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

P607～

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
- 個人情報の取り扱い

第1節　医療との連携の意義と目的

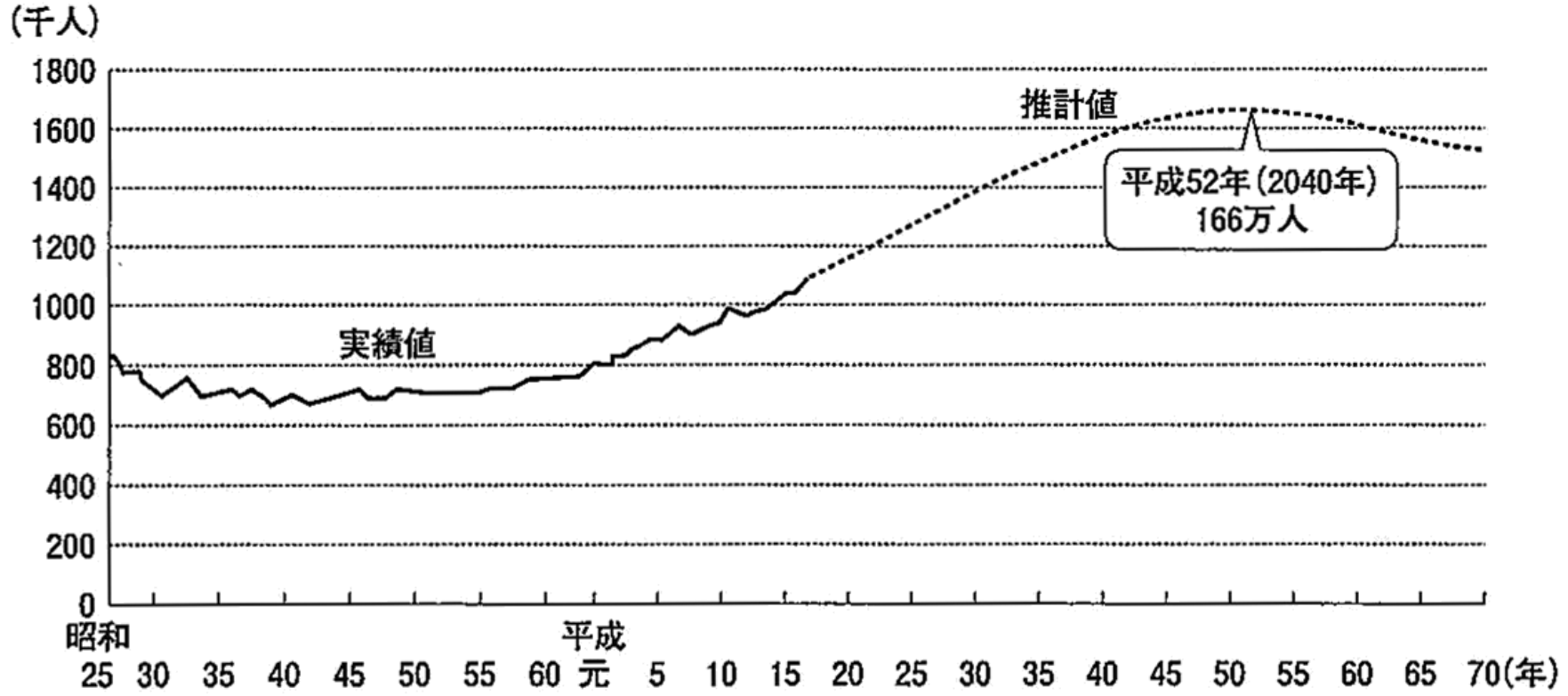
P610～

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）介護支援専門員が情報を継続的に収集する

→ 利用者の生活変化のモニタリング機能

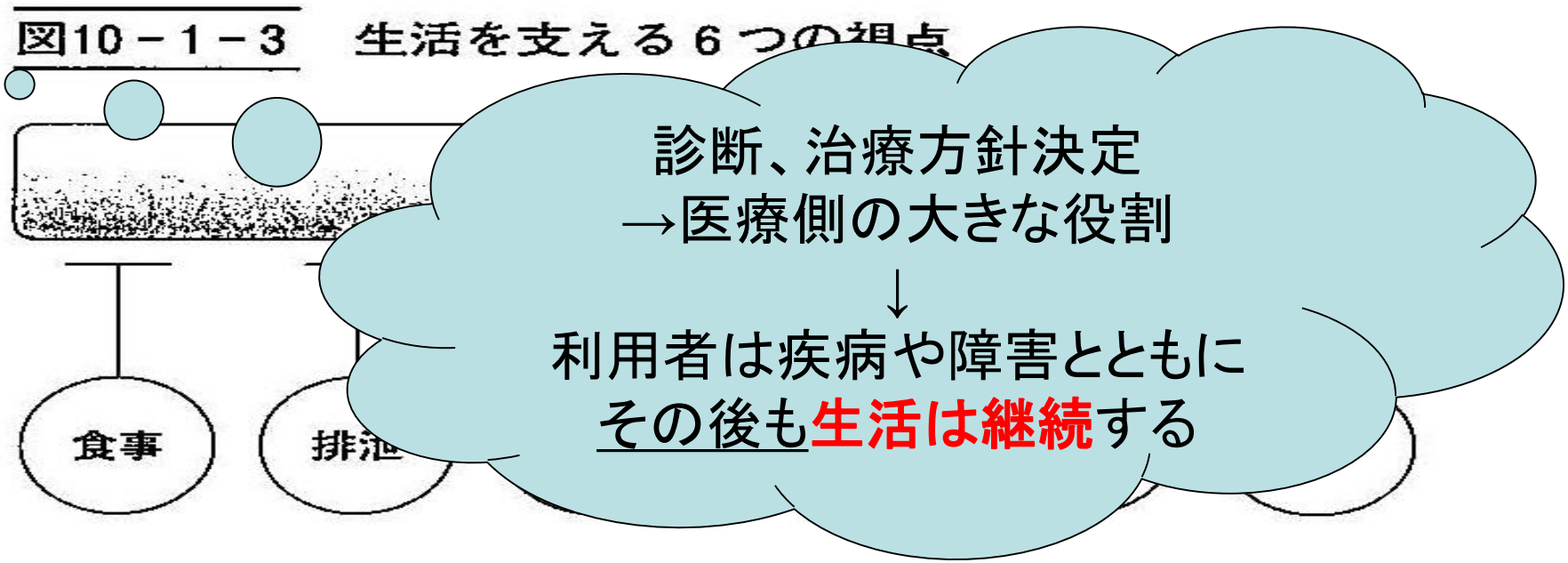
（4）利用者・家族が医療専門職に言いづらいとき

→ 代弁機能・自己決定のプロセス、支援

第1節　医療との連携の意義と目的

3．介護職にとっての医療介護連携の意義

（1）生活を支える六つの視点に着目する



第1節　医療との連携の意義と目的

3．介護職にとっての医療介護連携の意義

（2）医師は生活への影響も含め判断

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

・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

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　　**医療専門サービス**

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

第2節　ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

１．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
・救急搬送するかはどうかは協議して決定する

リロケーションダメージ・・療養環境が変わることそのものが大きなリスクとなる。

第2節　ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

（2）入院を回避できる状況を整える

入院により弊害も・・

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を提供する

（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　→　診断・治療方針の情報収集　→　ケアプランの再構築

第2節　ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

５．家族の休息が必要となったとき

（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）

「在宅療養後方支援病院」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。

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

第2節　ケアマネジメントの場面ごとに必要となる医療との連携の概要

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
P619～

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 (△)13:30～14:00	外来 (△)13:30～14:00	外来	外来 (△)13:30～14:00	外来 (△)13:30～14:00	外来		4	3	①		2	
午後	外来	外来	往診(休診) (△)15:00～15:30	外来	外来								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	休診	2	4		3	①		
午後	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								MSW
午前	(○)9:00～9:30 往診	(○)9:00～9:30 往診	(○)9:00～9:30 (△)9:30～12:00	(○)9:00～9:30 往診	(○)9:00～9:30 往診	往診	4	2	①		3		
午後	往診	往診	往診	往診/外来	往診	休診							看護師

医療機関ルールブック（2016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し公表することとしました。
より良いスムーズな連携をとるための指針として役立ててください。
«ご協力いただいた医療機関一覧»

岡村一心堂病院
岡山医療センター
岡山西大寺病院
地方行政独立法人　岡山市立総合医療センター
岡山市立市民病院
岡山中央病院
岡山中央奉還町病院
岡山東中央病院
梶木病院
光生病院
済生会吉備病院
幸町記念病院
佐藤病院
心臓病センター榊原病院
藤田病院
