

在宅の高齢者を支援する「出向く医療」の実践



栗山さん 笹川さん

伊藤さん



阿部さん

吉嶺さん

新潟県立津川病院

吉嶺 文俊 院長 小泉 健 内科

阿部 昌洋 阿賀町診療所 所長

栗山亜砂子 退院調整看護師

笹川美和子 訪問看護師

伊藤志津子 医療相談員



小泉さん

PROFILE

よしみね ふみとし ◆1985年自治医科大学医学部医学科卒業後、新潟大学第二内科入局。六日町立国保城内病院（現在南魚沼市）、県立六日町病院、県立妙高病院などを経て、2002年7月県立津川病院へ入職。2003年4月より現職。自治体病院中小病院問題委員会（北陸信越ブロック代表）を務める。ブログ「地域医療のゆくえ」：<http://17041615.at.webry.info/>
所属学会：日本内科学会（認定内科医）、日本呼吸器学会（専門医）、日本アレルギー学会（専門医）、日本リハビリテーション医学会（専門医）、日本心療内科学会（登録医）、日本プライマリ・ケア連合学会（評議員）、日本心身医学会（評議員）、日本呼吸ケアリハビリテーション学会（評議員） など。

阿賀町の概要

医師 小泉健 吉嶺文俊

新潟県東蒲原郡阿賀町（以下、当町）は、新潟県東部の山間地にあり、人口は1万4,000人でありながら、佐渡島とほぼ同じ広大な面積（953平方km）を持つ。最大の特徴は、65歳以上が41.7%、75歳以上は24.9%という超高齢社会である点だ（2010年10月現在）。

当院は、その広大な阿賀町医療圏で唯一の病院（67床）である。これまで、阿賀町立診療所や町内の民間診療所と共に地域医療を担ってきたが、医療スタッフ不足が深刻である。人口10万対医師数は約80人であり、新潟県内では最も少ない。同じ医療圏の新潟市は、政令都市合併前の旧都市部では東京都23区よりも多い330であり、当院にとっては高度専門医療との連携は重要である。実際に町外医療機関の受診者も多い。

このような医療過疎の状況ではあるが、高齢者が多く医療・介護の必要度は高い。さら

に、老老介護や独居の高齢者も多く、昔は豪雪のため道が悪く通院困難であったが、今は足腰が悪く受診が困難だという住民が多い。

当院は県立病院であるが、町外医療機関・町内医療機関、介護施設、町行政と連携を図り、限られた医療資源で住民の医療を最大限守るために、さまざまな試みに取り組んできた。在宅医療の拡充、地域住民との座談会（ナイトスクール）の開催、住民自身が自分の健康情報をまとめ各医療・介護機関での情報共有が可能となる健康ファイルの推奨、当町全世帯に配備されているテレビ電話による遠隔診療などである。しかし、高齢化は止まらず、いかに今ある資源を活用していくかを住民と共に考えていく時期に来ている。

