

在宅医療推進に係る 医師会会員等向けセミナー 報告

2021年3月30日(火)

『在宅医療制度の基礎知識と在宅医療の実際』をテーマに、約70名の医療機関や訪問看護、行政の皆さんの参加を頂き、大変有意義な研修会となりました。

在宅医療への新たな参入を促すために、興味がある、スタートしたい、拡充したいと考える医師等や在宅医療でチームを組む訪問看護師等を対象に医師会館3階講堂での集合研修とLiveオンライン研修を組み合わせたハイブリット研修形式で行いました。



今回は、苫小牧市医師会地域福祉部 堀田理事を総合司会に、在宅医療推進委員会 今井委員を座長に迎え、苫小牧市医師会 沖会長の苫小牧市医師会では、在宅医療にかかわる医師の数を増やし、そのレベルを上げて市民の皆様の要望に応えていきたいという開会挨拶を受け、北海道家庭医療学センター理事長 草場鉄周先生と静明館診療所理事 大友宣先生にご講義をいただきました。



総合司会 堀田理事



医師会 沖会長



座長 今井委員

【講義】

草場先生からは、「在宅医療のABC」として、

1. 提供可能な医療の幅が広がり、地域住民のニーズにより応えられる
2. 臨床医としての知識・技能の幅が広がり、知的刺激も大きい
3. 患者の居住する場をより深く知ること、地域を知ることができる
4. 増収によって経営状態を改善できる
5. 新規開業やパンデミックによる受診患者数の変動があっても、経営的なリスクを最小限にすることができる

在宅医療を行うことで何が良いかを感じていただくのが主眼として、5つのメリットを柱に話されました。

住民の方に求められている医療であること。訪問診療の適応は、病気の種類ではなく、あくまで通院が自然な形では難しい方であり、ハードルが高くないこと。始めかたは、外来診療からつながる継続診療として、定期的に通院していた自院の患者で通院が困難な状態になった際のパターンや、自院の患者にかかわらず終末期で訪問診療を希望される方への提供など、段階に応じて無理なく。提供時間は、昼休み、午後の外来休診日やその組み合わせなど自然に拡大できること。外来と全く異なる診療報酬体系であり、自院の医事職員と準備が必要なこと。一般内科外来を提供し、ある程度幅広い病気に対する診療を提供している場合は、ほとんどの健康問題に対応ができること。多職種を連携パートナーとして活かし、しっかり連携を展開すれば、充実した医療を提供できること。高齢者も含めて人口減少が進んでいく時代に、確実に増収につながる数少ない領域であり、1名の訪問診療患者は、10～14名の外来診察患者とほぼ同じ収入が得られること。実践のための知識や技術の獲得や仲間作りの場としての各学会や団体の学術集会やセミナー参加の勧めがありました。他にも多くの大切なポイントを話されました。

先生からは、地域包括ケアシステムの中で在宅医療は開業医が貢献できる要の1つであること。大げさに捉えずに、まずは患者1～2名で良いので、在宅医療の世界に足を踏み入れて頂けるとありがたい、一人でも多くの方に「在宅医療」という選択が可能となるように皆様のお力をお貸しくださいとメッセージをいただきました。



大友先生は、2006年から手探りで始められてきた「在宅医療に必要な要素」として、複数の文献を用い話されました。

「在宅医ココキン帖」(へるす出版)からは、在宅医療を始めるための7つのステップについて。

やりたくないことは続かないので、やりたいことをはっきりさせる。最初に理念を決めると継続・発展の原動力となる。見学に行くことで、良いところを参考に自分のスタイルづくりができる。患者に出会うために、病院地域連携室や訪問看護、ケアマネージャーと連携すると在宅の患者が少しずつ紹介され、自分で受入れ調整がつくことが話されました。

