

連携のちから

地域包括ケアの深化が急がれる中、今年度の診療報酬改定でも新たな評価として随所に見られた“連携”に着目。地域における多職種協働の先駆的取り組みと、訪問診療チームの実践知を集約し在宅医療の質の指標や提供モデルを開発する活動を紹介する。

CASE1 とよひら・りんく（北海道札幌市）

住民が暮らしやすい地域づくりに邁進する、多職種協働の12年

地域の共通課題に多職種で取り組む「とよひら・りんく」

札幌市豊平区は人口22万人、新興住宅地として発展し40年が経過した西岡・福住地区の高齢化率は32.4%で、全国平均より高齢化率が高い地域である（2022年4月現在）。同地区で1979年に開設した社会医療法人恵和会西岡病院（西澤寛俊理事長、98床）は、開院以来、将来的な地域の変化を見据え、医療・福祉・介護のトータルサービスに取り組んできた。2000年代後半になると、「高齢化が進み、病院でやるべき治療が終わってもすぐに家に帰れない、外来通院しながらの一人暮らしは困難な住民が増えてきたと実

感するようになった」と、院長の五十嵐知文氏は振り返る。法人内はもとより近隣の医療機関、介護施設との連携、在宅医療の必要性が次第に高まり、地域包括ケアの拡充を強く意識するようになり、2011（平成23）年度厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」の公募を知るとすぐに応募した。これを機に同年6月、五十嵐氏（当時は副院長）らは、札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会「とよひら・りんく」（以下、とよひら・りんく）を発足。地域住民の生活をサポートする医療介護の連携をより深めるため、事業体の枠を超えた多職種協働を活動の軸に据え、包括的かつ継続的な在宅医



とよひら・りんく会長・西岡病院院長の五十嵐知文氏。（一社）日本アドバンス・ケア・プランニング研究会理事も務める

療の提供を目指す取り組みを始めた（図表1）。現在、会長を五十嵐氏が務め、役員は在宅医療の寺本信氏（西岡水源池通りクリニック院長）と病院医の澤田格氏（西岡病院内科科長）、および介護施設長2人と地域包括支援センター所長の計5人で構成され、事務局は西岡病院の医療ソーシャルワーカー（MSW）が担当している。

とよひら・りんくはこれまで、看取り介護、意思決定支援（ACP普及）、ICT導入、身元保証人の課題、食支援、そして新型コロナウイルス感染症対策と、時代が要請する課題、目の前に立ちはだかる問題を皆で共有し、常に先を見据えて取り組

●図表1 とよひら・りんく活動の目的

1. 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
2. 在宅医療従事者の負担軽減の支援
3. 効率的な医療提供のための多職種連携
4. 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
5. 在宅医療に従事する人材育成

出所：とよひら・りんくホームページ（www.toyohiralink.jp）より

んできた（図表2）。活動の原資の一部は、複数の助成金を活用。その企画力と、現状調査によるデータ分析、対策の考案、結果を公表する一連の実行力は、目を見張るものがある。リーダーシップを発揮する医師、ブレインの事務局スタッフが中心となり、様々な立場の職種からの困りごとを受け止める組織運営が特徴だ。

