

ケアマネジメントに求められる思考過程とその進め方

～①ケアマネジメントに関する制度改正を理解する～

【内容】

1. ケアマネジメントを取り巻く環境変化
2. 地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントの位置づけと期待される役割
3. 介護制度改正／報酬改定の動向
ーケアマネジメント／サービスの質向上対策を中心にー

令和4年11月29日

埼玉県立大学大学院／研究開発センター

川越雅弘

1. ケアマネジメントを取り巻く環境変化
ー人口構造の変化とそれに伴うニーズの変化ー

人口構造の変化

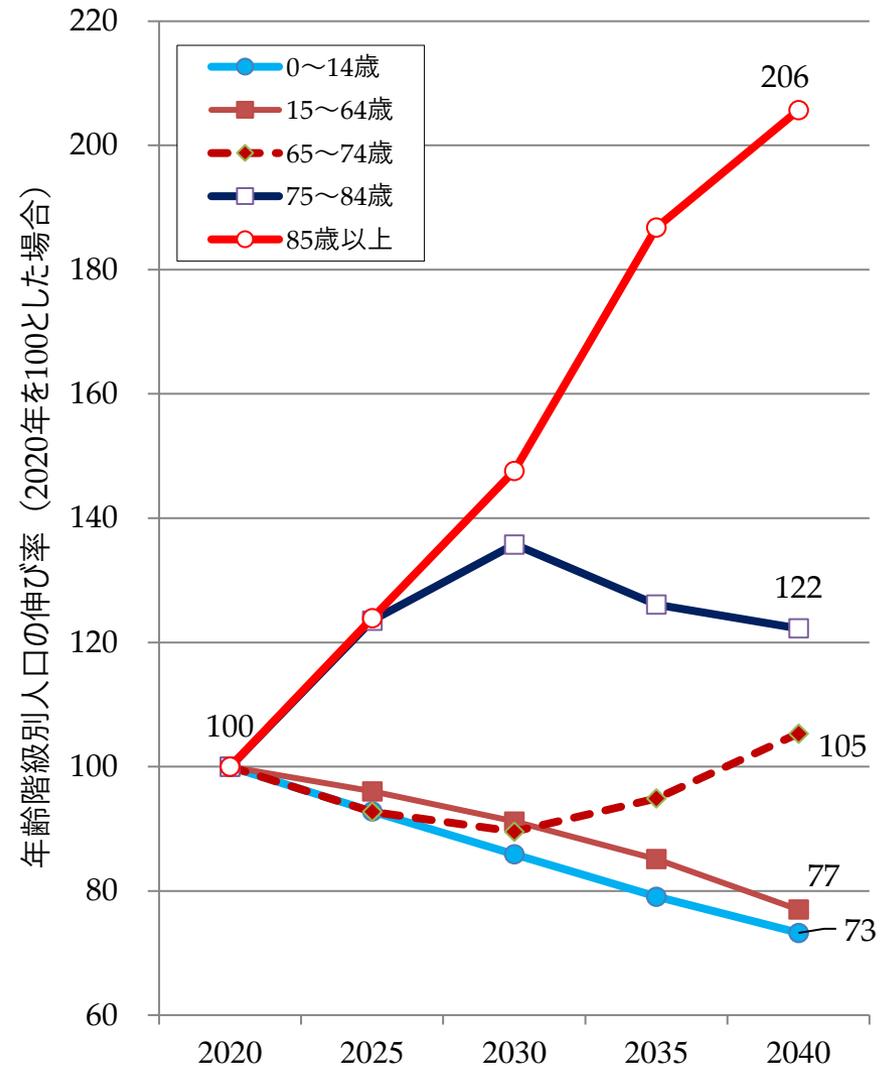
2020～2040年間の人口構造の変化（仙台市）

－85歳以上人口の増加と生産年齢人口減少の同時進行－

2020年と2040年の年齢階級別人口の変化

	2020		2040		変化量
	(人)	(%)	(人)	(%)	
総数	1,084,620	100.0	972,871	100.0	-111,749 (-10.3%)
0-14歳	126,017	11.6	92,304	9.5	-33,713 (-26.8%)
15-64歳	678,413	62.5	522,426	53.7	-155,987 (-23.0%)
65-74歳	139,747	12.9	147,211	15.1	7,464 (5.3%)
75-84歳	93,417	8.6	114,208	11.7	20,791 (22.3%)
85歳以上	47,026	4.3	96,722	9.9	49,696 (105.7%)
再掲) 65歳以上	280,190	25.8	358,141	36.8	77,951 (27.8%)
再掲) 75歳以上	140,443	12.9	210,930	21.7	70,487 (50.2%)

年齢階級別人口の伸び率の推移

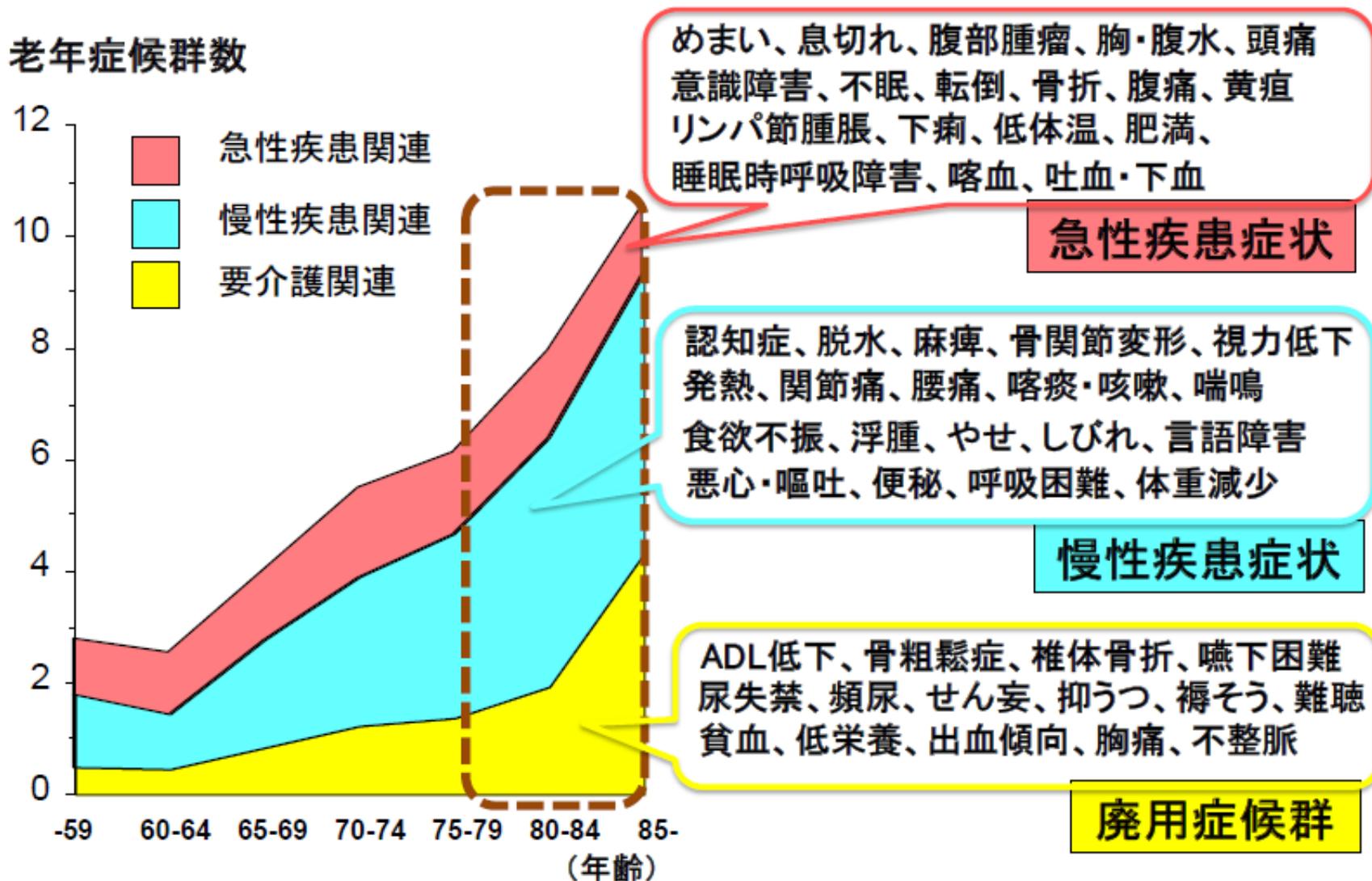


人口構造の変化が ケアマネジメントに及ぼす影響とは

人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響①

(医療と介護のニーズ保有者の増加⇒医療との連携強化と医療・介護連携の質の向上の促進)

図. 年齢階級と老年症候群の保有数の関係

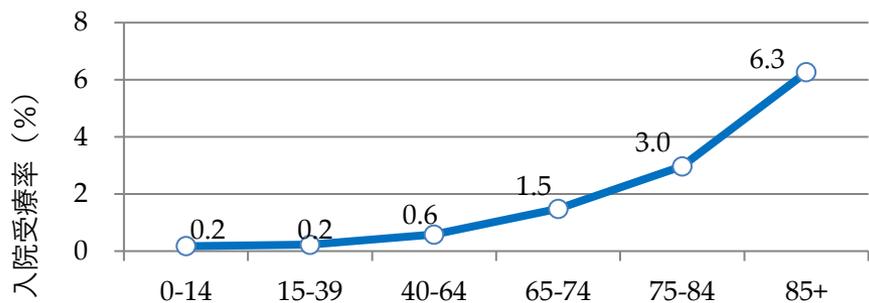


人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響②

(75歳以上高齢者の入院の増加 ⇒ 継続的ケアマネジメントの質向上による円滑な退院の実現)

