



在宅医療従事者能力向上研修

愛知県医師会理事

野田正治



医療と介護

- 平成12年に介護保険制度が始まり日本の在宅医療は劇的に変化した
- 患者の生活空間、住居、食事に視線が向けられた
- 14年が経過して何が起こったか？
- 医師は敷居が高い、忙しくて相談できない
- 医療と介護の垣根 医療と介護の乖離



医療と介護の乖離

たとえば

医療側

- 知らないうちに施設入所が決まっていて情報提供書の依頼が来る
- いつの間にか訪問リハビリが始まり情報提供書を求められた

介護側

- 治療内容が変わっても介護側には知らされていない
- いつの間にか入院していた



多職種連携

- 医療と介護の垣根をなくす
- 情報の共有化



これまでの試み

ケアマネタイム



多職種連携について
どのようなことが行わ
れているか？

- 地域ケア会議
- サービス担当者会議
- 退院時共同カンファレンス
- ICTを使った連携

+

多職種連携の実例

退院時共同指導料2

B005 退院時共同指導料2 300点

注

1 入院中の医療機関の保険医又は看護師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養を担う保険医・看護師等・訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、入院している医療機関において、入院中1回に限り算定する。

2 注1の場合において、入院中の医療機関の保険医及び地域において退院後の在宅療養を担う医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。

3 注1の場合において、入院中の医療機関の保険医が、在宅療養を担う医療機関の保険医若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,000点を加算する。

通知

(1) それぞれの保険医療機関において算定するものである。

9) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは介護支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。



退院時共同カンファラ
ンス参加者

■ 病院側

病棟主治医・口腔外科歯科医・
病棟看護師・退院調整室看護師・
ケースワーカー・病棟薬剤師・理
学療法士

■ 在宅側

在宅主治医・看護師・訪問看護ス
テーション看護師・歯科医師・歯科
衛生士・調剤薬局薬剤師・ケアマ
ネージャー・理学療法士・ヘルパー
ステーションヘルパー・訪問入浴・
介護用品支給事業者

■ 患者側

患者本人・家族



カンファランスの流れ

- 自己紹介
- 病棟主治医から病状・予後の説明
- 病棟看護師から現在行われている看護内容の説明
- 理学療法士から現在のリハビリの内容説明
- 在宅主治医から質問
- 訪問看護から質問
- 全員でのディスカッション
- 退院に向けた合意と計画作成