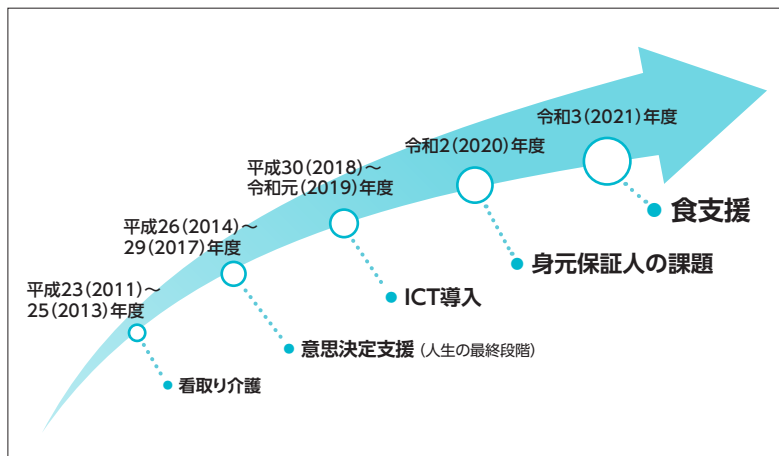
事務局を統括する西岡病院事務次長・MSWの岡村紀宏氏は、とよひら・りんくの活動に際して3つの柱を大事にしていると話してくれた。第1が「地域住民のためにやる活動であること」、第2が「医師が参画し、地域包括ケアシステムの中で医療と介護、行政等がしっかりとタッグを組んでいること」、第3は「意味ある活動の継続性と公開」である。

以下に、進化し続けるとよひら・りんくの活動の軌跡を追いつながりながら、トピックを紹介する。

在宅看取りの課題から始動

発足当初の2011年と2012年は、厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」に2年連続で応募し、地域連携と看取りの課題に取り組んだ。まず現状調査を行うと、介護施設職員の6割は看取り経験がなく漠然とした不安を抱えていることが判明した。そこで「終末期カリキュラム研修会」を年4回・合計8回開催、外部講師から先駆的事例の講義を受けて意識づけを行ったり、症例発表会を重ねた

●図表2 とよひら・りんくの活動の課題の変遷



出所：西岡病院提供資料より



とよひら・りんく理事の1人である西岡病院内科科長の澤田格氏

り、救急搬送に際して必要とされる法的知識（消防法・消防組織法・救急業務、刑事訴訟法）を学び合ったりした。拠点事業づくりに不可欠な「顔の見える関係づくり」は、異なる職種5～6人（医師、看護師、介護従事者、行政、消防など）の小グループ討議形式の研修会で培い、その内容を全体で共有し解決策を導いた。課題は必ずしも解決できるものばかりではなかったが、ホットな話題を取り上げると、施設体系は違っても課題は共通で同じ苦労を抱えていることがわかった。「みんな困っているとの現状認識を活動の“栄養源”にしたのです」と五十嵐氏。西岡病院がリーダーシップをとりながら、多職種協



とよひら・りんく活動の事務方を担う西岡病院事務次長・MSWの岡村紀宏氏


働の基盤固めと看取り介護支援を拡充すると、初めて看取りをする施設が現れ、徐々に浸透していった。

一般的には同職種による会合が多い中、法人内外の事業所の医療・介護職が一堂に会した合同会議では、生の声による様々な課題が表出する。介護側からすると医療者、とりわけ医師との意見交換はハードルが高いといわれるが、進行役の澤田医師がフラットな関係を醸し出す雰囲気を作り、話し合いや質疑応答が活発に行われ、相互理解が深められている。

住民のための考えるプロセスとしてACPを普及

2014年には、厚生労働省の

●図表3 オリジナルで作成した ACP 関連ツール

| | |
|---|--|
| <p>【もしものときに】 「自分らしく生きるために（もしもの時に備えるノート） ～リビング・ウィル」</p> <p>【最終段階】 「ご自宅でご家族を看取られる方へ～これからの過ごし方について～」 「病院で看取りをされるご家族の方へ」</p> <p>【ACP】 「今から考えよう もしもの時の医療や生活について考え、話し合い、共有する「人生会議」</p> |  |
|---|--|

出所：とよひら・りんくホームページ「療養支援」より

平成26年度「人生の最終段階における医療体制整備事業」(モデル事業)を足がかりとして出合ったアドバンス・ケア・プランニング(ACP)が、大事な活動要素となった。「介護施設などで急変されたときに、驚いて救急車を呼んで救命救急センターなどに行くと、そこではフルの医療が行われますが、その方はそういうことを望んでいなかったということもあったので、やはりACPは重要だと思いました。最近のトピックとしては、コロナが流行して高齢者にもECMOやレスピレーターをするのかということで、やはりACPは大事だと思いました」(五十嵐氏)。

