

在宅医療連携の現状と今後を考える

福井大学医学部 地域医療推進講座

山村 修

本日の話題

- 1) 医療連携コーディネーター
- 2) 医療ITネットワーク
- 3) 在宅チャット研究
- 4) 短期入院

104B-47

55歳の女性. 高血圧管理のための定期健診で来院した. 診察後, 「同居している80歳の義母の物忘れがひどくなり, 日中のパートの仕事に安心して出かけられなくなりました. この状況を改善するために, よい助言はありませんか」と相談を受けた. 3ヶ月前に義母がコンロの火を消し忘れたことがあって以来, 台所仕事をさせないようにしている. 最近では「今日の日付がわからない」, 「財布をどこにおいてかわからない」と訴えることが増えているという.

相談者に対する対応として適切でないのはどれか.

- a. 「療養病床を持つ医療機関に相談します」
- b. 「認知症の専門医に相談してからお返事します」
- c. 「お義母さんの日中の見守りを頼める人を探してください」
- d. 「介護保険の要介護認定が受けられる状態か診察しましょう」
- e. 「地域包括支援センターで生活機能評価を受けさせてください」

103G-40

38歳女性. 3ヶ月前に脳出血を発症し, 右片麻痺と失語が残存した. 救急病院で初期治療を受け, 1ヵ月後にリハビリテーション病院に転院した. 2ヶ月間のリハビリテーションによって, T字杖と短下肢装具を用いて平地での歩行が可能となったが, 階段昇降や入浴は介助を要する. 会話の理解は良好で状況判断も適切だが, 言語表出が困難である. 会社勤めの40歳の夫と2人暮らしで, 日中は1人になる. 家屋は持ち家だが, 屋内に段差が多く, トイレは和式である.

退院準備としてとして適切なのはどれか. 2つ選べ.

- a. 家屋改造を指導する.
- b. 介護保険の申請を勧める.
- c. 自立支援医療の利用を勧める.
- d. 自宅介護のために夫に退職を勧める.
- e. 療養病床を有する病院への転院を勧める.

103E-43

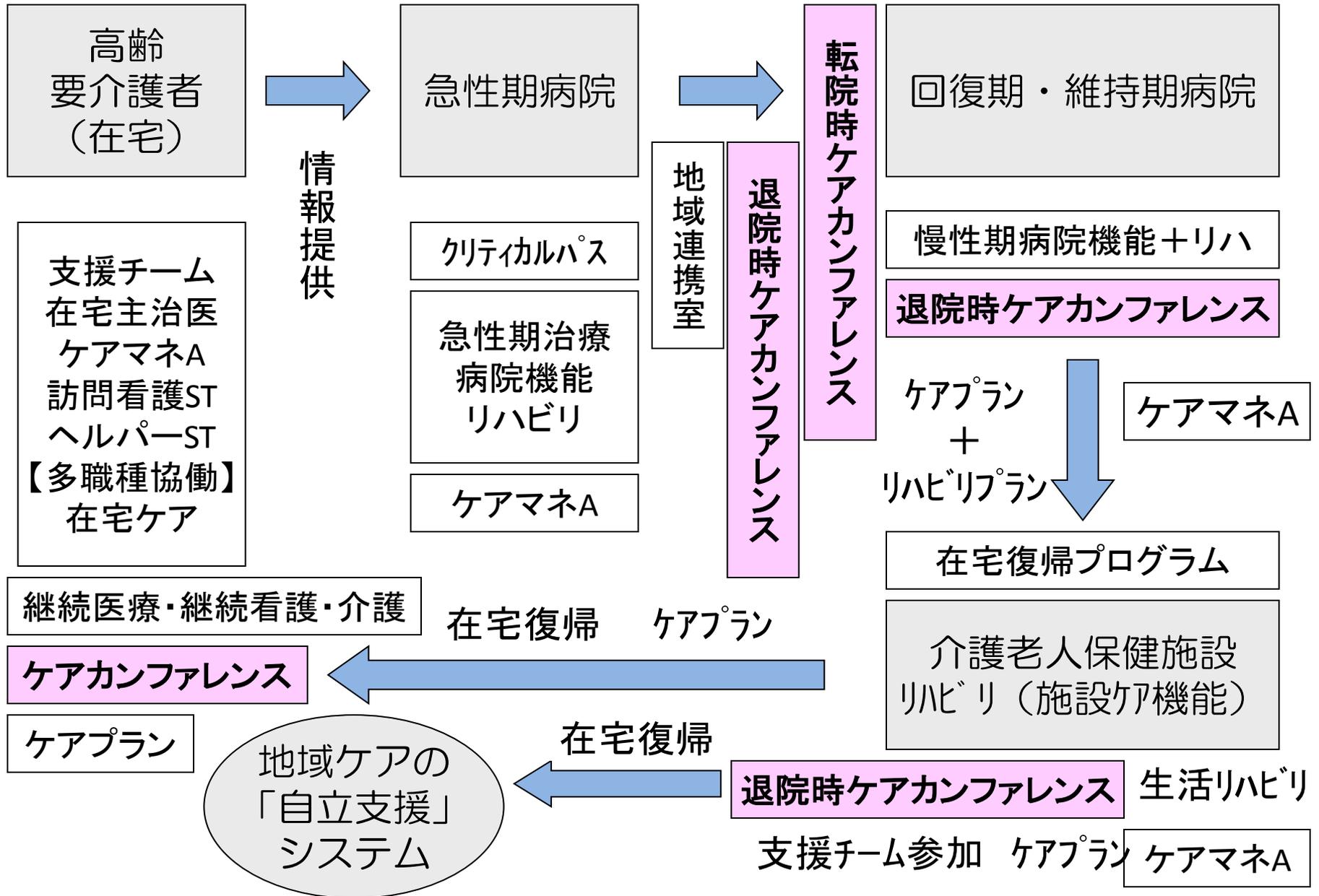
75歳女性. 回復期リハビリテーション病院に入院中である. 10年前から糖尿病と高血圧で診療所に通院していた. 1ヶ月前に左片麻痺が出現し, 脳神経外科に搬送され, 脳梗塞の診断で1週間の入院後, 転院となった. 入院中, 状態が安定したため, 市役所に介護保険制度に基づく要介護, 要支援認定申請が行われ, 要支援の認定を受けた. 現在の血圧は130/88mmHg. 空腹時血糖122mg/dl, HbA1c 5.9%.

退院させるに当たり, 担当医として行うべきことはどれか.

2つ選べ.

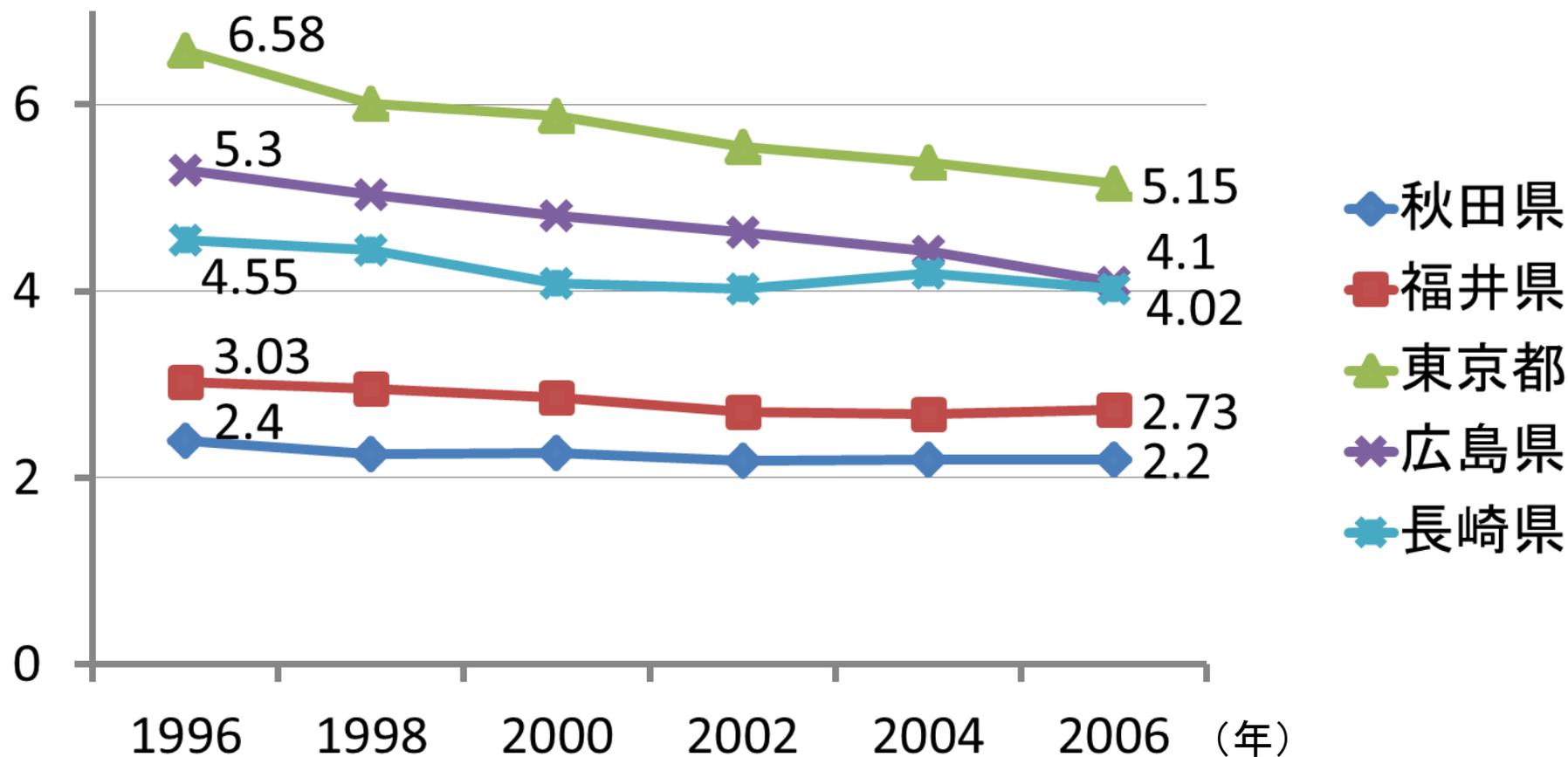
- a. 介護老人保健施設への入所申請
- b. 介護老人福祉施設への入所申請
- c. 地域包括支援センターへの情報提供
- d. 糖尿病専門外来担当医への紹介状作成
- e. 通院していた診療所医師への診療情報提供書作成

尾道市医師会・長期支援ケアマネジメントプログラム



65歳人口千人当たりの診療所医師数の変化

(医師数/1000人)



