

令和 6 年度の同時報酬改定に向けた意見交換会における主なご意見

I. 概要

令和 6 年度は、6 年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等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。

こ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において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、各報酬の対象者が今後直面すると考えられるテーマを議題として、令和 5 年 3 月から全 3 回の意見交換を行った。

II. 意見交換会における主なご意見

【テーマ 1：地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携】

（1）医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的な課題を踏まえた医療・介護連携

- ・ あるべき連携の姿とは、必要な情報の一方的な提供や閲覧だけでなく、相互のコミュニケーションを深め、現状、課題、目標、計画などを共有しながら、患者／利用者、家族とも同じ方向に向かい、より質の高い医療・介護の実現につなげること。
- ・ コロナ禍により、医療職／介護職同士の対面での連携が途切れてしまったため、コロナ対応の緩和とともに、多職種カンファレンスの再開等による関係再構築が必要。
- ・ 各職種・各施設がそれぞれの機能を十分に発揮し、ある程度マルチタスクでお互いにカバーしあい業務をまわさなければ、限られた医療・介護資源で増加する需要をまかなえない。その上で、過不足なくサービスが提供されるよう連携が必要。
- ・ 例えばオンライン会議は時間設定の事前調整が必要といった現状もあり、ICT の活用は推進しつつも、より効率的な連携や情報共有が推進される方策の検討が必要。
- ・ 資料にある「医療においてはより「生活」に配慮した質の高い医療を、介護においてはより「医療」の視点を含めたケアマネジメント」という記載のとおりであるが、特に医療において「生活」に配慮した質の高い医療の視点が足りておらず、生活機能の情報収集が少ないのではないかと。具体的には認知機能の情報収集が少なく、認知機能の評価を入院前に行うことが重要。
- ・ 情報提供の仕組みとして、ホームヘルパーから介護支援専門員、主治医へ報告する仕組みはできているが、主治医からも発信できるようにすることで双方向にしていく必要がある。
- ・ 特に医療ニーズの高い在宅療養者の入退院時は、訪問看護、病院の医療連携部門、病棟・外来看護師からタイムリーに、医療・介護・障害福祉の連携先に対して情報提

供や共同指導を実施するとともに、必要に応じて支援や助言を行い、ケアの継続性・連続性を担保する仕組みの強化が必要。

- ・ 病院や介護施設等で歯科医療が必要な場合、訪問歯科診療で対応することが多いため、地域の関係者との連携が重要であり、口腔の情報も医療と介護の双方で適切に把握され、必要があれば早期に歯科の介入ができる体制整備が必要。
- ・ 地域共生社会の実現には、患者・利用者の生活全体を把握しながら支えていくことが必要であり、患者・利用者の服薬状況などについて多職種間で情報を共有し、より良質な薬物治療のために役立てることが必要。

2) 医療・介護DX

- ・ ITの活用は情報の正確性、迅速性、網羅性の向上に大いに貢献するものであり、様式や項目の統一化は必須。
- ・ 多職種間で情報共有していくためには、各職種が入力する様式等について重複情報がないか整理が必要。
- ・ DXの目的は業務や費用負担軽減のためでもあり、現場の負担が増大し支障を来すようでは本末転倒。また、DXの推進が目的ではなく、サービスの質の向上や最適化・効率化のツールとしてDXを活用することが重要。
- ・ DXの検討に当たっては、歯科診療所や薬局等も含めた検討が必要。また、介護DXは、医療DXの後をついていくのではなく同時に検討を進めるべき。
- ・ 今は介護記録と医療カルテに互換性がないが、DXの推進によりそれぞれを双方に見れるようになるとうい。
- ・ より生きた情報が必要であり、チェック方式だけではわからないこともある。医療・介護間での情報共有が意思決定支援に十分に活用できておらず、プラットフォームを整備し意思決定支援の場でも活用することも重要。

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

- ・ 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。
- ・ 相談支援専門員と医療との連携が必要。障害福祉サービスは、介護保険サービスのケアプランを経て利用する仕組みをもう少し踏襲すべき。また、相談支援専門員に介護支援専門員が転用できる仕組みが必要ではないか。
- ・ 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- ・ 共生型サービスが広がりを見るよう、例えば看多機において医療的ケア児に対応することができる職員の人材育成等に取り組む必要がある。
- ・ 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

