

「介護サービスの概要と役割 (医療と介護の連携)」

医療法人社団 函館脳神経外科指定居宅介護支援事業所
管理者 宮城 智美

介護保険制度について

介護保険制度・・・2000年(平成12年)に始まった制度

1、介護保険ってどんな保険？

★介護が必要な方に、その費用を給付してくれる制度。皆で保険料を負担して、必要な方に給付する仕組み。
ただし、サービスを受けられるかどうかの審査(介護認定)がある。
制度の運営主体(保険者)は市町村。保険料と税金で運営。
サービスを受けるには原則1割の自己負担が必要。ただし、年収220万円以上の場合、自己負担率が2割または3割になる。

2、保険料の支払いは何歳から？

★40歳になると介護保険への加入が義務付けられ、保険料を支払うことになる。
40~64歳までの被保険者は加入している健康保険料と一緒に徴収される。
65歳以上の被保険者は、原則として年金からの天引き。
市町村が徴収。

介護保険制度について

3、サービスを受けられる被保険者とは？

★ 介護保険の加入者には第1号被保険者(65歳以上)、第2号被保険者(40~64歳)の分類がある。保険料の支払い義務はどちらにもあるが、サービスの対象者は、原則として第1号被保険者のみ。第2号被保険者は特定疾病が原因となって介護が必要と認定された方に限り、サービスの対象となる。

～特定疾病は以下の16種類が定められている～

- ①末期がん
- ②関節リウマチ
- ③筋委縮性側索硬化症
- ④後縦靭帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥初老期における認知症
- ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧脊髄小脳変性症
- ⑨脊柱管狭窄症
- ⑩早老症
- ⑪多系統委縮症
- ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬脳血管疾患
- ⑭閉塞性動脈硬化症
- ⑮慢性閉塞性肺疾患
- ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性膝関節症

介護保険制度について

4. 介護保険証ってどこでもらえるの？

★ 制度の運営主体である市町村が窓口となる→介護保険課

65歳以上の方には、介護保険被保険者証が郵送で送付される。
40～64歳までの方には通常発行されず、指定の疾患で介護認定されたときに発行される。

※介護保険証を持っているだけでは、サービスを利用することはできない。
申請をして、介護保険サービスの必要性を判断（要介護または要支援認定）されて初めて利用できる。

【介護保険サービス利用までの流れ】

申請

函館市の窓口(1ページ参照)へ申請してください。

申請に必要なもの

- 介護保険の被保険者証
- 40～64歳の方は医療保険の被保険者証

※本人や家族のほか、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などによる代行申請も可能です。

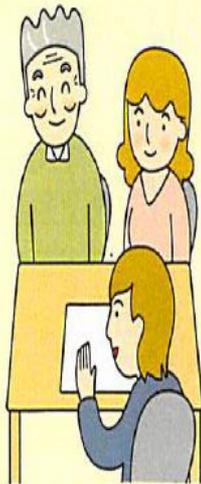


認定調査

全国共通の調査票を用い、訪問調査員がご本人に面会して調査を行います。

家族等の介護者に聞き取り調査をする場合もあります。

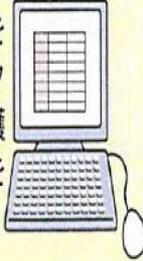
※訪問調査員は、都道府県等の研修を終了した主に介護支援専門員で、「函館市要介護認定・要支援認定訪問調査員証」を携帯しております。



一次判定

コンピュータ判定

調査票をコンピュータ分析し、要介護状態等区分を判定します。



特記事項

対象者にかかっている具体的な介護の手間などの情報を記載します。

主治医意見書

介護を必要とする原因疾患等について、主治医が意見書を作成します。(市から主治医に直接依頼します。)



二次判定

介護認定審査会

一次判定、特記事項および主治医意見書をもとに、保健、医療、福祉の専門家が介護の必要度(要介護状態等区分)について審査判定します。



原則として、申請してから30日以内に結果通知書と被保険者証が市から郵送されます。

要介護認定の非該当者

(要支援認定)

