

在宅医療の目線から見た 福祉関係者との効果的な連携方法

在宅診療所の在宅医療連携室から見た地域における多職種連携のポイントについて紹介します。



在宅医療と地域連携の方向性

まず、今日の在宅医療推進の背景と経緯を整理したい。

医療提供体制の再構築議論の背景には、慢性疾患患者の増加という疾病構造変化と、医学の進歩によるいわゆる医療依存度の高い患者の増加、さらに超高齢化社会を迎えたことによる、医療需要の変化が挙げられる。

医療需要の変化に対応し、2006年の医療法改正においては、地域完結型医療（図1）の実現に向け、医療提供体制は量的な整備から質的な整備へとその方向性が見直された。「医療連携」をキーワードに、それぞれの医療機関の持つ機能を整理し、その情報を公開することで、居住する地域において急性期医療から在宅医療まで切れ目のない医療が受けられる体制の構築が図られた¹⁾。

疾患のステージにおいて医療提供の場が変化し、かつシームレスな医療提供が可能な体制を構築することが重要である。そのツールとして地域連携クリティカルパスが開発され、2006年大腿骨頸部骨折、2008年脳卒中、そして2010年4月からはがんの地域連携パスが診療報酬に収載され、現在稼働している。

「医療連携」の概念の土台には、「患者本位」が存在する。これに基づいて考えると在宅医療提供者の目線からは、疾患別またがん・非がんの分けだけでとらえることに、違和感を覚える。それは、在宅での包括的ケア（包括的ケアについては後述）は、疾患の治療という患者の一側面ではとらえられないと実感しているためである。在宅医療の患者本位の医療の実現に向けた方策として一つ考えられることは、Lynn Jらが提示した「亡くなるまでの経過の3類型」（図2）を理解し、その3つのパターンを踏まえた包括的ケアの提供体制が必要であると考え、模索

（東京都文京区）

祐ホームクリニック千石

在宅医療連携室 室長

保健師／看護師 高橋由利子

〔たかはし・ゆりこ〕1981年国家公務員共済組合連合会虎の門病院入職。1995～2008年同病院各科病棟管理師長歴任。2010年慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科医療マネジメント専修修了。現在に至る。日本医療・病院管理学会員
連絡先：yuriko.takahashi@you-homeclinic.or.jp
URL：http://www.you-homeclinic.or.jp



しはじめたところである。これに関しては、諸先輩の方々にぜひご意見をいただきたい。

在宅医療と地域連携の方策

今回のテーマは、「福祉関係者との連携」であるが、その部分のみ切り離すことは難しいため、医療連携を含めて次に述べる。

●入院医療と在宅医療の連携

在宅と入院間の医療連携の推進策として、診療報酬上の「退院調整加算」の影響は大きい。特に、「急性期病棟等退院調整加算」の新設や在宅医療・介護を担う多職種連携を評価する「退院時共同指導料」「介護支援連携指導料」の新設は、強力に連携を推進させている。

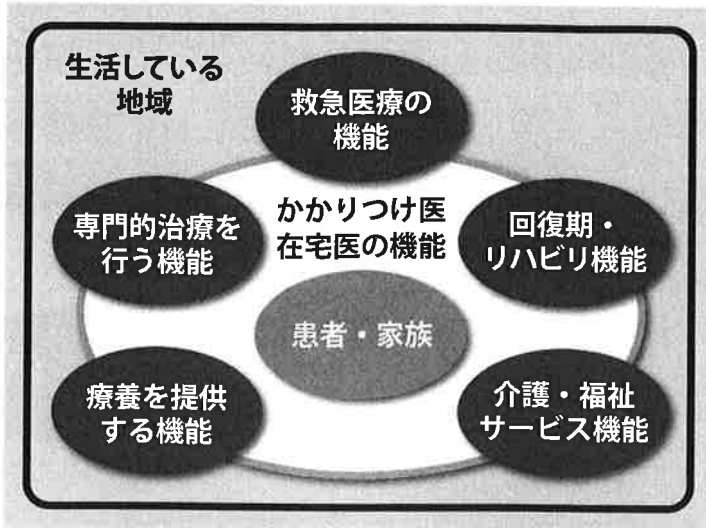
また、退院カンファレンスにて医師をはじめとした「在宅医療提供者」と「入院医療提供者」が「顔の見える」状態で、医療内容の引き継ぎや在宅での医療・ケアの方針について話し合うこと、また在宅から入院が必要となる条件について確認し合い、それぞれの医療機能について相互理解を図ることは、大変有益である。

