

る。

4) 退院調整カンファレンス

多忙な急性期病院で、患者の退院支援を効果的、適時に進めるためにはやはり「チームカンファレンス」の充実が必要である。受け持ち看護師だけが一生懸命になっても実現できない。当院では、1回/週のペースで退院調整カンファレンスを開催する病棟が増え、がん患者の場合、緩和ケアチーム（当院ではがんサポートチームという名称）が関わることも多いので、チームの看護師も一緒にカンファレンスに参加し、話し合うことが多い。患者の治療方針や看護師が提供するケアの相談、患者がどうしたいと希望しているか、在宅を目指すとしたら何が必要かの検討をカンファレンスで行う。

退院調整は、患者が抱えるさまざまな問題や思いを1枚の絵に描くことだ。そのほかの業務に追われる現場で有効なカンファレンスにするためにも、「ステップ緩和ケア付録」の「退院カンファレンスシート」(図5-1~8)³⁾を有効に使うことが効果的である。

引用文献

- 1) 松下正明 (監修), 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 (編): チームで行う退院支援—入院時から在宅までの医療・連携ガイド, p.166-169, 2008
- 2) 平成19年度 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」臨床教育プログラム委員会 (編): ステップ緩和ケア付録—ツール・資料, p.15-22, 2008

参考文献

- 1) 全国訪問看護事業協会 (監修), 篠田道子 (編): ナースのための退院調整—院内チームと地域連携のシステムづくり, p.30-33, 130, 日本看護協会出版会, 2007

(宇都宮宏子)

第6章

病診および診診連携と 多職種連携



地域連携の現状とあり方



1 地域医療連携の現状

1) 都道府県別の1診療所あたりの在宅看取り数の分布

読売新聞社が、2007年7月に各都道府県の社会保険事務所を通して行った調査によると、全国の9,777施設の在宅療養支援診療所が、2006年7月から2007年6月までの1年間に行った看取り数は全国で27,072名であった。

調査対象診療所1診療所あたりの医療機関外での死亡者数（≒在宅看取り数）を都道府県ごとに比較すると、1位「宮城県」7.4、2位「千葉県」5.5、3位「奈良県」5.2と、5名以上である。以下、4位「山梨県」4.4、5位「滋賀県」4.3、6位「新潟県」4.2、7位「東京都」4.1、8位「鳥取県」4.0と、4名以上5名未満となっている。

以下、3名以上4名未満が山形県、岩手県など10府県、2名以上3名未満が和歌山県、栃木県、埼玉県など14県であり、15道府県が1名以上2名未満となっている。下位のほうをみると、41位「佐賀県」1.3、42位「長崎県」1.3、43位「熊本県」1.3、44位「福岡県」1.3、45位「石川県」1.2、46位「大分県」1.2、47位「高知県」1.0となっている。

診療所のネットワークで有名な尾道市のある広島県は、36位1.6名、同じく長崎市のある長崎県は、42位1.3名であった。

1位の宮城県と2位の千葉県には、在宅療養支援診療所B型である有力な在宅医療専門診療所があることにより在宅看取りの集約化がみられたり、規模の大きい在宅療養支援診療所があることにより、1診療所あたりの医療機関外での死亡者数（≒在宅看取り数）が多いと推察できる。

B型（在宅医療専門診療所型）およびC型（All in One型）が、地域の在宅医療を支えていることは確立している。しかし、日本全国をみると、この2つの類型だけで全国津々浦々の在宅医療を支えているわけではない。

実際の読売新聞社の調査結果をみても、1診療所あたりの医療機関外での死亡者数（≒在宅

看取り数)が、少ない道府県が多い。これらの道府県では、B型、およびC型の在宅療養支援診療所もあるが、集約化が進んでおらず、A型(従来型)の診療所が、在宅医療を担っていると考えられる。

今後の重要な課題は、A型の診療所が、いかに365日24時間体制を負担感や不安なく行えるように、ネットワーク化を図るかにあるといえる。

2 ソロプラクティスからグループプラクティスへ

在宅医療専門診療所の多くは、グループプラクティスである。365日24時間体制で在宅医療を支えるには、ソロプラクティスでは困難感が伴う。会津若松市のアンケート調査によると、ソロプラクティスの診療所は、365日24時間在宅医療を支えることに不安感をもっている。

仙台往診クリニックの例が参考になる。仙台往診クリニックは、在宅人工呼吸器装着患者を、最大で42名診療している。特定機能病院でもこの症例数を入院させ、病棟で治療している例はない。常勤医5名+非常勤医5名の体制であるが、5名の非常勤医のうち3名は開業医で、自分の診療所をもっているが、週1日程度、在宅医療を行っている。必要があれば、当直などの当番も行っている。

この在宅療養拠点診療所(グループプラクティス)に一般診療所(ソロプラクティス)が参加・協力するモデルは、今後の地域医療・在宅医療の提供体制の近未来モデルを示唆している。これにより、ソロプラクティスの365日24時間体制問題は解決する。グループプラクティスの設置主体は、医師会立、法人立など、いろいろなケースが考えられる。国保診療所の場合も考えられる。また、病院がファミリークリニックやサテライトクリニックを設置し、常勤医が在宅医療を行っている例がある。

3 地域連携のあり方

1) 在宅医療の連携に関する問題点・課題

在宅医療を行う側および急性期病院の双方の立場から、在宅医療の連携に関する問題点・課題を挙げる。

a) 病院側(病棟医師・病棟看護師)から指摘された問題点・課題

- ・どこに紹介してよいかわからない
- ・どの診療所が在宅医療を行っているか不明
- ・在宅医療の情報が不足
- ・在宅医療側の相談窓口がない
- ・かかりつけ医のネットワークが必要
- ・在宅医療についてわからない
- ・どこまで医療・ケアを提供できるか
- ・医療機能情報と現実のギャップ

