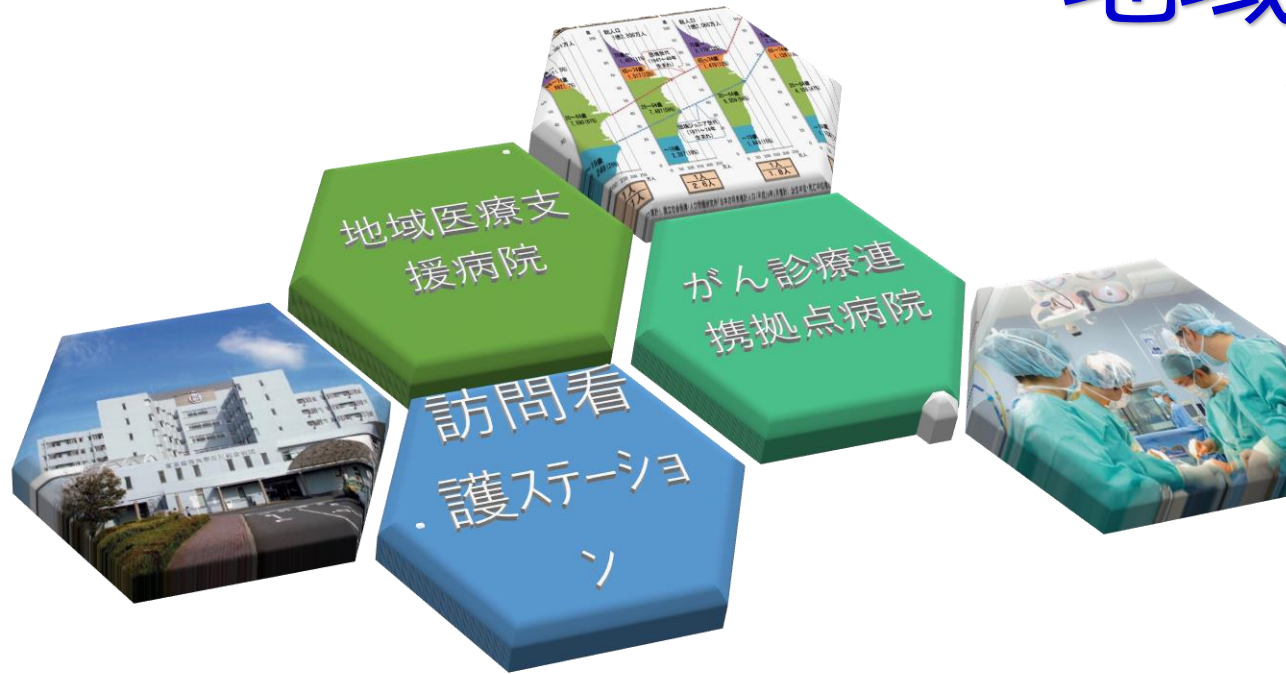




介護支援専門員協議会

地域医療連携の実際

～医療・介護の連携～



2023年7月8日（土）

東京歯科大学市川総合病院
患者支援センター/地域医療連携室
副看護部長 市野由香

東京歯科大学市川総合病院



病院理念

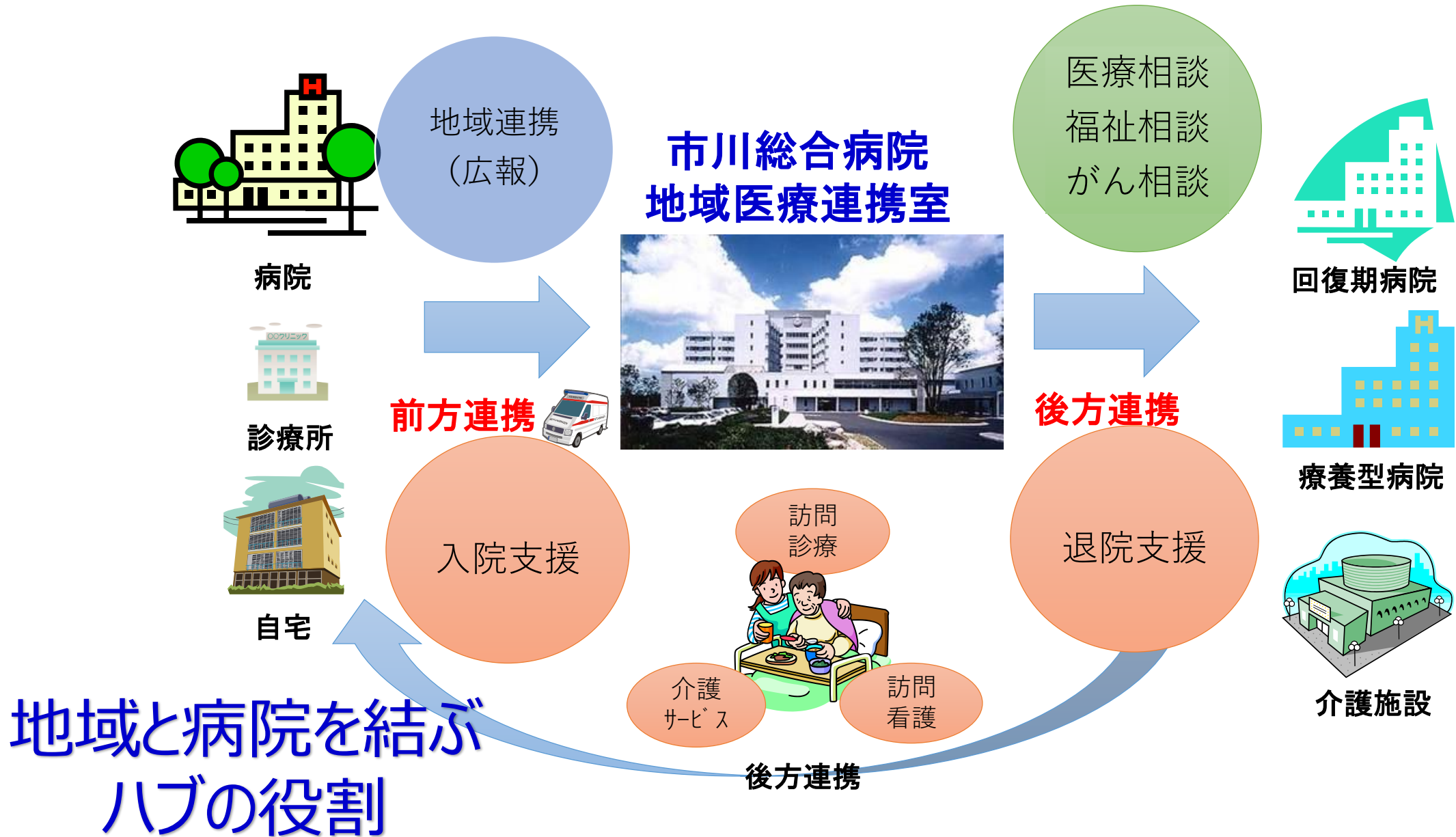
「愛と科学で済生を」

診療科26科 専門センター8
病床数570床 DPC対象病院
一般病床7対1 入院基本料
日本病院機能評価機構認定

地域医療支援病院
地域がん診療連携拠点病院
災害拠点病院

東京歯科大学市川総合病院

1. 患者支援センター/地域医療連携室



地域医療支援病院



趣旨

