



医療法人財団千葉健愛会
あおぞら診療所 院長

川越 正平氏

多職種合同カンファレンスで「顔の見える関係」を深め 各専門職の多様な視点を体感、理解する

「顔が分かる関係」から「人ととりが分かる関係」へ、そして「信頼しあえる関係」へという3つの階層。それは「グループワーク・日常的な会話・患者を一緒に担当することを通じて、お互いの性格や長所・短所、仕事への拘り。理念などが分かる」ことで深まっていく（聖隷三方原病院森田達也氏）。12月2日、あおぞら診療所が連携拠点事業で主催する、多職種合同カンファレンスの模様を取材した。

■連携事業で「多職種合同カンファレンス」をされていますが、これについて教えてください。

川越 「多職種合同カンファレンス」は今日が3回目ですが、1回目は課題の抽出、2回目では抽出されてきた課題から特に重要なテーマを選び、議論していただきました。1回目は、1グループを多職種8人で構成して、それを2グループ作りしました。KJ法を使って21グループそれぞれで課題抽出をやっていただきましたが、それだけでは各グループでの議論に、特定の話題に偏るなどの傾向もみられました。そこで当日参加の166人の方、

全員に自分で感じている課題を全てポストイットに書いていただきました。全部で611枚になりましたが、これを集めて

あおぞら診療所の研究事業スタッフ全員で議論し、島作りの作業をしたのです。そうしたところで抽出された課題が、11カテゴリー26項目にまとめられました（次頁表）。この作業を通じて、当地域の人達が感じている、在宅医療に関する課題が1回目のカンファレンスで抽出できました。そこで

第2回では、「貴方が一番重要だと思う項目を5つ選んで下さい」とお願いして、ピックアップしていただき、最後に最も重要であるとして選ばれた

■多職種合同カンファレンス

- 第1回：「在宅医療を推進する上での課題」をKJ法を用いて協議し、11領域26カテゴリーの課題が抽出された。
第2回：第1回で抽出された課題から、特に重要なテーマを選び、講演会や参加する多職種が交流する場を設定
第3回：多職種が関わる患者についての症例検討会
第4回：重要テーマについて解決策を討論

※大規模な会議を開催することで、他職種の専門性への認識・理解を深め、効率よく多職種間交流ができた等の肯定的評価が得られている。

ものの解決策を検討していただきました。

本日の3回目はカンファレンスの中で、席の移動を伴う構成にしましたので、18グループに絞りました。職種は、ほぼ8職種です。医師、歯科医

師、薬剤師、看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、セラピスト、行政からは市役所に集まっています。

本日は「症例検討」をテーマにしていますので、職種ごとに一度集まる時間も設けて、専門的な意見の交換もしていただきます。またプログラムに

先だって、名刺交換タイムを開催時間前に設け「顔の見える関係」作りに役立てていただきます。プログラムは全体で約2時間ですが、①症例を呈示し、その上で②18グループごとに多職種で症例検討のグループディスカッションしていただき（症例検討1）、③途中で同じ職種でのディスカッションの時間（作戦タイム）を設けた上で、④再度多職種グループディスカッション（症例検討2）に戻っていただきます。そして

■これまでの3回の合同カンファレンスを通じて、現時点でどのような感触をお感じになつていきますか。

川越 一番進捗があつたのは、医科歯科連携だと思つています。私たちの診療所における歯科との連携のスタートは、まず3カ所の歯科クリニックから始まりました。手を挙げていただいた3つの歯科クリニックに対して、ピックアップした患者さんを集中的に紹介するという形で始めたのですが、そこでもかなりの成果が出ました。現在は5カ所に増えています。これからの多職種連携が、これからの在宅医療の発展に繋がります。在宅医療も当診療所だけでなく、他の医療機関にも広がっていきつつあり、少しずつ地域での面と

しての展開が出来つつあります。

当初は、医師の往診に歯科医も同行するという形を取りましたが、現在は主に当クリニックの研究員として配置している歯科衛生士が、当院医師の訪問診療に同行して在宅患者さんにスクリーニングをしています。患者さんの口腔アクセスメントを的確に行い、歯科介入が必要な方を抽出し、患者さんからの歯科診療の依頼に繋げ、当院医師から歯科医師に診療情報提供を行います。ただ1人の歯科衛生士では提供できるサービスの量に限りがありますので、今後は歯科医師会で歯科衛生士を雇用していただき、そこからスクリーニングに派遣する計画です。そしてピックアップした方をどんどん歯科クリニックに紹介するという流れが始まっているところですが、私たち医師も、歯科医が在宅医療で果たす役割が、如何に絶大なものであったかという事を痛感させられました。非常にありがたい展開になっています。

