

臨床研究

心不全における, かかりつけ医と 多職種連携・協働における要点の探索 —退院支援テンプレートの解析から見えてきたもの—

Exploration About the Essence of Multi-Disciplinary Heart Failure Management in Primary Care Setting

水野 篤¹⁾ 伊東紀揮²⁾ 齋藤慶子²⁾ 根井あずさ³⁾ 関下禅美⁴⁾
根田一成⁵⁾ 服部絵美⁵⁾ 堀部秀夫²⁾ 池亀俊美⁶⁾ 渡辺 徳⁷⁾
齊藤正和⁸⁾ 磯部光章⁹⁾

1) 聖路加国際病院 循環器内科, 2) ゆみのハートクリニック, 3) 東邦大学医療センター大橋病院,
4) 龍生堂薬局, 5) 白十字訪問看護ステーション, 6) 榊原記念病院 看護部,
7) 北信総合病院 循環器内科, 8) 榊原記念病院 リハビリテーション科,
9) 榊原記念病院/東京医科歯科大学

《Abstract》

急速に増加する心不全患者に対応するためには, かかりつけ医との連携・協働が欠かせない。さらに, 医学的な心不全治療そのものだけではなく生活環境・療養環境を含めた多職種との連携・協働が必要である。生活環境・療養環境を含めた, 退院後のかかりつけ医との連携・協働内容について検討するために, 施設において実際に用いられている退院支援スクリーニングシート, 退院支援アセスメントシートを収集し, それぞれの項目に関して, 質的統合法(KJ法)の構造化のプロセス過程を用いて検討した。構造化することで, 多職種との連携像が浮かび上がってきた。これら思考プロセスを共有することで退院時に限らず, 心不全患者を診療するための多職種との連携のためのアルゴリズムが構築できた。

Atsushi Mizuno¹⁾, Noriki Ito²⁾,
Keiko Saito²⁾, Azusa Nei³⁾,
Zenmi Sekishita⁴⁾, Kazushige Konda⁵⁾,
Emi Hattori⁵⁾, Hideo Horibe²⁾,
Toshimi Ikegame⁶⁾, Noboru Watanabe⁷⁾,
Masakazu Saitoh⁸⁾, Mitsuaki Isobe⁹⁾

1) Department of Cardiology, St. Luke's International Hospital, 2) Yumino Heart Clinic, 3) Toho University Medical Center Ohashi Hospital, 4) Ryuseido Pharmacy, 5) White Cross Visiting Nursing Station, 6) Department of Nursing, Sakakibara Heart Institute, 7) Department of Cardiology, Hokushin General Hospital, 8) Department of Rehabilitation, Sakakibara Heart Institute, 9) Sakakibara Heart Institute and Cardiovascular Medicine, Tokyo Medical and Dental University

Key words

- 心不全
- かかりつけ医
- 多職種連携・協働
- 退院支援
- テンプレート

(2019. 4. 8 原稿受領; 2019. 7. 18 採用)

責任著者

水野 篤: 聖路加国際病院(〒104-8560 東京都中央区明石町9-1)



● 背景

世界中で心不全患者数は急速に増加しており「心不全パンデミック」とも表現されている¹⁾。日本では大倉らによる新潟県佐渡市で行われた Sado Heart Failure Study のデータを基にした推計では、拡張障害を含む左室機能障害で 2005 年から 2025 年にかけて 97.9 万人から 128.4 万人に達するとされている²⁾。このように急速に増加し続ける、心不全患者における診療には、循環器内科専門医のみでは人数も質も保持することが難しく、プライマリ・ケアを担う、かかりつけ医と中核病院の勤務医の協働、特に適切な“ケアの移行”が必要であるとされている³⁾。さらに、高齢化が進む心不全患者の管理においては、医師のみではなく、看護師・理学療法士・薬剤師・ソーシャルワーカー・ケアマネジャーなど、多くの職種の協力が必要となることが多い。しかし、それぞれの領域における専門性が高くなってきているため、各医療関係者の業務内容を詳細に理解するのは困難となってきた。そのため、かかりつけ医にとって、心不全患者数が増加し、ケアの移行を必要とする状況において、専門性が高い多職種をどのような場面でどのように有効に連携・協働(以下連携)すればよいのかを理解しておく必要があると考えられる。しかし、実際にかかりつけ医において多職種連携のための利用可能なスクリーニングツールやアルゴリズムなどは認めず、各かかりつけ医の先生が個別に判断して対応しているのが実情である。

実際の入院機能を有する病院においては、退院支援スクリーニングシート、退院支援アセスメントシート(以下退院支援テンプレート)などを用いることで、適切なタイミングでの介入を実践し、退院調整、特に自宅で必要とされる社会的資源の導入を行っている。退院支援テンプレートの項目は診療報酬にも関わるため共通している部分も多々認められるが、各病院独自の項目を追加していることが多い。退院支援テンプレートの項目の妥当性を、実際の患者アンケートから実施しているものは散見される

が、実際に用いられているスクリーニングシートの項目を考察し、構造的に捉えた研究はまだない。

我々は退院支援テンプレートを解析し、必要な項目を再度評価し、まとめることで実際にかかりつけ医が心不全診療の際に、多職種と連携する内容について再度考察することができると考えた。

● 方法

研究概要として、質的統合法(KJ 法)を用いて退院支援テンプレートの構造化を実施した。構造化後、実際にかかりつけ医が現場で用いることができるアルゴリズムを作成した。

