

## 【テーマ 4】高齢者施設・障害者施設等における医療

### －目次－

1. 現状	2
(1) 総論	2
1) 制度の役割分担と見直しの経緯	2
2) 介護保険施設における入退所者の状況	3
3) 医療ニーズ増加への対応と看取りの推進	3
4) 高齢者施設・障害者施設等における感染症対策	4
(2) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について	4
1) 介護医療院における医療提供機能について	4
2) 介護老人保健施設における医療提供機能について	5
3) 特養における医療提供機能について	5
4) 特定施設における医療提供機能について	6
5) 認知症グループホームにおける医療連携体制について	6
6) 障害者施設における医療提供機能について	7
(3) 医療機関と高齢者施設等との連携について	7
(4) 高齢者施設等における薬剤管理について	8
(5) 感染症対策について	8
2. 主な課題	9
(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について	9
1) 介護医療院における医療提供機能について	9
2) 介護老人保健施設における医療提供機能について	10
3) 特養における医療提供機能について	10
4) 特定施設における医療提供機能について	11
5) 認知症対応型グループホームにおける医療連携体制について	11
6) 障害者施設における医療提供機能について	11
(2) 医療機関と高齢者施設等との連携について	12
(3) 高齢者施設等における薬剤管理について	12
(4) 感染症対策について	12
3. 検討の視点	13
(1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について	13
(2) 医療機関と高齢者施設等との連携について	13
(3) 高齢者施設等における薬剤管理について	14
(4) 感染症対策について	14

## 【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療

### 1 現状

#### (1) 総論 [参考資料 p2～23]

##### 1) 制度の役割分担と見直しの経緯

- 介護保険施設における医療サービスについては、施設の機能に応じ、介護保険又は医療保険から給付することとし、介護保険では日常的な医学的管理を中心に、できるだけ包括化し、給付することとされている。
  
- 近年の介護保険施設にかかる主な制度の見直しとして、
  - ・ 平成 27 年度より、原則、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）への新規入所者を要介護 3 以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度者を支える施設としての機能に重点化された。
  - ・ 平成 29 年の介護保険法改正により、
    - ① 医療の必要な要介護者の長期療養及び生活施設である介護医療院が創設されるとともに、介護療養型医療施設の経過措置期限が令和 5 年度末までとされた。
    - ② 介護老人保健施設について、在宅復帰・在宅療養支援を行う施設であることが明確化された。
  - ・ 平成 30 年度介護報酬改定では、これらの見直しを踏まえ、介護医療院における療養環境の充実に向けた評価や介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能指標の精緻化など、それぞれの機能を強化する形での報酬の設定・見直しが行われるとともに、特養については、日常生活に必要な医療や看取りを強化するため、配置医師による緊急時の対応や喀痰吸引等に対応可能な介護職員の手厚い配置、看取り期の評価の充実等が行われた。
  - ・ また、令和 3 年度介護報酬改定では、施設における医療ニーズへの対応強化や医療と介護の連携推進のため、介護老人保健施設における所定疾患施設療養費の拡充や短期入所療養介護での医療ニーズのある利用者を受入れた場合の加算の新設、介護医療院における長期入院患者の受入れに対する評価の新設等の見直しが行われた。
  
- 障害者施設は、施設に入所する障害者に、夜間において、入浴、排せつ及

び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援を行うとともに、日中に生活介護等の障害福祉サービスを実施する施設である。

- 近年の障害福祉サービス等報酬改定においては、利用者の重度化・高齢化に伴う夜間業務の負担増加に対する支援体制の評価の充実や、医療的ケアを必要とする利用者に対する日中のサービス提供体制への評価の充実等が行われた。

## 2) 介護保険施設における入退所者の状況

- 介護医療院は、入所者の 74.2%が医療機関からの入所であり、退所者の 52.2%が死亡退所、19.8%が医療機関への退所となっている。
- 介護老人保健施設は、入所者の 48.5%が医療機関、33.6%が家庭からの入所であり、退所者の 36.3%が家庭、33.3%が医療機関への退所、10.6%が死亡退所となっている。なお、平成 22 年の調査では、退所者の 48.9%が医療機関、23.8%が家庭への退所となっており、10 年ほど前と比べ在宅復帰する者の割合は増加している。
- 特養は、入所者の 32.0%が家庭、22.8%が医療機関、16.6%が介護老人保健施設からの入所であり、退所者の 69.0%が死亡退所、23.7%が医療機関への退所となっている。

## 3) 医療ニーズ増加への対応と看取りの推進

- 施設入所者の高齢化や平均要介護度の上昇とともに、施設における医療ニーズは近年高まっていると考えられ、そうしたニーズに適切に対応し、住み慣れた環境における生活の継続を望む高齢者が、可能な限り施設で生活を送ることが継続できるよう、施設の医師等による医療提供体制の充実、協力医療機関等による相談体制の充実、バックベッド機能の整備等、施設や協力医療機関等の連携による医療ニーズへの対応力向上が求められる。
- また、看取りについては平成 18 年度介護報酬改定において「看取り介護加算」を創設して以降、施設における、看取りの実情に応じた見直しが行われている。平成 24 年度介護報酬改定では特定施設入居者生活介護（以下「特定施設」という。）における看取りへの対応の充実を評価、平成 30 年度介護報酬改定では施設内における看取りをさらに進める観点から、医療提供体制

を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する見直しを行っている。

- さらに、令和3年度介護報酬改定において、中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算の見直しを行い、従来の死亡日以前30日前からの算定に加えて、死亡日以前45日前からの対応について新たに評価する区分を設けた。さらに、高齢者施設等においても患者本人の意思決定が尊重され、患者が望む場所で人生の最終段階の医療・介護を受けることができるように、基本報酬や看取りに係る加算の要件において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を推進している。

※ 詳細は【テーマ6】人生の最終段階における医療・介護にて議論

#### 4) 高齢者施設・障害者施設等における感染症対策

- 施設における感染対策については、今般の新型コロナウイルス感染症への対応の中で、急速な感染拡大時に施設における基本的な感染対策の脆弱さや医療提供機能に限りがあることとともに、協力医療機関との連携不足も明らかとなった。

