

## 質 疑

## 個別事項（その3）について

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまのご説明につきまして、ご質問等がございましたら、よろしくお願いいたします。それでは、最初に長島委員、お願いいたします。

### ○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。103 ページにある各論点についてコメントいたします。

#### （主治医と介護支援専門員との連携について）

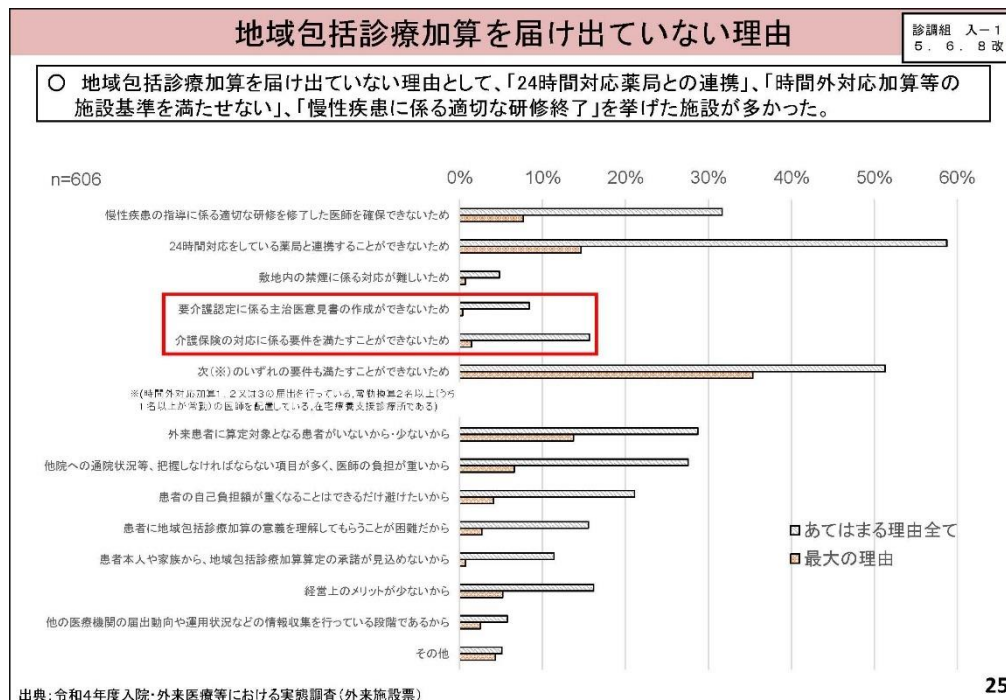
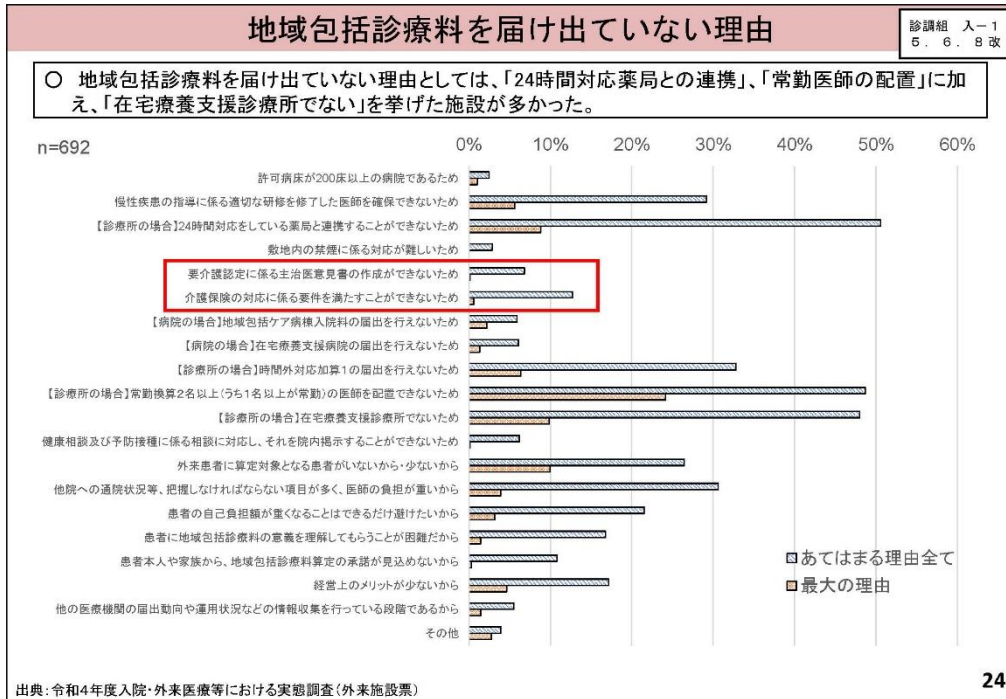
○ かかりつけ医に係る診療報酬上の評価である機能強化加算等では主治医意見書の作成等が要件とされており、令和5年の医療法改正では、各医療機関から都道府県知事に報告するかかりつけ医機能には介護サービス等との連携が含まれている。医療の視点を踏まえたケアマネジメントを提供するためには、サービス担当者会議等を通じて、認識が共有され、より医療と生活の双方の視点に基づいたケアプランが策定されることが重要となるが、このような主治医と介護支援専門員との連携を推進するためにどのような方策が考えられるか。