退院支援テンプレートを収集し、それらに含まれる項目を抽出し、KJ 法を用いた⁴⁾。KJ 法を実施するにあたり、8 人(ZS, KK, EH, NI, KS, HH, TI, MS)を所属施設中心に 3 グループ(3 人, 3 人, 2 人)に分けた。各グループでデータの単位化を実施するのではなく、全体で単位化を実施した。空間配置・図解化の意味を構築するのは難しいためまずデータの構造化までに絞り、叙述化・議論のプロセスは口頭で共有するのみとした。データの構造化として、それぞれのグループは退院支援に含まれる項目を他グループとは盲目的に、カテゴリー化した。データの構造化後、これらの項目を考察し、口頭にて叙述化、議論する中で、グループ間で共有した。叙述化・議論するプロセスにおいて、医師が実行可能性のある行為に変換させ、多職種連携するためのアルゴリズムを作成した。行為の抽象化の程度は、限界合理性の範囲および記憶の観点から 1~3 段階の行為の選択までとした⁵⁾。

実際に使用した退院支援テンプレートに関しては次の通りである。榊原記念病院、久留米大学医療連携センター、聖路加国際病院、東邦大学医療センター大橋病院の退院支援スクリーニングシートおよび、鳥取大学医療福祉支援センターにおける退院支援アセスメント項目を用いた(表 1, 表 2)。退院支援を実施する指標の参考として、東京都退院支援マニュアルも用いた。

表 1

聖路加国際病院	
医療	・緊急入院 ・認知症・悪性腫瘍・急性呼吸器疾患 ・在宅で介護保険・訪問看護・訪問診療を利用している ・退院後に医療処置・慢性疾患自己管理が継続する ・入退院を繰り返している
生活	・施設入居者 ・介護保険未申請 ・入院前より ADL 低下し、退院後に介護は増える可能性がある ・介護力不足が予測される(独居・老々介護・日中独居・介護サービスを利用したがない) ・現時点で排泄に介護がいる ・キーパーソンがいない
ソーシャル	・虐待・DV・介護放棄の可能性はある ・保険証がない・生活保護・療養費の事に不安がある ・アルコール依存・精神障害・知的障害・発達障害・身体障害により生活に困っている ・育児困難が予測される
久留米大学医療連携センター	
要介入	☐ 医療費の不安(医療保険未加入者又は生活困窮者) ☐ 介護保険説明希望 ☐ 担当ケアマネジャーがいる ☐ 認知症の BPSD(行動・心理症状)がある ☐ 血液透析を導入予定 ☐ 腹膜透析を導入予定 ☐ 就労継続や社会復帰の不安 ☐ 施設や他医療機関からの入院 ☐ 訪問看護を利用 ☐ 知的・精神・身体に関わる担当障害者相談員がいる ☐ 在宅復帰の可能性が低く転院等調整を予測 ☐ 保健所や児童相談所との連携が必要(産科・小児科) ☐ 虐待を受けている又はその疑いがある 1 悪性腫瘍または難病のいずれかに該当する 2 緊急入院である 3 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要である(必要と推測される) 4 排泄に介助を要する 5 家族が必要な介護又は養育を十分に提供できない 6 入退院を繰り返している：誤嚥性肺炎など(慢性疾患があり、在宅療養が不安定である) 7 介護保険申請状況(介護保険サービスを必要としている患者の抽出) 8 ターミナル期である(慢性疾患の終末期を含む) 9 服薬管理ができない(パッチ、点眼薬を含む)
一般	10 以下の医療処置のいずれかが退院後に継続すると予測できる ①ストーマ ②吸引 ③経管栄養 ④自己注射 ⑤創傷処置(褥瘡含む) ⑥在宅酸素療法 ⑦中心静脈栄養 ⑧気管切開 ⑨BL 留置、膀胱瘻、腎瘻 ⑩ドレーン管理

- ⑪人工呼吸器
⑫その他の医療処置()

榊原記念病院

入院形態	心不全で緊急入院である。 心不全で入退院を繰り返している。(1 カ月以内の再入院である)
医療処置	退院後も医療処置が必要である ☐ ASV ☐ HOT
介護力	70 歳以上で、独居もしくは高齢者夫婦のみの生活である 介護力が不十分である
ADL	入院前より日常生活動作の低下が予想される 介護が必要である、かつ介護保険が未申請 ☐ 食事 ☐ 移動(歩行) ☐ 排泄 ☐ 服薬管理 SW の介入： ☐ 無 ☐ 有(担当 SW：) 介護認定： ☐ 無 ☐ 有(要介護 1・2・3・4・5) サービスの利用： ☐ 無 ☐ 有
入院前の生活状況	居宅介護支援事業所名：() 担当者名：() 介護サービスの種類：()
退院後の生活に対する意向	本人() 家族()

