

介護保険法の次期改正の現状

あすわひのきケアプランセンター 下鶴紀之

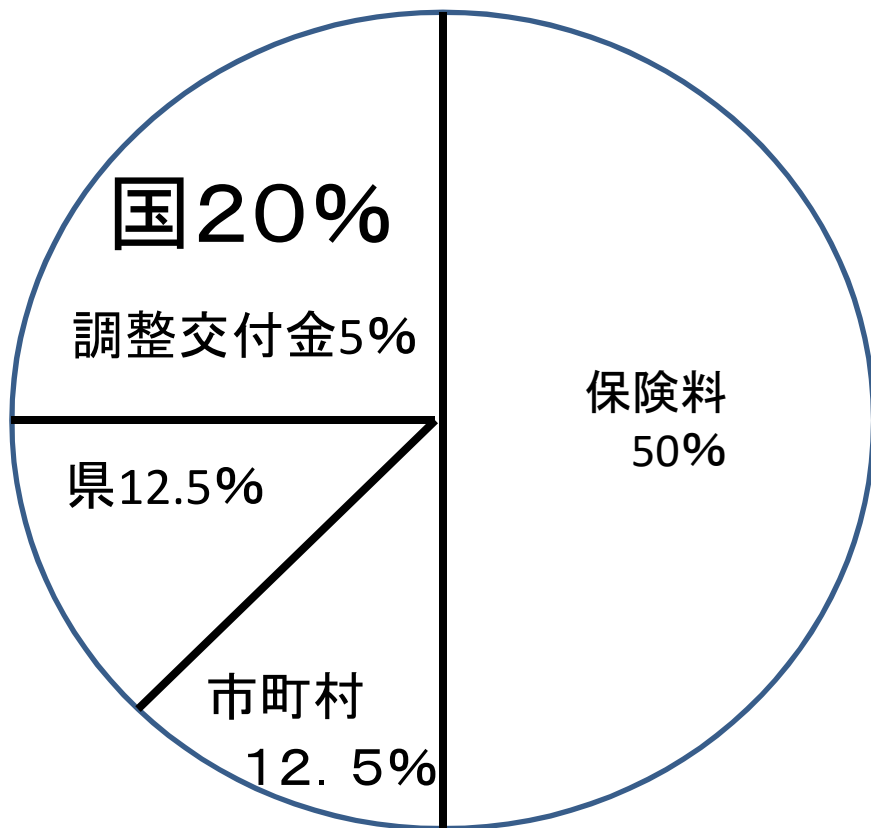
介護保険法までの歴史

- 1963年 老人福祉法制定、特別養護老人ホーム創設 高齢化率 5.7%
 - 1973年 老人医療費無料化 高齢化率7.1%
 - 1982年 老人保健法制定(老人医療費増大⇒自己負担) 高齢化率9.1%
 - 2000年 介護保険法スタート(社会保険5番目) 高齢化率17.3%
- 医療保険・年金保険・雇用保険・労災保険
- 平成15年7月 ALS患者の在宅療養の支援 喀痰吸引等の実質的違法性阻却論
 - 平成17年10月 施設給付見直し(食事、居住費原則実費。低所得者補足給付)
 - 平成18年4月 予防給付重視 地域包括支援センター創設 特定疾病16種類へ
 - 平成24年4月 介護福祉士等による喀痰吸引等の実施制度化
 - 平成27年4月 総合事業制度化
 - 平成27年8月 応益負担⇒応能負担(2割負担)

介護保険導入の経緯・意義

- ・高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大
- ・核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化
- ・高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設
 - ・自立支援
 - ・利用者本位
 - ・社会保険方式