「出向く医療」の拡充

医師 小泉健 吉嶺文俊

当院は町立診療所などと連携し、従来重視されてきた「集める医療」（＝病院における

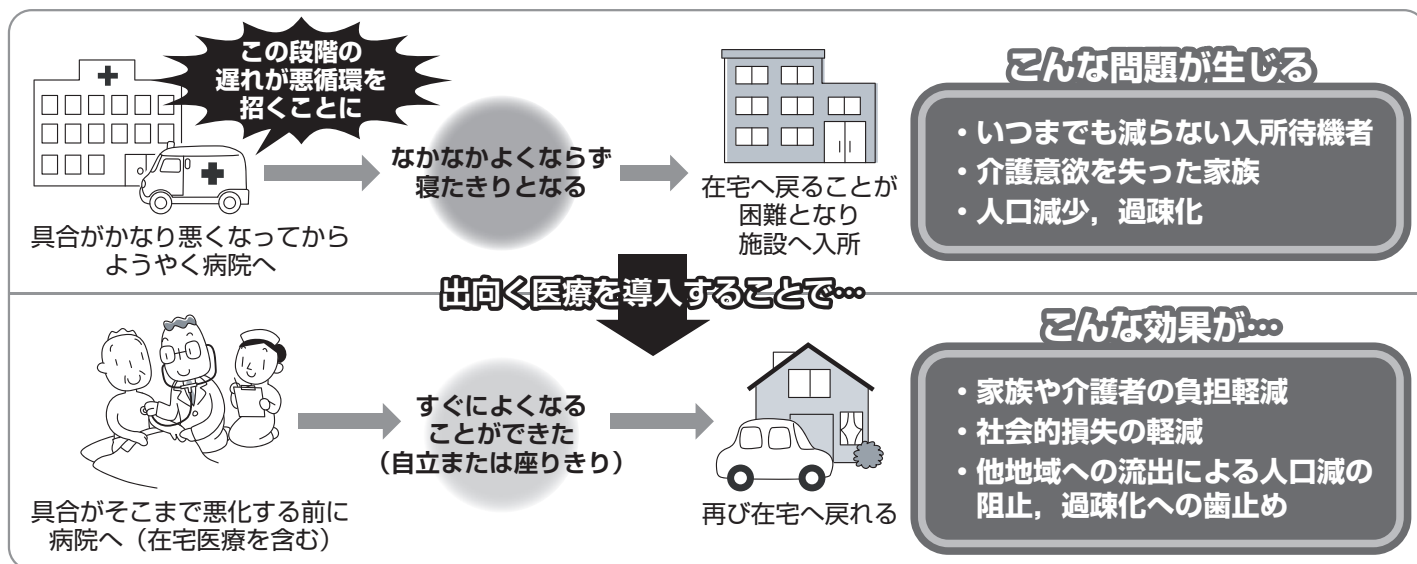


図1 「出向く医療」の導入によって考えられる効果

入院および外来診療)だけでなく、「出向く医療」(＝訪問看護や訪問診療など)の拡大を図り、医療の早期介入による早期治療・回復を促進した。つまり、「集める医療」と「出向く医療」のバランスが大切だと考えた。

具合がかなり悪くなってから病院に入院しても、なかなか良くなりず寝たきりとなって入院期間が長くなると、初めは熱心に付き添いをしていた家族たちも、次第に自分の仕事や学校などを長期間休むわけにもいなくなり、しまいには介護の意欲も薄れていく。そうすると、「自宅に戻っても困るから」と町外の施設への入所を希望するようになってしまい、人口減少や過疎化につながっていく。

この悪循環を断ち切るには、具合がそこまで悪くなる前に受診もしくは在宅での訪問診療などを行い、早めに医療介入によって重症化を防ぎ、寝たきりを予防する必要がある。そうすれば、介護負担を軽減でき、過疎化へ歯止めをかけることにつながるのではないかと考えた(図1)。

そのために当院は、訪問診療・訪問看護の拡充、地域連携室の設置、リハビリテーションの立ち上げ、医療相談員の配置、退院調整

看護師の配置、町立訪問看護ステーションの設置および阿賀町診療所の拡充への支援など、さまざまな体制の変更を行った。その結果、阿賀町内の訪問診察患者数(図2)・訪問看護利用者数(図3)ともにここ数年は約250人まで増加している。町立診療所における訪問診察の拡充と、町立訪問看護ステーションの稼働により飛躍的な増加に結び付いたことは明らかである。

また、当院の平均在院日数は短縮し、入院患者数も大幅に減少した(図4)。その理由としては、今まで医療(と介護)の必要性が高く退院が困難であった患者の大多数が在宅に戻れるようになったことが考えられる。

「月平均訪問患者病床数^{※1}」(＝月平均訪問患者数×30日)に対する「月平均入院患者総数^{※2}」(平均入院患者数×平均在院日数)の比率は年々増加し、2010年度(6月まで)は2004年と比べて約13倍となっている。すなわち、訪問診察の拡充により、実際の入院患者の13倍のベッド数が町内に確保できるようになったことを示し、在宅医療の充実が、入院患者数の