- ・在宅医療を行う個々の診療所の力量の違い
- ・コミュニケーションが足りない
- ・多忙である
- ・DPC（診療群分類）、経営指標によるプレッシャー
- ・病院側の在宅医療への相談窓口が多様（医師、看護師、医療ソーシャルワーカー）
- ・病院医師の在宅医療に関する教育ができていない

b) 在宅医療側（在宅医療医・訪問看護師）から指摘された問題点・課題

- ・適切な時期に退院させない
- ・突然、在宅へ帰す
- ・インフォームド・コンセントができていない
- ・心理・精神的ケアがなされていない
- ・生活面が把握できていない
- ・患者が納得していない状況で在宅ケアがスタートする
- ・看取りをゴールにするかどうか、呼吸器疾患・循環器疾患・難病ではゴールの設定が困難
- ・終末期の判断が困難（がん、高齢者、上記疾患）
- ・治療方針の不一致（在宅医療について病院勤務医が知らない）
- ・緩和ケア、輸液、化学療法、看護方針についての問題

c) 課題の整理（在宅医療の連携に関する課題：EC3）

「在宅医療」に関して、在宅医療側（在宅医療医・訪問看護師）と病院側の双方から指摘・列挙された課題・問題点を集約すると、次の1つのEと3つのC（EC3）にまとめることができる。

①教育（Education）の課題・問題、②コミュニケーション（Communication）の課題・問題、③コーディネーション（Coordination）の課題・問題、④協働（Cooperation）の課題・問題である。

先進事例である広島県尾道市では、集約化されたこの4つの課題・問題点に対して以下の方策で対応している¹⁾。

①教育として講演会・勉強会を頻回に行う。②コミュニケーションを図るために、研修会やケアカンファレンスを行っている。③尾道市医師会方式のケアマネジメントを行い、地域包括ケアのコーディネートを行っている。④協働については、多職種協働によるチームケア・チーム医療を行っている。

2) 入院医療と在宅医療の連続性

入院医療と在宅医療は、一体的でなければならない。特に神経難病、がんなどで、入院早期、あるいは入院前から、在宅医療医や訪問看護師などの在宅医療スタッフが病院のスタッフとコンタクトをとり、病院主治医と在宅主治医、病棟看護師と訪問看護師は、医療情報やインフォームド・コンセントの内容などを共有し、治療方針や再入院の必要性の有無やその見極め

状態について共有する必要がある。

a) 在宅医療医療棟回診

病院職員の退院支援チームに、機能の強化された在宅療養支援診療所の在宅医療医、訪問看護師が加わり、重症患者であっても最期まで居宅など生活の場で暮らし続けたいと希望する者が在宅医療を受けられるように、在宅医療を行っている医師の行う「在宅医療医療棟回診」（仮称）などの病院内外のスタッフによる協力的体制（病院のコンサルテーションなど）による退院支援・在宅医療推進活動を実施する。

急性期病院では、在宅医療に移行可能か判断がつかないことが多い。この解決策として、地域在宅医療推進協議会のメンバーである在宅療養支援診療所の在宅医療医に、月に1～2（～4）回程度、在宅医療医療棟回診を依頼し、重症患者であっても居宅など生活の場で暮らし続けたいと希望する者が、在宅医療を受けられるように配慮する。

病院は、NST（栄養サポートチーム）回診、感染予防回診、リスクマネジメント回診などの専門チームによる回診が行われている。在宅医療医療棟回診はこの延長線上にあり、病院として、専門チーム回診に抵抗感はない。

病院の地域連携室あるいは退院支援部門（患者支援センターなど）で、定期的な退院支援医療棟回診などを行っている場合は、在宅医療医が同行することでもよい（同行することをもって、在宅医療医療棟回診にあてても可とする）。

b) 地域連携クリティカルパス

地域医療連携クリティカルパスを活用し、高齢者・要介護者や、がん患者などの在宅終末期・緩和ケアの推進を行う。

c) 退院前ケアカンファレンスの活用

ケアカンファレンスは、在宅医療と在宅介護の円滑な運用に必要である。現状では、サービス担当者会議は、本人・家族・担当医不在で行われることが多く、単なるサービス分配会議になっている。主治医が参加し、将来の状態変化に対応できる未来志向問題対処型サービス担当者会議（ケアカンファレンス）を行うべきである。

病院医療と在宅医療の連携には、退院時ケアカンファレンスはできるだけ行われるべきである。逆に、退院時ケアカンファレンスを確実に実施することは、地域を支える病院の必要条件であり、退院時ケアカンファレンスを実施することで地域の診療所、ケアマネジャー、介護事業者、患者・家族、地域住民、行政から病院が選ばれていくことになる。

退院前ケアカンファレンスの実施率は、都道府県地域医療計画において数値目標とされる必要がある。

4 ネットワーク

1) 在宅療養支援診療所の地域ネットワークに果たす役割

入院または通院医療を担う医療機関と在宅医療を担う医療機関との適切な役割分担および連携の体制を構築するために、都道府県は、市区町村に在宅医療推進協議会の設置を促す。

市区町村は、在宅療養支援診療所連絡協議会、地区医師会、地域中核病院医療連携部、保健所、地域包括支援センターなど、地域の特性と実情に応じて、適切な機関に事務局を依頼（委託）する。

在宅医療推進協議会は、在宅医療・訪問看護、在宅ケアなどを担う関係者および急性期医療を担う医療機関の担当者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施されるものである。地域において、在宅療養支援診療所およびそれ以外で在宅医療を行っている医療機関など（訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などを含む）の連絡協議会などが組織化される（されている）ことが望ましい。

事務局としては、①地域中核病院の医療連携室、②地区医師会（事務局）、③在宅療養拠点、④行政（市区役所・町村役場）、⑤保健所、⑥地域包括支援センター、⑦NPOなどが候補に挙げられるが、特に在宅療養支援診療所の機能強化策として、在宅医療推進協議会の中核となることが期待される。

