

## 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第1回）における主なご意見

### 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・介護連携について

- ・ 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、医療と介護の職員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。
- ・ 特に医療において「生活」に配慮した質の高い医療が大事であり、生活機能の情報収集が足りていない。特に、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ことが必要である。
- ・ 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について

- ・ 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であり、業務や費用負担の軽減、適切な支援が必要。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について

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 医療的ケア児へは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ができ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た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、情報伝達の間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。

- ・ 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。
- ・ 主治医の意見書において医学的管理の必要性のチェックをしても、ケアプランに反映されていないと意見も多い。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。

## 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たり、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。
- ・ 介護のリハビリテーションマネジメント加算の取組として有効性が示されてきている医師やリハ職等が一堂に会する定期的な会議に、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。
- ・ 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、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、問題を解決でき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。

### (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効果についてエビデンスを出していきたいが、こうした時間帯や1単位20分ではなく短時間でのリハビリ（POC）が重要。
- ・ 医療や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。
- ・ リハ計画書を介護事業者に提供した場合の評価があるのに、医療介護での情報連携が図られていないのは課題。

### (3) 口腔

- ・ 歯科治療や定期的な口腔の管理は誤嚥性肺炎や感染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。
- ・ 末期がん患者の口腔など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。
- ・ 感染症対策も含めた口腔の管理の提供のあり方も工夫が必要。
- ・ 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する必要。

### (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。

## **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が、限られた医療資源を有効活用することになる。

- ・ 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、治療が濃厚に必要であれば、急性期で治療すべき。
- ・ 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い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、地域包括ケア病棟や介護保険施設等が安心して患者を受け入れられるよう、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。
- ・ 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。地域の連携体制の中で、医療機関や介護保険施設等の看護師が専門性を高め、各施設において患者・利用者の変化を的確に判断することで、その療養の場の選択が可能となる。

## (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。
- ・ 急性期病院にリハ職を配置することによって、既にICUで進められていることもあり、より良いアウトカムが出るのではないかと。
- ・ 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と。

- ・ 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。
- ・ 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する事例もある。

### (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違うのも是正すべき。
- ・ 人材紹介会社に対する高額な手数料が課題。
- ・ 急性期病院に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。