

# 介護保険と医療保険との調整について

## 訪問看護・リハビリテーションの利用のポイント

認定社会福祉士 認定ケアマネジャー 主任介護支援専門員  
名古屋市介護サービス事業者連絡会 幹事  
居宅介護支援ハートサービス近藤

近藤 芳江

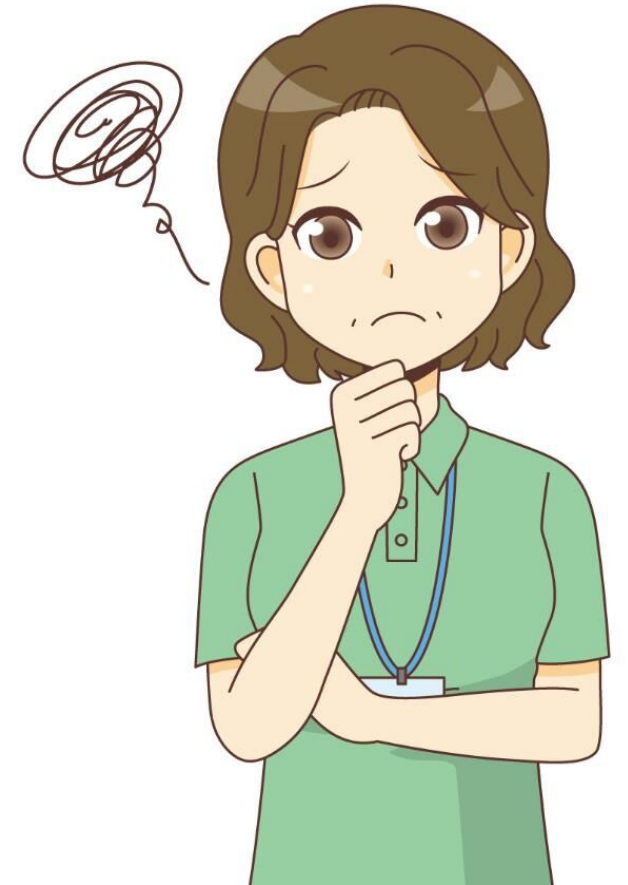
# ケアマネは??

医療系サービスは、

介護保険で対応の時と  
医療保険で対応する時があるけど、...

どうしたらいいの、...?!

訪問看護  
リハビリテーション どうする?