紹介患者に対する医療の提供、地域医療従事者の研修、病床・医療機器等の共同利用などを通じて、かかりつけ医等を支援する能力のある病院をいいます。

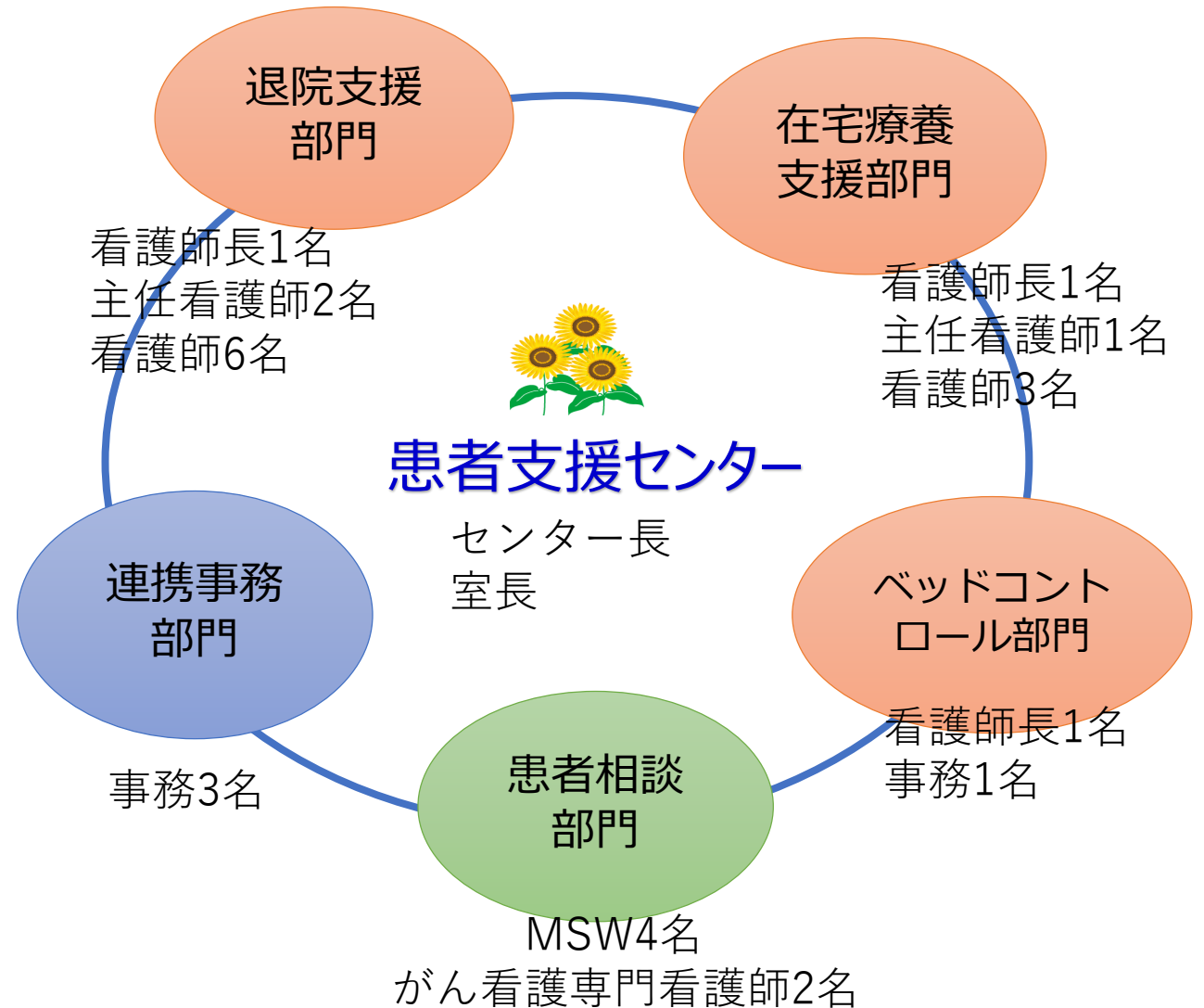
地域医療支援病院の役割

- ① 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む）
- ② 医療機器の共同利用の実施
- ③ 救急医療の提供
- ④ 地域の医療従事者に対する研修の実施

【人員】

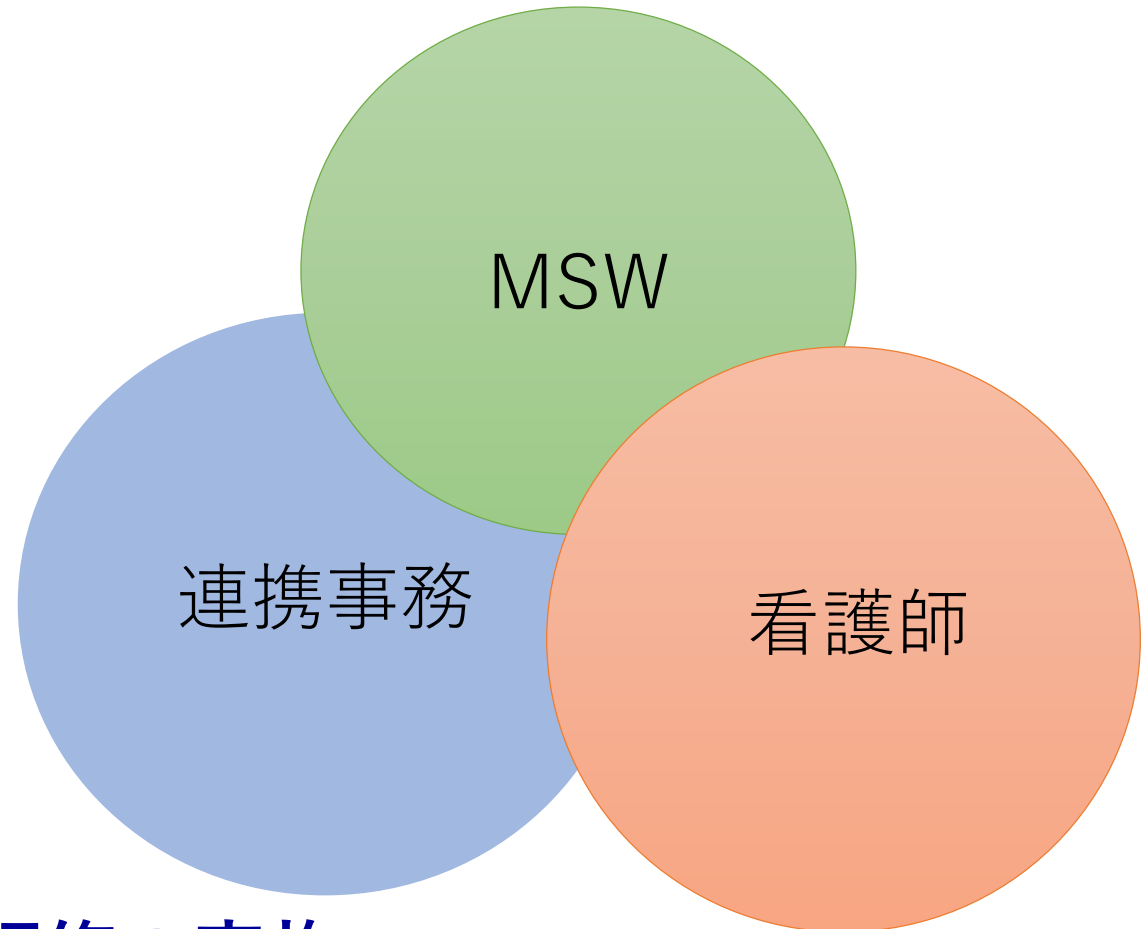
職種	役職	人数
医師	患者支援センター長	1名
副看護部長	地域医療連携室長	1名
看護師師長		3名
主任看護師		3名
看護師		9名
がん看護専門看護師		2名
MSW		4名
事務		4名
	合計	27名

