

「2018年法改正に伴うケアマネジメント」

診療報酬と介護報酬同時見直し6年に1度の改正の経緯を知る。

鷺宮チーム

朝日新聞のコラム/診療・介護報酬の改定というコラムの 1～9を参考に今回の改正を考えていきます。

1. 【病院外での「みとり」、手厚く】
2. 【在宅医療はどう充実させるの?】
3. 【医療費削減へ、入院はどう変わる?】
4. 【自立支援の「成功報酬」って何?】
5. 【オンライン診療・センサー利用、広がる】
6. 【門前・門内薬局の手数料、下がるの?】
7. 【口周りの衰え、予防するには?】
8. 【緩和ケアの充実、どうやって促す?】
9. 【ホームヘルプの報酬、上がるの?】

【第一グループでは、1～3を参考に考えていきます。

- 1 病院外での「みとり」、手厚く】
2. 【在宅医療はどう充実させるの?】
3. 【医療費削減へ、入院はどう変わる?】

このコラムを参考にしたとき、キーワードは在宅療養と考えます。

・キーワードは**在宅療養**と考えていく。

1グループ (高野、大貫、金澤、加藤、岩崎)

在宅療養とは、

- 在宅療養とは、高齢者が住み慣れた自宅や地域で療養しながら長く生活できるよう、また、家族等に囲まれて在宅で最後を迎えることができるように適切な医療、看護、介護等の支援を行うことです。
- 在宅療養では、病院と同じように、自室のベッドが「病院のベット」として、電話は「ナースコール」に、そして、住み慣れた地域の訪問医療・訪問看護・訪問介護等が「病院」の機能を果たします。



在宅療養を支える多職種

かかりつけ医



- 今回は、かかりつけ医とケアマネジャーに特記して説明していきます。

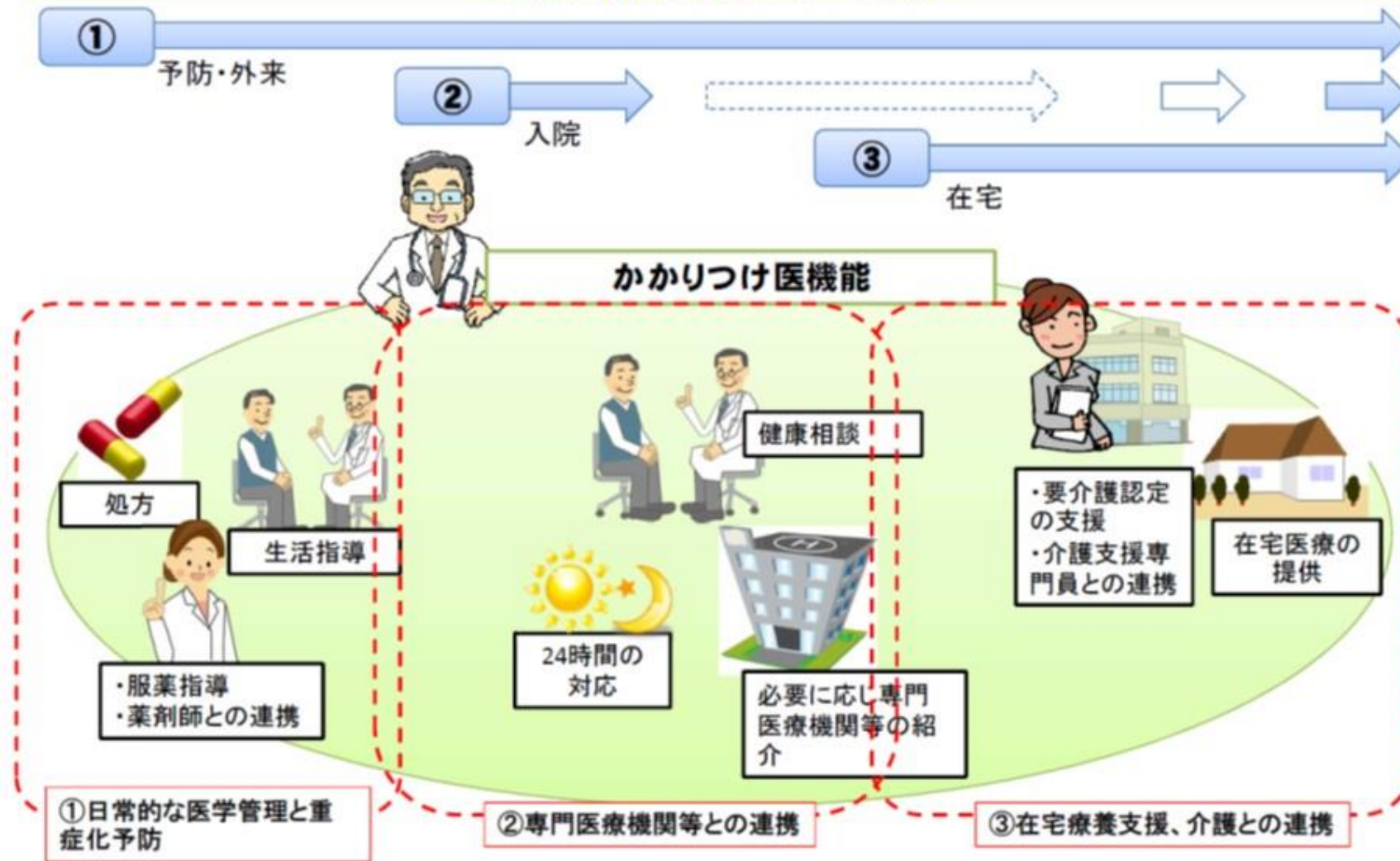
かかりつけ医



- かかりつけ医とは、24時間対応できる体制を構築し、日常的な生活の中で健康状態・生活の支援を行い、何か専門的な医療が必要になった時には、必要に応じて専門の医療機関等に繋ぎ、何でも相談ができる医師である。

かかりつけ医機能のイメージ (案)

～生活習慣病を有する患者の例～



厚生労働省 横断的事項 かかりつけ医機能(その1)より、 第5回日本の医療に関する意識調査(2014/12/24)、

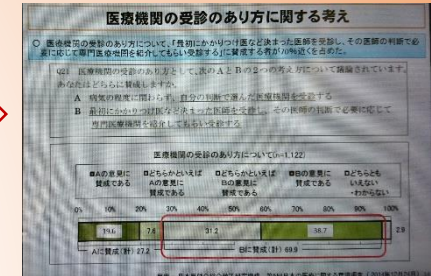
日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査」(2017/2/15)等 抜粋

☆ かかりつけ医の有無



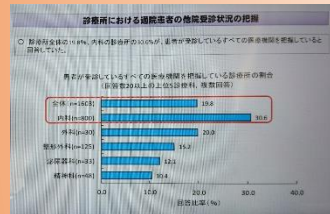
かかりつけ医がいる、
全体53.7%、70歳以上
80%以上

☆ 医療機関の受診のあり方に関する考え



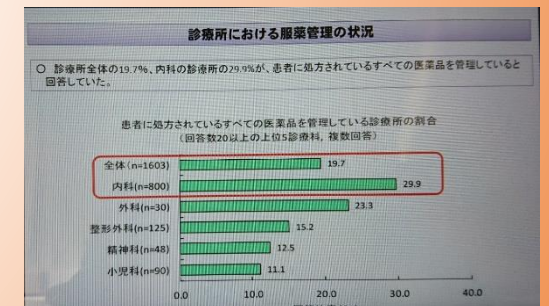
かかりつけ医に受診し、その医師の判断
で必要に応じて専門医療機関を紹介し
てもらい受診する割合が70%

