

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2009 年度 指定公募（後期）

「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」
「地域の 24 時間 365 日体制を支える 夜間往診センターの構築に向けた調査・研究」

最終報告書

2011 年 2 月

研究責任者

船木 良真

医療法人 三つ葉 三つ葉在宅クリニック 栄 院長

共同研究者

中村 俊介

医療法人 三つ葉 三つ葉在宅クリニック 山中 院長

松井 渉

医療法人 三つ葉 三つ葉在宅クリニック 栄 医師

山口 泉

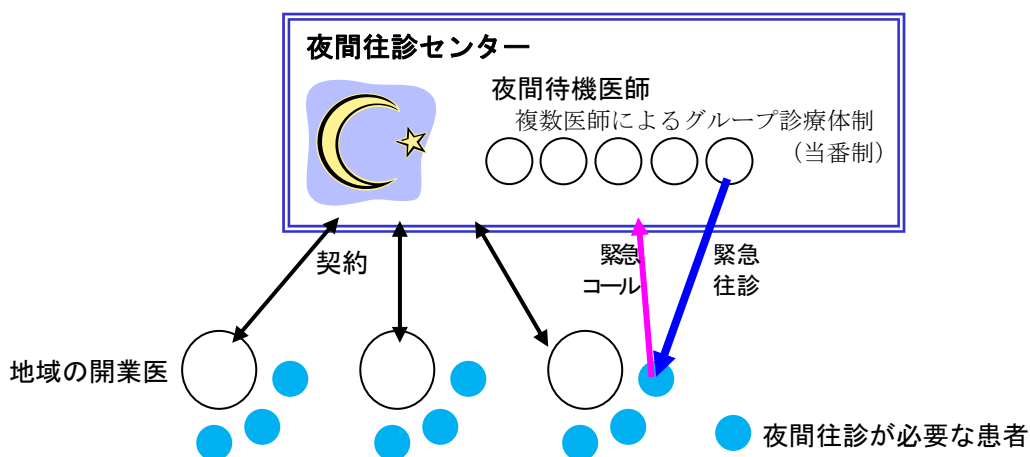
医療法人 三つ葉

1. 研究背景と目的

在宅支援診療所の数は増えたが、最期まで自宅で過ごしたいという患者の希望と療養生活における不安を解消する体制が整うにはまだ多くの課題が残されている。

「いつでも診る」「なんでも診る」を家庭医の使命と位置付ければ、在宅医療を行う医療機関がいかにかに 24 時間 365 日体制を確立していくかは一つの重要なポイントである。しかし、これを 1 人の医師、1 つの診療所で実現するのは容易ではなく、地域における協力体制をつくっていかなければならない。全国各地でさまざまな試みが行われているが、本研究は、「夜間往診センター」の設置という地域グループ診療の仕組みづくりを前提として、その可能性を検証することを目的とした。

夜間往診センターのイメージ



地域に夜間・休日対応が可能な医師たちのグループ診療体制を確立し、地域の開業医にかかっていて緊急往診を必要とする患者からのコールを受け、直接緊急往診を提供するものを「夜間往診センター」として仮に定義する。

このとき、課題となるのは大きく以下の3点であると想定した。

- ①グループ医師間で患者情報をどのように共有するか。
- ②診療報酬をどのように配分するか。
- ③往診の質をどのように保つか。

以上を仮説として挙げた上で、実際に地域でのなんらかの取り組みをしているケースの視察調査、当地域をモデルにしたニーズ調査・分析を行い、物品の共同購買などグループで行う上で想定される他のメリットや、介護領域との連携なども含め、「夜間往診センター」の実現性について探っていきたいと考えた。

2. 研究方法とスケジュール

当初の計画では、先進事例として、

①長崎在宅 Dr.ネット（長崎市）：開業医同士による地域ネットワーク

②新宿医師会診療所（東京都新宿区）：医師会を中心とした夜間往診支援事業の2カ所についてヒアリング調査を行い、その内容等をもとに、当地・名古屋におけるニーズや課題を探っていくことを考えていたが、最初の2カ所の調査を終えた段階で、予想以上に地域によって条件やニーズが大きく異なることがわかってきた。

