

粕屋北部在宅医療ネットワーク

水野 勇 司 上野 道 雄*

IRYO Vol. 63 No. 1 (43-49) 2009

要 旨

医師会、行政、福岡東医療センターを含む二次病院の三者で「地域医療を考える会」を平成18年4月に立ち上げ、在宅医療、生活習慣病、小児救急を主要な議題として毎月1回定例化した。この会から、在宅医療ネットワーク構想が提案され、平成18年11月より本格的に「粕屋北部在宅医療ネットワーク」が発足した。このネットワーク発足にともない所轄消防署も参画し、四者一体となって取り組むこととなった。当初は在宅医療を受けている患者を対象としていたが、民生委員や地域住民への説明会を実施するうちに、独居高齢者も対象に拡大した。個人情報保護に配慮した上で患者情報を関連機関が共有化し、二次病院がいつでも救急対応を図れるシステムである。行政、医師会と共同で、地域住民の理解と啓蒙を図りつつ、システムの有効活用と発展を実践している。緊急時の輸血や手術の事前同意も加え、living willの要素も取り入れ、改良を加えていった。1年6ヵ月の経過で、登録患者数は600人を超え、そのうち約10%が実際に入院となった。入院経路としては、直接または紹介受診、救急外来、時間外受診がそれぞれ51%、36%、10%であった。平均在院日数は約18.5日で、他の一般入院のそれとほとんど差はなかった。また転帰としては、自宅復帰が約65%を占め、元の在宅療養が可能となり、ネットワークが有効に機能していることがうかがわれる。今後の課題としては、対象患者や対象地域を拡大しながら、本ネットワークの試みを広げていくことである。

キーワード 在宅医療、ネットワーク、事前登録制、地域医療連携

はじめに

近年の医療制度改革にともない、急性期病院における在院日数の短縮、療養病床群の病床数削減により、ますます在宅医療の需要が増大する。とくに少子高齢化の進行を受け、社会的入院の制限など、高齢者の在宅医療は深刻な問題となりつつある。平成18年4月から在宅療養支援診療所が新設されたが、これらのニーズに応えられる状況にはほど遠い。地

域を1つの病棟ととらえる視点への転換、介護関係者との連携、また、在宅死の選択への支援を進める必要がある。地域完結型医療連携が求められている中で、尾道方式や静岡方式のような独自の在宅医療支援システムも実践されつつある (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/taikou03.html>)¹⁾。一方、在宅医療を進める上で、とくに高齢者は多くの疾病を抱え、突発事態の発生が憂慮されるが、急変時の対応体制は確立していな

国立病院機構福岡東医療センター 統括診療部長 *院長

別刷請求先：水野勇司 統括診療部長 国立病院機構福岡東医療センター 〒811-3195 福岡県古賀市千鳥1-1-1

(平成20年7月25日受付、平成20年11月14日受理)

Network of Home Medical Care in North Kasuya Areas

Yuji Mizuno and Michio Ueno, NHO Fukuoka-higashi Medical Center

Key Words: home medical care, network, advanced registration system, regional medical partnership

い。救急車のたらい回しに象徴されるように救急病院受け入れ側の疲弊やリスク回避の動きなどもある。事実、病態不詳や情報不足の患者への救急医療にはリスクがとれないやすく、事前に患者情報が把握できていることが望ましい。

当院の地域特性と病院特性

当院は昭和35年に3ヵ所に分かれていた結核療養所を統合し、国立療養所福岡東病院として発足した。当時約1,600床もの結核を中心とした病床を有していたが、時代の流れとともに結核病棟が縮小され、一方で、一般病棟や重症心身障害児病棟が拡充されていった。とくに、一般病棟の運営としては急性期総合病院化を目指していたが、その実現にはほど遠いものがあった。平成11年には当時九州管内の国立療養所では初めて救急告示病院の指定を受け、急性期型病院に大きく舵^{かじ}をきった。当院は、福岡市から車で15-30分と近い位置にある古賀市にあり、粕屋医療圏に属している（図1）。しかしながら、福岡市と北九州市の2つの政令指定都市の間にある唯一の公的総合病院であるにもかかわらず、圏内の救急患者の半数以上が当院の前を素通りしていく有様であった。その後、平成15年にがん診療拠点病院の指定を受けることができ、平成16年に独立行政法人化し、病院名も福岡東医療センターと改めた。平成19年には地元医師会との連携が功を奏し、地域医療支援病院の指定を受けることができた。現在、一般病棟421床、結核病棟50床、重心病棟120床の591床を運営している。

