

特 集

報酬法定と医療福祉連携を考える

～第26回（令和5年度）全国福祉医療セミナー報告～

令和6年度『トリプル改定』のポイント （診療・介護・障害福祉報酬）

株式会社メディカルクリエイト
シニアコンサルタント 石井 富美 氏

■ 2040年問題

社会背景は社会保障制度にとって重要なものである。現在の社会課題は「少子高齢化」であり、今後、高齢者人口の伸びは落ち着くが、働き手は減少する。そのため、医療介護ニーズはますます増大し、医療従事者の負担も増えるとみられている。

この社会課題の解決策としては、人手不足を考慮した職場環境の実現が挙げられる。そのため、働き方の多様性を認める「働き方改革」や健康寿命の延伸、ICTの活用による生産性の向上、制度の面では、社会保障の持続可能性の確保のための全世代型社会保障の実現が必要となる。

■ 骨太方針と同時報酬改定

「経済財政運営と改革の基本方針2023」において、持続可能な社会保障制度のためには少子化・人口減少の流れを変え、就労人口を働く意

欲のある高齢者に広げることが必要であり、医療・福祉の現場において利益の見込まれる事業に投資を徹底し、保険料の負担を抑制する重要性が示されている。

6年に1度の同時報酬改定により、2018年には地域包括ケアシステムの導入等の大きな変化を起こすことができた。今回の報酬改定でも、医療・介護・障害福祉のすべてにおいて「働き方改革」の推進や地域包括ケアシステムの深化、持続可能性の高い制度の構築というような項目が挙げられており、基本的な視点が親和性の高いものとなっている。

■ 第8次医療計画

第8次医療計画で取り上げた項目が、今回の診療報酬改定に反映されている。

がんや脳卒中患者の仕事と治療の両立のための支援や、精神疾患患者の地域での生活の推進という点において、病気になっても仕事につけるような仕組みづくりや、住み慣れた場所での

暮らし続けられる支援の必要性が説かれている。また、医療と福祉の連携が必要となる部分に関しては、医療技術の推進により、障害のある方々の介護の必要性が高くなっている点、救急時に在宅でも施設でもアドバンスケアプランニングを共有できるような仕組みを作り、共有しておくという点が挙げられる。さらには、医療的ケア児の在宅生活の支援のため、レスパイトでの利用やすぐに医療にかかれる仕組みを構築すること、また医療的ケア児に限らず、在宅ケアが推進されているため、訪問看護師や栄養士の必要性も増している。

■診療報酬改定 ～医療と介護の連携

今回の報酬改定においては、地域包括ケアシステムの推進、リハビリ・口腔ケア・栄養、要介護高齢者の入院治療、施設における医療、認知症、看取り、訪問看護について、議論が重ねられてきた。

特に、介護老人保健施設・介護医療院は配置医がおり、医療提供施設であることが改めて示されている。また、福祉施設と連携する医療機関は名前だけではなく中身のある連携体制を構築すべきであり、そのために実効性のある平時からの連携が求められる。さらに、看取りに関しては、本人の意思を確認することが重要とされている。

高齢者医療のパンデミックへの対応においては、まず、重症化する前の早期の受け入れが必要である。その際、トリアージにて適切な医療の提供ができる施設を振り分け、振り分け先の医療機関では、口腔・栄養・リハの支援を行い、ADLの維持が求められている。そうした支援を経た早期在宅復帰が推奨され、ここでは退院先との連携が重要となっている。そしてこれらを診療・介護報酬で促進しているといえる。

持続可能な社会保障を担う、地域包括ケアシステムには、医療・介護・障害福祉の連携と情報共有が重要となり、ICTや医療DXを推進がその助力となると考えられている。それぞれの報酬改定にて在宅支援が推進されている対象者は多様であり、それぞれの対応が必要となる。報酬改定の背景も参考にしつつ、自分たちの施設が地域に最善の役割を果たすことができるような取り組みをしていっていただきたい。



