

# 居宅介護支援の報酬・基準について(案)

# これまでの議論における主な意見について

## <管理者の役割の明確化>

- 一定の経過措置は必要だが「管理者＝主任ケアマネジャー」の方向が妥当ではないか。
- 質の高いケアマネジメントを提供するため、例えば、主任ケアマネジャーを管理者として位置づけることを特定事業所加算の要件に入れる等が考えられるのではないか。
- 管理者として主任ケアマネジャーを配置している場合に $\pm\alpha$ の評価というのは考えてもいいのではないか。
- 主任ケアマネジャー研修と管理者として期待される内容が合致しているのかという観点で検証されるべき。
- 管理者が主任ケアマネジャーである場合の方が人材育成の取組を行っているというエビデンスだけにに基づき、管理者が主任ケアマネジャーであることのみをもって評価することは、ある程度慎重になるべき。
- 当面は約3年以上の経験者が対象となる法定研修専門課程IIの受講を要件として、管理者研修を受講するのが妥当。

# これまでの議論における主な意見について

## <公正中立なケアマネジメントの確保>

### (特定事業所集中減算)

- 廃止の方向で検討すべき。
- 少なくとも医療系サービスと事業所が少ないサービスは除外する必要がある。
- 地域に利用できる事業所が少ないサービスや医療系サービスの割合が高くなっている状況を踏まえ、サービスごとに減算割合を設定するなど、より実効性が高まるような見直しを行うべき。
- 市町村の適正な運用がなされるよう、より具体的・客観的な正当な理由の基準を示すべき。
- リハビリテーションマネジメントなど、医師の関与があって、利用者やケアマネジャーを含むカンファレンス等が実施され、サービス利用が計画的に実施されているなど、多職種共同が担保されている場合は集中減算の対象から除外するなどの見直しを行うべき。
- 独立型事業所は減算を適用しないことで、独立性の担保ということがあり得るのではないか。また、同一法人だけではなく同一グループ内にサービスを集中させている場合等も含めて、チェックできる仕組みにしていければよいのではないか。

# これまでの議論における主な意見について

## <公正中立なケアマネジメントの確保（続き）>

### （ケアプラン点検）

- ケアプラン点検について、ケアプランの質の向上や適正化の観点からも、実施率が向上するように検討すべき。

### （集合住宅減算）

- 集合住宅減算について、ケアマネジャーの移動時間が業務に占める割合から見ても、アセスメントや計画立案等の状況が変わるものではなく有効な手だてではない。
- 居宅介護支援事業所にも集合住宅減算を適用する必要がある。

### （その他）

- 入居時の契約や重要事項の説明において、利用できる介護サービスの種類や事業所等の概要を説明したことを保険者に届け出るという方法も有効ではないか。
- 経営者の意向を忖度しなければならない現状があるならば、独立型事業所の検討を始めていい時期ではないか。

# これまでの議論における主な意見について

## <入退院時における医療・介護の連携強化>

### (入院時の連携について)

- ケアマネジャーに少なくとも入院後3日以内の情報提供を義務づける必要がある。
- 介護保険被保険者証には居宅介護支援事業所名が記載されており、緊急入院の場合などは病院の医療連携室等から連絡をいただけるスキームができるとありがたい。

### (退院時の連携について)

- 初回加算と退院・退所加算は、ケアマネジャーの業務行動としては違ったものであり、同時算定可能とするべき。
- ある程度退院の見込みがある段階でケアマネジャーが積極的にかかわる体制を整えることが重要。その意味で、退院・退所加算の回数の限定を取り除くか、あるいは本体報酬に包括化して基準上も位置づけるといったことが必要。

### (末期の悪性腫瘍の患者に係るケアマネジメントについて)

- 病状の変化に迅速に対応できるように、短い期間でケアプランを変えていく場合の柔軟な対応が必要。
- 死亡前の一定期間のプラン変更というのは多くなっていることを踏まえると、その評価も考えられるのではないか。

# これまでの議論における主な意見について

## <入退院時における医療・介護の連携強化（続き）>

### （平時からの連携について）

- 作成したケアプランについては、かかりつけ医に提出することで平時からの連携が深まる。
- 同行受診については通院介助とは異なって、本人・家族の適切な自己決定を促すとともに、本人が言いあらわせない心情を代弁する意味でも意義が大きい。特に、医師の求めがあった上で支援を行う際には、適切な評価をすべき。
- 今後どういう病状の変化があるのかといった医療的なアセスメントをケアプランの作成変更時に適時入れることと、その情報に基づいて全体のプランニングを組み立てることが必要であるため、必要時に医療従事者、医療職員に相談あるいは助言が得られるような仕組みを、同時改定ではしっかり検討すべき。

# これまでの議論における主な意見について

## <訪問回数の多い利用者への対応について>

- 一定以上の頻回訪問については、1日に算定可能な報酬の上限を設定する、あるいは1カ月当たりの定額にすることなどが考えられる。
- 生活援助は利用回数の上限を定め、やむを得ない場合のみそれ以上利用できるようにすべき。
- 生活援助は回数の上限を定め、それ以上は定額化とすることなどが必要。
- 本当に妥当性を欠くものかどうかの検証がなされず、回数だけで多い少ないと言うことは、理解に苦しむ。
- 要介護高齢者等の個人が直面する暮らしにくさ、生活課題に対して、最低限必要な生活状況を継続するために活用する支援としての生活援助と家事代行的なサービスを比較するのは、違和感がある。
- 上限を超えた場合に自費ということでは、在宅生活を続けられなくなってしまうため、慎重に検討が必要。
- 上限設定した場合、それ以上使う利用者がどう受け止めるか、配慮が必要。

# 医療・介護連携の強化

## 論点 1

- 医療機関へ入院した人の退院後の円滑な在宅生活への移行を促進するため、入退院時における医療・介護連携をさらに強化するための対応を行ってはどうか。
- 加えて、入退院時に限らず、平時からの医療機関との連携の促進を図るための対応を行ってはどうか。

## 対応案

- 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、
  - ・ 利用者やその家族に対して、利用者が入院した場合に担当ケアマネジャーの氏名や連絡先等の情報を入院医療機関の職員等に提供するように協力を依頼することについて、運営基準で明確化してはどうか。
  - ・ 入院時情報連携加算について、現行の入院後7日以内の情報提供に加えて、入院後3日以内に利用者の情報を医療機関に提供した場合を新たに評価するとともに、情報提供の方法（訪問又は訪問以外）による差は設けないこととしてはどうか。また、より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示してはどうか。

# 医療・介護連携の強化

## 対応案（続き）

- 退院・退所後の円滑な在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算の評価を充実させてはどうか。具体的には、以下の仕組みとしてはどうか。
  - ・ 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価
  - ・ 医療機関等との連携回数に応じた評価
  - ・ 加えて、医療機関におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価また、退院時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄（医療処置、看護・リハビリの視点等）を充実させることによって、退院・退所後の在宅生活へのより円滑な移行に資するよう、必要な見直しを行ってはどうか。
  
- 平時からの医療機関との連携の促進を図る観点から、
  - ・ 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを、運営基準で明確化してはどうか。
  - ・ 主治の医師等が適切な判断を行えるよう、訪問介護事業所等から伝達を受けた口腔に関する問題や薬剤状況等の利用者の状態や、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける必要性等を判断できるようにしてはどうか。

# 入院時における連携促進（運営基準改正イメージ①）

## 改正イメージ

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条（略）

2（略）

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。

## 現 行

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

（新設）

# 入院時情報連携加算

## 入院時情報連携加算

- 利用者が医療機関に入院するに当たって、医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報（※1）を利用者が入院してから7日以内に情報提供した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算。

- ・ **入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位** **（平成28年5月審査分：請求事業所数 9,935（全体の25.3%））**

医療機関を訪問し、医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を提供している

- ・ **入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位** **（平成28年5月審査分：請求事業所数 3,276（全体の8.3%））**

医療機関への訪問以外の方法により、医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を提供している

（※1）利用者に係る必要な情報：心身の状況（例：疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無）、生活環境（例：家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況）、サービスの利用状況

（※2）入院時情報連携加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の同時算定不可

# 入院時情報連携加算の見直し（案）

< 現行 >

（新設）

## 入院時情報連携加算（Ⅰ）

- 入院後 7 日以内
- 医療機関を訪問して利用者の情報を提供

## 入院時情報連携加算（Ⅱ）

- 入院後 7 日以内
- 医療機関に対して訪問以外の方法で利用者の情報を提供



< 見直し案 >

## 入院時情報連携加算（Ⅰ）

- 入院後 3 日以内
- 医療機関を訪問又は訪問以外の方法で利用者の情報を提供

## 入院時情報連携加算（Ⅱ）

- 入院後 7 日以内
- 医療機関を訪問又は訪問以外の方法で利用者の情報を提供

# 入院時情報連携加算の様式例（案）

## 入院時情報提供書（ケアマネジャー → 医療機関）

※ケアプラン1表・2表・3表／興味関心チェックシート／お薬手帳（いずれもコピー）／住環境に関する写真などを添付

病院 担当者様 （記入日： 年 月 日 / 入院日： 年 月 日）

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

担当ケアマネジャー名 (フリガナ)	電話番号
居宅介護支援事業所名	FAX番号

### 【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、連絡をお願いします
- ・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
住所	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	電話番号	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
住環境 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (2階居住)	・住まいに関する特記事項 ( )				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
障害高齢者の日常生活自立度	<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				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )				

### 2. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居	キーパーソン (連絡先)	氏名 (続柄/年齢)	( )
主介護者 (年齢)	( 才 )	( )	( )	( )

### 3. 本人／家族の意向について

本人の性格／ 趣味・関心領域 など	
本人の生活歴	
入院前の 本人の意向	
入院前の 家族の意向 (特に生活について)	

### 4. 今後の生活展望について（ケアマネとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力*	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態／認知症である <input type="checkbox"/> その他 ( )
特記事項 (特に注意すべき点など)	

### 5. カンファレンスについて（ケアマネからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
・具体的な要望 ( )	

平成28年度老人保健健康増進等事業（株式会社 日本能率協会総合研究所）

「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業」

### 6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助		
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助		
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
食事内容	食事回数	・朝： 時頃 ・昼： 時頃 ・夜： 時頃			食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー			水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	UDF等の食形態区分	
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態	良	不良 ( )		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	睡眠時間	時間/日
喫煙量	本くらい/日あたり			飲酒量	合くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	言語	問題なし	やや難あり		コミュニケーションに関する特記事項：		
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難			
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( H 年 月 日 ~ H 年 月 日 )					<input type="checkbox"/> 不明
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて					
医療処置*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						

### 7. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： ) 管理方法： ( )		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない		
お薬に関する、特記事項			

### 8. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名	電話番号
医師名 (フリガナ)	診察方法・頻度
	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( ) 回 / 月・週

＝ 退院後療養のフォローアップの必要項目

(記入日： 年 月 日 現在の状況)

# 退院・退所加算

## 退院・退所加算

(平成28年5月審査分：請求事業所数 8,442 (全体の21.5%) )

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報(※1)を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に、入院・入所期間中につき3回を限度(※2)として所定単位数を加算。

(300単位)

(※1) 様式例あり

(※2) 3回算定できるのは、そのうち1回について、入院中の担当医等との会議(診療報酬の退院時共同指導料の2注3に該当するカンファレンス)に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

(参考：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。

(※3) 退院後7日以内に情報を得た場合まで算定可能。

(※4) 初回加算との同時算定不可

# 退院・退所加算の見直し（案）

## < 現行 >

**課題①**：初回時の手間（初回加算）と初回時かつ退院・退所時の手間（退院・退所加算）が同評価

**課題②**：複数の専門的見地が得られる多職種カンファレンスへの参加による情報収集と、医療機関職員と面談での情報収集が同評価



## < 見直し案 >

**対応①**：初回時の手間と退院・退所時の手間を明確に評価

**対応②**：退院時の多職種カンファレンスに参加した場合をより手厚く評価

# 退院・退所加算の様式例（現行）

## 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。

# 退院・退所加算の様式例（改正案）

## 退院に向けたヒアリングシート ～「課題整理総括表」の作成に向けて～

### 1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ	性別	年齢	退院時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 区分変更 )
	氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H ____年 ____月 ____日		・退院予定日：H ____年 ____月 ____日
	入院原因疾患			
	入院先	(病院) _____ (病棟) _____ (階) _____ (号室) _____		
	退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし		
① 疾患と入院中の状況	現疾患の状況	既往歴		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴		
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )		
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ( ) UDF等の食形態区分		
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた		
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( ) <input type="checkbox"/> 眠剤の使用		
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
② 本人や家族の受け止め/意向	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	家族の受け止め方			
	退院後の生活に関する本人の意向			
	退院後の生活に関する家族の意向			

### 2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)	(在宅で継続するための要件)
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

