

平成 20 年度在宅医療助成 完了報告書

急性期病院から立ち上げる在宅医療推進システムの
構築に関する研究

桑 原 直 行

秋田組合総合病院

脳神経外科科長・地域医療連携室副室長

秋田市飯島西袋 1 - 1 - 1

平成 21 年 8 月 2 8 日

はじめに

我が国は先進国の中でも急速に高齢化しており、4人に1人が65歳以上という未だかつてない高齢化社会を迎えると予想されている。この高齢化社会に備えるためには、住み慣れた地域において安心して暮らせる環境づくりが大切なことであり、そのためには医療・社会福祉の充実が必要不可欠と思われるが、残念ながら医療・社会福祉費用の抑制政策が行われている現状では、十分な整備ができないジレンマに陥っている。

特に昨今の医療費削減の流れの中で、急性期病院のみならず回復期病院などでの医療の効率化と、診療所等での24時間365日体制の在宅医療を進める必要性が高まっており、その実現のためには急性期医療から在宅医療までシームレスな地域医療連携システムを整備していかなければならない。

しかし、一方で、かつて高齢者や障害者を支えてきた家庭や地域社会の相互扶助機能が核家族化や価値観の多様化により低下してきている。特に、秋田県などの地方では、高齢化が急速に進む一方で、その高齢者を支えるはずの家族が仕事などの理由で都市部へ移動することにより、老々介護や一人暮らしなどの問題が激増している。そのため、秋田県では在宅医療は思うように進まず、急性期病院から診療所の関係者内でも、在宅医療の必要性はわかっているにもかかわらず積極的に推進できない悪循環に嵌っている。

この厳しい医療・社会福祉情勢の中で、各々の医療機関だけでなく、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所および社会福祉施設などが、お互いの立場や職種の垣根を超え、役割分担しながらネットワークを構築し、多職種の間をチーム医療・介護連携により、地域住民へ「病気になっても安心して過ごせる」そして「終末期にあっても最後まで有意義に過ごせる」ような環境を提供していく必要があると考える。

この地域医療・福祉連携実現ため、多職種によるシームレスケアに関する研究会を平成20年3月に立ち上げ、徐々に病院間そして訪問看護ステーションなどとの連携への意識は高まりつつあると思われるが、在宅医療を担う診療所とのシームレスな連携は、未だ不透明である。

24時間365日、安心して地域で暮らせるように医療面から在宅療養を支援するのが在宅療養支援診療所であるが、秋田県とくに秋田市で機能しているのかは、はなはだ疑問である。届出はしているにもかかわらず、在宅療養支援診療所として実際に在宅医療を行っているといえる診療所は残念ながら増えてはいないのが現実である。また、外来患者を抱えているため緊急時の対応など困難なこともあり、精々10人程度が限界との意見も聞かれることが多いうえ、看取りとなると医療者側の問題のため、急性期病院へ入院してしまうことも多い様に思われる。

患者側も、核家族化や一人暮らしが進んでいる現代社会では、心の奥底では在宅療養を希望していても、現実的には無理だと諦めている可能性もある。訪問診療・訪問看護やショートステイなどの社会福祉資本を有効利用しながら、1日でも多く、自宅で過ごす方策を思案することを忘れてはいないだろうか。

そこで、在宅医療が実際に増えない原因を探り、それを解決しうるシステムを構築するのは緊急の課題であり、本研究の主題である。在宅医療への流れは、急性期病院とその連携病院・診療所の意識改革と実践がなければ本流とはならず、急性期病院自ら地域医療連携の最終ステージとしての在宅医療を推進するシステムを構築するための研究を行った。

方法

在宅医療を推進するためには、在宅療養を支援する医師・看護師がいることも重要であるが、患者さんおよび家族がどのように考えているかが重要である。そこで、以下のようにアンケートによる意識調査を行った。

1. 患者およびその家族に在宅療養への希望や疑問・不安をアンケート形式で、調査を行った。患者と家族には、個人情報と保護すると共に、お互いを意識せずに本音を記入してもらうために、別々の調査用紙に無記名で記入し、投函することを原則とした。もし、記入困難な患者の場合には、口頭でのやり取りを研究員が記入した。

2. また、我々急性期病院の医師や看護師が在宅医療に対して否定的であれば、入院患者さんの在宅療養への道は、始めから閉ざされていることになり、早急に抜本的意識改革が必要となるため、我々急性期病院の医師（主治医）や看護師が、在宅療養についてどう考えているのかを調査した。

以上のアンケートは2003年の「終末期医療に関する調査等検討会」が行った意識調査に準じた内容とした。

3. アンケートの結果を分析し、問題点を把握し、その対策案を検討実行した。

対象

アンケートによる意識調査は、以下の対象について行った。

1. 患者およびその家族

新たに入院となった患者とその家族に対して、事前にアンケートの概要を説明し、承諾を得られた方を対象とした。

患者：男性10名、女性10名（平均年齢62.8歳）

脳神経外科8名、呼吸器科6名、外科6名

脳梗塞6名、外傷2名、肺炎4名、

癌6名（告知2名）、その他2名

家族：男性10名、女性10名（平均年齢57.6歳）

2. 医師および看護師

医師：男性16名、女性4名（平均年齢40.4歳）

脳神経外科2名、呼吸器科1名、外科3名

消化器科3名、循環器科2名、内科4名

研修医5名

看護師：男性2名、女性18名（平均年齢39.6歳）

訪問看護師2名、ケアマネ1名にもアンケートを行ったが、人数的に少なく、統計処理は行わなかった。

結果

1. 2003年の「終末期医療に関する調査等検討会」が行った意識調査とおおむね同様な結果で、最後まで在宅療養を希望するのは患者で15%、家族で10%と高くはない。（Fig 1）