介護保険法の財政



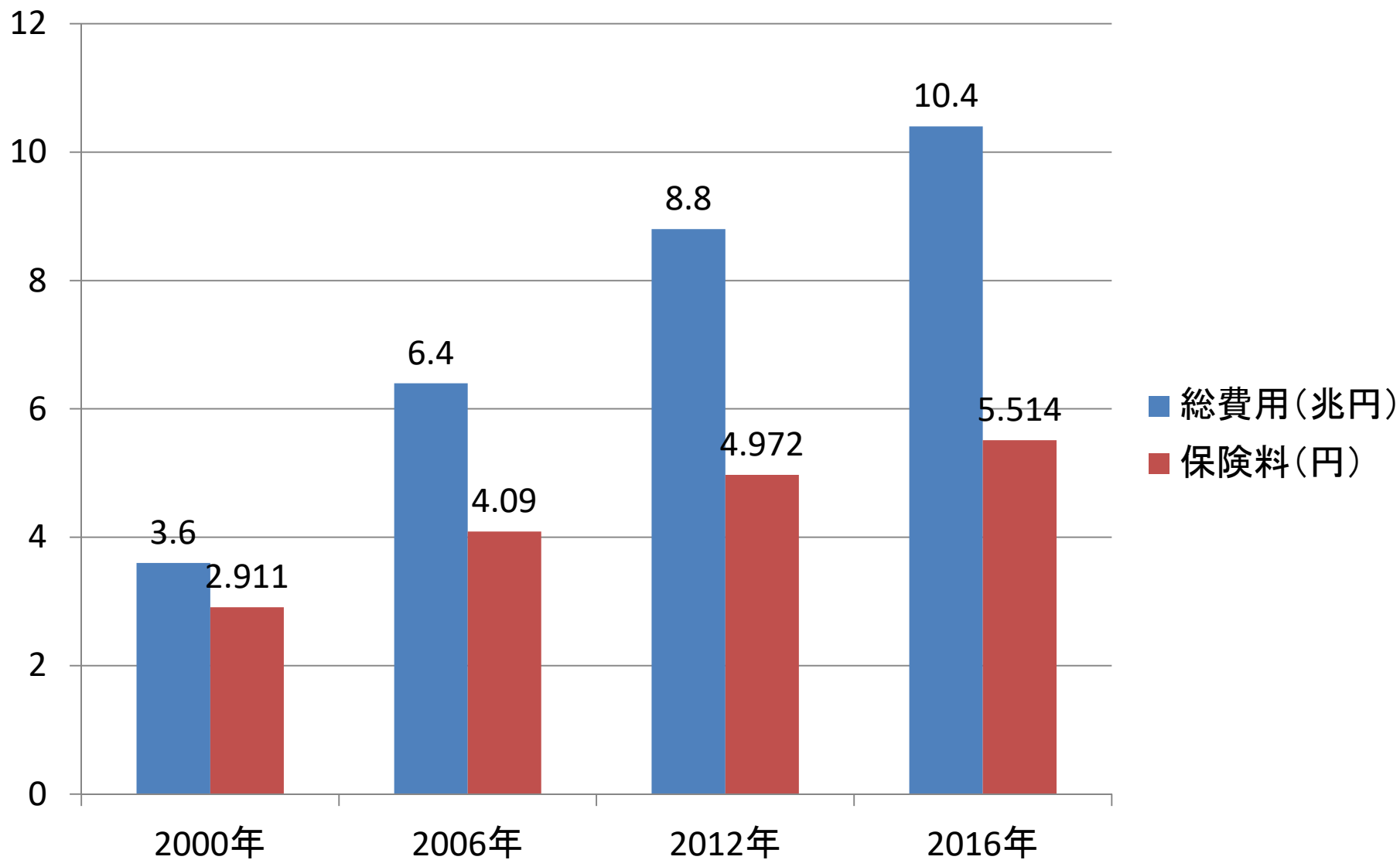
第1号被保険者 保険料の改定は、3年をI期として計上、市町村ごとに決定する。全国平均の保険料
平成24年～26年 4972円
平成27年～29年 5514円
平成30年～平成32年さていくらに？

