

# 令和5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
- ・ 個人情報の取り扱い

## 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リハビリの拡充 ・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 ・がんケアの取組推進 ・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 ・個室エン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過剰減の緩和 ・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率の柔軟化による取得促進

・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立支援への配慮 ・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業務等の緩和 ・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 ・運営規程の提示の柔軟化

### 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

1

## 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続品の使用促進
- 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

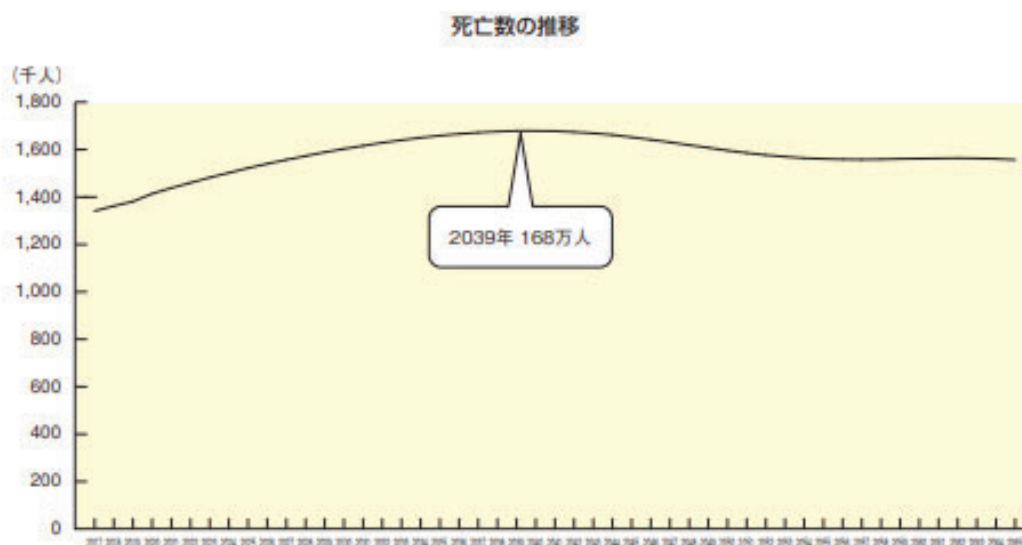
### 1 高齢化の進行に伴う社会背景の変化

#### (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

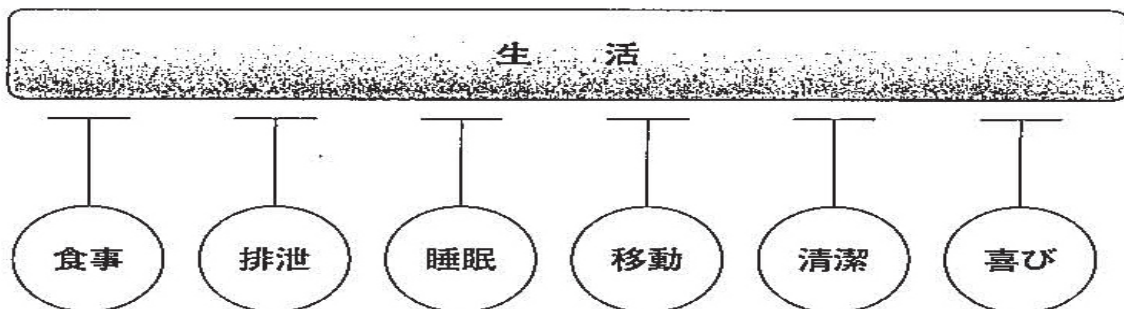
### 3 介護職に

#### (1) 生活を

診断、治療方針決定  
→ 医療側の大きな役割

↓  
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、状況に則したケアを提供できる

14

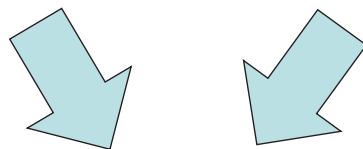
## 第1節 医療との連携の意義と目的

### 4 介護・医療・予防の一体的な提供

P649

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

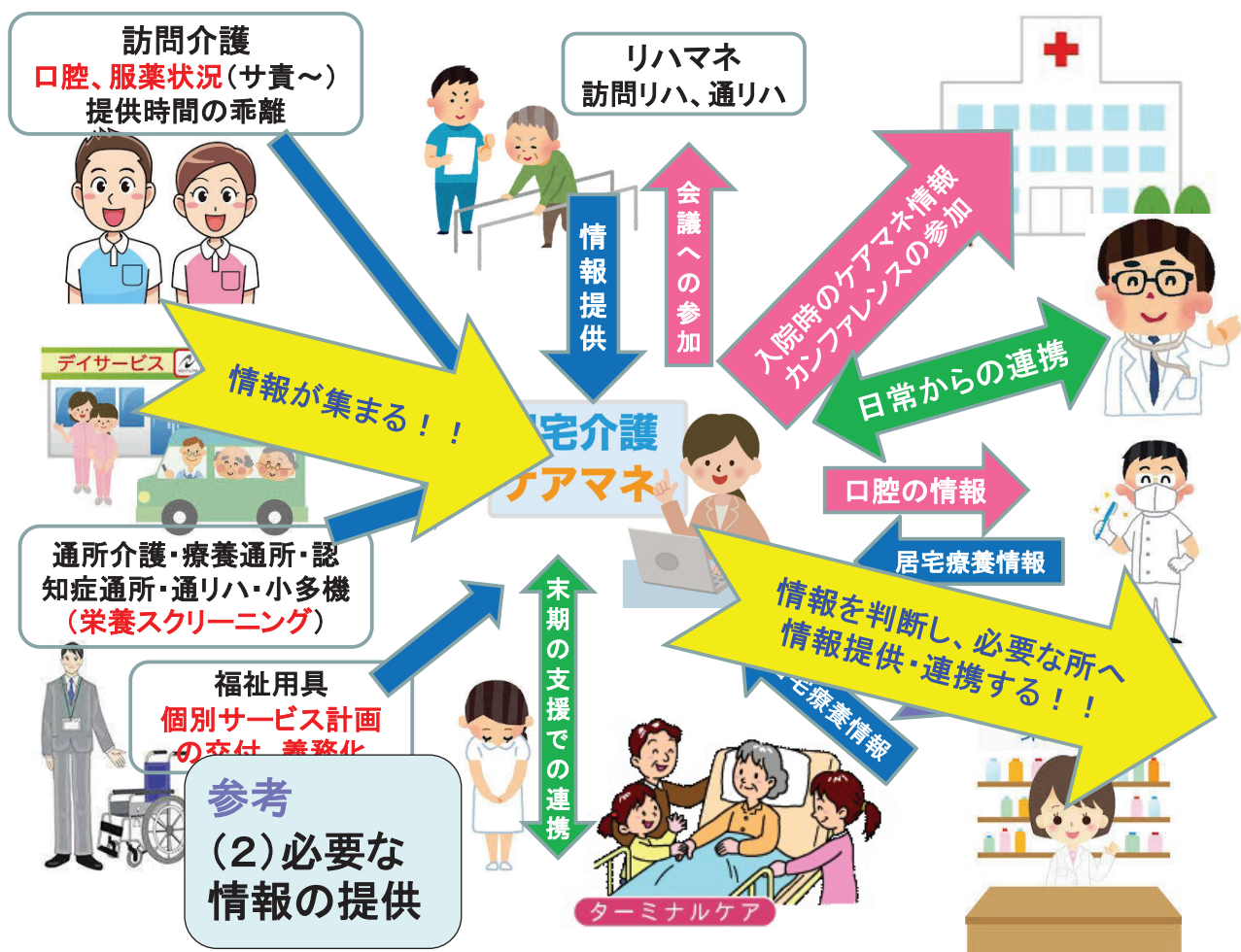
必要な情報を医師等へ情報提供する

**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**



## 参考

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。かかりつけ医へ伝え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 彦根市医師会助産事業

平成      年      月      日

**主治医の先生へ**

ご創生会 \_\_\_\_\_ 様（翌年月日      年      月      日）  
の生活環境についてご報告致します。  
参考にしていただければ幸甚でございます。

ケアマネジャー 所属 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

**療育心身状態に関する発見**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (1) 日常生活等の自立水準について<br>・彦根高専卒の日常生活自立度（直前より）<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ <input type="checkbox"/> Ⅵ <input type="checkbox"/> Ⅶ <input type="checkbox"/> Ⅷ <input type="checkbox"/> Ⅸ <input type="checkbox"/> Ⅹ <input type="checkbox"/> Ⅺ <input type="checkbox"/> Ⅻ <input type="checkbox"/> Ⅼ <input type="checkbox"/> Ⅽ <input type="checkbox"/> Ⅾ <input type="checkbox"/> Ⅿ |  |
