

被災地の復興に向けて急がれる医療機関の支援

# 最新医療経営 フェイス・スリー Phase 3

2011  
May  
No.321

# 5

第2特集 中小病院の果たすべき役割はここにある

## 徹底解説 在宅療養支援病院への挑戦

Key Person 「今月の人」

### 高橋 泰

国際医療福祉大学大学院教授

特集 東北地方太平洋沖地震

# 医療機関の 今とるべき対応策

石巻赤十字病院へ搬送される阿部寿美さん=20日午後5時16分、宮城県石巻市 Photo: Kyodo News



在宅療養支援病院誌上座談会

# 認知度の向上と人材育成 そして連携体制の充実が課題

医療・介護関係者はもとより、在宅療養の患者からも期待される在宅療養支援病院だが、実際に果たしている役割は見てこない部分もある。地域医療・介護の立場からはどのような機能を期待されているのか。ここでは、在宅療養支援病院として地域医療を支える、医療法人社団愛語会要町病院の吉澤明孝副院長、社会医療法人恵仁会くろさわ病院の黒澤一也理事長、また在宅療養支援診療所を展開し、政策提言も数多く行っている医療法人社団裕和会長尾クリニックの長尾和宏理事長に語ってもらった。

地域の課題に対応すべく機能を強化した結果が「在宅支援」

——在宅療養支援に乗り出した経緯を教えてください。

**黒澤** 当院の周囲は住宅街と商店街ですが、長野新幹線佐久平駅開業をきっかけに商店街は衰退し、現在ではシャッター街になっていきます。そんななかで昭和の頃より在宅医療を実施してきました。地方で交通の便も悪く、寝たきりなど通院困難例を中心にニーズがあつたようです。佐久市は高齢化率25%ほどで、長寿で健康な高齢者が多く、同居や高齢夫婦のみの世帯も比較的多いように感じます。

周辺の在宅療養支援病院(在宅病)は当院のみ。在宅療養支援診療所(在宅診)も市内に5つしかなく、うち1つは当法人、もう1つは実際に機能していないようです。一方で在宅診の届出はしていないものの、在宅医療や看取りをしている診療所が多いという調査もあります。1人開業で医師の年齢がやや高いせいかもしれません。

こうした事情からすでに在宅病を満たす条件は揃っていたわけですから、さらに以前より検死を行い、

老健や特養、ケア付き住宅での看取りも実施していたため、当直医とは別にオンコール医を配置しており、訪問看護ステーションも2つ持っていました。そのため在宅病になるにあたって改めてインフラを整備したことはありませんでした。

**吉澤** 当院は1957年に開設し、2008年に実兄が理事長・院長、私が副院長として医療法人社団愛語会を立ち上げました。法人としては150床の要町病院のほか、2つの診療所を運営しています。

近隣には都立豊島病院をはじめ、大学病院など高度急性期を担う医療機関は多いのですが、急性期を脱した後の支援体制が不十分です。もともと私自身、同じ豊島区にあった癌研究会附属病院(現在の癌研有明病院)の麻酔科に勤務し、がんが再発・転移した患者の転院先を確保するのに苦労する様子を見ていましたし、この状況は今も変わりません。化学療法やターミナルケアを行える後方病院がないのです。

また豊島区の場合、診療所数自体は多いのですが、大半が「ビル診」で、訪問診療の態勢にはなっていません。在宅診の数はまだまだ不足しています。

430もある中核都市ですが、そのなかでも当院は高齢化率の高い南部の下町に位置し、同居、認識世帯が非常に多い地域が診療圏です。生活保護受給者や障害者など社会的弱者も目立ちます。尼崎市のがんの訂正死亡率(年齢差を除去して標準化した死亡率)は全国自治体のワーストワンですが、在宅病はありません。在宅診は多数あると聞いていますが、年間看取り10例以上となると、数カ所程度ではないういでしょうか。特養、老健などの介護施設は絶対的に足りません。

