

地域から求められる在宅特化型診療所になるための
改善プログラム：アクションリサーチ

聖隷三方原病院 緩和支援診療科 部長
森田 達也

2012 年度後期

2014 年 2 月 5 日

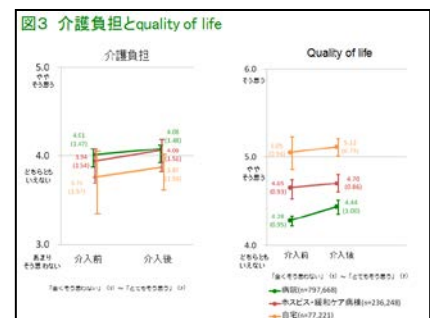
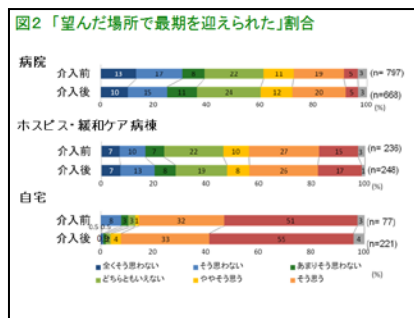
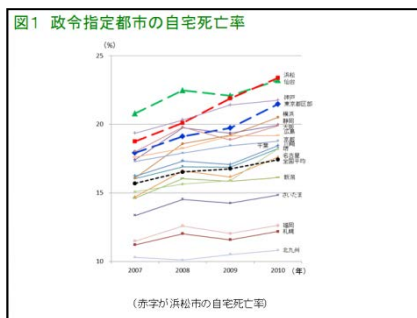
背景

2007年から2010年まで浜松地域では地域を対象とした大規模な地域緩和ケアプログラム(緩和ケアプログラムによる地域介入研究:OPTIMプロジェクト)が実施された^{1,2}。OPTIMプロジェクトでは、自宅死亡率が主要評価項目のひとつとして設定された。4地域全体でも全国平均と比較して有意な意味のある増加が見られたが、特に、浜松市においては早くから在宅医療の先駆的な取り組みを行ってきた仙台市を上回る自宅死亡率となった(図1)。しかも、自宅死亡は患者の90%以上が望んだものであり(図2)、家族の介護負担も増加がなく、患者・家族の評価した緩和ケアの質やquality of lifeも自宅ではもっとも高いことが明らかとなった(図3)。

地域緩和ケアプログラムでは、地域全体の多職種での複数のネットワークング、教育、専門家の支援を主な介入として行ったが、浜松市におけるこれらの望ましいアウトカムが得られた要因の一つに在宅特化型診療所が既存のリソースと連携して機能したことが挙げられる。OPTIMプロジェクトでは、期間中、①多職種でのグループワークやセミナーを行い退院支援・調整プログラムの改善を行った³⁻⁵、②介護保険の迅速化を行った、③一般型診療所からなるドクターネットと在宅特化型診療所のネットワーク化を行った、④診療所の個別訪問を行い診療所間連携のためのネットワークングを行った、⑤特化型診療所の遺族を対象としてケアの改善点や評価を得て地域の多職種で共有した⁵、などの活動を通じて、在宅特化型診療所をふくめた地域全体の在宅医療の改善をおこなった。

在宅特化型診療所は、GP(General Practice)制度を有さない我が国の在宅医療において在宅医療を提供する1つの形態であり、実際に、在宅特化型診療所または病院の在宅診療部門が高い機能を有している地域では自宅死亡率が高い傾向にある。その一方で、在宅特化型診療所と、医師会など既存の医療福祉リソースとの連携が課題とされることがしばしばある。在宅特化型診療所の地域の在宅医療におけるあり方の明確化が求められているにもかかわらず、「在宅特化型診療所にはどのような課題があり、課題をどのような方策で解決できる(できない)のか」を明らかにした研究や活動はない。

今後の我が国での在宅医療の展開を考えるうえで、在宅特化型診療所の自発的な質改善が可能となる枠組みを構築することは非常に重要である。本研究の目的は、浜松市の在宅特化型診療所1施設において、在宅医療についての課題を明確化し方策を抽出し実践し評価するまでの一連の過程を明らかにすることである。



対象・方法

浜松市の在宅特化型診療所を含む複数の医療福祉施設の医療福祉従事者を対象とした（患者・家族は直接の研究対象とはならない）。アクションリサーチの枠組みを用いて研究を行った。

