

介護支援専門員実務研修

9日目

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

目 的

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

- 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その留意点について説明できる。

10章のポイント

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

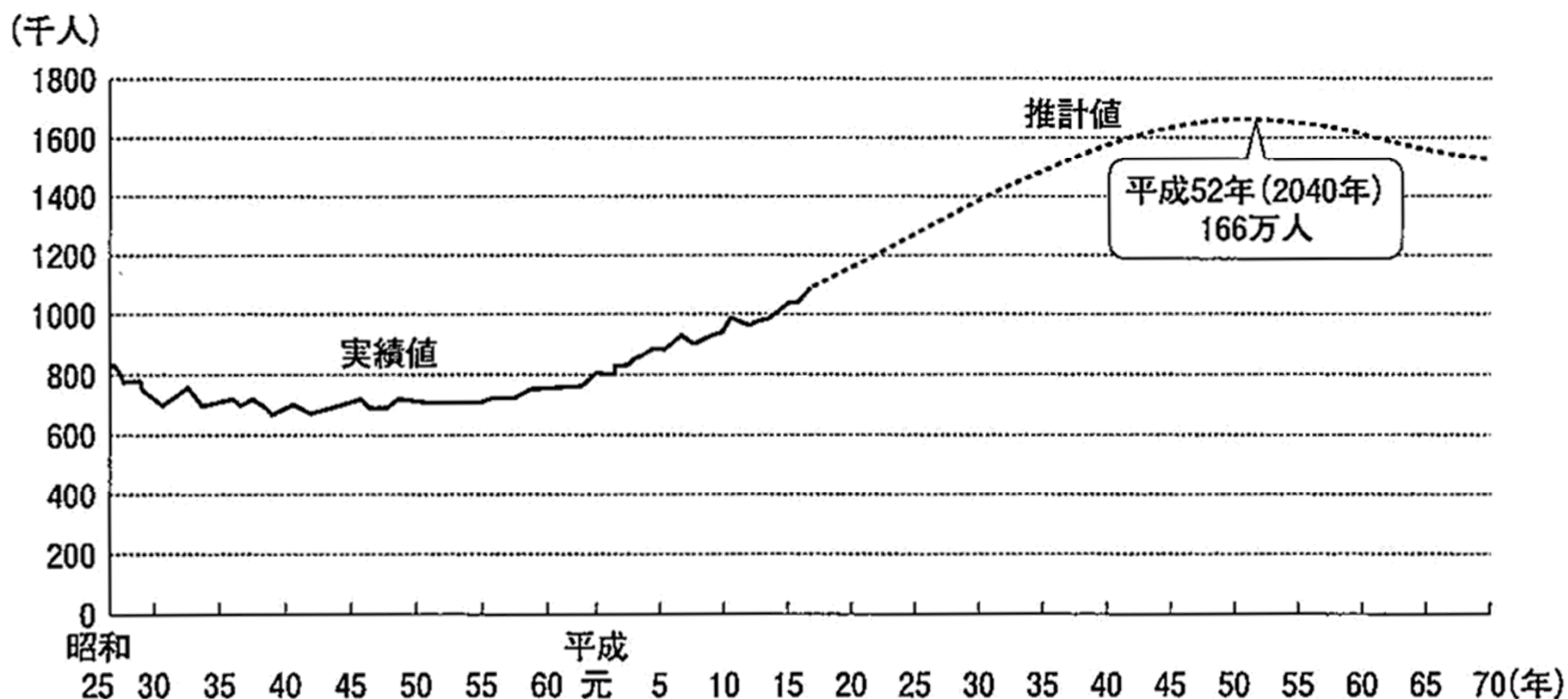
第1節 医療との連携の意義と目的

1. 高齢化の進行に伴う社会背景の進化

(1) 医療との連携が不可欠

(2) 高齢・多死社会に向けて

図10-1-2 死亡数の年次推移



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

第1節 医療との連携の意義と目的

2. 医療専門職にとっての医療介護連携の意義

(1) 生活状況把握の難しさ

→

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) 看護支援専門員が情報を継続的に収集する

→

モニタリング機能

(4) 利用者・家族が医療専門職に言いづらいとき

→

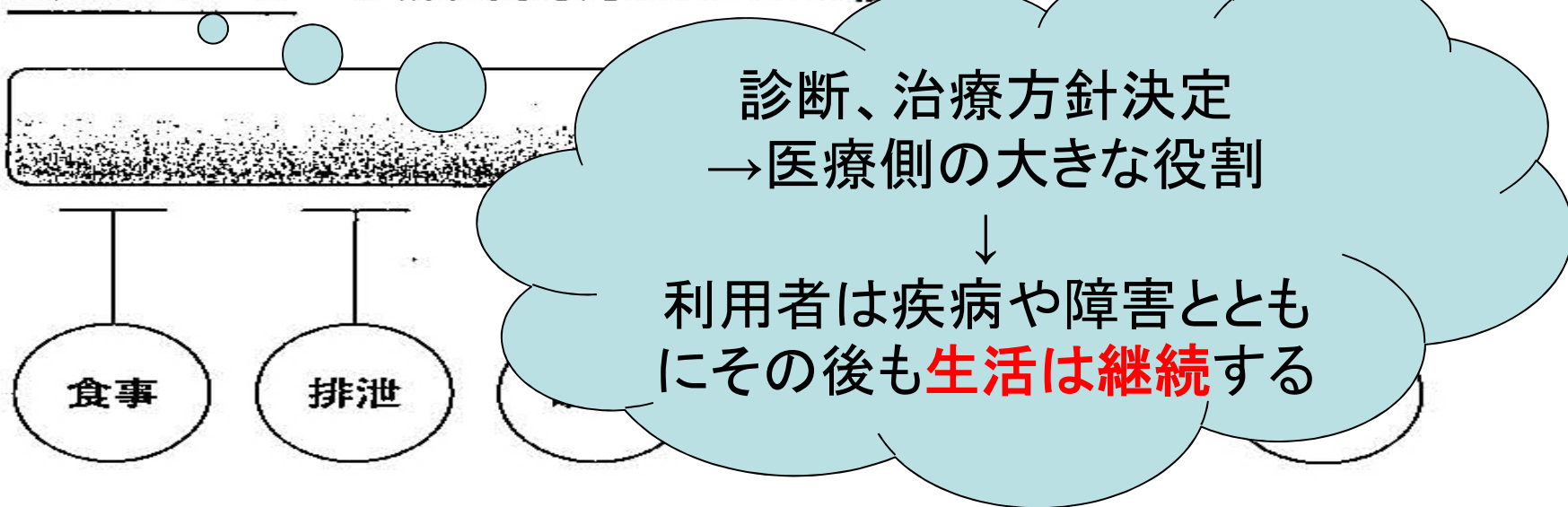
代弁機能・自己決定のプロセス、支援

第1節 医療との連携の意義と目的

3. 介護職にとっての医療介護連携の意義

(1) 生活を支える六つの視点に着目する

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

(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

第1節 医療との連携の意義と目的

3. 介護職にとっての医療介護連携の意義

(3) 状況に即した介護の提供

医療的判断をケアプランへ反映させる

第1節 医療との連携の意義と目的

4. 介護・医療・予防の一体的な提供

居宅介護サービスと、医療専門サービスが、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。

介護と医療、予防の一体的な提供が求められるゆえんです。

第2節 ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

1. 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
- (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

2、急変時

(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

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

環境を変えることなく緊急時に対応することで、利用者の混乱など二次的なトラブル発生を予防できる

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、入院・入所時

(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

第2節 ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

