

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第10章 「生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義」

上巻P529

生活の継続を支えるための
医療との連携及び多職種協働の意義

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第10章 「生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義」の目的

上巻P529

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
基本的な知識の連携の手法を修得する。

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第10章 「生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義」の修得目標

上巻P530

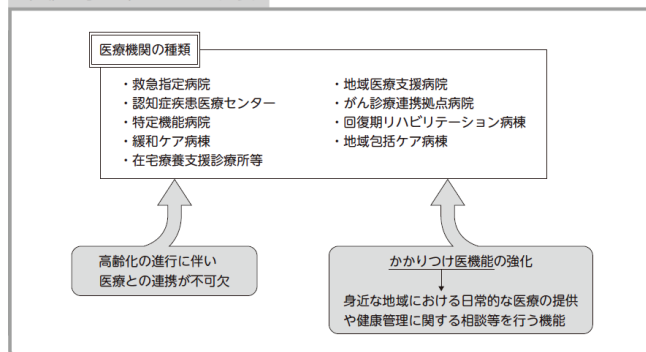
- ① 医療との連携の意義と目的について説明できる。
- ② 医療機関や医療職からの情報収集及び提供の方法及び内容について説明できる。
- ③ 地域の在宅医療・介護の連携を促進する仕組みについて説明できる。
- ④ 多職種協働の意義と目的について説明できる。
- ⑤ 多職種間で情報を共有することの重要性について説明できる。
- ⑥ 多職種協働における個人情報を取り扱う上での利用者と
その家族の同意の必要性について説明できる。

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第1節 医療機関の役割の理解[40分]

上巻P530

本節で学習することの概要



第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第1節 医療機関の役割の理解[40分] 【1 高齢化の進行に伴う社会背景変化】

上巻P531

1. 医療との連携が不可欠

〇わが国では、高齢者の増加に伴い、一人暮らし高齢者(単独世帯)や高齢者のみで暮らす世帯が増えている

・また、認知症の症状を有する人は増加の一途を辿る

〇そのような背景のもと、要介護状態になった高齢者は、介護を必要とするだけでなく、複数の疾病を抱えている場合が多くなっている

〇介護支援専門員がケアマネジメントに基づいて介護の提供体制を整えたとしても、病状の変化により介護の必要性が変化することから、居宅サービス計画を見直す必要が生じる

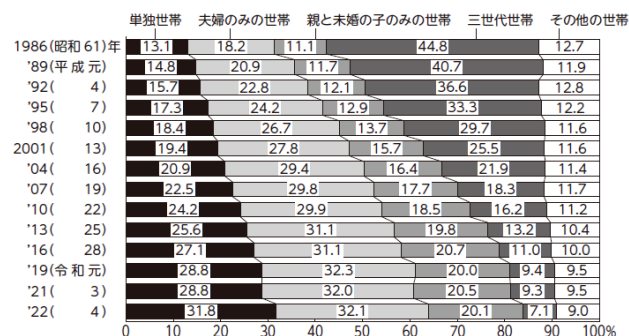
〇その際に、医療との連携が必要不可欠となる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第1節 医療機関の役割の理解[40分] 【1 高齢化の進行に伴う社会背景変化】

上巻P531

1. 医療との連携が不可欠 (65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移)



第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第1節 医療機関の役割の理解[40分] 【1 高齢化の進行に伴う社会背景変化】

2. 高齢・多死社会に向けて

○職住分離が進んだ結果、大都市で就労していたため老齢期になるまで地域社会との接点が乏しい高齢者もある

- ・親族が近隣に居住しているとは限らず、地縁血縁の薄い高齢者が急増しつつある
- ・高齢化が進んだ結果、死亡数も増加の一途をたどっている

○わが国の人口は2005(平成17)年以降、減少局面に突入している

・その一方で、2022(令和4)年時点において1936万人(15.5%)である75歳以上の後期高齢者数は、2030(令和12)年には2261万人(18.8%)に増加すると予測されている

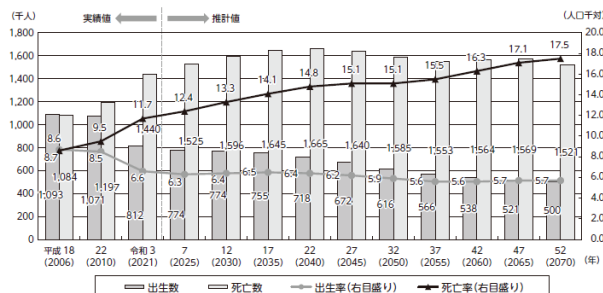
・団塊の世代がすべて75歳以上に到達する2025(令和7)年に向けて、2040(令和22)年も見据えながら、地域包括ケアシステムの推進、自立支援・重度化防止の取り組みの推進、介護人材の確保・介護現場の革新、制度の安定性・持続可能性の確保など、これらの事態へ対応することができる体制の構築が求められている

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第1節 医療機関の役割の理解[40分] 【1 高齢化の進行に伴う社会背景変化】

上巻P532

2. 高齢・多死社会に向けて (出生数及び死亡数の将来推計)

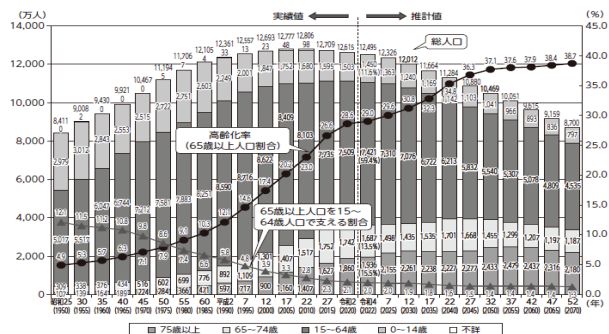


第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第1節 医療機関の役割の理解[40分] 【1 高齢化の進行に伴う社会背景変化】

上巻P533

2. 高齢・多死社会に向けて (高齢化の推移と将来推計)



第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第1節 医療機関の役割の理解[40分] 【2 医療機関の種類と概要】

上巻P532

1. 救急指定病院

○救急医療を要する傷病者のための専用病床や、救急医療を行うために必要な施設・設備を有し、救急医療について相当の知識および経験を有する医師が常時診療に従事している病院のこと

2. 地域医療支援病院

○紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用を通じて、地域医療を担うかかりつけ医を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院としてふさわしい構造設備を有する病院のこと

3. 認知症疾患医療センター

○認知症専門医療の提供と介護サービス事業者との連携を担う、地域の認知症に関する中核医療機関として指定を受けた医療機関のこと

・認知症の速やかな鑑別診断、認知症の行動・心理症状(BPSD)と身体合併症に対する急性期医療、対応が困難な事例に対する専門医療相談、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担っている

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第1節 医療機関の役割の理解[40分] 【2 医療機関の種類と概要】

上巻P534

4. がん診療連携拠点病院

○専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者・家族に対する相談支援および情報提供等を担う病院のこと

5. 特定機能病院

○集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を備え、病床数400床以上、原則定められた16以上の診療科の標榜などを要件とする、高度先端医療行為を必要とする患者に対応する病院のこと

