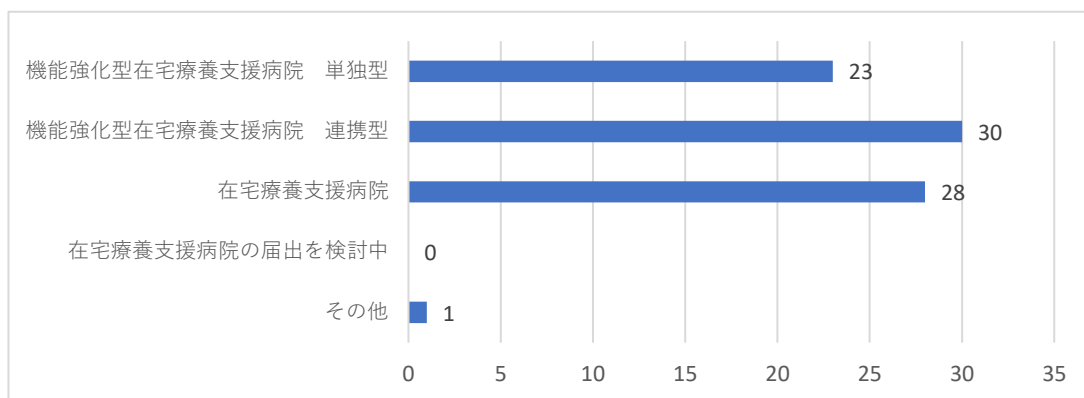


日本在宅療養支援病院連絡協議会

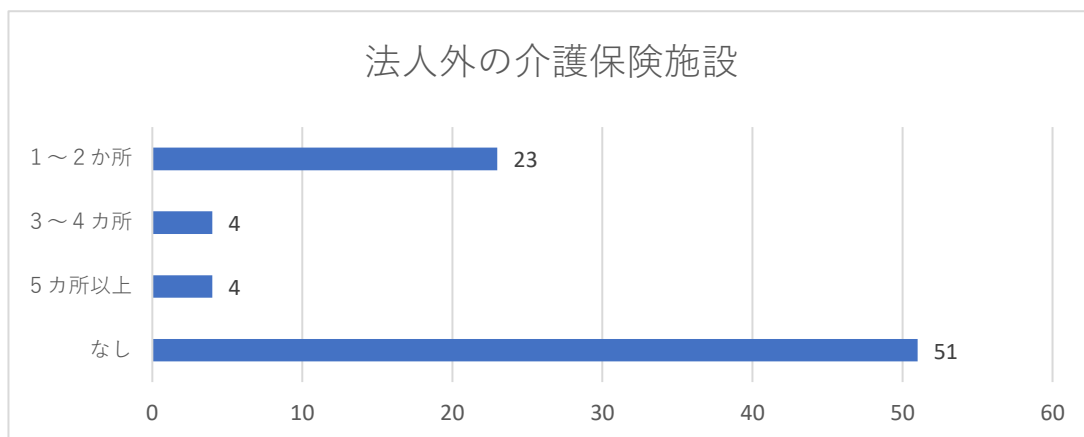
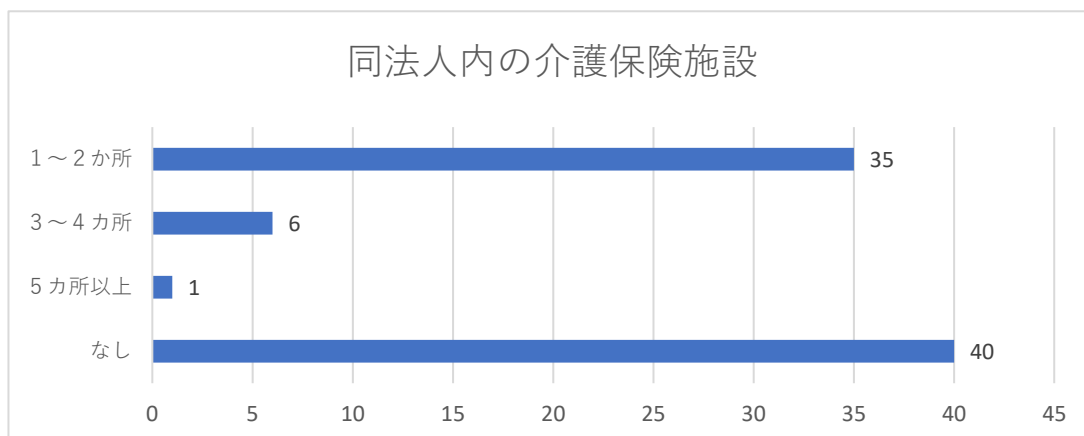
介護施設の「協力医療機関」に関する会員向けアンケート調査