年齢階級別にみた入院受療率

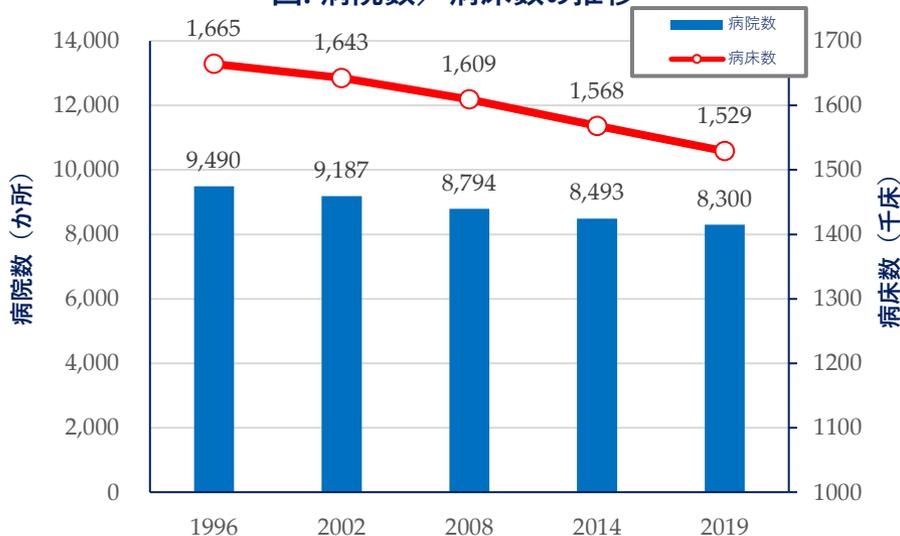
図. 年齢階級別にみた入院受療率



出所) 厚生労働省「2017年患者調査」より自作

病院数／病床数の推移

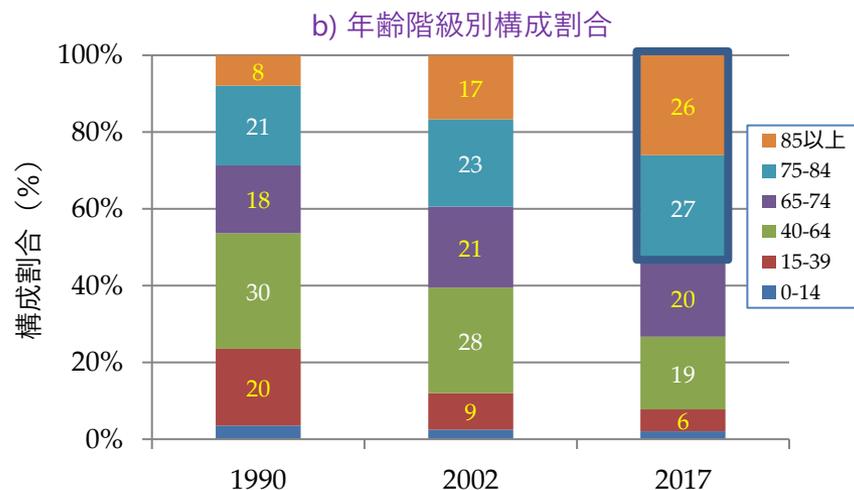
図. 病院数／病床数の推移



出所) 厚生労働省「医療施設調査・病院報告」より自作

年齢階級別にみた入院患者数及び構成割合

図. 年齢階級別入院患者数／構成割合の推移



出所) 厚生労働省「患者調査」より自作

人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響③

(死亡者数の急増⇒今後の変化を予測しながら、本人の想いや意向に沿ったACPを推進する)

死亡場所別死亡者数の推移

図. 場所別にみた死亡者数及び伸び率の推移

a) 場所別死亡者数 (万人)

	2000	2005	2010	2015	2019
総数	96.2	108.4	119.7	129.1	138.1
医療機関	77.9	89.3	96.1	98.8	100.7
自宅	13.4	13.3	15.1	16.4	18.8
老健	0.5	0.7	1.6	2.9	4.1
老人ホーム	1.8	2.3	4.2	8.2	11.8
その他	2.7	2.8	2.8	2.8	2.6

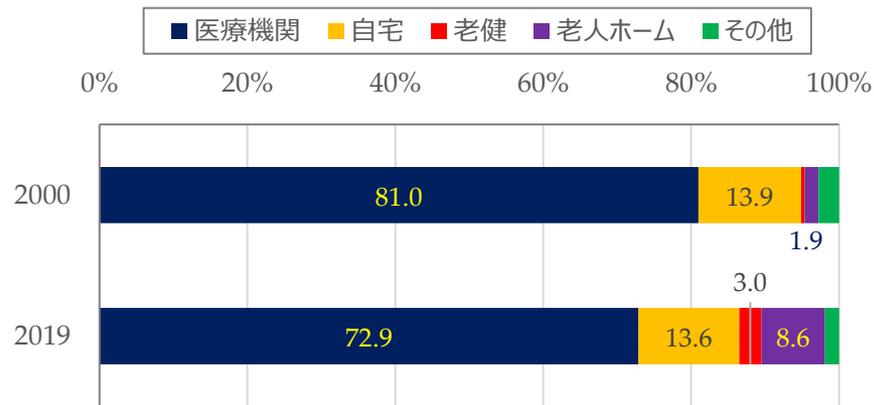
b) 場所別死亡者数の伸び率 (2000年を100とした場合)

	2000	2005	2010	2015	2019
総数	100.0	112.7	124.5	134.2	143.6
医療機関	100.0	114.7	123.4	126.9	129.4
自宅	100.0	99.4	112.9	122.8	140.9
老健	100.0	152.5	324.8	604.6	856.1
老人ホーム	100.0	130.7	236.4	458.7	664.1
その他	100.0	102.7	103.3	102.8	97.3

出所) 厚生労働省：人口動態調査

死亡場所別死亡者構成割合

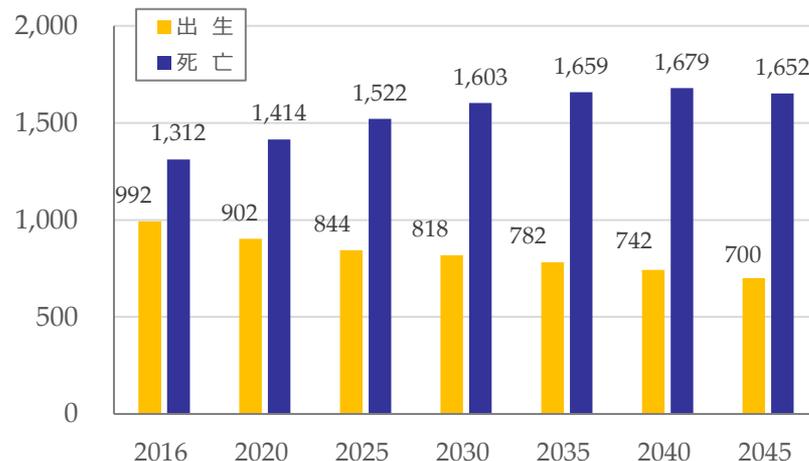
図. 死亡場所別にみた死亡者構成割合の推移



出所) 厚生労働省：人口動態調査

出生数・死亡数の将来推計 (単位：千人)

図. 出生数・死亡数の将来推計



出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口 (平成29年推計)

人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響④

(複合課題を持つ高齢者の増加 ⇒ 多職種・多主体の力を総動員したケアマネジメントの推進)

図. ICF (国際生活機能分類) の構成図

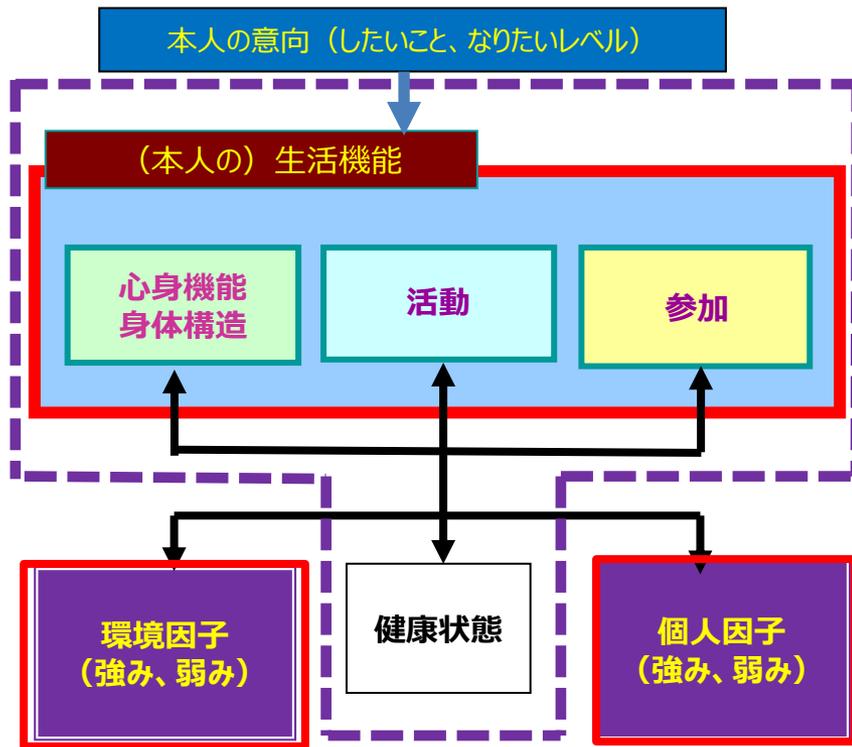
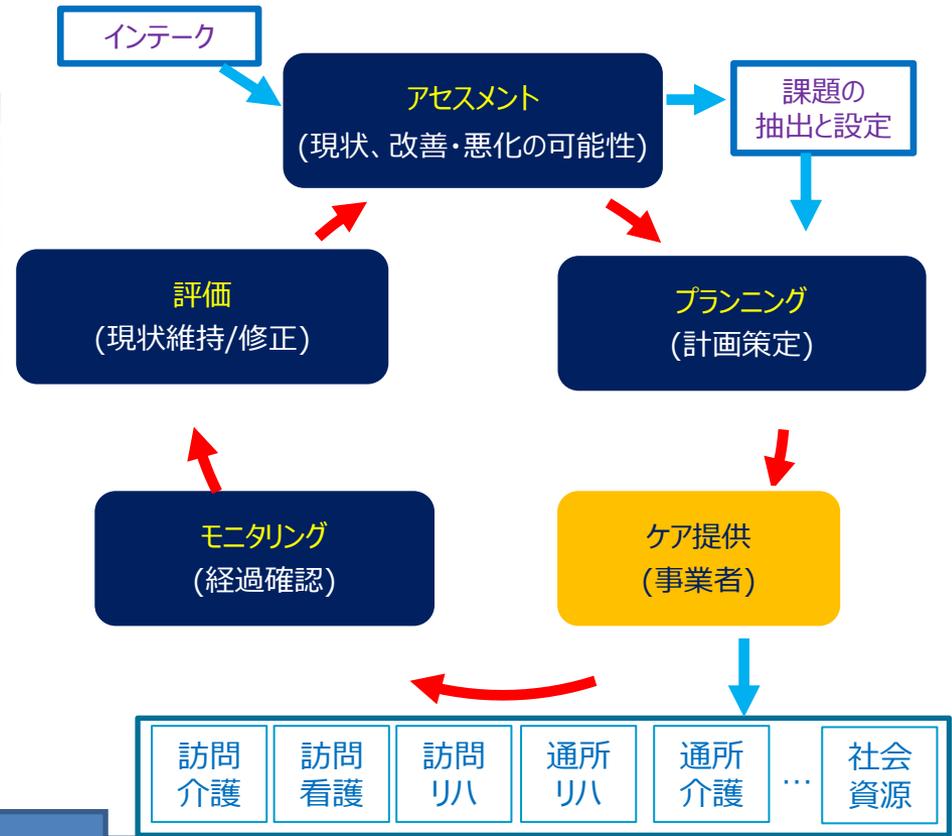