4. 退院・退所時

(1) 退院後の居宅サービス計画の原案を作成

MSW、退院調整看護師、医師などから情報収集し、ケアプラン作成する

(2) 利用者の状態や意向の把握に努める

心身の状況変化→ケアプランの再構築

第2節 ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

5. 家族の休息が必要となったとき

(1)レスパイトの役割

(2)後方支援病院や有床診療所等の
活用

後方支援病院とは？

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

参考：在宅療養支援診療所の施設基準の概要

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	/
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で 4件以上、 各医療機関において、看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	
在宅患者が 95%以上(※) の在支診が満 たすべき基準	⑩ 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪ 看取り実績が20件／年以上又は超・準超重症児の患者が10人／年以上 ⑫ (施設総管の件数)／(在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 ⑬ (要介護3以上の患者＋重症患者)／(在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5		

※在宅患者が95%以上とは、1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上

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. 看取り期

(1) 医療的ケアと介護の必要性の変化
について把握

(2) 介護職に対する情報の周知

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. 死亡時

(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、疾病に関する脂肪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利用者の入院などの急変時に、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？

2つ以上、記入してください

第3節 医師との連携と 医療機関の役割

1. 医師との連携

(1) 主治医からの情報収集

- 居宅サービス計画作成に役立てる
- 連絡・相談の方法を吟味する

第3節 医師との連携と 医療機関の役割

1. 医師との連携

(2) ケアマネタイムや主治医意見書の活用

- ・FAX・メールなどの活用

但し、個人情報保護に留意する

- ・岡山県の状況・・ルールブック活用など

図10-3-2 配布されるケアマネタイムの集計結果の例

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

医療機関ルールブック（2015年版）

少しでも医療機関へ訪問する介護支援専門員を増やすことを目的として医療機関の情報を聞き取り公表することとしました。

より良いスムーズな連携をとるための指針として役立ててください。

«ご協力いただいた医療機関一覧»

