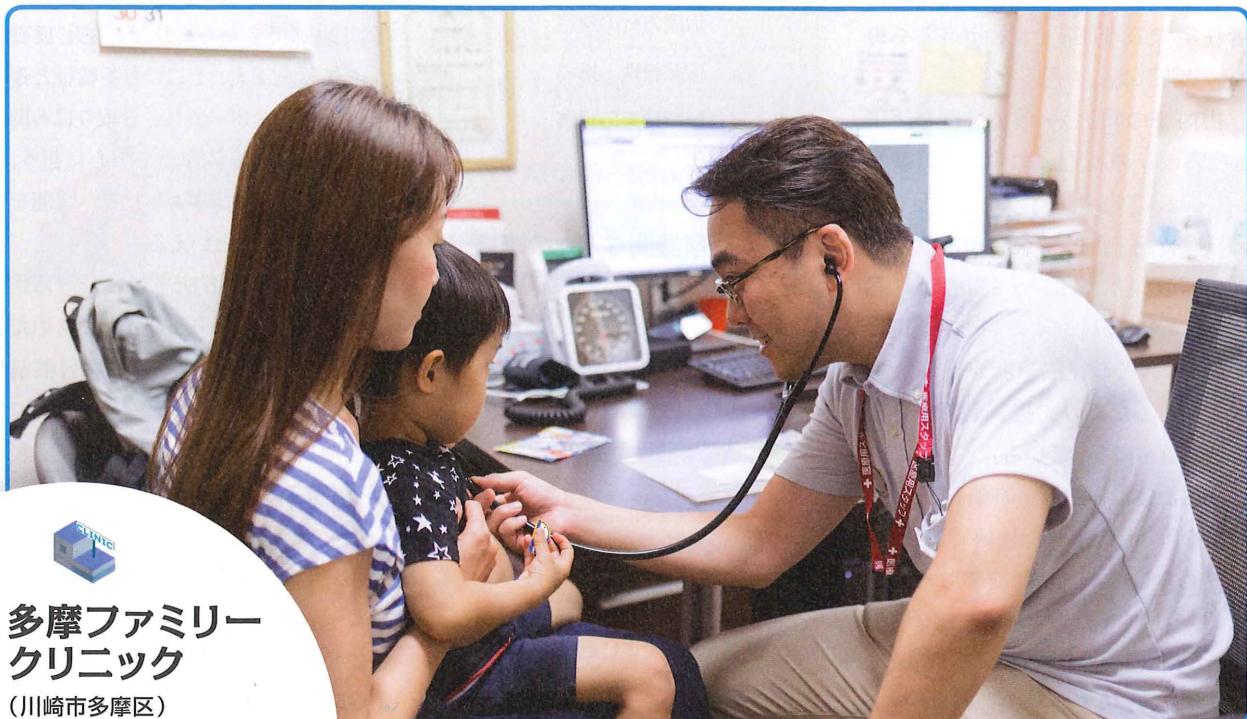




院内外の連携で地域を支える 新時代のかかりつけ医たち



多摩ファミリー
クリニック
(川崎市多摩区)

家庭医療専門医3人で困難例にも対応 多職種連携で急性期患者の在宅復帰を支援

「子どもから高齢者まで、日々の生活の中で起こる全ての健康問題に対応できるクリニックを目指している」。こう語るのは多摩ファミリークリニック院長の大橋博樹氏だ。生活全体を支える診療所にしたいという思いから、2人の医師に加え、薬剤師や看護師、診療所では珍しい医療ソーシャルワーカー(MSW)を雇い、外来、在宅医療で各職種の専門性を生かした運営体制を整えている。

同クリニックは常勤医師3人体制

で、全員が日本プライマリ・ケア連合学会が認定した家庭医療専門医。年齢を問わず、幅広い疾患に対応できる複数医師を擁することで、様々な疾患を抱える外来患者や、状態が不安定で頻回の診療が必要な在宅患者にも対応している。さらには主治医制を基本としながらも、主治医の不在時や緊急時などには必要に応じて他の医師が代わりを担うなど、柔軟な対応ができるのも特徴だ。

