

日医発第 1162 号(介 106)

平成 24 年 3 月 27 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

原 中 勝 征

平成 22・23 年度 介護保険委員会答申の送付について

去る 3 月 21 日、介護保険委員会より答申を受けましたので、別添のとおり 1 部お送りいたします。よろしくご査収のほどお願い申し上げます。

平成 22・23 年度

— 介 護 保 険 委 員 会 答 申 —

地域を支える医療と介護の連携を目指して

平成 24 年 3 月

日本医師会介護保険委員会

平成 24 年 3 月

日本医師会長
原中勝征 殿

答 申

本委員会は、平成 22 年 7 月 8 日開催の第 1 回委員会において、貴職から受けました諮問事項「介護保険における医療との連携－介護報酬改定を見据えて－」を、2 年間にわたり 10 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 22・23 年度「地域を支える医療と介護の連携を目指して」として取り纏めましたので、ここに答申いたします。

介護保険委員会

委員長	野 中 博
副委員長	嶋 田 丞
副委員長	高 木 安 雄
委 員	池 端 幸 彦
委 員	緒 方 俊 一 郎
委 員	功 刀 融
委 員	高 瀬 茂
委 員	田 村 公 之
委 員	寺 田 茂 雄
委 員	常 盤 峻 士
委 員	中 尾 正 俊
委 員	檜 谷 義 美
委 員	平 川 博 之
委 員	銚 之 原 大 助
委 員	前 川 勲
委 員	松 本 純 一
委 員	吉 沢 浩 志

(平成 23 年 5 月 30 日迄)

(平成 23 年 5 月 31 日～)

(五十音順)

目 次

はじめに：本委員会の諮問事項と答申の基本姿勢・・・・・・・・・・	1
※日本医師会 高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針 (2004年11月2日)・・・・・・・・・・	3
※「在宅における医療・介護の提供体制－『かかりつけ医機能』の充実－指針」 (2007年1月 日本医師会)・・・	4
1. 介護保険施設等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
2. 多様な住まいについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・	7
3. 在宅医療・介護の推進について・・・・・・・・・・・・・・・・	10
4. その他（リハビリテーション、認知症ケア、在宅医療など）・・	13
まとめ：介護保険における医療との連携強化について・・・・・・・・	15

はじめに：本委員会の諮問事項と答申の基本姿勢

本委員会は平成 22 年 7 月、原中会長からの諮問事項「介護保険における医療との連携－介護報酬改定を見据えて－」を受けて、これまで 2 年間にわたり 10 回の審議を行ってきた。特に、平成 24 年 4 月に診療報酬と介護報酬が同時に改定されること、医療と介護の役割分担と連携が求められていること、地域包括ケアシステムの基盤整備に多様な住まいを模索する法改正が実現したことなどの背景を踏まえて、全国各地の地域医師会が関与する介護保険制度の運営とサービス提供の課題、介護報酬の在り方を検討した。

すでに日本医師会は 2004 年（平成 16 年）11 月に『高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針』（p.3 参照）をまとめて、高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築、地域医師会の積極的関与と地域作りなどを提言してきた。

そして、2007 年（平成 19 年）1 月にはその実践的な指針として、将来ビジョン『在宅における医療・介護の提供体制－「かかりつけ医機能」の充実－指針』（p.4 参照）を発表して、将来ビジョンを支える 3 つの基本的考え方－①尊厳と安心を創造する医療、②暮らしを支援する医療、③地域の中で健やかな老いを支える医療と、将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への 7 つの提言－①高齢者の尊厳の具現化に取り組もう、②病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう、などを示している。

特にこの将来ビジョンでは冒頭に、「地域をひとつの病棟と捉える視点など、要となる医師の意識改革と支援が医師会の重要な責務と認識する。」と述べ、地域の医師会が取り組む必要性を強調している。厚生労働省が示す地域包括ケアシステムもその内容と方向性はこれまで本委員会がまとめてきた答申と軌を一にするものであり、医療と介護、施設と在宅のより良い連携が構築されるよう医師会の積極的な関与とそれを実現する政策的なサポートを幅広く検討した。

本答申では、医療と介護の連携の上で地域の医師会員が悩み、解決が必要な下記の項目についてその意見をまとめた。

- ① 介護保険施設等について
- ② 多様な住まいについて
- ③ 在宅医療・介護の推進について
- ④ その他（リハビリテーション、認知症ケア、在宅医療など）

日本医師会

高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針

(2004年11月2日)

背景

2005年度の介護保険の見直しに続き、2006年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。世界一の高齢国家となった我が国の高齢者医療・介護において、地域医師会には重要な役割を果たす事が求められる。

