

再研修

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

本科目の構成

- 本科目の構成は以下のとおりです。

Eラーニング	内容
●	(1)本科目の目的、修得目標の確認
●	(2)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の留意点の理解
●	(3)医療機関の役割の理解
●	(4)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実際
●	(5)医療連携にかかる居宅介護支援の介護報酬
●	(6)在宅医療の法令や制度の概要と医療専門職種間の連携の留意点の理解

本科目の目的、修得目標の確認

本科目の目的

- 本科目の目的は以下のとおりです。

- 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

- 本科目の修得目標は以下のとおりです。

- 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。

修得目標



【個人ワーク】

10分

- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。

- 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。

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の留意点の理解

1. 一体的な提供体制の必要性

- 地域包括ケアシステムにおいては、要介護者の地域生活は、介護だけでなく、生活の前提となる住まいと、自立的な暮らしのための生活支援や社会参加の機会が確保され、必要に応じて専門職による医療、看護、介護、リハビリテーション、保健・福祉など多様なサービスや支援が必要とされています。
- 在宅生活に臨む本人や家族の不安を払拭するためには、**ニーズに応じた多様なサービスや支援が、一つのチームから提供されていると感じられる「利用者からみた一体感」、すなわち「利用者からみて一体的に提供される体制」が重要**であるとされています。
- そのためには、現場において、多くの専門職が互いの隙間を埋めていく努力が大切であり、ケアマネジメントにおける「連携」につながってきます。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



2. ケアマネジメントに必要な「連携」

- 「連携」とは、同じ目的で何事かを一緒に行おうとする複数の個人や組織が、連絡・調整を取り合って協力して行うことを意味します。「利用者からみた一体感」が求められているため、単に情報を共有する、連絡を取り合うだけでは「連携している」とはいえないことになります。
- ケアマネジメントは、要援護者等の自立支援に向けて、単一の個人や組織・事業所のみで支援することではありません。
- 介護、医療、福祉、行政および地域が連携をとって利用者の自立支援に資することができるように、介護支援専門員は連絡・調整・交渉をすることとなります。まさにケアマネジメントは「連携の要」の役割を担うこととなります。

3. ケアマネジメントにおける「医療連携の重要性」

(1) 医療と介護の連携

- 医療ニーズのある要介護者等支援におけるケアマネジメントでは、「医療との連携」はきわめて重要になってきます。
- 特に、がん末期などの医療依存度のある場合や難病、統合失調症、うつ症などでは、医療的視点をふまえたケアマネジメントの展開が必要です。
- そのため、医師の果たす役割は大きく、医師との連携は不可欠です。
- 高齢者には以下のような特徴があり、利用者の生活全体を通して支援することを考える上で、その利用者の疾病・健康面を抜きには考えられず、医療との連携は重要となります。

- 慢性疾患による受診が多い
- 疾病の罹患率が高く、複数の疾病にかかりやすい
- 要介護度の認定率が高い
- 認知症の出現率が高い

- 正しい疾病の理解と適切な治療の選択、予後のリスクと生活の仕方などを踏まえたケアプランの立案とモニタリングが必要となります。

3. ケアマネジメントにおける「医療連携の重要性」 (2) 医療と介護の連携

- 医療分野の観点からも、介護との連携への必要性が高まっています。
- 診療報酬でも連携を評価した点数が増えてきていることから、これまでの在宅医療強化の背景と経緯を押さえておくことは重要です。

背景

- ✓ 病気の治療終了後も生活面などでケアを必要とする人が増えたこと
- ✓ 入院の長期化を避けるために病院入院時から退院後の生活を見すえた療養の準備に取り組むようになったこと
- ✓ 自宅等での療養生活が推進されるようになったこと

在宅医療の強化の流れ、医療側からの介護との連携の必要性の高まりに関連する、制度の変遷について、改めて確認することも必要です。

4. 医療介護連携における介護支援専門員の役割（1/2）

- 介護支援専門員は、利用者・家族や介護職員より、食事や排泄、睡眠、移動、清潔などの利用者の生活に関する情報を継続的に収集します。
- 利用者の生活に関する情報やその変化を医療専門職に遅滞なく伝えることによって、病態の適切な見極めや必要な医療提供、意思決定の支援等につながることが期待できます。
- 介護支援専門員は利用者や家族により近い立場にあることから、医療専門職には言いづらい意向等を利用者家族から聴取するなど、意思決定支援においても重要な役割を果たします。

4. 医療介護連携における介護支援専門員の役割（2/2）

- 介護支援専門員は、医療専門職から、治療方針や治療目標の設定、機能および予後の予測等の診療にまつわる判断や情報を収集します。
- 利用者の医療に関する情報を介護サービス事業者や担当する介護職員に伝えることによって、回復の可能性や起こりうる合併症・急性増悪など今後予測される経過や予後等を踏まえ、状態に即した適切な介護の提供が期待できます。

5. 医師との連携

(1) 主治医からの情報収集や主治医意見書の活用

- 生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過、投薬内容を含む治療内容、身体の状態、今後発生の可能性の高い状態とその対処方針、生命や機能の予後に関する予測等について、主治医から情報を収集し、得られた情報を居宅サービス計画立案に役立てます。
- 市町村の開示手続きに従い、申請者ならびに主治医の同意のもと、介護支援専門員が主治医意見書を入手できます。
- また、医師等が、通院が困難な利用者の居宅を訪問して、心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行う「居宅療養管理指導」も継続的な情報収集の機会となります。

<医師等が行う指導の概要>

- ① 居宅介護支援事業者（介護支援専門員等）に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供
- ② 居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等 についての指導及び助言

5. 医師との連携

(2) 主治医への情報提供

- **情報提供する内容**

食事・排泄・睡眠など生活の様子、移動能力などの身体機能、主たる疾患の症状やその変化等について、最も身近な利用者家族から得た情報や、サービスを提供する医療専門職や介護職員から得た情報を整理して、必要に応じて主治医に提供します。

