

平成30年3月16日 日本福祉用具供給協会埼玉ブロック

# 改正介護保険の影響と 向き合い方

日本ケアマネジメント学会理事研修委員長  
NPO渋谷介護サポートセンター事務局長  
服部メディカル研究所所長  
服部万里子

# 1. 2017年介護保険法改正は 社会保険制度の改正

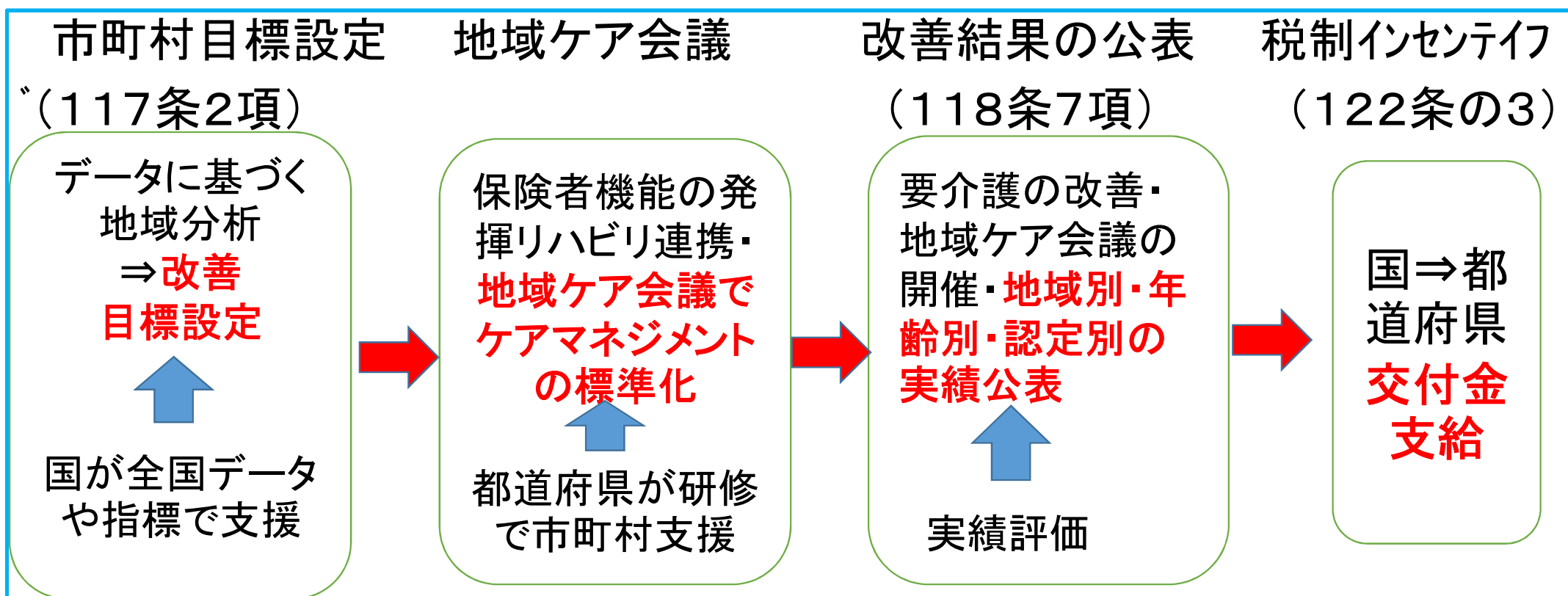


平成29年5月26日国会通過  
8月から第二号被保険者は実施  
平成30年4月から制度・報酬改定

# 介護保険法は5回目の法律改正

- 1回目：平成17年（要介護1⇒要支援2. 地域密着型サービス、サービス事業所の6年ごと指定更新制、介護予防事業開始）
- 2回目：平成20年（老人福祉法改正）コムスン事件対応
- 3回目：平成23年（サービス付き高齢者住宅への併設のパッケージ型サービス、定期巡回随時対応訪問介護看護、看護小規模多機能）
- 4回目：平成26年（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（19本一括法）要支援の総合事業へ、特養ホームは要介護3以上、2割負担導入、補足給付に条件）
- 5回目：平成29年5月26日（市町村の介護改善に交付金、障害・児童福祉と共生サービス・3割負担・介護医療院）

# 1. 保険者(市町村)の自立支援・重度化防止の実績評価により交付金を出す(税制インセンティブ)




出典: 国の資料を基に服部作成

## 未来投資会議で介護の方向転換（平成28年11月）

- 介護保険法では**自立支援**がその**目的**と明記されているにも関わらず、実際には入浴、排泄、食事介助といった**介助中心**で、自立支援の取組が全国で広く行われている状況ではない。そもそも、どのような状態に対してどのような介護が効果的について国として体系的に定まっていない。
- → 全国で自立支援に資する質の高い介護を実現していくためには、
- **効果的な介護の在り方の構造化・標準化と、自立支援を後押しする報酬体系としていくことが必要。**
- → 限られた人員でも自立支援に資する質の高い介護を実現するため、介護現場を、**介助中心から自立支援中心へ。**
- **要介護度改善、在宅復帰につなげていく。**
- ICT化、ロボット等の活用により現場負担を軽減
- データ利活用基盤の構築、AIの活用により、個人に最適なケアプランの提示や、データに基づく**質の高い介護**を実現。

# インセンティブ部項目提示：市町村対象61項目、都道府県対象20項目：保険者機能強化交付金**200億円**予算

- **2017年の評価**：要介護認定者の時間変化・要介護認定変化率・改善度を昨年と一昨年の変化率の差を算定：全保険者を並べ、上位5割で交付金
- 市町村の各課題取り組み指標 ✖ 65歳以上の人数で算出
- 指標：「保険者機能強化」「自立支援・重度化防止」「介護保険の安定化」
- 日常生活圏域の高齢者人口把握。介護人材確保の取り組み・地域密着デイサービスの機能訓練・口腔機能向上・栄養改善取り組み
- 地域ケア会議で生活支援回数が多いケアプランの検証実施体制
- 医療・介護関係者の情報共有ツール普及
- 地域ケア会議にリハ専門職を任命・福祉用具貸与計画の点検・専門相談位の計画にリハ職が点検・住宅改修にリハ食が訪問点検
- 介護実地指導の実施率・ケアプラン点検の実施率



市町村は介護給付費の削減に向け、取り組むところが出てきた  
住民の安心できる介護保険の視点に立つか、給付削減競争に乗るか？  
方法はケアプラン点検：ケアマネを通じたサービス抑制



# 平成30年度改訂は自立支援の評価新設

- 施設における：褥創予防取り組み効果、排泄向上の取り組み効果、栄養マネジメントの取り組みの改善効果
- 通所のADL改善効果：ADLを食事・移乗・整容・トイレ動作・入浴・歩行・階段昇降・更衣・排便コントロール・排尿コントロールの10項目で5点の点数化し評価する。Ⅰ 3/月 Ⅱ 6/月
- **バーセルインデックス**：50年前に開発されたADL評価で上記10項目を全介助・一部介助・自立の区分で100点満点とする
- 事例 食事(自立10・一部介助5・全介助0)  
入浴(自立 5・一部と全介助 0)  
トイレ(自立10PT洗浄含む・一部介助 5 全介助 0 )

## 2. 介護療養型は6年延長、介護医療院(第5条4項3)

### 2. 医療・介護連携強化(介護保険法、医療法)

- ・医学管理が必要な重度要介護者に看取り＋ターミナル＋生活施設

「介護医療院」(仮称)の創設:施設サービスに追加:医療法人に追加

都道府県知事認可①管理者は医師, ②療養室・診察室・機能訓練室が持つ③厚労省令で定める医師・看護師・都道府県条例の従業員④病医院を持ち、それを廃止し病床数を減らし介護医療院を開設する場合には病院等に類する文字を引き続き用いることができる。

所得低い人の利用に第2種社会福祉事業に追加(社会福祉法第2条)

- ・療養型や老建からの転換ではなく新設は総量規制の対象になる

訪問リハビリができる、通所リハビリができる、短期入所療養介護ができる  
地域医療構想で削減予定の病床が介護保険に移行する？



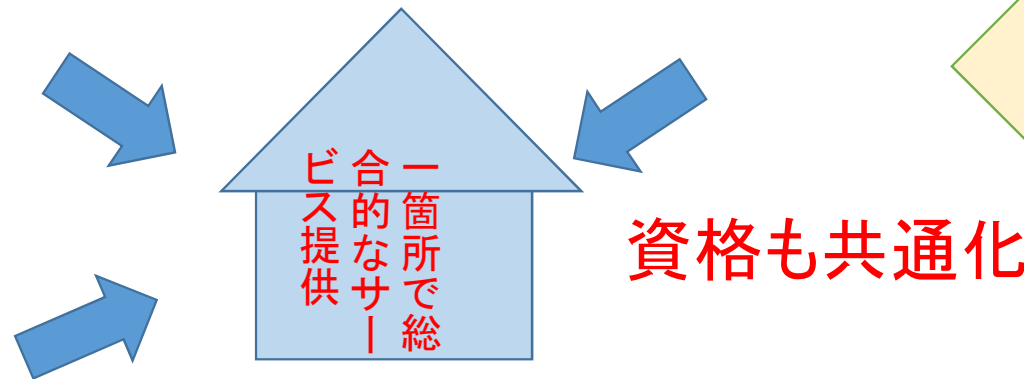
### 3. 地域共生型社会の実現⇒地域共生社会 障害福祉・児童福祉に介護事業指定

サービス・人材の丸ごと化

高齢者

子ども

障害者



介護保険の指定をする  
ことで、財源を税金に  
よる福祉↓介護保険に  
移行させ↓介護保険の  
年齢引き下げが狙い

介護保険の訪問、通所等の居宅サービ等をする(71条の2)

ショートステイ・

小規模(看護)多機能型

療養通所介護事業所の中には小児の障害のサービスをあわせてやっているところもかなりあり、療養通所介護は共生型サービスの一類型として位置づけていくのがよいのではないか。

○ 児童発達支援事業の併設の場合に定員数も多いのであれば、定員を増やす

# 共生型サービスの介護保険運営基準

- **共生型訪問介護新設**: 障害者福祉制度で居宅介護、重度訪問介護の指定事業所が指定が受けられる
- **共生型通所介護新設**: 障害者福祉制度で生活介護、自立訓練、児童発達支援、放課後等デイサービスの指定があれば共生型通所の指定が受けられる
- 療養通所介護は**定員数の引き上げ**: 障害者福祉サービス等重度心身障害児・者を通わせる児童発達支援等に取り組むと定員数アップ
- **共生型ショートステイ**: 障害者福祉制度の短期入所(併設型、空室利用型に限定)の指定があれば、共生型短期入所の指定受けられる