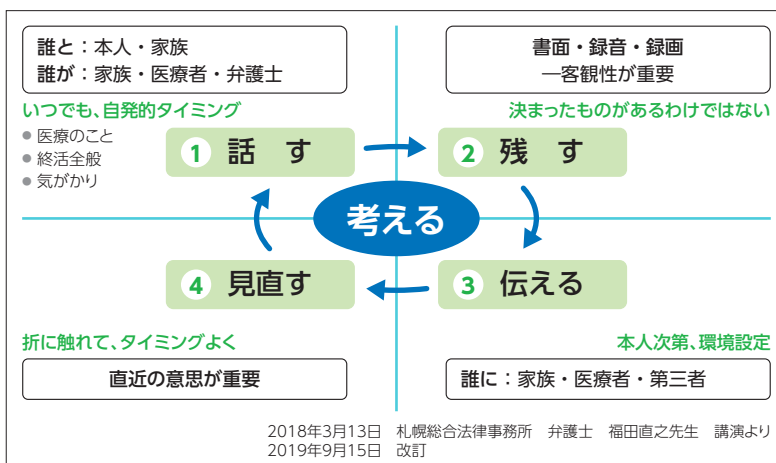
患者の意思を尊重した穏やか

な人生の最終段階における医療・看取り介護の実現を目指して、相談体制や環境整備を進めた。2015年度からは「りんく塾」を開催、多職種でロールプレイを取り入れた実践的なACP研修を実施。国立長寿医療センターが中心となって作成した相談員研修会教材を参考として研修教材を開発し、ホームページで公開、多くの施設・事務所で取り組めるようにした。さらに、患者本人や家族をはじめとした地域住民の理解を得るために、実際に医療職と相談しながら「もしもの時の医療や生活について考え、話し合う共有ツール」として3種類の冊子を発行、地域講話や実際の相談場面で活用している(図表3)。

また、とよひら・りんくではACPのプロセスを「ACPサイクル」と名付け、弁護士を交えて議論しながら体系化した(図表4)。「プロセスは4ステップからなり、まず『①話す』ところからスタートします。ここでは話の切り出し方をどうするかをいろいろと考えます。冊子をいきなり渡すのではなく、リーフレットを渡してみたり、あるいは『厚生労働省で人生会議という言葉ができたのだけど知っていますか』とか、話しかけ方は様々あり、タイミングも問わない。そして聞き出したことを『②残して』『③伝えて』『④見直す』のですが、どのステップ、またプロセス全体にわたって常に『考える』ことを中心に置くことを明確にしました。たとえば本人からご家族に内容を伝えようと思うときも考えながら伝えます。考える人は職種を問わず誰であってもいいというのがACPサイクルの特徴で、多職種連携を基軸とするのとよひら・りんくのお考え方を反映したものとなっています」と澤田氏は解説する。

西岡病院では、入院時に全患者へ「人生の最終段階について

●図表4 とよひら・りんくが推奨する「ACPサイクル」



出所：西岡病院提供資料「とよひらりんくとACPの取り組み」より

考えたことは何かありますか」と聞くことにした。患者個々で反応は異なり、意外としっかり答えてくれる患者も多いが、答えにくいからとはぐらかす患者もいる。入院当初から ACP に介入する際は、患者さん方が不快に感じることをないようにしている。「最初はふわっとした感じで聞くのがいいと思います」と五十嵐氏。話すとかかりをどうやって作っていくかは最大のポイントだと澤田氏も続ける。「急性扁桃炎で入院した10代の子に『何か考えたことはあるかい?』という感じで聞いてみたら、意外としっかりした答えを返してくれたことがありました。そういう経験も重ねながら『どうやって聞けばうまくいくのか』、『失敗したらどうしたらいいのか』など、いろいろと考えてやっています」。

