平成３０年度介護報酬改定の概要

居宅介護支援に関わる介護報酬改定を抜粋して掲載しました

第６回大和医療・福祉従事者大懇親会

医療・福祉に従事される方々の多数のご参加ありがとうございます

医療連携や迫る制度改正について学びます

医療機関との連携や制度改正に関わる情報交換会を開催しました

編集メンバーが振返るこの２年とは？！

『みんなでみる夢』を作り続けた２年間を振返ります

企画・編集・発行：大和ケアマネージャー連絡協議会　情報提供グループ
【みんなでみる夢】https://yamato-caremanager.org/
大和ケアマネージャー連絡協議会

平成30年度　介護報酬改定の概要

平成30年4月から介護・診療報酬が同時改定となります。今回は、介護報酬に関して、特に居宅介護支援に絞り、関連情報を抜粋して掲載いたしました。皆様もご存じのことと思いますが、再確認することで、日常の業務に役立てていただけたらと思います。

17. 居宅介護支援　基本報酬

単位数

○居宅介護支援（Ⅰ）
・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が40未満である場合又は40以上である場合において、40未満の部分

	＜現行＞		＜改定後＞
（一）要介護１又は要介護２	1042単位／月	⇒	1053単位／月
（二）要介護３、要介護４又は要介護５	1353単位／月	⇒	1368単位／月

○居宅介護支援（Ⅱ）
・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分

	＜現行＞		＜改定後＞
（一）要介護１又は要介護２	521単位／月	⇒	527単位／月
（二）要介護３、要介護４又は要介護５	677単位／月	⇒	684単位／月

○居宅介護支援（Ⅲ）
・ケアマネジャー１人当たりの取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分

	＜現行＞		＜改定後＞
（一）要介護１又は要介護２	313単位／月	⇒	316単位／月
（二）要介護３、要介護４又は要介護５	406単位／月	⇒	410単位／月

17. 居宅介護支援　①医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）

概要

※ⅰは介護予防支援を含み、ⅱ及びⅲは介護予防支援を含まない

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当たり、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。【省令改正】
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。【通知改正】

単位数

【ⅱについて】

＜現行＞			＜改定後＞	
入院時情報連携加算（Ⅰ）	200単位／月	⇒	入院時情報連携加算（Ⅰ）	200単位／月
入院時情報連携加算（Ⅱ）	100単位／月	⇒	入院時情報連携加算（Ⅱ）	100単位／月

算定要件等

【ⅱについて】

＜現行＞
入院時情報連携加算（Ⅰ）
・入院後７日以内に医療機関を訪問して情報提供
入院時情報連携加算（Ⅱ）
・入院後７日以内に訪問以外の方法で情報提供

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

＜改定後＞
入院時情報連携加算（Ⅰ）
・入院後３日以内に情報提供（提供方法は問わない）
入院時情報連携加算（Ⅱ）
・入院後７日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

17. 居宅介護支援　①医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）

概要　※介護予防支援は含まない

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。
　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を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

＜現行＞
退院･退所加算

	ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加 無	ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加 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＞
退院･退所加算

	ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加 無	ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加 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・退所にあ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上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会議（退院時カンファレンス等）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上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。

※　入院又は入所期間中につき１回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

17. 居宅介護支援　①医療と介護の連携の強化（特定事業所加算の見直し）

概要　※ウは介護予防支援を含み、エは介護予防支援は含まない

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。【省令改正】
　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や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。【省令改正】

エ　医療機関等との総合的な連携の促進
　特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価する。（平成31年度から施行）

単位数

○エについて
＜現行＞　⇒　＜改定後＞
なし　⇒　特定事業所加算(Ⅳ)　125単位／月（新設）

算定要件等

＜エについて＞
○特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、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回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算（新設：次頁参照）を年間５回以上算定している事業所

17. 居宅介護支援　②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

概要　※介護予防支援は含まない

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。【省令改正】

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。

単位数

○イについて

＜現行＞		＜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）

算定要件等

＜イについて＞
○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時間連絡がとれる体制を確保し、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、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

17. 居宅介護支援　③質の高いケアマネジメントの推進

概要　※介護予防支援は含まない

ア　管理者要件の見直し
　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、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、３年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

イ　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。

単位数

○イについて

	＜現行＞		＜改定後＞
特定事業所加算（Ⅰ）	500単位／月	⇒	変更なし
特定事業所加算（Ⅱ）	400単位／月	⇒	変更なし
特定事業所加算（Ⅲ）	300単位／月	⇒	変更なし

算定要件等

＜イについて＞
○特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）共通
・　他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を要件に追加する。

