

【ケア移行実践リポート―病院におけるケア移行】 急性期病院と在宅ケアにおける双方向の連携 ― “ONE TEAM” としての病院と在宅―

Bidirectional cooperation between acute care in hospital and home care
―Hospital and home care as “ONE TEAM”―

二ノ坂 建史
Takeshi Ninosaka

にのさかクリニック
Ninosaka Clinic

〒814-0171 福岡県福岡市早良区野芥4丁目19-34

E mail : nino18.mail@gmail.com

提言

- 急性期病院から在宅ケアへの円滑な移行のためには、『病院→在宅』だけでなく、その後の『在宅→病院』も含めた双方向の連携が重要である。
- 病院と在宅は、患者・家族を支えるひとつのチームである。
- 家は“看取る場所”ではなく、“より良い時間を過ごす場所”であり、在宅医療は“看取る医療”ではなく、“さいごまで生きることを支える医療”である。
- ACPは、在宅ケア移行時の必須条件ではない。

要旨

『病院→在宅』の円滑な移行のためには、その一方だけでなく、その後の『在宅→病院』および再度の『病院→在宅』といった双方向の連携も継続して行われる必要がある。“あとは(看取りも含め)在宅のみ”というプレッシャーにより家族が追い込まれてしまうことにならないよう、在宅医は家族ケアにも留意し、一時入院の選択肢も含め、舵取りをする必要がある。

ACPの重要性が謳われているが、それは在宅ケア開始時の必須条件ではなく、家に帰り、現状に順応していく中で整っていけば良い。

これからのかかりつけ医が果たすべき機能は、外来と在宅を両立し、診療だけでなく相談役にもなり、多職種や病院との間でリーダーシップを執り、さいごまで患者・家族を支えることである。その機能を無理なく維持しながら、次世代を育成していくためのビジョンが求められる。

Highlight

Bidirectional cooperation between acute care in hospital and home care : Hospital and home care as “ONE TEAM”

To perform the smooth care-transition from hospital to home, it is necessary to use not only one way care-transition from hospital to home but also continuous bidirectional cooperation from home to hospital after that, and from hospital to home again between acute care in hospital and home care. In order not to put patients' families under too much pressure when what is needed is home care including deathbed, family doctors should pay attention for family care and thoughtfully manage it including advice for temporary hospitalization.

Advance Care Planning (ACP) is crucial though, it isn't just a minimum requirement when home care begins. Instead ACP just has to get ready after patients come home and adapt to the environment. The author insists that family doctors in the near future should play a role to be compatible with outpatient and home care, easy to consult as well as medical practice, have leadership between interprofessional and hospital workers, and also assist patients and their families to the end. It is strongly required for home doctors to search for the ideal vision in order to foster the next generation while keeping the role in a reasonable manner.

Keywords

ケア移行 (transition of care), かかりつけ医 (family doctor), 在宅看取り (deathbed at home), ACP (advance care planning)

ケア移行でのピットフォール事例とそのソリューション

ADL 自立の 80 歳代の男性。比較的急速に出現した倦怠感を契機として、通院中の診療所から急性期病院に紹介され、入院した。胃癌および肝転移・肺転移が判明し、本人・家族ともにその旨が伝えられた。以降の経過を 2 通り考えてみる。

パターン A: 症状コントロールと、主に家族に対する説明および受容支援に努めた。在宅看取りに向けて家族の受入れがようやくでき、退院した (入院期間 30 日)。在宅ケア開始時点で、ADL はほぼベッド上。自宅で 5 日間過ごし、そのまま自宅で永眠。

パターン B: 本人は、根治が望めないことの受入れは十分ではないが、とにかく家に帰りたい希望を示す。家族は「在宅での看取りまではまだイメージがついていない」としながらも、家に帰ることは納得している。屋内 ADL は軽介助の状態ですぐ退院した (入院期間 5 日)。屋内生活と、少しの

外出が可能な状態で、自宅で 1 か月足らずを過ごした。病状の進行に伴い ADL も落ち、家族の心身の負担過多も懸念されたため、在宅医から病院に依頼し再入院。3 日後に病院で永眠。

果たして、A は在宅看取り、B は病院看取りだが、どちらが患者にとってより良い時間を提供できたのだろうか? 『在宅看取り』が在宅医療のあるべきゴールという認識が強いが、必ずしもそうではない。在宅ケア・在宅医療の目標は、家で看取ることではなく、家での良い時間をサポートすることである。“さいごの場所” は、その延長線上で随時検討されれば良いのではないだろうか。