●介護・福祉サービスと在宅医療の連携

在宅医療の重要な機能として、介護・福祉サービス提供者との連携・調整が挙げられる。医療を必要とする患者が、在宅で療養生活をするためには、多職種協働により医療・看護・介護・福祉サービスといった包括的ケアを適切に受けなければ成立しない（図3）。

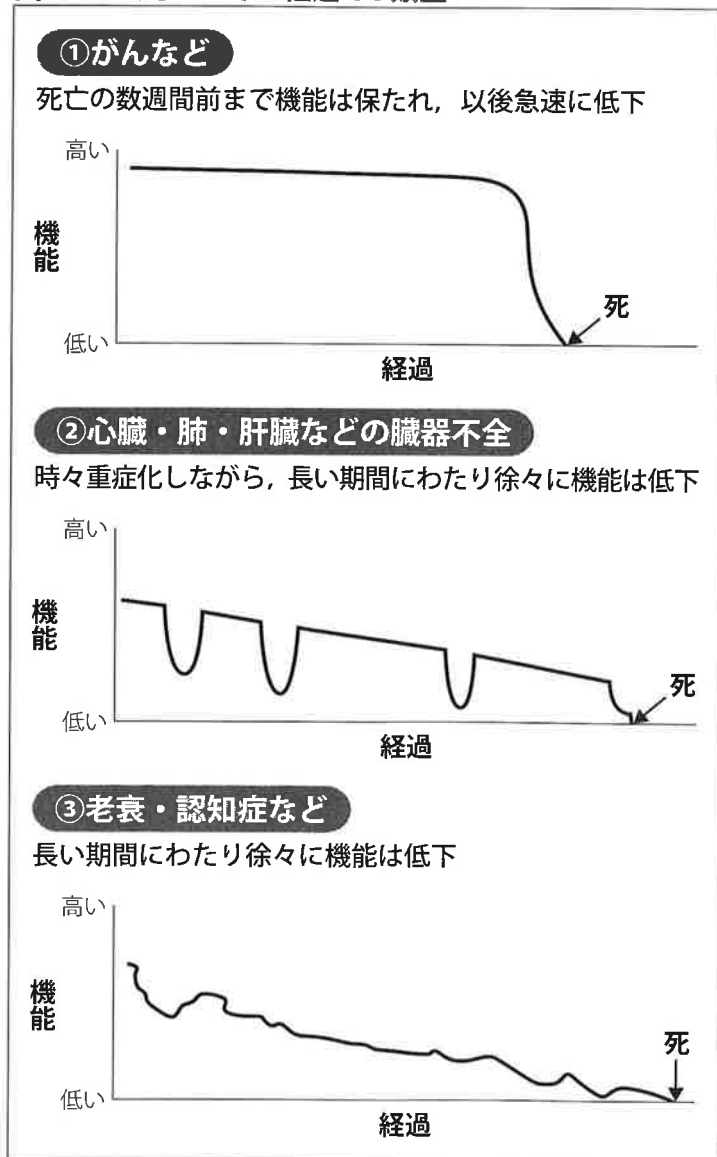
医療は医師により発信される。自らも訪問看護師と連携し、適切な医療提供を図る。訪問看護師は医師の指示の下に医療処置などを

