

・2章 在宅医と病院の シームレスな関係を 築くための病院の問題点

1 在宅を支援する病院のあり方

2 急性期病院、慢性期の疾患を担う病院の連携

3 台東区立台東病院の取り組み

2 章

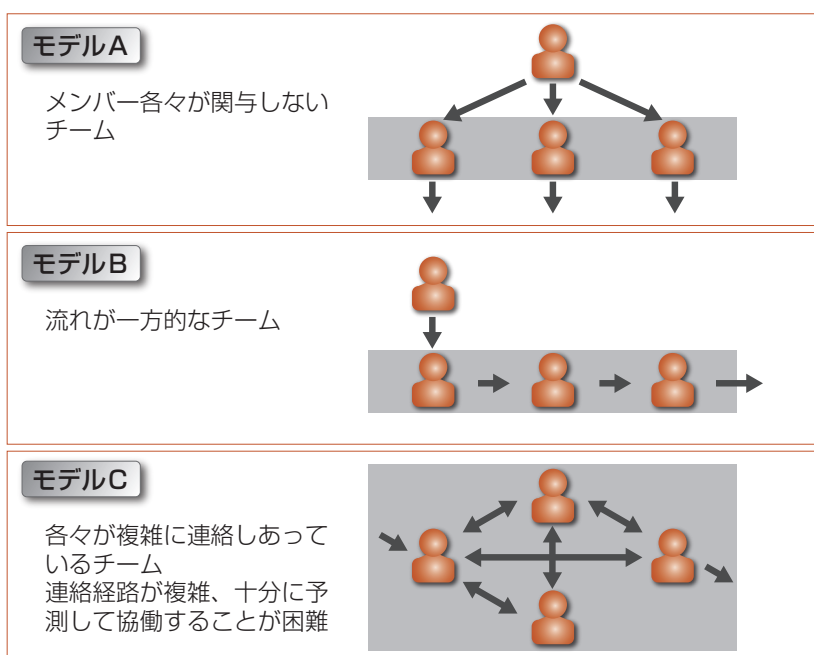
在宅医と病院のシームレスな関係を 築くための病院の問題点

1 在宅を支援する病院のあり方

● 地域を支援する病院のあり方

地域を支援する病院を考えるにあたり、地域医療はどのように行われているのかを考える必要がある。そのうえで、どのように提供されるべきかを考え、そして、その中で病院がどのように機能するべきかを考える必要がある。地域医療を行うためには連携が重要である。連携するとはどのようなことであろうか。連携にはいくつかのモデルが存在する（図1）。

図1 連携モデル



「モデル A」はトップダウンによる連携である。リーダーが全てを統括して、それぞれに指示を出し、各々がその指示に従って行動を行う連携である。

「モデル B」は流れ作業的な連携である。次々と仕事を渡して行くモデルであり、急性期病院から慢性期の疾患を担う病院、そして施設や在宅へ連携していくというようなタイプの連携である。

「モデル C」は各々が複雑に連絡しあい、まちまちに行動しているモデルである。これは、連携しているとはいえないのかもしれないが、地域医療連携は、現在、「モデル C」の状況にあると考えている。「モデル C」が十分に機能するための条件とはいかなるものであろうか。

(1) 情報が共有化されていること

- ① 情報の内容が定められていること
- ② 情報の共有化方法が決まっていること
- ③ 情報を共有すべき範囲が決まっていること

(2) 目標が定められていること

- ① 目標を達成するためのプロセスが明らかになっていること
- ② 目標を達成するための現状を把握する方法が決まっていること
- ③ 現状の問題点が整理できること
- ④ 問題点を解決するための仮説が立つこと
- ⑤ 問題点を解決するための指標が存在すること
- ⑥ 目標が達成されたときに効果が確認できること
- ⑦ 関わる全員に周知されていること

(3) 役割分担が決まっていること

- ① 責任が明確化されていること
- ② 権限が明確化されていること

以上 3 点が整っていれば地域医療連携は機能すると思われる。

情報の共有化については、各地域で情報シートが作成され使用されている。しかし、情報の内容は統一されてはいない。西多摩地域においても情報共有シートを作成し、病院間の連携に使用している。これには、医療情報・ADL 情報・社会資源情報を記載している。医療情報は医師が、ADL 情報は看護師が、社会資源情報はソーシャルワーカーが記載することになっており、このシートにより、当該施設や在宅支援機関が受け入れ可能かどうか判断できる最低限の情報が盛り込まれている。さらに専門的な情報は取り寄せる必要がある。従来の情報に比べて一定の情報が得られるため、手間が省けていると思われる。

目標の共有は非常に困難である。単純にこうなったらよい、という目標であれば理想を述べるだけで簡単である。この場合の目標とは、在宅療養を行ううえで、続けるためには何が問題で、その問題の中で最も重要な問題をデータに基づいて推し量り、いかに解決するのがベストであるかが示されている必要がある。

役割分担についての基本的な考え方は、地域を一つの病院とみなし、急性期病院の中を当てはめてみるとわかりやすい。ICU や高度救命救急が地域においては急性期病院であり、一般病床が回復期・亜急性・療養病床にあたる。その後の退院先が在宅である。この場合、循環型が成立する必要がある。シームレスな地域医療のために役割分担を決めて、データに基づいて日本全体をシミュレーションしたのが、社会保障国民会議における改革シナリオである。今後この改革シナリオをもとに、さまざまな改革のための議論が進められる可能性が高い。