図. マネジメントプロセスとは



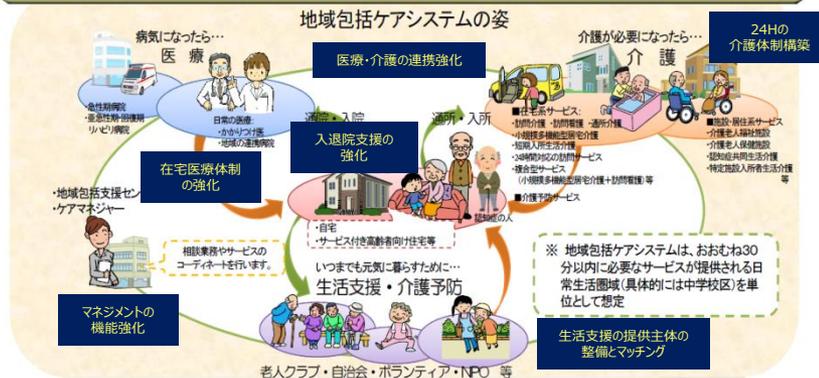
85歳以上高齢者の場合、①医療と介護を併せたニーズを有する、②複数の慢性疾患を有する、③ADLが低下しやすい、④個人／環境因子に個人差が大きい、⑤生活への支援が必要などの特徴を有する。
⇒こうした特徴を持つ高齢者のマネジメント／医療／ケア関係者には、**個人・環境因子、健康状態、心身機能、ADL等を総合的に捉えた上での多職種による関与が求められる。**

人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響⑤

(多様な生活支援を要する高齢者の増加 → 地域資源と協働した課題解決の推進)

地域包括ケアシステムの概念図

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

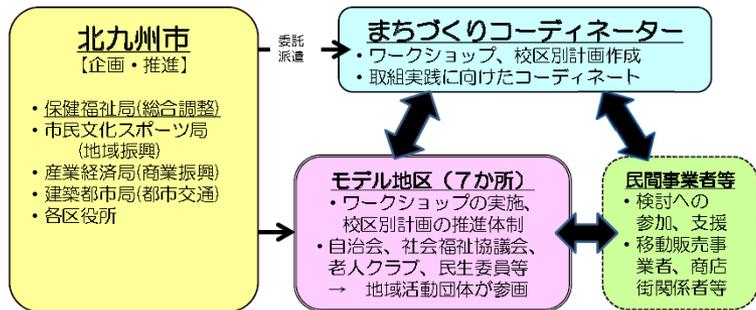


「買い物が困難」という生活課題の解決を図るためには、本人の機能面、活動面への直接介入だけでなく、買い物に行きやすい環境を作るといった、環境因子への介入方法もある。

→地域住民や各種コーディネーターと一緒に、地域課題の解決を図っていくことが求められてくる。

北九州市の買い物支援への取り組み

～買い物支援モデル事業の概要～



買い物応援ネットワーク会議

買い物支援に携わる民間事業者、地域住民代表、福祉事業者、行政などが参加

北九州市の特徴ある取組(2)

ワークショップ方式による計画づくり

- 概ね小学校校区を単位として、各区にモデル地区(各区1か所、全7か所)を選定、まちづくりコーディネーターと市の担当者をペアで派遣
- 住民参加によるワークショップや高齢者へのアンケート調査を実施
- 地域の意向やコミュニティの現状を踏まえながら、買い物支援に係る地域活動計画を作成



ケアマネジメントの機能強化が求められる背景

ー人口構造の変化とその影響の視点からー

人口構造の変化

- 2040年にかけて、85歳以上人口が増加する。
⇒その結果、独居高齢者や認知症高齢者が増えていく。



ニーズの変化

- 医療と介護の両方のニーズを有する高齢者が増加していく。
- 85歳以上の入院患者が増加していく。
- 死亡者数も2040年頃まで増加していく。
- 生活支援に対するニーズを有する高齢者が増加していく。



ケアマネジメントへの影響

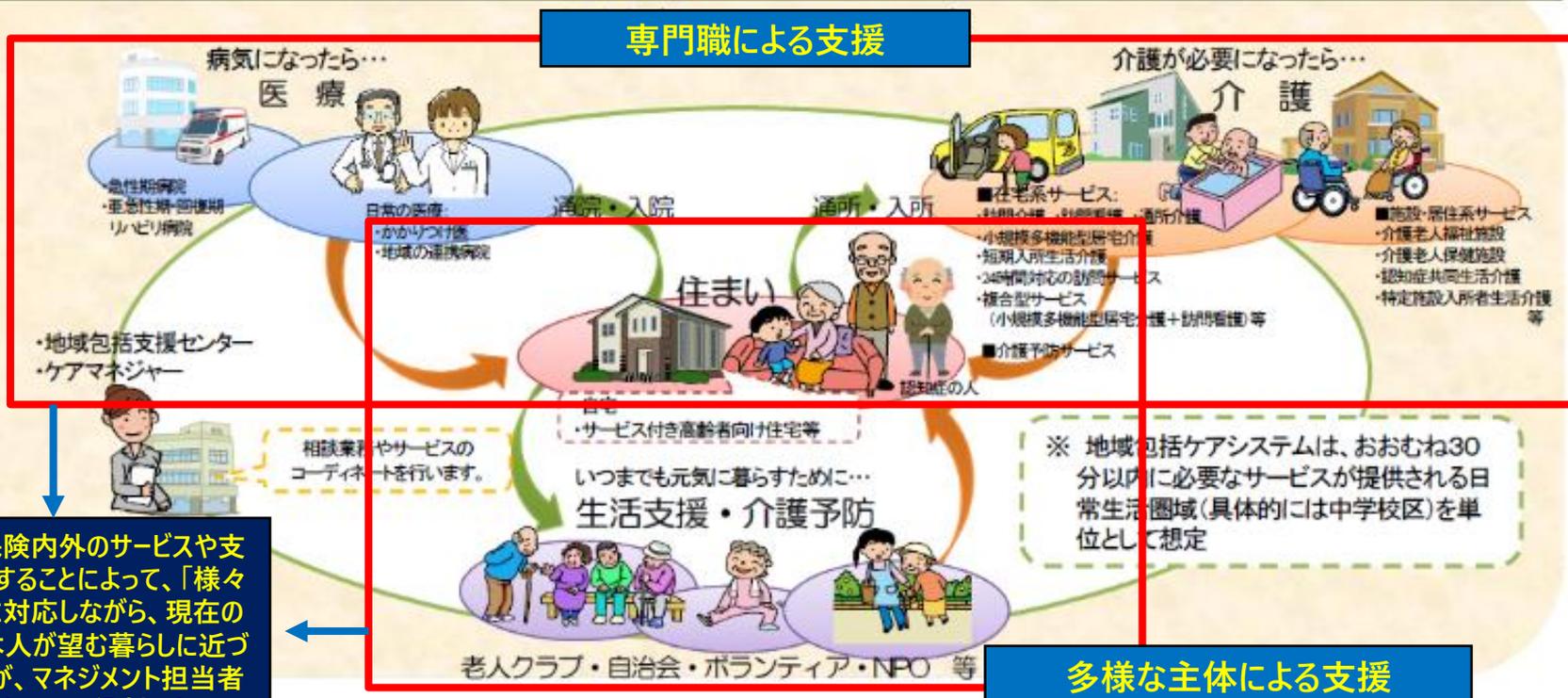
- 多様な場面（日常療養時／急変時／入退院時／看取り期）で、①医療と連携・協働を図ること（CM自身の問題として）、②医療と介護の連携を促進する（指示内容の意味や意図を通訳するなど）といった役割が求められる。
- 専門職と専門職以外が有する力を統合し、課題解決に結び付けていくといった役割が求められる（保険と保険外サービスの融合や統合を図る）。

2. 地域包括ケアシステムにおける ケアマネジメントの位置づけと期待される役割

地域包括ケアシステムの目的とケアマネジメントに期待される役割

(多様な主体による支援を統合して、現在の暮らしを本人が望む暮らしに近づけること)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。



生活機能低下の要因と低下させないための対策

- 高齢者は、**病気の発症や再発**により、要支援・要介護状態になりやすい。また、身体的・精神的・社会的側面に問題を抱えている場合も多く、これらが相互に作用し、いわゆる「**フレイル(虚弱)**」な状態になりやすい状況にある。
- こうした高齢者が、住み慣れた地域や自宅で、今までと同じような暮らし・生活を本人らしく送ってもらうためには、「**疾病予防(発症・再発)**」と「**生活機能の維持・向上**」の両面へのアプローチが必要となる。
- フレイルを引き起こす要因としては、①身体的、②心理的・認知的、③社会的要因がある。フレイルの進行を予防するためには、単に運動等で身体機能を高めるだけでなく、「**人や社会とつながっている**」、「**何らかの役割を持つ**」など、**社会的フレイルへのアプローチが非常に重要**となる。

図. 要介護にいたる「疾病モデル」と「フレイルモデル」

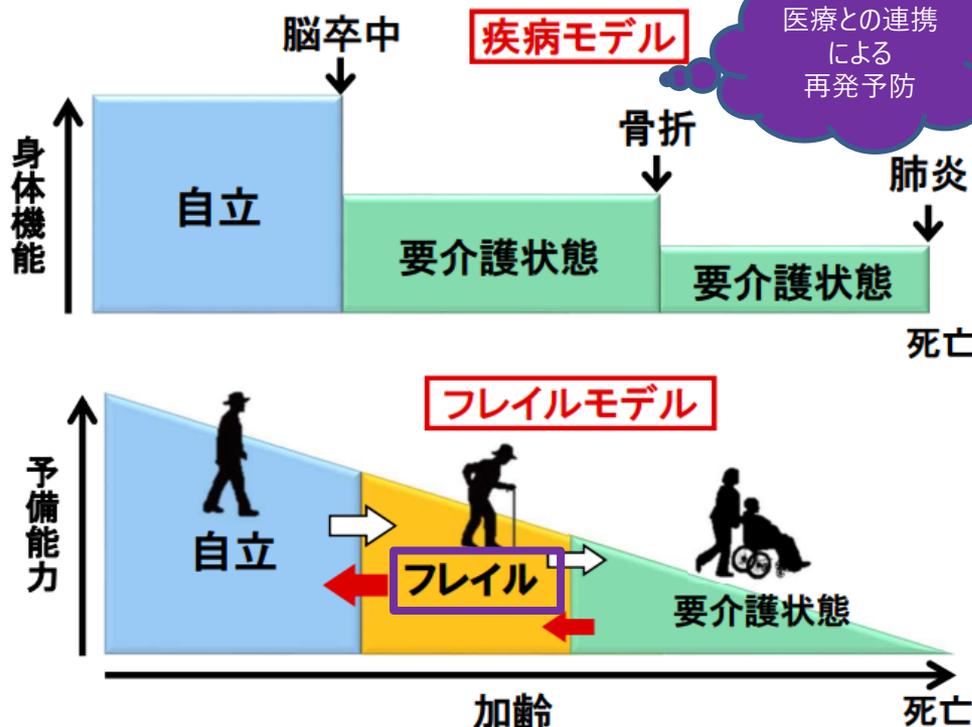


図. フレイルを引き起こす3つの要因



出所) 葛谷雅文：高齢者における栄養の特性と課題、フレイルと栄養の関係、日本人の食事摂取基準策定検討会(2018.5.31開催)、資料1を一部改変

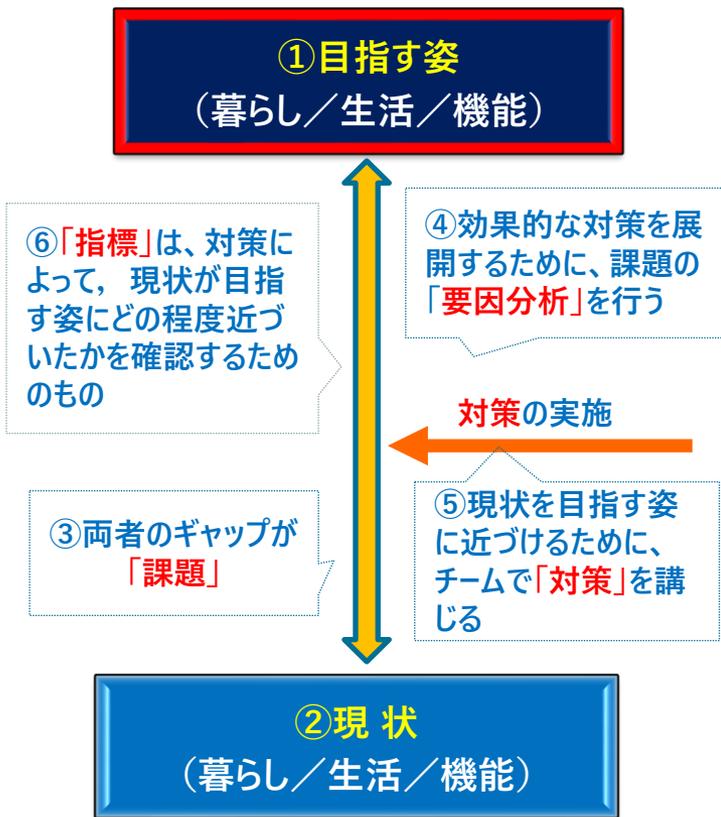
出所) 葛谷雅文：老年医学におけるSarcopenia&Frailtyの重要性、日老医誌、46、279-285、2009を一部改変

