

《実践報告》

「介護支援連携指導料」の導入

A Practice Report of introduction of "Guidance Fee about the Care Support Cooperation"

長野大学社会福祉学部 山田 恵美子
Emiko Yamada

はじめに

医療機関にとって2年に1度の診療報酬改定は経営を左右するだけではなく、診療報酬の枠組みを通して日常業務が規定されることも多い。そのため、診療報酬の改定は病院の管理運営を担っている事務部門のみならず、診療部門やその周辺の診療協力部門にも大きな影響を与えてきた。

筆者は2011年(平成23)3月まで長野県中部に位置するK病院に医療ソーシャルワーカー(以下、「MSW」と略す。)として勤務していた。K病院はリハビリテーション(以下、「リハ」と略す。)専門病院のため、リハ関係の診療報酬の改定には一喜一憂しつつ、その改定内容に沿って対策を立てることが定例化していた。しかし、MSWにおいては日常業務が直接的に診療報酬に規定されることが少なく、その関係は間接的なものであった。だが、2006(平成18)年の診療報酬改定の際、『医科点数表の解釈』に社会福祉士という文言が入ってからMSWも診療報酬改定とは無関係ではなくなってきた。特に2008(平成20)年の診療報酬改定で後期高齢者退院調整加算100点の導入、さらに2010(平成22)年には「介護支援連携指導料」300点の導入で、具体的な対策が迫られることになった。今回新設された介護支援連携指導料とは、患者の退院後の介護保険サービスについて医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員(ケアマネジャー(以下、「CM」と略す。))と連携して患者に指導した場合、1回300点で2回まで算定できるというものである。すなわち、

診療報酬の1点単価は10円のため、「介護支援連携指導料」は2回の連携で6,000円の病院収入になるということを意味していた。従来、MSWの業務が診療報酬に結び付かなかった中では、それは戸惑いつつも歓迎すべきこととして、MSWの現場では受け止められた。

この報告は、2010(平成22)年に新設された「介護支援連携指導料」の導入と運営に向けて、K病院の筆者をはじめとしたMSWの取り組みを通して見えてきた課題や、MSW業務が診療報酬に位置づけられたことの意味するものとMSWの組織運営について明らかにすることを目的とした実践報告である。

1. 介護支援連携指導料

先に挙げた『医科点数表の解釈』とは社会保険研究所から2年に1度の診療報酬改定時に出版される診療行為別の点数表を示した書籍である。医科点数表の解釈は、その表紙が緑色のため医療関係者の間では通称「青本」と呼ばれている。また、医科点数表の解釈は診療報酬の点数を網羅してあるため、従来から保険請求実務者の定本となっていたが、最近は医師やコメディカルの間でも用いられることが多くなり、K病院でも各部署に配布されていた。平成22年4月版の『医科点数表の解釈』はB5版の規格で1888頁で出版されている。その「青本」に掲載されている「介護支援連携指導料」についての記載事項¹⁾を以下に示す。

①介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等

の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切なサービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価するものである。

- ②介護支援連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中に2回算定できるものである。
- ③ここで言う介護保険施設とは、介護保険給付が行われる保健医療サービス又は福祉サービスを提供する施設であって、次の施設をいうものである。（中略）
- ④初回指導は、介護サービスの利用見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報を共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、2回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導等を想定したものである。
- ⑤行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付する。また、指導の内容を踏まえて作成されたケアプランについ

ては、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求めるとし、ケアプランの写しを診療録に添付する。

2. K病院の概要とMSWの組織上の位置づけ

K病院はベッド数429床のリハビリ病院である。医療法に基づく病床区分では、一般病床と療養病床の混合となっている。一般病床は10対1の基準看護で在院日数21日以内の入院基本料Ⅱを取っており、内科と整形外科の各1病棟で計2病棟100床ある。一方、療養病床においては、K病院の場合は診療報酬上の病床区分となる回復期リハビリ病床を主体としている。回復期リハビリ病床とは脳血管障害や骨折などの整形疾患で発病2か月以内に入院した患者が8割以上占め、集中的なりハビリを提供する病床で7病棟233床ある。回復期リハビリ病床以外の療養病床は人工呼吸器や在宅酸素の患者、神経難病患者など医療依存度の高い患者が8割以上占める病床で2病棟96床ある。