## 4. 一定所得の65歳以上利用者負担を3割(49条3)

### • 一定以上の所得の介護保険被保険者等の 保険給付の利用者負担見直し

1. 平成30年6月の前年度所得344万以上

⇒8月から**3割負担**

2. 現役並所得でなくても一人でも課税の人が居る世帯、  
高額介護費 3万7200円⇒4万4400円

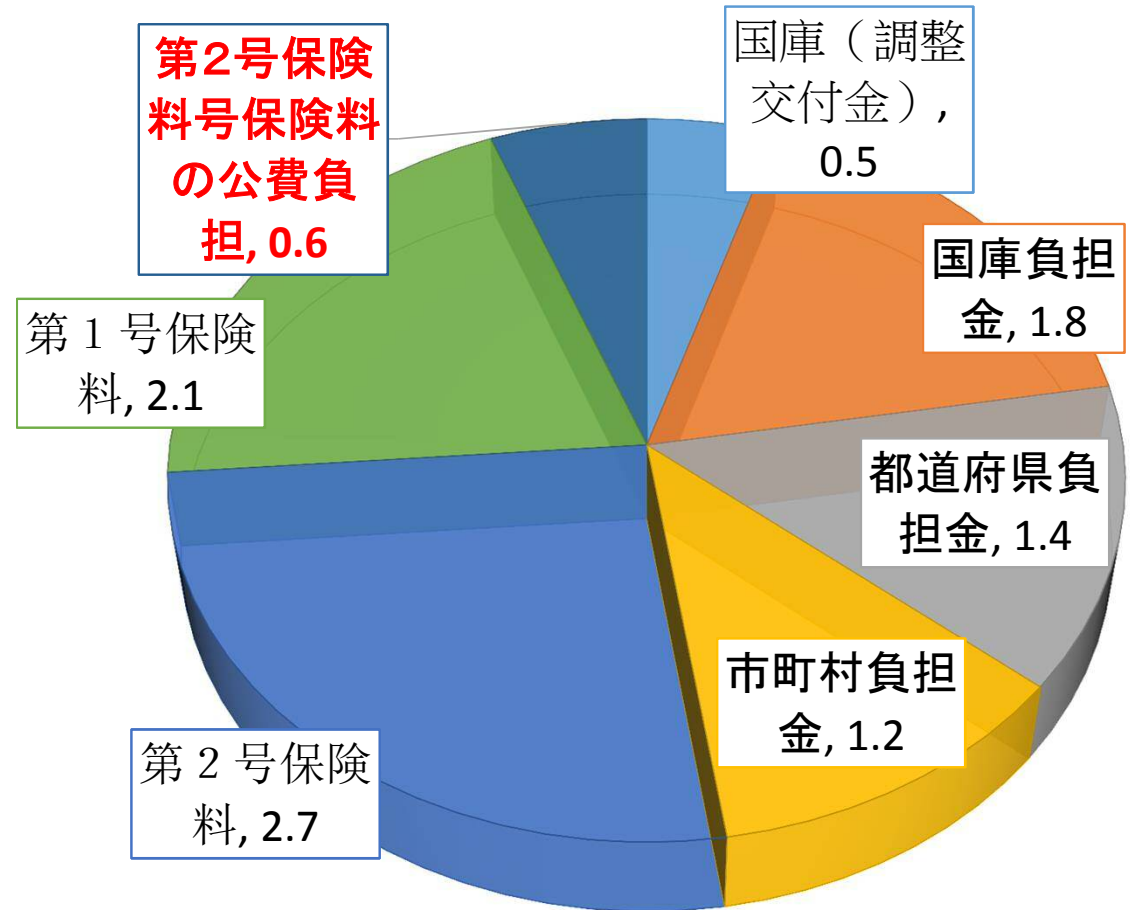
「報酬に応じた保険料、必要に応じた給付」が介護保険の理念であり、所得に応じた給付は妥当性に欠く、取れるところからとるのでは将来に制度への不安が残る。昨年の2割負担の生活、利用者への影響は調査もしていないで3割導入は早計である。介護家族への影響(離職は増えている)利用者の生活への影響など見るべき。

# 5. 被用者保険等の介護給付、支援納付金は標準報酬総額に対応(152条・153条)

介護保険の財政構成

平成29年4月の健康保険組合連合会の発表では赤字組合は全組合の7割を超えている

労使合計	現状	⇒	総報酬制
共済組合	5125円		7097円
組合健保	5125円		5852円
協会健保	5125円		4043円



## 6. 有料老人ホームの指定取り消し(老人福祉法29条9)

- 都道府県は事業者に対して老人福祉法違反等で設置者に業務の停止・制限を命じることができる。
- 前払い金の保全処置の義務対象を拡大する(附則17条)
- 有料老人ホームの設置者は介護・運営状況を都道府県に報告し、都道府県は公表する。
- 市町村は都道府県が有料老人ホームの設置者に対し事業制限、停止命令を出した通知を受けた場合には、指定地域密着型サービス事業者に係わる指定を取り消すか、指定の全部または一部の効力を停止できる。



## 7. サービス供給への保険者の関与強化

- ①市町村協議制の対象拡大(ショートステイ)
- ②地域密着型通所介護の指定拒否の仕組みの導入(78条の2)
- ③居宅サービス指定への市町村関与の強化(70条、115条)  
居宅サービス等への都道府県の指定への市町村から意見を申し出ることができ。都道府県はそれを勘案する。

小規模デイサービスがさらに指定拒否、報酬削減  
⇒総合事業や小規模多機能への誘導



## 8. 保険者業務の簡素化と介護保険の対象

- 更新認定有効期間の上限を **36か月** に延長ができる
- 被保険者範囲の拡大(年齢引き下げ)は継続論議する

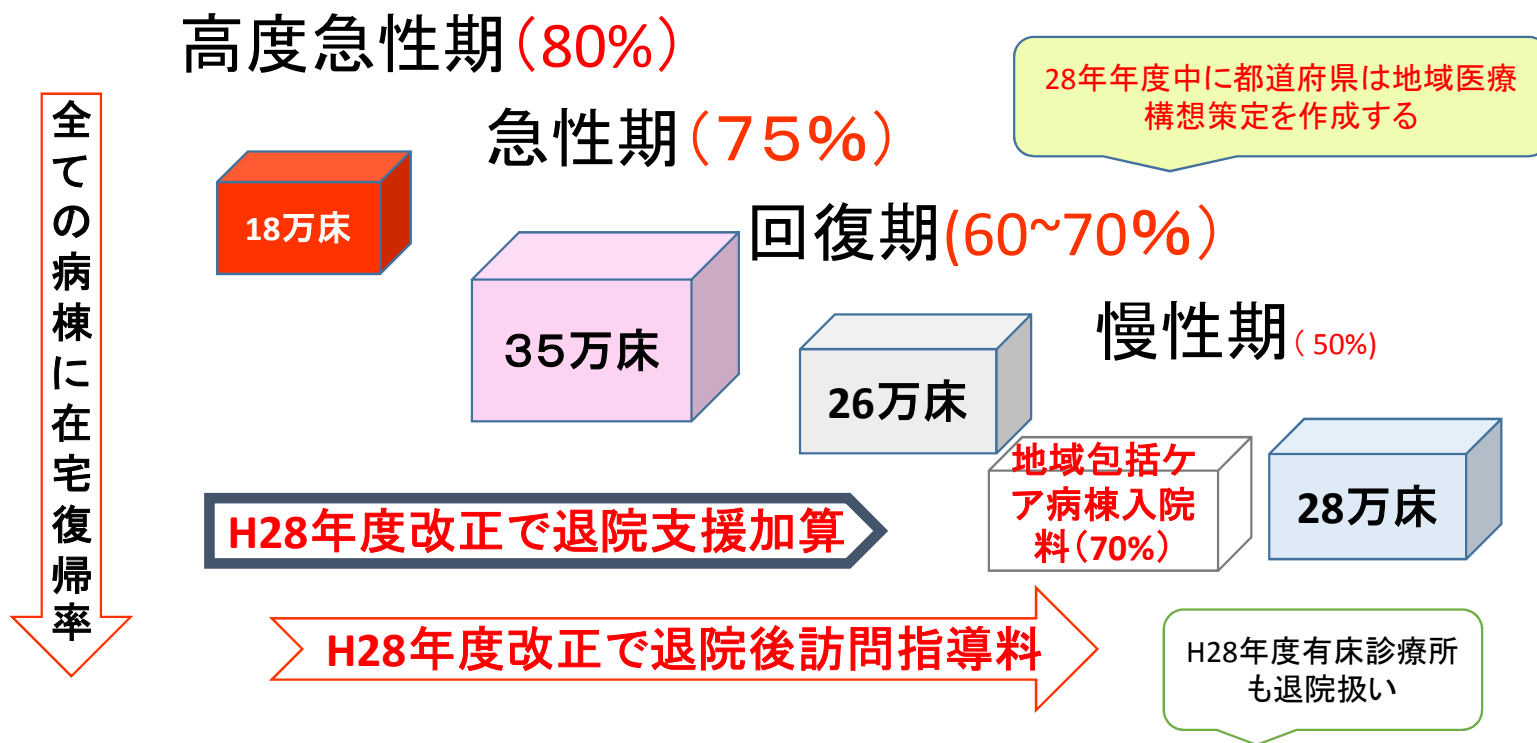
認定区分	要介護度が変化の者の比率			
	6ヶ月後	12ヶ月後	24ヶ月後	36ヶ月後
新規認定	18.7	54.3	66	75.1
区分変更認定	15.3	51.8	63.1	73.6
更新認定	6.3	14	39	59.3

## 2. 地域包括ケアと 在宅医療・他職種連携



地域包括ケアでは退院調整が加速  
医療・介護ニーズの利用者が急増

# 地域で医療→介護の流れを作る



自宅・回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟  
居住系介護施設・在宅復帰型老人保健施設へ

## 医療・介護統括による地域包括ケアシステム

- ①医療⇒退院すれば在宅医療・看護の体制:急変から看とりまで、医療関係者と介護関係者の連携を市町村が作る
- ②介護⇒定期巡回随時対応型訪問介護看護、小規模多機能、複合型サービスが重要である
- ③予防⇒生活環境調整と機能訓練のため、リハ職の活用
- ④生活支援⇒生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)によるNPO、ボランティア、企業、社福法人の支援と協同
- ⑤住まい:自宅、賃貸住宅、有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅の確保と指導監督、生活困窮者の住まい確保

# 包括報酬サービスの誘導

## 1 整備費補助

- ・小規模多機能型居宅介護 3,200万円/1箇所あたり看護小規模多機能、認知症GHも同額。
- ・定期巡回・随時対応型訪問看護介護 567万円/1箇所あたり・認知症対応型デイ1,130万円/1箇所あたり

## 2 開設準備軽費補助

- (対象)・小規模多機能型居宅介護 62.1万円/宿泊定員1人あたり看護小規模多機能、認知症GHも同額。(GHは定員数あたり)
- ・定期巡回・随時対応型訪問看護介護 1,030万円/1箇所あたり

※ いずれも、事業者への補助は市町村を通じて行う。(市町村が事業の公募をする際に案内がある。)