岡山協立病院

岡山旭東病院

岡山光南病院

岡山済生会総合病院

岡山赤十字病院

岡山大学病院

岡山東部脳神経外科病院

岡山リハビリテーション病院

独立行政法人労働者健康福祉機構 岡山労災病院

国立病院機構岡山市立 金川病院

重井医学研究所附属病院

赤磐医師会病院

特定医療法人紀典会 北川病院

平病院

備前市国民健康保険市立 備前病院

備前市国民健康保険市立 日生病院

備前市国民健康保険市立 吉永病院


以上17病院


岡山大学 病院

記載日 27年 12月 25日

住所	〒700-8558 岡山市北区産田町2丁目6番1号		病床	349床（精神科以外は一般）					
医療連携 担当部署	総合患者支援センター（在宅医療に向けた退院・転院調整や外来受診時の の関わりなどの後方支援担当） 【地域連携室は、前方支援（医療機関からの初診・検査予約等）の担当です】								
担当職員	医師	1名	看護 師（退院調整）	4名	MSW 8名	事務 員	0名	その他	0名
※ ケアマネジャーから連絡を差し上げる場合の電話番号と対応時間をご記入ください									
代表 電話番号	086-223-7151 (休み：土・日・祝日)		代表 FAX番号	086-235-7744		F	直通		
						X	086-235-7845		
	8:30～17:15			8:30～17:15			0:00～24:00		
入院時の情報提供・病院訪問・担当者との連絡等のルールや留意点についてご記入ください。									
入院時	検査時間 □入院前 □入院当日 □入院2,3日頃 □入院4日以降（ケースによる） 検査先 □医療連携担当 □受付 □病院 □医師 時間帯（8:30～17:15） その他（電話なしで直接持参していただいて大丈夫です。救急搬送入院は、急性期対応 するので在宅情報を担当者がすぐチェックできない場合があります。）								
入院中	訪問の事前連絡 □必要 □不要 □ケースによって 相談先 □医療連携担当 □病院 □医師 □リハビリ担当 その他：MSWが病状を確認して面会可能かどうか伝達しますので、ご連絡ください								
退院 調整	訪問の事前連絡 □必要 □不要 □ケースによって 家族への同意 □必要 □不要 その他（担当者会議の必要があれば日程調整等対応しますのでご連絡・ご相談ください。）								
外 来 診 受 診 時	相談先 □受付 □外来受付 □医療連携担当 □その他（ 診察中の同行 □ケースによって（同意が必要） 診察時中の事前相談 □必要 □不要 その他（ケースによっても対応が異なりますが、ケアマネのみの医師面談はかなり困難で す。外来受診時の同意はケースによって可能ですが前日までに外来受付にご連絡くだ さい。その上で当日各科の外来受付へお声かけをお願いします。どうしても時間を取っ て相談が必要な場合は調整検討しますのでMSWあてにご連絡をお願いします。）								
その他	・外部から電話で入院病棟や病室のお問い合わせは、個人情報保護から対応不可です。 ・ケース・科によっても異なりますが、外来看護師は介護保険関連の相談は難しいのでその 旨ご了承ください。								
記入者	（ 玉野 ） 支那名 氏名（ 九田 康代 ） 所属部署（ 岡山支那：佐藤 幸志 ）（ ）（ ）								

この用紙は、医療機関と介護支援専門員の連携をスムーズにするために介護支援専門員へ
配布する予定です。貴医療機関は、この用紙が福前県民局管内の介護支援専門員へ
情報公開されることに 同意します 同意しません

アセスメント施行		Ver.1.0(2010.8.1)		記入者	
基本情報					
フリガナ 氏名		性別	生年月日		年齢 生 歳
診断名 1)		2)		3)	
(部位・再発)		4)		5)	
発症日	入院日		手術日		
治療法	輸血		アレルギー		
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 結核				
現病歴					
薬物療法					
住所			連絡先		
医療連携 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 看護職員					
主治医			他の医師		
麻痺・運動能力		寝たきり度	認知症自立度	BPSD	
右  左		高次脳機能障害		嚥下障害	
		口腔衛生・機能・義歯		聴力・視力	
		栄養状態・褥瘡		身長 体重	
医療処置必要度					
<input type="checkbox"/> 点滴 (<input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> リザーバー) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> レスビレーター <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 洗腸 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> ハルンカテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他のカテーテル					
運動機能		バーセルインデックス	内容や方法・物品等		家事についての介助量や手段・方法
食事					
移乗					
整容					服薬管理
トイレ					金銭管理
入浴					家屋環境 寝室
歩行					浴室
階段					トイレ
更衣					廊下
排便					出入り口
排尿					住宅改修箇所:
合計点	0 / 100				
移動方法や介助内容					
リハビリの必要性や内容					
家族状況		同居者	家族関係		
キーパーソンと介護力		インフォーマルサービス			
本人の希望・生きがい					
家族の思い					
趣味・興味のある事			経済状況		
虐待やDVの有無			地域のサービス供給量		
介護保険	要介護度	有効期間	~	担当CM	
危険情報	ケアマネジャー事業所名			連絡先	

在宅療養まとめ					
在宅開始日		在宅終了日		記入者	
入院・入所の理由:					
在宅経過要約:					
麻痺・運動能力					
寝たきり度		認知症自立度		要介護度	
BPSD等の障害の変化など:					
右  左					
医療処置必要度					
<input type="checkbox"/> 点滴 (<input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> リザーバー) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> レスビレーター <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 洗腸 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> ハルンカテーテル <input type="checkbox"/> 導尿					
運動機能		バーセルインデックス	内容や方法・物品等		家事(調理、掃除、洗濯、ごみ出し、裁縫、買い物等) 介助量や手段・方法
食事					
移乗					
整容					服薬管理
トイレ					金銭管理
入浴					
歩行					
階段					服薬管理
更衣					金銭管理
排便					家族状況の変化
排尿					
合計点	0 / 100				
移動方法や介助内容					
リハビリの必要性や内容					
入院・入所先への連絡申し送り事項:					
内容	頻度	担当者名等	内容	頻度	担当者名等
サイピス					

第3節 医師との連携と 医療機関の役割

1. 医師との連携

(3) 居宅療養管理指導(医師)から得られる情報

→ 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

第3節 医師との連携と 医療機関の役割

2. 主な医療機関の役割

救急指定病院

地域医療支援病院

認知症疾患医療センター

がん診療連携拠点病院

特定機能病院

回復期リハビリテーション病棟

緩和ケア病棟

地域包括ケア病棟

平成28年診療報酬改定

平成28年度診療報酬改定

入院医療の機能分化・強化

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化を図るため、入院医療について、機能に応じた適切な評価の推進と手厚い医療に対する評価の充実を実施。

