

「在宅医療の実践と開業医グループ化のシステムに関する考察」

『併診制在宅医療』の確立

高田 實 1、NPO 法人堺在宅医療推進会

1. 近畿大学医学部堺病院腫瘍内科

研究の背景

大阪府堺市の泉北地区は府営住宅を主に行政指導で建設されたニュータウンで大阪市の南部に位置し人口は約 16 万である。泉北地区住民は徐々に高齢化し府営住宅を主とする住居はエレベーターもなく、バリアフリー設備なし、せまい風呂のごとくその住宅環境は、現在の住宅状況と比較すると優れているとは言えない。特に高齢化が進むこの地区で、老老介護、エレベーターが無い住宅での生活等は高齢者患者にとって大きなハンディとなっている。近畿大学医学部堺病院は 10 年前に国立泉北病院から移譲し現在その地区の医療の中核を担っている。NPO 法人堺在宅医療推会は平成 21 年 4 月 1 日設立し、その活動指針は

1. 在宅医療・ケアに関する調査・研究
 2. 在宅医療・ケアに従事するスタッフの育成
 3. 在宅医療・ケアに関する広報活動、イベント及び市民公開講座
 4. 癌終末期患者の在宅緩和・看取りの調査・研究
- である。

堺市在宅緩和ケア懇話会は泉北地区医師会（構成員 102 名）、堺市医師会と密に連絡をとり共に在宅医療推進に向けて積極的に取り組んでいる。

この度開業医と連携した在宅往診システム特に併診制訪問診療（開業医と勤務医の併診往診性）を主に解析した。

1. 施設

現在まで行ってきた併診制訪問診療を実施した病院は表-1 のごとくで、それぞれの地区の特徴は A 病院は大阪泉南地区（農業、漁業、商業、住宅混在）の中核市民病院、B センターは堺市中心部（商業、古くからの住宅地）の旧国立療養所の胸部疾患専門センター、C 病院（戦後開発新興住宅地）は私立大学病院の分院である。B センターは呼吸器専門病院、他の二病院は総合病院である。ベッド数はほぼ同数で、職員の総数は総職員数、医師数共に A 病院が最も多く、医師数は A 市民病院、大学 C 病院ほぼ同数で、B センターは医師数は約半数である。地域連携室、医療ソーシャルワーカー、連携室専用看護師、連携室併任の看護師は A 市民病院が最も充実している。

2. システム

A病院、Bセンターでは連携開業医とそれぞれの病院の医師が患者宅を相互に往診する併診制訪問診療を（図-1）用いた。C病院では併診制訪問診療は行っていない。

退院前調整の流れは図-2に示すごとくで、主治医が依頼用紙を医療ソーシャルワーカー（MSW）に送付、地域連携室（医療ソーシャルワーカー（MSW）もしくは専任看護師（NS））が病棟を訪問、情報収集の後、患者、家族面談し、連携開業医、訪問後ステーションと連絡を取り、その後、院内の多職種癌チームカンファレンス（図-3）を施行する。多職種癌チームカンファレンスの構成員は主治医、病棟看護師、病棟医長、緩和ケアチーム、薬剤師、栄養士、心理士、MSW、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、外来ケモ看護師である。そのカンファレンスで在宅の対応準備を検討し、退院前に連携開業医を含めて退院前調整カンファレンスを行う（図-2）。このシステムはBセンターではこの通り実行し、A、C病院では一部変更して運用した。またBセンターでの「退院前調整カンファレンス」は参加メンバー全員という完全な形式で実行できている頻度は少ないが、患者、家族、MSW、訪問看護師、病棟看護師、病院主治医参加の形でのカンファレンスは約7割で実行してきた。全職種参加の完全な形の「退院前調整カンファレンス」が充分に行えない理由は終末期である患者が対象なので時間的余裕があまり無い事、日常ルーチンワークが忙しい各職種の参加者の時間調整が困難であることが主たる理由である。