☆ 診療所における通院患者の他院受診状況の把握



診療所に患者が受診しているすべての医療機関を把握
していると回答したのは診療所全体の19.8%、
内科の診療所の30.6%

☆ 診療所における服薬管理の状況



患者に処方されている
すべての医薬品を把握してい
ると回答したのは診療所全体
の19.7%、
内科の診療所の29.9%

☆ 診療所におけるかかりつけ医の業務に対する負担感



実施している業務のうち負担の大きな項目として、
「在宅患者に対する24時間対応」
「患者に処方されているすべての医薬品の管理」
「患者が受診しているすべての医療機関の把握」
と回答した診療所が多かった

H30年度の加算

- 「**新設:** 初診料 機能強化加算 80点」
- 「地域包括診療料・地域包括診療加算の算定要件の見直し」
- 「認知症地域包括診療加算1 (35点)/認知症地域包括診療加算2 (28点)」
- 「**新設:** 継続診療加算 216点(一日につき)」
- 「**新設:** 包括的支援加算 150点(月1回)」
- 「**新設:** 在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料 100点(1月につき)」

- 今度の改正でケアマネジャーの仕事と報酬はどう変わる?
- どう受け止め、どう活用していくか?



ケアマネの仕事と報酬はどう変わる?

事業所の体制



[管理者要件の変更]

管理者=主任ケアマネとする
(2020年度末までの経過措置あり)

利用者と契約



[利用者への説明責任] 利用者に伝えるべきこと

- ① 入院時には、担当ケアマネの氏名・連絡先等を入院先医療機関に伝えてもらうこと
- ② 利用するサービスについて、ケアマネに「複数の事業所の紹介」を求めることができること
- ③ その事業所をプランに位置付けた理由について、ケアマネに説明を求めることができること

上記②③に違反すると
50%の減算(2か月目以降は100%)

要注意

ケアプランの作成



[ケアマネジメントの適正化]

- ① 特定事業所集中減算の見直し
 - 対象サービス
訪問介護・通所介護・福祉用具貸与に限定
 - 集中率→80%のまま
 - 減算単位→1ヶ月200単位
- ② 訪問介護の生活援助に際して
 - 国が定める基準以上の頻回の場合
 - 位置づけたプランを保険者に提出
 - 地域ケア会議で検討、プラン内容是正も
- ③ 集中住宅等に居住する利用者に対し、住宅と同一敷地内のサービスのみをプランに位置付けることは不適切であることを明確化
 - スクリーニングで地域ケア会議で検証等

サービス提供開始 (平時)



[利用者の主治医等との連携]

- ① 利用者の希望による医療系サービスの利用時
 - 主治医に意見を求める
 - その主治医にケアプランを交付する



- ② 主治医等(歯科医師・薬剤師含む)に以下の情報を提供する



利用者の服薬や口腔、心身、
生活の状況にかかる情報



訪問介護事業者等
からケアマネへ

ケアマネ自身の
モニタリング

必要に応じて主治医に提供する

利用者が入院



[入院時情報連携加算]の算定

※厚労省が情報提供の様式を提示

[改定前]

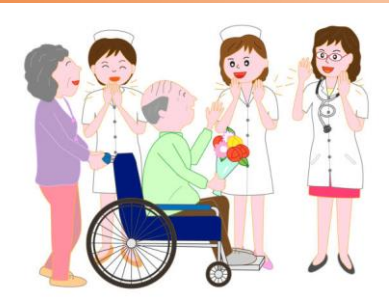
※Ⅰ・Ⅱともに入院から7日以内の情報提供が必要
加算Ⅰ 200単位→医療機関を訪問して情報提供
加算Ⅱ 100単位→訪問以外の方法で情報提供



[改定後2018年4月～]

※Ⅱ・Ⅲともに情報提供の手段は問わない
加算Ⅰ 200単位→入院から3日以内に情報提供
加算Ⅱ 100単位→入院から4日以上7日以内に
情報提供

利用者が退院 (老健などを退所)



[退院・退所加算の算定]

[改定前]

	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]

- ①初回の手間(※初回加算は算定できない)を評価
- ②院内カンファの参加をより手厚く評価

特定事業
所加算Ⅳ
の要件A

	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

特定事業所加算はどう変わる?

見直し
1

すべての区分の要件に以下の要件をプラス
「他の法人が運営する居宅介護支援事業所と共同で
事例検討会、研修会等を実施していること」

見直し
2

特定事業所加算に新区分Ⅳを創設1ヶ月に125単位
○要件1 加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを算定
○要件2 要件Aの情報連携の合計が1年間で35件
○要件3 要件Bの加算算定が1年間で5回以上

保険者と居宅ケアマネの関係はどのように変わっていくか?

2018年4月より居宅介護支援事業所の指定権限が、市町村へと完全に移行する

ここがポイント↓

- ①従来の指導・監査に加え、勧告、命令、指定取り消し等の権限もプラスされる
- ②運営基準について、市町村の条例で定める(2019年3月末までの猶予期間あり)

介護保険事業計画において、高齢者の自立支援・重度化防止の強化目標を設定

ここがポイント↓

ケアプラン点検体制が強化され、自立支援・重度化防止に資するケアプランになっているかどうか締め付けが強まる

2018年度の基準改定により、生活援助の頻回訪問についての規定を新設

ここがポイント↓

統計的にみて通常よりかけ離れた回数の訪問をケアプランに位置づける場合、ケアマネが市町村にケアプランを届け出なければならない(2018年10月より)

居宅ケアマネに対して、新たなプレッシャーが次々と?

看取りについて

- 在宅の看取りについて述べていきます。



中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応(1)

- ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。

訪問看護

- 看護体制強化加算について、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合を新たな区分として評価する。

<H29年度まで>

看護体制強化加算 300単位/月
(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)



<改定後>

看護体制強化加算(I) 600単位/月 (新設)
(※ターミナルケア加算の算定者が年5名以上)
看護体制強化加算(II) 300単位/月
(※ターミナルケア加算の算定者が年1名以上)

認知症対応型共同生活介護

- 医療連携体制加算について、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を新たな区分として評価する。

<H29年度まで>

医療連携体制加算 39単位/日
(※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により看護師1名以上確保)



<改定後>

医療連携体制加算(I) 39単位/日
(※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により看護師1名以上確保)
医療連携体制加算(II) 49単位/日 (新設)
(※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置
ただし、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの看護師との連携体制が必要)
(※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること)
医療連携体制加算(III) 59単位/日 (新設)
(※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置)
(※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること)

特定施設入所者生活介護

- たんの吸引などのケアの提供に対する評価を創設する。

- 医療提供施設を退院・退所して入居する際の医療提供施設との連携等に対する評価を創設する。

入居継続支援加算 36単位/日 (新設)