- **情報提供を通じて目指すべき効果**

生活に関連する情報やその変化を主治医に伝えることによって、病態変化の把握や治療方針への反映などが期待されます。

また、介護支援専門員より主治医に「居宅サービス計画等介護の提供状況に関する情報」を提供することによって、医師との連携を円滑化させることが期待されます。

5. 医療専門職（医師以外）との連携

(1) 医療専門職からの情報収集

- 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、サービス提供を通じて看護師やリハビリテーション専門職が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や今後予想される経過等に関する情報を収集することは、その後の居宅サービス計画立案に役立ちます。
- 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ます。

5. 医療専門職（医師以外）との連携

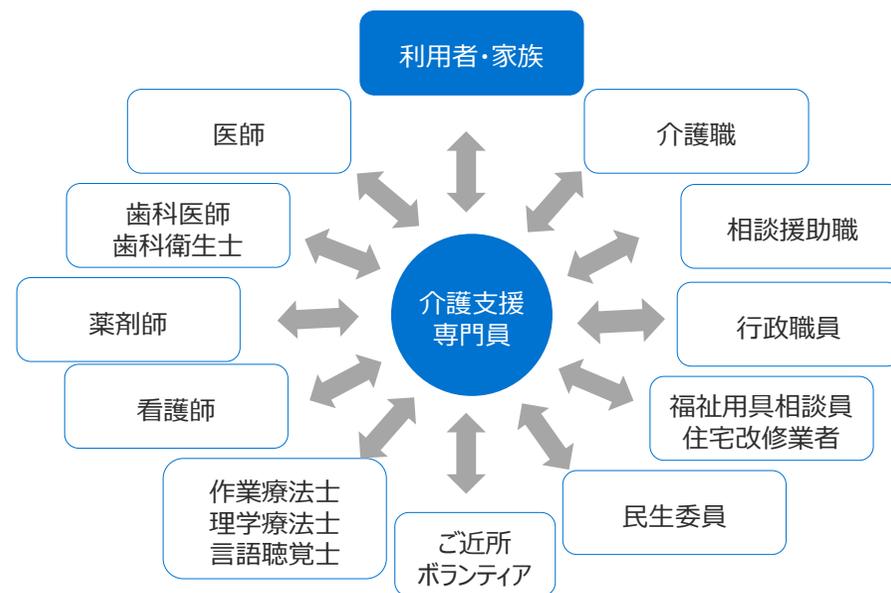
(2) 多職種協働におけるハブ機能（1/2）

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ります。
- 居宅療法管理指導として医療専門サービスに提供するさまざまな医療専門職が把握した利用者に関する情報も、介護支援専門員に報告されることとなります。
- 介護支援専門員は、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ます。

5. 医療専門職（医師以外）との連携 (2) 多職種協働におけるハブ機能（2/2）

医療介護に関わる様々な職種が把握した情報は、介護支援専門員に集約されることになるため、介護支援専門員はそれらの内容を必要に応じて関わる他の専門職と共有する、いわゆるハブ機能を果たすことが期待されています。



長寿社会開発センター「介護支援専門員実務研修テキスト」上巻P654

地域における多職種との関係性構築の一步である「顔の見える関係づくり」が重要であり、日頃から地域の講演会や研修会、会議等で多職種と交流する機会を持つことが望ましいです。

6. サービス担当者会議等における多職種協働

- 利用者が有する課題に基づき、生活面全般に関する療養指導や、服薬遵守、リハビリテーション、栄養ケア、口腔ケア、高次脳機能への適切な刺激や社会参加等について、サービス提供に関わるすべての事業者から事前に情報を収集しておきましょう。
- 会議を通して医療の方針と介護の方針を統一し、提供すべき医療と介護の内容について関係者全員で確認することが必要です。
- サービス担当者会議では、特に主治医の参加が鍵になることから、主治医の医療機関で開催する方法や訪問診療にあわせて利用者宅で開催する方法も考慮するとよいでしょう。様々な職種から専門的アドバイスを受けることによりケアマネジメントの質を高めるというプロセスを経験するために、地域ケア会議への参加が効果的です。



- ここまで、「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の留意点」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ 介護支援専門員と医療との連携
 - ✓ 主治医への情報提供
 - ✓ 多職種協働におけるハブ機能
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

医療機関の役割の理解

1. 高齢化の進行に伴う社会背景変化（1/2）

医療との連携

- 我が国では、高齢者の増加に伴い、独居高齢者（単独世帯）や高齢者のみで暮らす世帯が増え、認知症状を有する人の増加も避けては通れません。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ます。
- 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になりますから、居宅サービス計画を見直す必要が生じます。その際に、医療との連携が不可欠だといえます。

1. 高齢化の進行に伴う社会背景変化（2/2）

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少なくありません。また、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ります。
- さらに、高齢化が進展した結果、死亡者が増加の一途をたどっており、これらの事態への対応体制の構築が求められています。

2. 医療機関の役割（1/3）

- 主な医療機関の役割について説明します。

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等を有し、救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事している病院。

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の実施等を通じて、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相応しい構造設備を有する病院。

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中核医療機関として指定を受けた医療機関。

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、がん患者に対する相談支援及び情報提供等を担う病院。

2. 医療機関の役割（2/3）

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、来院患者の紹介率50%以上などを要件とする、高度先端医療行為を必要とする患者に対応する病院。

回復期リハビリテーション病棟

- 脳血管疾患や大腿骨頸部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。

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及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。

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3つの機能を担う病棟。

2. 医療機関の役割（3/3）

在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院

- 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です。
- 24時間訪問看護の提供については、当該医療機関または他の医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、その体制を提供します。その要件には、保健医療サービスと福祉サービスとの連携・調整を担当する介護支援専門員等と連携していることが明記されています。

医療療養病床

- 病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの（医療法第7条第2項）

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実際

1. 急病時

(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ます。
- その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得ます。
- 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ります。

1. 急病時

(2) 緊急時カンファレンスの開催

- 利用者が急病を生じた場合や、診療方針を大幅に変更する必要が生じた場合に、カンファレンスを開催します。
- 医師による疾病管理や予後の見通し、看護師による医療処置やケアの必要性に基づき、治療方針や居宅サービス計画の変更等について話し合い、関係者間で新たな方針を統一する必要があります。
- 緊急時等居宅カンファレンス加算では、病院または診療所の求めにより、当該病院または診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問し、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、1か月につき2回まで200単位/回の算定をすることができます。

