

令和4年度 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
P643～

目 的

P643

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。

修得目標

P645

- 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

令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・在宅での看取りの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室ユニットの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールによる取得促進
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における両支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた

業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減

の推進 ・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の揭示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充

○要たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

・基本報酬の見直し

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

（2）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後継品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

第1節 医療との連携の意義と目的

P646

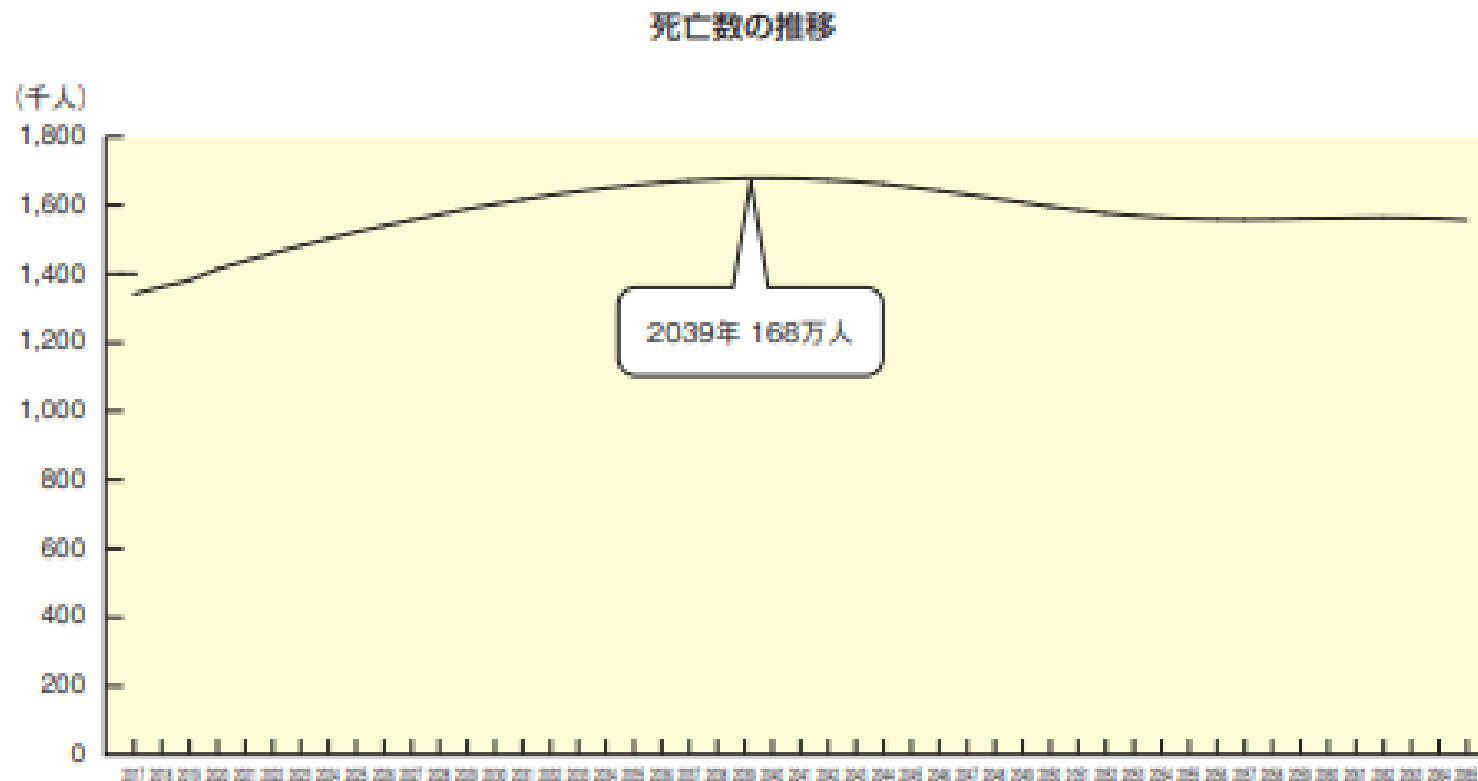
1 高齢化の進行に伴う社会背景の変化

(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

P647



資料：2021（令和3）年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位）

（注）2020（令和2）年は1,372,648人（概数）である。（厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」）

高齢化の進行に伴う社会背景の変化

- ・高齢化の進行による高齢者の増加に伴い、**独居高齢者や高齢者世帯、老老介護の増加**
 - ・高齢者人口の増加、医療費適正化政策で**入院期間(入院日数)の短期化**
 - ・寝たきり状態での高齢者、認知症高齢者、がん患者の増加
→ **医療依存度が高い在宅療養者の増加。**
 - ・医療機関で死亡する人の割合は約70%
⇒ **在宅・施設で看取りを希望する人の割合は約60%**
- ※ 厚生労働省「平成28年人口動態統計」 岡山県「県民満足度調査令和元年度」 引用
- ・**病床の機能分化・地域包括ケアシステムの推進**
(R2年度診療報酬改定)
 - ・他

