

居宅介護支援 (参考資料)

居宅介護支援の定義・基準

居宅介護支援

定義

「居宅介護支援」とは、居宅の要介護者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要介護者の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行い、介護保険施設等への入所を要する場合は、当該施設等への紹介を行うことをいう。

人員基準

管理者	常勤の介護支援専門員を配置
介護支援専門員	利用者35人に対し1人を配置

介護予防支援

定義

「介護予防支援」とは、要支援者が介護予防サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要支援者の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行うことをいう。

人員基準

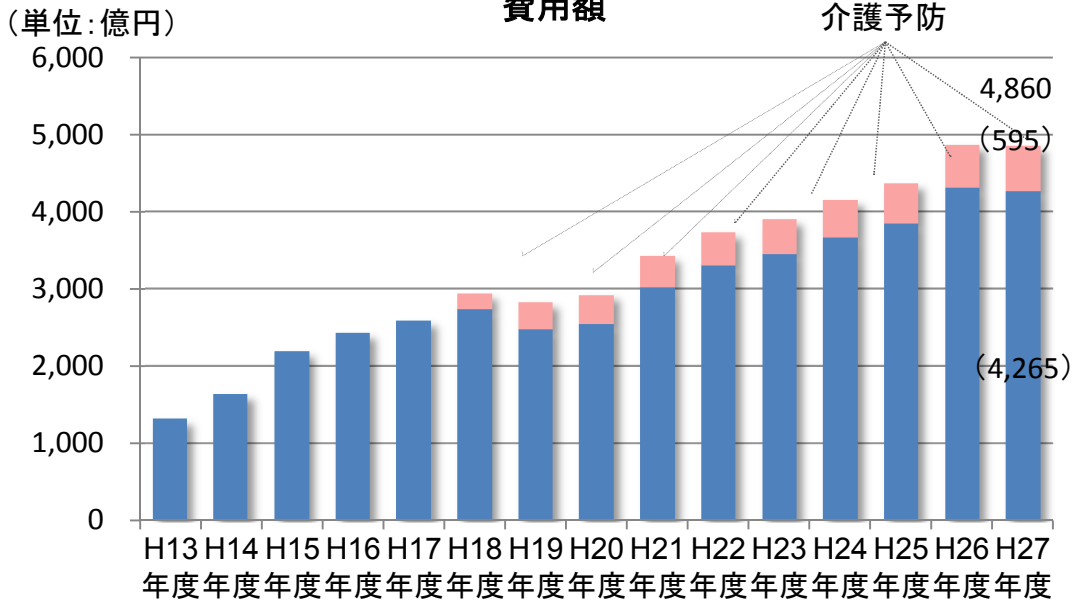
管理者	常勤の者を配置
担当職員	1人以上を配置（保健師、介護支援専門員、社会福祉士、経験ある看護師、高齢者保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した社会福祉主事のいずれかの要件を満たす者。）

居宅介護支援の事業所数・利用者数等

○居宅介護支援・介護予防支援の利用は、ここ数年は増加傾向にある。

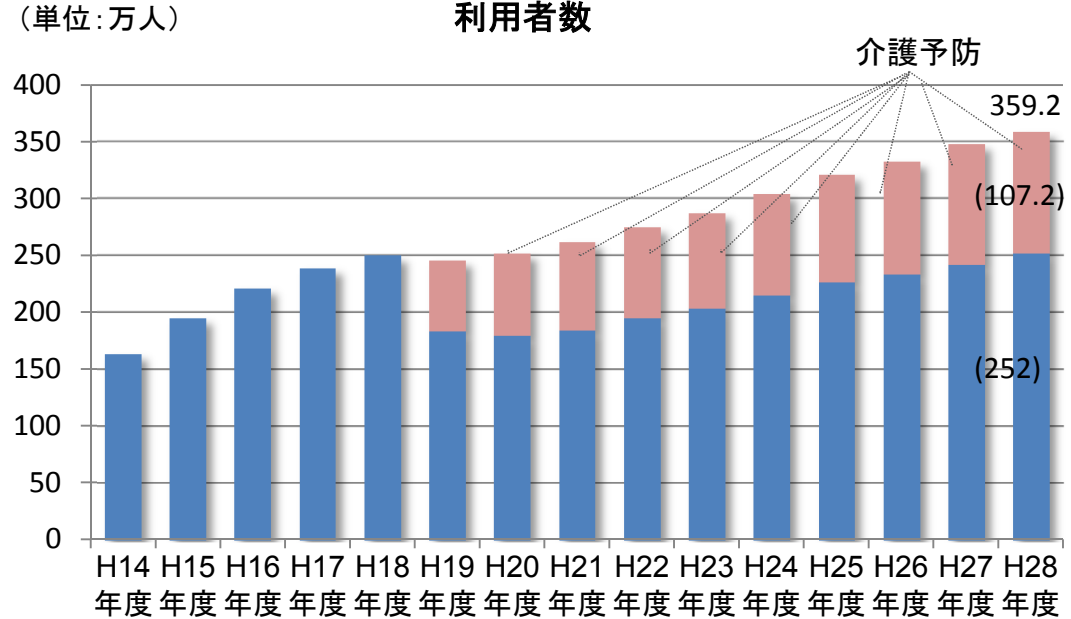
費用額

介護予防



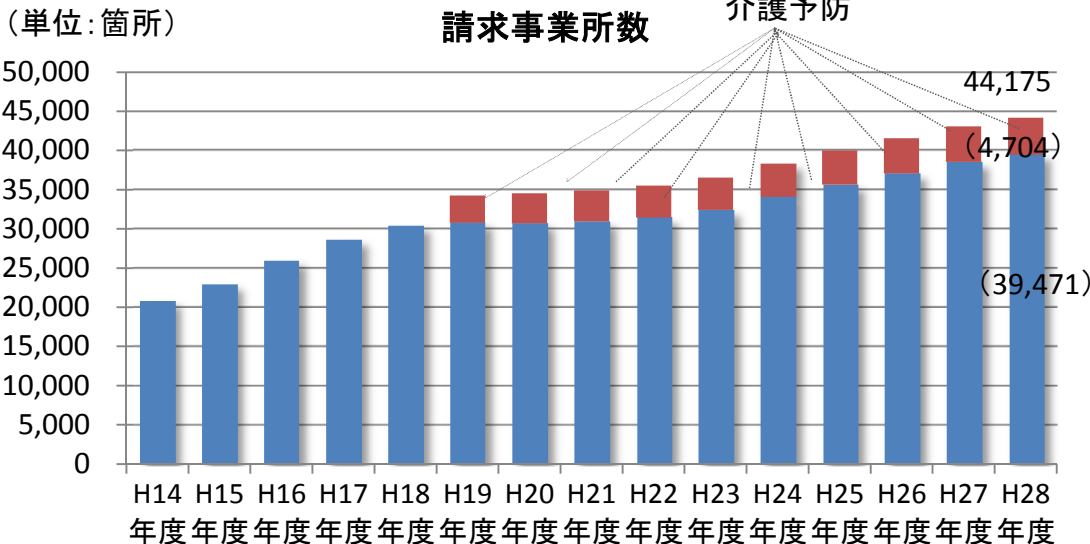
利用者数

介護予防



請求事業所数

介護予防



居宅介護支援・介護予防支援の
介護サービス費用額(平成26年度)

(上欄の単位:億円)

要支援		要介護					合計
1	2	1	2	3	4	5	
270	325	1,304	1,186	848	562	365	4,860
5.5%	6.7%	26.8%	24.4%	17.4%	11.6%	7.5%	100%

【出典】平成27年度介護給付費実態調査

注1) 費用額の値は、介護給付費実態調査の5月審査(4月サービス)分から翌年の4月審査(3月サービス)分までの合計である。

注2) 利用者数、請求事業所数の値は、介護給付費実態調査(4月審査分)。

居宅介護支援の報酬のイメージ（1月あたり）

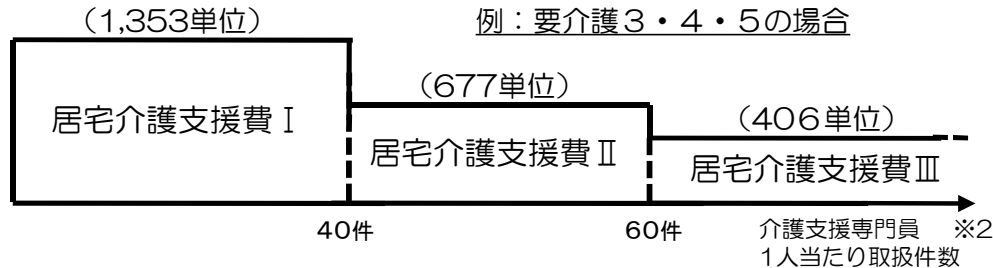
居宅介護支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

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	1,042単位/月	1,353単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	521単位/月	677単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	313単位/月	406単位/月

報酬体系は逡減制 ※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、超過部分のみ逡減制（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

入院、入所時の病院等との連携

病院等に対する情報提供方法
・訪問：200単位
・その他：100単位

退院、退所時の病院等との連携
(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：400単位
・Ⅲ：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)

小規模多機能型居宅介護移行時の小規模多機能型居宅介護事業所との連携
(300単位)

利用者の状態の急変等に伴い利用者宅で行われるカンファレンスへの参加
(200単位)

看護小規模多機能型居宅介護移行時の看護小規模多機能型居宅事業所との連携
(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

・-50%
・算定しない（2ヶ月以上継続）

居宅サービス等について、特定の事業所の割合が80%を超える場合

(-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 430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

小規模多機能型居宅介護事業所との連携
(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)

居宅介護支援における加算等の概要

○運営基準減算

- ・所定単位数の50/100に減算
- ・運営基準減算が2月以上継続している場合は、所定単位数は算定しない

○減算要件

(1) 居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたっては、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。）にあたっては、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。

○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を評価

- ・特定事業所加算（Ⅰ） 500単位／月
- ・特定事業所加算（Ⅱ） 400単位／月
- ・特定事業所加算（Ⅲ） 300単位／月

【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2名以上配置していること。
- 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を開催すること。
- 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4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。
- ⑪ 介護支援専門員実務研修における実習等に協力又は協力体制を確保していること。

【特定事業所加算（Ⅱ）】

- 特定事業所加算（Ⅰ）の②、③、④、⑥、⑦、⑨、⑩及び⑪を満たすこと。
- 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。

【特定事業所加算（Ⅲ）】

- 特定事業所加算（Ⅰ）の③、④、⑥、⑦、⑨、⑩及び⑪の基準に適合すること。
- 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。
- 常勤かつ専従の介護支援専門員を2名配置していること。

○特定事業所集中減算 ▲200単位／月

○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、特定の事業所によって提供されたものの占める割合が80%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等の正当な理由がある場合を除く。

○判定方法

居宅サービス計画のうち、各居宅サービス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、サービス種別ごとに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、いずれかのサービスについて80%を超えた場合に減算する。

○特別地域居宅介護支援加算 所定単位数の100分の15に相当する単位／月

厚生労働大臣が定める地域に所在する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合に加算。

○中山間地域等における小規模事業所加算

所定単位数の100分の10に相当する単位／月

厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合に加算。

※厚生労働大臣が定める施設基準…1月当たり実利用者数が20人以下であること。

○中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

所定単位数の100分の5に相当する単位／月

厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対し、運営規程に定める通常の事業の実施地域を越えて指定居宅介護支援を行った場合に加算。

○初回加算 300単位／月

以下の場合について、初回のケアマネジメントに係る手間を評価し所定単位数を加算。

- ①新規に居宅サービス計画を策定する場合
- ②要支援者は要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合
- ③要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

○小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300単位／月

利用者が小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際に、利用者に関する必要な情報を小規模多機能型居宅介護事業所へ提供し、居宅サービス計画の作成等に協力した場合に所定単位数を加算。

※同一の小規模多機能型居宅介護事業所について、6月以内に当該加算を算定した利用者については算定することができない。

○看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300単位／月

利用者が看護小規模多機能型居宅介護の利用を開始する際に、利用者に関する必要な情報を看護小規模多機能型居宅介護事業所へ提供し、居宅サービス計画の作成等に協力した場合に所定単位数を加算。

※同一の看護小規模多機能型居宅介護事業所について、6月以内に当該加算を算定した利用者については算定することができない。

○入院時情報連携加算

- イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位 病院又は診療所を訪問し、必要な情報を提供している場合に加算。
ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位 イ以外の方法により、必要な情報を提供している場合に加算。

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に1回を限度とする。

※利用者が入院してから遅くとも7日以内に情報提供した場合に算定する。

※入院時情報連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

○退院・退所加算 300単位

病院もしくは診療所に入院していた者、地域密着型介護老人福祉施設もしくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所し、居宅において介護サービスを利用する場合において、利用者の退院又は退所にあたり、「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位数を算定。

※入院又は入院期間中につき3回を限度として算定。

※3回算定する場合は、うち1回についてはカンファレンス（診療報酬の退院時共同指導料の2注3に該当するもの）に参加した場合に限る。

※初回加算を算定する場合は算定しない。

※診療報酬の退院時共同指導料の2注3

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、保険医である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（准看護師を除く。）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

○緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に2回を限度とする。

居宅介護支援における加算等の算定状況

○ 平成28年5月審査分の請求事業所のうち、特定事業所加算は25.9%、特定事業所集中減算は7.6%の事業所で算定されている。

居宅介護支援における加算等の算定状況(平成28年5月審査分)

加算等	請求事業所数	割合
初回加算	26,905	68.4%
特定事業所加算	10,176	25.9%
特定事業所加算(Ⅰ)	402	1.0%
特定事業所加算(Ⅱ)	5,662	14.4%
特定事業所加算(Ⅲ)	4,112	10.5%
入院時情報連携加算(Ⅰ)	9,935	25.3%
入院時情報連携加算(Ⅱ)	3,276	8.3%
退院・退所加算	8,442	21.5%
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	521	1.3%
看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	58	0.1%
緊急時等居宅カンファレンス加算	116	0.3%
特定事業所集中減算	2,987	7.6%

※平成28年5月審査分の請求事業所数は39,319事業所

【出典】老健局振興課調べ

平成27年度介護報酬改定における居宅介護支援の見直し

1. 認知症加算及び独居高齢者加算の基本報酬への包括化

- 認知症加算及び独居高齢者加算について、加算による評価でなく、基本報酬への包括化により評価する。

2. 正当な理由のない特定事業所へのサービスの偏りに対する対応強化

- 正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りが90%を超える場合の減算の適用について、適用要件の明確化を図り、減算の適用割合を現状よりも引き下げるとともに、対象サービスの範囲について限定を外す。

3. 質の高いケアマネジメントを実施する事業所の評価の推進

- 質の高いケアマネジメントを実施している事業所の評価を推進するため、特定事業所加算について、人員配置要件の強化や人材育成に関する協力体制を整備している場合を算定要件に追加する。一方、中重度者の利用者が占める割合については、実態に即して緩和する。

4. 新しい総合事業の導入に伴う基本報酬の見直し

- 介護予防支援について、新しい総合事業の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定事業所により提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される新総合事業のサービスを位置付けることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する。

5. 居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携（運営基準事項）

- 居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、居宅サービス計画等に位置付けた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求める。

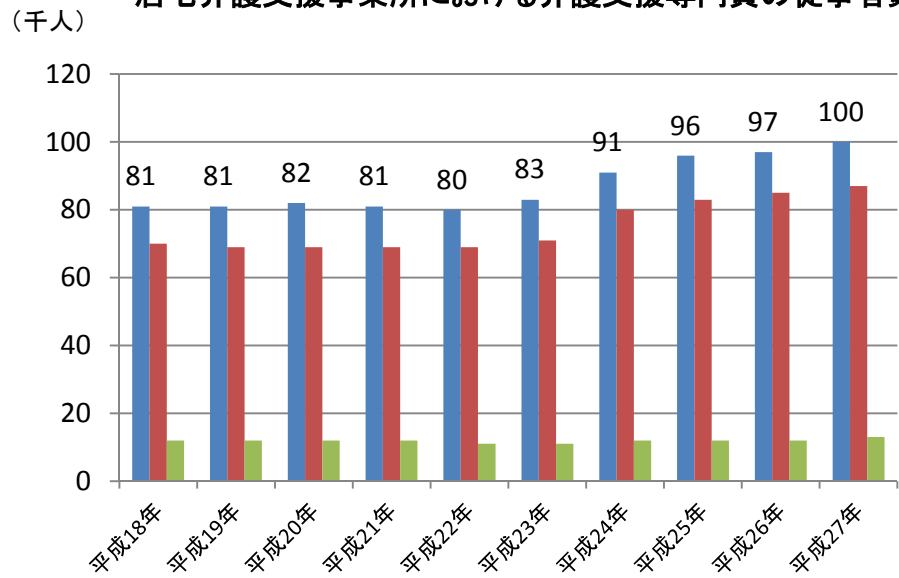
6. 地域ケア会議における関係者間の情報共有（運営基準事項）

- 今般の制度改正で介護保険法上に位置付けた地域ケア会議において、個別のマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとする。

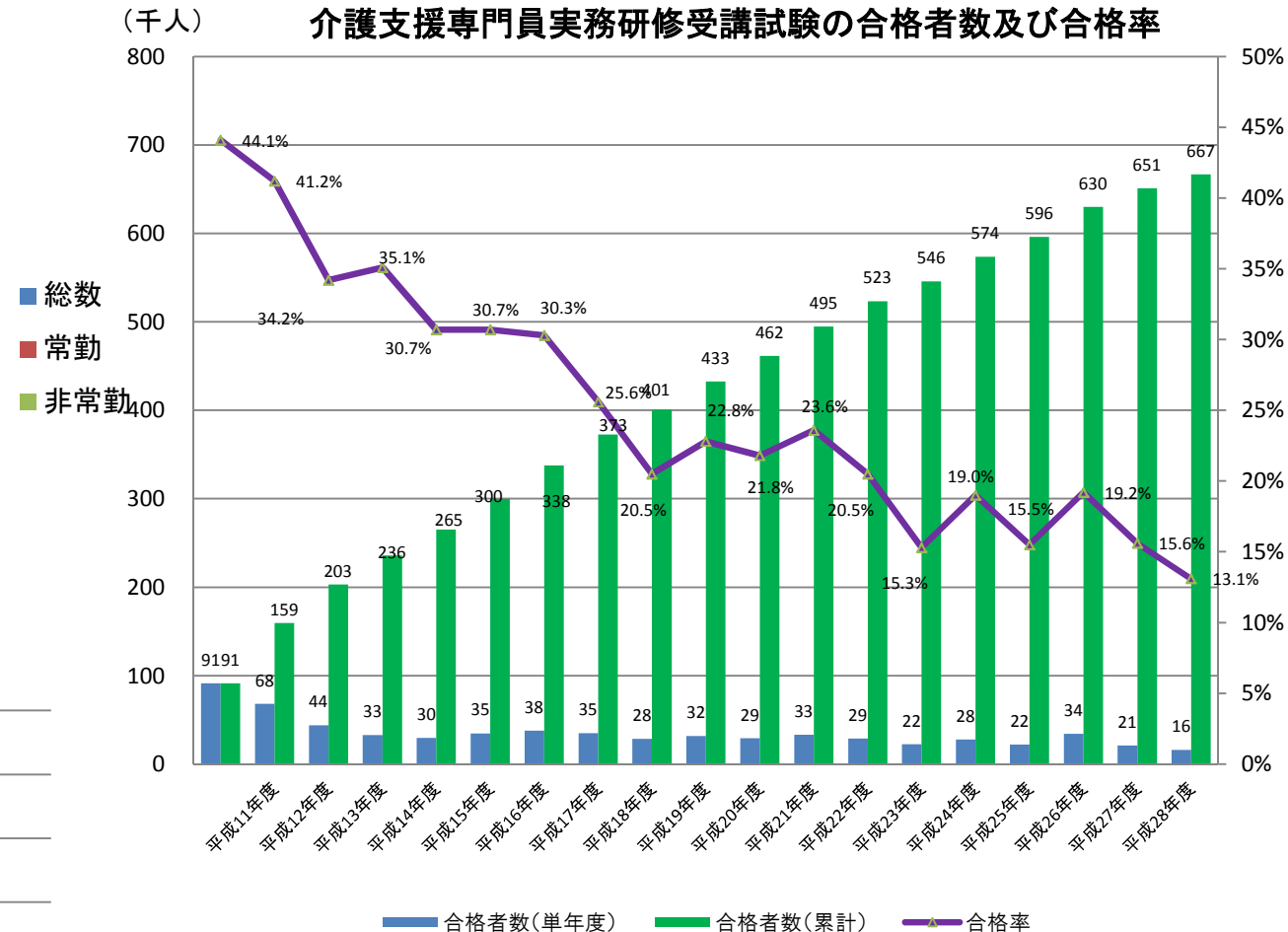
居宅介護支援事業所に従事する介護支援専門員の従事者数等

- 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。
- 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。また、合格率は減少傾向にある。
- 介護支援専門員1人当たりの利用者数は減少傾向にあったが、平成20年以降は概ね横ばいで推移している。

