

医療と介護の連携に関する意見交換 関係資料

第1回 平成29年3月22日(水)

○看取りについて (…P5)

○訪問看護について (…P14)

第2回 平成29年4月19日(水)

○リハビリテーションについて (…P17)

○関係者・関係機関の調整・連絡について (…P21)

医療と介護の連携に関する意見交換について

1. 目的

- 平成 30 年度は、6 年に一度の診療報酬及び介護報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。
- また、医療と介護を取り巻く現状としては、将来人口推計によれば、少子高齢社会により、医療・介護ニーズが増大する一方で、その支え手は減少が見込まれている。2025（平成 37）年に向けた医療・介護需要の地域差を伴う急速な増大に対応するための提供体制の整備に要する期間等を勘案すると、平成 30 年度の診療報酬及び介護報酬の同時改定は、2025 年までに大きく舵を切ることができる実質的に最後の機会であり、非常に重要な分水嶺である。
- さらに、2025 年以降を見据えると、人口減少や少子高齢化に伴い、医療・介護需要の更なる変動が見込まれるため、2025 年以降の中長期的な展望を踏まえた極めて難しい対応が迫られており、関係者が知恵を出し合い、あるべき医療・介護の提供体制を実現していくことが強く求められている。
- このため、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の委員のうち、検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けることとされた。
- 以上のような背景を踏まえ、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、診療報酬と介護報酬の両方で評価されている項目に関する現状や課題を明確化するため、以下のテーマ・課題（案）に主に関わる委員にて意見交換を行う。

2. テーマ・課題（案）

- 医療と介護の連携に関する主な検討項目としては、中央社会保険医療協議会総会において、介護施設において提供される医療、居宅等において提供される介護サービスと在宅医療、リハビリテーション、入退院時の調整等の検討課題が挙げられている。

- 医療と介護のサービス提供において連携が特に求められる局面として、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの4つのフェーズがあるが、それぞれのフェーズで、医療と介護を連携させる必要があり、今回の意見交換では、主に以下のようなテーマ・課題を取り上げる。

(1) 看取り (④)

- ・ 医療機関、介護施設、居宅等における看取りと医療・介護サービス提供の在り方
- ・ 要介護被保険者等の状態やニーズに応じた、医療・介護サービスの供給の範囲

(2) 訪問看護 (①、②、③、④)

- ・ 医療機関から在宅への円滑な移行支援に係る訪問看護の提供体制
- ・ 在宅での療養生活を送るための訪問看護の24時間対応や急変時対応
- ・ 訪問看護における医療職と介護職との連携

(3) リハビリテーション (①、②)

- ・ 医療と介護による継続的なリハビリテーションの提供の在り方
- ・ リハビリテーションにおける医師の指示や実施計画等の在り方

(4) 関係者・関係機関の調整・連携 (①、②、③、④)

- ・ 入退院時、日常療養時及び急変時等における、医療機関と居宅介護支援事業所等の医療・介護を含めたサービス提供者間の連携の在り方

3. 日程とテーマ・課題

第1回 3月22日(水) テーマ(1)、(2)

第2回 4月19日(水) テーマ(3)、(4)

4. 会議の運営

- (1) 会議は、老健局と保険局の共同事務局による会議とする。
- (2) 事務局は、老健局老人保健課及び保険局医療課にて行う。
- (3) 会議の議事は原則公開とする。
- (4) 会議で出された課題や意見は、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会に事務局より報告する。

出席者一覧

- ・ 安部 好弘 日本薬剤師会常務理事
 - ・ 稲葉 雅之 民間介護事業推進委員会代表委員
 - ・ 猪口 雄二 全日本病院協会副会長
 - ・ 遠藤 秀樹 日本歯科医師会常務理事
 - ・ 幸野 庄司 健康保険組合連合会理事
 - ・ 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
 - ・ 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
 - ・ 鷲見 よしみ 日本介護支援専門員協会会長
 - ・ 瀬戸 雅嗣 全国老人福祉施設協議会副会長
 - ・ 武久 洋三 日本慢性期医療協会会長
 - ・ 田中 滋 慶應義塾大学名誉教授【分科会長】
 - ・ 田辺 国昭 東京大学大学院法学政治学研究科教授【会長】
 - ・ 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
 - ・ 松本 純一 日本医師会常任理事
- (五十音順 敬称略)

