

令和4年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

各論⑥

介護支援専門員の役割

～ その人らしい生活を支える ～

一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事

坪根 雅子

2000年介護保険開始

皆さまは、そのころ
どこで？
どう？
お過ごしだったでしょうか？

日本の10大ニュース！！

- 1位:小淵首相倒れ保守連立
内閣発足
- 2位:有珠山三宅島噴火
鳥取西部大地震
- 3位:西鉄バスジャック事件
- 4位:シドニー五輪
マラソン高橋金メダル
- 5位:雪印食中毒など企業不
祥事
- 6位:そごう、千代田生命破綻
- 7位:介護保険制度開始

制度が20年を超えて(人であれば成人)

得たもの

- ・女性の社会進出
- ・仕事と介護の両立
- ・介護の社会化
- ・地域包括ケアシステム
- ・地域医療介護連携
- ・災害時の対応力

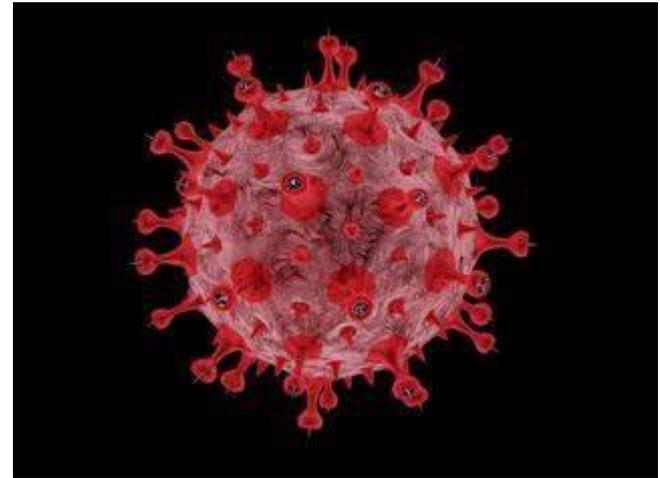
失ったもの

- ・町内会の存在感
- ・介護保険料の高騰
(受け取り年金額の減額)
- ・子供の減少

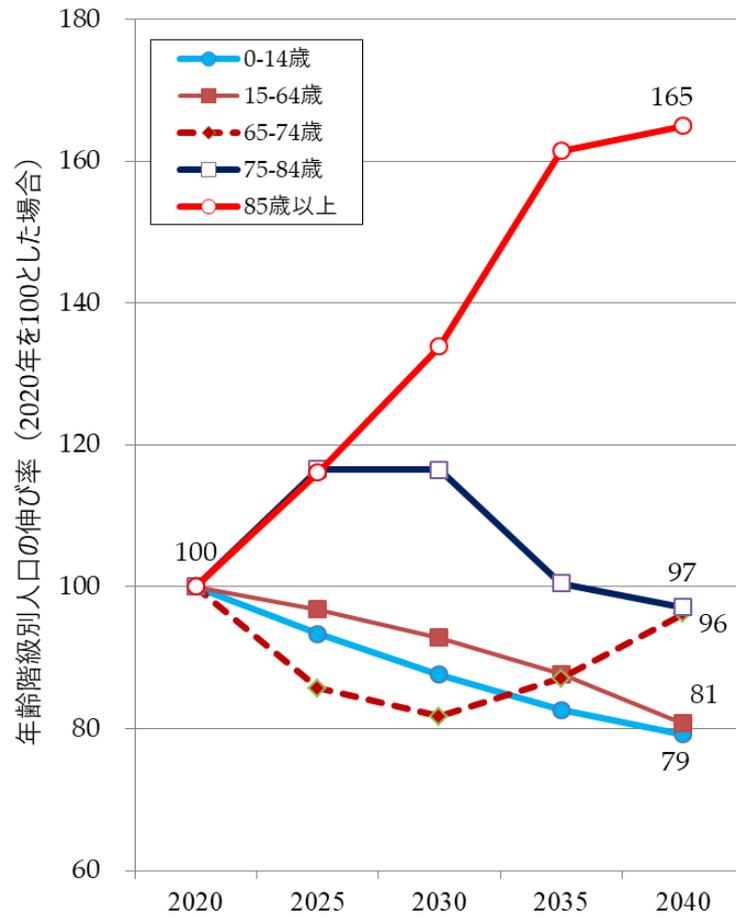


2020年は・・・

日本介護支援専門員協会では
「20歳の介護保険」で、