第2号被保険者
国民健康保険加入者
毎年同一世帯、扶養人数、所得に応じ
て決定

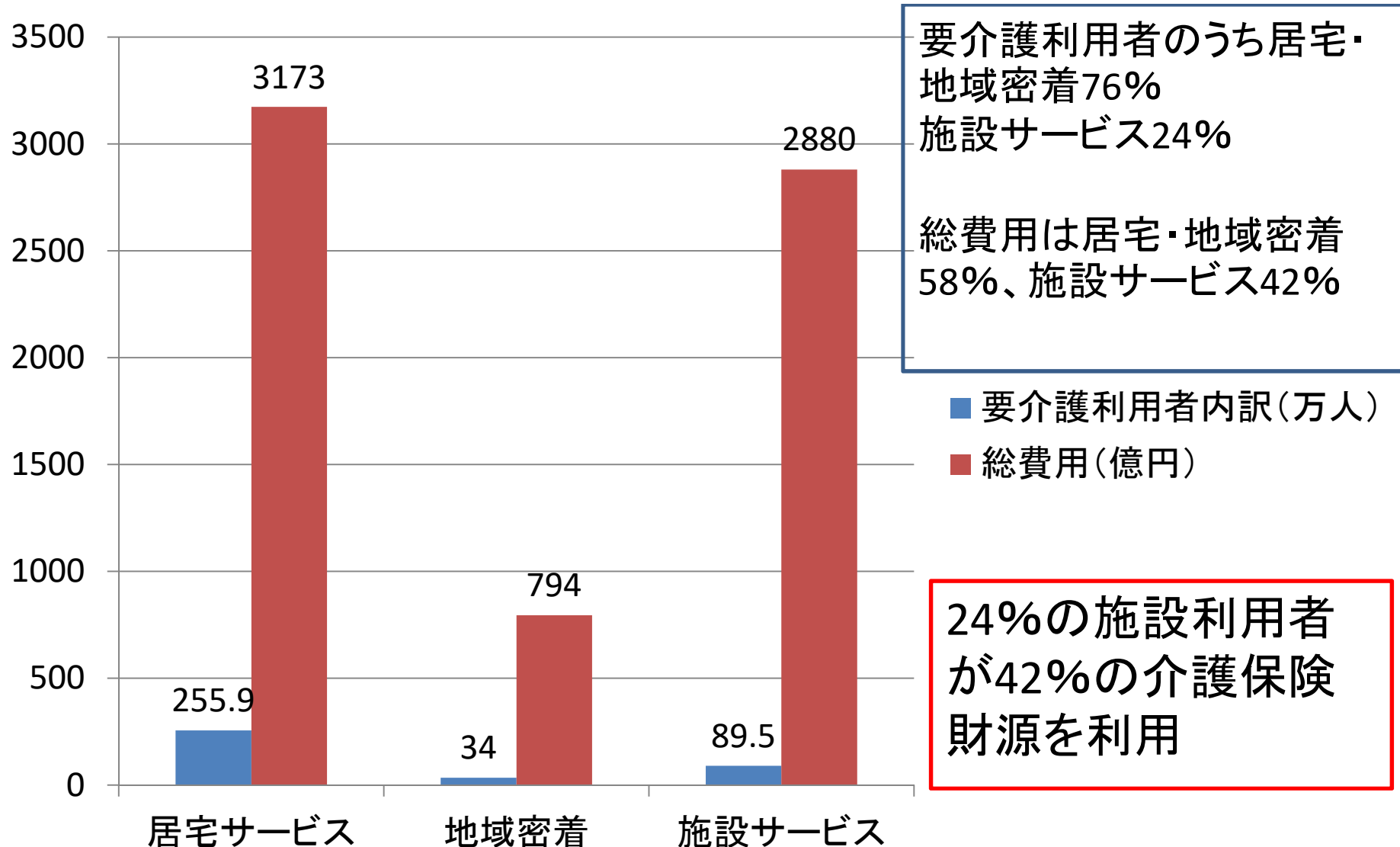
健康保険や共済組合
給与額に応じて雇用主と折半

- 介護納付金における総報酬割導入
第2号被保険者 28%
医療保険者が介護納付金として負担
各医療保険者は被保険者の数に応じて納付
国保↓ 協会けんぽ↓ 共済組合↑ 健保組合↑
平成29年8月より徐々に導入、32年度本格導入