症状・病状の予後・予測 <small>(日常生活の阻害要因)</small>	①疾患と入院中の状況から				
	②本人・家族の受け止め/意向から				
	③退院後に必要な事柄から				
	④その他				
状況の事実	現在の状況	要因	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	例)おおよその到達可能なレベルの確認(どの位の期間で、どのレベルまでいけそうか など)
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
家事動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
認知	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
居住環境	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種			
(回目)	____年 ____月 ____日	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	
		<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( )	<input type="checkbox"/> ( )	
(回目)	____年 ____月 ____日	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	
		<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( )	<input type="checkbox"/> ( )	

# 入院時における連携促進（運営基準改正イメージ②）

## 改正イメージ

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条（略）

一～十二（略）

十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十三の二 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、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況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、歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十四～十八（略）

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

## 現行

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条（略）

一～十二（略）

十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

（新設）

十四～十八（略）

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

（新設）

# 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

社保審一介護給付費分科会

第149回 (H29.11.1)

資料1 (抄)

## (ポイント)

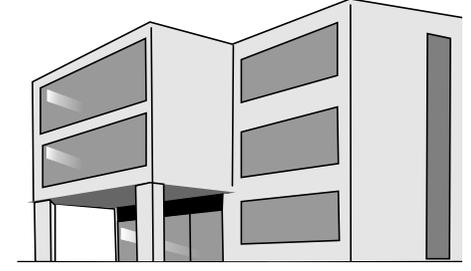
- ヘルパーが利用者の在宅での状況（服薬状況を含む）を誰よりも把握しているがその状況が関係者間で共有されていない。
- ヘルパー⇒サ責⇒ケアマネとヘルパーが介護現場で把握した状況が関係者（主治の医師等・薬剤師を含む）に情報共有され、ケアマネジメントにいかすことが必要 ⇒ 介護の質の向上

- 連絡・調整
- サービス担当者会議での情報共有（サ責）
- ケアプラン変更の援助

## 居宅介護支援事業所

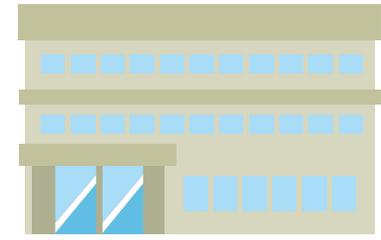


(ケアマネ)



## 訪問介護事業所

- 訪問介護計画の作成（サ責）
- 訪問介護サービスの提供



(管理者⇒サ責⇒ヘルパー)

## 自宅（生活の場・介護現場）

### (利用者・ヘルパー)



- アセスメント
- ケアプラン作成
- サービス事業者との連絡・調整
- モニタリング
- 給付管理業務

# 入退院時の医療・介護連携に関する報酬

## 【診療報酬】 医師、看護師、医療ソーシャルワーカー 等

### 退院支援加算 1 (一般600点、療養1,200点/退院時 1回)

- 3日以内に退院困難な患者を抽出し、7日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施した場合

### 退院支援加算 2 (一般190点、療養635点/退院時 1回)

- 7日以内に退院困難な患者を抽出し、早急に本人・家族と面談、カンファレンス実施した場合

### 介護支援連携指導料 (400点/入院中 2回)

- 退院後に介護サービスの導入が適当と考えられる患者等に対して、社会福祉士等が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・指導を行った場合

### 退院時共同指導料 2 (400点+2,000点/入院中 1回)

- 患者の退院後の在宅療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合 (400点)  
(診療報酬の退院時共同指導料 2 の注 3)

- 入院中の保険医療機関の保険医が、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、(略)、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 (2,000点加算)

### 在宅患者緊急時等カンファレンス料 (200点/月 2回)

- 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅療養の患者であって通院が困難な者の状態の急変等に伴い、当該保険医等の求めにより、(略) 又は居宅介護支援事業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、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合

入院

退院支援開始

退院前カンファレンス

ケアプラン確定

退院

## 【介護報酬】 介護支援専門員

### 入院時情報連携加算

- (医療機関に訪問：200単位、訪問以外：100単位/月 1回)
- 利用者が医療機関に入院するに当たって、医療機関の職員に対して利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから 7 日以内に情報提供した場合

### 退院・退所加算 (300単位/入院中 3回)

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合

※ 3 回算定できるのは、そのうち 1 回について、入院中の担当医等との会議に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明 (診療報酬の退院時共同指導料 2 の注 3 の対象となるもの) を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

### 緊急時等居宅カンファレンス加算 (200単位/月 2回)

- 医療機関の求めにより、医療機関の医師等とともに利用者の居宅を訪問・カンファレンスを行い、必要に応じて、利用者に必要な居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合

# 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情報提供（入院時）      病院からケアマネジャーへの情報提供（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。

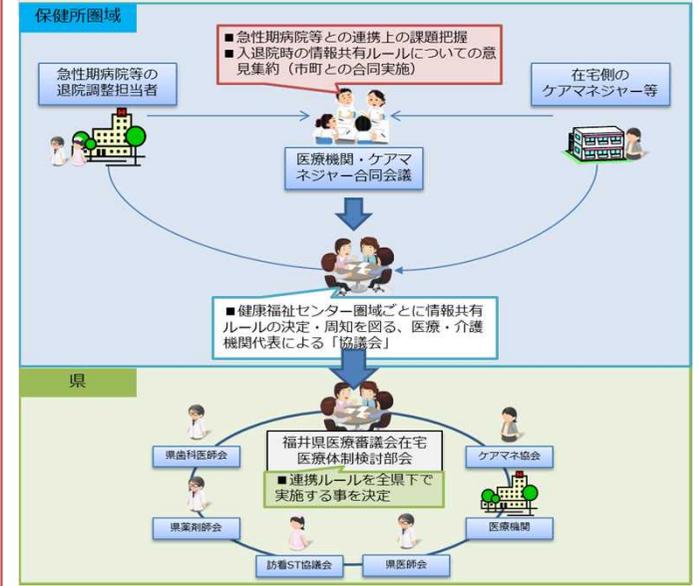
県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。

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><b>②ケアマネの有無、介護保険サービスの確認</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 担当ケアマネがいる場合は、速やかに入院を連絡 ※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。</li> </ul> <p><b>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</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「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</li> </ul>	<p><b>①日頃の工夫</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 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</li> </ul> <p><b>③入院時情報提供書の提出</b></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><b>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</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul>	<p><b>⑥ケアプラン作成準備</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul>
	<p><b>⑦共通様式に基づきケアプラン作成に必要な情報収集</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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 ※「退院支援情報共有シート」を活用する</li> </ul>	
	<p><b>⑧退院前カンファレンスの実施</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退院支援に必要な情報を共有する。 ※「退院支援情報共有シート」を活用する</li> <li>○ 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</li> </ul>	
退院時・退院後の情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 原則、ケアプランの写しを病院に提供する</li> </ul>

# 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

## 論点 2

- 著しい状態変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者について、ターミナル期におけるケアプランの変更回数等の実態を踏まえ、状態変化に応じた迅速なサービス提供を促進するための対応を行ってはどうか。

## 対応案

- 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者について、
  - ・ 末期の悪性腫瘍と診断された場合であって、
  - ・ 日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合については、状態変化に応じて迅速に必要なサービスを提供するため、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化してはどうか。
- また、末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、ターミナル期に通常よりも頻回に利用者の状態変化をモニタリングするとともに、モニタリングにより把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価することとしてはどうか。

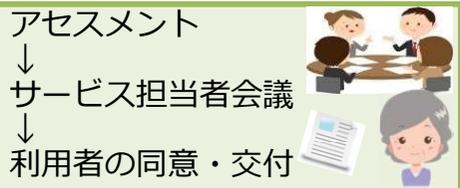
# 末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント

## 現行

末期の悪性腫瘍と診断

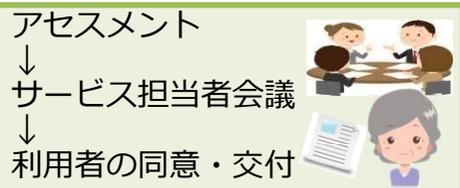
利用者の状態変化のタイミングに合わせて  
ケアプランを作成

状態変化 A



ケアプラン A  
に変更

状態変化 B



ケアプラン B  
に変更

状態変化 C



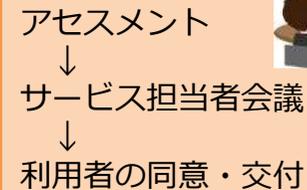
ケアプラン C  
に変更

死亡

## 見直し後：以下の方法も可能としてはどうか

末期の悪性腫瘍と診断

末期の悪性腫瘍と診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合



主治の医師等の助言を得た上で状態変化Cまで想定し、今後必要となるサービス事業者を含めた会議を実施

予測される状態変化と支援の方向性について確認の上、ケアプランを作成

状態変化 A

ケアプラン A  
に変更

状態変化 B

ケアプラン B  
に変更

状態変化 C

ケアプラン C  
に変更

ケアプランの変更内容を決定

- 主治の医師等の助言を得て、
- ① 利用者の状態変化をケアマネジャーが確認
  - ② 状態変化及びケアプラン変更について、主治の医師等及びサービス担当者の了解を得る
  - ③ ケアプラン変更について、利用者又は家族の了解を得る

# 末期の悪性腫瘍患者に対する頻回モニタリングの評価（案）

## ターミナルケアマネジメント加算（仮称）

### （対象利用者）

末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

### （算定要件）

- ① 24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ② 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問
- ③ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

### （参考）訪問看護 ターミナルケア加算の算定要件

在宅で死亡した利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して訪問看護を行っている場合にあっては1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）は、ターミナルケア加算として、当該者の死亡月につき2,000単位を所定単位数に加算する。

#### ※1 別に厚生労働大臣が定める基準

- イ ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、指定訪問看護を行うことができる体制を整備していること。
- ロ 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。
- ハ ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

#### ※2 別に厚生労働大臣が定める状態

次のいずれかに該当する状態

- イ 多発性硬化症、（略）、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

# 質の高いケアマネジメントの推進

## 論点3

- 質の高いケアマネジメントを推進する観点から、管理者の要件を見直すとともに、地域における人材育成を行う事業所を評価してはどうか。

## 対応案

- 居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーが人材育成や業務管理の手法等を研修により修得していることを踏まえ、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件としてはどうか。また、その場合は一定の経過措置期間を設けてはどうか。
- 特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価してはどうか。

# 質の高いケアマネジメントの推進（運営基準改正イメージ）

## 改正イメージ

（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、主任介護支援専門員でなければならない。

※経過措置

平成33年3月31日までの間は、介護支援専門員を管理者とすることができる。

## 現 行

（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。

# 主任介護支援専門員の研修カリキュラム

## 主任介護支援専門員 研修カリキュラム（平成18年3月31日 厚労告265）

研修課目		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
講義・演習	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	6
	対人援助者監督指導	18
	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	24
合計		70

- 主任介護支援専門員として果たすべき役割（地域や事業所の介護支援専門員に対する個別支援、地域や事業所における人材育成の実施等）の認識と必要な視点等を修得。
- 質の高いケアマネジメントを提供し、事業所の適正な運営等を図るための「人事管理」「経営管理」に関する知識の修得及び「人材育成」「業務管理」の手法を修得。
- ケアマネジメントを実践する上で発生するリスクに対して組織や地域として対応する仕組みの構築に必要な知識・技術を修得。
- 個々の事例に対する介護支援専門員のケアマネジメントについて、主任介護支援専門員として指導・支援を行う際の様々な方法等を修得。

（※主任介護支援専門員研修実施要綱より）

## 居宅介護支援事業所の管理者の責務（平成11年3月31日 厚生省令第38号）

（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に従事する主任介護支援専門員の推計

## 居宅介護支援事業所に勤務する主任ケアマネジャー数の推移

	H28	H29	H30	H31	H32
① 請求事業所数 (H28実績に直近1カ年の伸び率で推計)	39,471	40,423	41,399	42,398	43,421
② ①のうち特定事業所加算Ⅰを算定する事業所 (主任ケアマネジャーを2名配置する事業所)	395	404	414	424	434
③ 最低限必要な主任ケアマネジャー数 (①+②)	39,866	40,827	41,813	42,822	43,855
④ 居宅介護支援事業所に勤務する主任ケアマネジャー (H28実績に主任ケアマネ研修修了者のうち、居宅介護支援事業所で勤務する者(H27実績:4,402人)を加えた人数)	28,463	32,865	37,267	41,669	46,071
⑤ 不足する主任ケアマネジャー数 (④-③)	▲11,403	▲7,962	▲4,546	▲1,153	2,216

## (参考) 主任ケアマネジャー数別の居宅介護支援事業所の分布

	全体	主任ケアマネジャー数別の分布											無回答	平均
		0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人		
居宅介護支援事業所数 (調査対象数)	1572	649	482	236	96	22	18	5	0	1	0	1	62	0.93
(割合)	100.0%	41.3%	30.7%	15.0%	6.1%	1.4%	1.1%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	3.9%	-