以上のようなことを前提にした地域における医療提供体制の中で「地域を支援する病院のあり方」は、役割に応じた機能を有する必要がある。改革シナリオにおいて役割がはっきりしているように見えるが、詳細にみると実のところははっきりしていない。国際医療福祉大学高橋泰先生を中心に行われた、東京都全域で改革シナリオに従った病床数を割り当てるシミュレーションに参加した。その結果、地域ごとに特徴がある。よっておしなべてシナリオを当てはめることはできない。その他、高度急性期と一般急性期の違いは、どのような医療を提供する病院が高度で、何ができない病院が一般急性か分けることができなかった。さらに詳細な検討は進められ

ている最中である。役割に応じた機能として、一概には規定することができず非常に困難である。

地域を支援する病院のあり方は、単純に理想を記載すると「家から近くて、いつでも、どんな状態でも受け入れてくれる」(A)、かつ「満足できる医療を受けることができる」(Q)、「高額な費用を必要としない」(C)、病院であろう。AQC 全てを全ての国民が満足することは大変難しい。より理想に近づく根拠に基づいた議論が必要である。

2 急性期病院、慢性期の疾患を担う病院の連携

● 急性期病院の問題点

(日本慢性期医療協会：急性期病院と療養病床との連携に関するアンケートより)
【実施：平成 20 年 8 月 調査対象：3 次救急指定 202 病院 回答病院数：74 病院】

(1) 病床種別と機能について

—— 貴院のベッド数とその種別を教えてください。

表 1

	総病床数	救急病床	②一般病床	③医療療養 病床 (回復期リハを除く)	④回復期リハ ビリテーション 病床
合計 (病床数)	50,551	2,145	43,919	43	153
総病床数に 対する割合(%)	100.0	4.2	86.9	0.1	0.3
	⑤介護療養 病床	⑥精神病床	⑦その他	⑧不明	
	0	2,019	611	1,661	
	0.0	4.0	1.2	3.2	

—— 貴院の特徴は次のどれに当てはまりますか。

表 2

	病院数	%
特定機能病院	18	24.3
地域医療支援病院	19	25.7
DPC 適用の一般病院	40	54.1
その他	5	6.8

(n = 74) (複数回答)

(2) 入退院について

—— 平成 19 年度における貴院の一般病床入院患者の平均在院日数は何日ですか。

表 3

合 計	1,113.3 日
平 均	15.3 日

(n = 73)

—— 平成 19 年度の救急外来患者数は何名でしたか。そのうち、75 歳以上は何名でしたか。

表 4

	救急外来患者総数	うち75歳以上
合計（人）	921,378	145,054
75歳以上の割合（%）	—	15.7

(n = 49)

—— 平成 19 年度の救急外来患者のうち入院された方は何名でしたか。そのうち、75 歳以上は何名でしたか。

表 5

	救急外来のうち入院した患者総数	うち75歳以上
合計（人）	141,647	43,560
75歳以上の割合（%）	—	30.8

(n = 47)

—— 退院先が確保できないために救急患者の入院が延長することがあります。

表 6

	病院数	%
あ る	61	87.1
な い	9	12.9
計	70	100.0

—— 平成 19 年度中に、救急患者の受け入れを断らざるを得ないことがありましたか。

表 7

	病院数	%
あった	56	76.7
なかった	17	23.3
計	73	100.0

* 救急患者の受け入れを断らざるを得ないことがあった場合の一月平均患者数

	合計	平均
受け入れを断った一月平均患者数 (人)	2,247.3	56.2

(n = 40)

—— 「救急患者の受け入れを断らざるを得ない」と回答された方にお尋ねします。その理由はなんですか。

表 8

	病院数	%
医師、看護師などの職員体制が不十分	19	34.5
診療設備の問題	6	10.9
後送病院（療養病床など）との連携不十分なため空きベッドがない	15	27.3
院内の病床管理が不十分なため空きベッドがない	18	32.7
経営上の問題	1	1.8
その他	32	58.2

(n = 55) (複数回答)

(その他の内容)

重症患者対応中・複数の救急車対応のため・手術中で受け入れ困難・満床のため・重症患者の重複・ICU 満床・専門外・緊急性のない患者のため・二次病院への搬送指示・特殊患者（暴言、暴力、未収金など）・一時的な患者の集中

(3) 療養病床との連携について

—— 平成 19 年度に救急病床の患者を直接「他院の療養病床」に移されましたか。

表 9

	病院数	%
移した	40	59.7
移していない	27	40.3
計	67	100.0

* 救急病床の患者を直接「他院の療養病床」に移した年間人数

合 計 (人)	993.0
平 均 (人)	33.1
回答数 (病院数)	30

—— 平成 19 年度に一般病床から「他院の療養病床」に患者を移されましたか。

表 10

	病院数	%
移した	68	97.1
移していない	2	2.9
計	70	100.0

* 一般病床から「他院の療養病床」に移した年間人数

合 計 (人)	10,588.0
平 均 (人)	220.6
回答数 (病院数)	48

● 調査結果の概要

(1) 病床種別と機能について

総病床数のうち、救急病床が4.2%、一般病床が86.9%を占める。急性期にほぼ特化していることがわかる(表1)。表2の特徴としては、特定機能病院24.3%、地域医療支援病院25.7%、DPC 適用の一般病院54.1%であった(複数回答)。

(2) 入退院の状況について

一般病床の平均在院日数は15.3日(表3)。救急外来患者のうち75歳以上の占める割合は15.7%(表4)。しかし、入院した患者をみれば75歳以上が30.8%を占め、外来に比べ入院では高齢者の率が2倍になっている(表5)。

退院先が確保できないために入院延長することがあると答えた病院が87.1%(表6)。救急の受け入れを断らざるを得ないことがあったと答えた病院は76.7%(表7)。受け入れを断った1月1病院当たりの平均患者数は56.2人であった(表8)。

