

【改正内容（抜粋）】

○管理者の要件として「主任ケアマネージャー」であることとする。（3年間の経過措置期間あり）

○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（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）説明しなければならない。

○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医等の意見を求めることとされており、この意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付しなければならない。

○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自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネから主治医等に必要な情報伝達を行わなければならない。

○ケアマネ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なければならない。（6か月周知期間を経て10月より施行。）

○障がい福祉サービスを利用してきた障がい者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネと障がい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、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に務める必要がある。

○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、主治医の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。