※ 医療介護総合確保基金の事業のため、全国统一メニューだが、県により基準額は若干異なる。上記は国が認める上限額

# サービス付き高齢者住宅

手すり、段差、廊下幅

25㎡だが18㎡で  
食堂・風呂共用可

居住＋安否・相談

食事

洗濯・掃除

定時訪問随時対応等の複合  
的な介護サービス併設

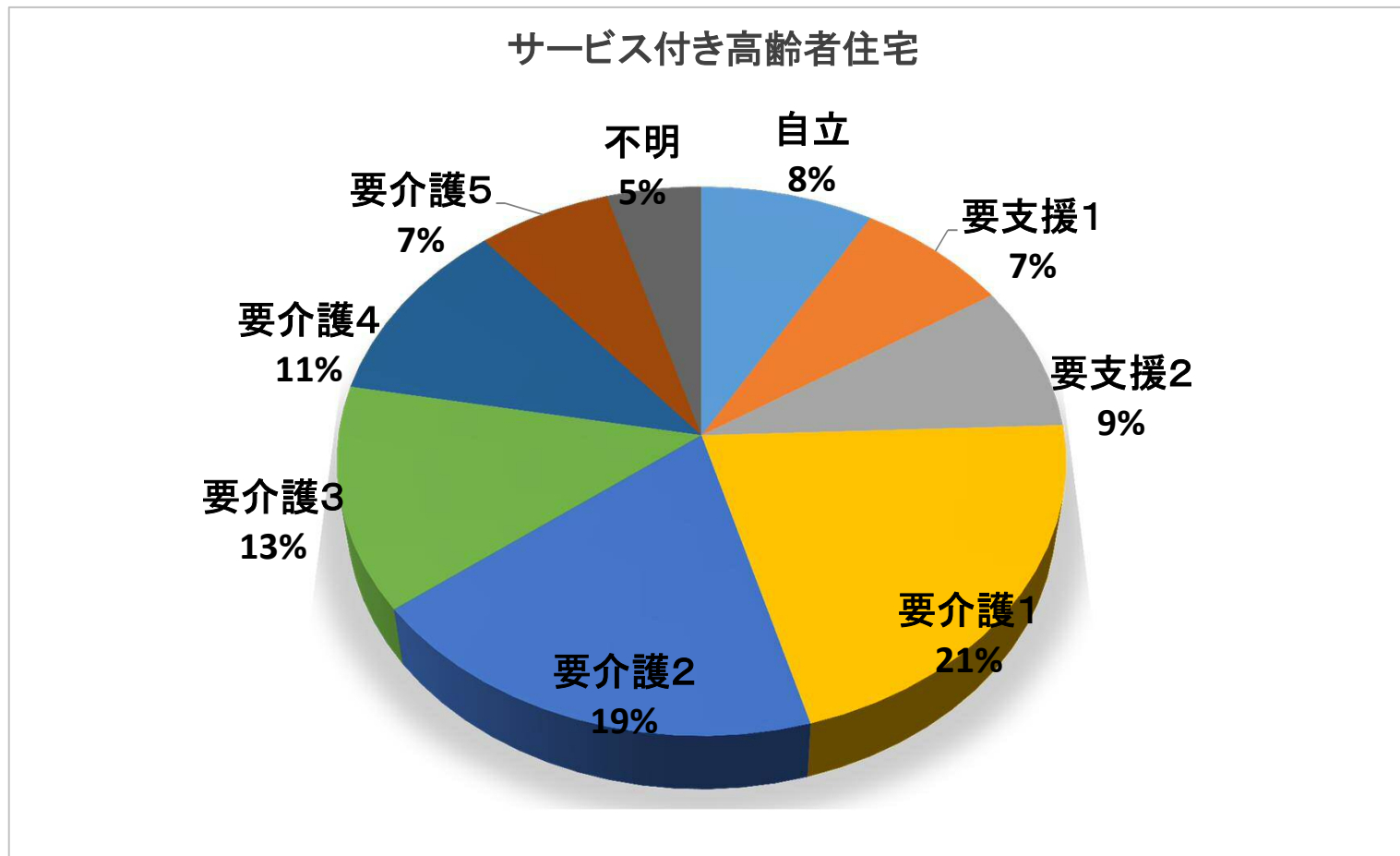
自費サービス

介護保険サービス

- ① 高齢者は持ち家率が高い・・・家賃と管理費自費
- ② 集団的生活で集団ケア・・・効率優先で個別無視
- ③ 1室100万円の補助金
- ④ 包括単価の併設で更に20万円

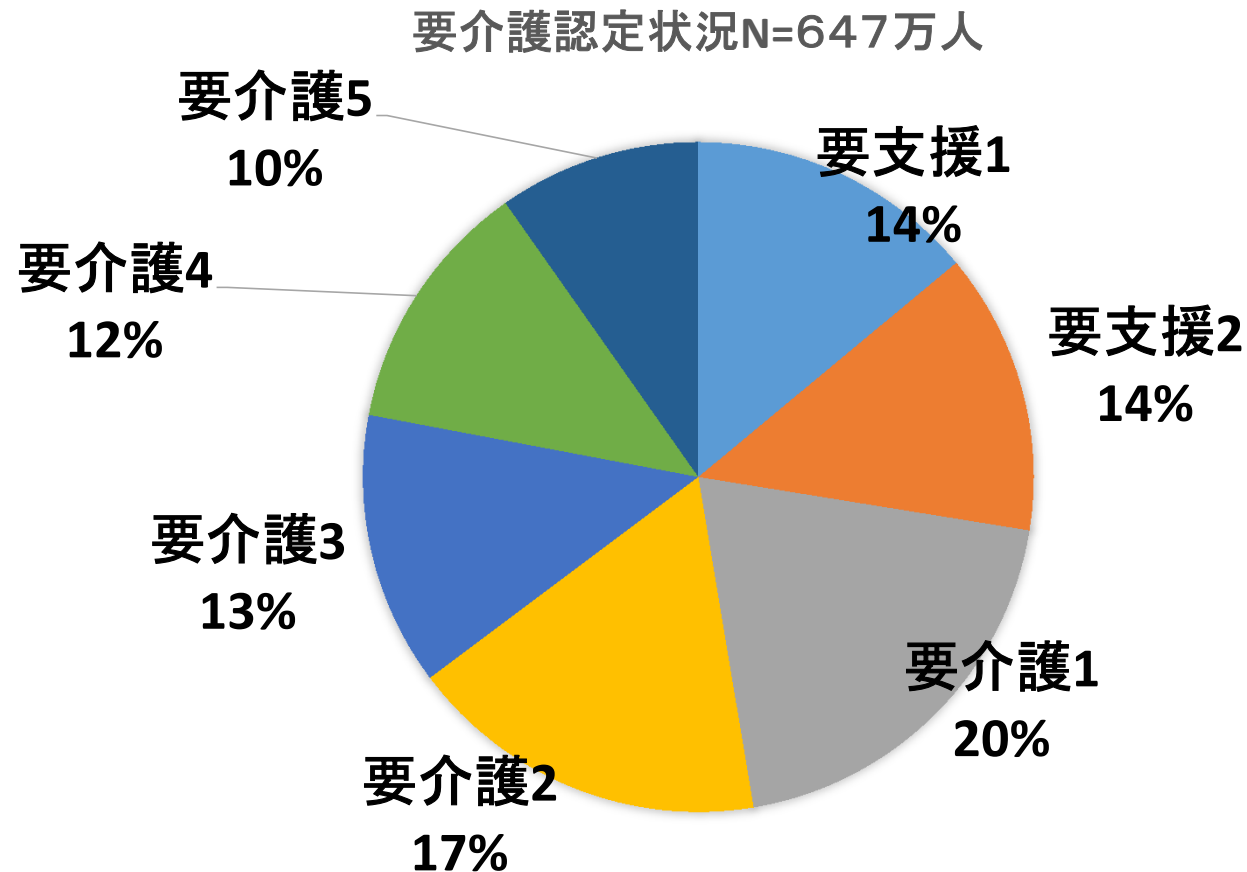


# サービス付き高齢者9割は介護認定者



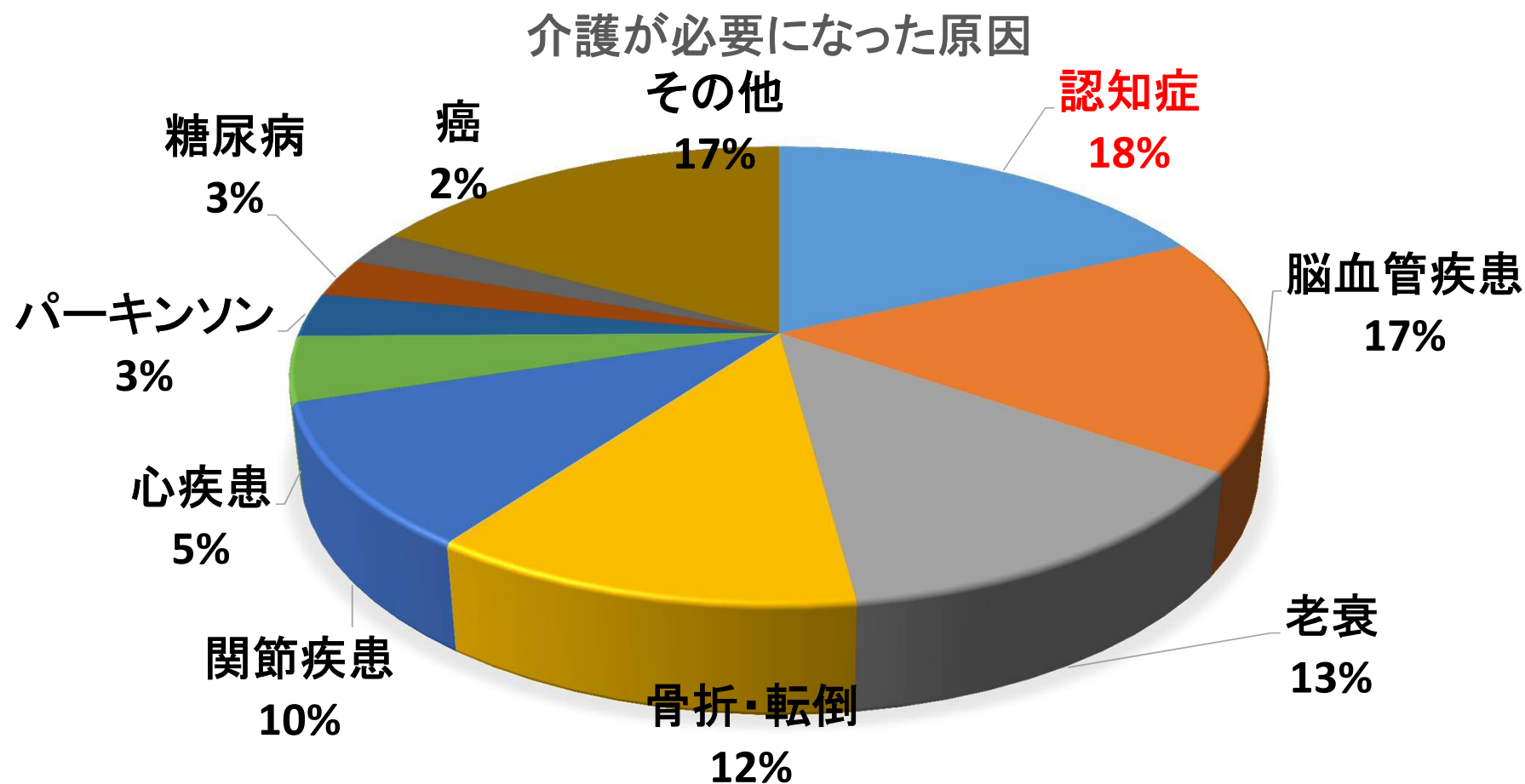
平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金  
「高齢者向け住まいが果たしている機能・役割等に関する実態調査」(株式会社野村総合研究所)

