

介護支援専門員実務研修3日目

第10章

ケアマネジメントに必要な
医療との連携及び
多職種協働の意義

P629～

目的

P629

医療との連携や多職種協働の意義を踏まえ、具体的な連携の場面で必要となる基本的な知識や連携の手法を修得する。

平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

平成30年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤

1. 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

歯科

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

調剤

1. 薬局における対人業務の評価の充実

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し

修得目標 P631

- ①医療との連携の意義と目的について説明できる。
- ②医療機関や医療職からの情報収集及び提供の方法及び内容について説明できる。
- ③地域の在宅医療・介護の連携を促進する仕組みについて説明できる。
- ④多職種協働の意義について説明できる。
- ⑤多職種間で情報を共有することの重要性について説明できる。
- ⑥多職種協働において個人情報を取り扱う上で利用者とその家族の同意の必要性について説明できる。

10章のポイント

- 介護と医療、予防の一体的な提供の必要性を理解する
- 多職種協働の意義を理解する
- 介護支援専門員に求められる役割を知る
- 個人情報取り扱い

第1節 医療との連携の意義と目的

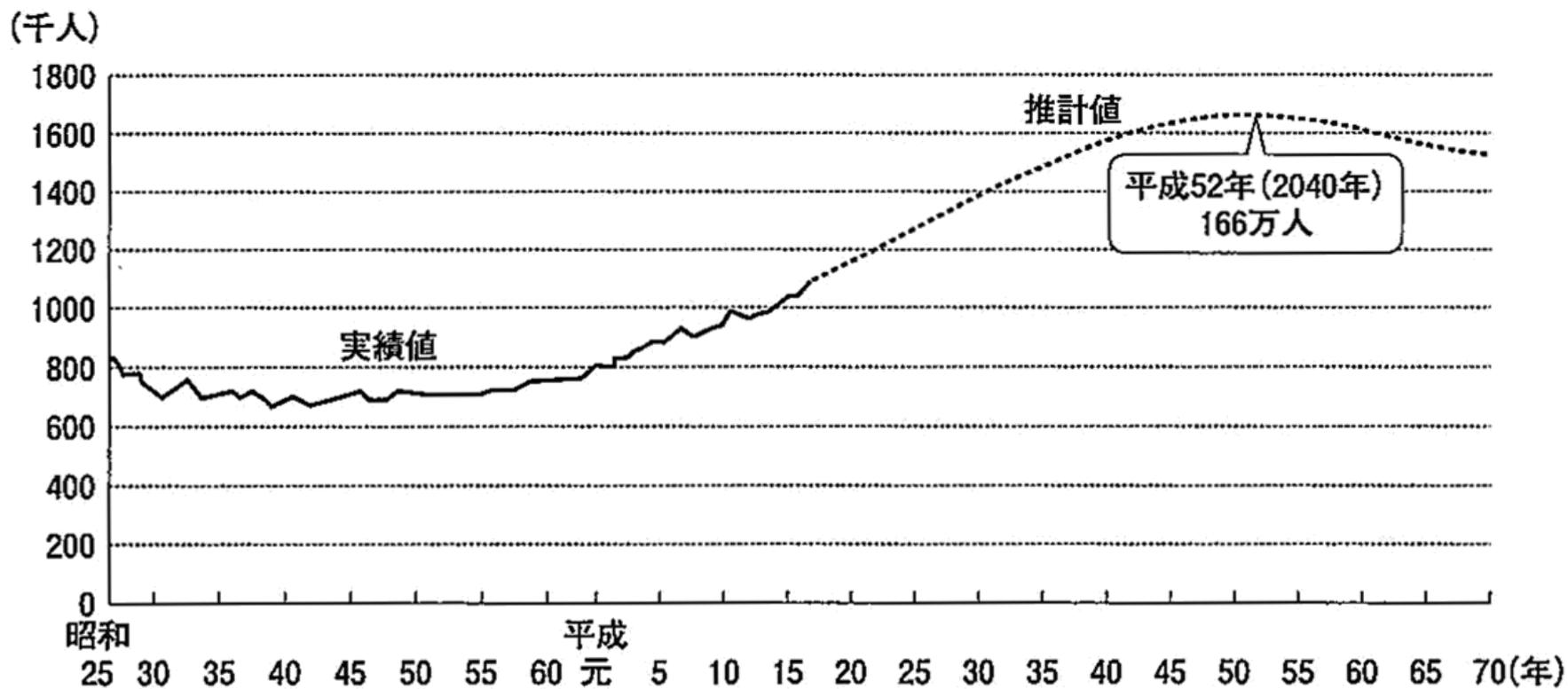
1 高齢化の進行に伴う社会背景の進化

P632

(1) 医療との連携が不可欠

(2) 高齢・多死社会に向けて

図10-1-2 死亡数の年次推移



資料：平成26年まで「人口動態統計」厚生労働省大臣官房統計情報部、平成27年以降「日本の将来推計人口（平成24年1月推計、出生中位・死亡中位）」国立社会保障・人口問題研究所