1 課題の抽出

最初に、研究者（地域緩和ケアプログラムの実践経験のある看護師）が在宅特化型診療所と連携のある複数の医療福祉機関の医療福祉従事者を対象としてインタビュー調査を行った。インタビューは半構造化面接で行い、「(対象から見た)在宅特化型診療所に求めること・要望・実際の事例について困ったこと・問題・改善案」をたずねた。インタビュー内容は同意を得て録音した。浜松市内の病院医師、病棟看護師、地域連携看護師、訪問看護ステーション看護師、介護支援専門員、保険薬局薬剤師各1名から聞き取り調査を行った。回答内容を数行の意味単位として、内容分析(thematic analysis)を行った。分析は、地域の緩和ケアプロジェクトに関わった医師1名、看護師1名でおこなった。おおむね理論飽和が得られるまでサンプリングを行った。

2 課題の同定・解決策の計画

得られた要望をもとに、在宅特化型診療所の看護師と研究者とで課題の意味を解釈し、要望に応えるための行動計画を作成した。行動計画では、理論的に実施可能なものをなるべく多くあげ、そののちに実施可能なものを選択できる経過がわかるように記述した。

行動計画を策定する時点で、医師による患者への対応の違いをどうするかという課題が挙げられたため、医療福祉従事者に対するインタビューを追加した。

3 行動計画の実践

実践期間中に生じたプロセス（生じた困難・問題、解釈、対応と結果）を研究者が定期的にインタビューを行い記述した。

結果（1）課題の抽出

ひとりあたり平均して約1時間、合計61215語のデータが得られた。対象者は、在宅特化型診療所の果たしている役割と改善が求められる点をいずれも述べた。結果のまとめを表1に示す。

表1 在宅特化型診療所の役割と改善の求められる点

在宅特化型診療所の果たしている役割

- 1) 症状緩和の技術の必要とされる患者に対応してもらえる
- 2) 医療処置が多い患者・医療依存度の高い患者に対応してもらえる
- 3) 頻回に往診に来てほしい患者に対応してもらえる
- 4) 24時間いつでも迅速な対応をしてもらえる
- 5) 在宅診療のリソースが少ない地域の患者に広範囲に対応してもらえる

6) 患者を断らないので心強い・たよりになる

在宅特化型診療所がさらに改善が必要な領域

1) 診療所内の情報共有

2) 診療所と在宅チーム間（訪問看護、居宅介護保険事業所、保険薬局など）での情報共有

3) 在宅か病院かの場所の意思決定の支援

4) 死亡した患者の関係者への連絡

5) 紹介時のかかりつけ医師への連絡

6) 費用についての懸念

在宅特化型診療所の果たしている役割

在宅特化型診療所の果たしている役割として、1) 症状緩和の技術の必要とされる患者に対応してもらえる、2) 医療処置が多い患者・医療依存度の高い患者に対応してもらえる、3) 頻回に往診に来てほしい患者に対応してもらえる、4) 24時間いつでも迅速な対応をしてもらえる、5) 在宅診療のリソースが少ない地域の患者に広範囲に対応してもらえる、6) 患者を断らないので心強い・たよりになる、ことが挙げられた。

「いいところはいっぱいありますよ、あれだけ症状コントロールしてくれる先生はいないですよ。せん妄のコントロールを在宅であれだけする先生はいないですね。見たことない。前もってレスキューをちゃんと準備しといてくださる先生もほかにはいない。(たいていの先生は)症状が起きてから出すんです。(特化型診療所では)可能性がありそうだったら、出してくれているんです。いま初めてこんな状態になったけど、「この薬使って」って先生から言われるんですけど、「え？ そんな薬まだ処方して(もらって)ないです」って、「いや、あるある。冷蔵庫の中に入っているから使って」って。そしたら夜間でも土日でもいつでも対応できるんです、先生がいなくても、私たち(訪問看護師)がいくとき、それはいい。すばらしい。早い症状コントロールができるから、だから家にいれるんです。少しでも遅れて、苦しい思いをさせてしまうって家族が思っちゃったら、病院になっちゃうんですよ。徹底してるんで、あんだけ家にいれる。症状のコントロールこんな感じでっていったら、「ああ」ってすぐ対応してくれるし。ほかの先生だとやっぱり、もっともっと詳しく説明しないと、なかなか伝わらないところがある。症状コントロール的なところってというのは、何かぴったしくる感じがするんですよね」

「在診をしてるところが各地にあれば、そんなに困らないのかもしれないけど、今は診てくれる先生が少ない地域があるから、それは在宅特化型診療所だったら広範囲にカバーしてくれてるから頼めるっていうことで、そこに頼もうって。あとは、いろんな手技が多い人。例えば、ポンプを使うとか、腹水穿刺とか胸水穿刺とかい

ろんな手技があったりすると、なかなか普通の先生だと手間がかかったり、トラブルがあったときにすぐ対応できない、そういうのもあって、特化型に頼もうって思いますよね。特殊な手技とか医療行為が必要な人、頼みやすいね。できるだけ頻回に往診とか来てほしいひとも、（一般の診療所で）外来の合間にしか出れないとかだと、家族とか本人が不安になるから、在宅特化型診療所のほうがやっぱり患者さんも安心するっていうところがあるかなと思います」

