

在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた
在宅医療提供体制の構築に関する研究—地域医療の先進事例に関するレビュー

研究分担者 伊藤智子 筑波大学 医学医療系 助教

研究要旨

背景 本研究では、我が国における在宅医療について先進的な取り組みを行っている事例の情報を収集し、今後の在宅医療が目指すあり方について考察することを目的とした。

方法 在宅医療整備における先進自治体や海外の事例について、事例・情報収集し、参考となる仕組み・制度等についてレビューを行った。「在宅医療」「先進」「取り組み」を検索語とした Web 検索を実施した。

結果 我が国における在宅医療の先進事例としては、「ICT を活用した医療介護連携体制の構築」および「在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）」の2つが主な取り組みとして挙げられた。

結論 先進的な取り組みの効果としては情報の即時共有による電話や FAX 等の手間の削減、訪問前の正しい情報の把握、多職種関係者における共通認識や安心感の構築ということが報告されており、在宅医療における多職種連携の意義は大きいと考えられる。一方で共有する情報やその質、職種間の活用の差、コスト負担が懸念事項であり、こうした点への対策が今後の課題であると考えられる。

A. 研究目的

我が国は高齢者の増加に伴い在宅医療の需要も大きく増加することが見込まれている。そのような中、地域によっては様々な主体が在宅医療の円滑化や質の向上等に寄与する先進的な取り組みを行っている。本研究ではそうした先進的な取り組みの事例を調べ情報収集することで、今後のわが国の在宅医療が目指すあり方について考察することを目的とした。

B. 研究方法

在宅医療整備における先進自治体や海外

の事例について、事例・情報収集し、参考となる仕組み・制度等についてレビューを行った。「在宅医療」「先進」「取り組み」を検索語とした Web 検索を実施した。

C. 研究結果

レビューの結果、我が国の在宅医療における先進的な取り組みとしては、主に「ICT を活用した医療介護連携体制の構築」および「在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）」の2点に集約されていた。この2点について、特徴的な取り組みの事例を紹介する。

ICT を活用した医療介護連携体制の構築

事例 1：名寄市「名寄市医療介護連携 ICT 協議会」

名寄市は、北海道の道北エリアに位置する人口約 26,259 人（2022 年 5 月末）、高齢化率 33.2%の市である。交通の要所でもある名寄市は、広大な道北北部の救命救急と第 3 次医療を担う基幹病院として、名寄市立総合病院（359 床）を有する。専門医や在宅医の不足等の医療資源の偏在により、名寄市立総合病院がかかりつけ医機能も兼ねている。

取組みの概要としては、名寄市における医療介護連携体制の構築に向け、多職種での事例検討会を通して望ましい連携づくりを考えるとところからスタートされた経緯があり、顔の見える関係が確立されていた。ICT 導入に至る過程では、システムの設計から運用に至るプロセスを重視し、多職種関係者間での合意形成を図りながら関係者をシステム構築の当事者として巻き込んだ。この結果、高い多事業所参加率と導入後の利用（活用）に結びつき、ICT はすでに医療介護連携に欠かせないツールとなっている。

背景・経緯としては、医療・介護連携体制の構築に向けた取り組みは、2011 年から市の地域包括支援センターが中心となり開催された事例検討会と市民に対して認知症の理解を深める研修会が始まりである。特に「見える事例検討会」の技法を活用した多職種事例検討会では、医師、薬剤師、理学療法士、地域包括職員、デイサービス相談員、居宅ケアマネ、市の高齢福祉係等が参加し、多機関・多職種間の顔の見える関係づくり

が図られた。事例検討会を通じて深く話し合っただけでなく、職種を超えて連携していくことの重要性への理解が深まり、多職種連携を推し進める基礎が出来上がっていったという。2015 年から、地域支援事業の中に「在宅医療・介護連携推進事業」が加わったことを機に、地域包括が市内居宅介護支援事業所のケアマネに対して医療と介護の連携実態やニーズ把握等を目的とした調査を実施した。この結果から、医療と介護間の連携方法は電話、FAX、対面のやりとりが中心で、内容に行き違いが発生することもあり、情報取得効率化への支援が必要であることが明らかになった。また、医療関係者（特に医師）との連携に対する「敷居が高い」意識があることもわかった。

