

シーン 4

急性期の治療から回復期の治療へ

入院から15日目、担当の医師から転院の申し出がありました。

病状はかなり安定してきましたが、食事など日常の生活はほとんど自分ではできません。

「どうして？ まだ治っていないのだけど？」「どこへ転院すればいいの？」 Mさん夫婦は不安がいっぱいです。



なぜ、病院を変わるの？

医療が高度化・専門化しているなか、急性期の治療を行う病院やリハビリテーションを行う病院など、医療機関にも特徴があります。

急性期を脱し、病状が安定してきたMさんは、急性期の治療を行っているA病院から、次に必要なりハビリテーションを行うために転院をすすめられたのです。

自分にあった 転院先選びは？



現在、多くの医療機関には転院先を紹介してくれる部署があり、「医療支援室」「地域医療連携室」などの名称で呼ばれています。

MさんもA病院の医療支援室からの紹介で、「回復期リハビリテーション病棟」をもつ自宅近くのB病院へ転院が決まりました。

参考

効率的かつ安全な医療の提供に向けた取り組み

医療機関では、効率的・安全な医療を実現するために、次の取り組みをしているところもあります。

クリティカルパス 各医療機関内で、疾患ごとに標準的な治療・検査・ケア・処置・指導などの内容やそれらを実施する時期などを、医師、看護師などが共同して一覧表にまとめ、患者に

対して提示するものです。

地域連携クリティカルパス 急性期の病院から在宅療養まで切れ目ない医療を受けられるような診療計画を作成し、治療を行う医療機関等で共有して用いるものです。平成22年4月現在、大腿骨頸部骨折及び脳卒中、がんに対しての地域連携クリティカルパスが保険の適用になっています。

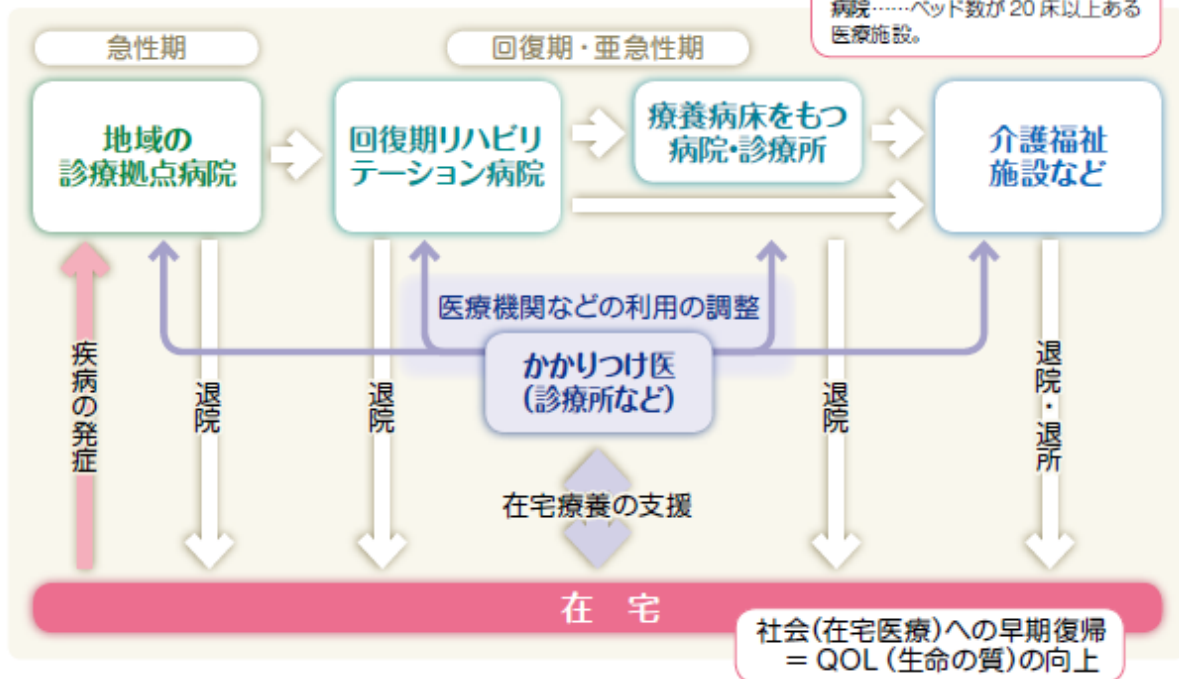
期待される医療機能の分担・地域医療連携

地域の複数の病院や診療所が、お互いの特徴を活かして医療機能を分担し、かつ連携しながら治療を行う動きが活発になっています。「地域医療連携」とか「地域完結型医療」などと呼ばれ、

分担と連携によって、効率的で質のよい医療の推進を目指しています。

下の図は、国が進めている脳卒中の場合の「診療ネットワーク」のイメージです。

脳卒中の場合の診療ネットワークのイメージ



かかりつけ医・歯科医って、 どんなお医者さん？

- 近くにいる
- どんな病気でもまず診てくれる
- 患者の疑問に率直に、いねいに答え、納得のいく治療方針を検討してくれる
- 日頃から健康管理や教育を行ってくれる
- 生活習慣から起こる病気の場合は、そのライフスタイル改善まで指導してくれる
- 患者の生活を支援するために、地域の医療・保健・福祉機関へのコーディネーターの役割も担ってくれる
- 病状に応じて、心ざわしい医療機関・医師を紹介してくれる
- 在宅で療養している場合は、訪問診療をしてくれる