2. しかし、少しでも在宅での療養を希望する方は、患者で55%、家族で60%であり、2003年の意識調査とおおむね同様な結果であった。（Fig 1）

3. 緩和ケアに対する期待は大きく、患者・家族ともに55%の方がホスピスや緩和ケア病棟での最後を希望された。（Fig 1）

4. 我々急性期病院の医師や看護師の在宅療養への意識も、2003年の意識調査とおおむね同様な結果であり、最後まで在宅療養を勧める比率は5%と低い。特に外科系医師では在宅療養は可能であるが、最後は自分が看取るという意見が多く見られた。(Fig 1、2)

5. 癌と脳卒中など非癌疾患では、医療者側で最後まで在宅療養が可能かどうかの差が現れた。非癌疾患では、最後まで在宅療養は困難と考える医療者が多いが、これは、非癌の経過は長期の療養となり、肺炎等の急変により入院する症例が少なくないことを意味するものと思われる。(Fig 2、3)

6. 患者・家族・医療者ともに、家族の負担が大きいことが在宅療養を困難にする最大の理由であった。(Fig 4)

7. 往診する医師や訪問看護、急変時の対応などの認知が、医療者以外ではあまり進んでいないような結果となった。(Fig 4)

8. 当地域では在宅療養困難な理由で、介護者がいないためが患者45%、家族35%と多く、地方での介護者不在の問題が浮かび上がった。子供などの介護者が、遠く離れた地域に住んでいることも介護者不在の範疇に入れられた。(Fig 4)

9. 脳血管障害や認知症などにより、日常生活が困難な場合、患者45%および家族40%は自宅よりも病院での療養を希望する人が多い。(Fig 5)これは、家族の介護負担が大きいことと訪問診療や訪問看護などの認知度が低いことによると思われた。

10. 医師や看護師は、自宅で療養することを脳血管障害や認知症の場合も望む人が多く、介護施設での療養を希望する人は少ない。(Fig 5)

