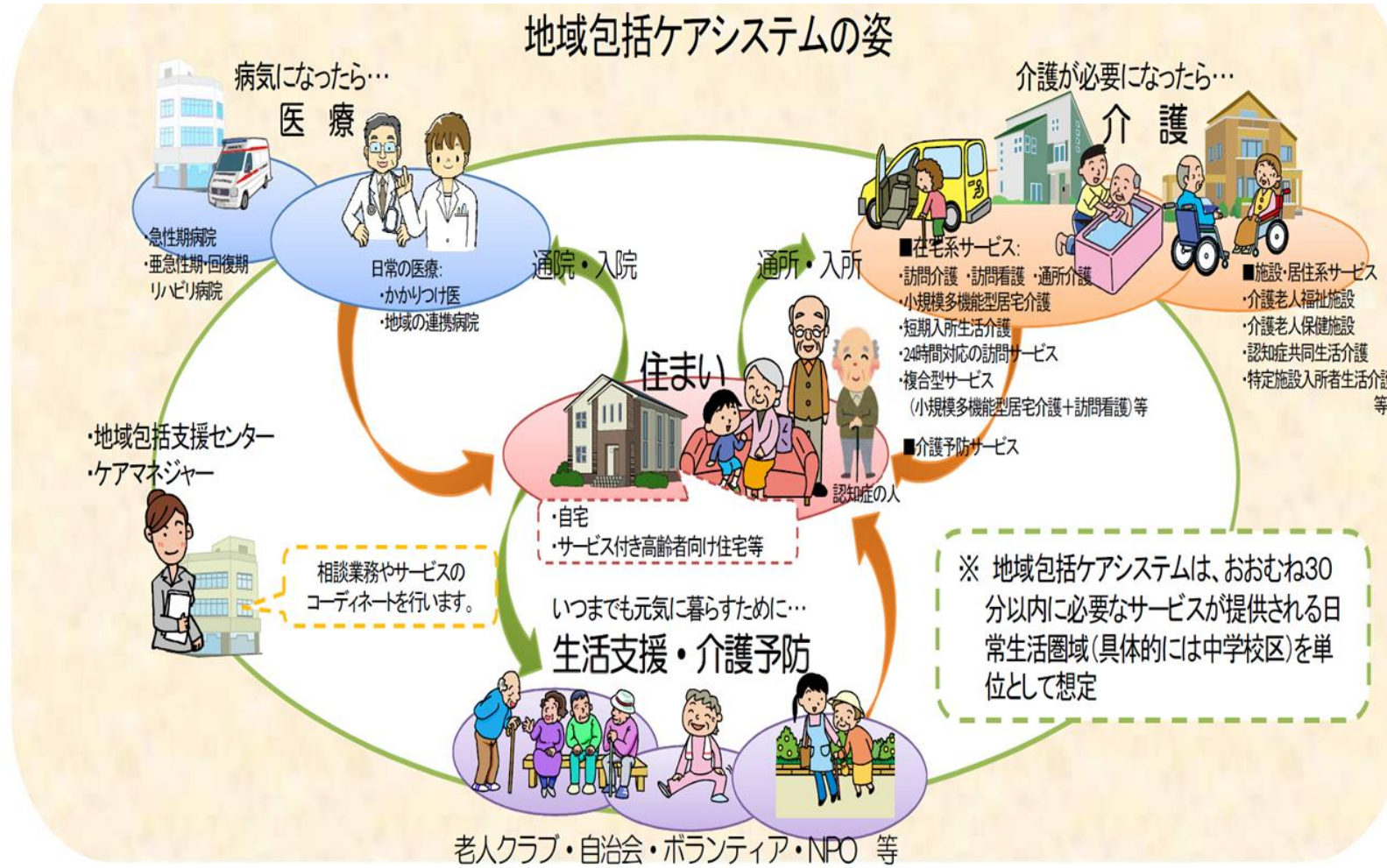


医療と介護 連携の深化を模索する



地域包括ケアシステムには、一層の医療と介護の連携が不可欠



地域包括ケアシステム構築に向けて、連携を評価した改定内容が続く

2018年度 診療報酬改定の骨子（左）と介護報酬改定の骨子（右）抜粋

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- ・ 地域包括ケアシステム構築のための取組みの強化
- ・ かかりつけ医の機能の評価
- ・ かかりつけ歯科医の機能の評価
- ・ かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組みの推進
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 国民の希望に応じた看取りの推進

