

看取りを伴う在宅医療の地域ネットワーク作り

—在宅医のグループ化、多職種との連携—

【研究の背景と目的】

在宅医療を担うべく診療報酬制度に導入された在宅療養支援診療所(支援診)は、当初の9000施設余りから平成22年7月現在全国で12,487施設と増加した¹⁾。そのうち複数医師を擁する在宅医療特化型診療所は10%前後と推定され、一人医師診療所が圧倒的多数を占めており、年間に一人以上の看取りを行った施設は半数にとどまっている²⁾。それらの支援診では「午後から地域へ」の言葉とおりに在宅医療を実践しても、夜間、休日を含めた24時間、365日の緊急時対応を継続的に維持することは困難であり、特に看取りの時期に難しい対応を迫られる。

非特化型支援診による在宅看取りを可能にする要件としては、1)在宅看取りにいたるまでの期間にさまざまな理由によって生じる入院治療を支援するベッドの利用が可能なこと、2)一人の患者にに対して複数医師が関われること、3)多職種との連携、が挙げられる。これらの要件を実現するために研究者らの仙台市北部にある複数の支援診は2007年に有床の支援診が核となる連携システム、すなわち在宅療養支援診療所仙台北ネットワーク(支援診仙台北ネット)を発足させた。このネットワークは、1)休日、連休、年末年始など、主治医の不在時における連携医師による診療代行、2)希少医療機材、医薬品の共有と集中管理、3)入院を要する患者の有床診療所への受け入れ、を主たる活動としており、在宅看取りを支援する有床診療所が中心的な役割を担うことを最大の特徴とする。このネットワークにおける有床診療所の役割は、がんによる様々な症状の緩和を必要とする患者、在宅療養中に病状が変わり入院治療が必要となった患者、専門病院から退院後、まだしばらく入院療養が必要な患者、介護する家族の休息のために在宅療養患者の短期入院、肺炎など急性疾患で入院治療が必要な患者、などの入院需要に対応するとともに、常勤する当直医が休日、夜間などに対応困難な一人医師診療所の在宅看取りを支援することが挙げられる。

支援診医師による在宅看取りを推し進めるためには支援診連携のみならず、各支援診が個別に連携している居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、保険薬局、各種の介護事業者らを包み込んだ医療・介護チームの構築が必須である。行政や医師会の主導を待つことなく、隣同士の支援診や事業所が連携しながら在宅医療、在宅看取りを地道に実践し、その成果に基いてさらに広域の在宅医療システムの構築を模索するのが現実的であり、地域における喫緊のニーズに応えるものとなる。

今回勇美記念財団の助成を得て支援診仙台北ネットを基盤として医療連携および介護福祉の各事業所との連携を推進する事業を行い、仙台市北部地域における看取りを伴う在宅医療の環境に与える効果と課題を検証する。

【期待される成果・波及効果】

- 1) 有床診療所を核とした一人支援診の連携と多職種間との連携が構築されることにより、相互診療支援、教育、研修等の機会を通して互いに顔が見える地域に根差したネットワークが構築される。
- 2) 連携ネットワークの情報を地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等の福祉介護事業所に発信し、地域住民への在宅医療体制の広報活動を進めることにより患者・家族の医療選択肢の拡大が図られ、安心感にもつながる。
- 3) 連携機関所属のコメディカルに対する教育、研修の機会をもつことにより、ネットワーク全体の在宅緩和ケアについての知識や技術の向上、平準化がはかれる。
- 4) 参加する各事業所はネットワークを通じて施設利用者や患者の相互紹介の機会が増し、結果的に業績向上をもたらすインセンティブ効果が期待される。
- 5) 研究者らの地域における行政や地域医師会の在宅医療推進への取り組みは不十分であり、地域在宅医療のニーズに十分応えられるシステムが作られていない。本研究参加の支援診と有床診が構築する連携システムをひとつの私的モデルケースとして提示、推進することにより、行政や医師会に対して在宅医療施策の活性化を促す効果を期待する。

【研究の計画・方法】

- 1) 在宅医療連携に関する先行研究者を招請し講演会を開催する。研究期間中2回実施する。
- 2) 支援診の医師、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所による組織委員会を隔月に開催し、連携構築の問題点の解決にあたりとともにネットワーク運営を担当する。
- 3) 連携参加施設のコメディカルに対する教育・研修会を研究期間に概ね3ヶ月ごとに開催し、在宅医療、在宅看取りの看護や介護の知識や技術の平準化を進める。
- 4) ネットワークにおける在宅看取りの実績調査: 研究開始から6ヶ月後に連携参加施設を対象にアンケート方式により連携参加後の在宅医療および事業の実態を調査し、連携の効果と課題を検証する。

