

医療と福祉の連携セミナー

「那賀地域における医療・福祉・行政の連携」
～本物の繋がりを作り上げるための試み～

■日時：平成28年1月19日（火）14：00～15：30

■会場：フォルテワジマ4F イベントホール

■講師：医療法人整友会 安川診療所 院長 安川 修氏

1. はじめに

私は、数年前に医師会の理事になったとき「医療と介護の連携を進めてください」と言われて途方に迷いました。何をどうやっていいのかわからなかったからです。多分、今から連携を始めようとする方々も、何から手を付けてどう進めていったらいいかわからない点も多いのではないかと思います。当時の私にとっては、医療と介護の連携は、正直雲をつかむような話でした。

現在まで手探りながらやってきたことを振り返りながら、考えたことなどを聴いていただき、参考にできることがあればと思います。



2. 在宅医療のはじまり

実際に患者さんの家に行ってみるまで、在宅医療とはどんなものか想像が付きませんでした。

在宅医療をやり始めて20年以上経ちますが、在宅に行きだしてすぐにわかったことと言え

ば、医師一人だけでは在宅医療を行うことは無理だということでした。私達は病院や診療所で医療だけを担当すればよかったのですが、実際に患者さんの家に行くと、医療というのは患者さんの生活のほんの一部にすぎないことがわかります。医師は患者さんの生活の中の医療の部分を担っているだけで、患者さんの生活全部をカバーすることはできないのです。

たとえば医師に「お風呂入ってよろしいか」と尋ねた時、医師はすぐに答えられない場合が少なくありません。どういう環境でお風呂に入っているのか、その家の造りや気温とかがわからないため、許可を出そうにも簡単には判断ができません。

でも実際家へ行って見てみると、これは到底入浴できそうもない環境だと思うこともあれば、訪問入浴を見てみると在宅での入浴も十分可能であるなどといったことが判断できます。そういった生活の面に関して医師は学んでいません。それらの面を支える人が必要であるということがすぐにわかります。在宅医療とは最初から他職種との連携ありきの医療なのです。

ところが現実はいまうまく連携ができてはいません。別に各職種が対立している訳ではないし、患者さんを支えるという同じ目的でそこに来ているはずなのに何かぎくしゃくしています。医師同士もお互い敵対している訳ではないのに、いざ連携となると何故かぎくしゃくしてしまうことが少なくありません。なぜうまく

連携ができないのだろうと考えたわけです。

3. 連携のメリット

例えば、地域の診療所と病院との間でしばしばやりとりされることといえば、①容体が急変した時にはいつでも受けてほしい、②紹介状を書いたら必ず返事がほしい、③状態が落ち着いたのであればいつまでも病院で診ていないで早く診療所に返してほしい、といったことだと思います。

病院から診療所へは、①紹介状を持った患者さんの割合が重要となる場合などは特に紹介状を書いてほしい、②長期入院は難しくなっているので、ある程度の時期がきたら多少状態が不安定でも町の診療所で受けてくれないかといった申し入れがなされます。

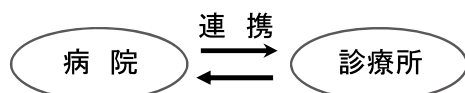
もしこれらがその通りに実現できれば、患者さんの急変時には安心ですし、紹介状を通じて情報のやりとりがちゃんとできれば医療の継続性も保てるし、軽症の患者で病院を煩わせることもなく、こういった連携のメリットは決して少なくないと思われま

4. 連携が進まない理由

何故、連携が進まないのか

「診療所」という機関と「病院」という機関を結びつけるのは何なのか？

それを理解せずして、メリットがあるという理由で矢印で結ぶだけでは本当の意味での連携は構築できない



ところが現実には、夜に容体が急変して連携病院に連絡すると担当の医師がいないという理由で受け付けてもらえないことは少なくありません。そうすると「あの病院は連携しているのに急患を受けてくれない」といった話になってしまいます。

でも冷静になって考えてみれば、当直の眼科の医師が骨折の患者を引き受けた結果、経過が思わしくなければ後で訴訟になることもある訳で、病院には病院の事情があることは言うまでもありません。こういった例はどこ地域でも当たり前のように起こっています。

私達とはもすれば連携の結果得られるメリットばかりに目が行き、そのメリットが相手のどんな努力によってなされているのかといった基本的なことを忘れてしまいがちです。そのメリットを達成するために相手に頑張らせるという構図だけでは、いい連携ができなくて当たり前です。

