

訪問診療と入院診療を組み合わせ 地域包括ケアに貢献していきたい。

CASE
01

あわら病院

目の前の患者に今できることを精一杯やる。
継続的に診て総合的な医療を提供したい。

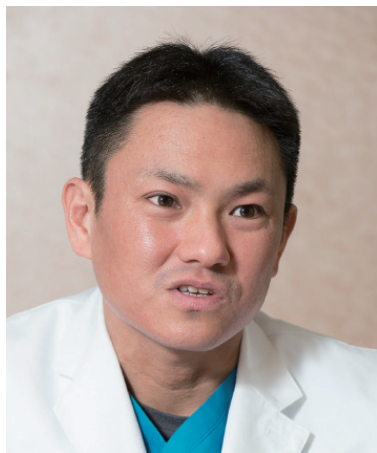
地域の医院や施設を後方支援

当院は福井県の最北部のあわら市にある小規模な病院です。物理的・地理的条件にこそ恵まれていませんが、障害児（者）医療、血液・免疫医療、長寿医療を中心に在宅医療を組み入れた特色ある専門医療を展開しています。

近くの病院に通院している人が検査や入院治療が必要になった時には受け入れ、特養や老健施設、そこの嘱託医の方々の応援もしています。検査・外来・入院に関して地域に足りないものを補い、必要な後方支援を続けています。

病棟の一室を地域包括ケア病床と位置づけ、入院当初は急性期の病床で対応し落ち着いたら移るという形です。調子が悪い時はすぐに入院が可能で通院できる状態になれば近隣の病院にお返しする、悪くなればいつでも入院できるという安心感を住民の方々に提供しています。

緊急時の受け皿としての役割も果たしています。地域によっては診療所が24時間体制でないところもありますが、当院には必ず当直医がいます。内科医以外が当番の時も、すぐ入院治療を開始して引き継ぎます。診断は紹介医の判断に基づいて行うため、地域の先生方との関係もうまくいっていると感じています。他の医療機関の手が回らない部分を当院がカバーし、バックアップする感じですね。



あわら病院 内科

鈴木 友輔

あわら病院 DATA

■ 所在地
〒910-4272 福井県あわら市北潟238-1
<http://www.awara-hosp.jp>

■ 病床数
172床

■ 診療科目
内科／リウマチ科／循環器内科／血液・腫瘍内科／
老年内科／神経内科／小児科／外科／皮膚科／整形外科
外科／眼科／放射線科／研究検査科

訪問看護ステーションを開設

平成27年に訪問看護ステーション「アイリス」を立ち上げました。在宅患者さんをよく知っている看護師が訪問看護に行くので、コミュニケーションも取りやすいですね。入院患者さんを看護師が見に行くような感じで情報共有ができ、自分が訪問しなくても、患者さんのケアや診療の管理を安心して行うことができます。

在宅医療を支える「医療介護連携支援クラウドシステム」の存在も大きいですね。新たに訪問看護の対象になる方には、最初に説明して、ご利用いただくようお願いしています。IDとパスワードさえあればアクセスでき、遠方にお住まいのご家族とも状況が共有できますし、変わったことがあれば来院する前に訪問看護師が対応します。高齢のため自分で病院に来ることができず、家族が連れてくるのも難しい方でも、日々の状況が分かりますし、患者さん側の負担も減ります。

かかりつけ医の役割確立を

住み慣れた地域で最期まで過ごすのが地域包括ケアの目標ですが、調子が悪くなると、大学病院を受診した後、相談に来るケースもあります。フリーアクセスである日本の医療制度の課題ですね。時々大学の総合診療外来を担当しますが、本来はかかりつけ医に相談し、紹介の上で受診してほしいと思うことがあります。かかりつけ医の機能が確立すると、本当に必要な時だけの受診で済み、中小の病院と急性期病院の役割分担ができます。



退院支援看護師を含めた入院時の多職種ミーティング

人生の最期を地域で迎えるという流れにつながっていくのではないのでしょうか。

風邪症状がよくならないとすぐ病院を変える方もいます。処方された薬で快復しない不安も分かりますが、まずは継続して受診してほしいですね。次の病院も初診の先生の意見があると診断しやすいです。帰省したご家族が最初から診てくれと連れて来られるケースもあります。大きい病院はいろいろな検査ができて安心だと思われるんでしょう。しかし、大きい病院の窓口は若手医師が多く、開業医の先生の方が経験豊富で実力をお持ちの場合も少なくありません。患者さんの状況をよく理解しているため、経過を見越して紹介いただくことが多いです。お互いの長所を組み合わせる役割分担しながら、地域包括ケアを推進すべきだと思います。

私は比較的規模の大きい総合病院で初期研修をしましたが、同じ患者さんでも病態ごとに別の先生が診る傾向が強いです。もちろん専門的な知識は大切ですが、診られる範囲であれば、1人の患者さ

