

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

急性期病院を会場として持ち回りで開催する 函館オープンカンファレンスの取り組み

川口篤也¹

要旨

地域包括ケア時代の現在、単独の医療機関で患者を最期まで診ていくことは少なく、法人を超えた連携によって地域全体で患者を支えることが必要である。そのために急性期病院側と在宅側の相互理解を促進させ、より良い連携に結びつけるために、急性期病院から在宅に紹介された事例のデスカンファレンスを、会場を急性期病院持ち回りとして開催した。参加者は院内外の事例に関わった人以外に、事例に関わっていない人も若干参加できるようにしたところ、毎回100名前後の参加があり、これまでに函館市内の5つの急性期病院で計6回のカンファレンスを開催した。アンケート結果からは相互理解が進み今後の地域全体のケアの向上に役立つと思われる内容であった。今後はまだ開催していない病院での開催と、一度行った病院でも何度も開催していくことで、相互理解が深まり、地域全体のケアの質の向上につながると思われた。

事例の概要

①取り組みの背景

未曾有の高齢化社会にあって、地域包括ケアシステムの構築が重要と言われており、厚生労働省においても「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進¹⁾している。このために、「関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するための取組¹⁾」を推進しており、医療と介護の連携の重要性は誰もが認識するところである。ただし、急性期病院と在宅医療・介護の連携は必ずしも上手くいっているわけではない。多職種間の連携を阻む要因として、異なる職種に属するメンバーは、お互いの理解不足のため対立しやすい²⁾と言われており、これは職種間だけではなく、急性期病院側と在宅医療・介護側のお互いの理解不足にもあてはまる

ことである。お互いの理解不足を解消するための方策として、急性期病院から在宅（自宅・居住施設）に紹介されて亡くなった患者の事例検討を、急性期病院の職員、在宅側で関わった関係者が集まって開催すると、お互いに知らなかった経過がわかり、自分たちのケアで良かった点、そして今後活かせる改善点の共有と急性期側と在宅側の相互理解につながると考えた。そして会場を急性期病院で開催することで、急性期病院側の職員が参加しやすくなり、それを市内の病院で持ち回り開催することで、地域全体で相互理解が進むのではないかと考えた。

②導入の経緯

2016年5月に函館五稜郭病院から函館稜北病院（以下 当院）に紹介され自分が主治医として関わり自宅で亡くなった患者さんについて、亡くなった後に自宅での様子や診療内容について主治医だけではなく退院サポート室にも診療情報提供書を記載して郵送した。その後同院の退院サポート室より、その患者について関係者で集まって振り返りをしたいとの打診を受けた。2016年6月に当院にて、函館五稜郭病院の退院サポート室と緩和ケアチームのメン

1. 道南勤労者医療協会 函館稜北病院 総合診療科

バー、当院訪問診療室の医師、看護師、そして外部のケアマネジャー、訪問看護師が集まって事例検討(デスクカンファレンス)を開催した。デスクカンファレンスでは、患者が亡くなるまでのプロセスを共有するなかで、他の人の様々な価値観に触れ、自分の見えなかった角度から振り返ることができ、また症状のマネジメントについて振り返ることで、今後同じような状況に遭遇した際のより良いケアに生かすこともでき、そして医療者自身のグリーフケアにもなると言われている³⁾。そのような意義のあるカンファレンスにするために、筆者が司会としてファシリテーションの技術を意識して⁴⁾、参加メンバーが自由に安心して話せるように心がけた。終了後に函館五稜郭病院の参加者から「是非自分の病院を会場にして行って、自分のところの職員にも在宅での生活などを知らせて欲しい」との発言があり、今後機会があれば同院で開催することとした。その後同院を会場としてのデスクカンファレンスの開催を退院サポート室と相談し、2016年12月13日に開催することに決定した。その際に検討する患者に関わった人だけではなく、その患者を知らない他の病院の地域連携室のメンバーやソーシャルワーカー(SW)なども呼んで、カンファレンスに参加してもらうこととした。