# 認定の28%が要支援、介護3～5は35%



出典：厚生労働省介護給付費実態調査平成29年4月審査分

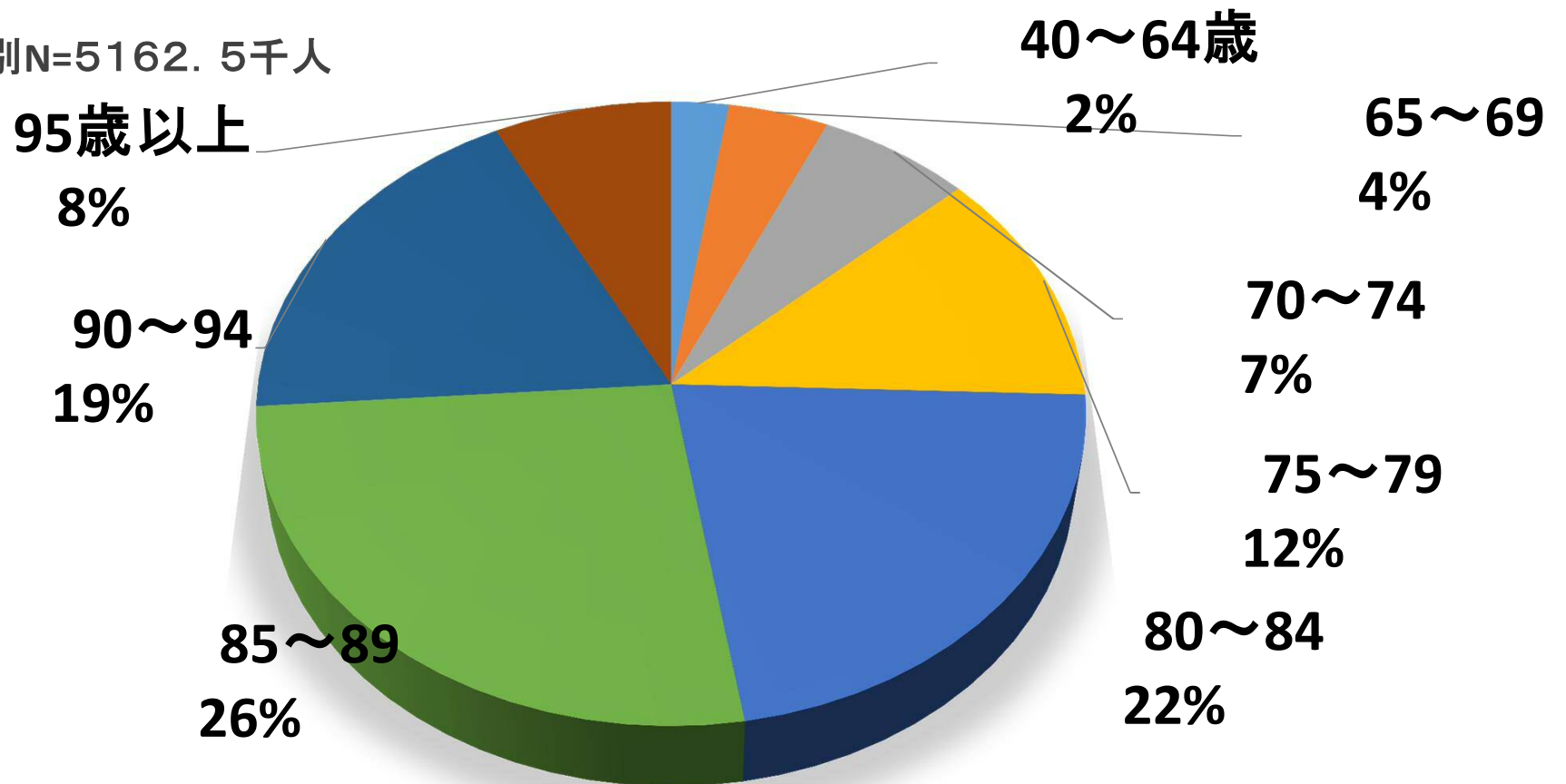
# 認知症で介護が必要になった原因のトップ



出典：平成28年国民生活基礎調査

# 受給者の75%が80歳以上

受給者年齢別N=5162.5千人

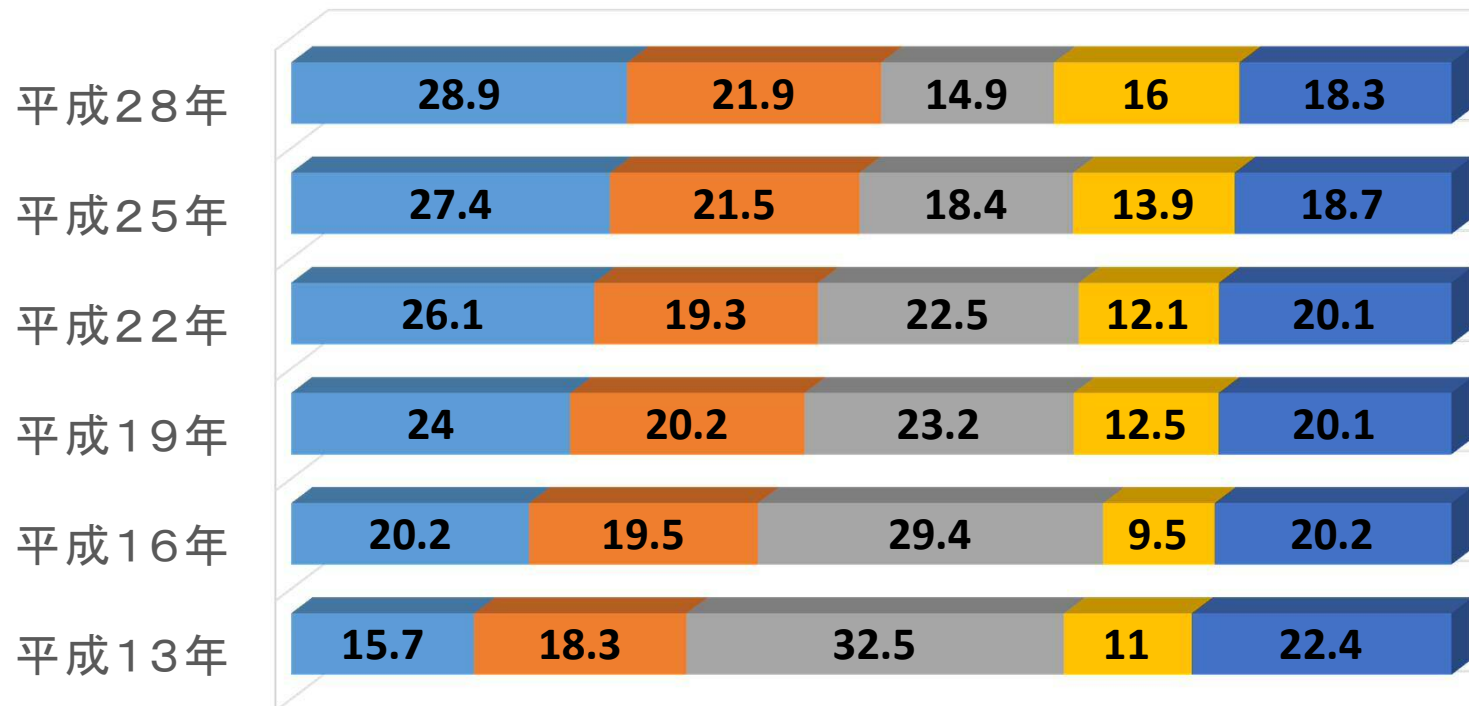


出典：厚生労働省介護給付費実態調査平成29年4月審査分

# 要介護世帯は三世代は半減、独居がトップ

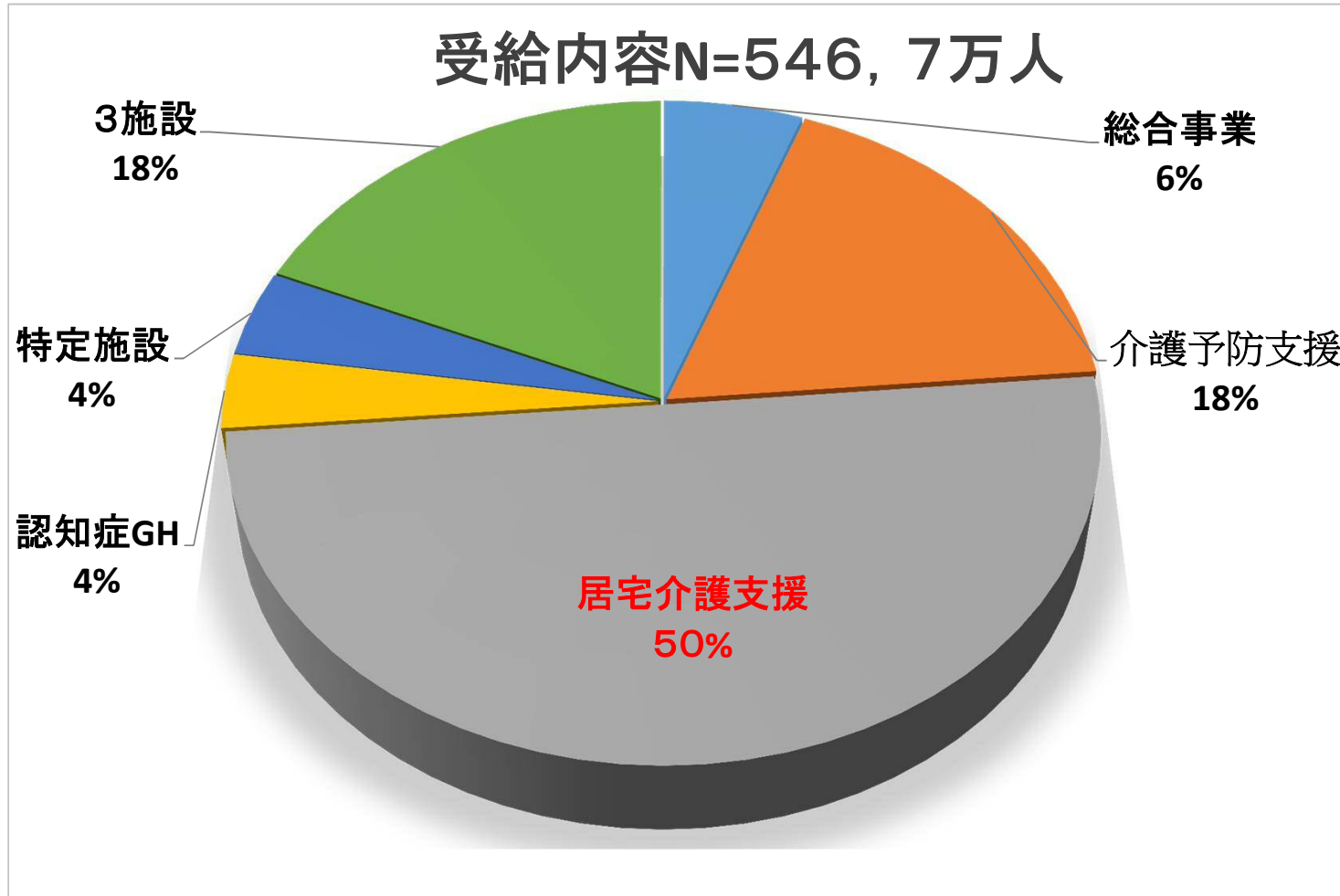
## 要介護者等のいる世帯

■ 独居 ■ 老夫婦 ■ 三世代同居 ■ 核家族 ■ その他



出典：平成28年国民生活基礎調査

# 利用者の74%が居宅でサービス利用



出典:厚生労働省介護給付費実態調査平成29年4月審査分

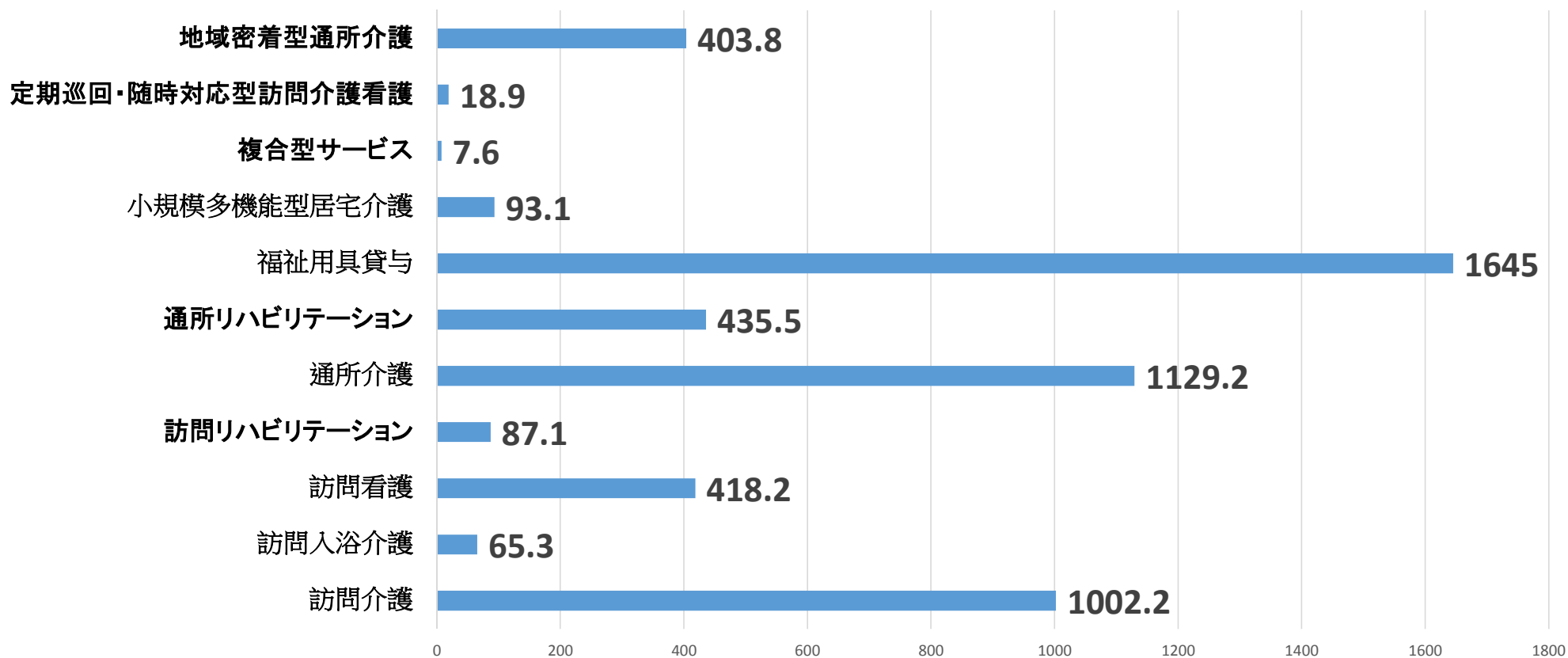


# 私たちの目標

- 高齢でも
- 一人でも
- 認知症になっても
- 自分らしく暮らし続ける  
そんな地域を誰もがめざそう

# 居宅の三大サービスは福祉用具・通所介護・訪問介護

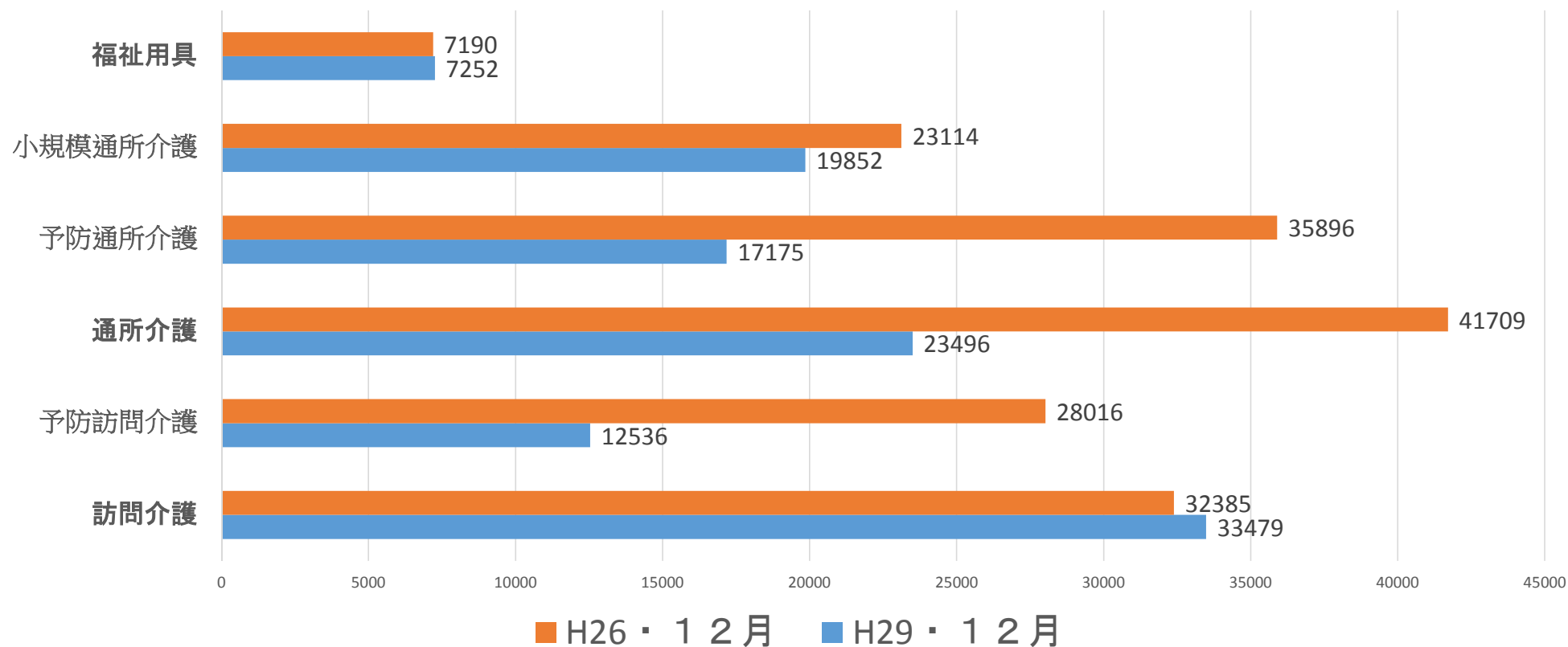
居宅サービス利用者(単位:千人)



出典:厚生労働省介護給付費実態調査平成29年9月審査

# 請求事業所数・用具変わらず、訪問介護・通所介護は予防が減り、通所は小規模が地域密着型へ

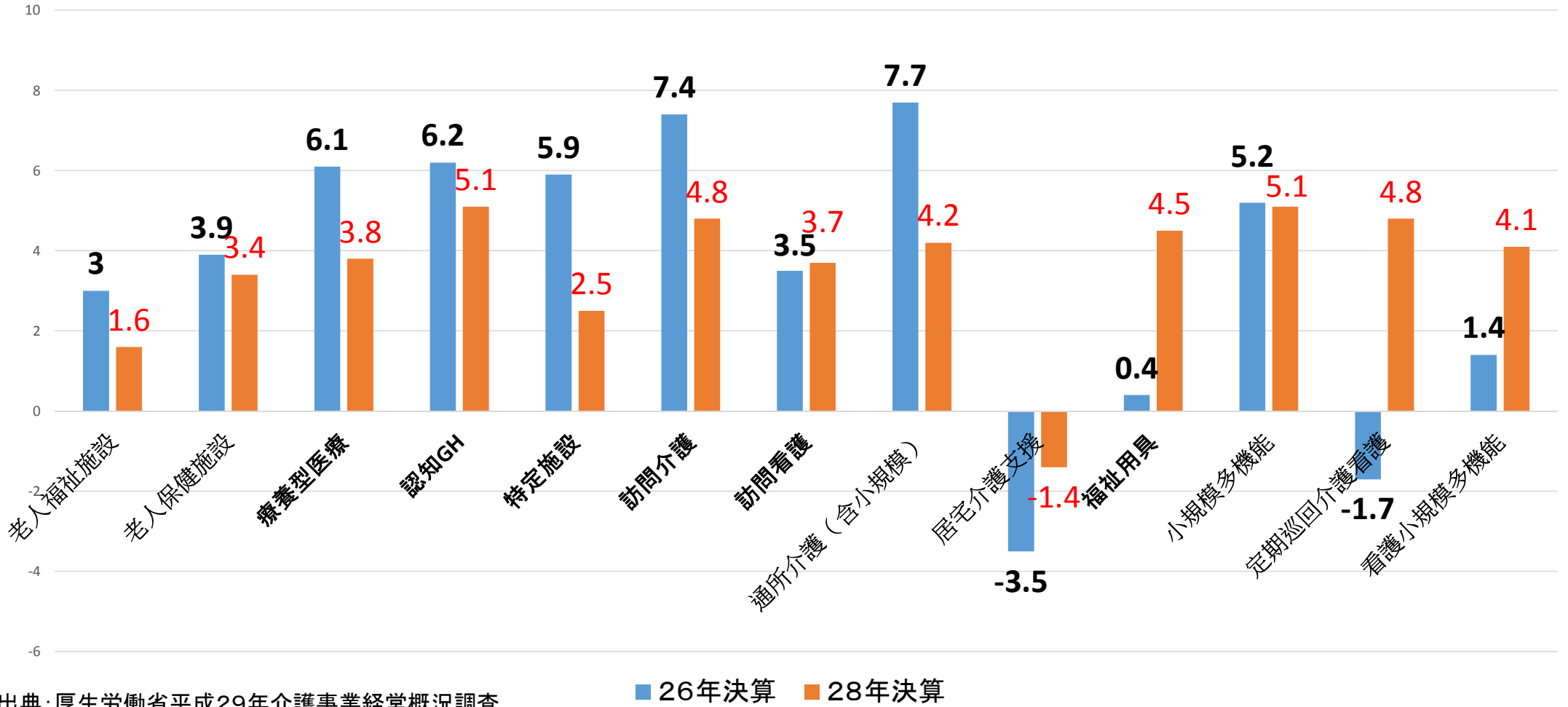
請求事業所数



出典:厚生労働省介護給付費実態調査平成26年29年12月比較

# 平成28年度決算17年間赤字のケアマネ事業所

## 介護事業収支率



出典:厚生労働省平成29年介護事業経営概況調査

# 3. 平成30年の制度・報酬改訂と 影響



自立支援、生活援助へ規制、  
医療ニーズ対応、若年性認知症対応

# 平成29(2017)年の処遇改善加算4⇒5段階へ(%)

サービス区分	加算Ⅰ新	加算Ⅱ	加算Ⅲ	加算Ⅳ	加算Ⅴ
訪問介護・夜間対応型訪問介護	13.70%	10	5.5	加算Ⅲ の× 0.9	加算Ⅲ の× 0.8
定期巡回随時対応型訪問介護看護					
訪問入浴	5.8	4.2	2.3		
通所介護・地域密着型通所介護	5.9	4.3	2.3		
通所リハビリ	4.7	3.4	1.9		
特定施設入所者生活介護(密着型)	8.2	6	3.3		
認知症対応型通所介護	10.4	7.6	4.2		
小規模多機能・看護小規模多機能	10.2	7.4	4.1		
認知症対応型共同生活介護	11.1	8.1	4.5		
特養ホーム(地域密着)短期入所生活	8.3	6	3.3		
老人保健施設・老健ショートステイ	3.9	2.9	1.6		
介護療養型医療施設、ショートステイ	2.6	1.9	1		

Ⅳ・Ⅴは  
廃止予定

加算Ⅲ  
の×  
0.9

加算Ⅲ  
の×  
0.8

2019年消費税アップにより、10年勤続介護福祉士に3.3万円処遇改善閣議決定