退院・退所時連携加算 30単位/日 (新設) ※入居から30日以内に限る

中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応(2)

○ターミナル期に頻回する利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者への情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。

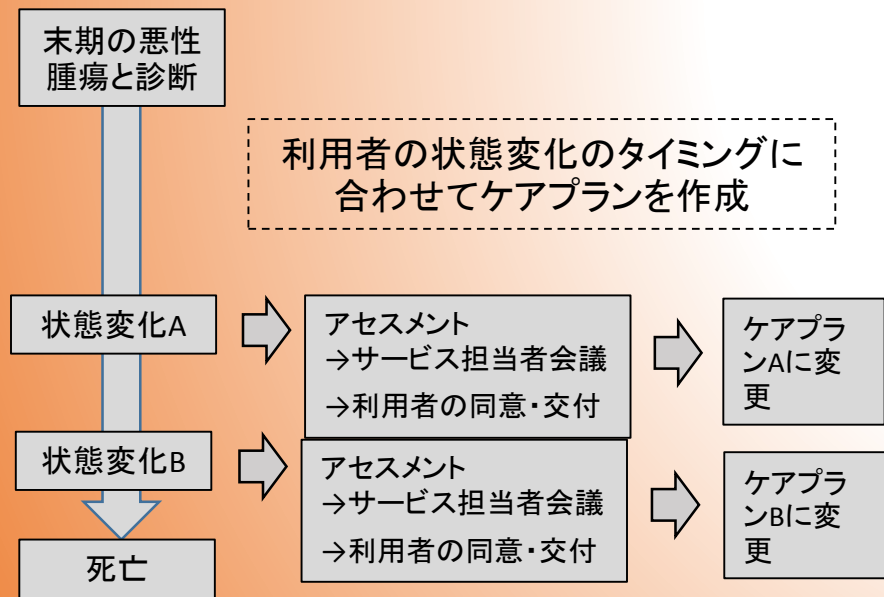
居宅介護支援

○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。

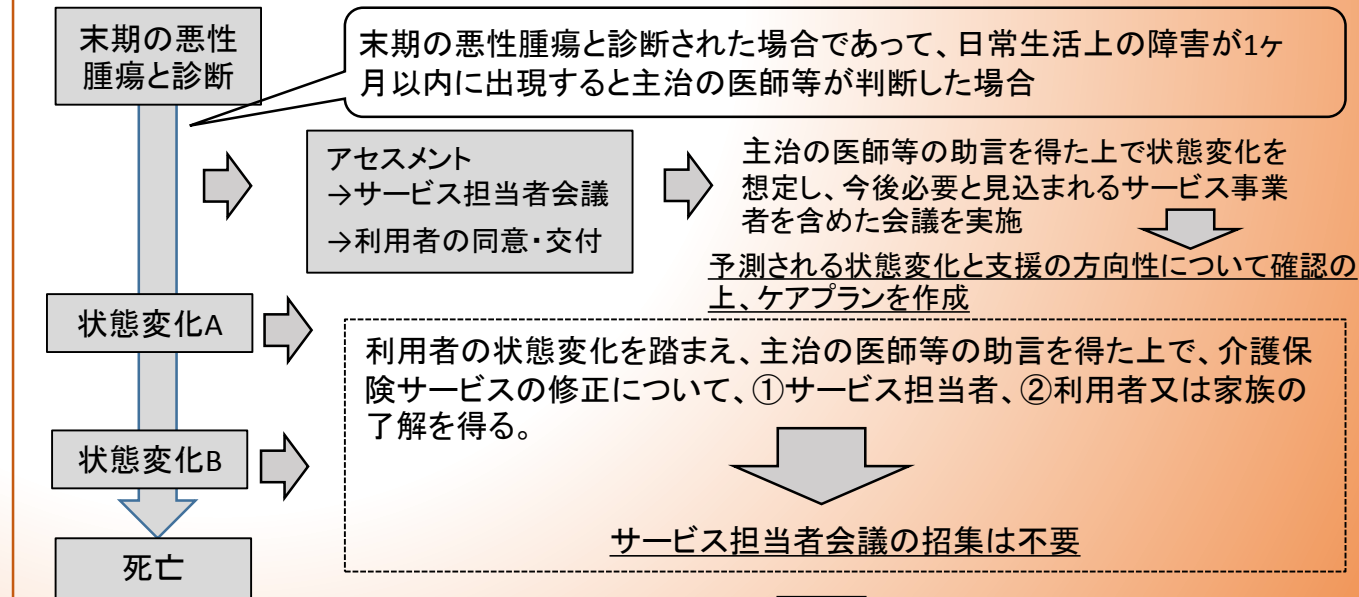
○末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者への提供した場合を新たに評価する。

ターミナルケアマネジメント加算 400 単位/月 (新規)

H29年度まで



改定後 (以下の方法も可能とする)



通常より頻回になる訪問、状態変化やサービス変更の必要性の把握、支援等を新たな加算で評価

中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応(3)

- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

介護老人福祉施設

○複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。

配置医師緊急時対応加算 650単位/回 (早朝・夜間の場合) (新設)
1300単位/回 (深夜の場合) (新設)

○看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応時加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。

〈H29年度まで〉

看取り介護加算

死亡日以前4日以上30日以下	144単位/日
死亡日の前日又は前々日	680単位/日
死亡日	1280単位/日



〈改定後〉

看取り介護加算(I)

死亡日以前4日以上30日以下	144単位/日
死亡日の前日又は前々日	680単位/日
死亡日	1280単位/日

看取り介護加算 (II) (新設)

死亡日以前4日以上30日以下	144単位/日
死亡日の前日又は前々日	780単位/日
死亡日	1580単位/日

考察

- 医療と介護の同時改定で、在宅での暮らしを支える仕組みが強化された。
- 2025年問題を乗り切る体制づくりの実質的な最後のチャンス
- 新設の加算をうまく取り込んで、相互満足のいく福祉や地域ケアを目指していきましょう。



2グループ

2グループでは4~6を参考に考えていきます。

- 4 【自立支援の「成功報酬」って何?】
- 5 【オンライン診療・センサー利用、広がる?】
- 6 【門前・門内薬局の手数料、下がるの?】

2グループ(阿部、上原、長、柳沼、村上)

2グループのキーワード



▶ ① それぞれの背景

▶ ② 法改正の理由

▶ ③ ケアマネへの影響

【自立支援の「成功報酬」って何?】

①背景(改正前含む)

②法改正の理由(意図・効果)

