

自立支援に資する訪問介護の生活援助 (老計第10号)から見える ケアマネジメントの視点



平成30年8月25日
一般社団法人日本介護支援専門員協会
常任理事 能本 守康

©Japan Care Manager Association

平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率：+0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの特任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

1 訪問介護

改定事項

- ① 生活機能向上連携加算の見直し
- ② 「**自立生活支援のための見守りの援助**」の明確化
- ③ 身体介護と生活援助の報酬
- ④ 生活援助中心型の担い手の拡大
- ⑤ 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬
- ⑥ **訪問回数の多い利用者への対応**
- ⑦ サービス提供責任者の役割や任用要件等の明確化
- ⑧ 共生型訪問介護
- ⑨ 介護職員処遇改善加算の見直し

本日のメイン
テーマ

本日のメイン
テーマ

第158回(H30.1.26) 社保審-介護給付費分科会 資料

©Japan Care Manager Association

1. 訪問介護

①生活機能向上連携加算の見直し

概要

生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、見直しを行う。

単位数

<現行>		<改定後>
生活機能向上連携加算	100単位/月	⇒ 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月(新設)
		生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月

算定要件等

- 生活機能向上連携加算(Ⅱ)
現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している**医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)**の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が**訪問して行う場合**
- 生活機能向上連携加算(Ⅰ)
 - ・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、**助言を受けた上で**、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成(変更)すること
 - ・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと

第158回(H30.1.26) 社保審-介護給付費分科会 資料

©Japan Care Manager Association

ミニワーク ①

- 生活機能向上連携加算の算定率が低い要因は何だと思いませんか？（平成25年調査 0.032%）

- 今後、生活機能向上連携加算をどのように推進していけばよいですか？

©Japan Care Manager Association

1. 訪問介護 ②「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化

概要

- 訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知（老計第10号（訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について））について、身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化する。【通知改正】

※「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日厚生労働省老健局老人福祉計画課長通知）（いわゆる「老計10号」）

身体介護（抜粋）

- 1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）
 - 利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
 - 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
 - ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助）
 - 移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
 - 車イスでの移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選ぶような援助
 - 洗濯物をいっしょに干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
 - 認知症の高齢者の方といっしょに冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

- 生活援助のうち、訪問介護員等が代行するのではなく、安全を確保しつつ常時介助できる状態で見守りながら行うものであって、日常生活動作向上の観点から、利用者の自立支援に資するものは身体介護に該当するが、身体介護として明記されていないものがあり、取扱いが明確でないため、明確化する。
具体的には、利用者と一緒に手助けしながら行う掃除（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）その他利用者の自立支援に資するものとして身体介護に該当するものについて、身体介護に該当することを明確にする。

生活援助（抜粋）

- 2-0 サービス準備等
サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。
- 2-0-1 健康チェック
利用者の安否確認、顔色等のチェック
- 2-0-2 環境整備
換気、室温・日あたりの調整等
- 2-0-3 相談援助、情報収集・提供
- 2-0-4 サービスの提供後の記録等
- 2-1 掃除
○ 居室内やトイレ、卓上等の清掃
○ ゴミ出し
○ 準備・後片づけ
- 2-2 洗濯
○ 洗濯機または手洗いによる洗濯
○ 洗濯物の乾燥（物干し）
○ 洗濯物の取り入れと収納
○ アイロンかけ
- 2-3 ベッドメイク
○ 利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 2-4 衣類の整理・被服の補修
○ 衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）
○ 被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
- 2-5 一般的な調理、配下膳
○ 配膳、後片づけのみ
○ 一般的な調理
- 2-6 買い物・薬の受け取り
○ 日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）
○ 薬の受け取り

ミニワーク ②

- ・ 自立支援見守りを今までの導入した経験などを共有してください(どのようなケースにおいて導入し、どのような効果があったかなど)。
- ・ 今後、自立支援見守りを適正に導入していくにあたって、ケアマネジャーが取り組むことは何ですか？

©Japan Care Manager Association

1. 訪問介護

③身体介護と生活援助の報酬

概要

○自立支援・ 重度化防止に資する訪問介護を推進・ 評価する観点から、訪問介護事業所の経営実態を踏まえ、身体介護に重点を置くなど、身体介護・ 生活援助の報酬にメリハリをつける。