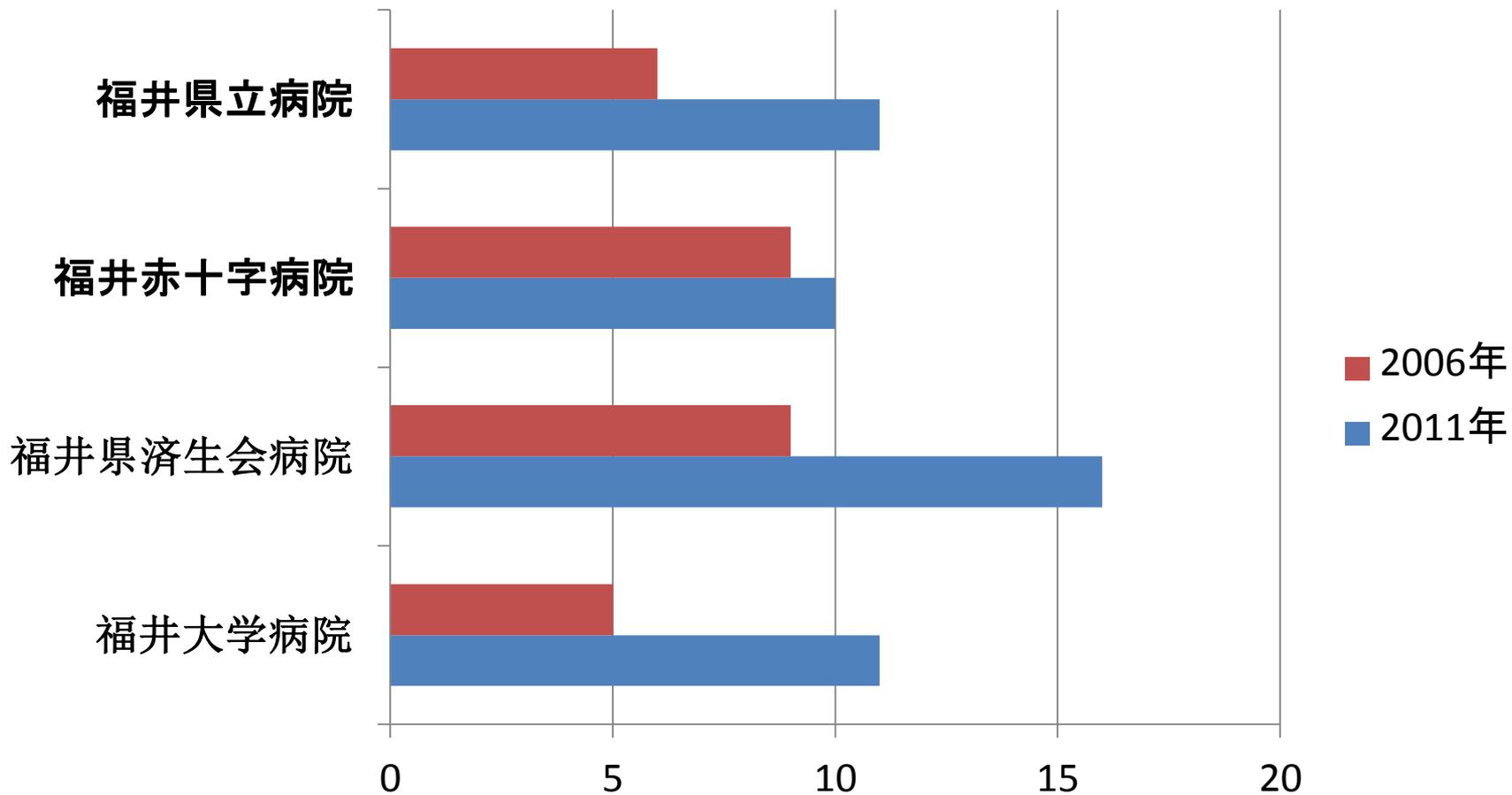
厚生労働省(1996-2006)「医師・歯科医師・薬剤師調査」
総務省(1996-2006)「人口推計」

かかりつけ医に期待すること

- 1位 **必要時に専門医や専門施設に迅速に紹介** (89.1%)
- 2位 **どんな病気でもまず診療してくれる** (83.2%)
- 3位 **生活習慣病などの予防のための助言** (78.0%)
- 4位 **健康相談** (76.0%)
- 5位 **紹介先への患者情報の適時提供** (75.7%)
- 6位 **定期健診や健診** (74.4%)

患者がかかりつけ医に望む医療体制, 日医総研(2006年)

地域医療連携部門の拡充

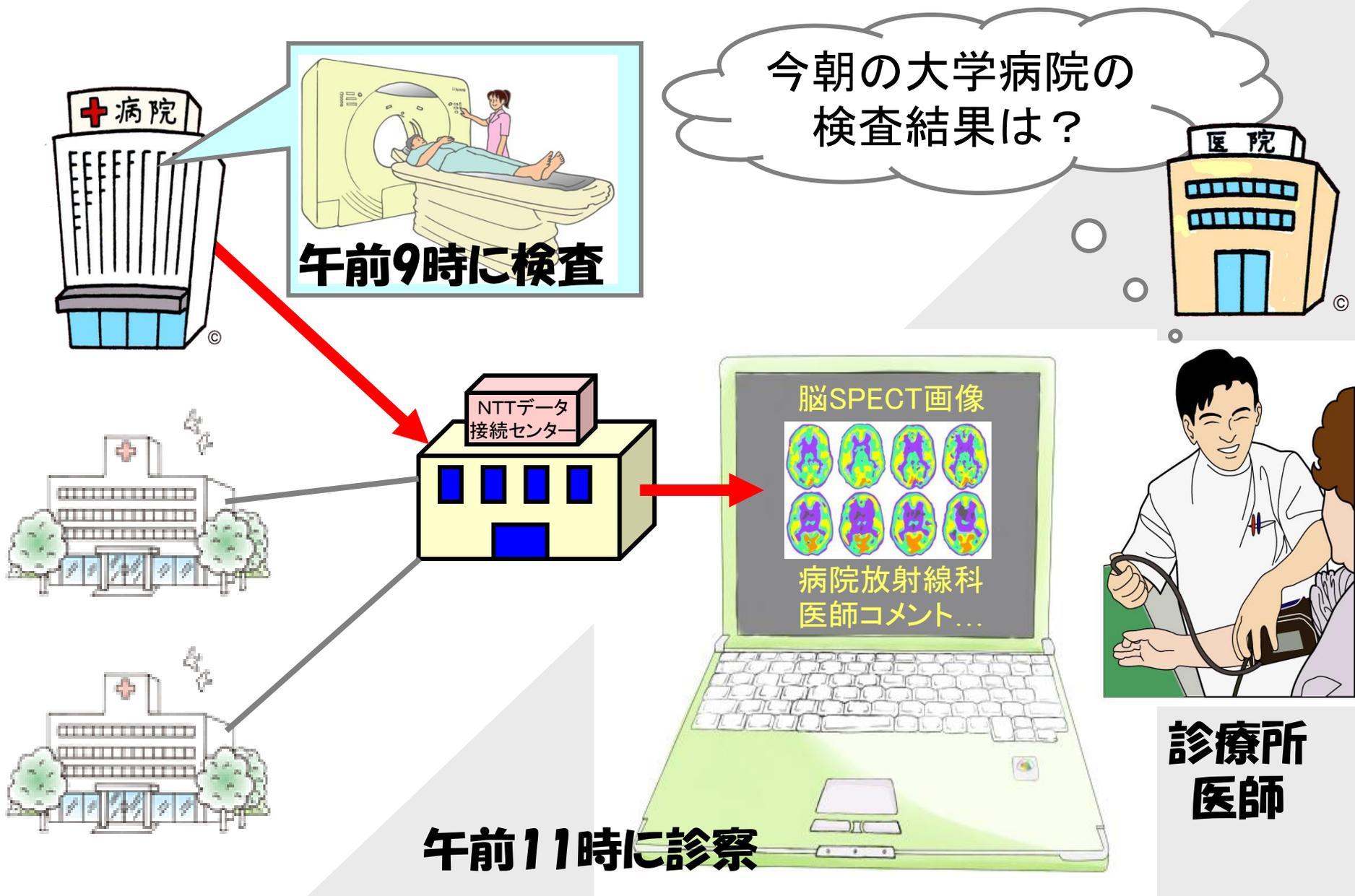


コーディネーターの在り方

	医師会型	病院型
担当部門	コーディネーター (コーディネート事業)	地域医療連携室
スタッフ数	少数 (1-2名)	多数 (病院規模による)
活動範囲	郡・市(管轄区内)	通院患者の居住範囲内
主な業務	在宅→入院連携 退院→在宅連携 在宅間連携	在宅→入院連携 退院→在宅連携 在宅間連携

併存が望ましいのではないか？

診療所で画像検査の結果説明(長崎あじさいネットワーク)



