

医療連携の落とし穴 (メモ)



上伊那 野 □ 修

われわれの仕事は連携なしには成り立たない。そこで、われわれが日々営んでいる連携の概要をまとめてみた。(表)

これを見ると病診、診診以外にもいかに多方面との連携の中で医療が行われているかが改めて分かる。以下メモ的に「医療連携」の課題や問題点について考えてみたい。

(1) 診診連携

慣習に従えば診療所の立場から言えば、まず、病診連携を論ずるべきであるが、あえて診診連携を冒頭に持ってきたのは理由がある。

今日、色々な事情で簡単に患者を病院に頼みにくくなったということがあり、一方、病院の専門医が次々と地域の開業医として仕事をされるようになったことがある。とにかく患者を診診レベルでしっかりと診ていかなくてはならない。病院は端的に、誤解を恐れずに言えば、「治っていない

のにどんどん退院させている」のが現状である。

国に問いたい。そこまで病院に在院日数の短縮を強いて患者を困らせて、それで、果たして医療費がどれだけ削減できたのですか、と。とにかく開業医がふん

(表) 診療所からみた医療連携の連携先

医療内連携

- 病院 (病診) … 歯科、口腔外科を含む
- 診療所 (診診) … 歯科診療所を含む
- 老健…ワクをはめられた連携
- 訪問看護ステーション…医師↔看護師・准看護師
- 調剤薬局 (薬剤師会) … 医師↔薬剤師
- 検査会社…医師↔臨床検査技師 (異常値緊急連絡)
- 製薬会社…MR や DI による薬剤情報の提供
- 卸…緊急必要薬剤の配達 (時間外・休日対応)
- 健康づくり事業団…検診・健診
- 施術所等…柔道整復師、はり師等
- 赤十字血液センター

医師↔医師 (歯科医師)

対医療外連携

- ・介護保険関連従事者
 - ケアマネジャー (介護支援専門員)、(薬剤師)、(訪問看護師・准看護師)、(ヘルパー)、(保健師)、(PT・OT)、(社会福祉士)
- ・介護保険関連事業者
 - 地域包括支援センター・社会福祉協議会・広域連合
 - 訪問看護ステーション
 - 調剤薬局 (薬剤師会)
 - 福祉機器・用具等販売業者
 - (デイサービスセンター) (特養) (老健) (宅老所) (ショートステイ)
 - グループホーム、多機能施設
 - 自治体…地域ケア会議 (保健師)
- ・非介護保険関連
 - 学校 (養護教員)、保育園、教育委員会等学校医関連
 - 企業・地域産業保健センター…産業医関連
 - 体育協会…スポーツ医関連
 - 警察…検死

ばらないと患者に多大な迷惑がかかることになると思うのである。

今、診診連携をしっかりとやるということは、個々の診療所が医療レベルを高めることが大切となる。そして、かかりつけ医として責任をはたすこと。主体を見失わない事。連携の中で責任の所在があやふやになることは患者にとって最大と云っていい位の不幸である。

(2)病診連携

われわれは病院の存在があるから安心して医療を行うことができる。最近ではDr.ヘリを飛ばしてもくれる。私の診療所でもここ2年位で2回お世話になった。

一方、病院の敷居がめっぽう高くなったのには困惑している。特に救急医療に象徴的にあらわれていると思える。「命が崖っぷちに到らないと救急ではない」というニュアンスのことを言われるし、実際、かつて病院医としてばりばりやっていたつもりの開業医がみて「当然入院でしょう」と思う患者もすげなく断られるか、病院での外来対応になることが多い。“予防的救急”の概念をぜひ導入していただきたいと思うのである。はずれることも多いであろう。しかし、最近の事件で、別荘滞在の女性が救急外来を訪れたが、帰宅させられ、ほどなくしてAMIで心肺停止でかつぎこまれたということがあり、問題となっている。これです。ぜひ救急医は病態に対して洞察を研ぎすまし、せめて一泊は観察入院という選択肢をとっても救急医療でないということはないということに頭を切りかえ

てほしいと思うのです。

(3)在宅医療と連携

さて、今日的に病診連携で望まれるのは在宅医療移行時の「退院時カンファランス」であろう。開業医側も決して楽ではないが、病院医側も医師にとって負担になることであり、工夫が必要かも知れない。

在宅医療は介護保険関連の様々な業種の方々、事業者との交流・連携が必要不可欠な分野である。訪問診療の途中、地域を車で移動する中、各事業所に気楽に立ち寄ることも大切かも知れない。〇〇会議と銘打って集まるのもよいが、そこに時間が過剰に取られ、実務に支障が出ないようにしなければならない。

医療・介護を含めて一般的にどんな職種でもコスト削減、利潤追求は基本的に重要であるが（表向きは医業は非営利とはなっているが）、しかし、「顧客」に対していわゆる「サービス」という直接利益に繋がらない労働も実は重要である。とくに、われわれの業種では患者・利用者の命にかかわることであり、制度の隙間を埋める労働が時に不可欠ということを経営のトップは理解して頂きたいと思うのである。

ある時、ある施設で、ある利用者に点滴が必要になったとき、夕刻であった。点滴の抜去は22時頃になる。24時間連携加算をとっているその施設と契約関係にある訪問看護ステーションに依頼したところ（当院の看護師は制度上、施設での訪問看護業務はできないことになってい

る)、「相談をする」から始まり、結局「できない」という通告があった事例があり、私の理解が正しければ理由は「ステーションと施設との契約上できない」とのことであったので、結局その施設(グループホーム)では看取りはおろか、点滴業務もほぼ不可能と判明したのであった。