| ・障害程度別卒の日常生活自立度<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ <input type="checkbox"/> Ⅵ <input type="checkbox"/> Ⅶ <input type="checkbox"/> Ⅷ <input type="checkbox"/> Ⅸ <input type="checkbox"/> Ⅹ <input type="checkbox"/> Ⅺ <input type="checkbox"/> Ⅻ <input type="checkbox"/> Ⅼ <input type="checkbox"/> Ⅽ <input type="checkbox"/> Ⅾ <input type="checkbox"/> Ⅿ                            |  |
| 【現在の状況：】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| (2) 障害度の中期評価<br>・短期経過 <input type="checkbox"/> 悪化あり <input type="checkbox"/> 悪化なし <input type="checkbox"/> 悪化あり<br>・日常生活自立を行うための能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない<br>・自分の意思が伝達 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 身体的に要求は限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない                                                                                                           |  |
| (3) 障害度の周辺症状<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊への兆候<br><input type="checkbox"/> あり → { <input type="checkbox"/> 自傷・自殺 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的異常行動 }<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                                            |  |
| (4) その他の精神・神経症<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 失神 <input type="checkbox"/> 強迫性障害 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 急性期障害 <input type="checkbox"/> うつ状態 】                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| (5) 身体の状態<br>身長＝ cm    体重＝ kg<br>過去６ヶ月で５％以上の体重変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 維持<br>四肢欠伸、痙攣、筋力の低下、関節の拘縮、関節の痛み、失調・不随意運動、痙攣、その他の疾病疾患などがあればわかる範囲で詳述、罹患などを下記に記載                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |

NPO 法人岡山県介護支援専門員協会

2018 療育相談実務士検定

●生活技能とサービスに関する意見

(1) 移動

車外歩行 ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ 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 (送迎施設等) ☐ 用いていない ☐ 車外で使用 ☐ 車内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☐ 自立ないし何とかならざるを得る ☐ 全介助  
 現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良  
 一栄養・食生活の留意点 ( )

●特にすべき事項 (介保係員に関して患者さんの特徴的な事柄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

