

平成 30 年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き

～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～

目次

| | |
|---|----|
| 1. この手引きについて..... | 1 |
| 1.1 手引きのねらい..... | 1 |
| 1.2 ケアマネジメント支援とは..... | 1 |
| 1.3 訪問回数の多いケアプランについて..... | 2 |
| 1.3.1 趣旨について..... | 2 |
| 1.3.2 届出対象について..... | 4 |
| 1.4 手引きの構成..... | 5 |
| 2. 地域ケア個別会議等における多職種の視点..... | 6 |
| 2.1 ケアマネジメント支援における保険者の役割..... | 6 |
| 2.2 自立支援、重度化予防のための多職種によるケアプランに係る議論..... | 7 |
| 2.2.1 自立に向けたケアプラン..... | 7 |
| 2.2.2 多職種によるケアプランに係る議論の仕組み..... | 8 |
| 2.2.3 地域ケア会議等によるケアプランに係る議論..... | 10 |
| 2.2.4 多職種によるケアプランに係る議論の手順について..... | 15 |
| 2.3 資料の確認の視点..... | 16 |
| 2.3.1 利用者に関する情報..... | 16 |
| 2.3.2 アセスメント情報..... | 19 |
| 2.3.3 居宅サービス計画書..... | 20 |
| 2.3.4 提供されているサービスの情報..... | 24 |
| 2.3.5 その他..... | 25 |
| 2.4 地域ケア個別会議における司会者の役割..... | 27 |
| 2.5 地域ケア個別会議における事例提供者の役割..... | 29 |
| 2.6 地域ケア個別会議における専門職の役割..... | 31 |
| 2.6.1 専門職の役割..... | 31 |
| 2.6.2 専門職による助言の目的と意義..... | 31 |
| 2.6.3 有効な助言のための注意点..... | 32 |
| 2.6.4 有効な助言を行うための基本的な考え方と手順..... | 33 |
| 2.7 職種別の助言ポイントと工夫..... | 37 |
| 2.7.1 医師..... | 38 |
| 2.7.2 歯科医師..... | 39 |
| 2.7.3 薬剤師..... | 41 |
| 2.7.4 保健師・看護師..... | 42 |
| 2.7.5 理学療法士..... | 44 |
| 2.7.6 作業療法士..... | 46 |
| 2.7.7 言語聴覚士..... | 48 |
| 2.7.8 管理栄養士・栄養士..... | 49 |
| 2.7.9 歯科衛生士..... | 51 |

| | |
|----------------------|-----------|
| 2.7.10 介護・福祉専門職..... | 53 |
| 3. 事例紹介..... | 57 |
| 3.1 事例の概要..... | 57 |
| 3.2 事例紹介..... | 58 |
| 4. 参考情報..... | 68 |
| 4.1 参考資料..... | 68 |
| 4.2 関連する基準等..... | 69 |

1. この手引きについて

1.1 手引きのねらい

この「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」は、市町村の職員が、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、ケアマネジメント支援を目的として、地域ケア個別会議等を活用して、多職種の視点から居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）について議論を行う際の参考として作成されました。

ケアマネジメント支援を目的としたケアプランに係る議論における市町村の役割や基本的な考え方や視点を解説するとともに、多職種の視点からケアプランについて検討を行うために、地域ケア個別会議やその他の仕組みの活用の考え方、多職種の専門性に基づくケアプランに係る議論、助言の視点を整理したものです。

市町村においては、必然的に多職種が参集する地域ケア個別会議を通じてケアプランについて議論を行うことが基本となりますが、地域ケア個別会議以外の方法（具体的な方法は市町村で検討します）で行う場合についても、この手引きが参考となります。

また、平成30年10月より、訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランについて、市町村が地域ケア個別会議等で検討することとされています。これは、自立支援・重度化防止の観点から行うものであり、対象とするケアプランを否定することを前提に行うものではありません。この手引きでは、訪問回数の多いケアプランに係る議論の際の視点を紹介しています。ただし、このようなケースに限らず、要介護者のケアプランを自立支援・重度化防止の観点から検討する場合に広く活用することが可能です。

<この手引きのねらいと特徴>

- ・ **市町村の介護保険担当職員**を読者として想定し、**ケアマネジメント支援における保険者の役割や、ケアプランに係る議論の基本的な考え方**を紹介しています。
- ・ 市町村におけるケアマネジメント支援の場において、**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で、多職種の視点からケアプランについて議論を行う際の手引きとして活用されることを期待**しています。
- ・ 回数の多い訪問介護（生活援助中心型）が位置づけられたケアプランについて検討を行う際の参考となるよう、事例を用いて議論のポイントを解説しています。

1.2 ケアマネジメント支援とは

ケアプランに係る議論を通して、自立に資するケアマネジメントとなるよう支援することが必要です。

ケアマネジメント支援とは、介護保険法や地域包括ケアの理念である「尊厳の保持」や「自立」を目指した包括的で継続的なケアマネジメントとなるよう支援することです。そのためには利用者本人の意思が十分に反映されていることが重要となります。また、地域を基盤とした支援となっているか、利用者から見て一体的支援になっているかなどの視点も重要となります。ケアプランについて議論する際にも、介護支援専門員を中心として行われるケアマネジメントにこれらの視点が反映されるよう支援することが必要です。