同クリニックの半径2~3km圏内

には川崎市立多摩病院、聖マリアンナ医科大学病院などの大病院がある一方で、急性期後に在宅復帰を支援する地域包括ケア病棟などのベッドは圧倒的に不足している。そのため以前は、状態が不安定な患者が急性期病院を退院しても自宅に戻れず、遠方の病院に転院せざるを得ないことも多かった。

そうした患者が急性期病院から直接、在宅復帰できるよう支援するのが、同クリニックの重要な役割だ。当

初は「本当に対応できるのか」と急性期病院も半信半疑だったようだが、実績を積み次第に信頼を獲得。今では、定期訪問の在宅患者約120人のうち7割が大病院からの紹介となっている。

薬剤師が訪問診療に同行

状態が安定していなかったり、複数疾患を持つ患者の療養を支え、効率的な診療を行うには、医師以外の職種との連携が欠かせない。

多摩ファミリークリニックは午前中は外来3診体制で、1日約130人の外来患者を診る。多くの外来患者を診るために、薬剤師で副院長の八田重雄氏が診療前に薬剤の処方状況を確認している。「処方薬の相互作用や、経過に合わせた薬剤の切り替えの提案を事前にカルテに記載することで、医師が効率良く指導を行えるようにしている」と八田氏。昼以降は、外来を担当していた医師のうち1人が交替制で在宅診療に向かう。八田氏は在宅診療にも同行し、服薬指導をしている。

急性期病院から退院後のスムーズな受け入れに貢献しているのが、看護



院長の大橋博樹氏は、内視鏡検査を含め、患者のニーズに幅広く対応している。

師やMSWだ。病院が実施する退院前カンファレンスに積極的に参加し、在宅復帰の準備を進めていく。「急性期病院では、要介護認定がなされていないだけではなく、余命の告知がされていない例も多い。何が患者本人・家族に伝えられているかを漏れなく把握する必要がある」と大橋氏。そのためにも複数のスタッフが連携し、医療的・社会的なニーズを聞き出す体制を取っている。「患者一人ひとりについて、医師だけで患者・家族のニーズを聞き出し、適切なサポートを提供するのは難しい。治療困難例ほど、薬剤や看護・介護のスペシャリストとの連携が欠かせない」と大橋氏は強調する。

院外の多職種との連携も重視している。在宅患者の24時間対応は、地域の訪問看護ステーションや薬局の協力を得て実施。訪問看護の利用者については、訪問看護ステーションが夜間の電話対応を担い、クリニックの医師が交替制で夜間担当医として連絡を受ける。必要に応じて患者の主治医に連絡する仕組みを取っている。

夜間の調剤や服薬管理、指導は基本的には24時間対応薬局の薬剤師に任せている。薬剤を届けるだけではなく、服薬方法の説明、服薬状況や保管状態の確認の他、薬剤に関する相談にも対応する。「地域の訪問看護ステーションや薬局と密な連携が取れていれば、医師による在宅患者への処置や介入が求められる機会は大幅に減る。夜間に駆け付ける回数も減り、医師の働き方という面でも非常に助かっている」と大橋氏は語る。

地域全体の連携構築にも寄与

多摩ファミリークリニックは、多摩区の多職種ネットワーク「チーム・たま」の中核施設として、地域全体の連携体制づくりにも携わる。「チーム・たま」は2014年に多摩区医師会長が中心となり設立。地域における医療・介護サービスの課題把握や質向上を目指し、多職種を対象とした勉強会の他、職種別の勉強会を開催している。

今後は、疾患の重症化・発症予防や地域保健の取り組みも強化する。介護を担う患者家族の健康管理、特定健診の受診率向上に力を入れる他、子育て支援を重視。保健所と連携し、育児に悩む親の子どもを一時的に預かり生活面の相談に乗ったり、産後のうつ症状やネグレクト（育児放棄）の早期発見などにも取り組む予定だ。



