

公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団

2021年度 調査研究事業

大都市圏における
在宅医療システムモデル構築事業

報 告 書



JHHCA

Japan Home Health Care Alliance

1 概要と成果 石垣泰則（日本在宅ケアアライアンス副理事長） **P.109**

2 事業概要

事業実施機関	P.112
事業概要	P.113
委員名簿	P.114

3 会議記録

第1回委員会（2021/10/12）	
大都市における高齢人口の爆発的増加で生じた課題とそれらへの対応（発表：佐々木淳委員）	
・議事録	P.115
・佐々木委員資料	P.122

第2回委員会（2021/11/22）特化型診療所の概念整理（発表：堀智行委員）	
・議事録	P.149
・堀委員資料	P.155
・問題提起（堀委員）	P.161

第3回委員会（2022/1/6）	
大都市における在宅医療の多様性の現状、課題、対応（発表：菊池亮委員）	
・議事録	P.162
・菊池委員資料	P.169
・問題提起（菊池委員）	P.177

第4回委員会（2022/2/10）	
かかりつけ医の概念整理（発表：大橋博樹委員） 患者の視点からみた在宅医療（発表：平原優美委員）	
・議事録	P.179
・大橋委員資料	P.187
・平原委員資料	P.194
・問題提起（平原委員）	P.198

1 概要と成果

日本在宅ケアアライアンス副理事長

石垣 泰則

1. はじめに

日本在宅ケアアライアンスは、大都市における在宅医療システムのモデル構築に関して令和2年度から事業として議論を開始した。わが国に突き付けられている人口問題は、大都市においては地方都市と比較して、量的並びその多様性において喫緊の課題である。大都市における在宅医療を推進するにあたっては、かかりつけ医としての医師個人の取り組みだけでは困難であり、地区医師会と行政によるしっかりとした支援と訪問看護とのパートナーシップが必須である。新型コロナウイルス感染症の蔓延により、今年度は在宅医療システムの転機を迎えた。新型コロナウイルス感染症禍における在宅医療供給システムが、将来の大都市の在宅医療システムに影響を与えることは間違いない。今年度の議論を通じて、新たなモデルの方向性が明らかになることを目指したい。

2. 令和2年度事業の振り返り

令和2年度の事業報告では、東京都日野市や豊島区の大都市における在宅医療システムの好事例が報告された。かかりつけ医と訪問診療特化型を含む在宅医が連携し、病院と医師会が在宅医療を支援して、行政の支援の上で介護と療養環境整備を地域住民に提供することで、地域包括ケアシステムを運営する事例である。しかし、このような先進地域においても患者の行き場がなくなる或いは不明となるケースがあることも報告され、更なる課題解決が必要であることが指摘された。

在宅医療の質を確保することは、療養する地域住民のQOLを尊重したケアを提供することである。現状制度において、地域包括ケアシステムの中で在宅医療を始めとする医療と介護、生活支援・介護予防が適切に提供されることが肝要である。必ずしもかかりつけ医＝在宅医でない現状があるため、かかりつけ医が在宅医療を行いやすくする仕組みの考案が必要であり、日頃からの24時間対応の訪問看護ステーションとの連携や訪問診療特化型診療所との連携の可能性が提案された。地域包括ケアシステムにおいて、医療機関・事業所間並びに多職種間における本当の意味での連携体制構築必要性が確認された。

3. 令和3年度事業の論点

大都市における在宅医療の最大の課題は、高齢人口の爆発的増加への対応である。在宅医療のニーズすなわち訪問診療の数、疾患のバラエティ、救急対応と看取り数が増え、入院医療や施設療養が逼迫することが容易に推測できる。高齢化は家庭の介護力が低下することにつながり、居宅から施設へ療養の場がシフトすることや療養者や地域間の格差の問題に発展していく可能性を孕む。令和3年度は新型コロナウイルス感染症が在宅医療を直撃した年

であった。高齢者を中心に感染者が広がり、重症者や死者も増えた。在宅医療にも新型コロナウイルス感染症対策が求められ、疲弊する中で、大都市における在宅医療の将来につながるヒントも生まれた。

昨年度事業では、医師会と行政が適切に連携し、地域包括ケアシステムが効果的に機能している地域が報告された。しかし、実際には地方のみならず大都市においても課題を抱える地域が多く存在することも事実である。日本医師会が提唱した「かかりつけ医」は地域医療の担い手であり、地域の病院や24時間対応訪問看護ステーションをパートナーとして、地域包括ケアシステムのキーパーソンである。一方、「かかりつけ医」は必ずしも訪問診療を行っていない場合もあり、医師の働き方（ワークライフバランス）が課題である。在宅医療の重要な機能である24時間体制が「かかりつけ医」の在宅医療への参入の障壁になっていると言われている。日本医師会に託された役割は「かかりつけ医」の質の担保であり、医師の教育・研修・実務支援が求められる。そして、訪問診療特化型診療所が生まれた背景がここにある。

表) 診療所機能とかかりつけ医機能（私見）

診療所機能類型	かかりつけ医機能
①外来特化型診療所	△～×
②非24時間対応型在宅医療	△
③訪問看護連携24時間対応在宅医療	○
④連携型在宅療養支援診療所（病院）	○
⑤単独型在宅療養支援診療所（病院）	○
⑥往診特化型診療所	×
⑦在宅医療特化型診療所	④⑤の場合○ ⑥の場合×

今年度の事業には訪問診療特化型診療所の経営を担う若手医師が委員として加わった。かねてから「かかりつけ医」と訪問診療特化型診療所の関係性を見極め、役割分担の整理を行う必要性が指摘されてきたが、今年度の議論の中で見事に語られている。訪問診療特化型診療所は地域医療体制の中で、24時間体制の補完の他、施設在宅医療への進出、病院趾呼応の高い疾患群の患者の病院通院困難者の支援等の役割を演じているが、経営維持のため、広域に多くの患者を抱え、人員と収益を確保する必要があり、公益性と収益性の両立が求められている。

大都市においては、医療を受ける側の事情も地方都市と異なっている。例えば、東京都内には区の中に大学病院クラスの医療機関が複数ある場合があり、消化器系はA病院、循環器系はB病院、眼科はC病院と受診し、それぞれを主治医と認識している患者がいる。このような患者に限って身近に「かかりつけ医」を持たず、病院側が主治医と認識していないため救急の際の受診に支障きたす例もしばしばみられる。また、隣接する区の医療機

関を受診する例も多く、医療と介護の連携が取り難い例もよく経験する。このような受診行動をとる患者への在宅医療の提供のあり方も大都市ならではの論点である。

訪問看護師は医師よりも、在宅で療養する患者の生活や気持ちを知り、患者本位の医療を知る立場にある。「かかりつけ医」はこれまで医師の側から議論がされてきたが、患者本位に考えることが重要である。患者が生涯かかりたい医師を「かかりつけ医」と定義した時、「かかりつけ医」像が鮮明になる。

4. 総括並びネクストステップ

2年間に亘る事業の中で、在宅医療供給体制や在宅医と訪問看護師との協働をはじめとする多職種連携、医師会と自治体との協働などの体制整備、「かかりつけ医」と在宅医療、訪問診療特化型診療所の実態、そして新型コロナウイルス感染症を通じて見えてきたものに関して議論を重ねてきた。

今回の議論と成果については来年度につなぎ、議論を深めていく必要がある。大都市における在宅医療の中で病院の果たす役割や MSW やクラーク等の医療専門職以外の医療従事者の役割、多職種との連携の実態などに関する議論が必要である。大都市圏における在宅医療システムのモデルは、地域において職種や立場の垣根を取り去り、住民をも含めた協力体制を構築しなければ不可能である。間近に迫る 2025 年を乗り切るために、当事業の委員の協力を仰ぎ、更に議論を進めていきたい。

2 事業概要

事業実施機関

【機関名・代表者名、理念、沿革・歴史、活動内容等】

1. 機関名・代表者名

機関名：一般社団法人日本在宅ケアアライアンス

代表者：新田國夫（理事長）

2. 理念

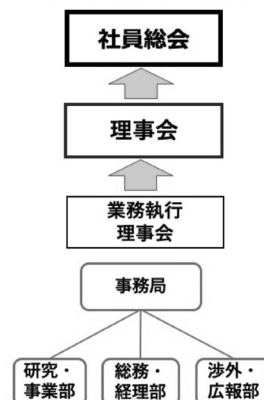
在宅ケアにかかわる専門職・学術団体等による多職種の連合体として、以下のことを目指している。

- 1) 在宅ケアの質の向上及び普及
- 2) 連携における課題の共有と解決
- 3) 関連団体のネットワーク化と協働的取り組みの促進

3. 組織図（右図参照）

（一社）日本在宅ケアアライアンス 加盟団体・会議体

- 一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
 - 一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
 - 一般社団法人 全国訪問看護事業協会
 - 一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
 - 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
 - 一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
 - 一般社団法人 日本在宅医療連合学会
 - 一般社団法人 日本在宅栄養管理学会
 - 一般社団法人 日本在宅ケア学会
 - 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
 - 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
 - 一般社団法人 日本老年医学会
 - 公益財団法人 日本訪問看護財団
 - 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
 - 公益社団法人 全日本病院協会
 - 特定非営利活動法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
 - 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会
 - 特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
 - 日本在宅ホスピス協会
- 計19団体



4. 沿革・歴史

2015年「在宅医療推進のための共同声明」に賛同した在宅医療に深く関わる15団体（当時）によって、任意団体として設立された。我が国で在宅医療を普及推進させるための専門職・学術団体などによる連合体として、制度・政策提言、社会啓発、在宅医療に関する研究・教育、倫理的問題の検討を推進。2020年、一般社団法人として設立。

5. 活動内容

全国在宅医療会議の提唱する「重点3分野」に対応して、以下の活動を推進している。

- 1) 国との情報交換・意見交換の定期的実施
- 2) 課題解決型の委員会活動
- 3) 多職種連携やエビデンスの構築に関する研究活動
- 4) 普及啓発、広報
- 5) その他、在宅医療の普及、推進、向上のために資する活動

【事業概要】大都市圏における在宅医療システムのモデル構築事業

1. 実施体制

本事業は、日本在宅ケアアライアンスが勇美記念財団から受託して実施したものである。日本在宅ケアアライアンス内に設置した「大都市圏における在宅医療システムのモデル構築事業委員会」（大都市委員会）において、本事業を実施した。

2. 事業推進責任者

石垣泰則（日本在宅ケアアライアンス副理事長（学術担当））

3. 事業の背景および目的

1) 本事業では、大都市における急速な高齢化を特に念頭に置いて、かかりつけ医を基本に置いた在宅医療の推進の体制づくりについて検討する。この場合、在宅医療介護連携推進事業を担当する市町村とかかりつけ医を取りまとめている地区医師会の連携の下で、かかりつけ医と訪問看護ステーションをチーム化するなどのシステム化を図ることが重要と考えるが、その推進のあり方について、必ずしもモデル的な姿が見えているわけではない。

2) 地区医師会におけるかかりつけ医による在宅医療推進の体制のあり方を順次明らかにすることを目指すが、近年、在宅医療に特化した診療所が増加する中で、当面、これらの診療所とかかりつけ医との関係性を明らかにすることが急がれており、この課題を中心に置いた情報共有と議論を重ねる必要がある。このため、東京都下医師会や訪問看護ステーション連絡会等大都市圏関係者の協力も得て、検討する。

