

令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第2回）における主なご意見

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について

- ・ 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ある。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べき。老健の医師管理総合研修会はのべ3000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を求め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おり、どこまで対応できるかなど個人差がある。
- ・ 特養における医療提供にあたっては、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について

- ・ 連携する医療機関については、地ケアや在宅病、有床診など地域の医療機関と連携し、名前だけの協力医療機関ではなく、中身のある連携体制を構築するべき。
- ・ 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ことから、連携を促進するため、中医協と介護給付費分科会のそれぞれで必要な対応を検討すべき。

(3) 高齢者施設等における薬剤管理について

- ・ 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。

(4) 感染症対策について

- ・ 令和4年診療報酬改定でできた外来感染対策向上加算と同様の仕組みを高齢者施設にも設けるべき。
- ・ 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。
- ・ 感染症対策の時限的な取り組みについて、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。

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御家族に置き換えて、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頃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、かかりつけ医の対応が重要。研修修了者や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、訓練が可能な障害サービス利用ができない。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というリスクが高まる。将来的には、低所得者政策というアプローチも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について

- ・ 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。

- ・ B P S D等の認知症対応力向上のためには支援者が助言を受けられる仕組み作りが有用。特定看護師を活用していくべきではないか。
- ・ B P S D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B P S D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配置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D X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。