



在宅医療現場の声をお届けします

新横浜在宅クリニック通信

No. **6**
発効日：9月3日(月)
編集：石渡・白井

年間の訪問患者数は171人、うち看取り数は51人

今年7月、新横浜在宅クリニックは厚労省所管の関東厚生局に、在宅療養支援診療所（以下“在支診”と略）の成績表とも言える年次報告を提出しました。当院は在支診のため、厚労省所管機関 関東厚生局へ毎年7月1日現在の在宅医療の現況報告を提出する義務があります。

当院の1年間の実績



合計診療患者数は171名でこの中で、自宅・施設で亡くなった方が51名。

診療期間は平均して4.7ヶ月。長く診ている方はクリニック開設から現在までで一年半以上診ており、短い方では初診から2日で亡くなる方もいらっしゃいました。

訪問診療等の回数は計2334回。そのうち往診が496回。当院では1日約10件の訪問診療を行っており、多い日は15件以上訪問することもあります

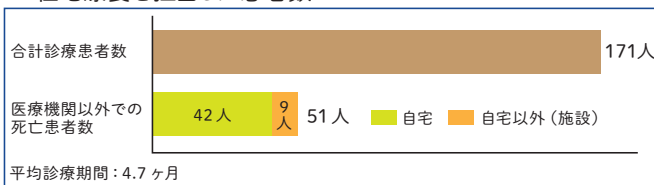
ICTツール3が在宅医療を支える

当院では3つのICTツールを使い連携、情報の共有やチーム協働の効率化を行っています。1つ目は“モバカル”（電子カルテソフト）。PCやiPad、iPhone

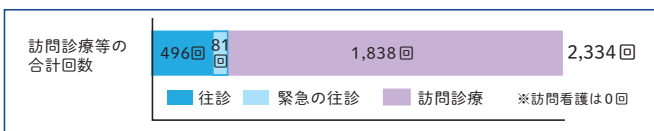
に入れたモバカルを使い、カルテ入力や書類作成の簡便化をしています。Faxや電話もカルテ経由で出来るので、在宅から在宅への移動時間中にも作業が行なえます。

2つ目は“電子連絡帳”。これは多職種間での連携ツールとして使っており、訪問看護師・ケアマネージャー・薬剤師などと互いに情報を共有しています。いちど現場で書き込むと多職種間で同時に素早く情報共有でき、電話や

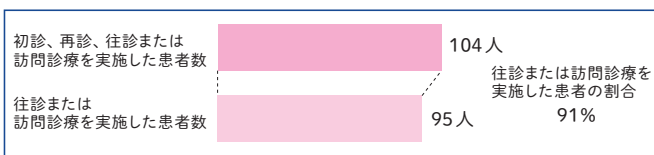
I. 在宅療養を担当した患者数（平成29年7月1日～平成30年6月30日）



II. 訪問診療等の実施回数（平成29年7月1日～平成30年6月30日）



III. 直近1ヶ月（平成30年6月）間の往診または訪問診療の状況



関東厚生局局：在宅診療支援診療所に係る報告書（平成30年7月1日現在）より

FAXの手間も減るため作業効率が上がり診療の即時対応性も上がっています。

3つ目は“転送録”というオンコールの転送サービスです。今まではファーストコールを医師1人で受けていましたが、転送サービスを使うことによって出られなかった場合に、自動で次の医師に順次転送されるようになっていきます。これによりオンコール電話を持つことによる24時間365日オンコールの負担を軽減することができています。

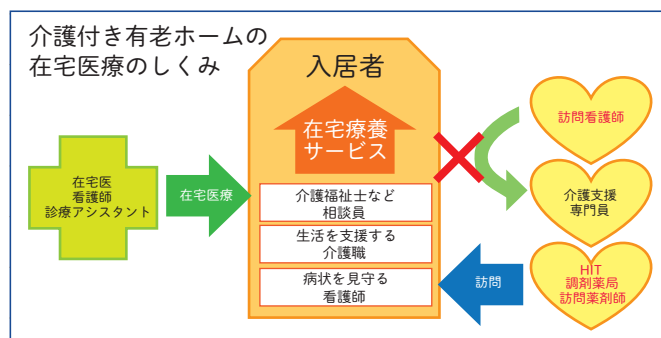
このようなICTツール3“モバカル”“電子連絡帳”“転送録”を使用することによって、チーム協働の効率化、スタッフや医師の負担の軽減化を計っています。

