

2009 年度在宅医療助成 調査研究報告書

「在宅医療の実践と開業医グループ化のシステムに関する考察」
先進事例の類型化とその分析

所属機関：東京大学高齢社会総合研究機構

申請者：鎌田 実 教授（機構長）

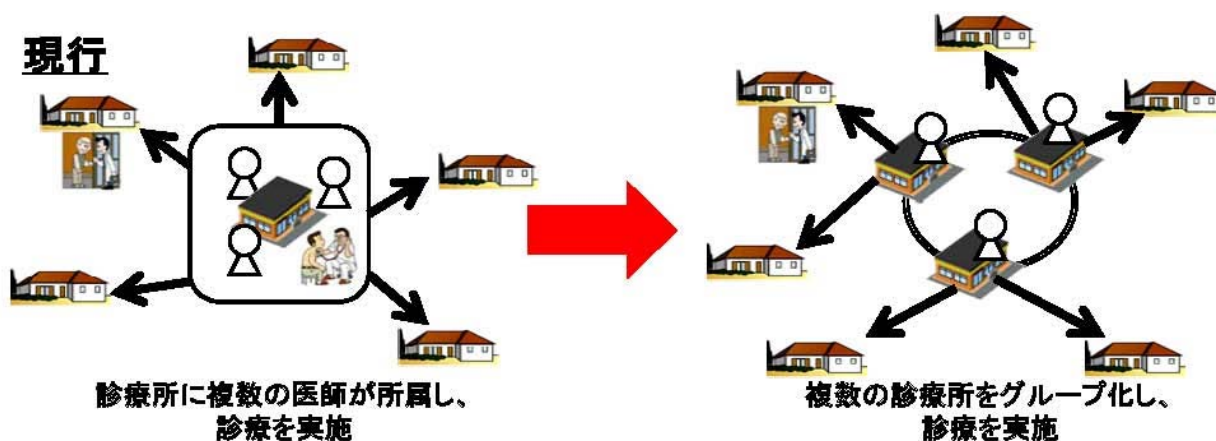
所在地：東京都文京区本郷 7 - 3 - 1 工学部 8 号館 7 0 1

提出年月日：平成 23 年 2 月 28 日

1. 研究の背景と目的

世界でも比類なき超高齢社会に突入する日本では、介護が必要となった高齢者を特別養護老人ホーム等の施設に入所させて対応するだけではもはや困難となり、社会医療システムの確立が喫緊の課題である。そのため、在宅医療の推進は、国の重要な政策課題となっているが、その普及の見通しがたっていないとはいえない状況にある。その大きな理由の一つとして、開業医一人で24時間対応の本格的な在宅医療を行うことが困難と多くの医師が認識していることがあげられる。

現在のところ、一つの診療所で複数の医師がグループを組み実施する形態が一般的である。しかし、在宅医療は、本来、家庭医機能の一環として行われることが好ましく、地域で一人で開業している医師が、そのかかりつけの患者に対して、必要な場合は在宅医療も行うという形態が望ましいと考える。この場合、一人で開業している複数の開業医がいかにして地域でグループを組むことができるかということが鍵になる。



これらのような形態で在宅医療に取り組んでいる例はいくつか報告がなされている。しかしながら、これらを体系的に整理し、その成功要因等を検討した研究は見られないのが現状である。上記を踏まえ、本研究では、現在行われている在宅医療の実態を実施形態ごとに包括的に把握整理し、それぞれの課題を明らかにすることを目的とする。それをもとに、在宅医療の取り組みのモデルを提案しようとするものである。

2. 研究の計画・方法

(1) 現在実施されている在宅医療の実態把握

- 1) 在宅医療、在宅ケアに関する論文、報告、書籍から在宅医療を実践している診療所や医師等を把握する。
- 2) 主に目的の項の図のように2つの形態を想定して類型化する。その過程で、在宅医療実践の新たな形態が明らかになった場合は、それも一つとして加える。

(2) 類型化された在宅医療実施形態についての個別調査

- 1) それぞれの形態毎に、個別にヒアリング調査を実施する。ヒアリング項目は、当該形態で在宅医療を実施するにあたって、「その経緯」、「従事者、関係者の反応」、「メリット、デメリット」、「利用者（患者）からの反応」、「成功事例、困難事例」等である。
- 2) ヒアリング結果の調査をもとに、在宅医療実施形態毎にその特徴や課題点等を整理する。

(3) 医師グループ化のモデル提案

上記の作業を踏まえ、グループ化のモデルを提案する。

3. 既往文献調査による在宅医療の実態把握

既往文献調査では、在宅医療を網羅的に整理している「明日の在宅医療」1巻～7巻、中央法規（2008）の通読を中心に、実態を把握し、特徴的な4事例を取り上げた。

（1）尾道市医師会長期支援ケアマネジメントプログラムの取り組み

片山によれば、在宅医療が成立する条件として在宅主治医と患者の信頼関係が前提であるが、この在宅主治医こそが、「医療システム」を患者本位に移動させる機能を有するべきであるとしている。さらに、尾道市医師会が高齢者医療・介護システム整備に当たり、最も重要なのは一馬力の診療所の主治医機能であり、1994年に以下の主治医機能3原則を定めている。

- ① multiple functions（多機能）
- ② flexibility（柔軟性）
- ③ mind of welfare（福祉の心）

また、片山は、在宅医療の基本は地域におけるチーム医療・多職種協働であるとも述べている。その理由として、あらゆる専門性を有する医師（開業医）をチームとして動員することは、フレキシブルな連携が可能であるためとしている。