### (2) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について [参考資料 p24~57]

#### 1) 介護医療院における医療提供機能について

- 介護医療院については、常勤の医師及び看護職員が配置され、入所者に必要な日常的な医療については施設の医師等が行うこととされている。夜間については、I型介護医療院においては医師の当直が義務付けられており、看護職員については、I型・II型共に必置ではないものの、実態としては一定数の看護職員が配置されていると報告されている。
- 介護医療院における給付の範囲については、常勤医師が配置されていることや、一定数の看護職員が配置されていること等から、手術等を除き、入所者に対する医療提供にかかる費用は、基本的に介護保険からの給付とされている。
- 介護医療院については、サービス創設時の平成30年度介護報酬改定において、介護療養型医療施設から引き続き、重度者に対する医学的管理等に対

する評価として、特別診療費が設けられるとともに、給付調整上も従来の介護療養型医療施設と比較し、併設医療機関以外の医師による診察に係る初再診の費用や外来緩和ケア管理料等の一部管理料が医療保険で評価されるなど、医療ニーズを持つ利用者への対応能力の向上が図られている。

## 2) 介護老人保健施設における医療提供機能について

- 介護老人保健施設については、常勤の医師及び看護職員が配置され、入所者に必要な日常的な医療については施設の医師等が行うこととされている。夜間については医師の当直は義務付けられていないが、看護職員については必置ではないものの、実態として一定数の看護職員が配置されていると報告されている。
- 介護老人保健施設における給付の範囲については、夜間休日を除き常勤医師が配置されていることや、一定数の看護職員の配置が行われていることから、手術や特殊な検査、画像検査などを除き、入所者に対する医療提供にかかる費用は、基本的に介護保険からの給付となっている。
- また、介護老人保健施設における薬剤の給付調整については、これまで昭和63年の設立当初の抗悪性腫瘍剤にはじまり、診療報酬改定の度に、介護保健施設における医療提供を充実する観点から、個別の薬剤ごとに出来高算定できる薬剤を拡大している。
- 近年の改定において、施設における医療提供機能を拡充する観点から所定疾患施設療養費やターミナルケア加算の拡充、総合医学管理加算の新設など、介護報酬上の対応が実施されており、所定疾患施設療養費の算定回数や死亡退所の割合についても増加している。

## 3) 特養における医療提供機能について

- 特養の医師については、「入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数」配置することが基準上求められている（配置医師）。一施設あたりの配置医師数の平均は約1.6人であり、非常勤が約9割を占めている。
- また、看護職員については、入所者数に応じた人数の配置が基準上求められており、一施設あたり平均は常勤換算で4.2人である。

- 特養における給付の範囲については、主に配置医師による「健康管理又は療養上の指導」に係る医師の診療は介護保険での給付となるが、末期の悪性腫瘍や看取り、配置医師の専門外で特に診療を必要とする場合等に行う往診等は医療保険で給付されている。
- 近年の改定において、中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算について、従来の死亡日以前 30 日前からの算定に加えて、死亡日以前 45 日前からの対応について新たに評価する区分を設ける等の対応を実施している。

#### 4) 特定施設における医療提供機能について

- 特定施設については、医師の配置を求めておらず、看護職員のみ配置を求めており、72.9%の施設が夜間看護体制加算を算定するなど、夜間については、一定程度の看護体制が整備されている。
- 特定施設における給付の範囲については、外来や在宅医療など医師による診療に係る費用については医療保険での給付となる一方で、看護に係る費用については末期の悪性腫瘍等の患者や急性増悪により、一時的に頻回の訪問看護が必要である利用者等を除き介護保険からの給付となっている。
- 近年の改定において、中重度者や看取りへの対応の充実を図る観点から、看取り介護加算の見直しを行い、従来の死亡日以前 30 日前からの算定に加えて、死亡日以前 45 日前からの対応について新たに評価する区分を設けるほか、看取り期における夜勤等による看護職員の実配置を新たに評価する等の対応を実施している。

#### 5) 認知症グループホームにおける医療連携体制について

- 認知症グループホームは、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する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ものである。
- 入居者の医療ニーズに対しては、医療機関との連携や事業所の職員としての看護職員の配置等により対応しており、その医療提供体制の整備について、一定の要件の下、医療連携体制加算として評価を行っている。

- また、令和3年度介護報酬改定においては、医療ニーズのある入居者への対応を適切に評価し、医療ニーズのある者の積極的な受入れを促進する観点から、医療ニーズへの対応状況や内容、負担を踏まえ、医療連携体制加算について、医療的ケアに係る要件を追加したところである。
- なお、認知症グループホームにおける訪問診療等に係る給付調整は、基本的に自宅に居住する要介護被保険者と同じである。ただし、他の介護サービスとの併給はできない。

#### 6) 障害者施設における医療提供機能について

- 障害者施設（生活介護を行う場合）の医師については、「利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数」配置することが基準上求められている（配置医師）。また、看護職員については、入所者数に応じた人数の配置が基準上求められている。
- 障害者施設（生活介護を行う場合）における給付の範囲については、主に配置医師による「健康管理または療養上の指導」に係る医師の診療は障害福祉サービス等報酬での給付となるが、配置医師の専門外で特に診療を必要とする場合の往診等は医療保険で給付されている。
- 障害者施設の入所者を、令和4年3月時点と平成25年3月時点で比較し、年齢階級別にみると、50歳以上60歳未満は11.2%増加、65歳以上は37.1%増加と増加傾向にある。また、障害支援区分別にみると、区分5以下の利用者は減少する一方、区分6の利用者が増加しており、入所者の高齢化・重度化が進んでいる。

#### (3) 医療機関と高齢者施設等との連携について [参考資料 p24~57]

- 介護保険施設は運営基準において入所者の急変や入院治療に対応するため協力病院を定めるものとされている。また、特定施設や認知症グループホームについては、協力医療機関（病院・診療所）を定めることとなっており、特定施設の協力医療機関は、病院が39.7%、診療所が53.4%となっている。
- 一方で、例えば特養において、協力医療機関の種別は特定機能病院から地域医療支援病院、在宅療養支援病院、有床診療所等様々であり、協力病院が担う業務についても施設間で差があることが報告されている。

