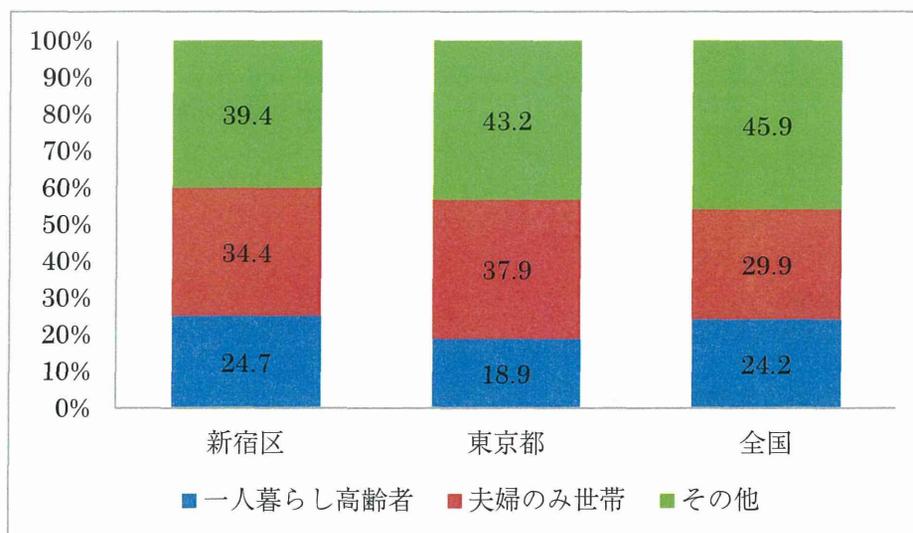


<図6-1> 高齢者世帯の状況 (平成22年 単位：%)



資料：新宿区「高齢者の保険と福祉に関する調査」  
 東京都「平成22年度東京都保健福祉基礎調査」速報  
 全国「平成22年度国民生活基礎調査」速報

## (2) 新宿区における高齢者の医療・介護ニーズ

一般高齢者調査では、73.7%が現在治療中の病気があり、そのうちの60.8%が診療所・クリニックに通院、19.5%が国公立病院、24.7%が大学病院、17.7%がその他の病院に通院していると答えている（複数回答）。疾患としては、高血圧症（47.9%）、高脂血症（25.6%）、眼科疾患（19.6%）の順となっている（複数回答）。

「新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査」では、一般高齢者調査と同様の項目で、居宅サービス利用者に対しても調査を行っている。この調査（以下「サービス利用者調査」という。）によれば、居宅サービス利用者の91.4%が現在治療中の病気があり、そのうちの48.6%が診療所・クリニックに通院、23.5%が国公立病院、22.8%が大学病院、17.0%がその他の病院に通院していると答えている（複数回答）。診療所・クリニックからの往診を受けているものも18.8%いる。疾患としては、高血圧症（40.5%）、眼科疾患（20.2%）は、一般高齢者同様多いが、高脂血症（12.7%）は少なくなっている。代わって、心臓病（21.6%）、骨折・骨粗鬆症（21.9%）、関節の病気（リュウマチ等）（18.0%）が多くなっている（いずれも複数回答）。

かかりつけ医がいるかどうかの質問では、一般高齢者調査では71.9%が「いる」と答えており、現在通院中の高齢者よりも多くの高齢者がかかりつけ医を持っていることになる。その一方で、近くに大きな病院があるため、病院に通院している高齢者も多い。病院で受診している理由としては、「長年その病院に通院しているから」（59.4%）、「専門診療を受けたいから」（48.4%）、「悪くなったときに入院できると思うから」（29.6%）などとなっている（複数回答）。

新宿区の要介護・要支援認定率は、平成23年11月で、18.5%（第1号被保険者分のみ）と全国平均（17.3%、同前）に比べてやや高くなっている。また認定者の要介護度別の状況は表6-2のとおりであり、特に要支援1と要介護5の割合が全国平均よりも高くなっている。

<表6-2> 要支援・要介護認定者数と構成割合（単位：千人、％）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
全国	685,567	698,943	948,771	936,903	711,983	652,042	609,817	5,244,026
割合	13.1	13.3	18.1	17.9	13.6	12.4	11.6	100.0
新宿	1,771	1,569	1,808	1,953	1,465	1,480	1,467	11,513
割合	15.4	13.6	15.7	17.0	12.7	12.9	12.7	100.0

資料：介護保険事業状況報告（暫定）平成23年11月分

居宅サービス受給者の平均利用率では、いずれの要介護度においても、利用率は全国平均よりも高いが、とりわけ、要支援1と要介護度の高いところでの利用率が高くなっている。

<表6-3> 居宅サービス受給者の平均利用率（単位：％）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全国	46.6	40.0	43.6	50.6	54.6	58.3	60.9
新宿区	53.7	41.9	51.6	58.0	61.6	66.1	67.8

資料：全国 平成22年度 介護給付費実態調査の概況 数値は平成23年4月審査分  
新宿区 東京都介護給付費実績分析システム 数値は平成22年度分

施設サービスでは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）利用者が1027人（平成23年度、介護保険事業計画との比率99.4%）、介護老人保健施設利用者444人（同前83.8%）と、要介護認定者に比して比較的少ない人数になっている。特別養護老人ホーム待機者は、平成23年9月現在で1,256人となっている。

### (3) 新宿区における医療・介護サービスの供給状況

新宿区における一般病床、療養病床、回復期リハビリテーション病床の状況は表6-4のとおりであり、一般病床が極端に多く、療養病床が極端に少ないのが特徴である。また、一般病床は施設数に比して病床数が多く、大規模の病院が集中していることを示している。回復期リハビリテーション病床があるのは1病院のみであるが、人口当たりでは東京都の平均よりも多く、二次医療圏でみても供給は十分な状況にある。

<表6-4> 医療施設等の状況

	東京都			二次医療圏			新宿区		
	施設数	病床数	人口10万人対	施設数	病床数	人口10万人対	施設数	病床数	人口10万人対
一般病床	605	83,078	655.3	35	8,722	732.6	15	6,057	1895.8
療養病床		20,773	163.9	18	1,628	136.7	2	45	14.1
回リハ病床		1,761	14.0		262	22.8	1	78	24.4
一般診療所	12,641			1,462			594		

資料：新宿区資料による。データの時期には多少のズレがある。

介護保険サービスの状況は、表6-5のとおりであり、デイサービスと地域密着型サービスが充実している。また、有料老人ホーム（特定施設入所者介護）も比較的充実しているといえる。