図1 地域完結型医療



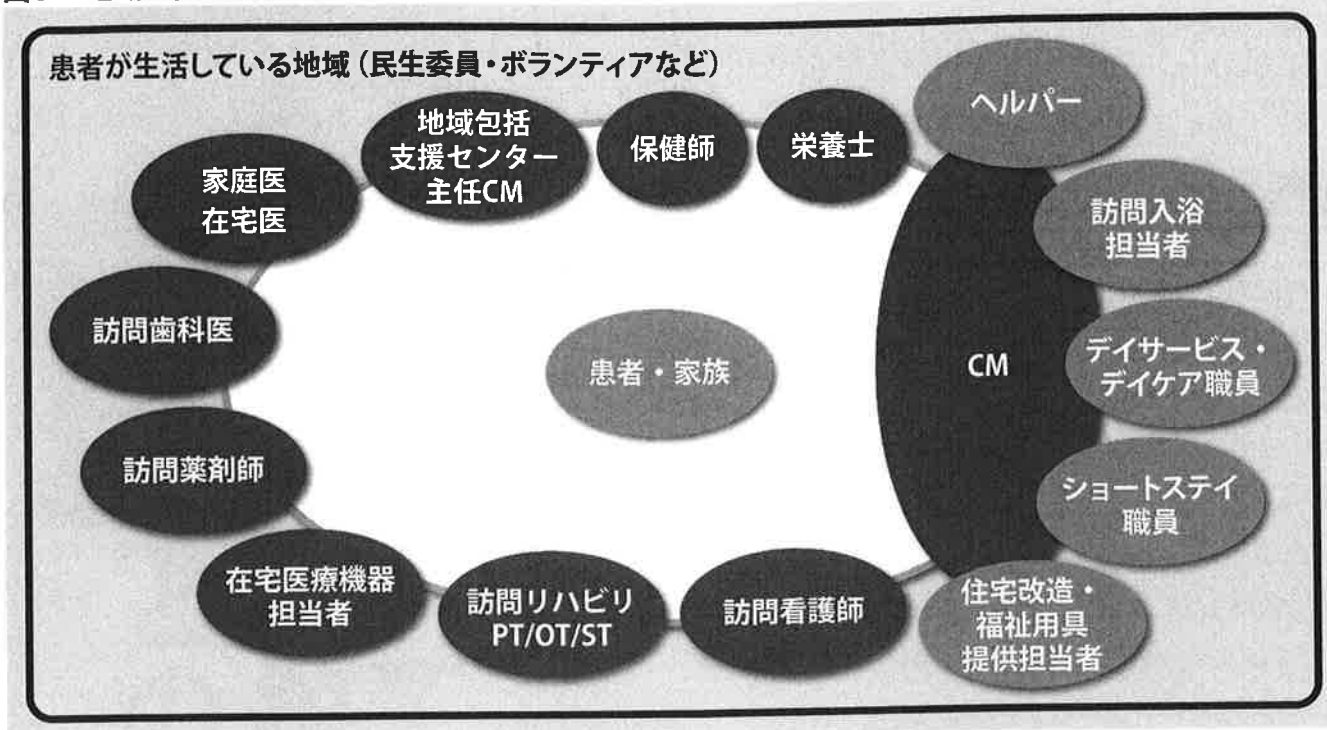
伊東芳郎：地域連携コーディネーター養成講座資料テキスト、医療計画と医療連携、P.3、2010より改編¹⁾

図2 亡くなるまでの経過の3類型



Lynn J, Adamson DM : Living well at the end of life, WP-137, Rand Corporation, 2003.²⁾

図3 地域の在宅医療提供チーム



提供すると共に、患者の病状を把握し、看護判断の下必要なケアを提供する。CMは主に公的保険内のサービスをマネジメントする。立案されたケア計画に基づき、ホームヘルパーによる身体介助や生活援助、訪問入浴、福祉用具の貸与などが提供されるほか、訪問リハビリテーションやデイサービスなども実施される。このように、それぞれの職種が役割を果たすことにより、包括的ケアが提供され、在宅医療が成り立つ。

患者・家族が在宅療養を継続するためには、24時間365日包括的ケアの提供が可能なシステムを整えることが求められている。それには、在宅医療資源の量的な拡充はもちろんであるが、その質の担保と共に、包括的ケアの効率的な提供システムの構築が不可欠である。