+

陶生病院がん相談支援室の 平成24年度在宅緩和医療の調整

在宅緩和医療調整件数 203件

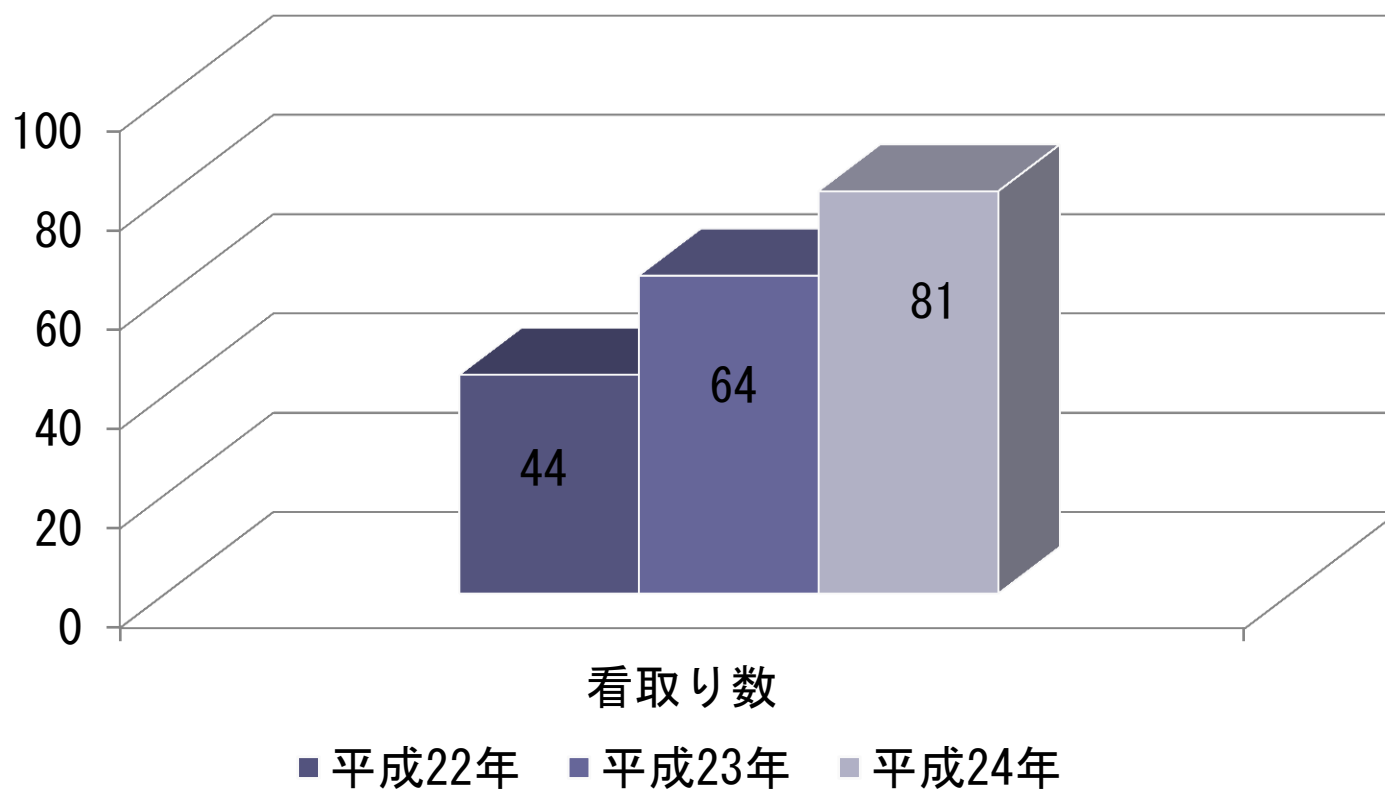
(入院中151件 外来 52件)