3) 大都市圏における在宅医療推進のために必要な連携モデル、特に医師会・かかりつけ医・訪問看護ステーションの連携のあり方について、とりわけ東京都23区を中心に、実態報告及び好事例をまとめる。平時におけるモデル及び、（アライアンスの災害対策委員会とも協働しつつ）コロナ禍あるいは災害時におけるモデルの双方を視野に議論を行う。

2021年度「大都市圏の在宅医療システムのモデル構築事業」委員名簿

委員名	ご所属	エリア
石垣 泰則	座長（日本在宅ケアアライアンス 副理事長）	品川区・文京区
新田 國夫	副座長（日本在宅ケアアライアンス 理事長）	国立市
西田 伸一	西田医院	調布市
鈴木 央	鈴木内科医院	大田区
小関 啓太	等潤病院	足立区
大橋 博樹	多摩ファミリークリニック	川崎市
望月 諭	日野のぞみクリニック	日野市
佐々木 淳	医療法人社団悠翔会	港区 広域
菊池 亮	ファストドクター	新宿区 広域
堀 智行	ひかりクリニック	渋谷区
椎名 美恵子	東京都訪問看護ステーション協会	墨田区
平原 優美	あすか山訪問看護ステーション 日本在宅ケアアライアンス 副理事長	北区
瀧井 望	あすか山訪問看護ステーション	北区
高砂 裕子	横浜市・南区医師会訪問看護ステーション	横浜市
向山 晴子	練馬区保健所	練馬区
千葉 清隆	東京都福祉保健局医療政策部地域医療担当課	東京都
武田 俊彦	日本在宅ケアアライアンス 副理事長	
蘆野 吉和	山形県庄内保健所 日本在宅ケアアライアンス 業務執行理事	山形県
飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構 機構長 日本在宅ケアアライアンス 業務執行理事	
辻 哲夫	日本在宅ケアアライアンス 特別顧問	

3 会議記録

令和3年度第1回大都市圏における在宅医療システムのモデル構築事業委員会 議事録

日時：2021年10月12日（火）20:30～22:00

開催形式：Zoom 会議

参加者：石垣泰則（座長・日本在宅ケアアライアンス副理事長）、新田國夫（日本在宅ケアアライアンス理事長）、西田伸一（西田医院）、鈴木央（鈴木内科医院）、望月諭（日野のぞみクリニック）、佐々木淳（医療法人社団悠翔会）、菊池亮（ファストドクター）、堀智行（ひかりクリニック）、椎名美恵子（東京都訪問看護ステーション協会）、平原優美（日本在宅ケアアライアンス副理事長/あすか山訪問看護ステーション）、瀧井望（あすか山訪問看護ステーション）、高砂裕子（横浜市・南区医師会訪問看護ステーション）、向山晴子（練馬区保健所）、千葉清隆（東京都福祉保健局医療政策部地域医療担当課長）、辻哲夫（日本在宅ケアアライアンス特別顧問/東京大学高齢社会総合研究機構/医療経済研究・社会保険福祉協会/未来社会共創センター）、蘆野吉和（日本在宅ケアアライアンス業務執行理事/山形県庄内保健所）

オブザーバー：住野耕三（在宅医療助成勇美記念財団理事長）、江副正通（在宅医療助成勇美記念財団常任理事）、伊藤正一（在宅医療助成勇美記念財団事務局長）

事務局：志藤洋子、高橋在也

1.開会にあたって（新田理事長）

新田理事長から開会にあたっての挨拶があった。要旨は次のとおり。

大都市における在宅医療システムのモデル構築事業は、大都市における在宅医療システムの構築が必要という問題意識の下、勇美記念財団の中で、日本在宅ケアアライアンスの研究事業を引き受けて行ってきた事業である。今回は石垣先生を座長に据え、新しいメンバーでディスカッションし、厚生労働省等に対して有効な提言ができればと思っている。

昨日、小児の在宅医療の検討会が行われた。小児はいずれ大人になるが、そのときに小児の在宅医から成人の在宅医にどう移行するかではなく、小児の在宅医も患者が20歳以降になっても診るし、成人の在宅医も小児から診られるというシステムが必要なのだろうという議論も含めて、新しい形をつくり上げることについて話し合いが行われた。

本日は東京の成人の在宅医療について、新しい形をつくり上げる作業をしてきたい。

2.委員自己紹介

出席委員から自己紹介があった。

3.昨年度までの事業の振り返り

辻委員から報告があった。要旨は次のとおり。

大都市圏における在宅医療システムのモデル構築事業について、昨年度まで、日本在宅ケアアライアンスのシステムグループにおいて関係専門家による委員会を設置し、報告と議論を行ってきた。

望月先生からは日野市について、かかりつけ医が在宅医療にも取り組み、それを在宅医療特化型診療所が下支えする動きについて報告があった。

平原先生からは東京都北区について、外来と在宅医療を行うかかりつけ医から在宅医療特化型の診療所に衣替えした医師が、病院に勤務している医師を非常勤医師として在宅医療を展開しているため、在宅医療特化型診療所は病院と密接な関係で独立性が高いが、在宅医療特化型診療所とかかりつけ医の連携は十分ではないという報告があった。

土屋先生からは豊島区について、かかりつけ診療所が外来とともに在宅医療も行っていることや、「患者行方不明事件」（自分がかかりつけ医として診ていた患者が入院し、退院した後、自分の知らない間に在宅医療特化型診療所や他の在宅医のところに移されてしまう問題）について報告があった。

その後、「多くの在宅患者を扱う大規模の診療所には、その在宅医療の質に問題があるという考え方について」「かかりつけ医の在り方について」「かかりつけ医と訪問看護ステーションとの関係について」議論を行った。

以上の報告・議論の内容に基づき、次なる議論のためのたたき台を以下のとおり作成した。

在宅医療は、患者が入院してもあるいは要介護になっても見放さない「かかりつけ医機能」を持った医師が行うのが原則である。すなわち、かかりつけ医機能を持つ医師は、24時間在宅患者からの相談に対応することが最低限の条件である。このためには日常から24時間対応の訪問看護ステーションと連携し、看護師に対していつでも必要な指示を与えることができ、在宅患者に対して直接に対応が必要な場合は直接に対応することを基本とする形が必要である。この場合、夜間対応や休暇期間中の対応などに限度がある場合および難しい痛みなど患者の状態がかかりつけ医機能での対応が困難な場合は、在宅特化型診療所と連携する形が必要である。ただし、このような体制が地域ごとに確立されるまでにはまだまだ期間が必要であることから、かかりつけ医は、在宅医療が必要なかかりつけの患者に対して在宅医療特化型診療所を紹介するとともに、紹介後もかかりつけ医との関係性を切らないというルールを明らかにする必要がある。在宅医療特化型診療所は、地域のかかりつけ医との連携が不可欠であり、地区医師会への入会を必須とすることを目指すべきである。

4.今年度の計画

石垣座長から今年度の計画について説明があった。

5.若手委員によるプレゼンテーション

①大都市における高齢人口の爆発的増加で生じた課題とそれらへの対応

佐々木委員からプレゼンテーションがあった。要旨は以下のとおり。

高齢人口の爆発的増加に伴い、多病によるポリドクター・多剤併用、世帯の脆弱化による高齢世帯・老老世帯の増加、身体の脆弱化による入院依存、本人不在の意思決定・人生の最終段階の選択といった問題が出てきている。中でも一番大きい問題が、救急医療のひっ迫である。東京消防庁によると、搬送患者は年々増加しているが、その増加分の全てが後期高齢者という状態が二、三十年続いている。搬送される高齢者の大部分は軽症～中等症で、入院が必要なケースは3割程度しかない。救急受診の必要のない高齢者が救急車をこれだけ多く呼んでいるのには、世帯の脆弱性が関係していると思われる。また、入院することにより身体機能や認知機能が低下する入院関連機能障害という問題がある。従って、高齢者の脆弱性に配慮した急性期医療の在り方と、入院をさせないということが大事である。

日本では多くの高齢者が、人生の最終段階を自宅で過ごすことを希望しているにもかかわらず、救急搬送や入退院を繰り返し、最後は病院で亡くなっている。この状況をクリアするためには、かかりつけ医機能が非常に重要になる。

当法人は、45名の常勤医と四十数名の非常勤医・スタッフが勤務しており、患者1人当たりに主治医が1人付いて診察を継続し、主治医で対応し切れない部分はチームで対応している。在宅医療では、高齢者に個別最適化した治療を提供している。薬物療法の最適化により高齢者のQOL/ADLを向上させることができ、口腔ケアを行うことで誤嚥性肺炎を減らすことができると考え、トライアルを行っている。また、24時間の緊急対応を行うためホスピスカーを運用している。当法人は年間で2万8000件の緊急コールを受けている。これは東京消防庁が1年間に救急搬送する後期高齢者の搬送件数の約10%に相当する。そのうち9600件を緊急往診の形で対応しており、これは東京都立墨東病院の年間の救急車受け入れ台数の152%に相当する。在宅医療でも、きちんと対応すれば、救急医療システムや救急病院の負担軽減につながる可能性があるということが言える。ホスピスカーを使うことで、コールを受けてから患者宅まで平均38分でリーチすることができている。全国の救急車が119番通報を受けてから患者を病院へ連れていき診察が始まるまで平均38分なので、往診でも救急医療施設と同じぐらいの迅速性で医療が提供できると言える。

救急コールを年間2万8000件を受けているが、訪問看護の対応件数は恐らくこの10倍はある。訪問看護が頑張ってくれるから、われわれはこの程度の件数で済んでいる。訪問看護と在宅医療が連携することで、緊急時の対応が非常に分厚くできている。

入院のメリットとデメリットを踏まえながら、患者にとっての最適な治療場所を患者やその家族と一緒に考えている。肺炎の治療や、場合によっては輸血のように侵襲性の高い処置を在宅で行うこともある。そうすることで、当法人が抱える6800人の患者の入院日数は1人当たり約30日減っている。後期高齢者の1泊当たりの平均入院コストは3万円なので、50億円ほど削減できていることになり、社会保障費の適正利用化にもつながっている。

世界にはACSCs (ambulatory care sensitive conditions) という概念がある。これは、適切なタイミングで効果的なケアが提供できれば入院を防ぐことができる不安定で脆弱な患者のことを指す。

入院に至るには、システム要因、医療側の要因、医学的要因、患者側の要因、社会的要因といった五つの要因がある。当法人の18ある拠点のうち、品川のクリニックで分析したところ、入院患者の46%は入院が回避できた可能性があることが分かった。彼らが入院に至った要因で最も大きかったのは社会的要因、つまり、家で診られない病気ではないが、家族のケア体制が整っておらず入院せざるを得なかったケースである。この入院を防ぐ要素として一つだけ有意差があったのが、24時間の訪問看護である。在宅医が一人で頑張っても駄目で、家族支援や訪問看護を含め、どんな状態であっても家で診ていけるチームがあって初めて入院を減らすことができる。

日本は世界的に見て、みとりができない国といわれているが、これは恐らく制度の不備の問題ではない。日本には潤沢な在宅医療制度があり、介護保険のサービスがあり、優秀な訪問看護師たちがいる。みんなが連携すれば、患者が望む場所で最後まで過ごすことができるはずだが、この機能を使い切れていないのが問題である。

ここからは、当法人のコロナ対応の一部を紹介する。千葉県では8月の頭から、東京都では8月11日の正午から、それぞれの地域で診きれない患者たちのバックアップを行った。保健所や東京都フォロー

