

# 患者、家族、職員の ニーズを汲み取り 入院できる在宅医療を



医療法人 篠原湘南クリニック クローバーホスピタル（神奈川県） 篠原裕希 理事長

江ノ島電鉄「石上駅」から徒歩3分、JR東日本・小田急電鉄・江ノ島電鉄「藤沢駅」からも徒歩13分ほどの好立地にあるクローバーホスピタル。訪問診療を中心とするクローバークリニックを拠点としていた医療法人篠原湘南クリニックが、2004年に開設した病院だ。時代に先駆けて“地域でみる医療”を実践してきた篠原裕希理事長に、病院の開設に至った経緯、診療や組織運営での心得をうかがった。

## 30歳代後半で有床診療所を開業 最初の5年間は医師一人で

医療法人篠原湘南クリニックの篠原裕希理事長が19床の有床診療所「篠原湘南クリニック」を開業したのは昭和63年5月のこと。篠原理事長が30歳代後半にさしかかったころだ。

「いつかは開業をと思っていましたが、大学の仕事も嫌いではなかったので、40歳代半ばくらいに開業できればと思っていました。ところが親戚から、片瀬江ノ島で別の先生がやっていた診療所が1年半空いているのでぜひ引き受けてもらいたいと頼まれたのが、開業を決めた理由です」

篠原理事長の出身は大阪、大学は東京。

縁もゆかりもなかった藤沢市片瀬に有床診療所を開業することになったのは、そんなきっかけだった。医師1人、看護師2人、事務職1人という体制で、内科、外科を標榜して始めた診療所は、初日の患者は8人で、そのうち2人は知人。当時をこんなふうに振り返る。

「もともと外科医で、外科しか知りませんでした。現在とは医療状況も、人口構成も違いましたが、このエリアは当時から高齢者人口が多く、やるとしたら高齢者医療かなと思いました。でも、大学では外科手術の腕を磨くことに一生懸命な日々を過ごしていましたから、高齢者医療に携わったことはなく、手探りでやっていくしかありませんでした」

その後、順調に患者は増え、オープンから半年後には入院も開始して外来患者も100人を超えた。しかも、最初の5年ほどは医師一人体制のまま運営した。

「夜間の当直も一人で、お酒が飲めないどころか、お風呂もおちおち入ってられないという感じでした。当時は独身だったので、ほぼ病院で寝泊まりしていました」

その後、現在の法人の中心事業である在宅医療を始めたのは、開業から7～8年がたったころのことだ。

## 無床診療所への転換が “定期的な往診”を始めたきっかけ

往診を始めるようになったきっかけは、付き添い看護が廃止されたこと。篠原理事長が開業した昭和63年には付き添い家政婦と呼ばれる人がいて、病医院に寝泊まりし、患者の身の回りの世話をしていた。「病院は夜勤体制を維持することが大事ですが、有床診療所の場合、病院よりも報酬が低いので看護師の雇用が大変でした。当時は付き添い家政婦がいることで、病院の経営、運営が成り立っていたのです」と、篠原理事長は説明する。

ところが、平成4年末に、当時の厚生省が平成8年3月までに付き添い看護を全面廃止することを発表した。有床診療所でも夜勤体制を維持するために看護師の雇用を増やさなければいけなくなったわけだが、19床という規模では経営的に難しく、クリニックの2階をデイケアセンターに変え、無床診療所に方向転換することにしたのだ。

とはいえ、入院で診ていた患者を無責任

に放り出すわけにはいかない。そこで、半分の患者は別の病院に依頼し、残りの半分の患者には自宅に帰ってもらった。そこから、往診が始まった。

「現在のように介護保険制度もありません。定期的に往診に行く、今で言うところの訪問診療制度も整備されていませんでしたが、自分の昼休みに『ちょっと様子を見てくる』なんて言って往診に出かけていました」

午前と午後の診療の間の13時から16時に往診に出かける日々が始まったのだ。最初は10人ほどで始まった在宅医療は口コミで少しずつ広まり、介護保険制度がスタートした平成12年には2つめのデイケア、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所も立ち上げた。