併診制訪問診療の方法は相互の医師（病院在宅担当医師と開業連携医師）の訪問の頻度は患者の病状に合わせて行う。A病院では連携開業医と各々週一回、Bセンターでは相互に週一回であった。重症化すれば主として連携開業医が頻回に訪問する。携帯電話で24時間患者、連携医と連絡がとれるようにしている。急変時は連携医が往診または直接病院に連絡があり、状況に応じて病院へ緊急搬送されるようになっている。病院に緊急搬送された場合の対応は大部分は当直医師、場合によっては在宅担当医師が行う。緊急入院時のベッドは必ず確保されている。当直師長、当直医へは在宅往診患者のリストが当直日誌に記載されていて、相互の情報交換は、患者宅に置いた共通連絡ノートに、当院医師や看護師・ケースワーカー・連携医師・訪問看護師の全員が記録および連絡事項を記入する。

1. 患者背景

A病院、Bセンター、C病院の在宅移行患者を表-2に示す。患者は主として癌の終末期患者で総数は平成9年10月から13年9月までのA病院での患者数308例、平成18年2月から19年10月までのBセンターでの患者31例、20年5月以降のC病院8例である。3病院に共通して呼吸器疾患（特に肺がん）が多く、A病院ではほぼ全科にわたって在宅連携を行った。

2. 診療圏と患者、連携医の配置

図-4に連携医の所在地（A病院、C病院）と患者住所（A病院、Bセンター）を示す。病院を中心に同心円状に患者（≡連携医）が存在する。A病院では往診圏が約40km径

で、Bセンター、C病院は1km 径である。

3. 在宅死亡率

在宅死亡率（表—2）はそれぞれA病院37%（在宅移行者で死亡者数248名中）、Bセンター45%（同31名中）、38%であった。

4. 死亡までの日数

Bセンターでの在宅医療を経て病院死した症例の、入院後死亡までの期間（平均日）はそれぞれ14日、23日であった。同時期の筆者の担当病棟の平均在院日数はそれぞれ22日、66.5日であった。Bセンターでの死亡例31例のうち、PCUで死亡した2例を除いた29例の検討を行った（表-3）。Bセンターでの死亡（15例）、在宅死亡（14例）の比較では病院死亡例では在宅開始から死亡までの期間が111.4日と在宅死亡59日に比べて約2倍と長かった。病院死した在宅往診患者15例のうち、カルテに再入院の理由の記載のあった13例の内訳で再入院の理由（複数回答あり）を検討した。呼吸困難が最も多く、ついで介護者の疲労であった。また再入院した9例の家族による面談では（表-5）家族の不安（同居8、別居5）、主介護者の疲労（5）が大きな要因であった。

5. 在宅医療患者と介護者のQOL

A病院での入院中および退院後の患者と家族のQOLの変化を、病院入院中と在宅ケア開始約1ヶ月後でのフェイススケールを用いて測定した（図-5）。患者では往診開始前平均値3.8より開始後2.5へ有意に（ $p < 0.0001$ ）改善していたが、家族のそれは不変であった。

6. 医療経済効果

A病院における肺がん患者入院死亡21例、在宅死亡6例の死亡6週間より換算した保険点数を図-6に示した。在宅死亡に比べ、病院死亡が死亡前に急上昇し1週間では約9倍の差が認められた。

7. 市民健康講座受講者の意識調査

在宅ターミナルケアの意識調査についての結果を図-7に示す。参加は一般市民100人で回答者96人、平均年齢64歳、男性31人、女性69人であった。‘癌と判ったとき余生をどこで過ごしたいと思いますか’の質問に対し約4割が家、約5割が病院を望んでいた。各々を選んだ理由で最大数の回答は、‘家が良い’、‘治療が受けられる’であった。