3. 介護制度改正／報酬改定の動向

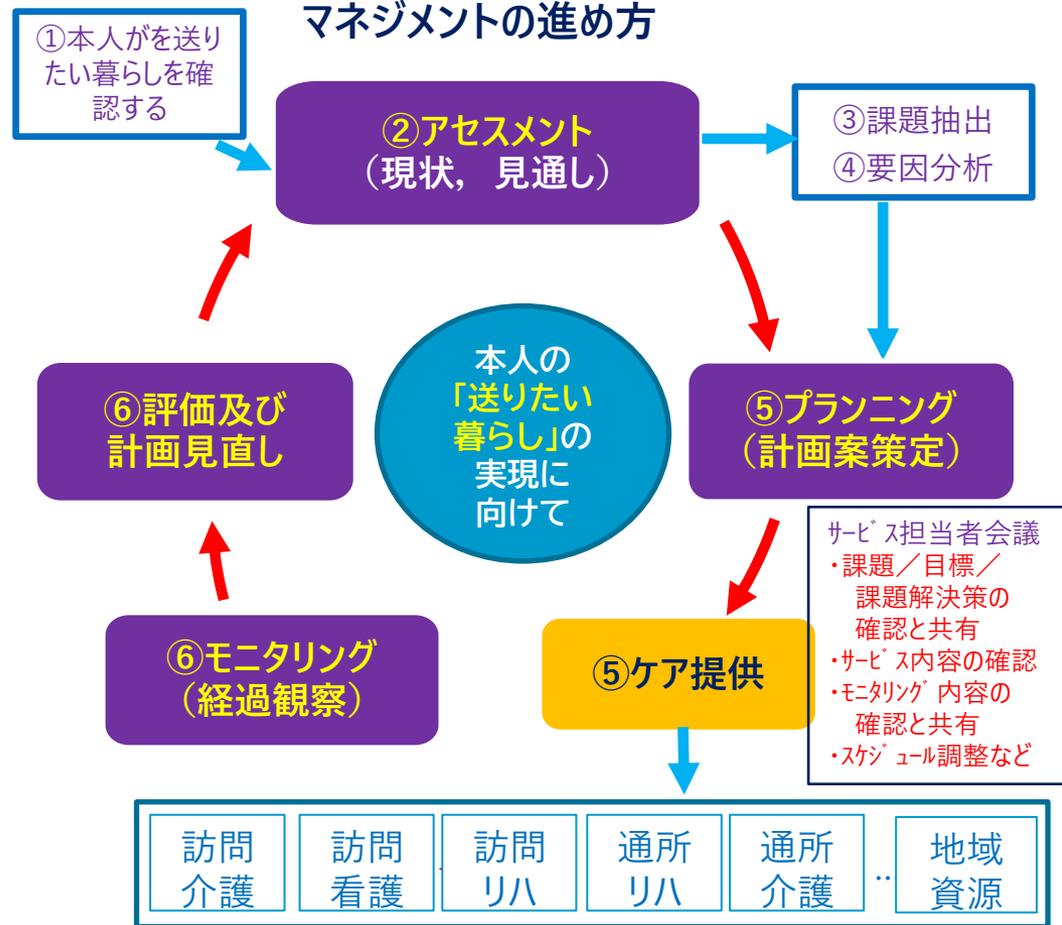
ーケアマネジメント／サービスの質向上対策を中心にー

ケアマネジメントの理想的な展開方法とは

課題と対策の関係性



マネジメントの進め方



ケアマネジメントの理想的展開を実現するための主な対策

- ① 課題解決に向けたケアマネジャーの思考力の強化
- ② ケアマネジャーと医療職の連携強化(主治医など)
- ③ サービス提供者のマネジメント力強化
- ④ サービス提供者同士の連携強化
- ⑤ 同一職種間の縦の連携強化
- ⑥ アセスメント情報の統合とそれに基づく個別援助計画の質の向上
- ⑦ 自立支援に向けたサービスの質の向上 (特に、社会参加の促進)

【国の対策①】

課題解決に向けたケアマネジャーの思考力の強化

ケアマネジメントの質の向上に向けて

－「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」中間的な整理（2013年1月7日）より抜粋－

I アセスメントの重要性と課題抽出プロセスの明確化

- アセスメントは、**「解決すべき課題」を把握するための重要プロセス**である。
- 課題や目標を導き出したプロセスを明らかにする**ことは、介護支援専門員のアセスメント能力を高めるために重要である。
- これにより、サービス担当者会議において**「考え方の共有」**がなされ、その結果、サービス内容の検討が円滑に進むことが期待される。
- 利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）をどのような考えで導き出したかを明確にするため、**課題抽出のための新たな様式の活用を進める**。

II サービス担当者会議の機能強化

- 居宅サービス計画原案内容について、**多職種による専門的な見地からの議論を行い、より質の高い原案への修正を図っていくことが重要**。

III モニタリングにおける適切な評価の推進

- 短期目標の達成状況を総括し、ケアプランの適切な見直しに資する**よう、評価のための新たな様式の活用を図る。

参考) 課題整理総括表とは

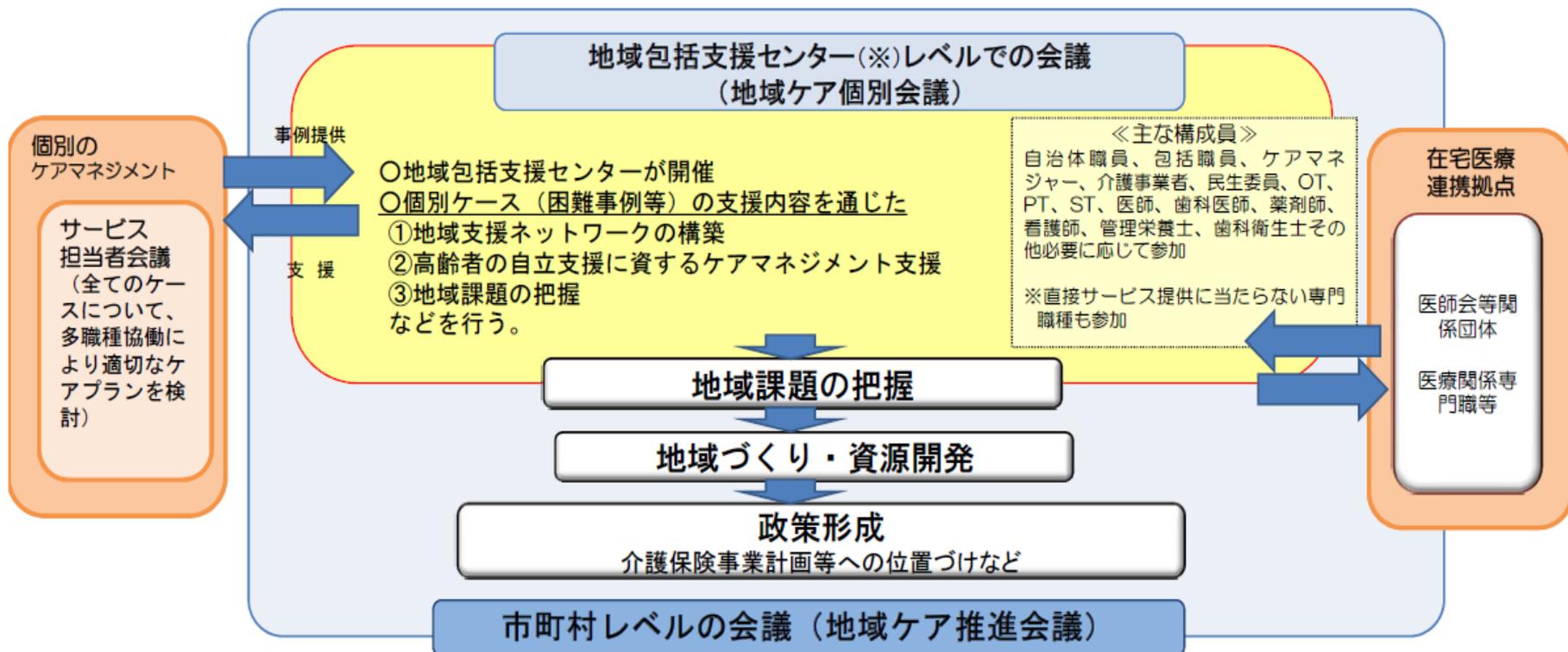
(本人の意向⇒現状⇒課題抽出⇒今後の見通しに基づく目標設定⇒要因分析)

利用者名	⑤				殿	作成日	/	/	
自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	①	②		③	利用者及び家族の 生活に対する意向		①		
状況の事実	④	⑤		⑥	④ 見 通 し		③ 生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)		
	② 現在				要因	改善/維持の可能性	備考(状況・支援内容等)		
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化	
	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	
	調理	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	
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化	
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化	
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化	
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	改善	維持	悪化	
買物		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	
社会との関わり		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	
介護力(家族関係含む)		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	