市民フォーラム開催予定



2020～2040年間の人口構造の変化



医療と介護の両方のニーズを有する高齢者が増加していく。生活支援に対するニーズを有する高齢者が増加していく。

85歳以上の入院患者が急増していく。

死亡者数も2040年頃まで増加していく。

医療機関との情報連携の強化

概要

【居宅介護支援】

- 居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。
【告示改正】

単位数

< 現行 >

なし

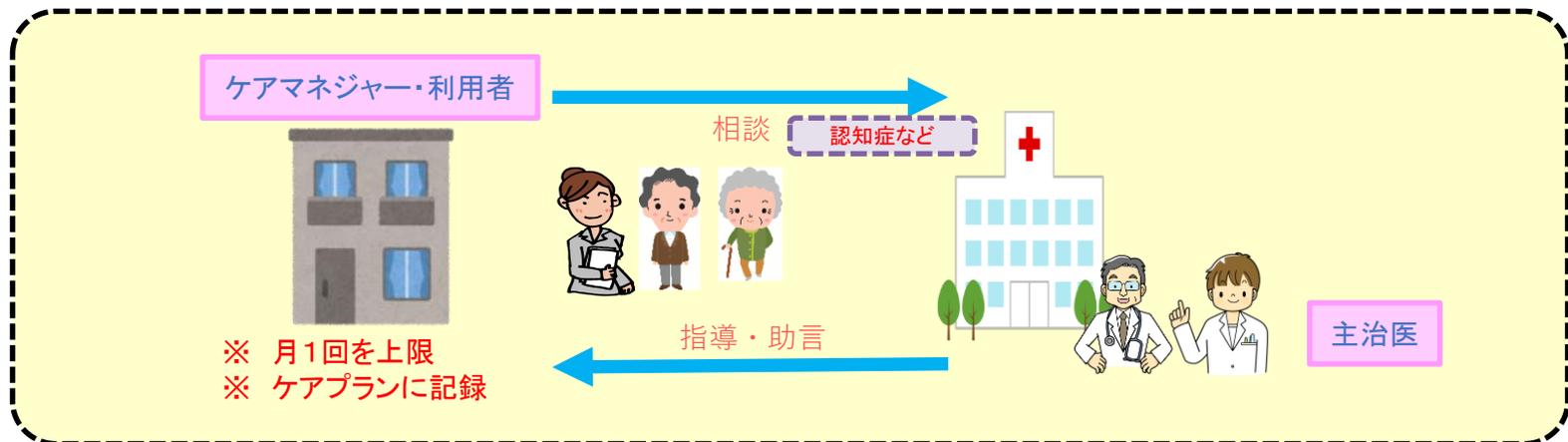
< 改定後 >

⇒

通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

算定要件等

- ・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする
- ・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合



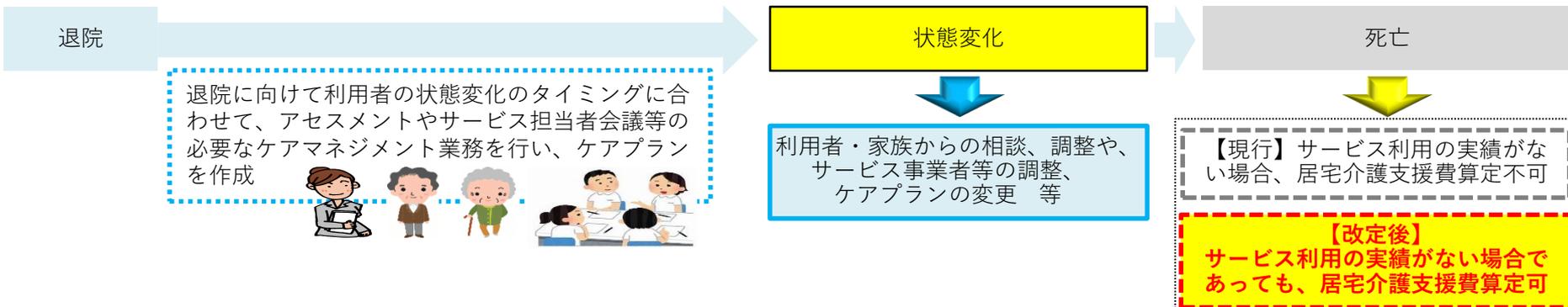
(第199回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料1「令和3年度介護報酬改定における改定事項について」より)