・移動 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助

具体的な状況

・排泄 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ おむつ使用

具体的な状況

・入浴 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助

具体的な状況

・更衣 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助

具体的な状況

・更衣 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助

具体的な状況

●在宅で利用中のサービス (有・無)

| サービス内容 | 頻度 | サービス内容 | 頻度 |
|--------|----|--------|----|
|        | /  |        | /  |
|        | /  |        | /  |
|        | /  |        | /  |

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。<br>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<br><input type="checkbox"/> 飲み忘れることが多い(朝・昼・夕・食間・その他) ( )<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 他科からの薬がある(眼科・皮膚科・整形外科・その他) ( )<br><input type="checkbox"/> 一般薬・サプリメントを飲んでいる(具体的に) ( )<br><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<br><input type="checkbox"/> 尿漏れがある<br><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<br><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"/> 力がはいるらない<br><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<br><input type="checkbox"/> 日中うとうとしている <input type="checkbox"/> ボーっとしていることが多い <input type="checkbox"/> 元気がない<br><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】                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |    |       |
|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |    |       |
| (一社)岡山県薬剤師会監修                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |    |       |
|  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

| 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<br><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<br><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"/> よくできる <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】                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                    |     |    |       |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |     |    |       |
| (一社)岡山県歯科医師会監修                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |     |    |       |
|  NPO法人岡山県介護支援専門員協会 |                                                                                                                                                                                                                                    |     |    |       |

## 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

P652

入院による弊害も・・

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

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（いづれもコピー）／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<br>(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<br>(フリガナ)          | 年齢                                                                                                                                                                                                                                                          | 性 別       | 男                                                           | 女     |
| 住所                      | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                        | 朝・大・中・平   | 年                                                           | 月 日 生 |
| 住環境<br>※可能な場合は「写真」などを添付 | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                        | エレベーター    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) |       |
| 入院時の要介護度                | 要支援 ( )                                                                                                                                                                                                                                                     | 要介護 ( 1 ) | 申請中                                                         | 未申請   |
| 認知症高齢者の日常生活自立度          | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                     |           |                                                             |       |
| 障害高齢者の日常生活自立度           | <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<br><input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 | キーパーソン<br>(連絡先) | 氏名<br>(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<br>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<br>(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*              | <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<br><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<br>(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 | <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 ・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 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                           |
| 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 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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 |       |                                                                                                                   |

食事回数：朝： 時 昼： 時 夜： 時 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 ☐ 良好 ☐ 悪くむせる 常にむせる 義歯 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 良好 ☐ 不良 ( ) 眠剤の使用 ☐ なし ☐ あり 睡眠時間 時間/日

喫煙量 本/日/日あたり 飲酒量 合/日/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                | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) |
| 聴力   | 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   | 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課題

☐ 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 ☐ 慢性腰痛 ☐ 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／これまでにもある ☐ 今回が初めて

医療処置\*

☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 疼痛吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡

☐ 尿道カテーテル ☐ 尿管ストーマ ☐ 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         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                 | 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： ) |
| 薬剤管理        | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・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<br>(フリガナ) | 診療方法・頻度 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療<br>・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

心身の状況変化 → 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                 |                                                                                                                                                                                                                                 |                |    |                         |            |       |              |  |      |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----|-------------------------|------------|-------|--------------|--|------|
| 1. 基本情報・現在の状態 等            |                                                                                                                                                                                                                                 |                |    |                         | 記入日: 年 月 日 |       |              |  |      |
| 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                                                                                                                                                                                                                             |                |    |                         |            |       |              |  |      |
| 今後の医学管理                    | 医療機関名: 様 方法 □通院 □訪問診療                                                                                                                                                                                                           |                |    |                         |            |       |              |  |      |
| 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) □なし □あり(部分・総)                                                                                                                                                                                                    |                |    |                         |            |       |              |  |      |
| 口腔清潔                       | □良 □不良 □著しく不良 義歯 □なし □あり(部分・総) 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( ) 睡眠剤使用 □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> 病名、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> 病名、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退院後に必要な事例                 | 医療処置の内容 □なし<br>□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<br>□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<br>□排便コントロール □自己注射( ) □その他( )                                                                                                  |                |    |                         |            |       |              |  |      |
|                            | 看護の視点 □なし<br>□血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア<br>□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<br>□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<br>□その他( )                                                                            |                |    |                         |            |       |              |  |      |
|                            | リハビリの視点 □なし<br>□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<br>□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<br>□ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物、調理等)<br>□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<br>□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)<br>□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) |                                                                                                                                                                                                                                 |                |    |                         |            |       |              |  |      |
| 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