単位数

		＜現行＞		＜改定後＞
身体介護中心型	20分未満	165単位		165単位
	20分以上30分未満	245単位		248単位
	30分以上1時間未満	388単位		394単位
	1時間以上1時間30分未満	564単位		575単位
	以降30分を増すごとに算定	80単位		83単位
	生活援助加算※	67単位		66単位
生活援助中心型	20分以上45分未満	183単位		181単位
	45分以上	225単位		223単位
通院等乗降介助		97単位		98単位

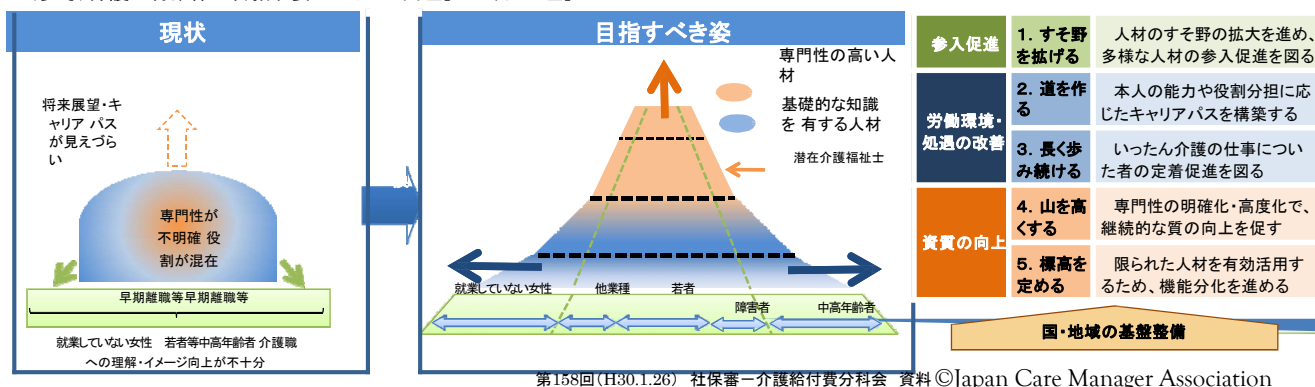
※ 引き続き生活援助を行った場合の加算(20分から起算して25分ごとに加算、70分以上を限度)

1. 訪問介護 ④生活援助中心型の担い手の拡大

概要

- 訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととし、生活援助中心型については、人材の裾野を広げて担い手を確保しつつ、質を確保するため、現在の訪問介護員の要件である130時間以上の研修は求めないが、生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した研修を修了した者が担うこととする。
- このため、新たに生活援助中心型のサービスに従事する者に必要な知識等に対応した研修課程を創設することとする。その際、研修のカリキュラムについては、初任者研修のカリキュラムも参考に、観察の視点や認知症高齢者に関する知識の習得を重点とする。(カリキュラムの具体的な内容は今年度中に決定する予定)【省令改正、告示改正、通知改正】
- また、訪問介護事業所ごとに訪問介護員を常勤換算方法で2.5以上置くこととされているが、上記の新しい研修修了者もこれに含めることとする。
- この場合、生活援助中心型サービスは介護福祉士等が提供する場合と新研修修了者が提供する場合とが生じるが、両者の報酬は同様とする。
- なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくこととする。

(参考)介護人材確保の目指す姿 ～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～



1. 訪問介護 ⑤同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬

概要

同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬について以下の見直しを行う。

- ア 訪問介護のサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直し、いずれの場合も有料老人ホーム等(※)以外の建物も対象とする。
- ⅰ 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(有料老人ホーム等(※)に限る)に居住する者 ⅱ 上記以外の範囲に所在する建物(有料老人ホーム等(※)に限る)に居住する者(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)
- イ またⅰについて、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合は、減算幅を見直す。
- ※ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅
- ウ 上記ア又はイによる減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記ア又はイによる減算を受けている者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

単位数、算定要件等

<現行>

減算等の内容	算定要件
10%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

<改定後>

減算等の内容	算定要件
①・③10%減算 ②15%減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②に該当する場合を除く。) ②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合 ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等

