

# 各論

- 1 在宅ケアにおける薬剤師の役割
- 2 在宅ケアにおける管理栄養士の役割
- 3 在宅ケアにおける訪問看護の役割
- 4 在宅歯科医療 現状とその問題点
- 5 介護支援専門員の役割  
～その人らしい生活を支える～
- 6 在宅ケアにおけるリハビリテーションの役割
- 7 病院と在宅医療のシームレスな連携

## 1 在宅ケアにおける薬剤師の役割

雑賀 匡史

### 目 標

処方された薬が医師の指示通り正しく使用されず、「残薬」というかたちで使われないまま放置された薬が、在宅医療の現場には大量に存在している。日本全国における残薬を集約すると約475億円とも言われ、深刻な社会問題となっている。患者が服薬管理不良となってしまう理由がどこにあるのかを探り、その問題を解決することは、在宅医療で適切な薬物治療を継続できるかどうかを考える上で重要なポイントである。また、多科受診で見られる重複投与やポリファーマシーの問題、認知機能低下による服薬アドヒアランス低下など、在宅医療現場での服薬における問題はさまざまである。この講義では、在宅ケアにおける薬剤師の役割を知っていただくことで、円滑な多職種連携関係を構築し、患者にとってより良い在宅医療を提供していただくことを目的とする。

### Keyword

訪問薬剤管理指導、在宅医療、薬剤師、多職種連携

### 内 容

1. 残薬問題
2. 薬剤が行う在宅服薬支援
3. 服薬アドヒアランスとポリファーマシー
4. 薬剤による認知機能低下
5. まとめ

令和3年度 厚生労働省委託事業  
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第3部

【各論1】

# 在宅ケアにおける薬剤師の役割

全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 研修・教育委員会 委員

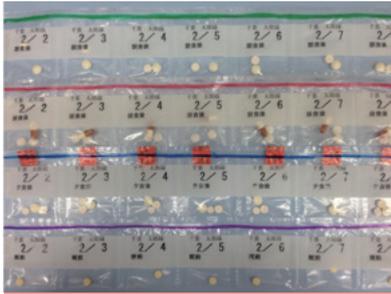
雑賀 匡史

## 1 残薬

日本全国の残薬 約475億円 !!



## 2 薬剤師が在宅で行う服薬支援



一包化



お薬カレンダー



服薬BOX



フィジカルアセスメント



服薬BOX

## 3 在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

中医協総-3 29.1.11

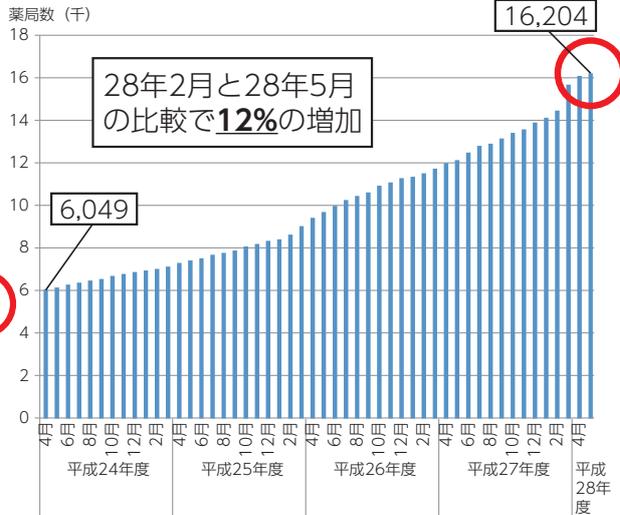
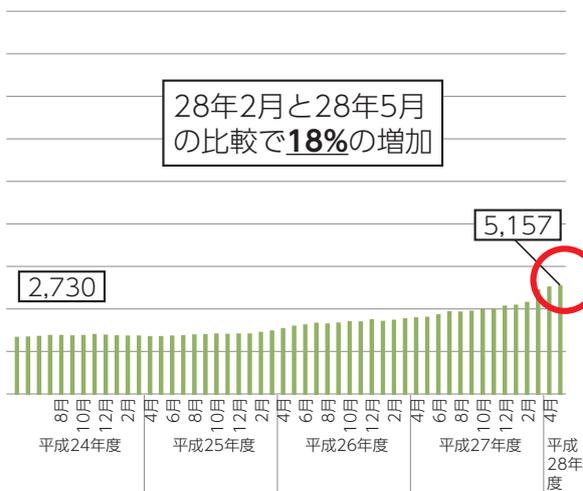
基準調剤加算の見直しにより在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数（医療保険）

居宅療養管理指導費算定薬局数（介護保険）

薬局数（千）

薬局数（千）



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

〔出典〕「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）特別集計、老健局老人保健課作成

在宅訪問を実施している薬局数は近年増加傾向にある 約28%

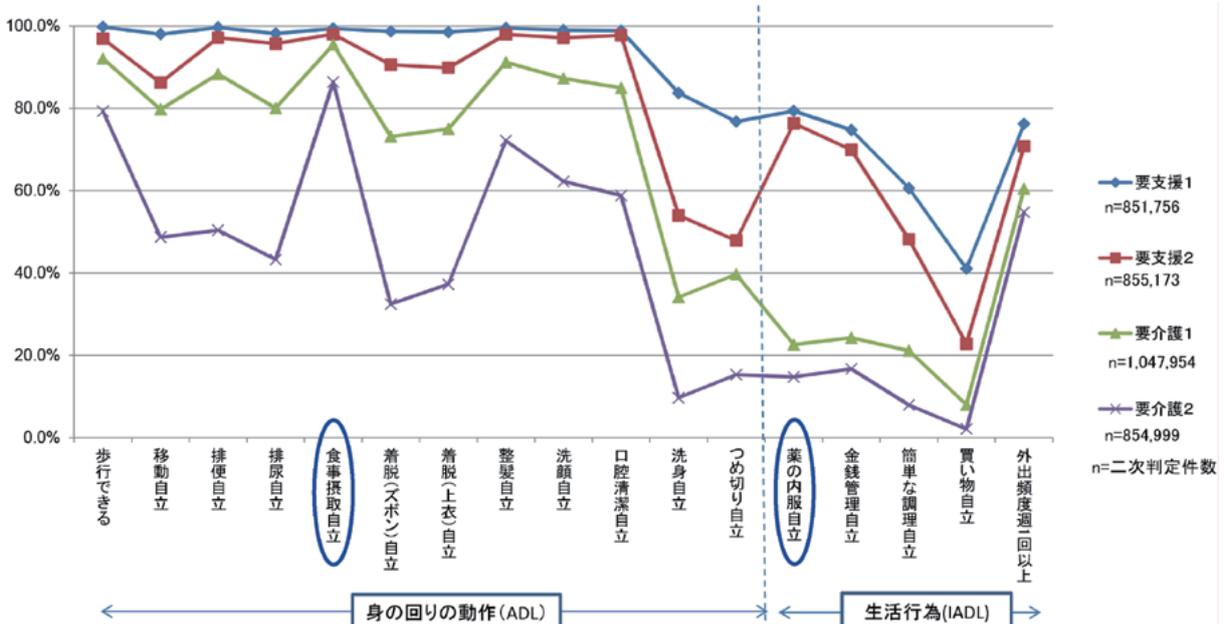
## 4 在宅医療の対象者

### 訪問の対象者：通院困難な人 (医師からの訪問指示が必要)



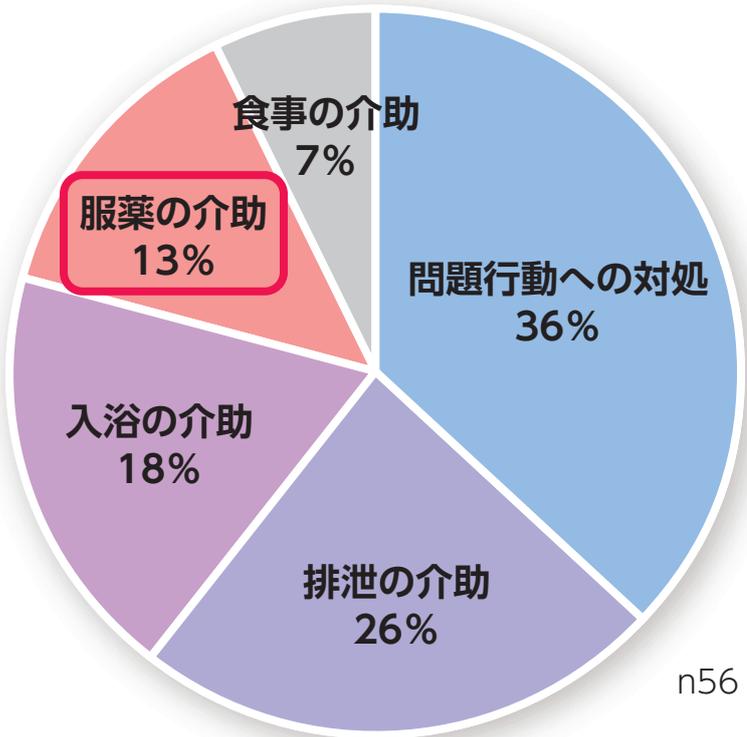
## 5 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



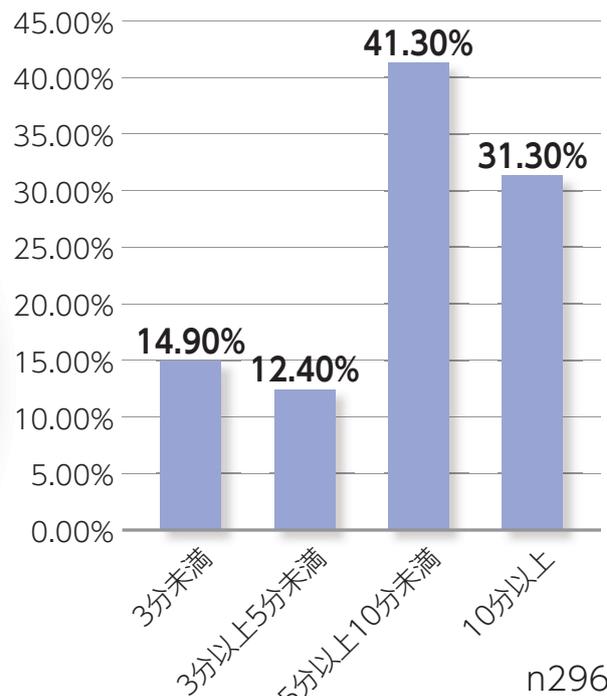
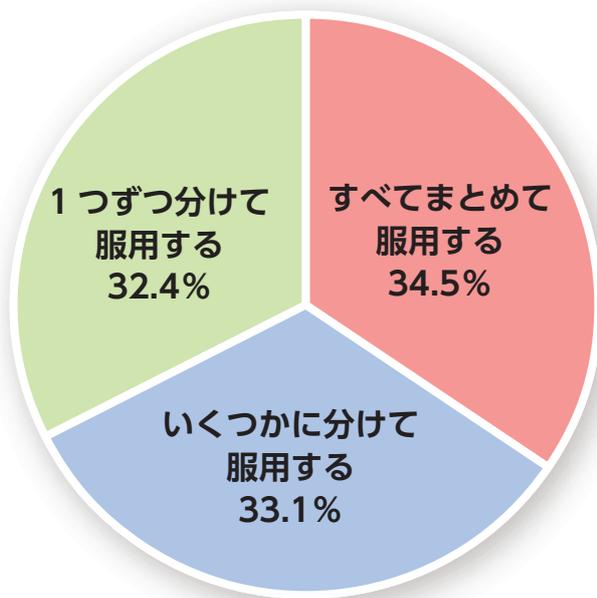
※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。  
 ※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

## 6 介護者にとって負担と感ずる行為



介護者が感じる服薬介助負担のアンケート調査 Hiromichi Suzuki et al 社会薬学 Vol.32 No.2 2013

## 7 服薬方法・平均服薬時間



痴呆性高齢者の在宅服薬管理と介護負担の関連について 今井幸充 治療 Vol.87 No.2 2005.2

## 8 服薬能力を把握する

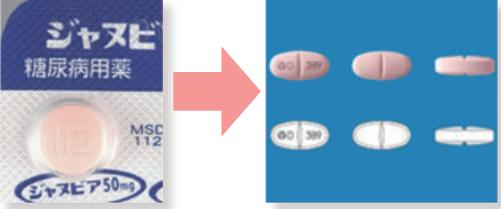


## 9 服薬介助しやすい剤形

服薬介助しやすい剤形		服薬介助しにくい剤形	
錠剤	71%	散剤	63%
散剤	12%	漢方薬	15%
カプセル剤	4%	該当なし	8%



## 10 服薬負担を減らす工夫

 <p>剤型変更（嚥下負担を減らす）</p>	 <p>剤型変更（量を減らす）</p>	 <p>2剤→合剤（数を減らす）</p>
 <p>毎日製剤→週一製剤（服薬回数を減らす）</p>	 <p>毎日製剤→月一製剤（服薬回数を減らす）</p>	

## 11 服用薬の精査

Poly：多く Pharmacy：調剤  
**polypharmacy**（ポリファーマシー）：多剤併用

### 5～6種類以上の内服薬の併用

- **6剤以上**：薬物有害事象の発生頻度上昇
- **5剤以上**：転倒の発生頻度上昇



高齢者の多剤併用と老年症候群 Kojima T, Akishita M et al. Geriatr Gerontol Int, 2012

必ずしも「Polypharmacy=悪」ではないが  
**重複投与**や**漫然投与**がされていないか定期的に精査する必要がある

**多科受診している場合は併用薬に特に注意！**

## 12 薬剤による認知機能低下

- ・ 認知機能低下の背景に**薬剤が影響**している可能性を常に念頭に置く
- ・ 認知機能障害を呈する患者の**2~12%**が薬剤と関連する

### 薬剤による認知機能低下の特徴

- ①**注意力低下**が目立つ
- ②薬物服用による認知機能障害の**経時的変化**がみられる
- ③**せん妄**に類似した症状を呈することがある
- ④**薬剤中止**により認知機能障害が改善する
- ⑤薬剤の**過剰投与**により認知機能が悪化する

認知症疾患診療ガイドライン2017より抜粋

## 13 参考：中枢神経系の有害事象を引き起こす可能性がある薬剤1

抗精神病薬など	抗認知症薬	躁病・うつ状態治療薬			
クエチアピン クロルプロマジン スピペロン スルピリド チアプリド チミペロン ネモナプリド ハロペリドール ピモジド プロクロルペラジン プロナンセリン プロペリシアジン ペロスピロン モサプラミン レボメプロマジン クロカブラミン プロムベリドール ピバンペロン アリピプラゾール クロザピン バリベリドン オランザピン	ドネペジル ガランタミン リバスチグミン メマンチン	リチウム	ドスレピン トラゾドン トリミプラミン ノルトリプチリン パロキセチン フルボキサミン マプロチリン ミルナシبران ロフェプラミン ミアンセリン デュロキセチン ミルタザピン アトモキセチン ベンラファキシン	フェノバルビタール プリミドン トピラマート レベチラセタム ラモトリギン	
	抗 Parkinson 病薬	ジスルフィラム	中枢神経刺激薬	抗不安薬・マイナー トランキライザー	
					アマンタジン エンタカポン カベルゴリン セレギリン タリベキソール トリヘキシフェニジル ドロキシドパ ビペリデン プラミベキソール プロフェナミン プロモクリプチン ベルゴリド マザチコール レボドパ ロピニロール イストラデフィリン ロチゴチン アポモルヒネ
			ベモリン メチルフェニデート モダフィニル	抗てんかん薬	アルブラゾラム クロキサゾラム クロチアゼパム クロラゼパ酸 クロルジアゼポキシド ジアゼパム フルジアゼパム フルタゾラム フルトラゼパム プロマゼパム メキサゾラム ロフラゼパ酸 ロラゼパム トフィソパム
			脳代謝促進薬	アセタゾラミド エトスクシミド ガバベンチン カルバマゼピン クロナゼパム クロバザム スルチアム ゾニサミド トピラマート バルプロ酸	睡眠導入薬
			γ-アミノ酪酸		アモバルビタール エスタゾラム
			選択的ドパミン作動薬		
			テルグリド		
			抗うつ薬		
			アミトリプチリン アモキサピン イミプラミン クロミプラミン セチプチリン セルトラリン		

認知症疾患診療ガイドライン2017より抜粋



## 16 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準			
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している			
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる			
	<table border="0"> <tr> <td>IIa</td> <td>家庭外で上記 II の状態が見られる</td> </tr> <tr> <td>IIb</td> <td>家庭内でも上記 II の状態が見られる</td> </tr> </table>	IIa	家庭外で上記 II の状態が見られる	IIb
IIa	家庭外で上記 II の状態が見られる			
IIb	家庭内でも上記 II の状態が見られる			
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする			
	<table border="0"> <tr> <td>IIa</td> <td>日中を中心として上記 III の状態が見られる</td> </tr> <tr> <td>IIb</td> <td>夜間を中心として上記 III の状態が見られる</td> </tr> </table>	IIa	日中を中心として上記 III の状態が見られる	IIb
IIa	日中を中心として上記 III の状態が見られる			
IIb	夜間を中心として上記 III の状態が見られる			
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする			
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする			

服薬介助が必要になるのは IIb から

## 17 まとめ

### ①身体的な問題（嚥下障害、手指動作機能・認知機能低下）

- ・高齢者は唾液分泌量が成人の約1/3まで低下
- ・フレイル、サルコペニアによる筋力低下
- ・薬剤による嚥下障害・認知機能障害  
(抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬などによる動作緩慢、食事時の眠気、流涎、認知機能低下)

### ②薬・用法の問題（剤型・用法）

- ・服用しやすい剤型を選択（カプセル、楕円形は飲み込みにくい）
- ・服薬し易い現実的な用法に変更する（患者や介護者の負担が少ない用法への変更）

### ③フォローアップ体制の問題（在宅復帰）

- ・服薬介助できる人を確保する  
(社会資源はフォーマル・インフォーマルの両方から検討)
- ・薬剤師による訪問薬剤管理指導の利用

## 2 在宅ケアにおける管理栄養士の役割

前田 佳予子

### 目 標

超高齢社会を迎え、医療に求められる機能と役割は大きく変わる中、地域包括ケアシステムの構築が急がれ、在宅医療のニーズが高まっている。高齢者が住み慣れた地域で最期までその人らしく暮らすためには適切な食・栄養支援は欠かせない。その支援の一つに在宅訪問栄養食事指導がある。令和2年度の診療報酬、令和3年度の介護報酬の改定は、管理栄養士に期待される内容の改定であった。在宅ケアにおける管理栄養士の役割について理解していただくことが目標である。

### Keyword

在宅患者訪問栄養食事指導、居宅療養管理指導、自立支援・重度化防止、栄養ケア・マネジメント、栄養ケア・ステーション

### 内 容

1. 在宅ケアを必要とする患者の動向
2. 在宅療養者の栄養状態の現状
3. 令和2年度診療報酬改定の概要
4. 在宅患者訪問栄養食事指導と居宅療養管理指導
5. 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取り組みの連携
6. 在宅ケアにつなぐ栄養ケア・ステーション

令和3年度 厚生労働省委託事業  
**在宅医療関連講師人材養成事業 研修会**  
 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第3部  
 【各論2】

**在宅ケアにおける管理栄養士の役割**

一般社団法人 日本在宅栄養管理学会 理事長

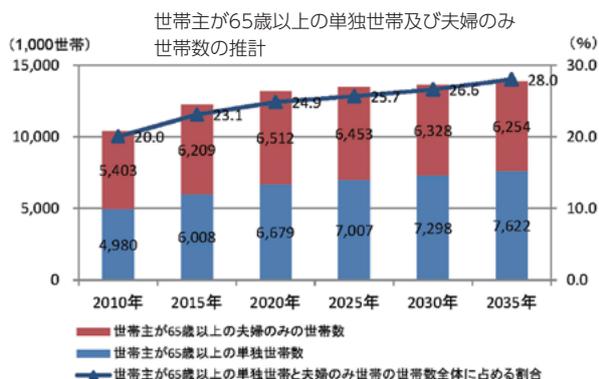
**前田 佳予子**

**1 今後の高齢者人口の見通しについて**

65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

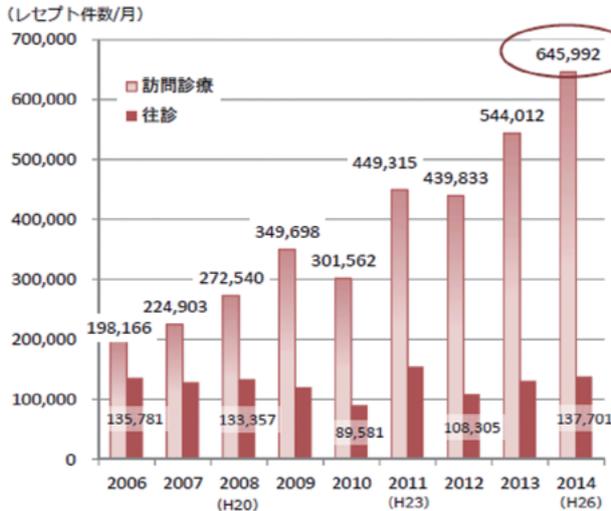
	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 ( )は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

## 2 在宅医療を受ける患者の動向

- 訪問診療を受ける患者は、大幅に増加。往診の患者は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者であるが、小児や成人についても一定程度存在し、その数は増加傾向。

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの  
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の算定件数推移



在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比

	2008 (H20)	2011 (H23)	2014 (H26)
計	272,540	449,315	645,992
0-4歳	0 (0.0%)	38 (0.0%)	448 (0.1%)
5-19歳	0 (0.0%)	1,085 (0.2%)	1,046 (0.2%)
20-39歳	2,502 (0.9%)	3,499 (0.8%)	3,770 (0.6%)
40-64歳	12,443 (4.6%)	23,074 (5.1%)	19,004 (2.9%)
65-74歳	31,488 (11.6%)	35,384 (7.9%)	46,713 (7.2%)
75-84歳	93,044 (34.1%)	152,390 (33.9%)	192,807 (29.8%)
85歳以上	133,063 (48.8%)	233,845 (52.0%)	382,204 (59.2%)

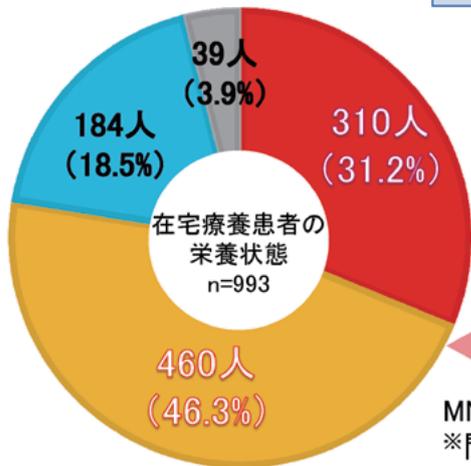
出典：社会医療診療行為別調査（厚生労働省）

## 3 在宅療養患者の栄養状態

- 低栄養(0~7点)
- 低栄養のおそれ(8~11点)
- 良好(12~14点)
- 欠損値

### 対象

在宅で診療または訪問対応した65歳以上の在宅療養患者993人(男性384人、女性609人)  
 在宅療養者…自宅で「訪問診療」、「訪問歯科」、「訪問看護」、「訪問リハビリテーション」、「訪問栄養指導」、「訪問薬剤指導」を受けている者