3640床のバーチャル病院！

あじさいネットワーク参加病院（2010年5月時点）

長崎県 大村市（人口 8万人）

長崎医療センター	650床	市立大村市民病院	280床
----------	------	----------	------

長崎県 長崎市（人口 45万人）

長崎大学病院	860床	長崎市立市民病院	410床
--------	------	----------	------

日赤長崎原爆病院	360床	長崎済生会病院	210床
----------	------	---------	------

聖フランシスコ病院	210床	十善会病院	200床
-----------	------	-------	------

光晴会病院	180床	長崎記念病院	170床
-------	------	--------	------

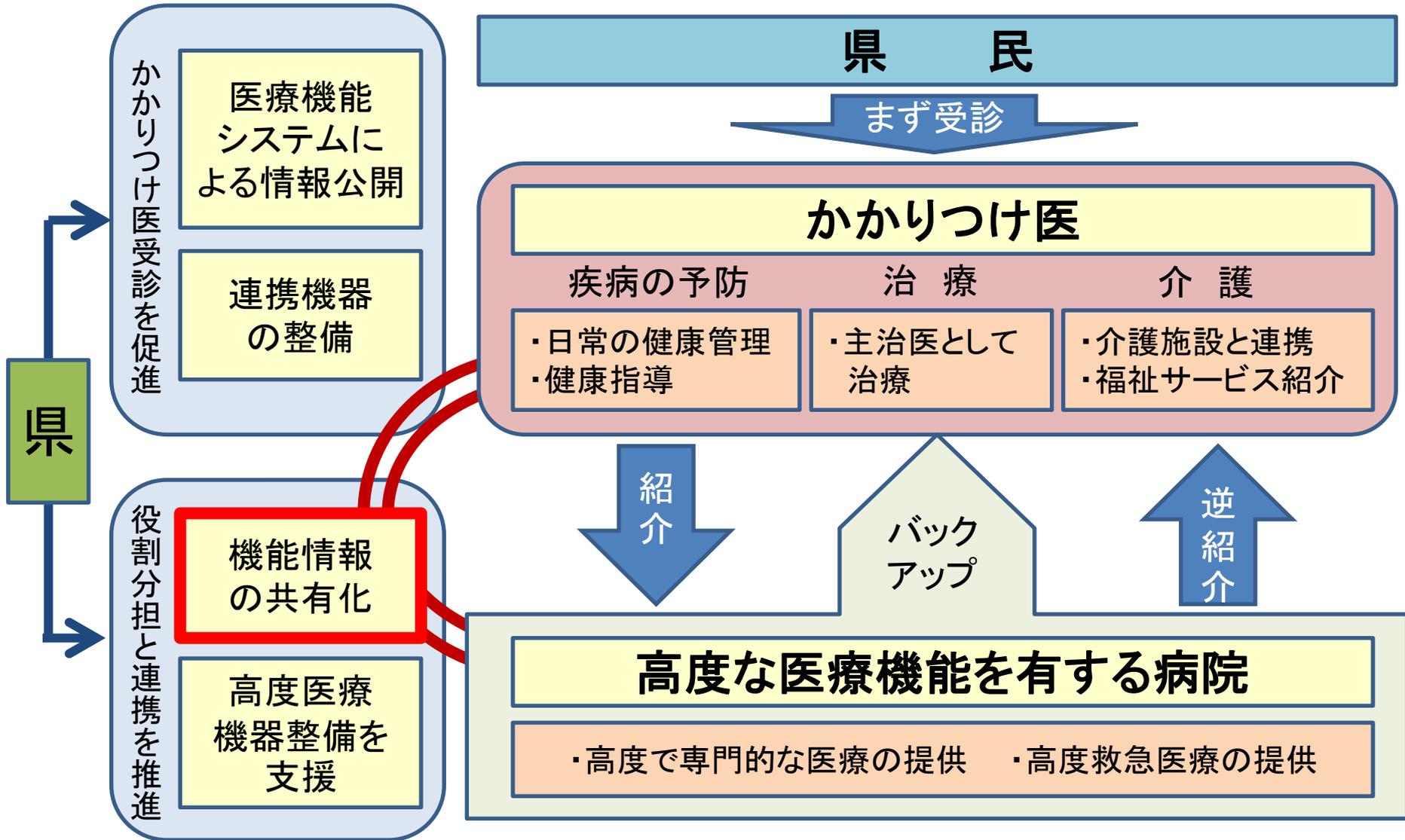
井上病院	110床		
------	------	--	--

合 計			3640床
-----	--	--	-------

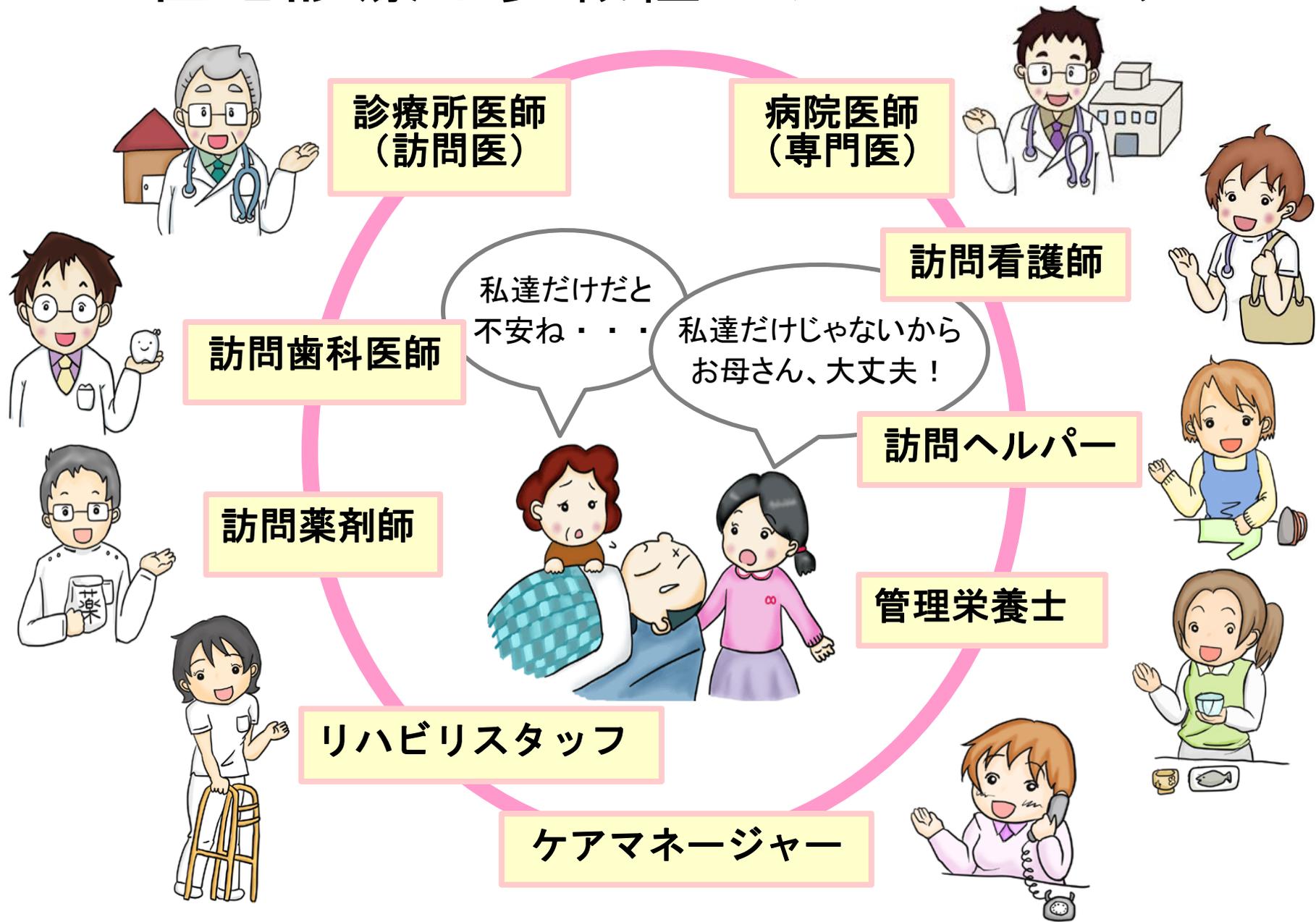
利用施設数

	2004年12月	2009年1月	2010年1月
大村市医師会	22	39	40
諫早医師会	6	10	11
長崎市医師会	1	4	48
離党医療圏組合	2	2	2
その他医師会	0	6	7
調剤薬局	0	5	5
合 計	31	66	113

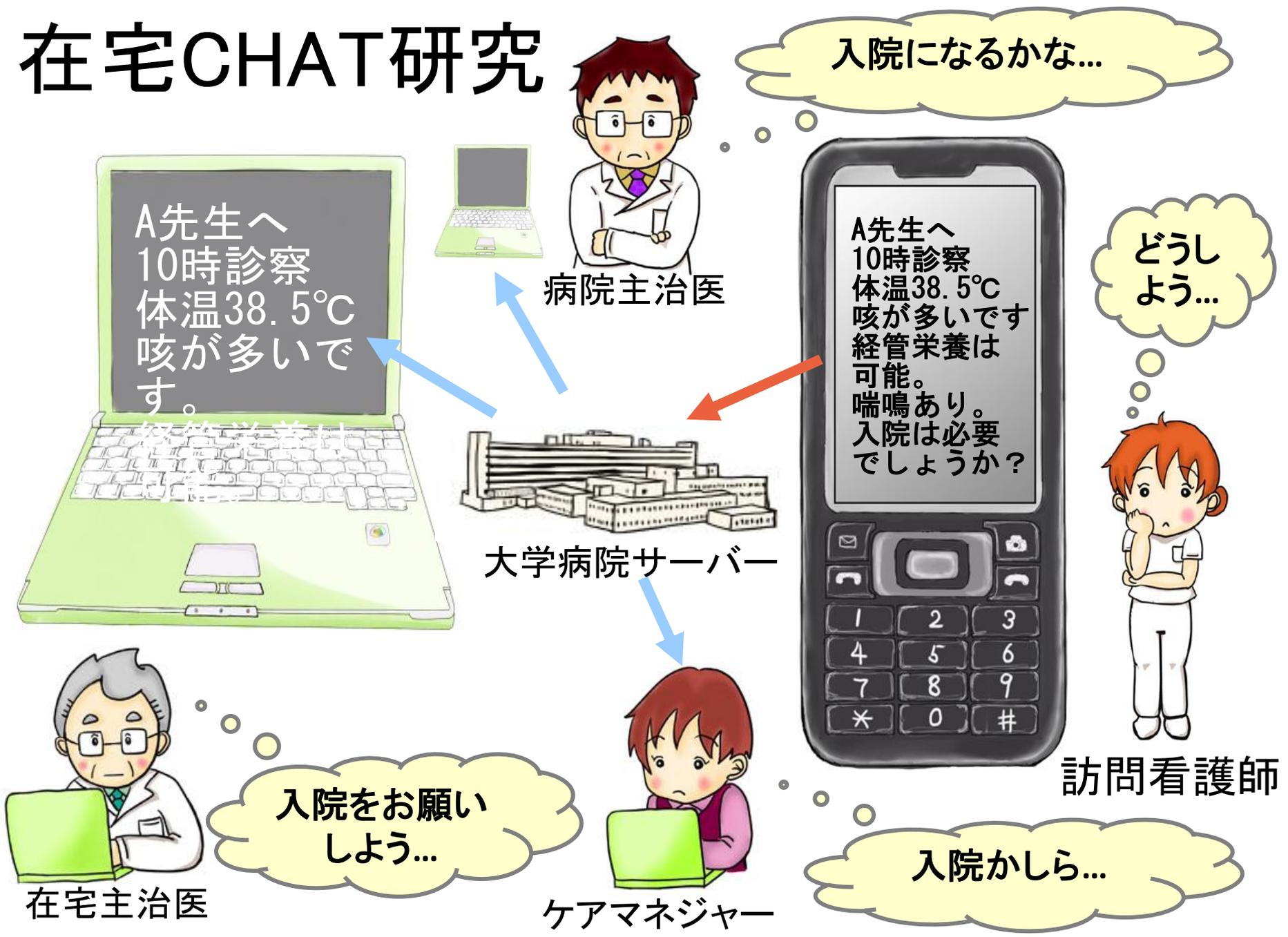
かかりつけ医普及のための取組み



在宅診療は多職種のコラボレーション



在宅CHAT研究



入院になるかな...

