



地域包括ケア時代における 多職種連携と医師の役割

出席者 (順不同)	本誌編集委員	司会 (編集委員長)	伴 信太郎 (名古屋大学大学院医学系研究科総合診療医学講座 教授)
			石松 伸一 (聖路加国際病院 副院長, 救命救急センター長)
		ゲスト	若林 秀隆 (横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科 助教)
			角田 直枝 (茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 看護局長)

「地域包括ケアシステム」の構築が推進される中で、その重要性がますます増している医療現場での多職種連携。医療の最前線にいる本誌編集委員が、訪問看護の経験もあり現在は茨城県立中央病院で看護のトップマネジメントをされている角田直枝氏をゲストに迎え、多職種連携の現状と課題を俯瞰し、今後の方向性を示します。

病院の「入口」と「出口」

伴(司会) これからの地域包括ケアシステムを考え、多職種連携をどのようにすべきか、忌憚のないご意見をうかがおうと思います。多職種連携といいますが、人口の過疎、過密、あるいはその中間の地域によって、あり方がずいぶん違うと思いますが、一方で医療の専門職がどうかわるかという点では基本的に共通する部分も多いと思います。その辺りに焦点を当てられればと思います。

それでは、それぞれ簡単にご自身のプロフィールと、これからの地域包括ケアシステムについて考えられている問題点やあるべき姿を簡単にご紹介していただきたいと思います。

角田 今は自治体立の急性期病院で看護のトップマネジメントをしています。もとは病院で看護師として勤務していました。そのとき在宅看護、がん看護に興味をもち、訪問看護ステーションにも5年ほどいました。当

時はちょうど介護保険制度ができる時期でもあり、ケアマネジャー（介護支援専門員）と訪問看護師の役割を同時に担いながら、2つの事業所の所長も兼務していました。その後、訪問看護師の育成にかかわりたいということから、5年ほど日本訪問看護振興財団で教育に専念しておりました。

また、地域に看護を広げるために、何か私がかかわれないかなと思ったとき、自治体立病院の看護部長は、実践もできるし、政策的なことにもかかわれるのではと思い現職を選びました。勤務している病院は500床で、3次救急ではないですが、茨城県で3番目に救急車を多く受け入れていることから、救急医療から高齢者医療まで幅広く行っています。

多職種との協働では、人材不足、教育の課題もありますが、そもそも他の職種の価値観などをもっと知らなければいけないと思いますし、患者側といいますか、国民の意識も変わっていかねばいけないという問題も感じています。

日本訪問看護振興財団
現・公益財団法人日本訪問
看護財団。

石松 私は救急医療を専門としてきました。いわば急性期病院の「入口」となる部署ですが、なぜか今年1月から兼務で相談支援センターの責任者をする事になりました。前任者に「どうして救急の私ですか」と聞くと、転院・退院の調整をするときに一番困るのが「救急で入院した患者だから」ということでした。わかったような、わからないような理由でしたが、実際に、その場に行くと感じることがありました。病院には入口と出口があり、その入口は医療連携であり、出口は後方の病院などへの退院調整になります。病院からみると、その入口と出口の先は外です。ところが、外でその出口と入口は実はつながっていて、退院した患者は、再び悪くなれば、その経路を通して病院へ帰ってきます。病院の中にいる人間は、意外と病院を出た後、患者がどのようなケアを受けているかを知りません。私たちの病院には訪問看護の部門があるので、その人たちは知っているでしょう。

特に若い医師は、退院に関連する法的なこと、システムなどを知りません。そのため、その患者が退院した後、再び入院しても、どういう経路を通ってきたかがわかりませんが、その急性期だけを見ていたのでは、医療全体が見えないということを切に感じています。

若林 私はリハビリテーション科の医師として病院に勤務しています。救命救急センターで患者の退院調整が難航しているのも見えています。大学病院に勤務してからは、自治体の独自のサービスとして、週1回ですが、在宅リハビリテーションにかかわっています。ケースワーカー、理学療法士もしくは作業療法士、私の3人で、障害のある方の家に訪問しています。訪問して診察・機能評価をしますが、患者本人を機能訓練でよくしよ

うというよりは、在宅での生活状況を見て、今の患者の機能を活かしながら、その住まいの中で、よりよく過ごせるように住宅環境の整備に取り組んでいます。段差をなくしたり、リフトを付けたり、ときにはエレベーターを付けることもあります。

ただ実際には、もっと機能訓練をすれば屋外でも歩けるようになるという人が家の中でも車椅子を使っていたり、何とか外出できるように住宅改修したけれど病院に通院する以外は外出先がなく、社会的に孤立しているような方も多くいます。何とか、よりよい暮らしができるようにならないかと思いつながって在宅医療にかかわっています。

伴 病院の「入口」の石松先生と、「出口」の若林先生のお話をうかがいましたが、私は総合診療畑で育ってきました。大学病院ということから、ともすれば先端医療の教育や研究



急性期だけを見ていたのでは、医療全体が見えない



かくた なおえ (茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 看護局長, 日本看護協会がん看護専門看護師)

- 1987年 筑波メディカルセンター病院に入職
- 2002年 筑波メディカルセンター病院副看護部長
- 2005年 財団法人日本訪問看護振興財団認定看護師教育課程訪問看護学科主任教員
- 2007年 財団法人日本訪問看護振興財団事業部長
- 2010年 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 看護局長

