

排せつ支援加算算定に向けて 押さえたいポイントと実践例

2018年度介護報酬改定で新設された「排せつ支援加算」。スタートしてから3年目となりますが、皆さんの施設では算定されているでしょうか？「可能な支援は提供しているが、加算の取得はその労力のわりにメリットが少ないため着手していない」という声も、現場から多く聞かれます。

優先順位が高くない理由としては、算定額が理由ということもあるようですが、ケアプランを適切に検討し、排泄の自立に向かうように取り組めば、加算を取得することは決して難しいことではありません。本稿では、排せつ支援加算について現場から聞こえる声に基づきひも解きながら、算定に向けた実践例を紹介します。

排せつ支援加算の趣旨と対象理解

2018年度介護報酬改定で、排せつ支援加算は「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」を趣旨として新設されました。その全文は、「排泄障害等のため、排泄に介護を要する利用者のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できると医師、または適宜医師と連携した看護師が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、排せつに介護を要する原因等についての分析、分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施することについて、一定期間、高い評価を行う」とあります。簡単に言うと、医師や看護師など多職種との連携に基づき、排泄状態の改善が見込まれる利用者に対して適切な支援を行うことで評価される、というものです。

「適切な支援」と言っても、これまでとまったく異なる支援を行わなければならないということではありません。これまで皆さんが現場で行ってきた、「利用者本人をよく観察してアセスメントし、必要なケアをしていく」といったプロセスが評価されます。つまり、加算の算定に当たっては「排泄状態の改善」という結果は必須ではなく、対象者に応じた排泄支援を行う過程、そして改善されなかった場合にはその要因分析を多職種と検討し、明確化することで算定要件を満たします。なお、算定額は利用者1

Profile

大関美里

DASUケアLAB® 代表/DASUケアコーディネーター
認定排泄ケア専門員（コンチネンスリーダー）/排泄機能指導士
社会福祉士/介護福祉士

特別養護老人ホームでの介護現場経験と、ヤングケアラーとして家族介護をした際の排泄ケアでの後悔から、より良い出し方を追求すべくおむつメーカーへ転職。より多くの現場を知ったことからもっと学びの機会を広めることの重要性を感じ、2016年に介護の教育機関として立ち上がった一般社団法人にて人材育成にかかわる。2017年からは「シッカリ出してスッキリ生きる」そんな生き方のお手伝いをコンセプトに「DASUケア」を提唱し、介護現場における排泄ケア改善の伝道師として、本格的にセミナー活動と介護現場サポートを開始。





表1◆要介護認定調査の排尿の定義

排尿とは、この6つの動作のこと。

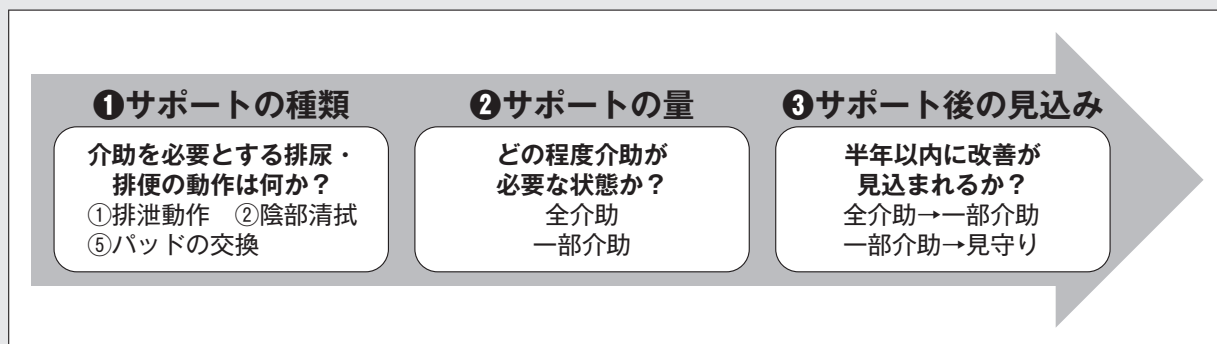
- ①排尿動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ、尿器への排尿）
- ②陰部の清拭
- ③トイレの水洗
- ④トイレやポータブルトイレ、尿器などの排尿後の掃除
- ⑤おむつ、リハビリテーションパンツ、尿取りパッドの交換
- ⑥抜去したカテーテルの後始末