考察

我が国は人口が減少する中で高齢化が進み、「団塊」世代が高齢者と呼ばれるまでわずか数年である。支える側の人数が減り、支えられる側がおびただしい数で増えている状況で現在の社会保障制度が健全に維持し続けられるのか不安材料が極めて多い。平成 19 年の厚労省人口動態統計によるとがんによる死亡率は 30.3%の一位で、なお増加傾向にある（厚労省）¹。平成 4 年には、居宅が医療提供の場として医療保険制度上に明記され、訪問看護が市民権を得た。平成 12 年には、在宅療養を社会的に支援するための介護保険制度が施行され、平成 18 年 4 月医療法改定に伴い、新しい診療報酬の制度として在宅療養支援診療所が設けられた²。さらに平成 19 年 4 月に施行されたがん対策基本法³の第 16 条に「がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること」があげられている。高騰する医療費の抑制の政策と終末期を居宅において迎えたいという患者サイドのニーズにあった戦略として評価される。しかしながら介護者の精神・肉体的負担、患者を 24 時間体制でいかにカバーするか等の未解決な問題が多い。我々は地域との連携をふみまえたがんチーム医療の一環として在宅医療希望の患者に対して病院医師と連携開業医の（併診制在宅医療）を実施してきた。

今回の筆者らが行ってきた併診制訪問診療による在宅往診システムより次の事が明瞭となった。このシステムは在宅死亡率が約 40%、医療経済効果、在宅患者の QOL 改善に寄与している。また在院日数の減少も認められる事である。一方再入院する要因は患者症状、介護者の疲労、不安が主たる原因である事が判明した。

A, B, C 病院の在宅患者数はその順に少なくなり、また A 病院は全科が在宅医療にかかわっているが、B, C 病院は肺がんを主とする呼吸器系病が主となる事が示された。これは筆者が肺がんを専門とする医師である事が一つの原因であるが、A 病院では地域医療中枢の市民病院である事、病院の充床率が常に 95%以上、在院日数 14 日以下の急性期病院で、病々連携、病診連携による医療施設のすみ分けが病院の基本方針で、結果在宅医療は政策として実行不可欠であったため、その為の在宅・連携のインフラが整備されていた事が一番大きい。

在宅死亡率に関しては一般人の意識調査では⁴の調査では「自分が痛みを伴う末期状態の患者になった場合」約 60%が在宅療養を希望している。また A 病院で行った市民大学アンケート調査でも同様の結果を得ている。しかしながら平成 16 年度の厚労省の調査では日本人の死に場所の変化⁷では(図—9)昭和 22 年では約 9 割が在宅死であったが、昭和 51 年では在宅、病院での死が相半ばとなり、平成 16 年では 8 割が病院での死と逆転している。それに比較して今回の調査では 3 病院共に在宅死亡率が 40%と高いのは併診制訪問診療、多職種がんチームカンファレンス、退院前調整カンファレンス等のシステムが優れている事が考えられるが、在宅医療へ移行する患者群の選択バイアスがあることも事実である。Bセンターで行った調査ではがん（主として肺がん患者）入院患者 411 人、退院患者 244 人、在宅移行患者 31 人で在宅移行率は 12.7%（対退院患者数）と低く、選択バイアスが明瞭である。しかしながら退院患者が全員

在宅死亡する事はあり得ない。言葉を換えれば在宅移行すべき患者群を特定する事は在宅→看取りをスムーズにしうる方法と考えられる。入院患者が在宅看取りまでの経過と問題点を図-9 に示すが、その中でステップA, Bを充実する事が極めて肝心である事が判る。すなわち緩和チームを主にした多職種がんチームカンファレンス、退院前調整カンファレンスの充実と併診制訪問診療の確立である。

文献

1. 厚生労働省大臣官房統計情報部：人口動態統計月報年計（概数）の概況
2007
2. 佐原康之：在宅療養支援診療所の役割と診療改定のねらい．緩和ケア 16:529-535, 2006.
3. がん対策基本法 <http://law.e-gov.go.jp/announce/H18H0098.html>
4. 厚生労働省 終末期医療に関する調査等検討会報告書
2004年度