石井 富美 氏



介護から見た医療と福祉の連携

～令和6年度介護報酬改定内容もふまえて～

天晴れ介護サービス総合教育研究所株式会社
代表取締役 榊原 宏昌 氏

■令和6年度介護報酬改定における医療・介護連携

今回の介護報酬改定で介護保険施設における協力医療機関との連携体制の構築の義務化について、細かく定められた。急変時の相談対応体制を常時確保すること、診療の求めに応じ、診療を行う体制を常時確保すること、入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制を確保すること、年1回以上の急変時対応のお互いの確認および自治体へ提出することの4点が義務となる。また、努力義務として退院可能であれば速やかに再入所へつなげることが定められた。

なお、今回の診療報酬改定で新設される「地域包括医療病棟」を持つ医療機関は協力医療機関としては含まれない。

■医療・介護連携における課題と取り組み案

連携の課題として、介護側の人材が「医療」に詳しくないということが挙げられる。主に次の3つ、医療知識、保険・制度に関する知識、現場の知識についてである。

医療の知識については、適切なケアマネジメント手法を押さえることでフォローできる。現在のケアマネの課題としては、本来必要なケアの抜け漏れや知識のばらつきが挙げられるため、疾患別に想定すべき支援内容を体系化することが解決策となる。疾患や状態によらず、共

通して重視すべき事項・基本ケアを押さえたうえで疾患別のケアを押さえることが必要となる。

保険・制度に関する知識については、地域でお互いに学ぶ機会を持つことが必要となってくる。どちらか片方の視点だけでなく、協議や意見交換をすることが重要となるため、できれば多職種を交えた会を開催するべきである。その場では、介護施設の事情を伝えることも重要である。医療からの共有だけでなく、介護施設がどこまで医療行為が可能なのかを病院へ伝える必要がある。

現場の知識について、意見交換の場を設けることはとても有効である。介護側の知識を伝える際に説明力が問われる。本人の基本情報、現在の状態から支援内容、課題まで医療側が知りたい情報を簡潔に伝えられるように、把握しまとめておくことが求められる。また、医療側への相談のタイミング・時間帯への配慮等も必要となる。

連携強化においては、介護側から医療へ有益な情報を提供することが必要である。それにはアセスメントが重要になるが、施設入所時のアセスメントでは、要介護状態になった現在のものにフォーカスをあてがちになる。介護施設での支援にとっては重要な項目であることは間違いがないが、生活をするという点において、介護状態になる前の暮らしぶりに支援方法のヒントが多いため、そちらを意識した聞き取りをすべ

きである。

連携につなげるためには、施設内外に限らないチームワークも必要となってくる。基盤となるのは明確な目的・目標であり、それに一丸となって取り組むことが重要である。次点で必要となるのは役割分担と分担をしたうえでの協力、ルールを定めることである。ルールを作ることにあたって、それにかかる情報共有や意見交換の時間を設けることが有用であり、それには各メンバーの自立や成長が寄与する。

今後の福祉を担っていくためには継続的な学習が必要となる。制度の理解や医療・介護連携

において生じる事態への対応は簡単なことではないが、現場のため、地域のためにできることから始めてほしい。



榊原 宏昌 氏

ディスカッション

『報酬改定・医療福祉連携と現場の取り組み』

◇司会

中村 知明 氏 (社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷淡路病院 事務長)

◇コメンテーター

杉木 康浩 氏 (社会福祉法人緑風会緑風荘病院
業務執行理事兼本部事務長)

石井 富美 氏 ((株)メディカルクリエイト
シニアコンサルタント)

榊原 宏昌 氏 ((株)天晴れ介護サービス総合
教育研究所 代表取締役)

意見交換

報酬改定と地域医療の今後

<杉木氏>

石井氏、榊原氏の講義により、診療、介護等の報酬改定の全体の動向、それぞれの改定の背景にある考え方、医療介護総合確保推進法とい

うバックボーンを整理して全体をみることができるようになったと感じる。

<中村>

若いころに医事課員だった私にとっての診療報酬改定は、改定内容に対して算定できるか、できないか、結果、収益は増加するか減少するかでしか中身を見ていなかった。しかし、昨今の報酬改定には、少子高齢化が進む今後の日本の医療を変革していこうという、国の考え方やメッセージが込められており、未来に向かっていく確実なシナリオが作られていることを知った。今回のトリプル改定に込められているメッセージについてあらためてお聞きしたい。

