

報告

A離島における慢性疾患患者の在宅療養を支援する地域連携

宮城裕子¹⁾ 石川りみ子¹⁾ 松田梨奈¹⁾ 神里みどり¹⁾ 佐久川和子²⁾

要約

【研究目的】 離島は、高齢化・過疎化が進み、また隔たった地理的条件によって、島内にある保健・医療・福祉施設が限られていることからくる島特有の課題を抱えている。本研究は、A島で行われている医療の連携、及び専門職者の支援の現状とその全体像を明確化し、円滑な地域連携に繋げるための基礎資料とすることを目的とする。

【研究方法】 研究対象は定例で開催されている地域連携協議会へ参加している6施設に所属している各専門職者1名に対し半構成的面接を行い、聞き取った内容を逐語録にまとめ、現在の状況、課題、改善点の視点から考察した。また地域連携に関する会議・カンファレンスへの参加を行った。

【結果】 聞き取り調査で出てくる言葉や話題に着目し、それらが意味するところを要約し、聞き取りの内容を表すテーマをつけ、地域連携時の情報共有、在宅療養支援、要医療処置患者の在宅療養、高齢者の在宅療養、脳卒中患者の在宅療養、緊急時の対応、地域の受け皿に関する内容が挙げられた。A島では中核病院を中心に関係機関が問題や情報を共有し患者支援に取り組んでおり、地域連携および在宅療養に関する会議・勉強会が定期的に開催され、円滑な地域連携に繋がっていた。要医療処置患者の受け入れ体制は十分ではなく、急性期病院での長期入院に繋がっている現状がみられた。長期にわたるケアを必要とする慢性疾患患者の経過に合わせて行う支援の充実、および限られた施設数の中で、必要に応じた患者の受け入れが課題となっていた。

【結論】 地域連携における各職種の特徴的な課題、及び共通の課題があり、地域の利点を発展させながら、課題についての取り組みが必要である。

キーワード：慢性疾患患者、在宅療養、地域連携、離島

はじめに

1958（昭和33）年以降、慢性疾患が死因の1位から5位の上位を占め、10位以内においても2006（平成17）年の死因順位では、腎不全（第8位）、肝疾患（第9位）、慢性閉塞性肺疾患（第10位）と大半を占めるようになって¹⁾。一方、高齢者の医療費の伸び率が大きく、高齢者とそれ以外で診療費を比較すると、診療費1人あたり5倍近い差があり、受診日数は1.3倍、受診率は6倍となっている²⁾。これらは慢性疾患のコントロール不良による急性増悪による再入院や、合併症によって、疾患の悪化に伴う入退院の繰り返しによるものと考えられる。慢性疾患をもつ患者が増悪を予防し在宅療養を行っていくためには、適切な支援を受けることが必要であり、地域の各医療機関の連携は患者のQOLを高める上でも重要である。

離島は、若年層の慢性的な流出による高齢化の進行に伴い、高齢者の独居、または高齢者の夫婦のみの世帯の増加などがみられる。疾患の悪化や身体機能の低下で介護度が高くなると、家族の十分な介護力がないと在宅ケアよりも再入院や介護施設に入所する道を選択せざるを得ない状況がある。また地理的条件からタイムリーな医療の提供において困難な面があり、本島との連携の問題

や、島内での保健・医療・福祉施設が限られていることなど島特有の課題を抱えている。

A島では4年前から定例で地域連携協議会、在宅情報交換会、訪問看護連絡協議会が開催されており島内の円滑な地域連携を目指している。地域の療養支援に関わる関係者が集まり、現状や問題、また最新の知識や技術に関する情報を共有することなどを通して、相互の信頼を築き、また問題を共有している。医療連携では、各医療機関の専門職者が連携の必要性について認識を共有し、連携する相手を知ること、療養支援が患者の視点で共通の治療方針で行うことができると考える。その中で療養が長期におよび、また入退院を繰り返すことが多い慢性疾患患者に関しては、急性増悪を起こさず在宅療養を行っていくための地域支援が重要である。この慢性疾患患者の支援において、効果的に行っていくための目標が医療機関の専門職者間で明確に共有されているかについては明らかではない。