東邦大学医療センター大橋病院

①入院病名	☐ 肺炎・脳血管疾患・大腿骨(頸部・頸基部・転子部)骨折 ☐ がん・難病・CLI・心不全
②入院形態	☐ 前回の退院から 1 カ月以内の緊急入院 ☐ 上記以外の緊急入院
③介護保険	☐ 日常的に介護を要する状態であるが未申請または対象外・申請を拒否している・サービスの利用を拒否している ☐ 介護認定あり・申請中・介護認定ありだがケアマネージャーがいない、介護認定ありでケアマネージャーはいるが区分変更必要
④介護・養育	☐ 身体に、説明のつかないあざや傷がある ☐ 清潔保持が出来ておらず、季節に合った服装でない・頭髮の極度の汚れがある
⑤生活困窮の有無	☐ 医療保険未加入 ☐ 医療費の支払いを心配している
⑥入院時の ADL	☐ 全介助(車椅子全介助・ストレッチャー) ☐ 一部介助(車椅子一部介助・介助歩行など) ☐ 視覚障害あり(全盲など) ☐ 全介助(カテーテル類を含む)
⑦入院時の排泄	☐ 一部介助(トイレまで車椅子移動・ズボン上げ下ろし介助など)
⑧介護力(日常的に介護を要する状態の患者のみチェックする)	☐ 独居・日中独居・高齢者世帯(75 才以上)
⑨退院後予測される医療処置	☐ 在宅 IVH・呼吸器(IPPV/NPPV)・経管栄養・医療用麻薬・ストーマ・下肢潰瘍 ☐ HOT・褥瘡処置・創処置・ドレーン、カテーテル類・血糖測定・インスリン注射 ☐ 認知機能の低下あり(IADL の低下・徘徊・攻撃的行為・せん妄など)
⑩認知機能	☐ 認知機能の低下があるが、生活できる ☐ 認知症と診断されている
⑪意欲(1 カ月以内の様子)	☐ 生活に関する行動を自ら行おうとしない(外出・食事・入浴等)

表 2

東京都退院支援マニュアル
医療に関する初期アセスメントシート
1. 病状確認・治療方針・今後の予測 (1) 入院治療による回復の可能性、退院時の状態像の一致を図る ①治療により、どの程度まで回復できるのか ②症状緩和・緩和ケアは提供できているか ③治療はいつまで続けられるのか ④退院後も継続するものであれば、どのように調整する必要があるのか (2) 病状の経過における患者のステージの一致を図る ①進行・重症化を予防する指導・支援ができているか ②今後起こり得る変化について予測し、その際どのような医療が必要となるかを準備調整する必要がある ③治療の効果は得られず、症状緩和あるいは緩和ケアへの移行の必要がある (3) 新たに必要となる医療処置・医療管理内容の一致を図る ①在宅中心静脈栄養法 ②在宅酸素療法 ③マスク式人工呼吸器(ウロストミー) ④膀胱留置カテーテル ⑤在宅自己導尿 ⑥経腸栄養法(胃ろう・経鼻カテーテル) ⑦人工肛門造設(コロストミー)・人工膀胱造設 ⑧気管カニューレ使用による吸引 ⑨血糖測定・インスリン自己注射 ⑩疼痛・創傷処置管理 2. 患者・家族への説明内容・理解・受けとめ状況 (1) 病状について正しく理解されているのか ①理解されていない場合、どのような調整を必要とするのか (2) どのように受けとめているのか ①患者の病状のステージの受けとめ方にズレはないのか (3) 今後、どのようなことを希望しているのか ①患者の病状と希望の内容にズレはないのか ②ズレがある場合、どのように調整することが必要なのか 3. 患者の自己管理能力・サポート体制の明確化 (1) 自己管理はどの程度可能なのか ①病状の理解度が上がれば自己管理可能なのか ②患者の制約条件で自己管理を阻んでいるものはないか (2) サポートできる体制はどの程度あるのか ①家族の理解度が上がればサポート体制に変化が生じるのか ②家族の制約条件でサポートを阻んでいるものはないか ③在宅医療によるサポートが必要か

ケアに関する初期アセスメントシート

- | |
|---|
| <p>1. 病状の変化に伴い ADL/IADL にどのような影響が考えられるかを明確にする</p> <p>(1) ADL/IADL の評価から、①している ADL, ②できる ADL, ③なりたい ADL 内容を明確にする</p> <p>①食事</p> <p>②清潔行為(入浴・洗髪・洗面・歯磨き・義歯の清掃)</p> <p>③更衣・整容</p> <p>④排泄</p> <p>⑤運動・移動</p> <p>⑥睡眠</p> <p>(2) ADL/IADL 評価を基に今後治療やリハビリにより、医療チームが目指すゴールを一致させる</p> <p>①患者自身が望む生活を目指すことができる病状なのか</p> <p>②患者・家族の思いと病状から考えられるゴールのズレは生じていないか</p> <p>③ズレが生じている場合、どのような調整が必要か</p> <p>2. 家屋評価を行う</p> <p>以下の視点でアセスメントし、課題を抽出する</p> <p>○トイレ：段差の有無、広さ、手すりの有無、洋式又はウォシュレットの有無</p> <p>○浴室：段差の有無、広さ、手すりの有無、浴槽の深さ、出入りの方法</p> <p>○家屋内移動：玄関段差の有無、患者用居室の有無並びに位置、居室からトイレ・浴室・食堂への移動環境</p> <p>○屋外アクセス：玄関から公道までのアクセス</p> <p>(1) 家屋状況から患者の退院時の状況をイメージし不都合が生じる点を明確にする</p> <p>(2) 不都合の点を解消するために必要な方法を選択する</p> <p>①物を揃えることで自立可能なのか</p> <p>②介助の方法の工夫で自立可能なのか</p> <p>③家屋の改修を必要とするのか</p> |
|---|