【体制】



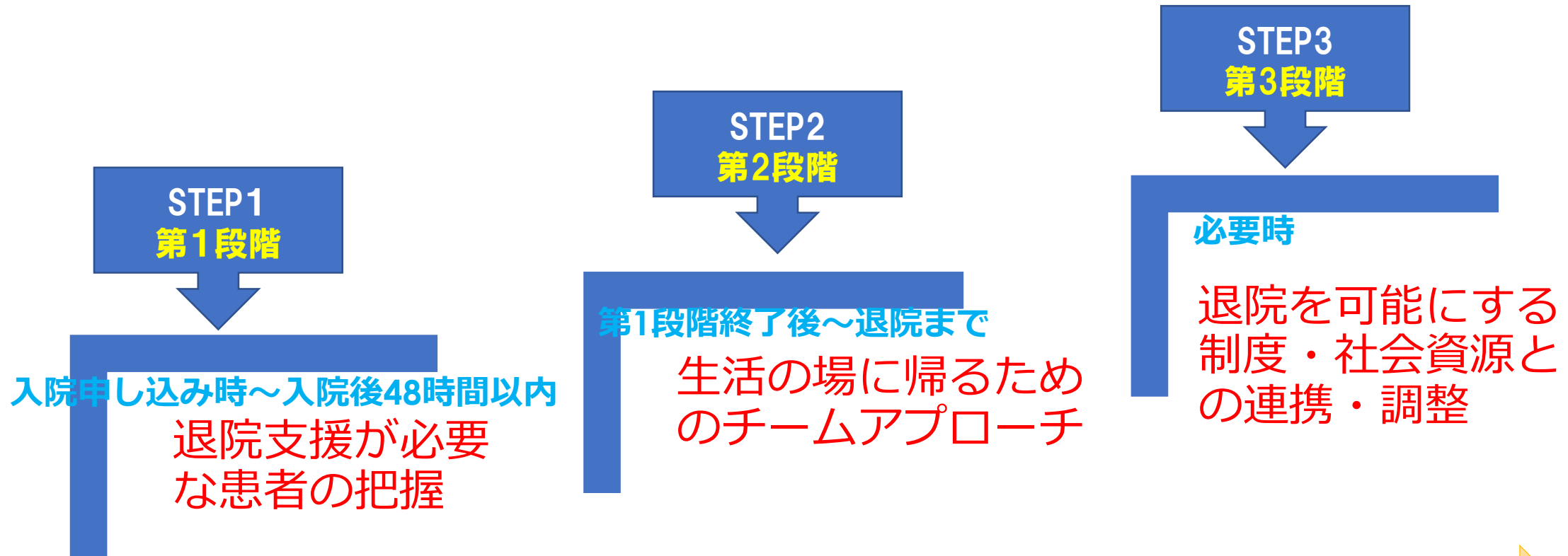
患者支援センター/地域医療連携室

- ① 紹介・逆紹介患者の管理
- ② 初診事前予約
- ③ 照会状の対応
- ④ 広報に関すること
- ⑤ 患者相談
- ⑥ がん相談
- ⑦ 入退院支援
- ⑧ 病床管理
- ⑨ 緊急受診の調整
- ⑩ 開放病床の管理
- ⑪ 地域の医療従事者に対する研修の実施



2. 東京歯科大学市川総合病院の 退院支援

退院支援（退院支援のプロセス）



退院支援：外来・病棟

退院調整：地域医療連携室

当院における退院支援の特徴

地域医療連携室

病棟

MSW

退院支援
看護師



在宅療養支援
看護師

受け持ち
看護師

在宅療養支援看護師



患者・家族が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養が継続できるよう、入院早期より退院支援部門と連携を図りながら、受け持ち看護師と協働し病棟で核となって退院支援を行う看護師。

東京歯科大学市川総合病院
退院支援マニュアルより

受け持ち看護師



在宅療養支援看護師と協働して、受け持ち患者の退院支援(看護)を主体的に責任を持って行う。受け持ち看護師は病状変化を予測し、患者の思いを引き出し、日々変化する患者を取り巻く状況を把握する。

東京歯科大学市川総合病院
退院支援マニュアルより

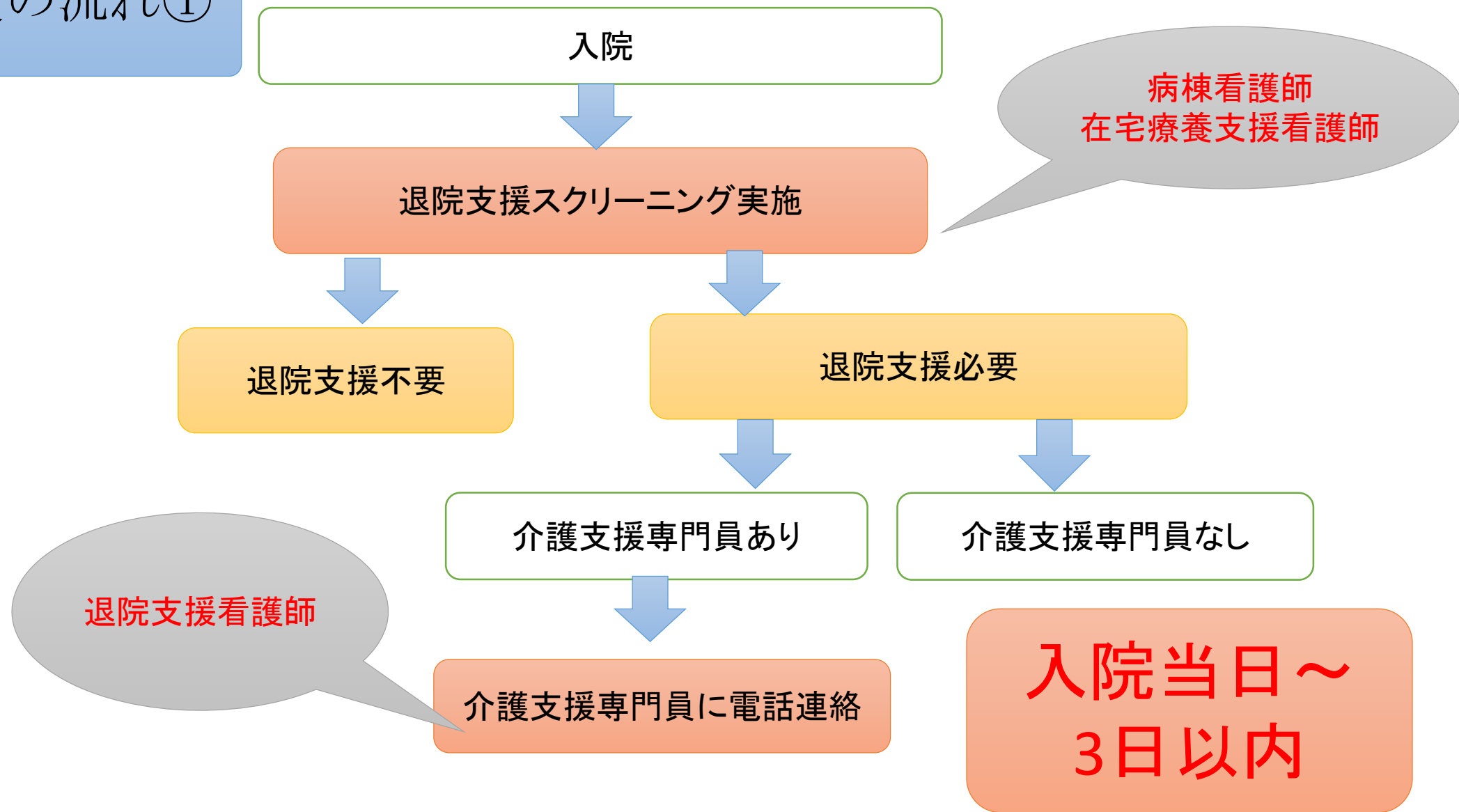


退院支援支援看護師

患者・家族が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養が継続できるよう、入院早期より在宅療養支援看護師と連携を図りながら、退院を可能にする制度・社会資源との連携・調整を行う看護師。