退院時共同カンファランス 98件

在宅医 39施設(24施設で看取り)
訪問看護ステーション 26施設



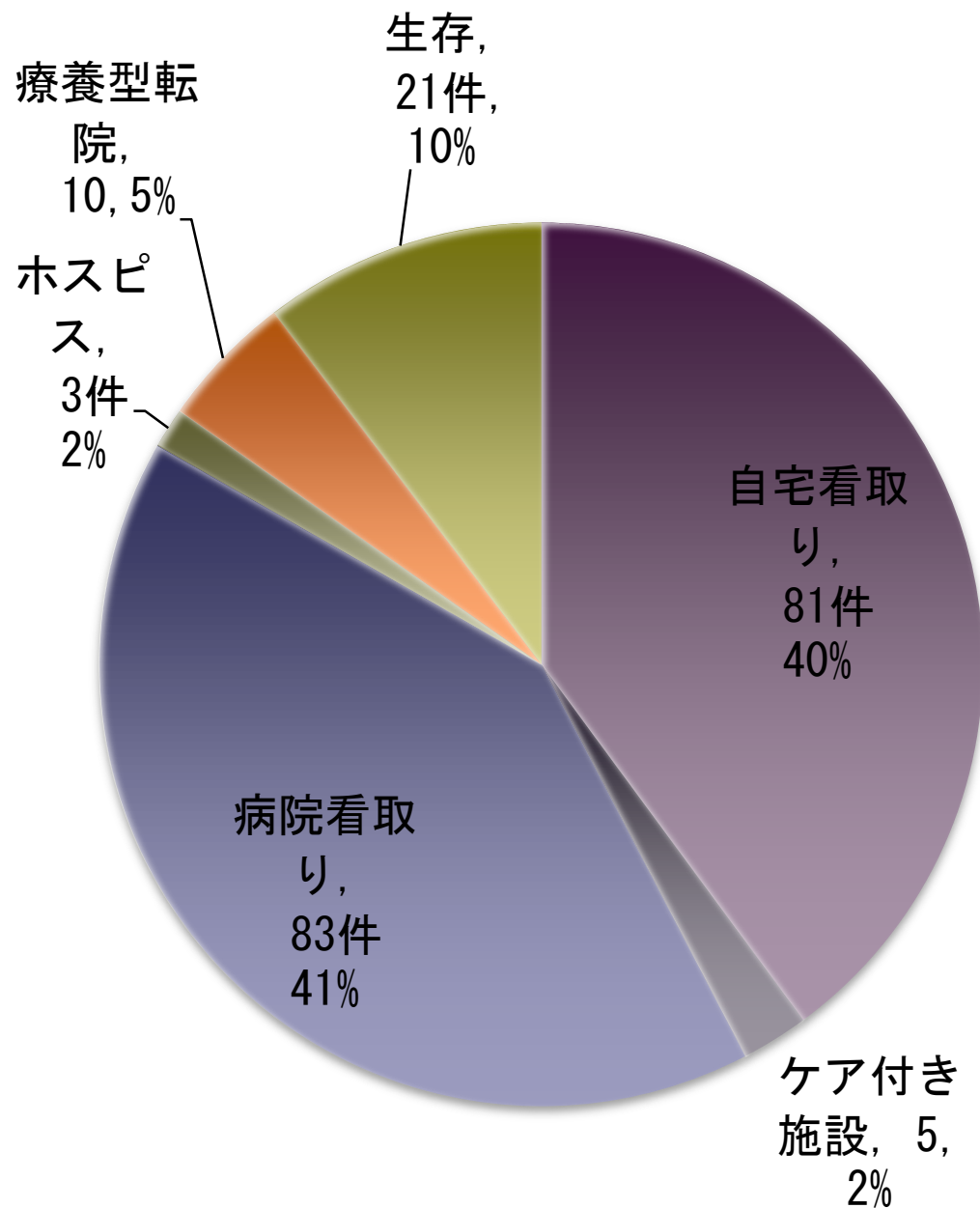
陶生病院における がんの在宅看取り件数





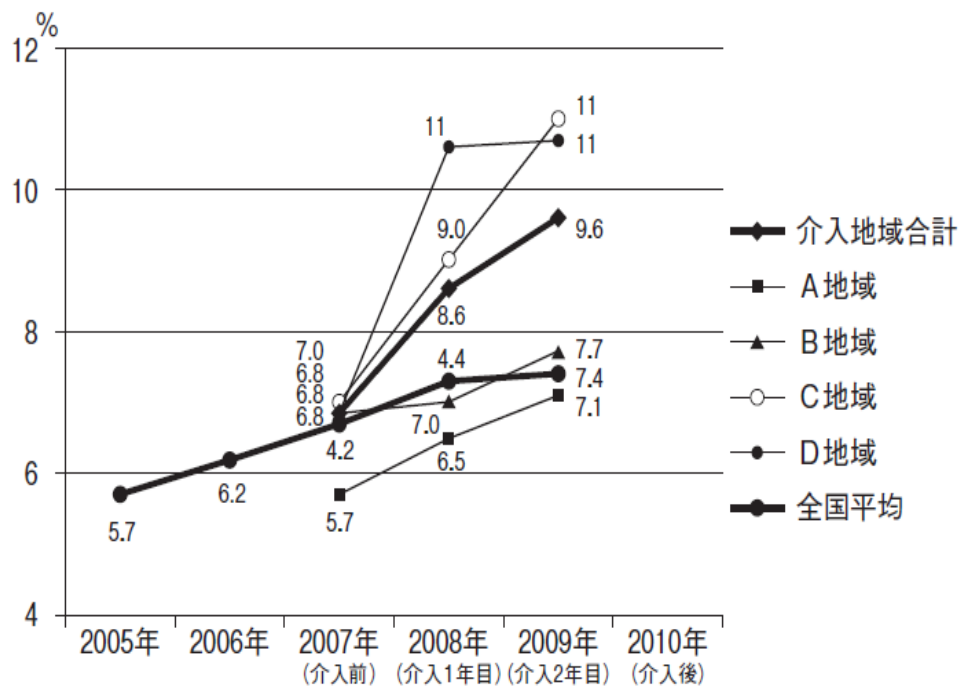
陶生病院における 平成24年度在宅緩和 医療203件の転帰

瀬戸旭地区ではがんの在宅看取りの割合が高い



+ 自宅死亡率

森田達也：緩和ケア普及のための地域プロジェクト
(OPTIM-study) の経過と今後の課題から引用



自宅死亡率

全国平均7.4% (平成21年度)

