

【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

【テーマ２】リハビリテーション・口腔・栄養**１ 現状****（１）リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組** [参考資料 p3～22]

- 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事が期待される。
- 具体的には、医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種が連携した総合的なリハビリテーション、口腔の管理及び栄養管理として、
 - ・ リハビリテーションの負荷又は活動量に応じた、必要なエネルギー量や栄養素を調整することによる、筋力・持久力の向上及びＡＤＬの維持・改善
 - ・ 医師、歯科医師等の多職種連携による摂食・嚥下機能の評価に基づく、口腔衛生や口腔機能、食事形態、摂取方法の適切な管理、経口摂取のための訓練等による、摂食・嚥下障害の改善及び誤嚥性肺炎の予防等の効果的な取組が期待される。
- これまで、医療機関においては、摂食嚥下支援チーム、栄養サポートチーム、褥瘡対策チームなど多職種が連携して支援を行う取組が推進されてきたところである。
- 介護保険施設においても、リハビリテーション・機能訓練、口腔の管理、栄養管理に関する計画を一体的に記入できる様式の提示や多職種による会議の推進など連携の強化が図られている。
- 一方で、多職種による適切な評価や介入が行われず、治療期間の延長につながっていたり、入院前に経口摂取できていた誤嚥性肺炎患者の約４割が入院１か月後に３食経口摂取を再開できていない実態がある。
- また、介護予防の観点から、市町村が主体となり実施する地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）において、高齢者が集まり交流する通いの場への専門職の関与や、生活機能が低下してきた高齢者を対象とした専門職による短期集中予防サービス（サービスＣ）等

を推進しているところであり、地域においても、リハビリテーション、口腔、栄養の専門職の活躍が求められている。

- こうした介護予防の取組の機能強化を図るため、地域リハビリテーション活動支援事業として、リハビリテーション専門職等による通いの場への支援等を推進しており、約7割の市町村で当該事業が実施されている一方で、約半数の市町村では総合事業等を担う専門職が不足していることが課題となっている。

(2) リハビリテーション [参考資料 p24～32]

- リハビリテーションについては、急性期から回復期までは医療保険、生活期は介護保険が中心となって対応することとされている。急性期・回復期においては、発症早期から心身機能・ADLの改善を目的とし、生活期においては活動・参加の再建・維持・向上を図るためにリハビリテーションが提供される。
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、利用者の機能回復が大きい傾向があり、医療から介護への円滑移行を図るため、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、面積・人員等を共用できるようにされている。
- 医療機関からの退院に際しては、本人・家族の希望、患者の心身機能やADL、家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者・家族等に対してリハビリテーションの観点から指導を行うことを推進している。
- さらに、医療・介護に互換性をもったリハビリテーション計画書の様式を示しており、当該様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供することを推進している。
- 一方、介護保険のリハビリテーションの実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。また、診療報酬における疾患別リハビリテーションと比べ、介護保険におけるリハビリテーションでは、レクリエーション活動、四肢・体幹の筋力トレーニングが多く、嚥下訓練、言語聴覚訓練、ADL訓練、

卓上での作業訓練、歩行訓練、起居・座位・起立訓練が少なく、提供している訓練内容に差がある。

- また、リハビリテーションを訓練として提供するのではなく、定期的な生活機能の評価とそれに基づく運動・生活指導によりADLが改善することも報告されている。
- 要支援者に対する介護予防訪問リハビリテーションについて、利用開始から終了までの期間は中央値で6か月であるが、数年以上同サービスを継続している実態もある。

(3) 口腔 [参考資料 p34～51]

- 口腔は、食事や会話などにおいて大きな役割を担うなど、生活の上で基礎的かつ重要な役割を果たし、栄養摂取にも直接的に影響を及ぼすなどQOL（生活の質）に大きく関わる。一方で、高齢者では、加齢に伴う口腔機能の低下、薬剤の影響等による口腔内の環境の変化、全身的な疾患の影響等によるセルフケアの困難さの増大等の課題が生じることや、高齢者の誤嚥性肺炎の発症予防の観点からも、専門職による口腔の管理の重要性が増す。
- 専門職による口腔の管理として、う蝕や歯周病等に対する歯科治療、義歯製作等の歯科治療のほか、口腔の清掃や口腔機能の維持回復のための指導管理、脳血管疾患等により摂食機能が低下した者に対する摂食機能療法等が行われる。これらは、患者の状態や療養を行う場所等に応じて、歯科医師や歯科衛生士だけでなく、医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士等の多職種が連携して行われている。
- 歯科標榜のない病院の入院患者や介護保険施設等の入所者を含む通院困難な患者に対する歯科治療等の口腔の管理は、訪問歯科診療等により提供され、現状で、歯科医療機関の約2割が在宅医療サービス（歯科衛生士による指導を含む）を提供している。
- 高齢になると、「かみにくい」という自覚症状を持つ者の割合は増加する一方で、歯科医療機関へ通院している者の割合は減少する。また、年齢があがるにつれ、要支援・要介護認定を受けていない者ほど歯科受診の割合が低い。また、要介護者もその多くは歯科治療が必要な状態であるが、歯