### 在宅療養患者の栄養状態

低栄養

+

低栄養のおそれ

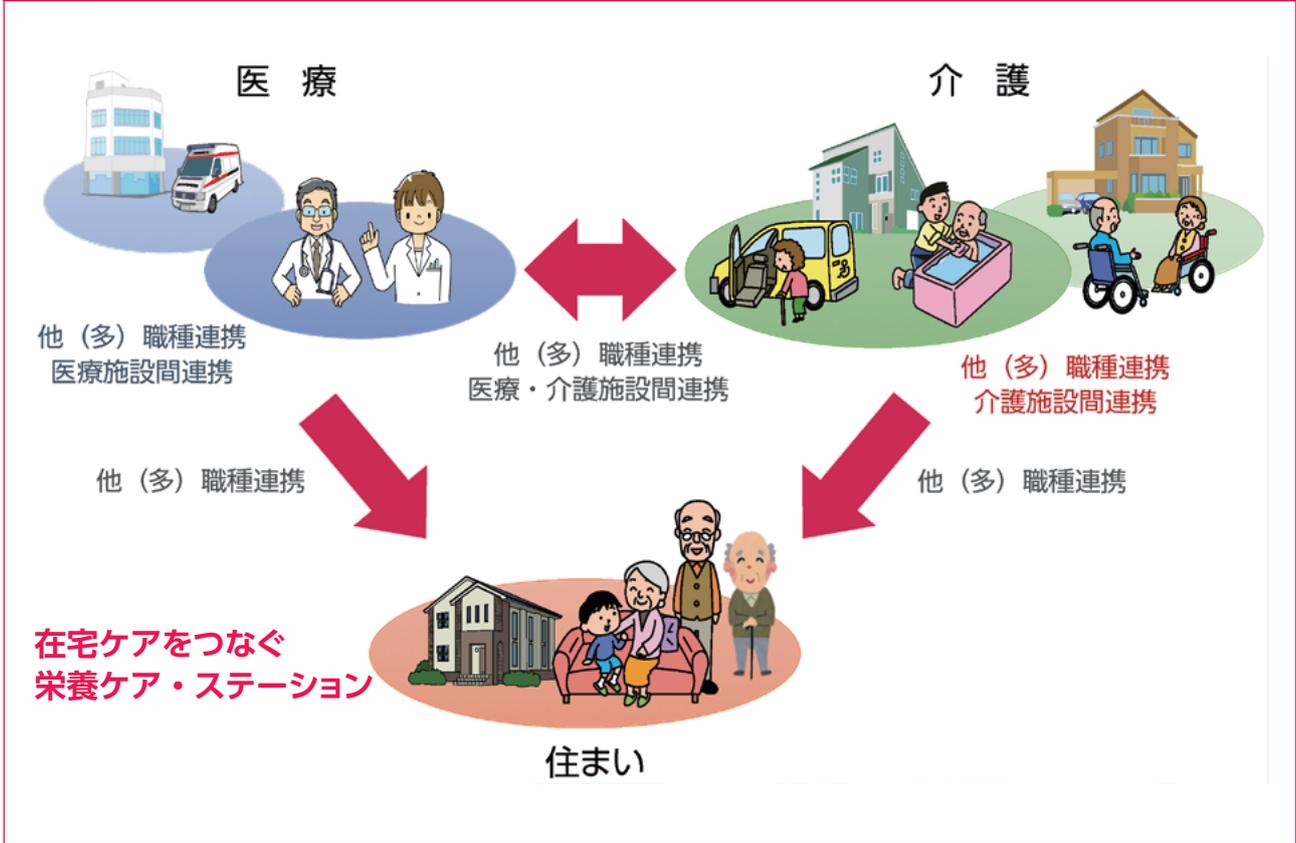
▶▶ 77.5%

MNA-SF(簡易栄養状態評価表)※

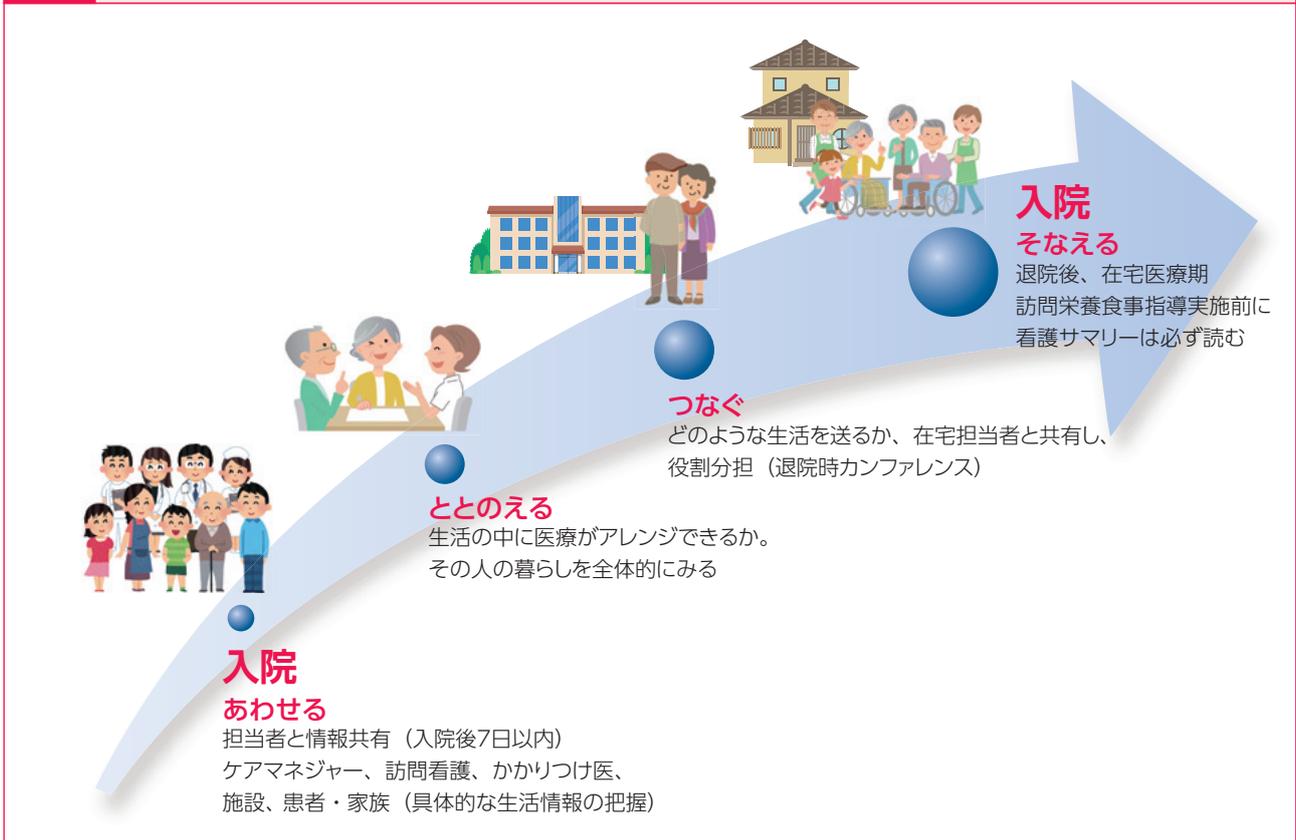
※問診票を主体とする簡便なスクリーニング法

大塚理加, 齋藤京子, 葛谷雅文 他：在宅療養高齢者の栄養状態・摂食状況について, 日本在宅栄養管理学会誌3(1), 3-11, 2016.  
 (平成24年度老人保健健康増進等事業 在宅療養高齢者の摂食状況・栄養状態の把握に関する調査研究)

## 4 地域包括ケアの鍵となるのが栄養・食事



## 5 入退院支援のイメージ



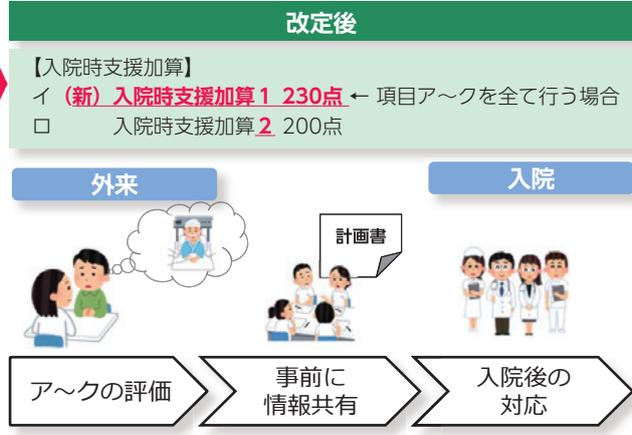
## 6 入退院支援の取り組みの推進

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-4 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 - ②、③

### 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の評価をさらに評価する。

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）



### 総合機能評価加算の新設

- ▶ 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

## 7 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-3 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 - ①

### 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

- ▶ 在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

現行	
【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 【算定要件】	
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。	
(7) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。	
【対象患者】 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-RIによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかか有する者をいう。 ア ショック状態のもの イ 重度の末梢循環不全のもの ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの エ 強度の下痢が続く状態であるもの オ 極度の皮膚脆弱であるもの カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの キ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの	

改定後	
【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 【算定要件】	
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。	
(7) 「注1」については、初回カンファレンス時に算定できる。また、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に2回目のカンファレンスとして算定できる。2回目のカンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した3回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。	
【対象患者】 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-RIによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかか有する者をいう。 ア 重度の末梢循環不全のもの イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの ウ 強度の下痢が続く状態であるもの エ 極度の皮膚脆弱であるもの オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの	

## 8 栄養情報の提供に対する評価の新設

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ - 4 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 - ⑦

### 入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

- ▶ 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

#### (新) 栄養情報提供加算 50点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、**入院中の栄養管理に関する情報を示す文書**を用いて患者に説明するとともに、これを**他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供**する。



入院医療機関

<入院中の栄養管理に関する情報>

- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態（嚥下食コードを含む。）
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等



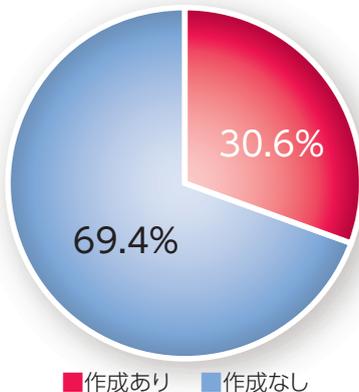
在宅担当医療機関等

## 9 転院先等への栄養管理の情報提供

中医協 総-2 元. 11. 8

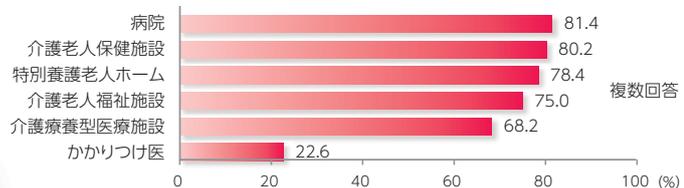
- 退院・転院にむけ、栄養情報提供書を作成している病院は約3割である。
- 栄養情報提供書の提供先は、病院、介護老人保健施設等が約8割であるが、かかりつけ医は、約2割であった。
- 転院先等への栄養管理の情報提供として多いのは、摂食嚥下機能低下、経管栄養等の患者の栄養管理に関するものである。

退院・転院にむけ、栄養情報提供書を作成しているか



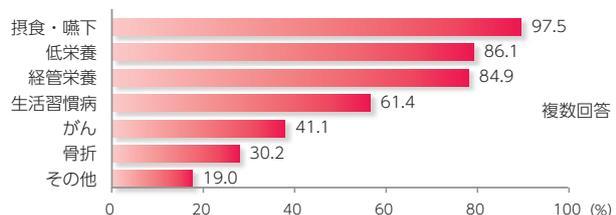
対象：日本栄養士会会員が勤務する全国2,903病院

栄養情報提供書をどこに提供しているか



対象：左図で「作成している」と回答した887病院のうち、本設問に無回答であった57病院を除く830病院

どのような患者の栄養情報を転院先等に提供しているか



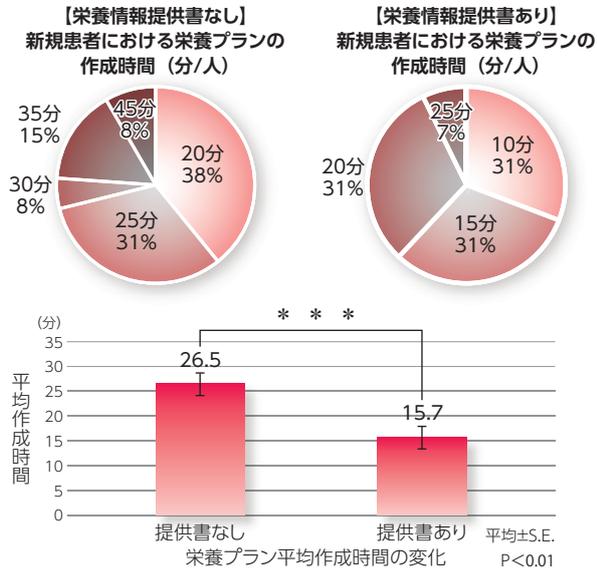
対象：左図で「提供している」と回答した887病院のうち、本設問に無回答であった56病院を除く831病院

出典：「平成30年度全国病院栄養部門実態調査」  
(公益社団法人日本栄養士会：平成30年)

## 10 栄養管理に関する情報提供の効果について

中医協 総-2 元. 11. 8

- 栄養情報提供書を提供している場合、提供していない場合と比較して、栄養管理計画・栄養ケアプランの作成に係る時間が有意に減少している。
- 栄養管理に関する情報提供を行った施設において、転帰直後より転院前の食形態やとろみに関する情報を参考に食形態の変更を行っていた。



栄養管理に関する情報提供書の送付先の転院後の食形態及びとろみ調整食品の変更対応の有無

対応	送付時からの変更	転帰直後	1～6か月以内	有意差 (転帰直後VS 1～6か月以内)
食形態	あり	36	8	n.s
	なし	118	38	
とろみ調整食品	あり	12	6	n.s
	なし	144	41	

出典：田中ら、日本栄養士会雑誌62 (9)、479-487 (2019)

出典：宮崎ら、日本栄養士会雑誌60 (6)、327-335 (2017)

## 11 在宅訪問栄養食事指導とは

在宅訪問栄養食事指導は、**医療保険**または**介護保険**を用いて、在宅患者宅を訪問して栄養改善を目指すサービス医療保険は「在宅患者訪問栄養食事指導」という名称で、在宅で療養を行っており、通院困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める者に対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が訪問して、具体的な献立などによって栄養管理に係る指導を行った場合に患者1人につき月2回(1回30分以上)に限り所定点数を算定できる。

これまでの医療保険は、当該医療機関の管理栄養士でないと、在宅訪問栄養食事指導料を算定できなかった。

令和2年度の改定で、当該医療機関\*以外の管理栄養士も算定できるように変更された。

医療保険  
医療機関の主治医の指示

主治医が指示する主な項目は以下の通り

- ・ 熱量、熱量構成
- ・ たんぱく質量
- ・ 脂質量

主治医の指示



\*他の医療機関および栄養ケア・ステーション (日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置・運営する栄養ケア・ステーション) の管理栄養士

# 12 栄養食事指導の見直し

令和2年度診療報酬改定 III - 4 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 - ⑧

## 外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

▶ 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、**他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。**

現行	改定後
<p><b>【外来栄養食事指導料】</b>                      イ 初回 260点                      ロ 2回目以降 200点</p> <p><b>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</b>                      1 単一建物診療患者が1人の場合 530点                      2 単一建物診療患者が2人～9人の場合 480点                      3 1及び2以外の場合 440点</p>	<p><b>【外来栄養食事指導料】</b>                      イ 外来栄養食事指導料1 (1) 初回 260点                      (2) 2回目以降 200点                      ロ <b>外来栄養食事指導料2</b> (1) 初回 <b>250点</b>                      (2) 2回目以降 <b>190点</b></p> <p><b>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</b>                      1 在宅患者訪問栄養食事指導料1                      イ 単一建物診療患者が1人の場合 530点                      ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合 480点                      ハイ及びロ以外の場合 440点                      2 <b>在宅患者訪問栄養食事指導料2</b>                      イ <b>単一建物診療患者が1人の場合 510点</b>                      ロ <b>単一建物診療患者が2人～9人の場合 460点</b>                      ハイ及びロ以外の場合 <b>420点</b></p> <p><small>【外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件】                      診療所において、特別食を医師が必要と認めたものに対し、<b>当該保険医療機関以外（日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る）の管理栄養士</b>が、当該保健医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。</small></p>

診療所 ← 在宅等 → 栄養ケア・ステーション 等の医療機関

事前学習 第3部 各論 2

# 13 労働条件通知書・雇用契約書（例）

雇用身分	<input type="checkbox"/> 非常勤管理栄養士（認定在宅訪問管理栄養士・在宅栄養専門管理栄養士）
雇用期間	西暦 年 月 日から
就業場所	<input type="checkbox"/> 甲との契約のもと指定された派遣対象者宅等（ ）
就業内容	<input type="checkbox"/> 栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
就業時間 および休憩時間	<input type="checkbox"/> 午前 時 分から午後 時 分まで【週 時間 分】 <input type="checkbox"/> 1回の指導につき 時間 分【月 回】 <input type="checkbox"/> 休憩時間【 <input type="checkbox"/> 有（ 分）/ <input type="checkbox"/> 無】
所定時間外労働	1. 所定外労働【 <input type="checkbox"/> 有（ 時間程度）/ <input type="checkbox"/> 無】 2. 休日労働【 <input type="checkbox"/> 有（ 時間程度）/ <input type="checkbox"/> 無】
休日	週休 日【月 日まで】
賃金	1. 基本給【 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給（ 円）】 2. 諸手当【通勤手当 円、 手当 円】 3. 時間外労働に対する割増率【 <input type="checkbox"/> 法定通り】 4. 賃金締切日【 日】、支払日【 日】、銀行口座振替【同意・拒否】
退職に関する事項	1. 定年制【 <input type="checkbox"/> 有（ 歳）/ <input type="checkbox"/> 無】 2. 自己都合退職【退職する 日以上前までに届けること】 3. 解雇事由および手続き【 】
保険関係	<input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 <input type="checkbox"/> その他
更新の有無	<input type="checkbox"/> 自動的に更新する <input type="checkbox"/> 更新する場合があります <input type="checkbox"/> 契約の更新はしない
更新の判断 （いずれかの判断）	1. 契約満了時点の業務量 2. 本人の職務能力、態度 3. 就労成績、健康状態 4. 従事している業務の進捗状況 期間満了までの30日前までには更新の手続きを完了する
特約事項	1. 法令を遵守するとともに、誠実に自己の職務を遂行する。 2. 乙は業務上知り得た利用者に関する全ての情報を秘密に保持し、業務に關係する限定された従業員以外の第三者に開示又は漏洩しない。退職後もまた同様とする。 3. 本契約に規定されていない事柄は、甲乙協議の上、定めるものとする。

**労働条件通知書・雇用契約書様式**

（以下「甲」という）と管理栄養士（以下「乙」という）は  
 以下の条件に基づき雇用契約（以下「本契約」という）を締結する。

雇用身分	<input type="checkbox"/> 非常勤管理栄養士（認定在宅訪問管理栄養士・在宅栄養専門管理栄養士）
雇用期間	西暦 年 月 日から
就業場所	<input type="checkbox"/> 甲との契約のもと指定された派遣対象者宅等（ ）
就業内容	<input type="checkbox"/> 栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
就業時間 および休憩時間	<input type="checkbox"/> 午前 時 分から午後 時 分まで【週 時間 分】 <input type="checkbox"/> 1回の指導につき 時間 分【月 回】 <input type="checkbox"/> 休憩時間【 <input type="checkbox"/> 有（ 分）/ <input type="checkbox"/> 無】
所定時間外労働	1. 所定外労働【 <input type="checkbox"/> 有（ 時間程度）/ <input type="checkbox"/> 無】 2. 休日労働【 <input type="checkbox"/> 有（ 時間程度）/ <input type="checkbox"/> 無】
休日	週休 日【月 日まで】
賃金	1. 基本給【 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給（ 円）】 2. 諸手当【通勤手当 円、 手当 円】 3. 時間外労働に対する割増率【 <input type="checkbox"/> 法定通り】 4. 賃金締切日【 日】、支払日【 日】、銀行口座振替【同意・拒否】
退職に関する事項	1. 定年制【 <input type="checkbox"/> 有（ 歳）/ <input type="checkbox"/> 無】 2. 自己都合退職【退職する 日以上前までに届けること】 3. 解雇事由および手続き【 】
保険関係	<input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 <input type="checkbox"/> その他
更新の有無	<input type="checkbox"/> 自動的に更新する <input type="checkbox"/> 更新する場合があります <input type="checkbox"/> 契約の更新はしない
更新の判断 （いずれかの判断）	1. 契約満了時点の業務量 2. 本人の職務能力、態度 3. 就労成績、健康状態 4. 従事している業務の進捗状況 期間満了までの30日前までには更新の手続きを完了する
特約事項	1. 法令を遵守するとともに、誠実に自己の職務を遂行する。 2. 乙は業務上知り得た利用者に関する全ての情報を秘密に保持し、業務に關係する限定された従業員以外の第三者に開示又は漏洩しない。退職後もまた同様とする。 3. 本契約に規定されていない事柄は、甲乙協議の上、定めるものとする。

※以上の合意を証するため本契約書を2通作成し、甲乙両当事者書記名捺印の上、各1通を保有する。

西暦 年 月 日

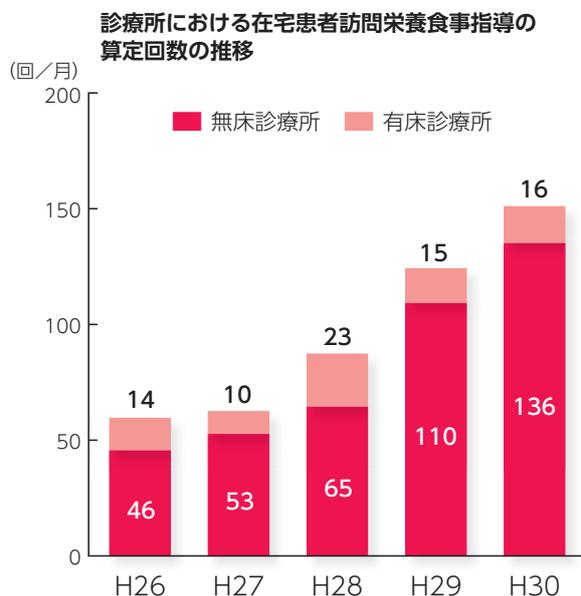
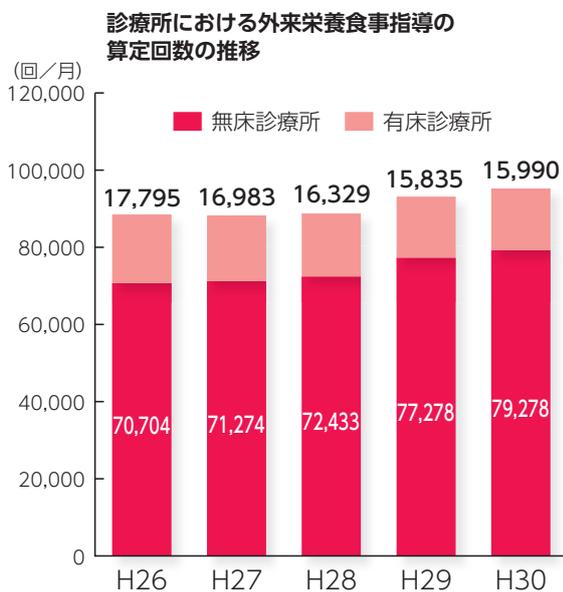
甲 住所： \_\_\_\_\_ (印)  
 氏名： \_\_\_\_\_

乙 住所： \_\_\_\_\_ (印)  
 氏名： \_\_\_\_\_

## 14 診療所における外来・在宅患者訪問栄養食事指導の回数の推移

中医協 総-4 元. 11. 27

- 外来栄養食事指導の算定回数は、無床診療所において、年々微増している。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料の算定回数においても、無床診療所での算定件数は少ないが、近年、微増している。



出典：社会医療診療行為別調査・統計をもとに保険局医療課が作成

## 15 居宅療養管理指導

介護保険は「**居宅療養管理指導**」という名称である。

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする。または、低栄養状態にあると医師が判断した利用者に対して、居宅または居住系施設を訪問し、栄養管理に関する情報提供および栄養食事相談または助言を行った場合に、月2回（1回30分以上）を限度に算定する。

介護保険はケアマネジャーが中心となってサービス担当者会議を開催する。

### 介護保険の場合

主治医の指示書

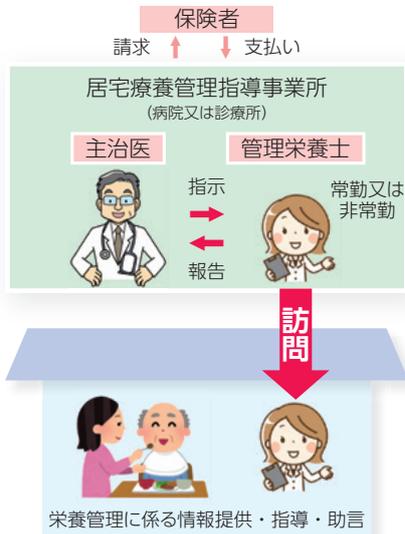
主治医は栄養ケア計画の作成に共同し、その計画に基づいて指示等を行うこととされています。

医療保険の場合と異なり、指示する項目は特に決められていません。

## 16 管理栄養士による居宅療養管理指導

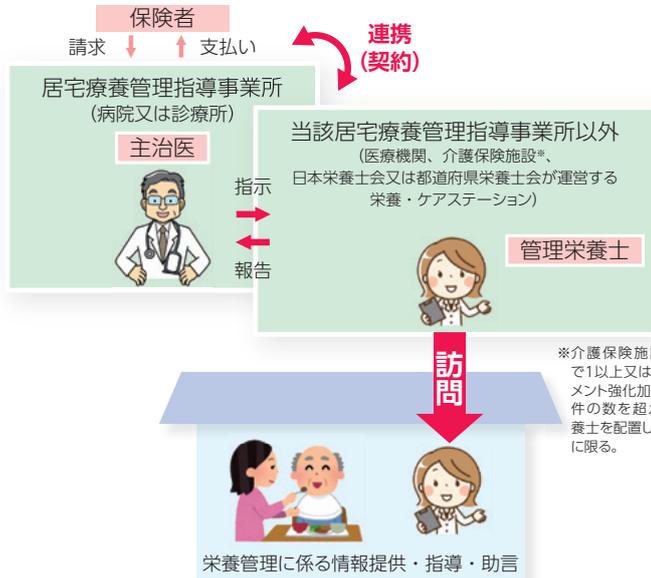
### 居宅療養管理指導費（Ⅰ）（443～544単位）

〔居宅療養管理指導事業所の  
管理栄養士が行う場合〕



### 居宅療養管理指導費（Ⅱ）（423～524単位）

〔当該居宅療養管理指導事業所以外の  
管理栄養士が行う場合〕



\*介護保険施設は、常勤で1以上又は栄養マネジメント小強化加算の算定要件の数を超過して管理栄養士を配置している施設に限る。

なお、他の指定居宅療養管理指導事業所との連携により管理栄養士を確保し、居宅療養管理指導を実施する場合、主治医が認めた場合は、管理栄養士が所属する居宅療養管理指導事業所が算定することも可能

## 17 訪問栄養食事指導における医療保険と介護保険の算定条件等 ①

### 訪問栄養食事指導の種類（2021年 令和3年度）

要介護認定	あり	なし				
適用保険	介護保険 居宅療養管理指導(1単位=10円)	医療保険 在宅患者訪問栄養食事指導(1点=10円)				
算定額	単一建物居住者					
	①1人	②2～9人	③10人以上			
	I	544単位	486単位	443単位		
II	524単位	466単位	423単位	530点	480点	440点
実施機関	居宅療養管理指導事業所		医療機関			
	I	指定居宅療養管理指導事業所に所属する常勤または非常勤	かかりつけ医と同一の医療機関に所属する常勤または非常勤			
	II	栄養ケア・ステーション(日本栄養士会・都道府県栄養士会) 他の医療機関 I以外の介護保険施設 (介護保険施設サービスの人員基準を超過して管理栄養士を置いている又は常勤の栄養士を1名以上置いている場合)	他の医療機関			
医師の指示事項	栄養ケア計画に基づいた指示		患者毎に適正なものとし、熱量・熱量構成・タンパク質・脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の啓太などにかかる情報のうち、医師が必要と認めるものに関する具体的な指示			