【テーマ1】看取り

1 現状

(1) 看取りを巡る状況

1) 高齢化の進展

- 我が国においては、人口の高齢化が急速に進展しており、これを反映して死亡数も増加傾向にある。1966（昭和41）年には戦後最も少ない約67万人であったが、2003（平成15）年に100万人を超え、2015（平成27）年には約129万人となっている。今後も、ピークを迎える2039（平成51）年の約167万人まで、増加が続くものと推計されている。

2) 死亡場所の推移と国民の希望

- 死亡場所について見ると、1951（昭和26）年には自宅で死亡する者の割合が8割以上を占めていたが、医療機関で死亡する者の割合が年々増加し、1976（昭和51）年に自宅で死亡する者の割合を上回った。現在では、医療機関で死亡する者の割合が約8割となっている。

※ 医療機関：約77%、自宅：約13%、介護老人保健施設・老人ホーム：約9%（2015（平成27）年）

- 平成20年の「終末期医療に関する調査」において、「自宅で最後まで療養したい」と回答した者は約1割であったが、自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、約6割の国民が「自宅で療養したい」と回答した。

- また、同調査において、6割以上の者は自宅で最期まで療養することは困難であると回答し、その理由は、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状が急変したときの対応に不安」、「症状急変時すぐに入院できるか不安」、「経済的に負担が大きい」の順に多かった。

3) 「人生の最終段階における医療」に対する国民の関心・希望

- 人生の最終段階における医療（疼痛の緩和や、中心静脈栄養、人工呼吸器の使用等の延命治療）について、国民の関心や希望は様々であるが、平成25

年の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」において、人生の最終段階における医療について家族と全く話し合ったことがないと回答した一般国民の割合は、約 56%に上った。

- また、同調査において、意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことについて「賛成である」と回答した一般国民の割合は約 70%に上ったが、このうち実際に書面を作成している者は約 3%であった。
- 医療福祉従事者が本人の気持ちを受け止め、本人・家族と十分に話し合うというプロセスが重要であり、平成 19 年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が策定され、その周知が図られているが、上記の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」においては、医師の約 34%、看護師の約 41%、介護職員の約 50%が「ガイドラインを知らない」と回答した。
 - ※ 平成 26 年度以降、「人生の最終段階における医療体制整備事業」により、患者の相談に適切に対応できる医療・ケアチームの養成、配置等を進めている。

(2) 看取りに係るサービス提供の実態

1) 在宅における看取り

①訪問診療

- 在宅療養支援病院・診療所の届出数は、近年、概ね増加から横ばいの傾向にある。
 - ※ 在宅療養支援病院：1,074 病院、在宅療養支援診療所：14,562 診療所（平成 27 年 7 月 1 日時点）
- 在宅での看取りを行う病院・診療所は、増加傾向にはあるものの、依然として全体の約 5%にとどまっている。
 - ※ 平成 26 年時点で、476 病院、4,312 診療所

②訪問看護

- 訪問看護ステーションについては、近年の増加が著しい。
 - ※ 医療保険：8,613 事業所（平成 28 年 5 月審査分）、介護保険：8,484 事業所（平成 28 年 4 月審査分）

- 訪問看護を行う病院・診療所の数は、訪問看護ステーションの数より少ない。また、医療保険による訪問看護を行う病院・診療所の数が多く、介護保険による訪問看護を行う病院又は診療所の数は減少傾向にある。
 - ※ 医療保険：4,284 機関（平成 28 年 5 月診療分）、介護保険：1,629 機関（平成 28 年 4 月審査分）

- 死亡によるサービス終了者について見ると、介護保険の利用者より医療保険の利用者の方が多く、ターミナルケアに係る評価の算定件数も多い。
 - ※ 平成 27 年 9 月中の死亡によるサービス終了者のうち、医療保険の利用者は 4,413 人、介護保険の利用者は 3,980 人であった。
 - ※ 平成 27 年 6 月審査分の医療保険のターミナルケア療養費の算定に係る利用者が 2,853 人であるのに対し、平成 27 年 4 月審査分の介護保険のターミナルケア加算の算定数は 1,327 人であった。