## 在宅医療に3分診療はない 相手に合わせた雑談ができるか

その後、平成16年にクローバーホスピタルを開院したときには、400人ほどの在宅患者を抱えていたという。これだけ患者数が増えていった理由のひとつは、篠原理事長の患者・家族との向き合い方にあるのかもしれない。

患者宅を訪問する在宅医療では、「外来診療とは異なり、3分診療はあり得ない」と篠原理事長は言う。それでも、在宅療養しているということはある程度安定した状態の患者であり、診療自体は5分か10分もあれば終わってしまう。

「でも、そこで帰ったらダメなんです。どれだけ雑談ができるか。車で移動中に『今

日はどんな話をしようか』考えながら向かっていました」

逆に、「何を話そうか」と思っているうちに10秒も沈黙が続くと気づまりになって、「今は落ち着いているので、もう来なくていい」と、患者や家族から断られることもあったという。

確実に盛り上がるのは、出身地の話、女性なら食べ物の話、男性なら輝いていた青春時代の話、と篠原理事長は言う。そして、当時の70歳代、80歳代の人の青春時代は戦争時代と重なる。

「話したがない方もいますが、ほとんどの方は始まるとどんどん話が出てきます。例えば、元住友金属工業に勤めていた男性の訪問診療を行っていたときには、『当時の住友グループは打倒三菱に燃えていた。厚さ5mmの鋼鉄のパイプを同じ強度で3mmで作製した。三菱には負けないし、他の国では話にならない』と話してくれたので、『これを軍事転用したら大変なことになりそうですね。7万トンの戦艦大和が同じ性能で4万トン強でつくれる計算ですね』と言ったら『よく気づいた！』と喜んでくれ、次回から資料を用意して待っていてくれるようになりました。そうなると話が長くなり、今度は『いつ帰ろうか』という感じなのですが、面白いですよ。息子さんも、『そんな話、聞いたことなかった』と会話に入ってくるようになりました」

そうやって患者一人ひとりのことを知り、相手に合わせた会話をしてきたからこそ信頼を得て、在宅患者は増えていったのだろう。

同時に、「考えを同じにする仲間が1人、

2人と集まってきてくれた」ことも大きいという。24時間365日対応が求められる在宅医療において、一人でできることには限界がある。

「常勤医が3人集まれば、夏休み、冬休みをそれぞれ取れます。在宅医療を続けるには、最低3人必要だと思います」と、篠原理事長は言う。

## 在宅医療のストレスを緩和するため 受け皿としての病院を

では、クリニックを中心に在宅医療、介護を提供してきたなかで、なぜ、病院を建てることにしたのか——。その理由について、篠原理事長は次のように説明する。

「在宅医療でストレスになることは2つあります。ひとつは24時間365日対応の体制を維持すること。もうひとつは、病状が悪化したときの対応です。在宅医療を受けている患者さんは家にいたいわけです。家族も『できれば家で』と思っている。それを分かったうえで『入院しましょう』と宣告するのは言いづらいときもありますが、とても大事なことです。

さらに、入院先を探す作業が大変でした。自分が病院を運営するとよく分かるのですが、引き継ぎを行う夕方4時ごろの“受けたくない時間帯”があるのです。予定外入院の受け入れは、当初、同じグループ内の病院でも大変でしたから、他の病院ならなおさら。もうひとつ、他病院に入院となると、これまで構築してきた患者・家族との関係が途絶えてしまうことも多かった。それらを緩和するために、在宅医療の受け皿

としての病院を建てました」

それが、平成16年5月にオープンしたクローバーホスピタルだ。

外来診療と訪問診療のほか、地域包括ケア病棟（44床）、回復期リハビリテーション病棟（58床）、医療療養病棟（28床）、特殊疾患病棟（35床）の165床のベッドを持ち、急性期病院からの患者受け入れ（＝ポストアキュート）と、在宅・施設からの患者の緊急受け入れ（＝サブアキュート）の役割を担っている。現在では「日曜日の夜中でも緊急で受け入れられるようになりました」と篠原理事長は話す。そこに至るまでは容易ではなかったという。