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

P647

(1) 生活状況把握の難しさ

→

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

P648

3 介護職に

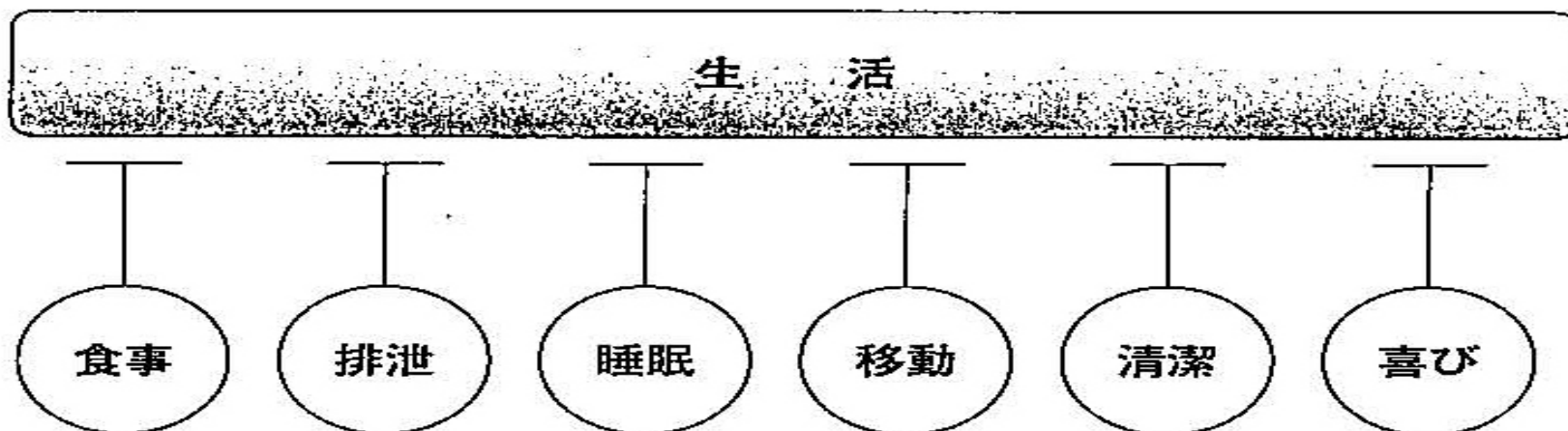
診断、治療方針決定
→ 医療側の大きな役割

(1) 生活を

利用者は疾病や障害とともに
その後も**生活は継続**する

図10-1-3

生活を支える6つの視点



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

P649

(2) 医師は生活への影響も含め判断

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

P649

(3) 状況に即した介護の提供

- ・ **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

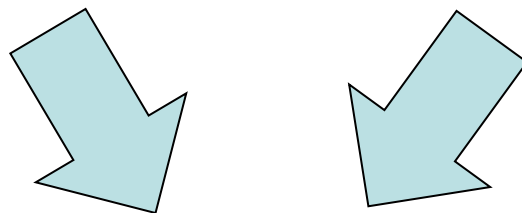
第1節 医療との連携の意義と目的

P649

4 介護・医療・予防の一体的な提供

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

P650

1 平時

(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、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、第13号の2

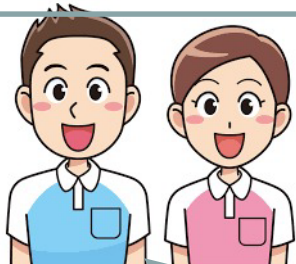
(P651 表10-2-2)

(3) 予約入院に際しての注意

運営基準第4条第3号

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



末期の支援での連携



福祉用具

個別サービス計画
の交付 義務化

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)



参考

(2) 必要な
情報の提供

情報が集まる！！

在宅介護
ケアマネ



参考

意見書情報シートについて

備前県民局委託事業

『医療と介護の連携促進のための草の根事業』における 意見書情報シート活動の目的

平成 22 年より医療と介護の連携促進を目的としてシートの作成・普及活動等を実践してきましたが、このたび、かかりつけ医と顔の見える関係を作るための『意見書情報シート』を作成しました。このシートによって受診時には分かりにくい自宅での普段の様子をかかりつけ医へ報告することが目的です。

作成メンバーは、県南東部急性期病院の脳卒中科の医師 1 名・在宅療養支援診療所の医師 1 名・NPO 法人岡山県介護支援専門員協会よりケアマネジャー 7 名です。また、このシートの原案を作成したのは在宅療養支援診療所の医師です。

介護支援専門員の皆様がこのシートを活用してタイムリーにかかりつけ医への情報提供が可能となり、主治医意見書にもご利用者の状況が反映されることを目的としています。

【主治医意見書情報シートの効果的な活用のために】

- ご利用者の介護保険における新規申請・更新申請・区分変更申請に合わせて、かかりつけ医へ持参すると記載情報が意見書へ反映されやすいです。
- すべての項目に記載しなくてもシートの効果はあります。かかりつけ医へ伝達したいと思う項目に記載してください。
- 余白も自由にお使いください。以前の介護度や記入しきれないことなど自由に記載していただいて OK です。
- かかりつけ医の都合に合わせて、面談以外にも受付で手渡しやご利用者受診時に預けるなどの工夫もしてみてください。その際、2 枚目の「主治医の先生へ」を一緒にお渡ししてください。

参考

意見書情報シートについて

2018 療養系医療施設事業

平成 年 月 日

主治医の先生へ

ご利用者 氏 (生年月日 年 月 日)

の生活情報についてご報告致します。
参考にいただければ幸いです。

ケアマネジャー 所属 氏名

●心身状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について
・療養系療養の日常生活自立度 (病たまり度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ O1 ☐ O2
・認知症療養の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ II-A ☐ II-B ☐ III-A ☐ III-B ☐ IV ☐ M
【身体的状況】

(2) 認知症の中核症状
・短期記憶 ☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常生活を送るための認知力 ☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力 ☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 身体的に要求に順応される ☐ 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状
☐ なし ☐ あり → ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗
☐ 徘徊 ☐ 人の不気味さ ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的異常行動
☐ その他 ()