本研究では、A島の慢性疾患患者（特に脳血管疾患、呼吸器疾患、がん、糖尿病、心疾患）の支援における地域連携に焦点を当て、その現状と課題について明らかにすることを目的とする。地域で行われている医療の連携、及び専門職者の支援の現状とその全体像を明確化することで、慢性疾患患者の在宅療養における支援体制のあり方を、支援に関わる専門職者が共通理解し、さらなる円

1) 沖縄県立看護大学

2) 沖縄県立宮古病院

滑な地域連携に繋げるための基礎資料とする。

．対象及び方法

研究期間は、平成19年11月から平成20年3月である。研究対象は地域連携協会へ参加している施設の保健医療福祉の専門職者である、各専門職者の中の1名ずつ調査協力を依頼し、同意が得られた計13名である（表1）。各施設の対象者の希望する場所で、同意が得られた対象者に対して、30～60分の半構成的面接を行った。面接内容は1) 過去2年以内で、慢性疾患患者、特に脳卒中、呼吸器疾患、糖尿病、がん、心疾患患者で地域連携に繋がった事例を通して、慢性疾患患者の地域連携について考えること、2) A島で慢性疾患患者の在宅ケアを支えていくために必要と考えることについてである。インタビュー記録をデータとし、繰り返し読みながら分析を行った。繰り返し出てくる言葉や話題に着目し、それらが意味するところを要約し、インタビューの内容を表すテーマをつけた。

表1 調査対象者

B 病院
・ 内科系医師
・ 内科系病棟看護師長
・ 地域連携室看護師長
・ ソーシャルワーカー
・ 理学療法士
・ 栄養士
・ 薬剤師
訪問看護ステーション看護師
診療所医師
〃 看護師
居宅介護事業所ケアマネージャー
老人福祉施設看護師
社会福祉協議会ヘルパー

倫理的配慮：研究参加者には、研究の目的・内容を口頭と文書で説明し、得られたデータは個人が特定されないよう配慮し、研究以外の目的では使用しないことを説明した上で同意書を得た。本研究計画書は沖縄県立看護大学の倫理審査において承認を得た。

．結果

1. 地域連携時の情報共有

A島は総人口55,218人、世帯数23,349、高齢化率22.8%の島である。B病院は15診療科、393床を有する総合病院で、地域における中核病院の役割を担っており、平成

15年からは地域連携室が設置され関係機関との連絡調整を行う病院側の窓口となっている。また、A島では4年前からB病院がイニシアティブをとり、在宅療養支援における対策を検討する場として地域連絡協議会を開催している。会議の目的は、地域の関係機関との役割分担に基づいた連携の充実・強化を図り、地域医療福祉の向上に寄与することであり、B病院（地域連携室医師、病棟看護師長）、総合病院2ヶ所、地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、地域包括支援センター、福祉保健所、看護協会訪問看護ステーション、ケアマネージャー連絡会、介護老人保健施設、特別養護老人ホームが参加し、2ヶ月に1回開催されている（図1）。地域の実情に応じた取り組みに対して、各専門機関が支援を行い、在宅療養を支える基盤の整備、促進を図っていた。また定例の会議の他に、地域連携協議会主催による島内の保健・医療・福祉関係者を対象に毎週研修会を開催している。この研修会を通し、「医師や訪問看護師の理解が広がり、在宅による医療的処置を必要とする患者の受け入れが増えた」、「病棟看護師が地域の医療制度の知識の向上に繋がっている」「施設での医療的処置のある患者の受入れへの抵抗がやや取り除けた」などの意見があり、地域の意識を少しずつ変える貴重な機会となっていることが伺えた。このような勉強会への参加による各専門職者の在宅療養に関する知識の向上を図っている。一方では「離島であるため、専門職者が最新の情報に触れる機会が少ない」「都市の病院へ戻れるかとの不安をもっている」「専門職者を対象とした研修会の機会が少ない」との意見があった。