主治医との連携

必要性は  
医師が判断する

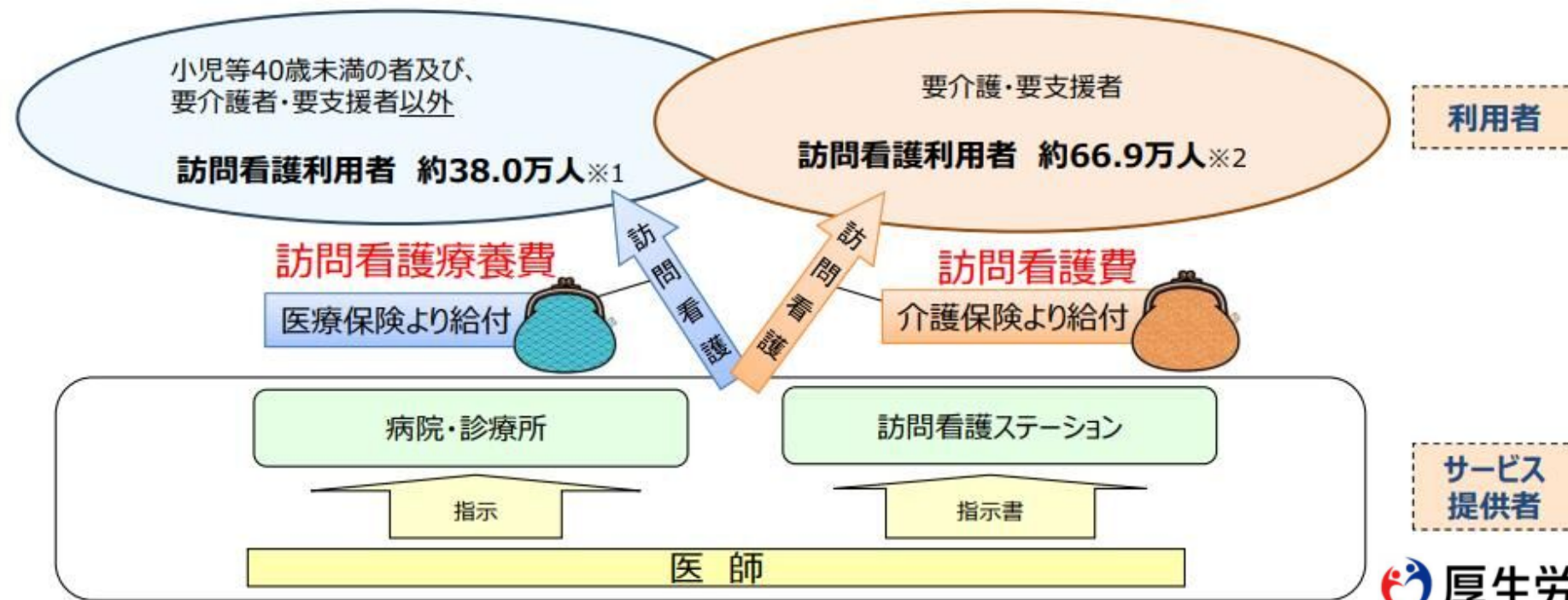
介護保険サー  
ビスにおいても、  
医師の指示書  
が必要

医療系サービスの基本

**だから！主治医との連携は必須！  
苦手なところだけど、、、そこは、頑張る！！**

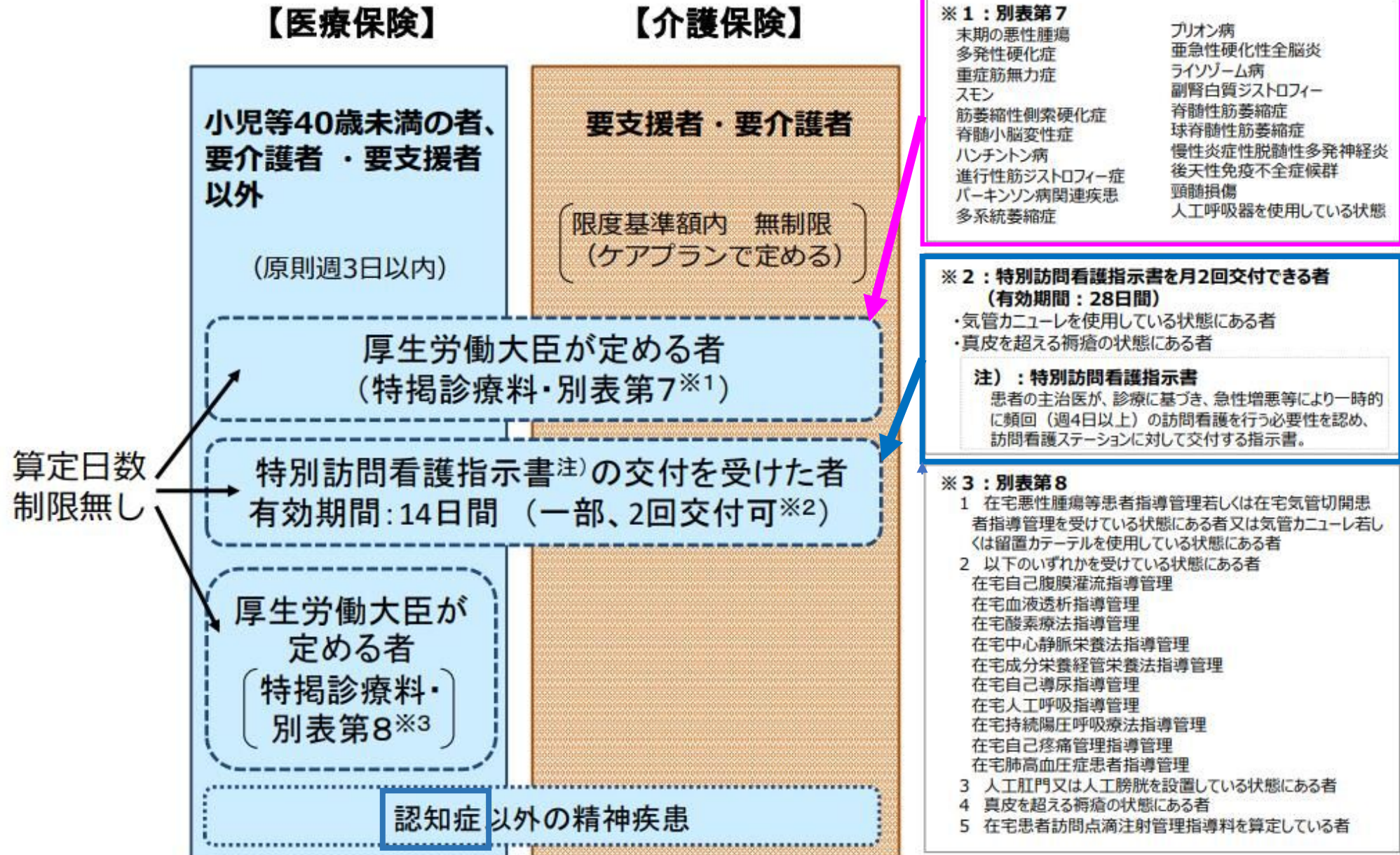
# 訪問看護の概要

- 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看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、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などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



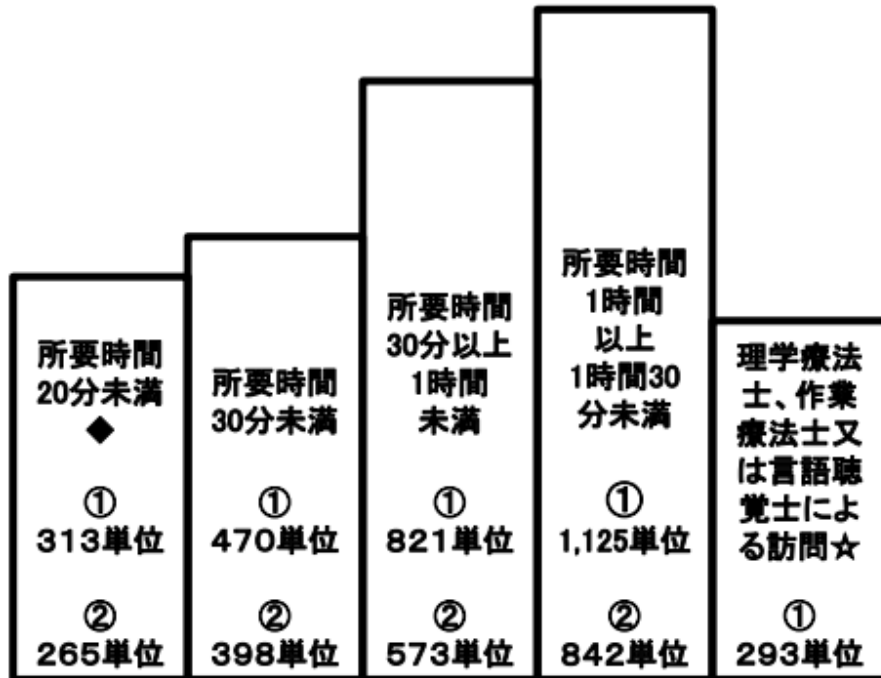


# 医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ





## サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費



指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合  
③2,954単位/月

①は指定訪問看護ステーションの場合、②は病院又は診療所の場合

◆週1回以上、20分以上保健師又は看護師の訪問を行う場合に算定可

☆理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問は1回当たり20分以上、1人の利用者につき週6回を限度

## 利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する主な加算・減算

<b>看護体制強化加算</b> ・Ⅰ(①②) 550単位/月 ・Ⅱ(①②) 200単位/月	<b>複数名訪問加算</b> ・Ⅰ〔①② 30分未満254単位/回 30分以上402単位/回〕 ・Ⅱ〔①② 30分未満201単位/回 30分以上317単位/回〕
<b>夜間・早期の訪問</b> (①②) +25%/回 <b>深夜の訪問</b> (①②) +50%/回	<b>過去2月間に当該事業所から訪問看護を提供していない場合【初回加算】</b> (①②③) 300単位/月
<b>通算1時間30分以上の訪問【長時間訪問看護加算】</b> (①②) 300単位/回	<b>訪問介護事業所と連携【看護・介護職員連携強化加算】</b> (①②③) 250単位/月
<b>退院時、医師等と共同指導した場合【退院時共同指導加算】</b> (①③) 600単位/回	<b>保健師・看護師・准看護師による要介護5の利用者への訪問</b> (③)800単位/月
<b>24時間の訪問看護対応体制を評価【緊急時訪問看護加算】</b> (①③) 574単位/月、(②③) 315単位/月	<b>特別な管理の評価【特別管理加算】</b> (①②③) Ⅰ:500単位/月、Ⅱ:250単位/月
<b>在宅で死亡した利用者へのターミナルケアを評価【ターミナルケア加算】</b> (①②③) 2,000単位/月	<b>特別地域訪問看護加算</b> (①②) +15%/回、(③) +15%/月 <b>中山間地域等の小規模事業所加算</b> (①②) +10%/回、(③) +10%/月 <b>中山間地域等の居住者へのサービス提供加算</b> (①②) +5%/回、(③) +5%/月
<b>サービス提供体制強化加算</b> (①②) Ⅰ:6単位/回、Ⅱ:3単位/回 (③) Ⅰ:50単位/月、Ⅱ:25単位/月	<b>准看護師による訪問看護</b> (①②) ▲10%/回、(③) ▲2%/月
<b>同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合</b> ・同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合 (①②) ▲10%/回 ・利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者にサービスを行う場合 (①②) ▲15%/回	<b>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問</b> (①)1日に2回を超えた場合 (▲10%/回)
	<b>特別指示による訪問看護の実施(※)</b> (③)▲97単位/日×指示日数

(注)点線枠の加算は区分支給限度基準額の枠外 7

## テーマ7：訪問看護

### (1) 更なる高齢化を見据えた訪問看護の役割等

- 訪問看護は、高齢者の医療・介護ニーズや在宅看取りへの対応とともに、小児や難病など、多世代にわたる利用者への対応が求められ、安定した24時間のサービス提供体制の構築・強化が急務。また、退院後早期や医療ニーズが高い方の居宅での療養を支援の対応力と入院前後の医療機関との連携体制の強化、情報共有の基盤整備も重要である。
- 訪問看護療養費はコロナ禍のなかでも年率20%近く伸びている。厚生労働省においては、訪問看護レセプトが電子請求に移行することを踏まえ、レセプト分析についても早急に取り組み、実態把握や検証の精度を高めてもらいたい。
- 訪問看護の利用者には口腔に課題がある者もいるため、多職種連携がより推進される仕組みが求められる。

### (2) 地域のニーズに応えられる訪問看護の提供体制

- 訪問看護の24時間対応体制は、看護職員の身体的・精神的負担が大きいことが指摘されている。訪問看護は夜間や早朝の対応も発生するので、夜間等対応の更なる評価や複数事業所が連携し24時間対応体制を確保するための方策が必要。
- 理学療法士等による訪問看護については、訪問看護の本来の役割を管理者が理解した上で、事業所の管理者が責任をもって、利用者にどのようなケアを提供していく必要があるのか、訪問看護の実施・評価・改善を一体的に管理していく必要がある。

