

病院退院後の患者を速やかに受け入れる／待ち時間対策の必勝方程式

# CLINIC 今日と明日の開業医をサポートする ——最新クリニック総合情報誌

# BAMBOO

# ばんぼう

# 1

JAN.2016  
VOL.418

ISSN 1342-8662

[特集]

# 地域包括ケア時代で 変わる病診連携のかたち

— 新たな関係づくりと体制整備を提示する —

[第2特集]

そろそろケリをつけませんか?

## 本気で考える 待ち時間対策



## 中田賢一郎

医療法人社団さくらライフグループ代表

# 円滑な退院調整・支援には 診療所からの情報発信と 手技を含めた体制整備が重要

地域で患者をスムーズに受け入れるために重要となる退院支援や退院調整。しかし、病院側の都合によって上手くいっていないケースが少なくない。これを円滑にするために診療所がとるべき方策について、長尾和宏氏に聞いた。

## 意思決定の難しい人のための 退院調整・支援の工夫が必要

病院では機能を問わず、平均在院日数のさらなる短縮が求められている。そのため、退院調整や退院支援の重要性が謳われ、診療報酬上も評価されているが、この流れが進むことによって、十分な退院調整や退院支援を行う時間もないまま、退院せざるを得ない患者さんが続出すると予想している。

一方、「午後から在宅組」とされる開業医の昼休みも結構多忙である。病院から患者さんを地域に受け入れるため、医師会の会議や業務、産業医や学校医活動、訪問診療や往診の合間をぬって、退院調整のために病棟のカンファレンス室に駆けつけるが、病棟側の準備が十

分にできていない。しかも、病院で行っている医療処置をそのまま在宅で継続するよう現実的ではない指示をされる。こんな経験をしたことのある開業医は少なくないだろう。

たとえば、十分に口から食べられないのに胃ろうで絶食指示のままでの退院指導が行われても、あまり意味はない。退院前カンファレンスは地域ケア会議同様に20分程度にし、情報の申し送りや質疑程度だけでも十分だと考える。形式にこだわるとも関係者同士の顔を合わせ、フラットな視点で行う意見交換にこそ大きな意味があると考えている。

今後、老老・認認世帯の増加は必至である。認知症のおひとりさまも激増する。こうした大認知症時代における意思決定はきわめて大きな課題である。意思決定支援

に関して、在宅側が果たす役割は

大きくなるはずだ。本人の意思が明確ではないケースが増加する中で、地域の多職種での「アドバンスケアプランニング(ACP)」の意義はますます高まっていくだろう。一方、英国では2005年にメンタルキャパシティアクトという意思決定に関する法的整備を終えているが、日本ではいまだにそうした取り組みは芽生えていない。退院調整・退院支援のプロセスのなかに、意思決定支援やベストインタルスト(本人の最大の利益)という視点を意識するようにしたい。

## さまざまな場を活用して

### 診療所の質を情報発信せよ

よく指摘される言葉の一つに、「病

院医療と在宅医療の文化の差やギャップ」がある。このことに在宅側は気がついていても、病院側は気がついていないケースが多い。これは病院側の責任ではなく、在宅側から病院側に情報提供が不足していることが主因であると考えたい。

病院から見ると診療所の機能や個性はさまざまであり、頑固なかかりつけ医もいれば、腰が軽いかかりつけ医もいる。考えてみれば診療所の機能や診療の質に関しては、病院に比して情報公開が比較にならないほど遅れている。全国各地で医師会が主導して診療所機能を公開しようとする動きがあるものの、「在宅医療の診療の質」にまでは踏み込めていないのが現状だ。

そのため、医療情報や診療実績情報は、あまりにも「病院↓診療所」



医療法人裕和会長尾クリニック  
理事長

長尾和宏氏

の一方に偏りすぎている。「ほぼ在宅、ときどき入院」を掲げるのであれば、情報の流れは一方通行ではなく、循環型に変えていく必要がある。病院主催の病診連携の会などにおける診療所側からの発信の機会をもっと増やしていく必要がある。