- 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

各種の訪問系サービス

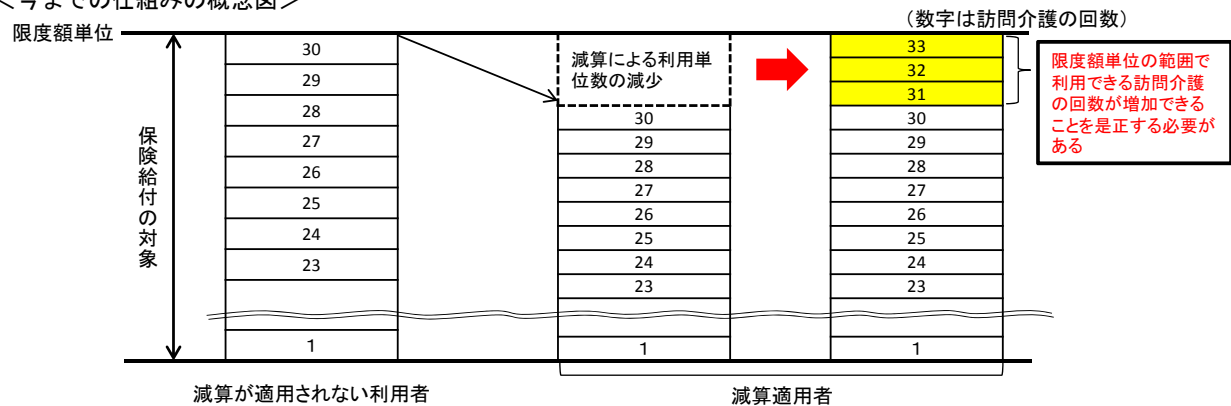
- 訪問系サービスにおける同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、**当該減算について区分支給限度基準額の対象外に位置付けることとし、当該減算の適用を受ける者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。**

(参考) 有料老人ホーム等の入居者が利用する訪問介護に係る介護給付費の算定について (抜粋)
(平成29年10月19日付 会計検査院による意見表示)

＜会計検査院が表示する意見 (抜粋)＞

- 介護給付費の算定に当たり、限度額の設定方法及び同一建物減算の趣旨を踏まえて保険給付の公平性が確保されるようにするために、**同一建物減算の適用の有無により介護保険として利用できる訪問介護の回数に差違が生ずることのないようにするための措置を講ずるよう意見を表示する。**

＜今までの仕組みの概念図＞



第153回 (H29.11.29) 社保審一介護給付費分科会 資料 ©Japan Care Manager Association

1. 訪問介護

⑥訪問回数の多い利用者への対応

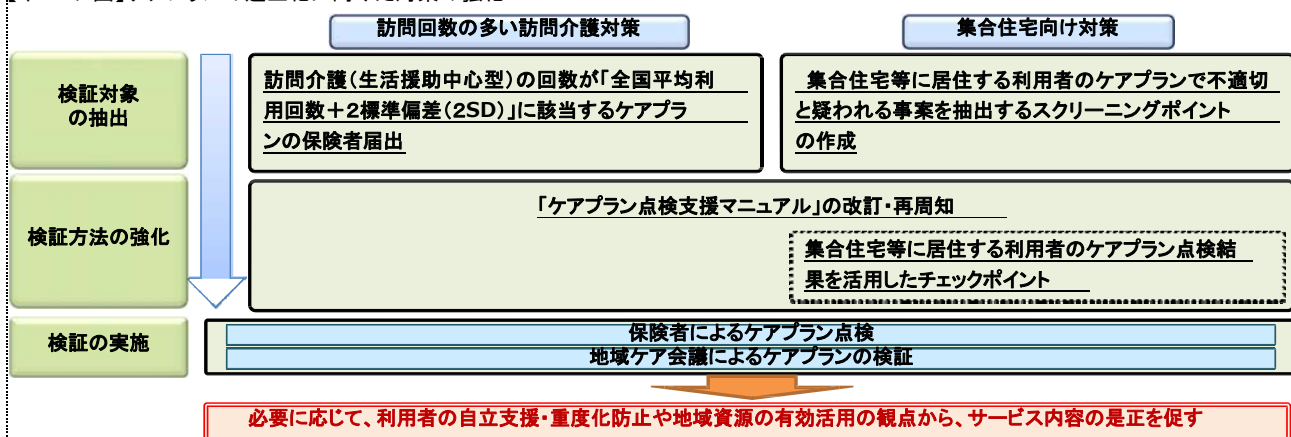
概要

ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。【省令改正】

(※)「**全国平均利用回数+2標準偏差**」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。【省令改正】

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化



居宅介護支援

基準省令

○十八の二

介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が**定める回数以上の訪問介護**（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、**当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。**

平成30年10月から施行！

©Japan Care Manager Association

○ 具体的な届出の範囲

【届出の範囲】

- ・訪問介護（生活援助中心型）の回数が、通常の利用状況と著しく異なるもの
※要介護度別に「全国平均利用回数 + 2標準偏差（2SD）」を超えるもの
（4.3%～6.1%程度（全体で約2.4万件））