「在宅医療をはじめよう!」(南山堂)からは、「理念」一番大事なことは何かを決め、「システム」患者のニーズに応えつつ、365日24時間無理なく提供できることが大切で、質の高い在宅医療となっていくシステムが無いと難しい、と話されました。

「一人でイチから始めたい先生のための訪問診療マネジメントガイド」（日本醫事新報社）からは、リーダーシップとマネジメントについて話されました。

自身が在宅医療を始めるきっかけとなった神津島診療所での、『魂魄(コンパク)』を家に連れて帰る習慣について。病状が悪化し亡くなりそうになると家族が入院患者さんを家へつれて帰り、亡くなったと連絡が入ると往診に行つて死亡診断書を書いた。救急病院で島とは逆の体験し、自身のミッションは、魂魄が病院に残らないように、病院から帰りたい人が家へ帰れるように、自分の居場所で過ごしたい人が過ごせるようにすること、この気持ちだけで在宅医療を15年以上おこなっていること。老蘇会の理念の中の一つ、「いつもをいつまでも」日常生活がいつまでも続くようにと願い掲げていることを話されました。

他にも、院内の仕組みづくりと多職種連携のような院外の仕組みづくり。新規患者さんの在宅医療導入にあたり医師の作業を最小限にするシステム化を図ることで無理なくできること。地域における共通の課題を認識しルールややり方をシステム化すると医療と介護の連携が進むため、退院前カンファレンスシート、『在宅医療推進よこすかエチケット集』、市民啓発用に横須賀市『在宅医療ガイドブック』等を紹介されました。



パワーポイントと別に、資料提供された「住み慣れた自宅や施設で最期まで過ごすための在宅医療」の雑学からは、本来あるべきEvidence Based Medicineの姿は在宅医療に実はあるのではないかと感じていることや、患者さんとの信頼関係があつて初めて在宅医療が成り立つこと、訪問医師、訪問看護師、ケアマネージャー、それぞれ自分と他の職種は違う事を認識し係ること。在宅医療では薬では改善しない症状や不安感も、“Dr. a s a d r u g”自分自身が薬なのだという意識が時々あり、自分を患者さんへ処方することで患者さんが安心したり、症状が軽減したりすることもあると。自分も患者さんも同じく弱さを持ち、対等であるという考えは在宅医として大事であることなどを話されました。

【質疑応答】

今井座長： 苫小牧は、これから在宅医療の体制を医師会として盛り立てて行こうと準備をしているところです。あらたな在宅医が参入しやすいよう、勉強会をこのように開いて、「先生どうぞ在宅医療を始めませんか」という状態に今いるところです。

その中で、多くの先生が先ず1番心配していること、気にかけていることは、365日24時間在宅医療ができるだろうか、外来診療を行いながら在宅医療の患者さんに対応できるだろうか、学会や海外旅行に行けるだろうか、そういう不安をお持ちではないかと思っています。

それに対して苫小牧市医師会は、現在、在宅医療に関係する部会等で「主治医・副主治医制」などを導入して、システムとして組織として対応して、なんとかハードル

を下げて行くことができないかと検討している最中なのですが、

1. 365日24時間、在宅訪問医療に取り組むコツ
2. 「主治医・副主治医制」について

是非、在宅医療に詳しく経験のある草場先生、大友先生それぞれからこれに関してコメントを、お願いします。

草場先生：非常に重要な点だと思います。

365日24時間という点は、それだけで気が遠くなるような、ちょっと不安感が出てくる1つのハードルだと思っていますし、それが日本に在宅医療が広がらない原因だと思っています。

1点目は、患者さんからの往診依頼が実際の位あるかということ、私どものクリニックのように150～200名近くの在宅医療の患者さんを担当しているクリニックであっても、週末や土日にジャンジャン電話が掛かってくるかということそんなことはなくて、実際に往診出動するようなケースは週に2回とか1回しかないことが多い。先生方が現実的に担当される30件の訪問診療の患者さんぐらいの規模になりますと、逆に全然電話が来ない可能性が高いと思います。実は、患者さん方も非常に遠慮されているので、電話が来ない現実があります。