当院の看護師を無料ないし利用者(患者)の自費負担で行かせることは不可能とは言えないが、長続きはしないであろう。

(4)「在宅ホスピス」と外科系医師との連携

私は末期癌の患者を実はあまり扱ったことがない。病院医時代は私は内科医だったので、病院の方針だったのかも知れませんが、消化器癌はほとんど一例も扱うことがなかったし、白血病は別として悪性腫瘍はほとんどみていない。実は癌は消化器にしる呼吸器にしる化学療法を含めて外科系医師の仕事であった。この傾向は今日でも続いていると思われる。即ち、患者にとってあくまでも主治医は執刀をした医師であり、機械的に在宅医療に移行させることは患者と医師の自然の結びつきを無理やり断ち切ることを意味しており、患者にとってもおそらく医師にとっても不幸なことである。

数少ない在宅ホスピスの経験から思い浮ぶ光景は、私の力量・経験不足もあるが、バトンタッチしたどこの馬の骨ともわからない医師の前で心を閉ざしたままの患者と困惑し立ちすくむ自分がいるというものである。

ではどうしたらよいのか…。

これからでも末期癌の外科系病棟で私自身研修をすることが一番有効とは思われるが、一方、病院外科医にも在宅の訪問診療の現場に赴いていただき、かつての患者と会って旧交を暖めていただく。そこに私も立ち会う。そして、情報提供書には決して書かれていないであろう秘められた物語を「間接体験」して共感する。こういったことが在宅緩和医療を成功させることにつながるのではないかと想像する。

(5)診療所3人体制の意味するもの

一人医師診療所の医師が在宅医療にかかわるなかでの最大の困難は、24時間、365日地域にしばられるという監獄体制にどう対処するかという中で感じるものである。

この度、厚労省の地域包括診療という概念の中で「3人体制」を持ち出したのは1つの大きなメッセージと思われる。「三人寄れば文殊の知恵」ということわざではないが、大きなパワーを獲得できるのだと思う。しかし、3人のうち誰が院長になるのかという問題もあるし、均等に労働を配分し、不満の出ないようにするのは決して簡単ではない。ちょっと考えただけでも実現不能とえてしまう。キーマンには相当の人事管理能力、カリスマ性、求心力が必要となるのではなからうか。

一人医師診療所の医師にとってもっと実現可能な打開策はないのであろうか…。

それは在宅患者を例えば3人でシェ

ア一するのである。そして、例えばその場合は1週ごとに3人のうち1人の医師の受け持ち在宅患者を残りの2人で手分けして担当するのである。こうすると連続3週間のうち1週間はまるまる在宅フリーでいられ、自分の自由時間を享受できる。はじめての訪問診療は初診になるが、その後は再診になるので保険財政にさほど迷惑にならない。これで病院死が減り在宅死が増えれば医療財源の節約の点から保険者にとっては有難いことである。1人の在宅患者に複数の主治医がいることが問題となるなら、あくまで主治医は1人として他医の診療の場合は代診扱いとすればよいのではなからうか。ひとつのアイディアです。

(6) 連携を阻害するもの

時々介護保険関連事業担当者から患者名を部分的に伏せた形の情報がFAXで届くことがある。個人情報保護法に則っているのであろうか。すぐに誰のことだか判らない。法律に忠実にやっていることを誇示しているのであろうか。それとも無邪気に何気なくやっているのであろうか。われわれの職場は個人情報を外に漏らさないことは事務職員も含めて鉄則である。名を伏せることが漏洩を防ぐとは到底思えないのである。

連携のためには情報がスムーズに流れることが大切だ。だから「連携室(支援室)」の動き方が重要である。その点で困ったことはないが、まだ連携室が出来る前、医師同士の緊急の情報交換のために電話を入れたときに、病棟へ電話が回り、取り次ぎの看護師が出て、そして医師へ取り次ぐ看護師の声が置かれた受話

器から聞こえてきた。「先生、6時を過ぎて時間外ですけど出ますか」。啞然。

仕事は顧客(患者)を中心に回っていることを片時も忘れてはならないと思いつつ、実は私も夜、非常に疲れていて、患者のわがままな(と思えた)往診依頼の電話で叱りつけた後味の悪い思い出があるので余り人のことは言えないのですが…。

最後に、がんじがらめに制度づくりをすると、かえって連携を阻害するのではないかという危惧を推測ですが一言。昔、国は患者本位の医療ということを盛んに強調し、医師を「啓蒙、啓発」したが、われわれは言われなくても患者本位にやっていた。そして、今、国自身が患者本位でない制度を作り上げてしまった。一体あれは何だったのかと思う。今、国は連携ということを盛んにアピールしているが、やがて国自身が自由な連携を阻害する「医療制度」を作るのではないかと疑念を禁じ得ない。

医療という「自然」を人為的な「制度」が破壊することを恐れる。官僚の人たちは悪気がないから怖いのである。論理より真理を！論理の前に愛を！と訴えたい(註)。

(註) 推測でなく既に存在する国主導の連携阻害の例…「入院後に苦勞して診療情報提供書を送っても点数にならない」(保険の変な整合性が患者情報のやり取りを阻害)、「入院中の患者に病院にない診療所を出していた薬を出せない」(その結果、病院はたぶん不良在庫をかかえることになる。これも整合性にこだわる為)、「併診する場合は七面倒臭い障壁がある」(結局、一人主治医制にしゃにむに誘導しようとしていることのツケ)。「規制緩和を」はアメリカだけが日本に言う言葉ではなさそうである。

(元の気クリニク)