

認知症対応型グループホームにおける 『医療連携』を進めるために ～訪問看護ステーションとの連携を中心に～ Ver.2.2



平成18年4月の介護保険改正により、認知症対応グループホームにおいて入居者が重度化しても、あるいは終末期になっても住み慣れたグループホームでの生活が継続できるように医療体制を強化するために、新たに「医療連携体制加算」が新設されました。これを入居者中心に充実したものにしていきたいと思います。

変更があった際は、当協会ホームページ上にて最新のVer.を掲載いたします。

社団法人 全国訪問看護事業協会

「医療連携体制加算」の背景と意味

グループホームでは、近年、入居者の重度化が顕著で、さらに人生の終末期を過ごし、グループホームで死を迎える方が増えています。しかし、これまでは看護職の配置が義務付けられておらず、また介護保険で訪問看護サービスを受けることも認められておりませんでした。

なじみの関係の中で安心して暮らしている認知症の方が、希望すれば、重度化しても終末期であっても、最期までグループホームでの生活が継続できるようにするために、この「医療連携体制加算」が新設されました。

あくまで、入居者のための加算ですので、最大限有効な方法を選びこの制度を充実したものにしていこう取り組みましょう。

「医療連携体制加算」とは？ 算定するには？

認知症グループホームが、以下のような算定条件を満たして保険者(区市町村)に届け出した場合に算定できるものです。

入居者一人につき、一日、39単位

1ユニット9名の入居者が、1ヶ月(30日)入居した場合
39単位 × 9名 × 30日 = 10,530単位
(1単位10円の場合は、105,300円/月となります)

算定条件

1. 看護師の配置

職員又は訪問看護ステーション等との契約により、看護師を1名以上確保すること。

2. 24時間対応

看護師による24時間連絡体制を確保

3. 重度化・終末期対応指針・家族等の同意

入居者が重度化した場合における対応の指針を定め、本人及び家族等に説明し、文書で同意を得ていること

1. 看護師の配置

- ・職員又は訪問看護ステーション等と、文書で契約すること
- ・看護師であり、准看護師は不適切

2. 24時間対応

- ・休日夜間も含め、24時間365日連絡が可能な体制であること
- ・必要時には、24時間365日緊急訪問できることが前提であること
- ・訪問看護ステーションとの契約の場合、介護保険の「緊急時訪問看護加算」
- ・ターミナルケアを行い、グループホームでの死の場合、24時間、死後の処置を行うことが可能な訪問看護ステーション等が望ましい

3. 重度化・終末期対応指針・家族等の同意

- ・グループホームは、「重度化・終末期対応指針」を作成するに当たり、連携する主治医・看護師・訪問看護ステーション等と相談することが望ましい
- ・「重度化・終末期対応指針」は、入居者の家族等に説明し、文書で全員分の同意書をいただく

届け出に当たっては、認知症対応グループホームは地域密着サービスなので、当該保険者(区市町村)に相談し、必要書類を提出すること。必要書類は、各保険者によって異なるので注意！

具体的な連携イメージ・看護の内容

訪問看護ステーションとグループホームが委託契約する場合

◆計画的な訪問

*通常は週1回程度の訪問が必要

- ・健康管理(心身状態の維持と悪化予防(三次予防))のため
- ・認知症の方が対象であること・・・日頃のご本人を知らないと症状などの判断が難しい
- ・なじみの関係を保つため・・・入居者と看護師の関係・なじみの関係を保つため

