

医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見

【テーマ1:看取り】

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた対応など、医療従事者や国民の看取りに関する理解の状況について、どのように考えるか。

- 超高齢社会の進展に伴い今後さらに死亡者数が増加することに対して、医療介護従事者や国民の看取りに関する理解がまだ不十分。地域包括ケアシステムを構築し、住みなれた地域でできるだけ長く暮らしながら看取りを迎えることができるように、必要性と地域性に応じて在宅、入院、外来医療及び在宅、施設介護サービスを選択して利用できる体制を整備する必要がある。
- 人生最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインがほとんど浸透していないことが問題。しっかりと広報・啓発を図っていくことが今後必要。
- 患者や家族の看取りに関する希望が不明であるため、意思にかかわらず搬送されていることが、一番問題。国民の70%が意思表示を紙面で行うことに賛成しているが、3%しか行っていないという乖離を解消する必要がある。例えば、75歳になって後期高齢者制度に変わり保険証を渡す際、ガイドラインの説明を行う等、その時点で、人生の最終段階においてどのような医療等を希望するかについての考え方を確認することも一つの方法。
- 在宅療養中で看取り期の患者や家族の希望と異なる救命措置等が搬送先で行われる例については、本人の意思が反映されないという問題と、それにより不必要な医療が提供されるという問題がある。介護職は、利用者が急変した際、意思表示がなければ、まず救急車を呼ぶので、患者や家族の意思の確認が進むことが望まれる。さらに、その意思表示を連携する関係者が共有できる仕組みが必要。介護支援専門員が、意思表示の確認に対して責任を持つことは難しいが、意思があるかないかについては把握する必要がある。

- リビング・ウィルよりも、生前にかかりつけ医と十分話し合っていくことが重要であり強調すべき。
- リビング・ウィルが進んでいないが、意思がなくなったときの治療等について任せる人を指名する代理人制度について検討すべき。

末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容体変化の不安を抱える家族や介護職を支えるための医療の関与について、どのように考えるか。

- 訪問診療を行うかかりつけ医、24時間対応の訪問看護、いつでも入院のできる地域の有床診療所や中小病院の病床の3点セットが必要。地域包括ケアを支援する有床診療所や中小病院の役割を確立して評価する必要がある。看取り期には特に、医療と介護を一体的に提供することが家族や介護職を支えるために重要。また、医療機関が在宅で看取りをした場合、診療報酬と介護報酬いずれで評価するのか、明確にするべき。
- 高齢者が亡くなるときは、老衰で亡くなる場合と大きな病気が急に起きて亡くなる場合があり、分けて考えるべき。
- 在宅や施設で患者を診ている医師が救命センター等と連携し、救急搬送した際にどこまで措置するかを共有した上で病院が受け入れることが重要。大病院で多くの医師がいる場合は難しく、中小病院がそうした役割を担っていくのが非常に重要。
- 介護支援専門員の35.8%が通院同行している。かかりつけ医と日常的に連携していく上で、利用者の疾病理解や状況を説明するために同行受診している状況を踏まえると、本人や家族に対する理解やサポートが非常に重要。
- 入院中からも継続的に介護支援専門員が関わり、急な退院や緊急時の対応に備えられる体制が必要。また、訪問看護師と介護支援専門員が連携を取り、環境整備や調整をする必要があり、そのために、看取りに向けた会議の開催が重要。介護支援専門員にとって、身近に相談できる医師が非常に重要であり、共同してうまくいった事例を活用

できるよう共有していく取組みが必要。

- 看取り期の患者や入所者が服薬に関する課題を抱えている場合、地域の薬局・薬剤師を効率的に活用して、必要に応じて薬剤師の薬学管理を受けられるようにすることで、看取り期に関する医療、介護の負担、不安を軽減することにつながる。そのためにどのような仕組みが必要かについて、今後議論する必要がある。

末期の悪性腫瘍等の患者へのサービス提供に当たっての、医療職と介護支援専門員との円滑な連携の在り方について、どのように考えるか。

- 末期の悪性腫瘍のように病状が進行性でかつ不安定な場合、医師の指示が優先されるべき。介護支援専門員は質を向上させて24時間かかりつけ医と情報交換を行い、直ちに対応できるようにする必要がある。
- 急速に亡くなっていく場合は介護職の情報提供があっても間に合わないことがあることや、研修を行っても全ての介護支援専門員が医療に強くなることには時間がかかることから、医療の目を入れていく方策が必要。医師や看護師に相談することをタイミングよくやれるような調整が必要。
- 介護報酬における介護支援専門員の入院時情報連携加算に関して、7日以内の情報提供が算定要件だが、約6割が2日ぐらいで行っており、実態に合わせた形に移行していくべき。