在宅診療には薬剤師や医療ソーシャルワーカーが同行し、服薬・残薬管理や薬剤に関する相談への対応、療養面でのサポートも行う（右から2人目が薬剤師の八田重雄氏）。



すぎうら医院

(島根県出雲市)

ICT連携でスムーズな在宅管理を実現 病院と情報を共有し退院後の診療に生かす

すぎうら医院在宅診療部の朝は、医師、看護師、管理栄養士、事務員による合同カンファレンスで始まる。その際に全スタッフの視線を集めるのは、パソコンの画面だ。医療チームは、画面に映し出される患者情報をしながら、前日までの診療や介護の状況を確認し、その日の診療内容などを話し合う（写真上）。

このようなカンファレンスは電子カルテの情報を基に行うのが一般的だが、すぎうら医院では島根県内の医療情報を統合した「しまね医療情報ネットワーク（通称：まめネット）」を活用している（図2）。42ページで紹介するように、都道府県単位で、こうしたICTを用いた連携ネットワークを構築する動きが出てきている。

まめネットは、島根県内の医療・介護施設を結ぶ専用のネットワークシス

テム。2013年1月に稼働し始め、現在、島根県内の病院の8割強、診療所や訪問看護ステーションの約半数が参加する大規模なネットワークとなっている（表1）。まめネットへの診療情報の提供に同意し、カード発行を受けている島根県民は4万1215人に上る（2017年9月末現在）。「医療ニーズが高い高齢者での活用が多い」と、まめネットを運営するNPO法人しまね医療情報ネットワーク協会は説明する。

医療・介護の連携をICTが促進

まめネットには、紹介状の送受信やファイル共有などの基本サービスに加え、様々な連携が可能なアプリケーションがある。基本サービス以外は各施設が導入を選択でき、医療機関での活用が多いのは、複数の医療機関で診療情報を共有できる「連携カル

テ」や、検査画像などをやり取りできる「画像中継・画像診断」、病院の診療や検査を予約できる「汎用予約」だ。また、すぎうら医院のように在宅診療を行う医療機関では、医療機関・介護事業所間の多職種連携に活用できる「在宅ケア情報共有サービス（通称：在宅まめ）」が重宝されている。

在宅まめには、医師、歯科医師、訪問看護師、理学・作業療法士、ケアマネジャー、薬剤師、介護職などが参加でき、患者ごとに、バイタルやADL、訪問記録などを、文字情報に加えて静止画や動画などで共有できる。また、多職種での情報共有が進むよう専用のタブレット端末も整備され、しまね医療情報ネットワーク協会が貸し出しサービスを実施している。タブレット端末は専用回線を利用する仕組みで、約120台が貸与されている。

図2 まめネットを用いた患者情報管理の一例

まめネットのサービスの1つである連携カルテ。複数の医療機関を受診している患者では、医療機関ごとにその診療内容を確認できる。

表1 まめネット接続機関数 (2017年9月末現在)

病院	診療所	歯科診療所	薬局
43 (84%)	281 (47%)	9 (3%)	72 (23%)
訪問看護事業所	介護事業所	行政など	合計
37 (51%)	320 (10%)	25	787

在宅まめでは患者ごとに多職種の介入状況がまとめられており、チーム内での情報共有が可能。

急性期入院時にも情報共有

1995年に開院したすうら医院は内科・循環器科、リウマチ科で外来診療を行いつつ、2013年に在宅診療部を立ち上げた。現在は手厚い診療体制を整えた機能強化型の在宅療養支援診療所として在宅担当の常勤医師5人を抱え、約120人の患者宅を定期訪問している。在宅患者の約4分の1を癌患者が占めるため、胸水・腹水の穿刺、鎮静、NGチューブ（経鼻胃管）留置などの処置が日常的に必要となる。充電式のポータブル装置（X線撮影装置、超音波画像診断装置、心電図、吸引器など）を駆使して極力、入院を避けるようにしている。