2) 介護保険施設等における看取り

- 特別養護老人ホームにおいて、看取りを行うケースは増えている。

- 多くの特別養護老人ホームでは看取りに積極的に取り組んでいる一方で、一部の特別養護老人ホームでは、看取りに際して入所者を医療機関に搬送している。
 - ※ なお、特別養護老人ホームには施設基準で医師の配置を求めているが、8割以上の配置医は、外部の医療機関等に勤務する非常勤の医師である。

- 特別養護老人ホームの入所者は、より高齢の入所者の割合、より要介護度が高い入所者の割合が増えている。

- 介護老人保健施設は、在宅復帰を目的とした施設であり、死亡退所は必ずしも多くはないが、医療提供施設として、ターミナルケアを提供している。

- 認知症対応型グループホームにおいては、入居者の平均要介護度が高くなっているほか、退居理由のうち約 2 割が事業所での看取りとなっている。

- 特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム）においては、入居者の平均要介護度（※）が高くなっている。また終の住まいとして、退去理由のうち半分以上が死亡による契約終了となっており、看取りに取組むケース

は増えている。

(※) 平成 28 年度：平均要介護度 2.5

3) 医療機関における看取り

- 死亡場所として最も多いのは医療機関であるが、推計退院患者のうち退院後の行き先が「その他（不明、死亡等）」の割合は約 6%、主な病棟別の退院患者のうちの死亡退院の割合をみると、急性期（7 対 1 病棟）約 3%、回復期（地域包括ケア病棟）約 4%、慢性期（療養病棟）約 36%となっており、医療機関では死亡の転帰をたどる入院患者が一定数存在する。
- 医療機関においては、いわゆる看取りだけでなく、末期の悪性腫瘍等の患者に対する疼痛コントロール等の緩和ケアが行われており、緩和ケア病棟の届出病床数は、7,030 床（平成 27 年 7 月時点）となっている。
- 悪性腫瘍の患者であって、がん診療連携拠点病院等で看取られた者は約 25%にとどまり、悪性腫瘍の患者の多くが、がん診療連携拠点病院等以外の一般病院で看取られているが、がん診療連携拠点病院等以外の病院での緩和ケアの状況については十分に把握できていない。また、一般病院の約 87%には緩和ケアチームがない。

(3) 看取りに係る報酬設定

1) 訪問診療（診療報酬）

- 医療保険において、重症度、居住場所に応じた評価や在宅医療専門の医療機関に関する評価を行うとともに、看取り期の患者に係るサービス（患者や家族への病状説明、不安への対処（相談支援）、急変時の対応（24 時間対応）、医療の提供、死亡診断等）について、死亡日及び死亡日前 14 日以内のサービス提供に対する評価等を行っている。
※ これらの評価は、基本的に、訪問看護と異なり、看取り期の状態や居住場所による制限を受けない。ただし、特別養護老人ホームにおいて、介護保険の看取り介護加算が算定される場合には、算定できない。

2) 訪問看護（診療報酬・介護報酬）

- 居宅における訪問看護の対象者に対しては、年齢、疾患や医療の必要性（状態、処置の頻度等）に応じて、医療保険又は介護保険から給付が行われる。

- 介護保険の給付は、医療保険の給付に優先することとされているが、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍である場合、難病である場合又は急性増悪等による主治医の指示があった場合等に限り、医療保険の給付が行われる。特別養護老人ホームの入所者については、末期の悪性腫瘍である場合のみ医療保険の給付が行われる。
- 介護保険の入所サービスの利用者について、介護保険の看取り加算やターミナルケア加算が算定される場合、医療保険の訪問看護におけるターミナルケアに係る評価は算定できない。