背景

当院は、福岡市南西部の所謂ベッドタウンに位置する診療所である。1996 年の開院以来、『地域のかかりつけ医』をモットーに、一般外来診療から訪問診療・往診及び在宅看取りまで一貫した診療を行っている。在宅患者は常時約 200 人 (年間

約 300 人), 年間看取り件数は在宅で約 70, 施設で約 30 である。癌(小児癌含む)だけでなく、慢性心不全、慢性呼吸器疾患、神経難病、脳卒中後遺症、重度心身障がい児(者)など、背景疾患および年齢層も多岐にわたる。入院・入所施設は持たず、患者宅または施設での診療は、訪問看護ステーションをはじめ各種在宅サービス事業所と連携して行っている。在宅患者については 24 時間 365 日オンコール対応しているのはもちろんのこと、①複数医師で、②外来・在宅診療ともに行っている点が特色と言える。医師は【常勤 3 名+非常勤 6 名】(各平日 3~5 名体制)で、チーム主治医制を採っているため、情報共有を重視している。2018 年 10 月からクラウド型電子カルテを導入したことで、情報共有およびオンコール対応がさらにスムーズになった。

近隣地域には、大学病院を含め大規模病院が複数、中規模病院(二次救急医療機関)も各エリア毎に存在しており、医療施設の分布だけで見ると比較的充足している。それでも、おそらく在宅医療の高いニーズに十分応えられているとは言い難い。それは、在宅医療の担い手が質・量ともに不足していることに加え、病院・在宅を問わず医療者及びケアスタッフの認識の偏りも一因であろうと思う。

ケア移行に必要な工夫

急性期病院から在宅ケアへの円滑な移行のために、病院内での迅速かつ柔軟な連携が重要なことは言うまでもない。ここでは、在宅ケア体制(家族ケアを含む)においてリーダーシップをとるべき在宅医の立場から述べてみたい。

在宅ケアに移行する場合、ひとつの大きなハードルは『家族の心身の負担』である。在宅医としては、在宅ケアに関わる多職種の連携を図るのはもちろんのこと、家族のケアも十分行いつつ、必要に応じて病院側に対しても積極的にアプローチする必要がある。

退院支援に際しては、“ここから先は(看取りも含め)在宅のみ”というプレッシャーによって家族が追い込まれる状況にならぬよう、比較的安

定した状態でのレスパイト入院(Glossary 1)や、有事の際の急性期病院への紹介、疾患によっては緩和ケア病棟への入院といった、『在宅→病院』の選択肢があること(もちろんその後再び在宅に戻ることも含め)を伝え、安心感を与えることが重要である。結果的に入院することがないとしても、本人・家族は精神的余裕を得られ、在宅生活の支えになる。当院では、在宅支援が始まる際、ほぼ全ての例で、バックアップ病院の選定・連携(緩和ケア病棟面談調整など)も同時進行で行うようにしている。また、退院前カンファレンス(Glossary 2)において、急性期病院での治療が再度必要になった場合には受入れてもらえるよう、その場で確認・依頼している。もちろん、在宅から再度入院した場合でも、入院中に家族から相談を受けたり、病院と情報共有したりして、いつでも在宅に再復帰できるよう、切れ目なくサポートしている。これも在宅医の役割だと思う。

ちなみに筆者は、在宅患者が入院した場合、できるだけ入院先の病室に足を運ぶようにしている。今後も関わりを継続するという意思を直接示すことで、「また家に帰れる」という選択肢を患者・家族に持ってもらえると考えからである。また、病院医師・スタッフへ向けての「また家に帰してあげてほしい」というメッセージでもある。非常にアナログなやり方であるが、こうした地道なアクションが、在宅医療の正しい理解浸透につながると考えている。

もうひとつ、病院から在宅への移行に際してハードルになるのが、“病状が悪い・安定していない”(=だから在宅に移せない)という病院医師の認識である。この点で、在宅医との間に大きなギャップがあると感じている。在宅医の立場から言うと、基本的にどんな状態でも家で診る(看る)ことは可能である。点滴ルート(中心静脈カテーテルや PICC(Glossary 3)などを含む)、各種カテーテルやドレーン、気管カニューレおよび人工呼吸器などのデバイス管理はもちろん、症状緩和と治療、負担にならない範囲での栄養管理などの医療的介入、また本人・家族に対する意思決定支援などのマネジメントは、在宅医・ケアスタッフ

が得意とする仕事である。「こんな状態だから家に帰れるわけがない」という認識を改め、「こんな状態だからこそ早く家に帰してあげよう」という積極的な舵取りを、病院医師には求めたい。