Ⅰ 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- ・ 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特養入所者の医療ニーズへの対応
- ・ 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- ・ 医療と介護の複合的ニーズに対応する医療介護院の創設
- ・ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- ・ 認知症の人への対応の強化
- ・ 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組みの推進
- ・ 地域共生社会の実現に向けた取組みの推進

診療報酬改定の視点 1

医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「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」等を踏まえた対応を要件とするともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



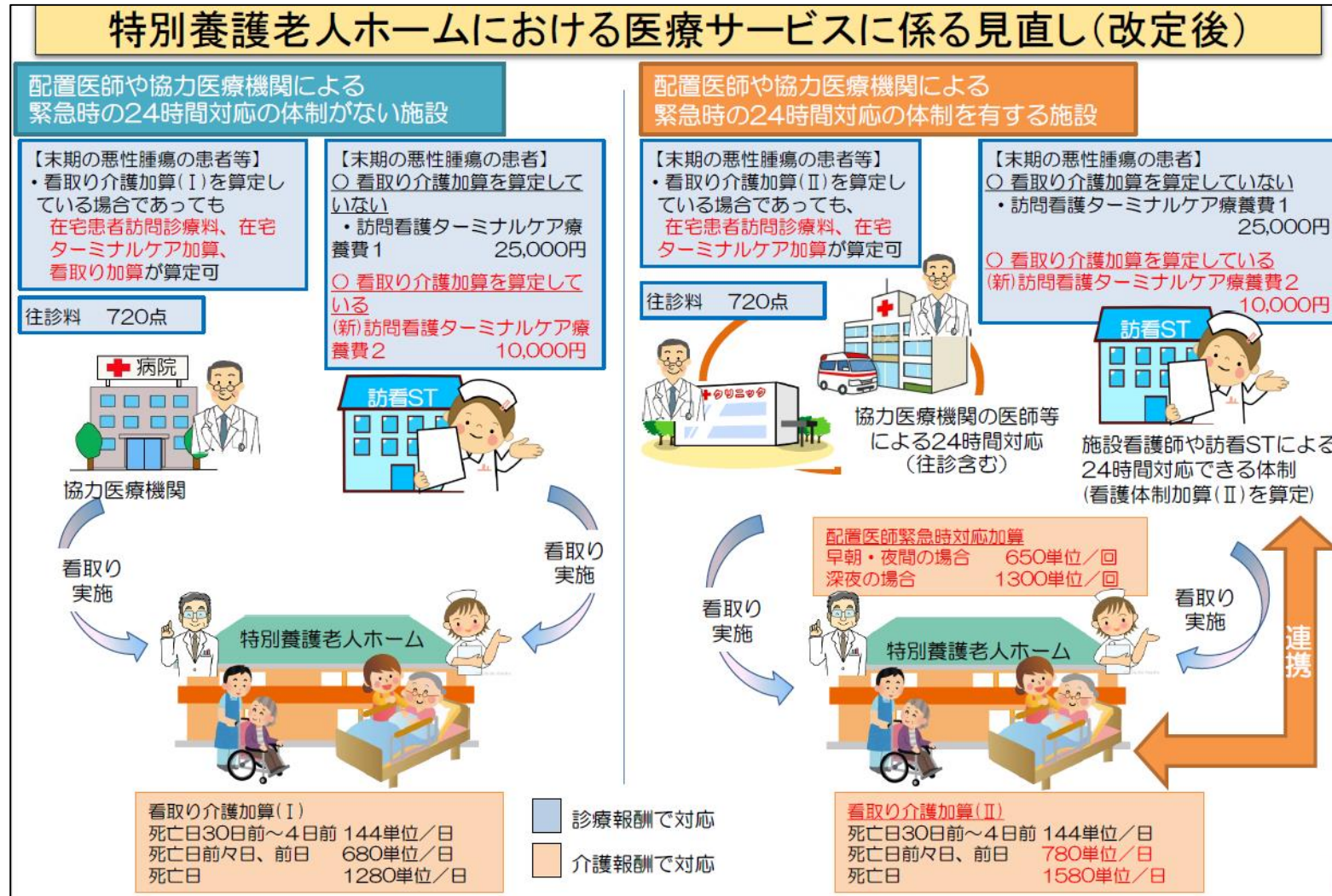
介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