<表6-5> 介護保険サービスの状況

	サービス種別	定員合計	事業所数
施設サービス	特別養護老人ホーム	451	6
	老人保健施設	350	3
居住系	有料老人ホーム（特定施設入所者介護）	518	9
通所サービス	ショートステイ	60	7
	デイケア	120	5
	デイサービス	1,038	47
地域密着型サービス	認知デイ	184	16
	夜間対応型訪問介護	300	1
	小規模多機能	74	3
	認知症グループホーム	117	7
	小規模有料	14	1
	小規模特養	29	1

出典：新宿区資料

地価が極端に高いため、入所施設は、実質的に公有地の賃貸という形態でないと建設は困難な状況にあり、低額な料金で民間に貸し出された区立小学校跡地に、小規模特養、グループホーム、小規模多機能介護等の複合施設が設置されている。今後も、公有地の空き地にこのような形態での施設建設が予定されている。

## 2. 新宿区における病診連携、医療・介護連携の現状

### (1)急性期病院における退院調整の現状(ヒアリング結果)

#### ア. 調査の概要

##### i. 調査の趣旨

急性期病院から医療（リハビリ又は継続的な観察を含む）、介護が必要な状態で退院した患者について、退院時から在宅療養に至る過程で、どのような職種がどのように関与し、患者情報がどのような形で引き継がれていくのかについて、急性期病院で退院調整に関与する専門職からヒアリングした。

##### ii. 調査対象

東京都新宿区内の大規模な急性期病院 5 病院を対象とし、それぞれの病院の退院調整部門の責任者（医師）又は担当者（看護師又はソーシャルワーカー）から直接ヒアリングを行った。（1 病院を除く。）どの病院も経験が豊富な担当者に対応していただいた。

対象となった病院は、別記の A～E 病院である。

##### iii. 調査方法

別記の「ヒアリングシート」を先方に渡し、これにしたがってヒアリングを行った。1 カ所のヒアリング時間は、おおむね 1 時間から 1 時間 30 分程度。ただし、1 つの病院については、当該病院の退院調整部門の責任者である医師が担当者からヒアリングを行い、その結果をメールにて報告いただくことで直接のヒアリングに代えた。不足する部分については、メールで追加質問を行った。

##### iv. 想定した患者像及びクリティカル・パス

患者像としては、退院調整部門に相談があった患者で、以下のような病状のものを想定して回答してもらった。

- ①脳卒中等で入院し症状は落ち着いたが、再発の可能性があり、身体の一部に不随があり、日常生活に介助が必要で、医学的なりハビリテーション等が必要な状態で退院するもの
- ②糖尿病等の慢性疾患で訓練入院等をして退院する患者で、引き続き糖尿病治療が必要であり、合併症等で日常生活に介助が必要なもの
- ③他の病気で入院中に認知症がみつき、退院後、主に認知症のために治療・介護が必要となるもの

想定されるクリティカル・パスとしては、以下のような経路で入院、退院するものを想定して回答をしてもらった。（一部の質問は、①のみを対象としている。）

- ①在宅→急性期病院→在宅
- ②在宅→急性期病院→回復期リハビリテーション病院又は老人保健施設→在宅
- ③在宅→急性期病院→療養型病院（長期入院）
- ④在宅→急性期病院→一般病院
- ⑤在宅→急性期病院→介護施設

## イ. 調査結果

病院名を匿名にしても、それがどこかはわかってしまう可能性があるため、できるだけ個々の病院の結果については公表せず、全体の傾向のみをとりまとめた。

### i. 退院調整部門の担当者の属性と担当

責任者は医師であるが、担当者としては看護師、ソーシャルワーカーが配置されている。担当分野としては、在宅復帰の場合も他院への転院の場合も窓口として担当する。しかし、いずれの病院も、退院調整分野が介入するのは、病棟から依頼があったケースのみで、特に問題なく退院する場合は、病棟内で対応している。

退院調整部門が関与する割合は、ある病院では1割程度という回答が得られたが、多くの病院では特に統計はとっていないということであった。また、ある病院では、病棟ごとに退院調整担当の看護師が配置されており、病院全体の退院調整部門（ソーシャルワーカーが配置されている）がタッチするのは困難ケースのみということであった。

また、在宅へ戻る場合は看護師が担当し、他院への転院はソーシャルワーカーが担当しているというように、看護師とソーシャルワーカーの担当を分けている病院もいくつかあった。この場合でも、在宅復帰に社会的な問題があればソーシャルワーカーが加わることになっている。多くの病院では、看護師とソーシャルワーカーが組んで対応しており、特に分担は設けていなかった。

### ii. 退院後の経路

患者の症状により異なるため、統計的な調査はなく、数字を求めることはできなかった。しかし、想定した患者像の①（リハビリが必要な患者）については、回復期リハビリテーション病棟がある病院に転院しているケースが多いことがわかった。新宿区内には回復期リハビリテーション病棟は少ないため、近隣の病院に転院するケースが多い。ただ、病床がいっぱいで入院できないというケースは少なく、供給は足りているとのことであった。

近隣に療養型の病院が少ないため、療養型への転院は少ない。厳密な数字は不明だが、各病院の傾向は大きな違いがなく、おおむね10%程度であった。退院して直接老人保健施設や特別養護老人ホームへ入所するケースはさらに少なく、合わせても5~10%程度であった。発症60日以上とか3ヶ月以内の退院が見込めないような患者は、回復期リハビリテーション病棟がある病院への転院ができないので、療養型病院に転院するケースもある。施設への入所の場合は、本人、家族が探すので、退院調整部門を経由しないというところもあった。

相談があったケースのうち、在宅へ復帰する患者は、調査病院全体でみて、半分弱という感触であった。ただし、回復期リハビリテーション病棟がある病院へ入院するケースを除くと、大部分が在宅復帰するようである。

### iii. 退院時の患者情報の伝達

かかりつけ医から紹介があった患者については、病棟からかかりつけ医に連絡し、診療情報提供書等を渡している。このケースも含め、かかりつけ医がいる場合は、病棟からかかりつけ医に連絡している。病棟に退院調整担当の看護師がいる病院では、この連絡は看護師の仕事であるが、他の病院では、ケースバイケースではあるが、想定した患者像の②のケースでは、病棟医師がかかりつけ医と直接やりとりをするケースが多いとのことであった。病棟からかかりつけ医に連絡した場合には、退院時