(4) その他の精神・神経症
☐ なし ☐ あり [☐ 気鬱 ☐ 躁鬱病 ☐ せん妄 ☐ 意欲障害 ☐ うつ状態]

(5) 身体の状態
利き手 (☐ 右 ☐ 左) 身長= cm 体重= kg
(過去6ヶ月で3%以上の体重変化) ☐ 増加 ☐ 減少 ☐ 減少
因位、転倒、転落、筋力の低下、関節の疼痛、関節の痛み、失音、不眠症、褥瘡、その他の皮膚疾患など
があればわかる範囲で部位・程度などを下記に記載

NPO 法人岡山県介護支援専門員協会

2018 療養系医療施設事業

●生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
屋外歩行 ☐ 自立 ☐ 介助があればいい ☐ していない
車いすの使用 ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している
歩行補助具・車いすの使用 (複数選択可) ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用

(2) 栄養・食生活
食事行為 ☐ 自立ないし何と自分で食べられる ☐ 全量介助
現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良
一栄養・食生活の留意点 ()

●特記すべき事項 (介護保険に関して患者さんの特徴的な事例やエピソードがあれば記入する)

●その他 日常生活上の様子について

・排泄 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
身体的な状況

・排便 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ おむつ使用
身体的な状況

・入浴 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
身体的な状況

・更衣 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
身体的な状況

・服装 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
身体的な状況

●在宅で利用中のサービス (有・無)

サービス内容	有	サービス内容	有

NPO 法人岡山県介護支援専門員協会

参考 (2) 必要な 情報の提供

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いりません。

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

--	--	--	--	--	--	--

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	☐ 痛みがある ☐ 歯が抜けた ☐ グラグラする ☐ 欠けている ☐ かぶせ、詰め物が取れた ☐ 噛めない ☐ その他()	
②歯ぐきについて	☐ 痛みがある ☐ 腫れている ☐ 出血する ☐ その他()	
③義歯について	☐ 噛むと痛い ☐ 外れやすい ☐ 壊れている ☐ 使っていない ☐ その他()	
④飲み込みについて	☐ よくむせる ☐ 食事に時間がかかる ☐ その他()	
⑤口臭について	☐ ある ☐ その他()	
⑥口の渇きについて	☐ ある ☐ その他()	
⑦口内炎について	☐ よくできる ☐ 治らない ☐ その他()	
⑧腫れものについて	☐ できている ☐ その他()	
⑨発音について	☐ はっきりしない ☐ 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

P651

2 急病時

(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

P672参照

(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

P652

(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⇒体制の理解
- ・救急搬送は医師・利用者家族が協議し決定するが
要介護者の背景を考慮する必要がある

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
入院による弊害も・・・

P652

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

例えば・・・繰り返す誤嚥性肺炎・尿路感染症の対応など・・・
入院するのか、環境を変えずに訪問診療・訪問
看護でどのように支援するのか・・・想定し計画も・・・

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

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 参照

4 入院・入所時

P653

(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

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表・2表・3表／興味関心チェックシート／お薬手帳（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 様 （記入日： 年 月 日 / 入院日： 年 月 日）

利用者(患者)／家族の同意に基づき、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	
居宅介護支援事業所名		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		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 生
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	☐ 戸建て ☐ 集合住宅（2階居住）	エレベーター	☐ なし ☐ あり（ ）			
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M					
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2					
介護保険の自己負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 不明	障害など認定	☐ なし ☐ あり（ ）			
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他（ ）					

2. 家族の情報について

家族構成	☐ 独居 ☐ 同居	キーパーソン	氏名 (続柄／年齢) ()
主介護者（年齢）	(才)	(連絡先)	()

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. 今後の生活展望について（ケアマネとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力*	☐ 独居 ☐ 日中独居 ☐ 高齢世帯 ☐ サポートできる家族や支援者が不在 ☐ 家族が要介護状態／認知症である ☐ その他（ ）
特記事項 (特に注意すべき点など)	

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	☐ 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 希望あり ・具体的な要望（ ）

6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	☐ なし ☐ 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 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 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	☐ なし ☐ あり（ ）	
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー			水分制限	☐ なし ☐ あり（ ）	
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養			水分とろみ	☐ なし ☐ あり UDF等の食形態区分	
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	☐ なし ☐ あり	
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	☐ なし ☐ 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 ☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時	
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ／パッド ☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時	
睡眠の状態	良	不良（ ）			眠剤の使用	☐ なし ☐ あり 睡眠時間 時間/日	
喫煙量	本くらゐ/日あたり			飲酒量	合くらゐ/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ	☐ なし ☐ あり（ ）	
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	☐ なし ☐ あり	
	言語	問題なし	やや難あり		コミュニケーションに関する特記事項：		
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難			
精神面における療養上の問題	☐ なし ☐ 幻聴・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他（ ）						
疾患歴*	☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他（ ）						
入院歴*	最近半年間での入院	☐ なし ☐ あり（ H 年 月 日 ～ H 年 月 日） ☐ 不明					
	入院頻度	☐ 頻度は高い／繰り返している ☐ 頻度は低いが、これまでもある ☐ 今回が初めて					
医療処置*	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射（ ） ☐ その他（ ）						

7. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	☐ なし ☐ あり（ ）	居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり（職種： ）
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理（・管理者： ・管理方法： ）		
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない		
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)	診察方法・頻度	☐ 受診 ☐ 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月・週