*頻回な計画的訪問

- ・定期的・頻繁な医療処置などが必要な場合
- ・入居者の状態により、短期的に頻繁な訪問が必要な場合

◆緊急な訪問

- ・入居者の病状変化・急変に対して、24時間365日対応する
- ・電話対応のみならず、緊急訪問することが前提となる

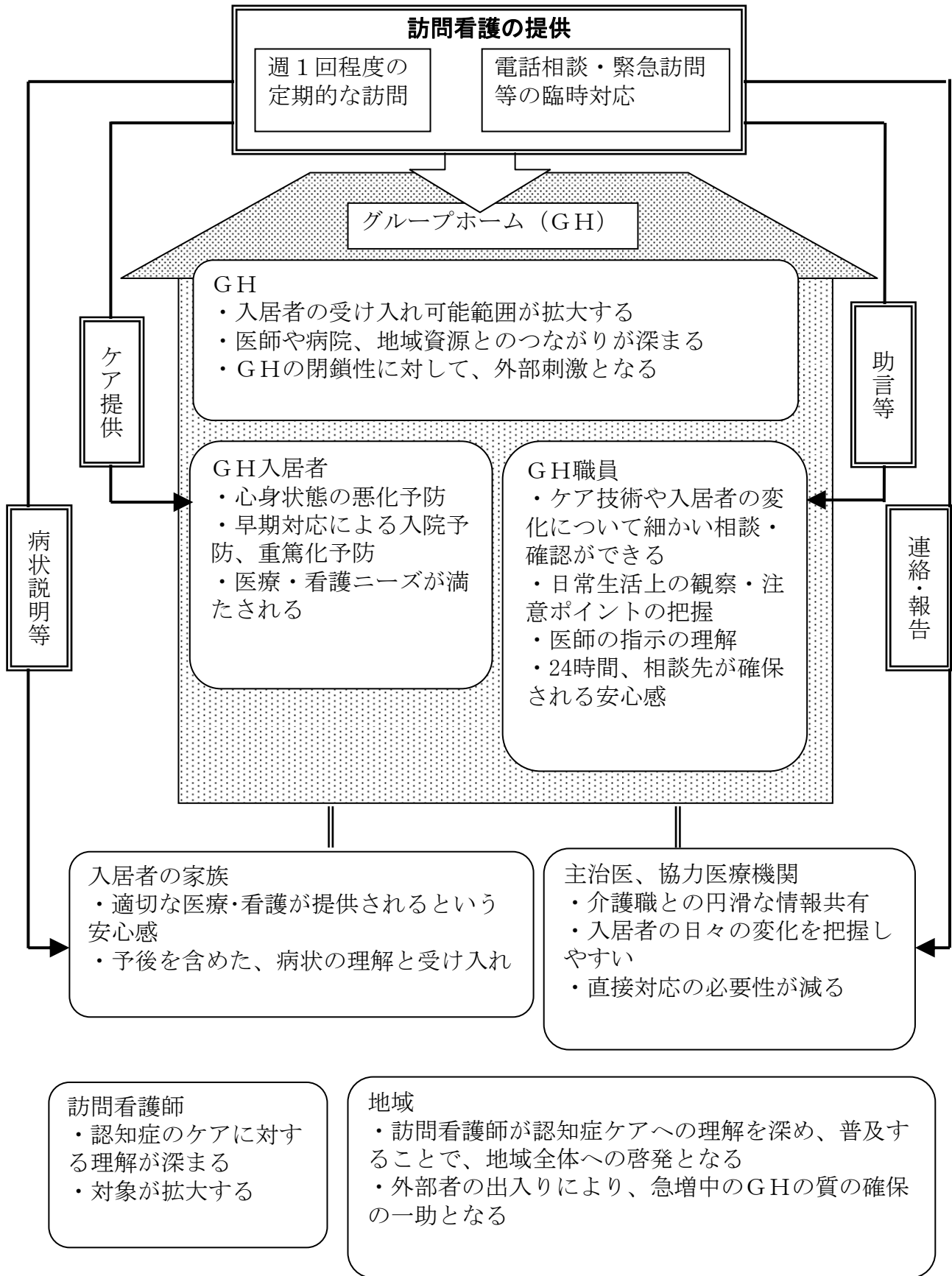
看護師の業務内容

1. 日常的な健康管理(健康上の異常の早期発見、悪化予防)
2. グループホーム職員からの相談の対応
(入居者の健康上のちょっとした気になることの相談、など)
3. 入居者の生活の質を向上させるためのアドバイス
4. 医師との連絡調整
5. 入退院の調整・相談
6. 必要な医療処置

看護職が関与することのメリット

1. 入院回避・・・急性疾患でも一定の医療提供により
2. 早期退院・・・ギプスを装着した状態も、脳卒中発作でも、リハビリが必要でも
3. 疾病の早期発見・対応
4. 精神症状の安定化
5. 医療依存度の高い利用者の受け入れ可能　インシュリン注射など
6. ターミナル期(人生の終末期)の対応　看取りまで
7. 介護職員の安心

訪問看護ステーションとの連携での効果



※平成16年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
 痴呆性（認知症）高齢者グループホームへの訪問看護の拡大研究事業 報告書 より抜粋

Q1 グループホームと訪問看護ステーションとの契約料はどのくらいが適当でしょうか？

契約の内容と契約料は、事業所同士で相談の上決めます。考え方としては、この加算は入居者が重度化しても終末期でも、グループホームで安心して快適に暮らし続けられたために創設されたものです。事業所経営のためではありません。その点をお互いに確認して入居者にとって有効になるように契約料を定めましょう。