要支援 1

要支援 2

本人との契約に基づいて、担当の地域包括支援センターでケアプランを作成します。

(要介護認定)

要介護 1

要介護 2

要介護 3

要介護 4

要介護 5



本人との契約に基づいて、居宅介護支援事業所等のケアマネジャーが、ケアプランを作成します。



【介護保険サービス利用までの流れ】

★ 認定結果が出て、介護保険証が手元に届いたら・・・

①居宅介護支援事業所を選択



②ケアマネジャー(介護支援専門員)と面接
サービスの利用について相談する



③ケアマネジャーは利用者の情報をもとにアセスメント、課題分析
をし、居宅サービス計画書(ケアプラン)の原案を作成する



④サービス担当者会議
本人、家族、主治医、介護サービス事業者等が一同に集まり、
ケアプランの内容や支援の方針等を確認



⑤サービス利用開始

～入院中の患者さんが退院する場合～

患者さんが退院後に介護保険サービスを利用する場合、ケアマネジャーがいる方といない方では、MSWの業務内容に多少の違いはあるが、おおよそは下記の通り。

- 1、入院先のMSWからケアマネジャーへ退院の連絡
- 2、ケアマネジャーは入院先の病院を訪問し、本人、家族と面接。病院スタッフ(医師、看護師、セラピスト、MSW等)から情報収集。
- 3、ケアマネジャーは事業所に戻り、ケアプランを作成。



サービス担当者会議



退院



カンファレンス



サービス担当者会議



退院



介護支援専門員とは

◆ 介護支援専門員とは、要介護者が自立して日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するもの

◆ 医師、看護師、栄養士、介護福祉士、社会福祉士等の医療や福祉の資格を持ち、5年以上の実務経験を有する人が、実務研修受講試験に合格し、研修を終了後、都道府県知事の登録を受ける

介護支援専門員とは

要するに・・・

- 介護保険法によって定められたケアマネジメントの専門職
- 要支援、要介護と認定された人が適切なサービスを受け、自立した日常生活を送ることができるように、ケアプラン(居宅サービス計画書)を作成したり、介護サービス事業所との間で連絡調整を行う

介護支援専門員が在籍しているところが、「居宅介護支援事業所」

※函館市内にある居宅介護支援事業所



R2年度

11月1日現在 101事業所

ケアマネジャーと病院の連携の現状

(1) 入院時→入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位

利用者が病院又は診療所に入院してから3日以内に、当該病院または診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること

入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位
4日以上7日以内

◎主に書面で情報提供

函館市医療・介護連携推進協議会で作成された情報共有ツール
→「はこだて医療・介護連携サマリー」

手渡しでもFAXでもOK(渡した日、時間、場所、人等を記録)

ケアマネジャーと病院の連携の現状

- (2) 退院時→①退院・退所加算(Ⅰ)イ 450単位
②退院・退所加算(Ⅰ)ロ 600単位
③退院・退所加算(Ⅱ)イ 600単位
④退院・退所加算(Ⅱ)ロ 750単位
⑤退院・退所加算(Ⅲ) 900単位



- ①病院や施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法で1回受けている
- ②病院や施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けている
- ③病院や施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受けている
- ④病院や施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を2回受けており、うち1回はカンファレンスによること
- ⑤病院や施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによること

ケアマネジャーと病院の連携の現状

平成30年度の制度改正時、函館市指導監査課から、重要事項説明書に下記を追加記載するようにと通知。

重要事項説明書とは・・・

サービス提供の開始に際し、あらかじめ利用申込者またはその家族に対し、サービスを選択するために必要な重要事項について説明をし、署名、捺印をいただくもの。
(事業の運営方針、事業所の職員体制、営業日、苦情の対応、緊急時の対応等)

