性の方が事業所の平均要介護度の変化に影響を及ぼすと考えられ、要介護度変化をアウトカムとして事業所を評価することについては専門家からも慎重な意見があった。



注）対象事業所：1年前と1年後で、同じ利用者が10事例以上ある事業所。

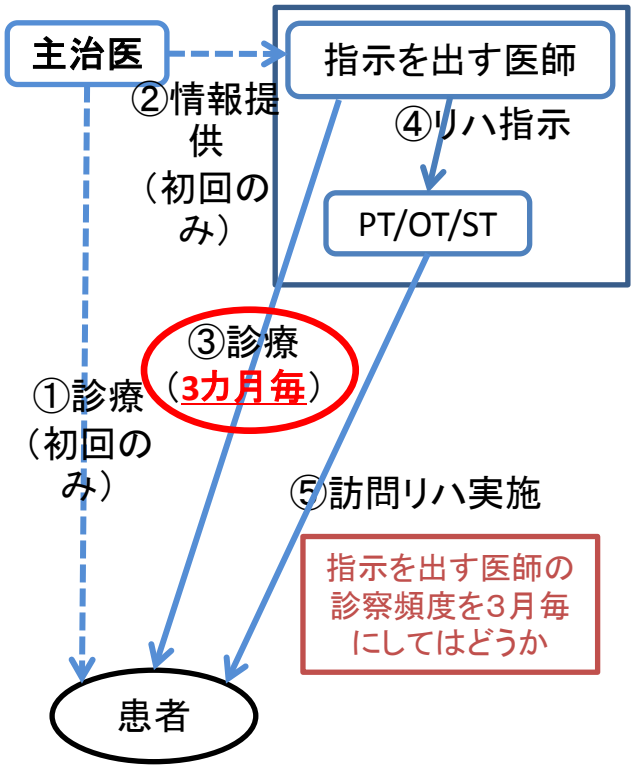
出典：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査（速報値）」

訪問リハビリテーションの基準・報酬について

【論点１】訪問リハビリ指示について、リハビリ指示を出す医師の診察頻度を利用者の状態像に合わせて柔軟な対応を可能としてはどうか。

【対応】

医師の指示頻度について、利用者の状態像にあわせ、現行の１月毎から３月に１度以上に見直す。



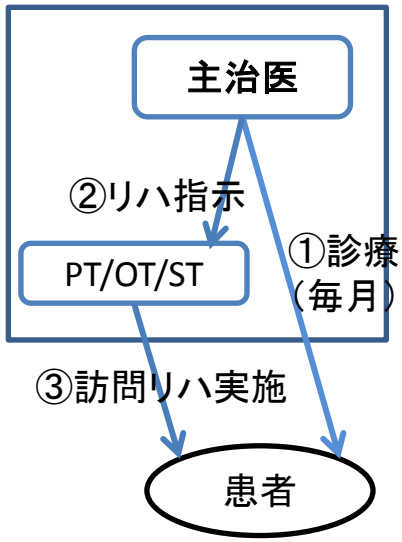
注：主治医は、患者の状態像の変化に応じて適宜情報提供を行う

訪問リハビリテーションの提供の流れについて

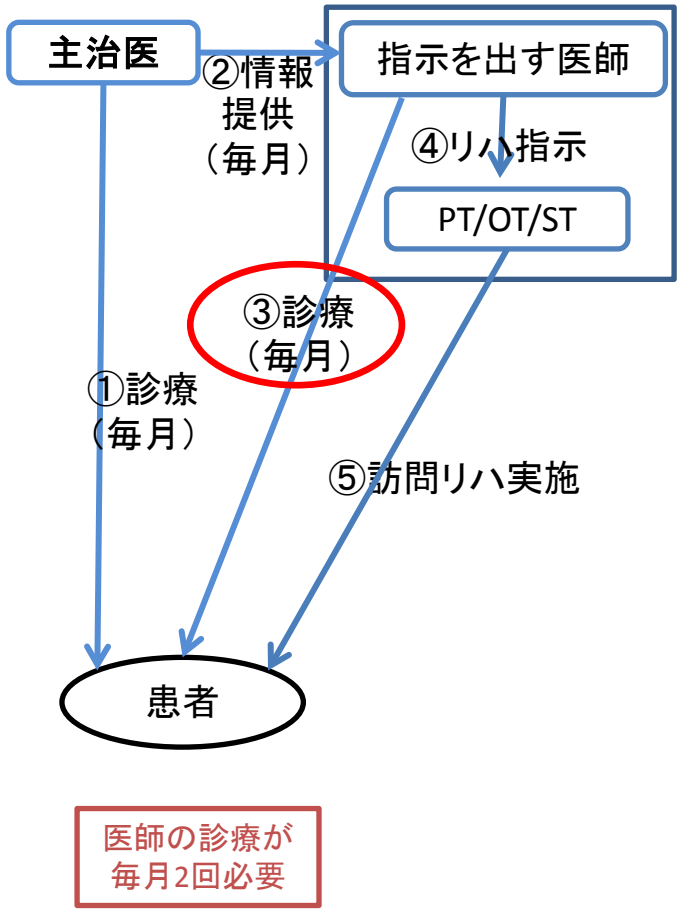
○　他医療機関の医師に情報提供を行って訪問リハビリテーションを提供する場合、１月に一度の情報提供に係る主治医の診察と、情報提供を受けた訪問リハビリテーション事業所の医師の診察が必要である。

【現行】

主治医が訪問リハビリテーションを提供する場合



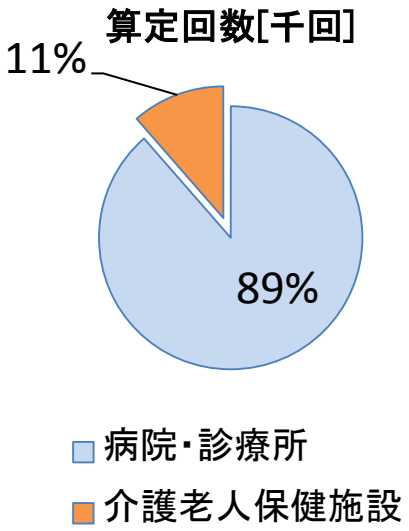
主治医が訪問リハビリテーションを提供できない場合



医師の診療が
毎月2回必要

【論点2】介護老人保健施設を地域において在宅療養を支援する拠点として位置づけるため、介護老人保健施設から提供される訪問リハビリテーションを見直してはどうか。

【対応】：介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションについては、病院・診療所と同様にする



	現行
病院・診療所の医師の診療	指示を行う医師の診療の日から1月以内に行われた場合に算定
介護老人保健施設の医師の診療	①入所者の退所時 ②当該施設で行っていた通所リハビリテーションを最後に利用した日 ③ ①又は②の直近に行った診療の日 ①、②又は③から1月以内に行われた場合に算定

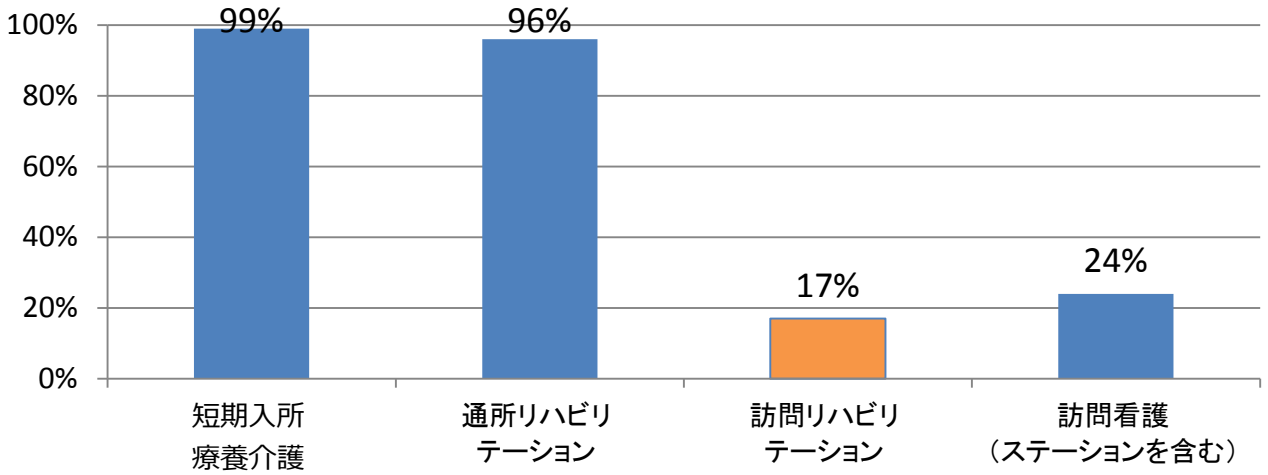
（案）
指示を行う医師の診療の日から3月以内※に行われた場合に算定 ※論点1にあわせる

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成23年2月審査分）

訪問リハビリテーション事業所の併設の状況

○ 介護老人保健施設のうち、訪問リハビリテーションを併設している事業所は少ない。

居宅サービス事業所を併設している介護老人保健施設の割合



通所リハビリテーション事業所を併設する介護老人保健施設の訪問リハビリテーション事業所の併設の状況

		訪問リハビリテーション事業所を併設する施設							
		あり		なし				計	
						訪問看護を併設			
通所リハビリテーション事業所を併設する施設	あり	269	17.1%	1241	78.8%	262	16.6%	1510	95.9%
	なし	3	0.2%	61	3.9%	−	−	64	4.1%
	計	272	17.3%	1302	82.7%	−	−	1574	100.0%

出典：平成23年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における入所・短期入所リハビリテーションがもたらす在宅復帰・在宅生活支援に関する調査研究事業（速報値）」

【論点３】リハビリ専門職と訪問介護のサービス提供責任者が同一時間帯に利用者宅を訪問し、リハビリ専門職からサービス提供責任者へ指導等を行うことを評価してはどうか。

【対応】訪問リハビリ・訪問介護の連携による指導・相談等に対する評価〔新設〕（案）

注１：訪問リハビリ実施時に、医師の指示に基づき、リハビリ専門職による身体機能等のアセスメントおよびサービス提供責任者への指導を行い、それを踏まえて訪問介護計画を作成する。
注２：３月に一度を限度に算定可として、定期的に実施する。

〇具体的なイメージ

〇ベッドから車いすの移乗方法について、リハビリ専門職が身体機能、家屋の状況、福祉用具等のアセスメントを行い、利用者の身体的な残存能力を生かし、ADL維持に資する方法について、技術的指導を行う。
〇訪問介護事業者においても、介助を行う上での問題点等をリハビリ専門職へ適宜相談する。

リハビリ専門職の果たすべき役割について

地域包括ケア研究会報告書（平成22年3月）（抜粋）

○　リハビリテーションについては、PT・OT等の専門職が直接サービス提供するだけでなく、利用者の生活機能に係る状態をアセスメントし、生活機能向上に資するリハビリテーション計画及び評価するマネジメントを提供する新しいサービス類型を導入したり、ヘルパーに在宅における機能訓練方法を指導したりすることによって自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図る。

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会
「介護保険制度の見直しに関する意見」（抜粋）

○（略）現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。

【論点４】：訪問リハビリの地域差軽減のため、サテライト型訪問リハビリ事業所の整備を検討してはどうか。

【対応】サテライト型訪問リハビリ事業所の整備

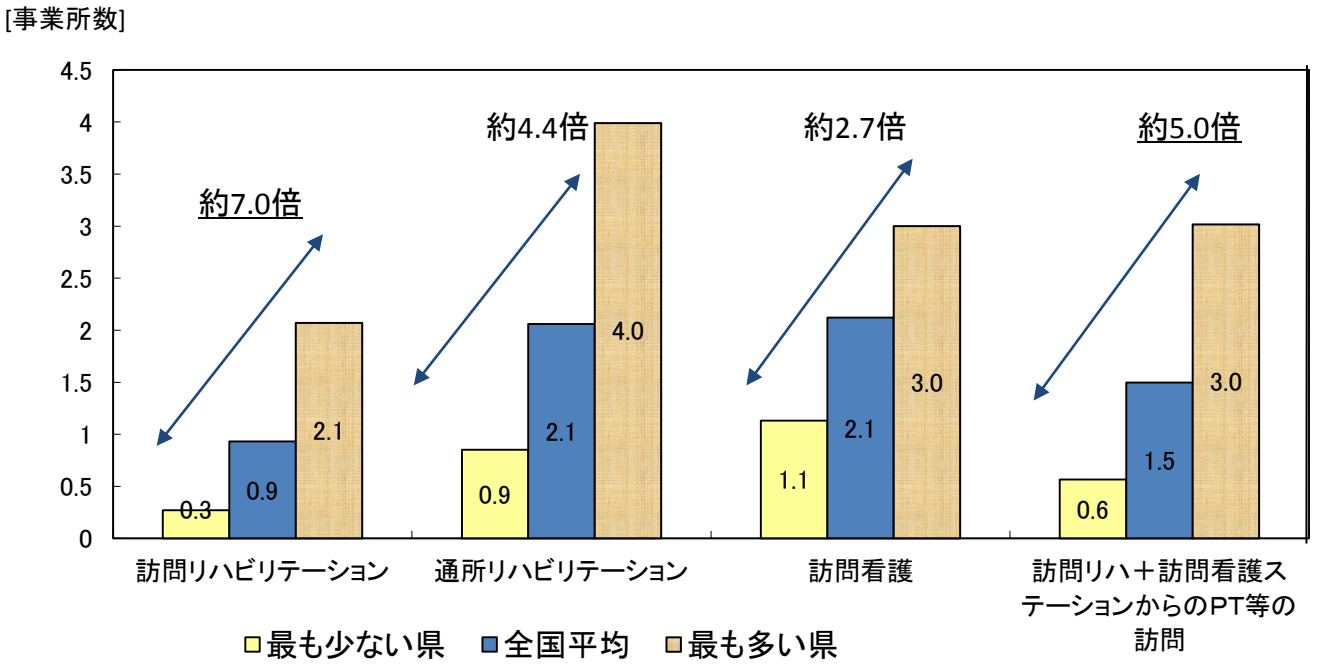
訪問リハビリは原則としてサービス提供の拠点毎に事業者指定を行うこととするが、職員体制、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われる場合に、サテライト型訪問リハビリ事業所として、一体的なサービス提供の単位として本体の事業所に含めて指定する。

ただし、サテライト型訪問リハビリ事業所を設置する場合は届出を義務とする。

訪問リハビリの利用状況と課題

○　1000人当たりの事業所は、都道府県ごとに設置状況に差がある。

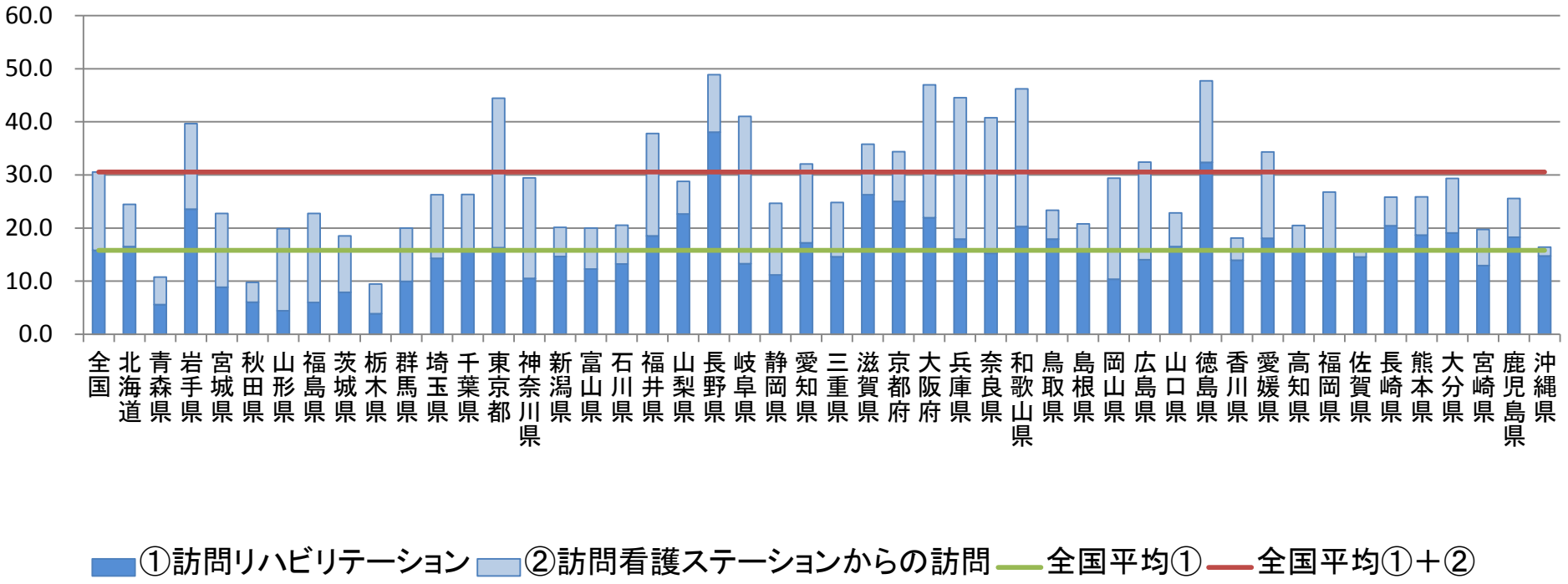
要介護者1000人当たりの請求事業所数の都道府県比較



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成21年度）

訪問リハビリ等の利用者数の地域差について

○　要介護認定者1000人当たりの利用者数についても、都道府県ごとに差がある。



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（平成22年7月審査分）

参考資料

通所リハビリと通所介護の個別リハビリ・機能訓練の実施状況とリハビリ専門職・看護職配置

○通所リハビリの方が個別リハビリ（個別機能訓練）実施率が高く、また、リハビリ専門職によって実施された率も高かった。

		通所リハビリ	通所介護
個別リハビリ等の提供	個別リハビリ・個別機能訓練実施率	76.0%	61.7%
	PT・OT・STが実施した個別リハビリ（個別機能訓練）の割合	96.1%	12.3%
	1人当たり平均個別リハビリ時間	16.6分	―
職員配置	1事業所あたりPT・OT・ST常勤換算数	1.9人	0.1人
	1事業所あたり看護職常勤換算数	1.1人	1.3人

出典：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査（速報値）」

通所リハビリテーションの施設基準等

<table>
<tr><td colspan="2">開設者</td><td>老健・病院・診療所（病院・診療所は法人格不要）</td><td>診療所
(利用者人数が同時に10人以下の場合)</td></tr>
<tr><td colspan="2">設備</td><td colspan="2">・専用の部屋等
・3㎡×利用定員(老健の場合：食堂の面積を加えても可)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">人員配置</td><td>医師</td><td>専任・常勤：1人以上</td><td>専任：1人以上
（医師1人に1日48名以内）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">看護職員
介護職員
PT・OT・ST</td><td>利用者10人に対し、専従で1人以上</td><td>専従で1人以上</td></tr>
<tr><td>専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、STが、利用者100人に対し、1人以上</td><td>専らリハビリテーションの提供に当たる専従PT、OT、ST又はリハに1年以上従事した経験のある看護師が、常勤換算で0．1人以上</td></tr>
</table>

※　1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについては、定期的に適切な研修を修了している看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ師をPT等に含めることができる

通所リハビリテーションの利用状況

○ 通所リハビリテーションの受給者数、請求事業所数は、近年では横ばいである。

図1．通所リハビリテーションの請求事業所数の推移

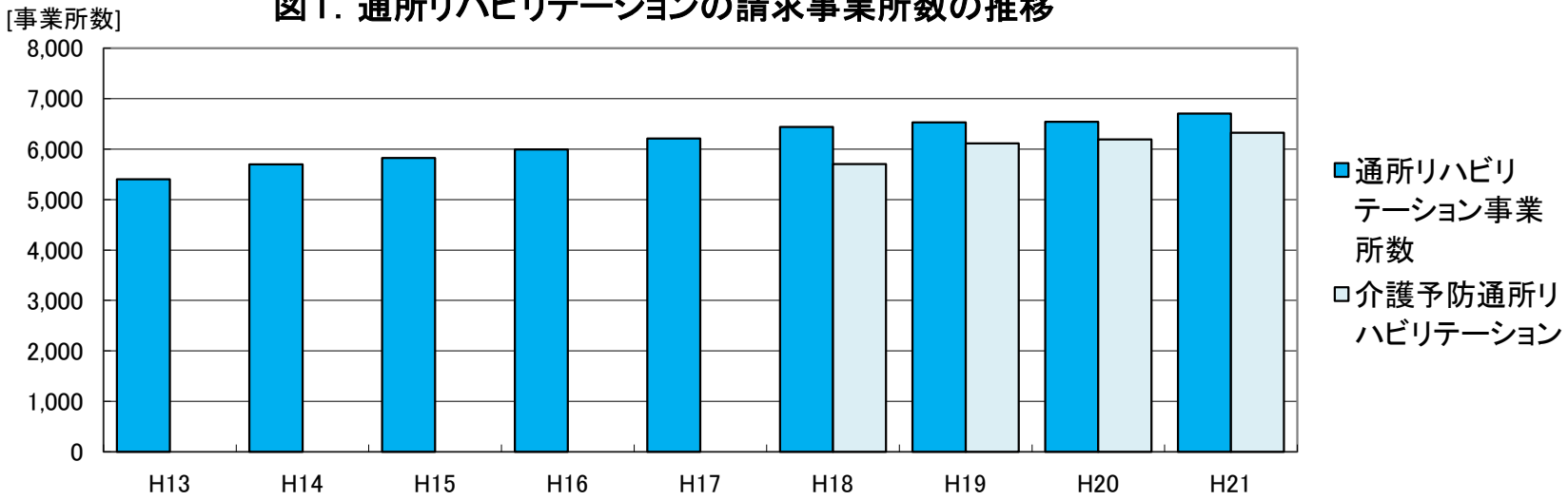
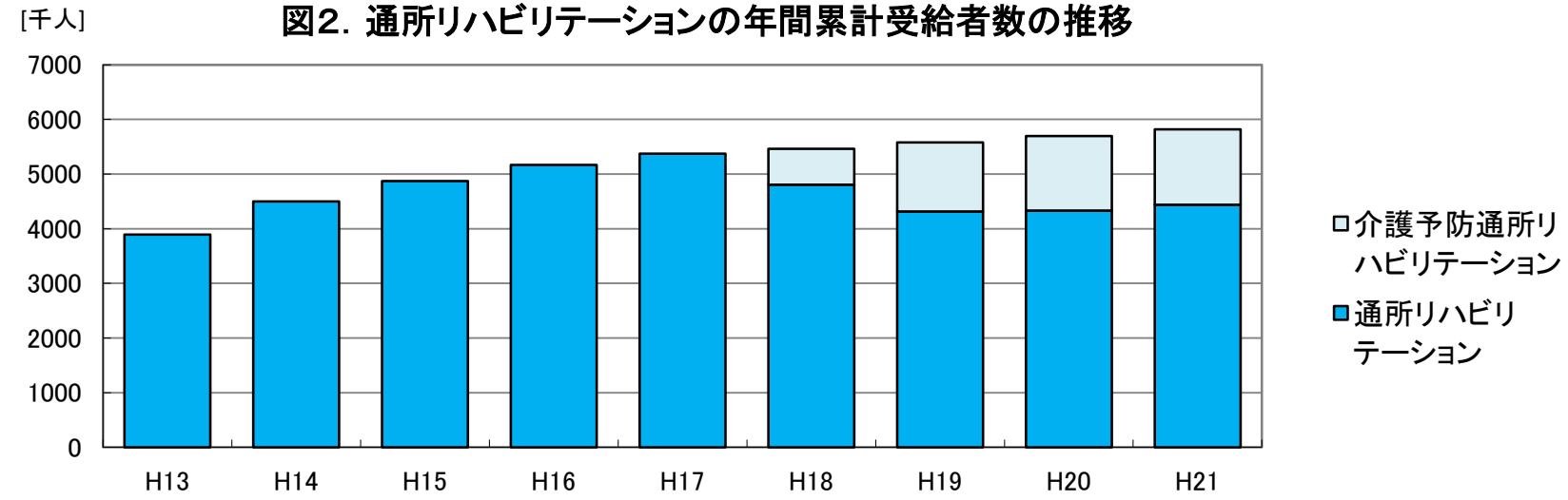


図2．通所リハビリテーションの年間累計受給者数の推移



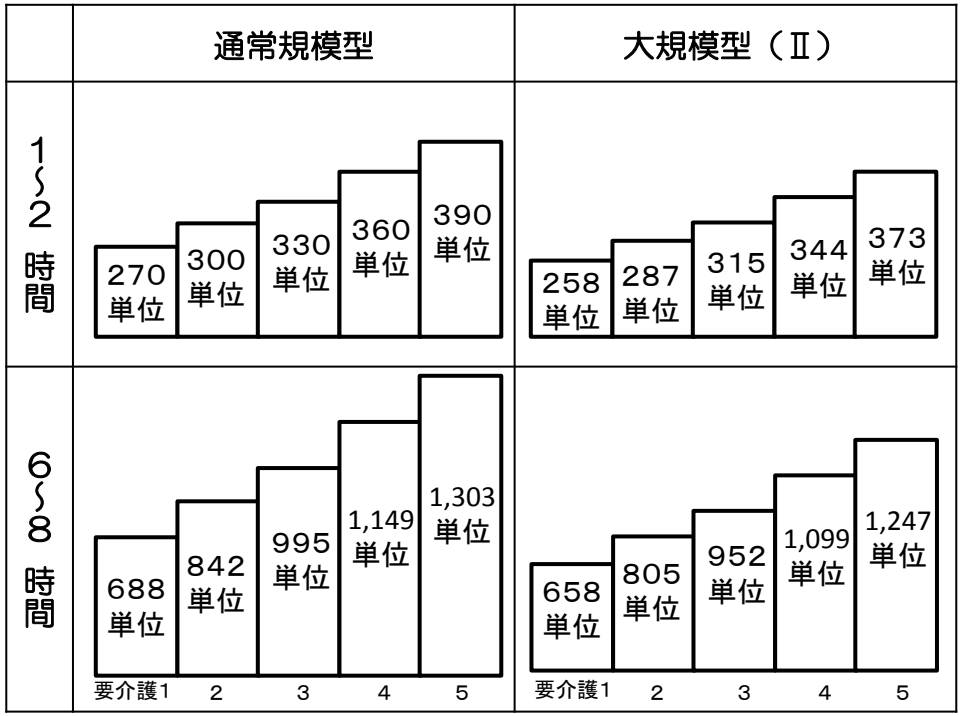
出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

通所リハビリテーションの介護報酬について

指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）

※ 加算・減算は主なものを記載

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費



利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する主な加算・減算

＋

- 短期集中的なリハビリテーションの実施（140～280単位）
- 栄養状態の改善のための計画的な栄養管理（150単位）
- 個別リハビリテーションの実施 ※1（80単位）
- 口腔機能向上への計画的な取組（150単位）
- 中山間地域等でのサービス提供（＋5%）
- 介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置（12 単位、6単位）

－

- 定員を超えた利用や人員配置基準に違反（３０%）
- 看護師等による機能訓練の提供 ※2（150単位）

※1：1～2時間のサービスについては算定不可　※2：1～2時間のサービスのみ

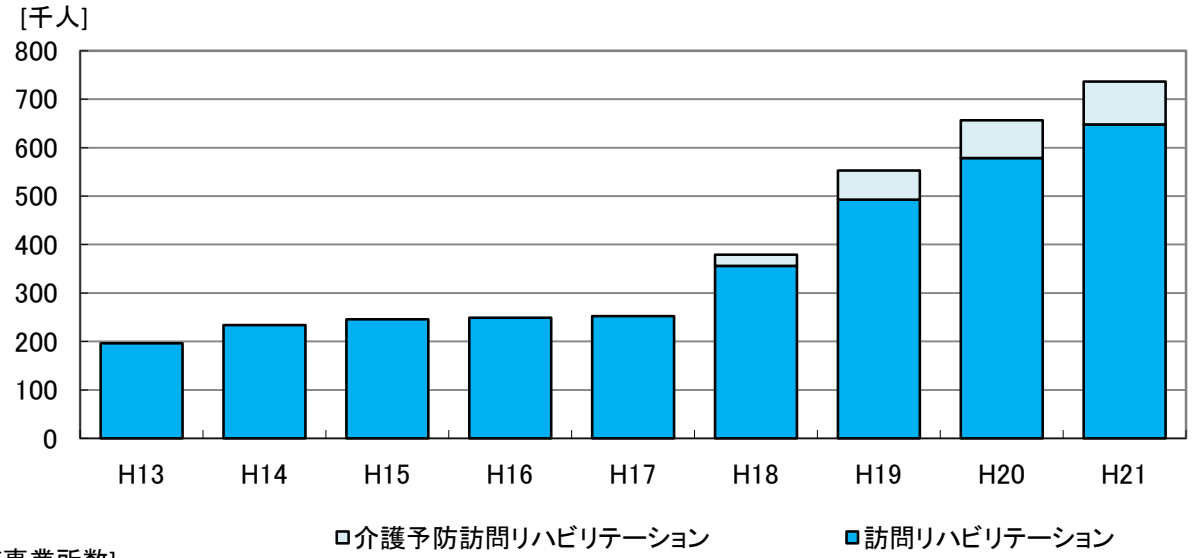
訪問リハビリテーションの施設基準等

	訪問リハビリテーション	訪問看護による理学療法士等の訪問 （訪問看護ステーションの場合）
開設者	・病院、診療所（みなし指定） ・介護老人保健施設	法人
人員	・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士　……適当数	・管理者……常勤・専従の保健師又は看護師 ・保健師、看護師又は准看護師 ……２．５人以上（常勤換算） ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数
設備	・事業の運営に必要な広さの区画 ・訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等	・必要な広さを有する専用の事務室 ・訪問看護の提供に必要な設備及び備品等

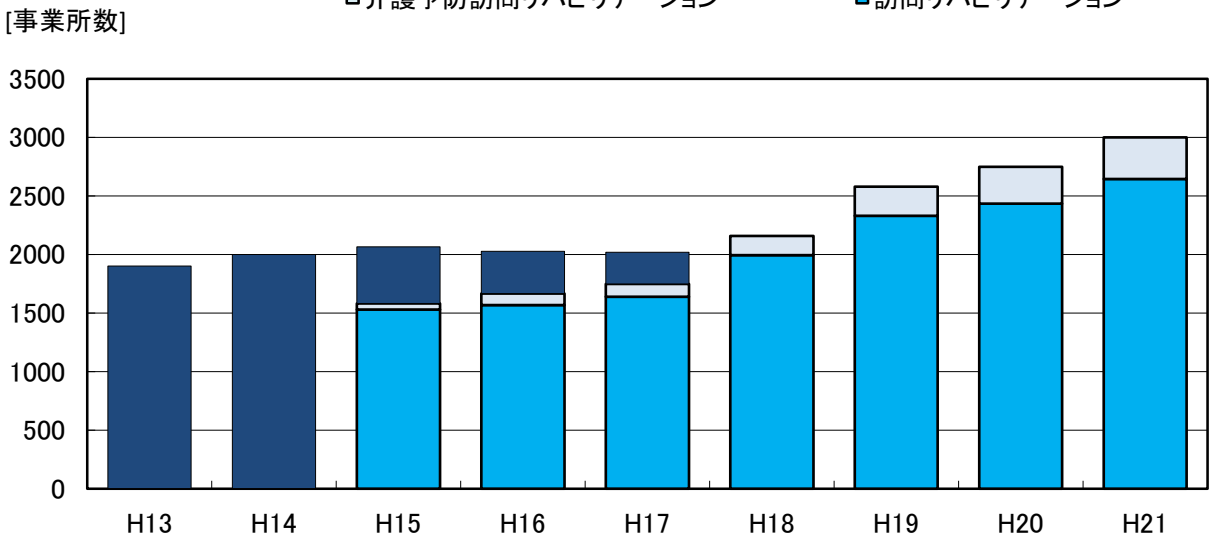
訪問リハビリテーションの利用状況

○　訪問リハビリテーション（予防も含む）の受給者数、事業所数は増加傾向で推移。

年間累計受給者数



請求事業所数



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年４月審査）

訪問リハビリテーションの介護報酬について

指定訪問リハビリテーション・指定介護予防訪リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）

サービス提供回数に応じた基本サービス費

１回（20分以上）：３０５単位
（40分連続してサービスを提供した場合は、２回として算定可能
１週に6回を限度）

＋

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制等に対する主な加算

中山間地域等に居住する者へのサービス提供
（＋5%）

短期集中的なリハビリテーションの実施
（認定日又は退院（所）日から
・１月以内：３４０単位
・１月超～３月以内：２００単位）

３年以上勤務する理学療法士、作業療法士は又は言語聴覚士を配置
（６単位）

社保審－介護給付費分科会	
第83回（H23．10．31）	資料 3

予防給付について

介護予防通所介護
介護予防通所リハビリテーション
介護予防訪問介護
介護予防訪問リハビリテーション

介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションについて

選択的サービスの評価方法の見直しについて

論点１

生活機能の向上に資するサービスが、利用者の状態に応じて効果的に提供できるよう、選択的サービス※のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施する場合に、新たな評価を創設してはどうか。

［現行］

○運動器機能向上加算
　225単位／人月
○口腔機能向上加算
　150単位／人月
○栄養改善加算
　150単位／人月

［見直し案］

以下のように、評価の在り方を見直してはどうか。

1．選択的サービスのうち、2種類を組み合わせて実施する場合や3種類全てを実施する場合のそれぞれについて、新たに評価してはどうか。
（組合せ例　：　運動＋口腔、口腔＋栄養　等）

2．算定が低調な口腔機能向上加算と栄養改善加算の算定要件を見直し、複数プログラムに取り組みやすくする。
（要件の見直し：書類の簡素化等の事務負担の軽減）

※選択的サービス：運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスをいう。

複合プログラムの実施による効果の例

（例1）

要介護1から要介護3の対象者に対し、運動器機能向上プログラム、口腔機能向上プログラム、栄養改善プログラムを、それぞれ単独で実施した場合と複数プログラムを組み合わせて実施した場合では、複数プログラムを組み合わせて実施した方が、舌機能において改善の差がみられた。