文 献

- 1) 田城孝雄, 片山 壽, 丸井英二, 他: 地域医療連携「尾道方式」を「理想のモデル」から「標準モデル」へ、医療と社会 14:51-62, 2004

(田城孝雄)



病院と診療所との連携



1 事例 1 —がん診療連携拠点病院の緩和ケアカンファレンスに診療所医師が参加

2007年春より、「長崎在宅 Dr. ネット」メンバーの医師とその診療所勤務の看護師が長崎大学緩和ケアカンファレンスに定期的に参加するようになった。これにより、診療所医師は、最新の緩和医療の知見をわかりやすく解説するミニレクチャー、症例提示から多くを学び取ることができた。また、大学スタッフも、診療所医師からの発言で在宅の視点を得ることが可能となり、在宅移行につながるケースが出てきた。「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」（厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究）への参加が決まった後は、同プロジェクトに関与する看護師3名、中核となる診療所医師3名で分担を決めて、市内3つのがん診療連携拠点病院（長崎大学、長崎市立市民病院、日赤長崎原爆病院）の緩和ケアカンファレンスに定期的に参加するようになった。

2007年10月頃よりは、緩和ケアカンファレンスで得た情報、すなわち在宅移行できそうな症例の情報を出席医師がメーリングリスト上に周知するようになった。その結果、2008年1

月頃より、在宅移行に結びつく症例が多く出るようになった。従来、患者自身が在宅移行を迷っている場合、家族が在宅に対して不安をもっている場合、病院主治医が在宅に対する意識が低かったり、最初から在宅移行の考えのない場合は、緩和ケアチームや地域連携室は退院支援が困難だと思われる。このような場合に、在宅医側から受け入れ可能との意思表示をすることが、緩和ケアチーム・地域連携室を通して患者、家族、病院主治医・病棟看護師を動かし、退院支援へつながることが可能になってきていると思われる。

たとえ医療依存度が高い状態であろうとも在宅向けのアレンジが可能であり、在宅移行の阻害要因にはならない。大切なのは、患者・家族が今後どこで過ごしたいと考えているかの把握・理解であり、在宅スタッフが病院スタッフとともにその思いを受け止めることにはほかならない。われわれの試み、すなわち在宅スタッフが緩和ケアカンファレンスに参加することで退院へつながるケースが多く出始めたことは、地域医療連携の新たな幕開けであると考えている。

2 事例2 —病院看護師、医療ソーシャルワーカーに訪問看護体験をしてもらう

長崎市医師会では、病院から在宅に移行するにあたり、看看連携（病院内で働く看護師と地域で働く看護師の連携）は重要であり、訪問看護の病院スタッフへの啓発不足が連携の進みにくい誘因の一つであると指摘してきた。改善の取り組みとして病院看護師とソーシャルワーカーを対象にアンケート調査および訪問看護体験を企画した。その結果、病院看護師とソーシャルワーカーは、訪問看護体験を通して看看連携の必要性を理解し、継続看護への意識を高めることができた。病院看護師にとって、短い在院日数では在宅療養をイメージした退院支援は難しい。解決には、まず訪問看護の現状・特質を知ってもらい、在宅看護を知る訪問看護師との連携を早期に開始すれば、結果として効率のいい退院支援へ結びつくものと思われる。

3 事例3 —在宅医が緩和ケアチーム回診に同行する試み

余命いくばくもない時点となってから、唐突に在宅医に紹介されてくる患者も少なくない。せめてあと1カ月前に紹介してもらえれば、信頼関係を構築する時間を持ち、症状をもっと緩和し、QOLを維持向上する時間をもつことができたかもしれないという場面にしばしば遭遇する。このことは、紹介されてきた患者に良質な在宅医療を提供しようと努力するだけでは解決不能な課題である。

そこで、あおぞら診療所では、2007年3月から当地のがん診療連携拠点病院である松戸市立病院の緩和ケアチーム回診に在宅医が同行する試みに取り組み始めた。回診に在宅の視点を注入し、退院前の早い時点から在宅療養についての具体的なアドバイスを提供し、そのノウハウを双方が蓄積することを目的としている。この連携を通じて、緩和ケアチームのメンバーは在宅への移行という視点を常に意識するようになった。そして、病棟の主治医、看護師も、「こんな患者は在宅では療養できないだろう」と思い込んでいた患者が実際に退院し、在宅での看取りを成就するという経験を経て、退院調整にあたっては医学的管理の難易度ではなく、

患者自身が「人生最後の時期をどこで療養したいと思っているのか」に着目して対応すべきだ
という体験を重ねつつある。

〔白髭 豊・川越正平〕



診療所同士の連携



1 はじめに

日常の外来診療をしながら訪問診療も行う「〔A型〕従来型」は、わが国での診療所の大多数を占めると思われる。多くは、1名の常勤医で構成される「A₁型（いわゆる1馬力診療所）」であるが、この診療所が在宅緩和ケアを担う在宅療養支援診療所として24時間365日の体制を維持するためには、1診療所のみでは自ずと限界があり、なんらかのネットワークづくりが必要になってくる。

典型的なのは、医師会主導などで近隣の診療所同士5軒程度でサブグループを組み、全体の組織として近隣の病院と連携関係を構築するパターンである。情報共有がサブグループ内で行いやすい利点がある。また、数十名単位のグループ全体で輪番制をしいて24時間対応を実現するパターンもある。ITを駆使した情報共有システムがあればいいが、そうでなければ地域全体で多数の診療情報を紙ベースで共有することが必要になり、現実的には困難である。したがって、当番制よりも、むしろ少人数によるグループ制がとりやすいであろう。

