

【テーマ４】関係者・関係機関の調整・連携

1 現状

(1) 総論

- 医療保険においては、厚生労働大臣の指定を受け、保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションが、医療サービスを提供している。
- 介護保険においては、多様な居宅サービスや施設サービスが設定されており、サービス事業者・施設は、原則としてサービスの種類・事業所ごとに都道府県知事等の指定を受け、介護サービスを提供している。
- 特に高齢者については、医療を受けながら、介護保険の複数のサービスを利用していることから、医療・介護の関係者・関係機関間の情報提供・共有、相互の理解といった連携が重要となっている。

(2) 医療機関と居宅介護支援事業者等との連携

- 医療保険においては、退院支援や関係者・関係機関の連携の観点から、例えば、保険医療機関の次のようなサービスについて評価を行うとともに、必要な書面の様式等を定めているものもある。
 - ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう、入院早期から退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援を実施すること（退院支援加算）
 - ・ 退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられ、本人もそれを望んでいる患者が、退院後により適切なサービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と連携し、退院後のケアプラン作成につなげること（介護支援連携指導料）
 - ・ 患者の同意を得て、居宅介護支援事業者、介護老人保健施設等に診療情報を提供すること（診療情報提供料（I））
 - ・ 入院中の患者に対し、保険医療機関が、その同意を得て、退院後の在宅療養を担う保険医療機関や保険薬局、訪問看護ステーション、介護支援専門員等とともに在宅での療養上必要な説明及び指導を行うこと（退院時共同指導料）

- 介護保険においては、入退院時や在宅療養時における介護支援専門員と医療機関等の関係機関・関係者の連携の観点から、居宅介護支援において次のようなサービスについて評価を行っている。
 - ・ 介護サービス利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、病院又は診療所の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の情報を提供すること（入院時情報連携加算）
 - ・ 病院又は診療所に入院していた者が退院するにあたって、入院担当医との会議（カンファレンス）等を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成すること（退院・退所加算）
 - ・ 病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行うこと（緊急時等居宅カンファレンス加算）。
- 関係者・関係機関においては、診療報酬・介護報酬に位置付けられていなくとも、必要に応じて、各々の方法で調整・連携し、情報提供・情報共有を行っている。

(3) 歯科医療機関と介護施設との連携

- 口腔疾患と全身疾患の関連については、重度の歯周病が糖尿病のリスクファクターとなることや、歯科医療専門職の介入による口腔衛生管理が要介護被保険者等の誤嚥性肺炎の発症を低下させることが報告されている。
- 介護施設等の入所者への歯科医療については、医療保険により評価されており、歯科医療機関の約2割が在宅医療サービス（介護施設等への歯科訪問診療を含む）を提供している。特に施設への訪問診療は年々増加しており、歯科訪問診療料を算定している医療機関の約半数が、1日に複数の同一建物居住者に対して行った歯科訪問診療を評価する歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を算定している。また、歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づく歯科衛生士等による療養上必要な指導を評価している訪問歯科衛生指導料についても近年増加傾向にある。
- 介護保険施設においては約9割で協力歯科医療機関を定めているが、歯科医療機関と介護保険施設との連携内容は、歯科訪問診療の実施が主となっている。

- 歯科医師、歯科衛生士と連携した介護保険施設の口腔衛生管理に対する介護報酬については、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員への助言指導等を評価する口腔衛生管理体制加算の算定が約半数、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による口腔ケアを評価する口腔衛生管理加算が1割弱の算定となっている。

(4) 居宅介護支援事業者と医療関係職種との連携

- 介護支援専門員はケアプランの作成に当たって、利用者、家族、居宅サービス（医療サービスを含む。）等の担当者を招集してサービス担当者会議を開催し、担当者から専門的な見地からの意見を求めることとされている。
- 利用者が訪問看護や通所リハビリテーション等の医療サービスを希望しているなど必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めなければならないこととなっている。また、在宅における薬学管理については、医師が必要と認めた場合に、医師の指示に基づき、薬局・薬剤師が行うこととされている。

2 主な課題

- ケアプランの作成・変更に当たって、医療職と介護支援専門員との間の連携・理解が不足している場合があるため、特に末期の悪性腫瘍等の患者へのサービス提供に際して、患者の状態に応じた真に必要なサービスが迅速に提供されていない場合があるとの指摘がある。
- 入退院時における居宅介護支援事業者と医療機関との連携について、事業者側からカンファレンスの開催を求めるなどの取組が見られる一方、医療機関の都合に合わせた訪問調整や、情報提供を行う機会の確保に困難を感じる事業者が多い。
- 各医療・介護職種は、それぞれが患者・利用者に関してどのような情報等を求めているかを共有できていないことや、日々の業務で忙しく、一堂に会することが難しいこともあり、服薬状況や口腔ケアマネジメント等に関する情報を含め、相互に必要な情報が円滑に共有されない場合があるとの指摘がある。

3 検討の視点

- 患者・利用者に対して、その病状や介護の状態に応じて、真に必要な医療や介護サービスを適時適切に提供する観点から、医療・介護の関係者・関係機関間の円滑な情報提供・共有、相互の理解といった連携の在り方について、どのように考えるか。