

平成30年9月18日金沢区ケアプラン作成研修

# ケアプラン作成研修 ケアマネジメントの質を高める

日本ケアマネジメント学会理事研修委員長

大妻女子大学大学院・和歌山県立医科大学大学院非常勤講師

NPO渋谷介護サポートセンター主任介護支援専門員

# 1. ケアプラン作成の視点



自立支援に繋がる支援  
ケアマネジメント

# 課題整理表が提示される背景とポイント

背景：高齢化に伴う**独居・老老世帯**の増加に向き合う

H25年：介護支援専門員の資質向上と今後のあり方検討会での指摘

①適切な**課題把握が不十分**

②サービス担当者介護で**他職種協働が機能**していない

③ケアマネジメントの**モニタリング、評価**が不十分

⇒ 利用者の状態、情報整理、分析から課題を導く課程を多職種協働の場面で説明するための「**課題整理表**」

⇒短期目標の達成度合いを評価することで効果的ケアプラン作成につなげるための「**評価表**」

H27年：**地域法包括ケアシステム：医療・介護・介護予防・住まい・生活支援**

H30年**自立支援のケアマネジメント**の推進が提案⇒その具体化

# 課題整理表・評価表の位置づけ

アセスメント⇒課題整理表⇒ニーズ(課題)に落とす

ニーズ: 2表の「生活全般の解決すべき」に具体化・長期目標⇒短期目標の達成のサービス内容・次期を明らかにする⇒サービス担当者会議で多職種の見解を求める・・・ケアプラン修正・・・利用者合意⇒配布

モニタリング⇒評価: 短期目標ごと、利用者の満足、達成状況と根拠

評価表: 具体的なサービスごとに目標達成評価

⇒プラン見直し

# アセスメントから課題整理表に落とす

- ・厚生労働省の課題分析標準項目(9項目)

1. 基本情報、2. 生活状況 3. 被保険者情報 4. 利用しているサービス 5. 障害自立度 6. 認知症自立度 7. 主訴 8. 認定情報 9. アセスメント理由

- ・厚生労働省のアセスメント項目(14項目)

10. 健康状態 11. ADL 12. IADL 13. 認知 14. コミュニケーション能力 15. 社会との関わり 16. 排尿排便 17. 褥瘡・皮膚の問題

18. 口腔衛生 19. 食事摂取 20. 問題行動(認知症に伴う周辺症状) 21. 介護力 22. 居住環境 23. 特別な状況(虐待・ターミナル等)

これらが情報入手・現状把握・聞き取り・できていることが全体で課題整理に入る

# 課題整理表：状況の事実

4段階（又は支障の有無）を記入しその根拠を絞る⇒自立した日常生活の阻害要因

- ADL：移動（室内移動・屋外移動）食事（内容・摂取・調理）排泄（快尿排泄と排泄動作に別れる）・口腔（口腔衛生・口腔ケア）
- ・着脱（更衣）・服薬・入浴）IADL（掃除・洗濯・整理物品の管理・買物・調理・金銭管理・認知症・コミュニケーション力・社会とのかかわり
  - ・褥瘡・皮膚の問題・行動心理症状（BPSD）・介護力・居住環境

阻害要因は疾患名だけではなく、糖尿病で食事感できないやインスリン注射の管理できない等具体的に記載する。

6ヶまでに原因を絞る。番号は便宜的で優先順位ではない

# 課題整理表：改善・維持の可能性は3段階

- 4段階で「自立」又は「支障なし」を選択した以外のみ対象
- 改善・維持・悪化の3段階で「改善/維持の可能性」を記載する
- 備考欄の状況と支援内容を記載する

# 課題整理表：見通し⇒利用者及び家族の生活に対する意向⇒生活全般の解決すべき課題

- 前項の「自立した日常生活を妨げている要因」の解決に向けて、介護支援専門員の「仮説」として「どのような援助を実施することで」「状況がどのように変化することが見込まれるか」を記載する
- アセスメントの「利用者及び家族の生活に対する意向」で課題を抽出するのに重要な項目を記載する
- 「見通し」欄の内容から「生活全般の解決すべき課題」を整理する。その際に利用者の望む生活をかなえる」ことが前提である。
- ⇒希望しない項目はプランにはならない⇒優先順位で反映できない課題は「－」を入れる



# ニーズの捉え方：アセスメントの視点

- 生活全体を把握する
- 訪問し・見て・聞いて・観察して・分析する
- 介護者は**誰が**、どのように介護に関して考えているか
- 介護者と利用者の関係性
- キーパーソンは誰か
- 基本情報
- 標準項目
- アセスメントシートの活用

# ニーズの捉え方：アセスメントの方法

- ケアマネのバックグラウンドは様々
- 自分の判断⇒多職種の見解を聞く
- その利用者のニーズを多職種（医療・看護・リハビリ・用具など）が他捉ええいる現状の課題を把握する
- 他の専門職は何をニーズとして捉えているか
- 主治医の見解書・訪問調査の74項目は不可欠
- これを元に主治医に課題に関して見解を求めることも大切

# 利用者は何が困っているか⇒掘り下げる

- 困り事とニーズは異なる
- 困り事の原因、要因を「なぜ」出てきたのかを掘り下げる

# ニーズからプランへ

- 生活歴や価値観を尊重する
- どのような支援方法が妥当か検討する
- 介護保険以外の地域資源、インフォーマルなサービスでの対応を健人する⇒介護保険は最後の対応
- 優先課題を明らかにする
- 多職種の見解をきく・・サービス担当者会議
- 期間を決めて目標を明確にする
- 短期目標は達成可能な目標でステップアップする

# ケアプランから明らかになった課題①

- 通院・服薬把握が不十分
  - 通院方法・回数は主治医との連携で不可欠
  - 薬内容、副作用、服薬状況は不可欠
- 日常生活のスケジュールが記載もれ
  - やればできるが意味が理解できていない
  - 聞くと、見ていない夜や朝の状況がつかめる
- 課題と優先順位が不十分、課題の重複
  - 生命に関わる事が最優先
- ~したいとの表現にとらわれている