A先生へ
10時診察
体温38.5℃
咳が多いです。

病院主治医

大学病院サーバー

A先生へ
10時診察
体温38.5℃
咳が多いです
経管栄養は
可能。
喘鳴あり。
入院は必要
でしょうか？

どうし
よう...

訪問看護師

入院をお願い
しよう...

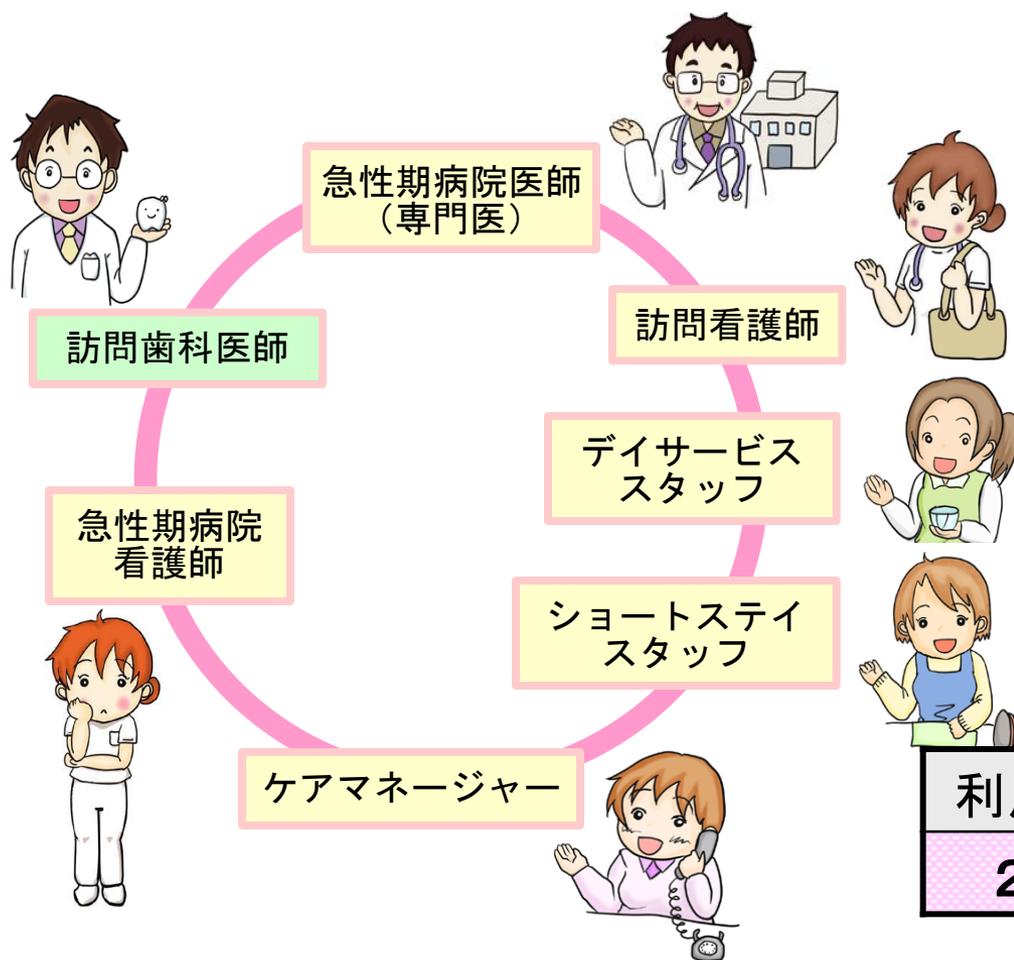
在宅主治医

ケアマネジャー

入院かしら...

011号： 嚥下評価を訪問歯科医師に依頼したケース

居住地	疾患名	年齢・性別	ADL	世代構成
大野市	パーキンソン病	80代・男	寝たきり	3世代



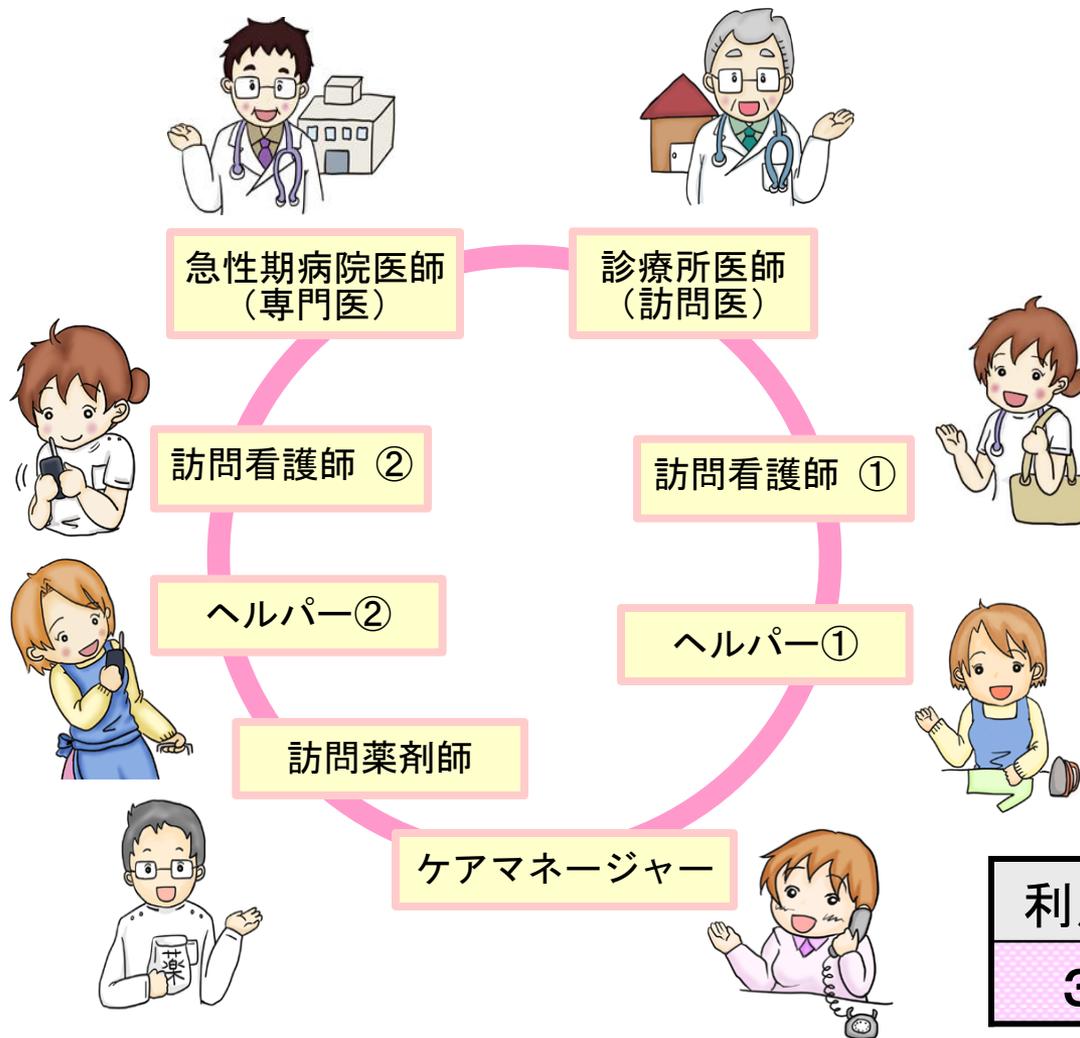
チーム編成 (5機関6部門)
JT居宅支援事業所
S居宅支援事業所
S訪問看護ステーション
S園特別養護老人ホーム
D病院 西5階病棟
D病院 神経内科

利用期間	記載件数	入院回数
2ヶ月	97件	1回

2010年9月5日現在

009号： もっとも多くの医療機関と事業所が参加しているケース

居住地	疾患名	年齢・性別	ADL	世代構成
福井市	筋萎縮性側索硬化症	50代・男	車椅子介助	独居



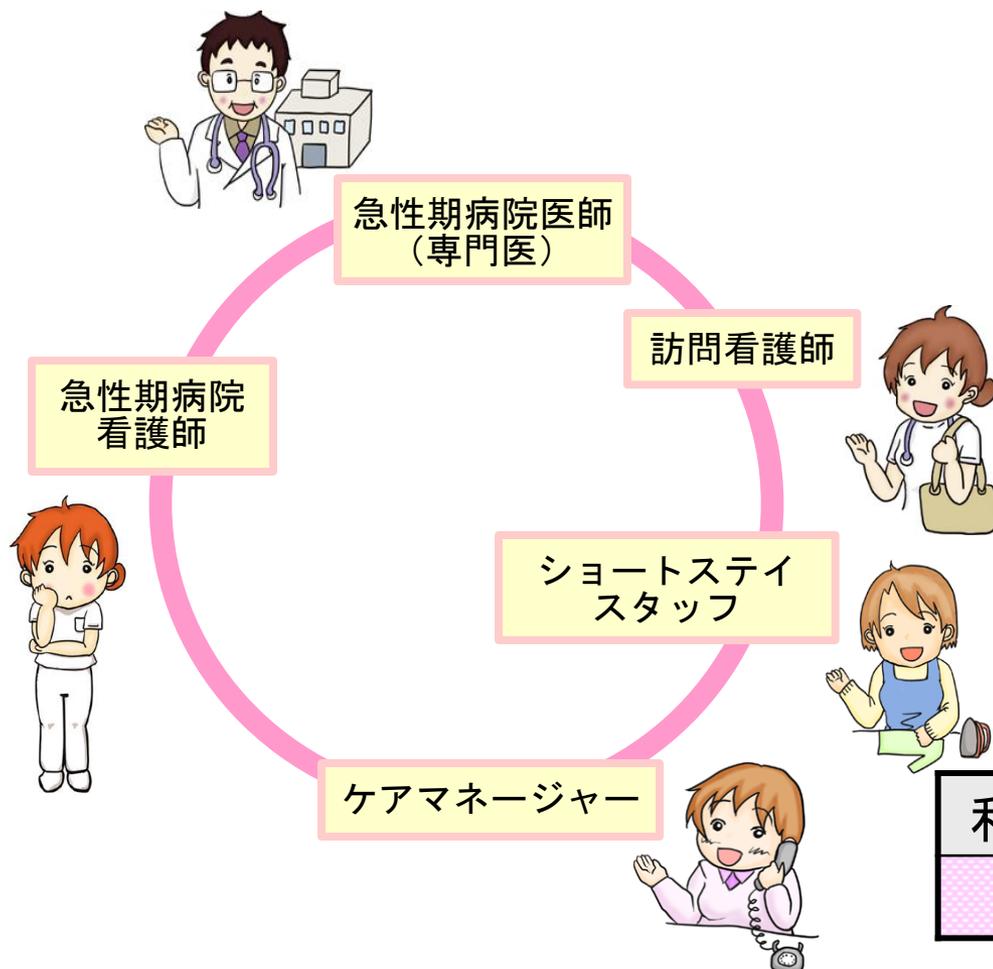
チーム編成 (8機関 8部門)
W居宅支援事業所
H訪問看護ステーション
J訪問看護ステーション
Hヘルパーステーション
Nヘルパーステーション
M薬局
OHクリニック
FG病院 神経内科