<石井氏>

病院の機能分化について、入院機能は整理されている。今まではそれを果たしていくための診療報酬だったが、今回は、介護との連携部分が増えている。入退院支援だけだったものが、

“生活”の部分を含めたものとなっている。“生活”に対する配慮に必要となる視点を広げて関心を持つと、医療の果たす意味と改定の意味も理解しやすくなる。

<神原氏>

報酬改定に関しては、患者や利用者の意思決定を受けて、粛々とこなすものであると理解はしている。ただ、経営として考えた場合、それだけではいけないと思う。本部機能が事務化してしまっている法人も多い。事務としてではなく、地域の状況を見て、それに合わせた施設の事業計画を中長期間の視点をもって立てるべきである。介護側も上記のように医療と同様にすべきであり、今後どう生き残っていくかがそこにかかっている。

<中村氏>

私がこれまで勤務してきた病院は出来高からDPCに移行した急性期中心の病院であったため、急性期の領域だけに着目することが多かった。今回の報酬改定で感じたのは医療圏内での自病院の役割や立ち位置をしっかりと見極めていくこと、そして必要な診療報酬基準を取得し、算定をしていくことが必要だということである。そういう意味では今回こそ、事務方だけで改定対応を検討するのではなく、病院長を筆頭に病院幹部を巻き込んで情報共有が必要だと感じている。

<杉木氏>

病院が機能分化していることもあり、とくに急性期病院とそれ以外の病院であると、専門機械の導入等の関係で建て替えに関して設備投資等が限られてくると思うがどうか。

<石井氏>

医療介護必要度を見つつ、地域のニーズや入院患者の層を把握し、今後提供したい医療なのか、今提供している医療なのかを明確化し、自施設の医療をどう担っていくかを決定すべきである。

<杉木氏>

療養病棟についてはどうか。

<石井氏>

区分がかなり細分化されたが、それは、入院患者のQOLの維持に重きをおいた結果だとみている。可能な限り医療的ケアをしないで生活できるかたちにシフトし、ADLやQOLが下がることをそのままにしておいてはいけないという視点が入ったと考えられる。

医療と福祉の連携

<杉木氏>

地域包括ケアシステム、地域共生社会に重きを置いている部分をみると、介護以外に障害福祉も絡んできているが、どう感じるか。

<神原氏>

政策の面では、今後医療と福祉をしていくためには、地域包括ケアしか残されていないのだと感じる。どこも働き手が少なくなるところで、包括的に行うことの効果を期待しているのだと思われる。ただ、報酬改定のたびに制度が複雑化するため、利用者に視点がいきにくくなっているように思われる。私たちは、利用者にとって何が最善か考えることを忘れてはいけないと感じる。

<杉木氏>

介護ではADLを下げないように、施設内でも地域でも細かくフォローしているようにうかがえる。それを実現可能な社会にしようとしているという思いが強く感じられる。その中でリハビリ・口腔ケア・栄養管理に関して人材不足だという課題を述べられたが、今後をどう考えているか。

<石井氏>

医療のゴールは排泄ができる状態で施設等に帰るとのことだと考えている。自力排泄が可能かどうかで退院先の受け入れ数が変わってくる。排泄を可能な状態に保つため、今回の改定

ではリハビリの後押しをしたのではないかとみている。

<榊原氏>

看護職やPT・OTといった専門職と異なり、介護職は看護やリハビリの必要性に気づきにくい。ケアプランに導入するにも、ケアマネがニーズに気づかなければ行えない。必要性を認識するために、今回の改定では丁寧に説明している。また、介護職の気づきだけでなく、主治医からの指示も必要だと考える。トップダウンと医療職からの提案の両方が必要である。