看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価

概要	【居宅介護支援】
<p>○ 看取り期における適切な居宅介護支援の提供や医療と介護の連携を推進する観点から、居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に取り扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を可能とする見直しを行う。【通知改正】</p>	

単位数	<p>< 現行 > サービス利用の実績がない場合は請求不可</p>	⇒	<p>< 改定後 > 居宅介護支援費を算定可</p>
------------	---	---	--------------------------------------

算定要件等	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の（原案の）作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っていること ・居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録で残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくこと
--------------	--



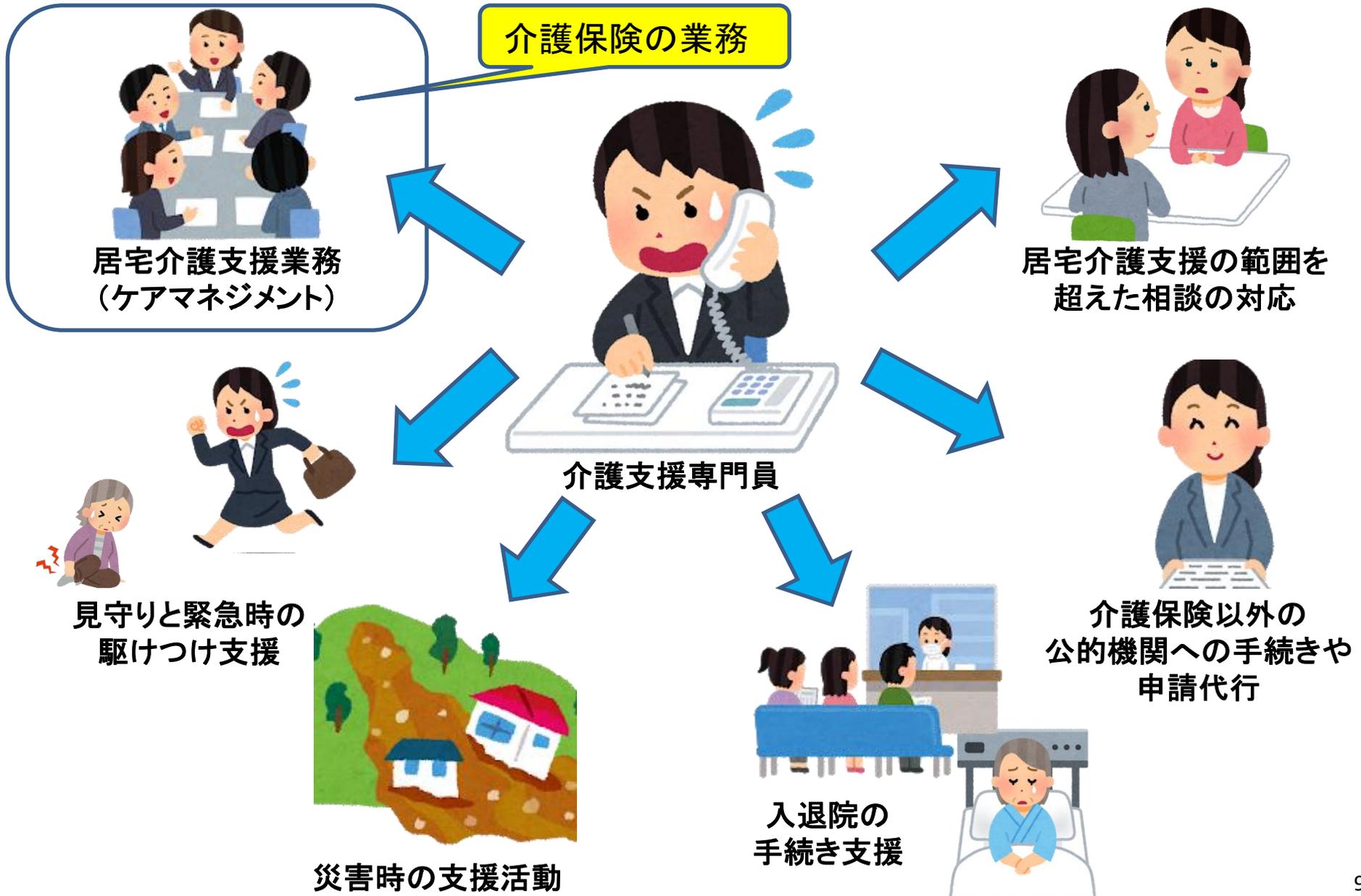
(第199回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料1「令和3年度介護報酬改定における改定事項について」より)