介護費用と保険料の推移



介護保険総費用における提供サービスの内訳



介護保険の被保険者

第1号被保険者 65歳以上の方が加入

65歳の誕生日を迎えた月に住民票がある市町村から【介護保険証】と【介護保険料の納付書】が届く

第2号被保険者 40歳～64歳未満

医療保険加入者 介護保険料の納付が始まる
介護保険を利用する場合、特定疾病16疾病

がん【がん末期】 関節リウマチ 筋萎縮性側索硬化症 後縦靱帯骨化症 骨折を伴う骨粗鬆症 老期における認知症 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病※
【パーキンソン病関連疾患】

脊髄小脳変性症 脊柱管狭窄症 早老症 多系統萎縮症 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

要介護、要支援認定申請～結果

申請

市町村窓口
持参品

- ・（介護保険証）
- ・認印
- ・主治医の病院名、
科目、氏名

窓口で尋ねられること

- ・認定調査はいつやるか
- ・ご本人がどこで生活しているか
- ・犬猫など飼っているか
- ・駐車スペースはあるか
- ・介護支援専門員は決まっているか

調査

概況調査

基本調査(74)項目

特記事項

食事、排泄、清潔、着替え、移動、移乗、睡眠、認知症症状及び疾患の症状で生活での影響など、1~2か月のエピソード事前にメモしておく

主治医意見書

(30)日以内に結果を通知

一次判定

二次判定
審査・判定
介護認定
審査会

非該当
要支援1,2
要介護1~
5 7

介護保険負担割合（一部負担金の考え方が 応益負担→
（ 応能負担へ変更）更新8月～）

前年度所得で決定

65歳以上の要支援、要介護認定者全員

7月初旬～中旬 市役所より郵送

介護保険負担割合証（1割か2割か3割）

平成30年8月から

介護保険負担割合の目安

合計所得金額

160万円以上

年金収入だけで
280万円以上

合計所得金額とは

年金収入や給与収入、事業収入などから公的年金控除、給与所得控除、必要経費を控除した額

現役時代平均手取り
850～900万円

年金収入等	負担割合(平成30年8月～)
340万円以上	3割負担 12万人 全体の3%