アップセンターから依頼を受けたら、コロナ対応チームに出動の指示を出し、チームは酸素濃縮器を持って患者宅に向かい、感染防御具に着替えて診察に当たるといった流れである。

1カ月間で402人の在宅コロナ患者を療養支援した。中等症以上が全体の66%を占め、41%が中等症Ⅱ以上で酸素吸入を必要とする状態だった。本来は軽症ハイリスクから入院対象とされていたが、ピーク時の8月中旬は実際に入院できたのが中等症Ⅱのハイリスク以上の人たちだった。中等症Ⅱ以上だった41%（165人）については往診時にトリアージを行い、入院が必要と判断したのは82人、入院した方がいいがベッドが足りないので在宅ケアを行うと判断したのは83人だった。この83人はほぼ全員が回復し、日常生活に戻っている。入院できるのが一番いいが、入院できなかったときのバッファーとしての役割は十分果たしたのではないかと感じている。

往診ができない代わりにオンライン診療を行った地域も多い。われわれは往診時に採血をしており、コロナで中等症以上になる人たちの過半数は耐糖能異常があることが分かったが、恐ろしいことに、耐糖能異常がある人の半分は、自分が糖尿病あるいは境界型糖尿病である自覚がなく、保健所からの事前情報も基礎疾患なしとなっていた。従って、急性期疾患をオンラインで完結させるのはなるべく避けるべきと考えられる。

酸素濃縮器が足りなかったため、患者宅に行って使わなくなったものを回収し、消毒して別の患者に使った。多いときは48台の酸素濃縮器を自分たちでメンテナンスした。

往診に行ったら終わりではなく、その人が元気になるまでの暫定的主治医として24時間体制のフォローを行った。多いときは100人の患者をフォローしながら、1日に平均3回は患者に電話で状態を確認した。

以上のコロナ対応は在宅医療ではあるが、やっていることは急性期の在宅入院である。フランスやドイツなどの在宅入院制度が、日本でもベッドがあふれたときに使えるといいと思う。

パンデミックや災害は、例外なく社会的弱者を直撃する。われわれが往診に行ったケースでは4人に1人が外国人だった。また、入院できたが環境に適合できず強制退院させられてしまった人の在宅療養支援も行った。通常の急性期医療の仕組みではカバーできない人たちがいることが分かった。

コロナ対応では、日頃から付き合いのある訪問看護師や訪問調剤薬局の方々に助けてもらった。当初、診療報酬の立て付けがない中では、彼らは持ち出しで動いてくれた。このように志で動ける人たちと日頃からつながっておくことは非常に大事なことである。

東京都の船の科学館につくられた療養施設でもわれわれは患者に点滴や酸素の投与を行った。病院ほど設備は整っていないが、家で診るより安心で、何より搬送先が見つからない患者をここに運べば救急車を何時間も立ち往生させることもないので、このような中間施設は非常に重要である。

コロナ対応を通して感じた在宅医療の課題は、在宅医療を「往診」ではなく急性期を診る「在宅入院」として位置付けること、在宅で重症化を防ぐ治療ができるようにすること、入院と在宅の中間施設の確保、医療介護専門職の原則ワクチン義務化である。第4波、第5波で発生したクラスターの多くはワクチン非接種者がトリガーとなっている。脆弱な人たちをケアする立場の者が、体質的なもの以外の理由でワクチンを打たないことがどの程度許容されるのかは議論が必要である。

大都市部における在宅医療の課題は、一つはかかりつけ医を中心とした医療提供体制の構築である。外来かかりつけ医がかかりつけ機能をきちんと発揮し、在宅専門クリニックと連携し、どのように質の高い在宅医療を目指すのかということ言語化する必要がある。また、地区医師会ごとのスタンスに大

きな差異があるので、そこを詰める努力をしつつ、地域のプラットフォームとしての医師会の基本的な機能を明らかにする必要がある。

二つ目は、社会格差である。貧困や虐待などの社会的ニーズが医療的ニーズとして表出されるケースがあるので、医療の文脈ではなく、まずは超高齢化＋多様化に最適化した地域社会がどうあるべきかという議論から始めることが重要ではないか。

三つ目は、在宅入院のニーズである。入院が適さない要介護高齢者や認知症の方々に対し、在宅でどこまでできるのか、どのような体制を構築すべきかということも大きな課題である。

6.全体ディスカッション

(鈴木) 歯科を含めた対応は意義深いですが、私はそれを地域に落とし込むのに20年かかった。こうした取り組みを地域に落とし込むには、時間がかかることを考えなければいけない。

私は一人でコロナ対応を行ったが、患者の満足度は極めて高かった。一人で酸素濃縮器を回収・消毒して別の患者に届けるのは相当重労働なのでお勧めするわけではないが、患者や家族の満足度が在宅医療の一つのアウトカムであると考え、ソロプラクティスのクリニックの満足度は限りなく高いだろうと思った。

(西田) かかりつけ医の機能不全の話は非常に共感した。在宅医療に特化した医療機関がたくさんできて、専門の先生方が活躍しているから、自分はその必要がなくなったと思う医者が増えている。そもそもかかりつけ医とは何かということを考えると同時に、日本流のかかりつけ医を制度化し、在宅医療を担う医者を増やすことで複数医師での開業を可能にし、24時間体制を確保するという方向に持っていければいいのではないかと思った。

(望月) 適切な往診を行うことで、本来入院が必要ない人を在宅で診ることができるというのは、私も在宅医として経験することが多い。当クリニックでは、かかりつけ医から適切なタイミングで在宅かかりつけ医に移行できる体制を地域の中に生み出すために、ケアマネジャーなどに向けて研修会を行っている。ケアマネジャーや訪問看護師が患者に在宅を促し、患者がそれを先生に提案することが多いからである。

複数医師の体制を診療所で作るのは、大都市モデルでは難しいのではないかと。医師を複数人集めるためにはそれだけ在宅の患者が必要で、在宅の患者を集めるためには他地域にも手を出さなければいけない。地域ごとに地域包括ケアシステムや訪問看護の体制等が異なるので、各地域に合わせながら患者を集めるのは困難だと思う。従って、これから在宅に取り組む先生方が連携を取れる体制をどのようにシステム化するかというのは検討が必要である。

(高砂) 訪問看護師と医者がコミュニケーションを充実させて、相談のタイミングなどが合わせられるようになると、本当に効率的な在宅医療が実現すると思う。

入院の回避に関しては、ADLの低下が嫌だから入院したくないという意思を自ら伝える高齢者が最近が増えてきている。

(平原) 地域ごとに医師会のスタンスが違うのは非常に感じる。報酬は置いておいて、まず目の前の患者を救おうという志がお互いがないと手を結べない。われわれ訪問看護はどのように地区医師会と手を結べばいいのかというところが大きな課題である。

嚙下は本当に大事なことだが、口腔ケアを地域に落とし込むのに20年かかると聞いて、目の前の高齢者の命を救うのには時間がないのに、点ではなく面で支えるにはそんなに時間がかかるのかと葛藤を覚えた。医師会も含めた地域のシステムづくりの大きな課題が見えた気がした。

(瀧井) 患者はかかりつけ医をととても信頼しているので、状況が厳しくなったときにいつでも診てもらえるよう24時間体制でないと困る。そのシステムとしては、急性期の病態をしっかり把握してアセスメントしたり、全身状態のコントロールをタイムリーに行ったり、終末期医療を行ったり、あとは皮膚のことで問題を感じる人が多いので、そこを適切かつタイムリーに行える体制が確保できれば、どんなシステムでもいいと思っている。

(千葉) 都としては、どうすれば市区町村が動きやすくなるのか、どうすれば地域で地区医師会と訪問看護師がネットワークをつくりやすくなるのか考えなければいけないと思っている。

(蘆野) 佐々木委員の報告を聞いて、医師としての使命感を持ってさまざまな困難に立ち向かい、結果として新しい世界が開かれていること、そして、それをデータでまとめていることがすごいと思った。大きな病院に匹敵する動きである。

在宅医療の質をどう上げるかというのは、日本在宅医療連合学会としても、日本在宅ケアアライアンスとしても大きな課題であり、頑張らなければならないと思っている。保健所としては、どのように地域に仕掛けていくかということを考えている。

(向井) コロナ禍では、外出禁止令に近いものがあり、外来医療に簡単にアクセスできなかったことから在宅医療という問題に直面せざるを得なかったが、ワクチン接種にしても、この患者がどういう状態かということが実際と一致していないかかりつけ医は結構いる。また、かかりつけ医の制度化という話があったが、東京の場合は中小の病院をかかりつけ医としている人も結構いるので、そのあたり、どのように住民とのコンセンサスを得ながら着地していけるのかという課題があると思った。

コロナ患者の入院に関しては、合併症があったり、いろいろなトラブルがあったりして、多科連携で苦労したので、そういったところもコロナを通じて今後の課題として突き付けられた。

(新田) フランスの在宅入院は病院医療側が行うが、佐々木委員は、在宅入院を在宅医療側が行うという新しい方向を示した。われわれが病院から大反対を受けていた肺炎の在宅治療で、患者のADLが保たれることを証明してくれたことはとてもよかった。

医師会の方針はよく変わるが、行政の方針は変わらない。医師会が頑張るところは頑張ればいいが、地域包括ケアの強化は筋道を間違えてはいけないので、医師会主体というより地区行政主体の方がいい気がしている。

かかりつけ医の定義については、四病院団体協議会が定義しているような、紹介から始まって必要なときに診ていくというものではなく、まず徹底して自分で診て、最後、本当に必要なときに病院が初めて少し有効であるという新しい定義を作らなければいけない。そこに入るかかりつけ医は、地区医師会の8分の1か、もう少し少ないぐらいではないか。そこは在宅医療の質を担保する上での需要と共有論になると思っていて、地区医師会の全ての先生をかかりつけ医と呼ぶのはやめるぐらいの覚悟がないと在宅医療は進まない気がする。

(辻) 今回のコロナで、かかりつけ医の根本が問われたと思う。子ども食堂に取り組んでいる人が、「医者は自ら設定した課題の解決に関してしか動いてくれない」と言っていた。下手をすると、特定の領域の人を治すところに心が行ってしまうということである。本来は、地域の人に正面から向き合うのがかかりつけ医の精神だと思う。国民がそのことに気付かないぐらい、医者は決まった分野のことだけする人になっている節があり、危機感を覚えている。

7.閉会のコメント

石垣座長から、第2回のプレゼン発表者（堀委員）、第3回のプレゼン発表者（菊池委員）についての依頼があり、閉会となった。

以上

日本在宅ケアアライアンス「大都市圏の在宅医療システムのモデル構築事業」第一回委員会

大都市における高齢人口の爆発的増加で 生じた課題とそれらへの対応

佐々木 淳
Jun Sasaki M.D.