※1 仮に、在宅訪問患者がすべて入院していた場合に、1カ月間に必要なベッド数。
 ※2 実際に入院している患者の数。

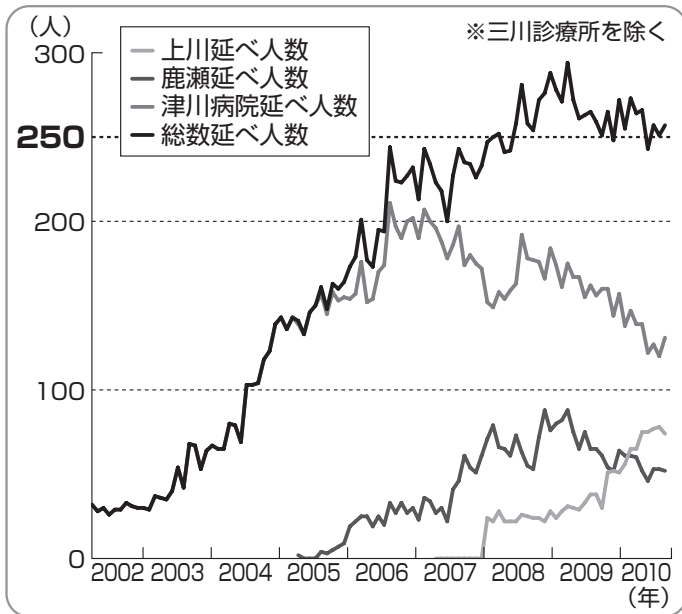


図2 阿賀町内訪問診察患者数

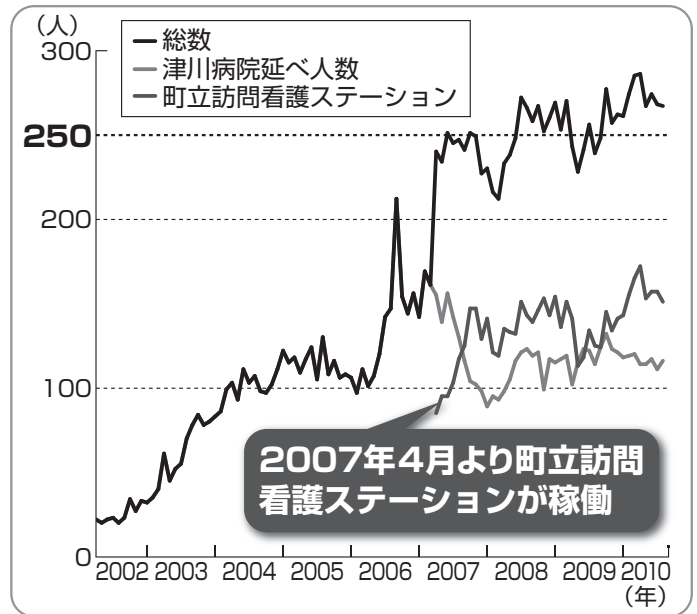


図3 阿賀町内訪問看護利用者数

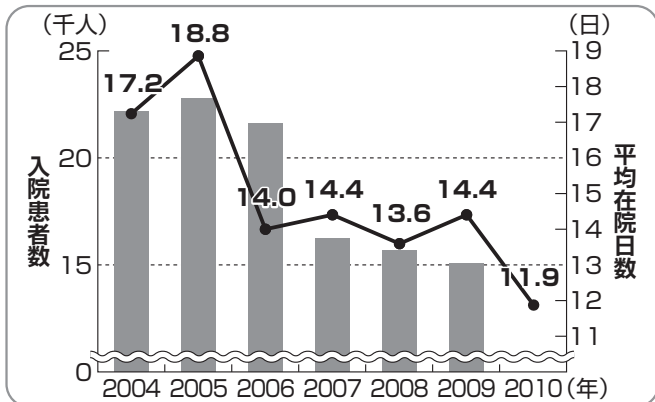


図4 入院患者数と平均在院日数の変化

表 訪問患者率の推移

※1~6月

年度	a. 月平均入院患者数 (人・日)	b. 月平均訪問患者病床数 (人・日)	訪問患者率 (b/a)	病床稼働率
2004	1040.01	3000.0	2.88	90.2
2005	1174.82	4445.1	3.78	93.3
2006	829.99	5612.4	6.76	88.5
2007	665.84	6297.6	9.46	69.3
2008	614.29	7102.5	11.56	66.3
2009	638.97	7267.5	11.37	68.5
2010*	515.27	6954.0	13.50	66.8

減少に大きく貢献していると考えられる(表)。

医師不足などにより、阿賀町診療所は「在宅療養支援診療所」への移行が困難であったが、当院は2010年4月に在宅療養支援病院の認定を受けた。このように「訪問医療の主体は町へ、当院は町の支援へ」という新たな体制への移行を目指している(図5)。

当院は県立病院であるため、県の方針に沿った医療の提供が求められる。また、スタッフも常に流動的であり、スタッフの交代などで継続性のある医療の提供が大きく揺らいでしまう。それに対し町立診療所は、町の現状に沿った医療の提供が可能であるものの、