280万円以上	2割負担 33万人
280万円未満	1割負担

確定申告が重要

高額介護サービス費

所得に応じて
1カ月の利用
者負担上限
額を超えた
金額

支給対象者のみ

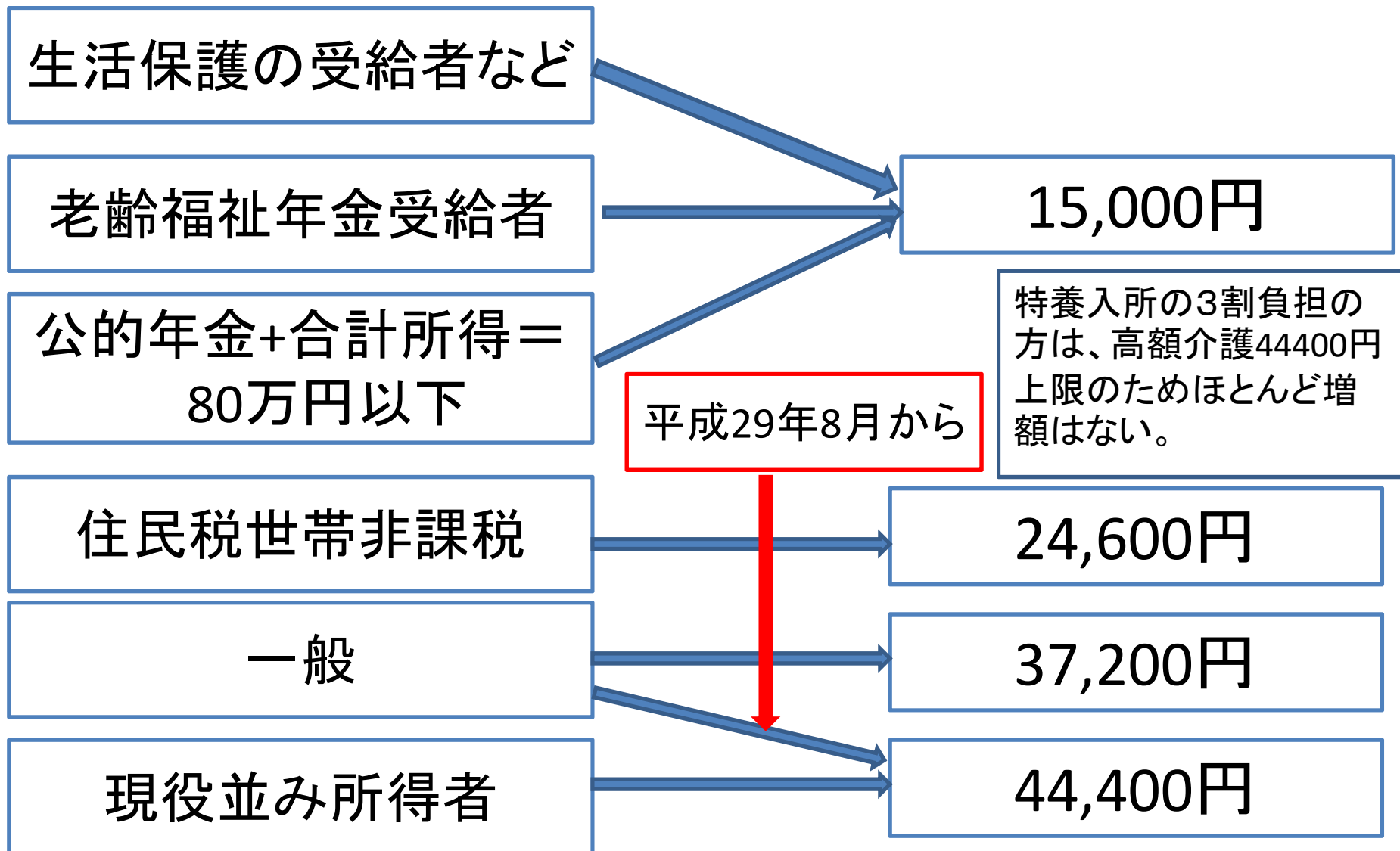
市役所より通知

申請書を市役所へ提出

原則初回のみ申請が必要(2回目以降は自動振り込み)

後日、ご指定の口座へ振り込まれる

高額介護サービス 利用者負担の上限



介護保険3施設(ショートステイも)
⇒部屋代、食事代、光熱費

原則実費

介護保険負担限度額認定証
交付申請

部屋代、食事代、光熱費
一部補助

所得要件(非課税)

資産要件(預貯金等単身1000万円、夫婦2000万円以上)タンス預金も対象

預貯金一覧

○ 預貯金（普通・定期）

○ 投資信託

○ 負債（住宅ローンなど）

△ 不動産（家屋、土地など）

× 自動車

× 高価な価値のあるもの

○ 有価証券

○ 現金（タンス預金）

○ 金、銀など時価評価額が把握できる貴金属

× 生命保険

× ゴルフ会員権

× 貴金属の時価評価額が把握が困難なもの

特別養護老人ホーム入所要件変更

原則：要介護3、4、5の方

要介護1、2

- ・認知症で日常生活に支障をきたす行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる
- ・知的障害・精神障害などを伴い、日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる
- ・深刻な虐待が疑われることなどにより、心身の安全・安心の確保が困難
- ・単身、あるいは同居家族が高齢、または病弱で支援が期待できない。かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分

要介護1又は2の方が入所するためには、上記のいずれかに該当する必要があります。ご自身の判断で該当と思われる項目に印を付けてください。

ご本人の状況

ご家族の状況

在宅生活困難度

特例の要介護1.2の方のみ市役所が関与

入所中に要介護2以下に認定されたら退所

入所申し込み可能

入所判定会議

Aグループ(3項目)