包括的ケアは、多職種協働により提供されるため、各職種間の情報共有、効率的な役割分担の調整において、束ねる者にはコミュニケーション・マネジメント能力などが求められる。その役割は「在宅医」が核となるが、そ

の構造は、本来の医師の機能発揮の最大化を失うことにもなりかねない。個人に依存するのではなく、システムとして多職種間の連携・調整機能を持つことが望ましいと考える。

在宅医療の目線で見たい 円滑な退院支援体制の構築

●入院医療から在宅医療への移行

医療提供には、入院医療・外来（通院）医療・在宅医療の3つがあると言われている。入院という環境で管理すべき治療を終えたのであれば、それが退院の時期とも言える。慢性疾患患者の増加と医学の発展により、患者は治療を継続しながら、障害を持ちつつ外来（通院）医療を受け続ける。その後、通院そのものの身体負担が強まった場合は、在宅医療が選択されることが多い。

急性期治療や専門的治療が終了した段階で、生活の自立度が低下し、入院期間が延長している場合もある。入院医療から在宅医療への

移行時期は、疾病、治療内容、日常生活の自立度、介護者の体制、さらに患者自身の思いなどさまざまな要因に影響される複雑な課題である。それゆえ、医療的な判断を主体に、入院医療から在宅医療への移行を決定すると、患者・家族に「病院を追い出された」ととらえられてしまうであろう。

地域完結型医療の実現のためには、家庭医・在宅医が疾病予防や健康相談の時期からかわり、治療の選択や入院医療の選択、そして入院医療をいったん終えた時期から引き継ぎ、かわれることが理想である。再度治療を要する場合は専門治療が可能な病院へ入院し、終わったらまた家庭医・在宅医がかわることになる。いずれの場合も、患者・家族が受ける医療の内容により医療の場が変わることについて、納得感が得られることが必要となる。

積極的な治療が望めないと判断された時期においては、「生きる」ことについて何が優先されるべきかを患者・家族に問うことになる。人は本来、自分の家で自分の意思決定において行動することにより「生活」をしている。生活を営んできた家が、本来のその人らしく時間を過ごすことができる場ではないだろうか。

現代社会において、自分の家は自宅だけでは補えない。そのため、高齢者向け居住施設なども含めて自分の家としてとらえ、入院医療と在宅医療の効率的機能分化を考えることが必要であろう。患者・家族がどの場所で時を過ごしたいかということについては、自由意思による決定を尊重し、そのことを支える医療・地域連携を図りたいと思う。

●患者・家族が考える退院の時期

患者・家族の多くは、退院時に、点滴や酸

素などの医療器具などはなく、日常生活動作が自立している状態であることを望んでいる。また、入院前と全く同じ状態に戻った時が退院の時期であるととらえていることも多い。

また一方では、それとは対極に、中心静脈栄養（IVH）、人工呼吸器などを装着している状態であっても、患者・家族が「退院をしたい」と思ったその時が、退院の時期であるともとらえられる。

入院管理に比べれば、医療機器の設備や専門職のかわり、空間などさまざまな制限のある在宅医療では安全の程度は低下するかもしれないが、在宅でもほぼ同様の医療を提供することは可能である。自分が慣れ親しんだ生活の場で時を過ごすことが、患者にとってQOLが高いのは言うまでもない。患者・家族が「自宅に戻りたい」という思いを抱いているのであれば、その選択を支え、後押しすることが医療提供者の役割ではないかと思う。

●入院医療提供者が考える退院の時期

医療はどの疾患・状況であっても、医師の判断、指示が発信元になる。退院許可においても同様である。患者本位の医療につながるように、医師に判断材料となる情報を提供することが、周囲の医療関係者の役割であるとも言える。

退院の時期の判断は、医療提供者間においても同様ではない。疾病や治療過程による違いは前提としてあるが、外科医と内科医、また緩和医療を担当する医師では、退院の時期のとらえ方が異なるだろう。さらに、担当看護師、病棟師長、退院調整看護師のとらえ方も異なると推測される。この違いは何に影響されているのだろうか。個人的には、「医療者がその人らしい人生のありようをどう考える