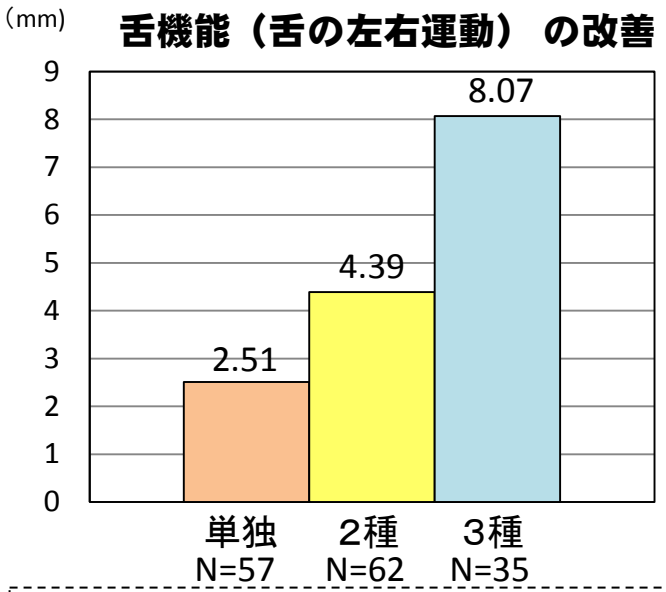
（資料：平成22年度老人保健健康増進等事業「予防給付及び介護給付における口腔機能向上サービスの推進に関する総合的研究事業」）

（例2）

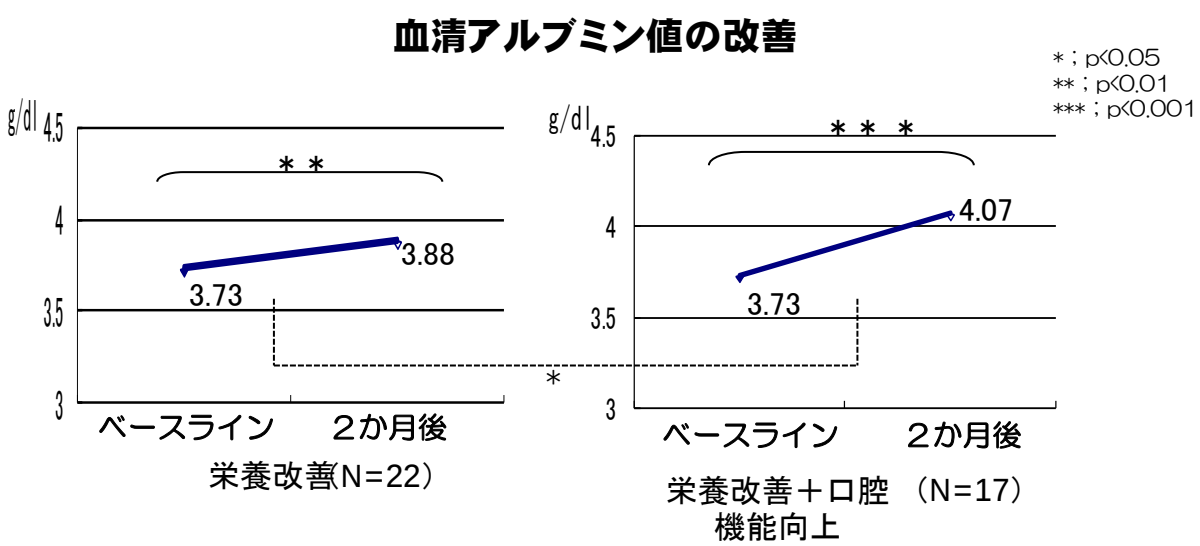
軽度の低栄養状態を示した要介護者に対して、栄養改善プログラム単独で実施した場合と栄養改善・口腔機能向上プログラムの2種類を組み合わせて実施した場合では、組み合わせて実施した方が栄養状態を示す血清アルブミン値において改善の差がみられた。

（資料：平成16年度厚生労働省「未来志向研究プロジェクト」(地域保健研究会) ）

※1



※2



※1　舌機能（左右の舌運動）

グラフの値は、舌を左右に最大限伸ばしたときの、舌先端の左右間の距離を計測した値のプログラム介入前後の変化量。舌機能の評価法の一つで、この舌機能は、食塊形成や食物ののどへの送り込み、会話等に寄与するとされている。

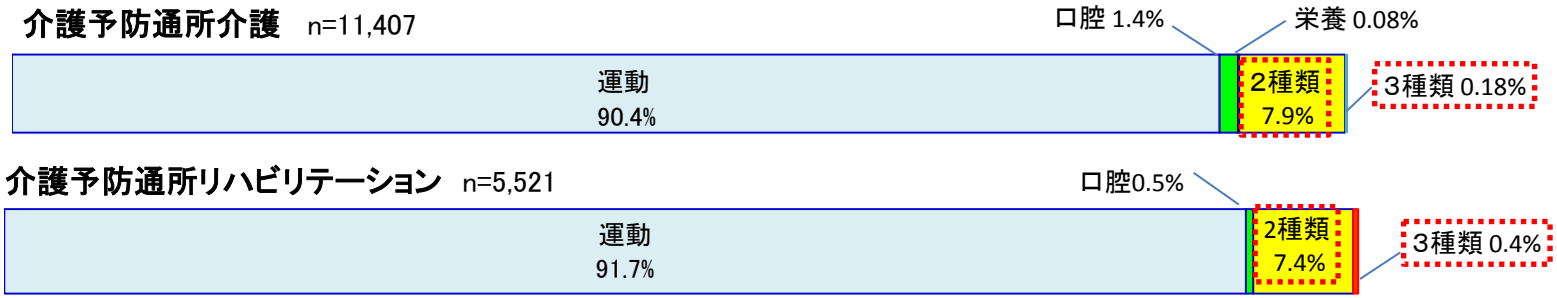
※2　血清アルブミン値：栄養状態をはかる指標。

算定が低調な理由について

○選択的サービスのうち、2種類のプログラムを実施している事業所は、介護予防通所介護で７．９%、介護予防通所リハビリテーションで７．４%、3種類全てを実施しているのは、介護予防通所介護で０．１８%、介護予防通所リハビリテーションで０．４%である。

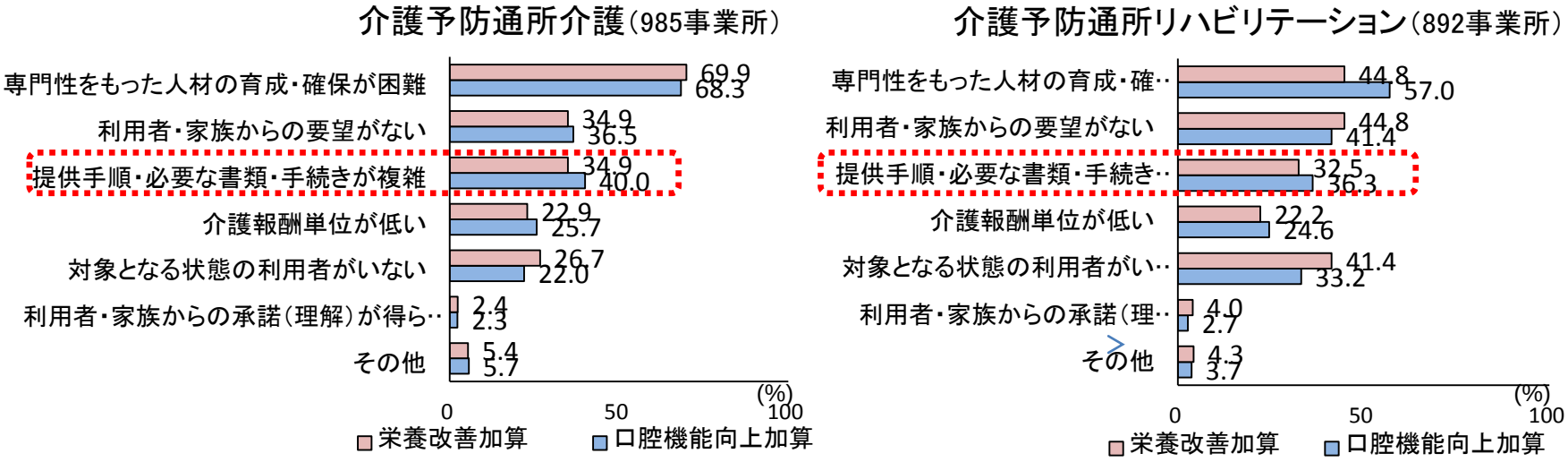
○口腔機能向上加算及び栄養改善加算を算定しない主な理由で、「提供手順・必要な書類、手続きが複雑」が、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションで3割程度みられる。

選択的サービスのうち複数プログラムの算定状況



（資料出所）厚生労働省「介護給付費実態調査　平成23年2月審査分」 特別集計

口腔機能向上加算、栄養改善加算を算定しない理由



資料：厚生労働省老人保健課平成23年「介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの実施状況把握」

介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションについて

事業所評価加算の算定要件の見直しについて

論点２

現在、事業所評価加算は、評価対象となる利用者の人数に関わらず、要支援状態区分が一定割合以上維持または改善すれば算定が可能であるが、より多くの利用者に自立支援に資するサービスを提供し、その成果を評価できるようにしてはどうか。

［現行］

〇事業所評価加算
１００単位／人月

・　１年間のうち、選択的サービスを連続して３月以上利用し、その後に要支援認定の更新又は変更認定を受けた者が、維持・改善した割合が一定以上の場合に評価

・　評価基準値の算出式

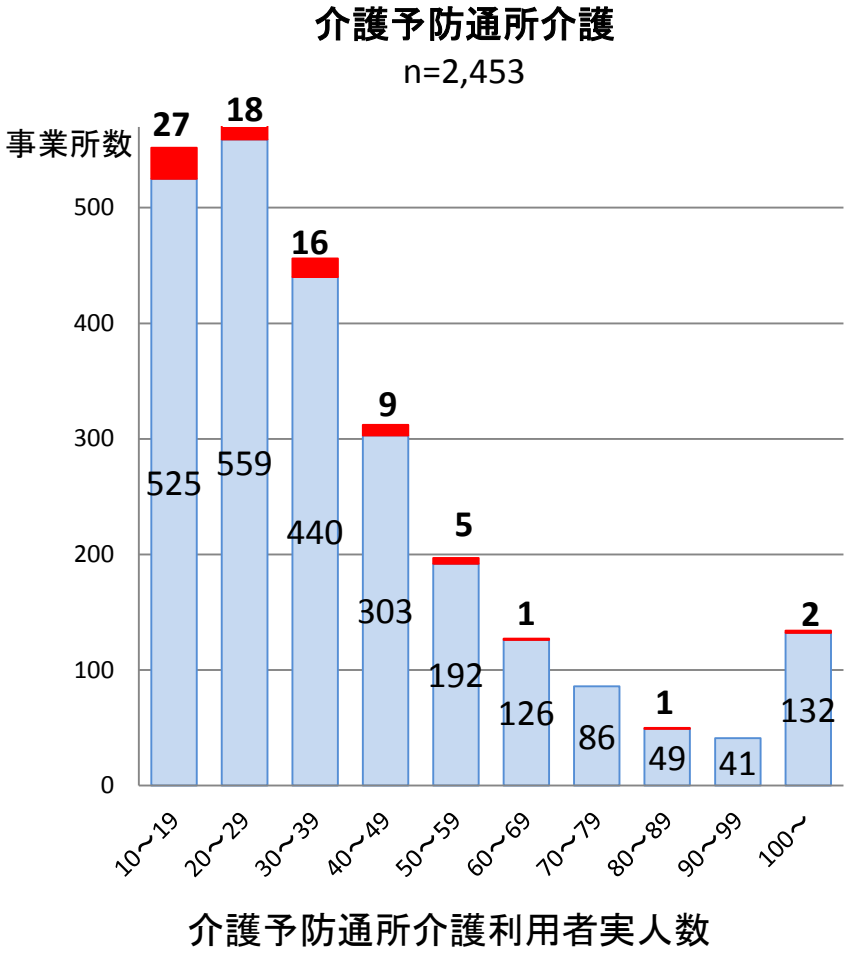
$$\frac{\text{維持者数＋改善者数×２}}{\text{選択的サービス利用後の認定更新・変更者数}} \geqq 0.7$$

［見直し案］

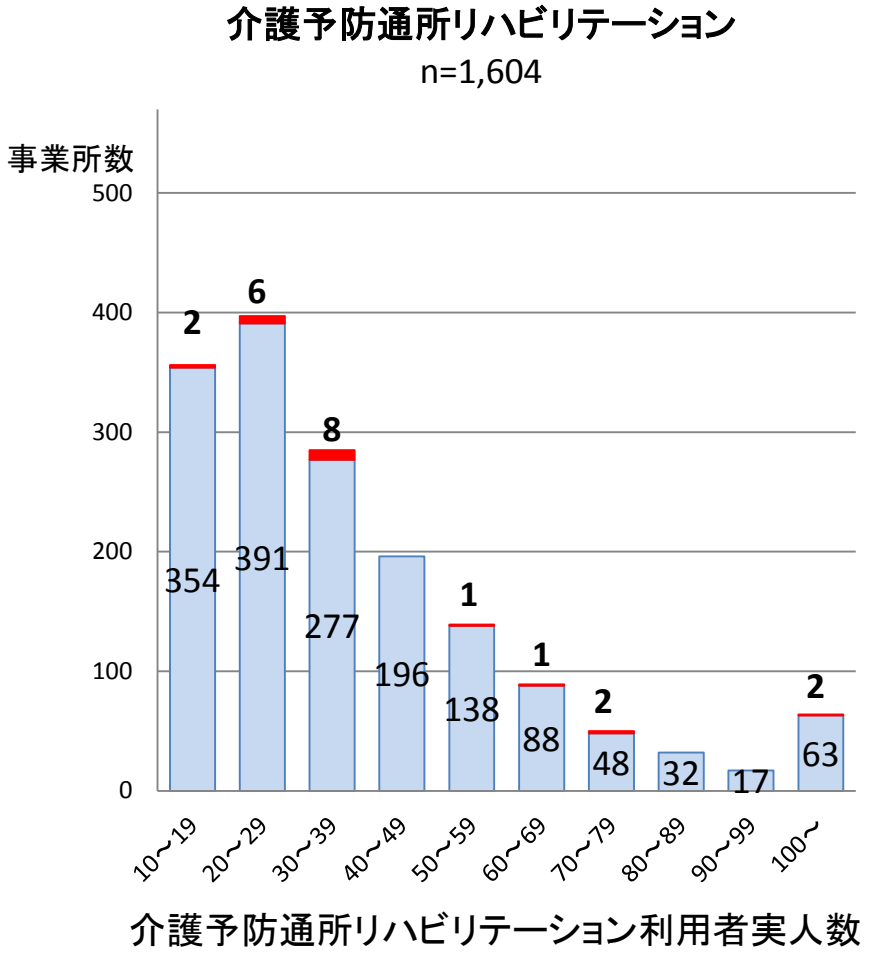
通所サービスの利用実人数のうち、一定以上の割合の者に対し、選択的サービスを実施し、評価基準値を満たす場合を評価する。

通所利用者に占める評価対象者が１割以下の事業所数

○　事業所評価加算を算定している事業所を、要支援1・2の利用者数の規模別にみると、通所サービス利用者に占める評価対象者の割合が1割以下の事業所が、各規模につき、わずかずつみられる。



介護予防通所介護利用者実人数



介護予防通所リハビリテーション利用者実人数

資料：国保中央会「平成23年事業所評価算定基準適合事業所一覧表」

介護予防通所介護について

選択的サービス加算以外の加算の在り方について

論点３

　アクティビティ実施加算を見直し、新たに、生活行為向上に資するプログラムを評価してはどうか。

［現行］

〇アクティビティ実施加算

53単位／人月

- 集団的に行われるレクリエーション、創作活動等の機能訓練を評価
- 選択的サービス（運動・口腔・栄養）を算定している場合は、算定できない。

［見直し案］

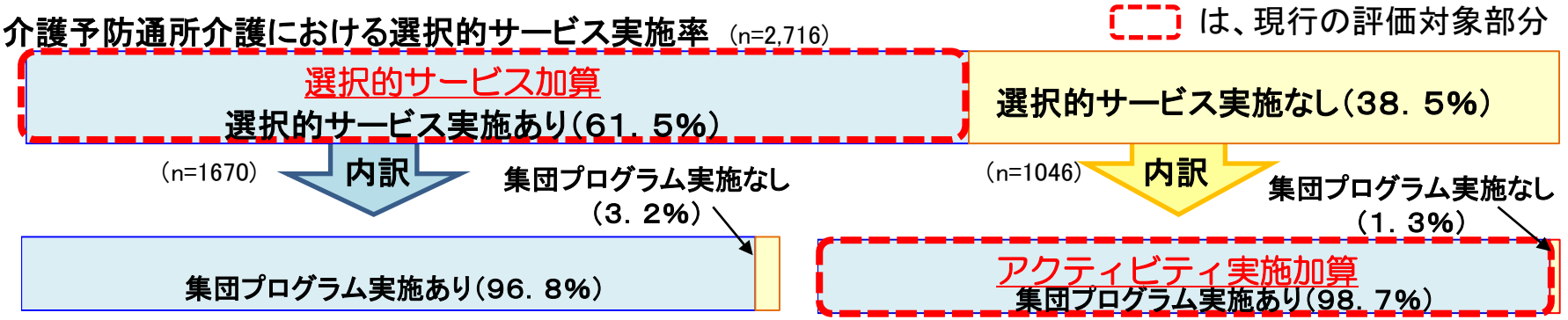
以下の観点から、評価の在り方を見直してはどうか。

1. アクティビティ実施加算（集団的に行われるレクリエーション等）は、ほとんどの介護予防通所介護において実施されており、定着していることから、加算という評価がなじまないのではないか。

2. 新たな評価として、日常生活に直結したメニューを複数用意し、個別評価に基づき、小集団で実施する生活行為向上プログラムを評価してはどうか。
（計画作成、複数プログラムの用意については、通所介護の個別機能訓練加算Ⅱに準ずる）

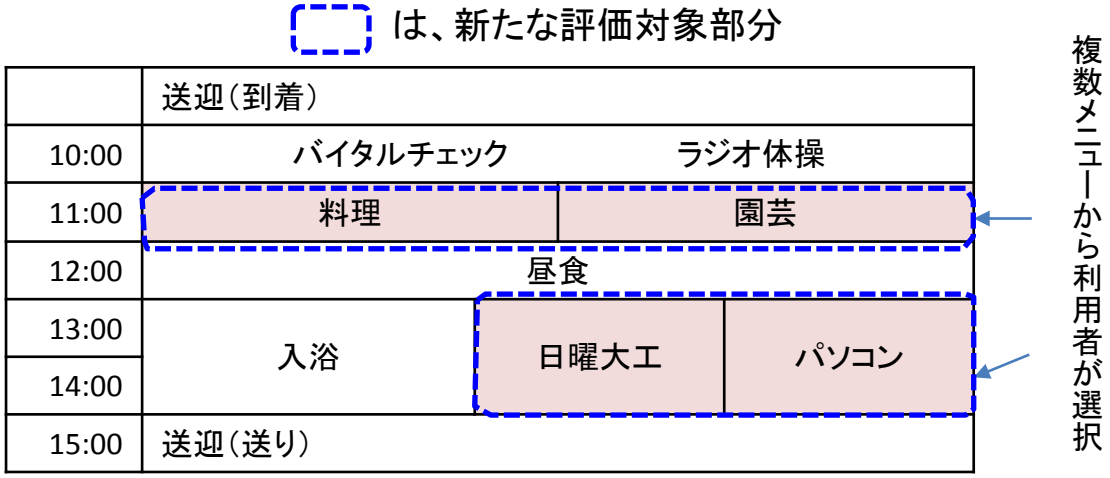
選択的サービス加算およびそれ以外の加算の実施状況について

○集団プログラム（レクリエーション、創作活動等）は、選択的サービスの実施の有無にかかわらず、ほとんどの介護予防通所介護において実施されている。



資料：厚生労働省老健局老人保健課平成23年「介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの実施状況把握」

【小集団で実施する生活行為向上プログラムの例】



※　料理等の日常生活に直結したプログラムを複数用意し、生活行為向上を図る
※　定期的に機能評価を行い、個別サービス計画を見直す

介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションについて

通所介護・通所リハビリテーションサービスと同様の論点

論点４

　サービス提供事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の適正化を図ってはどうか。

論点５（通所介護のみ）

　事業者がより柔軟に事業を実施し、より効果的にサービスを提供できるよう、生活相談員と介護職員の人員基準を見直してはどうか。具体的には、①常勤換算方式を導入してピークタイムに手厚く配置するなど柔軟な人員配置を可能にするとともに、②「単位毎」の配置から「事業所毎」の配置に見直し、複数単位を実施する場合に柔軟な取扱いを可能としてはどうか。

【対応】通所介護・通所リハビリテーションサービスと同様の対応をとってはどうか。

論点６

　通所介護及び通所リハビリテーションの基本サービスの適正化に伴い、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションについても、基本サービス費を見直してはどうか。

（参考）サービスの提供実態について

○　介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションは、通所介護及び通所リハビリテーションと提供時間や提供場所、従事する職員に関して一体的に実施されている。

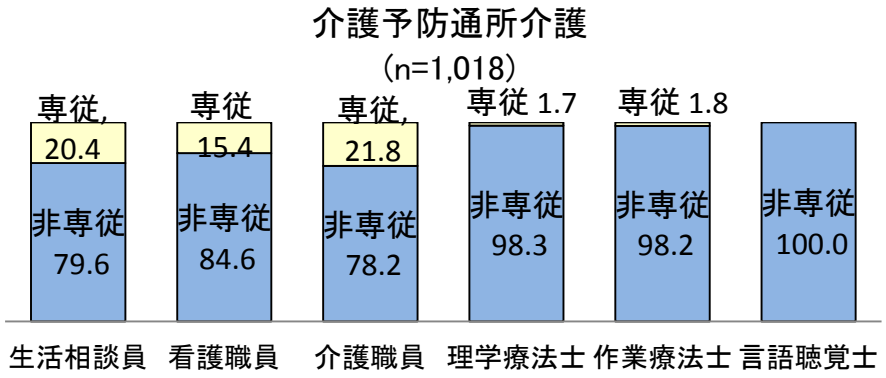
介護予防通所サービス事業者における通所介護及び通所リハビリテーションの実施状況

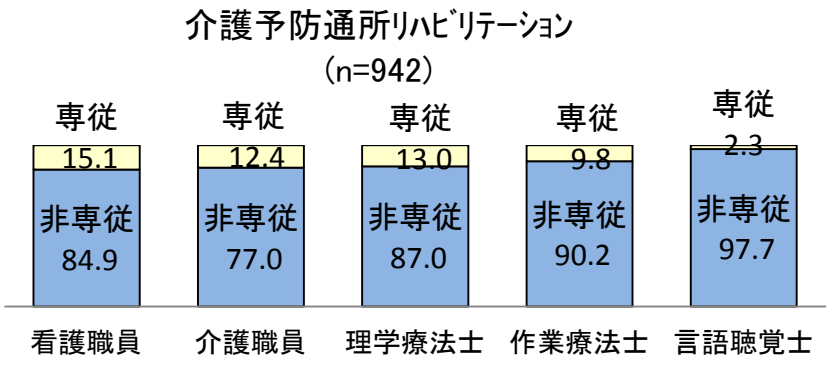
介護予防通所サービスの提供時間帯と場所

介護予防通所介護（n=964）		
	提供場所が同じ	提供場所が異なる
提供時間が同じ	**97.5%**	0.5%
提供時間が異なる	1.8%	0.2%

介護予防通所リハビリテーション（n=934）		
	提供場所が同じ	提供場所が異なる
提供時間が同じ	**96.8%**	0.7%
提供時間が異なる	1.8%	0.8%

介護予防通所サービスの職員専従率





資料:厚生労働省老健局老人保健課平成23年「介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの実施状況把握」

介護予防訪問介護について

基本サービス費の見直しについて

論点１

介護予防訪問介護の基本サービス費について、サービスの提供の実態に即した見直しを行ってはどうか。

［現行］

Ⅰ　週１回程度
　１，２３４単位/月

Ⅱ　週２回程度
　２，４６８単位/月

Ⅲ　週２回を超える程度
　４，０１０単位/月

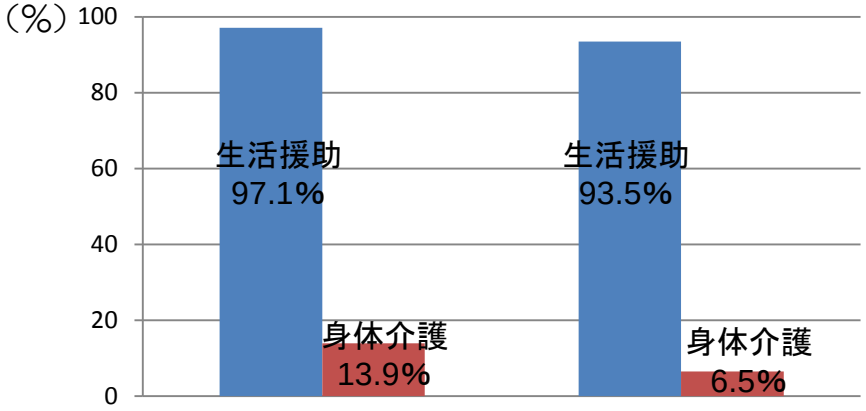
［見直し案］

訪問介護サービスの今回の見直し案を考慮しつつ、介護予防訪問介護のサービスの提供実態に基づいた単位設定としてはどうか。

サービスの提供実態について

○　利用者別、提供時間別のいずれにおいても、生活援助が９割以上を占める。
○　制度導入前と比較して、９０分以上の長時間のサービス利用者は、36.3%から23.5%に減少。
○　要支援では、掃除以外の全ての項目で、要介護とほぼ同程度の時間でサービスが提供されている。

行為区分別利用者数（※1）　行為区分別提供時間数（※1）



1回あたりのサービス利用時間の分布(要支援1,2)（※2）

N=755

30分以上～1時間未満	14.3%
1時間～1時間30分	62.1%
1時間30分～2時間	20.9%
2時間以上	2.6%

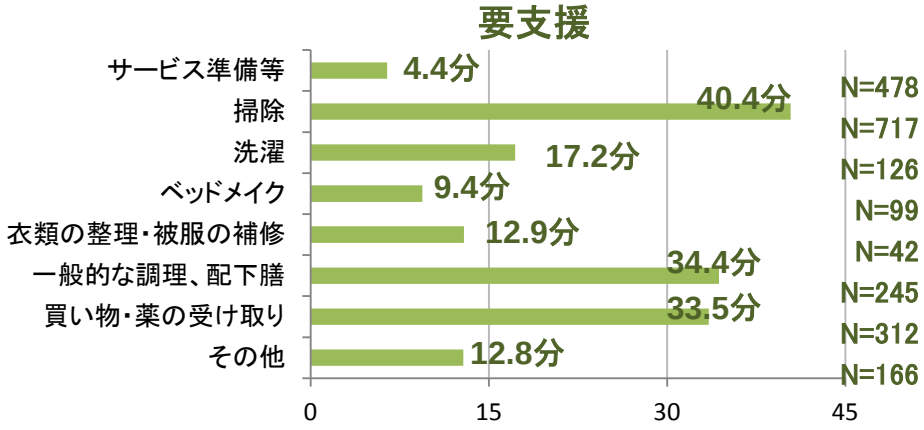
23.5%

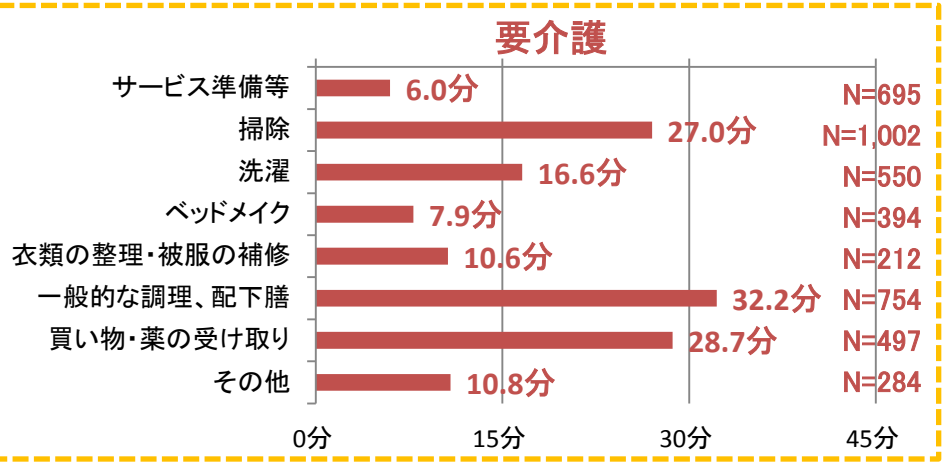
（参考）制度導入前の生活援助サービス利用状況（※3）

	要支援
30分以上～1時間未満	39.2%
1時間～1時間30分	24.8%
1時間30分～2時間	32.1%
2時間以上	4.2%

36.3%

行為ごとの平均サービス提供時間（※2）





資料：　※1：平成22年度財務省予算執行調査を老健局で再集計　※3：介護給付費実態調査　平成17年4月審査分
※2：株式会社EBP「訪問サービスにおける提供体制に関する調査研究事業」（平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）

介護予防訪問介護について

訪問介護サービスと同様の論点

論点２

　自立支援型のサービス機能を強化するため、サービス提供責任者とリハビリテーション専門職との協働による訪問介護計画作成についての評価を創設してはどうか。

論点３

　サービス提供責任者の質の向上を図るため、３年以上の実務経験を有する訪問介護員２級課程修了者の任用要件を、段階的に廃止してはどうか。

論点４

　サービス提供責任者の主たる業務である訪問介護計画の作成に応じた適切な員数を配置するため、利用者数に応じた配置基準に見直してはどうか。

【対応】訪問介護サービスと同様の対応をとってはどうか。

介護予防訪問リハビリテーションについて

訪問リハビリテーションサービスと同じ論点

論点１

訪問リハビリの医師の指示について、指示を出す医師の診察頻度を利用者の状態像に併せて柔軟な対応を可能としてはどうか。

論点２

介護老人保健施設を地域において在宅療養を支援する拠点として位置づけるため、介護老人保健施設から提供される訪問リハビリテーションを見直してはどうか。

論点３

リハビリ専門職と訪問介護のサービス担当責任者が同一時間帯に利用者宅を訪問し、リハビリ専門職からサービス提供責任者へ指導等を行うことを評価してはどうか。

論点４

訪問リハビリの地域差低減のため、サテライト型訪問リハビリ事業所の整備を検討してはどうか。

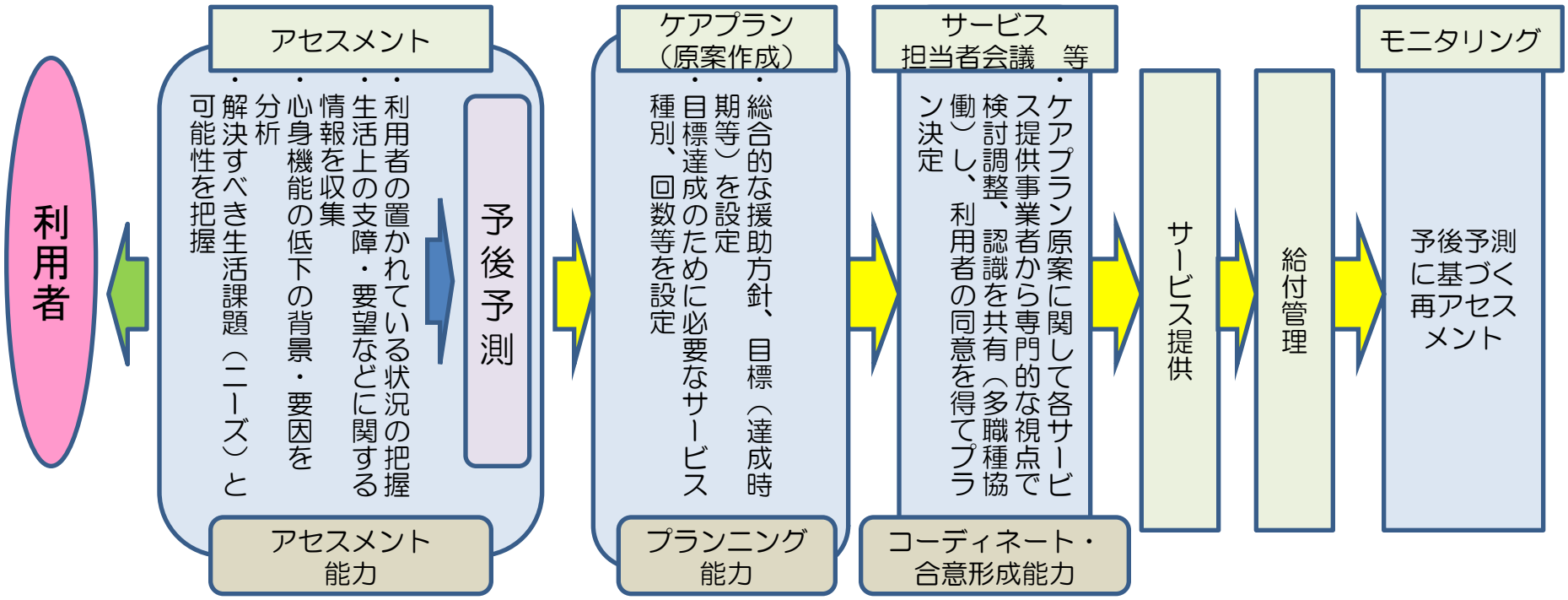
【対応】訪問リハビリテーションサービスと同様の対応をとってはどうか。

社保審－介護給付費分科会	
第83回（H23．10．31）	資料 4

居宅介護支援・介護予防支援の基準・報酬について

ケアマネジメントに影響を与える要素

ケアマネジメントの流れと課題



○自立支援型ケアマネジメントの推進

○公平性・中立性の確保

○地域のネットワーク作りと医療等との連携

ケアマネジメントに係る課題と検討の視点

Ⅰ　自立支援型ケアマネジメントの推進

課　題	検討の視点
＜アセスメント＞ ○利用者の状態像や課題に応じた適切なアセスメントが出来ていないのではないか。 ○医療、看護、リハビリに関する知識が不足しているのではないか。 ＜ケアプラン＞ ○状態像に応じたケアプランが標準化されていないのではないか。 ＜モニタリング＞ ○サービス導入後の評価が不十分なのではないか。	○自立支援型のアセスメントの普及 ○ケアプラン様式の見直しや参考（標準）プランの提示 ○ケアプランの評価・検証の手法の確立 ○ケアマネジャーの養成、研修課程のあり方 ○ケアマネジャーの資格のあり方の検討
＜施設ケアマネジャー＞ ○施設におけるケアマネジャーの役割が不明確なのではないか。	○施設におけるケアマネジャーと生活（支援）相談員との役割の明確化 ○小規模多機能居宅介護やグループホームにおけるケアマネジャーの役割の明確化
＜利用者の意識＞ ○利用者や家族に自立支援等に対する意識が不足している場合があるのではないか。	○セルフケアプランの活用支援 ○利用者負担導入の検討(H22.11 介護保険部会報告書)