東京歯科大学市川総合病院
退院支援マニュアルより

退院支援の流れ①



退院支援スクリーニング

入院形態

- 緊急入院である 入退院を繰り返している

医療処置

- 退院後も医療処置が必要である

介護力

- 独居もしくは高齢者夫婦のみである 介護力が不十分である

介護保険

- 介護保険が未申請である

ADL

- 入院前に比べ日常生活動作低下が予想される
 食事の介護が必要である 移動(歩行)の介護が必要である 排泄の介護が必要である

その他

- 認知症 がんの終末期
 誤嚥性肺炎

入院前の介護サービス利用

- 入院前の介護サービスの利用が有る

総合的な機能評価

- 65才以上 介護保険第2号 対象外

判定

- 必要 経過観察 不要

依頼コメント

(アレルギー等) ※全角19文字まで

確定

閉じる

退院支援の流れ②

介護支援専門員あり

介護支援専門員なし

退院の方向性を決めるカンファレンス実施
初回面談

病棟看護師
在宅療養支援看護師
退院支援看護師

患者・家族・介護支援専門員
介護連携指導料1回目

患者・家族

患者・家族の意向の確認
退院に向けた退院支援計画・看護計画の立案

入院後7日
以内

多職種によるカンファレンス
退院に向けた看護介入

退院の方向性を決めるカンファレンス実施 初回面談

- **患者・家族の退院に対する意向の確認**
- 入院前の生活状況／生活環境
- 諸制度の活用状況(介護度・ケアマネ・サービス内容等)
- 今後の療養に対する考え、家族の協力体制／キーパーソン

- 日常生活動作(自宅に帰った時に想定される動作)
- 医療行為(吸引・酸素・胃瘻・ストマ等)
- 認知症の有無(金銭管理・内服管理等) etc…

※退院にあたっての課題は何かを明確にする。

医療上の課題

生活・介護上の課題

患者・家族・介護支援専門員と

退院に向けた課題の共有
退院時の患者像の共有
退院時期の共有



スムーズに在宅療養支援に
移行する

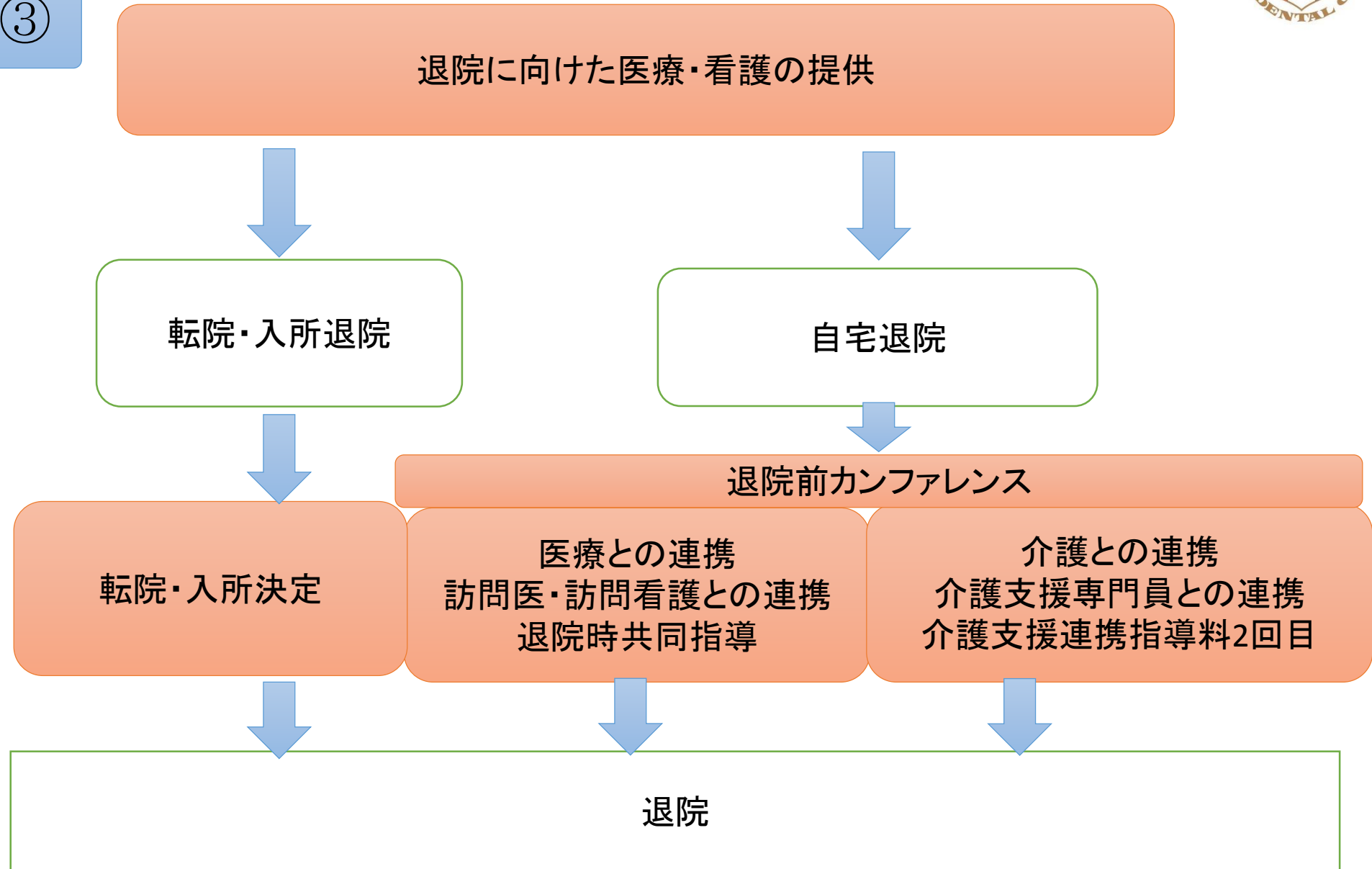
退院に向けた看護介入

患者、家族の意向に沿った退院をむかえるための看護 自立(自律)に向けた看護

- ADLを低下させない:ADLを低下させると退院後の介護量の増加に繋がる
- 排泄に関する問題は重要
- 内服管理の方法検討
- 医療処置:できるだけシンプルに
- 介護指導:継続可能な方法の検討