職種は医師ばかりでなく、訪問看護師やリハビリスタッフ、介護職、歯科衛生士も必要である。

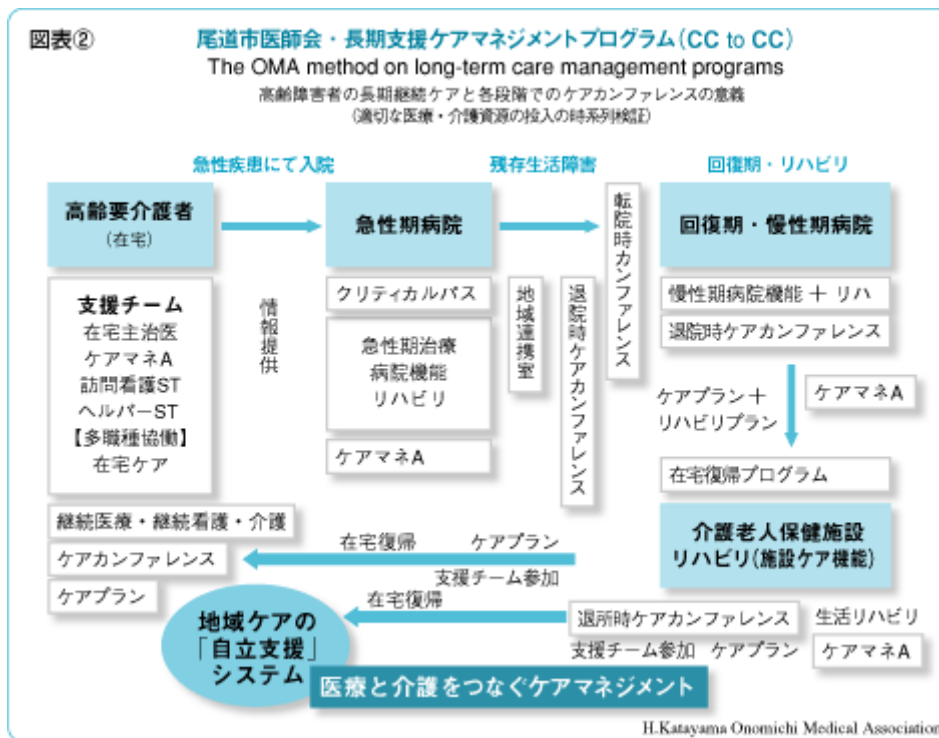


図-1 TKC医業・会計システム研究会ホームページ

尾道市医師会方式によれば、病院医療から在宅医療へとシームレスに繋げ、患者本位の医療・多職種協働によるきめ細かなケアマネジメントプログラムが成立している。

在宅緩和ケアの現場における過程を説明する。

■ 退院10日前

在宅主治医と外科開業医が入院先の病院に赴き、ご本人の状態について病院主治医と情報交換を行う。退院時のケアカンファレンス前に、病院主治医と在宅主治医、チームが共通認識を持ち、バトンタッチする。

■ 退院前カンファレンス

在宅主治医、訪問看護ステーションスタッフ、薬剤師、ケアマネージャー、病院主治医、病院看護師が参加する。

病院主治医から、術後・治療経過の説明、プライマリーナースから詳細な看護サマリーの説明、在宅主治医から在宅緩和ケア計画書の説明が行われる。

カンファレンスは、通常15分程度で行われる。15分に集約するために、事前のプラン、患者への説明等準備が必要だが、退院前カンファレンスを行っておくと、チームの動きが大変効率化できて、その後の業務が整理される。また、患者との信頼関係がスムーズに構築される。

■ 在宅主治医との看護ミーティング（退院翌日）

在宅主治医を中心に在宅緩和ケア計画書に従って訪問看護ステーションスタッフと医院スタッフによるカンファレンスが行われる。在宅主治医より看護管理のポイントについて説明があり、それぞれの役割分担が確認される。

■ モニタリング在宅ケアカンファレンス（退院1ヶ月後）

在宅主治医チーム、訪問看護ステーション、医院スタッフ、薬剤師が患者を囲んでカンファレンスを行う。ICについては、在宅主治医の責任でご家族とメンバーでの合意。

(2) ナカノ在宅医療クリニック（鹿児島市）での ICT を活用した取り組み

中野は、1999年9月に在宅医療専門のクリニックであるナカノ在宅医療クリニックを開業した。中野によれば、在宅医療は、地域社会資源と連携したチーム医療であり、チーム医療の質を上げるための2つの要件を掲げている。

① 良質な連携システムの構築

② 各参加メンバー（参加施設）のクオリティを上げる

①については、情報通信技術（ICT: Information and Communication Technology）を徹底的に活用して、低負荷で高品質の在宅医療を低コストで提供することに成功している。具体的には、以下のような活用を行っている。

- ・電子カルテの導入、診療録、訪問看護記録の電子化
- ・原則、スタッフ間の連絡は電子メールを利用（緊急時は携帯電話）
- ・法人内メーリングリスト（ML）により法人内情報を法人内スタッフ全員（運転手除く）が共有
- ・事務手続きの電子化（医療費一部負担金の集金の銀行引き落とし、ネットバンキングの支払いへの適用）

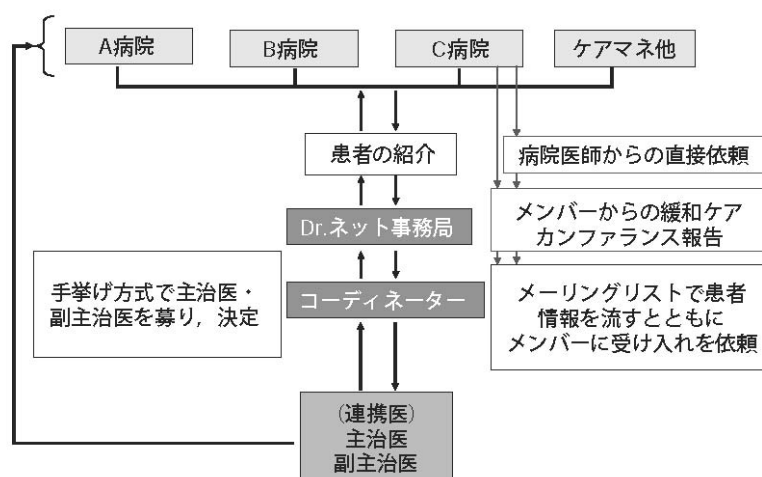
積極的な ICT の活用によって業務を効率化することで、業務時間の短縮を図り、事務経費の削減を行い、良好な経営状態を保っているという。

