

急性期病院における 多職種チームによる在宅医療支援

木下 貴裕[†] 中井 國雄 藪内以和夫 中村 善也
栄土真由美* 西端めぐみ* 芝 美佐子*

第73回国立病院総合医学会
(2019年11月9日 於 名古屋)

IRYO Vol. 75 No. 1 (59-62) 2021

要旨

国立病院機構南和歌山医療センター(当院)の位置する田辺・西牟婁地区は、高齢化・過疎化が進み、さらに、要介護の人口が増加してきている。そこで、当院のような急性期病院も在宅医療の必要性を感じているが、在宅医による在宅医療の縄張りがあり、当院の新規参入が困難であった。そこで、2015年11月より在宅医と話し合いながら急性期病院の特色を活かした多職種チームによる訪問診療を行っているので紹介する。

(当院の訪問診療の特徴)当院は、在宅に訪問する時、医師・看護師・薬剤師を中心に必要に応じて管理栄養士や他の職種とチームで訪問を行う。内容としては、開業医からの相談を受けたり、在宅緩和医療希望される場合、かかりつけ医と連携しながら、医師・緩和認定看護師・薬剤師などで訪問をする。また当院で入院・加療を行い、在宅にもどるとき、当院からチームで訪問診療を2,3回行いながら、地域の訪問看護ステーションや開業医に紹介し、シームレスに移行できるようにする。(訪問実績)当院での訪問方法は、退院前訪問指導・退院後訪問指導・訪問診療・往診で、この中で、訪問診療(28件)往診(8件)であった。携わったメンバーは、医師・看護師・薬剤師・言語聴覚士・管理栄養士で、それぞれの専門性を活かした診療を行った。(結果)地域の訪問看護師やケア・マネジャーとも情報を共有しながらチーム医療にて適切な診療を行うことができており、ご家族や在宅医から感謝されている。(考察)当院からの訪問回数も限られており、24時間対応でなく、時間外の対応や最後の看取りをするのが難しく、最後の看取りを在宅医療医に依頼しているのが現状である。今後は、患者の看取りについては、病院担当医と在宅医療医がチームを組んで最後の看取りを行う必要性を感じている。(まとめ)在宅医療医と連携しながら急性期病院における多職種チームによる在宅医療支援を行って地域からも感謝されている。

キーワード 多職種チーム, 在宅医療支援, 急性期病院

はじめに

国立病院機構南和歌山医療センター(当院)の位置する田辺・西牟婁地区は、高齢化・過疎化が進み、

さらに、要介護の人口が増加してきている。そこで、当院のような急性期病院も在宅医療の必要性を感じていたが、地域のほとんどが、かかりつけ医による在宅医療・訪問看護にて占められており、当院の新

国立病院機構南和歌山医療センター 統括診療部 *看護部 †医師

著者連絡先: 木下貴裕 国立病院機構南和歌山医療センター内 〒646-8558 和歌山県田辺市たきない町27番1号

e-mail: takinoshita-ths@umin.net

(2020年2月10日受付, 2020年7月10日受理)

Home Care Support by Multi-Disciplinary Teams Acute Care Hospitals

Takahiro Kinoshita, Kunio Nakai, Iwao Yabuuti, Yoshinari Nakamura, Mayumi Eido, Megumi Nishibata and Misako Shiba, General Medical Department, NHO Minami Wakayama Medical Center, *Nursing Department, NHO Minami Wakayama Medical Center

(Received Feb. 10, 2020, Accepted Jul. 10, 2020)

