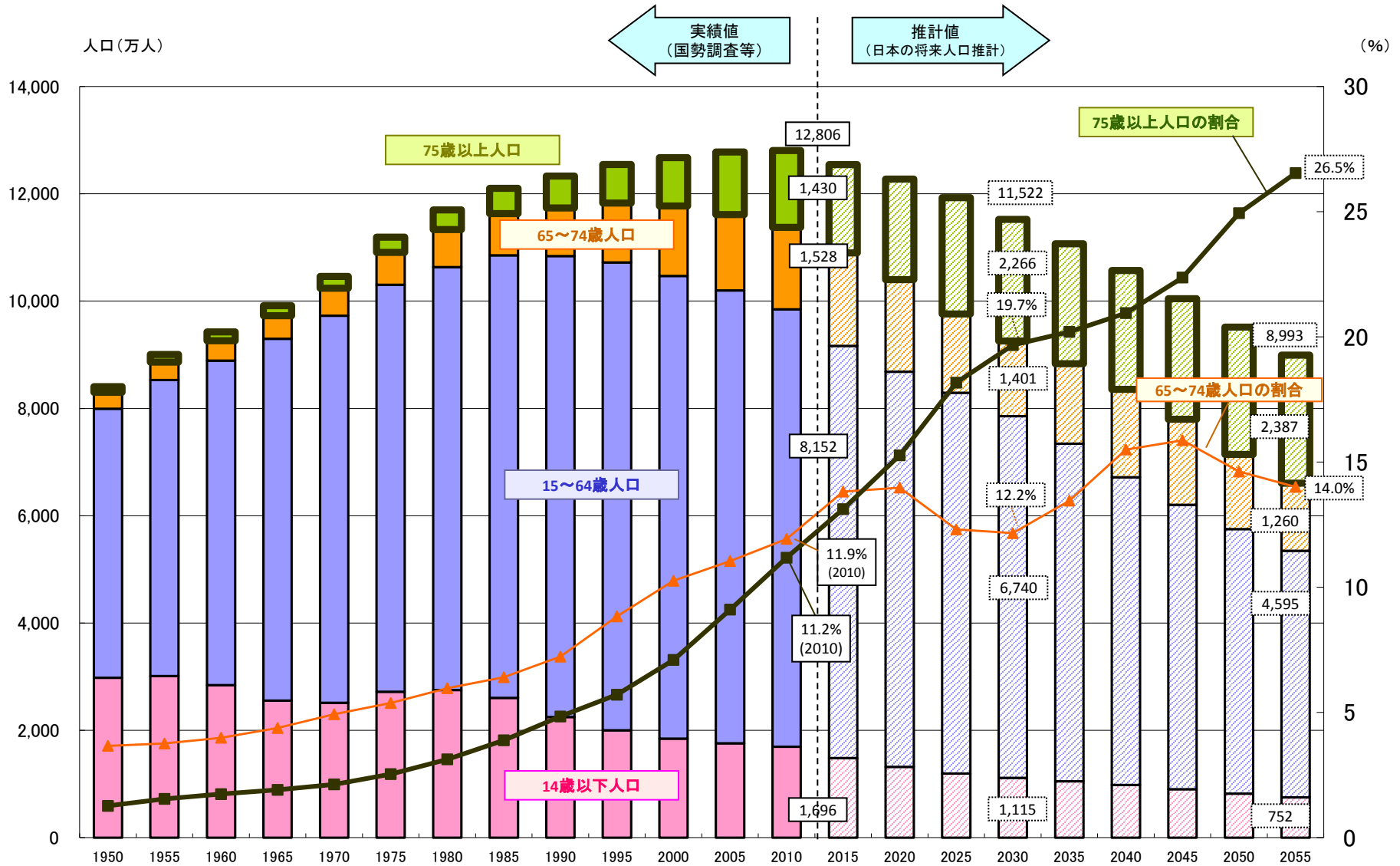


## 中央社会保険医療協議会と介護給付費分科会との打ち合わせ会

# 診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて

# 1. 医療・介護を取り巻く状況

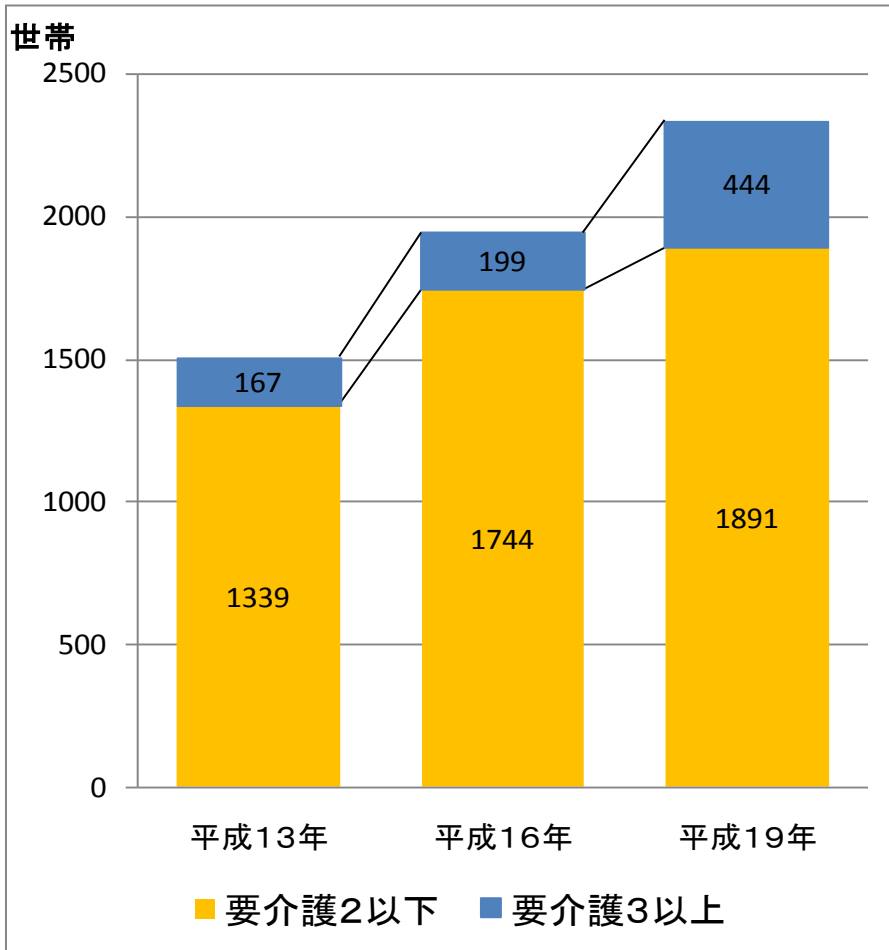
# 人口推計



資料: 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年は総務省統計局「推計人口(平成22年10月1日推計)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