- ・ これまで継続的に診療を行ってきた主治医から、施設等と契約・提携している遠方の特定の医療機関の医師へ、患者の希望を無視して強制的に変更させる実態があり、こういった現状は改善していくべき。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- ・ 介護支援専門員は利用者の既に様々な情報（例：家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等）を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。このためには、訪問看護師やホームヘルパー等に伝えられた情報が迅速かつ正確に介護支援専門員に集まることが重要。
- ・ 各専門職は多忙であり、情報伝達の場をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないかと。
- ・ 質の高いケアを提供するためには、薬剤師と介護支援専門員の連携も不可欠であり、これを通じて各種サービスとの連携が可能となる。
- ・ 医師とケアマネジャーの直接のやりとりもあるが、医療機関等に配置されている看護職員は患者を医療・生活両面の視点から捉えており、病院・診療所等の看護師の活用や、看護師を含めた連携、役割分担の視点も重要。
- ・ がん末期以外についても、ケアプランの柔軟な運用をできるようにするべき。
- ・ ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないかと。

【テーマ2：リハビリテーション・口腔・栄養】

(1) リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

- ・ リハビリテーション・口腔・栄養は、医薬品の副作用も含め、様々な関連があるため、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。
- ・ その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。
- ・ 日常的に利用者に接している介護職等がスクリーニングして専門職につなぐ仕組みが重要。

令和3年度介護報酬改定で示されたりハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。

- ・ リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。

- ・ 介護報酬のリハビリテーションマネジメント加算の取組の有効性が示されてきている。これは医師の詳細な指示に基づいて、リハ職等が一同に会して定期的に会議を実施するものであり、歯科衛生士や管理栄養士も参加することで、一体的な取組の推進につながるのではないかと。
- ・ 入退院時のカンファレンスに多職種が関わることは、相互を理解する学びの場になる。こうしたチームアプローチを更に推進するための仕掛けが必要ではないか。
- ・ 在宅での連携において、在宅医療の現場では歯科衛生士や管理栄養士は人材不足。医療機関や施設から地域に出て行くなど、地域の社会資源を十分に活用する仕組みが必要。
- ・ 人材不足が懸念されるなかで、様々な専門職が関わるのが現実的に可能なのか疑問。可能だとしても、プラスアルファの効果があるのかを、十分に精査する必要がある。
- ・ 多職種による情報共有が不十分なのであれば、まずは、問題を解決する手順や仕組みを検討すべき。本当に必要な連携が行われていない場合は、既存の報酬の要件を厳格化することもあり得るのではないかと。

(2) リハビリテーション

- ・ 急性期・回復期と生活期のリハビリテーションの円滑な移行について、フェーズに応じてプログラム内容を変化させていくための仕組みが必要。医療機関で完結することが前提ではなく生活期で更なるQOL向上を目指すために、急性期・回復期では何をすべきかという視点が医療側に求められる。
- ・ 介護保険のリハビリの多くは老健が担っているが、医療機関側の医師、MSW やケアマネジャーが老健のリハ機能を理解していないため、生活期のリハビリの周知が必要。
- ・ 疾患別リハに加えて生活全般のリハ、いわゆる口腔ケアも含めた総合的なリハビリテーションの提供が必要。
- ・ 日勤帯以外の朝夕夜の機能向上が必要な動作が多い時間帯にリハビリ職が勤務することがあり、こうした時間帯では1単位20分ではなく短時間でのリハビリを提供することとなる。このような取組みの効果についてエビデンスを出していきたい。
- ・ 医療と介護でリハの計画書を統一化して、内容を共有することは重要。
- ・ 医療と介護の連携の部分で、この重要性が認識されいながら、医療側のリハビリテーションの計画が、介護事業者と十分に情報共有されていないことは問題。計画書を介護事業者に提供した場合の評価が、診療報酬としては存在しており、単純に情報提供を評価するという方法では改善が難しい。

(3) 口腔

- ・ 歯科治療や定期的な口腔の管理は誤嚥性肺炎等を予防するうえで非常に重要。

- ・ 病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。
- ・ 給付調整を含めた制度の複雑さがあるのではないか。
- ・ 感染症対策や末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。
- ・ 歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携もさらに推進が必要。