表2◆要介護認定調査の排便の定義

排便とは、この6つの動作のこと。

- ①排便動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ、便器への排便）
- ②肛門の清拭
- ③トイレの水洗
- ④トイレやポータブルトイレ、尿器などの排便後の掃除
- ⑤おむつ、リハビリテーションパンツの交換
- ⑥ストーマ袋の準備、交換、後始末

図1◆対象者選定のプロセス



人につき100単位/月で、起算日から最大で6カ月まで要件を満たしていれば算定ができます。

また、対象とされる「排泄に介護を要する利用者」とは、要介護認定調査の際に用いられる『認定調査員テキスト2009改訂版（平成27年4月改訂）』にて、排尿または排便の状態が「一部介助」または「全介助」と評価される人です。この「一部介助」または「全介助」とは、排尿・排便の一連の動作（表1, 2）のうち、部分的あるいはすべてにおいて介助が行われている場合を言います。ポイントは、「対象となる人の排尿・排便の状態をそれぞれで検討する」ということです。そして、医師または医師と連携した看護師による改善可能性・低下防止性の検討にて、改善の可能性がまったくないと判断された場合には対象外となります（図1）。

排せつ支援加算算定に向けた体制整備のポイント

◆実践するための体制整備

◆支援計画書

算定要件には、計画書としての書式を必ずしも設ける必要はないとありますが、多職種でのかかわりや目に見えて検討できる計画書は分かりやすく、情報共有もしやすいため、作成することをお勧めします。

支援計画書には、排泄に介助を要する原因や支援内容を具体的に記載する必要があります。そのためには、利用者一人ひとりの運動機能や排泄機能、認知機能などを正しくアセスメントし、状態に応じた支援方法を決めていくことが大切です。

また、注意したいこととして、指定の様式には家族からの同意書欄が付加されているため、計画書の書式を使用しない場合に

人材支援・採用につながる！ 地域ボランティア、実習生の 効果的な受け入れ実践と 介護助手採用

人材不足が叫ばれている中、施設・事業所は、2025年地域包括ケアシステム構築を見据え、どのような地域づくり、地域の介護の担い手である人材を育成を展開していかなければならないのだろうか。本特集では、地域ボランティア・実習生を積極的に受け入れ、地域の元気高齢者を「介護助手」として採用する取り組みを通して、地域連携向上、人材支援について考察していく。

地域連携向上・人材育成につながる ボランティア・実習生の 受け入れ実践

介護福祉士実習生の受け入れ

当事業所では、介護福祉士の実習受け入れから始めました。事業所開設後から数年で始まりましたから、もう10年以上続けています。現在2校から実習生を受け入れています。例年、2人ペアを2組、2、3日という短期間での実習となっています（今年度は新型コロナウイルス禍で延期になっていますが、秋に1校2人の実習が予定されています）。日数も短く、介護技術の実習の場というよりは地域密着型事業所の一つである「（看護）小規模多機能型居宅介護事業所」という介護サービスの中でも複雑な形態（通い、泊まり、訪問・医療が利用者の状態に合わせて組み合わせて利用できる）の様子を知ってもらい見識を深めること、そして施設介護とは異なる在宅介護の雰囲気を感じてもらうこと、（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の特色を実体験と重ねて覚えてもらえることを主な目的としています。

介護福祉士の実習時期は、例年7月初旬としています。この時期にある夏祭りの見物のため利用者の同行介助をしてもらいコミュニケーションを図ることで、今後高齢者、認知症の方、