機関と機関を矢印でつなぎ「連携」と書いただけでは連携はうまくいかないのは、この中にある人間という要因を理解できていないからで、ここの理解なくして本当の連携を構築することに無理があるのだと思われま

医療と介護の連携では、ケアマネジャー（以下、ケアマネ）がケアプラン策定に際し、月・水・金はデイサービス、火・木はヘルパー派遣と訪問看護を計画したケアプランを持って私の所に来て、先生の往診はどうしますか？などと、すでに土・日しか空いてないプランを見せられた段階で、私は仲間と見てもらえていない事がわかります。

そうは言ってもケアマネも大変です。あちこちの声を聞くにつけ、悪く言えばみんな自分勝手、連携は面倒くさい、連携でごちゃごちゃ言われるのであれば自分達でやっている方がまし、医師は悪い時だけすぐに診てくれたらいい、連携なんてあまり役に立っていない、などといった声が聞こえ、その調整に苦労することだってあるのです。

みんな頑張って連携しましょうということになっても、一度トラブルが発生すると全部が壊れてしまうことだってあります。実はこういったことを今まで何度も繰り返して来たような気がしています。

5. 連携とは自発的にするもの

繰り返しになりますが、私が考えたのは、病診連携の場合、病院は救急はできるだけ受ける、紹介状の返事は返す、患者があまり重症でなくなったら診療所に返す、診療所は紹介状をできるだけ書くなどといった連携は本質的には決して間違っていないのに何故うまくいかないのだろうということです。

結論から言えば、それは「連携しているのだからやれ」と人から言われるからかもしれません。人間は人からやれと言われればあまりいい気はしません。人間は人から言われて容易に変わることは絶対にないのです。だから他から「連携しているのだからこれはやるべきだ」と要求されるような連携は得てしまううまくいかないものです。

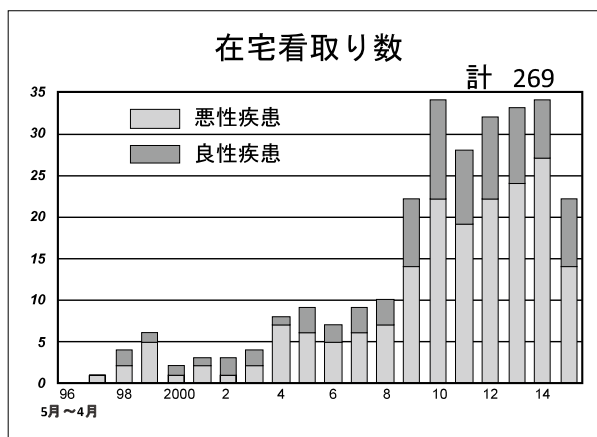
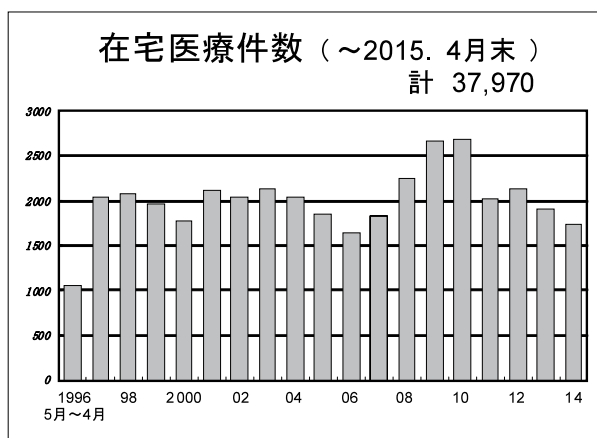
でも、自分から自発的にこれをやろうというような連携だと、結果として上記と似たような目標になったとしても意外とストレスなく回って行くものです。結果から見ると、お互い「やれ」と言いあった連携と内容はそれほど変わっていません。ではなぜそれがストレスなく達成できるのか、それは人に言われたのではなく自分から自発的にやると言ったからに他なりません。

「要求突きつけ型の連携」はうまくいきません。実際に連携をするのは機関ではなくそれを構成する人間だからです。人間は人からやれと言われれば多少ともストレスを感じます。特に自分が疲れている時などにそれ以上のことをやれと言われれば不愉快になって当たり前です。さらにそのことについて「何でやらないのだ」と言われたりすれば、せっかく芽吹いてきた連携の芽もたちまち枯れて無に帰してしまいます。連携というのは、図で簡単に表せるようなものではなく、もっと人間的で泥くさいものであると考えています。

