

「南庄内在宅医療を考える会」活動報告

鶴岡地区医師会 理事

中村内科胃腸科医院 院長 中村 秀幸

(1)はじめに

去る平成22年3月7日に鶴岡地域医療福祉連携活動報告会がありました。「連携」がこれからの医療-福祉をつなぐ上でのキーワードとなる一方で、それぞれの介護、福祉、医療関連の連携を謳う協議会や活動が職種間で「見えない」ことが指摘されていました。そこでそういった人たちが一堂に会してお互いを知り、自分の位置する場を再確認する機会としてこの会を企画しました。普段医療連携を身近に感じている病院MSWの方や連携室担当スタッフのなみなみならぬ努力とパワーでこの会が実現しました。

(2)「南庄内在宅医療を考える会」発足の経緯

社会的背景としては、国の施策でもある「機能分担と連携」すなわち「病院完結型医療から地域完結型医療」への転換があります。地域内でのそれぞれの医療機関の役割分担、機能分化を勧めることが求められています。そのためには、多職種の連携が必須となります。従って医師として「在宅医療」を遂行する場合、連携のパートナーは医療関係に留まらず、介護保険や福祉行政関係まで及びます。

しかし、その前提としてまずは自分たちの診療レベルを向上させ、同業者同士の連絡をスムーズなものとし専門性を十分発揮することが必要です。

現在鶴岡で進行中の緩和ケアや脳卒中パス連携などの医療連携を循環させ機能させていくには、充実した「在宅医療」の供給が欠かせません。しかし実情はといえば、内科の診療所でも在宅の方は診ない、あるいはほとんど受け入れないところも多く、患者さんや家族が在宅での医療やケアを受けたくてもなかなか希望が叶えられない状況です。

在宅医療に踏み込めない診療所では、在宅医療を実践するうえで何がバリアとなっているのか、またすでに在宅医療を実践している先生方はどのような問題を抱えているのか。率直にざっ

くばらんに本音を言い合える場所が欲しい。その要望に応えるべくこの会が発足されました。

(3)活動報告

現在まで3回全体会が開催されました。これまでの会の活動です。

『第一回在宅医療を考える会』平成21年9月2日鶴岡市勤労者会館、参加者は22名(診療所医師14名、病院医師4名)

挨拶と発起人からの会の趣旨説明とビールで乾杯のあと、まずは自己紹介を行い、所属や専門分野、趣味、在宅医療への取り組みなどをざっくばらんに行いました。この会では、これでいいのかという暗中模索の診療の中で「在宅医療で困ったこと」が解決できる場がほしい、勉強会をしてスキルアップしたい、内科同士、科を超えた連携、職種間、医療機関などの「連携」をつくる場にしたいという要望がだされました。

『第二回在宅医療を考える会』平成21年11月5日鶴岡市勤労者会館

テーマは「在宅療養支援診療所」、現在はまだ届け出の医療機関は数施設に留まっておりなかなか増えていません。この在宅療養支援診療所となることの経済的メリットや、逆にそれに伴う精神的、時間的負担、患者さんの負担増などを把握することで、課題とその解決点を探りました。

まず総論で、土田兼史先生より「在宅療養支援診療所と在宅時医学総合管理料について」と題し、基本的な考え方や制度的な事項、地域での届け出の状況を整理していただきました。その後、私が「在宅診療を行っている市内診療所の一例として」と題して現況の報告を行いました。内容は(6)に述べます。

『第三回在宅医療を考える会』平成22年3月6日鶴岡地区医師会講堂

参加者は29名(診療所医師10名、病院医師2名、訪問看護師6名、調剤薬局薬剤師2名など)でした。

「在宅医療と地域連携」をテーマに、あおぞら診療所の川越正平先生をお迎えして講演「地域が

一体となって機能するための地域連携・他職種連携」をお聞きしました。地域を病棟と捉える、多職種連携はまず同職種連携から、多職種で顔を合わせる機会を確保する“作戦”、会への多職種参加の工夫などなど、川越イズムを満喫した講演会でした。