(4) 栄養

- ・ 介護保険施設では、管理栄養士を中心としたミールラウンド等により、多職種連携が進んできており、入所者の状態改善の効果も感じている。
- ・ 潜在的な低栄養の高齢者が多いことが課題であり、踏み込んだ対策が必要。
- ・ 医療機関や介護保険施設では管理栄養士や多職種による栄養管理が行われているが、退院・退所後、在宅での栄養・食生活支援を行うための社会資源の充実が望まれる。

【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】

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- ・ 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の配置医や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- ・ 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかり受けられるため、このような役割を推進すべき。
- ・ 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。
- ・ 地域包括ケア病棟は、一般病棟からの受入れに偏らないようにするルールを更に厳格化しつつ、サブアキュート機能と在宅復帰支援機能の発揮を促すべき。
- ・ リハビリや認知症ケアに優れる介護老人保健施設が、要介護者等の高齢者の脱水や軽度の肺炎等の医療ニーズに対応していくべき。
- ・ 誤嚥性肺炎については、画像検査、血液検査、喀痰検査が可能であれば対応可能と考えるが、より充実した治療が必要であれば、医療機関で治療すべき。
- ・ 介護保険施設側には搬送先の病棟を選ぶような余裕はないのが実情。施設からどういう病棟に行くのが妥当かという議論を進めていく必要がある。
- ・ 地域包括ケア病棟や介護保険施設等での誤嚥性肺炎などの患者の受け入れを推進するためには、急性期病院との連携による状態変化時の対応体制の構築が必要。
- ・ 高齢者の幅広い病態像や経過に即した治療や療養の場が選択されていくが、介護施設等で受け入れるためには、利用者の病態判断が可能な看護師の配置を強化する必要がある。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- ・ 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- ・ 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- ・ 急性期病棟においても介護福祉士を配置し、正當に評価すべき。
- ・ 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組が進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないか。
- ・ 入院による生活機能等の悪化や重症化を予防するためには、口腔管理含め多職種の早期離床等の取組が必要。また、医療機関に歯科がない場合においても、口腔の管理が継続できるような体制整備を構築すべき。脳血管疾患や誤嚥性肺炎についても医療介護連携が可能な仕組みを検討すべき。
- ・ 生活の場で医療が受けられることが重要。特定行為のできる看護師を介護保険施設に配置することで、医療機能の向上をはかることができるのではないか。
- ・ 急性期の入院医療においては、治療に伴う患者の全身状態の変化があり、看護職員が24時間状態をアセスメントし、必要なケアを提供している。急性期においては医療密度が高い中で看護師が対応しており、生活上のケアも看護師が提供している。
- ・ 急性期入院医療の現場は、在院日数が短縮化されている中で、医療密度が高い状況に看護職員が対応している。一つ一つの場面において病状の変化を適切に捉えていく能力が求められており、看護職の傷病者に対する療養上の世話という役割は、今後も非常に大きい。
- ・ 専門性の高い看護師が介護施設に出向き、それぞれの利用者の特性に応じた食事介助方法等を指導することで、誤嚥性肺炎による入院が減少した事例もある。

(3) 入退院支援

- ・ 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。
- ・ 生活支援に関連する入退院支援のあり方の改善をはかることで、本人が希望する場に戻せる。インフォーマルなサービスの活用が在宅の限界点を高める。
- ・ 入院時点からの介護支援専門員との連携を推進すべき。

(4) 医療・介護の人材確保

- ・ 医療・介護・障害における介護職員の処遇が異なることも是正すべき。
- ・ 人材紹介会社に対する高額な手数料が課題。

- ・ 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。
- ・ 介護職については、直接介護と間接介護に業務を分類し、間接介護は非介護職が担ってはどうか。