③事例の詳細

2016年12月13日に函館五稜郭病院で関係者以外の人も呼んでの公開デスクカンファレンスを開催することとなり、カンファレンスの名称を「函館オープンカンファレンス」と決定した。ちなみに個人情報保護法では「個人情報」とは生存する個人に関する情報であるので、死者に対しては生存する個人に関する情報でないことから、一般的には該当しない⁵⁾。ただし遺族の個人に関する情報は個人情報に該当するため、氏名は明らかにせず、年齢や日付などの情報は多少加工して個人が特定できないような工夫をするのと、事前に家族にカンファレンスをするものの了承を得て開催した。

参加者は函館五稜郭病院の主治医、看護師、SW、紹介された当院の主治医、訪問診療室看護師、当院病棟看護師、外部のケアマネジャー、訪問看護師に加え、事例に関係していない他院の地域連携室のメンバーや在宅関係の人で、計87人が参加した。ここでも筆者が司会をして、時間配分に注意しながら、患者を知らない人でも十分に事例の内容がわかるように、ホワイトボードとそれを写したビデオカメラを配置したり、参加者が発言しやすい雰囲気を

作ることを意識して進行した。

終了後、そこに参加していた他院の職員から今後自分の病院でも開催してほしいとの申し出があり、2017年2月16日に第2回を国立病院機構函館病院で、5月23日に第3回を函館中央病院で、8月25日に第4回を函館医師会病院で、11月14日に第5回を市立函館病院で、2018年1月23日に第6回を函館中央病院で開催した。

④成果

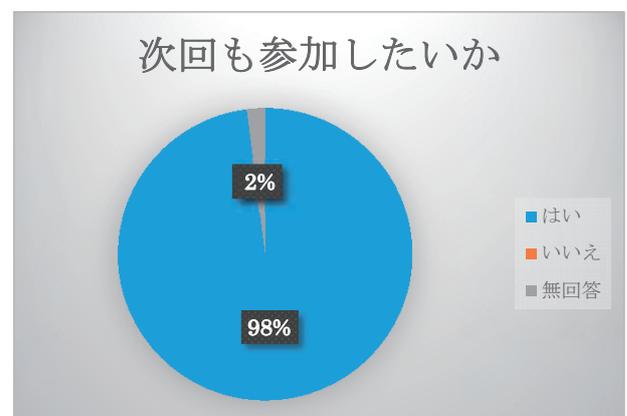
各回の参加者は以下の表のとおりである。

	函館五稜郭病院	国立病院機構函館病院	函館中央病院	函館医師会病院	市立函館病院	函館中央病院
参加人数	87	(74)	112	95	116	101
院内	49	26	61	38	50	39
院外	38	48	51	57	66	62

* 国立病院機構函館病院での参加人数が()付きとなっているのは、アンケート記載した人数が()内の人数で、実際の参加者はもっと多かったが名簿を紛失して人数が把握できなかったためである。第3回目から当院の事例ではなく、市内の訪問診療を行っている病院、診療所へ紹介された事例についてカンファレンスをしている。

参加者名簿からは、医師、看護師、SW、訪問看護師、ケアマネジャーなどの他に、薬剤師、リハビリ技士、介護士、放射線技師、事務、管理栄養士、鍼灸マッサージ師、酸素業者など多様な参加者がいることがわかった。

アンケート結果ではアンケート記載したほぼすべての人(98%)が次回以降も参加したいと答えた。



病院職員からの意見では、在宅に戻ってからの状況と最期の様子も知ることができてとても良かったという意見が多く、また病院以外での看取りについて初めて知ったという意見や、在宅で多数の職種が

本人、家族の意向を叶えるために関わっており、病院入院中からもっと本人の意向を聞いておく必要があると思ったなど、今まで知る機会の少なかった退院後の具体的な様子がイメージできて、入院中からそれを見据えての関わりを考えるきっかけになって良かったという意見が大半であった。

在宅側の意見では、急性期病院が在院日数のしぼりがあるなかで精一杯の関わりをしていることがわかった。今までどうしてもっと早く在宅に紹介しないのかと思ったが、患者が急性期病院から見捨てられるという思いが強く、なかなかすんなりと紹介できないこともあることがわかったなど、急性期病院のこれまで見えなかった事情を知ることができ有意義だったという意見が多かった。また双方からの意見で、市内の在宅医療のリソースがわかった（例として、中心部からかなり離れている地域へ訪問してくれる病院、診療所や訪問看護がわかったなど）という意見や、今後は更に病院-在宅が情報共有を綿密にして患者ケアにあたる必要があるという意見が多く見られた。改善点としては、もう少し事例の流れがわかりやすいまとめがあると良い、ホワイトボードが見にくいなど会場設定に関するものが多かった。

