

在宅医療における多職種連携 情報共有の現状と課題

浜松北病院在宅診療部

竹内 和彦

抄録: 医療・介護サービスを提供する多職種連携は、地域包括ケアシステム構築のための重要課題と考えられている。在宅医療の現場では医療の目指す目標と介護の目指す目標が常に一致しているとは限らない。この場合、介護者・家族と多職種が一堂に会して治療と介護の方針をすり合わせ、新たな方針を決定する必要がある。多職種連携の質は、変化する方針や病状に関する正確かつリアルタイムの情報共有によるところが大きい。近年、連携や情報共有のためのIT化が叫ばれているが、介護者・家族および多職種間の情報共有には、紙媒体による共有が最も実用的であった。介護者自身が高齢であることが少なくなく、病状や治療・介護の方針の説明を紙媒体以外の方法に置き換えることは今後も困難と思われる。情報共有のあり方については在宅医療に影響するその質と効率化との両側面から検討していく必要があるであろう。

キーワード: 在宅医療、情報共有、多職種連携

Interprofessional Collaboration in Home Health Care: Current Status and Issues of Information Sharing

Department of Home Medical Care, Hamamatsukita Hospital

Kazuhiko Takeuchi

Abstract: Interprofessional collaboration in home health care is an important issue to construct the Integrated Community Care System. We have occasionally faced the situation where medical goals couldn't agree with care goals in home health care sites. In such a situation, it is necessary that family and home care and medical service providers gather together to decide new goals of medical treatments and care for the patient. The quality of interprofessional collaboration depends on real-time and accurate information sharing. Recently the promotion of adoption of IT in home health care is noticed, however, actually using paper as a way of explanation of patient disease conditions or care plans was still effective and useful to deepen family's understanding of patient conditions and to share that information among family and providers. The adoption of IT in sharing information in home medical care should be considered more based on both work quality and efficiency.

Keywords: home health care, information sharing, interprofessional collaboration

1. はじめに

現在、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくための地域包括ケアシステムの構築が各地で進行中である。多職種連携はシステム構築のための重要課題の一つと考えられている。当院は急性期病床を有する200床未満の中規模病院で、在宅診療部を設置して訪問診療などの在宅医療を提供している。在宅医療を実践するなか、医療と介護の目標が一致しない場面に度々遭遇してきた。このような場面では、家族・介護者および多職種が一堂に会して治療や介護の方針をすり合わせる作業が必要である。多職種連携の質は変化する方針や病状に関する正確かつリアルタイムの情報共有に掛かっている。本稿では、まず在宅医療の性質を理解するために訪問診療と外来診療の相違について述べ、在宅医療現場における連携の実際、医療・介護連携の重要性、情報共有に関する課題について考察する。

2. 訪問診療と外来診療との相違点

訪問診療を行っている患者の多くは死を目前に控えており、癌患者をはじめ寝たきりとなった超高齢者、認知症患者、神経難病患者で占められている。病状の変化が激しい癌終末期の患者においては、介護者の心理的負担に配慮しながら日々変化していく病状についての説明や最期の迎え方の意向の確認を頻回に行う必要がある。寝たきりとなった超高齢者、認知症患者、神経難病患者においては、安定した療養生活になるよう服薬状況、褥瘡、食事、排泄、保清の状況を把握しなければならない。介護サービス利用状況など介護負担についても定期的に評価することも安定した療養生活の実現のために重要である。比較的若年の神経難病患者においては、延命治療（人工呼吸器、胃瘻造設）や最期の迎え方についての本人・家族の意向を、タイミングをみながら確認しなければならない。以上の状況から、時間的側面における外来診療との相違としては、診療継続期間は短いが一回の診療時間が長い、診療時間外や予定外の対応が多いことが挙げられる。また、手書きの診療メモ