配布数：146 回答数82 回答率56.1%

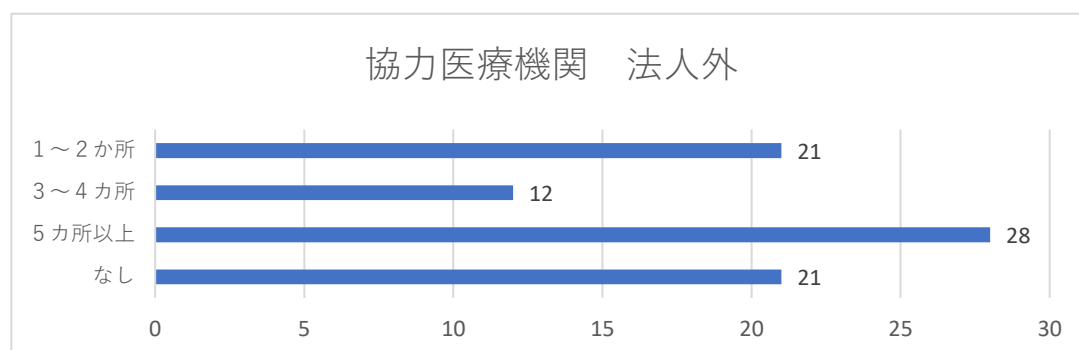
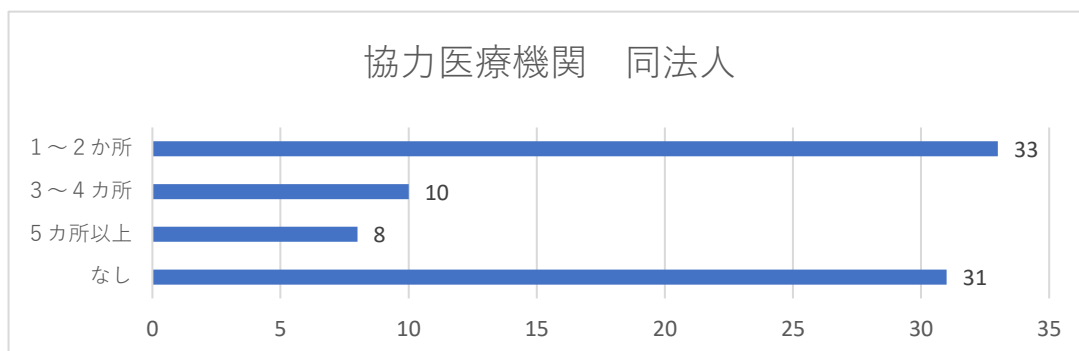
設問 1、貴院の在宅療養支援病院の届出についてお答えください



