

2018年度介護報酬改定

兵庫県介護支援専門員協会
姫路支部長 杉岡 真由美

平成30年度介護報酬改定の主な事項 (居宅介護支援)

- ① 医療と介護の連携の強化
- ② 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント
- ③ 質の高いケアマネジメント
- ④ 公正中立なケアマネジメント
- ⑤ 訪問回数が多い利用者への対応
- ⑥ 障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

今回の改定をどのように受け止めるかが大切

「質が高く、効率的な介護の提供体制の
整備の推進」

①医療と介護の連携強化

入院時情報連携加算・・・効果的な連携

- ・入院時情報連携加算Ⅰ ⇒3日以内
- ・入院時情報連携加算Ⅱ ⇒7日以内

❖入院する必要が生じた場合には居宅介護支援事業所(担当介護支援専門員の氏名)及び連絡先等を入院先医療機関 に提供するように利用者又は家族に対して事前に協力を求めることが必要と義務づけられる。(基準4条第3項) ⇒重要事項説明書

※日頃から居宅介護支援事業所の連絡先を保険証や**連携手帳**の活用してはどうか！

①医療と介護の連携強化

退院・退所加算⇒カンファレンスの要件・・・質問解答 病院・診療所（退院時共同指導料2の「注3」）

初回と退院退所加算のダブルはX

退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。

ケアプラン手間を評価

退院・退所加算の要件として
ケアプラン作成

退院・退所加算⇒カンファレンスの要件

介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設等・・・

- ・ 利用者の援助及び情報提供等の会議
- ・ 人員基準第2条に掲げる施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る

①医療と介護の連携強化

- ・ 医療系サービスについて主治の医師等の意見求め、ケアプラン交付を義務付ける。(省令改正) 質問の解答・・・
- ・ サービス事業者等から伝達された利用者の口腔・服薬状況・心身の状況等、又はモニタリングなどによりケアマネジャー自身が把握した状態等について、ケアマネジャーから医師・歯科医師・薬剤師に対し必要な情報伝達を行うことを義務づける。

(契約時の説明・・・運営規定及び重要事項)

②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

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、心身の状況等の情報を記録し主治医等・居宅サービス事業者へ情報提供する。

ターミナルケアマネジメント加算

- ・末期の悪性腫瘍で在宅で死亡（24時間以内で在宅以外で死亡）
- ・24時間連絡の取れる体制かつ必要時に居宅支援が可能な体制の整備
- ・利用者又はその家族の同意を得た上で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・・・居宅支援実施
- ・利用者の心身状況・・・記録、主治医等・居宅サービス事業者へ情報提供

③質の高いケアマネジメント

- ・管理者の要件

主任介護支援専門員……経過措置期間は平成33年3月31日まで

特定事業所加算制度は、中重度や支援困難ケースへの積極的な対応や専門性の高い人材確保、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの向上を資することを目標とするものである。

③質の高いケアマネジメント（特定事業所加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

地域における人材育成を行う事業所への評価

❖他法人が運営する居宅介護支援事業所との共同の事例検討会・研修会等の実施

毎年度次年度が始まるまでに次年度の計画をさだめる

質問30年度簡略的な計画を4月末日までに共同事業所等まで記載した最終計画を9月末までに定める。計画を策定していない場合は10月以降特定を算定できない。

具体的⇒

質問解答・・・開催頻度は特に定めていない

❖「地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加」

③質の高いケアマネジメント

特定事業所加算Ⅳ

- ・特定事業所加算Ⅰ～Ⅲ
- ・退院退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上
- ・ターミナルケアマネジメント加算 年間5回以上・・・

退院退所加算の算定回数ではなく
医療機関との連携回数

今年度は4月から
カウントする

※判定期間 算定する年度の前々年度の3月から前年度2月までの間

各種加算について・・・

- ・ 栄養スクリーニング加算 6か月に1回文書により共有し必要があれば主治医に報告

質問の回答・・・

※低栄養リスクを学ぶ必要あり

- ・ 生活機能向上連携加算 訪問介護・通所介護・ショート等要件が異なる

しっかりとケアプラン
に位置付ける！

I C F の視点を基本として

リハビリ職からの助言、指導のもと介護職が生活機能向上を目指した計画を作成

※ ケアマネとしてリハビリ職の意見をどう予後予測し心身機能・構造をとらえ活動及び参加を 意識したケアプランを作成できるか

④公正中立なケアマネジメント

契約時の説明・・・運営規定及び重要事項

「居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅支援サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行わなければならない。」

運営規定、重要事項に記載⇒文書の交付に加えて口頭での説明及び署名

実施できなかった場合⇒減算

④公正中立なケアマネジメント 特定事業所集中減算 訪問介護・通所介護・福祉用具貸与・地域密着型通所介護

判定期間 前期：3/1～8/末 ⇒今年度は4/1～8/末

後期：9/1～2/末

減算適用期間 前期：10/1～3/末

後期：4/1～9/末

算定の結果80%を超える場合保険者（監査指導課に9/15まで）に届ける

※正当な理由も含めて保険者が判断

- ・居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に各サービスごとに5事業所未満
- ・一月の居宅サービス計画のうち各サービスが位置付けられた計画件数が10件未満…等

※80%未満であっても当該書類は作成し、5年間保存

ケアプランの適正化（訪問介護の生活援助中心型）

「全国平均利用回数 + 2標準偏差」を基準として平成30年度4月に国が定め、6カ月間の周知期間を設け10月から施行

該当ケースがある場合は、ケアプランを保険者に届ける（省令改正）

1月につき

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