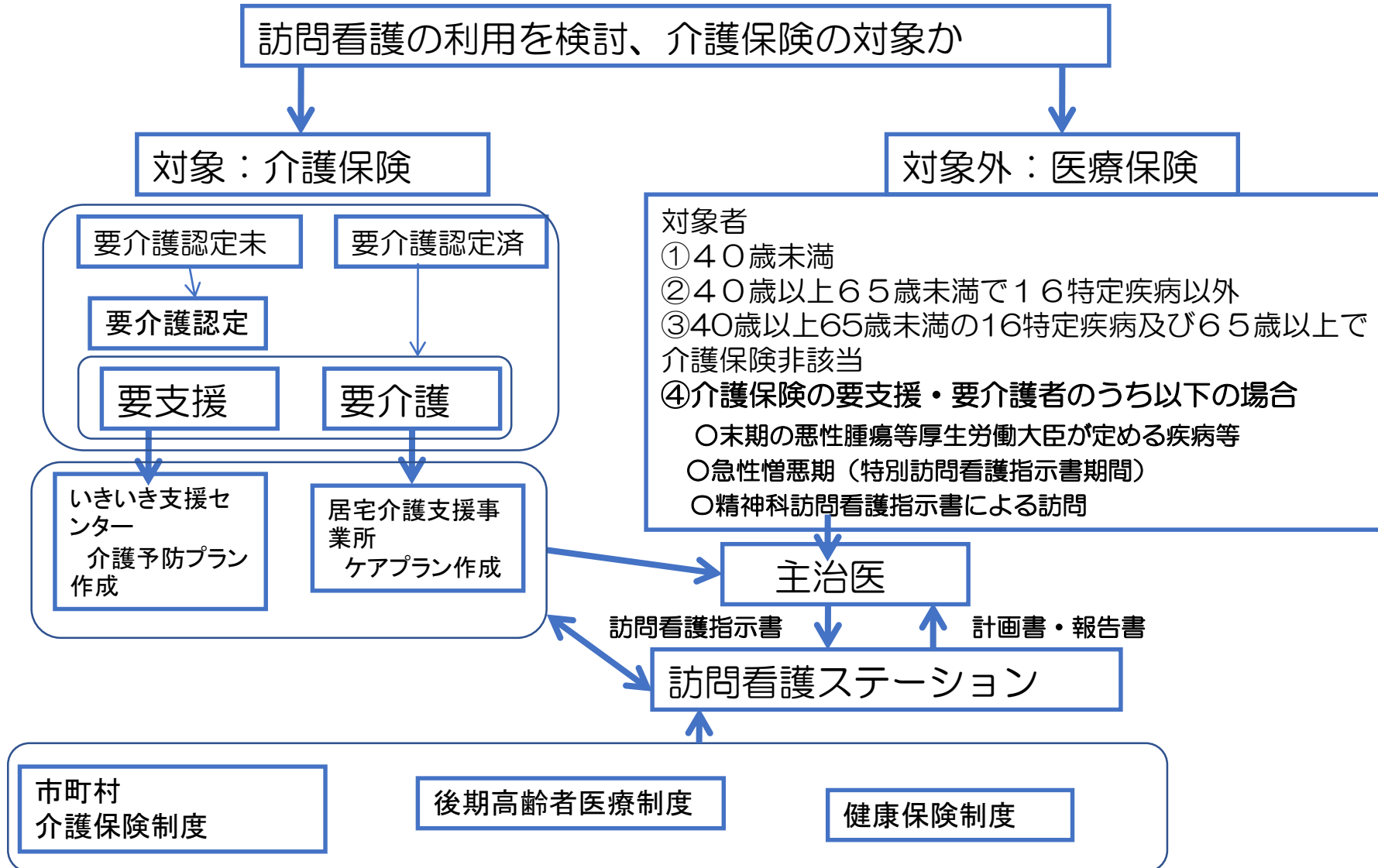
### (3) 介護保険と医療保険の訪問看護の対象者

- 医療技術の進歩等の観点から別表第7の見直しを検討することは重要なことであるが、要望のみによって安易に医療保険と介護保険の境界を変更すべきものではない。
- 医療保険の訪問看護を利用している場合には、医療と介護が一体的にマネジメントされていない現状もあるため、医療と介護が連携できる環境整備を進め、シームレスなサービス提供をできるようにすべき。

### (4) 介護保険と医療保険の訪問看護に関する制度上の差異

- 訪問看護事業所は利用者に対し訪問看護計画に基づき継続的なケアを実施しているが、ターミナル期などで保険の適用が介護保険から医療保険に移行したことで加算の要件を満たさなくなる場合や、事業所の体制に関して介護保険と医療保険で要件が異なる場合がある。重度者の医療ニーズ対応や看取りを実施する事業所に対する評価に関し、同時改定に向けて整理・検討が必要。

# 訪問看護のしくみ





## 厚生労働大臣の定める疾病

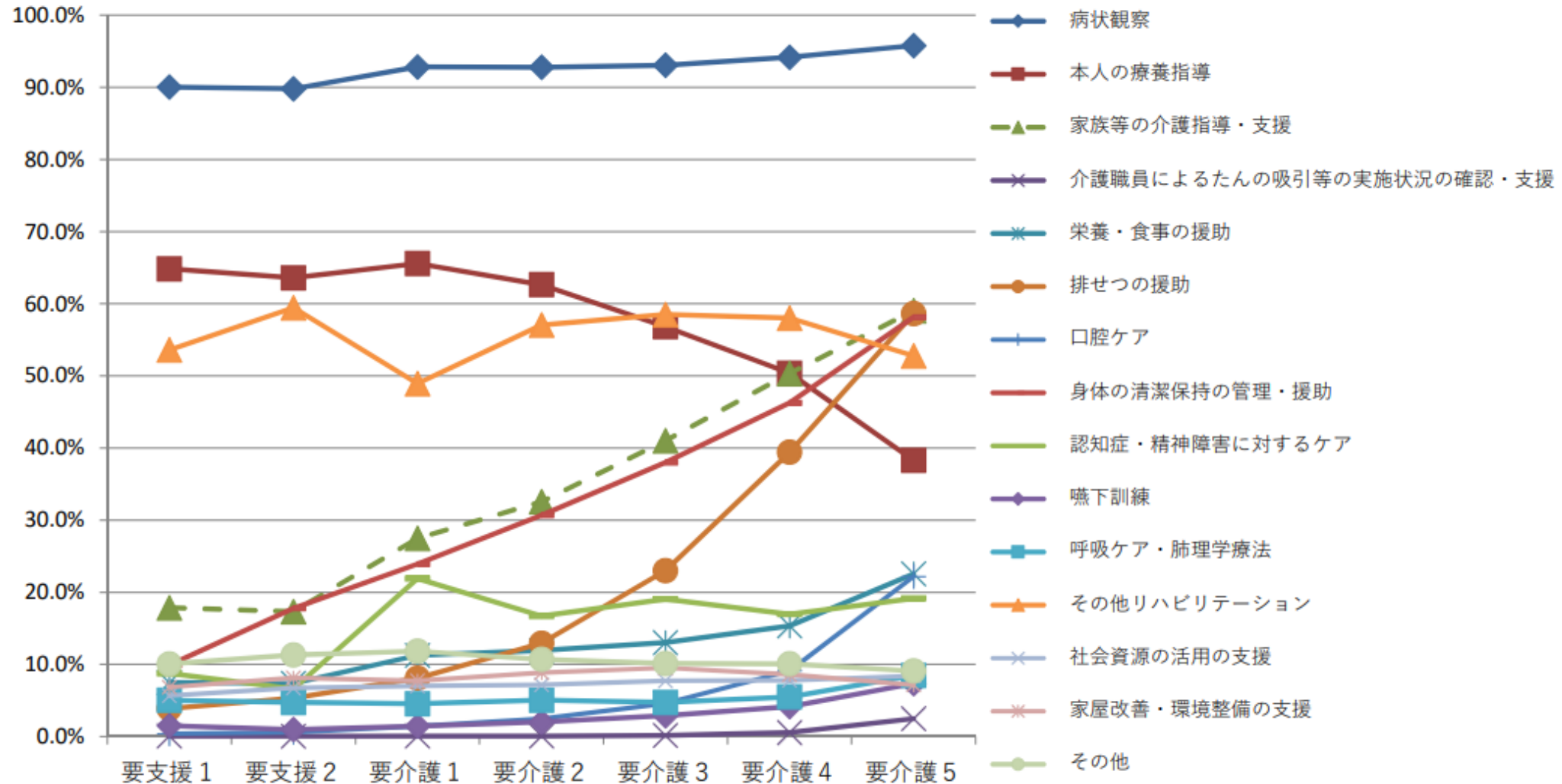
- ①末期の悪性腫瘍
- ②多発性硬化症
- ③重症筋無力症
- ④スモン
- ⑤筋萎縮性側索硬化症
- ⑥脊髄小脳変性症
- ⑦ハンチントン病
- ⑧進行性筋ジストロフィー症
- ⑨パーキンソン病関連疾患  
(ヤール分類3以上 生活機能分類Ⅱ又はⅢ)
- ⑩多系統萎縮症
- ⑪プリオン病
- ⑫亜急性硬化性全脳炎
- ⑬ライソゾーム病
- ⑭副腎白質ジストロフィー
- ⑮脊髄性筋萎縮症
- ⑯球脊髄性筋萎縮症
- ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ⑱後天性免疫不全症候群
- ⑲頸髄損傷
- ⑳人工呼吸器を使用している状態

