

私たちの地域で医療介護連携の充実化を図るためのポイント

～平成 30 年 4 月法改正を踏まえて入退院支援について学ぶ～

～大阪介護支援専門員協会 守口支部研修～

(株) シャカリハ

代表取締役 三浦 浩史

連絡先 syakariha@gmail.com

1：事例から医療・介護連携を考えてみよう！

守口 エミさん(80 歳) 要介護2

意向:ケガする前のように、自分のことは自分でできるようになりたい



- 3 週間前に玄関で転倒し、腰椎圧迫骨折となり入院／腰椎圧迫骨折後 3 週間で退院予定
- 発症から 3 か月でコルセットを外し、活動制限をなくすことを治療目標とする。

- 自宅で一人暮らし (2 年前に夫が死去)

(長女・長男は離れた場所に居住。関係は悪くはないが、同居は難しい)。

- 本人は自立心も強く、自分のことは自分でしていた。

ただ、認知症の症状(Ⅱa)があり、家族も心配していた。一人暮らしは、出来ていた。

- コルセット(治療用)をして帰宅予定。特殊寝台及び附属品と手すりを貸与希望

- もともと通所介護利用されていた。

- 認知症はあるが、一人でなじみのスーパー(片道300m)に総菜を買いに行き食事をしていた。お米は自分で炊いていたが、今は不明。

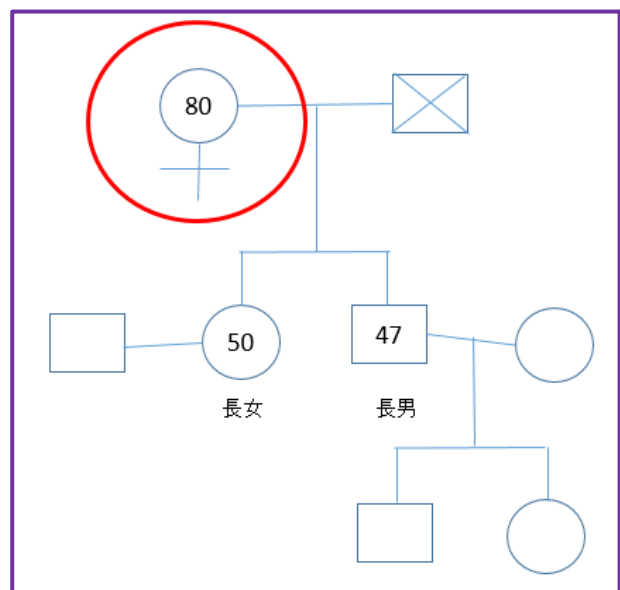
- 退院にあわせて娘さんが自宅で家事と本人のお世話をする予定。掃除・洗濯はもともとしていたが、今は娘にお願いする予定。

- トイレは、病院のトイレは自分でいけるとのこと。お風呂は不安なのでデイサービスでの利用を希望されている。

- 認知症は、片づけた場所を忘れてしまったり、お金の計算ができないことがあったが、病院では特に症状はない。

- 自宅は、守口市内の一戸建てに一人暮らし。玄関の上がり框が 40cmある。1 階に台所・風呂・トイレ・洗濯場もあるが、寝室は 2 階である。家の中は段差が多く、2 階まで階段は 10 段ある。手すりはどこにもついていない。