他方で地域包括は、名寄市立総合病院の地域医療連携室長と円滑な医療・介護連携体制の方策に関して継続的な意見交換を行っていた。そうした中 ICT 活用に可能性を感じ、2016 年名寄市立病院の地域医療連携室長と地域包括が中心となって地域包括ケアシステム構築を検討するワーキンググループを立ち上げた。平行して高齢者や専門職等を対象とした様々なワークショップを行い、地域包括ケアシステムや ICT の活用可能性等に対する当事者や現場関係者のニーズの集約を行った。集約されたニーズを踏まえつつ、市に適した医療・介護連携に適切と考えられるツールを検討、運用管理体制や運用方法、情報共有項目等の骨格作りを実施した。運用方法と情報共有項目については、医療側が介護側から知りたいこと、介護側が医療側から知りたいこと、医療機関同士で知りたいことなどの現場ニーズを踏まえて多職種の業務フローを整理し、

システム面における技術的な能否の確認を行った。

また、ICT を導入しただけでは積極的に活用されない可能性があることを想定し、現場関係者(特に介護側)にシステムに対する理解や利便性を実感してもらい、抵抗感を減らす目的で症例検討会を開催している(症例検討会では、事務局からのシステム活用の強要を避けることや、医療側と介護側の多職種関係者が対等な立場で議論できる雰囲気づくりなどを考慮し、ファシリテーターとして外部の地域包括ケアの専門研究者を活用していた)。現在、現場での実際の運用(活用方法や実用性)から発見した課題とその解決策等について検討、改善が続けられている。

この事例における医師におけるメリットとしては、次の点が挙げられた。

- ・ 訪問診療前に患者の診療履歴や検査結果等の把握が可能となり、適切な診断・治療の判断材料とすることができる。
- ・ 同行する看護師が主に **Microsoft Teams** を確認し、ヘルパーやケアマネジャー、訪問看護師などから上がってくる患者の日常の状態変化について必要な情報を在宅医と共有することで、情報収集に要する時間の削減が可能となり、業務の効率化につながる。
- ・ 言葉では伝わりにくい利用者の状態(皮膚病変等)を写真や動画で共有することで、短時間かつ正確に情報を伝えることができる。
- ・ 医師からの診断に応じた必要な情報を **Microsoft Teams** に送付し介護側からの質問等への対応に応じることも可能であり(従来ヘルパー等の介護職は、本人やその家族、ケアマネを通じて利用者の医療情報

を得ていた)、介護側の安心感の醸成にも繋がり、多職種連携の構築に寄与できる。

在宅医の地域医療連携(病診連携、診診連携、多職種連携)

事例1:長崎在宅 Dr.ネット

長崎市は、山間部・海岸線で交通の便が悪く、医療資源も少なく、長崎県全体では全国より早く高齢化が進み、2025年には高齢化率が35%を超え九州で最も高齢化が進むと予想されている。また地形上、長崎市は、車の横づけができないような坂道や階段が多い独特の地形など、在宅医療を阻む様々な要因があるとされている。

この取り組みの概要は、長崎在宅 Dr.ネットは、長崎市を中心に活動する在宅医療に関わる医師のネットワークである。診療所と診療所(以下、診診)の医師が主治医、副主治医の連携体制を構築し、24時間の往診体制の負担を減らすことで、組織的に在宅医療の提供、看取りの支援を行っている。

取り組みの背景として、長崎在宅 Dr.ネット設立のきっかけは、2002年に長崎市医師会が長崎在宅ケア研究会を組織したことにある。この研究会では多職種が集まって勉強会を行うとともに、医師、医療関係者、一般に向けて講演会などを実施した。勉強会における議論において、医師の連携への要望が出されたことを期に、長崎在宅ケア研究会に参加していた有志の医師13名が中心となり2003年に発足した。(2008年にNPO法人化、2010年に認定NPO法人化)そして、最大の特徴は、診診連携によって1人の在宅患者を「主治医」と「副主治医」が担当し、主治医が学会や旅行などで不在の時は副主治医が往診を代行する仕組みであ

る。実際に副主治医が往診することは少ないが、この仕組みにより 24 時間の往診体制の確保が可能になり、医師と患者双方の安心感にもつながっている。

参加医師は、正会員（連携医）、準会員（協力医、病院医師）、賛同会員に分類される。主治医、副主治医となる「連携医」のほか、「協力医」として皮膚科、眼科、精神科、脳外科など専門家医師や「病院・施設医師」も参加し、専門的な助言をしたり必要に応じて往診も行う。

この取り組みのもう一つの特徴としてメーリングリストの活用がある。各病院の地域連携室から Dr. ネット事務局に依頼が入ると、市内 5 地区の各担当コーディネーターが個人情報と考慮して疾患、居住地等の情報をメーリングリストでメンバーに周知し、手上げ方式で主治医、副主治医を決定する。メーリングリストは主治医の決定だけではなく、仲間同士のコミュニケーションや情報交換にも役立っている。