### 1 医師との連携

P659

#### (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

### 1 医師との連携

P659

#### (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(数字は受託率%) |    |     |     |     |     | 窓口対応者<br>(職種) |
|----------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------|----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 月                    | 火                      | 水                        | 木                      | 金                      | 土                      | 面談            | 電話 | FAX | メール | 往診時 | 外来時 |               |
| 午前<br>(Δ)13:30~14:00 | 外来<br>(Δ)13:30~14:00   | 外来                       | 外来<br>(Δ)13:30~14:00   | 外来<br>(Δ)13:30~14:00   | 外来                     |               | 4  | 3   | ①   |     | 2   | 事務            |
| 午後<br>(O)13:00~14:00 | 外来<br>(O)13:30~14:00   | 往診(休診)<br>(Δ)15:00~15:30 | 外来<br>(O)15:00~15:30   | 外来<br>(O)15:00~15:30   | 外来                     |               |    |     |     |     |     |               |
| 午前<br>(O)13:00~14:00 | 訪問診療<br>(O)10:30~18:30 | 訪問診療<br>(O)10:30~18:30   | 訪問診療<br>(O)10:30~18:30 | 訪問診療<br>(O)10:30~18:30 | 訪問診療<br>(O)10:30~18:30 | 2             | 4  |     | 3   | ①   |     | MSW           |
| 午後<br>(Δ)8:30~9:00   | 訪問診療<br>(Δ)8:30~9:00   | 訪問診療<br>(Δ)8:30~9:00     | 訪問診療<br>(Δ)8:30~9:00   | 訪問診療<br>(Δ)8:30~9:00   | 訪問診療<br>(Δ)8:30~9:00   |               |    |     |     |     |     |               |
| 午前<br>(O)9:00~9:30   | 往診<br>(O)9:00~9:30     | 往診<br>(O)9:00~9:30       | 往診<br>(O)9:00~9:30     | 往診<br>(O)9:00~9:30     | 往診<br>(O)9:00~9:30     | 往診            |    | ①   |     | 3   |     | 看護師           |
| 午後<br>(Δ)9:30~12:00  | 往診<br>(Δ)9:30~12:00    | 往診<br>(Δ)9:30~12:00      | 往診<br>(Δ)9:30~12:00    | 往診/外来<br>(Δ)9:30~12:00 | 往診<br>(Δ)9:30~12:00    | 4             | 2  |     |     |     |     |               |

## 参考

令和2年度 岡山県医療介護連携推進機構事業

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  
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連携推進事業

## 岡山市立市民病院

記入日 令和 2年 12月 4日

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住 所                                             | 〒 700 - 8557<br>岡山県岡山市北区北長瀬表町3-20-1                                                                                                                                                                                                                    | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                      | 086 - 737 - 3000                                                                                                                                                                                                          |
| 施設分類・施設種別                                       | 400床 地域医療支援病院(急性期)                                                                                                                                                                                                                                     | FAX番号                                                                                                                                                                                                                                     | 086 - 737 - 3011                                                                                                                                                                                                          |
| 医療連携推進担当者                                       | 入院管理支援センター                                                                                                                                                                                                                                             | 連絡担当職員氏名                                                                                                                                                                                                                                  | 医師 看護師 MSW 事務員 その他                                                                                                                                                                                                        |
| 休 日                                             | 土・日・祝・年末年始(12/29~1/3)                                                                                                                                                                                                                                  | 家賃                                                                                                                                                                                                                                        | 2 6 7 6                                                                                                                                                                                                                   |
| 医療連携推進担当者                                       | ① 086 - 737 - 3010 ( <input type="checkbox"/> 代表 <input checked="" type="checkbox"/> 直通 )                                                                                                                                                              | 対応時間                                                                                                                                                                                                                                      | 8 : 30 ~ 19 : 00<br>(土曜日も8:30~12:00)                                                                                                                                                                                      |
|                                                 | ② - - ( <input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 直通 )                                                                                                                                                                                      | 対応時間                                                                                                                                                                                                                                      | : ~ :                                                                                                                                                                                                                     |
| FAX番号                                           | 086 - 737 - 3011 ( <input type="checkbox"/> 代表 <input checked="" type="checkbox"/> 直通 )                                                                                                                                                                | 対応時間                                                                                                                                                                                                                                      | 0 : 00 ~ 24 : 00                                                                                                                                                                                                          |
| 連絡手段                                            | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                     | 連絡手段                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 入院時連絡シートの確認<br><input checked="" type="checkbox"/> 退院調整全般<br><input checked="" type="checkbox"/> MSWと協働で入院調整<br><input type="checkbox"/> その他( )                                       |
| 連絡手段の活用状況                                       | 各病棟へ 各部署<br>病棟で 各部署<br>名称: (退院支援看護師)                                                                                                                                                                                                                   | 連絡手段                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                           |
| 医療連携推進と介護サービス連携の推進方法(ルール)を、画面上の方針について(確認チェック可能) |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |
| 入退院時                                            | 連絡方法<br><input checked="" type="checkbox"/> 医師<br><input checked="" type="checkbox"/> シート持参<br><input checked="" type="checkbox"/> シート郵送<br><input checked="" type="checkbox"/> シートFAX<br><input type="checkbox"/> 電話<br><input type="checkbox"/> 事前相談 | 連絡の相手<br><input checked="" type="checkbox"/> 病棟→CM→連絡<br><input type="checkbox"/> CM→MSWへ<br><input type="checkbox"/> CM→病棟へ<br><input type="checkbox"/> その他<br>(CM→退院支援看護師へ)                                                             | 連絡時期<br><input type="checkbox"/> 入院前<br><input type="checkbox"/> 入院当日<br><input type="checkbox"/> 入院2,3日<br><input type="checkbox"/> 入院4日以降<br>(事前連絡を)                                                                    |
| 連絡調整                                            | 担当者<br><input type="checkbox"/> 医師<br><input checked="" type="checkbox"/> MSW<br><input type="checkbox"/> 病棟副長<br><input type="checkbox"/> 病棟看護師<br><input type="checkbox"/> PSW<br><input type="checkbox"/> その他 (※1)                                  | 連絡の相手<br><input checked="" type="checkbox"/> CM→退院支援センター<br><input type="checkbox"/> 病棟副長<br><input type="checkbox"/> 病棟看護師<br><input type="checkbox"/> 退院支援センター<br><input type="checkbox"/> 介護サービス課<br><input type="checkbox"/> その他 (※2) | 連絡の相手<br><input type="checkbox"/> 午前中<br><input type="checkbox"/> 14:00~16:00<br><input type="checkbox"/> 事前に電話を<br><input type="checkbox"/> 状況に応じて<br><input type="checkbox"/> 事前に連絡を<br><input type="checkbox"/> 事前に連絡を |
| 外傷・急病時                                          | 連絡の相手<br><input type="checkbox"/> 受付<br><input type="checkbox"/> 外来<br><input type="checkbox"/> 医療連携担当<br><input type="checkbox"/> その他<br>(※2)                                                                                                         | 連絡の相手<br><input type="checkbox"/> 受付<br><input type="checkbox"/> 外来<br><input type="checkbox"/> 医療連携担当<br><input type="checkbox"/> その他<br>(※2)                                                                                            | 連絡の相手<br><input type="checkbox"/> 受付<br><input type="checkbox"/> 外来<br><input type="checkbox"/> 医療連携担当<br><input type="checkbox"/> その他<br>(※2)                                                                            |
| 備 考                                             | ※1 退院支援看護師<br>※2 患者に指示していただく場合は事前に連絡ください。<br>※3 事前に連絡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～)