Profile

と考えられがちですが、私は総合診療、プライマリ・ケアの立場から、最前線の医療と最先端の医療の両立にかかわってきました。そして最前線の医療は、医師だけの現場ではなく、いろいろな職種が、それぞれの専門性を活かしながら働かないといけない現場であることを痛感しています。

今日は、入口、出口の最前線の現場から縦横に語っていただき、これからの世代を育てていくときの基盤的な情報が共有できればと思っています。実際に今感じられていること、あるいはこれからを見通した問題意識についても述べていただきたいと思います。

病院の出口の課題

角田 人材不足は重要なテーマだと思います。たとえば最近、茨城県の訪問看護師が全体で約500人と聞きました。私たちの1つ

の病院にいる看護師が約500人ですから、これは当然足りない数字です。たとえば急性期病院では、救急で入院されても、ほとんどの方が1週間ほどで退院されます。その中には、一時的にADLが下がる方がおられます。それで訪問看護を依頼しようと思っても、訪問看護師が手いっぱいに対応しきれない状況があります。

また、入退院を繰り返す方の場合、ケアマネジャーに依頼して、その辺りを踏まえたフォローをしてもらおうと思っても、対応できる人が手いっぱいの状況で、不慣れな人に依頼しなければならないということもあります。つまり、人はいても、質が足りないということもあります。

病院の循環器内科病棟に勤務していたとき、入退院を繰り返す人がいました。そのときは「薬を飲み忘れているのだろう」「生活指導がきちんとされていないのだろう」と思っていました。その後、訪問看護師になったとき、その方のところへ行くことになりました。実際に訪問すると、生活環境が整っていないことなど、いろいろなことがわかり、主治医と相談のうえサービスを組み立てなおすと、入退院を繰り返さなくなったことがありました。

伴 組み立てなおすということは、具体的にはどういうことでしょうか。

角田 70歳代の女性で、10年以上前に弁置換術を受けられていましたが、心不全を繰り返すようになって、もう一度、弁置換を行うのか、循環器の医師も迷っていたケースでした。その後、自宅で転んで大腿骨を骨折され、訪問看護が必要ということになりました。訪問すると、その方は軽度の認知症がある夫を介護しておられ、本人が介護者だったことがわかりました。心不全でありながら家事全般をされていたのです。買い物なども、ご自

日常生活動作 (activity of daily life: ADL) 食事、排泄、移動、入浴など日常の基本的な動作のこと。一定の基準で数値化し、高齢者の自立生活能力を判断する基準とする。



いろいろな職種がそれぞれの専門性を活かしながら働かないといけない

伴 信太郎 (名古屋大学大学院医学系研究科総合診療医学講座 教授)



- 1979年 京都府立医科大学卒業、同大学小児科研修医
- 1980年 米国クレイトン大学家庭医学科レジデント
- 1983年 国立長崎中央病院（現・長崎医療センター）にて研修指導医
- 1989年 川崎医科大学総合診療医学教室講師
- 1993年 川崎医科大学総合診療医学教室助教授
- 1998年 名古屋大学医学部附属病院総合診療部（現・総合診療科）教授
- 2009年 日本医学教育学会会長（現・理事長）

Profile

身でされてきました。退院されるときの心負荷の目標は、病棟の中を10分間歩行して問題ないというものでしたが、家に帰れば、すぐに重い牛乳、じゃがいもなどをキャリーカートに乗せて、やや上り坂の道を片道15分歩かなければならなかったのです。

家族で援助される方がおられなかったので、ホームヘルパー（訪問介護員）に入ってもらい家事での心負荷を軽減することや、デイサービスを利用することで入浴や浴槽清掃の心負荷を軽減するなど、生活の組み立てなおしをしたら、心不全を起こさなくなり、入院もなくなったのです。

伴 最近では心不全に対して多職種によるリハビリテーションが進められていますね。

若林 そうです。一部の病院では心不全チームがあります。循環器の医師のほか、看護師、管理栄養士、理学療法士、薬剤師、MSWなどの多職種が入っています。病院で仕事をしていると、どうしても生活の視点が落ち、臓器を見ても、その人までは見ていないということがあります。病院内でのチーム医療ではうまくいっても、退院した後にもまた再入院してしまうということは起こり得ます。家に帰ってからの生活も見通したチーム医療が必要です。

石松 角田さんも言われたように、病院側からすると、患者が入退院を繰り返すのは「きちんと治療ができていないからだ」と考えがちで、その思いで治療をしてしまうことが多いと思います。しかし、むしろ年齢が上がってくると、入退院を繰り返すのはある程度仕方ないことだと考え、「また入院だ」ではなく「どうして入院になったのか」と、もう一度ゴールを設定しなおす必要があると思います。



『どうして入院になったのか』と、もう一度ゴールを設定しなおす必要がある

一方で、患者が訪問看護を受けていると、「隣の家で工事があって寝られないらしい」といった情報を訪問看護師から提供されることで、不眠の原因がわかることがあります。患者の身体の診察だけでは、家族と一緒にこられていても、そういった療養環境の細かいことまでは聞く機会がありません。

入退院を繰り返すのがいいか、悪いかわかりませんが、入退院を繰り返さざるを得ないのであれば、スムーズにできるほうがいいわけです。急性期で入院した患者が、身体機能が落ちたり、障害が残ったりして、入院前の状態と同じにならないことは当然あるわけです。それをどうやって自宅へ帰すか。急性期病院はそこまで考えておかないと、医療の輪がうまく回っていかないと思います。