特別養護老人ホーム及び居住系サービスの入所者の看取り期における医療ニーズに適切に対応するため、特別養護老人ホーム及び居住系サービスが提供すべき医療の範囲と、外部の医療機関等が提供すべき医療の範囲について、どのように考えるか。

- 内部に医療職がいる場合は不足する範囲で、内部に医療職がない場合は必要な範囲で、外部から医療を提供する必要があるが、施設の負担が重くならないよう医療機関との連携を強化しておくべき。特別養護老人ホームの配置医の役割は、現在、健康管理と療養上の指導だが、役割と処遇を明確にした上で、配置医が対応できない部分を外部の協力医療機関が対応する必要がある。

- 老人保健施設と特別養護老人ホームは医療のあり方が違う。老人保健施設は包括化された報酬の中で医療も提供するため、高額薬剤を使用しにくい一方、特別養護老人ホームは使用できることもあり、そのあり方を今後どう考えていくかが問題。
- 特別養護老人ホームで老衰による死亡について救急医療機関へ搬送することは、配置医と施設との関係に問題がある。
- 最期は特別養護老人ホームで迎えたいと願っていても、施設の体制が整っていないために、希望に反し、病院に搬送することは問題。特別養護老人ホームで全く看取りをする意思がない所が1割強あるが、その要因分析をするべき。また、特別養護老人ホームにおいて嘱託医との連携、看取り体制を作ることについて、既に優秀な実践をしているところがあるためこれらを広め、どこでも看取りが行えるようにしていくことが必要。
- 一部の特別養護老人ホームでは、看取りに関して入所者を医療機関に搬送すると資料にあるが、この調査は、看取りの人だけを対象としているものではなく、また、例えば夜間の転倒等の急変時も含めた数字であり、データとしていかなものか。
- 入所者一人一人のことについて、主治医や配置医と介護職が家族も含めて話を十分していく必要がある。
- 医師が常勤でいる老人保健施設は、その医師が看取りを行う場合にどのように家族、本人と話をしているか、リハ職、看護職、介護職とどのような体制で行っているかが重要。一方、特別養護老人ホームや在宅等においては、配置医やかかりつけ医がどのように本人や家族と話をしているかが重要。
- 特別養護老人ホームの配置医は、健康管理と療養上の指導だけではなく、看取りや急変の対応について本人や家族、職員と話をすることも求められてきているが、改めて配置医の役割や処遇を見直して、これから看取りが求められる時代にふさわしいあり方にしていく必要がある。

る。

- 今後、介護療養病床が介護保険施設として、新たに介護医療院に変わっていくが、その機能もターミナル、看取り、居住の場が柱。介護保険施設でも特別養護老人ホーム、在宅復帰型ではない老人保健施設、そして介護医療院が全部似たような機能を持つと思われる。利用者の状態を明確化していくこと、機能をわかりやすくし、そのためにどういう体制が求められるかについて議論をする必要がある。

在宅等で療養している患者やその家族が最終的には医療機関における看取りを希望している場合の、医療機関も含めた在宅医療の関係者・関係機関間における情報共有や、医療機関が提供すべき医療の範囲について、どのように考えるか。

- 自らかかりつけ医機能を持つ有床診療所や中小病院は、その入院機能を活用して地域の無床診療所やかかりつけ医の在宅を支援する必要がある。そのためには、患者ごとに介護支援専門員を含む医療介護関係者がチームをつくり、事前に患者や家族も含めて看取りに関する方針や提供する医療について合意を得ておく必要があり、そのためのチームや多職種の検討会及びレスパイトや看取りを目的とした入院に対する評価が必要となる。

末期の悪性腫瘍等以外の患者を含む医療機関における緩和ケアを必要とする患者への緩和ケアの在り方について、どのように考えるか。

- 地域の有床診療所や中小病院は、実態として緩和ケアを行ってきたが、看取りを目的とした入院を受け入れる際には、高齢の末期の悪性腫瘍以外の患者に対する緩和ケアが重要となる。若年者も多い緩和ケア病棟とは別に、有床診療所や中小病院にも緩和ケアチームが必要で、その研修体制と評価が必要。

