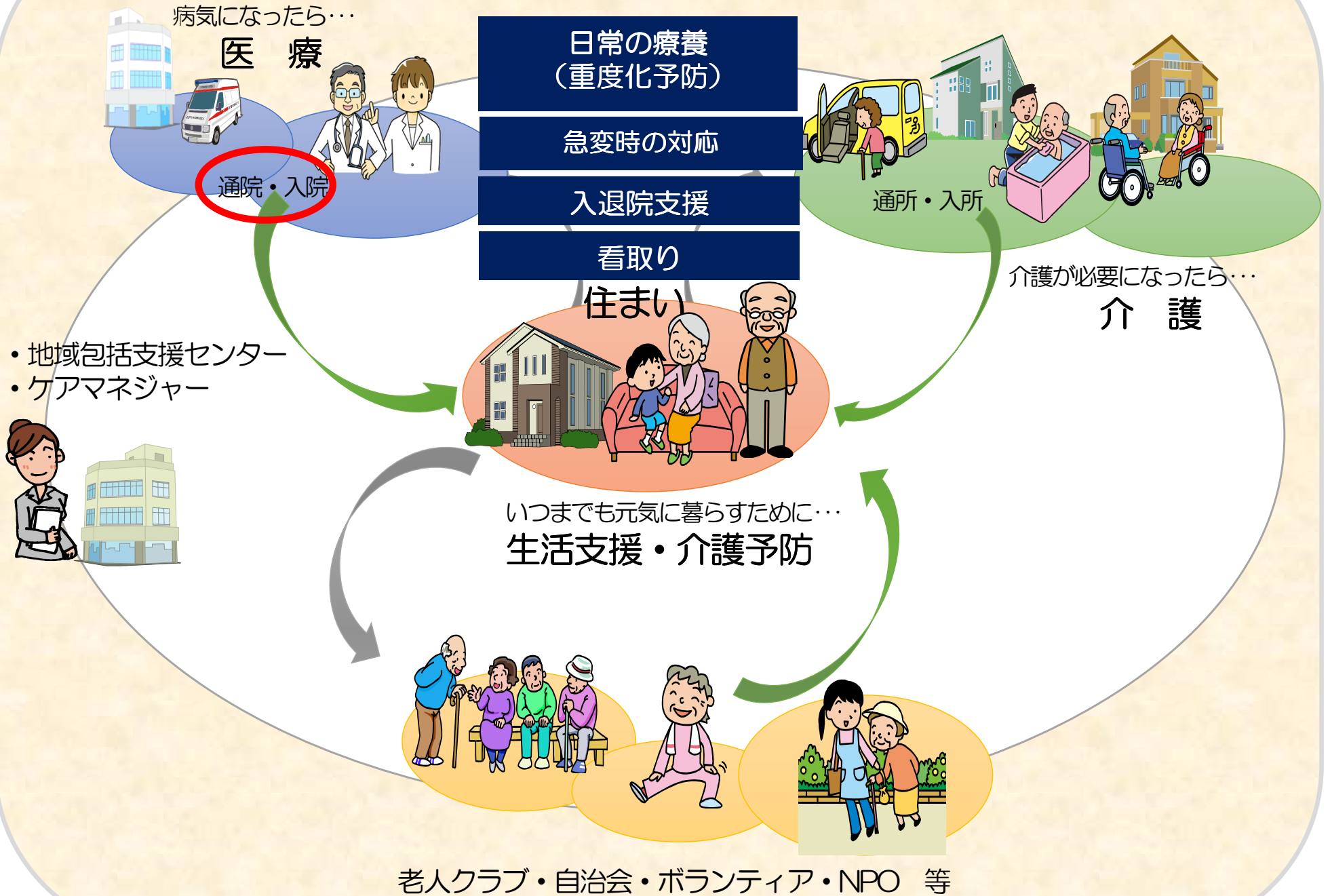


病院とかかりつけ医の 入退院時連携ルール作成までの経緯

～シームレスな病診連携体制による
地域包括ケアシステムの構築に向けて～

地域包括ケアシステムの姿