介護医療院追加

2.6

1.9

1

# 共通：併設建物、同一建物集中減算の緩和・拡大

(旧) 訪問介護・訪問看護・訪問入浴・訪問リハ・夜間対応訪問介護  
養護老人ホーム・有料老人ホーム・サ高住の併設・・・10%減算  
併設されてなくても上記の利用者が月20人以上・・・10%減算



事業所に併設・隣接する住宅利用者 月50人未満・・・10%減算  
同上 月50人以上・・・15%減算

併設なし一般集合住宅の利用者月20人以上の場合・・・10%減算

(旧) 定期巡回随時対応の有料老人ホーム等併設：600単位減算

→ 一般集合住宅併設に変更する  
併設利用者が月50人以上で

: 15%減算

共通：外部のリハ専門職と関係、自立支援・重度化防止  
生活機能向上関係加算 200/月

1. 対象サービス：①通所介護（地域密着含む）②特定施設入所者生活介護③介護老人福祉施設④認知症対応型共同生活介護
2. 要件：①訪問リハ、通所リハまたはリハビリをしている医療提供施設（病院は200床未満）のPT/OT/ST/ 医師が通所事業所を訪問、共同でアセスメント、個別機能訓練計画作成している  
②リハ専門職と連携し個別機能訓練計画を3ヶ月に1回評価、必要に応じて見直す
3. 個別機能訓練加算を算定している場合 100/月



共通：栄養改善の取り組み：**栄養スクリーニング加算**  
5/回（6ヶ月に1回算定）

1. 対象サービス：①通所介護（地域密着含む）②通所リハビリ  
③特定施設入所者生④認知症対応型共同  
生活介護⑤小規模多機能⑥看護小規模多機能
2. 要件：サービス利用開始時、及び6ヶ月ごとに栄養状態について確認を行い、栄養状態の情報をケアマネジャーに文書で共有（内容に医師・歯科医師・管理栄養士への相談提言を含む）

# 共通：自立支援の評価

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護にADL改善効果アウトカム評価の導入
- 施設における：褥創予防取り組み効果、排泄向上の取り組み効果、栄養マネジメントの取り組みの改善効果
- 通所の身体拘束取り組み減算を広げる：介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護  
(拘束の記録、適正化指針の策定、委員会を3ヶ月に1回、研修受ける)

# 共通：認知症関連加算の創設

- **認知症専門ケア加算**・・・短期入所生活介護、短期入所療養介護
- **若年性認知症利用者受入加算**・・・小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護
- **認知症行動・心理症状緊急対応加算**・・・介護医療院
- 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価
- 認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス（**ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等**）にも創設する