6. 回復期リハビリテーション病棟

○脳血管疾患や大腿骨頭骨折などの疾患の急性期治療後に、集中的にリハビリテーションを提供することにより在宅復帰を目指す病棟のこと

7. 緩和ケア病棟

○主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者を入院させて緩和ケアを提供するとともに、在宅や外来への円滑な移行を支援する病棟のこと

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第1節 医療機関の役割の理解[40分] 【2 医療機関の種類と概要】

上巻P534

8. 地域包括ケア病棟

○急性期病床からの患者の受け入れ、自宅等にいる患者の緊急時の受け入れ、在宅への復帰支援の三つの機能を担う病棟のこと

9. 在宅療養支援診療所等

○在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院とは、患者の求めに応じて24時間往診・訪問看護を提供できる体制を確保している診療所または200床未満の病院のこと。24時間訪問看護の提供については、当該医療機関またはほかの医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、その体制を提供する

・機能強化型在宅療養支援診療所・機能強化型在宅療養支援病院とは、在宅療養支援診療所および在宅療養支援病院の要件に加えて、在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていて、緊急往診や在宅における看取り実績などの要件を満たす医療機関のこと

		近況確認(1時間)					対応方法				留意事項		
	月	火	水		木	金	土	要所	対応 FAX	メール	住診時	月夜時	緊急時
午前	外来 (△13:30-14:00)	外来 (△13:30-14:00)	外来 (△13:30-14:00)	外来 (△13:30-14:00)	外来 (△13:30-14:00)	外来 (△13:30-14:00)	住診(休診) (△17:00-18:30)	4	3	①	2		事務
午前	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	休診	2	4	3	①		MSW
午前	訪問診療 (△8:30-9:00)	訪問診療 (△8:30-9:00)	訪問診療 (△8:30-9:00)	訪問診療 (△8:30-9:00)	訪問診療 (△8:30-9:00)	訪問診療 (△8:30-9:00)	住診	4	2	①	3		看護婦
午後	住診	住診	住診	住診・外来	住診	休診							

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【1 医師との連携】

上巻P538

4) 主治医意見書

・主治医意見書の内容も参考になるので、申請者ならびに主治医の同意のもと、市町村の開示手続きに従って入手する

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【1 医師との連携】

上巻P538

2. 居宅療養管理指導(医師)から得られる情報

○訪問診療や往診に合わせて居宅療養管理指導を行った医師は、介護支援専門員に対し、居宅サービス計画作成に必要な情報や、居宅サービスを利用するうえでの留意点を情報提供することが義務づけられている

・また、生活上の留意点や介護方法等について、利用者・家族に指導・助言する

○医師から送られてくる居宅療養管理指導に関する報告書等から、診療や指導の内容、居宅サービス計画立案へのアドバイスを得ることができる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【1 医師との連携】

上巻P538

3. 医師への情報提供

○主治医から医療に関する情報を得ることだけが主治医との連携ではない

・介護支援専門員のもとに集まってきた介護従事者からの情報を医療専門職へ伝達する

・ほかにも医療系サービスを提供している医療専門職から居宅療養管理指導として利用者に報告される情報は、多岐にわたるため、介護支援専門員の側から、医師に対してこれらの情報を提供することも重要な役割となる

・利用者・家族から得た情報や、サービスを提供する介護従事者・リハビリテーション専門職や看護職等から入手した情報を整理して、主治医に提供する

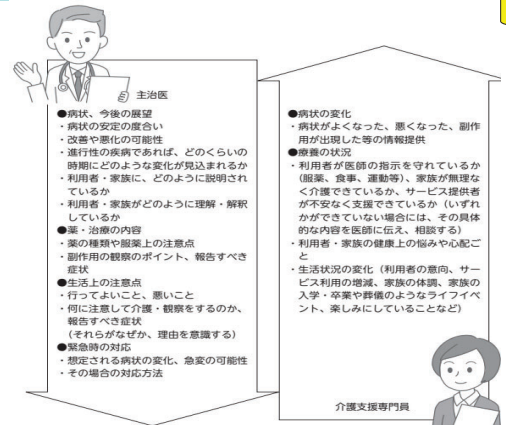
・これにより、主治医は病態の変化を把握して、それに基づく判断を治療方針に反映できる

・加えて、居宅サービス計画はもちろんのこと、実際の暮らしぶりや行動範囲、さらには家族間の事情など、利用者にとってより身近な存在である介護支援専門員だからこそ把握できる情報を併せて提供することにより、主治医からの信頼を得ることができる可能性がある

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【2 医療専門職(医師以外)との連携】

上巻P540



第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【2 医療専門職(医師以外)との連携】

上巻P539

○疾病を有する要介護者には、医学的な疾病管理と日々の生活を支える介護の双方が必要となる

・要介護者が抱える複数の問題点に適切に対処するには、狭義の治療介入のみならず、食や栄養、リハビリテーション、認知機能など、多方面からアプローチする必要がある

・ただしこれらの専門サービスが提供されても、利用者の複雑に絡み合った問題が解決されるとは限らない

・複数の専門職が目的や方針を共有しつつ、協調的、相互補完する形でそれぞれの専門サービスを提供することが、多職種協働のアプローチにおいて必要不可欠である

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【2 医療専門職(医師以外)との連携】

上巻P540

1. 医療系サービスを提供する医療専門職からの情報収集

○利用者が、訪問看護やリハビリテーション等の医療系サービスを利用している場合には、看護師やリハビリテーション専門職がサービス提供を通じて把握している利用者の体調やその変化、サービス介入の効果、その後予想される経過等に関する情報を収集する

・これらは居宅サービス計画を見直すにあたり、貴重な情報となる

○歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などの医療専門職が居宅療養管理指導として提供した内容は、サービス担当者会議への参加または文書等での情報提供によって、介護支援専門員に伝えられる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【2 医療専門職（医師以外）との連携】

上巻P541

2. 多職種協働におけるハブ機能

1 利用者情報は介護支援専門員に集まる

○居宅サービス計画に基づき、介護を提供する介護職が把握した利用者に関する情報は、適切に介護支援専門員に伝えられる必要がある

- ・一方、居宅療養管理指導として医療専門サービスを提供する看護やリハビリテーション等の医療専門職が把握した利用者に関する情報もまた、介護支援専門員に報告される
- ・介護支援専門員は、責務としてこれらの情報を適切な居宅サービス計画の立案に役立てる

2 ハブ機能（中継基地機能）を果たす

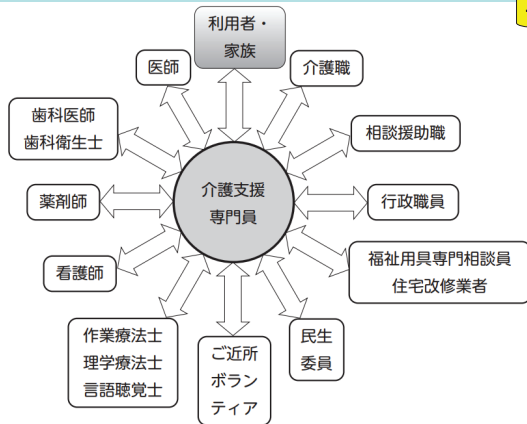
○介護支援専門員は、医療介護従事者から集約されたこれらの情報を、ほかの医療介護従事者に必要に応じて適切に提供する大切な役割も果たす