今回焦点を当てた慢性疾患患者支援においては、専門職者からの意見では「退院時に迅速に地域診療所へ必要な情報が届く」「内容によってはファックス、電話などでのやり取りができ連絡がとりやすい」「病院と訪問看護師との情報は書面により詳細になされ、それを医師は外来診療に活かしている」との意見があり（表2）、関係機関間の連携はスムーズに行われていることが伺えた。「地域では顔見知りなので、直接電話かけてやりとりすることが多い」「近い間柄なので、今、よろしく、はいわかりましたという感じがすごくやりやすい」と連携をとる施設間の敷居は、低いことを感じていた。一方、その中で医療処置のある患者や、医療依存度の高い患者の情報伝達に関しては「退院調整時に器具がそろってなかったり、管の交換日がいつかわからないなど、伝達が不十分な部分がある」「退院後の継続支援として必要な情報が不十分」「患者家族の思いが継続支援できるような、サマリーの充実が必要」などの意見があった。

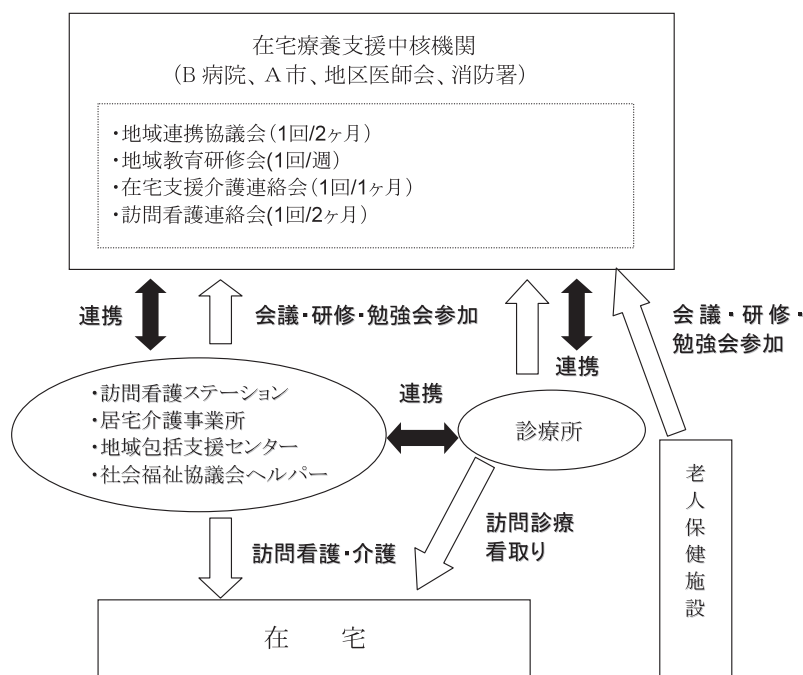


図1 A島における在宅療養支援強化の取り組み

2. 在宅療養支援

がん患者の在宅療養：「早い時期に患者・家族と相談し、地域に繋いでいる」「疼痛管理、休日診療、看取りに関することなどの詳細な調整を、診療所主治医、訪問看護師が行っている」「最後は家でという希望で病院から退院後も、状態がよくない場合は入院し、退院できる状態になれば在宅でみていく。行きつ戻りつできる連携が常にある」「痛み止めなど、疼痛コントロールについて患者の細かい情報をB病院、地域診療所主治医と連携をとっている」「末期がん患者の休日の受診、緊急時の対応など地域連携室と連携を取り、家族も安心できる対応をとっている」「末期がんの患者の退院時には主治医、地域連携室、診療所看護師を含めたカンファレンスを行っている」「末期がん患者を自宅で看取ることが多くなっている」ということが挙げられ、関係機関の職種が連携しあい、地域での在宅療養を支えていた。

