

介護と医療の実質的連携と医療費効率化のための提言―オランダの制度を参考として―

第一章 医療保険と介護保険の一体化又は連携の場合の共有すべき情報の内容

●NPO法人 福祉未来研究所

【まとめ】

オランダは、強制的家庭医（G P）システムに基づくゲートキーパー機能の重視、保険者間の管理された競争の導入等によって効率的な医療保険制度運営を行っている。一方、オランダは世界に先駆けて長期ケア（Long-term Care、LTC）保障に関する社会保険制度（AWBZ）を導入しているが、AWBZには効率化のための仕組みがなく、その費用増加が大きな課題となっている。

決定するが、決定まで時間を要する。その間、病院の移行支援看護師（transfer nurse）がコーディネーターとして一定の役割を担っている。また、施設入所を管理する上では、ケアニーズを判断する地方自治体に所属する地域看護師（neighborhood nurse）が一定の役割を担っている。ただし、AWBZの介護施設に入所しようとする場合には、わが国ほどではないが長期にわたって待つことになるのは、同様である。

は利用者が同じケアマネジャーと契約を続けられ、ケアマネジャーの存在は適切な介護に大きな意義を有する。医療と介護の連携に責任を持つ者が存在し、機能することとは、今後の在宅介護の充実の観点からも極めて重要である。医療と介護の連携を図る上で患者・利用者の情報を活用することが重要であることは日本・オランダとも共通であり、オランダにおいては医師間、介護事業者間ではITシステムが用いられている。しかし、特に社会支援法（WMO）、AWBZ、及び地域支援（WMO）の三制度の横断的な情

報システムの構築・活用は今後の課題である。2008年から「保健分野における市民サービス番号の使用に関する法律」によって、医師、保険者及びCIZ（ケア判定センター）は患者情報の使用・交換が義務付けられたが、それを薬剤師等が利用できるように拡大する法案は成立しなかった。

カルテの電子化をはじめIT活用という面では日本よりかなり先行しているオランダにおいても、このように医師以外が情報を共有するのが難しい状況であることは、わが国においても介護士等に医療情報共有を拡大していくには、プライバシー保護方法を十分に検討しつつ推進していく必要を感じさせる。

以上も踏まえ、今後のわが国の【在宅ケアにおける】より一層の医療介護連携のための提案として、

(一) 日本全国で連携を進めるためには、後期高齢者医療保険と介護保険において誰が連携を開始しなければならぬか、を決めておくことが重要である。

(二) 連携を開始する義務を負わせる者は居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）とし、在宅時医学

オランダでの退院後の患者の流れについては、病院が退院後についても責任を有するため、病院に所属する専門医である老年学医が

オランダには日本のケアマネジャーに当たる者がおらず、病院、施設、在宅での介護の状況を一貫して把握する者がいない。日本で

は利用者が同じケアマネジャーと契約を続けられ、ケアマネジャーの存在は適切な介護に大きな意義を有する。医療と介護の連携に責任を持つ者が存在し、機能することとは、今後の在宅介護の充実の観点からも極めて重要である。

総合管理料を取っている医師、在宅療養支援診療所の医師、要介護者を入院で受け入れる病院、訪問介護事業所、訪問看護ステーション等にはサービス担当者会議に参加する（文書又はICTによる参加も可とする）義務を負わせて、情報の連携を図るべきである。

現行制度では、居宅介護支援事業者は、居宅サービス計画を新規に作成した場合等に、居宅サービスの担当者から成るサービス担当者会議を開催しなければならない

とされているが、居宅療養管理指導費を請求しない一般の医師は居宅サービスの担当者からはずされていてサービス担当者会議に参加義務のない点が改善を要する点である。

（三）後期高齢者医療保険や介護保険では、保険者である広域連合や市町村に支払いのためにレセプトが行くことになっているので、それぞれの保険者に相手側（医療であれば介護へ、介護であれば医療へ）への情報提供義務を課し、保険者である市町村から情報技術によってケアマネジャーに情報を提供すべきである。その前提として現在のレセプトの内容で医療