伴 角田さんをご覧になって、入退院を繰り返す理由には、心不全に限らず、誤嚥性肺炎など、いろいろあると思いますが、住環境などに目がいていないためというケースは多

心不全チーム医療 高齢化が進むにつれて心不全患者の数は増加が予想される。そのような中で、患者の生活支援も含め、多職種が食事療法、運動療法などを複合的に提供するチーム医療の重要性が示されている。

医療ソーシャルワーカー (medical social worker: MSW) 病院などに所属し、患者の家庭や地域での生活をサポートし、自立への手助けをする職種。社会福祉士の資格をもつ場合が多い。



いしまつ しんいち
石松 伸一（聖路加国際病院 副院長、救命救急センター長）

1985年 川崎医科大学卒業、同附属病院救急部研修医
1987年 川崎医科大学附属病院救急部シニアレジデント
1992年 川崎医科大学救急医学講師、同附属病院救急部副医長
1993年 聖路加国際病院救急部副医長
2003年 聖路加国際病院救急部部長、救命救急センター長
2013年 聖路加国際病院副院長

Profile



家に帰ってからの生活も見通した チーム医療が必要です

いですか。

角田 多いと思います。たとえば肺炎を繰り返す人の家に訪問してみると、非常にほこりっぽかったり、ゴミなどがうまく処理されていなかったり、在宅酸素療法をされている人ではフィルタの掃除をしていないということがあります。そういう機器の整備や取り扱い方を医療者が家族に説明しても、家族もそれだけをしていられないということがあり、見落としがちになります。骨折なども、家の中が乱雑だったり、家の周辺に坂があったり、ぬかるみがあったりと、危険な環境の場合があります。家庭での生活環境を整えることによって、入退院を減らせるということはあると思います。

若林 誤嚥性肺炎で入退院を繰り返す患者が

いますが、その人の家での生活を見ると、そもそも一人暮らしで、調理をする人がおらず、買ってきてもらったものを、そのまま食べられているということがあります。また、とろみをつける調理方法がうまくできないというケースも多くあります。その人の喉や栄養の評価まではできても、その人が家でどのような食生活、調理をしているかのアセスメントができていないまま退院させて、入退院を繰り返しているケースも少なからずあると思います。

以前、嚥下評価入院を4泊5日で行っていたことがあります。この人の嚥下機能だったら、この姿勢で食形態にすれば誤嚥しないといった評価をします。もちろん家族にもきていただいて、しっかり説明したうえで、栄養指導を受けてもらいます。食事の準備が難しいようだったら、とりあえず準備が比較的容易なペースト食にと

いった折り合いをつけるところまで話をして帰られると、再入院がなくなったという経験があります。

福祉職と医療職の連携

伴 多職種連携に関するワークショップなどでは、そういう患者の生活状況を知っているホームヘルパーなどが、看護師も含めて医療職となかなかコミュニケーションがとりづらいいという話がよく出てきますが、

角田 ケアマネジャーやホームヘルパーなど福祉系の人たちの研修を手伝わせていただくと、やはり医療系の人のお話が難しいという意見が出てきます。医療系の人たちは専門用語をたくさん使い、福祉系の人たちはそのような基本的なことを知らない自分たちが悪いと



わかばやし ひでたか
若林 秀隆 (横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科 助教)

- 1995年 横浜市立大学医学部卒業、日本赤十字社医療センター内科研修医
- 1997年 横浜市立大学医学部附属病院リハビリテーション科
- 1998年 横浜市総合リハビリテーションセンターリハビリテーション科
- 2000年 横浜市立脳血管医療センターリハビリテーション科
- 2003年 済生会横浜市南部病院リハビリテーション科医長
- 2008年 横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科助教
- 2013年 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科臨床疫学研究室入学 (社会人大学院)

Profile

いう思いから、その用語を「わからない」と言いづらいのです。

また、医療系の人たちは対象に侵襲をかけることに慣れているので「少しがまんすれば、よくなりますよ」と簡単に言います。しかし福祉系の方は、その専門性だと思いますが、その人の幸せや安心にすごく敏感です。訪問看護師が「少しがまんすればよくなる」や「短期間入院すれば、こういうことができるようになる」と言っても、ケアマネジャーやホームヘルパーは「そんなこと言ったら、かわいそう」と反応します。そこには価値観の違いもあると思います。

このように訪問看護師であっても福祉系の人との隔たりを感じることもあるので、医師とホームヘルパーだと、もっと考え方に隔たりがあると思います。これに気づかないと、患者の共通のゴールは見いだせないと思います。

伴 たぶん立場上、この中で一番侵襲的なことをせざるを得ない石松先生は、このことに対していかがですか。

石松 もちろん好んで侵襲的なことをしているわけではありませんが、今角田さんが言われたように、確かに福祉系の方が医師にもものを言いにくい面はあると思います。言いわけではありませんが、福祉系の人と一緒に仕事をする機会が多ければ、その段差も少なくなると思います。しかし、たとえばケアマネジャーと一緒に仕事をする機会はありません。ケアマネジャーがかかわっている人が患者として救急車で運ばれてくると、医療チームはケアマネジャーと面談しますが、そこに主治医も同席するという機会はあまりないです。

また、高齢者施設に入所されている方では、患者が退院された後、その施設の介護福祉士と話すこともほとんどありません。そのため、その入所者がまた救急車で運ばれてくると、「介護福祉士は何を見ていた」といった意識を思わずもってしまいます。たとえば食事介助中に誤嚥したといった場合、もっと早くに病院へきていればという意識をもちがちです。そういった意味で、侵襲的な治療をする側として申しわけない面もあると思います。同じ価値観を見いだすには、やはり一緒