Key Words: multi-disciplinary teams, home care support, acute care hospitals

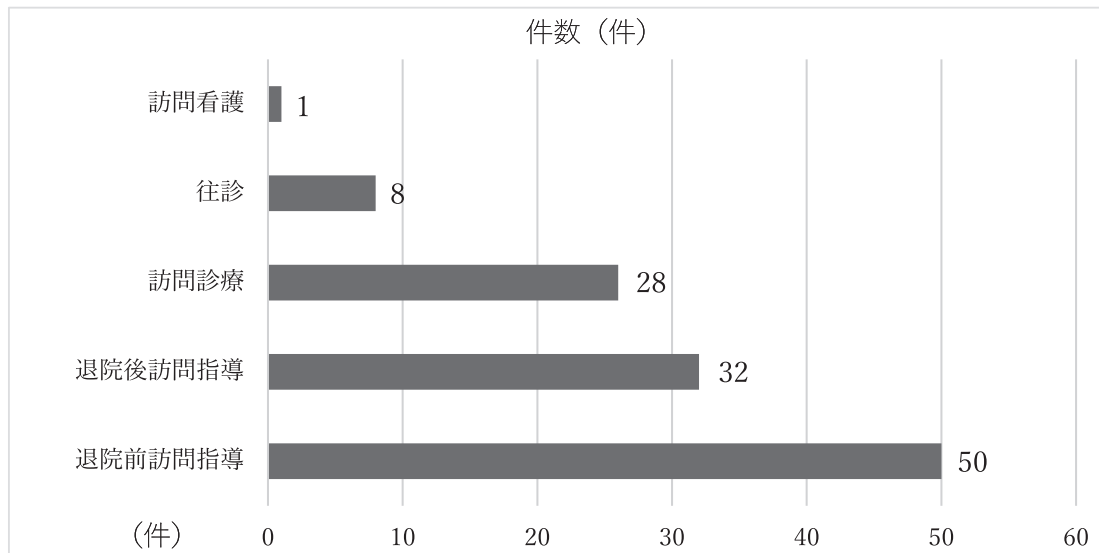


図1 訪問診療実績 (2015年11月～現在)

規参入が困難であった。そこで、2015年11月より在宅医と話し合いながら急性期病院の特色を活かした多職種チームによる訪問診療を行っているので紹介する。

当院の訪問診療と往診の特徴

1. 在宅に訪問するとき、医師・看護師だけでなく、必要に応じて薬剤師・管理栄養士など多職種チームにて行う。2. 在宅医療を行っている開業医からの相談を受ける。

たとえば、胃瘻からの栄養剤注入などで開業医に対して助言を行う。3. 在宅緩和医療を希望される場合、在宅診療医（看取りをしていただく）と連携しながら、医師・緩和認定看護師・薬剤師などで原則として2週間に1回訪問する。4. 当院緩和ケア病棟にて症状コントロールできた後、退院後の経過観察を行う。5. 他院から当院緩和ケア病棟に紹介され、症状コントロールが必要なとき、緩和ケア病棟入院前に在宅に訪問し、症状コントロールを行う。6. 当院で入院・加療後に在宅にもどるとき、当院から訪問診療を2、3回行いながら地域の訪問看護ステーションやケア・マネージャー、在宅医に紹介し、シームレスに移行できるようにする。

当院の訪問診療時の各スタッフの役割

1. 医師は、問診と診察を行う。2. 看護師は、

問診とバイタルチェックを行い、必要に応じて採血を行う。地域スタッフとの窓口になる。3. 緩和認定看護師は、在宅療法中のがん患者の症状のチェックを行う。4. 皮膚・排泄ケア認定看護師は、開業医や訪問看護師からの褥瘡相談やストーマ患者の診察を行う。5. 薬剤師は、服用中の薬剤のチェックを行い、必要に応じて医師と緩和認定看護師、薬剤師にて医療用麻薬の増量や新規内服薬の服用について話し合いをする。6. 管理栄養士は、胃瘻患者の栄養相談や在宅患者の栄養相談を行う。7. 臨床心理士は、在宅療養中にうつ状態になった患者の面談を行い、適切なアドバイスを行う。8. 言語聴覚士は、患者の嚥下の状態チェックを行い、在宅医に適切なアドバイスをする。

訪問診療実績

2015年11月1日から2019年12月までの実績を報告する。図1のように計画書を提出して行う訪問診療は28件で、往診は8件だった。医師・看護師・薬剤師を中心に必要に応じてその他のスタッフが加わり行った。認定看護師のみで訪問した訪問看護は1件だった。病棟看護師、理学療法士、地域連携室スタッフで行った退院前訪問指導は50件で、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、地域連携室スタッフにて行った退院後訪問指導は32件だった（図1）。訪問患者の疾患別内訳は、慢性疾患（脳卒中や慢性閉塞性肺

