

# 安心の設計

**介護報酬** 事業者が介護保険サービスの対価として受け取るお金。報酬が上がったサービスでは、利用者の自己負担が増え、下がったサービスでは減る。原則、3年に1度、改定される。2018年度は、2年ごとの診療報酬改定と重なって、6年ぶりの同時改定となった。

「いっちゃん、いっちゃん」。1月下旬、東京都江戸川区のデイサービス「やすらぎの森 上一色」。認知症の女性(72)が、スタッフの助けを借りて歩く練習をしていた。

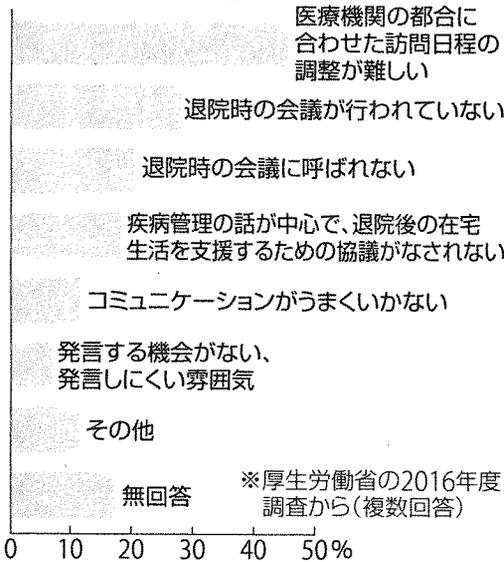
4月から介護保険サービスの公定価格である介護報酬が見直される。私たちの生活はどう変わるのか。3回にわたりポイントをとめる。1回目は介護と医療の連携に焦点をあてる。住み慣れた地域で最期まで暮らせる環境づくりが進みそうだ。

(条文野)

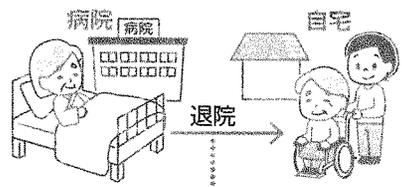
## 病院とケアマネ連携

### 介護報酬改定

#### ケアマネジャーが退院時の会議に参加する際の課題



#### 病院から自宅まで切れ目のない支援が後押しされる



**情報共有**

医療 介護

ケアマネジャー

- 退院後の生活を話し合う病院の会議に参加
- 退院後の介護計画を作成



退院して自宅に戻ってから2日目、デイサービスで歩く練習をする女性(右)(東京都江戸川区のデイサービス「やすらぎの森 上一色」で)

梗塞で倒れ、救急搬送で入院した。右半身にマヒが残っており、要介護度は4とかなり重い。

在宅生活へのスムーズな移行を支えたのは、入院前から担当していたケアマネジャーの宮崎直樹さん(40)だった。女性や家族は「家に戻って一緒に暮らしたい」と希望していたが、病院側は当初、マヒの状況などから、施設に入所することも提案していた。

そこで宮崎さんは、退院の約2週間前、女性の退院後の生活について、医師や作業療法士などが話し合う病院の会議に参加。歩行や排せつ行為について、デイサービスでのトレーニングなど、自宅で暮らせるよう支援する計画を提案し、自宅に戻る方針が決まった。

## 在宅生活の計画 報酬引き上げ

長女(31)は、「母や家族の思いをくんでもらえて心強かった」と話す。

女性は現在、日中はデイサービスに通いながら、夫と自宅で暮らしている。宮崎さんは「退院後の生活環境は、病院から見えない部分もある。本人や家族には言えない意見も代弁し、ケアマネジャーが積極的に調整することが大切」と話す。

今回の改定では、介護と医療の連携を促すメニューが多く並んだ。現状では、「日程の調整が難しい」などという理由で、病院側とケアマネジャーの連携が不十分で、退院後、リハビリのタイミングが遅くなって要介護度が重くなってしま

うこともあるためだ。また、必要なサービスが受けられないことで、本人や家族が不安になることもある。

特に重視されたのが、介護の必要な高齢者が退院する際のケアマネジャーの役割だ。例えば、ケアマネジャーが、医師や薬剤師らが退院後の生活を話し合う会議に参加し、在宅生活の介護計画を作った場合の報酬が、約1500〜3000円引き上げられる。認知症の有無や本人や家族の意向、必要な医療やリハビリの情報を共有してもらう。

このほか、ケアマネジャーが、入院後3日以内に病院と症状などの情報を共有したり、容体の変わりやすい末期がんの患者宅を頻繁に訪ねて、主治医に情報提供したりすると、新たに報酬が加算される。

日本介護支援専門員協会(東京)の小原秀和副会長は「退院時の会議など医療と介護が理解を深める機会を増やし、信頼関係を作ることが必要。地域で多くのネットワークを作ることが、自宅で暮らす高齢者の生活の継続と質向上につながる」と話している。

### 診療報酬の改定でも

今月7日に決まった、医療機関が受け取る診療報酬の改定でも、医療・介護連携を後押しする内容が盛り込まれた。

死亡の1〜2か月前に急速に状態が悪化する末期がんの高齢者の訪問診療を行う医師は、ケアマネジャーに、容体の変化などについて助言を行うことが、報酬の要件として追加された。医師とケアマネジャーが情報共有を密に行うことで、介護支援計画を速やかに変更し、迅速に適切なサービスを提供することができるようになる。

また、特別養護老人ホーム(特養)での看取りを後押しするため、外部の医療機関の医師が、特養で暮らす高齢者を訪問し、高い報酬を取れるようにした。