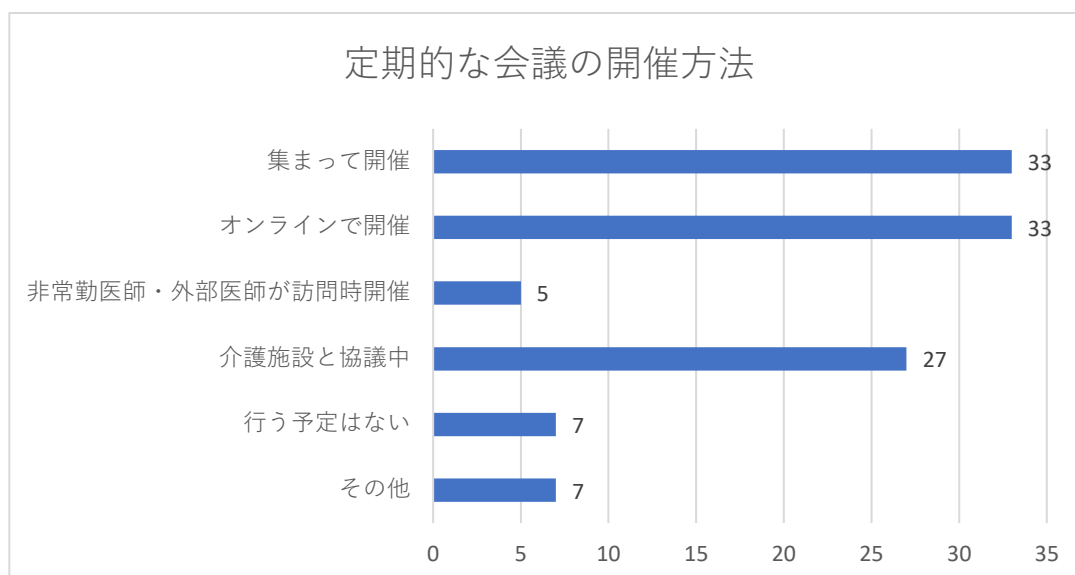
設問 2、現在、配置医師を貴院から出している介護保険施設数をお答えください。



設問3、現在、協力医療機関として契約を締結している介護施設数をお答えください。



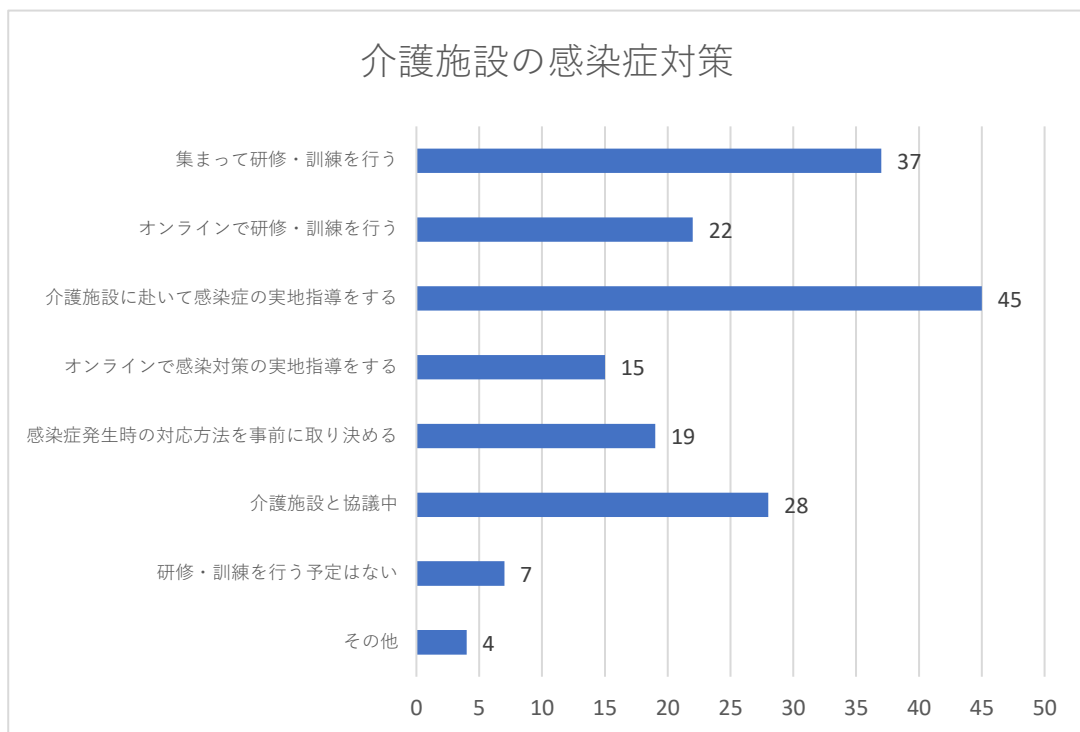
設問4、協力医療機関と介護施設で行う定期的な会議はどのように行っていますか。もしくはこれから行う場合、どのように行う予定ですか。 ※複数回答可