2. 急変時

(1) 緊急連絡先の把握、緊急時対応体制の構築

- **緊急連絡先の把握**

救急搬送などの緊急事態に備えて、家族等の緊急連絡先、主治医や訪問看護師、薬局等の緊急連絡先をあらかじめ把握しておくことが望ましいです。

- **緊急時対応体制の構築**

在宅療養支援診療所、24時間体制を有する訪問看護ステーション、地域支援体制加算を算定している薬局、事業所加算を算定している居宅介護支援事業所等との連携のもと、利用者ごとに緊急時対応体制を構築しておくことも望ましいです。

2. 急変時

(2) 急変時に留意すべき点

- リロケーションダメージ

なじみの関係の重要性は、認知症ケアのみならずすべての高齢者に通じる要素であることから、療養場所が変わることに伴うデメリットである「リロケーションダメージ」の重要性について理解しましょう。

- 安静の害

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、安静の害も枚挙にいとまがありません。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齢者が抱えるリスクだといえます。

- 入院の回避

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いことを理解しましょう。

3. 入院時

病院の職員に対して情報提供する内容は以下の通りです。

- 利用者の心身の状況（疾患・病歴、認知症の有無、徘徊等の行動異常の有無）
- 生活環境（家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の情報など）
- サービスの利用状況等

治療方針の決定や意思決定支援に役立てるべく、利用者や家族の医療に対する意向や療養に関する希望などについて、これまでの関わりから把握している情報も共有してください。

4. 退院時

- 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等、医療に関する情報を入力します。
- 家屋の構造や家族が有する条件等を考慮した上で、退院後の居宅サービス計画原案を作成します。退院時共同指導の際などにこの原案を呈示し、医療面と考え合わせた上で、退院後の居宅サービス計画を完成させます。

5. 家族の休息が必要になったとき

- **レスパイト**

介護を要する利用者と長期間にわたり同居している家族には、少なからず負担がかかっています。介護を担う家族の休息を確保する、いわゆるレスパイトの役割を通所介護や短期入所等のサービスが担っています。

- **不安定な病態を有している場合**

利用者が不安定な病態を有している場合には、ショートステイでは対応が困難な場合もあります。後方支援機能を有する病院や緩和ケア病棟等を有する医療機関と連携して、所定の目的のもと利用者を一時的に入院させることにより、家族の休息期間を確保する方法も検討しましょう。

また、医療ニーズに対応できる看護小規模多機能型居宅介護の利用も検討しましょう。

6. ターミナル期（1/2）

医師・看護師との連携	<ul style="list-style-type: none">終末期にあたり、予後予測や予想される今後の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緊密に連携し、利用者家族に対して適切な病状説明がなされるよう配慮する必要があります。
介護職員との連携	<ul style="list-style-type: none">終末期に必要な医療的ケアを適切に把握し、同時期に関わることになる介護職員に対して、介護を提供するにあたっての注意点等について周知を図ってください。

6. ターミナル期 (2/2)

心理的負担	<ul style="list-style-type: none">この時期を迎えた利用者の介護を担当することは、提供する側にとっても心理的負担が小さいため、利用者家族への対応方法や介護職員に求められる配慮等を伝え、医療専門職と歩調を合わせた統一的な対応ができるよう心がけましょう。
介護職の心理的負担	<ul style="list-style-type: none">介護職の心理的負担について、不安に思っていることを尋ね、必要に応じてアドバイスを行う、労をねぎらうなどの配慮が必要になります。

7. 死亡時

死亡診断書の交付	<ul style="list-style-type: none">• 医師が死亡の際に立ち会っておらず、生前の診察後24時間以上を経過した場合であっても、主治医、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、死亡診断書を交付できます。• 受診後24時間以内に診療中の疾患で死亡した場合は、改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付できます。
留意点	<ul style="list-style-type: none">• 在宅で看取りが発生した場合、速やかに主治医と連絡をとれる体制をあらかじめ整えておく必要があります。• かかりつけではない医師や救急隊員が対応するに及んだ場合、このような判断はできないことから、警察に届け出て検死を行う必要が生じてしまうことに留意しましょう。

8. 感染症対応

(1) 新型コロナウイルス感染症の基礎知識 ①概要

- 新型コロナウイルス感染症の病原体は動物由来コロナウイルスと推定されますが、宿主動物は分かっておらず、ヒト-ヒト感染によって流行が世界的に広がりました。症状や感染性は一般に以下のように整理されています。

新型コロナウイルス感染症の症状や感染性

- 症状は、発熱、呼吸器症状（咳、咽頭痛、鼻汁、鼻閉など）、頭痛、倦怠感、嗅覚障害・味覚障害など、インフルエンザや感冒に類似する場合がありますが、**この症状があれば新型コロナウイルス感染症であるという症状はありません。**
- 新型コロナウイルスに感染した人が他の人に感染させてしまう可能性がある期間は、発症の2日前から発症後7～10日間程度とされています※。また、この期間のうち、発症の直前・直後で特にウイルス排出量が高くなると考えられています。
- このため、新型コロナウイルス感染症と診断された人は、症状がなくとも、不要・不急の外出を控えるなど感染防止に努める必要があります。

※新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第9.0版より

（資料）厚生労働省「新型コロナウイルス感染症に対応する介護施設等の職員のためのサポートガイド（令和3年3月）」
厚生労働省「新型コロナウイルス感染症のいま“いま”に関する11の知識（2023年4月版）」

8. 感染症対応

(1) 新型コロナウイルス感染症の基礎知識 ②感染経路・予防

- 感染経路として、くしゃみや咳嗽、会話などの際に生じたウイルスを含む飛沫を吸い込んで感染すること（飛沫感染・エアロゾル感染）とされています。
- ウイルスがついた手で口、鼻や眼などの粘膜に触れたり、密閉空間で浮遊している小さい飛沫を吸い込んだりして、感染することもあります。
- 感染予防のためには、感染対策の3つの柱である①病原体（感染源）の排除、②感染経路の遮断、③宿主の抵抗力の向上が重要です。特に感染経路の遮断が重要です。
- 介護施設、事業者の職員介護施設、事業者の利用者の健康、体調管理をしっかりと行い、利用者・家族が安心してサービスを受けられるよう、また職員も安心してサービス提供できるよう、利用者・職員が協力して以下を実践することが重要です。