医療法人社団悠翔会 理事長・診療部長
Director/Chairman Yushoukai Medical Corp



医療法人社団悠翔会は2006年に創設した在宅医療にほぼ特化したクリニックのグループです。現在、18クリニック（首都圏17拠点、沖縄1拠点）を運営し、102名の医師（2022年4月現在）とともに、6600人の在宅患者の療養支援を担当しています。昨年は1699名の方の人生の最終段階に関わらせていただき、うち70%の方をご自宅や施設でお看取りしています。



医療法人社団 悠翔会
YUSHOUKAI MEDICAL CORPORATION

- 2006年創設
- 首都圏17拠点・沖縄1拠点
- 常勤医 45名 / 非常勤 41名
- 在宅患者数 6400人
- 在宅看取り数 1340人



大都市部、特に私たちが在宅診療に取り組む首都圏や沖縄圏では、人口の高齢化に伴い、医

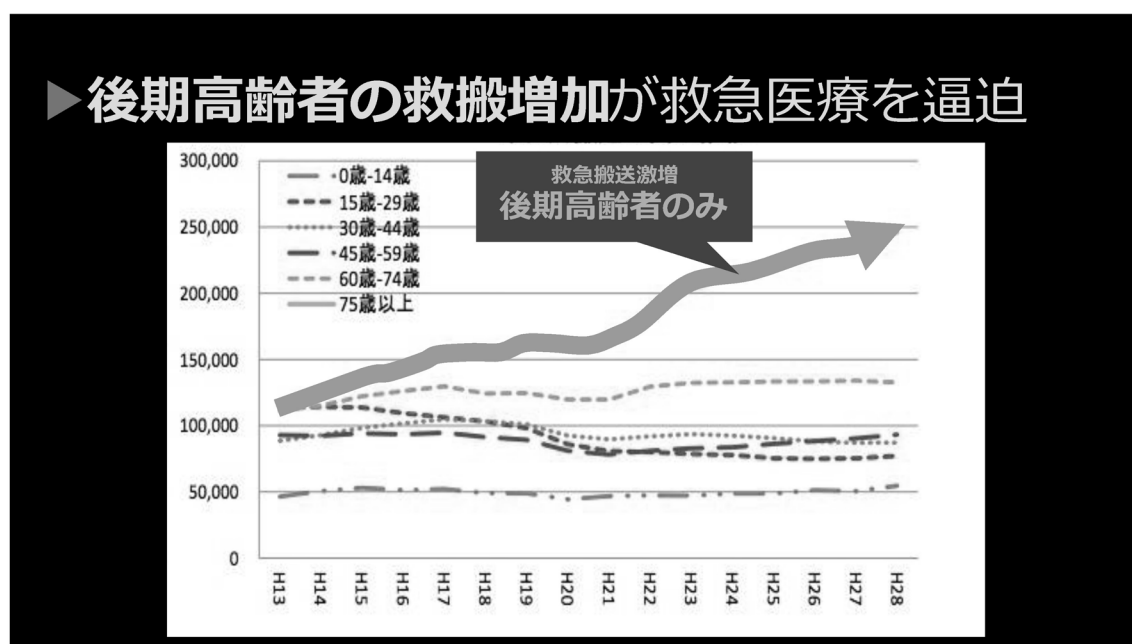
療ニーズは大きく変化してきています。しかし、急性期病院を中心とした日本の医療医療提供体制は、このニーズの変化に対応できておらず、さまざまな課題が生じています。

在宅医療の現場で特に感じるのは以下の4つです。

- ① 加齢に伴う Multi-morbidity (多病) → ポリドクター・多剤併用
- ② 世帯の脆弱性 → 高齢独居・老老世帯の増加
- ③ 身体の脆弱性 → 入院依存
- ④ 本人不在の意思決定や人生の最終段階の選択

東京をはじめとする大都市部は、コロナ前から救急医療が逼迫していました。東京では年間80万人が救急車で搬送されており、その件数は右肩上がりが増え続けています。

その搬送件数の増加の要因は、後期高齢者の救急搬送の増加です。ここ20年の年代別の搬送者数の推移をみると、それ以外の年代層の搬送件数は増えていません。



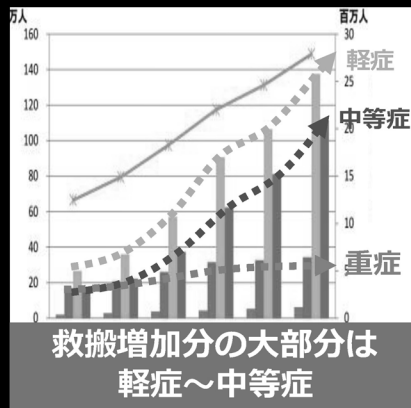
搬送される高齢者の内訳をみてみると、実はその多くが軽症～中等症であることもわかっています。また、ここ30年間の全国における高齢者の傷病別程度搬送人数の推移をみると、軽症・中等症の搬送は約5倍に増加しているのに対し、重症・死亡の増加は2倍程度にとどまっています。つまり、東京の救急医療を逼迫させているのは、実は救急医療の必要のない後期高齢者の搬送が増加しているから、ということになるのかもしれません。

▶ 搬送される高齢者の多くは軽症・中等症

▶ 搬送人員・軽症者数・軽症割合の推移



▶ 全国における高齢者の傷病別程度搬送人数の推移



なぜ、救急医療の必要ない高齢者が救急要請をするのか。

これは、世帯の脆弱性が関係していると考えます。

段階世代が子育てをしていた 1970 年代。日本では標準世帯（4人世帯（両親+子供2人））が約 15%、3人世帯（両親+子供1人）が 11%、高齢独居や老老世帯はほとんどありませんでした。

しかし、平成の後半になると、標準世帯が全世帯に占める割合は 5%未滿まで減少、無業の 1人世帯（主に高齢独居世帯）が約 17%、無業の二人世帯（主に老老世帯）が約 14%まで増加しています。いまの標準世帯は、まさに高齢単独世帯といってもいいのかもしれません。不安な体調変化が生じた時、平日の昼間であればかかりつけ医に相談することができます。しかし、休日や夜間に急変した時、かかりつけ医の多くは電話がつながりません。世帯内での冷静な状況判断が難しい中、身体機能や社会機能の低下により医療へのアクセスもおのずと制限されます。結局、119 番に電話をする以外の方法がない、ということになるのかもしれません。後期高齢者の救急搬送の増加は、医療的ニーズというよりは社会的ニーズ、世帯構成の変化に地域医療が対応できていないことが主たる要因と言えるのかもしれません。

▶ 医療ニーズ？ 社会ニーズ？

図表 各年における日本の主な世帯構成と総世帯数に占めるシェア

	1位	2位	3位		9位
1974年 (昭和49年)	4人世帯・有業者数1人	3人世帯・有業者数1人	有業の1人世帯		
	14.56%	10.95%	9.42%		
1988年 (昭和63年)	1位	2位	3位		
	有業の1人世帯	4人世帯・有業者数1人	2人世帯・有業者数1人		
	15.78%	9.67%	9.00%		
2017年 (平成29年)	1位	2位	3位		
	無業の1人世帯	有業の1人世帯	2人世帯・有業者数0人	...	4人世帯・有業者数1人
	16.95%	15.65%	13.67%		4.60%

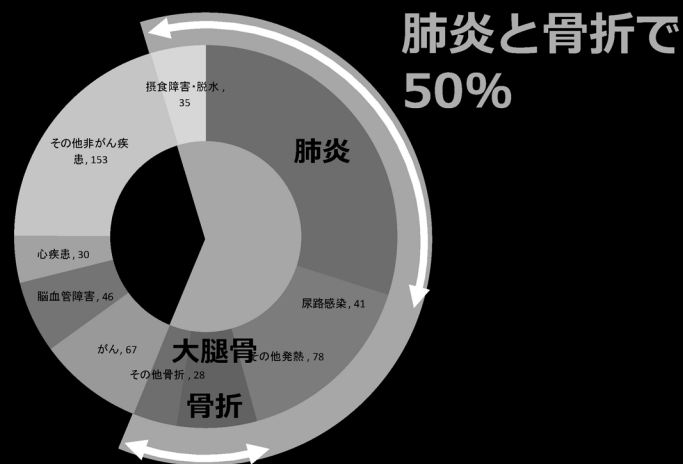
世帯構成は、世帯人員とその世帯の有業者数の組み合わせによって分類した。
 (出所) 総務省(旧・総理府)「国勢調査」および総務省(旧・総理府)「家計調査」をもとに大和総研推計

フレイルの高齢者は文字通り脆弱です。

在宅医療を受けている高齢患者はほぼ100%フレイルですが、高頻度に急変や急性増悪が起こります。医療法人社団悠翔会は現在6600人の在宅医学管理を担当していますが、年間2200件の緊急入院が発生しています。3人に1人が年に1回は入院する、ということになります。

その緊急入院の内訳を見ますと、約30%が誤嚥性肺炎、約10%が骨折によるものです。摂食障害や脱水など、それに関連したものも含めると、約50%が肺炎と骨折によるものと考えられます。

▶在宅高齢者の緊急入院

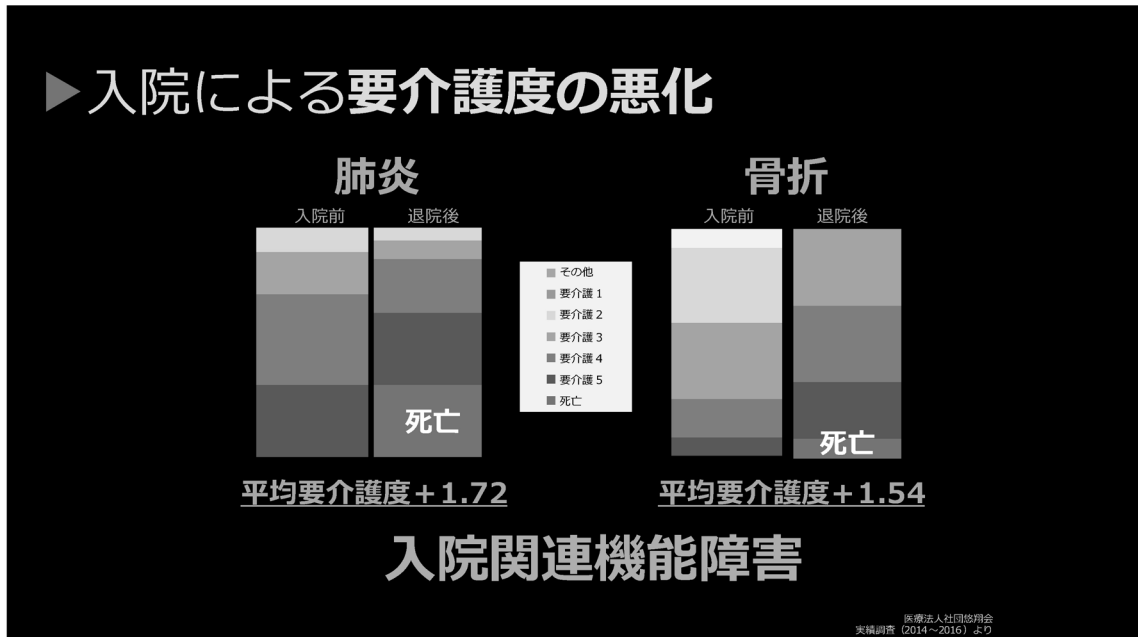


医療法人社団悠翔会
実情調査 (2014~2016) より

肺炎で入院を選択した在宅高齢者は、32%が入院中に死亡。退院された方は入院前と比較して要介護度が平均 1.72 悪化しています。骨折で入院を選択した在宅高齢者は、やはり 1 割弱の方が合併症等で死亡され、要介護度は平均 1.54 悪化しています。

悠翔会では肺炎と臨床診断したケースの多くは、在宅医療で対応しています。在宅での対応が困難なケースだけが入院を選択していますので、この治療成績には選択バイアスがかかっていますが、それでも要介護高齢者の場合には「入院できれば安心」というわけではないということは明らかです。