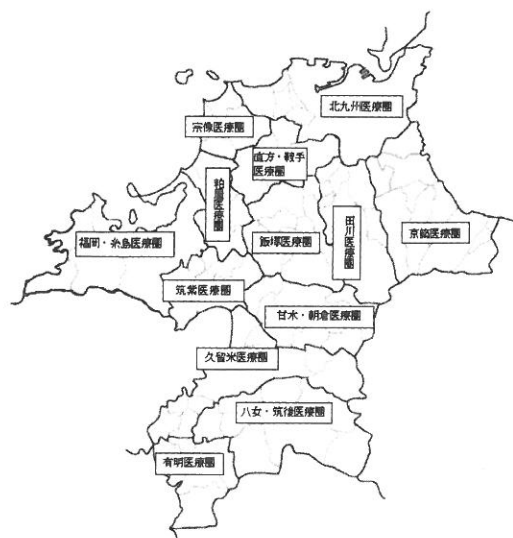


図1 福岡県の二次医療圏

在宅医療ネットワーク構築の経緯

このネットワークの構築は、粕屋北部地域（古賀市、新宮町）において病診連携を基盤とした地域医療に貢献できるシステムを作るため、粕屋医師会長、福岡東医療センター院長らの発案によって、「地域医療を考える会」が平成18年4月に発足したことから始まった。医師会館を会場にして、在宅医療、生活習慣病、小児救急医療を主要なテーマに掲げ、毎月1回開催してきた。当初の参加者は、医師会会長、副会長、担当理事と、粕屋北部の行政担当者、当院の幹部と地域連携室であったが、その後、当院以外の二次病院や後方支援病院と消防署も加わり、医師会、病院、行政、消防署といった地域医療に関与する四者が一堂に会するようになった（図2）。また地域のかかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師も入れた全体会を年3、4回開催するようになった。この「地域医療を考える会」を開催するうちに、今後増加が見込まれる在宅医療の患者や要介護高齢者を、いかに地域の関連機関が協力して対応するかが、緊急の重要課題との共通認識が生まれた。しかしながら、現状では在宅医療に転換できる家庭はまだ少なく、介護医療側にも不備な点が多い。それぞれの立場からの問題点をまとめたのが表1である。そして関連機関と綿密に協議を重ね、在宅医療ネットワーク構想を醸成し、平成18年11月1日より本格実施する運びとなった。個人情報保護のもと患者・家族の許可を得たうえで、医療・介護の情報を共有する仕組みを構築する。登録対象者は地域内在住の在宅医療を受けている高齢者で、対象疾患としては、末期がん、脳血管障害、心疾患や慢性呼吸器疾患などであるが、かかりつけ医が妥当と判定する疾患で在宅医療を希望する患者も対象とした。地域としては、当面は当院が所属する粕屋北部地域から始めるということで、「粕屋北部在宅医療ネットワーク」