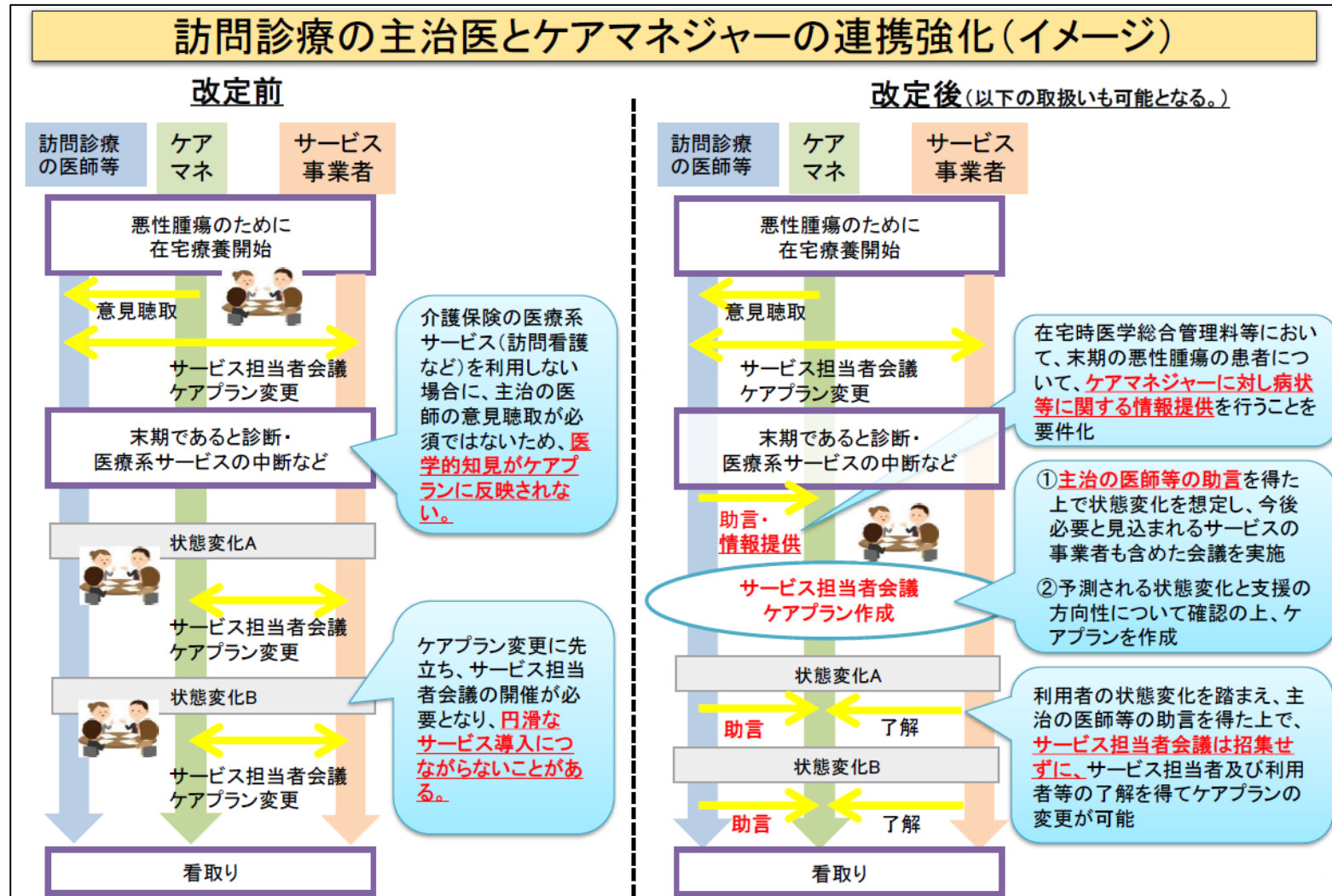
リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