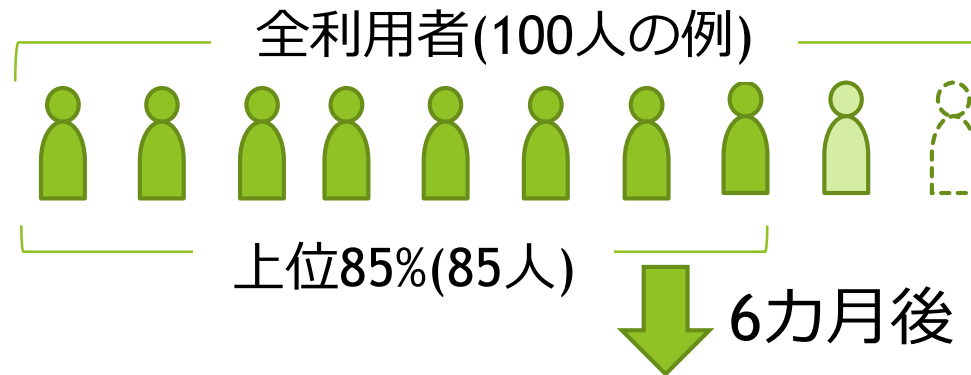
③ケアマネへの影響



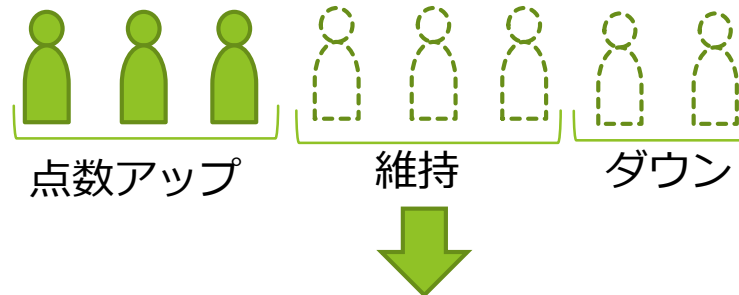
【自立支援の「成功報酬」って何?】

自立支援に取り組む通所介護事業所への「成功報酬」

- ① リハビリ効果を評価する基準を使い、利用者の身体機能10項目をサービス開始時に採点



- ② 改善した人が悪化した人以上であれば・・・



$$\begin{array}{l} \text{全利用者数} \times \text{月}30\text{円} = \text{成功報酬} \\ (100\text{人}) \qquad \qquad \qquad (3000\text{円}) \end{array}$$

【オンライン診療・センサー利用、広がる?】

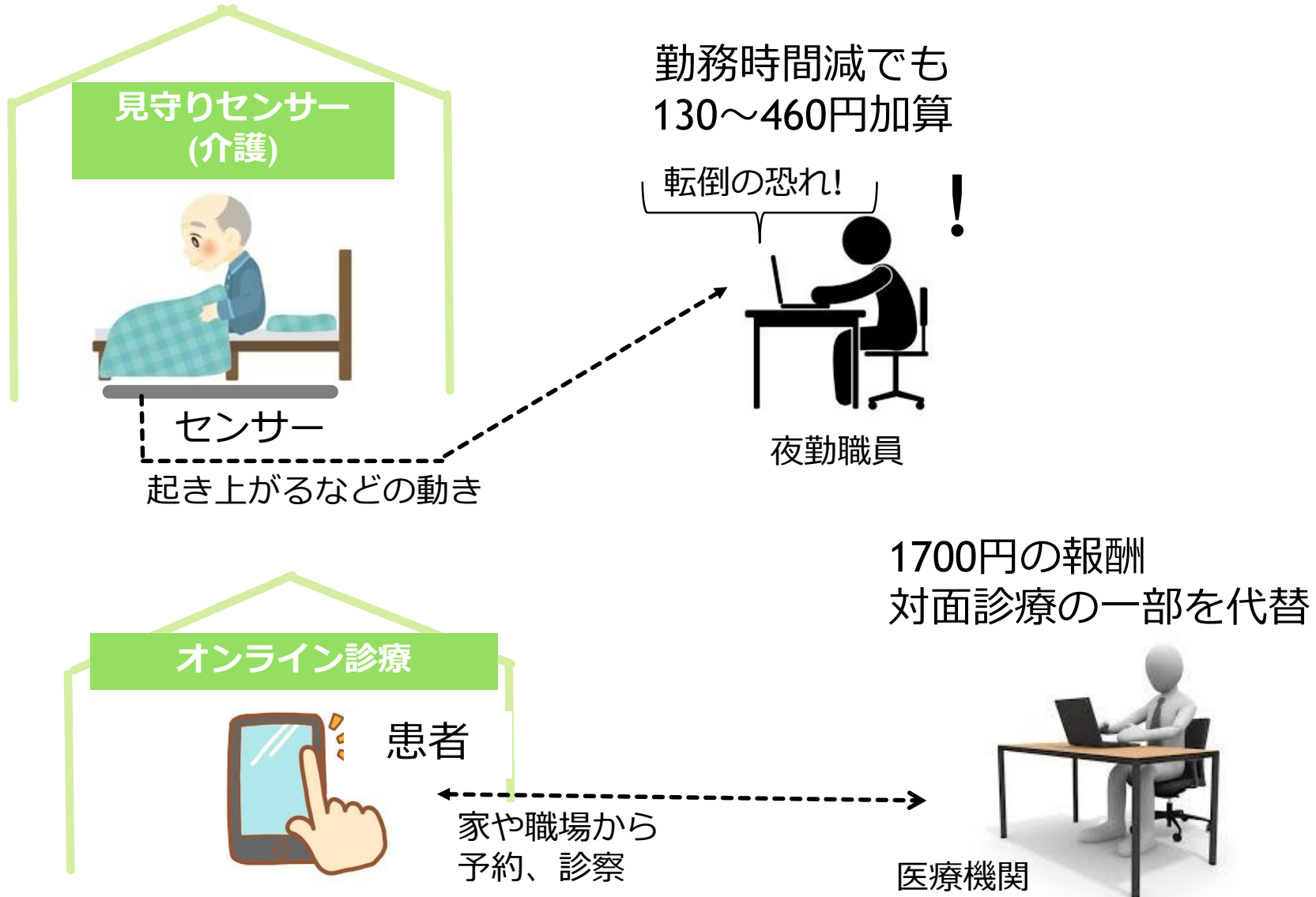
①背景(改正前含む)

②法改正の理由(意図・効果)

③ケアマネへの影響

【オンライン診療・センサー利用、広がる?】

ICTの導入を後押し



【門前・門内薬局の手数料、下がるの?】

①背景(改正前含む)