当初は、長期療養型病院として始めたものの、「療養病床は在宅医療の受け皿にはならないというのが私の実感でした」と、篠原理事長は話す。

「療養病床は人員配置が急性期病床などよりも手薄なうえ、常に満床に近いので、予定外入院を1人、2人たまに受け入れることはできても、常に受け入れられる体制にはなりません。次に回復期リハビリテーション病棟をつくりましたが、これも基本的には予約入院なので受け皿にはなりにくく、『どうしようか』と考えていたところにできたのが地域包括ケア病棟です。働く人の意識改革も同時に行い、10年以上をかけてようやく『在宅医療の受け皿』の役割がしっかり担えるようになりました」



### 退院調整看護師とMSWの連携で 病床利用率が3%アップ

現在、法人内で診ている在宅患者は850人

ほど。44床ある地域包括ケア病棟のうち、15～20床は法人内の在宅患者の受け入れで、法人外の在宅患者も合わせると30床前後を占める。残りが、藤沢市民病院などの近隣の急性期病院からの紹介だ。つまり、6～7割がサブアキュートで、3～4割がポストアキュートという割合である。

また、サブアキュートにしてもポストアキュートにしても、そして回復期リハ病棟においても、住み慣れた家、施設、つまり地域に帰ってもらうことが大切だ。

現在、地域包括ケア病棟の在宅復帰率は91%、回復期リハ病棟の在宅復帰率は89%と、いずれも9割前後と高い。

在宅復帰支援には「専門の人材を投入することが不可欠」と、篠原理事長は指摘する。以前は、病棟師長や担当看護師が退院調整を行っていたものの、なかなかスムーズには回らなかったという。

「在宅に戻すには、介護保険の知識がなければ難しいのです。さらに大部分が認知症を合併しています。大学病院などで急性期医療を終えた患者さんを在宅に帰すのとはレベルが違います。ADL（日常生活動作）が落ちている患者さんを在宅に帰すわけですから、介護サービスの導入を考えなければいけません。ということは、ケアマネジャーが介在します。介護保険の知識がなければケアマネジャーと対等に話すことはできないので、看護師にとってストレスになるのです。それが嫌で辞めていった職員も少なくありません。逆に、専門の人材を投入して退院支援業務を肩代わりしてもらおうと、看護師は本来の看護業務に専念でき

ます。このことがとても大きいのです」

こうした考えから、現在は地域包括ケア病棟と回復期リハ病棟に退院調整看護師を1人ずつ、医療ソーシャルワーカー（MSW）を5人、配置している。退院調整看護師も当然、介護保険の知識に長けた人材を抜擢した。

MSWは入院即日から全ケースに介入し、家族からも話を聞き、退院の計画を立てる。その計画を退院調整看護師と共有し、退院予定日の約2週間前にはケアマネジャーに連絡し、関係職種を集めて会議を行い、退院日あるいは退院翌日から介護サービスが入るように調整する。

「2職種が連携を取りながら、期待どおりの役割を果たしてくれています」と篠原理事長が話すとおろ、こうした人材を投入してから退院の予定が立てられるようになって病床利用率は92%に上がった。

「師長や受け持ち看護師に任せていたころは、いつ退院になるか分からないことがよくありました。仕方ないのだろうと思っていましたが、退院調整看護師とMSWを入れたところ、前もって退院日が決まるようになったのです。そうすると、次の患者さんを受けられるので、ベッドの回転がよくなり、病床利用率は3%上がりました。3%というのは大きく、投入した人材の人件費をカバーすることができます」

## 職員のやりたい仕事と配置が合っているか

事前に退院の予定が立つことは、病院運営だけではなく、患者や家族にとってもメ

リットが大きい。退院したその日、あるいは翌日から介護保険のサービスが導入できれば、安心して在宅療養に移れるからだ。

「退院してからケアマネジャーにバトンタッチして計画を立てると、どうしても1週間から10日かかってしまうので、サービスの空白期間ができます。家族にとっては一番不安なときなので、『やっぱり自宅では無理です』と言われ、再入院になってしまうこともありました」