診療報酬改定の視点 2



診療報酬改定の視点 3



介護報酬改定の視点 1

【居宅介護支援 医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）】

概要	※ i は介護予防支援を含み、ii 及び iii は介護予防支援を含まない	
ア 入院時における医療機関との連携促進 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。		
i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける。【省令改正】		
ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。		
iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】		
単位数		
【iiについて】		
<現行>	<改定後>	
入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月	⇒	入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月
入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月	⇒	入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月
算定要件等		
【iiについて】		
<現行>	<改定後>	
入院時情報連携加算（Ⅰ） ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供	入院時情報連携加算（Ⅰ） ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）	
入院時情報連携加算（Ⅱ） ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供	入院時情報連携加算（Ⅱ） ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）	
※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可	※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可	

介護報酬改定の視点 2

【居宅介護支援 医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）】

概要

※介護予防支援は含まない

イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進
 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。

- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
- ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
- iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。
 また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

<現行> 退院・退所加算 ⇒ <改定後> 退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有		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	⇒	450単位	600単位
連携 2 回	600単位	600単位		600単位	750単位
連携 3 回	×	900単位		×	900単位

算定要件等

○ 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。

ただし、「連携 3 回」を算定できるのは、そのうち 1 回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

※ 入院又は入所期間中につき 1 回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

介護報酬改定の視点 3

【居宅介護支援 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント】

概要	※介護予防支援は含まない
ア ケアマネジメントプロセスの簡素化	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。【省令改正】
イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設	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提供した場合を新たに評価する。
単位数	
○イについて	
<現行>	<改定後>
なし	⇒ ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月（新設）
算定要件等	
<イについて>	
○対象利用者	・末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）
○算定要件	・24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備 ・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施 ・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

連携の促進が言われているものの、「病院は敷居が高い」と感じているCMはまだ多い！

今回取り上げた項目に代表されるように、報酬改定により連携の評価はすすんでいるものの、現場レベル両者の隔たりは思っている以上に大きい

ケアマネージャーの悩み
医師との連絡調整に緊張する
訪問看護師と訪問介護員の関係が良くない
医療的な知識不足が不安
連絡しても多忙で時間調整が困難
当たりがきつい（話しが上手く通じず、必要がないと言われた）
相談できる相手がいない（小規模事業所）