②については、①の ICT の活用により捻出した経費を、教育への投資に充てている医療法人としては、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションに特化して、365日24時間対応をしている。在宅医療の要の職種は、優秀な訪問看護師との考えがあり、ケアマネジメントの機能は訪問看護ステーションが役割を担い（ケアプランの作成は、居宅介護支援事業所に外部委託）、在宅療養支援診療所は、訪問看護ステーションの後方支援と教育研修機能に特化することを目標としている。また、患者の退院時、容態変化時にケアカンファレンスを行い、教育活動の一環としている。

①と②の双方の効果により、約150人の在宅患者を常勤医一人と三人の非常勤医365日24時間対応を実現している。しかし、今後は、複数医師のグループ診療を中野自身も課題として認識している。

(3) 長崎在宅 Dr. ネットの取り組み

2003年3月、病院連携、診療連携を推進する組織として「長崎在宅 Dr. ネット」が発足した。Dr. ネット事務局が窓口となり、病院側、患者に在宅主治医、副主治医を紹介する。一人の在宅患者に対して、主治医と副主治医の複数の担当医を決めることが、Dr. ネットの最大の特徴と言える。在宅療養支援診療所の要件である24時間対応の実現や、主治医、副主治医で異なる専門分野をカバーできる利点もある。さらに、専門性の高い診療科の医師も「協力医」として参加している。2008年1月にNPO法人として登録している。



図ー2 日本臨床医学内科会誌 第24巻第1号

Dr. ネットは近隣の開業医同士の連携であり、患者の取り扱いにならないように、参加するメンバー間で、副主治医として一時的に診察した患者は、必ず従来の主治医に戻すことを覚書として明文化している。このような仕組みにより、メンバー間の大きなトラブルはないという。

多職種連携についても、ケアマネージャー・ホームヘルパー・管理栄養士・訪問看護師・歯科医師等有機的に行っている。管理栄養士については、診療所における栄養指導は、人的・経済的コストが見合わない理由から、複数の医師で管理栄養士を共有する

派遣システム（「ながさき栄養ケアステーション」）を作っている。

長崎での Dr. ネット方式は県内では大村市、諫早市、他県では京都市、熊本市にも広がりを見せている。

（４）新宿区医師会の取り組み

新宿区医師会診療所は 1975 年に開設された医療機関である。元来は、夜間や休日の診療を会員医師たちが交代で担当するために設立されたものであるが、2008 年 6 月から新宿医師会は、新宿区医師会診療所に非常勤当直医を擁する夜間往診代行センターを設立した。当初は、在宅療養支援診療所である医師会員医療機関のみに利用が限られており、日中はかかりつけ医が対応し、夜間もかかりつけ医の指示に基づく往診を代行していた。しかし、このシステムでは実際の利用は非常に限られていたため、2008 年 12 月大幅に事業改編した。改変した事業の概要は以下のとおりである。