に仕事をする場面がないと難しいと思います。保険制度上で難しい面もありますが、こちら側から出ていかないといけない気もします。

伴 角田さんは急性期病院におられて、以前の経験と照らし合わせると、そういう場をもてる方法というのはありますか。

角田 病院の中で、多職種で1事例を考える機会を、もっと増やさなければいけないと思います。もちろん、それができている病院もあると思いますが、主治医と担当の看護師ですら患者の見かたが違っており、治療のゴールが一致できないことがあります。ただし、これを地域に帰る人まで含めると、退院調整の会議などにケアマネジャーや地域のサービス担当者に参加してもらいディスカッションすることは、そう頻繁にできることではありません。

このように直接会うのが難しければ、途中で何段階かで翻訳することが必要だと思います。病院で急性期にかかわる医師が言うことが、患者や家族にわからなければ、看護師やMSWが補足する。地域に帰ったら、ケアマネジャーや訪問看護師に補ってもらう。さらにホームヘルパーが家族に説明する。このように、なだらかに翻訳をしていきます。両端が一緒に話し合うのは少し難しいと思います。

伴 若林先生は主治医というよりは、主治医から依頼され、出口に向けて多職種をコーディネートする立場ですね。

若林 そうです。ただ私も介護・福祉系の人と普段話す機会があるかという点、あまりないのが現状です。在宅療養されている方のところへうかがったとき、たまたまケアマネジャーや訪問看護師もいて、その場で話をすることはありますが、継続的には難しいです。今言われた翻訳ということでは、やはり間でつないでいく人は必要で、特に介護系の人に関しては、看護師の存在なしにはうまくいきにくいと思います。

連絡ツールということでは、最近「えんげパスポート」というものをつくって、全国に普及させようとしています。その人の嚙下機能、食事の形態などが書かれたもので、それを見てもらえれば、本人、家族を含めて誰でもわかるようなものです。そういうものだったら医療職でなくても情報共有がしやすいと取り組んでいます。それでも誰か説明してくれる人がいないとうまくいきにくいと思います。

病院の入口の課題

伴 ここまでは出口の話でしたが、入口にも問題が起こり得ますね。たとえば高齢の人が急性期病院に救急搬送されたら、それはもう何かをせざるを得ないといったことが……。

角田 たまたま私が救命救急センターにいたとき、意識レベルが3桁で下顎呼吸の人が10分後に救急車で搬送されるといった状況に遭遇したことがあります。名前を確認した

ら、当院への通院歴があります。そのときは1月でしたが、前年11月に通院されていて3か月後の予約が入っていました。脳卒中の後、9年間、奥様が一人で介護していらした人です。もちろん私は直接蘇生にはかかわらないのですが、患者の普段の生活状況の把握だとか、家族の思いなどにはかかわれると思いました。そして付き添ってきた奥様に話しかけました。その話では、12月中旬くらいから体調がだんだん悪くなってきておられ、その状態は患者も奥様もよく理解されており、次に病院に運ばれたときには「もういいんだ」と覚悟をされていました。その日も、昼くらいからゼイゼイとした呼吸をされており、救急車を呼んだときには頬を叩いても返事がなく「覚悟はできている」ということでした。

この家族の情報を医師に伝えなくてはと思い、慌ててメモ書き、蘇生をしている医師に見せ、家族の思いを伝えました。そういう情報があると、救急の医師も治療の方向性が違ってくると思います。必要以上にアグレッシブにならずに対応できると思います。結果的に、その方は蘇生ができICUに入室されました。今度心臓が止まったときの対応についての医師と家族との話し合いでは、家族はすでに私に1度話していたこともあり、医師にきちんと思いを伝え、次は自然な形ということで治療方針が決まりました。その患者は1時間後に亡くなられました。救急と

いう入口でも、患者や家族の生活や、日ごろどんなことを思っているかを治療方針に活かすことは必要ではないかと思います。

伴 その人は病院には搬送せずに、自宅での看取りもあり得たという状況はありましたか。

角田 長く病院に通われていたので、本当だったら、そ



の間に在宅で看取っていただくような介入もできたと思います。実際には、訪問看護師やホームヘルパーの訪問を患者本人が嫌がっていたということがありましたが、それでも何か介入できたという思いがあり、反省しました。通院しながら弱っていかれる人たちに、もっと介入しなくてはいけないと感じ、このことは外来の看護師長にフィードバックしました。こういった患者は、本当にたくさん通っておられると思います。

伴 それは地域で訪問診療をする医師や訪問看護する看護師がいて、日ごろから十分にかかわっていたら状況は変わったかもしれないということですね。

角田 そうです。そういったサービスを患者や家族が嫌がったとしても、時間をかけて、そのメリットを話していくべきだと思います。また、最後は救急車を呼べばいいという価値観が地域の人たちにあるので、そうではないという話もしていかないと。これは価値観を変えることであり、非常に時間がかかるとは思います。そういう取り組みを行い積み重ねなければならぬと感じています。

伴 ただ、いろいろな状況から、在宅では対応できないということもありますね。

角田 もちろん、そうだと思います。病院へ搬送してはいけないと言っているわけではありません。

石松 今言われたようなことはよくあります。それは自宅からではなく、施設からの入院でもそうです。そこでは患者や家族の思いが伝わってきません。また、患者や家族は「どうしたいか」という気持ちを医療現場に伝える手段をもっていません。救急車で運ばれるのがよいのか、悪いのかということでは、状態がわからないときは救急車を呼ばざるを得ないときもあると思います。しかし、そのときの患者や家族の気持ちが救急隊に伝わることは、すごく少ないです。たとえば、がんの末期で、後は看取りですという説明を受けていた患者でも、救急車で搬送される時、救命救急センターではなく、かかりつけ医のいる病院へと希望されることは、あまりありません。