平成 22 年 5 月 10 日には第 4 回が開催される予定です。内容は「在宅での栄養管理」と「がん疼痛緩和におけるアセトアミノフェン」で、在宅医療のスキルアップ研修会的なものとして外部より講師をお呼びしての勉強会です。

(4) 今後の予定(アクションプラン)

何といっても在宅医療にかかわるマンパワーの拡大です。この会では在宅医療を行う上でのバリアを分析し、スキルアップ研修会や勉強会、連携体制の整備、先進地域の紹介や利用できるツールなどの紹介を行っていきます。

この会の目標の一つである「グループ診療」の実現に向けて、まずは診療所医師間のグループ診療体制の検討が必要です。一気に実現しませんが、一人ひとりできることを知り、できる範囲からの連携体制を目指していきます。

鶴岡地区では平成 22 年 3 月から脳卒中病診連携パスの本格運用が始まっています。また今後、糖尿病やがんなど新しい地域連携パスの構築が計画されておりこれらへの参加が必須となるでしょう。これらの連携を通じて、より多くの人につながりができていくことを期待しています。まずは顔の見える関係づくりです。

また、これらを支えるインフラとして、ITの更なる利活用が必要でし必須となります。Net4U も新 Net4U への移行が迫り、特養や調剤薬局、ケアマネへの展開が始まっています。また鶴岡地区での「ユビキタス事業」の一環として、WEB 会議や新 Net4U の活用などが始まろうとしております。成功例を多くのエリアに広げていくことが重要です。

(5) これからの課題と展望

大きな課題として「医師チームで診るという体制作り」があります。在宅医療を行うかかりつけ医だけが関わるのではなく、複数の医師が専門性を発揮して自分のできる範囲での関わりを持

つ体制が必要ではないでしょうか。またこの連携にはバックベッドを持つ病院医師との顔の見える関係が必須ですが、平成 20 年度より開始された「がん緩和ケア(庄内プロジェクト)」や大腿骨頸部骨折・脳卒中の病病・病診連携パスで培われた連携関係はその強化に一役買っています。

診看連携、医療介護連携、医薬連携など連携の輪も拡がりを見せ始めています。今回の活動報告会でもケアマネの方から指摘がありましたが、多くの職種が関わる場合、医師のスタンスが大切です。つい無意識に使ってしまう「専門用語」、高圧的な態度、医師がいる場での発言しにくさなどに注意しないといけません。同じ目線、フラットな関係の構築が求められています。

「鶴岡地域医療福祉連携活動報告会」には、庄内地区老人保健施設連絡協議会、庄内地区特養老人ホーム連絡協議会、つるやくネットワーク(病院薬局と保健薬局)庄内プロジェクト(がん緩和ケアを中心)、病院と介護の連携協議会(病院とケアマネ)、庄内地域医療連携の会(病院連携担当者)、庄内南部地域連携パス推進協議会(地域連携パス)、そして南庄内在宅医療を考える会(開業医と病院医師)の参加を得ました。開業医と病院医師で構成される『南庄内在宅医療を支える会』は、今後、在宅医療・ケアを支える医師集団として他職種との連携を推進していきたいと考えています。

(6)「第 2 回在宅医療を考える会」での市内型の在宅療養支援診療所の一例報告

私見を交えてまとめました。自分の現在までの在宅医療に関して振り返ります。

私は平成 6 年に内科胃腸科医院を開業して以来、在宅医療を実践しています。昭和 58 年に大学を卒業し、研修医 1 年目より研修病院の方針(在宅医療の実践)に従い「当然のごとくに」週 1 回地域を回り 1 日 5-6 人の患者さん宅を車に乗り(専任の運転手さんです)約 1-2 時間かけて自分の担当のエリア(羽黒や櫛引など)で往診しておりました。