従って、より多くの異なる地域の開業医の現状およびニーズを探り、より普遍的な課題を抽出することを目的とし、ヒアリング調査を継続した。主に、三つ葉在宅クリニックに見学に訪れる医師など交流のある医師を中心に、複数の医師が所属し、在宅医療に注力している診療所に対するヒアリングを重ねた。

また、自クリニックの夜間往診について、その実態をデータ分析し、夜間往診の位置付けについて再認識することを試みた。実際にどのような患者ニーズがあり、医師はどのように応えているのかを俯瞰した。

◆スケジュール

先進地域の視察調査	2010年4月 新宿医師会診療所（東京都新宿区） 長崎在宅 Dr.ネット（長崎市）
ヒアリング	2010年5月～9月 三つ葉在宅クリニック来訪者等を中心にグループ診療を行うクリニックの実情をヒアリング。
三つ葉 夜間往診分析	2010年12月～2011年2月 2010年1月～12月に三つ葉が実施した夜間往診について
検証・考察	2011年2月 報告書のまとめ

3. ヒアリング調査とその結果にみるグループ診療のかたち

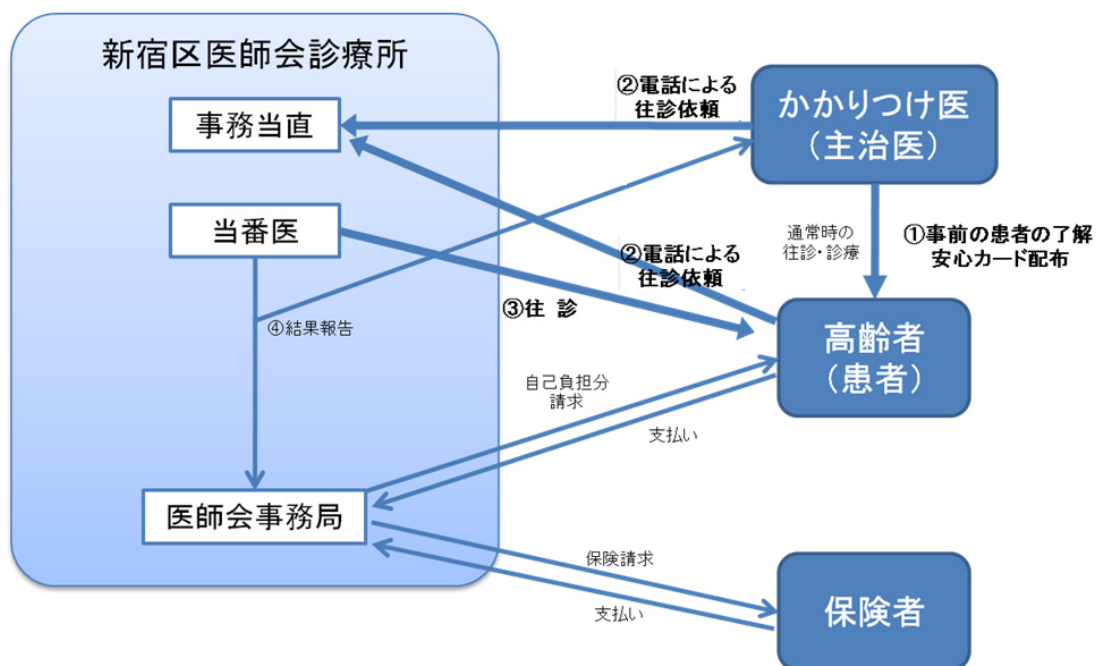
ヒアリング調査の結果、開業医のグループを4つの類型に分類した。概要をまとめると以下ようになる。(別表①も参照)

A) 新宿型 ～新宿区医師会往診支援事業

新宿区医師会診療所が在宅療養支援診療所として、すべての医師会員が利用可能な24時間の往診代行を行っている。かかりつけ医や地域包括支援センター等を通じて、あらかじめ往診が必要になりそうな患者に対して「しんじゆく医療あんしんカード」を配布し、24時間365日対応の医師会診療所往診センターが、カードを保持する患者から直接コールを受け、センターから所属当番医を派遣し往診を行う。かかりつけ医からの往診依頼にも対応する。

