

令和4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

## 総論⑥

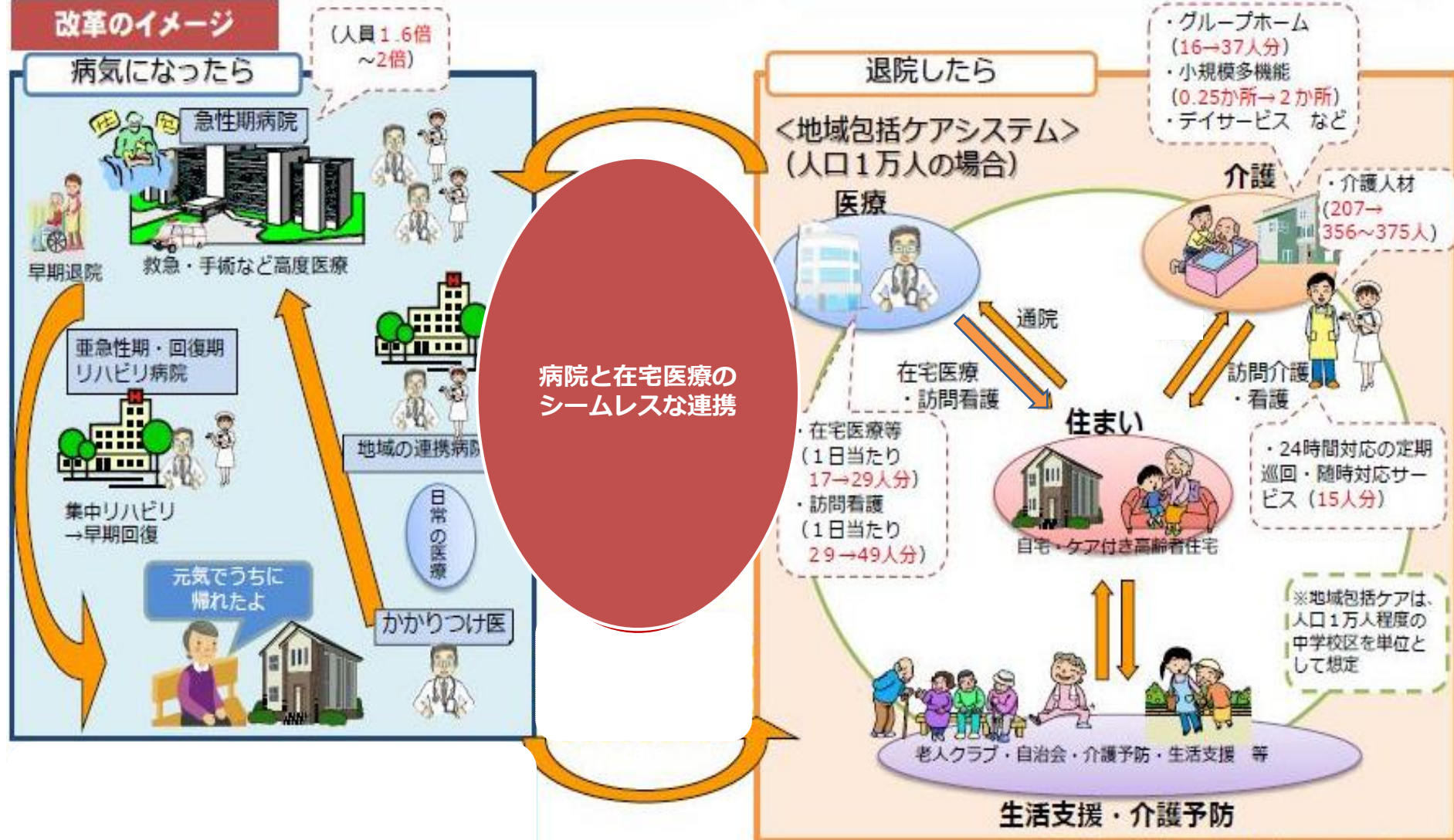
# 病院と在宅医療のシームレスな連携

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

# 地域医療構想

# 地域包括ケアシステム



※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

## 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



# 当院の役割・機能①

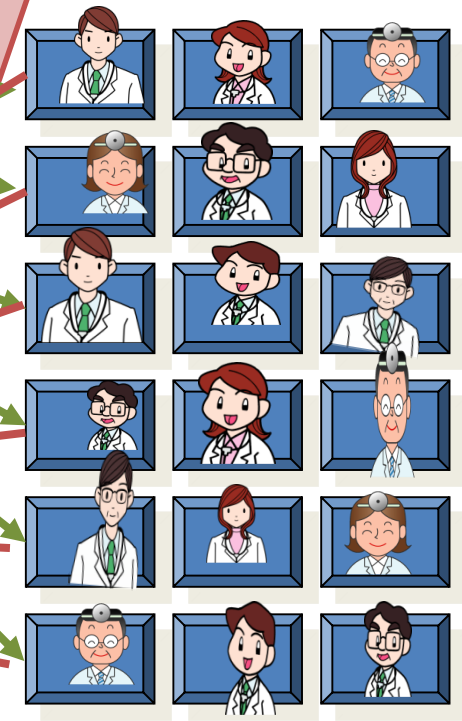
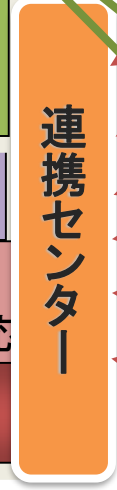
病床数: 111床 (急性期一般)  
 \* 常勤医師 30名  
 \* 開放型病床登録医 60名  
 平均在院日数 : 11.6 日 (2019)  
 病床稼働率 : 95.5 % (2019)