①24 時間 365 日体制とした。

②在宅療養支援診療所に限らず、全てのかかりつけ医からの往診依頼に対応することとした。

③「しんじゆく医療あんしんカード」を持っている人からの直接の往診依頼に対応することとした。

「しんじゆく医療安心カード」は、かかりつけ医・介護サービス事業者・地域包括支援センターなどから、新宿区内に居住する介護保険利用の高齢者を中心に配布されている。

④新宿区医師会診療所自体が在宅療養支援診療所となり、業務拡張を図れる基盤整備が行われた。

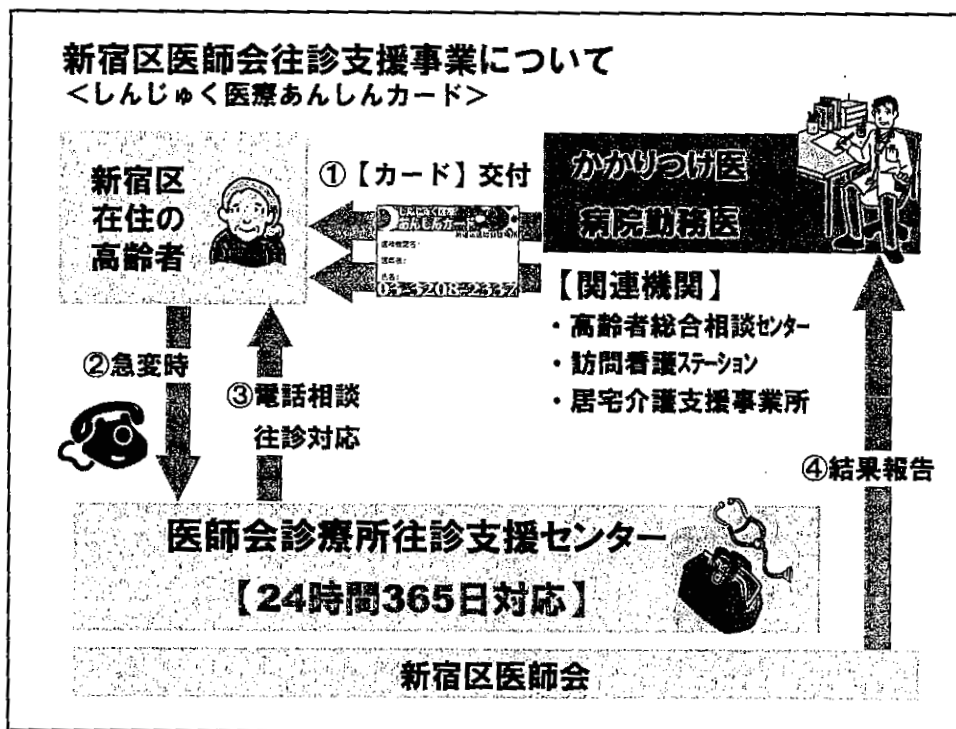


図-3 「地域で安心して暮らし続けるために」英裕雄医師ご提供PPTより

事業の改変により、徐々に実績が上がってきており、地域全体にダブル主治医制が少しずつ進むことが期待されている。本診療所は独居高齢者の往診医療や一次医療対応を行い、適切なかかりつけ医療機関に継続診療をゆだねていくこととしている。かかりつけ医の在宅医療対応能力の向上も目指す必要がある。

2009年12月時点で、本事業の特色は以下のとおりである。

- ① 医師会診療所を中心とした在宅医療連携であること。
- ② 医師会診療所に特定の機能（非常勤当直医機能、日中往診機能、専門医往診機能）などを設けながら、突発往診や急変対応、ターミナル期対応、床ずれ対応などに集中させる。
- ③ 医師会員のかかりつけ医のみならず、地域の介護サービス利用者全体に門戸が開かれている。
- ④ 本事業往診利用により、適切な医療への引継ぎを行っている。

事業開始から間もないため、今後の事業課題としては、以下の点が上げられる。

- ・ 患者、参加会員の増加を目指し、事業採算性を確保する。
- ・ 新宿区医師会診療所業務において、初期患者対応を集約し、その役割を担うなかで新規に独立開業するという、地域連携型開業の模索。

4. ヒアリング調査による実態把握

(1) ヒアリング調査対象の抽出と方法

1) 調査対象の抽出

研究の目的で想定していた、一つの診療所で複数の医師や看護師がグループを組み実施する類型と、一人で開業している複数の開業医を地域でグループ化する類型について、既往文献調査の事例からは、「(1) 尾道市医師会長期支援ケアマネジメントプログラム」「(3) 長崎在宅 Dr. ネットの取り組み」及び「(4) 新宿区医師会の取り組み」が、「一人で開業している複数の開業医を地域でグループ化する類型」に当てはまると考えられる。

一方で、「(2) ナカノ在宅医療クリニック」については、ICTをフル活用することによって、在宅医療の経営に成功しており、「一つの診療所で複数の医師や看護師がグループを組み実施する類型」に当てはまると考えられる。

既往文献調査の事例に共通して見られる点は、急性期病院から在宅医療へスムーズに退院するためには、退院前・退院時のケアカンファレンス、情報共有が重要となる点である。特に医療依存度の高い患者に対しては、医師とともに看護師のアセスメントも必要と考えられる。そこで、訪問看護ステーションを中心とした在宅医療のグループ化も、一つの類型として考察の対象として加えた。一類型ごとにひとつのヒアリング対象を抽出した。

ヒアリングの対象としては、以下の3事例とした。

ヒアリング先	想定する類型
① ナカノ在宅医療クリニック	一つの診療所で複数の医師や看護師がグループを組み実施する類型
② 新宿区医師会診療所（新宿ヒロクリニック）	一人で開業している複数の開業医を地域でグループ化する類型
③ 滋賀県済生会訪問看護ステーション	訪問看護ステーションを中心とした在宅医療グループ化の類型

2) 調査方法

調査対象者に事前に質問事項を送付し、現地診療所、訪問看護ステーションを訪れてヒアリングと関係資料の収集を行った。ヒアリング調査実施日は以下のとおりである。

- ① ナカノ在宅医療クリニック：平成 22 年 12 月 2 日、3 日
- ② 新宿区医師会診療所：平成 22 年 12 月 15 日
- ③ 滋賀県済生会訪問看護ステーション：平成 23 年 2 月 14 日

(2) ヒアリング調査による実態把握

1) ナカノ在宅医療クリニック

① 現状・体制

現在、医師 6 名（常勤 3 名、非常勤 3 名）、看護師 11 名、PT 1 名、OT 1 名、事務 6 名の計 26 名のスタッフ体制をとっている。

一つの診療所で在宅医療の経営に成功している一つの要因は、ICT を活用したシステムの構築と活用にある。

② ICT 活用の実態について

中野医師は、在宅医療支援診療所を立ち上げる以前は、鹿児島大学医学部附属病院の検査部で勤務していた経験があった。検査部でのシステム構築の経験をもとに、在宅医療もパフォーマンスを上げ、医療の質を上げるためには、システム構築が必要と考えたとのことである。

ICT による在宅医療システムは、中野医師が独自に構築したものを使用している。基本的にはスタッフ全員がメーリングリストで診療記録、画像等を共有している。そのため、スタッフ全員が 1 人 1 台ノートパソコンを所有しており、随時情報にアクセス、書き込みできるようになっている。

また、医療法人ナカノ会は、ナカノ在宅医療クリニックとナカノ訪問看護ステーションから構成されるが、クリニックと訪問看護ステーションとの情報交換もメーリングリストで行うようになっている。

電子カルテへの入力等は、事務員が作業を行っている。事務員に事務作業を振り分けることによって、医師は診療に集中できるとともに、事務の雇用創出という効果も生み出している。同様に、訪問診療時には車で移動するが、専属の運転手も雇用している。医師は運転時間に患者情報等の確認を行うことができるため、仕事の効率化を図ることができ、運転手の雇用も創出できるわけである。

