

平成30年度介護報酬改定のポイント

－自立支援／重度化防止を中心に－

（内容）

1. 介護保険の基本理念
2. 自立支援／重度化防止に向けた主な施策動向
3. 自立支援／重度化防止の推進に向けて

2019年2月21日

埼玉県立大学大学院／研究開発センター

川越雅弘

1. 介護保険の基本理念

介護保険法の基本条文の確認

－ケア／ケアマネジメントに求められているもの－

【第2条第2項】

前項の保険給付は、**要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資する（＝介護予防）**ように行われるとともに、医療との連携に充分配慮して行われなければならない。

【第2条第4項】

第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、**その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる（＝自立を支援する）**ように配慮されなければならない。



介護保険の基本理念は「自立支援」

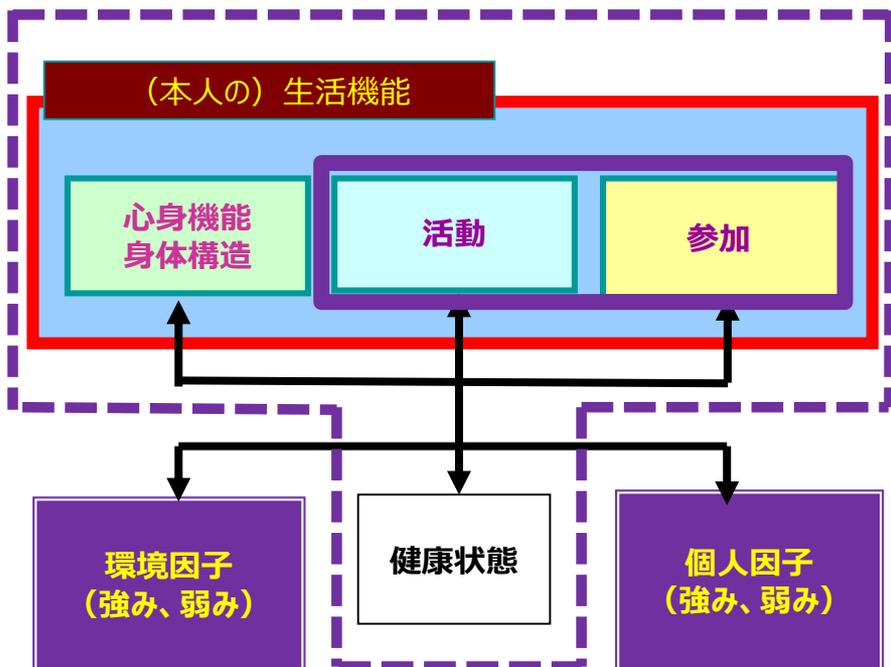
⇒ 利用者が抱えている「**生活課題**」を**如何に解決するか**がポイント。
(今までの生活・役割を取り戻すor近づけるためにどうするか?)

介護保険下におけるサービス／マネジメントの目的とは

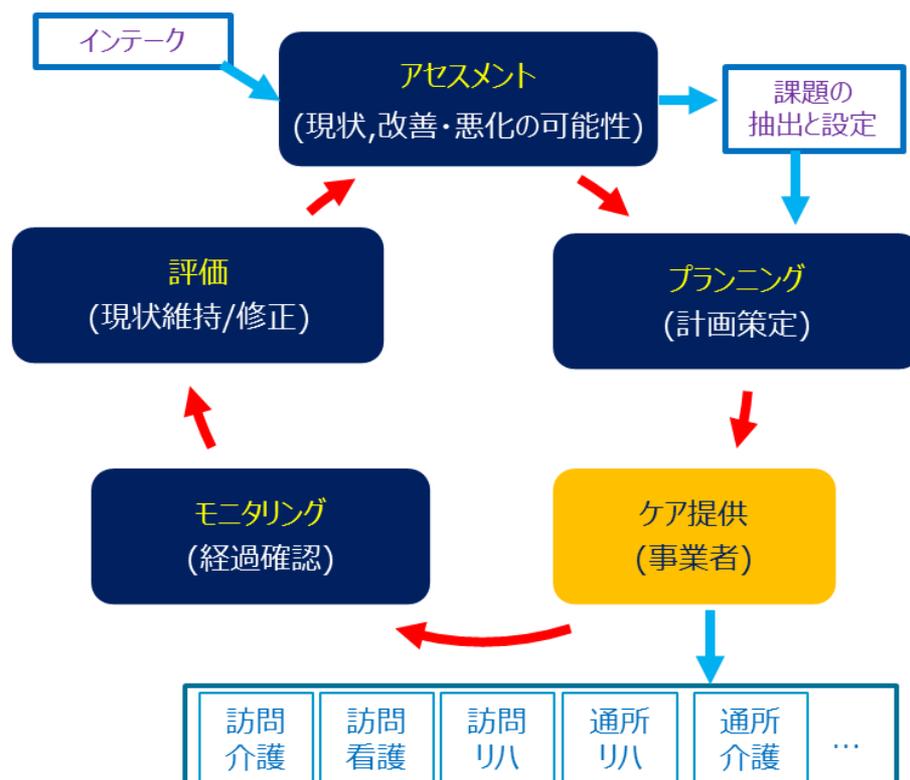
【目的】 利用者の生活機能の維持・向上を図ることを通じて、
本人が望む生活・人生（≡今までの生活・役割）を取り戻すことを支援すること。

