

I C T を活用した多職種連携で 都心で在宅医療に取り組む

医療法人社団法山会 山下診療所 理事長 山下 嶽

聞き手＝梶本章（医療介護福祉政策研究フォーラム理事）

超高齢社会を乗り切るため、医療や介護の多職種が連携し、住み慣れた地域で最期まで高齢者をケアしていく「地域包括ケアシステム」づくりが全国で進められている。しかし、その要となる在宅医療・介護連携推進事業は足踏みを続けている。訪問診療や往診で地域に出ていくことが期待されている開業医の動きが鈍いからだ。そんな中、東京・大塚の駅前ビル4階でクリニックを開業する山下巌さん（50）は、30歳で開業して以来、在宅医療に取り組み、スマホを使った多職種連携を進めている。どうして在宅の世界に踏み込んだのか。スマホ連携の使い勝手はどうなのか。また今後の在宅医療の課題は何か。山下さんに聞いた。

30歳で開業
外科から総合医を目指す

— 東大医学部を卒業されて開業し、その後、開業して在宅医療を始めるに至った大きな経緯を教えて下さい。
私の場合は特異なケースだと思います。卒

業して第一外科で研修を受けました。父が東大の口腔外科の助教授で、実はそこに入りたかったのですが、親子で同じ教室に入つてはいけないということで、外科で研修したわけです。また、多田富雄先生の免疫学教室で過ごしたり、癌研の頭頸科にお邪魔したりしま

一方、母が東京の自由が丘とここ大塚で歯科をやっており、口腔外科をやる機会がなかなかないので、折角だから自分が身につけたことを現場でやってみようと思い、歯科に内科を併設しました。今から20年前、30歳そこの時です。医科と歯科を別々に考えるのではなく、一体化してやってみようという問題



意識で、その難しさは熟知しているし、今でも私のライフワークと思っています。

ということで、例えば外科で食道がんの専門家になるといった特化する前の開業だった。そこで、外科のほか内科や耳鼻科、歯科、アレルギー、免疫などいろいろかじってきた中で30歳まで自分がやつてきたこと全部を、患者さんに還元してみようと思いました。プライマリーケアというか、外科系から出た総合医

という感じですね。

——病院勤務をあまり経験せずに開業ということですが、大学の狭く深い専門性の高い世界にまだ未練があつたのでは？

この時は開業医になるという感覚ではな

く、いずれ大学に戻つて口腔外科と思つていました。しかし、患者さんもだんだん増え、医師会の活動も一通りやつて、狭く深くではなく、広く浅く何でもやるのも面白い。自分に合つているかも知れない。よし、これで腹を据えてやろうと思うようになりました。40歳ごろのことです。

——それで在宅医療ということになりますが、これはいつごろからですか？

開業して7～8年目の2002年ごろからです。患者さんも少なくゆつくりやつている中で、地元の豊島医師会から「近くの開業医が診ていた老々介護の患者さんが難しくなつたから、やってみないか？」と声

がかかりました。近所に癌研もあつて、退院した人の受け皿として登録していました。また都立大塚病院から在宅酸素が必要な患者さんを引き受けてと頼まれたりしていました。当時、医師会には退院した患者さんにかかりつけ医を紹介する制度がありました。このルートで外来だけでなく在宅も頼まれたわけです。

当時はまだ年輩の先生が多く、当たり前のように在宅をしていました。今は少なくなりましたが、私もそんな現場を見聞きし、在宅に詳しかつたわけではないが、出来ることをやつてみようと思ったわけです。二世の方のように父の背中を見てではない

Interview



が、医師会の先生の背中を見て、ですね。

東大出で鼻つ柱が強かったですから、地元の開業医の先生を尊敬の対象とは見ていなかった。しかし、間近で見ていると勉強熱心だし、仁術というか、医療をそのまま体现しており、妙にフレッシュでした。東大では論文を書いている研究者が一番エライと思われていましたが、地域でどっぷり医者をやり、満足している人がいた。私はへそ曲りなので、そつちに関心が向くようになりました。

スマホを使って 多職種連携を進める

——現在の往診スタイルを教えて下さい。

患者さんが落ち着いていれば、2週間に1回の訪問になるので、まだまだ余力がある。

17

もつと頼まれたとしても、断ることはない。患者さんが落ち着いていれば、2週間に1回

患者さんは何人いますか？

私は金曜日を在宅の日にあてており、今、5~6人の患者さんを抱えています。例えば脳性マヒの小児の患者さんは、大塚病院から退院にあたって医師会に相談があり、僕に回ってきた。筋ジストロフィーで会社を経営している患者さんは、中耳炎で往診に行つたら、続けて来て欲しいということになった。糖尿病で歩けない方もいますし、外来でがんを見つけ、紹介した病院で手術をし、その後再発して最期まで診て欲しいと頼まれた患者さんもいます。かかりつけ医としては冥利につきます。