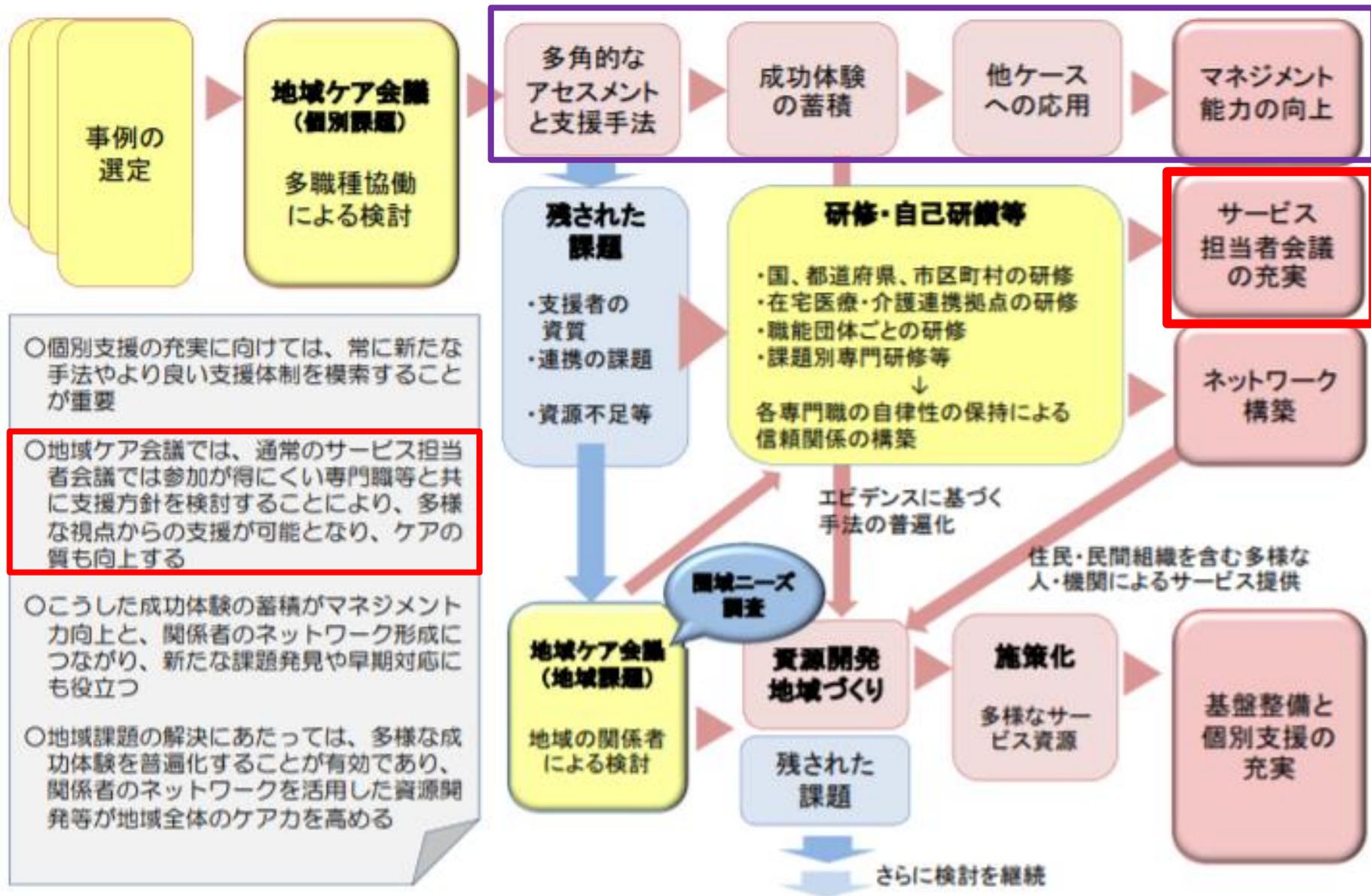
多職種の視点を学ぶための「地域ケア個別会議」 (多職種検討のメリットと方法の体験⇒サービス担当者会議の質の向上へ)

- 地域ケア会議は、
 - ・多職種の第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、
 - ・また、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を発見し、
 - ・地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、地域包括ケアシステムの実現に向けたツール。
- 個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催。一方、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催
- 平成24年度から本格的に推進を開始。
- 平成24年6月現在、1,202保険者で実施されているが、その主催者、介護の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。

※平成24年4月末現在の地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)



地域ケア会議に期待した波及効果



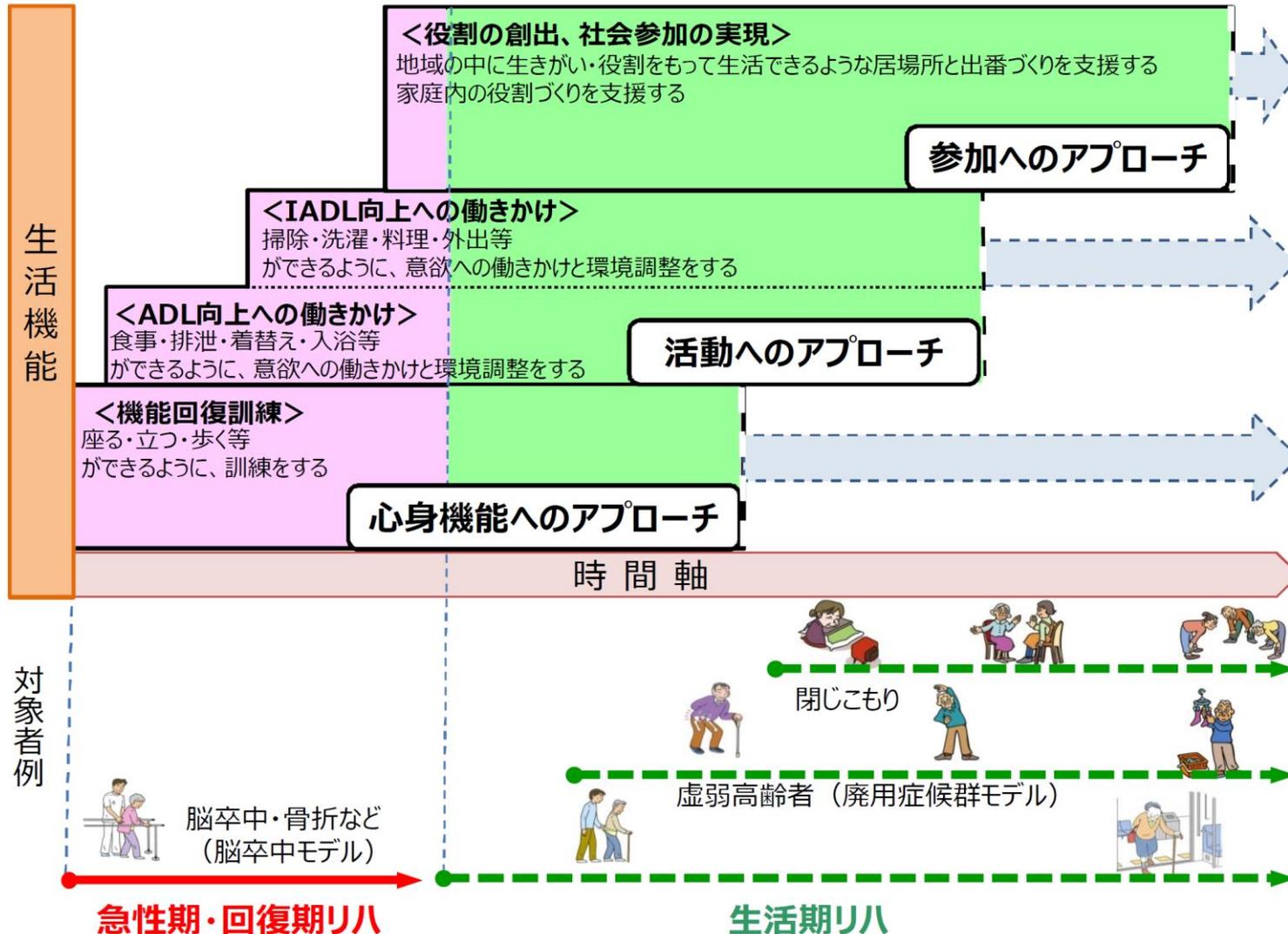
【国の対策②】

サービス提供者のマネジメント力の強化

—リハ職を例に—

病期別にみた高齢者リハビリテーションのイメージ

○急性期では心身機能へのアプローチが重要となるが、生活期では、活動や参加へのアプローチがより重要となる。



活動と参加に焦点を当てたリハの推進（2015年度介護報酬改定）

- 高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める。

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1) 中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応

- ・ 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型サービスを始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
- ・ リハビリテーション専門職の配置等を踏まえた介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の更なる強化

(2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- ・ リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入

(3) 看取り期における対応の充実

- ・ 本人及び家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進するため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価

(4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

- ・ 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種協働による支援を充実

2. 介護人材確保対策の推進

- ・ 介護職員処遇改善加算の更なる充実
- ・ サービス提供体制強化加算（介護福祉士の評価）の拡大

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

- ・ 「骨太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化について、各サービスの運営実態や1.及び2.も勘案しつつ実施
- ・ 集合住宅へのサービス提供の適正化（事業所と同一建物に居住する減算の適用範囲を拡大）
- ・ 看護職員の効率的な活用の観点等から、人員配置の見直し等を実施（通所介護、小規模多機能型居宅介護等）

生活期リハビリテーションマネジメントの見直し (2015年度介護報酬改定)

見直しのポイント

(1) 利用者主体の日常生活に着目した目標設定

- 利用者の意向に基づく適切な目標の設定
- 以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自分の持つ能力の限界と可能性を理解(受容)するために、医師による通所・訪問リハビリテーション計画の説明と同意を徹底

(2) 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入

- 日常生活に着目した具体的なアセスメント結果や支援方針など目標や期間等を定めた計画の共有
- 介護支援専門員や訪問介護などの他の居宅サービス提供者が参加する「リハビリテーションカンファレンス」機能を強化し、アセスメント結果などの情報を共有するとともに、協働に向けた支援方針や計画の検討の場として活用

(3) プロセスマネジメントの導入

- リハビリテーション提供の行程管理を徹底するためのプロセス票を導入し、プロセスの明確化と共有を図る

Survey(初回調査)

- ・ ニーズ調査票 様式A
- ・ アセスメント票 様式B

Plan(計画)

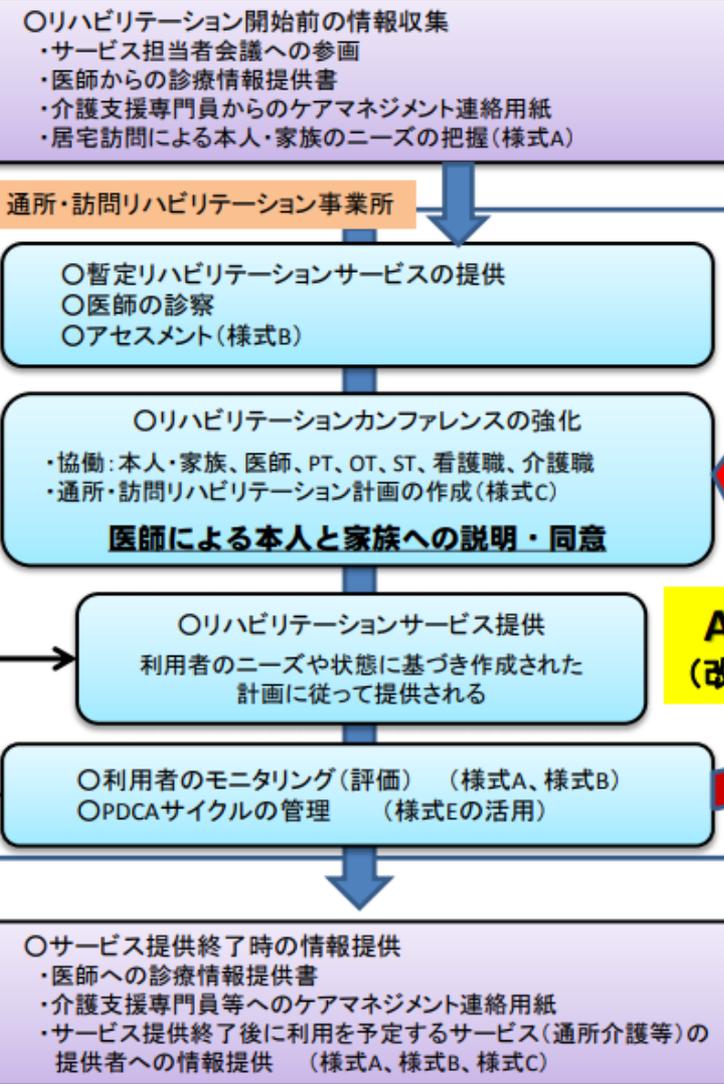
- ・ リハ計画書 様式C
- ・ カンファレンス記録 様式D

Do(サービス提供)