Ⅱ　ケアマネジメントの公平性・中立性

課　題

＜併設型事業所＞

〇同一法人や併設事業所のサービスに偏っている事例が多いのではないか。

〇地域包括支援センターから紹介される居宅介護支援事業所が、同一法人等に偏る事例が多いのではないか。

＜保険者＞

〇保険者は、公平性・中立性の観点からケアプランをチェックする機能を果たすべきではないか。

検討の視点

〇特定事業所加算のあり方(事業所の体制評価)

〇特定事業所集中減算のあり方

〇地域包括支援センターの役割の強化
・地域包括支援センター運営協議会

〇市町村からの受託法人に対する業務内容の明確化

〇保険者によるケアプラン点検のあり方

Ⅲ　地域のネットワークづくりと医療等との連携

課　題

＜サービス担当者会議＞
- ○サービス担当者会議における多職種協働がうまく機能していないのではないか。

＜関係機関職種との連携＞
- ○医師、看護師、ＯＴ・ＰＴ等の医療関係職種との連携が不十分なのではないか。
- ○訪問看護やリハビリ等のサービスが十分活用されていないのではないか。
- ○退院後の介護サービスが円滑に導入されていないのではないか。

＜地域包括支援センター＞
- ○地域包括支援センターの包括的・継続的支援がうまく機能していないのではないか。
  (介護予防業務に忙殺されているのではないか)
- ○主任ケアマネジャーの役割・機能が不十分なのではないか
- ○インフォーマルサービスの評価が出来ていないのではないか。

検討の視点

- ○地域包括支援センターの役割の強化（包括的・継続的ケアマネジメント事業の強化）
  - ・「地域ケア会議」の活用による多職種連携
- ○特定事業所加算のあり方(事業所の体制評価)
- ○医療関係職種との連携に関する評価のあり方
- ○入院・入所及び退院・退所時の評価のあり方
  - ・医療連携加算
  - ・退院・退所加算
  - ・切れ目ないサービスの提供
- ○ケアマネジャーの養成、研修課程のあり方
- ○「介護予防支援」に関する居宅介護支援事業所への委託制限（１人８件まで）のあり方（※）
  ※H22.6.2　構造改革特別推進本部決定で平成23年度中に結論を得ることとされている
- ○主任ケアマネジャーのあり方
- ○介護予防・日常生活支援総合事業におけるケアマネジメントの活用

介護報酬改定における論点

現行の介護報酬上見直すべきと考えられる以下の点について、今般の報酬改定で対応してはどうか。

論点１

〇自立支援型のケアマネジメントを推進すべきではないか。

- 「特定事業所加算」を通じて、質の高い事業所を今後とも評価すべきではないか。
- 居宅介護支援事業所の適切な運営を確保するため、サービス担当者会議やモニタリングの適切な実施が行われていない場合の当該利用者に係る運営基準減算を強化してはどうか。

※（現状）所定単位数の70／１００に減算
減算が２ヶ月以上継続している場合は５０／１００

（見直し後案）所定単位数の５０／１００に減算
減算が２ヶ月以上継続している場合は０／１００

論点２

〇医療と介護の連携の強化を行うべきではないか。

- 「医療連携加算」について、医療機関に必要な情報提供をする際、医療機関を実際に訪問した場合を高く評価してはどうか。
- 「退院・退所加算」について、診療報酬上の取扱い（介護支援連携指導料、退院時共同指導料）と合わせて算定できるようにしてはどうか。
- 在宅患者緊急時等カンファレンス（診療報酬）にケアマネジャーが参加した場合の評価を行ってはどうか。

論点３

〇地域包括支援センターの機能強化を行うべきではないか。

- 地域包括支援センターが本来業務を十分行えるように、介護予防支援にかかる居宅介護支援事業所への委託制限（１人８件まで）を廃止してはどうか。

（※この場合、ケアマネジャー１人当たりの標準件数３５件や担当件数４０件以上の逓減制は維持）

介護報酬以外の対応の方向性

①地域ケア会議による多職種協働の推進

○　ケアプラン作成における多職種協働を進めるため、地域包括支援センターを中心とした「地域ケア会議」等の取組みを推進する。

・地域包括ケア推進指導者養成事業（平成22年度～）

・地域ケア多職種協働推進等事業（平成24年度概算要求）

※地域ケア会議
地域包括支援センターが主催し、
①地域の支援ネットワークの構築
②多職種の第三者的視点によるケアマネジャー等のケアマネジメントの支援
等を目的として実施する多職種連携による会議

②ケアマネジメントの質の向上

○　現行のケアプランやケアマネジメントの実態調査・分析を踏まえ、ケアマネジメントの評価・検証の手法について検討を進めるとともに、継続的に情報発信を行う。

・介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査結果の分析

・ケアプラン様式の見直しや参考（標準）プランの提示

・「ケアマネジメント向上会議（仮称）」の開催（平成24年度概算要求：介護支援専門員研修改善事業）

③養成・研修、資格のあり方

○　ケアマネジャーの養成・研修課程や資格のあり方に関する検討会を設置する。（今年度内目途）

事業所の収支状況

○　前回調査に比べ、収支差率が改善している。また、介護支援専門員（常勤換算）１人当たり利用者数はほぼ横ばいである。

16-①　居宅介護支援（総括表）

			平成17 年調査		平成20年調査		平成23年調査		（参考）平成22年概況調査	
			千円		千円		千円		千円	
1	Ⅰ　介護事業収益	(1)介護料収入	774		675		954		910	
2		(2)保険外の利用料	－		－		0		－	
3		(3)補助金収入	19		64		3		11	
4		(4)国庫補助金等特別積立金取崩額	10		2		4		3	
5		(5)介護報酬査定減	0		−0		−0		−8	
6		(6)介護職員処遇改善交付金	－		－		－		－	
7	Ⅱ　介護事業費用	(1)給与費	756	96.1%	735	99.4%	770	80.4%	730	79.8%
8		(2)減価償却費	24	3.1%	15	2.1%	25	2.6%	26	2.9%
9		(3)その他	117	14.9%	111	15.0%	176	18.3%	140	15.3%
10		うち委託費	8	1.0%	5	0.7%	6	0.7%	－	
11	Ⅲ　介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	1		0		1		1	
12	Ⅳ　介護事業外費用	(1)借入金利息	7		5		2		48	
13	Ⅴ　特別損失	(1)本部費繰入	2		2		14		9	
14	収入　①＝Ⅰ－Ⅰ(4)＋Ⅲ		786		739		958		915	
15	支出　②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅴ－Ⅰ(4)		899		865		983		951	
16	差引　③＝①－②		−113	−14.4%	−126	−17.0%	−25	−2.6%	−37	−4.0%
17	施設数		1,338		1,127		493		194	

※　比率は収入に対する割合

18	実利用者数平均		91.4人		59.9人		70.7人		62.8人	
19	常勤換算職員数（常勤率）		2.4人	91.2%	2.4人	89.8%	2.9人	89.1%	2.0人	95.7%
20	介護支援専門員常勤換算数（常勤率）		2.4人	88.9%	2.2人	95.5%	2.6人	92.2%	1.9人	96.7%
	常勤換算1人当たり給与									
21	常勤	介護支援専門員	372,536円		365,007円		364,159円		389,685円	
22	非常勤	介護支援専門員	302,985円		306,070円		268,877円		274,078円	

23	実利用者1人当たり収入	8,601円	12,338円	13,554円	14,567円
24	実利用者1人当たり支出	9,837円	14,441円	13,909円	15,149円
25	常勤換算職員1人当たり給与	329,843円	329,244円	333,566円	360,922円
26	介護支援専門員（常勤換算）1人当たり給与	364,846円	362,334円	356,271円	385,901円
27	常勤換算職員1人当たり利用者数	38.3人	25.2人	24.0人	31.6人
28	介護支援専門員（常勤換算）1人当たり利用者数	37.6人	26.9人	26.8人	33.8人

出典：介護事業経営実態調査

特定事業所加算の有無別にみた事業所の収支状況

○　特定事業所加算を算定している事業所は、収支差が平均して黒字となっている一方、加算を取得していない事業所は平均して赤字となっている。

13-⑥　居宅介護支援（特定事業所加算の有無別集計表）

			加算あり		加算なし	
			千円		千円	
1	Ⅰ　介護事業収益	(1)介護料収入	1,838		772	
2		(2)保険外の利用料	−		−	
3		(3)補助金収入	1		2	
4		(4)国庫補助金等特別積立金取崩額	2		4	
5		(5)介護報酬査定減	−0		−0	
6		(6)介護支援専門員処遇改善交付金	−		−	
7	Ⅱ　介護事業費用	(1)給与費	1,459	79.3%	633	81.6%
8		(2)減価償却費	41	2.2%	20	2.6%
9		(3)その他	243	13.2%	158	20.4%
10		うち委託費	10	0.5%	5	0.6%
11	Ⅲ　介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	1		1	
12	Ⅳ　介護事業外費用	(1)借入金利息	1		2	
13	Ⅴ　特別損失	(1)本部費繰入	25		13	
14	収入　①＝Ⅰ－Ⅰ(4)＋Ⅲ		1,840		775	
15	支出　②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅴ－Ⅰ(4)		1,767		822	
16	差引　③＝①－②		73	4.0%	−47	−6.0%
17	施設数		82		352	

※　比率は収入に対する割合

18	実利用者数		130.2人		59.4人	
19	常勤換算職員数（常勤率）		4.8人	91.6%	2.7人	87.3%
20	介護支援専門員常勤換算数（常勤率）		4.5人	94.2%	2.2人	91.1%
	常勤換算1人当たり給与					
21	常勤	介護支援専門員	370,889円		346,653円	
22	非常勤	介護支援専門員	259,034円		254,198円	

23	実利用者1人当たり収入	14,134円	13,065円
24	実利用者1人当たり支出	13,576円	13,853円
25	常勤換算職員1人当たり給与	360,624円	315,047円
26	介護支援専門員（常勤換算）1人当たり給与	364,420円	338,150円
27	常勤換算職員1人当たり利用者数	27.0人	21.6人
28	介護支援専門員（常勤換算）1人当たり利用者数	28.8人	26.6人

出典：介護事業経営実態調査

ケアマネジャー１人あたり利用者数別事業所の収支状況

○　ケアマネジャー１人あたりの利用者が２０人台後半から３０人台確保されている事業所では、収支が黒字となっている。

居宅介護支援（介護支援専門員1人当たり利用者数別集計表）

			26人未満		26～30人		31～35人		36～40人		41人以上	
			千円		千円		千円		千円		千円	
1	Ⅰ　介護事業収益	(1)介護料収入	635		1,063		1,178		1,024		1,446	
2		(2)保険外の利用料	−		−		−		−		−	
3		(3)補助金収入	1		0		12		0		0	
4		(4)国庫補助金等特別積立金取崩額	3		7		3		0		3	
5		(5)介護報酬査定減	−0		−0		−0		0		0	
6		(6)介護支援専門員処遇改善交付金	−		−		−		−		−	
7	Ⅱ　介護事業費用	(1)給与費	589	92.5%	827	77.8%	906	76.1%	739	72.1%	1,100	76.0%
8		(2)減価償却費	20	3.1%	25	2.4%	25	2.1%	18	1.8%	60	4.1%
9		(3)その他	125	19.7%	188	17.7%	176	14.8%	257	25.1%	345	23.8%
10		うち委託費	4	0.7%	6	0.6%	4	0.4%	5	0.4%	27	1.9%
11	Ⅲ　介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	1		1		0		0		0	
12	Ⅳ　介護事業外費用	(1)借入金利息	1		2		2		0		3	
13	Ⅴ　特別損失	(1)本部費繰入	9		10		24		4		42	
14	収入　①＝Ⅰ－Ⅰ(4)＋Ⅲ		637		1,064		1,190		1,024		1,447	
15	支出　②＝Ⅱ＋Ⅳ＋Ⅴ－Ⅰ(4)		741		1,046		1,128		1,018		1,546	
16	差引　③＝①－②		−104	−16.3%	18	1.7%	62	5.2%	6	0.6%	−99	−6.9%
17	施設数		181		144		113		26		29	

※　比率は収入に対する割合

18	実利用者数		44.1人		78.4人		88.4人		75.8人		116.7人	
19	常勤換算職員数（常勤率）		2.8人	88.6%	3.1人	92.6%	2.8人	91.8%	2.9人	80.5%	3.4人	82.1%
20	介護支援専門員常勤換算数（常勤率）		2.6人	89.0%	2.9人	94.2%	2.7人	92.2%	2.0人	96.0%	2.2人	94.8%
	常勤換算1人当たり給与											
21	常勤	介護支援専門員	350,934円		357,647円		374,984円		386,397円		389,329円	
22	非常勤	介護支援専門員	226,487円		282,557円		307,226円		333,650円		358,125円	

23	実利用者1人当たり収入	14,433円	13,575円	13,463円	13,509円	12,401円
24	実利用者1人当たり支出	16,789円	13,350円	12,765円	13,429円	13,251円
25	常勤換算職員1人当たり給与	305,305円	334,204円	357,841円	336,781円	361,970円
26	介護支援専門員（常勤換算）1人当たり給与	336,464円	353,122円	369,207円	384,299円	387,706円
27	常勤換算職員1人当たり利用者数	15.7人	25.5人	31.3人	26.5人	34.7人
28	介護支援専門員（常勤換算）1人当たり利用者数	16.8人	26.6人	32.7人	37.3人	53.9人

出典：介護事業経営実態調査

ケアマネジメントにかかる介護報酬について

居宅介護支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

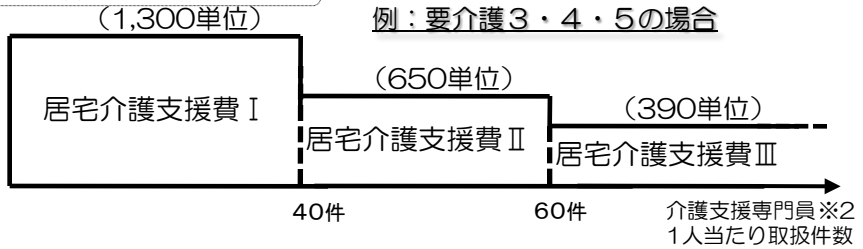
※加算は主なものを記載

居宅介護支援費

要介護者が居宅サービス等を適切に利用することができるように作成する居宅サービス計画費

	要介護１・２	要介護３・４・５
居宅介護支援費Ⅰ	1,000単位/月	1,300単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	500単位/月	650単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	300単位/月	390単位/月

報酬体系は逓減制※1



※1　介護支援専門員（常勤換算）1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに逓減制（40件以上60件未満の部分は居宅介護支援費Ⅱ、60件以上の部分は居宅介護支援費Ⅲ）を適用

※2　取扱件数には介護予防支援受託者数を２分の1とした件数を含む

＋

医療との連携、労力を要するケアマネジメントや事業所の体制に対する**加算・減算**

- **退院、退所時の病院等との連携**（入院、入所期間が ・30日以下：４００単位 ・30日以上：６００単位）
- 入院、入所時の病院等との連携（１５０単位）
- 認知症高齢者へのケアマネジメントに対する評価（１５０単位）
- 独居高齢者へのケアマネジメントに対する評価（１５０単位）
- 初回利用者へのケアマネジメントに対する評価（３００単位）
- ケアマネジメント等の質の高い事業所への評価（・Ⅰ：５００単位 ・Ⅱ：３００単位）

－

- サービス担当者会議や定期的な利用者の居宅訪問未実施等（・３０％ ・５０％（2ヶ月以上継続））
- 訪問介護サービス等について、特定の事業所の割合が90%以上の場合（－200単位）

介護予防支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

介護予防支援費

要支援者が介護予防サービス等を適切に利用することができるように作成する介護予防サービス計画費

介護予防支援費　412単位/月

＋

事業所との連携や労力を要するケアマネジメントに対する加算

- 小規模多機能型事業所との連携（３００単位）
- 初回利用者へのケアマネジメントに対する評価（３００単位）

特定事業所加算

質の高いケアマネジメントを提供する事業所に対する加算
・特定事業所加算（Ⅰ）　500単位／月
・特定事業所加算（Ⅱ）　300単位／月

〇算定要件（（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定はいずれか一方に限る。）

【特定事業所加算（Ⅰ）】

- ①　常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。
- ②　常勤かつ専従の介護支援専門員を３名以上配置していること。
- ③　利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること。
- ④　24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- ⑤　算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護３～要介護５である者の割合が５割以上であること。
- ⑥　介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- ⑦　地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。
- ⑧　地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- ⑨　運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ⑩　介護支援専門員１人当たりの利用者の平均件数が40件以上でないこと。

【特定事業所加算（Ⅱ）】

- 特定事業所加算（Ⅰ）の③、④、⑨及び⑩を満たすこと、常勤かつ専従の主任介護支援専門員等を配置していること並びに常勤かつ専従の介護支援専門員を２名以上配置していること。

特定事業所集中減算

▲200単位／月

〇算定要件

正当な理由なく、当該事業所において前６月間に作成されたケアプランに位置付けられた居宅サービスの　うち、訪問介護サービス等について、特定の事業所の割合が９０％以上である場合に減算。ただし、当該事業所のケアプラン数が一定数以下である場合等一定の条件を満たす場合を除く。

〇判定方法

居宅サービス計画のうち、訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与が位置付けられた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、最もその紹介件数の多い法人を位置付けた居宅サービス計画の数の占める割合を計算し、訪問介護サービス、通所介護又は福祉用具貸与のいずれかについて９０％を超えた場合に減算する。

運営基準減算

・所定単位数の７０／１００に減算
・運営基準減算に２月以上継続している場合は、所定単位数の５０／１００に減算

〇算定要件

（１）居宅サービス計画の新規作成及びその変更に当たっては、次の場合に減算されるものであること。

① 当該事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、当該居宅サービス計画に係る月（以下「当該月」という。）から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

② 当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議の開催等行っていない場合（やむを得ない事情がある場合を除く。以下同じ。）には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

③ 当該事業所の介護支援専門員が、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算される。

（２）次に掲げる場合においては、当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議等行っていないときには、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

① 居宅サービス計画を新規に作成した場合

② 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合

③ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

（３）居宅サービス計画作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、次の場合に減算されるものであること。

① 当該事業所の介護支援専門員が１月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

② 当該事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が１月以上継続している場合には、特段の事情がない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

初回加算

＋300単位／月

特に手間を要する初回（新規に居宅サービス計画を策定した場合及び要介護状態区分の２段階以上の変更認定を受けた場合）を評価

医療連携加算

＋150単位／月

病院又は診療所に入院する利用者につき、当該病院又は診療所の職員に対して、必要な情報を提供した場合に算定

退院・退所加算

Ⅰ　＋400単位／月　Ⅱ　＋600単位／月

入院期間又は入所機関が３０日以下の場合（Ⅱは３０日を超える場合）であって、退院又は退所にあたって、病院等の職員と面会を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることその他の連携を行った場合に算定

認知症加算

＋150単位／月

特に労力を要する認知症日常生活自立度がⅢ以上の認知症高齢者への支援に対する評価

独居高齢者加算

＋150単位／月

特に労力を要する独居高齢者への支援に対する評価

小規模多機能型居宅介護事業所連携加算

＋300単位／月

利用者が居宅サービスから小規模多機能型居宅介護の利用へと移行する際に、居宅介護支援事業者が有する利用者の必要な情報を小規模多機能型居宅介護事業所へ提供した場合について評価

居宅介護支援における各種加算の取得状況

	特定事業所加算Ⅰ	特定事業所加算Ⅱ	初回加算	医療連携加算
居宅介護支援	2.01% (0.83%)	40.78% (20.73%)	4.10%	0.98%

	退院・退所加算Ⅰ	退院・退所加算Ⅱ	認知症加算	独居高齢者加算	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算
居宅介護支援	0.52%	1.02%	21.56%	11.10%	0.04%

※受給者に占める割合。特定事業所加算の（　）内は加算を取得した事業所の占める割合

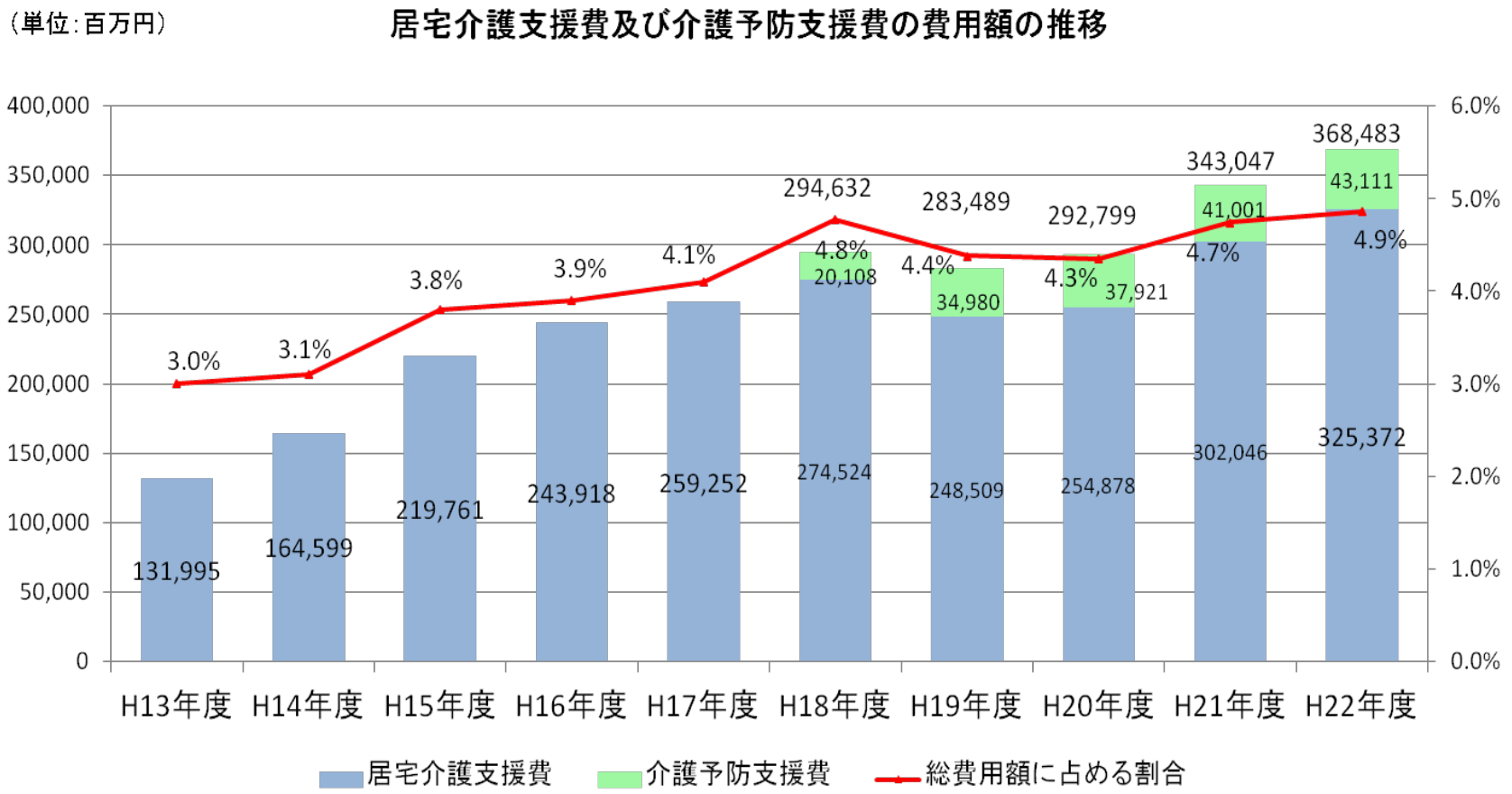
出典：介護給付費実態調査

ケアマネジメント等の現状に係るデータ（参考資料）

居宅介護支援・介護予防支援の利用状況（費用額）

○　居宅介護支援は増加傾向にあるが、近年は伸びが鈍化する傾向にある。

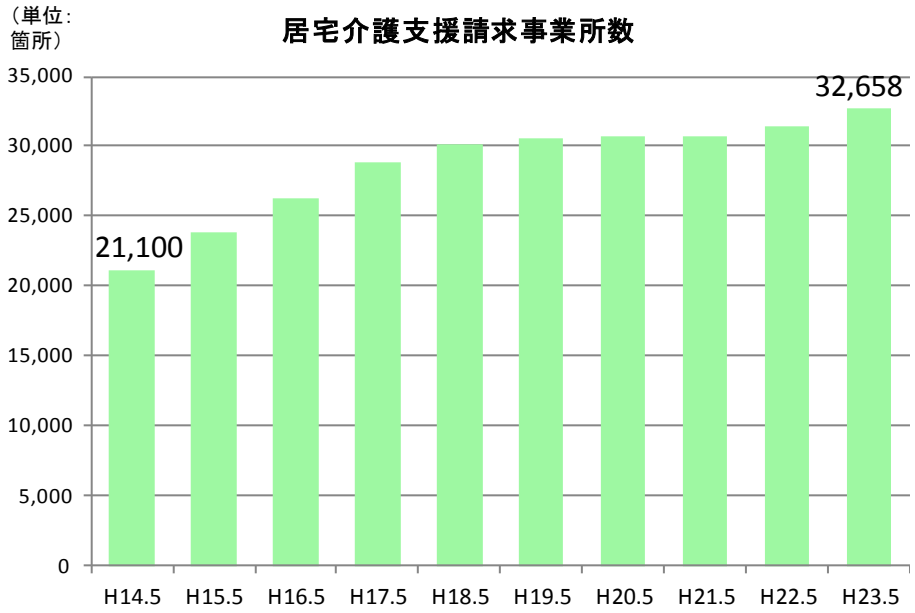
（単位：百万円）

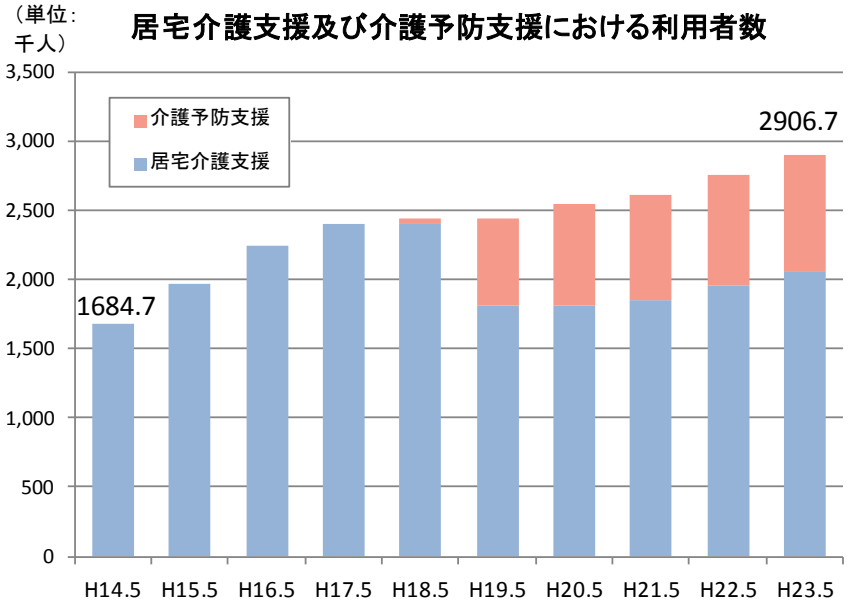


（資料出所）厚生労働省「介護給付費実態調査」

居宅介護支援・介護予防支援の利用状況（事業所数、利用者数）

○　居宅介護支援の請求事業所数については、平成18年以降は、横ばいで推移している。
一方、利用者数については、平成18年から介護予防給付の導入により減少したが、近年は漸増傾向にある。



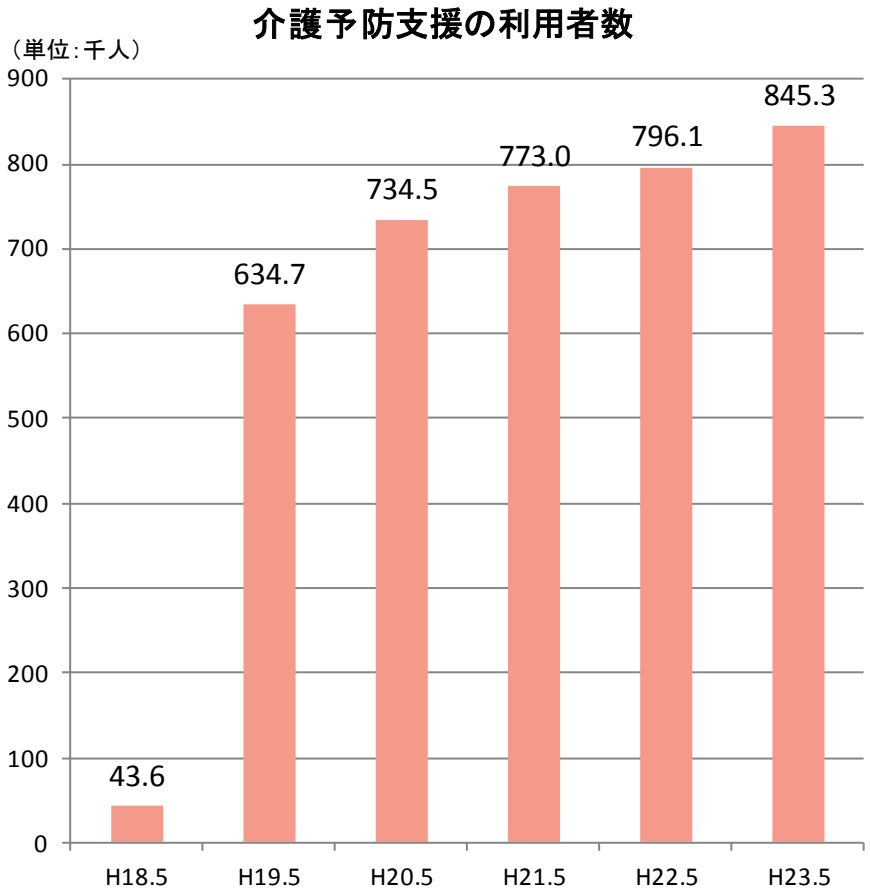


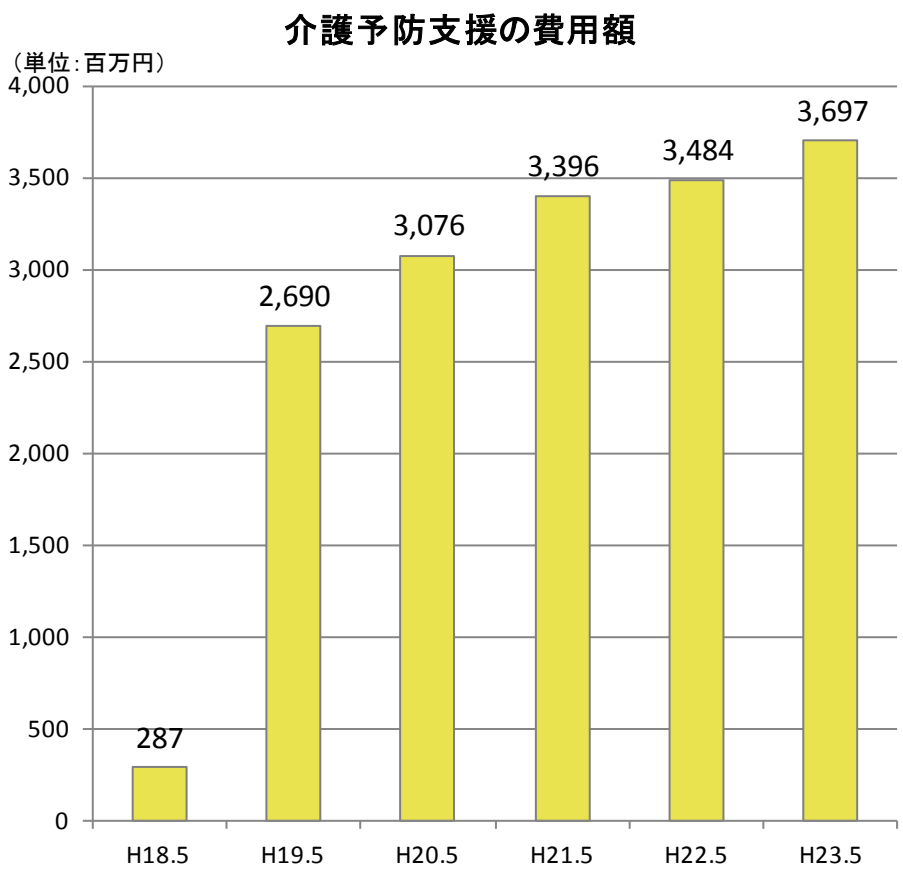
	平成22年5月審査分			平成23年5月審査分		
	総数	居宅介護支援	介護予防支援	総数	居宅介護支援	介護予防支援
回数（千回）	2757.6	1961.5	796.1	2906.7	2061.4	845.3