第1節 医療との連携の意義と目的

2 医療専門職にとっての医療介護連携の意義

(1) 生活状況把握の難しさ

P633

→

生活情報を伝える

(2) 生活の変化に気づく介護職

→

本人・家族・環境などの変化を把握する

(3) 介護支援専門員が情報を継続的に収集する

→

利用者の生活変化のモニタリング機能

(4) 利用者・家族が医療専門職に言いづらいとき

→

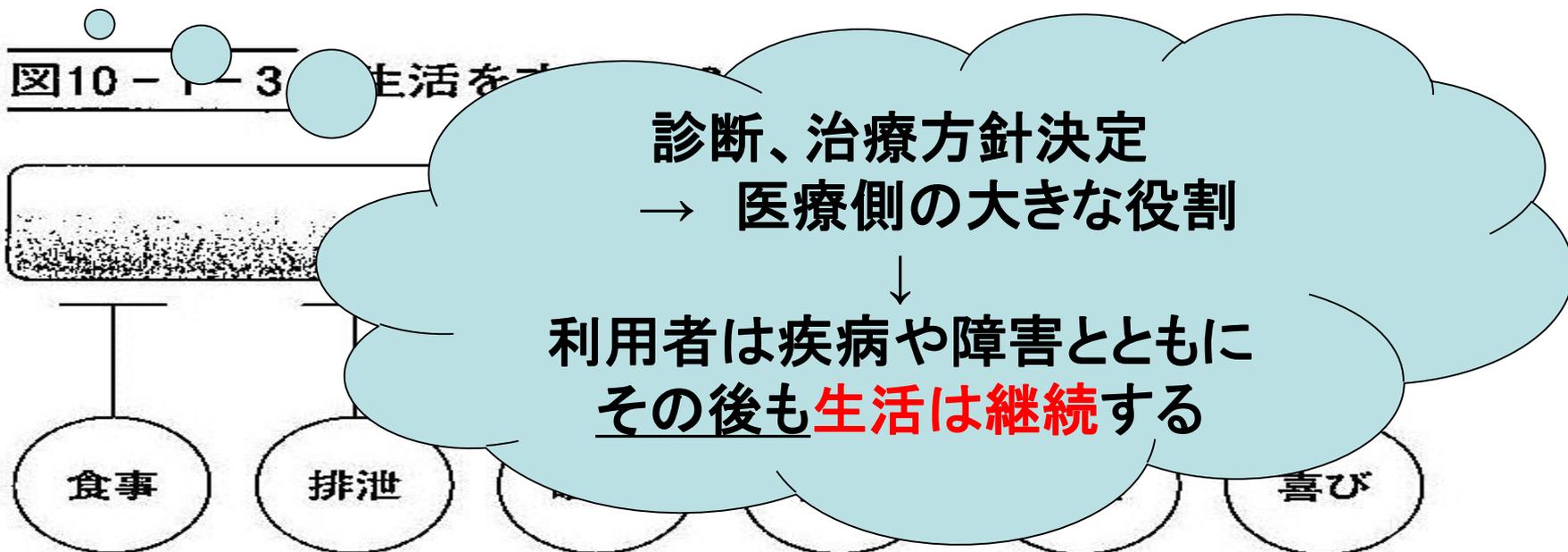
代弁機能・自己決定のプロセス、支援

第1節 医療との連携の意義と目的

3 介護職にとっての医療介護連携の意義

P634

(1) 生活を支える六つの視点に着目する



第1節 医療との連携の意義と目的

3 介護職にとっての医療介護連携の意義

(2) 医師は生活への影響も含め判断 P635

医療介護連携において**医療が果たすべき重要な役割**

→今後の**経過を予測し利用者、家族に示す。**

生活上の留意点・今後の経過・期待されるリハ

ビリテーションの**効果・予測される変化やリスク**

など⇒**どのような生活を送れば良いか**が分る。

第1節 医療との連携の意義と目的

3 介護職にとっての医療介護連携の意義

(3) 状況に即した介護の提供 P635

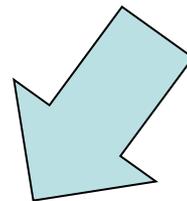
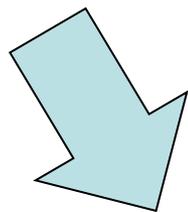
- ・ 医療的判断をケアプランへ反映させる
- ・ 医療情報を介護職へ伝える
- ・ ケアの方向性を定め、状況に即したケアを提供できる

第1節 医療との連携の意義と目的

4 介護・医療・予防の一体的な提供 P635

居宅介護サービス

医療専門サービス



統一された方針に基づいて一体的に提供されることにより、その医療や介護の質、そして効率性の向上が期待されます。

第2節 ケアマネジメントの場面ごとに 必要となる医療との連携の概要

1 平時 P636

(1) 医療機関との連携促進

平時から主治医への情報提供、医療系サービス導入時に主治医の意見を求める、主治医へケアプラン交付の義務付け

運営基準第13条第19号の2

(2) 必要な情報の提供

必要な情報を医師等へ情報提供する

運営基準第13条第13号

(3) 予約入院に際しての注意

運営基準第4条第3項

訪問介護

口腔、服薬状況(サ責～)
提供時間の乖離



リハマネ
訪問リハ、通リハ



情報提供

会議への参加

入院時のケアマネ情報
カンファレンスの参加



日常からの連携

口腔の情報



居宅療養情報

情報が集まる！！

在宅介護
ケアマネ



通所介護・療養通所・認
知症通所・通リハ・小多機
(栄養スクリーニング)



福祉用具
個別サービス計画
の交付 義務化

参考
(2) 必要な
情報の提供

末期の支援での連携



情報を判断し、必要な所へ
情報提供・連携する！！

在宅療養情報



ターミナルケア



服薬管理等チェック、連携シート

(岡山県薬剤師会・岡山県介護支援専門員協会共同シート)
サービス事業所⇒ケアマネジャー⇒薬剤師

【サービス事業者等記入欄】 以下は変化があった、変化を感じたときのみ記入して情報提供してください。
変化がない場合には定期的な報告は行いません。

報告者氏名		確認日	平成	年	月	日
事業所名		TEL		FAX		

利用者氏名		※以下の項目で変化のあった項目があれば☑をしてください。	
服薬状況について	<input type="checkbox"/> 1週間服薬ができていない	<input type="checkbox"/> 飲んでいない薬がある	<input type="checkbox"/> 使っていない薬がある
	<input type="checkbox"/> 飲み忘れることが多い(朝・昼・夕・食間・その他)		
	<input type="checkbox"/> 残っているのに新たに薬をもらっている	<input type="checkbox"/> 薬が足りなくなっている	
	<input type="checkbox"/> 口の中に残る	<input type="checkbox"/> 飲み込めない	<input type="checkbox"/> つぶして飲んでいる
	<input type="checkbox"/> 他科からの薬がある(眼科・皮膚科・整形外科・その他)		
	<input type="checkbox"/> 一般薬・サプリメントを飲んでいる(具体的に)		
	<input type="checkbox"/> その他(
食事について	<input type="checkbox"/> 食欲がない		
	<input type="checkbox"/> 味がわからない		
	<input type="checkbox"/> 口が乾く		
	<input type="checkbox"/> その他(
排泄について	<input type="checkbox"/> 尿の回数が多い		
	<input type="checkbox"/> 尿の量が多い		
	<input type="checkbox"/> 尿の回数・量が少ない		
	<input type="checkbox"/> 尿漏れがある		
	<input type="checkbox"/> 下痢が続いている		
	<input type="checkbox"/> 便秘している		
	<input type="checkbox"/> その他(
皮膚状態について	<input type="checkbox"/> 湿疹が出ている		
	<input type="checkbox"/> かぶれがある		
	<input type="checkbox"/> 赤くなっているところがある		
	<input type="checkbox"/> 傷が治らないところがある		
	<input type="checkbox"/> その他(
運動機能について	<input type="checkbox"/> ふらつき・転倒がひどい		
	<input type="checkbox"/> ふるえがひどい		
	<input type="checkbox"/> 力がはいらぬ		
	<input type="checkbox"/> 足が出にくい		
	<input type="checkbox"/> その他(
精神状況について	<input type="checkbox"/> 眠れない		
	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴・妄想がある		
	<input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった		
	<input type="checkbox"/> 日中うとうとしている		
	<input type="checkbox"/> ポーっとしていることが多い		
	<input type="checkbox"/> 元気がない		
	<input type="checkbox"/> その他(
その他			