を帰院後にコンピュータに入力するといった二重作業も時間的側面の相違としてここで挙げておく。

医師と患者・家族との関わり方の相違は、患者や家族の表情や語調にも配慮しながらのコミュニケーションに十分な時間を割かなければならないことである。このようなコミュニケーションは、相手の病状や心理の変化の早期把握とその対応に役立ち、安定した療養生活を支持している。次に、病状説明を繰り返し行うことが多いことである。この繰り返し行われる病状説明により病識への理解が深まり、それが介護を続ける家族の安心に作用している。この病状説明（現状や予想される変化や治療方針など）は、紙面に書き記しながら口頭で行っている。説明を受けた以降も説明用紙（図 1）に繰り返し目を通すことで更に病識が深まっていく。

介護サービス事業者や訪問看護ステーションとの連携は、外来診療業務においては極めて少ないが、訪問診療業務においてはその連携業務の比重は格段に大きい。在宅療養患者の病状をはじめ予後や最期の迎え方までの方針についての情報を、家族と医療職だけでなく介護サービス提供者も共有する。この情報共有により患者にかかわる全ての人の足並みが揃い、それがサービス提供者に対する信頼感や介護生活に対する不安の軽減に繋がっている。この情報共有も病状や方針が記された説明用紙（図 1）によって行われ、医療・介護事業者は家族が所有する説明用紙のコピーや Fax を介して共有している。この説明用紙は事業者内での仕事の引継の際にも利用され、医療従事者でなくても理解できる平易なものでなくてはならない。また、後述する事例のような夜間せん妄に対する薬物調節や癌終末期の日々の症状変化などの情報共有には、リアルタイムの情報共有が重要である。メールや Fax による情報共有は、日々変化する病状変化への対応が遅れるリスクを伴う。デリケートな内容で微妙なニュアンスを伝えようとする場合にも実用的でない。患者や介護者の表情や語調から読み取った微妙な変化や心理状況を伝える場合、直接会うか電話による伝達でないと正しく伝わらないばかりか誤解が生じてしまうこともある。共有すべき情報の性質により、紙媒体、Fax、電話、メールなどを使い分けている。

3. 在宅医療現場における連携の実際

在宅医療の導入から、急性症状（夜間せん妄）に対応した連携、意欲および ADL の変化による介護サービス変更時の連携などを通して安定した在宅療養に至るまでの事例を以下に提示する。

73 歳 男性

脳梗塞後遺症（高次脳機能脳障害、左片麻痺、嚥下障害）、胃瘻造設後（嚥下食は経口摂取、水分は胃瘻から摂取）、陳旧性心筋梗塞、慢性腎不全、糖尿病、発作性心房細動

介護者：妻

経過（時系列）

1. 回復期リハビリ病棟からの退院と在宅療養の方針が決定。家族が介護保険申請し（認定まで約 1 か月）、ケアマネジャーと訪問診療を依頼。

2. 退院前カンファレンス（30 分～60 分）

参加者は、家族、ケアマネジャー、入院主治医、担当看護師、リハビリスタッフ（理学療法士 PT、作業療法士 OT、言語聴覚士 ST）、社会福祉士、訪問診療医師、訪問看護師、訪問リハビリスタッフ、入浴サービス責任者、介護福祉用具レンタル事業者、デイサービス・ショートステイ施設責任者。

病状および在宅療養方針について情報提供される。

3. 在宅療養開始直後、昼夜逆転、夜間せん妄の悪化。家族の介護生活に対する不安は日々増大。ケアマネジャーと訪問看護師から日々の症状変化について訪問診療医師に電話および Fax にて情報伝達。訪問診療医師は、家族（by 電話、訪問）と訪問看護師（by 電話、Fax）に薬物投与量や内服時間の変更などを指示。せん妄などの症状の軽快により家族の不安は次第に軽減。

4. 介護負担軽減のためデイサービス利用開始したが送迎時に過度の血圧低下による意識消失発作を繰り返す。デイサービス事業所にて連携カンファレンスが開かれる。参加者は家族、ケアマネジャー、デイサービス責任者、訪問リハビリ担当者、訪問看護師、在宅診療部医師・看護師。カンファレンスでは、現状の把握と短期的・長期的計画が再検討される。血圧に影響する薬物の調節、訪問リハビリ時の座位保持訓練の強化と血圧変動の評価を計画。図 1 はこの時使用された説明用紙である。