「基本的に依頼されたらみんな断らずに取ってもらえてるっていう評価は高いと思います。頼むのに敷居が高いとかもほかの地域ではあるみたいだけど、浜松の場合だと、どんな大変そうな人でもまず受けてくれるっていうところでは、病院側からすれば、すごく頼りになるというか、在宅で診ていってもらえるっていうところでは安心できると思います」

在宅特化型診療所がさらに改善が必要な領域

在宅特化型診療所がさらに改善が必要な領域としては、1) 診療所内の情報共有、2) 診療所と在宅チーム間（訪問看護、居宅介護保険事業所、保険薬局など）での情報共有、3) 在宅か病院かの場所の意思決定の支援、4) 死亡した患者の関係者への連絡、5) 紹介時のかかりつけ医師への連絡、6) 費用についての懸念、が語られた。

1 診療所内の情報共有

複数の医師がかかわることや、診療所内で患者の情報を集約している担当者が明確でないことにより、診療所内で情報共有が十分できていないように思われることが語られた。一方で、多数の職員がかかわることで地域全体を対象にできていることから、診療所内での多数の患者の情報共有をすることのむずかしさも理解されていた。

「例えば、（まず）担当の先生（がひとり診察した後に）、次にはまた違う先生が来る、どうしてもそれがある中でちょっと心配というか、どこまで伝わっているんだろう、この前お願いしたことがまた「あれ？ そうなんですね」ってところが（あります）。われわれが伺ったところを連絡をしたこともご本人には、どこまでどういうふうな流れで伝わって連携が図られているのかがなかなか見えにくくて不安になってしまうってというような声はちょっと、ちょっとというか、結構聞くことがあります。困ったというよりは、どこまでどういうふうに伝わっていくのか、お願いしたことがちゃんと伝わっているのか（伝わっていないからもう一度言ったほうがいいのか）、見えなさのところでの不安になるってところはありませんでした。実際に診療に来てくださってる時に、「わかりました。じゃあそこは確認して、またお返事します」っていうことだったんですが、そこが次のところになかなかうまく

多分伝わっていたのかもしれないんですが、こちらのほうには明確な返答がなかったりがちょっとあったんで、そこが。われわれとしては、もとの先生に（もう一度）そこをお伝えしていったらいいのかなっていうところで。先生も大勢の方を分担で診てくださるからこの（浜松の広域の在宅診療の）支援ができるっていう（いい）ところ（もあるので）、情報の連動っていうのがどこまでできるかって言ったらなかなか難しいところがあるとは思っているので、主となる方がだれとか伝達窓口がはっきりしていれば、それだけでかなり改善されるというか」

「いろんな先生が来て、毎回、毎回その先生方に説明をしなきゃいけないっていうことで、（診療所を）変えてほしいということがありました。患者さん（からみってみると）、来る先生、来る先生に毎回一から十まで言わなきゃいけなくなってしまうっていうものが（あったんだと思う）。なので、（特に一貫した対応が必要な患者さんには）、「この患者さん、こういうことがあるから先生たちそんなに変わらないようにしてほしいんだけど」って依頼をしたこともあります。3人くらいでせめて固定してほしいとお願いしたことがあります。私たち、あなたのことわかってますよっていうことを示すことにもなるので、「この前はこういうふうなことで、こうやりましたよね」、「痛み止めの状況をこう変えましたけど、どうですか」とかいうようなかたちで入っていけば（違うかも）と思うんです。ちょっとそういうところが強化してほしいかな」

それぞれの判断に任せてると思う。あるいは、もう担当の医師が決まってる、ほかの先生は、だから実際に診察とかに行っていないから、実際にどんな状況かは、その先生とか看護師さんからの情報しかないから、そこまで判断がしにくいかもしれないですよ、実際に診てなかったらね。だから、共有するっていうのが、病棟みたいに総回診とかができるわけじゃないから、1人ずつが行くので、行かない人にとっては、また聞きでの情報だけだから、確かに。もうその主治医に任せるっていうふうになるのかなと思うけどね。

2 診療所と在宅チーム間（訪問看護、居宅介護保険事業所、保険薬局など）での情報共有

診療所と在宅チーム間での情報共有について、訪問看護ステーションと診療所看護師間での計画について一緒に顔を見て考えられる機会、入院のタイミングについて患者を在宅で見ている多職種一医師・看護師・介護支援専門員で相談しあう機会、保険薬局からは処方変更に関する理由や検査データを共有したいという希望が語られた。OPTIM プロジェクト中に顔の見える関係ができていったが、その後職員の交代や増員により、顔の見える関係が希薄になっていることが語られた。福祉職からは、紙媒体以外の主旨を伝えやすい連携するためのツールがあればよいという希望がきかれた。