2008年のセンター設立当初は、あらかじめ登録していた在宅療養支援診療所および患者からの夜間往診依頼に限定していたが利用が進まず、半年後より24時間対応とし、すべてのかかりつけ医と、安心カードを保持する患者に対象者を広げたことで、往診件数が飛躍的に増加した。2010年春には、連携ネットワークへの往診依頼件数が昼夜合わせて1カ月あたり約100件となっている。

患者情報の共有は、センター医師間では電子カルテを使用、診療報酬は全額医師会診療所に入る。



(新宿区ウェブサイト資料より、一部改変)

この事業では、新宿ヒロクリニックの英 裕雄先生で、実質的には往診センターのオペレーション構築、緊急の電話対応、当番医の手配などすべてを取り仕切っており、地域患者へのプロモーション活動においても中心的な役割を担っているのが特徴で、開業医のピアグループ的な診診連携とは一線を画す形態となっている。

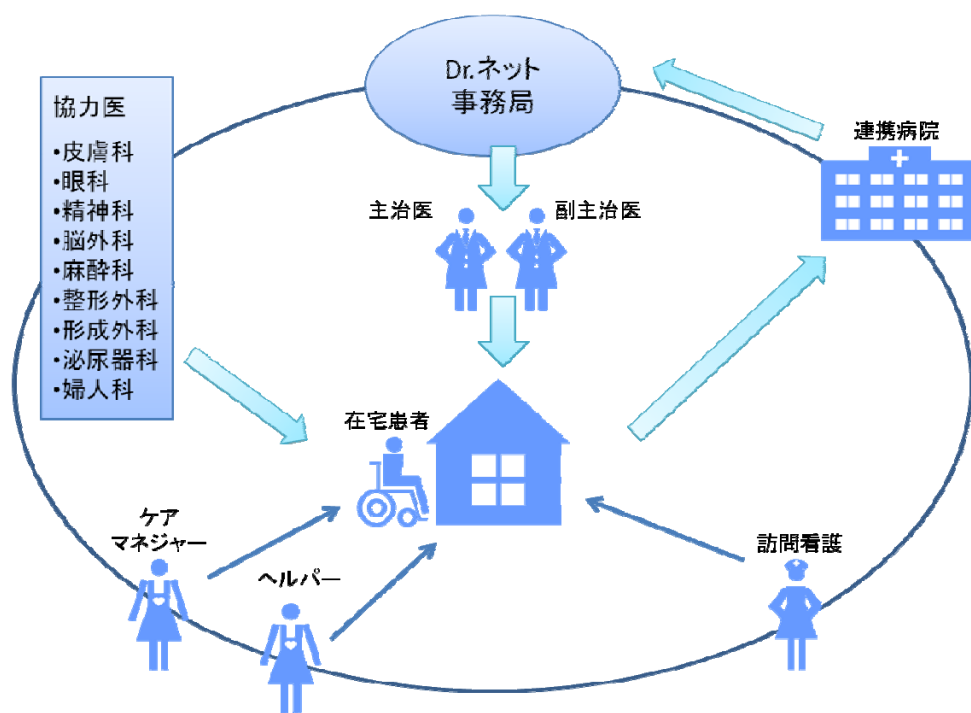
また、安心カードの配布によって、センターの利用をかかりつけ医を持たない一般患者にも広げたことで、地域の独居高齢者らにとっての救急外来的な役割も担っている。状態が落ち着いた後に、センターから地域の開業医をかかりつけ医として紹介することもある。

B) 長崎型 ～NPO 法人 長崎在宅 Dr.ネット

長崎在宅 Dr.ネットは、在宅診療に関心を持つ地域の医師を集め、診診連携・病診連携を進め、開業医が外来診療と在宅医療を両立させながら、地域の在宅医療ニーズに対応していくために設立されたグループである。

病院から退院する際など、在宅医療を希望する患者に、ネットワーク内から手上げ方式で主治医・副主治医を紹介するところから始まり、主治医・副主治医が協力しながら 24 時間 365 日対応が可能な体制を個々の患者に提供していく仕組みをつくっている。

また、内科系かかりつけ医だけでなく、皮膚科・眼科・精神科・脳外科・麻酔科・整形外科・形成外科・泌尿器科・婦人科などの専門科医師や大学病院医師も協力医として交えるほか、訪問看護ステーション・介護事業所とも連携し、地域の総合的なネットワークとして機能している。