Check(評価)

- ・ アセスメント票 様式B
- ・ プロセス票 様式E

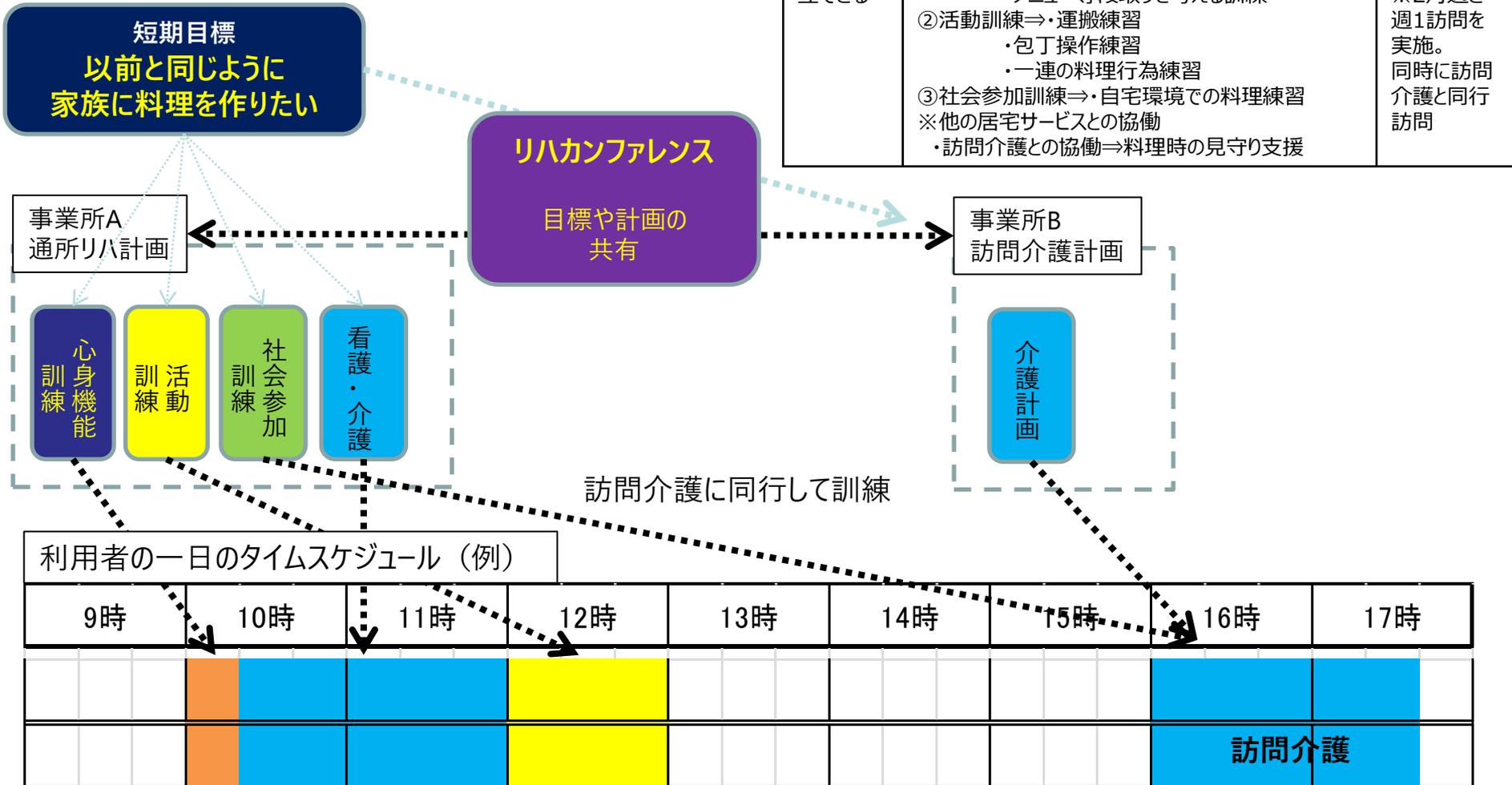
見直し後のリハビリテーションマネジメントの流れ



短期目標達成に向けた異なる居宅サービス事業所間の協働の在り方例

○通所と訪問の協働や他のサービス事業所間・専門職間の協働を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果、訓練目標などを共有し、同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

例) 通所リハ事業所と訪問介護事業所での協働



短期目標	具体的内容	期限
料理が自立できる	①心身機能⇒・握力向上訓練 ・メニュー等段取りを考える訓練 ②活動訓練⇒・運搬練習 ・包丁操作練習 ・一連の料理行為練習 ③社会参加訓練⇒・自宅環境での料理練習 ※他の居宅サービスとの協働 ・訪問介護との協働⇒料理時の見守り支援	3月まで ※2月過ぎ 週1訪問を 実施。 同時に訪問 介護と同行 訪問

【国の対策③】

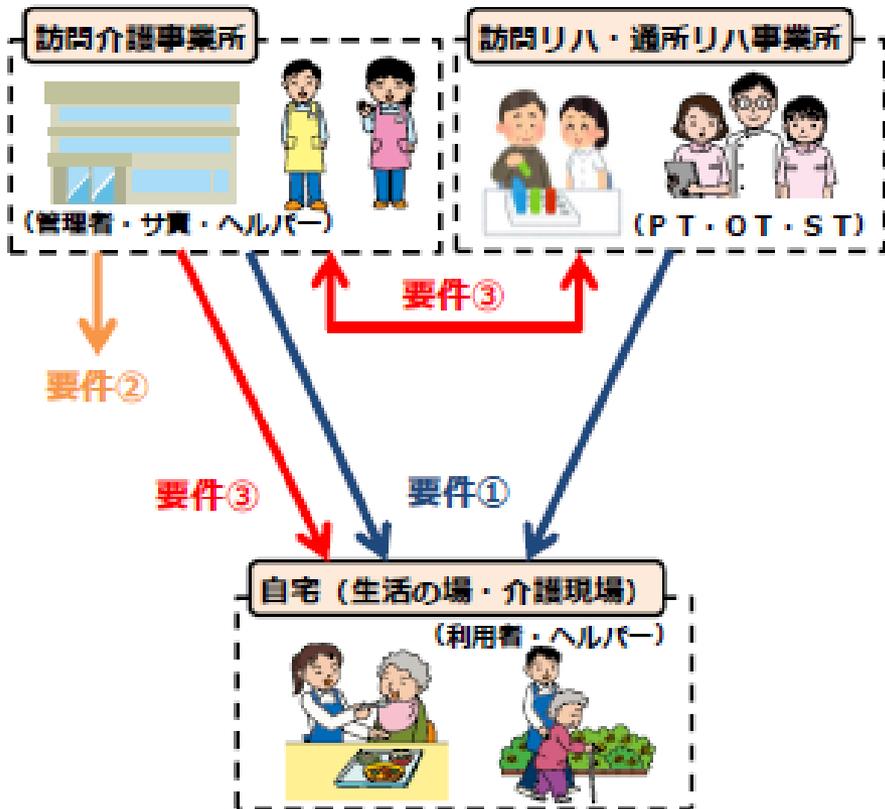
サービス提供者同士の連携強化

—リハ職とケア職の協働による自立支援・重度化防止を例に—

自立支援・重度化防止に向けたケア職とリハ職の連携強化

(生活機能向上連携加算の新設、2012年度介護報酬改定)