# 定額報酬サービスの運営基準変更

## 定期巡回随時対応型訪問介護看護

- ・オペレーター8~18時も敷地内の事業所職員が兼務可能、オペレーターのサ責3年以上⇒1年以上に緩和、ヘルパー2級、初任者研修のサ責はダメ

これは夜間対応型訪問介護も同様

- ・介護・医療連携推進協議会は年4回⇒2回に緩和

- ・併設施設以外の地域にもサービス提供をしなければならない

- ・ **看護小規模多機能**

- ・診療所が1床確保で事業所できる

サテライト型：代表者・管理者・介護支援専門員・夜間の宿直者は本体兼務

本体看護は24時間対応、看護は常勤換算以上

# 1・ケアマネジメントの運営基準変更ー1

## 医療・介護の役割分担と連携強化:

- ①入院時に担当ケアマネの氏名等を入院先に提示するよう依頼することが義務化 ②三日以内に情報提供(方法問わない)
- ③退院・退所加算:退院前カンファレンス参加600、2回目750
- ④利用者が医療系サービスの希望をした場合に主治医の意見を求める場合は主治医にケアプラン交付が義務化
- ⑤訪問介護から伝達された口腔や、服薬状況やモニタリングで把握した状態を、ケアマネから主治医に情報伝達が義務化

## 公平中立性:

- ①利用者・家族にケアプランのサービスは複数の事業所の紹介が可能であることの説明が義務化
- ②居宅管理者は主任ケアマネジャー(経過期間あり3年後)

## ケアマネジメントの見直しー2

- ・集中減算は見直し:訪問介護、通所介護、福祉用具のみ継続
- ・ターミナルケアマネジメント加算 400/月(がん末期限定、ケアプラン医師に送付、サービス担当者会議省略)

### 訪問回数が多い利用者

自立支援・重度化防止、地域資源の活用の観点から、市町村が確認し、是正促す:統計的に通常より回数が多い生活援助を位置づける場合には市町村にケアプランを届出が義務化:10月実施

ケアプランはその利用者の年齢、要介護の原因、心身の状況、他の疾患、家族の関係性、今までの生活歴、生活する地域の特性に対応して個別に立てられる。全国平均の回数で妥当性決めるものではない。また、サービスは利用者の選択に基づき利用者が決定できることに反している

# 生活援助の多い(以下より20%)プランは市町村に事前ケアプラン届出⇒地域ケア会議検討

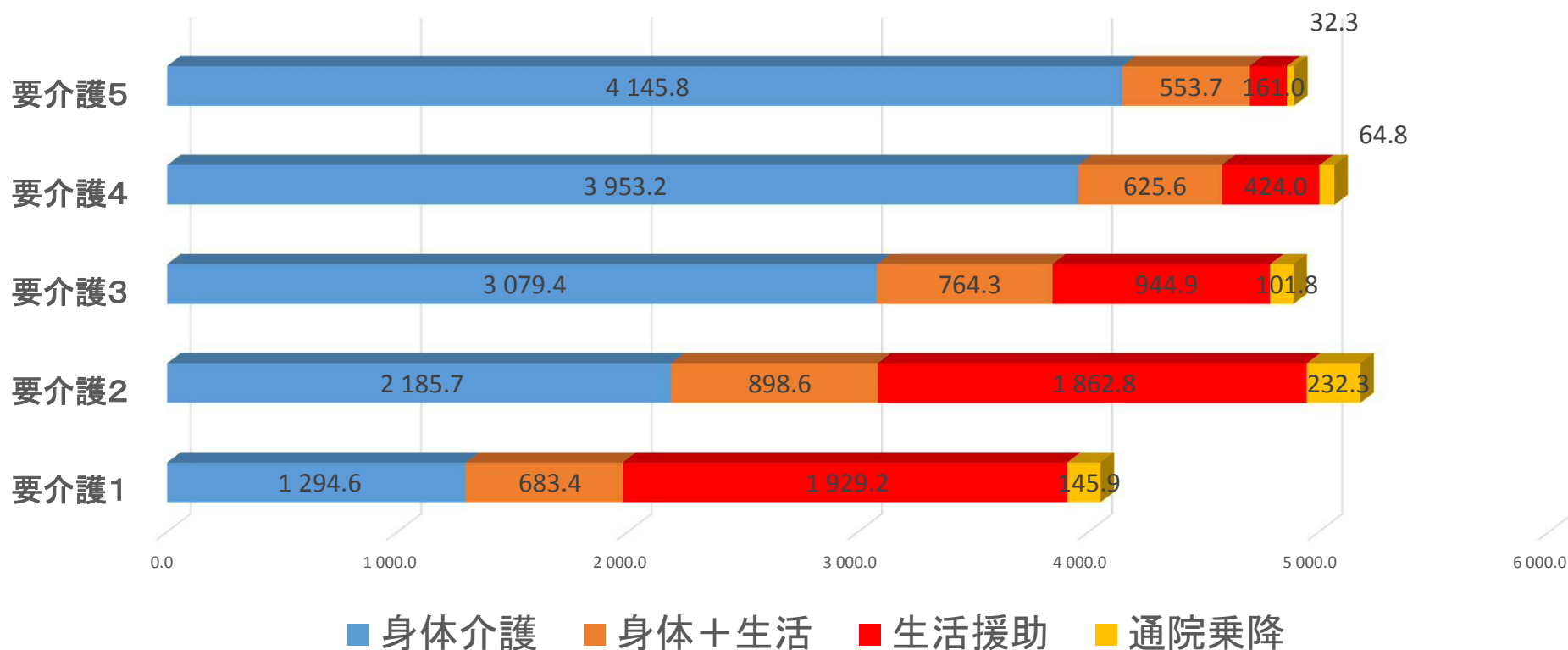
生活援助	月回数事前届出
要介護1	26
要介護2	33
要介護3	42
要介護4	37
要介護5	31

30年4月に新たな全国  
の平均生活援助回数  
を発表⇒10月から  
市町村に20%多いケ  
アプランは事前届出

出典:厚生労働省介護保険総合データベースH28年9月実績(平均より標準偏差)

# 要介護1・2が生活援助が多い

訪問介護サービス回数内訳

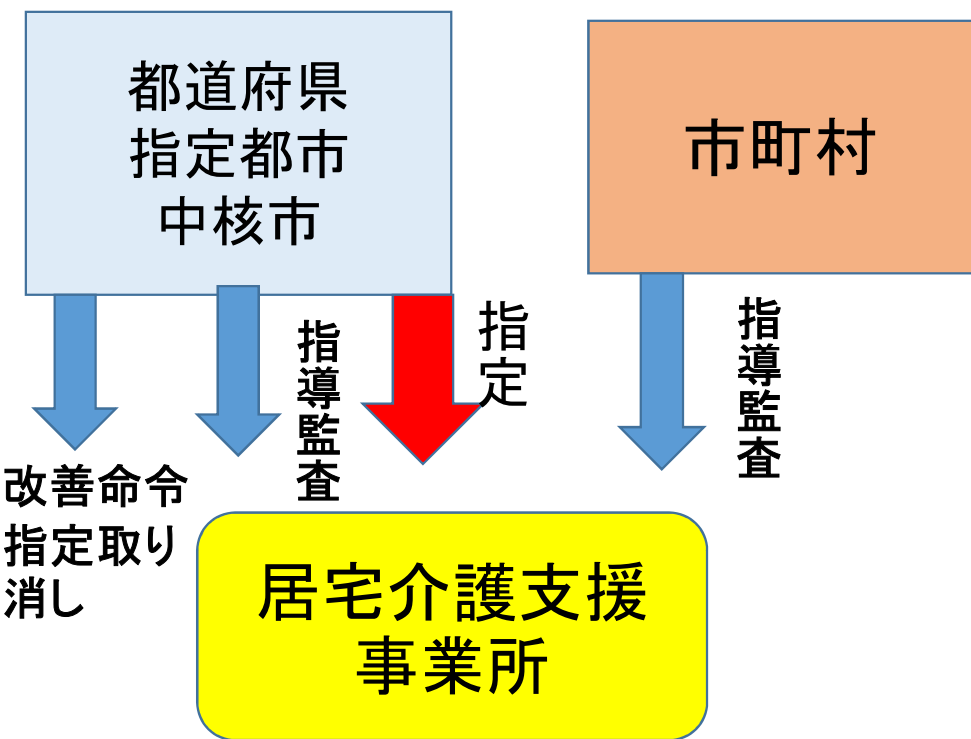


出典:厚生労働省介護給付費実態調査平成29年11月審査分

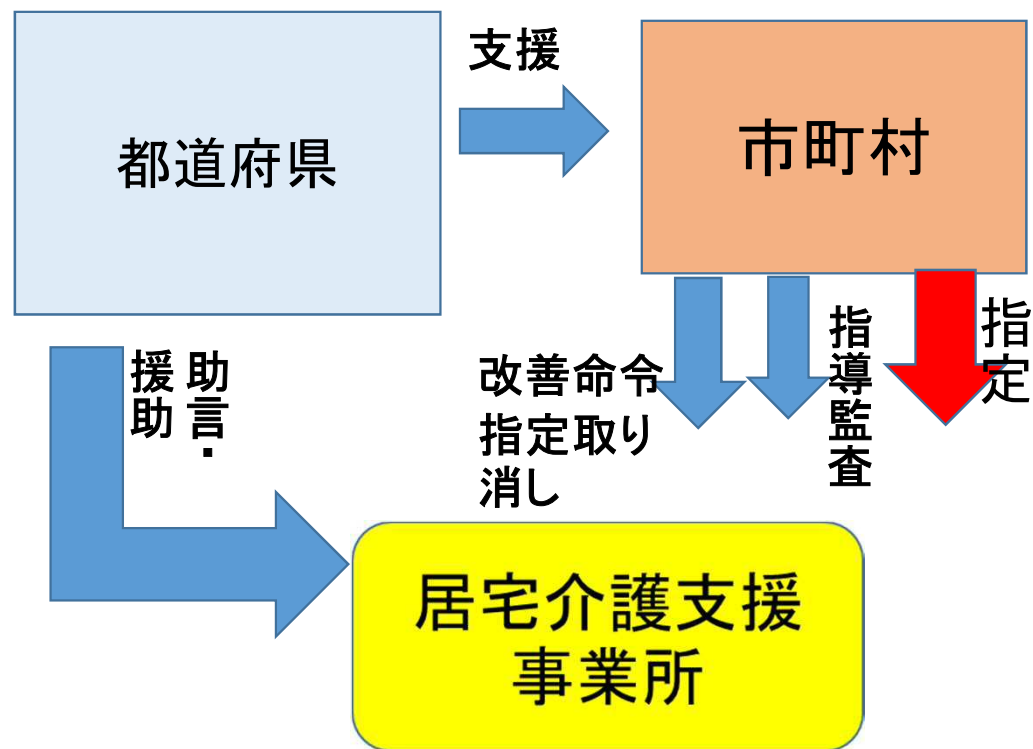


# 平成30年から都道府県⇒市町村指定へ

従来



H30年から



## 2・訪問介護の報酬改定ー1

- ・身体介護 20分未満 165(165) 30分未満 248(245)  
60分未満 394(388) 60分以上 575(654)  
60分以上は30分ごとに83(80)加算

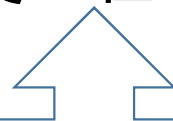
生活援助 20～45分未満 **181**(183) 45分以上 **223**(225)

通院乗降 98(97)

- ・身体＋生活20分以上は25分ごと**66**(67)

生活機能向上加算 100(PTらの助言で機能向上介護介護計画)

200(PTらとサ責が在宅同行して機能向上介護計画)