【テーマ4：高齢者施設・障害者施設等における医療】

（1）高齢者施設・障害者施設等の医療提供機能

- ・ 医療も介護も人材が不足し、保険財政もこれまで以上に厳しい状況になる。まずは自施設の職員による対応力の向上を図った上で、自施設で対応可能な範囲を超えた場合に外部の医療機関と連携して対応にあたるべき。
- ・ 高齢者施設入所者には、隠れた基礎疾患を持つ者が一定数いることから、入所時のスクリーニング検査を含め、日常からの健康管理が適切に行われるように制度的な対応を行うべきではないか。
- ・ 高齢者施設において、医療ニーズのある入所者や看取りへの対応が困難になる理由の1つとして、夜間に看護師が不在であることが挙げられる。看護職員の配置や訪問看護との連携等を充実することが必要である。
- ・ 高齢者施設においては、専門性の高い看護師の活用についても考慮するべき。
- ・ 要介護者の医療ニーズに対応できるよう、老健の医療ショートの活用を推進するべき。老健の医師管理総合研修会はのべ3,000人以上受講しており、総合機能評価加算や所定疾患施設療養費等の算定要件ともなっている。そういったところで医療の質は十分に担保されるのではないか。
- ・ 老健と介護医療院の薬剤の給付調整については、切るに切れない高額薬剤が増えてきており、薬剤報酬の包括化は見直す時期にきているのではないか。
- ・ 特養の配置医師について、必ずしも常勤の配置が求められているわけではなく、緊急時の対応が困難な例も報告されている。協力医療機関との関係性を含め、要介護者に適した緊急時の対応、入院・医療についてのルール化、医療・介護の連携の制度化を進めていくべき。
- ・ 特養における医療提供にあたっては、緊急時・看取り時の診療報酬と介護報酬の対応範囲についてより明確にし、整理するべきではないか。
- ・ 看取りに関連し、関係機関・職員での合意形成が難しい。会議にあたっては、ICTの活用をさらに進めていくべきではないか。
- ・ 介護職員の喀痰吸引にかかる研修について、ニーズに対して研修のキャパシティが少ないため、研修を受けることのできる機会を増やすべき。
- ・ 障害者施設から介護施設へ移行する際、介護保険の自己負担が課題となることから、制度面での対応について検討するべきではないか。

（2）医療機関と高齢者施設等との連携

- ・ 連携する医療機関については、名前だけの協力医療機関ではなく、地域包括ケア病棟や在宅医療、有床診療など地域の医療機関と、中身のある連携体制を構築すべき。
- ・ 施設から医療機関に入院する際、入所者の状態に適した医療機関に入院ができるよう、ルール化をしていくべきではないか。
- ・ 夜間対応を行う看護師が少ない現状があることから、コールセンターの活用など、様々な方法を考えていくべき。
- ・ 医療機関と高齢者施設の職員が、例えば月に一回は情報共有を行うなど、顔の見える関係を構築すべき。
- ・ 特養の配置医は残していくべきであるが、配置医個人による対応には限界があることから、地域の医療機関等によるバックアップ体制の構築が重要。
- ・ 医療機関から老健への円滑な患者移動を促進するため、地域包括ケア病棟の在宅復帰率の分子に老健を戻すべきではないか。
- ・ 急変時の速やかな相談・往診体制や入院受入れとともに、重症化しないための予防的な関わりや日常的なケアの質向上の観点から、専門性の高い看護師による高齢者施設への訪問看護を地域連携の中で推進していくことも必要ではないか。
- ・ 高齢者住宅で主要な協力医療機関があるのならば介護支援専門員が情報提供を受けられるようにしてはどうか。
- ・ 歯科医療機関との連携の観点からは、協力歯科医療機関以外の地域の歯科医療機関も含む地域連携が重要。
- ・ 高齢者施設から医療機関へ受診・入院する際に混乱が見られる。とにかく救急車で運んで急性期の病院に行こうという行動が一部見られるが、これは医療資源の使い方及び本人・家族にとってよくないことだろう。医師あるいは特定行為の看護師の助言・判断を、高齢者施設の職員がリアルタイムで簡単に受けられるような仕組みがあると良いのではないか。