か」「医療者として死生感をどのように考えているか」ということが影響していると思っ
ている。患者を中心に、その人らしく時間を過
ごすために適した状態と退院時期を検討する
ことが必要である。退院調整にかかわる部門
や退院調整看護師が中心となり、病棟におけ
るカンファレンスが行われるようになっている。
今後、さらにそのような機会が充実すること
が期待される。

患者・家族は、退院したいという思いが
あっても、医師を代表とする医療者に退院が
可能であることを示されなければ、その選択
を考えられないであろう。入院医療提供者が、
患者・家族に退院の時期とその時の身体的状
態を含めた情報をどのように提供するかが、
患者・家族の退院への納得感を大きく左右す
るものとする。

●在宅医療提供者の目線で見た 円滑な退院支援

円滑な退院支援のために必要なことを、次
の4点に整理した。

①入院医療提供者と在宅医療提供者間の患者 情報共有

入院医療提供者と在宅医療提供者間での患
者の情報、特に医療内容の正確な連携は欠か
せない。退院カンファレンスや診療情報提供
書の往来は前提としてあるが、医師同士の顔
が見える連携をすることが、患者・家族に
とって退院後の生活の何よりの安心となるだ
ろう。退院後の患者の療養生活についても、
報告やカンファレンスなどを通じて、入院医
療提供者と共有するように努めている。

②退院前における在宅医療提供者に対する患 者・家族の信頼獲得

患者・家族との初回面接や退院カンファレ

ンスの際に、患者・家族の肯定的な受け入れ
姿勢を引き出すことが重要である。在宅療養
を選択した際、それに対する患者・家族の不
安は、計り知れない。入院医療の中で専門的
な治療を施してきた信頼の厚い医師から離れ
る不安を持つ患者に、初めて対面したその場
で信頼感を得ることは、在宅医にとって決し
て低いハードルではない。患者・家族が「在
宅ケアを選択してよかった」「在宅でできる限
りの医療を受け続けたい」と思えるような関
係を構築したい。

そのためにも、可能な限り退院当日の訪問
を設定し、また退院後1～2週間は、自宅で
の看護・介護の体制づくりが安定するように、
在宅医療提供者間で動きや役割分担を調整し
ながら、丁寧に対応することが重要である。
在宅医療導入時期は、コミュニケーション技
術も大切であるが、在宅医療・在宅ケアの質
をいかに患者・家族に提示できるかというこ
とも重要であるとする。

③生活する地域の医療・看護・介護の具体的 なサービスの情報提供

退院後の医療・看護・介護サービスの具体
的な内容に関する情報提供が重要である。CM
は多くの場合、入院中に患者・家族と面談し、
退院後のサービスについて情報収集・提供し
ている。そして、自宅の環境に合わせて、必
要なサービスメニューを組み立て在宅療養の
体制を調整する。

介護福祉に関する情報は、CMにより十分
で具体的な情報が提供されているが、今後さ
らに、医療依存度の高い患者が増加するこ
を考えると、在宅医・訪問看護師などから医
療面についての具体的なサービスの情報を一
緒に提供することが必要と言える。

④患者・家族の療養の場選択の意思決定支援

療養の場を意思決定するまでの間、患者・家族はさまざまな不安や悩みと葛藤する。意思決定するためには、生活の場の周囲で、実現可能でかつ具体的な選択肢を情報として提示することが必要である。

また、その人らしく時を過ごすための療養の場とはどのようなものかを、患者・家族が考えるための支援も必要であろう。

現在、入院医療提供者がその情報提供や意思決定のサポートを行っている。専門的治療を行う病院や急性期病院の機能を考えると、そのことに多くの時間を割くことが困難であることも理解できる。

また、患者の住む地域ごとの情報を具体的に提示することにも、限界がある。この現状から、入院中から退院後の療養の場を考えるための相談窓口が地域にあることが望ましいと考える。自宅に戻ってからも、在宅療養を選択したことに迷うこともあるだろう。そのような場合にも、地域の中で相談窓口があることで、その時々意思決定を支えていける体制を考えていきたいと思っている。