Bグループ(2項目)

Cグループ(1項目)

高

低

地域区分級地の変更

- 6級地⇒5級地 豊田市、刈谷市
10.42%⇒10.70%
- 7級地⇒6級地 豊明市、日進市、長久手市、東郷町
10.21%⇒10.42%
- その他⇒7級地 設楽町、東栄町、豊根村
多治見市、各務原市、可児市
10.0%⇒10.21%

訪問介護、訪問看護、訪問入浴、居宅介護支援など

福祉用具貸与の見直し

- 徹底的な見える化等を通じて貸与価格のばらつきを抑制し、適正価格での貸与を確保（貸与価格に上限を設定）

【平成30年10月施行】

- ・国が商品ごとに全国平均貸与価格を公表



- ・レンタル業者は、全国平均価格と自社貸与価格の両方及び機能や価格帯の異なる複数の商品を提示し利用者に説明。（複数商品提示は30年4月施行）

※介護支援専門員は、レンタル業者、商品、価格の選定理由を求められるかも？

訪問介護

- ・生活機能向上連携加算見直し

現行：サ責が訪問リハ・通所リハのPT、OT、STと一緒に利用者宅を訪問し、彼らと共にアセスメントと具体的（目標）な計画作成し、必要に応じて助言を得る⇒100単位／月 ※ほぼ機能していない。

- ・医療機関の医師、リハ職なども含め、場合によっては訪問ではなく、動画や電子連絡帳も可能にしては？⇒リハ職の人件費は？タイミング

老計10号の見直し

・ 身体介護

- 1-6 自立生活支援のための見守りの援助⇒
安全を確保しつつ常時介護できる状態で行う見守り等
- ・利用者と一緒に手助けしながら行う調理
 - ・ベッドの出入り時など自立を促す
 - ・移動時、転倒しないように付き添う
 - ・車いすでスーパーへ行き、本人が自ら品物を選べる援助
 - ・洗濯物を一緒に干す畳む、転倒予防の見守り声掛け
 - ・認知症高齢者と一緒に冷蔵庫の中を整理し生活歴の喚起を促す。

追加⇒利用者と一緒に手助けしながら行う掃除、その他利用者の自立支援に資するもの(安全確保しつつ常時介助できる状態で見守りであり、ADL向上の観点から自立支援に資するもの)

生活援助中心型の担い手拡大

- 介護職員初任者研修を参考に生活援助中心型のサービス提供研修創設。
- 生活援助やサービス提供の観察ポイントや認知症の知識
- 常勤換算2.5人に含め、介護福祉士と同様の報酬⇒おそらく点数は下がる。
- 介護職員初任者研修等へステップアップ(科目の免除)

サービス提供責任者の要件⇒ヘルパー2級
平成31年3月にて廃止

頻度の多い生活援助への検証

生活援助が一般的な頻度よりかなり多く使われているケースを、保険者に地域ケア会議などで検証。

一定の回数を超える生活援助は、市町村へケアプランを届け、地域ケア会議にて検証。⇒財務省の圧力

●生活援助の利用回数が「1ヵ月あたりの全国平均＋2標準偏差」を上回るもの

にしてはどうかと提案した。要介護度ごとに明確な基準を設け、一定のペース(年度ごとなど)で見直していく考えた。昨年10月の審査分で計算すると、

生活援助全体の4.8%にあたる2万3,502人がチェックの対象になるという。年度内に制度の枠組みを正式に決め、届け出の基準は来年4月に公表する予定。半年間の周知期間を置いて、10月から新たな制度をスタートさせる計画。

消費税10%⇒10年勤続月額8万円↑ 事業所にお任せ

集合住宅における減算

	減算等の内容	算定要件
訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハ 夜間対応型 訪問介護	①③⇒10%減算 ②⇒20%？減算	①<u>事業所と同一敷地内</u>又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②以外) ②上記以外の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1カ月あたり<u>50人以上</u>の場合 ③上記以外の範囲に所在する建物に居住する者 ・当該建物に居住する利用者の人数が月あたり<u>20人以上</u>の場合⇒<u>事業所は別な場所</u>