（資料出所）厚生労働省「介護給付費実態調査」
※審査月

介護予防支援の利用状況（利用者数、費用額）

○　介護予防支援の利用者数は、近年、ゆるやかな増加傾向にある。





（出典）介護給付費実態調査

※審査月

居宅介護支援・介護予防支援の利用者数（要介護度別）

○　居宅介護支援（予防含む）の利用者数は約291万人（平成23年5月審査分）である。
○　要介護度別利用者数の割合は、Ｈ２０以降、ほぼ横ばいで変化なしである。

○ **居宅介護支援及び介護予防支援の利用者数**（千人）

・ 要支援者

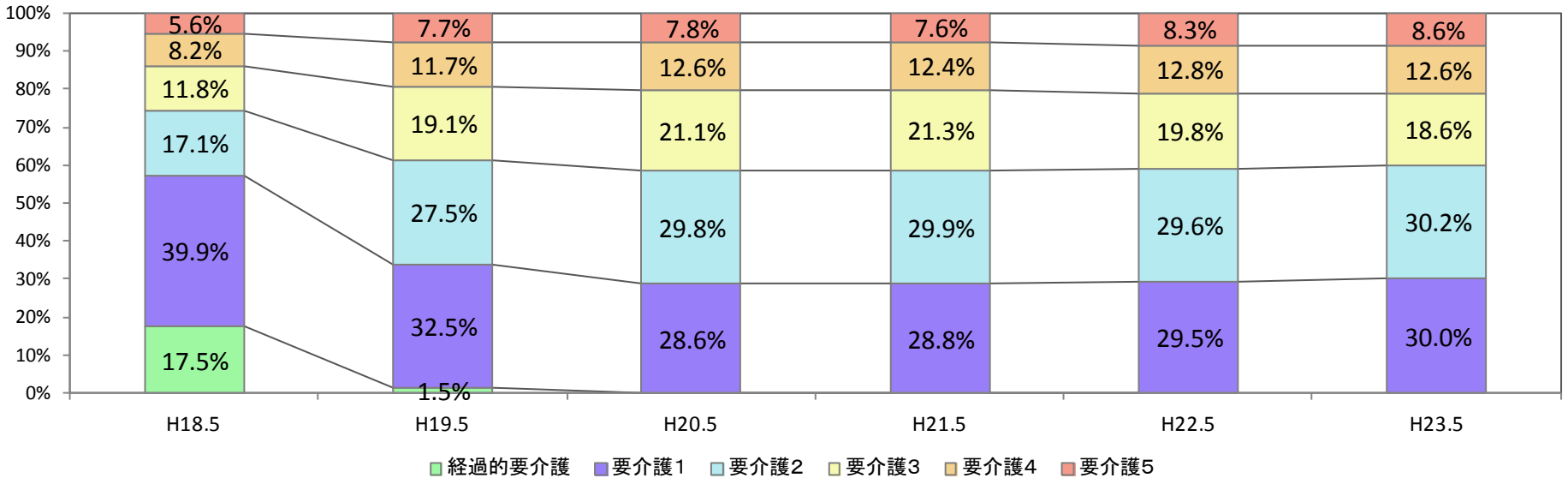
要支援度	総数	要支援1	要支援2
受給者数（人）	845.3	380.4	464.5
割　合（%）	100.0	45.0	55.0

・ 要介護者

要介護度	総数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
受給者数（人）	2061.4	618.0	621.9	384.3	259.0	178.3
割　合（%）	100.0	30.0	30.2	18.6	12.6	8.6

（出典）介護給付費実態調査（平成23年5月審査分）

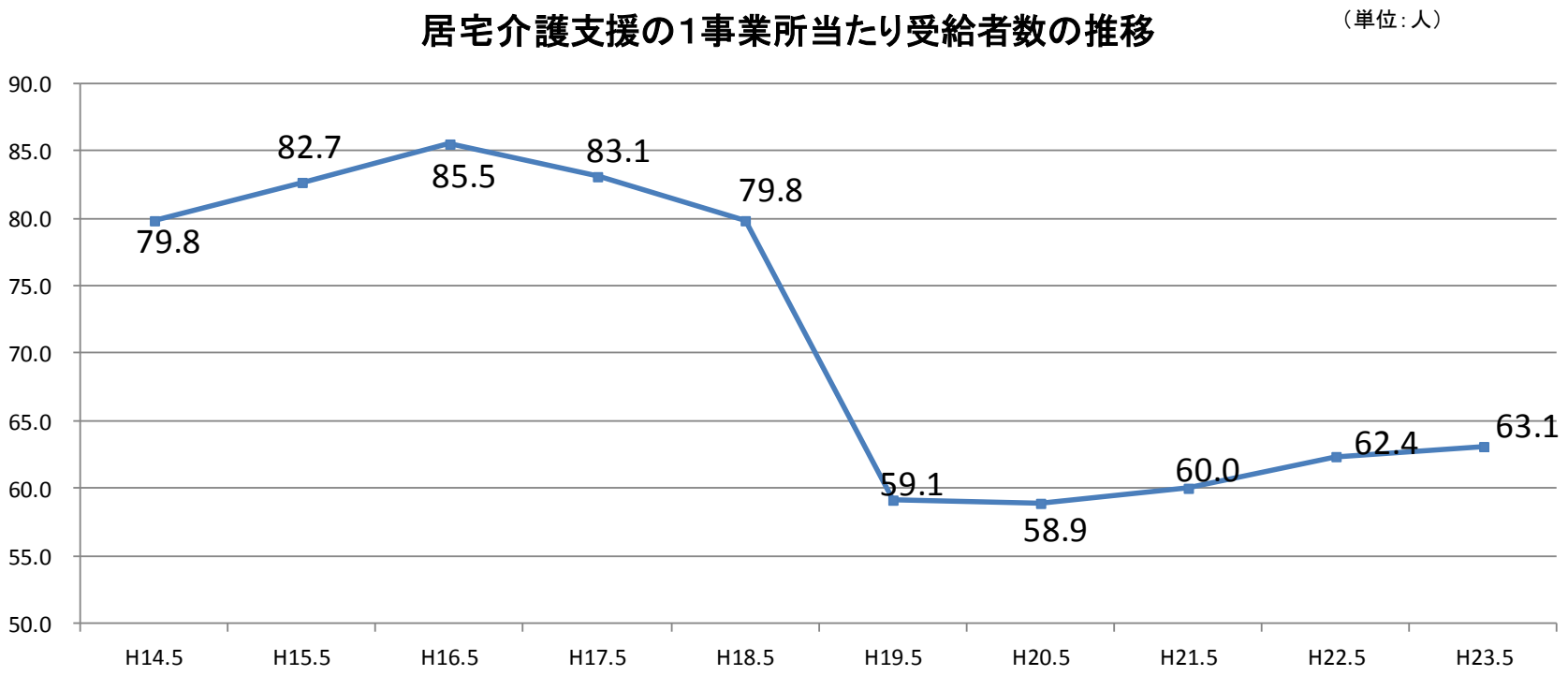
要介護度別 居宅介護支援利用者数の割合



（出典）介護給付費実態調査
※審査月

居宅介護支援の利用状況（１事業所あたりの受給者数）

○　居宅介護支援１事業所当たりの受給者数は平成15年から平成18年5月審査分以前は横ばい傾向にあったが、平成18年5月審査分以降は急減した。平成19年5月審査分以降は微増で推移している。

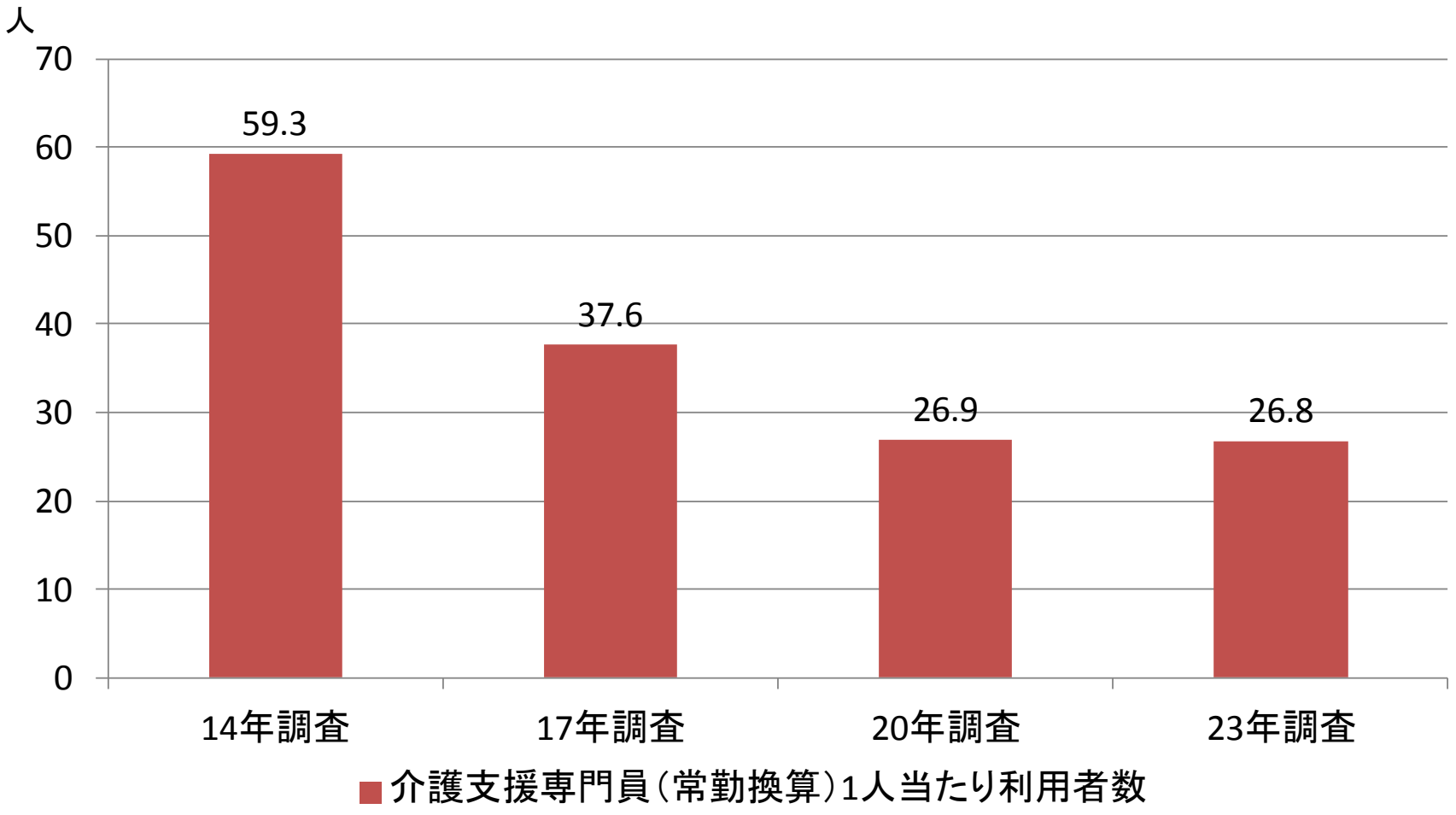


（出典）介護給付費実態調査

※審査月

ケアマネジャー１人あたり利用者数

○　ケアマネジャー１人あたり利用者は大幅に減少しているが、近年はほぼ横ばいとなっている。



（出典）介護事業経営実態調査

サービス類型ごとのケアマネジャーの従事者数

○　居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのほか、介護保険３施設・グループホーム・特定施設・短期入所生活介護事業所等に、ケアマネジャーが多く配置されている。

介護支援専門員等の従事者数

（単位：人）

	居宅介護支援事業所	介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	居宅サービス事業所	地域密着型サービス				介護保険施設		
			（介護予防）短期入所生活介護	（介護予防）特定施設入居者生活介護	（介護予防）小規模多機能型居宅介護	（介護予防）認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
従事者数（実数）	81,132	8,992	5,790	3,630	2,169	14,624	119	252	9,433	6746	3470
従事者数（常勤換算）	65,178	7,629	2,537	2,515	1,312	8,030	70	148	6,578	4,905	2,084

▪・・・ 居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター以外で計画作成を行うための介護支援専門員等が配置されているサービス

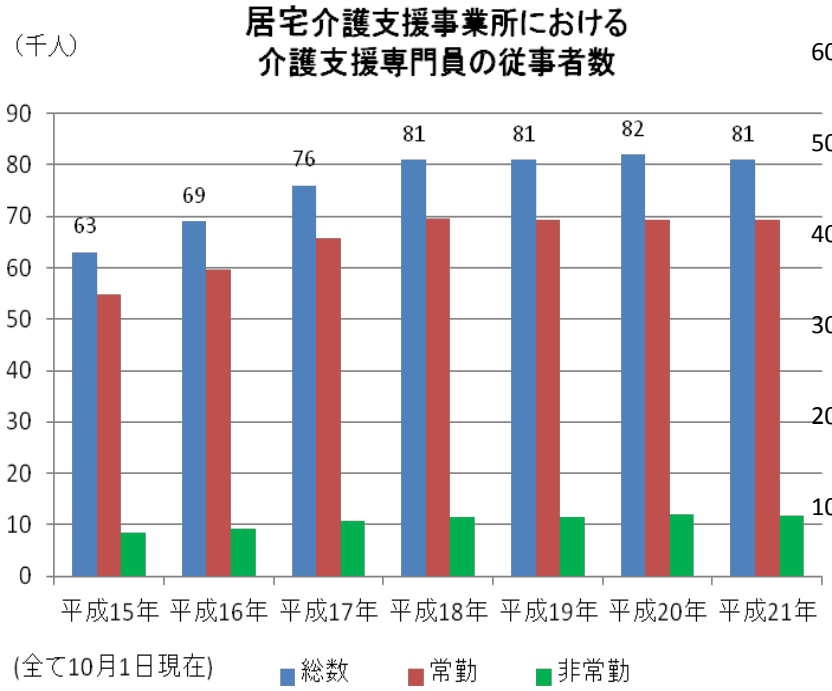
※1　（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護については、計画作成担当者の人数。

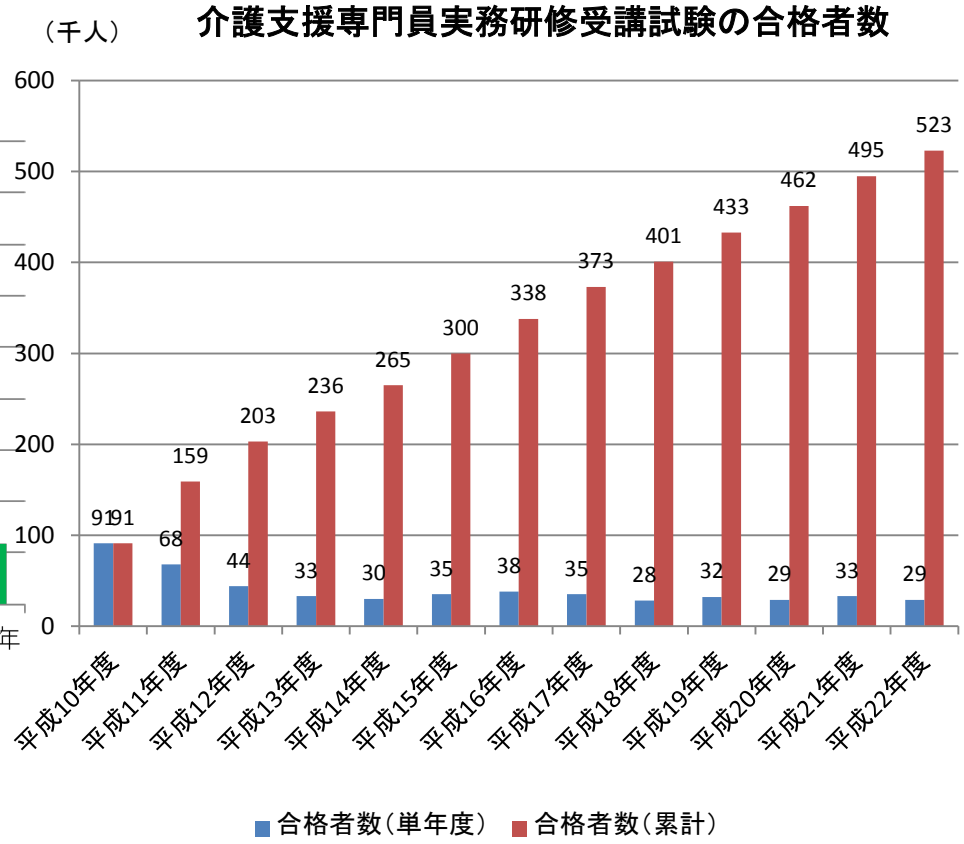
※2「計画作成担当者」について、
○（介護予防）特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護では、「専らその職務に従事する介護支援専門員」であること
○（介護予防）認知症対応型共同生活介護では、「１以上の者は、介護支援専門員をもって充てなければならない」こと
と定められている。

資料出所：平成21年介護サービス施設・事業所調査

居宅介護支援事業所に従事するケアマネジャーの従事者数等

○　居宅介護支援事業所における介護支援専門員の従事者数は、増加傾向にあるものの、平成１８年から平成２１年にかけては、ほぼ一定している。
○　実務研修受講試験の合格者数は、平成１３年度以降ほぼ一定している。



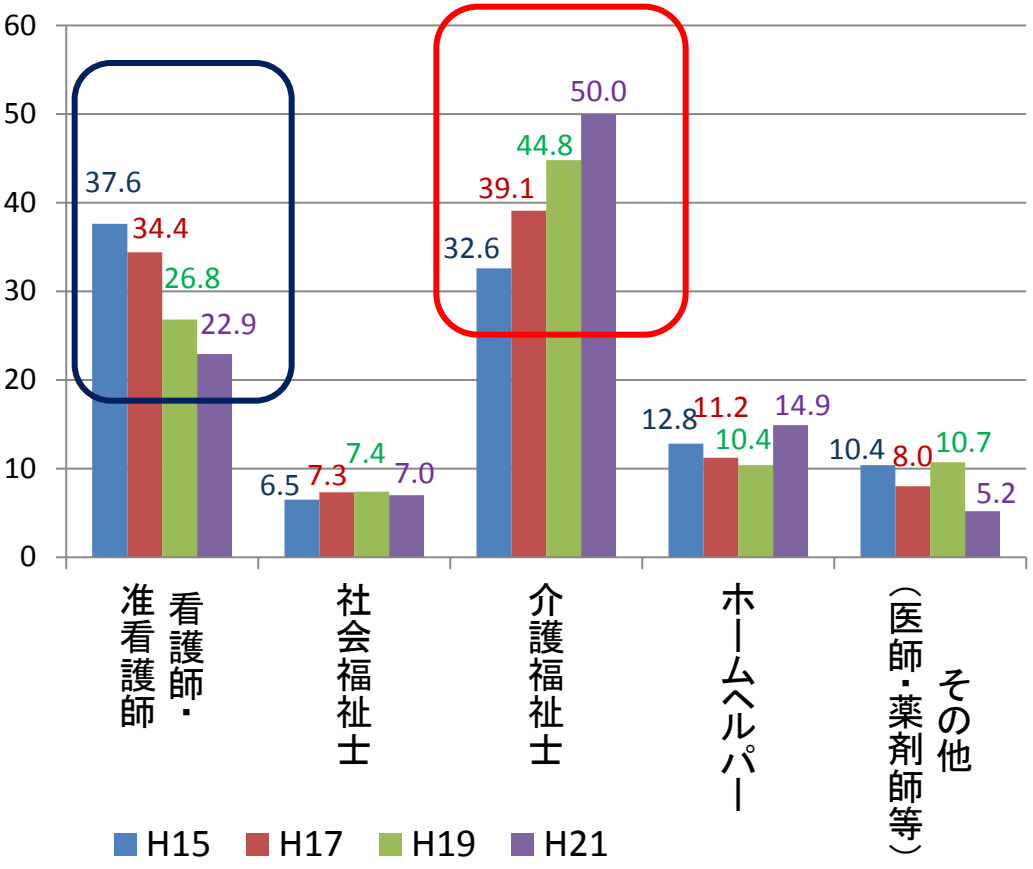


（資料出所）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、「経営実態調査結果」、厚生労働省調べ

ケアマネジャーの保有資格

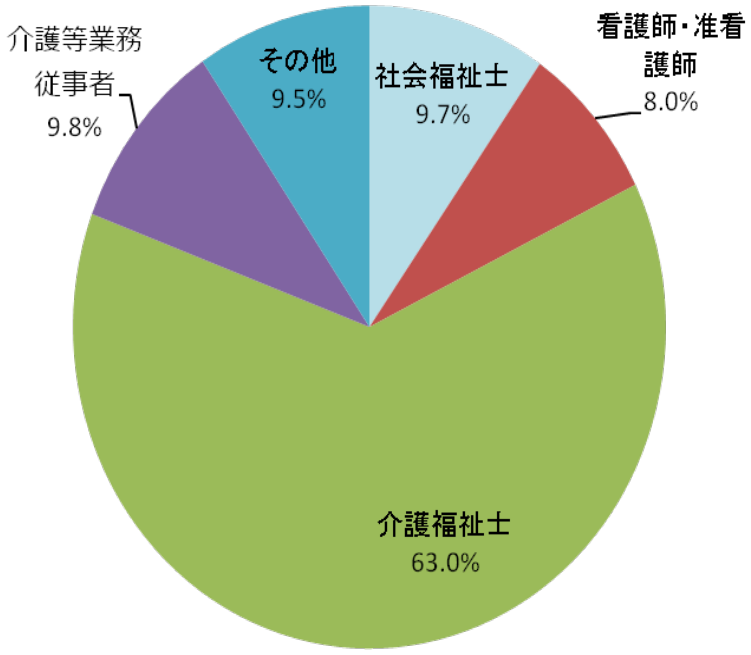
○　ケアマネジャーの保有資格については、看護師等の医療系資格の保有者が減少し、介護福祉士等の介護系資格保有者の比率が高まっている。
○　直近の試験での合格者の多くは、介護福祉士等の介護系資格保有者であり、看護師等の医療系資格保有者は少ない。

ケアマネ事業所で従事しているケアマネジャーの保有資格



資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」（平成21年度老人保健健康増進等事業）

平成22年度介護支援専門員実務研修受講試験の合格者の保有資格



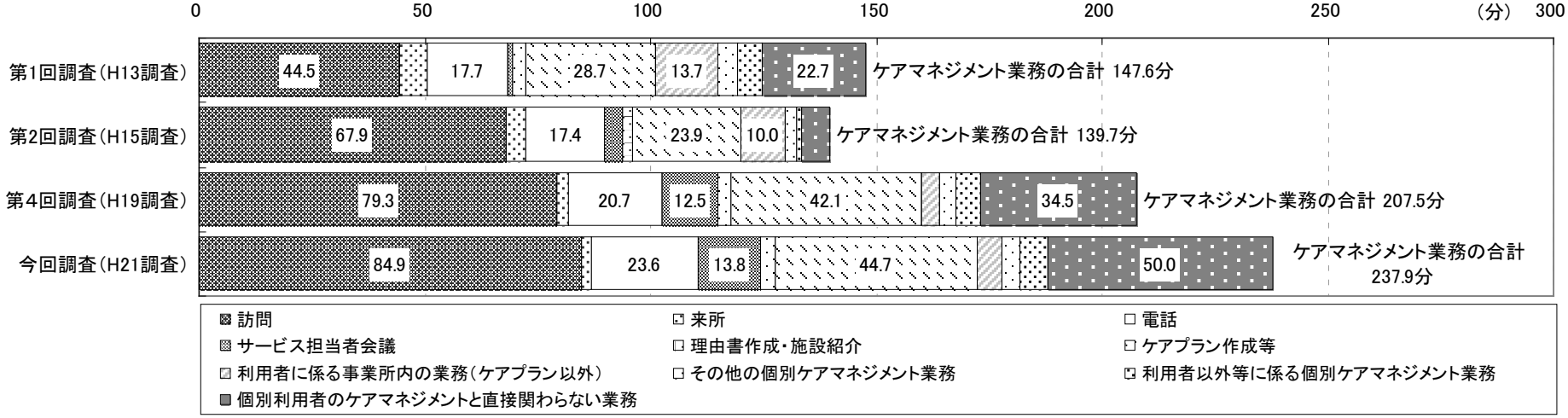
注：同一の者が複数の資格を保有している場合、それぞれの資格ごとに1人とカウントしている。

資料出所：厚生労働省調べ

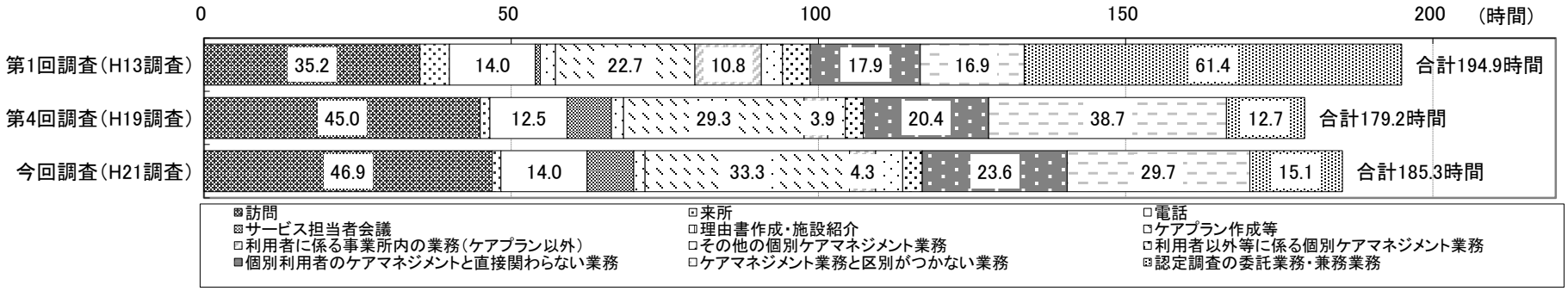
ケアマネジャーの業務の実施状況

○　ケアマネジャーが利用者１人あたりに要する労働時間は増加傾向にある。特に「訪問」、「ケアプラン作成等」、「個別利用者のケアマネジメントと直接関わらない業務」が増加している。また、ケアマネジャー１月あたりの労働時間は大きく変化していない。

利用者１人1月当たりの労働投入時間



ケアマネジャー1人1月当たりの労働投入時間

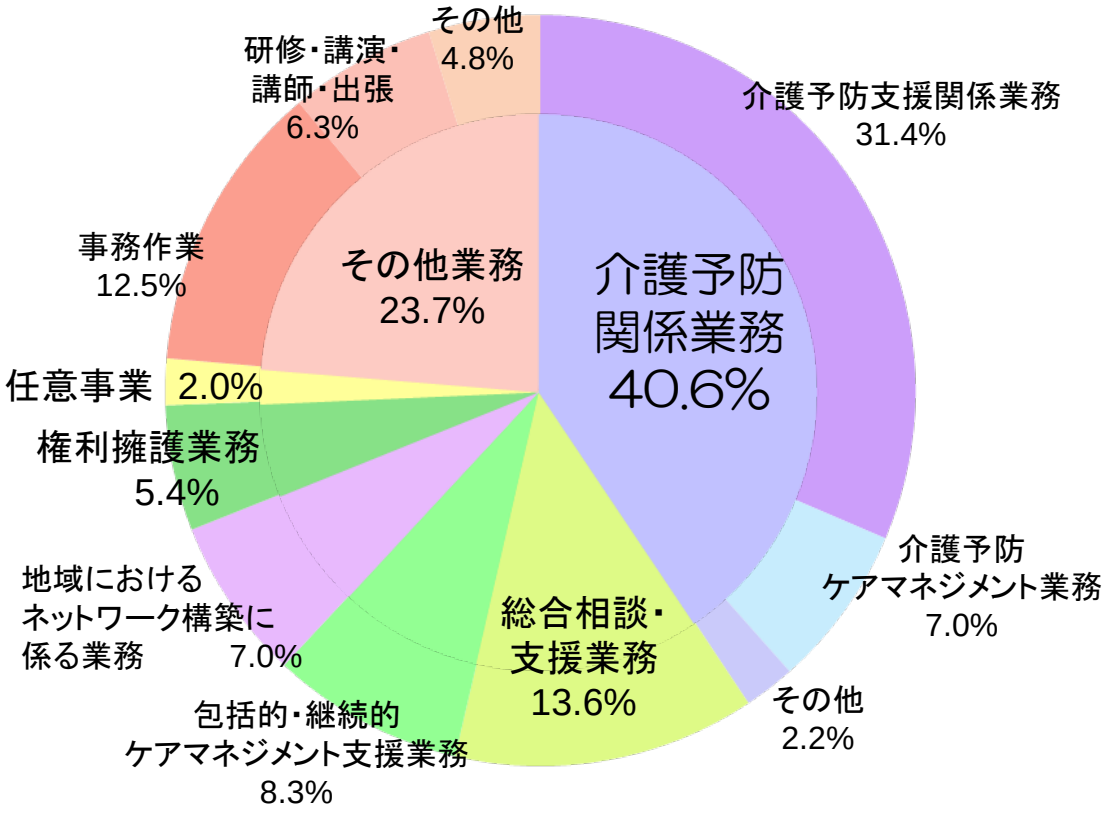


資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」
（平成21年度老人保健健康増進等事業）

地域包括支援センターの業務の実施状況

○　地域包括支援センターにおいては、約４割の時間を介護予防関係業務（介護予防ケアマネジメント業務・介護予防支援関係業務等）の実施に充てていた。
○　なお、介護予防支援については、約３２％が居宅介護支援事業所に委託されている。

地域包括支援センターにおける時間別業務実施割合



介護予防支援の実施状況

介護予防支援実施件数	727,853件
うち居宅介護支援事業所への委託件数	230,277件
居宅介護支援事業所への委託割合	31.6%
指定介護予防支援業務に従事する職員数	18,759人
職員一人あたりの介護予防支援実施件数	26.5件