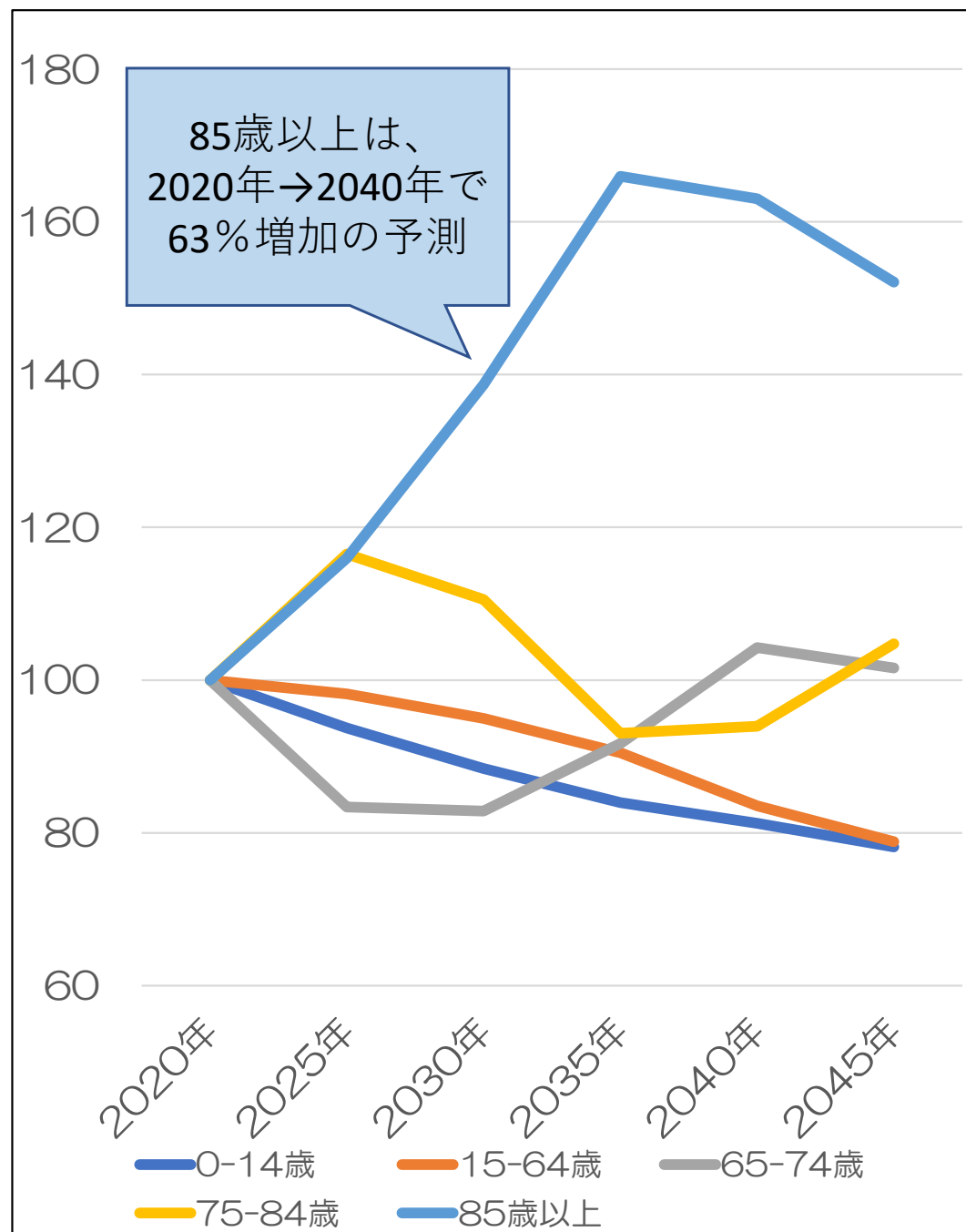


地域包括ケアシステムには病院と診療所の連携が必要です！

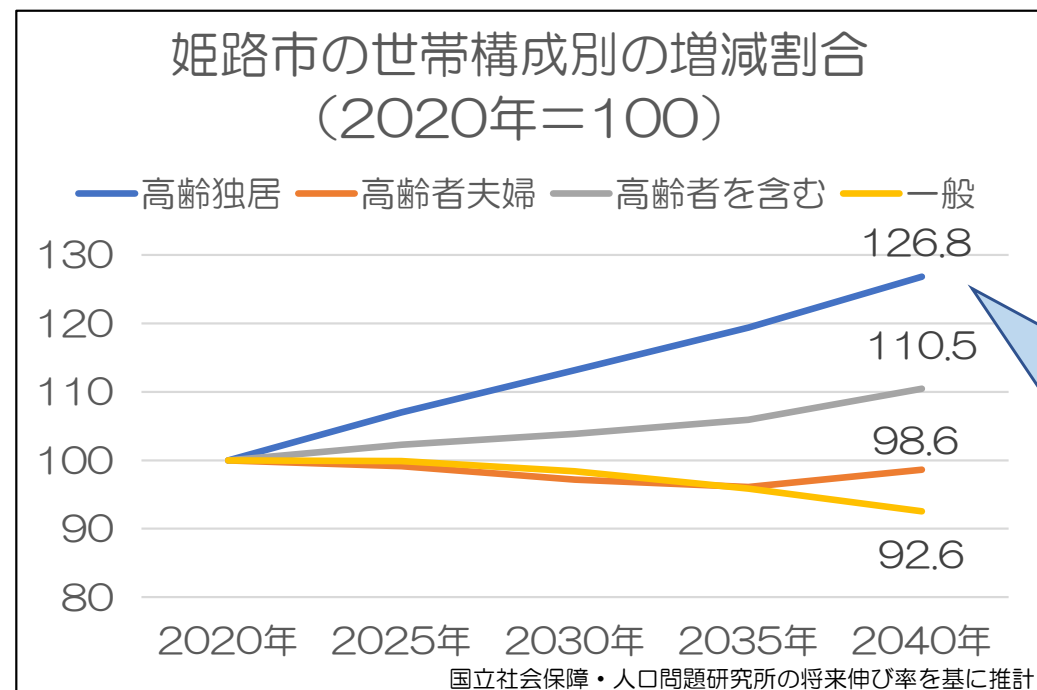