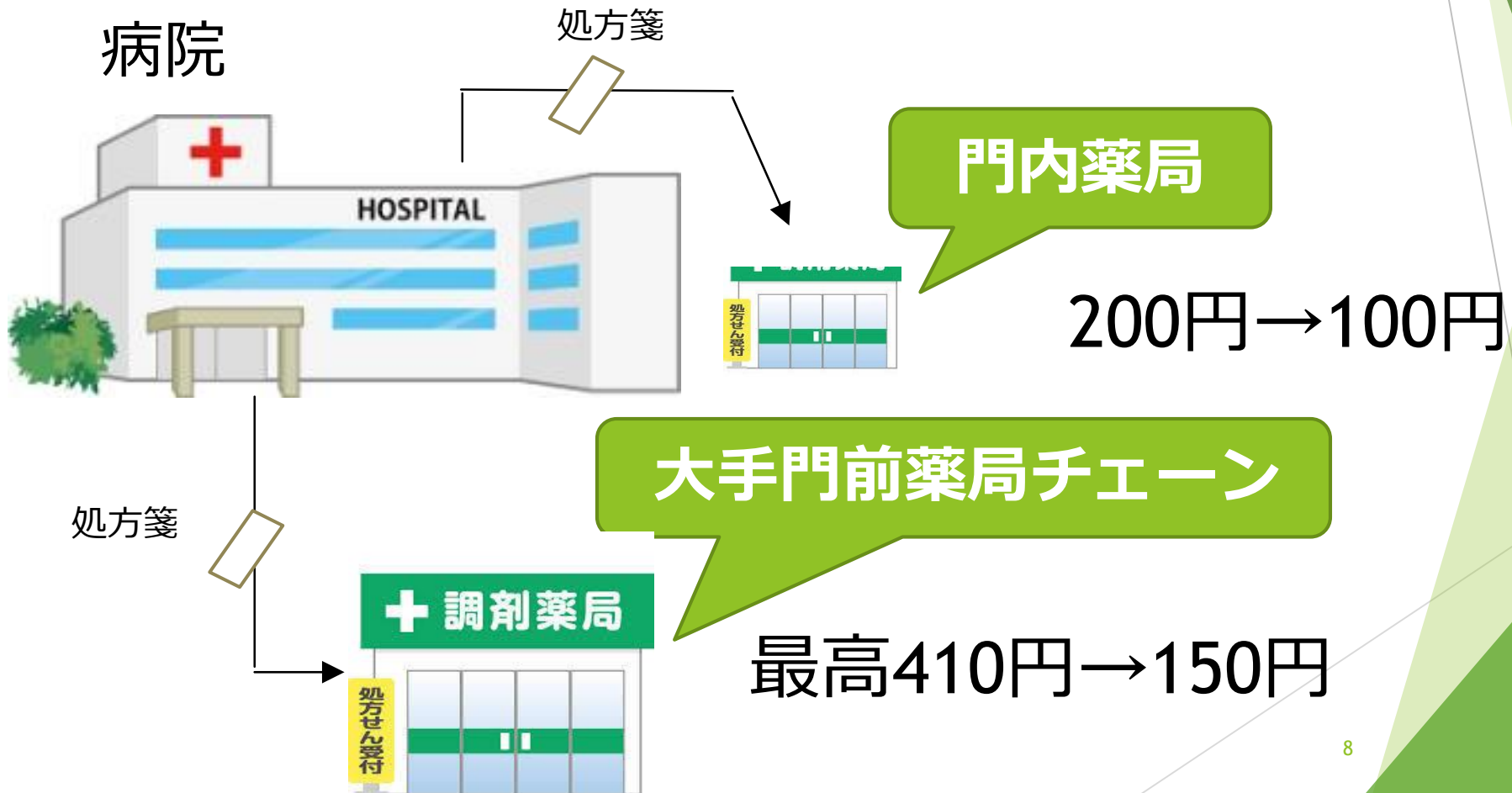
②法改正の理由(意図・効果)

③ケアマネへの影響

【門前・門内薬局の手数料、下がるの?】



大手門前薬局チェーンと門内薬局の
調剤手数料が下がる(1回あたり)



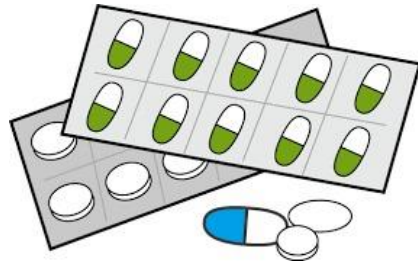
【門前・門内薬局の手数料、下がるの?】



**夜間・休日対応や減薬に取り組む
薬局の報酬は上がる**



夜間・休日に対応するなど
体制を整えると、処方箋1回
受け付けごとに350円加算



6種類以上の薬が処方される患者を
服薬指導し、2種類以上減らせば
1250円

診療・介護報酬の改定のポイント

3グループ

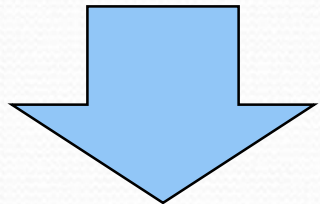
- 7) 口周りの衰え、予防するには？
 - 8) 緩和ケアの充実、どうやって促す？
 - 9) ホームヘルプの報酬、上がるの？
- ※ 次期改正に向けて考えていきたい事

3グループ（植元、清水、鈴木、高橋、花崎、望月）

診療・介護報酬の改定のポイント

7) 口周りの衰え、予防するには？

「虫歯を治す」



「定期的な
口のケア」

口のケアの
加算の
イメージ
(65歳以上)



地域の歯科に
定期的に通院

- 舌や口周りの筋トレ、体操
- 口の清掃方法の指導
- マッサージ

←
歯科医に
¥1000/月

口腔機能低下症の患者

☆のいずれかにあてはまる

- | | | |
|----------|-----------|----|
| ☆かむ力↓ | 舌の汚れ | 乾燥 |
| ☆舌の筋力↓ | 舌や唇の運動機能↓ | |
| ☆かみ砕く能力↓ | のみ込む能力↓ | |

※3項目以上あてはまると口腔機能低下症

診療・介護報酬の改定のポイント

7) 口周りの衰え、予防するには？

口腔ケアにかかるケア

どんな見直し
がなされたか

？

口腔衛生にかかるケア どんな見直しがなされたか？

介護保険施設で算定されている口腔ケア関係の加算

体制

【改定前】

口腔衛生管理体制加算

- ① 医師・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアの技術的指導・助言を行う(月1回以上)
- ② ①に基づいて、利用者の口腔ケアマネジメントにかかる計画が策定されている

↓
月30単位

改定後 2018年4月～

ポイント①

特定施設入居者生活介護(地域密着型含む)、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)にも適用

↑
居住系サービスでの口腔衛生リスクの高まりに対応

【改定前】

実施

口腔衛生管理加算

医師・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者への口腔ケアを月4回以上実施

↓
月110単位

改定後 2018年4月～

ポイント②

「月4回以上」→「月2回以上」へ

ポイント③

口腔ケアの実践に際し、歯科衛生士が介護職員に技術的助言・指導、相談援助を行う

↓
月90単位
(要件緩和の分、減算)