医療機能ごとの患者像に応じた評価

- 特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し
- 総合入院体制加算について、「重症度、医療・看護必要度」(A、C項目)の基準を導入



- 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し
- 重症患者を受け入れている10対1一般病棟を評価



- 地域包括ケア病棟入院料の包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外



- 療養病棟入院基本料2について、医療区分2・3の患者受入れを要件化
- 療養病棟における医療区分2、3の患者像のよりきめ細かく適正な評価



医療機能の強化のための評価

- 特定集中治療室等における薬剤師配置を評価
- 総合入院体制加算における、認知症・精神疾患患者の受入体制の評価

- 7対1病棟の在宅復帰率の基準の見直し
- 看護職員・看護補助者の手厚い夜間配置を実施している医療機関の評価

- 回復期リハビリテーション病棟における、リハビリテーションの効果に応じたリハビリテーション料の評価（アウトカム評価）

- 療養病棟において、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰をより適切に評価するよう、在宅復帰機能強化加算の要件を見直し

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

1. 多職種協働の意義

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、食や栄養、リハビリ、認知機能など、多方面からアプローチする必要がある。

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

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

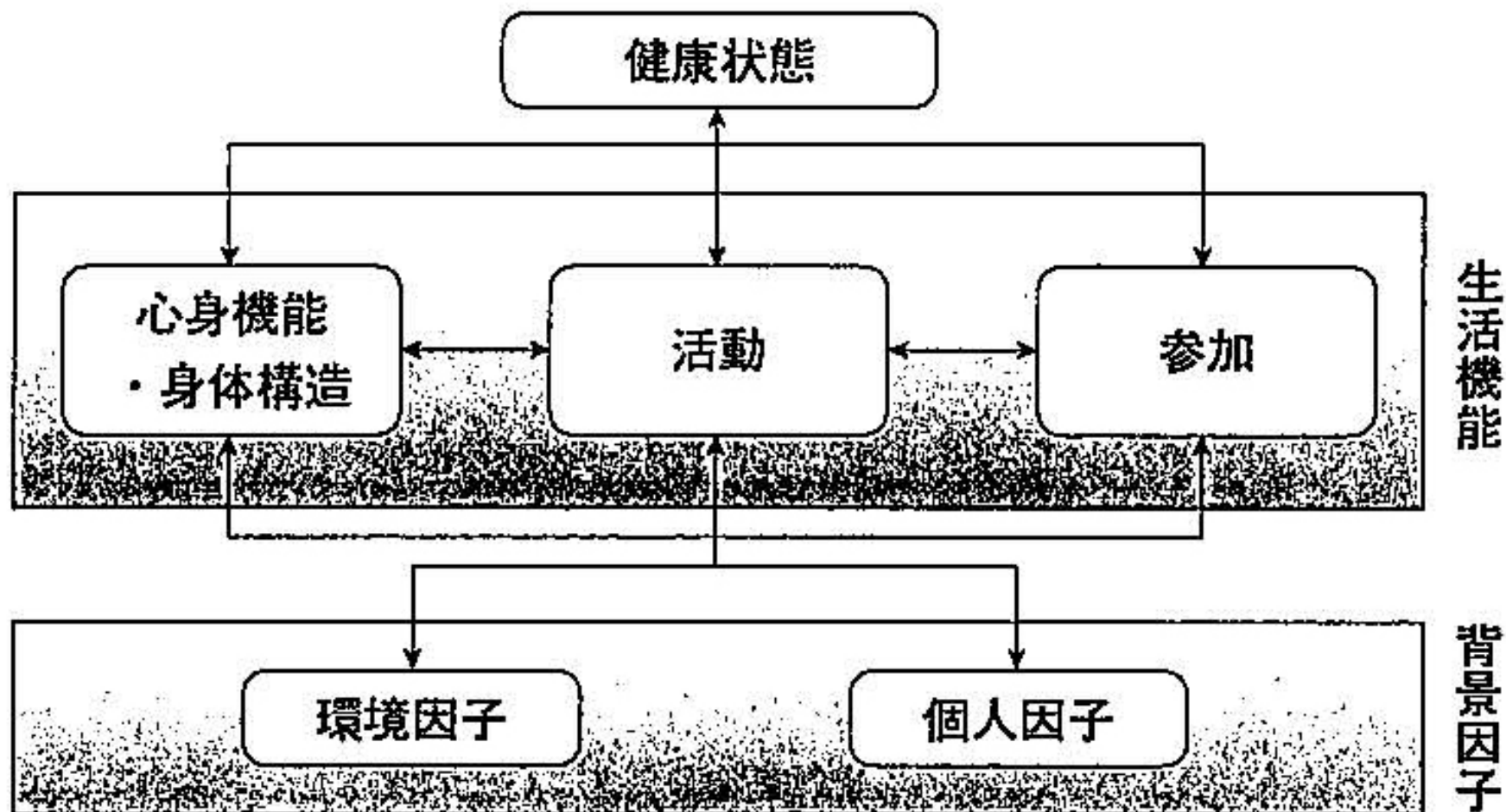
2. 国際生活機能分類と生活機能障害

(1) ICF (国際生活機能分類)