## ケアプランから明らかにになった課題②

短期目標が期間で評価できるほど具体化されていない

→実現可能な目標を、計画→実施→確認→次の短期目標を設定する・・・確実に目標に近づける

• 認知症、廃用症候群の事例で状態像に応じたサービスの整理が不十分

→やっていない理由を明確にする

→優先順位との関係で検討課題にする

# ケアプランから明らかになった課題③

- 改善可能性が高いが、リハビリ利用少ない

- リハビリの課題を明確にする・・・医師、理学療法士の意見を聞く

- 訪問リハビリの数が少ない、自宅訪問の可能性をあたる

- 通所リハビリ利用の可能性の検討

- 通所介護の個別機能訓練の具体化

- 通所介護のサービスと課題の整合性がない

- パターン化になりがち(レスパイト、交流、外出機会、手作業)在宅の個別性に対応する

# 問題解決に向けた提言（日本総研）

1. 研修等によるケアプラン記載方法の定着化
  - 地域包括による相談支援の強化
  - 事業所内の主任介護支援専門員による指導
  - 研修会の演習、実習の強化
2. ケアプラン様式の見直し
3. ケアプラン運用方式の見直し
4. 情報収集とアセスメントを確実にするためのルール化
5. ケアプラン点検の拡充
6. ケアプランと個別サービス計画の連携強化



# 居宅サービス計画書の新様式

- 第1表: 総括表(現行1表の修正)
- 第2表: **課題整理表(新)**
- 第3表: サービス計画表(現行2表)
- 第4表: 週間サービス計画表(現行3表)
- 第5表: **モニタリング表(新)**
- 第6表: サービス担当者会議の要点(現行4表)
- 第7表: 支援経過(現行5表)

# 第2表(課題整理表)

<p>ADL(室内移動・屋外移動・食事・排泄・着脱・入浴) IADL(掃除・洗濯・買物・調理・ゴミ出し・通院・服薬・金銭管理・電話・社会参加) 認知症のコミュニケーション力 社会とのかかわり 身体機能 問題行動 介護力 居住環境 特殊な状況</p>	<p>個別評価</p>	<p>判断した根拠</p>	<p>予後予測</p>	<p>生活全般の解決すべきニーズ</p>
--	-------------	---------------	-------------	----------------------

「生活行動評価票」による現状評価と予後予測の整理票						
自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	O1	O2	Δ1	Δ2	×1	×2
	生活機能	事前	予後予測	根拠		
A	室内歩行	O1	→ O2			
	屋外歩行	O1				
D	外出頻度	Δ1	→ O2			
	排泄					
L	食事					
	入浴					
	着脱衣					
I	掃除	Δ2	→Δ1			
	洗濯					
A	買い物					
	調理					
D	整理					
	ゴミ出し					
L	通院					
	服薬					
	金銭管理					
	電話					
	社会参加					