公立陶生病院

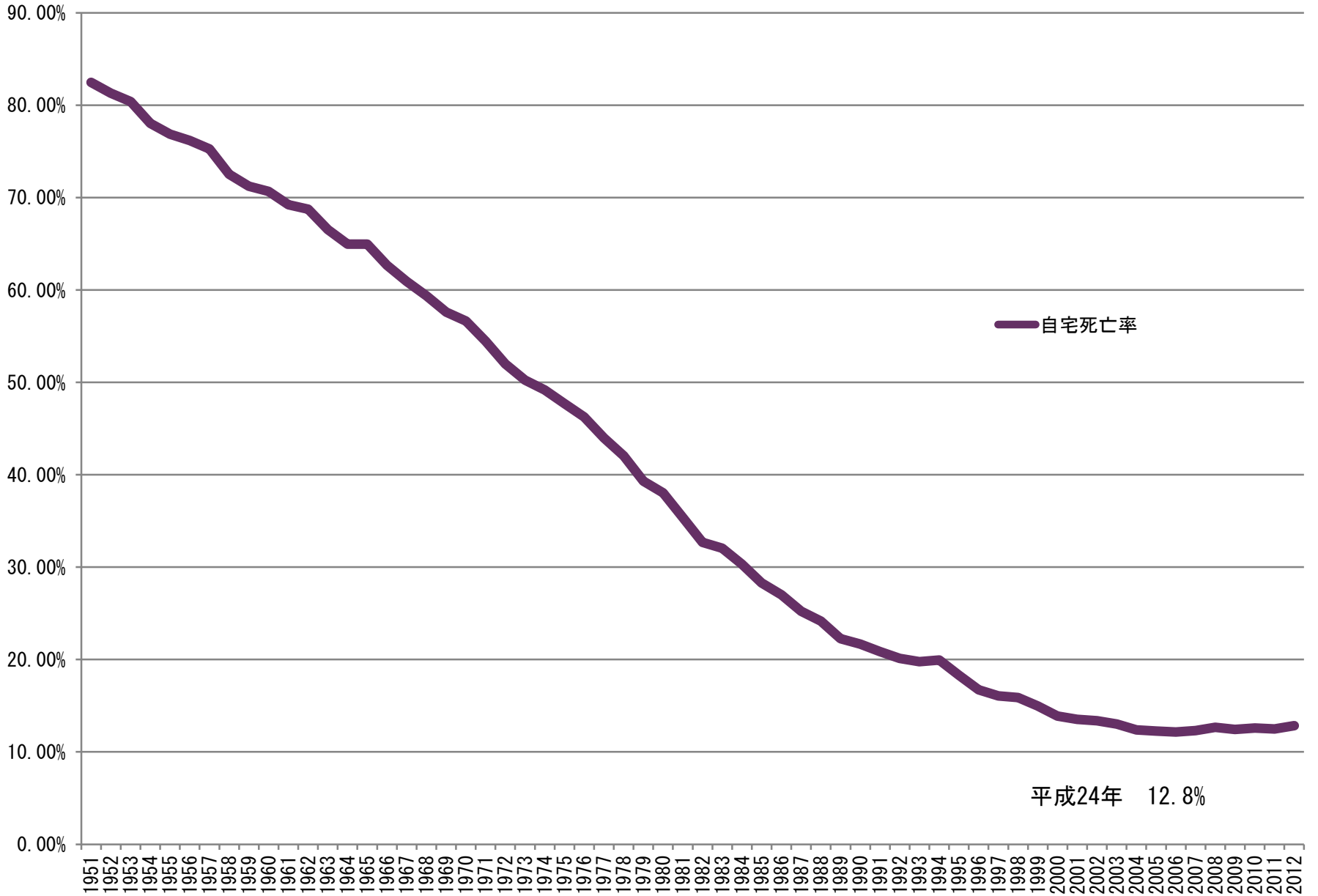
担がん患者の死亡数
332名

自宅死亡数

82名

24.7% (平成24年度)

