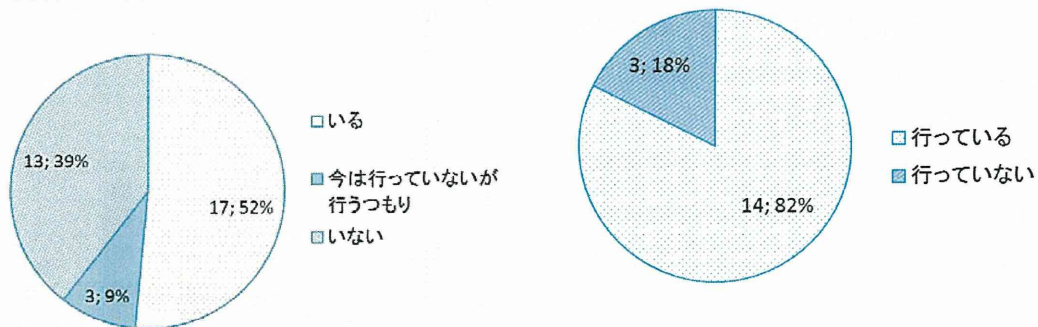
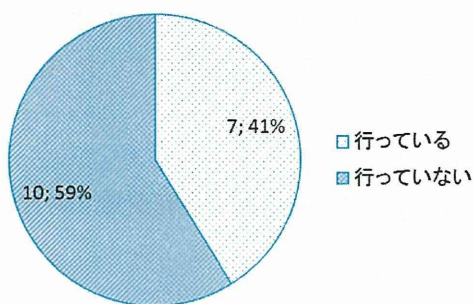


関（平成 21 年）



在宅医療に取り組んでいる医療機関は 52% から 90% に増加していたが、熱心な施設が回答したというバイアスの可能性もあるが、少なくとも絶対数の増加は認められる。また 24 時間在宅医療を推進している医療機関も図にあるように 41% から 59% に増加していた（図 18 と図 11 との比較）。

図 18. 24 時間の在宅医療を行っている医療機関（平成 21 年）



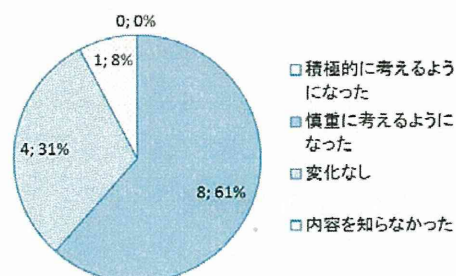
在宅での看取りをしている医療機関としては平成 21 年に比較して 82% か 86% に増加していた（図 19 と図 13 の比較）。

図 19. 在宅の看取り（平成 21 年）

研究（3）

胃ろうに関する調査では、日本老年医学会の立場表明やガイドライン後に適応を慎重に考える割合が 61% と多かった（図 20）。

図 20. 胃ろうに関する質問



D. 考察

在宅医療においては多職種連携の課題が残っている。さらに国が推進している地域包括ケアに対してもいぜん、様々な多くの課題がある。今後はさらに「地域包括ケア」の推進のためにも効率的なシステムやさらなる政策誘導が必要である。今回の調査では 4 年前の調査に比べ、診療報酬の変化や高齢化社会の変化により、在宅医療は進展しているという結果であり、看取りの件数や、麻薬の処方についても、絶対数において多くの医療機関が在宅医療に関わっていることが示された。

在宅医療の経年比較においては、医療機関、看取りなどすべての質問において、在宅医療への関与が増加しており、この地域での在宅医療への関与の変化が明らかになった。

E. 結論

医師活動調査を行ったところ、在宅医療に関わる医師数は予想より多く、経年変化調査においても4年前に比べ増加しており、在宅看取りについても、多くの意志が関与していた。診療報酬の手当もあり、在宅医療を推進する傾向にある。グループ診療を行っている診療機関は全体の4%であり、まだ多くはなかった。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 遠藤英俊；被災と認知症. *Geriatric Medicine*. 51(1):79-81, 2013
- 2) 加藤昇平、遠藤英俊、鈴木祐太；課題実行時 fNIRS 脳機能計測データのベイジアンマイニングに基づく認知機能障害の3群判別. *人工知能学会論文誌*. 27(2) SP-D:28-33, 2012
- 3) Shohei Kato, Hidetoshi Endo, Yuta Suzuki ; Bayesian-Based Early Detection of Cognitive Impairment in Elderly Using fNIRS Signals during Cognitive Tests. *BIOSIGNALS*. :118-124, 2012
- 4) 加藤昇平、遠藤英俊、鈴木祐太；課題実行時脳血流のベイジアンマイニングに基づく認知機能障害のスクリーニング. *信学技報*. 111(424):29-34, 2012
- 5) Hiroyuki Shimada, Takashi Kato, Keng

o Ito, Hyuma Makizako, Takehiko Doi, Daisuke Yoshida, Hiroshi Shimokata, Yukihiro Washimi, Hidetoshi Endo, Takao Suzuki ; Relationship between Atrophy of the Medial Temporal Area s and Cognitive Functions in Elderly Adults with Mild Cognitive Impairment. *European Neurology*. 67:168-177, 2012

- 6) 遠藤英俊；高齢者の薬物療法. *今日の治療指針2012*. :1367-1376, 2012
- 7) 遠藤英俊；認知症薬物治療の考え方ー開始時期, 併用, 増減を中心にー. *日本医事新報 (第4588号)* :72-77, 2012
- 8) 遠藤英俊；介護の対応次第でBPSDは軽減できる. *介護福祉*. 夏号:20-26, 2012
- 9) 遠藤英俊；認知疾患治療ガイドライン2010に基づく薬物治療. *脳外誌*. 21(10):765-770, 2012
- 10) 遠藤英俊；認知症の薬物療法の実際とその効果. *日本医師会雑誌*. 141(3):555-559, 2012
- 11) 遠藤英俊；中核症状の薬物療法. *月刊薬事*. 54(10):75-80, 2012
- 12) Hiroyuki Umegaki, Yusuke Suzuki, Madoka Yanagawa, Zen Nonogaki, Hirota ka Nakashima, Hidetoshi Endo ; Dysphagia in older adults at high risk of requiring care. *Geriatrics & Gerontology International*. 12(2):359-361, 2012