【ケアマネジャー記入欄】

ケアマネジャー氏名	
事業所名	
TEL	
FAX	

【コメント】

コメント	
------	--

参考

(2) 必要な
情報の提供

歯科・口腔に関するチェック、連携シート

(岡山県歯科医師会・岡山県介護支援専門員協会共同シート)

サービス事業所⇒ケアマネジャー⇒歯科医師

【サービス事業者等記入欄】

報告者氏名		確認日	平成	年	月	日
事業所名		TEL		FAX		

利用者氏名		※以下の項目で該当する項目があれば☑をしてください。			
①歯について	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 歯が抜けた <input type="checkbox"/> グラグラする <input type="checkbox"/> 欠けている <input type="checkbox"/> かぶせ、詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 噛めない <input type="checkbox"/> その他()				
②歯ぐきについて	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> その他()				
③義歯について	<input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> 外れやすい <input type="checkbox"/> 壊れている <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> その他()				
④飲み込みについて	<input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 食事に時間がかかる <input type="checkbox"/> その他()				
⑤口臭について	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> その他()				
⑥口の渇きについて	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> その他()				
⑦口内炎について	<input type="checkbox"/> よくなる <input type="checkbox"/> 治らない <input type="checkbox"/> その他()				
⑧腫れものについて	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> その他()				
⑨発音について	<input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> その他()				
⑩その他					

【ケアマネジャー記入欄】

ケアマネジャー氏名	
事業所名	TEL FAX

【コメント】

参考

(2)必要な情報の提供

第2節 ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

2 急病時

P637

- (1) 居宅サービス計画変更の検討
- (2) 緊急時カンファレンスの開催

P659参照

- (3) 主治医の医療機関を訪問

第2節 ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

3 急変時

P638

(1) 緊急連絡先をあらかじめ確認

- ・家族、親族の連絡先
- ・主治医、訪問看護、薬局など医療機関
- ・在宅療養支援診療所、24時間対応体制加算など算定の訪問看護ステーション
- ・**救急搬送は医師・利用者家族が協議し決定する**

リロケーションダメージ・療養環境が変わることそのものが大きなリスクとなる。

第2節 ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

(2) 入院を回避できる状況を整える P638

入院により弊害も・・・

環境を変えることなく緊急事態に対応することで、利用者の混乱など二次的なトラブル発生を予防できる ⇒早い時期から検討する

第2節 ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

4 入院・入所時 P639

(1) 利用者・家族の意向や希望を伝える

→ 生活情報、介護サービス利用状況
など情報を、病院職員へ提供する

(2) 退院・退所時の情報収集を開始する

→ 入院した時から退院支援を開始する

【参考】

入院時情報連携加算の様式例

入院時情報提供書（ケアマネジャー 医療機関）

※ケアプラン1頁・2頁・3頁/要項欄のチェックシート/お返事欄（いずれもコピー）/住環境に関する写真などを添付

病院 担当者：（記入日： 年 月 / 入院日： 年 月 日）

利用者（患者）/要項欄の欄に基づき、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用下さい。

担当ケアマネジャー名 (フリガナ)	電話番号
署名介護支援事業所名	FAX番号

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、連絡をお願いします
- ・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします

・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

1. 利用者（患者）基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
住所	電話番号	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
住環境 (※可能な限り、 「床、畳」などを添付)	・住まいに関する特記事項 ()				
入院時の要介護	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
認知症診断の有無 (日常生活自立度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
障害者診断の有無 (日常生活自立度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
介護保険の 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明 障害など認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()				

2. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居	キーパーソン (連絡先)	氏名 (続柄/年齢) ()
主介護者(年齢)	(才)		()

3. 本人/家族の意向について

本人の性格/ 趣味・関心領域など	
本人の生活歴	
入院前の 本人の意向	
入院前の 家族の意向 (特に生活について)	

4. 今後の生活計画について (ケアマネとしての提案)

在宅生活に 必要な要件	
家族の介護力*	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項 (※任意で添付可)	

5. カンファレンスについて (ケアマネからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 具体的な要望 ()

平成28年度老人保健医療連携推進事業（株式会社 日本老年学協会総合研究所）

「入院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業」

6. 身体・生活機能の状況/日常生活上の用具について

身体機能の状況	なし	軽度	中度	重度	補償の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作 自立 見守り 一部介助 全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助	
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	
食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
食事内容	食事回数	朝: 時頃 昼: 時頃 夜: 時頃			食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 飲みみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分制限		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	UDF等の食形態区分	
	口腔清潔	良好	不良	著しく不良	嚥音	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
睡眠の状況	良	不良	服用の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	睡眠時間	時間/日
喫煙量	本くらいい日あたり			飲酒量	合くらいい日あたり	
コミュニケーション能力	聴力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	視力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	言語理解	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:	

精神面における 生活上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()
疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 慢性腰痛 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()
入院歴*	最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明 入院頻度 <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて
医療処置*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 呼吸吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()

7. お薬について (※お薬手帳のコピー)を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	外用薬/注射薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 担当者による管理 (・管理者:)	管理方法:	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない		
お薬に関する、特記事項			

8. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	電話番号
医師名 (フリガナ)	診療方法 ・頻度 ・頻度= () 回 / 月・週 (記入日: 年 月 日 現在の状況)

第2節 ケアマネジメントの場面ごと に必要となる医療との連携の概要

退院前カンファレンス 下巻P65
第15－①章ケアマネジメントの展開
基礎理解
第4節 4退院前カンファレンス

5 退院・退所時 P639

(1) 退院後の居宅サービス計画の原案を作成

MSW、退院調整看護師、医師などから情報
収集し、ケアプラン作成する

(2) 利用者の状態や意向の把握に努める

心身の状況変化 → 診断・治療方針の情報

収集 → ケアプランの再構築

第2節 ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

6 家族の休息が必要となったとき P642

(1) レスパイトの役割

→通所介護・ショートステイ

(2) 後方支援病院や有床診療所等の活用

→医療依存度が高く介護施設での対応が困難な場合、主治医判断のもと短期入院の検討する方法も・・

医療機関と連携し家族の休息を確保する

【参考】「在宅療養後方支援病院」

「かかりつけ医」の先生方が在宅での療養治療を行っている患者さんの病状が急変したり、緊急入院が必要になった場合に、事前に届け出を提出した病院に円滑に入院することができ、患者さんの意向を踏まえた医療を継続することができる支援病院を意味します。