11. 脳血管障害や認知症の場合、医師や看護師の病院での療養希望は、それぞれ30%、35%であるが、これらは急性期病院の病床ではなく、療養型病床を意味していた。

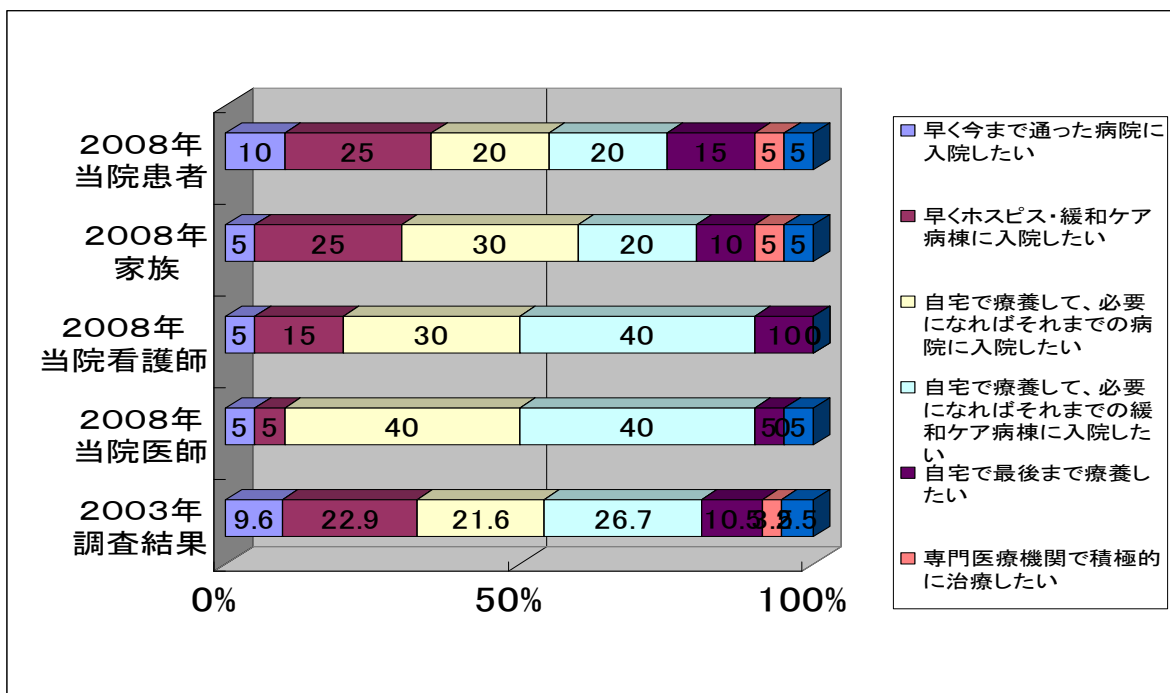


Fig 1 終末期の療養場所

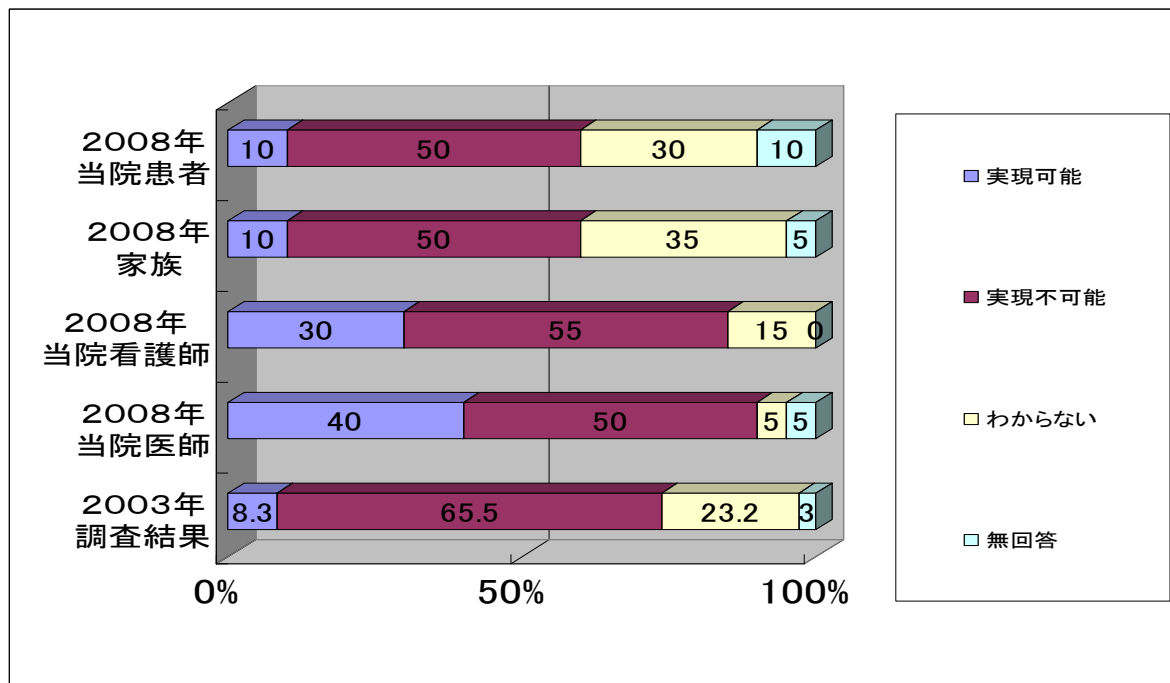


Fig 2 自宅で最後まで療養可能か？（癌）

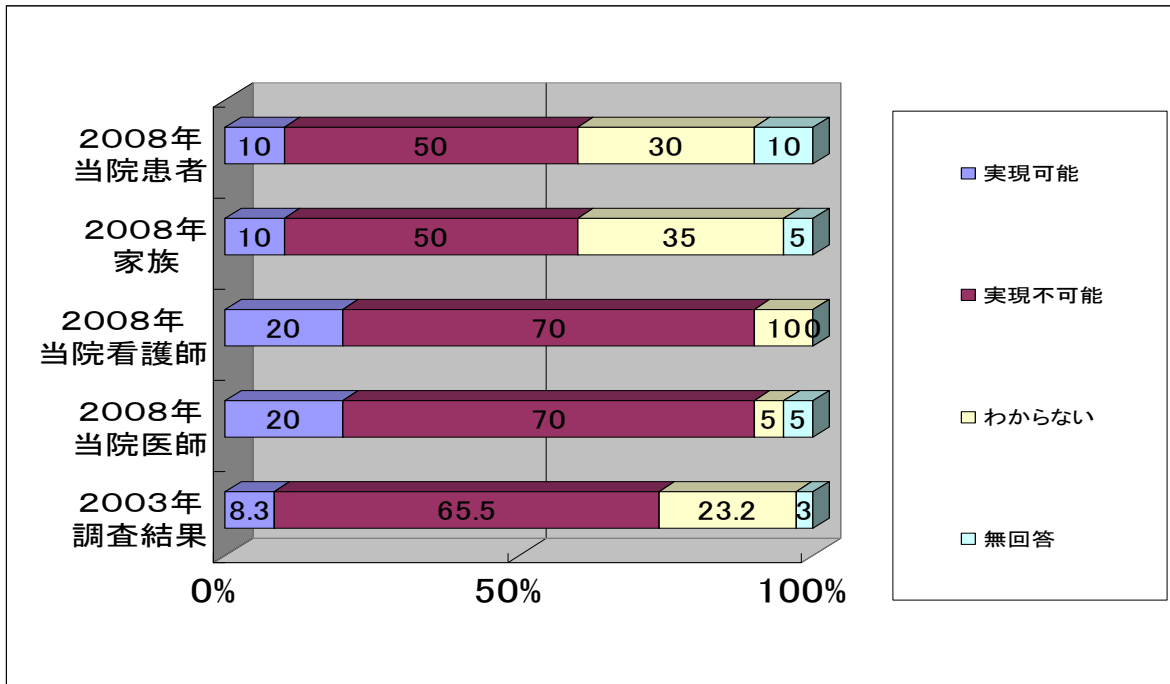


Fig 3 自宅で最後まで療養可能か？（非癌）