↑
地域の歯科医師や歯科衛生士の不足を考慮し、すそ野拡大

診療・介護報酬の改定のポイント

8) 緩和ケアの充実、どうやって促す？

ターミナル期
における

患者や家族の
意向を
叶えるしくみ

患者や家族の意向を
尊重する要件がプラスされた

在宅患者訪問
診療料の在宅
ターミナルケア加算

訪問看護の
訪問看護
ターミナルケア療養費

ガイドラインの内容を踏まえる
ことを算定要件にプラス

「人生の最終段階における医療の決定
プロセスに関するガイドライン」等

ガイドラインに沿った
取り組みを明確化

介護保険の訪問看護や定期巡回・
随時対応型訪問介護看護など



ケアマネ

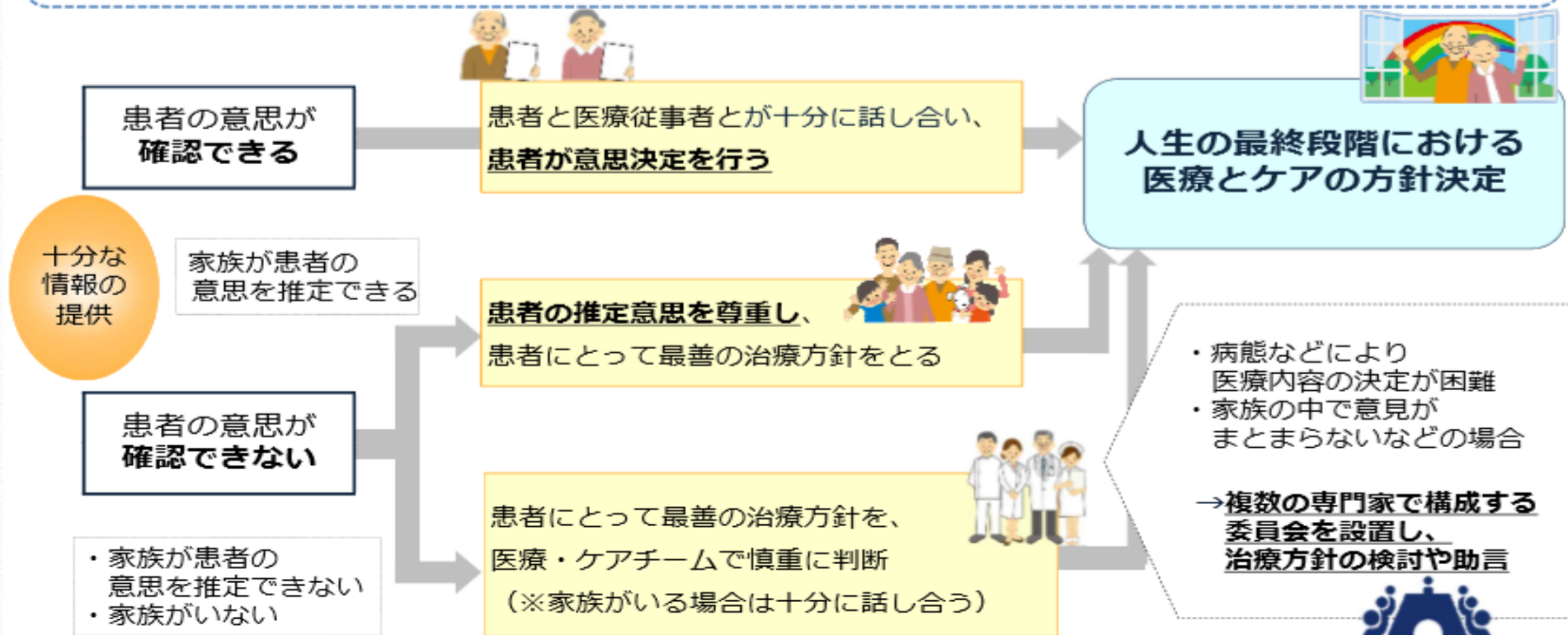
在宅がん医療総合診療料(医師側)
ターミナルケアマネジメント加算
(ケアマネ側)で、末期がんの人の
ターミナル期の情報連携を下支え

診療・介護報酬の改定のポイント

8) 緩和ケアの充実、どうやって促す？

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



診療・介護報酬の改定のポイント

8) 緩和ケアの充実、どうやって促す？

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

終末期の医療にあたっての強調されている2点

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行なった上で、患者本人による決定を基本とすること。
- ② 人生の最終段階における医療及びケアの方針を決定する際には、医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断すること。

診療・介護報酬の改定のポイント

8) 緩和ケアの充実、どうやって促す？

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

2018年3月改訂

1) 名称

人生の最終段階における医療の決定
プロセスに関するガイドライン



人生の最終段階における医療・**ケア**の決定
プロセスに関するガイドライン

診療・介護報酬の改定のポイント

8) 緩和ケアの充実、どうやって促す？

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

2018年3月改訂

- 2) 『本人の意思は変化するものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと』の重要性を強調。
- 3) 『本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくこと』の重要性を記載。
- 4) 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、「本人の意思を推定する者」とされる信頼できる者の対象を、「家族」から「家族等」(親しい友人などを含む)に拡大。
- 5) 『繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有すること』の重要性について記載。

診療・介護報酬の改定のポイント

8) 緩和ケアの充実、どうやって促す？

ターミナル期
における

患者や家族の
意向を
叶えるしくみ

患者や家族の意向を
尊重する要件がプラスされた

在宅患者訪問
診療料の在宅
ターミナルケア加算

訪問看護の
訪問看護
ターミナルケア療養費

ガイドラインの内容を踏まえる
ことを算定要件にプラス

「人生の最終段階における医療の決定
プロセスに関するガイドライン」等

ガイドラインに沿った
取り組みを明確化

介護保険の訪問看護や定期巡回・
随時対応型訪問介護看護など



ケアマネ

在宅がん医療総合診療料(医師側)
ターミナルケアマネジメント加算
(ケアマネ側)で、末期がんの人の
ターミナル期の情報連携を下支え

診療・介護報酬の改定のポイント

9) ホームヘルプの報酬、上がるの？

生活援助の基本報酬引き下げと ヘルパーの要件

基本報酬が上がったのは？

約1~2%アップ!

I. 訪問介護の身体介護 (20分未満は据え置き)

改定前

所要時間20分以上30分未満の場合 245単位
所要時間30分以上1時間未満の場合 388単位
所要時間1時間以上の場合 564単位に所要時間1時間から計算して30分を増すごとに80単位を加算した単位数

改定後2018年4月~

所要時間20分以上30分未満の場合 248単位
所要時間30分以上1時間未満の場合 394単位
所要時間1時間以上の場合 575単位に所要時間1時間から計算して30分を増すごとに83単位を加算した単位数



基本報酬が下がったのは？

約1%ダウン!