※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)

# 特定事業所加算（Ⅰ～Ⅲ）の見直し（案）

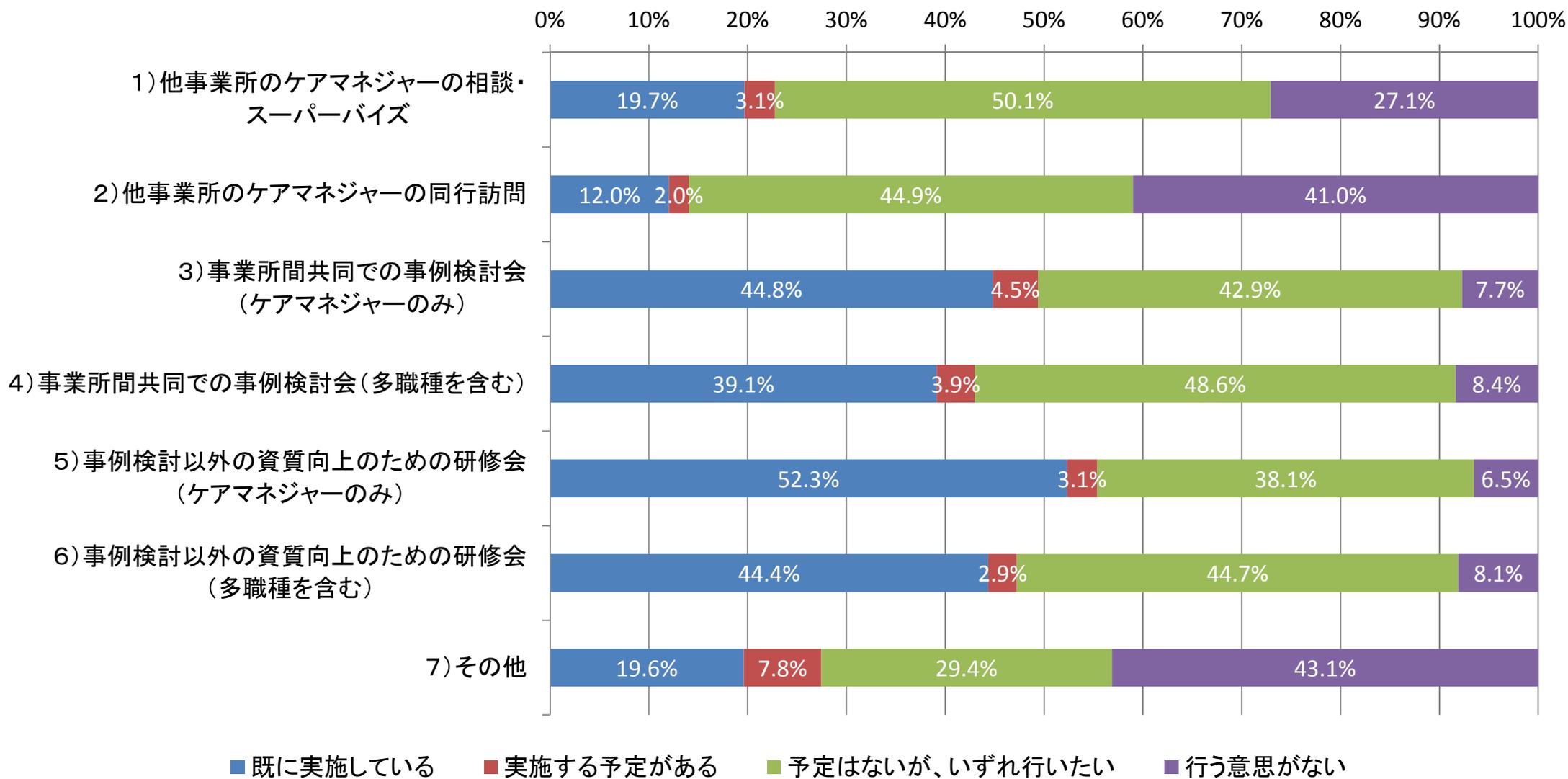
算定要件	(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
(1)常勤専従の主任介護支援専門員	2名以上	1名以上	1名以上
(2)常勤専従の介護支援専門員	3名以上	3名以上	2名以上
(3)利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議の定期的な開催	○	○	○
(4)24時間連絡体制、必要に応じた利用者等の相談に対応する体制の確保	○	○	○
(5)算定日が属する月の利用者総数のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の40以上	○	×	×
(6)事業所内の介護支援専門員に対する計画的な研修の実施	○	○	○
(7)地域包括支援センターから支援が困難な事例として紹介をされた者に対する指定居宅介護支援の提供	○	○	○
(8)地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加	○	×→○	×→○
(9)運営基準減算又は特定事業所集中減算の未適用	○	○	○
(10)利用者数が介護支援専門員1人当たり40名未満	○	○	○
(11)介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する学習」等に協力又は協力体制の確保	○	○	○
(12)他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研修会等の実施	○	○	○

# 居宅介護支援事業所の地域づくりの取組に関する実施状況

○ 居宅介護支援事業所における地域づくりの取組について、「既の実施している」、「実施する予定がある」、「予定はないが、いずれ行いたい」と回答した事業所が、各項目においてそれぞれ5割から9割を超えている。

居宅介護支援事業所の地域づくりの取組に関する実施状況（事業所調査票）

n=1,572



# 公正中立なケアマネジメントの確保

## 論点 4

- 居宅介護支援事業者における利用者の立場に立った公正中立なケアマネジメントの確保に向けた対応を行ってはどうか。

## 対応案

- 利用者との契約にあたり、居宅介護支援事業者から利用者やその家族に説明する事項として、
  - ・ 利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
  - ・ 当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを明確化するとともに、このような説明を行っていない事業所については、運営基準減算を適用させてはどうか。
- 特定事業所集中減算については、必ずしも合理的で有効な施策ではないとの指摘等を踏まえ、①請求事業所数の少ないサービスや、②主治医の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは特定事業所集中減算の対象サービスから除外してはどうか。なお、福祉用具貸与については、請求事業所数にかかわらず、サービスを集中させることも可能であることから減算の対象としてはどうか。  
⇒具体的には、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与を対象としてはどうか。

# 公正中立なケアマネジメントの確保（運営基準改正イメージ）

## 改正イメージ

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条 （略）

- 2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

## 現 行

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

- 2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

# 運営基準減算

## ○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。

# 特定事業所集中減算の見直し（案）

## 特定事業所集中減算

- 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ついて、正当な理由なく特定のサービス事業所への集中割合が80%を超える場合に報酬を減算するもの。
- 集中割合を確認する対象サービス ⇒ 居宅介護支援の給付管理の対象となるサービス
  - ① 訪問介護、② 訪問入浴介護、③ 訪問看護、④ 訪問リハビリテーション、⑤ 通所介護、⑥ 通所リハビリテーション、⑦ 短期入所生活介護、⑧ 短期入所療養介護、⑨ 特定施設入居者生活介護（※）、⑩ 福祉用具貸与、⑪ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、⑫ 夜間対応型訪問介護、⑬ 認知症対応型通所介護、⑭ 小規模多機能型居宅介護（※）、⑮ 認知症対応型共同生活介護（※）、⑯ 地域密着型特定施設入居者生活介護（※）、⑰ 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

- 
- 必ずしも合理的で有効な施策ではないとの指摘等を踏まえ、① 請求事業所数の少ないサービスや、② 主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスを対象サービスから除外。
  - また、福祉用具貸与については、請求事業所数にかかわらず、サービスを集中させることも可能であることから、引き続き、減算対象サービスとして継続。

⇒ 平成30年度以降の対象サービス：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与

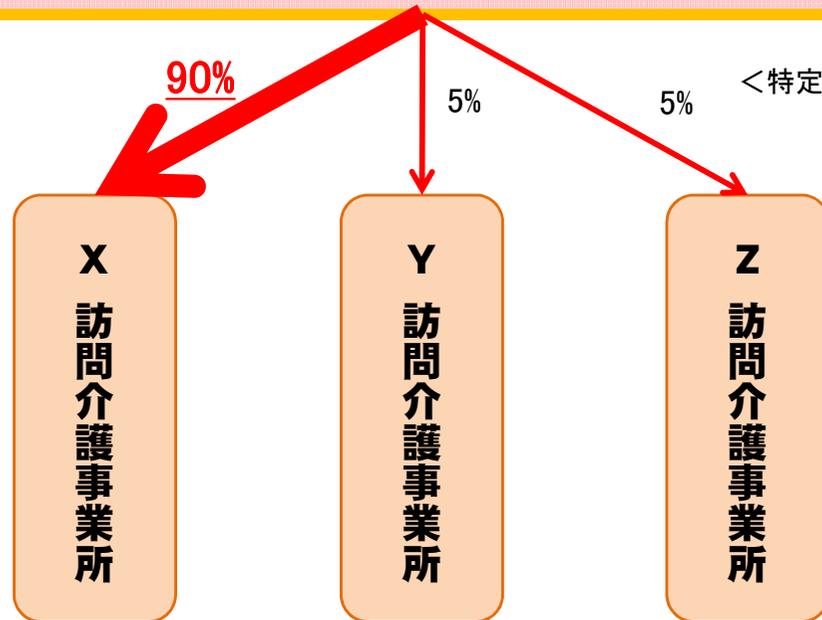
# 特定事業所集中減算

- 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<sup>①</sup>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

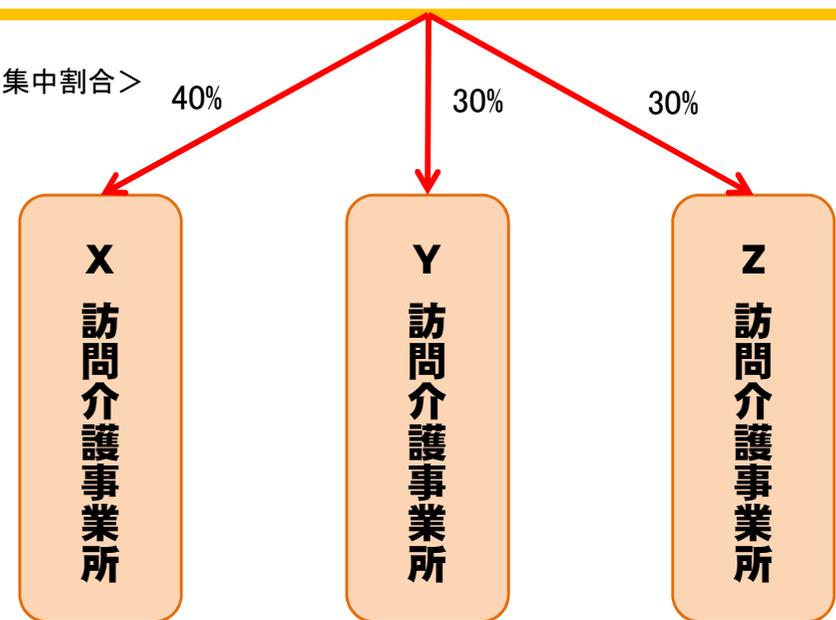
（訪問介護を位置付けたケアプランの合計：100件）  
X法人／90件 Y法人／5件 Z法人／5件



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ない。  
※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。

# 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

# 特定事業所集中減算に対する指摘

## ■ 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（平成28年3月 会計検査院）

### 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。

## ■ 平成26年度決算審査措置要求決議（平成28年5月23日 参議院決算委員会）

### 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。

# 特定事業所集中減算の対象サービス

	主治医の医師等の 指示が必要	1自治体当たり 請求事業所数 (1,741市区町村)	請求事業所数 (H28.4審査分)	
訪問介護		19.1	33,262	
訪問入浴介護		1.2	2,054	
訪問看護	○	5.8	10,126	
訪問リハビリテーション	○	2.2	3,871	
通所介護		25.0	43,440	
通所リハビリテーション	○	4.3	7,511	
短期入所生活介護		5.8	10,152	(参考)
短期入所療養介護	○	2.2	3,833	短期利用の 請求事業所数
特定施設入居者生活介護(※1)		2.9	5,027	(300)
福祉用具貸与		4.2	7,283	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○(※2)	0.4	633	
夜間対応型訪問介護		0.1	182	
認知症対応型通所介護		2.1	3,719	
小規模多機能型居宅介護(※1)		2.9	4,984	(150)
認知症対応型共同生活介護(※1)		7.5	12,985	(186)
地域密着型特定施設入居者生活介護(※1)		0.2	292	(16)
看護小規模多機能型居宅介護(※1)	○	0.2	274	(35)

(※1) 利用期間を定めて行うものに限る

(※2) 訪問看護サービスを利用する場合に限る

# 訪問回数が多い利用者への対応

## 論点5

- 一定の間隔を空ければ一日に複数回所定の報酬を算定可能な現行の報酬体系は、必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題があるという指摘がある。
- 一方で、訪問回数が多い利用者については、認知症、退院時、独居・高齢者世帯等、必ずしも不適切なケースであるとは限らないことに留意が必要。
- これらを踏まえ、訪問回数が多い利用者への対応を検討してはどうか。