急変時における医師の紹介状や連絡を省略して、事前に希望した病院によりスムーズに入院できるので、患者さんの緊急時の対応として、「かかりつけ医」の先生方の在宅医療を制度的にバックアップできるシステムです。

第2節 ケアマネジメントの場面ごと に必要となる医療との連携の概要

7 終末期

P642

(1) 医療的ケアと介護の必要性の変化について把握

利用者・家族が分かりやすい病状説明に配慮

(2) 介護職に対する情報の周知

医療専門職との歩調合わせ

第2節 ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

8、死亡時

P643

(1) 主治医と連絡の取れる体制を整えておく

死亡診断書の交付

- ・医師の診断から24時間以内であれば、医師は、直接診察によらず死亡診断できる。
- ・医師の診断から24時間以上経過している場合でも改めて診察し、疾病に関する死亡であることを確認した場合

(2) あわてて救急搬送しない

家族・介護従事者での周知

速やかにかかりつけ医へ連絡する

【ミニワーク】

- ① ケアマネジメントに医療情報が必要な理由は何でしょうか？

- ② 利用者の入院時に、介護支援専門員として配慮すべきことはどのようなことがありますか？

第3節 医師との連携と医療機関の役割

1 医師との連携 P645

(1) 主治医からの情報収集

- ・ 居宅サービス計画作成に役立てる
- ・ 連絡・相談の方法を吟味する

第3節 医師との連携と医療機関の役割

1 医師との連携 P645

(2) ケアマネタイムや主治医意見書の活用

- ・FAX・メールなどの活用

但し、個人情報保護に留意する

図10-3-2 配布されるケアマネタイムの集計結果の例

対応可能曜日・時間						対応方法(数字は優先順位)						窓口対応者 (職種)	
月	火	水	木	金	土	面談	電話	FAX	メール	往診時	外来時		
午前	外来 (Δ)13:30~14:00	外来 (Δ)13:30~14:00	外来	外来 (Δ)13:30~14:00	外来 (Δ)13:30~14:00								
午後	外来	外来	往診(休診) (Δ)15:00~15:30	外来	外来		4	3	①		2		事務
午前	訪問診療 (○)13:00~14:00	訪問診療 (○)10:30~18:30	訪問診療 (○)10:30~18:30	訪問診療 (○)10:30~18:30	訪問診療 (○)10:30~18:30								
午後	訪問診療 (Δ)8:30~9:00	訪問診療 (Δ)8:30~9:00	訪問診療 (Δ)8:30~9:00	訪問診療 (Δ)8:30~9:00	訪問診療 (Δ)8:30~9:00	2	4		3	①			MSW
午前	訪問診療 (○)9:00~9:30	訪問診療 (○)9:00~9:30	訪問診療 (○)9:00~9:30	訪問診療 (○)9:00~9:30	訪問診療 (○)9:00~9:30								
	往診	往診	往診 (Δ)9:30~12:00	往診	往診								
午後	往診	往診	往診	往診/外来	往診	4	2	①		3			看護師

【参考】

H29年度 3月版

病院とケアマネジャーの連携のためのルールブック

* 備前県民局管内 2017年版

介護支援専門員が医療機関の地域連携室と連携し、スムーズな入退院支援を可能にするため、医療機関の情報(ルール)を聞き取りし公表することとしました。

より良いスムーズな連携をとるための指針として役立ててください。

【掲載医療機関 66病院 17有床診療所】

特定非営利活動法人

岡山県介護支援専門員協会HP参照

【参考】

岡山市立市民病院

記入日 平成 29年 12月 22日

住 所	〒700-8557 岡山県岡山市北区北長瀬町 3-20-1		電話番号 086-737-5000		
			FAX番号 086-737-5010		
施設分類 ・病床数	400床（一般387床、待機病棟7床、感染症病棟6床）				
医療連携 担当部署 名	地域医療連携室	業 界 数	医師	看護師	
			MSW	その他	
休日	土・日・祝日・12/29～1/3		1名	2名	
医療連携 担当部署	① 086-737-3010		受付時間 8:30 - 17:15		
	②		受付時間 : - :		
	直営FAX 086-737-5011		受付時間 0:00 - 24:00		
医療連携 配置	公し・あり → 各病棟へ ___ 名配置 病棟で ___ 名配置 各病棟: (感染症病棟)	業 界 内 容	<input type="checkbox"/> 入退室時検閲シートの確認 <input type="checkbox"/> 退院調整全般 <input type="checkbox"/> MSWと連携して退院調整 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入退室時の在宅連携・退院調整等、担当部署との連携方法（ルール）や留意したい方法について					
入退室	連携方法	検閲の相談	検閲時期	検閲先	検閲時間
	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> シート検閲 <input type="checkbox"/> シート検閲 <input type="checkbox"/> シートFAX <input type="checkbox"/> 事前検閲 <input type="checkbox"/> 検閲不要	<input type="checkbox"/> 病棟→CMへ連絡 <input type="checkbox"/> CM→MSWへ <input type="checkbox"/> CM→病棟へ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 入退室前 <input type="checkbox"/> 入退室日 <input type="checkbox"/> 入退室1,2日 <input type="checkbox"/> 入退室4日以降	<input type="checkbox"/> 医療連携担当室 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 事前検閲 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後
退院調 整	担当部署	情報共有	病院訪問時間	担当部署連携調整	退院調整時
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 医療事務 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> CMへ検閲シート配布 <input type="checkbox"/> 電話検閲口頭での伝達 <input type="checkbox"/> 来院ICへ案内希望 <input type="checkbox"/> 介助サービス計画 <input type="checkbox"/> 患者退院後希望	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 事前にて電話希望 <input type="checkbox"/> 事前連絡不要	<input type="checkbox"/> CMが調整 <input type="checkbox"/> 病棟が調整 <input type="checkbox"/> 状況に応じて <input type="checkbox"/> 基本的に来院 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 医師の検 <input type="checkbox"/> CMが検 <input type="checkbox"/> 介一マス <input type="checkbox"/> 成次第 <input type="checkbox"/> 来院・CM <input type="checkbox"/> と連携
外 来 診 察 時 間	受診希望相談先	診察中の移行	併発（受付）可能書類	書類併発の相談先	
	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 医療連携担当 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> コースによって <input type="checkbox"/> 併発可能 5分	<input type="checkbox"/> 主治医受診票 <input type="checkbox"/> 訪問看護受診票 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ受診票 <input type="checkbox"/> 介護への転送調整受診票 <input type="checkbox"/> 看護調整受診票 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 医療連携担当 <input type="checkbox"/> その他 ()	

ルールブック掲載例

第3節 医師との連携と医療機関の役割

1 医師との連携

(3) 居宅療養管理指導(医師)から得られる情報 **P648**

→ 居宅療養管理指導を行った医師は介護支援専門員へ**情報提供することが義務付けられている** (平成24年度介護報酬改定～)

(4) 主治医への情報提供

→ **生活情報**を提供する

生活情報

食事・排泄・清潔・睡眠・移動能力・認知機能の変化・介護者の状況・自宅環境の変化など..