→生活機能の向上が図れば、ADL等の自立度も向上し、その結果として要介護度も改善される（要介護度を改善させること自体が目的ではなく、適切な介入による結果。）

ICF（国際生活機能分類）の構成図



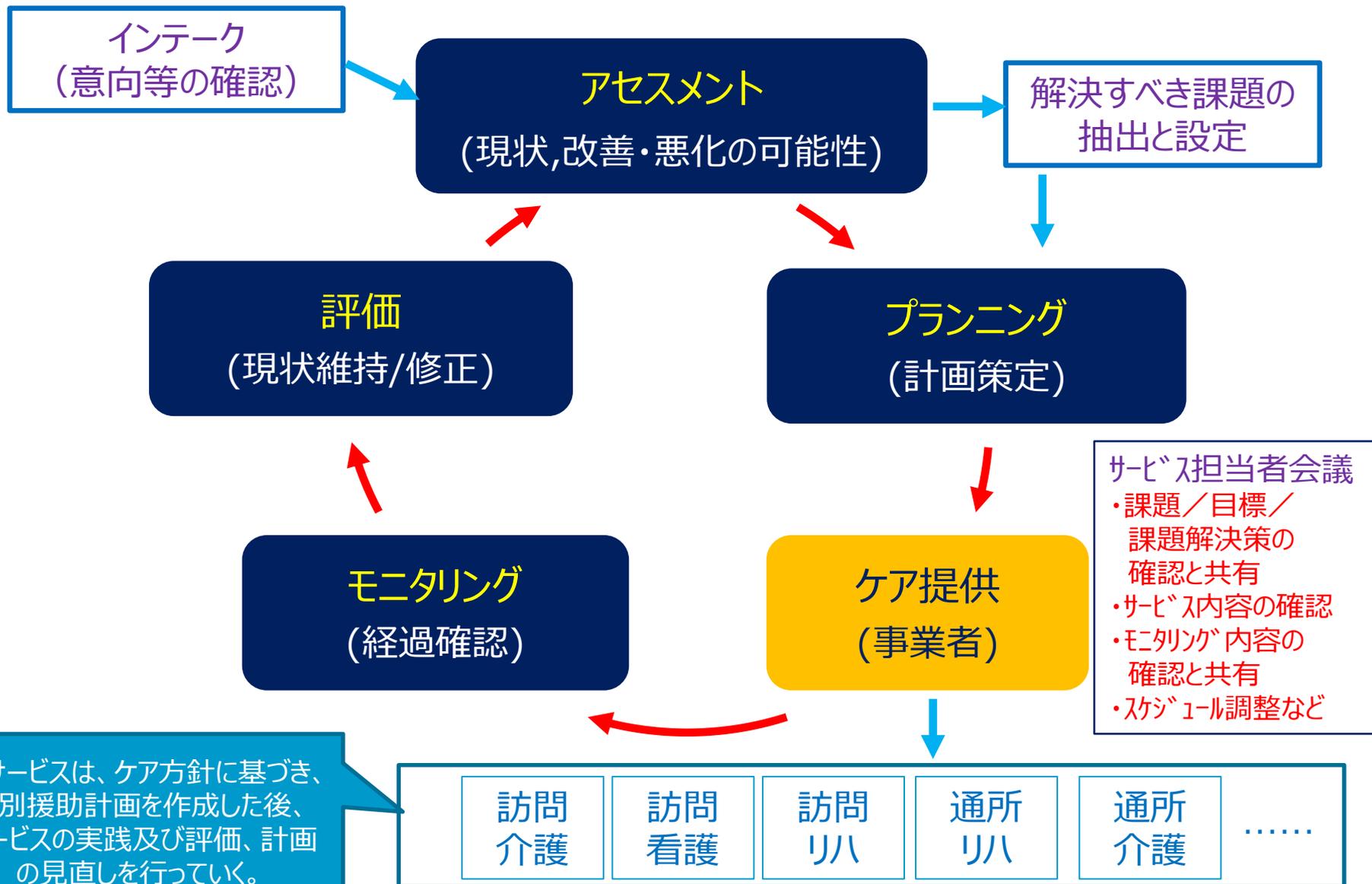
マネジメントプロセスとは



2. 自立支援／重度化防止に向けた 主な施策動向

—リハ職とケア職の連携強化を中心に—

ケアマネジメントプロセスとは

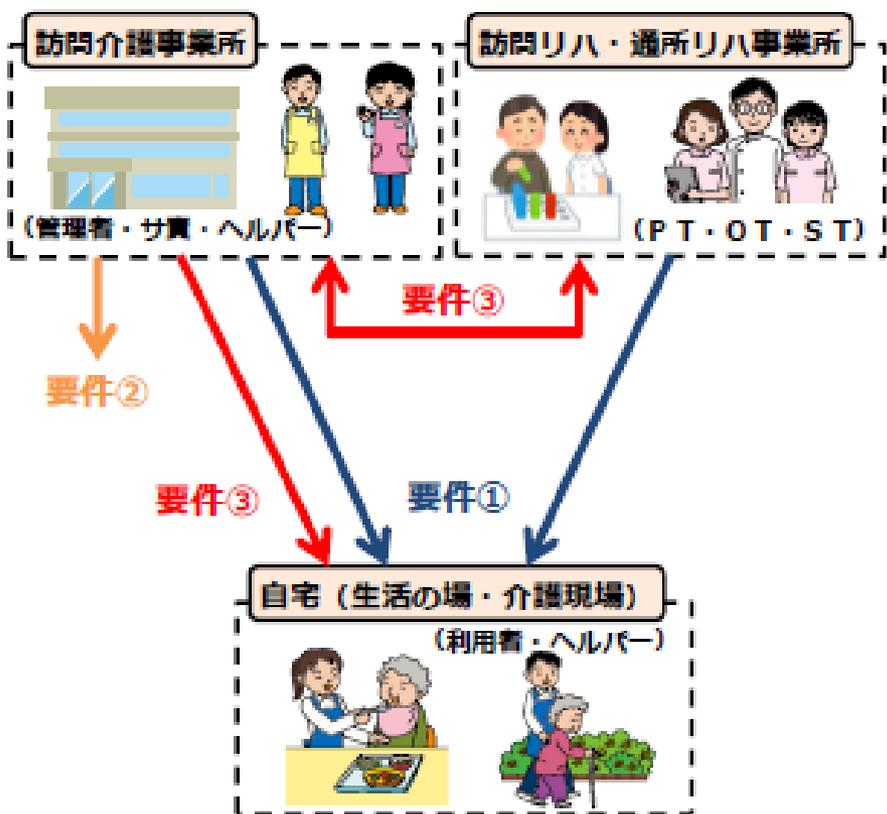


(※今後、①CMとの連携、②サービス間/多職種間連携強化が求められる)

介護職とリハ職の連携強化（＝生活機能向上連携加算の新設）

（H24介護報酬改定）

○自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問・通所リハ事業所のリハ職が利用者の自宅を訪問する際に、サービス提供責任者（サ責）が同行する等により共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を策定した場合であって、リハ職と連携して訪問介護を行ったときに、最初の訪問介護を行った月以降3月の間で100単位を加算するもの（期間中にリハ終了時であっても、3月間は本加算の算定が可能である）。



（要件①）

○身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同で行うこと（サ責とリハ職と一緒に自宅を訪問する）又は「それぞれが訪問した上で協働してカンファレンスを行う」。

（要件②）

○サ責が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること。

（例）達成目標：自宅のポータブルトイレを一日一回以上利用する
（一月目、二月目の目標として座位の保持時間）

（一月目）訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。

（二月目）ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。

（三月目）ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。

（要件③）

○各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び訪問・リハのリハ職に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、リハ職から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

生活行為の観察・評価と課題の具体化（入浴の場合）

- 入浴は、①立位、②移乗、③座位保持、④またぎ、⑤回転などで構成される。
- 「入浴ができない」と評価するのではなく、「一連の入浴行為のどこができないのか」を把握する（自分で観察する、他の職種や他事業所から情報を得る）くせをつける必要がある。
 - ※課題設定「入浴ができない」⇒入浴できるための方法(代替サービス)を考える。
 - ※課題設定「お風呂が跨げない」⇒跨げるようになるためにはどうすべきか(方法)を考える。