スタッフが少なく、入院対応や24時間対応は困難である。この2つの機関がそれぞれ連携を図り協力することで、継続性のある医療を提供することが可能となるであろう。

へき地診療から見た連携

阿賀町診療所 所長 阿部昌洋

阿賀町にある120の行政区の多くは山間部にあり、交通の便が悪いため医療機関に通院するのが大変である。特に、冬期は積雪が多く、今でもバスが通らない地域がある。

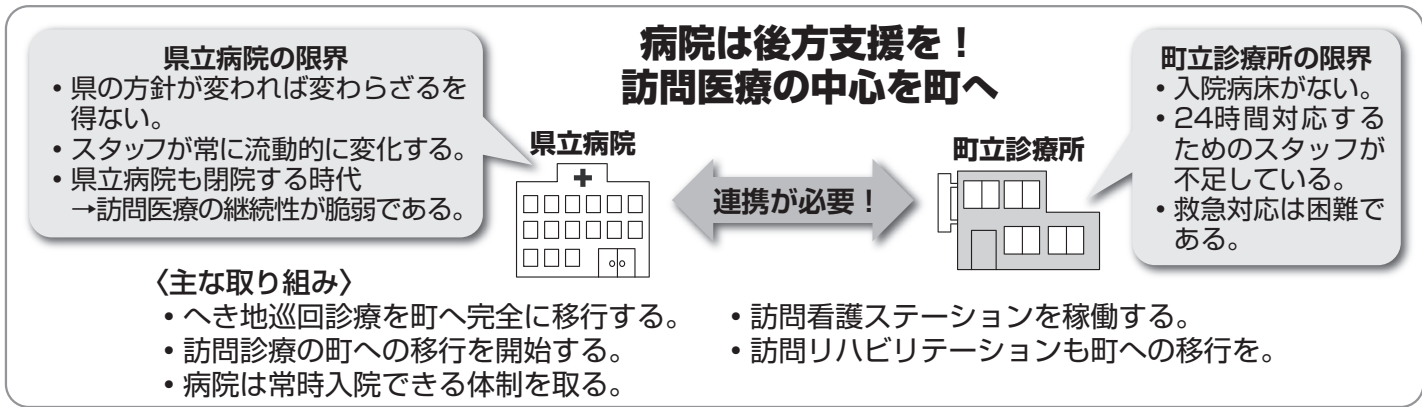


図5 在宅療養支援病院として目指す姿

当院のへき地診療（無医地区への巡回診療）は、1974年12月、降雪期に交通手段がなく病院に行けない旧上川村室谷地区の人たちのために、村の看護師と病院の間でファクシミリを使い情報交換をして薬を投与したのが始まりである。その後1989年には、降雪期だけでなく、通年的に月に1回県立病院から出向いて診療を行うへき地巡回診療に切り替わった。しかし、2005年には一部を鹿瀬診療所に、2008年には一部を上川診療所に移行し、2010年4月にはすべてのへき地巡回診療が町立診療所に移行された。

現在、へき地巡回診療は月1回、医師2人（診療所医師、病院研修医）、看護師2人、事務員1人、運転手1人の計6人で行っている。午後1時に診療所を出発し、半日で3～4カ所の集落を巡回し、10人前後の患者を診察する。同時に各地区で2、3人の訪問診察も行う。薬は、翌日、院外薬局の薬剤師に配達してもらっている。

へき地巡回診療の問題点は次のとおりだ。

- ・診療所に医師が不在になる。
- ・院外処方なのでその場で薬をもらえない。
- ・その場で十分な検査ができない。
- ・巡回診療中に急変した場合の対応に困る。
- ・巡回診療を必要としている無医地区がほかにもある。

これらの問題点を解決するためには、阿賀町診療所と病院の連携が不可欠である。例えば、巡回診療中で医師が診療所に不在の時、各種検査が必要な時、巡回診療中に急変した時には、病院にお願いする。そして検査が終わった患者、退院した患者については、再びへき地診療できちん診療することが大切である。

詳細は後述するが、阿賀町では、連携ノート、健康ファイルを利用して、各医療機関、介護施設の情報を共有して連携を深めている。また、薬局との連携も大切である。診療所が院外処方の形をとっているため、薬はへき地から10キロ以上離れた薬局まで取りに行かなくてはならない。1人ぐらしの高齢者が多いへき地では、薬を取りに行くことは難しい。そこで、薬局と相談し、へき地まで薬を配達する訪問薬剤指導をお願いしている。

