

2006年度 財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
完了報告書

在宅医療の現場で必要される道具に関する質的研究

～往診かばんの中身から在宅医療の守備範囲を考察する～

研究責任者

自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門

助教 鶴岡 優子

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

Tel 0285-58-7394 Fax 0285-44-0628

共同研究者

つるかめ診療所

所長 鶴岡浩樹

2008年6月30日提出

目次

- I 研究背景と目的
- II 研究方法
- III 進行過程とスケジュール
- IV 研究結果
 - 1. デモグラフィック・データ
 - ①データ収集した医療機関
 - ②往診に使う道具のカテゴリー
 - ③在宅医へのインタビュー
 - 2. 解析結果
 - ①グループA
 - ②グループB
 - ③グループC
 - ④往診かばんそのもの
 - ⑤移動のための道具
 - ⑥記録と情報共有のための道具
 - ⑦その他の道具
- V 今後の課題
- VI 謝辞
 - 資料 A
 - 資料 B
 - 資料 C

I 研究背景と目的

超高齢化社会を向かえ、多様化した患者の価値観を満たすために、医療の選択肢として在宅医療の充実が急務となっている。一般市民、介護関係者、医療関係者を問わず、在宅医療の必要性についての理解が広がり、その期待感が高まるばかりである。しかし在宅医療が患者宅を中心に展開される医療、という共通認識はあるものの、在宅医療とは何をさすのか？どのような医療をおこなうのか？という在宅医療の定義については最近までほとんど議論されてこなかった。在宅医療の内容、方法については、実施している地域、事業所、担当者によって大きな違いがある。また在宅医療を支える医師・スタッフの人材育成は在宅医療の充実に欠かせないが、実際は先達の献身的な努力に頼っているのが現状である。

在宅医療で使用する道具に関する調査は、国内外あわせて認められず、客観的なデータが存在していない。在宅医療マニュアル、開業マニュアルに筆者の主観的で経験的な記載があるに留まっている。

本研究の第1の目的は、実際在宅医療の現場で使用される道具、用意してある道具を観察し吟味することで、担っている医療の内容について推測し、現在のプライマリ・ケアにおける在宅医療の位置づけを検討することである。第2の目的は、将来在宅医療を担うことを目指す後進にその資料を提供することである。

II 研究方法

すでに在宅医療を実践している医療機関を訪ね、その道具を閲覧し記録する。医療機関の選定については、在宅医療に特化している、していないに関わらず、診療所、病院の中から合目的なサンプリングをおこなう。往診かばんに入っているもの、往診車に入っているもの、医療機関に保管してあるものを、デジタルカメラに収め、治療薬、治療物品、検査機器、診察道具、その他のカテゴリーに分類し質的に分析するものとする。また在宅医療担当医師（以下在宅医）へのインタビューを重複させることで、その実際と使用法と使用頻度と必要性を確認し、また在宅医療への思いを聞くことで、道具との関連について考察する。インタビューは半構成的質問を用意して質的分析に加え、現地調査となるデータの収集は、飽和状態(saturation)になるまで継続する。

Ⅲ 進行過程とスケジュール

2007年3月 日本在宅医学会会員名簿からサンプリング

その後もデータ収集と同時に合目的サンプリングを継続する

4月～6月 研究調査の依頼と日程調整

同意書(資料A)、調査票、インタビュー票の作成(資料B)

7月～ データ収集(現地調査)

在宅医療で使用する道具の観察とインタビュー

データ収集を継続しながらデータを解析する

2008年3月 第10回日本在宅医学会大会(静岡)で中間発表

6月 報告書提出、研究協力者へ報告

研究計画の時点で飽和状態に達するのは、医療機関20ヶ所以下の訪問調査になると見積もっていたが、「在宅医療の現場で必要とされる道具」に予想以上に広範囲であったため、なかなか飽和状態に至らず、研究期間を延長することになった。

Ⅳ 研究結果

1. デモグラフィック・データ

①データ収集した医療機関

2008年6月現在、病院5ヶ所、診療所21ヶ所、合計26ヶ所の医療機関を訪問し調査を行った。得られた結果(往診に使われる道具)には、設定によって大きな違いが認められ、医療機関を以下の3つのグループに分けて質的解析を行った。