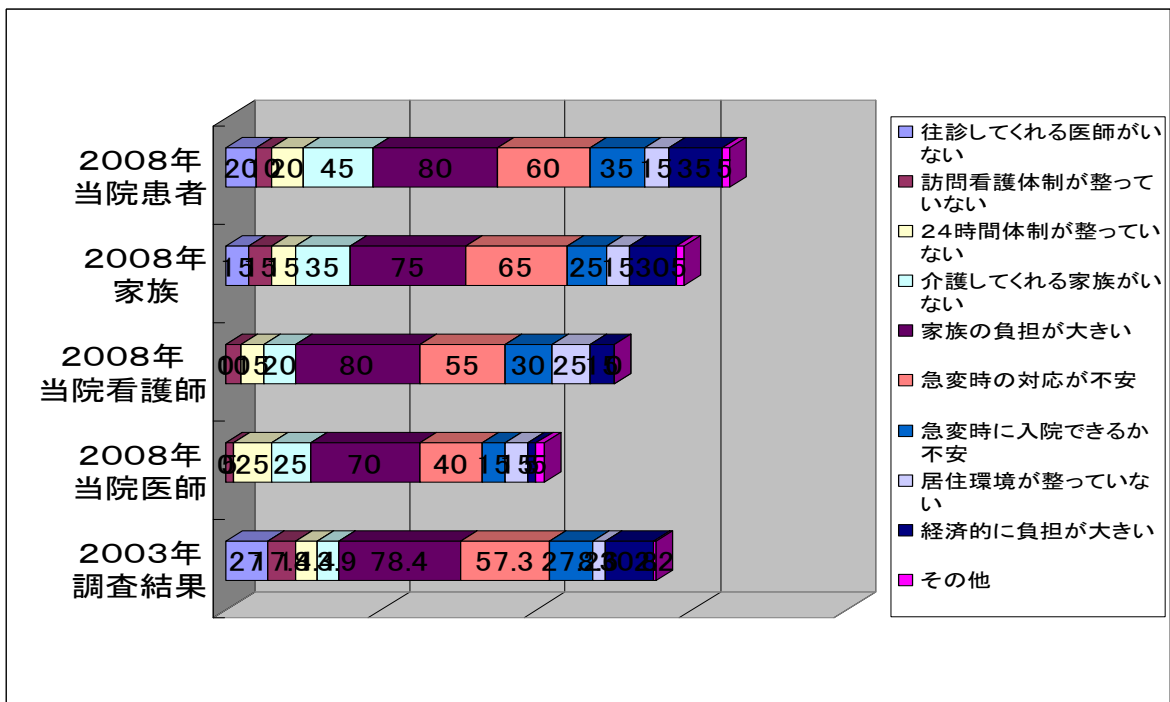


Fig 4 在宅療養困難な理由

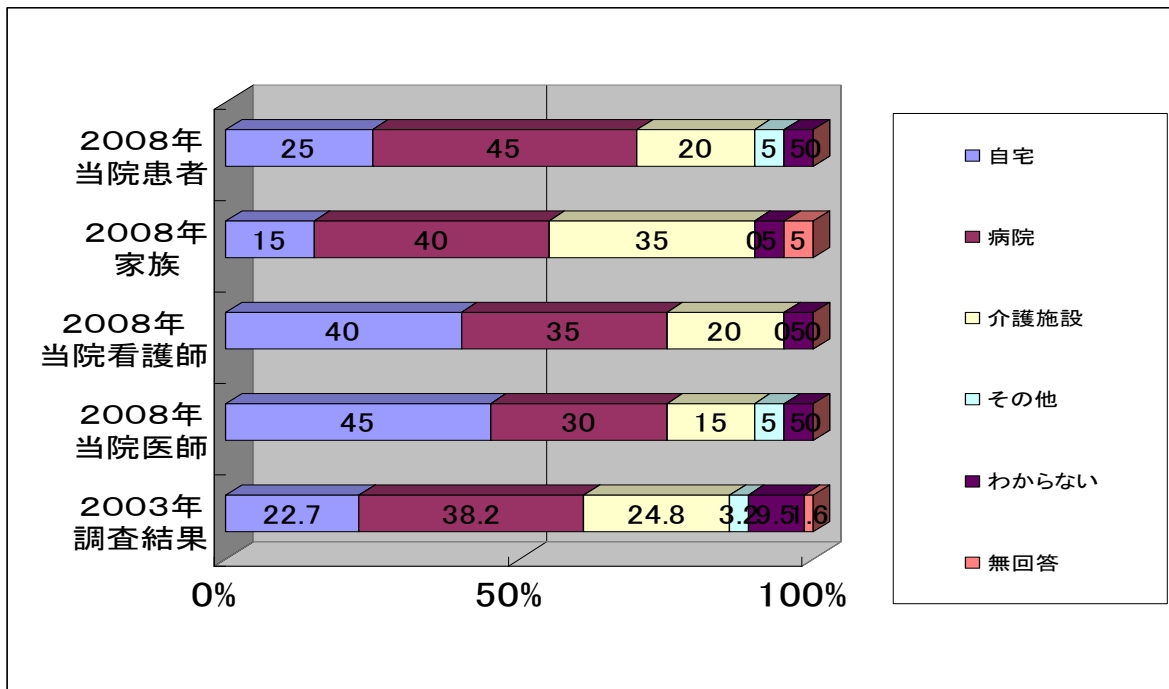


Fig 5 脳血管障害や認知症の場合の希望

考察

2003年の「終末期医療に関する調査等検討会」が行った意識調査とおおむね同様な結果であり、最後まで在宅療養を希望する患者・家族は依然少ない。これは様々な問題を含んでいるが、在宅医療という選択枝の認知が進んでいないことと実際に24時間365日対応できる在宅医療専門機関が秋田市には1施設しかないことによる影響が大きいと思われる。