退院後も継続していけることが重要

退院支援の流れ③



退院前カンファレンス

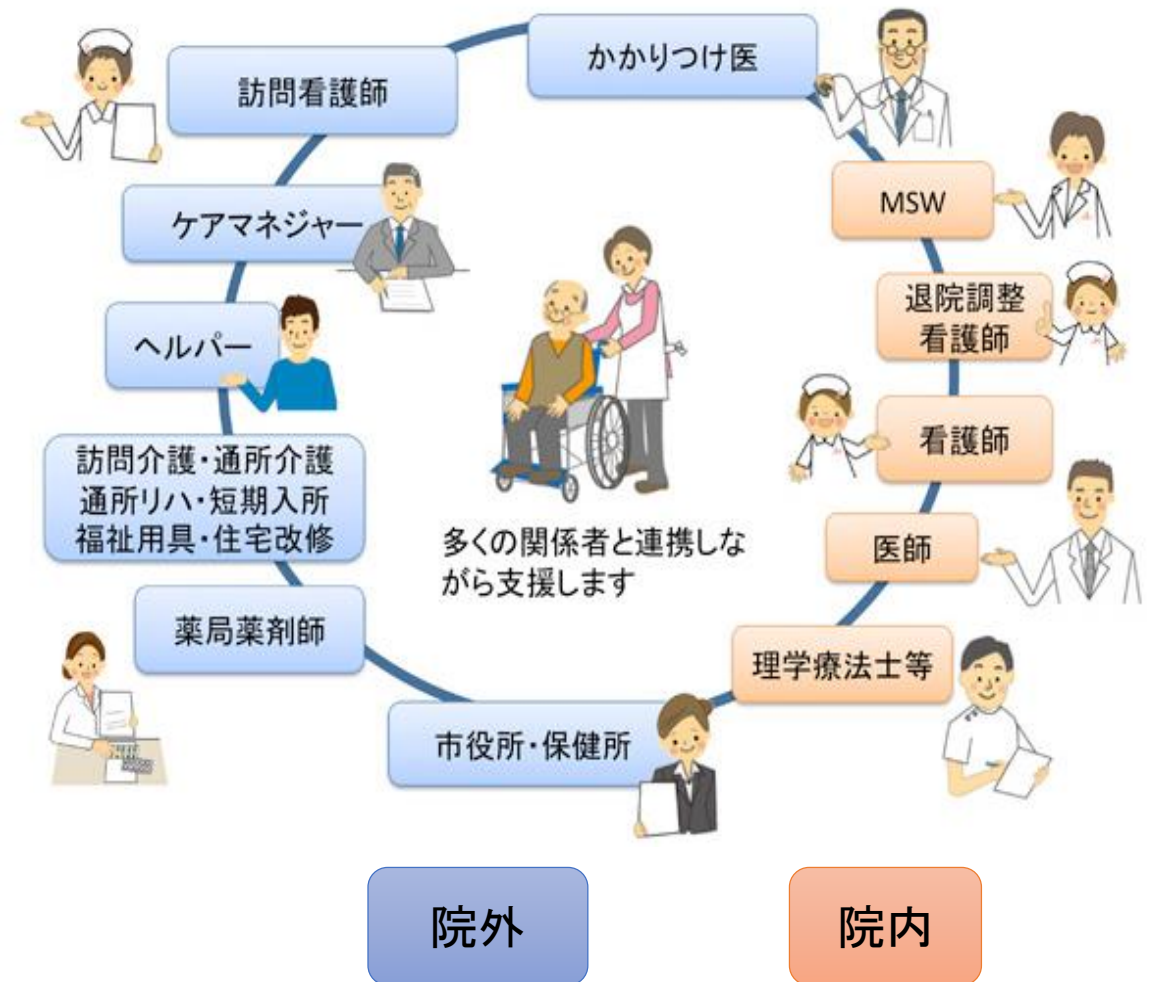
【目的】

- ① 包括的なケアのための情報の共有
- ② 患者・家族が安心して退院できる環境づくり
- ③ 安定した退院後の療養生活の確保

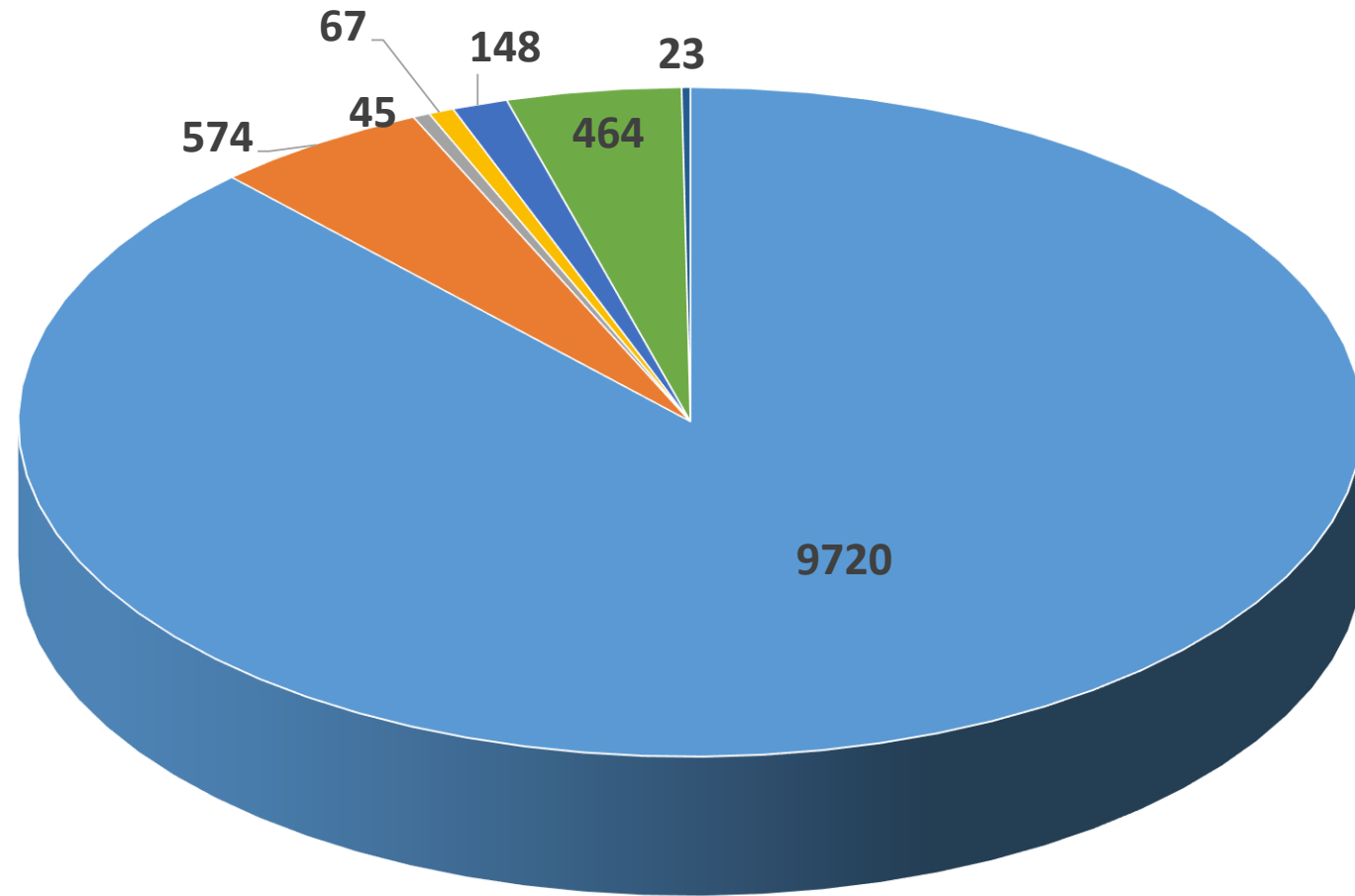
【開催時期】

最終的なサービス調整の時間を考え、遅くとも退院の1週間前までに行う。

【退院前カンファレンス参加者(例)】



2021年度 退院先



■ 自宅 ■ 転院 ■ 老健 ■ 特養 ■ 有料 ■ 死亡 ■ その他

3. 東京歯科大学市川総合病院の 入院支援

入院前からの支援の機能強化(イメージ)



入退院支援の取組の推進

入院時支援加算の見直し

- 関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合をさらに評価する。

現行

【入院時支援加算】

入院時支援加算 200点(入院中1回)

ア	身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 (必須)
イ	入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 (該当する場合は必須)
ウ	褥瘡に関する危険因子の評価
エ	栄養状態の評価
オ	服薬中の薬剤の確認
カ	退院困難な要件の有無の評価
キ	入院中に行われる治療・検査の説明
ク	入院生活の説明 (必須)