カンファレンス等に参加することが多いとのことであった。また、訪問看護ステーションへも、病棟の看護師から連絡している病院もあった。

かかりつけ医がない場合及びそれまでのかかりつけ医が対応できない場合（診療科が異なる、あるいは、訪問診療等が困難）は、退院調整部門に依頼があり、そこでかかりつけ医になってくれる医師を探すという場合が多い。この場合は看護師の担当になる。新宿区は、在宅支援の診療所が比較的多いので、かかりつけ医を見つける苦労は多くはないが、訪問看護が必要なケースがほとんどなので、訪問看護ステーション経由でかかりつけ医を紹介してもらいとスムーズに行く場合が多いとのことであった。

介護サービスが必要な場合で、すでにケアマネージャーが付いている場合は、そのケアマネージャーに、早いうちから退院後のサービス調整に着手してもらおうようにしている。ケアマネージャーがない場合は、家族が、地域包括支援センターに相談してケアマネージャーを紹介してもらっている。これらの役割は、多くの病院で退院調整部門の看護師又はソーシャルワーカーが担当している。ケアマネージャーには、ほとんどの場合、退院時カンファレンス等に加わってもらっている。場合によっては、介護専門職も退院時カンファレンス等に加わってもらっている病院もあった。ケアマネージャーが訪問看護師の参加を求める場合もある。

医療依存度の高い患者の場合は、医療のバックのあるケアマネージャー（看護師資格を持つとか訪問看護ステーションに所属しているケアマネージャー）に頼むと、かかりつけ医との関係もスムーズにいくということをいくつかの病院で聞くことができた。

なお、いくつかの病院で、かかりつけ医にも、退院時カンファレンス等の案内はしているが、退院調整部門からの連絡では、なかなか参加してもらえないとの話を聞くことができた。また、多くの担当者は、地域包括支援センターは、どこへも相談ができないケースや、医療と介護保険だけでは対応が困難なケース（ゴミ屋敷等）の場合に相談しており、いわば、最後の砦の役割との認識を持っているようである。

#### iv. 退院後の患者との関わり

どの病院でも、退院後に在宅に戻る患者の場合でも、当該病院に通院し、病院の担当医が引き続き治療・病状管理を担当するケースが多いとのことであったが、病院によって差がある。ある病院では、近隣の患者はほとんどが自院への通院になるということであった。他の病院では、退院調整部門が関わって、在宅に移行したケースの3分の2程度という感触であった。

在宅医療になれば、かかりつけ医が付くのが当然という認識は一致しているが、通院が多いのは、患者側で、病院あるいは担当医との関係を継続したいという希望があるためやむを得ないということであった。患者の意識としては、病院では最先端の医療が受けられるということと、再入院が必要となった場合に受け入れてもらえるという期待があるとのことであった。なかには、通院に介護が必要なケースでも、介護者を付けて通院してくるケースもある。また、診療科によっては、患者に退院後も通院を勧めているところがあるとのことであった。外科にそのようなケースが多いことは各病院とも共通していた。

いくつかの病院では、病院の担当医とかかりつけ医の「2人かかりつけ医」を勧めている。一方、それはケースバイケースで病棟の判断という病院と、そういうことは難しいという病院があった。「2人かかりつけ医」を進めている病院でも、あまり普及していないとのことであった。

#### v. かかりつけ医との関係

退院後はかかりつけ医が付くのが基本であるが、開業医の中には在宅に積極的でない医師もいるので、かかりつけ医を新たに探す、あるいは入院前のかかりつけ医を変更する場合もある。その調整を退院調整部門が担っている病院もあった。この場合は看護師が担当する。

いくつかの病院では、連携医の制度が有り、開業医が非常勤で病院に来たり、画像診断の依頼があったりする。ただ、開業医がその身分のまま病院に来て治療することはない（病院の非常勤医師という身分を持っている）という病院と、開業医が病院の機器をつかって診療ができる病院とがあった。

ある病院では、認知症の場合は、その病院の専門の医師と、地域の医師会との連携ができていて、病院の専門医のサポートをうけて、かかりつけ医の医学的管理の下で生活する人が多い。しかし、その様なやりとりは、医師→医師間のルートで行われ、退院調整部門はタッチしていない。

また、ある病院では、末期の癌などの場合でも、手術、薬物療法を望む患者が多く、治療中（病院への入院、通院中）に死亡というケースが多く、緩和ケアに移行するのは死亡直前なので、ホスピス入院となり、かかりつけ医の管理の下で生活するというケースは少ないという話を聞くことができた。

#### vi. 在宅側でのチーム結成への関与

各病院とも、病棟→かかりつけ医、看護師→訪問看護ステーション、退院調整部門（看護師又はソーシャルワーカー）→ケアマネージャーというように、別々のルートで在宅の専門職とのやりとりをしているケースが多い。それに対して、在宅側でどのように連絡や意思統一を図っているのかについては、認識は一致していない。

ある病院では、かかりつけ医が介護、医療を通じたマネジメントを行っているとの認識であるのに対し、ある病院ではケアマネージャーから各専門職に連絡して調整していると認識している。ただ、どの病院でも、訪問看護が入る場合には、訪問看護ステーションが全体の調整をするのが最もスムーズであるとの認識で一致している。

#### vii. 情報ネットワークのメリットについて

病診間で患者情報を共有する情報ネットワークのメリットを感じるかという質問に対しては、いずれの病院でもメリットがあるとの回答を得られた。

在宅へのスムーズな移行が難しい理由の一つに、病院の医療を離れると、最先端の医療が受けられないのではないか、とか、再入院が難しいのではないかといった不安がある。情報ネットワークでつながっていると説明できれば患者も安心できるという見解が多かった。2人主治医体制を推奨している病院では、2人の医師が同じカルテを見ていると説明すると、患者は安心して在宅医療に移行できるとの見解も聞くことができた。診療情報提供書等の紙ベースのやりとりでは情報伝達が不十分なので、情報システムは有効だとの見解も聞くことができた。

再入院の場合の受け入れがスムーズになるとの見解もあった。現在は救急などでは、通院している病院に搬送することになっているが、担当医師が不在で別な病院に入院する場合もある。そのとき、カルテの照会があったりするが、その様な手間を省いて、迅速な対応が可能になるので、病病連携も必要との見解もあった。

また、投薬管理にメリットがあるという見解も聞くことができた。訪問看護ステーションとかかりつけ医の間での情報共有ができれば、在宅医療がスムーズに進められるとの見解も聞くことができた。

