2018年8月27日
集団指導資料

在宅医療における多職種連携について

中播磨訪問看護ステーション連絡会
黒石　美和

1

今晩の話の目的

1. 報酬改定に伴い、ターミナルケアの充実や医療ニーズへの対応ができるように知識を広める
2. 居宅介護支援事業所や医療機関・訪問看護ステーションが連携し、地域における訪問看護体制整備の取り組みの推進を図る
3. これからの関係機関との連携への動機付けになる

2

話しの順番

I.　医療機関という相手を知る

II. 居宅介護支援事業所を知る

III. 訪問看護ステーションを知る

IV. 訪問看護におけるターミナルケアの充実とは？

V.　要介護者の中重度要介護者の医療ニーズとは？

VI. 地域における希望の見える取組とは？

3

Ⅰ．医療機関という相手を知る

平成30年度診療報酬改定

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

Ⅰ　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

質の高い在宅医療・訪問看護には、ケアマネが必要条件

末期のがん患者について、ケアマネと在宅主治医との連携を強化

4

退院支援の診療報酬　4

介護支援連携指導料　400点

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が**介護支援専門員と共同して**、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。

（主な算定要件）
○介護支援連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、**患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して**、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。
○初回の指導は、介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、2回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。
○ケアプランの写しを診療録に添付する必要がある。

退院支援の診療報酬　5

退院前在宅療養指導管理料　120点

入院中の患者に対して外泊時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、外泊の初日1回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定する。
退院前在宅療養指導管理料を算定できるのは、あくまでも退院した場合であり、病状の悪化等により退院できなかった場合には算定できない。また、外泊後、帰院することなく転院した場合には算定できない。

退院前訪問指導料　580点

継続して1月を超えて入院すると見込まれる患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む。）又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら患者又はその家族等に退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合、1回の入院につき1回を限度として算定する。

せっかく実施している退院前訪問を活かしていく必要がある（連携の課題）

Ⅱ．居宅介護支援事業所を知る

ケアマネは要です

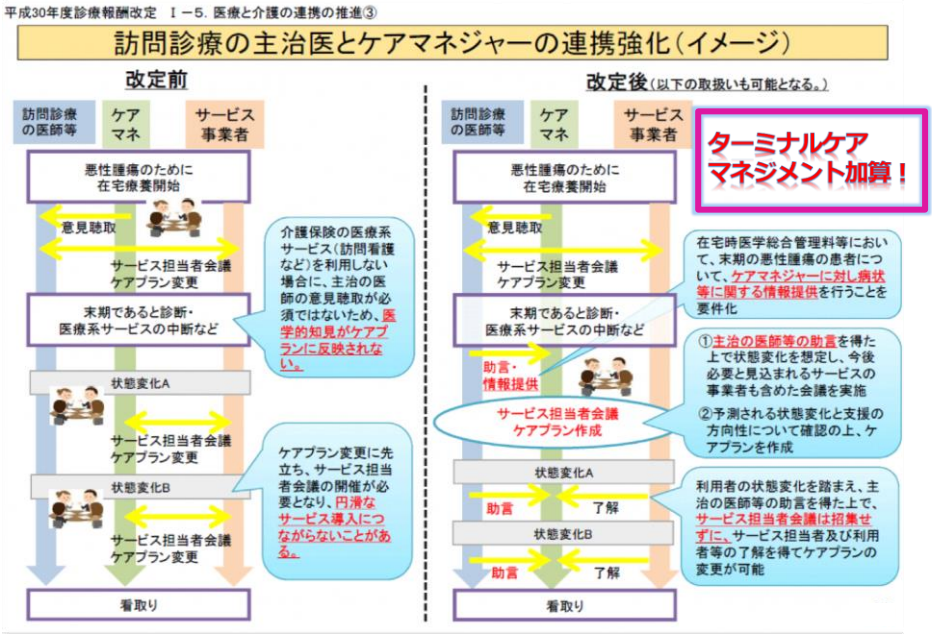
- 要支・介護者が在宅で生活をしていくためには、ケアプランが欠かせません！各専門職の連携の中心です
- 入院する際は、担当ケアマネの氏名・連絡先を伝えるという時代になった
- 病院連携室はケアマネとの連携を求めています

