

急性期病院と在宅医療現場の連携・退院支援研修会

「在宅医療への導入」

秦野・伊勢原医師会

(医)Strada 湘風クリニック

院長 正山 泰

平成 27年 6月 4日

在宅医療の仕組み

診療所 : 外来診療・往診・訪問診療(医療保険)

- 往診 : 患家の求めに応じて訪問
≡ 急性期・対症療法
- 訪問診療 : 訪問診療計画を立てて訪問
≡ 慢性期の維持管理・看取り
- 在宅時医学総合管理料
: 訪問診療を月2回以上行った時に算定する。
24時間対応加算 在宅療養支援診療所

介護保険制度

要支援1・2 要介護1～5（5003～3万6065単位）

- ケアマネージャー
- 訪問看護（癌末期や特別指示書で医療保険に）
- 訪問リハビリ（PT, OT, ST）
- 訪問介護
- 訪問入浴
- 介護用具

在宅医療導入へのタイミング

☆早ければ早い程良い！

☆在宅療養希望である！

退院後に通院困難な状態・状況が予想される
ケースで在宅療養希望の場合は特に
急性期治療中に、退院時の準備を！

→ 紹介元医師の往診、在宅療養支援診療所
(→ 在宅希望がない場合は、転院、入所など)

患者支援センター

- 入退院センター
- 総合相談室
- 医療相談室

退院時共同指導

退院時共同指導料1 :在宅医療機関側が算定

- | | |
|----------------|-------|
| 1 在宅療養支援診療所の場合 | 1000点 |
| 2 その他 | 600点 |
| 特別管理指導加算 | 300点 |

退院時共同指導料2 : 入院医療機関側が算定 300点
医師共同指導加算 300点

入院医療機関の医師が、在宅医療機関の医師、看護師
(准看護師)、歯科医師または歯科衛生士、薬局の薬剤師、
訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士
または言語聴覚士もしくは介護支援専門員の
いずれかのうち3者以上と共同で指導を行った場合 2000点

在宅側の受け入れ準備

- 事前に情報があれば、**退院前**に受け入れ準備を開始

在宅主治医、訪問看護ステーション

連絡を取り合い初診日決め、訪問診療計画の他、
薬剤師の訪問薬剤管理や、歯科・歯科衛生士
による口腔ケア等、管理栄養士の必要性を検討

ケアマネージャー

医師・看護と連携して、介護保険等申請、
訪問リハビリ、訪問入浴、ヘルパー、
住宅整備の必要性を検討

医療



介護

在宅主治医



訪問看護



ケアマネ

患者・家族に寄り添い、
介護保険でも医療保険でも動ける、
医療と介護の橋渡しの重要な存在

例　：在宅人工呼吸療法への流れ

<病院>

1. 人工呼吸管理の開始、安定化
2. 療養場所の決定　→（在宅医と連携し呼吸器の決定）
3. 家族への指導　・・・・・・・・　在宅スタッフの確保

吸引、アンビュー

在宅医

回路管理、アラーム等

訪問看護

間取り、段差、電気容量

ヘルパー

等の家庭環境の整備

入浴等

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

<在宅>

1. 吸引
2. アンビューバッグ補助呼吸　　スキンケア、排便管理

例1

H.Eさん 86歳 男性

誤嚥性肺炎 脳出血後遺症

誤嚥性肺炎で入退院を繰り返していた。H26年12月31日に再度発熱し総合内科に入院。抗生剤投与で改善するが、嚥下機能は不良。嚥下リハビリで改善傾向認めたが、入院中のH27年2月11日に再度発熱した。本人・家族はNGチューブや胃瘻は希望せず、自宅退院を希望した。

例1

在宅導入

主治医は、肺炎治療中に、患者支援センターへ相談。
訪問看護ステーションに打診した。訪問看護ステーションから、在宅主治医として、当院に打診があり、入退院センターから事前に病院主治医からセンターを通して、仮情報提供書をFAXで頂く、当院、ケアマネ、訪問看護で、介護ベッド、ポータブルトイレ、吸引機等の在宅受け入れ態勢を整え、治療終了とほぼ同時の3月2日に自宅に退院となった。

例1

経過

退院4日目のH27年3月5日に発熱。事前に方針を話し合っていたので、本人の希望に沿い、在宅で抗生剤の点滴投与、在宅酸素療法を行った。

3月10日には、肺炎と呼吸状態の改善を認めたが、経口摂取の回復は無く、

3月12日07:07に在宅看取りとなった。

例1 考察

もし、退院してから在宅導入を行っていたら、
環境が整う前に発熱し、再度救急受診となり、
入院治療の繰り返しとなっていたと考えられる。

例2

O.Tさん 78歳 男性

神経因性膀胱・尿閉 陳旧性心筋梗塞

54歳時に心筋梗塞発症。一時心停止となり蘇生後脳症。
H25に尿閉となり、膀胱留置カテーテル管理となった。
内科投薬治療は、H23年から近医に紹介されたが、
往診・訪問診療は行っていない。

膀胱留置カテ管理は、東海大病院泌尿器科外来で継続
されていたが、尿混濁、カテ閉塞が激しく、2週間に1回の
外来通院の他に、予約外外来でカテ交換を行っている
状況であった。

例2

在宅導入

既に退院して、慢性期で困っているケース。
訪問看護ステーションが見かねて、患者支援センター
に相談した。在宅主治医探しを開始し、当院に打診あり。
東海大病院泌尿器科主治医から情報提供書を(事前
FAX)頂き、初診前に18Frカテ等の必要物品を用意。
近医にも連絡を取り、内科的な情報も得る。