終末期患者の在宅療養：「昼の上での死を望む地域の慣習から、死の間際になって急ぎ退院するケースがあり、診療所の受け入れ側への情報伝達が不十分な状況がある」「終末期の患者が急に在宅に引き継がれ、戸惑う」「紹介され、当日亡くなるということは避けたい。家族との関係性の構築やケアにおいても急にというのは非常に厳しい」との地域で受け入れる場合の意見があった。一方、「在宅での見取りが家族にとって自然に受け入れ

られているのは、離島内には病院に限られていることもある」との意見もあった。支援の中で「不慣れで十分な調整ができず、本人の希望が十分に果たせなかった事例があった。適切な支援ができるよう研修会や勉強会などの機会があってほしい」「早期の対応で本人の望む生活が送れるため、講習会などのような住民へ知識を提供できる機会が必要」という意見もあった。

3. 要医療処置患者の在宅療養

「在宅では訪問看護師の支援のもと、家族が胃瘻栄養の管理を行っている」「胃瘻造設を行った患者でも、在宅移行ができるケースが増えている。定例で開かれている勉強会によって、医師も地域の訪問看護師によって療養が可能であるという認識が高くなっている」との意見があり、医療者の取り組みの一つである勉強会によって、地域医療の変化が現れていることが挙がっていた。一方、在宅移行が困難で施設や回復期病院への転院が必要な患者において「可能な受け入れ先が少ないため、病院を探すことが困難」「医療処置が必要な患者を受け入れる施設が少ない」などの理由から、急性期病院でも入院が長期化する社会的入院が多いことが挙げられた。

4. 高齢者の在宅療養

「特に高齢者の場合、一人では食事をあまり摂らない

表2 項目およびインタビュー内容

項目	内容
地域連携時の情報の共有	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 医師や訪問看護師の理解が広がり、在宅による医療的処置を必要とする患者の受け入れが増えた ▪ 病棟看護師の地域の医療制度の知識の向上に繋がっている ▪ 施設での医療的処置のある患者の受け入れへ、抵抗がやや取り除けた ▪ 専門職者が最新の情報に触れる機会が少ない ▪ 退院時に迅速に地域診療所へ必要な情報が届く ▪ 内容によってファックス、電話などでのやり取りができ連絡がとりやすい ▪ 地域では顔見知りなので、直接電話かけてやりとりすることが多い ▪ 近しい間柄なので、今よろしく、はいわかりましたという感じがすごくやりやすい ▪ 病院と訪問看護師との情報は書面により詳細になされ、医師は外来診療にいかしている ▪ 地域で継続するための処置・ケアの情報伝達は十分ではない ▪ 在宅療養に向けて、病院、地域間での患者指導の継続支援の充実が必要である ▪ 患者家族の思いが継続支援できるようなサマリーの充実が必要である
在宅療養支援	<p>(がん患者の在宅療養)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 早い時期に患者・家族と相談し、地域に繋いでいる ▪ 病院と家を行きつ戻りつできる連携が常にある ▪ 疼痛管理、休日診療、見取りに関すること等、詳細な調整を診療所主治医、訪問看護 看護師間で行っている ▪ 末期がん患者の受診、緊急時の対応など地域連携室と連携を取り、家族も安心できる対応をとっている ▪ 末期がん患者を自宅で看取るということが多くなっている ▪ 末期がん患者の退院時には主治医、地域連携室、診療所看護師を含めたカンファレンスを行っている <hr/> <p>(終末期患者の在宅療養)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 量の上での死をよしとする地域の慣習から死の間際になって、急ぎ退院するケースがあり、診療所の受け入れ側への情報伝達が不十分な状況がある ▪ 在宅での見取りが家族にとって自然に受け入れられているのは、離島内には病院が限られていることも理由の一つである ▪ 慣れで十分な調整ができず、本人の希望が十分に果たせなかった事例があった。研修会や勉強会などの機会が増えてほしい ▪ 早期の対応で本人の望む生活に繋がるため、住民への知識を提供できるような講習会などの機会が必要
要医療処置患者の在宅療養	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 在宅では訪問看護師の支援によって家族が胃ろう栄養の管理を行っている ▪ 医療処置が必要な患者を受け入れる医療施設が少ない ▪ チューブ管理が必要な患者の受け入れには看護師スタッフの人数の問題から不安がある ▪ 可能な施設が少ないため、病院を探すことが困難
高齢者の在宅療養	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 特に高齢者の場合、一人では食事をあまり取らないため、食事をとってもらうことが主な日常支援になっている ▪ 退院時に患者や家族へ栄養指導を行うが、退院後はうまくいっているか知ることができていない ▪ 高齢者の場合、薬の内容が十分理解できず、わからなくなると飲まずにためてしまい、疾患の急性増悪に繋がる ▪ 定期訪問の際は、残菜の整理が大きな仕事になっている ▪ 在宅でのリハビリは訪問看護師が病院の理学療法士のアドバイスを受けながら行っている ▪ 在宅リハビリが積極的にできるよう専門スタッフが必要
脳卒中患者の在宅療養	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 比較的多いが緊急で島外に搬送される場合は初期治療が遅れる ▪ 早期退院による在宅リハビリの必要なケースが増えている ▪ 時期が遅れると転院が難しくなるが、転院調整の連絡が遅くなる場合もある ▪ 介入のタイミングがうまくいと介護度も悪くならない ▪ 早期からの関わりは患者をよく知り、時間をかけて準備ができる
緊急時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 在宅酸素療法やレスピレーターケアを行っている患者など、台風時、災害時の避難入院は連携病院と確立できている ▪ 緊急時の受け入れを、基幹病院が断らない
地域の受け皿	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 老健施設から在宅へ移行した場合でも、家族の介護疲れで在宅療養がうまくいかずに施設にもどる ▪ 患者が全介助で高齢者世帯・独居老人の場合は在宅への移行が困難である ▪ ショートステイが医療処置がある場合は、制約があり受けづらい