夜間往診の代行（主治医から副主治医への依頼）は、2009年においてわずか14件と少ない。各診療所で個別に対応する往診も月に数件で、時間外対応の多くは訪問看護ステーションとの連携により充分に対処できているとのことであった。必ずしも医師の夜間往診ニーズが大きいわけではないことが特徴として挙げられる。

一方で、このグループは研修や医師同士のコミュニケーションの場として果たす役割が大きい。特に、長崎市のがん相談支援センターとして活動する中で、がん診療拠点病院の各緩和ケアチームのカンファレンスに参加したり、地域の研修会・症例検討会・市民向け講座などを積極的に開催している。また、主治医探しや医師間の情報交換にメーリングリストを活用し、個々の医師では解決しにくい問題に対して医師同士のディスカッションの場を設けている。

3) 近隣開業医の診診連携 ～岡山・清輝橋グループなど

近隣の開業医数人が、医師会などを通さずに連携しているケースがある。千葉県船橋市の南部診診連携や、神奈川県横浜市のみらい在宅クリニックとゆう往診クリニックの連携などがそれに当たる。

岡山県岡山市の清輝橋グループもその一つで、安田内科医院・佐藤医院・片岡内科医院

という 3 つの無床診療所が連携し、主治医のほかに副主治医を決め、主治医が緊急対応できないときに副主治医が替わって往診している。但し、ほぼ「看取り」に限っており件数は少ない。

このグループも、もともとは夜間往診の補完だけを目的としたものではなく、電子カルテの共有やオープンデイケアの利用、プライマリケアに関する勉強会の実施、卒後研修の共同受け入れなど医学教育への協力参加、介護との連携など、地域医療に関わるさまざまな要素に関して協力をしている。

診療連携については、医療の本質を「必要な時に対応すること」ととらえ、在宅医の最も重要な役割として、1) 看取り、2) 緊急時の指示・対応、3) ケアプランの調整・確認を挙げ、その部分で相互を補うことに主眼が置かれている。

4) 院内グループ型

一つの診療所の中に複数の医師を擁し、当番制によって 24 時間 365 日体制を実現するクリニックは増えている。

但し診療のオペレーションについていえば、必ずしも医師グループのみで完結してはいない。医師だけで対応しているケースもあるが、院内多職種で対応しているケース、併設する訪問看護ステーションとの連携により医師の負荷を軽減しているケースが見られる。

私たちがヒアリングした結果では(別表②)、多くの診療所が緊急時のファーストコール対応を看護師に委ねており、医師の往診件数は週 1 件程度～月 1 件程度となっている。

三つ葉在宅クリニックも院内複数医師のグループ診療を行うクリニックであるが、常勤医師 6 名と非常勤医師 5 名の、合わせて 11 名でシフトを組み夜間往診に対応するシステムを構築している。夜間往診数は月 40～50 件と多い(次章参照)。

日によるが、当院の待機当番は常勤 1 名のみ、あるいは常勤 1 名+非常勤 1 名で、まず常勤医師が患者からのファーストコールを受け、1) 電話にて対応・指示、2) 非常勤待機医がいる場合は往診要請、3) 常勤医にて往診、の 3 通りにて対応している。往診時、医師は看護師等を伴わずに一人で患者宅へ赴く。

必ず常勤医がファーストコールを受けるのは、毎日、グループ医師間でカンファレンスを行い、緊急往診リスクの高い患者情報を共有・把握しているからである。情報共有の方法としては他に電子カルテを利用している。

患者に対しては、曜日・時間を問わず緊急時、不安のある時にはコールをするようアドバイスしている。名古屋市内約 60 カ所の訪問看護ステーションと連携しているが、緊急対応に関して特定の訪問看護ステーションとの協力関係はないが、こうなった理由の一つとして、24 時間対応を積極的に行う訪問看護ステーションが非常に少なかったことが挙げられる。

院内グループ型の往診対応以外の特徴としては、当院も含めて電子カルテ等による院内情報共有がほぼ実現できており、カンファレンスや勉強会も定期的で開催され、診療の質を担保するための活動に積極的に取り組んでいる様子が見えてきた。

