

シバタインテックが最新の介護福祉情報をお届けします。

Shibata Welfare Report

Vol.28

Vol.28
INDEX

Q & A

生活援助中心型訪問介護でケアプランの届出が必要になる基準は？

特集

介護職員の処遇改善、現行とは別建ての加算で対応 ほか

ニュース

医療機関併設の介護医療院の夜勤職員数で事務連絡 ほか

Q&A

Q. 生活援助中心型訪問介護でケアプランの届出が必要になる基準は？

居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャーです。当事業所は、独居高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が多い土地柄もあり、ケアプラン作成時に利用者やその家族が、生活援助中心型の訪問介護の提供を希望するケースが少なくありません。2018年10月から、全国平均以上の回数の生活援助中心型訪問介護をケアプランに盛り込む場合は、市町村へのケアプランの届出が必要になると聞きました。具体的な基準は定められているのでしょうか？



A. 月の訪問回数が要介護度別の基準値を超えた場合に届出が必要になります

2018年度の介護報酬改定では、利用者の自立支援・重度化予防の促進と、地域資源の有効活用の観点から、統計学的に見て通常よりかけ離れて訪問回数が多い生活援助中心型訪問介護については、是正を促す仕組みが新たに導入されることになりました。

具体的には、2018年10月1日以降、厚生労働大臣が定める回数以上の生活援助中心型訪問介護をケアプランに位置づける場合は、市町村へのケアプラン届出が義務付けられます。市町村は、届出のあったケアプランを地域ケア会議で検証し、必要があれば当該ケアプランを作成したケアマネジャーに対して、サービス内容の見直しを求められます。

基準となる要介護度別の1月当たりの訪問回数上限は、大臣告示（2018年5月2日付）で、▽要介護1：27回以下▽要介護2：34回以下▽要介護3：43回以下▽要介護4：38回以下▽要介護5：31回以下と定められ、これを超えるとケアプランの届出が必要になります。

届出の期限は、当該ケアプランを作成または変更した翌月の末日まで。届出の際には、上限を超える回数の生活中心型訪問介護を必要とする理由の記載も求められます。ただし、改めて理由書を用意する必要はなく、厚生労働省のQ&A（2018年3月23日付）は、「家族の支援を受けられない状況や認知症等の症状があること、その他の事情により、利用が必要な理由がケアプランの記載内容からわかる場合は、ケアプランのみを提出すれば足り、別途理由書の提出を求めるものではない」と説明しています。