薬剤についても、薬局がよ

■在宅医療の課題一覧

番号	課題文	課題文
A. 専門職種間の連携		
1.	地域の中の連携(多職種連携)	多職種間で患者についての情報交換や話し合う機会が不足している
2.	地域の中の連携(同職種連携)	病棟医師と在宅医、看護師同士など、地域の同職種間での情報共有や交流が不十分である
3.	医師との連携	多忙な医師とは連絡がとりづらく、気後れすることもあるため連携が難しい
B. 医療と介護の連携		
4.	医療と介護の連携	医師側の生活への理解不足、看護側の医療に関する知識不足のため、お互いの理解や連携が不十分である
C. 方針決定や相互理解		
5.	方針決定プロセス	在宅療養は異なる機関に所属する他職種が関わるため、治療ケアの方針決定プロセスが不明確である
6.	臨床倫理	終末期における抗がん剤や胃瘻造設の適応等についての考え方が医療者間で統一されていない
7.	相互理解	多職種間での役割分担が不明確で、自分以外の職種の専門性やその限界を理解していない
D. 病院と在宅の連携		
8.	病院から在宅への移行	病院の医療者が在宅医療でどんなことができるかを把握していないため、スムーズに在宅へ移行できない
9.	退院調整	入院早期からの退院調整や退院前カンファレンスの開催等が不十分である
E. 顔の見える関係		
10.	顔の見える関係	連携の基盤となる顔の見える関係ができていない
F. 本人・家族に関する課題		
11.	サービス利用への障壁	医療や介護のサービス内容や意義などが理解されず、その導入や継続が難しい
12.	世帯の抱える問題	独居高齢者や認知症が増え、疾病や介護だけでなくその対応に苦慮する
13.	介護力不足	患者を支える介護力が不足していたり、家族の協力が得られにくい
14.	経済的問題	在宅療養の対象者には経済的問題がしばしば伴っているため、その対応に苦慮する
G. 在宅医療を支える医療体制		
15.	マンパワー不足	在宅療養に従事する専門職が不足しており、その需要の増加に対応しきれない
16.	緊急入院先の不足	急病に際しての緊急入院の受け入れ先の確保がままならず、その対応に苦慮する
17.	24時間365日対応	24時間365日切れ目なく在宅医療を提供する体制や工夫が不十分である
18.	医療依存度の高い患者の増加	看取りやがん・難病など医療ニーズの高い患者が増えているが、その受け入れ体制が不十分である
H. 在宅医療を支える地域資源		
19.	在宅を補完する病院や施設	入院、入所、レスパイト先といった在宅を補完する病院や施設が不足している
20.	地域資源の把握	医療機関や事業所の特徴や空き状況、地域資源全般についての把握が困難である
21.	相談機能	疾病や生活障害、制度活用等について従事者が相談できるところが不足している
I. 在宅医療の非効率性		
22.	情報にまつわる障壁	情報が分散している、共通のアプローチ方法がない等の理由で、多職種間での情報共有が不十分である
23.	在宅医療に要する労力	他職種・他機関との連携が必要であるため、書類作成や連絡、日程調整等に多大な労力を要する
J. 在宅医療にかかわる諸制度		
24.	介護保険にまつわる課題	医療保険との兼ね合いや限度額等の存在等から、在宅療養を支えるには現状の介護保険では不十分である
25.	制度の複雑さ	在宅医療は医療面と介護面の両方への介入が必要となるが、それらの諸制度が煩雑で分かりにくい
K. 市民への啓蒙不足		
26.	市民への啓蒙	在宅医療でできることやその意義について、市民への啓蒙が不足している

くやつて下さっています。在宅医療連携薬局連絡会を組織していただき、またこの連絡会に参加している薬剤師による訪問薬剤管理指導のマニアルもほぼ完成しました。届出や保険請求の仕方など初歩の段階から二つづつ分かりやすくマニュアル化してくださいましたので、入門編として有用だと思います。そして365日の安心ということから、薬局が輪番制で途切れることがないよう体制整備する仕組みが、今議論されています。年明けくらいを目途に具体的に動き出しそうという段階にまで来ているようです。