★介護保険の要支援・要介護者でも医療保険の対象

# 要介護度別の訪問看護の実施状況①(看護内容)

○ 訪問看護の看護内容は、介護度が高くなるにつれ「家族等の介護指導・支援」「身体の清潔保持の管理・援助」「排泄の援助」等の実施割合が高くなっている。

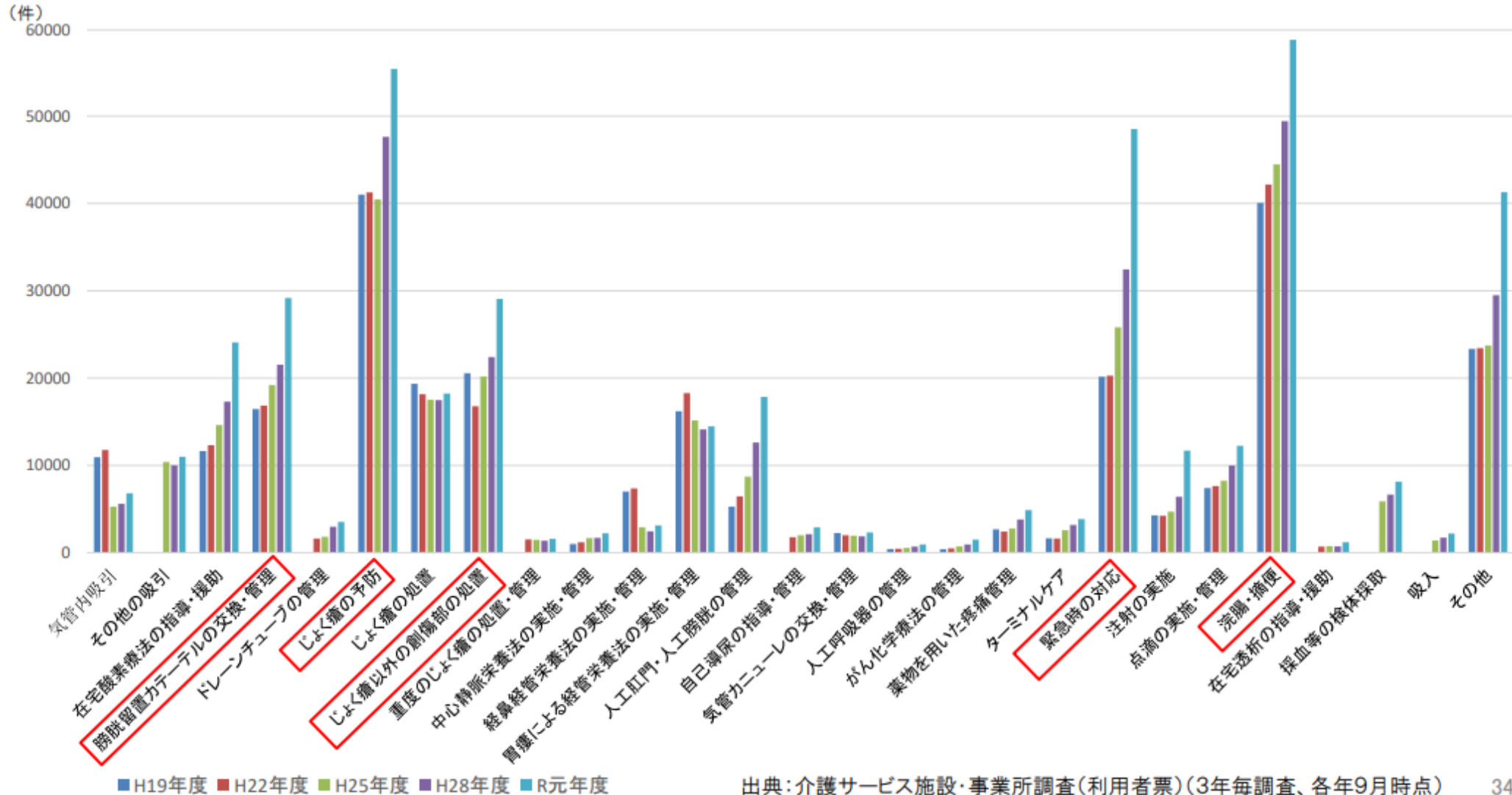
■ 訪問看護の提供内容（1ヶ月）（複数回答）



# 訪問看護における医療処置

○ 訪問看護における医療処置の実施件数は年々増加しており、特に「じょく瘡の予防」、「浣腸・摘便」、「緊急時の対応」、「じょく瘡以外の創傷部の処置」の増加が顕著であり、創傷管理や排泄ケア、緊急時の対応等の必要性が高まっている。

## ■ 医療処置に係る看護内容別件数(1ヶ月)(複数回答)





# 訪問看護 どんな時に医療保険？

## 基本は介護保険が優先！

- ① 退院時
- ② 悪性腫瘍等のターミナル期
- ③ 難病等の疾病（厚生労働省が定める疾病）の場合
- ④ 褥瘡悪化時
- ⑤ 点滴等を自宅で受ける時
- ⑥ 傷の処置などが必要な時
- ⑦ 精神科の関与が必要な場合

①④⑤⑥ 特別訪問看護指示書が必要 原則月1回：基本14日間  
褥瘡（真皮を超える）気管カニューレ使用の方は2回可能

# ① 退院時

## 入院中

- ・ 退院後の在宅生活の見通しの検討
- ・ 訪問看護の必要性の検討

## 退院前カンファレンス

- ・ 訪問看護師の会議参加依頼
- ・ 特別訪問看護指示書の相談、依頼
- ・ (在宅主治医と病院担当医の相談)