ケアマネ資格保有者は、介護畑出身者が多数派



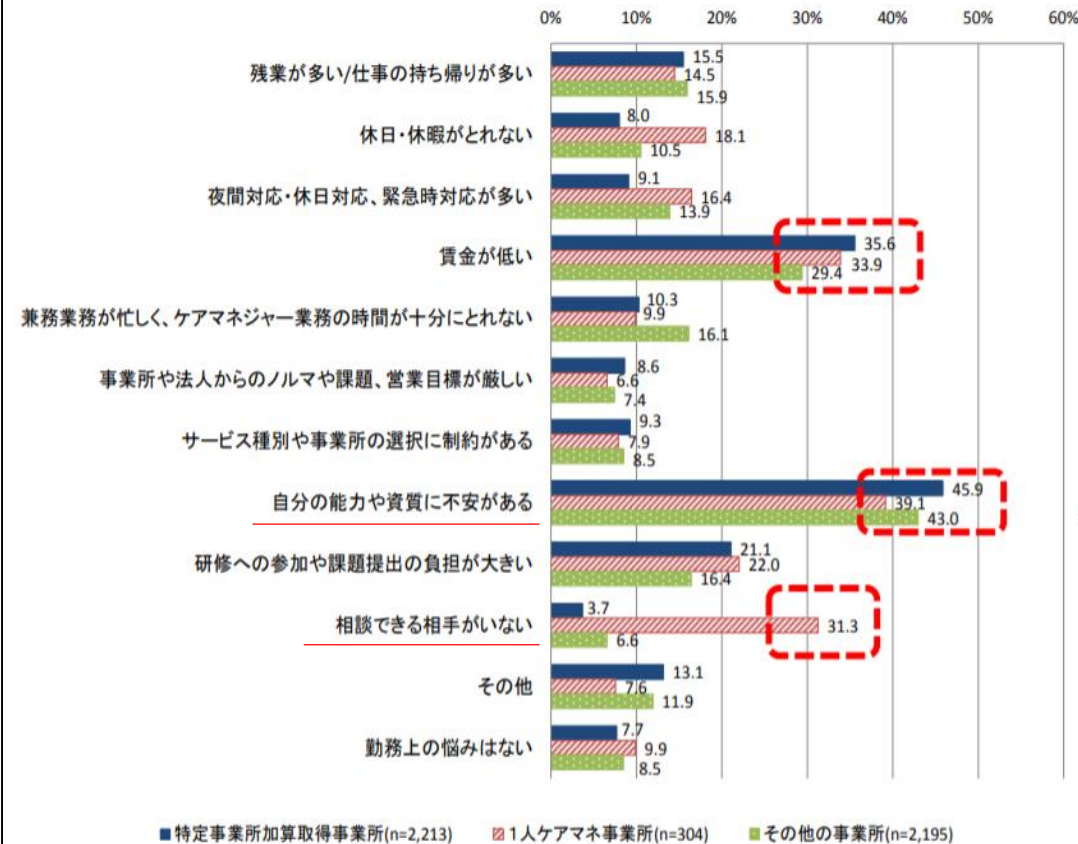
	平成15年11月	平成21年11月	平成27年11月
看護師	30.4%	17.1%	9.6%
准看護師	7.2%	5.8%	3.3%
社会福祉士	6.5%	7.0%	11.1%
介護福祉士	32.6%	50.0%	59.3%