- 歯科医療については、入所者が歯科診療を必要とする場合、多くは医療保険による訪問歯科診療により提供されている。また、施設内で口腔の管理等を行う際も歯科医療機関との連携により行われるが、多くの介護保険施設が協力歯科医療機関を定めている一方で協力歯科医療機関が実施している内容は様々である。

※ 詳細は【テーマ2】リハビリテーション・口腔・栄養にて議論

#### (4) 高齢者施設等における薬剤管理について [参考資料 p58~67]

- 高齢者施設等の利用者においては、加齢による身体・認知機能等の低下と多剤の服用が重なることにより、有害事象のリスク増加や服薬アドヒアランス低下等につながる状態（いわゆる「ポリファーマシー」）に陥ることが懸念されるため、薬剤管理の実施は薬物療法の適正化の観点から重要である。
- したがって、常勤の医師及び薬剤師の配置がある施設においては、施設での薬剤管理指導や減薬等に係るかかりつけ医との連携の取組について、令和3年度介護報酬改定において介護老人保健施設に対する評価が新設された。
- また、薬剤師の配置がない介護老人福祉施設等では、薬局等の薬剤師による訪問薬剤管理指導が進められてきており、入所者の服用薬剤の種類数が多い傾向にあるこれらの施設において、アドヒアランスや重複投薬の改善等を通じたポリファーマシー対策だけでなく、施設職員の業務改善にも貢献している。

#### (5) 感染症対策について [参考資料 p68~83]

- 今般のコロナ禍においては、高齢者施設・障害者施設等におけるクラスターの発生、病床ひっ迫等による施設内療養が多数生じ、高齢者施設・障害者施設等での平時からの感染症の予防・まん延防止や感染症の治療が必要な入居者への適切な対応が求められている中で、
  - ① 高齢者施設、障害者施設等の平時からの感染症の予防及びまん延防止のための取組の実施状況
  - ② コロナ患者が発生した場合に、診療を行う協力医療機関（配置医師や自施設医師を含む）の確保状況について、施設間で差がみられ、対応困難な例も見られた。

- このため、コロナ禍での取組として、全ての都道府県において、
  - ① 感染制御・業務継続支援チームを派遣できる体制の整備
  - ② 医師や看護師による往診・派遣が可能な医療機関の事前確保
 といった取組を進めており、国においても、補助金や診療報酬上の特例(薬剤費や緊急時往診等)などを組み合わせつつ必要な支援を行ってきた。
  
- また、令和3年度介護報酬改定においては、全ての介護サービス事業者に対し、感染症の発生及びまん延の防止のための研修や訓練の実施等が義務付けられた。(令和5年度までは努力義務)
  
- また、2022年12月9日に公布された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」(令和4年法律第96号)においては、予防計画の策定を通じ、自治体や医療関係者、高齢者施設等の関係者等の平時からの意思疎通、情報共有、連携の推進を行うことを目的とした「都道府県連携協議会」を設置することとされており、その中で、高齢者施設等における療養も、議論・協議の対象として挙げられている。

## 2 主な課題

### (1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について

#### 1) 介護医療院における医療提供機能について

- 介護医療院の介護報酬体系は、制度創設時において基本的に介護療養型医療施設を継承したことから、基本サービス費で喀痰吸引や経管栄養など基本的な医療提供が評価される一方で、緊急時の治療や人工呼吸器の使用等の比較的重度な状態像の利用者に対する加療について、加算による評価がなされている。
  
- 介護医療院は、医療提供が内包されている施設であり、提供可能な医療として酸素療法(酸素吸入)を行うことが可能な施設が約91%、静脈内注射(点滴含む)が約82%、喀痰吸引(1日8回以上)が83.7%と、一定の医療が提供可能であると報告されている。
  
- 一方で、退所者の約20%が医療機関への退所であり、そのうち一定の割合が肺炎や尿路感染症等の一般的な疾患であると報告されていること等から、施設ごとに対応可能な医療ニーズに差がある可能性がある。

- 介護療養型医療施設からの移行が完了することも踏まえつつ、短期入所も含め、今後想定される入所者や医療の進展を踏まえ、今後の介護医療院での医療提供のあり方や、適切な評価について引き続き検討していく必要がある。

## 2) 介護老人保健施設における医療提供機能について

- 介護老人保健施設において提供可能な医療については、酸素療法(酸素吸入)を行うことが可能な施設が約66%、静脈内注射(点滴含む)が約61%、喀痰吸引(1日8回以上)が約50%であり、施設間で医療提供機能にばらつきが見られている。
- また、介護医療院同様、介護老人保健施設においても、医療機関への退所者のうち肺炎や尿路感染症等による入院も一定の割合を占めていると報告されており、施設ごとに対応可能な利用者の医療ニーズに差がある可能性がある。
- さらに、介護老人保健施設については、医療機関への退所者のうち、約21%が平日夜間又は土日に退所しているとの報告もあり、一般的に医師が不在である夜間休日の、施設での医療対応能力の向上や協力医療機関との連携体制の構築が求められる。
- また、給付調整に関連して、介護老人保健施設の入所にあたり、服用している医薬品が高額であるという理由で施設入所に至らないという事例も報告されている。

## 3) 特養における医療提供機能について

- 特養において提供可能な医療については、酸素療法(酸素吸入)を行うことが可能な施設が約54%、静脈内注射(点滴含む)が約32%、喀痰吸引(1日8回以上)が約24%である。
- 退所者のうち69.0%が死亡によるものであることや、83.0%の特養が施設における看取りに対応していることから、「終の棲家」としての機能は一定程度果たしているといえる。
- そうした中、特養における配置医師が行う健康管理や療養上の指導は、介護報酬において評価されているが、配置医師との契約形態等により、配置医師が不在時において、急変時の対応が難しい状況が発生するという指摘も