- ・サービスを提供するにあたり必要となる利用者の情報を、そのサービス提供にかかわる担当者それぞれが把握できるよう、中継・統括する機能となる
- ・それぞれの医療・介護の従事者が適切なサービスを提供することはもちろん、専門職同士の連携がスムーズに行えるように、橋渡しの役目を果たします。このような医療介護連携における「ハブ機能（中継基地機能）」が、介護支援専門員に期待される役割である

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【2 医療専門職（医師以外）との連携】

上巻P542



第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【3 サービス担当者会議等における他職種協働】

上巻P541

○利用者が有する諸課題に対する、生活全般に関する療養指導や服薬管理、リハビリテーション、栄養ケア、口腔ケア、また、社会参加等による高次脳機能への適切な刺激について、居宅サービスの提供にかかわるすべての事業者から、事前に情報を収集しておく

○サービス担当者会議の場で、医療の方針と介護の方針を共有し、その判断や内容をすり合わせて、医療と介護が提供すべき内容について関係者で共通理解を深める

- ・なかでも主治医の参加が鍵になることから、主治医がサービス担当者会議に参加できるよう調整する
- ・工夫例として、主治医のいる医療機関のスペースを借りて会議を開催する方法や、訪問診療に合わせて利用者宅で開催する方法などがあげられる
- ・なお、さまざまな職種から専門的なアドバイスを受けることによって、ケアマネジメントの質を高めることができるため、地域包括支援センターの地域ケア会議に参加することも、介護支援専門員に求められる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【3 サービス担当者会議等における他職種協働】

上巻P542

1. 事前の情報収集

1) サービス提供の経過を知る

○利用者の家族や介護職が把握している要介護者の生活情報を医療専門職に伝達することにより、医療が提供する診療の質向上に大きく貢献する可能性がある

- ・食事一つをとっても、どのような形態の食事を摂取しているのか、咀嚼や嚥下の状態はどうなっているのか、実際に摂取しているカロリーや水分量はどれくらいか、その栄養バランスはどうなっているのか、そして、それらの状況が、サービスを提供しはじめてから現在に至るまでの時間経過のなかでどう変化しているのかなどの情報に基づき、その後どのような介入が必要なのかを検討する必要がある

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【3 サービス担当者会議等における他職種協働】

上巻P543

1. 事前の情報収集

（介護職や利用者の家族が把握している要介護者の生活情報）

食 事：食形態、咀嚼や嚥下、摂取量、体重など
排せつ：介助、失禁、排せつ補助用具、量や性状など
移 動：立位、移乗、歩行、行動範囲など
活 動：意欲、交流、能力、レクリエーションへの参加など
清 潔：口腔ケア、入浴、皮膚など
睡 眠：入眠、中断、持続、寝ざめなど
行動心理症状

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【3 サービス担当者会議等における他職種協働】

上巻P543

1. 事前の情報収集

2) 情報の集約や医療専門職への伝達

○診断や治療方針決定するうえで有益な生活にまつわる情報は、数多く存在する

・医師が診療の際に利用者の病態だけでなく、これらの生活に関する情報についてまで把握するのが理想的だが、診療という限られた頻度や限られた時間のなかで、医師自らが利用者の生活のことまで網羅的に把握することは現実的にはほぼ不可能である

- ・認知機能障害を有する利用者の場合、問診の形で情報を収集することすら難しい

○このような生活に関する情報を把握している家族や介護職が、その情報の集約や医療専門職への伝達において重要な役割を果たすことが求められる

2. 医療の方針と介護の方針の統一

○介護支援専門員が束ねる居宅サービスと、医師・看護師・薬剤師・歯科医師等が主にかかわる治療や、リハビリテーション・栄養・口腔ケアなど予防等に力を発揮する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で、その医療や介護の質、そして効率性の向上が見込まれる

1. 医療専門職にとっての医療介護連携の意義

- 1) 医療専門職の生活状況把握の難しさ
- 医師が利用者宅を訪ねるのは、通常1か月に1回ないし2回程度の頻度で、1回あたりの時間も限られる
- ・訪問看護師が利用者を訪ねるのは、通常週に1回ないし数回の頻度であり、1回あたりのサービス提供時間は1時間以内程度
- ・この程度のかかわりや観察では、医師や訪問看護師が食事や排せつ、睡眠といった利用者の生活の様子を十分に把握して、適切な医学的判断に結びつけることは困難で、利用者に認知症の症状がある場合では、問診の形で効率よく情報収集することもできないことから、一段と把握が難しくなる

1. 医療専門職にとっての医療介護連携の意義

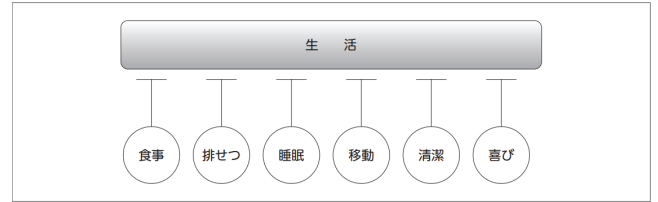
- 2) 生活の変化に気づく介護職
- 介護職は、多くの時間を利用者とともに過ごすことから、利用者の日常生活のなかでの変化に気づくことができる
- 利用者の生活に関する情報について、変化が生じたことを把握した際には、介護支援専門員や介護職が利用者の生活に関する情報を医師や訪問看護師に伝えることによって、病状の変化や薬の副作用による症状を早期に発見できるなどの成果が期待される
- ・具体例としては「嚥下機能障害の出現が投与中の薬剤の副作用であることが判明し、主治医が処方を変更した」「認知症の中核症状の進行が認められたことから、作業療法の強化や認知症治療薬の投与量または薬剤の変更を検討する」など

1. 医療専門職にとっての医療介護連携の意義

- 3) 介護支援専門員が情報を継続的に収集する
- 利用者の情報を医師や訪問看護師に伝えるため、介護支援専門員は、利用者・家族、そして介護職から、食事、排せつ、睡眠、移動、清潔、喜びなど（「生活を支える六つの視点」参照）、利用者の生活に関する変化について継続的にモニタリングすることが重要になる
- 利用者の生活に関する情報とその変化を介護支援専門員が遅滞なく伝えることによって、医師や訪問看護師は症状とその変化を適切に把握し、それに基づいて診断や治療方針、指導の内容を見直すことができる

1. 医療専門職にとっての医療介護連携の意義

（生活を支える六つの視点）



1. 医療専門職にとっての医療介護連携の意義

- 4) 利用者・家族が医療専門職に言いづらいとき
- 介護支援専門員は利用者・家族にとって医療専門職よりも身近な存在
- ・利用者・家族が医療専門職には言いづらい意向や何らかの事情を抱えているような場合には、それらを適切に把握して医療専門職にうまく伝えるなど、利用者の意思決定のプロセスにおいても重要な役割を果たすことが求められる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【4 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供】