## 対応案

- 訪問回数が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・是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが一定の回数を超える訪問介護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し、届け出られたケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検証を行うこととしてはどうか。
- 訪問介護（生活援助中心型）が通常のケアプランよりかけ離れた利用となっていることや、保険者の事務負担を考慮して、具体的な届出の範囲等は以下のとおりとしてはどうか。

### 【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月から施行することとしてはどうか。

# (参考) 地域ケア会議の関係規定

## ◎介護保険法（平成9年法律第123号）（抄）

（会議）

第百十五条の四十八 市町村は、第百十五条の四十五第二項第三号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。

- 2 会議は、厚生労働省令で定めるところにより（※）、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（以下この項において「支援対象被保険者」という。）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。
- 3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。
- 4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。
- 5 会議の事務に従事する者又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。
- 6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

※ 第2項の下線部分は、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）により追加しており、今年度内に省令改正予定（平成30年4月1日施行）。

# (参考) 地域ケア会議の関係規定

◎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）（抄）

別記2 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

2 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）の実施に際しての留意事項

（2）地域ケア会議の実施について

個別ケースを検討する地域ケア会議（地域ケア個別会議）は、地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティア等地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とするものである。

◎地域包括支援センターの設置運営について（抄）

（平成18年10月18日厚生労働省老健局介護保険計画課長・高齢者支援課長・振興課長・老人保健課長連名通知）

4 事業内容

（3）地域ケア会議の実施

①地域ケア会議の目的

ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、

(i) 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援

②地域ケア会議の機能

ア 個別課題の解決

多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能

⑤地域ケア会議の留意点

エ 個別ケースの検討

地域ケア会議は、個人で解決できない課題等を、必ずしも直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた多職種で解決し、そのノウハウの蓄積や具体的な地域課題の共有によって、地域づくり・資源開発、政策形成等につなげ、さらにそれらの取組が個人の支援を充実させていくという一連のつながりで実施することから、特に始点となる個別ケースの支援内容の検討は極めて重要である。

# ケアプランの適正化に向けた対策の強化

訪問回数の多い訪問介護対策

集合住宅向け対策

検証対象  
の抽出

訪問介護の回数が「全国平均利用回数 + 2  
標準偏差 (2SD)」に該当するケアプラン  
の保険者届出

集合住宅等に居住する利用者のケアプラン  
で不適切と疑われる事案を抽出するスク  
リーニングポイントの作成

検証方法の  
強化

「ケアプラン点検支援マニュアル」の改訂・再周知

集合住宅等に居住する利用者のケアプラン  
点検結果を活用したチェックポイント

検証の実施

保険者によるケアプラン点検

地域ケア会議によるケアプランの検証

不適切な場合には是正を促す

## 要介護度別生活援助利用回数比較

	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%

【出典】：厚生労働省「介護保険総合データベース」(H28.9月サービス実施、10月審査分)

# 介護保険サービス(生活援助中心型)について(平成29年度予算執行調査資料の補足)

平成29年10月25日 財政制度等審議会 財政制度分科会 提出資料

【論点】 ※ 本年6月公表「平成29年度予算執行調査」資料は、45分以上の生活援助中心型が含まれていないため、今回、当該計数も含めて再集計。

- 訪問介護は、サービス内容に応じて「身体介護」と「生活援助」に区分され、このうち「生活援助」は、「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」に「生活援助中心型」として、所定の報酬を算定することができることとされている。

(注1) 「生活援助中心型」を利用する場合の基本報酬は、20分以上45分未満：183単位、45分以上：225単位（1単位≒10円）とされているが、おおむね2時間以上の間隔を空けた場合には、それぞれの訪問ごとに所定の報酬を算定できる。

(注2) 日中・夜間を通じて、「生活援助」のみならず「身体介護」も含めて、定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」では、実際の訪問回数にかかわらず、利用者の要介護度別に月当たりの基本報酬が固定されている。

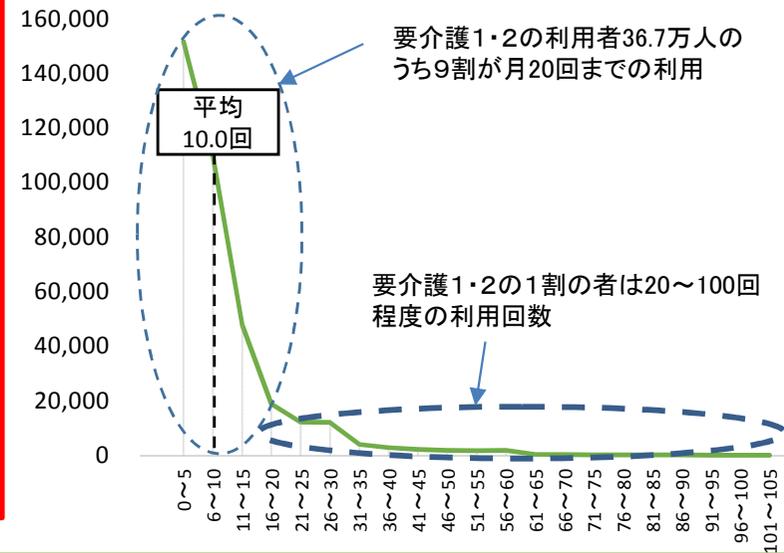
- 「生活援助中心型」の利用状況を調査したところ、1人当たりの平均利用回数は月10回程度となっているが、月31回以上の利用者が24,748人にのぼり、中には月100回を超えて利用されているケースも認められた。また、例えば、要介護1・2の者の場合、利用者の約9割は月20回までの利用であり、残り1割の利用者は月20回以上、中には100回以上の者がいるなど、全体として利用状況に大きなばらつきがあり、利用者の状態に沿った効率的なサービス提供が行われていない可能性がある。

訪問介護のうち「生活援助中心型」の利用状況(平成28年9月)

【要介護1・2の利用者の利用回数の分布】

利用者数	48万5,174人
うち月31回以上の利用者数	24,748人
平均利用回数	月10.6回
最高利用回数	月115回
平均単位数(1単位≒10円)	月2,309単位
最高単位数	月25,875単位
平均要介護度	1.96

順位	利用回数	要介護度	順位	利用回数	要介護度
1	115	5	7	98	5
2	108	5	7	98	2
3	104	2	7	98	3
4	103	4	7	98	3
4	103	2	8	96	3
4	103	4	9	95	4
4	103	3	9	95	3
4	103	4	9	95	4
5	101	3	9	95	3
6	99	5	10	94	3
7	98	4	...	...	...



※ ケアマネジメントの質の向上に向けた先進的取組を行っているとする埼玉県和光市においては、

- ・平均利用回数：月6.8回
- ・最高利用回数：月33回

出所：厚生労働省「介護保険総合データベース(平成28年9月サービス実施、10月審査分)」

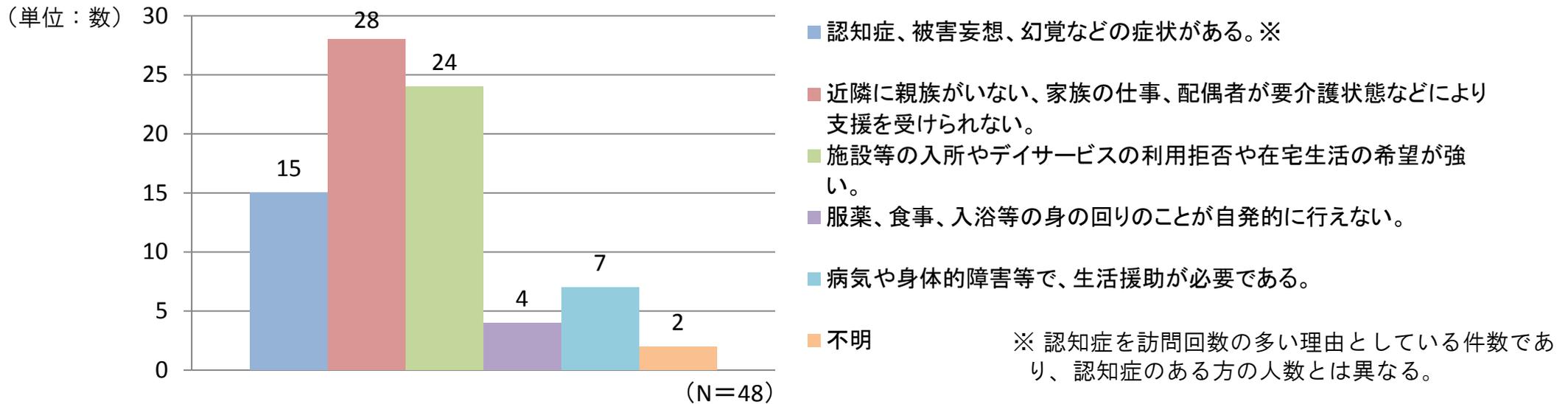
## 【改革の方向性】(案)

- 保険者機能の強化に向けた取組の一環として、例えば、一定の回数を超える生活援助サービスを行う場合には、多職種が参加する地域ケア会議等におけるケアプランの検証を要件とするなど、制度趣旨に沿った適切な利用の徹底を図るべき。
- また、一定の間隔を空ければ1日に複数回所定の報酬を算定可能な現行の報酬体系は、必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題を抱えていることから、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とのバランスも踏まえ、例えば、1日に算定可能な報酬の上限設定など、「身体介護」も含めて訪問介護の報酬の在り方を見直すべき。

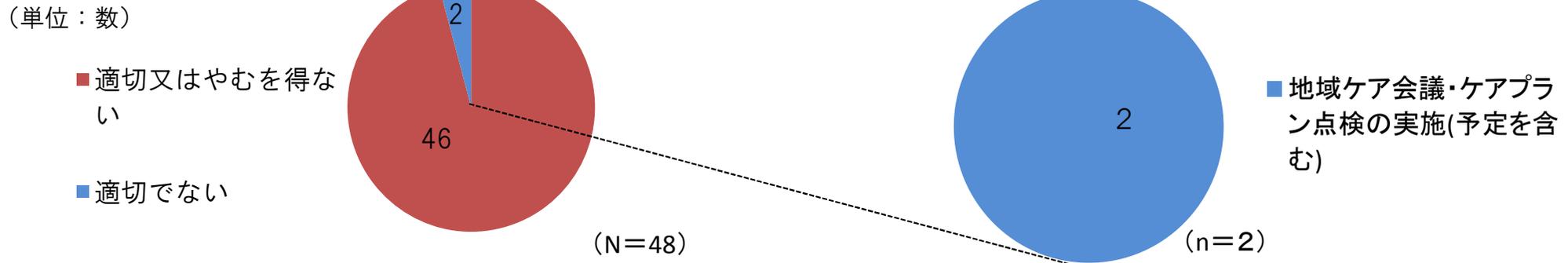
# 訪問回数の多い利用者への対応（自治体調査結果）

- 生活援助中心型サービスの利用回数（所要時間20分以上45分未満、45分以上のサービスの合計回数）が、合計90回以上の被保険者のいる保険者に対し、具体的な利用状況とサービスの必要性の検証の有無について、調査を実施した。
- 保険者の意見として、適切なサービス利用であると回答されたものが46件であり、適切ではないと回答されたものが2件であった。

## 【訪問回数の多い理由】（複数回答）



## 【適切なサービス利用であるか（保険者の観点から）】

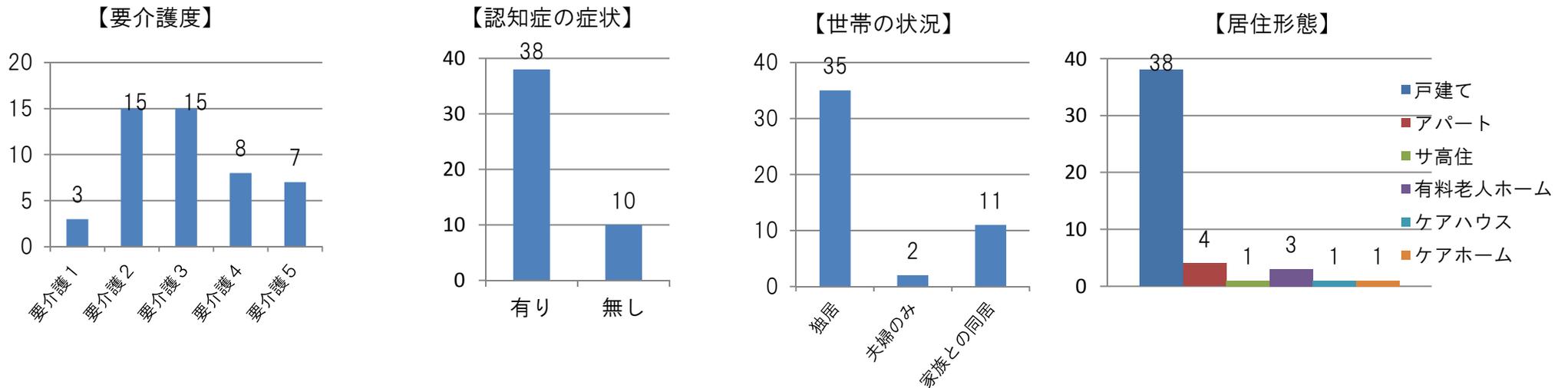


※ 92保険者（119件）中41保険者からの回答（48件）をもとに老健局振興課において整理したもの（平成28年9月サービス実施、10月審査分）。〔平成29年11月13日時点〕