3) 施設サービス等（介護報酬）

- 介護保険において、施設類型毎に看取りに関する評価を行っている。
 - ・ 特別養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム）、小規模多機能型居宅介護や認知症対応型グループホームにおいては、看取り期の入所者等への対応（施設等における看取りに関する指針の策定、入所者等や家族への療養及び介護についての説明、計画に基づく療養及び介護の提供等）について、死亡日及び死亡日前 30 日以内の取組に対する評価を行っている。看護小規模多機能型居宅介護においても、看取り期の利用者に対する死亡日及び死亡日前 14 日以内の 2 日以上ターミナルケアの実施を評価している。
 - ・ 介護老人保健施設においては、ターミナルケアとして、看取り期の入所者への配慮（患者や家族への病状説明、医療の提供等）について、死亡日及び死亡日前 30 日以内の取組に対する評価を行っている。
- 介護保険施設には、施設類型に応じて必要な医療職が配置されていることから、入所者に対する施設内の医療費等については、原則として介護保険から給付が行われる。ただし、外部の医療機関等からの医療提供については、医療保険と介護保険との間で給付調整が行われる。（末期の悪性腫瘍である場合等は、医療保険から給付が行われる。）

4) 医療機関（診療報酬）

- 医療機関は、治療を目的としており、結果的に生じる死亡という転帰については、在宅医療における在宅ターミナルケア加算等のような個別の診療報酬では評価していない。
- 末期の悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の入院患者に対する疼痛コン

トロール等の緩和ケアについては、緩和ケア病棟入院料や緩和ケア診療加算として診療報酬で評価を行っている。

2 主な課題

(1) 総論

- 1 現状で示したとおり、人生の最終段階における医療に対する国民の関心や希望は様々であるが、人生の最終段階の医療について家族で話し合ったことがない国民が半数以上おり、また、医療福祉従事者も、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を十分に認知しておらず、患者本人の気持ちや意思を尊重した医療や介護を十分に提供できていない可能性がある。
- また、「治る見込みがない病気になった場合に最期を迎えたい場所」について、半数以上の国民が「自宅」を希望しているのに対し、実際に自宅で死亡する者の割合は1割程度にとどまっており、国民が希望する場所において十分な看取りができていない。
- 今後、多死社会を迎える我が国においては、患者本人の気持ちや意思を十分に尊重した医療や介護を提供するとともに、住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所において看取りを行っていく必要がある。
- そのためには、患者一人ひとりの思いを支えることができる相談体制の整備や情報提供など、患者・家族の意思を尊重しつつ、最善の治療方針の判断や意思決定を行うための様々な支援が重要である。また、地域包括ケアシステムの構築を推進し、質が高く効率的な医療・介護の提供体制を十分に整備するとともに、関係機関が密接に連携して対応することが必要である。

(2) 看取りに関する国民の希望への対応

- 国として「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を作成しているが、医療福祉従事者に十分に認知されていない。

(3) 場所に応じた看取りの実施

1) 在宅における看取り

- 末期の悪性腫瘍の患者へのサービス提供に当たっては、必要な対応が定型化しているが、医療職と介護支援専門員との連携が不足し、患者の状態に応じた真に必要なサービスが迅速に提供されていない場合がある。
- 悪性腫瘍以外の患者へのサービス提供に当たっては、予後予測が困難なことから個別のケースにより様々な対応が想定され、悪性腫瘍以外の患者の看取りへの対応が十分でない可能性がある。
- また、悪性腫瘍以外の患者への看取りについては、医療的な対応を主とする末期の悪性腫瘍と異なり、日常の支援を介護サービスで支えていることから、医療と介護との連携がより一層必要である。

2) 介護保険施設等における看取り

- 特別養護老人ホームにおいては、多くの施設で看取りを行っている一方で、必要な体制の確保ができていない、施設の方針として看取りを行わない等の理由で看取りを行っていない施設が約10%ある。
- 特定施設入居者生活介護においては、重度要介護者や死亡による契約終了者が多いにもかかわらず、対応できる必要な体制の確保を含め、看取りに対して負担を感じ、看取りまで行っていない施設も多い。
※「ホームで亡くなりたい」という希望があれば、施設での看取りを受け入れる施設の割合:80%、平均看取り率約30%

3) 医療機関における看取り

- 患者や家族の看取りに関する希望に係る情報が不明であるため、在宅療養中で看取り期の患者が、患者や家族の意思にかかわらず搬送され、希望と異なる救命措置等が施されてしまう例が散見されることから、予め本人の意向を家族やかかりつけ医師等と共有し、本人の意思が尊重される取組が必要との指摘がある。
- 在宅等で療養している患者が最終的に医療機関での看取りを希望している場合、事前の関係者・関係機関間における情報共有が重要となるが、そのような医療機関における適切な看取りについては、在宅ターミナルケア加算等の診療報酬上の評価の対象となっていない。
- 医療機関における緩和ケアに係る診療報酬上の評価の対象は、末期の悪