医師の仕事の効率化を図ることができるので、事務員や運転手を雇用しても、経営的にはコスト削減につながることであり、雇用の増大とコスト削減を両立させている。

ICTの活用での留意点として、「情報をオープンにする姿勢」を常に保っているとのことである。院内でのメーリングリストの他に、「在宅ケアネット鹿児島」というメーリングリストも中野医師が立ち上げ、管理している。このメーリングリストには、全国から在宅医療を実践する医師や看護師、介護士、薬剤師の他、行政、ジャーナリスト、研究者等もメンバーとして入っている。このメーリングリストでは、在宅医療の情報を中心にオープンな議論が常に展開されている。

ICTシステムを最大限利活用することは、例えば、患者情報等の情報のセキュリティをどのように扱うかという課題にも直面する。中野医師によれば、システムのセキュリティの堅牢度を上げてしまうと、ICTそのものの利便性が低下してしまう。そのため、セキュリティの堅牢度は緩やかに留め、情報共有するスタッフのモラルやリテラシー（患者の生活情報を診療目的以外に利用しないこと）を教育することが重要で、そのことによってセキュリティの課題は基本的に回避できるとの考えである。

2) 新宿区医師会方式（新宿ヒロクリニック）

①現状・体制

新宿区医師会の下、新宿ヒロクリニックの常勤医師2名と夜間非常勤の医師での体制で実施している。当初は、往診を在宅療養支援診療所より紹介された夜間休日往診のみに想定していたが、往診件数が伸び悩んだため、日中の往診件数もボランティアで行い、新宿区やかかりつけ医の協力の下、平成22年6月には月130件程度の往診件数まで伸びている。「しんじゅく医療あんしんカード」についても保有者は、898名（平成22年12月12日現在）に及んでいる。

②ダブル主治医制の実態について

新宿ヒロクリニックの在宅医療のニーズとしては、要支援状態の患者は少なく、要介護状態から、かかりつけ医だけでは診ることが難しいといった相談等で引き受け、そこからターミナルまで診るケースが多いという。また、しんじゅく医療あんしんカードを所有しているが、かかりつけ医を持たない患者からの直接の往診依頼もある。

患者からの電話連絡を受けて、患者の状態をうかがい、当直の医師が往診することになる。

このようにダブル主治医制は、かかりつけ医とヒロクリニック医師との連携によって進められ、要介護度が進むにつれて、ヒロクリニック医師の役割も増してくる。ただし、診療に当っては、かかりつけ医の意見を尊重し方針を決めるとのことである。

新宿区では常時4床のレスパイト病床を用意しており、往診で緊急入院が必要な場合に、レスパイト病床に入院措置をとることにしている。レスパイト病床は、ダブル主治医制とともに、在宅医療の緊急時対応に非常に重要であり、また受け入れ病院側も、往診医師が診療・処置を行っていることで、安心感を持って患者を引き受けられるとのことである。

「しんじゅく医療安心カード」を所有する登録者にアンケートを実施した結果（新宿ヒロクリニック実施、平成22年10月25日発送）によると（822名中448名回答、回答率54.5%）、本事業により367名（81.9%）が、「非常に安心できる」、または「ある程度安心できる」と回答している。本事業の利用率を訪ねると、「往診を利用した」75名（16.7%）、「電話相談をした」8名（1.8%）、「往診＋電話相談をした」15名（3.4%）と何らかの利用をした数は21.9%に留まり、「利用していない」が350名（78.1%）と多数を占める。ただし、本事業の継続を希望する数は、420名（93.8%）と9割を超えており、実際の利用者数はカード配布者数に比べると、まだ少ないものの、いざというときのために対応してくれる医師の体制が整えられている当事業に対する安心感は非常に大きいと考えられる。

新宿区医師会診療所として新宿ヒロクリニックが当事業を運営しており、開業当初3年間は新宿区からの補助金が交付され、当事業立ち上げ時の経営に効果をもたらしている。新宿区医師会診療所であるので、公益性が担保されなくてはならず、経営的には赤字を出してもいけないが、収益を上げすぎること好ましくない。当事業の立

ち上げから3年が経過したが、医師会等関係者のコンセンサスをとるのにエネルギーを要したとのことであった。

今後同様の事業を行う際の留意点として、立ち上げ時から、訪問看護ステーションや介護サービス事業所とも連携を取っておくとスムーズに事業が進むのではないかとのことであった。

3年間で地域の民生委員などとの関係構築は進んでおり、利用者数も増加している。当事業は地域に浸透してきていると言える。

3) 滋賀県済生会訪問看護ステーションについて

① 済生会訪問看護ステーションについて

滋賀県には、滋賀県済生会病院と、訪問看護ステーションとしては、拠点として滋賀県済生会訪問看護ステーションと同法人が経営しているサテライトの訪問看護ステーション2つ(サテライト草津、サテライト守山)があり、栗東市からの委託で「栗東市訪問看護ステーション」がある。済生会の訪問看護ステーションがカバーするエリアとしては、湖南地域(草津・守山・栗東・野洲の4市:人口約31万人)にまたがっている。

スタッフ数は、4つの訪問看護ステーション全体で、69名であり、内訳は看護師52名、作業療法士、理学療法士6名、保健師2名、事務員9名となる。1つの訪問看護ステーションには、概ね10~12名の看護師が配属されている。

患者数は、1ステーション当たり、60人~80人程度。延べ利用者数では500人程度とのことである。

訪問看護するエリアであるが、1つの訪問看護ステーションから最大で約10km圏内をカバーしており、地理的条件にもよるが、訪問看護ステーションから車で20~30分で着く距離とのことである。訪問看護は全て、車で移動するとのことである。