最後まで在宅療養を行うことは不可能と考える当院急性期医療を担う医療者も半数以上に及んでおり、医療者の年齢が高くなるほどその傾向は強くなっている。急性期医療に携わる医師は、在宅医療の必要性がわかっているにもかかわらず積極的に関わりを持っていないこともわかった。これは、当院周辺診療所が在宅療養支援診療所の届け出をしていますが、専門的に在宅医療を行っているわけではなく、外来休診日に訪問診療を行っているのみで、精々10人程度の在宅療養患者しか診られないため、在宅での逆紹介が出来なかったり、患者・家族の総合病院指向が強いことも影響している。特に役職のある医療者が在宅療養に対して疑問を持っていることは在宅医療を推進するうえで一番の問題と考える。

また、看護師も若い世代は在宅看護の教育を受けているためかその必要性和興味を持つものが多いが、病棟をリードするような中堅以上の看護師に、在宅医療を軽視する傾向が見られたことは驚きであった。患者・家族に身近に接する職種で在宅医療を推進する意欲がなければ、急性期病院から在宅療養へと移行する患者は増えないことは明らかである。

患者・家族の緩和ケアに対する期待は高く、急性期から対応することで、在宅療養へ移行が容易になる可能性があり、当院でも平成21年4月より緩和ケア科を新設し、積極的に取り組んでいるものの、まだ十分とはいえない状況である。

このアンケート結果を踏まえて、急性期病院から在宅療養移行時の問題点を併設訪問看護ステーションおよび居宅介護支援事業所と検討した。

1. 病状・疾患経過について説明が不十分

急性期病院入院時において、医師・看護師からの病状・疾患の経過に伴い、どのような問題点が発生し、そしてその対応についての十分な説明がないために、将来像をイメージしにくく、安易に治るまで病院に入院したいと思わせている傾向があり、そのため状態が落ち着いていても在宅療養への移行が進まないと思われる。

2. 急な在宅療養への移行

退院支援・調整の必要性を早期に把握していないために、実際の退院間際になり、慌てて調整を行うも十分とは言えない状況での退院・在宅療養への移行が見られる。特にベッドや介護備品などの在宅サービスの調整ができていないまま土曜日に自宅退院になるケースもあり、在宅サービス機関の休日のため退院3日目まで手配が出来ないなど重大な問題が起きている。

3. 病院スタッフの在宅医療への理解の不足

病棟主治医、看護師の在宅医療に対しての理解力不足のため訪問看護ステーション等への申し送りが不十分で、急性期病院と在宅療養機関、そして患者・家族との間のより良い信頼関係が構築できていない。たとえば、在宅医療で出来ることと困難なことを把握していないため、急性期病院で行っていた治療をそのまま継続しようとするれば、トラブルが起きることは明白である。

4. 介護者への指導と介護力の把握不足

入院早期からの介護者への指導が不十分であると同時に、その家庭での介護力を把握していないために、特定の介護者への負担が大きくなることを想定できずにいる。

5. 患者・家族と医療、福祉との連携不足

6. 病状急変時の対応方法の未検討

7. 介護疲れの未対応

在宅医療推進のための当院急性期病院としての対策を、以下のように考え、現時点で出来ることを実行し、更に改善中である。

1. 医師・看護師に対しての在宅医療研修会による知識・技術の修得

在宅医療に対しての知識・技術を持つことは重要と考えるが、それ以前に、急性期病院の医師や看護師に在宅医療に対して関心を持ってもらう必要がある。特に、管理職的立場にある人達に興味を持ってもらわなければ、急性期病院として在宅医療を推進することは不可能である。そのため、まず手始めの勉強会として、秋田大学医学部脳神経外科の同門で、急性期病院から在宅医療、訪問看護ステーション、介護施設と幅広く手がけており、医療法人将道会の渡邊一夫理事長に「今後の病院経営の展望と在宅医療」について講演していただいた。今後は、在宅医療推進に中心的な役割を果たしている先生による講義等を予定したい。

2. 入院早期からの在宅療養の説明

フローチャートとパンフレット作成し、入院早期からフローチャートに沿って準備を進め、パンフレットを使用しながら指導を開始している。

3. 入院早期からの介護力等の把握

4. 患者・家族の希望・不安の把握

退院支援・調整スクリーニングシートを作成し、入院早期から使用することで、介護力や患者・家族の希望や不安を把握し、ケアマネージャ等と連携を取りながら、在宅へ向けた指導・調整を進めている。

5. 病院スタッフとケアマネ、訪問看護ステーションとの早期連携と強化（症例検討会、研修会）

医師会と連携して、在宅医療を担うスタッフに現状報告をしていただき、問題点や疑問点、今後の対策等について話し合う研修会を行った。

6. 他職種合同の退院前カンファレンス実施

在宅希望患者・家族との退院前カンファレンスを主治医、看護師、在宅医、訪問看護師、ケアマネと合同で実施することを目標としている。入院時から他職種が連携するためには、退院前カンファレンスが必要であるが、現在のところ、在宅療養支援診療所の医師が参加できないことが大きな問題となっている。

7. 在宅療養支援診療所との連携強化（連携訪問診療）

当院入院時の主治医が、在宅療養支援診療所の第二主治医的な役割を果たし、訪問診療等を行うシステム作りを進めているが、診療報酬や経費をどのように配分するかなど問題も多い。また、急性期医師の休み時間を利用したボランティア的活動による連携のため長期的には急性期医師の負担となる可能性が高い。