この新改定を活用するには

入院時クリティカルパスに、介護保険申請のパス化を期待したい。

例) がん末期で退院。在宅医も決まった。
訪問看護も決まった。(ここまでは医療保険)
立ち上がりなど行いやすいように介護ベッドを
活用したい。
申請したが、認定調査が間に合わず(😞)
(結果: 介護ベッドは、自費利用となる。)

介護支援専門員は社会インフラ



こんなことを言われた時期もありました。

末期がんだし、医療保険の訪問看護で賄うから
福祉用具の手配だけ
してくれりゃあいい
ケアプラン？
いらないよ！

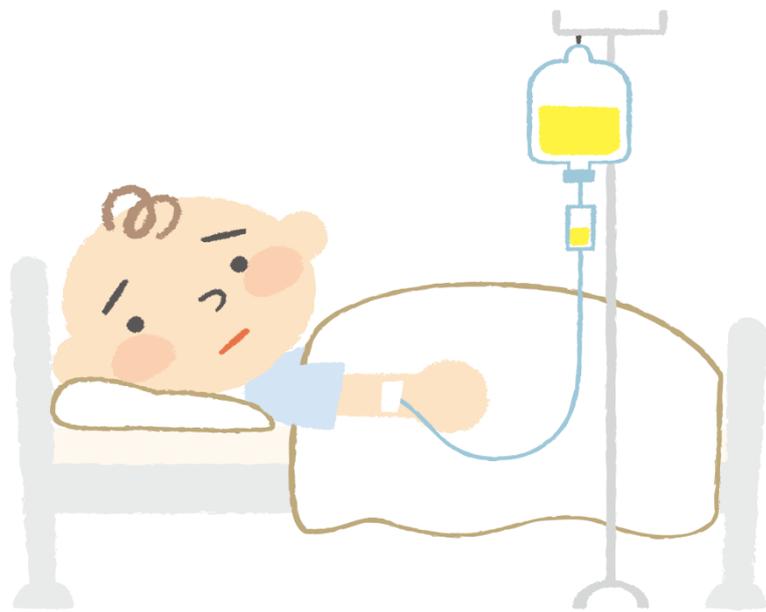


ところで、先生方このような経験がありますか？

脱水で搬入された高齢者が、点滴を抜いて困る。

「家に帰る！」と言って杖を振り回す。

夜間ナースコールが頻回で、昼間はずっと寝ており、リハビリにならない。



介護保険では・・・

入院時情報連携加算（Ⅰ）利用者が病院等に入院してから3日以内に、病院等の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供
（月200単位）

入院時情報連携加算（Ⅱ）利用者が病院等に入院してから4日以上7日以内に、病院等の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供
（月100単位）

入院時情報連携加算の基準

※提供する情報

①利用者の状況(疾患、病歴、認知症の有無、徘徊の有無等)

②生活環境(家族構成、生活歴、介護の方法、家族の介護状況等)

③サービスの利用状況

平成30年度改正により、情報提供の方法が問われなくなりました。

※ 起算方法・・・入院した日を初日(1日目)として起算すること。

医療と介護の連携の強化 (平成30年度介護報酬改定)

訪問介護

- 訪問介護の現場での利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に係る気付きをサービス提供責任者から居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報共有することについて、サービス提供責任者の責務として明確化。【省令改正】

居宅介護支援

- 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付け。【省令改正】

医師、歯科医師、 薬剤師

- 伝達された情報を踏まえ、適切な対応をとることが求められている。

<情報提供の例>

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・薬の服用を拒絶している
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・食事量や食事回数に変化がある
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・下痢や便秘が続いている