利用者の過半数以上が、要介護3以上とのことであり、医療依存度の高い利用者が多いとのことである。具体的にはALS、パーキンソン病、認知症、統合失調症などの患者が多い。またターミナルケアの患者や、老老介護の介護者側の支援も行っているとのことである。現在、小児患者も3名診ているとのことである。

訪問看護ステーションの利用者は、主に済生会滋賀県病院、滋賀医科大学病院、その他県立病院等から退院調整の依頼を受けるとのことだが、特に同法人の済生会滋賀県病院からの依頼が多いということはなく、むしろ同法人外部からの依頼の方が多いという。在宅医療に関しては、滋賀県では滋賀医科大学病院が先鞭をつけて推進してきたという経緯があり、済生会滋賀県病院も滋賀医科大学病院に習って進めてきたとのことである。

② 24時間常時訪問看護の体制について

看護係長が、各看護師のシフトを組んで、24時間365日の訪問看護の体制を組んでいる。具体的には3交代制をとっている。

- ・早番：6:00 ～ 16:30
- ・遅番：12:45 ～ 21:15
- ・夜間：21:30 ～ 6:00（翌朝）

③ ICTの活用について

ICTの活用・情報管理については、済生会全体での統一したシステムが構築されており、利用者の受診記録や診療報酬、介護報酬算定等のプログラムから成るという。診療報酬や介護報酬の改定があった場合は、済生会本部（東京・三田）でシステムのバージョンアップを行い、全国各支部にシステムが行き渡るようになっている。また利用者情報は、統計処理が施された上で、済生会本部に送付されるとのことである。

滋賀県済生会の4つの訪問看護ステーションでは、各利用者の情報等が済生会全体の統一したシステム上で共有されているとのこと、ステーション間でのスムーズ連携に情報共有はかかせないとのことである。

④ 多職種との連携について

訪問看護に移行するときに重要なのは、病院との退院調整のカンファレンスである。退院調整のカンファレンスが十分でないと、在宅での訪問看護の処置にも影響がある。そのため、病院連携は重要であり、訪問看護ステーションの方から積極的に病院に出向き、病院医師、看護婦との顔の見える関係作りを行っているとのことである。同法人の済生会滋賀病院だけでなく、滋賀医科大学病院等にも関係構築をはかっている。

訪問看護ステーションについては、滋賀県の連絡協議会（湖南ブロック）が開催され、定期的に情報共有、意見交換を行っているとのことである。

また、済生会訪問看護ステーション（拠点）には、居宅介護支援事業所も併設されている。訪問看護ステーションの各利用者は済生会のケアマネージャーを使っている人もいれば、他の事業所のケアマネージャーを使っている方もいる。他の事業所のケアマネージャーとも電話連絡等をとっているとのことである。また、年に1回、居宅介護支援事業所の交流会が開催され、その場にも出席し情報交換を行っているとのことである。

⑤ 今後の課題等について

医療保険、介護保険の限度額に達したときに、栗東市では、利用者個人が申請すれば、独自の助成金による支援がある。このような助成が各自治体にあると利用者ももっと訪問看護を利用しやすくなるのではないかとのことだった。

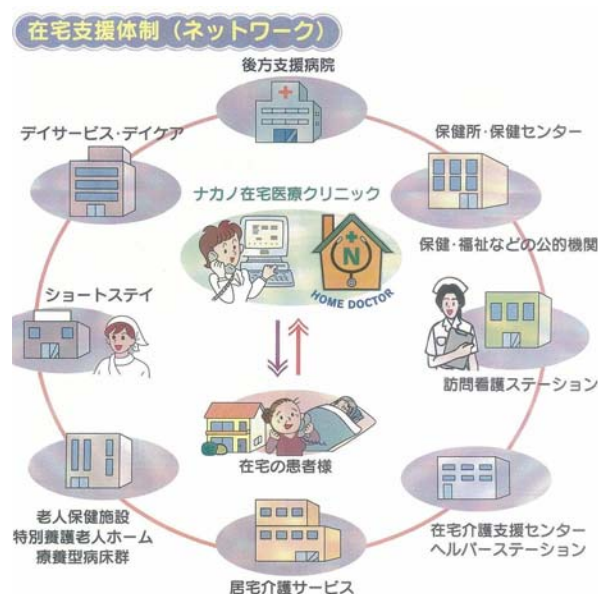
済生会という同一法人で訪問看護ステーションを運営しているとのこと、法人内の訪問看護ステーションの連携はとれており、同一法人の病院や他病院とも訪問看護ステーションから顔の見える関係づくりを積極的に行っており、退院調整カンファレンスも機能しているとのことであった。

他法人との訪問看護ステーションとの連携については、行政等がリーダーシップをとってワーキングを組成し、組織づくり体制づくりを展開しないと難しいのではないかとの意見であった。済生会は滋賀県でも大規模な訪問看護ステーションであり、同一圏内の他の訪問看護ステーションは中小規模である。連携によって中小規模のステーションにメリットができるかどうか、連携の鍵と考えられる。