1つ目の「主治医と介護支援専門員との連携について」です。

平成 12 年度に介護保険制度が施行されて以来、特に診療所の医師は主治医として主治医意見書を記載するなど多くの貢献をしてきました。

診療報酬においても、本日の資料にもあるとおり、機能強化加算等の要件にも介護との連携は組み込まれており、多くの医師が取り組んでいるところです。

同時改定に向けた意見交換会において、医療と介護、双方向のコミュニケーションがやはり重要であるということを確認したことや、10月4日に審議した「在宅（その2）」のところで申し述べたように、顔が見える関係性が重要であることはそのとおりですが、それを実現することの難しさも調査結果に示されているとおりです。



24 ページ、25 ページに示されているとおり、医療機関にとって、介護保険に対する対応は既に広まっている種類の機能であると言えますので、いかに連携を意味のあるものにしていくかという質的な視点が重要であると言えます。

また、サービス担当者会議や地域ケア会議に参加することについては現在、多くの主治医が時間的にも、また自院を会議場所として提供するなどして空間的にもほぼボランティアで参加していることはご理解いただきたいと思います。

そして、その中で、これだけの外来を担当する医師が参加していることはきちんと評価されるべきであると考えます。

また、今回は会議を通じての連携が提案されておりますが、それはさまざまな方法の中の1つであります。

ケアマネージャーに対する診療情報提供料の評価のあり方や、ケアマネージャー側において、医療に関して理解が深まり、さまざまな連携をさらに進めていくための方策など、さまざまな方法を検討した上で、現場にとって、また状況に応じて、一番無理なく実効的な方法を検討すべきと考えます。

**(医療機関と高齢者施設等との連携について)**

- 現在の介護保険施設等と協力医療機関のあり方、実際の医療機関と介護保険施設等の連携状況、医療機関における介護保険施設等の入所者の病状急変時の対応状況及び在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院並びに地域包括ケア病棟等に求められる役割を踏まえ、介護保険施設等と医療機関が平時から介護保険施設入所者の緊急時の対応等についてあらかじめ取り決めを行う等して連携を行い、介護保険施設等入所者の病状急変時に電話相談、往診、オンライン診療、入院の要否の判断を含めた入院調整等を適時適切に行えるようにするためにどのような対応が考えられるか。

2つ目の「医療機関と高齢者施設等との連携について」です。

コロナ禍において、介護保険施設などにおける感染対策や、クラスター発生時の医療の脆弱性が明らかになりました。

医療機関は、高齢者施設等に対してさまざまな支援を行っており、コロナ特例において、高齢者に必要なリハビリテーションや入退院支援を中心に、特例の評価を拡大したことは妥当な対策であったと考えています。

後期高齢者の増加が見込まれる 2040 年に向けては、医療機関との連携はさらに強化しなければならず、高齢者が住み慣れた環境で最期を迎えるためにも、高齢者施設等に対する医療的支援は高く評価されるべきであります。

また、同時改定に向けた意見交換会でも触れられたところですが、協力医療機関のあり方については、特定機能病院と連携するなどの実態に即していない連携ではなく、在支診・在支病、有床診療所や中小病院が運営する地域包括ケア病棟などと連携するなど、求められる病床機能や機能分化に応じた実効性のある連携が進むような評価のあり方を検討すべきであります。

その際、協力医療機関であることについては、現在、何の評価もありませんが、日頃から患者さんの病歴などについて、介護保険施設と情報を共有しておくことや、急変時の対応などについて、ICTも可能なら活用しながら、連携を深めていくことは重要なポイントであり、介護保険施設側からも検討が必要であると思います。