その一方で、患者の意識が追いつかないので、情報ネットワークでつながっていても、安心してか

かりつけ医にまかせるかどうか疑問という見解や、患者情報の漏洩等セキュリティが心配との声もあった。また、情報ネットワークは、情報をどこがまとめてコントロールするかが重要で、下手をすると、患者の抱え込みになってしまうという危惧もあった。

介護情報のネットワークと医療情報のネットワークをつなぐことに関しては、入院前の介護サービスや介護専門職の見解などを知ることができれば、医師にとっても違う観点から患者が診られて有効ではないかとの見解も聞くことができた。ある病院では、すでに、一部の開業医との間で、カルテ情報を開示する情報ネットワークを結んでいるが、そこでは、詳細な情報の伝達ができ、大いに役に立っているという回答が得られた。ただ、現在の所、「病院→かかりつけ医」の一方通行のようである。

#### viii. スムーズな在宅移行のために必要なこと

退院後、スムーズに在宅療養に移行するために何が重要かという問に対しては、

- ①患者、家族の理解
- ②かかりつけ医とのネットワークの強化
- ③在宅での医療と介護の包括的なケアができるチームの形成

をあげるところが多かった。

患者、家族の理解は、どの病院でも第1位になった。完治するまで病院において欲しいという要望が家族から出されるなど、病院に対する期待、依存が大きすぎるというのが担当者の感触であった。医師とケアマネジャーの情報が対等でなく、立場も対等でないため、意思疎通がうまくいかないケースが多いことから、在宅での医療と介護の包括的なケアができるチームの形成が重要との見解も多かった。

退院時カンファレンスが5～6割程度しか実施されておらず、病院側の姿勢も重要との見解もあった。また、在宅で医療、介護サービスを受ける場合の方が入院よりも費用がかかるケースもあり、お金がなくて在宅へ移行できないケースもあるとのことであった。

さらに、新宿区では、高齢者向きでない古い団地とかビルの谷間の古い家等に住んでいる人がおり、在宅療養が難しいケースもあるので、住宅対策も必要との声もあった。

ケアマネジャーの医療知識についても、いくつかの病院で意見があり、結局バックに医療資格をもったケアマネジャーが増えることしかないという見解も聞くことができた。

## (2) 在宅医からみた病診連携の現状と問題点(ヒアリング結果)

### ア. 調査の概要

#### i. 調査の趣旨

急性期病院から医療（医学的リハビリテーション又は継続的な観察を含む）、介護が必要な状態で退院し、かかりつけ医のもとで在宅療養を行う患者について、退院時から在宅療養に至る過程で、どのような職種がどのように関与し、患者情報がどのような形で引き継がれていくのかの実態を、かかりつけ医の側から聞いた。

## ii. 調査対象

東京都新宿区内の在宅医療に熱心な医師の代表として、新宿区役所の担当者から紹介を受けた医師（1名）

## iii. 調査方法

「ヒアリングシート」を先方に渡し、これにしたがってヒアリングを行った。ヒアリング時間は、おおむね1時間から1時間30分程度。

## iv. 想定した患者像及びクリティカル・パス

患者像としては、急性期病院または回復期リハビリ病院から退院し、かかりつけ医のもとで在宅療養を行う患者で、以下のような病状のものを想定して回答してもらった。

- ①脳卒中等で入院し症状は落ち着いたが、再発の可能性がある、身体の一部に不随があり、日常生活に介助が必要で、医学的リハビリテーション等が必要な状態で退院し在宅療養に移行するもの
- ②糖尿病等の慢性疾患で訓練入院等をして退院する患者で、引き続き糖尿病治療が必要であり、合併症等で日常生活に介助が必要なもの
- ③他の病気で入院中に認知症がみつき、退院後、主に認知症のために治療・介護が必要となるもの

## イ、調査結果

### i. 急性期病院と医師会の連携について

新宿区医師会には基幹病院長も入っていて、在宅医との間での研修会もある。医大病院は、医師会には入っているが、研修会には参加していない。病院と開業医の連携に関する研究や実験等は東京都が補助金を出している。一般的な研修はしているが、特に新宿区が連携に熱心という印象はない。

### ii. 療養型の病院との連携について

療養型の病院からの連絡はほとんどない。特に認知症の場合、療養型病院で、診断がしっかりしていないことがあり、退院後、主治医が付かないまま直接グループホーム等へ入所して、グループホームに往診して、認知症ではなく鬱病というような診断になることもある。

### iii. 急性期病院からの退院時の連絡

急性期病院から直接在宅療養に移行する場合には、退院調整部門の職員（医師、看護師、ソーシャルワーカー）から連絡が来る場合と病棟の医師からの場合とがある。病院側の体制によって異なる。こちらが紹介して入院した患者については、病棟から直接連絡がくる。新規患者は、相談室等の退院調整部門からという場合が多い。

退院調整部門では、かかりつけ医がない場合には、在宅診療に熱心な医師をHPなどから探して連絡しているようだ。医師会から、在宅支援診療所等の情報をCDで急性期病院の退院調整部門に渡しているが、あまり活用されていないようだ。主治医不明の場合は医師会を通じて紹介依頼がある。退院調整部門経由で連絡が来た場合でも、診療情報提供書は病棟の主治医から送られてくる。

#### iv. 介護との連携

一般的には、医師は医師に、退院調整ナースは訪問看護師に、ソーシャルワーカーはケアマネージャーという形で別々に連絡をする。退院患者に介護が必要な場合は、病院の退院調整部門から、ケアマネージャーに別途相談している。医師へは、ケアマネージャーからカンファランス等の連絡が来る。しかし、ケアマネージャーは医療の実情を知らず、カンファランスに出られないことも多い。その場合は、ファックスで意見書を送る。在宅側では、医療関係者と介護関係者をつないでコーディネートする人がいない。このためチームケアが成り立ちにくい。

訪問看護ステーションは地域割りのような形になっており、それぞれで訪問診療を行う診療所の医師とつながっているため、訪問看護中心だとまとまりやすい。訪問看護とのつながりで、在宅の主治医が入院前と変わることもある(病院側が指定)。このため、もとのかかりつけ医からクレームが付くこともある。

ただし、訪問看護が突出すると、医師の診断、治療方針とぶつかることがある。一方で、看護を背景としたケアマネージャーだと、介護のメニューがよくわからないこともあり、看護師とソーシャルワーカーの両方がかかわる形態が望ましい。