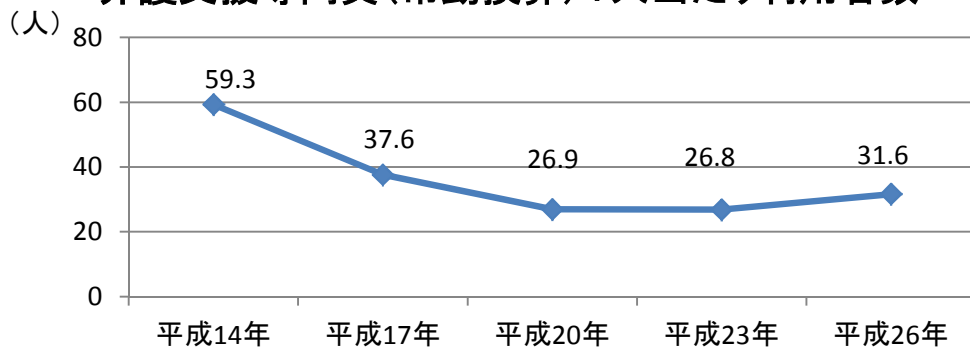
居宅介護支援事業所における介護支援専門員の従事者数



介護支援専門員実務研修受講試験の合格者数及び合格率



介護支援専門員(常勤換算)1人当たり利用者数

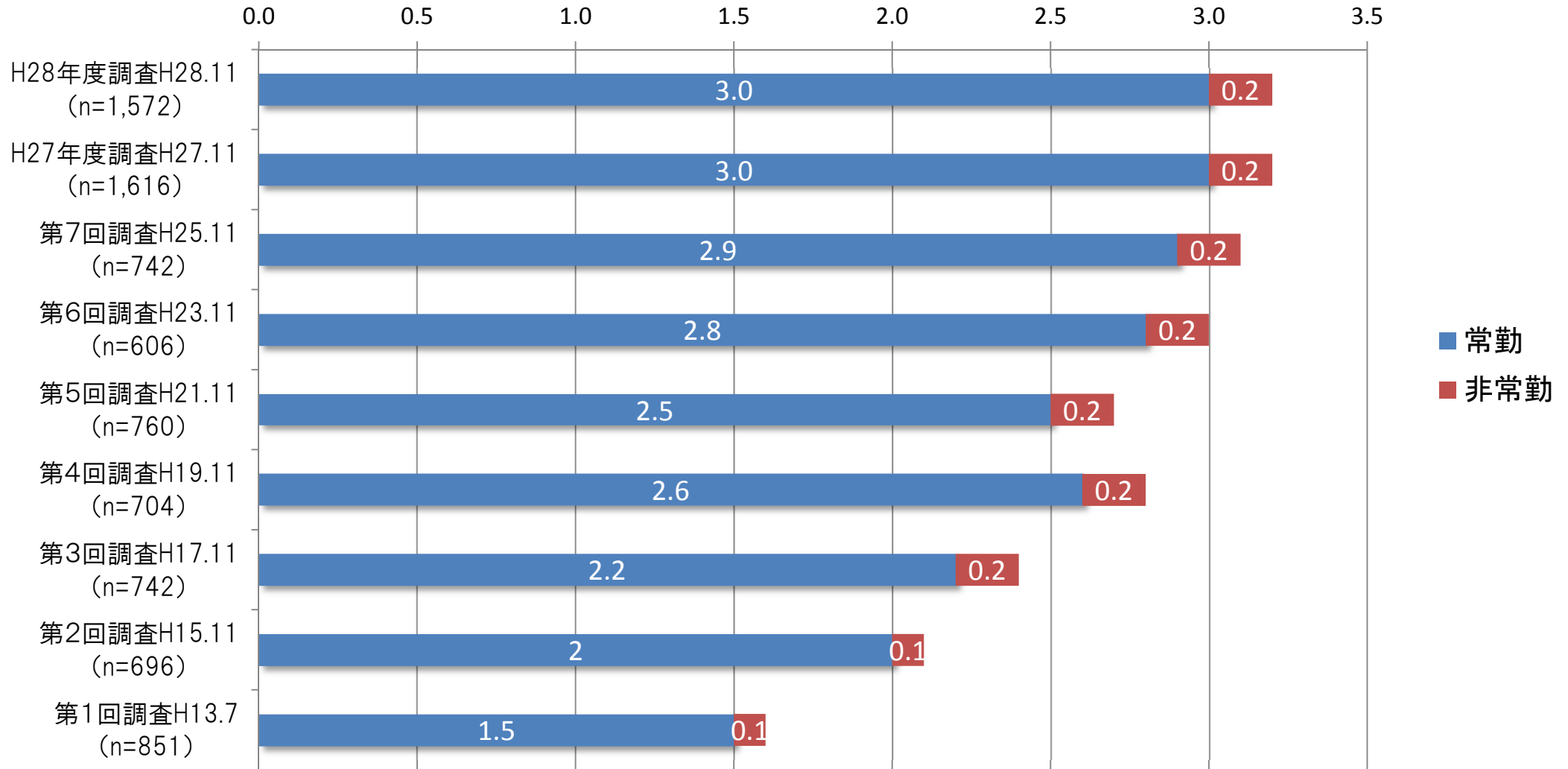


【出典】(左上)平成27年介護サービス施設・事業所調査
(左下)介護事業経営実態調査
(右)老健局振興課調べ

居宅介護支援1事業所あたりのケアマネジャーの人数（常勤換算）

○ 1事業所あたりのケアマネジャーの人数は3.2人となっている。

1事業所あたりのケアマネジャーの人数(常勤換算)(事業所調査票)



※第1回～第7回調査は「老人保健健康増進等事業」、平成27年度調査及び平成28年度調査は「平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」

介護保険制度の見直しに関する意見 (平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会)

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(5) 適切なケアマネジメントの推進等

【適切なケアマネジメントの推進】

- ケアマネジャーの資質の向上も含め、適切なケアマネジメントを推進していくためには、市町村や地域包括支援センターによる支援の充実が重要であるが、この点については、上記1.(2)に記載した通りである。
- また、ケアマネジャーの資質向上を図る観点からは、適切なケアマネジメント手法の策定も重要である。国においてもこの取り組みに着手しているところであるが、今後、ケアマネジメント手法の標準化に向けた取組を順次進めていくことが適当であり、本部会ではアセスメントやプロセスの手法の標準化を推進すべきとの意見があった。
- さらに、人材育成については、個々の居宅介護支援事業所における取組の推進も重要である。しかし、管理者の中には人材育成やケアマネジャーの業務の実施状況の把握に課題を抱え、また、ケアマネジャーが1人のみの事業所については、他の事業所に比べて相談できる相手がないなど悩みを抱えている割合が多いといった実態が見られる。
- 一方で、ケアマネジメントの公正・中立を確保するための取組の一つとして、特定事業所集中減算があるが、この減算については、平成28年3月に会計検査院から、必ずしも合理的で有効な施策であるとは考えられないことなどの指摘を受けているところであり、また、本部会でもその実効性が乏しく、見直しをすべきとの意見があった。
- また、今後、重度者や医療の必要性が高い利用者が増えていくと考えられることから、医療ニーズを踏まえた適切なアセスメントや、ケアマネジメントを行う際の医療との連携が重要となる。例えば、医療機関へ入院した人が退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時にケアマネジャーが関与し、医療機関と連携を図ることが重要であるが、その取組が必ずしも十分ではないとの指摘もある。
- これらの状況を踏まえ、適切なケアマネジメントを推進するため、居宅介護支援事業所における管理者の役割の明確化、特定事業所集中減算の見直しも含めた公正中立なケアマネジメントの確保、入退院時における医療・介護連携の強化等の観点から、居宅介護支援事業所の運営基準等の見直しを平成30年度介護報酬改定の際にあわせて検討することとするのが適当である。

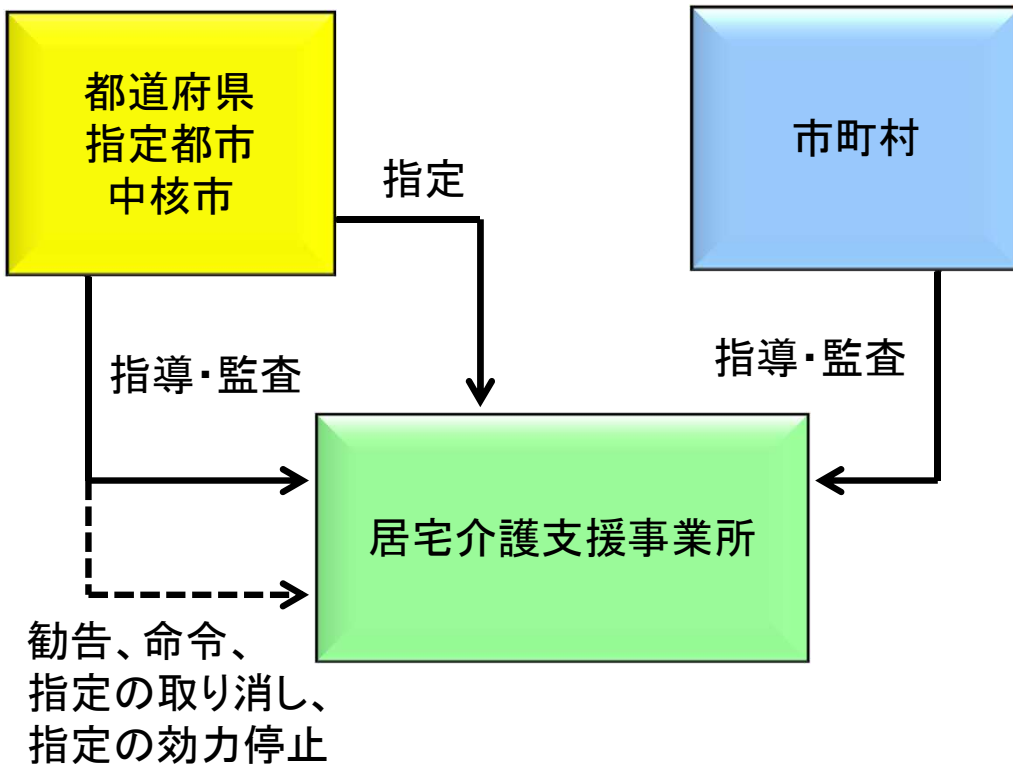
居宅介護支援事業者の指定権限の移譲

【平成26年改正時に対応】

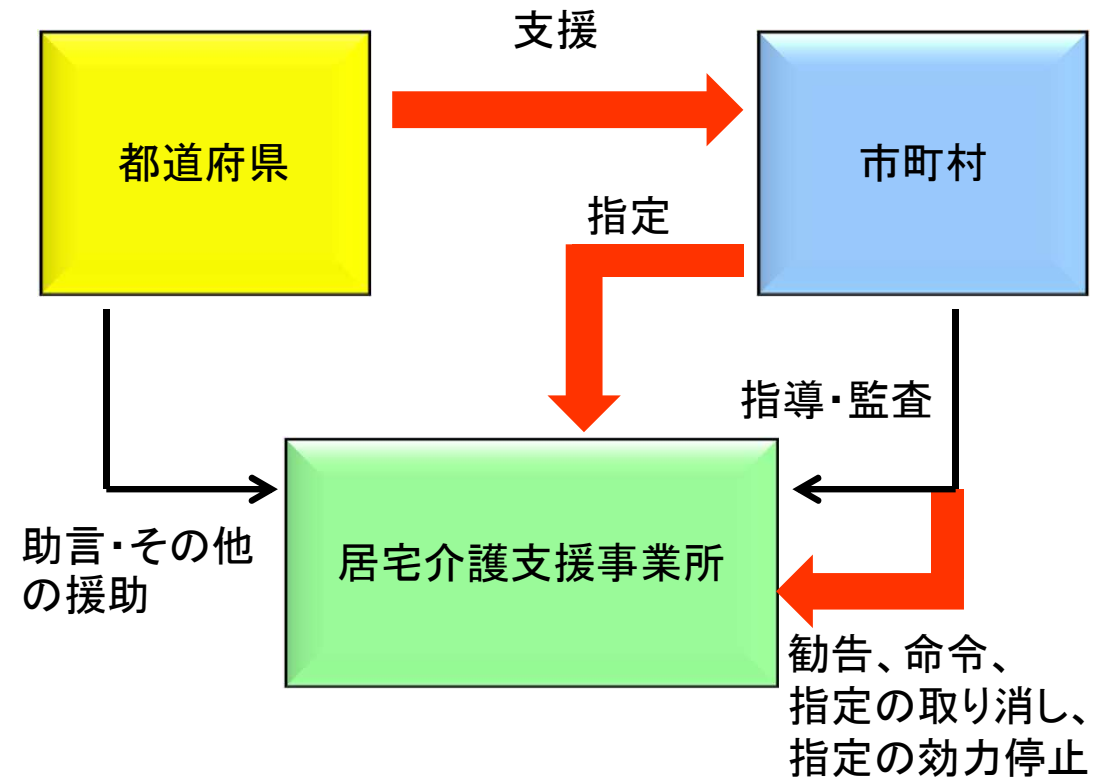
○ 居宅介護支援事業者の指定権限について、都道府県から市町村に移譲する。(平成30年4月施行)

※ 大都市等の特例により、指定都市及び中核市については、既に指定権限が移譲されている。

＜現行＞



＜平成30年4月以降＞



居宅介護支援事業所の管理者

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日 厚生省令第38号）（抄）

（管理者）

第三条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する管理者は、介護支援専門員でなければならない。

3 第一項に規定する管理者は、専らその職務に従事する者でなければならない。ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。

一 管理者がその管理する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合

二 管理者が同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合（その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る。）

（管理者の責務）

第十七条 指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者の管理、指定居宅介護支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

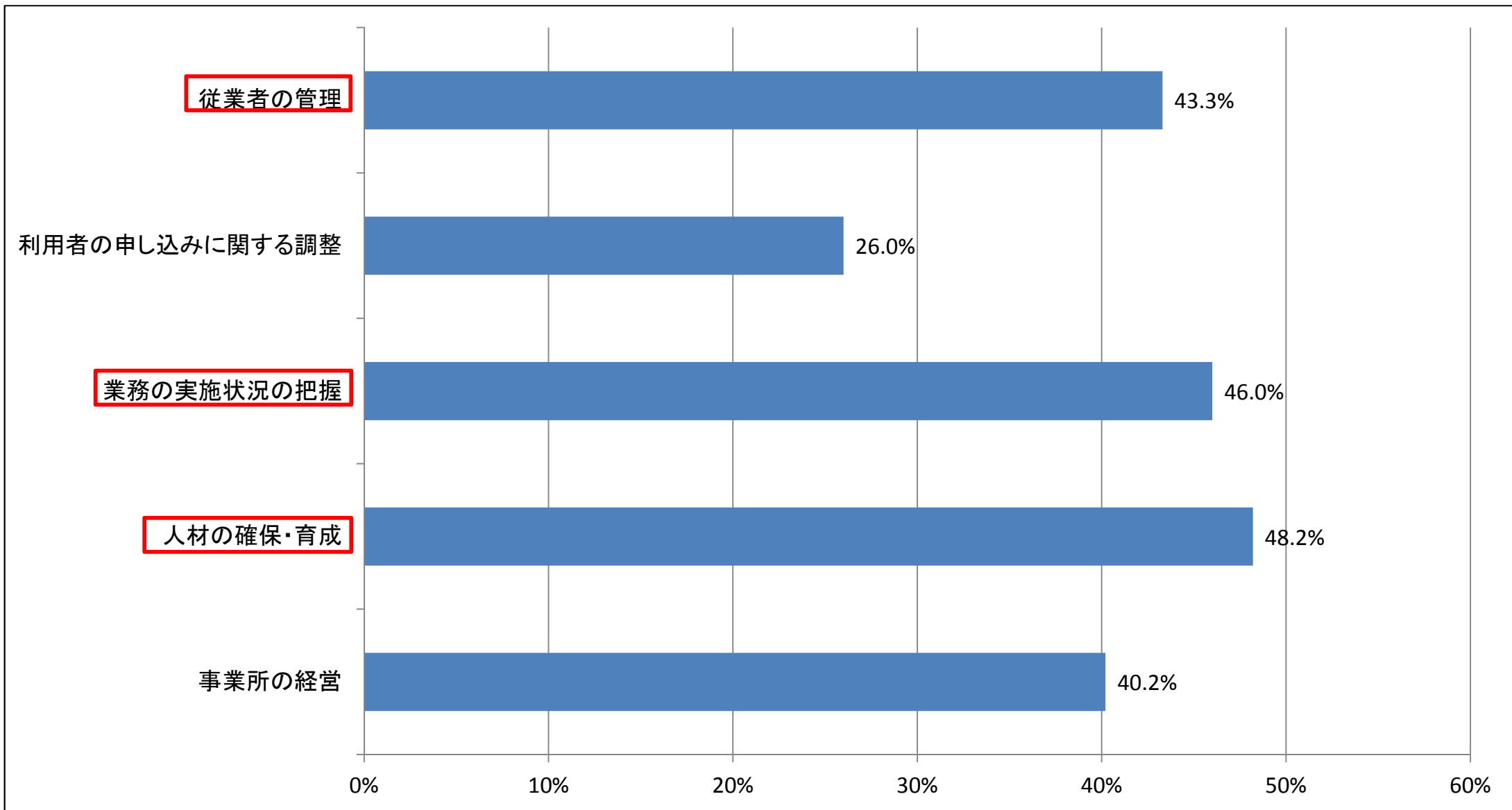
2 指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成27年度）

○ 居宅介護支援事業所の管理者としての課題は、「人材の確保・育成」が48.2%、「業務の実施状況の把握」が46%、「従業者の管理」が43.3%となっている。

管理者としての課題(居宅介護支援事業所向け調査)(複数回答)