グループA 病院、有床診療所など入院施設をもつ医療機関

グループB 外来と平行して在宅医療を行う医療機関

グループC 在宅医療に特化した形の医療機関

グループAの入院施設をもつ8ヶ所の医療機関は、病院が5ヶ所、診療所が3ヶ所であった。今

回対象となった医療機関のベット数は8床から1130床と規模に差があり、特定機能病院・教育病院としての大学附属病院から地域医療を担う診療所までを対象とした。8ヶ所中6ヶ所で訪問看護ステーションが併設され、往診車に専属の運転手はなく、訪問診療に出掛ける医師や看護師が運転していた。訪問診療で受け持つ患者は10人から170人の平均73.5人であった。各医療機関における訪問診療の位置づけは個別性があるものの補助的であることが多く、医師が訪問にかかる時間も労力も外来や病棟に比べ少なく、診療報酬額も外来、入院がメインである場合が多かった。しかし入院から在宅への移行、在宅から再入院へとスムーズな流れができていて、患者が選ぶ治療の場のオプションとして在宅は不可欠なものとなっていた。

一方、無床診療所の方は、データがさらに多様化していた。電子カルテ、情報管理、薬剤処方、会計の方法に関しては各医療機関で大きな違いがあり、その違いが持参する道具に大きな影響を与えていた。診療形態、例えば在宅医療に特化しているのか、外来診療も平行しているのか、常勤医1名のソロ・プラクティスか、グループ診療か、に依存するところも多いと考えられた。そこで今回は、無床診療所の在宅支援診療所の中でも、外来と並行して訪問診療を行う医療機関をグループB、在宅医療に特化した形の医療機関をグループCとして分けて解析を行った。

グループBは、在宅医療と外来医療を並行しておこなう医療機関であるが、外来と在宅の重点の置き方には大きな差が見られた。もともと地域の開業医として、家庭医の機能をメインとして外来診療を行っていて、その延長で在宅医療をおこなう診療所(家庭医型)と、開設当初から在宅医療をメインにしている、外来診療を補助的にこなう(在宅重点型)という2つのパターンがあった。これらは明確に分類することができないが、担当する患者数、医師や医療機関スタッフが費やす時間と労力、推測される診療報酬から今回の並行型13ヶ所のうち、在宅医療が主な診療所は9ヶ所、外来医療が主な診療所は4ヶ所と分析した。その在宅医療をメインとする診療所9ヶ所のうち、7ヶ所は同じ医療機関内か同系列で訪問看護ステーションが併設され、この9ヶ所が訪問診療で担当する患者は70名から304名で、常勤医師も複数いるところが多く最大で7名、平均医師数は3.6名という規模であった。

グループCは、外来診療を行わず在宅医療に特化しているグループで、今回は5ヶ所が調査対象となった。1996年開設という診療所が最も古く、担当患者は104名から400名で平均253名、常勤医1名が2ヶ所で、6名以上が3ヶ所あった。在宅専門で外来診療を行わない理由として、臨時や時間外の往診に迅速に対応することを理由としてあげる在宅医が多かった。

②往診に使う道具

在宅医療で必要とされる道具を3つのカテゴリー分けて、解析をおこなった。その3つは、往診かばんの中になるもの、往診車に保管のもの、医療機関に保管のものである。実際の道具は、往診に同行しながら、その使用法、片付け法、メンテナンス法などを観察した。道具の取捨選択に関しては、施設長の意見がとおりやすい施設と実務の在宅医に委ねられる施設があるように思われた。在宅医療に他職種との連携は必須であるが、特に医療機関が訪問看護を自前のステーションとして持つのか持たないのかは、往診かばんの中の道具に大きな影響を与える因子であった。グループA,B,Cに共通して見られた往診かばんの中身を表1に示す。

表1 往診かばんの中身

診察道具	聴診器 血圧計 パルスオキシメーター 体温計 手指消毒剤 メジャー ペンライト 舌圧子 打腱器
検査道具	血液検査 アル綿 採血スピッツ 駆血帯 シリンジ・針 血糖測定器 尿検査セット 細菌検査 容器 スワブ
治療物品	創傷・褥創 デュオアクティブなど

	クーパー 使い捨て手袋 ガーゼ	テープ各種 軟膏 デブリ用
治療薬	点滴類 薬品 その他手技	ボトル 点滴セット 翼状針、サーフロー 抗生剤 ステロイド 利尿剤 50%ブドウ糖 エピネフリン 尿カテ、尿バルン 気管カニューレ 経鼻胃管、胃ろう キシロカイン
記録	紙カルテ 診断書 デジタルカメラ	電子カルテ(コンピューター) 紹介状、死亡診断書
その他	処方箋 薬の本 主治医印鑑 ビニール袋 地図 S字フック 乾電池 医療廃棄物入れ	