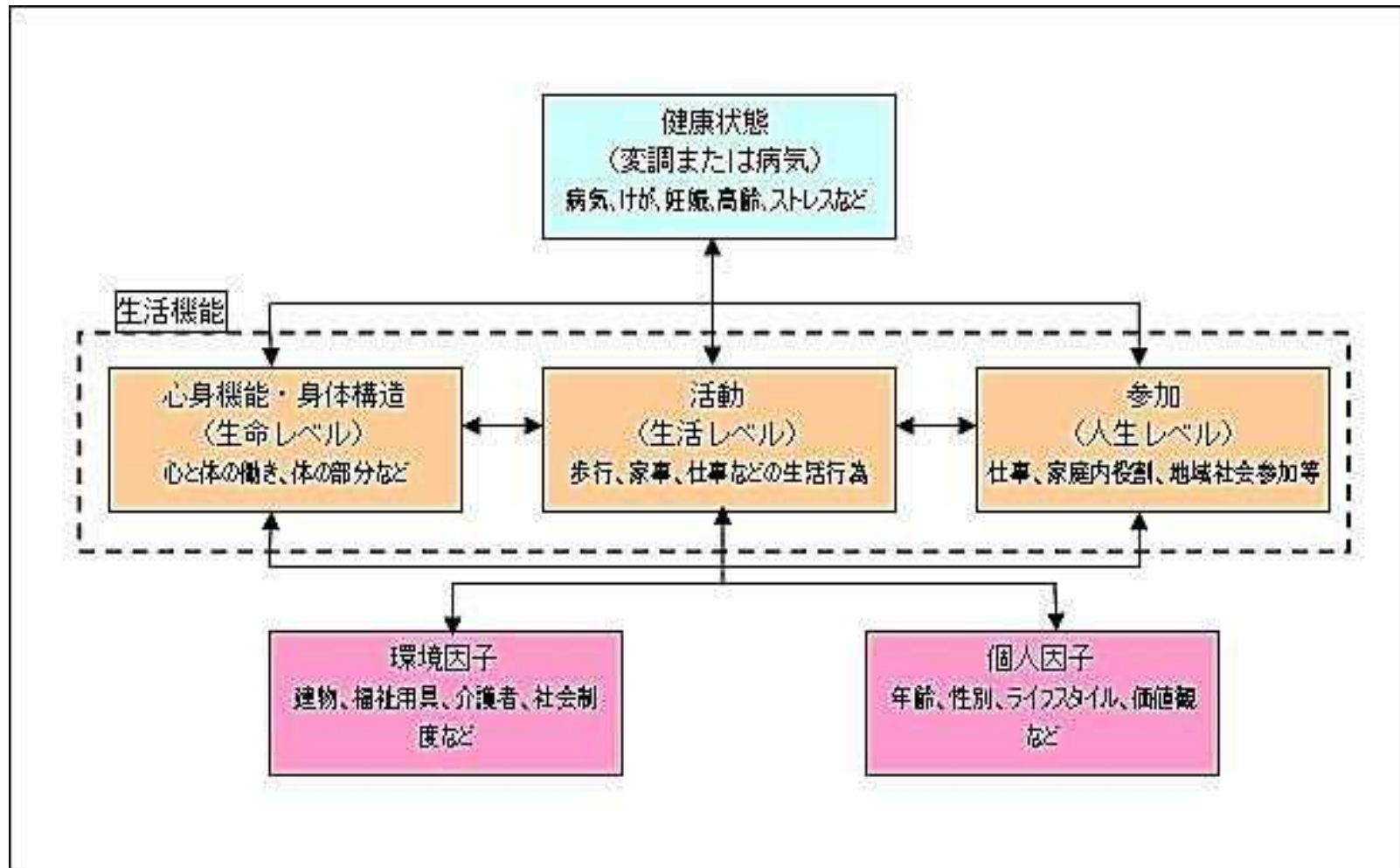
(2) 要介護者に生じる疾病を

“**生活機能障害**”としてとらえる

圖10-4-1 ICF (國際生活機能分類)



ICFモデル



「心身機能・構造」



生物レベル

生命レベル



手足の動き
精神の働き
視覚、聴覚
手足の一部
心臓の一部(弁)