表2 利用者・職員が協力して行うこと



常日頃からの
マスク着用と
手洗いの励行



3つの密の回避
「密閉」「密集」「密接」
しない



新しい生活様式の
実践。
健康管理の徹底

出所：厚生労働省老健局「介護現場における感染対策の手引き 第2版」（一部加筆）

（資料）厚生労働省「新型コロナウイルス感染症に対応する介護施設等の職員のためのサポートガイド（令和3年3月）」

8. 感染症対応

(1) 新型コロナウイルス感染症の基礎知識 ③重症化リスク

重症化リスク

- 新型コロナウイルス感染症と診断された人のうち、重症化した人の割合や死亡した人の割合は年齢によって異なり、高齢者は高く、若者は低い傾向にあります。重症化する割合や死亡する割合は以前と比べ低下しており、オミクロン株が流行の主体である2022年7月から8月に診断された人の中では、
 - ・ 重症化した人の割合は 50歳代以下で0.01%、60・70歳代で0.26%、80歳代以上で1.86%、
 - ・ 死亡した人の割合は 50歳代以下で0.00%、60・70歳代で0.18%、80歳代以上で1.69%となっています。
- ※「重症化した人の割合」は、新型コロナウイルス感染症と診断された症例（無症状を含む）のうち、集中治療室での治療や人工呼吸器等による治療を行った症例または死亡した症例の割合。
- 新型コロナウイルス感染症と診断された人のうち重症化しやすいのは、高齢者と基礎疾患のある方、一部の妊娠後期の方です。重症化のリスクとなる基礎疾患等には、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患、肥満、喫煙があります。また、ワクチン接種を受けることで、重症化予防効果が期待できます。

30歳代と比較した場合の各年代の重症化率

年代	10歳未満	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上
重症化率	0.5倍	0.2倍	0.3倍	1倍	4倍	10倍	25倍	47倍	71倍	78倍

※「重症化率」は、新型コロナウイルス感染症と診断された症例（無症状を含む）のうち、集中治療室での治療や人工呼吸器等による治療を行った症例または死亡した症例の割合。



出典：京大西浦教授提供データ及び新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第7.2版に基づき厚生労働省にて作成

（資料）厚生労働省「新型コロナウイルス感染症のいま“いま”に関する11の知識（2023年4月版）」

8. 感染症対応

(1) 新型コロナウイルス感染症の基礎知識 ④治療

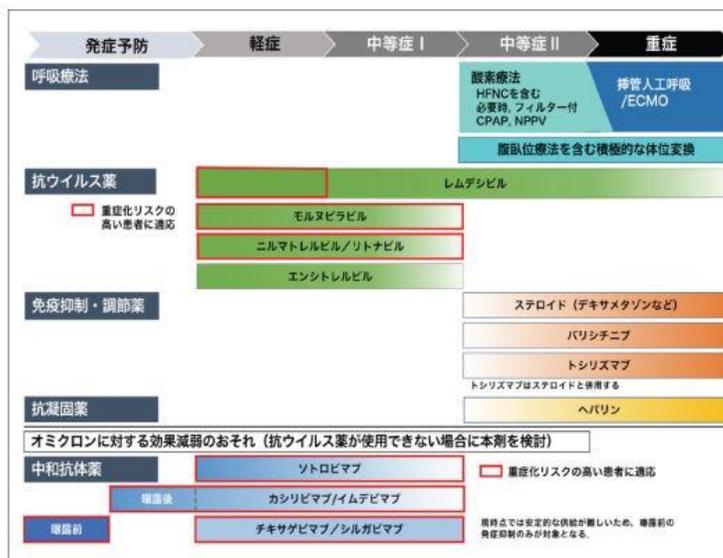
新型コロナウイルス感染症の治療

- 軽症の場合は経過観察のみで自然に軽快することが多く、重症化リスクのない方については、症状を考慮した上で、必要に応じて解熱薬や抗ウイルス薬などの投与が検討されます。ただし、重症化リスクのある方については、中和抗体薬や抗ウイルス薬の投与を行い、重症化を予防します。呼吸不全を伴う場合には、酸素投与や抗ウイルス薬、ステロイド薬（炎症を抑える薬）、免疫調整薬の投与を行い、改善しない場合には人工呼吸器等による集中治療を行うことがあります。
- こうした治療法の確立もあり、新型コロナウイルス感染症で入院した方が死亡する割合は低くなっています。発熱や咳などの症状が出たら、まずは身近な医療機関に相談してください。

国内で承認され、使用可能な薬剤

- ・ レムデシビル（ベクルリー®）
- ・ モルスピラビル（ラゲブリオ®）
- ・ ニルマトレルビル/リトナビル（パキロビッド®）
- ・ エンシトレルビル（ゾコーバ®）
- ・ ソトロビマブ（ゼビュディ®）
- ・ カシリビマブ/イムデビマブ（ロナプリーブ®）
- ・ チキサゲビマブ/シルガビマブ（エバシールド®）
- ・ デキサメタゾン
- ・ バリシチニブ（オルミエント®）
- ・ トシリズマブ（アクテムラ®）

(2023年4月10日時点)



※新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第9.0版より一部改変

(資料) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症のいま“いま”に関する11の知識（2023年4月版）」

8. 感染症対応

(1) 新型コロナウイルス感染症の基礎知識 ⑤検査

診断するため検査

- 新型コロナウイルス感染症を診断するための検査には、核酸検出検査（PCR法等）、抗原定量検査、抗原定性検査等があり、いずれも被検者の体内にウイルスが存在し、ウイルスに感染しているかを調べるための検査です。
- 新たな検査手法の開発により、検査の種類や症状に応じて、鼻咽頭ぬぐい液だけでなく、鼻腔ぬぐい液や唾液を使うことも可能になっています。
- なお、抗体検査は、過去に新型コロナウイルス感染症にかかったことがあるかを調べるものであるため、検査を受ける時点で感染しているかを調べる目的に使うことはできません。

