

図5 モデル3市における認定率の推移(2013年8月現在)
 (資料) 大分県福祉保健部高齢者福祉課(2013)

モデル3市においては、介護予防拠点の整備を行っており、2012年には九重町、2013年には別府市、津久見市においても事業が開始される。豊後高田市、杵築市では「記名式」ニーズ調査を行い、総合支援事業と併せて介護予防事業を行っている。「記名式」調査の必要性は和光市モデルでも重視されており、その必要性は他の自治体にも理解されつつあるという。

医療との連携に関しては、訪問看護・看護強化連携事業として訪問看護ステーションを中心とした医療と介護の連携推進を検討しており、在宅医療拠点整備事業については2011年に別府市、2012年に日田市、臼杵市、2013年10月以降は全市町村で事業が開始されている。

3-1-2. 「県主導」の意義と効果

大分県下市町村への和光市モデルの導入には、県が大きな役割を果たした。県と市町村の連携については、県が主導する事業に多くの市町村が参加することがわかったことが収穫だったという。また、市町村にとっても県主導の事業ということで、新しい事業にも参入しやすく、中心となる市町村が成果を上げることで、他の市町村も追随するという政策波及効果を持つことも県が主導することの利点である。大分県は2013年度からは広域支援員(モデル市の地域ケア会議実践者)を配置し、地域ケア会議を立ち上げる市町村に派遣し、助言等を行う(2013年9月2日現在22名、派遣実績11回、研修会等への参加者数は延べ1,180名)。地域ケア会議を立ち上げる市町村には和光市から講師を派遣し研修会を行う「地域包括ケアマネジメント研修」も行っており、2013年8月現在で4回開催し951名が参加した。その他にも職員を対象とした地域包括支援センター職員等研修や市町村・地域包括支援センター連絡会議等、職員のアセスメント能力の向上に努めている。また、事業所向け研修(トップセミナー等)も行っている。県には様々な先進的事例が集まるため、

市町村向けに情報提供や事業化することによって県と市町村の連携がスムーズになるという効果もある。

今回の事業によって民間の事業者との連携もはかれるようになったことも県主導の効果といえる。介護予防や地域ケア会議を推進する中で多職種の民間事業者（作業療法士、理学療法士、栄養士、歯科衛生士等）が県レベルで協力するようになった。特に、これまであまり連携のなかった「地域リハビリテーション」との連携ができるようになったことがある。

ただし、まだ課題はある。第一に、作業療法士や理学療法士といったコ・メディカル従事者は県レベルの協会としては協力を得られるものの、個々人は病院勤務であるため、事業者の協力が必要であり、特に大都市である大分市への支援等に問題があるという。また、地域ケア会議に出席する司会者（コーディネーター）やコ・メディカル等は在宅支援や IADL（手段的日常生活動作）の向上に向けた知識が十分出ない場合があり、人材養成に時間を要する。また、本質的な課題として、介護予防は事業者にとっては経営に不利になるために、理解を得るのが困難な場合がある。特に、ケアマネージャーはこれまでの業務の成果が問われるため、地域ケア会議への反発が強いという。最後に、市町村職員、県職員の人材育成が不可欠であり、地域ケア会議の運営等、保険者機能の強化が必要となる。

今後の取組として、大分県は 2013 年度では介護予防についての広報活動を活発化させ、まずは大分合同新聞との連携を行っている。また、大分県下最大の都市である大分市の取組を促進させることが課題となっている。地域ケア会議、介護予防、総合支援事業（ニーズ調査）といった和光市モデルをより多くの市町村に奨励していくことを考えている。

医療との関連では、在宅医療（在宅診療、訪問看護ステーションの取組）と退院時調整の推進を行っていくという。具体的には、退院時調整の経路として 1）入院時から医療機関関係者が「本人の在宅生活」を想像する、2）退院時早期から訪問看護等、関係職員が関与できる、3）ケアプランに自立支援・予防の支援計画が盛り込まれる、4）自立支援・予防を本人・家族・関係者が理解できる、5）通所だけで無く自宅でも取組が継続できる、6）その結果、本人が状態の維持・改善を実感できる、といった経路が望ましいとしている（大分県福祉保健部福祉保健企画課 2013）。そのために、退院時調整が重要であり、医療と介護・在宅の双方を理解する関係者のコーディネートが不可欠となる。退院後の在宅ケアの推進には、ケアマネージャーが訪問看護、リハビリテーション等の活用をはかりながらケアプランを作成、具体的な自立支援につなげることが望ましい。そのような取組を全体で把握するために、各圏域での在宅ケアニーズと対応出来るだけの資源があるかどうかの分析が必要であるという。現在の取組状況は、医療政策課が在宅医療連携拠点事業を展開しており、各圏域での在宅医療拠点の増加をめざし、医療・保健・福祉関係者の関係を強化している。さらに在宅医療を支える看護職員確保定着事業を行っている。また、福祉保健企画課では訪問看護・介護連携強化推進事業として、状態維持・悪化予防を目的とした早期からの訪問、看護の活用を行い介護職員との連携支援を行っている。

2015 年からの第 6 期介護保険事業計画にむけて、1）介護予防、2）在宅の限界に向けた取組を中心考えているという。また、記名式ニーズ調査（基本的に悉皆調査）の全市町村実施に向けた取組、小規模多機能型居宅事業所（複合型事業所）や 24 時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所といった地域密着型サービスの展開、市町村における計画的配置を実施し、在宅支援を強化するという方向性を打ち出している。

3-2. 大分県杵築市の和光市モデル導入の取り組み

杵築市は、大分県の北東部、国東半島の南部に位置し、住民基本台帳人口は 31,224 人(2013

年9月末現在)、世帯数は13,429世帯、高齢者は10,256人と高齢化率は32.9%と高い水準にある。将来推計人口によれば、高齢者人口は2025年に10,030人、2040年には8,584人と減少が見込まれているものの、後期高齢者人口(75歳人口)は2030年まで増加し(6,028人:2010年→6,219人:2030年)、その後2040年には5,529人に減少する。一方高齢化率は増加傾向が続き、2025年には37.0%に達し、その後同水準を維持し2040年には38.2%となる(国立社会保障・人口問題研究所2013)。

要介護認定率の推移は全国や大分県全体の水準に比べ高い水準で推移している。近年の傾向では、2006年に24.8%であった認定率は高齢者人口の増加に反し微減傾向を示し、21%前後で推移している。和光市モデルを導入した2013年度では1.5%程度認定率が低下している。要介護認定者数の推移では、要支援1の認定数が減少傾向にあり、2013年度では、要支援2の減少が目立つ。杵築市における年齢別にみた高齢者人口に占める要介護認定者の割合は、前期高齢者では2.3%から5.8%であるが、75-79歳になると16.2%となり、80-84歳では30.1%、85-89歳で48.6%と半数に達する。

介護給付費は増加傾向にあり、2006年に29億円であったものが、2011年には33.8億円に増加し、第5期計画では年間34.4億円で推移するとしている(杵築市高齢者支援課2013)。これは和光市も出るによる介護予防効果を見込んだものであり、介護給付費は横ばいに抑制できるものとしている。