在宅病の果たす範囲は地域ごとに大きく異なる

——在宅病として果たしている役割を教えてください。

**黒澤** 当院が在宅病として果たしている役割は、①自院を退院した患者で、通院困難などの理由で訪

在宅支援に乗り出したのは、あがるがん末期患者に「家に帰りたいけど無理でしょうか」と聞かれたことがきっかけです。94年のことでした。CVポート(中心静脈埋め込み)もPEG(内視鏡的胃ろう造設術)も詳しくは知らないなか、手探りで状態を把握し、2006年度の診療報酬改定で在宅診が設けられ、がん末期在宅診療料が病院の在宅では算定できなくなったこともあ



自ら訪問診療する黒澤理事長。在宅ニーズは高いという

### くろさわ病院の在宅療養支援体制

- 医師：4人で対応(夜間はオンコール体制)
  - 訪問看護ステーション：併設(常勤換算3.5人)
  - 入院ベッド：2床確保
  - 患者数：121人(月平均12.1人)
    - ・月2回以上訪問診療：月平均1人
    - ・住診：8人(日勤帯7人、準夜帯1人)
    - ・看取り：昨年度1人(準夜帯、ケアホーム入居者)
    - ・入院：14人(日勤帯12人、準夜帯2人)
- ※数値は2010年4月～11年1月



医療法人社団裕和会長尾クリニック理事長

### 長尾和宏氏

ながお・かずひろ ● 1984年、東京医科大学卒業。大阪大学第二内科等を経て、95年に長尾クリニック開業。医学博士。日本消化器内視鏡学会専門医・指導医。日本ホスピス・在宅ケア研究会評議員、尼崎市医師会勤務医・地域医療連携委員会委員長、ケアネット尼崎代表



医療法人社団愛語会要町病院副院長

### 吉澤明孝氏

よしざわ・あきたか ● 1985年、日本大学医学部卒業。日本大学医学部大学院、癌研究会附属病院麻酔科を経て、現在要町病院副院長を務める。麻酔科指導医、ペインクリニック認定医、東洋医学会認定医。特定非営利活動法人全国在宅医療推進協会副理事長



社会医療法人恵仁会くろさわ病院理事長

くろさわ・かずや ● 1995年、北里大学医学部医学科卒業。新潟県中央病院等を経て、2000年、医療法人恵仁会勤務。05年、くろさわ病院院長、07年より特別医療法人恵仁会理事長。長野県病院協議会理事、全日本病院協会長野支部監事、佐久医師会監事

1995年に下町の商業地に新規開業しました。私自身、病院勤

務医時代から終末期の患者さんをご家庭に帰してあげたい、そのために在宅医療をしたいと思っていました。開業6年目に近隣に移転、8年目に複数医師体制に移行しました。開院以来私1人でしたが、あまりに多忙なため3人医師体制とし、それを契機に外来診療も年中無休体制としたのです。午前中は3〜4診、午後は全員で在宅、夜診は3診体制で外来診療を行っています。在宅の患者は外来からの移行が半数、病院からの紹介が半数と、外来から継続して診ている在宅患者さんが多いのが特徴です。在宅診に手を挙げたのは、在宅医療を充実させる励みになると思っ

たから。特に「在宅診」の名に恥じない「医学教育・看護教育をしたい」という想いも後押ししました。

尼崎市は人口約46万人、3つの基幹病院をはじめ医療機関数が約

治療を終えた患者さんの後方病院

「都市型」で、もう少し機能を絞り込んでいるという印象です。がんの初期

期を脱した患者のサポート、在宅患者の急変時の受け入れまで幅広く担っているのに対し、当院は「都市型」で、もう少し機能を絞り込

「都市型」で、もう少し機能を絞り込んでいるという印象です。がんの初期治療を終えた患者さんの後方病院

徹底解説 在宅療養支援病院への挑戦

として機能しているのです。そこでまず患者を受け入れ、次に在宅療養に必要なコーディネーターとして、在宅診療やかかりつけ医を持つ患者であれば医師、訪問看護ステーション、介護事業者などと情報交換し、在宅療養に向けて必要な体制づくりを調整しています。病院の機能としては大きく、①後方ベッド、②かかりつけ医では難しい医療処置、③緊急処置——の3つがあります。