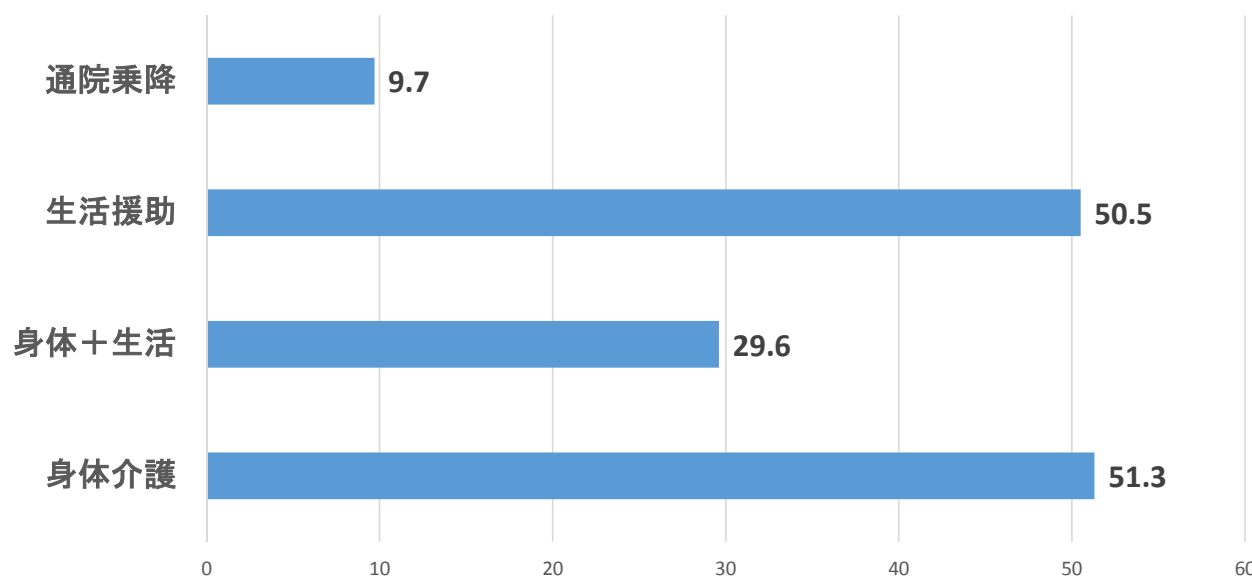
生活機能向上連携加算:通所、訪問リハに医療機関との連携も訪問通所リハ等の場  
やICT(動画)の活用で生活機能向上加算算定

## 2・訪問介護の報酬改定ー2

- 自立支援の見守り援助→身体介護で算定
- サービス提供責任者;今いるサ責2級ヘルパーは30年度まで
- 訪問介護の現場で口腔、服薬の気づきをサ責から包括等のサービス関係者に情報共有することはセ責業務
- 同一建物利用者減算は20人→50人にして「有料老人ホーム」以外の一般集合住宅も対象にする。

## 2-2. 生活援助は介護報酬縮小で無資格者へ

訪問介護の受給数割合(%) N=996.2千人



報酬減算(▲2~3単位)

回数減少: 毎月の生活援助の一人のサービス数を介護度別平気により20%多いプランは、ケアマネが事前に市町村に届け⇒地域ケア会議で評価する

出典: 厚生労働省介護給付費実態29年4月審査分

- ヘルパー団体の反論: 専門性の高い生活援助利用者の要介護状態の悪化防止に必須と訴えた。

# 2-3 身体介護含めた生活支援研修カリキュラム

## 生活援助従事者研修課程について

科目	時間数	参考
職務の理解	2	(6)
介護における尊厳の保持・自立支援	6	(9)
介護の基本	4	(6)
介護・福祉サービスの理解と医療との連携	3	(9)
介護におけるコミュニケーション技術	6	(6)
老化と認知症の理解	9	(12)
障害の理解	3	(3)
こころとからだのしくみと生活支援技術	24	(75)
振り返り	2	(4)
計	59	(130)

※参考は初任者研修の時間数

時間は59時間で130時間の初任者研修の約半分、追加を今後取得すれば初任者研修になる  
研修事業所は指定されるが条件は未確定

生活援助は減額し、この「生活援助受講者」もヘルパー1・2級がしても報酬は変えない。人員基準にも換算

## 2-4 入門研修新設・介護リーダー研修

- 介護福祉士は介護職のリーダーに養成：介護福祉士にキャリアパス
  - 5年以上の実務経験者が対象
  - リーダー養成カリキュラム
- ①高度な知識技術の実践者②介護技術指導者③サービスマネジメント
- 介護福祉士研修：現状の1850時間にリーダー研修、認知症ケア、社会保障制度を強化し2019年（平成31年）度から実施

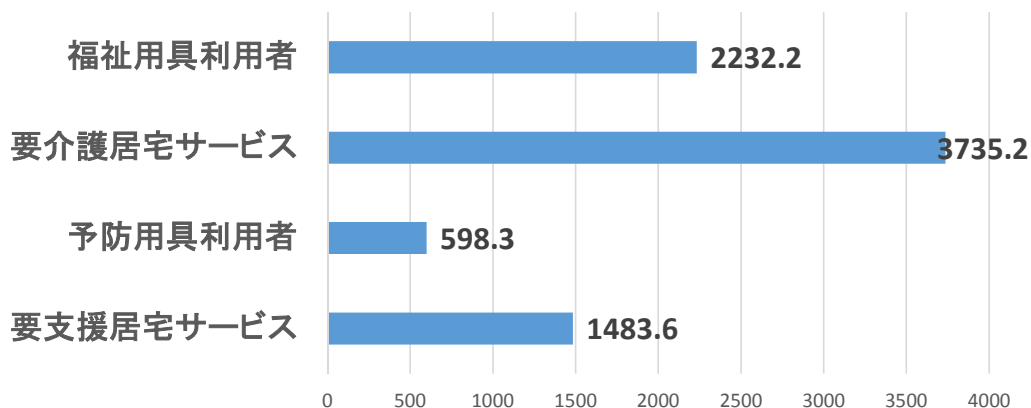
介護福祉士養成カリキュラム見直し1850時間変更せず。  
チームマネジメント30⇒60時間：社会の理解（60時間）には地域共生社会の  
実現の制度、施策を追加2018年度に周知⇒2019年度実施

### 3.福祉用具は貸与の運営基準の見直し (標準偏差16%以上は自費)

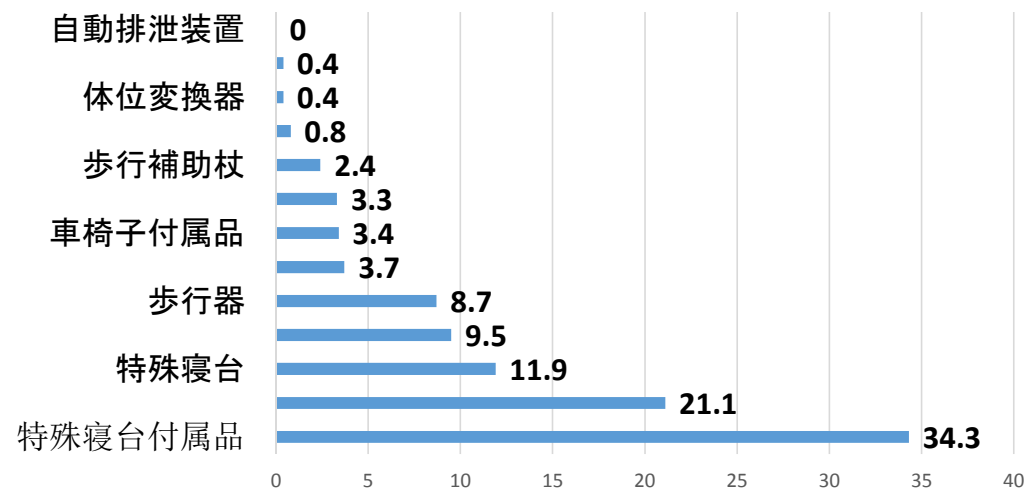
- H30年4月から:
- ①機能や価格帯の異なる複数商品を提示する
  - ②全国平均価格を説明する
  - ③福祉用具サービス計画書のケアマネ提示

・H30年10月から:単価の毎年見直し・標準偏差で**16%以上は自費へ**

居宅サービスと福祉用具利用者



福祉用具貸与品目別N=86945千件



出典:平成28年度介護給付費実態調査

## 4. 通所介護の見直し

- 大規模減算を再度行う(750人以下通常規模・750~900人以下大規模 I・900以上大規模 II)の報酬下げる
- 時間の見直し 現状3~5・ 5~7・ 7~9  
⇒3~4h・4~5h・5~6h・6~7h・7~8h・8~9h
- 延長加算(50単位/時間。9時間以上~14時間未満まで)の単価見直し
- 通所介護と訪問介護が併設されている場合に、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、基準上両方のサービスに規定がある事務室については、共用が可能基準上規定がない玄関、廊下、階段などの設備についても、共用が可能にする?
- ADLを食事・移乗・整容・トイレ動作・入浴・歩行・階段昇降・更衣・排便コントロール・排尿コントロールの10項目で5点の点数化し、評価



## 5. 通所リハビリ

- 通所リハ:リハビリマネジメント加算:リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等 テレビ会議システムの携帯電話等でのテレビ電話を含む:医師参加ではなくPT/OT/STも可とするか?
- 6ヶ月は月1回⇒3ヶ月に1回?
- リハビリ会議⇒使用する様式のデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用い、提出し、フィードバックを受ける
- 社会参加:終了し、通所介護移行5%、自宅を訪問し通所介護が3ヶ月以上計継続する(1日12単位)⇒加算の見直し:就労・要支援に区分変更し、予防認知デイ、予防職規模へ移行

## 6. 訪問看護の報酬改定

- 訪問看護体制強化加算の算定見直し(緊急時訪問看護加算の期間見直しターミナルの算定者の見直し・・・加算方向)
- 平成24年介護保険:「看護・介護職員連携強化加算」。訪問看護ステーションの看護職員は、緊急時の対応について介護職員に助言し、特定行為の実施状況を同行して確認する
- 介護保険から医療保険に変わると請求できない⇒診療報酬で新設
- 看取りの医療決定プロセスの扱い明示
- 訪問看護でPT・OT・STの連携の具体化
- 要支援と介護で単価分ける

## 7. 施設に障害者の受け入れ促進

- 特養・特定移設で訪問・通所リハビリをしている医療提供施設の理学療法士らや医師が行き、その職員と共同でアセスメントを行った上で、個別機能訓練計画を作成する。;個別機能訓練加算要件
- 特養に障害者を受け入れる「障害者生活支援体制加算」のH27年重度精神障害追加、今回は要件を15人⇒30%に緩和
- 小規模特養さらに減算
- 特養・老健: 外泊している利用者にサービス提供を行った場合、介護報酬で評価。施設の報酬は取れない、訪問介護へ委託も可能

## 8. グループホーム：医療連携体制加算に加え

- 事業所の職員として配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護師との連携体制を確保すること
- たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること
- 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている
- 入院後3カ月以内に退院が見込まれる入居者について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合には、1月に6日を限度として一定単位の基本報酬の算定を認めることとする。
- イ 医療機関に1カ月以上入院した後、退院して再入居する場合も初期加算の算定を認めることとする。

## 4・どう向き合うか



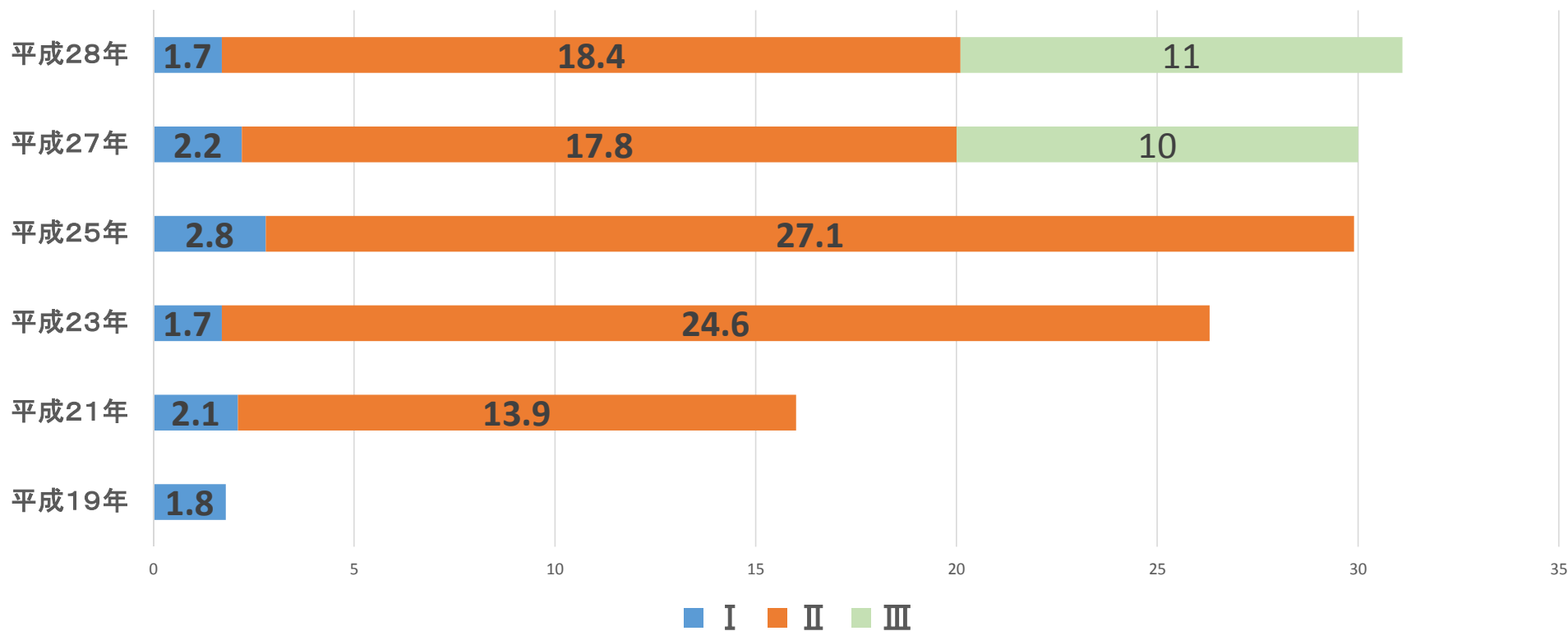
地域包括ケアでは退院調整が加速  
医療・介護ニーズの利用者が急増  
定額報酬サービスへの移行促進