(3) 高齢者施設等における薬剤管理

- ・ ケアマネと薬剤師の連携も推進すべき。
- ・ 老健施設への入所は、薬剤調整を行うよいタイミングとなっており、より一層取組を進める必要がある。また、老健以外の施設でも取組が進めていくべきではないか。
- ・ 日頃からの薬剤管理については、施設職員も関与していくべき。
- ・ 施設の在り方や利用者のニーズが多様化する中で、薬剤師がその施設の特性を的確に把握した上で、多職種との連携の下で適切な薬剤管理ができるような推進策が必要。
- ・ 高齢者施設における薬剤管理は、服薬数が多い入所者が多く、職員の負担になっている。施設業務の薬剤師へのタスクシフトや薬剤師との連携が必要。

(4) 感染症対策

- ・ 令和4年度診療報酬改定でできた外来感染対策向上加算は、地域の医療機関が連携して感染対策に取り組む観点から、カンファレンスや訓練を合同で行う等の取組を求めており、同様の仕組みを介護報酬にも設けるべき。
- ・ 平時から実効性のあるマニュアルの整備、職員に対する教育研修等が重要。組織の垣根を越えて、高齢者施設・障害者施設が専門人材を有する医療機関から支援や助言が受けられる仕組みが必要。
- ・ 感染症に関する専門性の高い看護師の介護施設における教育研修の取り組みについて、時限的なものではなく恒常的な感染症対応力強化につながるよう検討すべき。
- ・ 感染対策は重要であるが、費用対効果や負担の在り方については検討が必要ではないか。
- ・ 高齢者施設でのクラスター発生に備えた治療薬の備蓄のみでなく、抗原検査キットの提供といった役割を果たすことが薬局にとっては重要である。

【テーマ5：認知症】

(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- ・ 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせる事が何よりも大切。
- ・ 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- ・ 認知症は医療と介護の両方の対応が必要であり、医療資源と介護資源との連携が日ごろから構築されていることが重要と考える。
- ・ 認知症というのは、医療だけでも認知症を治し切れない。介護だけでも認知症の対応はなかなか難しい。両方相まって持ち合うことによって、非常にいい成功体験が生まれる疾患である。
- ・ 単身世帯の高齢者の認知症対策については、医療・介護の専門職の役割にとどまらず、認知症サポーターの活用や「通いの場」等に専門職が参加し、必要な場合に適切なケアにつなげるとともに、多機能型サービスの活用等により地域での生活を支えることも重要。
- ・ 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- ・ 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者や認知症サポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。
- ・ 独居以外にも老老介護や介護者に介護が必要な場合など、入院時の対応支援体制なども考慮が必要と考える。
- ・ 認知症の早期発見を含め、本人の意思を尊重して、必要な支援提供していくためには具体的なシステム構築が必要である。特に地域包括支援センターと医療機関の連携を拡充していくべき。また、地域包括支援センター以外の相談窓口の活用が必要と考

える。

- ・ 診断後支援のサービスが不足している。支援があれば就労や、生きがいを持って暮らせるが、就労訓練が可能な障害福祉サービスを利用できないケースもある。介護保険制度の中でも就労移行支援に取り組むべきではないか。
- ・ 生涯カルテのような長期的視野の記録を是非医療介護DXに取り入れるべき。
- ・ 独居高齢者を地域で支えるためには、医療・介護サービスだけではなく、民生委員などの互助の仕組みの活用が必要と考える。
- ・ 独居高齢者は重要な課題。就職氷河期の世代は非正規が長く生涯未婚率が高い。今後、独居、低所得かつ認知症になるリスクが高まる。低所得者政策というアプローチも今後求められるのではないか。

(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

- ・ 身体疾患が前提になる認知症の人への対応力の向上が求められる。
- ・ 認知症ケアで重要なのは、なじみの関係のもと、その人の生きがい、習慣などを理解して、アセスメントに基づく個別ケアが実施できるよう更なる研鑽が必要。
- ・ BPSD等の認知症対応力向上のためには支援者が地域の専門人材から助言を受けられる仕組み作りが有用。また、BPSD等に関連する脱水症状の改善も重要であり、特定行為研修を修了した看護師を活用していくべきではないか。
- ・ BPSDへの対応について、発症を予防し、発症後にどのように軽減させるか、具体的な対応の推進が重要。
- ・ 施設種別によって入所者の認知症の重症度は異なる。とくに介護老人福祉施設の認知症対応力の重要度は高まっている。現在の認知症ケアは体制の評価に偏っており、具体的ケアの評価がされていない。
- ・ 医療・介護で横断的に利用可能な簡便な認知症の評価尺度が必要と考える。独自の指標を用いることでケアの質を向上している事例がある。
- ・ 身体拘束の廃止は管理者等施設全体の理解がないと進まない。介護の好事例を医療現場に普及させていくべき。
- ・ 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。
- ・ 医療機関では、やむを得ないと理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。
- ・ 一般病棟ではBPSDの対応策がないために身体拘束が行われる。医療現場に介護職員を配置することは介護人材確保が介護保険施設で既に難しいことから受け入れがたい。認知症患者は老健等へ早期に入所すべきと考える。
- ・ リハビリテーション専門職を対象とした認知症対応力研修を推進してはどうか。