<石井氏>

管理栄養士の情報の提供度合いで加算が変わる。口腔ケアに関しては歯科との連携も必要であり、そちらも情報を提供するべきであると示されている。専門職は少ないが、少ないながらできることを探していくべきである。

<中村氏>

介護連携における協力医療機関が従来とは別の役割を果たすようになると、これまで開業医の方々が担っていた既存の施設の嘱託医との関係性が気になる。

<榊原氏>

嘱託医と協力医療機関とのコミュニケーションが必要である。嘱託医にもよると思うが、協力医療機関側の医師と情報を共有することでうまく連携でき、役割として分担ができると考える。

無料低額診療事業との連携

<杉木氏>

榊原氏のニーズの聞き取りシートの件について。

て。われわれが行っている無料低額診療事業においても、生活状態を聞き取る等同様のことを行っている。ケアマネと連携がとれば、支援が必要な方々に手が届きやすくなると考える。無料低額診療事業と連携をしたことがあるか。

<榊原氏>

無料低額診療事業の存在を知らなかったため、連携はしたことがない。生活困窮について表面的な解決では意味がなく、性急にも行えない。そのような方に無料低額診療事業について、介護側からも周知を広めたいと思う。

介護においては、ニーズの抽出や目標設定が難しく、意思決定がそもそもできないため、提供すべきものの出発点がわからない。それにより、事業運営に支障をきたす事業所が増え、国が求める機能とのズレも生じている。

意思決定を行えない場合には、アセスメントをすることでニーズが割り出せるため使用してほしい。

<杉木氏>

介護が必要な高齢者となると年金収入が少ない場合もある。支払い大変になることも考えられるため、無料低額診療事業を頼ってほしい。

<中村氏>

今回のセミナーは、全国医療協ならではの医療・介護両方の側面からの話を伺えるようなものとした。お互いの領域の現状や考え方に気づかなければ地域医療は行えないということがわかったかと思う。連携はお互いを知ることから始まるため、積極的に顔の見える連携を推し進めていきたい。



無料低額診療事業の基本

特定非営利活動法人東京YWCA
ヒューマンサービスサポートセンター
理事長 田島 誠一 氏

■福祉医療事業と 現代の生活課題

福祉医療事業は明治初期の、国の制度ができる前から社会保障を展開していた。社会から排斥されていた人々を支え、癒し、ともに暮らしていた先達がルーツとなっている。

福祉医療施設は全国に1,400施設あるが、これは病院全体の10%にすぎない。また、都道府県によっては病院がない場合もあり、福祉医療施設は住民の生活圏のすぐ近くに存在できていないことがわかる。

無低診対象者における院内調剤ができない場合の費用負担が大きくなっているという問題が浮き彫りになりつつある。

生活困窮は加速しており、ひとり親家庭の相対的貧困率はOECD内で最低、またホームレスの人数においては減少傾向にあるとの調査結果があるが、ネットカフェ難民の数は増加しているため根本的な解決ができているとは言い難い状態である。

■福祉医療事業の意義や 目指す方向性

地域住民の福祉の根底には、健康のため医療にかかれるという安心感や信頼が置かれていなければならない。福祉医療施設の存在意義は、

経済困窮によって受療機会の危機に陥る現在の社会状況に立ち向かううえで大きくなっている。

無料低額診療事業は、運営補助金や措置費等国からの補助金を得ずに行っている事業である。固定資産税の免除はあるが、減免の原資は施設の持ち出しであるため、経営に影響をおよぼす場合も多い。

病院の経営状況はたしかに厳しいものである。しかし、保険診療機関は診療費を基本的には減免できない。福祉医療施設だけが保険診療における自己負担を減免でき、地域の福祉を支えるうえでそれはアドバンテージといえる。

無料低額診療事業の周知についてはあいかわらず重要性が高い。SNSの活用や社協の窓口到医院のパンフレットを置く等、事業を必要としている人に触れる率が高いところに情報を提供しておくべきである。待つ「出前」診療ではなく、生活課題を発見して声をかけ、福祉の存在を伝えるアウトリーチをしていくことが必要である。



田島 誠一 氏