岡山では、3つの内科診療所によるグループ診療を実践して患者情報を共有、24時間連携体制をとっている。気心の知れた少人数の連携で、実績が上がっている。次項では佐藤涼介医師（佐藤医院）に少数グループ制の実際を詳述いただく。少数グループ制が地域全体で発展できるようであったら、熊本在宅ドクターネット、長崎在宅Dr.ネットの事例を参考にされたい。

〔白髭 豊〕

2 岡山市清輝橋グループによるグループ診療

岡山市医師会では、1994年に「在宅グループ支援の会」という在宅患者を支え合う5つのグループ診療チームを結成し、現在ただ1つ機能しているのが「清輝橋グループ」である（表6-1）。清輝橋グループでは、1990年から1992年まで順次、佐藤医院、安田内科医院、片岡内科医院が継承開業した。1994年から医師会推薦もあり、当初、安田医師の積極的な働きかけもあり、3件の近隣内科診療所がグループとして連携し、在宅での看取りを目指して主治医、副主治医の関係で協力し合うという活動を開始した（表6-2）。

連携を始めた頃の苦勞という点では、本来ライバルであるべき近隣の内科診療所が、在宅患

表 6-1 清輝橋グループの診療比較

診療所名	安田内科医院	佐藤医院	片岡内科医院
院長（年齢）	安田英己（58歳）	佐藤涼介（50歳）	片岡廉（54歳）
診療科目	内科、呼吸器科、 胃腸科、アレルギー科	内科、小児科、 リハビリテーション科	内科、消化器科、 呼吸器科
介護事業サービス	なし	デイケア・デイサービス： 約160名	なし
開業年月日	1991年	1990年	1992年
1日平均外来患者数	約80名	約60名	約40名
訪問診療患者数	40名	10名	20名
スタッフ数	7名	50名	5名

表 6-2 清輝橋グループの連携経過

1990年	佐藤医院継承開業
1991年	安田内科医院継承開業
1992年	片岡内科医院継承開業
1994年	岡山市医師会が推進する「在宅グループ支援の会」発足
1995年	佐藤医院デイケアが開設「開放型デイケア」
1996年	在宅患者の医療情報ネットを構築する
1997年	川崎医科大学6年生の学外実習に3院で共同参加
2001年	岡山大学医学部5年生の衛生実習に3院で共同参加
2002年	岡山大学医学部1年生の早期体験実習に3院で共同参加
2003年	3院共通の電子カルテ（ダイナ+RS-Base）採用 岡山大学病院卒後研修の地域医療研修に3院で共同参加
2004年	岡山済生会病院卒後研修の地域医療研修に3院で共同参加
2005年	岡山市民病院卒後研修の地域医療研修に3院で共同参加

者中心とはいえ、連携をするという発想の本質的価値を深く理解するために少し時間が必要であった。もう1点は、24時間、365日完全代診体制を組む必要性が本当にあるのかという問題である。結論としては、私たちは完全代診や完全当番医体制をとらず、基本はかかりつけ医が携帯電話を含めて責任をもって対応するということである。連携訪問看護ステーションには緊急の対応もお願いし、必ず連携医に依頼するのは、在宅での看取りが必要な状況のときである。どうしてもかかりつけ医が県外などに出かけてすぐに対応できないときに、連携医に連絡

が入り、看取りなどの緊急対応を行う。

すぐ対応できないとき、緊急入院が必要であったり、急変したりしたときなどは、かかりつけ医の判断で、連携訪問看護ステーションに携帯電話で対応内容を依頼することがある。また、必要に応じて連携医に依頼したり、直接連携病院に携帯電話にて連絡をとり、入院の手配を行ったりすることもある。

このようななかで、これまで私たち「清輝橋グループ」が連携を充実させるために取り組んできた内容は、①共通の電子カルテシステム（ダイナ+RS-Base）を利用して医療介護情報を効率化し、②医薬懇話会を通じた地域薬剤師との連携を深め、③佐藤医院で行う「開放型デイケア」に連携医のリハビリテーションなど必要な患者の紹介があり、④歯科、皮膚科、整形外科、婦人科、耳鼻科などの他の診療所からの往診を通じての診診連携の実践があり、⑤開放病床や緩和ケア病棟などの病院専門医との連携を強化し、さまざまな地域の最高の専門病院との連携を行っており、⑥ケアカンファレンスやケアマネジャーとの定例勉強会などを通じて、介護サービス提供者との連携を充実させ、⑦医学生、研修医の地域医療実習、研修における医学教育へ協力・参加する、などである。

現在、私たちは共通のさまざまな勉強会、たとえば「医薬懇話会」「在宅緩和ケア学習会」「心エコー勉強会」「ケアマネジャーとの合同勉強会」「岡大医学部サークルOCSIAでの医療面接勉強会」「漢方勉強会」などの企画・参加のほか、地域の基幹病院との病診連携勉強会にも運営委員となって、その企画に参加している。

私たちは、地域の内科系診療所、他科診療所、地域の薬剤師、ケアマネジャー、病院の専門医など多くの地域の医療、福祉関係者と連携し、勉強会を企画、継続し、地域医療をより円滑に活性化するための対策を続けている。連携の秘訣は、

- ①「協調し相手を尊重する心」と「各診療所の独自性発揮」のバランスを保つこと
- ②楽しいことを実践すること
- ③医学生・研修医教育とリンクすること

である。

筆者は、デイケアを通して、ターミナル期までリハビリテーションを続けることが幸せな在宅での人生の終末につながることをライフワークとして実践し、障害者やがん患者を在宅で看取することに大きなエネルギーを注いでいる。私たちは、それぞれ独自の取り組みも行い、日々自分自身のスキルアップを目指し、地域貢献をするために楽しく、仕事と勉強を続けている。そして、常に医学生や研修医が私たちの診療所に実習、研修に来ていて、彼らと一緒に楽しみながら、さまざまな勉強会にも参加しながら、地域医療を継続していけることが私たちにとって最も幸せなことだと確信している。