いくら情報提供しても・・・

点滴を抜く患者さんは抜きます。

家に帰りたいたと、杖を振る患者さんもやめません。

夜間譫妄も、止まりません。



私たち介護支援専門員は想定内だったりします。

関りの中で

生活歴：

地域特性：

職歴：

家族の中での立ち位置

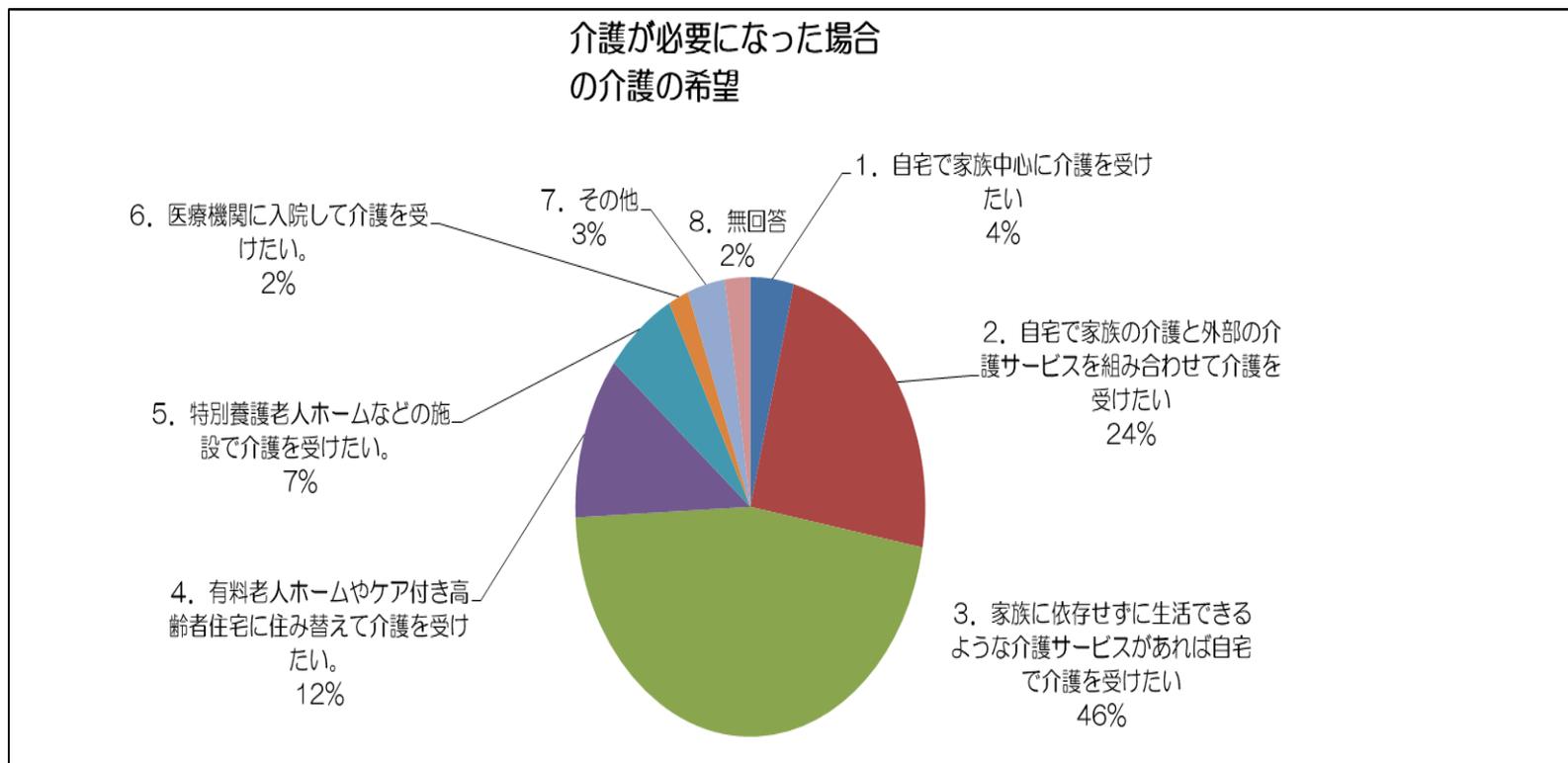
利用者のポリシーなど

様々な、ことをアセスメントしています。

介護の希望（本人の希望）

【自分が介護が必要になった場合】

最も多かったのは「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」で46%、2位は「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」で24%、3位は「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」で12%。



