

『医療介護連携の 更なる推進』

～お薬手帳を活用した連携について～

居宅介護支援事業所管理者研修
平成30年8月25日（土） 損保会館



一般社団法人 日本介護支援専門員協会

副会長 小原 秀和

©Japan Care Manager Association

平成30年4月介護報酬改定 『4つの柱』

平成30年度介護報酬改定の概要(案)	
<p>○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。 平成30年度介護報酬改定 改定率+0.54%</p>	
<p>I 地域包括ケアシステムの推進</p> <p>■ 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・介護サービスを受けられる体制を整備</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入居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 ○ 医療と介護の統合的ニーズに対応する介護医療院の創設 ○ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保 ○ 認知症の人の対応の強化 ○ 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進 ○ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進 	<p>II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現</p> <p>■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ リハビリテーションに関する医師の関与の強化 ○ リハビリテーションにおけるアフトカム評価の拡充 ○ 外館のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進 ○ 通所介護における心身機能の維持に係るアフトカム評価の導入 ○ 連携の促進等のための管理や推進に介護を要する利用者への支援に関する評価の創設 ○ 身体的拘束等の適正化の推進
<p>III 多様な人材の確保と生産性の向上</p> <p>■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種長年の蓄積を活かした効率化を推進</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助の担い手の拡大 ○ 介護ロボットの活用の促進 ○ 定期巡回サービスオペレーターの専任要件の緩和 ○ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加 ○ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し 	<p>IV 介護サービスの適正化・重点化・重点化の安定性・持続可能性の確保</p> <p>■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉用具貸与の価格の上昇抑制等 ○ 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減額及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等 ○ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し ○ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等 ○ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

①地域包括ケアシステムの推進

②自立支援・重度化防止に資する、
質の高い介護サービスの実現

③多様な人材の確保と生産性の向上

④介護サービスの適正化・重点化
制度の安定性・持続可能性の確保

その中でも①は、『**地域での暮らしの継続**』がポイントであり、その核になるのは「**医療**」と「**介護**」であることは間違いない。そして、それぞれが**単独で機能するのではなく、有機的に結びつき相乗効果を最大化**できるかどうか、**地域包括ケアシステム推進**のポイントになる。

©Japan Care Manager Association

医療・介護連携の促進！報酬面での仕掛け!! 『診療報酬・介護報酬相対部分(居宅関係)』

診療報酬	介護報酬	
入退院支援加算	入院時情報連携加算	※入院時の連携
入院時支援加算	入院時情報連携加算	※入院時の連携
退院時共同指導料2注3	退院・退所加算 (カンファレンス)	※退院時の連携
介護支援等連携指導料	退院・退所加算	※退院時の連携
診療情報提供料	退院・退所加算	※退院時の連携
在宅時医学総合管理料 在宅がん医療総合診療料	ターミナルケア マネジメント加算	※末期がん患者への対応
在宅患者緊急時等 カンファレンス料	緊急時等居宅 カンファレンス加算	※在宅での平時からの連携

入院時・退院時・平時・看取り期の医療介護連携を促進する為の多くの仕掛けがされている。介護支援専門員は介護側から医療との連携を推進するハブとしての役割が求められる。

©Japan Care Manager Association

解釈通知より

基準省令

○第四条(介護予防支援も適用)

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、**あらかじめ**、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、**当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。**

また、利用者が病院又は診療所に入院する場合には、

★利用者の居宅における**日常生活上の能力や利用していた指定居宅サービス等の情報を入院先医療機関と共有することで、**

★医療機関における**利用者の退院支援に資するとともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援することにもつながる。**

★基準第4条第3項は、**指定居宅介護支援事業者と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、**

★利用者が病院又は診療所に**入院する必要がある場合には担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はその家族に対し事前に協力を求める必要があることを規定するものである。**

★なお、より実効性を高めるため、**日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。**

入院時の連携の促進。

©Japan Care Manager Association

基準省令

〇十三の二(介護予防支援も適用)

介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

平時の連携！

解釈通知より

(7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針

⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等(第13号・第13号の2)

また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。

(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
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている

©Japan Care Manager Association

薬剤師と介護支援専門員の連携促進！

- ☑ 今後は薬剤師と介護支援専門員の連携・協働が利用者の地域での暮らしの継続を支える上で重要
- ☑ 連携において重要なことは、平時にどれだけ関係性を構築できるか
- ☑ 共通の対象である『患者＝利用者』の支援において、互いの情報を共有・理解し、パフォーマンスを最大化していく仕組み作りが必要。

★職能団体間で『おくすり手帳』を活用した連携構築の取組み！

- 『おくすり手帳』は普及率も高く、連携ツールとしても秀逸
- 介護支援専門員が持っている情報を挟むことにより、担当介護支援専門員の情報や介護サービスの利用状況、直近の情報について共有することもできる。
- さらに、医療機関・薬局からの情報についての共有も可能
- 平時の連携を促進させる仕組みとして普及させたい。

©Japan Care Manager Association