ある。実際に、配置医師が不在時に生じた急変等の対応方法としては「配置医師によるオンコール対応」は平日・日中：63.2%、平日・日中以外：38.2%、「配置医師以外の医療機関によるオンコール対応」は平日・日中：16.0%、平日・日中以外：30.3%、「上記は実施せず、救急搬送」は平日・日中：26.0%、平日・日中以外：38.2%となっている。

- また、配置医師緊急時対応加算の算定率が5.9%にとどまっていることや、看取りを受け入れられない場合がある理由として「対応が難しい医療処置があるため」と回答する施設が48.8%あり、医療対応が必要な場合でも可能な限り施設で生活を送ることができるようにする観点から、更なる取組みが求められる。

#### 4) 特定施設における医療提供機能について

- 特定施設においては、医師の配置が求められておらず、入居者に対する医療提供にあたっては、医師が配置されている施設と比較して、協力医療機関や入居者の主治医などの外部との連携がより一層必要となっている。
- 特定施設における看取りの推進について、死亡退去率は61.9%であり更なる推進が必要である。

#### 5) 認知症対応型グループホームにおける医療連携体制について

- 認知症グループホームにおける入居者の医療ニーズに対しては、訪問診療や訪問看護（医療保険）のほか、医療機関等との連携や事業所の職員としての看護職員の配置により対応しているところであるが、その連携・配置体制の整備を評価する医療連携体制加算（Ⅱ・Ⅲ）について、医療的ケアの要件を追加したものの、事業所の職員として看護職員を配置することが難しいといった現場の声がある。

#### 6) 障害者施設における医療提供機能について

- 障害者が、その特性や個々の状況に応じて、日頃から医療・介護・障害福祉サービスを円滑に併用しながら生活できる体制や、緊急時に適切に医療の提供を受けられる体制が求められている。
- また、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズを有する者に対応するためには、医療機関が障害者の特性や個々の状況に応じた医療提供を行う一方で、障害者施設において一定の医療ニーズに対応することや、双方の

連携体制を強化し、受診時等において、必要な情報を共有しながら個々の障害者に応じて適切なサービスを提供することが求められている。

## (2) 医療機関と高齢者施設等との連携について

- 特定機能病院などの高度な医療を提供しうる医療機関を協力病院（医療機関）としている施設が一定数あり、医療機関の持つ医療機能と、緊急時の相談対応や往診等の医療提供などの施設や入所者が求める医療内容が必ずしも一致しない可能性がある。
- また、医療機関へ退所した場合の退所先の病床種別については、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟等を除いた一般病床が大半を占めているが、要介護者に適した入院医療を提供する観点からは、患者の状態に応じた医療機関との連携を進める必要がある。

※ 詳細は【テーマ3】要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療にて議論

- 歯科医療については、介護保険施設に入所していても適切な口腔の管理が行われ、口腔の状態に応じ必要な歯科医療が提供されるよう、協力歯科医療機関や患者のかかりつけ歯科医などの地域の歯科医療機関との連携を推進する必要がある。

※ 詳細は【テーマ2】リハビリテーション・口腔・栄養にて議論

## (3) 高齢者施設等における薬剤管理について

- 高齢者施設等においては、ポリファーマシーが懸念される利用者が多くおり、また、服薬の支援・管理は施設職員の業務の中でも時間や労力を相当程度必要とするものとなっている。常勤の医師及び薬剤師の配置がある施設においては、減薬を含めた必要な取組等をさらに推進することが求められ、その他の施設等では、薬局等の薬剤師が、医師や施設職員と協働しながら、各利用者・施設の状況等に応じた薬剤管理指導を行うことで、ポリファーマシーの解消等につながると考えられ、さらなる推進が求められる。
- また、例えば入所時の持参薬の管理等、様々な療養の場を移り変わる利用者の継続的な薬剤管理に資する取組も求められており、薬局と施設等とのさらなる連携が必要である。

#### (4) 感染症対策について

- 将来的な新興感染症等に備えた感染症対策にあたっては、コロナ禍における対応を踏まえつつ、平時から高齢者施設等における感染予防の能力向上を図りつつ、施設内で感染が拡大した場合における対応を適切に行うための医療機関と高齢者施設等の連携についても強化していく必要がある。
  
- そのためには、当該医療機関において
  - ・ 感染対策に関する助言
  - ・ 必要時の高齢者施設等への職員の派遣の機能が求められるが、感染者が急増した際に必ずしも十分な対応がなされなかったとの意見がある。
  
- また、認知症の人が手洗いやマスクの着用といった一般的な感染防止策を実施することが困難な場合もあるといった指摘があり、高齢者施設特有の課題もある。

### 3 検討の視点

#### (1) 高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能について

- 常勤の医師及び看護職員が配置されている介護医療院及び介護老人保健施設について、介護医療院における生活の継続を望む高齢者が、可能な限り施設で生活を送ることができるようにする観点や、介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能を推進する観点から、利用者に対して必要な医療が適切に提供されるよう、どのような対応が考えられるか。
  
- 必ずしも常勤でないものの医師の配置が義務づけられている特養における医療ニーズへの適切な対応のあり方について、どのように考えられるか。
  
- 医師の配置が義務づけられていない特定施設及び認知症対応型グループホームにおける医療ニーズへの適切な対応のあり方について、どのように考えられるか。
  
- 障害者施設の入所者の高齢化等が進む中で、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズを有する者に対応できるよう、障害特性や個々の状況に応じた医療・介護サービスの提供体制や、障害者施設における一定の医療ニ

ーズに対応する体制についてどう考えるか。

(2) 医療機関と高齢者施設等との連携について

- 高齢者施設等の入所者の急変時における相談体制や往診等の体制を充実する観点や、その後適切な入院医療に繋げる観点から、協力医療機関等との連携の在り方についてどのように考えるか。