と介護の連携の観点から必要十分か否かを検証し、場合によってはそれに適切なようにレセプト様式を変更する必要がある。

（四）医師の中には、営利企業を含む介護事業者に対して、患者の個人情報を開示するのに心配を感じている者も多い。そこで、こうした個人情報を渡されたケアマネジャーの守秘義務と違反の場合の罰則を法律上明確にすることが必要であろう。

第一節 後期高齢者医療保険と介護保険の連携で現在実施されていること

個々の運用面での連携については、これまでのところ医療保険と介護保険の双方で、有する情報を提供した場合の報酬が定められており、次のような連携が図られている。

（一）医師に対する診療報酬では、既に認められている診療報酬として、診療情報提供料があり、次のような連携が図られている。

これは、診療所から入院患者に関する情報を病院へ提供する場合は認められるが、より重要なのは

退院患者に関する病院からの情報提供である。医療法に規定する退院時の情報提供は、医療機関の努力義務だが、国は診療報酬でこれを誘導しようとしている。その提供先は複数にわたり、入院元（の保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、①従前の家庭医に対して、②当該患者の居住地を管轄する市町村又は③介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等）に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合には、患者1人につき月1回に限り250点（2500円）を算定するとされている。

その際、提供する情報の内容は、以下のとおりである。

- ▽傷病名
- ▽寝たきり度（4段階）
- ▽日常生活活動の状況（移動、排泄、着替え、食事、入浴、整容）
- ▽認知症である老人の日常生活自立度（5段階）

（二）一方、介護報酬では、①通院が困難な利用者を担当する医師が、当該利用者の居宅を訪

問して行う計画的継続的な医学的管理に基づき、居宅介護支援事業所等に対する居宅サービス計画の策定に必要な情報提供及び利用者等に対する居宅サービスを利用する上での留意点（例えばハンディトイレの置き場所）について指導助言を行った場合に、月2回を限度に、診療報酬の在宅時医学総合管理料を算定していなければ500点、していれば290点を介護保険の居宅療養管理指導費として算定できるものとされている。この際医師が算定するためには、ケアマネジャーにサービス担当者会議又は文書で次の情報を提供することが要件となっている。

- ▽利用者の病状、経過等
 - ▽介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
 - ▽利用者の日常生活上の留意事項
- また、ケアマネジャーへの情報提供に加え、利用者や家族にも、介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等の情報を提供することとなっている。

（三）居宅介護支援事業者が請求できる介護報酬として、次の二つがある。

ア 病院等からの退院又は介護保

除施設等からの退所に当たって、居宅介護支援員が病院等の職員と面談を行い、利用者が居宅サービスを利用するために必要な情報の提供を求めるなどの連携を行って「退院・退所情報提供書」を作成した場合に、居宅介護支援費に月300単位の退院退所加算が付く。(2009年改定で新設)

その情報の内容を見ると、以下のようなものが記されており、現在のところ、これが介護事業者が必要としている医療情報の公定版ということになる。その様式例を見ると、次の項目が挙げられている。

- ▽疾病の状態（主病名、主症状、既往歴、服薬状況、自立状況）
- ▽食事（自立状況、食事の形態・刻みなど）
- ▽口腔ケア（自立状況）
- ▽移動（自立状況）
- ▽入浴（自立状況）
- ▽排泄（自立状況）
- ▽夜間の状況（良眠、不穏）
- ▽療養上の留意する事項
- イ 病院又は診療所に入院しようとする要介護者について、当該病院又は診療所の職員に対して利用者に関する必要な情報を提供した

場合、居宅介護支援費に月150単位の医療連携加算が付く。

第二節 医療介護連携が必要なる理由

在宅で生活する要介護者について、より一層の医療・介護連携が必要な理由としては、以下が考えられる。

- (1) 医療の効果を維持するなど、適切な医療・介護の実施のため
- (2) 適切な服薬管理ができる
- (3) 体調異変が疾病によるものか否かわかる
- (4) その結果、救急時の対応方法が適切にできる