#### v. 退院時の情報提供

病棟の医師から診療情報提供書が送られてくる。しかし、内容は病院によって精粗あり様々である。大病院は十分な内容のものが来るが、中小病院だと病名と薬しか書いていないようなものもある。内容が不明の場合は、病院の医師に電話で詳細を聞くこともある。

#### vi. 再入院の場合の紹介

懇意にしている病院の医師に紹介状を書き、患者にそこで診断を受けるようにいう。

新宿区では、バックアップ病院の仕組みがある(区がベッドを借り上げている)ので、緊急の場合はその病院に入院する。連携に協力的な病院だと、普段から連絡ができています。

病院に通院している患者も通院の間が長くなるとその間にかかりつけ医が診ている場合もある。その場合は通院している病院へ入院することになる。

#### vii. 回復期リハビリテーション病院(病棟)を退院して在宅療養に移行する場合

回復期リハビリテーション病院の場合は、退院後もその病院の医師が往診することになっているが、整形が中心なので、内科的疾患については診ない。脳卒中等の場合、もとの内科疾患を診る必要があり、かかりつけ医も関わらざるを得ないが、その間の連絡はうまくいっていない。

回復期リハビリテーション病院からの診療情報提供書は、回復期リハビリテーションに関するものだけなので、元の急性期病院での状態がわからない。こちらから、もとの病院に問い合わせすることもあるが、プライバシー問題で断られることもある。

#### viii. 急性期病院と在宅支援の診療所との関係はどのようなものがよいか

在宅のかかりつけ医と病院の専門医の2人主治医体制が望ましい。それができれば、患者も病院にしがみつくと必要はなくなる。病院と診療所でカルテが共有できれば、2人主治医体制につながる。

病院では通院の間が長くなり、また他の疾患を見逃しがちである。普段は在宅医が診て、専門医に相談するときはカルテを一緒に見ながら、ということをしておけば、入院の紹介や検査の依頼なども

スムーズで信頼が高まる。病院は、もっと専門に特化すべきである。

病院勤務医としての経験からいえば、病院の外来が減ればもっといい仕事ができると思う。かかりつけ医にまかせることができれば、病院の機能強化も進む。

ただ、情報ネットワークができると、紹介・逆紹介が、ネットワーク参加者だけで行われるようになり、患者囲い込みにつながる。また、新宿区以外のリハビリ病院とのつながりをつくるのが難しい。

#### ix. 退院後、スムーズに在宅療養に移行するために必要なこと

在宅は、医師、訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパー等のチームを作ることが必要である。しかし、病院の退院調整部門は、チームの形成まで責任を持たない。一方、在宅側では、チームをコーディネートするべき人がいない。(人材というより費用がどこからも出ない)

地域包括支援センターは、どこへも相談できないケースの受け皿として有効である。ただ、病院のソーシャルワーカーから地域包括支援センターへの相談はあるかもしれないが、医療のルートには入ってこない。(地域包括支援センターから具体的なケースについての医師への相談はない。)

### 3. 新宿区の課題と情報ネットワークの可能性

#### (1) 病診連携における課題

ヒアリング結果から新宿区における病診連携の課題を考察する。

調査対象とした3つのケース(①脳卒中等の後遺症があるケース ②慢性疾患のケース ③認知症があるケース)について、新宿区の急性期病院を退院した後の経路は、大きく2つに分けられる。脳卒中の後遺症等で医学的なりハビリテーションを必要とする場合は、大部分が、区内又は近隣のリハビリテーション専門病棟を経て在宅に戻っている。在宅に戻ると、かかりつけ医が診ることになる。この場合のかかりつけ医は、急性期病院に入院する前からのかかりつけ医か、リハビリテーション病棟から退院するときあらたに選任したかかりつけ医である。急性期病院からの退院時には、かかりつけ医の選任等は行われない。かかりつけ医は、おもに脳卒中等の原因となった内科疾患を中心に診療を行う。しかし、脳卒中等で入院した急性期病院との関係は切れてしまっており、リハビリテーション専門病院からは、整形外科中心の退院時情報しか伝えられていない。かかりつけ医は、急性期病院に対し診療情報の提供を求めることがあるが、個人情報の保護の観点から断られることもあるようである。このように、リハビリテーション病棟への転院を経ることで情報が分断され、急性期病院と在宅の医師との間の連携が困難になっている。

もう一つの経路は、慢性疾患や認知症等の場合で、急性期病院退院後は在宅に戻るケースが多い。しかし、慢性疾患の場合は、多くの患者が、退院後も入院していた病院に通院しており、病院の医師がかかりつけ医という状態になっている。このような患者でも、要介護度が高くなって、病院に通えなくなると、その段階で、近くの在宅支援診療所が担当することになるが、その間の事情が診療所ではよくわからないため治療継続が難しいケースが多い。そして、終末期とか病状が悪化すると、再入院ということで、在宅看取りなどは困難な状態にある。このように、大きな急性期病院は、通院も含めて患者を囲い込んでおり、かかりつけ医の下での在宅療養は進んでいない。診療所の医師と病院の

医師の「2人かかりつけ医」を勧めている病院もあり、診療所の医師側でもそれがよいという意見もあるが、現実には広がっていない。むしろ、複数の病院の医師を「かかりつけ」にしている患者も多いようである。

認知症の場合は、区内の特定病院（認知症疾患センターではない）の医師と新宿区医師会との協力関係があり、専門医の指導の下で、かかりつけ医が診ているケースが多い。こちらは、比較的うまくいっているという認識であった。

急性期病院から療養型の病院を経て在宅に移行するケースは少ないが、この場合は、かかりつけ医に対して療養病院からの連絡はほとんどないようであり、連携は全くといってよいほどない状態である。

## (2)医療・介護連携における課題

ヒアリングから明らかになった新宿区の医療・介護連携に関する課題は、要約すると以下のようである。在宅療養では、医師、訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパー等の専門職がチームをつくってケアを行うことが必要であるが、入院から在宅に移行する場合、病院の退院調整部門はチームの形成まで責任を持たない。一方、在宅側では、チームをコーディネートするべき人がいない。このために、医療を含むケアチームを形成することが困難であるということである。これは新宿に限らず、多くの地域で見られることであろう。