地域ケア会議では、個別ケースを多職種の専門家が検討することによって地域課題、必要なニーズ量、必要な施策対応を行うことを目的としている。2012年2月から毎週水曜日の午前中に、保険者(計画担当)、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護保険事業所を中心に理学(作業)療法士、栄養管理士、歯科衛生士、保健師等が助言者として参加している。対象となる事例は介護予防給付、介護給付(福祉用具、住宅改修、例外給付)、困難事例、予防介護・日常生活支援総合事業である。保険者・地域包括支援センター・ケアマネジャーの機能強化と人材育成を行いつつ、介護保険制度の理念の追求、地域アセスメント、日常生活圏域ニーズ調査結果、介護予防拠点の整備等を通じて施策に活かすことを目的し、自立支援型のケアマネジメントの確立を目指している。

和光市モデルを参考に2012年2月から地域ケア会議が開催され、2013年3月までに55回273件(1回5件)の事例が検討された。検証プランは、1)予防プラン100件、2)新規予防プラン31件、3)住宅改修等136件、4)困難事例6件となっている。

2012年度の地域ケア会議(47回開催)では、検討件数247件を検討した結果、「改善」事例は64件(26%)であり、「維持」82件(33%)、「悪化」43件(18%)となっている。新規の検討事例(49件)では改善率は23%であり要支援2から1に改善したのが4件、自立1件、要支援1から自立が6件となっている。更新分17件の改善率は11%であり、要支援2から1への改善が2件、二次予防から自立が1件となっている。

和光市モデルの地域ケア会議を実施した成果については、地域包括支援センター、居宅介護支援事務所、サービス事業所それぞれにおいて、自立支援型ケアマネジメントの考え方は浸透してきており、アセスメント能力の向上等の成果がみられ意識改革が浸透したと結論づけている。一方課題としては、さらなるアセスメント能力の向上が求められる他(個人差がある)、会議での助言が実際にプラン変更までつながったかの検証や栄養・口腔ケアに対応する社会資源の不足、医療と介護の連携、認知症の早期発見システムの構築、地域ケア会議の司会者(コーディネーター)の養成などが挙げられている。それらに対応するために研修会の開催や専門職の配置などが立案されている。

今後の介護保険制度の運営について、過疎地域を多くかかえる杵築市の立場から、過疎地域は高齢者数が既にピークを迎えており、地域包括システムが既に実現されていなければ

ばならない。さらに保険者機能が強化される方向に制度が改正されるとすると、市町村間の格差が広がることは避けられず、保険者の能力に左右される懸念があるという。地域包括ケアシステムの構築の方向性としては、「1. 地域包括支援センターの機能強化は最重要課題であり、厚労省の指針通りでは高齢者3千人あたり1ヶ所のセンターを整備することが目安となっている。2. 地方部では高齢者の住宅の確保はできているが、介護等の支援が自宅で受けられる体制づくりが必要となっている。3. 同居の家族がいる場合は最期まで自宅、単独世帯の場合は最期の数週間を在宅支援診療所併設の施設等を利用して介護できる体制を整備する必要がある。4. 人材の確保については、地方で独自に対策を講じている法人等の評価が必要」(杵築市高齢者支援課 2013) といった認識をもっている。さらに、介護サービス効率化・重点化については、軽度者を介護給付サービスから除外する場合は、他の財政負担を行う必要が生じるため整理が必要である(例えば、機能改善を目的とした通所、訪問介護の場合、地域支援事業に切り替える等)。地域ケア会議を主体とした自立支援型ケアマネジメントの実現のためには、介護従事者の意識改革やリハビリテーション技術を取得する等研修体制の整備や専門員の資質向上が基本であり、研究体制の整備を行っている。介護従事者の専門性向上を目指した研修体制は、市町村が研修を行えるようなカリキュラムやテキストの作成、講師養成のための検討会議の設置を大分県や関係する職能団体に協力要請を行っており、大分県(高齢者福祉課)、大分県リハビリテーション支援センター、理学療法士協会、作業療法協会、言語聴覚士協会、栄養士会、歯科衛生士会、杵築市が参加し検討を行っている。最後に、認知症対策については初期、軽度の早期発見体制を構築する必要があり、医師による健診制度等を導入する必要があるかもしれないとしている。

杵築市では、2012年10月から二次予防事業の通年開催、要支援卒業者の受け皿として介護要望・日常生活支援総合事業を開始している。その背景として、「1. 要支援卒業者の受け皿づくり(自立支援型ケアマネジメントの補完機能)、2. 次期制度改正への事前準備(軽度認定者の介護給付からの除外への対応)、3. 介護保険事業所の運営を自立支援型の運営に方針転換(関係者の意識改革)、4. 地域包括ケアシステムを構築する社会資源の維持と不足している資源の開発」(杵築市高齢者支援課 2013) が挙げられている。それに伴い介護予防給付の見直しを実施し、居宅サービスの15.8%にあたる193,000千円を予防サービスに充て、訪問介護と通所介護費用の一部をインフォーマルサービスとして、配食サービス、軽度生活援助事業、生きがい活動支援通所事業に充てて予算を整理した。

対象者は要支援1・2、二次予防事業対象者となる。内容は、通所型、訪問型に分けられ、対象に適したメニューを要旨される。二次予防事業対象から卒業した対象者は一般高齢者向け福祉サービスを受けることができる。サービスは介護保険事業所やNPO法人が担っている。

さらに対象者のスクリーニングと財政負担の整理を行い、保険給付で対応する要支援者からスクリーニング・卒業・移行した場合、総合事業で介護予防サービスを地域支援事業で対応、さらにそこから卒業した高齢者については高齢者福祉サービスや一次予防事業・高齢者サロン等を一般会計負担や自己負担で対応するよう整理している。

杵築市の地域包括支援システムの現状は、「1. 居宅サービス事業所(通所系・訪問系)はいずれも、需要量を供給量が大幅に超過している。2. 介護保険3施設(特養、老健、療養病床)については、緊急性を要する待機者は殆どいない。3. ショートステイの利用率が下がっている(緊急な利用希望にほぼ100%対応できている)。4. 地域包括ケアシステムを構築する介護保険関係施設は充足している。5. 不足しているのは、在宅医を含めた医療側の体制整備と連携強化の必要性に対する理解・互助による高齢者の生活支援シス

テムの整備（移動手手段対策）」（杵築市高齢者支援課 2013）であるという。通所型事業所のあり方については「1. 預かり機能（レスパイト）に特化したサービス、2. 機能訓練を中心とした自立支援の要素の強いサービス・運動機能向上 ・口腔機能向上 ・栄養改善、3. 専門性を持って認知症ケアに特化したサービス、4. ナーシング機能を持つサービス、5. ふれあい・交流目的（閉じこもり予防）を中心」（同）に行うことを目指している。介護保険入所施設では、「1. 特別養護老人ホームでも在宅復帰を目指す、2. 多死社会を迎えた現代では、施設での看取りが不可欠になってきている（看取りに関する職員研修の開催）、3. 終末期医療について、本人、家族との合意形成（施設（法人）としての倫理委員会の設置、例えば胃瘻ゼロを目指す）、4. 入所施設でも尊厳と自立支援の考えは同じ」（同）としている。