科受診を含め専門的な口腔の管理は必ずしも十分に提供されていない。

- 介護保険施設においては、基本サービスとして口腔衛生の管理体制を整備することとされている。多くの施設で協力歯科医療機関を定めており、歯科訪問診療が主に行われている一方で、介護保険施設が協力歯科医療機関に実施してもらいたい内容としては、口腔衛生等に関する研修会や摂食嚥下に関する内容などが多い。
- さらに、病院や介護保険施設では、歯科医師や歯科衛生士がいない場合が多く、地域の歯科医療機関との連携が必ずしも十分に行われず、入退院等をきっかけとして患者の口腔内の状態が悪化する場合があることも指摘されている。
- 介護支援専門員の業務としては、必要な場合に利用者の口腔の問題等について歯科医師に情報伝達を行うことが推進されているが、歯科医師に伝達すべき内容を取得していない等の理由で、実際に情報提供を行った介護支援専門員は約3割にとどまる。一方で、介護支援専門員が歯科医師・歯科衛生士に情報提供を依頼しても、提供されないこともある。
- また、歯科医師がいない病院や介護保険施設等においては、地域の歯科医療機関との連携によりNSTや食事観察等の口腔の管理を行うことが推進され、報酬による評価も設けられているが、取組は低調である。

(4) 栄養 [参考資料 p53～65]

- 治療効果やADL、QOLの向上等を図る観点から、栄養状態の維持・改善は重要であり、医療や介護において適切な栄養管理は必須である。
- 栄養管理については、医療・介護ともに、患者・入所者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態等を踏まえ、管理栄養士と多職種が共同して作成した栄養管理に係る計画に基づき行うことを基本としている。
- 平成30年度以降、特定機能病院や回復期リハビリテーション病棟において管理栄養士の病棟配置が評価されるとともに、介護保険施設においては栄養ケアに係る体制の充実（管理栄養士の比例配置）が評価され、きめ細かな栄養管理や多職種との連携強化のための体制整備が推進されている。

- 入院時の高齢入院患者の約4割、介護保険施設入所者の約半数は低栄養のリスクが高いことが明らかになっている。低栄養は生命予後に影響することも指摘されており、入院中や施設入所中に特別な栄養管理が必要な者は多い。
- また、入院・施設入所時の当日から食事提供が行われるため、入院・施設入所前又は可能な限り速やかに必要栄養量や食事形態、禁止食品等を把握し、適切な栄養管理を開始する必要がある。また、介護保険施設から医療機関に入院し再入所する際に、入院時と比べて高度な栄養管理が必要となる入所者も一定数存在することからも、医療機関と介護保険施設等との栄養情報の共有や管理栄養士間の連携は重要である。
- 在宅において療養する要介護高齢者は、要介護度が高いほど低栄養のリスクが高い者や摂食嚥下機能に問題がある者が多い。入院・入所中は、管理栄養士等による栄養管理が行われているが、在宅においては、自ら又は家族等が食事の準備をするため、適切な栄養管理を継続するためには支援が重要となる。管理栄養士による訪問栄養食事指導については、診療所に管理栄養士が少ない状況等を踏まえ、他の医療機関や栄養ケア・ステーションの管理栄養士との連携も可能として推進している。

2 主な課題

(1) リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

- 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。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必要がある。
- チーム医療や多職種によるカンファレンスの推進等により、リハビリテーション、口腔、栄養の専門職の連携は進みつつある。一方で、口腔の専門職は医療機関においても介護保険施設においても施設外からの関与が多いことや、管理栄養士は給食管理業務も担っていることなどから、病棟や施設内での日常的なコミュニケーションが十分に取れていない場合も多い。状態が悪化する手前で早期に気づき、速やかに対応するためには、多職種による日常的なコミュニケーションも重要である。

- さらに、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。
- 認知症等の医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者に対し、療養の場に応じ、適切にリハビリテーション、口腔の管理、栄養管理に関する取組が提供される必要がある。
※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」にて整理