改定後

【入院時支援加算】

イ **(新)入院時支援加算1** 230点
 ロ 入院時支援加算**2** 200点

← 項目ア～クを全て行う場合

外来

入院



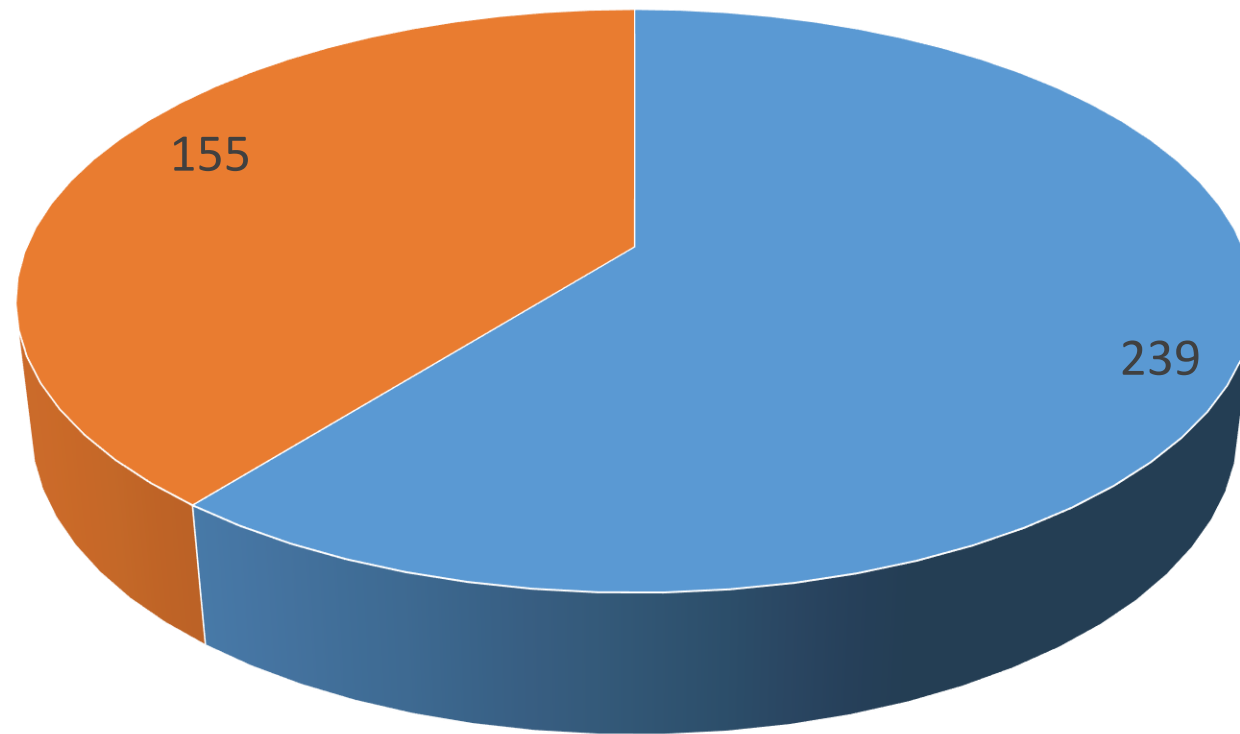
ア～クの評価

事前に
情報共有

入院後の
対応

4. 外来療養相談

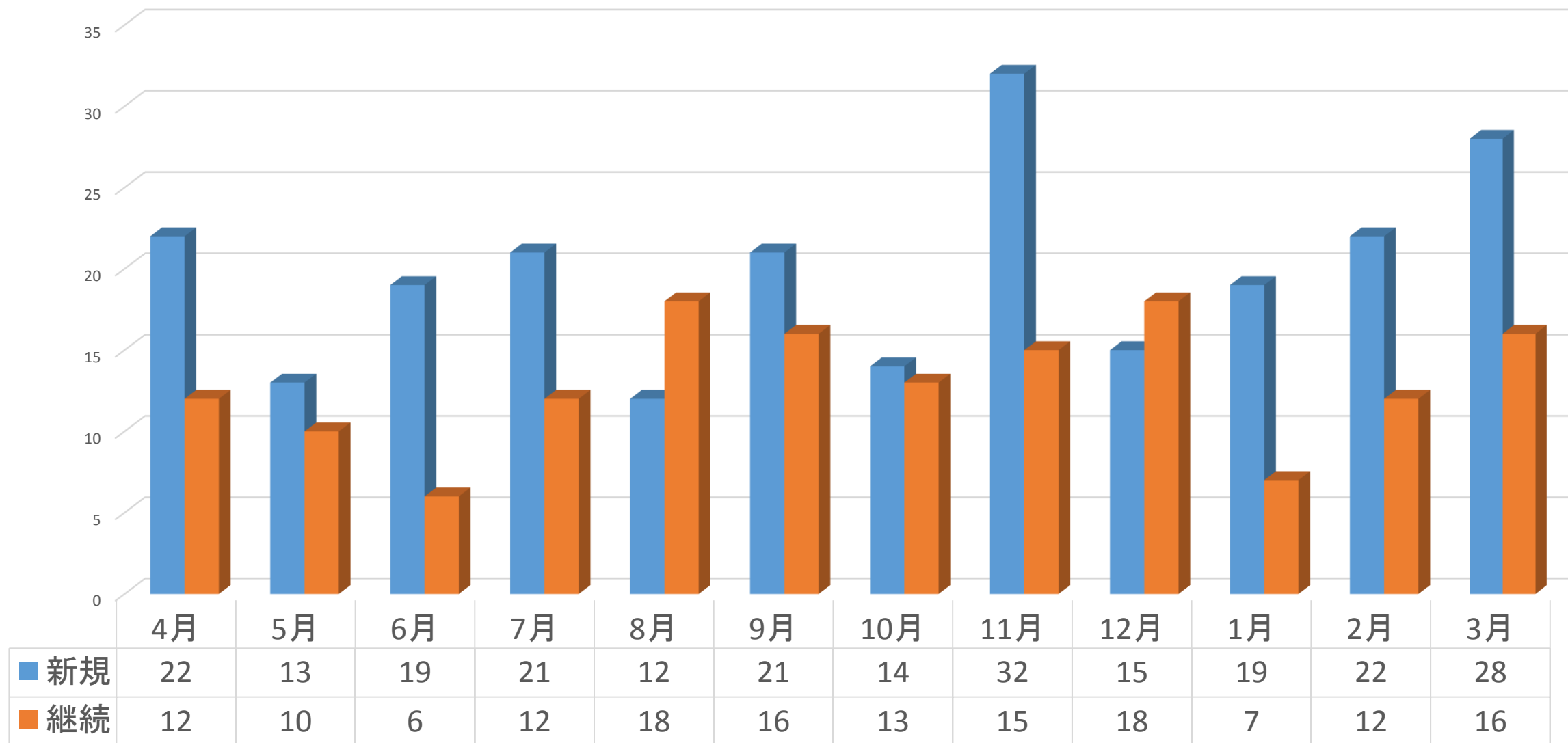
2023年度 外来相談件数



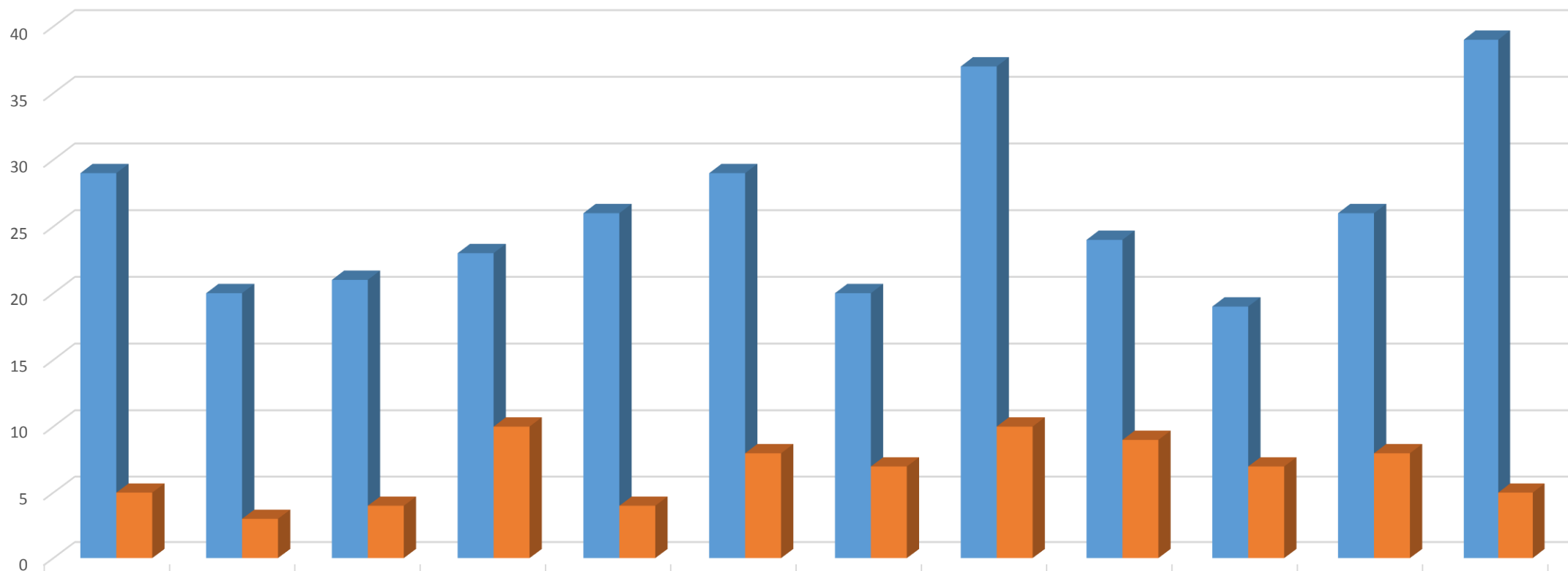
■ 新規 ■ 継続

外来相談月別

■ 新規 ■ 継続



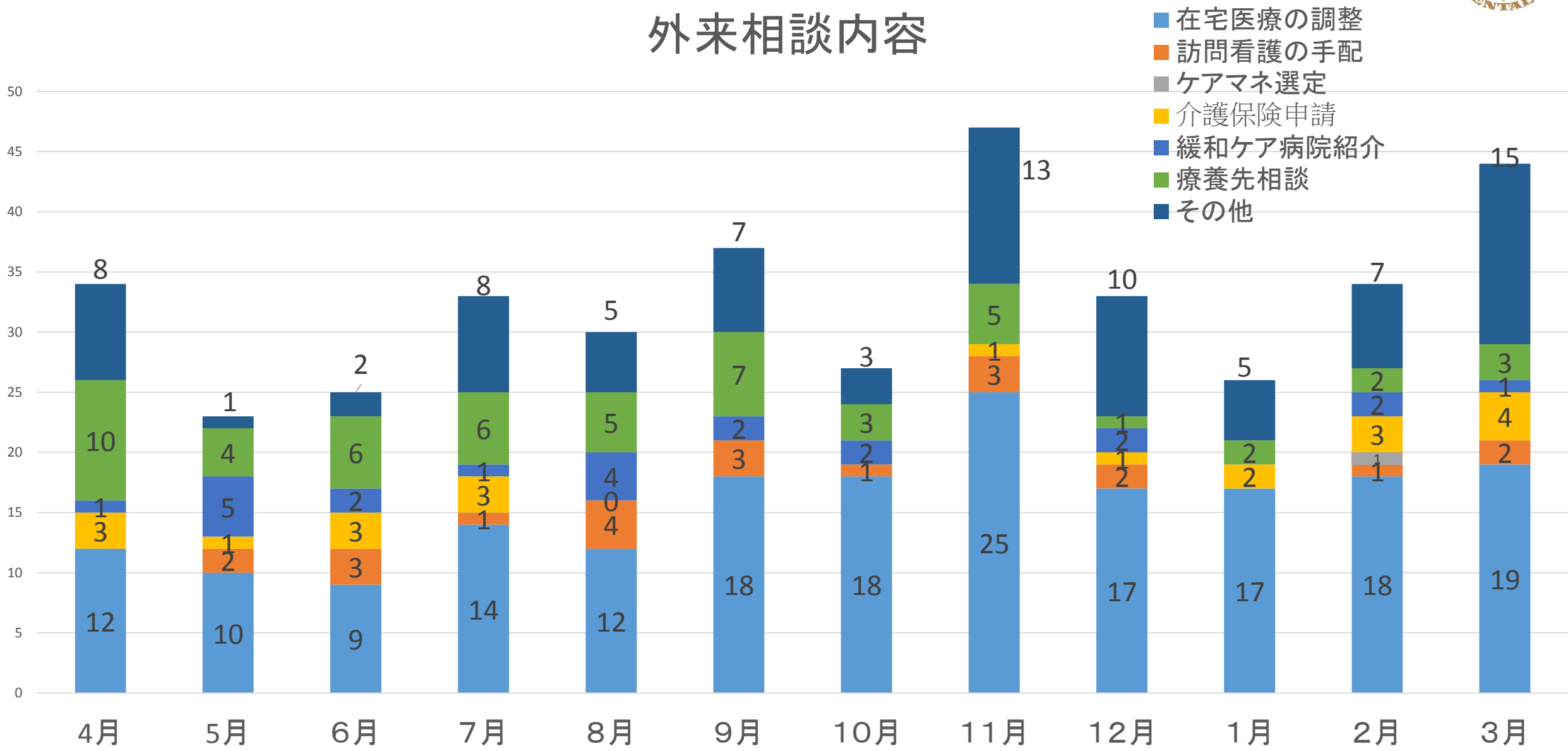
がん/非がん



■ がん
■ 非がん

■ がん ■ 非がん

外来相談内容



外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