杵築市の地域課題については、「1. ケアマネージャー、介護従事者のアセスメント能力の向上、2. 栄養・口腔ケア（指導）に対応するサービス基盤の整備、3. 医療と介護の連携機能の強化、4. 認知症初期段階の早期発見対策、5. 利便性の高い負担の低い移動手手段対策」（同）があり、対応を検討している。

3-3. 大分県豊後高田市の和光市モデル導入の取り組み

豊後高田市は大分県の北東部、国東半島の西側に位置し、南は杵築市と接している。人口は2010年時点で23,906人、高齢者数は8,271人、高齢化率は34.7%である。

2012年9月30日時点の要介護認定率は17.2%となっており、大分県における要支援悪化率が18市町村中17位と低迷している。2011年3月末における認定者数は1,683人で要支援者が466人、要介護者が1,217人である。2012年3月末は1,647人と微減したものの同水準にある。2013年3月末では、和光市モデルの導入後の測定ということもあり、認定者数は1,464人と減少している。特に要支援の認定者が減少していることがわかる。その要因は後にデータでみるが、症状の改善による減少が多いことによる。

介護給付費は2009年度に25億1,778万6,675円であったものが2010年度には26億6,597万7,702円と5.9%の増加になっており、2011年度では財政安定化基金を借り入れし、26億2,403万6,271円と1.6%の減少、さらに2012年度は26億1,946万2,356円となっている。介護保険料は第4期4,240円であったものが第5期では5,240円となっている。

豊後高田市ではこのような介護財政の悪化や要支援悪化率の低迷、健康寿命の低迷（大分県18市町村で17位、男性75.38年、女性79.18年）をふまえて、65歳以上の在宅の高齢者（要介護3～5の方は除く）に対して、生活機能、生活課題、高齢者向けサービスに対するニーズ量の把握を目的として悉皆調査を2012年10月に実施した。

調査項目には、家族や生活状況、生活機能、外出、運動・転倒予防、栄養・食事・口腔、記憶、日常生活動作、社会参加、健康、保健福祉サービスといったものがある。

回収結果、一般高齢者6,652人に対し5,555人の回答（有効回答率83.5%）、要支援・要介護者783人中574人の回答（同73.3%）の回答が得られた。調査結果は各項目を地域ごとにまとめられ、各地域における施設の配置やニーズ量がまとめられ、評価指数を用いて各地域の比較ができるような工夫もされている。

調査を行った結果、要予防者は2,243人で全体の38.6%、これは全国の37.0%よりも高い水準にある。その他、運動機能低下、閉じこもり傾向も全国よりも高く、高血圧、脳卒中、糖尿病の有業率も同様であることがわかった。このような結果をふまえて、豊後高田市では、介護予防・日常生活支援総合事業への移行を目指し、自立指向強化型の教室の実施箇所の増加等の取組を行っている。また、多職種の意見を取り入れた自立志向型の支援を目指すために、和光市モデルの地域ケア会議で個別課題・地域課題の洗い出し、担当者

の能力向上のための OJT 機能を強化した。さらに、市民向けの介護保険の啓蒙や予防の自助努力の呼びかけ、自治会、老人クラブ、サロン等への出前講座も行っている。

具体的な事業として「元気アップ教室」（自立指向強化型）があり、これはニーズ調査で把握された予防対象者向けの事業であり、個人ごとに異なる課題を目標に設定し改善を目指す取組である。具体的には、3ヶ月ごとに地域ごとに実施し、短時間集中型の運動となっている。通所サービスで行い、視察対象であった「真寿苑」でも行われている。

豊後高田市の地域ケア会議は 2012 年 2 月から開始され、第 2、第 4 木曜日に実施している。会議には保険者の他、地域包括支援センター、県保健所、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、市福祉、市保健師担当の介護支援専門員、サービス提供責任者が参加する。和光市の東内講師を招くなど和光市モデルを取り入れた会議となっている。

地域ケア会議やニーズ調査、介護予防事業の展開による要支援認定者の変化についてみると、和光市モデル導入前の 2011 年 4 月から 2012 年 3 月までの変化では、要支援 1 の改善は 7%、維持 49%、悪化 40%、要支援 2 では改善 19%、維持 59%、悪化 18%と維持や悪化の割合が高かったが、2012 年 4 月から 2013 年 3 月までの変化をみると、要支援 1 の改善は 37%、維持 32%、悪化 27%と改善するケースが増え、同様に要支援 2 も改善 32%、維持 47%、悪化 20%となっている。また取組が始まったばかりではあるが、多職種を含め様々な角度から個別事例を検討することや、専門家の意識の統一、介護予防事業の展開によって、好循環が生まれつつあることが確認できる。

その他の取組では、地域サロンの設置推進（181 自治会中 48 ヶ所で実施）、地区の社会福祉協議会との連携による地域支え合い組織の設置と内容の充実、ラジオ体操やウォーキング（健康マイレージ制度）、健診・健診受診の勧奨の強化、高齢者向け教室、イベント等を複合的に行っている。

D. 考察およびE. 結論

本稿では、大分県が主導して介護予防と地域ケア会議の先進事例である和光市モデルを県下の市町村に導入した事例について、ヒアリング調査結果をもとに概要をまとめてきた。政策評価の観点から、各自治体がどのように成果を評価しているか、どのような評価が可能かについて最後に考察してみたい。

第一に、大分県やモデル 3 市では、高齢化がすでに進行しており、今後の高齢者人口の増加（とくに後期高齢者）と介護費用の増大に危機感を抱いていることから、先進事例の導入に踏み切ったことが伺い知れる。その意味で、各自治体が要介護認定率の低下や介護保険費用の低下をその成果の一つとして掲げていることは政策効果を示す指標の一つとして考えられる。

ただし、和光市モデルの要点は自立支援型のマネジメントにあるため、他職種による地域会議によるケアプランの見直しや介護予防事業を立ち上げることによる、住民の支援度・介護度の改善率をその効果として掲げることが政策のアウトカムとして最重要な成果として考えることができるだろう。介護認定率の低下や介護保険費用の低下を主要な指標として用いることは、福祉の切り捨てと誤解される可能性もあることから、介護保険事業の理念に立ち戻り、住民の QOL の向上を最重要指標とし、健康度の伸長を目標とした政策効果のあり方が重要であるといえる。

また、各自治体が示しているように、職員の意識の改善もまた重要な政策効果である。ただし、これは各担当の実感ベースのため、なかなか定量的な評価は難しい。さらに政策過程の観点からは、介護保険事業と介護予防事業といった予算が異なる部署や病院からの退院調整などを行う医療に係る部署との連携・統合など所内体制の整備も政策評価の対象

となるため、画一的なアプローチでは不十分であり、複合的な評価が求められる。

大分県の取り組みは3市から始まり、現在では2市村を除く自治体において和光市モデルの導入が行われていることから、大分県の和光市モデルの政策導入は政策過程論の枠組みからいえば政策波及効果が高いと評価することができる。ただし、政策効果の評価にはある程度継続した観察が必要であることから、定量的な評価については今後の課題とし、継続的にその導入過程やアウトプット（資源の投入）とアウトカム（支援度・介護度の改善、健康寿命の伸長等）の観察を行っていききたい。

