

3. 医療と介護の連携・機能分担

○入院・退院時の情報共有や連携強化

【ケアマネジメント】

①医療連携加算の見直し

医療連携加算 150単位/月 ⇒ 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位/月<病院又は診療所に訪問する場合>
入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位/月<病院又は診療所に訪問しない場合>

②退院・退所加算の見直し

退院・退所加算(Ⅰ) 400単位/月 ⇒ 退院・退所加算 300単位/回<入院等期間中に3回まで算定可能>

退院・退所加算(Ⅱ) 600単位/月

③緊急時等居宅カンファレンス加算の創設

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合

緊急時等居宅カンファレンス加算(新規) ⇒ 200単位/回<1月に2回を限度として算定可能>

【訪問看護、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス】

④医療機関と共同した退院支援の評価

医療機関等からの退院後に、円滑に訪問看護が提供されるよう、入院中に訪問看護ステーション等の看護師等が医療機関と共同し、在宅での療養上必要な指導を行った場合の評価

退院時共同指導加算(新規) ⇒ 600単位/回

○肺炎等への対応の強化(介護老人保健施設)

入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎や尿路感染症などの疾病を発症した場合における施設内での対応について評価する。

所定疾患施設療養費(新規) ⇒ 300単位/日<1回につき7日間を限度>

○地域連携バスの評価(介護老人保健施設)

大腿骨頸部骨折及び脳卒中について、地域連携診療計画に係る医療機関から利用者を受け入れた場合について評価する。

地域連携診療計画情報提供加算(新規) ⇒ 300単位/回<入所者1人につき1回を限度>

(8) 医療と介護の連携②

- 主治医と連携が取りにくいと感じているケアマネジャーが多い。

(平成 24 年 3 月 28 日介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会資料)

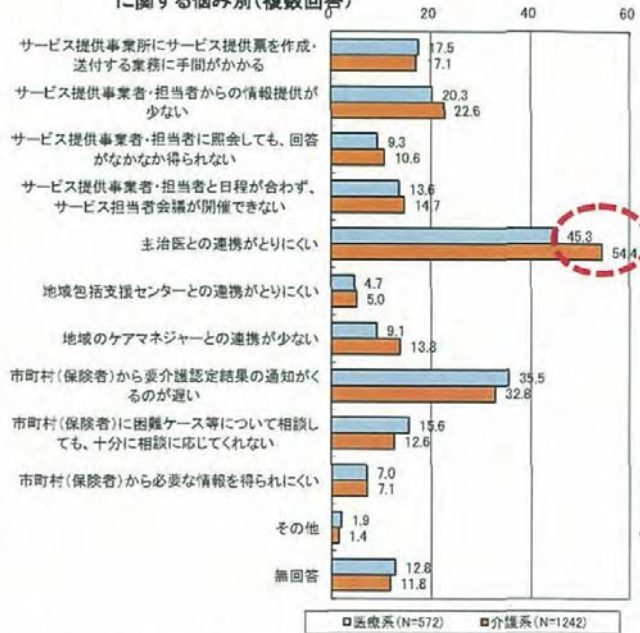
他機関との連携に関する悩み

- 主治医との連携が取りにくいと感じているケアマネジャーが多く、その中でも、医療系と比較して、介護系の資格を有するケアマネジャーの方が連携がとりにくいと感じている。

ケアマネジャー数;他機関との連携に関する悩み別 (複数回答)

	合計 (人)	割合 (%)
全体	2,172	100.0
主治医との連携が取りにくい	1,130	52.0
市町村から要介護認定結果の通知が来るのが遅い	733	33.7
サービス事業者・担当者からの情報提供が少ない	454	20.9
サービス事業者・担当者と日程的に会議が開催できない	319	14.7
サービス事業者にサービス提供票を作成・送付する手間	379	17.4

ケアマネジャー数;ケアマネ基礎資格・他機関との連携に関する悩み別 (複数回答)



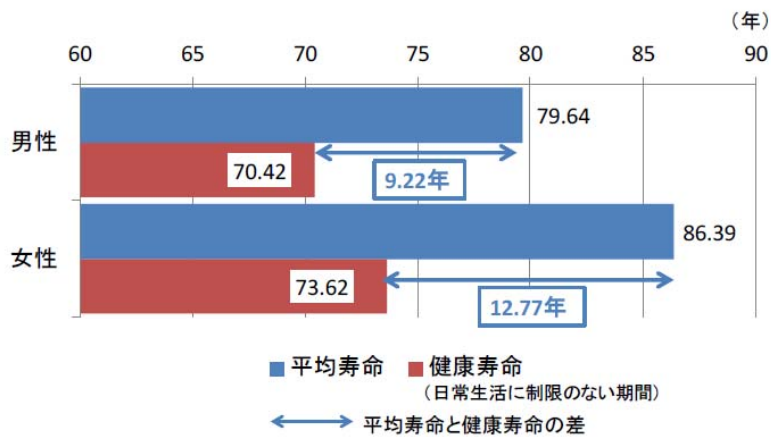
資料出所: 株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」(平成21年度老人保健健康増進等事業)