第3節 医師との連携と医療機関の役割

2 主な医療機関の役割 **P650**

救急指定病院

地域医療支援病院

認知症疾患医療センター

がん診療連携拠点病院

特定機能病院

回復期リハビリテーション病棟

緩和ケア病棟

地域包括ケア病棟

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

1. 多職種協働の意義

P651

疾病を有する要介護者には、問題点に適切に対処するために、狭義の治療介入のみでなく、食や栄養、リハビリ、認知機能など、**多方面からアプローチする必要がある。**

複数の専門職種が目的や方針を共有しつつ、それぞれの専門サービスを提供する、**多職種協働のアプローチが必要不可欠である。**

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

2 国際生活機能分類と生活機能障害

(1) ICF (国際生活機能分類) P651

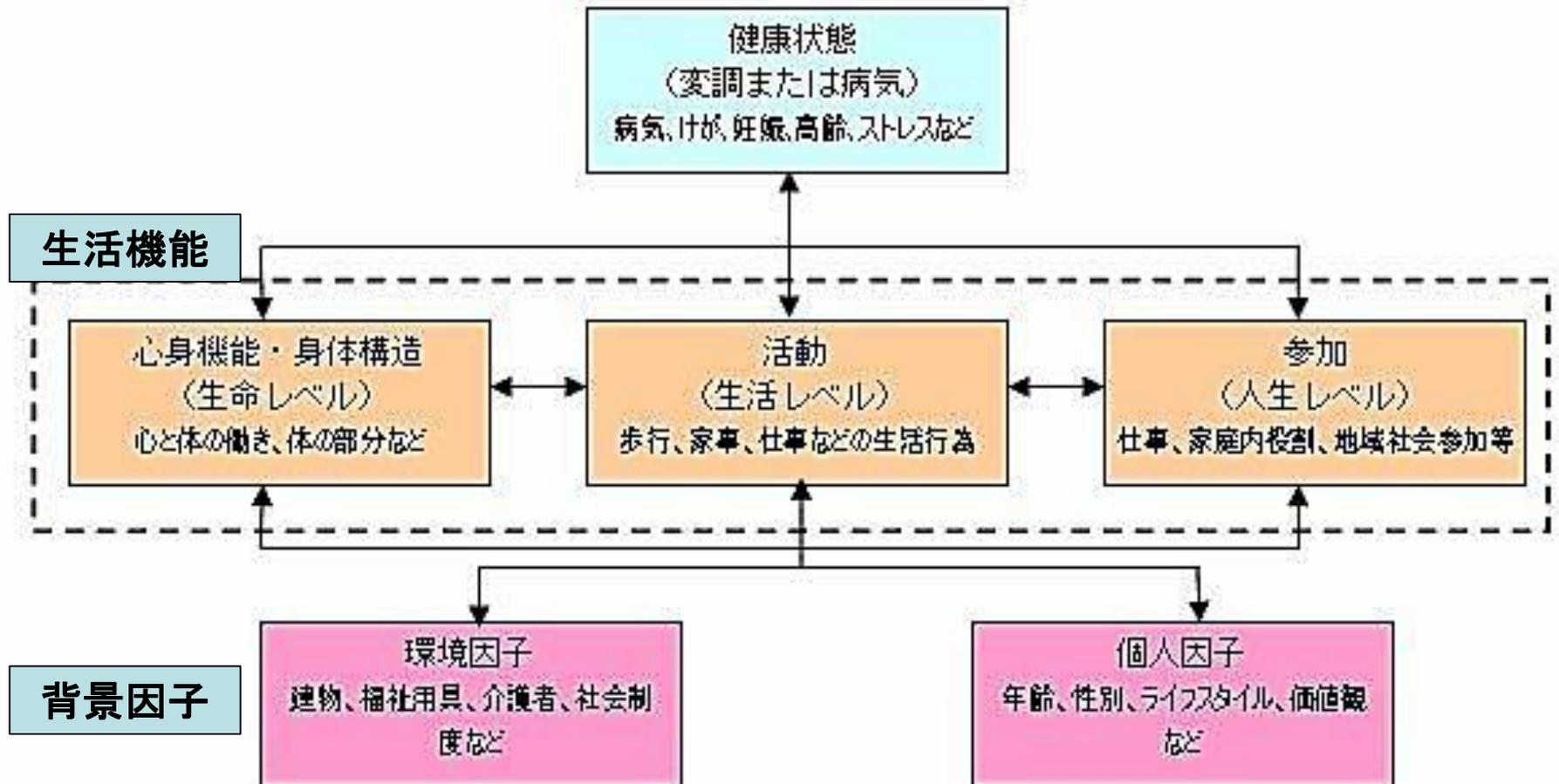
(2) 要介護者に生じる疾病を

“**生活機能障害**”としてとらえる

生活機能障害が原因で高まるリスクに対し多方面
からアプローチする

【参考】

ICFモデル



生活機能をもう少し詳しく・・・

「心身機能・構造」



生物レベル

生命レベル



手足の動き
精神の働き
視覚、聴覚
手足の一部
心臓の一部(弁)

「活動」



個人レベル

生活レベル



日常生活行為
家事行為(IADL)
余暇活動
「できる活動」
「している活動」

「参加」



社会レベル

人生レベル



社会参加
仕事ができる
主婦の役割
地域活動に参加
政治活動に参加

生活機能には、必ずこの3つ内容を含んでいる。

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

3 医療専門職からの情報収集 P652

(1) 医療専門職からの情報収集、情報提供

(2) サービス担当者会議等における多職種協働

- ・サービス担当者からの意見を介護サービス原案に反映させる
- ・役割分担を明確にする
- ・所属が様々である社会資源(サービス事業者、援助者、制度)をつなぐ
- ・ケアマネジメントのための地域のネットワークづくり
- ・**地域ケア会議**の参加