【入院時における医療と介護の連携】

利用者は、病院また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、当該病院または診療所に伝えていただくことになります。

余談ですが・・・

利用者さんが入院中、タイミングによってはケアマネジャーには報酬は入りません。

例:1 12月1日入院→1月1日退院

12月中に面接、カンファレンス、担当者会議、家屋調査への同行、住宅改修の手続き等をして12月分の報酬はなし。

ちなみに・・・



12月1日入院→12月30日退院

12月31日に介護保険サービスを利用すると12月分の報酬が入る。

この場合も報酬は入りません。

例:2 12月1日入院



1月1日退院予定に合わせて、12月中に面接、カンファレンス、サービス担当者会議を開催したが・・・

病状が悪化し、退院が延期。

結局退院したのは2月1日。

この場合、1月中も面接等一連のことをしていると思われるが、12月も1月も報酬は入らず・・・。

更には、もしも急変した事により、自宅退院が出来なくなれば・・・
報酬は0 (ToT)/~~~

介護サービスの種類

◎訪問介護(ホームヘルパー)・・・ホームヘルパーが自宅を訪問し、身体介護や生活援助を行う。

身体介護(オムツ交換、清拭、口腔ケア、食事介助、通院介助、買い物同行、服薬の支援、
場合によっては座薬の介助等)、
生活援助(調理、掃除、洗濯、買い物等)

◎訪問入浴介護・・・看護師と介護職員が自宅を訪問し、自宅内に浴槽を持ち込んで、または入浴車
内で入浴介助をする

◎訪問看護・・・・・・・・疾患等を抱えている人について、看護師等が自宅を訪問し、療養上の世話や
診療の補助を行う。医療行為全般、内服薬の管理、入浴介助等

◎訪問リハビリテーション・・・自宅での生活行為を向上させるため、セラピストが訪問しリハビリを行
う。自宅内の動作の訓練、外出訓練

◎通所介護(デイサービス)・・・入浴や食事等の介護や機能訓練を受けることができる。一日利用、
半日利用。集団体操、レクリエーション、趣味活動、パワーリハ等、リハビリ特化
型と謳っている事業所もある

◎通所リハビリテーション(デイケア)・・・老人保健施設や病院等に通い、必要なリハビリを受け
ることができる。一日利用、半日利用。セラピストとのマンツーマンでのリハビリ、
集団体操、レクリエーション、食事、入浴、趣味活動、パワーリハ等。
半日利用の際は入浴がない場合がある

㊦ 訪問入浴の風景 ㊦





介護サービスの種類

- ◎短期入所生活介護(ショートステイ)・・・介護者が介護できない事情がある場合、介護負担軽減目的。最短で一泊二日、施設入所ができる日まで利用する場合もある
- ◎短期入所療養介護(医療型ショートステイ)・・・老人保健施設でのショートステイ。リハビリができる
- ◎特定施設入居者生活介護(介護付有料老人ホーム)・・・入居者は介護サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上ならびに療養生のお世話、機能訓練等を受けることができる
要支援1～要介護5
基本的に個室
施設により料金設定は様々
- ◎福祉用具貸与(レンタル)・・・13種類 車椅子、車椅子付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえ、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト、自動排泄処理装置
- ◎特定福祉用具購入・・・5種類 腰掛便座、自動排泄処理装置の交換可能部品、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部品

介護サービスの種類

【地域密着型サービス事業所】

- ◎**定期巡回・随時対応型訪問介護看護**・・・日中、夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的または連携のもと、定期巡回サービスと随時の訪問サービスを受けることができる
- ◎**夜間対応型訪問介護**・・・夜間に定期巡回サービスや通報システムによる訪問介護サービスを受けることができる
- ◎**地域密着型通所介護（デイサービス）**・・・小人数で行っているデイサービス。一日の利用人数は18名以下。平均10～15名程度。
一軒家をデイサービス施設にしている事業所もある。
- ◎**認知症対応型通所介護**・・・認知症の状態にある方が利用できるデイサービス。診断名で認知症とある方。一日の利用者は12名以下。
- ◎**小規模多機能型居宅介護**・・・通いを中心として訪問や泊りのサービスを組み合わせ、入浴や食事等の介護や機能訓練を受けることができる。一つの事業所で通い、訪問、泊まりが利用できるので、スタッフと馴染の関係が作りやすい