そういった患者が救急車で病院に運ばれてきたとき、蘇生をして、管を入れ、薬を使う

のではなく、どこかで先ほどのような患者や家族の情報が入って、ギアチェンジをしなければならないと思います。最終的には診断書などの法的な問題も含めて考えなければなりません。救急医であっても医療の輪の一端を担う一人として、場合によっては人生の終焉にかかわることになるかもしれないし、それが患者の医療の始まりになるかもしれない。それを心得ておくべきだと日々感じています。



一般の医療に対する意識

伴 人間いつかは終焉のときを迎えないといけないという、ある種のコンセンサスを国民から得ておく必要もあると思います。「人間はずっと修理しながら生き続ける」みたいな感覚があるように思いますが。

角田 最近、私は一般住民の方と直接お話をすることを大切にしています。私たちの病院は、茨城県笠間市というところにありますが、比較的高齢の女性がボランティア活動などをされておられます。そういう団体から、介護、救急医療、がん緩和ケアなどの話をしてほしいと頼まれることがあり、率先して応えています。その中で率直な話もさせていただきます。

自分や夫のことを考え、真剣に話を聞いてくれます。「救急車を呼んでは、あまりよくないときもあるのね」「先生はいつも病院にいないんだ」など病院の仕組みも考えてくれ

ます。また、やはり一般の方たちは、何かりハビリテーションに幻想をもっておられるようです。リハビリテーションをすれば何でも治るみたいに……。

若林 そもそも一般の方たちは「自分や家族がいつか死ぬ」という認識があまりないように見えます。また、障害者になるという意識もありません。骨折で入院された後期高齢者の中には「私がおんなことになるなんて」「私が寝たきりになるなんて」と泣いておられる人がいますが、「ちょっと待ってくれ」と私は思います。こういうことを言うと叱られますが、長生きしたら誰だって何らかの障害をもつことになり、健康寿命と平均寿命は約10年違います。長生きしたら高い確率で晩年は何らかの障害を抱えることになります。

角田 入院された人は「とにかくリハビリして元通りにしてください」と言われます。

若林 元通りになるというのは幻想ですね。元通りになる後期高齢者もいますが、ならないことも多くあります。

角田 元通りにはならないということを、ていねいに説明すると「ああ、そうだね」とわかってくれます。そういう話をしていかなければならないと思います。

石松 現在の高齢者は夫婦だけ、あるいは独居の方が多く状況にあります。特に都心部は独居の方がすごく多く、家族がいても遠方に住んでいて、すぐに連絡がつかないということがあります。

医師として一番受け入れやすいのは、悪性ではないにしても回復不可能な病気になったとき、本人から「在宅で看取りをした経験があります。最後はこういうことがつらかったので、こうしてほしい」と言われることです。家で看取りの経験がある方は、ほとんどいらっしやらないので、そういった意味では終焉のときの価値観をもつというのが難しいと思います。

伴 今の独居の高齢者という話になると、多職種といっても医療職だけではなく、たとえば弁護士などの法律関係の職種も入ってきますか。

角田 そうですね。成年後見制度などのお手伝いをしなければならない方もいます。家族



がいらしても遠方に住まわれていたり、家族との関係性において、どなたを意思決定者にしたらいのかという問題もあります。急性期医療では、それらを考えなければならないことが多くなっていますから、本当に幅が広いと思います。

また、家族といっても血族でも姻族でもないという方がいます。入籍せずに生活をともにされていたり、血族ではない世代が違う方がずっとお世話をしていたり、家族のありようが非常に複雑になっているので、幅広い価値観が必要だと思います。

伴 地域の方と話をしていると、もっと住民も巻き込んでいったほうがよいのではないかとされます。たとえば定年退職しても元気なのに、地域の互助活動などにかかわっていない人はたくさんいる。

角田 そうですね。定年退職した男性の方に、地域の活動に加わっていただくのは非常に難しいと思います。一方で、老人クラブの会計などを、しっかりやってくれる方もいます。本当に個別的な問題です。60歳定年の会社がまだ多いと思いますが、そういう方たちを活用するという視点が必要だと思います。非常に優秀なインフォーマルなサポートを担っていただけます。

伴 多職種連携という場合には、専門職間の連携もありますが、住民も連携に参加してもらいチームをつくれるかは、これからの大きな課題ですね。

角田 私が訪問看護をしていたときに、独居の高齢者がある面で見守っていたのは、新聞配達の人、乳酸菌飲料を配達する人などです。

成年後見制度 判断力が十分でなくなった人の代わりに、財産の管理や契約を結んだりすることができる後見人をたてる制度。裁判所が認定する法定後見制度と、判断力が十分あるときに、本人が事前に後見人を指定する任意後見制度がある。

そういう人たちは高齢者の日ごろの生活を見えています。そのため、配達先の高齢者がいつものように出てこられなかったら、訪問看護ステーションに電話くださいとお願いして、訪問看護ステーションのパンフレットを渡していました。地域で見守る目をたくさんつくらないといけないと思います。

