

平成 30 年度介護保険改正による市民生活への影響/大阪市の現状と今後

～特定非営利活動法人 ふくてつく～

(株) シャカリハ

代表取締役 三浦 浩史

連絡先 syakariha@gmail.com

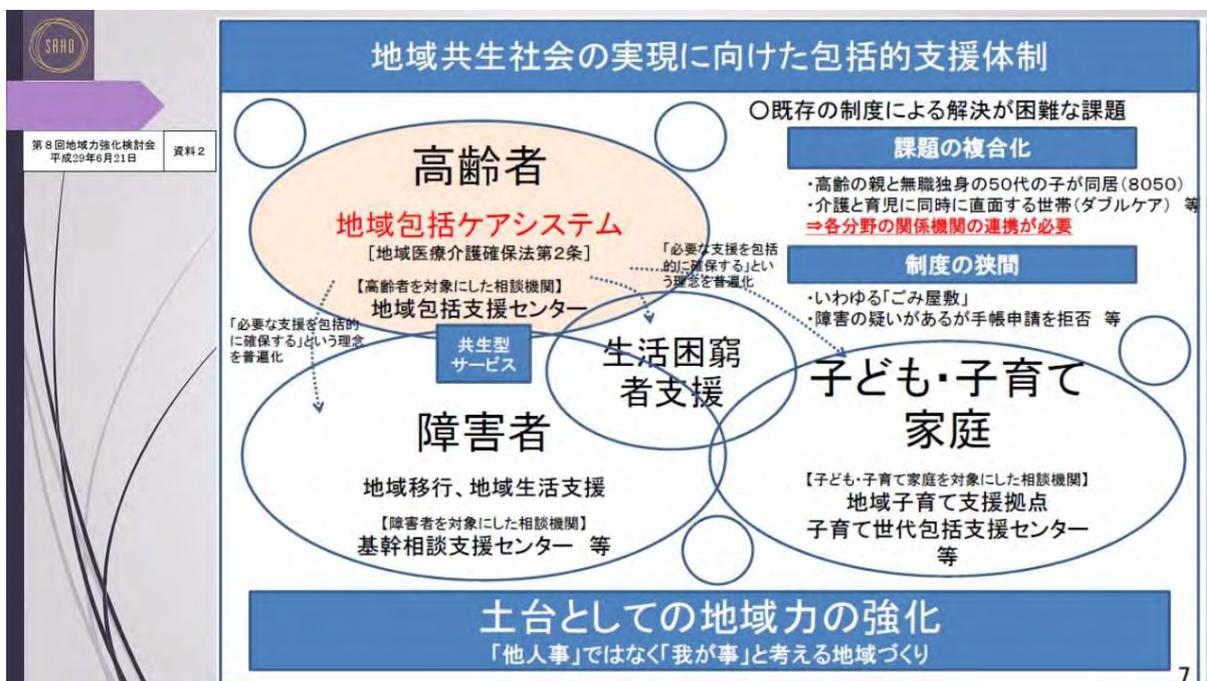
1 : 「地域共生社会の実現」

「今」 → 「2025年」 → 「2045年」

制度・分野ごとの「縦割り」や「支えて」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく「地域共生社会」の実現が重要であり、そのような地域づくりを育む仕組みへと転換していく改革が必要であるとされています。

『地域課題』

- 人口減少（特に、労働人口）、少子高齢化、核家族化の急速な進展、就労形態の多様化、
- 課題の多様化・複合化（8050世帯、こどもの貧困、児童や高齢者、障がい者への虐待など）
- 地域医療・介護需給ギャップ、制度持続性（財源・人材・その他）、認知症の方の増加
- 地域におけるつながりの希薄化や社会的孤立、地域差格差 等



2 : 大阪市の独自の地域課題？

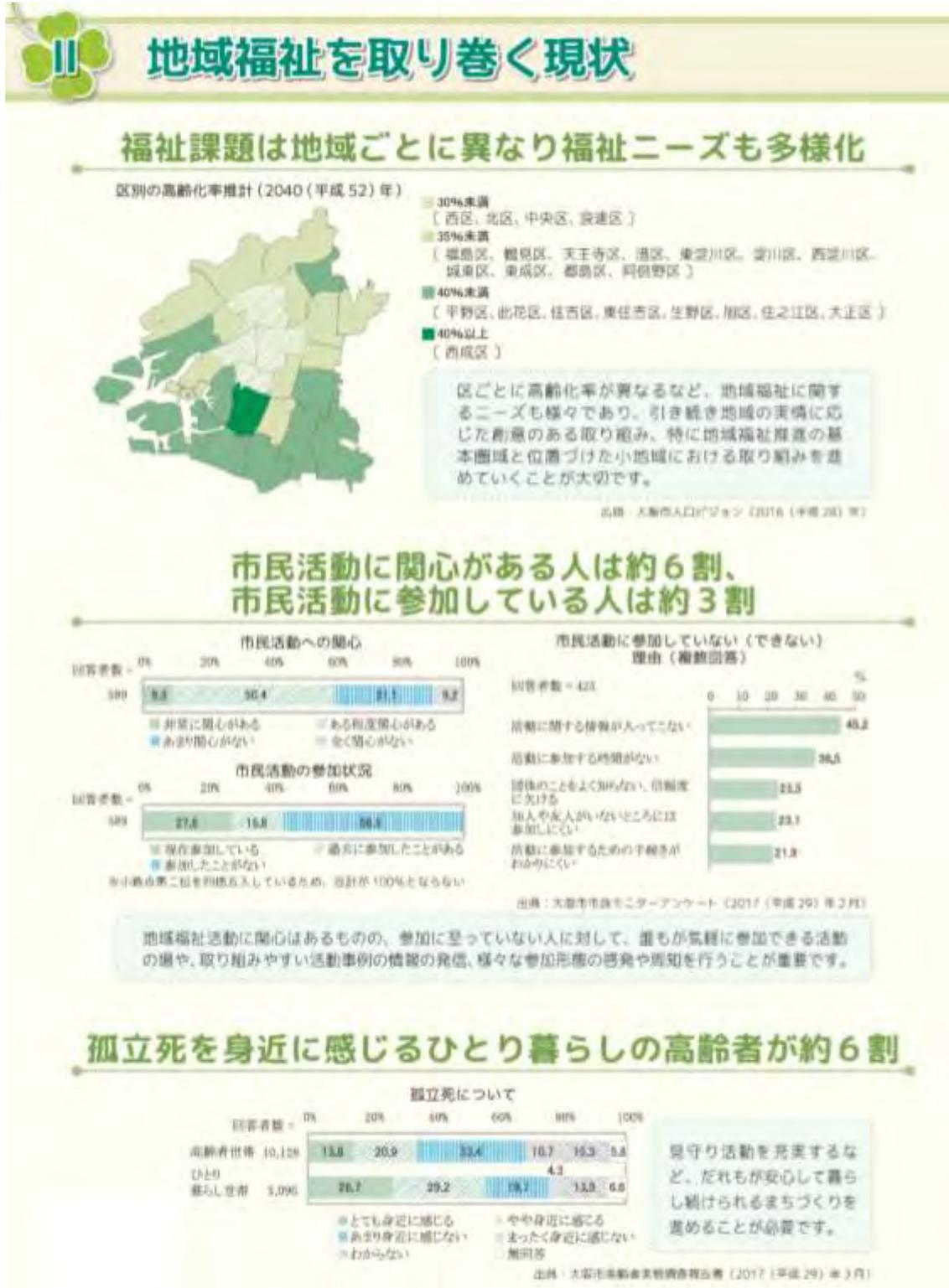
介護保険料：全国で最高額（基準額 7,927 円）へ
行政区割の議論（総合区、特別区）