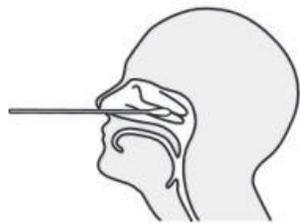
検査の対象者		核酸検出検査（PCR法等）			抗原検査（定量）			抗原検査（定性）		
		鼻咽頭	鼻腔	唾液	鼻咽頭	鼻腔	唾液	鼻咽頭	鼻腔	唾液
有症状者	発症から9日目以内	○	○	○	○	○	○	○	○	○※3
	発症から10日目以降	○	○	×	○	○	×	△※1	△※1	×
無症状者		○	○	○	○	×※2	○	×※2	×※2	×

※1 陰性の場合は必要に応じて核酸検出検査や抗原定量検査等を行うことが推奨される。

※2 確定診断としての使用は推奨されないが、結果が陰性の場合でも感染予防策を継続すること等の要件の下で、感染拡大地域の医療機関や高齢者施設等において幅広く検査を実施する際にスクリーニングに使用することは可能。

※3 唾液検体での薬事承認を得た製品に適用される点に留意。

検体採取の例 (鼻咽頭ぬぐい液と鼻腔ぬぐい液の場合)



鼻から綿棒を挿入し、
鼻咽頭を数回こする。
(医療従事者が採取)

鼻咽頭ぬぐい液採取



鼻の穴から顔の中心に向かって、
綿球が十分に隠れるくらい2cm
程度綿棒を入れて、綿棒の軸を
数回回転させた後、5秒間程度
静置し湿らせる。
(自己採取も可)

鼻腔ぬぐい液採取

※図はデンカ株式会社より提供

※図は臨床検査振興協議会より提供

(資料) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症のいま“いま”に関する11の知識 (2023年4月版)」

8. 感染症対応

(1) 新型コロナウイルス感染症の基礎知識 ⑥ ワクチン

○ワクチンと接種対象者

2023年4月12日現在、国内では、ファイザー社、モデルナ社及び武田社（ノババックス）の3社のワクチンを用いて、ワクチン接種を行っています。

<メッセンジャーRNA（mRNAワクチン）>

・ファイザー社ワクチン

12歳以上用、5-11歳用、生後6か月-4歳用の3種類のワクチンを用いて、それぞれの対象者に対して、初回接種（※）を実施しています。

※ 12歳以上用及び5-11歳用のワクチンは、初回接種で2回の接種を、生後6か月-4歳用のワクチンは、初回接種で3回の接種を実施します。

また、初回接種（1・2回目接種）を完了した5歳以上の方を対象として、1人1回のオミクロン株対応ワクチンの接種を実施しています。

・モデルナ社ワクチン

初回接種（1・2回目接種）を完了した12歳以上の方を対象として、1人1回のオミクロン株対応ワクチンの接種を実施しています。

<組換えタンパクワクチン>

ノババックス社から製造技術移管を受けた組換えタンパクワクチンである武田社のワクチンは、12歳以上の方を対象として、初回接種（1・2回目接種）を実施しています。

また、初回接種（1・2回目接種）を完了した12歳以上の方を対象として、1人1回の追加接種（3回目接種以降）を実施しています。

○ワクチンの有効性について

現時点の見解に基づく専門家の検討により、オミクロン株対応ワクチンによる追加接種は、オミクロン株に対して、従来型ワクチンを上回る重症化予防効果や、短い期間である可能性はあるものの、発症予防効果や感染予防効果が期待されています。また、今後の変異株に対しても有効である可能性がより高いと期待されています。

また、5-11歳用ワクチン（従来型）、生後6か月-4歳用ワクチン（従来型）に関しても、オミクロン株流行下での発症予防効果等が報告されています。

○ワクチンの安全性について

接種後に注射した部分の痛み、疲労、頭痛、筋肉や関節の痛み、寒気、下痢、発熱などが見られると報告されています。現時点で得られている情報からは、重大な懸念は認められていません。

○ワクチンの接種状況について

年齢階級別接種実績（2023年4月10日公表時点）

出典：首相官邸ホームページ（新型コロナワクチンについて）

○接種率	5～11歳	12～19歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70歳代	80歳代	90歳代	100歳以上
1回以上接種者	24.1%	73.1%	82.0%	81.1%	83.1%	91.7%	92.8%	88.6%	94.3%	97.9%	101.0%	99.7%
2回接種完了者	23.3%	72.4%	81.3%	80.6%	82.8%	91.4%	92.6%	88.4%	94.1%	97.6%	100.5%	98.9%
3回接種完了者	9.4%	46.4%	56.9%	58.8%	65.3%	80.1%	86.6%	84.9%	91.5%	94.7%	96.9%	94.2%

○接種回数	5～11歳	12～19歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60～64歳	65～69歳	70歳代	80歳代	90歳代	100歳以上
人口	7,317,297	8,887,053	12,680,325	14,065,328	17,965,890	17,245,283	7,378,055	7,770,002	16,284,498	9,382,746	2,404,985	86,607
1回以上接種者	1,762,644	6,495,010	10,397,194	11,402,991	14,937,888	15,813,852	6,846,799	6,882,543	15,348,268	9,182,279	2,427,970	86,332
2回接種完了者	1,706,790	6,434,424	10,313,210	11,332,828	14,873,360	15,769,754	6,833,806	6,870,464	15,319,517	9,155,466	2,417,185	85,622
3回接種完了者	690,788	4,122,633	7,219,607	8,273,875	11,738,543	13,821,354	6,388,544	6,596,127	14,896,695	8,886,263	2,329,708	81,615

（資料）厚生労働省「新型コロナウイルス感染症のいま“いま”に関する11の知識（2023年4月版）」

8. 感染症対応

(1) 新型コロナウイルス感染症の基礎知識 ⑦最新の動向

- 新型コロナウイルス感染症に関する内容は、病態の理解、診断や治療の分野での進歩に応じて、古い情報となることが予想されるため、最新の情報を以下などから確認いただくことをお勧めします。