- ガイドラインを活かして、それにのっとったような治療が行われた場合は、過度な延命等を避けることになるので、報酬上の評価も考えるべき。

その他

- この人は見取りで、この人は治療すると決めるのは、その場にいる臨

床医だが、それぞれの判断基準は何に重きを置くかが違う。リハビリをして寝たきりを防止すれば、元気で生きていける患者をみんな看取りだとする方向性が正しいと言えるのか、看取りやターミナルの定義が非常に曖昧であり不安。どのような医療を提供するのかが、医療と介護の中で重要な接合部分。1回介護に行ったら医療へは戻らず、全て特別養護老人ホームでずっとターミナルで診ることは問題。医療が必要な場合は、医師を呼んで判断することが必要。

- 本当に看取りの状態なのかということは、考えておかなければいけない。単なる脱水だったということもあるので、介護施設や在宅においても、排尿や排便の状態、発熱、発疹、褥瘡、食事量、水分摂取量等のデータを取り、具合が悪くなったときに、かかりつけ医に共有して、看取りか判断する必要がある。
- 日ごろから看取りに近くなるような方に対してどのような対応をしていくか、家族、本人、そして関係者が医療・介護含めて急変時の対応を話し合っていくことが必要。
- 特別養護老人ホームの入所者が、医療機関で感染症等の治療を受けている間、特別養護老人ホームのベッドは空くことになるが、他の人を受け入れてはいけない。そうすると、特別養護老人ホームの収入が減るので、この仕組みを見直す必要がある。
- 在宅医療、訪問診療、介護保険施設以外の在宅医療や医療機関において、現状の死亡診断書の死因がどのようになっているのか、高齢者の老衰がどの程度か。特に在宅医療、訪問診療においてどの程度か。また、看取りの際に、かかりつけ医が、どのような話を家族にしていたのか、どのような医療が提供されていたか、臨死に必ず医師がいたのか、どのような介護サービスが提供されていたのか等のエビデンスに基づいて議論をするべき。
- 看取りに関する報酬の名称について、診療報酬側の特に在宅医療におけるターミナルケア看取り加算と、介護報酬のターミナルケアに関する加算の定義が微妙に違う。ターミナルケア加算について、ターミナルケアを行ったらつくもの、体制加算になっているもの等、それぞれ哲

学が違うものが全て同じ名前になっている。完全に同じにする必要はないが、両報酬体系におけるターミナルケア加算、看取り加算のベースにある哲学は一緒にしておいたほうがいい。

- 看取りの問題は、医療界・介護界をあげた大きなプロジェクトである。ターミナルや看取りについて、様々な職種が集まった会を何度か開いて、共通見解を得ることが重要。

【テーマ2：訪問看護】

在宅への円滑な移行支援のための訪問看護の提供体制を整備する観点から、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や、病院・診療所が行う在宅支援の拡大や人材育成を進めるための方策について、どのように考えるか。

(訪問看護ステーションの事業規模拡大)

- 近年、事業所数が増えているが、訪問看護師の人材確保が課題。従業員数5人未満の事業所が約半分を占めており、訪問看護師を確保して、拡大をしていく方向性が正しい。

(病院・診療所が行う在宅支援の拡大)

- かかりつけ医機能を持つ有床診療所と中小病院は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所となって、訪問看護だけでなく介護も含めて総合的に在宅支援を行う必要がある。

- 病院・診療所から直接訪問看護に行くことは、緊急時の入院対応等が円滑に進むので、報酬での対応も含め、行いやすくすべき。

- 病院・診療所が行う訪問看護が増えないことについて、報酬だけではなく様々な基準も含めて早目に検討すべき。

(人材育成)

- 人材育成については、各職能団体の研修や多職種連携の研修を開催することも必要。

- 人材育成の観点から、機能強化型の訪問看護ステーションの役割が期待される。また、病院・診療所で勤務しながら、一定期間、訪問看護ステーションでも勤務する仕組みを進めるべき。

- 人材育成や地域連携において、管理者の力量による面が大きいですが、現在の開設者要件は、適切な知識と技能を持っている者と定義が曖昧であり、管理者の研修を受けなかった者が約3割もおり課題である。