## 退院後

- ・ 退院日訪問診療同行
- ・ 退院日訪問看護利用
- ・ 退院後14日間の予定を検討

自宅での  
療養・  
介護生活  
可能に！

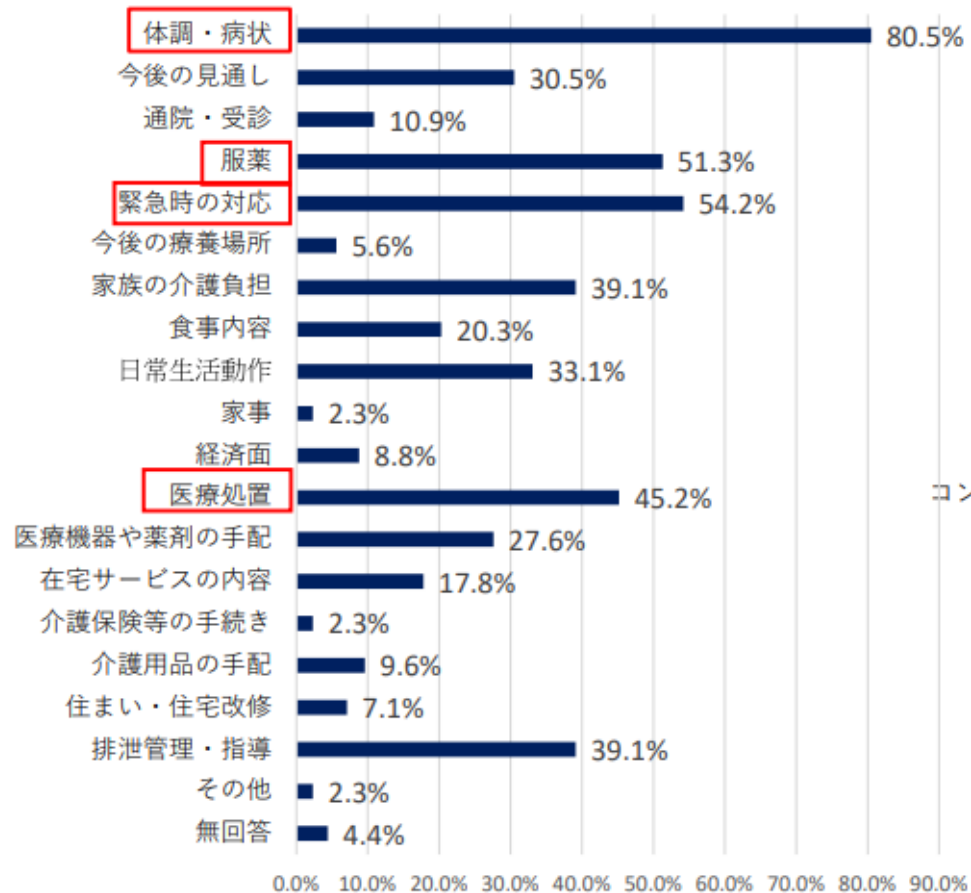
## 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

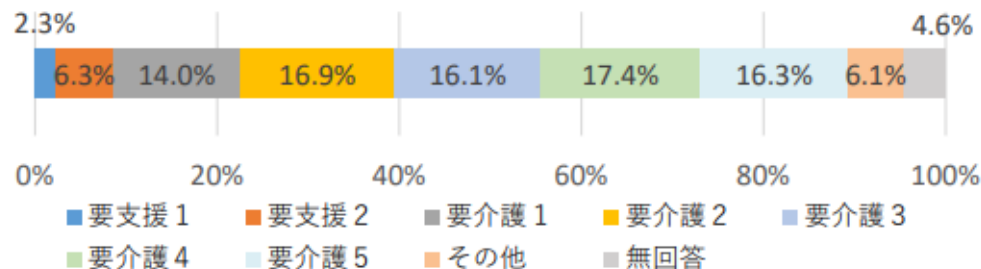
# 退院当日に訪問の必要があった利用者の状況

- 退院当日に訪問が必要であった利用者・家族の困りごとや心配ごとは、「体調・病状」が80.5%、「緊急時の対応」が54.2%で「医療処置」が45.2%であった。
- 退院当日に訪問が必要であった介護度別の割合は、要介護1～5のいずれにおいても16%前後であった。
- 処置や医療機器管理が必要な状態については「服薬援助」45.0%、「心理的支援」30.8%、「疼痛管理」と「浣腸・摘便」がそれぞれ19.0%であった。

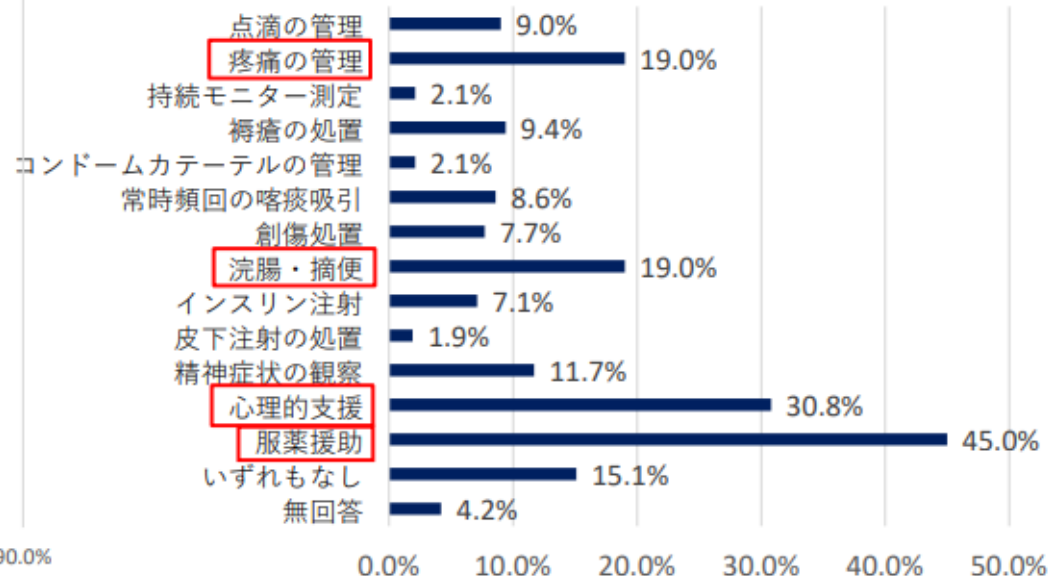
■ 退院当日に訪問が必要であった利用者・家族の困りごとや心配ごと (n=478)



■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の要介護度 (n=478)



■ 退院当日に訪問が必要であった利用者の処置や医療機器管理の必要な状態 (n=478)





## ② 悪性腫瘍等のターミナル期

訪問看護指示書に別表第7（スライド5参照）の疾病の場合は医療保険対応

悪性腫瘍等のターミナル期→医療保険

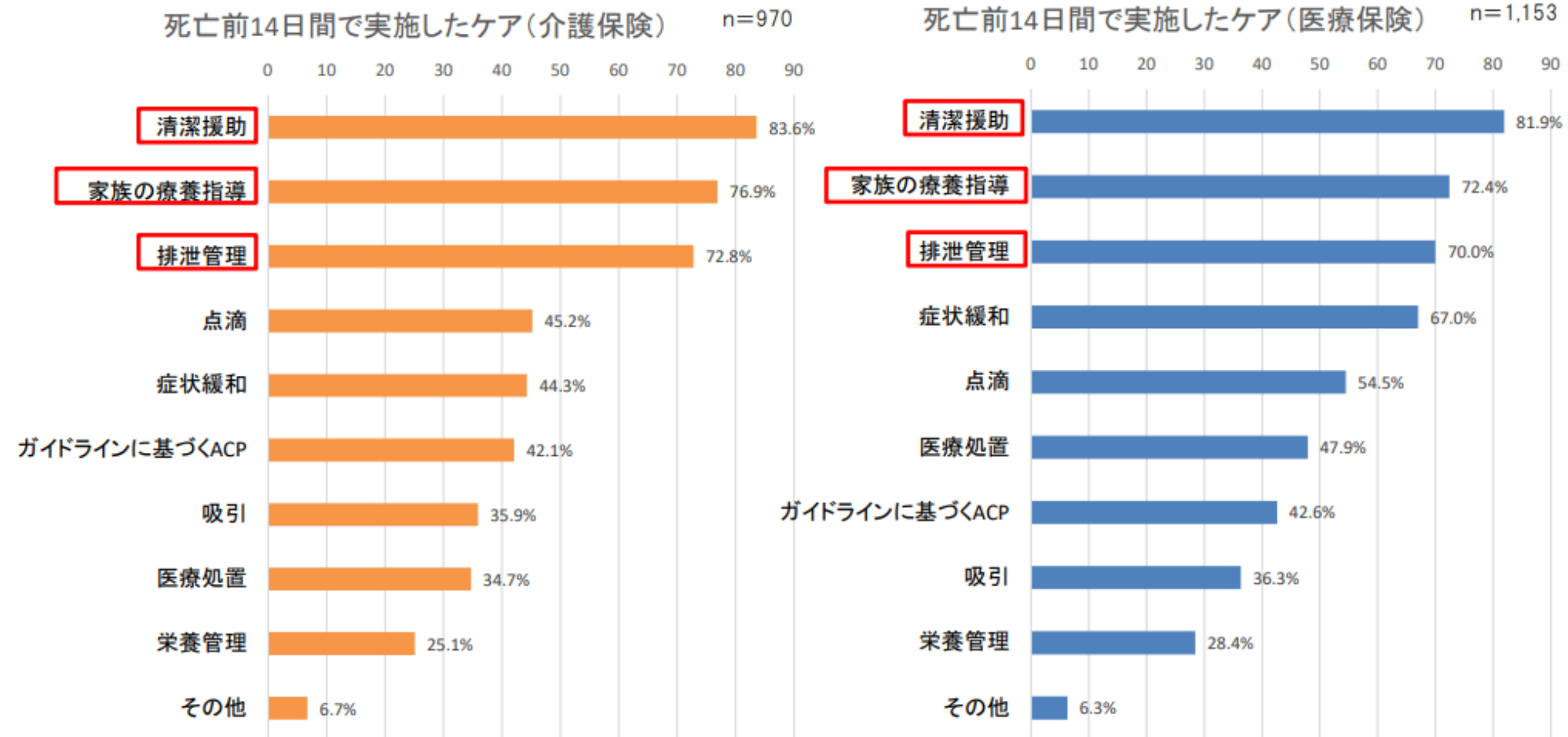
毎日でも、1日複数回の必要であれば訪問可能  
一人暮らしの場合は、介護サービスが必要！