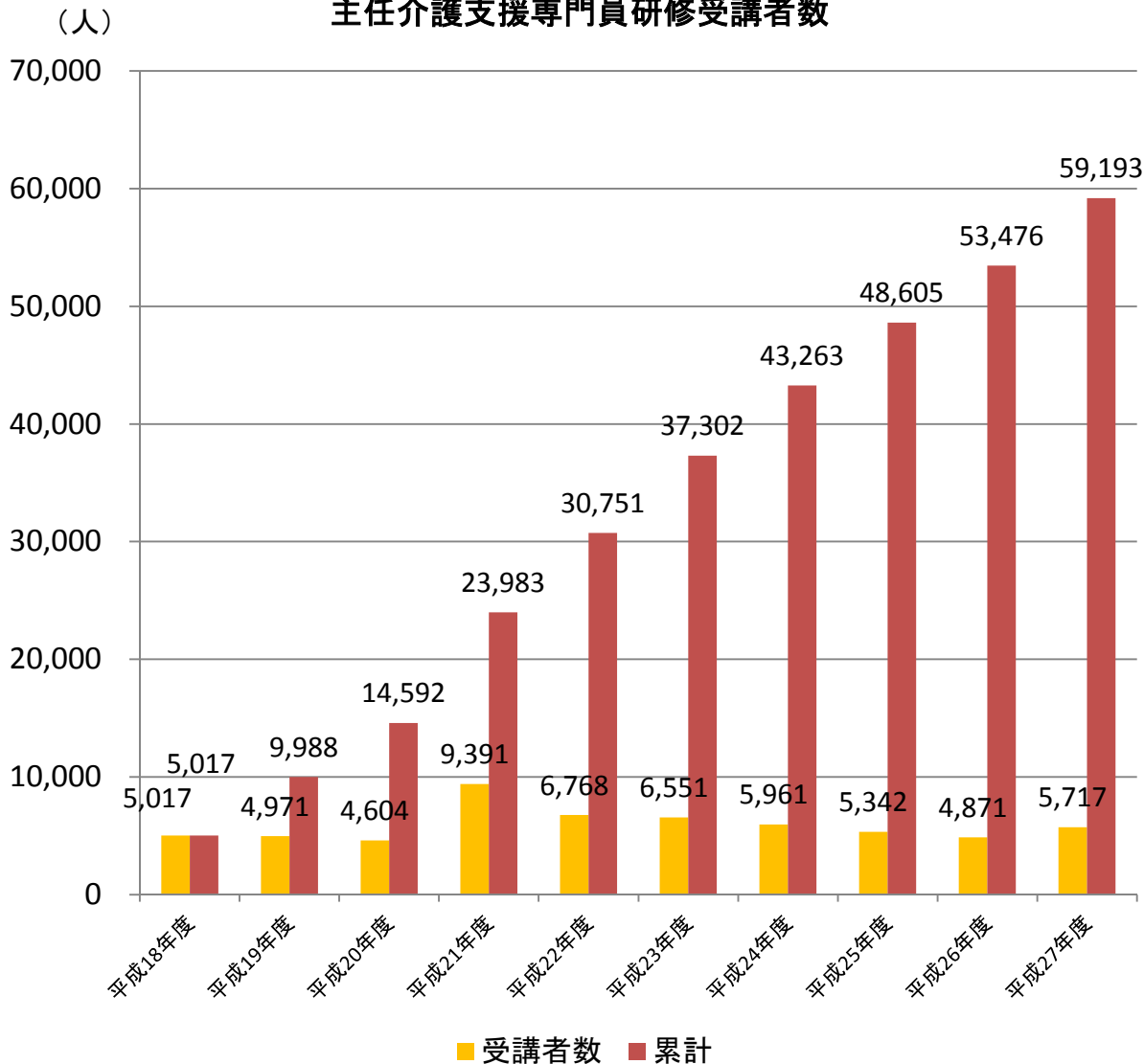
N=1,616



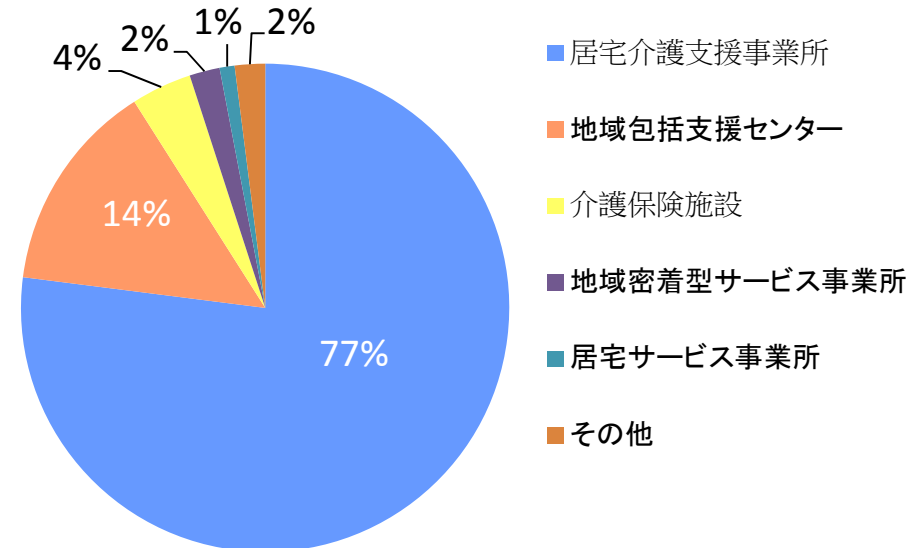
主任介護支援専門員の修了者数

- 主任介護支援専門員研修は、平成18年度から平成27年度までの累計で約5万9千人が受講している。
- 受講者の勤務先として、居宅介護支援事業所が全体の7割超を占めている。

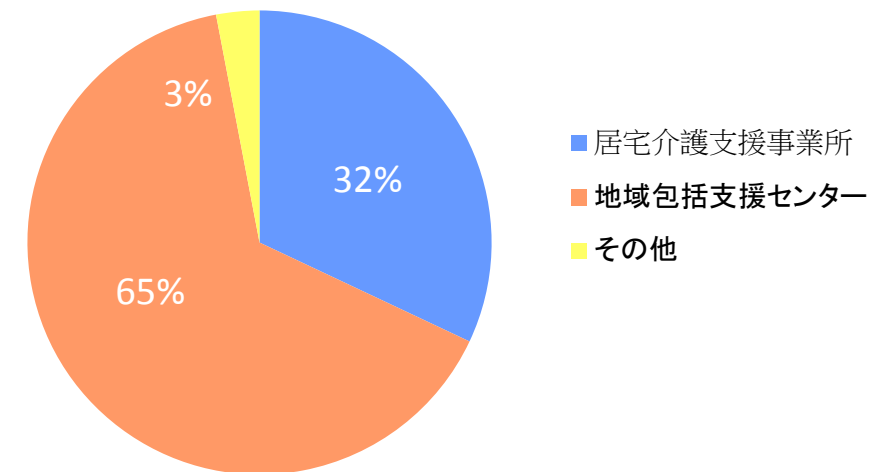
主任介護支援専門員研修受講者数



主任介護支援専門員研修受講者の勤務先(平成27年度)



主任介護支援専門員研修受講者の勤務先(平成18年度)

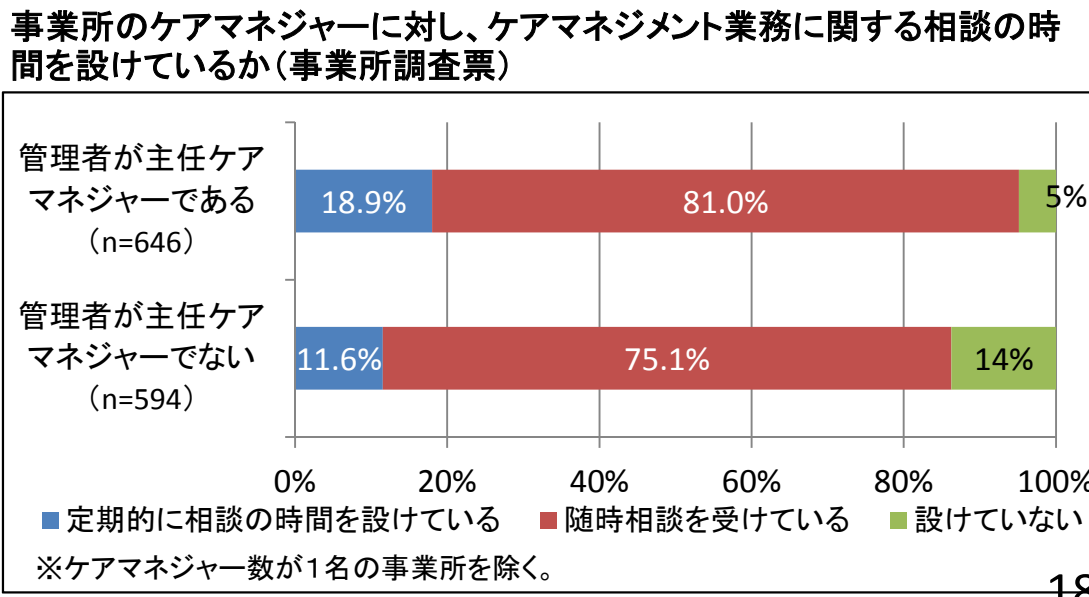
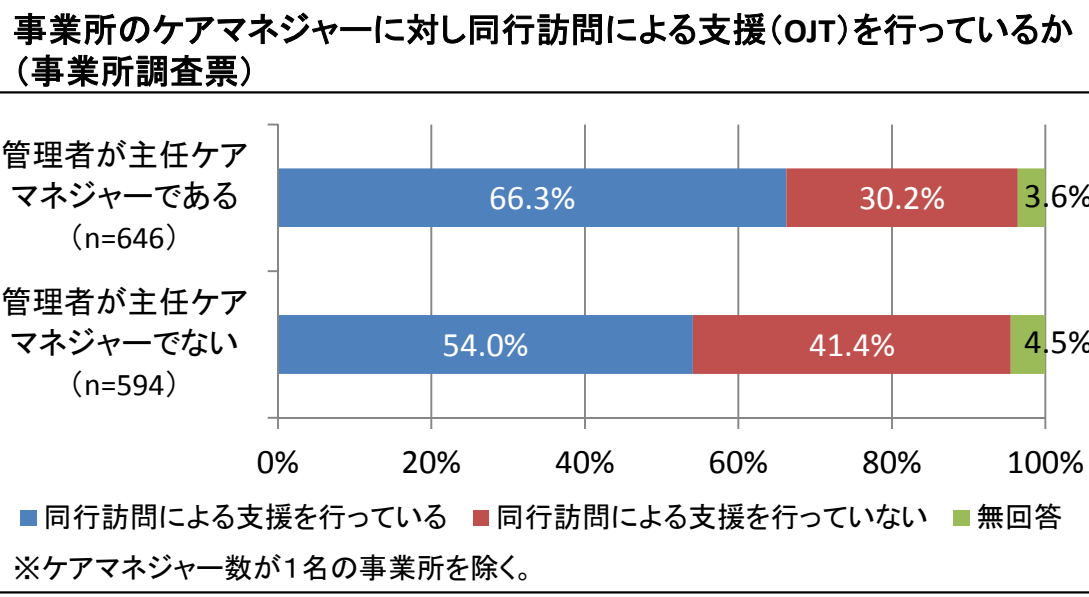
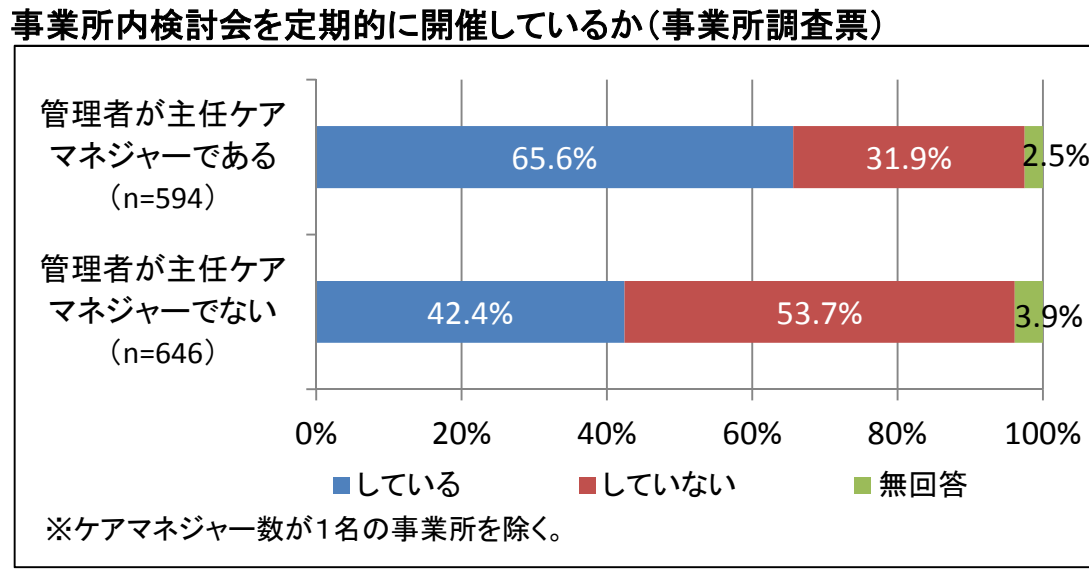
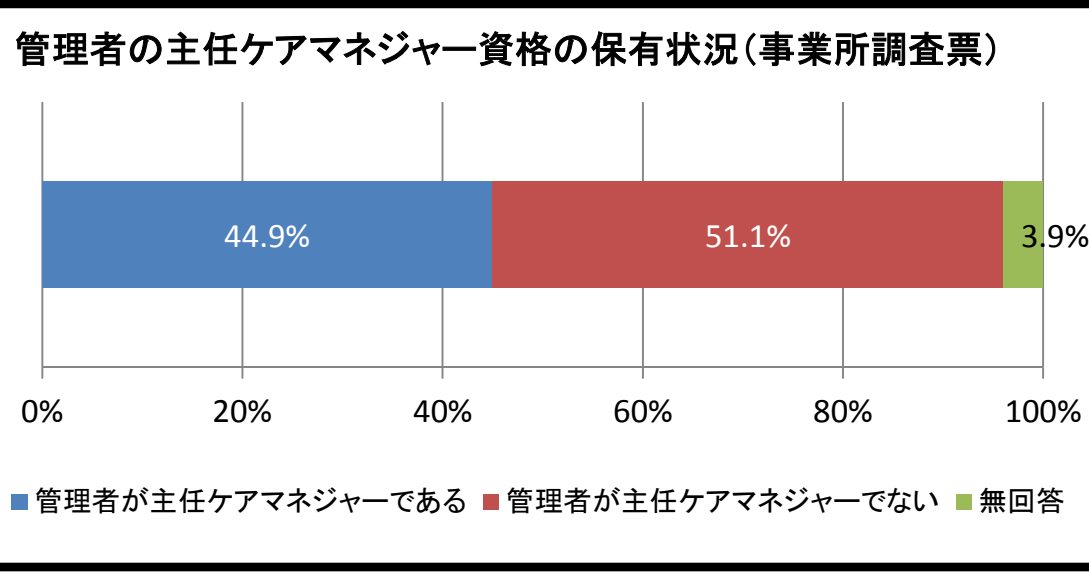


【出典】厚生労働省調べ

資料出所：厚生労働省調べ

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

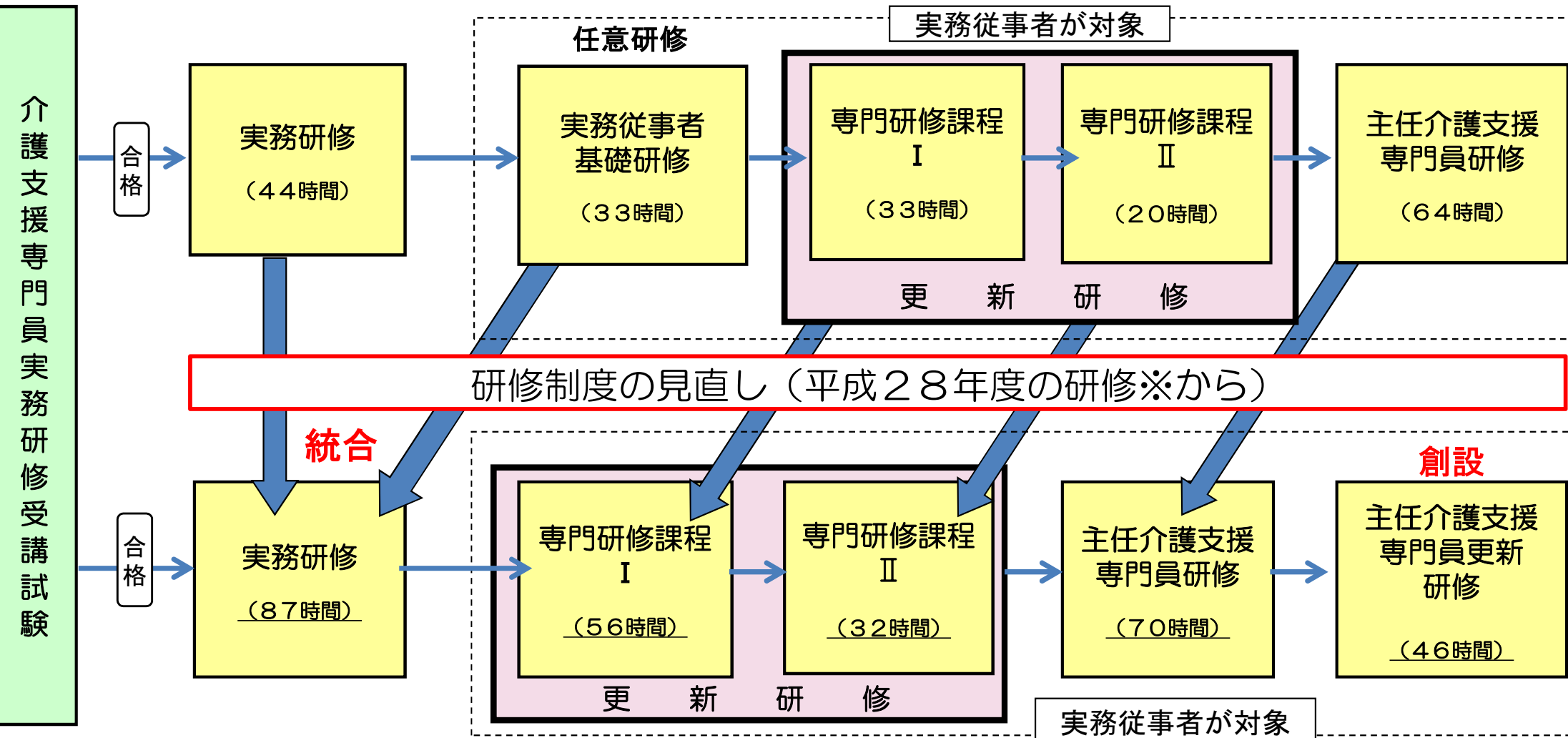
- 管理者が主任ケアマネジャー資格を保有する割合は、44.9%であった。
- 「事業所内検討会の定期的な開催」、「事業所のケアマネジャーに対する同行訪問による支援（OJT）」、「ケアマネジメント業務に関する相談」について、管理者が主任ケアマネジャーであるほうが実施していると回答した割合が高くなっている。



ケアマネジャーの研修制度

※平成26年6月2日告示公布(主任更新については平成27年2月12日公布)

- 地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成。
- 入口の研修である介護支援専門員実務研修を充実するため、任意の研修となっている介護支援専門員実務従事者基礎研修を介護支援専門員実務研修に統合。
- 主任介護支援専門員に更新制を導入。
- 専門職として修得すべき知識、技術を確認するため、各研修修了時に修了評価を実施。



※ 実務研修等は平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成28年4月1日から施行。

主任介護支援専門員の研修カリキュラムの見直し

研修科目		時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ターミナルケア	3
	人事・経営管理	3
	サービス展開におけるリスクマネジメント	3
	地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）	3
	対人援助者監督指導（スーパービジョン）	6
	事例研究及び事例指導方法	5
	地域援助技術	3
演習	対人援助者監督指導	1 2
	事例研究及び事例指導方法	1 8
	合計	6 4

研修科目		時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	2
	ターミナルケア	3
	人材育成及び業務管理	3
	運営管理におけるリスクマネジメント	3
	地域援助技術	6
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現（新）	6
講義・演習	対人援助者監督指導	1 8
	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	2 4
	合計	7 0



主任介護支援専門員更新研修として創設



研修科目		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向（新）	4
講義・演習	主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具活用に関する事例	6
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	6
	認知症に関する事例	6
	入退院時等における医療との連携に関する事例	6
	家族への支援の視点が必要な事例	6
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	6
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービスや施設サービス等）の活用に関する事例	6
合計	4 6	

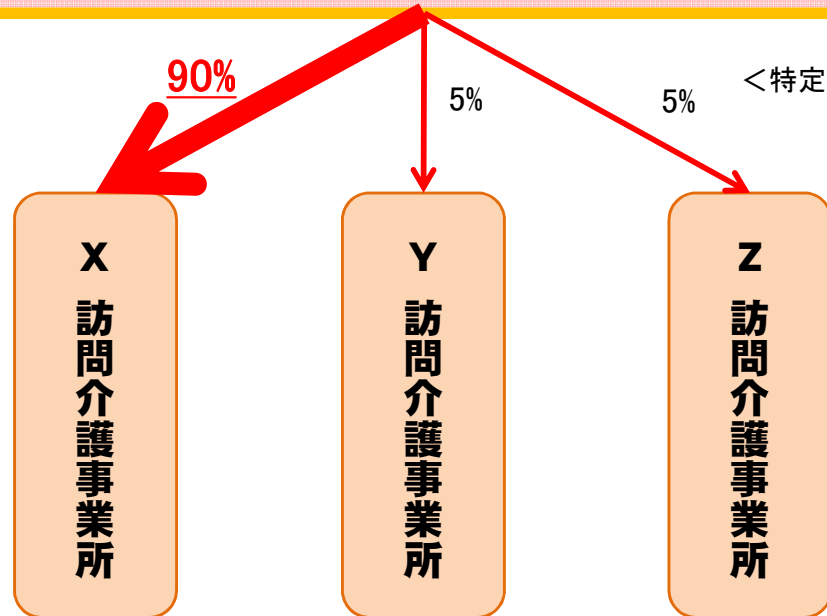
特定事業所集中減算

- ケアマネ事業所が作成するケアプランは、サービスが特定の事業者^①に不当に偏ることのないようにすることが求められている。特定事業所集中減算は、ケアマネ事業所がその事業所の利用者に対して作成するケアプランにおいて、特定のサービス事業所に集中する正当な理由なく、集中割合が80%を超える場合に報酬を減算する仕組み。
- 平成28年5月審査分で特定事業所集中減算の適用を受けている請求事業所数は2,987事業所（全体の約7.6%）。