**連携の目立たぬ舵取り役
～退院調整看護師の立場から**

退院調整看護師 栗山亜砂子

看護師17年目の私が「退院調整」という業務に携わり、4カ月が経過した。当院へ異動して2年、ようやく在宅療養支援病院の特徴を理解してきたところではあるが、退院調整看護師の役割や業務にはまだ自信が持て

ず、時に「本当にこれで良かったのだろうか」と振り返りながら奮闘している毎日である。

高齢患者の退院支援や退院調整とは、「患者がどう生きたいか、どう老いてどこで最期を迎えるか」という患者自らの意思を軸に、病気を受け止め、生活の場に帰りたいという思いを支援し、地域医療や福祉・介護サービスへの調整を行うことである。しかし、現実には言葉で表わされるほど簡単ではない。山間部の過疎化、交通の不便さ、低所得、独居、老老介護など、へき地特有の問題に加え、「患者の意思が分からない」「患者・家族間の考えのズレ」「家族が感じる病状や介護の不安」「多職種の在宅への価値観の違い」などが交錯する。それらをすり合わせて、患者がよりその人らしく生活できるように支えていくことこそが、私の大切な役割だと感じている。

脳梗塞や繰り返す肺炎、加齢に伴う全身衰弱、嚥下障害といったADLが著しく低下した患者や、在宅酸素の導入やインスリン注射の必要な糖尿病患者のように医療ニーズの高いケースでは、家族の病状や介護への不安がとても大きく、入院の長期化や施設入所・療養型病床への入院を希望されることが多い。しかし多くの場合、すぐには入所・転院先が見つからず、いったん自宅での生活を余儀なくされる。

この時病棟では、必要な医療的手技をできるだけシンプルに指導して、在宅生活への不安の解消に努めている。また、介護認定があればケアマネジャーと連携を図り、医療問題を考慮したサービスを導入してもらおう。入退院を繰り返すようなケースの場合は、訪問看護を導入し、在宅での問題を評価する。さらに、これを受けて、患者・家族への指導のあり方や予測できる病状とその対応などを入院中に検討していく。

終末期の患者の場合、「自宅で過ごしたい」

と思う患者と、「自宅で何か起こったらどうしよう。家では看られない」という家族の気持ちの狭間で調整に時間がかかり、タイミングを逃すことも多い。だが病棟看護師は、患者の思いを汲み、医師や家族への代弁者となり患者を支えてくれている。したがって、その上で訪問診察・訪問看護の力を借り、在宅でも十分なサポートができることを示して患者・家族の気持ちを近づけていく必要がある。このチームアプローチの目立たぬ舵取り役が、医療相談員（MSW）と退院調整看護師である。

設置母体の違う訪問看護 ステーションとの連携 ～顔が見えるお付き合い

訪問看護師 笹川美和子

当院の地域連携室は、組織上、病棟の管理下に位置し、退院調整看護師、医療相談員それぞれ1人と私たち訪問看護師3人の計5人で活動している。入院時から退院後まで、患者・家族と訪問看護師が顔の見える関係となり在宅移行を滑らかにしている。

私たち地域連携室のスタッフは、当院の運営方針である「出向く医療」の充実に向け、安定期には在宅で、そして病状が悪くなる前に入院治療へ導く役割を担っている。これにより、患者・家族は病院にすぐ戻れる安心感があり、私たちと病棟スタッフは入退院にまつわる患者・家族の情報を共有しやすい。また、訪問看護の部署が病棟の傘下にあるため、入院中の患者の様子が容易に分かるのが強みである。

しかし、在宅での医療の継続には、次のような多くの問題が立ちほだかる。

- エリアが広大である。
- 患者・家族が在宅医療・療養に対する不安を抱く。

- 身体状況の不確かさへの不安がある。
- 家族介護力が脆弱である。
- 社会資源に限界がある。
- 情報不足である。

そこで、患者・家族の思い、心身状態、病状理解、家族間の関係性、介護力、経済力を踏まえ、多角的視野からの看護ケアをはじめとしたチームアプローチが求められる。

当院の訪問診察と訪問看護の件数は、月に平均110～120件である。在宅療養支援病院として24時間体制を取り、緊急時訪問看護加算による夜間の電話対応も行っている。しかし、これらの業務を3人で担うには限界がある。そこで頼りになるのが、力強いパートナーである町立訪問看護ステーションである。