退院支援における 医療・介護福祉連携の具体策

●退院カンファレンス・初回訪問時の 在宅医とCMとの連携

退院カンファレンスの重要性は先にも述べたが、関係者が一堂に会し、医療内容の継続への理解を深めるほか、互いに顔を合わせ、問い合わせをしやすい関係をつくることは包括的ケアに不可欠である。

CMへ行ったアンケートで得た、病院との連携で困っていることを表1に示す。「大学病

表1 病院勤務医や開業医との連携で日頃困ること(自由記載)

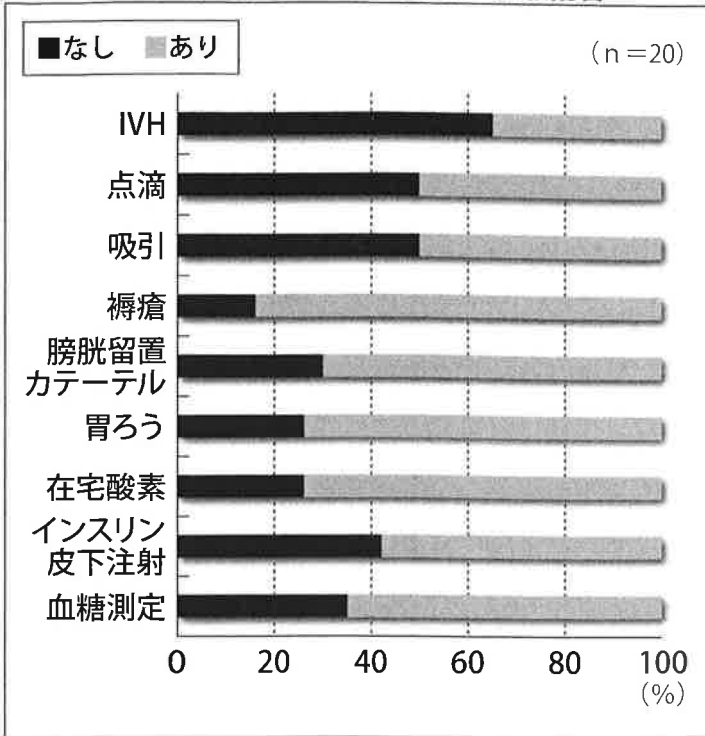
- ・大学病院など、大きい病院では医師と連絡が取りにくい
- ・疾患別に担当医が分かれており、情報が得られにくい
- ・協力的な医師と介護保険制度を全く理解していない医師の差が大きい
- ・日付が違うだけで同じ内容の居宅医療管理指導書だと、利用者を見ているのか疑問に思う
- ・医療処置に必要な物品を出してくれない
- ・緊急連絡の返事がもらえない
- ・質問に対する答えが簡単過ぎて、利用者の状態が分からない
- ・専門用語が多く、また字が乱筆で読めないことがある

院の医師との連携は敷居が高い」という声を聞く。大学病院の専門医が、在宅で生活している患者の全体像をとらえ、居宅療養管理指導や訪問看護指示を行うことは非効率であり、医療提供体制の機能分化を考えると限界がある。在宅医の介入により、患者の生活の場における全体像が把握され、患者へ本来必要な看護や介護が提供されることにつながる。

退院直後の在宅医の訪問時に、CMや訪問看護師と一緒に在宅を訪問することも有効である。在宅にいる患者を目前にして、基本的な生活を維持するための支援である、「食べる」「排泄」「移動」「清潔」それぞれについて、患者にとって適切な内容が提供されるように整えられる。その場でCMから、医療的に注意することなど、在宅医に必要なことを確認する機会となる。

医療依存度が高い患者を支援する場合、CM、ホームヘルパーには不安があるようだ。CMへのアンケートで得た「医療処置のある担当患者の経験割合」について図4に示す。ここ

図4 CMの医療処置のある担当患者の経験割合



から、医療的な処置を持つ患者の経験が多いことが分かる。退院カンファレンスで必要な情報を共有すること、初回訪問時に在宅医と一緒に訪問し、医療者から具体的な注意事項と指示事項を伝えることが必要であろう。私たちは、在宅医の立場として、相談事があればいつでも連絡を入れてもらうよう、繰り返し説明をしている。