設問4 その他

- ・特定の施設（打診があった1施設）とは、オンラインで実施している。他の施設では検討中。
- ・定例的な会議は行っていないが、必要に応じて情報交換をしている。
- ・今回の介護報酬改定前から協力医医療機関として締結しているところが5か所。今年の改定対応で現時点で申し出がある施設は2か所。いずれの施設も訪問診療を実施しているため「定例的な会議」は訪問診療時に行えないか調整中。
- ・chatworkを活用し情報共有をしている。ZOOMを活用することや定例的な会議は、施設訪問診療の際、医師含め、病院外来看護師が同伴して参加している。
- ・SNSを活用し、情報共有を図る。
- ・定例の法人内MSW会議を活用予定
- ・制度整備がなされて間もないため、協力先介護施設と協定書締結、中身については協議している。
- ・同法人内の介護施設においては、訪問診療医と介護施設の職員が集まって定例的な会議を積極的に実施している。

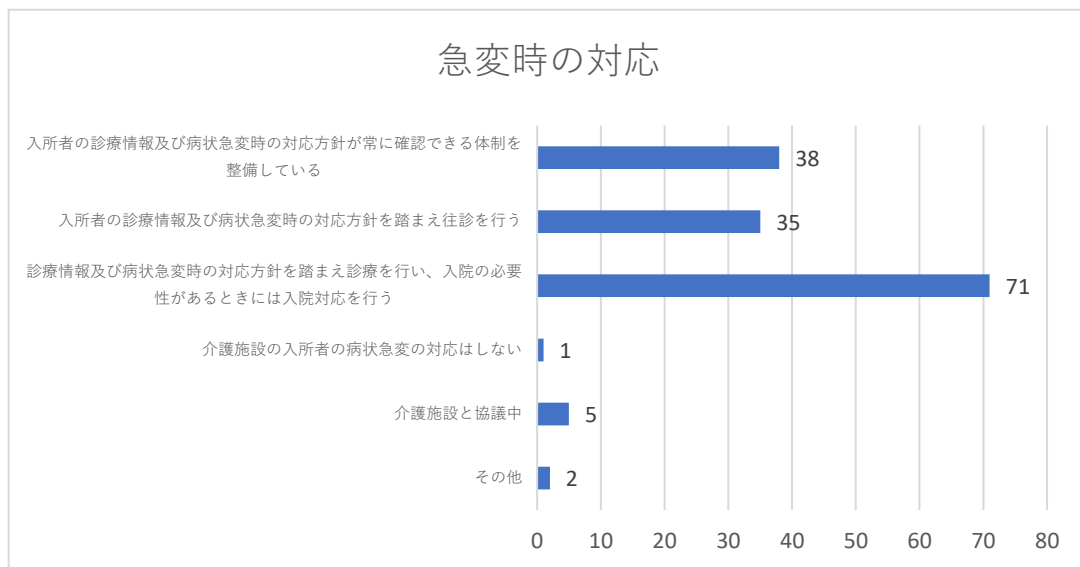
設問5、協力医療機関と介護施設の連携で行う感染症対策はどのように行っていますか。もしくはこれから行う場合、どのように行う予定ですか。 ※複数回答可



設問5 その他

- ・既にBCP対策として双方で周到的な準備と対策を行っている。クラスターの場合は、医療機関のスタッフの支援部隊（看護師）が介入している。
- ・地域の医師会との合同研修
- ・現時点では、当院の感染対策防止委員会を中心として感染リンクナースも協力する中で、感染症が流行する前に実地指導ができないか検討中。発生時のゾーニング、感染防御具の着脱など、法人内の「感染対策向上加算1」取得の医療機関から、指導内容など情報提供していただきながら検討している。
- ・認定看護師が時々、東京都の要請で施設に出向いて指導することがある。完全に持ち出し。

設問 6、介護施設の入所者が病状急変時の対応はどのようにしていますか。もしくはこれから行う場合、どのように行う予定ですか。 ※複数回答可



設問 6 その他

- ・地域の全ての施設には、ベットが空いている限り、要請順に救急受け入れをする。一部の契約している施設に偏らないよう公平に対応すると伝えている。施設からの入院は全体の30%ぐらい。入退院支援加算の施設25はクリアーしている。
- ・夜間オンコール医師複数を雇用し、ファーストコールは当番医師と看護師が対応し、適宜、夜間オンコール医師（非常勤）へ診療要請をして、臨時訪問診療、救急搬送、お看取りを実施している。
- ・介護施設から高度急性期病院に救急で受診したが、入院の必要がないとの判断になり、帰宅の方針となった場合に介護施設で対応困難なケースは、その時点で入院を受け入れている。
- ・相互の定期的な職員向けの勉強会が必要と考えている。
- ・契約している施設がないため、実施してない。