逆紹介により外来患者数  
 1日600名から300名へ

24時間365日、  
 救急患者、絶対断らない!  
 月300名以上の紹介患者



高機能医療



高度急性期病院

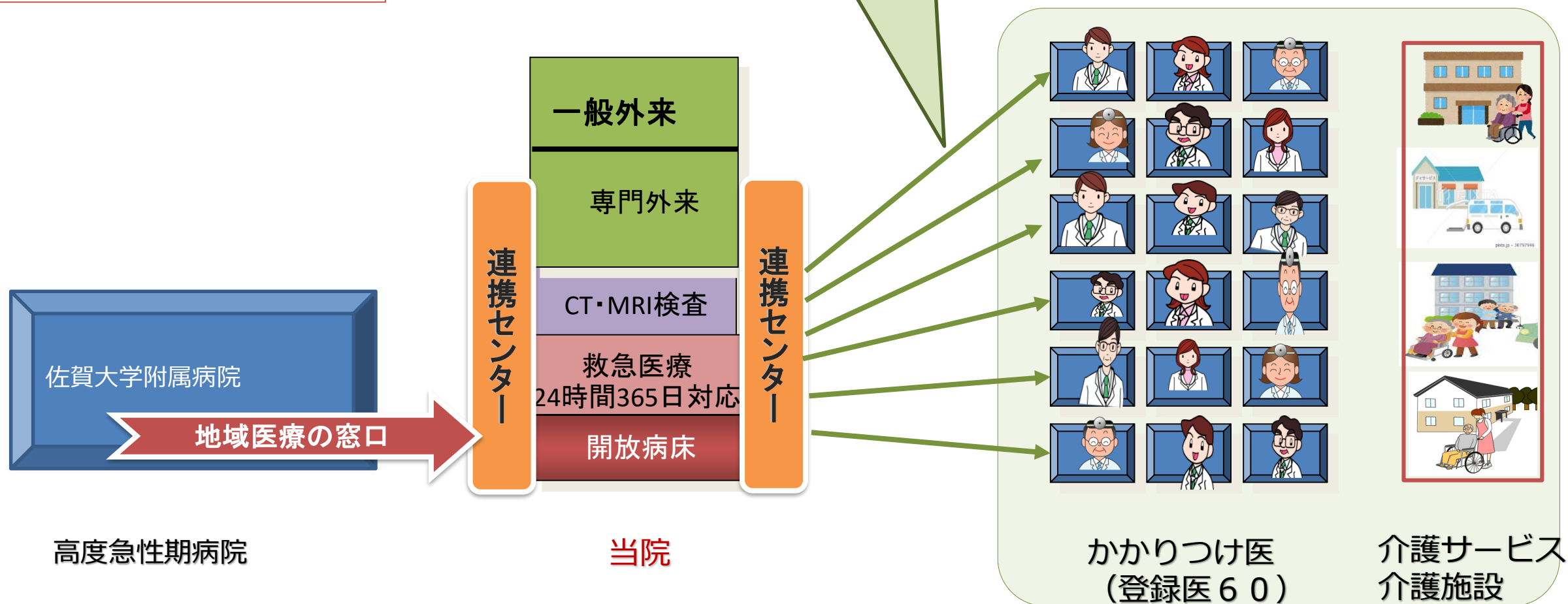
当院

かかりつけ医  
 (登録医 60)