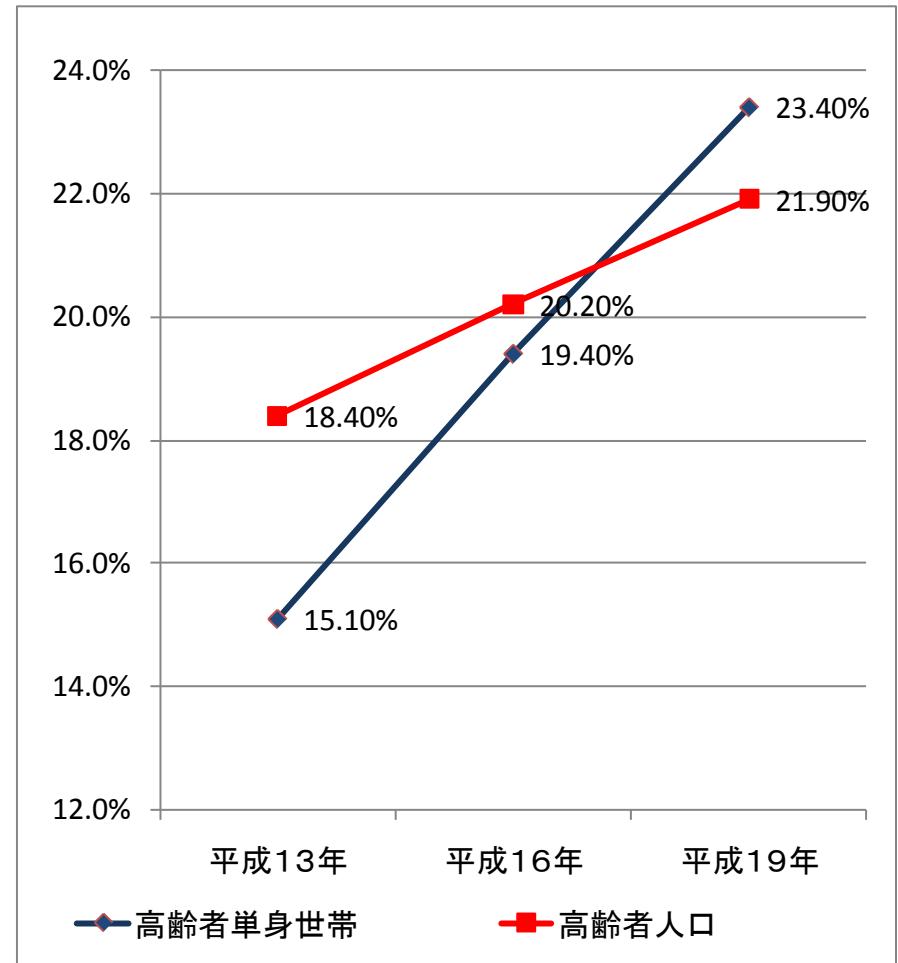
# 高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



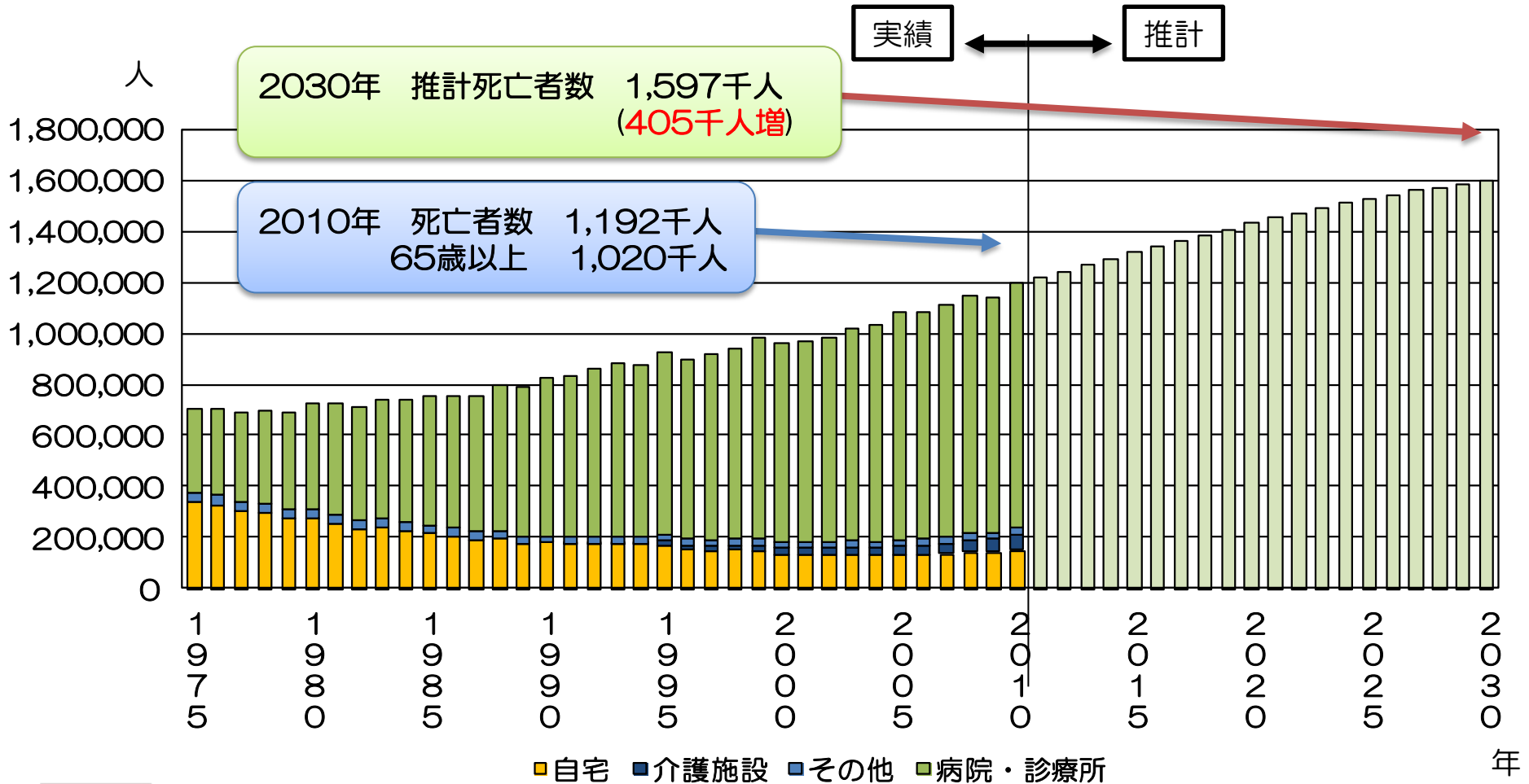
(※)介護を要する者のいる世帯数1万対

高齢者単身世帯と高齢者人口の割合



(出典)国民生活基礎調査から作成

# 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



## 課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】  
2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」  
2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