ため、食事をとってもらうことが主な日常支援になっている」「退院時に患者や家族へ栄養指導を行うが、退院後はうまくいっているか知ることができていない」などの意見があった。一方「高齢者または高齢者家族の場合、薬の内容が十分理解できず、わからなくなると飲まずにためてしまい急性増悪につながる」「訪問の際は、残薬の整理が大きな仕事になっている」など、高齢者世帯での内服管理の困難な現状があった。リハビリについては「在宅でのリハビリは訪問看護師が病院の理学療法士のアドバイスを得ながら行っている」「在宅リハビリが積極的にできるよう専門スタッフが必要」との意見があった。糖尿病など慢性疾患の悪化予防については関係者がいつでも連携し合い、カンファレンスの場を持ち対応が行われていた。

5. 脳卒中患者の在宅療養

「比較的多いが、緊急で島外に搬送される場合は初期治療が遅れる」「早期退院による在宅リハビリの必要なケースが増えている」「時期が遅れると転院が難しくなるにもかかわらず、転院調整の連絡が遅くなる場合もある」と、リハビリ継続に向けての早期からの関わりや、地域での継続的な在宅リハビリがさらに必要であることが示唆された。

在宅療養支援では「介入のタイミングがうまくいくと介護度も悪くならない」「早期からの関わりは、患者をよく知り、時間をかけて準備ができる」との意見があり、入院中または早期からの患者との関わりがスムーズな在宅療養に繋がるとの意見があった。

6. 緊急時の対応

「在宅酸素療法や、レスピレーターケアを在宅で行っている患者など、台風時、災害時の避難入院は連携病院と確立できている」と地域の各医療機関専門職者から述べられていた。A島は夏から秋にかけて年に数回の台風に襲われる地域であるが、台風時の患者の対応が確立されていた。