- 病院・診療所からの訪問看護は減少傾向で、訪問看護ステーションは増加しているが、訪問看護師は人材不足であり、PT・OTが増えてい

るのではないかという実感。

多様なニーズに柔軟に対応するために、訪問看護と他のサービスを組み合わせ合わせた複合型のサービス提供を推進することについて、どのように考えるか。

- 医療ニーズの高い患者の在宅を支えるために、看護小規模多機能型居宅介護ができたが、かかりつけ医や医療機関との連携も必要。
- 在宅療養の長期的な継続を意図して、看護小規模多機能をつくったが、市町村の理解が進んでいないこともあり、事業所数が伸びていない。また、訪問看護と別の福祉的サービスの組み合わせは、在宅療養の幅が広がるので、推進すべき。
- 状態の軽い者も、加齢に伴う身体変化がある中、自宅で過ごすために、定期的な訪問看護・訪問診療やその情報をもとにした様々なサービスの組み合わせが必要。
- 複合型の訪問看護ステーションが期待に反してほとんど増えないことについて、報酬だけではなく様々な基準も含めて早目に検討すべき。

患者・家族が安心して在宅での療養生活を送るための訪問看護の 24 時間対応や急変時対応について、どのように考えるか。

- 在宅を支えるために訪問看護は必須だが、そのためには24時間対応や急変時対応が前提。訪問看護のあり方の見直しを含めて、訪問看護ステーションの数や規模の拡大だけでなく、サービスの質を評価する方向にするべき。
- 訪問看護ステーションについて、病院のナースステーションが町にやってきたと考えると、規模を大きくして24時間365日やれるという形が本来のあり方。
- 介護支援専門員がやることも含め、看護師が医療的な相談に乗るとよい。今後、重症者の在宅を進めるために、24時間対応、重症者対応、ターミナル対応が重要となる。

- 24時間対応だと看護師の人材確保が難しいが、24時間対応と言っても、実際に夜中に呼ばれることは少ない。訪問看護には、夜間に呼ばれたら行くという意味がある方に携わって欲しい。
- 24時間定期的又は緊急時等にヘルパーが訪問をし、必要に応じ深夜でも訪問看護を行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護で、看護師が出動するという例はほとんどない。定期巡回・随時対応型訪問介護看護を今後、進めていくべき。
- 訪問看護ステーションのうち、24時間体制の対応をしているところの割合、患者の実際の24時間体制のニーズ、夜間対応はどのような疾患なのかについて、データがないと、24時間対応が全ての訪問看護ステーションで必要なのか、基幹的な所だけでよいのかの議論ができない。
- 医療保険・介護保険それぞれではなく両方のデータを見て議論を進めていくべき。重症者が多く夜間の対応もする訪問看護が在宅医療を支えている。

末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容体変化の不安を抱える家族や介護職を支えるための医療の関与について、どのように考えるか。

- 特別養護老人ホーム等でも医療保険で訪問看護を利用できる場合があることを普及する必要がある。
- 訪問診療を行うかかりつけ医、24時間対応の訪問看護、いつでも入院のできる地域の有床診療所や中小病院の病床の3点セットが必要。地域包括ケアを支援する有床診療所や中小病院の役割を確立して評価する必要がある。看取り期には特に、医療と介護を一体的に提供することが家族や介護職を支えるために重要。

その他

- 質の担保について、エビデンスに基づいた評価をしていくべきだが、医療保険における訪問看護はまだレセプトが電算化されていないため、

事業者負担に配慮して電算化していくべき。

- 医師を中心としたチーム医療の中で看護師、薬剤師、介護支援専門員等の介護職員が役割分担をして進めていくことが理想。ICTが普及し連携しやすいインフラが構築されている中、適切な役割分担ができていないか把握する必要がある。
- 訪問看護の業務内容を見ると介護支援専門員が対応できることも多く、介護支援専門員が医療的な勉強をすれば、役割の一部は担える。様々な職種が連携しながらやることが効率的である。
- 訪問看護は役割としては療養上の世話と必要な診療の補助という役割があり、訪問介護で同じような役割が果たせることもあるので、機能分化を検討する必要がある。
- 情報共有の場がうまく設定されないと、関係者の情報共有がなくなるので、訪問看護と介護支援専門員の連携を積極的に行う必要がある。
- 介護保険制度で医療系サービスを導入する場合には、主治医の意見書等から利用者の状況を把握するが、軽度者の場合には把握しにくい。例えば、脱水を起こしやすい等明確に分かるような指示があると、緊急時を見据えた対応ができる。

