

【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

1 現状

(1) 総論

1) 検討の背景となる人口・世帯構成の変化について [参考資料 p3~11]

- 団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年、更にはその先の 2040 年にかけて、85 歳以上の人口が急増するとともに、高齢者単独世帯や夫婦のみの世帯が増加することが見込まれる。
- また、2040 年に向けて生産年齢人口の急激な減少が生じ、現役世代が流出する地方ではますます介護人材の不足が深刻になる。
- さらに、こうした変化についての地域差も大きい。都市部では 75 歳以上人口が急増する一方で、既に高齢化が進んだ地方ではその伸びが緩やか、あるいは減少していくなど、地域によって置かれている状況や課題は全く異なる。

2) 地域包括ケアシステムと地域共生社会について [参考資料 p14, 16~23]

- 「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。
- また、地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会をいう。）の実現に向けた中核的な基盤となり得るものである。

(2) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 医療・介護連携について

- 2040 年にかけて人口・世帯構成が変化することに伴い、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加する。
- このため、介護保険サービス利用者が入院すること、医療機関に入院する高齢者が退院後に介護保険サービスを利用すること、地域や施設で生活を送る高齢者が医療と介護双方のサービスを利用することは今後更に増えると思定される。よって、医療と介護の関係者、関係機関間の情報提供や情報共有を、相互の顔の見える関係を土台とした上で、効率的に行うことが益々重要となる。
- 特に、在宅患者数の増加が見込まれる中、在宅医療の推進、とりわけ在宅医療・介護の連携を推進していくことの重要性が高まっている。

2) 医療・介護連携に係る評価について [参考資料 p25～53]

- 累次の改定では、医療と介護の連携について、以下のような視点で様々な評価を行っている。また、双方間の情報提供にあたっては、必要な様式等を定めているものもある。
 - ① 入退院等により患者・利用者の療養場所が移ることに伴う情報提供・連携に係る評価
 - ② 在宅療養中の者を支える医療機関と介護保険の居宅サービス等との連携に係る評価
 - ③ 関係者・関係機関間の日頃からの顔の見える連携体制構築に係る評価

3) 在宅医療・介護連携推進事業について [参考資料 p55～65]

- 医療と介護の連携は、報酬による評価だけでなく、平成 26 年に地域支援事業の一つに在宅医療・介護連携推進事業を位置づけ、平成 30 年からは全ての市町村で実施し、連携体制の構築を推進している。当該事業においては、コーディネーターの配置による在宅医療・介護連携に関する相談支援や、医療・介護関係者の研修等の実施だけでなく、地域の実情に応じて特に医療と介護の連携が必要となる 4 つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）で PDCA サイクルに沿って事業実施ができるよう継続的な取組がなされている。
- 「4 つの場面」を意識した取組について、入退院支援は 72.1%の市町村が既に取り組んでいるが、急変時の対応は 36.3%と最も取組が進んでいな

い状況にある。

4) 医療・介護DXについて [参考資料 p67～75]

- 現在、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」において、質の高い医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築には、情報通信機器（ICT）の活用は情報共有に有効な手段とされており、各地域においても医療情報連携ネットワークや医療介護連携のための情報共有ツールを有効に活用している事例が散見される。今後、全国医療情報プラットフォームの整備等の医療・介護におけるDXの推進等により、医療機関間、介護事業所間、医療・介護間における効果的・効率的な情報連携が期待される。

※ 医療分野においては、異なる電子カルテシステムが稼働している医療機関間での円滑な情報交換や共有を推進するため、医療情報交換のための国際標準規格：HL7 FHIRに基づき、交換・共有する標準的な情報及びその電子的な記述仕様を策定し、それらの仕様（診療情報提供書、退院時サマリー等）を2022（令和4）年3月、厚生労働省標準規格として採択した。

5) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携について [参考資料 p77～96]

- 障害者数全体は増加傾向にあり、障害者の高齢化が進んでいる。また、利用者等のニーズに応じてきめ細かく障害者の支援ができるよう、障害福祉サービスの提供体制の充実が図られてきている。
- 一方で、高齢化した障害者、精神疾患の患者、医療的ケア児が増加していることに加えて、身体疾患に罹患した障害者や強度行動障害を有する障害者への対応の必要性が顕在化してきているなど、障害の特性や個々の状況に応じた対応や、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への対応が課題となっている。