例2

経過

H27年1月28日に依頼を受け、在宅療養維持管理の準備を行い、2月5日に初往診。訪問看護と現地で落ち合い、その場で在宅環境を確認し、環境整備の補足や内服薬の確認、膀胱洗浄、カテ交換を行った。

以降、計画的に2週間に1回の訪問診療を行い、膀胱洗浄とカテ交換。訪問看護は週1回の訪問看護で膀胱洗浄と他の看護処置を開始した。

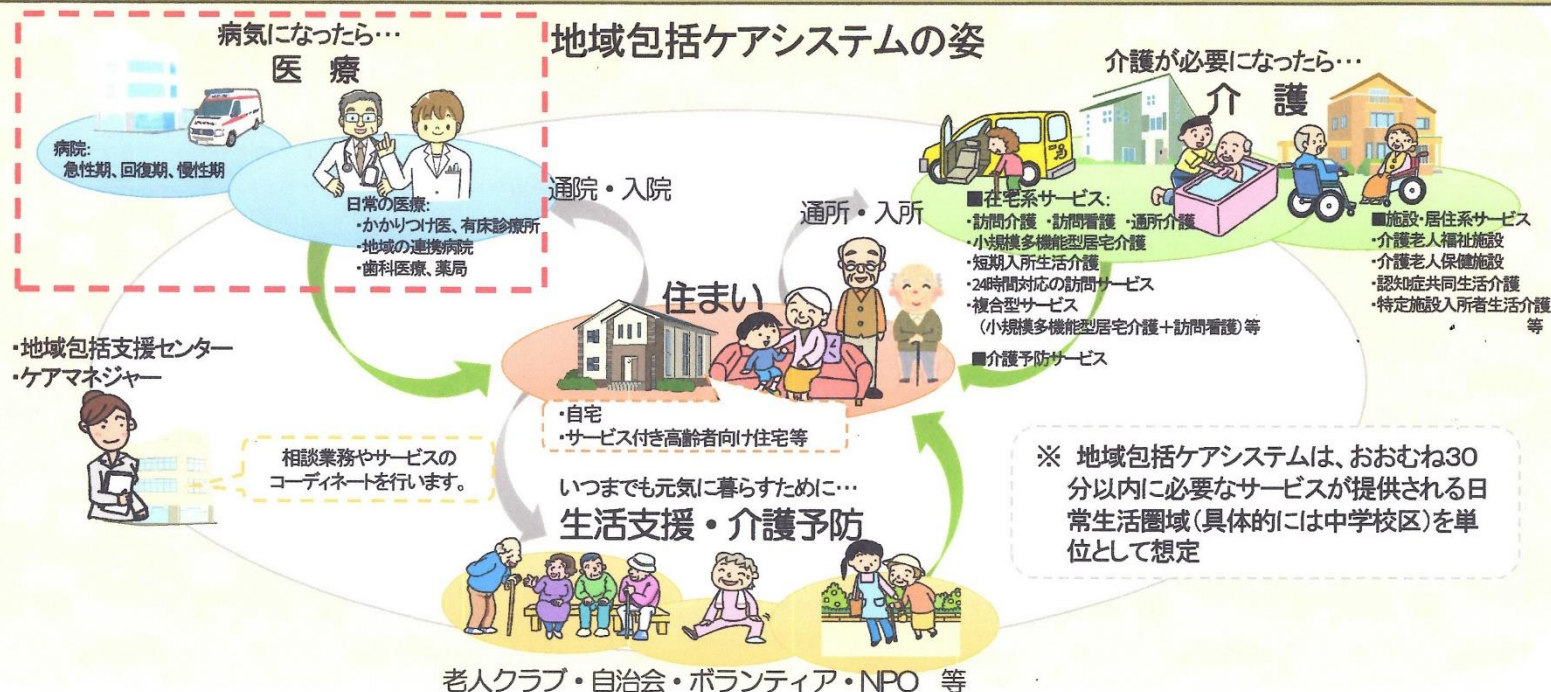
5月20日現在、カテ閉塞や発熱等の症状無く、デイ・サービスやショートステイも行えている。

例2 考察

慢性期・通院困難の患者を病院外来から、在宅導入したことにより、救急外来受診回数が減り、患者・家族、病院医師の負担が軽減され、医療費抑制にも貢献できた。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



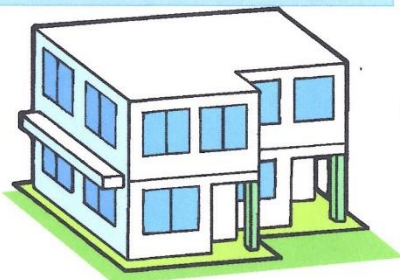
2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

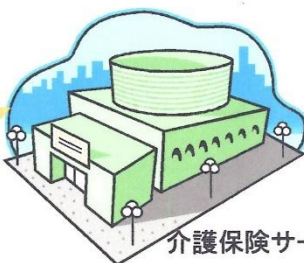
- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

紹介

逆紹介

外来
受診

介護が必要な時



介護保険サービス等

医療が必要な時

まとめ

- 退院後の方向性を早めに検討し、在宅移行の場合は、入院中からの病診連携が重要である。
- 入院中の早めの在宅導入準備を開始することが有効である。（患家の在宅希望が基本。）
- 積極的な在宅移行支援や病診連携は、国が推進している地域包括ケアシステムにもつながり、今後ますます重要である。