鳥取大学退院支援アセスメントシート

	☐ 悪性腫瘍	☐ 入院前に比べて ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要(または必要と推測される)	
* 退院困難な要因	☐ 認知症 ☐ 必要な介護を十分に提供できる状況でない ☐ 退院後医療処置が必要 ☐ その他 ☐ 無	☐ 排泄に介護を要する ☐ 介護保険が未申請	☐ 急性呼吸器感染 ☐ 緊急入院 ☐ 入退院を繰り返している
援助内容	☐ 受療援助 ☐ 社会的問題 ☐ 介護保険	☐ 受診援助 ☐ 経済的問題 ☐ 福祉サービス ☐ 関係機関調整 ☐ 施設	☐ 退院調整 ☐ DV・虐待 ☐ 心理的問題 ☐ その他 ☐ 転院
本人の希望	☐ 自宅 ☐ その他		
家族の希望	☐ 自宅 ☐ その他	☐ 施設	☐ 転院
医療処置の状況	☐ インスリン自己注射 ☐ 人工呼吸器 ☐ 吸引 ☐ 尿道バルーン留置 ☐ 腸瘻 ☐ 褥瘡処置 ☐ 在宅酸素療法 ☐ 無 ☐ 療育手帳	☐ 自己導尿 ☐ 気管切開 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 胃瘻 ☐ 疼痛管理 ☐ 血液透析 ☐ 該当なし ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 身体障害者手帳	☐ ストーマ ☐ 創処置 ☐ 吸入 ☐ 腹膜透析 ☐ 経鼻 ☐ 服薬管理 ☐ 介護保険 ☐ 特定疾患
社会保障制度			
介護保険	あり・なし		
食事手段	☐ 自助具 ☐ 常食	☐ 箸 ☐ 糖尿病食 ☐ 全粥	☐ スプーン/フォーク ☐ 軟飯 ☐ その他
食事内容	☐ 心臓食 ☐ 刻み食 ☐ 入浴 ☐ 陰部洗浄 ☐ 洗髪 ☐ おしぼり使用	☐ 手浴 ☐ シャワー浴 ☐ 沐浴 ☐ 足浴 ☐ 散髪 ☐ 髭剃り ☐ 導尿 ☐ 尿器 ☐ 洋式トイレ	☐ 清拭 ☐ リフトバス ☐ ドライシャンプー ☐ 坐浴 ☐ 整髪 ☐ 便器 ☐ 和式トイレ
入浴・清潔手段	☐ 爪切り ☐ 化粧 ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿道バルーン留置 ☐ おむつ		
更衣・整容手段	あり・なし あり・なし あり・なし		
排泄レベル	☐ 独歩 ☐ 歩行器 ☐ バギー	☐ 杖歩行 ☐ ストレッチャー ☐ 老人車	☐ 介助歩行 ☐ 車いす
尿意 便意 便失禁			
移動レベル	あり・なし あり・なし あり・なし		
移動手段			
見当識障害 記憶障害 コミュニケーション障害	☐ 褥瘡対策チーム ☐ 臨床心理士 ☐ 糖尿病チーム ☐ 栄養士 ☐ RST ☐ かかりつけ医 ☐ 言語療法士	☐ 薬剤師 ☐ 転倒転落チーム ☐ 歯科衛生士 ☐ 感染対策チーム ☐ ケアマネジャー ☐ 作業療法士 ☐ その他	☐ NST ☐ MSW/PSW ☐ 緩和ケアチーム ☐ 訪問看護師 ☐ 理学療法士 ☐ 保健師
連携している医療チーム・他職種			

● 結果

表1の通り、退院支援テンプレートには榊原記念病院および東邦大学医療センター大橋病院においては、心不全診断自身を退院調整が必要な疾患としていた。退院支援テンプレートの項目には患者の在宅酸素などの医療処置の必要性、生活可能性、社会保障制度の活用などが含まれていた。これらからまず、我々は表3のように合計34個のデータの単位化を実施した。それらのデータ単位を3つのグループで再度構造化した結果は次の通りである(図1、図2、図3)。

問題点の抽出における議論の中でも、①患者個人の身体的能力、②住環境、③保険制度、④社会・ソーシャルというグループ編成が行われた。これらの構造化された、グループ同士の関係は図3に示される関係に近く、①患者個人の生活能力は身体的能力と家族を含めて、②住宅環境の中で評価されうる。また、これらの環境は大きく、④社会および③制度の中で構築され、対応されるものとされた。

実際の行為に落とし込む議論の中では、③④と

いった背景因子を考慮しながら、①②に対応するということが重要であるとされた。その中で、通常の疾病における診断・治療以外で考慮すべき内容を考察し、かかりつけ医が単独で評価および実践するためには生活環境のアセスメント、家族・ケアギバー(介護者)のアセスメントとマネジメント、独居高齢者・老々介護・介護との連携、患者・家族への教育・生活指導・社会保障制度の利用という課題に対して、「一人での生活能力」「家族の介護力」の有無で分類することとした。実際のアルゴリズムは図4のようになった。

まず患者個人が一人での生活能力が十分認められる場合には、医学モデル・疾病管理が中心となり、一人での生活能力が低い場合には、さらに家族の介護力の有無により分岐する。家族の介護力が得られない場合には、特に医学モデルのみではなく、生活を保持するためのより多くの社会的資源投入が必要となること、つまり生活モデルの重みが増すことをアルゴリズム内の生活に関する社会資源介入の必要性の幅で表現した(図4)。