(3) 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

1) 主治医と介護支援専門員の連携について [参考資料 p98～101]

- 介護を必要とする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医と、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。

- 各市町村が行う在宅医療・介護連携に関する会議や事業へは、地域包括支援センターの他に、医師会とケアマネ協会の参加率が高く、主治医と介護支援専門員の団体単位での連携は一定程度行われている。
具体的には、各地域において、円滑な連携に向けて、「主治医・介護支援専門員連絡票」を作成しその運用方法を定めたり、主治医が介護支援専門員からの相談を受けられる時間“ケアマネタイム”を一覧化する等の取組が行われている。
- 患者／利用者単位の連携については、サービス担当者会議、地域ケア会議、受診時等の機会を活用した連携や、介護支援専門員から主治医へのケアプラン提供等を通じた情報共有等が行われている。
例えば、主治医へのケアプランの提供について、介護支援専門員は約4割の利用者のケアプランを主治医意見書を記載した医師に対して提示していた。一方で、主治医等にケアプランを提出しても、活用されていない／活用されていることが不明と感じていたなどの課題もある。
- 介護支援専門員にとって、医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことは、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難」であった。医療機関との情報共有における工夫として最も多いものは、「受診時に同行し主治医と面談」であった。

2) 退院時における医療機関と介護支援専門員の連携 [参考資料 p102]

- 地域で暮らす高齢者における日常的な主治医と介護支援専門員の連携に加え、入退院時における医療機関と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も求められている。
- 退院時における連携について、居宅介護支援事業者が最も困難・問題と感じる点は、「医療機関からの急な退院の連絡があり、対応が困難」であった。一方で、医療機関が最も困難・問題と感じる点は、「治療等の都合により、ケアマネジャーへの退院の連絡が直前になること」であった。

3) 多職種連携にも資する適切なケアマネジメント手法について [参考資料 p103~112]

- 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、ケア

マネジャー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」の普及を図っている。本手法は、「基本ケア」と「疾患別ケア」で構成され、ケアプラン検討時の抜け漏れ防止、多職種間での情報共有等に活用が見込まれる。令和6年4月施行予定の介護支援専門員法定研修カリキュラムにも盛り込まれる予定である。

(4) 高齢者施設・障害者施設等における医療

- 施設入所者の高齢化・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増加していると考えられ、地域包括ケアシステムの構築を実現する観点からも、住み慣れた施設における生活を望む高齢者が、可能な限り人生の最後まで住み慣れた場所で暮らすことができるよう、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、継続的な薬物治療やポリファーマシー対策を含めた施設の医療機能の更なる向上が求められる。
- また、施設における感染対策については、新型コロナウイルス感染症の急速な感染拡大により、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の限界とともに、協力医療機関との連携不足が明らかとなったことから、将来的な新興感染症等の流行に備え、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。

※ 詳細は、【テーマ4】高齢者施設・障害者施設等における医療にて整理

(5) 認知症

- 高齢者単独世帯の増加が見込まれる中、認知症への気づきや介入が遅れないよう、日ごろからの地域における社会参加活動の推進や、身近な存在である主治医による健康管理の推進などの重層的な取組の推進が重要である。
- 在宅や施設から入院する場合、認知症者の入院前の症状やADL、生活歴・趣味等を把握することが、適切な認知症ケアを提供するうえで必要となるが、入院期間が短い急性期の医療機関等において、このような情報を医療機関が家族等から聴取することは困難が伴う。
- また、医療機関から在宅や施設へ退院する場合においても、入院中の認知症の症状や医療機関が家族等から入手した生活歴等の情報を、在宅療養を

支える医療機関、ケアマネジャー、介護サービス事業所等と共有されることで、円滑な移行が推進される。

- 入院時と退院時を中心に、認知症者の治療やケアに際し医療・介護間で必要な情報が適切に共有されることが担保される仕組みを検討する必要がある。

※ 詳細は、【テーマ5】認知症にて整理

(6) リハビリテーション・口腔・栄養

- リハビリテーション、口腔の管理及び栄養管理の取組は一体的に運用されることで、より効果的な治療・重症（重度）化予防、自立支援につながることを期待される。
- 医療及び介護において、リハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する取組は、それぞれ推進されてきた。一方で、多職種による適切な評価や介入が行われていない実態等もあり、リハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する取組を効果的に行うためには、
 - ・ 医師をはじめ関係職種が一体的な取組の重要性を認識し、的確に対象者を把握した上で、速やかに評価や介入を行うこと
 - ・ 多職種による日常的なコミュニケーションが強化されることなどが必要である。
- また、高齢者は状態に応じて、在宅又は施設から入退院を繰り返す場合も多く、リハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する一体的な取組の情報は、医療と介護とで切れ目なく引き継がれることが求められる。