救急患者の受け入れを断る理由として、「職員体制が不十分」「空きベッドがない」「後送病院との連携が不十分」ということが挙げられている。

以上の入退院の状況をみると、平均在院日数は約2週間という期間であるが、退院先の確保ができれば入院日数を短縮でき、新たな救急患者を受け入れることができる可能性が高いことがわかる。また、入院患者の3人に1人はいわゆる後期高齢者であり、救急医療、一般急性期医療からそのまま在宅復帰が難しい場合が多いことも推測される。後送病院として、回復期リハビリテーションも含めた療養病床での受け入れがスムーズに行われていないことが伺える。

(3) 療養病床との連携について

救急病床の患者を直接「他院の療養病床」に移したことがある病院は59.7%(表9)、一般病床から直接「他院の療養病床」に移したことがある病院は97.1%(表10)であった。

救急外来患者のうち、3割以上を75歳以上の高齢者が占め、退院先の

確保が困難なために、救急病床での入院を延長する場合が9割近くにのぼる現状がある。そのような中で、平均で月に55名以上の救急患者の受け入れを断らざるを得ないケースが発生している。受け入れができない理由としては、約3割の病院が空きベッドがないことを挙げている。急性期病院では、医療情報以外にも退院時の状況から必要なサービスを推定し、在宅と連携できる部署の人材教育が必要であり、それが在宅医療への太いパイプになると思われる。

● 急性期病院と慢性期の疾患を担う病院の問題点

(1) 慢性期の疾患を担う病院の現状

医療区分の低い患者を受けない医療機関が増えている。医療区分1* など診療報酬が低くなる患者では、受け入れ先がほとんどないのが実情だが、急性期病院からは状態が安定した患者の紹介が多く、医療区分の高い患者を選定して入院させていると思われる。

※参考 医療区分1：医療の必要性 低 ↔ 医療区分3：医療の必要性 高
ADL 区分1：日常生活自立度 高 ↔ ADL 区分3：日常生活自立度 低

(2) 慢性期の疾患を担う病院の今後

後遺症を抱える急性期病院からの患者を受け入れ、回復した患者を在宅や居住系施設につなげ、さらに在宅療養支援診療所の支援など、在宅や居住系施設の患者をカバーしていくことが求められる。また、急性期病院に入院できない高齢者の急性期病変に対応する必要性もあるのではないか。

● 医療系（病院・一般診療所など）から在宅への問題点

全国アンケート調査でみた回復期リハビリテーション病棟の現状

（日本脳卒中学会「脳卒中地域医療の現状を把握するための全国アンケート調査」より）

【対象と方法】

2007年9月、全国12都道府県（北海道、秋田、群馬、東京、神奈川、長野、大阪、和歌山、広島、徳島、福岡、鹿児島）の全ての回復期病棟保有医療機関347医療機関（402病棟）を対象とした、郵送によるアンケート調査を行い、174医療機関（50%）から有効回答を得た。脳卒中患者を診療していた166医療機関（95%）を対象に、より詳しい設問への回答を求めた。

【結果】

地域連携に関する希望（複数回答可）上位 5 項目を示す ※ 結果の順番は必要に応じ入れ替えている（抜粋）。

（１）急性期病院へ

- 患者が急病のときに、すぐに受け入れてほしい ————— 60.8%
- マイナスな面を含めて十分な医療情報を伝達してほしい ——— 62.0%
- 急性期の運動機能や日常生活動作に関する情報がほしい ——— 35.5%
- リハビリテーションスタッフの意見が記入された紹介状がほしい
————— 25.3%
- リハビリテーション機能を充実させてほしい ————— 21.7%

（２）一般診療所へ

- 在宅支援に力を入れてほしい ————— 55.4%
- 脳卒中患者の医療情報を共有したい ————— 36.1%
- 脳卒中患者の介護情報を共有したい ————— 33.7%
- 連絡会やカンファレンスなどを定期的に持ちたい ————— 21.1%
- 介護保険意見書を積極的に作成してほしい ————— 16.3%

（３）維持期施設・事業所（入院、入所、通所および訪問）へ

- 待機期間を短縮してほしい ————— 69.9%
- リハビリテーションを充実させてほしい ————— 65.7%
- 入院・入所基準を緩和してほしい ————— 45.8%
- 在宅生活支援に力を入れてほしい ————— 36.1%
- 連絡会やカンファレンスなどを定期的に持ちたい ————— 18.1%

（４）周辺地域へ

- 自治体と医療・介護従事者が協力した連携づくり ————— 45.2%
- 連絡会などのコミュニケーションの場がほしい ————— 41.6%
- 脳卒中患者の医療情報を共有したい ————— 28.9%
- 脳卒中患者の介護情報を共有したい ————— 25.3%
- 医療・介護従事者主体の連携づくり ————— 25.3%

調査の結果をみると、どの疾患であっても発生するであろう意見・希望が表れていると考えられる。急性期・慢性期の疾患を担う病院、一般診療所は患者の医療的な情報を多く有しており、通所施設や訪問事業所は患者の在宅での生活を熟知している。この両者と、地域包括支援センターなどの周辺地域の社会資源や行政が適切に情報共有を図り、各専門分野にとらわれずに、全ての関係者が多角的に患者や家族を把握することが重要になってきている。

● 急性期病院・慢性期の疾患を担う病院の連携について

急性期病院において発生した長期療養を必要とする慢性期患者を、慢性期の疾患を担う病院が早期に引き取ることができないために、急性期病院の病床が利用できないといわれている。日本慢性期医療協会が中心となって、急性期病院からの早期受け入れ事業を東京と大阪で実施した。東京においては東京都療養病床研究会が中心となって、東京都立府中病院および杏林大学病院・武蔵野日赤病院からの早期受け入れを、東京都内および茨城・山梨の慢性期の疾患を担う病院で行った。