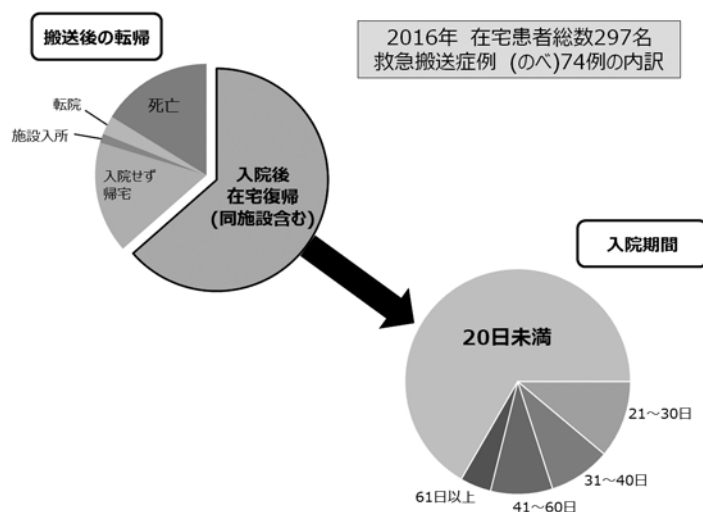
ここで、『在宅→病院』の連携のひとつ、在宅患者の救急搬送について述べる。2016年の当院の在宅患者297名のうち、救急搬送はのべ74例あった(**Box 1**)。全例、在宅医が自宅または施設で一度診療したうえで、その場から電話で病院に直接依頼し、搬送している。いずれも、発熱+ α (呼吸不全、意識障害、けいれんなど)、転倒および骨折疑い、オンコロジーエマージェンシー(腸閉塞、脊椎転移による対麻痺など)、消化管出血、急性心疾患疑いなど、改善の可能性が十分見込める(比較的良い状態で在宅復帰できる)と在宅医が判断したものであり、その多くが結果的に適切な判断と言えるものであった(通常の救急の概念の通り、オーバートリアージはある程度許容して良い)。特筆すべきは、救急搬送例の多くがいったん入院の上在宅に復帰しており、さらにその期間が比較的短いことである。すなわち、在宅医療というベースが構築されていれば、一度救急入院しても、その後の在宅再復帰はより円滑に進むと

言える。在宅患者だから家でできることだけ、という先入観で、改善可能な状態への医療的介入がなされない、または遅れるということはあってはならない。在宅医には、時にスピーディな判断力も求められる。(なお、このデータは2017年日本救急医学会総会・学術集会で筆者が発表したものである)

続いて、『在宅看取り』についての偏った認識に対する私見を述べる。冒頭に述べたように、在宅医療というと、“あとは自宅で看取るだけ”という認識が未だに強いと感じる。確かに、在宅看取りは在宅医療におけるひとつのゴールであり、『在宅看取り件数』および『在宅看取り率』は、在宅診療所を評するひとつの指標になるが、すべての在宅患者・家族にとって、在宅看取りが『良いさいご』であるとは限らない。在宅看取りにこだわり過ぎた結果、家族が疲弊してしまい後味の悪さが残った例もあれば、一方、一定期間在宅で良い時間を過ごした後、病院に移ったことで家族の心身の負担が緩和され、程よい距離感が保て、病院での良い看取りに至った例もある。自宅で看取するという強い覚悟を家族が持っていた場合でも、実際の負担やそれが続く期間によって、その

BOX 1

救急搬送



気持ちは揺れ動く。その揺らぎを肯定し、いつでも変わらず支える姿勢を示すことが重要である。家は、“看取る場所”ではなく、“より良い時間を過ごす場所”であり、在宅医療は、“看取る医療”ではなく、“さいごまで生きることを支える医療”であることを強調したい。

総じて、『病院→在宅』の移行を論じる際には、その一方向だけでなく、その後の『在宅→病院』および再度の『病院→在宅』といった双方向で続いていく連携についても、十分に検討されるべきと考える。それが結果的に、急性期病院から在宅ケアへのスムーズな移行、本人も家族も安心できる在宅療養生活、ひいては社会全体の在宅ケアの充実につながっていく。病院医療と在宅ケアは、対極の存在ではなく、互いに密に関わり、補完し合うものである。病院も在宅ケアの応援団であり、ひいては“ONE TEAM”であるという意識が浸透することを期待する¹⁾(Box 2)。