【引用文献】

- Rossi, H. P., Lipsey, W. M. and Freeman, E. H. (2004) “*Evaluation: A Systematic Approach*” 7th ed., Sage Publications, 大島巖, 平岡公一, 森俊夫, 元永拓郎 (監訳) (2005) 『プログラム評価の理論と方法 システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』, 日本評論社.
- 大分県福祉保健部高齢者福祉課 (2013) 「大分県における介護予防を中心とした地域包括ケアシステムの取り組み」報告資料.
- 大分県福祉保健部福祉保健企画課 (2013) 「大分県の地域包括ケア・在宅医療推進における医療と介護の連携の課題」報告資料.
- 杵築市高齢者支援課 (2013) 「地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み～第6期介護保険事業計画策定に向けて～」2013年10月9日報告資料.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2013) 『日本の地域別将来推計人口 (平成25年3月推計)』.
- 総務省行政評価局 (2010) 「政策評価Q&A」(政策評価に関する問答集).
- 田淵雪子 (2010) 「地方自治体における行政評価 12年の歩みと今後の展望」三菱総合研究所 『三菱総合研究所所報』 No. 53, pp. 30-53.
- 豊後高田市 (2013a) 「豊後高田市の取組について」報告資料.
- 豊後高田市 (2013b) 「平成24年度高齢者実態調査」報告資料.
- 三菱総合研究所 (2009) 「地方自治体における行政評価等への取り組みに関する実態調査」結果概要.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」

平成 25-27 年度総合研究報告書

在宅医療の現状と課題

研究協力者 西森和寛（元国立社会保障・人口問題研究所 室長）

【研究要旨】

目的：在宅医療の現状について、制度、統計、先駆的事例の3方向から明らかにし、あわせて現状を踏まえた今後の推進策の課題を明らかにすること。

方法：在宅医療の制度、統計については、各種政府公表資料から把握し、先駆的事例については、柏市、仙台往診クリニック、あおぞら診療所新松戸および桜新町アーバンクリニックのヒアリング結果並びにそれらの関連文献調査を行った。

結果：在宅医療の制度については、①都道府県医療計画と市町村介護保険事業計画の両方から推進されていること、②在宅医療連携拠点事業（2012年度まで）、地域医療再生計画の在宅医療推進事業（2013年度まで）と切れ目ない推進予算が付いていること、③在宅療養支援診療所を診療報酬上高く評価し、かつ機能強化型にはさらなる評価がされていることがわかった。

在宅医療の統計については、①在宅療養支援診療所届出数が増加する一方で訪問診療実施機関数はほぼ横ばいであること、②在宅医療の患者数はここ数年伸びていること、③在宅死亡者数は、絶対数で見れば2004年以降伸びているが、死亡者総数が伸びているため、在宅死亡率で見ればほぼ横ばいであることなどがわかった。

在宅医療の先駆的事例については、①市町村が主体となった、各職能団体の代表者等による、システムチックな在宅医療推進の取組や、②先駆的診療所における重症患者対応、院内カンファレンスにおける多職種連携、ディクテーションなどのICT活用などによる医師負担軽減の取組を把握した。

考察・結論：本稿の結果から、在宅医療については、自治体と事業者それぞれに対して様々な支援制度があること、在宅医療は患者数や自宅死亡数の増加など対策の効果が出つつあること、参考にすべき先駆的事例もあることがわかった。一方で、今後団塊世代が後期高齢者になることによる今後の死亡者数の伸び、本人の希望を考えた時には、これまで以上のさらなる在宅医療の推進が求められている。

今回の研究により、在宅医療連携拠点事業など在宅医療の推進手法については、かなり研究および実践が進んでいることがわかったので、むしろ、その取組の前後、すなわち、いかにそうした取組に関係者、特に市町村と医師会の協力・参加を得られるようにするか、いかにそうした取組を在宅患者数の増加などの成果につなげられるかが課題になっているとして、問題提起と解決案の提示を行った。

A. 目的

地域包括ケアシステムにおいて、「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援・福祉サービス」と並んで5つの要素の一つであり、2014年度診療報酬改定のみならず、2014

年通常国会に提出された医療・介護制度改正の一括法案（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案（2014年2月12日閣議決定・国会提出））でも「医療・介護の連携」や「在宅医療の推進」の位置づけが非常に高く、地域包括ケア提供体制研究において、在宅医療は欠かせないテーマである。

また、在宅医療の推進については、これまでも2006年の医療構造改革や、2012年の診療報酬・介護報酬同時改定といった比較的近年に大幅な制度改正が行われており、1992年の医療法改正などをスタートとすれば、「国が政策課題として取り上げて以来、少なくとも20年以上の歴史がある。」（島崎(2012)）。もっとも、これらを解説した行政資料は網羅性が高いものの、前提知識が必要であったりしてポイントがつかみにくく、在宅医療の好事例集も厚生労働白書など様々あるものの、国が進めている在宅医療推進施策とどうつながるのかははっきりしなかったりするものが多い。

こうしたことから、在宅医療の現状についてポイントを絞って整理して紹介することも意味があると考え、本稿では、在宅医療の現状を制度、統計、先駆的事例の3方向から明らかにし、それらから見えてきた今後推進していく上の課題を明らかにする。

なお、本稿では在宅医療一般ではなく主として診療所の在宅医療のみを取り上げており、他の在宅医療形態である、病院の在宅医療、訪問看護、在宅歯科診療、訪問薬剤管理および訪問リハについてはほとんど立ち入らない。

B. 方法

在宅医療の制度については、在宅医療・介護推進プロジェクトチーム(2013)を中心に、根拠となる法令・通知などを調査した。在宅医療の統計については、中央社会保険医療協議会(2013)を中心に、医療施設調査(静態)や患者調査など出典にさかのぼって調査した。先駆的事例については、柏市、仙台往診クリニック(仙台市)、あおぞら診療所新松戸(松戸市)および桜新町アーバンクリニック(世田谷区)に直接ヒアリングを行うとともに、過去にそれらの活動を取り上げた文献の調査を行った。

C. 結果

1. 在宅医療の制度

厚生労働省の関係局長級が2013年5月にとりまとめた在宅医療・介護推進プロジェクトチーム(2013)の分類に従い、「計画」、「予算」、「報酬」の順に述べる。なお、この章の内容は、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」、「平成26年度予算政府案」(2013年12月24日閣議決定)および「平成26年度診療報酬改定」(2014年2月12日中央社会保険医療協議会答申)による改正は施行前のため立ち入らない。

(1) 計画(医療計画、介護保険事業計画)

①医療計画

医療計画は医療法(昭和23年法律第205号)第5章第2節に基づき都道府県が定めな

なければならない医療提供体制の確保を図るための計画で、2013年度からの5年間の計画となっている。記載事項は法律上列挙されており、2006年の医療構造改革により新設された、数値目標および医療連携体制の記載が義務なのは、いわゆる5疾病・5事業に限られ、在宅医療については、「居宅等における医療の確保に関する事項」の記載が義務であり、数値目標および医療連携体制の記載は義務ではない。

実際は、医療法に基づく技術的助言である局長通知（「医療計画について」平成24年3月30日医政発0330第28号）において、社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日閣議決定）の提言を受ける形で、新たに今期から、在宅医療も数値目標および医療連携体制を記載すべきものとされた。また、局長通知を受けた課長通知（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」平成24年3月30日医政指発0330第9号）の中で、5疾病・5事業と同様に、今回新たに「在宅医療の体制構築に係る指針」が示された。