図で機関と機関をつなげて、この間をICTを駆使して結んでみても思ったほどうまく動かないことはよくあることです。連携とは人間同士

が繋がるものであり、この部分を頑張らないとうまく回っていかないのです。

6. 在宅医療の考え方の変更



当診療所の在宅医療件数は2015年4月まで約3万8千件でした。今後この数字がどうかわかりませんが、最近の傾向を見るとずっと減少傾向にあります。今年はさらに減る予定です。別に在宅の患者さんを制限しているわけではないし、実際在宅患者数は減っていません。それが証拠に在宅看取り数は減少しておらず、ここ数年、年間30～40件で推移しています（15年度は年度途中の集計）。

在宅医療の回数が減ってきているのは私が考え方を変えたからに他なりません。当初は何でもかんでも自分でやらなければ気が済まなかったのですが、現在はターミナルの方でも週に1度、多くて2度程度の訪問になっています。かつては患者さんの状態が心配で、毎日、下手したら朝晩に訪問したりしており、誰にも頼れず

自分が頑張らないといけないという思い込みがあったのです。ところが現在は大抵のことは訪問看護、介護、ケアマネに任せておけばいいと考えるようになり、私は必要以上に現場に介入しなくなりました。

一昔前では在宅にいることが考えられないような重症患者でさえ、現在は訪問看護がほとんどすべて対応してくれます。私は時々顔を出して責任の一端を背負っているというぐらいなもので、実はターミナルの方は看護と介護がしっかりしていれば十分に対応できることがわかりました。医師が中心になって終末期を仕切り出すと意外とろくなことにならない場合だってあるのです。お互いの連携が充実するにつれて多職種を理解し、それによって私自身が考え方を変えたため、患者さんの内訳はあまり変わっていないのに往診回数が減って榮をしています。だから余裕が生まれて新しいことを考えようという気持ちにもなるわけです。

7. 対応できる連絡先が必要

実際にあったケースをお話します。

72歳の女性でパーキンソンかつ重度の認知症の方で、寝たきり状態ですべてにおいて全介助が必要な方です。とある日曜日に介護者の呼吸状態が悪化し、救急搬送が必要になってしまい、上記の患者さんが在宅で一人で取り残される状況となってしまいました。

私はいろいろな施設に電話して短期間のショートステイを依頼しました。しかしながら全部断られる結果となってしまいました。それは日曜日でショートステイや入所の担当者がお休みだったことも大きかったのです。

皆さんはどうですか。24時間、休日や夜間でもこのような電話が来たら対応できる体制が整っていますか。これは今後、決して起こりえないケースではありません。

重症化もしていない認知症の方を緊急入院させてくれる病院を皆さんは確保していますか。短期間でもすぐ部屋を用意してくれる施設はど

こにあるのですか。日曜日に対応してくれる行政の担当者やケアマネはどこにいますか。助けてくれる方がいたとしても、私はそれをどこで知ればいいのでしょうか。

この時、困ったときに連絡できる場所が絶対必要だと考えました。今後、地域包括ケアを進めていくにあたり、さまざま状況に一人が全て対応することは不可能であり、このようなセーフティネットは絶対に必要です。医師は医療のことは専門でも介護や生活のことはわかりませんし、訪問看護師だって介護サービスの事も含めすべてに対応できる訳ではありません。介護の方は医療の対応は難しいでしょう。

医療ならこの人、介護ならこの人、認知症ならここというような場所を決めて、そこに連絡ができるようにすればいいというふうに考えたわけです。そこが全てのことに対応できるということではないにしろ、そういったことが各部門の顔になるのだと思います。そこへ連絡すれば一緒に悩んで考えてくれるようなシステムがあれば十分です。そうすれば在宅医療をやるにしても、介護や看護の方々も安心して仕事ができるのではないかと考えています。

問題は どうやって つくるかです。

8. 在宅医療部会の設立



私が最初に考えたのは、医師会が各専門職を集めてこのような体制をつくれと言っても、あまりうまくいかないだろうということです。

だからまず最初に、医師が率先してやろうと考え医師会に在宅医療を行う医師同士の連携を提案致しました。

病院から在宅に帰ることを希望する方に、医師が対応できないという理由で家に帰れないということがないようにしたいという目標を立て、平成24年3月に「在宅医療部会」を立ち上げました。