参考文献

- 1) 佐藤涼介：高齢者のターミナルケアにおける視点—本人・家族の本当の希望を知る。高齢者ケア 11 (3) : 70-76, 2007 (幸せな在宅死を迎えるためには何が必要であるかについて述べている)

- 2) 安田英己, 佐藤涼介: 診診連携—グループ診療を中心にした在宅医療. 日本プライマリ・ケア学会誌 22 (1): 13-17, 1999 (グループ診療の実践内容について症例を交えながら述べている)
- 3) 佐藤涼介: グループ診療を中心にした在宅医療. 在宅医療. No. 21, p. 19-23, 1999 (グループ診療の実践内容について症例を交えながら述べている)

〔佐藤涼介〕

3 在宅ネットワーク立ち上げの工夫

1) 経緯

「熊本在宅ドクターネット」は、2008年3月25日の設立総会をもって正式に発足した。本項では、その立ち上げの過程を紹介する。

これまで各地で「在宅医療のネットワーク」の立ち上げが試みられている。つまり、多くの医師にとって在宅医療の実践は、開業医1人では大変なことであり、一医療機関だけでは困難であると実感しているということであろう。

これらの試みの多くは、実を結ばず、頓挫している。しかしいくつかの地域では、ネットワークづくりに成功し、地域に在宅医療が浸透しつつある。われわれの出発点はここにある。つまり、失敗には理由があり、成功にいたる重要なポイントがあるはずである。問題点を洗い出し、成功しているネットワークづくりの手法を踏襲することで、一步を踏み出すことができるのではないだろうか。

われわれは、2007年9月1日に長崎市で行われた「地域連携プログラム小委員会」に出席させていただき、長崎在宅Dr.ネットのメンバーの先生方にお会いする機会を得た。その後、長崎在宅Dr.ネット代表の藤井卓先生、事務局長の白髭豊先生に熊本でご講演いただいた。そのような交流のなかで、設立および運営に関するさまざまな苦勞、ノウハウをお聞きすることができた。

ここで私たちが得た結論は、

- ① 会員同士の顔の見える連携が基本である
- ② 志を同じくする親しい者から連携の和を広げる

という、言い尽くされた感のある古典的手法を用いることである。実際に地域に根ざし、かかりつけ医として日常の医療を実践している医師が多くいる。われわれが行うのは、根気よくお互いを結びつける努力をすることである。

2) 取り組みの内容

以下に、われわれの取り組みを挙げる。

a) 地域の特徴を生かす

熊本市を中心とした医療圏では、熊本脳卒中地域連携ネットワーク、大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会などの活動に代表されるように、先進的な医療連携が行われている。これらは重装備の救急病院とリハビリテーション病院を中心としたものであるが、これらに在宅医のグ

ループが連携することは、病院医師からも強く望まれていることである。病院医師の協力は比較的得やすい。

b) 中心となるメンバーの重要性

熊本に在宅ドクターネットをつくりたいと考えていたのは筆者だけではない。しかし、あまり面識がない者が一緒に汗を流すことは、なかなか難しい。さまざまな医師に呼びかけるなかで、大学のクラブの先輩後輩、医局の同門、これまで24時間連携を行ってきた者が集まった。いわゆる「同じ釜の飯を食った」仲間が集まり、忌憚のない議論を交わした。会のスタートは、気が知れた少人数から始めるべきであろう。

c) 志を同じくする人に参加していただく

地域で熱心に在宅医療に取り組んでいる医師に声をかけていった。この際には、多くの医師と接している訪問看護師やケアマネジャーからの情報が有用である。

この会の趣旨を説明し、ドクターネットへの参加を呼びかけても、断られる場合もある。その理由の多くは、夫婦や親子など複数医師で診療しており、現時点では参加の必要性がないというものである。まず、同じ考えをもつ者同士で会を始め、徐々に活動範囲を広げていくことにした。

d) 規約、趣意書は重要

まず、参加メンバー間のルールを定めた。①主治医がイニシアチブをとり、その判断を尊重すること、②原則として紹介病院には緊急時の入院を担保していただくこと、③在宅移行時にはカンファレンスを開くこと、などである。また患者から信頼され、他の医療従事者と連携するためには、会の成り立ちを明文化する必要がある。長崎在宅Dr.ネットの文章を参考に、主としてメーリングリスト上で論議をしながら、趣意書や規約をつくり上げていった。

e) ネットワークのイメージを共有する

医療ネットワークという言葉は、通常、「多職種連携」を意味する。本会のメンバーは医師だけであり、連携とは患者ごとに訪問看護師、理学療法士などの職種とチームをつくることをイメージした。会の発足時には、この連携のイメージを共有することが重要と考えた。特にはじめの数症例は、紹介元の病院の主治医と密接に連絡し、モデルケースとなるような症例が経験できるように配慮した。

また在宅医療の対策は、がん末期だけではない。がんに限らず、難病、脳血管障害後遺症、認知症などあらゆる疾患を対象にしたほうが、多くの医師が参加しやすいと考える。

f) 役割分担

多くの医師に参加していただく場合、意見を集約しなければならない。会合を開くにも、スケジュールの調整、場所の予約などの雑事をこなさなければならない。誰かが中心となって会を運営しなければ、先に進むことはできない。

しかし、メンバーが集まるにつれて、自然と役割分担が生まれてくる。ITに強い医師には、ホームページを作成していただいた。最近開業された医師には、病院医師や連携室への広報をお願いした。医師会や保険医協会の理事の先生方からは、会の運営に重要なアドバイスをいた

だくことが多い。

長崎在宅 Dr. ネットをモデルとして、熊本でも「診療所」を中心とした在宅医療のネットワークが動き始めた。あせらず、相互を信頼することで、在宅ドクターネットは地域に根ざしていくと考える。