Dr. ネットは診診連携のほか、これまでに口腔リハ協力歯科医との連携や管理栄養士派遣システム、研修会、講演会、懇親会、多職種での症例検討会、退院前の多職種合同カンファレンスなどにも取り組み、多職種協働を発展させてきた。多職種が顔の見える関係を築いてきた。専門性を活かした連携や、地域・職種レベルでのなど多様な連携の会の開催とその継続が生きた多職種連携になる、地域の多職種との連携も積極的に行っている。

この取り組みにおける医師におけるメリットとしては、

- ・主治医と副主治医それぞれの専門分野で患者を担当することができる。

- ・複数の医師の連携により、緊急時や不在時の対応（24 時間体制確保）が可能になり、医師と患者双方の安心感につながる。

- ・診診・病診連携を組むことにより、可能な限り継続的で効果的な在宅医療を提供できる。

- ・相互に医療上の相談を行い、また種々の医療情報を共有することにより、医療の質の向上が図られる。

ということが挙げられた。

在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）

事例 2：岸和田在宅ケア 24

この取り組みの概要として、岸和田市と忠岡町にある 10 か所の在宅療養支援診療所間で連携（診診連携）をとり、訪問看護との連携を併せて 24 時間体制を確保し、これらの診療所でがん患者を中心に在宅看取りを行っている。いずれの診療所も外来診療と平行して在宅診療を行っており、それぞれ常勤医は 1 人である。取り組みの背景として、24 時間 365 日対応の負担があり診診連携が開始された。最大の特徴は、24 時間の対応は訪問看護師との連携で自院完結し（訪問看護は自院から行っている診療所と訪問看護ステーションと連携している診療所、その両方を利用して行っている診療所がある）、365 日対応は診療所医師間の連携（診診連携）でカバーする仕組みである。主治医の不在時は他の診療所に待機を依頼し、対応した場合には依頼元の非常勤医という位置付けになる。待機をする場合の主な仕事は、看取り時の主治医に代わっての対応である（看取り以外の往診を依頼されることもあるが頻度は高くなく、実働は極めて

少ない)。また看取りを除けば、基本的には訪問看護担当者と主治医との連携で解決する（訪問看護で大方対応が可能である訪問看護と連携する重要性）。どの医師も在宅対応に慣れており、地域の土地勘もあるので安心感があるという（誰が行っても同じ医療を提供できる信頼感がある）。

連携に際しては、全ての患者情報を依頼前に詳細に伝えることは情報の散逸を招くと考え、対応をお願いする可能性の高い患者についての情報のみやりとりを行う。夜間や休日などにかかりつけ医以外が対応する体制は、医師にとっては「何かあったら電話して」ではなく、何か起きないように昼間のうちに管理しておくという意識になるため、1人の医師が対応するよりも在宅医療の質が上がる面があり、カルテ記載なども充実するという。

岸和田在宅ケア 24 では合同でホームページを開設し、病院・診療所・訪問看護ステーション・介護保険事業所・行政機関など在宅療養に関わる機関に向けて、実績や新たな患者さんの受け入れ状況などの毎週更新の情報発信を行っている。この連携を可能にする上で重要であったのが、診療所どおりの認識において「商売敵」というように捉えるのではなく、互いに重要な連携相手と認識していくことであったとされ、6年近い交流がベースにあったと報告されている。実際に顔を合わせるのは年に数回だが、メーリングリストを用いて普段のやりとりを行い、これによりお互いの認識の変容が可能になった。

D. 考察

在宅医療を実施する医院やバッグベッド

となる病院、訪問看護事業所、介護事業所等のタイムレスな情報共有を目的としたネットワーク構築の取り組みがみられた。この取り組みの障壁である情報セキュリティに対しては Virtual Private Network (VPN) の利用の他、利用説明会での事業主への説明強化（信頼・納得が得られる情報提供）を行って対策をして解決を試みている。その効果としては情報の即時共有による電話や FAX 等の手間の削減、訪問前の正しい情報の把握、多職種関係者における共通認識や安心感の構築ということが報告されており、在宅医療における多職種連携の意義は大きいと考えられる。

しかし実際には、共有する情報やその質（どのような情報を共有すべきかわからない）、職種による活用頻度のばらつき、参加施設数の伸び悩み、コスト負担という点も述べられており、この点への対策が今後の課題であると考えられる。

E. 結論

我が国における在宅医療の先進事例としては、「ICTを活用した医療介護連携体制の構築」および「在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）」の2つが主な取り組みとして挙げられた。それぞれ2000年代より各地で取り組まれ始めたが、近年の実施状況や効果については改めて検証が必要であると考えられた。検証の結果は、我が国の在宅医療における今後の課題について有用な資料になると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