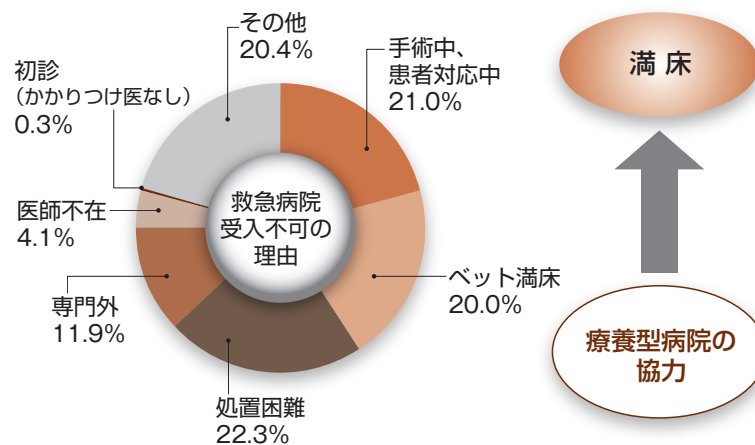
平成21年11月から平成22年3月の間で41件の受け入れを行ったが、急性期病院の機能を改善させるだけのデータは得られなかった。今回の事業は、主に転院困難ケースを中心に行ってしまった結果だと思われる。通常行われている、比較的転院が行いやすいケースも含めて事業を行って入れば、結果が異なっていたと思われる。

なぜこのように連携が難しいのか。急性期病院はDPCの導入などにより早期退院が必要となったが、慢性期の疾患を担う病院は制度上の問題で、早期すぎる患者を受け入れるだけの人員や機材が確保されていない。この齟齬が連携を難しくしている。慢性期の疾患を担う病院と一つにまとめて表現されるが、地域性もからんで病院ごとに特色があり、適応できる患者像が異なっていることも要因として考えられる。

地域を支援する病院のあり方と同様に、社会保障国民会議の改革シナリオなどを参考に、全体像から地域へ展開しながら議論すべき内容と思われる。

救急病院の問題

救急車の搬送困難事例 20%が…



(平成 20 年度総務省調べ)

©2010 永生病院 地域連携係 Rights Reserved. を一部改変

現在の日本の救急病院をめぐる問題の一つに、救急車の搬送困難事例の問題がある。原因はいろいろとあるが、その原因の約 20%の原因が満床である。

その問題に対して、療養型病院が貢献できる部分があるのではないかと
いう見方がある。治療が終わり退院できるが、いろいろな事情で住む家に
帰れない方々がいる。そういう方々を療養型病院が積極的に受け入れれば、
3次救急病院のベッドを一つでも二つでも空けることができるという理屈
である。

救急医療と療養病床との連携に関する調査

日本慢性期病床協会（2008 年 6 月）

【実施】2008 年 6 月 【対象】日本療養病床協会会員 740 病院

表 1 病床数

総病床数（n=317）	合計（床）	割合（%）
	56,369	100.0
（内訳）		
医療療養	22,878	40.6
介護療養	16,965	30.1
一般	7,275	12.9
回復期リハビリテーション	3,885	6.9
その他	5,366	9.5

表 2 二次救急・三次救急からの受け入れを行っていますか

	回答病院数	割合（%）
行っている	229	72.2
行っていない	78	24.6
その他	9	2.8
無回答	1	0.3
合計	317	100.0

表 3 二次救急・三次救急から 1 年間に約何件の紹介がありますか

	回答病院数	割合（%）
1～5 件	23	7.3
6～10 件	26	8.2
10 件以上	202	63.7
0 件	55	17.4
無回答	11	3.5
合計	317	100.0

表 4 二次救急・三次救急から患者受け入れの紹介があればどうされますか

	回答病院数	割合 (%)
できるだけ受け入れたい	231	72.9
できるだけ断りたい	30	9.5
その他	51	16.1
無回答	5	1.6
合計	317	100.0

表 5 どのような患者なら受け入れることができますか（複数回答可）

	回答病院数	割合 (%)
医療区分 1 の患者	28	8.8
医療区分 2・3 の患者	176	55.5
区分にこだわらない	115	36.3
介護療養病床の対象患者	125	39.4
回復期リハビリテーションの患者	111	35.0
その他	32	10.1
無回答	3	0.9

表 6 どのような患者を積極的に受け入れたいですか（複数回答可）

	回答病院数	割合 (%)
人工呼吸器装着	55	17.4
人工透析患者	33	10.4
TPN	113	35.6
気管切開	166	52.4
重度意識障害	141	44.5
脊髄損傷	114	36.0
その他	108	34.1
無回答	28	8.8

表 7 二次救急・三次救急に搬送した患者が治療によって改善した場合、受け入れの依頼があればどうされますか

	回答病院数	割合 (%)
優先的に速やかに受け入れる	188	59.3
特に優先はしないが受け入れる	83	26.2
場合によっては受け入れを断ることがある	32	10.1
その他	5	1.6
無回答	9	2.8
全体	317	100.0

表 8 貴院では地域との医療連携を図っていますか

	回答病院数	割合 (%)
地域医療連携室などがある	142	44.8
地域医療連携の担当者が決まっている	122	38.5
地域との連携はうまく図れていない	12	3.8
連携を図る必要性はない	1	0.3
その他	10	3.2
無回答	30	9.5
全体	317	100.0