(3) 高齢者施設等における薬剤管理について

- 患者の療養の場が移っても切れ目なく適切な薬物療法を継続し、ポリファーマシー等に対して必要な対応を行うためには、地域においてどのような連携体制が求められるか。

(4) 感染症対策について

- 高齢者施設・障害者施設等における平時からの感染予防の能力向上を図りつつ、施設内で感染が拡大した場合における対応を適切に行うための医療機関と高齢者施設等の連携についても強化する方策について、どのように考えるか。
- 今般の感染症法の改正により創設された、自治体や医療関係者、高齢者施設等の関係者が参画する「都道府県連携協議会」において、議論・協議を行うにあたり、どのような観点が重要と考えるか。

## 【テーマ5】認知症

### －目次－

1. 現状	2
(1) 総論	2
1) 認知症について	2
2) 認知症施策推進大綱について	2
(2) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人の対応	3
1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応	3
2) 医療従事者、介護従事者に対する認知症対応力向上	5
3) 若年性認知症患者への対応	6
(3) 居宅等における対応	6
1) 居宅等における認知症の人への対応	6
2) 医療機関と介護支援専門員等の連携	7
① 在宅療養中の認知症の人に係る取組	7
② 入院医療機関と介護支援専門員等の連携	8
(4) 介護保険施設や認知症グループホーム等における対応	9
1) 介護保険施設等における認知症の人への取組	9
2) 認知症グループホーム等における対応	10
3) 介護保険施設等における身体的拘束	10
(5) 入院医療機関における対応	11
1) 認知症を有する入院患者への対応について	11
2. 主な課題	11
(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応	11
(2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応について	12
(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携	13
3. 検討の視点	14
(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応	14
(2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応について	14
(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携	14

## 【テーマ5】 認知症

### 1 現状

#### (1) 総論

##### 1) 認知症について [p3-10]

- 認知症高齢者数は、2012（平成 24）年で 462 万人と推計されており、2025（令和 7）年には約 700 万人（65 歳以上の高齢者の約 5 人に 1 人）、2040（令和 22）年には約 800～950 万人（65 歳以上の高齢者の約 4～5 人に 1 人）に達することが見込まれている。
- 高齢者がいる世帯では、単独世帯及び夫婦のみ世帯の占める割合が増加し続けており、単独世帯高齢者の増加は 85 歳以上で特に顕著である。2025 年には、85 歳以上の男性の約 7%、女性の約 14%が独居認知症高齢者になるものと予測されている。この割合は 2015（平成 27）年から 2040（令和 22）年の 25 年間に男性では約 3 倍、女性で約 2 倍に増加する見込みである。  
今後、誰もが認知症とともに生きることになる可能性があり、また、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性がある。
- 2005（平成 17）年の改正介護保険法において、認知症ケアの基本的な考え方は尊厳の保持そのものとされ、具体的には、認知症の人の特徴を踏まえた、①生活や行動全般を対象に、本人のペースに合わせた「心のケア」の提供、②「なじみの人間関係」や「なじみの居住空間」といった「関係性」の重視、③状態変化に対応した専門的ケア（医療との適時・適切な連携）が提供される「継続性」と「専門性」の重要性、④「権利擁護」の必要性が示されている。
- 認知症になっても、本人の意思が尊重され、尊厳をもって暮らし続けることができるように、適時・適切な医療や介護を受けられる体制を整備していくことが求められる。

##### 2) 認知症施策推進大綱について [p11]

- 団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（令和 7）年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた「認知症施策推進総合戦略～認知症

高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)が2015(平成27)年に策定され、2019(令和元)年6月には、「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。大綱では、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開、の5つの柱に沿って、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することとしている。

- 特に、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援については、
  - ・ 早期発見・早期対応、医療体制の整備
  - ・ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進
  - ・ 介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進
  - ・ 医療・介護の手法の普及・開発
  - ・ 認知症の人の介護者の負担軽減の推進に取り組むこととしている。

## (2) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人の対応

### 1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応 [p13-27]

- 認知症の人の医療・介護等に携わる者は、認知症の人を個性、想い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できる限り各々の意思や価値観に共感し、できないことではなく、できることやできる可能性のあることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援していくことが重要である。
- 糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、運動不足の改善、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスの収集・普及とともに、通いの場における活動の推進など、正しい知識と理解に基づいた予防を含めた認知症への「備え」としての取組が重要である。
- このうち、住民主体の通いの場の数や通いの場への参加率は増加傾向にある。また、通いの場における主な活動内容は体操(運動)が多いが、4.1%

の通いの場では主な活動内容として認知症予防に取り組んでいる。

※ 介護予防に資すると市町村が判断し、月1回以上の活動実績がある通いの場の数：76,492か所（平成28年度）⇒123,890か所（令和3年度）

※ 通いの場への参加率（参加実人数／65歳以上人口）：  
4.2%（平成28年度）⇒5.5%（令和3年度）

- 2019（令和元）年から、認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーターを配置し、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み「チームオレンジ」を地域ごとに開始している。
- 認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関間の日頃からの有機的な連携が必要である。そのため、地域包括支援センター、かかりつけ医等の地域機関が、関係機関間のネットワークの中で、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いがある人に早期に気づき、本人が安心して暮らしていけるよう適切に対応してきたところである。また、認知症と診断された後の本人・家族等に対する支援にシームレスにつなげることが推進されてきている。
- 地域包括支援センターは、地域包括ケアの実現に向けて、医療・介護の連携や認知症初期集中支援チームなどの事業との連携、地域ケア会議の開催や意思決定・権利擁護に関する相談・支援など、地域包括ケアの中核的な機関として、認知症の人を含む要介護・要支援者及びその家族に対して包括的な支援を提供している。
  - ※ 設置箇所：4,905か所（平成28年度）⇒5,270か所（令和3年度）
  - ※ 総合相談件数：約12,149,000件（平成28年度）⇒約19,047,000件（令和3年度）
- 複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームが現在全市町村に設置されている。
  - ※ 設置チーム数：2,519チーム、チーム員総数：17,107人（令和4年3月時点）
  - ※ 年間訪問実人数：16,400件（令和3年7月～令和4年6月）
- 認知症疾患医療センターは、かかりつけ医と連携した認知症についての医