- 退院後、この病院に通院予定



質問 1 エミさんの「医療と介護の連携」は、どうなったらゴールですか？

質問 2 連携をゴールまで導くために必要なことは何ですか？

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤
- ⑥
- ⑦
- ⑧
- ⑨
- ⑩

質問 3 ゴールに必要なことを、どうやって解決しますか？（誰が、手段、期間等）

2 : 「医療と介護の連携」

業務する事業（居宅・特定施設・GH・小規模多機能・介護施設等）により連携の仕方が異なる

平成30年度診療報酬改定 I-6. 医療と介護の連携の推進①

医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での運用を支援

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

93

医療の『連携先』を知ろう！

<連携職種>

①医師：病院、クリニック

病院：入院時・入院中・退院時・通院時連携

在宅：通院時連携・居宅療養管理指導

②歯科医師：病院、クリニック

在宅：通院時連携・居宅療養管理指導

③薬剤師：病院、薬局

④（管理）栄養士：病院、配食、栄養サポートチーム、

⑤看護師：病院、クリニック、訪問看護、行政や地域包括の保健師

⑥リハビリ専門職（PT/OT/ST）：病院、クリニック、通所リハビリ、訪問リハビリ、介護施設、訪問看護、

⑦MSW：病院、クリニック



3：場面ごとの医療との連携

1) 入院時連携

診療報酬：入退院支援の評価（「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更）

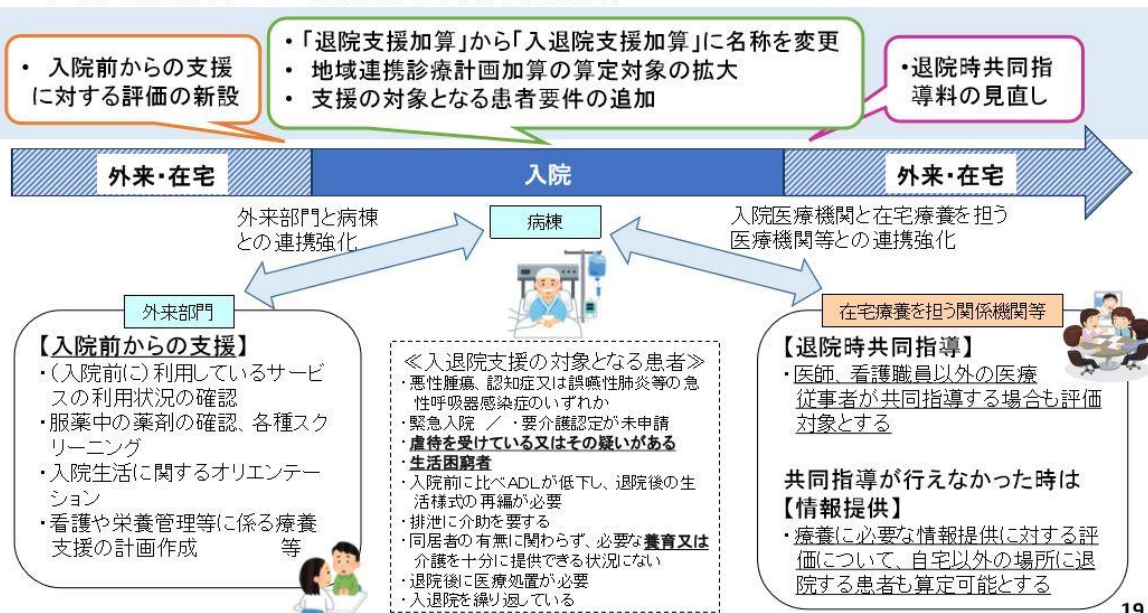
入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療を受けられるような、より優しく丁寧な医療を推進する観点から、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、持参薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ 栄養状態の評価
- ④ 持参薬の確認
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

平成30年度診療報酬改定 I-3. 入退院支援の推進

入退院支援の評価（イメージ）

➤ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す



19

『通院時からの連携のポイント』

- ① 病状、治療方針及び必要な医療機器・用品・内服の共有
- ② 入院が必要になった場合、上記の要件に合致するのか？

＊個別の事情を医療と共有する必要があるか決めておく！！

- ③ 入院すると起こりうるリスク・準備を事前準備

＊リロケーションダメージなどの発生、自宅の戸締り・ライフラインや新聞のこと等

- ④ 本人を取り巻く環境（人、住宅及び周辺環境、制度利用等）・個人因子（性格等）
- ⑤ 要支援・要介護認定、身体障害手帳・障害年金等主治医の診断書が必要な事項の共有

『緊急入院における連携のポイント』

- ①通院している病院の入院受け入れ条件を事前に把握
時間帯、曜日、連絡方法、必要用品等
- ②1次・2次・3次医療を知ること

「手順」

「入院時情報提供書」を常に作成（最終ページ参照）

ポイント・・・これを記載すると、入退院支援加算の必要情報は網羅できる

<項目>

1. 利用者(患者)基本情報について
2. 家族構成／連絡先について
3. 本人／家族の意向について
4. 入院前の介護サービスの利用状況について
5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）
6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）
7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について
8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付
9. かかりつけ医について

「入院時情報連携加算」

入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。連携強化と記録の仕方（ひな形を別紙参照）を徹底

入院時情報連携加算(I)	・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）
入院時情報連携加算(II)	・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

