

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を
位置付けた際の取り扱いについて

【対象：ケアマネジャー】

令和元年10月

弘前市 福祉部 介護福祉課

○平成30年度制度改正概要と検証を行う趣旨

平成30年度の制度改正では、生活援助中心型サービスの利用回数が厚生労働大臣の定める基準回数を超過するケアプランを市町村に届け出ることが義務付けられました。

生活援助中心型サービスについては、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、利用者において様々な事情を抱えている場合もあることを踏まえ、利用者の自立支援・重度化防止にとってより良いサービスを提供することを目的として、ケアマネジャーの視点だけではなく、多職種協働による検証を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の再検討を促すこととなりました。

なお、生活援助中心型サービスが一定回数以上となったことをもってサービスの利用制限を行うものではありません。

○生活援助とは

生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいいます。（生活援助は、本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に、介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為であるということが出来ます。）

○生活援助を算定する場合

「生活援助中心型」の単位を算定することができる場合として、「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」とされていますが、これは、障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合をいうものです。

なお、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、居宅サービス計画書に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要があります。

○厚生労働大臣が定める基準回数や提出書類等

1. 厚生労働大臣が定める回数および訪問介護

※ひと月あたり

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基準回数	27回	34回	43回	38回	31回

届け出の対象となる訪問介護

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護費の注3に規定する生活援助

※上記の回数には、身体介護が中心である訪問介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合の回数は含みません。(例 身体1生活1など)

※月途中で要介護度に変更となる場合は、より多い回数を基準とします。

2. 提出書類

(1) 「訪問介護(生活援助中心型)の利用が頻回であるケアプラン等の届出書」

(2) アセスメント(最新)

(3) ケアプラン(第1表～第3表及び第6表・第7表)

※利用者からの同意を得て交付しているもの

※基準回数を超過する生活援助を利用する理由を、第1表の欄外に記載してください。

(4) サービス担当者会議の要点(最新)

※必ず生活援助が頻回に必要な理由を話し合い、記載してください。

(5) 訪問介護計画書の写し(最新)

(6) 課題整理総括表 (※作成している場合)

3. 提出時期

平成30年10月1日以降に、利用者に同意を得て交付(作成又は変更※1)した居宅サービス計画において、上記の回数以上の生活援助中心型を位置付けたもの(※2)について、交付した翌月の末日までに「介護福祉課介護給付係」に届け出をしてください。

※1 軽微な変更の場合は届け出の必要はありません。

※2 交付した居宅サービス計画の短期目標の期間において、いずれか1月でも基準超過している場合は届け出てください。

○検証を行う流れ

- ①ケアマネジャーは「介護福祉課介護給付係」へケアプラン等を提出します。
- ②当市は届出のあったケアプランの検証の必要性を検討します。
- ③ケアプランの検証が必要と判断した場合、対象者の住所に応じ、当市が各地域包括支援センターへ地域ケア会議による検証の実施依頼をします。
※ケアプランの検証の要否については、届出を受理した日から1ヶ月を目安に当市からケアマネジャーへご連絡します。
- ④ケアマネジャーは地域包括支援センターと地域ケア会議の日程調整をします。
※1：地域包括支援センターからケアマネジャーへ検証実施の連絡があります。
※2：訪問介護事業所の担当者もケアプランの検証に参加していただきます。ケアマネジャーは訪問介護事業所の担当者についても併せて日程調整をしてください。
(訪問介護以外の事業所については参加を必須とはしません。参加の必要性についてはケアマネジャーと地域包括支援センターで協議のうえ判断してください。)
- ⑤地域ケア会議において検証を実施します。
- ⑥地域ケア会議で決定したモニタリング時期に合わせ、モニタリング結果を地域包括支援センターへ連絡します。
毎月行うモニタリングの際は、地域ケア会議での検証結果を踏まえて行ってください。
※連絡手段については問いません。
※モニタリング結果は、地域包括支援センターから当市へ報告されます。その報告内容を受けて、ケアマネジャーへケアプラン等の提出を求める場合があります。

○検証を行うにあたって 「介護保険最新情報vol.685 転載・抜粋」

・地域ケア会議における事例提供者（ケアマネジャー・サービス事業所）の役割

①事例の説明

事例提供者は、対象とする高齢者の支援の必要性、方針や支援内容に関する説明を行います。説明を通じて、地域ケア会議の参加者が自立支援に資するケアマネジメントについて議論するための土台が作られます。

《介護支援専門員による事例概要及び居宅サービス計画書の説明》

ケアプランを作成した介護支援専門員は、対象とする高齢者の基本情報、事例の生活行為の課題、現在の状態に至った個人因子・環境因子の説明、ケアプランの内容を説明します。

一連のケアマネジメントの流れを簡潔に述べた上で、何が生活行為の課題で、それがケアプランにどのように反映されているかを説明します。

《介護サービス事業者からの支援方針と支援内容の説明》

介護サービス事業所は、介護支援専門員の説明に続いて、事業所で実施したアセスメントの結果や、対象とする高齢者への支援方針・支援内容について説明を行います。事業所の個別サービス計画書を参照しながら、ケアプランの目標に基づいてどのような目標を設定したのか、その目標を達成するために事業所としてどのような支援を行うのかについて、地域ケア会議の参加者全員が共通認識を持てるように説明します。