居宅介護支援におけるターミナル加算を算定する場合は、  
亡くなる2週間以内に2回の訪問が必要

老衰の場合、介護保険サービス訪問看護のみで対応する場合がある。

## 訪問看護で死亡前14日間で実施したケア

○ 利用者の死亡前14日間で実施されたケア内容は、介護保険・医療保険いずれにおいても「清潔援助」が8割、次いで「家族の療養指導」、「排泄管理」が7割を占めており、同様のケアを実施している。



(注)ターミナルケア加算とは、基準に適合している指定訪問看護事業所が、在宅で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日(死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者(末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める状態にある者に限る。)に対して訪問看護を行っている場合にあっては、1日)以上ターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

### ③ 難病等の疾病（厚生労働省が定める疾病）の場合

別表第7（スライド5参照）の疾病が訪問看護指示書に記載されている場合は医療保険対応

指定難病の場合、特定医療費（指定難病338疾患）助成制度の利用を検討する。

上記以外で介護保険訪問看護や訪問リハビリの利用者負担分が助成される。（提供元の条件あり）

原則2割負担（後期高齢者医療加入者で1割負担の場合は1割）  
所得に応じて2,500円～30,000円までの上限額月額が設定される





## 《自己負担上限額表（月額）》

階層区分	階層区分の基準		患者負担割合：2割		
			自己負担上限額（入院+外来+薬代+介護給付費）		
			一般	高額かつ長期※2	人工呼吸器等装着者 ※3
生活保護	—		0円	0円	0円
低所得 I	市町村民税 非課税 (世帯)	本人(※1)年収 80万円以下	2,500円	2,500円	1,000円
低所得 II		本人(※1)年収 80万円超	5,000円	5,000円	
一般所得 I	市町村民税（均等割）課税以上 （所得割額）(※4) 7.1万円未満		10,000円	5,000円	
一般所得 II	市町村民税（所得割額）(※4) 7.1万円以上 25.1万円未満		20,000円	10,000円	
上位所得	市町村民税（所得割額）(※4) 25.1万円以上		30,000円	20,000円	
入院時食事療養費・生活療養費の標準負担額			全額自己負担（健康保険制度の助成あり）		

※1 患者さん本人が18歳未満の場合は保護者の方

※2 **高額かつ長期**：認定を受けた後に、指定難病にかかる医療費総額（10割分）が50,000円を超える月が直近1年以内に6回以上ある場合に、申請により月額の医療費の自己負担上限額が軽減されます。

※3 **人工呼吸器等装着者**：人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を使用している方のうち、日常生活動作が著しく制限されると認められる方は、申請により月額の医療費の自己負担上限額が軽減されます。

※4 指定都市在住者の市民税（所得割額）の税率は平成30年度から6%から8%に変更していますが、従前の6%の税率で算定した税額にて階層区分を認定します。



- ④褥瘡悪化時 ⑤点滴等を自宅で受ける時等  
⑥傷の処置などが必要な時等

発熱！ → 抗生剤の点滴！ 脱水！ → 点滴？  
ケガ！ → 毎日の消毒処置！

主治医より特別訪問看護指示書が交付された場合、医療保険へ  
(介護保険限度額以外でサービス提供が可能となる)

特別訪問看護指示書とは

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間: 28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

## ⑦ 精神科の関与が必要な場合

- ・主な疾患 統合失調症 うつ病 双極性障害 アルコール依存症  
認知症=×

- ・精神科訪問看護指示書が必要

精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師に限る

- ・自立支援医療(精神通院医療)

精神疾患と診断された方の通院診療による経済的負担を軽減するために作られた医療制度：

自立支援医療(精神通院医療)が適用されることで医療費が原則1割負担になる。(生活保護世帯は自己負担が0円)

世帯の所得状況等に応じて2,500円～20,000円までの自己負担上限月額が設定される。



# リハビリテーション

医療



介護

急性期

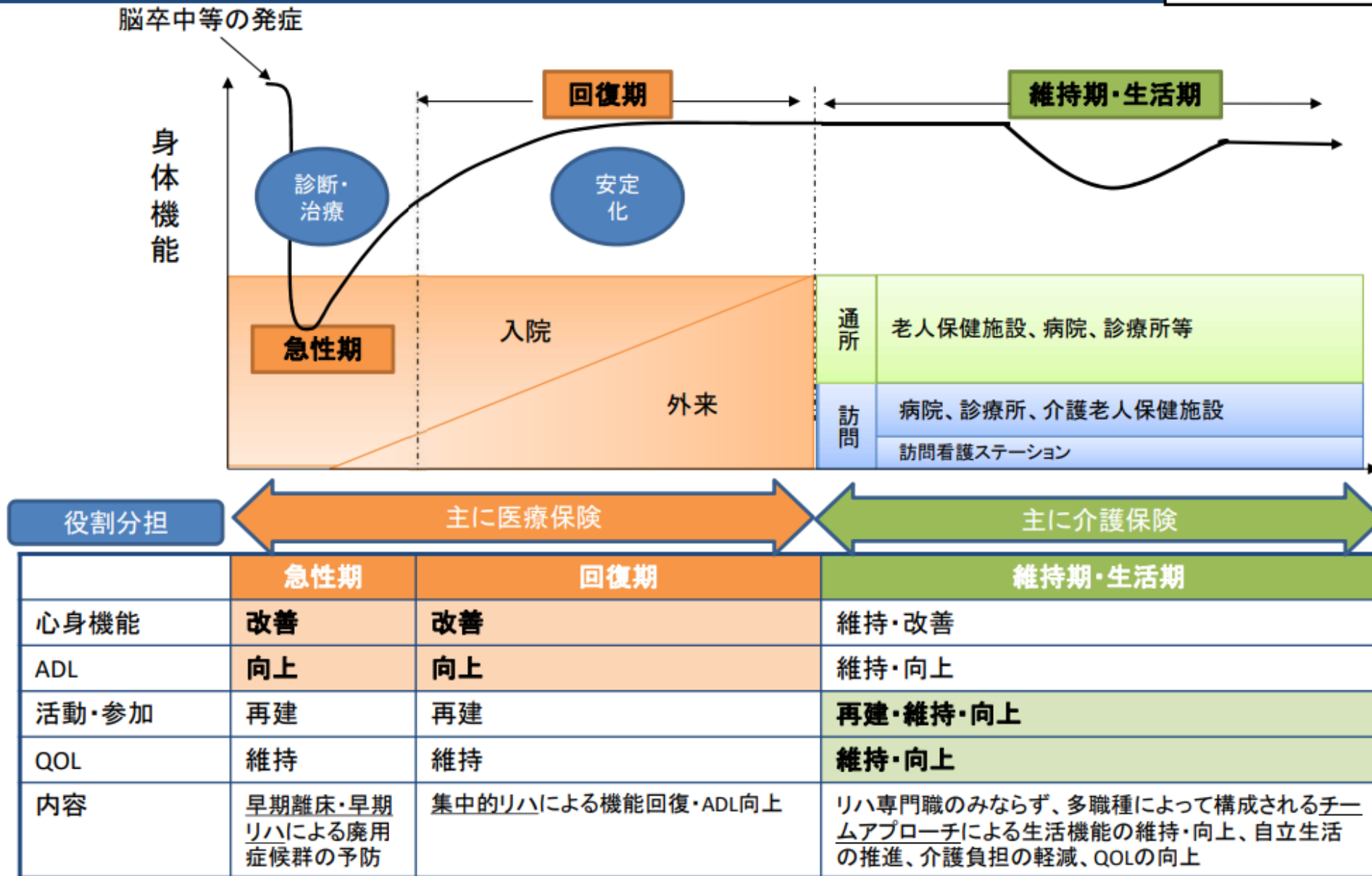
- ・ 診断・治療 主に入院中
- ・ 医師の診断が必要な時期 (状態が不安定)