表 9 今後、二次救急、三次救急との連携をさらに強めたいと思いますか

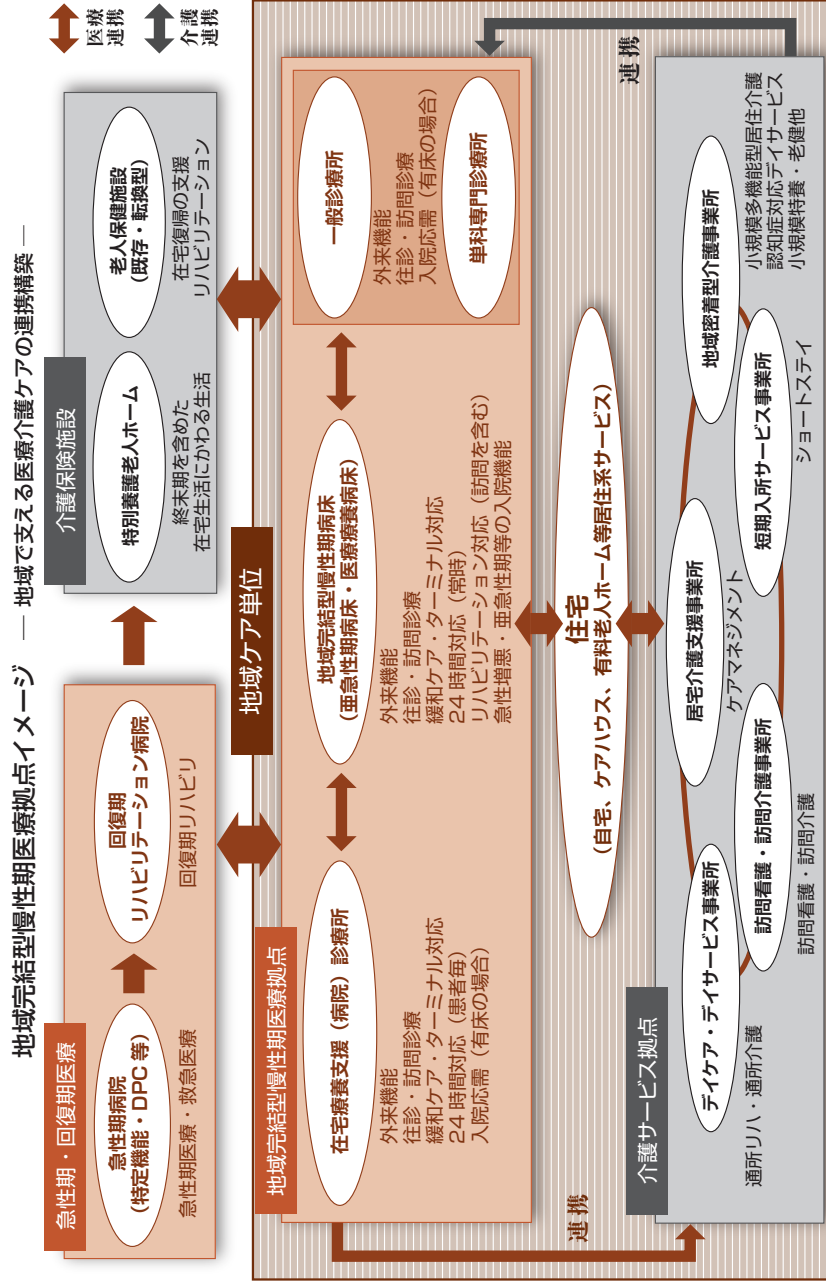
	回答病院数	割合 (%)
思う	233	73.5
現状で良い	75	23.7
思わない	2	0.6
その他	3	0.9
無回答	4	1.3
全体	317	100.0

表 10 介護保険施設（老健・特養など）や在宅で高齢者に対して救急医療が必要になった場合、その一部を療養型病院が担うことについてはどのようにお考えですか

	回答病院数	割合（％）
できる範囲内で積極的に担うべきである	228	71.9
人員、医療設備などの理由から担うべきではない	67	21.1
その他	21	6.6
無回答	1	0.3
全体	317	100.0

【アンケートに見られる問題点】

- 受け入れると表明していても満床であることが多かった。
⇒満床で運営する必要がある。
- 急性期と慢性期で本音の議論ができていなかった。
⇒医療条件の他に社会的障害がある。
- 医師同士で転院するルートが存在している。そのほうがスムーズに進んでいる。
⇒人が変わればルートもなくなる。



出典：日本慢性期医療協会在宅連携委員会委員長 池端素彦

3 台東区立台東病院の取組み

台東区の保健医療計画に沿って、「地域完結型医療体制」の構築を推進し、急性期医療の中核病院（DPC 評価採用）に対し、慢性期医療の中核病院として整備を推進してきたが、急速に進展した少子高齢社会に対応する平成 17 年の医療制度改革法に沿った整備理念として、新たに老人保健施設を併設した施設とした。その結果、以下 3 つの機能を中心に運営を目指している。

- （１）在宅復帰を目指す療養病床および回復期リハビリテーション病床としての機能
- （２）在宅医療の後方支援病院としての機能
- （３）介護予防、認知症予防などを目指す地域リハビリテーションセンターとしての機能（維持リハビリテーション）

*平成 21 年 4 月、23 区初の区立病院として開設

*高齢者の在宅生活を支える慢性期医療の拠点となる病院

*併せて、老人保健施設を設置し、病院と一体的に運営することにより高齢者の在宅生活を支援

● 施設の基本理念

- （１）高齢者が住み慣れた地域で療養できるよう、高齢者の慢性疾患に対応する病院と在宅復帰に必要な入所施設を一体的に確保する。
- （２）高齢者がいつまでも自分らしく、安心した在宅生活を送ることができるよう、保健・医療・福祉サービスを提供する。
- （３）高齢者が施設や在宅で必要な保健・医療・福祉サービスを円滑に利用できるよう、サービスの担い手の連携を積極的に推進する。
- （４）安心して子育てができるよう、医療の面から支援する。
- （５）快適な療養環境や質の高いサービスを効率的に提供する。
- （６）「運営の透明性」、「区民に対する説明責任」を確保し、上記の理念が適切に果たされていることを区民の視点に立って評価・検証する。