MSW配属の職場名の正式名称は医療社会事業科となっているが、院内外では通称名で医療相談室と呼ばれている。医療相談室には7名のMSWがいる。組織的には診療協力部門となるリハビリ部に所属している。リハビリ部長は整形外科の医師で、リハビリ部の構成は理学療法科、作業療法科、言語療法科、臨床心理科、義肢装具科、医療社会事業科の6科からなっている。リハビリ各科の科長はリハビリ部内で組織されている回復期リハビリ病棟委員会、摂食・嚥下委員会、教育委員会、リスクマネジメント委員会、リハビリ機能評価委員会、備品管理委員会の委員長を兼ねている。リハビリ部では月1回の「リハビリ小委員会」と呼ばれている科長会議を定例で開催している。会議内容はリハビリ各科の現状報告から、各委員会報告、診療報酬の改定があれば、それに対応する診療内容の変更など多岐に渡っている。ちなみに筆者は、6委員会の中で、K病院が5年に1度の第三者機関の評価を受ける「病院機能評価」の受審対策を行うリハビリ機能評価委員会の長を務めていた。

3. K病院のソーシャルワーク業務

K病院のMSWの業務はルーチン化されている。リハ入院患者には入院日に患者の基本情報等の社会背景を網羅した「社会環境（インテーク）」用紙を用いてインテーク面接を実施している。そのインテーク情報はK病院独自のイントラネットの「リハネット」に入力してから2部印刷をして、1部は病棟の診療録に保管し、1部はMSWのケース記録としている。インテーク面接後は各病棟で各患者に対して月1回開催されるリハカンファレンスに参加し、その方針に沿って、ケースワーク援助を行う。退院が決まると主治医、看護師、リハ各科と協力して「退院時情報提供書」をリハネット上で作成して、印刷後に患者の担当CMに渡すようにしている。現在、MSW業務の中心は回復期リハ病棟にあり、退院支援を主たる業務としている。それは、回復期リハ病棟の診療報酬の算定基準が、脳血管障害患者の入院期間は150日、整形疾患、呼吸器疾患患者は90日までと入院期間が限定されており、加えて在宅復帰率6割とされているためである。

4. 介護支援連携指導料導入に向けた取り組み

MSWの「介護支援連携指導料」導入に向けた取り組みについて、3点にまとめた。

(1) MSWの定例学習会

医療相談室では週1回、定例学習会を開催している。テーマは、確実に多くなってきている医療費の未収金ケースや経済的にも介護力的にも問題があり、退院支援に支障があるケースなど各MSWが抱えている困難ケースの事例検討、事例を通して確認した障害年金などの各種社会保険制度活用に関する情報や制度解釈上の疑問点の確認、新しい有料施設などの介護保険情報の共有、研修会の伝達講習、診療報酬に関することなどである。

今回の介護支援連携指導料については、青本がでる前に診療報酬の改定部分だけまとめた通称「白本」がでた時点で、医事課から白本を借りてコピーをとり、定例学習会で読み合わせを行い、制度を解釈することから始めた。次いで導入に当たっての課題を抽出した。課題となったのは、制度導入に当たって、医師の指示が必要であり、診療録に記録として残す必要もあるため指示受けをどうするか、介護支援連携指導に当たっての「介護支援連携指導書」（以下、指導書と略す。）の書式が青本に雛形が掲載されていないためどのような書式とするか、保険請求にあたり医事課との連携をどうするのか、MSWが取り組む新たな業務として院内にどのようなかたちでコンセンサスを得ていくのかなどであった。

(2) 介護支援連携指導書の書式とフローチャートの作成

2010（平成22）年3月の時点で近隣の病院のMSWに、指導料書について問い合わせたがどこの病院も指導書の作成には着手していなかった。そこで、青本の退院支援計画書を参考に、以下のような内容で作成をした。

- 1) 書式名称
「介護支援連携指導書」
- 2) 書式内容
 - ①病棟（病室）
 - ②患者氏名
 - ③介護連携指導を行った者の氏名（医師看護師等の職種を列挙してサインをもらう）
 - ④退院に係る課題
 - ⑤退院に向けた連携指導内容
 - ⑥予想される退院先
 - ⑦退院後に利用が望ましい介護保険サービス（訪問系サービス、通所系サービス等を列挙して○印を付ける）
 - ⑧介護保険外サービス（配食サービス移送サービス等列挙してチェックする）
 - ⑨要介護度（支援1・2、介護度1・2・3・4・5、申請中）

⑩介護保険有効認定期間

⑪入院期間

⑫退院後の受診先

⑬備考欄

以上までを表として体裁を整えた。そして、

3) 欄外

①介護支援連携日の日付

②「介護保険サービスについて説明を受けました。

今後、ケアプランの情報提供に同意します」の一文を記載し、

③患者・家族氏名、CM氏名、担当MSW氏名の3者のサインを入れる書式とした。

次いで、実際の介護支援連携業務を想定するとその行程があまりにも多いため、業務を行うMSW自身のためと院内のコンセンサスを得る説明資料目的としてフローチャートも作成した。その手順は