ケアマネージャーは、介護福祉士・社会福祉士の保有資格者が増加傾向にある一方、看護師・准看護師の保有資格者が減少傾向

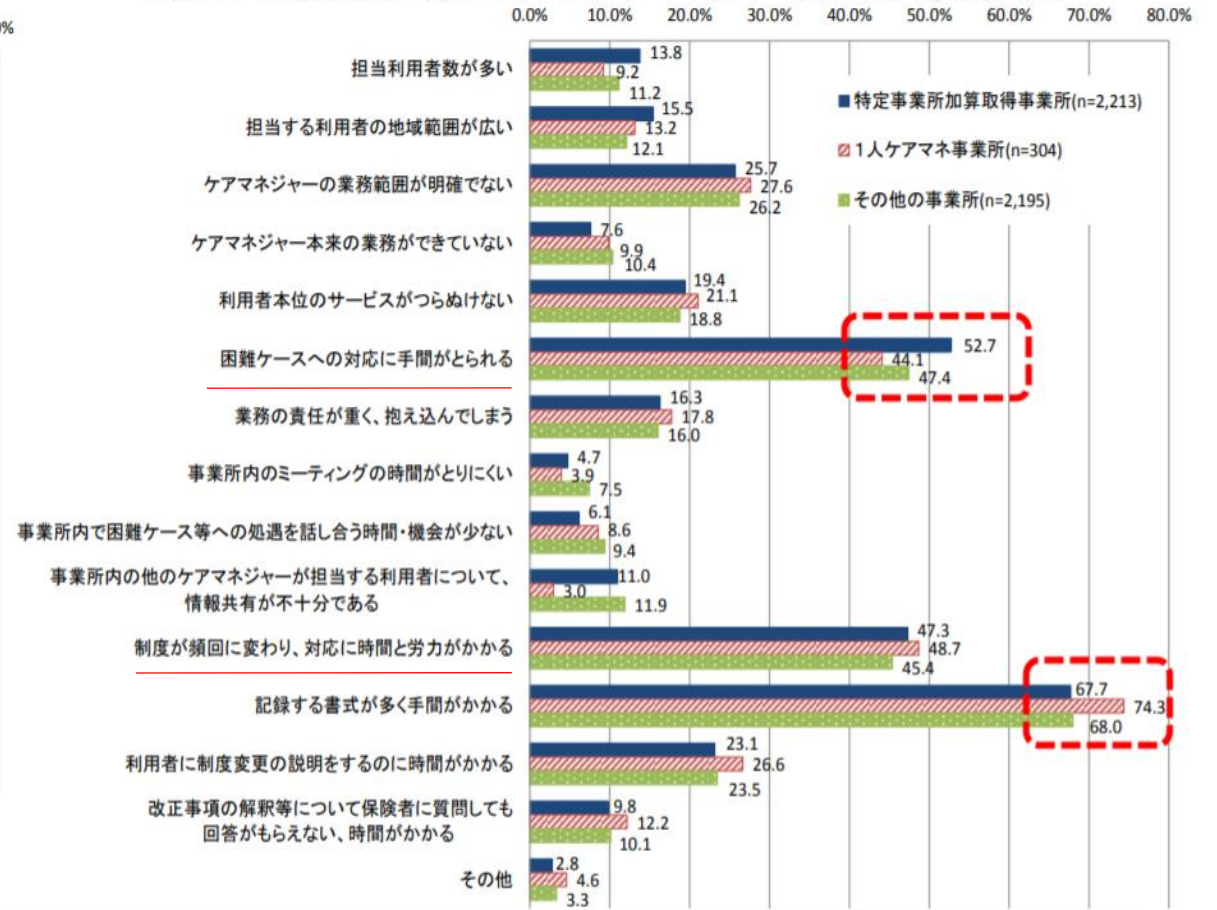
出所 介護給付費分科会 平成28年3月16日

相手の悩みを理解したうえで、連携に向けた取り組みを行うことが有効

図表35 勤務上の悩み(ケアマネジャー調査票)(複数回答)



図表36 業務遂行に関する悩み(ケアマネジャー調査票)(複数回答)