減算適用あり

A ケアマネ事業所

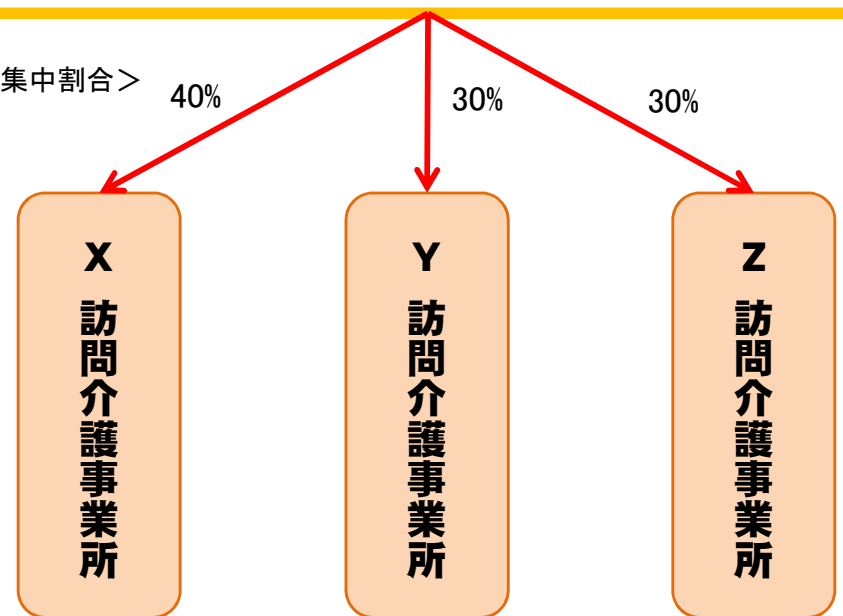
（訪問介護を位置付けたケアプランの合計：100件）
X 法人／90件 Y 法人／5件 Z 法人／5件



減算適用なし

B ケアマネ事業所

（訪問介護を位置付けたケアプランの合計：100件）
X 法人／40件 Y 法人／30件 Z 法人／30件



○ 上記の場合、X法人への集中割合が90%となり、集中割合が80%を超えているため、特定事業所集中減算が適用される（1月につき200単位を所定単位数から減算）

○ 上記の場合、いずれの法人も集中割合が80%を超えていないため、特定事業所集中減算は適用されない。

※サービスが特定の事業所に集中することにつき正当な理由（地域にサービス事業所が少ないこと等）がある場合は、減算の適用は行われ^②ない。
※^③居宅介護支援費（ケアマネ事業所への基本報酬）は、要介護度別に、1月につき1,042～1,353単位。

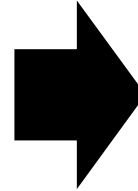
居宅介護支援：特定事業所集中減算（平成27年度介護報酬改定資料）

概要

- ・ ケアマネジメントの質を確保する観点から、正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りの割合が90%を超える場合には減算の適用とされているが、公平・中立性を更に推進するため、適用要件の明確化を図りつつ、減算の適用割合を現状よりも引き下げるとともに、対象サービスの範囲については、限定を外す。

点数の新旧

特定事業所集中減算：－200単位



変更なし

算定要件

- ・ 正当な理由なく、特定の事業所の割合が80%を超える場合に減算する。（旧要件の適用割合：90%超）
- ・ 対象サービスの範囲については、限定を外す。（旧要件の対象サービス：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与）

※居宅介護支援の給付管理の対象となるサービス

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護（利用期間を定めて行うものに限る。）、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護（利用期間を定めて行うものに限る。）、認知症対応型共同生活介護（利用期間を定めて行うものに限る。）、地域密着型特定施設入居者生活介護（利用期間を定めて行うものに限る。）、看護小規模多機能型居宅介護（利用期間を定めて行うものに限る。）

居宅介護支援：特定事業所集中減算（平成27年度介護報酬改定資料）

特定事業所集中減算における正当な理由の範囲

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80%を超える場合に減算。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、80%を超えることについて以下の通り正当な理由がある場合を除く。

- ① 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合
（例）訪問介護事業所として4事業所、通所介護事業所として10事業所が所在する地域の場合
紹介率最高法人である訪問介護事業者に対して、減算は適用されないが、紹介率最高法人である通所介護事業者に対して、減算は適用される。
（例）訪問看護事業所として4事業所、通所リハビリテーション事業所として4事業所が所在する地域の場合は、紹介率最高法人である訪問看護事業者、通所リハビリテーション事業者それぞれに対して、減算は適用されない。
- ② 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合
- ③ 判定期間の一月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が小規模である場合
- ④ 判定期間の一月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が一月当たり平均10件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合
（例）訪問看護が位置付けられた計画件数が一月当たり平均5件、通所介護が位置付けられた計画件数が一月当たり平均20件の場合は、紹介率最高法人である訪問看護事業者に対して、減算は適用されないが、紹介率最高法人である通所介護事業者に対して、減算は適用される。
- ⑤ サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合
（例）利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けているもの。
- ⑥ その他正当な理由と都道府県知事（指定都市及び中核市においては、指定都市又は中核市の市長）が認めた場合

「介護保険制度の実施状況に関する会計検査の結果についての報告書」（抜粋） （平成28年3月）

第3 検査の結果に対する所見

1 検査の結果の概要

(2) 介護サービス等の実施状況について

イ 特定事業所集中減算とケアマネジメントの公正・中立の確保について

集中割合に一定の基準を設け、これを正当な理由なく上回る場合には介護報酬を減額するという特定事業所集中減算は、ケアマネジメントの公正・中立を確保するという所期の目的からみて、必ずしも合理的で有効な施策であるとは考えられず、むしろ一部の支援事業所においては、集中割合の調整を行うなどの弊害を生じさせる要因となっていると考えられる状況となっていた

2 所見

(2) 介護サービス等の実施状況について

イ 特定事業所集中減算とケアマネジメントの公正・中立の確保について

厚生労働省において、ケアマネジメントの公正・中立の確保に関する各方面の意見等について十分に把握するとともに、十分な検証を行った上で、ケアマネジメントの公正・中立を確保するための合理的で有効な施策の在り方等について、特定事業所集中減算の見直しも含め、十分に検討すること

5 介護保険制度の実施状況を踏まえた見直し等について

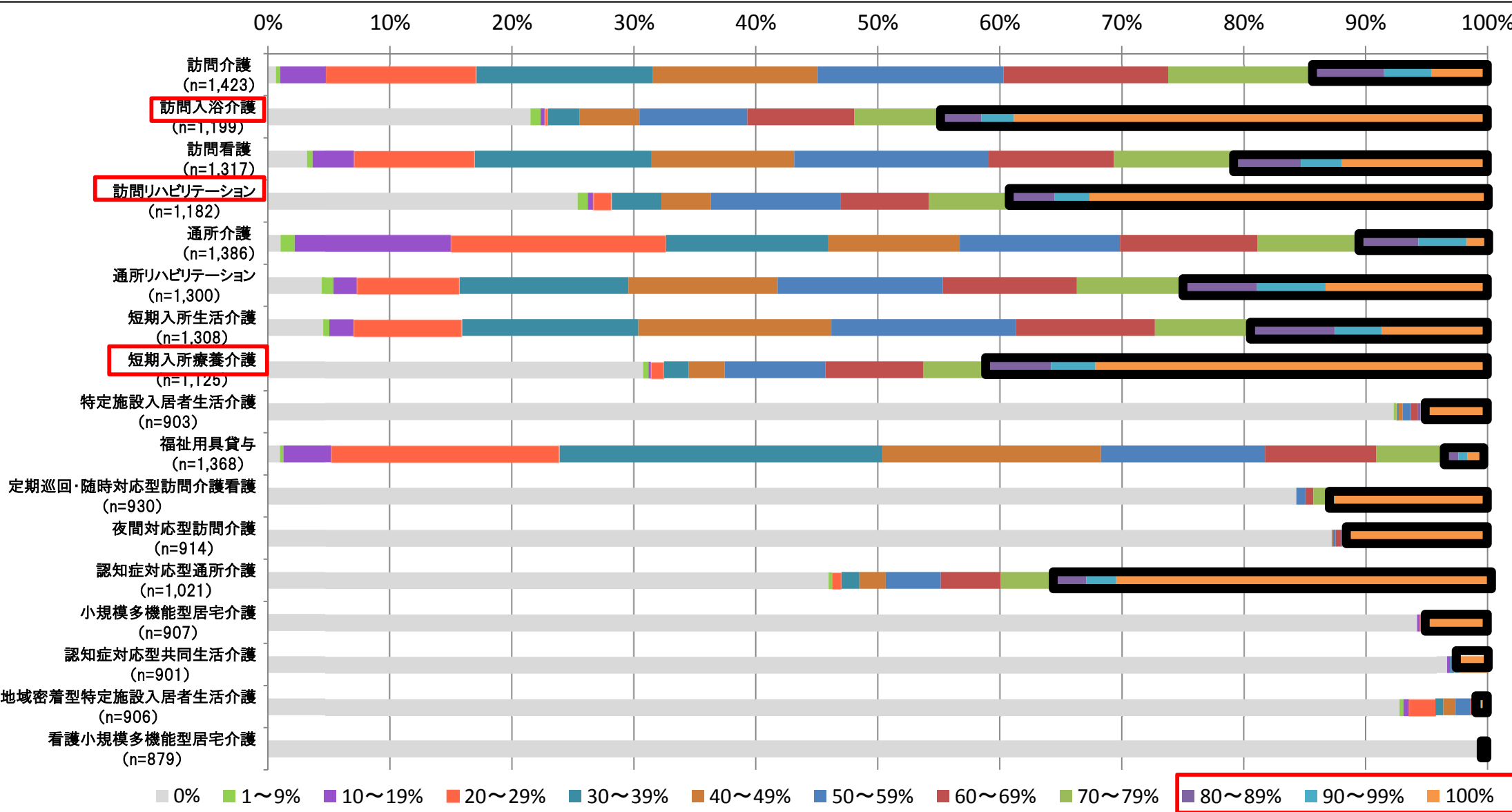
介護保険制度の実施状況について、本委員会からの検査要請を受けて会計検査院が検査したところ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の地域密着型サービスについて、その利用状況を把握している保険者（市町村）が20%以下となっていたこと、また、介護職員の不足を理由に入所者の受入れを制限している施設があったこと、さらに、居宅介護支援における特定事業所集中減算について、一部の支援事業所が介護報酬の減算規定に達しないよう考慮した上で集中割合を調整していたことなどが明らかになった。

政府は、地域密着型サービスの利用状況を保険者が把握できるよう一層支援するとともに、介護人材の確保や処遇改善について継続的に取り組むべきである。また、特定事業所集中減算については、ケアマネジメントの公正・中立の確保に向け、現行施策の抜本的な見直しも含め、その在り方を十分に検討すべきである。

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 平成28年3月～8月末日の期間において、最も紹介件数の多い法人の割合（紹介率）が80%以上となっている居宅介護支援事業所の割合は、「訪問入浴介護」が44.8%で「短期入所療養介護」が41.2%、「訪問リハビリテーション」が39.2%であった。

平成28年3月～8月末日の期間における、最も紹介件数の多い法人の割合（紹介率）（事業所調査票）



居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

平成28年3月～8月末日の期間における、最も紹介件数の多い法人の割合（紹介率）（事業所調査票）

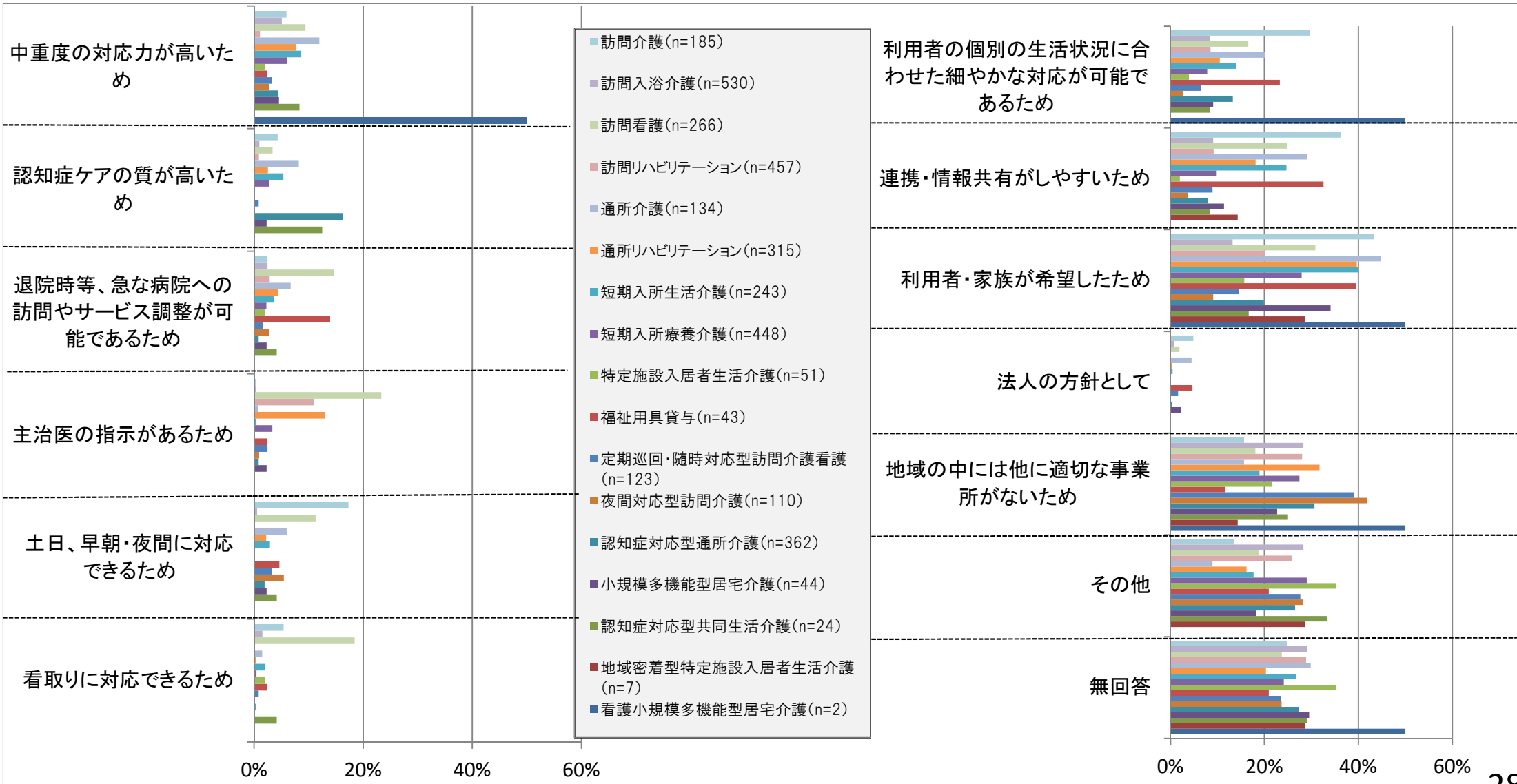
	全体	0%	1～9%	10～19%	20～29%	30～39%	40～49%	50～59%	60～69%	70～79%	80～89%	90～99%	100%
訪問介護	1,423	9	5	54	175	206	192	217	192	172	80	55	66
	100%	0.6%	0.4%	3.8%	12.3%	14.5%	13.5%	15.2%	13.5%	12.1%	5.6%	3.9%	4.6%
訪問入浴介護	1,199	258	10	4	3	31	59	106	105	86	39	32	466
	100%	21.5%	0.8%	0.3%	0.3%	2.6%	4.9%	8.8%	8.8%	7.2%	3.3%	2.7%	38.9%
訪問看護	1,317	42	6	45	130	191	154	210	135	129	73	44	158
	100%	3.2%	0.5%	3.4%	9.9%	14.5%	11.7%	15.9%	10.3%	9.8%	5.5%	3.3%	12.0%
訪問リハビリテーション	1,182	300	10	5	18	48	48	126	85	79	43	34	386
	100%	25.4%	0.8%	0.4%	1.5%	4.1%	4.1%	10.7%	7.2%	6.7%	3.6%	2.9%	32.7%
通所介護	1,386	14	16	178	244	184	150	182	156	121	62	55	24
	100%	1.0%	1.2%	12.8%	17.6%	13.3%	10.8%	13.1%	11.3%	8.7%	4.5%	4.0%	1.7%
通所リハビリテーション	1,300	57	13	25	109	180	159	176	143	116	76	73	173
	100%	4.4%	1.0%	1.9%	8.4%	13.8%	12.2%	13.5%	11.0%	8.9%	5.8%	5.6%	13.3%
短期入所生活介護	1,308	59	7	26	116	189	207	198	149	100	93	50	114
	100%	4.5%	0.5%	2.0%	8.9%	14.4%	15.8%	15.1%	11.4%	7.6%	7.1%	3.8%	8.7%
短期入所療養介護	1,125	346	5	2	12	23	33	93	90	58	60	41	362
	100%	30.8%	0.4%	0.2%	1.1%	2.0%	2.9%	8.3%	8.0%	5.2%	5.3%	3.6%	32.2%
特定施設入居者生活介護	903	833	2	0	1	1	3	6	5	0	2	1	49
	100%	92.2%	0.2%	0.0%	0.1%	0.1%	0.3%	0.7%	0.6%	0.0%	0.2%	0.1%	5.4%
福祉用具貸与	1,368	13	4	54	256	362	245	184	125	75	17	10	23
	100%	1.0%	0.3%	3.9%	18.7%	26.5%	17.9%	13.5%	9.1%	5.5%	1.2%	0.7%	1.7%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	930	784	0	0	0	0	0	7	6	9	3	4	117
	100%	84.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.6%	1.0%	0.3%	0.4%	12.6%
夜間対応型訪問介護	914	797	0	0	0	0	1	2	4	0	1	1	108
	100%	87.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.4%	0.0%	0.1%	0.1%	11.8%
認知症対応型通所介護	1,021	469	3	0	8	15	22	46	50	42	30	25	311
	100%	45.9%	0.3%	0.0%	0.8%	1.5%	2.2%	4.5%	4.9%	4.1%	2.9%	2.4%	30.5%
小規模多機能型居宅介護	907	854	0	2	1	0	0	4	1	0	1	0	44
	100%	94.2%	0.0%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.4%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	4.9%
認知症対応型共同生活介護	901	871	0	2	0	1	0	2	0	1	0	3	21
	100%	96.7%	0.0%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.3%	2.3%
地域密着型特定施設入居者生活介護	906	840	3	4	20	6	9	11	2	2	3	1	5
	100%	92.7%	0.3%	0.4%	2.2%	0.7%	1.0%	1.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.1%	0.6%
看護小規模多機能型居宅介護	879	874	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
	100%	99.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 平成28年3月～8月末日の期間における紹介率が80%を超えるサービスに関して、当該事業所を選定している理由については、「認知症ケアの質が高いため」、「土日、早朝、夜間に対応できるため」、「看取りに対応できるため」などサービス内容を理由とする場合は、事業所のサービス種別によって回答割合に差が出ている。

一方で、「利用者・家族が希望したため」、「地域の中には適切な事業所がないため」、を理由とする場合には、事業所のサービス種別を問わず全体的に回答割合が高くなっている。

当該サービス事業所を選定している理由(事業所調査票)(複数回答可)



指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）

公正中立の確保に関する主な条文

（基本方針）

第1条の2 （略）

- 2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- 3 指定居宅介護支援事業者（法第四十六条第一項 に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等（法第八条第二十四項 に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。
- 4 （略）

（居宅サービス事業者等からの利益收受の禁止等）

- 第25条 指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならない。
- 2 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。
 - 3 指定居宅介護支援事業者及びその従業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

ケアプラン点検に関する規定

◎「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日 厚生労働省老健局長通知）

別記6 任意事業

3 事業内容

（1）介護給付等費用適正化事業

介護（予防）給付について真に必要な介護サービス以外の不要なサービスが提供されていないかの検証、本事業の趣旨の徹底や良質な事業展開のために必要な情報の提供、介護サービス事業者間による連絡協議会の開催等により、利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付等（指定事業者による介護予防・生活支援サービス事業も含む。）に要する費用の適正化のための事業を実施する。なお、介護給付等（指定事業者による介護予防・生活支援サービス事業も含む。）に要する費用の適正化のための事業のうち、主要な適正化事業は次のとおり。

- ・ 主要介護給付等費用適正化事業（厚生労働大臣が定める主要介護給付等費用適正化事業を定める件（平成20年厚生労働省告示第31号））
 - ① 認定調査状況チェック
 - ② ケアプランの点検
 - ③ 住宅改修等の点検
 - ④ 医療情報との突合・縦覧点検
 - ⑤ 介護給付費通知