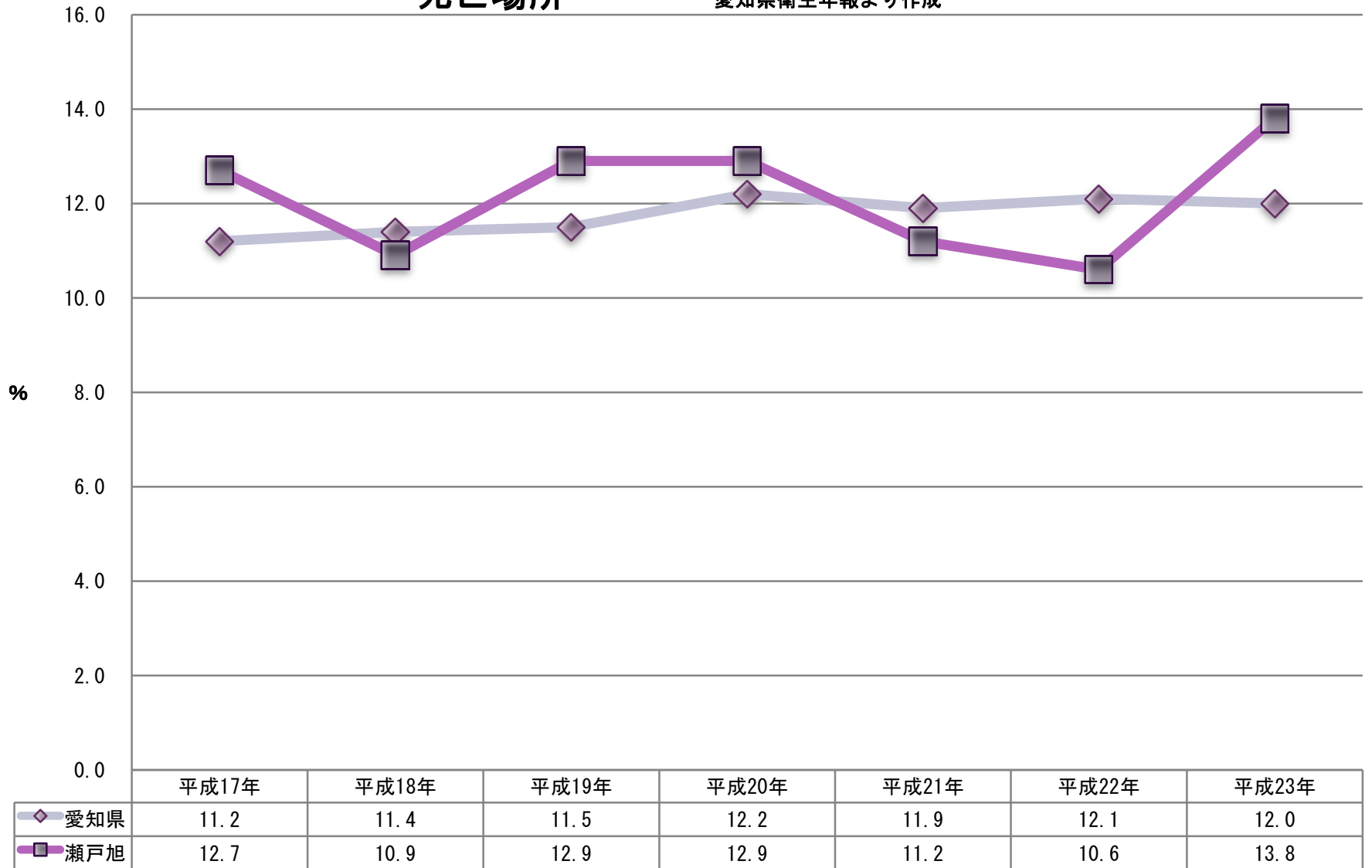
全国平均自宅死亡率



平成24年 12.8%

死亡場所

愛知県衛生年報より作成





今後

- 地域ケア会議の充実
- ICTを使った連携の日常化