

# 重要性を認識しつつも進まない連携 いまこそ本気で推進を

## 在宅支援を担う地域の中核施設として 外部医師との連携は必須

2017年に介護保険法改正を含む「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が公布され、介護保険法における老健施設の定義に“在宅支援”がはっきりと記されて早4年が経つ。公布翌年の2018年度介護報酬改定では、在宅復帰・在宅支援に向けた取り組みが色濃い施設を報酬上の最上位に据え、老健施設の5類型分けがなされた。さらに2021年度改定では、その方向性がより明確に強調された。いまや、在宅復帰とその後の在宅支援は完全にセットで考えねばならず、施設のなかだけでそのサービスを完結させることなく、もっと地域にも出ていくべし、との考え方が主流となってきている。当然だが、在宅へ戻して「はい、さようなら」ではない。

また、2025年を一定の目途に構築が進められてきた地域包括ケアシステムにおいても、早くから、老健施設は地域の医療・介護をつなぐ中核施設であると自任している。そうであるなら、老健施設の管理医師には、地域の急性期病院をはじめとする中核病院や周辺の診療所の開業医との連携が求められるのは当然の帰結だろう。

実際、制度的にも、2018年度介護報酬改定では「かかりつけ医連携薬剤調整加算<sup>\*1</sup>」が、2021年度介護報酬改定では「総合医学管理加算<sup>\*2</sup>」が新設され、介護報酬上のインセンティブも付き、老健施設の管理医師とかかりつけ医との連携推進を後押しする流れが近年顕著にみられるようになっている。

## 加算算定率は伸び悩み いまだ進まないかかりつけ医との連携

しかしながら、「総合医学管理加算」は、まだ創

設間もなく定着していないのは致し方ないとしても、創設後3年経った「かかりつけ医連携薬剤調整加算」すら、なかなか算定が進んでいないのが現状である。

厚生労働省の介護給付費実態統計を見ても、直後から算定率は1桁のパーセンテージで、伸び悩んでいる。その理由として、厚労省の「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」でのアンケート結果では、老健施設の6割が「入所前の医療機関の主治の医師との合意形成が困難」と回答している。

本特集では、そんな老健施設の管理医師とかかりつけ医との連携に焦点を当て、いま一度重要性を喚起するものである。

いまだ連携が進まない要因はなんなのか。何が障壁となっているのか、そこを打破し推進するためには、どのような働きかけが有効なのか。管理医師のみならず、各職種にも改めて考えていただきたい。

### ※1：「かかりつけ医連携薬剤調整加算」

老健施設の医師と在宅のかかりつけ医が連携し、医薬品の適正使用の推進と多剤投与を見直す観点から、利用者の服用薬剤を減らす取り組みを行うことを評価する加算。2018年度改定で新設され、2021年度改定では、評価区分が見直され、(I)・(II)・(III)に細分化された。連携への評価は(I)で、(II)はIを算定した上で、LIFEへのデータ提出とフィードバックを活用していること。また、(III)はIIを算定した上で、退所時に減薬の条件が達成されていること。

### ※2：「総合医学管理加算」

老健施設の短期入所療養介護において、治療管理を目的とし、方針を定め、投薬・検査・注射・処置等の医療行為を行い、診療録に記載すること。また、**かかりつけ医**に対し、利用者の同意を得て必要な情報提供を行うこと。