町立訪問看護ステーションは、看護師4人が在籍し、月に約80件を訪問している。互いの業務量バランスを加味した役割分担が、両者のマンパワー不足を補う鍵となっている。病状によっては当院で、地理的問題や頻回訪問が必要な場合は訪問看護ステーションというように、相談し合い、患者を分担して「共倒れ」状態に陥らないよう支え合っている。

この連携を円滑にしているのは、日頃の「互いの顔が見える付き合い」である。訪問看護報告書や町全体で推奨している連携ノートでの情報を基に、訪問看護ステーションの看護師が当院に検体を届けに来た時のちょっとした立ち話や、緊急性が生じた場合のテレビ電話による情報交換など、日頃の関係が連携をスムーズにしている。

テレビ電話は町が全世帯に設置したものであり、当院にも設置され、出向く医療の助っ人となっている。さらに、毎月の訪問看護師

間のスタッフ会議によって、患者情報の共有やスタッフに欠員が生じた時の患者数の調整などを行い、協力体制を取っている。

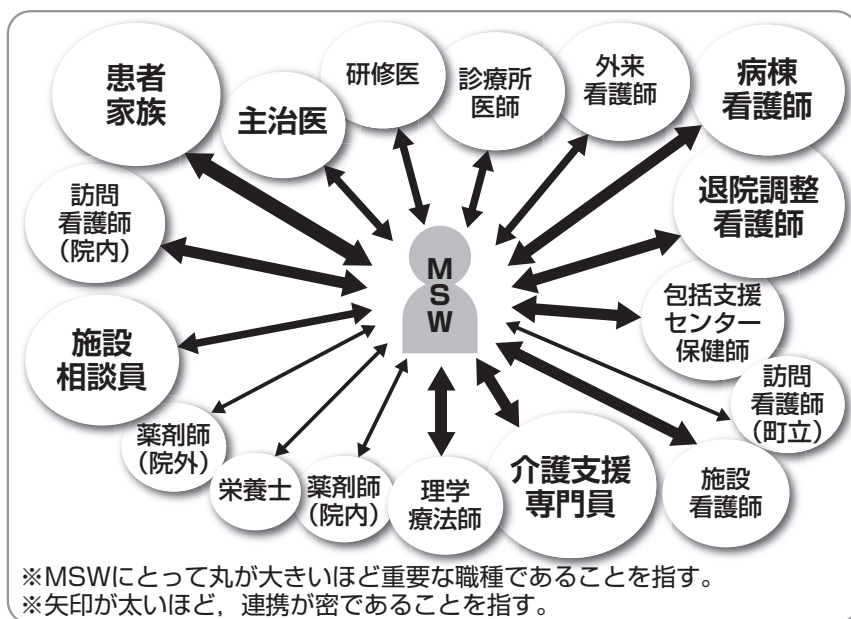
多職種連携のまとめ役 ～医療相談員

医療相談員 伊藤志津子

当地域の高齢化率からも察知できるように、2009年の当院入院患者の平均年齢は80歳であった。その5割が介護保険サービス受給者であり、医療と介護の連携が必要不可欠である。

慢性疾患を抱える高齢者の多くは、医療サービスの提供だけでは在宅生活を維持しがたい。患者の疾患・身体状態はもちろんのこと、生活背景、家族構成、経済性、集落特性など、多面的に情報を収集し、医療と介護が連携したサービスの提供が求められる。

医療相談員である私の役割は、多職種との連携のまとめ役である（図6）。2008年から退院調整看護師が配属され、患者への医療側面のサポートが強化されると同時に、MSWは院外・福祉側面の連携に重点を置くことが