③在宅医へのインタビュー

訪問診療の合間、食事の合間、移動時間を利用して、在宅医にインタビューをおこなった。計画当初、インタビュー内容を記録し逐語訳を作成する予定であったが、合間や移動中の車の中での録音は難しい状態にあり、記録はメモだけで行った。インタビューの内容は、施設のデータ、往診医のデータに分けられ、最後に3つの質問を付け足し、医師の在宅医療への思いと道具との関連を考えるための資料とした。(資料B)

2. 解析結果

①グループA

グループAのデータ、つまり病院や有床診療所の所有する往診かばんの中身、車や医療機関に保管してある道具に関しては、規模が大学病院から地域の診療所まで、ベット数に関わらず共通点が多く見られた。複数の医師が関わることが多く、道具も共有しているため、愛着やこだわりを持ちにくいこと、管理をコメディカル(主に看護師)に任せる傾向にあり、点滴、薬、処置道具と持ち歩かない、かばんに入れられない傾向にあった。病棟から在宅への移行も多く、再入院のアクセスがよいこと、病院に設備が完備されているので、その都度「今から往診する患者」に必要なものを準備して持参することができていた。また車に道具を常備しない傾向にあり、車が共有のものであるという認識も強かった。また診療録については、入院、外来では電子カルテが利用されている場合も、訪問診療に関しては8カ所で紙カルテの運用がされており、セキュリティーの問題が浮き彫りとなった。「患者の自宅を地域のベットとして考える」という言葉に、その考え方が反映されている。

②グループB

在宅医療と外来医療の並列型のグループBでは、在宅医療の占める割合によって道具は変わってきた。外来にウエイトを置く家庭医型では、「外来の延長としての在宅医療」の意識があるように思われた。時間的にも担当する患者数には限界があり、訪問時間帯も午前と午後の診療の合間や夜間とバリエーションに富んでいた。介護する家族の健康問題もまとめてマネジメントできることが特徴で、道具に目新しいものはないが、家族と話す時間が多いのが印象的だった。

一方、在宅医療にウエイトを置く在宅重点型では、患者の疾患や年齢、重症度を問わず、自宅での看取りまで対応していることが多かった。点滴手技、抗生剤の選択に関しては在宅で扱いやすいように工夫され、訪問看護、訪問介護、施設利用など多職種連携にも配慮しチーム医療と意識されていた。電話、ファックス、メール、定期的なカンファレンスで情報共有に時間も費用も費やしていた。特に患者を100件以上受け持つなどの大規模な診療所では教育機関としての役割も期待されており、教育に必要な道具、教科書、環境なども整備されていることが多かった。

③グループC

さらに在宅専門型となると、重症患者を高カロリー輸液や人工呼吸器の管理でみたり、在宅ホスピスに特化したり、自宅での看取り率がさらに高くなる印象も持った。医療機器も持ち運びの便利さを重視したり、往診につかう道具を往診車に常備する傾向が強く、ポータブル・エコー、自宅でできる血液検査セットなども持ち歩いていた。患者数が多くなると必要物品も多くなり、管理が大変であるが医療機関でのストックの仕方、発注の仕方などに工夫が見られた。5ヶ所の医療機関のうち4ヶ所で電子カルテを利用し、ITを駆使して地域連携にも積極的に活用していた。グループCの医療機関が抱える在宅医の数は、2ヶ所が医師1名のソロ・プラクティスで、残り3ヶ所が在宅医を6名以上在籍させ、さらにスタッフを増加させる傾向にあり、情報の共有が課題のひとつとなっている。

④往診かばんそのもの

いわゆる往診かばんは大きく4つのタイプに分けられた。①従来の黒い革製の往診かばん②プラスチックやジュラルミンによる工具入れなど③ソフトなポケットの多いかばん④かごである。それぞれに特徴があるが、ハードタイプの工具入れは検査、点滴などの処置道具を整理しすぐに取り出せる、カルテを書く机として使えるなどのメリットがある一方、重量や大きさ、持ち運びやすさにデメリットがある。ソフトタイプは、素材はいろいろで出張かばん、マタニティーバックなどさまざまな分野のかばんが使われ、色はほとんど黒であり、医師やスタッフが複数いる機関では、揃いのかばんで名前や番号の札で区別をつけていた。メインの往診かばんに自分のポーチや手提げかばんを合わせる者や、ハード&ソフトというようにいくつかにかばんに中身を分けている者も多かった。かばんを持ち運びについては、専属の運転手・助手がいる場合はその人が、それ以