# 18 訪問栄養食事指導における医療保険と介護保険の算定条件等 ②

訪問栄養食事指導の種類 (2021年 令和3年度)		
実施内容	関連職種と共同で栄養ケア計画を作成し、交付	食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した食事指導箋を交付
	栄養管理に係る情報提供書及び指導又は助言を30分以上行う	食事指導箋に基づき、食事の用意や摂食に関する具体的な指導を30分以上行う
	栄養ケアマネジメントの手順に沿って栄養状態のモニタリングと定期的評価、計画の見直しを行う	
対象	通院または通所が困難な利用者で、医師が厚労労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合又は当該利用者が低栄養状態であると医師が判断した場合に対象となる	通院が困難な患者であって、別に医師が定める特別食を提供する必要性を認めた場合に対象となる
	指導対象は患者又は家族など	
対象食	腎臓食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、心臓疾患などに対する減塩食、特別場合の検査食、十二指腸潰瘍に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎による腸管機能低下に対する低残渣食、高度肥満症食(肥満度が40%以上、又はBMIが30以上)、高血圧に関する減塩食(食塩6g未満)	
	経管栄養のための流動食、嚥下困難者(そのため摂食不良となった者も含む)のための流動食、低栄養状態に対する食事	フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステイン尿症食、ガラクトース血症食、尿素サイクル以上症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食治療乳、無菌食、がん、摂食嚥下機能低下、低栄養
給付限度		月2回

# 19 令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。  
**改定率:+0.70%** ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%(令和3年9月末までの間)

## 1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

### ■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

- 日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進
  - ・感染症対策の強化・業務継続に向けた取組の強化・災害への地域と連携した対応の強化・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

## 2. 地域包括ケアシステムの推進

### ■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

- 認知症への対応力向上に向けた取組の推進
  - ・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ
- 看取りへの対応の充実
  - ・ガイドラインの取組推進・施設等における評価の充実
- 医療と介護の連携の推進
  - ・老健施設の医療ニーズへの対応強化
  - ・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進
- 在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化
  - ・訪問看護や訪問入浴の充実・緊急時の宿泊対応の充実・個室ユニットの定員上限の明確化
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
  - ・事務の効率化による選抜制の緩和・医療機関との情報連携強化・介護予防支援の充実
- 地域の特性に応じたサービスの確保
  - ・過疎地域等への対応(地方分権提案)

## 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

### ■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化
  - ・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職との連携の明確化
  - ・リハビリテーションマネジメントの強化・退院退所直後のリハの充実
  - ・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
  - ・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
  - ・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化
- 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進
  - ・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進・ADL維持等加算の拡充
- 覆たきり防止等、重度化防止の取組の推進
  - ・施設での日中生活支援の評価・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

## 4. 介護人材の確保・介護現場の革新

### ■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

- 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進
  - ・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールを柔軟化による取得促進
  - ・職員の離職防止・定額に資する取組の推進
  - ・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
  - ・人員配置基準における孤立支援への配慮・ハラスメント対策の強化
- テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進
  - ・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
  - ・会議や多職種連携におけるICTの活用
  - ・特養の併設の場合の業務等の緩和・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和
- 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進
  - ・署名・押印の見直し・電磁的記録による保存等・選抜規程の提示の柔軟化

## 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

### ■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

- 評価の適正化・重点化
  - ・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
  - ・長期利用の介護予防リハの評価の見直し・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し
  - ・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し・介護職員処遇改善加算(IV)(V)の廃止
  - ・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証
- 報酬体系の簡素化
  - ・月額報酬化(療養通所介護)・加算の整理統合(リハ、口腔、栄養等)

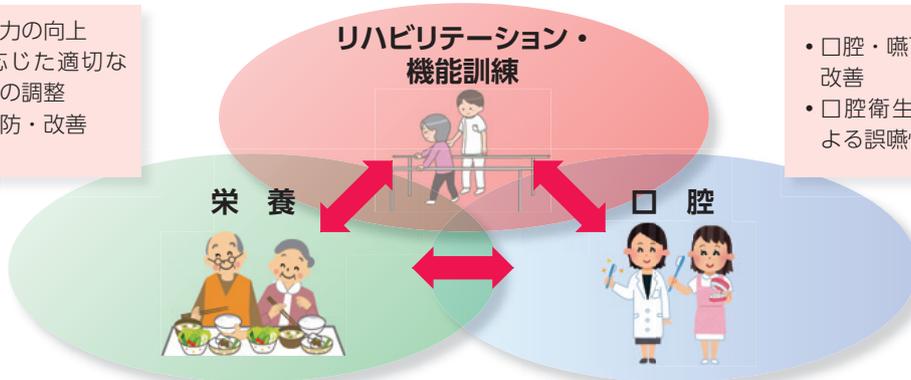
## 6. その他の事項

- 介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化・高齢者虐待防止の推進・基準費用額(食費)の見直し
- 基本報酬の見直し

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が期待される。

### 医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の 多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

- 筋力・持久力の向上
- 活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
- 低栄養の予防・改善
- 食欲の増進



- 口腔・嚥下機能の維持・改善
- 口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

適切な食事形態・摂取方法の提供・食事摂取量の維持・改善・経口摂取の維持

- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

【訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

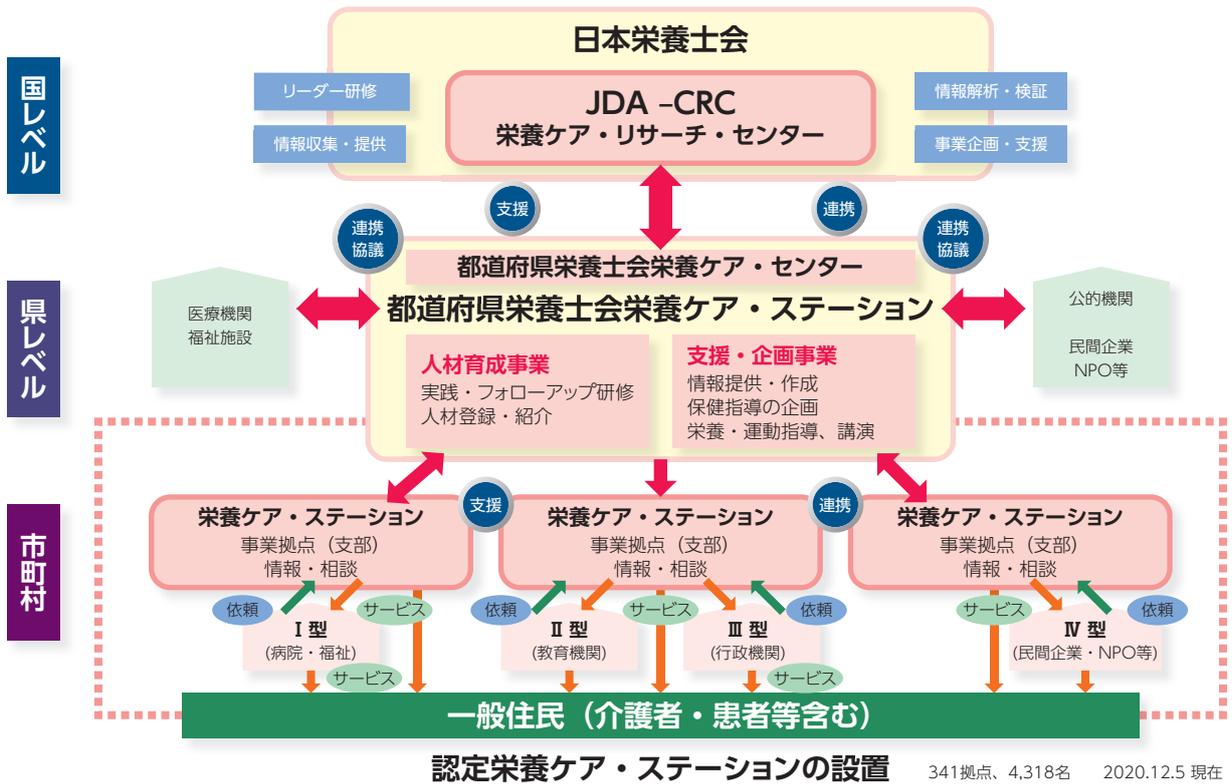
### 概要

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から見直しを行う。【通知改正】

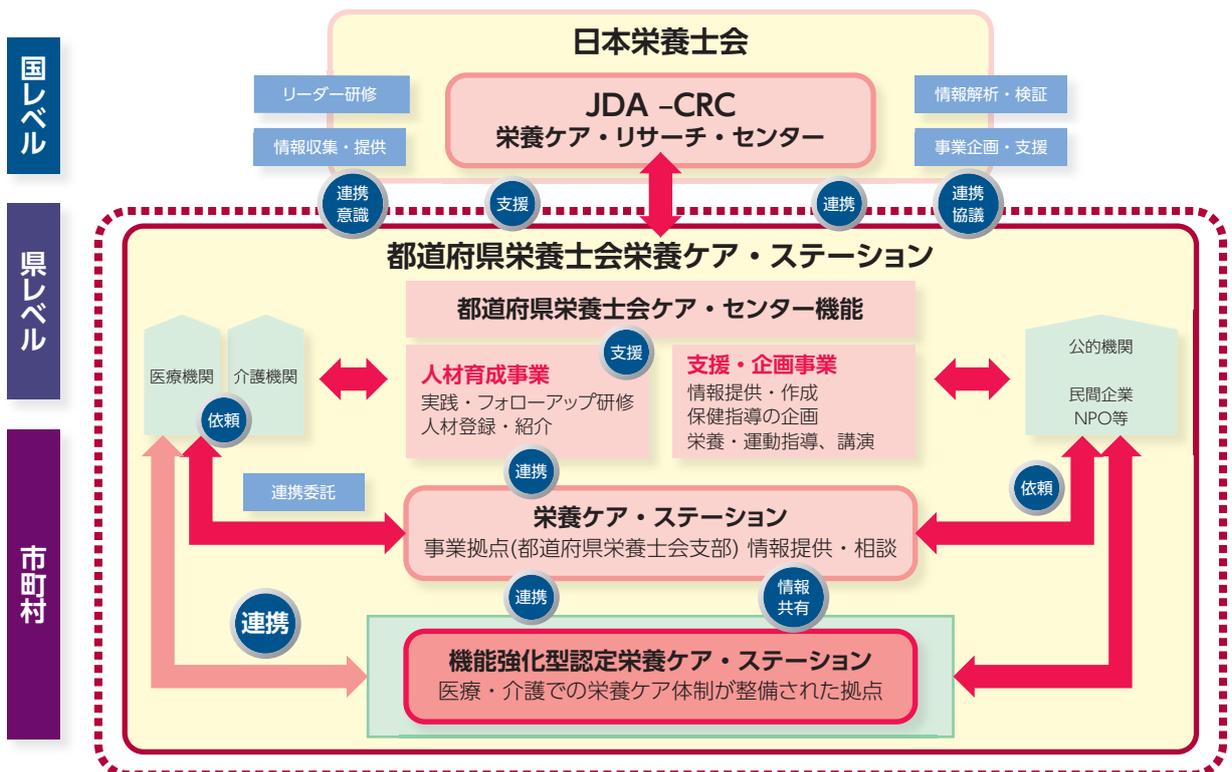
### 算定要件等

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設ける。

## 22 日本栄養士会・都道府県栄養士会の役割



## 23 日本栄養士会・都道府県栄養士会と認定栄養ケア・ステーションの関係



赤字改定事項及び栄養ケア・ステーションから算定可	
<p>介護保険施設</p> <p>※基本サービスに包括化 ・栄養マネジメント加算</p>	<p><b>栄養マネジメント強化加算 11単位/日</b> ※入所者全員 <b>LIFE活用（要件）</b></p> <p><b>低栄養リスク改善加算</b> ※入所時に低栄養リスク高い者</p> <p><b>経口移行加算</b> ※経口摂取困難者 <b>経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ） 原則6月要件緩和</b></p> <p><b>再入所時栄養連携加算 200単位/日 ICT活用</b> ※入院中に大きく栄養管理を変更した者</p> <p><b>療養食加算</b> ※療養食が必要な者</p>
<p>通所介護 通所リハビリテーション 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 (介護予防通所リハビリテーション 介護予防認知症対応型通所介護) <b>看護小規模多機能型居宅介護</b></p>	<p><b>口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） 20単位/回</b> (6月に1回) ※利用者全員 (Ⅱ) 5単位/回</p> <p><b>栄養アセスメント加算 50単位/月</b> ※利用者全員 <b>LIFE活用（要件）</b></p> <p><b>栄養改善加算 200単位/回 現行要件+必要に応じ訪問</b> ※低栄養状態又はおそれのある者</p> <p><b>併算不可</b></p> <p><b>居宅療養管理指導</b> ※通院又は通所が困難な者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者</p>
<p>小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 特定施設入所者生活介護 地域密着型特定施設入所者生活介護 (介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症共同生活介護 介護予防特定施設入所者生活介護)</p>	<p><b>口腔・栄養スクリーニング加算 20単位/回</b> (6月に1回) ※利用者全員</p> <p><b>&lt;認知症GH&gt; 栄養管理体制加算 30単位/月</b> ※管理栄養士から助言等を受ける事業所</p> <p><b>外部との連携</b></p>

**年齢・性別 101歳 女性 次女家族と同居(201X年4月～同年12月)**

**主病名：**慢性心不全、慢性腎不全、高血圧症、脂質異常症、2型糖尿病

**医師の指示：**嚥下障害のための栄養食事指導

**介護度：**要介護1

**認知度：**認知機能は年相応

**身体状況：**身長140cm?、体重40kg、下腿周囲長26.5cm(浮腫み有)

**MNA-SF** : 5点 低栄養

**介入職種・施設：**訪問診療、訪問看護、ケアマネジャー、管理栄養士、通所介護施設

<p>介助時の娘さんより聞き取り</p>	日中はソファでウトウトしている。
	言葉は少なくなり、声も小さくなっている。
	食事は1日2回、2～3時間かかっている。
	食事の飲み込みが悪く、とろみ剤は使っている。
	全介助で食べている。
	食事量は5割程度で、メイバランスも使っている。
	水分はゼラチンを使いゼリーにされている。
	ご飯はレトルトのやわらかいご飯を使っている。
総義歯は入れない方が食べやすい様子。	

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
NT-PRO BNP	1971	15578	6742	4188	4211	4027	6785
HbA1c (NGSP)	6.4			8.3	8.9	9.6	12.1
eGFR	17.1	17.6	23.9	23.4	25.8	24.1	15.9

## 26 食事はコード2、目指せ、食事時間は60分

やわらかごはん → スベラカーゼ粥

お茶ゼリー → お茶ゼリー + 粉飴

野菜類 → 電気圧力鍋+コーヒーフレッシュ

あいーと・UDF（ユニバーサルデザイン）の嚥下食を使って、

介護者はレスパイト

オリゴ糖で自然排便を目指す

食事で食べ足りないときは栄養剤



## 27 薬が減ったら…

姿勢が自分で保持できる

覚醒時間が長くなる

食事量が増える

食事時間が短くなる

- 体重40kg → 体重43kg
- 4月からデイサービス中止 → 10月からデイサービス再開
- 外にお出かけして食事ができた。
- カフェでケーキを食べる

	4月		7月		9月	11月
NO.1	タナトリル	降圧剤	サムスカ	心不全・利尿薬	サムスカ	サムスカ
NO.2	ダイアート	ループ系利尿薬	ダイアート		ダイアート	ダイアート
NO.3	ネシーナ	D-PP4阻害薬	ネシーナ		ネシーナ	ネシーナ
NO.4	タケルダ	アスピリン+潰瘍予防	タケルダ		タケルダ	タケルダ
NO.5	メパロチン	脂質異常	マグミット		マグミット	マグミット
NO.6	フェブリク	痛風	ハイドロサイトジェントル銀		ハイドロサイトジェントル銀	浣腸液
NO.7	マグミット	便秘薬				
NO.8	アズノール軟膏	皮膚のただれ・傷				
NO.9	ハイドロサイトジェントル銀	創の保護剤				
NO.10	カロナール	鎮痛解熱剤				



介入前の101歳の嚥下障害で  
低栄養の高齢女性



嚥下障害と低栄養を改善した  
高齢女性102歳

### 3 在宅ケアにおける訪問看護の役割

#### ～医師との連携～

高砂 裕子

#### 目 標

在宅医療の提供体制を整備することは、地域包括ケアシステムをより推進し、地域での災害や感染に対する対応力を強め、どんな方も幸福に、住み慣れた地域で自立して生活することを実現するものである。在宅医療サービスの1つである訪問看護は、在宅療養環境を医師を含む多職種と連携し整備している。訪問看護は、主治医の訪問看護指示書の発行から始まる。主治医より利用者に関わる時間が長いのが訪問看護であり、利用者や家族の在宅療養に関する意向を傾聴し、主治医や多職種に伝えることができる。その訪問看護サービスを活用するためには、訪問看護制度の理解が重要である。訪問看護師は、どのような利用者にどのような看護を提供しているか、また、地域における医療機関などの看護師とどのように連携しているのか、といったことを理解する必要がある。加えて、昨年から感染拡大している新型コロナウイルス感染症に対する感染対策では、自施設だけでなく、介護職への感染対策の支援や在宅療養者からの相談などに応えている。医師の一番身近な他職種である、訪問看護師の活動に興味をお持ちいただき、理解いただくことを目標とする。

#### Keyword

訪問看護、多職種連携、新型コロナウイルス感染症感染対策、自立支援

#### 内 容

1. 訪問看護ステーションの現状
2. 訪問看護ステーションの利用者の特徴
3. 医師との連携の実際
4. 地域包括ケアシステムにおける看看連携
5. 新型コロナウイルス感染症感染拡大における訪問看護の役割

令和3年度 厚生労働省委託事業  
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第3部

【各論3】

在宅ケアにおける訪問看護の役割  
～医師との連携～

一般社団法人全国訪問看護事業協会 副会長

高砂 裕子

## 2 演者プロフィール

平成7（1995）年2月1日 南区医師会訪問看護ステーション開設、  
1998年 横浜市社会福祉協議会から作業所への健康相談を開始

平成12（2000）年4月 居宅介護支援センター事業の開始

全国訪問看護事業協会  
2009年 理事  
2014年 常務理事  
2020年 副会長

平成27（2015）年1月 南区在宅医療連携拠点事業  
南区在宅医療相談室の設置

平成27年12月 機能強化型2訪問看護ステーションの届出

令和元年（2019）横浜市立学校における医療的ケア支援事業  
令和2年（2020）横浜型医療的ケア児・者等コーディネーター事業

### 3 訪問看護の現状

- ◆訪問看護ステーション数 **増加傾向に！**  
**13,003ヶ所**開設（2021年4月1日現在）※1
- ◆訪問看護従事者数の推移（常勤換算） **増加傾向に！**  
訪問看護師 約**7.6万人**(常勤換算 約**5.6万人**)※2  
訪問看護ステーション従事者(OT/PT/ST)  
約**12.0万人**(常勤換算 約**8.0万人**)※2
- ◆1ステーションあたり従事者（常勤換算） **増加傾向に！**  
訪問看護師 **5.3人**※2  
従事者合計（+リハビリ職員・事務職等） **7.3人**※2
- ◆訪問看護利用者 約**69.7万人**※2 **増加傾向に！**

※1 令和3年訪問看護ステーション数調査（全国訪問看護事業協会）

※2 平成30年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省統計情報部）

### 4 訪問看護アクションプラン2025



## 5 訪問看護推進会議

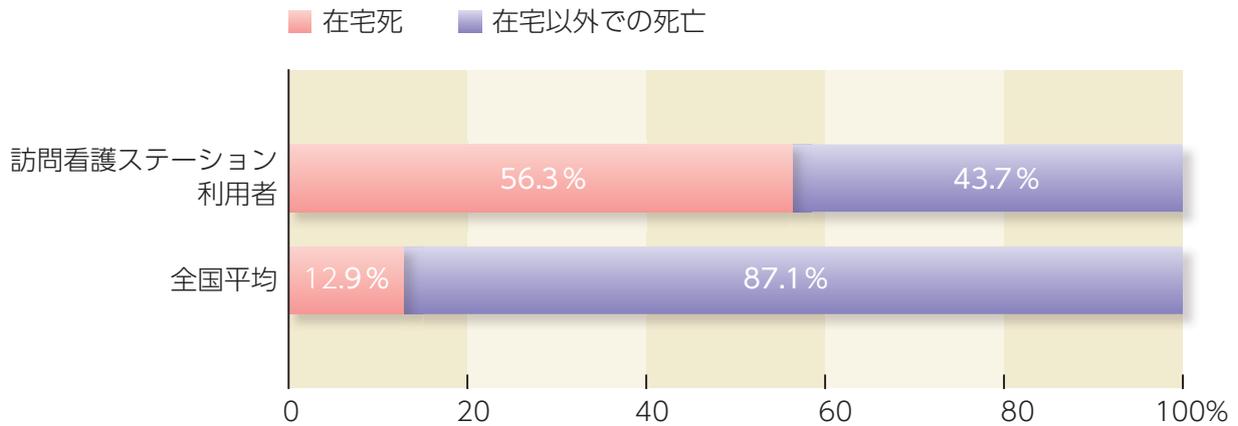
- ◆国民の安全・安心な在宅療養生活の実現や訪問看護のさらなる推進を目指して、公益社団法人看護協会、公益財団法人日本訪問看護財団、一般社団法人全国訪問看護事業協会が設置。
- ◆2025年に向けて、訪問看護が目指す姿は「団塊の世代」800万人が75歳以上、後期高齢者になり、今まで経験をしたことがない、超高齢化社会が訪れる。日本全国どこでも24時間365日、いつでも必要な質の高い訪問看護サービスを届ける仕組みづくり。
- ◆2025年に向けたアクションプラン
  - I 訪問看護の量的拡大
  - II 訪問看護の機能拡大
  - III 訪問看護の質の向上
  - IV 地域包括ケアへの対応
- ◆国民の皆さまへの訪問看護からのメッセージ  
訪問看護をご存知ですか、医療機器を使っても医療処置があっても自宅で生活できます、退院の前からご相談に応じます、自宅で最期まで過ごすことができます。

## 6 在宅療養者の急増・重度化・多様化・複雑化

近年、在宅ケアの対象者は急増し、しかも重度化・多様化・複雑化してきています。訪問看護の利用者も、がん末期患者や人工呼吸器の装着者、チューブ類を使用して生活する人など、**医療ニーズの高い利用者が増えて**います。また、重度の障がいのある小児（医療的ケア児等）や精神障がいがある在宅生活者、認知症の人など多様化してきていることも最近の特徴です。**人生の最終段階を在宅で過ごすことを希望する利用者も増えて**います。

さらに、一人暮らしや高齢者世帯、老老介護、認認介護など家族介護基盤の弱体化も加わり、複雑化した多問題を有する利用者が少なくない状況です。

## 7 訪問看護ステーション利用者の死亡場所



訪問看護ステーション利用者：平成25年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健康増進等事業「訪問看護の質確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業～訪問看護ステーションのサービス提供体制に着目して～」(全国訪問看護事業協会)

全国平均：平成25年人口動態調査 (厚生労働省統計情報部)

## 8 在宅死亡率と訪問看護師数に関する諸外国との比較

諸外国と比較し、日本における在宅死亡率や人口対訪問看護師数は少ない	スウェーデン 	オランダ 	フランス 	日本 
①面積	449,964 km <sup>2</sup>	41,865 km <sup>2</sup>	547,030 km <sup>2</sup>	378,835 km <sup>2</sup>
②総人口	903万人 (2005)	1,632万人 (2005)	6,087万人 (2005)	12,776万人 (2005)
③高齢化率	17.3% (2005)	13.8% (2003)	16.4% (2005)	20.0% (2005)
④80歳以上の人口の割合	5.3% (2004)	3.4% (2003)	4.4% (2004)	4.4% (2003)
⑤平均寿命	男性 78.4歳 (2005) 女性 82.8歳 (2005)	男性 77.2歳 (2005) 女性 81.6歳 (2005)	男性 76.7歳 (2005) 女性 83.8歳 (2005)	男性 78.6歳 (2005) 女性 85.5歳 (2005)
⑥子との同居率	5%	8%	17%	50%
⑦高齢者単独世帯率	41%	32.5%	32%	15%
⑧人口千対就業看護師数 (再)訪問看護師、地域看護師	10.6人 (2004) (4.2人)	14.2人 (2005) (2.7人)	7.7人 (2005) (1.2人)	9.0人 (2004) (0.4人)
⑨在宅死亡率※	51.0%	31.0%	24.2%	13.4%

出典：①World fact book 2008、②～⑤OECD Health Data 2007、⑥⑦⑨～⑪医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告」(2002)を参考に厚生労働省にて作成。

## 訪問看護制度の創設の趣旨

- ◆ 介護が必要な高齢者及び療養者に対する生活の質の確保を図ることを重視
- ◆ 介護が必要な高齢者及び療養者の日常生活動作能力の維持・回復を図る
- ◆ 家族や周辺からの支援によって住み慣れた地域社会や家庭で療養ができる

## 訪問看護事業の目指す内容

- ◆ 高齢者及び療養者の家庭における療養生活を支援し、その心身の機能の維持回復

- ◆ 管理者は、訪問看護指示書に基づいた訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整を行う
- ◆ 看護師等は、利用者の病状や心身の状態に応じた適切な訪問看護を行うため、特に医療施設内における場合と異なり利用者の家庭において単独で行う事に十分留意するとともに、慎重な状況判断等が要求される点を踏まえ、主治医と密接かつ適切な連携を図る必要がある。緊急時の主治医への連絡等必要な措置を行う。