# 訪問回数の多い利用者への対応（自治体調査結果）

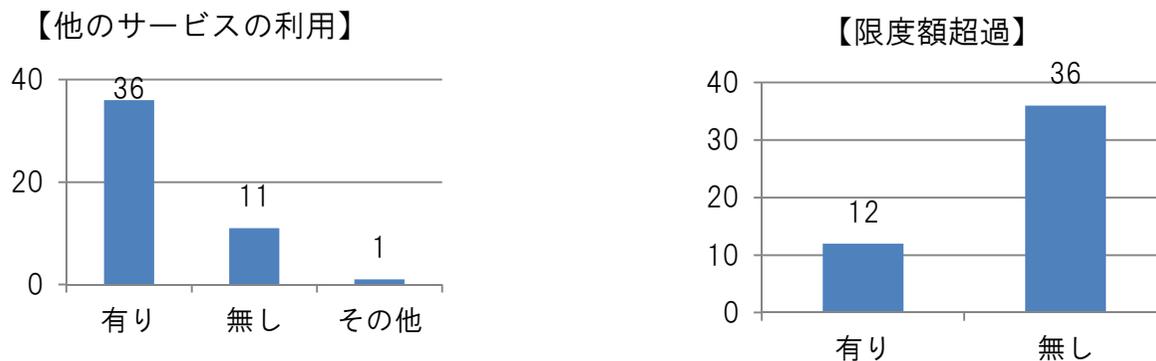
## ○ 利用者の状態等

・ 認知症の症状のある利用者は約8割、独居、戸建ての割合は約8割であった。



## ○ サービス利用状況

・ 他のサービスと併用している利用者は7割強、限度額を超過している利用者は約2割であった。



## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必 要とする理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に 係る地域ケア 会議等による 検証の有無
要介護4 有（認知症日常 生活自立度： Ⅲb）  賃貸アパート 独居	無  福祉用具貸与 隣接市在住の家族が夜間 様子を見に来る。（各種手 続き・金銭管理含む）	施設入所をすすめるが、本 人・家族が拒否。通所サービ スも本人拒否。介護度が高く、独 居かつ認知症・精神症状もあり、 毎日の見守りや全面的な生活 支援が必要なため。	訪問介護：食事の確保・配膳・下膳・ 食事作り・服薬介助・見守り・管理・買 い物・掃除・自宅内の物を適切な場所 へ戻す・入浴のための準備・洗身動作 の補助	本人、独居かつ徘徊・振戦があり、 食べこぼしが多く、毎食後それら を拾い掃除する。また、食事形状も調 整しないと食べないため毎食、調 理している。これらの一連の流れか ら、朝・昼・夕と毎回45分以上の生 活援助が必要である。	2年前に 地域包括支 援センター を入れた地 域ケア会議 を実施した。
要介護3 有（認知症日常生 活自立度：Ⅳ）  持ち家 独居	無  通所介護 家族が2週間に1回様子 を見に来る。（契約・手続き・ 金銭管理含む）、たまに隣 人からの声かけあり。	家族が何とかヘルパーを利用 しながら、本人が住み慣れた 家で、暮らす方が本人にとって 望ましいと思われており、在宅 生活をされている。しかし、独 居であり家族の支援が望めない こと、本人の不安が高いこと、 認知症の症状、失禁等もあり1 日に複数回のサービス提供が 必要である。	訪問介護：調理・掃除・買い物・送り出 し・火元確認・整理整頓・買い物同行・ 排泄・着脱・服薬・水分補給等の介助 や見守り	家族と本人の在宅生活の意向、 徘徊はなく穏やかであり、独居で あるがヘルパー利用により在宅生 活が十分に望めると考えたため。	無
要介護3 有 認知症日常生活 自立度：Ⅲa 持ち家 独居	無（ただし、福祉用具の貸 与の希望があるが、限度額 超過になるため、すでに自 己負担で購入済みとのこと）  居宅療養管理指導、訪問 看護、地域密着型通所介 護、配食（宅配サービス）、 家族（土曜日のみ）、住宅 改修（手すり設置済み）	在宅生活の希望が強く、入院 等の際もせん妄があったりと、 認知症の症状もある。通所 サービスを検討して導入してい るが、本人の拒否もあるため、 サービス利用につながらないこ とが多い。	状態観察、食事の準備、服薬準備・確 認、更衣の声かけ、見守り、排泄見守 り、ゴミだし、入浴介助（準備、声かけ、 入浴した場合は見守り、一部介助）、浴 室・居室等の掃除、洗濯の支援、排泄 の後片付け、清拭、更衣介助（清拭、 更衣介助した場合は身体を算定）、手 すりを使えるように見守る	認知症で食事摂取について心配 あり。（準備が自身で出来ないこと、 摂取についての認識が薄れている こと等から、見守りが必要。）また、 失禁等の心配もあり、支援者であ る家族も遠方で、被保険者の支援 は週末日帰りでの支援しか見込め ない。通所や入所は本人の拒否や せん妄等で対応が難しいため、現 状の判断では適当といわざるを得 ないとする。	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過  他サービスの利用 の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る地域ケア会議等による検証の有無
要介護4 無  公営団地 独居	無  福祉用具(車いす、 付属品)の貸与	自己作成でケアマネ不在のため確認できません。	生活援助	自己作成のためサービス担当者会議が開かれておらず、判断ができません。	無
要介護3 無(食事以外のADLは介助を要す。)  サ高住 家族(要介護1)	無  介護保険サービスのみ	在宅生活の希望はあるが、家族は入院中であり、生活全般において支援が必要である。近隣に家族が居るが仕事があり、協力が困難であるため、一日複数回のサービス提供が必要である。	訪問介護	本人の心身状態、家庭の環境等から判断して適切と判断する。	無
要介護2 有(認知症日常生活自立度:Ⅲa、主治医意見書:Ⅲb)  持ち家一軒家 独居(家族が市外に在住)	無(H28.5にあった)  当時、通院乗降介助(介護タクシー)を計画していたが通院拒否がありサービスを停止している。	認知症と精神疾患があり、見守りと支援が必要と考える。家族の支援も得られておらず、施設への入所は本人が頑なに拒否をしている状況である。	調理・配膳・下膳本人の好みに応じ献立を立て食欲増進に努める。 水分摂取への声かけ、加湿器の使用について管理し、湿度の高い時は使用を中止するよう働きかける。 入浴への声かけを行い、場合によっては介助により安全な入浴が実施できるよう支援する。 トイレの清掃、トイレまでの動線の整理整頓、可能な範囲で本人と一緒に布団周辺の整理整頓が行えるように働きかける。 活動への声かけを行い、布団干しの機会を設ける。	まだ改善の余地があるが妥当だと考える。 認知症と精神疾患という両方の病状があり通所系は難しく、本人の生活を考慮し生活の安定性を持続させるためにはある程度適切だと考える。	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必 要とする理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係 る地域ケア会 議等による検 証の有無
要介護4 有(認知症日常 生活自立度: I (平成27年8月 時点)、Ⅲa(平 成29年5月時 点)  持ち家 同居家族あり	無  家政婦(月～日:夜間) 19: 00～翌8:00、夜間のトイレ介 助等。	家族が同居しているが、腰痛も あり見守るのみで介護できない。 疾病による恒常的な痛みがあ りADLは全介助。その痛みや 認知症の進行による介護拒否 なども見られる。生活の全般に ついて援助が必要。	生活援助(掃除、 ベッドメイク、水分・ おやつ準備、食事の 準備～提供～後片 付け、服薬準備、移 動見守り、トイレ介 助)	本人の状態及び家族の状況からサービスが必要で あるとケアマネジャーは主張している。 市としても頻回の訪問が必要な状態であるとは考え る。	未実施
要介護2 有(認知症日常 生活自立度: II b、障害高齢者 自立度: A2)  持ち家 独居	無  有(「家事代行サービス(介 護保険外)」を週2回利用して いる。)	要介護認定前から、本人家事 能力が低く同居の家族に頼り 切りになる面があった。同居家 族の死亡により独居となっており 全面的な支援が必要。近隣 に介護可能な支援者もない。 現在の要介護度、本人の在宅 生活の意向が強いことを勘案 すると一日複数回のサービス 提供を受けることが在宅で生活 する上で必要であると考え。	3回/日の生活援助	現段階においては不適切なサービス利用であると までは言えないと考える。 要介護認定前から、本人家事能力が低く同居の家 族に頼り切りになる面があったこと、同居家族の死亡 により独居となっており全面的な支援が必要なこと、 近隣に介護可能な支援者もないこと、現在の要介 護度、本人の在宅生活の意向が強いことを勘案する と不適切であるとまでは言えないと考える。	無
要介護3 有  持ち家 独居	無  福祉用具貸与(車いす・車い す付属品・特殊寝台・特殊寝 台付属品・褥瘡予防用具)	本人は在宅希望しているが、 身の回りのことが自分でできな いため、支援が必要。家族はい るものの、支援は期待できない ため。	3食分の調理・食 器洗い・洗濯・掃除・ 服薬の促し・全身清 拭・ポータブルトイレ の処理	適切なサービス利用とは考えていない。	有(ケアプラ ン点検実施 予定)

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必 要とする理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係 る地域ケア会 議等による検 証の有無
要介護2 有（認知症日 常生活自立度： Ⅱ b）  住宅型有料老 人ホーム 独居	無  有料老人ホームのサービス	認知症の影響から、何をす るにも指示を要する状態。歩行状 態も悪く、歩行器を使用し ての歩行すらままならない。そのた め、生活するうえでのあらゆる 動作について介助を要している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室・リビング間の歩行見守りと声掛 け介助</li> <li>・歩行観察</li> <li>・洗髪・洗身介助</li> <li>・浴槽出入り、浴室での移動動作介助</li> <li>・衣服着脱必要時介助</li> <li>・皮膚状況観察</li> <li>・入浴できないときは清拭実施</li> <li>・定期的な排せつ介助</li> <li>・ポータブルトイレ移動時の見守り・介 助</li> <li>・汚染時の清掃</li> <li>・排泄物の破棄</li> <li>・失禁時おむつ・衣服交換</li> </ul>	現在の生活状況ではやむを得な いものと思われるが、居宅生活を 送ることができる限界を超えている と感じる。 早急に介護保険施設への入所を 検討すべきと考える。	無
要介護2 無  持ち家 独居	無  福祉用具貸与(歩行器) 通院は知人の付き添い援助 あり(時々)	疾病が原因の全身の痛みによ り入退院を繰り返している。 痛みや麻痺、首・腰姿勢異常が ADLの妨げとなっており、全 面的な支援が必要。 また独居であり、支援者もい ないため、一日複数回のサー ビス提供が必要である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護</li> </ul>	痛みや麻痺等により、身体保持が 困難なため、通所系の利用は難しく、 在宅での全面的な援助が必要であ り、さらに独居であるため、一日複 数回の援助は必須と考える。 なお、定期巡回随時対応型訪問 介護看護のサービスがより適して いると考える。	無
要介護5 有  一戸建て 独居	無  不明	一人暮らしかつ寝たきりであり、 ヘルパーが介護を行っている。 (認定関係資料から)	不明。ただ、食事介助等生活全般と考 えられる。	一人暮らしであるため、不適切とは 断定できないと考える。	不明