そんなすうら医院在宅診療部部長の中山真美氏（36ページ写真の左から2人目）は、「まめネットなしでは診療ができない」と同ネットワークを評価する。例えば、在宅患者が重症

肺炎などの急性疾患を発症した場合は近隣の島根県立中央病院などに紹介するが、その際、患者の紹介状はまめネットを通じて電子的に送付。入院中の診療内容なども随時、まめネットで確認している。「ネットを介して治療状況や患者のADLが分かるので、『ADLがここまで低下しているので退院準備はこう進めよう』などと入院中から退院後の対応を考えられる」と中山氏は説明する。

病院との連携以外でも、まめネットは日々の診療に不可欠だという。「在宅診療では生活支援も必要となり、医療と介護に携わる多職種からなるチームが重要になる。在宅まめによる情報共有で、チームの協働がスムーズに進む」と中山氏。加えて、患者情報を共有できるため、各職種が自立して動きやすくなったとも評価する。例えば、病院で外来化学療法を受けつつ、在宅ケアを受けている癌患者では、

訪問薬剤指導を担う薬剤師が薬の副作用対策を積極的に実施していること。「外来化学療法の後は薬剤師が自主的に副作用状況を聞き出し、吐き気止めの服薬状況や効果を確認し、効果不十分の場合には代替薬を医師に提案してくる」と中山氏。情報共有により、各メンバーが専門家として動きやすくなり、医師の指示待ちはなくなっているという。

情報が共有されると、自身の診療内容が他のスタッフに見られることになる。だが、「最初は少し抵抗感があっても、すぐに慣れる」と中山氏。基幹病院とのやり取りや、多職種チームとの協働で得られる利点の方が大きく、より良い患者サービスにつながると強調する。また同氏は、こうしたフラットな関係のチームで他職種の専門性を尊重しつつリーダーシップを發揮することも、これからのかかりつけ医に求められる役割だと考えている。

まめネットカード発行枚数

4万1215枚



日扇会
第一病院
(東京都目黒区)

「在宅支援ベッド」を活用

夜間対応も担う在宅主治医 急性増悪時は病棟医と連携

「周辺に大病院が幾つもある地域で、当院が担うべき役割とは何なのか」——。日扇会第一病院（70床）の八辻賢氏は、2013年の院長就任前、これからかじ取りを担う病院の「立ち位置」に思いを巡らせていました。

同病院は、一般病棟30床（うち地域包括ケア病床7床）、療養病棟40床の構成だ。八辻氏は横浜市立大学を卒業後、東京女子医科大学消化器内科に入局。同科の助教などを経て

日扇会第一病院に入職、父親（現理事長）の後を継ぎ、37歳で3代目の院長となった。

冒頭の自問に同氏が出した答えは、「かかりつけ病院」として地域貢献すること。「この地で病院を続けられたのは、かかりつけ医機能が評価されたからではないかと考え、当院の使命として前面に掲げていこうと決めた」。

病棟では、入院が必要になった外来患者の他、近隣の基幹病院などを

退院した患者を受け入れ、自宅にスムーズに復帰できるよう支援。在宅医療に移行した患者は24時間体制でフォローし、状態が悪化したら速やかに病棟で受け入れる。そうした役割を発揮できるよう、スタッフを増員したり診療体制を見直してきた。

医師の負担を軽減させる工夫も

同病院は理事長、院長、副院長の八辻寛美氏を含め常勤医師5人体制を取る。各医師の専門は消化器内科、循環器内科、呼吸器・アレルギー科などだ。外来で常勤医師は、受け持ち患者の主治医として内科全般を担当。専門分野以外の疾患については他の医師の協力も得て、複数疾患を持つ患者に対応している。

在宅医療に関しては、機能強化型の在宅療養支援病院として常勤医師4人で訪問診療に対応し、100～120人程度を診ている。常勤医師は、外来の受け持ち患者が在宅医療に移行したら、そのまま主治医として訪問診療を担当する。