8. バックベッド確保

4床を地域医療連携室管理下にし、在宅療養患者のバックベッドとして確保することを目指している。しかし、そのためにはベッドコントロールを各病棟で管理するのではなく、一元化する必要がある、理解と協力を得るためには少し時間がかかる。

以上の結果を踏まえ、在宅医療への移行を推進するためのフローチャートやパンフレットを作成し、入院早期からの退院支援・調整を行えるようなシステム作りを行い、約3ヶ月後にも上記と同様なアンケート調査を行った。

新たに入院となった患者とその家族に対して、事前にアンケートの概要を説明し、承諾を得られた対象は以下の通りで、前回のアンケート対象とほぼ同様と考えられる。

患者：男性10名、女性10名（平均年齢68.7歳）
 脳神経外科10名、呼吸器科6名、外科4名
 脳梗塞5名、脳出血5名、肺炎4名、
 癌5名（告知4名）、その他1名
 家族：男性10名、女性10名（平均年齢59.2歳）

医師：男性17名、女性3名（平均年齢42.4歳）
 脳神経外科2名、呼吸器科1名、外科3名
 消化器科2名、循環器科3名、内科4名
 研修医5名

看護師：男性1名、女性19名（平均年齢39.5歳）

結果はわずかながら在宅医療への流れが見られるも、全体としては残念ながら同様の結果であった。しかし、徐々に医療スタッフの在宅医療への関心は高まりつつあると思われ、今後の更なる推進が期待できると思われる。