【届出後の対応】

- ・地域ケア会議の機能として、**届け出られたケアプランの検証を位置付ける。**
- ・市町村は、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

※届出対象の範囲を平成30年4月に示した上で、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者数(A)	485174	204392	162482	68313	34591	15396
平均回数	10.6	9.2	11.1	13.2	11.3	9.3
標準偏差	10.6	8.4	10.8	13.9	12.8	10.6
+2SDライン回数	32	26	33	42	37	31
+2SD利用者数(B)	23502	11165	8406	4169	1995	664
割合(B/A)	4.8%	5.5%	5.2%	6.1%	5.8%	4.3%

要介護1:27回、要介護2:34回、要介護3:43回 要介護4:38回 要介護5:31回

©Japan Care Manager Association

平成30年3月6日の

「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」では

某市担当者

頻回訪問の届け出に関連して「地域ケア会議等で多職種による
検証」の「等」は、関係者による集まりでも良いのか？

厚生労働省

「**基本的には地域ケア会議**であり、どうしても設置していない等の
事情がある場合のことであり、その場合であっても地域ケア会議
を設置するようにしてほしい」との回答

※「届出＝地域ケア会議での検証」届け出のあった全てのケアプ
ランが対象になるということではないが、基本は地域ケア会議で
ある。

©Japan Care Manager Association

解釈通知より

(7) 指定居宅介護支援の基本取扱い方針及び具体的取扱い方針

⑬ 居宅サービス計画の届出(第18号の2)

- ★訪問介護(生活援助中心)の利用回数が統計的に見て通常の居宅サービス
計画よりかけ離れている場合
- ★**市町村が確認し、必要に応じて是正**を促していくことが適当
- ★一定回数(基準第13条第18号の2により厚生労働大臣が定める回数
いう。以下同じ。)以上の**訪問介護を位置づける場合にその必要性を居宅
サービス計画に記載**
- ★当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならないことを規定
- ★届出にあたっては、当該月において作成又は変更(⑬における軽微な変更
を除く。)した居宅サービス計画のうち一定回数以上の訪問介護を位置づけ
たものについて、**翌月の末日までに市町村に届け出る**こととする。
- ★なお、ここで言う当該月において作成又は変更した居宅サービス計画とは、
当該月において**利用者の同意を得て交付をした居宅サービス計画**を言う。
- ★なお、基準第13条第18号の2については、平成30年10月1日より施行
されるため、同年**10月以降に作成又は変更した居宅サービス計画**について届出
を行うこと。

利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用

©Japan Care Manager Association

Q&Aより

○ 訪問介護が必要な理由について

問134 基準第13 条第18 号の2に基づき、市町村に居宅サービス計画を提出するにあたっては、訪問介護（生活援助中心型）の必要性について記載することとなっているが、居宅サービス計画とは別に理由書の提出が必要となるのか。

(答)

- ・ 当該利用者について、家族の支援を受けられない状況や認知症等の症状があることその他の事情により、訪問介護（生活援助中心型）の利用が必要である理由が居宅サービス計画の記載内容から分かる場合には、**当該居宅サービス計画のみを提出**すれば足り、別途理由書の提出を求めるものではない。

©Japan Care Manager Association

ミニワーク ③

- ・ 10月からのケアプラン提出に向けて、今から準備しておくべきことは何ですか？
- ・ ケアプランには具体的にどのような記載が求められますか？
- ・ 想定されるケースとしては、独居高齢者、家族が障害・疾病等の場合などです。内容は、調理、掃除、洗濯、買い物などです。
- ・ いくつか状態像と記載例（どこにどのように記載すればよいか）について話し合ってください。

©Japan Care Manager Association

1. 訪問介護 ⑦サービス提供責任者の役割や任用要件等の明確化

概要

- サービス提供責任者の役割や任用要件等について以下の見直しを行う。
- ア サービス提供責任者のうち、初任者研修課程修了者及び旧2級課程修了者は任用要件から廃止する。ただし、現に従事している者については1年間の経過措置を設ける。【告示改正】
また、初任者研修課程修了者又は旧2級課程修了者であるサービス提供責任者を配置している場合に係る減算についても、上記に合わせて、平成30年度は現に従事している者に限定し、平成31年度以降は廃止する。
- イ 訪問介護の現場での利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に係る気付きをサービス提供責任者から居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報共有することについて、サービス提供責任者の責務として明確化する。
【省令改正】
- ウ 訪問介護の所要時間については、実際の提供時間ではなく、標準的な時間を基準としてケアプランが作成される。一方で、標準時間と実際の提供時間が著しく乖離している場合には、実際の提供時間に応じた時間にプランを見直すべきであることから、サービス提供責任者は、提供時間を記録するとともに、著しくプラン上の標準時間と乖離している場合にはケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーは必要に応じたプランの見直しをすること を明確化する。【通知改正】
- エ 訪問介護事業者は、居宅介護支援事業所のケアマネジャー（セルフケアプランの場合には当該被保険者）に対して、自身の事業所のサービス利用に係る不当な働きかけを行ってはならない旨を明確化する。【省令改正】

