

在宅医療と介護の強いチーム作りを目指して

～ 「赤ひげ」 からシステム化へ ～

遠矢純一郎さん（桜新町アーバンクリニック）

当院の在宅医療部は開設から8年が経過しました。当初は医師1名看護師1名から始まりましたが、現在ではスタッフ70人、常勤医5人、看護師14人となり、これまでに7人の在宅専門医を輩出するクリニックに成長しました。当時は世田谷でも在宅医療に注力しているところは少なく、外来の合い間を縫って一人でまわる先生がほとんどでした。夜間も一人の常勤医が対応し続ける（あるいはコールに出ない）ことが多かったように思います。そのような環境の中、当法人が当初から目標にしていたのは「赤ひげ」からシステム化へということでした。徹底した情報共有をベースに複数医師や看護師によるチーム医療体制を整えていきました。コールの持ち回りや夜間休日の臨時往診の当番制、それをささえる在宅医療専用の電子カルテやICT地域連携システムの開発、連携先や患者家族への診療記録の積極的共有などにより、院内外のチーム力を強化し、ケアの提供側も受ける側もより安心できる環境を構築しました。さらには2012年からの認知症の初期集中支援、肺炎や緩和ケアの在宅治療パスの制作と運用、院内薬剤師導入による地域薬局の在宅力強化、看護小規模多機能型居宅介護の設立など、ひたすら患者さんのために、地域のために、何が必要かを考え、常識にとらわれずに作ってきました。今回のえにしの会では、この8年間の活動を含め、在宅医療の現状と課題をお話し、つつみこむ社会に向けて在宅医療の役割について考察したいと思います。



【8周年記念誌を発刊しました】

桜新町アーバンクリニック 在宅医療の仕組み

iPhoneで在宅医療を効率化

2006年に制度化された在宅医療。時を同じくして発売されたのがiPhoneでした。発売当初のiPhoneを何かに活用できないかと模索を続け、いまではスタッフ全員がiPhoneを持ち、情報共有と業務効率にフル活用、アーバンクリニックでは必要不可欠なツールの一つです。

まず、日常的に使っているのはメールとカレンダー。全員の往診スケジュールがわかります。患者様宅に訪問する際も、クラウドに保存されている患者サマリーファイルで最近のカルテや検査結果など

の情報を見て、住所を確認し、地図アプリで行き方を調べます。iPhoneのカメラも多用します。処置中の患部の写真や、患者様の様子を動画にとってチームで共有したり、保険証の確認でも活用します。発行した処方箋を事前に薬局に伝えるときも、写真を撮って、メールからFAXへの変換サービスを使って薬局に届けます。診療や看護の記録をiPhoneで書くときは、入力を効率的にする定型文作成アプリを使います。

iPhoneと汎用性のあるアプリケーションを活用すれば、大がかりなインフラを整えずとも在

在宅医療の課題でもある「24 時間 365 日対等」や「多職種連携」を解決することができています。

地域連携システム「エイル」

在宅医療では、複数の事業所と連携するために、患者情報を共有する必要があります。これまでは電話やFAXでのやりとりが中心でしたが、当院と株式会社エイルと協同で開発した地域連携システム「エイル」は、連携事業所間で患者情報をセキ

ュリティを保持したクラウド上の掲示板に書き込み合って共有することのできるアプリケーションです。当院では、エイルを活用して、訪問診療の翌日には診療記録を共有しています。



ディクテーション、カルテ作成の時間短縮

当院では、診療中は患者様の顔を見ながら診療したいし、カルテ作成の効率化もしたいということで、在宅医療開始当初から、ディクテーションによるカルテ作成を行っています。

当院でのディクテーションの仕組みは、まず医師が診療記録を移動中の車のなかでボイスレコーダーに録音します。その音声ファイルをクラウド上に

保存、それを在宅勤務の専属スタッフ(2名)が聞きながら文字起こしをして仮カルテを作成します。それを医師がチェックしてカルテが完成する、という仕組みになっています。