日本医師会総合政策研究機構. 日本総研ワーキングペーパー「ICT を利用した全国各地医療情報 連携ネットワークの概況（2019・2020 年度版）」

立石憲彦. 離島と地域を支える遠隔医療—長崎県における取り組み—. Annual56 巻 Abstract 号 p. S214. 2018

中村 努. 長崎県における医療情報システムの普及過程地理学評論 90-2 67-85. 2017

松本信一. 平成 29 年度第 2 回高梁・新見地域医療構想調整会議「新見地域の ICT を

活用した多職種連携の取り組み」

太田隆正. IISE シンポジウム『新見あんしんねっと』による地域医療の推進」

太田隆正. 中山間地における面的在宅医療連携拠点活動の実際—在宅医療連携拠点まんさく 新見医師会—. 日老医誌 51 : 240-242. 2014

厚生労働省医政局研究開発振興課医療情報技術推進室、地域医療情報連携ネットワークの現状について

白髭豊, 藤井卓, 野田剛稔. 在宅緩和ケアネットワークの構築—長崎での取り組み（最新情報）—. 日在医会誌 第 11 巻・第 1 号. 2009

東日本電信電話株式会社. 医療等分野のネットワーク利活用モデル構築にかかる調査研究報告書. 2020

一般社団法人北海道総合研究調査会. 令和 3 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「北海道の地域住民に関する医療・介護情報の共有システム構築に係る調査研究事業」報告書. 2022

表1 ICTを活用した医療介護連携体制の構築

プロジェクト	取り組みの概要
<p>とちまる・どこでもネット (栃木県) 栃木県医師会・2013年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療介護 SNS と医療連携ネットワークを併用。 ・地域包括ケアに関わる多職種間及び患者・介護者の間でコミュニケーションを行い連携を促進。 ・情報開示機関に保管されている診療情報、調剤、検査結果を参加医療機関と共有。
<p>K-MIX R かがわ医療情報 ネットワーク (香川県) かがわ医療情報ネットワー ク協議会 (香川県医師会、 香川県)・2003年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・県内の医療関連施設 (病院、診療所、調剤薬局等) を情報ネットワークで繋ぎ、医療情報を相互に共有。 ・K-MIX R は、医療機関情報システム、遠隔読影システム、レセプト参照システム等の複数のシステムで構成。ポータルサイトからすべてのシステムにアクセスが可能。
<p>Net4U (山形県) 荘内病院、鶴岡地区医師 会・2000年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種間での医療情報の共有と相互コミュニケーションを可能としたシステムを運用。 ・2013年から、患者・介護者参加型のWEB連絡ノートシステムを新たに導入。患者・介護者との情報共有 (患者・家族による情報閲覧や書き込み) が可能。
<p>ポラリスネットワーク Ver.2.0 (北海道) 名寄市・2013年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・道北北部の救急トリアージを目的とした医療連携システムを基盤に、医療介護 SNS を追加し併用。 ・システム導入から運用に至るまで、全面的に行政が主導。市のシステムとのデータ連携により、介護認定情報が自動的に共有。

表 2 在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）

プロジェクト	取り組みの概要
<p>長崎在宅 Dr.ネット（長崎市） <認定 NPO 法人 長崎在宅 Dr.ネット・2003 年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅療養を受けたいという要望を持ちながら在宅主治医を探すことが困難な患者・介護者に対し、在宅主治医、副主治医を紹介するシステム。 ・ 各診療所では常勤職員としての雇用が難しい管理栄養士を診療所間でシェアして栄養指導を実施。 ・ 歯科医と連携し、訪問歯科診療（口腔リハ）を実施。
<p>岸和田在宅ケア 24（岸和田市、泉州地域） 各診療所（在宅医）・2004 年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療と並行して在宅医療に取り組む診療所がネットワークを組み、看取り対応を行う仕組み。24 時間対応は訪問看護師との連携、356 日対応は診療所医師間の連携でカバーする体制。 ・ 岸和田在宅ケア 24 のウェブサイトには、各診療所の新規在宅患者の受け入れ可能状況を伝えるページを設置。
<p>イーツー（医 2）ネット（静岡市） 静岡市医師会・1996 年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2 人主治医制を構築。病院医師とかかりつけ医が患者の医療情報を共有し、役割を分担することで効率的で質の高い医療を提供。 ・ 患者が看取りの状態になり、何らかの事情により主治医と連絡が取れない場合に在宅往診当番医が看取りをするシステムや在宅患者からの緊急往診や緊急訪問の依頼があり、何らかの理由で在宅主治医や訪問看護師等と連絡が取れない場合に、在宅往診当番医や当番訪問看護師に連絡がいき、往診や訪問看護をするシステムも構築。