○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する。

→いつ・誰に・どんな情報を提供したのか・・・の記録が経過記録にある。

○Q&Aより、「FAX等による情報提供の場合にも、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。」

2) 退院時連携

「法改正のポイント」

- 介護保険施設：入院先医療機関と栄養管理に関する連携
- リハビリ：医療から介護へスムーズに移行できる仕組み（書式統一等）
医療と介護のリハビリの人員配置・施設基準緩和
- 特定施設入居者生活介護：「退院・退所時連携加算」創設
- 居宅介護支援：主治医からの情報提供推進、退院・退所加算の変更
- 介護医療院の創設：補足給付適応の居住系介護施設等の扱い

「手順」

退院前連携・・・「退院・退所情報記録書」をケアマネジャーが作成

- ①アセスメント／サービス担当者会議／ケアプラン作成と合意
- ②カンファレンス・・・注）カンファレンスとサービス担当者会議の違いが大切

『記録』

カンファレンスに参加した場合は、（１）において別途定める様式ではなく、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、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。

連携



「退院・退所加算」

当該病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合には、当該利用者の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用開始月に所定単位数を加算する。

▷いつ・誰と面談し、利用者のどんな情報を得たのか・・・の記録がある。

▷アセスメント・サービス担当者会議・ケアプラン・同月のモニタリング

<現行>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

<改定後>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

退院・退所加算については、以下の①から③の算定区分により、入院又は入所期間中1回（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合を含む）のみ算定することができる。

① 退院・退所加算（Ⅰ）イ・ロ

退院・退所加算（Ⅰ）イ及びロについては、病院等の職員からの情報収集を1回行っている場合に算定可能であり、うち（Ⅰ）ロについてはその方法がカンファレンスである場合に限る。

② 退院・退所加算（Ⅱ）イ・ロ

退院・退所加算（Ⅱ）イについては、病院等の職員からの情報収集を2回以上行っている場合に算定が可能。

退院・退所加算（Ⅱ）ロについては、病院等の職員からの情報収集を2回以上行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合に算定が可能。

③ 退院・退所加算（Ⅲ）

退院・退所加算（Ⅲ）については、病院等の職員からの情報収集を3回以上行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合に算定が可能。

居宅支援退院退所加算Ⅰ 1	ホ 退院・退所加算（入院または入所期間中1回を限度）	(1) 退院・退所加算（Ⅰ）イ	450 単位加算	450
居宅支援退院退所加算Ⅰ 2		(2) 退院・退所加算（Ⅰ）ロ	600 単位加算	600
居宅支援退院退所加算Ⅱ 1		(3) 退院・退所加算（Ⅱ）イ	600 単位加算	600
居宅支援退院退所加算Ⅱ 2		(4) 退院・退所加算（Ⅱ）ロ	750 単位加算	750
居宅支援退院退所加算Ⅲ		(5) 退院・退所加算（Ⅲ）	900 単位加算	900

注）原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定することとする。

カンファレンスは以下のとおりとする

イ 病院又は診療所

退院時共同指導料 2 の注 3 の要件を満たすもの。

平成30年度診療報酬改定 I-3. 入退院支援の推進⑤

入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

- 入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「**特別の関係**」にある場合も算定可能となるように見直す。

【見直す対象】

- | | | |
|----------------------|-----------------------|---------------|
| (1) 在宅患者緊急入院診療加算 | (2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 | (3) 入退院支援加算1 |
| (4) 精神疾患診療体制加算 | (5) 退院時共同指導料1及び2 | (6) 在宅患者連携指導料 |
| (7) 在宅患者緊急時等カンファレンス料 | (8) 施設入所者共同指導料 | |

- 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、**医師及び看護職員以外の医療従事者等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。**

現行(共同指導の評価対象職種)	改定後(共同指導の評価対象職種)
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等	【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価
注1 医師、看護師等	注1 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
注2 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る	注2 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3 医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員	注3 医師、 看護師等 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員 ・ 相談支援専門員

- 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、**自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。**