以上のように、夜間往診とそれをめぐるグループ診療のかたちは、地域の事情や診療所の構成・成り立ちによって大きく異なる。

それぞれ地域の特性に応じて、自院内での医師間協力、看護師との協力、近隣の開業医との協力など、持てるリソースを使って、ニーズを満たすシステムが構築されている。

今回のヒアリングでは「夜間往診はまず看護師」という地域が多かったのだが、これは都市部と地方の差ではないかと、私たちは考えた。

看護師の存在と役割は、夜間往診体制に与える影響が大きい。特に、都市部から離れ郊外や地方へ行くと、訪問看護師は 24 時間対応が当たり前で、夜間在宅医療への貢献度が高い。医師は基本的に看取りだけ、ということも可能になっている。

外来を持つ診療所においては、夜間・休日よりもむしろ外来対応中に在宅患者から緊急往診の要請があった場合、あるいは盆・正月など長期休暇中の対応において不都合を感じるという声はあったが、「夜間往診」に限っていえば、“特に困っていない”というのが実情のようである。

そうした中でグループを形成するのは、夜間往診のためだけではなく、懇親、情報共有、教育・研修といった複数の目的を達成するためであることが分かった。

4. 在宅医療における開業医グループ化の意義

ヒアリング調査を通じて私たちが得た、在宅医療における開業医グループが担う機能は以下の通りである。

1) 24 時間対応

グループ化によって 24 時間 365 日対応をするための負担は軽減するが、緊急時の電話対応、夜間・休日の往診をどうするか（誰が行くか）、主治医以外が往診する際に患者情報の共有をどうするか、といったオペレーションを構築していかなければならない。

2) 新患紹介機能

新しい患者がいる場合に、グループとして患者を受け入れて主治医を振り分けるなどの紹介・マーケティング機能を持たせるかどうかという点は、開業医にとって重要なポイントとなる。かかりつけ医を探している患者に適切な医師をマッチングさせる機能ならば良いが、既存患者の取り扱いなどネガティブな要素は避けたい。

3) 教育研修、懇親会機能

一人でない、グループ診療の大きな魅力の一つはここにあると考えられる。方向性を同じくし、地域医療のために連携する医師同士が、勉強会や懇親会を開催して集まり、スキルアップや情報交換を図る場は数多く持たれている。

新宿型では、グループの機能を 24 時間対応にほぼ限定し、長崎型ではむしろ教育研修や懇親会機能を重視していた。診診連携型では 24 時間対応の補完がきっかけとなっていることも多いが、やはり医師同士が協力して同じ方向を目指すほうが重視されている。

院内グループのメリットとしては、自院において緊急コール対応、往診のオペレーション、情報共有、マーケティングと新患の振り分け、勉強会、懇親会などの機能を完結できることが挙げられる。そのため各機能のレベルアップを図りやすい。