１センターあたりの介護予防支援実施件数	179.1件
うち　センターが直接実施した件数	122.4件

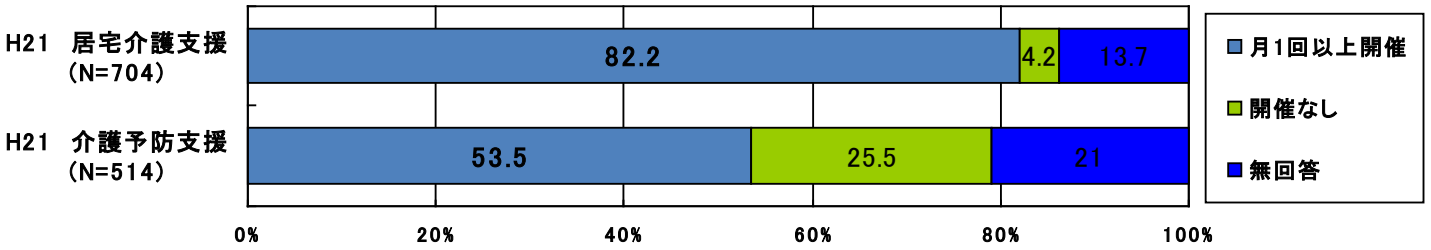
出典：厚生労働省調べ（平成22年４月現在）

資料出所：株式会社三菱総合研究所「地域包括支援センター運営コストに関する調査研究事業報告書」（平成22年3月）

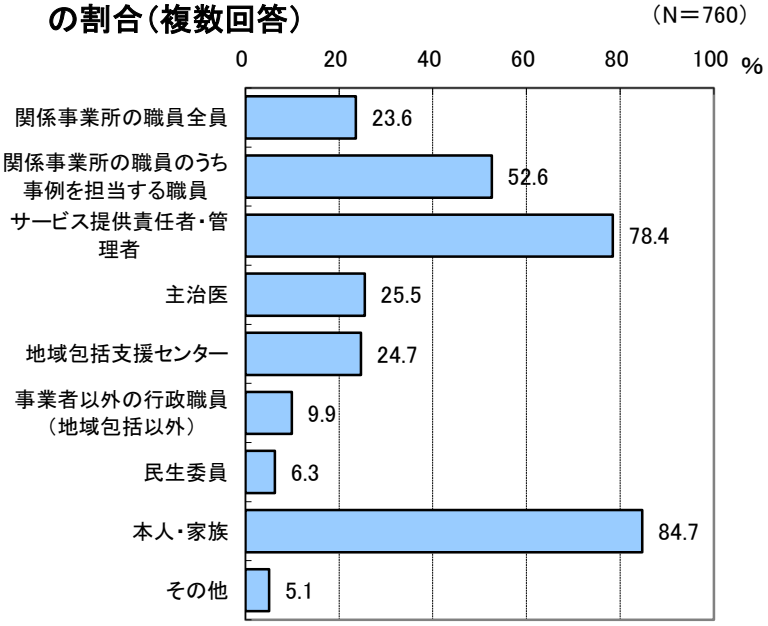
サービス担当者会議の開催状況

○　会議の日程調整や医師の参加について困難と感じているケアマネジャーが多い。

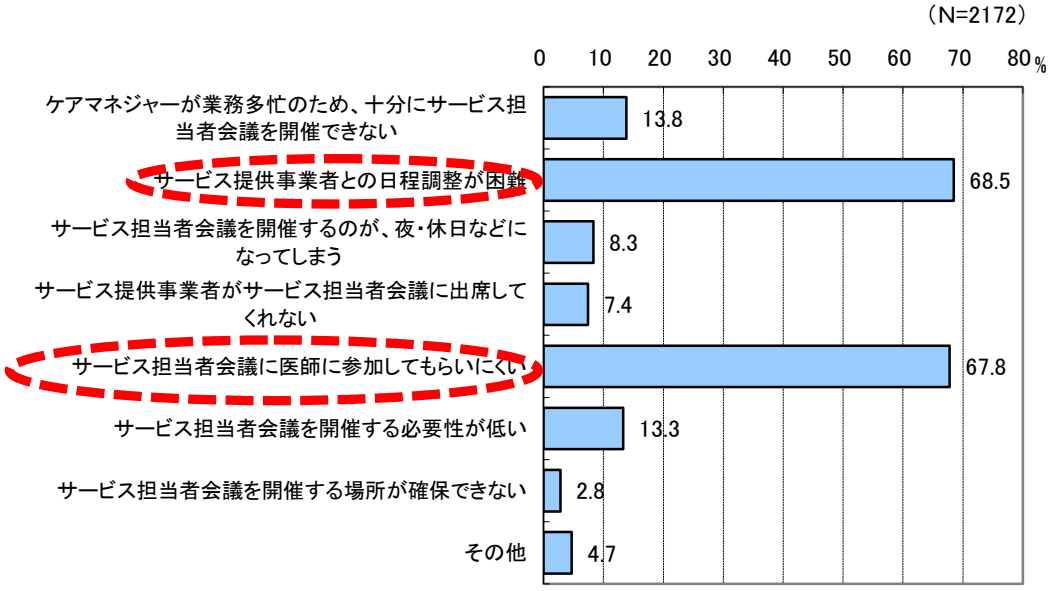
サービス担当者会議の開催回数（各事業所内で1ヶ月の間）



サービス担当者会議への出席者別事業所数の割合（複数回答）



サービス担当者会議の困難点（複数回答）

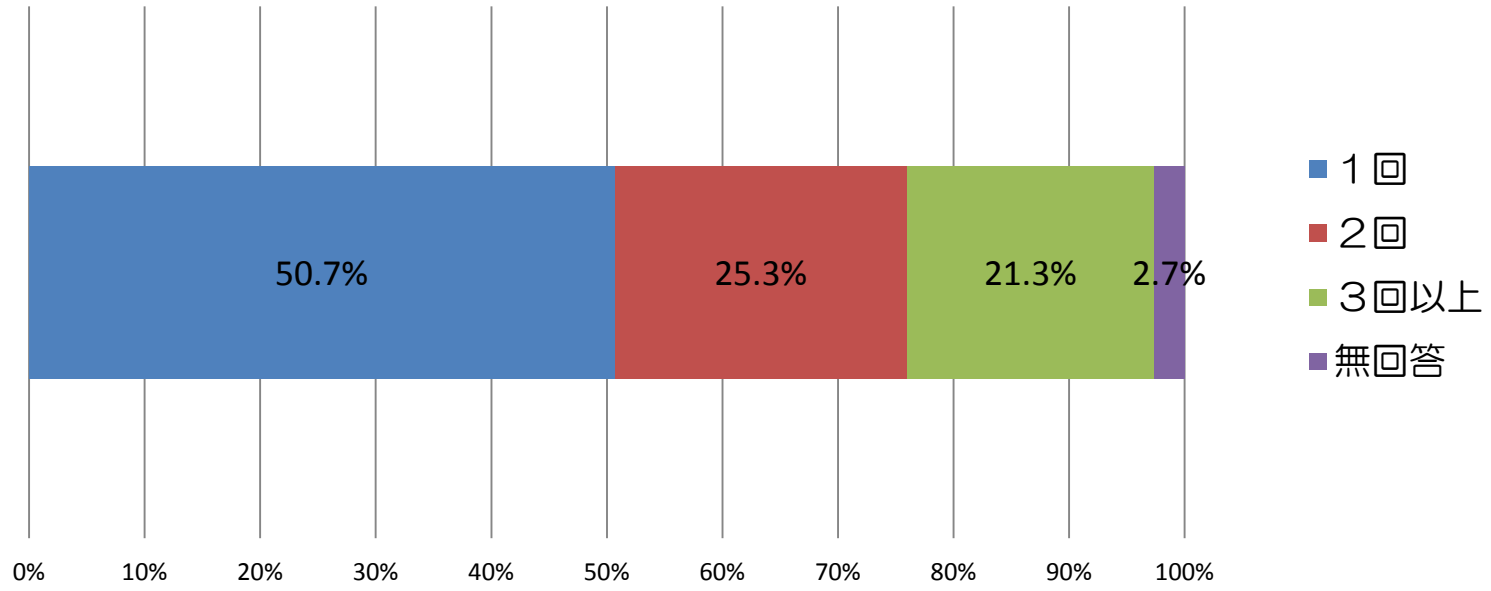


資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」（平成21年度老人保健健康増進等事業）

退院した医療機関への訪問状況

○　退院した医療機関への訪問回数は、２回以上が概ね半数を占めている。

利用者数；医療機関への訪問回数別（１ヶ月の間）



N=75

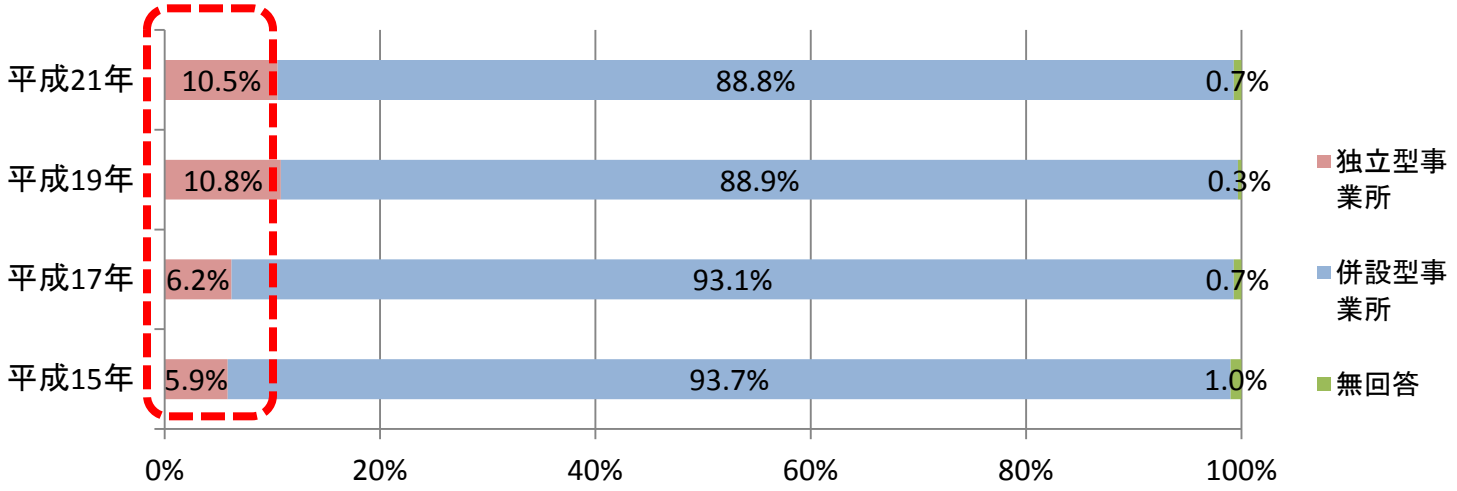
（注）医療機関に1回以上訪問した利用者のみを集計

資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」
（平成21年度老人保健健康増進等事業）

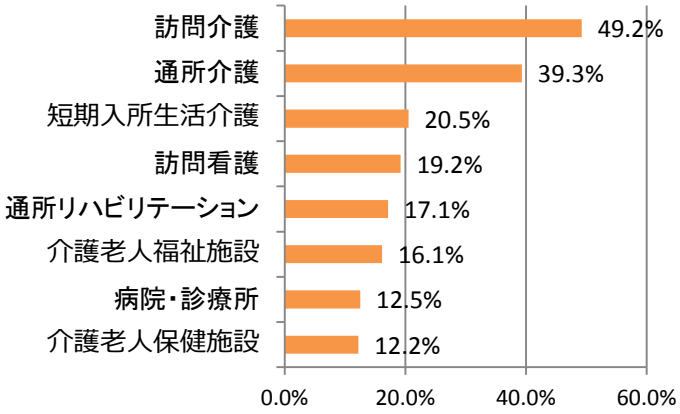
事業所の状況（独立・併設）

○　併設事業所のない、いわゆる独立型事業所は10%強となっている。

独立型事業所（併設施設なし）・併設型事業所（併設施設あり）の割合



【参考】併設先事業所の併設先施設・事業所（主なもの）

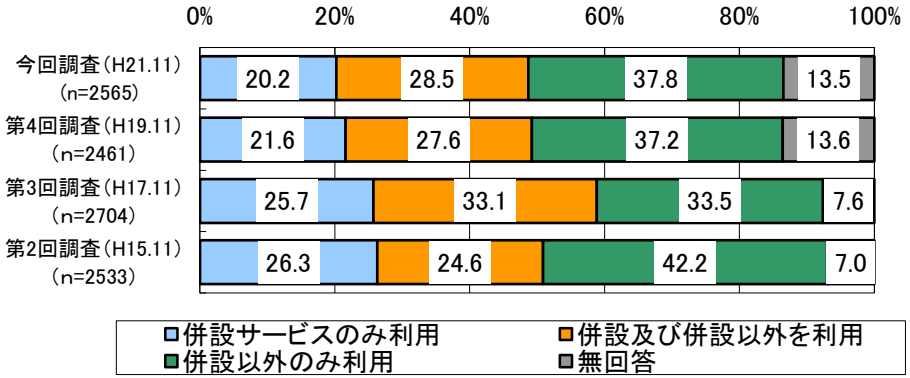


※資料出所：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成21年・19年・17年・15年：株式会社三菱総合研究所）

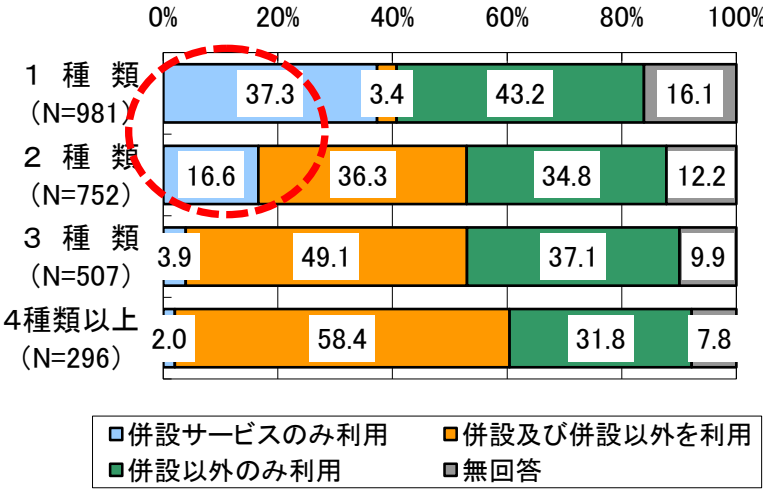
併設サービスの利用状況

○　利用者のケアプランに組み込まれている併設サービス状況をみると、「併設サービスのみ利用」は年々、減少してきているが、ケアプランに位置付けられているサービス種類が少ないほど、併設サービスのみを利用している割合が高い。また、社会福祉法人が開設主体となっている場合、併設サービスのみが利用される傾向が比較的強い。

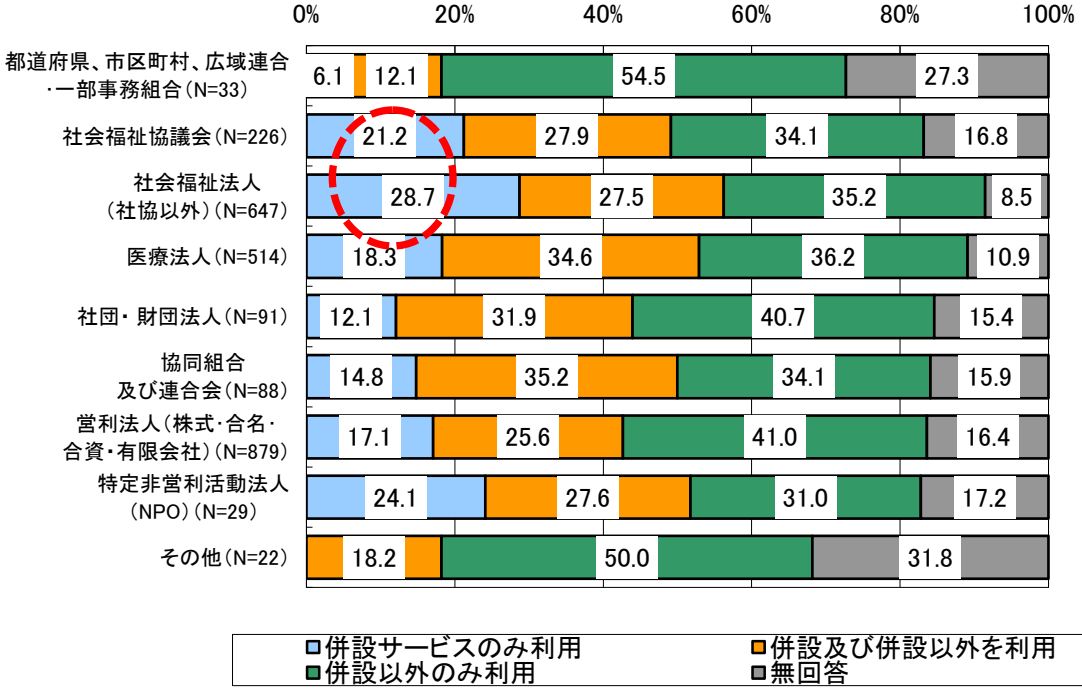
利用者数；利用しているサービス種類数・併設サービス利用状況別



利用しているサービス種類数・併設サービス利用状況別利用者数の割合



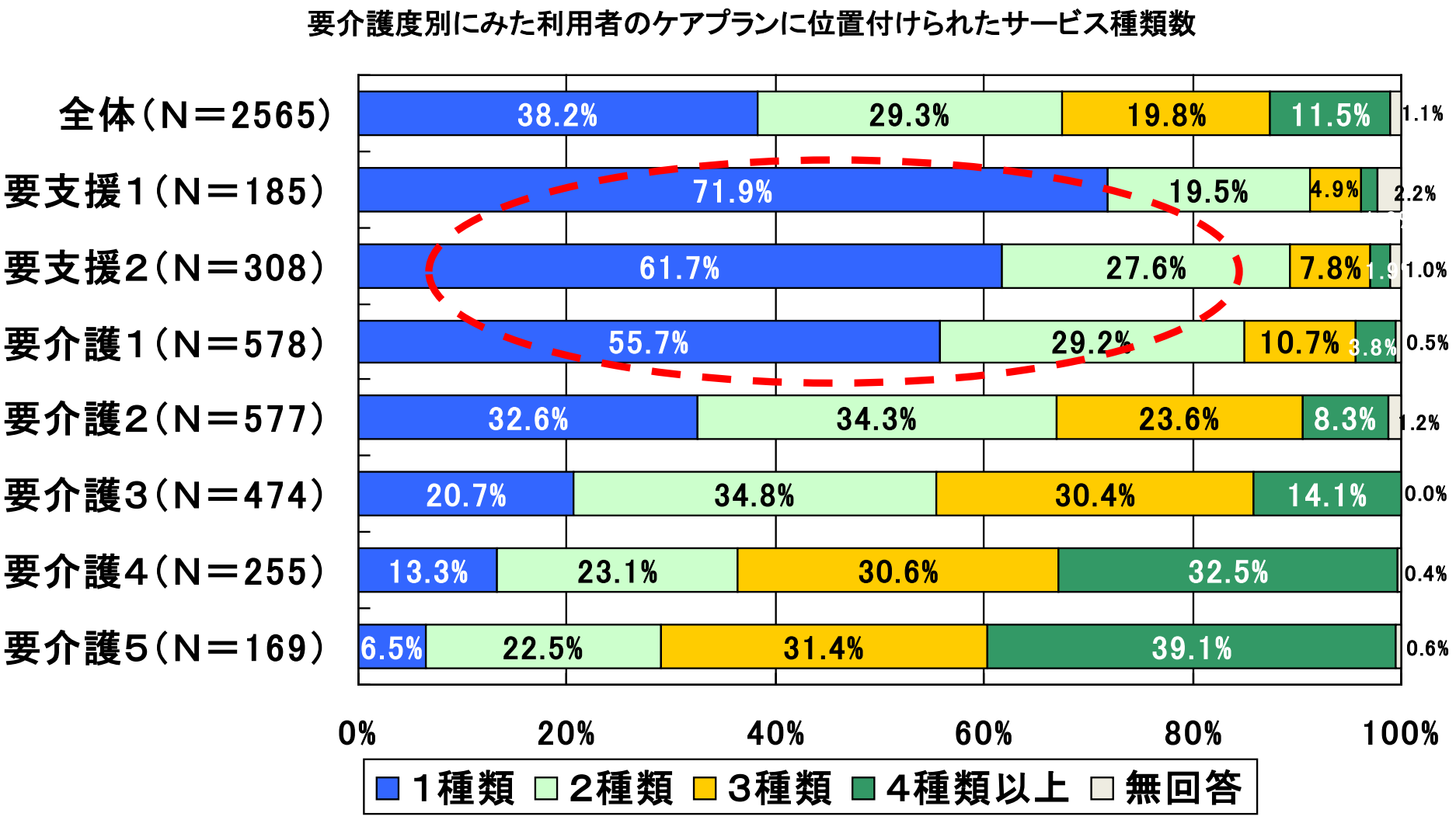
開設主体別・併設サービス利用状況別利用者数



資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」（平成21年度老人保健健康増進等事業）

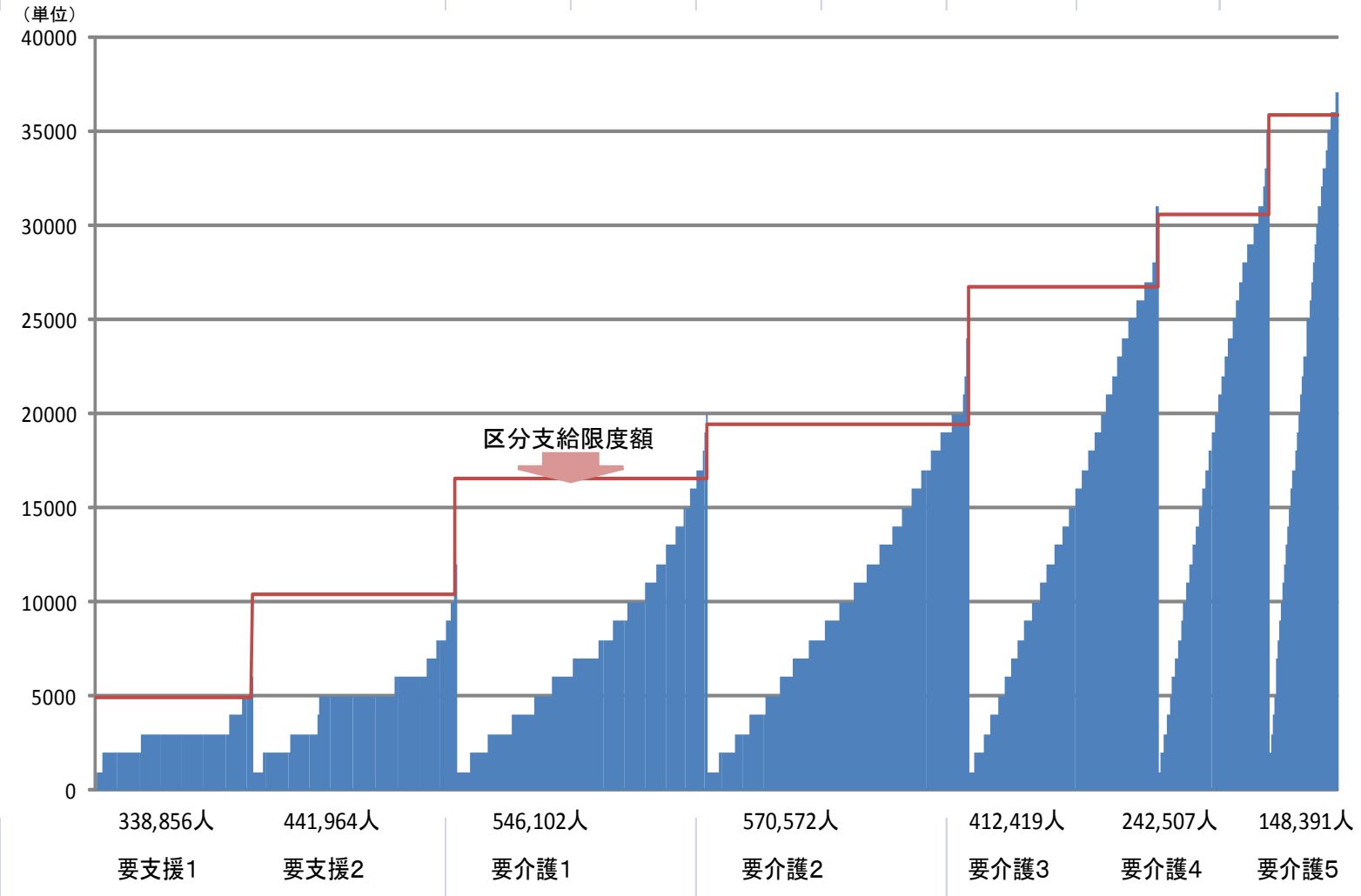
ケアプランに位置付けられたサービス種類数（要介護度別）

○　要介護度が低くなるほど、ケアプランに位置付けられるサービス種類数は少なくなる。



資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」
（平成21年度老人保健健康増進等事業）

要支援・要介護度別居宅サービス費用額（Ｈ２１．５月審査分）



	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
区分支給限度額	4,970	10,400	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830
区分支給限度額を超えている人の割合	1.2%	0.3%	1.8%	3.3%	2.9%	4.6%	4.8%
区分支給限度額に対する平均利用割合	47.1%	40.1%	42.1%	48.6%	51.1%	57.1%	58.3%

※　データは、介護給付費実態調査（平成21年5月審査分）を老人保健課において特別集計

※　利用者数は1000人単位でグラフ化している。

（平成22年8月30日第30回介護保険部会資料）

困難事例への対応状況（特定事業所加算の有無による違い）

○　特定事業所加算を取得している事業所では、処遇困難ケースを比較的多く取り扱っている。

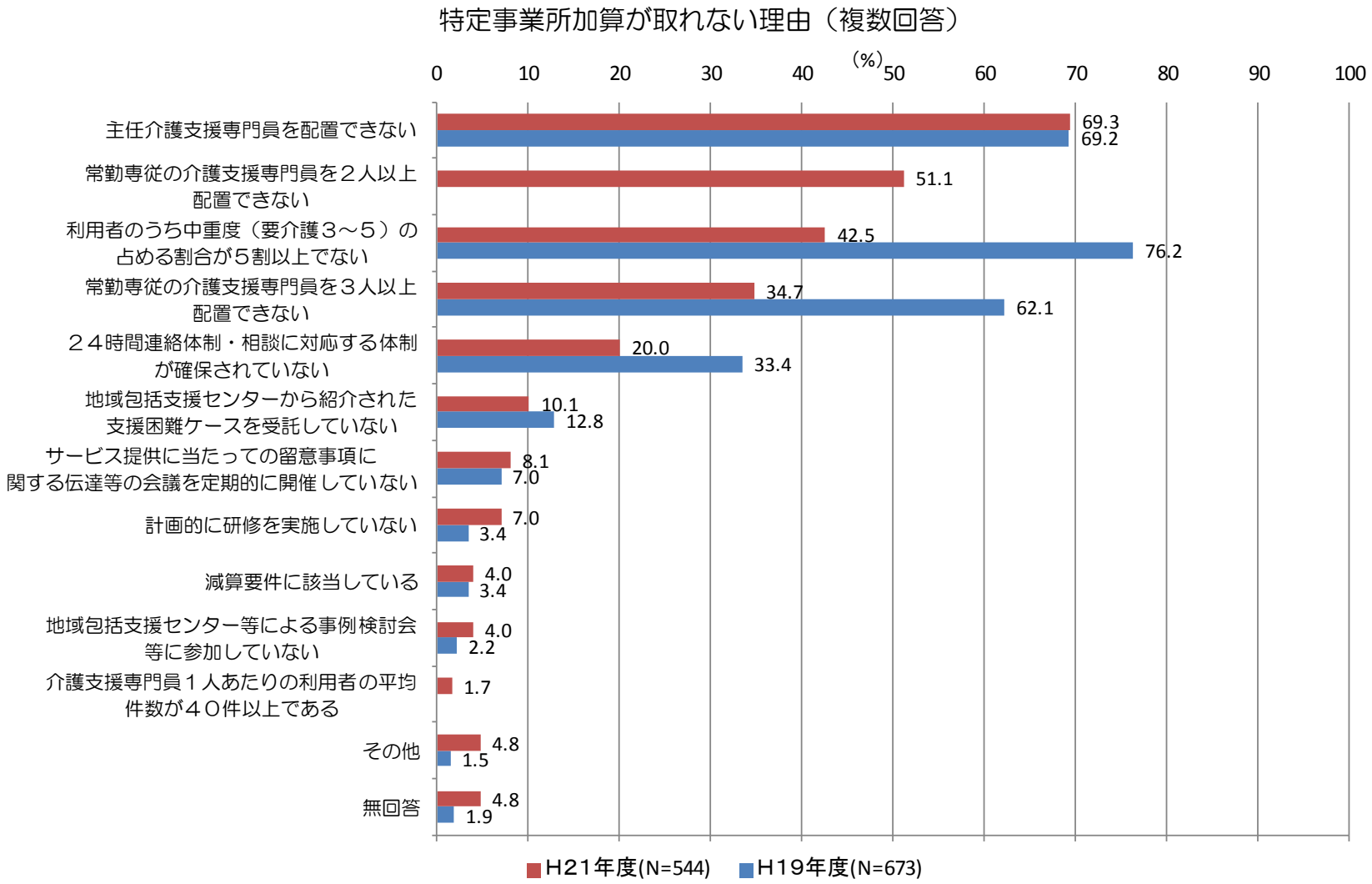
各困難ケースへの平均対応件数

	①認知症によるBPSD（行動・心理症状）	②利用拒否（利用者が介護サービスの利用を拒んでいるケース等）	③虐待（疑いのあるケースを含む）	④権利擁護、成年後見	⑤生活保護	【参考】常勤・専従の居宅介護支援専門員数
特定事業所加算（Ⅰ）(n=49)	18.45件	2.06件	1.66件	1.20件	6.92件	5.1人
特定事業所加算（Ⅱ）(n=482)	13.22件	2.24件	1.75件	1.23件	6.58件	3.9人
加算なし(n=1271)	7.66件	1.28件	0.81件	0.69件	3.66件	1.8人

資料出所：「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査（中間報告）」（平成23年株式会社日本総合研究所）

特定事業所加算が取れない理由

○　必要な人員を配置すること、中重度者の受入れや２４時間体制の確保が困難なことが加算を取得しにくい理由となっている。



※加算を取得していない及び加算Ⅱを取得している事業所への質問

資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」（平成21年度老人保健健康増進等事業）

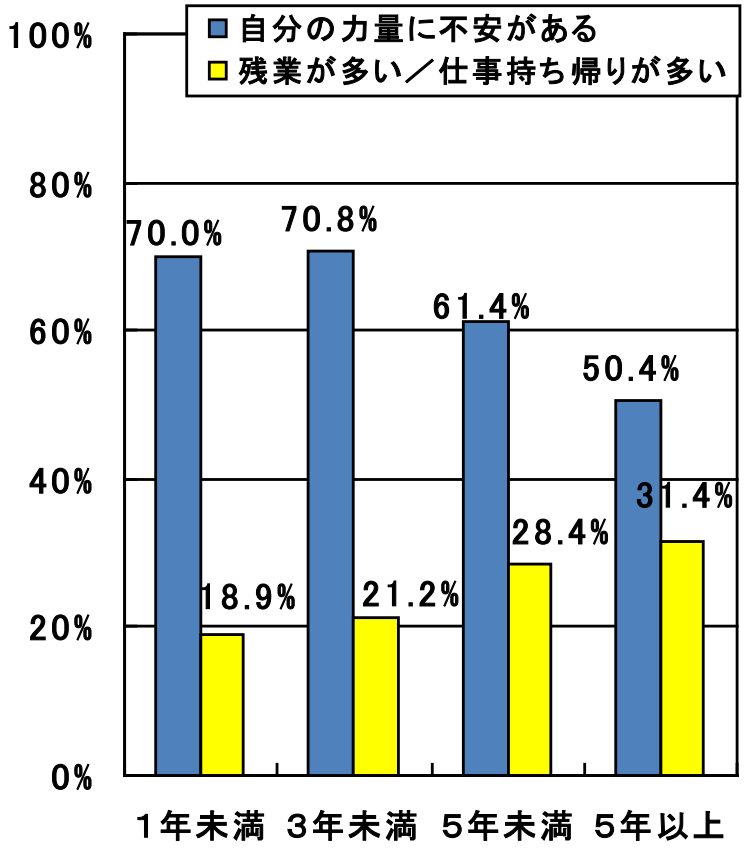
ケアマネジャーの勤務上の悩み

○　自分の力量への不安を抱えるケアマネジャーが勤務年数が短い者に多く、残業が多いことについては勤務年数が長いケアマネジャーに多い。

○　勤務上の悩み（複数回答可）

	合計（人）	割合（%）
全体	2, 172	100.0
自分の力量について不安がある	1, 284	59.1
賃金が低い	726	33.4
残業が多い・仕事の持ち帰りが多い	587	27.0
兼務業務が忙しくケアマネ業務の時間がとれない	278	12.8
休日・休暇がとれない	263	12.1

○勤務年数別

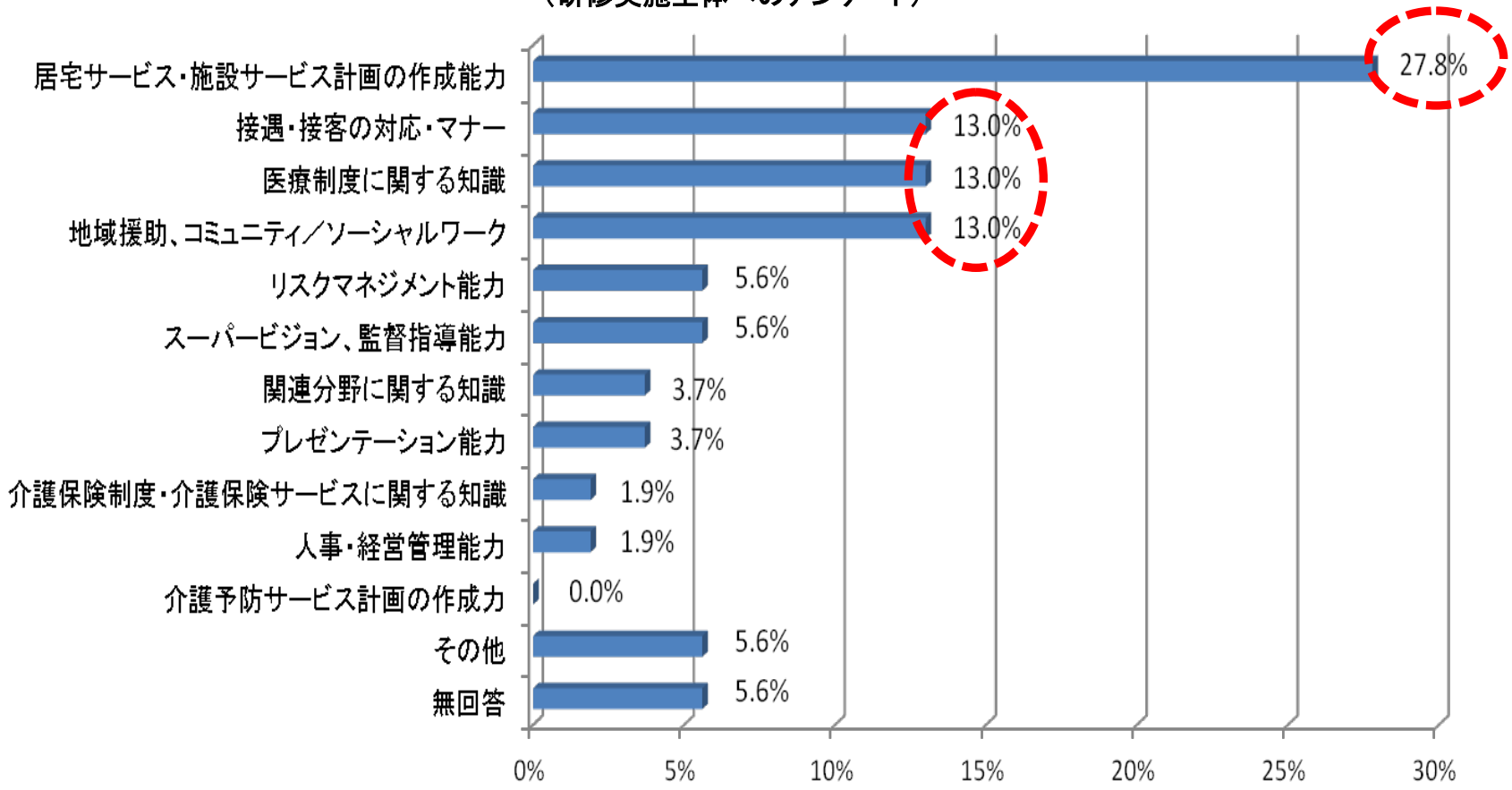


※出典:「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成21年株式会社三菱総合研究所）

研修に対する期待

○　ケアマネジャーに関する研修について、計画作成に関する能力（技術）や医療に関する知識等について充実させるべきとする回答が多い。

介護支援専門員の研修に、導入した方がよい・充実させた方が良いと思う分野
（研修実施主体へのアンケート）



N=54

資料出所：株式会社三菱総合研究所「介護支援専門員の研修体系に関する調査」（平成21年度老人保健健康増進等事業）

介護給付適正化事業（ケアプラン点検）の実施状況（平成２１年度）

○ 実施状況

実施している保険者は908保険者（保険者全体の56．4%）

○ 実施の目的

・ケアプランの質の向上　883保険者（実施保険者の97%）
・不適正な報酬算定等の発見　661保険者（　〃　73%）

○ 実施の効果

・保険者とケアマネジャーが共通した認識を持ち、質の高いケアマネジメントの足掛かりとなる。
（ケアプランの質の向上という点での効果）

○ 実施できない理由

・体制確保が困難（専門職による点検体制）

○ 都道府県による支援例（意見）

・介護サービスの質的向上にはもっとも効果的。組織的協力の得られないあるいは予算措置されない保険者では実施が進まない。
・各保険者に県の専門職員（介護支援専門員）を派遣し、対象者抽出や具体的な点検方法等について助言。その結果、実施率が上昇。
・「ケアプラン点検支援マニュアル」の内容が専門的であり、保険者の事務担当者が実践するのは困難。そこでマニュアルの研修を行うとともに、点検ノウハウのある講師を派遣、実際のプラン点検を保険者、プラン作成ケアマネジャーとともに行う。