性腫瘍等の患者に限られている。

- 医療機関における緩和ケア病棟や緩和ケアチームの数は少なく、医療機関での緩和ケアや看取りが十分でない可能性がある。
- がん拠点病院以外の病院において、専門的な医療従事者の不足等により十分な緩和ケアの提供が困難である。また、がん拠点病院以外の病院において亡くなる悪性腫瘍の患者が多いにもかかわらず、緩和ケアの状況について十分に把握されていない。

3 検討の視点

(1) 看取りに関する国民の希望への対応

- 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた対応など、医療従事者や国民の看取りに関する理解の状況について、どのように考えるか。

(2) 場所に応じた看取りの実施

1) 在宅における看取り

- 末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容体変化の不安を抱える家族や介護職を支えるための医療の関与について、どのように考えるか。
- 末期の悪性腫瘍等の患者へのサービス提供に当たっての、医療職と介護支援専門員との円滑な連携の在り方について、どのように考えるか。

2) 介護保険施設等における看取り

- 特別養護老人ホーム及び居住系サービスの入所者の看取り期における医療ニーズに適切に対応するため、特別養護老人ホーム及び居住系サービスが提供するべき医療の範囲と、外部の医療機関等が提供するべき医療の範囲について、どのように考えるか。

3) 医療機関における看取り

- 在宅等で療養している患者やその家族が最終的には医療機関における看取りを希望している場合の、医療機関も含めた在宅医療の関係者・関係機関

間における情報共有や、医療機関が提供するべき医療の範囲について、どのように考えるか。

- 末期の悪性腫瘍等以外の患者を含む医療機関における緩和ケアを必要とする患者への緩和ケアの在り方について、どのように考えるか。

【テーマ2】 訪問看護

1 現状

(1) 訪問看護

- 訪問看護とは、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。病院・診療所又は訪問看護ステーション（医療機関に併設されているものと単独で開設しているものがある）がサービス提供を行うこととなっている。
- 居宅における訪問看護の対象者に対しては、年齢、疾患や医療の必要性（状態、処置の頻度等）に応じて、医療保険又は介護保険から給付が行われる。
- 介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとされており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍である場合、難病患者である場合、急性増悪等による主治医の指示があった場合等に限り、医療保険の給付が行われる。
- 就業している看護職員のうち、訪問看護ステーションに就業している者は年々増加しているものの、全体に占める割合としては約2%と依然として低い状況にある。
- 訪問看護ステーションが開設した看護小規模多機能型事業所は、医療ニーズの高い利用者を受け入れているが、看護小規模多機能型事業所を併設している訪問看護ステーションの数及び全体に占める割合は伸び悩んでいる。

(2) 訪問看護に係るサービス提供

1) 訪問看護ステーション

- 訪問看護ステーションについては、近年の増加が著しい。
 - ※ 医療保険：8,613事業所（平成28年5月審査分）、介護保険：8,484事業所（平成28年4月審査分）
- 訪問看護ステーションの利用に係る費用や利用者数は、医療保険・介護保険ともに増加傾向にあるが、医療保険の伸びの方が大きい。

- 訪問看護ステーションの1事業所当たり従事者数は6.5人であり、従事者数が5人以上の事業所の割合は増加傾向にあるものの、従業者数が5人未満の事業所が未だに半数近くを占める。(平成27年9月時点)
- 訪問看護の利用者からは、「24時間対応」を期待されており、訪問看護ステーションにおいては、従事者数が多くなるほど、24時間対応等の体制を確保できる傾向にある。一方、従業者数に占めるリハビリテーション職の数の割合が高い訪問看護ステーションほど、そのような体制を確保できていない。
- 訪問看護利用者のうち死亡によるサービス終了者について見ると、在宅で死亡した者が約半数である。また、死亡によるサービス終了者は、介護保険の利用者より医療保険の利用者の方が多く、ターミナルケアに係る評価の算定件数も医療保険の方が多い。
※在宅以外での死亡によるサービス終了者に限ると、介護保険の利用者の方が多い。