介護サービスの種類

【地域密着型サービス事業所】

◎**認知症対応型共同生活介護(グループホーム)**・・・要支援2以上で認知症と診断された方が対象。1ユニット9名の少人数で共同生活をしながら、日常生活上のお世話や機能訓練を受けることができる

◎**地域密着型特定施設入居者生活介護**・・・

小規模な介護付き有料老人ホーム(定員29名以下)

◎**地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護**・・・

小規模な特別養護老人ホーム(定員29名以下)

◎**看護小規模多機能型居宅介護**・・・小規模多機能型施設に訪問看護がある施設

介護サービスの種類

【施設】

◎介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)・・・原則要介護3以上の方が入所

◎介護老人保健施設・・・要介護1以上の方が入所できる。病状が安定し、自宅へ戻れるようにリハビリに重点を置いたケアが必要な方が入所する

介護療養型医療施設・・・急性期の治療が終わり、長期の療養を必要とする方の為の医療機関の病床。

◎介護医療院・・・

介護サービスの種類

介護医療院ってなあに？

平成30年4月から創設。

長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と生活施設としての機能を兼ね備えた施設。

平成30年度の診療報酬改定において、急性期一般入院料病棟、地域包括ケア入院料病棟、回復期リハビリ入院料病棟の在宅復帰率の評価対象施設。

函館市内では・・・

- ユニット型介護医療院喜郷・介護医療院喜郷Ⅱ
- 竹田病院

介護サービスの医療系サービスについて

◎ケアマネジャーは居宅サービス計画書に介護保険の医療系サービスを位置づける場合、主治医から意見を求めることが必要。

【医療系サービスとは】

訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、短期入所療養介護

意見のもらい方に規定はなし。主に書面で意見をもらっている場合が多い。

★指示書や診療情報提供書が必要なサービスは下記の通り

訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、訪問入浴、短期入所療養介護

《医療と介護の連携》

厚労省「在宅医療・介護推進プロジェクト」

～疾病を抱えても、できる限り住み慣れた
地域で必要な医療、介護サービスを受け
つつ、安心して自分らしい生活を実現
できる社会を目指す～



住み慣れた地域(家)で最期まで暮らす

医療側から提供してほしい情報

- ★**病状に関する情報**・・・病名、治療内容（入院中の経過、バイタル）、病棟でのADL、入院生活の状況、栄養状態（食事の摂取量、飲水量）、服薬状況、予後予測（今後起こり得る病状の変化）、在宅での注意点
- ★**歯科、嚥下に関する情報**・・・入れ歯の状況、口腔の状況、嚥下機能、食形態、リスク
- ★**薬に関する情報**・・・必ず飲まなければならない薬、服薬の注意点、副作用の出現の有無
- ★**リハビリに関する情報**・・・現在行われているリハビリの内容、退院後のリハビリの必要性、予測される効果、予後予測
- ★**緊急時の対応**・・・緊急時の相談・連絡先の明確化、入院の可否

医療側から提供してほしい情報

★本人、家族の前では言えないこと…

- 病状について
- 予後予測
- 認知症の有無、症状
- 家族の介護力
- 本人、家族の関係性
- 病気に対しての理解不足
- 経済的問題

医療と介護の連携には、
生活圏域における顔の見える関係作り
が重要です。

利用者（患者）を中心に、
過不足のない情報が共有されることで、
住み慣れた地域での安心した生活に繋
がります。

医療・介護の垣根を越えて連携し合
いましょう。

ご清聴、ありがとうございました