療相談、鑑別診断のほか、医療機関の機能に応じて連携病院との連携を含めた行動・心理症状（BPSD）や身体合併症の治療の実施、および鑑別診断後の空白を作らないための各種サービスへのつなぎや、患者・家族への心理的支援やピアサポートなどの診断後等支援機能を有する地域の認知症専門医療及び、地域連携の拠点である。さらに認知症に関する情報発信・普及啓発などの研修の実施や、認知症初期集中支援事業への後方支援等も実施している

※ 設置数：499 か所（令和4年10月時点）

- 認知症施策推進大綱において、早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じてBPSDを予防し、BPSDが見られた場合も的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を第一選択としていくことが求められている。
- 認知症の人にBPSDや身体合併症等が見られた場合にも、医療機関、高齢者施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関、高齢者施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供されるための取組が推進されてきている。
- 認知症の人は、高齢であることが多いことから、服薬の機会が多いが、服薬の必要性の理解や薬剤の管理等が困難なために、適切な服薬に支障を生じやすい。そのため、認知症の人の生活状況や状態に合わせた服薬の支援・管理を行う必要性は高く、多職種の協働による状況等の把握や支援等が重要である。

## 2) 医療従事者、介護従事者に対する認知症対応力向上 [p28-31]

- 本人主体の医療・介護の原則として、医療・介護の提供に携わる全ての者が、認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の疾患類型や進行段階を十分理解するとともに、容態の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念を改めて徹底することが重要である。こうした理解や基本理念の徹底に向け、医療・介護等の質の向上を図る観点から、医療従事者・介護従事者に対する認知症対応力向上のための研修が実施されている。具体的には、以下のような研修がある。
  - ・ 高齢者が日頃より受診する診療所等のかかりつけ医に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の人とその家族を支える知識と方法を習得することを目的とした、かかりつけ医認知症対応力向上研修（7.2万人）

- ・ かかりつけ医への助言や支援を行い、専門医療機関や市町村等との連携を推進する役割を担えるようになることを目的とした、認知症サポート医養成研修（1.2万人）
- ・ 医療従事者が認知症ケアについて理解し適切な対応を実施できるようにすることを目的とした、歯科医師（2.1万人）、薬剤師（4.2万人）、看護職員（2.5万人）、病院勤務の医療従事者（18.8万人）、病院勤務以外の看護師等への研修

※（）内は令和3年度修了者実績

- 併せて、介護従事者全体の認知症対応力向上を図るため、2021（令和3）年度介護報酬改定において、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者に対し認知症介護基礎研修を受講させるための措置を講じることが介護保険施設等に義務化<sup>注1</sup>された（2.5万人）。そのほか、認知症介護実践研修（31.7万人）や認知症介護実践リーダー研修（4.9万人）、認知症介護指導者研修（2.6千人）が自治体等により実施されている。

また、同報酬改定において、全ての介護サービス事業者を対象に、研修の受講状況等、認知症に係る事業者の取組状況について、介護サービス情報公表制度において公表することを求めることとした。

※（）内は2021（令和3）年度末での累積修了者数

注1）2024年3月までは経過措置

### 3）若年性認知症者への対応 [p32-35]

- 65歳未満で発症する認知症を若年性認知症といい、2020（令和2）年度の実態調査では、全国で約3.6万人と推計されている。認知症を若年期に発症した場合は、就労、育児、経済的課題など、高齢者とは異なる課題への対応が必要であり、必要となるサービス等も高齢者とは異なるニーズがあることが指摘されている。そのため、若年性認知症の人が、その状態に応じた適切な支援を受けられるようにするための取組を実施する目的で、若年性認知症支援コーディネーターが、都道府県・指定都市に配置されている。

さらに、2022（令和4）年度診療報酬改定で「療養・就労両立支援指導料」の対象疾患に「若年性認知症」が加わっており、若年性認知症の人が治療と仕事を両立するための両立支援が促進されている。

### （3）居宅等における対応

#### 1）居宅等における認知症の人への対応 [p37-46]

- 外来医療における認知症対応力の向上が推進されているが、医療機関が有するかかりつけ医機能について、「認知症に関する助言や指導」を行うとした割合は病院で約 44%、診療所で約 53%であった。一方、患者がかかりつけ医に求める役割として、認知症に関する助言や指導は約 15%であった。
- 在宅医療を提供されている患者のうち認知症高齢者の日常生活自立度が I 以上のものは約 7 割であり、日常生活に支障をきたすような認知症の患者等に対する状態に応じた在宅医療の提供が推進されている。
- 2021（令和 3）年度介護報酬改定において、施設系サービス等と同様に、訪問系介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から認知症専門ケア加算を、また、多機能系サービスにおける在宅の認知症の人の緊急時の宿泊ニーズに対応できる環境づくりを一層推進する観点から認知症行動・心理症状緊急対応加算を新たに創設した。
- 認知症の人に対して、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、高齢者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として行う認知症対応型通所介護<sup>注 2</sup>が約 3,100 事業所設置されている。

注 2) 利用者数約 49,800 人の内、約 47%が要介護度 3 以上

## 2) 医療機関と介護支援専門員等の連携

### ① 在宅療養中の認知症の人に係る取組 [p47-57]

- 介護を必要とする認知症高齢者の生活を支えていくためには、医療と介護の適切な連携が不可欠であり、医療で中心的な役割を担う主治の医師と、介護をコーディネートする役割を担う介護支援専門員との間で、円滑な連携体制が築かれていることが求められている。
- 2018（平成 30）年度介護報酬改定において、訪問介護事業所等から伝達された利用者の状況やモニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、介護支援専門員から主治の医師等に必要な情報伝達を行うこととされた。また、2021（令和 3）年度介護報酬改定において、医師・歯科医師による居宅療養管理指導について、医師・歯科医師から介護支援専門員に適時に必要な情報が提供され、ケアマネジメントに活用されるようにする観点から、算定要件である介護支援専門員への情報提供に当たっての様式について見直しを行った。

○ さらに、適切なケアマネジメントの実施や質の向上を進める観点から、利用者が医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、例えば認知症の状態について適切な情報連携を医師等と行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを評価する通院時情報連携加算を2021（令和3）年度介護報酬改定において創設したほか、サービス担当者会議についてテレビ電話装置等を活用して行うことを認め、主治の医師を含む他の職種が参加しやすい環境を整えることで、多職種連携を促進している。

