

平成30年度改定について

介護支援専門員に係る介護報酬・基準改定

居宅介護支援事業所 ゆきよし とやの
榛葉 美樹

4つの基本的な考え方

- 地域包括ケアシステムの推進
- 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
- 多様な人材の確保と生産性の向上
- 介護サービスの適正化、重点化を通じた制度の安定性、持続可能性の確保

居宅介護支援の視点から見た改定事項

- ①居宅介護支援基本報酬の改定
- ②医療と介護の連携の強化
- ③末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント
- ④質の高いケアマネジメントの推進
- ⑤公正中立なケアマネジメントとの確保
- ⑥訪問回数が多い利用者への対応

①居宅介護支援 基本報酬の改定

〈改定前〉

(一)要介護1、2 1042単位/月(10,638円/月)

(二)要介護3、4、5 1353単位/月(13,814円/月)

⇒

〈改定後〉 +1.1%

1053単位/月(10,751円/月)

⇒

1365単位/月(13,967円/月)

何度訪問しても、月額の基本報酬は同じです！

②医療と介護の連携の強化

入院時

退院時

平時

入院時

■入院時の連携の促進

利用者が病院又は診療所へ入院する場合…

入院先へ担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を伝えてもらえるよう、事前に協力を求める。



日常生活上の能力や利用していた居宅サービスを入院先医療機関と早期から共有、連携することで利用者の退院後の円滑な在宅生活への移行を支援。

より実効性を高めるために…

日頃から介護支援専門員の連絡先等をお薬手帳や介護保険証と一緒に保管することを依頼。お薬手帳については病棟まで行く可能性があるためとても有効。

■入院時情報連携加算の見直し

※単位数の変更なし

〈改定前〉

〈改定後〉

入院時情報連携加算Ⅰ 200単位/月

入院後7日以内
(訪問による情報提供)



入院後3日以内
(提供方法は問わない)

入院時情報連携加算Ⅱ 100単位/月

入院後7日以内
(訪問以外の方法で情報提供)



入院後7日以内
(提供方法は問わない)

退院時

■ 退院・退所加算の見直し

- I 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する
- II 医療機関との連携回数に応じた評価とする
- III 加えて医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せて評価する

<改定前>

	カンファレンス 無	カンファレンス 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

<改定後>

	カンファレンス 無	カンファレンス 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回		900単位



算定要件等

医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所に当たって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得たうえでケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。ただし、「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等とのカンファレンス等に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行ったうえでケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

平時の連携

■居宅サービス事業所等から利用者に係る情報の提供を受けた時、その他必要と認める時は、利用者の服薬状況、口腔機能その他利用者の心身または生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師もしくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

◎医療サービスの必要等を検討するにあたり有効な情報

- 例)
- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
 - ・薬の服用を拒絶している
 - ・使い切らないうちに新たに薬が処方されている
 - ・口臭や口腔内出血がある
 - ・体重の増減が推測される見た目の変化がある・食事量や食事回数に変化がある
 - ・下痢や便秘が続いている
 - ・皮膚が乾燥していたり、湿疹等がある
 - ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況

③ 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

■ ケアマネジメントプロセスの簡素化

■ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

ケアマネジメントプロセス簡素化のイメージ

日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治医師が判断した場合

状態の変化

<改定前>

新たなサービスが必要な度に...

- ・アセスメント
- ・ケアプラン原案作成
- ・サービス担当者会議
- ・ケアプラン確定
- ・サービス利用開始
- ・モニタリング

<改定後>

担当者会議が不要

- ・アセスメント
- ・~~ケアプラン原案作成~~
- ・~~サービス担当者会議~~
- ・**ケアプラン修正**
- ・サービス利用開始
- ・モニタリング

単位数

改定前

⇒

改定後

なし

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月 (新設)

対象利用者

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した場合を含む)

算定要件

- ・24時間連絡が取れる体制を確保しつつ、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ・利用者又はその家族の同意を得た上、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施
- ・訪問により把握した利用者への心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

④質の高いケアマネジメントの推進

■居宅介護支援事業所の管理者 ⇒ 主任介護支援専門員

- ・実務経験がないまま、事業所の管理者になれるという課題
- ・主任介護支援専門員が管理者として最低限の教育を受けているという考え
- ・主任介護支援専門員の質が居宅介護支援事業所の質とみられる

(3年間の経過措置期間を設けている。)

⑤公正中立なケアマネジメントの確保 契約時の説明

■居宅サービス計画の作成に当たって

- ◇利用者が複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることが可能
- ◇事業所の選定理由の説明を求めることが可能



契約時に説明し、文書の交付、署名を得なければならない

違反した場合...

運営基準減算

所定単位数の 50/100 に相当する単位数

⑤公正中立なケアマネジメントの確保 特定事業所集中減算

■特定事業所集中減算の対象サービスについて見直し

<改定前>

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具、定期巡回・随時対応型訪問看護、夜間対応型訪問介護、地域密着通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護



<改定後>

訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与

※単位数変更なし

特定事業所集中減算 200単位/月減算

⑥訪問ヘルパーによる生活援助 利用回数の多い利用者への対応

■統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数が多い生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。（平成30年度10月より施行）

保険者へ届け出たケアプランは...

地域ケア会議の開催により検証され、必要に応じ、ケアマネージャーに対し、サービス内容の是正を促す。

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



必要に応じて利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、サービス内容の是正を促す

⑥訪問回数が多い利用者への対応

■届け出の範囲

要介護度別に「全国平均利用回数+2標準偏差(2SD)」を超えるもの

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

居宅での取り組み

担当ケアマネジャー

居宅介護支援事業所
ゆきよし とやの

〇〇 〇〇

TEL 025-288-5609

新潟市中央区湖南1-14

定休日 土日祝 営業時間8:30~17:30

*何かありましたらご連絡ください。

<連絡先シール>

担当ケアマネジャー

〇〇 〇〇

居宅介護支援事業所
ゆきよし とやの

連絡先

TEL 025-288-5609

FAX 025-280-0139

新潟市中央区湖南1-14

入院の際は、医療機関へこの
カードをご掲示頂けますよう、ご
協力をお願いいたします。

<連絡先カード>

ご清聴ありがとうございました

一般社団法人 日本介護支援専門員協会主催研修
介護支援専門員に係る介護報酬改定について 資料参考