# 社会保障・税の一体改革に関する検討ポイント

(平成23年6月30日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

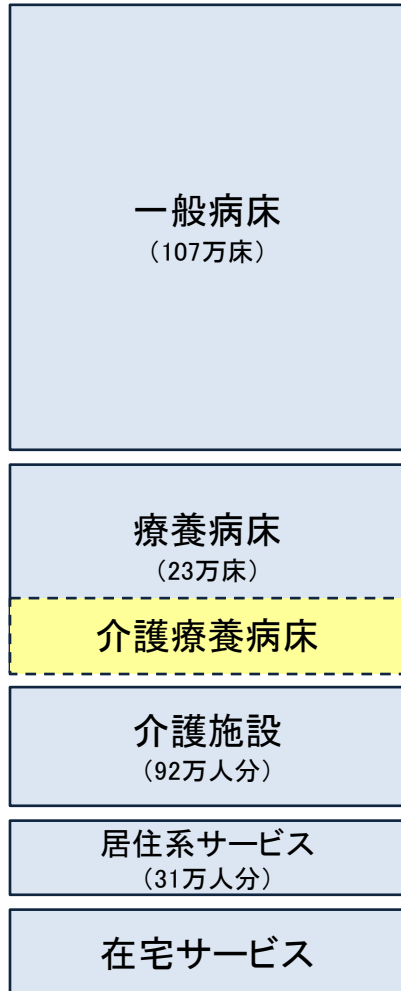
## II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
  - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
  - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防
- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
  - a) 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化
    - ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化
  - b) 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化
    - ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化
    - ・ 介護納付金の総報酬割導入、重度化予防に効果のある給付への重点化
  - c) 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化
    - ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。
  - d) その他
    - ・ 総合合算制度、低所得者対策・逆進性対策等の検討
    - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し
    - ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

# 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



## 【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
  - ・急性期への医療資源集中投入
  - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 在宅医療の充実
  - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
  - ・訪問看護等の計画的整備 等
- 在宅介護の充実
  - ・地域包括ケア体制の整備
  - ・ケアマネジメント機能の強化 等

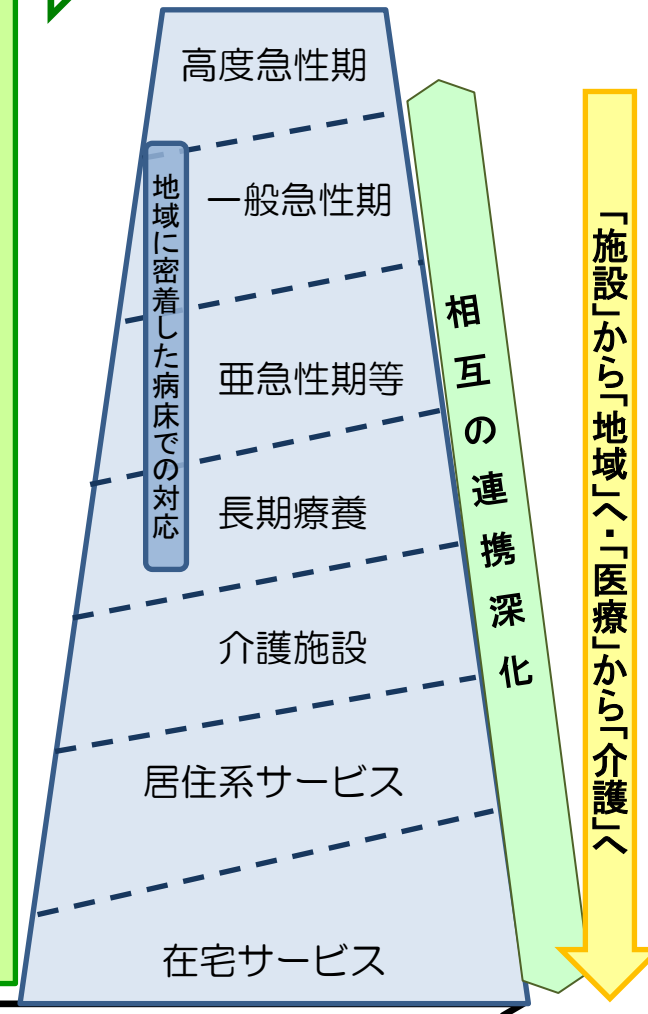
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

## 【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

# 医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

- 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。
- 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

## 医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

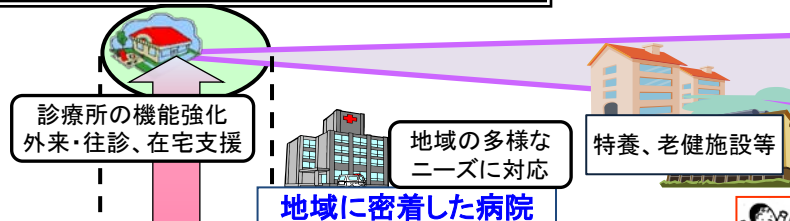
&

## 地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討

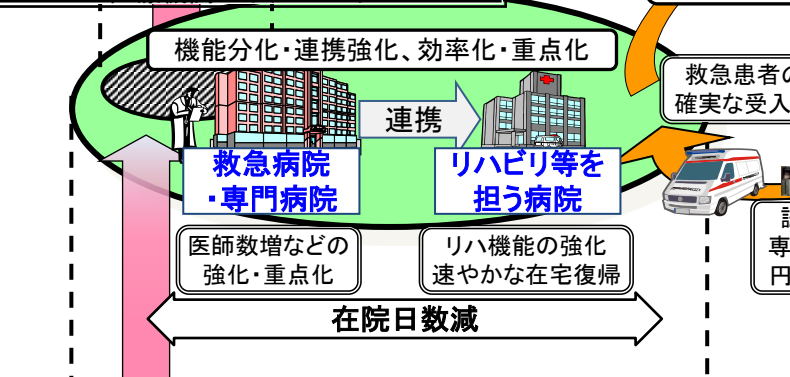
### 市町村レベル:

主治医(総合医を含む)による日常の診療対応



### 人口20～30万レベル:

救急病院など地域の基幹病院を中心とする医療機関のネットワーク



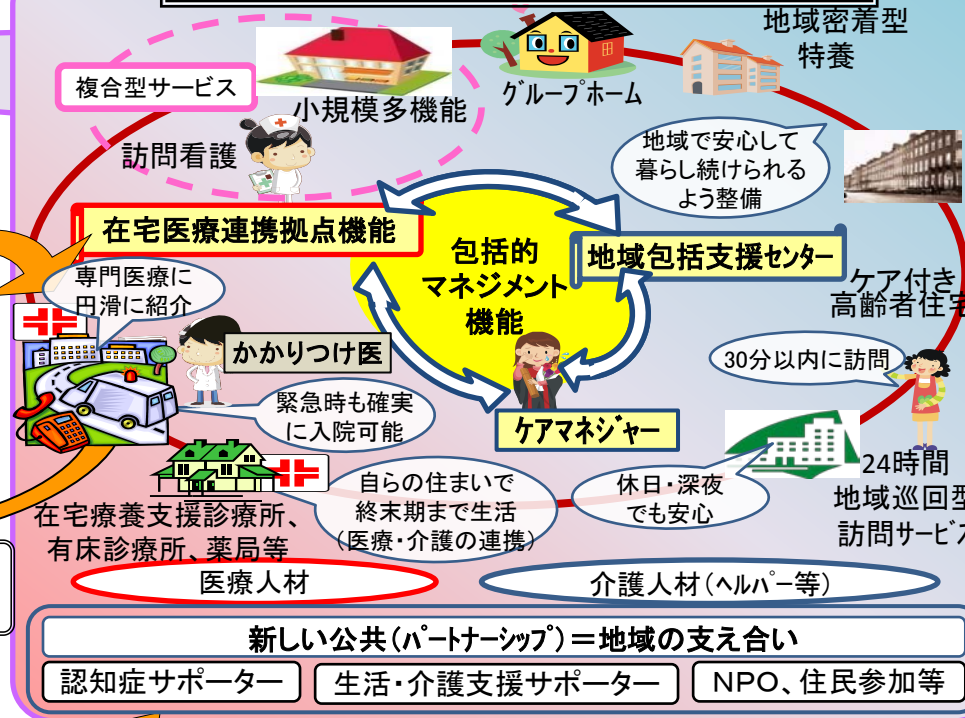
### 都道府県レベル:

救命救急、高度な医療など広域ニーズへの対応体制整備



### 小・中学校区レベル(※):

日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供体制





# 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性 <sup>1)</sup> 等 75日程度 亜急性 <sup>1)</sup> 等57～58日程度 長期 <sup>2)</sup> 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

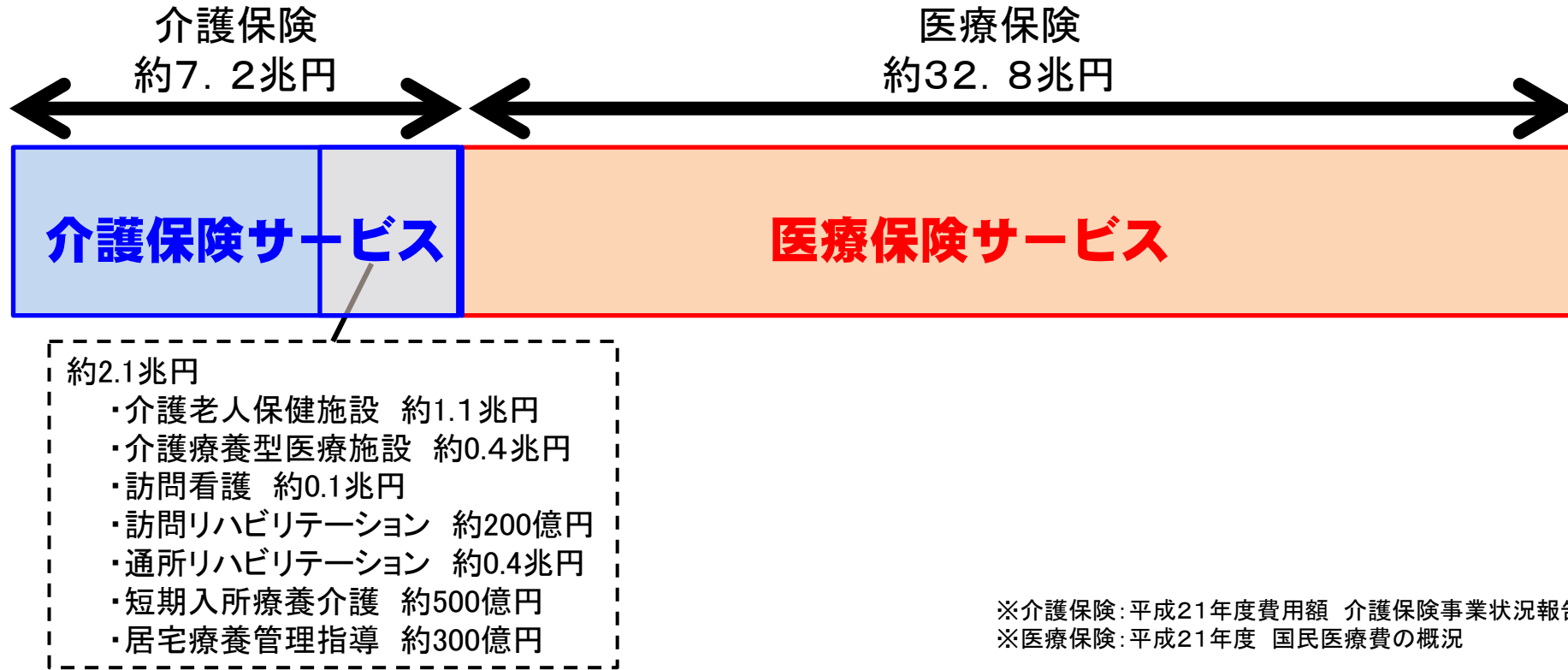
# (参考) 医療・介護分野における主な充実、重点化・効率化要素

		2025年
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍) (現行一般病床平均対比でみた場合)</li> <li>・一般急性の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍) ( " )</li> <li>・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増)</li> <li>・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度</li> <li>・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増)</li> <li>・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備</li> </ul>
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増</li> </ul>
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実</li> <li>・介護職員の処遇改善(単価の上昇)</li> <li>・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など</li> </ul>
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)  ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度</li> <li>・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度</li> <li>・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合)</li> </ul> <p>( 現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。 )</p>
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養 在院日数1割程度減少</li> <li>・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)</li> </ul>
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少</li> </ul>
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合)</li> <li>( 現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。 )</li> </ul>
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)</li> </ul>