○特定事業所加算（Ⅱ）（Ⅲ）
・　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を要件に追加する。（現行は（Ⅰ）のみ）

17. 居宅介護支援　④公正中立なケアマネジメントの確保（契約時の説明等）

概要　※一部を除き介護予防支援を含む

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や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。【通知改正】

単位数

	＜現行＞		＜改定後＞
運営基準減算	所定単位数の50／100に相当する単位数	⇒	変更なし

算定要件等

○　以下の要件を追加する。

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
・　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
の説明を行わなかった場合。

17. 居宅介護支援　⑤訪問回数の多い利用者への対応

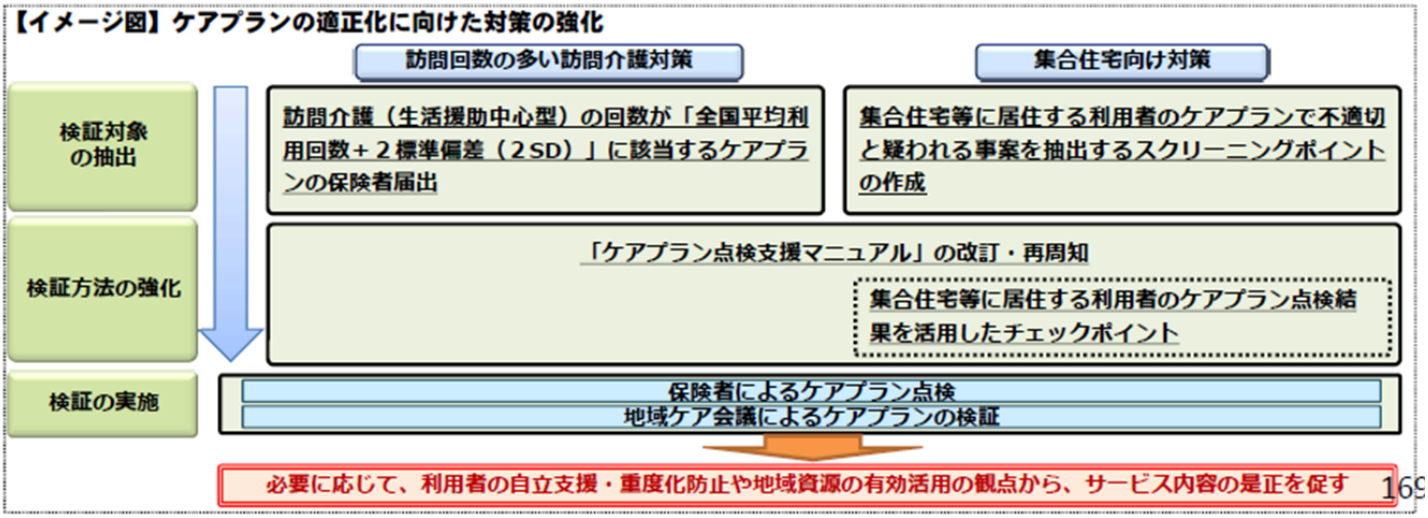
概要　※介護予防支援は含まない

ア　訪問回数の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、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て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。【省令改正】

（※）「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10月から施行する。

イ　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。【省令改正】

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化



交流集会グループ

第６回大和医療・福祉従事者大懇親会

平成２９年１０月７日（土）に第６回目となる大和医療・福祉従事者大懇親会を、ホテルセンチュリー相模大野にて開催いたしました。前回同様、多数（180名）の医療・福祉従事者にご参加いただきました。大和市内の各事業所間の顔の見える関係作りをキーワードとし、医療従事者の参加も多くみられ、回数を重ねるごとに連携も深まりを感じています。毎年新しい試みを実施し、普段関わりの少ない方との交流もでき、大和市の新しいつながりができたのではと思います。皆様のご協力、本当にありがとうございました。

アンケート結果

出席総数　180名　　アンケート回収数　77名(回収率　42.7%)

★今回の企画はどうでしたか?