1. 高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築

- (1) 医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築
- (2) 在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化
- (3) ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化
- (4) 急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携推進

2. 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り

3. 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

在宅における医療・介護の提供体制 —「かかりつけ医機能」の充実— 指針

2007年1月
日本医師会

日本医師会は、国民の健康と安全を守り、そして生活・人生を保障していく上で、医療の重要性を認識し、さらに少子高齢社会において従来の医療に加え、住民の住み慣れた地域での在宅療養を支える医療すなわち「在宅医療」の役割が重要と考える。

今後の高齢者の医療と介護の協働する地域ケア体制の整備において、従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」も医療を通じて支えていくことが望まれる。その実現には、地域をひとつの病棟と捉える視点など、要となる医師の意識改革と支援が医師会の重要な責務と認識する。高齢化のピークである2025年に向けた高齢者の医療と介護について、以下の3つの基本的考え方と7つの提言をもって、そのビジョンと決意を明らかにする。

—将来ビジョンを支える3つの基本的考え方—

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

—将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言—

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう。
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう。
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

日本医師会は上記の3つの考え方、7つの提言が広く社会に受け入れられ、実現することを目指したい。また、地域における「在宅死」の追求と支援も行いたい。もちろん、死の看取りは多様な選択肢があり、たとえ医療提供者であっても他者が強制できるものではない。高齢者が求めているさまざまな医療と介護、社会サービスを利用者本位、地域で提供できるよう取り組む先には、家族や友人・知人に囲まれながら、生活の場における安らかな眠りへの看取りがあると考えたい。

1. 介護保険施設等について

介護保険施設等に共通する課題として、地域包括ケアシステムの下、在宅ケアへの転換が進むことを踏まえて、本来、施設介護とはどうあるべきか、在宅復帰機能か在宅後方支援の機能か、終の棲家となりうる住宅機能かなど高齢者の住まいの在り方との関係も考慮して、介護保険施設等の再検討が必要である。今回の介護報酬改定において、介護老人保健施設の在宅復帰機能が強化されたことに注目したい。

施設における医療提供では、介護保険三施設の人員配置（医師・看護師など）の違いによって医療の「外付け」「内付け」の範囲・基準が異なり、医療提供の質と量を確保する観点からその整合性が必要である。また、介護保険施設等においては、要介護度が重度化して、医療ニーズと介護ニーズが増大する一方、介護職の確保が困難となっており、人材確保の積極的な施策が必要である。また、さまざまな書類と記録が求められる介護報酬の請求には、事務の合理化・簡素化が求められる。

介護老人保健施設では、介護報酬に医療ニーズに対する費用が包括化されているが、医療行為への正当な評価がなされていない。一部の介護老人保健施設と介護老人福祉施設（以下「特別養護老人ホーム」）との入所者の状態が近似し、機能区分が不明確となり、在宅復帰機能の低下がみられる。特に介護老人保健施設では元来の使命であるリハビリテーションの強化のために、リハビリテーション専門職の充実度に応じた報酬の設定などを検討すべきである。

また、急性疾患発生時の迅速な医療へのアクセス・対応を可能とするシステムも検討する必要がある。施設の配置医師に加えて外部の主治医や専門医による外付けのサービスを認める必要がある。このほか、認知症薬、神経難病薬などを別途出来高払いとするほか、他科受診の費用が受診抑制という入所者の不利益につながらないよう制度の見

直しが必要である。

介護療養型医療施設（以下「介護療養病床」）では一般病床を併せ持つことが多く、急変時に転床して早期治療ができるなど一定の有用性が高く、ケアミックス型の保険医療機関はさまざまな地域特性の中で機能している。要介護度が重く、急性期と比較して医療の必要性がさほど高くない患者にとって必要な施設であり、看取りの場としての役割も期待できる。介護療養病床廃止の延期がなされたが、ニーズに沿った廃止後の受け皿がなく、代替施設を用意する必要がある。国からは、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症グループホームさらには特定施設などの居住系施設で看取りを進める方向性が示されているが、施設の役割分担と連携、制度の効率的な運用のなかで改めて介護療養病床の廃止・転換策を検討し直すべきである。

介護老人保健施設の特養化などこうした介護保険施設等の本来の機能の発揮の問題は単に個々の施設の課題ではなく、地域の診療所や病院等の医療機関やさまざまな介護サービス事業所の課題として捉えることが必要であり、それによりはじめて地域の生活者を支えることが可能となる。それはすなわち在宅復帰や施設からの受け皿となる在宅医療の課題でもある。日本医師会が発表した『在宅における医療・介護の提供体制―「かかりつけ医機能」の充実―指針』（p.4 参照）において、たとえば地域をひとつの病棟と捉える意義はここにあり、医師の意識改革と医師会の支援が重要となる。