宮本整形外科病院
竜操整形外科
吉備高原医療リハビリテーションセンター
玉野市立玉野市民病院
岡山赤十字病院玉野分室　　以上19医療機関

《参考》

医療と介護連携事業（平成23年度より備前保健所受託事業）の一環として、岡山市内を含む管内すべての病床を有する医療機関を対象とし、『医療機関ルールブック』を作成しております。

NPO法人
岡山県介護支援専門員協会
OCMA Okayama Care Manager Association

岡山大学　病院　　配載日　27年　12月　25日

住所	〒700－8558 岡山市北区鹿田町２丁目５番１号			病床	849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

代表番号	０８６－２２３－７１５１ （休み：土・日・祝日　）	直通番号	086－235－7744	FAX	直通 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・担当者との連絡時等のルールや望ましい方法についてご記入ください。

入院時	接点時期　□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） 接点先　☑医療連携担当室　□受付　☑病棟　□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時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　☑病棟　□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。）
外来診療時	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） 診察同行時の事前相談　☑必要　□不要 その他（　ケースによっても対応が違いますが、ケアマネのみの医師面談はかなり困難です。外来受診時の同席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・科によっても違いますが、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　）支部名　　氏名（　丸田　恵代　）
同席者	（岡山支部：佐伯平津恵　）（　　）（　　）

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図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、この用紙が備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

参考

医療介護連携

在宅（医療連携）シート

医療連携チームが作成したシートを基に、ケアマネ協会がより使いやすくプログラム化したものです。

はじめに

このシステムは、岡山県介護支援専門員協会が独自に開発したものであり、
協会会員が使用することを前提として配布するものです。
このシステムについての、著作権は岡山県介護支援専門員協会にあり、
協会の許可なく、修正、配布、使用することはしないでください。

システムの目的は、介護支援専門員と医療機関との医療連携をはかる際に
情報共有ツールとして活用していただくための連携シート、入院時連携シート
（備前保健所等と当協会が共同で作成した様式です）を効率よく、かつ専門的に
入力ができるための支援をすることです。

ありがちなことですが、空欄があると埋めなければならない気持ちになると
思いますが、この連携シートは一人のケアマネージャーがすべての情報を
埋めることが目的ではなく、他職種が情報を共有し、情報を補完しあい、
一つのシートを作っていくことが目的となります。

そのため一方的に書類を送付したりするのではなく、連携シートを活用しながら
「担当ケアマネージャーとして、ここまでの情報はわかっているのですが、他に
足りない情報やご助言いただくようなことはありますか？」といったような情報の
コミュニケーションツールとして活用していただけたらと思います。
詳しくは、「ケアマネージャー様へ」をごらんください。

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 生	年齢 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	ｱﾚﾙｷﾞｰ	
感染症	☐ HBV ☐ HCV ☐ TPHA ☐ MRSA ☐ 結核		
現病歴			
薬物療法			
住所		連絡先	
医療連携	☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 歯科衛生士 ☐ 薬剤師 ☐ 管理栄養士 ☐ 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	高次脳機能障害		嚥下障害
左	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