2. 学会発表

- 1) 三浦久幸、洪英在、佐竹昭介、遠藤英俊、

鳥羽研二；在宅医療支援病棟に入院した
在宅認知症患者の総合的機能評価. 日本
老年医学会. H24. 6. 29

- 2) 遠藤英俊、高齢者医療研修会 2 高齢者
の在宅療法. 日本老年医学会. H24. 6. 3
0

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
なし

先生方におかれましては、ご健勝のことと思います。

さて、2012年より厚生労働省においては在宅医療元年と位置づけ、在宅医療の強化を図っています。そこで3年前に当院の三浦医師が行った在宅医療に関する調査を再び行わせていただき、在宅医療の当地域での広がりを調査させていただきたく存じます。お手をおかけしますが、よろしくお願い申し上げます。

なお、誠に勝手ながらアンケート提出の締切は【1月末日まで】とさせていただきます。ご了承ください。

平成25年1月吉日

国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長 遠藤英俊
在宅医療部 三浦久幸

連絡先

国立長寿医療研究センター 内科総合診療部

電話 0562-46-2311 FAX 0562-46- E-mail @ncgg.go.jp

I. 貴診療所の概要についてお尋ねします

診療所名			
住所			
診療科			
連絡先	Tel	Fax	E-mail
代表者名			

問1 設置主体をお答えください（○は1つ）

- | | | | |
|-------|--------------------|--------------|--------------------|
| 1. 無床 | 2. 有床（ 床） | 3. 在宅療養支援診療所 | 4. その他（ ） |
|-------|--------------------|--------------|--------------------|

問2 併設機関をお答えください（○はいくつでも）

- | | | |
|--------------|----------------|--------------------|
| 1. 居宅介護支援事業所 | 2. 介護ステーション | 3. 短期入所生活介護 |
| 4. 介護療養型医療施設 | 5. 通所リハビリテーション | 6. 介護老人福祉施設 |
| 7. 介護老人保健施設 | 8. 訪問看護ステーション | 9. その他（ ） |

問3 提供している医療処置・ケアについてお答えください（○はいくつでも）

- | | | | |
|--------------|-------------|---------------------|----------|
| 1. 点滴 | 2. 在宅酸素療法 | 3. 人工呼吸器 | 4. 経管栄養 |
| 5. インスリン自己注射 | 6. 中心静脈栄養 | 7. 気管カニューレの管理 | 8. 褥瘡処置 |
| 9. 膀胱留置カテーテル | 10. 人工膀胱 | 11. 自己導尿 | 12. 腹膜還流 |
| 13. 人工肛門 | 14. 健康管理・相談 | 15. 介護方法の指導 | 16. 服薬 |
| 17. 機能訓練 | 18. 吸引方法の指導 | 19. 退院時共同指導 | 20. 緩和ケア |
| 21. 在宅看取りの指導 | 22. 24時間対応 | 23. その他（ ） | |

問4-1 癌性疼痛に対する麻薬処方を行っていますか（○は1つ）

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| 1. 麻薬処方をしている→問4-2の用法についてもお答えください | 2. 麻薬処方をしていない |
|----------------------------------|---------------|

問4-2 行っている場合はその用法についてお答えください（当てはまるもの全てに○）

- | | | |
|--------|---------------|------------------------------------|
| 1. 内服薬 | 2. 外用薬（貼用薬など） | 3. 注射薬（①持続注入 ②点滴 ③その他（ ）） |
|--------|---------------|------------------------------------|

問5-1 在宅医療を行っているかお答えください（○は1つ）

***注：当アンケートで「在宅医療」とは、
「医療機関への通院が困難な患者が、患者の自宅で受けている医療」とします**

- | | |
|----------------------|------------------------------------|
| 1. いる | 2. 今は行っていないが行うつもりはある →問5-2へお進みください |
| 2. いない→アンケートはここで終了です | |

問5-2 どのような在宅医療を行っているか、または行うつもりかお答えください
（当てはまるもの全てに○）

- | | | | |
|---------|-------|-------------|--------------------|
| 1. 訪問診療 | 2. 往診 | 3. 新規紹介者の往診 | 4. その他（ ） |
|---------|-------|-------------|--------------------|

開業医間でのグループ診療をされていますか（ はい いいえ ）

*問5-1で1とお答えになった方は 引き続き次葉・IIへお進みください。

*問5-1で2および3とお答えになった方はこれで終了です。ご協力ありがとうございました。

II. 貴診療所で行っている在宅医療についてお尋ねします

問 1 在宅患者のうち多い病名についてお答えください（○はいくつでも）

- | | | | |
|----------------|----------|--------|-----------|
| 1. 悪性新生物 | 2. 脳血管疾患 | 3. 認知症 | 4. 骨・関節疾患 |
| 5. 呼吸器系疾患（癌除く） | | | |
| 6. その他 [] | | | |

問 2 在宅患者の重症度について、「障害老人の日常生活自立度」で最も当てはまる自立度をお答えください（最も多いものに○）

- | | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 1. ランク J | 2. ランク A | 3. ランク B | 4. ランク C |
|----------|----------|----------|----------|

問 3 月平均の受け持ち在宅患者数をお答えください（おおよそで結構ですので人数をご記入ください）

約（ ）人

問 4-1 在宅患者の 24 時間サポートを行っていますか（○は 1 つ）

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 1. 行っている →問 4-2 の方法についてもお答えください | 2. 行っていない |
|---------------------------------|-----------|

問 4-2 行っている場合はその方法についてお答えください（当てはまるもの全てに○）

- | | | |
|--------------|--------------|--------------------------------|
| 1. 携帯電話による対応 | 2. 転送電話による対応 | 3. その他（ ） |
|--------------|--------------|--------------------------------|

問 5-1 在宅での看取りを行っていますか（○は 1 つ）

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 行っている | 2. 行っていない |
|----------|-----------|

問 5-2 この 1 年間で在宅にて看取られたご経験はありますか（○は 1 つ）

- | | | |
|----------------------|--------|----------------|
| 1. はい→問 5-3 へお進みください | 2. いいえ | 3. 1 年以上前に経験した |
|----------------------|--------|----------------|

問 5-3 この 1 年間の在宅で最期を看取られたのは、何人で、死因となる疾患は何でしたか（表中におおよその数字で結構ですのでご記入ください）

人数 (人)	死因となる疾患 (人)					
	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	呼吸器疾患	老衰	その他

アンケートは以上です。 ご協力ありがとうございました。

胃ろうに関する質問

問 1.

