

○ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準の一部改正について

1 具体的な改正内容

① 医療と介護の連携の強化

ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネージャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける。

イ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。
- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネージャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネージャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

② 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。

③ 質の高いケアマネジメントの推進

居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネージャー（※）であることを管理者の要件とする。平成 33 年 3 月 31 日までの間は、介護支援専門員を管理者とすることができる。

（※）専任の介護支援専門員として従事した期間が 5 年以上である者（指定居宅介護支援事業所の管理者との兼務は期間として算定できる）で、主任介護支援専門員研修を履修した者

④ 公正中立なケアマネジメントの確保

利用者との契約にあたり、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等を説明することを義務づける。

⑤ 訪問回数が多い利用者への対応

訪問回数が多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認・是正を促していくことが適当であり、ケアマネ

ージャーが、通常のケアプランよりかけ離れた回数（※）の訪問介護（生活援助中心型）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。

（※）「全国平均利用回数＋2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて平成30年10月から施行する。

→ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

⑥ 障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする。

○ 平成30年度介護報酬改定に係る基本的な考え方とその対応

（1）地域包括ケアシステムの推進

国民一人一人が、住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるようにしていくためには、地域包括ケアシステムを推進していくことが必要である。特に今回の改定は、診療報酬との同時改定であり、医療・介護の役割分担と連携をより一層推進し、中重度の要介護者も含め、本人の希望する場所での、その状態に応じた医療・介護と看取りの実施や、関係者間の円滑な情報共有とそれを踏まえた対応を推進していくことが必要である。

また、地域包括ケアシステムの推進を着実に進めていく観点から、各介護サービスに求められる機能を強化するほか、在宅におけるサービスの要となるケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保や、今後とも増加することが見込まれている認知症の人への対応、地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進していくことも必要である。

① 中重度の要介護者も含めた、本人の希望する場所での、その状態に応じた医療・介護と看取りの実施

● 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

ア ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。

イ 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

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を

得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進、関係者間の円滑な情報共有とそれを踏まえた対応の推進

● 居宅介護支援事業所と医療機関との連携の強化

ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始にあたり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける。
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。

イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進

退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す（退院・退所加算Ⅰイ・ロ、退院・退所加算Ⅱイ・ロ、退院・退所加算Ⅲ）。

- 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 医療機関等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で評価する。また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄（医療処置、看護、リハビリテーションの視点等）を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。

ウ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。
- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

エ 医療機関等との総合的な連携の促進

医療・介護連携をさらに強化するため、特定事業所加算において、以下の全ての要件を満たす事業所を更に評価することとする（特定事業所加算Ⅳ）。

（要件）

- i 退院・退所加算を一定回数以上算定している事業所

- ii Ⅲ 6 ②イに記載する末期の悪性腫瘍の利用者に係る頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価に係る加算を一定回数以上算定している事業所
 - iii 特定事業所加算（Ⅰ～Ⅲ）のいずれかを算定している事業所
- ※ 平成31 年度から施行する。

③ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

● 質の高いケアマネジメントの推進

ア 地域における人材育成を行う事業者に対する評価

特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする。

● 公正中立なケアマネジメントの確保

ア 契約時の説明等利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等（当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること）を説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。

イ 特定事業所集中減算の対象サービスの見直し

特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや、主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは対象サービスから除外する。なお、福祉用具貸与については、事業所数にかかわらずサービスを集中させることも可能であることから対象とし、具体的には、訪問介護、通所介護及び福祉用具貸与を対象とすることとする。