  入院時に、訪問看護師から入院時の情報提供書を提出すると必ず言われます！

  『ケアマネさんからの情報はありますか？』って！

病院の診療報酬上もケアマネは最重要人物です

7



8

Ⅲ．訪問看護ステーションを知る

1. 退院カンファレンスには行きます

介護保険：600単位
医療保険：8000(+2000)円

2. ケアプランに応じた訪問看護計画を立案しています

3. 訪問看護が医療保険対応の場合でも、ケアプランは欲しいです

4. うっかり、ケアマネさんに報告していない事もありますが、ごめんなさい・・・情報共有はしたいのです

5. 退院日にも、療養上の退院支援指導が必要な訪問をして療養上の世話を実施します

医療保険：6000円

9

6. 特別訪問看護指示書を利用した訪問看護について

急性増悪・終末期・退院直後等の事由により、主治医から週4回以上の頻回な訪問看護が一時的に必要である旨の指示が出た場合です
（ 介護保険利用者でも14日間は医療保険の対応 ）

7. 入院の際は、情報提供書を作成し連携します

介護保険：無償です
医療保険：求めに応じ　1500円

10

Ⅳ．訪問看護におけるターミナルケアの充実とは？

- ターミナルケア：がんと非がんがある
- **在宅ターミナルケアとは**、本人の住み慣れた在宅において、死を前にした本人と家族に、出来得る範囲の中で**『よりよく生きること』に手を貸すこと。**
- 残された時間が穏やかで、かつ意味のあるものにできるよう、疼痛の管理・症状緩和・心のケアを行い**本人や家族とともに医療者もが**

「その時間」を共有する

公益財団法人　在宅医療助成勇美記念財団資料から抜粋

11

Ⅴ．中重度の要介護者の医療ニーズとは？

1. 医療の進歩・医療機器の進歩・生き方や生活の場に対する選択肢の多様化等により、医療的ニーズのある療養者が在宅で生活できるようになった
2. **医療的ニーズ**とは、在宅酸素・尿路確保する管・経管栄養・静脈栄養・鎮痛剤の持続注射・気管切開や人工呼吸器・吸引・皮膚科処置等
3. 現在は、ターミナル期においても病院と同程度の治療ができるようになっている（薬剤含め）

12

4. 在宅医療ニーズへの研鑽を積んで、**医療的ニーズにも遅れないように対応するべきは、訪問看護師！**
私たち**看護師の責務!**

しかし、
看護師だけではできません！

5. そのために、ケアマネをはじめ多職種連携により、安全に支援をしていく必要がある

6. この積み重ねが、『よりよく生きる』に手を貸すターミナルケアとして、本人・家族・支援者もが『その時間を共有する』ことにつながる

13

Ⅵ．地域における希望の見える取組み

在宅ターミナルケアに必要な視点

- がん治療の長期化に伴う在宅療養上の問題
- 元々は在宅にいた人であるという視点
- 在宅側からの積極的なチームアプローチが必要

地域でのターミナル期や看取りを支えるチーム作り

- 看取りを可能にするチームのマネジメントと調整・連携力
- 関係専門職との連携により本人の選択を支える情報共有
- よいチームケアをするためのコミュニケーション
相手に伝わる言葉・関係をつくる言葉・顔が見える関係

14

Ⅶ．今後の課題とその取り組みについて

※高齢社会・核家族化・高齢夫婦世帯・単身世帯の増加により
『ターミナル期をどう生きるか』が深刻な問題になる

※地域の力も必要（地域包括支援センター取組中）
その中でも、住宅事情は複雑になってきた

『家で死にたい』と思ってもできない事情・・・
看取りの場を確保する必要がでてきた

「ここで死んでもらっては困る」との声にも、対応が必要

※その人の**『生き方』**や**『逝き方』**をあらかじめ話し合い
段取りをしておく必要がある・・・ACP等

その人が**『なぜそう考えるのか』**が大切！

15

さぁ！皆さん！

もっともっと、

私達の住みやすい姫路近郊になるように、ケアマネ・

訪問看護師を中心にして医師との連携をとりながら

在宅支援を盛り上げていきましょう！！

報酬は後からついてきます！と祈りながら・・・

療養者主体の支援ができるように
頑張りましょう！！

16