上巻P545

2. 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

○利用者の加齢に伴う老衰の進行とされていた全身状態の悪化が、実は新たな疾病を併発していたことが原因であり、的確な診断がなされれば治療が可能だったことが判明したという場合があり得る

・このような回復の可能性の予測等については、かかわっている医師や訪問看護師が責任をもって自らの役割を果たす必要がある

・医療専門職にとっては、診断や治療方針の決定が一義的な役割であることは当然ですが、利用者は疾病や障害を抱えた状態となれば介護を受けながら、その後も生活を続けていくことになり、利用者は医療と介護の両方のニーズを有しているために、医療者には前述の「生活を支える六つの視点」に着目することが求められる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【4 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供】

上巻P545

2. 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には、さまざまな疾病や生活上のリスクを有する要介護者のその後の経過を予測して、利用者・家族に示し伝えることがある

・医師は、利用者が今後送る日々の生活において、どのようなことに注意を払い、どのように生活を送ればよいのか、その後どのような経過をたどるのか、どのような合併症や急性増悪をきたし得るのか、リハビリテーションにより機能が改善する可能性や生命の予後はどの程度なのか等について、可能な範囲で予測する

○狭義の診断や治療方針の決定、医療処置の実施だけでなく、利用者の生活に影響を及ぼし得る内容について判断することが、医療の大切な役割だといえる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【4 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供】

上巻P546

2. 介護職にとっての医療介護連携の意義

3) 危機の予測や変化への対応を居宅サービス計画に反映

○介護支援専門員は、危機の予測や変化への対応という要素を、ケアマネジメントに明確に位置づけないといけない

・危機の予測については、医療介護の密接な連携のもと、医療者が予測するその後の臨床経過や起こり得るトラブル、改善可能性を居宅サービス計画に反映する作業だといえる

例：介護支援専門員が、最近飲水時にむせ込みがみられるようになったことを医師に報告した。診察時に医師が簡易的な嚥下機能を調べるテストを実施したところ、むせ込みと湿声を認め、誤嚥性肺炎のリスクが出現していることを把握した。医師が介護支援専門員に、デイスサービスでの飲水にトロミをつけるよう依頼した。

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【4 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供】

上巻P546

2. 介護職にとっての医療介護連携の意義

4) 状況に即した介護の提供

○介護支援専門員は、医療のこれらの判断を的確に居宅サービス計画の作成に反映させるとともに、介護を提供する介護職に平易に伝えることが求められる

・これにより、介護を提供する職員は、ケアの目指すべき方向を定め、状況に即した介護を提供することができる

・また、利用者・家族は希望や尊厳を保ちつつ、その後の人生を歩んでいくこともできる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【4 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供】

上巻P546

3. 介護・医療・予防の一体的な提供

○要介護者は、医学的管理と日々の生活を支える介護の双方を必要としている

・それを必要とする期間が長くなるほど、複数の専門職種が情報や方針を統合しつつ、協調してサービスを提供する必要性が増していく

・介護支援専門員が束ねる居宅サービスと、医師・歯科医師・看護師・薬剤師等が主にかかわる治療や、リハビリテーション・栄養・口腔ケアなど予防等に力を発揮する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る

○介護・医療・予防の一体的な提供が求められるゆえんである

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第2節 医療専門職との連携とサービス担当者会議等における多職種協働における留意点の理解【30分】
【4 医療介護連携の意義と介護・医療・予防の一体的な提供】

上巻P547

3. 介護・医療・予防の一体的な提供

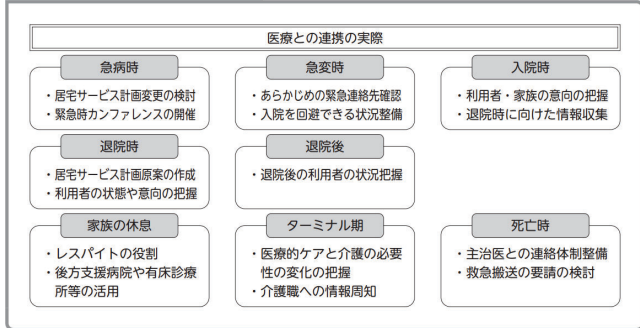
- ☐ 肺炎に対する抗生剤治療
- ☐ 適切な食形態の吟味
- ☐ 食事摂取時の姿勢（シーティング）
- ☐ 食事助方法の評価や指導
- ☐ 歯科・口腔ケア介入
- ☐ 摂食嚥下リハビリテーション
- ☐ 栄養介入
- ☐ 下肢を含む全身の筋力維持強化
- ☐ 高次脳機能への適切な刺激の継続

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

上巻P548

本節で学習することの概要



第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

上巻P548

1. 急性時

1) 居宅サービス計画変更の検討

○利用者に急病が発生した場合には、新たな診断がなされ、さらに病院での精査が必要になる、治療方針の変更を要するなどの展開が考えられ、病状によっては、利用者の心身状態が大きく変化し、その結果、居宅サービス計画を見直す必要が生じる

・介護支援専門員は、急病の診断や治療方針、医療処置やケアの必要性、予想されるその後の経過の見通し等の情報に基づき、居宅サービス計画の変更について検討する必要がある

2) 緊急時カンファレンスの開催

○主治医との調整が必要になりますが、可能なら速やかに緊急時カンファレンスを開催し、主治医や訪問看護師等と、急病の発生を受けた善後策やその後の治療ケア方針について話し合う

・主治医の往診や訪問診療に立ち会い、利用者宅で行うのが最もスムーズな開催方法

3) 主治医の医療機関を訪問

2)の形をとることが難しい場合には、主治医の医療機関を訪ねて必要な情報を入手する

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

上巻P549

2. 急変時

1) 緊急連絡先をあらかじめ確認

○介護支援専門員は、事故や救急搬送などの事態が発生する場合を想定して、家族や親族等の緊急連絡先はもろろんのこと、主治医や訪問看護師、薬局等の連携医療機関との緊急連絡方法をあらかじめ確認しておく必要がある。特に在宅療養支援診療所や24 時間対応体制加算を算定している訪問看護ステーションでは、24時間にわたり連絡をとることのできる体制を制度上整えていることを理解しておく

○なお、急変に際して救急搬送するかどうかは、医療の必要性やその緊急性を念頭に、主治医と利用者・家族の間で協議して決定することになるが、その際に要介護高齢者が有する背景も考慮する必要がある

・例えば、認知症ケアにおいて「なじみの関係や環境」の重要性が指摘されています。認知症の人が入院した途端に自宅では全くみられなかった激しいせん妄(意識障害の一種)を生じるなど、療養環境が変わることそのものが大きなリスクとなる「リロケーション・ダメージ」について、明瞭に認識しておく必要がある

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

上巻P549

2. 急変時

(リロケーション・ダメージ)