同課長通知においては、在宅医療の現状、目指すべき在宅医療連携体制の方向性を示した上で、各都道府県に対して連携体制構築のための手順として、①現状の把握、②圏域の設定、③連携の検討、④課題の抽出、⑤数値目標、⑥施策、⑦評価、⑧公表を行うよう求めている。

②介護保険事業計画

介護保険事業計画には、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づき市町村が定める「介護保健事業に係る保険給付の円滑な実施に関する」介護保険事業計画と、都道府県が定める「介護保健事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する」介護保険事業支援計画があり、第6期計画は2012年度からの3年間となっている。記載事項は法律上列挙されており、在宅医療関係では、介護保険事業計画においては第6期から新たに、地域の実情に応じて優先的に取り組むべき事項（重点記載事項）として、「医療との連携に関する事項」が法律上規定されたが、介護保険事業支援計画には法律上規定がない。

（2）予算

在宅医療・介護推進プロジェクトチーム（2013）では、在宅医療・介護関係として25の事業名が列挙されている。それらの事業は、金額も数千万円のものから数百億円のものもあり、在宅医療に限るものから在宅医療でも使えるものまでである。本稿では、在宅医療により焦点を当てたもので、金額も大きくよく言及される事業として、「地域医療再生基金の在宅医療推進事業」と、2012年度限りで小児を除き打ち切りとなった「在宅医療連携拠点事業」を取り上げる。

①在宅医療推進事業

地域医療再生基金は、2009（平成21）年度補正予算（2,350億円）で新設され、2010（平成22）年度補正予算（2,100億円）、2011（平成23）年度補正予算（720億円）、2012（平成24）年度予備費（380億円）、2012（平成24）年度補正予算（500億円）と基金を拡充し、総額6,150億円である。

地域医療再生基金は、都道府県が地域医療再生計画を策定し、厚生労働省の有識者会議（地域医療再生計画に係る有識者会議）が計画を審議し、交付金を交付するものである。

地域医療再生計画の計画期間は、震災関係の 2011 年度補正予算と 2012 年度予備費が原則 2015 年度末まで、それ以外は原則 2013 年度末であるが、2013 年度末までに開始した事業も承認を得れば基金の使用は可能である。

地域医療再生計画の対象事業は、2009 年度補正予算は 2 次医療圏単位、2010 年度補正予算は都道府県単位、2011 年度補正予算と 2012 年度予備費は震災復興、2012 年度補正予算は①災害時の医療の確保事業、②医師確保事業、③在宅医療推進事業である。震災復興の 2011 年度補正予算と 2012 年度予備費を除き、全都道府県が対象である。

在宅医療との関係では、地域医療再生計画上、在宅医療推進事業が必須となったのは 2012 年度補正予算が最初であるが、2009 年度補正予算や 2010 年度補正予算でも 2 次医療圏ないし都道府県の課題として在宅医療の事業が含まれており、例えば、今回ヒアリングを行った柏市の在宅医療推進事業の一部は、2009 年度補正予算の千葉県地域医療再生計画に組み込まれている。

②在宅医療連携拠点事業

在宅医療連携拠点事業は、2011 年度に 10 カ所（本予算 1.1 億円）（10 カ所とも 2012 年度も実施）、2012 年度に 105 カ所（本予算 20.6 億円）実施された、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すためのモデル事業である。

2012 年度は全都道府県で実施し、その内訳は、自治体 14 カ所（うち 1 つは都道府県）、医師会等医療関係団体 16 カ所、病院 32 カ所、診療所 29 カ所、訪問看護ステーション 10 カ所、その他（薬局、NPO 法人等）4 カ所となっている。実施団体は、2012 年度末に、①地域の医療・福祉資源の把握および活用、②会議の開催、③研修の実施、④24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築、⑤患者・家族や地域包括支援センター・ケアマネージャーを対象にした相談窓口の設置、⑥効率的な情報共有のための取組、⑦地域住民への普及啓発という共通の 7 つの視点で成果報告書を作成している。今回ヒアリングを行った柏市および仙台往診クリニックは 2012 年度の事業受託をしている。

当該事業は、2012 年 11 月 17 日の行政刷新会議「新仕分け」において、『地域包括支援センター事業との整理やモデル事業の位置づけの明確化を含め、事業内容を抜本的に見直す。』とされたことから、在宅医療連携拠点事業は平成 25 年度から小児等在宅医療の 8 カ所（1.7 億円）（いずれも都道府県）に大幅縮小し、小児以外の在宅医療連携拠点事業は、上記の在宅医療推進事業が担うことになっている。

（3）報酬

在宅医療の診療報酬は、過去在宅医療推進のために何度も改正された結果、多くの診療料や例外規定があり、さらに介護報酬との関係も加わり、大変複雑なものとなってい

る。在宅医療・介護推進プロジェクトチーム(2013)では、往診料および在宅患者緊急入院診療加算の診療報酬改定並びに介護報酬改定まで言及しているが、本稿では、「在宅医療を行う医療機関の経営の柱となる診療報酬である」(永井(2012))在宅における医学管理料(在宅時医学総合管理料(在医総管)および特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管))に絞って取り上げる。

①在宅における医学管理料の概要

在宅における医学管理料は、医科点数表(「診療方法の算定方法の一部を改正する件」(平成24年厚生労働省告示第76号)による改正後の「診療方法の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表)C002およびC002-2に規定されている。通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、月1回に限り算定できる。経緯としては、まず2006年に、在医総管(C002)の在支診の有無別が新設され、次に2010年に、特定施設の指定を受けたいわゆる介護付ケアハウス等で新たに医学管理料が請求できる特医総管(C002-2)が新設され、さらに2012年には、より評価の高い在支診である、機能強化型在支診(有床)と機能強化型在支診(無床)が新設された。表に示すと以下のとおりである。

表1 在医総管および特医総管の点数一覧(処方せんを交付する場合)

	在医総管	特医総管
機能強化型在支診(有床)	5,000点	3,600点
機能強化型在支診(無床)	4,600点	3,300点
従来型在支診	4,200点	3,000点
在支診でない	2,200点	1,500点

②施設基準

①で述べた、在支診、在医総管や特医総管として請求するためには、地方厚生局への届出が必要であり、その基準が施設基準通知(特掲診療料の施設基準及びその届出の手続きの取扱いについて(平成24年3月5日保医発0305第3号))別添1に規定されている。

従来型在支診は別添1第9(3)に規定されている。主な要件は、①当該診療所による24時間連絡の取れる体制、②連携医療機関や訪問看護ステーションを含めた24時間往診可能体制、24時間訪問看護可能体制および緊急入院受け入れ体制、③緊急往診や看取り数などの年1回報告の3つである。

機能強化型在支診は別添1第9(1)に強化型在支診、別添1第9(2)に連携強化型在支診が規定されている。機能強化型在支診では、従来型在支診に加えて、①常勤医師3名以上、②過去1年間の緊急往診5件以上、③過去1年間の看取り2件以上が加わる。強化型在支診では当該診療所のみで基準を満たす必要があるが、連携強化型在支診