66

ロ 地域密着型介護老人福祉施設

入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

ハ 介護老人福祉施設

入所者への援助及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

ニ 介護老人保健施設

入所者への指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

ホ 介護医療院

入所者への指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

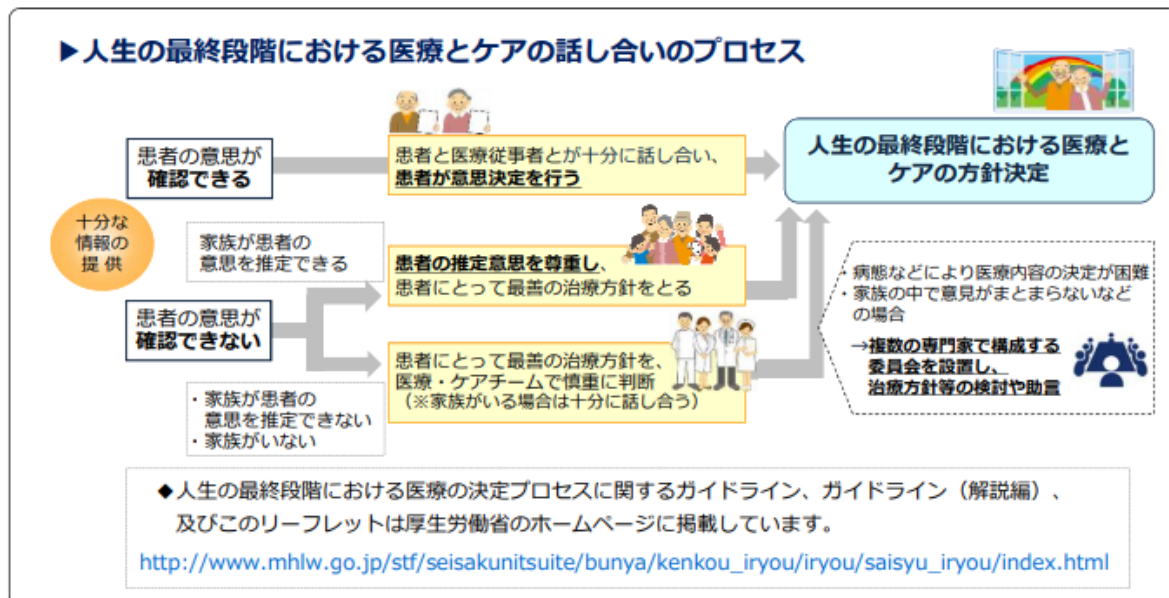
ヘ 介護療養型医療施設 (平成 35 年度末までに限る。)

患者に対する指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。従業者及び患者又はその家族が参加するものに限る。

3) ターミナル（看取り含む）連携

①意思確認

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」によった意思確認を医療側から確認する。



②アセスメント／サービス担当者会議／ケアプラン／モニタリングの一連のプロセス

『退院時連携に準ずる』

ポイント①：最終段階の医療とケアを具体的にし、連携方法・連絡方法・役割分担を決定

ポイント②：医療チーム（病診連携、歯科・薬局連携等）を知る

③カンファレンスで何を相談するのか？

医師・看護師等

- 1) ケアマネジャーが自己紹介（利用者との関係、連絡先、今後のかかわり等）
- 2) 病気（発症、経過、病状、治療と治療方針、処置と内服、リスク）
- 3) 病気の後と暮らしへの影響と留意点
- 4) 医療系サービスの必要性と種別・目的・目標・内容・頻度・期間・効果とリスク
- 5) ケア方針（案）の共有と連絡体制の構築