『大阪市の取組』 大阪市地域福祉基本計画

2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）まで

テーマ「だれもが自分らしく安心して暮らし続けられる地域づくり」

人権尊重 住民主体の地域づくり ソーシャル・インクルージョン 福祉コミュニティ形成
多様な主体の協働 マルチパートナーシップ



3 : 介護保険法改正のポイント

<趣旨>

高齢者の自立支援と重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

1 地域包括ケアシステムの深化・推進

- ①自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進 **(介護保険法)**
 - ・全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
- ②医療・介護の連携の推進等 **(介護保険法、医療法)**
 - ・医療と介護の連携のさらなる推進
 - ・看取り・ターミナル等支援強化
 - ・介護医療院の創設など
- ③地域共生社会実現に向けた取組の推進等 **(社会福祉法、介護保険法、障がい者総合支援法、児童福祉法)**
 - ・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定
 - ・共生型サービス

2 : 介護保険制度の持続可能性の確保

- ④2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする **(介護保険法)**
- ⑤介護納付金への総報酬割の導入 **(介護保険法)**・・・(総報酬に比例した負担)

平成30年度介護報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定について

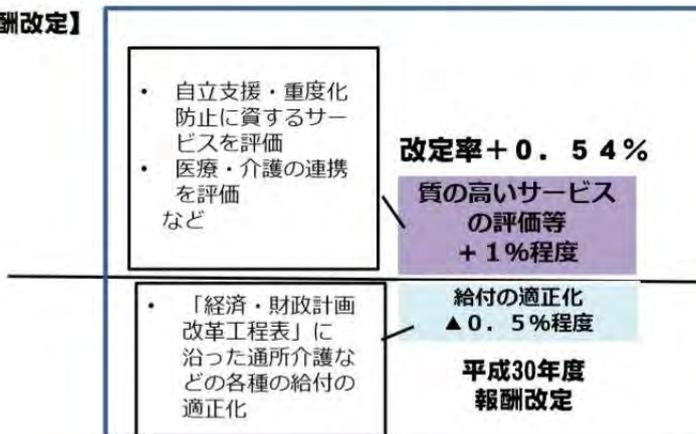
【介護報酬改定】

- ・平成30年度介護報酬改定は、地域包括ケアシステムの推進、質の高い介護サービスの実現、多様な人材の確保と生産性の向上、介護保険料の上昇の抑制、介護サービスの利用者負担の軽減及び介護事業者の安定的経営の確保等の視点を踏まえて行うこととし、改定率は全体で+0.54%とした。
- ・その中で、質の高いサービスの評価等に+1%程度振り向けるとともに、「経済・財政計画 改革工程表」に沿って、▲0.5%程度の各種の給付の適正化も実施。

【障害福祉サービス等報酬改定】

- ・平成30年度障害福祉サービス等報酬改定は、障害者にとって望ましいサービスの質に着目した評価を強化するとともに、施設での看護職員配置による医療的ケア児等への対応や、「自立生活援助」といった新サービスの開始等を踏まえて行うこととし、改定率は全体で+0.47%とした。

【介護報酬改定】



※平成29年度臨時改定において、+1.14%の処遇改善を実施。
 ※「新しい経済政策パッケージ」(平成29年12月8日閣議決定)において、平成31年10月から公費1,000億円程度を投じて更なる処遇改善を実施。...

平成30年度介護報酬改定の概要

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

平成30年度介護報酬改定 **改定率: +0.54%**

I 地域包括ケアシステムの推進	II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現
<p>■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けられる体制を整備</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応 ○ 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進 ○ 医療と介護の複合的なニーズに対応する介護医療院の創設 ○ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保 ○ 認知症の人への対応の強化 ○ 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進 ○ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進 	<p>■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ リハビリテーションに関する医師の関与の強化 ○ リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充 ○ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進 ○ 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入 ○ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設 ○ 身体的拘束等の適正化の推進
III 多様な人材の確保と生産性の向上	IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保
<p>■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助の担い手の拡大 ○ 介護ロボットの活用の促進 ○ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和 ○ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加 ○ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し 	<p>■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉用具貸与の価格の上限設定等 ○ 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等 ○ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し ○ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等 ○ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