(田島和周)

4 長崎における医療連携

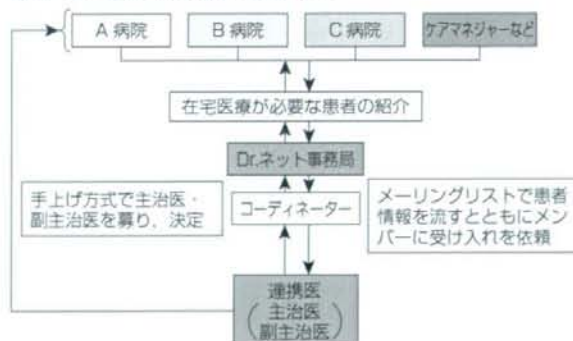
長崎在宅 Dr. ネットでの連携の基本は、主治医、副主治医の2名による少数グループ制をとっている。これに、事務局経由で病院から在宅移行症例の主治医を斡旋する機能を持ち、メーリングリストを有効に活用している。

1) 長崎在宅 Dr. ネットによる地域連携

2003年3月、病診連携、診診連携を推進する組織として「長崎在宅 Dr. ネット」が発足した。自宅療養を希望する入院患者の主治医が見つからない場合に事務局が窓口となり、病院側・患者にメンバーのなかから在宅主治医、副主治医を紹介する。具体的には、個人情報を考慮して疾患、居住地などの情報を地区別に決めたコーディネーターがメーリングリストでメンバーに周知し、手上げ方式で主治医、副主治医を決定する(図6-2)。退院前には、病院と在宅スタッフ合同でカンファレンスを行い、スムーズに在宅へ移行している。

最大の特徴は、1人の在宅患者に対して、主治医と副主治医の複数の担当医師を決めることである。あらかじめ、副主治医は主治医より診療情報を提供され、万が一の支援に備える。日常診療のなかで、副主治医が往診・訪問診療することはない。あくまで主治医不在の際のバックアップであるので、副主治医になることで負担を感じることは少なく、また副主治医のなり手に困ることもない。主治医が学会や旅行で不在の際に、必要があれば副主治医が往診に駆けつけることができる。在宅療養支援診療所の要件である24時間対応の実現はもとより、主治

図6-2 主治医決定までのプロセス



医・副主治医で異なる専門分野をカバーできる利点もある。退院前には、できるだけ病院・在宅スタッフ合同でカンファレンスを行い、スムーズに在宅へ移行している。

長崎在宅Dr.ネットには、皮膚科、眼科、精神科、形成外科、脳外科など専門性の高い診療科の医師も「協力医」として参加し、医学的助言や必要に応じて往診を行う。さらに、市内病院の医師も参加し、在宅へ移行する症例の紹介や医学的助言を行っている。2008年4月現在、計138名の医師が参加している。アンケート調査を行ったところ、副主治医の存在が、在宅医療で重症患者を抱える際に避けたい肉体的・精神的な重圧の軽減に大きな効果があるなどの利点が明らかとなった。

メンバー外のケアマネジャー、ヘルパー、管理栄養士、訪問看護師、歯科医師など多職種との連携も、有機的に展開している(図6-3)。2008年2月までに、175例の患者に在宅主治医の斡旋を行った。追跡調査できた154例中116例が死亡していたが、在宅死は48例で、全死亡の41%であった。

がん緩和ケアのあるべき姿は、在宅ケア、ホスピス・緩和ケア病棟、病院の三者が連携を行い、患者が望む最適の場所でケアを受け、その移行が円滑であることだ。長崎市では、在宅ケアのなかでの連携が有機的に成功し、かつ病院やホスピス・緩和ケア病棟から在宅への移行もスムーズである。このような連携は、がんに限定せず地域全体に広がりつつある。

2) ネットワーク構築のカギ

長崎在宅Dr.ネットは2003年3月の結成以来、5年以上が経過した。今までに前例のない近隣の開業医同士の連携である。結成初期の段階で、まず患者の取り合いにならないように、参加するメンバー間で覚書を取り交わした。すなわち、副主治医として一時的に診察した患者は、必ず従来の主治医に戻すことを明文化した。これが奏功したのか、これまでに患者の取り

図6-3 長崎在宅Dr.ネットの仕組み



合いにつながるようなトラブルは起こっていない。

結成初期には、メーリングリスト上で病院から紹介された症例の主治医決めのみならず、さまざまな医療相談のメール、雑談的な楽しいメール、読むだけで役に立つメールなどさまざまなメールを織り交ぜて、文字通り医局での会話のような雰囲気づくりに努めた。現在は、多くのメンバーが自然に情報発信するようになり、活発な意見交換が行われている。また初期の1年間は、事務局を務める筆者が症例の主治医斡旋まで行っていたが、2004年春からは、地区別に決めた5名のコーディネーターが主治医決めに尽力してくれて、事務局の負担の分散が実現した。さらに、組織のまとめ役としての世話人会が11名で組織され、皆で相談しながら組織を運用してきた。世話人会での和気あいあいとした雰囲気のなかでの互助的運用が長崎在宅Dr.ネット全体の雰囲気に波及して、順調に運営することができた。

他地区で新たに組織を立ち上げようとする場合の秘訣は、やはりコアとなる仲間づくりに尽きるであろう。長崎市近郊でのわれわれの連携の実践を参考として、長崎県では大村市、諫早市、他県では京都市、熊本市でも同様のネットワークが構築された。今後の発展に大いに期待したい。