☐ 点滴 （☐ TPN ☐ ﾘｻﾞｰﾊﾞｰ ） ☐ 透析 ☐ ストーマ ☐ 酸素療法 ☐ 気管切開
☐ ﾚｽﾋﾟﾚｰﾀｰ ☐ 吸引 ☐ 経管栄養 （☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ） ☐ 疼痛の看護 ☐ インスリン
☐ 褥瘡処置 ☐ 浣腸 ☐ 摘便 ☐ ﾊﾞﾙｰﾝｶﾃｰﾃﾙ ☐ 導尿 ☐ その他のｶﾃｰﾃﾙ

運動機能	ﾊﾞｰｾﾙｲﾝﾃﾞｯｸｽ	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			
ﾘﾊﾋﾞﾘの必要性や内容			

家族状況	同居者	家族関係
ｷｰﾊﾟｰｿﾝと介護力		ｲﾝﾌｫｰﾏﾙｻｰﾋﾞｽ
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

介護保険情報	要介護度	有効期間	～	担当ＣＭ
	ケアマネジャー事業所名		連絡先	

在宅療養まとめ

記入日 | 記入者

在宅開始日	在宅終了日

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
右	BPSD等の障害の変化など：		
左			

医療処置必要度

☐ 点滴 （☐ TPN ☐ ﾘｻﾞｰﾊﾞｰ ） ☐ 透析 ☐ ストーマ ☐ 酸素療法 ☐ 気管切開
☐ ﾚｽﾋﾟﾚｰﾀｰ ☐ 吸引 ☐ 経管栄養 （☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ） ☐ 疼痛の看護 ☐ インスリン
☐ 褥瘡処置 ☐ 浣腸 ☐ 摘便 ☐ ﾊﾞﾙｰﾝｶﾃｰﾃﾙ ☐ 導尿

運動機能	ﾊﾞｰｾﾙｲﾝﾃﾞｯｸｽ	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			
ﾄｲﾚ			
入浴			
歩行			服薬管理
階段			
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			
ﾘﾊﾋﾞﾘの必要性や内容			