具体的には、契約内容にもよりますが、加算部分の料金のかかなりの部分を委託料とすることが妥当でしょう。全国での実施状況を見ると、10割・9割・8割・7割などという契約料が多いようです。

その契約料は結果的には、現段階では両方の事業所にとって十分な額ではないかもしれませんが、制度の意味を理解し、実践し次へのステップにしましょう。

Q2 グループホームに看護師を配置して契約をする場合、あるいは医療機関と契約する場合の契約料はどう考えればいいのでしょうか？

基本的に、訪問看護ステーションとの契約と同様です。同法人内であいまいにするとか、身内の看護師だからとあいまいにしないで契約をきちんとすることが大事です。

Q3 訪問看護ステーションが訪問する場合、主治医からの訪問看護の指示書はどうすればいいのでしょうか？ またその料金はどこが支払うのでしょうか？

入居者個人との契約の訪問看護ではなく、事業者であるグループホームとの契約なので主治医の「訪問看護指示書」が義務付けられているわけではありません。しかし、看護師と主治医は密な連携が必要ですから、グループホームと訪問看護ステーションと主治医で話し合い「訪問看護指示書」が必要か、必要な場合のその料金(1回、3000円)をどこが負担するかを決めることになります。

Q4 グループホームに訪問看護ステーションの看護師などが訪問することを「訪問看護」と呼んでいいのでしょうか？

入居者個人への訪問看護ではないので、正確には「訪問看護」ではなく、グループ全体のアドバイスです。

Q5 グループホームの入居者に、医療保険での訪問看護を行うことは可能でしょうか？

介護保険の「医療連携」の看護婦訪問については述べているとおりですが、それとは別に医療保険での訪問看護を利用することは可能です。医療保険の場合は、入居者個人との契約になり別途契約書と利用料が必要になりますので、ご本人・家族の同意が必要です。

①主治医からの「特別訪問看護指示書」が発行された場合

入居者が急性疾患合併などの場合、1ヶ月に14日間に限り発行できます。その期間は毎日、あるいは一日複数回の訪問看護が可能になります。

②厚生労働大臣が定める疾患・状態の場合

別記の疾患・状態の場合には、介護保険を利用しながら訪問看護は医療保険で受けられます。週4日以上訪問が可能で。

厚生労働大臣が定める疾病等

①末期がん ②多発性硬化症 ③重症筋無力症 ④スモン ⑤筋萎縮性側索硬化症 ⑥脊髄小脳性症 ⑦ハンチントン病 ⑧筋ジストロフィ症 ⑨パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、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度またはⅢ度に限る）） ⑩他系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群） ⑪プリオン病 ⑫亜急性硬化症全脳炎 ⑬後天性免疫不全症候群 ⑭頸髄傷又は人工呼吸器を使用している状態

Q6 訪問看護ステーションと連携したいのですが、相手をどうやって探したらいいのでしょうか？

全国の都道府県に「〇〇県訪問看護ステーション協議会」のような団体があります。その団体に問い合わせるか、近隣の行政や地域のケアマネージャーに問い合わせると情報を得ることができます。

Q7 カンファレンスなどはどうすればいいのでしょうか？

お互いの職員同士が信頼関係を築いていかないと入居者のための良いサービスにはなりません。入居者の人や病気・生活の仕方などをよく知るために、必要に応じて主治医も含めたカンファレンスが必要になるでしょう。入居者の生活の向上のためお互いの努力で行いましょう。

Q8 記録はどのようにすればいいのでしょうか？

もちろん記録は必要です。その様式は各事業所で定めるものです。両方の事業所に必要です。職員同士が情報の共有ができるものがよいでしょう。

Q9 モデル事業の内容を知りたいのですが、どうすればいいのでしょうか？

平成16年度 厚生労働省老人保健健康推進等事業として、全国5ヶ所でモデル事業を行った報告書「痴呆性（認知症）高齢者グループホームへの訪問看護拡大研究事業報告書」があります。実際に必要な様式・帳票なども示しています。必要な方は、全国訪問看護事業協会に問い合わせてください。

サンプル

業 務 委 託 契 約 書

_____(GH)_____(以下、「甲」という。)と、_____(ST)_____(以下、「乙」という。)
とは、介護保険法に基づく認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)における医療
連携として、次の通り甲が業務を委託し、乙が受託する業務委託契約(以下、「本契約」という。)
を締結する。

第1条 (契約の目的)

本契約は、甲乙のお互いの信頼関係をもとに、入居者の生活の質の向上を目的とする。

第2条 (契約業務の内容)

本契約に基づく乙の業務内容は、別途定めるものとする。

第3条 (業務提携料)