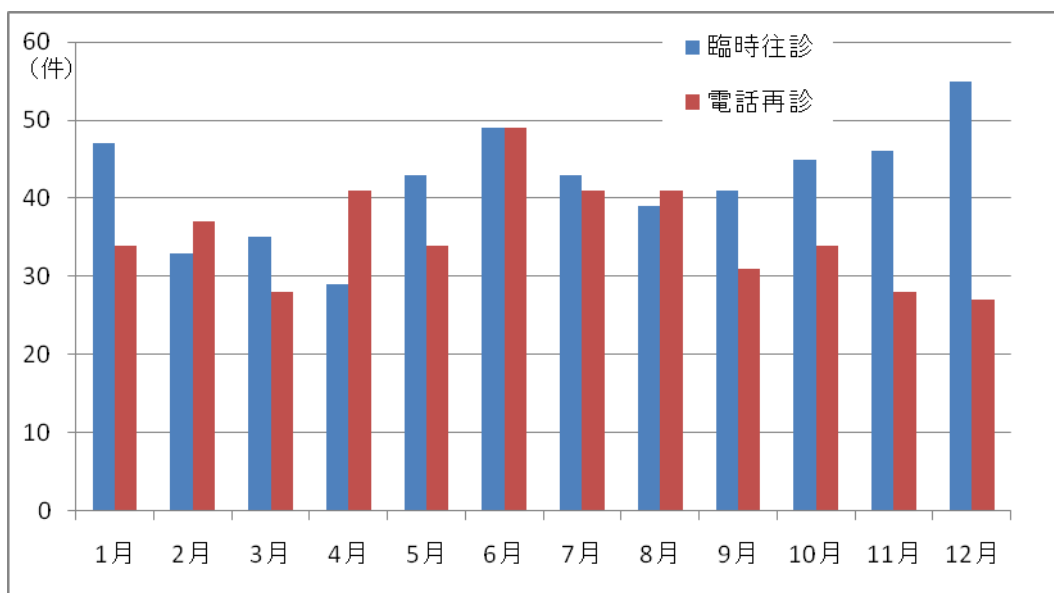
5. 夜間往診の実態例～三つ葉在宅クリニック夜間往診分析

三つ葉在宅クリニックの事例をもとに、夜間往診を患者（地域のニーズ）の視点から考えてみた。

三つ葉在宅クリニックの夜間往診件数（18時30分～翌8時00分）は、月間40～50件で、電話だけの対応のものを含めると月80～100件程度である。月平均の患者数は500余名で、2010年に実際に出かけた夜間往診総件数は505件であったので、平均するとおよそ患者1人あたり1回の往診依頼があったことになる。

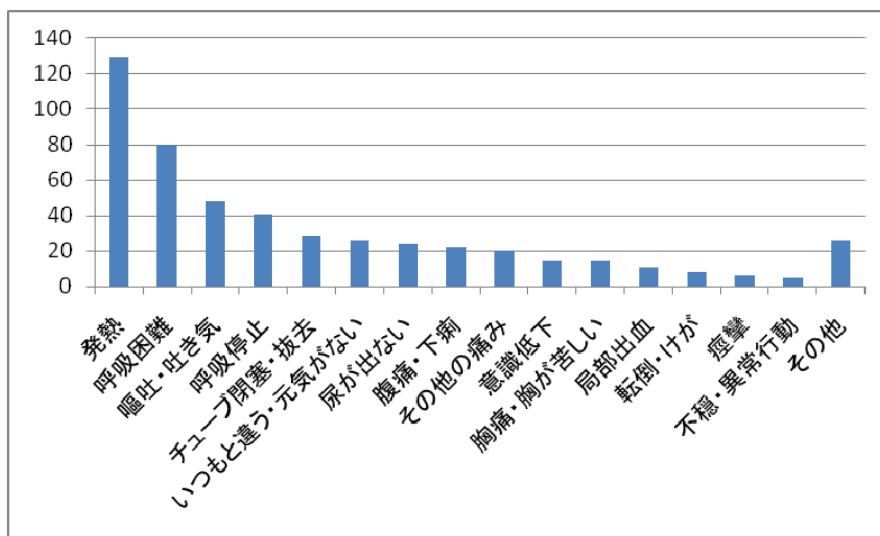
月ごとの夜間往診（臨時往診）、電話再診の件数はグラフ1の通りである。

◆グラフ1 夜間往診回数（2010年）



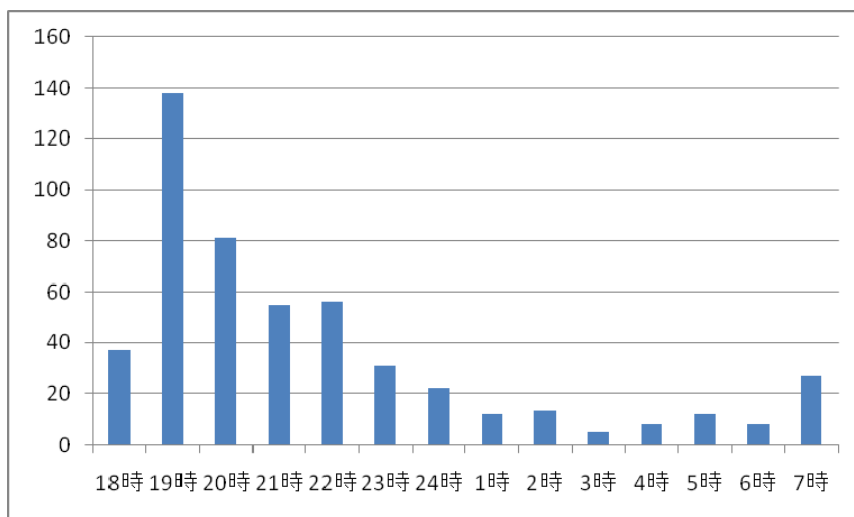
往診理由は「発熱」が約4分の1を占める。痰が引けないなどを含む「呼吸困難」、「嘔吐・吐き気」と続き、プライマリケアが必要な往診が非常に多いことがわかる。NGチューブや尿カテーテルなどのチューブ閉塞や抜去によるトラブルも約5%と比較的多かった。（グラフ2参照）