外では医師や同行看護師が持ち歩くことが多かった。かばんの重量は計測した場合のほとんどが5-10kgであった。

⑤移動のための道具

患者宅への移動の手段として、ほとんどの場合が自動車を使っていた。医療機関が所有する自動車の種類としては、都会では小型車が、へき地では6人乗りなどの大型車が多く、複数医師のいる医療機関は車も複数所有していた。26ヶ所中3ヶ所でハイブリットカーが使用され、自転車も2ヶ所で使用され、いずれも電動自転車であった。自動車に関しては、移動の手段としてではなく、保管庫として意識されている場合も多かった。点滴、カテーテル類、一部の薬品などが常備されており、管理体制にも配慮があり、さまざまな工夫がされていた。

⑥記録と情報共有のための道具

在宅医療の現場で使用される診療録に関しては予想以上にバリエーションがあり、いまだ発展途上の段階で、これが本研究の解析を難しくさせた。26ヶ所のうち10ヶ所で電子カルテが使用されており、5種類くらいの流れがある中でオリジナルの電子カルテの開発をしているところが複数あった。システムエンジニアを雇用する施設も複数あり、多職種連携を必要とする在宅医療の中で、電子カルテはコアな道具のひとつとなるであろう。訪問看護に代表される多職種との情報共有に使うかが今後の発展のキーとなる。また、携帯電話も在宅医療に必要な道具の一つであり、在宅医で携帯電話をもたない医師はひとりもなく、使い方はさまざまであった。

⑦その他の道具

患者と診察結果や治療方針を共有する目的で、電子カルテや処方箋を印刷するプリンターを持ち歩いたり、大きな字がかける紙とマジックを用意したり、患者ノートを作成する工夫が見られた。かばんの中には直接患者の診察や診療に使用しないと思われるものも存在し、例えば死後の処置に使う道具、供養に使う数珠は線香、集金袋とおつり、医師が自分用に使うと思われる飴やCDなどもあった。

V 今後の課題

在宅医療の道具から推測するプライマリ・ケアにおける在宅医療の守備範囲は、予想を上回る広さがあり、患者や周囲が期待する守備範囲もまた千差万別である。在宅医療が患者の生活を支え、ニーズに敏感である医療を前提とすると、今後もさらなる広がりをみせるであろう。本研究はあくまで「道具」というハードを対象としたものであるが、根底には在宅医療の実践者の哲学や、医療機関の理念が反映されており、実に興味深かった。

普段から在宅医療を実践する者でも、他施設で行われている在宅医療の内容について知ることは容易でない。学会での交流、医学雑誌、マスコミからの断片的な情報を得るのみで、同じ在宅医療と表現されても、その診察内容・治療内容には大きな違いがある。

最近では在宅医療について経験のない医師も強い関心を抱き、専門分野の変更、キャリアの変更をおこなう者も多い。本研究で在宅医療での必要な道具を考察することは、将来在宅医療の実践を目指す医師への貴重な資料となるはずであるが、残念なことに本研究はいまだ飽和状態にない。2006年在宅療養支援診療所が制度化され、24時間体制と地域連携が強調され、在宅医療の道具の中でも電子カルテに代表される情報の共有がその鍵をにぎっている。今回の助成は一旦終了となるが、今後は在宅療養支援診療所に焦点をしばり、さらにフィールドワークをすすめていきたい。そして、その結果を用いて全国の質問紙による郵送調査を実施する量的研究を加え、マルチメソッドスタディに発展させたいと思う。

VI 謝辞

本研究は、財団法人在宅医療助成勇美記念財団より助成を受けて実施されたものである。研究の機会を与えてくださった多く財団関係者の方々と、今回調査の対象となることを快諾いただいた26名の医師と医療機関に心より感謝を申し上げたい。

資料A

在宅医療の現場で必要とされる「道具」に関する質的研究

調査協力のお願いと同意書

調査趣旨

近年、在宅医療への関心と期待が高まっておりますが、在宅医療で使用される道具に関して先行研究は見当たらず、在宅医療の教科書やマニュアルなどに記述があるものの、その内容は筆者の主観的かつ経験的内容に留まることが多いようです。本研究の第1の目的は、在宅医療で実際使用される「道具」を観察し吟味することで、在宅医療が担っている医療の内容について推測し、現在のプライマリ・ケアにおける在宅医療の位置づけを把握することで、第2の目的は在宅医を目指す後進にその資料を提供することです。