法改正の趣旨達成のためのポイント

- 1) 連携（医療・介護・障害・子供・生活困窮など）
 - 医療・介護・障がい者（児）支援・生活困窮者支援・生活保護の連携強化と質向上
- 2) 看取り支援
 - 意思決定支援、地域医療構想、かかりつけ医とケアマネジャーの連携
- 3) 自立支援・重度化防止
 - ① 生活機能向上 ②リハビリテーション ③障がい者の在宅復帰・就労定着 等
- 4) 予防
 - 介護、疾病、生活困窮・・・口腔・栄養・皮膚状態など重点
- 5) 人材不足への対応
 - ① 共生型サービス ②処遇改善加算 ③手厚い配置への評価
 - ④介護ロボット：見守りロボット利用で職員配置基準緩和等
 - ⑤ICT化：介護はWeb会議が可能となる。看取りもWebカメラで死亡確認等
 - ⑥配置基準の緩和（訪問看護複数派遣、生活援助）
- 6) 子ども支援（障がい者総合支援法、難病、生活保護法）
 - ① 医療的ケア児への支援 ②居宅訪問型児童発達支援
 - ③ 生活保護世帯の子どもの大学等への進学支援
- 7) 規制緩和（いわゆる混合介護等）
 - 保険者判断のルール化等
- 8) 制度持続性のための給付適正化

4：法改正対策の具体

1) 連携

- ①病診連携：外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
- ②情報共有：かかりつけ医とかかりつけ歯科医間の情報共有
末期のがん患者についてケアマネジャーと在宅主治医との連携を強化

介護サービス → ケアマネジャー（施設含む） → 病院・かかりつけ医・歯科等

- ③入退院支援の評価（「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更）

入院時

- 入院前からの支援：（入院前に）利用しているサービスの利用状況の確認・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
*各サービスは通院時など情報共有できる準備必要
- ケアマネジャー：入院時連携加算の変更（書式は別紙参照）

退院時

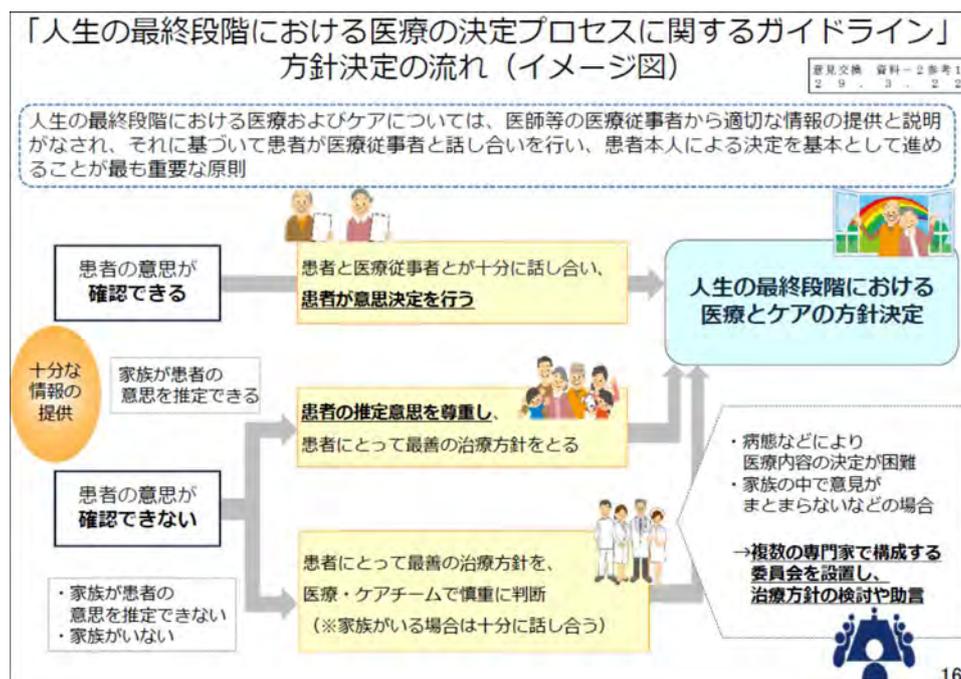
- 介護保険施設：入院先医療機関と栄養管理に関する連携
- リハビリ：医療から介護へスムーズに移行できる仕組み（書式統一等）
医療と介護のリハビリの人員配置・施設基準緩和
- 特定施設入居者生活介護：「退院・退所時連携加算」創設
- 居宅介護支援：主治医からの情報提供推進、退院・退所加算の変更
- 介護医療院の創設：補足給付適応の居住系介護施設等の扱い
- ④訪問看護の強化：「地域の保健室」の役割へ

平成30年度診療報酬改定 I-5. 医療と介護の連携の推進①

医療と介護の連携の推進	
<div style="background-color: #f08080; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">国民の希望に応じた看取りの推進</div> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実 ➢ 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実 	<div style="background-color: #f08080; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化</div> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進 ➢ 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進 
<div style="background-color: #4682b4; color: white; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応</div> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等と同様の取扱い」とし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設と同様の取扱い」とする ➢ 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援 	<div style="background-color: #4682b4; color: white; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">リハビリテーションにおける医療介護連携の推進</div> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価 ➢ 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