については、緊急連絡先の一元化と月 1 回以上の定期的カンファレンスを行えば、単独で要件を満たさなくても算定できる。また、有床の有無についても、強化型在支診では当該診療所が有床診療所である必要があるが、機能強化型在支診では連携医療機関のうち一つが有床診療所であれば、連携医療機関すべてが有床として請求できる。

在医総管と特医総管は、施設基準は共通で別添 1 第 15 で規定されている。主な届出事項は、緊急時の連絡・対応方法についての患者等への文書による説明である。

2. 統計

在宅医療の統計については、2014 年診療報酬改定について審議した中央社会保険医療協議会(2013)で網羅的な整理がなされている。本稿では、それを基本としつつ、出典に当たり、関連統計も加えた形で、在宅医療実施機関数、在宅医療患者数、在宅看取り数の順に取り上げる。

(1) 在宅医療実施機関数

厚生労働省大臣官房統計情報部で 3 年に 1 度行っている全医療施設を調査対象とした医療施設調査(静態)では、在宅医療サービスの実施状況も調査している。

最新の 2011 年の調査結果によれば、一般診療所のうち 19,950 施設(一般診療所全体の 20.4%)が在宅患者訪問診療を同年 9 月中に最低 1 回は行ったと回答している。2011 年の調査は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏および福島県が調査対象から外されているので割合で過去の調査と比較すると、2002 年が 17.8%、2005 年が 17.4%、2008 年が 19.7%であり、ほぼ横ばいであると言える。

在支診の届出数は、保険局医療課調べによると、最新の 2012 年には 13,758 施設(一般診療所全体の 13.7%)になっており、制度発足時の 2006 年 9,434 施設(一般診療所全体の 9.6%)に比べ、施設数で約 1.5 倍に増加している。なお、機能強化型在支診は、2012 年現在 2,825 施設となっている。

(2) 在宅医療患者数

厚生労働省大臣官房統計情報部で 3 年に 1 度行っている医療施設を対象とした抽出調査である患者調査では、在宅医療の状況も調査している。

最新の 2011 年の調査結果によれば、一般診療所で在宅医療を受けた推計外来患者数は 7.89 万人/日(一般診療所の推定外来患者全体の 1.9%)、となっている。2011 年の調査は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏および福島県が調査対象から外されているので割合で過去の調査と比較すると、2002 年が 1.3%、2005 年が 1.3%、2008 年が 1.6%であり、2005 年から約 1.5 倍に在宅医療患者割合が増加している。

なお、在宅医療患者数の数字としては、ほかに、内閣官房社会保障改革担当室(2011)がある。それによると、「在宅医療等」患者が 2012 年度は 17 万人/日、2025 年度には現状投影シナリオで 21 万人/日、改革シナリオでは、改革により疾病や状態像にふさわしい医療・介護のサービスを受けたとした場合、在宅医療利用者数が約 1.4 倍程度増加す

ることが見込まれるとして、29万人／日とされている。

上記の患者調査と数字が2倍ほど異なるが、内閣官房社会保障改革担当室(2011)の在宅医療患者数は、一般診療所に限らないのに加え、審査支払機関において処理された診療報酬明細書のデータを元にした「医療費の動向(MEDIAS)」も用いた推計であるため、一致しない。

在支診の在宅医療患者数は、保険局医療課調べによると、最新の2012年には1施設あたり65.8人になっており、2009年の同38.4人に比べ、約1.7倍に増加している。在宅療養支援診療所の総患者数は2012年には90.5万人となり、2009年の45.9万人に比べ、約2倍となっている。

この90.5万人の比較対象として、例えば、診療報酬上の訪問診療の要件は、「寝たきりまたはそれに準ずる状態で通院が困難な方」であり、一概には比較できないが、介護保険で中重度としている要介護3以上と比較すれば、2012年3月末現在で199万人(介護保険事業状況報告)となっている。

(3) 在宅看取り数

(1)で述べた医療施設調査(静態)にて、2008年から在宅医療サービスの実施状況の項目に在宅看取りを新設している。

最新の2011年調査では、一般診療所のうち3,280施設(一般診療所全体の3.3%)が在宅看取りを同年9月中に最低1回は行ったと回答し、1か月の総在宅看取り数は5,574名(同じ時期の死亡者総数の6.1%)である。2011年度の調査は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏および福島県が調査対象から外されているので割合で過去の調査と比較すると、2008年の在宅看取り数の割合は5.4%であり、2008年から約1.1倍に割合が高まっているが、ほぼ横ばいである。

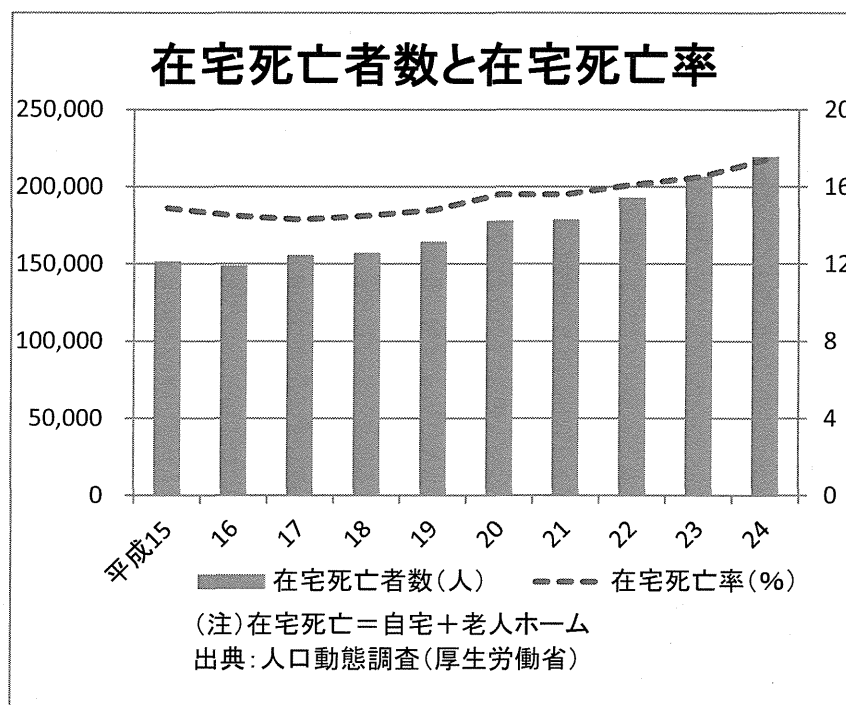
在宅療養支援診療所については、保険局医療課調べでは、2012年7月1日現在、厚生局に報告があった在宅療養支援診療所のうち、強化型在支診の91.1%、連携強化型在支診の77.5%、従来型在支診の51.4%が過去1年間に自宅死亡1名以上と回答している。

また、在宅看取りの進捗を測る指標として、自宅死亡者数を指標にすることが多い。人口動態調査で全死亡者の死亡場所を、①病院、②診療所、③介護老人保健施設、④助産所、⑤老人ホーム、⑥自宅、⑦その他の7分類で集計している。このうち、診療報酬上、在医総管ないし特医総管が算定できる範囲にほぼ相当する老人ホームと自宅をあわせて在宅死亡者とする、平成24年は219,506人であり、全死亡者数の17.4%(自宅に限れば12.8%)である。表は在宅死亡者数と在宅死亡率の過去10年の推移である。在宅死亡者数は、絶対数で見れば2004年以降伸びているが、死亡者総数が伸びているため、在宅死亡率で見ればほぼ横ばいである。