これによって医師のカルテ作成の時間は短縮でき、その分の時間を他の往診に充てたり、クリニックのカンファレンスの時間に充てたりしています。

24 時間をカバーする夜間・休日の体制

緊急コールの対応

診療時間外(夜間と休日)の緊急コール対応は、常勤の医師と看護師が輪番制でオンコール対応をしています。合計 10 名以上の医師と看護師で対応しますので、1 人当たりつきに 5~6 日程度の当番で済んでいます。良い診療を続けるためにも、働く側のワークバランスを確保しています。

緊急往診の対応

当院では、2011 年から往診が必要な緊急コールの問題を解決するために、同じ世田谷区で訪問診療を行っている松原アーバンクリニック等と、夜間と休日の緊急往診専属の当直体制を協同で作ってきました。

緊急往診の質を落とさないために、緊急コールの対応は患者様の状態をよくわかっている常勤の医師・看護師が行って、必要な処置等を判断し、それを当直医が緊急往診を行うという役割分担をしています。

① 認知症初期集中支援チーム

認知症に関する国家戦略でもある「新オレンジプラン」の施策の一つに「認知症初期集中支援チーム」

という取り組みがあります。この事業では、認知症の人やその疑いがある人も住みなれた地域で生活

し続けるために、医療・介護・福祉の専門職が訪問し、認知症の症状や生活障害の見立てを行い、いつまでも住み慣れた地域で生活し続けられるよう支援するものです。

この「認知症初期集中支援チーム」の取り組みは、平成 24 年度の研究事業、25 年度のモデル事業を経て、26 年度から介護保険制度の地域支援事業として全国で実施されました。当院では、平成 24 年度の研究事業から参画し、世田谷区からの委託事業を含めてのべ 100 人以上の方に関わってきました。

世田谷区の場合は、概ね 6 ヶ月という短い期間に、生活上の困りごとや課題を抽出し、生活がより

スムーズかつ快適に過ごせるよう、制度や支援、ご家族のサポートを考えます。

例えば、認知症の初期段階の方は、生活の中で困っていても、なかなか上手く伝えられず、ご家族も困惑していることが見受けられます。チーム員の各職種が分担し、困惑している生活を具体的に分析し、その活動を行う上で必要な機能・道具・環境の調整、ご家族の認知症心理教育など実施しています。

配置の変更で調理が可能に **事例紹介**

以前よりも調理に時間がかかるようになり、頼んだことが上手く実行できないため、ご本人の能力を活かした生活が送れるようにしたいと依頼がありました。

実際の生活の場面である自宅に訪問し、相談に挙がっていた「調理」について、ご本人・ご家族から話を聞き、実際の動きを確認しました。その結果、短期記憶の低下が原因で、調理の途中に向きを変えると記憶がリセットされてしまい、次に何をすべきか忘れてしまっていることがわかりました。そこで、方向転換が極力少なくなるよう、家具の配置を調整しました。結果、動きがシンプルになり、調理動作の困惑も軽減、調理が継続できるようになりました。

多職種「チーム会議」で支援を検討！



② 地域向けセミナー ～ 住民・医療機関・連携先介護事業所向け ～

在宅医療部では、住民の方向けのセミナーから、連携先事業所や病院の医療従事者向けにセミナーや合同ケースカンファレンスを開催しています。最近 3 年間で 35 回、月 1 回のペースで開催してきました。今後は「在宅医療スキルアップセミナー」と題した介護スタッフ向けの月例セミナーを開催予定です。

連東京医療センター総合内科との定例合同勉強会 ナナハチカンファレンス **病診連携**

3 年ほど前から始めたのが近隣の急性期病院である東京医療センターとの定例勉強会「ナナハチカンファレンス」、地域の在宅医や訪問看護師、ケア

マネジャー、薬剤師らも加わり、グループワークも行うようになるなど、徐々に発展してきています。

患者様が在宅に帰れるかどうかの判断は、急性期病院の医師や看護師らにゆだねられることが多く、その理解不足から、本人は希望しながらも自宅に帰れなかったケースもあります。医療者側が在宅復帰の障壁にならないように、在宅医療への理解を深めていく支援をするのも在宅医側の役割です。