——スマホの使い勝手は如何ですか？

画期的に変わったというわけではないが、小さい幸せは多々ありますね。例えば大塚病院から在宅に移った小児麻痺の患者さんの場

時の往診は、訪問診療の患者さんが基本となります。24時間対応とよくいわれるが、そんなに頻度は高くない。特に夜中の緊急往診はほとんどない。訪問看護も医師会のステーションを利用し、ある程度顔なじみの看護師さんにお願いしています。

——そこでスマホ（メディカルケアステーション＝MCS）を使って多職種連携をするようになつたわけですね。

2年前からです。それまでは医師会の訪問看護を使い、熱心なケアマネさんとお会いして話すこともあつた。そんなに多職種という感じでもなかつた。連絡帳に書き込んで帰る

とか、何かあれば電話してきたり、ケアマネさんがクリニックに来たりして「こんな状態だから診に行つてくれ」という感じでした。東京都に難病患者在宅訪問事業というのがあって、筋ジスや間質性肺炎の患者さんを診ていましたが、そこに歯科医やケアマネを入れたらと提案したりしました。そんな中でうまく人が集まれるITツールを求めていたら、MCSが出て来たという感じです。

スマホを使って
多職種連携を進める

——現在の往診スタイルを教えて下さい。

患者さんが落ち着いていれば、2週間に1回の訪問になるので、まだまだ余力がある。

17

メディカルケアステーション（MCS）

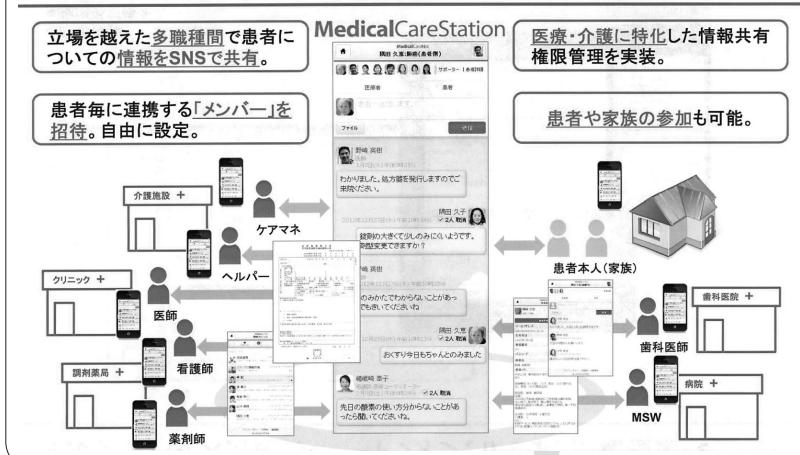
医療系システムベンダーの日本エンプレース社が2013年に開発した完全非公開型の医療介護専用SNSのこと。スマートフォンやタブレットなどを使って簡単に利用でき、完全非公開型のためセキュリティも保持される。医療、介護関係者による情報共有のネットワークを患者単位で作ることができ、主治医の「招待・承認」操作で多職種の関係者も入って情報を共有できる。患者や家族も参加できる。

コミュニケーションツールであるMCSそのものは同社に申し込めば無料で利用でき、現在、全国の7,100余りの病院、クリニック、薬局などで使われている。またすでに導入済みの電子カルテ、レセコン、薬歴レセプトシステムなどもMCSに接続でき、この接続料が同社の収入となる。

山下医師はスマホのMCSに、担当する患者さんの病院主治医、訪問歯科医、訪問看護師、ケアマネジャーらを登録し、それぞれの顔写真も見られるようにしている。例えば車椅子の作成が必要となった患者のために、診断書が書ける指定医がチームに参加したこともある。また山下さんと強化型在宅支援診療所のチームを組む仲間の医師も招待し、山下さんが不在の時は対応してもらえるようになっている。

それぞれの患者さんのサイトには顔写真や住所、電話番号の他、かかりつけ医によって病歴のサマリーが書かれている。その後に医師や看護師、介護師らが訪問した際の記録と、それに関する仲間の意見が書き込まれ、時系列に流れていくので、途中から参加しても患者の履歴が簡単に分かる。その操作は「見る」と「書き込む」だけでよく、添付ファイルで症状写真や書類なども共有できる。以前に看取ったがん末期の患者さんの場合は、主治医と専門医がMCSを使って瞬時に情報を共有し、対策を検討することもある。山下さんは「操作は簡単で、しかもユーザーから金をとらない、画期的なモデルだ」と評している。