回復期

- ・ 安定化
- ・ 集中的リハによる心身機能回復・ADL向上

維持期

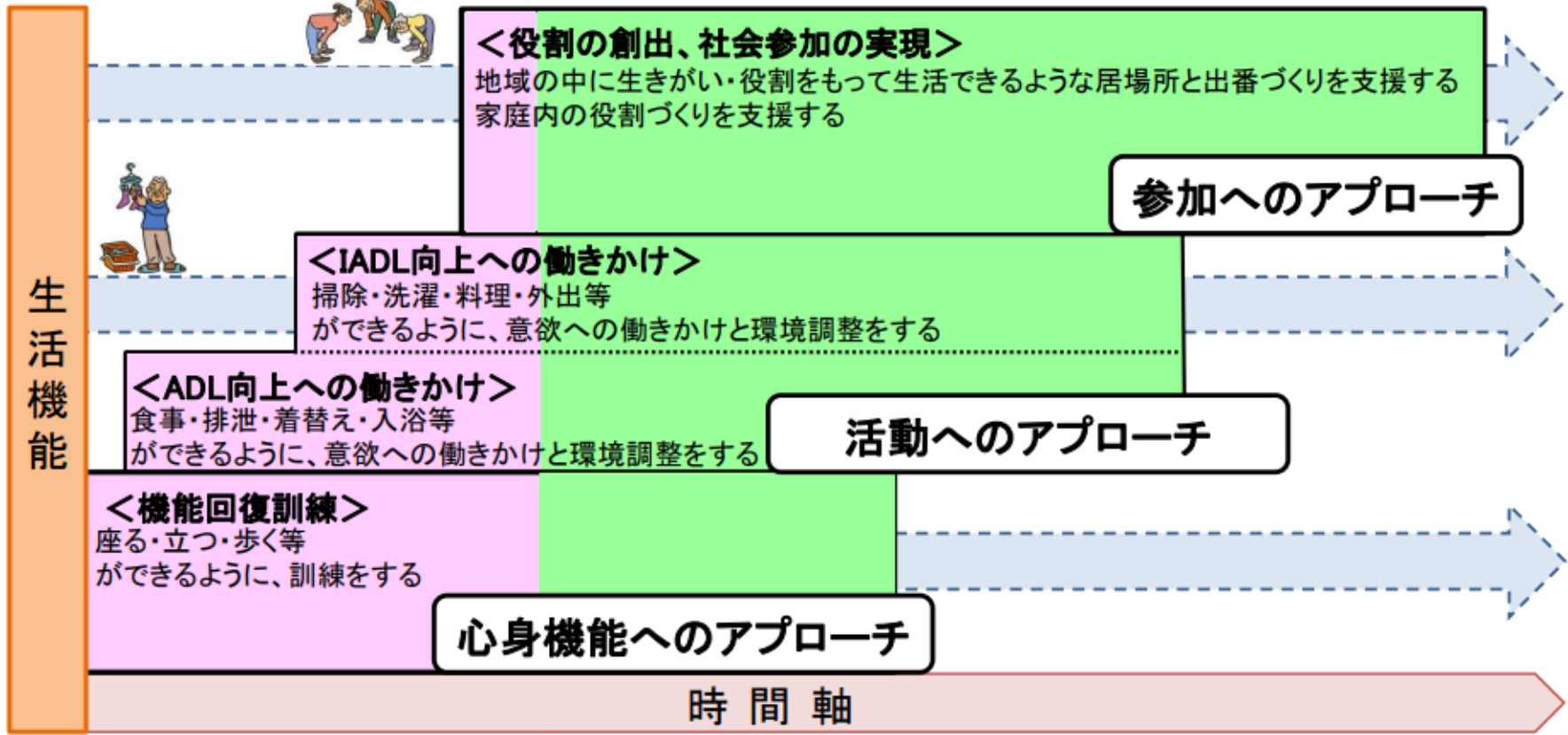
- ・ 心身機能・ADL:維持・向上・改善
- ・ QOL:維持・改善
- ・ 多職種にるチームアプローチ生活機能維持・改善



(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

# リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

・ 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。



・ 発症等から早い時期に、~~主として医療機関において、心身の機能回復を主眼としたリハビリテーションを実施。~~

・ 回復の限界を十分考慮せず、心身機能へのアプローチによるリハビリテーションを漫然と提供し続けた場合、**活動、参加へのアプローチによるリハビリテーションへ展開する機を逸し、結果として患者の社会復帰を妨げてしまう可能性がある。**

・ 治療を継続しても状態の改善は期待できないという医学的判断ののちも、主として介護保険サービス提供施設において、残存機能を活かしながらADL、IADL、社会参加等の回復を目指し更なるリハビリテーションを実施。