本報告書作成までに1)、2)、3)を実施、4)については次年度以降の課題とする。

【研究の成果】

地域ネットワーク構築に向けた研修会及び連携組織委員会開催

本研究の助成テーマ「看取りを伴う在宅医療の地域ネットワーク作り」の事業として医療連携および介護福祉各事業所との連携推進と、参加するコメディカルに対するスキルアップを目的として下記の研修会を開催した。又各研修会終了後に組織委員会を開催し連携構築の問題点を討議した。

1、第1回在宅医療連携研修会

主催：医療法人ならの杜たんぼぼクリニック、在宅療養支援診療所仙台北ネットワーク

後援：青葉北在宅ケア連絡会

助成：公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

日時：2011年8月21日（日） 14：00～16：00

会場：有料老人ホーム「ギャラリー杜の音」1F 作業療法室

研修主題：リンパ浮腫とマッサージ

講師：石巻赤十字病院リンパ浮腫外来 大塚 弓子氏

講師の大塚氏は東日本大震災による津波被害を蒙った石巻市にあって被害を免れ、地域の医療の中心となり大混乱の中で診療を継続している石巻赤十字病院のリンパ浮腫外来を担当している。鍼灸師の資格を有し、NPO日本医療リンパドレナージ協会認定上級セラピストである。乳がん、婦人科癌のほか末期がん患者の浮腫に対するマッサージ治療の理念、理論および実践的な手技について1時間半の講習を行った。

1) リンパ浮腫マッサージについての講演の成果

高齢者、慢性疾患による寝たきり患者、末期がん患者などにみられるさまざまな原因による浮腫は薬物療法によっても解消困難な場合が少なくない。訪問看護やグループホームでの介護にあたって介護者が直接手を触れて行うマッサージは浮腫が完全に解消しなくても患者の苦痛を軽減し、安らぎを与える効果があるが、理論的かつ実践的なマッサージ技術を習得する機会は少なく、ともすれば“自己流”の手技に陥りがちであったことは否めない。短時間ではあったがこの研修会で学んだ知識と技術を在宅介護の現場に持ち帰り、活用されることが期待された。

2) 研修会開催の成果

日常、それぞれの在宅医療業務に追われて事業所間でスタッフが交流する機会はきわめて少ない。当クリニックおよび支援診北ネットが研修会を主催して参加を呼び掛けることにより、業務の合間を縫って、あるいは休みを取って70名余りの参加者（出席率83%）が得られたことは看護師や介護者が研修や情報交換の機会に対する強い期待を示すものと理解された。本研修会開催により看護師や介護者の在宅看護・介護における知識の共有と技術の向上、多職種間において顔の見える関係の構築という目的を達成出来た。講演開始前及び終了後の時間に各施設からの参加者が意見交換をする場を設定し、茶話会形式で日常の訪問診療や訪問看護に関する情報交換や自由討論を行った。

参加者総数は72名で、内訳は主催クリニックから看護スタッフ15名、地域の訪問看護ステーションや介護福祉事業所のスタッフが57名であった。各職種の参加人数の内訳は訪問看護ステーション（10施設）から看護師34名、グループホーム（4施設）から介護士9名、居宅介護事業所（3施設）から介護士6名、居宅介護支援事業所（3施設）からケアマネージャー5名、医療機関（2施設）から医師2名、その他1名であった。参加申し込み87名中72名（83%）の参加であった。

3) 連携組織委員会

組織委員の選定を行った。

有床診療所たんぼぼクリニック：医師2名

在支診代表：医師 2 名

訪問看護ステーション代表：訪問看護師 2 名

居宅介護支援事業所代表：ケアマネージャー 1 名

2、第 2 回在宅医療連携研修会

主催：在宅療養支援診療所仙台北ネットワーク

日時：2011 年 9 月 28 日（水） 19：30～20：30

会場：勝山館

演題：当院の認知症治療

講師：せき内科・脳神経内科クリニック 関 久友氏

1) 講演の成果

本講演会で神経内科専門医の関久友氏が「当院の認知症治療」と題してアルツハイマー型老年認知症を中心に病因、周辺症状とその薬物療法、患者への接し方、家族への対応など日常診療における認知症患者の治療の要点について解説された。ネットワーク会員の多くは内科医であるが、外来あるいは在宅で日常的に関わる認知症患者の診療の要点、新規薬剤についての薬理、薬効などの詳細な情報と使用指針を学ぶことができた。