●在宅ケア開始後の情報共有の仕組み

それぞれの職種が訪問時の観察や実施内容、および課題と感じたことなどについて情報共有することが重要である。月に1回、居宅療養管理指導書と計画実施報告書の行き来やサービス担当者会議などはなされているが、変化があるごとに情報を効率的に共有できる仕組みが必要である。今は主に電話、FAXで情報共有を行っているが、その情報発信そのものが複雑になっている。在宅医療提供チームでは、それぞれの所属、提供内容、時間が異なり、その中で患者にかかわるため、情報

共有に対する意識を持っていても、おのおのが情報共有に不都合を感じている。

地域における多職種協働を実践するためには、医師を核とした仕組みで、かつ多職種が理解でき、実践につなげることができる情報の共有ツールができることが望まれる。

居宅介護事業所、地域包括支援センターなどとのより円滑な連携のための方策

居宅介護事業所、地域包括支援センターの人がすでにかかわっている利用者の経過において、医療介入が必要となる時期がある。介護介入に難渋している場合、医療介入が必要なことが少なくない。この医療介入の時期をどのようにとらえるかという点について、困惑しているという声を聞く。

当院では、日頃から居宅介護事業所、地域包括支援センターの人との「顔が見える連携」が重要であると考え、在宅医療連携室担当者が、地域包括支援センターや居宅介護事業所を訪問し、関係構築に努めている。

また、CMや地域包括支援センター主催の研修会へ参加したり、当院で勉強会を開催したりするなど、直接会い、話をする機会を大切にしている。何か困惑するようなことがあれば、相談してもらえようような関係をつくりたいと思っている。

なお、医療依存度が高い患者の増加を背景に、在宅医療・介護提供者の医療知識の習得意欲の高まりを受け、当院では勉強会(表2)を主宰している。医療知識レベルに合わせて、ベーシックコースとアドバンスコースの2コースを設置し、2010年6月から年間プログラムとして開催している。開催以降、案内対

表2 祐勉強会年間プログラム

祐勉強会：講師の都合により講義内容の順番を変更することがあります。

ベーシックコース 第2週水曜日18:00～19:00

対象：医療内容を基礎から習得したい方

回	日時	項目	具体的な項目
1	6月16日	人体の構造と機能	
		バイタルサイン	熱 血圧 脈 呼吸
2	7月14日	身体兆候の異常とは	バイタルの異常 神経所見の異常
3	8月18日	脱水管理	脱水とは 脱水予防
4	9月15日	褥瘡管理	褥瘡予防 褥瘡評価 ケアの実際
5	10月13日	栄養管理	栄養管理の基本 嚥下評価 胃ろう・経管栄養 IVH (HIP)
6	11月10日	排泄管理	排泄とは 排尿について 排便について
7	12月15日	認知症	
8	1月12日	パーキンソン症候群	
9	2月16日	採血検査について	採血
		画像検査について	画像
10	3月16日	心不全の管理	心不全とは 兆候
11	4月13日	肺炎予防	
12	5月11日	終末期ケア	緩和ケア
			看取り

番外編：多職種協働について

アドバンスコース 第3週水曜日18:30～19:30

対象：在宅医療の専門知識をさらに深めたい方

回	日時	項目	具体的な項目
1	6月23日	在宅医療と諸制度	在宅医療の制度 診療報酬との関係 介護保険との関係
2	7月21日	在宅医療の安全管理	在宅医療の安全管理とは 感染予防
3	8月25日	脱水管理	脱水の評価 脱水の治療
4	9月22日 18:00～	褥瘡ケア	褥瘡評価 治療方法
5	10月20日	栄養管理	嚥下評価・嚥下訓練 胃ろう・経管栄養 IVH (HIP)・CVポート 持続皮下注射
6	11月17日	排泄管理	膀胱・腎ろうカテーテル 便通コントロール ストーマケア
7	12月22日	認知症	
8	1月19日	神経難病	ALS 血液透析 パーキンソン症候群
9	2月23日	心不全管理	
10	3月23日	感染症の管理	肺炎 尿路感染 高齢者の感染症の特徴
11	4月20日	緩和ケア	疼痛 呼吸困難 譫妄
12	5月18日	終末期ケア	看取り