「活動」



個人レベル

生活レベル



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

「参加」



社会レベル

人生レベル



社会参加
仕事ができる
主婦の役割
地域活動に参加
政治活動に参加

生活機能には、必ずこの3つ内容を言んでいる。

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

3. 医療専門職からの情報収集

(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

(1) サービス提供

モニタリングなどで収集した**生活情報**を伝える。

(2) 情報の集約や医療者への伝達

第4節 多職種協働の意義と 介護支援専門員が果たすハブ機能

5. 多職種協働において介護支援専門員が果たすハブ機能

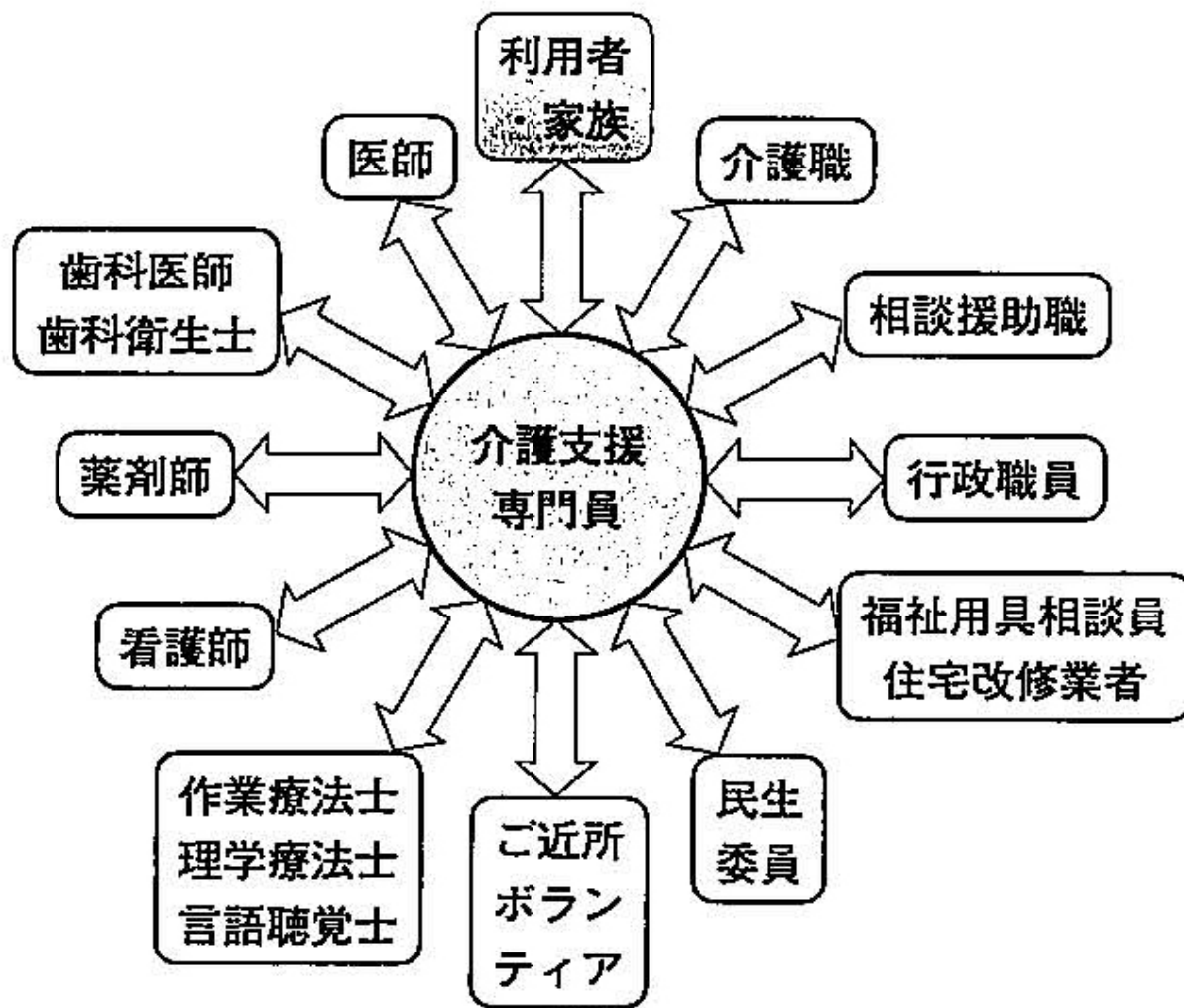
(1) 利用者情報は介護支援専門員に集まる

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」

- (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

(1) 危機の予測や変化への対応

- * リスク管理

- * 入院時などの変化への対応

- * 入院時、病院への情報連携

(参考) 入院時の連携例

医療連携情報シート (例)				
入院日	療養所名			
療養提供先	病院	先生 (様)		
療養提供者	居宅介護支援事業所 田中			
<p>詳細: 田中からご指導を賜り感謝いたしております。 さて、このたびは 様への入院に伴い介護支援専門員が把握している情報をお寄せいたします。ご参考にしていただければ幸いです。</p>				
氏名	ケヤマノ太郎	生年月日	S 2 年 3 月 2 9 日 (82歳)	
介護保険種別	要介護 2	有効期間	年 月 日 - 年 月 日	
介護支援専門員が初診した日	生後	J (△)	B	C
介護支援専門員が初診した居宅での日	生後	(I)	II	III IV M
直近の状況	<p>この一週間は全身倦怠感など体調不良多発時に陥ることがありましたが、家族(娘さん)の接客では夜間はよく休まれているとの情報です。本日娘さんからの接客で発熱があり病院受診するとの報告を受けました。</p> <p>食事の摂取状況は通所介護サービスからの報告では、問題なく摂取されておられたようですが、今週の初週日に2回ほど汁物の摂取時にむせていたことがあったようです。</p> <p>ここ3ヶ月の変化など 病院の定化はありません。先月要介護認定の更新が行われましたが、前回と同に療養の要介護2ということ、心身の大きな変化はなかったと報告されます。</p>			
生活歴の状況	<p>今度も通所介護サービスを利用しましたが、週3回のサービス利用中で倦怠感により時々のサービスは休みました。サービス利用中看護職員の所見では発熱や倦怠感などの異常な所見はなく前回利用時は通常のサービス利用後に帰宅しています。</p> <p>ここ3ヶ月の変化など 病院の定化はありません。通所介護サービスは休まずに計画通り利用しており、本人も意欲を持って施設利用に動んでいました。なお、サービスの利用に関しては別添のサービス利用表をご参照ください。</p>			
統計書	平成21年	月分	サービス利用表	
以上ご報告いたします。				
平成21年3月29日 NPO 後入岡山県介護支援専門員協会作成モデルシート				