# 居宅は特定加算の取得をめざそう

特定事業所加算の算定要件/加算	5000円	4000円	3000円	1250円
	I	II	III	IV
1. 常勤専従主任ケアマネ	2名	1名	1名	I・II
2. 常勤専従ケアマネ	3名	3名	2名	III取得が
3. 利用者情報会議定期開催	○	○	○	前提
4. 24時間連絡体制	○	○	○	退院対応
5. 要介護3～5が40%	○			加算35回
6. 所内ケアマネ計画的研修	○	○	○	ターミナル
7. 包括から困難事例受ける	○	○	○	年5回
8. 包括の事例検討会の参加	○	○	○	取得した
9. 運営減算、集中減算がない	○	○	○	の場合に
10. ケアマネ一人あたり40未満	○	○	○	追加加算
11. 法定研修実習への協力体制	○	○	○	
12. 他居宅と共同事例検討・研究会	○	○	○	

# 特定事業所加算は居宅の31.1%

特定事業所加算取得率



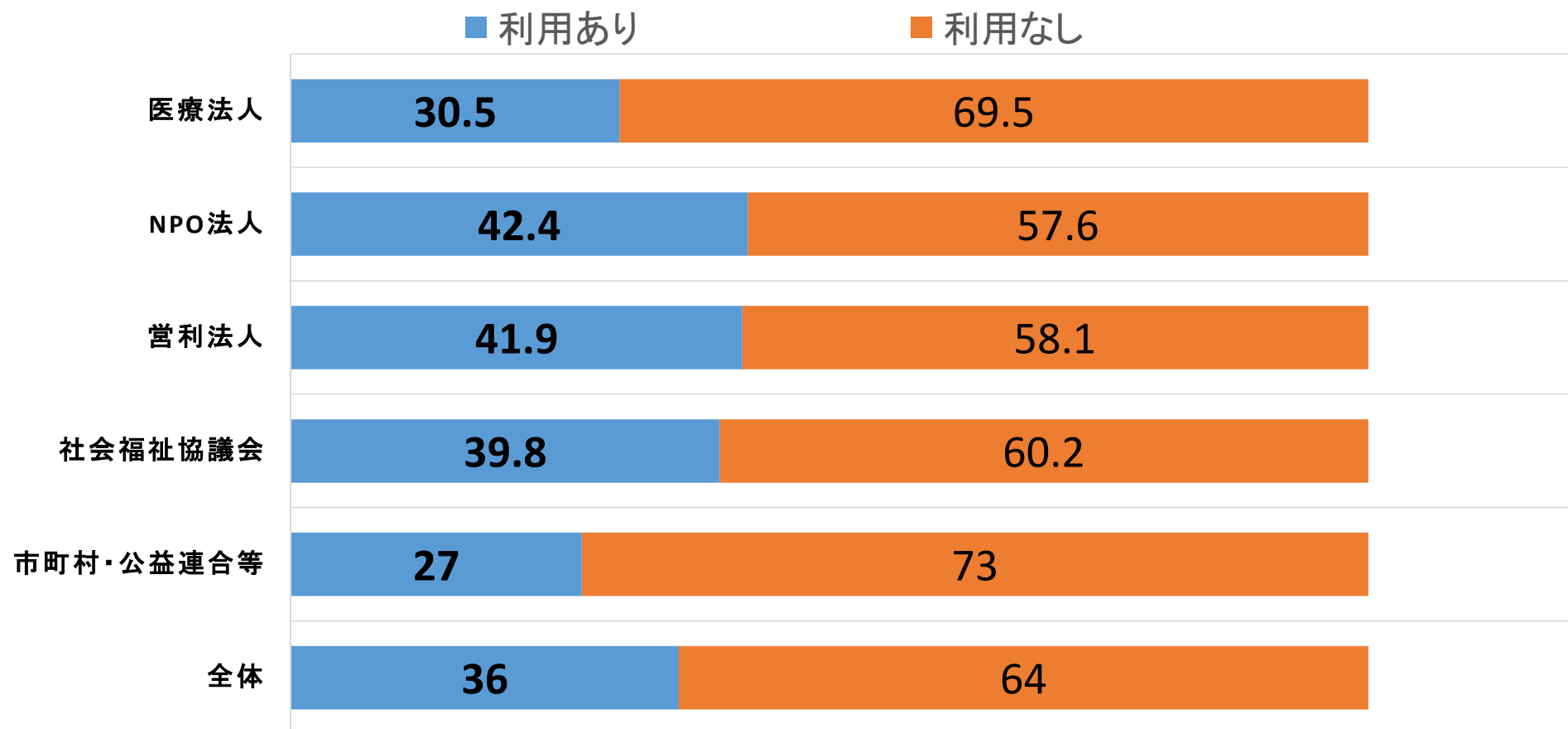
出典：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務実態調査

# 自立支援は福祉用具の得意とするところ

- 環境調整と
- 理学療法士等の連携
- 用具を活用した自立支援をケアマネジャーと連携
- 医療専門職と連携し在宅生活の継続を具体化する
- 転倒予防
- 肺炎予防
- 低栄養、摂食、誤嚥の予防
- 利用者の力を引き出す
- 介護者の負担の軽減



## インフォーマルサービス利用状況(%)

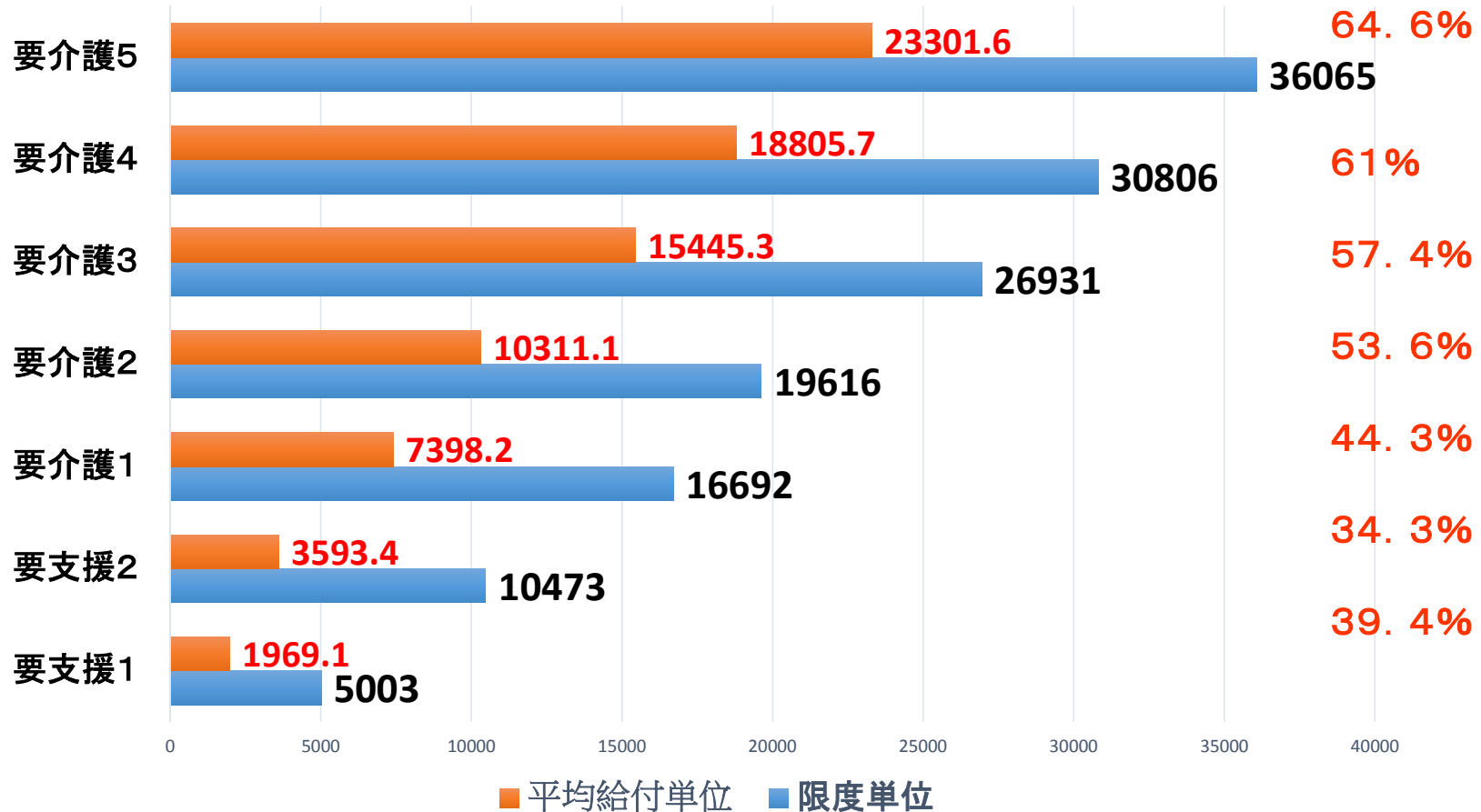


出典：三菱総研（居宅介護支援、介護支援専門員の実態に関する調査報告書（平成25年厚生労働省事業）より作成

# より長く地域で暮らせば給付は下がる

## 居宅限度単位の平均利用

限度額オーバーは2.3%



出典：厚生労働省介護給付費実態調査平成27年度

## 1. 地域資源をさがす

ケアマネジャーが、市区町村フォーマルサービスと地域のインフォーマルサービス情報を組合せて利用者様への情報提供をする為の情報を支援します。

※各自治体の生活支援、家事援助、訪問理美容、介護予防（体操教室）、介護者相談・コミュニティカフェ、緊急通報・見守りなど  
※ボランティア・NPO団体、事業者、民間企業の訪問による家事援助、介護タクシー、配食、食材配達など

## 2. 地域資源の活用法（ケーススタディ）

ケアマネジャーが、利用者に対するより良いプラン作成の為に、インフォーマルサービスを組み合わせたプランの活用ノウハウと、その活用メリットをお伝えします。（事例を含め）

## 3. 知っておきたい介護

ケアマネジャーを利用する前に、利用者（家族）に伝えたい、介護と向き合う時に発生するお困り事を記事形式で解説することで、ケアマネジャーがご利用様への対応をする上での負担を軽減と、利用者・家族に安心して頂く為のお役立ち情報を提供する。

## 4. 良くわかる最近の介護事情

ケアマネジャーが、利用者に伝える必要がある法改正や業界動向について分かり易く解説し、ケアマネから利用者への情報発信がしやすい状況を作りスキルアップに繋げる。

### ※地域介護サイトの見つけ方について

yahooやgoogleの検索エンジンを利用し「カシオ 地域介護」と入力し検索して頂くと「Ayamu地域介護」というサイトが検索出来ますので是非ご活用下さい。

カシオ 地域介護

と入力して検索してください！



<https://chiiki-kaigo.casio.jp/>