## 2. 介護保険サービスと医療保険サービスの概要

# 診療報酬と介護報酬の全体像

## ○介護保険サービスのうち、約3割が医療系のサービスとなっている



## ○要介護度が高い利用者ほど医療ニーズも高い傾向にある

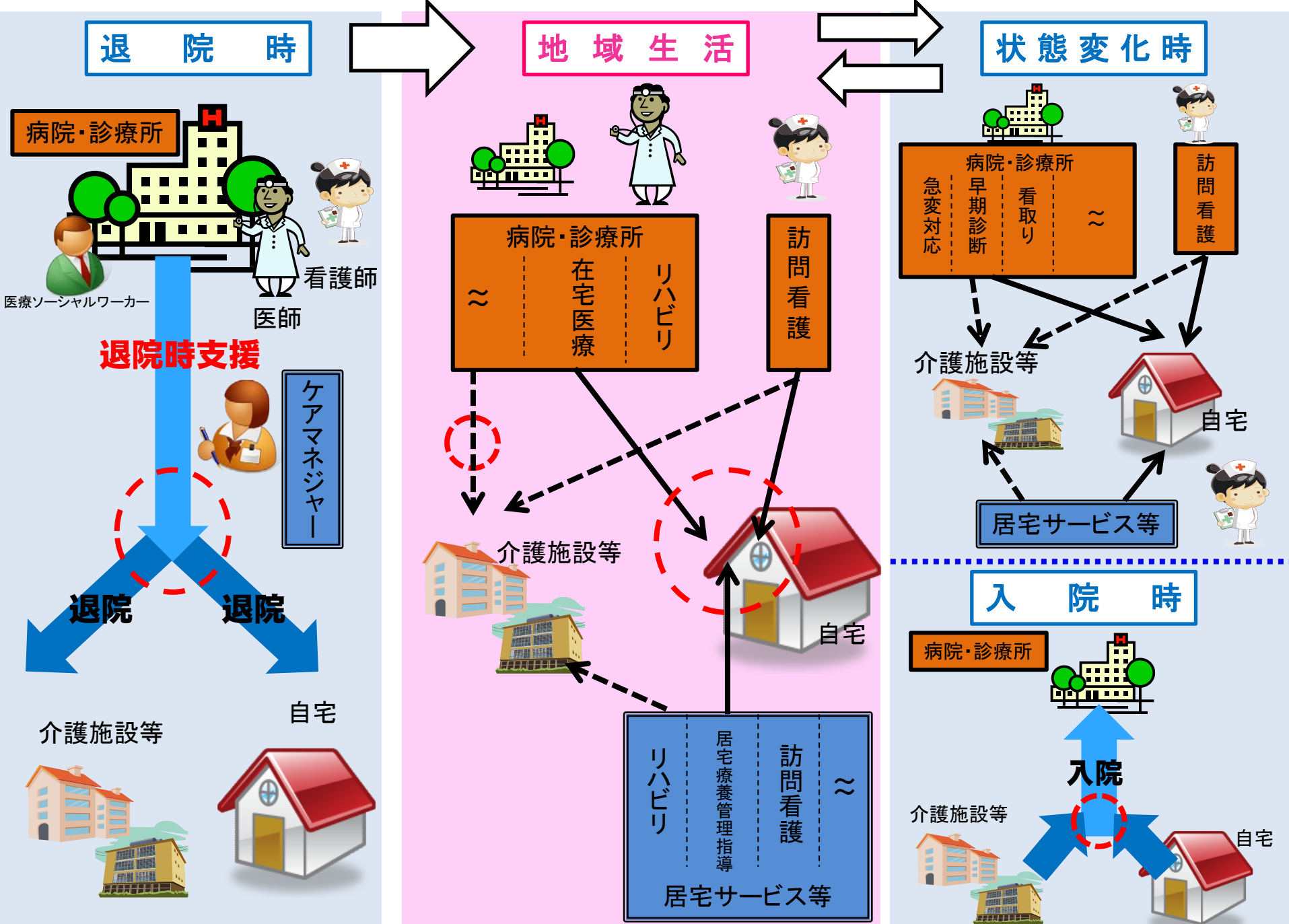
訪問看護受給者数(千人)

総数 <sup>※</sup>	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
284.2	8.0	18.3	40.3	56.3	45.6	49.9	65.8
(%)	(2.8%)	(6.4%)	(14.2%)	(19.8%)	(16.0%)	(17.6%)	(23.2%)

※総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者、月の途中で要介護から要支援に変更となった者及び平成21年2月サービス提供分以前の経過的要介護の者を含む。

出典:介護保険給付実態調査 平成23年4月審査分

# 要介護・要支援高齢者等の視点からみた医療・介護の提供のイメージ



**要介護者又は要支援者については、原則として、介護保険給付が医療保険給付より優先されるが、別に厚生労働省が定める場合については、医療保険から給付できるとされている。**

○ 健康保険法(大正十一年法律第七十号)

第五十五条

2 被保険者に係る療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費若しくは家族訪問看護療養費の支給は、同一の疾病又は負傷について、介護保険法の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない。

○ 診療報酬の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第五十九号)

六 前各号の規定により保険医療機関又は保険薬局において算定する療養に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)第六十二条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。

## 介護施設における医療保険と介護保険の給付調整の関係

○ 介護施設では、医師の配置を必須としているもの、施設の趣旨・目的に応じた医療が介護保険より提供されるものがあり、この場合には、医療保険による給付が調整されている。

医療保険から給付される医療

介護報酬に含まれている医療の密度

← 医師配置無し →

← 医師配置有り →

認知症対応型  
共同生活介護  
(認知症グループホーム)

特定施設入居者生活介護  
(外部サービス利用型)