「（在宅特化型診療所の）看護師といっしょに連携とりながら一緒にやっ
ていかなきゃいけないんだけど、向こうの看護師のやることとうちらのやること
がまた違ったりするんで。この曜日はこっち、向こう、こっち、向こうって日で
分けているので、なるべく同じ役割でいくといいだろうっていう感じはするんで
すけど、そのへんの合わせるのが、よくよく連絡とっていかないと難しい。毎日
の記録は連携しているとどこのステーションも記録を送ってると思うんですよ。
向こうからも、毎日。だから、一応やってることとか、こういうことをやりまし
たとかっていうのは、わかるんです。こういう状態でしたとかっていうのは。で
も、一緒に合わせて計画立ててっていうのは、また違う話。どうしていくのがい
いか、ケア内容をいかに継続性をもたせていくかとか、そういうところがもう
少し話し合いしていかなきゃいけないんだろうなと思うところかな。前はアウト
リーチとかで本当によくよくいってて、利用者さんのことも話をよく知ってた、
顔合わせて。今はそこまでしてないんで、電話でちょこっと話しするぐらい。1
人1人について、じっくり話をするほうがいいんでしょうね。「何回いく？ここ何
曜日、こっちとる、あっちとる」っていう話はするんだけど、方針とか看護計画
とかも話をしながらいけるといいだろうな。あまりにもでかくなり過ぎちゃっ
てるもんでね。どんな人がどうやって働いてるのかも全然わからなくなっちゃう。
まだこぢんまりとしているころは、大体わかってた。こういう人がいる、ああい
う人がいるちゅって。今は本当にわかんないし、先生もわかんないし。だから、
本当に顔の見える関係作りっていうのが、難しくなってる」

「困ったことと言えば、入院のタイミングが、診療所のドクターと訪問看
護師とケアマネとの中で統一されてなくて、例えばケアマネさんから「早く入
院させてほしい」とかと言って、こちらからドクターのほうに聞いてみると「い
や、そこまでではない」とか、ちょっと一致してなかったりとかっていうこと
があって。なかなかこちらでどういう状況なのか実際に見てないから、わから
ない。できればカンファレンスとか、定期的にしても緊急のときには難しいの
かもしれないけど。ちょっと職種間で見解が違うっていうところがたまにあり
ます。そういう医療者側のずれは、まず（在宅チームで）カンファレンスか何
かをして統一して連絡をもらえればいいな、とは思いますが。同じ日とか、
1日違いぐらいで、別の内容でこちらに直接連絡が来てしまうと、こちらはど
うしていいのかわからなくなるので……。例えばケアマネさんがそう思うだ
ったら、それを在診中の医師に言って、まとめて「そうだね」っていうことで
（誰か決まった人から）連絡をもらえばいいと思うんだけど。思ったところで
連絡が来たりとか、「こうしたほうがいい」って言われて、医師に確認すると

よくわかってなかったりがあったりするから。その人は緊急性があると思って最優先に連絡をしたとは思うんだけど、できれば、とりまとめてからの連絡っていうのもいいのかなと思うんですね」

「処方だけじゃなくて、検査データとかそういったのをいただけるとわかりやすい。わかりやすいっていうか、こちらもいろいろと何でそういう処方変更が行われたとかわかりますし。同じ症状を見ても、先生は病状の変化をまず考えて、薬剤師は副作用を疑うっていう見る視点が違ってくるので、そういう有用なデータが欲しいかなと。処方の変更の時は、なぜそうなったかがわかるとうれしいっていうことです」

「特に終末期とか医療依存度が高い方を診療する時は、紙ベースだけではない情報共有、例えば先生のほうからちょっとこういうところをもう少しフォローしてあげてっていうような指示がいただけたりとか、そういうコミュニケーションツールというか、何か手法を作っていけるといいのかなっていうふうには思っています。いま医師会のほうで情報共有を電子カルテでっていうのやっていて、あれはあれで別ソフトというか別枠になってしまうので、どこまで活用ができるのかっていうのはわからないですが、手法としては多分ああいうことだと思うんですね。なかなか必要な部分の情報が……。紙でわれわれから相談用紙で送付をさせていただく中には、どうしても紙で文章に起こして送付をすると、今の状況だとニュアンスが馬着く伝わらない、違ってしまうこともあるので」

3 在宅か病院かの場所の意思決定の支援

患者が最期を迎える場所を決めるときの診療所と患者・家族の認識の違い、診療所と訪問看護ステーションとの認識の違いが語られた。患者・家族との認識の違いについては、患者・家族が相手によって希望を違うように伝えている可能性が指摘された。診療所と訪問看護ステーションとの認識の違いについては、理念での違いもあるので、(理念での対立ではなく)現実的な対応をするほうがよいという意見が述べられた。