* = 退院支援者スクリーニング必要項目

(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

5 退院・退所時

P653

(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、
既に把握している環境・介護状況などを考慮して
退院のケアプラン原案を作成する

(2) 利用者の状態や意向の把握に努める

心身の状態変化 → 診断・治療方針の情報収集
→ ケアプランの再構築

参考

下巻
P69

退院・退所情報記録書

記入日：年 月 日

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ			性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (☐ 要区分変更)	
	氏名	様	男・女	歳	☐ 要支援 ()・要介護() ☐ 申請中 ☐ なし		
入院 (所)	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日						
	入院原因疾患 (入所目的等)						
	入院・入所先	施設名棟 室					
	今後の医学管理	医療機関名：				方法	☐ 通院 ☐ 訪問診療
① 疾患と入院 (所) 中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③			疾患の状況	*番号記入	安定 () 不安定 ()
	移動手段	☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他 ()					
	排泄方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ カテーテル・パウチ ()					
	入浴方法	☐ 自立 ☐ シャワー浴 ☐ 一般浴 ☐ 機械浴 ☐ 行わず					
	食事形態	☐ 普通 ☐ 経管栄養 ☐ その他 ()					UDF等の食形態区分
	嚥下機能 (むせ)	☐ なし ☐ あり (時々・常に)			義歯	☐ なし ☐ あり (部分・総)	
	口腔清潔	☐ 良 ☐ 不良 ☐ 著しく不良				入院(所)中の使用： ☐ なし ☐ あり	
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	睡眠	☐ 良好 ☐ 不良 ()					眠剤使用 ☐ なし ☐ あり
	認知・精神	☐ 認知機能低下 ☐ せん妄 ☐ 徘徊 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 攻撃性 ☐ その他 ()					
② 受け止め / 意向	本人への病名告知： ☐ あり ☐ なし						
	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方						
	<本人> 退院後の生活に関する意向						
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方						
<家族> 退院後の生活に関する意向							
2. 課題認識のための情報							
③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ その他 ()					
	看護の視点	☐ なし ☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 皮膚状態 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☐ 服薬指導 ☐ 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) ☐ ターミナル ☐ その他 ()					
	リハビリの視点	☐ なし ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習 (ストレッチ含む) ☐ 筋力増強練習 ☐ バランス練習 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居／立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL練習 (歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) ☐ IADL練習 (買い物、調理等) ☐ 疼痛管理 (痛みコントロール) ☐ 更生装具・福祉用具等管理 ☐ 運動耐容能練習 ☐ 地域活動支援 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ その他 ()					
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)			
		☐ なし ☐ あり					
症状・病状の予後・予測							
退院に際しての日常生活の阻害要因 (心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見 (今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか (合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等) について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。					
在宅復帰のために整えなければならない要件							
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種 (氏名)					会議出席
1	年 月 日						無・有
2	年 月 日						無・有
3	年 月 日						無・有

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

P656

(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

施設基準

- ① 許可病床200 床以上の病院であること
- ② 当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者（以下、入院希望患者という）について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
- ③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること

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

P656

(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

P657

(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

P659

1 医師との連携

(1) 主治医からの情報収集

- ・得られた情報を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

P659

1 医師との連携

(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

※個人情報保護に留意する

P660

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	外来		4	3	①		2	事務
午後 外来	外来	往診(休診) (Δ)15:00~15:30	外来	外来								
午前 (○)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	訪問診療 (○)10:30~18:30	休診	2	4	3	①	MSW	
午後 (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	訪問診療 (Δ)8:30~9:00							
午前 (○)9:00~9:30 往診	(○)9:00~9:30 往診	(○)9:00~9:30 往診	(○)9:00~9:30 往診	(○)9:00~9:30 往診	(○)9:00~9:30 往診	往診					看護師	
午後 往診	往診	往診	往診	往診/外来	往診	休診	4	2	①	3		

