

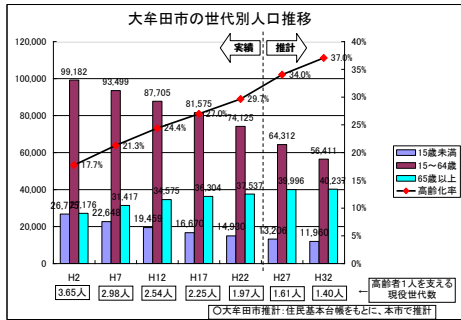
在宅看取りの現状と課題 ～急性期病院の立場から～

- 1 大牟田市の高齢者数
- 2 在宅移行時のバリア
- 3 地域連携充実のヒント
- 4 地域連携の診療報酬
- 5 まとめ

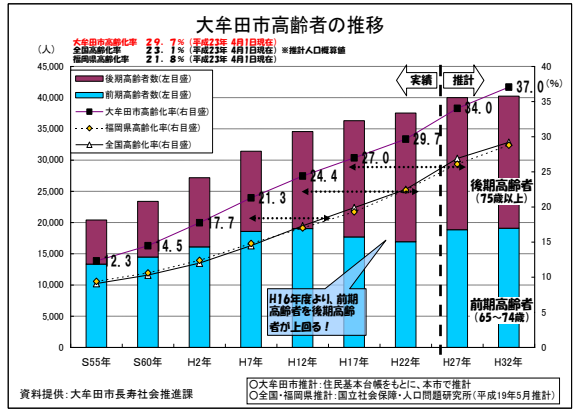


2012年2月14日  
地方独立行政法人 大牟田市立病院  
地域医療連携室 がん相談支援センター  
MSW 北嶋 晴彦

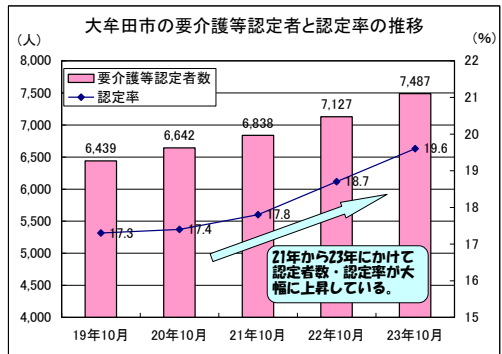
資料提供: 大牟田市長寿社会推進課



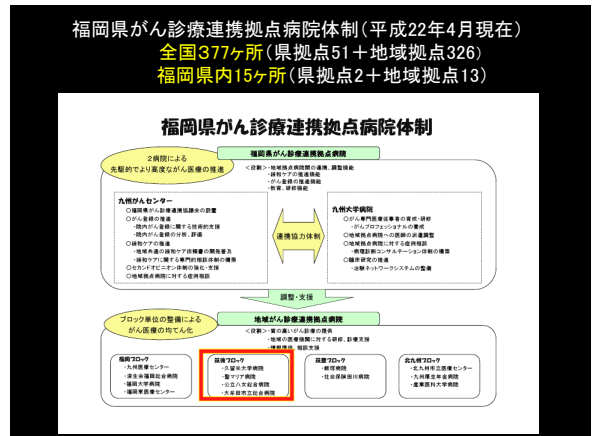
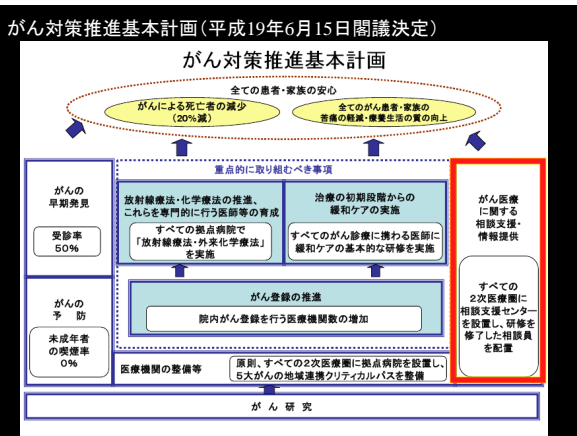
○本市では、近年高齢者数の増加そのものは鈍化しているものの、現役世代(15～64歳の生産年齢人口)は今後も減少が見込まれます。  
○そのため、高齢者1人を支える現役世代の数も大幅に減少し、平成22年で高齢者1人あたり1.97人と既に我が国の20年先の状況です。