- 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来在宅共同指導料を新設する。

(新) 外来在宅共同指導料

<u>外来在宅共同指導料 1</u>	<u>400点</u>	<u>(在宅療養を担う保険医療機関において算定)</u>
<u>外来在宅共同指導料 2</u>	<u>600点</u>	<u>(外来において診療を行う保険医療機関において算定)</u>

[対象患者]

- 外来において継続的に診療（継続して4回以上外来を受診）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者（他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。）

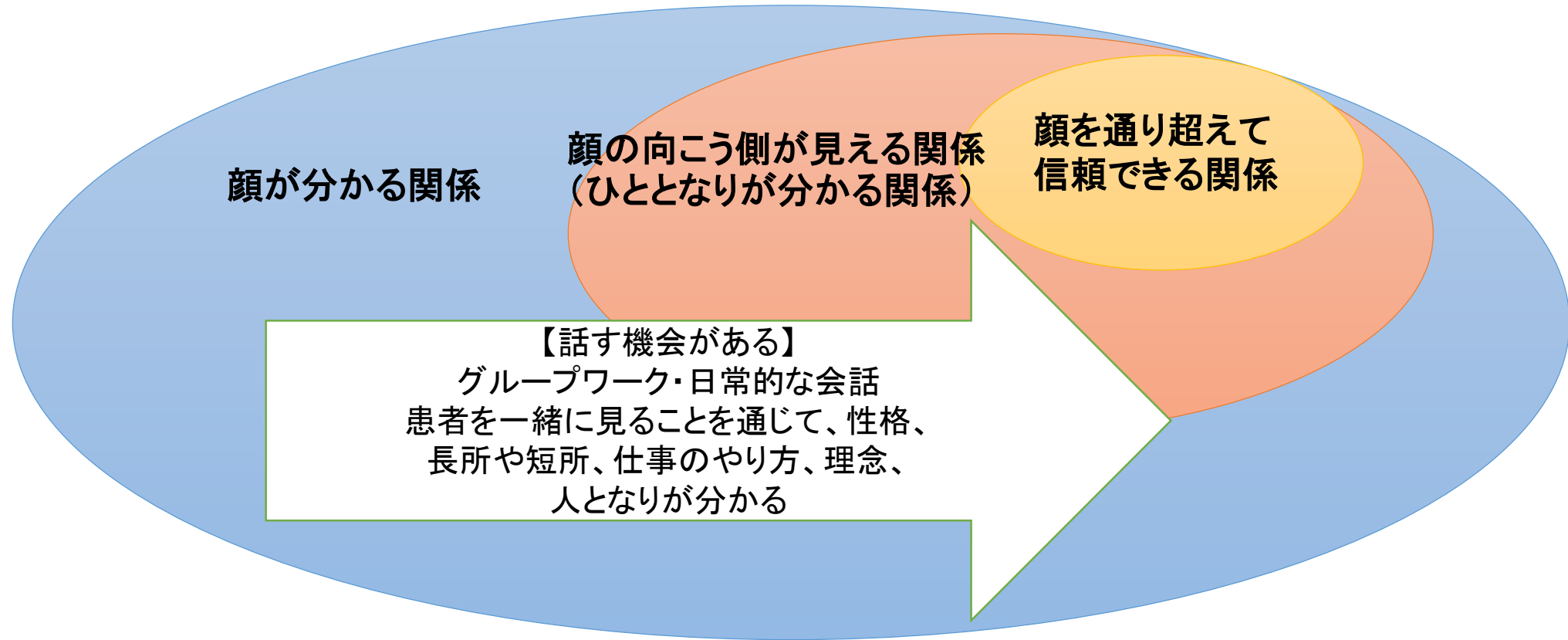
[算定要件]