2012 年 1 月に出された日本老年医学会の「立場表明 2012」※1 や 2012 年 6 月に出された人口栄養に関するガイドラインについては、ご存知ですか？

01 はい 02 いいえ

問 1 ではいと答えた先生のみ

問 2.

2012 年 1 月に出された日本老年医学会の「立場表明 2012」※1 は、貴病院における胃ろう造設に影響を与えていますか。

【医師等医療提供者への影響】近いもの 1 つに○

- 01 以前よりも、胃ろう造設を積極的に考えるようになった
- 02 以前よりも、胃ろう造設を慎重に考えるようになった
- 03 特に変化はない
- 04 「立場表明 2012」の内容を知らなかった

【患者本人・家族への影響】※2 近いもの 1 つに○

- 01 以前よりも、胃ろう造設を望む人が増えた
- 02 以前よりも、胃ろう造設に慎重な人が増えた
- 03 特に変化はない

※1 「高齢者の終末期およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明 2012」

<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>

※2 「立場表明 2012」の直接的な影響だけでなく、それに関わる報道等の影響と考えられるものも含む

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

拠点医師活動モデルに関する研究

研究分担者	辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構	特任教授
研究協力者	飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構	准教授
	吉江 悟	東京大学高齢社会総合研究機構	特任研究員
	木全 真理	東京大学高齢社会総合研究機構	特任研究員
	久保 真人	東京大学高齢社会総合研究機構	特任研究員
	土屋 瑠見子	東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻	専門職学位課程

研究要旨

本研究では、各地域の医師が在宅医療に踏み出す動機付けとなる取り組み、ないしその負担感を軽減する取り組みのモデルを見出すべく、千葉県柏市の取り組みを中心に、他地域の取り組みも含めて重要と思われる要素の整理を行った。結果、前者の動機付けのモデルの1つとしては、地域を単位とする研修会の開催を見出し、それが効果的・汎用的に各地で開催されるための構造的・内容的要件を示した。後者の負担軽減のモデルの1つとしては、一般開業医等がグループを組む際の24時間往診等体制の確保策を類型化し、地域や当該グループの特性に合った選択をしていくための基礎資料を提供した。今後、さらに他地域からも情報収集を重ね、より汎用的で効果的な、地域単位の在宅医療推進策を見出していきたい。

A. 研究目的

在宅医療の推進を中心とした地域包括ケア体制の具現化を目的として、千葉県柏市を中心に、厚生労働省在宅医療連携拠点事業に採択されている複数拠点（福井県坂井地区、岩手県釜石市、福岡県潁田病院等）と適時情報共有をしながら、各地の特性も加味したあるべき姿を検討しているところである。うち本研究では、各地域の医師が在宅医療に踏み出す動機付けとなる取り組み、ないしその負担感を軽減する取り組みのモデルを見出すべく、さらには、それら取り組みを、各地の在宅医療連携拠点が裏方となり、郡市医師会や市町村と協調して展開していく汎用的な方法論を確立するべく、今年度は現地との議論ならびに試行を行うことを目的とした。

B. 研究方法

(1) かかりつけ医の在宅医療への参画を促す研修会の普及に向けた汎用構造の検討

地域の一般開業医の多くは、外来中心の臨床を行っている。しかしながら、都市部を中心に展開する今後の急速な高齢化を見越すと、外来に通えない患者が増え、在宅医療の需要が拡大してくると考えられる。そのため、かかりつけ医たる一般開業医が在宅医療に参画する動機付けを与えるような取り組みを現時点から脈々と積み重ね、来るべき将来に備えなければならない。

一般開業医の在宅医療への参画を促す取り組みにはさまざまなものが考えられるが、そのうち、2011年来注力しているのが、千葉県柏市を中心に開催している、かかりつけ医が在宅医療に取り組む動機付けを目的

とした研修会である。本研究では、現在までに開催された研修会の経験等に基づき、より効率的、かつ持続可能性を保った形で、開業医に動機付けを与えられる研修会のあり方を検討した。

(2) 24時間往診体制確保に関する負担軽減策の検討

(1)に記載した動機付け研修会の開催以外にも、地域の医師の在宅医療への参画を促す取り組みは考えられる。先行調査では、24時間の連絡・対応体制の確保は、在宅医療に従事している医師にとって負担の最たるものに掲げられている。また、在宅医療に従事していない医師にとっても、在宅医療に参画する大きな妨げとなっていると言われている。

このことから、概して1人開業である診療所医師がグループを組むなどして、負担なく24時間体制を確保できるようにするための工夫について、前述した柏市をはじめとした複数地域の医師に意見を求めた。

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたり、東京大学ライフサイエンス委員会倫理審査専門委員会の承認を得た(審査番号:12-90)。

C. 研究結果

(1) かかりつけ医の在宅医療への参画を促す研修会の普及に向けた汎用構造の検討

医師が在宅医療に従事する動機を与える目的で、地域単位で開催される短期間の多職種連携研修会を開発し、継続的に試行している。具体には、千葉県柏市において2011

年に約5か月にわたり、同市に勤務する開業医及び多職種を対象として開催された「柏在宅医療研修試行プログラム」をもとに、その短縮版となる「動機付けコース」、および「動機付けコース指導者養成研修」を開催した。そして、2012年12月には千葉県松戸市において、2013年1月には柏市において、2012年12～翌2月には大田区大森地区において、さらに改変を加えた「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」を開催した。

より効率的、かつ持続可能性を保った形の研修会のあり方について、これらの経験を経て暫定的に得た結論は、以下の通りである。(表1)

表1. 効果的・汎用的な研修会のあり方

<p>1) 構造面</p> <p>① 郡市医師会と市町村行政がタッグを組んで研修会運営の中心を担うこと</p> <p>② 受講者のリクルートにあたり原則地域の関係職能団体の推薦を経ること</p> <p>③ 現実の連携との連続性を考慮して同一市町村内の多職種を受講対象としていること</p> <p>2) 内容面</p> <p>④ 医師(現役の開業医)が同行訪問という形で実習に赴くこと</p> <p>⑤ 多職種による議論の場が研修の中に意図的に埋め込まれていること</p>