「必要な情報」具体例

◆心身の状況

疾患・病歴・認知症の有無・徘徊
 など行動の有無

◆生活環境

家族構成・生活歴・介護者の介
 護の方法や家族介護者の状況

◆サービスの利用状況

情報提供の方法として、居宅サ
 ービス計画の活用等が考えられる

(老企第36号第3の12)

入院時情報提供シートの1例

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:

要介護者に生じた**誤嚥性肺炎**の場合

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

【ミニワーク10-2】

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

- ②主治医などの医師からの情報はどのように知ることができますか？

第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

1. 在宅医療の制度概要

(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

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

在宅療養支援診療所・病院の概要

医療保険部会 参考資料

(改) 25. 5. 29

在宅療養支援診療所

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

【主な施設基準】

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

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

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

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

【主な施設基準】

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

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

在宅療養支援病院

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

【主な施設基準】

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

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

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療①

機能強化型在支診等の評価

- 機能強化型在支診及び在支病について、実績要件を引き上げる。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合について、連携している各医療機関それぞれについても一定の実績を必要とする。

現行	改定後
在宅医療を担当する常勤医師3名以上	在宅医療を担当する常勤医師3名以上
過去1年間の緊急往診の実績5件以上	過去1年間の緊急往診の実績10件以上
過去1年間の在宅看取りの実績2件以上	過去1年間の在宅看取りの実績4件以上
複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。	複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。 イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上 ハ 過去1年間の看取りの実績2件以上

[経過措置]

- 平成26年3月31日時点で届け出ている場合は、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
- 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で単独型として届け出ているものについては、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合は、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。
- 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で連携型として届け出ている場合は、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上かつ看取りの実績が1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②を満たしているものについては、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

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

1. 在宅医療の制度概要

(2) 訪問看護に関する制度

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

機能強化型訪問看護ステーションの評価



※ ★印は必須要件

☆印は、ターミナルケア・重症児の受入実績のいずれかが必須要件

要件	機能強化型1	機能強化型2
1. 常勤看護職員の数	7人以上	5人以上
2. ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績☆(いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件/年 ②15件/年、4人 ③6人	①15件年 ②10件/年、3人 ③5人
3. 別表第7に該当する利用者数	10人以上/月	7人以上/月
4. 24時間対応体制加算の届出を行っている		
5. 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 (居宅サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)		
6. 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
7. 情報提供・相談・人材育成(地帯住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施)		

別表第7	
末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	脊髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

1. 在宅医療の制度概要

(3) 薬剤師に関する制度

- ・基準調剤加算

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

(2) 退院・退所加算

(3) 緊急時等居宅カンファレンス加算

表10-5-1 医療連携にかかる介護報酬

入院時情報連携加算	
(1) 入院時情報連携加算(I)	
1月につき	+200単位
(2) 入院時情報連携加算(II)	
1月につき	+100単位
退院・退所加算	
入院または入所期間中3回を限度に	+300単位/回
緊急時等居宅カンファレンス加算	
1月に2回を限度に	+200単位/回

(参考) 退院時の連携

退院・退所情報記録書

情報収集先の医療機関・施設名	
電話番号	
面談日 平成 年 月 日	面談日 平成 年 月 日
所属(職種)	
ふりがな 利用者氏名 (男・女) 生年月日(明・大・昭) 年 月 日(歳) 入院期間 入院日 年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 日 ・手術 有(手術名))・無	
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定日 年 月 日 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾病の状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況 無・有 (内服: 介助されていない・一部介助・全介助)	(感染症、投薬の注意事項(薬剤名、薬剤の剤形、投与経路等)等)
特別な医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他()	(導入予定の医療系サービス等)
食事摂取	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) ・制限 無・有(塩分・水分・その他())	(制限の内容等)
口腔清潔	介助されていない・一部介助・全介助	
移動	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 (見守り・手引き・杖・歩行器・ シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)	(独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)
洗身	介助されていない・一部介助・全介助・不可・ 行っていない ・入浴の制限 無・有(シャワー・清拭・その他)	
排泄	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠・不眠(状態:)	
認知・精神面	・認知症高齢者の日常生活自立度() ・精神状態(疾患) 無・有()	(認知症の原因疾患等)
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有(頻度:) ・運動制限 無・有	(リハビリ・運動制限の内容、導入予定のサービス等)

療養上の留意事項
※診療報酬の
(カンファレンス)

◆利用者の退院・退所にあたり、介護支援専門員が病院又は施設等に赴き、当該職員との「面談」により「利用者に関する必要な情報」を得た上で、当該情報を反映した居宅サービス計画を作成した場合に算定する。

◆「利用者に関する必要な情報」とは、「標準様式例(退院・退所情報記録書)」に示されている内容を基本とし、その他居宅サービス計画作成に必要と思われる内容があれば、適宜含めること。

◆病院・施設職員と面談して得られた情報を、「退院・退所情報記録書」または独自に作成した様式等に、原則として介護支援専門員が記録すること。

(参考)

退院・退所加算に係る様式例

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

(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

表10-5-2 医行為でないもの

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

第5節 在宅医療の制度や法令の概要と医療専門職間の連携

3. 医行為に関連する法律や制度

(2) 介護職員等が実施する喀痰吸引等制度

認定特定行為業務従事者(都道府県認定)