平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

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

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

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

【主な事項】

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

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

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

【主な事項】

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

III 多様な人材の確保と生産性の向上

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

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- 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

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

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

【主な事項】

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

外部リハ職との連携による機能訓練の実施（通所介護）

概要

- 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価する。

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>

生活機能向上連携加算 200単位／月（新設）
※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

算定要件等

- 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入 (H30介護報酬改定)

概要

- 自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

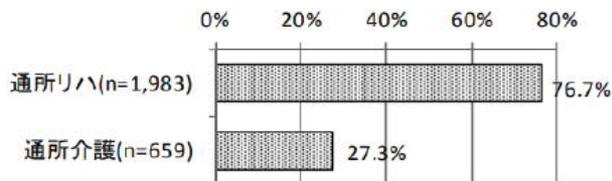
単位数

<現行>なし ⇒ <改定後> ・ADL維持等加算 (Ⅰ) : 3単位 (新設)
 ・ADL維持等加算 (Ⅱ) : 6単位 (新設)

算定要件 (主なもの)

- 連続して6か月以上利用した期間 (評価対象利用期間) のある要介護者に対し、以下の要件を満たすこと
 - 最初の月と6か月目に、機能訓練指導員がBarthel Index (BI) を測定すること
 - BI利得 (6か月目と最初の月のBIの差) が上位85%の者のうち、各々のBI利得が0より大の場合は1、0より小の場合は-1、同じ場合は0として合計したものが0以上であること

図表 24 アセスメントにおけるADL評価指標の活用率

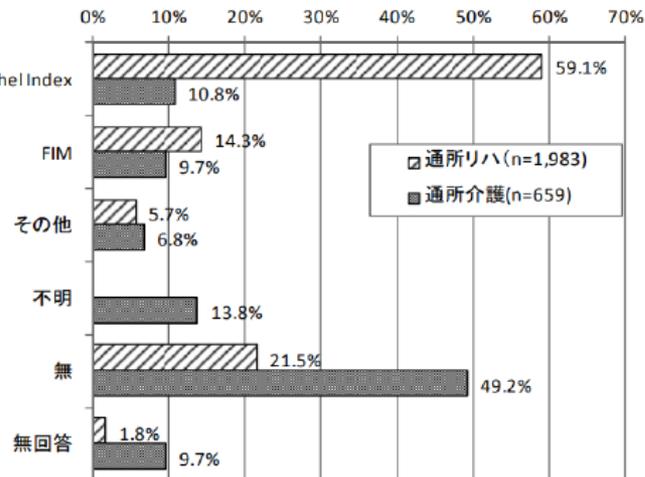


Barthel Index

ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

出所) 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成27年度調査)
 「リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業」

図表 3-2-44 アセスメントに活用しているADL指標 (複数回答)



3. 自立支援／重度化防止の 推進に向けて

自立支援／重度化防止の推進に向けて

現状と課題

【課題1】多職種の見点を入れたケア／ケアマネジメントの展開

- ・軽度者の場合、1-2種類の福祉系サービス提供が中心。看護やリハのサービスが導入されていない場合、これら医療専門職の見立てや対策を知る機会が持ちにくい。
- ・課題を把握するためには、「現状」と「今後の見通し（改善・悪化の可能性評価）」の両面の評価が必要だが、今後の見通しに関する情報収集が不足していないか。

【課題2】ADL／IADLの中の“できない”動作の特定と原因の分析力の向上

- ・ADLやIADLは様々な動作や行為で構成されているが、「何が（どこが）出来ないか」を特定しきれていない。また、「何故できないか（原因）」が分析しきれていない。

【課題3】多職種連携・協働を通じた自立支援を促すケア提供の促進

- ・個別援助計画においても、本人の意向確認～アセスメント（現状・今後の見通し）～生活課題の抽出～課題の原因の推定～課題解決策の検討～ケア提供～モニタリングといった一連のマネジメントが必要だが、これらプロセスが展開しきれていない。
- ・生活機能が向上していくといった「成功体験」を経験していないスタッフもいる。また、そのための具体的な方法論を学ぶ機会も少ない。



地域ケア個別会議、地域リハビリテーション活動支援事業、リハ職とケア職の連携・協働などを通じて、「生活課題解決型」のマネジメント、ケア提供の推進を図っていく必要がある。