リロケーション・ダメージ

故郷から子どもの住む町に引っ越す、介護保険施設に入所する、病院に入院するなど、高齢者が住環境の変化によって身体的に変調をきたすことを「リロケーション・ダメージ」といいます。見慣れない街並み、なじみのない部屋、そして、顔も名前も知らない人たちに囲まれたら誰もが混乱し、不安に駆られることでしょう。なじみの関係をつくっていくことで不安を少なくし、室内に思い出の品を置く、生活歴をよく確認するなどのかわり方が大切です。

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

上巻P550

2. 急変時

2)入院を回避できる状況を整える

○入院して急性期治療に専念した結果、廃用性の筋萎縮や関節拘縮、褥瘡といった副次的な弊害が生じるなど、安静の害もよく起こりえる

・これらのリスクは認知症の人に限ったことではなく、セルフケアに困難を抱えたすべての要介護高齢者が抱えるリスクといえる

○入院を回避できる状況を整えることができるのであれば、環境を変えることなく緊急事態に対応するほうが、利用者の混乱や事故、合併症の併発、認知症の悪化などの二次的なトラブルの発生を防ぐ可能性が高くなる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

上巻P550

3. 入院時

1) 利用者・家族の意向や希望を伝える

○病院または診療所の職員に対して、利用者の心身の状況(疾患・病歴、認知機能障害の有無や行動心理症状)、生活環境(家族構成や生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など)、および介護サービスの利用状況等について情報を提供する

・治療方針の決定に役立つ可能性があるので、利用者・家族の医療に対する意向や療養に関する希望等について、把握していることがあれば、その情報も提供する

2) 退院時に向けた情報収集を開始する

○病院や診療所によって役割分担やルールが異なる可能性があるが、利用者が入院した病棟の看護師または医療ソーシャルワーカーから情報収集するのが一般的

・なお、入院時から退院後を想定し情報収集を開始するというスタンスが重要となる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

【1 急病時、急変時、入院時、退院時、退院後】

上巻P550

3. 入院時

入院時における医療機関との連携促進（運営基準第4条第4項）

◆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

◆入院時情報連携加算⇒入院当日の情報提供を評価

情報提供の方法による差は設けない

◆より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利

用者の情報の様式例が示されている

＜算定要件等＞

・入院時情報連携加算(1)250単位/月 入院当日に情報提供

・入院時情報連携加算(2)200単位/月 入院翌日、翌々日に情報提供

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

【1 急病時、急変時、入院時、退院時、退院後】

上巻P550

4. 退院時

1) 退院後の居宅サービス計画の原案を作成

○医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師、入院している病棟の医師や看護師等から、入院後の身体状況の変化や退院後も継続する必要がある医療的処置、介護に及ぼす影響等について情報を入手する

・すでに把握している家屋の構造や家族が有する条件等を考慮したうえで、退院後の居宅サービス計画の原案を作成する

・入院中の担当医等との会議（カンファレンス）の際などにこの原案を提示し、治療方針や利用者・家族の意向等とすり合わせたうえで、退院後の居宅サービス計画を完成させる

2) 利用者の状態や意向の把握に努める

○入院前と退院時とは、心身の状態が大きく異なっていることも少なくない

・入院先に複数回足を運び、利用者の状態や意向の把握に努めるとともに、診断や治療方針に関する情報を収集して、居宅サービス計画を再構築する必要がある

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

【1 急病時、急変時、入院時、退院時、退院後】

上巻P553

5. 退院後

○退院後は、介護支援専門員として利用者の居宅介護支援業務にあたることになるが、退院後の状況を、医療機関の連携窓口の担当者などを通じ、主治医または外来に報告する

・入院時に退院後の利用者・家族の生活について病院に伝えることが重要であるが、これと同様に、退院後の利用者の状況を報告することで、入院と退院を繰り返す利用者の場合などは、利用者の在宅生活が継続しやすくなる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

【2 家族の休息が必要になったとき】

上巻P553

1. レスパイトの役割

○介護を要する利用者と長期間同居している家族には、少なからぬ負担がかかっている

・介護を担う家族の休息を確保する、レスパイトの役割を通所介護や短期入所生活介護等のサービスが担っている

・医療処置を必要とする利用者や病態の不安定な利用者については、通常の通所介護や短期入所生活介護等では、当該利用者の受け入れ先の確保が困難な場合がある

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

【2 家族の休息が必要になったとき】

上巻P553

2. 後方支援病院や有床診療所等の活用

○レスパイトの受け入れが難しい場合には、地域において在宅医療の後方支援機能を担っている病院や有床診療所等に、期間を区切る形で入院を依頼する方法がある

○主治医の判断のもと、検査や治療方針の修正などを目的とした短期入院について検討する方法がある

○医療機関と連携して家族の休息を適切に確保することによって、医療処置を必要とする利用者や病態の不安定な利用者であっても、長期間にわたり居宅で療養を続けるための支援につながる可能性がある

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解【30分】

【3 ターミナル期、死亡時】

上巻P554

1. ターミナル期

1) 医療的ケアと介護の必要性の変化について把握する

○終末期にあたって、介護支援専門員は、生命予後やその後予想される経過について医師から情報を得るとともに、主治医や訪問看護師と密に連携して、終末期に必要な医療的ケアと提供する介護サービスの変化について把握する

・この際、利用者・家族に対して、状況に即したわかりやすい病状説明が主治医からなされるように配慮する

2) 介護職に対する情報の周知

○一方、同時期にかかわることになる介護職に対しては、介護を提供するにあたっての注意点等について、主治医や訪問看護師からの情報の周知を図る

・終末期を迎えた利用者の介護を担当することは、サービスを提供する側にとっても心理的負担が大きいため、利用者・家族への接し方や配慮すべき点を伝え、医療専門職と歩調を合わせた対応ができるように関係者間の意思統一を図る

・併せて、介護職の心理的負担について、不安に思っていることなどを尋ね、必要に応じてアドバイスをを行い、労をねぎらうなどの配慮が大切となる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解[30分]
[3 ターミナル期、死亡時]

上巻P554

1. 死亡時

1) 主治医と連絡を取れる体制を整えておく

○医師が死亡の際に立ち会うことができず、生前の診察後24時間以上を経過している場合であっても、かかりつけの主治医のいる医療機関の医師が死後改めて診察を行い、生前に診療していた疾病に関連する死亡であると判定できる場合には、医師は死亡診断書を交付できる

・在宅で看取りが発生した場合に、速やかに主治医と連絡を取れる体制をあらかじめ整えておく必要がある

2) あわてて救急搬送しない

○なお、急変事態に際して、救急搬送を要請するべきかどうかについては細心の注意が必要

・救急搬送中に死亡し、かかりつけでない医療機関の医師や救急隊員が対応することになった場合、継続的な診療情報を有していない状況となる

・結果として、生前に診療していた疾病に関連する死亡であるとは断定できないことから、警察に届け出て検死を行う必要が生じてしまう

・救急隊員の到着時に、すでに心肺停止に陥っている場合も同様に検死となってしまうおそれがある

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第3節 ケアマネジメント実践の各場面での医療との連携の実践についての理解[30分]
[3 ターミナル期、死亡時]