◎「「第3期介護給付適正化計画」に関する指針」（平成26年8月29日厚生労働省老健局介護保険計画課長通知）

第二 保険者による適正化事業の推進

（2）第3期において取り組むべき事業

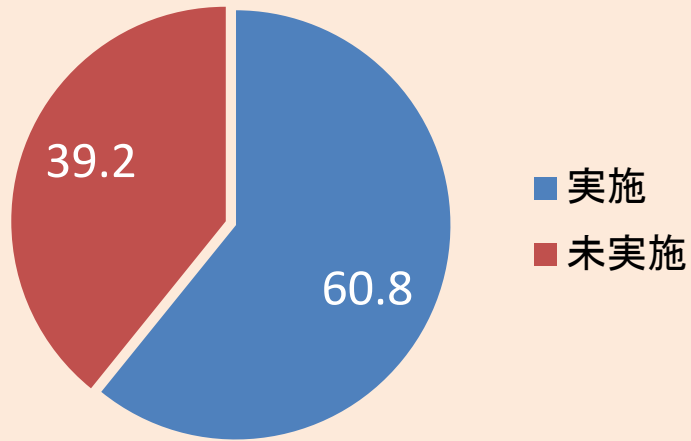
- ① 主要5事業の取扱
 - 2) ケアプランの点検
（事業の趣旨）

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め又は 訪問調査を行い、市町村職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なとするサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善する。

ケアプラン点検の実施状況（平成25年度）

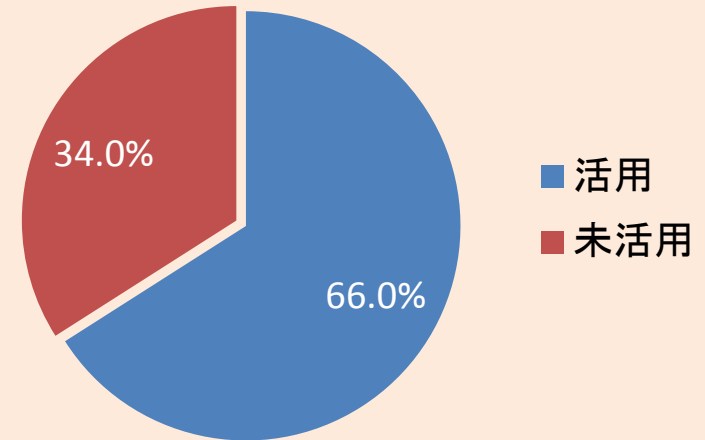
実施状況

○ 実施している保険者は961保険者（保険者全体の60.8%）



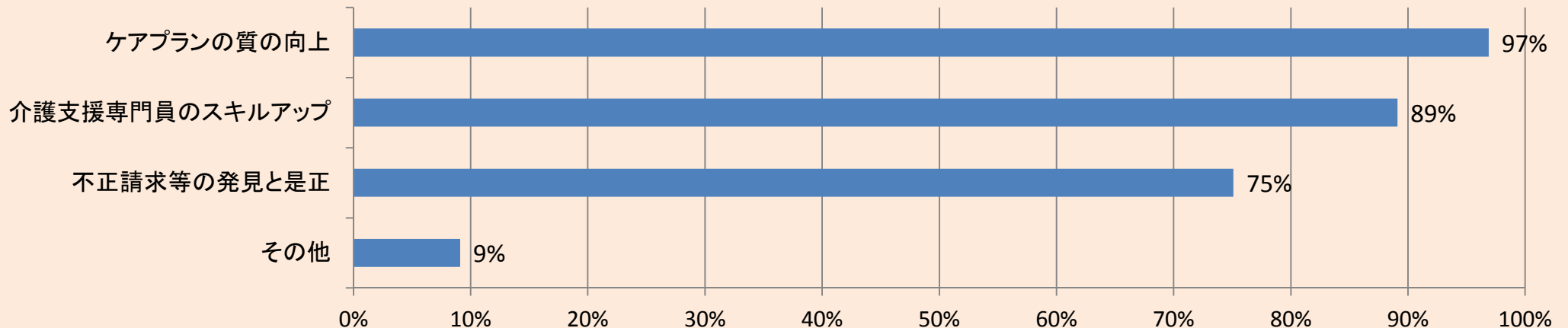
ケアプラン点検支援マニュアルの活用の有無

○ 実施保険者のうち、ケアプラン点検支援マニュアルを活用しているのは634保険者



実施の目的（複数回答可）

○ 実施保険者のほぼ全てが、ケアプランの質の向上を目的としている。



介護報酬改定に向けた論点(在宅サービス)

平成29年4月20日
財政制度等審議会
財政制度分科会 資料

【論点】

- 「改革工程表(2016改定版)」においては、「生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬の設定」のほか、「通所介護などその他の給付の適正化」についても、「関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応」とされている。
- 通所介護については、規模が小さいほど、個別機能訓練加算^{※1}の取得率が低くなる一方で、サービス提供1回当たりの単位数は高くなる傾向にあり^{※2}、規模が小さい事業所に通う利用者にとっては、機能訓練などの質の高いサービスを受ける割合が低いにもかかわらず、高い費用を支払う結果となっている。
 - ※1 個別機能訓練加算(Ⅰ) 46単位/日:生活意欲が増進されるよう、利用者による訓練項目の選択を援助。身体機能への働きかけを中心に行うもの。
個別機能訓練加算(Ⅱ) 56単位/日:生活機能の維持・向上に関する目標(1人で入浴できるようになりたい等)を設定。生活機能にバランスよく働きかけるもの。
 - ※2 規模が小さいほど、サービス提供1回当たりの管理的経費が高いことが考慮され、基本報酬が高く設定されていることが要因と考えられる。
- また、大阪府の調査結果によると、介護サービス事業所の指定を受けていない大阪府内の「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」^{※3}においては、外部の在宅サービス利用に係る受給者1人当たり単位数が非常に高くなっている。
 - ※3 これらの高齢者向けの住まいでは、自宅で生活している場合と同様に、訪問・通所介護などの在宅サービスの利用が想定される。

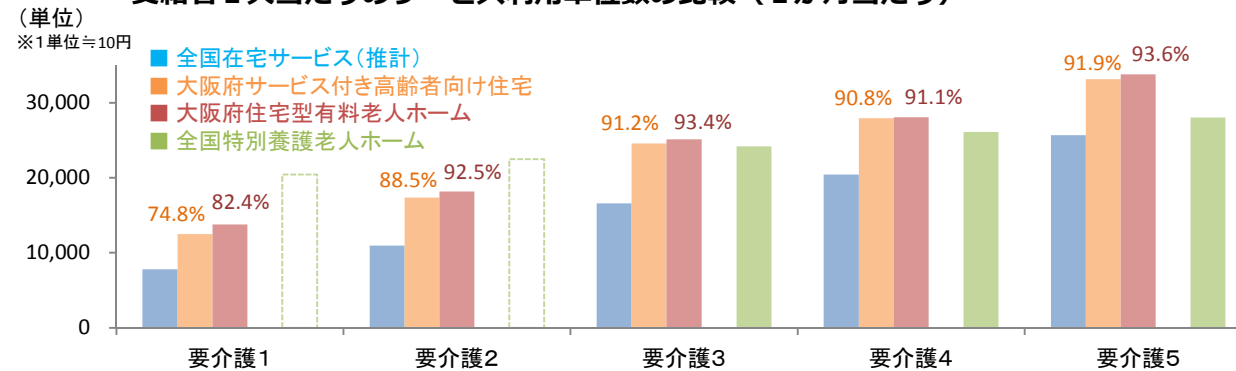
通所介護の事業所規模別比較

	個別機能訓練加算取得事業所率 [※]		1回当たり単位数 【平成27年度実績】 (1単位≒10円)
	加算Ⅰ	加算Ⅱ	
小規模	12.7%	26.7%	783単位
通常規模	22.2%	32.7%	754単位
大規模Ⅰ	40.3%	41.3%	763単位
大規模Ⅱ	55.8%	42.5%	735単位

※ 「介護保険総合データベース(平成27年10月審査分)」から抽出した給付データを基に、同月中に1回でも加算を取得している事業所は、「加算取得事業所」と計上。

出所:厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」、「介護保険総合データベース(平成27年10月審査分)」

受給者1人当たりのサービス利用単位数の比較(1か月当たり)



※ パーセント(%)表記は、区分支給限度基準額(在宅サービスに係る1か月間の保険給付上限)に対する比率。

出所:厚生労働省「平成28年度介護給付費等実態調査(平成28年5月審査分)」、大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会報告書「大阪府における介護施策の現状と課題、対応の方向性について」

【改革の方向性】(案)

- 機能訓練などの自立支援・重度化防止に向けた質の高いサービス提供がほとんど行われていないような場合には、事業所の規模にかかわらず、基本報酬の減算措置も含めた介護報酬の適正化を図るべき。
- 大阪府の調査を参考にしつつ、「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」といった高齢者向けの住まいを中心に、必要以上に在宅サービスの提供がなされていないか、平成30年度介護報酬改定に向けて実態調査を行った上で、給付の適正化に向けた介護報酬上の対応を検討すべき。

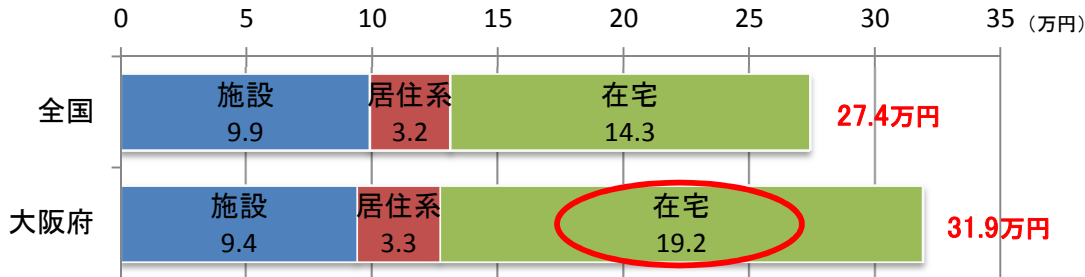
【大阪府】有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等における入居者の介護サービス利用状況に係る実態調査（平成28年9月）と対応策

（大阪府報告書をもとに厚生労働省で作成）

1. 大阪府の現状

大阪府の介護費の構造

被保険者一人当たり介護費（H26年度 年齢調整後）



サービス利用者の推移

		2000年4月末		2016年2月末	
在宅サービス利用者数	国	97万人	⇒	394万人	4.06倍
	大阪府	4.6万人	⇒	32.1万人	6.96倍
施設サービス利用者数	国	52万人	⇒	92万人	1.76倍
	大阪府	2.3万人	⇒	5.0万人	2.18倍

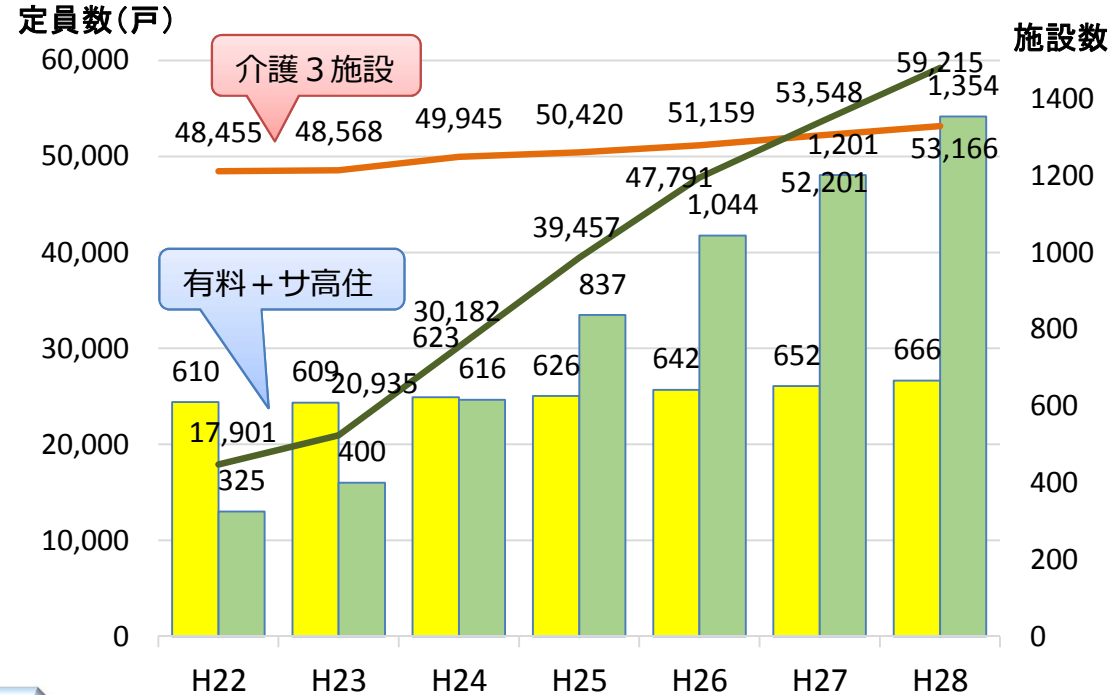
大阪府の高齢者住まい・施設の現状

「介護保険3施設」: 666施設、定員数53,166

（特別養護老人ホーム 406施設 定員数30,821、老健施設 221施設 定員数20,086、介護療養型医療施設 39施設 定員数2,259）

「有料+サ高住」: 1,354施設 定員数59,215

（有料老人ホーム 821施設 定員数38,329、サ高住533施設 定員数20,886）



2. 調査の経緯

- 有料老人ホームの約6割を占める住宅型有料老人ホームや、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護の指定なし）は、保険者において「入居者」を特定した上で、利用する介護保険サービスの種別や金額を随時正確に把握できるシステムが存在しないため、提供されている介護サービス内容が外から見えにくいという課題がある。
- このため、昨年9月、専門部会参加11市町に呼びかけ、住民票の住所地情報との突合により、名寄せできる被保険者番号を元に、高齢者住まいの入居者の要介護度や介護サービスの利用実態等を分析。

3. 調査結果の概要

○ 被保険者番号が分かった人数：11,257人

分析を行った市町における有料老人ホーム、サ高住の定員数に対する捕捉率：36.2%

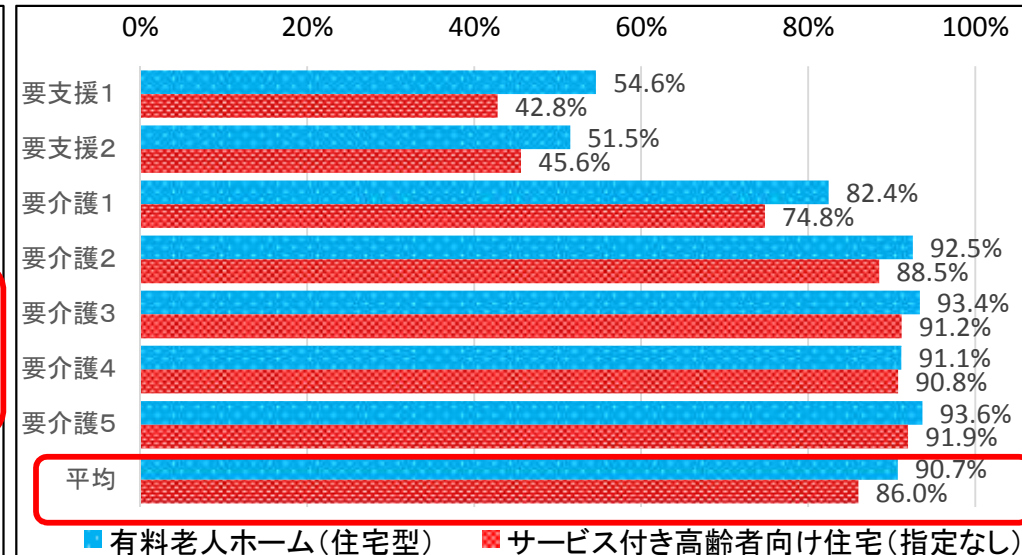
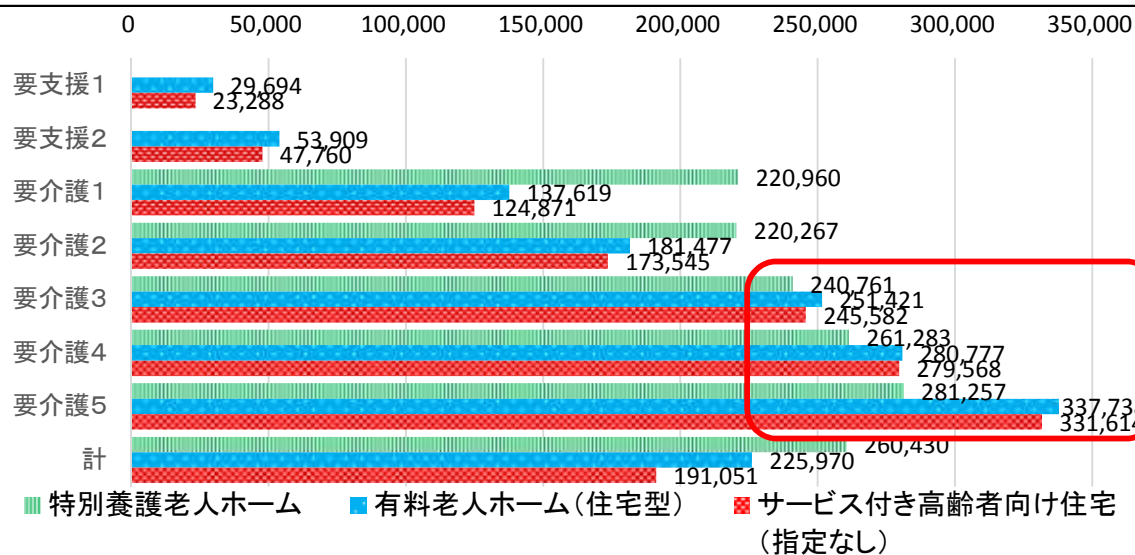
※ 今回、被保険者番号や介護サービスの利用実態が特定できたのは、住民票を高齢者住まいに移している市町民だけ。他市町村民や、持ち家等があるため住民票を移していない市町民のデータは拾えなかった。

○ 入居者の要介護度等：要介護3以上は、有料老人ホーム（住宅型）56.8%、サ高住（指定なし）43.6%

○ 区分支給限度基準額に対する利用割合：平均で約9割（※ 居宅療養管理指導に係る費用を含んでいる点に留意。）

要介護度別介護費【大阪府】

区分支給限度基準額に対する利用割合【大阪府】



※ 特別養護老人ホームのデータについては、介護給付費等実態調査月報(平成28年10月審査分)の閲覧第2表、第7表を用いて、介護サービス単位数×10円で算定。有料、サ高住データについては、今回の大阪府調べによる平成28年9月データ。(介護サービス単位数×10円で算定。)

4. 調査結果を踏まえた大阪府の対応策

○ 高齢者住まい入居者のサービス利用の適正化にかかる検討

・ 関係部局との連携の上、各保険者も交えながら、実態把握・指導監督のあり方などを総合的に議論

○ 集中的なケアプラン点検など適正化に向けた取組

・ 府と保険者の連携による集中的なケアプラン点検の検討
・ 府によるケアプラン点検の先進事例の紹介、勉強会の実施の検討

○ 高齢者住まいの質向上に向けた取組の強化

・ 事業者自らがサービス内容の適正化を図るため、府による「経営・組織力向上セミナー」「事例研修会」の実施等

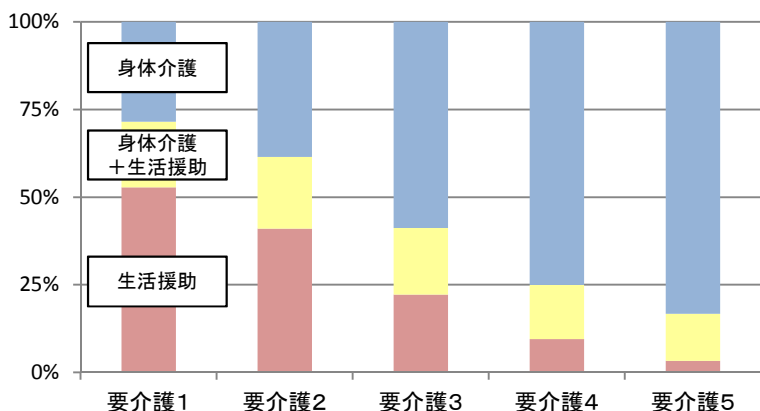
軽度者に対する生活援助サービスの在り方

平成28年10月4日
財政制度等審議会
財政制度分科会 資料

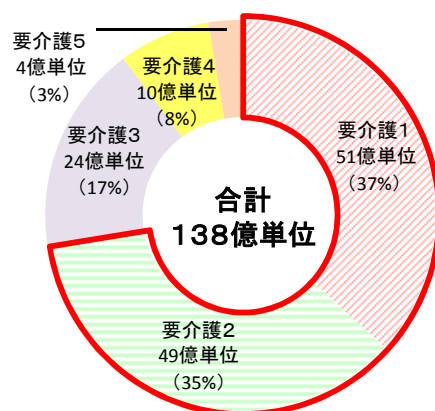
【論点】

- 訪問介護は「身体介護」と「生活援助」に分類されるところ、生活援助のみの利用回数の比率は、要介護5は3%程度であるが、軽度者（要介護1・2）は40%超～50%超となっており、基本報酬の実績でも、軽度者が全体の70%超を占めている。
(注)「身体介護」：食事、排泄、入浴等。「生活援助」：掃除、洗濯、買い物、調理等
- 生活援助のみの1回当たり利用者負担額は、20分以上45分未満で1割負担の場合、平均187円程度（各種加算込み）であり、民間家事代行サービスを利用する場合、安くても1時間925円（交通費別）であることに比べ、著しく割安となっている。