7. 地域の受け皿

中核病院に対し「救急患者依頼を断らない」「台風、災害時の避難入院が確保されている」と、地域の医療機関からは緊急時の対応の体制が取られていることが挙げられた。一方、A島は高齢者が多く、在宅療養を支える家族への支援については「老健施設から在宅へ移行したにもかかわらず、家族の介護疲れで在宅療養がうまくいわずに施設にもどるケースがあった。」「全介助の患者の

家族が高齢者、または独居老人の場合、在宅への移行が困難である」との意見があった。「胃瘻や吸痰が必要な患者さんや、インシュリンを使っている患者さんなど医療処置がある場合、受け入れる体制の問題からショートステイが受けづらい。受けてくれる施設がもう少し増えるといい」と患者を介護する家族に休息が必要な時の患者を受け入れる施設・病院の必要性が述べられていた。しかし、A島内の福祉施設は限られており、医療的処置を有する患者や、長期入院のニーズ、また家族の介護疲れに対するショートステイに対応するには至っておらず、在宅で比較的重症または重度介護状態を支える在宅療養として、高齢者世帯や家族介護力が乏しい在宅患者の療養をいかに支えるかが問題となっていた。

・考 察

情報共有について、参加者からは地域連携協議会によってお互いの問題を相談しやすく、協力が得やすい、B病院には相談がしやすく、情報も得やすくなったとの意見が挙げられており、相互の信頼感が増し、顔の見える連携ができる一助となっていることが伺えた。A島では地域連携協議会の他に在宅支援情報交換会、訪問看護連絡会、居宅支援連絡会などが定期的に開催され、情報交換、共有がなされている。地域連携を円滑に行うためにネットワークを機能させて密な情報交換を行うことが重要であり、その際「顔がわかる」ことはそれを強化させることにつながると考える。担当者が誰であるかを知っておくこと、担当者との信頼関係を築いていくことが重要であり、連絡会、協議会はその一歩となる。関係者が対等の立場で会議を開き情報を共有し、病院と自宅、施設が切れ目なく繋がることが在宅療養を支援する地域連携において重要であり、A島ではこのような会議、連絡会を重ねることを通して、地域連携が行われていた。また島嶼の暮らしにおいては顔の見える範囲の社会であり、医療機関・施設においても、島内の健康問題を支え合うという医療提供が働いていることが伺えた。

在宅療養において、病院で死を迎えているがん患者の割合は95%にのぼると報告されており、その背景の一つとしてがんの進行に伴う症状コントロールの難しさが挙げられている³⁾。患者および家族は、自分たちだけでは症状緩和への対処ができないと判断し、終末期を病院で過ごすことを選択する状況にあるのではと報告されている³⁾。一方、西田らは在宅療養において、新たな合併症の併発、呼吸困難を伴う状況、介護人数の不足等により介護者が介護疲労をきたし、入院となるケースも多く、終末期の在宅療養を実現するためには患者のみならず、介護者の

負担を軽減するための対策、合併症を併発させない努力が求められると述べている⁴⁾。在宅で治療ケアを行っていく上で施設間の密な連携が必要となる。疼痛緩和や、緊急時、休日受診の対応など、在宅においてもさまざまな場面において切れ目なく適切なケアが実施されるための体制が必要であるが、B病院医師は早い時期から患者の意思を確認し、診療所訪問看護師が中心となって、がん患者の在宅療養が行われていた。在宅療養の中で疼痛などの身体的状態をはじめ、心理的ケアなど詳細な情報を訪問看護師が中心となってB病院医師、地域連携室、診療所医師による対応がなされていた。

見取りにおいてはA島では、死後魂が浄化していくために家の畳の上での死を望む地域の慣習があり、死の間際になって、急ぎ退院するケースに対し、地域で受け入れる医療関係者は十分な対応に関して課題を感じていた。患者や家族は最後まで回復を望む医療への大きな期待があり、病院が何とかしてくれるという思いや、改善が見込めないことを認めたくない思いが要因の一つではないかと考える。インフォームド・コンセントを行い、内容を看護師が患者家族と共有できていること、退院する頃のイメージを具体的に家族が理解し、患者家族の思いが叶えられる時間を持てるために医療者と看取りに対して共有していくことが必要と考える。