上巻P554

1. 死亡時

2) あわてて救急搬送しない

○死亡診断書を発行できるのは、診療継続中の医療機関の医師が改めて診察を行い、診療にかかる疾病が死因だと判定できる場合に限られることを、家族はもちろん、終末期の利用者にかかわる介護職にも周知しておく必要がある

・例えば、がん終末期の状態にある利用者のように、急変事態が発生した場合に病院に救急搬送したとしても、治療的手段がなく救命することは困難だという判断がすでになされていて、利用者・家族もそのような対応を望んでいない場合、たまたま居合わせたそのほかの親族や介護職があわてて救急搬送を要請することは厳に避ける必要がある

・一歩間違えると検死となってしまうおそれがあることを周知徹底しておき、可及的速やかに主治医に連絡するようにする

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第4節 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬の理解[30分]

上巻P556

本節で学習することの概要

医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬

入院時情報連携加算

退院・退所加算

通院時情報連携加算

緊急時等居宅カンファレンス加算

ターミナルケアマネジメント加算

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第4節 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬の理解[30分]

[1 入院時情報連携加算]

上巻P556

○利用者が医療機関に入院するにあたって、その利用者の「必要な情報」を提供した場合に、利用者1人につき1月に1回を限度に加算することができる

・「必要な情報」とは、当該利用者の心身の状況(疾患・病歴、認知機能障害の有無や行動心理症状)、生活環境(家族構成や生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など)、およびサービスの利用状況をいう

・なお、情報提供の方法は問わないこととなっているが、情報提供を行った日時、場所(医療機関へ出向いた場合など)、内容、手段(面談、FAX等)などについて、居宅サービス計画等に記録する

入院時情報連携加算(Ⅰ) 250単位

・入院した日のうちに必要な情報を提供した場合(提供方法は問わない)

入院時情報連携加算(Ⅱ) 200単位

・入院した日の翌日又は翌々日に必要な情報を提供した場合
(提供方法は問わない)

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第4節 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬の理解[30分]

[2 退院・退所加算]

上巻P557

○病院・診療所に入院、または地域密着型介護老人福祉施設や介護保険施設に入所していた利用者が、退院・退所して、居宅サービスまたは地域密着型サービスを利用する場合、退院・退所における居宅サービス計画の初回作成の手間を明確に評価するとともに、連携回数、カンファレンスに参加した場合を上乗せで評価するもの

・入院または入所期間中につき、1回を限度として加算される

・カンファレンスに参加した場合は、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者・家族に提供した文書の写しを添付することとされている

	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

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第4節 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬の理解[30分]

[3 通院時情報連携加算]

上巻P557

○利用者が病院・診療所で医師の診察を受ける際、介護支援専門員が同席し、医師等に対して利用者の心身の状況や生活環境などの必要な情報を提供するとともに、医師等から利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画に記録した場合に、利用者1人につき1月に1回を限度として算定する

・同席にあたっては、利用者の同意を得たうえで行う

・R6年改定より歯科受診の際の情報連携についても算定可能となった

通院時情報連携加算 50単位/月
※利用者1人につき1月に1回を限度として算定可能

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第4節 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬の理解【30分】

【4 緊急時等居宅カンファレンス加算】

上巻P558

○病院・診療所の求めにより、当該病院・診療所の医師・看護師等とともに利用者の居宅を訪問してカンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合に、利用者1人につき1月に2回を限度として算定する

・緊急時等居宅カンファレンス加算を算定する場合には、カンファレンスの実施日、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名およびそのカンファレンスの要点を居宅サービス計画等に記載する

・カンファレンスは、利用者の病状が急変した場合や、医療機関における診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に実施されるものであることから、必要に応じて、速やかに居宅サービス計画を変更し、居宅サービスおよび地域密着型サービスの調整を行うなど、適切に対応する必要がある

緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位／回

※利用者1人につき1月に2回を限度として算定可能

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第4節 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬の理解【30分】

【5 ターミナルケアマネジメント加算】

上巻P558

○居宅介護支援事業者が、ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報を提供することに対する加算

・末期の悪性腫瘍の利用者または家族の同意を得たうえで、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に算定するもの

※ R6改正で「末期の悪性腫瘍」以外でも評価

ターミナルケアマネジメント加算 400単位／月

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第4節 医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬の理解【30分】

【5 ターミナルケアマネジメント加算】

上巻P559

配置医師緊急時対応加算・看取り介護加算

介護老人福祉施設の配置医師が、施設の求めに応じ、早朝・夜間または深夜に施設を訪問し、入所者の診察を行った場合に、配置医師緊急時対応加算が算定される。

また、看取り介護加算Ⅱとして、配置医師緊急時対応加算の算定にかかる体制を整備し、さらに施設内で実際に看取りを行った場合、より手厚い加算となります(表10-8)。

表 10-8 配置医師緊急時対応加算・看取り介護加算

配置医師緊急時対応加算	早朝（6～8時）・夜間（18～22時）の場合	650単位／回
	深夜（22～6時）の場合	1300単位／回
看取り介護加算Ⅰ	死亡日以前31日以上45日以下	72単位／日
	死亡日以前4日以上30日以下	144単位／日
	死亡日の前日および前々日	680単位／日
	死亡日	1280単位／日
看取り介護加算Ⅱ	死亡日以前31日以上45日以下	72単位／日
	死亡日以前4日以上30日以下	144単位／日
	死亡日の前日および前々日	780単位／日
	死亡日	1580単位／日

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解【80分】

上巻P560

本節で学習することの概要

在宅医療の制度

- ・訪問診療と往診
- ・在宅時医学総合管理料
- ・在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院

医行為に関連する法律・制度

- ・医行為
- ・医行為ではないと考えられる行為
- ・介護職員等が喀痰吸引等の医療行為を実施するための研修制度
- ・登録特定行為事業者や登録特定行為業務従事者との連携

医療専門職間の連携

個人情報を取り扱うときには…

- ①利用者・家族の同意
- ②文書による同意取得の必要性
- ③個人情報保護のために必要な措置の実施

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解【60分】

【1 在宅医療の制度概要】

上巻P560

1. 訪問診療と往診

○訪問診療とは、通院が困難な患者に対してあらかじめ計画を立てて医師が居宅に赴く診療

○往診とは、患者の求めに応じて医師が臨時に居宅に赴く診療

2. 在宅時医学総合管理料

○かかりつけ医が提供すべき包括的かつ計画的な医学管理を継続的に提供することに対する診療報酬で、在宅時医学総合管理料は、月1回以上訪問診療を行った場合に算定できる

3. 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院

○在宅医療は、身体機能低下や認知機能低下によって自力通院できない患者が対象

・在宅療養支援診療所は、24時間にわたり往診および訪問看護を提供できる体制を単体または連携により有する医療機関

・在宅療養支援病院は、施設基準は在宅療養支援診療所に類似だが、当直医以外の在宅医療担当医師を確保し、緊急入院受け入れ病床が確保されている医療機関

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解【60分】

【2 医行為に関連する法律や制度】

上巻P561

1. 医行為の理解

○医師や看護師等の免許を有さない者による「医行為」は禁止されている

・ここでいう医行為とは、当該行為を行うにあたり、医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、または危害を及ぼすおそれのある行為