表3 退院支援テンプレートの項目のデータ単位化結果

ADL	トイレ・排泄
介護力	寝具
介護認定	保険・制度
身体障害者手帳	介護・養育
サービスの利用	生活困窮の有無
家族構成	認知機能
食事	意欲
清潔	医療費の不安
洗面・歯磨き	担当ケアマネ
更衣・整容	医療処置：透析、ストーマ、在宅酸素、気管切開など
移動	就労・社会復帰の不安
買い物	訪問看護
調理	知的・精神・身体に関わる障害者相談員の有無
禁煙管理	コミュニケーション障害
連絡	保健所・児童相談所との連携
住宅環境	虐待
浴室	服薬管理

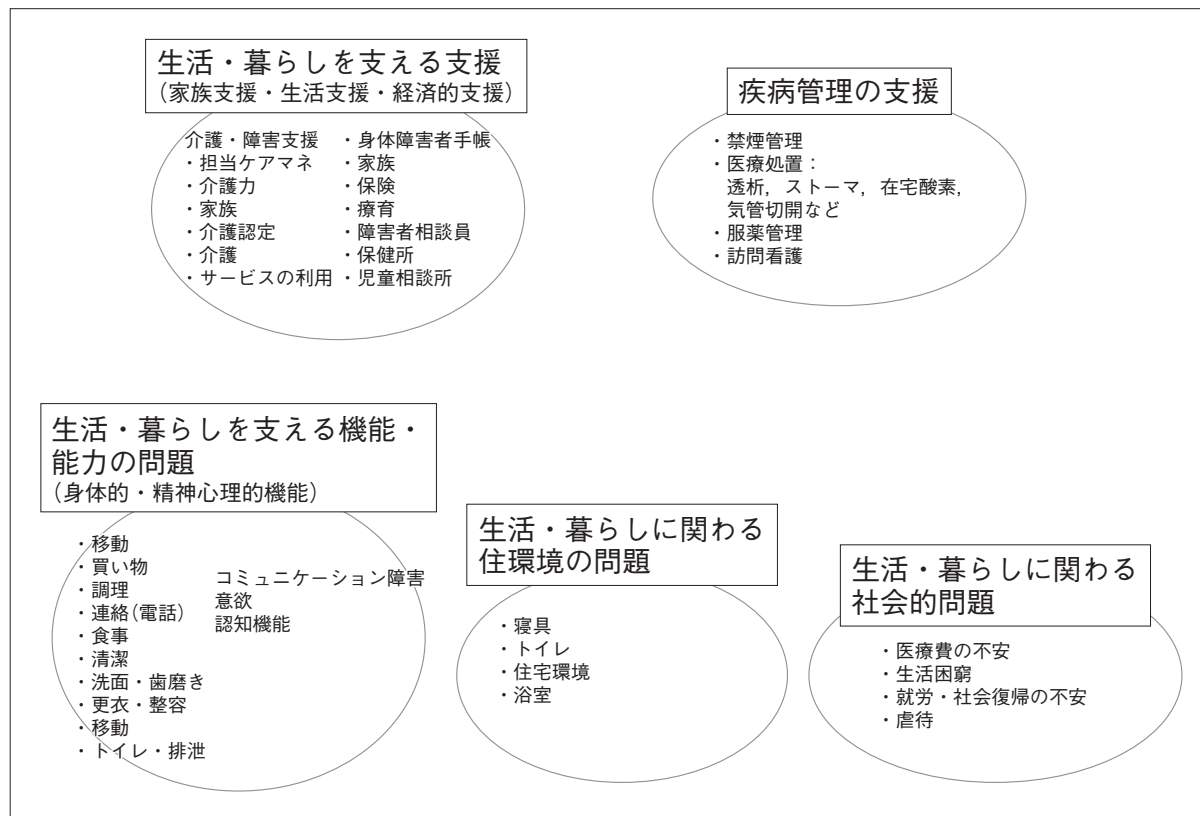


図1 構造化の例①

● 考察

今回、心不全のかかりつけ医における多職種連携のための要素抽出を実施するために、退院支援テンプレートの分析を実施し、それらの構造的解析の結果を参考に、かかりつけ医における多職種への介入の目安となるアルゴリズムを構築した。

まず、これらの退院支援スクリーニングシートにおいては、「心不全」という診断名自身で、疾患自体が退院調整・社会的資源の必要性があると考えられている施設も認められた。心不全の疾患特異的に、再入院が多いということもあるが、高齢であるということも非常に重要な役割を果たしていると考えられる⁶⁾。したがって、心不全という疾患特性から診断した時点から多職種介入を考慮する必要があるともいえる。

我々は病院の退院支援スクリーニングシートを解析することで、アルゴリズムを作成したが、今回のアルゴリズムは退院時に相当する心不全患者においてのみではなく、外来で診療可能な心不全を診断した時点および、その他の安定した心不全にも一般化可能であると考えている。退院後は疾病管理に加えて実際に生活して初めて顕在化する生活上での問題も認められる。これらの問題抽出および生活問題の解決を、日常の外来時間の間にどこまで実施するのかは、各医師の個人の裁量範囲内において実践されているのが実情である。また、時間的観点からも限界がある。大学病院の専門外来のみではなく、プライマリ・ケア外来でも1人あたりの診察時間は長くととも10分以内とされている^{7,8)}。極めて短い診察時間内に、詳細な生活問題の抽出と問題解決の議論は極めて難しいと予測される。そこで今回のアルゴリ