# 質の向上のため

## 1. 課題抽出のシート活用

地域ケア会議はこのシートのみで行う。

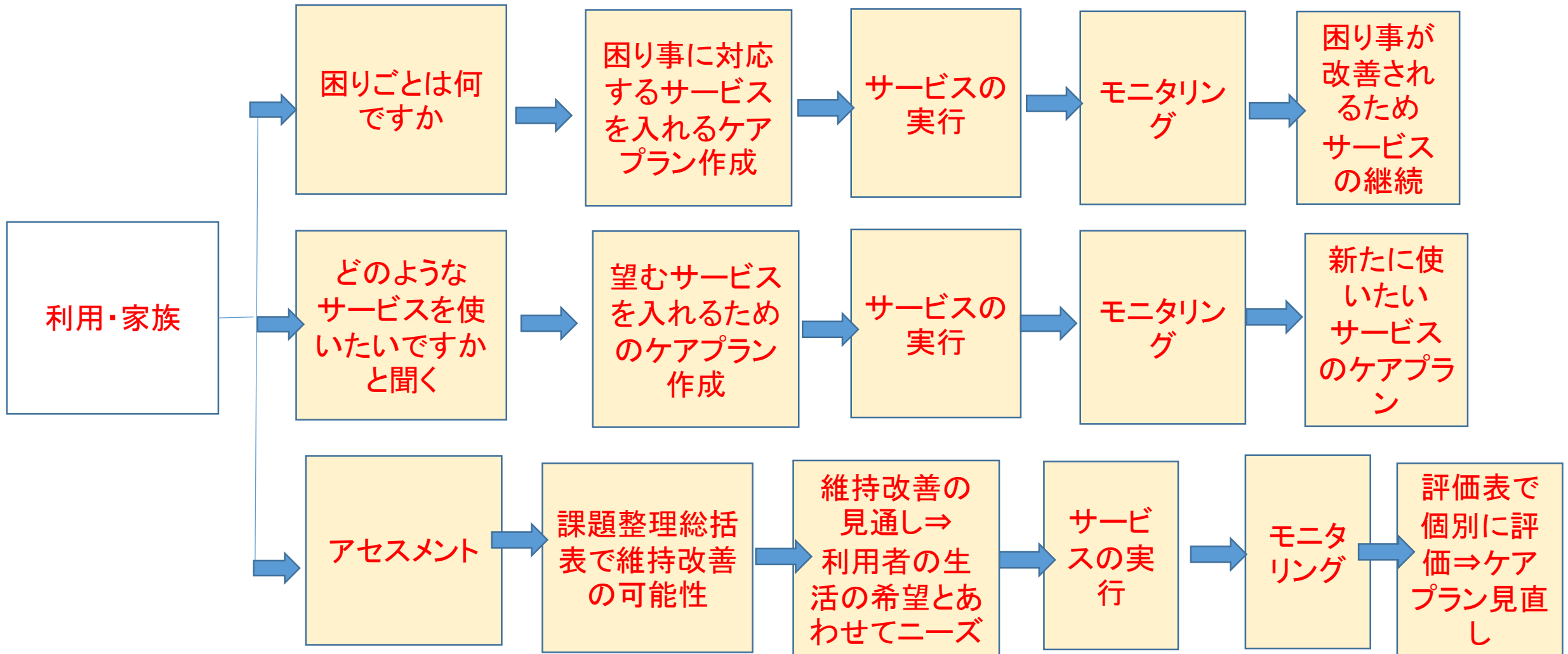
## 2. モニタリングシートの活用・別紙

## 3. 入院しても地域の関係者との調整・連携役を ケアマネジャーが果たす。



この様式によりサービス担当者会議が多職種協働を促進する  
早い段階から医療機関の適切な助言が得られる

# アセスメント⇒ニーズ⇒ケアプランの見直し



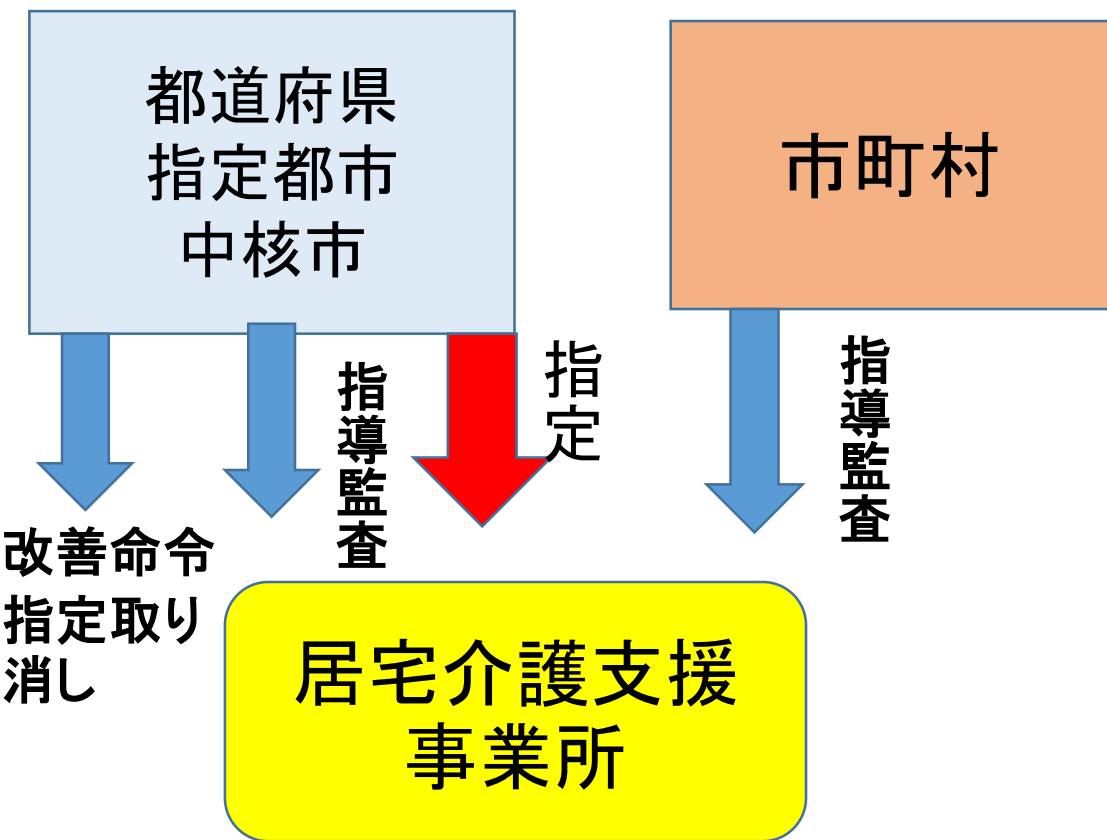
## 2. 平成30年度の居宅介護支援の 運営基準の変更



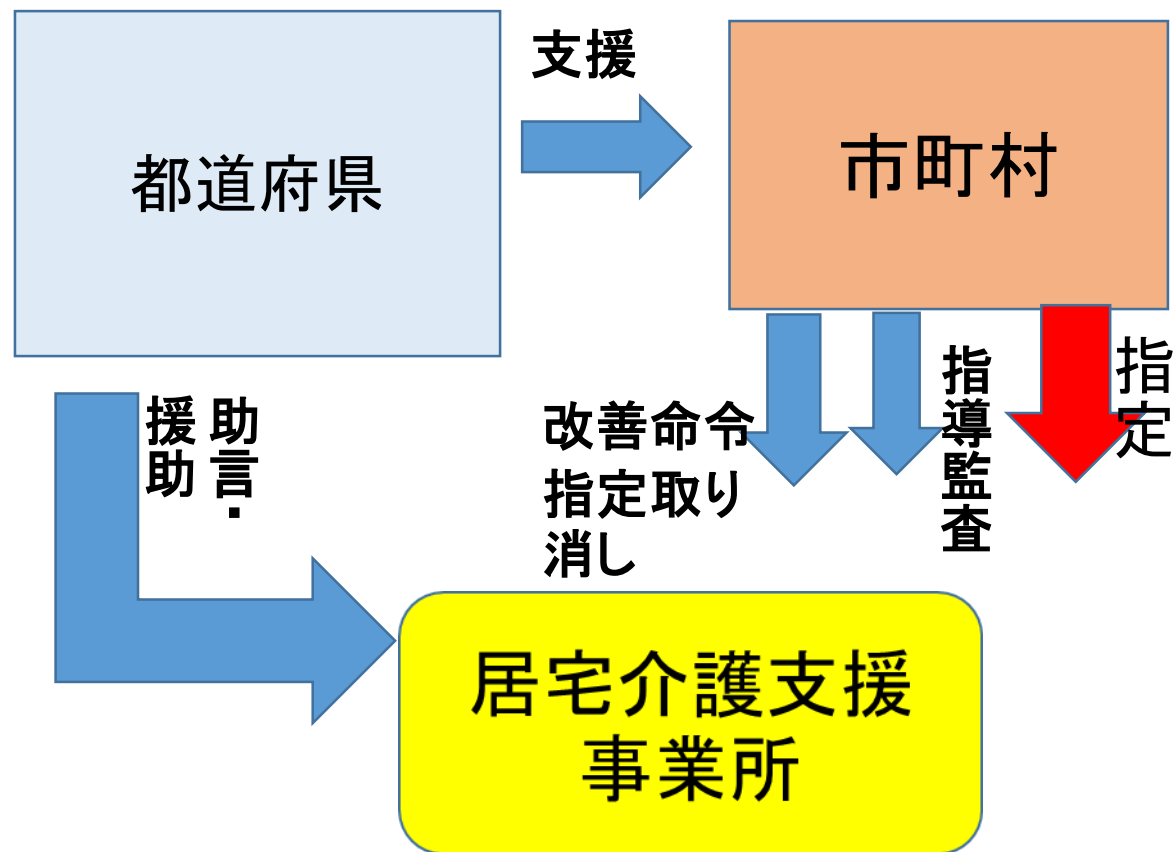
医療・介護の役割分担と連携強化  
公平中立性  
ケアプランの適正化  
診療報酬との関係で混乱が出ている