今後さらに経験を重ね、あり方を検討していく必要があるが、現段階では、以上のような構造を保つことにより、全国各地で同一ないし類似の研修会を普及させていく際に汎用性や継続性が保たれやすいと考えている。さらに、郡市医師会と市町村行政がタッグを組んで研修会を運営する形こそが、その地域における将来像(すなわち

ちづくりの方針)を明確に打ち出す意味にもつながるのではないかと考える。

なお、上記研修会のうち、松戸会場、柏会場には在宅医療連携拠点採択事業者を中心に全国からの多数の傍聴を得ており、一部関係者(都道府県、郡市医師会、市町村、拠点事業者)からは資料提供等の依頼を得ており、2013年度以降、さらに開催地域が広がっていくことが期待される。

(2) 24時間往診体制確保に関する負担軽減策の検討

千葉県柏市では、医師が在宅医療に従事する負担感を軽減することを目的として、概して1人開業である診療所医師がグループを組むなどして、負担なく24時間体制を確保できるようにするための試行にも取り組んでいるところである。

一般開業医を中心とするグループ内で、24時間往診(または臨時の訪問看護)体制を確保する際の類型としては、全国各地の取り組み状況なども参考にして考えると、理論的には、以下のようなものが存在すると考えられた。(表2)

表2. 医師グループ内で24時間往診体制を確保する際の類型例

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) 一般開業医同士の輪番対応2) 在宅専門診療所の待機医による対応3) 有床診療所当直医による対応4) 在宅療養支援病院の医師等による対応5) 24時間対応型訪問看護ステーション看護師による対応 |
|--|

しかしながら、このいずれの類型においても、臨時対応を行う医師や看護師が果たす役割の範囲や立場(主治医の診療所に属

す形態とするのか等)については、個別に吟味が必要である。各地域の開業医との議論を通じ、これまでのところ「在宅専門の診療所でないと難しい」、「病院が担うべき」、「外来中心の診療所同士でないと現実的に地元調達ができない」、「そもそも主治医となる医師数自体が絶対的に不足している」等のさまざまな意見があげられている。

D. 考察

本研究では、各地域の医師が在宅医療に踏み出す動機付けとなる取り組み、ないしその負担感を軽減する取り組みのモデルを見出すべく、千葉県柏市における取り組みを中心に据えつつ、他地域の取り組みも含めて重要と思われる要素の整理を行った。一点は、外来中心の一般開業医が在宅医療に参画するきっかけを与えることを目的とした研修会の構造的、内容的要件であり、もう一点は、一般開業医等がグループを組んで24時間の往診等の体制を確保していく際の類型の提示である。両者の取り組みを構造的に整理するならば、前者は、主として在宅医療の入口の敷居をまたぐことを促す取り組み(初速を与えるもの)、後者は、いったん敷居をまたいだ後、後戻りをせずに無理なく前進し続けるための取り組み(速度を維持し続けるもの)と言える。今後の都市部を中心とした超高齢社会に向けて在宅医療に従事する医師を増やしていくためには、いずれか一方の取り組みだけでは難しく、少なくともこの2つの取り組みが車の両輪のように機能することが重要であろう。

E. 結論

本研究では、各地域の医師が在宅医療に踏み出す動機付けとなる取り組み、ないしその負担感を軽減する取り組みのモデルを見出すべく、千葉県柏市の取り組みを中心に、他地域の取り組みも含めて重要と思われる要素の整理を行った。結果、前者の動機付けのモデルの1つとしては、地域を単位とする研修会の開催を見出し、それが効果的・汎用的に各地で開催されるための構造的・内容的要件を示した。後者の負担軽減のモデルの1つとしては、一般開業医等がグループを組む際の24時間往診等体制の確保策を類型化し、地域や当該グループの特性に合った選択をしていくための基礎資料を提供した。今後、さらに他地域からも情報収集を重ね、より汎用的で効果的な、地域単位の在宅医療推進策を見出していきたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 辻哲夫:地域包括ケアシステムのモデルが2014年に千葉県柏市で実現。コミュニティケア。14(6):4-11. 2012.
- 2) 吉江悟, 西永正典, 川越正平, 平原佐斗司, 藤田伸輔, 荻原実, 安西順子, 小野沢滋, 大石善也, 鈴木央, 沼田美幸, 片山史絵, 村山洋史, 土屋瑠見子, 木全真理, 柴崎孝二, 飯島勝矢, 辻哲夫:開業医及び多職種を対象とした在宅医療研修の試行及び評価～千葉県柏市における在宅医療推進の取り組み～. 癌と化学療法. 39(supplement I):80-85. 2012.
- 3) 飯島勝矢, 吉江悟, 木全真理, 井堀幹夫, 山本拓真, 後藤純, 藤田伸輔, 高林克日

己, 鎌田実, 辻哲夫:在宅医療推進における円滑な情報共有システムを導入した新たな多職種連携の試み～千葉県柏市における在宅医療の推進～. 癌と化学療法. 39(supplement I):51-54. 2012.

- 4) 辻哲夫:「まちづくり」の視点から見た地域包括ケア. 公衆衛生. 76:518-522. 2012.
- 5) 吉江悟, 飯島勝矢, 辻哲夫:地域包括ケアシステムをどう作るか～柏市における取り組みの現状と展望～. ホスピス・緩和ケア白書 2013. in press. 2013

2. 学会発表

- 1) 吉江悟, 西永正典, 川越正平, 平原佐斗司, 藤田伸輔, 多職種連携プログラム作成委員会, 村山洋史, 土屋瑠見子, 木全真理, 柴崎孝二, 飯島勝矢, 辻哲夫:開業医及び多職種を対象とした在宅医療研修の試行及び評価～千葉県柏市における在宅医療推進の取り組み～. 第23回日本在宅医療学会学術集会. 横浜. 6月30日. 2012.
- 2) 飯島勝矢, 吉江悟, 木全真理, 井堀幹夫, 山本拓真, 後藤純, 柴崎孝二, 藤田伸輔, 高林克日己, 鎌田実, 辻哲夫:在宅医療推進における円滑な情報共有システムを導入した新たな多職種連携の試み～千葉県柏市における在宅医療の推進～第23回日本在宅医療学会学術集会. 横浜. 6月30日. 2012.
- 3) 吉江悟, 土屋瑠見子, 西永正典, 川越正平, 平原佐斗司, 藤田伸輔, 大西弘高, 多職種連携プログラム作成委員会, 村山洋史, 木全真理, 柴崎孝二, 飯島勝矢, 辻哲夫:市町村単位の在宅医療多

職種連携研修会を受講した開業医の意識変化～8.0日版と2.5日版の比較を含めた検討～. 第15回日本在宅医学会大会. 松山. 3月31日. 2013.