# 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)



# 症例検討会



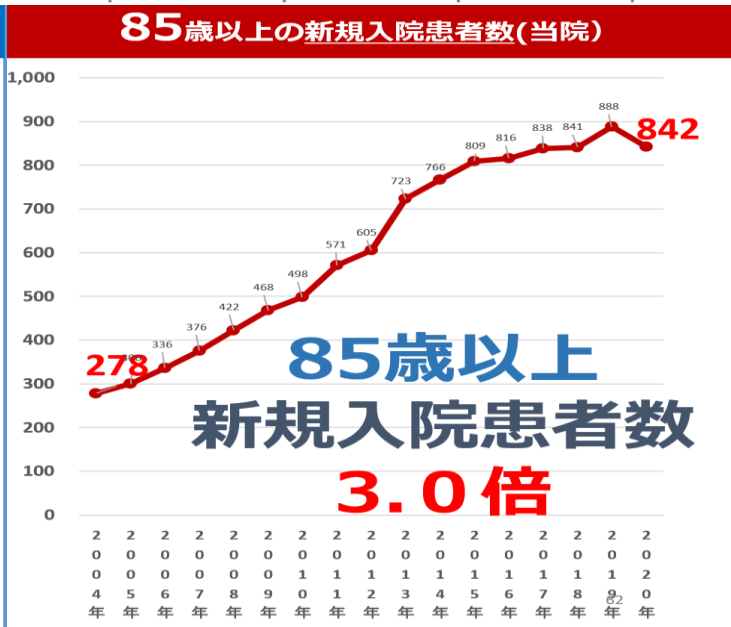
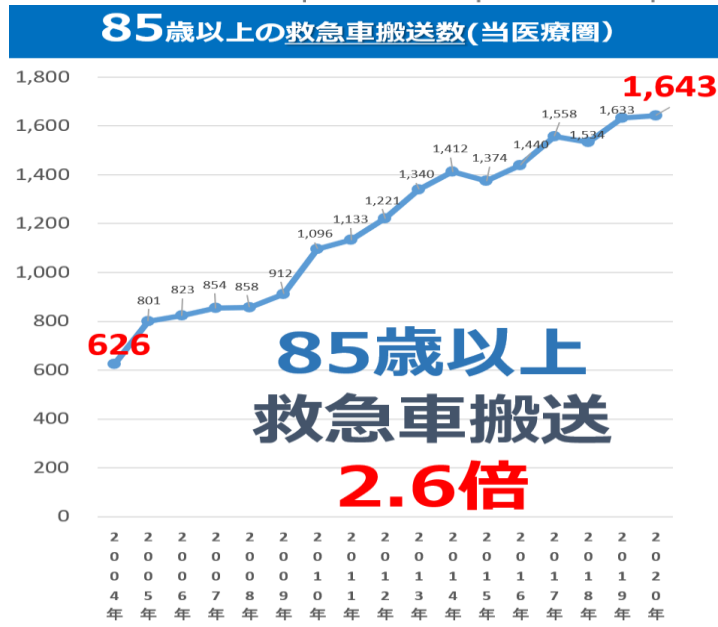
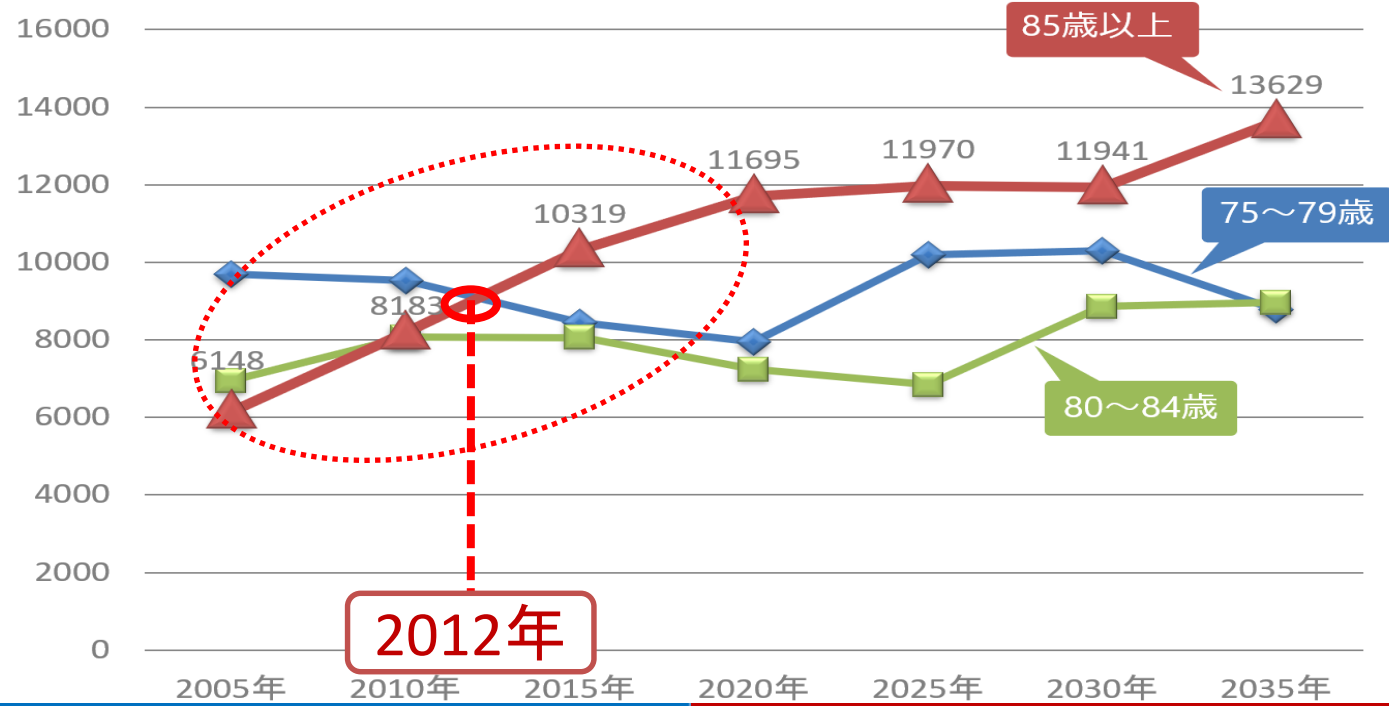
治療の目的

- ◆ 治療は、「外科的切除」が基本。  
手術適応：年齢による退縮傾向がある、遠く離れた部位に転移、  
全身状態等による二次的合併症発生リスクが高い場合。
- ◆ 無症状や合併症が軽い場合でも、定期的な経過観察が必要。
- ◆ 術後の問題は、「再発等」  
外科：手術の完全切除が目的です  
経管性治療：手術  
（手術適応は原則、最終的に外科的切除、  
全身状態を考慮して決定）  
→ 術後経過観察は、一定を義務的に行う。  
適切な治療を行う。