利用期間	記載件数	入院回数
3ヶ月	137件	0回

2010年9月5日現在

004号： ぎりぎりまで在宅で過ごし、急性期病院で看取られたケース

居住地	疾患名	年齢・性別	ADL	世代構成
大野市	筋萎縮性側索硬化症	60代・男	寝たきり	1世代

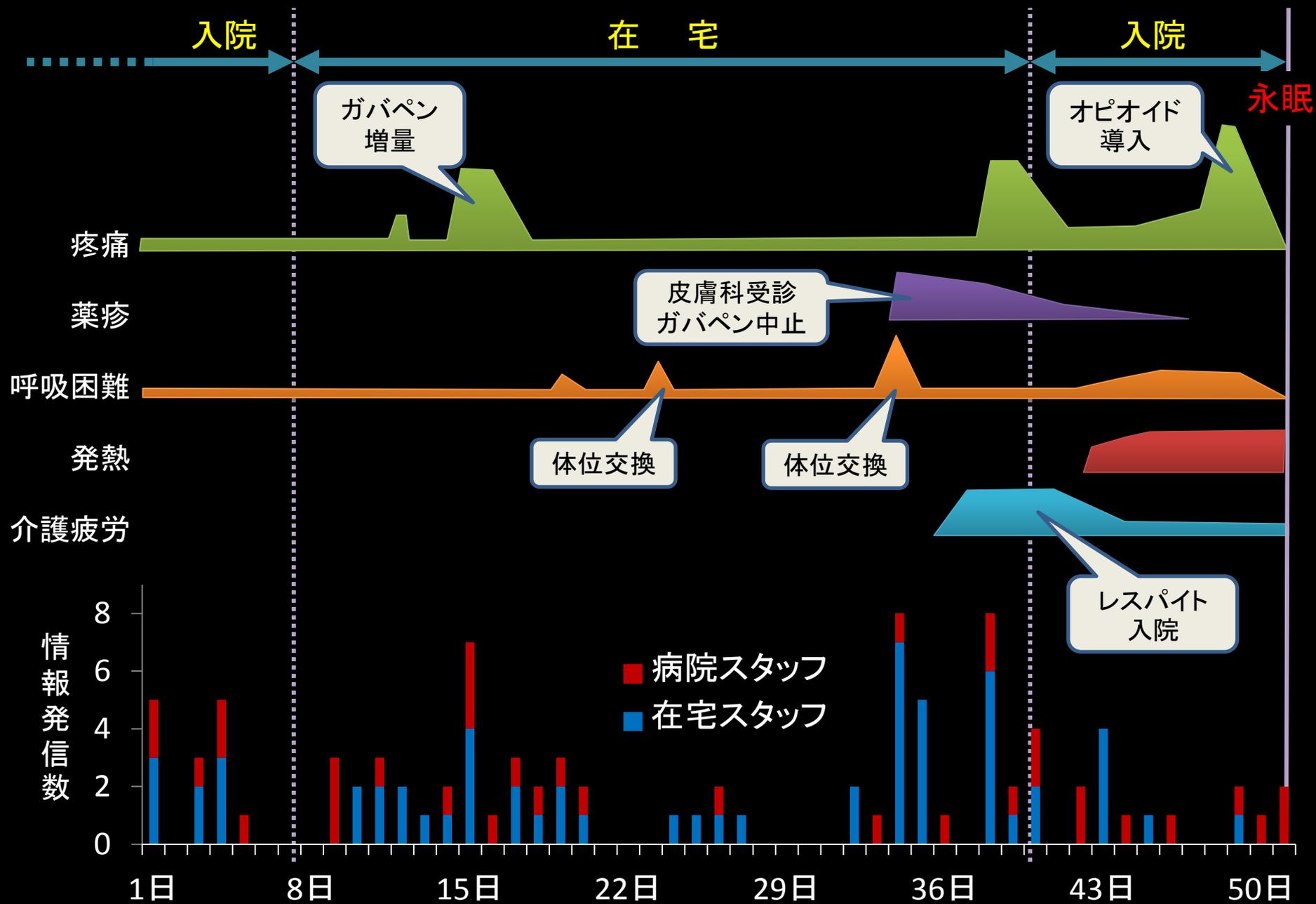


チーム編成 (4機関 5部門)
S 在宅支援事業所
S 訪問看護ステーション
S 園特別養護老人ホーム
D 病院 西5階病棟
D 病院 神経内科

利用期間	記載件数	入院回数
1ヶ月	118件	1回

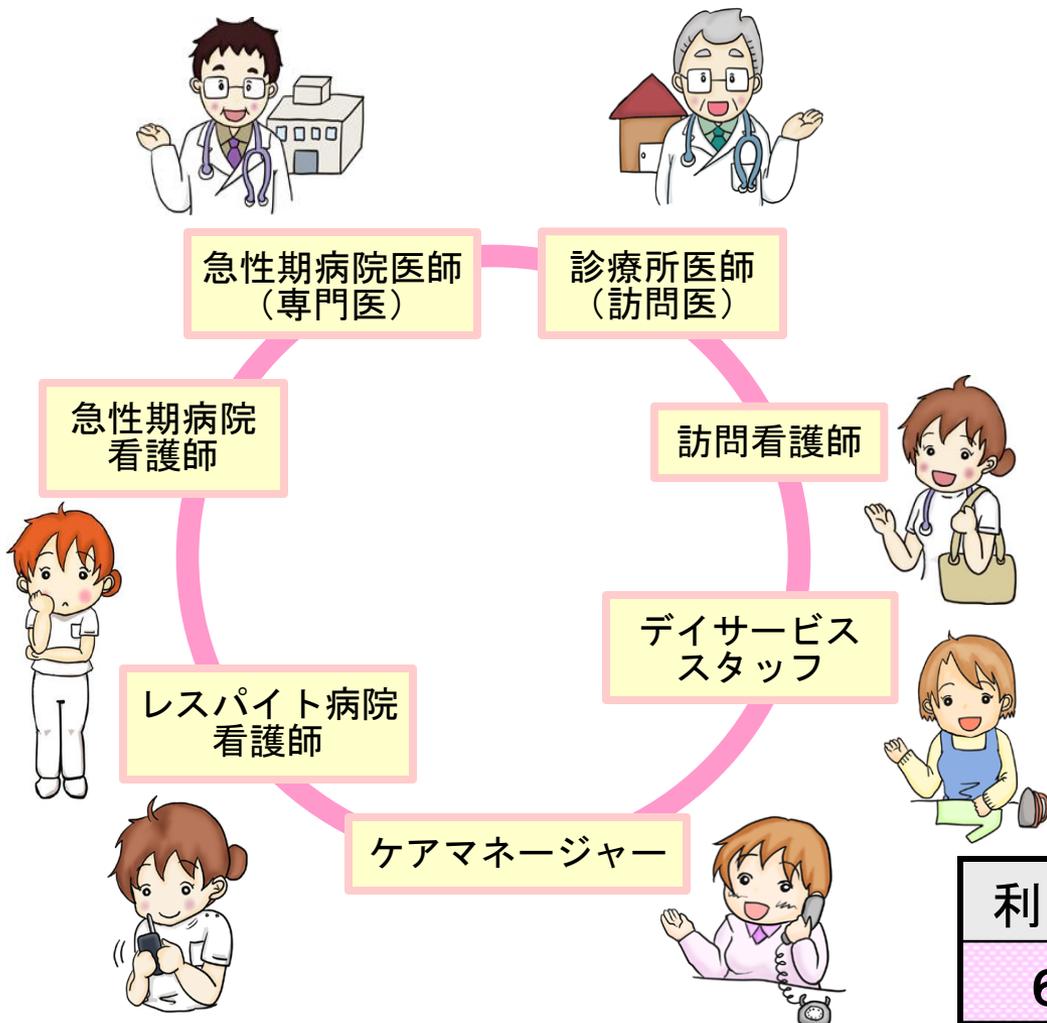
2010年9月5日現在

【使用期間中の経過】



003号： 誤嚥性肺炎とレスパイト入院を繰り返しているケース

居住地	疾患名	年齢・性別	ADL	世代構成
永平寺町	パーキンソン病	80代・男	寝たきり	3世代



チーム編成 (6機関 8部門)
E社会福祉協議会
H訪問看護ステーション
Kデイサービスセンター
T医院
A病院 2病棟
A病院 内科
D病院 西5階病棟
D病院 神経内科

利用期間	記載件数	入院回数
6ヶ月	315件	4回

2010年9月5日現在

レスパイト入院

- 「一時休止」「休憩」を指す言葉
- 介護者が休養するための入院
- **在宅療養を支えるための入院**
- レスパイト入院≠社会的入院

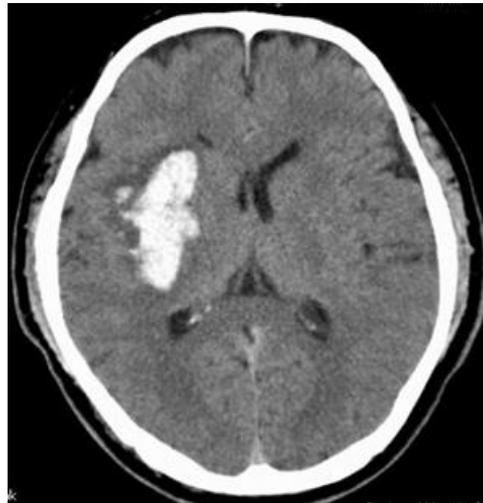
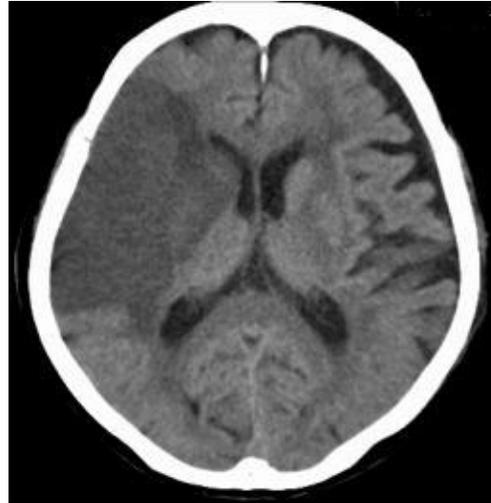
医療と介護の視点は違う！