参考

令和2年度 岡山県医療介護多職種連携体制整備事業

岡山県全域
158病院
45有床診療所

広域連携のための入退院支援ブック



ケアマネジャーをはじめとした介護にかかわる皆様は
医療機関との連携をスムーズに行えることを目的とし
作成しています。

令和3年3月

2020 岡山県保健福祉部医療推進課受託事業

岡山市立市民病院

記入日 令和 2 年 12 月 4 日

住 所	〒 700 - 8557 岡山県岡山市北区北長瀬表町3-20-1		電話番号	086 - 737 - 3000		
			FAX番号	086 - 737 - 3011		
施設分類・病床数	400床 地域医療支援病院(急性期)					
医療連携 担当部署名	入院管理支援センター		連携担当 職員数	医師	看護師	
休 日	土・日・祝・年末年始(12/29~1/3)		2	7	6	
医療連携 電話番号	①	086 - 737 - 3010 (☐ 代表 ☒ 直通)	対応時間	8 : 30 ~ 19 : 00 (土曜日8:30~12:00)		
	②	- - - (☐ 代表 ☐ 直通)	対応時間	: ~ :		
	FAX番号	086 - 737 - 3011 (☐ 代表 ☒ 直通)		対応時間	0 : 00 ~ 24 : 00	
連携推進 の体制整備	☐ なし ☒ あり → 各病棟へ 名配置 病棟で 4 名配置 名称: (退院支援看護師)		連携推進 の体制整備	☒ 入院時情報シートの確認 ☒ 退院調整全般 ☒ MSWと協働で入退院調整 ☐ その他()		
医療従事者と介護サービス提供者間の連携方法(ルール)や、留意したい点について(確認チェック可能)						
入退院時	連携方法	☒ 面談 ☒ シート持参 ☒ シート郵送 ☒ シートFAX ☐ 電話 ☐ 事前相談	☒ 病棟⇒CMへ連絡 ☐ CM⇒MSWへ ☐ CM⇒病棟へ ☒ その他 (CM⇒退院支援看護師へ)	☐ 入院前 ☐ 入院当日 ☒ 入院2,3日 ☐ 入院4日以降	☒ 医療連携担当室 ☐ 病棟 ☐ 受付 ☒ その他 (事前連絡を)	☐ 事前相談 ☐ 午前中 ☒ 午後
	連携調整	☐ 医師 ☒ MSW ☐ 病棟部長 ☐ 病棟看護課 ☐ PSW ☒ その他 (※1)	☒ CMへ情報シート配布 ☒ 面談時口頭で伝達 ☒ 家族にへ同意希望(希望時申し出を) ☐ 退院前自宅訪問へ同行希望 ☒ 介護サービス計画書を退院後希望	☐ 午前中 ☒ 14:00~16:00 ☒ 事前に電話を希望 ☐ 事前連絡不要	☐ CMで調整 ☐ 病棟側が調整 ☒ 状況に応じて ☐ 基本的に実施しない	☒ 医師の判断 ☐ CMがプラン調整次第 ☐ 家族・CMと要相談
外来診療 看護等	受診等相談先	☐ 受付 ☐ 外来 ☒ 医療連携担当 ☐ その他	☐ 受付 ☐ 外来 ☒ 医療連携担当 ☒ その他 (※2)	☒ 主治医意見書 ☒ 訪問看護指示書 ☒ 訪問リハビリ指示書 ☒ デイケアへの診療情報提供書 ☒ 看護情報提供書 ☒ その他 (※3)	☐ 受付 ☐ 医療連携担当 ☐ 主治医 ☐ その他 () ☐ 外来 ☐ アプローチ ☐ 主治医名を 表記希望	☐ 訪問診療 ☐ 住診 ☒ 対応なし
	診療の同行					
	☐ 可 ☐ 不可 ☐ ケースによる		主治医の面談時間の目安 _____ 分			
備 考						
※1) 退院支援看護師 ※2) 患者に持参していただく場合は事前にご連絡ください。 ※3) 事前に形成の可否をご確認ください。						

第3節 医師との連携と医療機関の役割

P662

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

→ 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

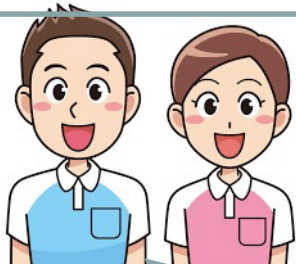
図10-3-5

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..

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



末期の支援での連携



参考

(2) 必要な
情報の提供

福祉用具
個別サービス計画
の交付 義務化



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)



情報が集まる！！

在宅介護
ケアマネ



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

P664

1. 多職種協働の意義

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

P664

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)

(P467参照)