## 11 訪問看護指示書

訪問看護指示書	
訪問看護指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	
大所者氏名	〒 年 月 日 年 月 日 ( 歳 )
大所者住所	電話 ( ) - ( )
主たる病名	(1) (2) (3)
病状・病歴	
現在中の薬剤・用法	1. 2. 3. 4. 5.
現在の状況	既往より現 既往より現 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
自立状況	認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
要介護認定の状況	要介護 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )
検査項目	検査項目の選定 N P A P 分冊 検査 測定 DESIGN分冊 D3 D4 D5
検査機器等	1. 自動血圧測定装置 2. 透析器測定装置 3. 酸素飽和度 ( SpO <sub>2</sub> ) 4. 聴診器 5. 呼吸器測定装置 6. 検尿装置 7. 経管栄養 ( 経腸・経鼻 ) サイズ ( 日に1回交換 ) 8. 経管栄養 ( 経腸・経鼻 ) サイズ ( 日に1回交換 ) 9. 人工呼吸器 ( 経気管・経気管 ) サイズ 10. 気管カニューレ ( サイズ ) 11. 人工呼吸器 12. 人工呼吸器 13. その他 ( )
留意事項及び指示事項	I 療養生活態様上の留意事項 II 1. マネジメント 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり 20・40・60・( ) 分を標準 ( ) 回 2. 褥瘡の処置等 3. 器具・使用医療機器等の操作説明・管理 4. その他 緊急時の連絡先 不在時の対応 施設でなく留意事項 ( 1. 本所が担当する訪問看護について留意事項、2. 本所が担当する訪問看護について留意事項、3. 本所が担当する訪問看護について留意事項 ) 他の訪問看護ステーションへの指示 ( 無 ) 指定訪問看護ステーション名 ( ) たんの吸引等実施のための訪問看護事業所への指示 ( 無 ) 有 : 訪問看護事業所名 ( ) 上記のとおり、終了いたします。 年 月 日 介護保険施設名 姓 名 職 名 ( FAX ) 介護保険施設所属氏名 事業所名 姓

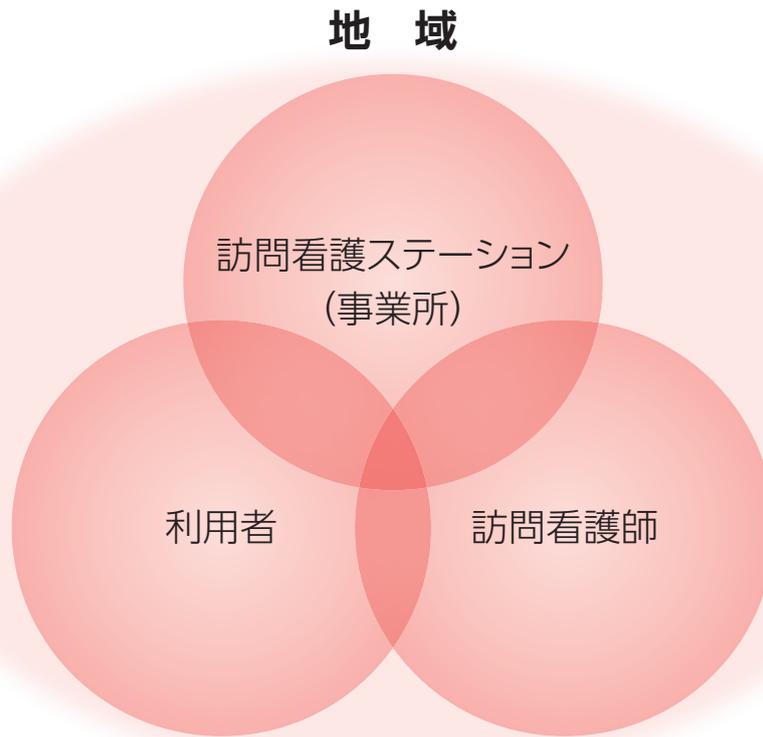
利用者の主治医からの訪問看護指示書の交付により訪問看護が開始。

看護職以外のPT、OT、STの訪問に関して、訪問看護指示書に、主治医が時間や回数の指示を記載（介護保険のみ）。

## 12 訪問看護ステーションの管理者の役割

- 1) 訪問看護ステーションを健全かつ安定的に運営する
- 2) 利用者に良質の訪問看護サービスを提供する（訪問看護の質の保証）
- 3) 訪問看護師が訪問看護実践を効果的・効率的（安全に）に行える環境を整備する
- 4) 地域の医療機関（主治医・他の訪問看護ステーションを含む）やケアマネジャー、訪問介護事業所など多職種、他機関との連携が円滑に行えるよう環境を整備する

## 13 訪問看護ステーションの管理者の役割図



## 14 訪問看護の推進と質の向上のための大規模化の推進

### 大規模化推進の理由

- 利用者への利益
- 安定的な事業運営
- 職員の定着
- 地域への貢献

一般社団法人全国訪問看護事業協会 令和3年3月

#### 1. 事業所運営の基盤整備

- ・理念・事業計画の職員への周知
- ・勤務環境の整備・安定した定着率の維持
- ・ICT・AI・ロボットの活用
- ・組織内の役割の明確化
- ・計画的な人材育成

#### 実践への方策

- ・キャリアアップ・スキルアップの体制がある
- ・研修体制の充実
- ・ワークライフバランスの仕組みがある
- ・リスクマネジメントの徹底
- ・常勤看護師が7名以上在籍
- ・有給休暇の取得率が高い
- ・振替休日・インターバル時間の確保
- ・チームナーシングの実践
- ・待機当番回数が少ない

#### 2. 利用者の状況に応じた専門的なサービスの提供

- ・精神・小児・ターミナル・難病など専門的ニーズに対応できる
- ・24時間365日計画的に訪問できる体制の整備
- ・意思決定の支援

#### 実践への方策

- ・休日・祝日・急な退院でも対応できる
- ・小児・精神の療養者に対応できる
- ・ターミナル期にある療養者に対応できる
- ・医療依存度の高い療養者に対応できる
- ・難病等の利用者が10名以上いる
- ・カンファレンスの定期的開催
- ・ICTの活用
- ・尊厳の守られたケアが提供できる

#### 3. 多職種・他機関との連携

- ・療養者の状態毎に多職種・他機関との連携できる
- ・入院の可能性がある療養者に対して、本人の意向を確認した上で病院の医師や看護師等と対応方法を共有できる
- ・サービス担当者会議等への出席し情報提供や提案ができる

#### 実践への方策

- ・居宅介護支援事業所・特定相談支援事業所・障害児相談支援事業所を併設し支援計画を作成している
- ・共同支援を行うためカンファレンスの開催
- ・ICTの活用(カンファレンス・連携)
- ・療養者の尊厳を尊重した、スムーズかつタイムリーな入院連携
- ・医師と連携し入院先の調整を行う
- ・倫理的調整を行う

#### 4. 誰でも安心して暮らせるまちづくりへの参画

- ・地域住民に向けた相談・情報発信を行っている
- ・地域包括ケアシステムに係る会議への参画
- ・共生社会の実現
- ・施設療養者の情報共有・相談・助言を行っている

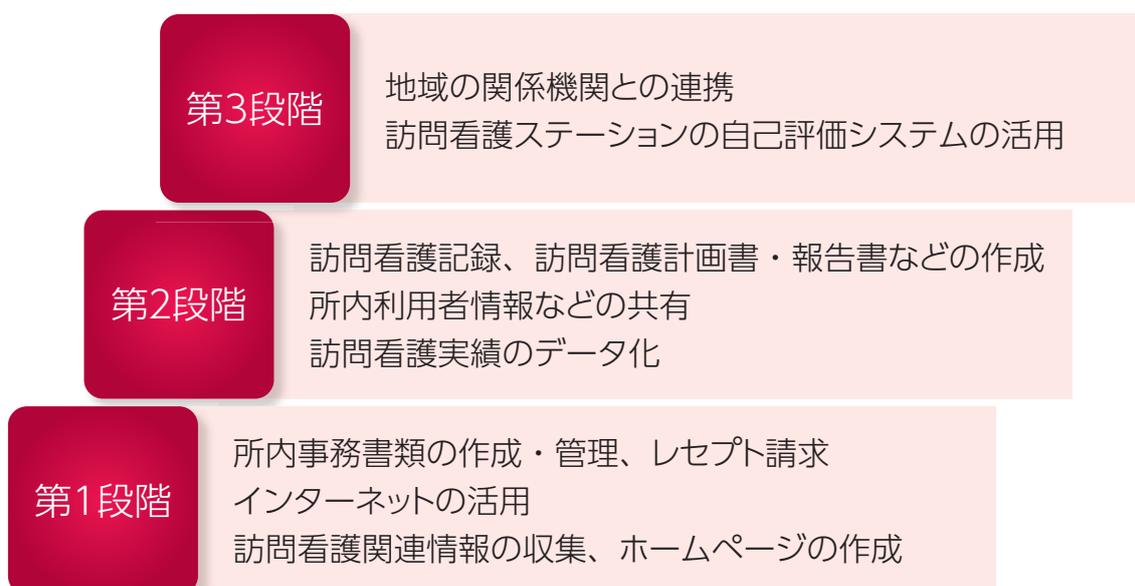
#### 実践への方策

- ・地域住民からの相談窓口の設置
- ・疾病や障害への理解を促すための学習会などの開催
- ・市町村、教育機関、行政への政策提言
- ・地域に密着したイベントの開催
- ・施設に対してその種類・特性を理解した上で相談・助言を行う
- ・災害時に協力し合える体制の整備
- ・行政の行う事業への協力
- ・地域のニーズ・課題に沿った取り組み

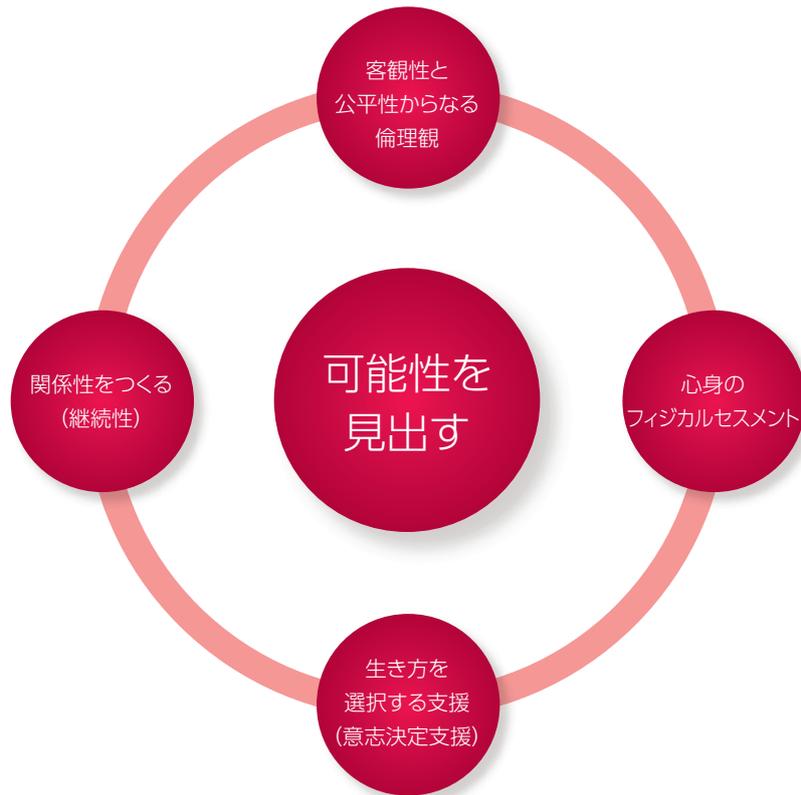
## 15 訪問看護ステーションに関連する団体



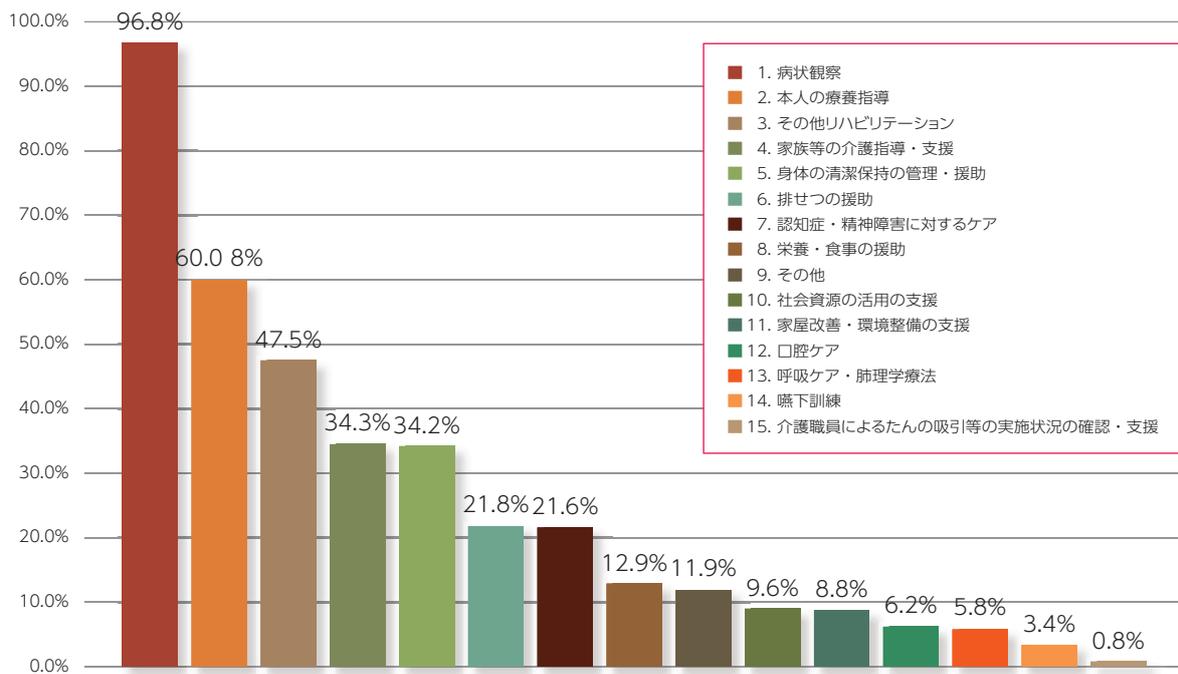
## 16 ICTの活用



## 17 良質の訪問看護



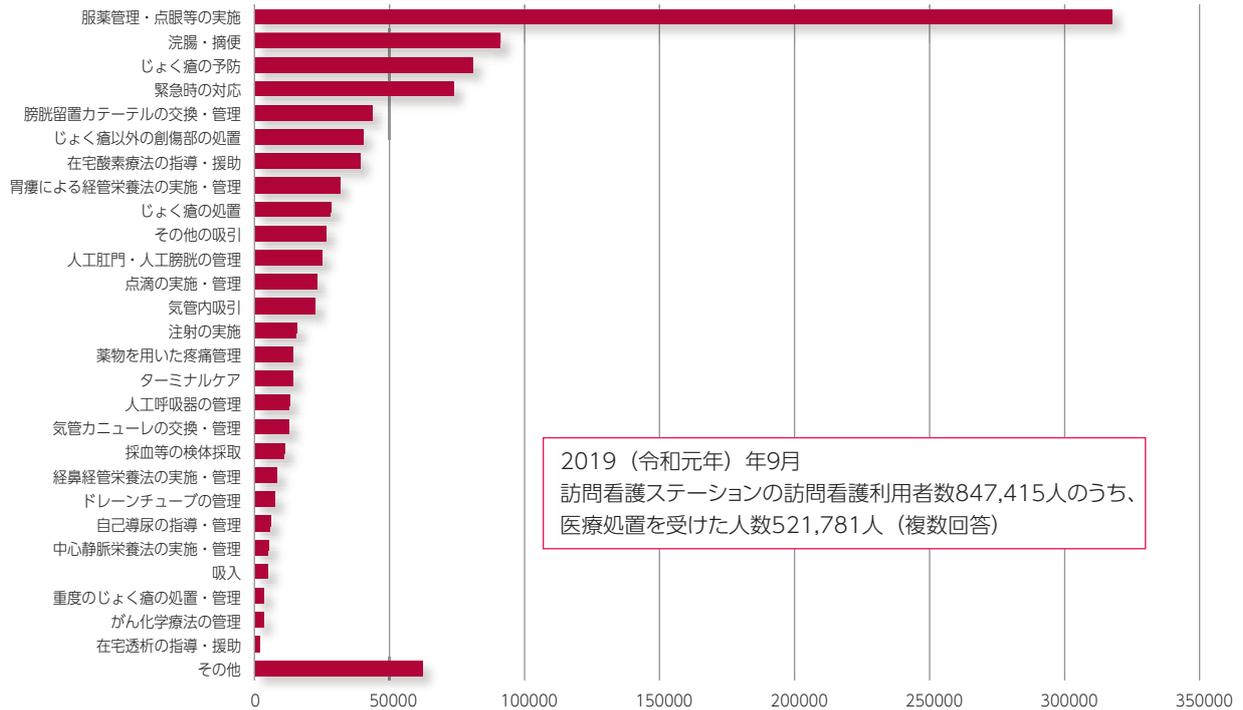
## 18 訪問看護の内容（複数回答）



2019（令和元年）9月中に訪問看護の提供があった利用者847,415人の看護内容。（医療処置にかかる看護は全体の61.6%）

厚生労働省「令和元年介護サービス施設・事業所調査」より作成

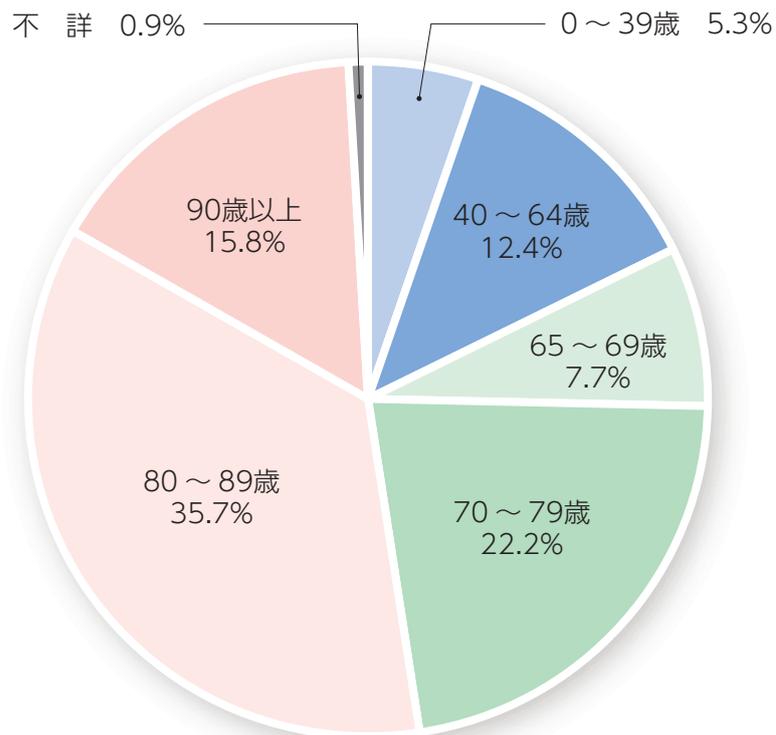
## 19 医療処置にかかる看護内容（複数回答）



2019（令和元年）年9月  
訪問看護ステーションの訪問看護利用者数847,415人のうち、  
医療処置を受けた人数521,781人（複数回答）

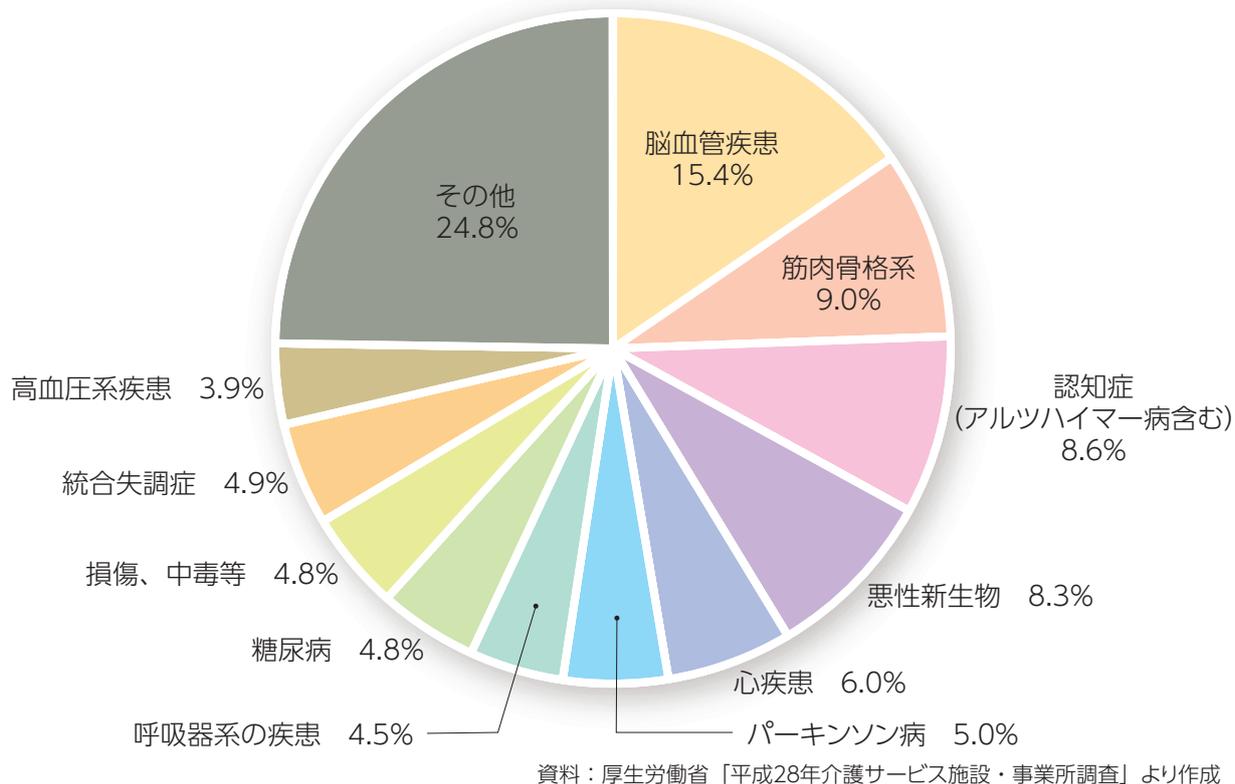
厚生労働省「令和元年介護サービス施設・事業所調査」より作成

## 20 年齢別にみた訪問看護利用者の構成



資料：厚生労働省「平成28年介護サービス施設・事業所調査」より作成

## 21 訪問看護ステーション利用者の傷病別内訳



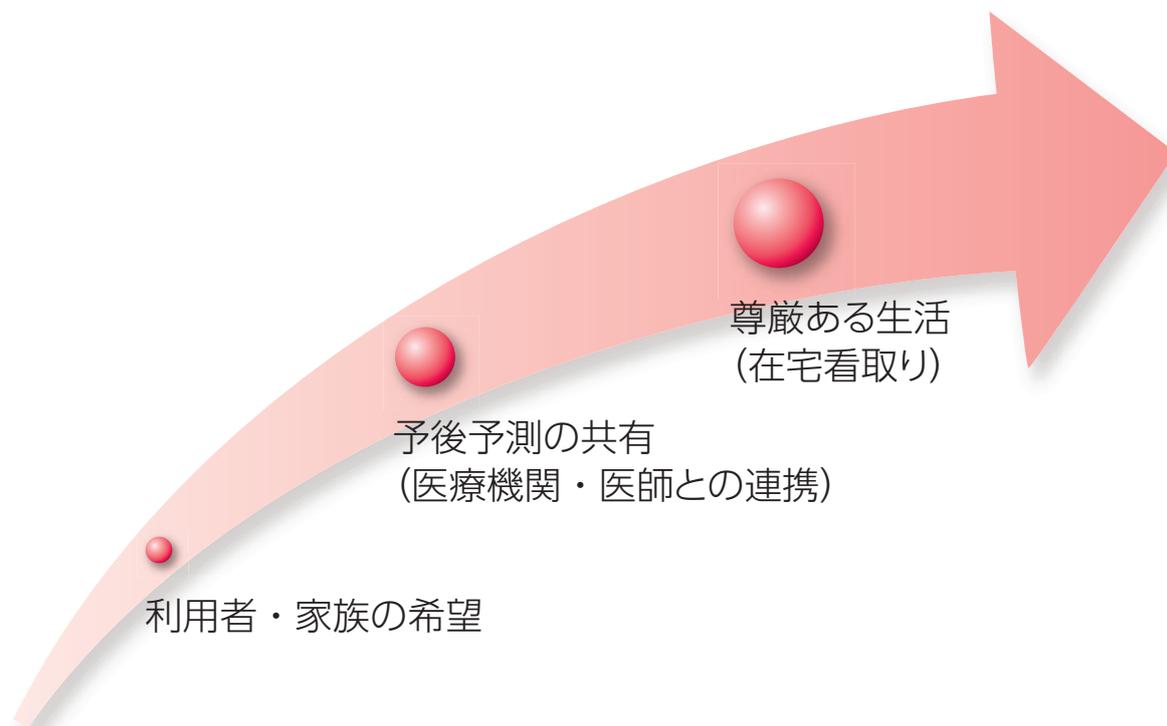
## 22 訪問看護制度の概要

### ◆訪問看護の内容

◆主治医（かかりつけの医師）の指示書に基づき、次の内容を提供するものです

- (1) 療養上の世話 食事（栄養）の管理・援助、排泄の管理・援助、清潔の管理・援助（清拭等）、ターミナルケア
- (2) 診療の補助 じょく瘡の処置、カテーテル管理等の医療処置
- (3) リハビリテーションに関すること
- (4) 家族支援に関すること 家族への療養上の指導、相談、家族の健康管理