また、医師以外の職種が聞くことも大事だという。五十嵐氏によれば、「カルテを見ると、主治医の前では話さないことを、看護師やMSWには本音で話せていると感じられることがよくあります」とのこと。

病院の電子カルテには「ACP記載欄」が設けられており、多職種が記載・閲覧できるようになっている。各職種の担当内容に ACP に関する事項があれば、その部分だけコピー&ペーストして ACP 欄に貼り付ける方式をとり、記録作業の省力化を図っている。「担当医が後から病状を説明するときや、あるいは休日や夜間の対応で他の先生

が診療するとき、全体のストーリーがあつという間に把握できるというメリットがあります」と五十嵐氏はその効用の大きさを強調する。家族の中でも意見が異なる場合があるので、記録を見せながら話すことにも役立っているという。多職種がそれぞれの観点から患者情報を記録し、必要な場面で共有することの意義は大きいようだ。

コミュニケーション力強化、人材育成に注力

ACP をめぐっては、医療職や守秘義務がある職種のスキルアップが必要になるので、院内研修会は繰り返し開催するようにしている。特に看護師は、部署内勉強会を繰り返し実施している。「職員の入れ替わりもあるので、忘れた頃に、あるいは壁にぶつかったときなど、折に触れていろいろな形で対応しています」(澤田氏)。

特に、実践を通じてコミュニケーション力のスキルアップを図ることを重視し、ロールプレイトレーニングを積んでいる。若手の医療職は大学や専門学校の教育の中でロールプレイをしてから臨床の現場に出てきているため、ベテラン医師よりも上手なこともあるそうだ。そのため、「コミュニケーションスキルをゼロから学び、簡単なものだけでもやってみようという勉強会を時々やっています。会を重ねていくと、少しずつできるようになり、これを繰り返している最中です」(澤田氏)。

一方、とよひら・りんくでは、2021年度国立長寿医療研究センター「地域包括ケアの中で展開する ACP のための共有意思決定支援(SDM)を学ぶ研修会」に参画し、地域ファシリテーターが22人誕生した。薬剤師もコミュニケーションスキルを少しずつ学び、本年9月10日に開催された「日本アドバンス・ケア・プランニング研究会第7回年次大会」で、「共有意思決定支援(SDM)を用いた薬剤管理指導が ACP 相談に有効であった症例」を報告している。難問1つひとつに向き合い、地域の課題として熱心に意見交換する。具体的な事例検討を通して、体験的に多職種の支援理念や支援方法を理解してきた努力は、確実に結実している。

効率的な情報共有に向けた ICT 活用

連携に取り組む中で浮上してきた課題の1つが、情報共有体制の整備だった。ACP 活動の延長で「ACP 相談シート」を作成したが、紙ベースでは常に変化する情報の共有が難しく、連携の標準ツールとなり得なかった。24時間体制を構築するためのネットワーク化とチーム医療を提供するために、ICT の活用を決断。検討を重ねた結果、2018年に帝人ファーマ(株)の「バイタルリンク[®]」をベースとした「とよひら・りんく連携システム」を導入した。セキュリティがしっかり確保されており情報画面は見やすく、

●図表5 「とよひら・りんく連携システム」により多職種間で医療・介護情報を共有



多職種の情報共有ができ、資料・写真も添付できる

コストパフォーマンスに長けていることが決め手となった。北海道医療介護総合確保基金を活用して、タブレット端末を調達。運用開始にあたっては、個人情報保護規定や方針、同意書類なども整備して、これらはホームページで公開している。