在宅医療を大学で教えられることはなかったのですが、入院医療ができればそれで解決というわけにはいきません。むしろその上をいく応用問題的な要素の多い医療ではないでしょうか。往診では限られた情報から、入院すべきか経過観察か、緊急性はあるのかご本人や家族の意向を踏まえた確かな判断を迫られます。やはり経験や勘も大きな世界です。今でも治療や判断を迫る

「経験豊富な」訪問看護師さんの迫りくる熱い視線がとても怖かったのを思い出します。

逆に、往診するメリットは、生活の場であり患者さんのホームグラウンドである「家」に伺うことで病院では知りえなかった情報が入手できることです。

振り返ってみると多くの成果や問題点が指摘できます。在宅医療についての問題意識はずっと現在まで変化しながら、正解が見いだせないまま混沌とした世界を彷徨っています。

辛かったのは、がん末期のターミナルの患者さんを在宅で、一人で、後方病院や緩和ケア専門医のアドバイスもなく、見よう見まねで行っていたことです。文献やレシピをいくら勉強しても経験がなくては役には立ちませんでした。どれだけ多くの方がわかってもらえない精神的、肉体的苦痛を背負い旅立たれたかを考えると胸が詰まります。今でも時折、往診の一場面が夢の中で映画の一場面のように鮮やかに蘇ります。

今回私が発表する機会をいただいたのも、在宅医療に昔から携わり、最近では緩和ケアの経験をさせていただいたことが契機です。在宅医療のあるべき姿を地域の皆さんで考えていきましょう。

報告『市内型の在宅療養支援診療所の一例』

当院では、平成 20 年度に「在宅療養支援診療所」の届け出を県に提出しています。それ以前も「在宅時医学総合管理料」は算定しておりました。在宅医療そのものには平成 6 年 6 月の開院当初から取り組んでいます。一つのエンドポイントである「死亡」が確認できた方は 72 名でした。在宅死は 32%、入院紹介や救急で病院へ転送され病院で亡くなられた方は 58%、施設へ入所し転居（その後死亡場所は不明）は 12%でした。

紹介元は荘内病院を中心とした病院からが 52%で、外来に通院中で徐々に ADL の低下があり在宅移行した方も 27%あります。後者の場合、病態の十分な把握ができず病態も不安定であり在宅での管理には問題が多いと感じています。

在宅の患者さんが、私の出張や不在時に「連携医」の対応をしていただいた方は 3 人、逆に私が「連携医」として往診や電話での対応をした方は 5 人です。在宅医療 16 年間で、連携や対応を

お願いした事例は 8 件ですので、このような連携対応は 1,2 年に 1 回あるかないかという頻度でした。

当院では、患者さんの情報を Net4U にて登録しており、この情報を連携医や訪問看護、紹介元や紹介先(バックベッドのある)病院などで共有しています。

「在宅療養支援診療所」の施設基準は規定のごとくですが、私が県に年 1 回報告する項目としては、1 事例の連携に伴う書類(連携医への Net4U での「連携紹介状」)、事例の在宅移行時の計画や方針が記載されたカルテのコピー、患家に手渡す「常態時および緊急時、主治医の不在時の応援医」の連絡先、1 年間の看取り数などです。そんなに煩雑なものではありません。この会を契機に、在宅医療を行う医師が孤立無援で、さびしく手を引くことのないように、仲間を増やし、元気が出る医療を実践していきたいと願っています。

在宅支援診療所の拡大へのバリアを挙げてみますと、24 時間の拘束や学会や旅行など不在時のストレス、顔が見え助け合える連携医がいない(少ない)、在宅医療に慣れていない、新患の場合に患者・家族との信頼関係の構築が難しい、褥創や整形外科的あるいは婦人科、眼科などの問題が生じたとき、頼診、相談が難しい、訪問看護との情報共有・連携に不安ありなどでしょうか。考える会はこれらのバリア一つ一つの解決に向けて、手助けできる環境を形成していきたいと考えています。

一人の医師だけでは解決できない問題が多く、一人でも多くの在宅医療にかかわる医師の仲間が欲しいと感じています。