# 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

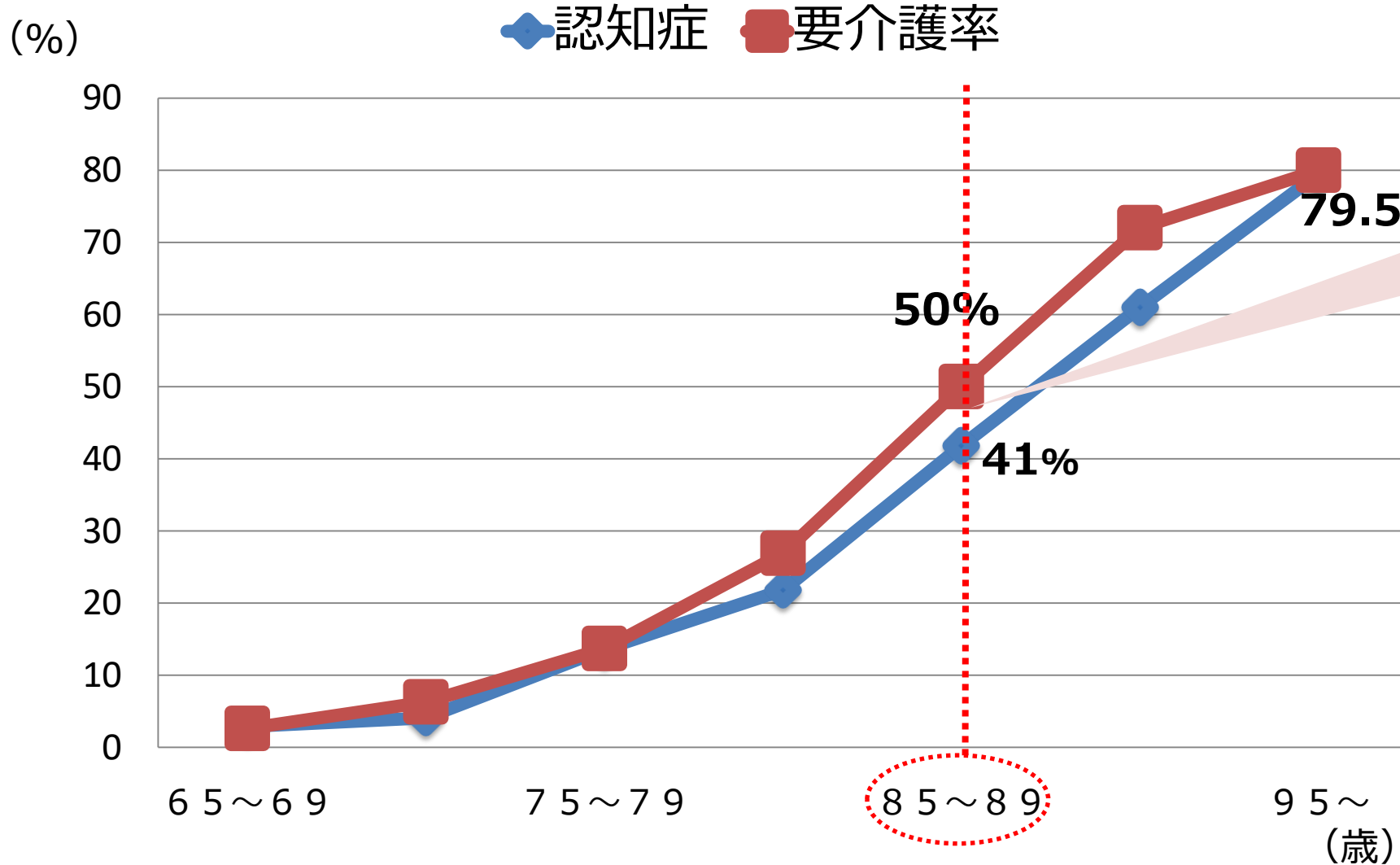
# 佐賀県南部医療圏 - 後期高齢者人口の推移







# 年齢階級別の要介護率と認知症



85歳以上は  
要介護、認知症  
リスク高くなる

退院支援が必要な  
高齢者が急増！

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

全国で同様の状況になりつつある

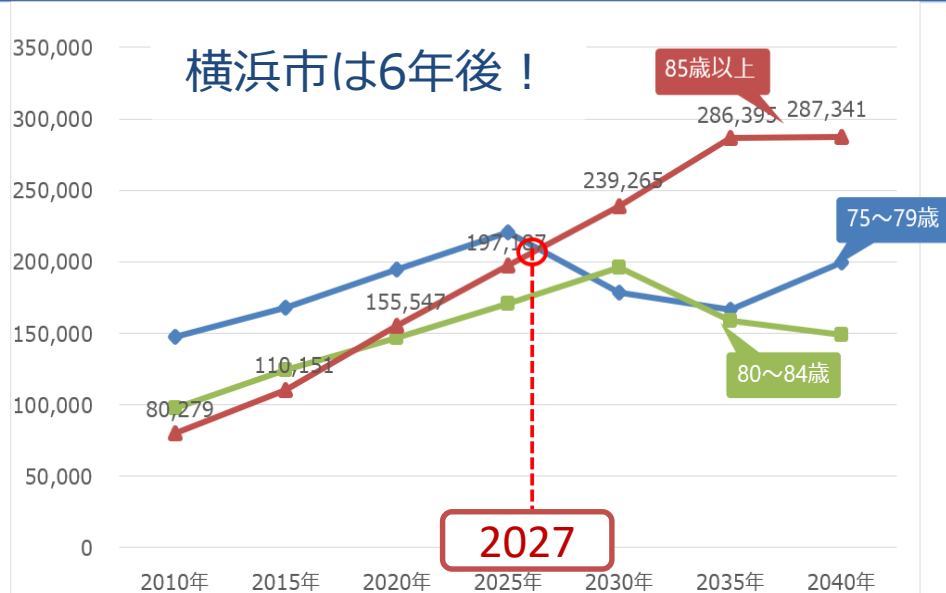