～医療系サービスの位置づけと主治医へのケアプラン提示～

第 13 条第 13 号の 2 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

④帰宅後、サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

＜Point1＞ 「会議をしなくてよい」ではなく、「招集をしなくてよい」である。

＜Point 2＞ 照会記録を必ず残す。

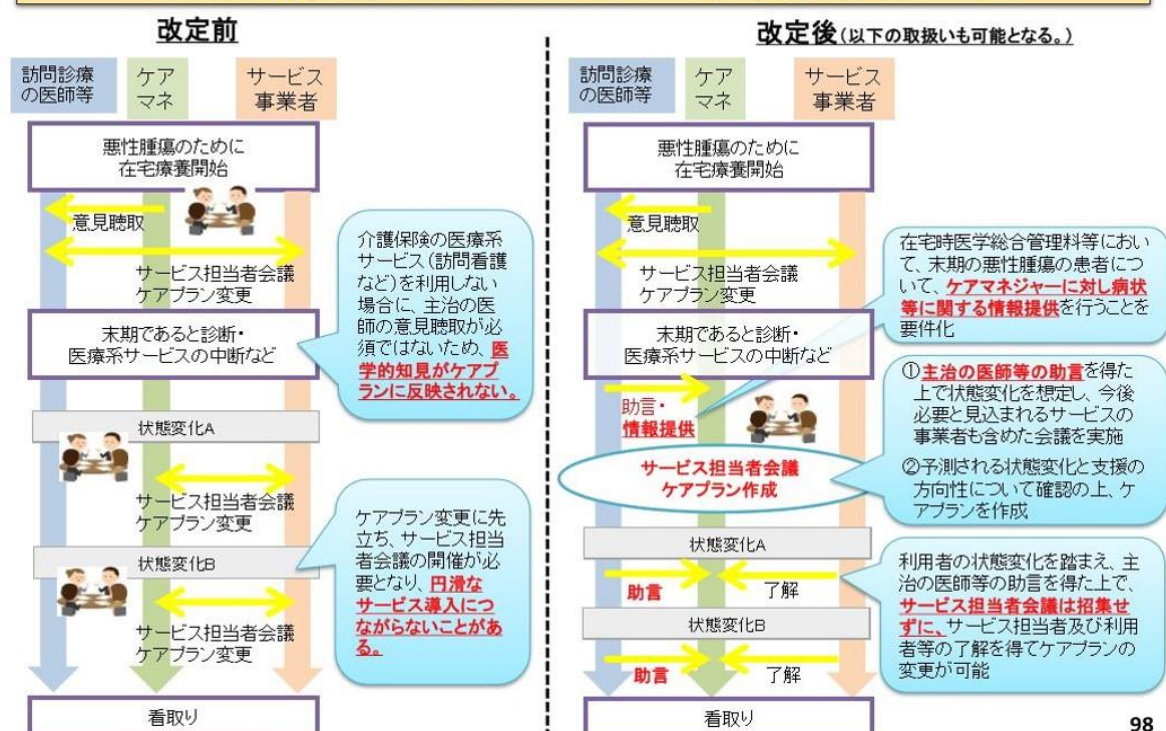
＜抜粋＞

なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は 歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合のほか、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。

また、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治の医師等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。