IV. 訪問介護の生活援助

改定前

所要時間20分以上45分未満の場合 183単位
所要時間45分以上の場合 225単位

改定後2018年4月~

所要時間20分以上45分未満の場合 181単位
所要時間45分以上の場合 223単位



生活援助を提供するヘルパーの要件はどうなった？

改定前

介護福祉士、実務者研修修了者、
初任者研修(130時間)修了者
※身体介護のヘルパーも同じ

改定後2018年4月~

初任者研修の130時間より
研修時間の少ない新研修(59時間)
修了者 ※生活援助のみ

- 現行の初任者研修のカリキュラムを参考とする
- 利用者の観察の視点や認知症高齢者に関する知識の修得も目指す
- 地域医療介護総合確保基金で、研修費用を補助？

9) ホームヘルプの報酬、上がるの？

生活援助の基本報酬引き下げと ヘルパーの要件

診療・介護報酬の改定のポイント

- 1、生活援助を担う人材の新たな研修の創設
- 2、見守り援助の明確化
- 3、サ責の役割や任用要件を明確化

1) 生活援助を担う人材の新たな研修の創設

生活援助を提供するヘルパーの要件はどうなった？

改定前

介護福祉士、実務者研修修了者、
初任者研修(130時間)修了者
※身体介護のヘルパーも同じ

改定後2018年4月～

初任者研修の130時間より
研修時間の少ない新研修(59時間)
修了者 ※生活援助のみ

- 現行の初任者研修のカリキュラムを参考とする
- 利用者の観察の視点や認知症高齢者に関する知識の修得も目指す
- 地域医療介護総合確保基金で、研修費用を補助？

9) ホームヘルプの報酬、上がるの？

生活援助の基本報酬引き下げと ヘルパーの要件

診療・介護報酬の改定のポイント

- 1、生活援助を担う人材の新たな研修の創設
- 2、見守り援助の明確化
- 3、サ責の役割や任用要件を明確化

2) 見守り援助の明確化



「自立支援のための見守り援助」の明確化で
生活援助→身体介護への切り替えが進む？

「自立支援のための
見守り援助」
って何？

●2000年3月の厚労省通知(老計第10号)より
【身体介護1-6】
「自立支援、ADL向上の観点から、安全を確保しつつ常時介
助できる状態で行う見守り等」

●明確化する内容

利用者と一緒に手助けしながら行う掃除(安全確認の声かけ、疲労の確認を含む)その他利用者の自立に資するものとして身体介護に該当するものについて、「身体介護に該当すること」を明確にする。

9) ホームヘルプの報酬、上がるの？

生活援助の基本報酬引き下げと ヘルパーの要件

診療・介護報酬の改定のポイント

- 1、生活援助を担う人材の新たな研修の創設
- 2、見守り援助の明確化
- 3、サ責の役割や任用要件を明確化

3) サ責の役割や任用要件を明確化／

① サ責の要件

② サ責に責務を追加

サ責の任用要件はどうなる？

サ責が初任者研修修了者(旧2級ヘルパー研修修了者含む)の場合

改定前

所定単位数の70%まで減算
※サテライト型事業所については適用しない



改定後2018年4月～

任用要件から廃止。ただし、現在上記のサ責を配置している場合は、1年間の経過措置を設ける(現行の減算規定適用)

サ責に求められる新たな責務とは？



I

ケアマネに対する
以下の情報提供を義務づけ

訪問介護の現場における
利用者の口腔や服薬の状況、
心身や生活の状況について
気づいた問題や課題

II

(事業所として)ケアマネ
に以下の働きかけ禁止

利用者に必要のない
自事業所のサービスをケアプラン
に組み込むよう、不当に
働きかけること

次期改正に向けて考えていきたい事

【参考】改革工程表上の主な制度改革等検討項目(2017改定後) 社会保障

取組状況	主な項目
既に対応済みのもの	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の光熱水費負担の見直し ・保険者努力支援制度の具体的な仕組み ・高額療養費（月額負担上限）等の見直し ・介護保険の利用者負担の在り方 ・介護納付金の総報酬割導入 ・軽度者に対する福祉用具貸与・住宅改修に係る給付の適正化 ・先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方 等
一部対応したが、引き続き対応が必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> ・高確法第14条の診療報酬の特例の活用方策 ・地域差分析を活用した介護保険事業計画のPDCAサイクルの強化・給付費の適正化に向けた保険者へのインセンティブ付けなどの制度的枠組みの検討 ・生活援助サービス等その他の給付の在り方、負担の在り方 ・「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づく取組み ・服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価、適正化や患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し

次期改正に向けて考えていきたい事

【参考】改革工程表上の主な制度改革等検討項目(2017改定後) 社会保障

取組状況	主な項目
今後対応していくもの	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者の窓口負担の在り方 ・ 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための課題（介護総報酬割以外） ・ 金融資産等の医療保険制度における負担への反映方法 ・ 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点からの検討 ・ かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担についての検討 ・ 軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行 ・ 短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大 ・ 高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方 ・ 高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方 ・ 介護の調整交付金の活用方策についての検討 ・ 国民健康保険の普通調整交付金の活用方策についての検討 <p style="text-align: right;">等</p>

次期改正に向けて考えていきたい事

医療・介護制度改革の視点

「高齢化」「支え手の減少」「高度化」の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくため、下記の視点で、制度の改革に取り組んでいく必要があり、早急に議論を前に進めるべき。

視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）

- ① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」
新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加えて経済性・費用対効果を踏まえて公的保険で対応する仕組みとしていくべき。
- ② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」
少額の外来医療、OTC類似薬の処方など、「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

視点2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（公定価格と提供体制）

- ① 「公定価格の適正化・包括化」
診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を考慮して、できる限り効率的に提供するよう、診療報酬・薬価の適正化等を進めるべき。
- ② 「医療提供体制の改革」
これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で、必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療提供体制についての都道府県を中心とするコントロールの仕組みを整備・充実していくべき。

視点3 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく（給付と負担のバランス）※後日ご説明

- ① 「年齢ではなく能力に応じた負担」
団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、「後期高齢者の窓口負担の引上げ」などの改革を実施すべき。
- ② 「支え手減少下での医療費増加に対しても制度の持続可能性を確保」
負担の先送りを解消していくとともに、支え手の負担能力を踏まえつつ、給付を見直していくことで、医療保険制度の持続可能性を確保していくべき。

次期改正に向けて考えていきたい事

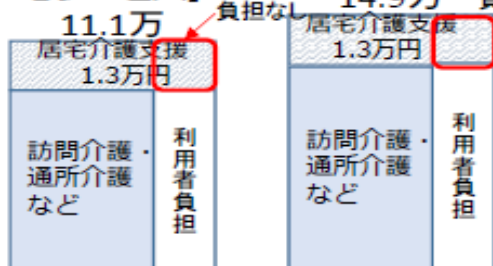
ケアマネジメントの質の向上と利用者負担について

⑤

【論点】

- 介護保険サービスの利用にあたっては一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援については、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点などから利用者負担が設定されていない。
- ケアマネジメントの主な業務は、初回のケアプラン作成の後、毎月のモニタリング（要支援は3か月ごと）と数か月ごとの評価やケアプランの変更等となる。こうした業務については利用者負担がないことで利用者側からケアマネジャーの業務の質についてのチェックが働きにくい構造になっていると考えられる。
- また特養などの施設サービス計画の策定等に係る費用は基本サービス費の一部として利用者負担が存在。既に一定の利用者負担の下に介護サービスが利用されていることを踏まえれば、居宅介護支援への利用者負担は、サービスの利用の大きな障害にはならないと考えられる一方、利用者が、より一層ケアマネジャーの質のチェックを行っていくことに資すると考えられる。

在宅サービス】利用者負担なし 14.9万 利用者負担なし 1.3万円



受給者一人当たり介護サービス費用（要介護1・月ごと）
（出典）介護給付費等実態調査（平成29年4月審査分）

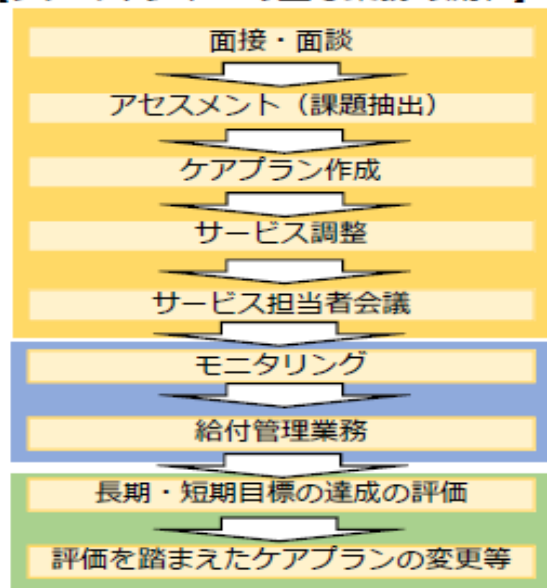
受給者一人当たり介護サービス費用（要介護2・月ごと）
（出典）介護給付費等実態調査（平成29年4月審査分）