- 4) 土屋瑠見子, 吉江悟, 川越正平, 平原佐斗司, 大西弘高, 多職種連携プログラム作成委員会, 村山洋史, 木全真理, 柴崎孝二, 飯島勝矢, 辻哲夫: 市町村単位の在宅医療多職種連携研修会を受講した多職種の意識変化. 第15回日本在宅医学会大会. 松山. 3月31日. 2013.
- 5) 飯島勝矢, 吉江悟, 木全真理, 後藤純, 井堀幹夫, 山本拓真, 久保真人, 平江良成, 鎌田実, 辻哲夫: Aging in Placeを目指した在宅医療推進～千葉県・柏モデルにおいて市町村行政・地区医師会と一緒に推し進める中での大学の役割と意義～. 第15回日本在宅医学会大会. 松山. 3月31日. 2013.

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

なし

地域医療連携推進における地区医師会の役割に関する事例研究

研究分担者 武林 亨 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学 教授

研究協力者 原田 成 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学 大学院生（博士課程）

研究要旨

在宅医療においては、患者の自宅における尊厳の保たれた生活を支えるために、医療・看護のみならず、介護サービス、生活支援、また地域におけるコミュニティサポートなどの包括的な支援を継続的に提供されることが求められており、その実現には広く地域の医療・介護に関わる多職種連携が必要である。また、地域によって特性が大きく異なることから、地域の実情に即した、地域主導での多職種協働体制の構築が求められている。そのためには、リーダーシップを発揮して連携をマネジメントする主体が不可欠である。地域の特性に応じて、地域医師会のほかに、基幹病院や行政がイニシアティブを発揮している例があるが、医師会によるマネジメントが期待される地域は多い。そこで本研究では、地域医師会が地域連携の主導的な役割を果たしている例として、山形県の鶴岡市・三川町をとりあげ、当該地域の地域連携の実情と、連携が構築される過程における地域医師会の役割について検討した。同地域では、「患者・利用者を支える在宅医療を行う」というビジョンの一致がみられた。地域連携については「顔の見える関係」の重要性を全員が述べており、勉強会などの実施を通して関係構築が進められており、いくつかの課題は残るものの、おおむね地域連携は円滑に行われていると認識されていた。こうしたことを基盤として、さらに医師会主導で導入したインターネットによる情報共有システム（Net4U）とIT化された地域連携クリティカルパスも円滑な連携に寄与しており、訪問看護ステーションや在宅サービスセンターなど関連施設の運営と並び、医師会の在宅医療への強いコミットが在宅医療およびその地域連携の推進につながっていた。その他、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM 研究）」への参加をきっかけに、多機関および多職種の顔の見える関係構築がさらに進んだこと、多くの自主的な多職種連携の会が立ち上がっていることが特徴的であり、こうした動きを積極的に支援する医師会の姿勢を評価する声も多く、医師会が地域と良好な信頼関係を築いており、そのことが地域連携の向上につながっていることが伺われた。

A. 研究目的

高齢化が進むわが国では、在宅医療のニーズが高まっている。患者や住民に望まれる在宅医療の実践は医師だけでは不可能であり、診療所等で訪問診療に関わる医師を中心として、訪問看護をはじめ、介護、薬局、リハビリ、歯科、栄養など、広く健康分野に関連する多職種による協働が必要で

ある。また、在宅医療は他の医療形態と比較しても地域特性との関連が強く、日本国内でも地域によって大きく特性が異なることから、地域の実情に即した、地域主導での多職種協働体制の構築が求められている。地域において在宅医療の体制構築を主導できる主体は限られている。医学的な知識・判断を必要とすることから、多職種連携に

は医学の専門職たる医師が中心的な役割を負うケースが多い。地域における医師の組織である地域医師会や病院などが主導し、その地域の患者や住民に望まれる在宅医療というビジョンを実現するために、職種・施設横断的な地域連携マネジメントを行うことが求められている。

実際、在宅医療が積極的に推進されてきた地域では、医師会または地域の基幹病院が大きな役割を果たして来た。尾道市や市川市のような地域では地域医師会が、佐久市のような地域では住民から信頼の厚い基幹病院が、それぞれ中心となって地域連携を推進し、患者に望まれる在宅医療を実現してきた。ただし、地域における在宅医療のマネジメントまで行うことのできるような体力を持つ病院はそれほど多くなく、在宅医療は地域に関わらず普遍的にニーズのあるサービスであることを考慮すると、これから地域医師会の役割は一層重要になると考えられる。

このように、在宅医療における地域連携マネジメントについて、地域医師会が果たす役割は重要と考えられる。そこで本研究では、在宅医療に必要な地域連携のあり方を整理した上で、山形県鶴岡市・三川町地区をカバーする鶴岡地区医師会を事例として、地域医師会による在宅医療における地域連携マネジメントについて検討することを目的とする。

B. 研究方法

在宅医療に必要な地域連携のあり方について整理を行った上で、在宅医療における地域連携マネジメントと医師会の役割に焦点を当て、山形県鶴岡・三川地区における在

宅医療の地域連携の実際について、関係者へのインタビュー調査を行った。

調査対象は、地区医師会会長・副会長、診療所医師（在宅医療への関与あり）、A病院緩和ケアチーム医師、B病院在宅医療担当医師、A・B病院地域連携室スタッフ、地区医師会訪問看護ステーション看護師、地域包括支援センタースタッフ、在宅医療に関わる保険薬局薬剤師、在宅医療連携拠点スタッフであり、鶴岡地区での在宅医療に関する地域連携の実態および、地域連携への医師会の関わり方について、半構造的インタビュー調査を行った。インタビュー対象者数は計15名であり、各々に対し約1時間から1時間半程度のインタビューを行った。