平成30年度診療報酬改定 I-5. 医療と介護の連携の推進⑥

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化（イメージ）



98

4) 予防・自立支援・重度化防止における連携

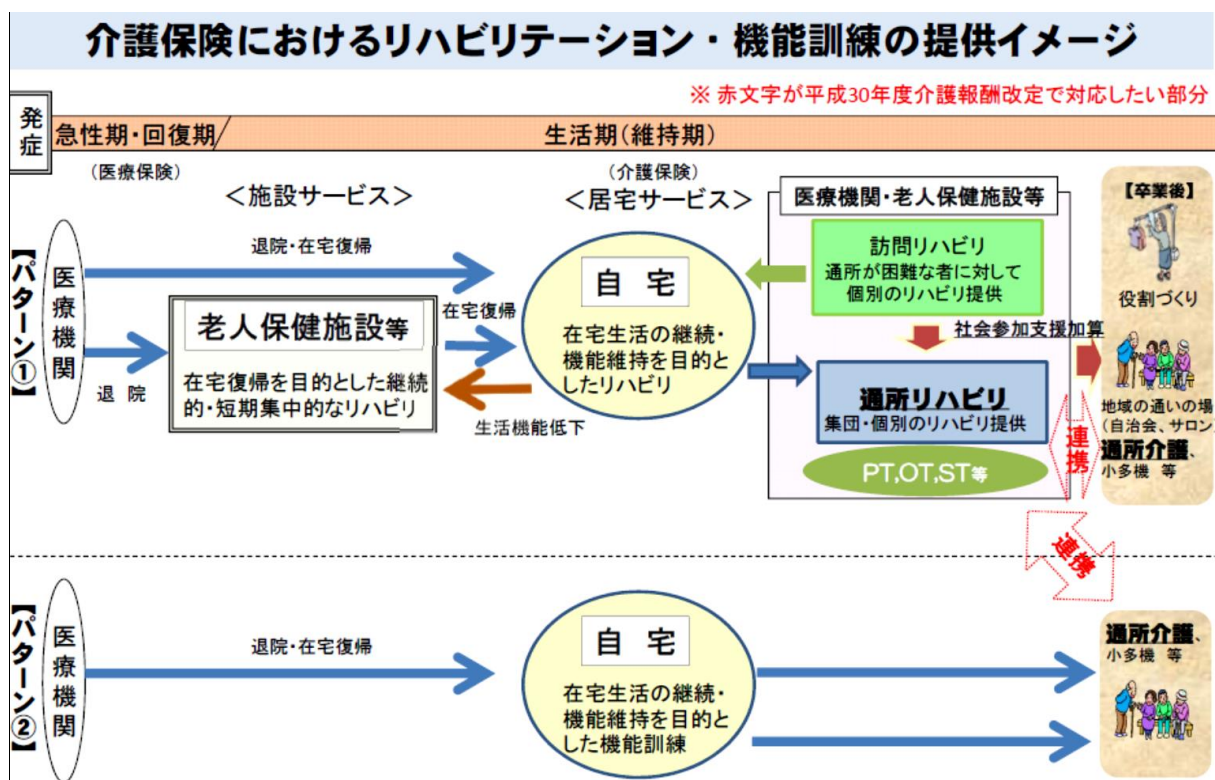
『法改正ポイント』

- ①生活機能向上連携加算（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設等）
- ②訪問介護：「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化
- ③通所介護のアウトカム：A D L維持加算
- ④通所リハビリテーションのアウトカム：リハマネ加算IV
- ⑤栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定する。
- ⑥社会参加支援加算の取り組みに値する取り組みの追加
介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、
就労（就労移行支援や就労継続支援（A型、B型）も含む）を追加
- ⑦介護予防リハビリテーションマネジメント加算（訪問リハ、通所リハ）開始
- ⑧介護予防に、生活行為向上リハビリテーション実施加算開始
- ⑨口腔・栄養支援の強化

PT/OT/ST との連携（リハビリテーションについて相談しよう！）

利用者の望む暮らしのため、生活機能向上するために・・・

- ①専門職によるリハビリをしたほうがよいのか、通所介護の機能訓練でよいのかを相談
- ②リハビリの効果予測（見通し）からケアプランを作ってみよう！
- ③生活機能向上連携加算のマネジメントのために専門職に協力依頼
通所介護・短期入所生活介護における機能訓練
自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助
- ④リハビリ卒業から機能訓練への移行



訪問介護における自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価

(参考資料)

①身体介護・生活援助の報酬にメリハリ

	現行	改定後
身体介護中心型		
20分未満	165単位	⇒ 165単位
20分以上30分未満	245単位	⇒ 248単位
30分以上1時間未満	388単位	⇒ 394単位
1時間以上1時間30分未満	564単位	⇒ 575単位
以降30分を増すごとに算定	80単位	⇒ 83単位
生活援助加算	67単位	⇒ 66単位
生活援助中心型		
20分以上45分未満	183単位	⇒ 181単位
45分以上	225単位	⇒ 223単位

②生活機能向上連携加算の見直し

- 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月(新設:理学療法士等の自宅訪問は不要)
- 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月(現行の生活機能向上連携加算(100単位)の充実)
 - ⇒ 連携対象として、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師を追加
 - ⇒ (Ⅰ)は以下の取組を定期的(原則3月毎)に行うことを評価(初回月のみ算定)
 - ・ 理学療法士等(範囲は(Ⅱ)と同じ)からの助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成(変更)すること
 - ・ なお、当該理学療法士等は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと

③「自立生活支援のための見守り的援助」の明確化

- ⇒ 訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知(老計第10号(訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について))について、**身体介護として行われる「自立生活支援のための見守り的援助」を明確化する。**

④訪問回数が多い利用者への対応(H30.10施行)

- ⇒ 利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、**市町村にケアプランを届け出ることとする。**
- ⇒ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また**市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。**

自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価



5) モニタリング

利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、

- ・ 薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・ 薬の服用を拒絶している
- ・ 使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・ 口臭や口腔内出血がある
- ・ 体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・ 食事量や食事回数に変化がある
- ・ 下痢や便秘が続いている
- ・ 皮膚が乾燥していたり、湿疹等がある
- ・ リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。なお、ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。