2. 多様な住まいについて

認知症グループホームでは今日、入所後に高齢化にともなう認知症の進行や要介護度の重度化をきたし、寝たきり状態や嚥下障害のケースも増えており、介護保険施設等への適切な移行などを進める必要がある。看取り介護加算の見直しなど看取りを認知症グループホームで行うことの経済的誘導、期待もなされているが、実施するには看護師の配置等が要件となる医療連携体制加算の算定等が必要である。また、急性増悪の予防や疾病の早期発見・早期対策などによる入院の回避も求められる中で、スタッフの配置基準において医療面でのサポートが不可欠であり、利用者が安心・安全に生活できる医療の確保のための地域医師会との連携強化を進める必要がある。

有料老人ホームはサービス付き高齢者向け住宅とともに今後、介護保険のサービス提供の中で重要な位置を占めるが、医療サービスの提供について、ケアマネジャーの医療に関する知識不足が指摘されており、利用者への適切なケアマネジメントが重要である。しかも有料老人ホームの医療と介護の質には大きな施設間格差があり、その質の担保が不可欠である。高齢者向けの住宅における医療サービスは外付けとして、かかりつけ医が健康管理を行うほか、訪問看護や地域包括支援センター、保健師の活用などを検討すべきである。

有料老人ホームは、適正以上の頻回な訪問診療や系列業者を利用した通所介護・訪問介護での支給限度額までの利用などモラルハザードの問題も報告されており、地域の医師会は医療の確保と質の担保に関心を寄せる必要がある。

サービス付き高齢者向け住宅は、平成 23 年の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（高齢者住まい法）の改正により厚生労働省、国土交通省がともに推進することになったが、施設とは異なる居住系サービスとして位置付けられたものであり、今後の展開に注目する必

要がある。サービス付き高齢者向け住宅のような居住系施設においては、ケアマネジャーがすべての利用者を抱え込んで支給限度額まで介護サービスを組み込んだケアプランを作成し、必要な医療が提供できないなどの事例が生ずるおそれもあり、医療サービスも含めて第三者機関による評価・点検が求められる。こうした高齢者向けの住宅が新たな姥捨て山になることを危惧したい。

特に終末期医療の対応が課題となり、24時間随時対応可能な訪問看護ステーションとの連携が必要な中、事業者の大規模化・集中化・系列化の中で住み慣れた地域での生活の実現が問われよう。重度者が入居した場合、想定する見守り程度では生活のサポートは不可能であり、訪問介護や訪問看護との連携が不可欠となる。こうした医療・看護・介護を提供する上で有床診療所の活用や、診療所の積極的関与が求められる。

地域密着型小規模多機能型居宅介護は経営が不安定であり、その背景には、登録者は25名、宿泊は1日9名、通所は1日15名などの制限があり、サービス利用を困難にしている。介護報酬も要支援から要介護5まで包括評価となっているが、要介護度による報酬の格差が大きく、利用者の要介護度が3以上でないと経営は安定しない。この小規模多機能型居宅介護は在宅の認知症高齢者に最もよく対応できる場所であり、登録者数・宿泊定員・通所定員などを再検討して、地域のニーズに適合した形で見直しをすることで、地域包括ケアシステムの構築と経営の安定を実現する必要がある。

これら多様な住まいの展開の中で大切なことは独居や認知症の高齢者の把握の問題であり、要介護認定が不十分で必要な介護保険のサービスが提供されない現実がある。独居や老老介護など高齢者と介護者の状況を加味した認定も検討する必要がある。さらに地域における見守りシステム、訪問看護を中心とした在宅ケアチームの編成が求められ、在宅で看取りができる体制の構築を目指すことが重要である。

医療保険での「診療情報提供料」として居宅介護支援事業所に情報提供を行うもの以外、訪問介護事業所、通所介護事業所への医師の情報提供に報酬はなく、それに対する経済的評価が求められる。

3. 在宅医療・介護の推進について

地域包括支援センターは地域医師会との連携強化の下、認知症サポート医との連携などに取り組む必要があり、郡市区医師会は地域包括支援センター運営協議会を通じて積極的なアプローチを進めることが重要である。この地域包括支援センターは各職種の役割分担と協働が期待されており、公的でない民間の受託機関にはこうした使命を理解しないところも散見されるが、医師はもちろん医師会、主任ケアマネジャーとの合同会議の定期的開催も重要となる。