(2) 要介護者に生じる疾病を

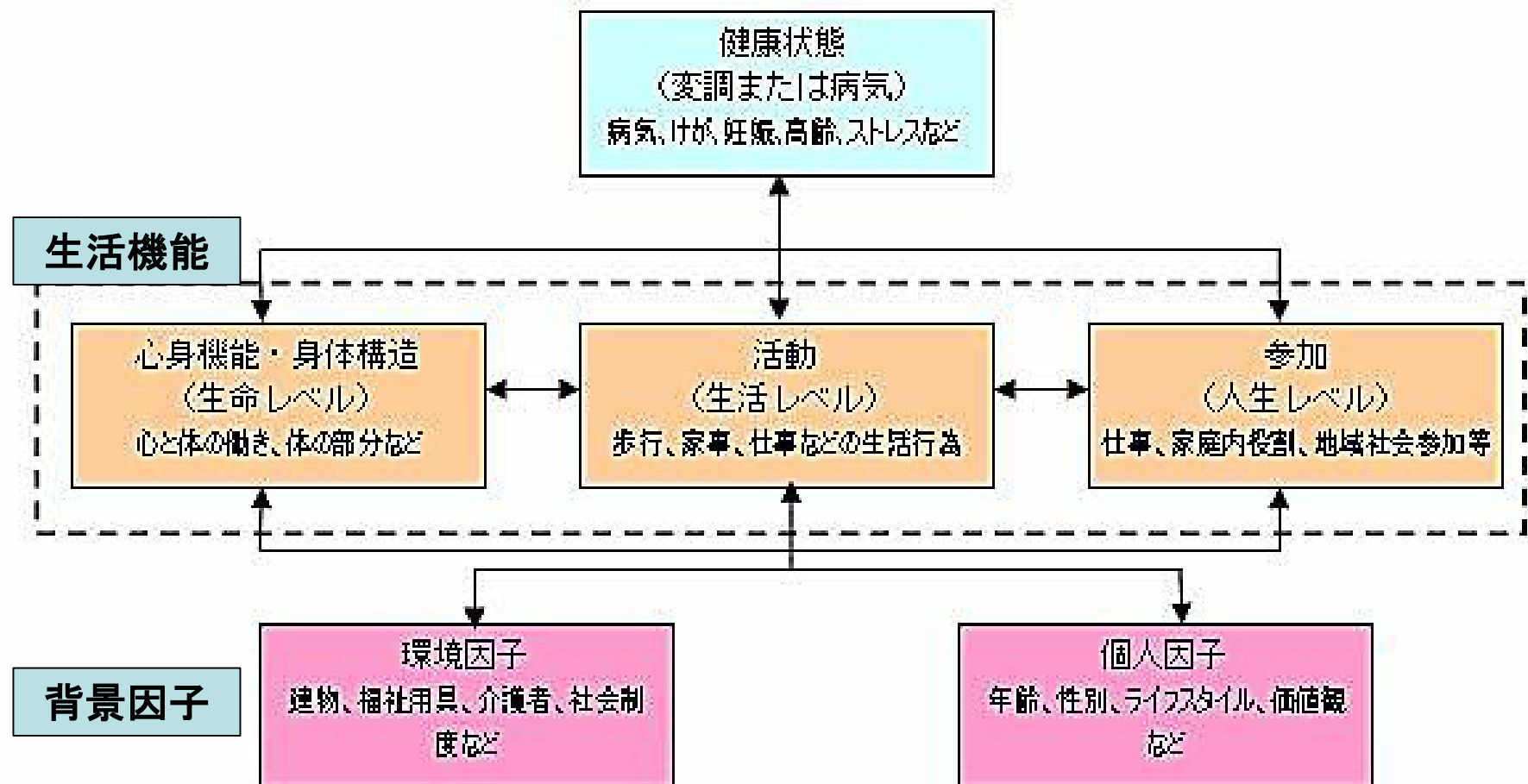
“**生活機能障害**”としてとらえる

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

P467 ICFの考え方とアセスメント、

P468 ICFを活用した支援例 参照

ICFモデル



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

P665

(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

P666

4 介護職からの情報収集

(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。

P651 表10-2-2

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

P667

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

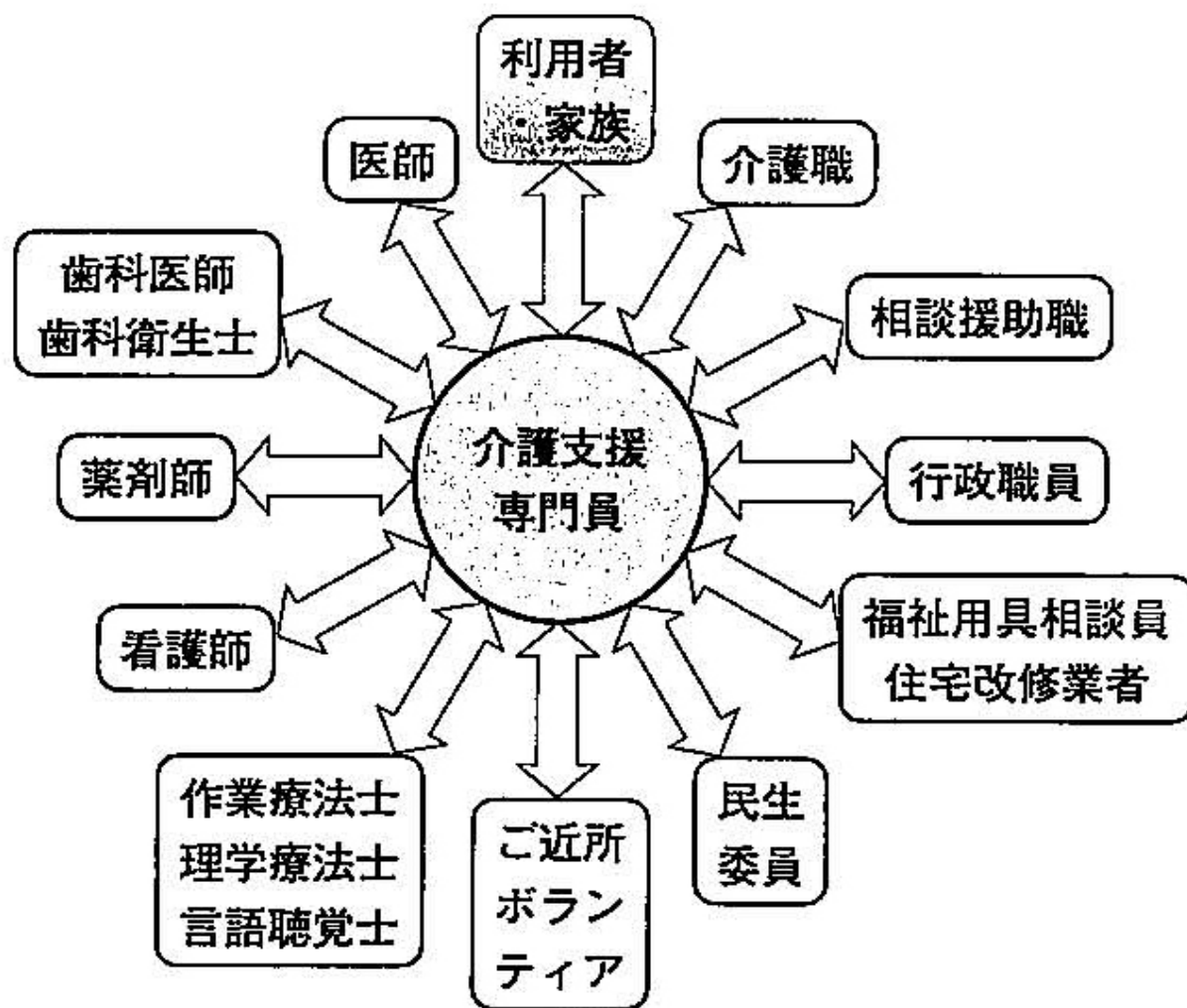
(1) 利用者情報は介護支援専門員に集まる

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

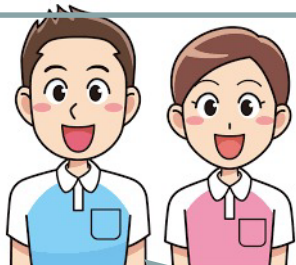
(2) ハブ機能(中継基地機能)を果たす

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

口腔の情報



居宅療養情報

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

末期の支援での連携



福祉用具
個別サービス計画
の交付 義務化



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)