例えば、事前に情報のない介護保険施設から要請があり、実際に往診に行ってみると、多くの利用者が複数の疾患に罹患していて、診療が容易でないことがあります。また、人生の最終段階の意思決定などの状況なども把握する必要があり、非常に苦勞するケースが多くあります。これらの困難さと苦勞を考えると、通常の往診よりも高く評価されるべきですが、現行では給付調整の中、非常に低く抑えられていると認識しています。

ただし、本来であれば、介護保険施設は利用料の中で、日常的な医学管理が行われていることに鑑みますと、単に医療保険の給付より、これまで以上の医療提供を行うということではなく、介護保険においても一定負担をしていただく必要もあるかと思われまます。

#### **(障害福祉サービスとの連携について)**

- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制を推進する観点から、障害者支援施設における配置医師の医療提供の実態や、高齢化による入所者の特性の変化や対応状況等を踏まえた、医療保険における給付の範囲のあり方についてどのように考えるか。
- 特別なコミュニケーション支援を要する者や強度行動障害の状態の者等、入院前に医療機関と本人・家族や障害福祉サービス事業者等と事前調整を行うことで、本人にとって必要な医療を円滑に提供できる可能性があることを踏まえ、入退院支援における医療機関と障害福祉サービス事業者等との連携を推進するためにどのような方策が考えられるか。

3つ目の「障害福祉サービスとの連携」について、本日の資料でも示されておりますが、障害者支援施設では、訪問診療に関わる費用が障害福祉サービスで評価されており、十分な治療やケアを提供することは困難になっているという課題があると承知しております。

障害サービスと医療の連携は、これまであまり注力されてこなかった領域ですが、事務局の指摘のとおり、障害者も高齢化が進んでいることや、特老では末期の悪性腫瘍患者については、一定の場合に介護保険ではなく医療保険で訪問診療を算定できることになっています。

このことを踏まえれば、介護保険施設と同様に訪問診療を行えるようにすることは、今の時代の状況とニーズに合っており、今回のトリプル改定において対応してはどうかと考えます。

ただし、さまざまな障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制を推進することが必要となりますので、悪性腫瘍患者への対応は1つのきっかけとして、実施する場合にはしっかり検証を行い、施設入所者の高齢化等に対応できる医療の給付範囲の検討を継続していく必要があると考えます。

また、特別なコミュニケーション支援を要するものや、強度行動障害の状態のものについては、論点にありますように、入院前に医療機関と本人・家族、あるいは障害福祉サービス事業所等と事前調整を行うことで円滑になる可能性もあると考えております。

コロナ禍では、特別なコミュニケーション支援が必要な障害児・者の入院について、医療機関に柔軟な対応を求める取扱いも示されましたが、その中で、重度訪問介護事業者は、医療機関に入院する利用者に対して、重度訪問介護を提供するにあたり、医療機関や相談支援事業者等と十分に調整、連携を図りながら支援を行っていく必要性も示されております。

その結果も確認しつつ、そういった事例については、コロナ流行下に限らず、平時においても評価する。例えば、入退院支援加算の対象にすることなども考えられるのではないのでしょうか。

現行の算定要件でも、一定程度、入退院支援加算の算定が可能な場合もあるかもしれませんが、トリプル改定ですので、障害福祉サービスの特性に応じた評価が可能になるよう検討すべきと考えます。私からは以上です。

## ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、ほかにはいかがでしょうか。それでは江澤委員、お願いいたします。

## ○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。では論点に沿って申し上げさせていただきます。

### （主治医と介護支援専門員との連携について）

○ かかりつけ医に係る診療報酬上の評価である機能強化加算等では主治医意見書の作成等が要件とされており、令和5年の医療法改正では、各医療機関から都道府県知事に報告するかかりつけ医機能には介護サービス等との連携が含まれている。医療の視点を踏まえたケアマネジメントを提供するためには、サービス担当者会議等を通じて、認識が共有され、より医療と生活の双方の視点に基づいたケアプランが策定されることが重要となるが、このような主治医と介護支援専門員との連携を推進するためにどのような方策が考えられるか。

まず現状、主治医からケアマネージャー、またケアマネージャーから主治医への双方の情報提供による報酬算定は低調であります。現在、ケアマネージャーから主治医への情報提供の書式の簡略化の見直しも行われていますけれども、書式がやっぱり、活用される仕組みの導入が重要と考えております。

今後、85歳以上の高齢者が増加し、医療と介護の複合的なニーズを持つ患者さんが増加するため、医療現場においては生活の視点に基づいた医療提供、一方、介護現場では医療の視点に基づいた介護サービスの提供が重要となりますので、双方に情報を求める仕組みを組み入れることが必要と考えております。