## 23 ケアの質の管理 ～在宅看取りの支援 → ACPの実践～



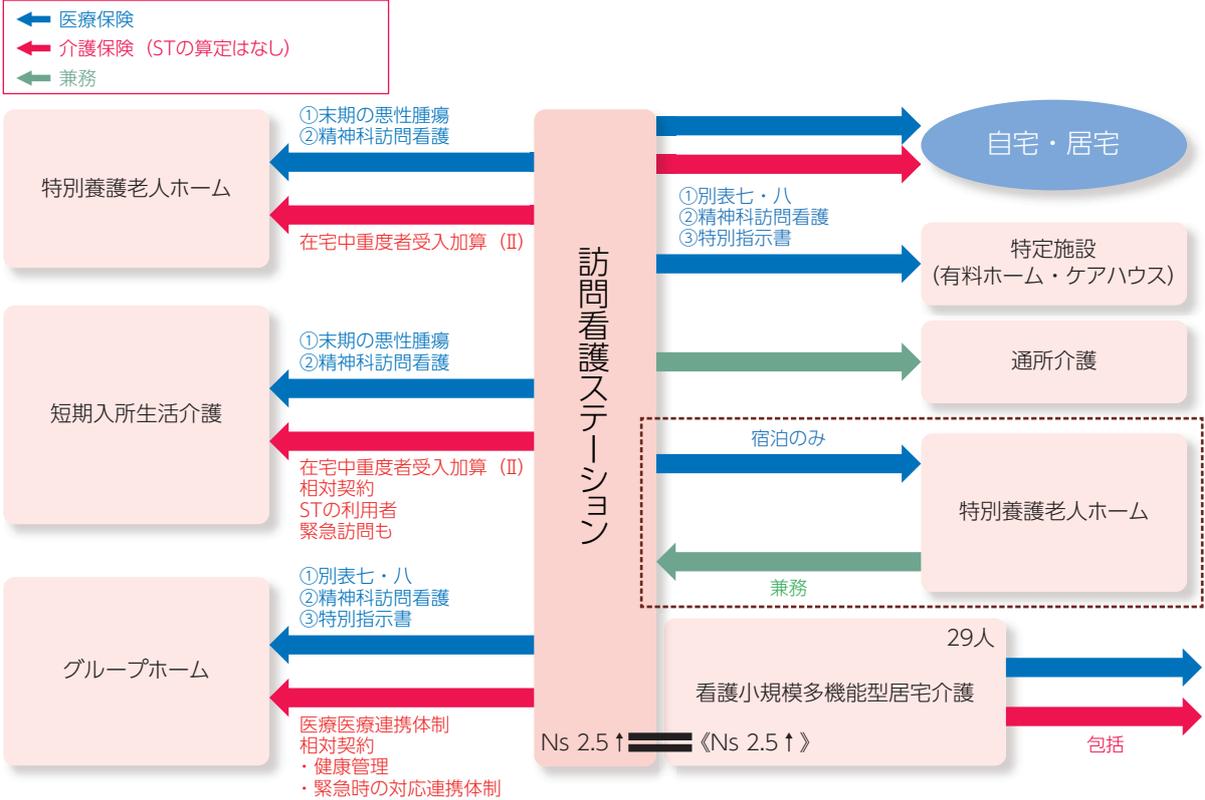
ACPの普及・促進：HPでガイドライン・ACPの進め方・方法・ACPの取組の実際の紹介

## 24 訪問看護の関わりについて (心不全の方への訪問看護計画)

目標：心不全のコントロールができ、QOLを重視した日常生活が送れる

- ◆健康管理：バイタルサイン (Bp、T、P、Spo2、自覚症状・主訴) の測定等
- ◆症状管理：自覚症状の自己チェックの状況
  - 【呼吸困難】に対するケア：適度な活動ができる (リハビリテーション含む)、在宅酸素・麻薬等の使用の支援
  - 【浮腫】に対するケア：スキンケア (下肢の浮腫、加齢による皮膚の脆弱化等、潰瘍に対する処置)、福祉用具の活用
- ◆服薬管理：薬を飲み忘れない、内服薬の薬効・副作用の理解
- ◆食事管理：塩分・水分を取り過ぎない
- ◆体重管理：毎日同じ時間に体重測定、目標体重の確認
- ◆嗜好品摂取：喫煙・飲酒の摂取によるリスクの説明
- ◆感染症予防：感冒、上気道感染等、心不全の増悪因子のため
- ◆協働意志決定
- ◆看取りのケア
- ◆ケア管理：入浴介助等、感染予防、多職種連携による支援の調整

## 25 訪問看護事業と施設等との連携



事前学習  
第3部 各論 3

## 26 現在進められている「地域共生社会」への動き

### 「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

平成29年2月7日 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

**「地域共生社会」とは**  
◆制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

**改革の背景と方向性**

**公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換**  
○個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援  
○人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

**『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換**  
○住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す  
○地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

**改革の骨格**

**地域課題の解決力の強化**

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改革】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改革】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改革】

**地域を基盤とする包括的支援の強化**

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設【29年制度改革・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

**「地域共生社会」の実現**

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源(耕作放棄地、環境保全など)と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援
- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

**地域丸ごとのつながりの強化**

**専門人材の機能強化・最大活用**

**実現に向けた工程**

平成29(2017)年：介護保険法・社会福祉法等の改正  
◆ 市町村による包括的支援体制の制度化  
◆ 共生型サービスの創設 など

平成30(2018)年：  
◆ 介護・障害報酬改定：共生型サービスの評価 など  
◆ 生活困窮者自立支援制度の強化

平成31(2019)年以降：  
更なる制度見直し

2020年代初頭：  
全面展開

**【検討課題】**  
①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策(制度のあり方を含む)  
②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方  
③共通基礎課程の創設 等

地域住民のニーズは**複雑化・多様化**  
 (疾患、障害、価値観、住まい、家族構成、生活環境、経済力etc.)

地域のサービス資源の**つながり**が不可欠  
 各機関・サービスで働く看護職は  
 連携調整・マネジメントのキーパーソン



訪問介護職員と訪問サービス利用者、特別養護老人ホームの職員等向けに、新型コロナウイルス感染症の対策を分かりやすくまとめた動画を作成し、厚生労働省のYouTubeに公表。

「訪問介護職員のためのそうだったのか！感染対策」①～③

①あなたが利用者宅にウイルスをもちこまないために



(動画の内容)  
 こんなときどうする？  
 ①利用者宅に到着  
 ②玄関に入る  
 ③手洗いを  
 ④挨拶をする  
 ⑤部屋の換気をする  
 ⑥体温測定をする  
 ⑦鼻がかゆくなったら・・・

③あなたがウイルスをもちださないために



(動画の内容)  
 こんなときどうする？  
 ①記録をする  
 ②エプロンを脱ぐ  
 ③帰る前  
 ④上着を着る  
 ⑤水を飲みたくなったら・・・

「訪問サービスを受ける方のためのそうだったのか！感染対策」

○あなたがウイルスをうけとらない、わたさないために



(動画の内容)  
 ○ウイルスはどこにいるの？  
 ○こんなときどうする？  
 ①いつ手を洗うの  
 ②サービスを受けるまえ  
 ③サービスを受けるとき  
 ④訪問してもらうのが怖いと思ったとき

こちらのQRコードから動画をご覧いただけます。



厚生労働省you tube  
 MHLWチャンネル  
[https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWJ\\_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc](https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWJ_HIGPFEBEiyWloHZGHxCc)

「介護老人福祉施設（特養）のためのそうだったのか！感染対策」①～③

①外からウイルスをもちこまないために



(動画の内容)  
 こんなときどうする？  
 ①家を出るまで  
 ②通勤するとき  
 ③職場に着いたとき  
 ④休憩のとき  
 ⑤職員共用設備を使うとき  
 ⑥仕事が終わったら

②施設の中でウイルスを広めないために (1)



(動画の内容)  
 こんなときどうする？  
 ①使い捨てエプロンをつけよう  
 ②環境を整えよう  
 ③入所者のマスク着用はどうしたらいいの  
 ④もしも、有症状者がでたら

新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール  
 ～訪問看護について～

訪問看護について

◆訪問看護では医師や多職種（介護保険利用の際は居宅介護支援事業所等）と連携し以下の項目を実施する

心身の状態のアセスメント

点滴の管理および輸液療法・酸素療法などの治療効果確認

医療処置・服薬管理・症状の緩和

療養上の世話（食事・清潔の援助）

家族の健康状態の確認・自宅内や生活上の感染対策指導

不安の内容の確認および治療意向の確認

◆介護保険の対象者の場合は、特別指示書の交付が有用である

◆訪問看護も公費扱いとなる（保医発0430第3号 R2年4月30日）

◆介護保険/医療保険の選択は訪問看護事業所と相談する

## 4 在宅歯科医療 現状とその問題点

三木 次郎

### 目 標

在宅医療の供給体制に求められる医療機能は①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取りへの対応、である。そしてこれらの医療機能は在宅歯科医療にも当てはまる。実際の在宅歯科医療の供給に関しては、歯科医師、歯科衛生士の歯科専門職が単独で介入する場合もあるが、多くの場合歯科専門職以外の医療、介護の専門職と連携、協働することが必要である。在宅医療において多職種協働が重要視されてから長い年月が立つ。そしてその間、専門職における縦の関係での在宅での医療、介護の理論や方法は、かなり向上したように感じる。しかし、専門職同士が横の関係で情報を共有し、協働するという形態はまだ発展途上であると思われる。今回、あまり知る機会が少ないと思われる在宅歯科医療の実際を紹介し、その中で多職種協働の必要性を示すことにより、今後の課題を考えてみたい。

### Keyword

医療機能、在宅歯科医療、協働、連携

### 内 容

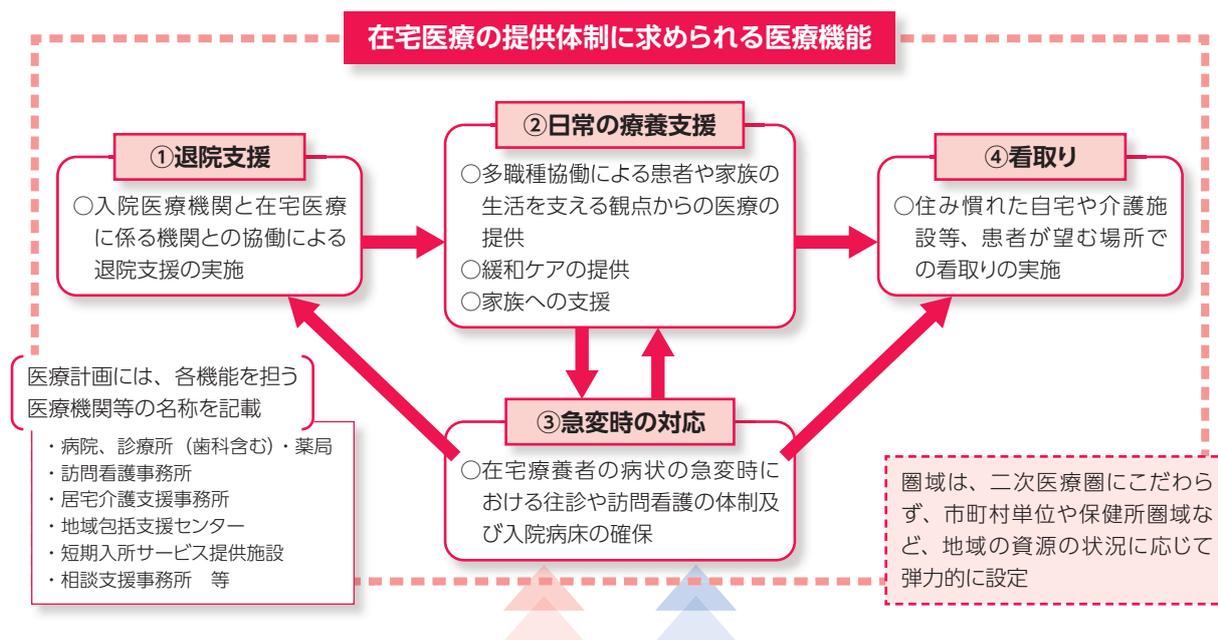
1. 在宅医療の供給体制と医療機能
2. 在宅歯科医療の実施状況
3. 在宅歯科医療における日常療養支援
4. 症例：在宅における歯科治療の実際と多職種連携
5. 症例：口腔衛生管理と多職種連携
6. 症例：摂食嚥下機能と多職種連携
7. 症例：緊急時の対応（外傷）と多職種連携
8. まとめ

令和3年度 厚生労働省委託事業  
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

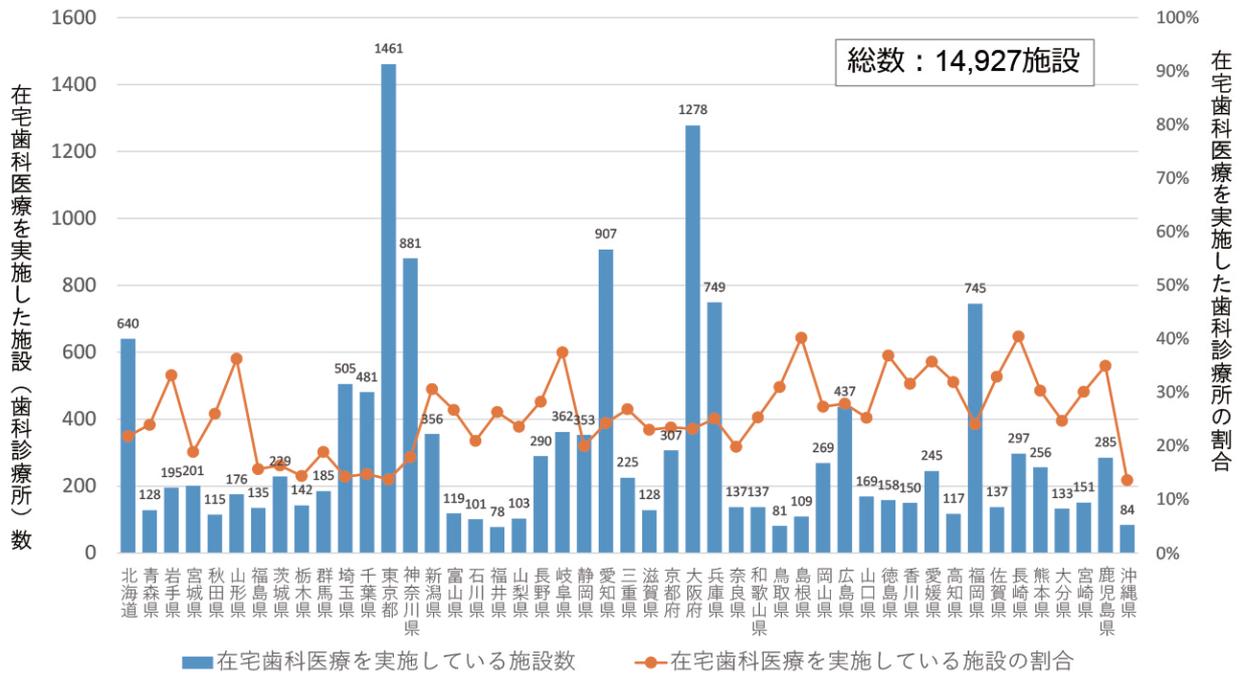
事前学習 第3部  
【各論4】  
**在宅歯科医療  
現状とその問題点**

全国在宅療養支援歯科診療所連絡会 会長  
**三木 次郎**

1 在宅医療の供給体制に求められる医療機能



## 2 在宅歯科医療の実施状況



出典：平成29年医療施設調査（平成29年9月の実施状況）

## 3 在宅歯科医療における日常療養支援

### 多職種協働による患者や家族の生活を支える歯科医療

□ 口腔の一般的な歯科治療

□ 口腔衛生管理

誤嚥性肺炎予防

安心安全な経口摂取のために

摂食嚥下機能管理

(小児在宅)

### 終末期の口腔管理や緩和ケア

### 家族への支援

## 4 在宅における歯科治療

虫歯、歯周病の治療や予防

抜歯

入れ歯

在宅歯科医療において、一般的な治療は診療室における治療と同様な治療が可能であるが、全身状態や精神の状態また処置の難易度等により処置が困難になる場合もある。

治療を円滑に進めるためには医師や多職種との情報共有が重要です。

## 5 CASE 1 口腔環境改善 → 義歯装着



写真1 初診時の口腔内の状態

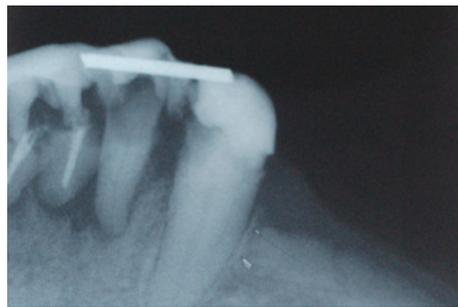


写真2 初診時のレントゲン



写真3 抜歯、歯冠補綴後



写真4 最終処置、義歯装着

口腔の衛生は誤嚥性肺炎の予防や経口摂取の継続のために重要で生命のベースになるといっても過言ではありません。



写真1 初診時 歯石で歯が見えない



写真2 歯肉の強い発赤腫脹



写真3 歯を覆っていた歯石の厚み



写真4 きれいになった歯肉

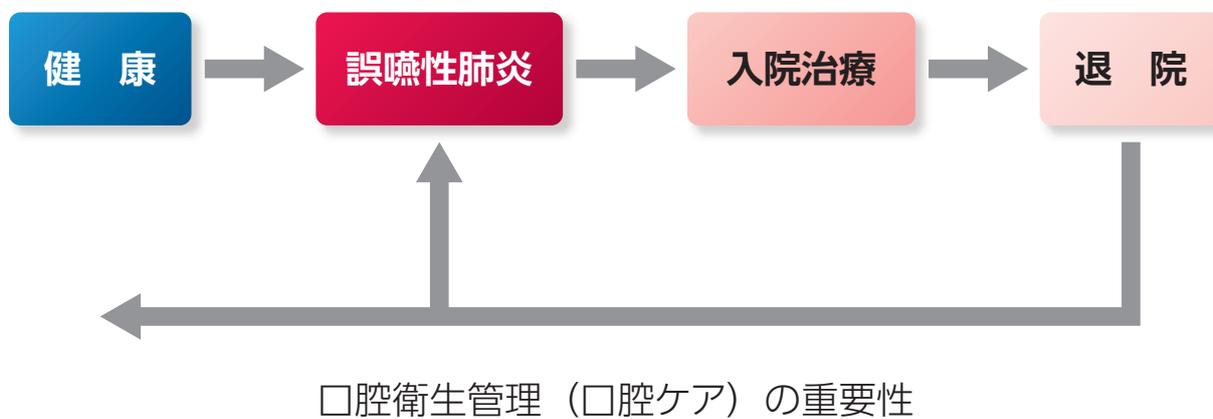
8 CASE 3 重度歯周炎と薬剤の関与



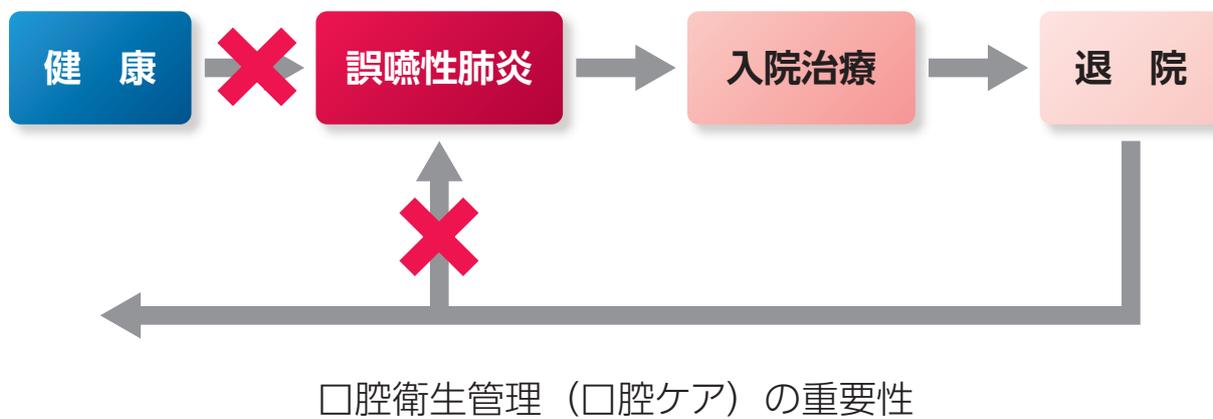
9 CASE 4 胃瘻患者の口腔内の汚れ



## 10 誤嚥性肺炎のスパイラル

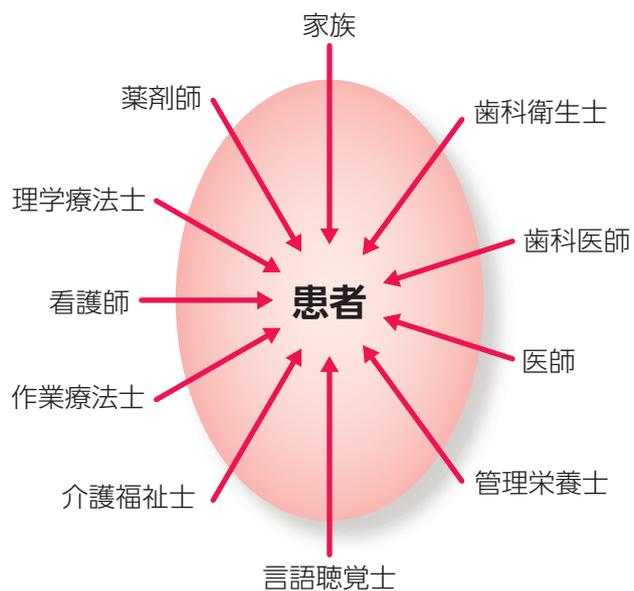


## 11 誤嚥性肺炎のスパイラル

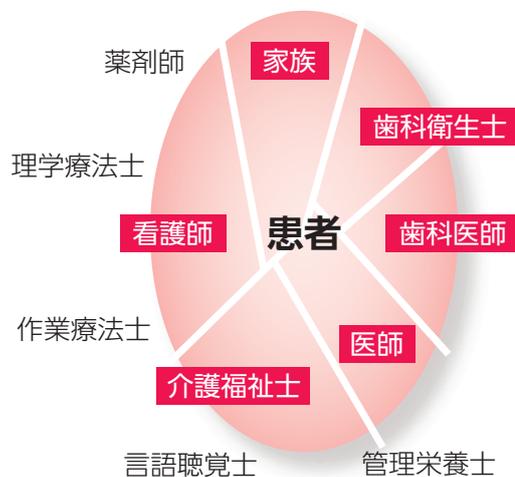


## 12 多職種による関わり

### Multi-or Inter-disciplinary team



### Trans-disciplinary team



医師薬出版歯科衛生士のための摂食嚥下リハビリテーションから改変

## 13 口腔ケア多職種研修



## 摂食嚥下機能管理

### 15 CASE 5 摂食嚥下機能管理

嚥下リハ用口腔内装置



口唇閉鎖訓練



訪問栄養ステーションから管理栄養士による食事調整



## 終末期の口腔管理と緩和ケア

### 17 終末期の口腔管理（ターミナルケア）

#### □から食べたい、おいしく食べたい。

虫歯・義歯の問題、□腔機能の問題

#### □腔の痛みの緩和

虫歯・歯周病・義歯

軟組織疾患（□腔カンジダ症）

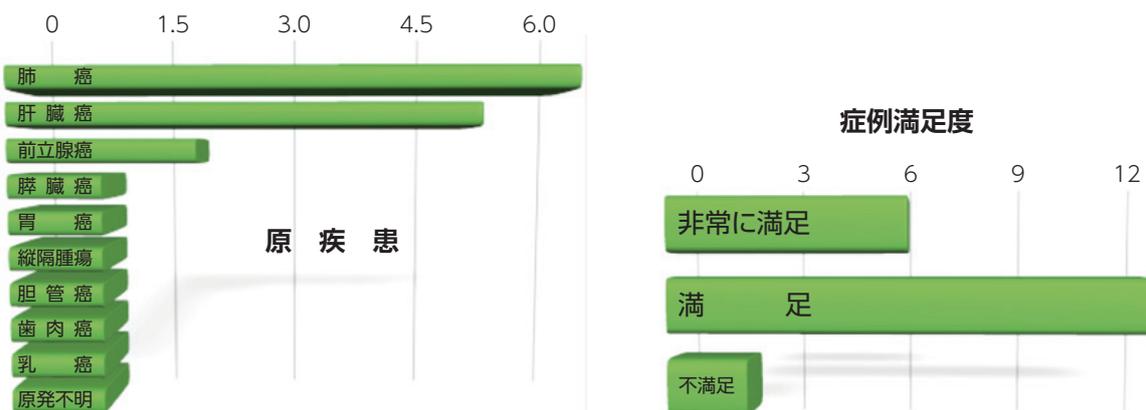
#### □腔乾燥、味覚異常

#### □腔不快

□腔衛生、分泌物・痰の処置、歯肉出血

□腔内の臭い 等

## 18 終末期の口腔管理（ターミナルケア） — 原疾患と症例満足度



平成21年～令和元年。ほとんど全ての方が治療が終了して在宅で療養されていた方ですがそのうち、2例は病院への訪問です。処置は口腔衛生管理は必須で全ての症例で行われた。

その他、抜歯、義歯の装着、口腔カンジダ症の処置、口腔乾燥に対する処置等が行われた。

抜歯5例、抜歯して新義歯を装着したもの2例、抜歯して義歯を修理（増資）したもの1例、新義歯の装着のみを行ったもの2例、義歯の調整（床裏装、修理を含む）だけを行ったもの5例、歯冠補綴を行ったものは3例であった。

ほとんどの症例は、医師との情報の共有がなされ、抜歯については医師立会いのもとに行ったものも、2例ある。

## 19 CASE 6 肝臓がん末期



上下動揺歯牙 ↑ ↓



抜歯縫合 ↑ 義歯装着 ↓





↑ 義歯の管理 ↑



笑顔

## 緊急時の対応

### 外傷

22 CASE 7 上顎中切歯歯牙脱臼、歯根破折



23



↑ 治療直後  
ワイヤーとレジンで固定

↓ 1ヶ月後  
固定除去時



レントゲン像  
4年後



在宅医療において多職種協働が重要視されてから長い年月が立ちます。そしてその間、専門職における縦の関係での在宅医療や介護の理論や方法は、かなり向上したように感じます。しかし、専門職同士が横の関係で情報を共有し、協働するという形態ははまだ発展途上であると思われます。多職種が協働するという事は、1たす1が2になるばかりではなく3にでも4にでもなります。そして、それは患者、利用者に非常に有用です。さらに全身的にも生物学的な生命の質ばかりでなく、生活の質・人生の質の向上が期待でき、精神的にもより良い影響を与える事ができると考えられます。