情報が集まる！！

在宅介護
ケアマネ



【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」

P667

(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

P668

(1) 危機の予測や変化への対応

- ・リスク管理⇒ケアプランへ位置づけ
- ・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) 多職種協働の実例例：

P668

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

P670

1. 在宅医療の制度概要

(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

在宅療養支援診療所

【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

在宅療養支援病院

【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

機能強化型在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院

【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

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

令和4年度診療報酬改定 I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑩

機能強化型訪問看護ステーションの要件等（参考）

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	<u>12,830円</u>	<u>9,800円</u>	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者又は複数の訪問STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画又は介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>人材育成のための研修等の実施</u> ・ <u>地域の医療機関、訪問ST、住民等に対する情報提供又は相談の実績</u>		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪問STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪問STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
専門の研修を受けた看護師の配置	<u>専門の研修を受けた看護師が配置されていること（望ましい）</u>		

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

(1) 入院時情報連携加算

P671

(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) 特定事業所医療介護連携加算

(6) 通院時情報連携加算

(7) 配置医師緊急事対応加算・看取り介護加算

【入院時における医療機関との連携促進】

i 居宅介護支援の提供の開始にあたり、利用者に対して、入院時に担当のケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供することを義務付ける⇒重要事項説明書に明記する

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

- ・入院時情報連携加算(1)200単位/月 入院後3日以内に情報提供
- ・入院時情報連携加算(2)100単位/月 入院後7日以内に情報提供

参考

【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】

- i 退院・対応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 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

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

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

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

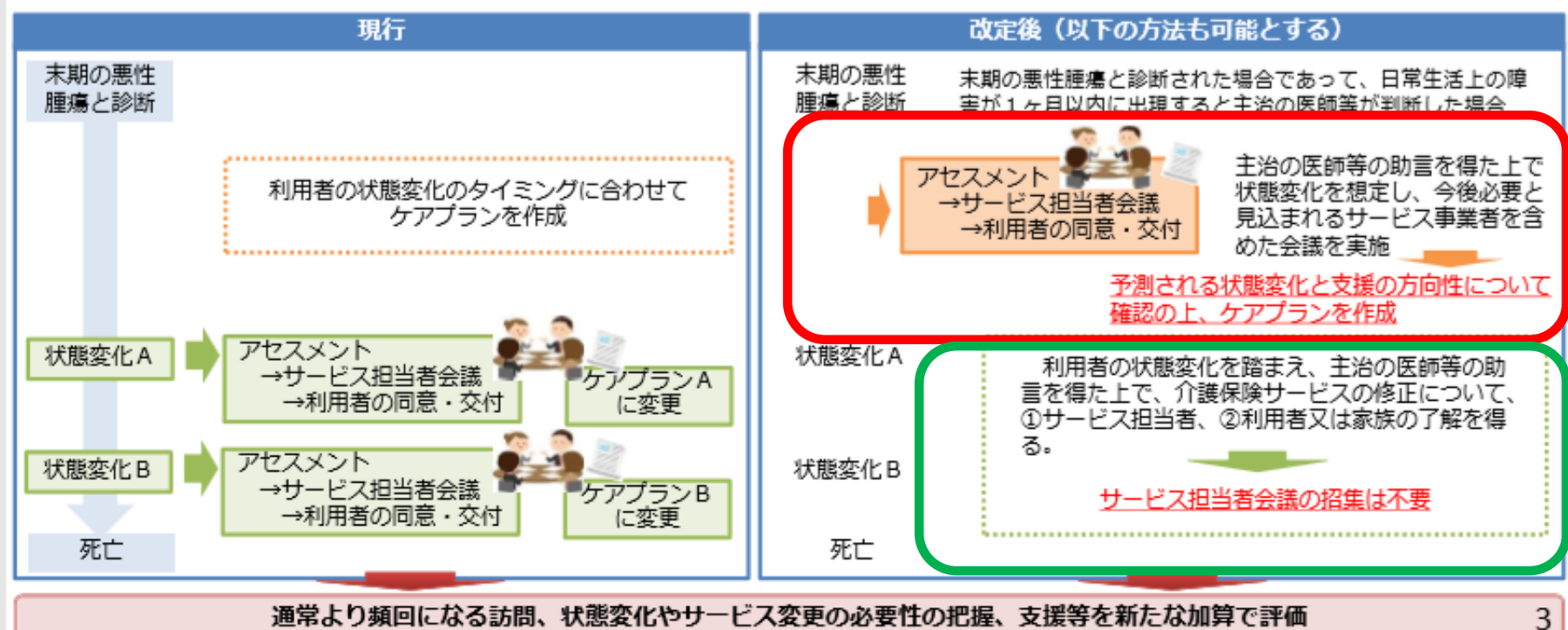
- ・ 末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