93

2) 看取り支援



○上記にて、意思決定を尊重

○ICTによる死亡診断の開始（専門の看護師研修も開始）

○ケアマネジャー：ターミナルケアマネジメント加算、特定事業所加算（IV）開始

3) 自立支援・重度化防止

①生活機能向上連携加算（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設等）

②訪問介護：「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化

③通所介護のアウトカム：ADL維持加算

④通所リハビリテーションのアウトカム：リハマネ加算IV

⑤社会参加支援加算の取り組みに値する取り組みの追加

介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、

就労（就労移行支援や就労継続支援（A型、B型）も含む）を追加

⑥機能訓練員の要件変更：「一定の実務経験を有するはり師、きゅう師」を追加

4) 予防（介護、疾病、生活困窮）

①介護予防リハビリテーションマネジメント加算（訪問リハ、通所リハ）開始

②介護予防に、生活行為向上リハビリテーション実施加算開始

③口腔・栄養支援の強化

④褥瘡予防

5) 人材不足への対応

①共生型サービス：「介護」⇔「障がい等サービス」の指定を受けやすくする。

* 訪問介護、通所介護、短期入所生活介護 を実施

②ICT化：オンライン診療の開始、会議へのオンライン参加、

③配置基準の緩和

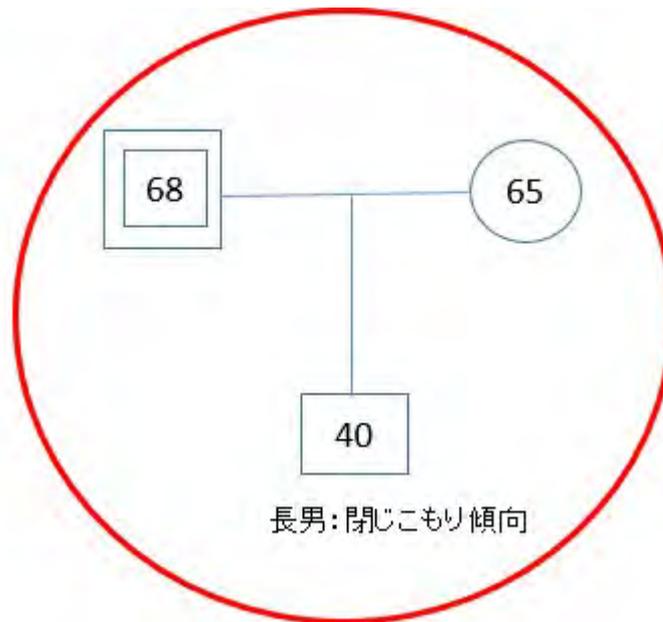
（特養の一定要件により夜勤職員の兼務可能、訪問看護複数派遣、訪問介護の生活援助）

6) 制度持続性のための給付適正化

5 : ～事例を通して大阪市の高齢者の想定課題を考える～

1 事例目 看取り事例 Bさん 68歳 男性 要介護2

すい臓がん（末期がんと診断され、自宅で看取りを行う）



- 平成 27 年に 65 歳で定年を迎えた。
- 平成 30 年 1 月から体重減少が目立ち、食事も減少していた。
- 受診すると、2 月末に『すい臓がん』の末期で治療できないと宣告された。
- 本人は、「自宅で最期を迎えたい」と希望され、妻・息子も同意し、自宅で看取りをすることとなった。
- 積極的な治療はしないことで治療方針は決定
- 主治医から近医の「かかりつけ医」へ紹介
- 「かかりつけ医」から、「薬局」「訪問看護」を紹介いただいた。
- 3 月 10 日の「退院前カンファレンス」を実施
- 4 月 1 日退院
- 4 月 5 日熱発で再入院し、4 月 20 日退院
- 5 月 15 日 死去

1 ポイントとなる課題

1 看取り支援

- ①病床不足：長期入院はできない。看取りは在宅若しくは施設で支援する（ホスピスなど一定の専門看取りケアは残存する）
- ②在宅医（かかりつけ医）の不足：特に24時間対応可能な医師が不足
- ③医療・介護サービスが需要に対して不足する（地域格差が大きい）
 - 訪問看護の不足
 - 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の不足
 - 喀痰吸引できる施設の不足により看取りの受け入れ施設が少ない
- ④一人暮らしでの在宅看取り

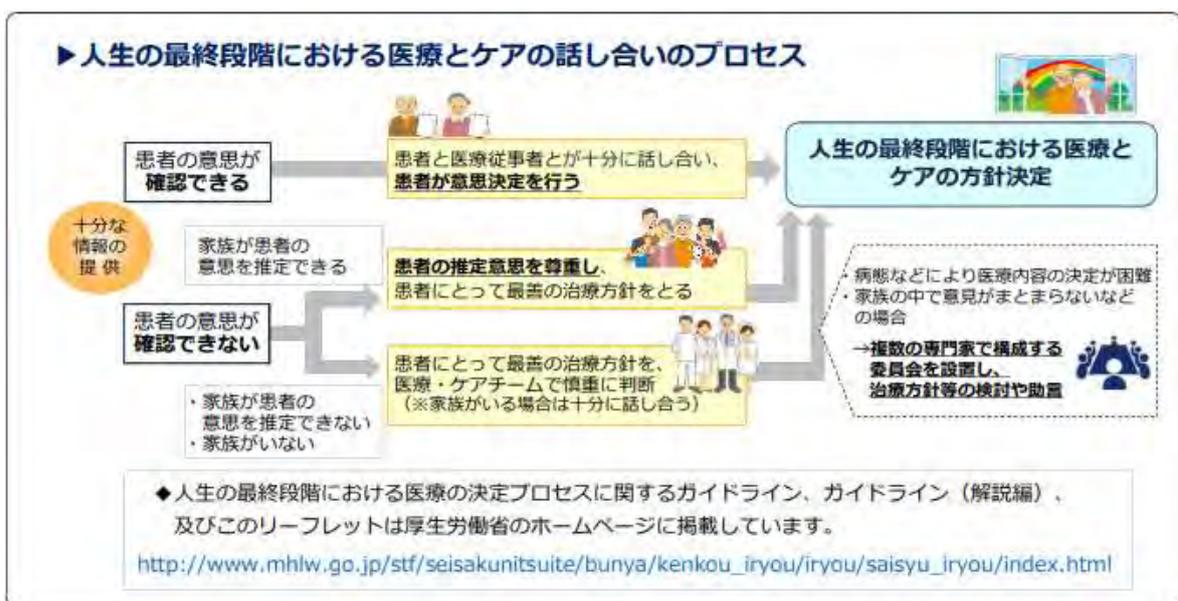
2 死後の手続き（*勝手には死ぬことはできないことを知る）

- ①身寄りがいない人の火葬許可書・埋葬許可（納骨）の申請 → 民生委員、家主など
- ②火葬場が不足
- ③仏壇・神棚の継承・整理
- ④宗教とのかかわりの変化
- ⑤お墓の継承ができない
- ⑥遺族年金・生命保険等の手続き
- ⑦家財処分・相続