健康狀態

生活機能

心身機能
身体構造

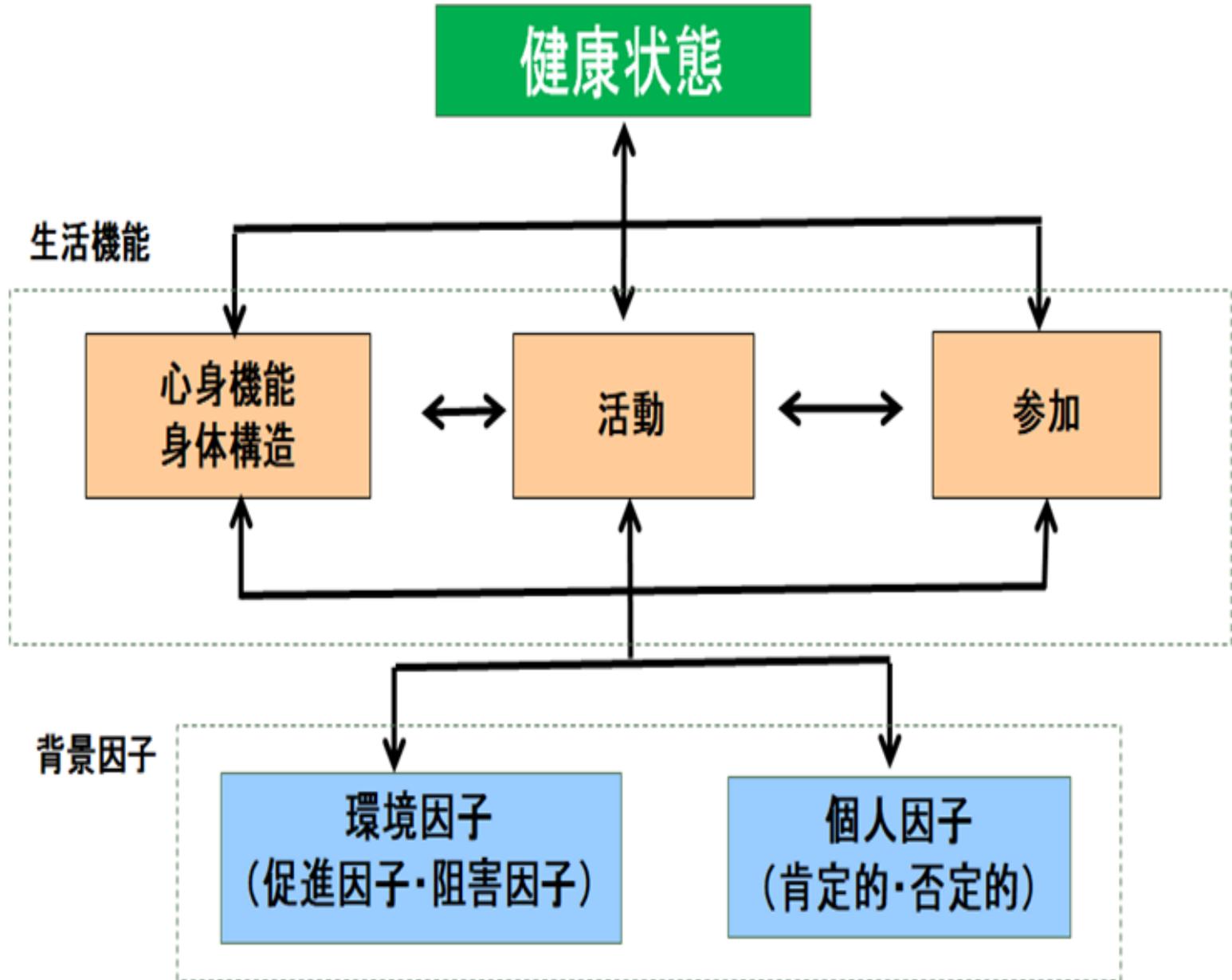
活動

参加

背景因子

環境因子
(促進因子·阻害因子)

個人因子
(肯定的·否定的)