（倫理的配慮）インタビュー調査は、すべて、調査の目的を説明し、本人を同意を得て実施した。なお、個別の症例や事例など個人が特定されるような内容は、調査には含まれていない。

C. 結果

（1）在宅医療に必要な地域連携のあり方の整理

在宅医療とは、医療ニーズがあるが通院して医療を受けることが困難な患者に対して、患者の同意を得て、病院などの施設ではなく、自宅などの患者が暮らす場所で継続的に行われる医療のあり方であるが、このことは単に、在宅患者に訪問診療サービスを提供することのみを指すのではない。島崎(2008)が、在宅医療は「個人の生き方に関する意思や選択を尊重し、在宅において医療のみならず生活そのものを支えることによって、その尊厳を確保すること」を理念

に据えるべきだと述べているように、患者の自宅における尊厳の保たれた生活を支えるために、医療・看護のみならず、介護サービス、生活支援、また地域におけるコミュニティサポートなどの包括的な支援を継続的に提供することが在宅医療には求められている。

こうした包括的な支援が、入院中から在宅に移行するに当たって、あるいは元来自宅で生活していた人に在宅医療のニーズが発生した場合に、円滑に切れ目なくニーズに対応して導入されることが重要である。導入された支援は患者にとって常に必要であることから、継続的に安定して供給されなければならない。特に医療に関しては、緊急の病状の変化について、365日24時間対応できるような体制が望ましく、入院してより高度な、または密度の高い医療を受ける必要が生じた際にも、速やかに必要な治療を受けることのできる病院に入院できる体制が整備されているべきであろう。こうした患者のニーズに対応したサービスを網羅的に提供する包括性と、これらのサービスが円滑に切れ目なく導入され、在宅医療中の状態の変化に適切に対応でき、必要に応じて病院への入院も速やかに行えるような継続性を満たすことが、在宅医療の実践において重要である。

包括性を満たすためには、患者および家族と、在宅医療に関わる多職種が連携し、全員で目標と情報を共有していることが必要である。患者・家族と多職種の協働、患者・家族の個の生活ニーズと、医学的ニーズや介護ニーズを共有し、チームとして目標を共有することではじめて、医療のみならず生活そのものを支えるという在宅医療の理

念の実現が可能となる。また、状況の変化に対応して、情報をチームで共有しなければ、適切な介入を行うことができない。緩和医療を受けている患者など、特に変化の速い患者に対しては、迅速な対応が必要となるため、情報共有のスピードも、重要な点である。

在宅医療のチームを構成するにあたっては、主治医の指示が必要になる場合が多いため、主治医機能が適切に発揮されることが望ましい。すなわち、医師が医学的な視点から看護・介護・リハビリテーションをはじめとする諸サービスの担当者に適切な指示を与え、また適切なフィードバックが医師に返されることで、在宅医療の医学的な質を上げることが可能となる。また多職種が医学的な知識を要する事項に対して、医師に相談しやすいような環境を整えることも重要である。一方で、主治医は多忙を極めている場合も多く、また実際患者や家族と接する機会が多いのは、看護や介護のサービス提供者であるため、主治医に全体のマネジメントを委ねることには限界がある。したがって、医療知識を持つ訪問看護師のチーム内での役割は大きく、情報共有を通じて患者家族・主治医・ケアマネージャー・介護担当者、場合によっては作業療法士・理学療法士・薬剤師などとのハブとなることが期待される。継続性に関しては、患者に提供されているすべてのサービスにおいて、シームレスな連携が行われることが重要である。すなわち、切れ目のない医療、切れ目のない看護、切れ目のない介護、切れ目のないリハビリテーション、などが実現される必要がある。

このような包括的かつ継続的な在宅医療を

実践するために必要な連携を実現するため、地域ごとに、退院前カンファレンス（病院から在宅への移行時）、多職種間の情報共有システム（とくにICTの活用）、当番制（あるいは主治医副主治医制）システム、多職種での事例分析会や勉強会、医療材料の提供や医療機器の整備の集約化、地域連携クリティカルパスなどが取り入れられ、実践されている。

（２）在宅医療における地域連携マネジメントと医師会の役割

① 鶴岡地区の医療提供体制の特徴

鶴岡地区には市立のA病院と私立のB病院の２つの総合病院があり、前者が基幹病院としての役割を果たし、他の医療機関で扱えない高度医療を一手に担っている。ここで対応できない一部の疾患の患者については、隣接する酒田市に位置する県立C病院に送られる。一方、B病院は訪問看護ステーションを独自に持ち、古くから病院として緩和ケアを含む在宅医療を行なってきた。鶴岡地区医師会は、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、ケアプランセンター、在宅サービスセンター、介護老人保健施設を運営している。鶴岡市立のリハビリテーション病院の運営も市から委託されて医師会が行っている。訪問看護ステーションは医師会運営および協立病院運営の２つのみであるなど、医師会関連施設は鶴岡地区にとって重要なリソースとなっている。地域の診療所数はおよそ 100、訪問診療専門の診療所は存在せず、訪問診療は一般の診療所の医師および、協立病院の医師が行っている。

② 在宅医療に関する地域連携の現状

鶴岡地区において、在宅医療におけるビジョンを共有しているという声は特に聞かれなかったが、各々のビジョンについては患者・利用者を中心に考える、という点が共通しており、患者・利用者を支える在宅医療を行う、という点でビジョンの一致がみられた。また、地域連携のあり方に関してはほぼ全てのインタビューが「顔の見える関係」というキーワードを述べており、他の医療機関や他職種と顔の見える関係を築くことの重要性が全員に認識されていた。そのためか、多職種連携について課題を挙げたインタビューはそう多くなく、特に在宅医・訪問看護師・ケアマネージャーの３者の連携に関しての困難はほぼ見受けられなかった。この要因として、「顔の見える関係」が築けていることが多くのインタビューによって強調された。在宅に関連する多くの組織が医師会立であり、互いに相談しやすい間柄であるという背景に多くのインタビューが触れる一方で、後述するような退院前カンファレンスの実施や、多職種による緩和医療に関するプロジェクト、勉強会なども、この「顔の見える関係」に寄与していた。