第158回(H30.1.26) 社保審一介護給付費分科会 資料

©Japan Care Manager Association

居宅介護支援

基準省令

○十三の二(介護予防支援も適用)

介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

平時の連携



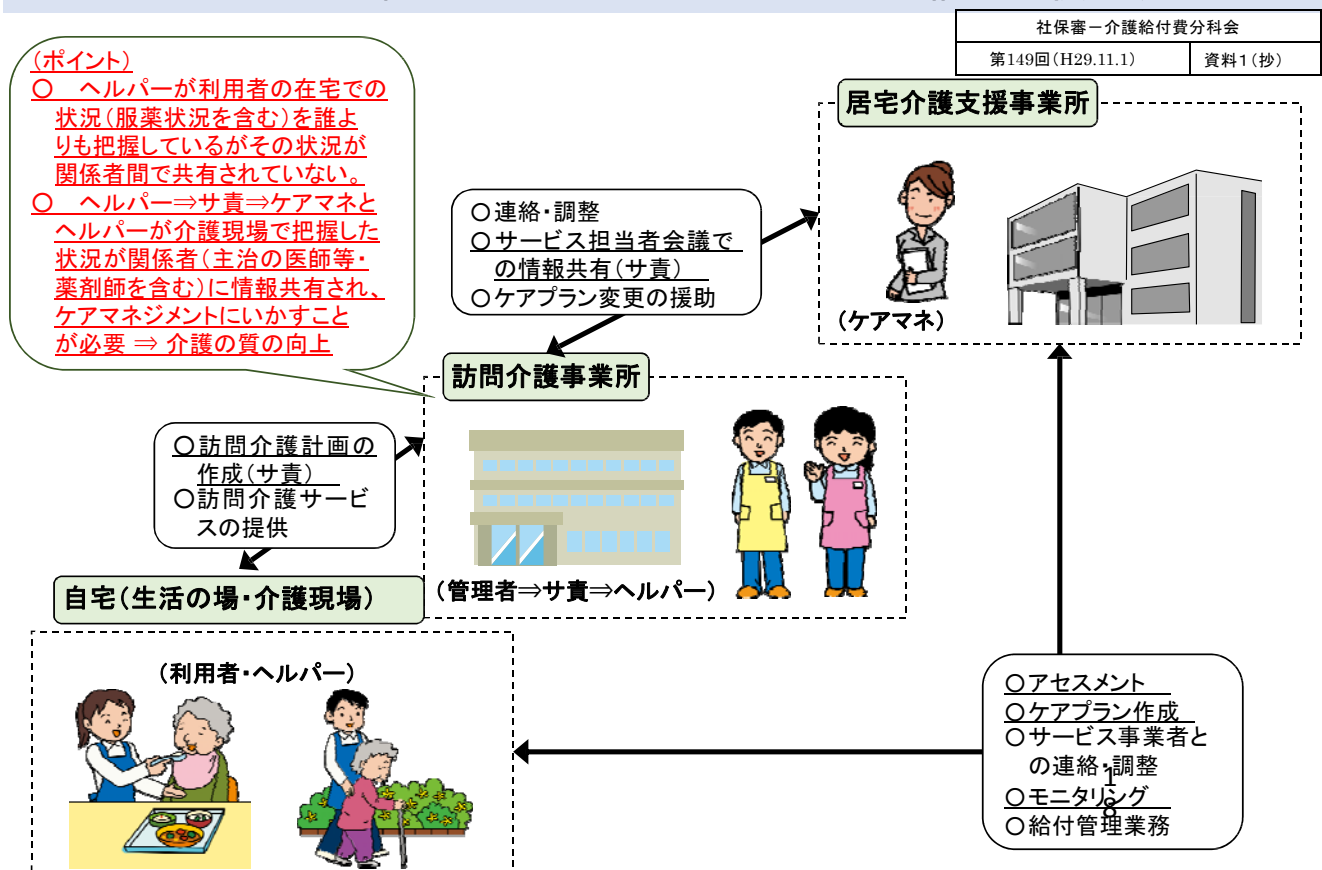
訪問介護

○第二十八条3 二の二

居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。

©Japan Care Manager Association

サービス事業所からケアマネジャーへの情報提供の流れ



©Japan Care Manager Association

解釈通知より

(7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針

⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等(第13号・第13号の2)