特定施設入居者生活介護

(特別養護老人ホーム)  
介護老人福祉施設

介護老人保健施設

介護療養型  
老人保健施設

介護療養型医療施設

## 居宅サービスにおける医療保険と介護保険の給付の関係

○ 介護保険における居宅サービスと同内容のものが医療保険においても設定されている場合には、原則として介護保険によるサービスが優先されることとなるが、医療ニーズがより高い等の場合には、医療保険が優先されるものもある。

【例】訪問看護

**要介護者、要支援者**

医療保険による  
訪問看護

介護保険による  
訪問看護

末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による  
主治医の指示があった場合

### 3. 論点、課題等

# (1) 医療・介護施設の機能分化と連携の推進

## ① 入・退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進

### → 論点・課題

入院中から、退院後の療養生活支援を視野に入れた

①入院診療計画や退院支援計画の策定、

②在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所との連携、

などについて、どのように考えるか。

## ② 介護療養病床から介護療養型老人保健施設等への転換促進

### → 論点・課題

療養病床再編成をより一層進めるために、介護報酬、診療報酬上どういった対応が考えられるか。

## ③ 介護施設における医療提供のあり方

### → 論点・課題

介護施設においては、その類型に応じて医療の提供体制が異なるが、施設入所者等の現状に応じて、医療提供のあり方についてどのように考えるか。



## (2) 在宅医療・介護の充実

### ① 訪問看護・リハビリ等の要介護者等の在宅生活における医療提供

#### → 論点・課題

在宅生活者に対する医療を強化するため、訪問看護、歯科治療、薬剤管理指導やリハビリテーションの提供のあり方について、どのように考えるか。

### ② 看取りへの対応

#### → 論点・課題

在宅や介護施設等における看取りの対応を強化するため、在宅療養支援診療所等を活用し、地域における24時間対応や緊急時の対応が可能な体制を構築するため、診療報酬、介護報酬上どういった対応が考えられるか。

### ③ 認知症への対応

#### → 論点・課題

○ 認知症への対応を強化するため、早期の診断から個別の診療、在宅復帰に至る過程において、医療と介護が連携した上で、適切なサービスを提供するために、どういった対応が考えられるか。

○ BPSD(周辺症状)への対応等、医療機関における認知症患者に対する医療についてどのように考えるか。

○ 認知症対応型共同生活介護や小規模多機能型居宅介護における医療提供のあり方についてどのように考えるか。

## 中央社会保険医療協議会における主な意見（医療と介護の連携関係抜粋）

### 【総論】

- ・ 地域包括ケアシステムについては、地域に応じてその在り方を考えるべき。（12／15）
- ・ 医療と介護のサービスのシームレスな連携について議論するとともに、両方の保険のお互いの役割と、うまく整合性をとることが必要。（2／16）
- ・ 介護施設や在宅医療をめぐる環境も含め各地域の特性を踏まえた柔軟な医療提供体制の整備が必要。（7／13）
- ・ 日本では、ケア付き高齢者住宅等の整備も欧米諸国と比較して不十分である。病床数の議論には、長期療養施設、ケア付き住宅の整備状況を踏まえた慎重な議論が必要。（7／13）
- ・ 介護保険と医療保険の二本立てになっているものについて、内容の再検討が必要ではないか。（2／16）
- ・ 医療・介護の連携ということで、医科・歯科の連携などいろいろな形でチーム医療の観点から議論を進めて頂きたい。（1／21）

### 【在宅医療・訪問看護】

- ・ これから亡くなる方が増え、その方々をどこで看取るかを考える上で、病院と在宅の両方の選択肢で考えないといけない。（1／21）
- ・ 高齢者介護には都市型と地方型があり、都市型は在宅中心でやりやすいが、過疎地では、病院が広範な地域に点在しており、施設や病院等を活用した在宅医療が必要である。（1／21）
- ・ 在宅の推進のために訪問医療・訪問看護の充実が必要。しかし、訪問看護を希望する看護師が極めて少ない。教育の段階で、訪問看護や在宅医療を重視する教育になっていない。在宅医療を最初から経験し、必要に応じて急性期医療も経験できるようなキャリアシステムを構築していくべき（1／21）

- ・ 在宅療養支援病院が在宅療養支援診療所を支援することについても検討すべき（1／21）
- ・ 訪問看護については、介護保険と医療保険にまたがっていることで非常にやりづらい（1／21）

#### 【歯科診療】

- ・ 高齢者に対する口腔ケアは大変効果があるので進めていくべき。ケアプランの中の的確に位置付けられるべき。（2／16）
- ・ 地域包括ケアシステム実現について、要介護者にとって食することに対する支援は非常に重要。介護保険分野においても歯科との連携、地域全体の連携を十分考えるべき（12／15）

#### 【薬剤管理】

- ・ 在宅における残薬の問題は重要。（2／16）
- ・ 訪問薬剤管理に係る介護保険及び医療保険による給付について、薬局は介護保険適用者であるのか否かの情報が確実に得られず、誤請求等の原因になっている。（2／16）
- ・ 入院から在宅へのスムーズな移行のためにも、早い段階から薬剤師が関われる仕組みづくりも考える必要があるのではないか。（2／16）
- ・ 施設に入居している方についても、薬剤師による服薬管理が必要ではないか。（2／16）

## 社会保障審議会介護給付費分科会における主な意見（医療と介護の連携関係抜粋）

### 【総論】

- ・医療と介護の連携は、重要なテーマ。介護側からみた連携のあり方は何なのか議論すべき。（第72回（4/13））
- ・医療と介護の連携を促進させるため、診療報酬との整合性に留意すべき。（第72回（4/13））
- ・要介護者の生活を支える医療サービスを重点的に議論すべき。（第75回（5/30））
- ・地域によって事情は異なるため、具体的な医療・介護の提供体制は地域の自主的な判断によって構築できるようにすべき。（第79回（9/5））
- ・利用者の居場所によって受けられる医療が異なっている仕組みを改善すべき。（第79回（9/5））
- ・個別の施設ですべてを内付けにするとか、あるいは勝手に外部サービスを利用ということではなく、地域包括ケアシステムとして日常生活圏域単位で医療・介護提供体制を構築していくこと、連携・協働に基づいて圏域での包括的なあり方を示すことを目標とすべき。（第79回（9/5））