院長より

Hospital in the home.をテーマに 入院・外来・在宅の体制を整備。

訪問看護ステーションを開設し、地元の医師会が提供する「医療介護連携支援クラウドシステム」を導入したことで、訪問診療の回数が減り、形式も変わりました。ドクターが足を運ばなくてもすむ仕組みがひとまず完成したからです。

訪問看護師が報告をシステムにあげれば、医療者やケアマネジャー、ご家族まで関係者全員で情報共有ができ、海外にいても状況が分かります。入院患者を診た看護師が情報をカルテに記入するのと同じことが地域でできるんですね。オーストラリアでは地域の病院が在宅患者用の病床を持っていて、入院して良くなれば在宅に戻り、看護師が訪問してケアを行う。ほぼ同じ形が当院の在宅医療療養病床です。まさに「Hospital in the home.」で、退院後は看護師が訪問看護に行きますので在宅で安心して療養できます。また、在宅介護支援事業所と提携したことにより、ケアマネジャー

あわら病院 院長
津谷 寛

がすぐ来てくれ、手続きがスムーズに進む体制も作りました。

疾患によっても対応の仕方が異なります。認知症や誤嚥性肺炎は施設、重度の心臓病や心不全の場合は施設と病院が半々ぐらいです。在宅で診るのが末期がん、心臓病、難病の方でしょう。がんはADLが低下するのが亡くなる1～2週間前ですからそれまでは在宅で、心臓病は良くなったり悪くなったりを繰り返しますから、経過を看護師が見て、悪い時は訪問診療に行けば、最期まで住み慣れた環境で過ごせます。地域に密着した専門医療を提供するのが当院の使命です。医療と介護、福祉を含めた総合的なアプローチで貢献していければと考えています。

人を継続して診ていく方が自分にはあっていると思いました。それが当院に来た理由です。外来で診ている方が悪くなれば入院で診て、良くなれば外来に帰し、高齢のために通院できなくなれば訪問看護で継続した医療を提供したい。地域の中で1人の方を診て、自分ができる精一杯の医療をしていく、総合

診療医とはそういうものではないかと思っています。

目の前の患者さんに対して何が原因で、どうすべきかを考え、専門的な治療が必要であれば、適切なタイミングで紹介して、それが終われば再び継続して診る。身体全体だけでなく、初診からの時間的な経過も含め、総合的に診ていくのが総合

診療ではないでしょうか。

置かれた環境で自分ができるところを1つ1つしっかりやるのが出身大学の総合診療部のポリシーでした。必要なスキルは追加で身につけていく、どこまでやってもきりが無いのが逆にこの仕事の醍醐味かもしれません。

CASE
02

東埼玉病院

在宅医療と病院医療が連続しているのが強み。
地域の在宅医療・介護体制づくりにも協力したい。

2市1町で在宅医療連携推進事業を推進

当院で在宅医療を始めたのは、約10年前です。慢性期の患者さんが主体ですが、当時、近隣で在宅医療を手がける病院はほとんどありませんでした。現在は地元医師会や行政と協力しながら、在宅医療・介護連携推進事業にも関わっています。特徴的なのは当院のある蓮田市だけでなく、隣の白岡市と宮代町も含めた2市1町の合同事業だということです。宮代町には病院が1つもなく、蓮田市も病院の数は多くありません。1つの自治体で医療が完結しないんです。数年前までは、訪問看護ステーションが蓮田市ようやく1個できたという状態でしたから市町村を越えた連携が必要だったんです。近隣の市町村と手を取りながら進めてきました。

訪問診療は主治医制ではなくグループ制です。在宅医療は密室になりがちですが、他の人が違うタイミングで訪問することで気づく点もあり、チェック機能が働きます。診療の情報は常にカンファレンスで共有しています。後期研修医とは同行訪問する場合もあります。コミュニケーションの取り方を含め、現場で直接フィードバックできるのは大きいですね。在宅医療は自己流にならないことも大事です。

ただし、患者さんによっては2～3人で緩やかな主治医制を取る場合もあります。特に末期がんの患者さんは訪問し始めてからお亡くなりになるまで、あまり長くないケースが多い。そのため、短期間にいろいろな医師が訪問するのを避け、中心で診る人を決め、情報を共有しています。

平日は誰かが毎日、ご自宅や施設へ訪問診療に

出かけています。朝9時半ぐらいに出て4～5軒回り、14時～15時頃に戻ってくる感じです。初診や終末期の方は長くなることもあります。1軒につき平均20分程度でしょうか。訪問する頻度は患者さんによって違い、投薬については、最近は訪問薬剤管理指導といって、薬剤師さんが説明や残薬確認をしてくれます。老老介護や独居の方、認知症が進むと、飲んでない薬がいっぱい残っていて驚くこともあります。