(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- ・ 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。
- ・ 多職種連携推進のためにも重要、特に独居の人に有用と考える。

【テーマ6：人生の最終段階における医療・介護】

(1) 人生の最終段階における意思決定支援について

- ・ いずれの場面においても意思決定を支援する取組は重要であり、認知症患者の増加を踏まえると、あらかじめ本人の意思を共有していくことは推進すべき。ただし、急性疾患において性急に意思決定を促すことや、救急隊の現場での負担軽減などを目的として強制的に推進することが起こらないよう、その推進の方法は慎重であるべき。
- ・ 日々の診療や介護の中で、丁寧に本人の意思を確認することが大切であり、その意思は刻々と変わりゆくものであることを踏まえると、リアルタイムにその情報をICT等を用いて医師が医療関係者や介護関係者と共有することが非常に有効。
- ・ 人生の最終段階において、最期まで口から食べることや口腔を清潔に保つことは、QOL向上の観点から重要。終末期において、患者の状態に応じた適切な口腔健康管理が実施できるような実施体制の構築が必要。
- ・ 人生の最終段階におけるケアに際し、患者・利用者、家族と共にあるという視点を、医療従事者、介護従事者が持ち、患者、家族を支え、必要な情報を患者、家族が十分に理解できるよう説明し、対話することや、患者の選択と、意思決定を支え、患者の価値観を尊重し、身体的、精神的、社会的、個別的な支援を各職種が連携しそれぞれの役割に基づき提供することが重要。
- ・ エンディングノートの周知など、人生の最終段階における意思決定に関する取組を引き続き推進していくことが求められる。
- ・ 本人の意思確認ができない場合は家族が判断することとなるが、家族の意向が優先されがちであり、また家族の意思はどうかで考える患者も多い。あくまでも主体は本人であり、本人／家族の意思を早期から医師等と繰り返し確認していくことを評価されるべき。
- ・ 各職種で意思決定支援の取組は進められており、自治体も様々な媒体を使った取組をしているが、本人・家族の意思確認が不十分なまま最終段階に至るケースも依然としてある。地域社会の中でどのように意思確認を行うか、その方策や場の検討を行う必要があるのではないかな。
- ・ ACPの考え方は元々欧米で考えられたものであり、日本の国民性を踏まえた制度設計が必要。
- ・ 入院が在宅介護高齢者の要介護度を悪化させるといった情報もここで新たに認識されたことを踏まえると、こうした様々な情報を提供することで意思決定を支援できるのではないかな。早期に意思決定できるような支援が重要。

- ・ 一定の年齢に達したらこうしたことを考えようという意識の啓発的な活動が必要。患者の意思決定支援は、療養病棟や在宅医療を実施している医療機関だけでなく、全ての医療機関が共通認識の下で取り組む必要があり、より多くの患者に早期から意思決定支援を行うということであれば、診療所等の外来で患者のことを最も理解している「かかりつけ医」が対応することが重要。また、現行の診療報酬では、指針の策定が要件となっているが、実績にも着目すべき。介護職との連携について、介護の現場でどの程度意思決定支援の取組がすすんでいるのか、把握する必要がある。
- ・ ACPは、形式ではなく中身が重要である。また、タイミングとしては早すぎても遅すぎても意味がないものになってしまう。医療・介護が具体的に想像でできる時期、例えば高齢になって入院をすとか、初めて介護サービスを利用するとき、遅くとも本人が1年以内に亡くなっても周囲の人が誰も驚かないという時期には、意思決定支援を行っておくことが望ましい。患者は死が近づくと気持ちの振れ幅が大きくなる。意思決定をするかどうかも含めて本人の選択であり、早期に意思決定をすることが強要されてはいけない。