行政が医療に果たす役割

伴 地域におけるシステムということでは、行政の役割は重要になると思いますが、行政が多職種連携をサポートする動きはありますか？

石松 救急搬送された人の居住区の福祉担当者に連絡をとる必要が頻繁にあります。おもにMSWがコンタクトをとってくれますが、中には、けんもほろろの区の福祉担当者がいます。たとえば、以前ある区で生活保護を受けていても、今は放浪状態で、別の区で倒れ救急搬送された場合、前の区に連絡しても、倒れていたのは別の区だと言われてしまう。その患者がどうしたらいいかということが考えられないまま、縦割りで自分たちの負担を増やしたくないというスタンスなのです。区の問題ではなく担当者の性格ではないかという意見もありますが、行政抜きでは医療は動かないので、積極的に介入してもらえるといいと思います。逆にいうと、こちらからも積極的に行政に働きかけをしないといけないと思います。

角田 自治体ごとに積極さが違います。たとえば先日、奈良県の桜井保健所管轄の地域ケア研修会に参加させていただきました。その集まりは4年続いていることもあり、地域のいろいろな職種の人たちが250人近く参加していました。そして、グループワークで今の課題を出し合いました。このように保健所が地域をつなげることを役割と認識して活動ができているところでは、比較的、地域の人たちの顔と顔がつながりやすいです。そこには急性期病院の医師も、地域のホームヘルパーもいます。これは、やはり行政の役割だと思います。

伴 大阪のある区の活動が活発だと、隣の区ではそれに負けられないという雰囲気が醸し

出されるようになったという話を聞いたことがあります。一斉にするのは難しくても、モデルとなる存在があると変わってくるということはあると思いますね。

角田 私が県立病院にいる立場として考えるのは、たとえば人手不足といっても大きな病院には看護師が集まりやすいですが、地域の施設、訪問看護ステーション、小規模の病院では集まりづらい状況があります。その理由のひとつとして、そういう小規模のところでは看護師が勉強する機会が限られるということがあります。

そのため、私たちの病院ではそれらの施設と人事交流をし、互いに行き来できる仕組みをつくっています。今も150床くらいの県北部の病院から看護師を一人あずかり、認定看護師になるための学校へ出しています。看護師を出した病院は人手が足りなくなりますから、当院の看護師一人が応援にいきます。

あずかった看護師は、当院を通して学校に通うため、職員として出向の辞令を交付します。認定看護師になる学校の授業料も当院で負担します。もちろん、この看護師は元の病院に戻っていきますので、人も出す、金も出すで、何ら見返りはありません。

こういう仕組みをつくりながら、県全体の看護の質を均てん化しようと考えています。自分のところだけよければいいというのではなく、地域全体を見た人材確保の方法や、育成のしかたをしなければならぬ。そうしないと、大きな病院ばかりに看護師が集中してしまいます。



伴 県をあげてされているのですね。

角田 はい。

伴 そういうことは、東京でもできますか？

石松 病院と医療機関との連携は「病・病連携」「病・診連携」として行ってきましたが、今は「看・看連携」として、看護師どうしが連携して入退院の調整などをしてもらっています。角田さんは県立病院だからできるということもあるかも知れませんが、民間病院でも地域の中核病院だという自覚があれば、そうせざるを得なくなると思います。ただ残念なことに、東京の場合は中核病院といわれる病院が多く、それぞれが「看・看連携」「病・診連携」をしているという複雑な関係になっています。

角田 そうですね。たぶん都会の問題点はそこにあると思います。病院の周りを、病院が地域として認識していないですし、住民の方もそう思っていないでしょう。

石松 かかりつけ医が遠くの区にある病院だったりします。

角田 むしろ医療に恵まれていない地域では、こことここがつながるしかないというやりやすさがあります。地方都市の強みですね。

伴 多職種といっても、いろいろな職種が横でつながることもありますが、「看・看連携」は同じ職種でいろいろな施設がつながるということですね。理学療法士どうしの連携などにも応用できそうですが、



若林 リハビリテーションの場合、少し看護師と違って、急性期病院に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が多くいるわけではありません。回復期リハビリテーション病院が圧倒的に多いのです。急性期病院にもいますが、高齢者施設にはあまりいない状況です。同じ職種どうしの連携も進めていく方向になると思います。

角田 どの領域でも、どの職種であっても、在宅を見せるということが、これからの教育には必要だと思います。人が医療にかかりながら生活する姿を一度は見てもらわないと。

伴 医師の場合、遅きに失した感もありますが、地域で幅広く診られることを専門にする総合診療専門医が2017年から位置づけられることになりました。先ほど訪問看護師が少ないという話がありましたが、地域医療の教育は看護の世界でも変わってきていますか。

角田 1997年に看護の基礎教育のカリキュラムへ「在宅看護論」が入り、2010年にその位置づけが変わり「統合分野」といわれる領域になりました。在宅看護は、総合診療医が診られるのと同じで、6カ月の赤ちゃんもいれば、100歳の高齢者までいます。年代もさまざま、疾患もさまざま、がん患者も、認知症の患者もいます。それで統合分野として全体を網羅する位置づけになりました。

そういうこともあり、訪問看護師になりたいという若い人たちが増えてきたように思います。また、早い時期から訪問看護師の教育をしようという動きも、この2～3年の間に増えてきました。私たちの病院でも、訪問看護ステーションに就職する新卒の看護師を1年間病院で気づかり、基本的な技術の教育をしてからお返しするという取り組みを始めたところです。

石松 変えていかなければいけないという点では、先ほど話が出た法的な問題があります。たとえば救急に心肺停止状態でこられた方は、原因不明の場合には外因死となります。外因死となると警察に届けて検死を受けることになり、それ自体が家族にとっては非常にストレスになります。本来であれば家で看取るべきですが、中には在宅の状況が老老介護であったり、親子二世帯所帯であっても、