【テーマ3：リハビリテーション】

急性期や回復期のリハビリテーションにおいて、目標設定支援の視点に基づくリハビリテーションをより一層推進することについて、どのように考えるか。

- 急性期における目標設定支援の視点に基づくリハビリテーションの推進は、医療保険から介護保険の移行や活動・参加を見据えたりハビリテーションの実施を促進する上で必要であるが、曖昧な目標設定を防ぐ観点から、目標設定の質を向上させるための研修も必要。
- 目標設定等支援・管理料を算定する上で、保険者である市町村等から主治医意見書を作成した医療機関等に対して、要介護認定を行ったことを通知する仕組みが必要。
- 急性期・回復期・維持期・生活期というリハビリテーションの流れを考えると、急性期の時から、生活上の目標設定の視点に基づくリハビリテーションを進めることが重要。
- 急性期のリハビリテーションを担っているところは、患者が自宅に帰った後までを想定した目標設定をせず、退院がゴールになっている現状がある。自宅に帰った後までを想定した目標設定をするために、病院の中で多職種カンファレンスが重要な機能を果たすと考えられる。

疾患別リハビリテーションの維持期における介護保険への円滑な移行を含め、医療と介護との間で切れ目のない継続的なリハビリテーションを効果的に提供することについて、どのように考えるか。

- 介護保険に移行できる人はできるだけ移行するとともに、医療保険でのリハビリテーションが必要な人は引き続き残れるようにする必要がある。そのためにも、標準的算定日数を超過して疾患別リハビリテーションを受けている要介護被保険者の状態を明らかにする必要がある。
- 医療から介護への移行に当たっては、医療と介護の間だけでなく、病気が変わるときに具体的にどのような情報を伝えるべきかを整理して標準化を図り、それを全てのサービス提供者が共有する必要がある。
- 医療機関における通所リハビリテーションの認可や、通所リハビリテ

ーションにおける利用者の送迎に関して、医療と介護が同じような立て付けでできると、医療から介護へスムーズな移行ができる。

- 10年近く維持期のリハビリテーションの介護への移行が延期されているが、次回改定は医療と介護の同時改定であり、円滑に介護保険に移行するための絶好の機会。
- 利用者一人一人に対して丁寧に向き合った上で、医療も介護も提供していくことが必要。介護に移行するために医療保険における維持期のリハビリテーションを廃止するというのは乱暴。
- 介護保険では活動と参加を目標とするようになっており、医療保険も単なる筋肉リハビリテーションではなく活動や参加を目的とすることになっているが、医療保険から介護保険に紹介がある場合、FIMデータばかりで活動と参加に関するデータがないのが現状。情報共有の際、身体能力等について共通した項目があったほうがいいが、まずは活動と参加の状況について、医療と介護の共通の項目を作るべき。
- 介護保険のリハビリテーションについて、医療保険のリハビリテーションよりも国民が信頼性を置いているものが少ないことが、円滑な移行を妨げている。
- 国民のリハビリテーションに対するイメージは、リハビリテーション室に行って体を動かすことが通常で、日常生活の中でやっているというイメージがない。医療から介護への移行に当たっては、移行における適切な説明や、介護保険で利用するリハビリテーションについて見学や体験を行い、患者が納得して移行することが必要。
- 訪問リハビリテーションからデイサービスやデイケアに切り替わった場合においても、目標設定が共有されている情報共有の仕組みが必要。
- 急性期から生活期へと移行し、医療から介護に引き継がれる際、特に脳血管疾患等に対する再発防止が重要。再発防止のための生活習慣の改善は、利用者と頻回に接している介護職が大きな役割を果たす。単に医療から介護へ引き継がれるだけではなく、利用者の日常