訪問介護のサービス種類別構成比
(平成27年度回数ベース)



生活援助のみの基本報酬
(平成27年度実績)



民間家事代行サービス価格との比較

生活援助 (25分以上45分未満)	平均1,874円 (各種加算込み) ⇒ 1割負担で約187円 ※1単位 = 10円換算
民間家事代行サービス (1時間)	平均2,496円 (交通費別)
最高値 (個人事業主)	3,996円 (交通費別)
最安値 (生活協同組合)	925円 (交通費別)

(注) 民間家事代行サービスの価格は、全国の112事業者の価格(平日・日中)を地方財務局において調査。1回のみの利用よりも割安となる定期プラン等がある場合には、当該定期プラン等における価格を採用。

出所: 厚生労働省「介護保険総合データベース(平成27年10月審査分)」

- 介護保険制度創設時の議論では、生活援助を保険給付の対象とすることについて、以下のような慎重論もあった中で、老人保健福祉審議会介護給付分科会報告(平成7月12月13日)において「基本的には、要介護状態の積極的な予防や自立した生活への支援につながるような形で介護給付の対象とすることが考えられる」とされた。
 - ・ 「コックとメイドは多い方がいい」という諺のように、家事援助も無制限に求められるようでは困ったことになる。
 - ・ 介護が必要な人は家事援助も不可欠であり介護保険で見るべきであるが、介護を伴わない家事援助は介護保険の範囲に入れる必要はないのではないか。
- その後も、生活援助に関しては、関係審議会等において、以下のような指摘がなされている。
 - ・ 高齢者になったので車に乗れなくなったので買い物を代わりに代行してあげる。公的なサービスとして行われているんですが、まさにそれは自立支援を阻害するということではないか。
 - ・ 軽度者支援について、各施策が自立支援や重症化予防にどの程度役に立っているのか、データとしてきちんと把握することが重要(中略)要介護度が低い方が生活援助を利用するケースが多いというデータが出ているのですけれども、これが本当に重症化予防につながるのかという部分。

出所: 介護保険制度史研究会編著「介護保険制度史—基本構想から法施行まで—」2016、厚生労働省社会保障審議会(介護保険部会・介護給付費分科会)議事録

【改革の方向性】(案)

- 軽度者に対する生活援助については、介護保険の適用事業者に限らず、多様な主体が、利用者のニーズに柔軟に対応してサービスを提供していくことも可能と考えられることから、地域支援事業に移行すべき。
- また、移行の前提として、以下の見直しを行い、制度趣旨に沿った適正利用を徹底すべき。
 - ・ 民間家事代行サービスの利用者との公平性や中重度者への給付の重点化の観点から、保険給付の割合を大幅に引き下げる。
 - ・ 生活援助により、どのように重度化の防止や自立支援につながるのかをケアプランに明記することを義務付ける。

ケアプランに生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月10日 厚生労働省告示第19号）

1 訪問介護費

□ 生活援助が中心である場合

- (1) 所要時間が20分以上45分未満の場合 183単位
- (2) 所要時間が45分以上の場合 225単位

注3 □については、単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族(以下「家族等」という。)と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるものに対して、生活援助(調理、洗濯、掃除等の家事の援助であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第8条第2項に規定する居宅要介護者に対して行われるものをいう。)が中心である指定訪問介護を行った場合に所定単位数を算定する。

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日 老企第36号)

第2 居宅サービス単位数表(訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。)に関する事項

2 訪問介護費

(6) 「生活援助中心型の単位を算定する場合

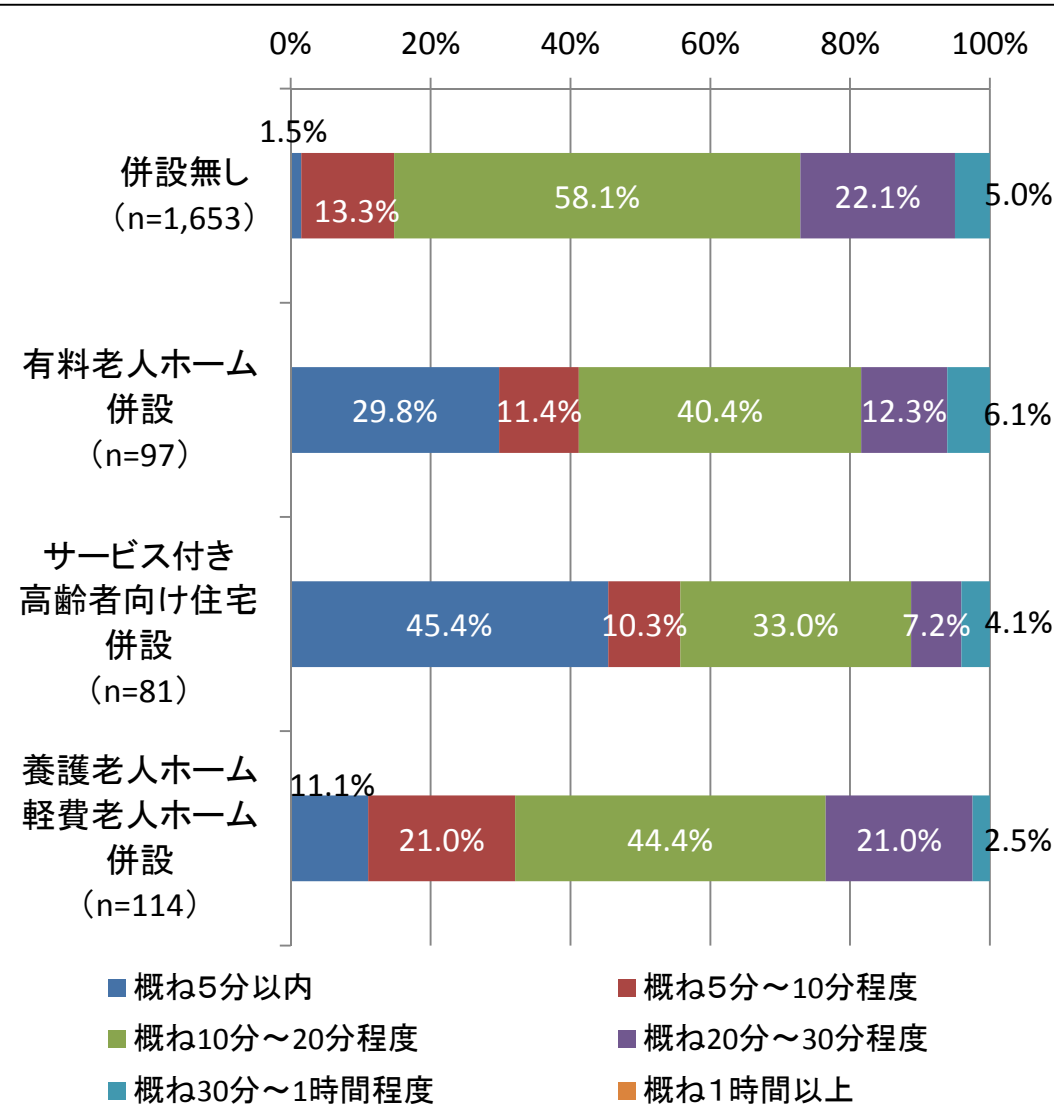
注3において「生活援助中心型」の単位を算定することができる場合として「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」とされたが、これは、障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合をいうものであること。

なお、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、居宅サービス計画書に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要がある。

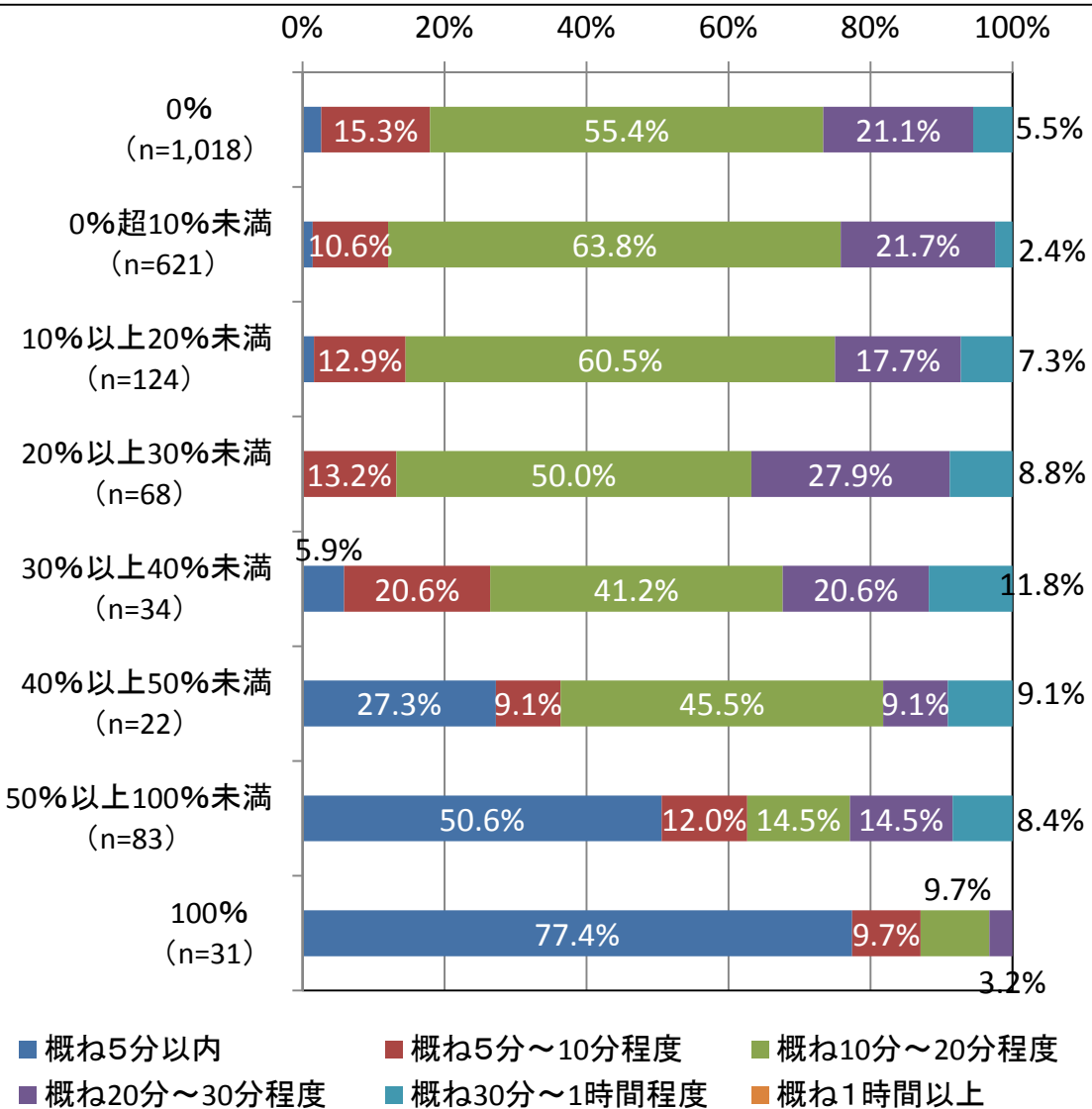
集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査（平成26年度）

- 事業所全体としての利用者宅までの平均的な移動時間は、併設状況別に見ると、有料老人ホーム併設有り、サービス付き高齢者向け住宅併設有りの場合は、概ね5分以内が多くなっており、移動時間が短い傾向にある。
- 利用者の同一建物への集住状況別に、利用者宅までの平均的な移動時間を見ると、集住比率が高い方が平均的な移動時間は短い傾向にある。

併設状況別 利用者宅までの移動時間



集住状況別 利用者宅までの移動時間



集合住宅におけるサービス提供の場合の報酬

	減算の内容	算定要件	備考
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 夜間対応型訪問介護	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)	—
定期巡回・随時対応サービス	600単位/月 減算	・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	—
居宅療養管理指導	医師:503単位 → 452単位 等	・同一建物居住者。具体的には以下の利用者 ①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、マンションなどの集合住宅等に入居・入所している複数の利用者 ②小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス(宿泊サービス)などのサービスを受けている複数の利用者	・同一日に2人以上の利用者を訪問する場合
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	①94単位/日 ②47単位/片道 減算	①事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者 ※ 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が介護事業者と異なる場合であっても該当する。 ②事業所が送迎を行っていない者	・やむを得ず送迎が必要と認められる利用者の送迎は減算しない
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	(別報酬体系)	・事業所と同一建物(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	・利用者の居所(事業所と同一建物に居住するか否か)に応じた基本報酬を設定

質の高い在宅医療・訪問看護の確保①

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価①

➤ 在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、以下のとおり患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、名称を変更

現行（対象となる住まい）		➔	改定後（対象となる住まい）	
特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、特定施設		<u>施設入居時等医学総合管理料（施設総管）</u>	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、 <u>有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム</u>
在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい	在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい ※ 改定前に在総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在総管を算定できる。	

② 以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実

重症度の高い患者

- ・末期の悪性腫瘍の患者
- ・後天性免疫不全症候群の患者
- ・人工呼吸器を使用している患者
- ・ドレーンチューブ等を使用している患者
- ・在宅血液透析を実施している患者
- ・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者
- ・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン₁₂製剤の投与を受けている患者
- ・スモンの患者
- ・脊髄損傷の患者
- ・気管切開の管理を要する患者
- ・人工肛門等の管理を要する患者
- ・酸素療法を実施している患者
- ・在宅自己導尿を実施している患者
- ・指定難病の患者
- ・真皮を超える褥瘡の患者
- ・気管カニューレを使用している患者
- ・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
- ・在宅中心静脈栄養を実施している患者
- ・植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②

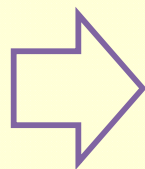
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②

- ③ 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

現行

(在総管：機能強化型在支診（病床なし）)

同一建物居住者以外の場合	4,600点
同一建物居住者の場合※1	1,100点



改定後

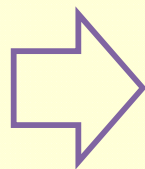
(在総管：機能強化型在支診（病床なし）)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2~9人	10人~
<u>重症患者（月2回以上訪問）</u>	5,000点	4,140点	2,640点
<u>月2回以上訪問している場合</u>	4,200点	2,300点	1,200点
<u>月1回訪問している場合</u>	2,520点	1,380点	720点

現行

(在総管：在支診)

同一建物居住者以外の場合	4,200点
同一建物居住者の場合※1	1,000点



改定後

(在総管：在支診)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2~9人	10人~
<u>重症患者（月2回以上訪問）</u>	4,600点	3,780点	2,400点
<u>月2回以上訪問している場合</u>	3,800点	2,100点	1,100点
<u>月1回訪問している場合</u>	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

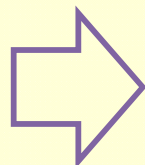
質の高い在宅医療・訪問看護の確保③

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価③

現行

(特医総管：機能強化型在支診（病床なし）)

同一建物居住者以外の場合	3,300点
同一建物居住者の場合※1	800点



改定後

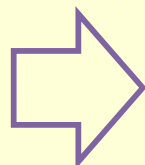
(施設総管：機能強化型在支診（病床なし）)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2~9人	10人~
重症患者（月2回以上訪問）	3,600点	2,970点	2,640点
月2回以上訪問している場合	3,000点	1,650点	1,200点
月1回訪問している場合	1,800点	990点	720点

現行

(特医総管：在支診)

同一建物居住者以外の場合	3,000点
同一建物居住者の場合※1	720点



改定後

(施設総管：在支診)

	単一建物診療患者の人数※2		
	1人	2~9人	10人~
重症患者（月2回以上訪問）	3,300点	2,700点	2,400点
月2回以上訪問している場合	2,700点	1,500点	1,100点
月1回訪問している場合	1,620点	900点	660点

※1 同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

参考:「同一建物居住者の場合」及び「単一建物診療患者の人数」の取扱い

現行	同一建物居住者の場合
対象項目	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問診療料 ・在宅時医学総合管理料(在総管) ・特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)等



改定後	同一建物居住者の場合	単一建物診療患者の人数
対象項目	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅患者訪問診療料 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅時医学総合管理料(在総管) ・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)
定義	<p>当該建築物に居住する複数の者に対して、保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合を、「同一建物居住者の場合」という。</p>	<p>単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在総管又は施設総管を算定する者の人数をいう。(※)</p>

- (※) 単一建物診療患者の人数の算出には以下の例外がある。
- 1つの患家に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する。
 - 在総管について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合及び当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
 - ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護の対象施設については、それぞれのユニットにおいて、施設総管(平成29年3月までは在総管を含む。)を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなす。

医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見

テーマ4：関係者・関係機関の調整・連携

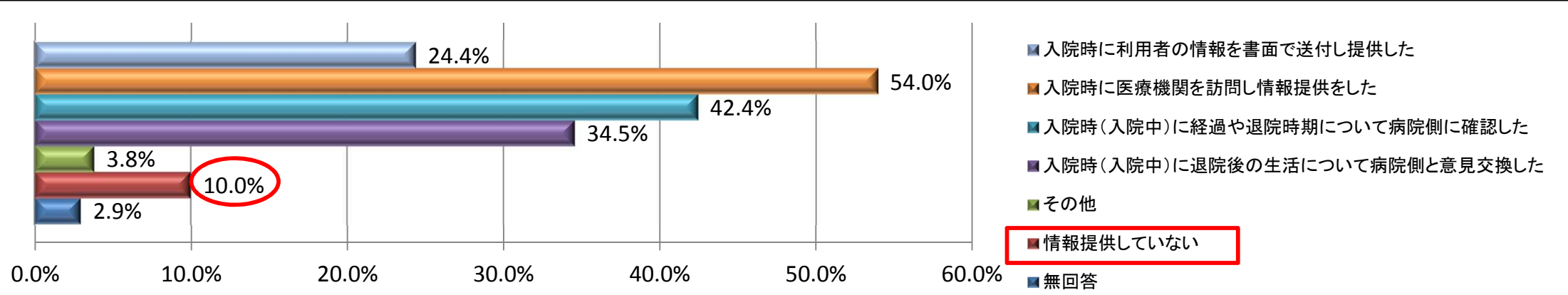
患者・利用者に対して、その病状や介護の状態に応じて、真に必要な医療や介護サービスを適時適切に提供する観点から、医療・介護の関係者・関係機関間の円滑な情報提供・共有、相互の理解といった連携の在り方について

- 1人の患者、利用者に対して、必要な医療、介護サービスが同時に過不足なく提供されることが必要で、かかりつけ医と介護支援専門員の連携を中心に、全ての関係者、関係機関が情報を共有して連携できるようにすべき。
- ケアプランの変更について、共同アセスメントの効果や情報交換体制を行うとともに、現状に応じたプラン変更ができるような、柔軟な対応ができるようにする必要がある。
- 今後、複雑なニーズを持って在宅で過ごす人が増えると、今後の変化を予測した上でサービスを提供しなければならないため、ケアプランの作成や変更時に、医療的な視点が入れるような組立てが重要になる。
- ケアプランをつくる上で介護支援専門員がどのような情報提供を望んでいるのか、効率的かつ適時・適切な情報共有というものが必要であり、議論すべき。
- 医療機関の都合に合わせた日程調整が必要ということは、介護支援専門員にとっては負担だが、医療のスピードに合わせることはやむを得ない。今後、ICT等を活用したスムーズな情報提供等も検討する必要がある。
- 複数の職種が一堂に会することが困難な状況では、退院時カンファレンスと併せ、同一の職種間、例えば薬剤師であれば病院薬剤師が退院時薬剤情報管理指導等の仕組みを利用して、地域の薬剤師と効率的に薬学的な情報共有を図る体制整備が必要。
- 情報共有は重要であるが、療養の場による情報の優先度から、情報の中身も洗練すべき。介護支援専門員からの情報提供のニーズは高いが、提供された情報を本当に使っているのかということも、検討すべき。
- 歯科診療所から歯科医師、歯科衛生士が訪問して介護サービスを提供することとなるため、他の職種が理解しにくい部分もあるため、歯科について、必要性は理解されても、実際にサービスを提供するまでには結びつかない。介護支援専門員の果たす役割は大きく、口腔健康管理に対する理解を期待。今後、理解を深めるためにも研修が必要。
- 介護施設へ歯科の訪問診療が増えているが、その内容は診療が中心で定期的なカンファレンスへの参加や摂食機能療法の実施は少なく、摂食機能療法の実施と定期的なカンファレンスへの参加を望む施設側の希望との乖離があり、これについて、協力歯科医療機関の役割の明確も含め、検討が必要。