対象となる減算計算方法の変更⇒通常単位数で限度額管理してから○%減算。

身体介護1同⇒221点⇒245点 (50回×245点=12250点×0.9=11025点へ)

看護体制加算の更なる評価

- 算定要件の緩和
 - 緊急時加算算定割合⇒3ヶ月間⇒**6ヶ月？**で50%↑
 - 特別管理加算算定割合⇒3ヶ月間で30%↑
 - ターミナルケア加算算定者⇒1年間で1名↑
- ※**ターミナルケア加算の算定者が多い場合**
新たな区分を設ける
- ※この算定率は10%に満たない。(全国)

緊急時訪問の月2回目以降、早朝夜間深夜加算の算定要件
の緩和
従来は、特別管理加算算定者のみ⇒**算定者以外も可能？**

- ・訪問看護計画書と報告書を看護とリハ職とリハ職が連携して作成

※看護職員とリハ職との連携に係る評価
不十分な連携は減算？

	看護職員	リハ職
アセスメント	初回訪問後、アセスメント内容を双方で共有	
計画作成	職種別に作成。作成時に相談共有	
計画に基づく実施	体調管理、排便コントロール	座位保持での車いす移乗訓練
情報共有	方針の共有：初回訪問前後と定期的（月1回程度） 日々の情報共有：全利用者で毎回訪問前後、状態変化時、定期的（月1回程度） 共有方法：ICTによる情報閲覧、カンファレンス、事例検討	

トピックス：介護保険の訪問看護と医療保険の精神科訪問看護の同一日併用算定は出来ない。

複数名による訪問看護の加算緩和

条件：利用者の身体的理由（暴力、著しい迷惑行為、器物破損も）により看護師等1名では活動困難かつ利用者の同意を得ていること。

医療保険と同様の条件へ

看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）



同行者⇒①保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST

②准看護師

③看護補助者（資格は問わない。人員基準には含まれない。）

それぞれ評価を分ける。

看護補助者：ADL上の介助、環境整備、看護用品等の整理整頓

看護職員による居宅療養管理指導の廃止（一定の経過措置）

居宅介護支援

- 入院時情報連携加算
（Ⅰ）入院後**3日以内** （Ⅱ）入院後**7日以内**
医療機関を訪問又は訪問以外の方法で情報提供
情報提供の様式を提示予定
医療機関等との連携・情報収集の手引き
平成29年3月 （株）日本能率協会総合研究所より
- 退院・退所加算
初回+退院＝**↑**
退院時情報収集**↓**もしくは同じ
退院時カンファレンス参加**↑**
情報収集の様式を提示内容変更予定（課題整理総括表の一部活用）
- 特定事業所加算変更点
 - ・包括等の実施する事例検討へ参加（Ⅱ）（Ⅲ）も義務
 - ・他法人の居宅介護支援事業所と共同の事例検討会、研修会の実施
 - ※一人ケアマネへの支援強化

居宅介護支援

- 医療系サービス利用の際は、主治医へ居宅サービス計画書を発行**義務**。
- 入院時に利用者から医療機関へ担当居宅介護支援事業所及び**介護支援専門員名を伝えることを義務化**⇒利用者からよりも介護支援専門員から
- 居宅介護支援事業所の**管理者**⇒
平成33年4月より主任介護支援専門員へ
主任介護支援専門員研修受講しなければ！！
- 特定事業所集中減算 平成30年度以降
訪問介護、通所介護、福祉用具のみ 80%キープ