甲は、乙に対し、基本月額業務委託料と別途定める料金を支払うものとする。

第4条 (支払い条件)

前条による対価の支払い方法は、毎月末日に締め切り、翌々月20日までに、甲は乙が指定す
る金融機関口座に該当月分を支払うものとする。

第5条 (守秘義務)

甲および乙は、それぞれの提供業務の遂行に当たって知りえた利用者の直接的情報及び間接的
な個人情報等の一切を、正当な理由なく第三者、あるいは第三者を使って漏らしてはならない。
なお、甲及び乙の従業員及び家族も同様の義務を負うものとする。

第6条 (規律維持)

乙は、業務に当たる従事者の指導に万全を期し、安全衛生上及び服務規律の良好なる
維持に努め、その責任を負うものとする。

第7条 (法令上の責任)

乙は、提携業務履行にあたる従事者に対する雇用者及び使用者として、労働関係法令
による全ての責任を負うものとする。

第8条 (損害賠償)

業務履行中、乙の従事者の責に返すべき事由により相手方もしくは第三者に損害を与えた場合、
損害を賠償しなければならないものとする。

第9条 (社会紛争及び天災)

戦争、地震、風水害等、著しい社会秩序の混乱により、甲または乙の委託業務の履行が不可能
になった場合、それによって生じた甲の損害に対して乙は責を負わないものとする。

第10条 (契約期間)

1. この契約の契約期間は、契約締結日より1年とする。ただし、契約後3箇月を経過
した時点で見直すことができる。また、期間満了の1箇月前までに、甲乙のいずれか

からの通知がない場合は、自動的にその満了日より1カ年間更新されたものとし、以後同様とする。

2. 甲は、自己の都合によって契約を終了する場合は、入居者へのサービスを低下させないため後任者を養成するとともに、その終了によって発生する相手方への損害を速やかに賠償するものとする。

第11条（契約解除）

1. 甲は、乙がこの契約に定める義務を履行しないときは、この契約を解除することができるものとする。
2. 甲は、前項の規定により契約を解除したときは、乙に対して損害賠償請求を行うことができるものとする。
3. 甲は、この契約を解除したときは、業務履行部分について未払い契約料を速やかに乙に支払うものとする。
4. 甲乙双方共、やむを得ない事情がある場合、文書で通知することにより、1箇月間の予告期間において、この契約を解除することができるものとする。

第12条（合議管轄）

本契約に基づく権利義務に関する紛争については、甲の法人本部所在地を管轄する裁判所を専属合意管轄裁判所とする。

第13条（協議事項）

本契約に定めない事項または本契約の各条項の解釈に疑義が生じた事項については、その都度甲乙速やかに協議の上、円満に解決するものとする。

この契約の証として本契約書2通を作成し、署名捺印の上、甲乙とも各自1通を保有する。

契約締結日	平成	年	月	日	
契約者氏名	「甲」	所在地	名称	代表者職氏名	印
	「乙」	所在地	名称	代表者職氏名	印

業務契約書別紙

I. 本契約第2条（契約業務の内容）について

1. 1ユニットにつき、週1回、約2時間定期的訪問を実施すること。
 - ・ 健康管理(心身状態の維持と悪化予防(三次予防) など。
 - ・ 認知症の状態を勘案し、なじみの関係を構築できるような配慮をすること。
例えば、特定の看護師の訪問など。
 - ・ 甲の職員への相談・助言
状態悪化の早期発見や重篤化の予防の観察・注意ポイントの助言
 - ・ 主治医への報告・連携
 - ・ 記録
2. 看護師による24時間連絡体制を確保すること。
24時間、いつでも連絡がとれて相談ができ、必要時に訪問し、主治医への連絡・連携が可能な体制を確保する。その連絡方法を定めるものとする。
3. 入居者が重度化し、看取りの必要が生じた場合の対応を行うこと。
入居者が重度化し看取りの必要が生じた場合には、甲が定める「重度化・終末期対応指針」に基づき十分な連携の下、万全を期した対応をすることとする。
なお、甲は、重度化・終末期対応指針の作成に当たり、乙と相談の上、主治医の指導の下に行い、本人あるいは家族等の同意を得ておくこと。さらに、その対応指針を両方で随時見直すこととする。

〈上記を行うにあたっての留意事項〉

- ① 診療の補助業務における医療処置の実施は、入居者主治医の指示によるものとし、十分な連携の下、万全を期すものとする。
- ② 入居者の急性増悪においては、主治医の特別指示の下、老人保健法・健康保険法に基づく訪問看護を行うことができるものとする。
- ③ 入居者が、厚生労働大臣が定める疾患および状態である場合は、その入居者個人に対して、主治医の指示の下、老人保健法・健康保険法に基づく訪問看護を行うことができるものとする。