例えば、今、どうしても手が離せないので代わりに往診を依頼するとか、あるいは遠くの学会へ行くので、その間に在宅患者さんにもしものことがあったら対応をお願いするといったことを目標とすることなどを提案しました。

医師同士は仲が悪くなくても意外とこういったことは頼めないものです。

初めて診る人なんか看取りに行けない、あるいは、代わりに在宅に行って何か問題が発生したらどうするとかで尻込みしてしまいます。確かにそういった不安はありますが、私はあえてそれをやろうと提案しました。

先日も、他の先生が不在の時に代わって私が看取りに行きましたが、何の問題も起こりませんでした。実際にやってみると、こういった連携はそれほど難しいことではなさそうです。

現在、私達の地域ではそこまで連携が進んできています。在宅医療を行う医師またはバックアップする医療機関は34名です。さらに在宅医療を行わなくても（主治医にはならない）、ボランティアでいろいろな相談に乗ってくれる医師が27名（皮膚科・眼科・耳鼻科等）、さらに医大など大きな病院の専門の医師、場合によっては入院の相談にもものってくれるような方も所属しています。

その結果、3年半を経過して各医療機関から在宅医療部会に52名の相談があり、相談のあった全ての方ですみやかに担当医が決まっています。

なお、在宅医療部会は在宅患者を囲い込むためにあるのではなく、かかりつけ医がいない時にのみ担当医の決定を致します。

9. メーリングリストの活用

メールは非常に有用なのですが、例えば皮膚科、眼科、整形、精神科などそれぞれの科のことを相談しようとするとかくさんの方々のアドレスを管理する必要があります。

在宅医療部会のメーリングリストのアドレスにメールすると、同じ内容のメールが会員すべてに一斉送信されます。もちろんその返信も全員に送信されます。時には自分に関係ない話題も飛び交うわけですが、その時にでもそのメールを見て勉強ができることになります。

メールなら、情報をやりとりしている医師だけが内容を知ることになるわけですが、メーリングリストに所属している全員がこういった情報から学ぶことができます。これはお互いがレベルアップするためにとっても有効だと考えています。

難しい話ばかりではなく、時に失敗談なども投稿されますが、そういったことを通じておぼろげながら相手の顔が見えることになります。型にはまった紹介状だけの情報のやりとりではわからないような相手の姿が見えます。このシステムの運用を始めてから、会員同士の距離が近くなった気がしています。

10. 行政とのかかわり

私達は各病院に紹介された患者さんは必ず受けるといって実際にすべてのケースを受けてきましたので、現在では私達の地域に病院から患者さんを送りだそうとする時に、担当する医師が見つかるだろうか心配する病院はありません。

さらに私達は病院の地域連携の方々と何度か集まって食事会を催しました。

このように直接会って話をするだけで病院と私達の距離もすごく近くなりました。直接会って話をするだけで顔の見える連携とは言いません。でも、実際会って話をするのが連携を進めて行く上で最も大切なプロセスであると考えています。言葉（情報）だけが行き来する

連携は、時として思わぬ誤解を生むこともあります。私たちはまだ、言葉だけの情報でうまくやりとりするほどICTには慣れていないのかもしれないかもしれません。

また、私達の地域の連携は行政の方々の協力なくしては語れません。

例えば私が「集まれ」と言ってもそれほどインパクトはありませんが、行政の人が公文書のような形で連絡すると、みなさん目を通してくれるものです。

だから私達は行政の人達といい関係を作って協力してもらおうと考えました。実際、集まってもらいたい時に、私達では訪問看護、介護保険施設等々、誰に伝えればいいのかさえわからないのです。でもその情報は行政にはあります。だからどうしても行政の協力は必要となります。

11. 各部会での取り組み

介護保険施設部会

- 11施設の看護師・介護士・相談員等
(20名前後)
- 施設における看取りに関する研修会
- 平成23年度・・・看取りの寸劇
- 平成24年度・・・看取りのDVD作成
- 平成25年度・・・DVDを用いた研修
- 平成26・27年度・・・病院部会との連携等

病院部会

- 8病院の地域連携担当者(15名前後)
- 退院時看護サマリーの統一
- 老人施設に入所時の診断書の検討
- 病院看護師、地域連携、訪問看護師との意見交換
- 退院調整ルール策定事業
(ケアマネと共同実施)