◆グラフ 2 往診理由（患者の主訴に基づく）（2010 年）



時間帯別では、夕方から 18 時半～22 時までと朝の 6 時～8 時の準夜勤帯で、全体の 7 割弱を占める（グラフ 3）。介護者の起きている時間帯に、発熱などの異変に気づき、コールをするケースが多いと考えられる。

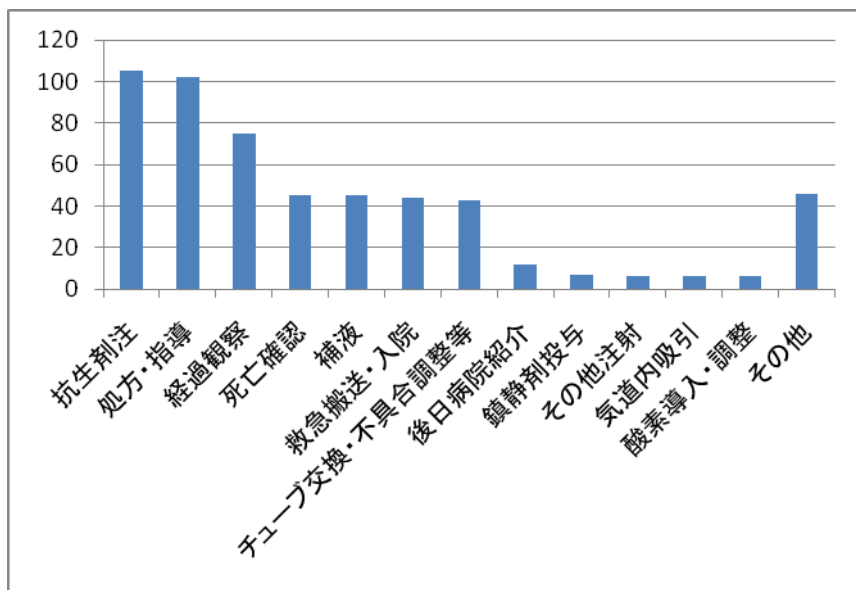
◆グラフ 3 時間帯別夜間往診数（2010 年）



※18 時台は 18 時 30 分～19 時 00 分の 30 分間。クリニックでは申し送りの時間帯になっており、この時間のコールに対して緊急性が高くない場合には 19 時台に往診を実施している。

往診時の処置を見ると（グラフ 4）、発熱の場合はまず肺炎などの感染症を疑い、血液検査を施行するとともに、抗生剤注射を実施し経過観察とするケースが圧倒的に多く、嘔吐や衰弱では補液、チューブトラブルでは交換や不具合調整を行っている。

◆グラフ4 往診時の処置（2010年）



このように、急変とまでは言えない場合でも当院では往診している。しかし、抗生剤投与などは看護師だけでは充分対応できないケースであり、医師の往診ニーズは高いと考えている。

ちなみに当院では、夜間非常勤医師のレベルを卒後初期研修修了以上としているが、これはプライマリケアを担うためのローテーションを経てきた臨床医であれば、在宅特有の手技・対応について適切な教育をすることにより、十分に往診対応可能であると考えているからである。グループ内の常勤医師が、その経験と常に共有している患者情報をもとに、患者からのファーストコールを受けた時点で、患者の主訴からある程度の判断を行い、往診医に指導しているため、若い医師が地域医療と実際関わりながら、活躍できる分野だと考えている。

6. 結論と考察

本研究は、「夜間往診センターの構築」を前提として開始したが、私たちが当初持っていた「夜間往診センター」という概念について、どこにでも通用する汎用性の高いセンター像は、調査を通しては浮かび上がってこなかった。

