

長期療養の形態

1. 入院の場合

(1) 医療法上では、一般病棟とその他.

(2) 診療報酬上.

- ・障害者施設等入院基本料(出来高)
 特殊疾患入院施設管理加算
- ・特殊疾患入院医療管理料(包括, 病室)
- ・特殊疾患病棟入院料(包括, 病棟)
- ・療養介護病棟 I (介護区分 V 以上)

(3) 身体障害者療養施設ALS居室

2. 在宅の場合

(1) 公的サービスの利用.

(2) ネットワークと地域ケアシステムの構築.

現在の当院の神経内科病棟の現状

病名	年齢	性	呼吸器	胃ろう	意思伝達の方法
ALS	79	女	(-)	(+)	TLS
ALS	77	女	(+)	(+)	TLS
ALS	81	男	(-)	(+)	TLS
ALS	73	女	(+)	(+)	TLS
ALS	45	女	(+)	(+)	TLS
ALS	67	男	(+)	(+)	まばたき
ALS	78	女	(+)	(+)	まばたき
ALS	62	女	(-)	(-)	文字盤
ALS	79	男	(-)	(+)	まばたき
ALS	55	男	(+)	(+)	伝の心
ALS	82	女	(+)	(-)	まばたき

ALSの長期ケアのための総論的コメント

1) 告知

長期療養に伴うさまざまな問題、特に呼吸器装着などを考えると告知は避けて通れない。告知のやり方やアフターケアは大切。

2) 呼吸器装着とTLSでの呼吸器の離脱

呼吸器装着はその前提として、在宅で可能かどうかも検討事項。

3) 円滑な長期ケアの要因

- ①患者さん: 人柄というか、周りにサポーターを惹きつける魅力があれば。
- ②介護者: 主介護者が健康で、またサポートできる体制。
- ③医療機関のネットワーク: 拠点病院と協力病院。ただ神経内科専門医だけでなく、呼吸器や外科系の医師でもなんら問題はない。**レスパイト入院。**
- ④緊急時の問題: いい時は在宅で、悪くなったら入院できる病院の確保。
- ⑤地域ケアシステム: 連携と協力が必要。チーム医療そのものであり定期的な調整会議(事例検討会)が必要。**地域医療連携室の役割。**
- ⑥患者会との連携: 相談窓口としても。ピアサポート。

4) ALSと人生

運動機能は極限まで退化するのに、精神機能は活発。だからこそ、人の心を打つ患者さんも多い。

レスパイト入院

- 1) 当初は介護者の病気、冠婚葬祭、災害時の一時入院を目的にしていたが、最近では介護者の休養
- 2) 利用者の高齢化と共に主介護者も高齢となっているため、身体的負担が大きい。
人工呼吸器や吸引など医療依存度が高いこと、いのちの責任を担っていること等から持続的な緊張状態を強いられ、精神的ストレスが大きい。
- 3) 利用者の多くはALS(全て人工呼吸器装着)で、患者・家族の交流、日ごろの悩みや不安を病院スタッフと共有の機会にも。
- 4) 拠点病院などをその受け皿に

地域医療連携室の退院調整

システムへの関わり

- ・入院時スクリーニングで地域の在宅支援担当者につなぐ退院調整ケースを選択。
- ・病棟看護師は初期情報をもとに初期カンファレンスを実施し、退院に向けた看護計画の立案。
- ・地域医療連携室と連携し、患者・家族・関係機関と連絡し長期療養の場の確認。
- ・退院時カンファレンス(患者家族、主治医、師長、受け持ち看護師、PT・OT、薬剤師、地域医療連携室、在宅支援担当者、地域関係機関)による退院先の確認と共有。
- ・退院後、サービス調整会議に参加し、在宅情報のフィードバック。