⑤今後の展開について

今まで開催した病院で再度カンファレンスを行っていくことと、これまで開催していない病院での開催も行いたいと考えている。急性期病院の職員は自院以外での開催の際に、勤務シフトの関係などもありなかなか参加できない傾向があるため、なるべくいろいろな病院での開催をしていく必要性を感じている。

事務局機能として、これまでは筆者が各病院の退院サポート室や地域連携室と連絡を取っていたが、2018年4月から函館市医療・介護連携支援センター⁶⁾の正式な事業となり、ホームページやメーリングリストでの宣伝や事務局機能を担ってもらえることとなった。今後開催頻度を増やし、よりシステムティックな運営としていきたい。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう活かされたか

日本専門医機構の総合診療研修プログラム整備基準⁷⁾によると、総合診療専門医には7つの資質、能力を獲得することが求められている。その中で「連携重視のマネジメント」と「地域包括ケアを含む地域志向アプローチ」が、今回の取り組みに当てはま

る資質、能力である。

「連携重視のマネジメント」では、医師だけではなく、医師以外の職種に対して尊敬の念を払い、共感的であることが大事であるが、今回の取り組みでは在宅でどのような経過をたどったかを医師以外のスタッフも知りたいだろうと思い、医師以外の職種で構成される退院サポート室に在宅での経過の診療情報提供書を郵送したことや、実際のカンファレンスの際にケアマネジャーや看護師の意見に共感し、今後に向けて有意義な意見交換をできるように努めたことで上手くいったと思われた。またカンファレンスの際に急性期病院の主治医と在宅での主治医も参加するが、時に意見が違うことがあっても、両方の現場の事情を知っている総合診療医が間に入ることで、お互いの意見を尊重しながら建設的に意見交換を進めることができたと思われた。これらは「総合診療医に関する委員会」からの報告⁸⁾の中の3. 連携重視のマネジメントの一般目標：1)「患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チーム全体で臨むために、様々な職種の人と良好な関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネートする能力を身につける。」を体現しているものと思われた。

「地域包括ケアを含む地域志向アプローチ」を意識していたので、開催病院の決定や事例の選定において、地域特有の文化や価値観を把握し、地域の社会資源・サービスの実態の特徴（長所・問題点）を理解した上で、それらをディスカッションできる事例を選定することで、参加者が共通基盤に立てるような工夫を施した。

以上より総合診療医の専門性が十分に活かされたと思われた。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

カンファレンス内で、急性期病院で外来化学療法を行っている患者の在宅での栄養管理や、臓器別専門医のところに通院している担癌患者に在宅医が関わることで、発熱などのマイナートラブルへの対応や在宅での薬剤管理などを在宅医が行うと臓器別専門医の負担軽減になると同時に患者・家族にとってもメリットが有ることがディスカッションされた。それ以来、在宅診療を行える総合診療医に、急性期病院から併診の依頼が来るようになり、実際に臓器別専門医の負担軽減になっている事例が複数ある。

また「連携重視のマネジメント」を意識している総合診療医がカンファレンスの司会をすることで多職種連携に寄与していると思われた。例えば外来化学

療法をしている癌患者の希望があれば、早期から緩和ケア外来に紹介してもいいかと参加している緩和ケア科の医師に確認をしたり、退院支援部門の職員が独居の人を病院から自宅退院可能か考える際に、早めに訪問看護師に相談することでクリアすべき課題が見えるなどの話題をカンファレンス内でとりあげることによって、それ以後の実際の連携につながった事例を見聞きしている。