2 法改正とポイント ～本人が望む最期を迎えられるように支援する～

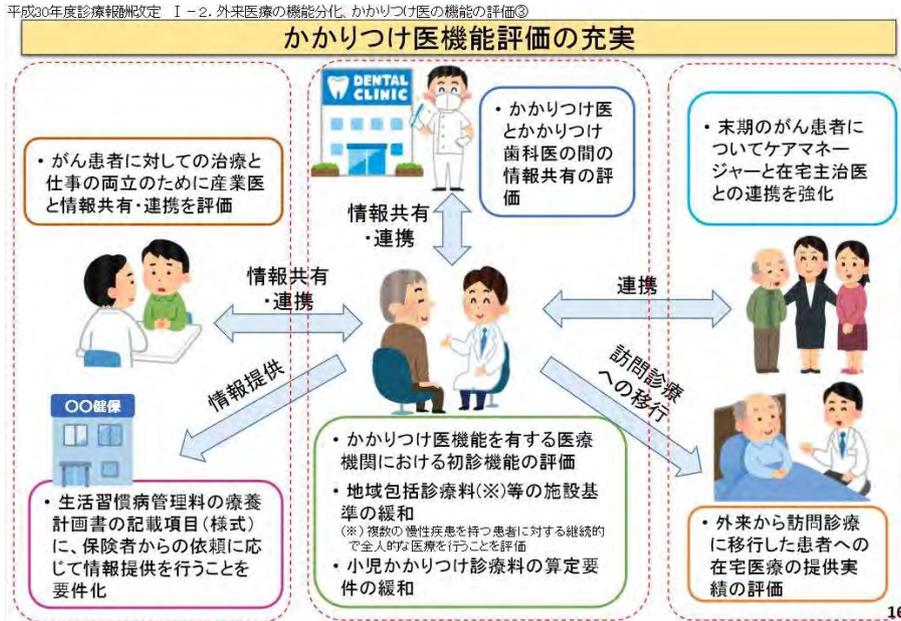
1) 意思確認

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」



2) 医療と介護の連携

- ①退院時連携
- ②クリニック・薬局・歯医者・病院の連携強化
- ③かかりつけ医と介護関係者との連携強化



④ケアマネジャーと医療の連携強化

主治医への連携強化(ケアプラン提示など)

モニタリングによる情報共有(医師、歯医者、薬局、介護サービス事業所など)

例:「薬の服用を拒絶している」という情報をケアマネジャーが家族より聞き、主治医・薬局と打ち合わせし、処方内容や薬の形態などを検討する等

⑤オンライン診療開始

平成30年度診療報酬改定 II-2-1) 遠隔診療の評価④

診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	【遠隔画像診断】 ・画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 【遠隔病理診断】 ・術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) ・(※)生検検体等については、遠隔先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者 (D to P)	医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 情報通信機器を用いた遠隔モニタリング 	【オンライン診療】 ・(新)オンライン診療料 ・(新)オンライン医学管理料 ・(新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 初診診療の原則(※)上で、有効性や安全性等への配慮を念む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診療や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 (※)患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能なことと取扱いがより明確になるよう要件の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診療は、オンライン診療料に整理。)
		【遠隔モニタリング】 ・心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・(新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算) ・(新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算) 在宅酸素療法、在宅DAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

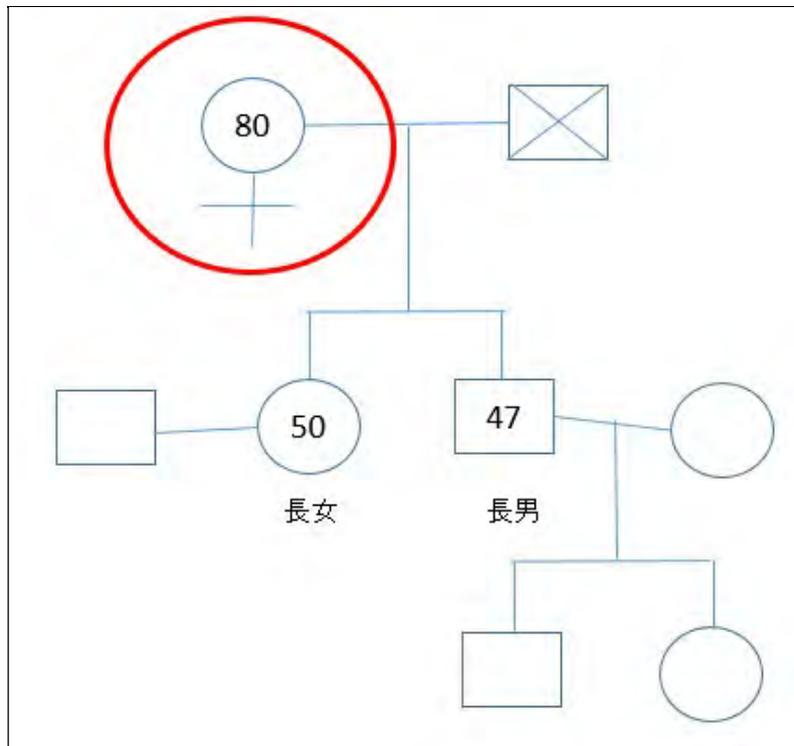
147

3) 望む最期の迎え方

市民後見人：身寄りがない、もしくは身寄りの縁がない場合の権利擁護

2事例目 介護予防ケース Aさん 80歳 要支援2

1年前に腰椎圧迫骨折／サービス付き高齢者住宅入居／軽度認知症あり



- 2年前に夫が死去
- 自宅で一人暮らしていた
 - (長女・長男は離れた場所に居住。関係は悪くはないが、同居は難しい)。
- 本人は自立心も強く、自分のことは自分でしていた。
- ただ、認知症の症状(片づけた場所を忘れてしまう)があり、家族も心配していた。
- 1年前に風呂掃除で転倒し、腰椎圧迫骨折となり入院治療し、3か月でコルセットも外せるようになった。現在も腰痛が残っていて、特殊寝台及び附属品と手すりを貸与
- 今後のことを考え、本人と家族で話し合いを行い、「サービス付き高齢者住宅」に組み替えすることとした。
- 住宅から慣れたスーパー(片道300m)に買い物に行き、もう一度自分のことを自分でできるようになりたいと考えている。

1) 大阪市における介護予防の課題と今後

①大阪府・大阪市は全国でも認定率が高い

大阪府の被保険者一人あたり介護費が全国一高い理由は…

○ 被保険者一人あたり介護費が高い3つの可能性は…

- ① 介護サービス利用者一人当たりの利用額(単価)が高い?
- ② 要介護認定者の中で、介護サービスを利用している方の割合が高い?
- ③ 要介護認定者自体が多いこと(認定率が高いこと)が影響?