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

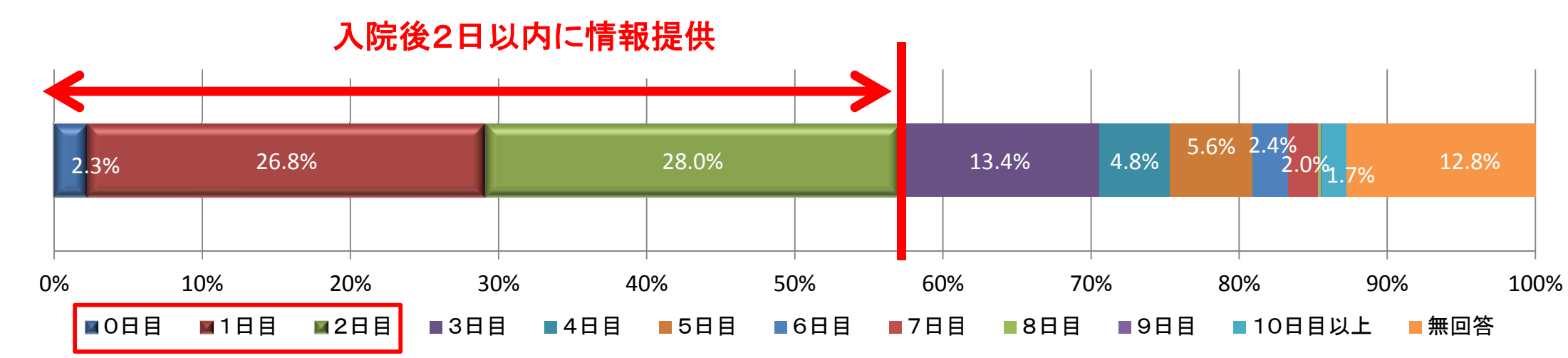
○ 担当利用者が入院した場合に、入院先の医療機関に利用者の情報を提供していない割合は10%であった。

入院時の連携状況（利用者調査票）（複数回答可） n=213,329



○ 担当利用者が入院した場合に、入院先の医療機関に情報提供を行った日は、「入院後2日目」が28.0%、「入院後1日目」が26.8%であり、入院後2日目以内に入院先の医療機関に情報提供を行った割合が5割を超えていた。

入院時に医療機関に情報提供を行った日（利用者調査票） n=149,110



※入院後0日目を入院当日とする。
 ※入院時の連携状況において、「入院時に利用者の情報を書面で送付し提供した」または「入院時に医療機関を訪問し情報提供をした」と回答した場合にのみ回答。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑦

退院支援に関する評価の充実①

- ▶ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従 1名 (看護師又は社会福祉士)	専従 1名 (看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と 定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑧

退院支援に関する評価の充実②

- 病棟への退院支援職員の配置を行う等積極的な退院支援を促進するため、現行の退院調整加算を基調としつつ実態を踏まえた評価を新設する。

(新) 退院支援加算1(退院時1回)

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

〔算定要件〕

- ① 退院支援及び地域連携業務に専従する職員（退院支援職員）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。
- ② 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」は原則として7日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」は原則として14日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
- ③ 入院後7日以内に病棟の看護師、病棟に専任の退院支援職員及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
- ④ 病棟又は退院支援部門の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

〔施設基準〕

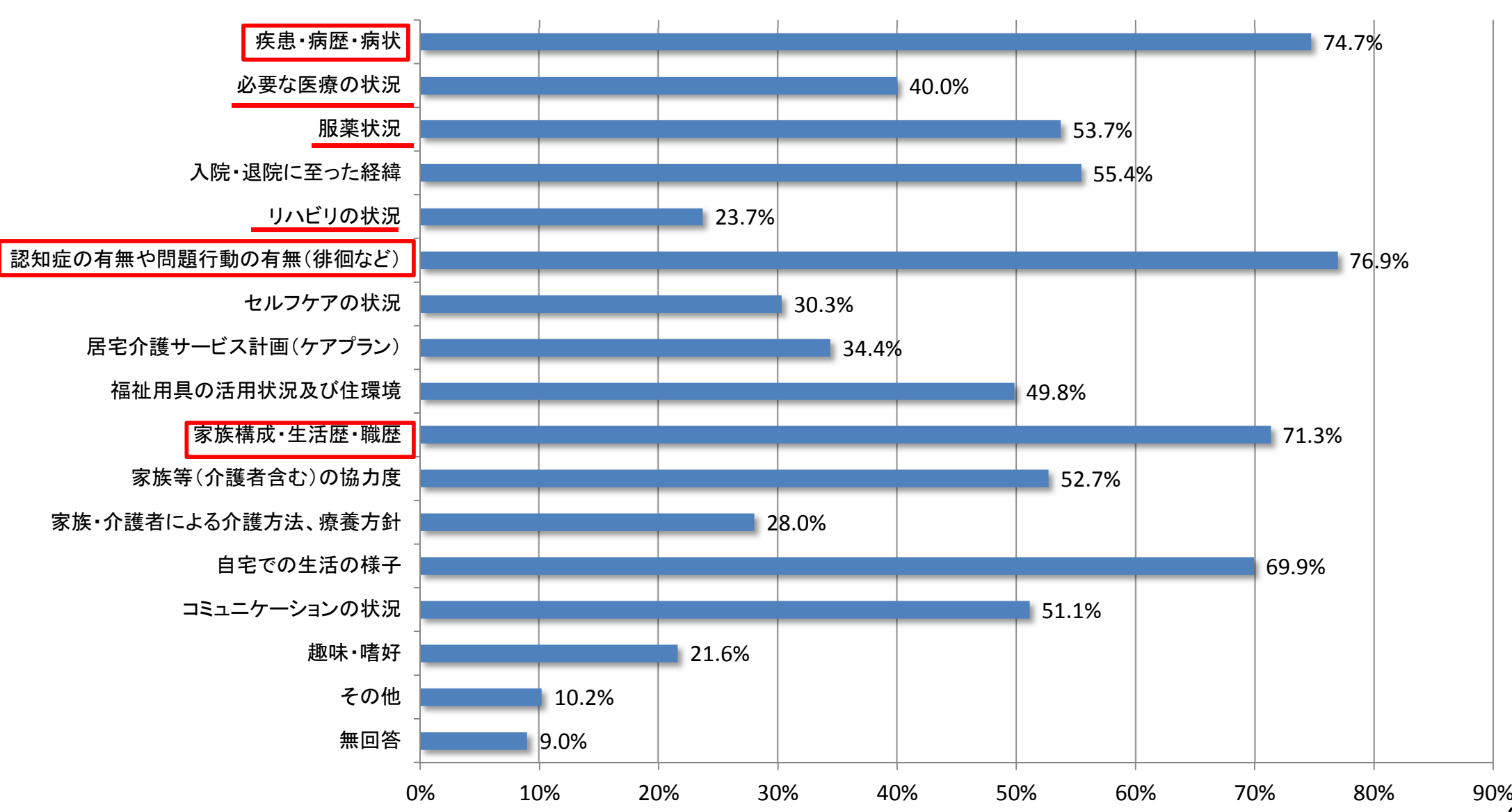
- ① 退院支援及び地域連携業務を担う部門（退院支援部門）が設置されていること。
- ② 退院支援部門に、十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。また、専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
- ③ 退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。ここで、当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- ④ 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等の数が20以上であること。また、②又は③の職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。
- ⑤ 過去1年間の介護支援連携指導料（※）の算定回数が、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計を上回ること。
- ⑥ 病棟の廊下等の見やすい場所に、退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

（※）介護支援連携指導料：入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる患者等が退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、社会福祉士等がケアプランの作成を担当する介護支援専門員と共同して導入すべき介護サービス等について説明及び指導を行った場合に算定する

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成27年度）

- 利用者入院時に医療機関に提供している情報について、「認知症の有無や問題行動の有無（徘徊など）」76.9%、「疾患・病歴・病状」が74.7%、「家族構成・生活歴・職歴」が71.3%となっている。
- 服薬状況、必要な医療の状況、リハビリの状況など、医療に関わる情報を提供している場合も一定程度みられる。

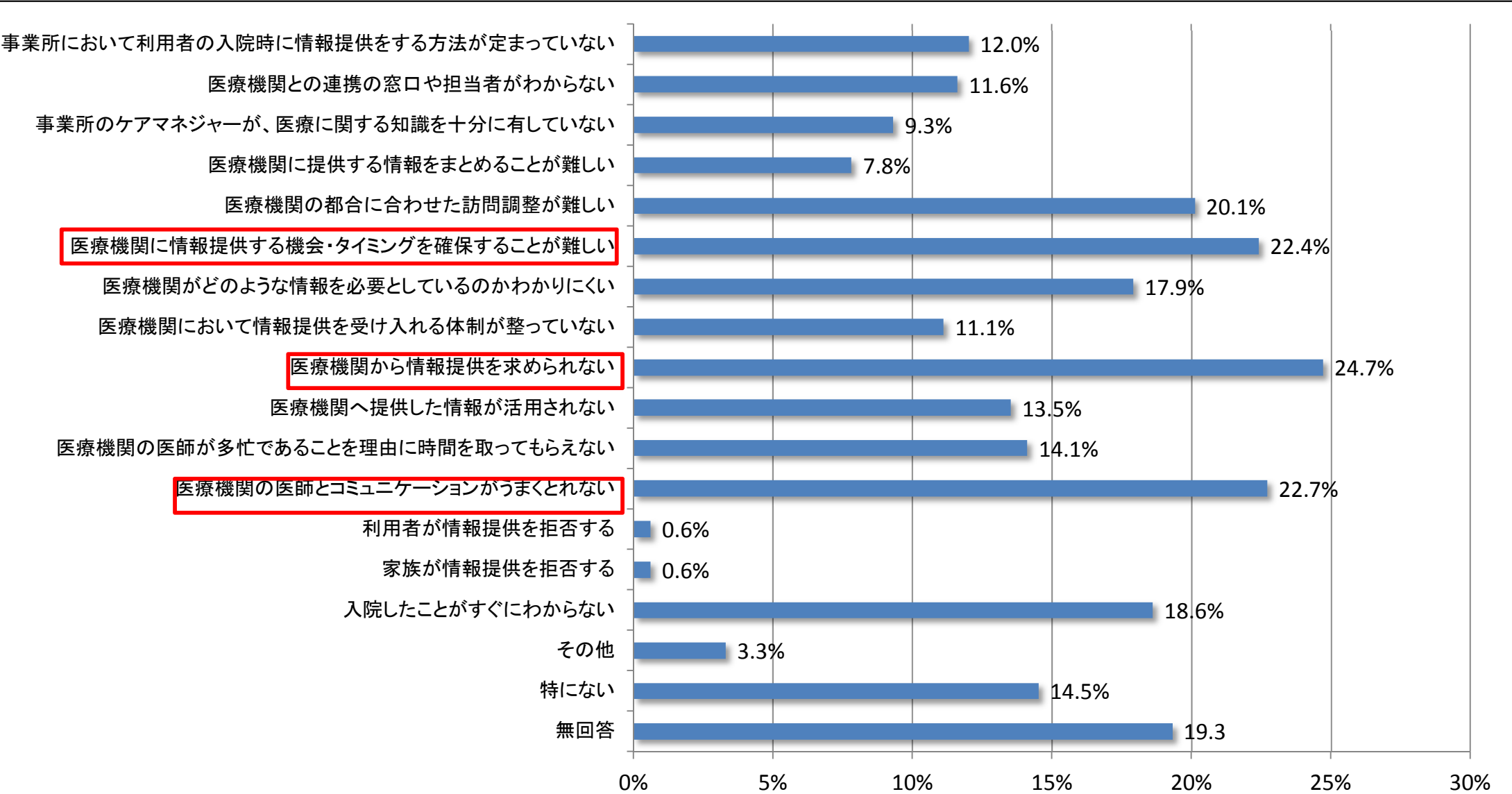
利用者入院時に医療機関に提供している情報(居宅介護支援事業所向け調査)(複数回答) n=1,616



居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 入院時の情報提供において問題とを感じる点について、「医療機関から情報提供を求められない」が24.7%と最も多く、次いで「医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれない」が22.7%、「医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい」が22.4%であった。

入院時の情報提供において問題とを感じる点(事業所調査票)(複数回答) n=1,572

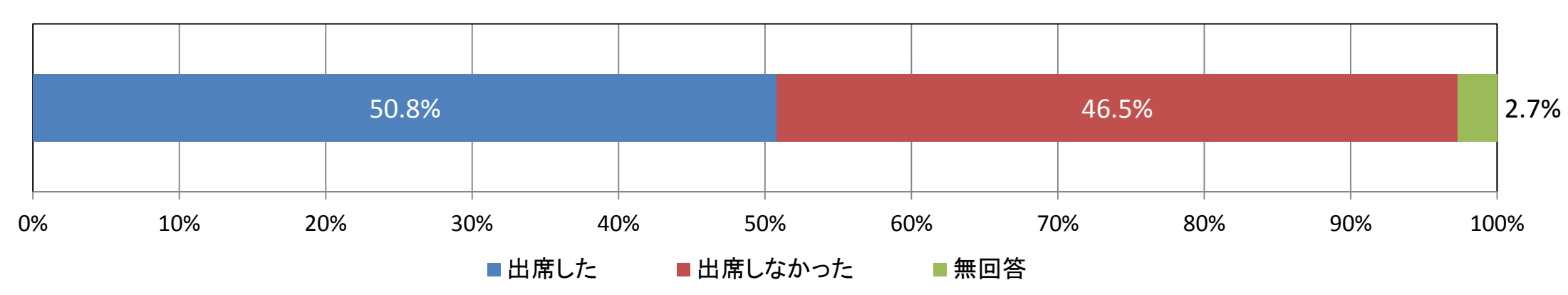


居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 利用者の退院時のカンファレンスにケアマネジャーが出席した割合は50.8%だった。

退院時カンファレンスの出席の有無(利用者調査票)

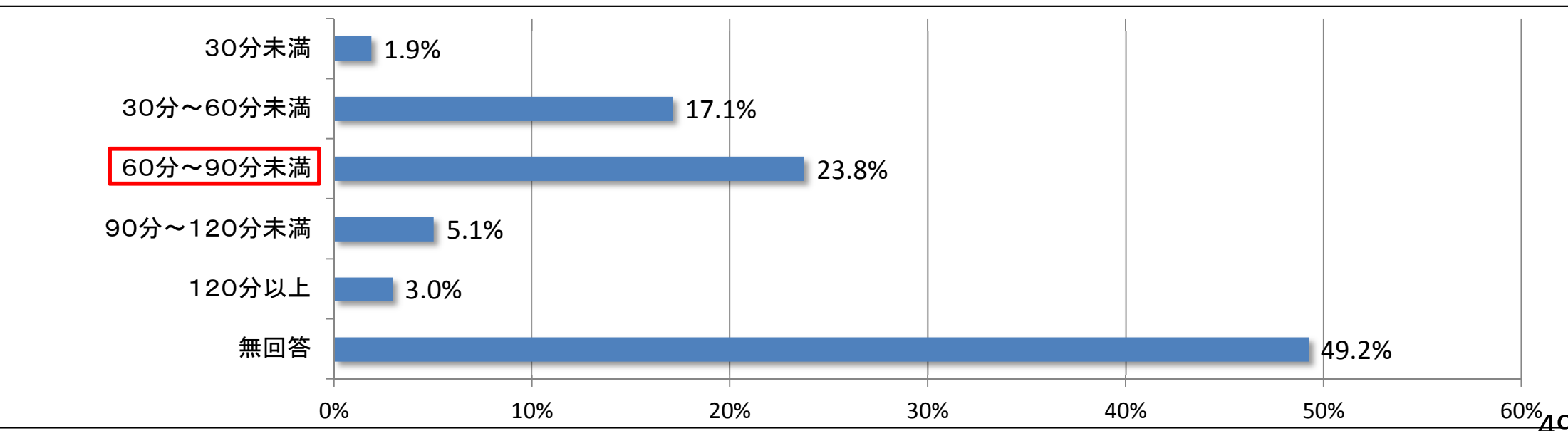
n=171,262



○ 退院時カンファレンスにケアマネジャーが出席した場合の、カンファレンスの延べ所要時間は「60分～90分未満」が23.8%であった。

退院時カンファレンスの所要時間(利用者調査票)