①患者入院

②医師がリハ処方の際、MSWに関してはインテークと退院支援の同時処方指示を行う。

③MSW インテーク面接

④リハビリカンファレンス参加とケースワーク

⑤退院に際して、CMとの連携が必要と判断した時点で患者・家族の了解を取り、CMに来院を依頼する。

⑥家族とCMが来院時に介護保険を中心とした支援について話し合い、1回目の連携の調整を行い、その場で指導書を作成して患者・家族とCMにサインをもらう

⑦作成した指導書は4枚のコピーを取り、家族とCMに渡し、CMには後日ケアプラン表の送付を依頼する。

⑧上記のCM来院時に看護師が立ち会わなかった場合は看護師に連携内容について口頭報告を行うと共に病棟の診療録に連携内容を記録する。

⑨指導書の原本は医事課に回し、診療報酬請求ルートに乗せ、医事課で診療録にファイルしてもらう。

⑩3枚目のコピーはMSWのケース記録にファイ

ルしてMSWとしての記録も書く。

⑪4枚目のコピーは相談室用の記録としてファイルする。

⑫2回目の連携はCMが再度来院した時か、1回目の連携が済んでおり、患者退院に合わせて開催する患者・家族、CM、サービス提供事業者と院内スタッフを交えたサービス担当者会議を開催した場合は⑥⑦⑧⑨⑩⑪をくり返す。

⑬患者退院後、ケアプラン表がMSWに届いた時は回覧付箋を付けて医師、看護師、リハスタッフに回覧する。

⑭ケアプラン表が一巡して、MSWに戻ってきた指導書を診療情報管理室に届けて診療録にファイルしてもらう。

(3) 院内のコンセンサス

「介護支援連携指導料」が関係する部署としては、最初に保険請求事務を行う医事課が挙げられる。医事課にはMSWが作成した指導書とフローチャートを用いて、保険請求を含めた手順の確認を行った。次いで、院内のコンセンサスを得るために、リハ小委員会でMSWの新たな業務になると資料をもとに報告をした。なお、リハ小委員会には看護部代表として、副看護部長が出席しているため、看護部への周知は副部長から師長会の席上で報告をしてくれるように依頼した。また、K病院には介護保険の事業所として居宅介護支援事業者や訪問看護ステーション、訪問リハ、デイケア等からなる地域医療部がある。同じくりハ小委員会には訪問リハと、デイケアの科長が出席しているため看護部同様に周知を依頼した。医師には、毎週1回開かれている医局会に出席をして、説明を行うとともにK病院の院内ランでリハ処方を出す際にMSWについては、インテークと退院支援の同時オーダーを依頼した。最後に診療情報管理委員会には、指導書とケアプラン表のファイリングを依頼した。

5. 課題

実際に「介護支援連携指導料」の制度を運用する中でみえてきた課題を4点にまとめた。

(1) 制度上の問題

青本では、CMとの連携について「初回指導は介護サービス利用の見込みがついた段階（中略）2回目の指導は実際の退院前に退院後に想定するケアプランの原案に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うことを想定したものである」となっている。しかし、実際に運用してみると初回想定の特介認定の申請段階ではまだ、一般的にはCMが決定していないためCMとの連携は基本的にはあり得ない。結果的にはすでに介護保険サービスを利用しており、CMが付いている患者のCMとの連携が主体となり、青本に書いてある2回目の想定連携が実際的であった。したがって、今回の診療報酬の改定は、1回目の連携は絵に描いた餅であり、現状にそぐわないものであった。医療現場の実情に即した診療報酬の改定が望まれる。

(2) 診療録への記載

介護支援をCMと行った場合、青本には「行った指導内容について、要点を診療録に記載」となっている。K病院では電子カルテ化されておらず、診療録は紙カルテで医師記録・看護記録・リハカルテが一元化されている。MSWも必要に応じて診療録に記載していたが、その頻度は少ない。それはMSWのケース記録は別立てで独立しており、時間的制約の中では、MSWの記録を重視せざるを得ないためであった。そのため、診療録への記録が習慣化されておらず、タイムリーに診療録に記録が書けず、結果的には追記として書くこともあった。また、診療録とMSWの記録と二重となり業務量の増大が避けられなかった。なお、記録に関しては、統一化してマニュアル化できるものもあると思われる。今後の業務改善が課題と