## 岡山市・後期高齢者人口推移



## 福岡市・後期高齢者人口推移



## 横浜市・後期高齢者人口推移

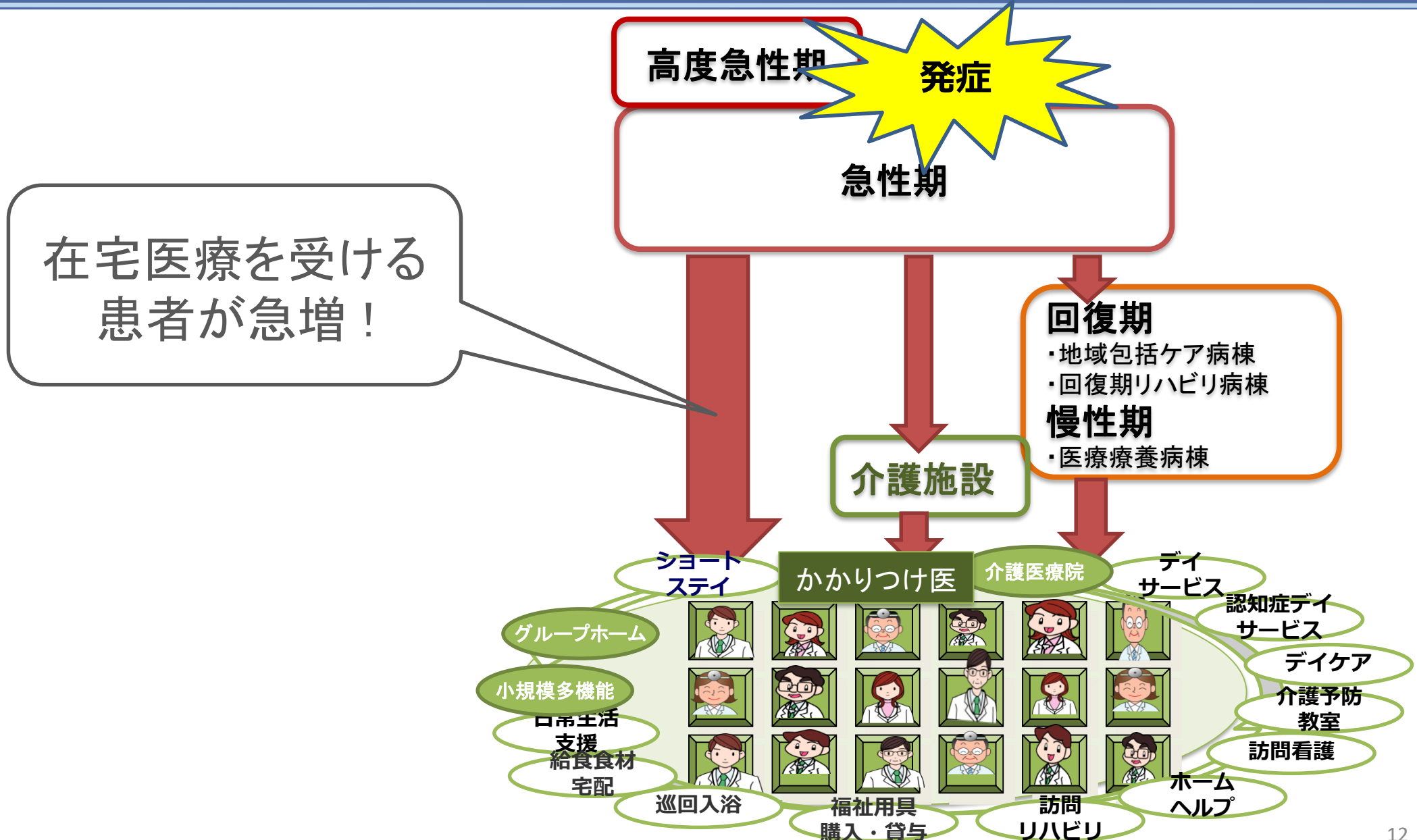


## 八王子市・後期高齢者人口推移





# 入院から在宅への流れ



在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比

(レセプト件/月、%)

2009	2012	2015	2018
------	------	------	------

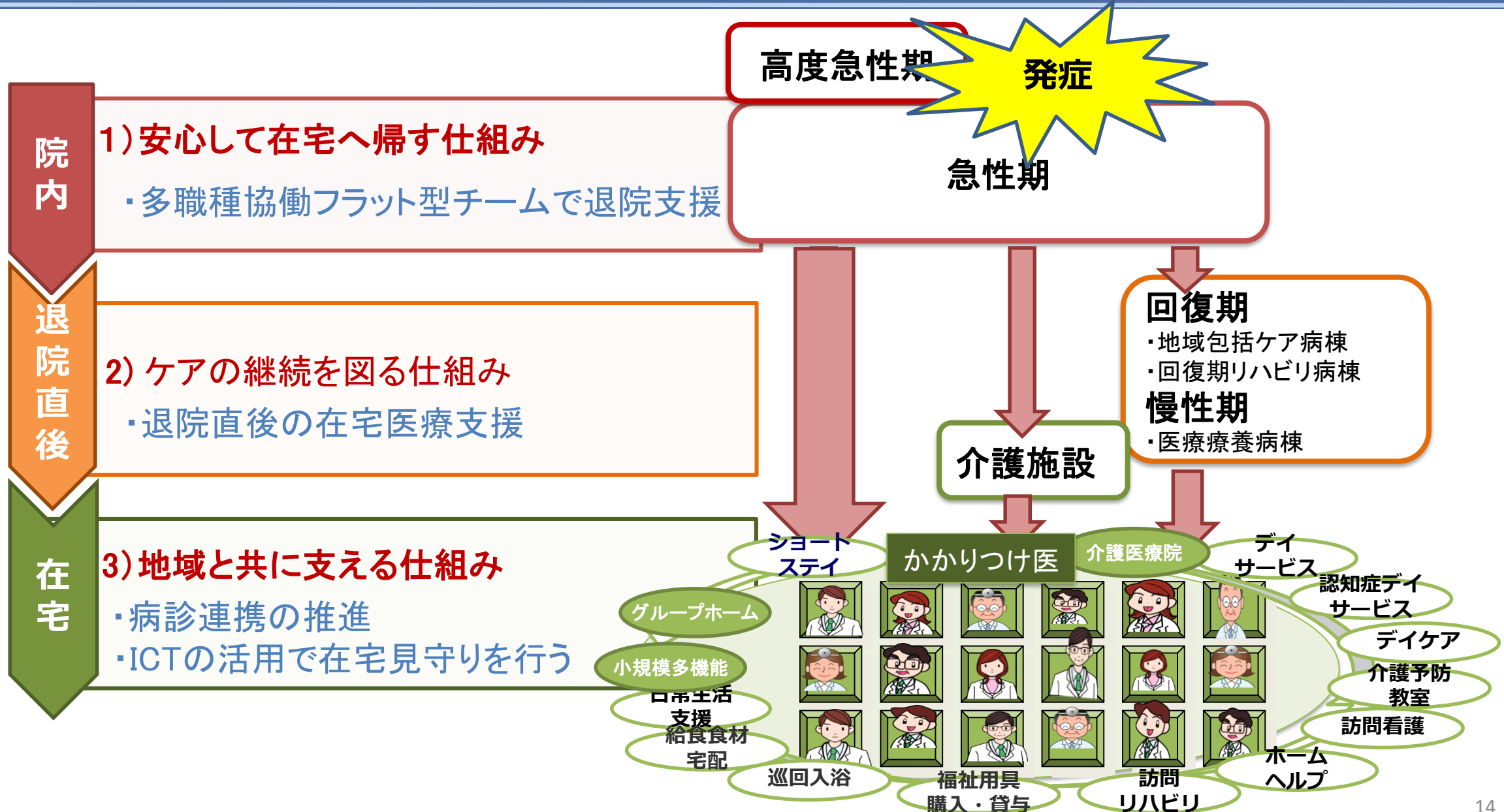
**85歳以上在宅患者  
10年間で30万人以上増加！**

	0	174	1,165	1,841
5-19歳	(0.00%)	(0.04%)	(0.17%)	(0.24%)