○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。

リハ職とケア職の連携の拡充（2018年度介護報酬改定）

- 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

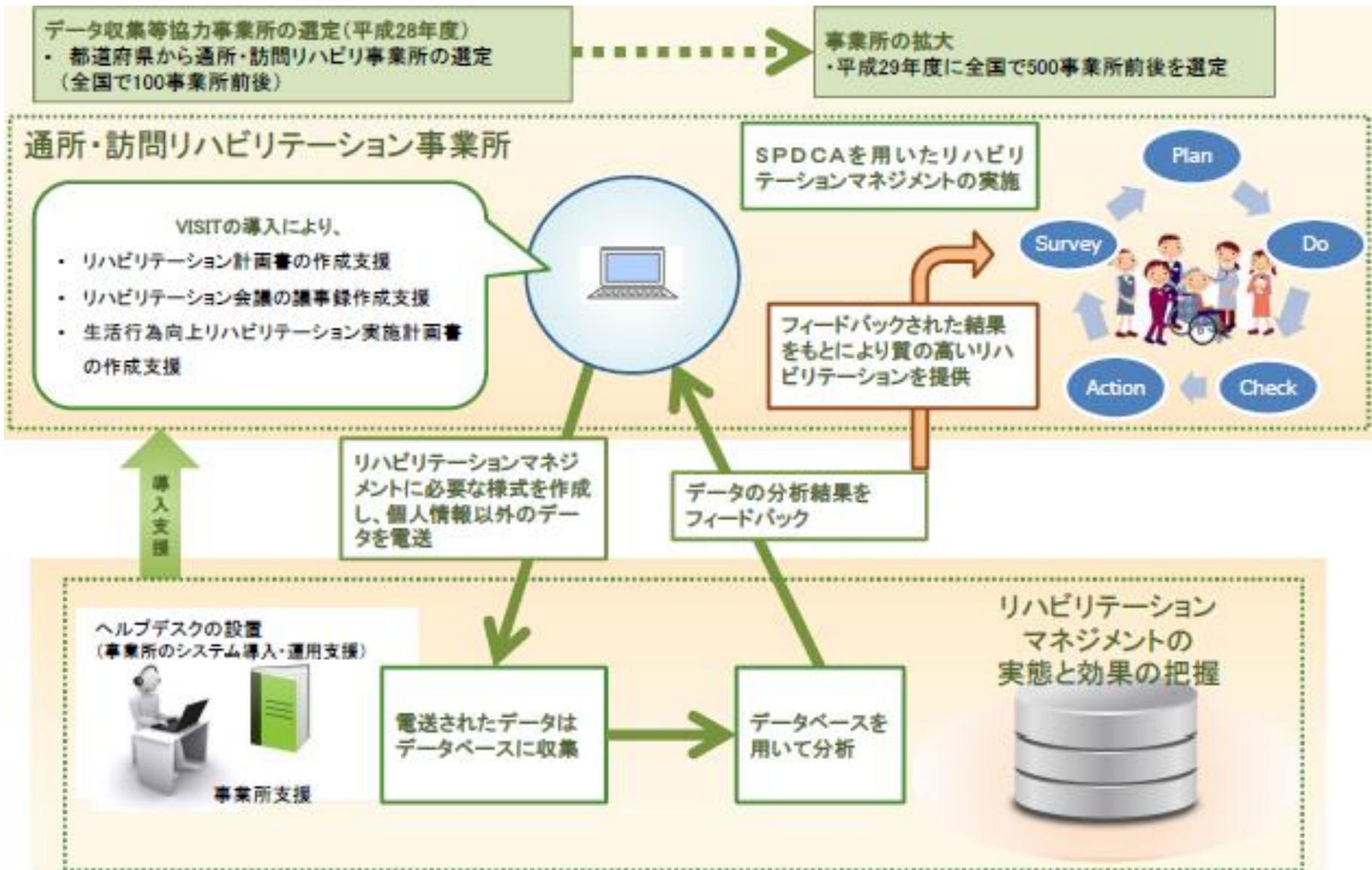
【主な事項】

- 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

【国の対策④】

アセスメント情報の統合とそれに基づく個別援助計画の質の向上
～データに基づく科学的介護の推進～

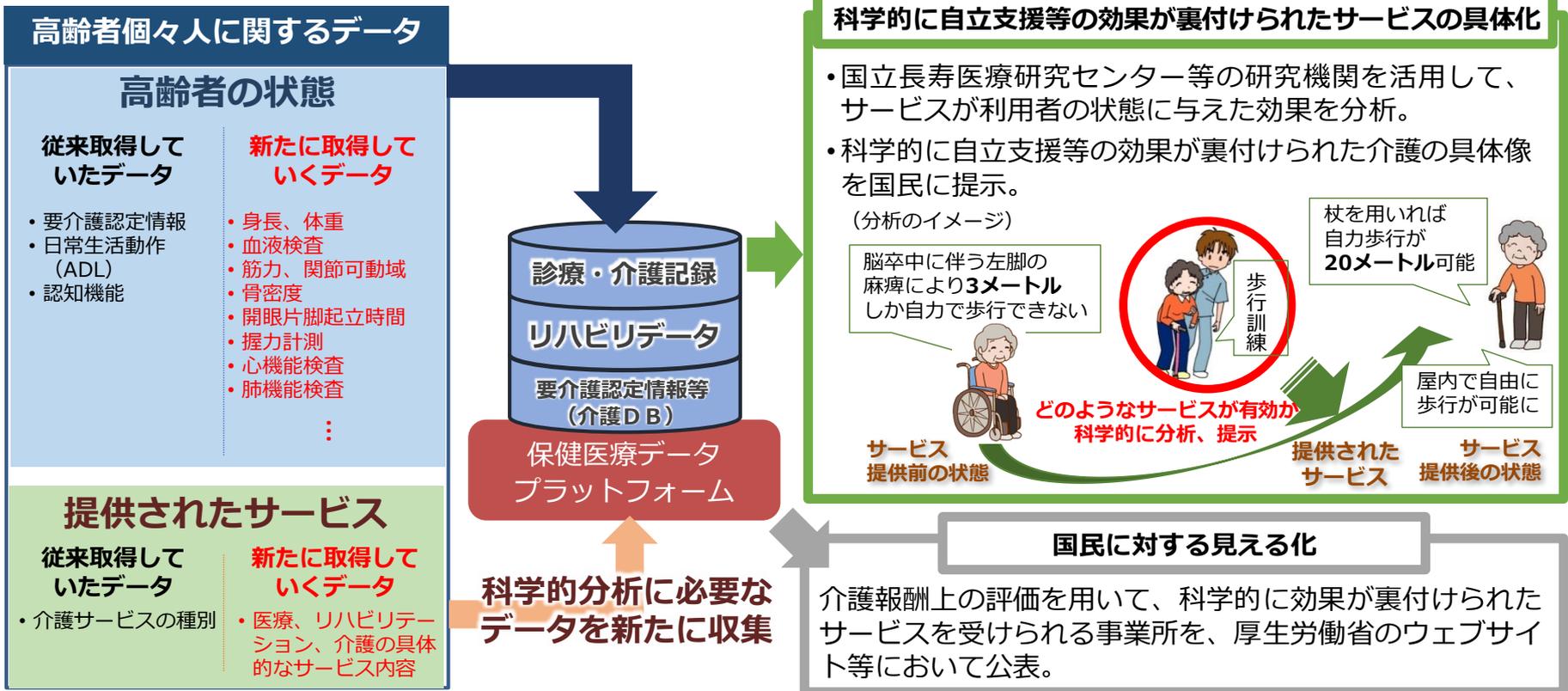
通所・訪問リハの質の評価データ収集等事業（VISIT）の概要 （2016-2017年度事業）



科学的介護の実現

— 自立支援・重度化防止に向けて —

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**



科学的介護の実現に向けた展開について (内閣府：未来投資戦略2017)

④ 自立支援・重度化防止に向けた科学的介護の実現

- ・次期介護報酬改定において、効果のある自立支援について評価を行う。
- ・どのような状態に対してどのような支援をすれば自立につながるか明らかにし、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースを構築する。

本年度中にケアの分類法等のデータ収集様式を作成し、来年度中にデータベースの構築を開始し、2019年度に試行運用を行い、2020年度の本格運用開始を目指す。

- ・データ分析による科学的な効果が裏付けられた介護サービスについては、2021年度以降の介護報酬改定で評価するとともに、そうしたサービスが受けられる事業所を厚生労働省のウェブサイト等で公表し、国民に対する「見える化」を進める。

介護関連データベースの整備の促進（VISIT + CHASE）

介護関連データ

要介護認定情報・
介護レセプト等情報



通所・訪問リハビリ情報
(VISIT情報)

高齢者の状態やケアの内容等情報
(CHASE情報)

地域支援事業情報
(基本チェックリスト情報等)

要介護認定情報・介護レセプト等情報（介護保険総合データベース（介護DB）として運用）

- ・ 市町村から要介護認定情報(2009年度～)、介護レセプト等情報(2012年度～)を収集。
- ・ 2018年度より介護保険法に基づきデータ提供義務化。
- ・ 2018年度に「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」を発出し、データの第三者提供を開始。
- ・ 地域包括ケア「見える化」システムにも活用。

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の情報

- ・ 通称“VISIT” (monitoring & eValuation for rehabIlation SerVICes for long-Term care)
- ・ 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度～)。
- ・ 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネージメント加算（IV）を新設。
- ・ 2020年3月末時点で631事業所が参加。
- ・ 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年3月より事業所単位でのフィードバックを開始。

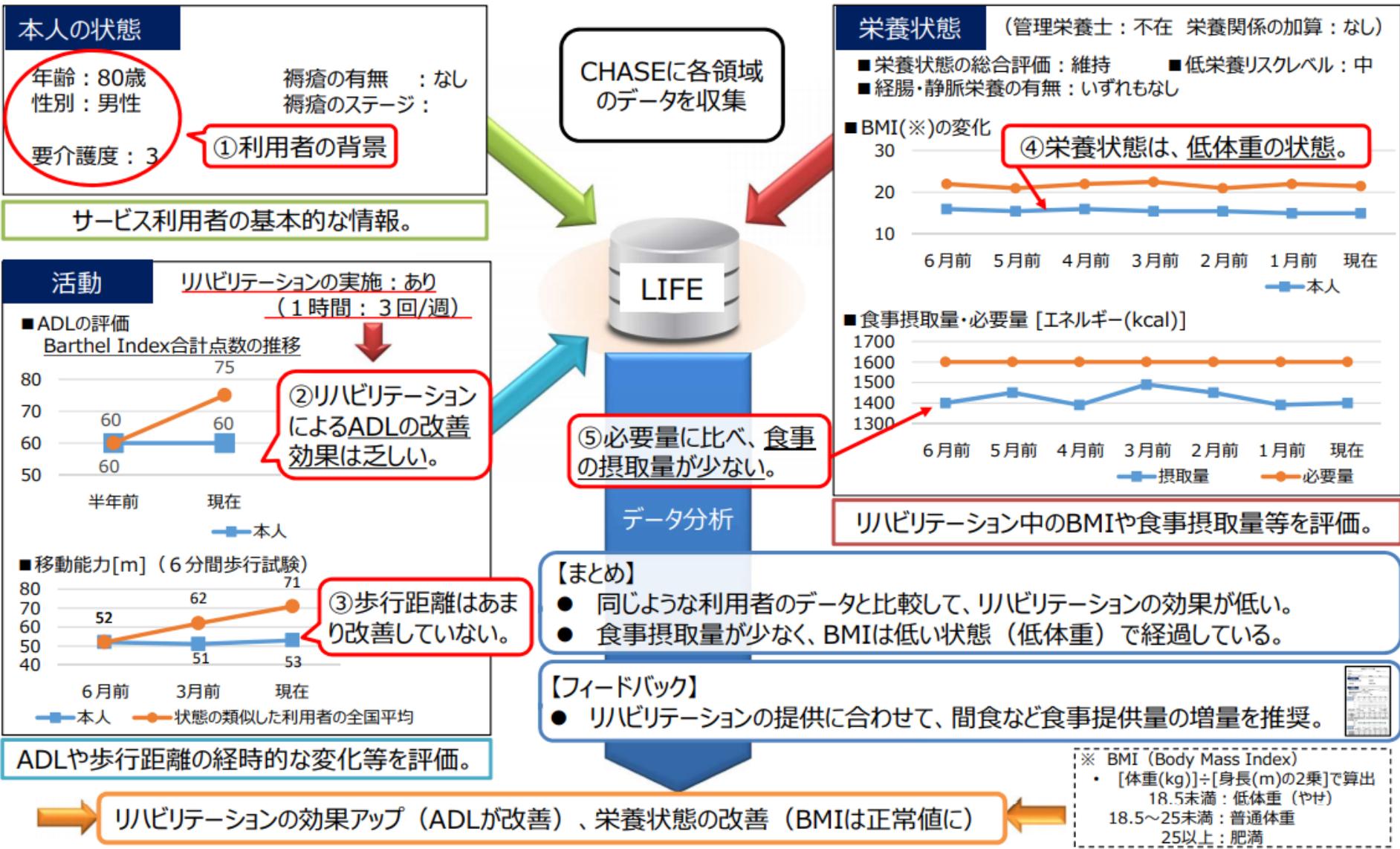
上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等の情報

- ・ 通称“CHASE” (Care, HeAlth Status & Events)
 - ・ 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目（265項目）を選定。
 - ・ 2019年3月より検討会を再開し、収集項目の整理等について再検討を行い、2019年7月の取りまとめで、基本的な項目（30項目）を選定。
 - ・ 2019年度にシステムの開発を行い、2020年度から運用を開始。
- 介護サービス利用者の状態像やサービス内容等の可視化
- 介護レセプトの情報等とも組み合わせ、事業所・施設の取組等の評価について解析等を進めることによる**自立支援・重度化防止に資する科学的根拠に基づく質の高い介護を実現することを目的。**