「医療者側と家族との思いでずれてたり。医療者は入院させたいって思ってるので、こちら(ホスピス病棟)にいろいろ連絡が入ってくるんだけど。家に電話してみたら、(患者と家族が)「まだもうちょっと家にいたい」って言って。「いや、まだ入りたくない」っていう人もいたので。ちょっとその辺で医療者側の思いが、ほんとに患者さんとか家族の思いを代弁してるかと言うと、そうでもないような感じがする事例がある。多分、第三者的に見ると、こんな状態だったら入院したほうがいって思う状況なんだと思うけれども、本人とか家族にとっては

家でみたいとか過ごしたいって思っている人も中にはいるっていう（ことだと思う）。

逆もあって、こんなに恵まれてるんだからもっと在宅でできるだろうって医療者は思ってるけど、家族は「もうとても限界で早く入れてほしい」と言って、家族から直接ホスピスに連絡、「いつになったら入れてもらえるんだ」みたいな感じで言われて、医療者のほうに聞いてみると、「いや、まだそんなに入る必要はない」というようなところもあって……。そういうところでのずれがあったり、そんな多くはないけど時々ありますかね。

多分家族も言うことが相手によって変えてる可能性はあると思うんですね。だから、家族も、その人には「もう入院させたい」とか「入院してほしい」とか言ってるけど、こちらから聞くと、「いや、それほどでも」とかって言ってる可能性もあって。だから、絶対間違ってるとかね、意見を組み上げてないっていうわけではない。もしかしたら、家族がそれぞれの役割に応じて何か自分のちょっと言うことを変えたりとかしているかもしれないですけどね」

「在宅特化型なんで、多分在宅でなるべく過ごせるようにという方向で話をするじゃないですか。でも、よっぽどサポートしていかないと、在宅にしようって家族はすぐに思わないと思うんですよ。普通は難しいと思うでしょうかね、家族って。だから、すごく一生懸命説明するんでしょうけど、それがちょっと強いときがある（ように思う）。実際症状のコントロールとかとれてたとしても、家族だけで最後を見るってすごく不安が強いじゃないですか。でも、「そのときは呼んでくれたらいつでもいきますからね」とかっていうと思うけど、いつでもいけるっていう対応だけじゃ不安でしょうがないんです、まだ。24時間いるわけじゃないから。なんで、そのへんを何かもう少しこう、すすめるのはもちろんいいんですけど、家族の気持ちをくみ取って（ひとつひとつ丁寧にサポートして）いただけると助かるなということもある。

私たちはなるべく中立になって思ってるんで、こうやったら家にいれるでしょうっていう情報は私たちも知ってると思うんですよ。けど、いろいろ聞いていったら、やっぱり病院という結果になりましたって報告するときもあるんですけど、「うーん。もうちょっと在宅を勧めてほしかった」という話になったりもするんですよ。そのへんは違うんでしょうね、考え方が。（在宅特化型診療から見ると）もうちょっと足りなく見えるんでしょうね。私たちにとっては勧めすぎな感じがするんですよ。だから、そこのへんが事業所の成り立ちが違うもんで、なかなか理解し合えないところなんだろうな。この悩みが0になることはないでしょうけど、それよりも一緒にやっていくメリットのほうが高いから一緒にやってるって感じかな」

4 死亡した患者の関係者への連絡

ホスピス科の医師からは、診療所で見ていた患者が死亡した時に、連絡がない場合に、家族に連絡をしてしまう経験が語られた。

「診療所から直接ホスピスを予約した人だったら亡くなった場合に連絡がもらえるんだけど、ほかの病院からホスピスをもう予約して在宅に移行した人の場合に、ホスピスを予約してることを知ってるのか、知らないのかわからないけども、在宅で亡くなっても、なかなか連絡がもらえなかった。あるいは逆に、非常にまれだけど、（患者さんのお宅に）「そろそろ順番だけど、どうしますか」みたいな連絡をしたら、もう亡くなってたっていうことがあるので、亡くなった人の連絡がホスピスに欲しい。こちらからも確認しているんだけど、1カ月前ぐらいに亡くなってた人とかもいるので、誰がホスピスを予約してるのかどこまで把握してるかわからないんだけど、もし把握できるんだったら、亡くなったら連絡が欲しいなって。初診の時には、「分かった」って思っても、半年とか1年たってる人だったら忘れてしまったりとか（はあると思う）。だから、カルテに「ホスピス予約済み」とか何か開けばわかるとか、そうしてれば事務の人でも亡くなったら連絡できるので。例えば、うちの地域連携室は亡くなったら必ず「この患者さん亡くなって紹介元に返事書いてください」って紙が回ってくるから、抜けがなく報告が行くんだけど。何とかそういうのが、亡くなった人だけでも教えてもらえれば。滅多にないけど、まれにちょっと家に連絡してまったら、もう亡くなってたとかだと申し訳ないので）