生活の状況を、介護から医療あるいはヘルスケア事業を行う民間事業者へ提供して再発防止へつなげることが重要。

医療と介護の連携・移行をより効率的に推進する観点から、リハビリテーションにおける実施計画書等の在り方について、どのように考えるか。

- 施設基準や要件のさらなる緩和やリハビリテーションにおける実施計画書等の共通化による情報共有等、非効率な運用を改善する必要がある。
- 医療と介護のリハビリテーションにおける実施計画書等は、互換性を持たせて、情報の引き継ぎが円滑にいくように検討していくべき。
- 同時改定という良い機会なので、実施計画書も平仄を合わせて、うまくひも付けできるように検討することで、医療保険から介護保険へ円滑に移行できる。

その他

- 脳卒中地域連携パスに関して、介護報酬における評価は介護老人保健施設のみが対象となっているため、在宅にまで連携の輪が広がりにくい状況。さらに広げていくように、居宅介護支援事業所も評価の対象に含める必要がある。
- 急性期・回復期から在宅に戻るとき介護に慣れるまでの間にアクシデントが発生しないようにすることは、その後の在宅生活を継続する上で、とても重要。そのためにも、例えば転倒リスクが高い人について、どのようなリハビリが必要なのかと同時に、現時点ではどのような対応が適切なのか、どのような変化が見られたらプランを変えていくのか等具体的なことが共有されることが重要。脳卒中地域連携パスの対象を広げることでこの点に関する理解も深まる。
- 訪問看護師がなかなか増えない中、PT・OTが訪問看護ステーションに勤め、訪問リハビリテーションを増やしているという現状について、あり方を考えたほうが良い。
- 心身機能へのアプローチだけでなく、活動、社会参加へのアプローチ

にも焦点を当てるのが推進されており、この3つのステップごとに、どこまで目指すのかをしっかりと患者に説明するのが医師の役割。機能回復を追及するあまり、活動や社会参加へのアプローチによるリハビリテーションが遅れることは患者にとって逆効果になることがある。

- 早く元の状態に戻すためには、早期にリハビリテーションに取り組む必要があり、病気になったらすぐリハビリテーションをしないと効果がないが、急性期病棟にリハビリテーション能力がない病院が多く、1週間以上リハビリテーションもなく入院している場合が多い。そのことが日本で寝たきりが多い原因と考えている。早くリハビリテーションを行うことを評価し、早く元の状態にすることで、介護保険に移行する人は程度が非常に重い人で、状態の維持を目的としたものに限られる。介護保険と医療保険の接点をうまくやると、寝たきりが減って、医療費も減ると考えている。
- 心大血管リハや呼吸器系リハについて、標準的算定日数を超えた場合は維持期のリハビリテーションの一つだということであれば、主体は生活と活動になるため、介護保険に移行すべき。
- 心臓や肺の疾患に対するリハビリテーションは、医療保険で継続してみなければいけないが、脳血管障害や整形疾患で、ある程度の日常生活に戻れた人がデイケアやデイサービス、または介護老人保健施設への入所し、状態を維持できるように行うのが介護のリハビリテーションであり、両方とも必要。医療と介護の接点はお互いが手を伸ばしながら補完していく姿勢が必要。

【テーマ4：関係者・関係機関の調整・連携】

患者・利用者に対して、その病状や介護の状態に応じて、真に必要な医療や介護サービスを適時適切に提供する観点から、医療・介護の関係者・関係機関間の円滑な情報提供・共有、相互の理解といった連携の在り方について、どのように考えるか。

- 超高齢社会では、高齢者に対する医療と介護は一体化し、1人の患者、利用者に対して、必要な医療、介護サービスが同時に過不足なく提供されることが必要となる。そのために、かかりつけ医と介護支援専門員の連携を中心に、全ての関係者、関係機関が情報を共有して連携できるようにすることが必要。
- 末期の悪性腫瘍等状態の変化が大きい患者へのサービスの提供に際しては、介護支援専門員が医療職から取り残されないよう24時間対応を行うことも一つの方法。また、先に医師の指示の下でサービスを提供しておいて、後からケアプランに反映させることも検討すべき。
- 今後、重症の在宅患者が増えることが見込まれていることを踏まえると、緊急的なときは後でケアプランを作ればよく、まずは患者が必要としているサービスは迅速に提供するという柔軟な制度に変えていく必要がある。
- ケアプランの変更について、現在は一連のプロセスを踏むことが運営規程で定められているが、共同アセスメントの効果や情報交換体制を行うとともに、現状に応じたプラン変更ができるような、柔軟な対応ができるようにする必要がある。
- 今後、複雑なニーズを持って在宅で過ごす人が増えると、今の状況だけではなく今後の変化を予測した上でサービスを提供しなければならないため、ケアプランの作成や変更時に、医療的な視点が入れるような組立てが重要になる。
- ケアプランをつくる上で介護支援専門員がどのような情報提供を望んでいるのか、効率的かつ適時・適切な情報共有というものが必要であり、議論すべき。