# 平成30年から都道府県⇒市町村指定へ

従来



H30年から



# 医療・介護の役割分担と連携強化ー1

入院時に担当ケアマネの氏名等を入院先に提示  
するよう依頼することが義務化

1. 目的・・・退院支援に繋げる
2. 診療報酬との連携：病棟で在宅復帰が困難の理由を明らかにする
3. 方法：服部提案
  - ①利用者への説明・同意（記録に残す）・・・ケアマネの支援は在宅から、入退院支援まで幅広いことを説明
  - ②介護保険証に名刺を入れるだけでは不十分
  - ③医療保険に入れるほうが効果的
  - ④医療機関の皆さまへ：ケアマネジャー〇〇です、入院時は連絡ください。



# 医療・介護の役割分担と連携強化ー2

## 入院時情報連携加算

- ①3日以内に情報提供(方法問わない) 200単位
- ②7日以内に情報提供(方法問わない) 100単位

FAX場合には受け取り確認・記録に残す

# 医療・介護の役割分担と連携強化—3

## 退院退所加算 以下の1回限り

- I-イ 医院・施設職員から情提供を受ける 450単位
- I-ロ イの情報をカンファレンスで受ける 600単位
- II-イ カンファレンス以外の方法で情報提供を2回以上受ける 600単位
- II-ロ 2回以上の報提供のうち、1回はカンファレンスにより受ける 750単位
- III イの情報提供が3回以上、うち、1回はカンファレンスで受ける 900単位

★カンファレンス参加者の条件はない

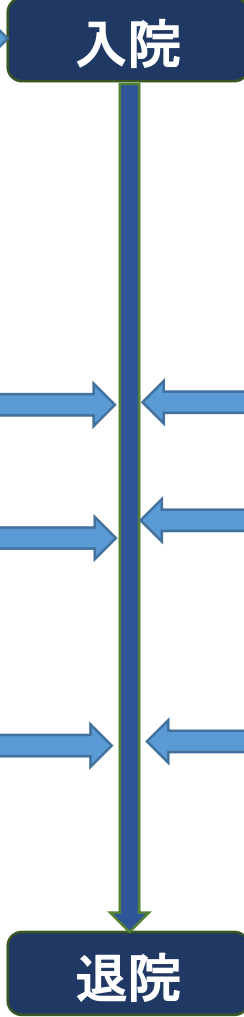
# 退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧

## 介護報酬加算<ケアマネ側>

## 診療報酬加算<病院側>

導入期  
在宅準備期  
退院移行期  
在宅移行期  
生活期

- 入院時情報連携加算**  
 (I) 200単位 3日以内  
 (II) 100単位 7日以内  
 情報提供方法は問わない
- 退院退所加算 以下の1回限り**  
**I-イ 450単位**  
 医院・施設職員から情提供を受ける  
**I-ロ 600単位**  
 イの情報をカンファレンスで受ける  
**II-イ 600単位**  
 カンファレンス以外の方法で情報提供を2回以上受ける  
**II-ロ 750単位**  
 2回以上の報提供のうち、1回はカンファレンスにより受ける  
**III 900単位**  
 イの情報提供が3回以上、うち、1回はカンファレンスで受ける  
 ★カンファレンス参加者の条件はない
- 緊急時等居宅カンファレンス加算**



- ①退院支援スクリーニング**  
 総合評価加算  
 100点
- ②退院支援計画書作成**
- ③退院支援計画の遂行**
- 介護支援連携指導 初回**  
 400点 介護支援専門員と連携して本人・家族に支援実施
- ④退院時共同指導 (退院時カンファレンス)**  
 退院時共同指導料 1  
 1. 在宅医療支援診療所の場合 1,500点  
 2. 1以外の場合 900点  
 退院時共同指導料 2 400点
- 介護支援連携指導 2回目**  
 400点
- ⑤退院支援加算 1 算定**  
 600点 + 地域連携診療計画加算300点 (退院時1回)  
 + 地域連携診療計画加算50点
- ⑥退院後訪問指導料 (1回につき)**  
 訪問看護同行加算

1月に2回を限度 200単位  
 医師の求めで利用者宅でする

580点 加算20点 入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り、5回を限度として加算する。ただし、退院日は除く。

# 医療・介護の役割分担と連携強化ー4

利用者が医療系サービスの希望をした場合に主治医の意見を求める場合は主治医にケアプラン交付が義務化

- ①ケアマネが医療系サービスの必要性を感じた場合も
- ②利用者の同意が必要・・記録に残す
- ③主治医に**意見を求めた場合**はケアプランを主治医に交付する

# 医療・介護の役割分担と連携強化ー5

訪問介護から伝達された口腔に関する問題や、服薬状況・モニタリングで把握した状態を、ケアマネから主治医に情報伝達が義務化

1. 訪問介護のサ責には伝えることが義務化された
2. **主治医や歯科医師、薬剤師**に必要な情報伝達を行うことが義務化
3. 薬剤師は、伝達された情報を踏まえ適切な対応を取ることが求められている

# 医療・介護の役割分担と連携強化ー6

- ターミナルケアマネジメント加算 400/月
- がん末期限定
- 死亡日、死亡前14日以内に2回以上訪問している
- ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者に24時間連絡体制を確保在宅で死亡した利用者
- 本人か家族の了解を得て、在宅の状況を主治医、サービス事業者  
に報告している
- ケアプラン医師に送付、サービス担当者会議省略)