私達の地域では介護保険施設が集まる部会、病院が集まる部会、訪問看護が集まる部会等、

いくつかの部会があります。

介護保険施設部会では施設職員の参加者を募って看取りの寸劇を行い、さらに同じく施設職員が出演する看取りに関するDVDを作成し、それを用いて各施設で研修を続けました。その結果、私たちの地域は施設での看取りの数が非常に多くなりました。

嘱託医の先生方が「施設では無理かもしれない」と考えても、看護師や介護の方々「私たちはここで看取ってあげたい」などという施設も出て来ました。私たちの地域では、自宅と施設を合わせると3割程度の死亡率となり病院死が7割を切っています。これはすごいことだと思っています。

病院部会は各病院ばらばらだった看護サマリーを統一しましたし、各病院と介護施設でこれまたバラバラだった食事メニューを統一し、病院や施設間を移動する時に役立てました。

その他に訪問看護部会や介護支援専門員の意見交換会も行っています。

私達の地域では、各職種、あるいは多職種が集まって話し合いや研修を行うなどということは、もはや当たり前前の光景となりつつあります。

12. 有意義な連携。LINEの活用

最後に、病院と地域の壁についてお話します。

病院の経営上、最近ほとんどの病院が在宅の方向を向いています。ところが地域連携と事務方は在宅を向いていますが、医師を含めた大部分の他の職員は在宅のことを考えること自体、いささか煩わしいと思っているのではないかと考えています。

特に病院医師は目の前の患者に一生懸命、手一杯であり、私はこのように多忙な病院医師といきなり連携することは困難としても、せめて病院と有意義な連携が育っていくための突破口はないかと考えました。

幸いにも現在は多くの病院で地域連携室があ

ります。この部門は最初から在宅の方向を向いているといっても過言ではありません。

前にも少し述べましたが、私達は医大、日赤、済生会、那賀病院などといった病院の地域連携の方々と、地域の医療機関の医師が集まって食事会を開くことにより、お互いの顔を見る試みを繰り返し行いました。

やってみるとわかりますが、10回情報のやりとりをするより1回お互いの顔をみて話をした方が距離が近くなります。実際、その後の情報のやりとりはちょっと感触が違う気がするのです。みんなそれぞれに頑張っているんだなどということが何となく感じられたりするのです。このような試みを通じて私は初めて病院を近くに感じる事ができました。

個人の結びつきが強くなると、新しいシステムの提案というのは意外と簡単に受け入れられるものです。平成26年6月、LINEを通じた連携を提案しました。

まず医師会にLINEを用いて情報のやりとりを行うことを提案し、1年間、実際にさまざまな情報のやりとりを行って見た後、平成27年6月に「LINEバンク」というシステムを提案しました。

このLINEバンクはLINE情報を集めるためだけの公的な携帯であり、医師会と那賀病院で折半して費用を負担して頂きました。

このLINEバンクに在宅医療に携わるたくさんの方々のLINE情報を集め、必要に応じてLINEグループを作るというシステムです。そうすれば個人の携帯に仕事上のたくさんの方々のLINE情報を入れて管理する必要がなく、それでいて登録している方ならいつでもLINEを通じて繋がる事ができるというメリットがあります。

現在、医師会の緊急連絡網や在宅医療に携わる方々の多職種のグループなどが作られています。

13. まとめ

煩わしい書類仕事が増えるだけの連携であればやっても意味がありません。

また連携は受け身だけではだめで、自分が頑張って作って行ってこそ自分の回りに育っていくものです。

連携の基本は「相手のために自分は何ができるか」です。私は連携を模索する時、いつも「あなたができることをここへ出して下さい」とお願いします。

「自分ができること」を寄せ集めて連携をつくれば、人にやれと言われたものではない訳ですからストレスも感じることはありませんし、意外といいものができるものです。人間として一度いい繋がりができると、それを基本としていろいろなシステムを構築するのは、それほど困難ではないのです。

私は最近、病院に緊急受診を断られた経験があまりありません。私は病院に対して「連携しているのだから受けて当然である」といった意味のことを言ったことはありませんし、反対に病院から「連携しているのだからこの在宅患者を受けてほしい」といった形の受け入れ要請をされたこともありません。

でも結果として、病院から紹介される患者さんはすべて受け、私が困っている時には少々無理をしても病院は助けてくれています。これがもしお互いに要求を突きつけ合うような関係ならこのような関係にはならなかっただろうと思っています。

これは長い間、お互いを知ろうと努力をした結果なのだと自負しています。今後もこのような連携を続けていき、さまざまな方面に広がっていけばいいと考えています。ご静聴、有り難うございました。