1.3 訪問回数の多いケアプランについて

1.3.1 趣旨について

- 訪問介護における生活援助中心型サービスについては、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ、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、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、市町村への届出を義務付け、そのケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検討を行うこととされています。
- 平成 30 年度介護報酬改定において、生活援助中心型サービスの利用回数（所要時間 20 分以上 45 分未満、45 分以上のサービスの合計回数）が合計 90 回以上の被保険者のいる保険者に対し、具体的な利用状況とサービスの必要性の検証の有無について調査を実施したところ、その対象となる事例について、保険者の意見としては、大多数が適切なサービス利用であると回答されました。
生活援助中心型サービスについては、利用者において様々な事情を抱える場合もあることを踏まえて、利用者の自立支援にとって、より良いサービスとするため、介護支援専門員の視点だけではなく、多職種協働による検討を行い、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。
- 今回の見直しは、一定回数以上となったことをもって利用制限を行うものではありません。ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得る必要があり、ケアプランの変更を強制することはできないため、介護支援専門員や市町村は本人に十分説明をする必要があります。
- また、ケアプランに係る議論を行った後も、引き続き、当該利用者の定期的な状況把握を行うなど、介護支援専門員への継続的な支援が求められます。
- さらに、地域包括ケアシステムの構築の観点からも、保険者が在宅の要介護者のサービス利用状況を正確に把握することは重要であり、そのことが保険者機能の強化につながるものと考えられます。なお、平成 30 年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標においては、指標の一つとして、「生活援助の訪問回数の多いケアプラン（生活援助ケアプラン）の地域ケア会議等での検証について、実施体制を確保しているか。」が設けられており、保険者においては、多職種の確保等に努めることが期待されています。
- なお、平成 30 年度介護報酬改定では、訪問介護について、上記の取り組みのほか、身体介護に重点を置いて報酬を引き上げるとともに、外部のリハビリテーション専門職等と連携した取り組みの評価、身体介護として行う自立支援に資するような見守り援助の明確化により、自立支援・重度化防止に資するサービスを推進・評価することとされています。
- 訪問介護における自立支援・重度化防止については、利用者の ADL 向上に限られるものでなく、IADL 等の向上により QOL の向上を目指すものでもあることに留意が必要です。



図 1-1 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 (平成 30 年度改定)



図 1-2 訪問回数の多い利用者への対応 (平成 30 年度改定)

(参考) 介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)(抄)

(会議)

第四十条の七十二の二 法第一百五條の四十八第一項に規定する会議は、次に掲げる事項について検討を行うものとする。

一 次条に定める被保険者(第四号において「支援対象被保険者」という。)の健康上及び生活上の課題の解決に資する支援の内容に関する事項(次号に掲げるものを除く。)

二 指定居宅介護支援等基準第十三条第十八号の二の規定により届け出られた居宅サービス計画に関する事項

三 地域における介護の提供に携わる者その他の関係者の連携の強化に関する事項

四 支援対象被保険者に共通する課題の把握に関する事項

五 地域における介護の提供に必要な社会資源の改善及び開発に関する事項

六 地域における自立した日常生活の支援のために必要な施策及び事業に関する事項

(注) 平成30年4月1日より下線部を追加

1.3.2 届出対象について

- 上記のケアプランの届出については、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)第13条第18号の2において、介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(厚生労働大臣が定めるものに限る。)を位置付ける場合に、当該居宅サービス計画を市町村に届け出ることとされています。
- 届出の対象となる訪問介護の種類は生活援助中心型サービス(生活援助加算は対象外である。)とし、届出の要否の基準となる回数は、要介護度別の「全国平均利用回数+2標準偏差(2SD)*¹」が基準とされています。
(※1) 全国での利用回数の標準偏差に2を乗じた回数
- 具体的には、直近の1年間(平成28年10月~平成29年9月分)の給付実績(全国)を基に、各月における要介護度別の「全国平均利用回数+2標準偏差(2SD)」の回数を算出した上で、要介護度別に最大値となる月の回数を用いることとし、要介護状態区分に応じてそれぞれ1月あたり下表の回数以上*²とされています。

表 1-1 届出の要否の基準となる生活援助中心型サービスの回数

| 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|------|------|------|------|
| 27回 | 34回 | 43回 | 38回 | 31回 |

(※2) 要介護度ごとに上記の回数以上の生活援助中心型サービスを位置づける場合は届出が必要となる。

(※3) 月変更で要介護度に変更となる場合には、より多い回数を基準する。

1.4 手引きの構成

この手引きの構成は以下のとおりです。

<手引きの構成と内容>

| | |
|------------------------|--|
| 1. この手引きについて | <ul style="list-style-type: none">▶ 手引きのねらいの説明▶ ケアマネジメント支援の説明▶ 訪問回数が多いケアプランの取り扱いの説明▶ 手引きの構成と活用方法 |
| 2. 地域ケア個別会議等における多職種の視点 | <ul style="list-style-type: none">▶ 多職種によるケアプランに係る議論についての解説 保険者の役割とかかわり方 自立に向けたケアプランの理解 多職種によるケアプランに係る議論の仕組み 地域ケア個別会議によるケアプランに係る議論の方法▶ 資料確認の視点の解説▶ 地域ケア個別会議における司会者の役割の説明▶ 地域ケア個別会議における事例提供者の役割の説明▶ 地域ケア個別会議における専門職の役割と職種別の助言のポイントの説明 |
| 3. 事例紹介 | <ul style="list-style-type: none">▶ 訪問回数が多い訪問介護サービスの事例による、ケアプランに係る議論の視点と考え方の解説 |
| 4. 資料編 | <ul style="list-style-type: none">▶ 参考資料の紹介 |

なお、このマニュアルは、以下の資料をもとに作成したものです。

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き (Ver.1) 厚生労働省・ 介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き (Ver.1) 厚生労働省・ 地域ケア会議運営マニュアル (平成 24 年度老健事業 地域ケア会議運営マニュアル作成事業) |
|--|

(4.1 に参考資料を掲載しています)