病院の医師が忙しいのであれば、地域連携のスタッフ(看護師やMSWなど)と在宅スタッフだけによる退院後のカンファレンス(結果報告)を活発化させるのも一つの方法だ。病院側がその必要性にまだ気がついていないのであれば、営業をかけてくらの気持ちで退院後の情報提供をすべきである。可能であれば、写真や動画も用いると在宅の空気が哲学が、より伝わりやすい。そしてその患者さんが再度入院したときに、在宅での生活の様子は病棟スタッフにもフィードバックされやすいのではないかと思う。

**重症者を受け入れる際は  
情報と手技も引き継ぐこと**

今後、開業医には重症患者さんや医療需要の高い患者さんの受け入れの必要性が増すことが予想される。この流れにどのように対応

すればよいか。

まずは診療所側の受け入れ機能を意識し、それを公表していくべきだ。受け入れることができる地域や医療行為の範囲などを具体的に決めて、医師会や病院が定めたフォームで登録することが第一歩になる。

重症患者さんを受け入れる意思があるのであれば、医療スタッフの不断の研修も必須である。たとえば、人工呼吸器や腹膜透析をはじめ高カロリー輸液による栄養管理や、胃ろうの管理・交換など、さまざまな医療手技にも習熟しておく必要がある。これがないと医療事故や訴訟に至る可能性がある。リスクマネジメントの観点からも、在宅での医療行為のリスクは当然高く、相当な実力がないと受け入れることができない。

それだけに退院前カンファレンスの時点で、在宅スタッフが情報の引き継ぎだけでなく、医療手技などの実技面の引き継ぎもきちんと行っておきたい。「知らないことは知らない」と正直に言い、教えるを乞う謙虚さも必要だ。  
在宅側も多職種の勉強会を地域で定期的に開き、医療手技で悩む

ことがないシステムづくりが求められる。可能であれば、医師会単位で年2〜3回でも実務研修を重ねてほしい。AEDの講習会のような雰囲気、呼吸器や輸液ポンプなどの取り扱いに慣れておく必要がある。

当院では、定期的に地域の多職種連携の会(厄から連携の会)を開催しているが、機能強化型在宅療養支援診療所としての社会的責務であると考えている。あるいは、今回、正式に認められる在宅専門診療所の使命であろう。今後、在宅医療に従事する者には、地域の多職種連携や地域包括ケアへの参画を法的にもその根拠を明示すべき時期に来ていると考える。

最後に在宅看取りについても触れたい。在宅医療の目的は看取りではないが、病状が悪くなると看取りの話抜きでは語れないので、看取りはやはり重要な因子である。コミュニケーションスキルだけでなく、緩和ケアの技術、特にスピリチュアルペインへの対応ができなければ在宅看取りは難しいだろう。国や医師会や地域の病院が進める緩和ケアセミナーに積極的に参加すべきだ。手前味噌であ

るが、設立したばかりの「一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会」が主催する全国研修会などもぜひご活用いただきたい。

※

昨今、週刊紙等に全国の在宅療養支援診療所の年間看取り数の実数が公表されている。年間数例以上看取っている診療所は、看取りのスキルがあると考えられる。逆に数例以下の診療所に対しては、看取り数の多い診療所は教える義務があると筆者は考える。大病院の卒後教育が屋根瓦方式であるならば、在宅看取りに関しても地域の様々なタイプの診療所同士が、屋根瓦方式を意識して教え合い、助け合うことが必要な時代に突入してきた。地域包括ケア時代の連携構築には、利害を超えた助け合いという価値観を持たないと前進しないと考える。多死社会における病院と診療所のWin-Winの関係づくりには、まだまだ取り組むべき課題が多い。

なおおかずひろ●1984年、東京医科大学卒業。大阪大学第一内科等を経て、95年、長尾クリニック開業。2006年、在宅療養支援診療所登録。複数の医師による連携で、年中無休の外来診療と24時間体制の在宅医療に従事。日本尊厳死協会副理事長・関西支部長も務める。