厚生労働省: 新型コロナウイルス感染症について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html



厚生労働省: 介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00089.html



(資料) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症に対応する介護施設等の職員のためのサポートガイド (令和3年3月)」

8. 感染症対応

(2) 対応の基本的な考え方 ①2021年度介護報酬改定の動向 (1 / 3)

改定の概要：全体像

- 新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「感染症や災害への対応力強化」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止の取組の推進」、「介護人材の確保・介護現場の革新」、「制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。
- 改定率：+0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05% (令和3年9月末までの間)

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

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

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

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

2. 地域包括ケアシステムの推進

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

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

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

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

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

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

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

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

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

○地域の特性に応じたサービスの確保 ・過疎地域等への対応 (地方分権提案)

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルール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 ・運営規程の掲示の柔軟化

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

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

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

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化 (療養通所介護) ・加算の整理統合 (リハ、口腔、栄養等)

6. その他の事項

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

・基本報酬の見直し

8. 感染症対応

(2) 対応の基本的な考え方 ①令和3年度介護報酬改定の動向（2/3）

改定の方向性	・ 感染症や災害への対応力強化：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①

● 感染症対策の強化

介護サービス事業者に、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組を義務づける。

- ・ 施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施
- ・ その他のサービスについて、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等

● 業務継続に向けた取組の強化

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務付ける。

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン	
❖ ポイント	<ul style="list-style-type: none">✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。
❖ 主な内容	<ul style="list-style-type: none">・ BCPとは ・ 新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）・ 介護サービス事業者に求められる役割 ・ BCP作成のポイント・ 新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系） 等



掲載場所：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

8. 感染症対応

(2) 対応の基本的な考え方 ①令和3年度介護報酬改定の動向 (3/3)

改定の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 感染症や災害への対応力強化：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②

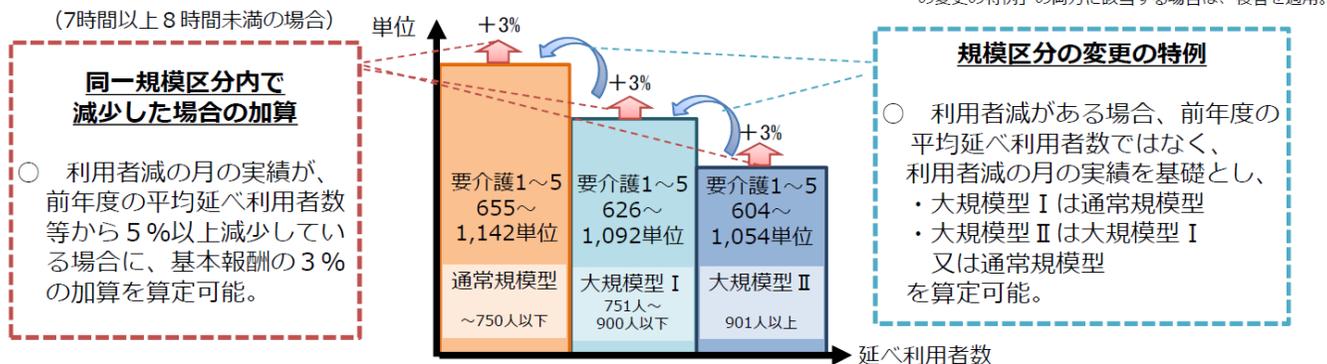
● 災害への地域と連携した対応の強化

災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系、短期入所系、特定、施設系）を対象に、小多機等の例を参考に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととする。

● 通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

通所介護等の報酬について、感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、足下の利用者数に応じて柔軟に事業所規模別の各区分の報酬単価による算定を可能とするとともに、臨時的な利用者数の減少に対応するための評価を設定する。

【通所介護の場合】



8. 感染症対応

(2) 対応の基本的な考え方 ②適切なケアマネジメント手法（1/2）

- 「適切なケアマネジメント手法」において、感染症対応は「感染症予防の支援」として、「基本ケア」の中に位置付けられています。

【基本ケア】

基本方針	大項目	中項目	
尊厳を重視した意思決定の支援	現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	疾病や心身状態の理解	
		現在の生活の全体像の把握	
		目指す生活を踏まえたリスクの予測 緊急時の対応のための備え	
意思決定過程の支援	意思決定過程の支援	本人の意思を捉える支援	
		意思の表明の支援と尊重	
		意思決定支援体制の整備 将来の生活の見通しを立てることの支援	
これまでの生活の尊重と継続の支援	予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	水分と栄養を摂ることの支援	
		継続的な受診と服薬の支援	
		継続的な自己管理の支援	
		心身機能の維持・向上の支援 感染予防の支援	
	日常的な生活の継続の支援	日常生活の継続の支援	生活リズムを整える支援
			食事の支援
			暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援
	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
			コミュニケーションの支援
			家庭内での役割を整えることの支援 コミュニティでの役割を整えることの支援
家族等への支援	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応	
		家族等の理解者を増やす支援	
ケアに参画するひとへの支援	ケアに参画するひとへの支援	本人をとりまく支援体制の整備	
		同意してケアに参画するひとへの支援	

（参考）適切なケアマネジメント手法について

○「適切なケアマネジメント手法」とは

利用者の尊厳を保持し、生活の継続を支えるケアマネジメントの実践にあたり、介護支援専門員の先達たちが培ってきた知見の中で共通化できる知見に着目し、それを体系化した手法。

○「基本ケア」とは

適切なケアマネジメント手法における「基本ケア」とは、生活の基盤を整えるための基礎的な視点であり、介護保険の基本的な理念である尊厳の保持と自立支援を踏まえ、現在の生活をできるだけ継続できるようにするために想定される支援内容を体系化したものです。

したがって、利用者に疾患等がない場合でも、また疾患が複数ある場合でも共通するものです。「疾患別ケア」を検討する前にまずこの「基本ケア」を理解し、視点の抜け漏れや情報収集に不十分なものはないか確認しましょう。

（資料）株式会社日本総合研究所「適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業 報告書（令和3年4月）」

8. 感染症対応

(2) 対応の基本的な考え方 ②適切なケアマネジメント手法 (2/2)