2) 講演会開催の成果

ネットワーク会員医師同士の意見交換の場を提供するとともに、会員診療所からの緊急時応援依頼に直接対応する有床診療看護師との意見交換の場ともなり、今後の実践的連携の強化につながるものと期待された。

参加者は北ネットワーク会員医師が 10 名及びネットワークの中心施設である有床診療所看護師 7 名であった。

3、第 3 回在宅医療連携研修会

主催：医療法人ならの杜たんぼぼクリニック

助成：公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

日時：2011 年 11 月 12 日（土） 14：00～16：00

会場：医療法人ならの杜たんぼぼクリニック 会議室

演題：在宅患者訪問薬剤管理について

講師：佐々木 欣吾氏（ヘルスマート薬局加茂店管理薬剤師）

1) 講演の成果

「知って得する医薬品の知識、医薬品画及ぼす日常生活への影響、漢方薬・市販薬の知識、選び方」を主題にして講演が行われた。食事と服薬時間の関係、薬剤の相互作用、高齢者における服薬の注意点、サプリメントや漢方薬の知識など、病棟看護師や訪問看護師が患者の服薬指導を行う際に日常的に必要な情報を実践に添って解説された。

2) 講演会開催の成果

在宅患者に対する服薬指導、服薬支援その他薬学的管理指導にあたっている調剤薬局管理薬剤師との討論を通して、訪問診療医師による処方への検討課題が明らかにされ、訪問看護

業務の中で行われる服薬指導や管理について知識の向上と情報共有が図られた。

参加者は有床診医師2名、有床診看護師5名、訪問看護師17名、グループホーム介護者8名であった。

3) 組織委員会

訪問看護ステーション代表委員、調剤薬局管理薬剤師、有床診医師の参加により訪問薬剤管理指導の問題点を提起し、解決策を討論した。

【考察】

全国の支援診は人口10万人あたり10.1であるのに対して宮城県では4.9と半分以下にとどまっている。看取りを伴う在宅医療に関わる支援診の実数はさらに少ないと推察される。在宅医療連携拠点を中心にして一人診療所の支援診を包括した地域ネットワークを整えることが看取りを伴う在宅医療推進に不可欠と考える。在宅医療連携拠点に与えられる課題の第一は多職種連携の課題に対する解決策の抽出である。現在当地域にあっては他職種事業所に近接し調整する機関が欠如している。行政や医師会などが開催する他職種連携を企図する連絡会や研修会は断続的、かつ広域的であり、必ずしも地域在宅医療の現場に寄与しているとは言いがたい。在宅療養支援診療所として地域在宅医療の実績をもつ当診療所が連携拠点となり、地域の各種事業所の情報を収集するとともに、多職種間の情報共有化と連携の調整を行うことが最も現実的な解決策と考えられた。

地域連携の課題の一つとして、24時間対応、がん緩和ケア、ALSなどの難治疾患への対応能力等の点で連携する各事業所の規模と質の較差が存在することが挙げられる。今後は医療介護技術や知識の向上を図る目的で定期的研修会、症例を通じて在宅医療の進め方を学ぶ地域規模での定期的症例検討会を開催し、現在実質的な活動を行っている仙台北在宅ケア連絡会（北部地域）、訪問看護ステーション連絡会仙台北ブロックなどの連携活動と協働して、医療介護技術や知識の向上、均てん化をはかることが必要であると考えられた。また、事業所の規模に応じて柔軟に連携チームを随時構成し、共同で在宅医療・看護・介護にあたる体制を作ることも一案である。これら拠点事業を統括する組織委員会（目標として医師、歯科医師、介護支援専門員、訪問看護師、介護士、調剤薬局薬剤師、MSW、管理栄養士、事務局などで構成）を定期的で開催し、情報収集、企画、実行の任にあたる必要がある（図1）。

受益者の患者、家族など利用者に対しては在宅医療が他職種の連携によって行われることについて十分に情報を伝えることが求められる。具体的には連携拠点事業の一環として在宅医療の仕組みに関する広報パンフレットを地域の包括支援センター、多職種各事業所、地域コミュニティセンターなどの公共施設、その他住民の目に触れる場所に配布する、あるいは地域住民を対象とする在宅医療に関する講演会を開催するなどの努力が求められる。