これまでのカンファレンスでは、症例検討、訪問看護、アドバンス・ケア・プランニングなどをテーマに開催してきました。この取り組みの結果、病院側との患者様のやり取りがよりスムーズになって

きたことも実感できるレベルまで変化してきています。

③ 在宅版肺炎治療クリニカルパス

当院は複数の医師による訪問診療を行っているため、それまで診断・治療・家族へのケアに関する指導について統一した方法はなく、各医師の裁量に任されていました。そこで、標準化した質の高い医療の提供や、訪問看護師を中心とした在宅療養スタッフとの円滑な連携、患者家族への教育ツールとしてクリニカルパスを活用できないかと考え、2014年『在宅版肺炎クリニカルパス』作成プロジェクトを立ち上げました！院内多職種カンファレンスで

“肺炎げきたいキット”の中身を紹介！



検討を重ね、医師は今までの経験的な肺炎診断・治療を見直し、診断アルゴリズムと治療プロトコルを作成しました。喀痰吸引、肺理学療法や口腔ケアなどケア面での提案や家族向けの指導パンフレットの作成、薬剤の選定については看護師、薬剤師、理学療法士と協働。点滴・ルート類、吸引器、指導パンフレットを用意。“肺炎セット”をモジュール化し、初期治療の迅速化。連携先の訪問看護師へパス運用についての説明および協力を要請。

が図れ、訪問看護師との連携も円滑となり、迅速かつ継続的に医療が提供できるようになりました。家族指導についてもパンフレットを使用し、適切なタイミングで抜けのない指導が可能となりました。

2015年1月の肺炎クリニカルパス導入前後1年間の肺炎治療経過を後ろ向きに調査したところ、在宅での治療率が上昇し(69.0%→74.1%)、死亡率も減少しました。

このように肺炎を発症した在宅患者様に対してクリニカルパスに基づいた治療とケアを実施します。

発症からの初動治療が早いこと、点滴・吸痰など病院と変わらなぬ処置が可能なこと、家族による密度の高いケアができること、これまでの生活動作が継続されることなど、在宅医療の強みが治癒率の高さにつながっていると考えられます。

導入後の効果

学会発表

肺炎パスの導入により、診断・治療方法の統一化

④ 在宅緩和ケアサポートパス

自宅で最期まで過ごしたいという希望を支えるのが在宅緩和ケアですが、その実践はなかなか容易ではありません。

ケアがでただろう」という臨床上の課題を解決し、在宅緩和ケアをより円滑に実践するために「在宅緩和ケアサポートパス」を作成しました。

「もっと早くこのサービス(在宅医療や訪問看護、訪問介護など)、この情報が先にあればもっとよい

パスの作成

「在宅緩和ケアサポートパス」は1枚にまとめ

たパス自体と各種のパンフレットからなります。在宅医療で関わるのは、病状が急速に進み始める最初の2ヶ月前後であることが多いので在宅医療の導入期、維持期、看取り期、グリーフケア期で分けています。それぞれの期間を「医療」「ケア」「教育」「在宅」のカテゴリーに分け、各期に必要なことを検討できるようチェックボックス形式でプロセス管理しました。パス全体を見ると医療・介護のケアマップのような役割を果たせるようになっていきます。

在宅緩和ケアは医師の視点だけでは困難であることが多いので、今回のパスの作成には、医師だけでなく看護師、薬剤師、社会福祉士、作業療法士などの多職種が関わって、その知見を込めました。

パンフレット

パスの中で患者様やご家族への教育は重要な位置を占めます。口頭で説明するだけでなくパンフレットを用いることでよりわかりやすい内容にすることを目指しています。パンフレットの内容はこれから起こり得る症状を各1枚にして、その説明

と具体的な対応を記しています。

パス導入による効果

在宅緩和ケアサポートパスを導入することで、診療の質が上がったのかどうかを検証しました。2014年にパスを使用せずに癌の自宅看取りを行った連続した20例と、2015年にパスを使用した自宅看取りを行った連続した21例で、Quality indicator（標準的診断がどの程度行われているか実施率でスコア化するもの）を用いてプロセス指標で評価しました。緩和ケア領域28項目のうち在宅療養中でも回答可能な9項目について調査を行いました。その結果、「オピオイド開始の疼痛評価」と「患者教育」の項目がパス使用群において81%（パス未使用群41%）と94%（パス未使用群24%）と有意に高い実施率を示されました。