また Net4U と呼ばれるインターネットによる情報共有システムも多職種連携の円滑さのひとつの要因だと考えられた。逆に円滑に進まない場合の要因として、互いに顔見知りでない場合、医師（在宅医および病院主治医）がカンファレンスに参加しない場合、Net4U を医師が使用していない場合、ケアマネージャーに医療の知識が充分でない場合があることなどが挙げられた。また、在宅医療の経験が充分でないなどの理由によ

り在宅医療に対して積極的でない職種があるために連携が進まない場合も挙げられた。在宅医療(特に緩和ケアなど密度や難度の高い医療を要する場合)を行う開業医や、訪問服薬指導を行う薬剤師が少ないといった点がこれにあたる。一方で、病院医師との連携には課題を残しており、緩和ケア以外の患者に関しては、依然、連携が充分とは言えないようであった。ただし、A病院は同地域の唯一の基幹病院として救急医療を担っており、在宅患者の急変などの場合に、どのような状況でも救急車を必ず受け入れることについて、他の医療従事者は高く評価しており、バックアップとして在宅医療の地域連携に寄与している現状も浮かび上がった。また緩和ケアチームの医師は、専門家としての立場から、Net4U による情報提供などを通して積極的に在宅医療に関わる医療職による緩和ケアをサポートしており、地域の在宅医療の質の向上に貢献していると考えられた。

さらに、厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究として2007年から5年間にわたって実施された「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM 研究)」への参加も、在宅医療における地域連携の円滑さを促進した要因の一つであった。OPTIM 研究は、緩和ケアを地域で推進するための地域介入研究であり、在宅緩和ケアを必要とする患者に対する退院前カンファレンスはほぼ全例行われた。退院前カンファレンスには、患者と家族、病院の主治医・看護師、在宅医・訪問看護師・ケアマネージャーをはじめ、訪問薬剤師なども参加している。退院前カンファレンスの患者や家族に与える効果として、「安心感」というキー

ワードをカンファレンスに関わっているインタビューイ全員があげていた。「病院から見捨てられた」といった不安を解消し、「みんなで関わってみてもらえる」という安心感を与えることができていると感じている関係者が多く、ここでも患者や家族を支えるという認識が共有されていることが伺われた。また、連携への効果として「顔の見える関係」を築くことができる点をやはり全員が挙げており、関係者が地域連携で特に重視している「顔の見える関係」の構築において重要な役割を果たしている。また、ケアを行うにあたって必要な密度の高い情報共有や、不安点・疑問点の解消などに役立っていると話す関係者が多く、サービス提供者の不安の解消や、サービスの質の向上に寄与していると考えられた。在宅医療における地域連携の促進要因として、全てのインタビューイがこの OPTIM の導入を挙げた。研修会・勉強会や症例検討会などが積極的に開かれたほか、鶴岡では、4つの職種横断的なワーキンググループに分かれてプロジェクトが進められたことが特徴的であった。多くのインタビューイが、多機関および多職種が強制的に集まってひとつのプロジェクトを創り上げたことにより、多機関および多職種がそれぞれ顔の見える関係を築き、その後の連携が円滑になったと述べていた。したがって OPTIM は、緩和医療のプロジェクトとして開始されたが、結果として、緩和医療にとどまらず、より広い分野における地域連携の向上に大きく貢献したといえる。OPTIM の受託研究は平成22年度で終了となったが、鶴岡地区では、庄内プロジェクトとして緩和ケア普及のためのプロジェクトが継続されている。

なお、B病院も OPTIM に参加しているが、元来退院前カンファレンスをほぼ全例について行ってきており、地域との関係性も荘内病院と異なりもともと垣根の低いものであった。しかし OPTIM の開始後、A病院とB病院の関係性や、B病院と開業医や医師会の訪問看護ステーションとの関係性が開始以前と比して改善されており、病院同士の連携にも好影響を与えている。

③ 地域連携における ICT の利活用

同地域では、インターネットによる情報共有システム「Net4U」が地域連携を支える情報共有システムとして稼働しており、重要な役割を果たしている。平成 12 年度経済産業省補助事業として、医師会が中心となって始められた情報共有システム「Net4U」は、開業医・病院・訪問看護ステーションで患者の情報を共有するシステムである。元来は広く医療機関間の患者の情報共有を目的として開発されたが、もっぱら在宅医療において多く使われている。電話などと異なり、時間を気にせず記録や相談ができるため、使用者によっては、このシステムを使用する意義を強く感じている。二つの訪問看護ステーションが関わる場合など、多くの主体が在宅医療に関わる場合、また患者に変化が多い場合に、特に有効と語るインタビューが多かった。また前述のように、緩和ケアの専門家への相談にも用いられている。保険薬局や介護系施設への導入も進められつつあり、医療と、介護・生活支援との連携を図っている。また、Net4U の有効な活用においても「顔見知りであること」が重要だという声がいくつかあり、ここでも「顔の見える関係」が重視されている。

また、鶴岡地区では、脳卒中と大腿頸部骨折の二つの疾患について地域連携クリティカルパスが運用されているが、これらも IT 化されていることが特徴である。複数の病院と医師会によってつくられた地域連携パスは、医療機関間の円滑な地域連携に寄与している。

④ 多職種による連携の場

B病院の地域連携室スタッフの発案により、医師会の副会長やスタッフを中心として、2009 年に「南庄内の在宅医療を考える会」が組織された。この会は目的によって医師のみで開く場合と多職種で開く場合とがあり、医師のみで開く場合には「本音を言い合える場」として、医師同士の連携の促進に寄与している。この活動の成果はまだあまり意識されていないとのことだが、今後鶴岡地区の在宅医療のマネジメントに貢献しうる取り組みである。課題としては、参加する医師が限られているという点がある。そのほかにも、Bの地域連携室のスタッフが 2004 年に立ち上げたケアマネージャーと病院の連携に関する研修会をはじめとして、鶴岡地域では多くの自主的な連携の会が立ち上がっている。この要因としては、OPTIM などにより地域連携の重要性が確認されたこともあるが、各々の職種にキーパーソンとなるような人材がいて、連携に関するノウハウを蓄積した B病院の地域連携室スタッフが適切にサポートしたことが重要な要因である。薬剤師のネットワークや、食と栄養連携の会などが例としてあげられる。