考える。

(3) CMとの連携

CMとの連携後は「ケアプランについては、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求めることとし、ケアプランの写しを診療録に添付する」と青本には書かれている。K病院では患者退院時に「退院時情報提供書」を作成してCMに送付するシステムがあり、あわせて返書とケアプラン表の送付を依頼している。また、指導書に「ケアプランの情報提供に同意します」の一文を載せ、口頭でもケアプラン表の送付を依頼しているが、ケアプラン表の送付率は100%に至らず、監査の対応として電話でCMにケアプランの送付を依頼することもあった。

なお、介護報酬の改定は3年に1度なされている。2009（平成21）年4月の介護報酬の改定では、CMに「医療と介護の連携強化・連携を図る観点から入院時や退院・退所時に病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価」²⁾として、利用者入院に際して病院職員に必要な情報を提供した場合は150単位（1単位は10円）が医療連携加算として新規導入されていた。それと同時に退院・退所加算も導入されており、入院期間が30日以内の利用者の退院に当たって、病院職員と面談を行い、連携を行った場合の加算は400単位、30日以上入院は600単位の加算が付いていた。医療と介護の連携の推進が求められ、互いに加算はについても、実務面での連携の難しさがあった。

(4) 実績

指導書作成の実績を見ると2010（平成22）年4月から7月までの4か月間の実績は24ケースであった。そのうち2回連携したのは2ケースにとどまった。思いの外、少ない実績であった。その理由としてK病院の病棟構成によるところもある。「介護支援連携指導料」はMSWが軸足をおきCMと一番多く連携している回復期リハ病棟は包括医療のため、連携を行っても診療報酬には結び付かない、療養病棟は医療依存度が高すぎ

て退院患者は極めて少ない、対象となる一般病棟の在院日数は21日以内が施設基準となっておりK病院の平成21年度の平均在院日数は17.7日と短く、期間的にCMとの連携が取りにくいことが挙げられた。また、一般病棟で実際にCMが来院して連携を行っても、その業務量の多さからマンパワーの問題もあり、介護支援連携指導書の作成に至らないことも多々あった。診療報酬に位置づけられたMSW業務を最優先できるかと言えば、チーム医療のなかで在宅復帰6割というアウトカムが問われる回復期リハ病棟の在宅支援の優先順位を高くせざるを得なかった。

6. 考察

(1) 診療報酬の重み

診療報酬に今回の「介護支援連携指導料」が新設されたことは、医療と介護の連携という時代の要請もあるであろうが、退院支援と地域連携を担ってきたMSWの業務が評価されたことで、社会福祉士としてのMSWの医療機関における位置づけの強化に繋がったと考えられる。しかし、それは、新たな業務の出現でもあった。従来、MSWはCMとサービス調整をしても全てを報告書としてまとめていたわけではなく、主治医、看護師へ口頭報告で済ませることも多かった。今回は300点の対価として、①指導書を作成し、患者とCMに交付、②診療録に記録をする、③CMからの返書となるケアプラン表を診療録に添付など多くの必須業務が生まれている。介護支援連携指導書作成に伴う一連の業務は300点という責任の重さでもある。さらに、診療報酬請求の意味するところは、監査対象にもなるという新たな局面も備えていた。診療録への記録をはじめ、監査対象などの側面は従来から医療職、特に看護職が担ってきたものであるが、看護に比べてMSWの数は圧倒的に少なく、層も薄くその基盤は脆弱である。しかし、それでも今後、MSWとして、長年MSW業務が診療報酬に反映されることを要求してきた結果の一つとして「介護支援連携指導料」

というかたちで診療報酬に位置づけられた以上、その業務に取り組むことがMSWには求められる。

(2) 業務管理運営とソーシャルワークの専門性

診療報酬に位置づけられた業務を具体化していくためには、MSWとして患者支援の援助技術と同時に、自院の病棟機能と新たな制度を照合させ総合的にアセスメントして、実行していく業務遂行能力が必要となる。そして、その業務をシステム化して定着させるには、チームワークやネットワークの知識と技術も必要となる。さらに、診療報酬という形で可視化された業務が今後、実績も要求されるようになれば、MSW部門の責任者には業務管理運営能力が問われるようになる。新たに生じた業務におけるソーシャルワークの専門性とは、診療報酬における実績も残していくことでMSWの信頼度高め、その信頼を背景に、診療報酬には結び付かない業務とのバランスを取り、クライアントにより良い援助を展開していくことに価値を置くことではないかと考える。

引用文献

- 1) 【医科点数表の解釈 平成22年4月版】 社会保険研究所 2010年6月 pp227～228
- 2) 【介護報酬の解釈 平成21年4月版】 社会保険研究所 2009年6月 pp73