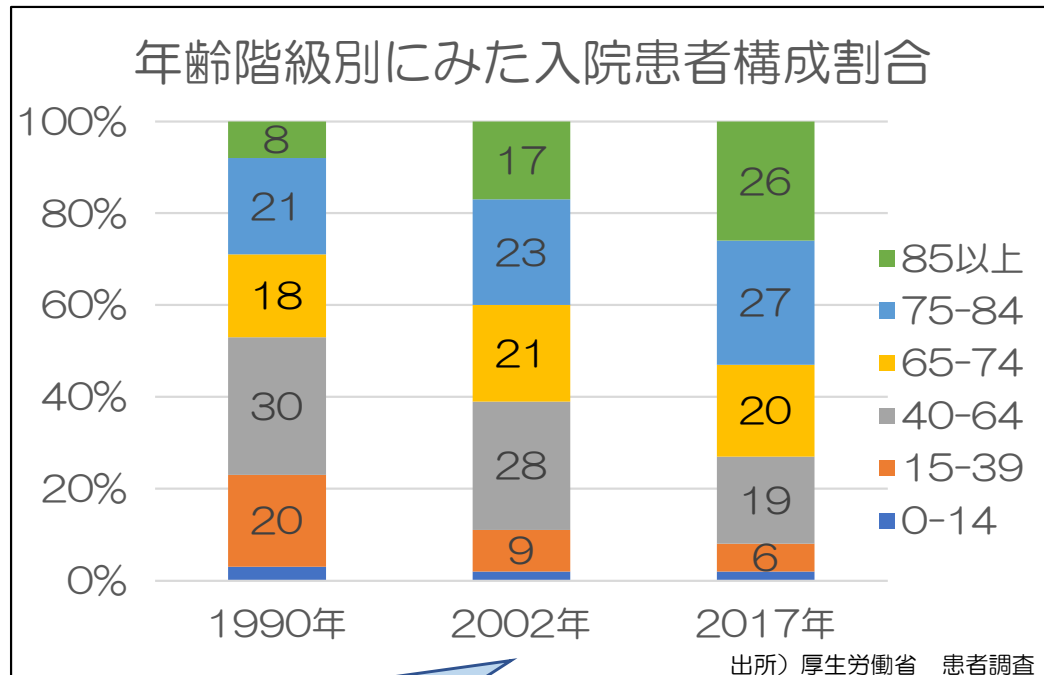
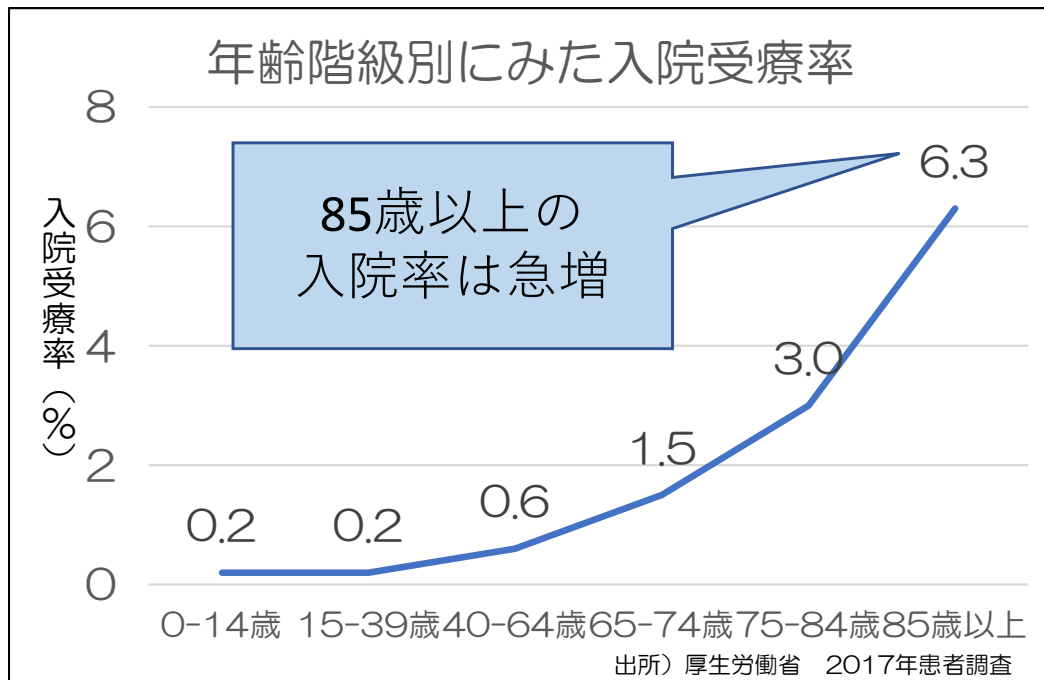
2020年と2040年の姫路市における 年齢階級別人口の変化