「かかりつけ医・歯科医」とは、何でも気軽に相談できる自分の医療のパートナー。適切な医療を受けるためには、直接大病院を訪ねる前にまずは「かかりつけ医・歯科医」と十分に相談することが、より効果の高い治療へとつながります。



シーン 5

退院から退院後の生活



現在、Mさんの夫は、回復期リハビリテーション病棟で一生懸命リハビリに汗を流し、少しずつ歩けるようになってきました。

退院後は、住み慣れたわが家へ帰り、介護サービスなどを上手に利用してリハビリを続けながら、第二の人生の続きを楽しみたいと語り合っています。



リハビリ病院にはどのくらい入院できるの？

急性期から回復期での集中的なリハビリテーションを実施するために、リハビリテーション医療の入院日数が決められています。脳血管疾患の場合、以下のようになっています。

回復期リハビリテーション病棟に入院している場合

- ①脳血管疾患、^{脊髄損傷}脊髄損傷などの発症または手術後2カ月以内の状態、または義肢装着訓練を要する状態の場合
→→→150日以内
- ②高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷および頭部外傷を含む多発外傷の場合
→→→180日以内

※高次脳機能障害……記憶・注意・思考・言語・学習などの知的な障害。

入院期間などの判断は医師によります。



一般病棟などに入院している場合
→→→180日を超えると、患者負担の割合が変わります。

在宅での医療

通院が困難で在宅で療養している患者に対しては、医師が患者の同意を得て計画的な診療を行う「訪問診療」などが行われます。このほか、医師の指示のもとに、看護師や理学療法士・作業療法士などが訪問する「訪問看護」「訪問リハビリテーション」などがあります。

平成18年度から、在宅での医療を支える中心的な役割を果たす診療所として「在宅療養支援診療所」の制度が開始されました。

在宅での療養生活を続けるためには、こうした医療サービスとともに、介護サービスを上手に利用することも必要です。



在宅で介護サービスを受けるには？

介護保険サービスを利用するためには、あらかじめ区市町村の介護保険窓口で要介護（要支援）認定を申請し、認定を受けます。その後、ケアマネジャー（介護支援専門員）などがつくるケアプランに基づきサービスを利用することになりますから、申請と並行してケアマネジャーも探しておきます。

退院前から、担当の医師や看護師、リハビリスタッフなどに、退院後の生活や利用すべきサービスについて相談しておきましょう。ケアマネジャー

や訪問看護ステーションなどとの退院調整を担当する専門の看護師や医療ソーシャルワーカー（MSW）が配置されている病院もあります。また居住地の地域包括支援センターも相談を行っています。

Mさんの夫は**要介護2**に認定されました。「住宅改修サービス」で「手すり」を取りつけたり、「福祉用具購入費」で「入浴用椅子」を購入、自宅近くの通所リハビリテーション事業所（デイケア）に通ってリハビリテーションに励んでいます。

介護保険のあらまし

- 保険者（運営主体）……区市町村
- 被保険者（加入する人）
 - ・第1号被保険者……65歳以上の人
 - ・第2号被保険者……40歳～64歳までの医療保険加入者
- 自己負担額（保険料のほかに）……原則、サービス費用の1割を自己負担。施設サービス等については、1割負担のほかに食費、居住費、理美容代などの日常生活費が自己負担。
- 要介護・要支援
 - ・要介護1～5……寝たきりや認知症など、常に介護を要する状態
 - ・要支援1～2……常時介護は必要ないが、身支度など日常生活に支援が必要な状態

●主なサービス

- ・家庭で受けられるサービス
訪問介護（ホームヘルプサービス）／夜間対応型訪問介護（要支援の人は利用できない）／訪問入浴介護／訪問看護／訪問リハビリテーション／居宅療養管理指導
- ・福祉用具関係のサービス
福祉用具貸与／福祉用具購入費の支給（全額の9割が介護保険から支給、同一年度9万円まで）
- ・住宅改修サービス
住宅改修費の支給（全額の9割が介護保険から支給、同一住宅につき18万円まで）

*「介護」について詳しくは、広報誌やホームページの「とうきょう福祉ナビゲーション」などをご覧ください。地域包括支援センターは東京都のホームページでも掲載しています。
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/sodan/z_shien/index.html

かかりつけ薬局ってどんな薬局？

- 薬の飲み方や使い方、副作用などについて納得のいく説明をしてくれる
- 薬の重複服用などがないように、処方箋をきちんとチェックし、疑問があったら処方医に問い合わせしてくれる
- 一般薬の副作用情報なども含め、健康に関する情報を積極的に教えてくれる
- 薬の効果が最大限に発揮されるよう、医療機関などとの情報交換や連携に努め、地域医療の向上に貢献している
- 在宅で療養している場合は、医師などと連携した訪問服薬指導などを行ってくれる