このように、医療・介護の連携は医療側（病院、診療所、訪問看護者等）にとっても、介護側（介護保険施設、在宅介護事業者等）にとっても有益であるが、具体的なすべてのケースで連携を実現するためには、いくつかの点で具体的なルールを必要とすると考えられる。それについては、第四節で具体的な提案をしたい。

第三節 医療職と介護職が必要とするデータ

1 利用者に質の高い生活を送ってもらうために重要なのは、医療・介護に携わる者がどのような情報を必要としているか、どのような情報が利用者にとって有益か、である。

2 内閣府はマクロのシステムとして医師からの電子レセプトからいくつかの項目を抜き出して、必要情報シート作成をすれば、必要なデータのための新たな事務は不要としている。しかし、そういう観点から現行の電子レセプトを見てみると、傷病名、投薬等の医療行為の種類、医療費だけである。

一方、介護給付費の明細書も、要介護度、サービス内容だけである。これらで、医療、介護に携わる者の情報として必要十分かの検討が必要である。

3 介護側が提供する情報は、介護認定申請時又は変更時に得られた基本情報とその都度更新の必要な変動情報に分けられる。基本情報は、利用者名、住所、生年月日等である。変動情報は、主病名、主症状、服薬状況、食事状況、水

分摂取状況、睡眠、排泄、移動、入浴、口腔及び要介護度である。

介護認定申請書は、基本情報と

要介護度及び主治医が記されているだけであるが、利用者の申請に基づき市町村が行った実地調査の結果をまとめた認定調査には、麻痺等の部位などADLの状況について詳しく記されている。また、ケアマネジャーから毎月提出される給付実態報告書には変動情報が記されている。

4 これらについては、第1節(2)②アに挙げた居宅介護支援事業者が作成する「退院・退所情報提供書」にはほとんど含まれている。

一方、内閣府は、共有情報として標準指定する情報として、以下を挙げている。

- ③ 睡眠、排泄、食事、水分
 - ④ 主訴、服薬情報
 - ⑤ 皮膚、身体機能12項目
 - ⑥ 処置内容、予後
- このうち、「退院・退所情報提供書」にない項目は、水分であり、これは現場で必要とする声も高いことから、「退院・退所情報提供書」に追加すべきであろう。

第四節 今後の「在宅ケアにおける」医療介護連携の具体的ルールに関する提案

一 「連携を始める者を決める必要」

病院・診療所と介護事業者が、一部の地域では既に十分な情報を交換している。しかし、誰がその情報交換を始めるか、のルールはない。連携がうまくいっているところでは、誰か熱心に利用者に質の高い生活を送らせようとする人が、自発的に連携を開始している。

ある自治体は、現在、退院する場合やケアマネジャーがいなかった場合などに場合分けをして、誰に情報を提供するかのガイドラインを作成している²。利用者と触れる現場で誰が責任をもって連携を始めるか、が重要である。

したがって、日本全体でこうした連携を進めようとするならば、後期高齢者保険と介護保険において誰が連携を開始しなければならぬか、のルールを決めておくことが重要である。

二 「連携を始める者として誰が適当か。誰がサービス担当者会議に参加しなければならないか」

介護との連携が課題であるから、対象高齢者は必ず介護保険の認定を受けているわけであり、またどの在宅のケースでも長期的には医療を必要とするはずであるから、現在は法的には任意であるケアマネジャーを必ず選任させ、医療と介護の連携を図る体制を取るべきである。すなわち、ケアマネジャーがいらない（つまり介護プランを利用者自身が作成している）場合には、在宅医療を受ける者にはケアマネジャーを選任する義務を負わせるしかないであろう。

そして、連携を始める義務を負わせる者は居宅介護支援者（ケアマネジャー）とし、それに協力する者だけを在宅療養支援診療所や訪問介護事業者として指定できる、こととするべきと考えられる。現在でも診療報酬上、第一節（一）で述べた診療情報提供料の要件のひとつとして医師から居宅介護支援事業者への情報提供も入っており、さらに居宅介護支援事業者が退院退所加算の算定もできることになっている。