	2020		2040		変化量
	(人)	(%)	(人)	(%)	
総数	529,772	100.0	477,813	100.0	-51,959 -9.8
0-14歳	71,140	13.4	57,806	12.1	-13,334 -18.7
15-64歳	316,775	59.8	264,600	55.4	-52,175 -16.5
65-74歳	70,001	13.2	72,987	15.3	2,986 4.3
75-84歳	50,283	9.5	47,253	9.9	-3,030 -6.0
85歳以上	21,573	4.1	35,167	7.4	13,594 63.0
再掲) 65歳以上	141,857	26.8	155,407	32.5	13,550 9.6
再掲) 75歳以上	71,856	13.6	82,420	17.2	10,564 14.7

姫路市の高齢者人口の年齢階級別の 増減割合（2020年=100）



人口構造の変化が入院医療に及ぼす影響

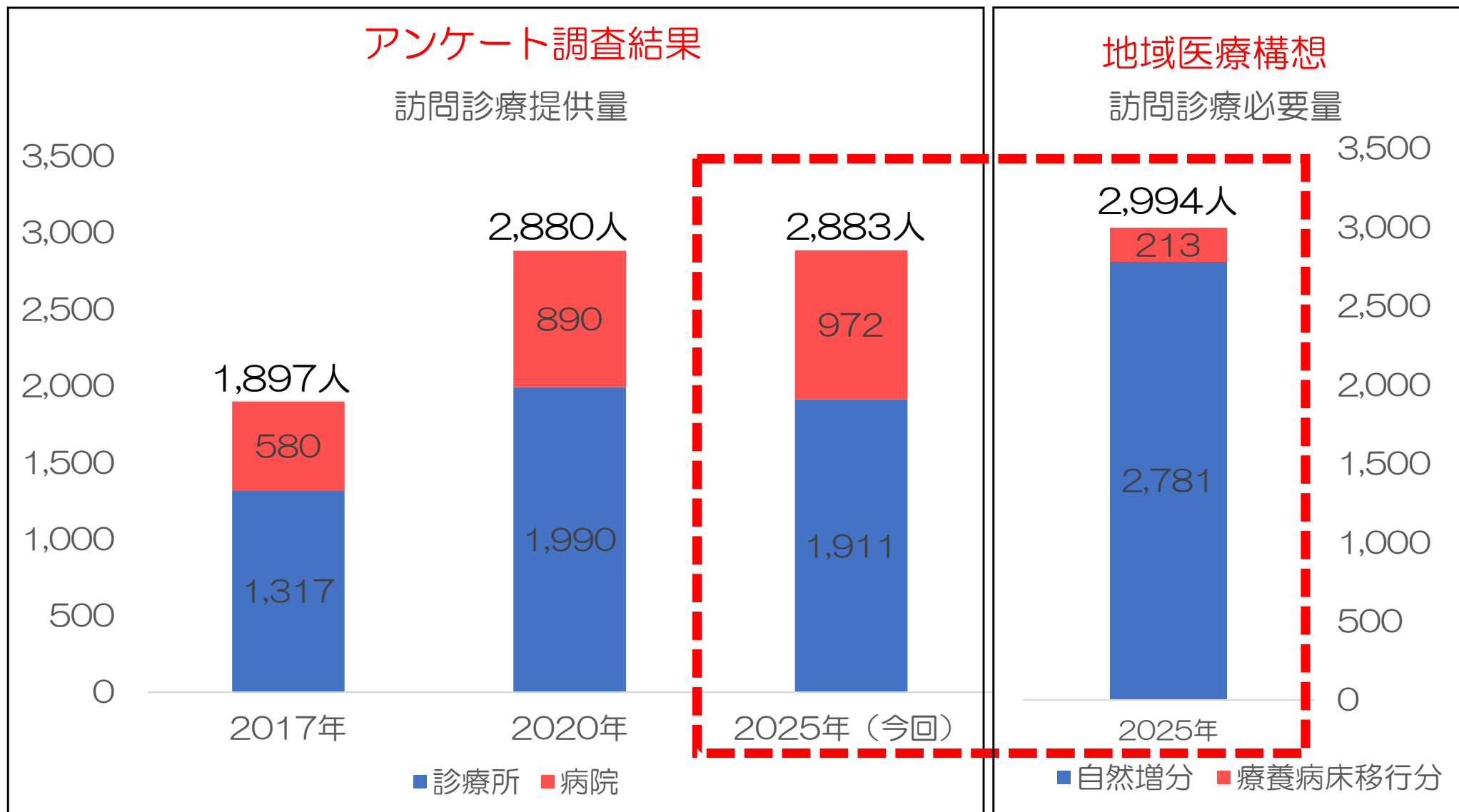


85歳以上の入院率が増加傾向。2017年は全体の1/4を占める割合

高齢者の同居が減り、独居が増加
↓
緊急や入退院時に支援が必要な高齢者が増加する見込み

地域医療構想への対応

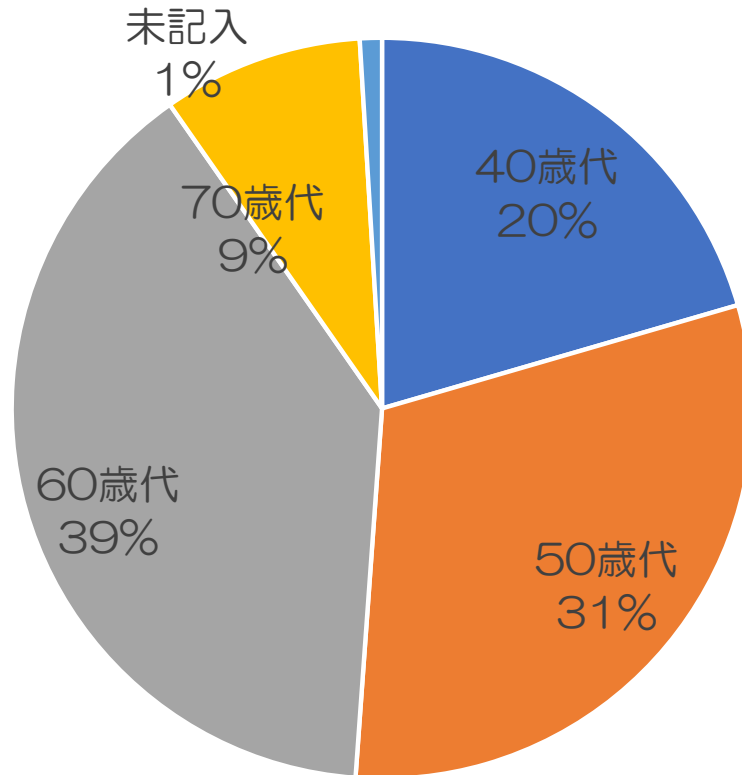
2025年の訪問診療提供見込み（R2年調査）



増え続ける85歳以上の高齢者に医療サービスを提供し続けるには、
訪問診療提供体制の充実が不可欠となる！

訪問診療提供体制の充実に向けた課題（R2年調査）

診療所医師の年齢構成別の
訪問診療件数



2035年に向け
訪問診療医の
新規参入が必須

【訪問診療提供体制の充実に向けた意見】

- 訪問看護、病院との連携
- 在宅診療の集約化、ネットワーク化
- 緊急時のバックアップのための病診連携

病院(地域包括ケア病棟)と訪問診療連携部会 (2018-2020)