# 公平中立性ー1

利用者・家族にケアプランのサービスは複数の事業所の紹介が可能であることの説明が義務化

重要事項説明に追加してはどうか

これをしていないと減算される・・・50%減算 2ヶ月以上継続でケアプラン料は無料

・特定事業所加算取り消し

## 公平中立性—2

- 居宅管理者は主任ケアマネジャー（経過期間あり3年後）



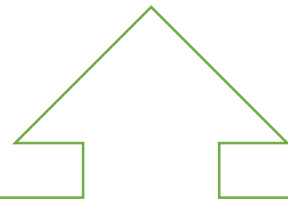
# 特定加算にⅣの新設と項目追加

特定事業所加算の算定要件/加算	5000円	4000円	3000円	1250円
	I	II	III	IV
1. 常勤専従主任ケアマネ	2名	1名	1名	I・II
2. 常勤専従ケアマネ	3名	3名	2名	III取得が
3. 利用者情報会議定期開催	○	○	○	前提
4. 24時間連絡体制	○	○	○	退院対処
5. 要介護3～5が40%	○			加算35回
6. 所内ケアマネ計画的研修	○	○	○	ターミナル
7. 包括から困難事例受ける	○	○	○	年5回
8. 包括の事例検討会の参加	○	○	○	取得した
9. 運営減算、集中減算がない	○	○	○	の場合に
10. ケアマネ一人あたり40未満	○	○	○	追加加算
11. 法定研修実習への協力体制	○	○	○	
12. 他居宅と共同事例検討・研究会	○	○	○	

# ケアマネジメントの見直しー2

- ・集中減算は見直し: 訪問介護、通所介護、福祉用具のみ継続  
訪問回数が多い利用者

自立支援・重度化防止、地域資源の活用の観点から、市町村が確認し、是正促す: 統計的に通常より回数が多い生活援助を位置づける場合には市町村にケアプランを届出が義務化: 10月実施



ケアプランはその利用者の年齢、要介護の原因、心身の状況、他の疾患、家族の関係性、今までの生活歴、生活する地域の特性に対応して個別に立てられる。全国平均の回数で妥当性決めるものではない。また、サービスは利用者の選択に基づき利用者が決定できることに反している

# 生活援助の多い(以下より20%)プランは市町村に事前ケアプラン届出⇒地域ケア会議検討

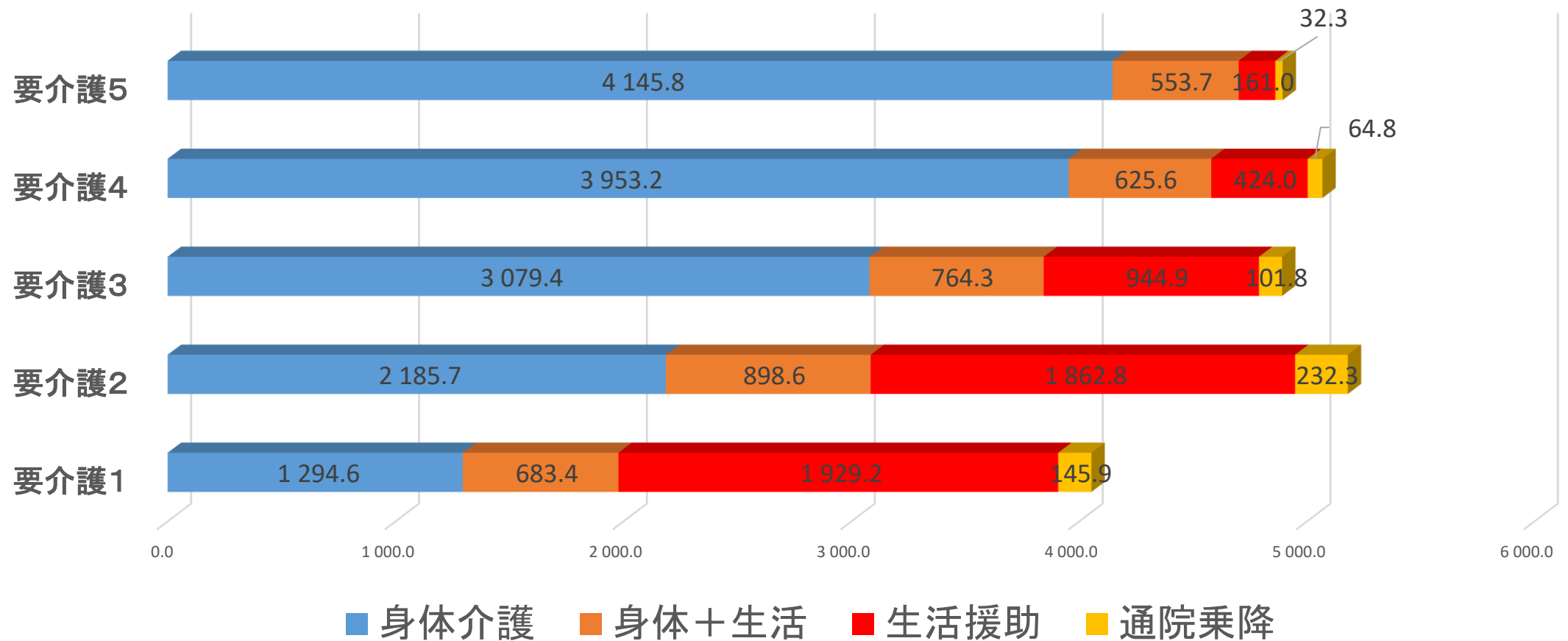
生活援助	月回数事前届出
要介護1	26
要介護2	33
要介護3	42
要介護4	37
要介護5	31

30年4月に新たな全国  
の平均生活援助回数  
を発表⇒10月から  
市町村に20%多いケ  
アプランは事前届出

出典:厚生労働省介護保険総合データベースH28年9月実績(平均より標準偏差)