急性期病院から退院する場合、病院では、病棟の医師→かかりつけ医、看護師→訪問看護ステーション、退院調整部門（看護師又はソーシャルワーカー）→ケアマネージャーというように、別々のルートで在宅の専門職とのやりとりをしているケースが多い。急性期病院では、それぞれの専門職間で患者情報についての引き継ぎが行われればよいという考えかたで、在宅に移行してから、医療を含むケアを担当するチームを形成して患者のニーズに対応するということは想定に入っていない。仮に想定できたとしても、チームをコーディネートするのは自分たちではないという認識である。したがって、在宅移行後に、ケアに関わる専門職がどのように相互の連絡や意思統一を図っているのかについて、一定の認識を持っているわけではない。

ヒアリングの結果によれば、かかりつけ医が介護、医療を通じた総合的なマネジメントを行っているとの認識である病院もあれば、ケアマネージャーから医療職を含む各専門職に連絡してサービスの調整をしていると認識している病院もある。かかりつけ医の側では、急性期病院からはばらばらに情報がくるので困るという認識で、自らがコーディネーターになるという認識はない。要介護認定を受けている場合は、ケアマネージャーが医療との連携を図ることになっているが、医師はケアマネージャーから見ると敷居が高い存在であり、ケア会議の案内はするが参加しなければそれまでである。

このような状況の中で、病院側、かかりつけ医側の双方とも一致していたのは、訪問看護が入る場合には、訪問看護ステーションがケアチーム全体の調整をしているケースがあり、これが最もスムーズにチームの形成ができる途であるとの認識である。新宿区では、小地域（主に新宿区が定める日常生活圏域）ごとに訪問看護ステーションがあり、訪問看護ステーションを中心として、地域の在宅医を含めた小さな人的ネットワークがいくつか存在している。ケアマネージャーを抱えている訪問看護ステーションもあり、外部のケアマネージャーと連携を取っている場合でも、医療をバックにしたケアマネージャーがいる居宅介護支援事業所に依頼することが多い。

急性期病院やリハビリテーション病院を退院して在宅に移行する場合、うまく、訪問看護ステーシ

ョンのネットワークで受けとめられれば、その後は医療・介護連携のチームケアを受けることができ、ターミナルまで在宅でという「包括ケア」を実現できる可能性がある。一方、入院していた急性期病院に引き続き通院して医療を受け、介護はそれとは別個に医療のバックのないケアマネージャーにまかせるというケースだと、頻繁に入退院を繰り返し、最後は病院で延命治療を受けながら亡くなるという途を歩むことになる。単純化すると、新宿区の状況はそのようにいうことができるだろう。

### (3)情報ネットワークの有効性

このような新宿区の状況から、医療・介護情報ネットワークが果たすべき役割として、以下の2点が考えられる。

- ①かかりつけ医と急性期病院との役割分担を明確化し、両者の連携を密にすることで、慢性疾患の患者が急性期病院に通院するのではなく、かかりつけ医の下で在宅療養ができるようにする
- ②かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、介護専門職等が、最新の患者の状況、検査データ、画像等の情報を共有することで、同じ目標をもって、適切な判断の下に、チームとして患者のケアに当たれるようにする

この2つの課題に対して、情報ネットワークの構築がどのように有効に機能するかについて考察する。

#### ①について

ヒアリングにおいて、急性期病院から在宅へのスムーズな移行が難しい理由の一つに、患者側に、病院の医療を離れると、最先端の医療が受けられないのではないか、とか、再入院が難しいのではないかとといった不安があることが明らかになった。しかし、かかりつけ医と病院の専門医が情報ネットワークでつながっており、必要なときにはいつでも病院に検査を依頼し、専門医の意見を求めることができるということを説明することができれば、患者も安心して在宅療養に移行できる。再入院が必要になった場合でも、かかりつけ医からの紹介、病院の受け入れがスムーズになるだけでなく、入院時の検査データや処置がかかりつけ医側でリアルタイムにわかるので、退院後の治療が容易になる。救急などで、はじめての病院に搬送された場合でも、ネットワークがつながっていれば迅速な対応が可能になる。2人主治医体制を推奨している病院では、2人の医師が同じカルテを見ているため、どの医師に診察を受けても同じ診断が行われると説明している。カルテ情報が共有できれば、それと同じことが可能になる。安心のために急性期病院に通院することは必要なくなる。

現在行われている診療情報提供書等の紙ベースのやりとりでは情報伝達が不十分であり、ある時点の情報しか書き込まれていない。また情報が一方通行で、かかりつけ医から病院へ再度の問い合わせが必要になる。リアルタイムに双方向の情報伝達ができるネットワークシステムは、かかりつけ医、病院の専門医双方にとって有効だというのが、ヒアリングをした医療関係者の見解である。

#### ②について

介護情報と医療情報をネットワークでつなぐことに関しては、2つの面からのメリットについてヒアリングで聞くことができた。1つは、入院前の介護サービスの状況や介護専門職の見解などを知ること

ができれば、病院の医師にとっても違う観点からの患者情報がえられて有効ではないかという点である。もう 1 点は、訪問看護や訪問介護の際に、患者の処置についてかかりつけ医の指示を仰ぐ必要がある場合に、診断に必要な情報を迅速にかかりつけ医に伝えることができ、的確な指示を受けることができるという点である。訪問看護や訪問介護の専門職は、頻繁に訪問し患者の状態をみており、その経過や状態の変化を知ることができる。この情報を医師に伝えることで、医療面でも迅速的確な対応が可能になる。特に画像情報をリアルタイムに伝達できることは重要であるという意見が医師サイドから聞かれた。

後者に関しては、訪問看護は医師の指示の下で行うことになっているが、状態の変化等の場合に、個々に医師の指示を仰ぐことが困難な場合が多い。訪問看護師サイドの事情では、医師の了解は事後的に受けるしかない場合があるが、医師の側からすると看護師の独断専行と写る場合もある。情報ネットワークがあると、リアルタイムに情報を伝えて医師の指示を受けることができるし、訪問看護の状況を事前に医師がみておくことで、事前に指示を出しておくことが可能になる。

前者については、入院時も介護が必要となる患者は少なくなく、介護情報は病院においても必要なものであるが、「介護→病院」という情報の流れは、従来は想定されていない。どのような場合にどのような情報の伝達が必要なのかについては、今後の調査が必要である。