● 区立台東病院の運営

【運営事業者】 施設の建設や機器の整備は区が行い、民間の公益社団法人に委託

【診療科目】 内科、整形外科、リハビリテーション科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科

※ 総合医による総合診療方式で診療（総合診療科として全身の健康問題についての診療を行う）

【病床種別・病床数】 120 床

①療養病床 80 床（うち回復期リハビリテーション病棟 40 床）

②一般病床 40 床

【救急対応】 救急告示医療機関の認定を受け、緊急の患者に対応（初期救急）

※ 平日の準夜間帯（一部の曜日）に総合医が軽症の小児にも対応

● 老人保健施設の運営

【施設規模】

① 150 床（一般 100 床、認知症 50 床（うちショートステイ 30 床程度含む））

②通所リハビリテーションサービス 1 日 40 人

※ 「台東区立老人保健施設」を移転する。

● 地域連携相談室の設置

病院・老人保健施設の利用者からの相談や、医療機関・福祉サービスとの連携に加え、一般区民からの相談にも応じ、高齢者が病気になっても在宅に戻るまで、住み慣れた地域で安心して切れ目のないサービスを受けられるよう、総合的な連携・調整を行う。

以上、台東区の区立病院の整備理念と機能などを紹介したが、今後増加する高齢者に対する地域ケアを向上するため、住宅整備やこうした医療機関が医療・介護・福祉における多職種協働の地域連携、病診連携、病病連携などの各種の連携、在宅医療の推進を地区医師会とともに取り組んでくれることを期待したい。増加する高齢者のターミナルケアに、病院・施設・在宅などの多様な選択肢を提供できるよう整備していくことも、これからの課題である。

● 平成 21 年度東京都在宅医療拠点病院モデル事業への参加 ー在宅療養を支える地域連携に向けてー

東京都内 4 地域の一つとして以下のとおり、区立台東病院もモデル事業に参加した。

事業の趣旨

在宅療養生活は、住民が住み慣れた場所で療養生活を送ることができるよう、在宅医療を担う医師や訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、緊急一時入院先の病院スタッフなどによる、緊密な連携関係を地域全体で構築し支える。療養中には症状急変などにより緊急一時入院を必要とすることもあるため、病院との医療連携が重要となる。

そこで、地域における身近な病院を拠点とし、誰もが安心して在宅療養生活を継続できるような地域医療基盤の整備を図るため多様な病床類型についてモデル事業を、東京都内 4 地域で実施した。

このモデル事業の取組みに関する評価検証結果については今後、東京都内各地域における在宅医療提供体制の充実に生かしていく。

事業の概要

在宅療養患者の緊急一時入院をモデル病院が受け入れながら、在宅医療を担う医師、看護師、介護士などとともに、ケースカンファレンス（症例検討会）や合同研修会などを行う中で、地域全体で在宅療養生活を支え、より緊密な連携関係を構築していく。

モデル地域	台東区	荒川区	日野市	三鷹市
二次保健医療圏域	区中央部	区東北部	南多摩	北多摩南部
病床類型	ケアミックス	一般病床	療養病床	ケアミックス

事業の結果

(1) 在宅療養患者の症状急変時緊急一時入院の受入実績 41 件

【主な内容】

- 70 歳以上が 85% 以上を占める。
- 依頼元は病院・診療所・介護保険施設などがあり、診療所からの依頼が 75% 以上を占める。
(平成 21 年 11 月～平成 22 年 3 月)
- 症状としては、転倒などによる骨折・意識レベル低下・体調不良など。
- 病床空きなしのため対応できなかったり、専門医の受診を勧めるなどの理由で受け入れができなかった事例もあり。

(2) ケースカンファレンス、合同研修の実施実績 18 件

【主な内容】

- ① 自宅退院に向けての情報交換およびサービス調整
- ② 病状説明および今後の方向性の確認、今後の課題の検討 など
(主な参加者は、医師・看護師・ケアマネジャー・患者・家族 など)

(3) 在宅医療連携推進に関すること

- ① ケースカンファレンス、合同研修以外の連携関係構築の取り組み内容
在宅医療に関する講演会、連携会議、勉強会などの実施
- ② 在宅医療連携推進に最も効果のあった取り組み
情報共有のためのツール「患者状態連絡表」の作成
病病連携、病診連携では診療情報提供書によって患者の病状を把握できる。在宅での生活状況は、本人・家族からの聞き取りを行っている。しかし、客観的な観点での情報も必要であるため、ADL を中心とした内容の連絡表を作成した。

この患者状態連絡表を病病・病診・看看相互で使用することで、状態の変化の把握が容易にできる。病棟間の転棟においても同様な活用方法ができ、ADL の変化を評価できる。

作成にあたっては、病病連携協議会委員、下谷・浅草両医師会、台東病院医療連携の多職種の委員が協議し、ツールの作成にあたり、患者状態連絡表を「在宅用」と「病院用」の二種類を作成（表 1、表 2）し、シームレスな医療連携を図る。