Profile

森本 剛 認定NPO法人緩和ケア支援センターコミュニティ

看護小規模多機能型居宅介護 **三丁目の花や** 管理者

2004年特別養護老人ホームに入職後、2007年小規模多機能型居宅介護三丁目の花やに介護職員として入職。2010年より管理者になる。三丁目の花やは2006年小規模多機能型居宅介護として開設、2018年に看護小規模多機能型居宅介護に移行。社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士。





介助が必要な方とかかわるステップになると期待しています。実習期間の初期に入る実習生にはあくまでも高齢者の方や介護に慣れてもらうことをメインに、最終過程で入る実習生には、それに加えて訪問介護や身体介護にかかわってもらう機会をつくっています。

社会福祉士実習生の受け入れ

現在、社会福祉士については2校と契約を交わしており、例年どちらかから1人の申し込みがあり、約1カ月間の実習を受け入れていましたが、2019年は両校ともに申し込みがあり、同時期に実習を受け入れました。

実は、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所には、生活相談員の必置要件はありません。社会福祉士の資格がなくても管理者になれるのです。たまたま自分が社会福祉士の資格を持っていて、興味本位が大半で実習指導者の資格を取得していたことが幸いしました。

初めての受け入れは、協同連携したこともある小規模多機能型居宅介護事業所からの相談でした。「スタッフが通信制の社会福祉士の専門校に入ったものの、なかなか実習先としてよい場所がなくて困ってるんだけど、三丁目の花やさんは受け入れをしていますか？」と相談がありました。もちろん社会福祉士の実習受け入れの経験はありませんでしたが、介護福祉士の実習経験もあるし、実習希望の方も小規模多機能連絡会など外部研修で顔見知りということもあり、自分も勉強させてもらうつもりで引き受けました。

実習では、利用者とコミュニケーションをとったり対象者を選んで実践レポートを作成してもらったりするなど、介護福祉士

の実習に近い形から始まりました。ほかに、事業所で行っている運営推進会議やミーティングに参加してもらいました。実際に利用者とかかわってもらっている間は、現役の介護職の方だったので、見守りや傾聴だけに限らず、介助付き添いをしてもらうこともたびたびありました。

次に実習を受け入れた方は、介護業務未経験の方でした。この時、社会福祉士の受け入れについて改めて考えるよい機会になりました。介護技術としてのコミュニケーションや認知症の方へのアプローチなどはもちろん必要ですが、そうしたものは別の社会福祉士的な視点、対人援助職としての視点をどう体験してもらうのかということに関して注意を払っていなかったことに気づかされました。

そこで、バーバル・ノンバーバルコミュニケーションやオープン・クローズドクエスション、対人援助での傾聴の姿勢などを気かけながら利用者と話してもらうこと、また対象者を1人決めてその方に関して実践報告書を作成することを決めました。これは、その後の実習生にも提出の有無に限らず作成してもらっています。さらに、管理者が外部に出ていく時にも一緒に同行してもらうようにしました。地域の多職種連携会議や小規模多機能事業所連絡会、RUN伴のイベント打ち合わせなど、管理者が参画している会議に同席してもらいました。

この時期から、地域づくりや多職種連携について積極的にかかわり参画することの重要性を知ってほしいと思い、地域連携や福祉に関する町づくりに対して目を向けてもらうこと、そういう会議の場を体験してもらう機会を多くつくるようになりました。また、同じ法人のデイサービスに

居宅ケアマネジャーから学ぶ！ 緊急ショートステイ利用時における ケアプラン立案と ショートステイ事業所へ望むこと

単身の高齢者世帯や高齢夫婦世帯などでは、介護者の急な入院などで緊急にショートステイを利用するケースがある。この時、居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、どのような対応をし、ショートステイ事業所へ依頼をするのだろうか。本特集では、居宅ケアマネジャーの視点から、緊急ショートステイ時の対応、そしてショートステイ事業所に望むことについて紹介する。緊急ショートステイを受け入れる際に参考にしていきたい。