変化としては、入院早期から退院支援や調整が必要だとの認識が、スクリーニングシートを通して把握できていることで、徐々に在宅療養への移行も進むと考えられる。

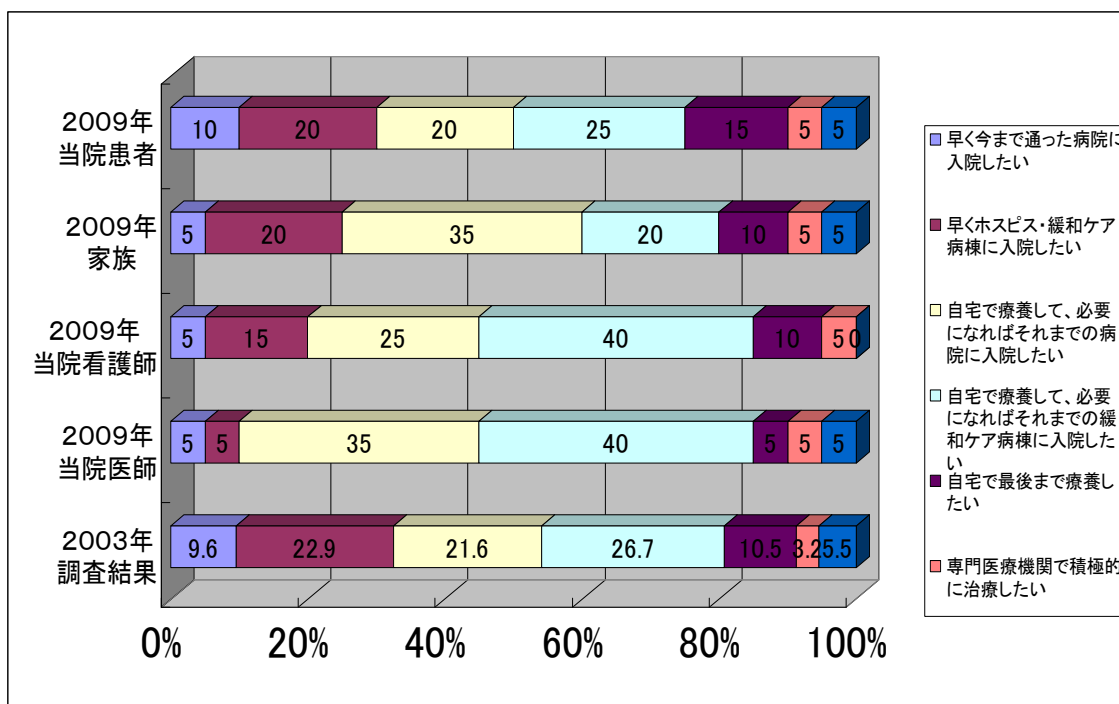


Fig 6 終末期の療養場所

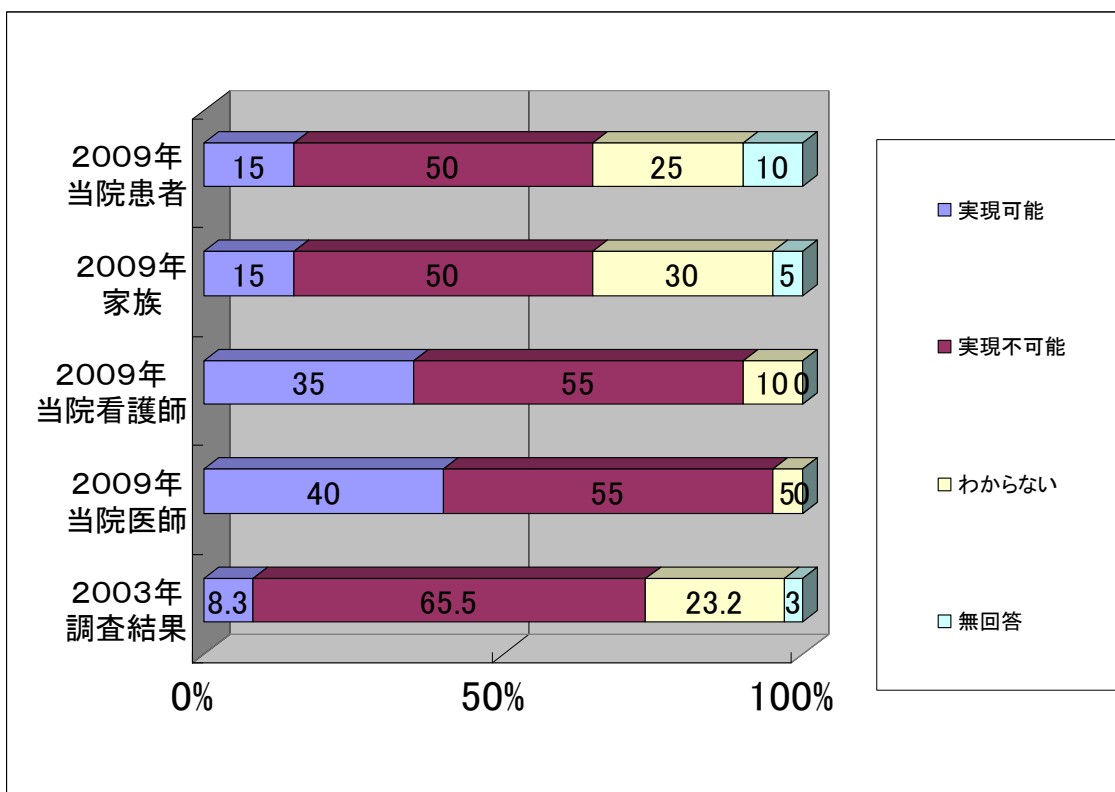


Fig 7 自宅で最後まで療養可能か？（癌）

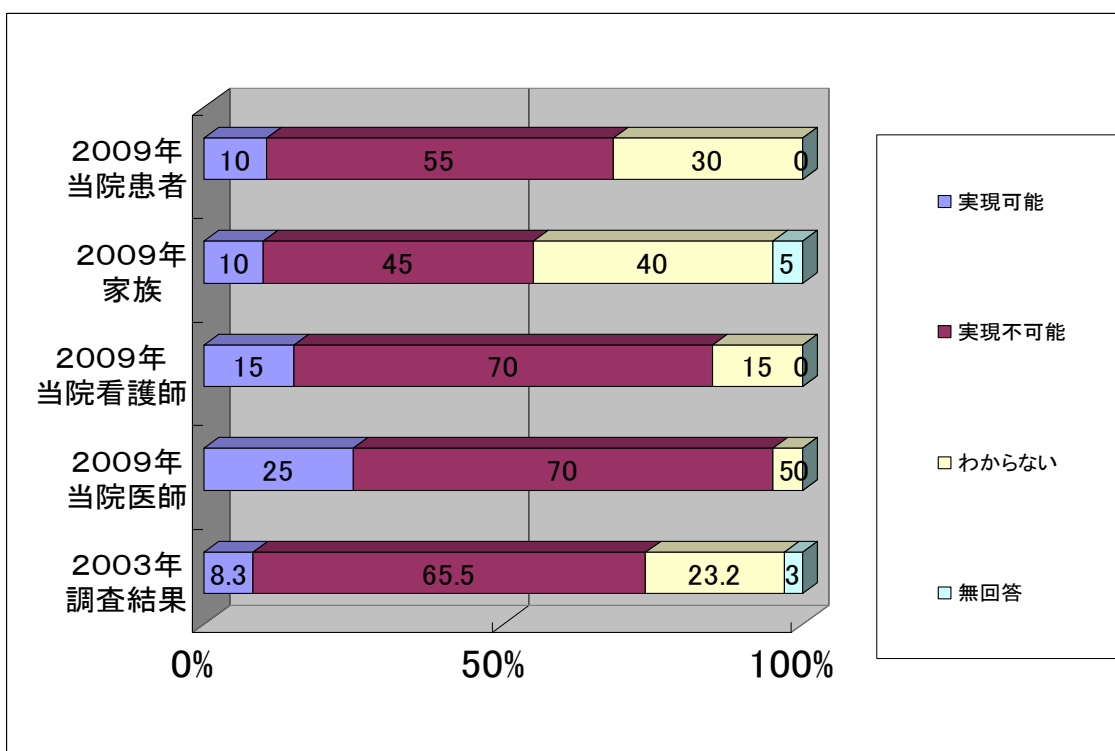


Fig 8 自宅で最後まで療養可能か？（非癌）

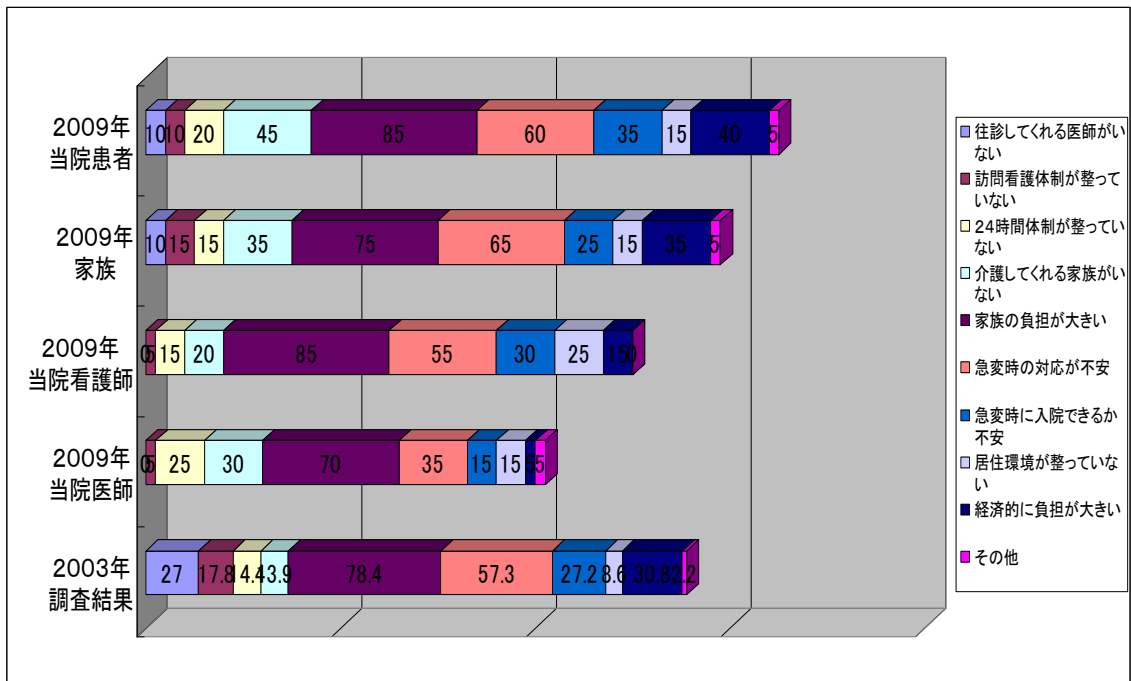


Fig 9 在宅療養困難な理由

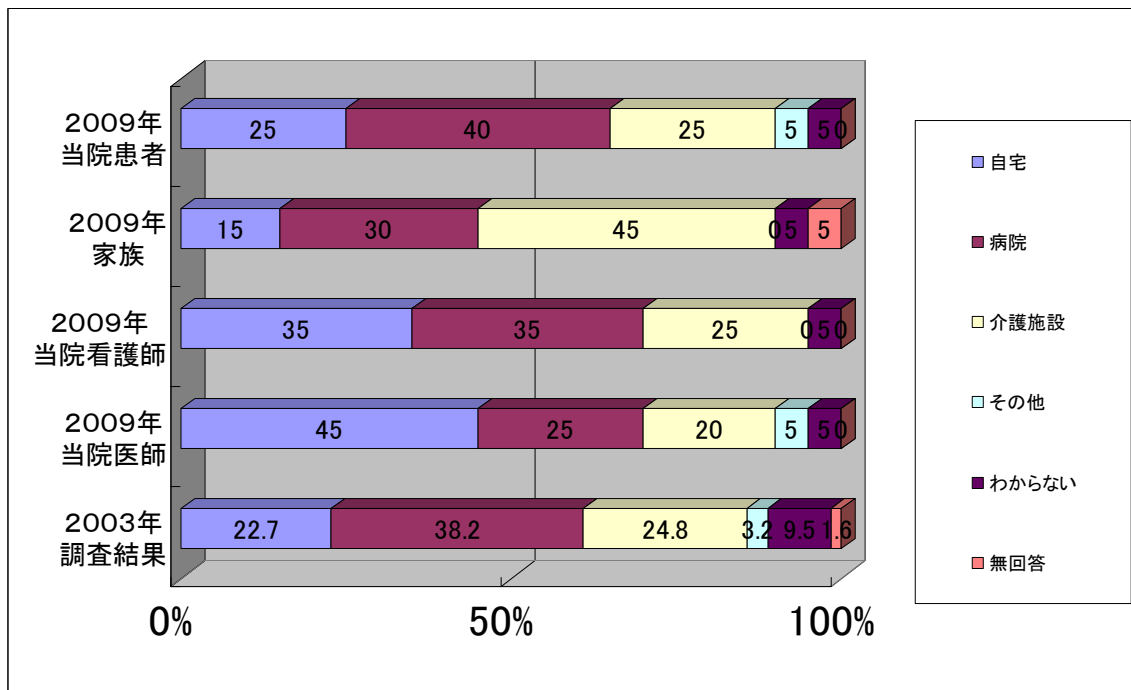


Fig 10 脳血管障害や認知症の場合の希望

結語

在宅医療を推進するためには、急性期病院入院時より患者・家族と共に在宅療養について考える必要がある。そのためには患者・家族と医療スタッフとで様々な情報を共有し、押しつけではなく、共感と共有認識に立ち在宅医療を目指す努力が大切である。

現状では、最後まで在宅療養を行おうと無理に考えるのではなく、急性期病院、ホスピスや緩和ケア病棟、介護施設、そして在宅療養が連携一体化した中での生活を考える。その結果としての在宅看取りができたなら最高とおおらかな推進が、時代の感覚とズレが少なく、結果として在宅医療を推進することができると思われる。

急性期病院から在宅医療を推進するため、試験的に緩和ケア医、脳神経外科医が在宅療養支援診療所と連携し、訪問診療を第二主治医として開始し、医療情報の共有を図り、急変時の対応不安を払拭できるよう模索中である。

特に、患者・家族にとっては、急性期病院入院時の主治医が、時々、自宅まで顔を出すことで、大きな信頼と満足感を得ることができると思われる。今後は、緩和ケア医、脳神経外科医に限らず、広く急性期病院の主治医が訪問診療などを通して在宅療養に関わることができるシステム作りを進めていきたい。

本研究は、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による。