入院・入所先への連絡申し送り事項：

サービス	内容	頻度	担当者名等	内容	頻度	担当者名等

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

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



特定集中治療室等

○ 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



7対1病棟等

○ 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



地域包括ケア病棟
回復期リハビリテーション病棟　等

○ 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



療養病棟等

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
P625~

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

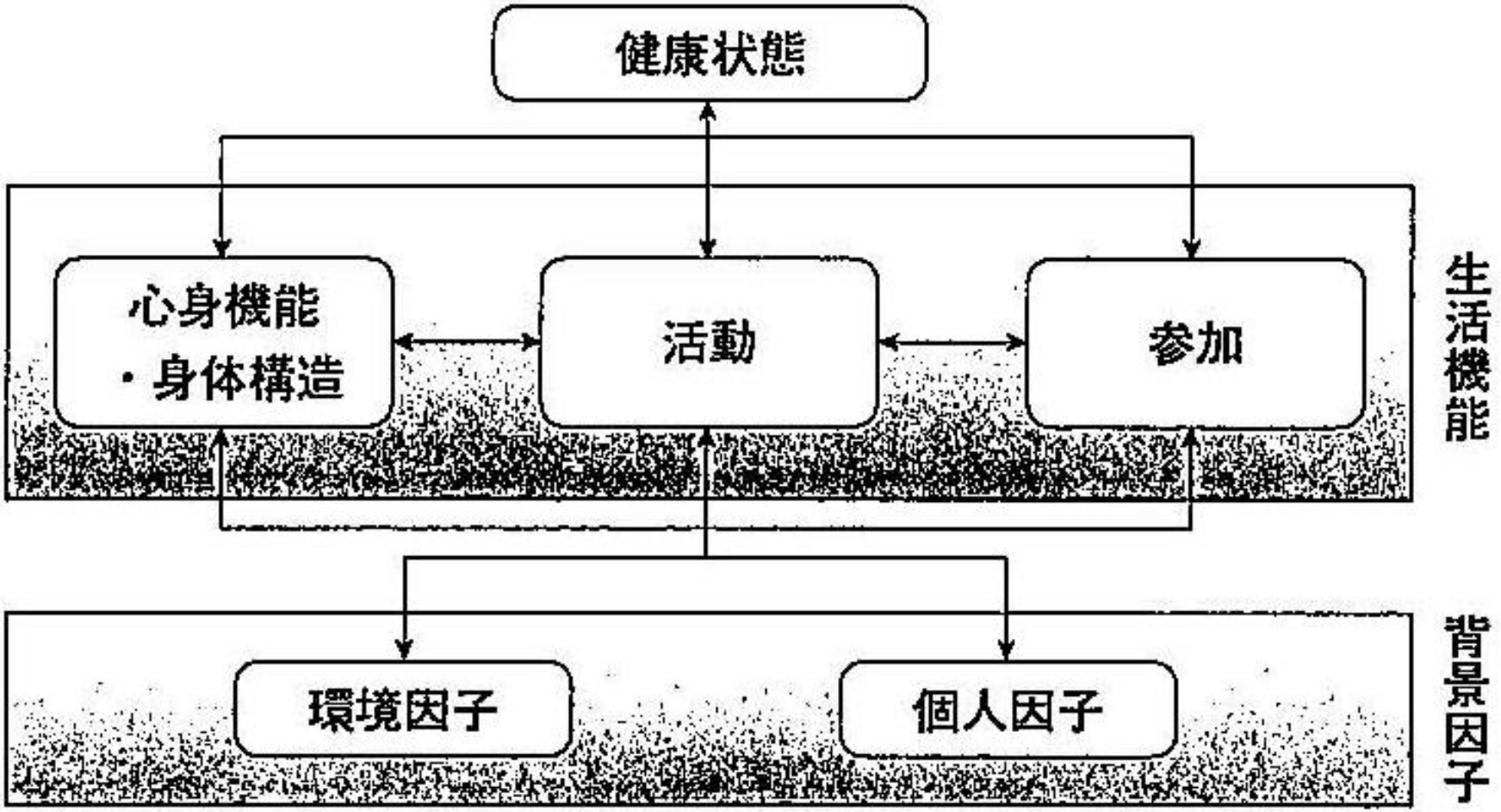
２．国際生活機能分類と生活機能障害

（１）ICF（国際生活機能分類）

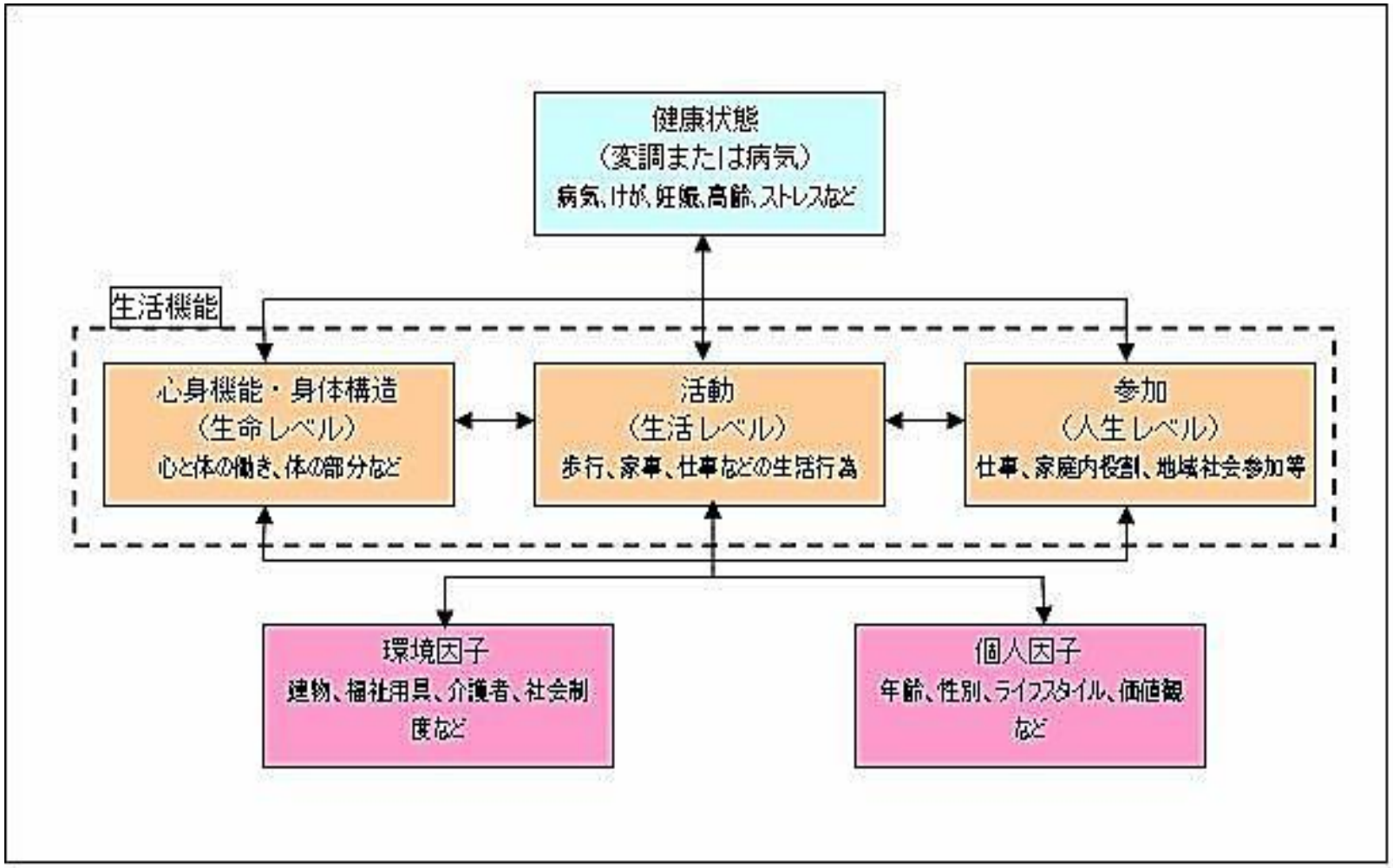
（２）要介護者に生じる疾病を

“生活機能障害”としてとらえる

図10－4－1　ICF（国際生活機能分類）



ICFモデル


健康状態
（変調または病気）
病気、けが、妊娠、高齢、ストレスなど
生活機能
心身機能・身体構造
（生命レベル）
心と体の働き、体の部分など
活動
（生活レベル）
歩行、家事、仕事などの生活行為
参加
（人生レベル）
仕事、家庭内役割、地域社会参加等
環境因子
建物、福祉用具、介護者、社会制度など
個人因子
年齢、性別、ライフスタイル、価値観など

「心身機能・構造」	「活　動」	「参　加」
↓	↓	↓
生物レベル	個人レベル	社会レベル
生命レベル	生活レベル	人生レベル
↓	↓	↓
手足の動き	日常生活行為	社会参加
精神の働き	家事行為(IADL)	仕事ができる
視覚、聴覚	余暇活動	主婦の役割
手足の一部	「できる活動」	地域活動に参加
心臓の一部(弁)	「している活動」	政治活動に参加

生活機能には、必ずこの３つ内容を含んでいる。

第４節　多職種協働の意義と介護支援専門員が果たすハブ機能

３．医療専門職からの情報収集

（１）医療専門職からの情報収集、情報提供

（２）ｻｰﾋﾞ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つくり
＊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

