

平成20年3月25日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大森 彌 殿

社会保障審議会
介護給付費分科会委員
木村 隆次

医療介護連携を体系化するためのツールの提案及び 情報共有・連携に対する介護支援専門員の評価について

本年4月より後期高齢者医療制度がスタートします。

この新しい医療制度は高齢者の「生活を重視」し、「尊厳に配慮」すること、そして「安心・納得」できる医療を提供することが基本的視点として謳われています。

高齢者の普段の生活はもとより、病院から退院して在宅へ戻る場合、あるいは在宅から入院・入所する際の個々の動きに合わせて、必要な場で過不足のないサービスを切れ目なく提供することが求められています。その人がどんな暮らし方をしたいのか、居場所は変わっても常に一人ひとりの尊厳が保持されるためには、「ケアマネジメント」を徹底していくことが必要です。

後期高齢者医療を考える上では、後期高齢者が介護保険のサービスを受けていることも多いことから、主治医とケアマネジャーが緊密に情報交換を行い、後期高齢者の状態を十分に踏まえたサービス提供を行うなど、医療サービスの枠内に止まらず、公的な介護・福祉サービスや地域との連携を図ることが不可欠になります。このため平成19年10月10日に後期高齢者医療の在り方に関する特別部会がまとめた診療報酬体系の骨子には「主治医等とケアマネジャー(介護支援専門員)を中心」として情報の共有・連携を推進することが明記されました。

医療と介護がうまく連携することによって生まれる関係者間の情報共有は、高齢者が安心納得できる暮らしを支えられることになるばかりか、社会保障制度全体を考えた場合に大変意義あることだと考えます。

そこで、医療と介護の連携を体系化するためのツールをご提案するとともに、後期高齢者医療制度において「情報共有・連携」の中心的役割を担うとされた介護支援専門員に対する評価について、ご検討をお願いします。

1. 入退院時や在宅療養時のカンファレンスを円滑に進めるために、国として「連携」の基本となるシート(様式)を作成することを要望します。

入退院・在宅療養時のカンファレンスや日常的な情報共有を円滑に進め、「連携」を体系化していくために、多くの職種が共通言語として使用できるツール(仮称「連携シート」)のイメージ(資料1)を、本日、提出します。

日本介護支援専門員協会においても、現場で(仮称)「連携シート」を検証していく予定です。

このツールによって関係者が効率的に情報を共有することはもちろんですが、重複する書類を減らすことも可能になります。

このようなことをねらいとして、国として「連携」の基本となるシートの作成をお願いします。

2. 情報共有・連携に対する介護支援専門員の評価について

後期高齢者医療制度においては、診療報酬上で医師等が「退院時共同指導料」及び「在宅患者緊急時等カンファレンス料」を算定する際に、共同して指導を行う者の選択肢の中に居宅介護支援事業者の介護支援専門員が掲げられています。(資料2参照)

ここで示された者のうち、この共同指導(連携)に対する明確な報酬上の評価がされていないのが介護支援専門員です。

高齢者の生活を支えるためには「医療」と「介護」の連携が必須であることはいうまでもありません。診療報酬で示された内容との整合性を踏まえても、新規(初回)の際の手間だけではなく、利用者が入退院を繰り返す際に介護支援専門員が関わったことに対する評価の検討をお願いします。

なお、日本介護支援専門員協会では、指定居宅介護支援事業所において介護支援専門員が担当する利用者状況調査を実施中です。現在、中間集計の段階ですが、この調査からは、利用者の要介護度別の認知症の有無、介護支援専門員一人当たりの担当件数、初回加算Ⅰ・Ⅱ及び特定事業所加算の算定率等、どの算定要件がネックとなって算定できないのか、現行の算定要件が実態に即したものであるのかどうか等、具体的な数値として浮き彫りになりつつあります。