(9) 健康寿命①

- 平均寿命と健康寿命の差は10年前後ある。

(平成24年6月1日厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料
「次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会報告」から抜粋)

平均寿命と健康寿命の差

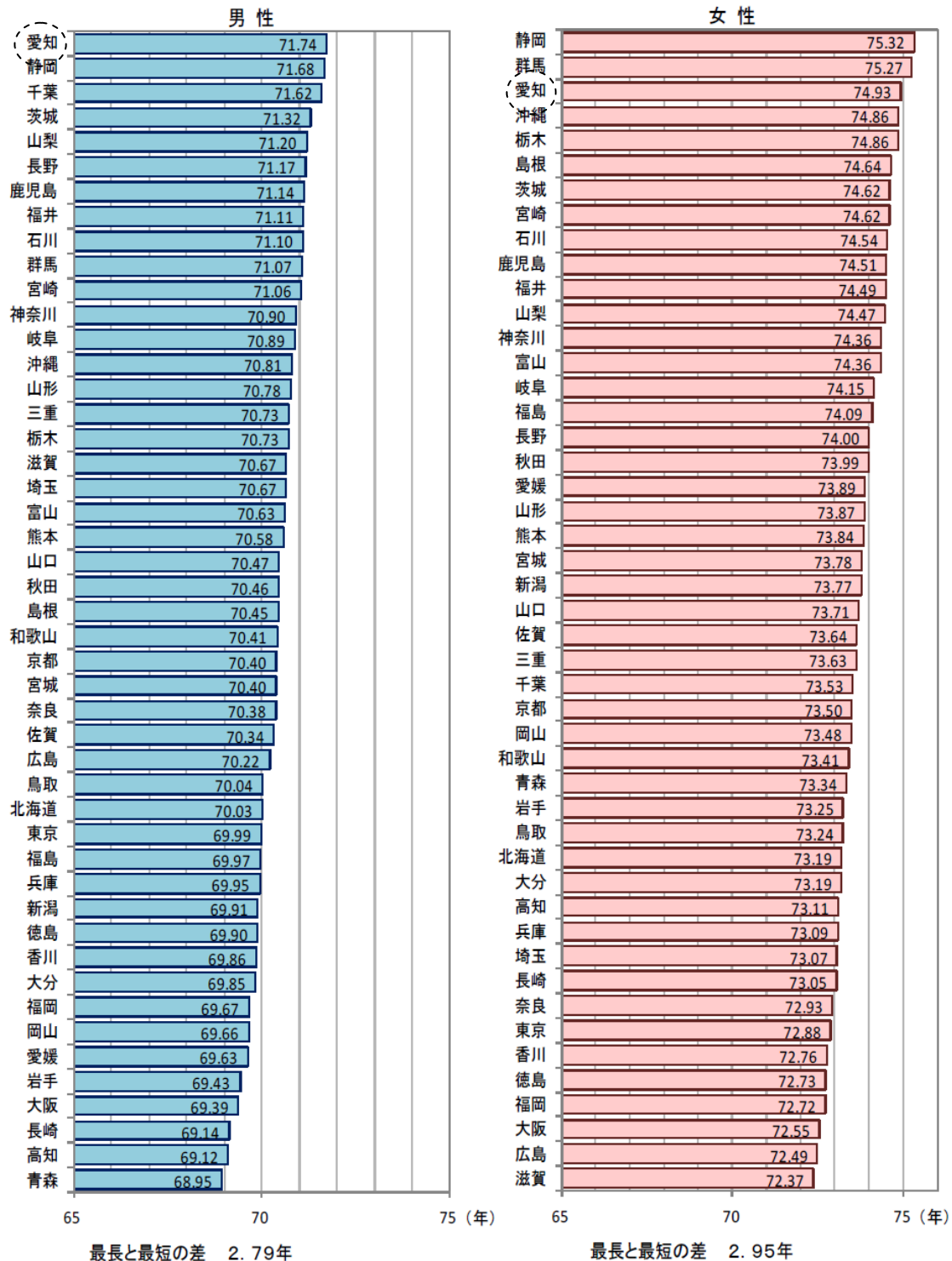


資料：平均寿命（平成22年）は厚生労働省「平成22年簡易生命表」
健康寿命（平成22年）は厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測
と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

(10) 健康寿命② (資料:「9」に同じ)

○ 愛知県は健康寿命男性1位、女性3位

都道府県別 日常生活に制限のない期間の平均 (平成22年)



資料: 厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」