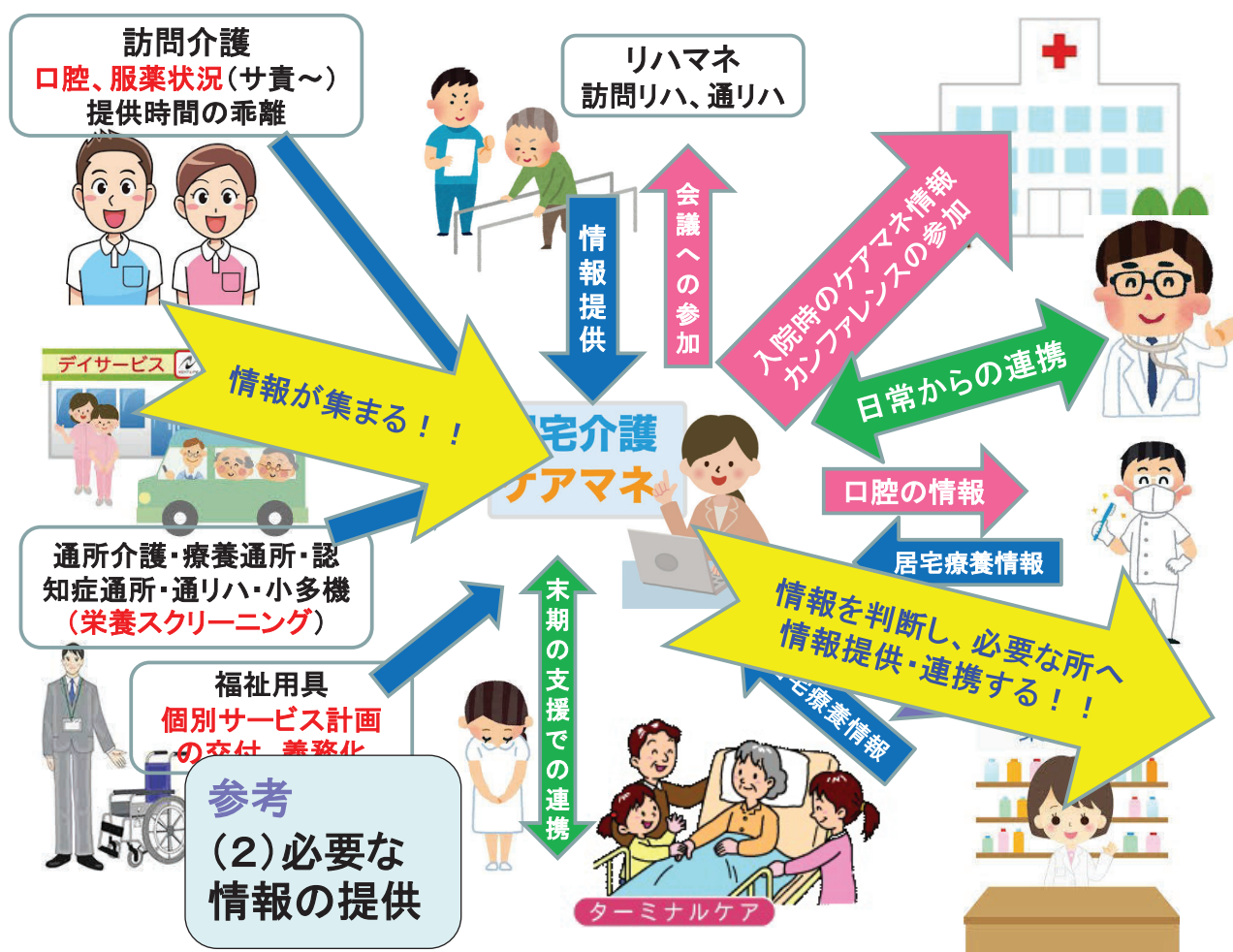
#### (4) 主治医への情報提供

→ **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…



## 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)

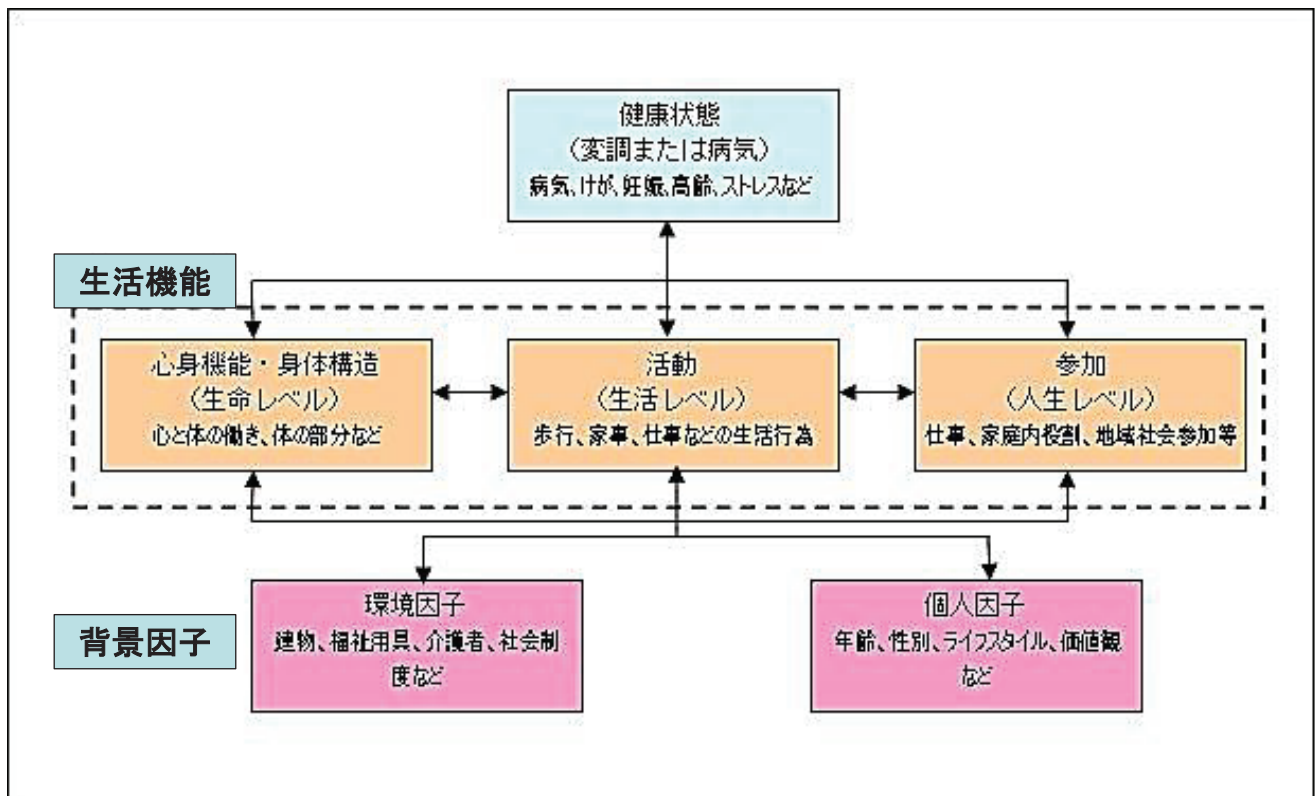
#### (2) 要介護者に生じる疾病を

**“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



## 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

### 4 介護職からの情報収集

P666

(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

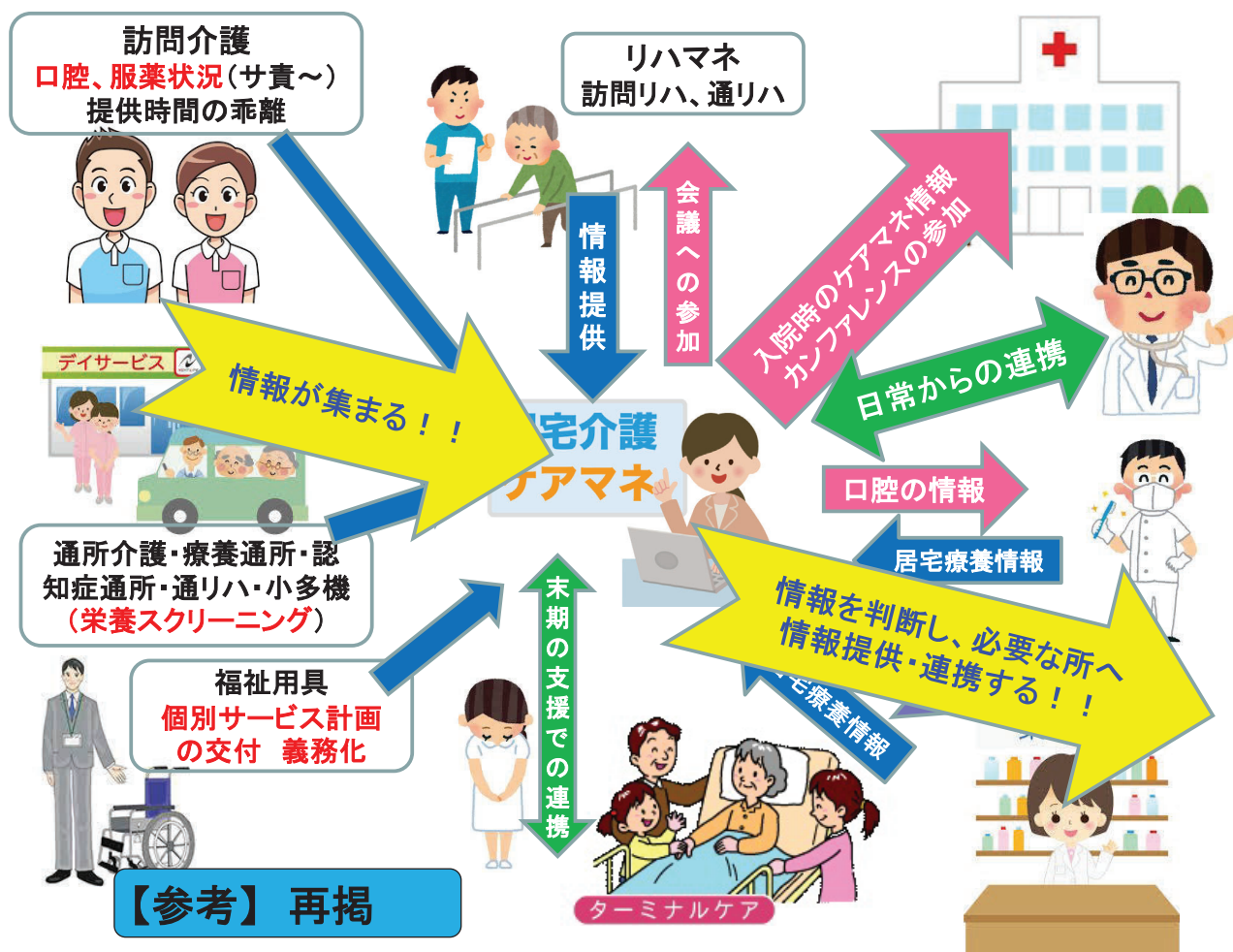
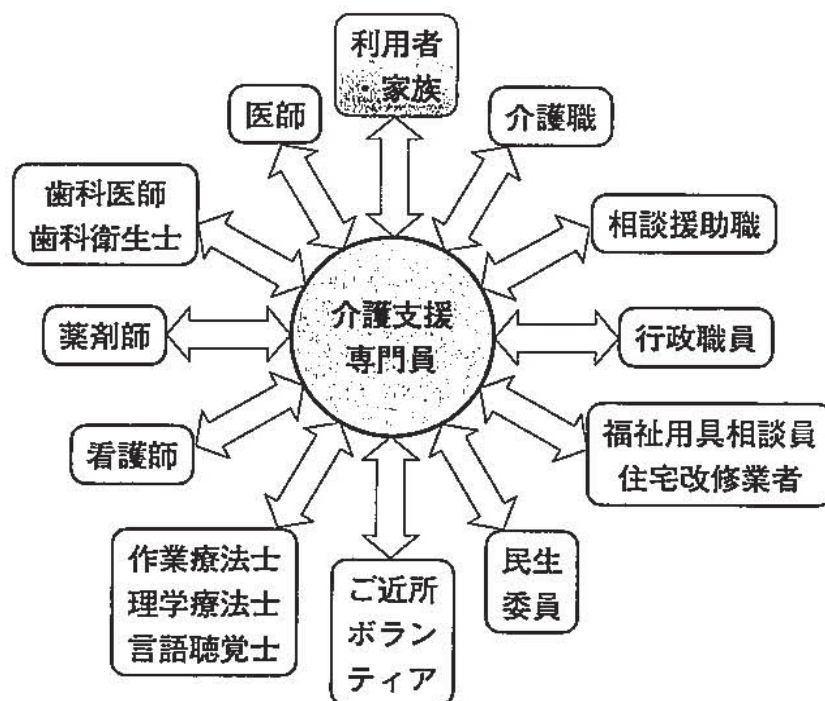
(1) 利用者情報は介護支援専門員に集まる

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）



## 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) 多職種協働の実際例:

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

## 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 <sup>※1</sup>             | 12,830円                                                                                                                                                                     | 9,800円                                                                       | 8,470円                                                                                         |
| 看護職員の数・割合 <sup>※2</sup>          | 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 <sup>※3</sup> | 以下のいずれか<br>・ターミナル 前年度20件以上<br>・ターミナル 前年度15件以上<br>+ 重症児 常時4人以上<br>・重症児 常時6人以上                                                                                                | 以下のいずれか<br>・ターミナル 前年度15件以上<br>・ターミナル 前年度10件以上<br>+ 重症児 常時3人以上<br>・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<br>・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置<br>+ 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<br>・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<br>+ 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                      | 以下のいずれも満たす<br>・人材育成のための研修等の実施<br>・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                                                                                                           |                                                                              | 以下のいずれも満たす<br>・地域の医療機関や訪問STを対象とした研修 年2回<br>・地域の訪問STや住民等への情報提供・相談の実績<br>・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<br>・退院時共同指導の実績<br>・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                  | 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）                                                                                                                                                |                                                                              |                                                                                                |

## 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

## 参考

### 【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】

- 退院・対処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
- 医療機関等との連携回数に応じた評価とする
- 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

&lt;現行&gt;

なし

&lt;改定後&gt;