5. 各類型ごとの課題整理と今後の在宅医療のモデル化について

(1) 各類型ごとの課題整理

1) 「一つの診療所で複数の医師や看護師がグループを組み実施する類型」



図ー4 「在宅支援体制」訪問看護と介護 vol.13 No.12 2008 より

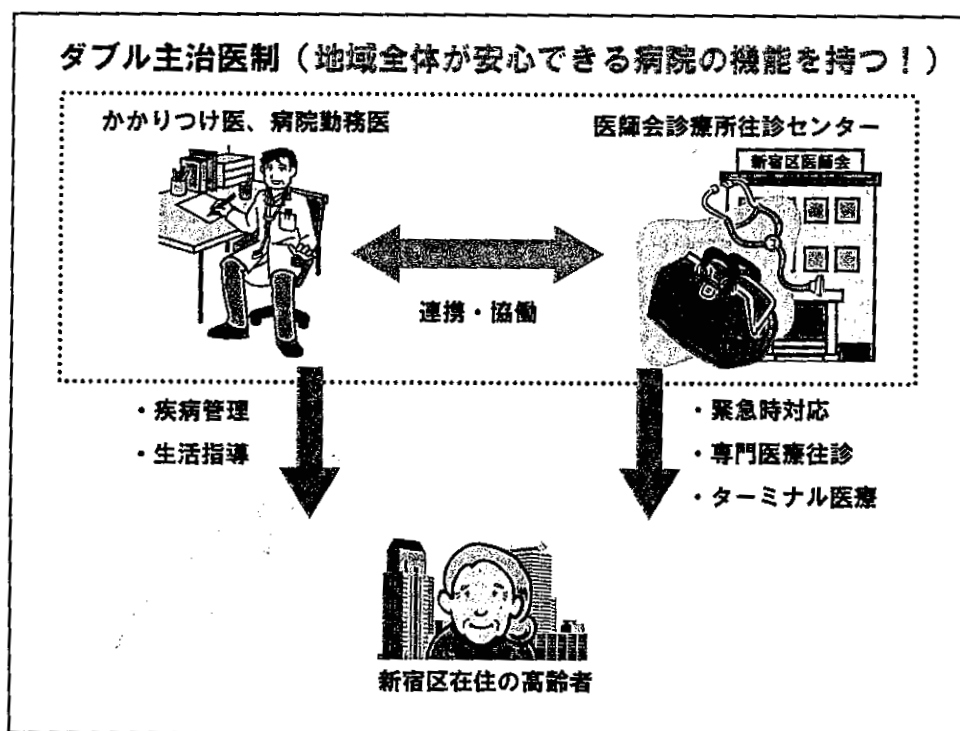
この類型は、同一法人、同一診療所であるため、ICTシステムも導入しやすいと考えられる。医師、看護師、事務業務をICTシステムによって効率化することによって、スタッフの負担軽減と経営を両立させることが可能であると考えられる。

ただし、他の診療所や他法人との連携を図るためには、個々のICTシステムの規格の統一化や、オープンな情報提供環境の構築が課題となると考えられる。

2) 「複数の診療所をグループ化し、診療を実施する類型」

24時間365日の対応に伴う各医師の負担軽減に寄与することが可能であると考えられる。また、「主治医」、「副主治医」によって、患者の状態像や要介護度等のニーズに応じたきめ細かな対応も可能であると考えられる。

このシステムを普及させるためには、地域のかかりつけ医、医師会の合意形成は欠く



図－5 「地域で安心して暮らし続けるために」英裕雄医師ご提供PPTより

ことができない。また、「主治医」、「副主治医」（ダブル主治医）の役割分担を定めておく必要があると考えられる。

ICT化については、現状では、各かかりつけ医の情報管理はバラバラであり、統一した規格のICTシステムの構築（どのような情報を地域で共有するか）を地域の医師の合意のもと、進めていくことが課題となると考えられる。

同一法人の単一の診療所と比べて、他法人で複数の単一診療所のグループ化は、合意形成等のハードルが高いことが想定される。行政等の強力なリーダーシップや助成措置と、キーマンとなる医師等関係者のネットワークの構築が必要と考えられる。

3) 「訪問看護ステーションを中心とした在宅医療を実施する類型」

この類型は、医療依存度の高い患者に対しての病院からのスムーズな退院調整と在宅医療において、訪問看護ステーションが医療機関から積極的にアセスメントと処置を行

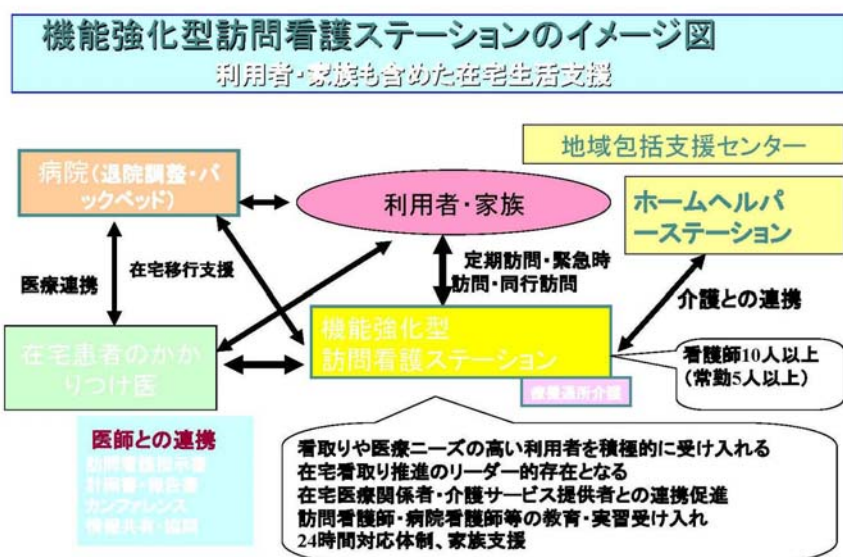
う方式である。

医療依存度の高い要介護度の高い患者やターミナルの患者に対して、退院調整、訪問看護、医療、看護との連携を訪問看護ステーションが担う方式である。

各医師のヒアリングによっても、在宅医療、特にターミナル期の処置については、医師の判断・処置の役割が全てではなく、看護師のケアが重要であるという。訪問看護ステーションの早期の関与と処置の役割が今後増してくると考えられる。