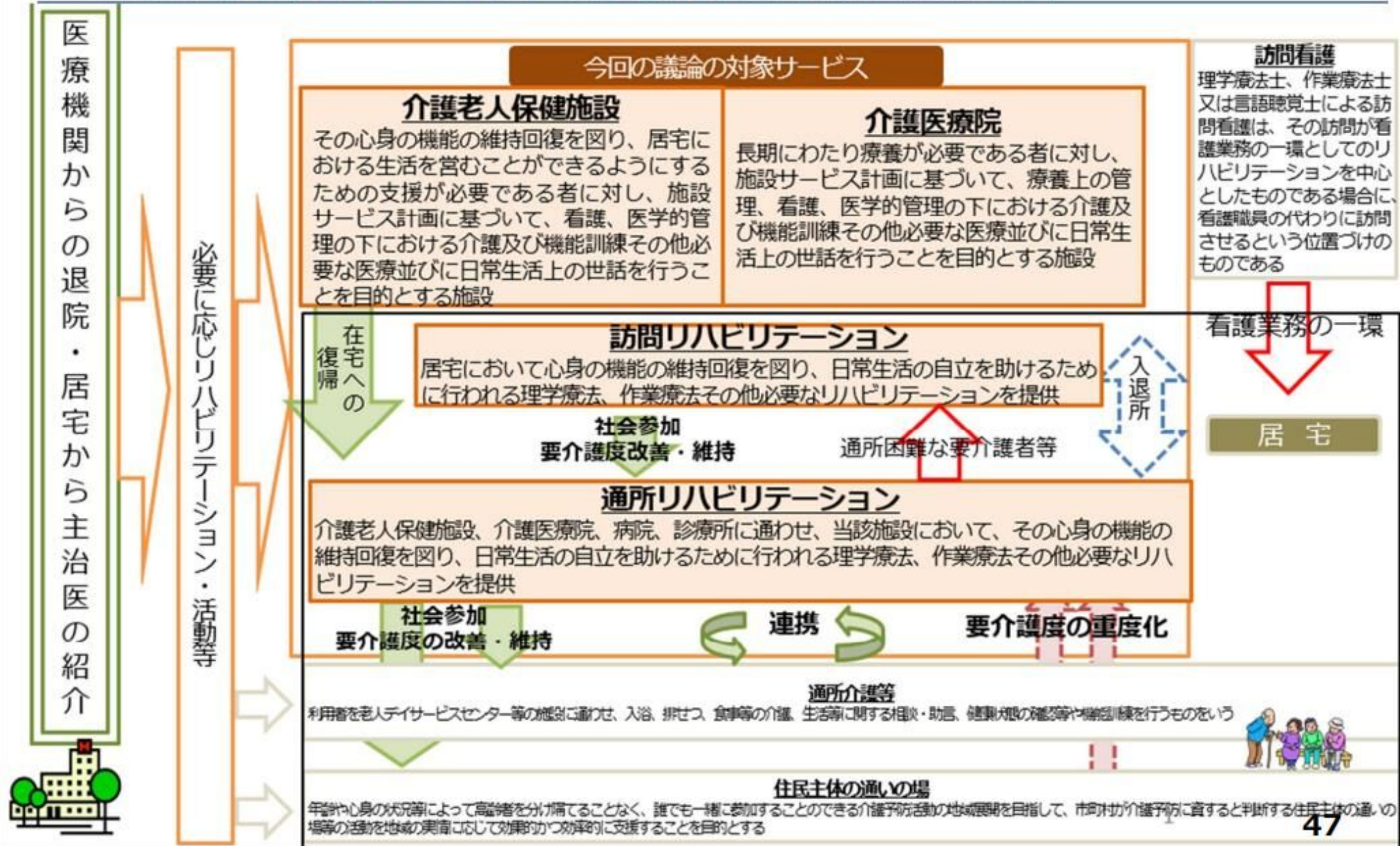
・ 日常生活や社会参加に伴う実践的な活動を通じて、心身機能を維持。

・ 患者が心身機能へのアプローチによる機能回復訓練のみをリハビリテーションとらえていた場合、介護保険によるリハビリテーションを「質が低い」「不十分」と感じる場合がある。



# リハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

## ⑤ 本事業におけるリハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲





## 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進② (平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

### 通所リハビリテーション

- 医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- 指定（介護予防）訪問・通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

### 医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料  
「目標設定等支援・管理シート」

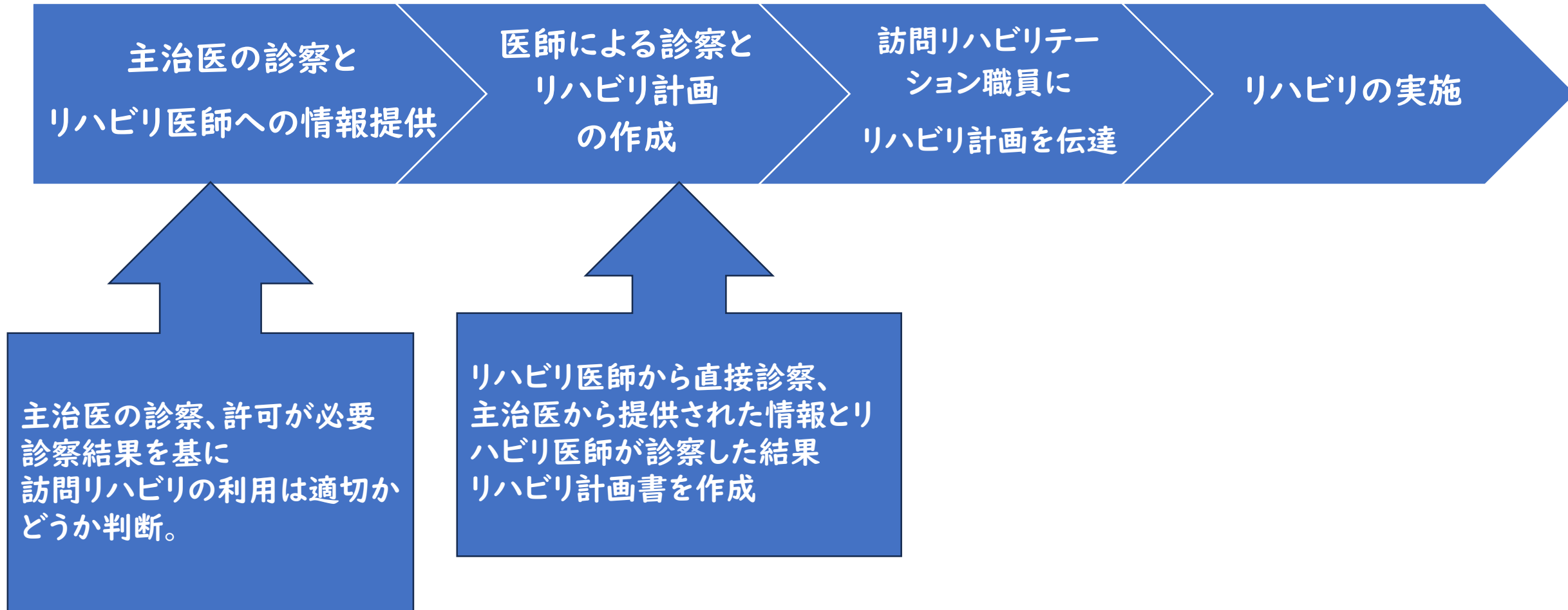
- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

### 介護保険 通所リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算  
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

# 訪問リハビリの利用方法



# 訪問リハビリテーション 利用回数

## 医療保険 リハビリテーション

- ・ 退院から3カ月以内（退院日から起算）に訪問リハビリを利用する場合、週12単位まで利用可能
- ・ 急性憎悪時の場合は6カ月に1回、14日以内限定で1日4単位まで

## 介護保険

### リハビリテーション

- ・ 1回20分1単位  
週6単位まで

# 医療保険から介護保険へ（通所の場合）

【医療保険】

疾患別リハビリテーション

医療機関の外来リハビリテーションを受けた場合。

脳血管：180日超

運動器：150日超

例)  $20分 \times 13回/月 = 260分$

(上限：13単位/月  $\times$  20分 = 260分/月)



【介護保険】1～2時間のリハビリテーションを提供した場合。

(通常規模型：通所リハビリテーション：短時間リハビリテーションの場合 )

～3ヶ月

例)  $40分 \times 8回/月 = 320分$

(短期集中個別リハビリを実施した場合の下限)

3ヶ月～集中個別リハビリテーション終了

リハビリテーション計画に基づいて

理学療法、作業療法等を実施



# 利用者がリハビリを利用時に、 ケアマネとして注意すること

- 医師の診断、指示が必要
- 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションはその医療機関での受診が必要
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問については、主治医の訪問看護指示書で対応可能
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問は少なくとも3ヶ月に1回は訪問看護の訪問（評価）が必要
- 医療保険適用のリハビリには日数制限がある。

脳卒中などの脳血管障害は150日、高次脳機能障害は180日

# お疲れさまでした！

医療保険と介護保険の調整は複雑です！

日頃から、主治医の先生・医療機関との連絡調整が必要になります。  
医療系サービスとの連携が大切です！

利用者さんの本人らしい生活を支えるために！

介護支援専門員として、知識・技術の習得とともに地域のネットワークを構築していきましょう！