

令和5年度 在宅療養支援研修

2023年9月7日～8日



患者・家族が安心して地域で生活するための在宅療養支援に関する知識を習得し、実践に活かすことができる能力を向上することを目的にWEBで2日間研修を開催しました。
九州地区14病院より64名の方が受講されました。

「医療・看護・介護施策の動向と JCHOの使命である地域包括ケアの推進」

医療保険制度と介護保険制度 2000年にスタート

医療保険	介護保険
医療・サービスを受けられる者	要支援(1・2)、要介護(1~5)の認定を受けた者 (HIMOSAL2.1)
被保険者等全員	利用者がサービスを選択
医師が判断	要介護度により区分支給限度基準額の設定あり
保険給付	制限なし
単位単価	1点 = 10円
一部負担金	1割・2割・3割
改定	2年ごと
	1単位 = 1.0円 ~ 1.40円 サービスの種類によって地域別に設定
	1割 (一定以上所得者は2割・3割)
	3年ごと

(2021年)

4) JCHOの理念・使命とJCHOの地域包括ケア推進

我ら全国ネットのJCHOは、地域住民・行政・関係機関と連携し、地域医療の改革を進め、安心して暮らせる地域づくりに貢献します。

- JCHOは全国57の病院グループである。
- JCHOの【連携】とは予防から医療・介護まで切れ目ないケアという意味を込めている。
- 『病気を治す医療』→『暮らしを支える医療』にシフトしている中、JCHOは地域が抱えている課題や地域のニーズに対応し、安心して地域づくりに貢献する理念を忘れずに！



「病院における在宅療養支援とは」

Webex ミーティング情報

02:35:11

九州地区事務所 主催者: 自分

「治すための看護」+「生きることを支える看護」

- 患者・家族の人生・生活を支える視点を持ち、**生活の場に戻ることができる。**
- 地域社会資源の力をかり、**地域全体でケアする仕組み**
多職種・多機関で**チームアプローチ⇒連携強化**
- 在宅で安全な医療が提供できるように**アレンジし、外来・病棟・地域を繋ぐ**
⇒看護師のアセスメント能力が重要！

JCHO 地域包括ケア 地域医療機能推進機構

九州地区事務所 主催者: 自分

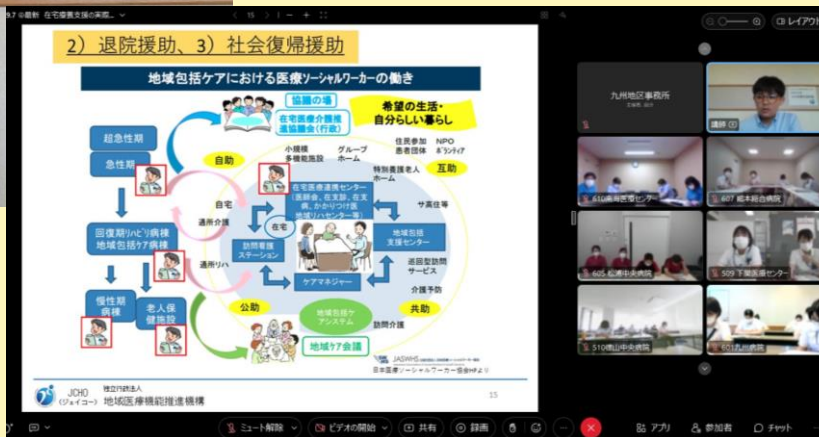
看護師の役割

- 24時間患者の一番近いところで生活と医療を支えている。
- 生活に軸足を置き、生活を分断しない医療の担い手である。
- 看護師がマネジメント機能を発揮し、多職種と協働しながら入退院支援=在宅移行支援に取り組むことが重要。