（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。

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

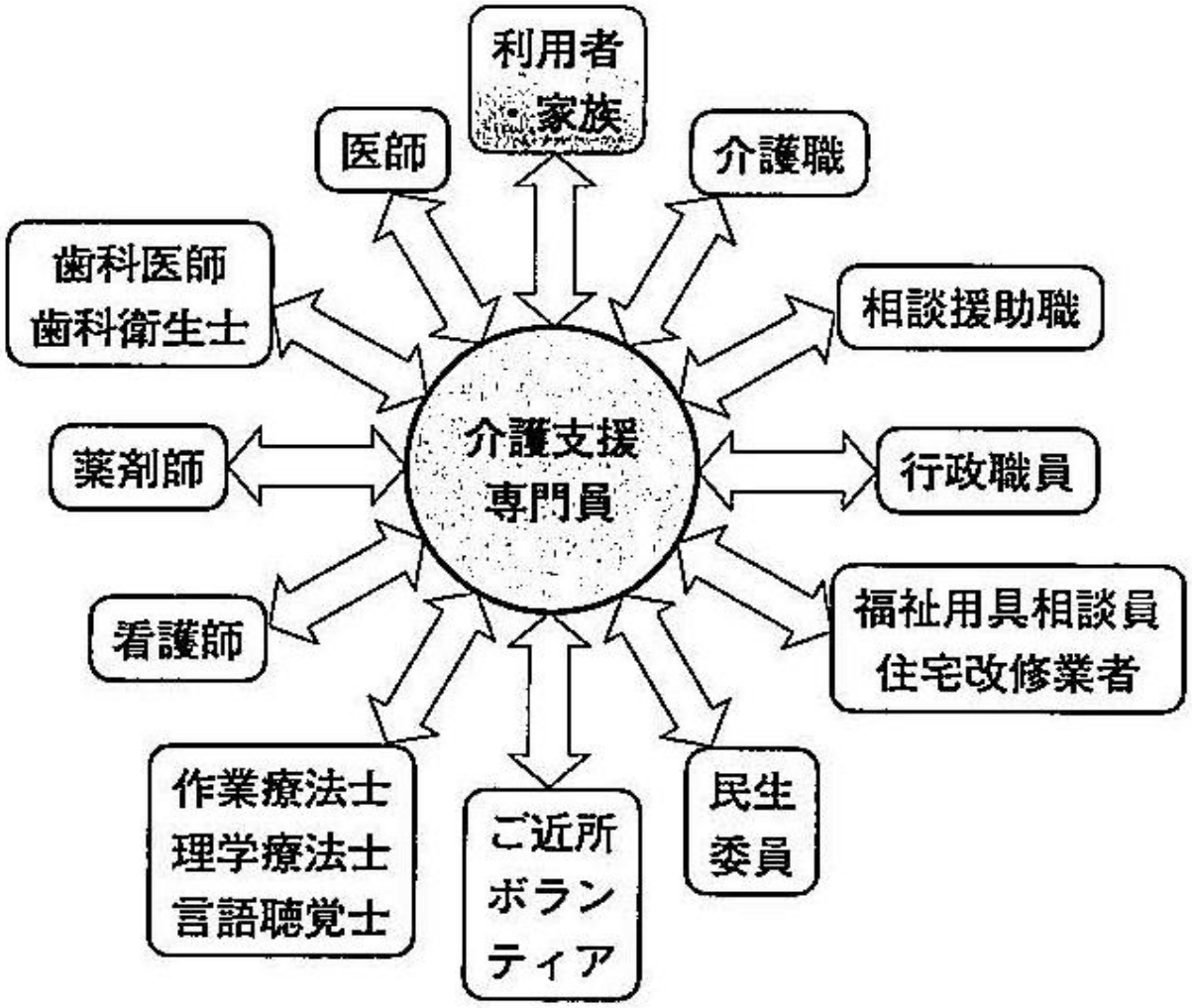
（１）利用者情報は介護支援専門員に集まる

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（中維基地機能）



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

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
P631~

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

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

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

2

平成26年度診療報酬改定資料

平成26年度診療報酬改定

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]

① 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。

② 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。

③ 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

平成28年度診療報酬改定

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※3（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（地域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。