- 「感染症予防の支援」の中で体系化されている「想定される支援内容」、「支援の概要、必要性」は以下のとおりです。

基本方針：Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援

大項目：Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持、向上、フレイルや重度化の予防の支援

中項目	想定される支援内容	支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント／モニタリング項目
感染予防の支援	感染症の予防と対応の支援体制の構築	<ul style="list-style-type: none">高齢者は抵抗力が低下して、様々な感染症にかかりやすい状態にある。また、一旦疾病に罹患すると、回復が遅かったり急激に悪化したりすることがあるため、感染症を予防することが重要である。家族等の協力を得て、居室の環境が清潔に保たれるような体制を整える。また、外出によって本人や家族等が外部からウイルスや細菌を持ち込むため、手が触れる箇所の清掃を念入りに行ったり、手洗いやうがいを継続できるような支援体制を整える。	<ul style="list-style-type: none">軽微なものを含む感染症の罹患履歴軽微なものを含む感染症の予防に対する本人家族等の理解度・口腔ケアの重要性に対する本人・家族等の理解度・口腔内の状況感染症へのかかりやすさ家族等の背景、日常的な外出先処方薬の内容及びそれらの服用状況疾患とその治療に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容感染症の予防に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容かかりつけ歯科医・かかりつけ歯科の状況の把握、連携方法の確認軽微なものを含む感染症の予防に関する取り組みの日常的な実施状況感染症の予防のための環境整備の状況口腔ケアの状況感染症にかかった際の状況把握と対応体制

(資料) 株式会社日本総合研究所「適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業 報告書 (令和3年4月)」

8. 感染症対応

(3) 生活不活発への対応 (1 / 2)

- 新型コロナウイルス感染症は、高齢者や基礎疾患がある方は重症化しやすいことが明らかになっています。
- 感染予防の徹底は重要ですが、感染を恐れるあまり外出を控えすぎて『生活不活発』による健康への影響が危惧されます。
- 日々の健康を維持するためには「運動」、「食生活・口腔ケア」、「人との交流」が特に重要となります。

(資料) 厚生労働省HP「新型コロナウイルス感染症への対応について (高齢者の皆さまへ)」

8. 感染症対応

(3) 生活不活発への対応 (2 / 2)

● 運動をしよう

「動かない」(生活が不活発な)状態が続くことにより、心身の機能が低下して「動けなくなる」ことが懸念されます。また、転倒などを予防するためにも、日頃からの運動が大切です。

- ・ 人混みを避けて、一人や限られた人数で散歩する。
- ・ 家の中や庭などでできる運動(ラジオ体操、自治体のオリジナル体操、スクワットなど)を行う。
- ・ 家事(庭いじりや片付け、立位を保持した調理など)や農作業などで身体を動かす。
- ・ 座っている時間を減らし、足踏みをするなど身体を動かす

● 食生活・口腔ケアをしっかりと

低栄養を予防し、免疫力を低下させないために、しっかり栄養をとることやお口の健康を保つことが大切です。

- ・ 3食欠かさずバランスよく食べて、規則正しい生活を心がける。
- ・ 毎食後、寝る前に歯磨きをする。
- ・ しっかり噛んで食べる、一人で歌の練習をする、早口言葉を言うなど、お口周りの筋肉を保つ。

● 人との交流を

孤独を防ぎ、心身の健康を保つために、人との交流や助け合いが大切です。

- ・ 家族や友人と電話で話す。
- ・ 家族や友人と手紙やメール、SNSなどを活用し交流する。
- ・ 買い物や移動など困ったときに助けを呼べる相手を考えておく。

(資料) 厚生労働省HP「新型コロナウイルス感染症への対応について(高齢者の皆さまへ)」

振り返り



【個人ワーク】

10分

- ここまで、「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実際」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ 医療介護連携（連携時における介護支援専門員の役割）
 - ✓ 急病時の対応
 - ✓ レスパイトの役割
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

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

入院時情報連携加算（Ⅰ）	利用者が入院してから3日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定。
入院時情報連携加算（Ⅱ）	利用者が入院してから4日以上7日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定。

「必要な情報」とは、具体的には、当該利用者の入院日、心身の状況（例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいいます。当該加算については、利用者一人につき、1月に1回を限度として算定することとします。また、情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）等について居宅サービス計画等に記録します。なお、情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられます。

2. 退院・退所加算

退院・退所加算

- 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です。
- 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ます。
- 会議に参加した場合は、会議の日時、開催場所、出席者、内容の要点について居宅サービス計画書に記録し、利用者・家族に提供した文書の写しを添付することが必要です。

	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

3. 緊急時等居宅カンファレンス加算

緊急時等居宅カンファレンス加算には以下があります。

病院または診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、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

1回に200単位を加算、利用者1人につき1月に2回まで算定可能

- 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及びそのカンファレンスの要点を居宅サービス計画書等に記載します。
- 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、居宅サービス及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ります。

在宅医療の法令や制度の概要と 医療専門職種間の連携の留意点の理解

1. 在宅医療の制度概要

(1) 訪問診療と往診

訪問診療	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	患者の求めに応じて医師が臨時に居宅に赴く診療

1. 在宅医療の制度概要

(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す。
- 在宅時医学総合管理料は、月2回以上訪問診療を行った場合に算定できます。

2. 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 (1/2)

- 医療機関以外の高齢者介護・障害者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、医政局通知によって、以下のように例示されています。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します。