- 入退院時に、医療機関の都合に合わせた日程調整が必要ということは、介護支援専門員にとっては負担だが、医療のスピードに合わせることはやむを得ない。今後、ICT等を活用したスムーズな情報提供等も検討する必要がある。
- ICTを活用したカンファレンスについて、平成30年度同時改定において議論を行うべき。ICTを使うことで、スムーズかつ頻回に会議ができ、利用者がよくなるために利する。医師も介護支援専門員も複数の患者・利用者と担当している中で、関係者が一同に会してカンファレンスをするということは現実的ではなく、実現できそうな仕組みにするべき。
- 介護支援専門員と薬剤師が連携するためのツールとして、将来的には、ICTの活用も考えられるが、早い段階でかつ大きな負担を伴わない方法として、患者の多くが所有しているお薬手帳を活用することも一つの手段。例えば、利用者の同意に基づき、介護支援専門員の氏名や事業所情報等を記載することで、情報共有と連携のきっかけを作ることが可能。
- 在宅復帰に向けて、今後どのような生活をしていきたいか、本人の自己決定支援ということをしかりやった上で、カンファレンス等の場において、かかりつけ医と病院との連携を行っていくことが重要。連携を密に行うためにも、本来であればカンファレンスに主治医が出席することがいいが、効率的な意味では、ICTの活用等の対応も必要。
- 情報共有のために、ICTの使用ということも視野に入れつつ、居宅介護支援事業所の大型化を行っていくべき。
- 退院時カンファレンスは、入院中の薬物療法の経緯や服薬状況といった情報等、在宅医療で最適な調剤や薬学管理を実施する上で、有益な情報が共有できる場であり、薬剤師ができるだけ参加をする体制を整備する必要がある。そのために、より適時・適切でかつ効率的にカンファレンスが実施できる方策の検討が必要。
- 複数の職種が一堂に会することが困難な状況では、退院時カンファレンスと併せ、同一の職種間、例えば薬剤師であれば病院薬剤師が

退院時薬剤情報管理指導等の仕組みを利用して、地域の薬剤師と効率的に薬学的な情報共有を図る体制整備が必要。

- 医師と介護支援専門員が現実的な形で連携するためには、医師と介護支援専門員の双方が特に気になる患者・利用者の主治医・介護支援専門員に自分から積極的に連絡をすることが必要。
- 地域包括ケアシステムを作る上で、医療と介護の連携は極めて重要。退院支援、緊急入院等の連携の窓口として、医療ソーシャルワーカーが極めて重要であり、多職種連携の中には、必ず医療ソーシャルワーカーを入れるべき。
- サービス担当者会議は午前中に行われることが多く医師は参加しにくい。医師は家族や介護職から電話等で患者の状態を聞くことがあるが、介護支援専門員とのつながりは薄く、連携が取りづらい。
- 速やかに連携を行うため、最初に入院した当時から介護支援専門員がラウンドに同席する等、入院時の情報を事前に得られると後からでも動ける。また、介護保険の被保険者証には、居宅支援事業所の連絡先が記載してあるので、家族や医療機関等から連絡があるとよい。
- 今後、医療が必要な患者が増えていく中で、医療的ケアが複数のサービス上必要なケースが出てくることが予想され、サービスの調整が必要となるが、患者に対しどのような支援が必要なのかを関係者間で共有することが必要。その時には、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に相談し、医療的ケアのところを把握することが必要。
- 情報共有は重要であるが、情報があればよいのではなく、療養の場による情報の優先度から、情報の中身も洗練すべき。介護支援専門員からの情報提供のニーズは高いが、提供された情報を本当に使っているのかということも、検討すべき。
- 介護支援専門員は、相当な時間をかけて、家族や地域の介護力、経済状況等生活全般に関する情報を把握する。そこで集約された情報の全てをケアに関係するチームのメンバーに出すのではなく、必要なメ