今後の課題

・ACPは必須条件ではない

終末期ケアへの注目度は高まり、早い段階からACP(Advance Care Planning, Glossary 5)を行う

ことが望ましいと謳われるようになった。もちろんそれに越したことはないが、実際にそのような面で周到な準備ができていない患者・家族は圧倒的に少ないし、それは在宅ケア開始時点での必須条件でもない。むしろそれを重視し過ぎると、家に帰るタイミングを逃す懸念もある。人・モノなどの準備は早急に可能だが、こと家族の『病状の受入れ・看取りの覚悟』に関しては、家に帰り、ほぼすべてが初めての経験の中、手探りで現状に順応していく間に、徐々に整ってくるものではないだろうか。看ること、看取ることにおいて家族が潜在的に持つ力は、我々が想像する以上に大きく、驚かされることも少なくない。冒頭の例のように、「家族の受入れ・覚悟が…」という点で慎重になり過ぎ、在宅ケアへの移行が後手になることや、結局家に帰れなかった、ということは避けなければならない。

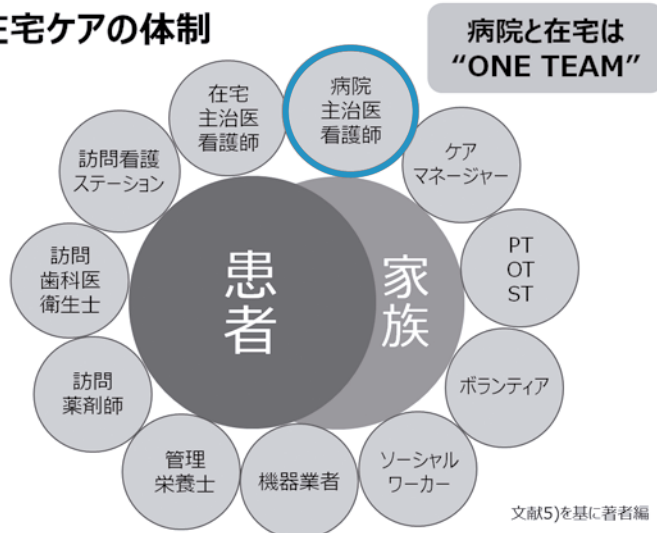
・理想的な“かかりつけ医体制”の構築と維持

急性期病院と在宅ケアとの双方向の連携について述べたが、これが、急性期病院での加療が終わる段階で、在宅医を探すところから始まるものだとすると、時間・労力的にも、そして患者の心理的

BOX 2

ONETEAM

在宅ケアの体制



文献5)を基に著者編

にも大きなハードルである。元々外来から在宅まで行っているかかりつけ医であれば、患者は、急性期病院から元の担い手に戻るだけであり、その面のハードルは格段に低い。冒頭の例で言うと、長く知る紹介元のかかりつけ医に返してあげれば、信頼関係が既に土台としてそこにある。この有無の差は大きい。上に述べたようなレスパイト入院や、緩和ケア病棟への入院調整なども、かかりつけ医主導で行えば良い。(Box 3)

一方で、近年は在宅専門診療所も増えているが、同様の理由で、在宅だけでも不十分である。必要なのは、通院できなくなってから引き受ける『在宅専門医』ではない。通院可能なうちから、外来で日頃の健康維持や有事の際の対処を行いながら信頼関係を築き、通院できなくなったときや、終末期を見据える段階になっても一貫して診療・相談を担うことのできる『かかりつけ医』である。外来診療と在宅診療の両立は、地域医療の原点であり、今後『かかりつけ医』として必須の機能となるだろう。