※本スライドに掲載している内容は通知文を抜粋したものです。実践に際しては通知文の原文を必ず参照するようにしてください。

URL : <https://www.yurokyo.or.jp/info/pdf/4336-2>

医行為ではないと考えられる行為 (令和4年12月1日医政発1201第4号より抜粋)		
1	在宅介護等の介護現場におけるインスリンの投与の準備・片付け関係	在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、あらかじめ医師から指示されたタイミングでの実施の声かけ、見守り、未使用の注射器等の患者への手渡し、使い終わった注射器の片付け（注射器の針を抜き、処分する行為を除く。）及び記録を行うこと。
2	在宅介護等の介護現場におけるインスリンの投与の準備・片付け関係	在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、患者が血糖測定及び血糖値の確認を行った後に、介護職員が、当該血糖値があらかじめ医師から指示されたインスリン注射を実施する血糖値の範囲と合致しているかを確認すること。
3		在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、患者が準備したインスリン注射器の目盛りが、あらかじめ医師から指示されたインスリンの単位数と合っているかを読み取ること。
4	血糖測定関係	患者への持続血糖測定器のセンサーの貼付や当該測定器の測定値の読み取りといった、血糖値の確認を行うこと。
5	経管栄養関係	皮膚に発赤等がなく、身体へのテープの貼付に当たって専門的な管理を必要としない患者について、既に患者の身体に留置されている経鼻胃管栄養チューブを留めているテープが外れた場合や、汚染した場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと。
6		経管栄養の準備（栄養等を注入する行為を除く。）及び片付け（栄養等の注入を停止する行為を除く。）を行うこと。
7	喀痰吸引関係	吸引器に溜まった汚水の廃棄や吸引器に入れる水の補充、吸引チューブ内を洗浄する目的で使用する水の補充を行うこと。

(資料) 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12月1日医政発1201第4号＞

2. 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 (2/2)

		医行為ではないと考えられる行為 (令和4年12月1日医政発1201第4号より抜粋)
8	在宅酸素療法関係	在宅酸素療法を実施しており、患者が援助を必要としている場合であって、患者が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、あらかじめ医師から指示された酸素流量の設定、酸素を流入していない状況下における、酸素マスクや経鼻カニューレの装着等の準備や、酸素離脱後の片付けを行うこと。ただし、酸素吸入の開始や停止は医師、看護職員又は患者本人が行うこと。
9		在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素供給装置の加湿瓶の蒸留水を交換する、機器の拭き取りを行う等の機械の使用に係る環境の整備を行うこと。
10		在宅人工呼吸器を使用している患者の体位変換を行う場合に、医師又は看護職員の立会いの下で、人工呼吸器の位置の変更を行うこと。
11	膀胱留置カテーテル関係	膀胱留置カテーテルの蓄尿バックからの尿廃棄 (D I B キャップの開閉を含む。) を行うこと。
12		膀胱留置カテーテルの蓄尿バックの尿量及び尿の色の確認を行うこと。
13		膀胱留置カテーテル等に接続されているチューブを留めているテープが外れた場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと。
14		専門的管理が必要無いことを医師又は看護職員が確認した場合のみ、膀胱留置カテーテルを挿入している患者の陰部洗浄を行うこと。
15	服薬等介助関係	患者の状態が3条件 (※省略) を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、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、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、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、水虫や爪白癬に罹患した爪への軟膏又は外用液の塗布 (褥瘡の処置を除く。)、吸入薬の吸入及び分包された液剤の内服を介助すること。
16	血圧等測定関係	新生児以外の者であって入院治療の必要ないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装着し、動脈血酸素飽和度を確認すること。
17		半自動血圧測定器 (ポンプ式を含む。) を用いて血圧を測定すること。
18	食事介助関係	食事 (とろみ食を含む。) の介助を行うこと。
19	その他関係	有床義歯 (入れ歯) の着脱及び洗浄を行うこと。

(資料) 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12月1日医政発1201第4号>

2. 医行為に関連する法律や制度

(1) 医療行為を実施するための研修制度 (1/2)

- たんの吸引及び経管栄養は医行為に該当し、医師法等により医師・看護師等のみが実施可能となっています。2010年までは厚生労働省の通知により、介護職等によるたんの吸引等は、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ました。
- 2012年からは、介護職等によるたんの吸引等が将来にわたって安全に実施されるように、「社会福祉士及び介護福祉士法」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**となりました。

2. 医行為に関連する法律や制度

(1) 医療行為を実施するための研修制度 (2/2)

- 介護職等がたん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、たんの吸引等に関する知識や技能を獲得し、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ります。

喀痰吸引等研修	
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
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

- 制度の概要について理解して、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ことが必要です。

3. 医療専門職との連携

(1) 医師と看護師の連携 (1/2)

訪問看護 指示書	<ul style="list-style-type: none">• 主治医が訪問看護の必要性を認めた場合、患者の病態や指示内容を記載する文書のことです。
特別訪問 看護指示書	<ul style="list-style-type: none">• 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のことです。この指示書に基づき、14日間に限り医療保険から頻回の訪問看護が提供されます（月1回に限る）。• 真皮を超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、月2回発行できます。

3. 医療専門職との連携

(1) 医師と看護師の連携 (2/2)

- 介護保険に申請し、要支援・要介護の介護認定を受けても、次のスライドにある「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当すれば、医療保険の訪問看護となります。

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. 末期の悪性腫瘍 | 11. プリオン病 |
| 2. 多発性硬化症 | 12. 亜急性硬化性全脳炎 |
| 3. 重症筋無力症 | 13. ライソゾーム病 |
| 4. スモン | 14. 副腎白質ジストロフィー |
| 5. 筋萎縮性側索硬化症 | 15. 脊髄性筋委縮症 |
| 6. 脊髄小脳変性症 | 16. 球脊髄性筋委縮症 |
| 7. ハンチントン病 | 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 8. 進行性筋ジストロフィー症 | 18. 後天性免疫不全症候群 |
| 9. パーキンソン病関連疾患 ^a | 19. 頸髄損傷 |
| 10. 多系統萎縮症(線条体黒質変性症, オリーブ
矯小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群) | 20. 人工呼吸器を使用している状態 ^b |

a. 進行性核上性麻痺, 大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって、生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)

b. 夜間無呼吸のマスク換気は除く

3. 医療専門職との連携

(2) 医師と薬剤師の連携

- 処方せんだけでは患者の病態や処方意図はわからないことから、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します。
- 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います。

3. 医療専門職との連携

(3) 医師とリハビリテーション専門職の連携

<p>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と 連携する場合</p>	<p>訪問看護と同様に医師が訪問看護指示書を発行します。</p>
<p>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 (病院や診療所、介護老人保健施設など)</p>	<p>主治医が当該医療機関の医師宛に診療情報提供書を発行します。</p>
<p>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、3か月に一度患者を診療して自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ります。</p>	

3. 医療専門職との連携

(4) 医療機関間の連携

- 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ます。
- 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ことが望ましいです。