病棟看護師「在宅後」を見据え、職種横断的な連携が常時見られる

**要町病院の在宅療養支援体制 (要町ホームケアクリニック)**

- 医師：夜間オンコールは3人の担当医が対応
- 訪問看護ステーション：10カ所以上と連携
- 入院ベッド：病床稼働率85%以上で緊急入院の余地あり(看護師は基準以上に配置)
- 患者数：在宅患者総数300人
  - ・訪問診療：年間2,650回
  - ・看取り：年間病院約450人(緩和ケア料約300人)在宅84人(2010年)
  - ・入院：病院年間1,600人(うち在宅患者緊急入院67人)

かかりつけ医がいる場合は無理に踏み込むことはありませんが、実際は在宅診療の数が少ないこともあり、訪問診療や往診も担っているのが実情です。

——在宅診療のお立場から、在宅病に期待する機能とはどのようなものでしょうか。

**長尾** 都市部において在宅病に求めたいのは、「ドクターレスパイ」と「在宅での急性増悪入院の受け入れ」です。しかし尼崎市について言うと、すべての中小病院が常に満床状態にあるので、仮に在宅病があつたとしても、患者受け入れは現実的には無理ではないかと思つています。在宅用に空きベッドを設けられるような経営環境とも思えません。また、基幹病院の当直医の確保さえできない現状で、国が在宅病として本気で特別扱いしてくれるのであれば話が別ですが、中小病院が在宅病の看板を挙げて「総餅」に終わってしまうことを危惧します。一部では、在宅診療の役割と重複するとの意見もあります。が、訪問診療も行うのであれば重複・競合は当然ありえるでしょう。しかし選ぶのはあくまで市民ですので、自然な競争は質の向上につながるものだとおもいます。

がるものともむしろ歓迎します。

**病病・病診・医介連携が在宅医療の成否を決める**

——在宅病は思うほど増えていません。その理由はどこにあると思えますか。

**黒澤** 医師不足のなか、当直医以外の医師を確保できる病院は少ないように思います。地域で在宅病・在宅診療の医師をグルーピングしてマンパワー不足を補えば在宅領域に乗り出す病院も増えるのではないかと考えます。

看護業務に関しては、やはり訪問看護との連携は不可欠です。また病院の看護師に関しては、通常の体制でよいと考えます。おそらく訪問診療は外来看護師が担当し、夜間・休日の後方機能としては病棟看護師が対応するでしょう。

また、在宅病・在宅診療やそれに関係する職種のネットワークづくりを行い、研修・教育体制をトータルに整えていくことも必要です。現在、当院では他の在宅診療や一般診療所とは個々にメールや電話等で連携していますが、今後ITを利用した連携も考えられると思えます。法人内介護施設とは、2カ所

老死に寄り添うという「マインド」の共有、終末期、看取り、「ケアからケア」などに関する認識の共有化が欠かせません。そのためにもすべての在宅診療・在宅病に医学・看護・介護の教育機能を義務づけるのも一考ではないでしょうか。今後、医学部での医学教育でも、在宅医学が主役を果たすべきと考えます。

医療と介護の連携に向けて現在「阪神ホームホスピスを考える会」「尼崎多職種連携の会(旧・ケアマドの会)」をはじめ、6つの多職種の勉強会を立ちあげて活発な議論を交わしています。また当院では、地域のケアマネやヘルパーさんを対象としたローカルな勉強会、交流会を毎月行っています。

**在宅病の認知度向上とともに医療者の教育も重要課題**

——在宅療養の充実に向けて病院診療所が果たすべき役割についてのご提言をお聞かせください。

**黒澤** 在宅病は訪問診療と後方ベッド、在宅診療は訪問診療、それぞれの保有する機能を融合させて在宅医療を支えていくべきと考えます。当地域について言えば、医療関係者や地域住民ともに在宅病・

在宅診療の知名度が低いので、マップ作成や公開講座などによる周知を図っていく必要性を感じています。同時に、在宅病・在宅診療を中心としたネットワークづくりも進め、マンパワー不足の解消や、教育・研修などが可能になると思われます。