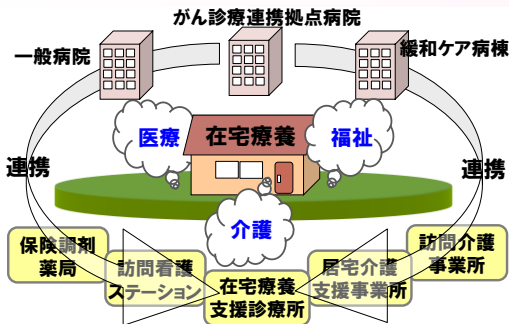
資料提供: 大牟田市長寿社会推進課



資料提供: 大牟田市長寿社会推進課



## 緩和ケアの地域(医療圏)連携



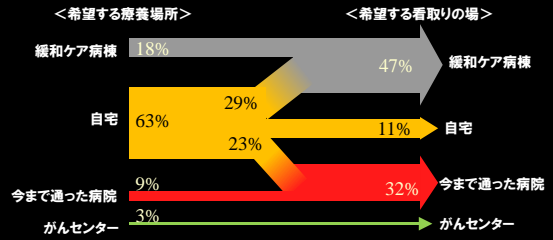
PEACE Project (2009)「M-9: 地域連携と治療・療養の場の選択」スライドより

Copyright©Japanese Society for Palliative Medicine JSPPM

## がん患者の在宅支援

希望する療養場所は変化する

「痛みを伴う末期状態(余命が半年以下)」の場合一般集団2,527人(2008年)



⇒ いつでも、どこでも、切れ目のない緩和ケアが提供できる体制を整備する必要がある

厚生労働省「終末期医療に関する調査」結果(2008年10月27日) / PEACE Project (2009)「M-9: 地域連携と治療・療養の場の選択」スライドより

## 大牟田市立病院の患者実績(平均)

項目	平成21年度実績	平成22年度実績
外来患者(日)	606.0人	604.0人
入院患者(日)	298.3人	296.9人
新規入院患者(月)	602.0人	614人
退院患者(月)	602.5人	612人
平均在院日数	13.4日	12.7日
救急車搬送患者(月)	165人	153人
紹介率	50.2%	53.2%
逆紹介率	57.0%	61.4%

## 在宅移行におけるさまざまなバリア(一部)

### 病院側の抱えるバリア

- ✓在宅医療に対する知識不足
- ✓在宅移行の適当な基準・条件が不明確
- ✓退院支援システムが未確立
- ✓時間が無い(忙しい)

### 地域医療機関のバリア

- ✓職員のマンパワー不足
- ✓患者の情報共有が不十分
- ✓緩和医療の知識・技術不足
- ✓緊急入院先が確保できない

### 患者・家族側のバリア

- ✓病院に対する依存意識
- ✓在宅医療へ理解不十分
- ✓介護力(独居、高齢者世帯)
- ✓安心・安全の保証がない
- ✓経済力(自己負担)

### 制度のバリア

診療報酬・介護保険制度の限界

林 昇甫(2009)市立豊中病院「本誌に求められている地域医療連携とは」jp105 緩和ケアVOL19, No.2, 3月 ※左記文献に著者帰属

## <在宅側からみた医療の現状>

- ①退院時期や状態について、病院医師のビジョンが明確ではない
- ②延命化学療法の終了時期が不明瞭。ギアチェンジの概念が不明瞭
- ③病棟看護師が患者・家族と共に、退院後の生活がイメージ出来ない
- ④病院スタッフ側に、在宅医療の現場、システムが見えていない
- ⑤施設内の退院システムや在宅医療機関との連携のしきみがない
- ⑥介護力などで在宅医療の選択そのものが厳しい状況にある
- ⑦病院側にとって、在宅移行後の医療費について具体的説明が難しい

白龍堂(2009)「在宅ケアの視点からみた急性期病院に求められる地域連携」『緩和ケア』19(2)pp108-111

## 入院から在宅に移行する際のポイント

- 患者・家族の希望を明らかにする
- 介護力の有無、家の構造・患者や家族の生活パターンなどの情報をえる
- 入院中から在宅でも可能な医療を行う
- 家族を交えて必要な介護方法を指導する
- ケアマネージャー・MSW・訪問看護師らと早期に連絡をとり合い情報を共有する
- 退院前カンファレンスを実施する

PEACE Project (2009)「M-9: 地域連携と治療・療養の場の選択」スライドより

Copyright©Japanese Society for Palliative Medicine JSPPM

ケアマネジャーから医療側への意見(一部)