所属を越えた多職種連携コミュニケーションを実現



合です。「人工呼吸器に水がたまるので、お母さんが2時間起きなくてはいけない」とスマホでつぶやいたんです。そうしたら病院の主治医がそれを見て、「この間、学会へ行つたら、もっと大きな容器ができていた」と返した。結局、これを導入して、お母さんは4時間寝られるようになつた。今までの連携たつ

たら、専門医のところで情報は届かなかつた。我々の意図しない情報交換から患者さんのためになることが生まれました。

情報共有には一定の距離感も必要

——金曜日の在宅の日は、どう回るのですか。

自分一人でスマホを持って車で訪問します。一応、紙カルテも持つて行き、診察中にメモしますが、車に戻つてスマホに書き込む。そうすると看護師や介護の人にも注意事項が伝わります。訪問診療は何だからといっても

Interview

一件30分くらいかかります。外来でもそうですが、間というものがあります。2週間に起きた出来事を聞いて、疑問を払拭してもらい、これから2週間も大丈夫ですよと、満足感も得られるようにしてもらうとすると、どうしてもその位がかります。

大塚から新宿の落合まで足を伸ばすこともあります。多職種のミーティングは本当はやりたいのですが、全員の時間調整は難しい。でも、都の難病在宅訪問診療事業の仲間とは、3ヶ月に一回集まることになっています。

——連携はスマホを使うようになって格段に強まつたのではないか?

いやいや、まだ抵抗感があるケアマネは多いです。ケアマネ向けの研修を開いているくらいです。地元のケアマネさんから「あまり情報共有しすぎると、患者さんに黙つておいてと言われた情報まで医者に筒抜けになり、困りませんか」と言われたこともあります。医師や看護師にはすぐいいが、介護の方とはギャップがまだまだあります。スマホは敷居がないので、使つて初めてギャップに気付いた面があります。これは克服しなければいけないのか、どうか。フュージョン(融合)した方がいい部分と、しなくてもすむ部分が、逆に分かつて来る気がします。

——なかなか微妙な問題ですね。ところで訪

問診療を受けている患者さんの評価は如何なのでしょうか。

前向きにとらえてみると、やくことで、対応が早くなると喜んでもれる。一方、ある家族の方は、あまり知られたくない情報が分からぬところで

回つて不安だという。これも一断面。バラ色ばかりではないですね。克服しなければいけない問題も見えてきたと思います。

——今後の方向ですが、超高齢化で首都圏は在宅医療や多職種連携のニーズがますます高まります。週1回の在宅の日をもつと増やすことも考えていますか。

在宅の希望が増えてきたら、ここの大塚駅前では、医師を少し増やしていけば十分対応できます。呼吸器や老人内科の専門医らに非常勤で来もらっていますので、その先生方と在宅の看取りをしたこともあります。もともと当院で診ていた患者さんが、末期の肺がんで病院から戻つてこられ



大塚駅前の山下診療所が入るビル

さつきの表現でいえば、この時はフュージョンしたという感じでした。その一方で、多職種との連携は余りフュージョンしなくてもいい部分かなと思います。医療と介護が程よい距離感を持つて、お互いの領域にあまり踏み込まないところで連携する。まだ仮説で

すが、こうした連携の濃淡はスマホを使って初めて分かりました。

在宅医療のモデルイメージがない

——在宅医療の必要性が叫ばれているのに、在宅をやる医師はあまり増えません。

地元・豊島区医師会は如何でしょか。

地元にはキーになる先生が何人かいます。ある人は二世。ある人はプライマリーケア、全人的医療に志を持っている先生。



強化型の在宅療養支援診療所の制度ができた時から、そういう人たちが20人ほど集まりチームを組んでやっている。豊島区医師会には約400人いますが、在宅に取組む人は我々を含め40人位でしょうか。皆さん忙しくて、在宅まで手が回らないと言う人がほとんどですね。

厚労省の友人にも言いましたが、在宅医

療のモデルイメージがない。一方に父の背中を見て育った熱心な開業医、かかりつけ医がいて、他方で全人的医療を志すお医者さんもいる。その一方で、在宅専門クリニックも豊島区にもいくつかある。この人たちは医師会に入っているが、出てこない人が多い。志を持つてやっているのか、会つたことがないので分からぬ。こういう人たちはビジネスに熱心な経営者のもとで、コンビニの店長みたいな勤務医になる。こうしたビジネス主導の在宅医療がいまだッと入り込んできている。もともとは病院の勤務医で、在宅がやりたいというより経済的な理由で流れ込んでいる。

そこにはあまり未来は感じられない。在宅医療に哲学なり理想が生まれないとダメで、そこが一番の問題点でしょうね。ビジネスモデルで広げるのも一つの方法かもしれないし、都内には立派な在宅専門グループ