○ 介護支援専門員による一定以上のケアマネジメントの水準を確保するための取組として、介護支援専門員がアセスメントやモニタリングの過程で収集・分析し、共有すべき情報を体系的に整理した「適切なケアマネジメント手法」として、認知症がある方のケアもその内容に含まれている。

※ 詳細は、【テーマ1】地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携にて議論

○ 介護支援専門員に係る法定研修においては、認知症の人に対するケアマネジメント等に関する内容が盛り込まれており、2024（令和6）年4月から施行の新たなカリキュラムでは、前述の「適切なケアマネジメント手法」に関する科目の追加や、意思決定支援に関する科目の内容を充実させており、ケアマネジメントの質の向上を図っている。

※ 詳細は、【テーマ1】地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携にて議論

## ② 入院医療機関と介護支援専門員等の連携 [p58-64]

○ 在宅や施設から入院した場合には、認知症の人の入院前の病状やADL、服薬情報、生活歴・嗜好等を把握することが、適切な診断や認知症ケアを提供するうえで必要となる。

○ 2018（平成30）年度介護報酬改定では、医療と介護の連携を強化する観点から、利用者の状態に沿った適切なケアが入院早期から行われるよう、入院時情報連携加算において迅速な情報提供を新たに評価することとしたほか、担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加し、情報収集の質の向上に取り組むことを上乗せで評価する退院・退所加算の見直しを行った。

- また、2021（令和3）年度介護報酬改定においては、退院・退所加算の算定に係る退院時カンファレンス等への参加について、テレビ電話装置等を活用して行うことを可能とした。
- 特に認知症の人については、入院前の在宅や施設等におけるADL（トイレで排泄できていたかどうか、歩行が自立していたかどうか等）や嗜好（お茶を好む等）等を自ら他者に伝えることが困難であることが少なくないことに加え、独居高齢者の場合、このような情報伝達を行う家族が担うことも難しくなることが想定される。生活を視野においたケア提供がBPSD予防の視点でも重要であることから、医療機関と介護支援専門員等の情報共有の際には認知症ケアに必要なADLや嗜好を含む情報連携を行うことが肝要である。

#### （4）介護保険施設や認知症グループホーム等における対応

##### 1）介護保険施設等における認知症の人への取組 [p66-71]

- 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の割合は、介護医療院（62.2%）、特別養護老人ホーム（60.2%）、認知症グループホーム（50.2%）、認知症対応型通所介護（45.2%）など、サービス類型毎に様々である。
- 介護保険施設や介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）においては、認知症の人の受入れ及び対応力の向上を図る観点から、認知症専門ケア加算や若年性認知症入所者受入加算等により評価を行っているところ。また、特別養護老人ホームにおいては、日常生活継続支援加算の算定要件の一つとして、認知症の人の割合を設定している。
- また、介護老人保健施設においては、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の要介護者に対し適切なサービスを提供するための施設及び設備を有する認知症専門棟でサービスを提供した場合の評価を設けるとともに、認知症入所者の在宅復帰を目的とした認知症短期集中リハビリテーション実施加算が設けられている。
- さらに、特別養護老人ホームについては、要介護1・2であって、やむを得ない事情により、施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合

に限り、特例的に入所することが可能となっているが、その際の考慮事項の一つとして、「認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられること」を通知で示している。

## 2) 認知症グループホーム等における対応 [p72-79]

- 増加する認知症の人に対応するために、運営基準上、認知症グループホームや小規模多機能型居宅介護等の管理者要件は、3年以上認知症の人の介護に従事した経験を有する者かつ認知症対応型サービス事業管理者研修を修了している者としている。
- また、2021（令和3）年度介護報酬改定において、認知症施策推進大綱を踏まえ、認知症グループホームでは、利用者の状況等の事情により介護支援専門員が緊急に利用が必要と認めた場合等を要件とする、定員を超えての短期利用の受入れについて、認知症ケアの拠点として在宅高齢者の緊急時の宿泊ニーズを受け止められるよう告示改正等を行ったほか、共同生活住居（ユニット）の数を1以上3以下とするほか、サテライトの事業所の設置を認める省令改正を行った。
- さらに、認知症専門的ケア、BPSDの対応、若年性認知症患者の受入及び対応力の向上に向けて、加算等により評価を行っている。

## 3) 介護保険施設等における身体的拘束 [p80-88]

- 2000（平成12）年の介護保険制度の施行時から、介護保険施設等においては、高齢者をベッドや車椅子に縛りつける等、身体を自由を奪う身体的拘束は、介護保険施設等の運営基準において原則として禁止されており、現在以下の取組を求めている。
  - ・ 緊急やむを得ない場合に身体的拘束を実施する際の記録
  - ・ 身体的拘束適正化検討委員会の定期的開催
  - ・ 身体的拘束適正化のための指針の整備
  - ・ 身体的拘束適正化のための定期的な研修の実施上記取組を実施していない場合には、基本報酬が減算されることとされ（身体拘束廃止未実施減算）、2021（令和3）年度介護報酬改定ではこの減算率の見直しがされる等、身体拘束廃止に向けた取組が進められてきている。

## (5) 入院医療機関における対応

### 1) 認知症を有する入院患者への対応について [p90-103]

- 2015（平成 27）年 1 月に策定された「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では、身体合併症等への適切な対応について具体的な施策の実施が求められた。

入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度が I 以上の患者の割合は、急性期一般入院料等では約 26%、地域一般入院基本料等では約 61%となっている。

また、認知症を有する患者への入院医療について、中医協の議論の中では以下のような課題が挙げられていた。

- ・ 一般病棟において B P S D が出現した患者に対して「特段の策は講じていない」ことが多く、講じた対策としては「見守り・付添」、「最小限の身体拘束」等が行われている
  - ・ 認知症患者は急性期医療機関への受入が忌避されやすい傾向にある
  - ・ 認知症患者が身体疾患により入院となった際に、患者の家族が入院において問題があった場合としては、「家族の付添いを求められた」、「身体拘束された」、「身体機能が低下し、介護が大変になった」等がある
  - ・ 認知症患者は認知症なしの患者よりも入院日数が長く、在宅復帰率が低い
- これらを受けて、2016（平成 28）年度診療報酬改定において、身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入の評価として「認知症ケア加算」が新設された。