最後に、現状の介護報酬算定の基準では、努力をしても居宅介護支援事業所の収益は頭打ち状態で、このままでは多くの事業所が閉鎖を余儀なくされることは目に見えています。単に報酬だけの問題ではないことは認識していますが、利用者の生活を支え、国民が安心できるケアマネジメントを確立するために努力をしている居宅介護支援事業所、施設、居住系サービスに配置された介護支援専門員の評価、居宅介護支援事業所が自立経営できる評価について、後日、この場で提言させていただく予定です。

以上

(仮称) 連携シートのイメージ

基本情報 1 [記入日：平成 年 月 日]

記入者名：

氏名	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
住所	〒 -	TEL	
		緊急連絡先	
【介護保険】 未申請・申請中 自立 ・ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定年月日：平成 年 月 日 有効期限：平成 年 月 日～ 年 月 日		【医療保険】 社保（本人・家族）・国保・その他（ ） 老人医療 老人保健 自治体単独 後期高齢者医療 公費医療 特定疾患 自立支援医療 その他	
障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者の生活自立度 自立 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		[取得年月日：平成 年 月 日] 身障手帳 申請中（ 級） 養育手帳（ 度） 精神障害者福祉手帳（ 級） 生活保護 収入（年金など）	

家族構成・周囲環境

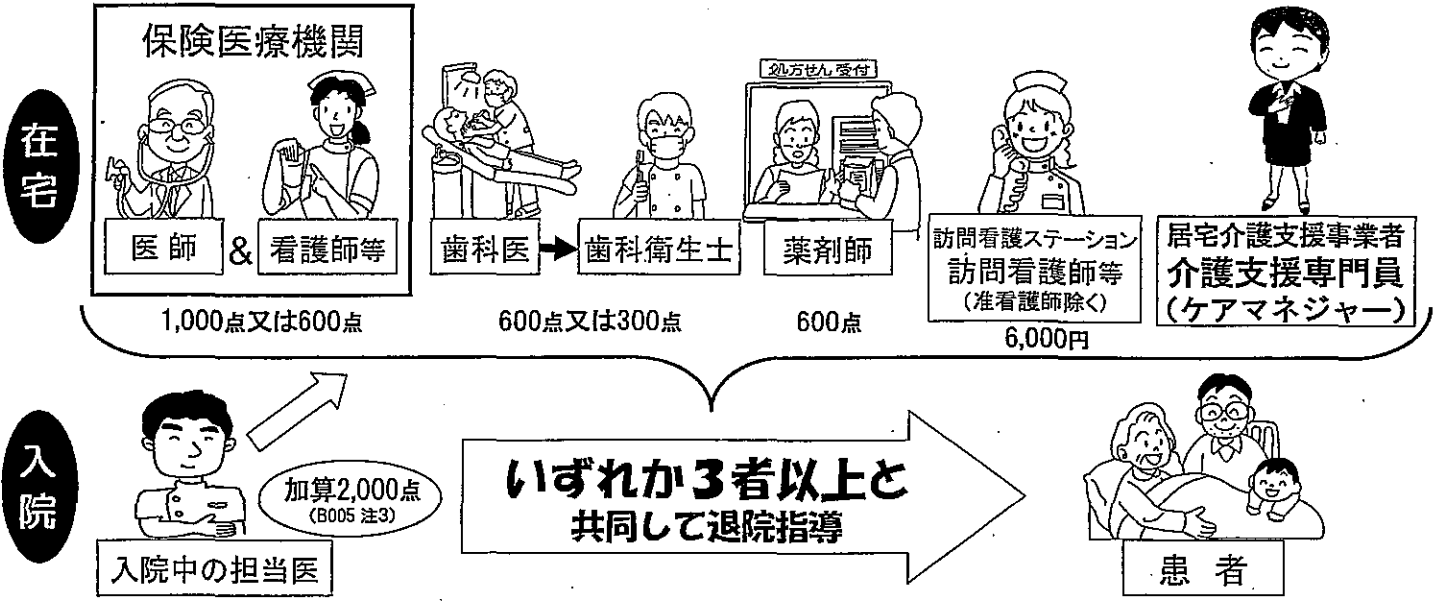
			自宅の見取り図・住宅の周囲	
同居を○で囲む・年齢を記載				
氏名	続柄	特記事項	協力者（友人・親戚・民生委員・自治会など）	
			氏名	内容