在宅医療連携によって得られ効果として在宅医療従事者の負担軽減が挙げられる。前掲の在宅療養支援診療所仙台北ネットワークは一人医師診療所医師の休暇時、学会出張時

等の訪問診療・往診の代行、重症患者の入院受け入れ、医療材料の共有化、情報交換などの診療連携を実施している（図一2）。このネットワークを機能させることにより在宅診療医師による在宅医療の量的、質的向上とともに医師個人の負担軽減につながっている。また、24時間体制をとれない小規模訪問看護ステーションが取り残されないために、連携拠点事業の指導のもとに前掲の訪問看護ステーション連絡会を通してステーション同志の関係を促し、小規模ステーションにおいても規模に応じた役割分担ができる体制づくりを進めることも今後の課題である。

連携拠点としての有床診療所は入院治療の場を提供している。自験例では在宅がん患者の45%が最終的に入院看取りとなっている³⁾。在宅医療を受けている患者には急変時、看取り時などで、一定の入院需要があるのは否定できない事実である。在宅患者の急変、病状悪化により、一時入院治療や看取りの必要が生じた場合、拠点となる当診療所への入院により、在宅医療に従事する医師、訪問看護師などの負担を著しく軽減できる。また、介護家族のためのレスパイトサービスも小規模入院施設の利点を活かして入退院をきめ細かく行えるため、患者・家族にとっても不安のない在宅医療の継続が可能となる。有床診療所という小規模入院施設が連携拠点事業を展開することに大きな特徴がある。

【まとめ】

支援診仙台北ネットを基盤として在宅看取りを含めた医療連携および介護福祉の各事業所との連携を推進するために、講演会を3回開催し、連携する施設からの参加者を得て、在宅医療に関わる医療・看護・服薬などの基本的知識の研修を行なった。参加者間の討論を通じて「顔の見える連携」の構築が図られた。研修会と同時に開催した組織委員会では在宅医療の現場にある課題について情報交換及び今後の展望についての討議を行った。

【参考文献】

- 1) 社会保障審議会資料 2011年 厚生労働省
- 2) 重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 事業実績報告書 川島 孝一郎
- 3) 2010年度財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 調査報告書
“有床”在宅療養支援診療所が在宅ホスピス推進に果たす役割と課題（続）
中井 祐之ほか

本研究は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による

図-1 在宅医療連携拠点模式図

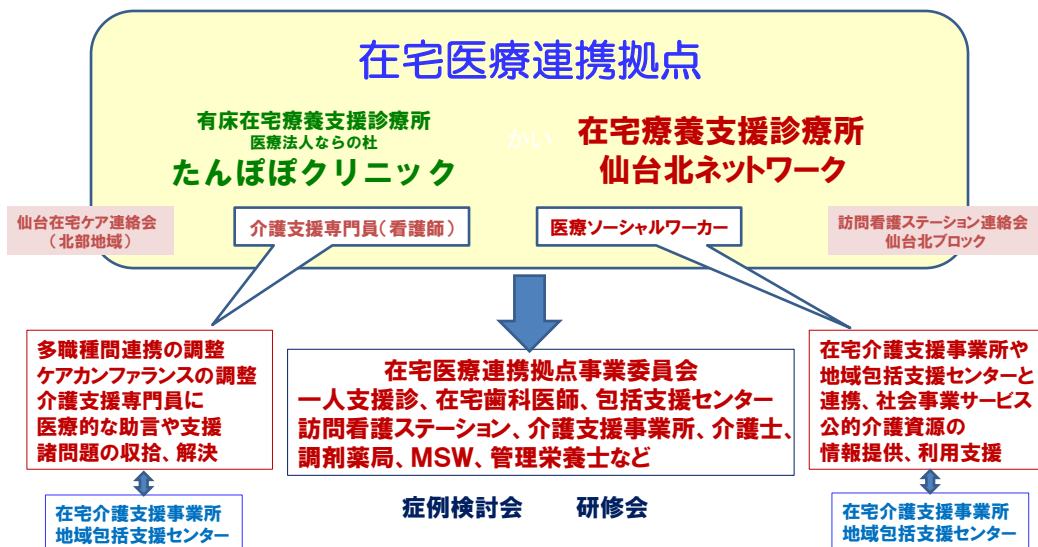


図-2 在宅療養支援診療所仙台北ネットワーク