約 3 週間後、1 時間以上座位を保持しても血圧低下がなくなりデイサービス再開。送迎時の過度の血圧低下による意識消失は見られなくなる。

5. 在宅療養生活も安定し日常生活における意欲が向上。歯ごたえのあるものが食べたい、コーヒーを飲みたい、デイサービス回数を増やしたいとの要望あり。しかし、嚥下機能の客観的評価がされていないこと、車椅子への移乗介助の回数が増えることで介護者の負担が増加することが懸念される。

患者宅にて臨時連携カンファレンス。外来嚥下造影と、訪問リハビリ時の介護者に対する車椅子移乗の訓練を計画。

以上のように、安定した在宅療養に至るまでには、家族および医療・介護サービス提供者間の密な連携、病状変化や治療・介護方針に関するリアルタイムで正確な情報共有が不可欠である。この情報共有により多職種が同じ方向を向きながら（方針を理解しながら）サービス提供していくことが可能となる。これがサービス提供者に対する信頼感や療養生活に対する安心感に繋がっていると考えている。

4. 医療・介護連携の重要性

在宅療養現場では医療と介護の方向性が一致しないことがある。ある認知症患者（ほぼベッド上で生活、夜間せん妄などの周辺症状あり）の日常生活動作(ADL)の目標を設定する会議が開かれた。ADLの向上を期待して、医師からは認知症薬の処方、理学療法士・作業療法士からは立位訓練、歩行訓練の強化が提案された。しかしながら、ケアマネジャーと訪問看護師は、ADLの向上により夜間徘徊が増え介護者の負担が増すことを懸念した。そのため医師と理学療法士・作業療法士の提案に対しては否定的であった。このように、医療と介護の視点が異なるため目標が一致しないことがある。このような場合には、各サービス提供者と家族とが一堂に会して短期・長期目標のすり合わせ作業を行わなければならない。最終的な方針の決定は患者や介護する家族の考えを第一とすることが基本である。

一堂に会した話し合いは、「サービス担当者会議」として催されることが多い。会議では病状の変化や治療・介護の方針などの意見を紙面に記載し、その記載された事項を確認しながら方針を決定していく。決定された方針が記載された説明用紙（図1）は、その場で家族に渡す。説明用紙の複写はケアマネジャーに渡され会議終了後に各サービス事業者へFaxで送信される。家族は会議後もその説明用紙に記載された方針を度々確認することで、患者の病状の理解を深めるとともに介護していく方針がより明確になる。この一連の作業が介護に対する安心に役に立ったとの意見が多い。介護者自身が高齢であることも少なくなく、病状説明や治療・介護における方針の説明はデジタルメディアに置き換えることができないと考えている。

5. 情報共有に関する課題：在宅医療における効率化

先にも述べたように患者・家族とのコミュニケーションは訪問診療の中で最も重要な役割を果たしている。在宅医療における良好なコミュニケーションとは単なる会話だけでなく表情や語調など微妙な変化を感じることもある。その微妙な変化から相手の病状の変化や心理的变化をいち早く察知できることがある。その察知こそが初期変化に対する早期対応に繋がり安定した療養生活の継続に役立っている。外来診療でありがちな端末入力をしながらの会話では良好なコミュニケーションをとることはできない。訪問診療中のコミュニケーションの時間を充実させるために訪問診療中の事務作業の無駄を無くす必要がある。訪問診療中の事務作業の無駄には、病状説明用紙（図1）や在宅療養管理指導報告書（図2）の内容（病状、方針、血圧、酸素飽和度、変更事項など）を診療録にも記入する（＝二重記載）、帰院後に診療録の内容を電子カルテに入力し直す（＝再入力）などの二重作業が挙げられる。手書きの病状説明用紙や居