60

平成28年度診療報酬改定資料

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

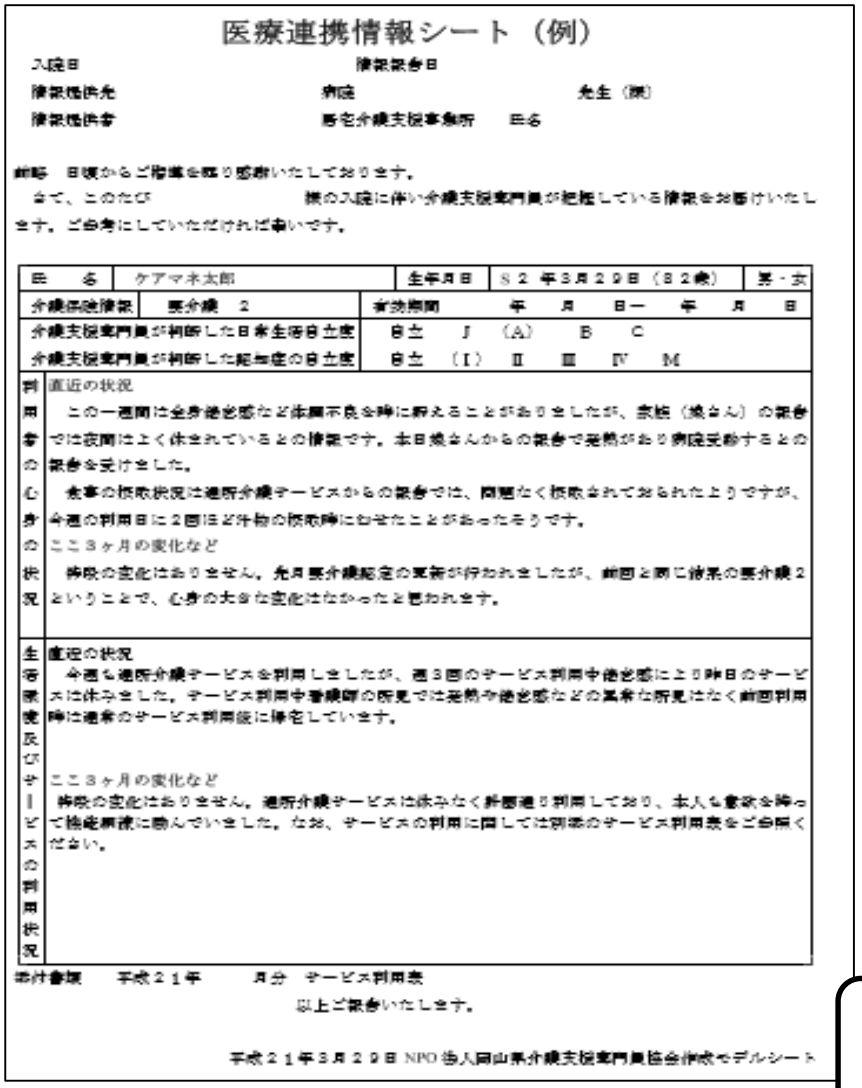
（２）退院・退所加算

（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） 入院時の連携例



医療連携情報シート（例）

入院日　　情報提供日

情報提供先　　病院　　先生（様）

情報提供者　　居宅介護支援事業所　　印名

前略　日頃からご指導を賜り感謝いたしております。

さて、このたび　　様の入院に伴い介護支援専門員が把握している情報をお届けいたします。ご参考にしていただければ幸いです。

氏　名	ケアマネ太郎	生年月日	Ｓ２年３月２９日（８２歳）	男・女
介護保険情報	要介護　２	有効期間	平　月　日ー平　月　日	
介護支援専門員が判断した日常生活自立度	自立　Ｊ　（Ａ）　Ｂ　Ｃ			
介護支援専門員が判断した認知症の自立度	自立　（Ⅰ）　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ｍ			

利用者の心身の状況

直近の状況

この一週間は全身倦怠感など体調不良を時に訴えることがありましたが、家族（娘さん）の報告では夜間はよく休まれているとの情報です。本日娘さんからの報告で発熱があり病院受診するとの報告を受けました。

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とりですが、今週の利用日に２回ほど汗物の摂取時にむせたことがあったそうです。

ここ３ヶ月の変化など

特段の変化はありません。先月要介護認定の更新が行われましたが、前回と同じ結果の要介護２ということで、心身の大きな変化はなかったと思われます。

生活環境及びサービスの利用状況

直近の状況

今週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倦怠感により昨日のサービスは休みました。サービス利用中看護師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。

ここ３ヶ月の変化など

特段の変化はありません。通所介護サービスは休みなく計画通り利用しており、本人も意欲を持って機能訓練に励んでいました。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。

添付書類　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法人岡山県介護支援専門員協会作成モデルシート

入院時情報提供シートの１例

「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）

（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）	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		

※診療報酬の

（カンファレ

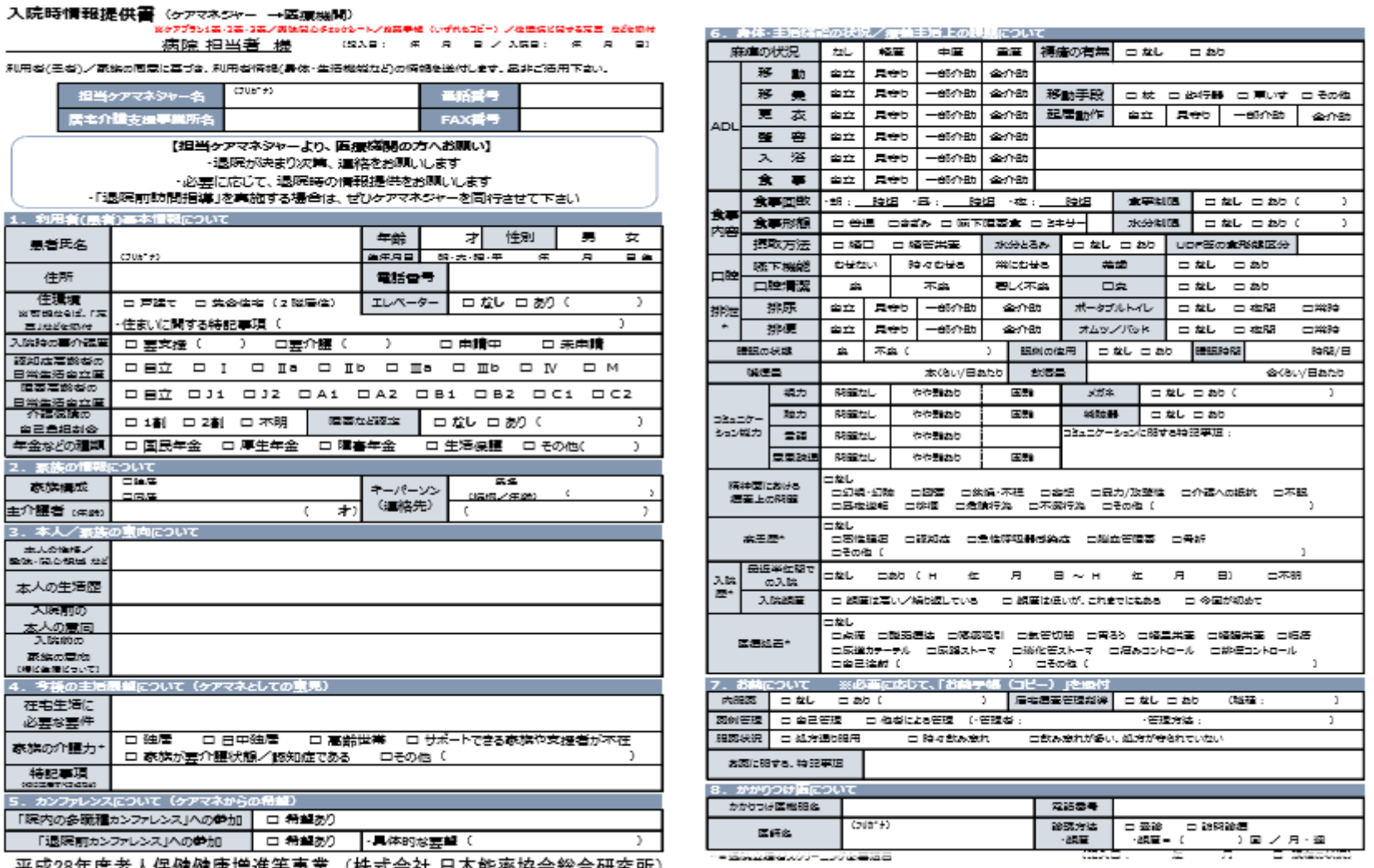
（参考）
退院・退所加算に係る様式例

◆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。

入院時情報連携加算の様式例（案）



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／居宅同意のチェックシート／被保険者証（いずれもコピー）／住宅改修に関する見積 などを添付