高齢者の入院に伴う心身の機能低下は「入院関連機能障害」として広く認識されるようになってきました。



入院関連機能障害には、さまざまな要因がありますが、特に大きいのは次の2つだと思います。

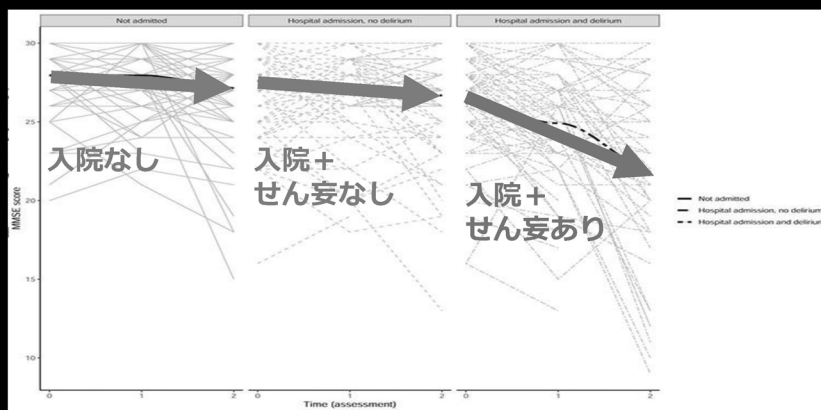
1つは入院中に生じるせん妄です。

老化現象に伴う生理的な変化として、高齢者の認知機能は、MMSEで評価すると、2年で1点ほど低下するとされています。

高齢者が入院になっても、入院中にせん妄が生じなければ、認知機能の低下が加速することはありません。しかし、入院中にせん妄を生じると、MMSEは2年で平均約5点低下します。MMSE30点満点だった人が10点未満まで低下することも少なくありません。

入院治療には、入院理由となった病状の悪化に加え、環境変化や行動抑制、食事や水分の制限、眼鏡や補聴器を外されることによる視聴覚低下、治療に伴う薬剤の投与など、せん妄の発症・増悪させるさまざまな要因があります。これをすべて排除することはできませんが、急性期病院には、入院中のせん妄の発症予防・改善のための工夫が求められます。

▶せん妄▷認知機能低下 せん妄を放置するとMMSE -5点



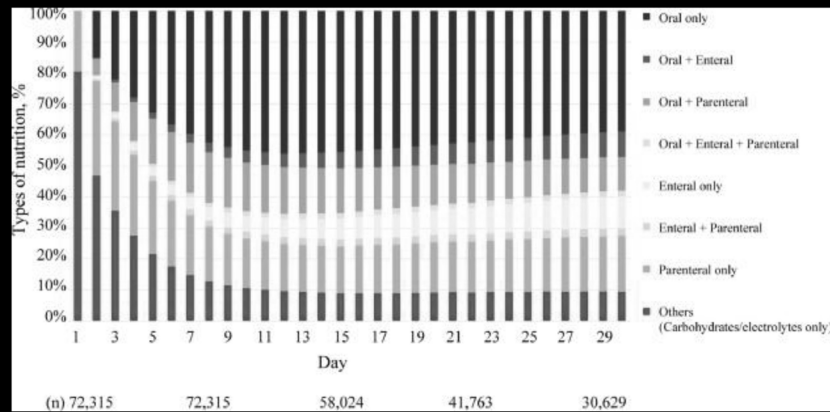
もう1つは入院中の栄養管理です。

誤嚥性肺炎で入院した高齢者は（その多くが食物誤嚥ではなく夜間不顕性誤嚥によるものであるにもかかわらず）入院中に「とりあえず禁食」となります。全国のDPC病院を対象とした研究では、入院から2週間を経ても35%の高齢者が禁食のまま、入院が1か月に及んだケースでは40%が禁食です。10%は維持輸液（電解質輸液）のみで1か月間の栄養管理が行われていました。

特にもともと低栄養・サルコペニア・フレイルの割合の高い要介護高齢者の場合、2週間以上の栄養制限が生命予後やADLに著しい悪影響を及ぼすことは容易に想像できます。早期の経口摂取再開が、入院期間を短縮し、入院中の死亡率を減らし、経口摂取の再開率を高めることはすでに明らかにされています。

入院治療を選択するのは、より高い治療効果を期待してのことです。しかしながら、多くの急性期病院では高齢であるという理由で、入院中の積極的な栄養ケアを差し控える傾向がありますが、そこはエビデンスに基づいた栄養管理を強く求めたいところです。

▶ 残念な入院栄養管理 10日間の入院で7年分老化が進む



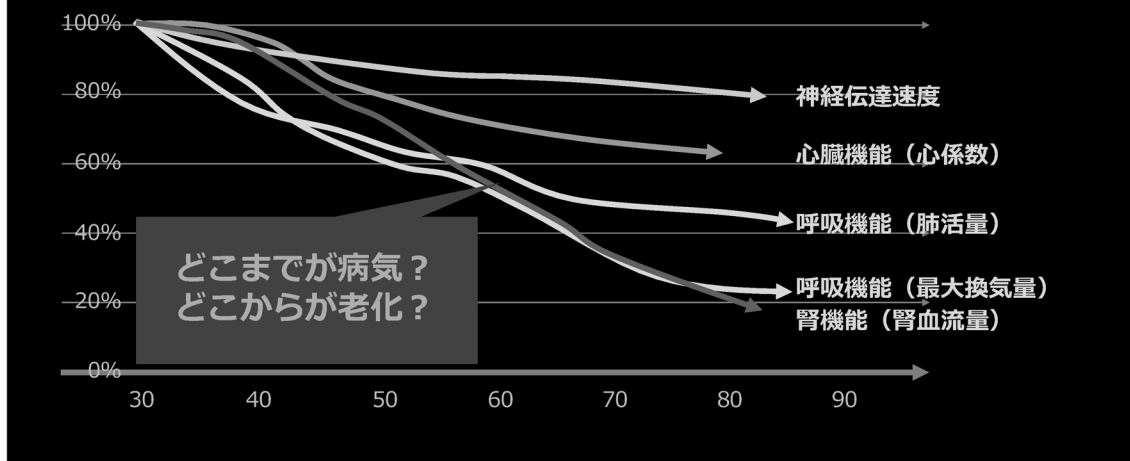
私たちの身体の機能は、加齢に伴い低下していきます。

30歳を100%とすると、80歳になると、神経伝達速度は20%減、心機能（心係数）は40%減、呼吸機能（肺活量）は60%減、最大換気量や腎血流量は80%減少します。

どこまでが病気で、どこからが老化なのでしょう。

病院に搬送された高齢者、血液検査でeGFRが20ml/min/1.73m²であれば、腎不全ということになるかもしれません。しかし、85歳の高齢者のこれは腎不全としてケアすべきなのでしょう。タンパク制限食を指導すれば、サルコペニアが悪化し、転倒・骨折・要介護・死亡のリスクを高めることになるのは自明です。データだけを診るのではなく、その人の全体を診る、その中でその人にとって最適な医療を考えていくことが大切だと思います。

▶加齢による衰弱 = 生物の宿命



高齢者の多くは、急性増悪により入院、入院関連機能障害により身体機能・認知機能が低下したより脆弱な、再入院のリスクの高い状態で退院してきます。再入院、衰弱・・・と階段を下るように心身の機能が低下し、要介護度が悪化し、そしてその多くは病院で亡くなっています。

日本では多くの方が最後は自宅で過ごしたいと考えているにも関わらず、在宅で最期を迎えることができるのは2割程度です。しかし、この在宅死の約半分は警察による検案死です。自宅で最期、きちんと看取りをされた方は全体の1割程度にすぎません。ここ数年、在宅死の割合は少しずつ増えていますが、これは看取りの増加だけではなく、孤独死の増加も反映されているということに留意する必要があります。



日本では、多くの高齢者が人生の最終段階で救急搬送を繰り返し、入退院を繰り返し、最後は病院で亡くなります。

このようなことを望んでいる高齢者はいないはずですが、このような状況を生み出している最大の要因が、「かかりつけ医の機能不全」であると私は考えています。



在宅医療は「かかりつけ医」として機能しています。

患者の継続的・計画的な医学管理を行います。患者の多くは治らない病気や障害とともに

人生の最終段階に近いところを生きています。在宅医療は、患者の病気や障害に対し、エビデンスに基づく医療を提供するにとどまらず、患者のナラティブ、患者の個別性に対応した総合的・包括的な支援を行います。

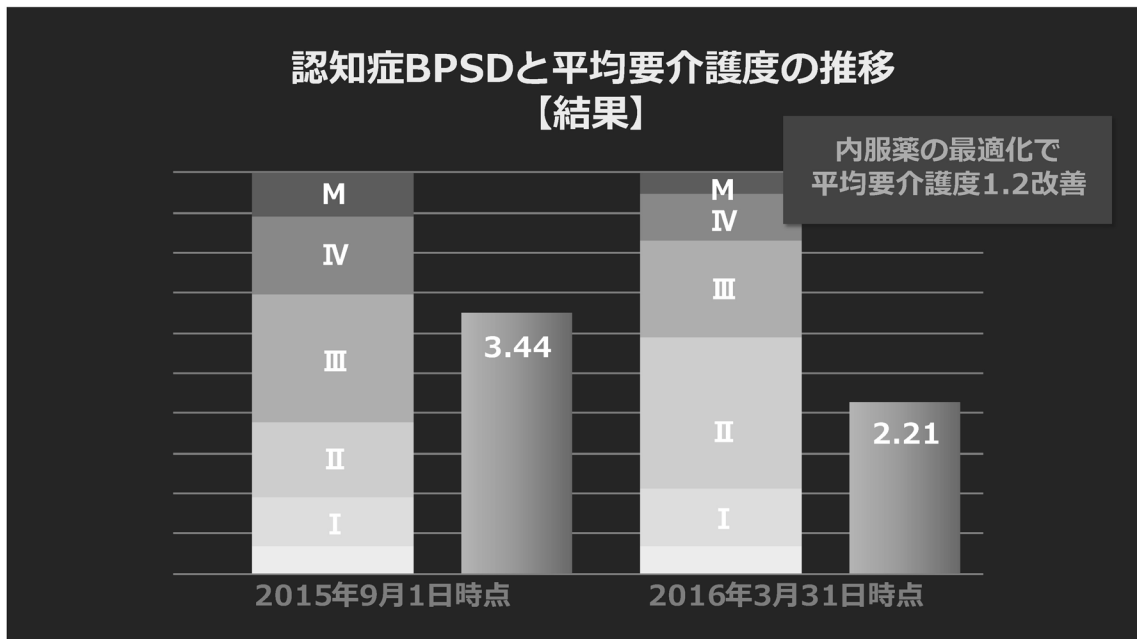
医学モデルと生活モデルのバランスを取りながら、本人・家族にとって最適な選択を共に考え、意思決定を支援するとともに、選択された生活を安心・納得して最後まで過ごせるよう、24時間体制で支援します。



特に医学モデルにおいては、薬物療法の適正化は重要な仕事の1つです。臓器単位で最適な治療を行い、それを足し合わせるのではなく、たくさんの病気をもった「その人」を治療する。そんな総合的な関りが求められます。

お示ししたグラフは、ある特定施設における減薬の取り組みの成果です。認知症中核薬の整理、BPSDに対する向精神薬の整理を通じて、認知症自立度の改善（Ⅲ以上の割合が62%→41%に）、要介護度の改善（平均3.44→2.21）を認めました。