本事業の成果から、在宅医療連携推進にとって、より必要と考えられる取り組み

（１）退院前カンファレンス時の情報共有のルール・ツールの検討

- 事前に ADL 評価（看護）、リハビリテーション評価（ADL にかかわる「できる」動作）、自宅で予測される問題点、注意点を文書でケアマネジャーや家族に通知し、カンファレンスに参加する全員が状況把握をしたうえで、カンファレンスにてケアプランを検討する。
- カンファレンスでの対応策などの検討結果は文書で参加者に渡す。
- 退院前カンファレンスにおける本人および家族の同意書の検討。

（２）在宅医療に関する研修会

- 在宅診療、看護、介護、リハビリテーションの現状と今後の課題
- 介護保険の知識
- 退院支援、調整に関する知識
- 社会資源の種類と適応の決定方法

（３）カンファレンス時間の短縮

● 在宅医療拠点モデル事業から得られたこと

急性期病院、一般病床と療養病床を併せ持つケアミックス病院、療養病床のみの病院など、多様な病床類型の医療機関が、在宅医との連携の下、在宅療養にどのような機能を果たせるかが、このモデル事業の重要な課題

であった。東京都「在宅療養推進会議」で参加医療機関からのヒアリングを行い事業検証が行われたが、その議論の中で、それぞれの病床類型で対応できる状況の療養者をマッチングできれば、応急の一時入院を含む在宅療養の後方支援機能を十分に果たし得ると考えられた。

在宅医と後方支援する医療機関の連携における課題としては、両者の間で「救急」に対する捉え方の違いがあることが挙げられた。病院医療における「救急」とは、「救命救急として直ちに救急車を呼ばなければならない」状態を指すが、一方、在宅療養における「救急」は、「6～12時間後、場合によっては一日程度の余裕はあるが、2、3日は待てない」という状態を含む場合がある。このような現場意識の違いを理解しあい、トリアージやマッチングを行えば、両者の連携はよりスムーズに進むようになるし、二次・三次などの救急医療機関のレスパイトにもつながる。介護施設や高齢者住宅等の入所者を含む多様な地域の後方支援ニーズを受け止めるためには、医療圏で面として対応するための、在宅期応急における“東京ルール”のような仕組みづくりをすることが望ましいと考えられた。

病院における在宅療養の後方支援機能を普及しその質を向上していくには、都が実施している「療養病床機能強化研修事業」や「在宅医療相互研修事業」、さらに急性期医療機関従事者の認知症研修など、病院の役割に応じた研修を充実して、職員の意欲を醸成し意識改革を行う必要もあろう。

また、医療保険において、後方支援機能を評価し制度としての裏付けを設けることも呼び水となろう。

後方支援病床の確保については、今回モデル事業を実施した病院では、いずれも「緊急一時受入れのための空床確保」に、苦勞していたことがわかった。思うように空床を確保できない背景には、厳しい経営環境や高齢者の入院期間の長期化がある。在宅復帰を必ずしも望めない患者・家族のさまざまな事情の調整、介護保険申請手続きに手間取ることも一因となっている。患者・家族に対して早期に介護保険の申請を行うように働きかけ、また病院スタッフの介護保険制度に対する理解を深めるよう普及啓発を行っていくことや、地域としての退院調整機能を充実して行く必要もあろう。

表 1

患者状態連絡表〔在宅用〕（案）

記入日： 年 月 日

記入者：

所属：

居住地	患者氏名	性別	生年月日
台東区内 ・ 区外		男 ・ 女	年 月 日（ 歳）

意識障害	有 ・ 無	昏睡 ・ 傾眠 ・ 渴濁 ・ その他
認知症	有 ・ 無	中核症状： 記憶障害 ・ 判断力低下 ・ 見当識障害 周辺症状： 妄想 抑うつ状態 不安・焦燥 異食・過食 不潔行為 暴力 介護への抵抗 徘徊 その他問題行動（具体的に ）
		認知症高齢者の日常生活自立度（自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M ）
精神障害	有 ・ 無	統合失調症 うつ 夜間せん妄 その他（ ）
言語障害	有 ・ 無	失語症 構音障害 その他（ ）
聴力障害	有 ・ 無	大きな声なら聞こえる（左 ・ 右） 聞こえない（左 ・ 右） 補聴器使用（有 ・ 無）
視力障害	有 ・ 無	見えにくい（左 ・ 右） 全く見えない（左 ・ 右）
麻痺状態	有 ・ 無	左 ・ 右 上肢（軽度 ・ 中度 ・ 重度） 下肢（軽度 ・ 中度 ・ 重度）
		拘縮（部位： ）
褥瘡	有 ・ 無	部位： 大きさ： 処置：
感染症	有 ・ 無	HBV（＋ ・ －） HCV（＋ ・ －） 梅毒（＋ ・ －） 疥癬（＋ ・ －） MRSA（＋ ・ － /部位 ） その他（ ）
その他		吸引（有 ・ 無） 酸素（有 ・ 無 L/分） 気管切開（有 ・ 無） 人工呼吸器（有 ・ 無）
血糖測定	有 ・ 無	自己測定（可 ・ 不可）
インシュリン	有の場合	（種類） 自己注射（可 ・ 不可）
栄養	嚥下障害	有 ・ 無 咀嚼障害 有 ・ 無
	食形態	常食 軟食 きざみ食 流動食 特別食（ ）
	介助	自立 セッティングすれば自立 一部介助 全介助
	経管栄養	方法（経鼻 ・ 胃瘻） 内容（ ）
	静脈注射	方法（末梢 ・ CVライン ・ CVポート） 内容（ ）
排泄		自立 ・ 自立可能だが遅い ・ トイレまで誘導 ＋ 介助 ポータブル便器使用（介助： 要 ・ 不要） 車椅子用トイレ使用（介助： 要 ・ 不要） 尿器使用（介助： 要 ・ 不要） バルーン挿入中 膀胱瘻 人工肛門 おむつ（終日・夜間のみ） 尿意（有 ・ 時々有 ・ 無） 便意（有 ・ 時々有 ・ 無）
A D L	移動	歩行： 不可能 自立 見守り 介助 車椅子： 不可能 自立 見守り 介助 操作（自立 ・ 要介助）
	行動制限	有 ・ 無： つなぎ服 ミトン W/C 安全ベルト ベッド体幹抑制 その他（ ） （理由： ）
	意思表示	正常範囲 基本的欲求のみ 不可能
	話の理解	正常範囲 まれに理解 不可能
	障害高齢者の日常生活自立度	（自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 ）
◎身体障害者手帳 有 ・ 無（ 級）		
◎介護保険 非該当 ・ 無申請 ・ 申請中 ・ 済み（要支援 ・ 要介護度 ） ・ 区分変更中（現在 ）		
◎保険 国保 ・ 高齢 ・ 後期高齢者 ・ 社保 ・ 労災 ・ 生保（ 区・市 生保担当 CW ）		
◎キーパーソン（氏名： 関係： 連絡先： その他 ）		
◎在宅介護の可能性 有 ・ 無 ・ 条件付（ ）		
◎住居環境（ ）		
◎生活環境（ ）		
◎備考（ ）		