また、介護保険サービスのマネジメントを担うケアマネジャーにとっても、“仕事をしやすい相手”になる。

「退院後、安心して在宅療養を始められれば、ケアマネジャーもプライドが保てるのです。在宅系は、ケアマネジャーにそっぽを向かれると仕事がやりづらくなります」

一方、ベッドの回転がよくなれば、病棟業務はより忙しくなる。そのために職員が疲弊することはないのだろうか――。

これに対しては、「どんどん入院患者が入ってきて忙しくなっても、それは本来の看護業務ですよ。だから不満はほとんど出ません。でも、介護保険のことまで任せると看護師は疲弊してしまいます。本来の仕事で忙しいのと、苦手な仕事も任せられて忙しいのでは、全く違うのです。それは看護師でなくても同じですよ」と、篠原理事長の考えは明快だ。

つまり、組織のパフォーマンスを高めるには適材適所が大切ということ。そのため篠原理事長は、医師や看護師長のほか、重要部署のスタッフとは適宜話し、やりたい仕事の方向性と合っているかを確認するよ

うにしている。

「採用時に『どういう仕事がしたいのか』を確認することも大事ですが、入職後1カ月、3カ月といったタイミングでのフォローも大事にしています」

こうしたフォローを大事にするのは、苦い経験があるからだ。在宅診療部で「コーディネーター」を採用したときのこと。優秀な人材を採用できたものの、“一身上の都合で”、短期間で複数人が辞めてしまったのだ。よくよく理由を聞くと、判明したのが「コーディネーター」という仕事に対するイメージのズレだった。

病院側が求めていたコーディネーターは「新規の在宅患者を受け入れるときに、医師との相性やコースを考えてどう組み込むか」を調整する人だったが、辞めた人の一人は「鎌倉、茅ヶ崎、藤沢などの病院を訪問して、退院しそうな患者を引っ張ってくる、営業に近いイメージ」だった。

「どちらも“コーディネーター”ですが、求める像とやりたい方向性が異なっていました。優秀な人材だったため、方向性がズレていてもグループ内に求める部署があれ

ば異動してもらえばいいのですが、ない場合、無理につくっても他との軋轢が生じます」

だからこそ、採用時の確認と早めのフォローを大事にするのだ。

病院としてもグループとしても「ほぼ完成形と言いたいが、たどり来ていまだ山麓」と話す篠原理事長だが、唯一考えているのが、緩和ケアのさらなる充実だ。

現在、同法人ではクローバーホスピタルの医療療養病棟や在宅診療部、外来でターミナルケアを行っている。

「ニーズがあり、熱心な若手の医師もいるので、緩和ケア病棟をつくってより充実させたい気持ちがある一方、敷居が高いですよ。緩和ケアに興味のある看護師は一定数いるので人材は集まるかもしれませんが、場所の確保、病院の改修にかかる資金の問題があり、まだ検討中です」

時代に先駆けて、“入院のできる在宅医療”を展開してきた同法人。患者や家族、職員、一人ひとりのニーズを汲み取る姿勢が、地域に選ばれる病院、クリニック、施設に成長させたのだろう。

#### 病院概要

名称	医療法人 篠原湘南クリニック クローバーホスピタル
所在地	神奈川県藤沢市鶴沼石上3-3-6
電話	0466-22-7111
理事長	篠原裕希
病床数	165床（地域包括ケア病棟44床、回復期リハビリテーション病棟58床、医療療養病棟28床、特殊疾患病棟35床）
併設施設	クローバークリニック、老健リハビリセンター クローバーヴィラ、有料老人ホーム クローバーガーデン、ひろき訪問看護ステーション、クローバー居宅介護支援事業所、訪問リハビリテーション、通所リハビリ クローバーデイケアセンター