在宅療養支援において「退院時にこういう状態をめざすこと」を共有し、そこに到達するまでに「リハビリを進める」「医療処置を自立できるように教育を受ける」「家族が必要な指導を受ける」など患者家族が取り組むことを明確にしていくことが必要である。病棟において入院中から退院後の患者の生活を中心に置いた医療の提供、看護が必要であり、すなわち、日常生活動作の介助、投薬、リハビリについて、退院後の生活をイメージしながら自己管理支援を行うことが在宅療養生活への移行がよりスムーズになると考えられる。B病院では、ケアマネジャーが病棟へ出向き、地域での療養における介護サービスや訪問看護・在宅医療についての勉強会を開催し、適切な時期に地域関係機関に繋がるための病棟看護師の意識や情報提供の向上への取り組みを行っており、そのことが患者の退院を促進し、地域での在宅医療の支援につながっていた。また、B病院では在宅療養の上で支援がになると、病棟や外来医師、看護師から依頼によって地域連携室に繋がった患者においては、地域連携室の担当者が関係職種すなわち主治医、看護師、理学療法士、栄養士、薬剤師などから情報収集を行い、患者・家族と面談を繰り返し、退院前に地域関係機関の担当者と合同カンファレンスを開催して、在宅調整を行っていた。

適切な時期に病棟や外来から地域連携室に繋げていくことが必要と考える。

要医療処置患者では医療情勢の変化に伴い、経管栄養実施患者の療養の場が在宅や施設へ移行してきているが、A地域においても、在宅や老健施設で栄養療法を受ける胃瘻栄養実施患者が増えてきている（地域連携室資料）。在宅での胃瘻管理では、訪問看護師のサポートを得て家族が行っていることが多く、介護職者から医療的処置がある患者についても問題なく看ることができるという意見があった。在宅では訪問看護師が患者や家族、介護スタッフと密に連携をとり、安心して療養ができる体制がみられた。B病院では1年前から週に1度病院内で勉強会が開催され、そこで訪問看護師と意見、情報交換をすることによって、医師も胃瘻患者を積極的に在宅療養移行へ繋げるようになってきているという。一方、施設においては「胃瘻が造設されて戻ってくる場合は管理の上で受け入れが困難」という意見もあり、施設内のスタッフの人数の問題から不安への声もあった。造設する病院と管理する診療所や施設、在宅などの連携がうまくいかなければ、患者家族、また医療、介護スタッフ負担が大きくなるため、管理に対する知識を得る機会、また支援を行っていくシステム、特に施設においては胃瘻に関わる地域の医療、介護スタッフを支援し管理の質の向上を行うためのシステムを作ることが必要であると考えられる。

継続支援の中で高齢者の食事管理や薬物管理の問題が挙がっていた。在宅医療を受ける特に高齢者の患者は、通院可能な患者に比べて虚弱な場合が多く、そのため栄養不良もしくは栄養不良に陥る可能性が高い状態である⁵⁾。入院期間中に適切な栄養管理がなされても退院後、外来、施設、在宅において継続した栄養管理がなされていないと栄養不良になり、肺炎などの合併症を伴い再入院となる。一方、糖尿病で血糖コントロールが必要な患者などでは、退院時に患者および家族へ栄養士からの栄養指導が行われているが、退院後の経過については訪問看護師やケアマネジャーなどの介入がない患者に対しては、患者・家族にまかされている。慢性疾患を抱えた患者にとって栄養管理は重要であり、地域で継続支援が行える栄養士の必要性が示唆された。薬物管理においては、特に高齢者また高齢者の家族の場合は内服管理がうまくいかず、急性増悪を繰り返す場合もあり、継続支援体制の必要性が示唆された。

在宅を支える家族の支援については家族の介護疲れで在宅療養がうまくいかずに施設に戻ることがあり、ショートステイなどが可能な施設をうまく利用するなどの体制作りが必要であると考えられる。A島内の福祉施設は限られており、医療的処置を有する患者や、長期入院の