夜間往診の仕組みは、それぞれの地域における病院、訪問看護、介護のインフラがどうなっているかにより大きく異なり、「夜間往診センター」はある条件のもとで、これらインフラの補完的位置づけとして成り立つものであるということがわかった。

都市部では、訪問看護ステーションが夜間対応を積極的に担っていないことから、医師への往診ニーズが高い一方で、夜間往診を担う医師リソースが比較的豊かであるため、新宿や三つ葉の例のように、医師による往診体制をつくるのが可能である。

しかし、地方都市では医師と看護師の連携による夜間対応がうまく機能している場合が多く、医師のみによる往診の仕組みをあえて構築する必要性はないと見られる。

また、医師のグループを形成する場合にも、「夜間往診」は24時間365日体制を支える仕組みづくりの一部分に過ぎないということが今回の調査で明らかとなった。すなわち、長崎在宅Dr.ネットや岡山・清輝橋グループのような成功例を見ても、夜間往診で協力するだけではなく、勉強会や懇親会を通じて、開業医同士が情報交換やスキルアップを図ったり、研修医に臨床教育の現場を提供するために協力したりという、地域医療において他の効果をもたらしている。

本当の意味で、地域の在宅医療を支えるグループ診療のシステムを構築するには、患者情報を共有して往診体制のオペレーションを作るだけでなく、さまざまな要素を複合的に分析し、システムを構築していく必要があると考えている。

別表① 複数診療所による24時間体制

	運営主体	参加診療所	経緯・特徴	24時間対応						教育・勉強会	集患	その他シェア機	その他特記事項
				体制	電話対応	夜間休日往診	情報共有	診療報酬	物品等				
新宿型： 新宿区医師会往診支援事業	新宿区医師会診療所 実際は、新宿ヒロクリニック(英先生)	新宿区医師会会員	08年、夜間往診代行センターを設立するも、半年間で利用2件。事業変更、09年7月新宿医師会診療所自体が在宅療養支援診療所となる。	かかりつけ医および区で配布する「しんじゅく安心カード」を保持する患者から直接コールを受け、待機医師が往診出勤	ヒロクリニック英先生が一括対応→待機医師へ	非常勤当直医師。件数は、日中と合わせて月100件程度	電子カルテ	全額医師会診療所へ	ヒロクリニックが提供、医師会に請求	なし	なし	基本的ヒロクリニックがオペレーションの全てを担い、システムを構築中。	
長崎型： 長崎在宅Dr.ネット	NPO法人長崎Dr.ネット	連携医69名 協力医41名 病院医師37名 (09年6月現在)	03年に医師13名で発足。メーリングリストによる医師同士の情報交換(患者情報よりもむしろ教育的機能)でコミュニケーションを活性化	事務局(地区別にコーディネータも置く)が窓口となり、主治医のほかに副主治医を決めて、緊急時に対応	主治医から副主治医へ	副主治医への依頼は、09年に14件(うち看取り2件)	メーリングリスト 副主治医往診分のカルテは主治医で保存	全額副主治医へ	?	地域研修会などを積極的に開催	なし	管理栄養士をシェア	ネットワークの利点として、情報交換や研修会を挙げる声が緊急・不在時の対応よりも上回っている。往診対応した患者は即主治医に返すことを活動
診診連携型： 岡山・清輝橋グループ	安田内科医院 佐藤医院 片岡内科医院	同左3名	94年医師会の声掛けにより、同じ中学校区にあり、方向性の近い3医院がグループ化。	主治医のほかに副主治医を決めて、緊急時に対応	主治医から副主治医へ	副主治医への依頼は、主として看取りのみ	普段からメール等やりとり	?	?	医学生の実習機関として3院共同参加、他に勉強会など	なし	デイケアセンターを共同利用	普段から情報提供はしているが、緊急時に連携できず、看取りができなかったケースもあった。
診診連携型： 千葉・船橋市南部診診連携	ふさのくに家庭医療センター南浜診療所A診療所	同左2院	南浜診療所の前院長が医師会理事を務めていた際に始まった。	2院のかかりつけ患者からの緊急往診依頼に対し、主治医が対応できない場合にもう一方が対応	主治医に連絡が取れない際、患者が副主治医に直接コー	どちらかの診療所の医師頻度は月に1件以下	診療情報提供書	往診料のみ全額	?	なし	なし		