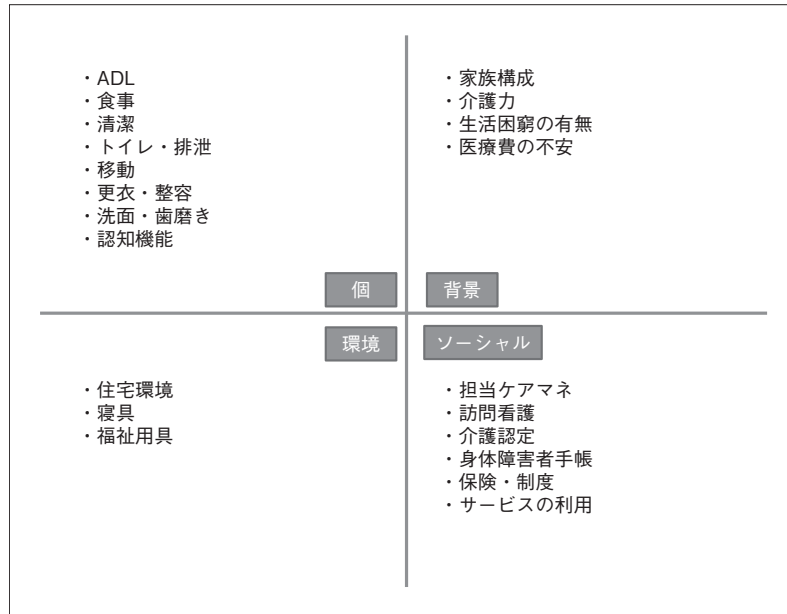


図2 構造化の例②

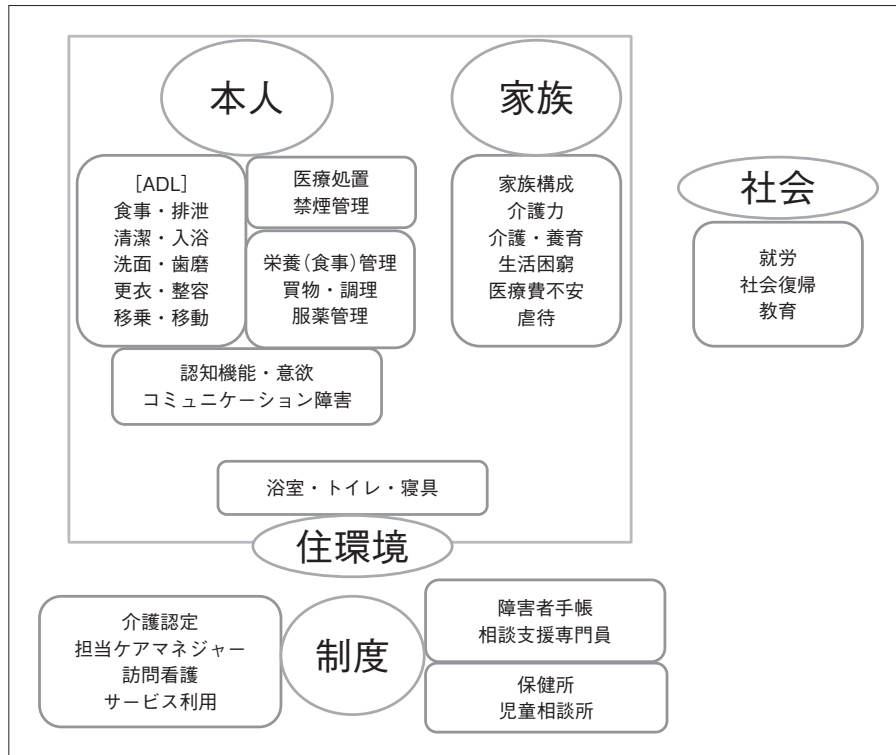


図3 構造化の例③

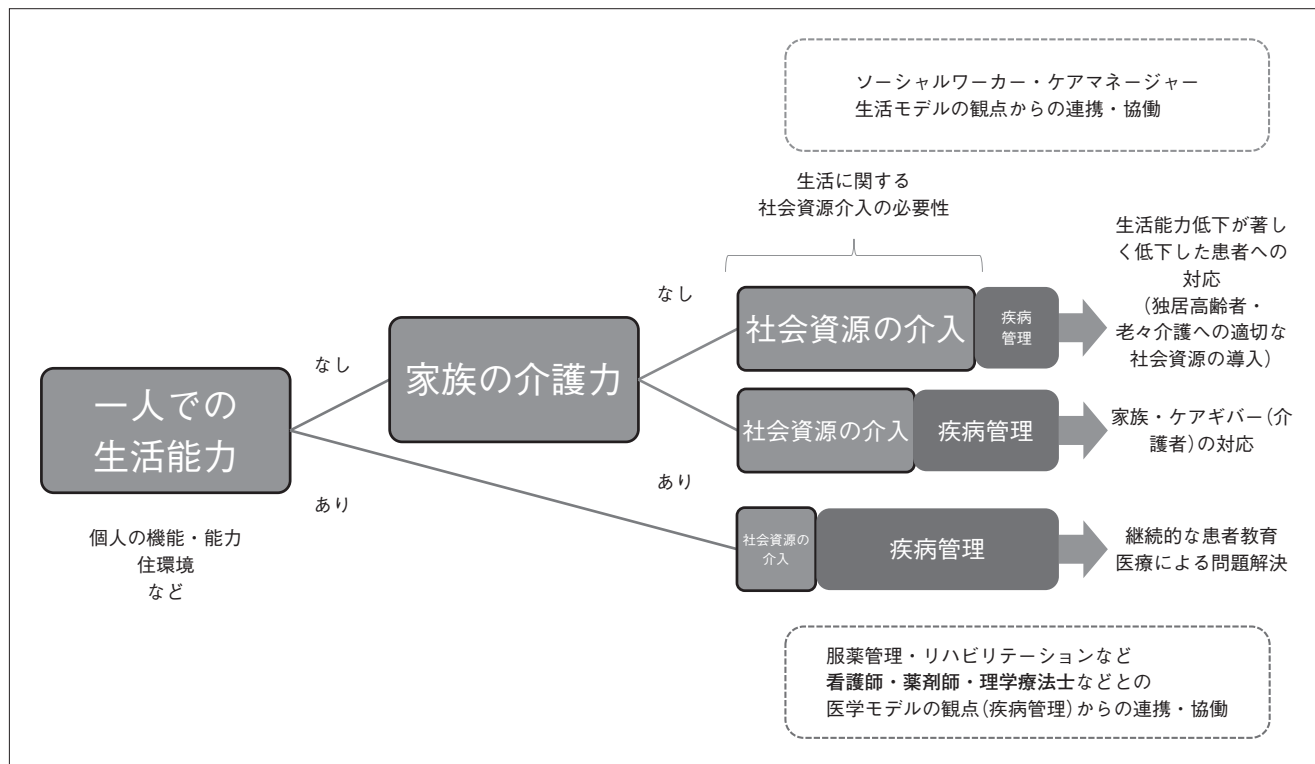


図4 多職種連携するための患者評価アルゴリズム

ズムのように非常に限定した社会背景にまず焦点を置くことで、適切な割合での多職種の有効活用が実現できると考えられる。心不全においては疾病管理プログラムを多職種で行うことで、再入院を含めた長期予後を改善する効果が報告されている⁹⁾。アルゴリズムを用いることで、より効率的に疾病管理プログラムを多職種で導入することが可能となる可能性はある。

①患者個人の身体的能力、②住環境、③保険制度、④社会・ソーシャルというカテゴリーの中では、②～④においては、疾病管理プログラムに加えて生活のサポートが必要となるが、実際の社会保障システムに応じてソーシャルワーカー・ケアマネジャーが個別に選択し、対応しているのが実情である。ソーシャルワーカーがこの領域に有効であるのは、ソーシャルワーカー・ケアマネジャーの業務内容が“生活モデル”に密着しているからである。生活モデル

は、古くから“疾病モデル”・“医学モデル”への批判から登場してきた。生活モデルは「問題を病理の反映としてではなく、他人や、者・場所・組織・思考・情報・価値を含む生態系の要素の中の相互作用の結果として捉える」思考枠組みとして理解されていた¹⁰⁾。以降、人のコンピテンス(competence)、パワー(power)という観点で人と環境の接点の相互接触面(interface)に介入することが理論的に検討されてきた。しかし、このような演繹的な検討により構築されてきた介入方法のエビデンスは極めて少ない¹¹⁾。リハビリテーションの領域でも伝統的な医学・治療モデルから生活モデルへの展開を理論的に実践している報告もあるが¹²⁾、実際に実臨床の医師においてこれらを有効活用できるように検討している報告はほとんど認めない。今回のアルゴリズムは医学モデルと生活モデルを共存させるために現実的に実践可能で、重要なイメージコンセプトだと考え