現在の在宅医療



であろうが

日々の暮らしや
育する仕組みを

書で医療でアセ

とる期間が持

メントを行い、ケアプランに
てるようになった。

ゆっくりと着陸する。

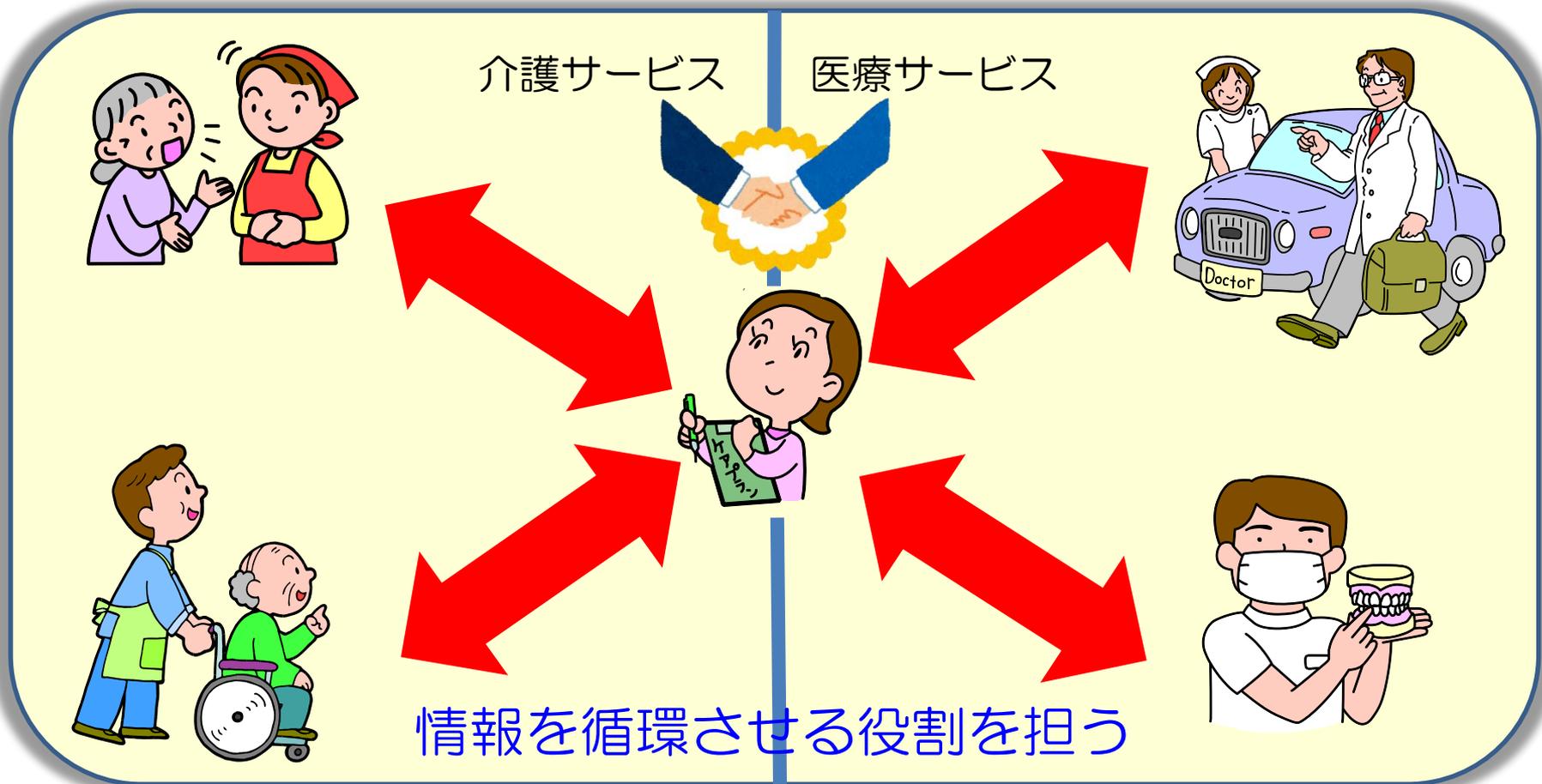
今後の課題

- ひとり暮らし高齢者の見守り
- **仕事と介護の両立**
- 認知症の方の在宅生活支援
- 高齢者夫婦世帯
- **最期をどこで迎えたいか？**
- 団塊世代の、介護保険の利用についての理解
- ヤングケアラー
- 少子化に伴う担い手不足

平時の医療介護連携として

介護支援専門員による医療側への情報提供の義務を明確化

＜介護支援専門員のハブ機能＞



できれば、介護保険利用無く人生の最終段階を過ごすことが望ましいが利用者→患者→利用者として人生の最終段階を過ごさせたい。
治し支える医療、介護



ご清聴ありがとうございました。

Nenzureba Handhiraku
Copyright © 2014 H-Seiryu
All Rights Reserved.