

## 院内集談会報告

### 「われわれの目指す病診連携」

新潟県(厚)長岡中央総合病院  
佐々木公一(座長)

はじめに

平成2年から始った厚生省の病診連携推進事業を契機に、いろいろの場面に「病診連携」の語句が登場するようになった。

暴騰するわが国の医療費をいかに効率的に使うか、という財政的背景のほか、医療があまりに高度化、細分化した結果、一貫性を失いかけている、との反省に立っていることも事実である。

本院では急性期医療を目標に、その路線を順調に踏襲してきているが、急性期を乗り切った患者の中には医療の分野を離れ、社会心理的要因などをかかえたまま長期入院を余儀なくされている例が少なくない。患者本位の医療が強く求められるようになってきている現在、この問題にどのように取組んでいくか、が本院にとって重要な課題なのである。

今回の院内集談会は各職域から演者を募り、パネルディスカッションとして企画された。

先ず高橋氏(氏医師会長)の基調講演が行われ、続いてパネリストの発表があり、最後に約1時間の討論が展開された。以下に発表順に各演者の要旨を掲げる。

<表>院内集談会

とき：平成9年6月27日 pm5:30~

ところ：講堂

基調講演 高橋剛一先生(長岡市医師会長)

演者1. 富所 隆(医局・内科)

2. 横山喜代子(看護婦・訪問看護室)

3. 近藤 泰子(医療社会保険事業士)

4. 藤田 幸代(病歴管理士)

5. 西山 勉(医局・泌尿器科)

座長 佐々木公一(副院長)

### 病診連携について

長岡市医師会

高橋 剛一

病診連携は医師会活動の基本であり、あくまでも患者のための連携でなければならない。私は病診連携を

次の3つに分けて考えている。

#### ① 患者のやりとり(狭義の病診連携)

この問題は古くて新しい問題であり、スムーズに行うには、まず病診間の良好な信頼関係が必須である。病診相互にメリットがなければならぬ。診は病について、医療設備、専門分野、診療内容など理解しておくべきである。また病にも診の専門を理解して欲しい。診は自己の限界を知り早期紹介に努める。きちんとした紹介状、報告書、病診の情報は広く患者に知らせるべきだが、現行の医療法では情報開示が十分でない。病に病診連携専門の窓口の設置、また疾患(糖尿病など)によってはより緻密な連携方法が必要となる。

② 生涯教育、10年程前に日医が生涯教育を大きく取上げて以来、グループ研修、講演会、研究会、検討会など盛んに行われている。しかし当時日医が強く推奨した、体験学習(臨場教育)は未だ十分に行われていない。問題点が多すぎる。即ち時間帯、人負数、多忙、理解不足、熱意不足など、「教える事は教えられる事」といわれるが、開業医のレベルアップは勤務医のレベルアップにつながる。改めて初心にかえり、広く開業医を対象としたセミオープン化を考えてはどうか。

③ 在宅医療、今迄より緊密な病診連携が必要とされる分野である。医師会では昨年4月、24時間365日対応の在宅ケア連携医療機関ネットワークを発足させた。これは最後を自宅という寝たきり患者を対象とする。診々連携ではあるが、将来は病も含めたネットワークを夢にしている。

最後に医師会は病診連携をより充実させるため、6月に常設の病診委員会を設置した。積極的に運営する方針である。

### 当院訪問看護における病診連携

富所 隆

終戦後の急速な経済成長によって物質的な欲求を満たされた日本人は、長寿を願うようになり、健康食品や健康医薬品の異常なまでのブームを引き起こしている。こうした中、感冒など通常の疾患の患者までも“大病院指向”と呼ばれる受療行動を起こし、病院と診療所の不必要な競合の一因となっている。

本来、病院と診療所はその役割を異にする物であり、

日常の健康管理から入院治療を主とする高次医療まで一貫して継続した医療を、病診の壁のない状態で、提供すべきである。

具体的な病診連携の手段として以下の事項が考えられ、一部の地域ではすでに実行されている。①スムーズな患者紹介システムの整備・②病床のオープン利用・③医療機器の共同利用・④情報の共有化・⑤併診による在宅診療・⑥研修会の開催などである。今回は勤務医の立場から⑥の在宅診療について報告した。

入院治療により慢性安定期を迎える患者の抱える、帰宅への欲求と在宅診療に対する不安感の強さは察して余りある物であり、それを支える家族の不安も大きな障害となっている。在宅酸素療法や在宅末期医療などのハイテクホームケアを行う患者にとって、訪問診療を行ってくれるホームドクターの存在は何にもまして心強い物であり、病診の連携が緊密に行われることにより、患者も家族も安心して退院することができ、更に、入院期間の短縮や病床の有効利用が計られ、医療資源の無駄も省くことが可能となる。在宅に移行する際に単に手紙一通で紹介するより、勤務医、開業医を含めた合同事例検討会の開催や、在宅医療支援病床の設置などが考慮されるべきかと思われる。

従来、診療所からの患者紹介をスムーズにとの考え方が病診連携という言葉としてとらえられてきたが、その逆にも活用される必要があり、更に患者のやり取りでは無く、一人の患者に各種の医療関係者が最善の形で関わってくるよう、考え方を変えていく必要があると思われる。