認知症ケア加算は精神科や小児以外のほぼ全ての入院料で届出可能であり、直近では約 4,000 施設が届け出ている。

また、認知症ケア加算は身体的拘束を実施した日は 100 分の 60 に減算する仕組みとなっているが、全算定回数のうち約 3 割の日で身体的拘束を実施しており、その割合は 2016（平成 28）年度以降微増している。

## 2 主な課題

### (1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 今後更に増加が見込まれる認知症高齢者に対し、各地域において地域の実情に応じ、早期発見・早期対応が行えるよう、適時・適切に医療・介護を受けられる体制を整備していくことが求められる。

- 今後、後期高齢者増加に伴い、特に独居高齢者を含め、認知症が疑われる人や認知症の人の増加が見込まれるが、医療・介護の担い手が限られる中で、認知症の早期発見・早期対応が行えるよう、
  - ・ 日ごろからの地域における社会参加活動
  - ・ 健康に関する相談のできる身近な存在であるかかりつけ医による健康管理
  - ・ 医療機関・高齢者施設等で適切な治療が実施されるための取組
  - ・ 容態に応じた療養の場での適切なサービスの提供の推進
  - ・ 地域包括支援センターと認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターの連携
 等を含めた重層的な医療・介護を提供できる体制を構築することが重要である。
  
- 独居高齢者は、情報を入手し、医療介護提供を含む必要なサービスにアクセスすることが困難になること、社会的孤立のリスクが高いことなど多くの課題が指摘されている。単独世帯の認知症高齢者の割合が増加することが見込まれる中で、認知症の早期発見・早期対応を可能とするとともに、在宅療養の継続性を高められるような体制を構築することが求められる。
  
- 認知症の人に対する服薬の支援・管理や口腔・栄養の管理等については、多職種の協働により行われることが重要であるが、現状は必ずしも十分ではなく、更なる推進が必要である。これにより、介護職員の業務負担の改善にもつながることが期待できる。
  
- また、人生の最終段階における医療・介護に関しても、認知症の人は本人による意思決定が困難な場合も多く、本人の望む場所で本人の望む医療・介護が適切に提供されるような意思決定支援への対応が求められる。

※ 詳細は【テーマ6】人生の最終段階における医療・介護にて議論

## (2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応について

- 介護サービス事業者における認知症への対応力向上を一層進める必要があるが、介護従事者が、より簡便にかつ短時間に、認知症の認知機能、生活機能を評価できるような指標が求められている。

- 多職種で連携しながらBPSDへの対応やBPSDを未然に防ぐケアを行い、本人の意思を尊重した認知症対応力の質を一層向上させることが求められる。
- 入院医療機関における認知症ケア加算が開始されて以降、認知症ケア加算を算定する施設は年々増加しており、医療機関における認知症の人の受け入れが拡大しつつあると考えられるが、新型コロナウイルス感染症流行下において、認知症を理由に、入院できないなどの本来提供されるべき医療行為が提供されない事例が生じていることが報告されている。
- 認知症の人を含む要介護者等の高齢者に適切な急性期入院医療が提供されるためには、
  - ・ 広く医療機関全体での、認知機能を含む高齢者の心身の特性を踏まえた対応
  - ・ 特に誤嚥性肺炎をはじめとした高齢者に一般的な疾患については、リハビリテーション専門職等の多職種が一定程度配置されている地域包括ケア病棟や介護保険施設等での受入の推進が求められる。

※ 詳細は【テーマ3】要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療にて議論

- 介護保険施設等において身体的拘束は原則として禁止されている一方で、医療機関における身体的拘束については、主に急性期において必要な医療を提供し安全を確保するため緊急やむを得ない場面があることを考慮しても、更なる身体的拘束の予防・最小化が行える可能性がある。

### (3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 入退院時の情報連携にかかる報酬上の評価や、情報提供に係る標準様式等が示される等、入退院時における医療・介護間の情報連携は進められてきたと捉えられる。一方で、認知症の人の診断・治療やケアに必要な、それまでの合併症を含む治療経過や生活背景等の情報共有方法は、医療機関や地域により差があり、医療・介護間で必要な情報が適切に共有されていない可能性がある。

### 3 検討の視点

#### (1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 今後増加が見込まれる認知症の人に対し、認知症になっても、本人の意思が尊重され、尊厳をもって暮らし続けることができるように、認知症に早期に気づき、本人の意思決定を支援し、既存の医療・介護資源を活用しつつ、適時・適切な医療や介護を、その地域の実情に応じた的確に受けられる体制を構築していくためには、どのような方策が考えられるか。
  
- 特に単独世帯の高齢者について、認知症に早期に気づき、社会生活を継続できるように、適時適切に医療・介護、服薬支援・生活支援等が提供されるためには、どのような方策が考えられるか。

#### (2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応について

- 専門的な医療・介護提供が可能な人材育成とその活用とともに、広く医療機関・介護保険施設等における認知症の人への理解や認知症対応力を更に向上させるための取組についてどのような方策が考えられるか。
  
- 多職種で連携しながらBPSDへの対応やBPSDを未然に防ぐケアを推進するためにどのような方策が考えられるか。
  
- 認知症の人に適切なケア提供を行う目的で、認知機能や生活機能などを適切に評価するためにはどのような方策が考えられるか。
  
- 医療現場等における身体拘束の問題を含め、認知症の人の尊厳を重視した適切な認知症ケア提供をさらに進めていくためには、どのような方策が考えられるか。

#### (3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 医療・介護間での認知症の人に係る情報連携を推進するために必要な情報提供の内容（情報提供項目・様式等）、連携のあり方及び連携を推進するために必要な方策について、どのように考えられるか。