ている。

また、本アルゴリズムは特に心不全を対象として作成されている。前述の通り、生活モデルのみではなく、長期的な疾病管理プログラムを中心とした医学・治療モデルは基本にありながら、生活モデルを当てはめるという考え方は循環器領域、特に心不全において必要である。2018年に改訂された心不全ガイドラインにおいても心不全増悪リスクの高い独居・高齢者・認知症合併患者における社会資源の活用は推奨クラスⅠとなっている。疾病管理プログラムの中およびその関連する生活モデルに影響を与える適切な社会資源介入で推奨度を高く明示しているガイドラインは他には認められない¹³⁾。薬剤アドヒアランス・塩分制限などの食事管理・運動など生活と治療介入において、多職種との適切な介入が予後を改善しうる疾患として心不全における多職種連携モデルは、今後の心不全以外の領域へ参考モデルとなる可能性が高い。

今回のアルゴリズムは、より具体的に介入する場面、つまり2019年現在の日本における生活モデルの中心となる要素が考慮されている。ようやく介護や育児の分野ではケアの社会化が徐々に進んでおり、必要なサービスを家族内で賄うのではなく、契約に基づいて家族以外から購入することが一般的になりつつある¹⁴⁾。アルゴリズム内で、一人での生活能力および家族の介護力という2点に焦点を置くことはこれらの社会的背景にも大きく関連している。しかし、繰り返し注意していただきたいのは、医療モデル・生活モデルは共存・オーバーラップするものであるということである。例えば、一人での生活能力が高い患者においては疾病管理、医療モデルが中心となるが、この場合においてもソーシャルワーカーなどによる服薬管理、訪問薬剤師の調整といった社会的資源による疾病管理は忘れられがちである。以前に比較してケアの社会化が進み様々な新しい制度・複雑なサポートが可能となってきたことがあり、どのような患者においてもさらなる介入の可能性を考察するために、多職種間での情報共有が重