### 医療相談室から見た病診連携

厚生連長岡中央総合病院・訪問看護室  
横山喜代子・林 八重子

病診連携における訪問看護の割合の1つに、病院という診療所の機能をより密接な関係に保つということがある。当院の訪問看護が実働し始めて5年が経過した現在、稀薄だったこの点に考察した。平成9年5月1カ月間における訪問患者数は38名である。開業医を主治医に持つケースは14名で、連携のある医師は市内の10名である。うまく連携が行なわれない原因として、①訪問が長期になり状態が安定しているケースは、報告方法がマンネリ化になる。②キーパーソンを介しての報告は、口頭連絡が多く誤解を招き易い。③ケースが入院中に家族を含めた病院スタッフ間で、開業医を主治医に持つという話合いの機会がほとんどない。こ

の3点を改善する為に、取組む課題として、①開業医へ提出する報告方法について検討する。②病院スタッフ間の連携を深めるの2つを上げた。①については、報告方法の1つに、診療所のナースにも協力してもらい、電話や、FAXを利用し、簡単で正確な方法を考えていくことである。②については、退院指導の中には、介護の技術的指導のみでなく、開業医を主治医に持つメリットを加え、必要なケースについては、主治医、受持ちナース、ソーシャルワーカー、訪問看護間でケースカンファレンスを設けたい。訪問依頼のケースが、開業医を主治医に持つメリットに、親しみに連がる安心感が上げられる。住み慣れた町の顔見知りの先生に診てもらえるということは、突然の発熱や痛みに戸惑う患者、家族にとって心強い支えとなり、長く在宅療養が続けられる為のキーポイントとなる。急速な勢いで高齢化社会に向う現在、介護力が低下する一方の家族構成の中、難病患者の人工呼吸器装着や、在宅ターミナルケアなど医療依存度の高い患者の支援を行って行かなければならない。それには病院、診療所、訪問看護間でより連携を緊密に保つことが大切である。

### 病診連携における病歴室の役割

長岡中央総合病院・ソーシャルワーカー  
近藤 泰子・竹日 愛

ソーシャルワーカーとして退院調整を通してみた現状をまとめ、病診連携の検討をする。

相談室における様々な相談援助の比率を昨年3月と今年3月の約1年間を比較してみた。退院後の方向付けの援助が1年間で27%から43%と増加していた。この退院後の方向付け43%と社会資源の紹介26%、転院に伴う援助12%を合わせると81%となり、現在の業務量の8割以上が退院に関わる諸問題にあたっていることになる。

これは、昨年当院に在宅支援センターの設置されたこと、各病棟において入院期間短縮化のため、より多くの退院ケースの依頼があったこと、また長岡市の福祉コミュニティ構想整備化が進み各種福祉制度が活性化していることなどの理由によるものと思われる。

ソーシャルワーカーが退院調整にかかることは病院内のスタッフや相談に来られる患者と家族にもわかりやすい役割であり、病院側にも期待される部分が大いと考えている。ここでは、多くの情報収集能力、面接技術、コーディネーターとしての力量が評価される事になる。退院後の在宅ケアの場で求められる具体的

な援助とは、1. 主治医による病状の管理。2. 訪問看護による看護と保険婦による保健指導。3. 訪問リハビリによる指導。4. ホームヘルパーと住民ボランティアの導入。5. 福祉サービス制度の活用と社会資源の有効利用。といくつかあげられるが、退院時に患者や家族と相談しながらケースに合った援助を繰り返したとしてもその後、在宅が長くなるうちに、いろいろな環境条件変化が加わり、体勢が崩れていくこともある。病院退院後開業医にお願いした場合、これらの全ての把握という大変な作業をお願いしていることになる。

現在開業医の先生方と連携しながら在宅ケアを支えているケースは数例あり、ケースによってはうまく病診連携が取れているが、いずれのケースも昔当院に勤務されていた経験のある先生方からの依頼であり、相談室の機能もソーシャルワーカーの役割もよくご存知だからこそうまく連携がとれる状況にあるが、しかしそれはごく限られた中でのことであり、どこの開業医からでも連携が取れるようなシステムにしなければ、地域の基幹病院としての役割が果たせないと考えている。今後、病院と開業医との連携により、入院治療から在宅医療・ケアまで一貫した地域対応システムを作成することはもちろんだが、更に保健・医療・福祉等の関係機関とのネットワークの強化も計り、多くなる退院ケースに即応できる体制づくりを検討していきたいと思う。

#### 病診連携における病歴室の役割

長岡中央総合病院・病歴室  
藤田 幸代・田中美津子

病診連携において、診療現場でない病歴室がどのように関わっているか、文献の事例を参考にしながら、当院の場合を考えてみた。

当病歴室は1968年1月より退院カルテの中央管理を開始し、現在に至る。(表-1)。

病診連携においては、病院は入院治療、特殊検査などの高度の医療機能を提供し、診療所は通院、在宅医療などのその後の治療を引き継ぐ。主治医は紹介医には必ず、病院での経過を通知しているが、不足の医療情報があれば、病歴室では、閲覧など、すぐに対応できる。病院と診療所が医療情報を共有していると言える。病歴室は、発足当時から医局内に位置した。現在、市内および周辺市町村でご開業のOBの先生方とは、顔見知りである。時が流れ、医局内のメンバーも