⇒これが原因!

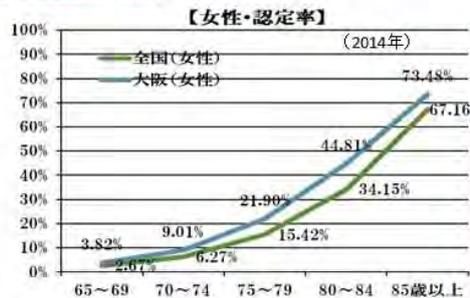
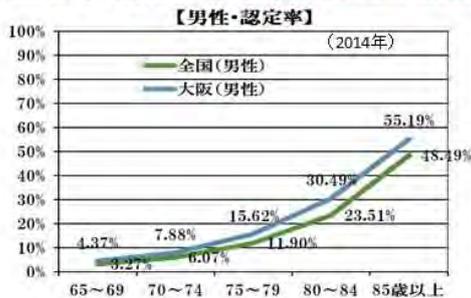
①介護サービス利用者一人あたりの利用額 ⇒ 全国平均よりも低い。

全国	要支援1人当たり	41,014円	要介護1人当たり	191,302円
大阪府	要支援1人当たり	39,260円	要介護1人当たり	188,588円

②介護サービス利用率(受給者/認定者) ⇒ 全国平均よりも低い。

	男性の年齢階級別利用率(2014年)						女性の年齢階級別利用率(2014年)					
	合計	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上	合計	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上
全国計	79.7%	79.4%	78.1%	77.2%	77.6%	83.0%	83.9%	74.6%	73.8%	75.7%	80.4%	89.2%
大阪府	77.4%	79.2%	76.4%	74.8%	74.9%	81.6%	80.5%	73.2%	71.5%	72.6%	78.2%	87.9%

③要介護認定率 ⇒ 男女ともに全年齢階級で全国一高い。



全国平均との差の約6割は、「要支援1・2」(軽度者)

※ 大阪府福祉部高齢介護室において推計

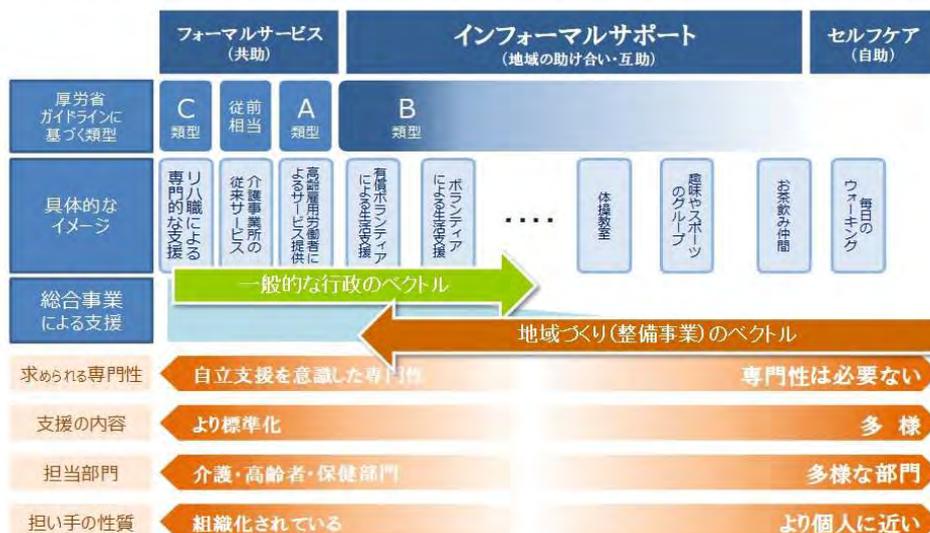
②介護予防サービスと介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は市町村単位でルール(条例)・料金設定