○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

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。



参考

【特定事業所医療介護連携加算】

※旧特定事業所加算Ⅳと同じ

- ・前々年度の3月から前年度の2月までの間において退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数(情報の提供を受けた回数)の合計が35回以上
- ・前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定
- ・特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)を算定していること

特定事業所医療介護連携加算 125単位／月

参考

【通院時情報連携加算】

※R3年度介護報酬改定新設

・医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを評価する



- ・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする 50単位／月
- ・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画(ケアプラン)に記録した場合

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

P674

(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）

参考

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について
(その 2)

R4年12月にH17 年
通知に記載のない行
為のうち、介護現場で
実施されることが多い
と考えられる行為を中
心に、医行 為ではな
いと考えられる行為を
整理し、通知が出され
ている。

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業(歯科医業を含む。以下同じ。)は、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要があるが、介護現場等において医行為であるか否かについて判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為でないと考えられるもの等については、これまで、「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について(通知)」(平成 17 年 7 月 26 日付け医政発第 0726005 号厚生労働省医政局長通知。以下「平成 17 年通知」という。)等においてお示ししてきたところである。

今般、規制改革実施計画(令和 2 年 7 月 17 日閣議決定)において、平成 17 年通知に記載のない行為のうち、介護現場で実施されることが多いと考えられる行為を中心に、医行為ではないと考えられる行為を整理し、周知した上で、介護職員がそれらの行為を安心して行えるよう、ケアの提供体制について本人、家族、介護職員、看護職員、主治医等が事前に合意するプロセスを明らかにすることとされた。

これを踏まえ、医療機関以外の介護現場で実施されることが多いと考えられる行為であって、原則として医行為ではないと考えられるもの及び当該行為を介護職員が行うに当たっての患者や家族、医療従事者等との合意形成や協力に関する事項について別紙のとおり列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際や、ケアの提供体制について検討する際の参考とされたい。

なお、本通知については、厚生労働省社会・援護局及び老健局と調整済みである。また、当然のこととして、医行為に該当しない行為についても、高齢者介護の現場等において安全に行われるべきものであり、また、行為の実施に当たっては、患者の状態を踏まえ、医師、歯科医師又は看護職員と連携することや、必要に応じてマニュアルの作成や医療従事者による研修を行うことが適当であることを申し添える。

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

P678

(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)

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）

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

【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）

※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
頭脳損傷
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装着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

算定日数
制限無し

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

P676

(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

* 医師からの指示の流れが異なる事に留意する

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

P678

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

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

1、個人情報の保護に関する法律とガイドライン

「医療介護関係事業所における個人情報の適切な取り扱いに関するガイダンス」

(平成29年4月14日 個人情報保護委員会 厚生労働省・令和2年10月一部改正)

「個人情報の保護に関する法律」を踏まえ、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(通則編)」を基礎とし、法第6条及び第8条の規定に基づき、法の対象となる病院、診療所、薬局、介護保険法に規定する居宅サービス事業を行う者等の事業者等が行う個人情報の適正な取扱いの確保に関する活動を支援するための具体的な留意点・事例等を示すもの

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

2、介護事業者が行う措置

- ・個人情報保護方針、法令の遵守
- ・就業規則、雇用時の誓約書
- ・個人情報の収集、利用及び提供
- ・安全管理措置・セキュリティ対策
- ・開示請求への対応

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

3、同意を得る方法

P664~

契約時の文書による同意

4、個人情報の取り扱い

個人情報保護の義務は公共の場や家庭などの私的な場などあらゆる場面に生じる。

マニュアルやルールを守るために日頃からの周知＝定期的な研修や声掛けを繰り返し行い周知徹底することが必要。

個人の倫理観＝ケアマネジャーとしての職業倫理

【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個人情報の使用の同意はどのように行いますか？

個人情報を使用する場合はどのような場合ですか？

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』

参考

情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう、実施要件を見直す。



【対象となる項目】

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1・2 注1
- ・ 退院時共同指導料2 注3
- ・ 介護支援等連携指導料
- ・ 在宅患者訪問看護・指導料 注9
- ・ 同一建物居住者訪問看護・指導料 注4
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び退院時共同指導加算も同様)

現行

原則、対面で実施



やむを得ない場合に
限り、ICT活用可

改定後

原則、対面で実施



必要な場合、ICT活用可

参考

会議や多職種連携におけるICT の活用

- ・運営基準において実施が求められる各種会議等（利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く。）について、**感染防止や多職種連携の促進の観点から、以下の見直しを行う。**
 - ・利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
 - ・利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用しての実施を認める。
- ↓ ↓ ↓ ↓

**連携や他職種協働に求められる事、方法の変化。
状況に応じながら適切な連携を行っていく**

連携の基本は・・・

1.制度を理解する

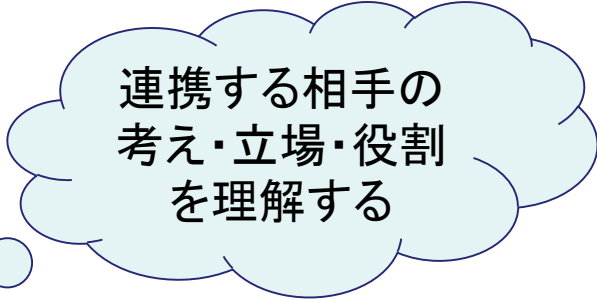
利用者の生活は介護保険制度だけではなく、多くの制度が支えることで支援できる。

2.職種・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ルール・目的に沿って業務を行っている。

相互理解・尊重が連携において重要である

ご清聴ありがとうございました。