ンバーに必要な情報を出すところで情報を管理することが重要であり、その観点から介護支援専門員の役割も重要。

- 健康寿命の延伸やQOLの確保について、口腔機能の有用性は様々なエビデンスが示されているが、歯科診療所から歯科医師、歯科衛生士が訪問して介護サービスを提供することとなるため、他の職種が理解しにくい部分もある。そのため、歯科について、必要性は理解されても、実際にサービスを提供するまでには結びつかない。施設等との連携を密にするためにも、介護支援専門員の果たす役割は大きいため、口腔健康管理に対する理解を期待。今後、理解を深めるためにも研修が必要。
- 歯科衛生士、歯科医師はもちろん、口腔衛生管理に長けている者であれば、STも口腔衛生管理に関わるべき。
- 歯科衛生士、歯科医師だけではなく、STを含めた多職種が連携して、口腔ケアの役割を果たすことが必要。
- 介護施設へ歯科の訪問診療が増えているが、その内容は診療が中心で定期的なカンファレンスへの参加や摂食機能療法の実施は少ない。一方で施設側が歯科医に望む業務は、摂食機能療法の実施と定期的なカンファレンスへの参加が多く、この乖離について、協力歯科医療機関の役割の明確も含め、検討が必要。
- 歯科衛生士等を事業所で確保する場合は、相当の収入がないと難しいため、今の仕組みをどのように展開していくかという視点が重要。定期的に歯科衛生士が施設の中に入って、介護職等に技術移転をしていく方が効果的。また、特養における褥瘡ケア等も技術が日々刷新されていくため、専門性の高い看護師たちが技術移転できるような形で入っていくのは、ケアの効果が上がる。

その他

- 入院時に介護支援専門員が医療機関に情報提供することを評価する入院時情報提供加算において、必要な情報とは利用者の心身の情報、生活環境及びサービスの利用状況となっており、この内容をもとに

情報提供書を作成することになっている。服薬状況や口腔ケアマネジメント等さらに必要な情報を追加することで、相互に必要な情報がより円滑に共有することが可能。

- 居宅介護支援事業所の介護支援専門員以外が担当している利用者が入院した場合、医療保険側には加算はあるが、介護保険側には加算がない。在宅だけでなく施設系サービスにおいても、医療介護の連携に対する評価が必要。
- 一人の患者に一人の主治医がいるように、一度要介護状態になったら、利用者がどこに行こうがどのような状態になろうが、一人の介護支援専門員が継続して関わり続けることが利用者にとってもよいと考えられるので、そのことに対する評価をすべき。
- 各病棟に1名歯科衛生士を配置し、口腔内清拭等を行っているが、非常に効果がある。報酬上、歯科医師だけでなく、医師も指示できるようにするとよい。
- 歯科衛生士が病棟の中で働くことは効果があるが、口腔内の評価・診断は歯科医師が担当しており、歯科医師の関与について評価をすることが必要。
- 訪問歯科診療は居宅よりも施設において増えているが、居宅の場合は、訪問診療の時に家に居なくてはいけないという心理的な負担が家族にあることが背景。例えばデイケア、デイサービスにおいて、現在、訪問歯科診療は認められていないが、利用者又は家族の利便性を見た上で、可能となればよい。
- 在宅に対応できる薬局の情報は、各都道府県の薬局機能情報提供システムだけでなく、薬剤師会のウェブページにも相当程度あるため、今後、周知が必要。また、こういったものが今後の在宅医療・介護連携推進事業といった中でも運用できるようにし、情報の格差がない、各地域で情報を活用できる体制整備も必要。
- 介護側の情報は介護支援専門員に集約されており、医療側と情報

共有、相互理解へとつなげていくような情報のあり方を考えるべき。

- 介護老人保健施設とかかりつけ医との連携や、協力歯科医療機関との連携は比較的うまくいっている。一番うまくいっていないのは、大きな医療機関との連携。今後、介護老人保健施設が急性期や回復期等からの退院の受け皿になる中で、例えばリハビリテーションについて参加や活動に視点を置いた情報提供はほとんどない。逆に介護老人保健施設から医療機関に送る場合に必要な情報がないということも考えられ、有効な情報提供の在り方を議論すべき。
- 医療機関や介護の現場、在宅等あらゆる場に看護師がおり、うまく活用すると、体制整備や情報の流れもうまくできる。看護師の活用について考えていくことが必要。