# 要介護1・2が生活援助が多い

訪問介護サービス回数内訳



出典:厚生労働省介護給付費実態調査平成29年11月審査分

# 3. ケアプラン作成動向



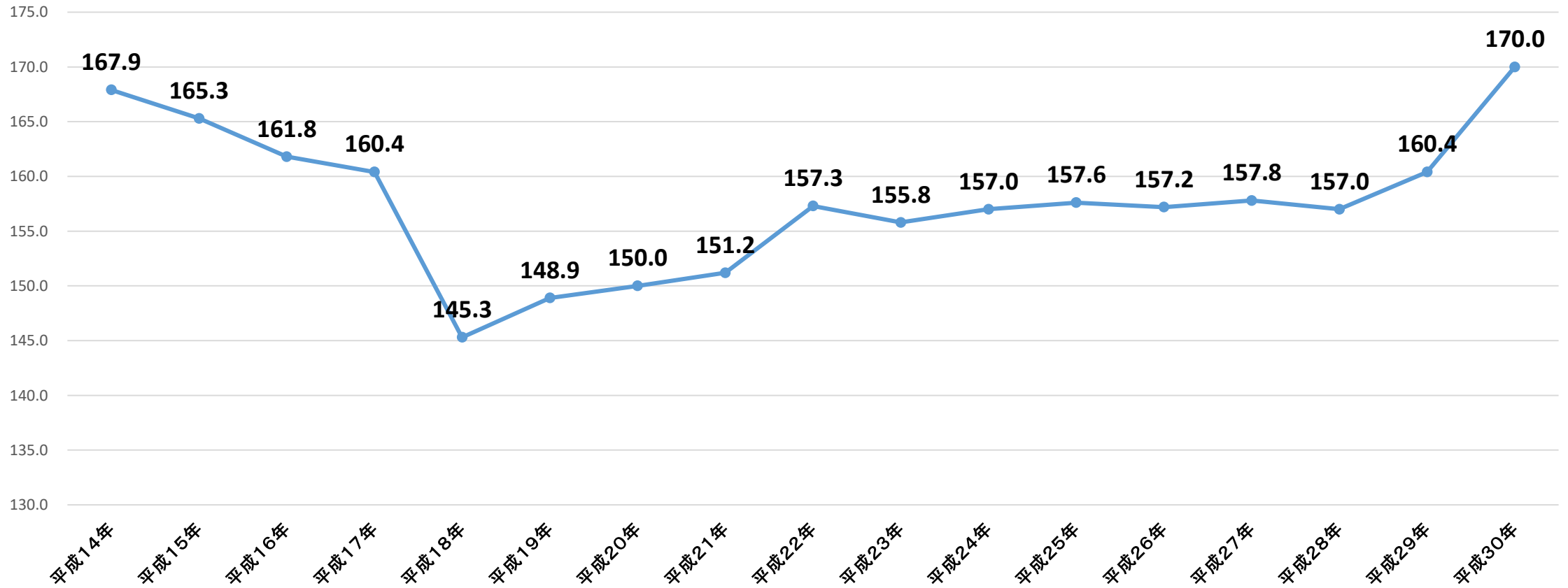
5回の法律改正

6回の報酬改定

地域包括ケアは「医療」⇒「介護」への  
移行、居宅生活支援が基本  
⇒地域包括ケア強化法

# 介護保険一人あたり受給額の推移

一人あたり受給額(千円)



出典:厚生労働省介護給付費実態調査の概要(4月審査分)

## 17年間の介護保険事業収支

出典) 厚生労働省『介護保険事業状況報告』

(百万円)

	歳入	歳出	財政安定 化 基金拠出 金	地域支援 事業	基金積立 金	介護給付 費準備 基金保有額
H12年度	3,800,035	3,589,877	22,142	—	113,983	112,252
H13年度	4,656,612	4,552,963	23,075	—	86,787	188,765
H14年度	5,047,969	4,983,532	22,607	—	43,392	194,396
H15年度	5,486,275	5,407,034	4,986	—	53,751	225,934
H16年度	5,930,853	5,828,866	5,130	—	32,802	202,093
H17年度	6,231,257	6,105,336	4,980	—	25,007	166,257
H18年度	6,568,831	6,340,094	4,369	101,889	55,252	214,015
H19年度	6,918,883	6,743,671	4,138	119,218	107,960	317,781
H20年度	7,235,052	7,046,869	4,049	152,603	159,703	404,965
H21年度	7,538,262	7,417,417	4	161,825	83,071	442,630
H22年度	7,832,641	7,731,758	—	166,889	39,098	396,163
H23年度	8,209,330	8,111,041	—	165,330	32,538	284,815
H24年度	8,787,477	8,654,528	—	171,049	78,040	312,270
H25年度	9,164,964	9,017,242	—	176,353	57,955	315,359
H26年度	9,614,200	9,444,600	—	184,900	59,400	302,400
H27年度	9,933,700	9,725,400	—	203,400	105,200	388,000
H28年度	10,237,100	9,947,200	—	274,200	105,000	475,900

出典: 厚生労働省介護事業状況報告(H28年度)