○ 保険者からの意見

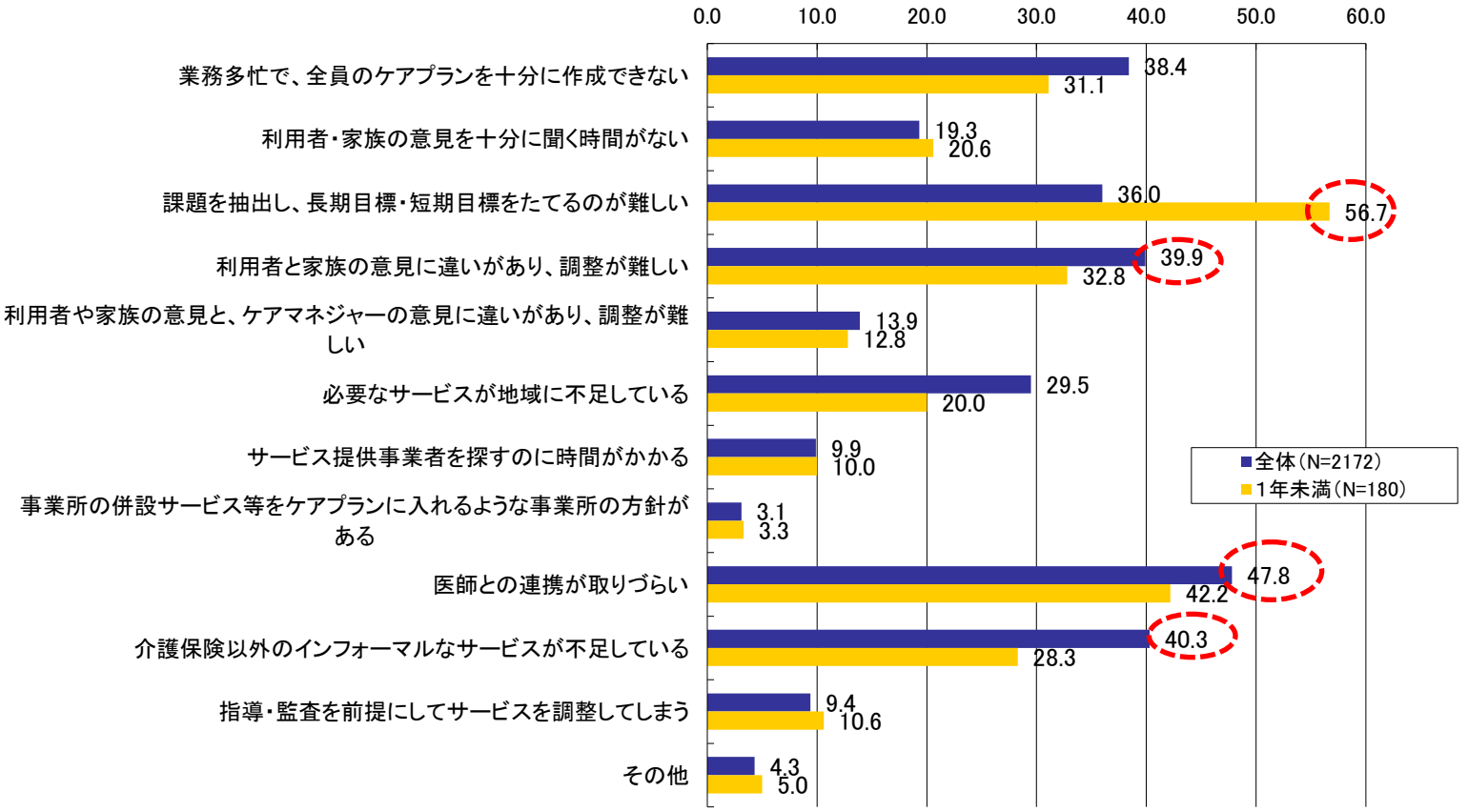
・今後も保険者支援として介護支援専門員の派遣をお願いしたい（対都道府県）
・専門的な知識が必須のため、効率的な業務遂行のために、国保連合会への業務委託をすることができないか。

資料出所：厚生労働省調べ

ケアプラン作成上の困難点

○　医師との連携、インフォーマルサービスの不足、利用者・家族との意見調整といったところに困難さがある。また、業務経験の少ないケアマネジャーは、課題の抽出と目標を立てることに困難さを感じている。

ケアマネジャー数；勤務年数・ケアプラン作成について困難な点別（複数回答）

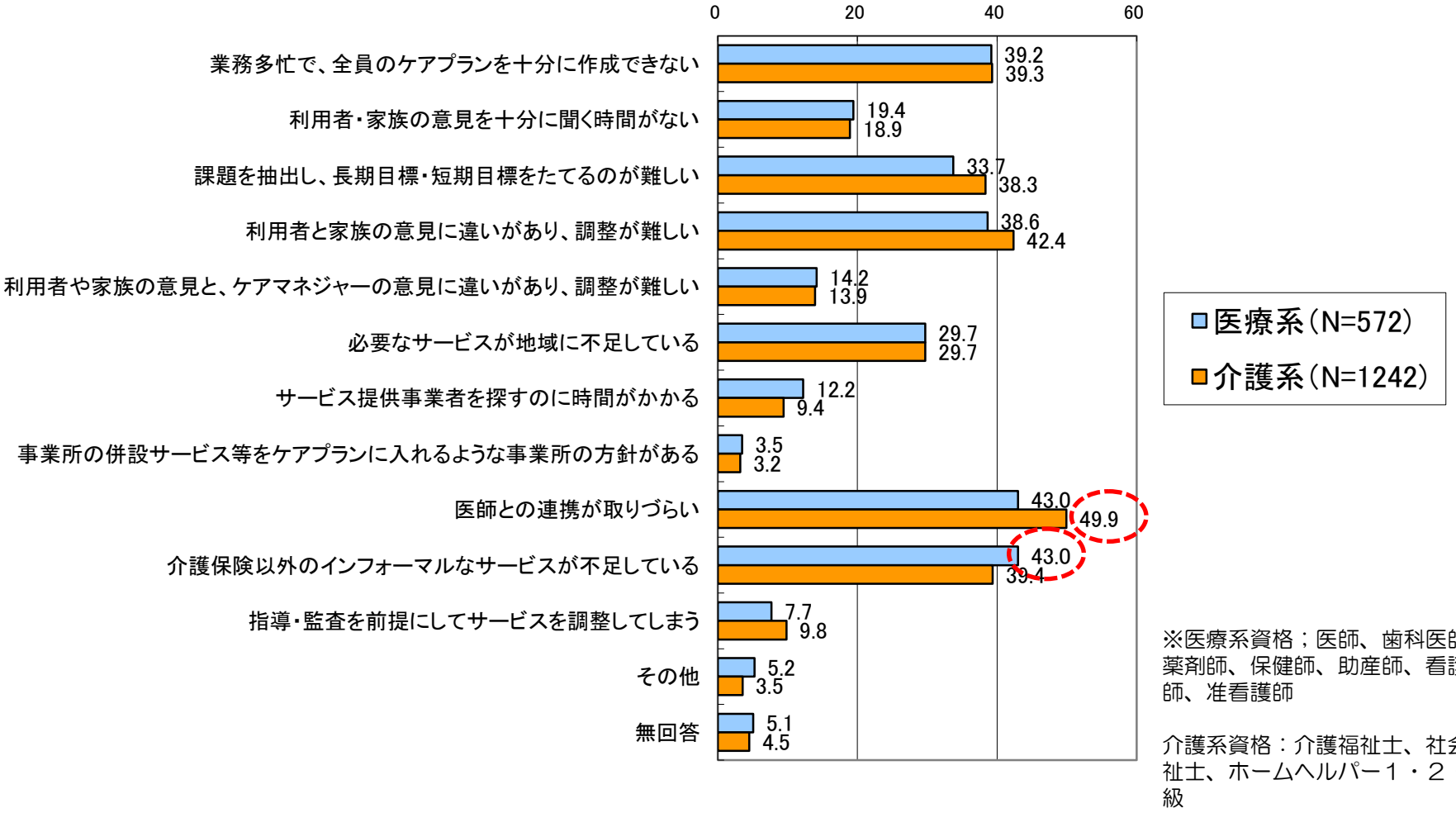


資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」（平成21年度老人保健健康増進等事業）

ケアプラン作成上の困難点②

○　基礎資格による違いをみると、介護系の資格を有するケアマネジャーは医師との連携、利用者・家族との意見調整などに困難さを感じているのに対し、医療系はインフォーマルサービスの不足に困難さを感じている。

ケアマネジャー数；ケアマネジャーの基礎資格別・ケアプラン作成について困難な点別（複数回答）



※医療系資格；医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師

介護系資格：介護福祉士、社会福祉士、ホームヘルパー１・２・３級

資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」（平成21年度老人保健健康増進等事業）

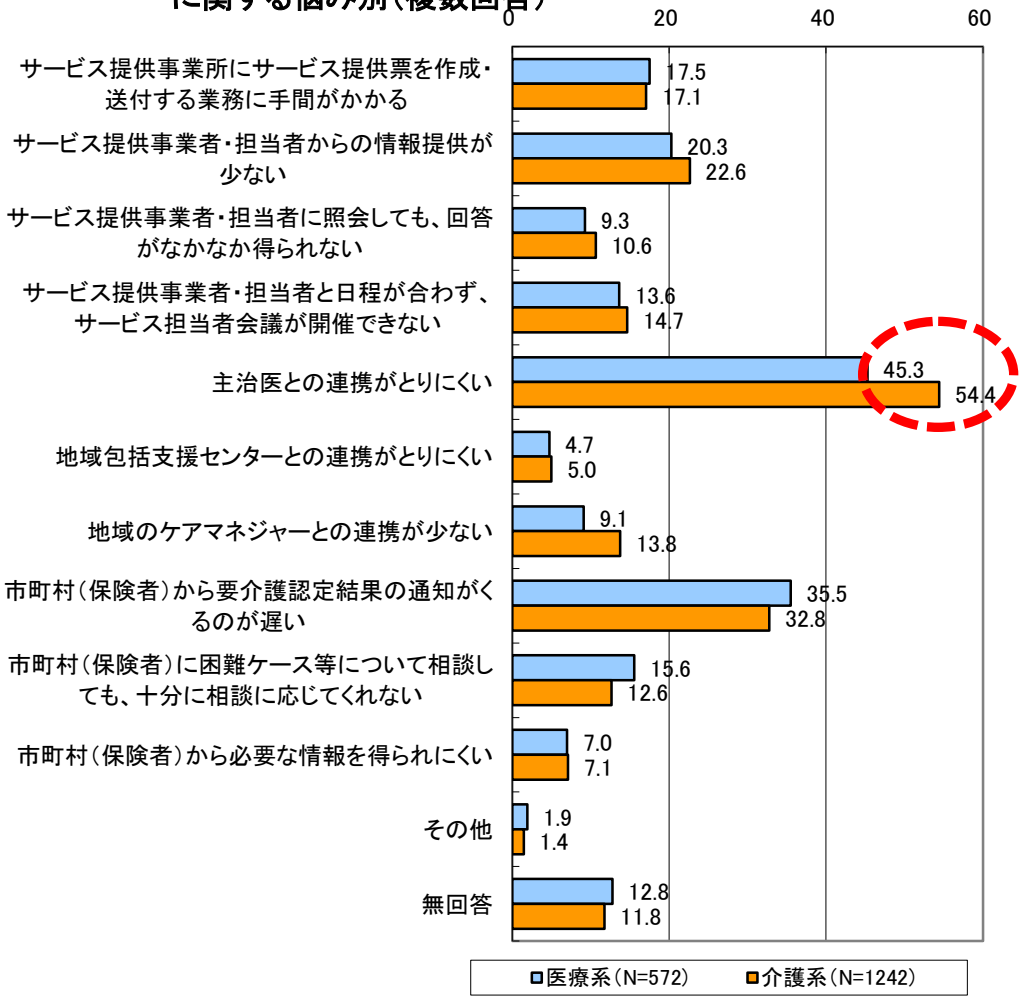
他機関との連携に関する悩み

○　主治医との連携が取りにくいと感じているケアマネジャーが多く、その中でも、医療系と比較して、介護系の資格を有するケアマネジャーの方が連携がとりにくいと感じている。

ケアマネジャー数；他機関との連携に関する悩み別（複数回答）

	合計（人）	割合（%）
全体	2,172	100.0
主治医との連携が取りにくい	1,130	52.0
市町村から要介護認定結果の通知が来るのが遅い	733	33.7
ｻｰﾋﾞｽ事業者・担当者からの情報提供が少ない	454	20.9
ｻｰﾋﾞｽ事業者・担当者と日程的に会議が開催できない	319	14.7
ｻｰﾋﾞｽ事業者にサービス提供票を作成・送付する手間	379	17.4

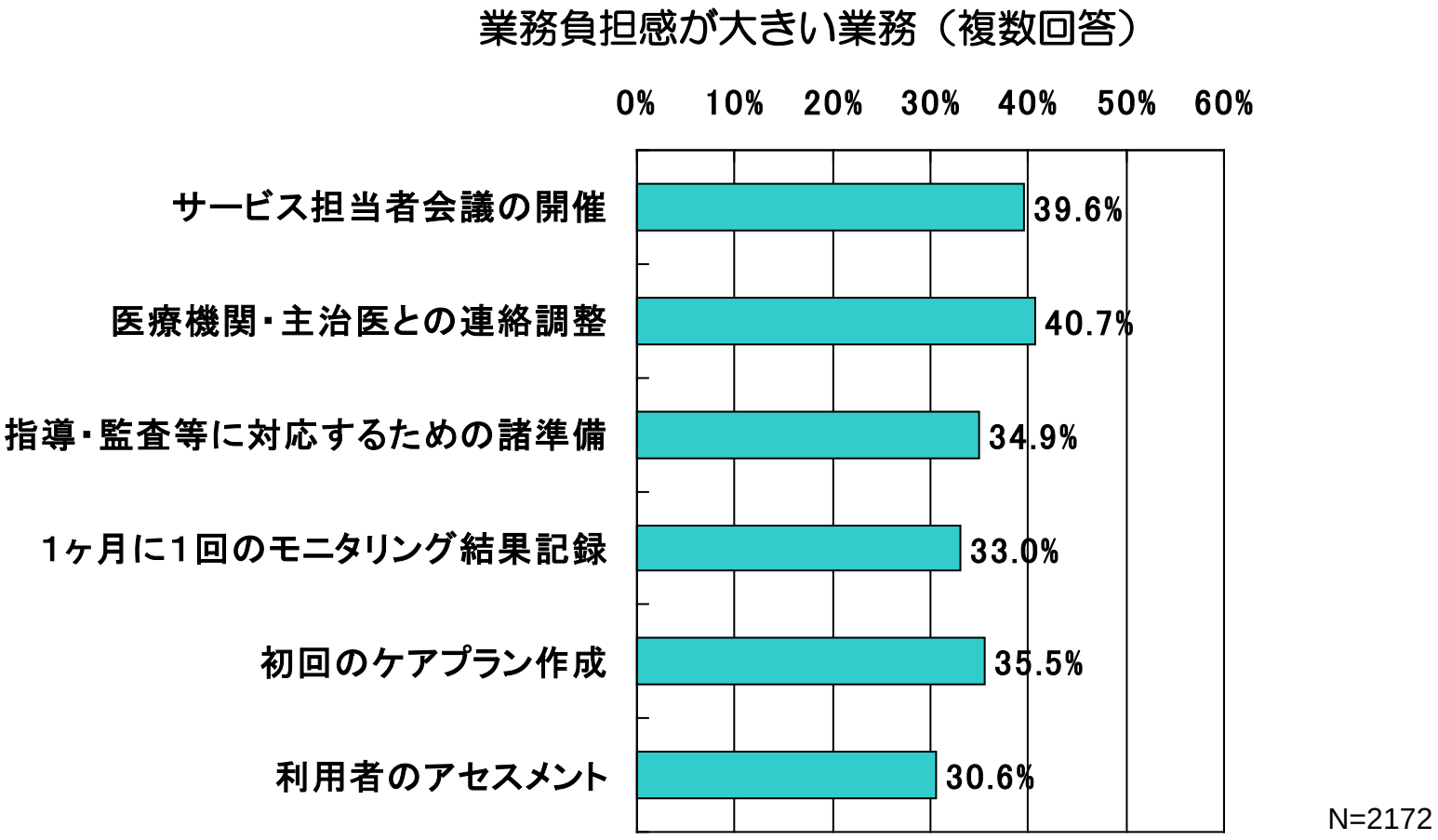
ケアマネジャー数；ケアマネ基礎資格・他機関との連携に関する悩み別（複数回答）



資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」（平成21年度老人保健健康増進等事業）

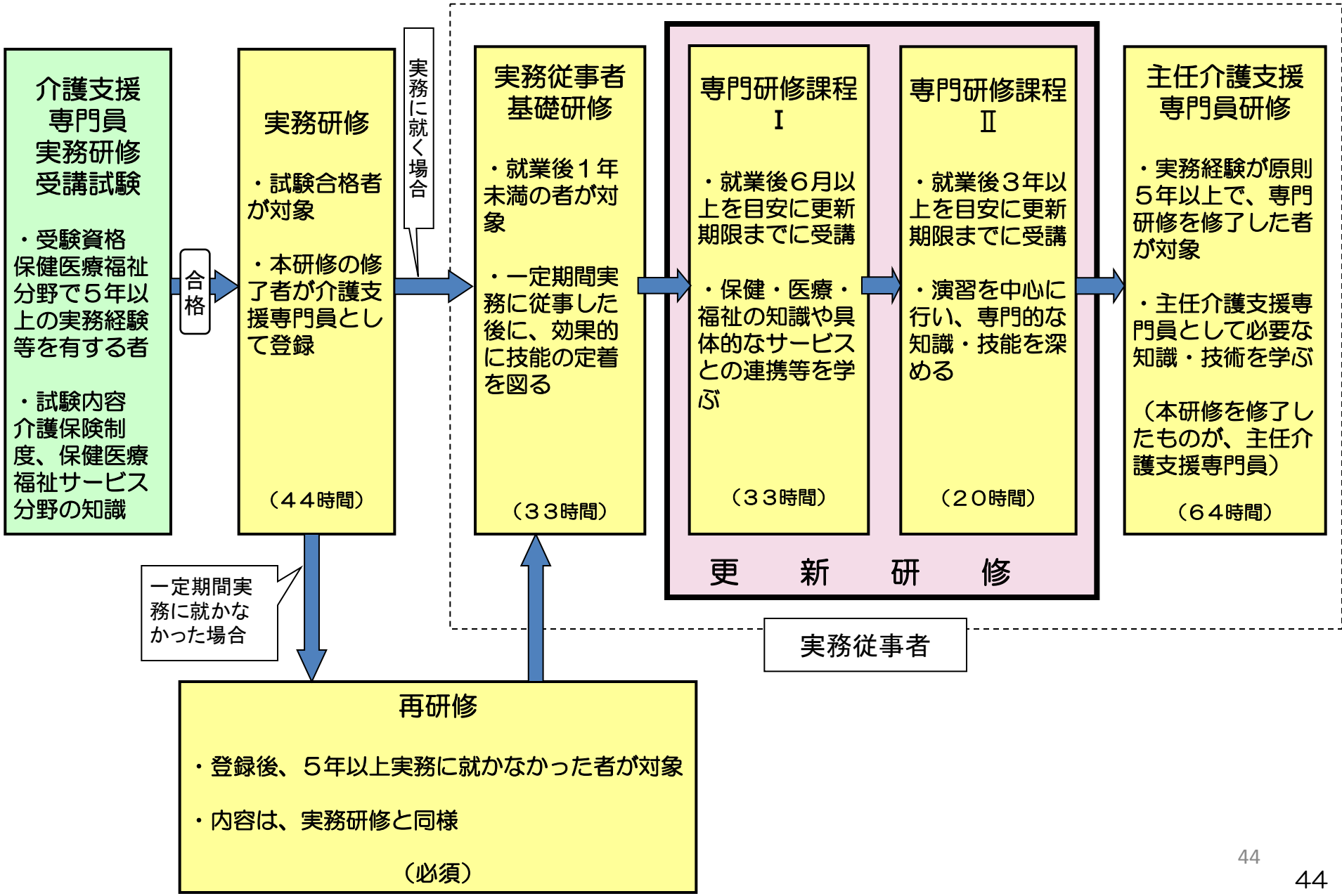
業務に対する負担感

○　「医療機関・主治医との連絡調整」「サービス担当者会議の開催」「初回のケアプラン作成」といったところに負担を感じるケアマネジャーが多い。



資料出所：株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」
（平成21年度老人保健健康増進等事業）

ケアマネジャーの研修等の体系



44

主任介護支援専門員

業務内容

介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務を実施。

要　件

○　介護支援専門員として一定の実務経験（実務経験5年以上の専従者）
○　「主任介護支援専門員研修（64時間）」を受講

活動の場

○　「地域包括支援センター」におけるスーパーバイザー的ケアマネジャー
○　一定規模以上の事業所で、他の介護支援専門員に対するスーパーバイズ
など

修了者

○　研修修了者数　30，218人（平成18年度～22年度までの累計）

平成21年　居宅介護支援・介護予防支援の主な改定内容について

1　逓減制の見直し

○　ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を維持しつつ、件数が40件以上となる場合に全件数に適用される現在の逓減制を、経営改善を図る観点から、超過部分にのみ適用される仕組みとする。

2　病院等と利用者に関する情報共有等を行うことに着目した評価

○　入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行う場合について評価を行う。

- 医療連携加算（新規）　→　150単位／月（利用者1人につき1回を限度）
- 退院・退所加算（新規）→　退院・退所加算（Ⅰ）400単位／月（入院又は入所期間が30日を超えない場合）
  退院・退所加算（Ⅱ）600単位／月（入院又は入所期間が30日を超える場合）

3　ケアマネ事業所の独立性・中立性を高める観点からの特定事業所加算の見直し

○　中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、計画的な研修の実施等を行う事業所の推進を図るため、特定事業所加算を見直し、段階的に評価する。

- 特定事業所加算　→　特定事業所加算（Ⅰ）500単位／月　・特定事業所加算（Ⅱ）300単位／月

4　認知症高齢者等、独居高齢者、初回に係る評価

○　特に労力を要する認知症高齢者等、独居高齢者及び初回に係るケアマネジメントについて評価を行う。

- 認知症加算（新規）　→　150単位／月
- 独居高齢者加算（新規）　→　150単位／月
- 初回加算　250単位／月　→　300単位／月

5　介護予防支援に対する評価

○　介護予防支援について、介護予防支援事業所の業務の実態を踏まえた評価を行うとともに、初回のケアマネジメントについて評価を行う。

- 介護予防支援費　400単位／月　→　412単位／月
- 初回加算　250単位／月　→　300単位／月

平成18年　居宅介護支援・介護予防支援の主な改定内容について

○　介護給付の居宅介護支援については、適切なケアマネジメントを行うために、業務に要する手間・コストの適正な反映、プロセスに応じた評価、公正中立、サービスの質の向上の観点から見直しを行った。また、予防給付の介護予防支援については、利用者の実態や給付管理業務の簡素化等を踏まえた報酬設定等を行った。

（主な見直し概要）

① 中重度者を評価した「要介護度別（2段階）報酬」の設定

（例）　居宅介護支援費（Ⅰ）＜取扱件数が40件未満＞

○　要介護１・２　1,000単位／月　　要介護３・４・５　1,300単位／月

② ケアマネジャー1人当たり標準担当件数の引下げ（「50件」→「35件」）と多数担当ケースに係る逓減制の導入

（参考）

○　居宅介護支援費（Ⅰ）＜取扱件数が40件未満＞

・　要介護１・２　1,000単位／月　　要介護３・４・５　1,300単位／月

○　居宅介護支援費（Ⅱ）＜取扱件数が40件以上60件未満＞

・　要介護１・２　600単位／月　　要介護３・４・５　780単位／月

○　居宅介護支援費（Ⅲ）＜取扱件数が60件以上＞

・　要介護１・２　400単位／月　　要介護３・４・５　520単位／月

③ 初回時や退院・退所時、中重度者への対応等の評価と不適切な事業運営に係る減算

○　初回加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の創設、特定事業所加算の創設、特定事業所集中減算の創設、運営基準の見直し

④ 要支援者に対するケアマネジメントの実施機関（「地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）」）の設置と新たな報酬の設定

○　介護予防支援費　400単位／月　　○　初回加算　250単位／月

介護支援連携指導料、退院時共同指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料（診療報酬）

- 介護支援連携指導料　300点

  入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に2回に限り算定できる。

（参考）介護報酬の退院・退所加算

医療機関・介護保険施設等からの退院・退所後、居宅サービス等を利用する者に関し月１回のみ算定できる（退院・退所加算Ⅰ）。

- 退院時共同指導料２　300点（※加算2,000点）

  入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が入院中の患者に対して、患者の同意を得て退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中１回に限り算定する。

  ※上記の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医であり歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に加算する。

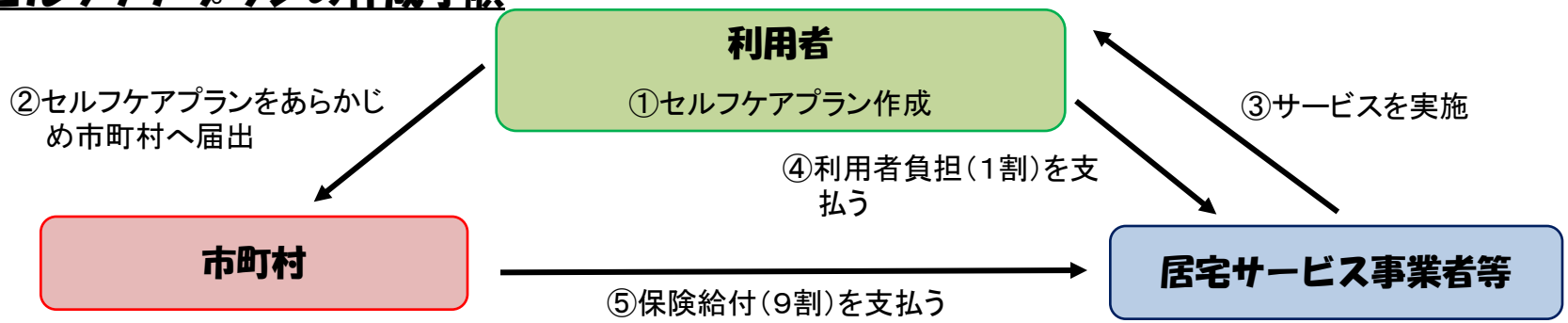
- 在宅患者緊急時等カンファレンス料　200点

  訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業所者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。

いわゆるセルフケアプランについて

○　利用者自身がケアプランを作成する場合でも（いわゆるセルフケアプラン）、あらかじめ市町村に届け出れば、現物給付化が可能（要支援者の場合も、あらかじめ市町村に届け出た上で、当該市町村が適当と認めたときは、保険給付がなされる）。
○　現状では、セルフケアプランを作成している者は非常に少ない。

1．セルフケアプランの作成手順



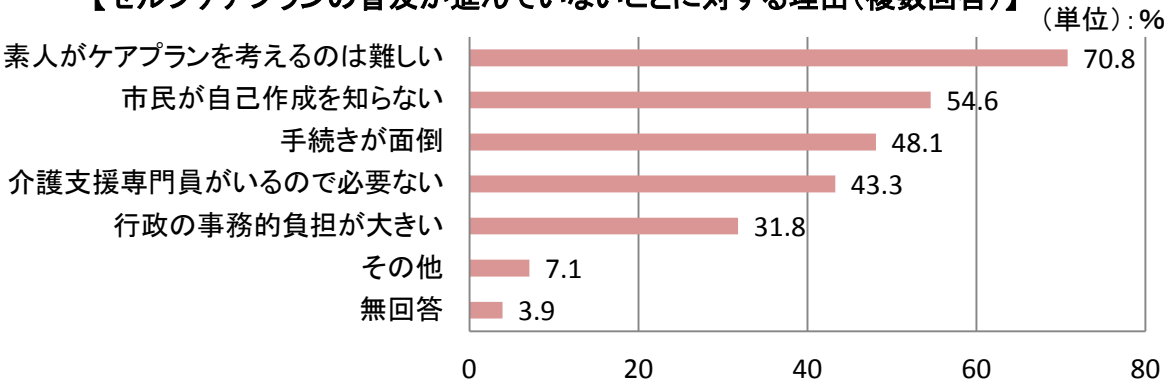
※　要支援者については、セルフケアプランをあらかじめ市町村に届け出た上で、当該市町村が適当と認めたときは、保険給付がなされる。

2．セルフケアプランの作成状況

①要介護者：0.01%（234.9万人中312人）
②要支援者：0.04%（82.8万人中360人）

※全国マイケアプラン・ネットワークのアンケート調査（平成21年7月）の結果による。この調査では、全国1,629市町村のうち、896市町村から回答があった。

【セルフケアプランの普及が進んでいないことに対する理由（複数回答）】



資料出所：全国マイケアプラン・ネットワーク「ケアプランの自己作成についての実態調査と自己作成の健全な普及に向けての課題と施策の研究事業報告書　全国保険者調査から見えてきたケアプラン自己作成の意義と課題」（平成22年3月）

介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設における介護支援専門員の役割に係る規定

１　介護老人福祉施設

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号）

第十二条　指定介護老人福祉施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

第二十二条の二　計画担当介護支援専門員は、第十二条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

一　入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。

二　入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討すること。

三　その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行うこと。

四　入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。

五　第十一条第五項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

六　第三十三条第二項に規定する苦情の内容等を記録すること。

七　第三十五条第三項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

２　介護老人保健施設

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年三月三十一日厚生省令第四十号）

第十四条　介護老人保健施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

第二十四条の二　計画担当介護支援専門員は、第十四条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

一　入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。

二　入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録すること。

三　入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。

四　第三十四条第二項に規定する苦情の内容等を記録すること。

五　第三十六条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設における生活相談員、支援相談員の役割に係る規定