2) 病院・診療所

- 訪問看護を行う病院・診療所の数は、訪問看護ステーションの数より少ない。また、医療保険による訪問看護を行う病院・診療所の数が多く、介護保険による訪問看護を行う病院又は診療所の数は減少傾向にある。
※ 医療保険：4,284機関(平成28年5月診療分)、介護報酬：1,629機関(平成28年4月審査分)

2 主な課題

- 24時間対応等の患者が安心して在宅で療養するための体制整備が求められる一方、医療・介護の担い手が減少する中で、従事者の働き方を考慮しつつ、充実した訪問看護を行うためには、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や病院・診療所が行う訪問看護の拡大を進めることが必要である。また、医療と介護の連携を推進する観点から、訪問看護ステーションが併設する看護小規模多機能型事業所のような訪問看護と他のサービスとを組み合わせた複合型のサービス提供が十分でないとの指摘がある。
- 悪性腫瘍以外の患者へのサービス提供に当たっては、予後予測が困難なことから個別のケースにより様々な対応が想定され、悪性腫瘍以外の患者の看取りへの対応が十分でない可能性がある。

3 検討の視点

- 在宅への円滑な移行支援のための訪問看護の提供体制を整備する観点から、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や、病院・診療所が行う在宅支援の拡大や人材育成を進めるための方策について、どのように考えるか。
- 多様なニーズに柔軟に対応するために、訪問看護と他のサービスを組み合わせた複合型のサービス提供を推進することについて、どのように考えるか。
- 患者・家族が安心して在宅での療養生活を送るための訪問看護の 24 時間対応や急変時対応について、どのように考えるか。
- 末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容体変化の不安を抱える家族や介護職を支えるための医療の関与について、どのように考えるか。

【テーマ3】 リハビリテーション

1 現状

(1) リハビリテーションの目的と役割分担

- リハビリテーションについては、
 - ・ 急性期においては、診断・治療を経て、早期の離床やリハビリテーションにより廃用症候群を予防し、心身機能の改善やADLの向上を図る
 - ・ 回復期においては、集中的なリハビリテーションにより、心身機能の回復やADLの向上を図る
 - ・ 維持期・生活期においては、心身機能やADLの維持・向上を図りつつも、更に多職種によるチームアプローチにより、生活機能（活動や参加を含む）やQOL等の向上を図る

といった観点から、急性期・回復期については主に医療保険により、維持期・生活期については主に介護保険により、給付が行われている。

(2) 疾患別リハビリテーションの維持期・生活期における対応

1) 報酬設定

- 医療保険のリハビリテーションは、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる患者等について、計画的に定期的な効果判定を行いながら実施することとしている。疾病の種類ごとに算定することができる日数（標準的算定日数）が規定されており、入院中の患者以外の要介護被保険者等に対し標準的算定日数を超過して行われるリハビリテーションについては、(1)の役割分担の考え方に基づき、平成29年度末までに、原則として、介護保険に移行する方針となっている。

※ 治療の継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される患者等については、引き続き、医療保険の給付を行うことができる。

- 平成28年度診療報酬改定において、要介護被保険者等である患者について、介護保険のリハビリテーションと同様に活動や参加へのアプローチにも焦点を当てて、リハビリテーションの目標設定等による支援等を行った場合の評価を新設した。

- 介護保険においては、要介護被保険者等に対し、病院・診療所や介護老人保健施設が必要な通所リハビリテーション等を実施することについて、評価を行っている。
- 標準的算定日数を超過した要介護被保険者等に対しても、同じ病院・診療所において介護保険のリハビリテーションが提供できるよう、介護保険における施設基準の緩和等を行ってきた。
- 保険医療機関は、別段の申し出がない限り、介護保険における指定通所リハビリテーションの事業所としての指定を受けたものとみなされる。ただし、医療保険の各疾患別リハビリテーションの施設及び人員基準と、介護保険の通所リハビリテーションの施設及び人員基準は同一ではないため、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を届け出ている医療機関であっても、介護保険の通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護保険の通所リハビリテーションの基準を満たす必要がある。
- また、介護保険の通所リハビリテーションの基本報酬は、事業所の規模によって複数の種類があり、個々の事業所がどの基本サービス費を算定するか特定する必要があることや、個々の事業所においてどのような加算が算定可能かを特定する必要があること等の理由により、通所リハビリテーション事業所のみなし指定を受けた保険医療機関であっても、介護保険の通所リハビリテーションサービス費の請求を行うためには、別途、事業所の体制等について都道府県に届け出る必要がある。
- なお、医療保険・介護保険いずれにおいても、リハビリテーションに係る報酬の算定に当たっては、リハビリテーションの目的等を記載した計画書を作成することになっている。