(2) 本人の意思に基づく医療・介護の提供について

- ・ 人生の最終段階を支える医師が、在宅診療や施設における医療の中で、患者の疾病が非がんであっても、緩和ケアを専門とする医師らとICT等を使って連携することで、ご本人が望む住み慣れた環境で最期を迎えることが可能となる。
- ・ 緩和ケアについては、患者及び家族の苦痛や不安を和らげるために総合的に対応することが重要である。このため、麻薬を早期から積極的に使用するなど、考え方が変化してきている。一方、医療用麻薬といっても多様な製品・規格があり、また取り寄せにも時間がかかることが多く、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの間で日常からの連携体制の構築が必要。頻繁な麻薬調剤、夜間休日対応を実施している薬局の負担は大きく、何らかの配慮を検討してはどうか。
- ・ 本人が望む場所での最期を支えるために、特養のように要介護度の高い方が入所する施設等において、各施設の入居者の状況に応じ、看護職の配置の増加や、必要時に訪問看護が入ることができる仕組みについて検討が必要。また、ターミナル期の看多機利用者には宿泊の利用ニーズが高く、サービスを利用しやすい仕組みの検討も必要。
- ・ 特別養護老人ホームでの看取りへの取組が強化されたが、意思を尊重したみとりの取組は進んでいる一方で、配置医師等の関係で必ずしも意思に沿わない事例もある。介護から医療サービスを利用する場合は急変等が多く連携が困難な状況もある。医療機関と介護施設が連携するために、医療情報や生活支援情報の相互交換を行うための標準的なフォーマットを国が策定し、自治体にその活用を推進することを検討していただきたい。
- ・ 非がんの緩和ケアについては、心不全やCOPDの末期の状態では、少量の麻薬が非常に有効であることが確認されているが、その提供については検討の余地があるの

ではないか。国民は「麻薬」に対してネガティブなイメージを持っているので、そのイメージを変えていく取組も求められる。

- ・ 今後、施設での死亡が増えていくことが予想されるが、特養などの施設ではそのときに入所している人が亡くなるまで随時の受入が難しい現状もある。一方、老健は在宅復帰・在宅療養を目指す施設という機能上、ほぼ必ず空床がある。様々な看取りの対応ができる場として、老健施設をより活用することも考えられるのではないか。
- ・ 本人の意思に基づく医療・介護が提供されるためには、医療DXを活用し、救急現場を含めて関係者間で情報が共有される必要がある。また、緩和ケアの提供については、専門医や薬剤師と連携して疼痛のコントロールが適切に行われるようにする必要がある。

【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。
- ・ 訪問看護の24時間の安定的なケア提供に向けては事業所の規模拡大が欠かせず、ICTの活用等の事業基盤強化も重要。また、複数の事業所や医療提供施設との連携による24時間対応体制の仕組みや、医療保険・介護保険双方の訪問看護で、外部の専門性の高い看護師の活用など、組織や法人の垣根を越えて連携協力する仕組みの構築、訪問看護事業所の看護師が認定・専門看護師教育や特定行為研修を受講する機会の確保等、より質の高いケアを提供するための取り組みが重要である。
- ・ 特定行為研修修了看護師の訪問看護ステーションへの配置を推進し、質の高いサービスを提供してほしい。
- ・ 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。今後さらにニーズが増加することを踏まえれば、量の確保は重要だが、質を担保することも不可欠。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む、実態把握や検証の精度を高めてもらいたい。
- ・ かかりつけ医との密な連携はもとより、ヘルパーとの密な連携も必要であり、在宅での多職種連携が必要。
- ・ 医療依存度の高い利用者の在宅療養に当たっては、頻度が高くかつ複数名での訪問看護が不可欠な場合がある。
- ・ 在宅での看取りにおいても訪問看護は重要な役割を果たす。がん以外の患者に対する在宅での看取りを推進するならば、非がんの方も医療保険の対象としてはどうか。
- ・ 日常管理から専門管理、看取りまで訪問看護の必要性は増大する。例えば、特養においても専門管理は訪問看護という考え方もある。医療・介護の連携が十分でない例もあるので、シームレスな移行ができるような方策が求められる。医療と介護が一体的にマ