地域支援事業の利用者に関する情報

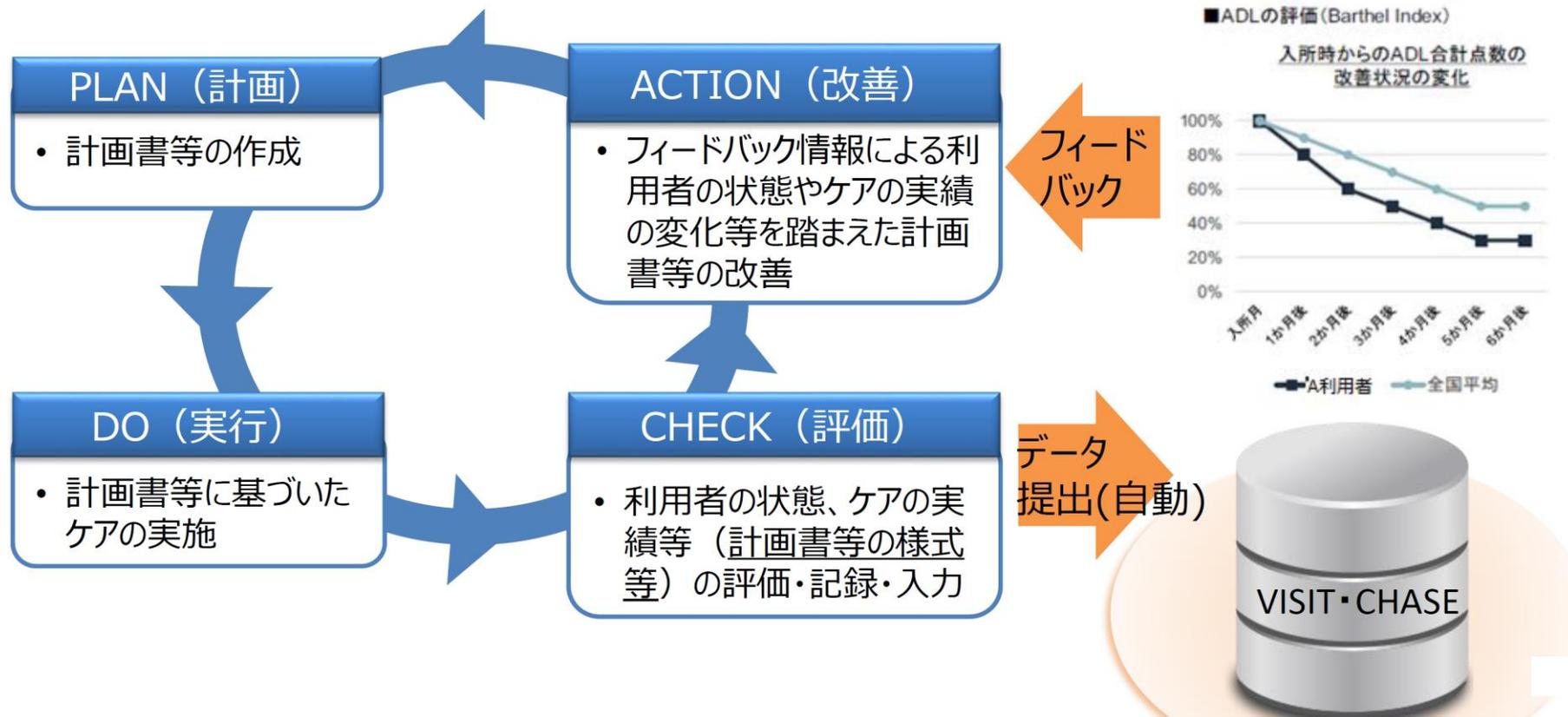
- ・ 市町村が保有する介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリスト（現在、総合事業の対象者の該当性を判断するために用いているもの。）の情報等を想定。
- ・ 具体的な内容としては、「階段を手すりや壁をつたわずに上っていますか」、「口の渇きが気になりますか」、「今日が何月何日かわからない時がありますか」等の25の質問に対する二択の回答。

総合的アセスメントに基づく自立支援・科学的介護の推進のイメージ (自身と他職種のアセスメント情報を統合しながら、より効果的なリハ介入を検討する)



LIFEの活用により期待されるケア・個別援助計画の質の向上

- 計画書の作成等を要件とするプロセス加算において実施するPDCAサイクルの中で、
 - ・ これまでの取組み等の過程で計画書等を作成し、ケアを実施するとともに、
 - ・ その計画書等の内容をデータ連携により大きな負荷なくデータを送信し、
 - ・ 同時にフィードバックを受けることにより、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえた計画書の改善等を行うことで、データに基づくさらなるPDCAサイクルを推進し、ケアの質の向上につなげる。



【国の対策⑤】

社会参加の促進に向けた取組の強化

—認知症施策を例に—

認知症施策推進大綱（概要）

（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定）

【基本的考え方】

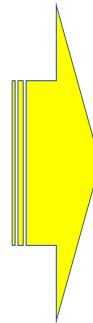
認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※を車の両輪として施策を推進

※1：「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2：「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味

コンセプト

- **認知症は誰もがなりうるものであり**、家族や身近な人が認知症になることなども含め、**多くの人にとって身近なものとなっている。**
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、**住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。**
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。**また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。



具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

- ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
- ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 など

② 予防

- ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
- ・エビデンスの収集・普及 など

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
- ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 など

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

- ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
- ・企業認証・表彰の仕組みの検討
- ・**社会参加活動等の推進** など

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

- ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 など

認知症の人や家族の視点を重視

介護サービス事業所における 地域での社会参加活動の推進

介護サービス事業所における地域での社会参加活動の実施について

「若年性認知症の方を中心とした介護サービス事業所における地域での社会参加活動の実施について」 (平成30年7月27日事務連絡)

介護サービス事業所が介護サービスの提供時間中に、介護サービス利用者が地域住民と交流したり、公園の清掃活動等の地域活動や洗車等外部の企業等と連携した有償ボランティア等の社会参加活動に参加できるよう取り組んでいる事例が出てきている中、通所系サービス、小規模多機能型居宅介護等がその利用者を対象とした社会参加活動等を行う場合について、留意点や一般的な考え方等を取りまとめたもの。

○事業所外で定期的に社会参加活動を実施することについて

個別サービス計画に位置づけられていること、職員による見守り等が行われていること、利用者が自らの役割を持ち、達成感や満足感を得て、自信を回復するなどの効果が期待されるような取組であること等の要件を満たす場合には、事業所の外で社会参加活動に取り組むことができる。

○サービス提供の「単位」について

利用者が事業所内と事業所の外とで、同一の時間帯に別々に活動する場合でも、サービスの開始時点で利用者が集合し、その後それぞれの活動を行う場合には、同一の単位と見なすことができる。

○企業等と連携した有償ボランティアを行う場合の労働関係法令との関係について

(1)労働者性の有無について

個別の事案ごとに活動実態等を総合的に判断し、利用者と外部の企業等との間に使用従属関係が認められる場合には、労働基準関係法令の適用対象となる「労働者」となる。

(2)謝礼の受領について

(1)により労働者に該当しないと判断された場合、一般的には謝礼は賃金に該当しない。
※ 事業所が利用者に対する謝礼を受領することは介護報酬との関係で適切でない。

(3)「労働者派遣」、「職業紹介」、「労働者供給」の該当性について

連携先の企業等で社会参加活動に参加した場合であっても、事業所が労働者派遣等を行ったことにはならない。

介護サービス提供



社会参加活動



介護事業所における認知症の人の社会参加の促進 (DAYS BLG! (町田市))

基本情報

- 地域密着型通所介護事業所。所要時間7時間以上9時間未満の報酬を算定。若年性認知症利用者受入加算、認知症加算を算定。
- 認知症の方が9割、高次脳機能障害の方が1割の構成。**認知症と診断された初期の段階の方、認知症の症状が初期の方を対象。**

基本的な理念

① 1日の過ごし方をメンバーが選択

- ・ 大切にしていることは、**一日の過ごし方や食べるものをメンバーが選択**。一日をどこで何をして過ごすか**本人が選ぶことが生きる満足感に**。

② 地域との連携、社会参加支援

- ・ **「介護する側／される側」の分け隔てがなく**、スタッフも利用者、子ども、来客がごちゃ混ぜにいる場であって、**出来ないことを出来る人が助け合いながら** 1日を過ごす場。

1日の流れ

時間	内容	時間	内容
9:00	到着	13:00	コーヒータイム
9:45	バイタルチェック&水分補給	13:15	午後の予定選択 (例)野菜配達、洗車、ボランティア活動、公園散策 他
10:00	午前の予定選択 (例)営業、ボランティア活動、弁当等の買い物、庭掃除 他	15:50	ティータイム
10:30	各メンバーが選択した活動	16:10	本日の振り返り
12:00	昼食(例)弁当、外食	16:30	メンバーさんからの締めあいさつ

DAYS BLG! の取組の展開プロセス

取組のきっかけ

- 一般的なデイサービスは、お茶を飲んだり、折り紙や、ゲームをしたりして1日を過ごすことが多いが、利用者の中にはこうしたことを望んでいない人もいる。当時利用されていた若年性認知症の男性は、「こんなところには居たくない」と言っていた。

考えたこと

- どうしたら、その人が「居たいと思える場所」になるだろうか？ 熟慮した結果、①はたらく場があること、②その日取り組む仕事があること、③一緒に汗を流す仲間がいることが必要と考えた。
- 「本当に地域や社会に役立つ仕事がしたい」という気持ちから出発すると、仕事の真似ごとをするのではなく、地域の企業などから仕事をとってくるといった流れになった。
- 「働くこと」が目的ではなく、1人1人のやりたいことを実現する手段として「仕事」があるという位置づけ。

企業回りの開始

- デイの職員と利用者で、地域で仕事をとってくる作業を開始したが、当初はなかなか仕事をとってくることができなかったが、地域の会社などを回るうちに、企業の中でも、「こうした作業はお願いできるのではないか」という話が少しずつ出てくるようになった。
- 例えば、ホンダの販売店では、「展示用の車を販売員が洗車していたが、以前に比べ人員も少なくなり、デイの利用者の方に洗車してもらおうと助かる」という話になり、現在は、デイの利用者が洗車することになった。
- この活動は、介護保険制度上、社会参加活動の有償ボランティアという位置づけになっている。

デイ参加者によるボランティアの例

取組のきっかけ

(例①)有償ボランティア:仕事

- 自動車ディーラーでの洗車業務、レストラン等に提供する玉ねぎの皮むき、カラオケ店の敷地草取り、保育園の雑巾縫い等で、「できること」の範囲で働き、労働の対価として「謝礼」を受け取っている



(例②)無償ボランティア:社会における役割

- 保育園から「子ども達に読み聞かせをしてほしい」との要望を受けて、学童保育や保育園での紙芝居の読み聞かせなどを行う。



(参考:有償ボランティアの謝礼)

野菜の配達	450円/1時間
自動車ディーラーの営業車輛の洗車	10,000円/1ヶ月
商店街自治会の花壇整備	1,000円/1回
コミュニティ情報誌のポスティング	4円/1枚×320部(1週間)
地域の高齢者宅の庭整備	5,000円/3日
門松制作	20,000円/3か月
ボールペン袋詰め	1円/1本(合計1,000本)
認知症講演会	不定