2) サービス提供

- 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者のうち、発症等から標準的算定日数を超過して疾患別リハビリテーションを受けている要介護被保険者等（治療の継続により状態の改善が期待できると医学的に判断された者を除く。）の割合は、約3%（3.9万人）である。

- 介護保険においては、心身機能やADLの維持・向上を図りつつ、更に多職種によるチームアプローチを行うことにより、生活機能（活動や参加を含む）やQOL等の向上を図っている。
- 介護保険における通所リハビリテーションについて、事業者数やサービス受給者数は、一貫して増加傾向にある。
 - ※ 事業者数は、平成20年4月には6,530事業所であったが、平成28年4月には7,511事業所となっている。
 - ※ サービス受給者数は、平成20年4月には約35万人であったが、平成28年4月には約42万人となっている。

2 主な課題

(1) 高齢者の生活を支えるリハビリテーションの実施

- 急性期や回復期においては、早期の集中的なリハビリテーションにより、心身機能の改善・回復やADLの向上を図ることが重要であるが、加えて、維持期・生活期のリハビリテーションを見据えて、活動や参加に関する目標を設定した上で、この目標に応じた心身機能の回復を図ることが重要である。

(2) 疾患別リハビリテーションの維持期・生活期における対応

- 平成30年度から、発症等から標準的算定日数を超過した要介護被保険者等に係るリハビリテーションについては、医療保険から介護保険に円滑に移行する必要がある。ただし、治療の継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される者について、適切に医療保険のリハビリテーションを行うことができるよう、配慮する必要がある。
- 介護保険への移行に当たって、リハビリテーションにかかる施設基準の違いや、医療保険とは別の事務手続の存在が障壁となるとの指摘がある。

(3) リハビリテーションに係る情報提供・情報共有

- 医療保険における実施計画書と介護保険における実施計画書との間では、記載内容は概ね共通しているが、連携・移行に当たって円滑に情報提供・情報共有が行われなかったために、介護保険のリハビリテーション事業所で再度記載が必要になる等の非効率な運用になっている場合がある。

3 検討の視点

- 急性期や回復期のリハビリテーションにおいて、目標設定支援の視点に基づくリハビリテーションをより一層推進することについて、どのように考えるか。
- 疾患別リハビリテーションの維持期における介護保険への円滑な移行を含め、医療と介護との間で切れ目のない継続的なリハビリテーションを効果的に提供することについて、どのように考えるか。
- 医療と介護の連携・移行をより効率的に推進する観点から、リハビリテーションにおける実施計画書等の在り方について、どのように考えるか。

【テーマ4】関係者・関係機関の調整・連携

1 現状

(1) 総論

- 医療保険においては、厚生労働大臣の指定を受け、保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションが、医療サービスを提供している。
- 介護保険においては、多様な居宅サービスや施設サービスが設定されており、サービス事業者・施設は、原則としてサービスの種類・事業所ごとに都道府県知事等の指定を受け、介護サービスを提供している。
- 特に高齢者については、医療を受けながら、介護保険の複数のサービスを利用していることから、医療・介護の関係者・関係機関間の情報提供・共有、相互の理解といった連携が重要となっている。