5 紹介時のかかりつけ医師への連絡

紹介時に、病院医師や介護支援専門員が患者にかかりつけ医師がいることに配慮せずに在宅特化型診療を紹介した時に、かかりつけ医師から病院連携室に懸念の連絡があることが語られた。何回かあったが最近では、在宅特化型診療で初診の患者を引き受けるときに、かかりつけ医師がいるかを確認していることが語られた。

「（病院医師や）ケアマネージャーが在宅特化型診療所のことを説明してすすめていっちゃうのは、連携室としては一番困るパターンですね。良かれとしてやってくれてるんですけど、かかりつけ医がいるにもかかわらず連絡もしてなくて、在宅特化型診療所に「ここがいいよ」って連絡が伝えられちゃった後のやりとりは難しいです。家族もその気になってるし、病院とかかりつけ医師との関係を壊すわけにはいかないしってなると……。最近では、以前はすぐに受けてけども、（初診の段階で）「かかりつけ医がいたようだけでも、かかりつけの先生へ

の連絡は病院のほうからしてもらってますか」という確認が入ります」

6 費用についての懸念

患者・家族が訪問を希望していない時の在宅診療、往診回数、長期間の処方について、費用がかかるとの意見があった。一方、地域全体を支えるためのインフラを維持するためにはやむおえないのだろうと考える意見もあった。

「医者って（在宅特化型診療所に）限ったことじゃないんですけど、何か困ったよっていう報告があったら、「じゃあ、この時間にいきますよ」って言って、別にきてほしいと思わなかったことでもいったりする。先生は気を利かしてなんでしょうけど。先生が必要だと思ったら「今からいきますね」っていったりとか。なので、多分一部の人たちには、呼んでないのにきたという声もだから聞くんですよね。お金がかかるんですよ。先生がきてくださるのはあり難いので、そんなに皆さん言わないですけど、中にはそうやって（費用のことを）言ってくる人がいるんで」

「訪問診療の回数だって、患者さんたちが「来なくてもいい」って言ってるのに来ちゃうっていうのはなしがをきくでしょう。必要性があったとしても、望んでないのにそこまでして……。臨時の往診が困るからっていうのはあると思うし、数の多さをこなしてなきゃいけないっていうところからかもしれないし」

「人がいっぱい過ぎちゃって、疲れる、毎回来るから。あと費用面も、費用が掛かるといわれたことがあります。自分たちはそんなに往診来てほしくないのに、積極的に来てくれちゃうっていうのは、ちょっとということ。以前、薬のことも、「高い薬なのに予備の量が多過ぎる。ほとんどもう1日～2日で亡くなりそうなくらいの状態の患者さんなのに1カ月に近い分の薬をボツと出した」っていうようなことも（聞いた）」

結果のまとめ

以上から考えて、浜松市における在宅特化型診療所は、症状緩和の技術の必要とされる患者に対応してもらえる、医療処置が多い患者・医療依存度の高い患者に対応してもらえる、頻回に往診に来てほしい患者に対応してもらえる、24時間いつでも迅速な対応をしてもらえる、在宅診療のリソースが少ない地域の患者に広範囲に対応してもらえる、患者を断らないので心強い・たよりになる、点で地域全体の在宅医療に大きく貢献していると考えられる。

一方、組織を維持するうえで大規模化することが必要であり、それに伴う施設内・施設間の連携と多数の患者の情報共有についての課題が次の課題であると考えられる。具体的には、1) 診療所内の情報共有、2) 診療所と在宅チーム間（訪問看護、居宅介護保険事業所、保険薬局など）での情報共有、3) 在宅か病院かの場所の意思決定の支援、4) 死亡した患者の関係者への連絡、5) 紹介時のかかりつけ医師への連絡、6) 費用についての懸念、がある。

結果（２） 解釈・改善策の策定と実践の経過

以上の結果をもとに改善策を策定するにあたって、実際の文脈でなぜこれらの現象が観察されるのかについての解釈を行った。

表２ 特化型診療所に求められる機能に対する改善案

1 診療所内の情報共有

診療圏の縮小・対応人員の縮小
主治医制の導入
申し送り時間の充実
専従のコーディネーター
多職種を同じフロアに配置
電子カルテのクラウド化
患者データベースの作成
非常勤医師へ診療の連続を意識した診療を助言

2 診療所と在宅チーム間（訪問看護、居宅介護保険事業所、保険薬局など）での情報共有

適宜のFAX・電話での連絡
患者ごとのプチメーリングリスト
静岡県地域共有電子カルテ
訪問看護ステーションとのあいだの定期的なテレビ会議ミーティング
ケアマネの日のような多職種での患者情報共有ミーティングの定期的な開催