部会参加メンバー：地域包括ケア病棟入院料1算定医療機関（9）と3団体(訪問看護ステーション連絡会、介護支援専門員協会、姫路市医師会)

2019年度にかかりつけ医へのアンケート調査を実施

- 入院事例359のうち、「慢性的症状悪化の治療」「レスパイト」「緩和ケア」「看取り対応」は79人（22%）
- 上記患者は、地域包括ケア病棟入院料1算定医療機関以外でも入院受入れしていた



慢性期の在宅療養患者の入退院時連携について、地域包括ケア病棟入院料1を算定する病院に限定せずに話し合う場が必要

病院(地域包括ケア病棟)と訪問診療連携部会 (2018-2020)

2019年度 かかりつけ医へのアンケート調査結果

- 回答したかかりつけ医の半数が、患者の入院先との連携で困ることが「ある」と回答
- 困ることの項目選択では「病院外来時間外」「連携病院が少ない」「近隣に病院が少ない」といった選択が多かった
- 入院先との連携で困ることが「ない」と回答したかかりつけ医は、工夫として「事前の情報共有」「日頃からの連携（連絡を密に）」「顔の見える関係」などの記載があった



かかりつけ医と病院の連携が円滑に行えるよう、病院が入院受け入れを検討する上で必要な情報を明らかにし、情報共有がスムーズに行えるためのツールや方法の検討が必要

病院とかかりつけ医の入退院時連携推進部会(2021年～)

部会参加メンバー：任意で参加いただいた病院（22）と3団体(訪問看護ステーション連絡会、介護支援専門員協会、姫路市医師会)

- 姫路市で今後増加が見込まれる、85歳以上の在宅療養者が、慢性期症状悪化した際（廃用症候群モデル）の入院時連携について検討
- 「病院（地域包括ケア病棟）と訪問診療連携部会」で明らかとなったことについて検討
 - ・病院が入院調整時に必要な情報を明らかにし、情報共有がスムーズに行えるためのツールや方法の検討が必要