(2) リハビリテーション

- リハビリテーションは、医療保険と介護保険の役割分担に基づいて、適時・適切に提供できるよう、累次の改定で見直しを行ってきたところである。一方で、医療保険による急性期・回復期リハビリテーションと、介護保険による生活期リハビリテーションにおける、リハビリテーション実施計画書等の情報連携が不十分な実態や医療と介護で提供している訓練内容の差が明らかとなっており、両者間の円滑な移行を更に推進する必要がある。
- リハビリテーションは適時・適切に提供されることが必要であるが、長期間同じ内容のリハビリテーションが提供されている実態もあり、リハビリテーションが漫然と継続されている可能性がある。リハビリテーションの観点から定期的に生活機能を評価・指導する仕組みが求められる。

(3) 口腔

- 病院や介護保険施設、在宅等で患者に関わる関係者に口腔の管理の重要性が十分認識されていないことに加え、口腔の状態の評価が十分行われていない等の課題があることから、多職種連携のもと必要な口腔の管理が提供されることが求められる。
- 口腔の管理は、療養を行う場所等に応じて医療と介護により行われる。全身の疾患の影響等により口腔内の状態は変化することから、歯科衛生士による必要な口腔衛生管理等の提供内容や頻度等も異なるが、患者の状態に応じた口腔の管理の方法を評価する仕組みがないために、必要な口腔の管理が提供されていない可能性がある。

- 患者の状態や療養を行っている場所がかわっても、切れ目なく適切な口腔の管理が提供されるよう、歯科医療機関と病院や介護保険施設、居宅介護支援事業者等との連携を更に推進する必要がある。

(4) 栄養

- きめ細かな栄養管理や多職種連携の強化を推進するための体制整備が進みつつあるが、医療機関においても、介護保険施設においても、特別な栄養管理が必要な者は多く、更なる体制整備が求められる。
- 入院・入所時に、速やかに必要栄養量や食事形態、禁止食品等を把握し、適切な食事提供や栄養管理が行えるよう、医療機関と介護保険施設等との連携が重要である。
- 在宅において療養する要介護高齢者は、要介護度が高いほど低栄養のリスクが高い者や摂食嚥下機能に問題がある者が多いが、栄養管理や食生活支援が必要な者に訪問栄養食事指導が行われていない可能性がある。

| | |---------| | 3 検討の視点 | |---------|

(1) リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

- 医療・介護において、リハビリテーション・口腔の管理・栄養管理の一体的な取組が推進されるよう、
 - ・ 関係者が取組の重要性を認識し、対象者を的確に把握した上で、十分な取組が提供されること
 - ・ 多職種による日常的なコミュニケーションが強化され、早期の気づきや速やかな対応を可能とすることについて、どのような方策が考えられるか。
- 医療と介護との双方向で、リハビリテーション・口腔の管理・栄養管理に関する評価や支援の一体的な情報が円滑に共有されるために、どのような方策が考えられるか。

(2) リハビリテーション

- 医療保険による急性期・回復期リハビリテーションと介護保険による生活期リハビリテーションについて、より円滑な移行を促進するためにどのような方策が考えられるか。

- 適時・適切なリハビリテーションの提供を更に推進する上でどのような方策が考えられるか。

(3) 口腔

- 医療機関や介護保険施設等、在宅において、地域の歯科医療機関の連携のもと、医療と介護において必要な口腔の管理が提供されるためにはどのような方策が考えられるか。

(4) 栄養

- 栄養管理について、医療機関・介護保険施設等・在宅間で円滑に栄養情報の共有や管理栄養士間の連携が図られ、切れ目のない支援が行われるためにはどのような方策が考えられるか。

【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 現状

（１）急性期疾患に対応する医療機関等 [参考資料 p2～14]

- 入院医療の評価は、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましいことから、基本的な医療の評価と診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせた評価体系とされている。
- 地域包括ケア病棟は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援を役割として求められており、自宅等からの急性期疾患の患者の受入が評価されている。
- 令和３年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間 66 万例あるが、このうち、急性期一般病棟へ入院する患者が 75%を占める。
- 急性期一般病棟の入院患者のうち、65 歳以上が占める割合はほぼ横ばいであるが、85 歳以上が占める割合は年々増加している。令和３年時点において入院患者の 64%を 75 歳以上が占めている。
- 急性期一般病棟における要介護者、認知症の患者、ＡＤＬが低下している患者の割合よりも、地域一般病棟、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟等における要介護者等の割合の方が高い。
- 入院医療においては、個々の患者の状態に応じて、適切かつ効果的・効率的に医療資源が投入されることが必要であるが、急性期一般病棟に入院する高齢者施設等からの入所者の疾患は、誤嚥性肺炎が約 14%、尿路感染症が約 5 % となっている。