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする 理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に 係る地域ケア 会議等による 検証の有無
要介護5 有（認知症日 常生活自立度： IV）  有料老人ホーム 独居	無  ・住宅サービス：体調確認 (毎日)、排せつ介助(毎日)、 入浴介助(木曜日)、ベッドの 移乗介助(毎日)、体操・レク 参加への支援。 ・往診医：往診(随時)。 ・福祉用具貸与：特殊寝台貸 与、特殊寝台付属品貸与、 床ずれ防止用具貸与、車椅子 の貸与。	意思を反映させて自ら体を動かすこと が困難であり、日常生活全般において 介助が必要である。また、家族も高齢の ため、積極的な協力が望めず、サービス 提供が必要である。 そのため、毎日、生活のすべて(食事・ 排泄等)において訪問介護等の支援が 必要である。	排泄介助、就寝介助、起床 介助	日常生活全般において全面的に介 助が必要である。 (寝たきりで全介助である。)	無
要介護5 有（認知症日 常生活自立度： IV）  借り家 独居	無  介護：居宅療養管理指導、福 祉用具貸与、訪問介護(身体 ) その他：訪問マッサージ 家族：安否確認、見守り、服 薬確認、通院介助	在宅生活の希望が強いが、介護度が 高く、認知症もあるため、全面的な生活 援助が必要。同市内の家族は高齢や仕 事があり十分な支援が困難であり、一日 複数回のサービス提供が必要である。	調理、配膳、後片付け、買 い物、洗濯、掃除、ベッドメイ ク、排泄等声掛け、見守り、 薬の受取り、	やむを得ない状況の中での適切な 利用であると考ええる。 生活全般に介護が必要な状態、生 活援助を行う際、動作介護は行って いるが手を添える程度の若干な援助 である。なお身体介護(シャワー浴・ 清拭等)も別時間帯に毎日利用。	無
要介護5 無  持ち家 同居家族有(別 棟で生活) 要介護・要支援 者は無し	無  居宅療養管理指導、訪問看 護(医療)、保険外で買い物 や手続き等のサービスを利用	寝たきりの状態。食事の準備や家事全 般のサービス提供が必要となり生活援 助を行っている。	訪問時の状態の把握、気 分の確認、食事の準備、配 膳、座位保持の確認及び介 助、食後の歯磨きや清拭用タ オルの準備及び介助、清拭 の介助、買い物、ゴミ出しの 分別、水分の準備、洗濯掃 除などの家事支援	適切なサービスであると考ええる。 同居家族がいるが、病気により介護 することが困難であり、寝たきりの方 の在宅生活を支えるためには必要で ある。	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係 る地域ケア会 議等による検 証の有無
要介護3 有  持ち家 独居	無  福祉用具貸与・特殊寝台、 特殊寝台付属品	<p>本人は自宅での生活を希望しているが、独居に加え、軽度の認知症があり、さらに体力の低下・腰痛・両膝痛などによりベッド上で過ごすことが多くなっている。また、以前、転倒したことによる恐怖心から、家事を本人が行うことは困難な状況である。</p> <p>市内に住む家族は、本人の機嫌をみながら、朝晩、本人宅の戸締りや週1回の買い物の支援を行っているが、本人は年々こだわりが強くなってきており、家族も含め、他者を拒む状態である。</p> <p>配食サービスなどの利用も検討したが、疾病により見送らざるを得ず、また、通所介護については、本人の性格から、利用につながっていない。</p> <p>以上のことから、本人の希望する生活を実現するためには、一日複数回のサービス提供が必要である。</p>	安否確認、調理、配下 膳、掃除、洗濯、ポータブ ルトイレの後始末	<p>現在のサービス回数は、平成27年の冬に本人が体調を崩した時期から始まっている。当時は、冬場だけの短期間での提供を計画していたが、その後も体調が戻らず、こだわりも強くなってきていることから、サービスの見直しが難しい状態となってしまう。</p> <p>また、主治医から、体調管理の面から、排泄した便の観察、摂取する食事の量などのコントロールが必要であるとの意見が出されている。</p> <p>今後も自宅での生活を継続していくためには、現在のサービスを継続していく必要があると考えるため、概ね適切であるとする。</p>	無
要介護2 有  持ち家 独居	有  訪問看護 居宅療養管理指導 福祉用具貸与(特殊寝台、 スロープ、手すり、杖、歩行 器)、往診、外回りの掃除 (自費サービス)、希望日に 入浴・シャワー浴の見守り (自費サービス)、訪問リハビ リマッサージ、本人のできな いことの日常支援(家族・友 人・自費サービス)、緊急通 報サービス(公的サービス)	<p>本人、家族ともに住み慣れた自宅での在宅生活を継続したいという希望がある。持病による息切れや膝の痛みにより、日常の動作を思うように行うことができないが、キーパーソンである家族(市内・別住所)は就労しており、休日以外の支援は望めないため、一日複数回のサービス提供が必要である。</p> <p>また、生活援助を入れたことで、食事の意欲や精神面の改善(以前は泣くことが多かった)が図られた。</p> <p>(生活援助の内容は毎食の調理。週1回の買い物。週2回の掃除)</p>	生活全般支援(掃除、洗濯、 買い物、ゴミ出し、調理)	<p>本来は入所が必要な状態で、主治医から病状に合わせた食事の管理が必要との指示がある。入院の度に身体機能が低下し、その都度プランの見直しを行い、適切なアセスメントにて利用回数を増やしている。</p> <p>上記推移を鑑みると、在宅生活を続けるためには必要なサービスの導入であり、適切なサービス利用であると考えている。</p>	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする 理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る 地域ケア会議等 による検証の有 無
要介護2 有  有料老人ホーム 独居	無  福祉用具貸与、居宅療養管理 指導	歩行時のふらつきの他、口腔ケア、整髪、 尿意、時間管理などの日常的な行為にも、見 守り、動作ご確認が必要であり、一日に複数 回のサービス提供が必要である。	内服時の見守り、介 助、内服確認、居室内 清掃、モーニングケア、 就寝介助、排泄、入浴 時の見守り介助	給付適正化システムによる抽 出、ケアマネへ書面での聞き取り を行い、その正当性について確 認できたため適切と考える。	無
要介護4 有  持ち家 独居	無  無	当初からデイサービス・入院・施設への入 所を拒否しており、親族の希望もあり独居を 継続している。(本人意思尊重)  夜は、近所に迷惑をかけることもあったため 就寝準備も必要となった。身体状況も悪化し、 全面的な生活支援が必要。近隣に家族はい るが、高齢のため、訪問介護による一日複数 回のサービス提供が必要である。	夜間訪問、生活全般(調 理、掃除、買物、内服支 援、着脱、洗濯等)、清拭、 足浴、シーツ交換、衣類 交換、内服、点眼の支援	適切なサービス利用である。 独居な上、認知症もあり、本人の 施設入所等の拒否があるため、 生活全般の支援が必要である。 夜のサービス提供(利用)も含め 4回の訪問により支援を行う。	無
要介護2 有(認知症日常生活 自立度ⅢA)  賃貸 同居	無  無	夫婦ともに要介護者であり、本来であれば、 家事担当である本人の鬱状態の揺れが激し く、食事の支度などもできず、起き上がれな いことも多い。	買い物代行、掃除、 調理、洗濯	サービス回数については、 朝昼晩の3回。夫婦2人の在 宅生活を支えるため、必要。	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る 地域ケア会議等 による検証の有無
要介護2 有(認知症日常生活自立度Ⅲa)  持ち家 独居	有  障害福祉サービス(自立支援給付:家事援助)	本人は独居で視覚と聴覚に障害があり、ヘルパーとのコミュニケーションに時間がかかる。1人での外出、掃除、調理や買い物等はずヘルパーの支援を受けており、全面的な生活支援が必要。近隣に支援者もないため、一日複数回のサービス提供が必要である。	食事・掃除・洗濯(干すのは本人)・買い物・ゴミ捨て等	本人の心身の状態等及び地域ケア会議の検討状況を踏まえ、やむを得ないサービス利用であるとする。	地域ケア会議において、本人の心身の状態等を踏まえサービス利用について検討している。将来は施設入所できるように準備を進めていくが、本人が急激な状況の変化で混乱しないように、しばらくは在宅で過ごせるようにするとのこと。
要介護5 有(認知症日常生活自立度Ⅳ)  持ち家 独居	有  福祉用具貸与(特殊寝台・付属品)、買い物(有料サービス)、他市在住の家族が入浴、掃除等で月5～6回来ている。	認知能力の低下が顕著であり、日常生活すべてに支援が必要。キーパーソンである他市在住の家族もできる限りの支援はしているが、日常的な支援は望めないため、本人、家族が希望する在宅生活を維持するためには、一日複数回のサービス提供が必要である。 なお、月に数回市外在住の家族が来て入浴介助や自宅内掃除を行う日は事前に調整を行い、サービスに入っていない。(生活援助の内容は、認知症で作り置きができないため、毎食の調理。また、尿失禁があるため、前述訪問時に汚物の掃除を併せて行っている。)	バイタルチェック・服薬確認、掃除・洗濯・ゴミだし調理・配膳・後片付け、起床・就寝の誘導、排泄介助、定期受診・通院介助、薬のセット	尿失禁が常時あり、リハビリパンツ等も使うが、動きがあるため、限度額外で掃除、洗濯、排泄介助が入っている。本来施設入所が妥当だが、家族の希望も強く、保険外サービス、家族援助も受けながら在宅生活を送っている。以上の状況を鑑みると、サービス過多とはいえ、適切なサービス利用であると考えている。	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る 地域ケア会議 等による検証 の有無
要介護5 無  持ち家 同居家族有	無  福祉用具貸与、居宅療養管理指導(医療、歯科衛生士)、医療保険にて訪問看護、利用はないがガイドヘルパーも登録	在宅生活の希望が強いが、疾病により、歩行困難、全面的な生活支援が必要。家族も要介護状態であり、支援者も近隣にはいないため、一日複数回のサービス提供が必要である。	食事準備(配膳、下膳などを含む)3回/日 掃除、洗濯など生活に必要な家事 排せつ後の後始末	自分でできることは時間がかかっても自分で行っている(買い物、排せつ(排せつ後の後始末除く))在宅生活を維持するために現在の生活援助は不可欠のものと考えているため、適切な利用であると考えている。	無
要介護3 有(認知症日常生活自立度Ⅱa)  持ち家 同居家族有	有(91単位超過)  訪問入浴、訪問看護、福祉用具貸与、通院等乗降介助、別居家族による通院の際の院内介助	入退院を繰り返す中で、ベッド上の生活となり、日常生活全般に介助が必要な状態となるが、本人は在宅生活を強く望む。主介護者は同居家族であったが、病状の悪化等から老健へ入所し、介護者不在の状況のため、一日複数回のサービスの提供が必要となる。	環境整備、洗面のおしぼり等の準備、調理、食事の配膳・片付け、ポータブルトイレ・居室等の掃除、ベッドメイク、洗濯、日用品等の買い物	状態の悪化と同居家族の入所が重なり、自宅での生活継続のためには、サービスが必要であり、同居家族の入所により一時的に増えたサービスであることを考えると、適切であると判断する。	無
要介護1 有(認知症度Ⅱb)  賃貸 同居家族有	有  無	同居家族がいるが、認知症があり要介護2の認定を受け、生活支援が必要。家族が市内にいるが、仕事や病気がちである為、朝夜の安否確認、病院の送迎、緊急時の関わりしかできない状況。在宅生活の希望が強いため、一日複数回のサービス提供が必要となっている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調理・掃除・洗濯等の家事支援全般</li> <li>・日用品の買い物代行・お米の補充</li> <li>・服薬確認</li> <li>・受診介助及び治療方針の支援</li> <li>・薬の仕分け及び管理</li> </ul>	適切なサービス利用であると考えている。家族との関係性にも問題があり、積極的な支援が受けられない状態であり、要介護・高齢夫婦世帯の在宅生活を安定させるために生活支援は必要である。	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする 理由	サービス内容 (生活援助中心 型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る 地域ケア会議等による 検証の有無
要介護3 有(認知症日常生活 自立度Ⅱb)  自宅 独居	無  ・訪問入浴 ・福祉用具貸与(車いす、特殊寝 台、床ずれ防止用具)	認知症あり。夜間等に徘徊があり、以前は 家族が見守りに行っていたが、家族が重篤 な病気となり、見守りに行けなくなった。本人 は可能な限り在宅生活を希望している。デイ 等も否定的で、現況、近隣に支援者がおらず 食事や掃除等の全面的な生活援助が必要 で、夜間訪問をすると本人も落ち着き、一日 3回のサービス提供が必要である。	訪問介護(生活 援助)	利用者の状態像より、やむを得 ないサービス利用と考えている。	無
要介護度2 有(認知症日常生活 自立度Ⅱb)  持ち家 2人世帯(家族は要介 護5)	無	デイに一度行ったが、利用を拒否。配食 サービスも食事が合わず拒否。家族は要介 護5で、本人は理解力の低下や判断力の低 下が見られ、身の回りのことが出来ず、一日 3回のサービス提供が必要である。	生活援助	利用者の状態像より、現況、や むを得ないサービス利用と考え ている。	無
要介護度2 有(認知症日常生活 自立度Ⅱa)  一戸建て 独居	有  福祉用具貸与、通所介護 その他、配食サービス、訪問看護(医 療保険)、訪問リハビリテーション(医 療保険)利用あり	サービス計画書を保険者で保有していない ため不明	サービス計画書を 保険者で保有してい ないため不明	適切なサービス利用であると考え ている。 なお、当該ケースは、小規模多 機能型居宅介護の利用がふさわ しいものとするが、現状では事 業所数が十分に確保できていな い等の問題があり、移行は困難 な状況にある。	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする 理由	サービス内容 (生活援助中心 型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る 地域ケア会議等に よる検証の有無
要介護3 有(認知症日常生活 自立度Ⅱa)  持ち家 独居	無 (計画率89.42%)  無	在宅生活で介護度が高く、認知症もあるため、全面的な生活支援が必要であり、近隣に親族など支援者もいないため、一日複数回のサービス提供が必要である。	生活援助中心(30 分以上1時間未満) 月30回	生活援助が中心のサービス利用であり、本人の生活機能を生かし在宅生活を継続するため必要なサービスであるようだが、今後ケアプランチェックが必要である。	無
要介護4 無  持ち家 独居	有(416円超)  介護保険で車いす。特殊寝台のレンタル。訪問看護も利用しています。	近隣市町村に家族がいるが、介護の協力は得られず、施設への入所も検討したが、本人の在宅生活への希望がとて強い。高齢で車いすの生活であるため、1日3食の食事介助が必要。その他の家事も全面的な生活支援が必要である。	調理、配膳、片付け、室内・トイレ及び台所の掃除、洗濯、シーツ交換を行い、身の回りの環境を整える。	適切である。生活援助サービスの他に介護支援者はおらず、以前デイサービスやリハビリも利用したが、本人が自分のペースを変えたくないため、通うのを拒否してしまったため、生活援助を利用することで、在宅生活が継続できる。	無
要介護3 有(認定調査:自立、 主治医意見書:Ⅰ)  持ち家 同居家族:有(同一世帯の 他の要介護・要支援者:有(要 介護5))	無  訪問看護:週1回 福祉用具貸与あり	寝たきりの家族(要介護5)と二人暮らし。在宅生活の希望があり、身体状況から家事全般についての援助が必要。 市内に家族がいるが、週末にしか来れないため、一日複数回のサービス提供がないと生活が成り立たない。	買い物・食材準備、調理、食事配膳・片付け、ゴミ捨て(月・木の朝)、室内換気、居住・寝室・台所掃除、トイレ掃除、洗濯物を干す、ポータブルトイレ掃除、ベッドメーカー	本人の身体状況・生活実態に対し、適切にサービスを提供していると考えられる。	検討有、必要と判断。