#### (4)情報ネットワーク導入に関する課題

急性期病院への通院から、かかりつけ医の下での在宅療養への移行にとって、情報ネットワークの構築が有効であるとしても、関係者がそれを活用する必要性を理解しなければネットワークは普及しない。ヒアリングでは、前述のように、情報ネットワークでつながることで、在宅療養へのスムーズな移行が可能になるという意見もあったが、それ以前に、患者の意識が追いつかないので、情報ネットワークでつながっていても、安心してかかりつけ医にまかせるかどうか疑問であるという意見もあり、患者の大病院志向と医師の患者抱え込み志向が是正されなければ、情報ネットワークも有効に機能しないことが想定される。鶏が先か卵が先かというような議論であるが、患者や医師の理解の促進は別途の方法で行うこともできる。急性期病院へ慢性期の患者が通院するということは、医療資源の無駄遣いであり、専門医が本来必要な医療に力を注げない状態を生み出している、社会全体の損失であることを、行政が説明していく必要がある。また、病院側も、患者を自分の病院で囲い込もうという経営方針を改める必要がある。すでに、急性期病院では、通院患者が増えるほど赤字になるという状況が生まれつつあるが、政策としてもこれをさらに徹底させることが求められる。情報ネットワークの普及にはそのような条件が整うことが前提となろう。

情報ネットワークの形態も重要な要素である。新宿区内のある病院では、新宿区医師会と共同で病院の電子カルテ等の情報を診療所の医師が見ることができるシステムを構築している。しかし、これは、病院から診療所への一方的な情報提供であり、病院側が役に立っているとしている一方で、診療所側ではあまり使われていないという認識をもっている。カルテを参照するだけでは、診療所側でも利用価値はそれほど高くない。具体的な診療の場で、どのような患者について、どのような情報をどのような関係者間で交換するのかを明確にした上で情報ネットワークを構築していかないと、使い勝手の悪いものになって、やがて使われなくなってしまふ。このような内容は、地域によって大きな差はないため、すでに稼働普及している「あじさいネット」のような例を参考にすることが有効であろう。

医療と介護のネットワークに関しては、介護サービスのマネジメントを担当するケアマネージャーと医師との関係が対等にはならないことに留意する必要がある。特に情報量が対等ではなく、このために意思疎通がうまくいかないケースが多い。在宅での医療と介護の包括的なケアができるチームの形成のためには、単に情報ネットワークがつながっていればよいということでは足りず、情報の提供と利用に関しての目的とルールがきちんと定められている必要がある。医師側からすると、患者のすべての情報を介護関係者に提供することには抵抗があり、介護関係者側では、単に情報の提供者という立場だけでは情報ネットワークに加入する意味がないということになる。この点についても、すでに稼働している情報ネットワークの活用事例が参考となろう。

新宿区では、地域包括支援センターを高齢者の総合的な相談センターと位置づけ、一般財源で特別な助成を行って、職員を1カ所10名～12名に増員して、あらゆる相談に対応できる体制をとっている。医療と介護の連携に関しても、専任の職員を配置することを求めている。しかし、ヒアリングでは、病院の退院調整部門にとって、地域包括支援センターは最後の相談先という位置づけであり、通常は、地域包括支援センターには相談しないで在宅移行が進んでいる。在宅サービス関係者からは、地域包括支援センターは職員がしょっちゅう変わるので当てにならないという意見も聞かれた。地域包括支援センターを情報ネットワークの中でどのように位置づけるかについても今後検討が必要であろう。

この他、情報ネットワークは、情報をどこがまとめてコントロールするかが重要で、下手をすると、患者の抱え込みになってしまうという危惧もきかれた。個人情報の保護についても、都会では特にセンシティブであるという意見もあった。このような点についても、検討が必要であろう。

医療情報と介護情報のつなぎ方に関しても、縦の幹で、病院とかかりつけ医を結ぶネットワークをつくり、かかりつけ医を起点として横の枝として医療と介護を結ぶネットワークを構成する方がよいのか、病院、かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネージャー等を輪のように結ぶネットワークを構築する方がよいのかということに関しては意見が分かれた。これは情報をどのように活用するのかということと関係している。この点に関しても今後の課題と言えるだろう。

## おわりに

ヒアリング結果をもとに、新宿区における医療機関間、医療と介護の間の役割分担と連携の現状と課題、それに対する情報ネットワークの有効性と課題について考察した。本年度のヒアリングは医療関係者が中心であり、訪問看護ステーション、ケアマネージャー等に関しては、既知の情報（平成23年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業「居住系サービス提供体制のあり方に関する研究」で実施したヒアリング結果等）を活用した。平成26年度には、新宿区の高齢者の保健福祉に関する調査のデータもまとまることから、医療関係者に加えて、訪問看護、介護事業関係者からのヒアリングも行い、データとの突き合わせも行いながら、より詳細な分析を行い、前述の課題に対する答えを出すこととしたい。

## 【参考資料】

### ○調査対象病院の概要（ホームページで公開している情報に限って掲載している）

#### A病院（大学病院）

病床数 一般 988床 精神 27床 合計 1,015床

（一般病床の内訳）

救命救急センター(20) ICU：集中治療室(16) GCU：回復治療室(14)

NICU：新生児特定集中治療室(12) ハイケアユニット(4)

教職員数（2013年1月1日現在）

医師（研修医除く） 594人

研修医 80人

看護師（准看護師含） 1,001人

看護助手 93人

医療技術員 301人

事務職員 355人

その他 23人

合計 2,447人

特定機能病院入院基本料（一般病棟） 7対1

#### B病院（公的病院）

病床数 418床（許可病床数）

職員数

572名（正規職員）

入院延患者数 111,244人

1日平均入院患者数 304.8人

外来延患者数 277,627人

1日平均外来患者数 1,133.2人

年間手術件数 4,974件

一般病棟入院基本料(7対1)

#### C病院（公的病院）

職員数 834名（臨時職員含む）

医療職 138名

医療技術職 161名

看護職 423名

事務職 73名

専門職 39名

平成24年度診療実績

一日平均外来患者数 1140.1人  
一日平均入院患者数 445.6人  
平均在院日数 12.4日  
年間手術件数 4,557件  
24年度救急車搬送受け入れ患者数 4,201人  
一般病棟入院基本料 7対1

#### D病院（公立病院）

病床数 304  
診療科目（14診療科）  
延入院患者（人）94,360  
1日当たり 257.8  
延外来患者（人）110,689  
1日当たり（人）375.2  
病床利用率 85.9%  
平均在院日数（亜急性期病床除く）16.1日  
平均通院回数（1人あたり）1.4回  
平均通院回数（初診患者あたり）8.7回  
新患率 11.5%  
患者紹介率 61.0%  
患者逆紹介率 65.9%  
高額検査機器共同利用実績 2,233件