要となる。もちろん、逆に一人暮らし、かつ家族の介護力がない、生活モデルが重要な患者においても、エビデンスに基づく疾病管理プログラムが医療モデルとして適切に実施されているかの確認が重要であることは言うまでもない。

● 研究限界

今回の検討でアルゴリズムは作成できたが、実際の研究としての研究限界も存在する。まず、今回のKJ法においてはデータの構造化を行った後は、本研究の目的としてのアルゴリズム作成のため、構造化の叙述化はただ叙述化するだけではなく、一般化したアルゴリズムを作成するところに焦点を置いた。したがって、一つ一つの叙述化より全体像の構築に重きを置いた。これは通常のKJ法の観点では目的が情報共有に置かれがちなのに比して、「群盲象を撫ず」理論モデルに基づく全体像構築に近い。したがって、一般化での問題、特に詳細な点、除外される対象が一定数いることを認める必要がある。特に、アルゴリズムは外来診療におけるかかりつけ医にも使用可能とするために作成している。ただし、重症心不全における終末期と考えられる病態では一人暮らしであっても社会的資源介入が必要であったりする例外的な要素は認められる。さらに逆にStage Aのリスク段階にある心不全では一人暮らしである場合に全症例で社会的資源介入の相談は過剰な介入とも考えられる。したがって、これらの対象に関しては注意が必要である。ただし、入院・退院に相当するStage C期の安定した心不全においては今回のアルゴリズムはある程度妥当であると考えている。

また、アルゴリズムの作成においては、今回の参加者のみでの検討であり、また参加メンバーの妥当性に関しては議論の余地がある。もちろん多職種ではあるが、職能領域の代表として適切かどうかということに関してはまだ議論されるところであり、さらに患者などの視点を入れていないことも課題である。これらの研究限界を考慮すると、どの領域に適用可能であるかどうかを再度考察する必要がある。

しかし、これらの研究限界を踏まえても、過去にかかりつけ医における多職種連携の参考となるアルゴリズムは認められない。今後の検証が待たれる。

● 結論

今回我々は退院支援テンプレートをデータ単位化・構造化分析しながら、議論する中で、かかりつけ医における心不全管理の疾病管理および生活モデルを考慮した、多職種連携のためのシンプルなアルゴリズムを検討した。今後の科学的検証が待たれる。

謝辞：榊原記念病院，鳥取大学医学部病態情報内科学衣笠良治先生，東邦大学医療センター大橋病院，聖路加国際病院退院調整看護師松本明子様，久留米大学柴田龍宏先生ならびに各施設の先生方の退院支援テンプレートの提供につきまして感謝申し上げます。

平成 30 年度厚生労働科学研究磯部班「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」(H30-循環器等-一般-002)における研究費の元に実施した。

文 献

1) 三浦正暢，坂田泰彦，下川宏明：心不全パンデミック。

- Pharm Med* 2018 ; 36(12) : 9
- 2) Okura Y, Ramadan MM, Ohno Y, et al : Impending epidemic. *Circ J* 2008 ; 72(3) : 489-491
 - 3) 新森加奈子，木村琢磨，松村真司：我が国におけるケア移行という概念—病院を退院した患者の診療所外来へのケア移行を中心に—。日プライマリケア連会誌 2018 ; 41(1) : 18-23
 - 4) 山浦晴男：科学的な質的研究のための質的統合法(KJ法)と考察法の理論と技術。看護研究 2008 ; 41(1) : 11-32
 - 5) Nagel R : Unraveling in guessing games : An experimental study. *Am Econ Rev* 1995 ; 85(5) : 1313-1326
 - 6) 渡辺 徳，森川 剛，久保田 健，ほか：地域連携パスから発展した心不全の地域包括ケア～多職種協働による薬物療法管理～。YAKUGAKU ZASSHI 2018 ; 138(6) : 797-806
 - 7) 濱田久之：3. 効率的な内科外来診療の進め方。日内会誌 2018 ; 107(3) : 499-504
 - 8) 木佐健悟，川畑秀伸，前沢政次：日本国内の診察時間研究の現状。日プライマリケア連会誌 2011 ; 35(1) : 37-44
 - 9) 眞茅みゆき，筒井裕之：心不全の疾病管理プログラムと心臓リハビリテーション。呼と循 2011 ; 59(3) : 267-274
 - 10) Germain CB, 小島 蓉, Gitterman A : エコロジカル・ソーシャルワーク：カレル・ジャーメイン名論文集。東京：学苑社；1992。
 - 11) 山口真里：ストレングスに着目した支援過程研究の意味。福祉社会研究 2005 ; 4 : 97-114
 - 12) 眞鍋克博，榎 宏朗：地域・在宅リハビリテーションにおける医学モデルから生活モデルへの展開。明治学院大学社会学・社会福祉学研究 2015 ; 145 : 19-30
 - 13) 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン：急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017 年改訂版)
 - 14) 吉岡京子：日本の保健師による分野横断的支援と今後の課題。保健医療科 2018 ; 67(4) : 350-359