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

4 介護職からの情報収集 P654

(1) サービス提供の経過を知る

(2) 情報の集約や医療者への伝達

モニタリングなどで収集した**生活情報**を伝える。

P653表10-4-2

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

5、多職種協働において介護支援専門 員が果たすハブ機能 P653

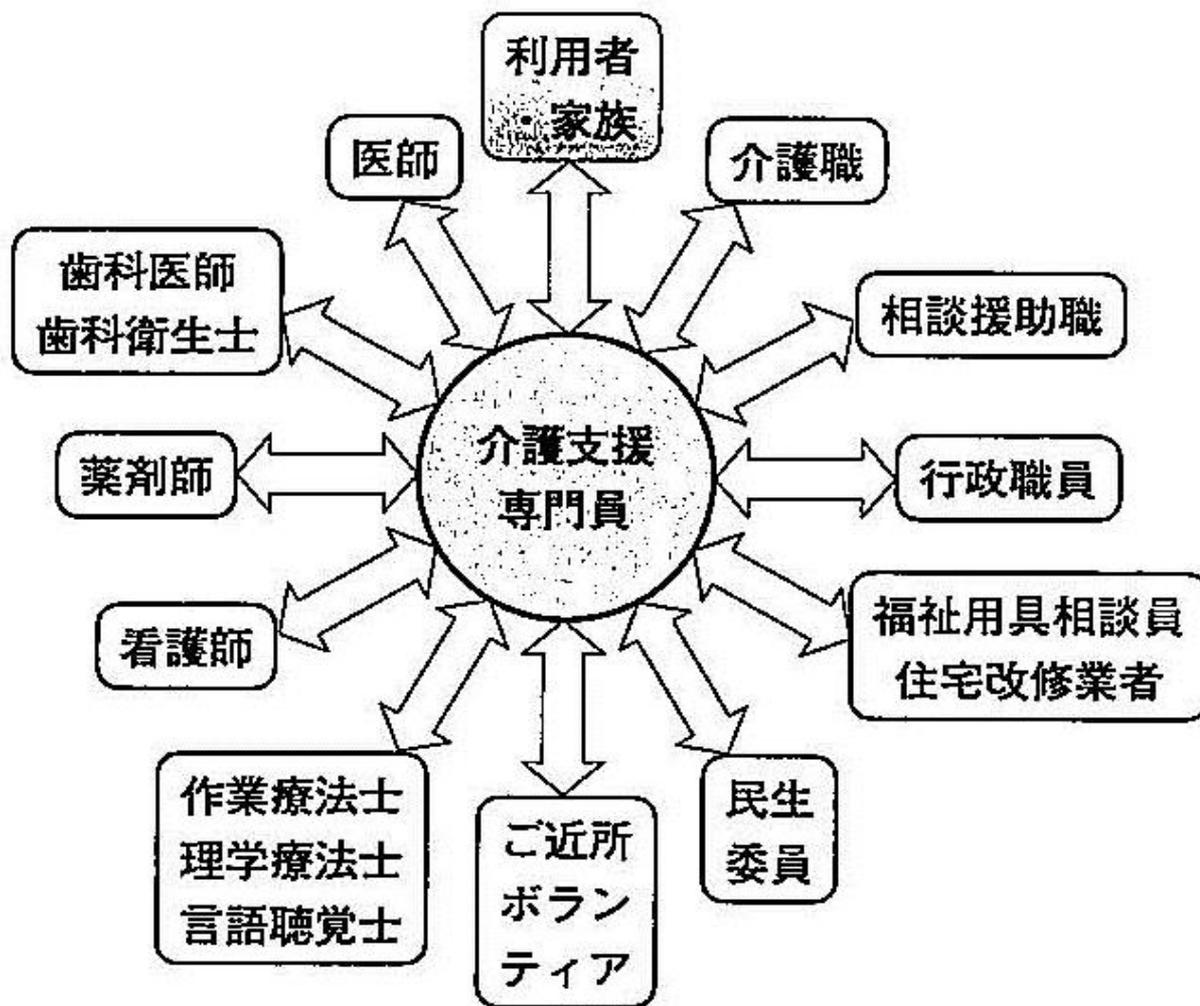
(1) 利用者情報は介護支援専門員に集まる

居宅サービス計画書⇔個別サービス計画書

居宅療養管理指導(医師・薬局など)からの情報提供

(2) ハブ機能(中継基地機能)を果たす

図10-4-2 介護支援専門員が果たすハブ機能（中継基地機能）



訪問介護

口腔、服薬状況(サ責～)
提供時間の乖離



リハマネ
訪問リハ、通リハ



情報提供

会議への参加

入院時のケアマネ情報
カンファレンスの参加



日常からの連携

情報が集まる！！

在宅介護
ケアマネ



口腔の情報



居宅療養情報

通所介護・療養通所・認
知症通所・通リハ・小多機
(栄養スクリーニング)



福祉用具
個別サービス計画
の交付 義務化

末期の支援での連携



情報を判断し、必要な所へ
情報提供・連携する！！

在宅療養情報



ターミナルケア



【参考】再掲

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

6 地域における顔の見える関係づくり と「規範的統合」 P654

(1) 他職種との関係を深める

(2) 規範的統合を理解する

- 連携する専門職種に尊敬の念を持つ
- 会議や研修の席上で(異なる意見を述べることは構わないが)他の参加者を批判する言動は避ける
- 情報を共有する場合、冗長に記載するのではなく、客観的な情報を簡潔に記載するよう心がける
- 専門用語や略語の使用など、他領域の職種がわからないような表現は使用しない
- 介護支援専門員主導で主治医を変更することは御法度である
- 救急車をタクシー代わりに使用することは厳に慎む