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

## &lt;イについて&gt;

## ○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

社保審-介護給付費分科会

165

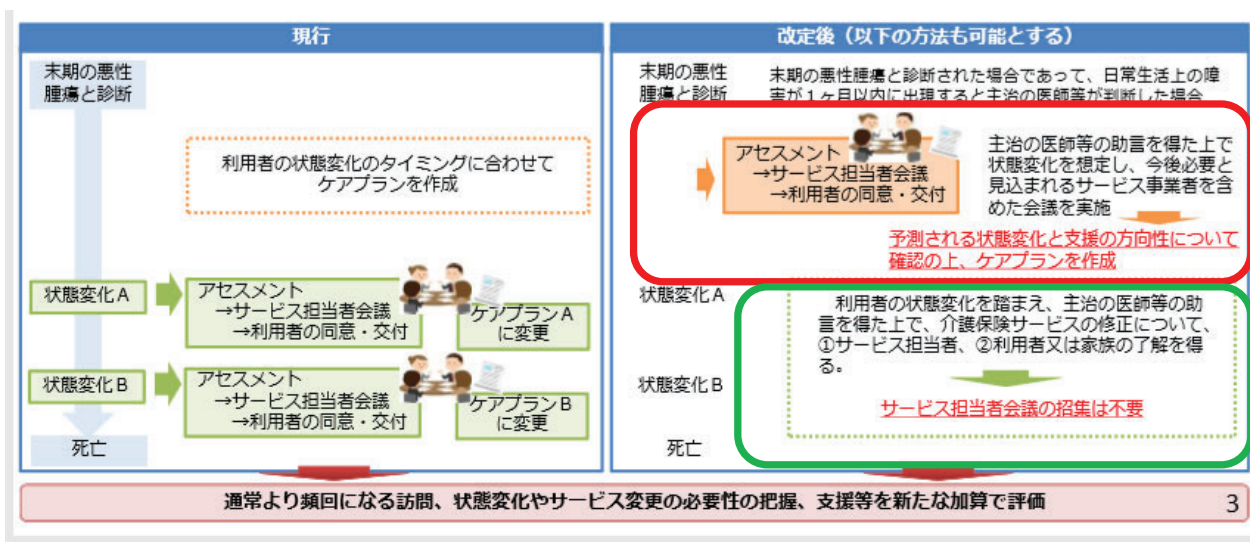
第158回（H30.1.26）

参考資料1

## 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。



## 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）

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。

各都道府県知事 殿

医政発 1201 第 4 号  
令和 4 年 12 月 1 日

65

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)

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依り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を判断する際や、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

66

### 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

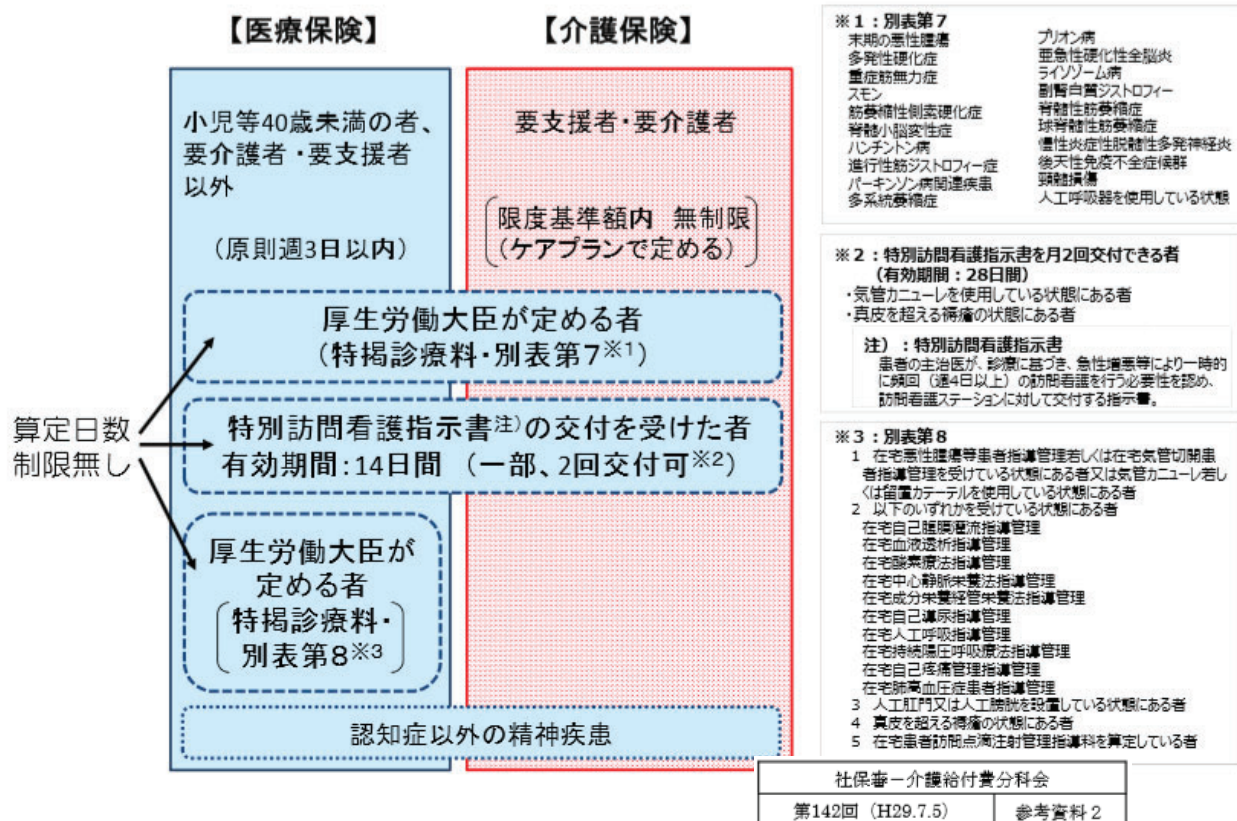
(14日間を限度、急性増悪時など頻回な訪問が必要な場合)

##### 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)



## 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
- 個人情報を適切に扱う。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』

令和2年度診療報酬改定 I-4 業務の効率化に資するICTの利活用の推進 -②-

#### 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