特に多疾患に対するポリファーマシー、認知症に対する不適切な投薬は患者にとって不利益であるだけでなく、ケアの現場にも大きな負担となっています。要介護高齢者や認知症の人に対する最適な医療の在り方が問われています。



在宅患者の多様なニーズに応えるため、多職種連携が欠かせません。

特に、在宅高齢者の多くは低栄養（平均 BMI18.1、BMI<18.5 の低体重の割合は 60%）です。これは、基礎疾患の増悪要因であるとともに、誤嚥性肺炎や骨折、認知症の進行に関する独立したリスクであることも明らかになっています。

低栄養の要因である口腔機能低下症や生活力の低下に包括的に対応し、在宅高齢者の緊急入院の主因である誤嚥性肺炎や骨折による急変を防ぐ。食機能を改善し、栄養ケアとリハビリを通じて ADL や QOL を改善する。悠翔会は、歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士を雇用し、専門職の絶対数が少ない地域においても、必要な人に在宅栄養サポートが確実に届けられるよう、努力しています。



急変時の対応も、在宅医療において重要なファクターです。

24 時間確実に、迅速に対応することで、患者・家族の不安を軽減するとともに、不要な救急搬送を回避します。

悠翔会では昨年は年間 27960 件の緊急コールに対応しました。これは東京消防庁の後期高齢者の年間搬送件数の 9.8%に相当します。また、そのうち 9673 件について臨時往診で対応しましたが、これは東京都立墨東病院の年間救急車受け入れ台数の 152%に相当します。訪問看護の対応件数は、これよりも一桁多いかもしれません。

在宅医療の緊急対応・往診が機能することは、特に大都市部の救急医療システムの負担軽減にもつながるはずです。

また、悠翔会では、緊急コールから患者宅で診療開始するまで、平均で 38 分要していますが、これは、救急要請してから病院で診療が開始できるまでの全国平均時間（39 分・2019 年）とほぼ同等です。医療のデリバリーの迅速性という点でも、特に人口集積地域である大都市部においては、救急医療と遜色ないことがわかります。



往診に呼ばれた私たちは、患者宅で、診断と治療を行います。

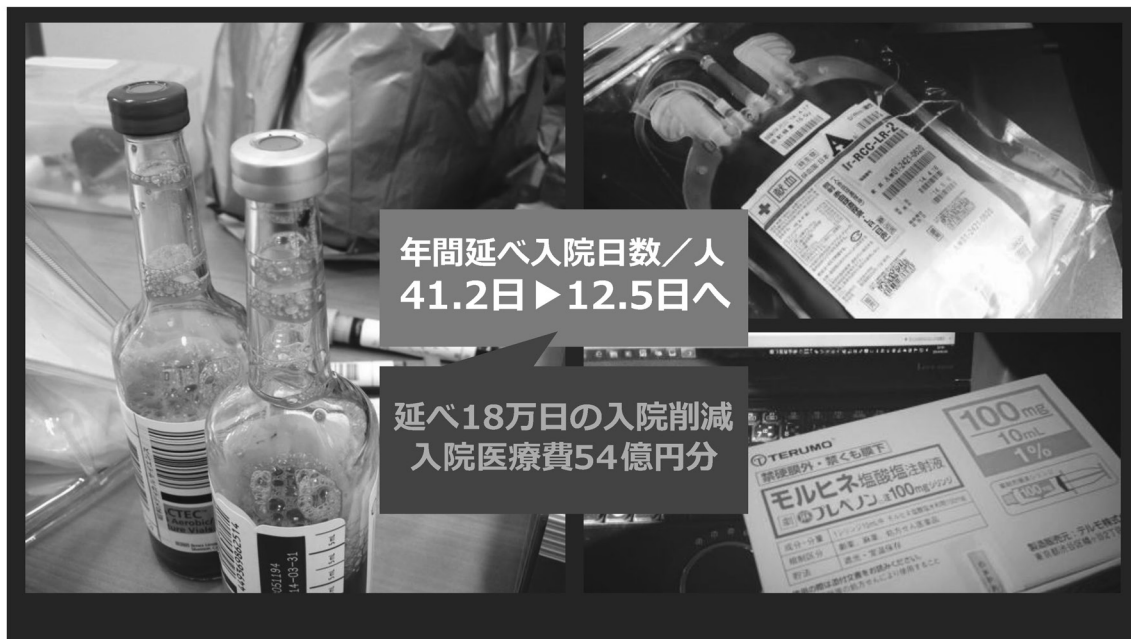
最近では高精度な超音波検査などが自宅で簡単に実施できるようになっています（肺炎・骨折の超音波診断はエックス線検査よりも高感度でできるという報告もあります）。

診断の結果、急性期疾患であっても、医学的適応のみならず、患者・家族の意向や入院関連機能障害も含めた入院治療のアウトカムなどを総合的に考慮した上で、可能な限り自宅で治療を行います。

患者の中には輸血などの侵襲の高い処置を定期的に行っているケースもあります。がんや難病に対する緩和医療も、十分なレベルで提供されます。

結果として、在宅患者は入院依存が大きく低下します。

悠翔会が療養支援を担当している患者は、在宅医療導入前の1年間で、一人年間平均41.2日入院していますが、在宅医療がスタートした後の1年間では、平均12.5日まで減少します。一人あたり約30日の入院削減×6600人＝1年間で約20万日分の入院を削減していることになります。入院医療費が1泊3万円で済んだと仮定しても、60億円分の社会保障費に相当します。在宅医療の診療報酬も高額ですが、ここまでの費用は要しません。在宅医療が普及することで、その分の社会保障費がアドオンされるのではなく、社会保障費の適正化を通じて、逆に社会保障費を削減しようと私たちは考えています。



さらに入院を減らすことができるのではないかと。

私たちは研究を行っています。在宅高齢者は ACSCs (Ambulatory Care Sensitive Conditions)、すなわち適切なタイミングで効果的なケアを提供することで入院のリスクを減らせる状態にあります。

▶ その入院は避けられないのか？

European Journal of Public Health, 1-7
© The Author(s) 2018. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association.
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. doi:10.1093/ejpub/ckz142

Admissions for ambulatory care sensitive conditions: a national observational study in the general and COPD population

Marieke C. Paul^{1,2}, Jan-Willem H. Dik¹, Trynke Hoekstra², Christel E. van Dijk¹

1 National Healthcare Institute, Diemen, The Netherlands
2 Faculty of Science, Amsterdam Public Health Research Institute, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

Correspondence: Christel Evelien van Dijk, National Healthcare Institute, PO Box 320, 1110 AH Diemen, The Netherlands. Tel: +31 6 222 60824, e-mail: cdijk@zinl.nl

Background: Hospital admissions for ambulatory ambulatory management and treatment. ACSCs. However, debate continues to which extent was to provide more objective insight into the using 2012-15 health insurer claim data of 13 analyses were conducted to investigate factors associated with ACSC admissions. Prior ambulatory to the highest number of ACSC admissions: chronic hospital admissions for ACSCs per 10 000 insured admissions varied between general practices from ambulatory care. One month prior to admission, 97% of admitted COPD patients had at least one ambulatory care contact. **Conclusions:** Variation in ACSC admissions between general practitioners was observed, indicating that certain hospital admissions may be prevented. However, we found no indication that ACSC admissions were preventable, as no link was found with the provision of ambulatory care and ACSC admissions. This may indicate that this indicator is country and health care system specific. Before including ACSC admission as quality indicator of primary care in the Netherlands, more insight into the causes of variation is required.

ACSCs Ambulatory Care Sensitive Conditions

適切なタイミングで効果的なケアをすることで
入院のリスクを減らせるような状態

海外において、ACSCs に対する効果的な医療介入に関する研究が多数行われていますが、私たちが自分たちの患者に生じた緊急入院について、入院の要因を次の5つに分類し、それ

ぞれ、入院回避可能性について評価をしました。

- ① システム要因（仕組みの問題、たとえば夜間対応ができないなど）
- ② 医療者要因（医師の専門外で対応ができなかった、など）
- ③ 医療的要因（心筋梗塞や消化管出血など、医学的に入院が必要な状態であった、など）、
- ④ 患者側要因（患者が認知症で服薬アドヒアランスが悪く、安全な治療の継続が困難、など）
- ⑤ 社会的要因（家族の不安が強く、医学的には軽症であったが、入院が選択された、など）

その結果、緊急入院のうち 46%は回避が可能であったこと、回避が可能であった入院のうち、大部分が患者側要因と社会的要因によるものであること、そして、24 時間対応の訪問看護の関与が、回避可能な入院を優位に減らしうることが統計的に明らかになりました。つまり、最適な医学管理のためにも、多職種連携（特に訪問看護との連携）が機能することが重要である、ということになります。

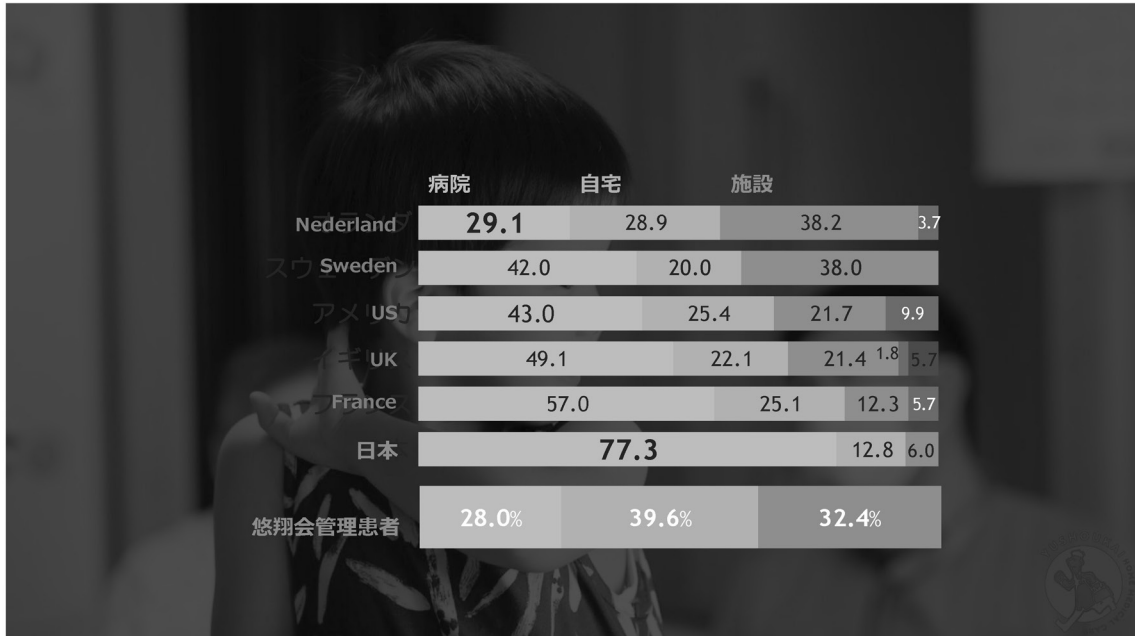


なるべく急変させない、なるべく入院しないで済む、そして自宅で最期まで過ごせるように支援する。結果として自宅で看取られることとなります。自宅で死なせることが目的なのではなく、最適な療養支援の「結果」としての看取りであるべきだと思います。

ご存じの通り、先進国の中でも、日本は病院死率の高い国です。

しかし、これは人生の最終段階を支える仕組みがないからではありません。在宅医療や介護サービスが機能すれば、日本においても自宅で最期まで過ごすことは難しくありません。