総合診療専門医 2010年の「専門医の在り方に関する検討会」で議論が始まり、2017年からの開始が検討されている新しい専門医。「地域を診る医師」として、地域包括ケアシステムでの活躍が期待されている。

外因死 平成26年の厚生労働省「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」には、具体的な傷病名などがわからないとき、「外因による死亡またはその疑いのある場合には、異状死体として24時間以内に所轄警察署に届出が必要」と記載されている。

まれに虐待ということがあり、外因死を単純に考えられず、悶々としてしまうこともあります。その辺の法的なことはもう少しクリアカットにならないと、医師として診断書を書くうえで不安が残ったり、家族も不安をもったままだったりするように思います。

伴 具体的には、どう変わっていくといいのでしょうか。

石松 外因死を含む異常死の場合、警察に届けることになっていますが、何でも警察が介入するのではなく、ある程度、医師の裁量を認めてもらえたらと思います。在宅での死は、本来なら訪問している主治医がいて、夜間でもその医師に連絡がついて診断書を書いてもらえるのが一番いいのですが、やむを得ず救急車を呼んだとき、警察に「これは異常死ではありません」と判断してもらえ、診断書は病院で診察した医師にということになればと思います。しかし、虐待死が自然死として診断書が書かれるようなことがあったことを考えると現実には難しいでしょうが。

予防の視点が急性期医療を救う

伴 医師以外の職種、住民、行政の話をしてきましたが、医師のマインドセットという点ではいかがでしょうか。

若林 医師は疾患の治療後に必要性に気づいてから、リハビリで、栄養指導で、薬剤指導で、と依頼することが多い気がします。地域包括ケア病棟を考えるうえで、また超高齢社会においては、入院したその日から理学療法士、栄養士、薬剤師などに入ってもらい連携するのが原則とし、それらが不要な場合は、入院自体を見なおすほうがよいと思います。

伴 そうすると、リハビリのスタッフなどは少なすぎませんか。

若林 本当はリハビリテーションのスタッフは、急性期病院がもっと雇用し、原則全患者に入るくらいにして、医師の考えも変えていかないと多職種連携は進んでいかないと思います。

角田 確かに入口の急性期病院で多職種がかかわれるのは非常に効率がいいと思います。アセスメントによって医師が必要だと判断してからだと、そのぶん対応が遅れてしまいま



す。予防的に、また重症化を回避するために早く介入するという発想ですね。現実的には、そういう仕組みが評価され診療報酬が伴う制度ができないと難しい。加算があれば定員の枠を増やし人員を補充できます。

石松 そういう意味で、いま可能性のあるのは退院調整だと思います。入院したときに退院調整の担当者が、それは看護師が多いと思いますが、退院のための介入としてスクリーニングを行っています。加算がわずかで人を増やすまでの動機づけにはなっていないと思いますが、そういったところから広げられることはあると思います。

角田 がんの患者や家族の不安に対する介入に「がん患者指導管理料」が昨年の診療報酬改定で設定されました。たとえば緩和ケアがいいのか、入院なのか、自宅で暮らしたいのかを、早いうちから医師や看護師と話し合っておくと、何かあったときに救急車で搬送されることは少なくなると思います。「在宅医にお願いしたい」「緩和ケア病棟に入りたい」と患者の希望で方針が決められます。このように、亡くなる時、動けなくなる時を見すえて、日ごろから価値観を変えていく側面的なサポートに、もう少し医療の比重をおいてもいいと思います。それがないと救急医がすべて対応しなくてはならず、そういうあわただしい中で患者も家族も治療にかかわる意思決定をしなければなりません。

伴 先ほど高齢者が障害を被ったときに元通りになると考えているという話がありましたが、そのことも含め国民の意識改革にかかわ

がん患者指導管理料 平成26年の診療報酬改訂で、がん患者に対して「医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理指導」（厚生労働省資料より）が加算対象となった。

る範疇に入りますね。

角田 はい。実際には直接医療にかかわらないことで、MSWなどが長い時間をかけて話を聞いていることはたくさんあると思います。これは病院としては経済的にはペイしないことです。しかし、こういうことをていねいにしていくことで、患者と医療との距離が決まり、その暮らし方が決定できると思います。逆に、こういうことをしないと効率が悪い医療になります。急性期病院に多くの患者がおり、そこで患者や家族が適切な意思決定ができず、必要以上の医療が提供され、その結果、患者のゴールが回復期のケアくらいで止まり、家に帰るまでいけない。今は、そういうことになっていると思います。最後まで考えた入口を整える仕組みにしなければならぬと思います。

若林 私は、もう少し早く入院していればという人を担当することが多いです。そうなる前の段階で、医師が「このままだったら入院することになる」という人を見つけだし、その時点で地域包括ケア病棟などに短期入院させ、機能を評価したり家族の話聞き、MSWも入って今後の見通しに関する話ができればと思います。「ポストアキュート」、「サブアキュート」という言葉が使われていますが、必要なのは「プレアキュート」です。アキュートになる前の段階で短期入院することで、その先のアキュートを防ぐ仕組みができるとよいと思います。

伴 それを見つけるのは医師でないといけないですか。

若林 気づくのは看護師でもいいと思いますが、入院してもらうとなると医師が必要だと思います。

伴 そうすると、医師のアセスメントする目が必要ですね。

若林 一般的には重症疾患になってから入院としか、入院適用の発想がないと思います。たとえばCGAで重大な問題が見つかったら、数日だけでも評価入院をするという基準があるといいと思います。