●おもしろかった　77名　　●つまらなかった　0名

★大懇親会の定期開催について

●毎年行ってほしい　64名　　●やらない方がいい　0名　　●間隔を置いた方がよい　13名

★会費について

●安かった　3名　　●妥当　57名　　●高かった　17名

★会場について

●良かった　76名　　●あまり良くなかった　0名　　●悪かった　1名

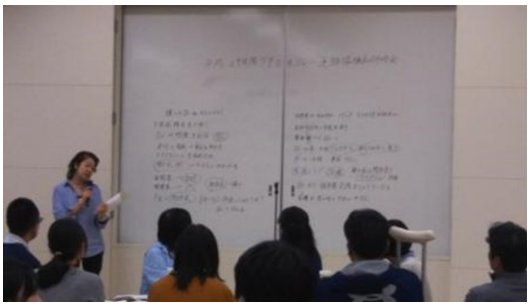
★交流できましたか

●多くの交流を図れた　71名　　●あまり交流が図れなかった　6名　●全然交流出来なかった　0名

他にも貴重なご意見ありがとうございました！

研　修　グ　ル　ー　プ

平成２９年１１月３０日（木）



医師とケアマネージャーの連携について

～大和市内１６８医療機関のアンケート結果を知る～
（グループワーク）

＊今回の研修は医療との連携を図る為に、ケアマネージャーとして、どのようにアプローチをしていくか、心掛ける事は何か。グループワークで活発に意見交換を行いました。

～研修の感想～

＊医師との連携は必要だと理解しているが、敷居が高く、どのようにアプローチしたら良いか、わからない部分もあったが、グループワークを通じて、たくさんのケアマネの意見やアプローチの仕方を聞けて良かった。

＊通院時に同行しても、ケアマネが何でいるのか？と、冷たくされる事もあったが、めげない精神力が必要だと感じた。

＊今後更に、介護と医療の連携が必要になる中で、先生方にももう少しケアマネとの連携の必要性を感じてもらえると有り難いが、なかなか難しいだろう。なので、自分の方から、アプローチを積極的に行う事を心掛けたい。

平成３０年２月２８日（水）

ケアマネジャー・地域包括支援センター・訪問看護・訪問介護・短期入所・通所介護・グループホーム・小規模多機能・リハビリ・有料の９つの連絡会の方々と平成３０年度の介護保険制度改正についての情報交換会を行いました。
多くの方に参加頂き、有意義な時間だったとお話しを頂いています。今後も定期的に情報交換会を開催し、情報の共有や顔の見える関係作りに努めて行きたいと思います。

以上の研修を開催しました。多くのご参加ありがとうございました。

情報提供グループ

地域包括支援センターと大和市高齢福祉課の地区分担をお知らせいたします。
日々の居宅介護支援を行ううえでのご参考になれば幸いです。

地域包括支援センター名	担当地区	PHN	CW	SV
下鶴間つきみ野地域包括支援センター	・下鶴間（1450~1625と4374~4454除く） ・つきみ野	松永	鈴木	高橋
中央林間地域包括支援センター	・中央林間西　・中央林間 ・下鶴間（1450~1625と4374~4454）	松岡		
南林間地域包括支援センター	・南林間　・林間	飯田		
鶴間地域包括支援センター	・鶴間　・西鶴間			
深見大和地域包括支援センター	・深見西　・深見東　・深見　・深見台 ・大和東　・大和南	渡辺	間崎	
上草柳・中央地域包括支援センター	・上草柳　・桜守　・中央　・草柳 ・下草柳　・柳橋（1,4丁目）	野中		
福田北地域包括支援センター	・柳橋（2,3,5丁目）　・福田・柳橋（1~8丁目）	浅倉	濵田	
福田南地域包括支援センター	・代官　・渋谷 ・福田（1~8丁目,2339~2617と5506~5696除く）			
桜丘・和田地域包括支援センター	・上和田　・下和田 ・福田（2339~2617と5506~5696）	渡辺		

※敬称略

2年を ふりかえって

年２回の「みんなで見る夢」発行に向けての打合せ(飲み会)は、盛り上がり楽しかったです。こんな仲間と横のつながりは大切にしたいです。

あまの

新しい仲間も加わり、あっという間の2年間でした。このメンバーでこれからもずっと…。

おおいで

お酒好きのメンバーと、楽しく役員活動ができました。引き続き、お酒を交わしながら、真面目な話をして行きたいと思います！

いわさ

他事業所のケアマネさんと横のつながりが持て、実のある楽しい時間を過ごさせてもらっています。もっと仲間が増えたらいいなと思っています。

みやたか

わからないこと、悩むこともたくさんありましたが、情報グループの諸先輩方が親身になりたくさん相談に乗っていただいたので楽しかったです。

たむら

年２回のみんなで見る夢発行に関らせて頂き、他事業所の仲間が出来、結構ワイワイ、美味しいお酒が飲めました。

すずき

「みんなでみる夢」の発行では他のメンバーに頼りっきりでしたが、打ち合わせの時は色々な話が聞く事ができ、楽しみな時間でした。

なかじま

気がつけば２年「みんなで見る夢」の発行に携われたことに感謝です。ＨＰも動きだしました。ここでの繋がりをこれからも大切にしたいです。

えんどう