課題としては、以下の点が考えられる。

- ① 一般的に訪問看護ステーション自体の認知度が、一般市民に低いこと。
- ② 訪問看護師の人材不足、給与等待遇面での問題。
- ③ 訪問看護ステーションの地域偏在



図ー6 「機能強化型訪問看護ステーションのイメージ図」

第5回滋賀の医療福祉を考える懇話会(平成21年8月31日) 済生会九里氏説明PPTより

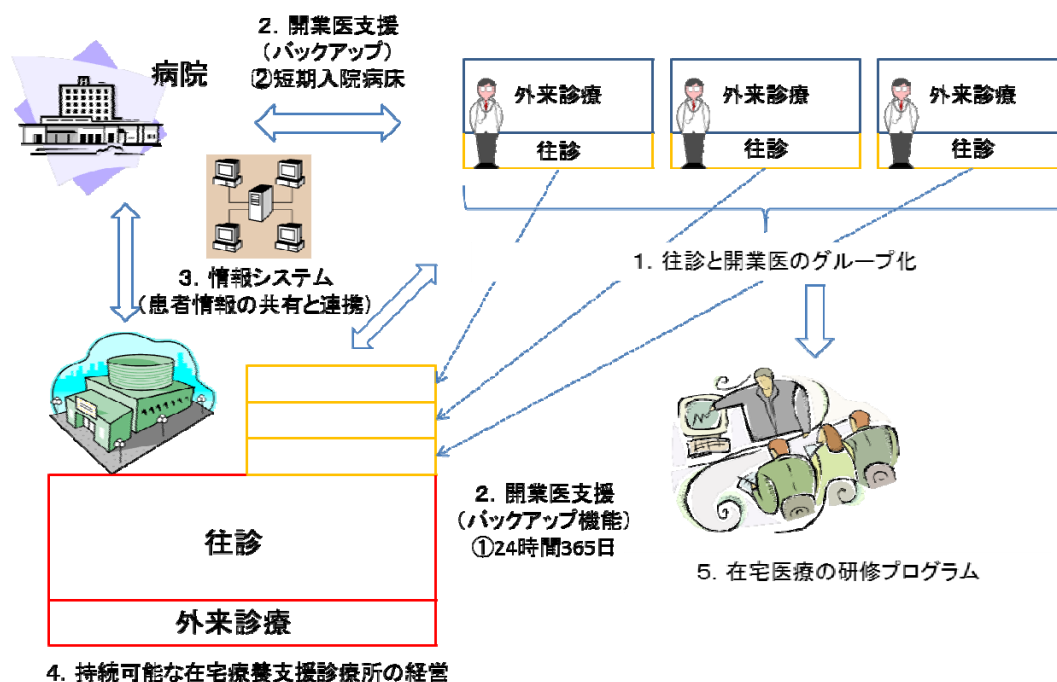
4) 各類型に共通する課題

以上、各類型ごとに課題を整理したが、文献調査及びヒアリング調査を通して、各類型に共通して、在宅医療を推進するために必要な課題としては、更に以下の点が考えられる。

- ① レスパイト病床（バックアップ機能）の確保
- ② 地域で安心して暮らせる高齢者向け住宅や在宅ホスピス施設の整備

（２）今後の在宅医療のモデル化について

東京大学高齢社会総合研究機構では、柏市豊四季台地区をフィールドとして在宅医療推進のための医療ワーキングを立ち上げ、柏市、UR 都市機構、地元医師会、かかりつけ医等をメンバーに議論を継続中である。今回調査での知見も踏まえつつ、医療ワーキングでの議論から、以下のような在宅医療モデルを検討している。



図ー 7 「理想的な在宅医療総合モデル」(東京大学高齢社会総合研究機構)

平成 23 年度から、開業医のグループ化に関する方策、開業医のバックアップ体制、情報共有の在り方と ICT の活用方策等について、具体的なシステムを構築していく段階となる。今後の柏での実証的な取り組みを通じて、課題に対する解決策を明らかにすることを目指す。

また、同様に福井県（あわら市、坂井市）においても在宅医療推進のためのワーキング

を立ち上げている。大都市郊外部の柏と地方都市の福井での実践を積み重ねて行くことで、地域の実情に応じたモデルの形成や、比較検討を行う予定である。

(参考文献)

- ・片山壽「在宅医療と地域連携のあり方と方向性－主治医機能と地域医療連携が開く明日の在宅医療」：明日の在宅医療第5巻 p 2 - 18,中央法規,2008
- ・中野一司「ICT を生かした在宅療養支援診療所の経営」明日の在宅医療第7巻 p 186－202、中央法規 2008
- ・白髭豊「長崎市における在宅医療と地域連携」明日の在宅医療第5巻 p 151－171、中央法規 2008
- ・英裕雄「かかりつけ医療の高度化、重度化に対応するために公的診療所の果たす役割 - 新宿区医師会夜間往診支援事業の試み」医療と介護の融合 p 24－33、日本医療企画 2010
- ・中野一司「ICT をフル活用した在宅医療支援診療所の運営と経営哲学について」：鹿児島経済同友会・情報化推進委員会講演録（2009年11月18日）
- ・九里美和子（ゲストスピーカー）「第5回滋賀の医療福祉を考える会会議録」：（2009年8月31日）

(感想)

本調査で、在宅医療の先導的事例を進めているパイオニアの方々に直接お会いしてお話を伺うことができ、大変貴重な経験となりました。今後急速な高齢化を迎えるに当たり、在宅医療の普及が急がれますが、お会いした方々の医療に対する情熱とともに、医師や看護師等スタッフの情熱だけでは難しく、在宅医療のシステム化が早急に望まれると考えられます。東京大学高齢社会総合研究機構では、今後柏での実証実験を通して、モデルで提案したシステムの実現化に向けて努力する所存です。

なお、本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による。ここに謝意を表す。