１　生活相談員に係る規定

〇介護老人福祉施設

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号）

第七条

４　指定介護老人福祉施設は、入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討しなければならない。

５　前項の検討に当たっては、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。

２　支援相談員に係る規定

〇介護老人保健施設

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年三月三十一日厚生省令第四十号）

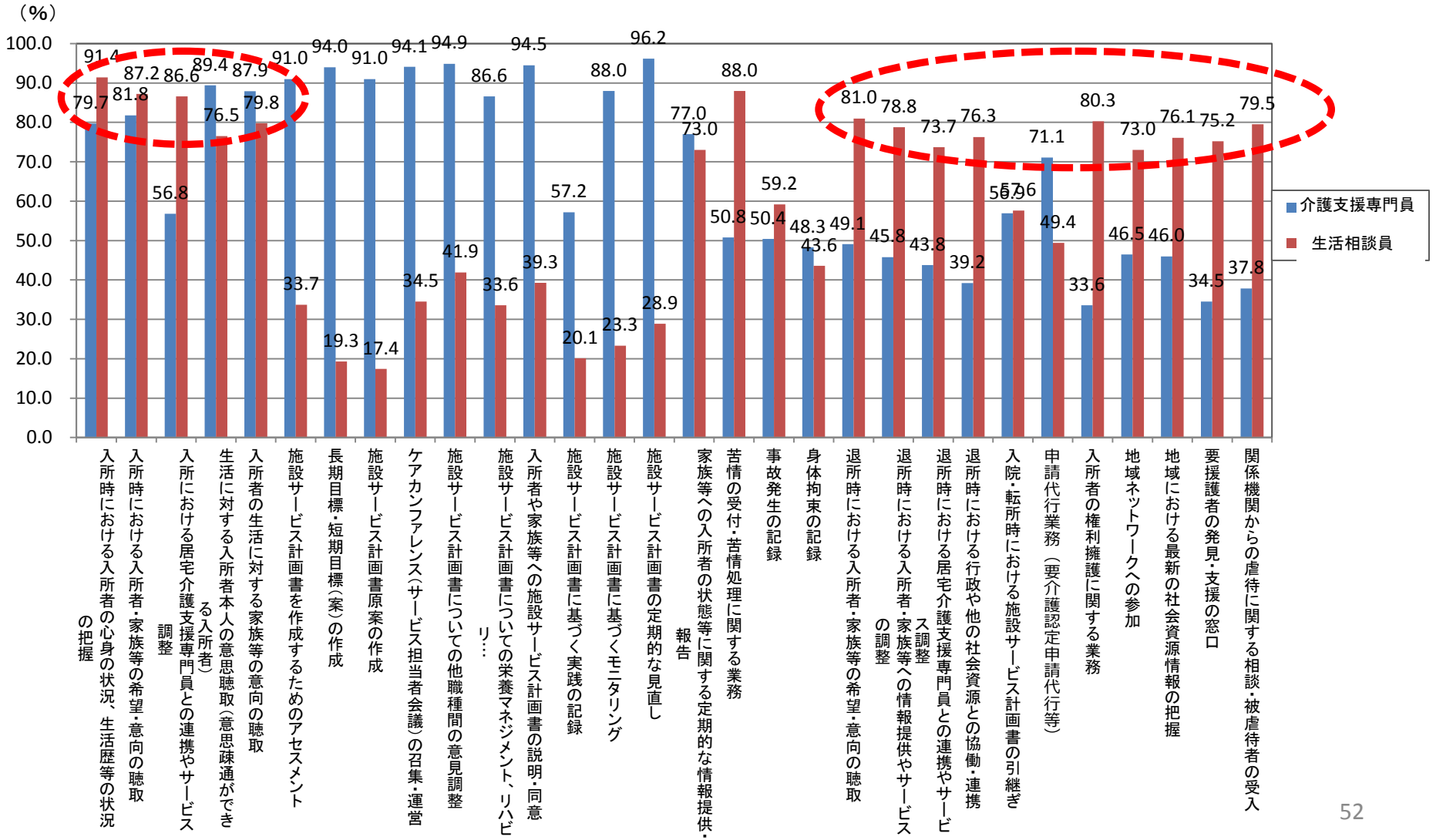
第八条

４　介護老人保健施設は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録しなければならない。

５　前項の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。

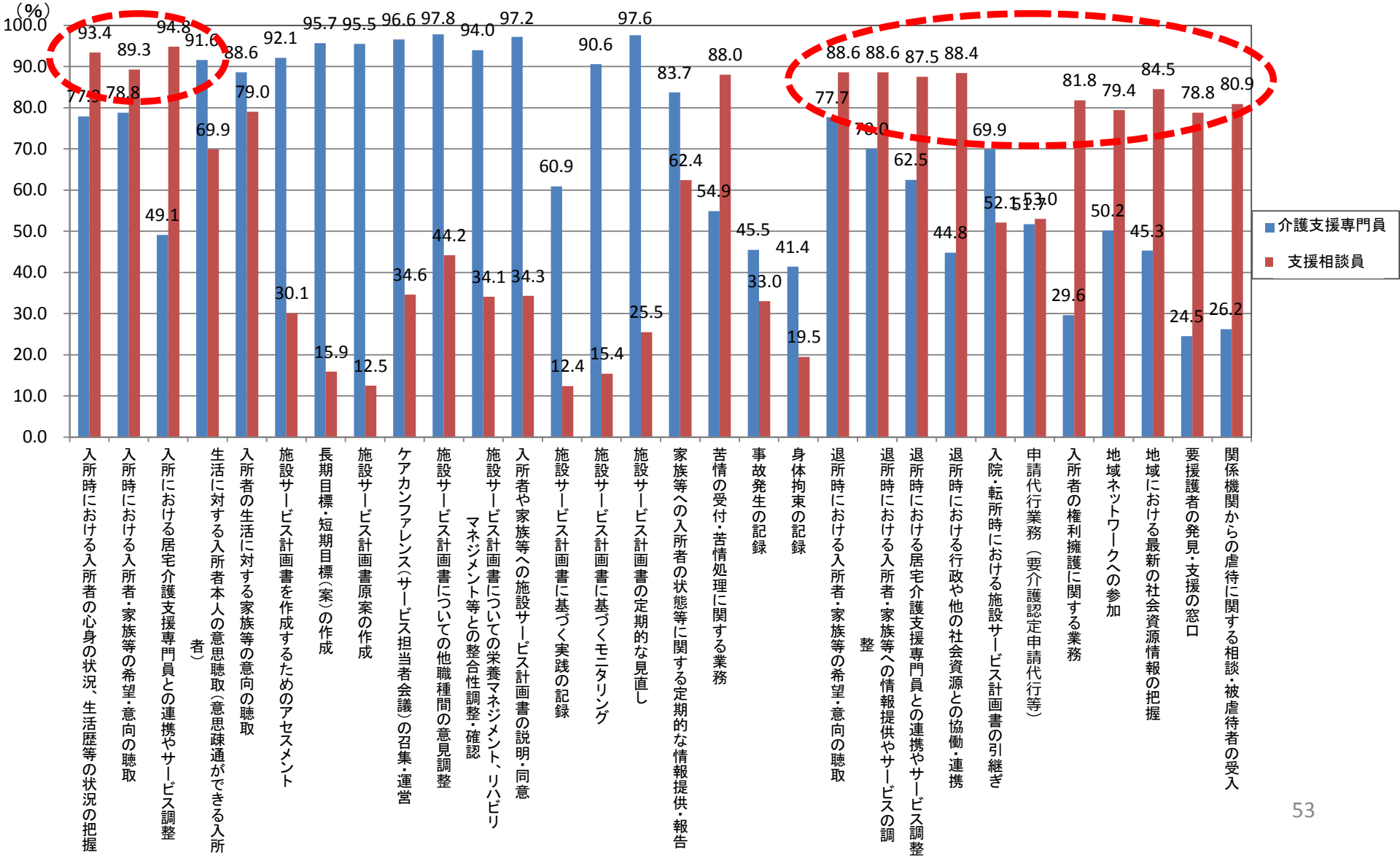
施設のケアマネジャーと相談員の業務について①

○　指定介護老人福祉施設においては、介護支援専門員の他に、「生活相談員」の入所・退所にかかる業務や地域との連携に関する業務等の実施率が高い。



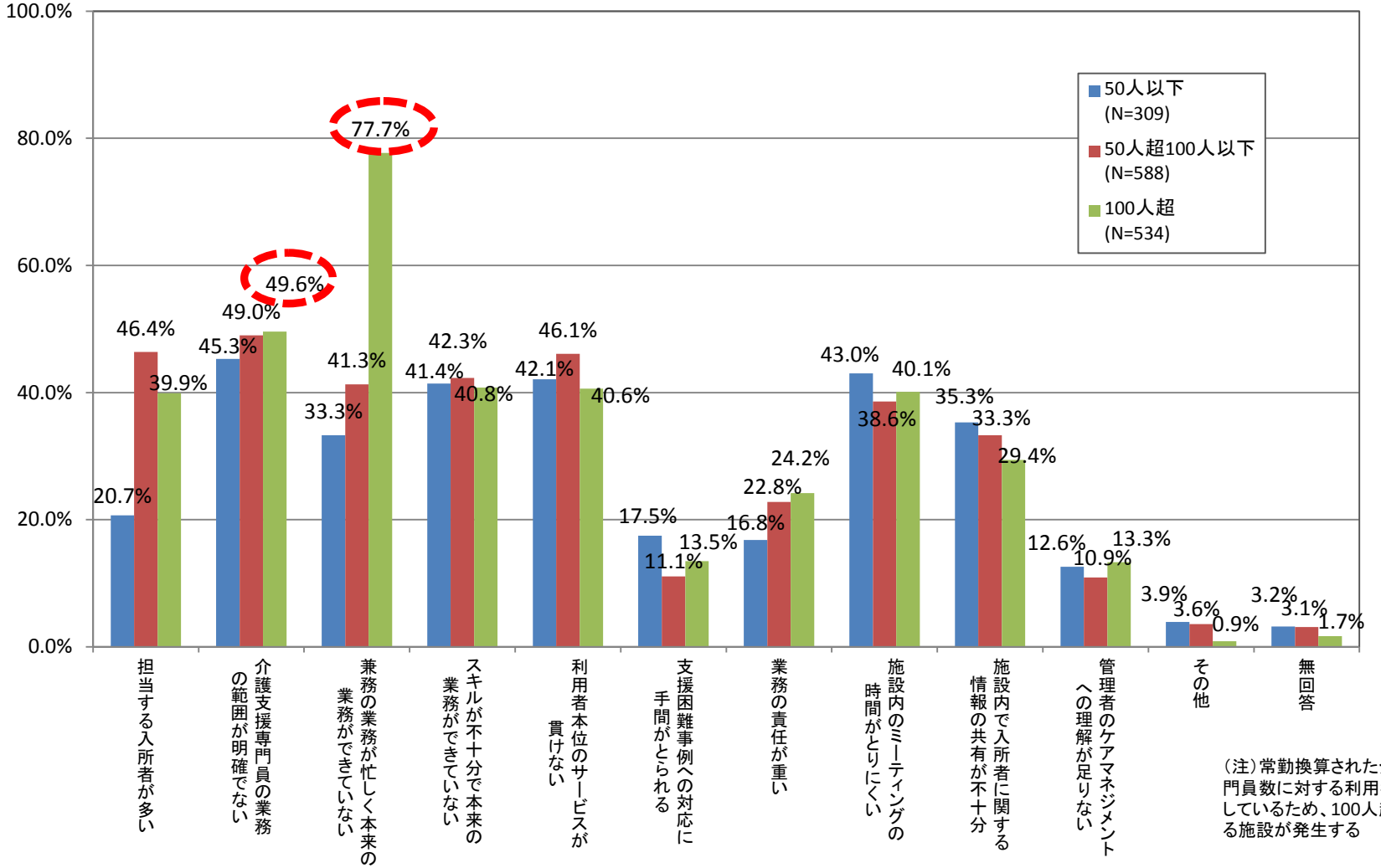
施設のケアマネジャーと相談員の業務について②

○　指定老人保健施設においては、介護支援専門員の他に、「支援相談員」の入所・退所にかかる業務や地域との連携に関する業務等の実施率が高い。



施設のケアマネジャーが抱える悩み

○　業務上抱えている悩みについても、担当入所者数が多い施設の介護支援専門員の方が、「兼務の業務が忙しく本来の業務ができていない」「介護支援専門員の業務の範囲が明確でない」などの回答が多い傾向がみられた。



（注）常勤換算された介護支援専門員数に対する利用者数で区分しているため、100人超となっている施設が発生する

資料出所：一般社団法人日本介護支援専門員協会「施設におけるケアマネジメント手法及び介護支援専門員のあり方に関する調査研究事業報告書」（平成19年度老人保健健康増進等事業）

社会保障審議会介護保険部会　意見書（平成22年11月30日）

（ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上）

○　地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険のサービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に、重度者については、医療サービスを適切に組み込むことが重要となっている。さらに、利用者の意向を踏まえつつ、そのニーズを的確に反映した、より自立支援型、機能促進型のケアプランの推進が求められている。

○　また、ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある。

○　こうした状況において、まずは、ケアプランの様式変更やケアプランチェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、さらに、より良質で効果的なケアマネジメントができるケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等の課題について、別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である。

○　なお、複雑なサービスをコーディネートする必要がない場合などは、要介護者及び要支援者が各種の介護サービスを自ら選択・調整する居宅サービス計画（セルフケアプラン）の活用支援なども検討することが必要である。

（施設のケアマネジャーの役割）

○　施設におけるケアマネジャーについては、支援相談員等との役割分担が不明確であることから、その位置付けを明確化すべきであるとの意見があった。

地域包括支援センターの業務

：包括的支援事業（地域支援事業の一部）　　：介護予防支援（保険給付の対象）

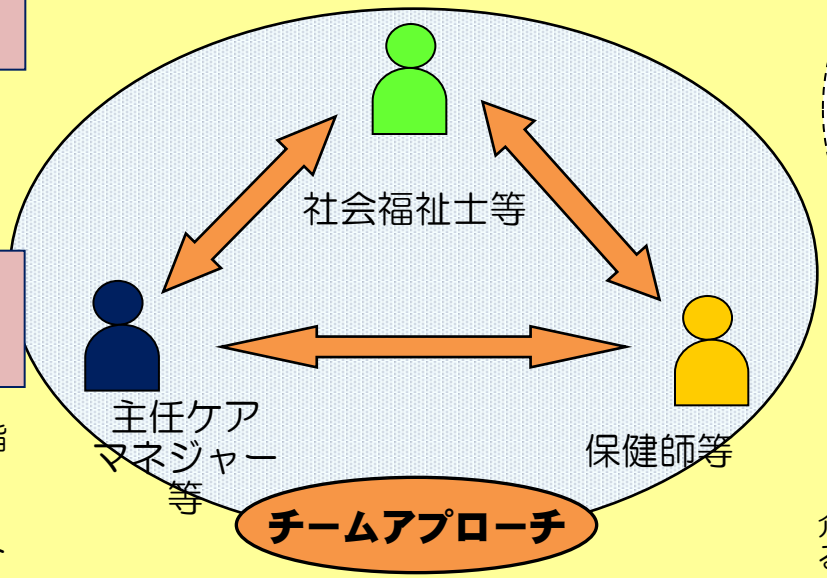
総合相談・支援事業

住民の各種相談を幅広く受け付けて
制度横断的な支援を実施

虐待防止・早期発見、権利擁護

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

・ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
・支援困難事例等への指導・助言
・地域でのケアマネジャーのネットワークの構築



多面的（制度横断的）支援の展開
（地域包括支援ネットワークの構築）

行政機関、保健所、医療機関、児童相談所など必要なサービスにつなぐ

介護サービス　ボランティア
ヘルスサービス　成年後見制度
地域権利擁護　民生委員
医療サービス　虐待防止
介護相談員

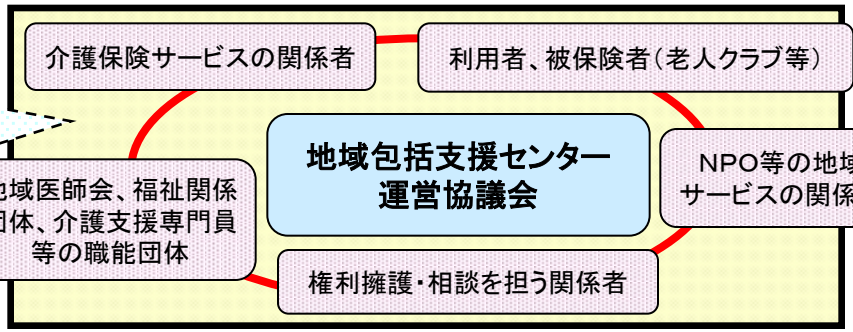
介護予防ケアマネジメント事業

介護予防事業対象者（旧特定高齢者）に対するケアマネジメント（ケアプラン作成など）

介護予防支援

要支援者に対するケアプラン作成
※ケアマネ事業所への委託が可能
（ケアマネ１人当たり８件が限度）

包括的支援事業の円滑な実施、センターの中立性・公正性の確保の観点から、地域の実情を踏まえ、メンバーを選定。



⇒市区町村ごとに設置
（市区町村が事務局）

地域包括支援センターの設置状況

○　地域包括支援センターの設置数は約4,000カ所であり、全ての保険者に設置されている。
　また、ブランチ・サブセンターを合わせると設置数は約6,900カ所となる。
○　地域包括支援センターの設置主体は、直営が約３割、委託が約７割となっている。

◎地域包括支援センターの設置数

地域包括センター設置数	４,０６５か所
ブランチ設置数	２,４４５か所
サブセンター設置数	３８１か所
センター・ブランチ・サブセンター合計	６,８９１カ所

※地域包括支援センターは全ての保険者（1,589保険者）に設置されている。

※　ブランチ　：住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための窓口

※サブセンター：地域包括支援センターの支所として、地域包括支援センターの一部を行うもの

出典：厚生労働省調べ（平成22年4月末現在）

◎地域包括支援センターの設置主体

設置主体	箇所	割合
直　営	1,208	29.7%
うち広域連合等の構成市町村	148	3.6%
委　託	2,810	69.1%
社会福祉法人(社協除く)	1,504	37.0%
社会福祉協議会	526	12.9%
医療法人	482	11.9%
社団法人	91	2.2%
財団法人	63	1.5%
株式会社等	66	1.6%
ＮＰＯ法人	23	0.6%
その他	55	1.4%
無回答	47	1.2%
計	4,065	100.0%

出典：厚生労働省調べ（平成22年4月末現在）

社保審－介護給付費分科会	
第83回（H23．10．31）	資料 5-1

中央社会保険医療協議会と介護給付費分科会との打ち合わせ会における主な意見

【地域包括ケアシステム】

・地域における医療と介護の包括的なネットワークのシステム化とネットワークにおける拠点の構築が必要。

・地域全体の医療と介護のコーディネート役を担う地域連携拠点（ハブ）を一定の圏域毎に設置することが不可欠である。

・地域包括ケアシステムの構築は医療者などプロフェッショナルの努力によって可能であるが、このシステムの運営には、支援が必要である。

・ハブの運営責任の所存は、基礎的自治体である市町村なのか、関係団体の連合体なのか整理が必要である。

・ハブの運営責任は、市町村が望ましいのではないか。

・ハブの運営責任を市町村とした場合、介護保険の保険者は市町村であるが、医療保険の保険者は職域と市町村に分立しているため、ワークさせるためには医療保険の保険者のあり方についても併せて整理が必要である。

・地域の医療と介護のコーディネーターにはMSWやケアマネジャーを活用するべきであるが、ケアマネジャーの質に課題がある。

・医療と介護の連携は実態としてはまだまだ進んでおらず、個々の施設がそれぞれ個別に動いている印象である。両部門の連携を進めながら、理想に近づけていく必要があり、そのための長期の工程表が必要なのではないか。

・地域包括ケアシステムを構築する場合に費用対効果やサービスの効率的な提供についても併せて検討することが必要である。

・地域包括ケアシステムの構築には、多職種連携を促進することが重要である。

【在宅医療・訪問看護・リハビリテーション】

・医療と介護の両者から提供されるリハビリや訪問看護について、利用しやすい仕組みに見直すべきである。退院直後の訪問看護や、急なＡＤＬの低下時のリハビリは、医療保険から給付した方が利用しやすいのではないか。

・訪問看護とリハビリの役割は大きい。これらの役割分担を明確化し、どのように連携を行うかを考えていくべき。

・訪問看護を充実するためには、働きやすい環境が大切。医療と介護を結びつけるのは訪問看護である。
・訪問看護は重要であるが、病院と訪問看護ステーションで看護師の奪い合いになっている現状があり、人材の確保が重要。
・訪問看護であるにも関わらず、訪問介護と似たようなサービスしか提供できていない現状。訪問看護の質を向上させる必要がある。また、訪問看護と訪問介護の連携を強化すべきである。
・介護施設では医療が包括化されていたり、外付けだったりとマチマチであるが、こうしたルールの見直しに向けた議論が必要なのではないか。

【認知症ケア】
・認知症のケアは、介護保険の弱点であり、全く標準化できていない。ケアは、医療と介護の連携なしでは成り立たない。
・認知症についてはケア論が確立されておらず、医療と介護の役割が整理されていない現状である。
・認知症に対する早期発見、早期対応の取組が重要であり、鑑別診断ができる医師を養成する必要がある。その上で、鑑別診断に基づく個別ケアを実施するべきである。
・認知症の方に適切に往診できる在宅医を養成する必要がある。
・認知症で重度のＢＰＳＤが出たら投薬が効果的だが、そのためにはしっかりした薬剤管理のできる医師の適切な関わりが必要。

【ターミナルケア】
・看取りについて、在宅で亡くなる方のうち在宅支援診療所で看取っているのは１／４程度で、あとはかかりつけ医が看取っている。在支診の届出が少ないのは２４時間、３６５日の対応に自信がないからである。これの対応としては、グループ型の診療と診療報酬上の評価が必要である。

【療養病床転換について】
・療養病床の転換は、事務的な問題であり、医療と介護の連携のテーマになじまない。
・介護報酬上、療養病床の転換を支援するような仕組みを検討するべきである。
・療養病床の転換が進まないのは、方針を安易に転換した国に対し、現場の信頼がないことが要因である。
・療養病床の転換が進んでいないのは、地域性が影響している。例えば北海道、高知、福岡、沖縄など高齢者病院が多い地域は供給が需要を増やしており、療養病床の削減が難しい現状である。

【その他】
・介護保険制度はサービスの標準化が遅れており、社会保険制度とは思えないようなサービスの広がりが見られる。改めて福祉における社会保険制度のあり方について検討するべきである。
・現場感覚からすると、介護保険はサービスを必要としない高齢者にまでサービスを提供している印象がある。
・医療と介護の連携は、川上、川下問題ともいえる。例えば、病院で多くの高齢者に胃ろうを造設し、介護施設に送られている現状であり、施設は人的、コスト的な負担が大きい。
・川上、川下問題は、医療と介護の情報共有の問題である。退院時の支援について医療と同様に介護においても評価してはどうか。

社保審－介護給付費分科会
第83回（H23．10．31）　資料 5-2

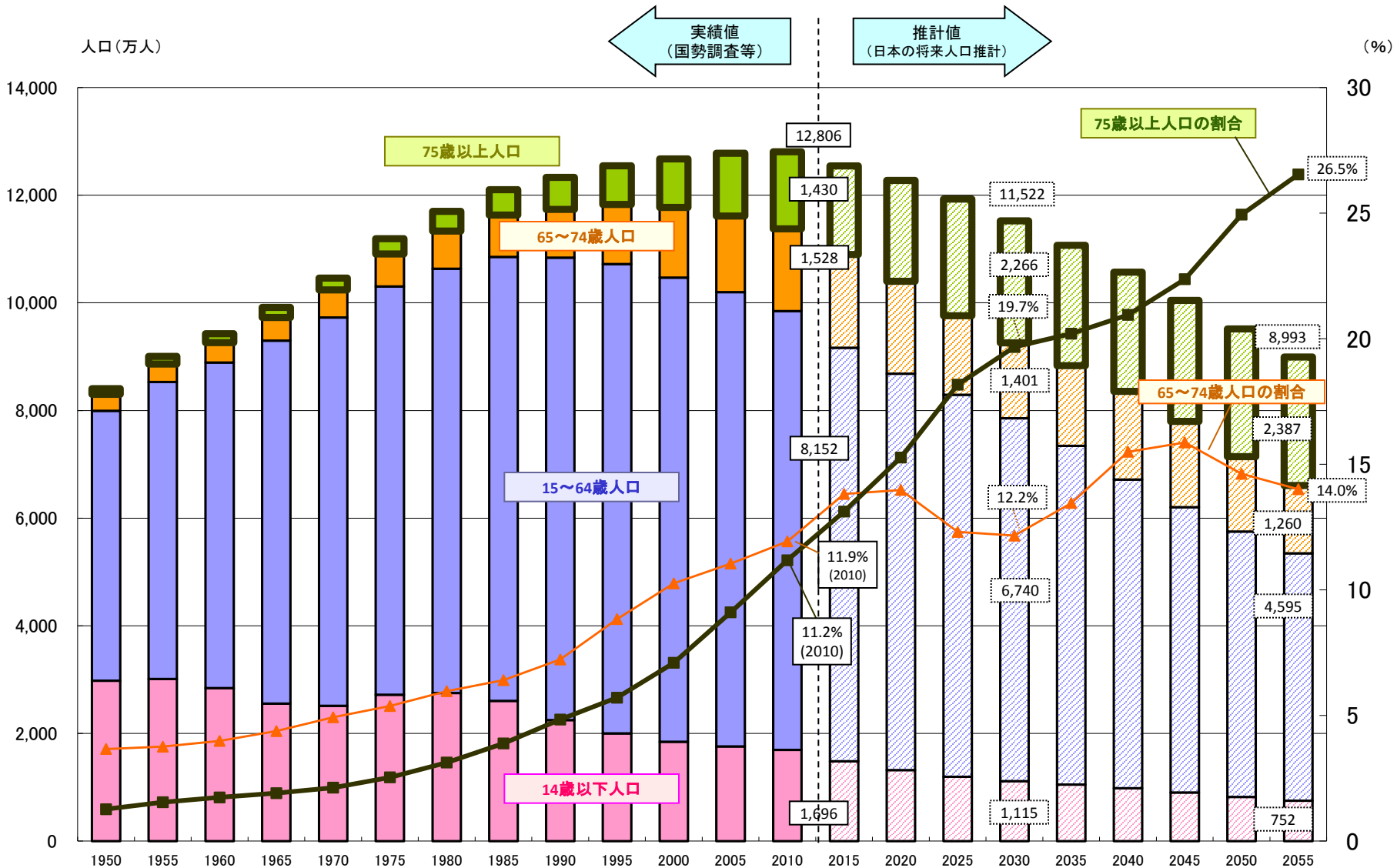
10月21日中央社会保険医療協議会及び
介護給付費分科会打合せ会提出資料

中央社会保険医療協議会と介護給付費分科会との打ち合わせ会

診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて

１．医療・介護を取り巻く状況

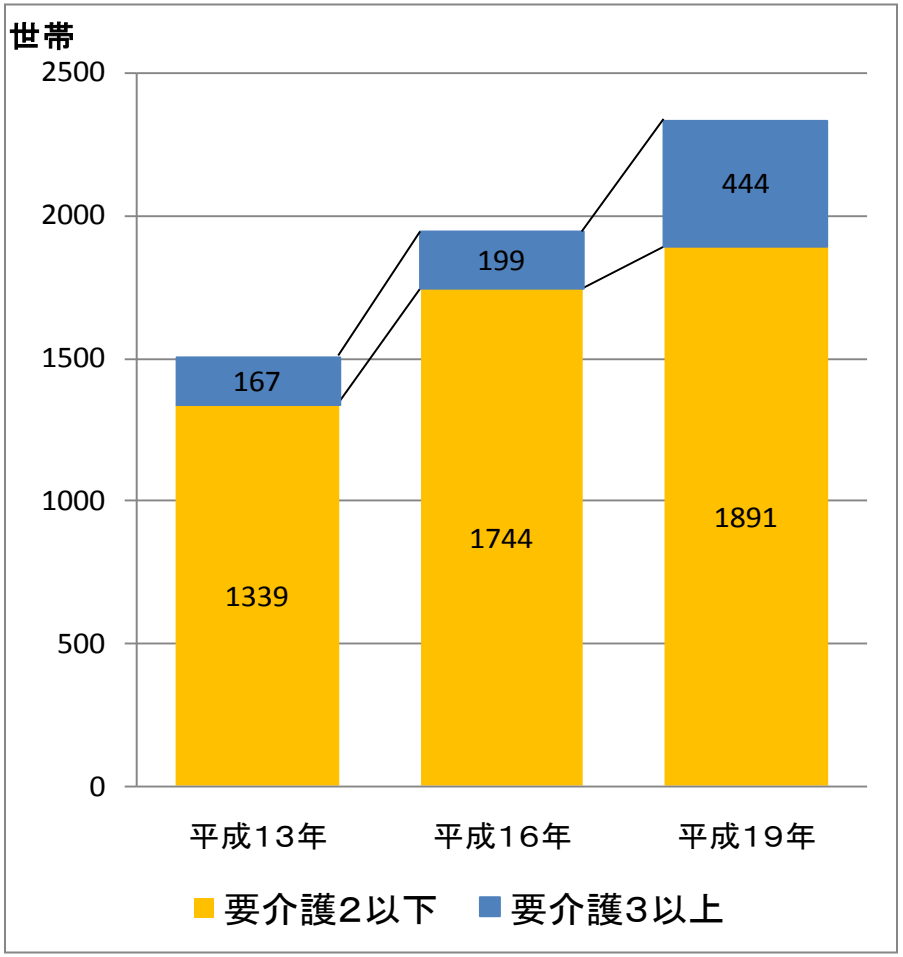
人口推計



資料：2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年は総務省統計局「推計人口(平成22年10月1日推計)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）中位推計」

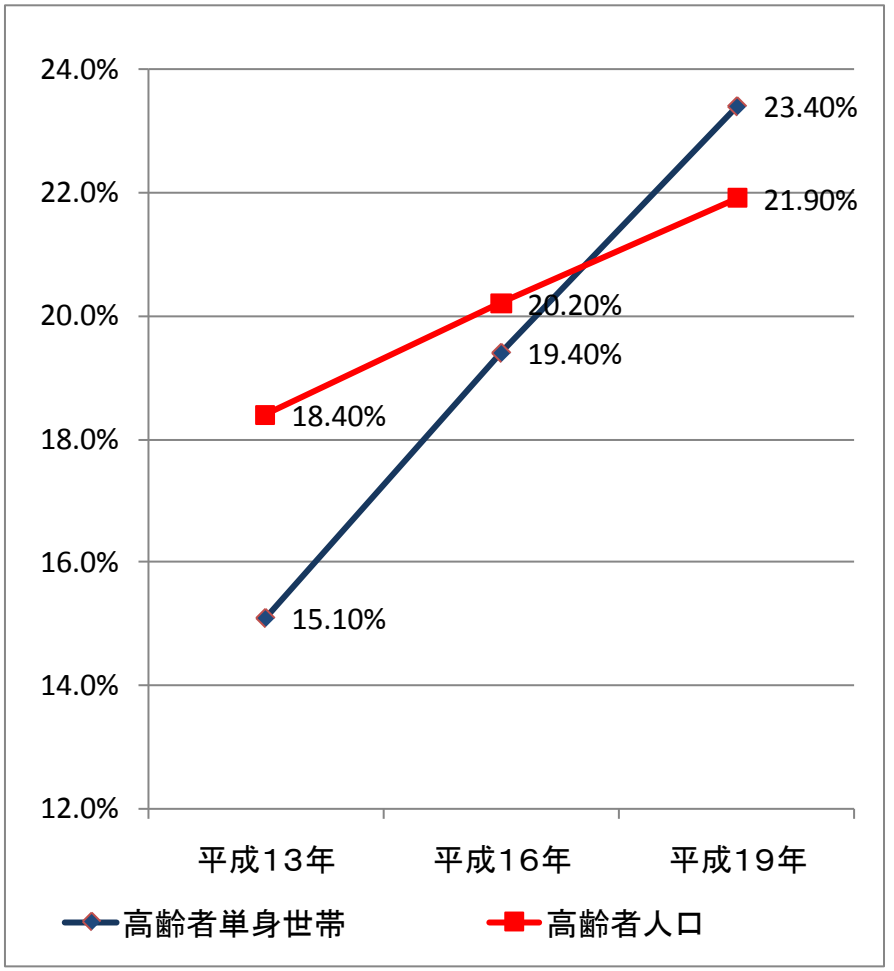
高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



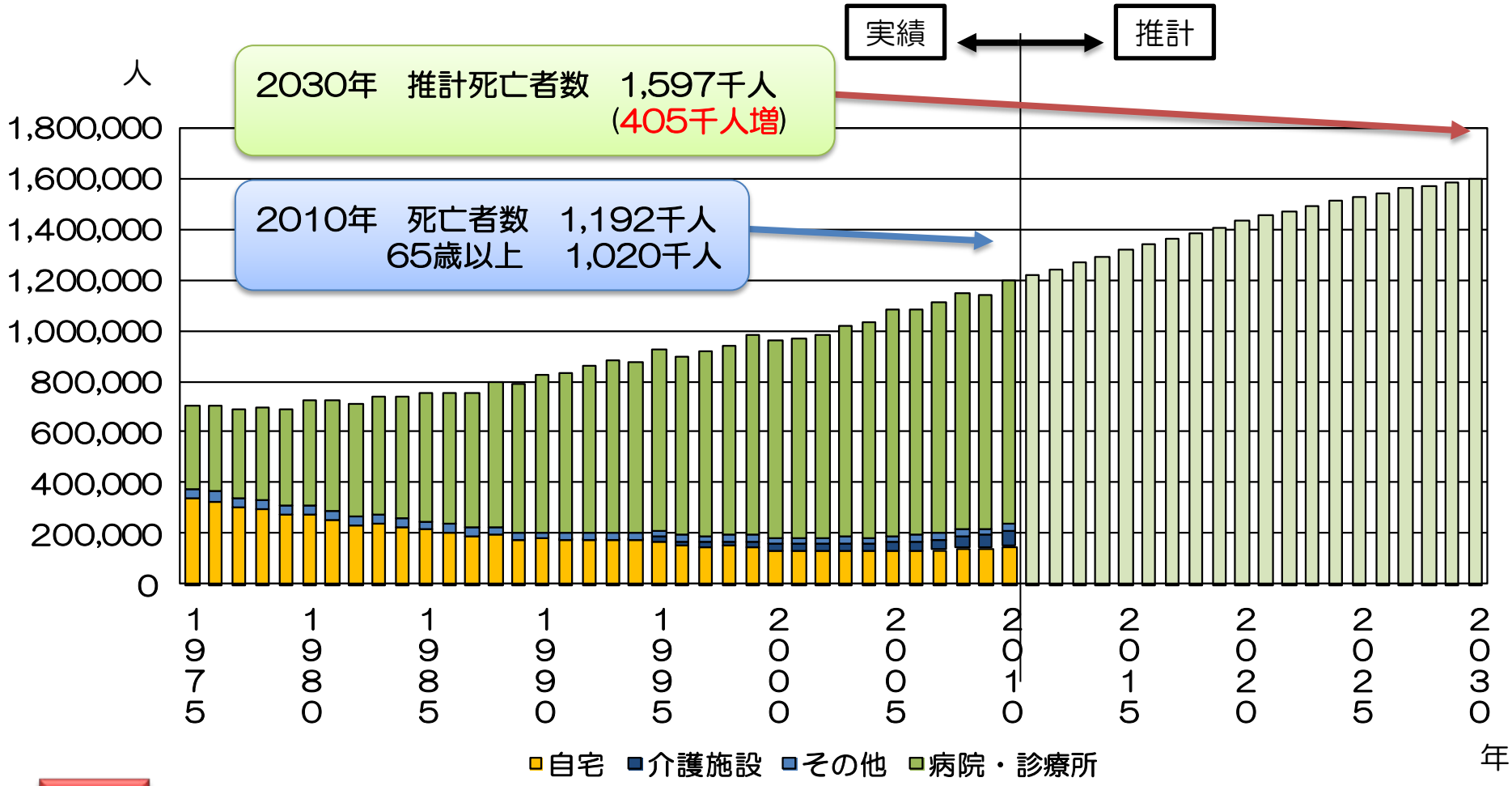
（※）介護を要する者のいる世帯数1万対

高齢者単身世帯と高齢者人口の割合



（出典）国民生活基礎調査から作成

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】
2010年（平成22年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2011年（平成23年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

社会保障・税の一体改革に関する検討ポイント

（平成23年6月30日　政府・与党社会保障改革検討本部決定）

Ⅱ 医療・介護等

○ 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。

- 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
- 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防

○ 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。

a） 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
- 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化

b） 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
- １号保険料の低所得者保険料軽減強化
- 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化

c） 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化
- 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。

d） その他
- 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討
- 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
- 高齢者医療制度の見直し（高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど）

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】

- 一般病床（107万床）
- 療養病床（23万床）
- 介護療養病床
- 介護施設（92万人分）
- 居住系サービス（31万人分）
- 在宅サービス

【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携
- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化　等

○在宅医療の充実
- ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
- ・訪問看護等の計画的整備　等

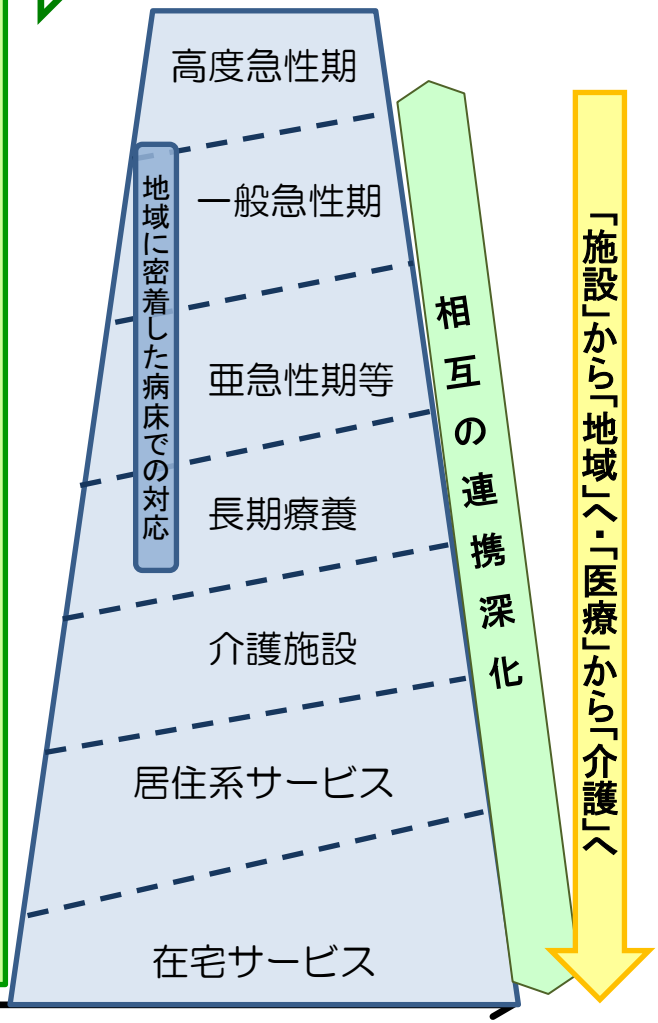
○在宅介護の充実
- ・地域包括ケア体制の整備
- ・ケアマネジメント機能の強化　等

2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備（2012年目途法案化）

【患者・利用者の方々】
- 病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- 医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