医師の
視点

脳梗塞と脳出血は
治療方針が逆…

大きく異なる
疾患である！



ケアマネ
の視点



どちらも麻痺や
しびれが残る…

よく似た疾患
として扱える！

医療と介護に有益な情報とは？



医師の視点

日常生活の中で、治療に役立つ情報がほしい…

- ① 悪化した時の通知
- ② 日頃の生活状況
- ③ 治療に対するコンプライアンス



互いに有益な情報を探る！



ケアマネ の視点

生活の中で病気に悪影響を与えることが知りたい…

- ① 病気の現状と展望
- ② 薬の種類, 副作用
- ③ 治療内容
- ④ 生活上で病気に悪いこと



チーム医療からIPWへ

- チームメンバーの職能と個性を生かす
 - それぞれの職能・職責を明確にする
 - 医療の目標・目的の共有が重要
 - 目標・目的達成の方法は自由度を持たせる
- メンバー全員が的確な発言のできるチーム
 - お互いの意見を聞ける体制
 - 相手の意見を生かすための議論

地域医療連携の地図(脳卒中)

【急性期】



【回復期・維持期】

入所

退院

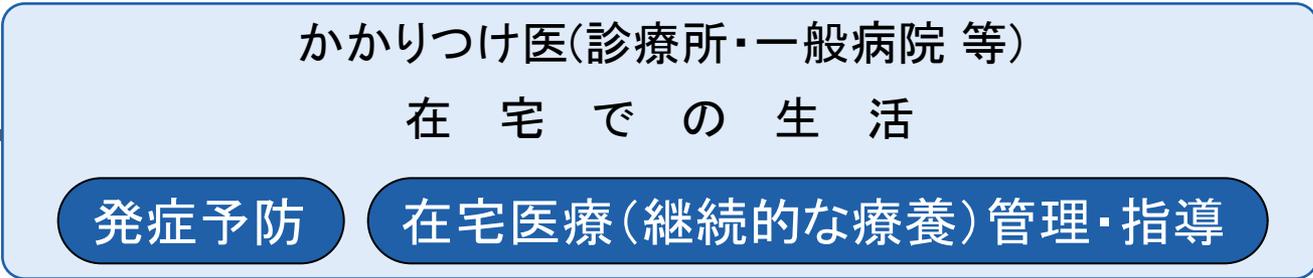
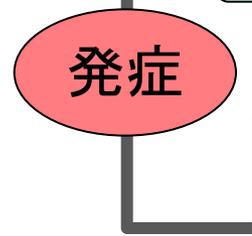
退院

増悪

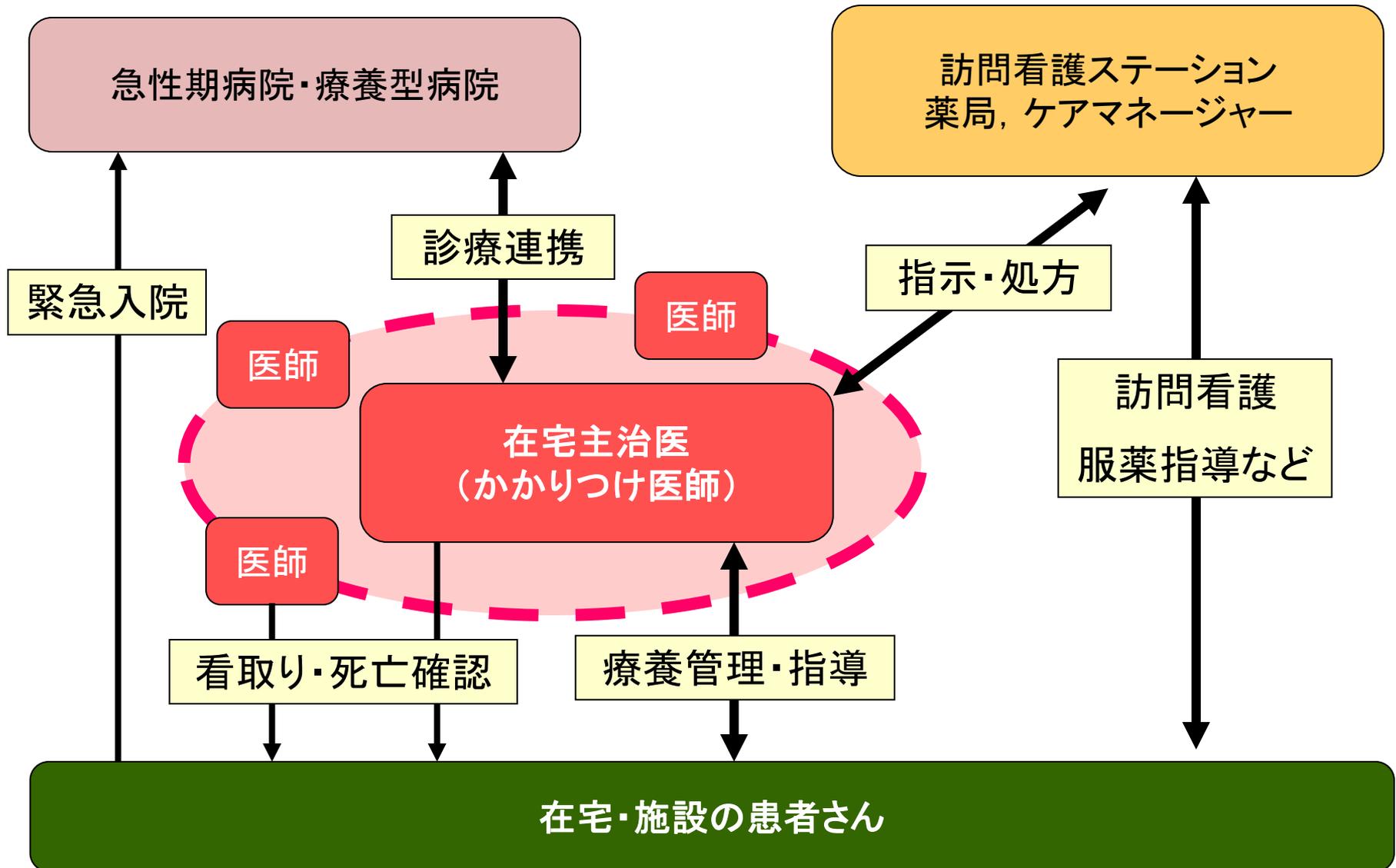
退院

増悪

退院(所)



在宅医療連携のイメージ



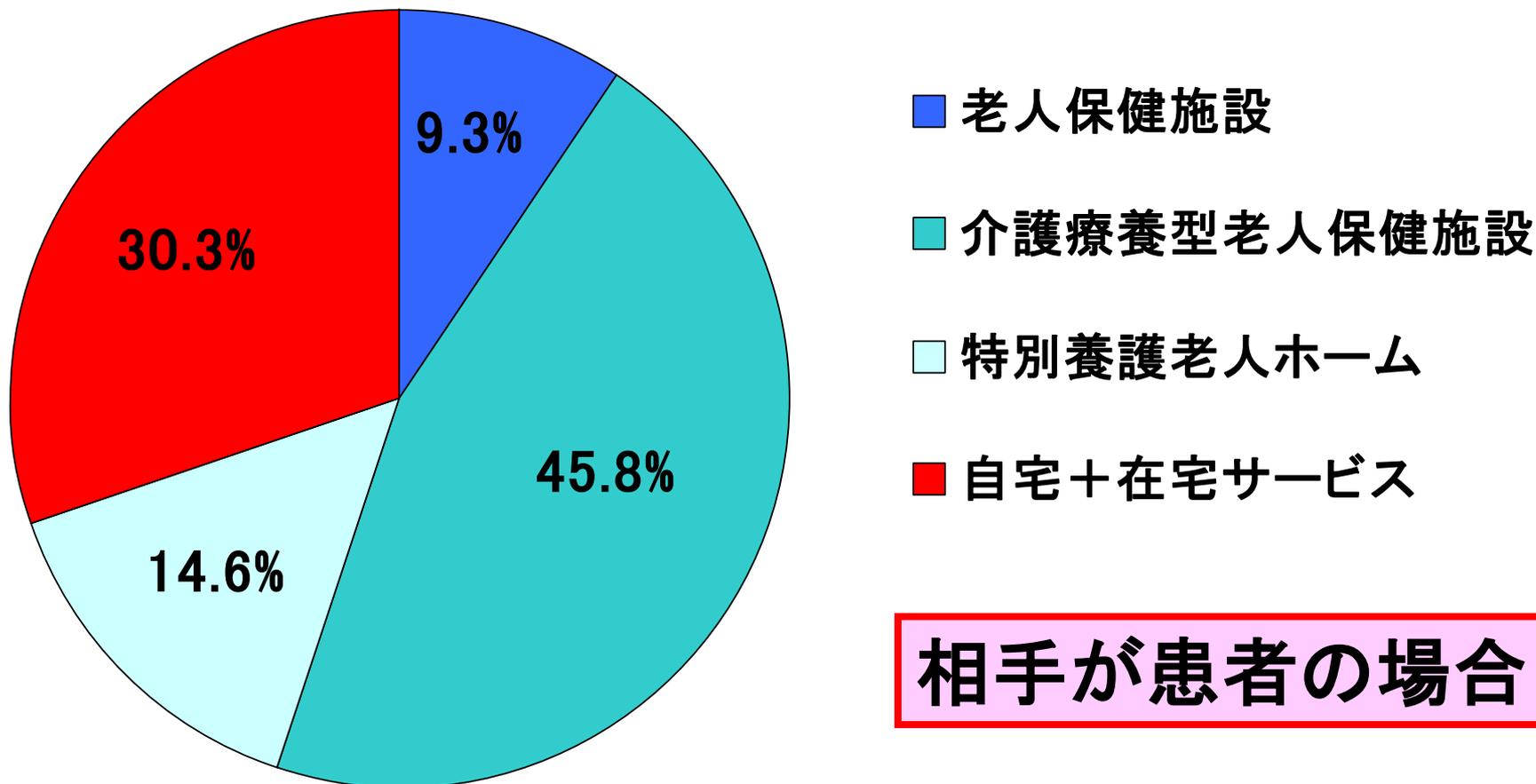
福井県における一般世帯の状況

	一般世帯の 平均人員 (人)	三世帯世帯 割合 (%)	高齢者に 占める独居者 の割合 (%)	共稼ぎ率 (%)
福井県	3.0 (2位)	20.2 (2位)	9.7 (45位)	58.2 (1位)
全国	2.55	8.64	15.1	44.4