老老介護で主介護者が 入院したことにより 緊急ショートステイを 利用した事例から学ぶ

緊急ショートステイ利用の現状

ショートステイは現在、在宅生活を継続し、同居する介護者・家族をサポートする上で重要なサービスとなっている。中でも緊急ショートステイは、介護者・家族の体調悪化などや介護者の冠婚葬祭を除いたやむを得ない事情による利用が7割を超えている。実際に筆者が緊急ショートステイをプランに入れた利用者は、虐待による避難、介護者の急な病状悪化や交通事故などにより、日課の確保ができないため支援を行っているという状況である。

ケアプラン立案で心がけていること

当事業所では、普段のアセスメント時やサービス担当者会議などにおいて、介護者が高齢である場合の緊急時の対応について取り決めを行うようにしている。特に老老介護である場合は、介護者が急変したケースなどの対応をあらかじめ利用者や介護者と話し合い、同居していない家族などとも話し合っておく必要がある。

しかしながら、ケアプランの提案時点で考えられるリスク

Profile



吉井仁美 居宅介護支援事業所 協和別所ケアプランセンター
管理者／介護支援専門員

整形外科病院併設の居宅介護支援事業所を経て、2014年の協和別所ケアプランセンター立ち上げ時より管理者兼介護支援専門員として従事。主任介護支援専門員として、地域の介護支援専門員との連携をSNSを中心に行っている。エンドオブライフケア援助士、介護福祉士。



については説明を行うものの、概して介護者や家族からは「そのような事態への対応はその時になったら考えるから」と言われることが多く、取り決めができない場合がある。そのため、利用者本人の日常生活に危険があることや家族が対応できないことを本人・家族に確認し、プランニング前にサービス利用を納得してもらい、その事情を踏まえて主治医の意見を確認し、支援に反映できるように心がけている。

ショートステイの相談員に 知っておいてほしいこと

普通のショートステイ利用の場合は、利用者本人、家族の思いや意向をくみ取りながら検討を重ねている。しかし、緊急的な利用の場合はまず空床であることを優先し、急な対応が施設として可能かということ念頭に置いて受け入れ先を探していくことになる。まずは、利用者の安全な日常生活の確保が優先されるからである。ショートステイの前段階での面接などはないため、利用者の状態を見て随時対応していくことが必要な場面も多くなることが予想される。所持品の手配や使用している薬についても同様である。

24時間ごとに日常生活を区切って、情報提供はできる限り行っていくが、夜間などについては情報提供ができないこともある。その点を専門職として協働していくことが、利用者本人の意思を支えることにつながっていくのではないかと考えている。

事例紹介

事例 医療的ニーズの高い生活保護世帯の
緊急ショートステイ利用

Aさん、男性、78歳、要介護4。

家族構成：82歳の妻と2人暮らし。一人息子はいるが、現在は消息不明。妻がAさんの主介護者でキーパーソン。妻は、昔からわがままな夫に介護疲れの感情を抱いている。また妻は、自分が今まで病気などで病院にかかったことがないことを自慢にしている。

既往歴：糖尿病（インスリン治療中）、腎機能低下による透析を週3回行っている。原因不明の眼前暗黒感があり、転倒、打撲が続いている。過去に第1腰椎圧迫骨折もある。また、ふらつく時は血圧が200の時もあれば、80の時もあるなど、その時々で医療的な対応が求められている。訪問看護師が中心となって主治医と連絡を取り、支援について通所、ケアマネジャーと常に情報共有を行っている。

生活状況：要介護4のAさんは、妻と2人暮らしである。60歳になる頃、会社が倒産して生活保護世帯となる。寝ている時間の多い日は問題ないが、時折夜中に不穏状態となり、部屋の壁に体をぶつけたり、仏壇の供え物をばら撒いたりすることがある。行動・心理症状については内服薬で対応しているが、時折極端な行動に出ることがある。ADLについては支えがあれば移動が可能のため、自宅内には手すりを設置している。体調がよい時は一人で移動が可能である。ただし、透析後は介助者がいなければ立ち上がりなどできない状態である。IADLはほぼ全介助。透析や内服が多く生活保護世帯であることなどもあり、ケースワーカーと共に施設入所先を探しているが、受け入れを許可してくれる事業所がない状況が継続していた。