病院 担当者 様　（入院日：　年　月　日 ／ 入院日：　年　月　日）

利用者（家族）／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。品非ご活用下さい。

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

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】
・退院が決まり次第、連絡をお願いします
・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします
・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

1．利用者（患者）基本情報について

患者氏名	（フリガナ）	年齢	才	性別	男　女
		生年月日	明・大・昭・平　年　月　日 生		
住所		電話番号			
住環境（※写真があれば、「写真」などを添付）	□ 戸建て　□ 集合住宅（2階建/他）	エレベーター	□ なし □ あり（　）		
	・住まいに関する特記事項（　）				
入院時の要介護認定	□ 要支援（　）　□ 要介護（　）　□ 申請中　□ 未申請				
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M				
障害高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ J1　□ J2　□ A1　□ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2				
介護保険の自己負担割合	□ 1割　□ 2割　□ 不明	障害など認定	□ なし □ あり（　）		
年金などの種類	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 障害年金　□ 生活保護　□ その他（　）				

2．家族の情報について

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

3．本人／家族の意向について

本人の価値／関心・関心の領域 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（療法選択について）	

4．今後の主治医師について（ケアマネとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力*	□ 独居　□ 日中独居　□ 高齢世帯　□ サポートできる家族や支援者が不在 □ 家族が要介護状態／認知症である　□その他（　）
特記事項（退院後の介護体制）	

5．カンファレンスについて（ケアマネからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□ 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	□ 希望あり	・具体的な要望（　）

6．身体・生活機能の状況／退院・生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中等度	重度	褥瘡の有無	□ なし　□ あり
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助		
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段	□ 杖　□ 歩行器　□ 車いす　□ その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	認知動作	自立　見守り　一部介助　全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助		
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
食事内容	食事回数	・朝：　回/日	・昼：　回/日	・夜：　回/日		食事制限	□ なし □ あり（　）
	食事形態	□ 普通 □きざみ □ 嚥下調整食 □ 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	□口腔の食形態区分	
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	□ なし □ あり	
	口腔情況	良	不良	著しく不良	口臭	□ なし □ あり	
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	□ なし □ 夜間 □ 常時
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ／パッド	□ なし □ 夜間 □ 常時
睡眠の状態		良	不良（　）	眠剤の使用	□ なし □ あり	睡眠時間	時間/日
喀痰量		多くない/日あたり		飲水量		多くない/日あたり	
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや問題あり	困難	メガネ	□ なし □ あり（　）	
	聴力	問題なし	やや問題あり	困難	補聴器	□ なし □ あり	
	言語	問題なし	やや問題あり		コミュニケーションに関する特記事項：		
	理解能力	問題なし	やや問題あり	困難			
精神面における退院上の問題		□なし □幻視・幻聴　□妄想　□抑うつ・不安　□意欲　□昼夜逆転　□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（　）					
病生歴*		□なし □脳血管障害　□認知症　□急性呼吸器感染症　□脱臼骨折歴　□骨折 □その他（　）					
入院歴*	最近半年間での入院	□なし　□あり（H　年　月　日 ～ H　年　月　日）　□不明					
	入院頻度	□ 頻度は高い／繰り返している　□ 頻度は低いが、これまでにもある　□ 今回が初めて					
医療処置*		□なし □点滴　□酸素療法　□褥瘡処置　□食事切刻　□胃ろう　□経鼻栄養　□経腸栄養　□吸痰 □尿道力テーテル　□尿路ストーマ　□消化管ストーマ　□痛みコントロール　□排便コントロール □自己注射（　）　□その他（　）					

7．お薬について　※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	□ なし　□ あり（　）	服薬援助管理指導	□ なし □ あり　（種類：　）
服薬管理	□ 自己管理　□ 他者による管理　（・管理者：　・管理方法：　）		
服薬状況	□ 処方通り服用　□ 時々飲み忘れ　□飲み忘れが多い、処方が守られていない		
お薬に関する、特記事項			

8．かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	（フリガナ）	診療方法・頻度	□ 訪問　□ 通院診療 ・頻度＝（　）回 ／ 月・週

退院・退所加算の様式例（改正案）

退院に向けたヒアリングシート　～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1．基本情報・現在の状態　等

属性	フリガナ		性別	紹介	退院時の紹介証書　（　□　要　区分変更　）
	氏名	様	□男 □女	姓	□なし □申請中 □要支援(　) □要介護(　)
今回の入退院状況	入退院日	・入院日：H　　年　　月　　日		・退院予定日：H　　年　　月　　日	
	入院原因病名				
	入院先	（病院）　（病棟）　（階）　（号室）			
	退院後退院先	□入院していた医療機関　□入院先以外の病院　□自宅　□退院の予定なし			
②病状と入院中の状況	現病生の状況		服薬歴		
	移動手段	□杖　□歩行器　□車いす　□その他（　　）			
	入浴方法	□行わず　□機械浴　□シャワー浴　□一般浴			
	排泄方法	□トイレ　□ポータブル　□おむつ　カテーテル・パウチ（　　）			
	食事形態	□経管栄養　□普通　□その他（　　）		UD等級の食形態区分	
	嚥下機能	□むせない　□時々むせる　□常にむせる			
	口腔病態	□歯　□不歯　□要し(不歯	義歯	□元々なし　□入院中は使用なし　□入院中使用	
	口腔ケア	□出来た　□出来なかった　□本人に拒否された			
	聴　覚	□良好　□不良（　　）		□眼鏡の使用	
	認知・精神	□認知機能低下　□せん妄　□抑制　□妄想・不眠　□攻撃性　□その他（　　）			
本人や家族からの意向		（病気）	（障害・後遺症）	（病名告知）	
	本人の受け止め方			□あり　□なし	
	家族の受け止め方				
	退院後の生活に関する本人の意向				
	退院後の生活に関する家族の意向				