と健和病院などと合同カンファレンスなどで連携を図っています。また昨年からは、ソーシャルワーク困難事例を持ち寄って議論する、市内の病院MSWとの学習会も開催してきました。

を重点的に見て欲しい」と依頼していただければ、当院からその患者さん宅に臨時往診して診察し、その結果について詳しく報告します。とにかく行って、そこで手足になることをお約束しているという事で、治療方針などはあくまで主治医が担います。逆におおざら診療所の多数の患者さんを他の診療所の先生方にお願ひすることは、現在はまだ難しいかと思いますが、将来的には、そういう方向もあるかも知れないと感じています。

に抵抗を感じて、余り拡がっていないのではないのでしょうか。またこれも以前からやっていた事ですが、疾患比率の高い精神科、整形外科、皮膚科や神経難病の専門医の先生方のご協力には大変助かっています。

度から新しく取り組み始めたものは看護に関してはほとんどなく、これまでの継続という形です。またケアマネジャーとの関係も薬局と同じで、世話人の方に骨を折っていただき、連絡会を組織していただきました。当院の患者さんに関わるサービ担当が会議への医師の参加率は今年3月時点で79%、ケアプランを入手する比率も86%となっています。そして地域の主治医の先生方にお願ひして「ケアマネタイム」という仕組みを作ったのですが、「何曜日の何時から何時までなら時間は取れます」という医師からケアマネへのスケジュール発信という形で、ケアマネが医師と会いやすくなるシステムができました。実際には、その都度アポイントを取っていただきますが、医師の都合や連絡方法の好みを踏まえ、窓口担当者を介して打診することということから、連携が進んでいくものと思います。

■病診連携、診診連携については、どのような展開をされていますか。

川越 患者さんが元々かかっていた病院と、それぞれ連携をしています。たとえばがん診療連携拠点病院である松戸市立病院、在宅支援機能を謳い重急性期から慢性期までを受け持っている市立東松戸病院、緩和ケアではみさ

るを重点的に見て欲しい」と依頼していただければ、当院からその患者さん宅に臨時往診して診察し、その結果について詳しく報告します。とにかく行って、そこで手足になることをお約束しているという事で、治療方針などはあくまで主治医が担います。逆におおざら診療所の多数の患者さんを他の診療所の先生方にお願ひすることは、現在はまだ難しいかと思いますが、将来的には、そういう方向もあるかも知れないと感じています。

■訪問看護ステーションや、ケアマネジャーとの関係については、どうですか。

川越 市内には20カ所程の訪問看護ステーションがありますが、そのほとんどと連携しています。加えて5人以上の患者さんを一緒に診ている6カ所のステーションとは、定期的な合同カンファレンスをするなど、特に密に連携をしています。当院の常勤看護師を各ステーション担当看護師として配置し、必要に応じて連携患者さんの情報を共有していますが、急性増悪や合併症に際しては連日連絡を取り、24時間365日の対応を分担しています。訪問看護との連携は、もう既に10年以上前から取り組んでできていますし、多くの蓄積もしてきていますので、今年

もしません。そうすることで、参入される先生方が心理的な抵抗感をお感じにならないのだと思います。その代わり旅行中でも患者さんからの電話はその主治医の先生にかかってくることもあるかも知れませんが、そうした時に、もし往診が必要なら、当診療所にお電話をいただき、「こういう疾患のある方なので、こういうとこ

るを重点的に見て欲しい」と依頼していただければ、当院からその患者さん宅に臨時往診して診察し、その結果について詳しく報告します。とにかく行って、そこで手足になることをお約束しているという事で、治療方針などはあくまで主治医が担います。逆におおざら診療所の多数の患者さんを他の診療所の先生方にお願ひすることは、現在はまだ難しいかと思いますが、将来的には、そういう方向もあるかも知れないと感じています。