# 第7期65歳以上の介護保険料は6.3%アップ

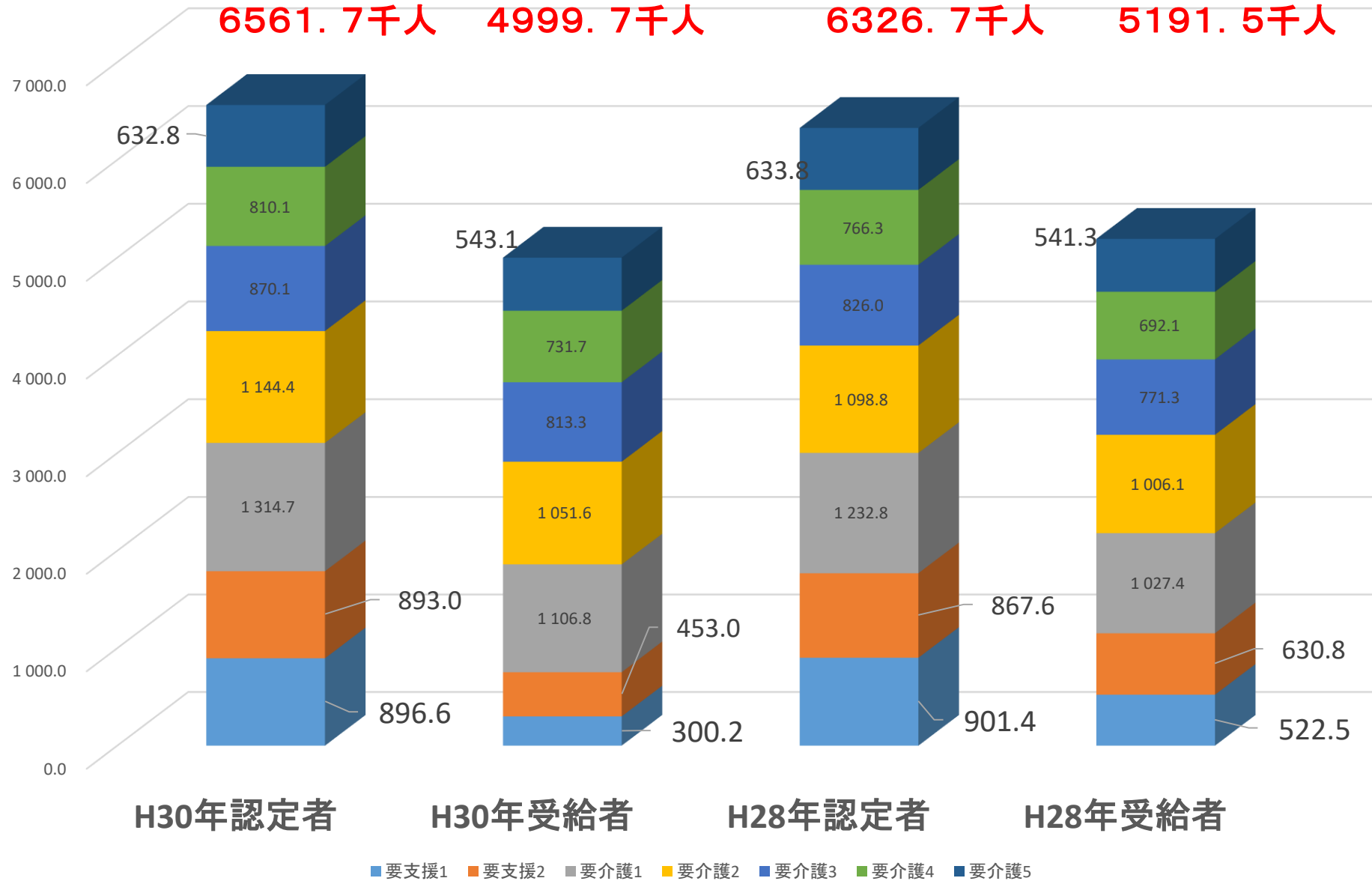
第1期	2,911円	
第2期	3,293円	13%
第3期	4,090円	24.20%
第4期	4,160円	1.70%
第5期	4,972円	19.50%
第6期	5,514円	10.90%
第7期	5,869円	6.30%

埼玉県 6期 4835円⇒7期 5058円

東京都 6期 5538円⇒7期 5911円



# H30年と28年比較:単位=千人



# 地域包括ケアの法的根拠

この法律において、「**地域包括ケアシステム**」とは、**地域の実情**に応じて、**高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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よう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援**が包括的に確保される体制をいう。



## 第4回介護保険

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律  
2014年6月制定（H27年実施）

# 平成28年6月2日

## 「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定

- ・ 女性も男性も、お年寄りも若者も、一度失敗を経験した方も、障害や難病のある方も、家庭で、職場で、地域で、あらゆる場で、誰もが活躍できる、いわば全員参加型の一億総活躍社会を実現。