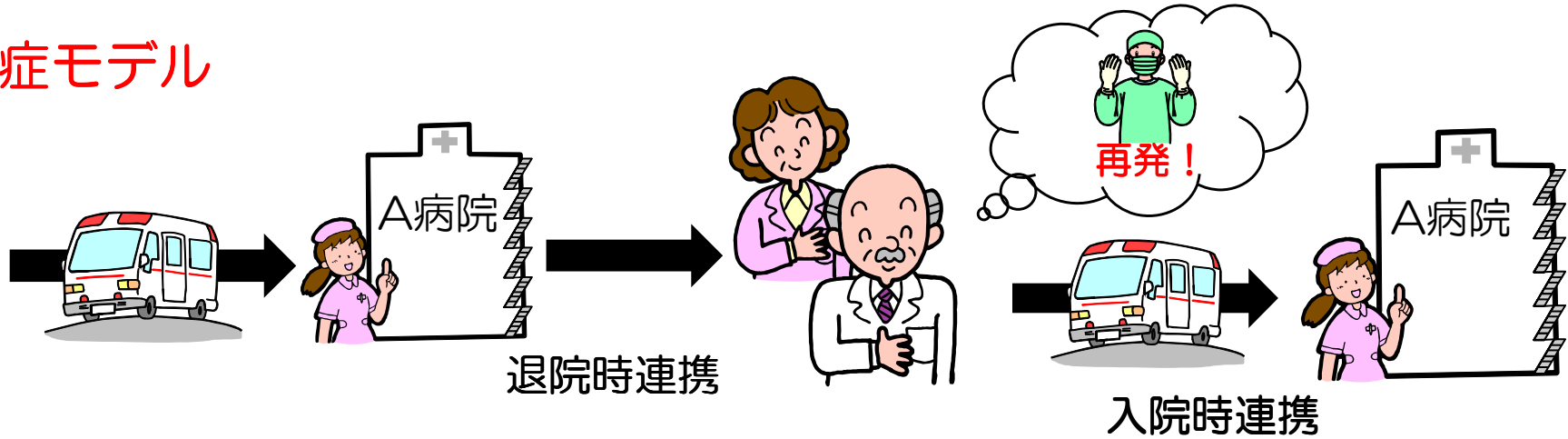


- ・病院とかかりつけ医の「入退院時連携ルール」の作成
- ・事前調整、入院調整 病院窓口一覧表の作成

病院とかかりつけ医の入退院時連携のパターン

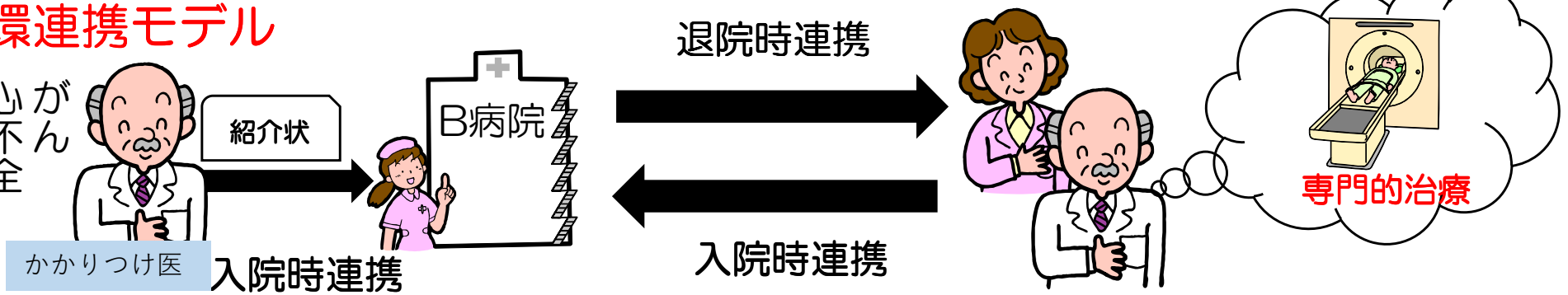
急性発症モデル

脳卒中
心筋梗塞
大腿骨折など

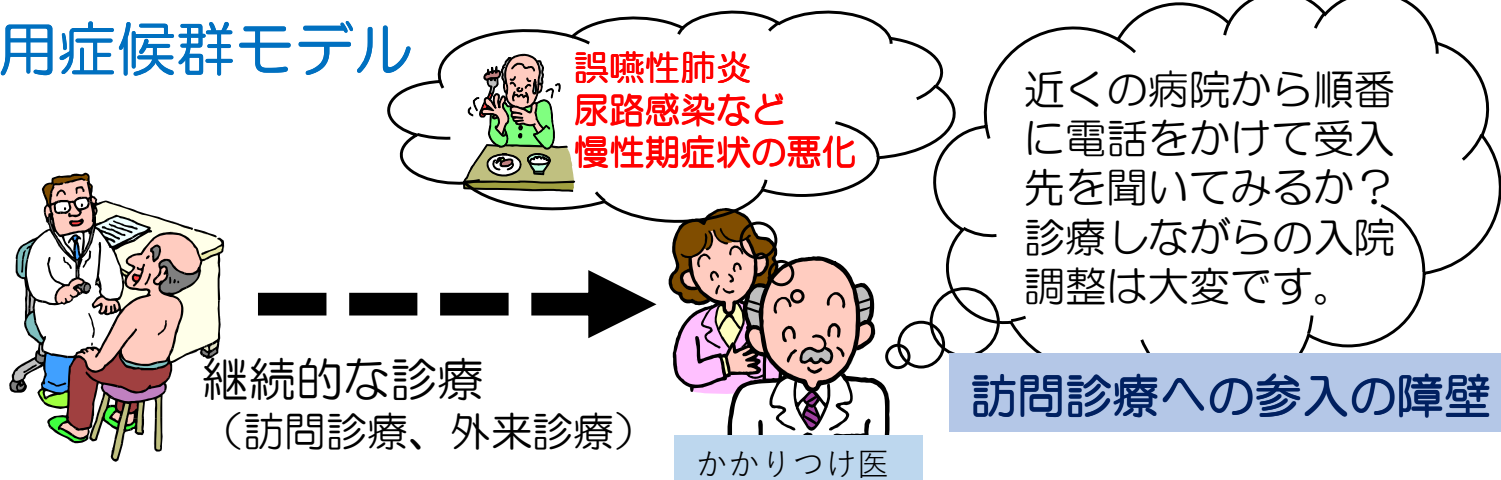


循環連携モデル

がん
心不全
難病など



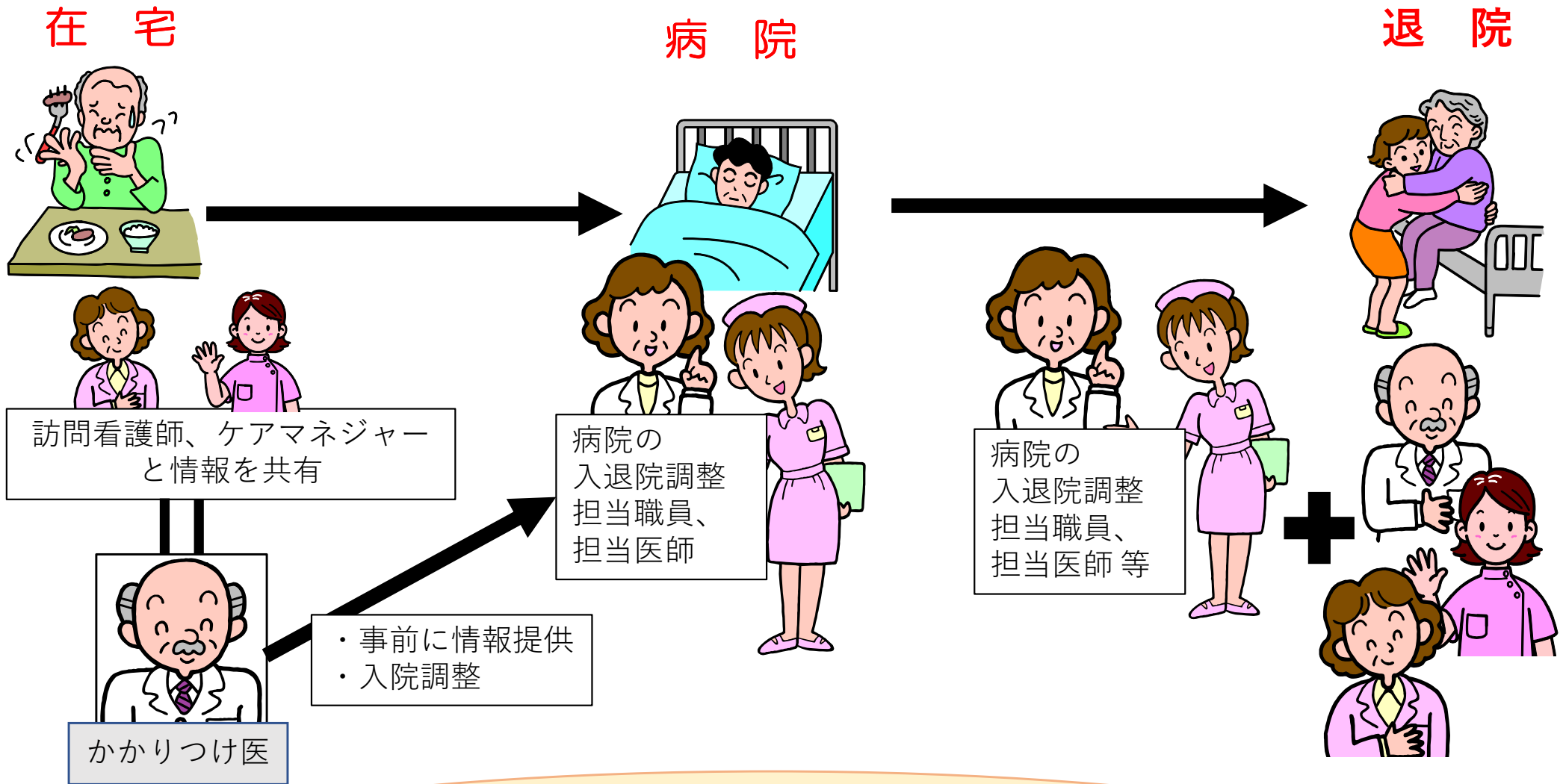
廃用症候群モデル



慢性的症状悪化に対する治療 (入院調整)

上記2つのモデルは対象医療機関がある程度確定。「廃用症候群モデル」は、現在、病院と診療所によって連携方法は様々な状況

「廃用症候群モデル」入退院時連携ルールの方角性



ケアマネジャー・訪問看護も一緒の
多職種連携へ

病院とかかりつけ医連携の目指す姿

- 入退院時連携の共通ルールの周知、メンテナンス協議を繰り返すことで訪問診療医間の緩やかなネットワークづくりにつながる
- 入退院時連携の共通ルールの運用により、入退院調整業務の効率化が期待できる
- 入退院時連携の共通ルールがあると訪問診療への新規参入が期待できる

Win-Win-Winの連携体制へ