参考文献

- 1) 白髭 豊, 藤井 卓:長崎在宅 Dr. ネットによる地域医療連携. 日本医事新報 4224:29-32, 2005
- 2) 藤井 卓, 白髭 豊:長崎在宅 Dr. (ドクター) ネットにおける病診連携・在宅医療の実践. 長崎県医師会報 726:19-21, 2006
- 3) 白髭 豊:診療所での地域医療連携の試み—長崎在宅 Dr. ネットの歩み (前編). 総合ケア 17 (8):80-86, 2007
- 4) 白髭 豊:診療所での地域医療連携の試み—長崎在宅 Dr. ネットの歩み (後編). 総合ケア 17 (9):76-82, 2007

(白髭 豊)



訪問看護ステーションとの連携



1 医師の任務と訪問看護師が担う重要な役割

いうまでもなく医師本来の任務は診断であり、治療である。しかし、要介護者や終末期患者の在宅ケアにおいては、さまざまな課題に対して医療的観点からの介入だけでは行き詰まる場面にしばしば遭遇する。結果として在宅での療養が破綻し、病院への入院を余儀なくされかねない。

具体的なケースを例示する。

せん妄症状に対して向精神薬を処方したところ、錐体外路症状や誤嚥性肺炎を引き起こしてしまった。



せん妄症状を悪化させている要因が、便秘であることを見出した。

重介護患者の主介護者が、介護疲れで倒れてしまった。



介護者の体調変化をも遅滞なく把握し、破綻をきたす前にケアマネジャーに働きかけて、デイサービスや緊急ショートステイの利用を手配した。

このような場面で、繊細なマネジメントを主体的に担いうる職種が訪問看護師である。訪問看護師は、医師の訪問診療と比べて訪問頻度が多く、滞在時間も長い。密な関わりのなかで、患者が医師には話づらい内容をうまく引き出す場面も多い。患者・家族の言葉や気配とでもいべきものを察知して、それを適切な医療情報に“翻訳する”活躍をも期待できる。

例) 熱もないのにぐったりしている患者に早期介入し、肺炎の診断、治療に結びつけられた。便秘すると嘔吐しがちな麻痺を有する患者に対して、予防的対処を実践する。

医療とケアの双方について深い理解を有する訪問看護師こそ、在宅ケアの根幹を支えるスタッフであり、医師と訪問看護師が地域連携チームを形成してがん患者を支えることのメリットを強調したい。

2 連携の実際

1) がん患者を訪問看護ステーションと連携して診療する

実際に訪問看護ステーションと連携するにあたっては、訪問看護指示書を交付することとなっている。これは、訪問看護師が医師の指示のもとに訪問看護を提供する根拠となる書類であり、通常1カ月に一度交付する。

がん患者の場合、制度上の取り扱いが患者の状態（介護保険における要介護者かどうか、「末期の悪性腫瘍」かどうか）によって異なるため、その概要を以下に示す。

a) 介護保険から訪問看護を提供する状態

○医療保険と介護保険に同種のサービスがある場合には介護保険を優先すると定められてい

るため、患者が要介護認定を受けているが「末期の悪性腫瘍」ではない場合、訪問看護はケアマネジャーが作成するケアプランに位置づけたうえで介護保険から提供することになる。

- ・たとえば、65歳以上でもともと要介護状態であった患者が悪性腫瘍を患った場合などが該当する。この場合、訪問看護を提供できる回数が介護保険の区分支給限度額にしばられること、ケアプランという計画に基づいて訪問看護を提供することになっているがゆえに、病態変化に際して即応しづらいなどの側面がある。
- ・急性増悪に伴い、医師が一時的に頻回の訪問看護が必要だと判断した場合、特別訪問看護指示書を交付し、14日間に限り医療保険から訪問看護を提供できるという規定があるため、医師は状況に応じて弾力的な指示を心がけたい。

b) 医療保険から訪問看護を提供する状態

- 患者が要介護認定を受けていない場合、医療保険から訪問看護を提供する。

- ・そもそも訪問看護の対象となるのは通院が困難な患者であるが、悪性腫瘍の患者は病態が変化しやすく急激にADLが悪化することもありうることから、外来通院中であってもある時点から訪問看護を導入するという判断も必要となる。

- 「末期の悪性腫瘍」の患者については、「厚生労働大臣が定める疾病等の患者」として、訪問看護を医療保険から提供するという例外規定が定められている。

- ・この規定により、医療保険では通常週3回までと定められている訪問看護の訪問回数の制限はなくなり、連日訪問看護を提供することなど、弾力的な対応が可能となる。

このように、制度上の訪問看護の取り扱いには複雑な部分があるが、「末期の悪性腫瘍」の患者については、弾力的に訪問看護を提供することができることを念頭に置いておく。なお、「末期」であるかどうかについては、医師が総合的に判断することとされている。

2) 連携のポイント1：在宅で点滴を実施する

具体的な連携事例として、在宅療養中の患者が発熱し、継続して点滴を実施する場面について考えてみる。

〈症例1〉

第1病日

患者家族からの求めに応じて医師が往診に赴き、発熱の原因を尿路感染症と診断した。

在宅で抗生物質の点滴を連続5日間実施すれば感染をコントロールすることは十分可能であり、入院の必要はないと判断し、採血と初回の抗生物質点滴を実施した。訪問看護ステーションの看護師に在宅患者訪問点滴注射指示書を交付して、第2病日から第4病日までの3日間の点滴注射を依頼した（1日1回投与）。使用する点滴注射の薬剤は院内で処方し、輸液ルートなど必要な医療材料、衛生材料を併せて供与した。

第2病日～第4病日

連日、自院の看護師が電話で症状の経過について患者宅に問い合わせ、第3病日以降は平熱にまで解熱したことを把握した。自院の看護師は、訪問看護ステーションの看護師とも毎日連絡をとり合い、第1病日に実施した採血結果を先方と共有するとともに、第3病日には解熱したこと、第4病日には留置カテーテル内にみられる尿の性状も著しい改善をみた旨の報告を受けた。