総務省「国勢調査」(平成17年)

あなたは70歳の夫婦で年金暮らしと仮定します。

寝たきりになって病院から退院を迫られたら、どうしますか？

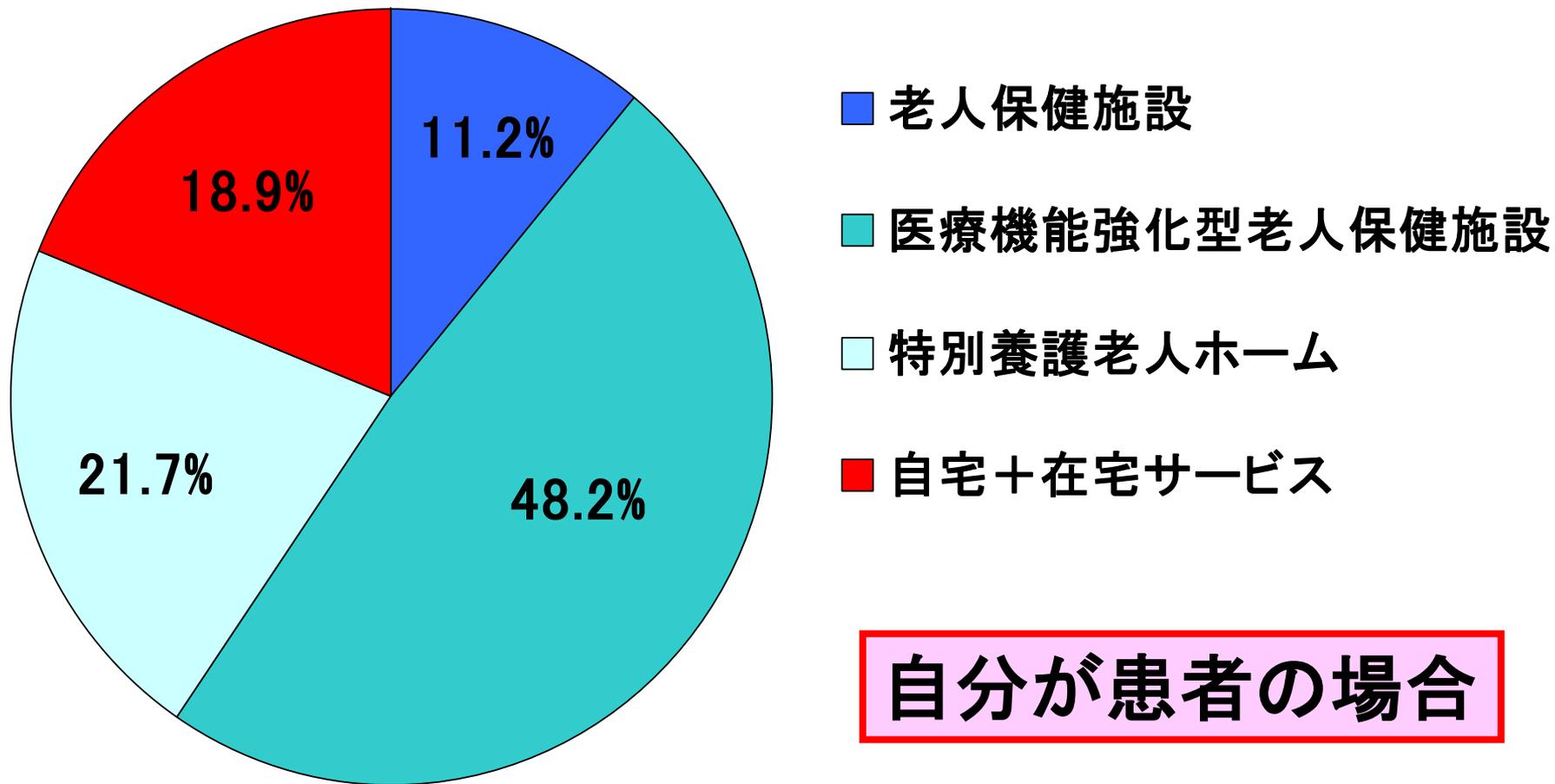


相手が患者の場合

2007年7～11月実施，年齢68.9±10.3歳，419名，男性128名，女性291名

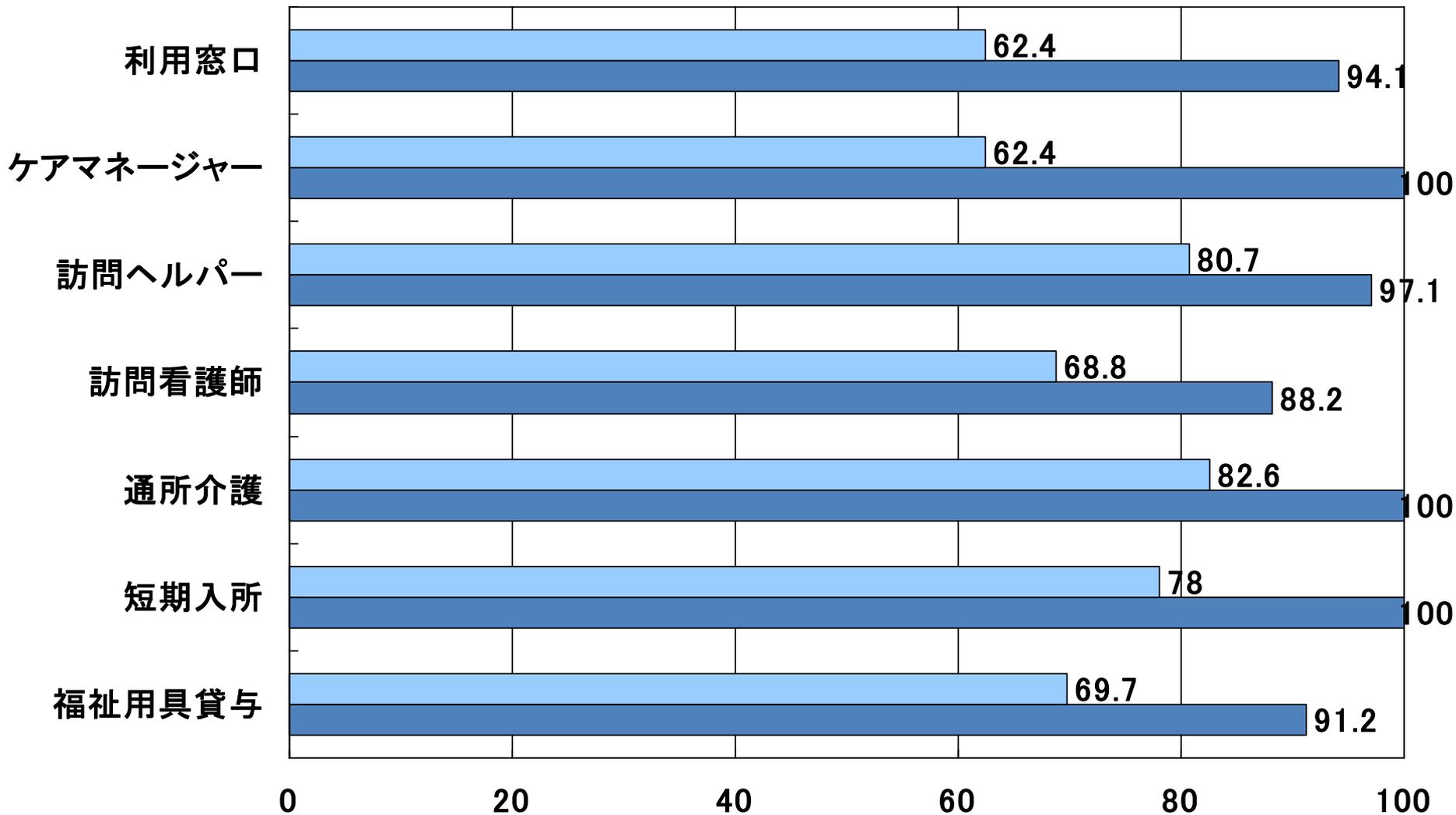
あなたは70歳の夫婦で年金暮らしと仮定します。

寝たきりになって病院から退院を迫られたら、どうしますか？



2007年7～11月実施, 年齢68.9±10.3歳, 419名, 男性128名, 女性291名

在宅介護サービスの認知度



平成21年度春期福井脳卒中県民講座アンケートより (2009.5.31)