目的: 地域の課題にあった地域サービスを実施し、地域ニーズを改善する

総合事業に対するアプローチ

1. 行政のアプローチをかえる【総合事業における地域づくり③】

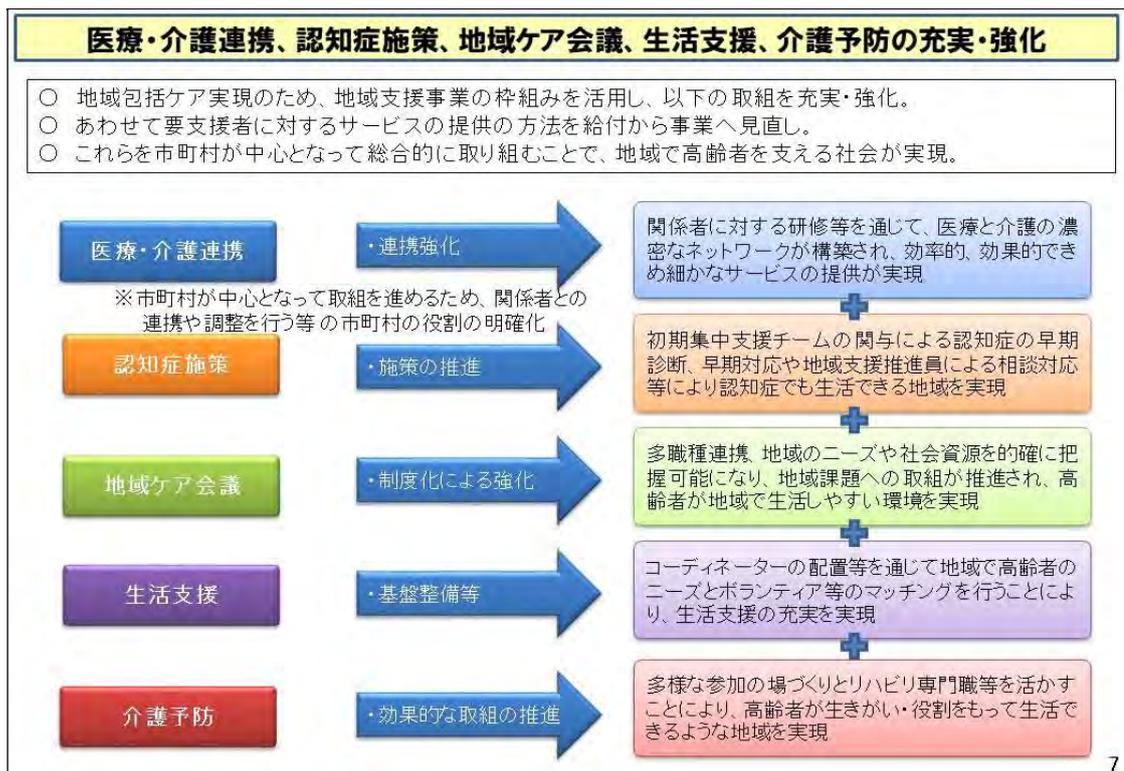


課題1：地域包括支援センターの業務過剰

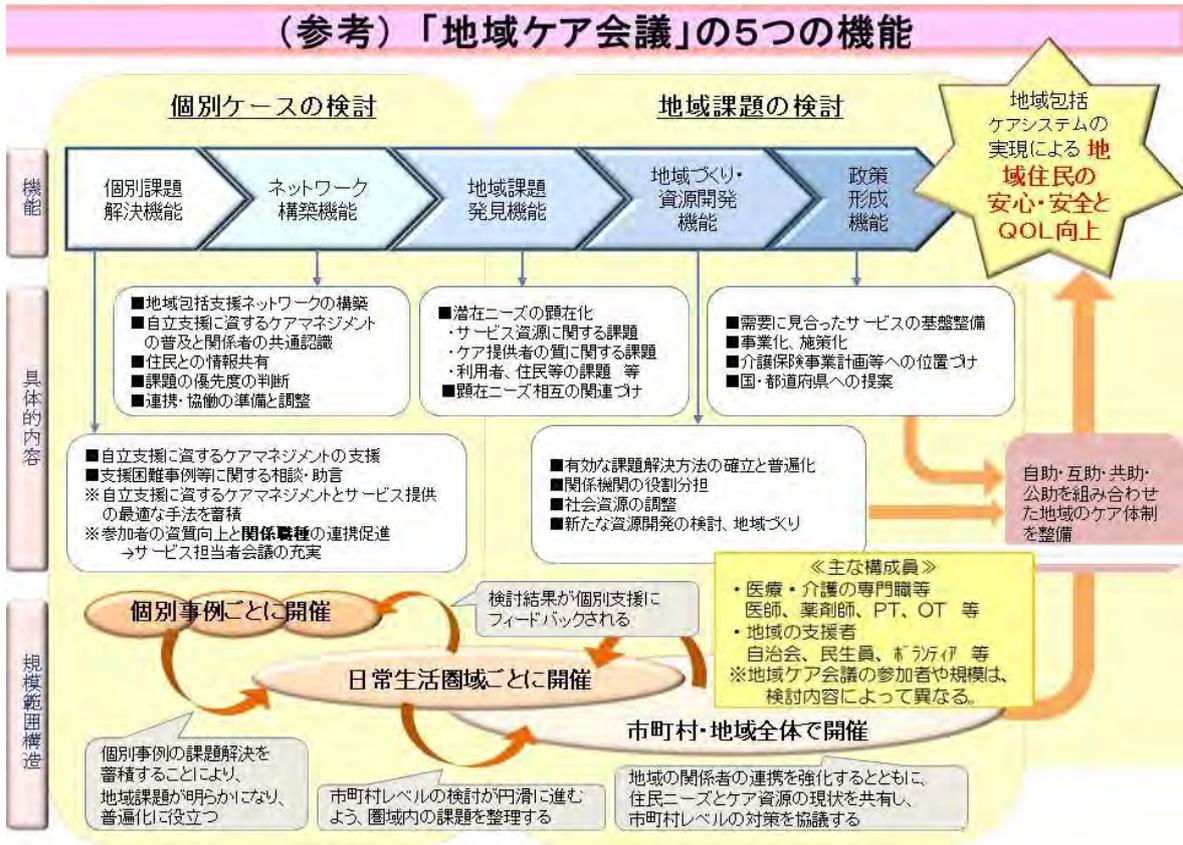


課題2：「仕組み」が先行し、地域の現場が理解しにくい

- 生活支援コーディネーターの設置
- 医療・介護コーディネーターの役割
- 認知症支援（見守りシステム）の実施と周知 等



課題3：地域課題解決のために「地域ケア会議」が実施できていない。



課題4：総合区・特別区により、圏域変更への懸念

将来推計人口、地域コミュニティ、商業集積、防災の視点、行政の効率性などを考慮

区割り

- 将来推計(中47)人口規模は30万人程度
- 地域コミュニティ、歴史的経緯、鉄道網、商業集積、防災面を考慮
- 既存の事業所の有効活用

区の名称

- 方位、地勢、歴史背景も考慮のうえ、親しみやすく簡潔な名称
- 総合区の設置決定後、住民等の意見を踏まえて条例で定める

総合区役所の位置

- 現在の区役所庁舎から総合区役所を選定
- 選定には、近接性、利便性、中心性を考慮

総合区名称(仮称)	総合区役所の位置
第一区	淀川区役所
第二区	北区役所
第三区	福島区役所
第四区	城東区役所
第五区	西区役所
第六区	天王寺区役所
第七区	住吉区役所
第八区	平野区役所

