

視 座

医療機関と介護保険施設の連携強化 ～感染症と高齢者救急への対応～

宮城県医師会常任理事

安 藤 由 紀 子

はじめに

介護・福祉系施設では先のパンデミックにおいて、感染症に対する医療的知識や経験が不十分であったため、現場は大変混乱しました。クラスターが発生した際も医療にうまくつなげることができないなど、さまざまな課題が露呈し、医療機関との日頃からの連携や研修・指導など医療ニーズへの対応強化の必要性が明らかとなりました。また、今後85歳以上の人口が急増し、あらゆる場面で高齢者救急への対応が重要な課題となっています。そのような背景の中、昨年の診療報酬・介護報酬改定において、医療と介護の連携推進の具体的な評価が示されました。どのような評価となっているのかを見ていきたいと思います。

<基本的な考え方>

医療においては、生活の場へ戻るためにケアマネや退院後のリハビリ職への情報提供を速やかに行うこと、術後早期に目的のあるリハビリテーションに取り組み生活リハへつなげることなど「生活に配慮」することが求められています。介護においては、医療的知識やコミュニケーション力を高め、利用者の入院中に早期に医療職と連携し、退院後の生活に「医療の視点」を持つことが求められています。

また、高齢者施設等からの入院理由のトップ3は誤嚥性肺炎、尿路感染症、心不全です。これからさらに増加すると考えられる軽症の高齢救急患者を、高度急性期医療機関が対応するとすると救急現場が機能不全に陥る可能性があります。そこで国は介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましい医療施設として、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院をあげています。そしてそこでは、入院早期からリハビリテーションや栄養に配慮し、早期の在宅復帰を目指します。「治す医療を担う医療機関」と「治し支える医療機関」との役割分担、連携強化が求められています。救急患者を診察した結果中等症とわかった場合には、高度急性期大病院から地域密着型中小病院へと転院搬送するいわゆる下り搬送を評価する加算「救急患者連携搬送料」も設けられました。

<協力医療機関と協力対象施設>

介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護医療院、認知症グループホーム、特定施設においては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めることが3年の経過措置で必要とされました。①入所者の病状が急変した場合等において、医師または看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している。②診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保している。(①と②は特定施設とグループホー

ムは努力義務) ③入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師または協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則受け入れる体制を確保している。(特定施設、グループホームは除く)

そして協力医療機関と協力対象施設で、年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合等の対応の確認を行うことや入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することとされました。

<診療報酬での評価>

協力対象施設入所者入院加算が新設されました。往診が行われた場合は入院初日に600点、それ以外の場合は200点が算定できます。また、介護保険施設等連携往診加算200点が新設されました。

リハビリテーションについては、リハビリテーション料を算定していた患者が、退院後介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合は、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとなりました。また退院後、患者が介護保険による訪問・通所リハビリテーション等を利用予定の場合の退院時共同指導料2の算定要件として、これまでは退院後の在宅での療養上必要な説明および指導を入院している医療機関の医師・理学療法士等が共同して行った場合に算定していました。改定後はこれに加えて介護保険によるリハビリテーション等を提供する事業所の医師・理学療法士等の参加を求めることが望ましいとされました。

その他栄養情報連携料70点が新設されました。退院先の医療機関・介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設・福祉型障害児入所施設と連携したときに算定できます。

<介護報酬での評価>

協力対象施設においては協力医療機関連携加算が新設されました。算定基準を満たす場合、老健と介護医療院では、入所者1人あたり令和7年3月までは100単位/月、令和7年4月以降は50単位/月、満たさない場合は5単位/月となっています。

また、高齢者施設等感染対策向上加算が新設されました。加算Ⅰは10単位/月で第二種協定指定医療機関と連携し、年1回の研修または訓練に参加。加算Ⅱは5単位/月で加算Ⅰと併算可能であり、感染対策向上加算を届け出ている医療機関から3年に1回以上実地指導を受けることとされています。

リハビリテーションについては、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対して退院後の訪問・通所リハビリテーションを提供する際は、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書を入手し、内容を把握することを義務づけました。さらに、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った際には、退院時共同指導加算600単位が新設されました。

また栄養情報連携加算が新設されました。低栄養状態の入所者が居宅に退所し、主治医・ケアマネに栄養管理に関する情報提供を行った際には、退所時栄養情報連携加算70単位が算定できます。

老健においては、急性期医療を担う医療機関の一般病棟入院後30日以内に再入所した場合、初期加算Ⅰが新設され60単位/日が30日算定できるようになりました。

介護施設から入院のため退所する際に、その医療機関へ診療情報・心身の状況・生活歴などを情報提供すると、退所時情報提供加算250単位/回が新設されました。

このほか、居宅介護支援事業所からの入院時、通院時情報連携加算も見直されました。

最後に

医療政策も介護政策も新たな段階に入っています。医療や介護ニーズは全国一律ではなく地域ごとに異なっております。2040年以降も地域医療を守っていくためには、医療機関や介護福祉施設のみではなく、行政や地域住民とも一体となって、それぞれの地域ごとに全員で知恵を絞っていく必要があると思います。