しかしながら、24時間365日対応のオンコール体制を含め、上記の機能を医師1人で果たすのは難しい。個人の過度な努力に依存して成り立つ

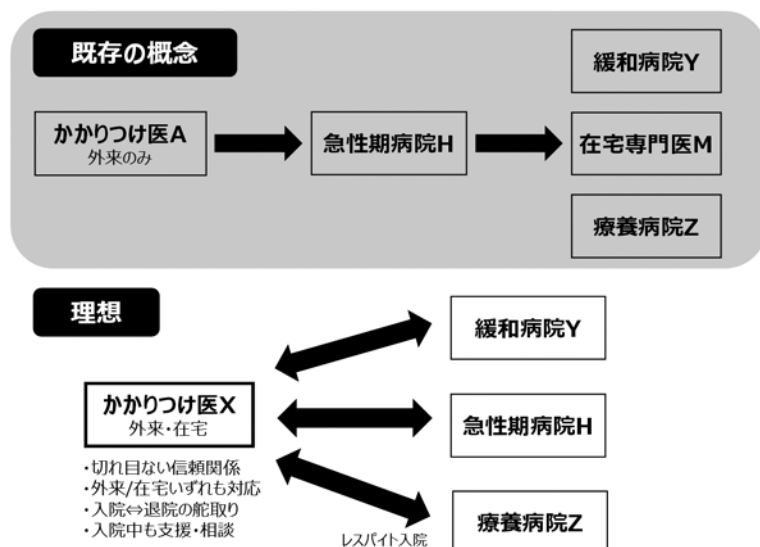
体制は、ときに脆く、永続しにくいからである。診療所も、これまでのように医師1人体制が当たり前ではなく、今後は複数の医師を置くビジョンが必要になるだろう。個人としての『かかりつけ医師』ではなく、複数人で『かかりつけ医体制』を作り、長く維持していくことが望ましい。そのためには、病院や、マンパワーが比較的充足している在宅診療所が、スタッフの少ない在宅診療所をバックアップするという、“働く医師にとっての病診連携/診診連携”も、必然的に一般化するものと予測する。

・新時代のキャリアプランとしての在宅医療

医師のキャリアプランという視点からも考えてみたい。患者の流れが『病院→在宅』の一方向でないとして述べたが、医師のキャリアとしても同様である。おそらく現状では、医師のキャリアパスのイメージとして『病院→在宅』の一方向のみが常識とされている。しかし、若手～中堅の病院医師が一時的にでも在宅医療を経験し、その後病院に戻る、すなわち『病院→在宅→病院』というキャリアを経ることが一般的になれば、“在宅医療をよく知る病院医師”、“疾患だけでなく患者の生活

BOX 3

かかりつけ医



を見据えることのできる病院医師”が増えることになり、病院診療の質は上がり、両者の連携はより充実するはずである。在宅診療所側にも、アクティビティの高い医師を確保できるというメリットがあり、社会全体にとって有益であることは間違いない。

とはいえ、働き盛りの医師にとって、一定期間先進医療から完全に離れてしまうことには、不安も伴う。それが病院－在宅間の医師の積極的な行き来の妨げにならないよう、働き方の工夫も必要である。在宅医療に専従しながらも、急性期病院での勤務(外勤)を定期的に行えるようにするなど、柔軟な働き方を提供することも重要だと考える。

医師の働き方にも、多様性が求められる時代である。当クリニックの体制としても、また医師個人のキャリアプランとしても、地域・在宅医療を担う『かかりつけ医』のモデルを示し続けたい。厚生労働省が主導する医師臨床研修制度においても、地域医療研修に力が注がれるようになって久しい。当院にも、近隣の臨床研修病院から初期研修医を多数派遣して頂いている。医師としてフレッシュな時期から在宅医療に直接携わるのは、彼ら自身にとっても、社会にとっても、非常に有益だろう。新時代の地域医療・在宅医療の担い手を育成することも我々の責務だと認識し、教育・啓発に努めたい。

Glossary

1 レスパイト入院：介護者が、病気や外出、冠婚葬祭など何らかの理由で一時的に介護できなくなる場合や、また介護者の疲弊を予防する目的で、一定期間入院する仕組み

2 退院前カンファレンス：入院患者が退院する前に、患者・家族と病院スタッフ、在宅ケアを引き受けるスタッフが一堂に会し、在宅ケアに向けて情報共有する会議のこと。

3 PICC：peripherally inserted central catheter；末梢挿入型中心静脈カテーテル。

4 ACP：患者・家族が、医療者や介護者などと一緒に、予め、終末期を見据えた医療や介護、生き方などについて話し合うこと。人生会議とも称される。

References

引用文献

- 1) 木田厚瑞. 包括的呼吸リハビリテーション. 日本内科学会雑誌. 1999; 88: 57 ~ 62.

参考文献

- ① 川島篤志. 病院勤務医こそかかりつけ医マインドを！－病院勤務医による地域医療の実践とその課題－. 日本内科学会雑誌. 2017; 106:161 ~ 1619.
- ② 中央社会保険医療協議会. “総会(第346回)議事次第 横断的事項 かかりつけ医機能(その1). 2017 - 2-22.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000152695.pdf>
- ③ 齊藤研, 十川康弘, 佐藤賢治. 高齢化・生産人口減少社会の中での地域医療－地方中核都市の病院において－. 日農医誌. 2019; 67: 658 ~ 662.
- ④ 長野宏一郎. 地域医療連携と大学病院－現状と展望. 日本内科学会雑誌. 2016; 105:2048 ~ 2054.