2．課題認識のための情報

③退院後における療養生活		（現在の内容） ⇨	（在宅で継続するための要件）
	医療処置	□なし □点滴　□酸素療法　□喀痰吸引　□気管切開 □胃ろう　□経鼻栄養　□経腸栄養　□褥瘡 □尿道カテーテル　□尿路ストーマ　□消化管ストーマ □浮腫コントロール　□排便コントロール □自己注射（　　）　□その他（　　）	
	看護の視点	□なし □血圧　□水分制限　□食事制限　□食形態　□服薬　□口腔ケア　□褥瘡ケア □血糖コントロール　□排泄　□皮膚状態　□睡眠　□認知機能・精神面　□服薬指導 □栄養上の指導（食事・水分・睡眠・褥瘡ケア・排泄 など）における指導）　□ターミナル □その他（　　）	
	リハビリの視点	□なし □本人指導　□家族指導　□BB訓可動域訓練（ストレッチ含む）　□筋力増強訓練　□バランス訓練 □移乗・歩行訓練改善訓練　□起居／立位姿勢動作訓練　□調査・嚥下訓練　□言語訓練 □ADL訓練（歩行／入浴／トイレ動作／移乗等）　□IADL訓練（買い物、調理等） □浮腫管理（浮腫コントロール）　□褥瘡処置・褥瘡用具管理　□活動耐容能訓練 □地域活動立福　□社会参加立福　□就労立福　□その他（　　）	
	装着装置	（装置の有無）	（装置の内容／留意点）
		□なし　□あり	

症状・病状の予後・予測		
退院にあたっての日常生活の阻害要因（ICFの活動と参加）	①疾患と入院中の状況から	
	②本人・家族の受け止め／意向から	
	③退院後に必要な手術から	
	④その他	

状況の事実		現在の状況	要因	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し
移動	室内移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化		
	屋外移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化		
食事	全粥内容	問題なし　問題あり		改善　維持　悪化		
	全粥摂取	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化		
排泄	排尿・排便	問題なし　問題あり		改善　維持　悪化		
	排泄動作	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化		
口腔	口腔衛生	問題なし　問題あり		改善　維持　悪化		
	口腔ケア	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化		
服薬		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化		
入浴		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化		
更衣		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化		
移乗動作		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化		
コミュニケーション能力		問題なし　問題あり		改善　維持　悪化		
認知		問題なし　問題あり		改善　維持　悪化		
褥瘡・皮膚の問題		問題なし　問題あり		改善　維持　悪化		
行動・心理症状(BPSD)		問題なし　問題あり		改善　維持　悪化		
居住環境		問題なし　問題あり		改善　維持　悪化		

回目	聞き取り日	情報提供者名・職種	
（記載）	年 月　日	□医師（　　）	□看護師（　　） □リハ職（　　） □MSW（　　） □歯科医師・歯科衛生士（　　） □（　　）
（記載）	年 月　日	□医師（　　）	□看護師（　　） □リハ職（　　） □MSW（　　） □歯科医師・歯科衛生士（　　） □（　　）

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）

特別訪問看護指示書（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。

かかりつけ医



指示 →

← ・全ての医薬品等の服薬情報等の報告
・薬学的見地からの疑義照会、処方提案等

連携 ↔

かかりつけ薬剤師



＜「かかりつけ薬剤師」が行う業務＞

- 患者の**全ての受診医療機関と服薬状況を一元的に把握**
- 調剤後も患者の服薬状況や指導内容を処方医へ提供し、**必要に応じて処方提案**
- 患者からの**相談に24時間応じられる体制**
- 必要に応じて、**患家を訪問し服用薬の整理**

かかりつけ薬剤師を活用して患者の服薬を管理

（新）　かかりつけ薬剤師指導料　70点（1回につき）

↓

ケアの提供
（服薬状況等の確認、服薬指導等）



患者

※　「かかりつけ薬剤師」の要件
- 保険薬剤師として一定年数以上の薬局勤務経験
- 当該保険薬局に週の一定時間以上勤務
- 当該保険薬局に一定年数以上の在籍
- 研修認定の取得
- 医療に係る地域活動への参画

出典厚生労働省資料　63

平成28年度診療報酬改定

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

急性期 → 回復期 → 維持期

入院

通院

介護事業所、日常生活等

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）

出典　厚生労働省資料　64

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
P639~

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？

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要（案）

社保審－介護給付費分科会
第156回(H29.12.13)　資料1

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」、「多様な人材の確保と生産性の向上」、「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

Ⅰ　地域包括ケアシステムの推進

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

【主な事項】

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

Ⅱ　自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

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

【主な事項】

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

Ⅲ　多様な人材の確保と生産性の向上

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

【主な事項】

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

Ⅳ　介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

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

【主な事項】

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

Ⅰ　地域包括ケアシステムの推進

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

① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

- ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。
- 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提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。
- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。
- リハに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

- 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。（一定の経過措置期間を設ける）
- 利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

⑤ 認知症の人への対応の強化

- 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス（ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等）にも創設する。

⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- 障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。
- 療養通所介護事業所の定員数を引き上げる。

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』

連携の基本は

1.制度を理解する

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

2.職種の理解・医療機関ごとの違いの理解

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

3.サービスの理解

介護サービスの使い方や内容を理解する

連携する相手の考え・立場・役割を理解する

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