（２）高齢者の心身の特性に応じた対応 [参考資料 p15-23]

- 高齢者は一般に多疾患が併存し、さらに加齢に伴い ADL、認知機能、視力、聴力、排泄機能等が低下していることが多く、急性疾患や治療に伴う安静臥床等の影響により、これらの機能等は容易に更なる低下を来すことが指摘されている。

- 要介護者等の高齢者は、一般病棟に入院することにより、ADL 等の生活機能や要介護度が悪化することが報告されている。
- 特に高齢者については、入院の契機となった疾患の治療経過を踏まえつつ、心身機能及び生活歴等の包括的かつ定期的な評価に基づいて、医師による安静度の指示を含め、離床・自立に向けた多職種による日常的な支援（リハビリテーション、栄養管理、口腔の管理、認知症ケア、排泄ケア等）が提供されることが重要である。
- 一方、急性期一般病棟における入院患者に対するリハビリテーションの提供状況にはばらつきがある。また、リハビリテーション専門職の配置は、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関と比較して少ない状況にある。

（３）入退院支援 [参考資料 p24-27]

- 要介護者等の高齢者が入院医療を受ける際には、入院前に行われていたケアが継続して提供されることがや、早期に適切な療養場所に転院又は退院することが重要であり、こういった観点を踏まえ、入退院等による療養場所の変更に伴う情報提供・連携の強化や、関係機関間における日頃からの顔の見える連携体制の構築を推進してきているところ。
- こうした機能を担う入退院支援部門については、設置医療機関数が増加傾向にあるが、地域包括ケア病棟では施設基準となっており、入退院支援の充実を特に推進している。

（４）医療・介護の人材確保 [参考資料 p28]

- 2025 年から 2040 年にかけて、生産年齢人口は急激に減少し、医療・介護分野における人材不足が見込まれている。

2 主な課題

（１）急性期疾患に対応する医療機関等

- 高齢者にとって一般的な疾患である誤嚥性肺炎や尿路感染症等に対する入院医療を急性期一般病棟が担っている実態があり、このような医療機関が提供する医療の内容と、要介護者等の高齢者が求める医療の内容に乖離がある可能性がある。

- 一方、地域包括ケア病棟における介護施設・福祉施設からの入院患者の受入は急性期一般病棟と比べると少ない実態がある。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おり、入退院支援部門の設置が要件化されている地域包括ケア病棟や医師が配置されている介護保険施設等が、要介護者等の高齢者の急変対応を担うことを推進する必要がある。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期医療機関における要介護者等の高齢者に対する診療には、高齢者の心身の特性に対する医師をはじめとする医療関係職種の理解が不可欠であり、更に日々変化する病状に応じた適切な心身機能の評価に基づく、多職種による早期の離床・自立に向けた取組が提供されることを推進する必要がある。
- 特に、高齢者が必要とする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を効果的に行うため、多職種間の連携とともに、速やかな評価や介入を行うことが求められる。

※ 詳細は、【テーマ2】リハビリテーション・口腔・栄養で議論

(3) 入退院支援

- 高齢者の入退院支援にあたっては、入院時には、入院前の生活状況等について、特に介護サービス等を利用している場合に十分な情報が医療機関に提供されることが重要である。また、退院に際しては、特に入院期間が短い急性期の医療機関では、入院早期から退院支援が必要となるため、予定入院では入院前から、緊急入院でも可能な限り早期に入院前の生活状況等の情報を得て、退院先の調整を開始することが住み慣れた地域で療養や生活を継続する観点からも重要となる。

(4) 医療・介護の人材確保

- 医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加が見込まれる中、介護職員を含む医療・介護の人材確保は大きな課題となっている。

3 検討の視点

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 生活機能が低下した高齢者（高齢者施設の入所者を含む）に一般的である

誤嚥性肺炎をはじめとした疾患について、地域包括ケア病棟や介護保険施設等での受入を推進するためにどのような方策が考えられるか。

（２）高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期一般病棟における要介護者等の高齢者について、入院中の生活機能の低下を最小化とするための医師及び医療専門職等による多職種連携に基づく対応について、どのような取組の強化が必要と考えられるか。

（３）入退院支援

- 高齢者に対し適切な入退院支援を提供する上での情報提供や連携のあり方についてどのような対応が考えられるか

※ 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おいて議論

（４）医療・介護の人材確保

- 医療・介護の人材に限られる中で、要介護者等の高齢者に対する急性期の入院医療の質を向上させるための方策についてどのように考えるか。