- 外来在宅共同指導料 1
保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- 外来在宅共同指導料 2
外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。



5.連携を深めるために

顔の見える関係とは・・・



地域連携への影響

顔が見えるようになると・・・

1. 連絡しやすくなる
2. 役割を果たせるキーパーソンがわかる
3. 相手に合わせて自分の対応を変えるようになる
4. 同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる
5. 親近感がわく
6. 責任のある対応をする

地域の医療従事者に対する研修の実施

①市川リレーションシップカンファレンス

地域の先生方に当院の診療内容を知っていただく

②地域連携研修会

地域の先生に講演依頼
当院医師が地域医療について学ぶ会

③在宅療養支援ネットワーク協議会

ケアマネとの連携の会

④看看連携の会

看護師の連携の会

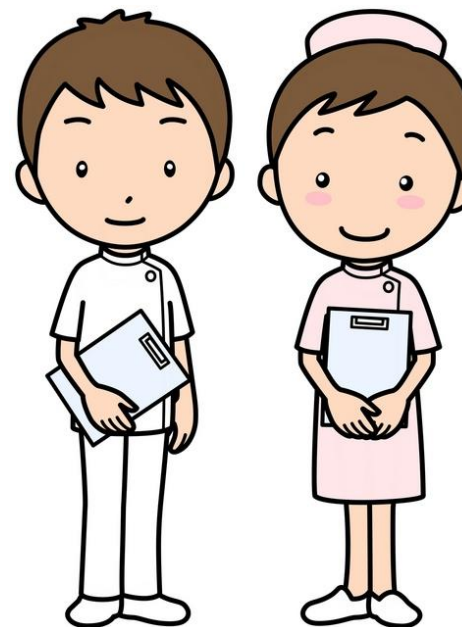


そんなに簡単じゃない



生活に必要なアセスメント
治療は生活全体のごく一部

介護従事者

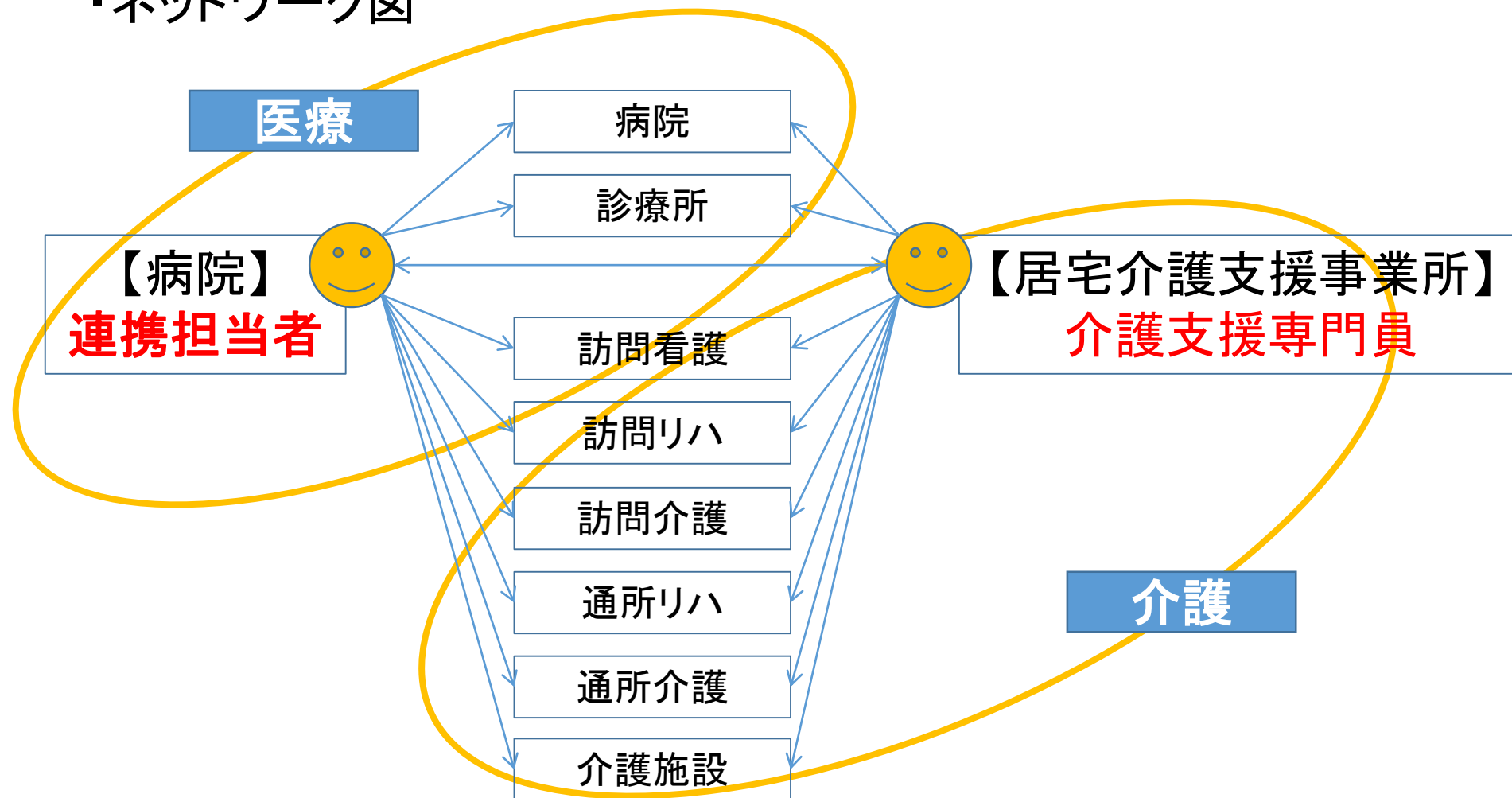


治療に必要なアセスメント
治療が主、生活は見えない

医療従事者

病院の連携担当者と介護支援専門員の役割

・ネットワーク図



まとめ

1. 患者支援センター/地域医療連携室は地域と病院を結ぶ、窓口です。
2. 入院のみならず、外来の患者さんの相談も受け付けています。
3. 連携を深めるには、まずは顔の見える関係！



今後ともよろしくお願いいたします。
本日はお疲れ様でした。