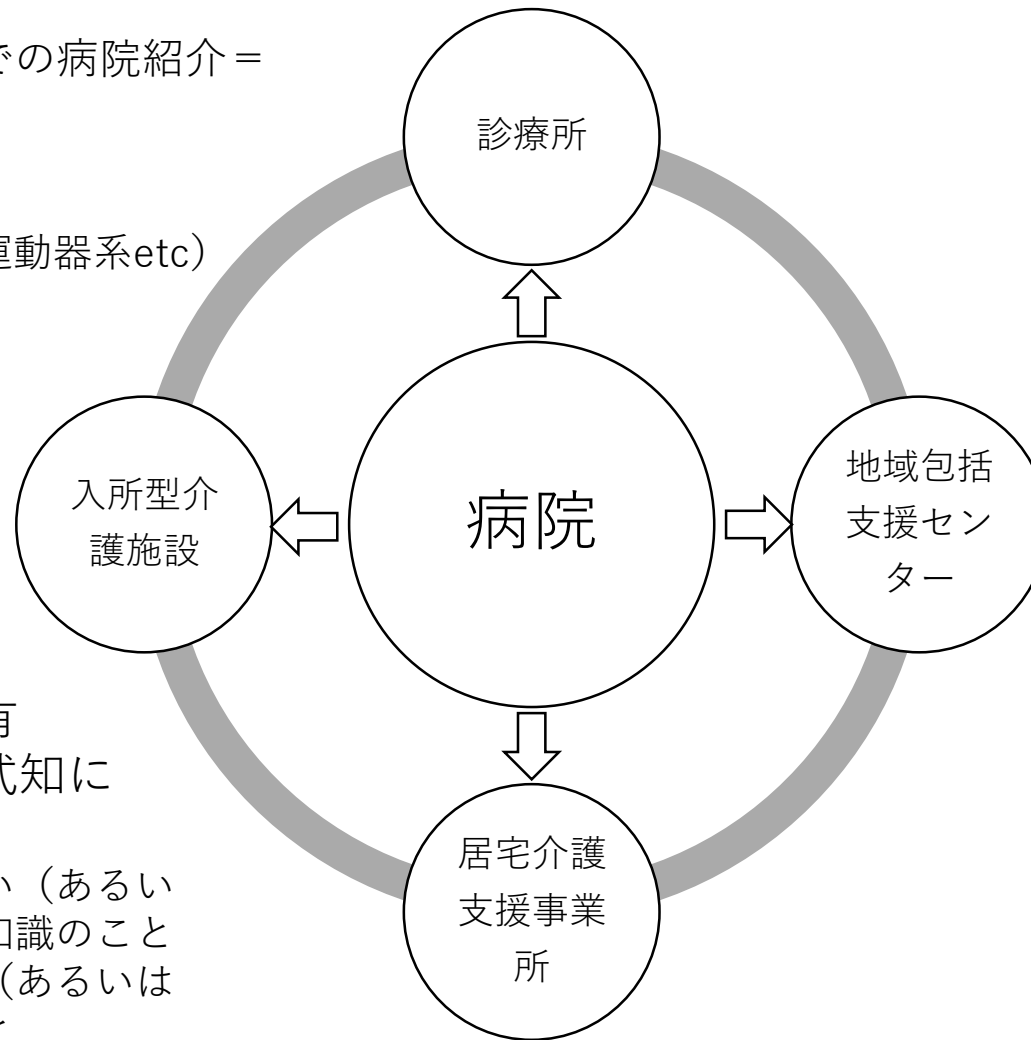
出所 介護給付費分科会 平成28年3月16日

「待ち」から「出向く」スタイルへ

= 事例検討会・ケアマネ連絡会等での病院紹介 =

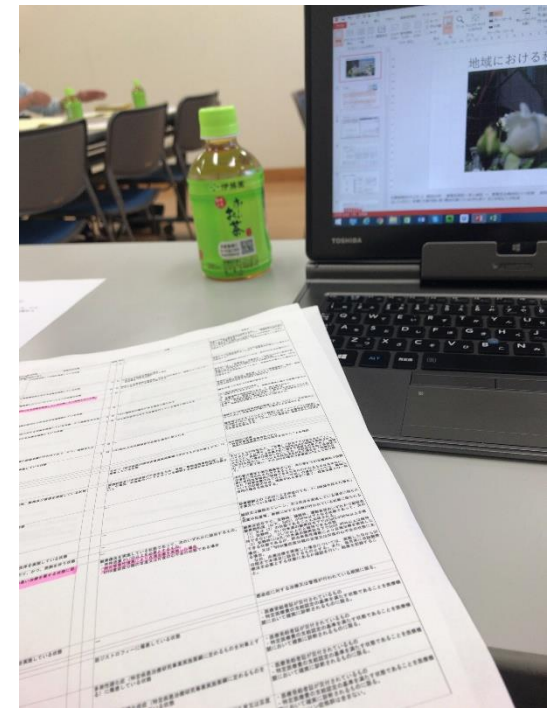
例)

自院の機能・特徴・強み・弱み
得意分野等 (脳血管系・循環器系・運動器系etc)



- 悩み・解決事例・情報の共有
- 各人の経験値・暗黙知を形式知に

- ・暗黙知「言語化することができない (あるいは言語化されていない) 主観的な知識のこと
- ・形式知「言語化することができる (あるいは言語がされた) 客観的な知識のこと



【ある地域での実例】
病院機能ごとの標準的な平均在院日数や、医療区分について説明