在宅看取り希望に関しては、「終末期医療に関する調査」(厚生労働省)が一般国民、医師、看護職員および介護施設職員を対象にして、また、「高齢者の健康に関する調査」(内閣府)が55歳以上を対象にして、それぞれ5年に1回、最期を迎えたい場所を聞いて

ており、いずれも 50%をやや超える人が自宅死を希望し、施設希望は 10%以下である。

一方、少し古いが、医療経済研究機構(2002)における、スウェーデン(1996 年)、オランダ(1998 年)、フランス(1998 年)の死亡場所の調査によれば、自宅死がそれぞれ 20.0%、31.0% (ただし「その他」死も含む。)、24.2%、自宅死とナーシングホーム・ケア付き住宅の死亡をあわせた在宅死がそれぞれ 51.0%、62.5%、35.0%となっている。



3. 先駆的事例

本研究では、2013 年度に在宅医療の先駆的事例として、自治体として柏市、事業所として仙台往診クリニック(仙台市)、あおぞら診療所新松戸(松戸市)、桜新町アーバンクリニック(世田谷区)について、現地ヒアリングなどを行った成果を取り上げる。

(1) 柏市

柏市は都心から 30 キロ圏内の人口約 40 万の中核市である。

柏市の在宅医療の取り組みについては、松本直樹(2013)が最も詳しいが、それ以外でも、2013 年だけでも、厚生労働白書(2013 年版)、平成 25 年度在宅医療・介護連携推進事業研修会(国立長寿医療研究センター、10 月 22 日)、社会保険旬報(12 月 21 日号)などに取組が掲載されるなど、非常に有名である。柏市は 2012 年度在宅医療連携拠点事業を受託し、提示された 7 つの視点のほぼすべてについて取組が行われている。本稿では網羅的に紹介するのではなく、今回ヒアリングを通じて特徴的であった、①市町村主体の取組、②関係代表者との連携、③システムチックな取組の 3 点についてポイントを絞って述べる。

①市町村主体の取組




柏市の在宅医療の取り組みの最大の特徴は、市町村が積極的に関与している点である。例えば、1（2）②で述べた在宅医療連携拠点事業においては、全国で105カ所実施したものの、自治体は14カ所に過ぎない。柏市では、住み慣れた地域（日常生活圏域）におけるサービスの「面」的整備の必要性、介護保険行政との連携・調整の必要性から、市役所が中心となって取り組むこととなった。具体的には、介護保険部局に専属の福祉政策室を設置し、2012年度からの介護保険事業計画において在宅医療の推進を位置づけている。

上で述べた在宅医療連携拠点事業の総括報告書（厚生労働省医政局指導課在宅医療推進課、2013年10月）の考察でも、実施事業主体構成比に反して、市町村主体の在宅医療推進の重要性について1ページ以上にわたり一番多く述べており、逆に言えば、いかに市町村主体の在宅医療推進の少なさ、難しさを物語っているといえる。

②関係代表者との連携

柏市では、在宅医療推進体制として、5つの会議（医療WG、連携WG、試行WG、10病院会議、顔の見える関係会議）を開催しており、いずれも市が事務局機能を担っている。

このうち、連携WGは主治医－副主治医制および多職種連携のルールについて議論する場であるが、医師会からは在宅プライマリケア担当理事や介護保険担当理事だけでなく会長や副会長も構成メンバーとなっており、歯科医師会からは会長と担当理事、訪問看護連絡会からは会長と副会長、介護支援専門員協議会は会長と副会長といったように、各医療・看護・介護の職能団体の代表者が集まっている。これだけの各職能団体の代表者等が在宅医療をテーマに一堂に会する機会が2010年7月から定期的にあるということは、医師会の協力があつたにしても、かなり珍しい。

市町村が主体性を持った在宅医療推進の体制	
在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会を主軸とした関係者と話し合いを進めることが必要。 → システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置。	
(1) 医療WG 医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論	(2) 連携WG 医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う。
(3) 試行WG 主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づき、試行と検証を行う。	(4) 10病院会議 柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論。
(5) 顔の見える関係会議 柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;">    </div>	

出典：柏市保健福祉部福祉政策室(2013)「柏市における長寿社会のまちづくり」厚生労働省老健局『第2回都市部の高齢化対策に関する勉強会』(2013年6月)

③システマチックな取組

柏市の取組としては、①主治医－副主治医制の構築（情報共有システムの構築も含む。）、②在宅医療研修（千葉県地域医療再生基金事業）の実施、③市民への啓発、さらに、④患者が病院から在宅に戻る際の調整支援機能や研修機能などを担う地域医療拠点の建設が現在進行中であり、2014年4月にも運営開始予定とのことである。

このうち、主治医－副主治医制は主治医とそれを補完する医師とが協力して訪問診療するものであるが、そのコーディネート窓口を市役所が担うことで「面」的整備が図られており、試行WGが試行と検証を行っている。

効果として、在宅療養支援診療所が2010年に比べ11カ所増の26カ所となり、主治医－副主治医制の症例が30近くとなっている。

(2) 仙台往診クリニック（仙台市）

仙台往診クリニックは、1996年開業の常勤医師6名、非常勤医師11名、看護師8名、在宅患者数約550名、年間在宅看取り数約110～150名の在宅医療専門の強化型在宅診療である。

仙台往診クリニックの取組は、すでに厚生労働省(2007)などの文献もあるが、特に、重症患者の多さが特徴的である。

仙台往診クリニックでは、訪問診療医は形を変えた病棟医であるととらえている。重症患者数の数では、仙台往診クリニックの在宅患者数を、病院の病床数が同規模のものと比較すれば、人工呼吸器、酸素吸入、胃瘻経管栄養いずれも同等ないしそれ以上の数値を示している。その工夫として、夜間には当番医の携帯電話に直接連絡が入るようにする、気管カニューレが外れた場合の挿入方法など多く想定されるものについては利用者の家族やヘルパー等も事前に習得してもらう等を行っている。これらの工夫により、訪問看護、障害者制度、介護保険、県単独事業などを利用して独居重症高齢患者でも在宅生活を行うノウハウを有している。診療報酬上も重症患者に対しては加算等を行っている。

(医療処置の医療機関比較)

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S市Iセンター	698	10	62	64	20
東北KN病院	500	6	72	40	20
SK病院	383	17	35	27	5
仙台往診クリニック	550	46	100	15	120

出典：川島孝一郎(2013)所内講演会資料(2013年9月)

