

シンポジウム 13（公募）

演題名	在宅療養を支援する病床との連携 ～在宅療養支援診療所の立場より～
------------	-------------------------------------

概要

【背景】 近年の医学・医療の発展は、治療侵襲の軽減や合併症予防だけでなく個別化治療の広がりから、高齢者に対する治療選択も Best Supportive Care のみではなく、積極な治療選択がなされる例も増える可能性がある。今後、更に増加する治療継続中の高齢者を地域全体で支えるためには、積極的治療を中心とした病院での専門的医療と、生活医療や在宅緩和ケアを中心とした自宅での在宅医療・介護チームとの連携が必須であり、終末期医療まで継続した適切な医療のあり方を考える上でも、相互連携に基づいたアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning)の実践が求められている。

【目的】 地域で孤独化・孤立化する高齢者の治療だけでなく QOL をも支えるための在宅医療連携のあり方を検討する。

【方法】 2012 年 8 月 1 日から 2013 年 7 月 31 日までの 1 年間に、当法人内の 5 カ所のクリニックで訪問診療を行った全患者に関して、それぞれの地域における連携医療機関との患者連携の実態を検討した。

【結果】 過去 1 年間の全患者推移は、新規受け入れ患者数 704 名、入院移行患者数 411 名、入院先は全例が法人外の連携医療機関への入院で、退院時の逆紹介数は 279 名（逆紹介率：67.9%）であった。また、患者死亡による在宅医学管理中止の総数は 237 名（男性：111 名、女性：126 名）で、死亡患者の年齢中央値は 87 歳、在宅看取りは 162 名（在宅看取り率：68.4%）、入院移行後に病状悪化し死亡退院となったのは 75 名（病院看取り率：18.2%）、入院期間の中央値は 14 日（1-360 日）、入院当日の病院看取りは 10 名であった。

【まとめ】 高齢者医療においては、病院への入院だけではなく地域における療養生活を必要とする患者が今後も増える傾向にあり、急変時の対応に関する患者・家族の意思決定支援が重要となる。

適切な時期に適切な期間、病院で医療介入を行うためには、レスパイト入院も含めた介護負担感への配慮と共に、訪問診療を担当する在宅医が中心となったアドバンス・ケア・プランニングの実践が、入院期間の短縮や在宅療養期間延長のみならず、患者・家族の QOL 向上には重要である。適切な入院移行のあり方や意思決定支援も含めた当法人での取り組みについて報告する。