

介護保険との連携について

第1 医療保険と介護保険の連携の状況について

- 1 65歳以上人口の割合は増加しており、要介護(要支援)認定者数も増加している(参考資料 P1~2)。
- 2 介護サービスを受けるためには、居住地の市町村への申請を行い、認定調査・主治医意見書に基づいた要介護認定を受ける必要がある。原則として、申請の受付から認定結果の通知については、30日以内に行うこととされている(参考資料 P3)。
- 3 主治医意見書には、介護サービス提供時の医学的観点からの留意点、利用する必要があると考えられる医療系サービス等の情報が含まれており、患者本人及び主治医の同意によって居宅介護支援事業者等(以下ケアマネージャー)が介護サービス計画(以下、ケアプラン)を作成に利用することが可能である(参考資料 P7~8)。
- 4 介護老人保健施設には常勤医師が配置されているため、比較的病状が安定している者に対する療養については当該医師により提供可能であることから、介護老人保健施設入所者に対する診療料については、施設入所者以外の患者に対するのとは別の整理を行っている(参考資料 P11~14)。

第2 現状と課題

- 1 入院患者のスムーズに在宅復帰を可能にするには、地域の事業者等について、情報提供可能なケアマネージャーと、入院時から連携することが重要である。特に、入院前から在宅で居宅系サービスを利用していた患者の場合、そのケアプランの作成を担当していたケアマネージャーと入院早期から適切な連携を図ることが必要である(参考資料 P4)。
- 2 ケアマネージャーへの調査によると、他機関との連携に関する悩みのうち、主治医との連携が取りにくいとの回答が 57.2%を占めた。また、主治医意見書は、居宅において介護を受ける患者に医療と連続した適切なサービスを提供するために重要な情報が記載されているが、入手していない割合が5割を超えるケアマネージャーが21%以上見られた(参考資料 P5~

8)。

- 3 老健施設入所者においても、がん患者等が入所している例が見られるが、現状、内服の抗腫瘍剤は医療保険から算定可能としているものの、注射の抗腫瘍剤は算定できないこととしている。近年、外来化学療法の実施率の向上等により、外来化学療法患者が増加傾向にあり、今後、老健施設への入所を必要とする外来化学療法患者が増加することも想定される(参考資料 P9～14)。

第3 診療報酬上の評価

- 1 退院後、在宅療養へ移行する患者について、退院後の在宅療法を担う医師と入院中の医療機関の医師が共同して指導を行った場合の評価を設けるとともに、退院後の在宅療養を担う薬剤師や訪問看護ステーションの看護師、ケアマネージャー等も加わった場合の加算を設けた。

B004 退院時共同指導料1					
1 在宅療養支援診療所		1,000 点			
2 1以外		600 点			
B005 退院時共同指導料2 300 点					
退院後の在宅療養を担う薬剤師や訪問看護ステーションの看護師、ケアマネージャー等も加わった場合 2000 点					
社会医療診療行為別調査(各年6月審査分)					
		平成19年		平成20年	
		実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
退院時共同指導料1	1	-	-	204	204
	2	1,074	1,074	363	363
退院時共同指導料2	1	38	38	1,051	1,051
	2	659	659		

- 2 平成21年度介護報酬改定において、ケアマネージャーが入院中の医療機関の職員と面談を行った場合の評価を行った。

イ 居宅介護支援費(1月につき)

(1) 居宅介護支援費()

(一) 要介護1又は要介護2 1,000 単位

(二) 要介護3、要介護4又は要介護5 1,300 単位

二 医療連携加算 150 単位

ホ 退院・退所加算

(1) 退院・退所加算() 400 単位

(2) 退院・退所加算() 600 単位

- 3 老健施設入所者については、介護報酬に包括されている医療行為や薬剤等又は老健施設入所者に想定されない医療行為や薬剤等については診療報酬から算定できないこととしている(参考資料 P11～13)。

第4 論点

- 1 入院後早期から退院後の生活を見通し、適切にケアマネージャーと連携を行う取組みについて、診療報酬上の評価をどのように考えるか(参考資料 P3～8)。
- 2 老人保健施設ががん患者をより積極的に受け入れやすくする取組みについて、診療報酬上の評価をどう考えるか(参考資料 P9～14)。