居宅介護支援

- ケアプランの適正化に向けた対策の強化 平成30年10月～
検証対象：訪問回数が多い事例・集合住宅の事例
検証方法の強化：ケアプラン点検支援マニュアルの改訂、再周知
検証の実施：保険者によるケアプラン点検、地域ケア会議によるケアプランの検証
不適切な場合には是正を促す
- 居宅サービス計画書を作成する際に、**複数の事業所を提示及び説明を義務化。特に集合住宅の場合⇒減算対象**
- 医療介護連携強化加算 平成31年度実施予定
算定要件⇒①退院、退所加算を一定数以上算定
②ターミナルケアマネジメント加算を一定数以上算定
③特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）算定

居宅介護支援

- ・ターミナルケアマネジメント加算創設

末期の悪性腫瘍(※)であって在宅で死亡した利用者
(在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡も含む)

算定要件

- ①24時間連絡体制及び居宅介護支援ができる体制
- ②利用者又は家族の同意のもと、死亡日及び死亡前14日以内に2日以上在宅を訪問
- ③訪問記録(利用者の状態変化を)及び主治医や関係機関へ情報提供

※主治医が【日常生活上の障害が1カ月以内に現れる】判断した場合

※状態変化に応じて居宅サービス計画書変更。(サービス担当者会議免除?)

※多発性硬化症～脊損、人工呼吸器、急性増悪など(訪問看護の場合)

通所リハ、訪問リハ

- 医療保険の疾患別リハビリを受けている患者が介護保険のリハビリへの円滑な移行を推進：互換性のあるリハビリ計画書へ。その際に主治医へ確認を得れば算定可能。ただし、3カ月以内にリハビリ計画を作成すること。
- リハビリテーションマネジメント加算に追加要件
医師は毎回のリハビリに詳細な指示。（目的、留意事項、中止基準など）
- 3ヶ月以上の継続利用が必要と判断の場合、リハビリ計画の備考欄に継続理由を医師記載。

通所リハ、訪問リハ

- 医療保険の疾患別リハビリを受けている患者が介護保険のリハビリへの円滑な移行を推進：互換性のあるリハビリ計画書へ。その際に主治医へ確認を得れば算定可能。ただし、3カ月以内にリハビリ計画を作成すること。
- リハビリテーションマネジメント加算に追加要件
医師は毎回のリハビリに詳細な指示。（目的、留意事項、中止基準など）
- 3ヶ月以上の継続利用が必要と判断の場合、リハビリ計画の備考欄に継続理由を医師記載。
- リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）見直し
 - ・医師からの計画書の説明を面談、テレビ会議、テレビ電話活用も可能
 - ・リハビリ職からの説明の場合は減算
 - ・会議頻度は、過去に医療、介護の報酬請求がある場合は、リハビリ会議開催は算定当初から3ヶ月に1回で良い。（通所リハのみ）

通所介護

- サービス提供時間区分の変更
 - 3時間～5時間⇒3時間～4時間、4時間～5時間
 - 5時間～7時間⇒5時間～6時間、6時間～7時間
 - 7時間～9時間⇒7時間～8時間、8時間～9時間
- 大規模デイ報酬↓
 - 延長加算の単価引き上げ見送り
- 生活機能向上連携加算の創設
 - 訪問リハ、通所リハを実施している医療機関のリハ職、医師がデイサービスを訪問し、デイスタッフと共同でアセスメント及び個別機能訓練計画書を作成。
 - 計画の進捗状況を定期的(3ヶ月に1回)に評価し必要に応じて計画の見直し
- ※個別機能訓練加算+生活機能向上連携加算併用可能？

短期入所生活介護

- 看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)

現行の算定要件に加えて、要介護3以上の高齢者を一定割合を受入れ事業所に新たな評価

- 生活機能向上連携加算の創設(ショートでも導入。配置だけではダメ)
- 訪問リハ、通所リハを実施している医療機関のリハ職、医師がデイサービスを訪問し、デイスタッフと共同でアセスメント及び個別機能訓練計画書を作成。
- 計画の進捗状況を定期的(3ヶ月に1回)に評価し必要に応じて計画の見直し

※個別機能訓練加算+生活機能向上連携加算併用可能

- 従来型個室より多床室の方が20点高い！！
特別養護老人ホームは同じ単位
よって多床室を減額する。