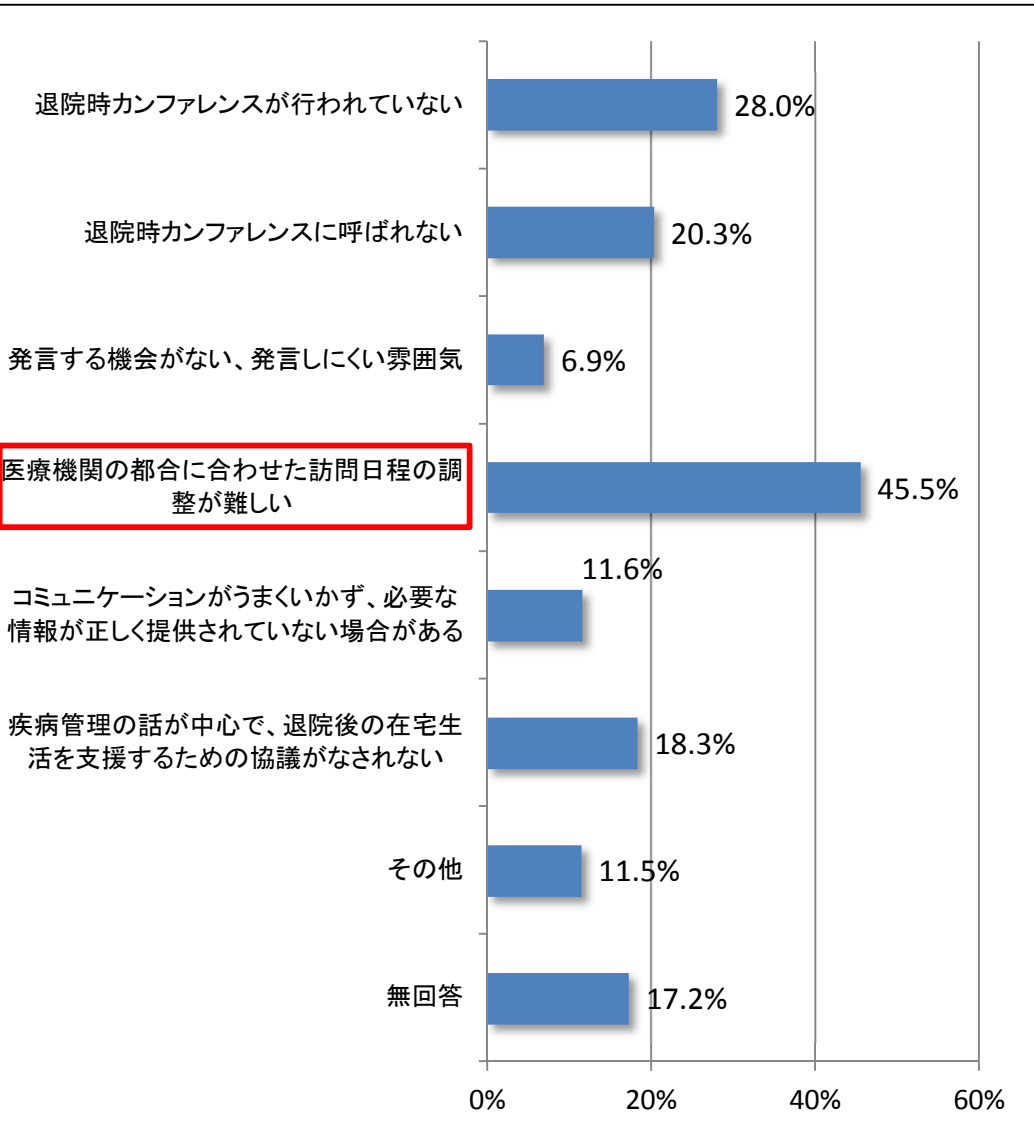
n=87,021



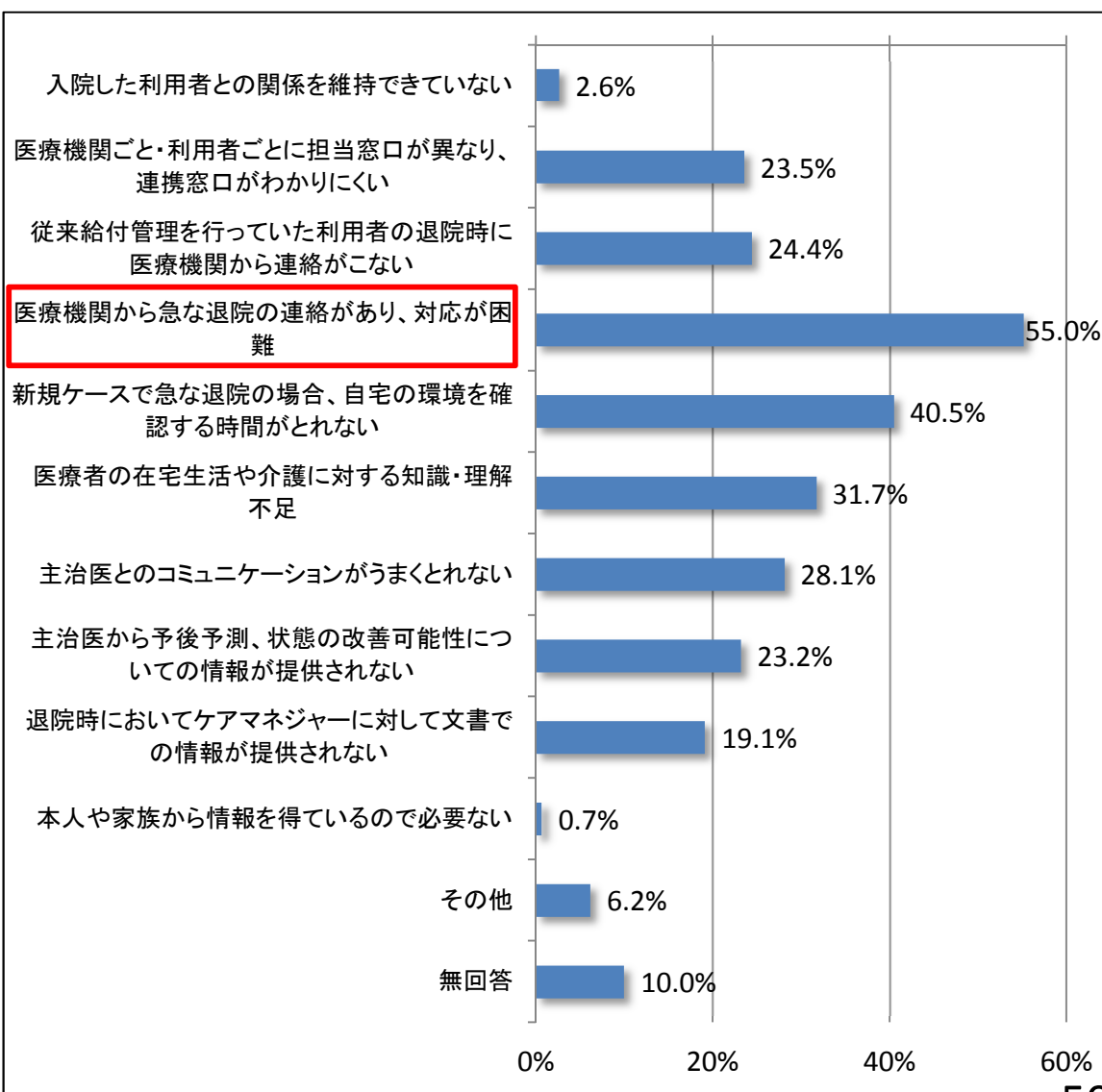
居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 退院時カンファレンスに参加する上で問題と感じる点は「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が45.5%となっている。また、退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点は「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」が55.0%となっている。

退院時カンファレンスに参加する上で問題と感じる点
(事業所調査票)(複数回答) n=1,572



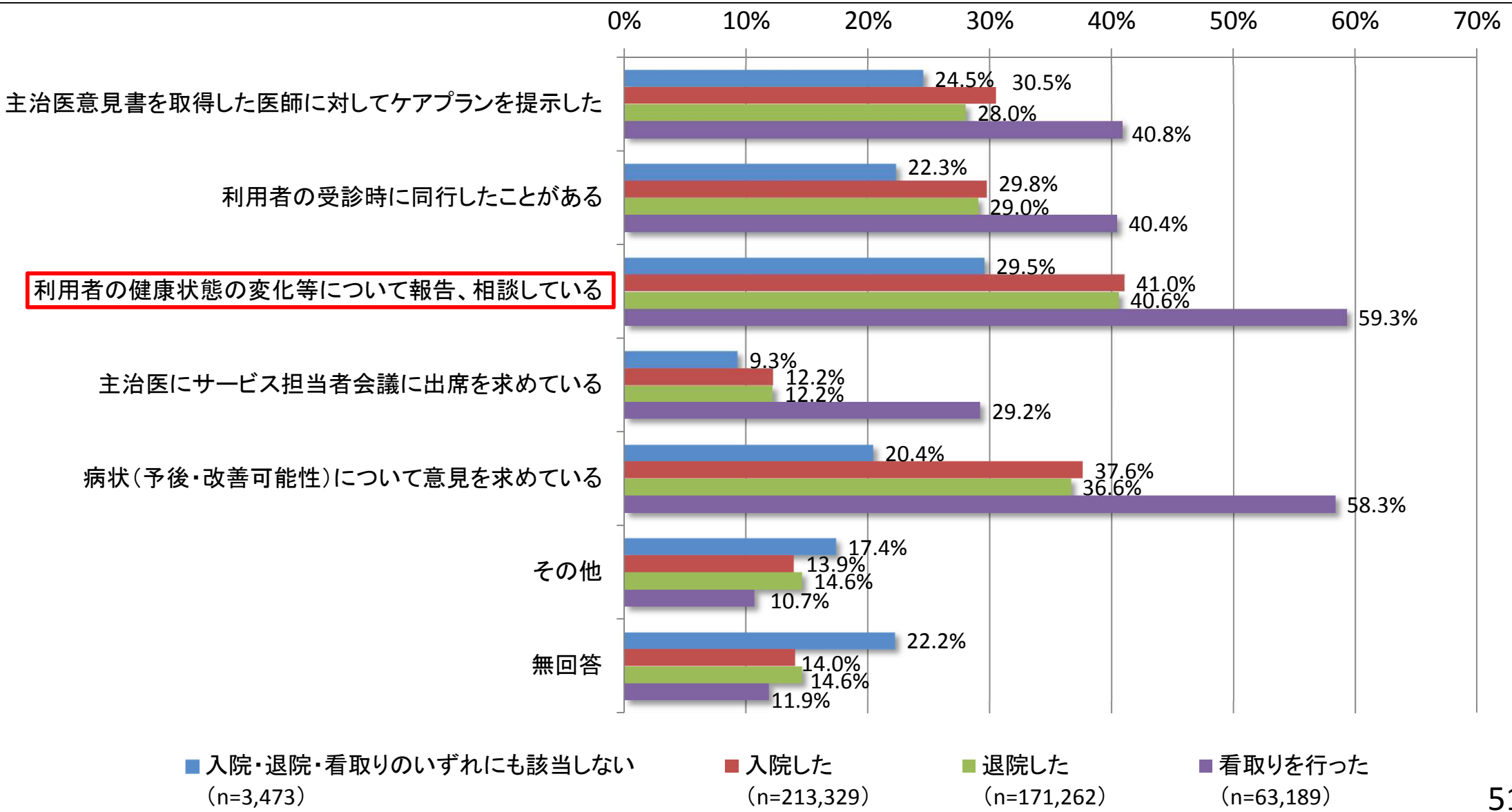
退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点
(事業所調査票)(複数回答) n=1,572



居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 利用者の様態別の主治医との連携状況は、全体を通して「利用者の健康状態の変化等について報告、相談している」が最も多く、それぞれ「入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者」は29.5 %、「入院した利用者」は41.0 %、「退院した利用者」は40.6 %、「看取りを行った利用者」は59.3 %であった。

主治医との連携状況(利用者調査票)



居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について (平成21年3月13日老振発第0313001号厚生労働省老健局振興課長通知)

退院・退所情報記録書

情報収集先の医療機関・施設名			
電話番号			
面談日 平成 年 月 日	面談日 平成 年 月 日		
所属（職種）	所属（職種）		

ふりがな 利用者氏名 (男・女) 生年月日(明・大・昭) 年 月 日 (歳) 入院期間 入院日 年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 日 手術 有(手術名)・無	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定日 年 月 日 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
---	--

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾病の状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況 無・有 (内服:介助されていない・一部介助・全介助)	(感染症、投薬の注意事項(薬剤名、薬剤の剤形、投与経路等)等)
特別な医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他 ()	(導入予定の医療系サービス等)
食事摂取	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み食・ソフト食・普通/経管栄養) ・制限 無・有(塩分・水分・その他())	(制限の内容等)
口腔清潔	介助されていない・一部介助・全介助	
移動	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 (見守り・手引き・杖・歩行器・ シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)	(独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)
洗身	介助されていない・一部介助・全介助・不可・ 行っていない ・入浴の制限 無・有(シャワー・清拭・その他)	
排泄	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠・不眠(状態:)	
認知・精神面	・認知症高齢者の日常生活自立度() ・精神状態(疾患) 無・有()	(認知症の原因疾患等)
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有(頻度:) ・運動制限 無・有	(リハビリ・運動制限の内容、導入予定のサービス等)
療養上の留意する事項		

診療報酬の退院時共同指導料二の注三の対象となる会議(カンファレンス)に参加した場合は、本様式ではなく、当該会議(カンファレンス)の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画書等に記録すること。

入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例

■ 福井県における退院支援ルール策定の取組

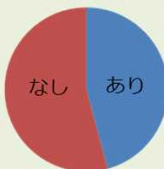
取組開始時の現状と課題

- 入院時、介護支援専門員から医療機関への情報提供は約5割、要支援者では3割未満だった。
- 退院時、医療機関から介護支援専門員への連絡は約2割で情報提供がなく、その2割以上が退院直前だった。

ケアマネジャーから病院への 病院からケアマネジャーへの

情報提供（入院時）

情報提供（退院時）



- 病院と介護支援専門員の連携ルールは、一部で取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分活用されていなかった。

医療・介護関係者の意見調整

県庁と県医師会が連携し、入退院時の退院支援ルール作成に向け取り組むことを確認。

全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。

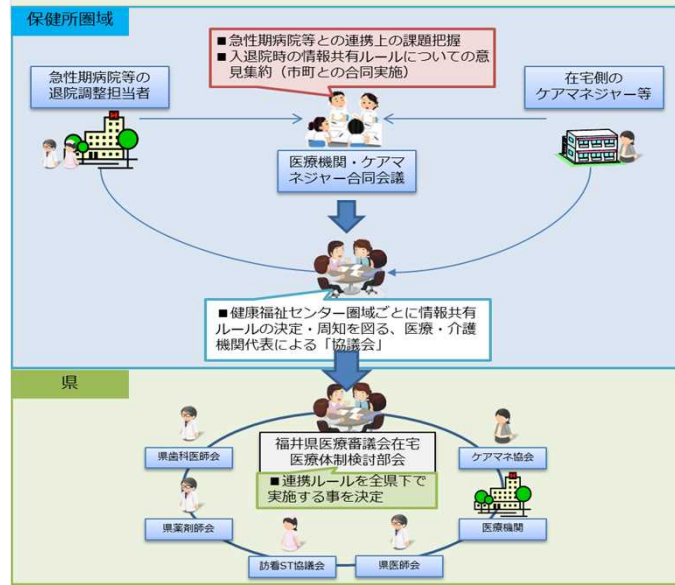
県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。

医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、退院支援ルールについての意見の取りまとめ。

市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

福井県退院支援ルールの策定

退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議および県医療審議会において全県統一のルールを策定した。（平成28年4月運用開始）



県の役割

- 事業の企画・予算の確保
- 市町への参加要請（介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等）
- 県庁は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域毎の協議の実施や関係機関の連携調整を支援。
- 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、退院支援ルールの改善

連携

県医師会の協力

- 事業の実施方法や退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言
- 郡市区医師会に対する連絡調整や協力要請
- 病院、有床診療所、介護支援専門員協会等の関係機関に対する協力要請

取組の成果

- 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながる
 - 入院時情報提供がなかった割合：約5割→約2割
うち要支援者：約7割→約4割
 - 退院時に介護支援専門員に情報提供がなかった割合：約2割→約1割
- 協議を重ねる事で、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる
- ルールの活用により入院・退院にかかる診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながる

福井県において運用されている退院支援ルール

	病院	介護支援専門員（ケアマネ）
入院 ↓	<p>②ケアマネの有無、介護保険サービスの確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、ケアマネの有無や介護保険サービスの確認 ○ 担当ケアマネがいる場合は、速やかに入院を連絡 <p>※要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる。</p> <p>④要介護認定を受けていない場合、退院調整の必要性を判断し、家族等の介護保険申請を支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「介護保険申請の目安」に基づき、退院調整や要介護認定の申請の要不要を判断→担当ケアマネが決まり次第連携 	<p>①日頃の工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネの名刺を挟んでおく、入院が決まったらケアマネに伝えるよう本人・家族に説明しておく等 <p>③入院時情報提供書の提出</p> <p>病院や家族等からの連絡により、利用者（要介護・要支援とも）の入院を把握した場合は速やかに、入院期間の見込みや患者の状態等について、「入院時情報提供シート」（県参考様式）等を提出し、入院時から連携して情報共有に努める。</p>
退院の見込 ↓	<p>⑤サービス調整に必要な日数を考慮して、ケアマネへ退院見込日を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者が「在宅退院ができそうと判断する目安」により退院できると判断した場合、介護支援専門員が退院準備に必要な期間（ケアプラン作成、事業所との調整等）を考慮して、退院支援開始の連絡をする 	<p>⑥ケアプラン作成準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院から退院の時期、必要となりそうな支援を確認し、サービス調整の上、ケアプランの素案を作成
	<p>⑦共通様式に基づきケアプラン作成に必要な情報収集</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護支援専門員がケアプラン作成等に必要な情報を、カンファレンス等の面談日までに院内関係者から収集 <p>※「退院支援情報共有シート」を活用する</p>	
	<p>⑧退院前カンファレンスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 退院支援に必要な情報を共有する。 <p>※「退院支援情報共有シート」を活用する</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者と介護支援専門員で調整し、病院が決定する 	
退院時・退院後の情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護・介護の引継書（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日、入浴日、服薬内容等）を介護支援専門員に提供 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 原則、ケアプランの写しを病院に提供する

福井県 退院支援共有シート

参考様式2(福井県「退院支援ルール」)H29.4改定

退院支援情報共有シート

面談日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 時 分	場所	()
面談者	病院連絡窓口 (所属) ()		
(上記太枠は介護支援専門員が記載します)			
氏名	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	年齢 歳 性別
住所	〒	電話番号	
入院の原因となった病名	合併症	入院日	年 月 日
既往歴	退院予定日	年 月 日頃	
病院主治医	在宅主治医		
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定日 (年 月 日) 有効期間 (年 月 日) ~ (年 月 日)		
病院主治医からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方			
患者・家族の今後の希望			
ADL	自立 <input type="checkbox"/>	見守り <input type="checkbox"/>	一部介助 <input type="checkbox"/>
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族への介護指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
療養上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リハビリ目標(リハビリから確認)			
備考欄			

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

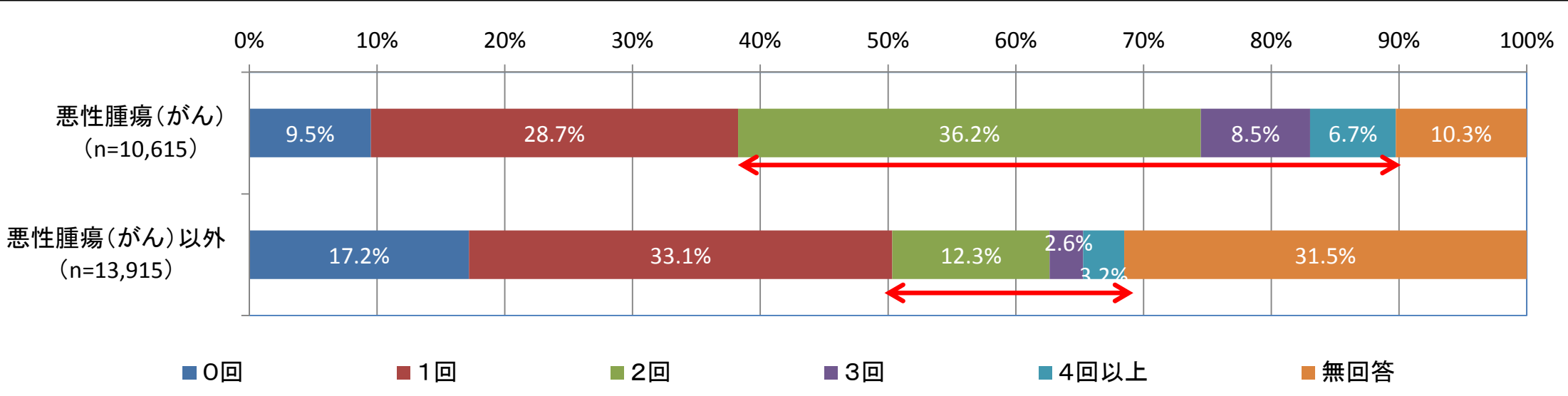
【裏面あり】

特記事項	
○介護者の連絡先 ○緊急時の入院希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ○看取りの方針 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 在宅看取り <input type="checkbox"/> 施設看取り <input type="checkbox"/> 入院看取り <input type="checkbox"/> 未定) (希望者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) ○障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度:) ○障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ○特定疾患の有無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名:) <input type="checkbox"/> 無 ○身体機能 (四肢麻痺、筋力低下、視力障害、聴力障害、言語障害、皮膚疾患の有無など) ○入院に至る経緯(※入院時に担当ケアマネが決まっていなかった場合に記入ください) ○その他	家族構成図 主--主介護者 ☆--キーパーソン ○--女性 □--男性

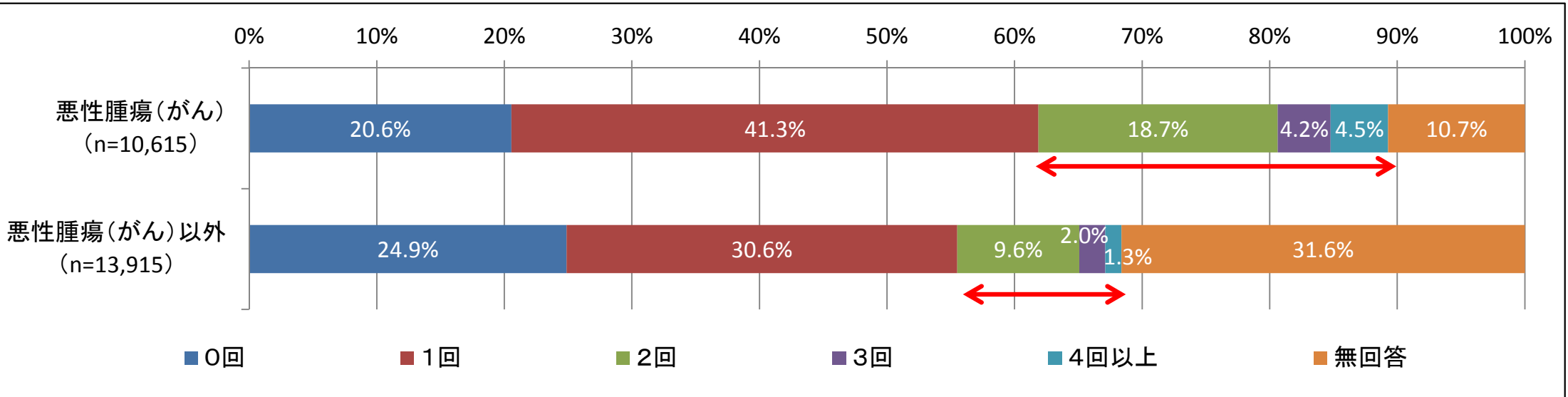
居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 利用者が死亡する前30日間の支援内容について、疾患が悪性腫瘍（がん）か否かで比較すると、サービス担当者会議の開催回数及びケアプランの変更回数は悪性腫瘍（がん）のほうが、複数回数の対応を行っている割合が高かった。

死亡前30日間のサービス担当者会議の開催回数(利用者調査票)



死亡前30日間のケアプラン変更回数(利用者調査票)



※直近1年間に医療機関から退院し、看取りを行った利用者について集計(疾患は入院の契機となった疾患を用いている)。