

医療と介護の連携状況 ～在宅療養支援診療所の視点から～

1. 在宅医療情報連携加算について
2. 往診時医療情報連携加算について
3. 居宅の連携課題
4. オンラインの活用
5. 施設系の連携課題
6. 介護保険施設(特養)の連携課題

【在宅医療情報連携加算】(令和6年新設)

ICTによる医療機関と薬局/看護/介護事業者の情報連携

▶情報共有による療養管理とAdvance Care Planning(ACP)の向上

- ・調剤配達 →病名や病歴・ACPを共有するメリット
- ・訪問看護ステーション →ACPの実施/共有化の促進と実践へ
- ・ケアマネ事業所 →“主治医意見書の開示情報”から大幅に改善

【往診時医療情報連携加算】(令和6年新設)

○一般診療所に対する在支診/在支病による臨時往診支援

往診時医療情報連携加算の算定医療機関数等（令和6年7月診療分）

算定医療機関数	算定件数	算定回数
41	380	475

(課題)

- ▶ **診療所と在支診の連携構築**をどのように作るか？(地域の仕組み作り)
 - 現状は規模の小さな“在支診同志の連携”であることが多い
- ▶ **複数医師が在籍する“在支診”を地域の中に育て“積極的医療機関の役割**の担い手を増やす
 - 中規模以上の“在支診”が伸び悩む可能性（令和6年改訂）
 - ※訪問診療回数(2100回/3ヶ月合計÷患者400名)の在支診を対象に
 - ・重症度割合・施設/居宅割合・データ提供加算などの義務化など

【居宅系の連携課題】

- ・ **介護保険サービスと訪問診療が同時刻に重なっては駄目**
 - 現場で医師が観察ポイント/処置方法などを直接に説明できない
 - 現場での説明が多職種への教育と患者ケアの向上に繋がる
- ・ **ショートステイ先への訪問制限(30日以内のみ)**
 - 頻繁に利用する患者では在宅時の日時を合わせることが困難
- ・ **医師の「死亡診断時刻」以降の訪問看護料は「自費」扱い**
 - 死亡推定時刻とする場合や現場到着までの差異などもある
- ・ **「サービス担当者会議」の出席は関係者が”無償“で対応**
 - 医師の“訪問診療”の際に開催するケースも多い

【オンライン】の活用

☆オンラインミーティングの活用

退院時共同指導 (退院前カンファ)

サービス担当者会議

看護ステーション/ケアマネ事業所とのケースカンファ

☆オンライン診療

普及は緩徐

▶高齢者のみ世帯のデバイス問題

▶D(医師)to P(患者)with N(看護師)に加えて
C(介護職)による普及を期待

【施設系の連携課題】

①サービス付き高齢者住宅

- ・外部サービスが利用できるため多様な対応が可能
- ・ホスピス系や生活保護系などの施設で課題あり

②グループホーム

- ・ユニットケアで情報管理/把握しやすい
- ・看護師がいない施設では処置指示の限界あり

③特定施設（働き方改革？）

- ・施設看護師が医師の診察時の同席を省略
- ・血圧測定の省略：入浴時を廃止や、月に1回へ減らすなど
→(人手不足？) 難病や悪性腫瘍以外は訪問看護が利用できない
特別指示書(14日以内)は対象疾患の制限がある

【介護保険施設(特養)の連携課題】

・ 配置医の限界(医療保険利用の制約)

処方箋料のみの算定でほぼ全てを対応している

→再診・電話再診・処置料・居宅療養管理指導料は算定不可

・ 急性疾患の「往診」が認められない

→現実的には病院受診を指示するしかない

(癌や余命1ヶ月の終末期・専門領域の診療のみが医療保険対象)

・ 介護保険施設等連携往診加算の推進には ※基準の周知に課題あり

(診療報酬：入院受入れを行う保険医療機関であることが条件)

(介護報酬：複数の医療機関で要件を満たして差し支えない)

算定医療機関数等（令和6年7月診療分）

	介護保険施設等 連携往診加算	協力対象施設入所者入院加算	
		加算 1	加算 2
算定医療機関数	316	27	420
算定件数	1,886	60	1,954
算定回数	2,410	60	1,969

出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

52

【基準】

ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。＜経過措置3年間＞

① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

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こと。

③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又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として受け入れる体制を確保していること。