医療・介護の連携推進のための意見交換会より

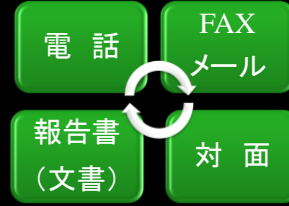
- ✓患者の高齢化に伴い、在宅に困難を要する患者も増え、連携の強化が必要であると思っています。
- ✓往診できる医療機関を知っておくとターミナル時でも対応ができる。
- ✓今後在宅支援が増えてくると、医師のCMの関係づくりが必要。
- ✓医師との面談は敷居が高く感じる・・・永遠の課題と思うが・・・
- ✓ある病院では、医師へ介護認定結果やケアの留意点をお聞きしようと思っても、患者の受診時同席でない場合は、受付の看護師から断られる。
- ✓直接医師に面会を依頼しても時間が無いといわれることがある。
- ✓患者の退院に合わせてカンファレンスをしたいが時間が無いので困難。
- ✓ケアマネタイム(医師とケアマネの情報交換の時間)を設けてほしい。1回/週でもよいので。

第1回~4回 1回/年 約120名(参加者) 主催:大牟田市介護支援専門員連絡協議会

コミュニケーションツールの特徴を理解して活用する

緊急時の連絡  
相手の都合が不明

電話では伝わりにくい事を  
確実に伝えたい  
即時性がない



文書は診療業務の一環  
情報開示の対象

顔の見える連携  
言語・非言語の会話  
時間調整が大変

退院前カンファレンス(退院時共同指導2)

「合同カンファレンスシート」は  
電子カルテへ保存。  
記載は直接カルテ記載し保存  
ができる。

※下記はがんターミナルケアカンファレンスの実際



退院支援に関する評価(一部)

※2010年診療報酬改定

加算項目	保険点数	備考
急性期病棟等退院調整加算1	140点	入院中1回
急性期病棟等退院調整加算2	100点	
慢性期病棟等退院調整加算1(2)	100点(100点)	(入院中1回)
退院支援計画作成加算	140点(100点)	(退院時1回)
退院加算	140点(100点)	
障害者施設病棟からの退院	340点(300点)	
新生児特定集中治療室退院調整加算	300点	退院時1回
退院時リハビリテーション指導料	300点	退院日1回
介護支援連携指導料	300点	入院中2回 ケアマネと連携

退院支援に関する評価

退院時共同指導料

名称	診療報酬	条件
退院時共同指導料1 (在宅を担う医療機関)	1000点	在宅療養支援診療所 末期がんの場合2回可
	600点	上記以外
退院時共同指導料2 (入院中の医療機関)	300点(+300点※1)	入院中の医療機関 末期がんの場合2回可
	+2000点	3職種以上の参加 ※2

※1 在宅医療を担う医師が参加した場合 +300点

※2 在宅医師、看護師、保険薬剤師、訪問ST看護師、ケアマネ、他

その他、地域連携の評価(一部)

項目	平成22年	備考
退院時 リハビリテーション指導料	300点	自宅退院時1回 リハスタッフ、看護師、 社会福祉士等でも可
開放病院共同指導料1 (在宅医療を担う医療機関)	350点	患者1人1日につき 1回算定
がん治療連携計画策定料 (がんパス)	750点	がんの治療目的の 初回入院のみ
がん治療連携指導料	300点	連携先の医療機関。 1回/月

平成21年度介護報酬改定(一部)

医療と介護の連携加算:

連携の強化・推進を図る観点から、病院と利用者の  
関する情報共有等の評価

算定要件:

病院又は診療所に入院する利用者につき、該当病院又  
は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を  
提供した場合

項目	平成21年度	備考
医療連携加算	150単位/月	ひと月1回
退院・退所加算	(I) 400単位/月	入院・入所が30日以下
	(II) 600単位/月	入院・入所が31日以上

ご案内

第4回 緩和ケア研修会(医師向け)

日時 2012年7月7日(土)・8日(日) 2日間  
場所 大牟田市立病院  
参加費 お弁当や軽食にかかる費用負担(2千円)  
その他 1日単位での受講が可能  
講習会は各がん拠点病院で開催  
募集期間は5月~6月位に

主な講義内容

緩和ケア概論      がん性疼痛の評価と治療  
呼吸困難          消化器症状  
精神症状          コミュニケーション講義  
地域医療と治療・療養の場の選択 他



添付資料

24年改定の医科重点項目について  
中医協発表:2012年2月10日

重点課題2-1

医療介護連携等の推進/在宅医療の促進(pp47~63)

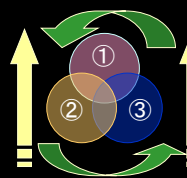
在宅医療の促進について

在宅緩和ケア等の促進について  
在宅の療養に係る技術・機器等の評価  
在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて  
看取りに至るまでの医療の充実について

まとめ

<在宅ケア推進に必要な3つの視点>

- ① 患者・家族の意向を聴く
- ② 緩和ケアの医療・介護の資源を知る
- ③ 施設内外の有機的ネットワーク構築



ケアカンファランス  
(デスカンファランス)  
ケアマネジャーの積極的活用  
研修会等への参加  
(スキルアップ)

正のスパイラル