ニーズに対応できるには至っておらず、在宅で比較的重症または重度介護状態を支える在宅療養として、高齢者世帯や家族介護力が乏しい在宅患者の療養をいかに支えるかが問題となっていた。重度介護状態を引き延ばさないための医療的配慮や高齢者のQOL向上を目指した医療構築が必要であることが考える。

結 論

1. A地域では中核病院を中心に関係機関が在宅療養支援のために問題を共有し取り組んでおり、地域連携および在宅療養に関する会議・勉強会が定期的に開催され、円滑な地域連携を図っていた。
2. 要医療処置患者の受け入れ体制は十分ではなく、急性期病院で長期入院に繋がっている現状がある。限られた施設の中で、必要に応じた患者の受け入れができるための地域の環境を構築していくことが求められた。
3. 在宅療養における継続看護に関して、退院に向けての入院中の対応や専門者間の連携の方法やカンファレンスの増加など一層の充実が求められている。
4. 終末期患者の在宅死に関する支援に関して、専門職者間の連携のより一層の充実が求められる。

謝 辞

本研究の遂行にあたり、多大の協力を頂きましたB病院、A島訪問看護ステーション、診療所、社会福祉協議会の関係者各位および調査にご協力くださった皆様に対し深く感謝致します。

付 記

この研究は、平成19年度沖縄県立看護大学学長奨励研究費補助金の助成を受けて行った。

引用文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：統計調査結果「平成17年人口動態統計」
Retrieved August 10,2008,from
<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2005/toukeihyo>
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部：統計調査結果「平成17年度国民医療費」
Retrieved August10,2008,from
<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/640/2005/toukeihyo>

篠塚裕子、稲垣美智子：病院で死を迎える終末期がん患

者の家族の添う体験 日本看護科学会誌 2(27):71-79、2007

- 3) 西田伸一、西田二郎：在宅での看取りに関する検討 日本在宅医学会誌 6(1):81 2004
- 4) 工藤美香、田中弥生：在宅訪問栄養指導の重要性と今後の課題 月刊GPnet 55(1):11-13 2008

Research on Regional Alliances Supporting Home Recuperation of Chronic Disease Patient in a Isolated Island.

Yuko MIYAGI¹⁾, Rimiko ISHIKAW¹⁾, Rina MATSUDA¹⁾,
Midori KAMIZATO¹⁾, Kazuko SAKUGAWA²⁾

Abstract

The purpose of this study is to become the supporting data for connecting with smooth regional alliances by revealing the actual condition and full picture of the medical service's cooperation and support of professional staff at a island.

The study considered the aspects of present circumstances, issues, and improvements after conducting semi-structured interview to each professional staff attached to 6 facilities, which are facilities participating in the regularly held Regional Alliances Council, and after literally summarizing the questioned details. Furthermore, meetings and conferences concerning regional alliances were attended.

Attention was directed to the words and topics repeatedly heard during the interview; its meanings were summarized; theme reflecting the interviewed contents was given; and matters concerning the following were pointed out: information dissemination at the time of regional alliance, home recuperation support (cancer patients, end stage patients, patients requiring medical treatment, elderly people, and stroke patient), action at times of emergency, regional receiving system. At A island, with the key hospital playing the key role, related organization shared and worked on the problem of home recuperation support, held meetings and study meetings regularly concerning regional alliances and home recuperation, and has connected this to smooth regional alliances. Due to insufficient receiving system for patients requiring medical treatment, presently it is in a state where patients are being connected to long-term hospitalization at acute stage hospitals. It is necessary that support according to the flow of chronic disease patients needing long term care be accomplished. Region's approach is demanded in receiving patients according to their needs within the limited facility.

Key words : Chronic Disease Patient, Home Recuperation, medical service's cooperation, Isolated Island.

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

2) Okinawa Prefectural Miyako Hospital