●：総合区役所の位置



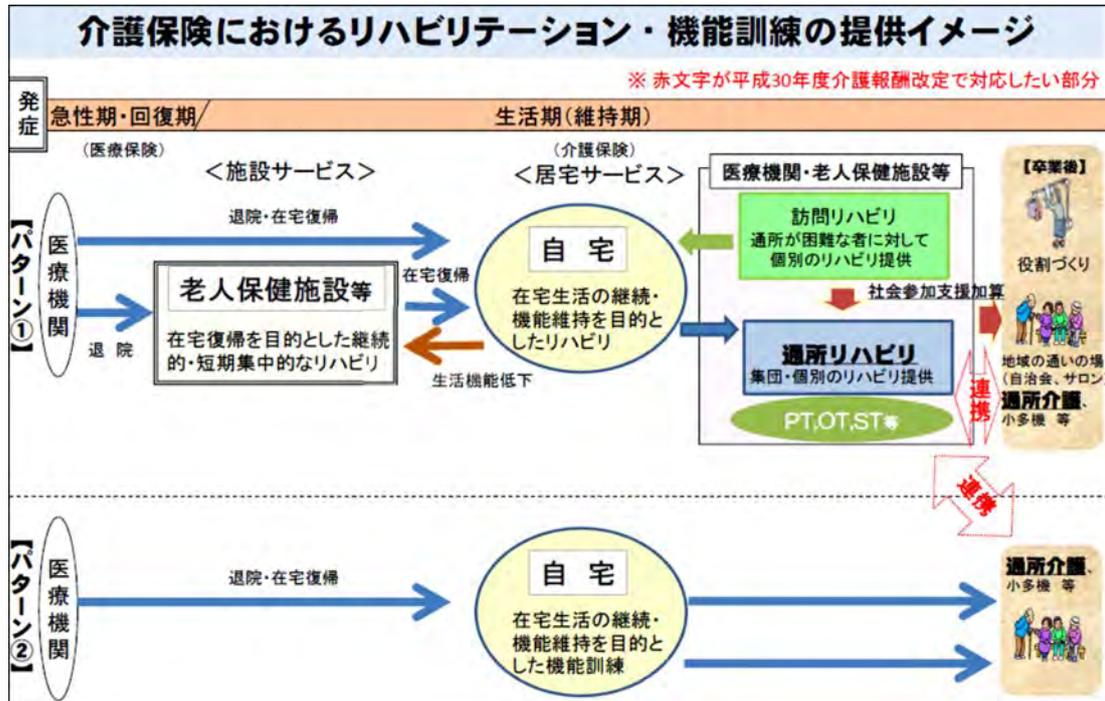
2) 自立支援・重度化防止

①リハビリテーション・生活機能向上

<例> 望む暮らし:「自分のことは自分でできるようになりたい」

1) ニーズ・活動・参加レベルの目標設定

- ①一人で買い物にいける ②一人でお風呂に入れる ③洗濯を自分ででき、服を用意できる
④夫のお墓参りにいける ⑤一人で調理ができる ⑥部屋の掃除やゴミ出しができる 等



訪問介護における自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価 (参考資料)

①身体介護・生活援助の報酬にメリハリ

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

②生活機能向上連携加算の見直し

- 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月(新設:理学療法士等の自宅訪問は不要)
- 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月(現行の生活機能向上連携加算(100単位)の充実)
 - ⇒ 連携対象として、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師を追加
 - ⇒ (Ⅰ)は以下の取組を定期的(原則3月毎)に行うことを評価(初回月のみ算定)
 - ・理学療法士等(範囲は(Ⅱ)と同じ)からの助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成(変更)すること
 - ・なお、当該理学療法士等は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと

③「自立生活支援のための見守り的援助」の明確化

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

④訪問回数が多い利用者への対応(H30.10施行)

- ⇒ 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、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。
- ⇒ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じて、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。

自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価



②サービス種別と自立支援

1：通所リハビリテーションにてリハビリテーションマネジメント・個別リハを実施

2：生活機能向上連携加算（訪問介護）利用

*通所リハビリのPT・OTより訪問介護計画書作成を共同実施

*訪問介護の「自立生活支援のための見守りの援助」を実施（以下、参照）

「訪問介護の自立生活支援のための見守りの援助」の位置づけ

自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

○ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。

○認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。

○認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。

○入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）

○移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）

○ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心で必要な時だけ介助）

○本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）

○ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助

○認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

○洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）

○車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助

○上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

3：通所リハビリから通所介護の機能訓練へ移行（社会参加支援加算）

注1）『リハビリ』 → 『機能訓練』 への変更

注2）通所介護は、生活機能向上連携加算（通所リハより機能訓練計画を指導）へ

6 : では、どうしたらいいのか？

1 : 「地域共生社会」の考え方である地域単位の

「だれもが自分らしく安心して暮らし続けられる地域づくり」へ

年齢・課題別（介護・障がい等）はやめて、地域で支え合える仕組みを作る（互助力）

『自助力の拡大』→『互助力の増強』→『共助（医療保険、介護保険、総合事業等）』

声を掛け合い、社会的孤立を防ぐ
ご自身の地域で役割を持ちましょう



2 : 疾病予防・介護予防・自立支援の徹底

①疾病予防

1) 生活習慣病の改善（大阪の場合）

- ①塩分摂取量を減らして、高血圧改善
- ②糖尿病の予防・改善
- ③禁煙による慢性閉塞性肺疾患の予防

2) セルフメディケーションの推進（税制優遇有）

*病院は必要時に利用。それ以外は、薬局や民間療法なども！

3) 健康診断を必ず受ける

4) よく食べ、よく寝て、よく笑い、よく動く

②介護予防

1) 介護を必要とする原因の総合1位は「認知症」、ただし、要支援は、『足腰の弱り』



2) よく食べ、よく寝て、よく笑い、よく動く

③自立支援

1) 自身・家族のもしもの場合を具体的に行動できるように準備

2) 要介護・病気などは適切に専門家の治療・介護を受けましょう。

3 : 人間以外でできるサービスに慣れていく、サービスに過剰期待しないこと

1) ICT, IOT、介護ロボットなど

ご清聴ありがとうございました（感謝）