D. 考察

在宅医療に必要な地域連携の構築するにあたっては、強いリーダーシップを発揮する主体が不可欠である。地域における多くの医療機関および多職種を、リーダーが明確なビジョンと強いリーダーシップのもとに適切なマネジメントを行ってはじめて、地域連携の構築は実現されうる。島崎(2008)は、地域包括ケアの取り組みが指向されている地域の分類と特徴について、基幹病院中心型とネットワーク型に分類し、さらにネットワーク型は、医師会が中心となって地域連携システムを構築する地域(尾道市、市川市、静岡市など)、行政が連携を進めている地域(松江市)、複数の急性期病院がイニシアティブをとっている地域(熊本市)に分類した上で、①地域の医療資源の分布など地域特性によって地域連携システムや地域包括ケアの組み方は一様でないこと、②組み方の違いは地域連携者が創意工夫を凝らしながら地域の実情に合った最適モデルを追求した結果であること、の二点を強調している。したがって、地域連携の構築を進めるにあたっては、当該地域の医療資源を把握した上で、その特性にあった形での構築を進めることが重要となるが、一方で、島崎は地域特性に関わらず、地域包括ケアの先駆モデルに見いだせる共通点をあげている。第一に、明確なビジョンを持ちリーダーシップを発揮する者の存在であり、連携の構築には相当な年数を要するため、揺るぎないビジョンと強いリーダーシップが必要となる。第二に、各職能間の情報共有やレベルアップを図ることの重要性が意識されている。第三に、病院と診療所の連携が重要視されている。第四に、患者や住民の参加が明確に意識されている。第五に、

多職種間に、良い意味での「緊張感」がある。

在宅医療は地域包括ケアの概念に包含されると考えられるが、在宅医療における地域連携は、地域包括ケアにおける地域連携とほぼ重なる。在宅医療の充実には必須であり、また在宅医療における地域連携が必要とされる資源や関係性は、地域包括ケアの充実につながるからである。従って地域包括ケアに関する地域の分類・特徴や、先駆モデルにおける共通点は、そのまま在宅医療にも援用できると考えられる。

地区医師会は、ネットワーク型地域連携の中心となりうる。在宅医療は医師会の主な構成メンバーたる診療所の開業医が担っていること、また社会的文化的背景や法制度上の理由などから、医師にリーダーとしての役割が期待されがちであること、が主な理由として考えられる。どのような地域において医師会が地域連携の中心を果たしうることについては検討が必要だが、医師会が中心となっている先駆モデルでの共通点として、医師会が地域連携に対して積極的なコミットメントを行っていること、医師会と住民、病院、行政との信頼関係が醸成されている点が挙げられる。また医師会中心モデルの代表と考えられる尾道市、市川市はそれぞれ、医師会立の看護ステーションや在宅介護支援センターを擁し、医師会自体が事業として在宅医療に関わっており、それに伴った医師会の経済的基盤の充実があるという側面も見逃せない。基幹病院中心型は、在宅医療に関して中核的な役割を果たせるような基幹病院の有無に大きく左右されるため、医師会によるイニシアティ

ブが期待される地域は多い。地域医師会が主導的な役割を果たすに当たっては、医師会の周囲との信頼関係をはじめとした一定の前提条件が必要になると考えられる。尾道市や市川市のような強固な基盤を有する例は稀と考えられるが、単に特殊ケースとして捉えるのではなく、地域連携マネジメントのエッセンスを把握して、取り入れられる部分を取り入れることが重要であろう。また、仮に医師会が最も主導的な役割を果たさないとしても、在宅医療の主な担い手が医師である以上、地域連携において地域医師会の協力は不可欠になる。地域医療の担い手としての貢献が求められている。

本研究のインタビュー調査からも明らかになったように、鶴岡地域の在宅医療における地域連携の構築に地区医師会が果たした役割が大きい。古くは、1996年に医師会が、開業医の在宅医療を支援する目的で、訪問看護ステーションのハローナースを立ち上げている。さらに医師会は2000年に在宅サービスセンターを設立し、訪問リハビリテーション事業及び訪問入浴事業を開始、2005年に介護老人保健施設とケアプランセンターを、2009年には地域包括支援センターを立ち上げており、医師会として在宅医療に強くコミットしている。医師会主導で在宅医療に関わる事業を立ち上げたことは、在宅医療の地域連携の円滑さに寄与しており、また事業によって資金を得ていることで、地域ICTシステムの運用も。公的な補助資金が終了したあとも継続して行うことが可能となり、地域連携にとって大きな資源となっていた。

また、地域介入研究として実施されたOPTIM研究では、地域責任者代行として、医師会

も強いリーダーシップを発揮した。在宅医療における連携向上を第一に意図して行われたプロジェクトではないにせよ、OPTIMによる地域連携の向上は、鶴岡地区の地域連携の構築過程でも重要な点であり、このプロジェクトにおいて医師会が大きな役割を果たした点は着目すべきである。鶴岡地区における他の医療機関や他職種、また行政などとの医師会の関係性が良好であり、信頼関係があったことが、このプロジェクトを主導し一定の成果をあげることができた要因であろうと考えられる。

地域の情報共有ICTシステムであるNet4Uは、医師会主導のプロジェクトとして導入された。このプロジェクトは2000年に開始されており、地域医師会は11年にわたって、改良を加えながら情報共有システムを運営してきたことになる。これについては、本来は診療所同士の連携を主に意図して作ったが、結果として在宅医療にニーズがあり、在宅医療で利用されるようになった、と述べている。医師会が早くから情報共有システムの構築の重要性に気づき、実際に主導して構築した点に着目したい。この試みが成功した要因としては、医師会の情報共有に対する明確なビジョンと、それを実現する強いリーダーシップがあり、また運営している医師会立の施設への導入が容易であったことが挙げられよう。

医師会に関して、「オープンで」「理解があつて」「応援してくれる」「バックアップしてくれる」というキーワードを他職種の多くが述べており、「他の地域の話と比べると、とても恵まれている」と語る人が幾人か見受けられた。南庄内の在宅医療を考える会が、協立病院の地域連携室スタッ