#### E病院（公立病院）

病床数 801  
一般病棟入院基本料 7対1

## ○急性期病院の退院調整部門担当者に対するヒアリングシート

### 急性期病院の退院調整部門担当者に対するヒアリング調査事項

#### 1. 趣旨

この調査は、厚生労働科学研究費政策総合研究事業「都市部における医療・介護・福祉等連携のための情報共有システムのあり方」に関する研究の一環として、急性期病院から医療（リハビリ又は継続的な観察を含む）、介護が必要な状態で退院した患者さんについて、退院時から在宅療養に至る過程で、どのような職種がどのように関与し、患者情報がどのような形で引き継がれていくのかについて、急性期病院で退院調整に関与する専門職からお話をお聞きするものです。

#### 2. 対象となる患者

おおむね、以下のような患者さんを想定してお答えください。①～③の場合で対応が異なる場合は、それぞれ別々にお答えください。

○退院調整部門に相談があった患者さんで、以下のような病状の方

①脳卒中等で入院し症状は落ち着いたが、再発の可能性がある、身体の一部に不随があり、日常生活に介助が必要で、リハビリ等も必要な状態で退院される方

②糖尿病で訓練入院をされて退院される患者さんで、引き続き糖尿病治療が必要であり、合併症等で日常生活に介助が必要な方

③他の病気で入院中に認知症がみつき、退院後、主に認知症のために治療・介護が必要となる方

#### 3. 想定されるクリティカル・パス

以下のような経路で入院、退院される方を想定してください。（一部の質問は、①の方のみを対象としています。）

①在宅→急性期病院→在宅

②在宅→急性期病院→回復期リハビリテーション病院又は老人保健施設→在宅

③在宅→急性期病院→療養型病院（長期入院）

④在宅→急性期病院→一般病院

⑤在宅→急性期病院→介護施設

#### 4. ヒアリング予定の病院

新宿区内の大規模な急性期病院を対象として調査を行っています。

（対象としてお願いしている病院は以下のとおりです。）

東京医科大学病院、東京女子医大病院、国立国際医療研究センター病院、東京厚生年金病院、社会保険中央総合病院、東京都保健医療公社大久保病院等

## 5. お聞きすること

### ○担当者の属性

職種 (医師、看護師、ソーシャルワーカー、事務職、その他)

経験年数

○前記2、のような患者さんは、退院された場合、どのようなところで療養されることが多いでしょうか。(病気によって異なる場合は、それぞれ別々にお答えください。)

また、それぞれの割合もお答えください。(「大部分」とか「半分くらい」とか「少ない」とかいう答え方でけっこうです。)

- ・在宅に戻る
- ・療養型の病院へ転院
- ・回復期リハビリテーション病院へ転院 (同じ病院のリハビリ病棟へ移る場合を含む)
- ・他の一般病院へ転院
- ・老人保健施設へ入所
- ・特養等の介護施設へ入所
- ・有料老人ホームや高齢者向け住宅へ
- ・その他 (具体的に)

○退院後、在宅に戻る患者さんについて伺います。退院後の患者さんの医療を主に担当するのは誰でしょうか。(病気によって異なる場合は、それぞれ別々にお答えください。)

また、それぞれの割合もお答えください。(「大部分」とか「半分くらい」とか「少ない」とかいう答え方でけっこうです。)

- ・退院後も当該病院に通院し、病院の担当医が引き続き治療・病状管理を担当する
- ・退院後は、入院前からの「かかりつけ医」が治療・病状管理を担当する
- ・退院後は、新たに近くの開業医を「かかりつけ医」にして、治療・病状管理を担当する
- ・退院後の医療については、承知してしない

○退院が決まってから、在宅療養に移行する場合、在宅で医療・介護を提供することになる専門職の方と、どのように連絡を取っていますか。(病気によって異なる場合は、それぞれ別々にお答えください。)

誰が→誰に の組み合わせでお答えください。また、病気により、あるいは、医療と介護ではルートが異なる場合は、別々にお答えください。

(誰が) 退院調整部門の職員 (医師、看護師、ソーシャルワーカー)

病棟の医師、看護師

患者本人又は家族

(誰に) かかりつけ医

地域包括支援センターの担当者

ケアマネージャー

訪問看護ステーションの担当者

在宅介護事業所の担当者

## 区役所又は出張所の担当者

○退院が決まってから、在宅療養に移行する場合、在宅で医療・介護を提供することになる専門職の方との間で、患者さんの病状・ADL等に関する情報をどのように伝えておられるでしょうか。上記の、「誰が→誰へ」によって異なる場合は、別々にお答えください。複数の方法で情報を伝達する場合は重複回答でお願いします。

- ・入院時に病院に来てもらい、患者さんの状況を見ながら詳しく説明する（口頭）
- ・退院時のカンファレンスに加わってもらう
- ・診療情報提供書（診療情報に関する詳しい書面）を渡す
- ・診断書（上記に比べて簡単なもの）、紹介状等を渡す
- ・検査値のデータを渡す
- ・カルテを引き継ぐ
- ・その他（具体的に）

○退院され、在宅療養に移行された患者さんに対して、退院後も、当該病院の医師が関与することがおありですか。（病気によって異なる場合は、それぞれ別々にお答えください。）

また、それぞれの割合もお答えください。（「大部分」とか「半分くらい」とか「少ない」とかいう答え方でけっこうです。）

- ・退院後は引き続き通院することを勧めている
- ・かかりつけ医と病院の医師の2人体制で患者の治療を行っているといつてよいくらい関与している
- ・複雑な検査等は当該病院で行い、かかりつけ医から相談があれば応じている
- ・ほとんど関与していない

○病院のカルテ（電子カルテ）を、退院後、かかりつけ医や訪問看護師、介護士等が見たり、必要事項を書き込んだりすることができるシステムを導入している地域がありますが、そのようなシステムを導入することにメリットがあるとお考えですか。

（具体的なメリットについて）

○退院後、スムーズに在宅療養に移行するために何が重要とお考えですか。上位3点をお答えください。

（答えの例）

- ・患者、家族の理解（在宅医療の不安解消や大病院志向の是正などを含む）
- ・かかりつけ医とのネットワークの強化
- ・在宅での医療と介護の包括的なケアができるチームの形成
- ・在宅医療（訪問看護を含む）、介護サービスの量的な充実
- ・相談体制の強化
- ・行政の支援の強化（費用面の支援を含む）
- ・制度的な制約の撤廃