また、利用者の**服薬状況**、**口腔機能**その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が**医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報**である。

(例)

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・薬の服用を拒絶している
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある・食事量や食事回数に変化がある
- ・下痢や便秘が続いている
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況

平時の連携

©Japan Care Manager Association

Q&Aより

○ 主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師への情報提供について
問133 基準第13 条第13 号の2に規定する「利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報」について、解釈通知に記載のある事項のほかどのようなものが想定されるか。

(答)

- ・ 解釈通知に記載のある事項のほか、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師への情報提供が必要な情報については、**主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要かどうかをもとに介護支援専門員が判断**するものとする。
- ・ なお、基準第13 条第13 号の2は、**日頃の居宅介護支援の業務において介護支援専門員が把握したことを情報提供**するものであり、当該規定の追加により利用者に係る情報収集について**新たに業務負担を求め****るものではない。**

©Japan Care Manager Association

ミニワーク ④

- ・ 服薬状況と口腔機能について多職種間で円滑に情報を共有するためには、どのような工夫が必要ですか？
- ・ 訪問介護員が、利用者ごとに異なる服薬状況と口腔機能について、現場で適切に把握することを促進するためには、ケアマネジャーとしてどのような働きかけが必要ですか？(具体的な方法や場面について)

©Japan Care Manager Association

1. 訪問介護

⑧共生型訪問介護

概要

ア 共生型訪問介護の基準

共生型訪問介護については、障害福祉制度における居宅介護、重度訪問介護の指定を受けた事業所であれば、基本的に 共生型訪問介護の指定を受けられるものとして、基準を設定する。【省令改正】

イ 共生型訪問介護の報酬

報酬は、以下の基本的な考え方を踏まえて設定する。また、訪問介護事業所に係る加算は、各加算の算定要件を満たした場合には算定できることとする。

(報酬設定の基本的な考え方)

- i 本来的な介護保険事業所の基準を満たしていないため、本来報酬単価と区分。
- ii 障害者が高齢者(65歳)に到達して介護保険に切り替わる際に事業所の報酬が大きく減ることは、65歳問題への 対応という制度趣旨に照らして適切ではないことから、概ね障害福祉制度における報酬の水準を担保する。

単位数

○障害福祉制度の居宅介護事業所が、要介護者へのホームヘルプサービスを行う場合

<現行>

なし(基本報酬) →

<改定後>

訪問介護と同様(新設)

ただし、障害者居宅介護従事者基礎研修課程修了者等については、65歳に至るまでに、これらの研修修了者に係る障害福祉事業所において障害福祉サービスを利用していた高 齢障害者に対してのみ、サービスを提供できる。この場合には、所定単位数に70/100等 を乗じた単位数(新設)

○障害福祉制度の重度訪問介護事業所が、要介護者へのホームヘルプサービスを行う場合

<現行>

なし(基本報酬) →

<改定後>

所定単位数に93/100を乗じた単位数(新設)

ただし、重度訪問介護従事者養成研修修了者等については、65歳に至るまでに、これらの研修修了者に係る障害福祉事業所において障害福祉サービスを利用していた高齢障害者に対してのみ、サービスを提供できる。

第158回(H30.1.26) 社保審一介護給付費分科会 資料

©Japan Care Manager Association

介護保険制度改正 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民(世帯)が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決 が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

○地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備

○住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制(*)

(*)例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等

○主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

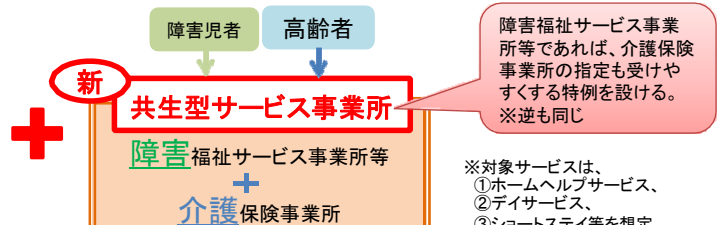
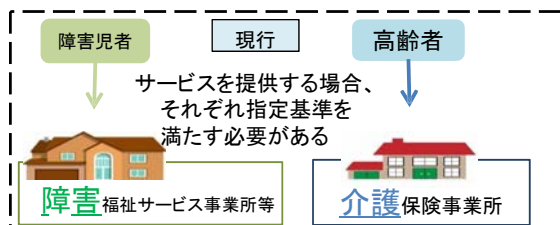
3. 地域福祉計画の充実