もう1点目は、電話の少なさの背景にある24時間対応している訪問看護師さんとの連携が、非常に大事です。患者さんや家族は、ちょっと気になること、いきなり医師に電話を掛けなくて、先ず訪問看護師さんに電話するんですね、その方がハードルが低いです。つまり、先に訪問看護師さんに相談して、訪問看護師さんのところでスクリーニングされて、これはというものが医師に連絡が来るという体制になっていますので、365日24時間の実務的な負担がそんなに多くない事が、やるとすぐ解るのですが、やる前にそれが不安になると始められなくなります。

「主治医・副主治医制」は、素晴らしいと思います。

どういう時に有効かと言うと、休暇を取る際です。学会の出張あるいは夏季休暇で3日間ちょっと旅行に行きたいとか、あるまとまった時間完全に地域から外れる時、往診が不可能な状況がある。それが厳しい時には、当然主治医・副主治医の形で離れている時にちょっと診てほしい、そのかわり、その医師が外に出る時に自分が担当するというお互い様の形でやっていくのは非常に現実的だと思っています。

ただその時も、電話で対応できれば充分です。「〇〇さんという方がこういう症状で連絡があったけど△△先生お願いします。」と電話で相談すれば、旅行先でも充分Dr to Drで対応ができます。そうすると往診もし易いし対応もし易い、「じゃこのお薬を処方しておくね。」とか、あるいは「こういう状況であれば救急車呼んで送



るね。」と対応できます。主治医・副主治医制のハードルは、本当は低いと私は思っています。

また、ひとつの診療所に2～3人の医師を置くのは難しいですが、連携型の強化在宅診療の形で点数を取ることが可能になるので、収入自体も診療連携によってぐっと増えるので非常にメリットがある。是非、苫小牧市医師会が採用されようとしている、主治医・副主治医制を実現していただきたいと思います。

大友先生：連携が大事です。病院との連携、訪問看護との連携、診療連携、医師複数名体制そういう仕組みをつくっていくことが大事です。

主治医・副主治医制だけでやろうと思うと難しい。診療連携もして、看護との連携もして、病院との連携もして、連携の組み合わせやたくさんの連携のネットワークを作る仕組みを医師会で作るのが良いと思います。

もう一方で、診療の工夫もいっぱい出来ます。診療施設で24時間体制をしていて困らない方法があります。例えば、僕は退院を月曜日にしてほしいと言っていて、だいたい退院して1～2日目に往診依頼が入ることが多いと言われているので、「ちょっと往診してほしいですけど」と電話がかかってきて、最初に往診すると、「この人すぐ来てくれる」と信頼を得られます。あとで電話がかかってきても、「これは少し様子を見ましょう、いつでも行けますから。」と伝えても何とかなる。あとは、痛み止めなど予防の薬をいくつか先に出しておく、「この薬飲んでちょっと様子見て。」と伝えられる。

また、信頼関係がないと往診に行く・行かないというときにすごく大変なので信頼関係をまず作ることが大事だと思います。

最後に、座長の今井先生からは、在宅医療・介護は政府の取り組みの中で力が入ってきているが、広い観点から考えると日本の高齢化社会の中での地域社会がどうあるべきか、私達が高齢者となり病気となったときにどのように生活シターミナルを迎えるのか、その答えの一つが在宅医療・介護であると話されました。司会の堀田先生からは、苫小牧市医師会では在宅医療介護推進のために“在宅医療ハンドブック”を作成しており、在宅医療制度や在宅医療に携わっている先生の取り組み方、具体的な方法等が記載されており、近日中に各施設に配布するので参考にいただき、少しでも在宅医療推進にご協力していただければ嬉しいとご紹介がありました。



《セミナー参加者アンケート》は別掲させていただきます。