もありますが、当院のように5、6人しか抱えていない小さいところで、自分が診ていた患者を一生診るという診療所も結構ある。僕はそこを大事にしたい。

専門医志向から全人的医療へ

——今の若い開業医は初再診の診療報酬で十分潤っているので、何かと苦労が伴う在宅医療をやれといつても無理だ。いずれ財政的に立ちいかなくなり、外来と往診を併せて成り立つ診療報酬体系になるまでは、難しいだろう。在宅医療を推進する関係者から、よくこんな嘆きを聞きますが、如何でしょう？

日医も「午前は外来、午後は往診」と言っています。一つのモデルでしょう。それは別にしても、今若い医学学生の間ではプライマリーケアとか、総合医、全人的医療がすごい人気です。一時代前は専門医志向が強かつたが逆になつた。全人的医療で当然、在宅も診るという医師はこれから増えてくるでしょう。その中で在宅だけ診る、もう治らない高齢者しか診ないというスタイルはちょっと息苦しいのではないか。医療の醍醐味はやはり治療ことですから、そこは外さない方がいい。

治る人は治す。治らない人は看取る。それを片方だけ分業にするのは机上の空論ではない

インタビューを終えて

「地域包括ケアシステム」の要となる医療と介護が足踏みしている。これら高齢化が進む大都市部で、訪問診療に乗り出す開業医が少ないので。そんな危機感を厚労省の担当者にぶつける中から、山下さんのインタビューが実現した。東京・豊島区の駅前ビルで診療所を開業する。厚労省の大号令で進められている連携推進事業とは無関係な「訪問診療も手がける開業医」という触れ込みだった。

それにもしても「論文を書いている研究者が一番エライ」と思っていた東大出の医師が、なぜ町医者に転進したのか。山下さんはい。「狭く深くではなく、広く浅く何度もやるもの面白い」。そして地元開業医の「仁術」というか、医療をそのまま体現している姿に接するなか、大学に戻りたいという気持ちが薄れていったという。また、山下さんの診療所で受け入れている研修医の開業医に対する関心が、最近高まってきたという。こんなところにも、日本の医療が体を治す「病院完結型」から、生活を支える「地域完結型」へ移りつつあることがうかがえる。

だが、山下さんは昔の町医者ではない。訪問診療には完全非公開型の医療介護SN S「メディカルケアステーション（MCS）」

かなと思ってしまいます。

いずれにしてもこれから医療が大きく変わることで、多職種の連携を図る。主治医がスマホに患者の病歴を書き、訪問看護師やケアマネが次々と訪問記録を書き込み、チームで意見交換できる。しかも、無料で手軽に利用できる。確かに画期的なツールだ。厚労省幹部は「これでブレークスルーするのでは」と期待する。

最も興味深かったのは、訪問医療のモルイメージが示されてないという指摘だ。訪問医療は現在、山下さんのような開業医によるものと在宅専門医によるものが併存している。しかし、最近、高い診療報酬を目当てに地域と関係の薄いビジネス主導の訪問診療が増えているといわれる。こうして効率的だがビジネス主導の訪問診療が伸びていけば、開業医型だけでなく、地域と連携しつつ伸びてきた在宅専門医による訪問診療も立ちゆかなくなることが想定されてしまう。中医協でも診療側委員から、こうした動きを問題視する声も上がっているが、必ずしも論点が整理されているとは言い難い。

まだまだ訪問診療を手がける医師が少ないという現状では、「地域包括ケアシステム」構築のために、地元の開業医と在宅専門医の連携が必要だ。厚労省もそうした現実を踏まえ、訪問診療のモデルイメージ早くを示していく必要があるのではないか。

（梶本 章）

る兆はある。地域の医師会にはまだ見えないが、若い医師の関心は明らかに高まっています。当院は大塚病院の研修医を受け入れているが、十年前は「何だ開業医か」という雰囲気でした。が、最近は開業医の研修は価値があるとみられるようになり、一生懸命やつてあります。関心もあるようです。

——首都圏に住む者として、それは心強い限りです。

ただ保険点数のことで心配もあります。住宅は患者さんを診る件数が限られてしまいますが、今はゆっくり診てもそれなりにペイする点数になっています。ところが財務省などの圧力などでこれが削られていくと、在宅専門医のように効率的に回るシステムでないと採算がとれなくなってくる。こうなると参入は厳しい。医師会のように一言目には点数を上げるというつもりもないのですが、あんまり早く在宅の点数を削り過ぎたり、在宅専門医をモデルケースにしたりすると、結果として當利主体の医師しか残れなくなり、受け皿の医療人口は減ってしまうのではないでしょか。我々は自分の患者さんだったら点数が安くなつても最期まで診ますが、行政にはそういうことも十分考えて欲しいですね。

——本日は、ありがとうございました。