○市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。(都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。)

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

新たに共生型サービスを位置づけ

○ 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に **新たに共生型サービスを位置付ける**。(指定基準等は、平成30年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討)



ミニワーク ⑤

- ・ 今後、地域共生社会を実現していくための課題は何ですか？
- ・ 共生型サービスを促進していくために、ケアマネジャーが取り組むべきことは何ですか？

©Japan Care Manager Association

自立に資する訪問介護の具体的な考え方

「自立支援見守り」
と
「生活援助」の位置付けについて

©Japan Care Manager Association

訪問介護の意義・目的

1. 利用者のそれまでの生活習慣や価値観を尊重した生活基盤を整える
2. 利用者の生活の自立拡大を図る(自立支援)
3. 他者との交流による社会との交わりをつくることで、生きることの喜び・意味を見出し、自己実現を図る
4. 健康状態の確認、異常の早期発見、疾病に伴うリスクなど危機の予測を踏まえた介護の提供、予防的な対処により生活の質(QOL)を維持する
5. 利用者の状態の変化を発見し、多職種へつなぐ

「八訂介護支援専門員基本テキスト」より 長寿社会開発センター

©Japan Care Manager Association

自立支援見守りについて

- ・生活援助のうち、訪問介護員等が代行するのではなく、安全を確保しつつ 常時介助できる状態で見守りながら行うものであって、日常生活動作向上の観点から、利用者の自立支援に資するものは身体介護に該当するが、身体介護として明記されていないものがあり、取扱いが明確でないため、明確化する。
- ・具体的には、利用者と一緒に手助けしながら行う掃除(安全確認の声かけ、疲労の確認を含む)その他利用者の自立支援に資するものとして身体介護に 該当するものについて、身体介護に該当することを明確にする。

©Japan Care Manager Association

具体例：調理動作の復活に向けた支援

- もともと主婦であったAさんは脳梗塞で左不全麻痺。要介護2。
- できることならまた家族に食事を作りたいと願っている。
- アセスメントで実行の可能性を多職種で検討し、サービス担当者会議で合意。
- 通所リハビリテーションで家事動作を目的とした訓練を開始。
- 並行して訪問介護で本人主体の家事(調理)支援を導入。
- 調理内容は本人が食する食事とする。
- リハビリ専門職とサービス提供責任者間で支援方法の検討。
(生活機能向上連携加算)
- リハビリでできるようになったことを訪問介護の支援にて反映しながら、徐々に調理動作を本人が実行できるように支援。
- 週末は家族と一緒に調理を行うことで、実践にて本人の意欲を向上させる狙いも設定。

©Japan Care Manager Association

ケアプラン例(第1表)

【総合的な援助方針】

「またご家族のために食事が作れるようになりたい」というご本人の意向が、現実のものとなるよう支援いたします。

まずはリハビリテーションにて必要な動作の獲得を目指しましょう。できるようになった動作は、自宅での支援の際に、実際に行うようにしましょう。できない部分を中心に支援いたします。そして、徐々にできる調理動作を増やしていきましょう。

また、週末はご家族と一緒に調理をされる予定ですので、支援においてできるようになったことや、調理をする上で気を付けることなどを、ご家族とも共有するようにいたします。

半年後には、ご自分で調理ができるようになっていることを目指しましょう。

©Japan Care Manager Association

ケアプラン例

ニーズ：また食事を自分で作れるようになりたい。

長期目標：家族に食事が作れるようになる。(6か月)

短期目標：包丁で野菜など食材が刻めるようになる。(2か月)

調理する間、立位が保持できる。(3か月)

盛り付けや配膳下膳ができるようになる。(4か月)

サービス内容：一連の調理動作を目的としたリハビリテーション。
リハビリ専門職と訪問介護との定期的な連携(支援と実施状況の共有)。
できるようになったことを取り入れながらの調理。
週末に家族と調理を行う際に、獲得した動作を実践できるよう、家族との状況の共有を図る。留意点なども伝達する。