### （医療機関と高齢者施設等との連携について）

○ 現在の介護保険施設等と協力医療機関のあり方、実際の医療機関と介護保険施設等の連携状況、医療機関における介護保険施設等の入所者の病状急変時の対応状況及び在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院並びに地域包括ケア病棟等に求められる役割を踏まえ、介護保険施設等と医療機関が平時から介護保険施設入所者の緊急時の対応等についてあらかじめ取り決めを行う等して連携を行い、介護保険施設等入所者の病状急変時に電話相談、往診、オンライン診療、入院の要否の判断を含めた入院調整等を適時適切に行えるようにするためにどのような対応が考えられるか。

続きまして、高齢者施設の連携におきましては、先ほど長島委員も申しておりますとおり、在支診・在支病、あるいは地ケア病棟を有するような中小病院や有床診が日頃から連携することが重要であります。

そのポイントは、定期的に顔の見える関係でありまして、また介護側から気軽に声をかける関係性が大切であると思います。

連携のあり方としては、コロナ禍において高齢者施設と医療機関の連携の観点で、電話による対応方針の相談、あるいは緊急の往診、あるいは入院の要否の判断および入院が必要な際の入院調整というものが既に実績がありますので、そういったものが参考になるのではないかなと思います。

これらの取組につきましては、医療機関には診療報酬で、高齢者施設側には介護報酬で手当とする仕組みも考えられるのではないかとというふうに思います。

また、これらの、こういった連携体制に在宅医、あるいは特養の配置医師も含めて、在宅医や配置医師が対応困難な際のバックアップサポート体制を構築することも検討すべきというふうに思います。

また、連携に関しまして、老健や介護医療院は医療費が包括方式でありますので、最近ではパーキンソン病や糖尿病、あるいは慢性心不全等の治療薬に高額なものも増えてきておりますので、医療連携に支障をきたすほどの高額の薬剤については出来高で算定可とする検討も行うべきではないかと思えます。

また、老健に緊急往診に行った際には薬剤費が算定できないという給付調整にもなっておりますので、そのあたりもいろいろな視点から考慮すべき点だというふうに思います。

**(障害福祉サービスとの連携について)**

- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制を推進する観点から、障害者支援施設における配置医師の医療提供の実態や、高齢化による入所者の特性の変化や対応状況等を踏まえた、医療保険における給付の範囲のあり方についてどのように考えるか。
- 特別なコミュニケーション支援を要する者や強度行動障害の状態の者等、入院前に医療機関と本人・家族や障害福祉サービス事業者等と事前調整を行うことで、本人にとって必要な医療を円滑に提供できる可能性があることを踏まえ、入退院支援における医療機関と障害福祉サービス事業者等との連携を推進するためにどのような方策が考えられるか。

続きまして、「障害福祉サービスとの連携について」でございます。

入院中の重度訪問介護利用におきましては、入院前に重度訪問介護を利用していることが前提の要件となっておりますけれども、在宅では家族がケアをしているケースもありましたり、それから入院中に状況が悪化して重度の障害支援区分となる場合もありますので、入院前に重度訪問介護を利用していなくても入院中の重度訪問介護が利用できる仕組みというの、ニーズに応じて検討すべき課題ではないかというふうに思います。

また、障害者も年々、高齢化が進んでおりまして、高齢者特有の身体合併症を有する方も増えているところがございます。したがって、介護保険の主治医とケアマネージャーの連携と同様に、かかりつけ医と障害福祉サービスの相談支援専門員の連携が非常に重要ではないかというふうに思っております。

したがって、相談支援専門員がサービス等利用計画を策定する際には、かかりつけ医からの情報提供を求める仕組みというの、障害福祉サービスの報酬改定とも連携して必要ではないかというふうに思っております。

また、医療的ケア児も年々増加しているところですが、成人期へ移行する医療的ケア児も増えてきている中で、かかりつけ医が、小児科医から成人を対象とする、成人を診る医師に変更する場合がありますので、そういったところの十分な連携の担保、あるいは学校医とかかりつけの連携による医療的ケア児の支援というの、重要であることを申し上げておきたいと思っております。

あわせて、そのほかの放課後等デイサービスにおいても、質の向上に向けたアセスメントの質を高めていくだけのためにも、かかりつけ医からの情報提供を踏まえたアセスメントの実施、連携強化を障害者部会のほうでは要望させていただいているところがございます。

最後に、障害者支援施設等における医療機関との連携強化、感染症対応力の向上につきましては、診療報酬の感染対策向上加算の連携の仕組みを参考に取り組むことも考慮すべきと思っております。以上でございます。

## ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。それでは続きまして、林委員、お願いいたします。