今後も継続して、地域、特に市町村レベルでの顔の見える関係の構築、多職種協働に向けた働きかけを続けていくことが課題ではないかと思えます。

そして多職種のことを理解し、補っていく、ことが必要です。

私の診療所は人口5万人の中小都市のミニマムな診療所です。本日の症例は全て自分の、担当症例です。そう考えると日本中にはもっともっとたくさんの口腔弱者がいます。本日の講習によって、みなさまが、少しでも在宅歯科医療に対する理解が深まってくれることを願って、終わりたいと思います。

## 5 介護支援専門員の役割 ～その人らしい生活を支える～

坪根 雅子

### 目 標

介護保険制度は21年を経過している。人で例えるなら大学を卒業する前に差し掛かり、制度としてもかなり変化を求められてきた。だが、我々が支える地域の高齢者像が変化したわけではない。新型コロナウイルス感染症拡大で病床使用率が上がり、在宅支援を開始する利用者が増えてきている。以前より我々介護支援専門員は、利用者の生活に対する意向や心身機能を踏まえて、利用者の人生の最終段階の意向を踏まえ、揺れる家族の支援、医歯薬栄養看護リハとの連携、かつ自治体との情報交換等の役割を担っている。今回の研修会では、地域包括ケアシステムの中、治し支える医療の一役としての介護の役割を伝えたいと考えている。

### 内 容

一人暮らし、認知症、高齢者世帯、ACP、ICF、ヤングケアラー

### Keyword

1. 人生の最終段階の過ごし方の聞き取り
2. どのように今まで生きてきたかが、手掛かりになる
3. 認知症になってもできているところを探す。一緒に見つけ出す (ICF)
4. 8050問題といわれるが、近年、親子2代で依頼を受けることが増え始めた
5. ヤングケアラー問題は、医師や行政との連携が重要
6. ICTの活用で生活を主治医に情報提供する

令和3年度 厚生労働省委託事業  
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第3部

【各論5】

**介護支援専門員の役割**  
～その人らしい生活を支える～

日本介護支援専門員協会 常任理事

**坪根 雅子**

**1** 2000年介護保険開始

皆さまは、そのころ

どこで？

どう？

お過ごしかったでしょうか？

日本の10大ニュース！！

1位：小淵首相倒れ保守連立内閣  
発足

2位：有珠山三宅島噴火  
鳥取西部大地震

3位：西鉄バスジャック事件

4位：シドニー五輪  
マラソン高橋金メダル

5位：雪印食中毒など企業不祥事

6位：そごう、千代田生命破綻

**7位：介護保険制度開始**

## 2 制度が20年を超えて（人言えば成人）

### 得たもの

- 女性の社会進出
- 仕事と介護の両立
- 介護の社会化
- 地域包括ケアシステム
- 地域医療介護連携
- 災害時の対応力

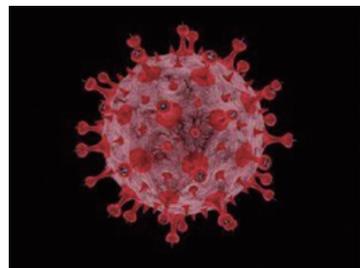
### 失ったもの

- 町内会の存在感
- 介護保険料の高騰  
(受け取り年金額の減額)
- 子供の減少

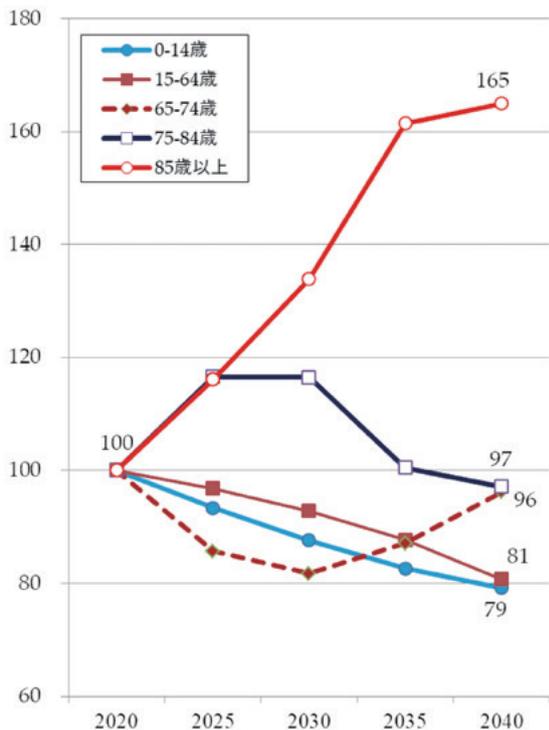


## 3 2020年は…

日本介護支援専門員協会では  
「**20歳の介護保険**」で、  
市民フォーラム開催予定



## 4 2020～2040年間の人口構造の変化



※年齢階級別人口の伸び率（2020年を100とした場合）

医療と介護の両方のニーズを有する高齢者が増加していく。生活支援に対するニーズを有する高齢者が増加していく。

85歳以上の入院患者が急増していく。

死亡者数も2040年頃まで増加していく。

## 5 医療機関との情報連携の強化

### 概要 【居宅介護支援】

居宅介護支援について、医療と介護の連携を強化し、適切なケアマネジメントの実施やケアマネジメントの質の向上を進める観点から、利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行うことを一定の場合に評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

### 単位数

<現行> なし ⇒ <改定後> 通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)

### 算定要件等

- ・利用者1人につき、1月に1回の算定を限度とする
- ・利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合



（第199回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料1「令和3年度介護報酬改定における改定事項について」より）

©Japan Care Manager Association

## 6

### 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価

#### 概要 【居宅介護支援】

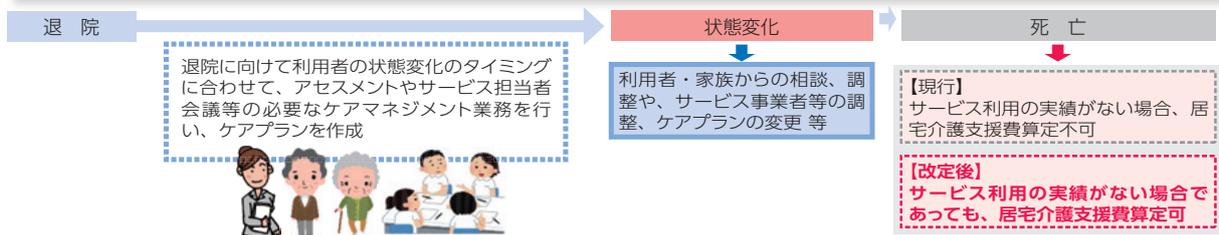
看取り期における適切な居宅介護支援の提供や医療と介護の連携を推進する観点から、居宅サービス等の利用に向けて**介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に**、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に取り扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を可能とする見直しを行う。【通知改正】

#### 単位数

<現行> サービス利用の実績がない場合は請求不可 ⇒ <改定後> 居宅介護支援費を算定可

#### 算定要件等

- ・モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の（原案の）作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っていること
- ・居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録で残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくこと



(第199回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料1「令和3年度介護報酬改定における改定事項について」より)

©Japan Care Manager Association

## 7

### この新改定を活用するには

入院時クリティカルパスに、  
介護保険申請の  
パス化を期待したい。

例) がん末期で退院。在宅医も決まった。



訪問看護も決まった。  
(ここまでは医療保険)



立ち上がりなど行いやすいように介護ベッドを活用したい。



申請したが、認定調査が間に合わず。  
(結果：介護ベッドは、自費利用となる。)

## 8 介護支援専門員は社会インフラ



## 9 こんなことを言われた時期もありました

こんなことを  
言われた時期も  
ありました。

末期がんだし、医療保険の訪問看護で賄うから福祉用具の手配だけしてくれりゃあいい

ケアプラン？

いらないよ！



## 10 ところで、先生方このような経験がありませんか？

ところで、先生方  
このような経験が  
ありませんか？

脱水で搬入された高齢者が、点滴を抜いて困る。

「家に帰る！」と言って杖を振り回す。

夜間ナースコールが頻回で、昼間はずっと寝ており、リハビリにならない。



## 11 介護保険では…

介護保険では・・・

入院時情報連携加算（Ⅰ）利用者が病院等に入院してから3日以内に、病院等の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供（月200単位）

入院時情報連携加算（Ⅱ）利用者が病院等に入院してから4日以上7日以内に、病院等の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供（月100単位）

## 12 入院時情報連携加算の基準

### 提供する情報

- ①利用者の状況（疾患、病歴、認知症の有無、徘徊の有無等）
- ②生活環境（家族構成、生活歴、介護の方法、家族の介護状況等）
- ③サービスの利用状況

平成30年度改正により、情報提供の方法が問われなくなりました。

### 起算方法

入院した日を初日（1日目）として起算すること。

## 13 医療と介護の連携の強化（平成30年度介護報酬改定）

### 訪問介護

訪問介護の現場での利用者の**口腔に関する問題や服薬状況等に係る気付き**をサービス提供責任者から**居宅介護支援事業者等のサービス関係者に**情報共有することについて、サービス提供責任者の責務として明確化。【省令改正】

### 居宅介護支援

訪問介護事業者等から伝達された利用者の**口腔に関する問題や服薬状況**、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから**主治の医師や歯科医師、薬剤師**に必要な情報伝達を行うことを義務付け。【省令改正】

### 医師、歯科医師、薬剤師

伝達された情報を踏まえ、適切な対応をとることが求められている

#### 〈情報提供の例〉

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・薬の服用を拒絶している
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・食量や食事回数に変化がある
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・下痢や便秘が続いている

## 14 いくら情報提供しても…

いくら  
情報提供しても…

点滴を抜く患者さんは抜きます。

家に帰りたいたと、杖を振る患者さん  
もやめません。

夜間譫妄も、止まりません。



## 15 私たち介護支援専門員は想定内だったりします。

私たち介護支援専門員は  
想定内だったりします。

関りの中で

生活歴：

地域特性：

職歴：

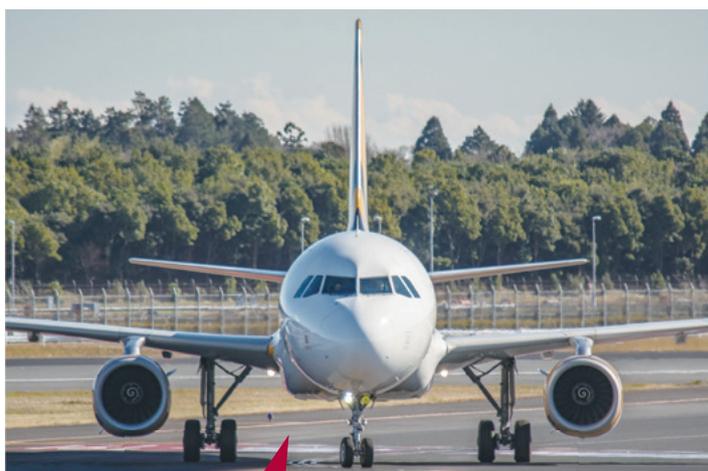
家族の中での立ち位置

利用者のポリシーなど

様々な、ことをアセスメントして  
います。



## 18 現在の在宅医療



ゆっくりと着陸する。

訪問診療と訪問看護との連携医療保険であろうが、介護保険であろうがケアプランを主治医に送信し、日々の暮らしや訪問診療の指導内容などを共有する仕組みを活用。

退院時は、特別訪問看護指示書で医療でアセスメントを行い、ケアプランに反映する期間が持てるようになった。

## 19 今後の課題

- ひとり暮らし高齢者の見守り

- **仕事と介護の両立**

- 認知症の方の在宅生活支援

- 高齢者夫婦世帯

- **最期をどこで迎えたいか？**

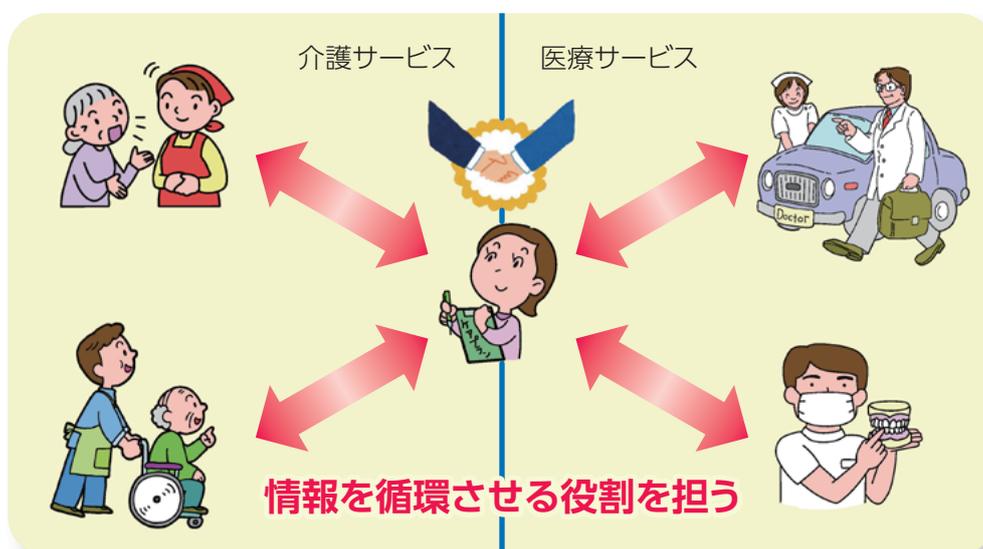
- 団塊世代の、介護保険の利用についての理解

- ヤングケアラー

- 少子化に伴う担い手不足

## 20 介護支援専門員のハブ機能（情報を循環させる）

平時の医療介護連携として  
介護支援専門員による医療側への情報提供の義務を明確化  
＜介護支援専門員のハブ機能＞



## 21 まとめ

できれば、介護保険利用無く  
人生の最終段階を  
過ごすことが望ましいが  
利用者 ➡ 患者 ➡ 利用者として  
人生の最終段階を  
過ごさせたい。  
直し支える医療、介護



ご清聴ありがとうございました。

## 6 在宅ケアにおけるリハビリテーションの役割

堀田 富士子

### 目 標

在宅ケアにおけるリハビリテーションの役割は3つある。1つ目は、在宅療養者の生活のしづらさに対応し、生活支援を行うこと、2つ目は介護負担の軽減をはかること、3つ目は前述の2点を踏まえて夢を創造し対象者のQOLを最大限に向上させることである。障害マネジメントであるリハビリテーション医療は在宅ケアを受けるとの対象者の生活の質の向上にも有用であり、在宅療養者を支える人材には必須の視点・考え方である。

### Keyword

生活支援、ICF、介護負担軽減、QOL、障害予防

### 内 容

1. 在宅ケアにおけるリハビリテーションの役割とは
2. 障害をとらえる枠組み・ICFの理解
3. 具体的なリハビリテーション・アプローチ

令和3年度 厚生労働省委託事業  
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

事前学習 第3部

【各論6】

# 在宅ケアにおける リハビリテーションの役割

東京都リハビリテーション病院 医療福祉連携室 室長

堀田 富士子

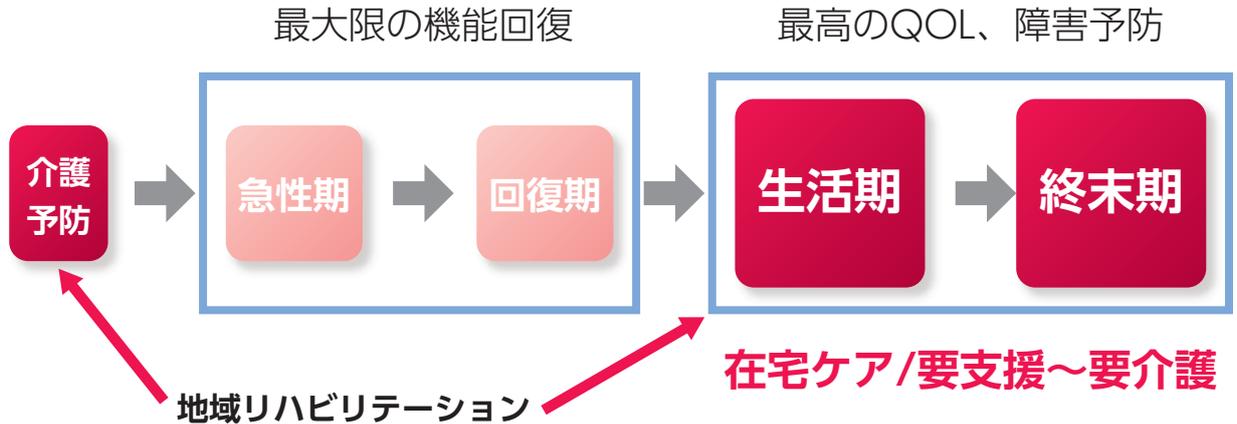
## 1 在宅ケアにおけるリハビリテーションの役割とは

- 高齢社会では**要介護はnew normal**。誰にでも**リハビリ**が必要。
- 在宅ケア≡生活期のリハビリテーションの最終目的は、最高の**QOL**と二次的な**障害予防**、そして**介護負担軽減**にある。
- 在宅ケアにおけるリハビリテーションは自立を念頭おいた**生活支援**から。生活のしづらさを**緩和**し、何かできないかな、を支える取り組みを指す。
- 「どのような境遇であっても人をより健康に、幸福にしていたのは、“**よい人間関係**”」（ハーバード成人発達研究）を保ち健やかに過ごせるように「**活動と参加**」を支援するのがリハビリテーションの役割。

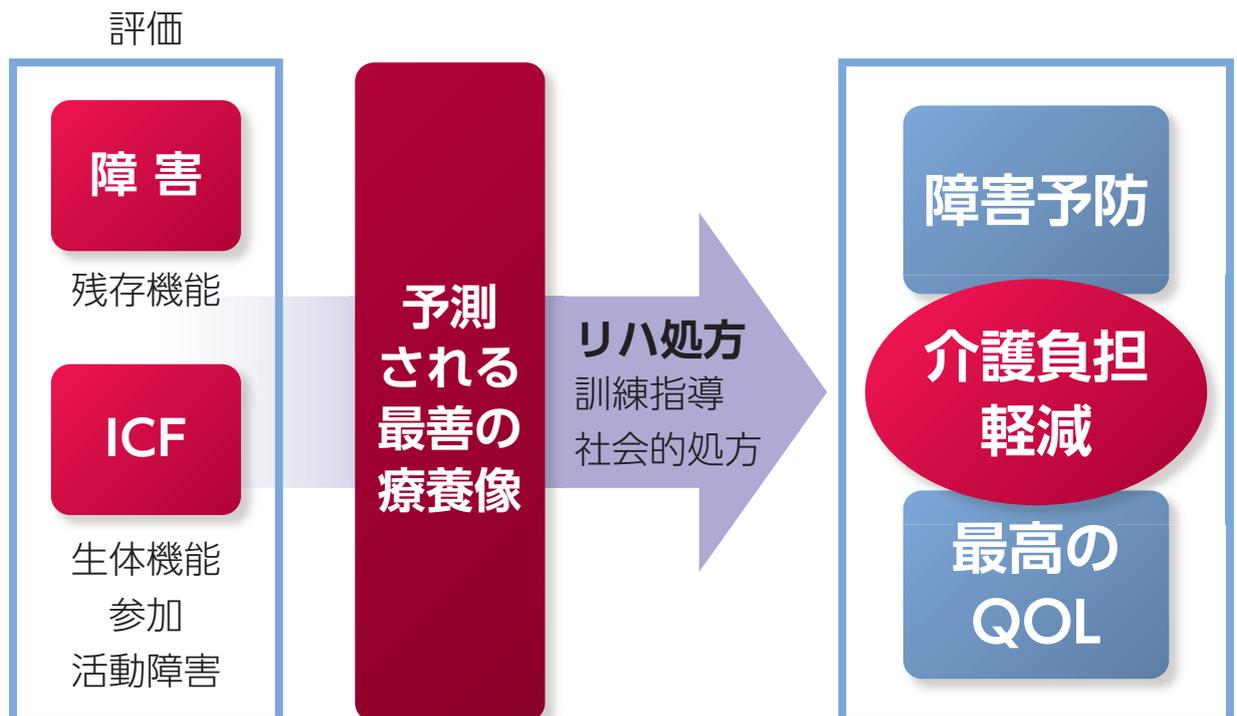
## 2 各ライフステージでのリハビリテーション

高齢社会では要介護はnew normal.

### 誰にでもリハビリが必要！



## 3 リハビリテーションの視点

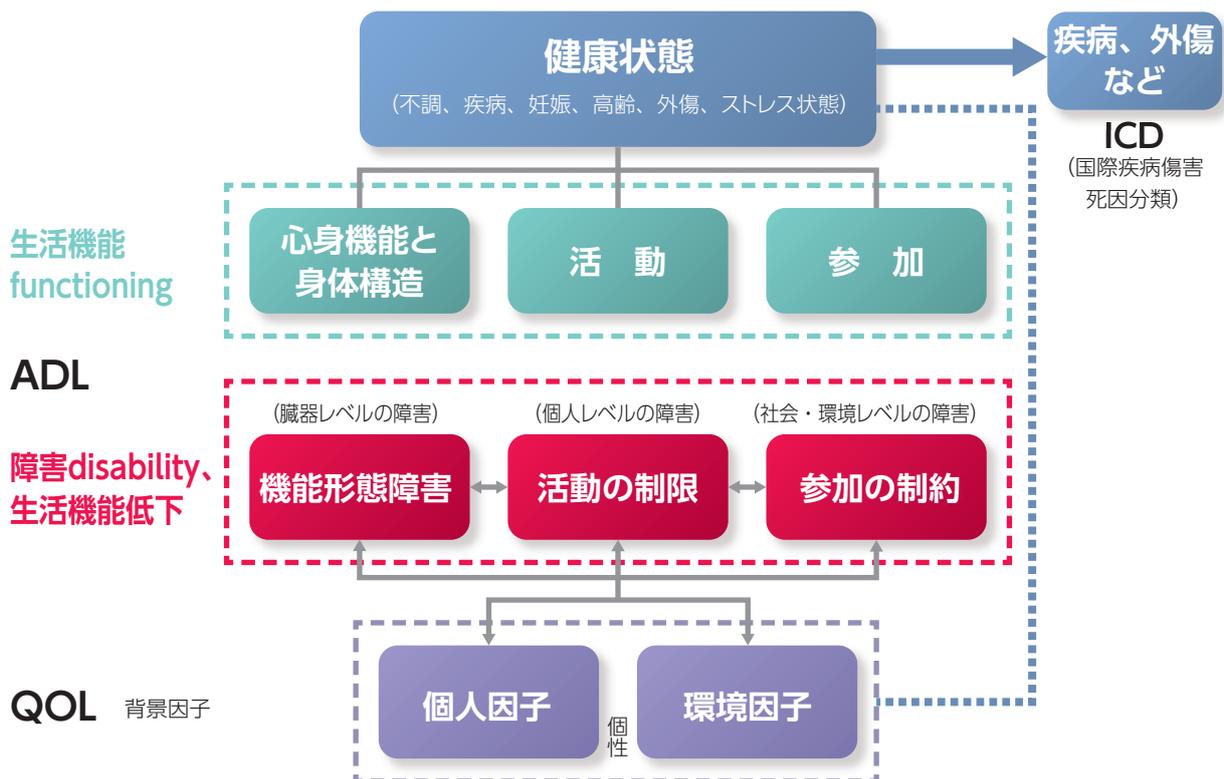


# 多層的な障害を検討する枠組みは 「国際生活機能分類」 日本語訳

International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF

- 正式には「生活機能・障害・健康の国際分類」
- 世界保健機構WHOでは、  
ICFと国際疾病分類ICDの併用により、  
**病気だけでなく、生活全体**を見ることを推奨。
- ポイントは“分類”ではなく、“生活機能状態をつかむ方法”  
としてICFモデルを活用すること。

## 5 国際生活機能分類 ICFの概念モデル



## 6 リハビリテーションで生活支援、生活のしづらさを緩和する

- 退院後など状態像の変化があった時、環境設定と自宅での直接指導で**新生活へのソフトランディング**を図る。
- **評価**（何が出来て何が苦手か）
  - ⇒ アプローチ（出来そうなことを練習。環境をセッティング）
  - ⇒ **モニタリング**（安全に実施できるか、いつもできるか、食事内容や内服なども含めて生活全体で実施）。

例) 環境設定のポイントは



利用者への生活支援は  
介護負担軽減にも。

● 家の**出入り**（玄関、縁側など）と  
家の中の**個室**の利用（トイレ、入浴）。  
キーとなるのは「**食事・排せつ・清潔**」

## 7 介護負担軽減

- **生活期リハビリテーションサービス**の利用。
  - 例) デイサービスの利用で、介護者の身体的負担減、時間ができると精神的にもラクになる。⇒ 介護継続を可能に。
- 本人への生活支援。→ **身体的、精神的**介護負担を軽減。
- **ソーシャルワーク**の活用。社会資源を活用 ⇒ **経済的**介護負担軽減へ。