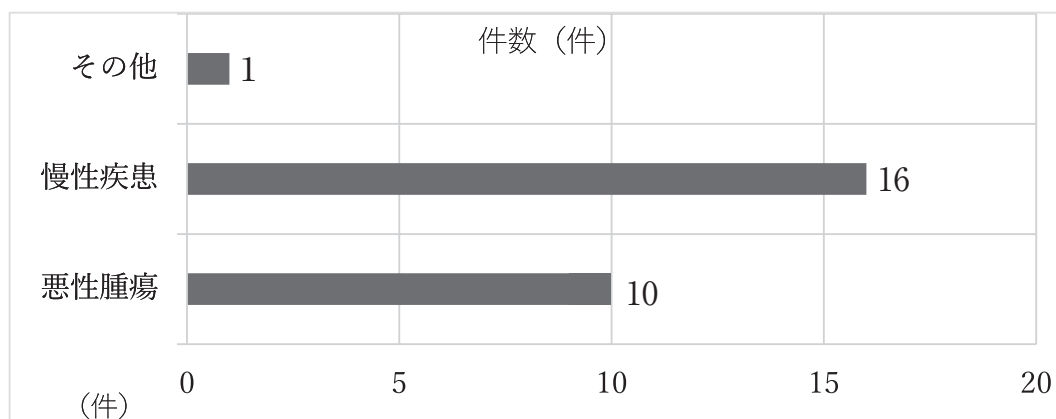


図2 訪問診療患者の疾患別内訳

疾患など)が16件、悪性疾患は10件、その他が1件だった(図2)。

症 例

症例(1) 慢性肺気腫の79歳、男性の患者で、呼吸困難度分類のHugh Jones分類はⅣ度であった。肺炎の併発を繰り返し、入退院を繰り返していた。入院すると、せん妄が出現し、食事・薬を拒否する状態を繰り返していた。そこで、かかりつけ医と相談しながら訪問診療開始した。主として、医師、看護師、薬剤師で2週間に1回訪問した。在宅医療の導入以来、肺炎を併発せずに自宅で機嫌よく過ごされた。途中、入れ歯が合わなくなり、訪問歯科医師にお世話になった。最後の看取りは、在宅診療医師にお願いして、訪問診療後、約8カ月後に永眠された。

症例(2) 虫垂粘液がん術後、骨盤内再発、腸閉塞の60歳、女性の患者で、他院より当院緩和ケア病棟に紹介され、症状緩和のため、3週間入院後、症状コントロールがついたので、医師・緩和認定看護師・薬剤師にて2週間に1回、訪問診療を行った。当院は、症状コントロールを行い、かかりつけ医には、点滴(栄養剤500ml)を依頼し、約2カ月後、最後の看取りを行っていただいた。訪問看護ステーションとの連絡は、地域連携室看護師が行い、地域スタッフと密に連携をとりながら訪問診療を行った。かかりつけ医から感謝の言葉をいただいた。

症例(3) 乳がん・骨転移の80歳、女性の患者で、症状コントロールのため、他施設より紹介された。褥瘡もみられたため、医師・緩和認定看護師・皮膚、

排泄ケア認定看護師・薬剤師で、サービス付き高齢者付き住宅に2週間に1回、訪問診療を計3回行い、約1.5カ月後に状態が増悪し、当院緩和ケア病棟に入院となった。そして、約2週間後、安らかに永眠された。

症例(4) 慢性腎不全の90歳、女性の患者で、かかりつけ医と患者のご家族の関係がうまくいなくなり、かかりつけ医より当院地域連携室に相談があったため、医師・看護師・管理栄養士にて、かかりつけ医といっしょに訪問し、今後の治療方針・在宅での栄養指導を行った。その後、患者とかかりつけ医との関係が改善し、最期は、当院に入院され、約1週間後に永眠された。かかりつけ医より非常に感謝された。

考 察

当院の位置する田辺・西牟婁地区は、高齢化・過疎化が進み、さらに、要介護の人口が増加してきている。そこで、当院のような急性期病院も在宅医療の必要性があり、急性期病院の特徴を活かして多職種チームによる在宅医療を考案した。地域の医療スタッフとの連携により、在宅医療医や地域スタッフからも感謝されている。ただ、当院からの訪問回数も限られており、24時間対応でなく、時間外の対応や最期の看取りをするのが難しく、最期の看取りを在宅医療医に依頼しているのが現状である¹⁾。また、現在、在宅医療に対する保険診療点数が少ない現在、指導料や診察料以外、別途交通費も患者に費用負担をしていただいている²⁾。在宅では、薬の処方ができず、病院に戻ってからの処方になるため、家族ら

が病院まで処方箋を取りに来なければならない²⁾。今後、患者の看取りについては、病院担当医と在宅医療医がチームを組んで最期の看取りを行う必要性を感じている。また、当院薬剤電子カルテと連動して在宅で薬剤処方ができるシステムの構築が必要である³⁾。

ま と め

在宅医療医と連携しながら急性期病院における多職種チームによる在宅医療支援を行って地域からも感謝されている。しかし、急性期病院のため24時間在宅システムも構築がなく、在宅での薬剤処方も含めて今後の課題である。

〈本論文は第73回国立病院総合医学会シンポジウム

「地域の在宅医療を支える国立病院の役割-トランジショナル・ケアを中心に-」において「急性期病院における多職種チームによる在宅医療支援」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) 城谷典保. 在宅医療における大学病院の支援体制. 日医師会誌. 2010 ; 139(特別1) : 292-9.
- 2) 上裕 司. 在宅医療にかかわる診療報酬—在宅医療点数一覧表.日医師会誌. 2010 ; 139(特別1) : 240-50.
- 3) 野田剛稔, 白髭 豊, 平田 恵三. 長崎市医師会 : ITネットワークを用いた地域情報共有化の実現. 日医師会誌. 2010 ; 139(特別1) : 288-91.