医療・介護の提供体制の将来像の例

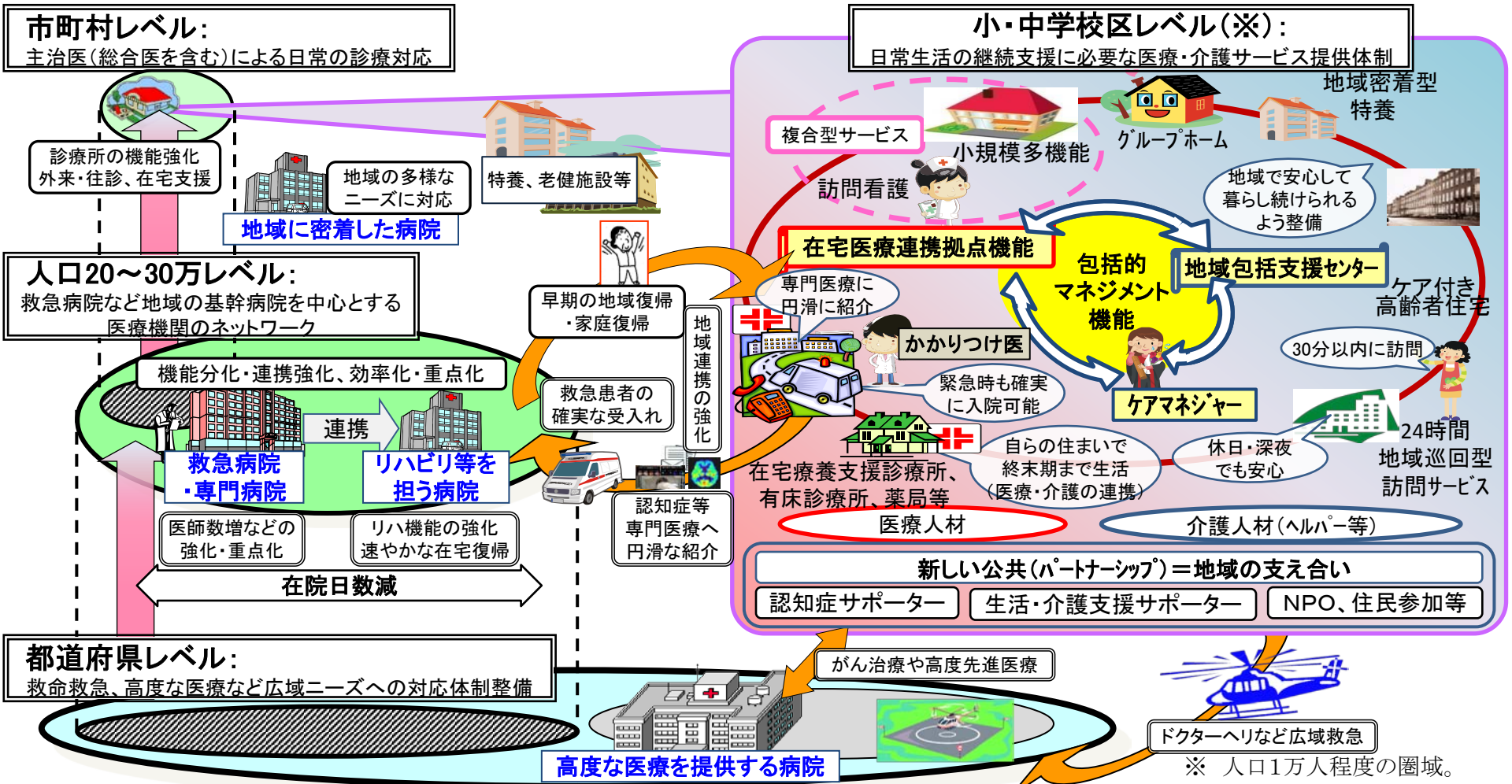
～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。
○小・中学校区レベル（人口１万人程度の圏域）において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

医療提供体制の充実と重点化・効率化
都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

地域包括ケアの実現（包括的ケアマネジメントの機能強化）
※　体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



※　人口１万人程度の圏域。

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン１	平成23年度（2011）	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15～16日程度
一般急性期	退院患者数 125万人/月	（参考） 急性 15 日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性ﾘﾊ等 75 日程度 亜急性ﾘﾊ等57～58日程度 長期ﾆｰｽﾞ 190 日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 12万人/月 90%程度 60日程度
				【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度 29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

（注１）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
（注２）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
ここでは、地域一般病床は、概ね人口５～７万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

（参考）医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素

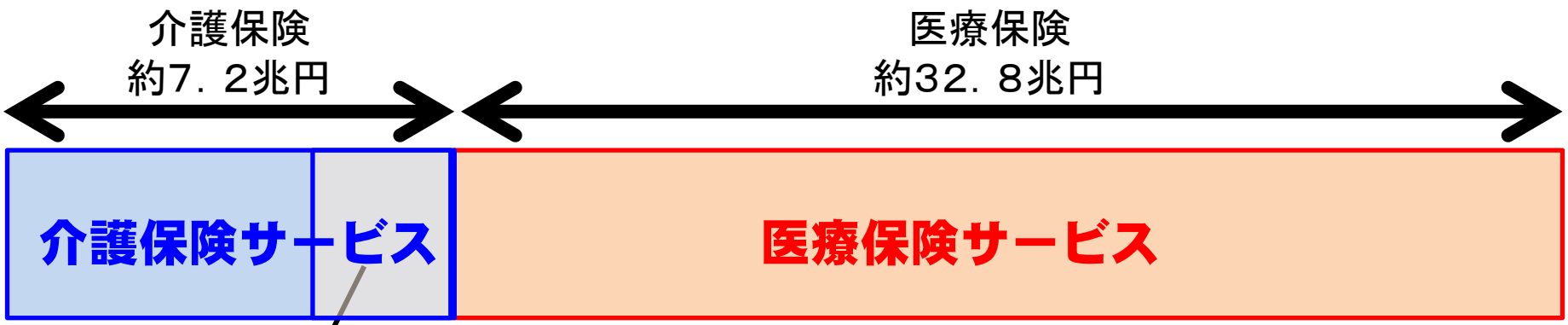
		2025年
充実	急性期医療の改革 （医療資源の集中投入等）	・高度急性期の職員等　2倍程度増　（単価　約1.9倍）（現行一般病床平均対比でみた場合） ・一般急性の職員等　6割程度増　（単価　約1.5倍）（　〃　） ・亜急性期・回復期リハ等の職員　コメディカルを中心に3割程度の増（単価15%程度増）
	長期療養・精神医療の改革 （医療資源の集中投入等）	・長期療養の職員　コメディカルを中心に1割程度の増（単価5%程度増） ・精神病床の職員　コメディカルを中心に3割程度の増（単価15%程度増）
	在宅医療・在宅介護の推進等 （施設から在宅・地域へ、認知症への対応）	・在宅医療利用者数の増　1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者　約25万人/日程度増加（現状投影シナリオに対する増）・グループホーム約10万人/日、小規模多機能　約32万人/日分程度増加（現状投影シナリオに対する増） ・定期巡回、随時対応　約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善（単価の上昇） ・地域連携推進のためMSW等の増（上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増） など
重点化・効率化	急性期医療の改革 （平均在院日数の短縮等） ※　早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・高度急性期　：　平均在院日数　15～16日程度 ・一般急性期　：　平均在院日数　9　日程度 ・亜急性期・回復期等　：　平均在院日数　60　日程度　（パターン1の場合） （　現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度（高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度）、亜急性期等75日程度]とみられる。　）
	長期療養・精神医療の改革 （平均在院日数の短縮等）	・長期療養　在院日数1割程度減少 ・精神病床　在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 （施設から在宅・地域へ）	・入院・介護施設入所者　約60万人/日程度減少（現状投影シナリオに対する減）
	予防（生活習慣病・介護）・地域連携 ・ICTの活用等	・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少（入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く）、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、△0.1%程度　（医療の伸び率ケース①の場合） （　現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。）
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△2割程度（高度急性期、一般急性期）

出典：平成23年6月2日第10回社会保障改革に関する集中検討会議（参考資料1－2）医療・介護の長期推計（抄）

２．介護保険サービスと医療保険サービスの概要

診療報酬と介護報酬の全体像

○介護保険サービスのうち、約3割が医療系のサービスとなっている



約2.1兆円
- 介護老人保健施設　約1.1兆円
- 介護療養型医療施設　約0.4兆円
- 訪問看護　約0.1兆円
- 訪問リハビリテーション　約200億円
- 通所リハビリテーション　約0.4兆円
- 短期入所療養介護　約500億円
- 居宅療養管理指導　約300億円

※介護保険：平成21年度費用額　介護保険事業状況報告
※医療保険：平成21年度　国民医療費の概況

○要介護度が高い利用者ほど医療ニーズも高い傾向にある

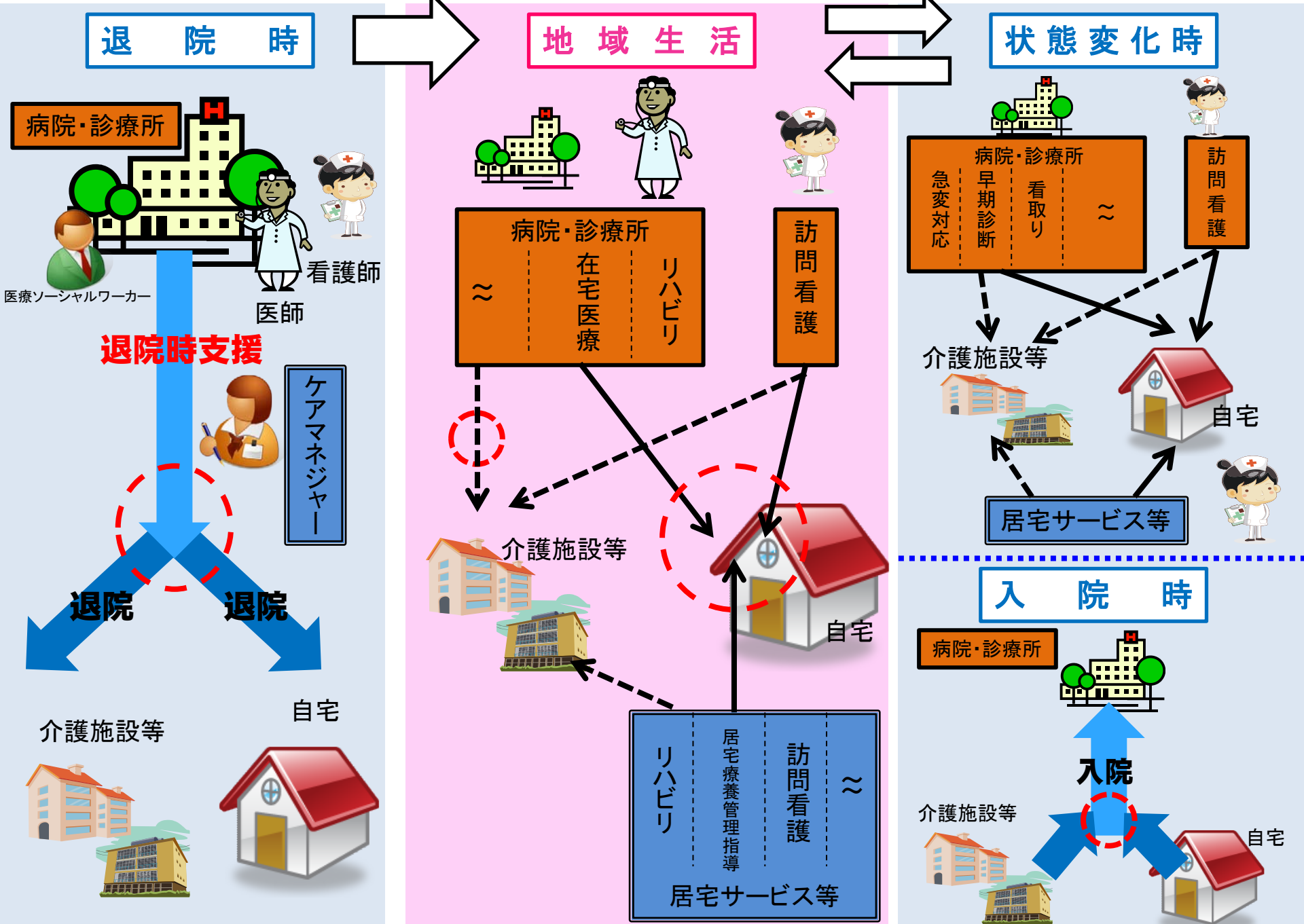
訪問看護受給者数（千人）

総数※	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
284.2	8.0	18.3	40.3	56.3	45.6	49.9	65.8
（%）	（2.8%）	（6.4%）	（14.2%）	（19.8%）	（16.0%）	（17.6%）	（23.2%）

※総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

出典：介護保険給付実態調査　平成23年4月審査分

要介護・要支援高齢者等の視点からみた医療・介護の提供のイメージ



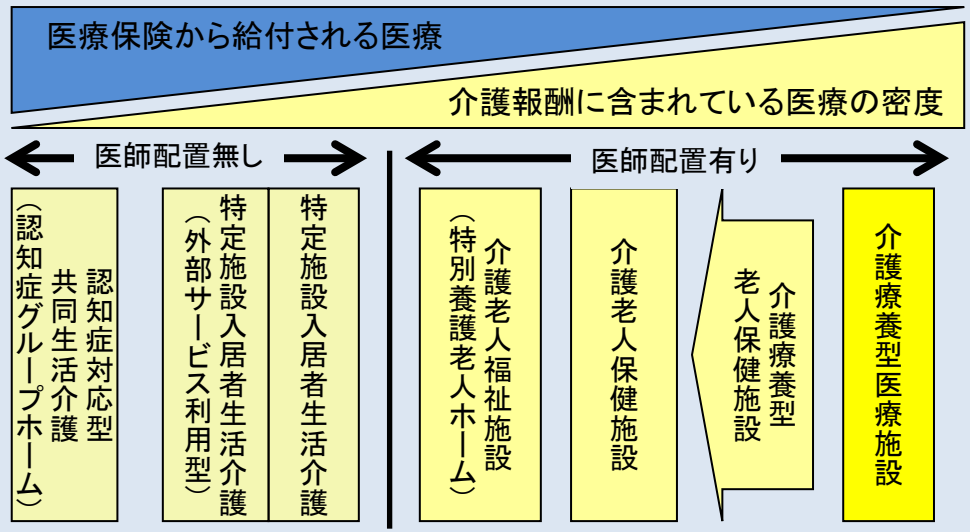
要介護者又は要支援者については、原則として、介護保険給付が医療保険給付より優先されるが、別に厚生労働省が定める場合については、医療保険から給付できることとされている。

○ 健康保険法(大正十一年法律第七十号)
第五十五条
2 被保険者に係る療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費若しくは家族訪問看護療養費の支給は、同一の疾病又は負傷について、介護保険法の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない。

○ 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）
六 前各号の規定により保険医療機関又は保険薬局において算定する療養に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第六十二条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。

介護施設における医療保険と介護保険の給付調整の関係

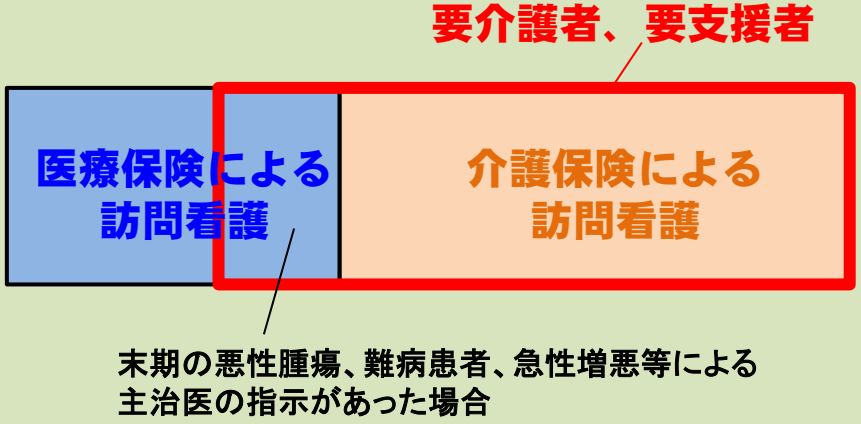
○ 介護施設では、医師の配置を必須としているもの、施設の趣旨・目的に応じた医療が介護保険より提供されるものがあり、この場合には、医療保険による給付が調整されている。



居宅サービスにおける医療保険と医療保険の給付の関係

○ 介護保険における居宅サービスと同内容のものが医療保険においても設定されている場合には、原則として介護保険によるサービスが優先されることとなるが、医療ニーズがより高い等の場合には、医療保険が優先されるものもある。

【例】訪問看護



３．論点、課題等

（1）医療・介護施設の機能分化と連携の推進

① 入・退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進

→ <u>論点・課題</u>

入院中から、退院後の療養生活支援を視野に入れた
①入院診療計画や退院支援計画の策定、
②在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所との連携、
などについて、どのように考えるか。

② 介護療養病床から介護療養型老人保健施設等への転換促進

→ <u>論点・課題</u>

療養病床再編成をより一層進めるために、介護報酬、診療報酬上どういった対応が考えられるか。

③ 介護施設における医療提供のあり方

→ <u>論点・課題</u>

介護施設においては、その類型に応じて医療の提供体制が異なるが、施設入所者等の現状に応じて、医療提供のあり方についてどのように考えるか。

（2）在宅医療・介護の充実

① 訪問看護・リハビリ等の要介護者等の在宅生活における医療提供

→ 論点・課題

在宅生活者に対する医療を強化するため、訪問看護、歯科治療、薬剤管理指導やリハビリテーションの提供のあり方について、どのように考えるか。

② 看取りへの対応

→ 論点・課題

在宅や介護施設等における看取りの対応を強化するため、在宅療養支援診療所等を活用し、地域における24時間対応や緊急時の対応が可能な体制を構築するため、診療報酬、介護報酬上どういった対応が考えられるか。

③ 認知症への対応

→ 論点・課題

○ 認知症への対応を強化するため、早期の診断から個別の診療、在宅復帰に至る過程において、医療と介護が連携した上で、適切なサービスを提供するために、どういった対応が考えられるか。

○ BPSD（周辺症状）への対応等、医療機関における認知症患者に対する医療についてどのように考えるか。

○ 認知症対応型共同生活介護や小規模多機能型居宅介護における医療提供のあり方についてどのように考えるか。

10 月 21 日中央社会保険医療協議会及び介護給付費分科会打合せ会提出資料

中央社会保険医療協議会における主な意見（医療と介護の連携関係抜粋）

【総論】

・　地域包括ケアシステムについては、地域に応じてその在り方を考えるべき。（１２／１５）
・　医療と介護のサービスのシームレスな連携について議論するとともに、両方の保険のお互いの役割と、うまく整合性をとることが必要。（２／１６）
・　介護施設や在宅医療をめぐる環境も含め各地域の特性を踏まえた柔軟な医療提供体制の整備が必要。（７／１３）
・　日本では、ケア付き高齢者住宅等の整備も欧米諸国と比較して不十分である。病床数の議論には、長期療養施設、ケア付き住宅の整備状況を踏まえた慎重な議論が必要。（７／１３）
・　介護保険と医療保険の二本立てになっているものについて、内容の再検討が必要ではないか。（２／１６）
・　医療・介護の連携ということで、医科・歯科の連携などいろいろな形でチーム医療の観点から議論を進めて頂きたい。（１／２１）

【在宅医療・訪問看護】

・　これから亡くなる方が増え、その方々をどこで看取るかを考える上で、病院と在宅の両方の選択肢で考えないといけない。（１／２１）
・　高齢者介護には都市型と地方型があり、都市型は在宅中心でやりやすいが、過疎地では、病院が広範な地域に点在しており、施設や病院等を活用した在宅医療が必要である。（１／２１）
・　在宅の推進のために訪問医療・訪問看護の充実が必要。しかし、訪問看護を希望する看護師が極めて少ない。教育の段階で、訪問看護や在宅医療を重視する教育になっていない。在宅医療を最初から経験し、必要に応じて急性期医療も経験できるようなキャリアシステムを構築していくべき（１／２１）

・　在宅療養支援病院が在宅療養支援診療所を支援することについても検討すべき（１／２１）
・　訪問看護については、介護保険と医療保険にまたがっていることで非常にやりづらい（１／２１）

【歯科診療】
・　高齢者に対する口腔ケアは大変効果があるので進めていくべき。ケアプランの中に的確に位置付けられるべき。（２／１６）。
・　地域包括ケアシステム実現について、要介護者にとって食することに対する支援は非常に重要。介護保険分野においても歯科との連携、地域全体の連携を十分考えるべき（１２／１５）

【薬剤管理】
・　在宅における残薬の問題は重要。（２／１６）
・　訪問薬剤管理に係る介護保険及び医療保険による給付について、薬局は介護保険適用者であるのか否かの情報が確実に得られず、誤請求等の原因になっている。（２／１６）
・　入院から在宅へのスムーズな移行のためにも、早い段階から薬剤師が関われる仕組みづくりも考える必要があるのではないか。（２／１６）
・　施設に入居している方についても、薬剤師による服薬管理が必要ではないか。（２／１６）

10 月 21 日中央社会保険医療協議会及び介護給付費分科会打合せ会提出資料

社会保障審議会介護給付費分科会における主な意見（医療と介護の連携関係抜粋）

【総論】
・医療と介護の連携は、重要なテーマ。介護側からみた連携のあり方は何なのか議論するべき。（第 72 回（4/13））
・医療と介護の連携を促進させるため、診療報酬との整合性に留意するべき。（第 72 回（4/13））
・要介護者の生活を支える医療サービスを重点的に議論するべき。（第 75 回（5/30））
・地域によって事情は異なるため、具体的な医療・介護の提供体制は地域の自主的な判断によって構築できるようにするべき。（第 79 回（9/5））
・利用者の居場所によって受けられる医療が異なっている仕組みを改善するべき。（第 79 回（9/5））
・個別の施設ですべてを内付けにするとか、あるいは勝手に外部サービスを利用ということではなく、地域包括ケアシステムとして日常生活圏域単位で医療・介護提供体制を構築していくこと、連携・協働に基づいて圏域での包括的なあり方を示すことを目標とすべき。（第 79 回（9/5））

【医療・介護施設の機能分化の推進及び地域における連携体制の構築】
・退院時に医療保険から介護保険へ、いかに円滑に移行させていくことを検討するべき。（第 75 回（5/30））
・訪問看護による退院支援、在宅復帰支援、看取りの対応を評価するべき。（第 73 回（4/27））
・退院直後は状態が不安定であるため、訪問看護が入りやすいようにするべき。（第 82 回（10/17））
・退院直後は、医療保険の訪問看護については、回数制限を廃止すること、また、介護保険の訪問看護については、区分支給限度基準額の枠外とすることを検討するべき。（第 79 回（9/5））
・期間や対象者を検討した上で、退院直後には医療保険の訪問看護が回数制限なく入れるようにすべき。（第82回（10/17））
・退院時には看護師同士の連携だけでなく、多職種連携が大切。（第 82 回（10/17））
・特養入所者の重度化が進んでいるので、特養の入所者も、在宅療養支援診療所や訪問看護からの医療サービスを利用できるようにすべき。（第 75 回（5/30））

・現在の特養の医療提供体制は日常の健康管理のために設計されたものであり、特養において、緊急対応や看取りが安全にできるような医療提供体制について検討していく必要がある。（第 75 回（5/30））
・重篤度合いや緊急度合いに関わらず、高齢者の体調の変化のたびに特養施設から救急車で救急医療機関へ搬送されているという状況があり、介護と医療の連携が弱いのではないか。（第７９回（９/５））
・介護施設に重装備の医療設備を設置するということではなくて、地域における既存の医療提供体制とうまく意思疎通を図ることで利用者にとって望ましいサービスを提供できるようにすべき。（第 79 回（9/5））
・老健から急性期の病院への救急搬送も多いが、老健において対応できるようにするべき。（第 79 回（9/5））
・老健施設の医療提供の仕組みを見直すべき。（第 79 回（9/5））
・介護保険施設における薬剤管理については、薬剤師が関われる仕組みにするべき。（第 79 回（9/5））
・（特養の薬剤管理に薬剤師が参入してくることについては、）限られた財源の中で、現在、特養で必要とされている課題を解決するための優先順位を考えると、まずは看護体制の充実や医師との緊密な連携への対応を優先させるべき。（第 82 回（10/17））
・高齢者の長期的入院の解消のためには、介護施設や在宅での医療サービスの提供を強化していくことを通じて、地域で安心して高齢者が生活できるよう基盤整備していくべきではないか。（第 79 回（9/5））
・退院直後で状態が不安定な方が、円滑に在宅サービスを受けられるように提供体制を見直すべき。（第 79 回（9/5））

【在宅医療・介護の充実】
・退院後の高齢者の行き場がないのが問題。地域で安心して生活できるように、地域の医療サービスと介護サービスが連携して在宅生活を支援することにより、退院を促すよう見直すべき。（第 79 回（9/5））
・現在、訪問看護で対応するべきところを、病院への通院や搬送で対応している現状であるが、訪問看護の充実により代替した場合のコストの比較をするべき。（第 79 回（9/5））

【ターミナルケア】
・ターミナルケアに重点を置いて検討するべき。（第 73 回（4/27））
・在宅での看取りのための提供体制のあり方を検討するべき。（第 75 回（5/30））
・グループホームにおける看取りと老健における看取りの評価は同等であるべき。（第 79 回（9/5））
・「特養で最期を迎えたい」という入所者・家族の希望に応えられるよう、特養において、在宅療養支援診療所や訪問看護によって、きちんと看取りが行えるようにすべき。（第 75 回（5/30）、第 79 回（9/5））

【その他】
・認知症への対応について、ケアのあり方を検証した上で、医療保険で対応するか介護保険で対応するか整理するべき。（第 72 回（4/13））
・要介護者の口腔ケアを進める観点からも、医療と介護の連携のあり方について検討するべき。（第 75 回（5/30））
・認知症への対応を強化する視点で、医療と介護の連携について検討するべき。（第 76 回（6/16））
・介護職員がたん吸引や経管栄養などの医療行為を行う事業所に対する報酬上の評価のあり方について検討するべき。（第 79 回（9/5））

10月21日中央社会保険医療協議会及び
介護給付費分科会打合せ会提出資料

平成23年10月21日

医療と介護の連携の議論に必要な視点について

中央社会保険医療協議会
二号委員
安達 秀樹
嘉山 孝正
鈴木 邦彦
西澤 寛俊
邉見 公雄
堀 憲郎
三浦 洋嗣

医療と介護の連携のあり方について、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）においては、昨年12月15日の第184回総会で社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成22年11月30日）の報告を聴取して以来、在宅医療、訪問看護、リハビリテーション、退院調整、在宅歯科医療、在宅における薬剤師業務といった個別テーマにおける現状と課題に関する議論を行ってきた。その際には、個々の医療機関の間、医療機関と介護サービス事業者の間、さらには特定の職種の間の連携をそれぞれいかに評価するかという視点で議論が進められてきた。

しかしながら、そうした議論だけでは、「介護等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする」という介護保険の理念に沿って医療と介護の連携を進めていくために必要な視点が十分に浮かび上がってこないように思われる。そこで、本意見書では、これまでの議論で抜け落ちている視点の一つとして、地域における医療と介護の包括的なネットワークのシステム化とネットワークにおける拠点構築の必要性を取り上げ、今後の中医協、さらには社会保障審議会介護給付費分科会等において、従来の議論にとどまらない広い視点からの議論が行われることを求める。

＊

超高齢社会における医療保険や介護保険においては、複数疾患への罹患や治療後の要介護状態、あるいは認知症や要介護状態のなかでの急性病変発症などといった高齢者特有の病態・状態像を有する患者・利用者への対応が重要になっている。すなわち、そうした患者・利用者が自らの複合的かつ非定形的で、しかも変化しやすい病態・状態像に応じて必要な医療・介護サービスを受けられるように、医療と介護の連続性、医療・介護の同時対応が強く求められるようになっている。

一定以上の要介護度にある高齢者の場合、とくに在宅療養のケースでは、一人ひとりが常時、複数の医療・介護サービス提供者によって支えられているのが通例である。しかしながら、同じ利用者に対する医療や介護のサービスは、それぞれ異なる時間や異なる場所で提供されているのが普通である。したがって、異なる職種や異なる施設に属するサービス提供者は、他の職種や他の施設と情報を共有することで、自らの関わるサービス以外での患者・利用者の具体的

な様子を知ることができる。そうした観点に立って、近年、多職種・多施設間の連携は着実に進んできており、診療報酬や介護報酬でも部分的に評価されてきている。

診療所では、在宅療養支援診療所をはじめ、それ以外の一般診療所においても、在宅医療の充実に取り組んできており、単独の診療所だけでは在宅医療への対応が困難な場合には他の診療所とも連携するなどして対応している。これは在宅歯科医療や在宅における薬剤管理業務においても同様である。さらに、病院では、入院時から退院後の療養生活についてケアカンファレンスを通じて支援しているほか、昨年の診療報酬改定において要件が緩和された在宅療養支援病院などでも在宅医療への取り組みに広がりが見られる。こうした取り組みを進めるなかで、診療所や病院も連携し、さらには居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）や訪問看護師など、介護サービスに関するさまざまな職種ともそれぞれに連携を行い、多職種・多施設がともにサービス利用者の生活する地域における治療と生活を支えている。

医療・介護の現場でこれまで進められてきた地域連携の取り組みをさらに発展させ、医療・保健・福祉に関わる多職種が協働して患者の地域での生活を支援する体制を構築していくためには、こうした個別の取り組みやサービスに対する評価の充実、さらには現場の実態に合致した形での算定要件等の見直しなどが不可欠であることは言うまでもない。

＊

しかしながら、機能分化された医療・介護サービスを単に継ぎ目なく提供することを目的として、医療機関の間、医療機関と介護サービス事業者の間、さらには特定の職種の間での個々の取り組みを診療報酬や介護報酬において限定的に評価するだけでは、サービス利用者の自立した日常生活を実現させていくには必ずしも十分ではない。なぜならば、サービス利用者やその家族の立場からすると、個々のサービス提供の隙間をなくすという部分的な視点に立つ限り、地域全体でのサービス提供者との中長期的な全人的なコミュニケーションと情報共有とが十分に進まず、自分たちの将来にわたる生活についての不安――急変などで今の状況が変わったときに引き受けてくれる医療機関はあるのか、入院・入所先の施設はどの程度、自分たちの生活を踏まえた対応してくるのか、など――が解消されることはないからである。同様のことは、サービス提供者の側にも当てはまる。こうした不安の存在が、施設間の役割分担や在宅への移行等が社会的に進まず、生活の自立と医療資源の効率的な活用を妨げている要因の一つともなっているのである。

したがって、サービス利用者やその家族の立場に立って、地域における医療・介護の連携を真に意味のあるものにするためには、個々の局面での連携を超えて、各地で既存の医療・介護資源を活用しながら、とくに「かかりつけ医」機能を有する医療機関（病院・診療所）を中心として、**地域の医療や介護に携わる数多くの職種が協力して患者・利用者の情報を共有して、患者・利用者およびその家族と同じ目線で支え合うという「ネットワーク型」の連携システムが必要**となるのである。

そして、そうした連携システム構築のためには、**地域全体の医療と介護のコーディネート役を担う地域連携拠点（ハブ）を一定の圏域ごとに設置する**ことが不可欠である。なぜならば、具体的にそうしたネットワーク型の連携システムを構築し、全人的かつ継続的な治療とケアを実現していくためには、**医療と介護に関わる人、モノ、組織、情報を包括的にコーディネートする役割が決定的に重要**となるからである。そもそもケアマネジメントは介護保険内にとどまるものではなく、多角的なアセスメントが必要であり、多職種協働が不可欠である。近年、連

携パスの導入や医療情報連携の推進等により、継続的なサービス提供体制の構築が進んでいるが、いまだ部分的な取り組みにとどまっており、地域における医療と介護を包括するような全面的な展開には至っていない。

したがって、連携の拠点となるハブ組織では、これまで調整業務を担ってきた医療ソーシャルワーカー（MSW）やケアマネジャーといった人的資源を活かしつつ、地域医療に取り組む医療機関や地区医師会、地区看護協会、さらには行政機関等が協働して、地域包括支援センター等とも連携することが基本となる。そこでは、患者・利用者をとりまく医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション職員、MSW、ケアマネジャー、介護福祉士などの多職種が集まり、地域全体の医療サービスと介護サービスの提供に係わる情報を総合的に管理・調整することが期待される。

さらには、患者・利用者の主体的なサービス利用と意志決定を支えるための相談機能と情報のワンストップ機能を備えることも必要である。そして、将来的には、こうした連携拠点の情報・相談機能を一層強化していくことにより、発症から急性期、亜急性期、回復期、長期療養、在宅医療・介護までの患者・利用者情報を地域において集約し、患者・利用者を中心として、その共有と活用を進める組織を構築していくという構想も視野に入ってくるであろう。

こうした医療と介護の地域連携の「ハブ」機能を担う主体は、それぞれの地域の実情に応じて工夫されるべきであり、自治体や地区医師会が中心になる場合もあれば、病院の場合もあれば、診療所の場合もあり得るであろう。いずれにせよ、重要なことは、**施設間単位での単線型の機能連携から地域単位でのネットワーク型の機能連携への転換を実現するために、地域特性を踏まえた形で、多職種・多施設間での連携を地域のなかで「システム化」する**ことである。こうした形でシステムとして「顔の見える関係」を構築することによって初めて、地域の住民の安心な生活を実現することが可能になると考えられる。

こうしたシステムが実現されると、たとえば、在宅医療を支援する医療機関では、地域における急性期以降の入院医療ならびに地域医療・在宅療養・介護施設の後方支援などの連携型入院を基軸とした入院機能を果たすための条件が整い、自宅や介護施設からの一時受け入れを目的とした「待機病床」の柔軟な運用も可能となる。こうして、患者・利用者の病態・状態に応じた医療が柔軟に提供されることで、患者・利用者は安心して本来の自らの「生活」を可能な限り維持・持続させることができるようになるのである。

＊

こうした課題について、これまでは先進的な問題意識を持った各地の医療提供者や介護提供者が自主的な取り組みを行ってきたところであるが、**現行の診療報酬体系では、基本的に個々の医療行為に点数を設定しているため、このような連携拠点を核とした地域における包括的なネットワーク構築の取り組みが明確に評価される構造になっておらず、制度的かつ財政的な手当てが行われていない。**次期改定に向けた医療と介護の連携に関する議論においても、これまでのところ、こうした「利用者の生活の自立」を支える医療・介護包括的なネットワークのシステム化という視点からの議論が欠けていると思われる。医療と介護の連携については、これ以外にも多くの論点があり、今後の議論の過程でさらに提案を行っていきたいと考えているが、今後の中医協ならびに社会保障審議会介護保険給付費分科会においては、本意見書で示した連携ネットワーク構築への評価といった視点も含めて、議論を進める必要があると考える。

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（当協会で調査を実施中)。

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性がある。

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