(2) 医療機関と居宅介護支援事業者等との連携

- 医療保険においては、退院支援や関係者・関係機関の連携の観点から、例えば、保険医療機関の次のようなサービスについて評価を行うとともに、必要な書面の様式等を定めているものもある。
 - ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう、入院早期から退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援を実施すること（退院支援加算）
 - ・ 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、本人もそれ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と連携し、退院後のケアプラン作成につなげること（介護支援連携指導料）
 - ・ 患者の同意を得て、居宅介護支援事業者、介護老人保健施設等に診療情報を提供すること（診療情報提供料（I））
 - ・ 入院中の患者に対し、保険医療機関が、その同意を得て、退院後の在宅療養を担う保険医療機関や保険薬局、訪問看護ステーション、介護支援専門員等とともに在宅での療養上必要な説明及び指導を行うこと（退院時共同指導料）

- 介護保険においては、入退院時や在宅療養時における介護支援専門員と医療機関等の関係機関・関係者の連携の観点から、居宅介護支援において次のようなサービスについて評価を行っている。
 - ・ 介護サービス利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、病院又は診療所の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の情報を提供すること（入院時情報連携加算）
 - ・ 病院又は診療所に入院していた者が退院するにあたって、入院担当医との会議（カンファレンス）等を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成すること（退院・退所加算）
 - ・ 病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと（緊急時等居宅カンファレンス加算）。
- 関係者・関係機関においては、診療報酬・介護報酬に位置付けられていなくとも、必要に応じて、各々の方法で調整・連携し、情報提供・情報共有を行っている。

(3) 歯科医療機関と介護施設との連携

- 口腔疾患と全身疾患の関連については、重度の歯周病が糖尿病のリスクファクターとなることや、歯科医療専門職の介入による口腔衛生管理が要介護被保険者等の誤嚥性肺炎の発症を低下させることが報告されている。
- 介護施設等の入所者への歯科医療については、医療保険により評価されており、歯科医療機関の約2割が在宅医療サービス（介護施設等への歯科訪問診療を含む）を提供している。特に施設への訪問診療は年々増加しており、歯科訪問診療料を算定している医療機関の約半数が、1日に複数の同一建物居住者に対して行った歯科訪問診療を評価する歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を算定している。また、歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づく歯科衛生士等による療養上必要な指導を評価している訪問歯科衛生指導料についても近年増加傾向にある。
- 介護保険施設においては約9割で協力歯科医療機関を定めているが、歯科医療機関と介護保険施設との連携内容は、歯科訪問診療の実施が主となっている。

- 歯科医師、歯科衛生士と連携した介護保険施設の口腔衛生管理に対する介護報酬については、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員への助言指導等を評価する口腔衛生管理体制加算の算定が約半数、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による口腔ケアを評価する口腔衛生管理体制加算が1割弱の算定となっている。

(4) 居宅介護支援事業者と医療関係職種との連携

- 介護支援専門員はケアプランの作成に当たって、利用者、家族、居宅サービス（医療サービスを含む。）等の担当者を招集してサービス担当者会議を開催し、担当者から専門的な見地からの意見を求めることとされている。
- 利用者が訪問看護や通所リハビリテーション等の医療サービスを希望しているなど必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めなければならないこととなっている。また、在宅における薬学管理については、医師が必要と認めた場合に、医師の指示に基づき、薬局・薬剤師が行うこととされている。

2 主な課題

- ケアプランの作成・変更に当たって、医療職と介護支援専門員との間の連携・理解が不足している場合があるため、特に末期の悪性腫瘍等の患者へのサービス提供に際して、患者の状態に応じた真に必要なサービスが迅速に提供されていない場合があるとの指摘がある。
- 入退院時における居宅介護支援事業者と医療機関との連携について、事業者側からカンファレンスの開催を求めるなどの取組が見られる一方、医療機関の都合に合わせた訪問調整や、情報提供を行う機会の確保に困難を感じる事業者が多い。
- 各医療・介護職種は、それぞれが患者・利用者に関してどのような情報等を求めているかを共有できていないことや、日々の業務で忙しく、一堂に会することが難しいこともあり、服薬状況や口腔ケアマネジメント等に関する情報を含め、相互に必要な情報が円滑に共有されない場合があるとの指摘がある。

3 検討の視点

- 患者・利用者に対して、その病状や介護の状態に応じて、真に必要な医療や介護サービスを適時適切に提供する観点から、医療・介護の関係者・関係機関間の円滑な情報提供・共有、相互の理解といった連携の在り方について、どのように考えるか。