角田 問題が深刻になってから解決しようではなく、重症化を予防する視点が必要で、それを地域包括ケア病棟で行うのがいいと思



ます。

若林 そうですね、そうならないと、地域包括ケアシステムにおける高度急性期医療の実践はたいへんでしょう。

角田 本当に、このままだと急性期の医療現場は破綻してしまうと思いますね。

多職種連携で医師に求められること

伴 地域で日常生活をしている方をどう診ていくかを考えたとき、やはりプライマリ・ケアの専門医が少なすぎます。今までは、病院で働いていた医師が地域に出ていき医療を担うというパターンが圧倒的に多いのです。そうすると、病院で専門にしていた領域は詳しいのですが、たとえば高齢者を診るときに欠かせないアセスメントが十分にされないようなことが起こります。2017年からは、総合診療専門医が1つの専門性をもって活躍していくことになり、若林先生がいわれた「プレアキュート」な部分にも、ある程度はアプローチできると思いますが。

若林 在宅で診た患者の中には、もう入院したほうが良いという人もいます。そういう人に対しては、知り合いの医師とつなげて、入院してもらったこともあります。このままいったら……と思われる人が在宅で放置されたままだったりします。

石松 主治医は2人いていいですね。地域で診てもらおう主治医と、入院したときの高度急性期を診る主治医と。高度急性期の医師は日々の生活までは目が届きませんから。

伴 多職種連携で、現場の医師に必要なことがありましたら、いかがでしょうか。角田さ

ポストアキュート 急性期を経過した患者。

サブアキュート 在宅や介護施設などで急性増悪した患者。

高齢者総合的機能評価 (comprehensive geriatric assessment : CGA) 日常生活動作や認知機能、社会的環境などの6項目を総合的に評価することで、問題点を発見するスクリーニングツール。

んは、いろいろ言いたいことがあると思いますが。

角田 医師はどうしても問題解決志向なので、この病気、この臓器という視点になりがちです。医師が患者と向き合うとき、そもそも何のためにしているのかを、少し考える機会があるといいと思います。たぶん医師も患者が幸せになるために診療しているのだと思います。ただ、臨床の中ではそれを忘れがちで、データだけを見ていたり……。

私たち医療職は、医療というものを使って、その患者が幸せになることに貢献できる仕事だと思います。ですから患者のゴールを意識できるような教育も必要ですし、その機会も必要だと思います。それをするためには、多職種連携において、それぞれの職種で、それぞれの病院、施設で、立場の違いにより、考えていること、見えていることが違うということに気づいてほしいと思います。そういうことに気づける機会をつくってほしいと思います。

石松 やはり、私たち医師は、特に急性期病院の医師は、目の前の患者のことだけで、その患者の退院後のことまで考える視点はあまりなかったです。急性期の最先端を担っている医師は、地域にいる患者を見るチャンスがなく、病院にきた姿しか見ません。それを見られるチャンスも、それは場合によってはケースカンファレンスかもしれませんが、地域で患者を診ている医師と話し合う機会も、ほとんどないと思います。間に訪問看護師がいて間接的に話を聞いている程度です。その辺りのコミュニケーションをとるように動くのは、やはり入口である急性期病院の医師の役割だと思います。時間的制約など、できない理由を並べたらきりがありませんが、やろうと思ったらできることだと思います。そういう意味では、今の研修制度では少しは違ってきているかも知れません。

若林 医師が仕事を抱えこみ過ぎていることが、まだまだあると思います。制度上、責任がすべて医師にきてしまう面もありますが、もっと看護師、栄養士、薬剤師、理学療法士など他の職種に、ある意味、丸投げするくらいの意識をもって委任してもいいと思うとこ

ろもあります。

伴 医師は抱えこみ過ぎですか。

若林 他の職種も「この部分は責任もってやるから任せておいて」くらいの気持ちがあっただけいいと思います。もちろん、その中で起きた問題などには医師がかかわる体制が必要ですが、多職種がそれぞれの分野で責任をもてるような形であれば、医師も信頼して任せることができます。互いに責任をもってやるという形での連携が必要で、医師だけががんばっても先が見えません。多職種連携のステージを、もう1段階上げる感じでないと、これからのチーム医療は厳しい気がします。

伴 私が教育に携わっている立場からいうと、よく「病気を見ずして、病人を見よ」といわれますが、病人だけを見ているのではなく、生活を見よというのが、今の高齢社会における地域包括ケアに求められているものだと感じました。その生活を見るためには、やはり多職種連携により、いろいろな医療職、福祉職、介護職の方々とコミュニケーションをとる。そして生活を一番見ているのが、もしホームヘルパーであれば、その人と直接コミュニケーションできるということが大事なんでしょうね。

角田 人を助けるということは、本当にたくさんの方が生活にかかわる必要があります。それも長い時間がかかる、それでも、そこをめざしていくということも、もっとたくさんの医療者が知らなければならないと思います。

伴 最後に、本誌「Medical Alliance」は、これからの多職種連携を考えるといったことをテーマに編集していこうとしています。角田さんが「Medical Alliance」に期待するものはありますか。

角田 地域で人が暮らすことに、医師がかかわれることは非常にたくさんあると思います。「Medical Alliance」を通して、これから育っていかれる若い医師の方たちに、人々が地域で暮らせるために医療ができること、そして、それにやりがいがあるということが伝わっていければいいと思います。

伴 どうもありがとうございました。

(2015年1月、都内某所にて)