©Japan Care Manager Association

週間サービス計画表

		月	火	水	木	金	土	日
深夜	4:00							
	6:00							
早朝	8:00							
	10:00	通所 リハビリ テーショ ン	訪問介護 身体介護 1時間		通所 リハビリ テーショ ン	訪問介護 身体介護	娘と一緒に食事を作る (※週末は別居の娘が手伝 いに来る。家族には支援内 容や家事の実施状況をノー ト等で伝達し共有する)	
午前	12:00							
午後	14:00							
	16:00							
夜間	18:00							
	20:00							
深夜	22:00							
	24:00							
深夜	2:00							
	4:00							

©Japan Care Manager Association

生活援助とは？

- 生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。（生活援助は、本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に、介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為であるといえることができる。）

「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（平成12 年3月17日老計第10 号）」

©Japan Care Manager Association

具体例：独居高齢者の生活意欲向上に向けた支援

- 一人暮らしの男性80歳のBさん。
- 妻を亡くしてから認知症状が進行。要介護1。
- 近隣には家族や親戚はおらず、生活上の支援を受けられない状況。近所に友人がおり、朝は一緒にお茶を楽しみ、朝食を食べている。Bさんが米を差し入れ、友人がおにぎりや漬物を持参。
- 妻他界後、昼夜の食事は食べなかったり、インスタント食品で済ませていたため、栄養状態に課題がある状態（フレイルと診断）。
- 現在、週2回はデイサービスにて過ごす。ショートステイや施設入所は、妻と過ごした家を離れることへの抵抗感があり、意思を尊重した支援を行う必要性があると判断。
- 配食サービスも導入したが、認知症に向けた支援を考慮し、ホームヘルパーとの会話（相談援助）を行いながら、調理を支援することも検討。本人も「作りたてのごはんを毎日食べたい」との意向があり、生活援助を導入することにした。

©Japan Care Manager Association

ケアプラン例(第1表)

【総合的な援助方針】

栄養状態を改善することが大切ですので、毎日きちんと食事を楽しみながら十分な栄養が取れるようにしましょう。

友人の方が朝食は差し入れてくださっていますので、昼食と夕食の支援を導入しましょう。

ご本人は「毎日作りたてのご飯が食べたい」との意向がありますので、毎日の夕食はご自宅で調理をするように支援します。

また、毎日、友人や私たちとの会話を楽しみ、楽しく充実した生活が送れるようにしましょう。

これらの支援を通し、2か月後には受診時の検査数値が改善され、病気の状態を悪くしないことを目指しましょう。

©Japan Care Manager Association

ケアプラン例

ニーズ : 妻との思い出がある住み慣れた家でこれからも生活を続けたい。そのために病気を悪くしないようにしたい。

長期目標 : 健康を保ち、今までの生活を変わらずに続けられる。
(6か月)

短期目標 : 栄養バランスがとれた食事を毎日食べ、体調がよくなる。
(2か月)

人との交流を通して、毎日が楽しく過ごせる。(3か月)

サービス内容 : 栄養バランスを考慮した調理の支援(配食、生活援助、通所介護)食材の確保(生活援助)、検査数値で状態を確認する(主治医)、義歯の洗浄とお薬カレンダーの確認(生活援助)

ご本人が興味があることを話題にした会話の機会を多く作る。趣味は演歌。(生活援助、通所介護)

©Japan Care Manager Association

週間サービス計画表

		月	火	水	木	金	土	日
深夜	4:00							
	6:00							
早朝	8:00	友人の訪問。お茶を楽しむ。朝食は友人が塩結びと漬物を持参してくれる。						
	10:00	通 所			通 所			
午前	12:00	介 護	配食サービス		介 護	配食サービス		
	14:00							
午後	16:00		訪問介護生活 援助45分以上 (70分)買い物	訪問介護 生活援助 45分未満			訪問介護生活 援助45分以上 (70分)買い物	
	18:00							
夜間	20:00							
	22:00							
深夜	24:00							
	2:00							
	4:00							

©Japan Care Manager Association

基本は自立支援

- ・訪問介護に限らず、すべての支援が利用者の[自立の目的](#)として導入されているかを確認しましょう。
- ・そして、期待された効果がもたらされたかを[評価](#)しましょう。
- ・特に訪問介護は、自宅で直接生活に向けて支援するため、単独で効果をもたらすよりは、[他のサービス\(特にリハビリテーション\)との相乗的な作用によって効果もたらすことが多いサービス](#)です。
- ・そのことを意識して、多職種との連携において、[訪問介護を導入する目的を共有](#)しましょう。
- ・自立した後は、訪問介護サービス内容を検証し、[継続、修正、終了](#)を適切に判断しましょう。

©Japan Care Manager Association