番外編：腎不全と透析 腹膜透析

象の約1割の30～40人の参加者が集まっている。参加者はCMが70%を占めている。毎回、積極的な質問や意見が聞かれるなど、互いの学習の機会として活用されて、「顔の見える」円滑な連携につなげている。

在宅医療診療所の 「在宅医療連携室」の設立

在宅医療を推進する必要性は理解されているが、総医療費に占める在宅医療費の割合は、まだ2～3%である。今後我が国における死亡者は、2040年には166万人に達すると推測されている。そして、病院死が80%を占めるという、先進国の中でも特殊な国となっている状況を勘案すると、在宅医療の普及・促進のスピードはさらに加速しなくてはならない。2007年の在宅医療推進会議では在宅死亡率を12.2%（2006年）から25%（2025年）に引き上げるとしている。

患者本位の医療の実現に加え、前述した問題意識から、私たちは地域の中の相談・連携窓口の役割として「在宅医療連携室」を立ち上げた。現在、主に活動している内容は次のとおりである。

- ・ 専門病院、急性期病院の地域連携部門の窓口と在宅医の立場での直接的な前方および後方連携
- ・ 地域包括支援センター、CMからの在宅医療導入に関する調整連携
- ・ 病院の地域連携部門からの依頼に応じた、CM、訪問看護STの調整
- ・ 訪問同行による、主に医療的なケアマネジメント調整
- ・ CM、訪問看護STとのケアマネジメン

トに関する調整

- ・ 患者・家族からの退院に関する相談
- ・ CM、訪問看護師対象の勉強会の開催
- ・ 在宅医療の多職種協働による医療安全ワーキンググループの開催
- ・ CMの研修に関する研究的取り組み など

今後も、実践の中で模索を繰り返し、地域の中の「在宅医療連携室」として活動できることを考えていきたい。

引用・参考文献

- 1) 武藤正樹編：地域医療連携コーディネーター養成講座，P.3，日本医学出版，2010.
- 2) Lynn J. Adamson DM：Living well at the end of life, WP-137, Rand Corporation, 2003.
- 3) 在宅医療テキスト編集委員会編：在宅医療テキスト，第2版，財団法人在宅医療助成勇美記念財団，2009.
- 4) 佐藤智他編：明日の在宅医療第5巻—在宅医療・訪問看護と地域連携，中央法規出版，2008.
- 5) 佐藤智他編：明日の在宅医療第3巻—在宅での看取りと緩和ケア，中央法規出版，2008.
- 6) 佐藤智他編：明日の在宅医療第4巻—高齢者ケアと在宅医療，中央法規出版，2008.
- 7) 佐藤智他編：明日の在宅医療第1巻—在宅医療の展望，中央法規出版，2008.
- 8) 平原佐斗司：在宅での看取りをめぐる諸問題，日本在宅医学会雑誌，Vol.10, No.2, 2009.
- 9) 別部宏恵他：当院における在宅医療13年間の推移，第20回日本在宅医療学会学術集会，2009.

考えさせて人を育てる達人看護部長に学ぶ研修会

新企画 「引き受ける力」「感情の整理」で
自分のコミュニケーションスタイルが変わる!

主任・副師長のための考える力と 問題解決法の見つけ方

財団法人田附興風会 医学研究所 北野病院 看護部長 **松月みどり氏**



大阪 12/4(土) 田村駒ビル
本誌購読者:15,000円 一般:18,000円(共に税込)

- プロ
ク
ラ
ム
- 主任・副師長はツライだけ?!
 - 主任・副師長が身につけるトラブル解決力
 - 自分はどんなタイプの主任・副師長なのか?!
 - ～現在の自分を評価する～
 - 問題解決に有効な手段と方法 ほか