※ 詳細は、【テーマ2】リハビリテーション・口腔・栄養にて整理

2 主な課題

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的課題を踏まえた医療・介護連携について

- 2040年を見据え、
 - ・ 急増する85歳以上の年代では、認知症が疑われる人や認知症の人が大

幅に増加するため、認知症高齢者に対する対応

- ・ 高齢者単独世帯や夫婦のみの世帯が増加するため、生活支援や住まいの支援も含めた対応
 - ・ 限りある資源で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護サービスの提供体制の最適化
 - ・ 都市部と地方の高齢化の差など、地域によって置かれている状況や課題が全く異なるため、今まで以上の地域の特性に応じた対応
- といった今後重点的に取り組むべき課題を踏まえ、医療と介護の連携を推進する必要がある。

○ また、医療と介護双方のニーズを有する高齢者に対し、それぞれの高齢者が“ときどき入院、ほぼ在宅（施設を含む）”のどの場面においても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、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が求められている。

○ さらに、在宅においては、訪問介護や通所介護等の利用者と接する機会が相対的に多いサービス提供者が、支援する中で得られた日常的な変化や気づきを、主治医や介護支援専門員、他のサービス提供者等と共有し、必要に応じてケアプランの見直し等につなげていくことも求められている。

2) 医療・介護DXについて

○ 医療と介護の施設間等における情報提供や情報連携は、未だ手交や郵送等のアナログな方法が多いが、今後の全国医療情報プラットフォームの整備や電子カルテ情報・交換方式の標準化等も踏まえ、効果的・効率的な情報連携の方法に転換していくことが求められている。

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携について

○ 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、障害福祉サービス事業所において一定の医療ニーズに対応することや、双方の連携体制の強化を図ることが重要であり、医療機関と相談

支援事業所等の関係者間での必要な情報の円滑な共有等を図りながら個々の障害者に応じた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・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

- 従前より主治医と介護支援専門員の連携強化は課題であり、累次の改定において連携の推進に資する評価が行われるとともに、各地域単位における様々な情報共有の工夫も行われている。
- 平成30年度同時改定では、特に主治医と介護支援専門員との連携が求められる訪問診療を受ける者や末期のがん患者等に着目した評価や見直しが行われたが、主治医がより「生活」に配慮した医療を提供するためには、在宅医療だけでなく外来通院中の患者における連携を強化することが求められている。
- なお、主治医と介護支援専門員の連携に係る現状や課題は、介護支援専門員視点で様々な調査等で明示されているものの、主治医視点の体系的な分析はあまり行われていない。

3 検討の視点

(1) 医療・介護・障害サービスの連携

1) 今後の重点的課題を踏まえた医療・介護連携について

- 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を行うために必要な情報提供の内容や連携の在り方について、どう考えるか
- とりわけ、在宅医療を推進する中で、必要不可欠となる在宅医療・介護の連携の更なる推進をどう図っていくか

2) 医療・介護DXについて

- 将来的な全国医療情報プラットフォームの整備等を見据え、医療機関間、介護事業所間、医療・介護間で情報共有を円滑に行うために必要な項目や様式の統一化などについて、どう考えるか

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携について

- 高齢化した障害者、精神疾患の患者、身体疾患に罹患した障害者、医療的ケア児、強度行動障害を有する障害者など、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、障害福祉サービス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
- また、個々の当事者の特性に応じた対応を図るよう各サービス間の連携を強化することについて、どう考えるか

(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

- 主治医がより「生活」に配慮した質の高い医療を提供するために必要な介護支援専門員との連携の在り方について、どう考えるか
- また、在宅や施設、高齢者住宅等における医療を円滑に行えるよう、介護支援専門員が「医療」の視点を含めたケアマネジメントを行うために必要な主治医との連携の在り方について、どう考えるか