※MSWにとって丸が大きいほど重要な職種であることを指す。
※矢印が太いほど、連携が密であることを指す。

図6 MSWが連携している職種

できるようになった。しかし、医療依存度の高い患者の増加や家族支援の希薄さが目立つようになったことで、連携が必要なケースは年々複雑化してきている。

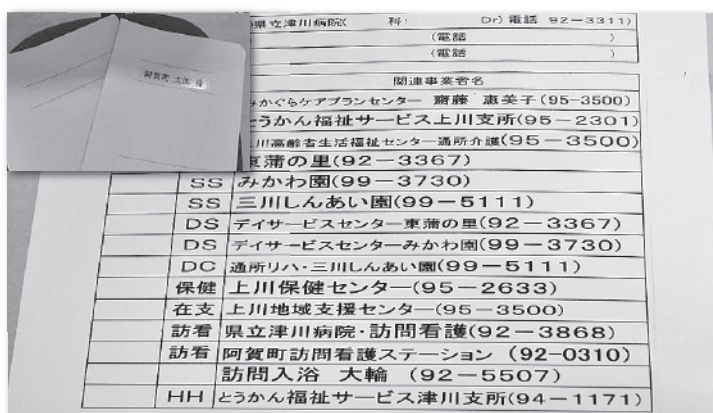
そこで、多職種連携のツールとして当地域で啓発普及を図っているのが、「連携ノート」「健康ファイル」である。

「連携ノート」(写真1)は、介護保険のサービス受給者が利用するもので、町の働きかけで始まったオリジナルの情報交換ノートである。利用者との交換日記方式をとり、利用者にかかわるスタッフの間で情報を共有するものである。

一方「健康ファイル」(写真2)とは、医療機関や検診における検査結果、病状説明書類、薬手帳などの患者情報を一元化したファイルであり、介護認定を受けていない患者や健常者のためのツールである。自分自身の健康に対する意識の向上を目指すと共に、重複診療や重複処方回避したり、医療費削減に貢献できたりすると考えている。

現在、高齢者単身世帯や老老世帯が増え、介護者・キーパーソンまでも高齢者という状況に、今までのインフォーマルサービスは脆弱化しつつある。また、当地区は専業農家が多く、国民年金で生計を営んでいる低所得者層の割合が高い。そのため、経済的理由により、満足できるサービスの導入に制限があることも多い。そのような患者を取り巻く環境からニーズを見だし支援していくためには、保健・医療・介護の連携で患者・家族全体をサポートする体制が重要であり、「連携ノート」「健康ファイル」はその一翼を担っている。

MSWは、院内外の多職種間や家族のすきま産業的な業務も多く、価値観の大きく違う専門家の狭間で存在意義を見失いそうになる



県立津川病院	科	09 電話 92-3311
	(電話)	?
	(電話)	?
関連事業者名		
みかづらケアプランセンター	齋藤 恵美子	(95-3500)
とうかん福祉サービス上川支所		(95-2301)
上川高齢者生活福祉センター通所介護		(95-3500)
東藩の里		(92-3367)
SS	みかわ園	(99-3730)
SS	三川しんあい園	(99-5111)
DS	デイサービスセンター東藩の里	(92-3367)
DS	デイサービスセンターみかわ園	(99-3730)
DC	通所リハ・三川しんあい園	(99-5111)
保健	上川保健センター	(95-2633)
在支	上川地域支援センター	(95-3500)
訪看	県立津川病院・訪問看護	(92-3868)
訪看	阿賀町訪問看護ステーション	(92-0310)
	訪問入浴 大輪	(92-5507)
HH	とうかん福祉サービス津川支所	(94-1171)

写真1 連携ノート

A4サイズで、血圧手帳や薬手帳を入れる透明のファイルもついている



検査結果や薬のしおり、昔の検診記録票などもなくさないように綴っている

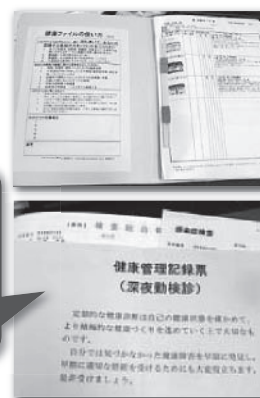


写真2 健康ファイル

時もある。しかし、地域の特徴である限られた専門職集団の絆や「ちょっとした親切」で互いの立場を理解し合えるような調整を行いながら、チームアプローチで、高齢過疎地域の現在・未来を切り開くパワーとしたい。

大震災で思う 地域医療のゆくえ

医師 吉嶺文俊

未曾有の大震災により大きな打撃を受けた日本の地域医療において、悩んでいる時間はない。今、自分たちの目でしっかりと将来を見据えながら、躊躇なく歩み出す勇気が必要である。住民と専門職と行政が一致団結して、このピンチをチャンスにしながら、新しい地域医療・地域連携の構築を図りたいものである。