設問7、その他、介護施設との連携についてご意見がありましたらお答えください。

- ・医療と介護の温度差を感じる場面が多々あり、医療はエビデンスに基づく対応、介護は哲学に基づく対応、患者・利用者の見解の相違を感じる。共通パスを活用し、パスに記載した項目について、目的と意味を確認しないと病状急変時の状況で困惑する。
- ・施設と病院が情報共有するICT活用は難しい。コスト面や既存のシステムとのダブルスタンダードが現場における大きな弊害となる。
- ・月1回会議実施におけるマンパワーと手間が現実的でない。配置医師における会議は通常の診察があるため、その頻度が妥当なのかという疑問有。
- ・今回の2024年6月改定では、3か月で2100回を超える訪問診療を行っている医療機関に対して、特に、施医総管の低減性に加えて1-4の要件が課され、さらに60%減算されるという根拠なき「在宅」の場として捉えられている多くの介護付き有料ホーム、住宅型有料ホーム、サ高住等について「医療資源投入量や費用対効果を主眼とした改定」であったはずであるがデータ提出要件の結果も検証されない状況で1-4の要件が課せられることは、今後の特養や老健の入居者数を超過している上述した施設群の入居者への医療サービスは瓦解することになると予見している。すでに都内では撤退が相次いでいることを踏まえ、経過措置として、次年度中医協でさらなる協議をして頂くことが重要であると考える。
- ・急変時に往診が困難な場合がある
- ・今回の改正を受け、近隣の介護施設にあらためて状況を問い合わせると施設開設時から契約している協力医療機関（在宅療養支援病院・診療所ではない）があるため、新たな連携（契約）は考えていないとの発言が多く聞かれた。これまでも、協力医療機関として契約していない施設から入院要請はあり、コロナ禍においても近隣施設の受け入れを行ってたが現状は上記の通りです。指定基準のための協医療機関であり、機能的な連携に対して介護施設の認識は低いのが地域の現状である。
- ・全ての介護施設との連携は、通常診療もあり困難な状態であるのが現状である。
- ・日常的には外来診療に来院すること、病状相談、入院対応も含め相談できる体制は確立されており、今後、早期入院・受診などの対応については検討の余地があると考えている。地域連携室・入退院支援室と施設側で双方の訪問活動も行う中で調整したいと考えている。
- ・入院治療後、医療依存度が高くなった患者をどこまで施設が対応できるかについてこれまでは、病院は施設に対して「治療が終わった」と言うのみ、施設は病院に対して「施設は対応の限界」と言うのみで、お互いの溝を埋める具体的な行動が少なかった。そのため施設の受け入れが難しいとされた患者については、すぐに療養型病院への方針転換という対応になっている現状がある。地域完結の地域包括ケアシステムを推進するためには、例えば、病院側がただ退院させるだけでなく、施設療養に必要な処置や対応方法を医療の視点から伝達するための研修をする、施設は医療処置対応を要する利用者の受け入れを積極的にトライする、など、双方の交流を密にして、地域で看護・介護ができるための努力が必要になると考える。
- ・必要な連携と理解はしておりますし、実際にカンファレンスを開催してみても普段話せなかったような内容も意見交換が行えて有意義ではあります。しかし、カンファレンスに要する手間や時間を考えると介護報酬に比べて診療報酬上のメリットが少ないような印象があります。
- ・法人内かつ併設型施設の場合の対応について、情報が不足している。法人外施設の場合、会議等を行うのが容易ではない。
- ・連携に関して介護報酬側には加算がついたが、医療機関側の報酬加算がIT連携以外はつかないのは片手落ちではないか。
- ・普段より関りの多い介護施設とは、日頃よりメディカルケアステーションを通し情報共有を行いながら連携を図っている。
- ・感染症対策の連携について医師会等の団体で研修、訓練の参加が望ましいと考える。