一新したが、病歴室は変わっていない。様々な用件でOBの先生方が来室される。1年程度前、お叱りの電話を頂いた。病院の診察一覧表の新しいものが届かない。そして、診療医の専門分野がわからないという内容であった。早速、関係部署に連絡を取り、現在の専門分野の表示とフルネームによる外来診療担当表ができあがった。なにかと窓口的な役割を果たしているように思う。現在、当院では紹介患者の依頼は各科でまた担当医に直接連絡があり、ベット確保や、紹介医への連絡にあたっている。今後の課題として、当院にも病診連携システム構築され、OBであることや、個人レベルの縁故に頼らなくとも、いつでも患者を紹介出来る窓口と、きちんとした院内システムが必要となる。病歴室は、カルテを保管し、利用の為に提供することが使命である。医療情報をおおいに利用してほしいが、患者のプライバシーも保護しなければならない。情報の伝達方法などに見えない部分でのやりとりも予想される。いかなる条件下に、どこまでの範囲で、誰に開示を認めるか、慎重な対応が必要となる。

【表-1】病歴室の保管カルテ

1968年	入院カルテ中央管理開始	
1973年	廃棄処分	30,180名分
1974年~1981年		
	群馬県業者保管	49,102名分
1982年~1991年		
	近藤倉庫保管	86,056名分
1992年~現在		
	院内保管庫	約55,000名分

#### インターネットは病診連携に生かせるか

厚生連長岡中央総合病院  
西山 勉

インターネットが急速に普及してきたが、このインターネットを病診連携に生かせるかを考えてみたい。インターネットの活用法は多岐にわたるが、現在もっとも普及しているWorld Wide Web(WWW)を用いて必要な情報を入手することや電子メール(E-Mail)機能を用いたメールの交換やメーリングリストの利用が考えられる。医療従事者から見たインターネットの利用は医学情報、文献検索や、電子図書館の利用などで、必要なときに最新の情報を効率的に入手するための利用である。また、患者から見たインターネットの利用は、自分に必要な健康情報を入手し、どこに行っても適切な医療サービスが受けられることである。医

療機関の内部に不正に侵入される危険性や交換される情報に不正に干渉される危険性が問題となるが、現在、インターネットの医療情報提供は医薬品情報、感染症情報、中毒情報、O157情報、癌情報など広く行なわれている。医療機関の情報発信としては、平成9年4月現在、ホームページを開設している都道府県医師会は13件、ホームページを開設している郡市区医師会は53件、厚生連関連のホームページは3件である。我々の新潟県厚生連では平成8年8月からホームページ「新潟県厚生連案内」を開設している。その中で、「医療、福祉に関する相談コーナー」を開設しているが、すでに、患者家族や医療関係者からの相談が寄せられ、担当部署でその相談に答えてもらっている。近々、「診療情報交換コーナー」開設したいと考えているが、内容は、診療に関連したさまざまな情報効果の場としての利用や病診連携の場としての利用を考えている。今後、医療とインターネットは、患者自身の健康情報を必要ときにインターネットを利用して入手でき、どこでも適切な医療サービスを受けることができるようになる医療情報の電子化、電子カルテなどや、インターネットを利用して外来予約ができる外来予約等の事務手続きの電子化やインターネットを利用した病診連携での有機的な利用の検討などが行なわれている。今の通信環境で、今すぐできるインターネットを利用した病診連携を考えてみると、Eメールとデジタルカメラを利用することにより、比較的簡単に情報交換ができる。たとえば、診療所でレントゲン写真や、患者の状態をデジタルカメラに撮り、パソコンに取り込み、

Eメールで病院に送り、専門医の診断ならびにアドバイスを受けるようなことは既に行なわれている。インターネットを利用した病診連携を行なうためには、すくなくとも病院側が診療所からのEメールに対応できる環境を作り、各診療所がインターネットを利用できる環境を整えることである。現在、パソコンとデジタルカメラを購入し、インターネットが利用できる環境を整えるのに20万円ほどである。

#### 座長まとめ

各パネリストの共通視点は、機能分化のすすむ職種間の垣根を越えて患者を中心に置く一貫したチーム医療をいかに構築していくか、にあった。

病診連携の確立には、方法論的に患者情報の共有ネットワーク、医療機器の共同利用、病床のオープン化、病診連携室の機能強化など、いくつかの項目が挙げられる。当院の潜在能力を考えるなら、それらの課題を乗り越えることは決して不可能ではなく、経済効率を前面に迫ってくる厚生省の政策誘導にも十分対処できる状況にある。

今回の討論を通して、患者の信頼感や地域の医療機関、行政組織と密接に連携するわれわれの日常診療姿勢から生まれてくることを、また、今、何をすべきか、という医療従事者としての新たな問題意識が喚起された思いがする。