## 8 リハビリテーションでQOLを支える

### ●「活動と参加」

- その人なりの**生活の質の向上**を目指す。

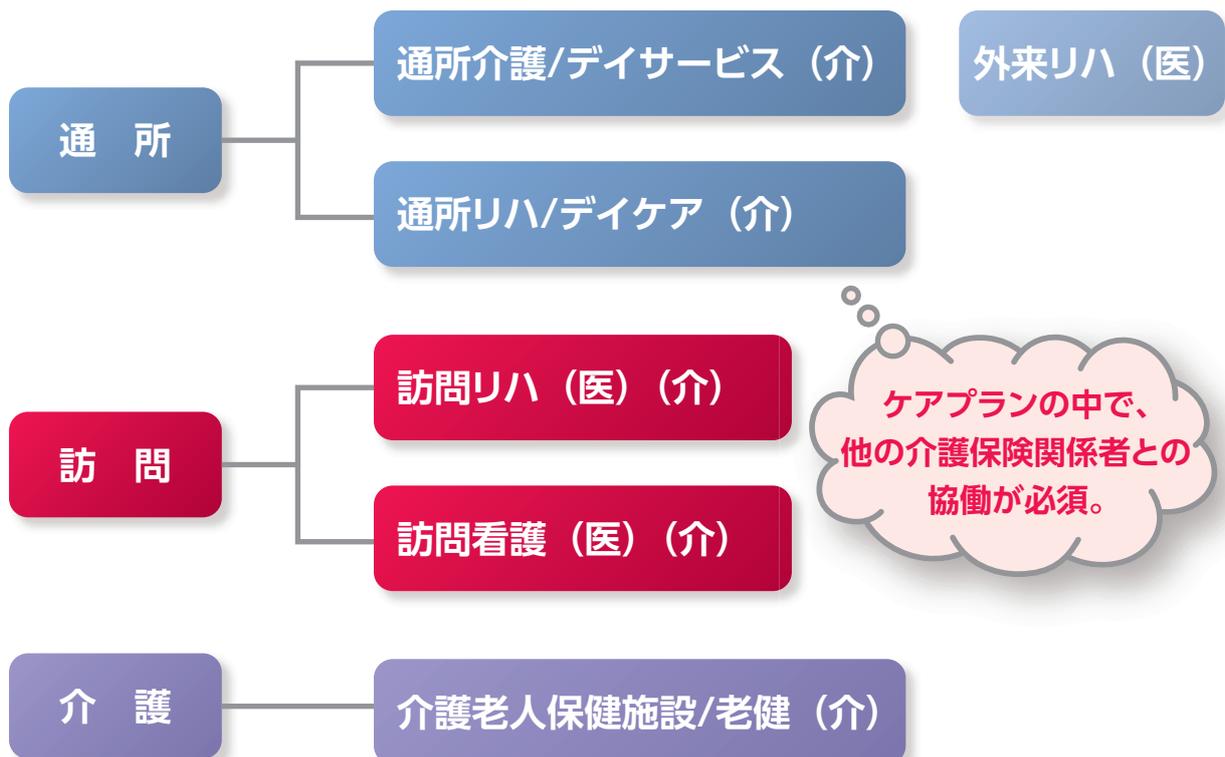
例) 車いす乗車で生活圏を広げる ⇒ 社会参加しやすくなる。

- やりたい、という気持ちを支える。

例) 「旅行したい。」 ⇒ 生活の充実と人生の満足を支援。

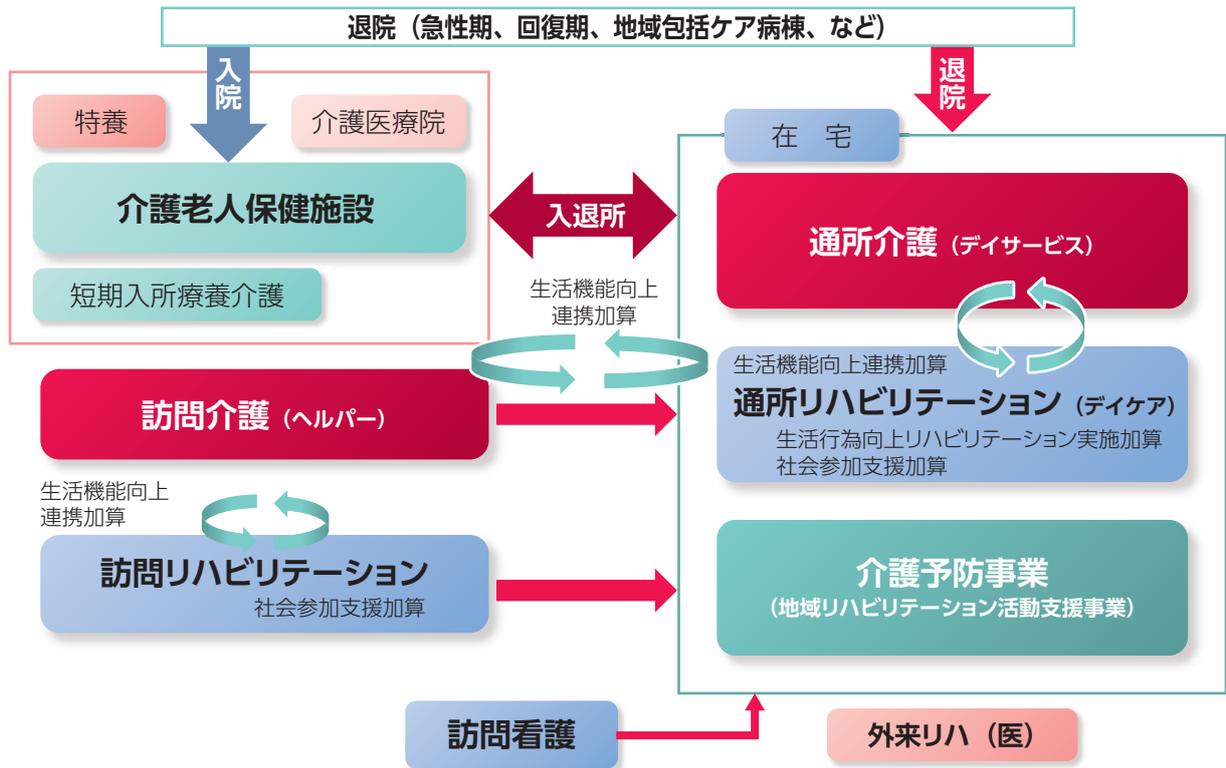
- いわゆる身体的自立が困難な利用者の場合や終末期の場合、**尊厳を守る**支援を検討する。

## 9 専門職による生活期リハビリテーションサービスの枠組み



## 10 退院後の生活期リハサービス利用のイメージ

たとえば、52歳男性、脳梗塞右麻痺、失語症で自宅退院されるとしたら・・・



## 11 たとえば、訪問リハビリの利用は

### 介護保険

開催日	開開催会場催日	介護度	
89歳、女性	アルツハイマー型認知症	要介護4	小規模多機能のお迎えを嫌がる。閉じこもりがち。
70歳、男性	頭部外傷	要介護3	高次脳機能障害が重く、介護に手間がかかっている。通所施設へつなげたい。
90歳、女性	脳梗塞	要介護5	重度脳梗塞後寝たきり。介助方法指導。
68歳、男性	胃がん術後	要介護2	心身共に虚弱へ。通所施設利用を支援。
63歳、女性	ALS	要介護3	身体1級。独居を支える工夫。⇒ 施設入所支援。

### 医療保険

症例	疾患名	身体障害者手帳	
64歳、女性	脳出血	なし	復職支援。
38歳、女性	脳腫瘍術後	身体1級	3肢障害、重介護。外出支援等。
26歳、男性	脳幹脳炎、小脳炎	身体1級	復学支援。

何か  
できないかな、  
それが  
**リハビリ。**

- 高齢になっても病気などで障害を抱えても、その人らしく、健やかに生活できるよう支援する方法がリハビリテーション。
- “生活のしづらさ” を変えるには地域づくりも必要。
- 医療介護連携のリーダーには、リハビリの視点を持って地域と地域住民を支えることが期待されている。

## 7 病院と在宅医療のシームレスな連携

織田 正道

### 目 標

高齢化の進展が著しい地方の病院において、85歳以上高齢患者の急増により、入院医療から在宅医療へのシームレスな移行が重要な課題となっている。今後、都市部においても85歳以上高齢者の急増が予測され、同様の状況となるのは時間の問題である。そこで、地方の現状を紹介し、在宅移行における課題解決の手段の一つとしてICTの活用を上げ、その取り組みについても紹介する。

### 内 容

85歳以上高齢者の急増、多職種協働で退院支援、退院後のケアの継続、在宅医療支援、ICTの活用

### Keyword

1. 当院の地域における役割と機能
2. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化
3. 「治し支える医療」への転換を本格化
  - (1) 院内：安心して在宅へ帰す仕組み
  - (2) 退院直後：ケアの継続を図る仕組み
  - (3) 在宅：地域と共に支える仕組み

令和3年度 厚生労働省委託事業  
**在宅医療関連講師人材養成事業 研修会**  
 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

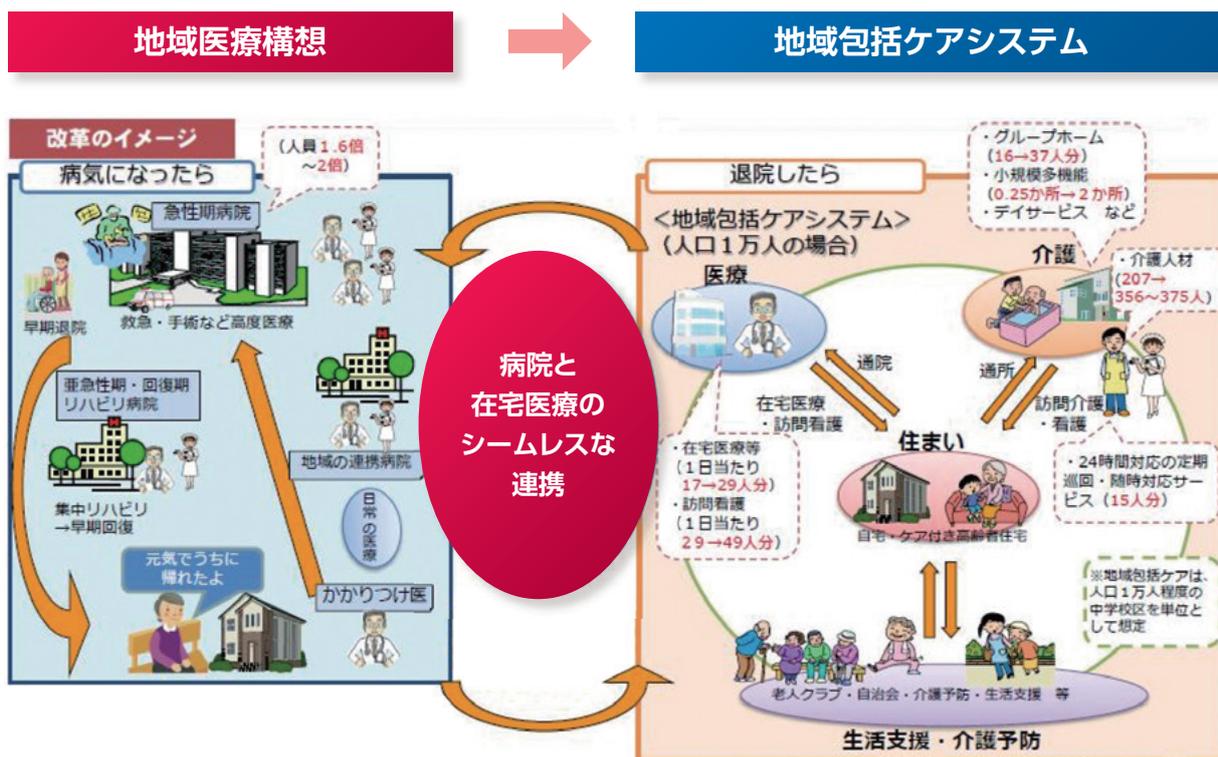
事前学習 第2部  
 【各論7】

**病院と在宅医療のシームレスな連携**

全日本病院協会 副会長  
 社会医療法人 祐愛会織田病院 理事長

**織田 正道**

**1 地域医療構想と地域包括ケアシステム**



## 2 病院と在宅医療のシームレスな連携

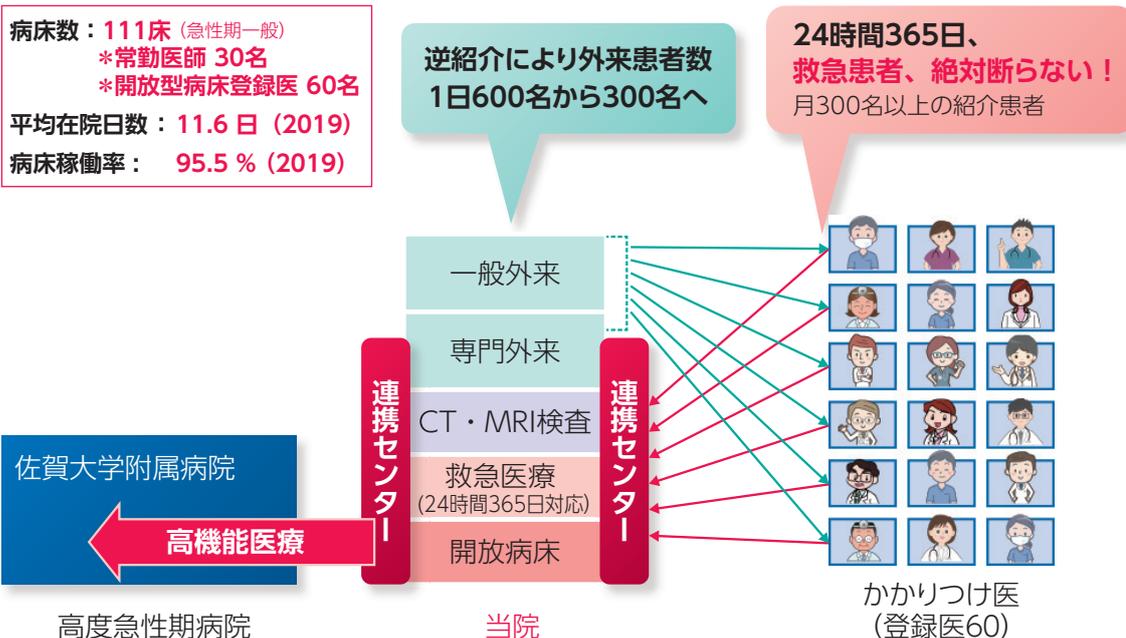
### 1. 当院の地域における役割と機能

2. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化  
在宅医療のニーズ急増

3. 「治し支える医療」への転換を本格化

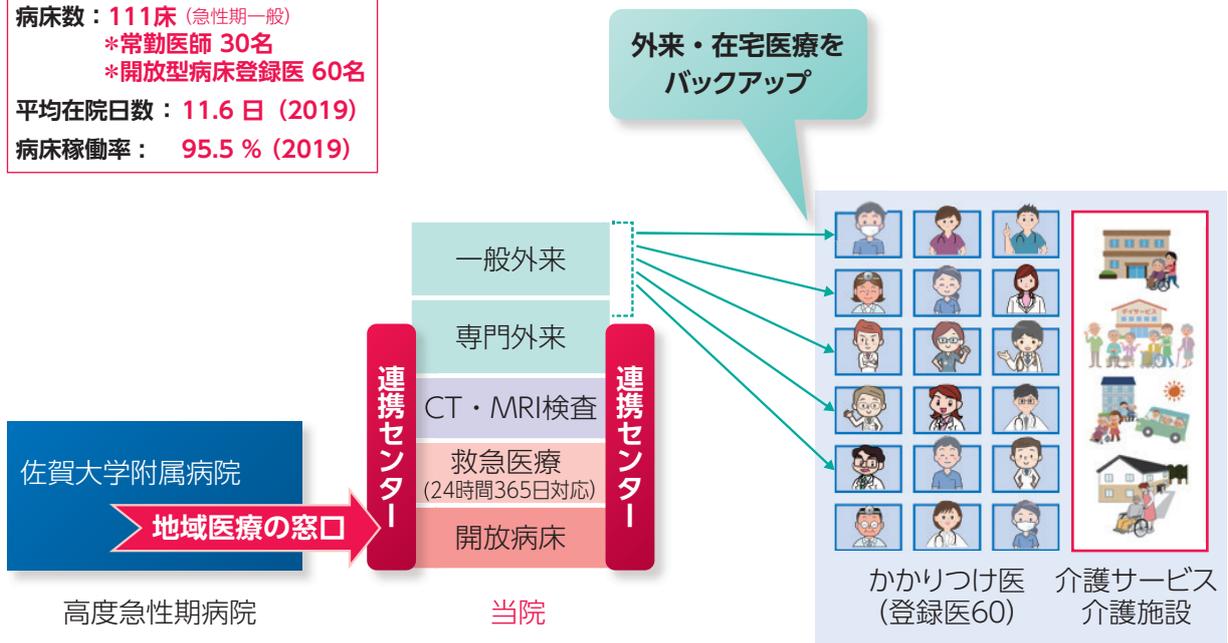
- (1) 院 内：安心して在宅へ帰す仕組み
- (2) 退院直後：ケアの継続を図る仕組み
- (3) 在 宅：地域と共に支える仕組み

## 3 当院の役割・機能 ①



## 4 当院の役割・機能 ②

病床数：111床（急性期一般）  
 ＊常勤医師 30名  
 ＊開放型病床登録医 60名  
 平均在院日数：11.6日（2019）  
 病床稼働率：95.5%（2019）



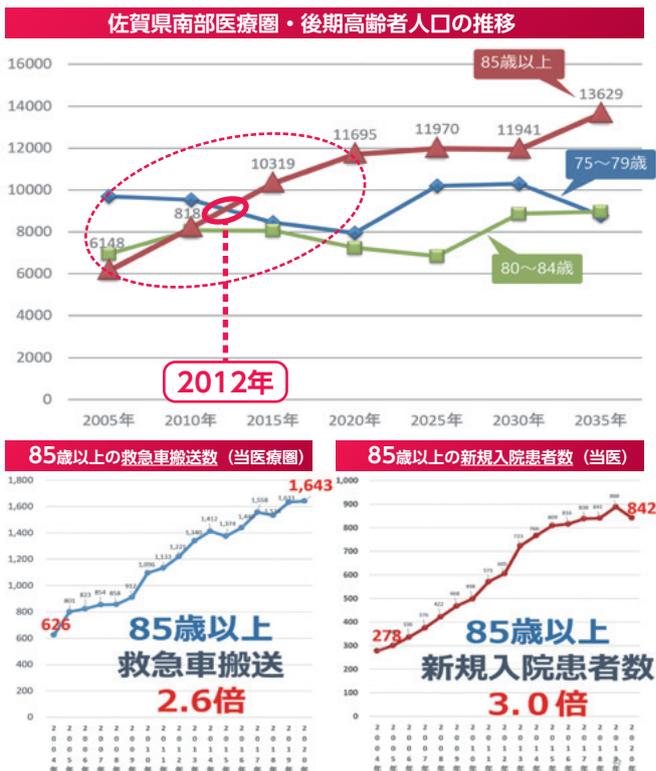
## 5 症例検討会



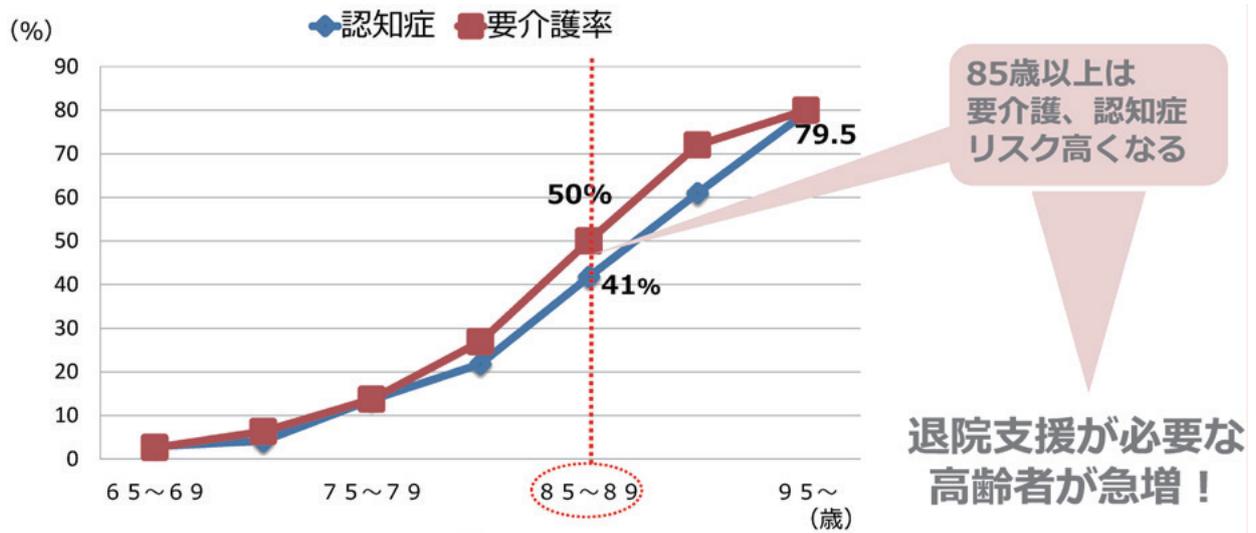
## 6 病院と在宅医療のシームレスな連携

1. 当院の地域における役割と機能
2. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化  
在宅医療のニーズ急増
3. 「治し支える医療」への転換を本格化
  - (1) 院 内：安心して在宅へ帰す仕組み
  - (2) 退院直後：ケアの継続を図る仕組み
  - (3) 在 宅：地域と共に支える仕組み