### 【医療・介護施設の機能分化の推進及び地域における連携体制の構築】

- ・退院時に医療保険から介護保険へ、いかに円滑に移行させていくことを検討すべき。（第75回（5/30））
- ・訪問看護による退院支援、在宅復帰支援、看取りの対応を評価すべき。（第73回（4/27））
- ・退院直後は状態が不安定であるため、訪問看護が入りやすいようにすべき。（第82回（10/17））
- ・退院直後は、医療保険の訪問看護については、回数制限を廃止すること、また、介護保険の訪問看護については、区分支給限度基準額の枠外とすることを検討すべき。（第79回（9/5））
- ・期間や対象者を検討した上で、退院直後には医療保険の訪問看護が回数制限なく入れるようにすべき。（第82回（10/17））
- ・退院時には看護師同士の連携だけでなく、多職種連携が大切。（第82回（10/17））
- ・特養入所者の重度化が進んでいるので、特養の入所者も、在宅療養支援診療所や訪問看護からの医療サービスを利用できるようにすべき。（第75回（5/30））

- ・現在の特養の医療提供体制は日常の健康管理のために設計されたものであり、特養において、緊急対応や看取りが安全にできるような医療提供体制について検討していく必要がある。(第75回(5/30))
- ・重篤度合いや緊急度合いに関わらず、高齢者の体調の変化のたびに特養施設から救急車で救急医療機関へ搬送されているという状況があり、介護と医療の連携が弱いのではないか。(第79回(9/5))
- ・介護施設に重装備の医療設備を設置するということではなくて、地域における既存の医療提供体制とうまく意思疎通を図ることで利用者にとって望ましいサービスを提供できるようにすべき。(第79回(9/5))
- ・老健から急性期の病院への救急搬送も多いが、老健において対応できるようにすべき。(第79回(9/5))
- ・老健施設の医療提供の仕組みを見直すべき。(第79回(9/5))
- ・介護保険施設における薬剤管理については、薬剤師が関われる仕組みにすべき。(第79回(9/5))
- ・(特養の薬剤管理に薬剤師が参入してくることについては、)限られた財源の中で、現在、特養で必要とされている課題を解決するための優先順位を考えると、まずは看護体制の充実や医師との緊密な連携への対応を優先させるべき。(第82回(10/17))
- ・高齢者の長期的入院の解消のためには、介護施設や在宅での医療サービスの提供を強化していくことを通じて、地域で安心して高齢者が生活できるよう基盤整備していくべきではないか。(第79回(9/5))
- ・退院直後で状態が不安定な方が、円滑に在宅サービスを受けられるように提供体制を見直すべき。(第79回(9/5))

#### 【在宅医療・介護の充実】

- ・退院後の高齢者の行き場がないのが問題。地域で安心して生活できるように、地域の医療サービスと介護サービスが連携して在宅生活を支援することにより、退院を促すよう見直すべき。(第79回(9/5))
- ・現在、訪問看護で対応すべきところを、病院への通院や搬送で対応している現状であるが、訪問看護の充実により代替した場合のコストの比較をするべき。(第79回(9/5))

#### 【ターミナルケア】

- ・ターミナルケアに重点を置いて検討すべき。(第73回(4/27))
- ・在宅での看取りのための提供体制のあり方を検討すべき。(第75回(5/30))
- ・グループホームにおける看取りと老健における看取りの評価は同等であるべき。(第79回(9/5))
- ・「特養で最期を迎えたい」という入所者・家族の希望に応えられるよう、特養において、在宅療養支援診療所や訪問看護によって、きちんと看取りが行えるようにすべき。(第75回(5/30)、第79回(9/5))

#### 【その他】

- ・認知症への対応について、ケアのあり方を検証した上で、医療保険で対応するか介護保険で対応するか整理すべき。(第72回(4/13))
- ・要介護者の口腔ケアを進める観点からも、医療と介護の連携のあり方について検討すべき。(第75回(5/30))
- ・認知症への対応を強化する視点で、医療と介護の連携について検討すべき。(第76回(6/16))
- ・介護職員がたん吸引や経管栄養などの医療行為を行う事業所に対する報酬上の評価のあり方について検討すべき。(第79回(9/5))

平成 23 年 10 月 21 日

## 医療と介護の連携の議論に必要な視点について

中央社会保険医療協議会

二 号 委 員

安 達 秀 樹

嘉 山 孝 正

鈴 木 邦 彦

西 澤 寛 俊

邊 見 公 雄

堀 憲 郎

三 浦 洋 嗣

医療と介護の連携のあり方について、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）においては、昨年 12 月 15 日の第 184 回総会で社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成 22 年 11 月 30 日）の報告を聴取して以来、在宅医療、訪問看護、リハビリテーション、退院調整、在宅歯科医療、在宅における薬剤師業務といった個別テーマにおける現状と課題に関する議論を行ってきた。その際には、個々の医療機関の間、医療機関と介護サービス事業者の間、さらには特定の職種の間での連携をそれぞれいかに評価するかという視点で議論が進められてきた。

しかしながら、そうした議論だけでは、「介護等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする」という介護保険の理念に沿って医療と介護の連携を進めていくために必要な視点が十分に浮かび上がってこないように思われる。そこで、本意見書では、これまでの議論で抜け落ちていく視点の一つとして、地域における医療と介護の包括的なネットワークのシステム化とネットワークにおける拠点構築の必要性を取り上げ、今後の中医協、さらには社会保障審議会介護給付費分科会等において、従来の議論にとどまらない広い視点からの議論が行われることを求める。

＊

超高齢社会における医療保険や介護保険においては、複数疾患への罹患や治療後の要介護状態、あるいは認知症や要介護状態のなかでの急性病変発症などといった高齢者特有の病態・状態像を有する患者・利用者への対応が重要になっている。すなわち、そうした患者・利用者が自らの複合的かつ非定形的で、しかも変化しやすい病態・状態像に応じて必要な医療・介護サービスを受けられるように、医療と介護の連続性、医療・介護の同時対応が強く求められるようになっていく。

一定以上の要介護度にある高齢者の場合、とくに在宅療養のケースでは、一人ひとりが常時、複数の医療・介護サービス提供者によって支えられているのが通例である。しかしながら、同じ利用者に対する医療や介護のサービスは、それぞれ異なる時間や異なる場所で提供されているのが普通である。したがって、異なる職種や異なる施設に属するサービス提供者は、他の職種や他の施設と情報を共有することで、自らの関わるサービス以外での患者・利用者の具体的