宅療養管理指導報告書は、度々述べてきたように多職種連携における情報共有の核となるものである。病状説明用紙や（診察所見も記載した）在宅療養管理指導報告書を帰院後にスキャナーで電子カルテに取り込み診療録として扱うことができれば二重作業に費やす時間がかなり省略されるであろう。

さらに情報共有すべきものとして患者基本情報がある。この患者基本情報は、患者や介護者の在宅療養生活がイメージできる最小限の情報がよい。次項に療養生活をイメージするのに必要と思われる23項目を列挙してみた。患者や介護者の在宅療養生活がイメージできる基本情報であれば各事業所内での申し送りやサービス提供の検討に使用することができ、これも情報共有の効率化に有効であろう。この基本情報は一元化され、全てのサービス提供者が同じ基本情報を共有することが望ましい。したがって、基本情報には各サービス提供者が自由にアクセスし必要に応じて入力も可能にすることを考慮すると、このような基本情報の共有はインターネットやクラウドなどのITを利用することで実現可能であろう。しかしながら、ITを利用した共有では患者情報がインターネット上に流出するリスクもはらんでおり、そのリスク防止策のため患者基本情報へのアクセスのセキュリティ強化のほか、入力やプリントアウトはできるが電子ファイル化はできないなどの制限も必要であろう。

癌終末期患者のような日々変化する病状変化に対しての情報は、刻々と変化するリアルタイム情報を共有しなければならないことはもちろん、個人のデリケートな内容を扱うことが多く微妙なニュアンスを伝えようとするには電話に頼らざるを得ない。このような情報はメールやFaxなどの文字による情報共有では正しく伝わらず誤解が生じてしまうことすらある。

以上のように、現在の在宅医療における情報共有多くは紙による共有が未だに最も有効で実用的である。サービス提供者が共有すべき患者基本情報にはITの利用が有効と思われる。刻々と変化する病状やデリケートな内容の場合には文字ではなく電話がよいこともある。扱う情報の内容によりメディアを使い分ける必要があるだろう。また、手書きの病状説明書や在宅療養管理指導報告書をスキャナーから電子カルテに取り込み診療録として扱うことができれば訪問診療業務の効率化に繋がるであろう。

6. 在宅療養患者基本情報例

在宅療養生活をおくる患者基本情報として療養生活がイメージするために必要と思われる項目として以下の23項目を列挙した。

1. 情報更新日：20〇〇年〇月〇〇日
2. 担当ケアマネジャー：〇〇〇〇（〇〇ケアプランセ

ンター、電話番号)

3. 訪問看護ステーション: ○○訪問看護ステーション、電話番号
4. 訪問診療医: ○○○○医師 (○○医院、電話番号)
5. 介護者状況: 妻のみ、息子夫婦が同市内に居住しているが仕事が忙しく協力は得にくい。
6. 介護度: 要介護 IV
7. 要介護となった疾患名: 脳梗塞 (H24年8月)
8. 既往・併存疾患名: 糖尿病、陈旧性心筋梗塞、慢性腎不全
9. 職業歴: 製造業 製造ライン管理職
10. 趣味: ゴルフ
11. 運動麻痺: 左片麻痺、左膝関節拘縮
12. 精神症状: 高次脳機能障害
13. 食事: 水分と薬は胃瘻から注入(200ccを一日4回)。固形食とトロミ(ジャム程度) 付水分は経口摂取(1000~1200kcal程度)
14. 嗜好品: コーヒー
15. 排泄: ポータブルトイレ(介助)、深夜はおむつ
16. 入浴: デイサービス利用時に入浴
17. 睡眠: 在宅療養開始時、ベッドや壁を叩いて大声を出すなど昼夜逆転があったが眠前にグラマールを内服してからは睡眠をとれるようになっている。
18. 褥瘡: なし
19. 居宅サービス: 訪問看護(火)、訪問診療(金)、デイサービス(○○の森、月、木)、ショートステイ(○○の郷、必要時)
20. 注意事項: 起立性低血圧による意識消失発作あり。意識消失時は臥位にする。速やかに意識が回復すれば心配ない。
21. その他の特記事項: 急変時は○○病院に入院
22. 内服薬: ①バイアスピリン(100)1T・ラシックス(40)1T・アルダクトン(25)1T・ディオパン(40)1T・アマリール(3)1T・ネシーナ(12.5)1T:1X 朝食後 ②グラマール(25)1T:1X 眠前
23. 点滴: なし