台東区立台東病院

2 章 在宅医と病院のシームレスな関係を築くための病院の問題点

表 2

患者状態連絡表 〔病院用〕（案）

記入日： 年 月 日 記入者： 所属：

居住地	患者氏名	性別	生年月日
台東区内 ・ 区外		男 ・ 女	年 月 日 (歳)

身長・体重		身長 cm.	体重 kg	BMI 指数：
意識障害	有 ・ 無	昏睡 ・ 傾眠 ・ 渇濁 ・ その他		
認知症	有 ・ 無	中核症状： 記憶障害 ・ 判断力低下 ・ 見当識障害 周辺症状： 妄想 抑うつ状態 不安・焦燥 異食・過食 不潔行為 暴力 介護への抵抗 徘徊 その他問題行動（具体的に） 認知症高齢者の日常生活自立度（自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M ）		
精神障害	有 ・ 無	統合失調症 うつ 夜間せん妄 その他（ ）		
言語障害	有 ・ 無	失語症 構音障害 その他（ ）		
聴力障害	有 ・ 無	補聴器使用（有 ・ 無）		
視力障害	有 ・ 無	眼鏡： 有 ・ 無	白内障： 有 ・ 無 ・ 治療済（右 左 ）	
麻痺状態	有 ・ 無	左 ・ 右	上肢（軽度 ・ 中度 ・ 重度） 下肢（軽度 ・ 中度 ・ 重度）	
褥瘡	有 ・ 無	部位：	大きさ：	処置：
感染症	有 ・ 無	HBV（+ ・ -） HCV（+ ・ -） 梅毒（+ ・ -） 疥癬（+ ・ -） MRSA（+ ・ - / 部位） その他（ ）		
その他		吸引（有 ・ 無 回数： / 回 / 日） 酸素（有 ・ 無 L / 分 経鼻 マスク） 気管切開（有 ・ 無） 人工呼吸器（有 ・ 無）		
血糖測定	有 ・ 無	回数： 回 / 日 （使用している機器： ）		
インシュリン	有の場合	（種類） （単位） 朝： 昼： 夜： 眠前：		
食事	種類	常食 軟食 きざみ食 流動食 特別食（ ）		
	介助	自立 セッティングすれば自立 一部介助 全介助 経鼻栄養 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ IVH ・ その他（ ）		
排泄		自立 ・ 自立可能だが遅い ・ トイレまで誘導 + 介助 ポータブル便器使用（介助： 要 ・ 不要） 車椅子用トイレ使用（介助： 要 ・ 不要） 尿器使用（介助： 要 ・ 不要） バルーン挿入中 膀胱瘻 人工肛門 おむつ（終日・夜間のみ） 尿意（有 ・ 時々有 ・ 無） 便意（有 ・ 時々有 ・ 無）		
A D L	移動	歩 行： 不可能 自立 自力で可能だが遅い 監視歩行 介助歩行 杖歩行 つたい歩き 歩行器 車椅子： 乗車不可能 移乗（自立 ・ 要介助） 操作（自立 ・ 要介助）		
	座位保持	可（端座位可能 ・ 背もたれがあれば座位保持可能） 不可		
	行動制限	有 ・ 無： つなぎ服 ミトン W/C 安全ベルト ベッド体幹抑制 その他（ ） （理由： ）		
	寝返り	自立 監視 一部介助 全介助		
	更衣	自立 監視 一部介助 全介助		
	入浴	自立 監視 一部介助 全介助 特殊浴槽 清拭のみ		
	整容	自立 監視 一部介助 全介助		
	意思表示	正常範囲 基本的欲求のみ 不可能		
	話の理解	正常範囲 まれに理解 不可能		
	障害高齢者の日常生活自立度	（ 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 ）		
◎身体障害者手帳 有 ・ 無（ 級） ◎介護保険 非該当 ・ 無申請 ・ 申請中 ・ 済み（要支援 ・ 要介護度 ） ・ 区分変更中（現在 ） ◎保険 国保 ・ 高齢 ・ 後期高齢者 ・ 社保 ・ 労災 ・ 生保（ 区・市 生保担当 CW ） ◎キーパーソン（氏名： 関係： 連絡先： その他 ） ◎在宅介護の可能性 有 ・ 無 ・ 条件付（ ） ◎住居環境（ ） ◎生活環境（ ） ◎備考（ ）				

台東区立台東病院