事実、悠翔会の管理患者の人生の最期を過ごす場所は、オランダやスウェーデンなど北欧の福祉先進国のそれと同じ割合です。優れた仕組みがあるにも関わらず、それを生かすことができていない。それが日本の実情なのだと思います。



そんな中、在宅医療に新しい役割が与えられることになりました。

新型コロナウイルス感染者に対する在宅療養支援です。

これまで慢性期・終末期のケアを中心に担ってきた在宅医療が、急性期のケアを担うことになったのです。

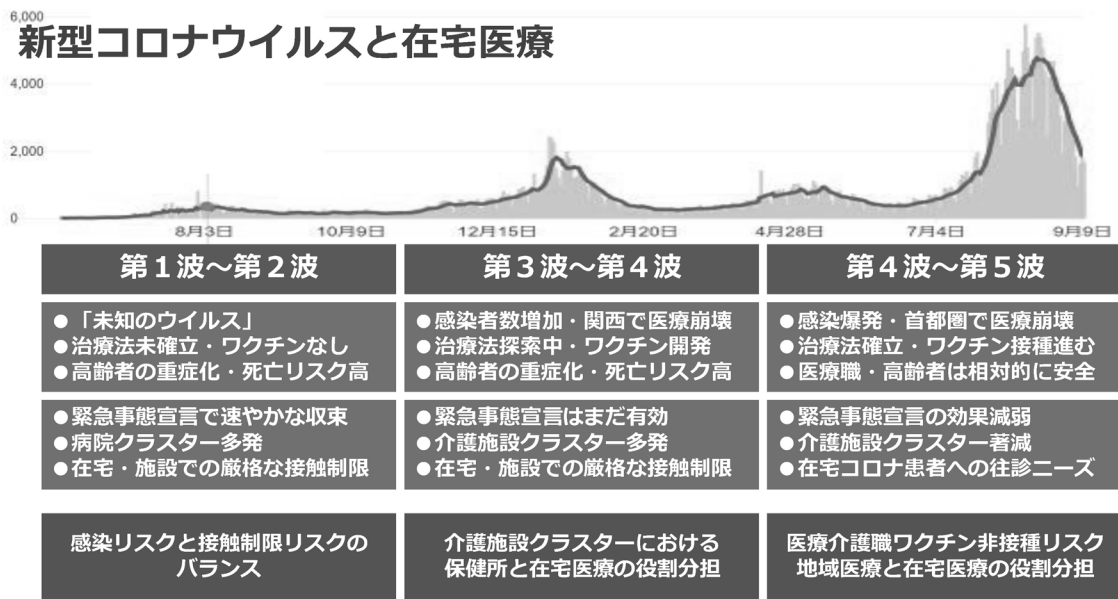


第一波から第二波にかけては、脆弱な在宅高齢者を守ることが私たちの仕事でした。治療薬もワクチンもなく、感染すれば高い確率で重症化・死亡する要介護高齢者や基礎疾患のある人たち。感染防御の厳格化の一方で、社会から隔離された高齢者は、フレイルの進行という新しいリスクを抱えることになりました。

第三波においては、感染者数が増加し、在宅ケアや高齢者施設の現場を守り切ることが難しくなってきました。随所でクラスターが発生しましたが、入院ができないケースも少なくありませんでした。

第四波においては、関西地方で医療崩壊が現実のものとなりました。ただ、医療介護専門職と高齢者に対するワクチンの接種が迅速に進み、第五波においては、在宅ケアの現場は逆に「凪」の状態、感染・重症化のリスクに曝されたのは、若い人たちでした。

東京では数万人が在宅隔離を強いられる状況となりましたが、限られた医療アクセスの中で、在宅医療の「往診」という機能が注目されることとなります。



私たち悠翔会は、東京都との広域支援の枠組みの中で、かかりつけ医を持たない、地域医療機関で対応できない新型コロナ感染者に対して在宅医療を提供しました。

23区の面積にして70%、約800万人をカバーする、在宅コロナ対応のセイフティネットとしての仕事です。私たちが対応できなければ、他に診る人はいないかもしれない。そんなプレッシャーの中で、保健所からの依頼に確実に応えられるよう、常時3人の医師がコロナ診療に専従する体制を作りました。

在宅コロナ診療の実際のフロー

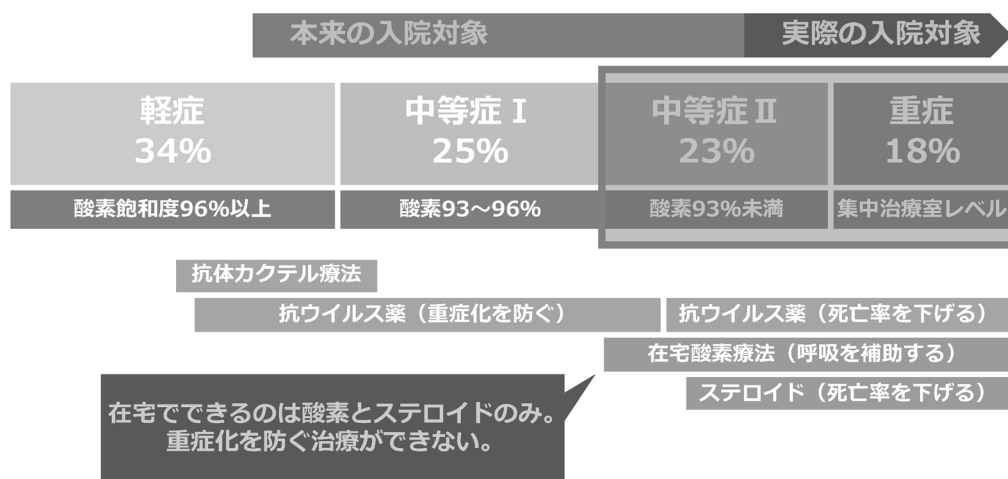


東京都との連携が始まったのは8月11日の正午。

それから1か月間で、私たちは402人のコロナ患者さんの在宅療養支援に関わるようになりました。うち41%が中等症Ⅱ以上、すなわち在宅酸素療法の必要なコロナ肺炎の患者さんたちでした。

当時は、中和抗体薬や抗ウイルス薬を在宅で使用することは許可されていませんでした。私たちは低酸素血症に対し在宅酸素療法を導入し、中でも重症化リスクの高い人にはステロイドを投与、在宅医学管理の限界点が低いと判断したケースについては、入院優先群としてトリアージし、早期入院を働きかけるとともに、いずれも、自宅で回復または入院できるまで、継続的な療養支援を行いました。

402 人の在宅コロナ患者の重症度



165 人の中等症Ⅱ以上の患者については、82 人を優先入院、83 人を在宅ケア継続としました。いずれも入院・治癒するまで自宅での死亡者はゼロでした。

在宅酸素療法とステロイドしか武器がない中で、最適なトリアージと在宅療養支援ができたと評価できると考えています。

165 人の中等症Ⅱ以上の在宅コロナ患者の転帰



新型コロナ患者に対するオンライン診療も本格的にスタートされました。

しかし、これらの急性疾患に対する（患者情報が不足する中での）オンライン診療の限界に

についても明らかになりました。

中等症Ⅱ以上にて、往診で対応し、採血を実施しところ、最初の41例について58.5%が耐糖能異常を有していました。また、うち約半数が、事前情報にて「基礎疾患なし」とされていました。中にはHbA1c・随時血糖が400を超えているケースもあり、もしこのような事例に対し、オンライン診療のみで高用量のステロイドが投与されていたら、非常に危険な状況になっていたと考えられます。

急性期において、患者の事前情報が十分でないケースにおいては、オンラインではなく、対面での診療からスタートすべきであると考えます。

コロナID	年齢	性別	M-1	重症度	BMI	採血日	Cre	BS	CRP	フィブリノゲン	トロポニンI	フェリチン	プロカルシトニン	Dダイマー	HbA1c
293	51	0	中等症Ⅱ		20.2	16	0.62	93	0.76	357	9.9	150	0.04	1	4.4
186	27	0	軽症			6	0.5	99	4.48	409		181	0.07	1.1	5
180	39	0	中等症Ⅱ		24	8	0.54	87	7.01	356		106	0.05	0.7	5.1
千葉45	49	1	中等症Ⅱ			10	0.46	104	0.79	334		54	0.02	0.9	5.2
212	49	0	軽症		18.9	7	0.57	90	2.45	426		225	0.06	0.5	5.2
262	48	0	軽症		23.5	2	0.66	71	5.24	369		39	0.06	0.7	5.2
237	52	1	中等症Ⅱ			7	0.81	112	3.75	571		3180	0.14	0.8	5.2
164	33	0	中等症Ⅱ		32.9	10	0.55	108	3.49	434		92	0.03	1.2	5.3
236	47	1	中等症Ⅱ		19.8	9	0.72	100	4.78	517		878	0.09	1.2	5.3
247	34	1	軽症		22.2	10	0.82	93	1.04	388		207	0.03	0.5	5.3
269	54	1	中等症Ⅱ		20.6	6	0.92	107	3.61	426		380	0.18	0.9	5.3
227	67	0	中等症Ⅱ			8	0.51	106	11.52	587	41	758	0.3	1.5	5.4
153	40	1	中等症Ⅱ			8	0.72	96	4.12	543		718	0.1	0.6	5.4
243	34	1	中等症Ⅱ		26.7	11	0.77	94	12.25	587		1535	0.12,0.7		5.4
159	39	1	中等症Ⅱ			8	0.71	89	5.02	443		1225	0.1	0.7	5.5
273	37	1	中等症Ⅱ		28.7	10	0.79	104	5.79	586	4未満	574	0.04	0.8	5.5
220	40	1	中等症Ⅱ		32	5	1.11	115	7.88	482		1450	0.13	0.9	5.5
185	51	0	中等症Ⅱ		19.1	6	0.57	108	0.94	362		29	0.07	0.7	5.6
281	53	1	中等症Ⅱ		21.5	10	0.69	159	9.2	620	4未満	657	0.06	7.5	5.6
272	28	1	中等症Ⅱ		38.2	9	0.89	119	3.97	586	4未満	297	0.05	2	5.6
222	54	1	中等症Ⅱ		23.4	6	1.01	93	9.4	462		825	0.13	0.8	5.6
274	47	1	中等症Ⅱ		22.4	2	1.12	113	9.21	570	11.7	680	0.2	1	5.6
154	47	1	中等症Ⅱ		24.6	3	0.56	104	9.14	571		1470	0.23	0.9	5.8
143	46	1	中等症Ⅱ		24.3	5	0.71	99	4.63	472		427	0.1	0.4	5.8
282	54	0	中等症Ⅱ			19	0.5	150	4.37	297	7.1	368	0.03		5.9
246	80	0	中等症Ⅱ			11	0.55	163	1.24	426		686	0.1	0.5	5.9
224	61	0	中等症Ⅱ			8	0.6	121	14.52	809		1610	0.14	0.4	5.9
150	59	1	中等症Ⅱ			9	0.91	118	0.51	443		511	0.04	0.5	5.9
300	26	1	軽症			13	0.78	121	7.78	586	4未満	842	0.06	1	6
254	44	0	中等症Ⅱ		21.3	10	0.58	113	3.31	368		112	0.04	0.4	6.1
145	38	1	中等症Ⅱ		28	11	0.8	114	3.93	707		3890	0.11	0.5	6.5
161	56	1	軽症		22.5	10	1.35	196	5.99	543		5150	0.14	1.4	6.5
160	57	1	中等症Ⅱ		37.4	11	0.81	93	13.88	707		1170	0.24	1.6	6.7
115	77	1	中等症Ⅱ												6.7
294	68	1	中等症Ⅱ		21.9	11	0.55	116	0.58	620	19.6	425	0.05	1.5	6.8
133	73	0	中等症Ⅱ		25.9										6.8
167	40	1	中等症Ⅱ		46.8										6.9
76	67	0	中等症Ⅱ		38										7
94	71	1	中等症Ⅱ		32										7.1
256	49	0	中等症Ⅱ		29.9	9	0.57	218	20.54	707		1150	0.26	0.7	8
298	67	1	中等症Ⅱ		37.3	2	0.89	331	5.45	383	16.3	1105	0.14	1.8	8.1