2. 医行為ではないと考えられる行為

○医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場にお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はないと考えられる行為について、「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」(平成17年医政発第0726005号)・「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)」(令和4年医政発1201第4号)において示されている

○介護支援専門員は、この通知に基づき、介護職員が身体的ケアに従事するにあたっての不安を解消するとともに、利用者の安全を確保するべく配慮することとされている

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解【60分】

【2 医行為に関連する法律や制度】

上巻P562

- 1 体温測定
- 2 自動血圧測定器による血圧測定
- 3 新生児以外に対するパルスオキシメータを装着した動脈血酸素飽和度の測定
- 4 切り傷、擦り傷、やけど等について専門的判断や技術が必要としない処置
- 5 医薬品の使用介助（軟膏塗布、湿布貼付、点眼、一包化された内服薬の内服、坐薬挿入、鼻腔粘膜への薬剤噴霧）
- 6 正常な状態の爪を爪切りで切る、やすりがける
- 7 日常的な歯ブラシ、口腔内の清拭
- 8 耳垢除去
- 9 パウチ内の排せつ物を捨てる
- 10 自己導尿の補助（カテーテルの準備、体位の保持など）
- 11 市販のグリセリン浣腸器を用いた浣腸

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解【60分】

【2 医行為に関連する法律や制度】

上巻P562

- 12 インスリンの投与の準備・片づけ関係
 - ・実施の声かけ、見守り、未使用の注射器等の患者への手渡し、使用後の注射器の片づけ、記録
 - ・患者が測定した血糖値が医師の指示のインスリン注射実施の範囲と合致しているかの確認
 - ・患者が準備したインスリン注射器の目盛りが医師の指示のインスリンの単位数と合致しているかの確認
- 13 血糖測定関係
 - ・持続血糖測定器のセンサー貼付や測定値の読み取りなどの血糖値の確認
- 14 経管栄養関係
 - ・患者に留置されている経鼻胃管栄養チューブの固定テープの貼り替え
 - ・経管栄養の準備・片づけ（栄養等の注入、停止を除く）
- 15 喀痰吸引関係
 - ・吸引器に溜まった汚水の廃棄、水の補充
- 16 在宅酸素療法関係
 - ・酸素マスクや経鼻カニューレを装着していない状況下における装着等の準備や離脱後の片づけ
 - ・酸素供給装置の加減圧の蒸留水の交換、機器の拭き取りなど
 - ・在宅人工呼吸器使用患者の人工呼吸器の位置を医師または看護職員との立ち会いのもとで変えること
- 17 膀胱留置カテーテル関係
 - ・バック内の尿を廃棄（DIB キャップの開閉を含む）
 - ・バック内の尿量および尿の色の確認
 - ・膀胱留置カテーテルのチューブを留めているテープの貼り替え
 - ・専門的管理の必要がない膀胱留置カテーテル留置中患者の陰部洗浄
- 18 上記5に追加：水虫や爪白癬に罹患した爪への軟膏・外用液の塗布、吸入薬の吸入、分包された液剤の内服の介助
- 19 血圧等測定関係
 - ・新生児以外に対するパルスオキシメータを装着した動脈血酸素飽和度の測定
 - ・半自動血圧測定器（ポンプ式を含む）を用いた血圧測定
- 20 とうもろこしを含む食事の介助
- 21 有床義歯の着脱および洗浄

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解【60分】

【2 医行為に関連する法律や制度】

上巻P562

3. 介護職員等が喀痰吸引等の医療行為を実施するための研修制度

○痰の吸引および経管栄養（以下「痰の吸引等」）は医行為に該当し、医師法等により医師・看護師等のみが実施可能とされ、2010（平成22）年までは厚生労働省の通知により、介護職等による痰の吸引等は、当面のやむを得ない措置として、一定の要件のもとで認められてきた（実質的違法性阻却）

○2012（平成24）年からは、介護職等による痰の吸引等が将来にわたってより安全に実施されるように、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）が一部改正され、一定の研修を受けた介護職等においては、医師や看護師との連携による安全が確保されているなど、一定の条件のもとで実施可能となった。

○介護職等が痰の吸引等を実施するためには、一定の研修（喀痰吸引等研修）を受け、痰の吸引等に関する知識や技能を修得し、都道府県から認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けるとともに、当該職員が所属している事業者が登録特定行為事業者として登録を行うことで初めて実施できるようになる

○喀痰吸引等研修には、不特定多数の者に対する研修（第1号・第2号研修と呼ばれ、50時間以上の講習受講を要する研修）と特定の者に対する研修（第3号研修と呼ばれ、9時間の講習受講を要する研修）がある

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解【60分】

【2 医行為に関連する法律や制度】

上巻P563

4. 登録特定行為事業者や登録特定行為業務従事者と連携

○介護支援専門員は、介護職等が痰の吸引等を実施するためには研修が必要であることを理解し、登録特定行為事業者や登録特定行為業務従事者と連携する必要がある

○介護福祉士については、2016（平成28）年度から介護福祉士国家試験の受験要件として医療的ケア（喀痰吸引等研修、50時間以上）を含む実務者研修の修了が義務づけられたことから、今後、医師、看護師との連携のもとに行う痰の吸引等が介護福祉士の通常の業務の一つとして定着していくと思われる

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解【60分】

【3 医療専門職間の連携】

上巻P563

1. 医師と看護師の連携

○訪問看護師は、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、利用者に対して訪問看護を行う

・サービス提供の対価としての報酬算定にあたっては、通常は介護支援専門員が立案する居宅サービス計画に位置づけて、介護報酬から支払われる

○利用者が急性増悪を生じるなど、頻回の訪問看護が必要と判断された場合には、別途医師より特別訪問看護指示書が発行される。これにより連続14日間に限り、医療保険から頻回の訪問看護を提供することができる（月1回に限る）

・真皮を越える褥瘡を有する患者と気管カニューレを使用している患者に限り、この特別訪問看護指示書を月2回発行することができるという例外規定が定められている

・なお、厚生労働大臣が定める疾病等として示されている患者、すなわち末期の悪性腫瘍、神経難病、頭頸腫瘍、人工呼吸器を使用している状態等を有する患者に対する訪問看護は、介護保険ではなく、医療保険から提供される