II. 本契約第3条（業務委託料）について

1. 基本料は、1ユニット（9名定員）につき、月額 定額〇〇〇〇〇〇円とする。
 - ・ 在籍人数に関係なく定額とする。
 - ・ 24時間電話での相談業務を含む。
 - ・ 1箇月3回までの定期以外の臨時の訪問を含む。（医療保険が適応しない場合の訪問）
2. 入居者の急性増悪により、主治医から特別訪問看護指示書が発行された場合は、老人保健法・

重度化対応・終末期ケア対応指針

〇〇〇〇グループホーム

■ 目 的

グループホームの入居者が、病状の重度化や加齢により衰弱し人生の終末期の状態になっても、なじみの関係での生活を維持し、そして本人が望む場所で最期まで暮らしていくことができるように、医療関係者・家族等と協力して対応していく。

■ 重度化した状態・終末期の判断

主治医の判断が基本である。主には、①がんの終末期、②多様な疾患の重度化、③老衰、④その他である。

■ 基本的な姿勢

病状が重度化した入居者、あるいは人生の終末期の入居者が、疼痛や苦痛がなく本人・家族等が望むような人生の過ごし方ができ、グループホームでの生活が継続できるように、そしてグループホームで死がむかえられるように最大限の対応をする。

■ 医療連携

・主治医との連携

主治医の指示・指導のもと、必要な医療を行いながら、時に入院による病院での医療とも連携していく。

・訪問看護ステーションとの連携

主治医と連携しながら、必要な医療を行いつつ、生活の継続を重視して、入居者が苦痛が少なく心地よい状態で生活できるようにしていく。

・薬剤師など地域の多様なサービスとの連携

がんの終末期ケアでは、疼痛等緩和ケアは必須で、地域の薬剤師（調剤薬局との連携を進める。また、歯科医師との連携、栄養士（訪問栄養指導）との連携など、必要に応じて多様な専門職との連携で対応する。

■ 家族等の信頼・協力関係

グループホームでの重度化・終末期の対応を行っていくためには、家族等の信頼・協力関係は欠かせない。家族等といっしょになって入居者本人が満足するような看取りの支援をしていく。

■ 職員の教育・研修

医療関連専門職との連携で、重度化・終末期ケアが充実するように、職員教育・研修に努めていく。また、家族等の意向を重視した密な連携をもつことができるように努力する。

現場の声 ～モデル事業より～

■グループホーム側

- ・スタッフへの暴力行為や周辺症状について、内部の職員だけでは、つい感情的になってしまふことがありがち。また、介護職員側だけでは、偏った判断になったかもしれないが、外部からの客観的な立場の看護師を交えて話し合いができたのはよかった。
- ・大きな問題はなくても発熱や排便、皮膚状態などで「なんとなく心配」、「判断できない」という場合に相談できて安心。
- ・良い主治医・病院を見つけるためのクッションとして有効だった。
- ・一時的な経過観察のための入院によって入居者本人にどれだけの負担があるかを考え、看護師にきてもらって点滴管理することで入院を免れた。
- ・グループホームに看護師を配置することもいいが、その看護師が24時間対応でボロボロになったりするし、一人の看護師の力よりも集団の看護師の力の方が入居者にとっていいのではないだろうか。

■訪問看護ステーション側

- ・はじめは、訪問して何をやらいいかわからなかったが、回数を重ねていくうちに、病気や症状を見るのではなく、グループホームの職員と生活全般の支援をすることの必要性や意味がわかり勉強になった。時にいっしょに買い物や散歩にいたり、食事作りすることで入居者の生活を知り、そのことがより適切な支援につながると思った。
- ・認知症の方の理解が深まった。
- ・グループホームというものについての理解が深まったし、そこで行われている支援・ケアは学ぶものが大きい。
- ・主治医とグループホームとの連絡調整の役割として、大いに役立っていると思う。
- ・グループホームという共同生活の場で行っている支援・ケアのあり方は、訪問看護の対象である在宅の認知症のケアにも役立てられる。
- ・密室化しやすいグループホームが、訪問看護師が入ることで、風通しがよくなり、外・地域とつながっていくのではないだろうか。



社団法人 全国訪問看護事業協会

160-0022 東京都新宿区新宿1-3-12 壱丁目参番館302

TEL 03-3351-5898 FAX 03-3351-5938

ホームページ : <http://www.zenhoukan.or.jp>