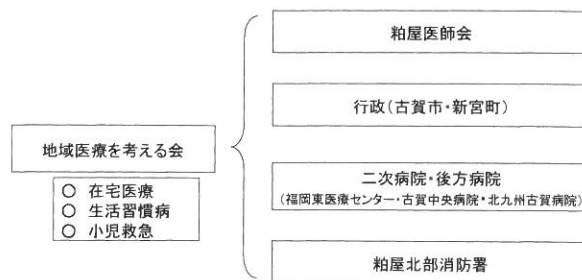


図2 地域医療を考える会

表1 在宅医療をすすめるうえでの問題点

家族側	・家庭内に介護に携われる人がいない ・在宅医療・介護のやり方がわからない ・急変時にすぐに入院できる医療機関が見つからない ・看取り時に不安や急用で入院希望しても受け入れ先が見つからない
かかりつけ医側	・日常診療を続けながら在宅支援は限界がある ・不在時のカバーできる体制がない
介護・看護側	・複数の医療機関の受診で、薬の重複などの問題、治療介護方針に一貫性を欠く
二次病院側	・救急受診時に個人の医療介護情報がなくリスクが大きい ・本人の意思がわからず、家族が不明の場合もある

と呼称することとなった。

開始当初、地域での説明会において、民生委員、老人会や行政より、独居高齢者のリスクが非常に高く現状の把握も難しいため、このネットワークの対象者に入れてほしいとの提案を受けた。そこで、平成19年6月よりネットワーク登録医療機関をかかりつけ医とする65歳以上の独居高齢者も対象に広げることとなった。また、緊急時に輸血の同意を民生委員から取り付けようとした例があったこと、身元不詳で緊急手術を要する意識不明患者の救急搬送例があったことから、緊急時の輸血や手術の同意についても、利用者登録用紙（表2）に組み込むよう改訂を図った。

ネットワークの概要と流れ（図3）

1. 医療機関登録

地域医療機関として開業医（かかりつけ医）、かかりつけ医の紹介のもと救急入院を引き受ける二次病院、二次病院での急性期治療を終えたあと在宅に戻れない患者の転院先としての後方病院をそれぞれ登録する。ネットワークに参加希望の施設は、それぞれ所定の施設登録用紙に記入の上、医師会事務局に送付しネットワークの登録医療機関となる。

2. 患者登録

患者情報を関連部署が共有することについて、患者より同意をとる。利用者登録用紙をかかりつけ医が作成する。登録料は無料である。登録希望患者は同意書に記入し、緊急時搬送先の二次病院をあらかじめ選択し、搬入先の病院で希望する医療を選んでもらう。かかりつけ医がいない場合は医師会事務局へ相談し、ネットワークへ登録した医療機関を受診してもらう。状態の変化があればそのつどかかりつ

け医が登録を更新し、最新の情報を常に維持するようにする。かかりつけ医が登録用紙、同意書を医師会事務局と二次病院へ送付する。登録用紙は3部作成し、原本はかかりつけ医が保管、コピーの1部は利用者、訪問看護師またはケアマネジャーが保管する。消防署には登録者リストを医師会事務局から送付する。

3. 二次病院での対応

二次病院としては、常時登録患者の入院と救急対応が可能な病院であること、ただし医師の往診等の院外業務の義務はない、として当院以外の病院も参加できるようにした。また、登録患者の入院は原則1週間以内の入院をいつでも保証する。登録患者には、二次病院を通じてかかりつけ医から、登録証（シールとカード）を手渡す。救急隊員や訪問看護師がわかるように自宅玄関内側に貼るシールと緊急時連絡先と二次病院が明記されたカードを外出時に携帯する。入退院時は速やかに二次病院より事務局、かかりつけ医、訪問看護ステーション、居宅介護支援事務所へ通知する。

当院は、地域の二次病院の中核を担う病院として機能する。院内のコンセンサスを得て、地域連携室を窓口にし、いつでも対応可能な体制を構築した。また、開放型病院としての共同診療ともリンクさせ、入院時あるいは退院前カンファレンスとして、かかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護師も交えた連携の場を設定するようにした。医師会事務局から送られた患者登録用紙の情報は、地域連携室が窓口となり、セキュリティ下に院内各部署でいつでも検索閲覧できるシステムを導入した。また登録患者のカルテ、IDカードも一般患者とは識別できるようにした。