	2009	2012	2015	2018
	(H21)	(H24)	(H27)	(H30)
<b>85歳以上</b>	<b>172,143</b> <b>(49.23%)</b>	<b>245,941</b> <b>(55.92%)</b>	<b>423,995</b> <b>(60.61%)</b>	<b>481,842</b> <b>(63.79%)</b>



# 入院から在宅への流れ



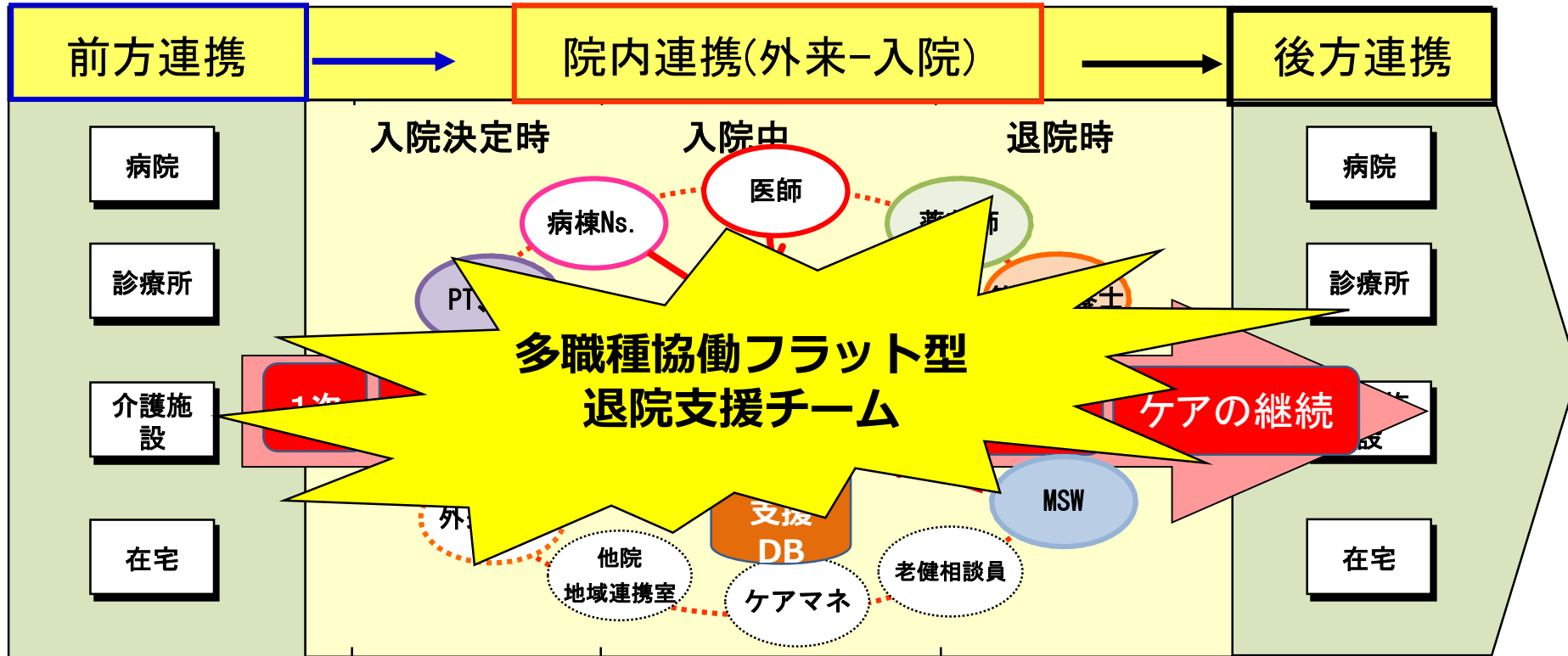
# 病院と在宅医療のシームレスな連携

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



# 在宅復帰支援必要な患者を入院早期よりスクリーニング開始

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



退院支援が必要な患者のスクリーニング

チームアプローチ

連携・調整





# 薬剤師、管理栄養士、セラピスト、MSWが病棟に専従





# 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



デクビタス  
ラウンド



# 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



患者・家族と  
退院後の食事指導

ベッドサイドで  
食事摂取状態確認

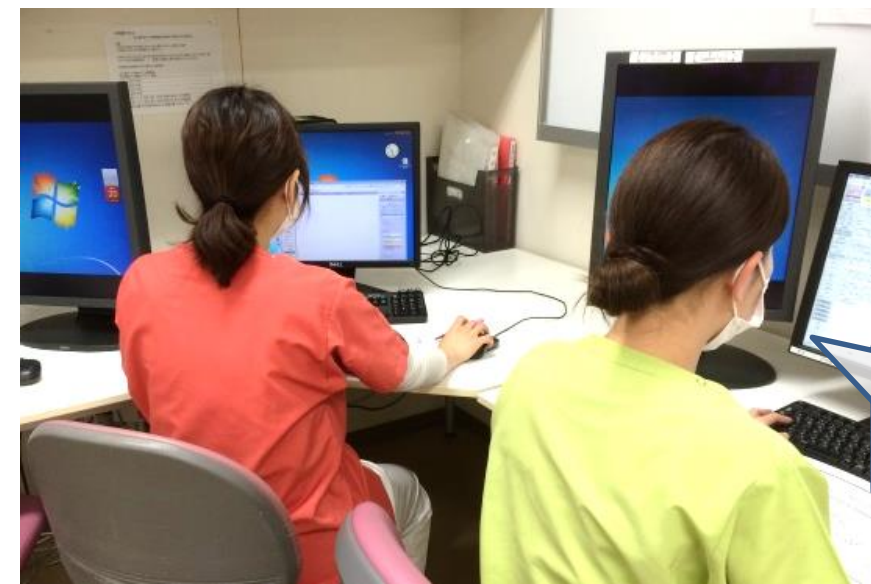
# 異なる職種間で知識を共有、より在宅復帰に向けた知識を持つ専門職を育成



在宅に向けての  
問題点を確認



医師へ栄養量や  
タンパクの付加  
など提案



多職種が  
隣り合わせ

# 認知症ケアチーム（認知症ケア加算1）

・対象患者の自動抽出

最終カンファ

自立度

JCS

認知症病名

認知症ケア介入患者一覧

部屋	氏名	ID	年齢	入院日	最終カンファ	次回カンファ	自立度	JCS	認知症病名	入院時チェックシート	傷病名	
331				05/26-17	6/22-17	7/2-17	Ⅲb	1-2	アルツハイマー型認知	☆	誤嚥性肺炎、Ⅱ	
				06/16-17	6/22-17	7/2-17	Ⅲa	1-2	アルツハイマー型認知	☆	Ⅱ型糖尿病、糖	
				06/21-17			正常、清					
332				06/24-17			Ⅱa、Ⅰ					
				06/18-17			Ⅱb、Ⅱ					
				06/21-17	6/22-17	7/2-17	Ⅲa	1-1	認知症	☆	急性胆管炎、膵	
403				06/26-17			Ⅲa、清					
				06/26-17			Ⅲa、Ⅰ					
				04/25-17			Ⅱb、清					
				6/22-17	7/2-17		Ⅲa	1-3	認知症	☆	大腸捻転症、	
				6/15-17	6/22-17		Ⅳ	Ⅱ-30	認知症	☆	S状結腸癌、	
							正常、清			☆	慢性硬膜下血腫	
							Ⅰ、清明			☆	脳挫傷、下出血、	
										☆	非ホジキンリン	
					6/22-17	6/29-17						
					6/25-17	7/2-17				☆	食欲不振、パー	
					6/15-17	6/15-17	Ⅱa	1-3	認知症	☆	慢性心不全急性	
					6/15-17	6/15-17	Ⅱb	Ⅱ-10	アルツハイマー型老年	☆	気管支肺炎、	
					6/22-17	7/2-17	Ⅲb	Ⅱ-10	アルツハイマー型老年	☆	脳挫傷、硬膜内	
					6/22-17	6/29-17	Ⅲb	1-2	認知症	☆	肺炎、慢性心不	
					6/15-17	6/22-17	Ⅱb					
					6/15-17	6/22-17	Ⅱb				パーキンソン症	