な様子を知ることができる。そうした観点に立って、近年、多職種・多施設間の連携は着実に進んできており、診療報酬や介護報酬でも部分的に評価されてきている。

診療所では、在宅療養支援診療所をはじめ、それ以外の一般診療所においても、在宅医療の充実に取り組んできており、単独の診療所だけでは在宅医療への対応が困難な場合には他の診療所とも連携するなどして対応している。これは在宅歯科医療や在宅における薬剤管理業務においても同様である。さらに、病院では、入院時から退院後の療養生活についてケアカンファレンスを通じて支援しているほか、今年の診療報酬改定において要件が緩和された在宅療養支援病院などでも在宅医療への取り組みに広がりが見られる。こうした取り組みを進めるなかで、診療所や病院も連携し、さらには居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）や訪問看護師など、介護サービスに関するさまざまな職種ともそれぞれに連携を行い、多職種・多施設がともにサービス利用者の生活する地域における治療と生活を支えている。

医療・介護の現場でこれまで進められてきた地域連携の取り組みをさらに発展させ、医療・保健・福祉に関わる多職種が協働して患者の地域での生活を支援する体制を構築していくためには、こうした個別の取り組みやサービスに対する評価の充実、さらには現場の実態に合致した形での算定要件等の見直しなどが不可欠であることは言うまでもない。

\*

しかしながら、機能分化された医療・介護サービスを単に継ぎ目なく提供することを目的として、医療機関の間、医療機関と介護サービス事業者の間、さらには特定の職種の間での個々の取り組みを診療報酬や介護報酬において限定的に評価するだけでは、サービス利用者の自立した日常生活を実現させていくには必ずしも十分ではない。なぜならば、サービス利用者やその家族の立場からすると、個々のサービス提供の隙間をなくすという部分的な視点に立つ限り、地域全体でのサービス提供者との中長期的な全人的なコミュニケーションと情報共有とが十分に進まず、自分たちの将来にわたる生活についての不安——急変などで今の状況が変わったときに引き受けてくれる医療機関はあるのか、入院・入所先の施設はどの程度、自分たちの生活を踏まえた対応してくるのか、など——が解消されることはないからである。同様のことは、サービス提供者の側にも当てはまる。こうした不安の存在が、施設間の役割分担や在宅への移行等が社会的に進まず、生活の自立と医療資源の効率的な活用を妨げている要因の一つともなっているのである。

したがって、サービス利用者やその家族の立場に立って、地域における医療・介護の連携を真に意味のあるものにするためには、個々の局面での連携を超えて、各地で既存の医療・介護資源を活用しながら、とくに「かかりつけ医」機能を有する医療機関（病院・診療所）を中心として、地域の医療や介護に携わる数多くの職種が協力して患者・利用者の情報を共有して、患者・利用者およびその家族と同じ目線で支え合うという「ネットワーク型」の連携システムが必要となるのである。

そして、そうした連携システム構築のためには、地域全体の医療と介護のコーディネートを担う地域連携拠点（ハブ）を一定の圏域ごとに設置することが不可欠である。なぜならば、具体的にそうしたネットワーク型の連携システムを構築し、全人的かつ継続的な治療とケアを実現していくためには、医療と介護に関わる人、モノ、組織、情報を包括的にコーディネートする役割が決定的に重要となるからである。そもそもケアマネジメントは介護保険内にとどまるものではなく、多角的なアセスメントが必要であり、多職種協働が不可欠である。近年、連



携パスの導入や医療情報連携の推進等により、継続的なサービス提供体制の構築が進んでいるが、いまだ部分的な取り組みにとどまっており、地域における医療と介護を包括するような全面的な展開には至っていない。

したがって、連携の拠点となるハブ組織では、これまで調整業務を担ってきた医療ソーシャルワーカー（MSW）やケアマネジャーといった人的資源を活かしつつ、地域医療に取り組む医療機関や地区医師会、地区看護協会、さらには行政機関等が協働して、地域包括支援センター等とも連携することが基本となる。そこでは、患者・利用者を取りまく医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション職員、MSW、ケアマネジャー、介護福祉士などの多職種が集まり、地域全体の医療サービスと介護サービスの提供に係わる情報を総合的に管理・調整することが期待される。

さらには、患者・利用者の主体的なサービス利用と意志決定を支えるための相談機能と情報のワンストップ機能を備えることも必要である。そして、将来的には、こうした連携拠点の情報・相談機能を一層強化していくことにより、発症から急性期、亜急性期、回復期、長期療養、在宅医療・介護までの患者・利用者情報を地域において集約し、患者・利用者を中心として、その共有と活用を進める組織を構築していくという構想も視野に入ってくるであろう。

こうした医療と介護の地域連携の「ハブ」機能を担う主体は、それぞれの地域の実情に応じて工夫されるべきであり、自治体や地区医師会が中心になる場合もあれば、病院の場合もあれば、診療所の場合もあり得るであろう。いずれにせよ、重要なことは、**施設間単位での単線型の機能連携から地域単位でのネットワーク型の機能連携への転換を実現するために、地域特性を踏まえた形で、多職種・多施設間での連携を地域のなかで「システム化」することである。**こうした形でシステムとして「顔の見える関係」を構築することによって初めて、地域の住民の安心な生活を実現することが可能になると考えられる。

こうしたシステムが実現されると、たとえば、在宅医療を支援する医療機関では、地域における急性期以降の入院医療ならびに地域医療・在宅療養・介護施設の後方支援などの連携型入院を基軸とした入院機能を果たすための条件が整い、自宅や介護施設からの一時受け入れを目的とした「待機病床」の柔軟な運用も可能となる。こうして、患者・利用者の病態・状態に応じた医療が柔軟に提供されることで、患者・利用者は安心して本来の自らの「生活」を可能な限り維持・持続させることができるようになるのである。

\*

こうした課題について、これまでは先進的な問題意識を持った各地の医療提供者や介護提供者が自主的な取り組みを行ってきたところであるが、**現行の診療報酬体系では、基本的に個々の医療行為に点数を設定しているため、このような連携拠点を核とした地域における包括的なネットワーク構築の取り組みが明確に評価される構造になっておらず、制度的かつ財政的な手当てが行われていない。**次期改定に向けた医療と介護の連携に関する議論においても、これまでのところ、こうした「利用者の生活の自立」を支える医療・介護包括的なネットワークのシステム化という視点からの議論が欠けていると思われる。医療と介護の連携については、これ以外にも多くの論点があり、今後の議論の過程でさらに提案を行っていきたいと考えているが、今後の中医協ならびに社会保障審議会介護保険給付費分科会においては、本意見書で示した連携ネットワーク構築への評価といった視点も含めて、議論を進める必要があると考える。