3 在宅か病院かの場所の意思決定の支援

療養場所の移動の決定を行う前の多職種ミーティング（それぞれどんな希望を聞いているのかの確認）

4 死亡した患者の関係者への連絡

ホスピス科待ちの患者リストの作成と死亡時に連絡をする業務手順

5 紹介時のかかりつけ医師への連絡

紹介時に事務職から申込者に「かかりつけ医がいるか」を確認する業務手順

6 費用についての懸念

患者の希望、予備薬剤の必要性、信頼を構築するために必要だと考えていることを共有

1 診療所内の情報共有

診療所内の情報共有については、もっとも大きい原因は、広い浜松市（人口 80 万人）の全体のエリアをカバーするために、1）常勤医師 3 名・常勤的非常勤医師 1 名に加えて、5 名以上の非常勤医師で仕事を行わなければならないこと、および、2）主治医制をもつと主治医が遠方に往診に行っている場合に他の医師が全く対応できなくなるリスクを減らすことができること、3）夜間当番をする医師が全く知らない患者にあたる頻度を減らすことができることから、もともとなるべく複数の医師が担当するようにしている（あえて主治医を決めていない）ことによるものだと解釈された。医師のみならず看護師も同様の対応としていた。患者の希望や患者の状態（生命予後が切迫している、苦痛や不安が強いなど）によって固定した医師が持つほうがいい患者はなるべく少数になるように設定してはいるが、やむをえず複数名になる場合に問題になると解釈された。

それに代わる情報共有手段として、専従のコーディネーターを複数名配置し、患者の状態を朝・夕のカンファレンスで医師・看護師全員に共有できるような仕組みは運用されていた。医師・看護師は同じフロアに机が並ぶように設計されており、物理的なコンタクトも容易なように設計されていた。しかし、実際に診療する患者数と変化のスピードから考えて、これらの対応でも情報の共有が十分ではない場合があると解釈された。

診療する患者数を限定して主治医制にすれば診療所内の情報共有は向上することが見込まれたが、一方、浜松市全体の在宅を希望する患者に応じることができなくなる（在宅を希望する患者がいても在宅医療を提供できなくなる）ことが推測された。したがって、浜松市全体の在宅医療を提供するためにある程度の情報の分断化はやむ負えないと考え、以下の可能な対策が検討された。

1）診療所電子カルテのクラウド化

現在診療所に戻らないと患者のことがわからない情報システムを充進し、往診先・訪問看護先でも患者情報がみれるように診療所の電子カルテをクラウド化する計画とした

2）患者データベースの作成

これまで複数あったデータベースをひとつにまとめ、患者情報を一元管理とした

3）非常勤医師へ診療の連続を意識した診療を助言

医師によっては、「患者さんが多数で見ることを不安にしないためのインストラクション」を行っていた。すなわち、状況が初診でわかりにくいこともあるが、あまり細かいことをいちいちききなおさないなどの方法で行っている方法を診療所の非常勤医師に対してインストラクションすることとした。関連する事項として、看取りの時にもこれまでに見ていない医師が診察するとき一定の方法を書いたものが有用かもしれないとの意見が出された。

2 診療所と在宅チーム間（訪問看護、居宅介護保険事業所、保険薬局など）での情報共有

診療所と在宅チーム間（訪問看護、居宅介護保険事業所、保険薬局など）での情報共有についても、FAXによる情報交換に加えて、状態が変わるたびに電話で連絡が行われていた。

これ以外の選択肢として、IT系ツールの導入はいくつかが検討・試みられた。電子メールなどのITツールについては、「意見を伝え合うときにはメールではなくて会って話をするか電話のほうが伝わりやすい」という理念があるため積極的には検討されなかった。以下の2つが試験的に採用された。

1) 患者ごとのプチメーリングリスト

患者ごとに関係者でメーリングリストを作成して情報共有を行うことが提案されたが、「直接話すほうがその場での気持ちが伝わる」という意見があり実施はされなかった。

2) 静岡県地域共有電子カルテ

地域医療再生計画で作成された静岡県地域共有電子カルテも試験運用されたが、ログインできる施設に限りがあること、二重記録になるといったこれまでの電子カルテにいわれたことと同じ理由で運用の労力をうわまわるメリットは体験されなかった。

その他、連携の多い訪問看護ステーションとのあいだの定期的なテレビ会議ミーティング、ケアマネの日のような多職種での患者情報共有ミーティングの定期的な開催も検討されたが、実際に、患者への診療を行う予定となっている日が多く日程をつくること自体が困難と考えられ、研究期間中の実施は見送られた。関連する事項として、在宅での緩和ケアのためのリハビリテーションのあり方について提案された。