《説明における留意点》

- ▶ 現在提供している支援の必要性や妥当性、目指す効果等を説明します。ケアプランの内容だけでなく、そこに至る経緯についても説明が必要です。
- ▶ 地域ケア会議に出席している専門職は、利用者を直接知っているわけではありません。より効果的な助言を得るためには、利用者及び家族の考えや背景、置かれた環境などを説明することが重要となります。
- ▶ 介護支援専門員は当該事例の支援しているチームの代表という意識をもち、実際に支援に関係している専門職の意見についても説明しましょう。地域ケア会議の協議には、支援チームの統一した考えの説明も重要です。
- ▶ サービスの種別や頻度等については、「なぜそのサービスを選択したのか」「回数はどういう理由で決めたのか」をしっかりと説明しましょう。

②地域の課題の提起

提供した事例を通じて把握された社会資源の不足などは、地域の課題として地域の支援体制や自治体の施策にも影響します。事例を通じて把握した地域の課題があれば地域ケア会議で提起し、社会資源の開発や改善につなげましょう。

③事例提供者の姿勢

地域ケア会議は、介護支援専門員の支援を批判する場ではありません。事例提供者は、受け身ではなく、地域ケア会議を積極的に活用する意識を持ちましょう。

- ▶ その事例における利用者支援がより効果的にできるように助言を得られる機会であり、また事例提供者自身の資質向上の機会として、積極的に助言を求めましょう。
- ▶ 専門職からの助言は、今後の支援に向けた提案として率直に受け止め、自身のスキルアップにつなげるきっかけと考えましょう。
- ▶ 利用者の支援を通じて把握された市町村や地域に不足している社会資源等の地域課題について、積極的に提案する姿勢も必要です。

※注意事項

- ・協議内容の位置づけについて

地域ケア会議での協議内容は決定事項ではありません。

「利用者本位」のケアマネジメントが重要となるので、協議内容通りのケアプランに変更する必要はありませんが、協議内容をケアプランに反映させるかどうかはケアマネジャー自身で決定することとなります。

また、地域ケア会議に参加するだけでなく、協議内容については今後のケアプラン作成（検証したケース以外を含む）に活かしていく必要もあります。

Q & A

Q 1 暫定ケアプランを作成した際に、訪問介護の利用回数が基準を超過していた場合の届け出るタイミングはいつになるのか

A 1 要介護度が確定してから、提出してください。

Q 2 届出の対象となる生活援助はどのことを指すのか

A 2 生活 2 や生活 3 が対象となり、身体 1 生活 1 や身体 2 生活 1 等は対象となりません。2 ページ「1. 厚生労働大臣が定める回数および訪問介護」を参考にしてください。

Q 3 ケアプランを変更する度に届け出が必要となるのか

A 3 初回はいかなる場合であっても届け出が必要となります。

一度届出をしたケアプランについては、要介護度の変更又は、ケアプランの計画上の生活援助利用回数に変更になり、その変更後の生活援助の回数が基準回数を超過する場合のみ届出を求めます。

例 要介護 2：生活援助 40 回／月で一度届出したケアプランについて、その後

→要介護 2 で生活援助回数が変わらない or 減った場合：届出不要

→要介護 2 で生活援助回数が 50 回／月へ増加：届出必要（回数変更後も基準超過）

→要介護 3 で生活援助回数が変わらない：届出不要（基準超過無し）

→要介護 1 で生活援助回数が変わらない：届出必要（基準超過による）

※新規に通所介護を追加した等の変更であれば届出は不要です。

Q 4 ケアプランを届け出てから、ケアマネジャーはどのようにすれば良いのか。

A 4 当市で届出書を受理し、地域ケア会議における検証の必要性の有無を判断します。

必要と判断した場合、当該ケアプランの検証の依頼文書を地域包括支援センターに送付します。

後日、地域包括支援センターから担当ケアマネジャーに連絡がありますので、日程調整のうえ実際に会議に参加し、ケアプランの検証をします。

検証の結果、ケアプランに変更がある場合は、変更後のケアプラン等を当市に提出していただきます。

検証の必要が無いと判断したケアプランについては、当市からケアマネジャーに電話で直接お知らせします。

Q 5 検証の必要性があると判断され、実際に地域ケア会議で検証されるまで、どの程度時間がかかるのか

A 5 地域包括支援センター毎に地域ケア会議の日程は異なるので、具体的な日程等についてはお答えできかねます。

Q 6 提出書類にケアプランの第6・7表とあるが、同意を得た直近の分だけで良いのか

A 6 ケアプランの変更のタイミング等によって異なります。

例1：11月末で認定の有効期間が切れる利用者の12月以降のケアプランを作成した場合
→ケアプランの同意を得た日付に関わらず12月分のみ提出

例2：月途中でケアプランを変更した場合（サービスの利用開始が当該月の19日以前である場合）
→当該月のみ提出

例3：月途中でケアプランを変更した場合（サービスの利用開始が当該月の20日以降である場合）
→当該月とその翌月の両方を提出（翌月分についても同意を得たもの）

Q 7 検証後ケアプランを変更したが、利用者や家族から同意を得られない場合はどのようにすればいいか

A 7 利用者にとってより良いサービスとするためには、本人や家族の理解が必要不可欠となります。同意を得られるよう、継続的にアプローチを続けることを想定しております。

また、トラブルを避けるために本人・家族への説明方法についても地域ケア会議で検証するようにしましょう。

Q 8 「生活援助中心型の訪問介護サービス利用申出書」については引き続き提出が必要となるのか

A 8 現在ご提出いただいている申出書については、生活援助の適正利用のために行っているもので、今回の制度改正とは別物となりますので、引き続き提出は必要となります。

Q 9 有料老人ホーム等の入居により住所と生活実態が違う場合、担当の地域包括支援センターはどこになるのか。

A 9 生活の本拠が住所ですので、住民票上の住所地の地域包括支援センターが担当となります。

《問い合わせ》

弘前市 福祉部 介護福祉課 介護給付係

電話番号 0172-40-7071（直通）

FAX 38-3101