7. さいごに

多くの分野でIT化が進む中、在宅医療における情報共有には今後も暫くは紙媒体による共有が主であることに変わらないであろう。情報を共有すべき介護者自身が高齢であったり認知能力の低下を伴っていたりすることが少なくないこともその理由のひとつである。高齢化が進むなか高齢の介護者も多職種間の情報共有の一員とすることを意識しながら質と効率化の両面から情報共有のあり方を検討していく必要があるであろう。

①利用者様 ②患者様
 [説明用紙]
 平成 年 月 日
 様
 説明をした医師
 医師法人社団 浜松北病院
 (鳥羽丸や浮の原田 浜松北病院
 と同じことあり) 在宅診療部 竹内和彦
 ・陈旧性心筋梗塞 ⇒ 慢性心不全
 ・脳梗塞後遺症 ⇒ 左半身の麻痺、高次脳機能障害(大抵かまけていない)
 ・糖尿病 ⇒ 最近、コントロール不良傾向(間食?食量の増加?)
 (状況によってはインスリンの導入も要検討)
 ・薬の副作用による低血糖に注意(発汗動悸意識消失)
 ・発作性心房細動 ⇒ 脳梗塞の原因(ワファリンで血栓予防)
 ・高血圧・慢性腎不全
 ・夜間不眠(大声と出し(おむつ)) ⇒ 現在、薬などで落ち着いてきた。
 ・最近、在宅での生活も安定しつつあり、デイサービスへの通所回数を増やしたいとの希望も出てきた。
 ・デイサービス利用に関する問題点:
 ・送迎中の血圧の変動(特に朝、デイサービス到着時の血圧低下(80%)、急変のリスクあり) ⇒ 御本人御家族のリスクの受け入れが必要。(施設としては同意書がほしいと)
 ・リハビリ内容の変更
 ⇒ 象さんによる車いす乗換の練習(かかりづまらなくなった) 約1時間の坐位保持訓練(血圧変動のチェック)
 ・胃ろう交換(1/10(金))
 説明を受けた人 ()
 説明をした医師 ()
 25.7.24(100019)

図1: 説明用紙

本稿の事例に使用された説明用紙。病状や方針などが記載され、家族と多職種間で情報共有される。介護者・家族は繰り返し目を通すことで病識の理解が深まる。

居宅療養管理指導報告書 様
 燕下造景174月以降に
 浜松北病院 在宅診療部
 医師 竹内和彦
 平成 年 月 日
 ・血圧 125/68 mmHg ・脈拍 72/回/分
 ・酸素飽和度 98% ・体温 36.2℃
 ・病状の変化 あり・(なし) ・薬の処方 (あり)・なし
 特記事項 〇服薬を単純化するために全て「食前」に1回。
 〇昼夜逆転に気づいて
 ・夕後のコーヒーをやめた(もしも1杯だけ抜きのコーヒーにする)。
 ・23時以降のおむつ交換をやめた。
 ・以前処方していたリリマカホシ(眠前)を服用する。
 (眠前の薬は23時に服用→即ち薬量減)
 ★次回予約日 3月28日(14:30)
 浜松北病院 在宅診療部
 ①利用者様用 ②ケアマネジャー様用 ③病院控え カルテ貼付用 ④訪問看護ステーション用

図2: 居宅療養管理指導報告書

本稿の事例に使用された居宅療養管理指導報告書。訪問診療時に変更したことや注意する事などを記載する。家族、ケアマネジャー、訪問看護師はこの写しを共有する。