ネジメントされていない可能性がある。双方を総合的に把握できる体制構築、チームでの連携、サービスの一体的実施が必要。

- ・ 医科診療所や訪問看護ステーションと歯科診療所の連携は課題である。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。
- ・ 極めて高額な請求について、ニーズの増加や患者の状態によって必要なケースがあることは否定しないが、ケアの中身を十分に検証したうえで、仮に不適切と考えられるものがあれば、厳正に対応すべき。

(2) 地域のニーズに応えられる訪問看護の提供体制

- ・ 訪問看護が多い地域は在宅医療を補っている面もあり、訪問看護単体で過多を議論するのではなく在宅診療とトータルで考えるべき。
- ・ 訪問看護は介護保険の中でも増加が著しく、一部の地域では飽和している。地域の実情に応じた訪問看護ステーションの適正配置が望まれる。大規模化より、小規模事業所が地域連携した方が合理的ではないか。
- ・ 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。訪問看護では夜間や早朝の対応も発生するので、そうした夜間等対応のさらなる評価や複数事業所が連携し地域で24時間対応体制を確保するための方策が必要。
- ・ 24時間対応が必要な利用者が頻繁にいるとは考えられないが、人員基準だけにとらわれず、併設の医療機関や老健の看護師を活用してはどうか。人材の確保も難しいので、今ある社会資源を有効に活用するという観点が必要ではないか。
- ・ 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、利用者にと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。
- ・ 理学療法士等のアセスメント等を踏まえた訪問看護計画の作成などを行っている訪問看護ステーションが5割に留まっているのは残念。多職種が連携し効果を発揮できる仕組み作りを検討してほしい。
- ・ 特別な管理を要する利用者が増える中では、薬局も含めた形でのチーム医療が求められる。行政も含めて、関係団体等で地域の実情に応じた連携体制を構築していく必要がある。
- ・ D to P with Nは全国に様々なよい取組があるため、これらの好事例を集めて手引書を作成・共有し、地域の実情に合わせてICT等のさらなる活用をしていくべき。
- ・ 業務の効率化に向けて医療DXの一環として訪問看護指示書の電子化に取り組んでもらいたい。

(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。
- ・ ケアマネジャーは医療・介護の双方を把握し、検討しているということを正確にご理解いただきたい。訪問看護のサービスを利用者・家族が上手く理解できるよう、支援のあり方について今後も調査や検討を進めていくべき。

(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。

【その他】

- ・ 今回の一連の議論を通じて、共通したキーワードとして「情報共有」や「連携」があり、方法論として「DX」や「ICT」が指摘された。ツールとなるマイナンバーカードの活用を含めて、医療や介護における現状や将来像等の資料を中医協と介護給付費分科会に事務局から示してほしい。
- ・ 高齢者の方々が在宅であり、病院であり、施設という形で空間的にも移動し、制度的にも医療・介護という複数の制度を移行する。この移動するというに伴って出てくる具体的な課題を議論したもの。情報の共有がどういう形でできるのか、さらに連携の具体的な体制づくりがどういう形でできるのかということに関し、今後議論していくべき。
- ・ 介護サービスから医療サービスへの移行、あるいはその逆で医療サービスから介護サービスの移行、要するに両制度間の橋渡しのところに、高齢者やその家族のウエル・ビーイング、便益、あるいはQOLが阻害される危険性が頭を出している。とりわけ高齢要介護者の病状が急変したときの対応に解決すべき問題があるのではないかと。現行制度を所与として、その下で医療や介護に携わっている方々が最善と考えられる措置を講じたにもかかわらず、高齢者やその家族のウエル・ビーイングが阻害されているというリスクがあるのであれば、報酬の在り方も含めて現行制度を見直していく必要がある。
- ・ 今回の同時改定に際しては、医療・介護の間の連携をさらに強化して、医療・介護、障害者向けの福祉サービスも含めて、こうしたサービスが全体として私たちの厚生の上昇に資するような方向に政策を進めていく必要がある。