表 2

粕屋北部 在宅医療ネットワーク		記載 平成 年 月 日
利用者 登録(情報提供)用紙		更新 平成 年 月 日
利用者氏名	年齢 生年月日 年 月 日 男 女	在宅(独居 同居) 一時帰宅 入院入所()
利用者住所	電話番号	携帯電話 本人 家族()
緊急時希望紹介先 ☐ 福岡東医療センター 0120-087-437 0120-212-454 ☐ 古賀中央病院 943-7861 944-1551 ☐ どちらでも可	FAX TEL 投与禁忌薬剤・アレルギー等	
紹介元施設名:	担当医:	紹介目的
訪問看護センター:	看護師:	
居宅支援事業所:	ケアマネ:	現在の投薬
病名		
既往歴 家族歴		
障害自立度: J ほぼ自立独力外出 A おおむね自立、介助あれば外出 B 屋内で介助要、主にベッド上、座位は保つ C 常にベッド上、排泄食事着替で介助必要		
認知自立度: I 日常生活は自立 II 他者の注意あれば自立 III 日常に支障あり、介護必要 IV 常時介護要 V 著しい精神症状、問題行動あり専門医療必要		
現症(あるものに○): IVH 透析 ストーマ 酸素療法 レスピレーター 気管内挿管 気管切開 経管栄養 留置カテーテル 褥瘡 ペースメーカー 胃瘻 アルコール依存 薬物中毒() 骨折() 麻痺() 食事の形態() 排泄(トイレ、ポータブル、オムツ) 介護度: 身障者手帳:		搬入先の病院で希望する医療 高度先進医療を希望 担当医の判断に委任 気管内挿管、人工呼吸器 希望する 希望しない 救急医療が必要な時に 輸血の拒否 あり なし 手術の拒否 あり なし
経過等		心肺停止時 蘇生を希望 自然死を希望 現時点では未定 本人署名 代理人署名 本人との関係
事務局(652-3101)と二次病院へFAX 利用者にコピーを3部		平成 年 月 日

啓蒙活動

平成19年1月古賀市長による区長会での説明会を皮切りに、2月には古賀市全世帯に、「粕屋北部在宅医療ネットワーク」のパンフレットを配布した。その後、1市1町で、民生委員総会、老人クラブ総会、ケアマネジャー協議会などにおいて行政、医師

会、二次病院の代表者が説明をする機会を計36回設けた。この席上では、おおむねこのシステムの趣旨に賛同があり協力する確認がとれた。一方で、独居高齢者への対応はどうするのか？ 対象患者はどこまでか？ 旅行先での対応はどうするのか？ など具体的な質問があり、当初予想していなかったシステムの応用につながりうる貴重な意見も出され、対