## 7 佐賀県南部医療圏・後期高齢者人口の推移



## 8 年齢階級別の要介護率と認知症



厚生労働省「国民生活調査」、厚生労働省「介護給付費実態調査」より

## 9

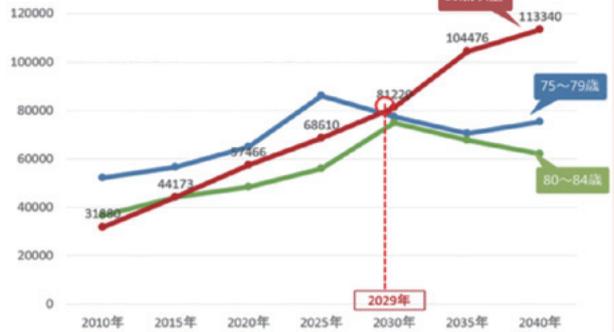
全国で同様の状況になりつつある

# 10 各地の後期高齢者人口の推移

岡山市・後期高齢者人口推移



福岡市・後期高齢者人口推移



横浜市・後期高齢者人口推移

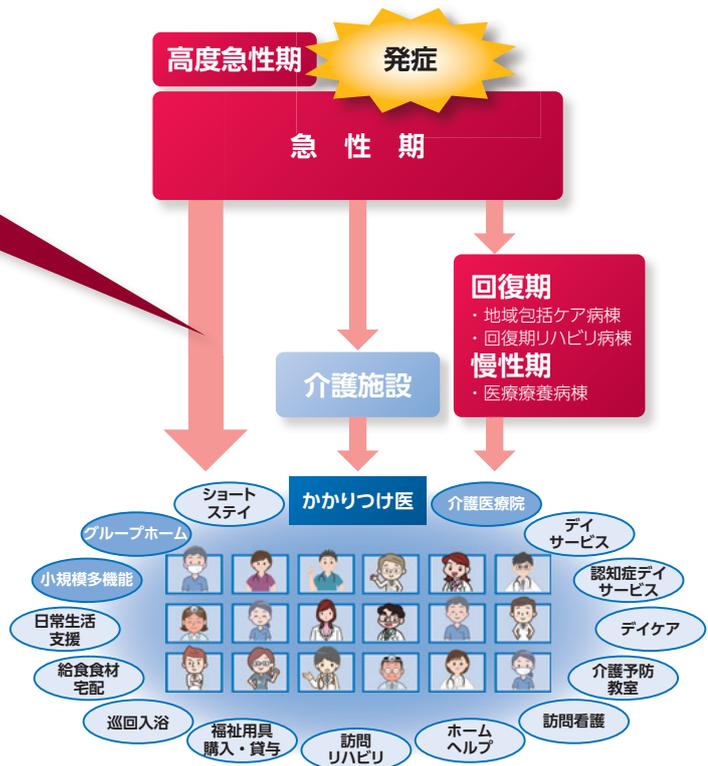


八王子市・後期高齢者人口推移

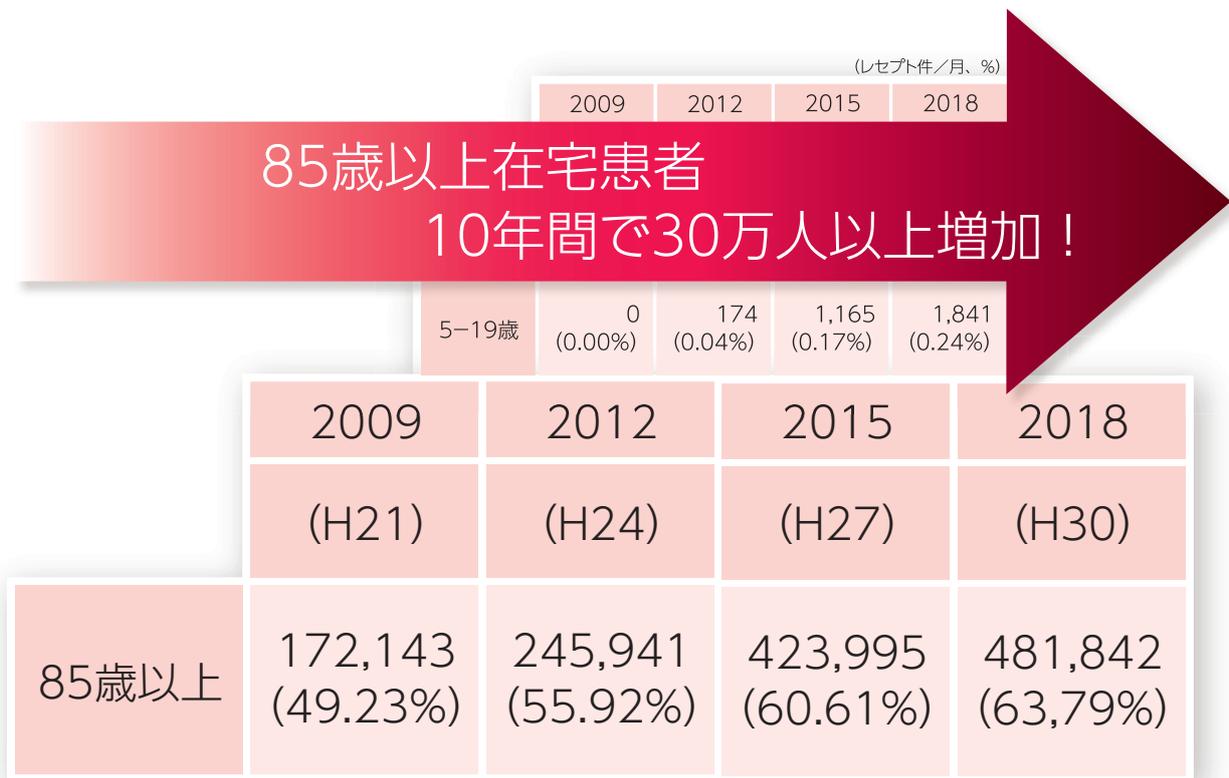


# 11 入院から在宅への流れ

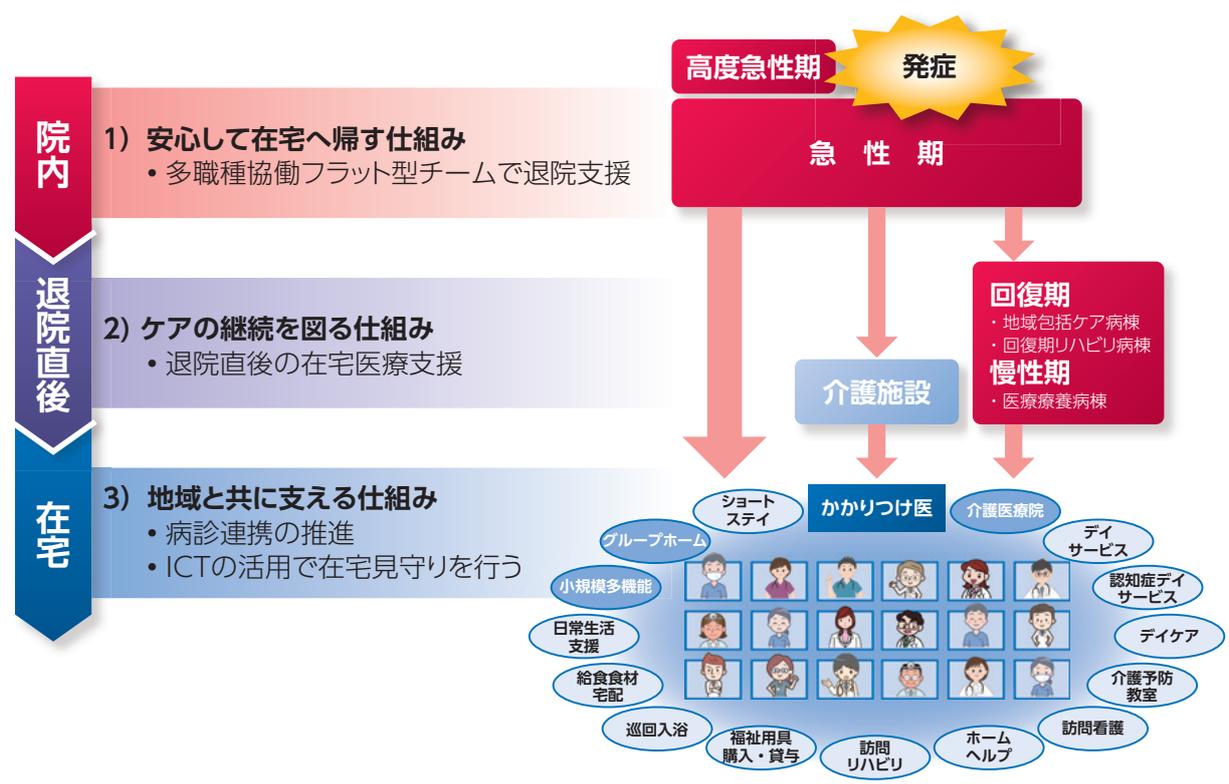
在宅医療を受ける  
患者が急増！



## 12 在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比



## 13 入院から在宅への流れ

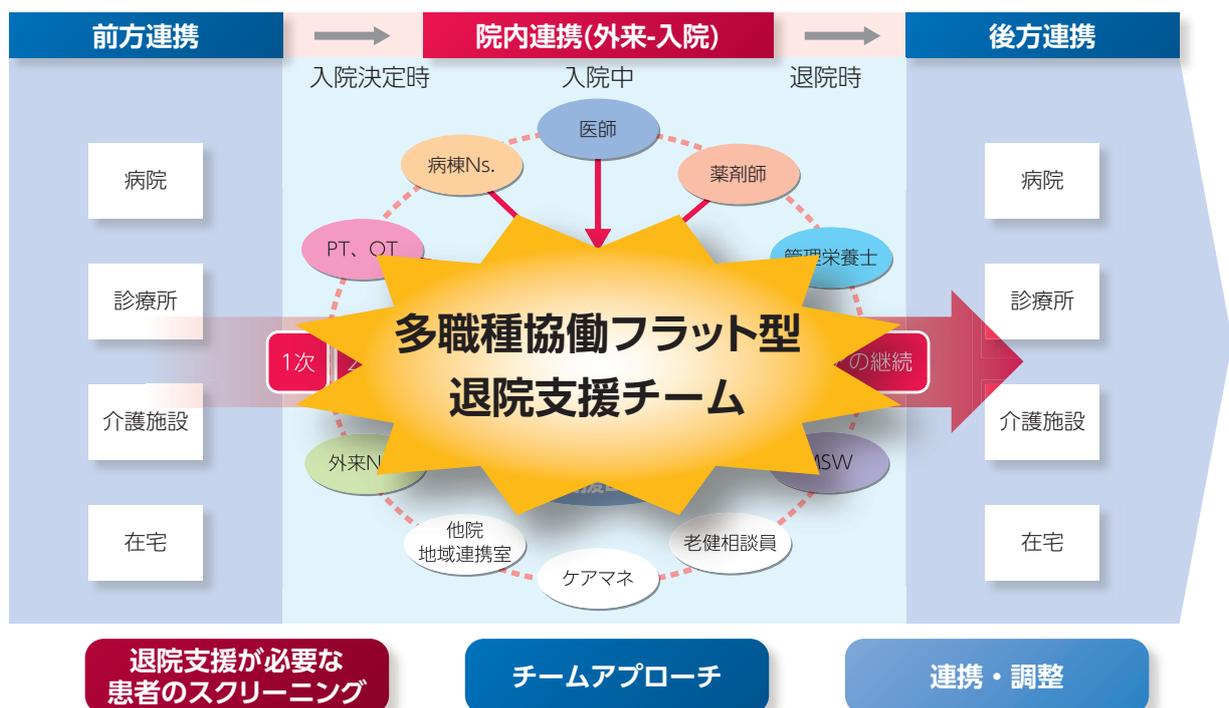


## 14 病院と在宅医療のシームレスな連携

1. 当院の地域における役割と機能
2. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化  
在宅医療のニーズ急増
3. 「治し支える医療」への転換を本格化
  - (1) 院 内：安心して在宅へ帰す仕組み
  - (2) 退院直後：ケアの継続を図る仕組み
  - (3) 在 宅：地域と共に支える仕組み

## 15 病院では

薬剤師、理学療法士、管理栄養士、MSWを病棟に専従配置専門職としての知識を活かし退院支援に係わる



## 16 薬剤師、管理栄養士、セラピスト、MSWが病棟に専従



## 17 多職種が顔の見える関係づくり



前日の入院患者を  
多職種で確認



病棟回診し  
フィジカルアセスメント



DEXA  
ラウンド

## 18 患者と顔の見える関係づくり（管理栄養士）



問診を取り  
味・量・形態の  
希望も確認



ベッドサイドで  
食事摂取状態確認



患者・家族と  
退院後の食事指導

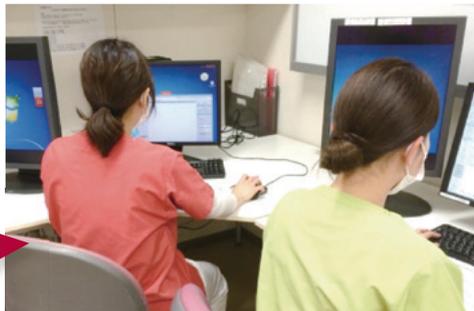
## 19 異なる職種間で知識を共有、より在宅復帰に向けた知識を持つ専門職を育成



医師へ栄養量や  
タンパクの付加など  
提案



在宅に向けての  
問題点を確認



多職種が  
隣り合わせ

## 20 認知症ケアチーム（認知症ケア加算1）

●カンファレンス

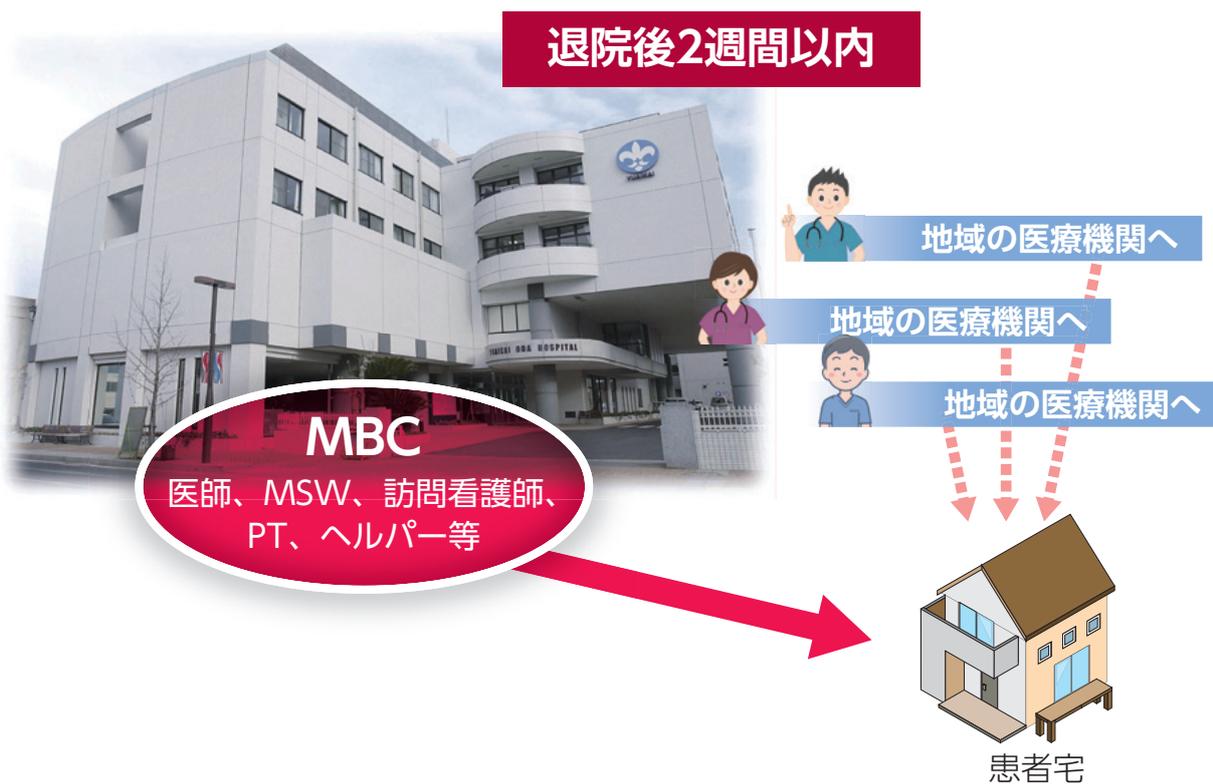
電子カルテ画面      サポートシステム画面

●対象患者の自動抽出

対象患者の自動抽出	最新カテゴリー	自立性	JCS	認知症診断
認知症ケア介入患者一覧	年齢	性別	認知症	認知症
・認知症高齢者日常生活自立度	65-74	男	1-12	認知症
・JCS	65-74	男	1-12	認知症
・生活意欲の低下で自動抽出	65-74	男	1-12	認知症

## 21 病院と在宅医療のシームレスな連携

1. 当院の地域における役割と機能
2. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化  
在宅医療のニーズ急増
3. 「治し支える医療」への転換を本格化
  - (1) 院 内：安心して在宅へ帰す仕組み
  - (2) 退院直後：ケアの継続を図る仕組み
  - (3) 在 宅：地域と共に支える仕組み



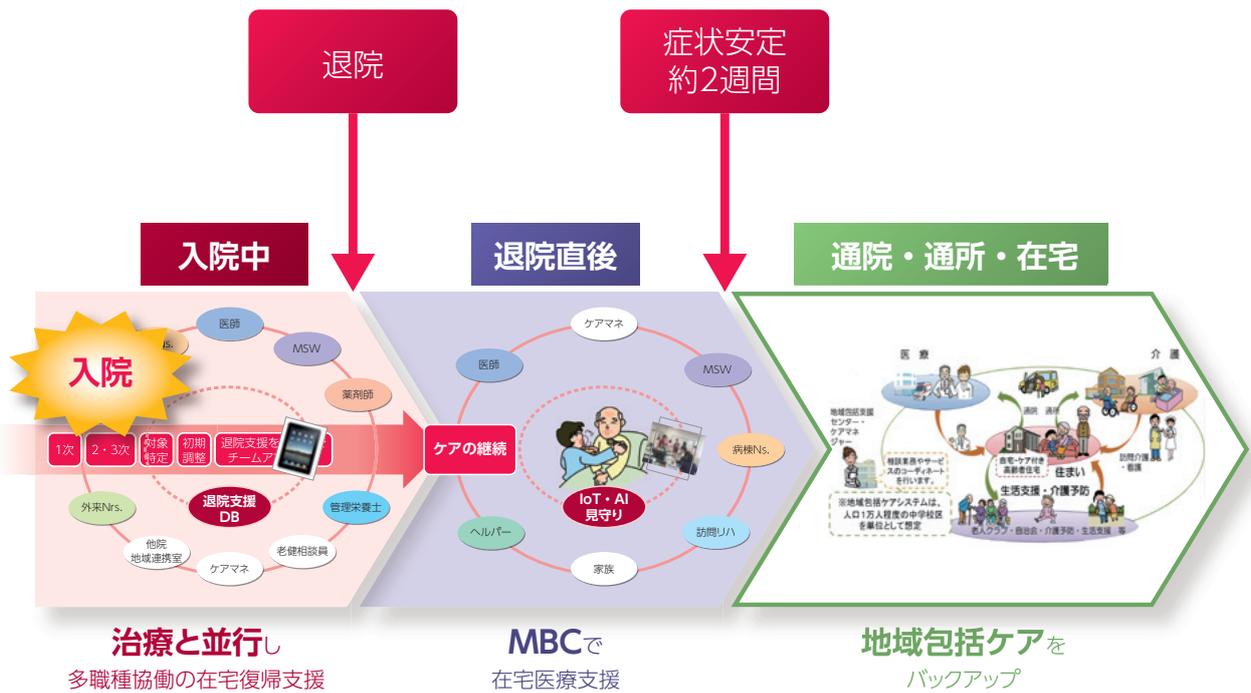
## 24 MBC (Medical Base Camp) もスタッフ間の壁がない



訪問直後に  
在宅の情報を交換



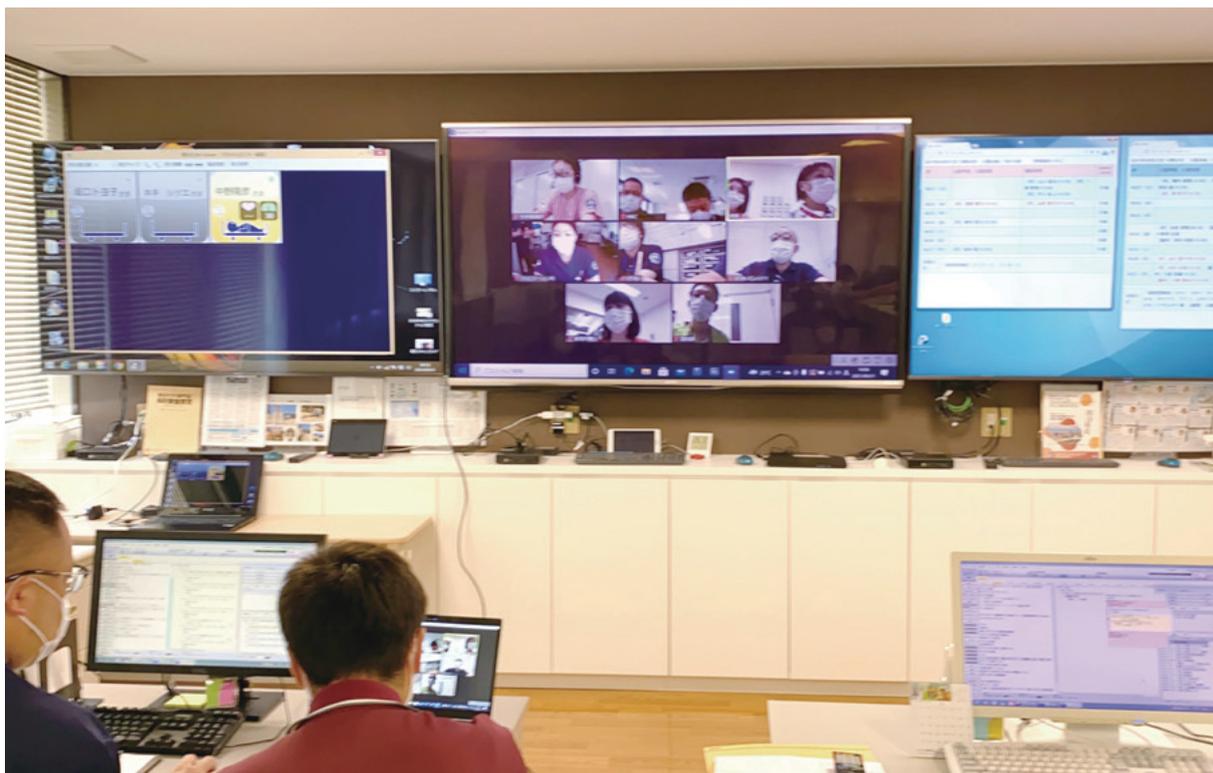
## 25 多職種が顔の見える関係づくり



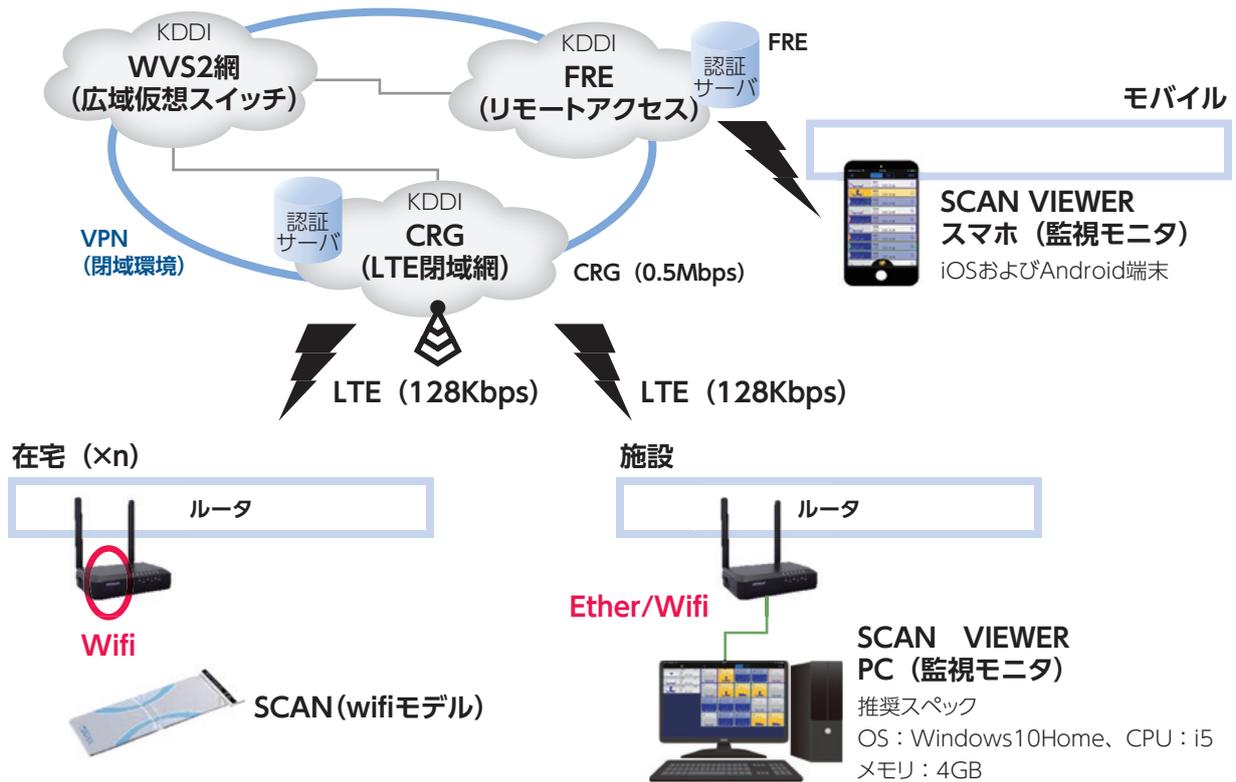
## 26 病院と在宅医療のシームレスな連携

1. 当院の地域における役割と機能
2. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化  
在宅医療のニーズ急増
3. 「**治し支える医療**」への転換を本格化
  - (1) 院 内：安心して在宅へ帰す仕組み
  - (2) 退院直後：ケアの継続を図る仕組み
  - (3) **在 宅：地域と共に支える仕組み**

## 27 在宅医療担当者会議（オンライン）



## 28 IoT活用し在宅患者の情報を集約・表示



## 29 症例

### 90代 女性 末期心不全

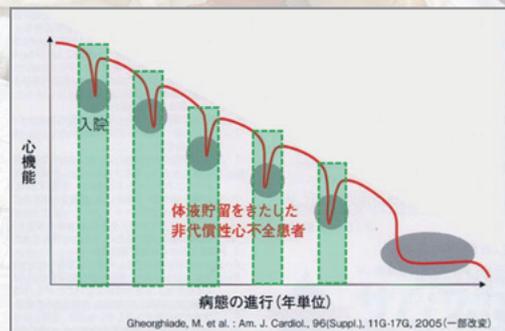
心不全治療薬に対する反応が低下。

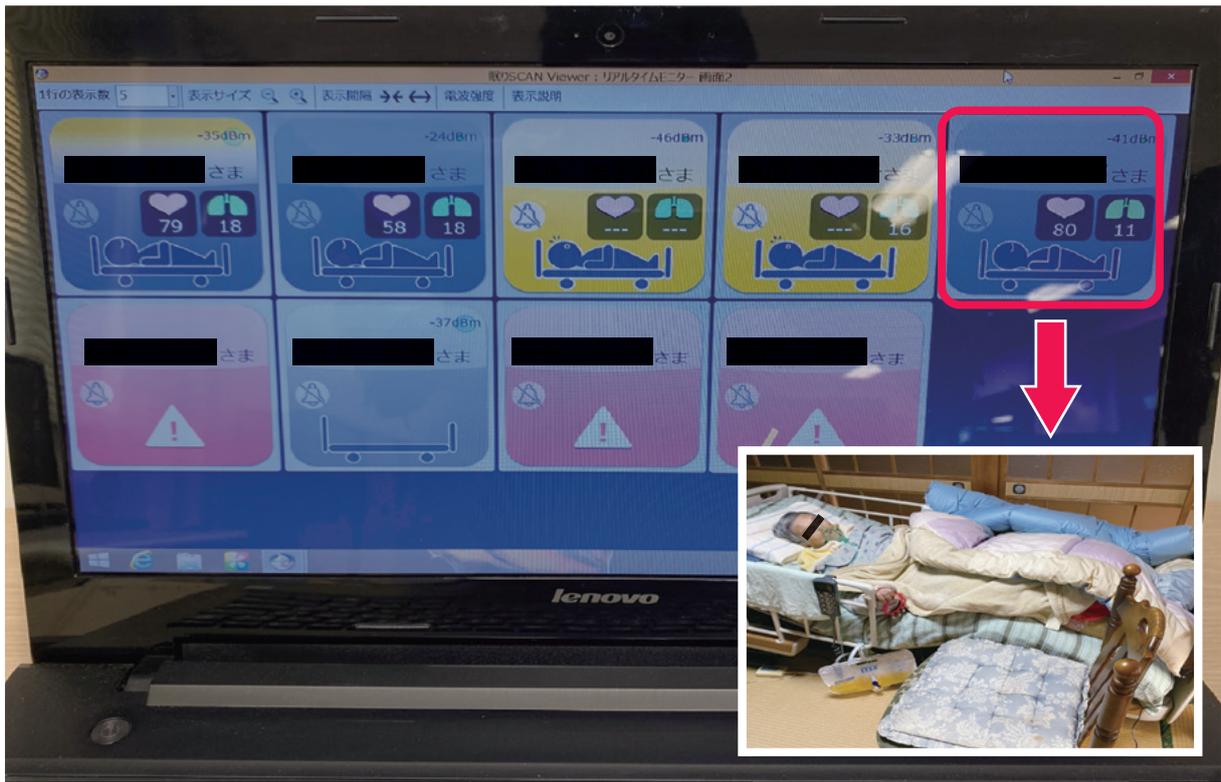
1月16日に自宅へ退院。

尿道カテーテルも留置のまま。在宅酸素も導入。

ご家族は、死期が迫っていることを理解・納得。

退院直後からベッドセンサー使用開始。







## 34 地域との顔の見える関係づくり

他事業所介護職員の研修や、地域住民への啓発活動を積極的に企画する

### 地域リーダー研修事業

～多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業～



### 市民公開講座（月1回）



### 在宅サービス関係者対象の勉強会（月1回）



### ヘルスアップ事業（随時）



## 35 まとめ:病院と在宅医療のシームレスな連携

1. 開放型病床を有し、「かかりつけ医」との信頼関係を築く。
2. 24時間365日、在宅医療の後方支援を行う。
3. 入院が必要なケースは、随時受け入れる。
4. 入院中は治療と並行し、在宅復帰への支援を進める。
5. 在宅復帰支援は、多職種協働で行い、患者情報を共有化する。
6. 退院後はケアの継続のため、多職種協働で在宅医療支援 (MBC) を行い、安定した段階で「かかりつけ医」に引き継ぐ。
7. ICTを活用し在宅での見守りを強化。
8. 他事業所介護職員の研修や、地域住民への啓発活動（地域活動への参加など）を積極的に企画する。