表一1病院内容

	A市民病院	Bセンター	大学C病院
内容	総合病院	胸部疾患専門病	総合病院
時期	1998.10～2004.09	2004.10～2009.04	2009.05～
ベッド数	348	346	310
職員数/医師	570/97	324/41	388/85
地域連携室/医師/医療ソーシャルワーカー/看護師	6/1*/8/1*	1/0/2/2*	3/0/2/1
併診制在宅医療	○	○	×

*：兼任

表-2

	A病院	Bセンター	C病院
患者総数	308	31	8
疾患名			
呼吸器疾患*	151	2	
肺がん		29	5
内科*	52		1
消化器がん			2**
外科疾患*	46		
脳外科*	11		
泌尿器科*	11		
神経内科	8		
整形外科	8		
循環器科	6		
皮膚科	3		
小児科	3		
形成外科	3		
麻酔科	3		
形成外科	3		
転帰			
在宅死亡	92(37%)	14(45%)	3(38%)
病院死亡	112(45%)	15(48%)	4(50%)
他病院死亡	44(18%)	2(7%)	1(12%)****
計	248***		

*悪性疾患がほとんど

**胃がん1、大腸癌1

***平成13年9月時点での
死亡者総数

****生存

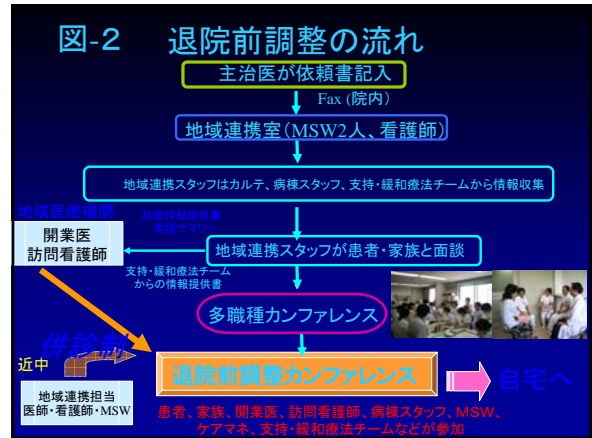
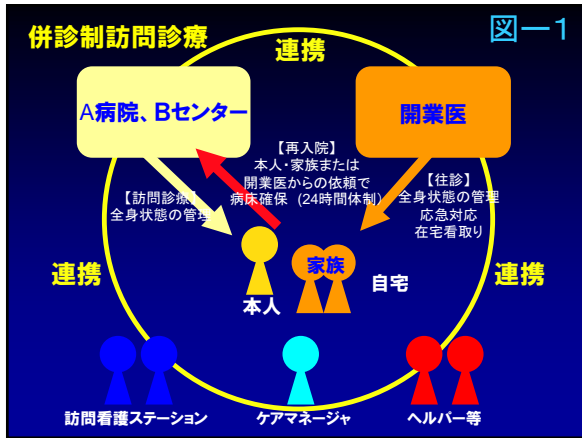


図-3 多職種がんチームカンファレンス

- 各病棟で定期開催
- 終末期に限らず治療を受けている全患者を対象
- 参加者: 主治医、病棟看護師、病棟医長、緩和ケアチーム、薬剤師、栄養士、心理士 MSW、PT、OT、外来ケモノなど
- 患者にとって全人的なケア介入方法を見出していく