- ・認知症高齢者日常生活自立度
- ・JCS
- ・生活意欲の低下で自動抽出

・カンファレンス

電子カルテ画面

サポートシステム画面



# 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

退院後2週間後



**MBC**  
医師、MSW、訪問看護師、  
PT、ヘルパー等



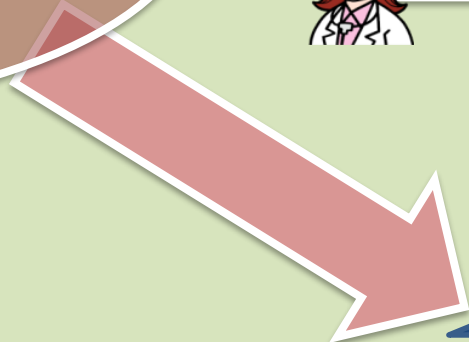
地域の医療機関へ



地域の医療機関へ



地域の医療機関へ



患者宅



# MBC (Medical Base Camp) のスタッフ

ヘルパー

訪問リハ

MSW

ケアマネ

訪問看護

情報共有が  
スムーズ！

Dr



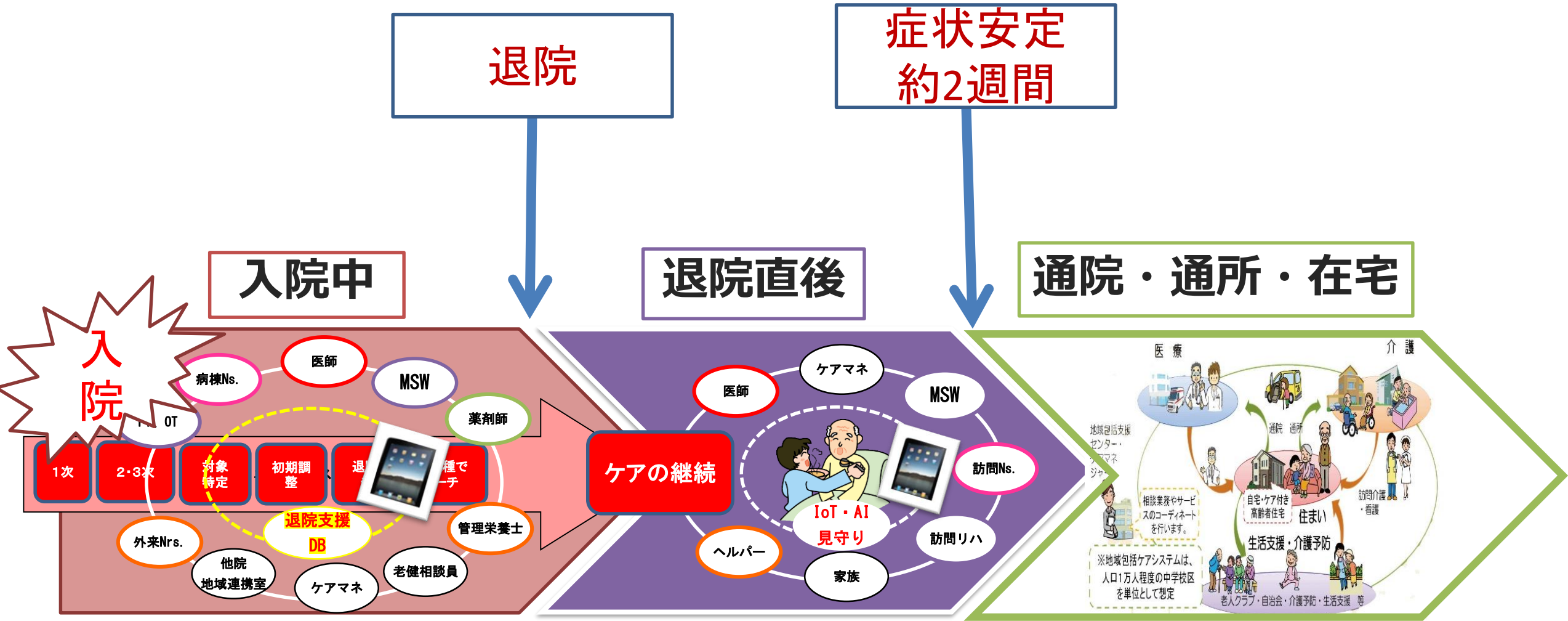
# MBC (Medical Base Camp) もスタッフ間の壁がない



訪問直後に  
在宅の情報を交換



# 病院と在宅医療のシームレスな連携



・ **治療と並行し**  
多職種協働の在宅復帰支援

・ **MBCで**  
在宅医療支援

・ **地域包括ケアを**  
バックアップ

# 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**

# 在宅医療担当者会議（オンライン）





# 90代 女性 末期心不全

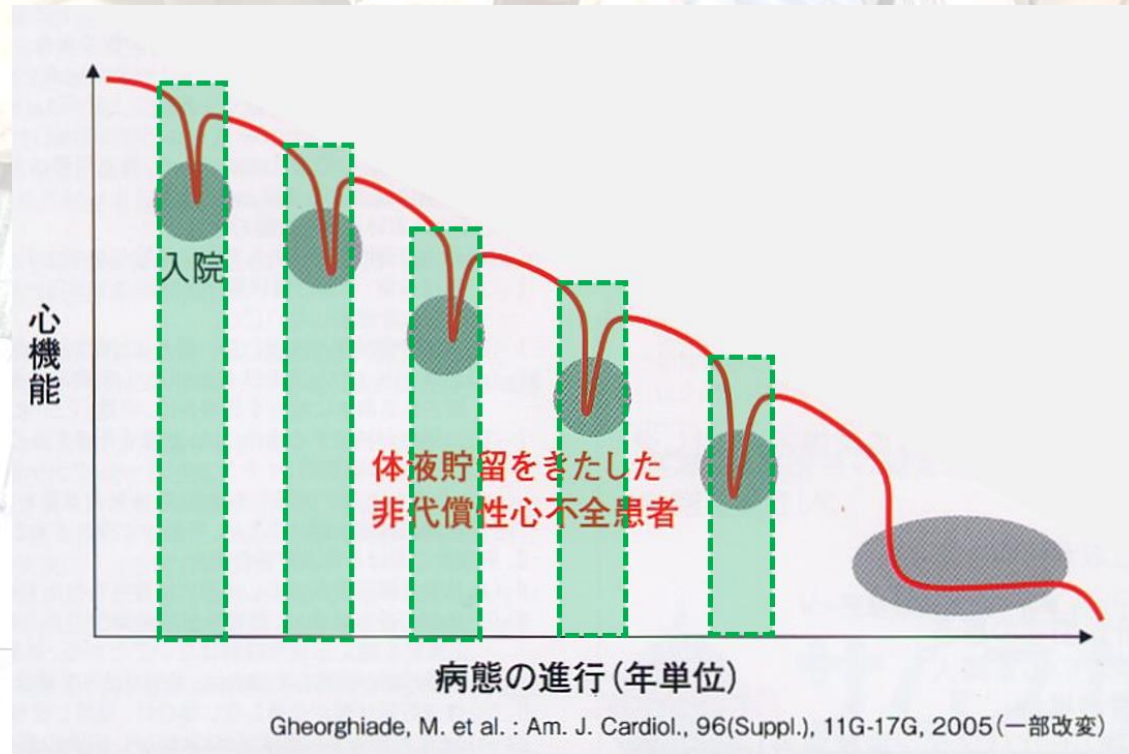
心不全治療薬に対する反応が低下。

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。



1行の表示数 5 表示サイズ 表示間隔 電波強度 表示説明

<p>-35dBm</p> <p>さま</p> <p>79 18</p>	<p>-24dBm</p> <p>さま</p> <p>58 18</p>	<p>-46dBm</p> <p>さま</p> <p>--- ---</p>	<p>-33dBm</p> <p>さま</p> <p>--- 16</p>	<p>-41dBm</p> <p>さま</p> <p>80 11</p>
<p>さま</p>	<p>-37dBm</p> <p>さま</p>	<p>さま</p>		



lenovo

# 呼吸



呼吸から見てみると、亡くなられた前日より呼吸数が少ない。亡くなる直前に少し呼吸数が増えてそのまま呼吸停止された。



睡眠

期間 2021/01/16 10:17  
~ 2021/02/02 09:56

睡眠

眠りSCAN Viewer - 睡眠

心拍

呼吸



2月2日午前9時52分に永眠。  
その様子が克明にわかる。



全体ミーティングでの患者状態確認。  
情報は視覚化され、共有もスムーズ。

# 地域との顔の見える関係作り

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～



在宅サービス関係者対象の勉強会（月1回）



市民公開講座（月1回）



ヘルスアップ事業（随時）



# 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