参加者144名(男性62名, 女性82名), 平均年齢62.7歳

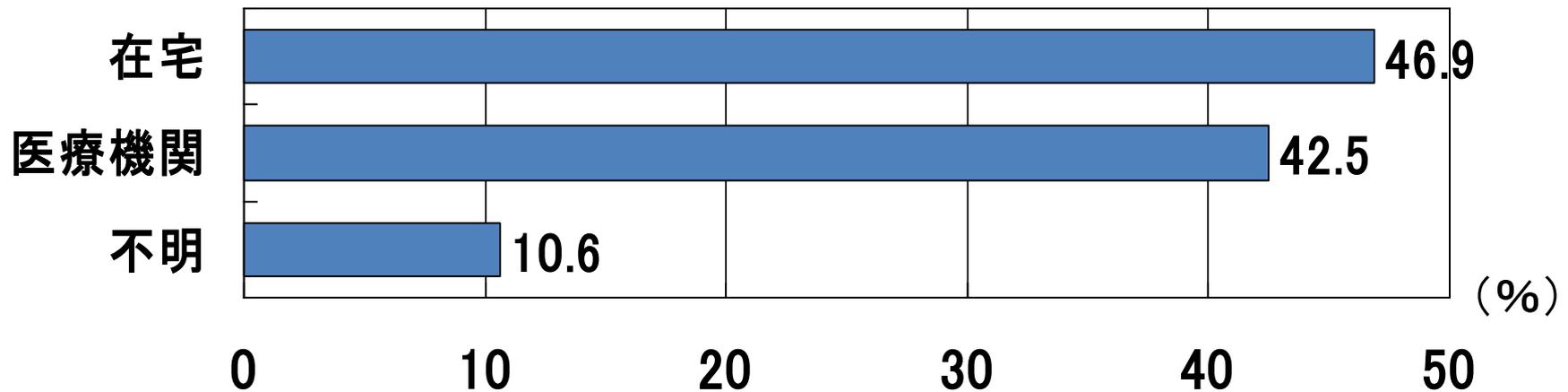
介護保険利用経験: なし109名, あり34名

■ 利用経験なし

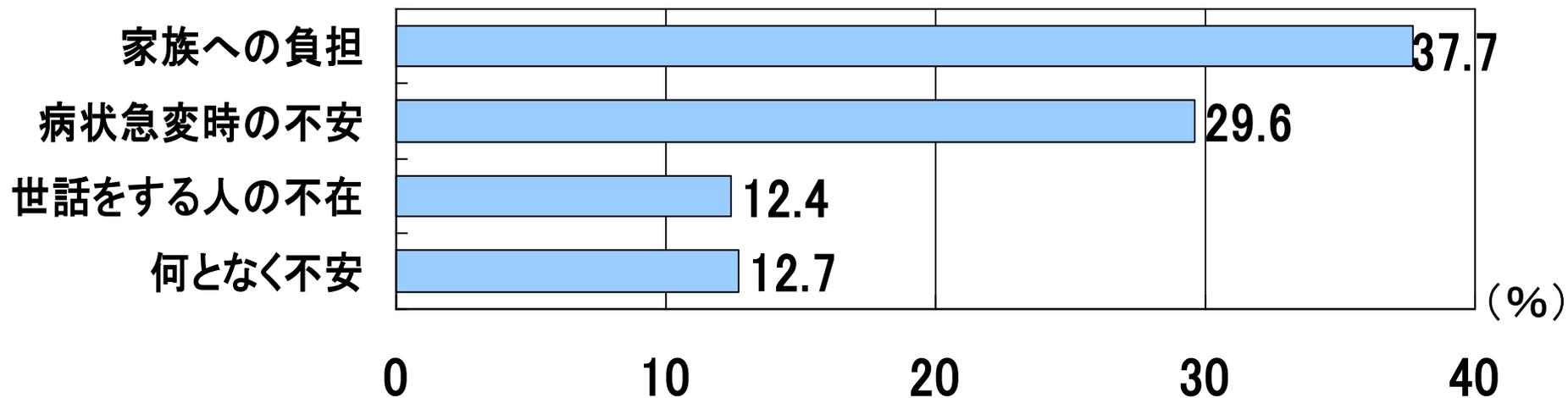
■ 利用経験あり

福井県による意識調査

寝たきりになった場合に治療を望む場所

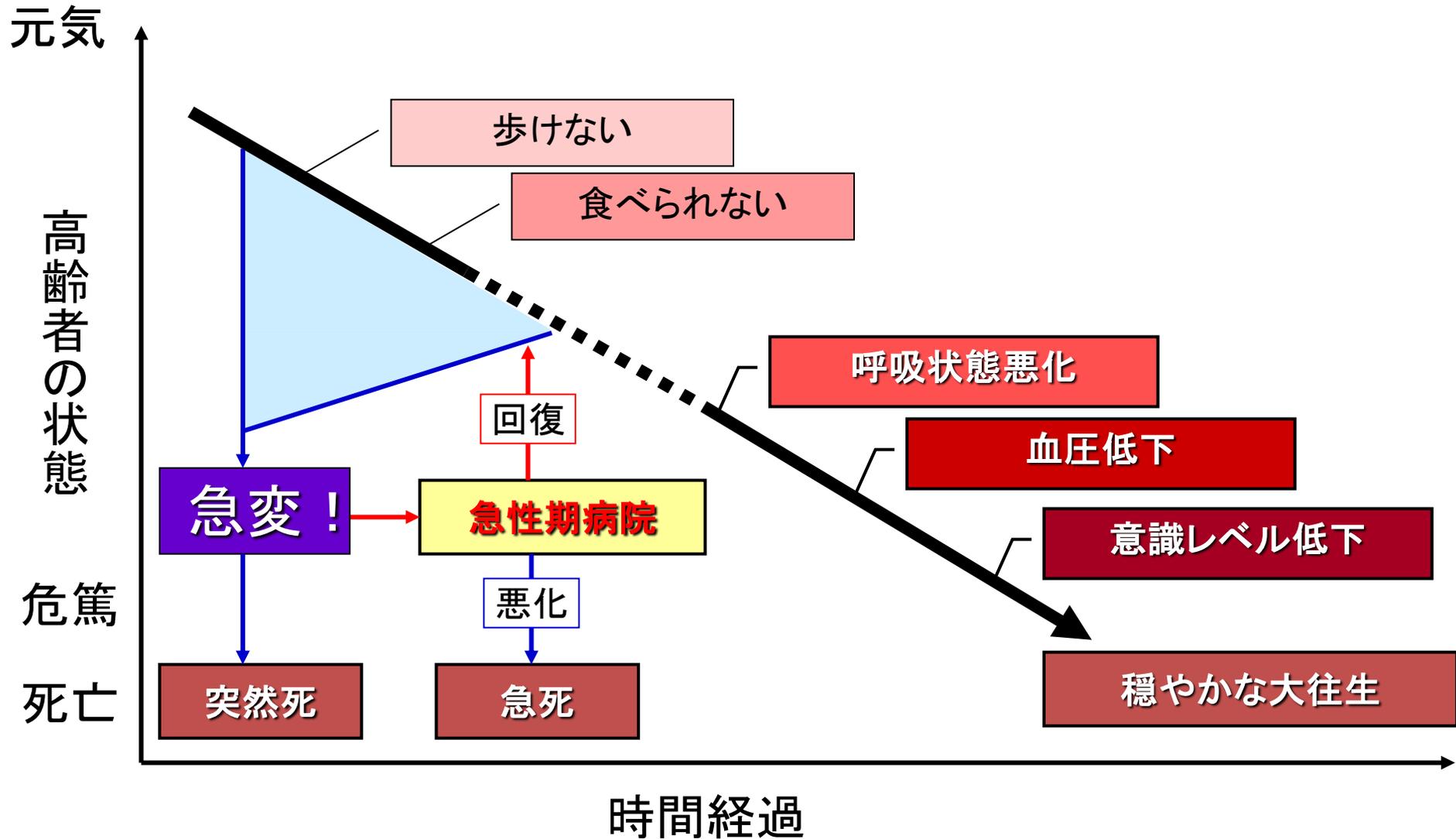


入院による治療を望む理由

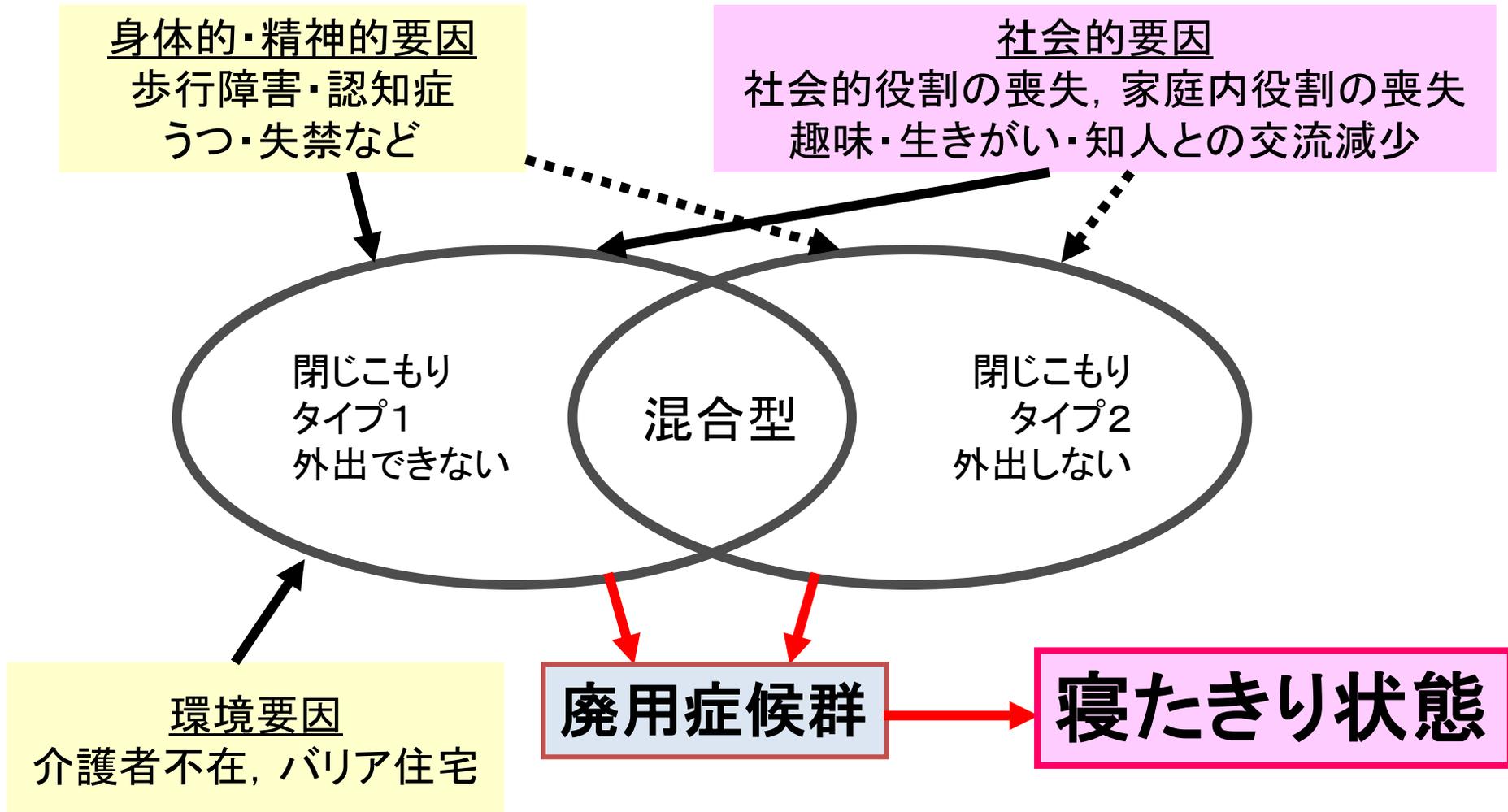


(第5次福井県保健医療計画より)

人が死に至るプロセス



閉じこもりの視点からみた寝たきりへのプロセス



病院に入院すると言うことは...

1. 入院基本指示(安静度)

- ① ベッド上安静(寝返り 可・不可)
- ② ポータブルトイレ 可
- ③ トイレ歩行 可
- ④ 病棟内自由 (監視 有・無)
- ⑤ 病院内自由

2. 拘束指示 (家族承諾書 未・済)

3. 静粛性の保持 (騒いではいけない!)

運動量低下

会話量低下



筋力低下

意欲低下



廃用症候群

寝たきり状態

病院の課題

事故防止 → 行動制限

リハビリテーション時間

	リハビリ単位	リハビリ時間
発症6ヶ月まで	9単位／日	3時間／日
発症6ヶ月以降	13単位／ 月	1時間／ 週

1単位＝20分

長期入院と施設入所は、寝たきりを作りやすい！

少子高齢化時代の一生

	少年期	青年期	中年期	老年期
養育	受ける	与える		
介護			与える	受ける

教育との連携