独居+全身麻痺+骨髄で暮らす制度が既にある
(男性)の週間スケジュール

	0:00	8:00	12:00	16:00	20:00	24:00
月	職員訪問 介護	職員訪問 介護 2人制	訪問看護 介護	職員訪問 介護	職員訪問 介護	職員訪問 介護
火	職員訪問 介護	職員訪問 介護 2人制	訪問看護 介護	職員訪問 介護	職員訪問 介護	職員訪問 介護
水	職員訪問 介護	職員訪問 介護 2人制	訪問看護 介護	職員訪問 介護	職員訪問 介護 入浴車	長男対応
木	長男対応	職員訪問 介護	職員訪問 介護 2人制	訪問看護 介護	職員訪問 介護	職員訪問 介護
金	職員訪問 介護	職員訪問 介護	職員訪問 介護 2人制	訪問看護 介護	職員訪問 介護	職員訪問 介護 長男対応
土	長男対応	職員訪問 介護	職員訪問 介護 2人制	訪問看護 介護	職員訪問 介護 入浴車	M県車後
日	M県車後	職員訪問 介護	職員訪問 介護 2人制	介護	職員訪問 介護	職員訪問 介護
凡例	訪問看護 M県車後等		身体障害者自立支援法 長男対応		介護福祉 入浴車	

出典：仙台往診クリニック(2013)ヒアリング資料(2013年7月)

(3) あおぞら診療所新松戸(松戸市)

あおぞら診療所新松戸は、2004年開業の常勤医師3名、非常勤医師1名、看護師6名、理学療法士4名、在宅患者数約300名の在宅医療専門の連携強化型在宅診療所である。

あおぞら診療所新松戸の特徴として、常勤医の1名が小児科医であることから、小児在宅重症患者が2割強と在宅医療としてはその比率が非常に高いことである。小児のリハを行える在宅理学療法士は少ないため、在宅医療では珍しく理学療法士を雇っている。

24時間連絡対応の複数医師による在宅医療を行うためには、診療方針などの情報共有、意見交換、OJT、業務負担の平準化などを図るため院内カンファレンスが欠かせない。院内カンファレンスそれ自体は、今回紹介している他の2つの診療所でも行われており、遠藤(2013)などの文献もあるが、今回見学させていただく機会をいただいたので、ここで述べる。

あおぞら診療所新松戸では、定例カンファレンスとして、以下の3つが行われている。

- ①朝のカンファレンス：前夜の電話対応などの申し送り(毎日)
- ②併設訪問看護ステーションとの合同カンファレンス(月1回)
- ③水曜のカンファレンス：重要なケースの検討(週1回)

参加メンバーは、①は全職員、②は事務職を除いた全職員および訪問看護ステーション看護師、③は事務職を除いた全職員である。いずれも各約1時間で、すべての会議がある水曜日は3時間近い会議時間となる。

主な議題は、①は前日の朝のカンファレンス以降の対応処置内容の報告、PCAなど医療機器の管理、本日の訪問診療予定の決定など、②は訪問看護ステーション看護師による担当患者の報告およびそれに対する診療所医師のコメントなど、③は亡くなった患

者、初回往診前の面談、初回往診、入退院といった、移動のあった患者について患者情報の共有や検討などである。

参加メンバーは、報告事項の要点を示した全員配布のプリントの他に、必要に応じて机上のパソコンで共有されている患者の電子カルテも見つつ、熱心に議論に参加していた。

こうした院内カンファレンスを定期的に行うことにより、医師、看護師などの多職種連携が図られ、より質の高い在宅医療の提供につながっている。

(合同カンファの様子)



(4) 桜新町アーバンクリニック (世田谷区)

桜新町アーバンクリニックにおける在宅医療は、本院とは別の、訪問看護ステーション併設の在宅医療部で行われている。在宅医療部は2009年開設で、常勤医師4名、非常勤医師4名、看護師4名、在宅患者数約220名、年間在宅看取り数約80名の連携強化型在支診である。

桜新町アーバンクリニックの在宅医療の特徴として、医師の負担軽減のため、①体制整備、②ICTの活用がある。

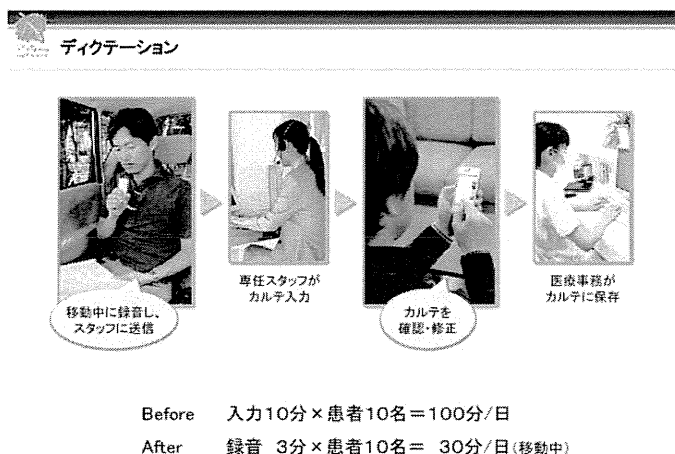
①体制整備

24時間往診について、夜間・休日の緊急往診については、基本的には主治医が患者宅に向かうものの、主治医が行けない場合は、法人内の有床診療所の当直医が代理往診することで、必ず往診する形にしている。これにより、常勤医の夜間・休日臨時往診の80%を軽減している。診療報酬上も有床診療所を含めた連携強化型在支診には高い評価としている。

②ICTの活用

桜新町アーバンクリニックでは、スマートフォンの機能を積極的に活用している。電子カルテが患者宅でもスマートフォンで確認することはもちろんのこと、FAX送信などのアプリの活用や、外部企業によるディクテーションサービス(口語調の診療内容を、

専門スタッフがカルテ形式に変換するサービス) を利用することで、移動時間の有効活用やスマートフォン入力の手間を省くことなどにより、より多くの患者のところを回ることができ、訪問滞在時間の50%アップを実現している。



出典：医療法人社団プラタナス(2013)「医療法人社団プラタナス 在宅医療の取り組み～家庭医外来・介護・在宅・ターミナルケアまで」『規制改革会議健康・医療ワーキンググループ(第12回)』(2013年11月)

D. 考察およびE. 結論

本稿の結果から、在宅医療については、自治体と事業者それぞれに対して様々な支援制度があること、在宅医療は患者数や自宅死亡数の増加など対策の効果が出つつあること、参考にすべき先駆的事例もあることがわかった。一方で、今後団塊世代が後期高齢者になることによる今後の死亡者数の伸び、本人の希望との乖離を考えた時には、これまで以上のさらなる在宅医療の推進が求められている。

今回の研究により、在宅医療連携拠点事業など在宅医療の推進手法については、かなり研究および実践が進んでいることがわかった。本稿で取り上げられたのはそのごく一部の制度や好事例にすぎない。今後は、その取組の前後、すなわち、いかにそうした取組に関係者、特に市町村と医師会の協力・参加を得られるようにするか、いかにそうした取組を在宅患者数の増加などの具体的成果につなげられるかが課題と認識している。

前者については、柏市では、自治体が発案者となり医師会を説得し、自治体と医師会の連名でネットワーク構築を進めていったが、これは理想的な事例であり、多くの地域では、「在宅医療の重要性はわかっているが、なかなか連携が進まない」(島崎(2013))のが現状である。一方で、はじめに述べたように在宅医療の推進には20年以上の歴史があるのだから、その自治体単独では過去取り組んだ事業がないにしても、県や医師会の事業、在宅医療連携拠点事業、補助金が付いてないが今回取り上げた診療所のような先駆的な医療機関がネットワークを構築している、ないしは試みた例がある、といったことは考えられる。また、在宅医療ではないが地域医療のネットワークがあることも考えられる。新規にネッ