③医療や社会に与えるインパクト

地域包括ケアシステムは、英語では Community-based integrated care systems と表記され、ケアの統合 (integration) を目指している⁹⁾。Valentijn らは、統合 (integration) の範囲として、1) 人間中心のケアであるミクロの範囲、2) 専門職や組織の統合であるメゾの範囲、3) システム的統合であるマクロの範囲、4) ミクロからマクロまでに渡る広範囲と整理した¹⁰⁾。ミクロからマクロまでに渡る広範囲の統合の中に、規範的統合 (Normative integration) が含まれており、これは組織、専門職の集団、個人の間で「価値観」「文化」「視点」を共有することと言われている。函館オープンカンファレンスでは、様々な組織から、様々な専門職の集団が集まり事例を振り返ることによって、参加者個人が「価値観」「文化」「視点」を共有する規範的統合 (Normative integration) に寄与していることがアンケートから窺えた。

また県や市のような地理上の区分 (マクロの範囲) におけるシステム統合 (System integration) では、急性期から回復期、在宅など医療分野における機能分担である垂直統合 (Vertical integration) と、慢性期の医療、介護、生活支援の連携である水平統合 (Horizontal integration) の両方が機能することが必要であると言われている¹⁰⁾。函館オープンカンファレンスでは、急性期病院、在宅診療を行う病院、診療所、在宅ケアスタッフが一同に介するので、垂直統合 (Vertical integration) と水平統合 (Horizontal integration) の両方に寄与していると思われた。以下図に示す。



以上より、函館オープンカンファレンスでは様々な統合 (integration) が進み、国が推進する地域包括ケアシステムの構築に大きく寄与していると思われた。

上記のようなインパクトのあるカンファレンスを企画、運営するのは総合診療医が適任である。なぜなら地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域特有の文化や価値観の共有の大切さを認識しているのと、実際の運営に際して、「連携重視のマネジメント」を意識し、臓器別専門医と多職種、各医療機関、介護福祉施設などを結びつけるハブの役割を身に着けているからである。このような試みを各地で総合診療医が行っていくことは、国の推進する地域包括ケアシステムという観点から、また多職種連携推進という観点からも医療や社会に与えるインパクトは大きいと思われる。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

総合診療医の獲得すべき資質、能力である「連携重視のマネジメント」と「地域包括ケアを含む地域志向アプローチ」を身に着けた総合診療医がいる地域では、同じような試みが可能と思われる。そのために重要なのは、普段の診療場面において患者から信頼される臨床能力、適切な紹介などを通して急性期病院の医師からも信頼され、医師以外の他職種からも信頼される振る舞いである。その信頼があって初めてこのような取り組みが可能であるため、生涯に渡って総合診療の専門性を高める自己研鑽能力とそれを教育できるシステムがとても重要である。

文献

- 1) 地域包括ケアシステム . 東京 : 厚生労働省 ; [cited 1 April 2018] . Available from : http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/

chiiki-houkatsu/

- 2) 中村洋. 多職種間連携における2つの阻害要因と4つの促進要因. 医療と社会. 2014 ; 24(3) : 211-212. doi: <https://doi.org/10.4091/iken.24.211>
- 3) 和田浄史. 終末期チームケアアプローチ. 第1版. 名古屋 : 日総研出版 ; 2015. 82-83.
- 4) 堀公俊. ファシリテーション入門. 第1版. 東京 : 日本経済新聞出版社 ; 2013. 87-122.
- 5) 個人情報の該当性. 東京 : 総務省 ; [cited 1 April 2018] . Availablefrom : http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/gyoukan/kanri/question03.html
- 6) 函館市医療・介護連携支援センター. 北海道 ; [cited 1 April 2018] . Availablefrom : <https://hakodate-ikr.jp/>
- 7) 総合診療専門研修プログラム整備基準. 東京 : 日本専門医機構 ; 7 July 2017. [cited 1 April 2018] . Availablefrom : <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 8) 「総合診療専門医に関する委員会」からの報告 平成27年4月20日. 東京 : 日本専門医機構 総合診療専門医に関する委員会 ; 20 April 2015. [cited 1 April 2018] . Availablefrom : <http://www.japan-senmon-i.jp/news/doc/150421.pdf>
- 9) 成木弘子. 地域包括ケアシステムの構築における“連携”の課題と“統合”促進の方策. 保健医療科学. 2016; 65 (1) : 47-55.
- 10) Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care. 2013 ; Jan-Mar (13) : 655-679.