### 成長と分配の好循環

- ・ これまでのアベノミクス三本の矢  
(大胆な**金融政策**、機動的な**財政政策**、  
民間投資を喚起する**成長戦略**)  
を一層強化



子育て支援・  
介護の基盤強化

- ・ 若者たちの結婚や出産の希望を叶える  
**子育て支援**
- ・ 介護をしながら仕事を続けられる  
**社会保障基盤**



消費底上げ・投資拡大  
労働参加率向上・多様性によるイノベーション

希望出生率**1.8**の実現  
介護離職**ゼロ**の実現

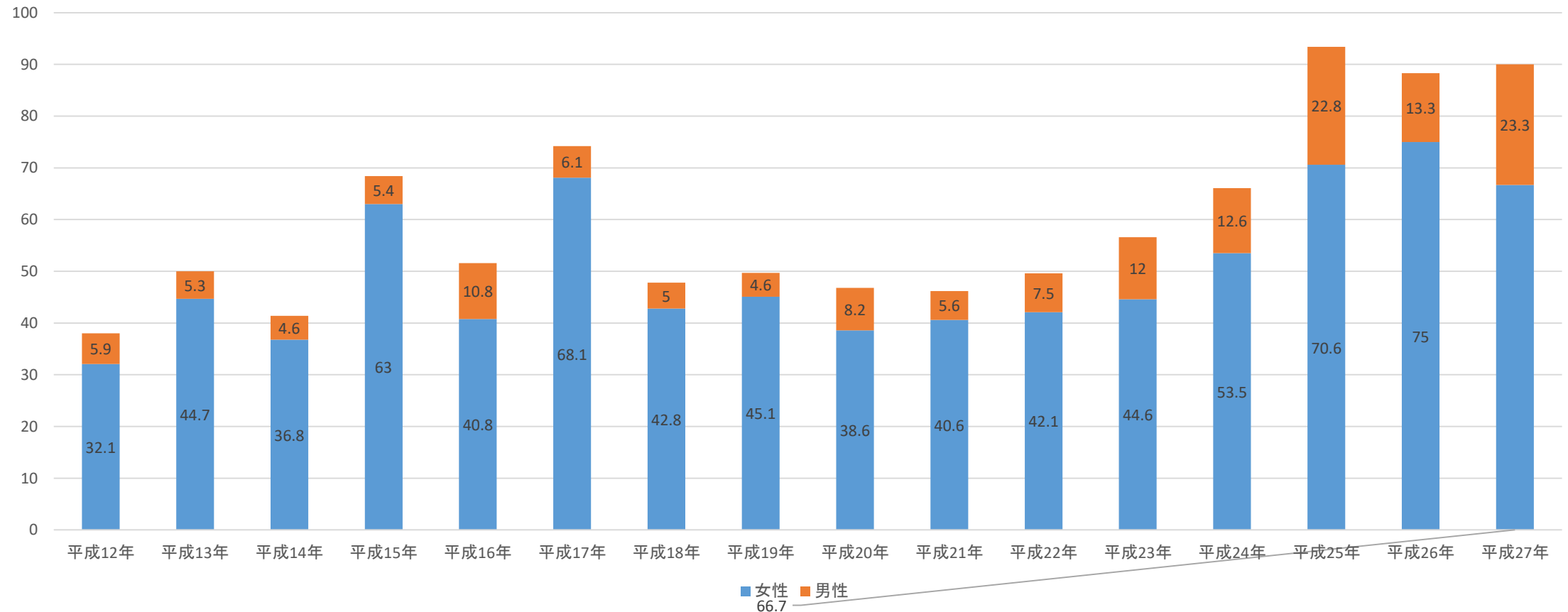
名目GDP**600兆円**の実現



- ・ 経済成長の隘路である**少子高齢化**に真正面から立ち向かう。広い意味での経済政策として、子育て支援や社会保障の基盤を強化、それが経済を強くするという**新たな経済社会システム**を創る。「究極の成長戦略」。

# 介護離職の増加

家族の介護・看護により離職した人数(千人)



出典：厚生労働省「雇用動向調査」

平成29年2月7日

## 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

1. **地域共生社会とは**:地域の多様な主体が「我がこと」として分野を超えてつながる、住民ひとり一人が地域を創る
2. **公的支援の「縦割り」⇒丸ごと** 住民の支え合い
3. H29年度:包括的相談体制・地域包括ケアに生活困窮者支援  
**H29年介護保険法:共生社会⇒H30年 共生型サービス報酬改定**  
社会保障の枠を超え、地域資源と地域循環、福祉の**共通資格、基礎課程創設**
4. H31年移行制度見直し⇒**2020年代から全面展開**

# 地域共生社会の具体的な政策

- 地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域に根ざした活動を行うNPOなどが中心となって、小中学校区等の住民に身近な圏域で、**住民が主体的に地域課題**を把握して解決を試みる体制づくりを支援し、2020年～2025年を目途に全国展開を図る。
- 多様な活躍、就労の場づくりを推進するため、**公共的な地域活動やソーシャルビジネス**などの環境整備を進める。
- **共助の活動**への多様な担い手の参画と活動の活発化のために、寄附文化の醸成に向けた取組を推進する。
- 高齢者、障害者、児童等の福祉サービスについて、設置基準、人員配置基準の見直しや報酬体系の見直しを検討し、**高齢者、障害者、児童等が相互に又は一体的に利用しやすくなるようにする**。
- 育児、介護、障害、貧困、さらには育児と介護に同時に直面する家庭など、世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止める、市町村における**総合的な相談支援体制**作りを進め、2020年～2025年を目途に全国展開を図る。
- 医療、介護、福祉の専門資格について、**複数資格に共通**の基礎課程を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討する。
- 医療、福祉の業務独占資格の業務範囲について、現場で効率的、効果的なサービス提供が進むよう、見直し

# H30年4月11日財政制度等審議会

## 要支援～要介護2は総合事業へ

- 保険者によるケアプランチェック、ケアプラン点検の実績も踏まえ、利用者の状態像に応じたサービスの利用回数や内容等についての標準化

### <標準的な介護サービスの方法(イメージ)>

利用者の状態像 要介護度、認知症の状況 独居か否か など  
標準的なサービス例 週〇回 訪問介護(身体介護+生活援助)  
週〇回 通所リハ月  
〇回 訪問看護

総量規制がないサービス  
訪問介護・訪問入浴介護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・短期入所生活介護

- 標準的な内容と異なる部分についてはケアマネージャーが保険者に対し説明責任を持つ。

- 保険者機能を強化し、在宅サービスについても総量規制や公募制などのサービスの供給量を自治体がコントロールできる仕組みを導入
- 訪問介護・通所介護等の居宅サービスについては、総量規制や公募制などの自治体がサービス供給量をコントロールする仕組みが不十分: ケアマネジメントに自費導入

# 2040年頃を見据え、全世代型の社会保障制度を構築

- 勤労者が広く被用者保険でカバーされる勤労者皆保険制度の実現を目指して検討を行う。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める
- AIの実装に向けた取組の推進、ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、
- 従事者の業務分担の見直し・効率的な配置、介護助手・保育補助者など多様な人材の活用、事業所マネジメントの改革等を推進する
- 介護の経営の大規模化・協働化により人材や資源を有効に活用する。
- 保険者努力支援制度の評価指標への追加などインセンティブの一層の活用、
- 自立支援・重度化防止等に資するAIも活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組を推進するとともに、ケアマネジャーの質の向上の観点から、その業務の在り方を検討する。
- 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する
- 介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導を検討する。



# AIによる自立支援のケアプラン作成

- 厚生労働省を連携し市町村で取り組みモデル
  1. 居宅介護支援の国保給付管理データをAIに取り込む  
(8年間位、10万件位)
  2. 居宅のケアマネが主治医の意見書、訪問調査74項目を入力し取り込む
  3. 要介護の改善につながった事例を抽出: そのケアプランのサービス内容から⇒介護度、疾患、などでどのようなサービスのプランが改善につながった
  4. AIのケアプラン(サービス項目)とケアマネのケアプランの突き合わせ

# 障害者総合支援法の改正（平成25年⇒30年改正）

- 平成18年障害者自立支援法（応能負担⇒応益負担）⇒改正して実質応能負担へ⇒平成25年障害者総合支援法
- 3障害＋難病（332疾病）
- 全ての国民が障害の有無で分け隔てされない＝共生社会の実現
- 地域社会で他の人と共生する
- 地域移行支援の拡大（入院⇒退院、施設⇒退所 地域暮らしへ移行）