地域包括ケアは幅広い連携が必要

通院でできなくなった方、在宅での看取りを希望する方など、訪問看護師やケアマネジャーから情報を得て、当院の訪問診療を利用されるケースも少なくありません。我々は在宅医療と病院医療の両方ができるので恵まれています。在宅で診ている患者さんの調子が悪くなれば、主治医として入院診療を行うことができます。

訪問診療をしていると、病院医療では分からない退院後の療養や介護がイメージしやすいのですが、他の機関と連携する場合はその点を伝えるのが課題ですね。また、地域包括ケアは地域によって変わります。フォーマルサービスである介護保険サービス、在宅医療介護サポートのほか、地域でインフォーマルサービスをどのくらい得られるのか。地域づくり、街づくりとも関わるので、行政との連携も大事です。最近は高齢独居の方が増えており、危機感を抱く自治会の方も少なくありません。お話をする機会も増えているので、啓発も含めて話し合いながら進めていければと考えています。

高齢になると在宅だけでなく、入退院を繰り返したり、施設を利用したりすることもあります。病院、在宅、地域をシームレスにつなぐことも含めて地域包括ケアを考えていきたい。患者さんが地域に戻った時のことをイメージしていくのも今後の大きな課題だと思います。

生活が見えると必要な治療ができる

家庭を訪問して初めて気づくこともあります。病院ではきちんと見えていても、家族関係や生活環境が病気に密接に関わっていることが分かります。私た

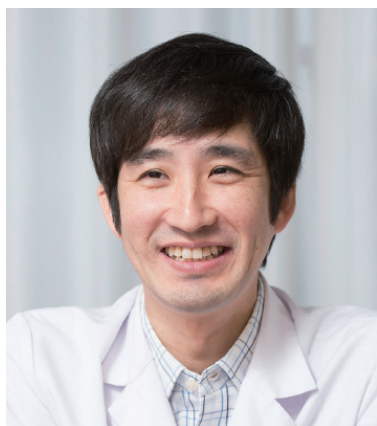


病棟でのカンファレンス風景

ちからすると、在宅医療の延長として入院医療があるわけです。通常の入院なら当然のこと、たとえば終末期に近づくモニターで管理することが多くなりますが、在宅の場合、ほとんどの方がモニターをつけずに亡くなります。普段つけていない機械を使用することによる患者さんの負担をなるべく増やしたくない。病院医療から考えると消極的な選択をすることもあります。以前は病院スタッフにもそのあたりの理解がなく、共感が得られづらいこともありましたが、施設診療も最初は苦労しました。お看取りをしていない施設は介護士の死に対する恐怖が強い。そこをいかに克服するかも課題でしたね。

継続的に診ている患者さんの場合、ご本人やご家族がどこまでの治療を希望するかというコンセンサスが取りやすい。急性期でない病院の強みだと思いますが、食事量やADLが落ちてきたなど変化があった時に、たとえば胃瘻を今後つくるかどうかなど治療の選択肢についてお伝えすることができる。その場で結論が出なくても患者さんの状態を見ながらアドバンス・ケア・プランニングができるので、入院した時には、やるべき治療がある程度分かっている。あらかじめ確認はしますが、ご本人とご家族のすり合わせができていますので、最期をどう着地させていくかが見えやすいんです。どういう患者さんなのかを知っているかどうかで全然違います。

今後は訪問診療を継続しながら、地域に貢献し、在宅医療から介護の体制づくりにも関わっていければと考えています。



東埼玉病院 内科・総合診療科

今永 光彦

東埼玉病院 DATA

■所在地
〒349-0196 埼玉県蓮田市黒浜4147
<http://esaitama-nho.jp>

■病床数
532床

■診療科目
内科／神経内科／呼吸器科／器外科／循環器科／アレルギー科／リウマチ科／リハビリテーション科／小児科／外科／整形外科／皮膚科／眼科／耳鼻咽喉科／放射線科／歯科／歯科口腔外科

専修医の声

病院医療と在宅医療の両方が学べる貴重な環境です。

後期研修では東京医療センターの総合内科でお世話になっていて、現在、東埼玉病院で研修させていただいています。東埼玉病院では今までとは違う経験をしています。訪問診療は設備が限られ、マンパワーもありません。病院なら看護師さんや薬剤師さんをお願いしていたことも医師がカバーしなければならぬ。幅広い知識が必要で、違う職業じゃないかと思うほどです。

東京医療センター 総合内科
深澤 義輝



漠然としたイメージしかなかった在宅医療の現場をこの目で見られたことは貴重な体験でした。訪問している患者さんの容態が悪くなったら入院して診られるという環境も珍しく、地域医療の勉強になりました。若いうちにはできるだけ多くの経験をしたいので来て良かったと思っています。