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る 地域ケア会議等による 検証の有無
要介護2 有  持ち家 独居	無  高齢者配食サービス事業(栄養改善が必要と認められる65歳以上の在宅の単身高齢者等に対し、栄養バランスのとれた食事を提供するサービス)を利用中	<p>ご本人の在宅生活の希望が強い。認知症であり、自分で飲食、買い物等生活面の管理ができず、全面的な生活支援が必要である。飲食の管理ができないため、特に夏場は脱水症状をおこしやすく、自分ではこれに対処することができず、そのため体調を悪くすることもある(年に数回)。</p> <p>1日に複数回、訪問介護で入り、ご本人が食事を取っているかなど管理その他生活面での援助をする必要がある。その他、ご本人が自発的に入浴することができないため、入浴を促すなど声掛けをしたりしているが、困難な状況である。身体介護が必要な場面もあるが、ご本人の意思(拒否)が強いいため、ご本人の受入れができる場合のみ、清拭等が行える状況である。</p> <p>ご本人は独居であり、家族は近くに住んでおらず、親族等から支援を受けるのは難しい状況にある。</p>	生活援助	ご本人が左記に記載のとおり の状態であり、認知症状の深い 独居の方が地域で(自分の家) で生活していくために、必要で ある。	無
要介護2 無  持ち家 独居	無  福祉用具貸与(歩行器・手すり)	<p>&lt;ケアマネジャーより&gt; 疾病により食事療養中で、視力低下もある。毎食の調理配食片付け等の家事等が必要な中で在宅療養生活を過ごしている。 近所には生活を支援する家族はおらず、遠方にてそれぞれの仕事、家庭があり同居などの支援が困難である。 毎日の生活を支援する事を優先して訪問介護を導入した。家事援助、身の回りの支援や生活環境の整理整頓など生活援助が毎日、必要である。</p>	<p>&lt;ケアマネジャーより&gt; ・食事の確保(買い物・調理 配膳)、洗濯、掃除 ・居室の整理整頓 視力低下があるので足元の整理整頓を常に行う。 ・療養食の調理(生野菜 禁 治療食 柔らかく味付けなど) 本人の拘りの調理があるので意見を聞いて調理する ・生活行動の誘導 見守り ・食事の配膳かたづけ ・内服確認、声かけ</p>	<p>&lt;保険者コメント&gt; 保険者としては、サービスに偏りがあることが気になります。 また、病状管理等の支援が必要であれば、訪問看護が入る余地があったのではないかと考えます。</p> <p>&lt;ケアマネジャーより&gt; これまで何度も入院や、視力低下による足元の不注意で転倒を繰り返している。入退院の度に、病状の憎悪で生命の危険のリスクが高い為、家族は安全な見守りで緊急に備えられる施設入所を希望するが、本人が住み慣れた自宅で自分らしく余生を暮らしたいと強く希望され自己決定の意思もあり、本人の基本的尊厳を尊重して訪問介護を有効に活用した生活支援を導入している。 本人の意向に沿い、病状管理と身の回りの生活援助で本人の状態が安定し、在宅生活が維持できる適切な支援と考えます。</p>	<p>&lt;保険者コメント&gt; 地域包括支援センターへ確認したところ、地域ケア会議に諮っていない。</p>

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る 地域ケア会議等による 検証の有無
要介護3 無  持ち家 家族(要介護2)と二人暮らし。	無  宅配弁当を注文。家族・近隣の支援なし。	夫婦とも要介護状態であり、本人・妻とも家事を行うことができない。施設等への入所は希望されず、在宅生活継続の希望が強い。食事量が少なく、きざみ食での対応が必要なことより、調理の支援が必要。そのため、調理の支援として1日3回支援している。	調理、家事全般	適切なサービスであると考えている。 食事の確保が必要だが、本人・妻ともに調理が困難。宅配食は利用しているものの、形状をきざみ食にする対応が必要であり、調理の支援は必要だと考えている。在宅生活の継続に際して、夫婦とも家事が困難な状態にあり、家事支援も必要。本ケースについては、随時カンファレンスを行っており、小規模多機能型居宅介護等の利用も検討している。	無
要介護1 有  持ち家 同居家族有	有  利用なし。家族・近隣の支援なし。	同居家族も要介護状態、障がいのため調理が困難であり、朝昼夕の調理支援が必要。	調理(8:30、12:00、17:00)、掃除、洗濯、通院等乗降介助(必要時)。意味の通じない言動や転倒のリスクがあり、生活支援に入った際に見守りや声かけも合わせて行っていた。	適切なサービスであると考えている。同居家族や近隣の支援が難しく、同居家族も調理が難しく食事の確保が困難な状況であった。	無
要介護3 無(物事の理解力の不十分さはあり、何度も説明が必要。同じ話題の繰り返しあり。お金の場所を忘れ、探す事が多くなった。  持ち家 独居	無  家族の協力(買物、金銭等)と必要時に保険外サービスで調整。近隣の見守り。	在宅生活の意向は強く望んでいる。家族の協力もあるが、全面的には難しいため、複数回の生活援助と身体介護の支援へのサービス提供は必要な状況。	服薬声かけ確認、家事援助(調整、配膳、片づけ、洗濯、トイレ処理、掃除)	協力可能な支援を受けながら、現在のサービス利用で在宅生活が維持されている。本人、キーパソンの方とその都度支援内容の確認は行っている。	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする 理由	サービス内容 （生活援助中心型）	適切なサービス利用であるか （保険者の観点）	当該事例に係る 地域ケア会議等による 検証の有無
要介護4 有（認知症日常生活 自立度Ⅲa）  持ち家 独居	無  福祉用具貸与1品目（手すり） 住宅改修あり	在宅生活の希望が強いが、介護度が高く、 認知症もあるため、全面的な生活支援が必要。 近隣に支援者もいないため、一日複数回の サービス提供が必要である。	調理配膳、買物、洗濯、 掃除、ゴミ出し、入浴時 の安全確認	適切である。 現在、独居で高齢であり本人 は集団での生活になじめず在宅 生活を継続するしか方法がない。 調理・服薬の確認には毎日の支 援が必要である。	無
要介護3 認知症日常生活自立 度Ⅱa  持ち家 独居	有（116%超）  訪問看護（週2） 居宅療養管理指導 （医師・歯科医師・薬剤師） 福祉用具貸与 （バット・付属品・手すり）	ADLは居室内移動のみ何とか可能な程度。 生活上必要な家事は一切行うことはできず、 キーパーソンも県外在住の親族であり、日常 生活上の支援は見込めない。疾病が原因で 頻繁な病状観察と服薬管理について主治医 から指示を受けている。 また、支援者としては転倒リスクの高さや認 知面の低下から施設入所レベルとの判断をし ていたが、本人の在宅生活へのこだわりが強 く、時間をかけて入所に向けての支援を進め るのと並行して日常生活上必要な介護を実 施していた。	買物、調理、配下膳、 服薬確認、掃除、洗濯、 振込	施設入所の対応だけでなく、定期 巡回・随時対応型訪問介護看 護等のサービスの調整や提案も 行ったが、事業所から体制的に 対応困難との返答あったことや、 本人家族も消極的な反応であつ たため、状況をみながら調整を 続けていく予定であった。 当該ケースは施設入所に向け た支援の途中段階であり、並行 して必要な支援を実施すること は充分想定できるものと思われ る。	無
要介護1 認知症日常生活自立 度Ⅱa  ケアハウス 独居	有  訪問介護（身体介護）入浴、モー ニングケア（朝のトイレや声かけ 等）	被害妄想が強く、部屋から出られない状況 のため、一日複数回のサービスを使って日常 生活の支援を行っている。	食事（配膳、下膳）掃除 洗濯	現在の状況では必要なサービ スではあるが、施設入所のほう が適当であると考え、現在入所 の申込みをしている。	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする 理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る 地域ケア会議等によ る検証の有無
要介護4 有(認知症日常生活 自立度Ⅱb ※認定調 査結果)  戸建て 独居	無  福祉用具貸与、認知症対応型通所介 護、訪問介護	認知症有り。独居であり近隣の支援もない ため全面的な支援が必要。本人は施設入所 は頑なに拒否している。	起床介助、モーニ ングケア、就寝介助、 オムツ交換、排泄介 助 1日合計8回、清 拭、3食・間食の準 備、食事の見守り、 服薬管理 1日4回、 掃除、洗濯、買い物、 通院介助	本人が施設入所を頑なに拒否 し、全面的な支援が必要なケー スであり、やむを得ないケースで ある。	無
要介護5 有(認知症日常生活 自立度Ⅲa ※認定調 査結果)  戸建て 同居家族有	無  居宅療養管理指導、福祉用具貸与、 通所介護、訪問介護	同居である家族は8時から20時まで仕事 があり、昼間独居。家族や近隣からの支援は なく、認知症があり、不穏状態になることもあ り、介護拒否や服薬拒否があるため介護に 時間がかかる。1日複数回のサービス提供 が必要。	3食・間食の準備、 食事介助、服薬管理 1日4回、掃除、洗濯、 買い物	家族からの支援がなく、かつ、 家族が施設入所を頑なに拒否し ている。また、介護拒否等がある ので、介護に時間がかかるケー スであり、やむを得ないケースで ある。	無
要介護3 有(認知症日常生活 自立度Ⅱa ※認定調 査結果)  戸建て 独居	無  居宅療養管理指導、福祉用具貸与、 訪問看護、訪問介護	家族は認知症で老人保健施設入所中。独 居。病気のため、主治医からは安静の指示 があり、退院時には療養型病床群への転院 を勧められたが、本人の在宅希望が強く、在 宅となる。独居であり近隣の支援ないため、 全面的な生活支援が必要。	3食、食事介助 服薬管理 1日3回、 掃除、洗濯、買い物、 尿器の処理、見守り	本人が在宅での支援を強く希 望しており、病状が悪化してい たので、集中的に支援が必要で あった。やむを得ないケースで ある。	無