地域包括ケアシステムの構築には各機関・事業者の連携が不可欠であり、現状のままではその役割が期待薄である。たとえば、地域包括支援センターの業務の多くは要支援者のケアプラン作成となっており、大きな負担となっている。要支援者のケアプラン作成の報酬を引き上げて居宅介護支援事業所へ委託を可能とするなどして業務負担軽減を行い、認知症コーディネーターの必置や介護予防、地域の高齢者の生活保障の拠点となるようその機能強化を図るべきである。

訪問看護ステーションは小規模事業者が多く経営に苦勞しているが、地域包括ケアシステムには不可欠のものであり、広い範囲に散在する利用者を訪問して、非効率にならざるを得ない地方の課題を検討する必要がある。またターミナル患者の退院時には、要介護認定が間に合わないなどの問題も発生していることから、主治医の意見をもとに訪問看護を含む多職種連携が機能するよう可能な限り現場の意見を優先する仕組みが求められる。

この訪問看護は在宅医療の中心的な役割を担うが、スタッフの確保など課題も多く、その意義が家族等に理解されていない。利用者負担の問題もあるが、通所介護、通所リハビリテーションなどと比べてもその負担額は高く、利用者も減少するなどのジレンマに陥っている。また、訪問看護の利用者の6割は要介護度3以上であり、重度化による入院などで訪問看護が利用中止となることも多い。しかも、夜間待

機の負担感などは訪問看護従事者の離職に繋がっており、在宅における医療と介護の橋渡し役として、訪問看護制度の充実と基盤強化が必要である。

ケアマネジャー、ケアカンファレンスは介護保険によるサービス提供の要であり、退院直後のケアカンファレンスとケアプラン作成には主治医の参加を義務化することが必要である。ケアマネジャーの医療に関する知識不足によって、リハビリテーションや訪問看護がケアプランに反映されない、退院時ケアカンファレンスに退院後の関係職種への参加要請が少ない、ケアカンファレンス参加の報酬がないなどの問題があり、医師の意見がケアプランに反映されない現状を改める必要がある。ケアプラン作成に対して医師を含めた多職種の参加は、公平で中立的なサービスが担保されるという原点を理解する必要があり、より良い介護サービスの提供に不可欠であることを強調したい。

また、在宅の場合、訪問看護と訪問リハビリテーションについて、支給限度額との関係で単位数が足りないことを理由にしてケアプランから敬遠する傾向もあるが、退院時ケアカンファレンスの実施と維持期のリハビリテーションの提供、看取りの指導などカンファレンスの意義は大きい。福祉系のケアマネジャーは医療系のケアマネジャーと比べてケアプランに福祉系サービスへの偏りが見受けられるため、医療系サービスを必要とする場合には医療保険から利用できる仕組みの検討を求める意見もみられた。

ケアプラン作成にはケアマネジャー1名が対応できるのはせいぜい30件程度であり、採算性に乏しく、介護報酬や加算制度による見直しが求められる。特にケアマネジャーと医療との連携強化には、主治医へのケアプラン報告の義務化、初回カンファレンスの参加の義務化と有償化、主治医と専門医との二人主治医制の導入、施設におけるケアマネジメントの見直し、介護支援専門員実務研修受講試験における医療系サービスに係る設問の増加などの検討も必要であろう。

病院から在宅療養に移ると急性増悪時に受け入れ可能な病床の確

保が必要となり、在宅患者の重症化と自宅での看取りの増加などを踏まえて、病床を持つ保険医療機関の地域連携担当者はケアマネジャーやMSWなどとの連携強化が求められる。

地域で生活を続けていくためには、往診、訪問診療、訪問看護など地域における在宅医療体制を確立する必要があるが、現状の在宅療養は介護サービス優位で進んでいる。地域では医療ニーズを持つ高齢者が増加しており、医療従事者は連携して患者、利用者を支えあうネットワークが必要であり、地域全体の医療提供のコーディネート役を担う地域医師会を中心とした連携拠点が必要となっている。

今後ますます家族の介護力は低下するため、介護保険施設等の入所を希望する家族と在宅療養を希望する本人とのギャップは存在し、それを埋めるためには在宅後方支援の病床の確保など小さくともさまざまなネットワークを構築して対応することが重要である。がん末期患者に対しては、要介護認定の迅速化やケアプラン作成の弾力化などが求められる。また、急性期・慢性期など医療の充実の観点から主治医の役割の評価、訪問看護と訪問介護の連携、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの区分の整合性・見直しなどの整備が必要である。