【ケアプランを変更した割合】（平成28年9月中）

	全体	新規作成	変更	新規作成・変更なし	無回答
	3,473	191 5.5%	600 17.3%	2,605 75.0%	106 3.1%

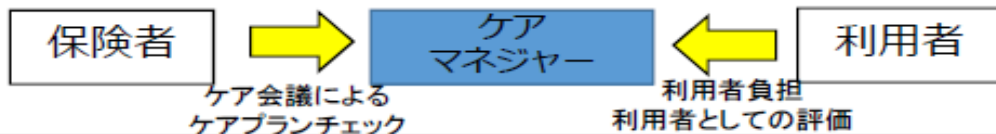
（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）

【ケアマネジャーの主な業務の流れ】



最初の月の業務（数日程度）
毎月の業務
数か月ごとの業務

【イメージ】



【改革の方向性】（案）

- 保険者におけるケアプランチェックと相まってケアマネジメントの質の向上を図る観点から、居宅介護支援に利用者負担を設ける必要。

66

次期改正に向けて考えていきたい事

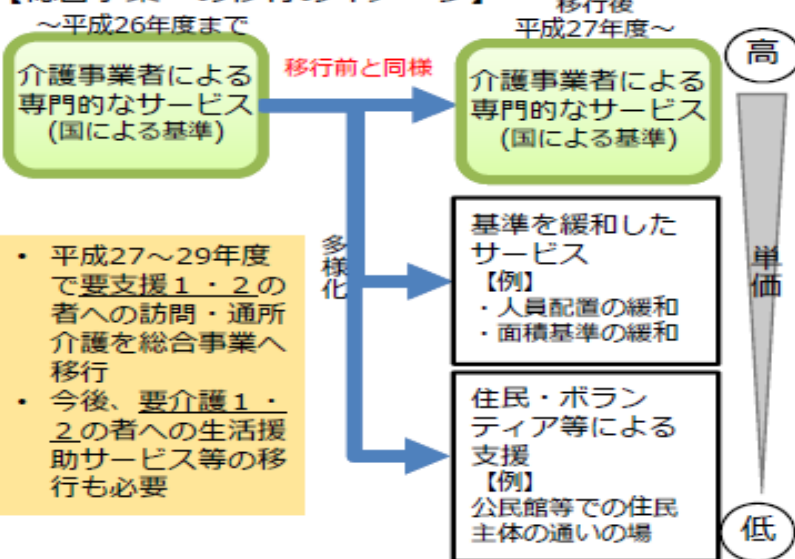
軽度者へのサービスの地域支援事業への移行について

⑥

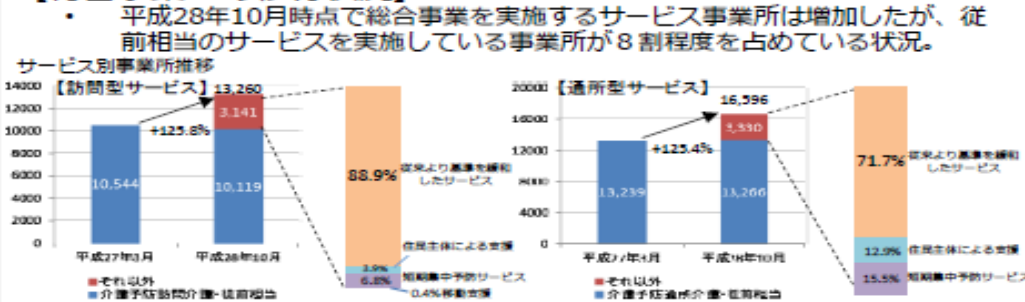
【論点】

- 軽度者（要支援、要介護1・2）は生活援助サービスの利用割合が大きいが、こうした生活支援に関わるサービス等は、国による一律の基準によるサービス提供よりも、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供が望ましい。
- 平成27年度から要支援者に対する訪問・通所介護は、介護予防・日常生活支援総合事業に移行し、利用者の状態像や地域の実情に応じて、国による基準に基づく専門的なサービスだけでなく、基準を緩和したサービスや住民主体のサービスを実施する方向。
- 平成29年度に全市町村が総合事業へ移行しているが、総合事業を実施している事業所で見ると、まだ多くが移行前と同様の国による基準に基づくサービスの実施にとどまっている。

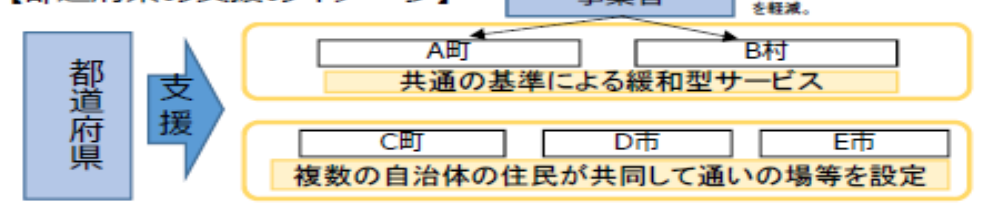
【総合事業への移行のイメージ】



【総合事業への移行状況】



【都道府県の支援のイメージ】



【改革の方向性】 (案)

- 今後、先行した自治体の例も踏まえ、一定の時期までに利用者の実情によって専門的なサービスが必要な特段の場合を除き、基本的に緩和型や住民主体のサービスに移行するなどの方針を国において定めることで、一層の総合事業の推進を図るべき。
- その際、単独では緩和型サービスの基準や住民主体の取組の企画・策定が難しい自治体にとっては、都道府県が積極的に支援することにより、複数自治体にまたがる事業の実施も検討する必要がある。
- また、残された要介護1・2の者の生活援助サービス等の更なる地域支援事業への移行も進めていく必要。

67

ご清聴ありがとうございました

ケアマネの知識と行動力で、
真のケアマネの仕事を、全うしま
しょう！



【2018】

研 修 受 講 証 明 書

平成 年 月 日

東京都中野区上高田 2-45-10
NPO 法人ピクニックケア内
中野区介護支援専門員部会
会 長 宮 原 和 道

下記の者は、当会が主催する下記研修会を受講したことを証明する。

フリガナ		介護支援専門員番号
受講者氏名		
研修会名	<input type="checkbox"/> 平成 30 年度第 月 度役員会 <input type="checkbox"/> 平成 30 年度第 回主任ケアマネ研修 <input type="checkbox"/> 平成 30 年度全体会	
内 容		
日 時	平成 年 月 日 時 分～ 時 分	

【注意事項】

証明書の内容が事実と異なる場合は、本証明書は無効となります。

公印無きは無効となります。

証明書の再発行はいたしません。