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする 理由	サービス内容 (生活援助中心 型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る 地域ケア会議等による 検証の有無
要介護3 有(軽度で問題行動 はない)  持ち家 独居	無  通所介護:週2回、リハビリや歩行訓練を重点的に行っている。福祉用具(電動ベッド)、在宅診療(月2回)	利用者と家族が在宅での生活を希望しているが、既往歴の関係から伝い歩きも難しい状況になっており、近隣に支援者もいないため、掃除や洗濯、調理などについて、生活援助が必要である。配食サービスの利用も検討したが、利用者が手作りの食事を希望するため、3食分の調理の援助を組み込んでいる。	掃除、洗濯、3食分の調理	利用者と家族が施設ではなく、在宅でこれまで通りの生活を希望しているが、近隣に支援者がいないため、これまでの生活を継続するには適切なサービス利用であると考えている。特に、食事の面で配食サービスではなく、手作りの食事を希望しているため、1日3回の生活援助を組み込む形となっている。	無
要介護3 アルツハイマー型認知症 重度  持ち家 家族(要介護3)と二人暮らし。	無  無	本人は病状の理解がなく、通所介護や施設入所の受け入れがない。家族も要介護状態で家事が困難なため、家事全般の支援を必要とし、一日複数回の生活援助を受けながらなんとか生活できていたため必要。	買い物、調理(セッティング、片付け、内服声かけ含む)、掃除、ゴミ捨て、洗濯、ベッドメイキング、入浴の準備片付け、シーツ交換、その他生活援助中の見守りとして、排泄・入浴の声かけも行っている。	適切なサービスであると考えている。家族が家事の一切を行っていたが困難となり、ご本人も重度なアルツハイマー型認知症であり、新たに家事を覚えることは困難。一日のうち複数回サービスを提供しないと、三食の確保、環境整備、身体の清潔の維持、精神的な不安の解消等ができず、家族への暴言の増加、栄養失調、健康被害、さらなる病状の悪化(夫婦とも)が想定された。二人が在宅にて日常生活を継続していくために必須のサービスだったと考える。	無

# 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする理由	サービス内容 (生活援助中心型)	適切なサービス利用であるか (保険者の観点)	当該事例に係る 地域ケア会議等による 検証の有無
要介護4 有(主治医の意見書では認知症日常生活自立度Ⅲa)  持ち家 独居	有(138%超)  訪問看護、訪問介護(身体) 訪問介護(通院等乗降介助)、福祉用具貸与 家族が週3回(月・水・金)昼食の準備等の支援をしている。都合がつかない場合は、高齢の家族が支援している。 また、夜間や祭日等で介護サービスの提供が難しい場合は、自費で家政婦を頼んでいる。 さらに、配食サービス及び緊急通報システムを利用している。	本人は、危険認識が低く、独りで歩き出そうとして転倒骨折を繰り返している。また、病気のため、週に3回透析に通っているため、疲労感が強く、身の回りのことを行うことが困難な状況である。 そのため、できるだけ在宅生活を続けていきたい本人の希望と、直接的な支援はできないが、家族からの希望もあり、一日に数回の生活援助を提供することで、見守りを強化し、転倒の危険を予防している。	訪問介護(生活援助)	適切なサービス利用であるとは考えていない。 昨年度のケアプラン点検で提出している事例であり、保険者としても点検結果を書面で回答している。 回答内容としては、限度額を超える生活援助が必要な透析患者が、在宅生活を続けていくことは限界ではないかということ、サービスを位置付けてから目標を達成しようとしているケアプランになっているため、見直しが必要という点を助言している。	サービス内容の見直し検討を行うために、ケース会議等の開催が必要であると考えている。 現状では地域包括支援センターに相談している段階であるが、今後は現状のサービス内容及びサービス付高齢者住宅等への入所も含め、話し合いの場が必要である。
要介護2 有(認知症日常生活自立度:主治医意見-IIb(理解力、判断力が低下し日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが多少あるが、誰かが注意して見守れば自立した生活は可能である。)  ケアホーム 独居	無  ・通院等乗降介助 ・介護保険サービス以外の生活援助:なし	認知症から服薬管理ができない、転倒の危険性があるなどを理由として、自宅(他市町村)からケアホームへ転居している。 現在は、主治医から健康管理、服薬管理、感染症予防を指示されており、全面的な生活援助が必要である。家族は遠方で生活しており、生活支援するものはない。 朝昼晩1日3回の健康管理(食事療法)、服薬管理、生活環境の衛生管理など複数回のサービス提供が必要である。	生活全般 (服薬管理、介助、排泄の介助、掃除、洗濯、金銭管理介助、食事準備後の片付け、冷蔵庫の整理、疼痛時に湿布やコルセットによる腰痛の緩和、ゴミ捨て、買い物支援・同行、入れ歯の洗浄、入浴後の洗浄、更衣の見守り、身体の清潔保持部分清拭介助など)	疾病のため、感染症予防と、毎日のバイタルチェックなど健康管理が必要である。 また、服薬管理ができないため、毎食時(3回/日)の支援が必要である。  ただし、主治医と相談して服薬を朝と夜の2回にして生活援助の回数を減らし、身体介護や通所介護を利用するなどの検討は必要であると考えます。	地域ケア会議による検討は、まだ行っていない。

## 訪問回数が多い利用者への対応（自治体調査結果）

要介護度・ 認知症の有無  住居形態 独居・同居	限度額超過の有無  他サービスの利用の有無	訪問回数が多い生活援助を必要とする 理由	サービス内容 （生活援助中心型）	適切なサービス利用であるか （保険者の観点）	当該事例に係る 地域ケア会議等による 検証の有無
要介護2 無  アパート 独居	無  障害福祉サービス（同行援護）	疾病により殆ど視力が失われているため、 日に3回ヘルパーが介助している。	（訪問介護）買い物 代行、調理、買い物 介助、掃除、洗濯、 書類の整理、服薬確 認	著しい視野障害ならびに視力低 下が認められるが、家族等の支 援提供者がなく、単身での在宅 生活の成立には必要なサービス であると考えている。 なお、今後、状態像の変化に応 じて、医療連携等の観点からさら に踏み込んだ対応が必要となる ことも考えられる。	無
要介護2 有  持ち家 独居	無  無	食事・水分摂取を自発的に行なわないため	声かけ、見守り	適切と考えている。食事・水分 摂取を自発的に行なわないため 必要である。	無

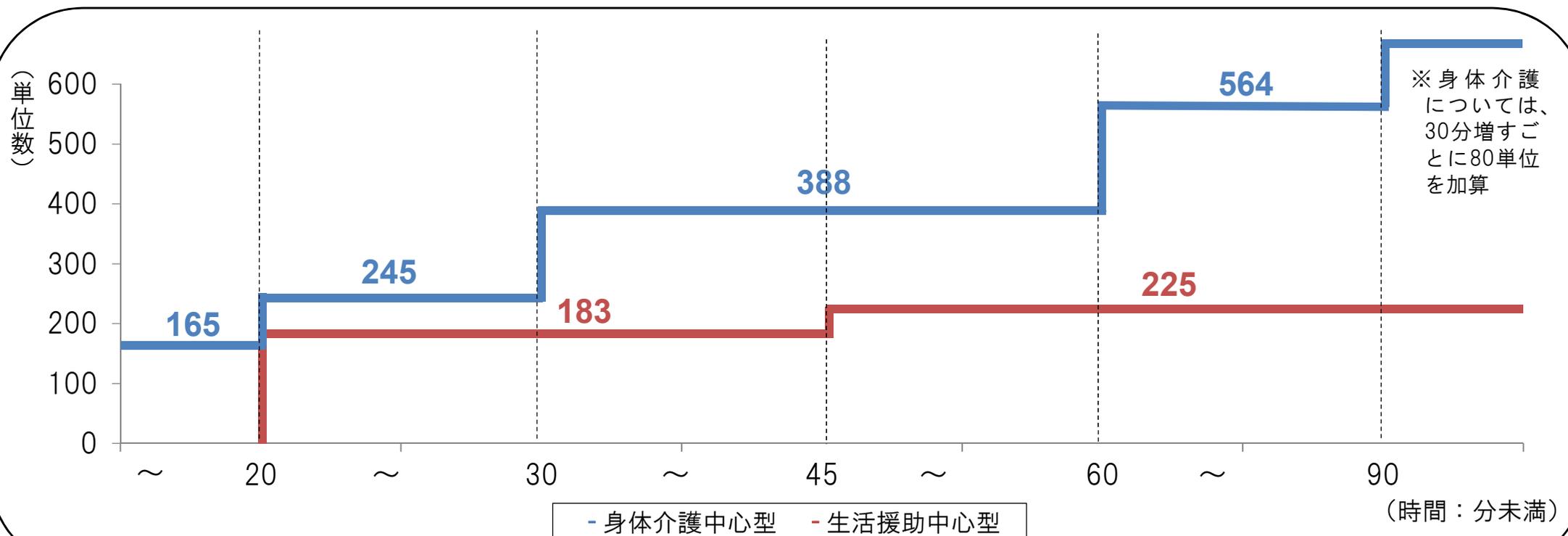
# 訪問介護の報酬・基準

## 1. 訪問介護の人員基準（訪問介護員等の資格要件）

【身体介護中心型・生活援助中心型いずれも同一の基準】

- 介護福祉士、実務者研修修了者（450H）、介護職員初任者研修修了者（130H）
- 旧介護職員基礎研修修了者（500H）、旧訪問介護員1級（230H）又は旧2級課程修了者（130H）

## 2. 訪問介護の介護報酬（1回あたり）



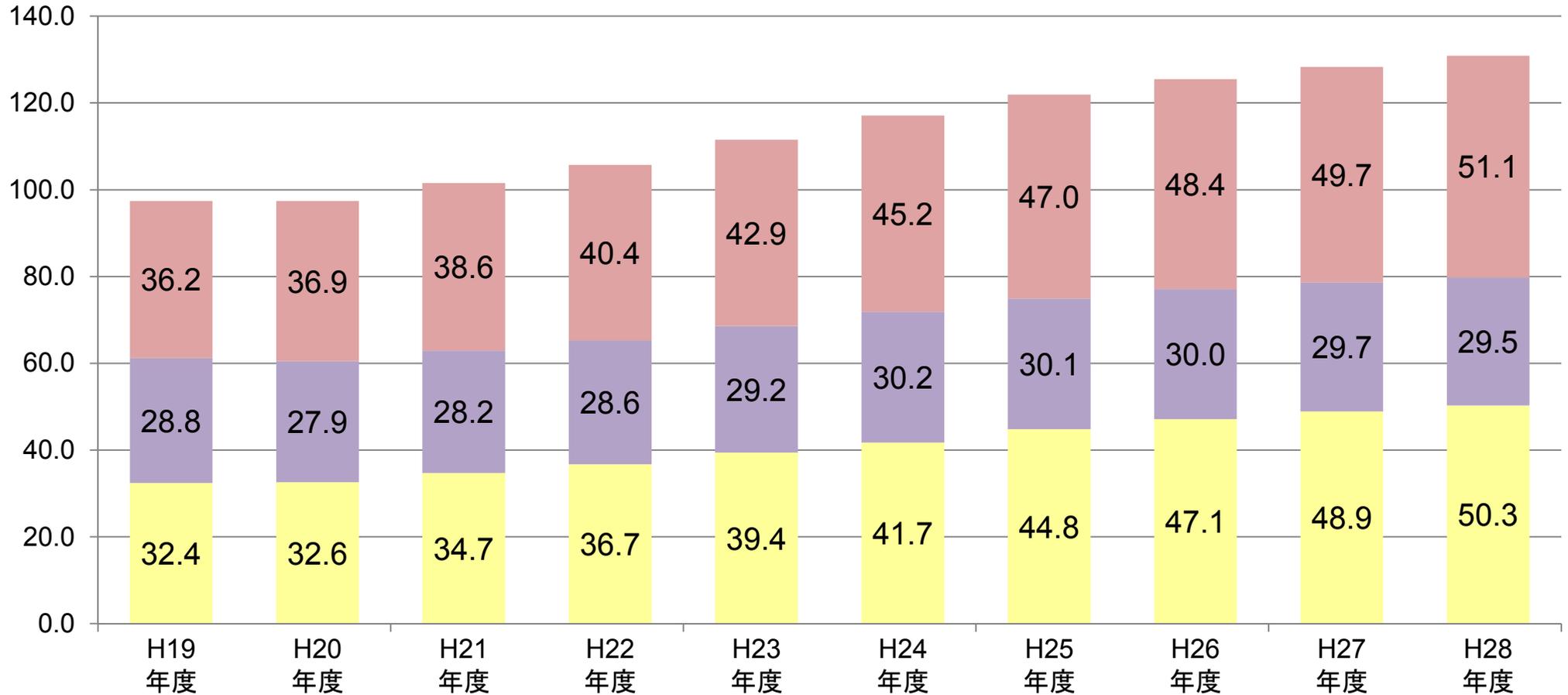
# 訪問介護の内容類型別受給者数の推移（介護予防訪問介護を除く）

○ 生活援助中心型、身体介護中心型＋生活援助加算、身体介護中心型ともに受給者数は増加している。

:生活援助中心型
  :身体介護中心型＋生活援助加算
  :身体介護中心型

(単位:万人)

受給者数



※ 生活援助中心型のみ利用者（訪問介護以外のサービス利用の有無は問わない）は、約25.7万人であり、そのうち、訪問介護以外のサービス利用もないものは、約0.2万人であった（平成29年4月審査分）。

注1) 受給者数の値は、介護給付費実態調査を用いて、各年度の3月サービス分(4月審査分)の値としている(つまり、各年度末の値を記載している)。

注2) 内容類型別受給者数は、同月内に異なる種類のサービスを受けた場合、それぞれの区分に1人と計上されるが、同一の種類のサービスを受けた場合は、該当の区分に1人と計上される。