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

7 医療介護連携に基づくケアマネジ メントの意義 P655

(1) 危機の予測や変化への対応

- ・リスク管理
- ・入院時などの変化への対応
- ・入院時、病院への情報連携

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

7 医療介護連携に基づくケアマネジ メントの意義

(2) 多職種協働の実際例： P655

要介護者に生じた**誤嚥性肺炎**の場合

* 肺炎治療のみでなく、その後の食事、誤嚥リ
スクの軽減、再発予防、介護者、環境など生
活全体のマネジメントが必要

【ミニワーク10-2】

- ①利用者について主治医へ相談したいとき、情報提供が必要なときに、どのような方法が良いと考えますか？

- ②主治医などの医師からの情報はどのように知ることができますか？

第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

1. 在宅医療の制度概要 P657

(1) 在宅医に関する制度

訪問診療・・・通院が困難な患者に対しあらかじめ計画を立てて医師が居宅に赴き診療

往診・・・患者の求めに応じて居宅に赴き診療

在宅時医学総合管理加算

在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院

機能強化型在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院

【参考】

在宅療養支援診療所・病院の概要

医療保険部会 参考資料

(改) 25. 5. 29

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

1. 在宅医療の制度概要

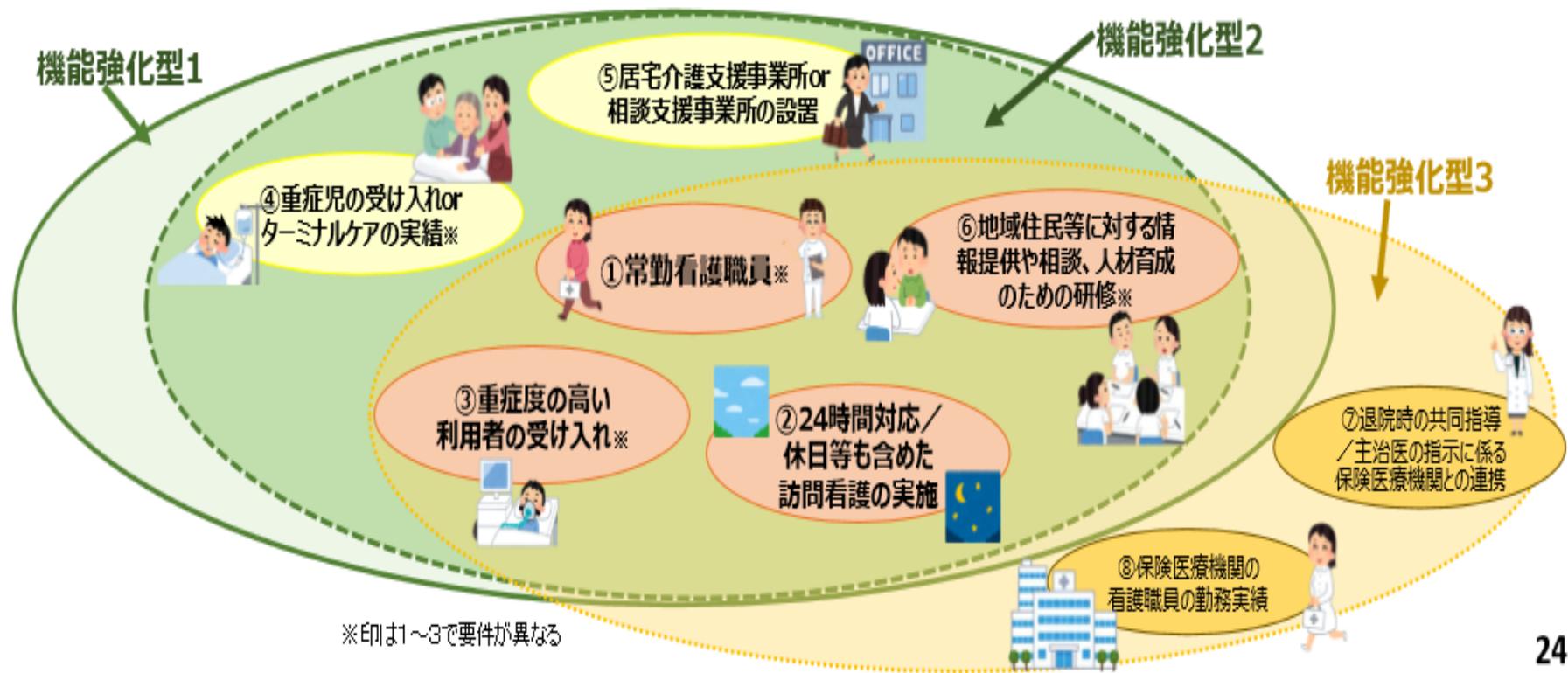
(2) 訪問看護に関する制度

- ・24時間連絡体制加算
- ・24時間対応体制加算
- ・機能強化型訪問看護ステーション

【参考】

機能強化型訪問看護ステーション

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの評価



第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

2. 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬 P658

- (1) 入院時情報連携加算
- (2) 退院・退所加算
- (3) 緊急時等居宅カンファレンス加算
- (4) ターミナルケアマネジメント加算
- (5) 配置医師緊急事対応・看取り介護加算

【参考】

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）

概要

※ i は介護予防支援を含み、ii 及び iii は介護予防支援を含まない

ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける。【省令改正】
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】

単位数

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算(I) 200単位/月

入院時情報連携加算(II) 100単位/月

<改定後>

入院時情報連携加算(I) 200単位/月

入院時情報連携加算(II) 100単位/月

算定要件等

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算(I)

- ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算(II)

- ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

※(I)(II)の同時算定不可

<改定後>

入院時情報連携加算(I)

- ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）

入院時情報連携加算(II)

- ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※(I)(II)の同時算定不可

【参考】

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）

概要

※介護予防支援は含まない

- イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進
退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。
- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
 - ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
 - iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。
- また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

<現行>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	300単位	300単位
連携 2 回	600単位	600単位
連携 3 回	×	900単位

⇒

<改定後>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	450単位	600単位
連携 2 回	600単位	750単位
連携 3 回	×	900単位

算定要件等

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、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し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。
- ただし、「連携 3 回」を算定できるのは、そのうち 1 回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

