

退院時の円滑な情報共有

- 入院中の患者の退院時における円滑な情報共有を進めるため、入院中の医療機関の医師と、地域での在宅療養を担う医師や医療関連職種が共同して指導を行った場合に評価を行う。
- 退院に際し情報共有を円滑に行うため、入院中の医療機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等と、地域での在宅療養を担う医師等医療関連職種が、共同して指導を行った場合に評価する。
また、他職種の医療従事者等が一堂に会し共同で指導を行った場合にさらなる評価を行う。

退院時の共同指導時の評価	
改定前（2006年）	改定後（2008年）
地域連携退院時共同指導料 1	退院時共同指導料 1 (退院後の在宅を診る医療機関側)
<p>地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、入院先に赴いて、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を入院中の保険医療機関の保険医、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った場合に算定する</p> <p>1. 在宅療養支援診療所の場合 1,000 点 2. 1 以外の場合 600 点</p>	<p>地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院先に赴いて、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を入院中の保険医療機関の保険医、看護師等と共同して行った場合に算定する</p> <p>1. 在宅療養支援診療所の場合 1,000 点 2. 1 以外の場合 600 点</p>
地域連携退院時共同指導料 2	退院時共同指導料 2 (入院中の医療機関側)
<p>入院中の保険医療機関の保険医、看護師等が、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して行った場合に算定する</p> <p>1. 在宅療養支援診療所の場合 500 点 2. 1 以外の場合 300 点</p>	<p>入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った場合に算定する</p> <p>〈点数の一本化〉 300 点</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に 300 点を加算する ● 入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に 2,000 点を加算する

〈〉は筆者による補足

図 4 退院時共同指導料の見直し

改定前後の対照で示したように、2008年の改定においては、退院に際し情報共有を円滑に行うため、退院後の在宅を診る医療機関と入院中の医療機関の医師が共同して指導を行うことの評価を厚くするとともに、他職種の医療従事者等が共同指導に参加して指導を行うことのさらなる評価が行われた。

など在宅環境整備

- ④在宅に向けた医療処置準備(PEG, CV ポートなど)
- ⑤退院時カンファレンス施行
- ⑥在宅医療へ移行

成果とその課題

在宅医療は家族と楽しく過ごすことを支える医療であるという考えのなかで、医療処置などの多いがんの在宅緩和ケアにおいては、家族の意思が重要であり、また、家族が不安少なく在宅医療を受け入れられるように準備

病院側の問題点	診療所側の問題点
①顔が見えない連携 ②介護保険を熟知していない ③在宅の現場を知らない ④緊急入院が難しい ⑤併診が困難 ⑥家族ケアが不十分	①顔が見えない連携 ②緩和ケアの知識不足 ③緊急対応の連携が不十分 ④24時間対応が困難 ⑤併診対応を好まず ⑥在宅処置(CVポート, PEG, 腎カテーテルなど)対応が困難

図5 緩和ケアにおける病診連携の問題点

する必要がある。病院医師が在宅医療への移行を進めるときには、まず医師が在宅医療を十分に理解することが本来は必要である。しかし、今の医療現場では医師にそれを求めることは難しく、せめて在宅かかりつけ医と顔の見える連携を心がけることは必要である。

また、在宅医療への準備段階からかかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャーと病院スタッフとのカンファレンスが大切で、月2回まで保険上の請求も可能であり、患者・家族に安心して在宅医療への移行を促すためにもカンファレンスは開かれるべきである。また、その時点で緊急時対応も自院で困難な場合は、小回りのきく緊急対応可能な病院との連携も考慮すべきであり、それによってかかりつけ医も受け入れやすくなると考える。

今後の課題として、がん患者の在宅医療移行の場合、拠点病院のような大病院には、図5のような病院・診療所それぞれの問題点があり、それらを考慮して、外来化学療法など施行する段階から、患者近隣のかかりつけ医と「併診」という体制で情報を共有し協力してケアしていく体制がとれれば、スムーズに在宅医療への移行がしやすいのは間違いのないところであり、そこにさらに緊急対応可能な小回りのきく病院(在宅療養連携病院)を含めた連携がとれればかかりつけ医はなお一層安心して在宅医療を引き受けやすくなると考える。また在宅医療の現場での連携では、医師だけでなく直接連携窓口にかかわる病院の

連携室・相談室の医療ソーシャルワーカー(MSW)も、在宅医療の現場を知る機会が必要であり、在宅現場、つまり看護、介護との顔の見える連携に努めていただければ患者・家族にとって不安なく在宅医療への移行が可能になると思われる。現在はそれぞれが連携努力をしてきてはいるが、顔が見えるつながりが難しく、そこが家族に不安を与えてしまうケースもあり、みんなの努力であと一息だと感じている。

病院が中心となって行う在宅医療 (在宅療養連携病院)

大病院(がん専門病院、大学病院など)が、在宅医療のサポートを行うことは特に都心では不可能に近い。病院の機能分担からして在宅医療をサポートできるのは、小回りのきく中小病院の役割となる。在宅医療をサポートする、つまり在宅療養連携病院の役割とは、在宅医療への移行準備、在宅医療中のサポート(緊急対応含む)があると考える。

在宅療養連携病院の条件

- ①在宅医療システム・現場を理解している：介護保険・医療保険・訪問看護・在宅使用可能薬剤、器材などを理解している医師、看護師がいる
- ②地域資源を把握することができる：かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、薬局などを把握できているスタッフがいる
- ③緊急対応可能体制：入院、外来検査、臨時訪問などが可能
- ④地域の在宅ケア連携カンファレンス、研修会を開催し、顔の見える地域在宅ケア連携に貢献できる

などが条件となる。このような在宅療養連携病院が在宅医療の普及には必要不可欠である。