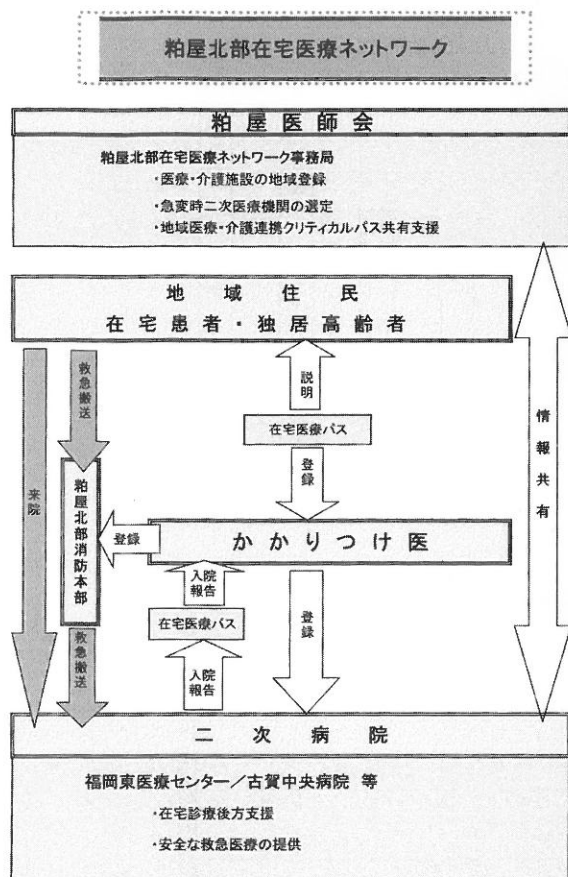


図3 柏屋北部在宅医療ネットワークのフローチャート

象患者を独居高齢者に拡大し、登録内容にも改訂を加えた。

ネットワーク利用の現況

開始後1年6ヵ月経過した平成20年4月現在、登録医療機関は圏内施設中35施設にのぼり、地域のほとんどの内科、外科、整形外科などのかかりつけ医が登録された。とくに内科系診療所はほぼ100%が登録医療機関となった。

新規登録患者数は、発足当初は極少数であったが、平成19年11月25日の市民講演会による啓蒙活動後は、毎月60人を超す登録数となった。延べ登録患者数は671人となった(図4)。登録者の中からの入院状況は、当初登録者数が少ないため0-2人程度であったが、登録者数の増加に比例し、平成19年度は毎月1-13人となり、平成20年度4月も13人を数えた。平均すると月3.7人の入院であった(図5)。これらの入院の在院日数は1-80日であり、平均すると18.5

日であった。これは病院全体の平均在院日数17日と比べ遜色のないデータであった(図6)。72人の入院患者の搬送状況は、51%が時間内受診、10%が時間外受診、36%が救急車による搬送であり、約半数近い症例が時間外もしくは救急車による搬送であった(図7)。スムーズな受け入れが実行されているためと推測される。転帰については、65%が在宅(3人の老健施設を含む)への復帰、18%が後方病院への転院、7%が死亡退院、入院中が10%であった。約7割近い患者が再び元の在宅に戻ることができたのは好ましい結果と思われる(図8)。

考察

1. ネットワークの利点として、次の点が挙げられる。①事前に患者情報や受け入れ機関の情報を共有化し、シームレスな対応を図れる。②地域ぐるみで一元的な介護・医療が可能になる。③在宅医療に関する家族・かかりつけ医の不安をサポートできる。④高齢者の救急医療の現場での安全性を高められる。⑤高齢者がかかりつけ医を持つことを推進できる。⑥ネットワーク構築に際してもあまり費用がかからない。⑦院内登録し逆紹介するための保障につながる。⑧複数の医療機関からの情報が二次病院に送付され、情報の統一が図れる。⑨行政との連携も利点となる。⑩居宅介護支援事務所、民生委員、救急隊、老人クラブ等の高齢者市民団体とのパイプ役として、また広報活動、会議場の手配、市民講座への協力など大きな推進力となった。⑪把握が困難なハイリスクをとまなう独居高齢者の実態や、高齢夫婦の老老介護問題など行政の視点からの意見が多数ネットワークに反映されている。

2. 検討すべき課題は次のとおりである。①院内登録はIT化しているが、情報更新にはIT化が望ましいが、その費用が保障されていない。②かかりつけ医での診察以外は、登録に関してはすべて無料でかかりつけ医のボランティアに依存している。③二次病院のベッドを圧迫する可能性があり、後方支援病院との連携が不可欠である。ネットワークの地域を広げるにはそれらの調整をする必要があり、二次病院との連携の分布が複雑な地域ではその調整が困難なことが予想される。