診療報酬に関しては実際、訪問診療を利用してはいる患者の多くは安定しており、月に2回以上の訪問診療を必要とする人は少なく、診療報酬が高くても加算は算定しない場合が多いです。もう少し実体に即した内容にしたいだけとありがたいですね。

**吉澤** 病院経営者に呼びかけたいのは、「連携を前提とした医療提供を考える時期に来ている」ということです。同じ在宅病でも、急性期病院から派生した病院と、療養型病院とは微妙に医療機能が異なる。そこで互いに向かい合うのではなく、双方の医療資源を有効に活用すべきです。在宅療養が進展すれば、家族や開業医のレスパイトケアの問題も出てきます。この時、普段なら急性期病院に緊急入院するような患者でも、状態が安定しているなら急性期病院から慢性期病

院に急変時の必要な処置法を伝えて受け入れてもらうことが考えられる。「病病連携」もいろいろ工夫できるはず。

医療行政には、「後方ベッド」の重要性を認識していただき、維持できるだけの診療報酬点数を設定していただくことを期待します。せっかく名乗りをあげても病院と診療所の機能が重なっては、貴重な医療資源の無駄遣いです。こうした



24時間365日体制は多職種によって支えられている。カンファレンスも多職種参加型

**長尾クリニックの在宅療養支援体制**

- 在宅従事医師：常勤5人、非常勤2人、(スタッフ総勢約100人)
- 訪問看護ステーション：2カ所(訪問看護師約20人)
- 居宅介護支援事業所：2カ所(ケアマネ8人)
- 患者数：在宅患者数250人
  - ・月2回以上訪問診療：220人
  - ・往診：平均月50件
  - ・看取り：年間約50人

で月2回ずつ法人内で連携会議を実施し連携強化を図っています。関係施設が集まり情報共有する会議の実施やメールによる情報共有なども考えられます。

**吉澤** 在宅医療においては医師、訪問看護師、ケアマネジャーなど介護職の三位一体が不可欠です。たとえば家族は医師や看護師、ヘルパーからさまざまな指示を受けますが、なかには提供者側が患者本人のためと思つて行ったケアでも、本人や家族にとってはおせっかいになっていくことがあります。その際、医師から看護師、ヘルパーへ、あるいはその逆といった具合に患者や家族の思いを伝え合うことができれば、本当に望まれる在宅医療を提供できるはずです。実際、利用者や家族はこの三者をうまく使い分けています。もちろんそのためにも双方が互いの分野を勉強し、理解する必要があります。豊島区ではケアマネなどを対象とした在宅のコーディネーターをする医療コーディネーター養成講座を、一昨年の東京都のモデル事業を継続するかたちで続けています。こうした取り組みも必要になるでしょう。

**長尾** 在宅での医療提供には生病患者をめぐる争いが起きているのは、病院に後方ベッドを確保するゆとりがないからです。在宅病の機能を見据え、それにふさわしい診療報酬体系を構築していただきたい。

**長尾** 病院と在宅医の本音レベルでの情報交換が必須ですが、これがまだまだだと感じます。各地域での勉強会で活発に行うべきです。尼崎では現在「尼医ネット」という全診療所の診療機能情報冊子を作成し、全医療機関・病院に配布し、逆紹介に役立っています。今年、これをウェブ上で検索できるようにします。在宅分野での連携には生病死の価値観を共有することも大事です。在宅医が病院に向いて、講演したり、「振り返りカンファレンス」を定期的に行うことも重要でしょう。

いまこそ在宅医と慢性期病院の連携を真剣に模索すべき時です。両者の溝は、まだ想像以上に大きい。良質な慢性期病院は在宅医療の受け皿として極めて有効で、これは国を挙げて推進すべき連携モデルです。しかし地域性が大きいので、各地域で試行錯誤を繰り返して、いくつか成功モデルを広報していく形が望ましいと思います。