4. その他（リハビリテーション、 認知症ケア、在宅医療など）

回復期・維持期のリハビリテーションの在り方について、医療保険と介護保険の範囲の再考が求められる。すなわち、在宅で中度・重度の要介護者が増加する中で、医療保険によるリハビリテーションと介護保険による生活支援のリハビリテーションをどのように切れ目なく提供するかの再検討である。リハビリテーションには介護予防や寝たきり防止、ADLの低下・増悪防止などさまざまな役割があるが、主治医やケアマネジャーの理解が少ないと指摘されている。地域や在宅でのリハビリテーションの普及、浸透を図る必要がある。

特別養護老人ホームや認知症グループホーム、通所介護事業所には十分なリハビリテーションを提供するスタッフが確保されておらず、介護報酬が低いために常勤のリハビリテーション専門職を配置できない現状がある。特別養護老人ホームの入所者が通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションを利用できるようにするのも検討課題である。

認知症サポート医の意義は十分に理解されておらず、医師の連携はもちろん市民・住民への正しい知識の普及・啓発が喫緊の課題といえる。特に認知症への対応で家族が認知症を認めない場面も多く、家族への教育も重要である。認知症サポート医フォローアップ研修などその活動をより充実・定着していく取り組みが求められよう。

認知症疾患医療センターなど医療提供の体制をまず整備する必要があり、それが確立すれば介護との連携も取れるようになる。認知症の高齢者を抱える家族のメンタルヘルス、レスパイトケアも不可欠であり、認知症専門医—かかりつけ医—家族を含む介護サービスという共通のネットワークの構築、理解が重要となっている。

高齢社会の進展とともに在宅医療はこれまでの往診形態から疾患

の多様化や介護保険の導入により定期的な訪問診療に移行している。こうした中、自宅での医学的管理、生活の維持、看取りなどにおいて多職種との連携、協力が不可欠である。在宅療養支援診療所と訪問看護、訪問介護との連携はうまく進んでいるが、診療所間の連携は個人レベルにとどまり、病診間の連携は後方支援病床の確保ができる場所に限られるなど課題も多い。在宅療養支援診療所は都市部を除いて低調であり、主治医（かかりつけ医）と在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、さらには在宅支援病床を有する保険医療機関との連携ネットワークの構築とそれに対する経済的評価など更なる強化策が求められる。

まとめ：介護保険における医療との連携強化について

介護保険においてはそのサービス利用に際し、要介護認定が要件とされ、主治医意見書が義務付けられている。ここが医療保険との大きな相違点であり、被保険者証を持って保険医療機関に受診すれば医師の判断により保険給付が確定される医療保険と異なっている。まさに医療サービスという生命の維持と深く関わるものと生活支援という介護サービスとの緊急度・必要度の違いであるが、一方で、介護の始まりには主治医意見書が、介護の終わりは死亡診断書が必要なのである。始まりも終わりも医師の役割が必須とされているが、急速な高齢社会の進展と介護保険の歴史の浅さを背景に医療と介護の連携は未だ不十分なものとどまっている。医師とケアマネジャーとの連携、ケアプラン作成への医師の参加がより良い介護サービス提供を実現するものであり、地域包括ケアシステムが始動する今日、医師と介護保険との関わりのこの原点を再認識する必要がある。

本委員会はこうした状況について、前述のとおり医療と介護の連携強化の観点から、①介護保険施設等、②多様な住まい、③在宅医療・介護の推進、④その他（リハビリテーション、認知症ケア、在宅医療など）を柱に医師会や地域での取り組みを踏まえながらその問題点の指摘と解決のための提案をいくつか行っている。このうち訪問看護と訪問介護との整合性や連携強化、リハビリテーションの医療と介護の区分の見直し、看取りの評価などは平成24年4月からの介護報酬改定において改善され、訪問看護の充実も診療報酬改定の大きな柱となった。

本委員会での検討もそうした問題意識と同じものであり、今回の答申を下に全国の医師が医療と介護の連携を目指してより一層取り組むことを期待したい。主治医意見書を作成する医師は高齢者のより良い医療と介護の実現のためにケアカンファレンス、ケアプラン作成に参画して、利用者本位の生活を支えるサービス提供に大きな役割を期待されており、ケアプランの内容の確認と改善にも取り組むことがで

できれば理想的である。そして、地域の医師会はこれらの連携の支援と拠点づくりに取り組む必要があり、地域包括ケアシステム構築のために積極的に関与しなければならない。

地域包括ケアシステムは中学校区単位の生活圏ごとに高齢者の介護サービスを構築することを基本にしているが、それは診療所の医療圏とほぼ同一であり、今回の同時改定を始まりに医療と介護の地域における再編成が始まったといえよう。本委員会の提言もそうした中で理解すべきものであり、医療と介護の連携は正念場を迎えている。