3. 今後の課題として、対象地域や対象患者の拡大などがある。柏屋北部以外にも福岡市、福津市、久山町の近隣地域の患者も登録されつつあるが、登

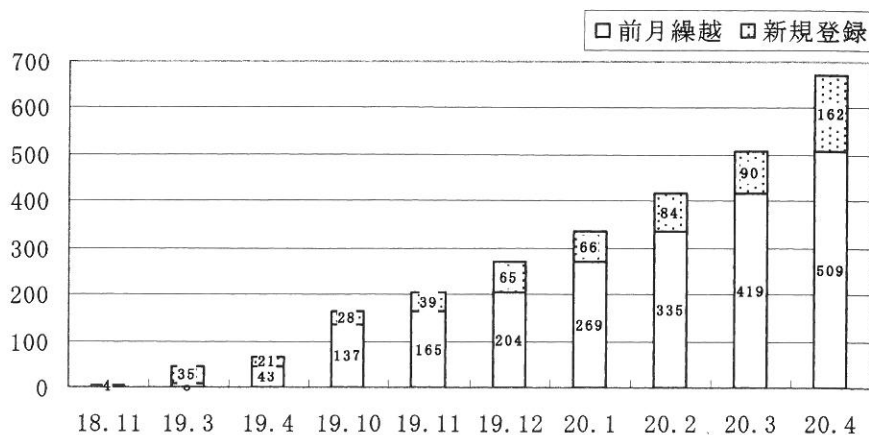


図4 粕屋北部在宅医療ネットワークの延べ登録患者数

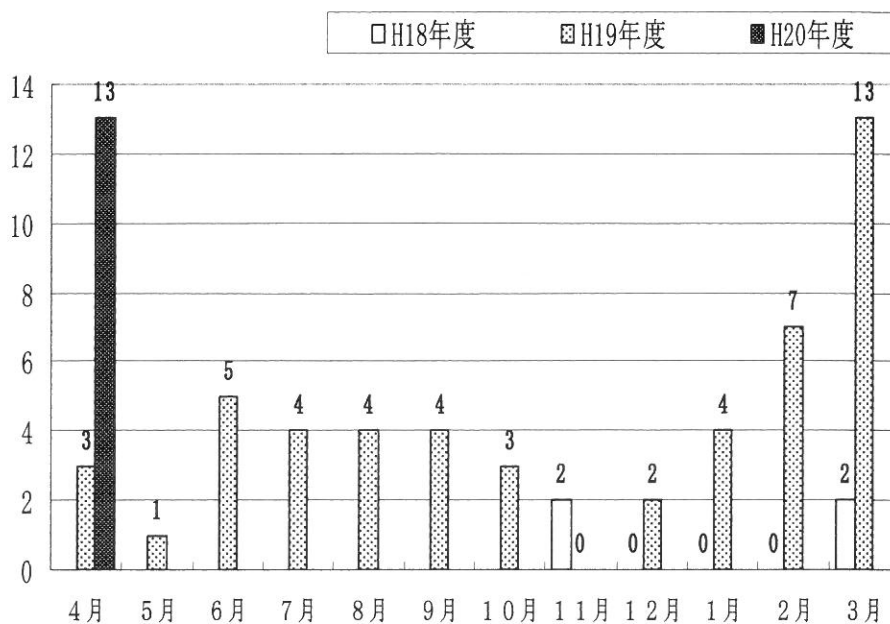


図5 粕屋北部在宅医療ネットワーク登録者からの月別新入院患者数

録医はあくまでも在宅医療ネットワークの登録医療機関の主治医であることが条件である。また、登録者拡大にむけての広報活動を行い住民の要望を取り入れ、在宅医療患者以外に独居高齢者、さらには在宅重症心身障害者や神経難病の患者も登録対象に加えることにした。現在の粕屋北部の65歳以上の人口は12,882人でその中の独居高齢者数は約2,600人とされている。なるべく多くの人が登録できるよう行政、住民の協力を得ながら、粕屋北部在宅医療ネットワークのポスター、地域での説明会、市民講座の開催、登録証（シールとカード）の作成などを行い

広報活動が続けている²⁾。

まとめ

医師会、行政、病院、消防署の連携のもと、在宅医療ネットワーク発足後1年半経過した。この間、地域住民や関係者の意見や要望を取り入れながら改良を図った。在宅医療患者から独居高齢者へ、重症心身障害者、神経難病患者にも拡大し、登録者数が増加しつつあり、実際にその中から緊急入院にもつながっている。当初は在院日数の延長が予想された