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義【3時間】

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解【60分】

【3 医療専門職間の連携】

上巻P564

2. 訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書

○訪問看護指示書は、利用者の病態や医師の指示する内容を記載した文書

○特別訪問看護指示書とは、急性増悪を生じるなど、頻回の訪問看護が必要と判断された場合に発行される文書

3. 医療保険から提供される訪問看護

○介護保険に申請し、要支援・要介護の認定を受けても、厚生労働大臣が定める疾病等に該当すれば、訪問看護は医療保険から提供される

4. 医師と薬剤師の連携

○医師は診療に基づき、処方箋を発行する

○医師は処方箋に、必要な薬の種類や量、服用方法を記載する

○薬剤師は処方箋の記載に基づき、その内容が適正であるかを確認したうえで、調剤を担当し、処方箋に疑義がある場合には、処方した医師に照会を行います。

2. 訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書

○訪問看護指示書は、利用者の病態や医師の指示する内容を記載した文書

○特別訪問看護指示書とは、急性増悪を生じるなど、頻回の訪問看護が必要と判断された場合に発行される文書

3. 医療保険から提供される訪問看護

○介護保険に申請し、要支援・要介護の認定を受けても、厚生労働大臣が定める疾病等に該当すれば、訪問看護は医療保険から提供される

4. 医師と薬剤師の連携

○医師は診療に基づき、処方箋を発行する

○医師は処方箋に、必要な薬の種類や量、服用方法を記載する

○薬剤師は処方箋の記載に基づき、その内容が適正であるかを確認したうえで、調剤を担当し、処方箋に疑義がある場合には、処方した医師に照会を行います。

5. 訪問薬剤管理指導

○要介護者やその家族が自ら正確な服薬管理を行えないような場合に、調剤を担当した薬剤師が直接患者の居宅を訪問し、薬学的管理および指導を行うことを在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）という

○指導を行う場合、処方した医師は薬局宛に訪問薬剤管理指導にかかる診療情報提供書を発行することとなっており、薬剤師は提供された診療情報に基づいて訪問薬剤管理指導を行う

○本指導は、月4回まで算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者および中心静脈栄養法の対象患者については、週2回まで、月8回まで算定可能）

6. 医師とリハビリテーション専門職の連携

○医師が生活の場におけるリハビリテーション専門職による評価や介入が必要だと判断した場合、指示を出す

7. 訪問看護ステーションや医療機関に所属するリハビリテーション専門職との連携

○リハビリテーション専門職は、訪問看護ステーションや病院、診療所、介護老人保健施設、デイサービス、行政職など、地域においてさまざまな機関に所属している場合がある

○訪問看護ステーションに所属するリハビリテーション専門職は、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、生活の場においてリハビリテーションを行い、訪問看護の場合と同様に医師が訪問看護指示書を発行する

○一方、病院や診療所、介護老人保健施設など、医療機関に所属するリハビリテーション専門職と連携する場合には、指示の流れがやや異なり、主治医は当該医療機関の医師宛に診療情報提供書を発行する

・リハビリテーション専門職が所属する医療機関の医師は、自医療機関に所属するリハビリテーション専門職に対して直接指示を出す必要があるため、自らも3か月に1度は外来受診または訪問診療を行い、患者を診療する必要がある

8. 医療機関間の連携

○利用者・家族が希望して、専門診療科を受診するなど主治医以外の病院、診療所、歯科医院を受診の場合には、主治医にその旨を連絡する

・主治医は、相手先医療機関に宛てて、それまでに提供している医学的管理の内容に加え、受診にあたっての依頼趣旨等について記載した診療情報提供書を作成する

・受診した医療機関からは、診断や治療、指導の内容について、主治医宛の診療情報提供書の形で報告される

・介護支援専門員は、必要に応じてこれらの内容を把握して居宅介護支援に反映させる

9. 診療情報提供

○利用者が主治医以外の病院、診療所、歯科医院を受診する場合には、主治医から相手先医療機関宛の診療情報提供書が出され、診療結果について主治医宛の診療情報提供書が戻される

・介護支援専門員は、これらの内容を把握し、居宅介護支援に反映させることが望ましい

1. 利用者・家族の同意

○介護支援専門員は介護サービス計画を作成するにあたり、利用者やその家族について、他人が容易に知り得ないような個人情報を知り得る立場にあり、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）（個人情報保護法）に基づいて適切に対処する必要がある

・サービス担当者会議やサービス事業者との連絡・調整にあたって個人情報のやり取りをすることは必要不可欠

○個人情報の取扱いにおける「利用者（本人）の同意」とは「利用者の個人情報が個人情報取扱事業者によって示された取り扱い方法で取り扱われることを承諾する旨の当該本人の意思表示」をいい、利用者家族の個人情報を取り扱う場合にも「家族の同意」が必要

・介護関係事業所においては、医療・介護サービスの提供、医療・介護保険事務、入退院等の管理等の業務のための個人情報を利用することは明らかな利用目的で、利用者、家族に対しては受付時、利用開始時に個人情報の利用目的を説明するなど、必要に応じてわかりやすい説明を行う必要がある

○介護支援専門員はサービス担当者会議の開催やサービス事業所との連絡・調整の際に様々な手段を用いる可能性があり、それぞれの手段ごとに個人情報を保護する適切な手段や留意点を事業所として定め、それらを周知徹底する必要がある

【介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的】
（介護関係事業者の内部での利用に係る事例）
・当該事業者が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
・介護保険事務
・介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち、
→入退所等の管理
→会計・経理
→事故等の報告
→当該利用者の介護サービスの向上
（他の事業者等への情報提供を伴う事例）
・当該事業者等が利用者等に提供する介護サービスのうち、
→当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等の連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
→その他の業務委託
→家族等への心身の状況説明
・介護保険事務のうち、
→保険事務の委託
→審査支払機関へのレセプトの提出
→審査支払機関又は保険者からの照会への回答
→損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】
（介護関係事業者の内部での利用に係る事例）
・介護関係事業者の管理運営業務のうち、
→介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
→介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解[60分]

【4 個人情報を取り扱う上での留意点】

上巻P567

2. 文書主義(文書による同意取得の必要性)

○介護関係事業者においては、介護保険法に基づく運営基準において、利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には家族の同意を、あらかじめ文書によって得ておかなければならないとされている

・事業所として個人情報保護法やガイドラインに準拠して定められた同意書に基づき、居宅介護支援の契約時に所定の説明を行い、文書の形で同意を得る

3. 個人情報保護のために必要な措置の実施

○介護関係事業者は、個人情報保護に関する考え方や方針に関する宣言および個人情報の取り扱いに関する明確かつ適正な規則を策定し、それらを対外的に公表することが求められる

○個人情報の取り扱いに関する規則においては、個人情報にかかる安全管理措置の概要、利用者等からの開示等の手続き、第三者提供の取り扱い、苦情への対応等について具体的に定める必要がある

第10章 生活の継続を支えるための医療との連携及び多職種協働の意義[3時間]

第5節 在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職間の連携における留意点の理解[60分]

【5 生活機能の向上にむけた医療介護連携】

上巻P568

1. 生活機能向上連携加算

(リハビリ職と訪問系・通所系サービスとの連携)

○訪問系・通所系サービスにおいて、利用者ができる限り自立した生活を送れるよう、連携している医療機関等の外部のリハビリ職(訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションまたはリハビリテーションを提供している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士)によって身体機能の評価や機能訓練に関する助言が行われ、それらの内容をもとに訪問介護や個別機能訓練が実施される場合に算定できる加算

・2021(令和3)年度の介護報酬改定で、ICTを活用した動画やテレビ電話装置等によって、外部のリハビリテーション専門職や医師等が事業所を訪問せずに利用者の状態を把握・助言する場合の加算が新設された