急性期病院では、医療を優先し**患者を生活者としてとらえる**ことが難しい(暮らしの場へ戻っていくイメージが持たにくい)。

患者を**生活者としてとらえる**視点の強化
その人らしい生活に戻すためのマネジメント機能
「医療中心」⇒「医療と生活(ケア)」の両面を支える意識改革が必要

「在宅療養支援の実際（MSWの立場から）」



看護職以外の講義を聞くことができ、視野を広げることができました。

「在宅療養支援調整の実際（ケアマネジャーの立場から）」

JCHO 地域医療機能推進機構

ケアマネジャーの業務内容

- ・正式名称を『介護支援専門員』
- ・2000年(平成12年)介護保険制度施行とともに誕生
- ・居宅介護支援事業所や介護保険施設に配置
- ・業務内容は主に下記の内容
 - ① お年寄りやその家族の介護相談
 - ② 要介護認定の書類作成代行
 - ③ ケアプランの作成



「入退院支援専従看護師の活動の実際」

入退院支援部門の概要、診療報酬

入退院支援加算(退院時1回) ※一般病棟入院基本料算定の場合

入退院支援加算1	700点	入退院支援加算2	190点	入退院支援加算3	1200点
----------	------	----------	------	----------	-------

入退院支援および地域連携業務を担う部門の設置

入退院支援および地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護職員または社会福祉士が1名以上
 ①専従の看護職員が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置
 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護職員を配置

各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護職員または社会福祉士を配置(1病棟1名以上)

連携機関(保険医療機関、介護保険の居宅サービス事業者等)の数が2以上かつ連携機関の職員と面会を年5回以上実施

相談支援専門員との連携等の実績

徳山中央病院(507床)の場合は76件/年の連携実績が必要

入退院支援加算の届出状況

加算3のみ	22
加算2のみ	2221
加算1のみ	1944
加算1+加算3のみ	99

「在宅療養支援の実際」 (訪問看護ステーションの立場から)

訪問看護とは

病気や障害を持った人が住み慣れた地域でその人らしく療養生活を送れるように看護師等が**生活の場へ訪問し、医師の指示書**のもとに、看護ケアを提供し、自立した生活を送れるよう支援するサービス



「介護老人保健施設での在宅療養支援の実際」

当施設での入所までの流れ

入所相談

- 支援相談員が窓口となり入所の説明
- 入所の目的・内服薬・本人・家族の希望の確認

判定会議

- 医師・看護師・リハビリ・管理栄養者・相談員・介護福祉士・介護支援相談員等多職種で入所の可否について検討する

入所

- 施設内案内・入所生活の説明
- 入所目的・家族本人の希望を再確認。暫定プランの説明と同意
- 体調チェック(入所前PCR検査・バイタルサイン)

「地域包括ケア病棟での在宅療養支援の実際」

1. 地域包括ケア病棟とは

急性期の患者に対し、状態の早期安定に向けた医療を提供する
 <急性期病棟>

急性期を経過した患者へ、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する
 <回復期リハビリテーション病棟>

長期療養を必要とし、自宅療養が困難な患者に対し医療を提供する
 <療養病棟>



グループワーク 「在宅療養支援を推進するために必要なことと私ができること」



他の病院と意見交換し、
参考になることがありました。



各グループ発表

利用者の看護内容」に
がん化学療法とありましたが、
どのようなことか教えてください。

【回答】

通院や入院で化学療法を受けておられる方や、抗がん剤内服されている方が在宅療養される場合、体調の管理、副作用の確認（倦怠感・口腔内トラブル・味覚障害・消化器症状・皮膚障害 等）・食事摂取量や排泄・清潔の保持など日常生活状況を確認、把握します。

必要時は主治医への連絡や相談を行い外来受診時等に対応して頂けるような手配を行います。

観察内容は病院看護と同じですが、在宅療養において利用者が「何に困っているのか。」

「どのような心配事を抱いているのか」を聞き取り対応することが病院と異なる部分であると思っています。

【アンケート結果より抜粋】

- * 看護師だけでなく他職種（MSW ケアマネ）、また病棟外で働く看護師の在宅療養支援としての役割や働きが知れてよかった。
- * 連携のために必要な視点を学べ、自部署での指導に活かしたい。
- * 退院後の生活を意識した関わりが大事だと思った。
- * 治療ばかりに目を向けてしまっていたので、患者さんの生活の場をイメージして日々関わっていききたい。