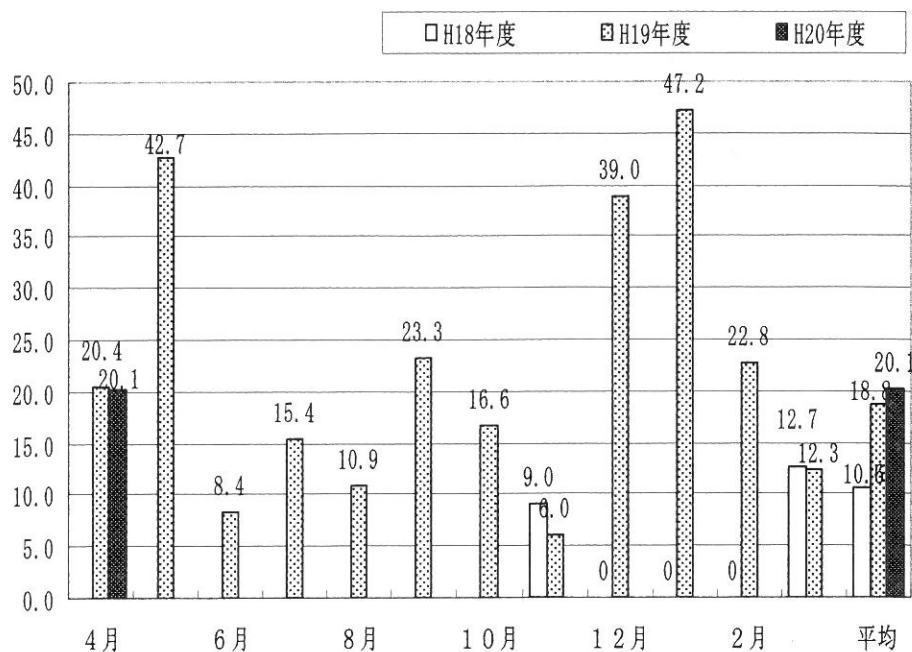


図6 粕屋北部在宅医療ネットワークの入院患者の月別平均在院日数

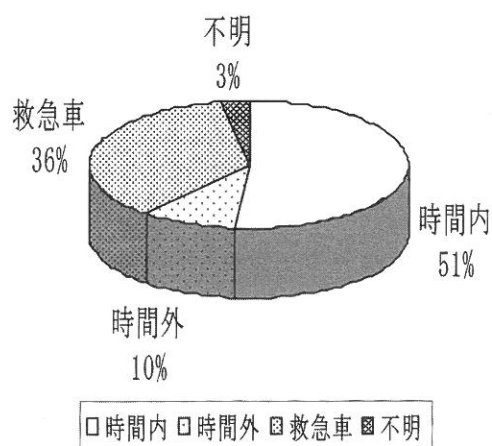


図7 粕屋北部在宅医療入院患者（72名）の搬送状況

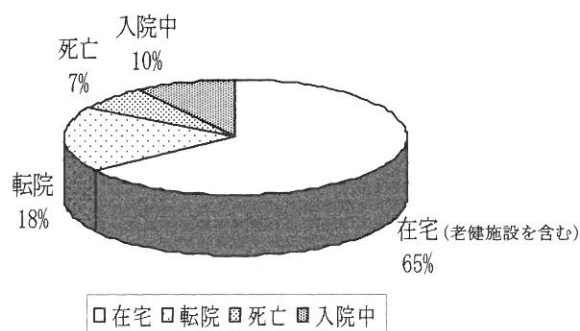


図8 粕屋北部在宅医療入院患者（72名）の転帰

が、一般患者と遜色なく、後方病院との連携もさることながら、いつでも受け入れてもらえる安心感が在宅復帰につながっていると考えられる。地域完結型医療の1つのモデルとなりうるシステムであろう。

[文献]

- 1) 厚生労働省. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視 平成18年度医療制度改革関連資料, 2006.
- 2) 原 速. 地域で支える高齢者医療—粕屋北部在宅医療ネットワーク. 地方自治職員研修 2008; 41: 39-41.