在宅緩和ケア適応患者への対応の準備

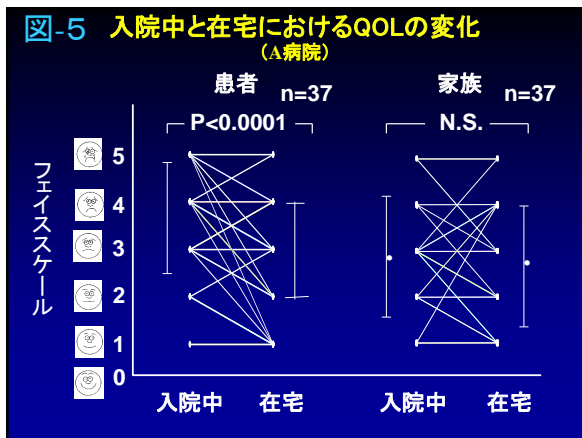
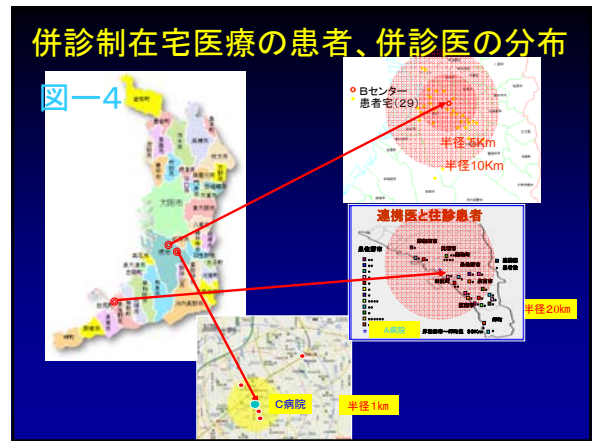


表-3 在宅往診患者の在宅死症例と病院死症例の比較

	在宅死症例	病院死症例
症例数	14例	15例
平均年齢	65.0歳	68.5歳
疾患内訳	肺癌14例	肺癌13例 間質性肺炎1例 COPD+間質性肺炎1例
連携医	あり14例	あり12例 なし3例
在宅開始から死亡までの期間	59日	111.4日

表-4 再入院の要因

・ 病院死した在宅住診患者15例のうち、カルテに再入院の理由の記載のあった13例の内訳

(複数理由含む)

- 呼吸困難
- 主介護者の疲労
- 現状評価目的
- 患者の再入院希望
- 倦怠感
- その他の症状
- 開業医からの勧め

5
4
3
2
2
4
1

表-5 再入院の要因

・ 再入院した9例の家族に面接調査

(複数回答)

- 本人の不安・再入院希望
- 親族(同居)の不安
- 親族(別居)の不安
- 主介護者の疲労による
- 開業医から入院依頼
- 訪問看護St.から入院依頼

1
8
5
5
2
2

図-6 終末期の医療費の推移 (A病院)

保険点数(点/週)

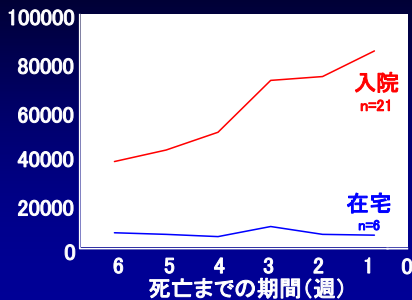


図-7 あなたが癌とわかったとき 余生をどこですごしたいと思いますか。

A病院 市民大学

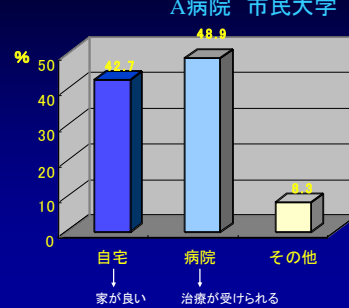


図-8 死亡場所の比率と死亡数の変化

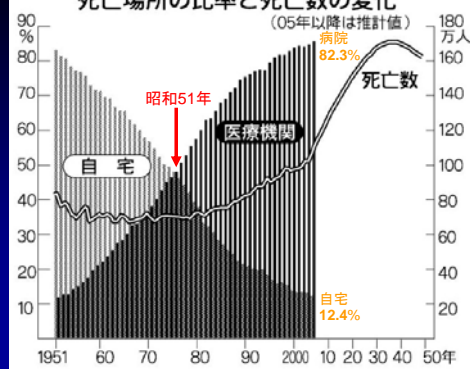


図-9 入院患者から在宅看取りまでの経過と問題点