今年度の当院の在宅医療における診療方針

1. 早期退院・在宅復帰の促進として、急性期病院や介護施設などと連携し、入退院を積極的に支援すること
2. 各症状の緩和ケアを第一に、患者の希望に沿った看取りを行う
3. 処方の適正化、減薬などの推進策として処方・服薬指導で残薬防止を行う
4. 介護予防を充実させるためにリハビリや栄養管理の介入を計る

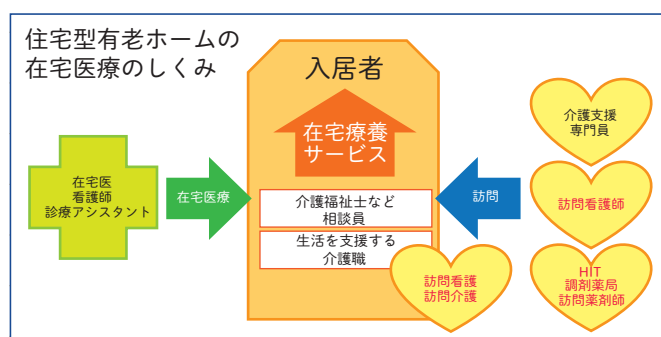


新横浜在宅クリニックは昨年8月より介護付き有料老人ホームの入居者のうち医療依存度の高い方の在宅医療を始めた。もともとは、施設運営者よりの要請。いま入っている在支診の24時間連絡対応と入院支援に入居者より不満が出ている。夜間の熱発時に職員が電話で指示を仰いでも職員が“病院を探し救急搬送し入院”となる。またPEGなどの交換も2泊3日入院しての処置とするなど。これは入居者にとって、特に医療依存度の高い方には金銭的大きな労力負担ともなる。熱発でも往診すること無く救急搬送を強いられるのは在宅医にかかっているが理に叶っていない、医療費の自己負担分が嵩むのは有老ホームとしても心苦しい。月額利用料25万円(居室料+管理費+食事費など)と入院医療費の二重払いとなり、入居者よりこの施設で最期を迎えたい、入院したくない!ここで治療を受けられないのか? PEGやカテーテルの交換で2泊3日の入院は負担だ、と言ったクレームを解消したい。ついては、当院はこのような入居者の要望に答えていただけなのか?それが有老ホームへ当院が介入することとなったきっかけであった。2ヶ月間の協議後、医療協力の覚書を交わし当院は新患紹介を受け始める。1年間で診た患者は50名ほど。この間にお看取り9件、患者・家族の意向に沿い居室にて抗生剤投与で解熱治療を行うなど病院と変わらない治療を行い、“入院や救急搬送の件数は確実に減り、24時間見守り体制を敷く看護・介護職員への入院や外来通院の支援労力は減った”と、施設運用者の評価を得た。また高評価の一つには患者のQOLが上がったこともある。カテーテル類の自己抜去時やPEGの交換時にも入院の必要がないこと、さらに減薬に取り組む、栄養剤投与にも工夫を凝らした処方を行うなど治療内容が適切になったとのことで患者・家族の評価も高い。さらに末期がんの患者や、ADLが低下し家族介護が負担となり在宅医療の継続が困難となった当院患者3人を、施設に紹介し継続して当院にて在宅医療を行なっている。お1人は存命、お2人は居室にて看取った。



さらに8月より住宅型有料老人ホームとの連携が始まった。もともと当院が居宅で見えていた患者で、病状の進展と家族介護の限界もあり急性期病院へ入院、程なく退院となったが家族より“自宅では看取れない、隣近所から霊柩車を家から出して欲しくない!との声が出た!”。そこでケアマネと協議を重ねる。当院より2施設の有老ホームを紹介し、家族も見学の上で住宅型有老ホームを選択入所。患者は入所後間もなく当院にてお看取りとなった。この一連の連携を見て当院の地域緩和ケアの考え方に同調されたホームの施設長は、患者の入居後すぐに新入居者の紹介となった。

施設入所は診療報酬制度上でも2人以上となると患者の自己負担分は減額される。1人診る施設入居時在宅医学総管理料は、2~9人または10人以上を診ることで医学管理料の大幅な減額となる。患者にとっては大きなメリット。さらには24時間の看護職による見守りもある。ただし今後とも質的な面で両施設の看護力と介護力を見極め、地域緩和ケアの知識を付与すると同時に、引き続きチーム協働体制で連携の質を高めていく必要がある。



はじめました いいね!
新横浜在宅クリニック

神奈川県横浜市港北区新横浜 2-3-3
新横浜ウエストビル 4階

TEL : 045-548-5228 FAX : 045-548-5229
<http://www.shinyoko-clinic.jp/>