■この連携事業に応募された

今年

今年

■第3回多職種合同カンファレンスの概要

川越先生から、今回の多職種による症例検討を行うことが、第1回、第2回のカンファレンスで在宅医療を推進する上での課題の一つとして挙げられた「方針決定や相互理解」に関連する重要なテーマであると、第3回開催の主眼が述べられ、冒頭に「症例」が詳細に説明された。アルツハイマーと診断され、変形性膝関節症のある70歳の女性の状況と転倒事故、脳梗塞で軽度の片麻痺のある夫は肺気腫で在宅酸素療法の適応だが未導入。この夫婦と同一敷地内の別棟に住む息子夫婦、そして担当医と看護師、ケアマネジャーが主な登場人物である。女性が風邪で数日寝込んだ後、食欲低下により歩行不能となり、夫がかかりつけ医に相談し、救急車を要請。肺炎で入院したが、消灯後に「家に帰る」と落ち着きがなくなり、幻覚症状も出て、看護師に大声を上げ爪を立てて興奮、点滴自己抜去したため、セレネース（抗精神薬）を投与、レンドルミンも開始した。



入院後の担当医と看護師、MSWへの聞き取り、食事、移動、排泄、そして入院期間中の28日間に処方された薬剤14種類がここで示された。退院後のケアマネジャーの初回訪問時のやり取り、退院1週間後の意識消失、10日後の救急受診、2週間後の状況とエピソード、ケアマネの緊急訪問での会



話などが詳細に語られた。具体的な議論が交わそうな症例の作られ方で、実際に各グループのテーブルでは、様々な問題点や疑問、解決への糸口が提示されていた。

あるグループで多職種合同カンファレンス終了後にお話を伺った。参加したケアマネジャーは「毎回メンバーが違いますので、その都度新鮮な気持ちで、カンファレンスに出ています。地域の中で、色々な職種の方々との

面的な交流エリアを拡げるという事でも、すでに役立っています。ここでの交流が縁で、実際に訪問歯科診療を紹介したりという事もありました」。大学院勤務医は「勉強の意味もあって参加させていただいたのですが、介護認定の書類も一方通行で書いていた、文書だけが飛び交っていたという事は確かに否めず、在宅医療は近いようで遠かったと改めて感じました。院内カンファレンスでも在宅医療という言葉は盛んに出ているのですが、ほとんどの医師はその現場を知りません。良い機会ですし、一歩足を踏み入れると色々な視点が分かってきました。誤嚥性肺炎が口腔ケアに大きく関わっていることは関係者なら誰でも知っていることですが、そこにアクションが伴っているかという、大学人はそういう視点では見てきませんでした」。

歯科医師は「在宅の診療所の先生方との距離は、今までやはり遠かったのですが、こちらからもその一歩を踏み出そうという事もあまりなかったと思います。電話を掛けるにも、会ったことのある先生と、そうでない先生では雲泥の違いです。歯科医師が在宅に中々関わってこれなかった原因の一つは、患者さんがご存じない事です。歯科の方からよほど訴えない限り、歯科の受診は75歳を過ぎると大きく減ります」。薬剤師は「薬が飲めているか飲めていないかもありますが、それよりも一番大切なのは信頼関係です。それがないと患者さん自身から薬の情報も引き出せません」。クリニックで訪問をしている看護師は「訪問看護ステーションと連携を図らなければ、こちらも動けませんし、連携で情報共有が進むと治療方針が変わっていくようなこともあります。当クリニックでは、診察時に、ご家族、ケアマネさんにも来ていただいて、

そこで情報交換もしていますので、見える間柄はとても重要です」と話すように貴重な場となっている。



理由について教えて下さい。
川越 当院には病床がありませんし、門前薬局も訪問看護ステーションもありません。むしろそれらを持たないネットワーク型のスタイルを志向し、きちんと連携をしなければ生き残れないという事を自分たちに課してきました。それが

あって、周囲の皆さんが応援をして下さるようになってきたという歴史があります。そこに、この連携事業の公募がありましたので、応募をさせていただきますました。在宅医療のキーワードがいくつかある中で、大きな柱は連携であったり、人材がまだ足りませんので、

その教育・研修などが最大のポイントになっているのだと思います。この2つを特に中心に置いて進めていくのが、在宅医療を進めいく上で当然の事だと思っています。事業で定められている3つの機能の第二に挙げられている場作りは、まさにこのカンファレ

ンス開催です。第2のネットワーク化については各連携の取り組みとして、これまで通り続けていますし、第3の地域の資源を把握して、その課題を抽出し、最適化するためにアプローチするハブ機能も、地域調査などを介して進めています。また在宅医療連携拠

点事業として行っているのではありませんが、東京大学の柏プロジェクトとの連携では開業医向け在宅医療導入研修の受け入れもしています。あおぞら診療所が研修先になり、開業医との連携をサポートするという形での取り組みです。

(文/佐藤昌俊)