「連携場面は『通常時・緊急入院・退院・看取り』の4場面があり、それぞれにおいて各職種が必要とする情報は異なります。そのすべてを入力すると作業だけでも1日かかるのに、いざという時には古くて使えないという最悪の事態もあります。情報量と更新頻度にかかる負荷を見極めて、『顔が見える関係ができていて、必要なときに必要な情報だけ共有できればよい』と考えたとき、連絡帳とバイタルだけあれば十分だとの結論に達し、選択しました」と岡村氏。

看取り期に複数の医師や看護

師が関わる際の連絡、MSW や ケアマネジャーなどから多職種への共有事項の連絡などといった課題が、タイムリーに情報共有、双方向コミュニケーションができる仕組みの導入により、地域の医療・介護の情報共有の課題が少しずつ解決されていった。蓄積された経時的データを、必要なときに一覧できる使い勝手の良さを実感している。個人情報保護と多職種間での情報共有は二律背反の面があるが、クラウドを駆使してセキュリティが確保されたツールを活用することで、患者の尊厳を大切にした多職種協働は前進していった(図表5)。

医療者だけでは解決できない生活課題にもチームで対応

身寄りがいない人の場合、医療同意を取得する相手も財産管理人もいないので、特に死亡時に問題となる。同地域で身元保証

人種別を入院・入所の全員に調査してみると、身よりのない人(知人・友人、第三者、身元保証人不在の合計)が2%ほどいた。そこで、保証人×意思表示のマトリックス表を用いて突破口を探り、意思表示ができなくなるにはどうしたらよいかを検討して、確認事項の見える化に取り組んだ。2020年6月に厚生労働省から発出された「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」の4番目にある「専門家を入れた話し合い体制」(医師、弁護士などを交えた臨床倫理委員会)も整えた。

とよひら・りんくでは、医療の枠を超えた生活課題(家族間や財産など)にも向き合い、弁護士と役割分担しながら臨んでいる。

食形態についての共通言語づくり

五十嵐氏は、病院には治療食の概念はあるが、嚥下困難な高齢者向けの食形態の工夫が乏しく、院内でもう少し充実させたいとの思いを抱いていた。さらに、退院後に戻った施設に病院と同様な食形態がない場合には、せっかく寛解したのに摂取能力が落ちてしまうという問題にたびたび直面していた。また、同じ「嚥下食」という呼び名であっても食形態が違ったり、給食業者が異なると内容が変わるという問題があった。

そこで、介護施設の職員と病

院の ST で病院食の試食会を行いながら、摂食嚥下リハビリテーション学会の分類を基にした食形態の一覧表を作成した。共通言語ができ、誤嚥しやすい人の食形態に対する工夫は前進し、食事提供の場による壁を超えて継続できるノウハウが蓄積された。医師が「食事可」と指示箋を出せば、あとは多職種が動く。看護師が摂取状況を観察（残食のカウント法もマニュアル化した）、ST や管理栄養士と相談して適切な食事形態を提供して、状態を上げていく仕組みが出来上がった。

介護施設との食形態の共通言

語をつくったことで、退院後の食形態を見据えて、リハビリ計画や退院支援も行われるようになった。食事提供の実際においては、給食業者との委託価格の問題も出てくるので、金額交渉に際しては事務長も加わって調整が行われた。すべてを整理するのに1年かかったが、誤嚥性肺炎の緊急入院が激減するという成果に結びついた。

コロナ禍以降も 地道な活動を継続

地域の連携課題を抽出し、客観的なデータを収集して多職種で共有し、そこで練った対策を

各現場の責任で試み、その結果を共有することの繰り返し。「最終的に住民の方に西岡・福住は住みやすいと思っていただけるのが一番」との願いを込めて、地道に取り組んできた。最後に、「12年継続してきたことが、当地域になじんだ『地域包括ケアシステム』になっていくのだと日々感じています。とよひら・りんくに完成はなく、日々前進し続けるしかないと思っています」と口を揃えた。地域における多職種協働の先駆的取り組みとして、とよひら・りんくの活動はますます注目される。

(本誌編集専門委員 小野 洋子)