喀痰吸引等研修

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

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

(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(表10-5-3)

特別指示書(急性憎悪時など頻回な訪問が必要な場合)

厚生労働大臣が定める疾病など(難病・がん末期など)

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

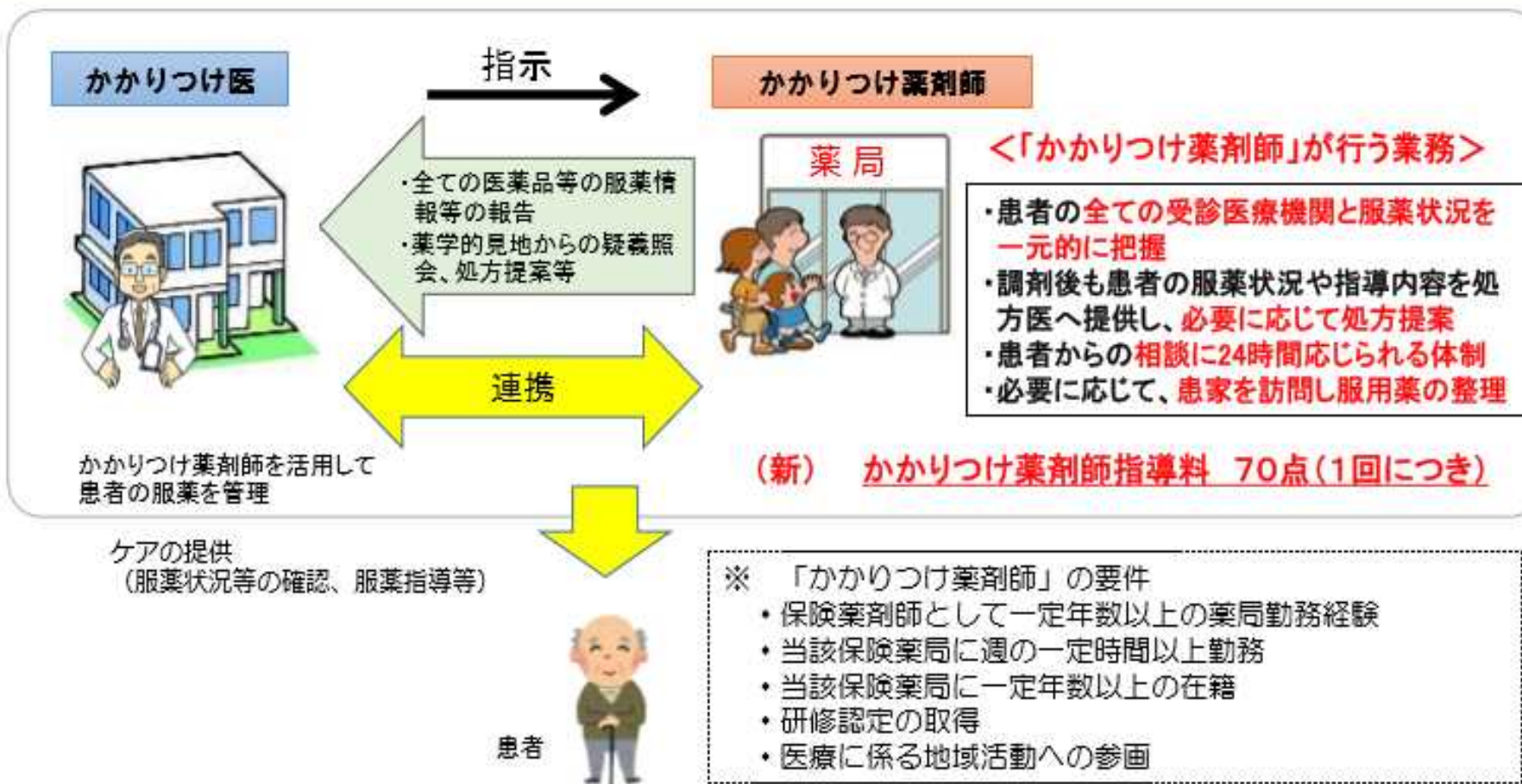
4. 医療専門職間の連携

(2) 医師と薬剤師の連携

(3) 医師とリハビリテーション専門職の連携

かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携

かかりつけ薬剤師は、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導等を行う。また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬情報等を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義照会や処方提案等を行う。



質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進



キーワード1 早期からのリハビリテーション

- ・初期加算、早期加算の算定要件等の見直し
- ・ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

キーワード2 質の高いリハビリテーション(アウトカム評価)

- ・回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

キーワード3 多様な状態に応じたリハビリテーション

- ・摂食機能療法の対象の明確化等
- ・廃用症候群リハビリテーション料の新設
- ・心大血管リハビリテーション料の施設基準の見直し
- ・運動器リハビリテーション料の評価の充実
- ・リンパ浮腫の複合的治療等

キーワード4 具体的な目標を意識した戦略的なリハビリテーション

- ・要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行(目標設定支援等・管理料の新設)



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 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
2. 介護事業者が行う措置
3. 同意を得る方法
4. 個人情報の取扱い

【ミニワーク10 - 3】

①退院・退所加算とはどのようなものですか？

利用者に関する必要な情報にはどのようなものがありますか？

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

10章のまとめ

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