パスというと病院で作成されるものですが、本パスは在宅目線で作られた本邦初の支援型パスです。在宅のエッセンスが詰まったパスを利用してより質の高い緩和ケアを提供することを目指しています。

⑤ これまでに7名輩出 在宅医療専門医

日本在宅医学会のホームページを見ると、2017年末時点で全国に238名の専門医がいるそうです。当院はその教育機関として認定されており、複数名の指導医のもと、毎年在宅専門医研修プログラムによる専門医の育成を行ってきました。

専門医育成のためのポートフォリオ勉強会

在宅医療専門医の育成の取り組みの一環として、世田谷区の近隣にある5~6カ所のクリニックの在宅医の先生方と共に2013年頃から月1回の勉強会を続けていて、これまでにこの会から10名（当院から7名）を超える専門医を輩出しています。この勉強会では、主に在宅医療専門医の資格審査に必要な「ポートフォリオ」作成を学びます。

このポートフォリオ作成とは、日々の在宅医療の

実践の中で出会う様々な事例を振り返り、省察を深め、自分の学びとして高めていく作業です。研修医

は診療経験を積んで、研修期間内に必要な10領域を満たした15のポートフォリオを作成して提出しなければなりません。毎月の勉強会には、研修医が作成したポ

当院の在宅医療研修プログラム

研修期間	1年以上	受入人数	4名
指導医氏名	遠矢純一郎、五味一英		
協力機関	松原アーバンクリニック 亀田総合病院		
プログラムの特長	指導医以外に緩和ケア医・精神科医や各科の医師が勤務しており、一人の患者に複数の医師が関わり合うグループ診療を取り入れております。また地域の多職種との連携を重視したチーム医療に心がけています。		
専門医取得した医師	黒崎史果、西田美幸、市川敦央、篠田祐美、五味一英、袴田智伸、内山直樹		

トフォリオを持ち寄り、それをみんなで議論するスタイルで、参加者は指導医や経験豊富な医師 4~6名、研修医 2~3 名、看護師らの参加もあります。

2017 年からは s k y p e を利用したネット中継で、名古屋からのクリニックもライブ参加しています。

桜新町アーバンクリニックのカルチャー



フラット

医療職はピラミッド型の組織になりがちです。でも、在宅医療や地域ケアの場合、それぞれの職種が専門性の上で自律していないとよいチームとして力を発揮できません。全員がフラットに生き活きと活動できるように、意識して組織づくりを行ってきました。

チームワーク

患者様のよりより形を引き出していく。一人の医者や一人の看護師では難しいことでも、チームの力を出し合えば、可能性が広がりよりよいものが作れると信じています。そのために、普段からお互いを支え合える関係を大切にしています。

患者本位とプロフェッショナル

フラットな組織を実現するための「根っこ」は、全員が患者本位であるかに尽きます。チームのなかで自分の考えや思いを示したり、提案したり、問題定義をしたり。患者本位であるからこそ、異なる専門性が存分に発揮できるのです。

イノベーション

I C T が身近になった今の時代、工夫次第でできなかったことが可能になります。仕組みにするまでは大変ですが、一旦できてしまえば楽になる。ディクテーションや全員が i P h o n e で情報共有するのもその一つです。

エンジョイ

何年もお付き合いしてきた大好きな患者様がお亡くなりになったり、患者様やご家族がつらそうにしているのを見ていると、わたしたちもダメージを追うことが少なくありません。バランスを取って、仕事に取り組めるよう、クリニックの仲間で、家族ぐるみで楽しいことをたくさんやっています。

好奇心

フラットな中にもみんな“自分らしさ”を発揮したいと思っています。アーバンクリニックには専門医、認定看護師、特定分野の勉強や写真を習っている人もいます。フラットだけれども均一でない、個性と多様性がある組織でありたいです。