また、在宅時医学総合管理料を取っている医師、在宅療養支援診療所の医師、要介護者を入院で受

け入れる病院、訪問介護事業所、訪問看護ステーション等はサービス担当者会議に参加する（文書又はICTによる参加も可とする）義務を負わせて、情報の連携を図るべきである。

現行制度では、居宅介護支援事業者は、居宅サービス計画を新規に作成した場合、要介護認定を受けている者が更新認定を受けた場合又は状態区分の変更認定を受けた場合には、居宅サービスの担当者から成るサービス担当者会議を開催しなければならないとされているが、一般の医師は居宅サービスの担当者の定義からはずされていてサービス担当者会議に参加義務のない点は改善を要する点である。

したがって、在宅療養支援診療所でないが在宅時医学総合管理料を取っている医師にも参加（文書を含む）の義務を負わせた上、居宅療養管理指導費は廃止して情報提供料に改編し、居宅療養管理指導費に相当する情報提供料として上乗せすべきであろう。

三 「誰が情報を提供するか」

望ましいのは、医療介護情報を保有している医師や介護保険施設

からケアマネジャーに情報を提供することである。しかし、これは第一節の診療介護情報提供等の義務を医師や介護保険施設に新たに義務づけることになり、新たな義務付には政治的に困難な問題も含むので、取敢えず次の方法で実施すべきであろう。

すなわち、後期高齢者医療保険や介護保険では、保険者である広域連合や市町村に支払いのためレセプトが行くことになっているので、それぞれの保険者に相手側（医療であれば介護へ、介護であれば医療へ）への情報提供義務を課し、保険者の構成者である市町村から情報技術によつてケアマネジャーに情報を出すようにするべきである。現在のレセプトの内容で医療と介護の連携の観点から必要十分かを検証し、場合によってはレセプト様式を変更する必要がある。後期高齢者医療の保険者である広域連合は、市町村の集合体であるから、レセプト情報を介護保険者である市町村に情報提供し、市町村が介護事業者・医療機関に連携のための情報提供を行うことができるよう、念のため法の改正を行うことも検討を要しよう。

う。
 なお、現在の市町村の人的体制が不十分で情報提供を実施するのが難しい場合は、国民健康保険と介護保険の審査支払いを行う各都道府県の国保連にそれを委託できることとするのも、検討に値しよ

四 【どのようにつけて連携するか】

提供すべき情報の収集には、二つの方法が考えられる。

一つは、医師からのレセプト情報、介護事業所からの請求情報から、現在自動的に行われているDPCロジックを使って必要な情報を収集する方法である。

これは、レセプトに十分なデータが含まれていれば、比較的簡単に入手できる。そのためにはレセプト情報の転換技術とともに、先に述べたように必要とされる利用者に係る情報が記入されるように、レセプトの様式の変更が必要になる。

二つは、長期的には第一節(一)に挙げた医師による診療情報提供等の拡充による方法である。そのためには、現在その実施は義務とされていないので、義務化する必要がある。

また、医療サービステ介護サービスの連携に有効に機能する個人ICカードを導入することも提案したい。

五 【連携者の義務】

医師の中には、営利企業を含む介護事業者に対して、患者の個人情報を開示するのに心配を感じている者も多い。そこで、こうした個人情報を渡されたケアマネジャーの守秘義務と違反の場合の罰則を法律上明確にすることが必要であろう。

また、東京財団による、医療と介護の気質の違いがあるがそれにして介護側がもつと医療の勉強をすべき、ケアマネは事業者の代理人でなく利用者の代理人になるべき³⁾、との提言の実行も極めて重要である。ケアマネジャー全体の実力の向上が望まれる。

【注】

- 1 厚生労働省「医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究」平成25年7月29日、担当者会議資料
- 6
- 2 東京都中央区介護保険課（2011年7月）「在宅療養支援

（要介護高齢者）の手引き」

- 3 東京財団「医療・介護制度改革の基本的な考え方」2012年10月