3 在宅か病院かの場所の意思決定の支援

在宅か病院かの場所の意思決定の支援については、そもそも、患者・家族が相手に応じて希望が変わる（違う希望を述べる）可能性、病院からの退院時には決定していないことが多いこと、決まっても状態によって変わることから、具体的な改善策としてシステムのことは挙げられなかった。場所の移動の際には多職種での検討をして、誰に対してどのような希望が表明されているのかを確認して先にすすめるようにしているが、患者・家族が相手によって希望は変わる現象がありうると解釈された。今後の課題として、患者・家族から見た適切な意思決定の時期についてインタビュー調査・質問紙調査をする必要があるとの意見が述べられた。

4 死亡した患者の関係者への連絡

死亡した患者の関係者への連絡については、ホスピス科待ちの患者を把握するリストがなかったため、リストを作成して死亡時は連絡をする業務手順が作成された。これ以降、おおきな問題はないことが確認された。

5 紹介時のかかりつけ医師への連絡

紹介時（初診時）に専従コーディネーター（事務職）から申込者に対して必ず「かかりつけ医がいるかどうか」を確認し、いる場合には了解を得て紹介してもらう業務手順とした。これ以降、おおきな混乱はないことが確認された。

6 費用についての懸念

費用の説明については、実際に在宅診療を始めてから「費用がこんなに高いとは聞いていなかった」という事例が多かったことから、なるべく早い時期に説明するようにしていると解釈された。また、予備の薬剤については夜間など出せない時もあるのでなるべく説明しておかしてもらうようにしていると解釈された。さらに、診療回数については、報酬を得ることよりも、「まったく見ていない患者（信頼関係もない患者・家族）」といきなり状態の悪いときにあっても対応しにくいいため、なるべく状態が比較的安定している時でも信頼関係ができるまでは訪問をお願いしていると解釈できた。以上の結果はすでに連携の取れている各病院の連携部署と情報共有をした。

まとめ

1年間の特化型診療所を対象としたアクションリサーチによって以下のことが示唆された。

在宅特化型診療所は、果たしている役割として、1) 症状緩和の技術の必要とされる患者に対応してもらえる、2) 医療処置が多い患者・医療依存度の高い患者に対応してもらえる、3) 頻回に往診に来てほしい患者に対応してもらえる、4) 24時間いつでも迅速な対応をしてもらえる、5) 在宅診療のリソースが少ない地域の患者に広範囲に対応してもらえる、6) 患者を断らないので心強い・たよりになることで、地域の在宅医療に貢献していると評価されていた。

一方、在宅特化型診療所がさらに改善が必要な領域として、1) 診療所内の情報共有、2) 診療所と在宅チーム間（訪問看護、居宅介護保険事業所、保険薬局など）での情報共有、3) 在宅か病院かの場所の意思決定の支援、4) 死亡した患者の関係者への連絡、5) 紹介時のかかりつけ医師への連絡、6) 費用についての懸念が挙げられた。

しかし、その多くは本質的には「メリット（他に優先すること）との trade off」であった。診療所内の情報共有は、地域全体の多数の患者に対応するために人員・時間を分けて対応せざる負えない結果と考えられた。診療所と在宅チーム間での情報共有については、ITリテラシーやコミュニケーションに関する直接話し合うことの大事さという理念があった。在宅か病院かの場所の意思決定の支援については、本研究で詳細を明らかにできなかったが、おそらく、患者・家族の希望自体が相手に応じて表現を変えている可能性も示唆された。死亡した患者の関係者への連絡、紹介時のかかりつけ医師への連絡について

は業務手順を作成することで問題の解決が可能であった。費用についての懸念は、事情から考えれば納得できるものだと解釈できたため、これを関係者内で共有した。

本研究で行われた関係者のヒアリング→結果の解釈と対応策の策定・実施→評価、という方策は、全国各地の個々の在宅特化型診療所が地域から求められる役割を果たすためのPDCAサイクルの方法モデルとなる可能性がある。

本研究の限界として、研究期間内に再評価まで行うことができなかったこと、研究期間が短くアクションをすべて行うことができなかったこと、1施設の結果であり一般化できない可能性があることがある。

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による。

文献

- 1) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *Lancet Oncol* 14:638-646, 2013.
- 2) OPTIM Report 2012. エビデンスと提言. <http://gankanwa.umin.jp/>
- 3) 森田達也, 野末よし子, 宮下光令, 他. 在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か?. *Palliat Care Res* 7(1):317-322, 2012.
- 4) 伊藤富士江, 井村千鶴, 森田達也. がん在宅緩和医療の課題と解決策に関する診療所医師を対象とした訪問調査. *緩和ケア* 20(6):641-647, 2010.
- 5) 佐藤泉, 小野宏志, 細田修, 他. 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価. *訪問看護と介護* 17(2):155-159, 2012.