対象

積極的に在宅医療を実践している施設とそこで訪問診療を担当している医師を対象とします。全国の診療所と病院から目的別サンプリングをおこないます。

方法・データ管理

調査担当者が当該施設を訪ね、使用されている「道具」を閲覧します。この「道具」とは、往診かばん内に入っているもの、訪問診療で利用する乗り物に携帯しているもの、施設に保管しているものを含み、同意が得られれば、「道具」をデジタルカメラに収め、訪問診療に同行し担当医へのインタビューを行います。インタビューは約20分を予定しており、回収されたデータは、厳重に保管され研究目的以外には使用しません。また調査が終了し結果をまとめた後には研究責任者がそのデータを破棄します。

倫理的配慮など

本調査への協力は強制ではなく、辞退や途中で中止することもでき、その際一切の不利益は生じません。調査結果は論文などで公表される場合がありますが、その場合には施設、個人名が同定できないような配慮を行います。また写真などの使用に関しては改めて依頼と同意を請うものとし、調査協力をいただいた施設に、謝礼として図書カード3000円分を贈呈いたします。

尚、本調査は在宅医療助成勇美記念財団から助成を受けています

以上、本調査にご協力いただけますようお願い申し上げます。

研究責任者 自治医科大学地域医療学センター

鶴岡優子

調査協力に同意いたします

お名前(自署)

日付

資料B

往診かばん研究 デモグラフィック・データ

在宅医師について

1. 氏名
2. 性別
3. 年齢
4. 所属
5. 医学部卒業年度
6. 経歴と在宅医療の経験
7. 専門科・研究テーマ
8. 可能な医学管理

在宅医療への思い

9. 往診かばんの中身では不足しないものは？
10. 往診かばんの中身で足りないものは？
11. 「在宅医療」とはどんな医療ですか？

医療機関について

12. 施設正式名称
13. 形態 病院または診療所 ベット数 従業員数
在宅療養支援診療所か否か
14. スタッフ 常勤医師数 非常勤医師数
訪問看護
訪問リハビリ
ケア・マネージャー
ソーシャル・ワーカー
15. 患者 登録数 2008年3月31日現在
患者特性 年齢、診断名
16. 訪問診療 1日の訪問件数、1週間の訪問件数
17. 緊急時対応 24時間連絡体制の有無
18. 可能な医学管理
19. 訪問同行者
20. 往診車の運転

資料C

研究責任者の感想

感想を述べる前に、まず本研究の完了報告が3ヶ月も遅くなったことを、関係者にお詫び申し上げたいと思います。報告が遅れた理由はいくつかありますが、研究そのものが質的研究の飽和状態にならなかったこと、調査対象をリクルートして、先方の医師や医療機関の都合と研究者の出張時期を調整するのに時間がかかったこと、また在宅医療を取り巻く環境の変化とIT化の波が怒涛のように押し寄せて、研究者がその把握についていけなかったことが大きな要因としてあげられます。

申請当時、私は大学病院の中で在宅医療を担当しておりましたが、時代が在宅医療を「第3の医療」と騒ぐなか、何か間違ったことをしているような、取り残されたような気持ちがありました。在宅医療の現場を見てまわるフィールドワークを考えましたが、自分の臨床を継続しながら調査をおこなうのは困難と考え、「道具」に象徴される先達の仕事振りを拝見することを思いついたのが、この研究の源になっています。

1番感動したのは、対象となった26ヶ所の医療機関の医師と医療機関の懐の深さです。ヒトのかばんの中身を全部出してごそごそ探られ、あれこれ質問されるのは気持ちのよいものではなかったと思いますが、現地調査で嫌な顔をされたことはありませんでした。隠さず見せていただいた背景には「自分の施設だけでなく日本の在宅医療を発展させていきたい」という思いがこめられており、「他の施設の結果もまとまったら教えてね」という謙虚で前向きな姿勢も印象的でした。

在宅医療の現場で生き生きと働く先達の姿をみて自分もやってみたくなり、思いの込められた往診かばんをみて自分専用の往診道具とかばんが欲しくなり、自分自身も在宅医療専門の診療所を立ち上げることになりました。今後は残念ながら助成もなくなりますが、さらに足りないデータを集めてまとめをおこない、自分たちを含む今後在宅医療を担うであろう後進への資料としたいと思います。そして、この「往診かばん研究」は、フィールドワークを超えた自分のライフワークにしたいとも考えています。この研究を支えていただいているすべての皆さまに心より感謝申し上げます。ありがとうございました。