※ 入院又は入所期間中につき 1 回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

【参考】

17. 居宅介護支援 ②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

概要

※介護予防支援は含まない

ア ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

単位数

○イについて

<現行>

なし

⇒

<改定後>

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月（新設）

算定要件等

<イについて>

○対象利用者

- ・末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

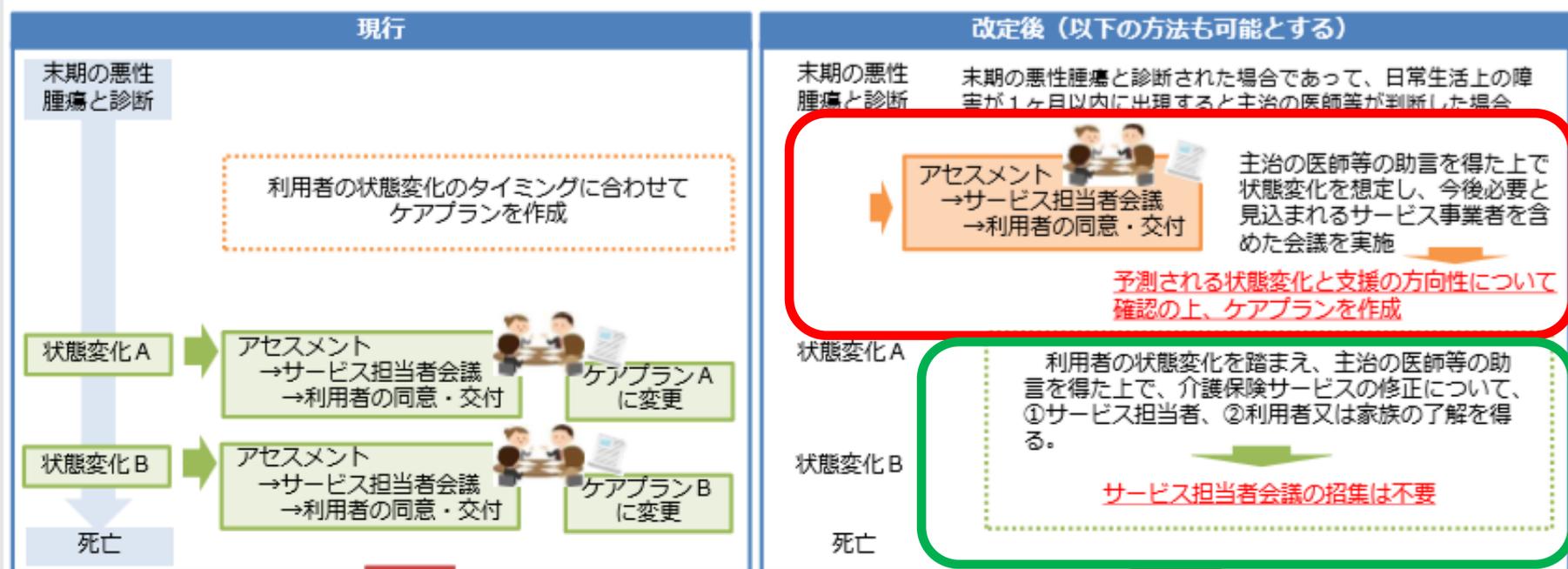
○算定要件

- ・24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施
- ・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

【参考】

末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。



通常より頻回になる訪問、状態変化やサービス変更の必要性の把握、支援等を新たな加算で評価

第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

3 医行為に関連する法律や制度 P660

(1) 医行為ではないと考えられる行為

医師法第17条

歯科医師法第17条

保健師助産師看護師法第31条

【参考】**医行為でないもの**

- ① 体温計により腋下で体温を測定すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
- ② 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- ③ 動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること（新生児以外の者であって入院治療の必要がない者に対して）
- ④ 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）
- ⑤ あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師または歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導のうえ、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること（具体的には、皮膚への軟膏の塗布、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の内服、肛門からの坐薬挿入または鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること）

第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

3. 医行為に関連する法律や制度

(2) 介護職員等が実施する喀痰吸引等制度

認定特定行為業務従事者(都道府県認定)

喀痰吸引等研修

- ・不特定多数の者に対する研修 1号・2号研修
- ・特定の者に対する研修 3号研修

第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

4. 医療専門職間の連携

P662

(1) 医師と訪問看護師の連携

- ・訪問看護指示書
- ・**医療保険が優先される場合**

① 特別訪問看護指示書

(14日間を限度、急性憎悪時など頻回な訪問が必要な場合)

② 厚生労働大臣が定める疾病など

(末期の悪性腫瘍、難病・人工呼吸器 など)

【参考】

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ（図）

【医療保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

（原則週3日以内）

【介護保険】

要支援者・要介護者

〔限度基準額内 無制限〕
〔ケアプランで定める〕

厚生労働大臣が定める者
（特掲診療料・別表第7※1）

特別訪問看護指示書注)の交付を受けた者
有効期間：14日間（一部、2回交付可※2）

厚生労働大臣が
定める者
〔特掲診療料・
別表第8※3〕

認知症以外の精神疾患

算定日数
制限無し

※1：別表第7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頭頸損傷
人工呼吸器を使用している状態

※2：特別訪問看護指示書を月2回交付できる者
（有効期間：28日間）

・気管カニューレを使用している状態にある者
・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注)：特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

※3：別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腫瘍灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

社保審一介護給付費分科会

第142回（H29.7.5）

参考資料2

第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

4 医療専門職間の連携

P662

(2) 医師と薬剤師の連携

在宅患者訪問薬剤管理指導

(居宅療養管理指導)

(3) 医師とリハビリテーション専門職の連携

訪問看護ステーションから

病院、診療所、老健など医療機関から

第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

(4) 医師と管理栄養士の連携

居宅療養管理指導

(5) 歯科医師と歯科衛生士の連携

居宅療養管理指導

(6) 医療機関間の連携

第6節 多職種協働において 個人情報を取り扱ううえでの留意点

P664~

1. 個人情報の保護に関する法律とガイドライン
2. 介護事業者が行う措置
3. 同意を得る方法
4. 個人情報の取扱い

【ミニワーク10 - 3】

①退院・退所加算とはどのようなものですか？

利用者に関する必要な情報にはどのようなものがありますか？

②介護サービス計画を作成するにあたり、利用者・家族に対して個人情報使用の同意はどのように行いますか？

10章のまとめ

- 医療との連携は不可欠
- 多職種協働の意義、多職種間の情報共有の重要性を理解する
- ハブ機能としての役割を自覚
- 個人情報適切に扱う。多職種協働における個人情報の共有にあたっては、利用者・家族の同意を得る

医療との連携は不可欠！！ より良い関係を構築するコミュニケーション

- ・日頃からの関係作りを心掛ける

『顔の見える関係』 『担当CMになった事の連絡』

→連携がスムーズになる

- ・場面に応じて連絡方法を考える

『アポイントをとる』 『FAX・メール・TEL』

主治医の都合に合わせた時間

緊急時は躊躇せず電話！ →日頃の良い関係が・・・

- ・連絡内容を簡潔にまとめる

『何を伝えるのか』 『何を聞きたいのか』

連携の基本は

1. 制度を理解する

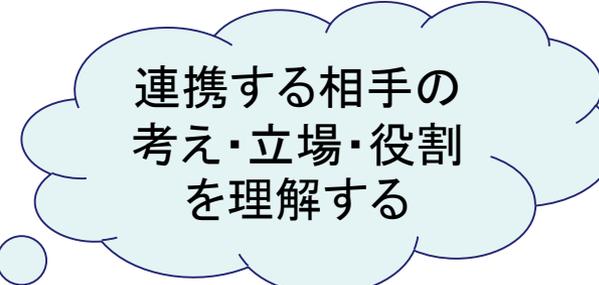
利用者の生活は介護保険制度だけではなく、多くの制度が支えることで支援できる。

2. 職種の理解・医療機関ごとの違いの理解

連携する職種がどのような業務を行っているのかの理解、病院ごとのルールを理解することが必要

3. サービスの理解

介護サービスの使い方や内容を理解する



連携する相手の
考え・立場・役割
を理解する

医療機関も介護事業者もそれぞれの法律に則り業務を行っている事を理解し尊重しあうことが、連携において重要である