第5病日

計画通り訪問診療を行い、症状のその後の経過について診察した。尿路感染症はほぼ完治したと判断、採血によるフォローアップと5回目の抗生物質点滴を実施した。念のため、内服の抗生物質を処方しておいた。

第6病日

採血結果にて炎症反応は完全に陰性化したことが判明したため、前日に処方した内服の抗生物質は服用する必要がない旨を患者・家族に伝えた。

3) 連携のポイント2：病状の変化に際して緊急訪問看護を依頼する

〈症例2〉

在宅フォロー中の肺がん患者の家族から、「痰がからんでおり、苦しそうだ」との連絡があった。

- 外来診療中の平日午前の時間帯であったため、医師は連携している訪問看護ステーションに連絡し、緊急訪問看護を指示した。
- 訪問看護師は主治医の診療所に立ち寄り、常備している吸引器を持参のうえ、患者宅を緊急で訪問した。粘稠な痰を中等量吸引したところ、患者の呼吸状態は安定した。
- さらに訪問看護師は、患者の家族に呼吸理学療法を指導するとともに、居室内の加湿についてアドバイスした。

〈症例3〉

神経因性膀胱のため、尿道カテーテル留置中の患者の家族より、「尿が流出しておらず、お腹が張って苦しそうだ」との連絡が主治医の診療所にあった。

- 医師は他の患者の訪問診療中であったため、連携している訪問看護ステーションに連絡し、緊急訪問看護を依頼した。
- 訪問看護師がただちに患者宅を訪れたところ、患者の下腹部は緊満しており、尿は混濁していた。そして、尿道留置カテーテルが閉塞していることが判明した。
- 訪問看護師は主治医に状況を報告し、医師の指示のもと、あらかじめ主治医が緊急時用に患者宅に預けておいた同サイズの尿道留置カテーテルを用いてその交換を行ったところ、約500mLの混濁した尿が流出し、患者の症状は改善した。

以上の3症例のように、診療所の医師と訪問看護ステーションの訪問看護師が連携することには多くのメリットがある。医師は、その本来の役割である診断や治療方針の決定を担うべく、臨床経過の節目で診療を計画、実施する。そして、連日必要となる医療行為や症状観察については訪問看護ステーションの訪問看護師と連携すれば、過度の負担なく切れ目のない適切な医療を在宅でも提供することができる。24時間にわたる緊急時への対応も、診療所の医師のみ、または訪問看護ステーションの訪問看護師のみで対応するのではなく、両者が連携し助け合って対応することにより、相乗効果が得られることは間違いない。

3 連携上の工夫

1) 地域における連携の困難性と“顔の見える関係づくり”

ここまで診療所医師と訪問看護ステーションの訪問看護師の連携について述べてきたが、訪問看護制度の創設以来、医師と訪問看護師は異なる場所で別々に働いているという現実がある。医師と看護師が病棟のナースステーションという同じ空間で顔を突き合わせて働いている病棟医療と在宅医療が決定的に異なるのが、この点である。

もし、医師が訪問看護ステーションとの連携は難しいと感じた経験があるとしたら、上記のような理由に由来しているのかもしれない。病院勤務医が同じ病院内であっても日頃勤務していない病棟に入院した患者を担当した場合、“やりにくさ”を体験したことがあるということと同軸上の課題といえる。つまり、“顔の見える関係”でない者同士が連携するということは、簡単ではないという当たり前の現実である。このような地域における連携の困難性について明確に認識したうえで、“顔の見える関係づくり”を能動的に目指すことこそ解決への第一歩といえよう。

2) 正確な情報の共有が地域連携の前提条件となる

複数、多職種のスタッフが連携するにあたっては、正確な情報を共有することが本来、前提

条件だといえるだろう。ところが、地域連携の現場において、事はそう単純ではない。たとえば、診療所のカルテには患者の血液検査の報告書が存在するが、訪問看護ステーションの看護師は常時閲覧することは通常できない。病院からの診療情報提供書も診療所のカルテには存在するが、訪問看護ステーションのカルテにはファイルされていない。

このような状況を鑑みて、改めて正確な情報を共有することが有機的な地域連携の前提条件となることを確認しておきたい。

3) 合同カンファレンスの勧め

そこで、地域における連携の困難性を打破するために、診療所の医師が特に密に連携している訪問看護ステーションの訪問看護師と定期的に合同でカンファレンスを開催し、連携している患者について情報交換を行うことをお勧めしたい。双方忙しいなか、時間を捻出することが容易でないことは承知のうえだが、たとえば月に一度30分の時間を確保して、主治医の診療所で顔合わせの機会を設ける方法である。1カ月間にそれぞれの訪問でつかんだ情報の共有や、診断、治療方針や処方内容の確認、検査結果や他医療機関からの診療情報などの共有がおもな内容となる。

合同カンファレンス

(診療所医師と訪問看護ステーション看護師)

- 月に一度、主治医の診療所で30分間の会合を行う
- ・それぞれの訪問でつかんだ情報の共有
 - ・診断、治療方針や処方内容の確認
 - ・検査結果や他医療機関からの診療情報などの共有
 - ・訪問看護師の疑問や不安に応える

連携上のさらなる工夫として、診療所で雇用している看護師に、訪問看護ステーションとの連絡窓口を担ってもらう方法を挙げたい。具体的には1週間に一度、定時連絡を行い、診療や訪問看護でそれぞれが得た情報を共有する。急性増悪や合併症併発時には、連日のように連絡をとり合う。また、医師の携帯電話番号を周知し、患者の病態変化に遭遇した場合や折り入って相談がある場合には、現場から直接医師に連絡するようお願いする。

訪問看護指示書や訪問看護報告書のやりとりだけにとどまらない、真の意味での医師と訪問看護師との連携が地域ネットワーク構築の鍵といえるだろう。

(川越正平)