同病院の在宅医療の大きな特徴は、各患者の主治医が、家族からの夜間の電話対応や緊急往診を含め一貫して対応する点にある。こうした形にしたのは、普段から意思の疎通が図れている医師が対応した方が安心感を与えると考えたからだ。

「患者や家族の訴えの微妙なニュアンスを感じ取り、不安を和らげるには普段から診ている医師でないとなかなか難しい」と院長の八辻氏。夜間に電話がかかってきても、主治医が説明することで家族の不安が軽減し、結果的に緊急往診せずに済む例も多いという。昨年の実際の夜間往診は、病院全体で20件にとどまった。

もっとも、主治医が在宅医療に24時間365日対応するとなると、負担が重くなりかねない。そこで医師の負担軽減策も進めてきた。

入院診療を、病棟責任者である副院长の八辻寛美氏らが担当する形にしたのはその1つ。「入院患者に対しては、状態の変化に素早く対応し、濃厚な診療をする必要がある。そのため普段、外来や訪問診療を中心に動いている医師が入院まで全てを担うのは難しい」と院長の八辻氏は話す。

在宅患者が急性増悪により入院した場合、副院长を中心に病棟を担当する常勤医師が対応しつつ、在宅の主治医も折に触れて病室を訪れて状態を確認し、医師同士で診療方針を話し合う。夜間の看取りや急変への対応は当直医任せにせず、病棟主治医や在宅の主治医が可能な限りベッドサイドに赴く。

また現在は、土曜夜と日曜に限り、在宅患者の電話対応を非常勤医師に委ねている。その他、夜間の緊急往診自体を減らすための取り組みもしてきた。八辻氏は「夜間に家族が困るような状況が発生しそうだったら、定期訪問の日でなくても日中のうちにあらかじめ往診し対処しておく。そうすると家族も安心し、夜間の電話が減ることにもつながる」と語る。

退院調整の「醍醐味」とは

病棟は、地域包括ケア病床を含む一般病棟全体を、在宅療養を支える病棟と位置付けている。急性増悪した在宅患者を受け入れる他、基幹病院などを退院した患者が在宅復帰するまでの間に入院してもらい、多職種が協働してスムーズに在宅療養に移行させる。地域包括ケア病床は今後、



院長の八辻賢氏は週4日、外来を担当。在宅医療は主治医として、1日3時間の枠で週4日、約40人の訪問診療に携わっている。

療養病床からの転換により病床数を増やす方針だ。

退院支援は、具体的には以下のように進む。まず入院当日に患者、家族の目標（退院時の状態など）を確認し、医師、看護師、リハビリ職、MSWなどが各職種の視点で目標達成の可能性や必要なプロセスを検討。1週間後に病棟内で多職種カンファレンスを行い、病院としての提案をまとめる。入院から約2週間後には本人、家族を交えたカンファレンスで病状や「見立て」を伝え、退院目標・時期を共有する。退院直前にもカンファレンスを開催、外部のケアマネジャーや訪問看護師なども招き、在宅復帰後のケアの方針を最終確認する。

病棟責任者の副院长は全てのプロセスに関わる。「各職種の情報を基に総合的に評価し、全体的な取りまとめをするのが医師の役割。院内外の様々な人たちと知恵を出し合い、本人

にも家族にも幸せな道を作っていくのが退院調整の醍醐味と感じる」と八辻寛美氏は語る。退院後に在宅医療を担う主治医は、日中は在宅医療や外来診療でカンファレンスに出席することが難しいため、カンファレンスに参加した在宅医療担当の看護師からその都度、情報を伝達してもらうようしている。

病床の機能分化の進展により、同病院のように勤務医が退院支援や在宅医療に関わるケースは増えていくとみられる。院長の八辻氏は「主治医として患者をトータルに支えることで心と心のつながりが深まり、医療の枠を超えた大きなやりがいが得られる。こつこつと信頼を積み上げていけば、結果的に時間外の緊急往診なども減ってくる。地域医療に取り組むことを希望する勤務医にとって、『病院のかかりつけ医』は働き方の1つの選択肢になるのではないか」と話している。