既往歴・現症	在宅の主治医	担当介護支援専門員	
	医療機関	事業所名	
	TEL. 往診 有・無	TEL.	
担当医（病院・施設） 科 医師 連携担当（窓口） 入院・入所期間 平成 年 月 日 ～ 月 日	地域包括支援センター	在宅サービスの利用状況	
	担当名	訪問系	
	服薬内容（詳細はおくすり手帳参照） 薬剤師（薬局）	通所系	シヨート
			福祉用具
		地域密着・小規模多機能	
		住宅改修	
		地域支援事業（オムツ等）	

基本情報 2 (変化の共有)

項目	在宅・入院・入所時の状態・状況 [記入日： 年 月 日]	現在の状況 [記入日： 年 月 日]	特記事項・介助方法今後の可能性・希望
病状			
痛み	有 無	有 無	
褥瘡・皮膚の状態	有 無	有 無	
食事 (方法・状況)	ペースト・刻み・普通・経管栄養 介助・一部介助・自立・むせこみ	ペースト・刻み・普通・経管栄養 介助・一部介助・自立・むせこみ	
口腔ケア (方法・状況)	自立・一部介助・介助 朝・昼・夜・就寝前	自立・一部介助・介助 朝・昼・夜・就寝前	
移動 (方法・能力)	自立・見守り・手引き・車椅子 杖・シルバーカー・歩行器	自立・見守り・手引き・車椅子 杖・シルバーカー・歩行器	独自の方法、転倒の危険など
立位保持	自立・介助・不可	自立・介助・不可	
座位保持	自立・可(支え有)・不可	自立・可(支え有)・不可	
寝返り	自立・介助・不可	自立・介助・不可	
入浴 (方法・状況)	自立・介助・不可 シャワー・清拭	自立・介助・不可 シャワー・清拭	
排泄 排尿→ 排便→	自立・見守り・介助・オムツ 自立・見守り・介助・オムツ	自立・見守り・介助・オムツ 自立・見守り・介助・オムツ	留置カテーテル・その他()
衣服の着脱 上・下	自立・介助・一部介助 仕上げのみ	自立・介助・一部介助 仕上げのみ	
コミュニケーション	意思の伝達 可・困難	意思の伝達 可・困難	言葉以外の伝達方法
認知症の進行 物忘れ 有・無	状況：	問題行動 悪化・改善	
睡眠	良眠・昼夜逆転・何度か起きる 途中から目が覚める	良眠・昼夜逆転・何度か起きる 途中から目が覚める	睡眠薬 常用・時々・無 就寝 時 分～起床 時 分
精神的不安 生活意欲	訴えが多い・落ち着かない 意欲低下がある	訴えが多い・落ち着かない 意欲低下がある	
入院・入所中 に行われた支援 及び 伝達事項	<ul style="list-style-type: none"> ・継続して行う在宅治療 ・緊急性のある症状 ・療養生活指導 ・在宅に向けて医療工夫 ・リハビリの内容 ・必要な物品 ・その他 		
在宅生活が 行える条件等	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅生活上、必要な ADL ・在宅で行われている医療 ・家族の介護量の限界 ・経済状況 ・通院の条件 ・その他 		

後期高齢者の退院時共同指導のイメージ



B005 退院時共同指導料2 【300点】【注3 加算 2,000点】

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が入院中の患者に対して、患者の同意を得て退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。
(中略)

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険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看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,000点を加算する。

在宅の主治医を中心とした情報共有のイメージ 在宅患者の診療方針の決定に係るカンファレンスの評価 【診療方針の変更等が必要な場合】