採血を実施した41例
21例(58.5%)が
耐糖能異常

うち、約半数が
事前情報にて
基礎疾患なし

新型コロナに対応するにあたり、在宅コロナ患者にスムーズかつ迅速に最適な医療を提供し、入院または回復まで確実にフォローするために、法人として以下のような運営体制を構築しました。

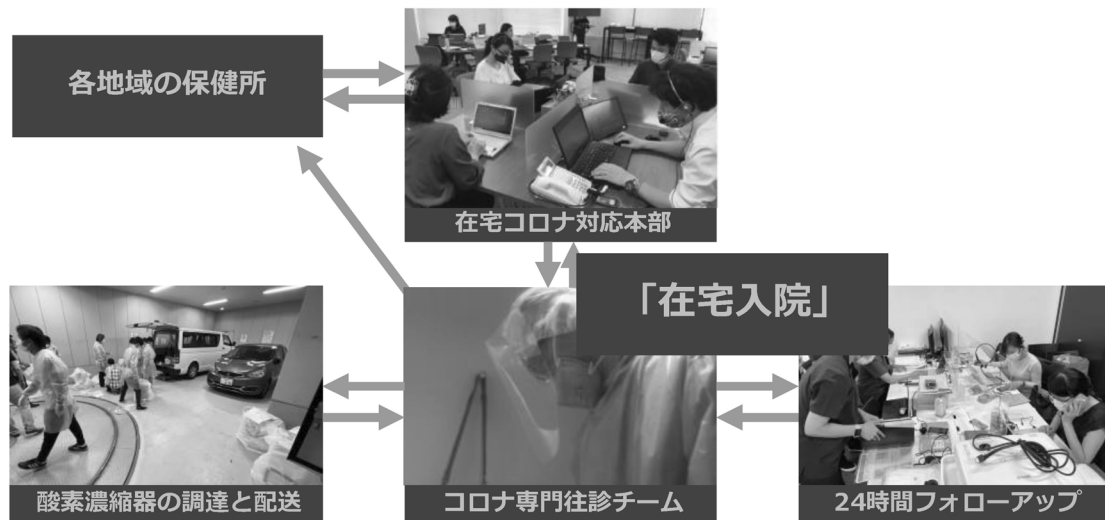
各地の保健所からの依頼を「在宅コロナ対応本部」が一元管理、初診カルテを作成し、コロナ専門往診チームにつなぎます。3つの往診チームの中から、最短で患者にアクセスできるチームが診察を行い、在宅酸素療法が必要であれば酸素濃縮器を、薬剤が必要であれば連携する薬局に処方を手配します。

東京都においては、一時期、酸素濃縮器が逼迫しました。私たちは酸素濃縮器のロジスティクスチーム（濃縮器回収チーム／配送チーム）を組成、入院や回復で酸素濃縮器が不要となった患者宅から機械を回収、自前で消毒し、次の患者さんに届けるという自転車操業で乗り切りました。このような運用については公式に許容はされていませんでしたが、後日、日本環境感染学会より許可をいただきました。

患者には、他の在宅患者と同様、24時間つながる電話番号を伝えるとともに、患者が入院・

回復できるまで、病状に応じて看護師による 1 日に複数回の電話での状態確認を行いました。そして必要に応じて、再往診、処方の手配、訪問看護との連携などによる支援を行いました。最大で約 100 人のフォローを同時に行うために、常時 4 人の看護師が電話対応を担うことになりました。

在宅コロナ専門往診ルート of 運営体制



新型コロナ患者の在宅療養支援を通じて、凶らずも社会格差がパンデミックなどの災害に及ぼす影響についても改めて認識させられることになりました。

往診を依頼されたケースのうち約 25%が外国人世帯（アジア・アフリカ系）、日本語が通じない世帯が過半数でした。また発達障害や精神疾患により、入院治療が継続できず（強制退院・自主退院など）、その治療の継続を在宅で担うことも少なくありませんでした。

社会格差／社会的弱者ほど支援を求めている



40代男性 中等症Ⅱ
セルフネグレクト



ウガンダ人一家
難民申請中

言葉が通じない
電話に出してくれない

日本語のできない外国人が25%
自閉症・精神疾患などにより
入院治療の継続が困難な事例も多数

新型コロナ患者の在宅療養支援においては、日頃の在宅医療を通じた地域の多職種連携の仲間たちが協力してくれました。すべての事業所が、というわけにはいきませんが、困難事例等に積極的に取り組むチームが、力強くアシストしてくれました。

改めて心からの感謝を。

多職種連携の重要性

訪問看護

- ▶ 点滴（自助努力が原則）
- ▶ 在宅酸素療法（酸素濃縮器の搬入とセッティング・指導）
- ▶ フォローアップ（実はこれが一番大変な仕事！）

訪問薬局

- ▶ 内服治療（薬剤のポストイン・服薬指導）



また、東京都の運営する医療機能強化型療養施設における医療支援も担当させていただいています。ここには看護師が24時間配置され、酸素投与や点滴の管理も可能です。

このような中間施設が機能することで、

①入院待機ができる。

すぐに搬送先が確保できなくても、とりあえずここで受け入れることで救急車の立ち往生を減らすことができます（ピーク時は搬送先の確保に数時間を要するケースも少なくありませんでした）。また、待機中に改善し、入院が必要ないケースも出てくる可能性があります。医学的理由ではなく、社会的理由（ケア力が弱いなど）においては、これらの中間施設でケアを完遂することも十分に可能です。

②早期退院が支援できる。

不安定な時期を脱した人については、病院から中間施設に早期退院することで、コロナ病床の回転を上げることができます。

患者の医療ニーズの程度、病床の逼迫の程度に応じて、これらの施設が緩衝帯として機能することがより重要になってくると考えます。

医療機能強化型療養施設の運営支援



第六波以降に向けて、考えるには次の4点です。

特に第五波以降は、私たちが対応した施設クラスターの多くがワクチン未接種者による感染の持ち込みでした。医療介護専門職のワクチン接種義務化については、議論を避けるべきではないと考えます。

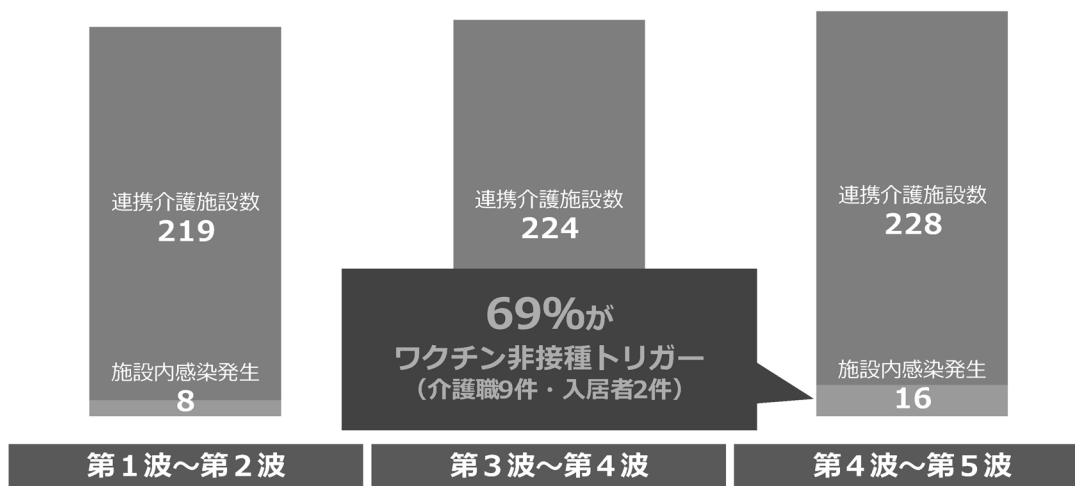
新型コロナの在宅医療—第6波に向けて

病院と在宅の合理的な機能分担が必要

- ▶病床が不足した場合（あるいは入院が適さない患者に対し）
在宅医療が安全弁（緩衝帯）として機能できることが重要

- ①在宅医療を「往診」ではなく「在宅入院」として位置づける
24時間対応・フォローアップ機能の診療報酬上の評価／訪問看護とのタスクシェア促進
- ②在宅で重症化を防ぐ治療ができるようにする
入院すべき人ができない状況に限り、ウイルス薬の一部・抗体カクテル療法を在宅でも
- ③入院と在宅の中間施設を確保する
24時間体制の医療ケア▶コロナ病床回転率を改善できる・救急車を長時間拘束しない
- ④医療介護専門職の原則ワクチン義務化の議論を
患者数を増やさない／介護クラスターの多くが、非接種者による持ち込み

介護施設クラスター



日々の在宅医療の取り組みに加え、第五波以降の新型コロナへの対応を経験した上で、大都市部における在宅医療の課題と今後の展望について、次の3点について検討すべきと考えます。

大都市部における在宅医療の課題

① かかりつけ医を中心とした医療提供体制

外来かかりつけ医の機能の重要性
機能別の役割分担＝在宅専門クリニックと外来かかりつけ医の連携
「質の高い在宅医療」とは何か？
地区医師会ごとのスタンスの（地域特性以外の）大きな差異

② 社会格差

社会的ニーズが、医療的ニーズとして表出されるケースがある。
超高齢化＋多様化に最適化した地域社会の構築をまずは目指すべき？

③ 急性期在宅医療＝「在宅入院」のニーズ

災害時（パンデミック含む）における入院医療との役割分担
入院関連機能障害／入院環境に適合できない認知症や発達障害の人など

① かかりつけ医を中心とした医療提供体制

今回のコロナをめぐる混乱の大きな要因の1つが、かかりつけ医の機能不全であったと考えます。感染予防教育、発熱者への対応、ワクチン接種、早期診断、陽性者への対応、自宅隔離者への在宅療養支援・・・いずれも本来であればかかりつけ医の仕事であるべきです。このコロナ対応を機に、かかりつけ医の役割、特に公衆衛生と高度専門医療をつなぐゲートキーパーとしての機能の重要性がクローズアップされたと思います。

また、コロナ対応においては、これまで医師会との関係性は必ずしも良好ではなかった在宅医療専門クリニックや夜間往診専門サービスとの連携が進みました。かかりつけ医と在宅に高い専門性をもった医療機関が連携することで、地域にどのような価値が生み出せるのか、大きな可能性が示されたのではないかと思います。

同時に、広域支援を経験する中で、コロナ対応に対する地区医師会ごとのスタンスの大きな違いを感じました。地域医療が社会のインフラであるとするならば、果たすべき役割があるはずで、医師会がギルドを超えて、地域の公共を担う覚悟と能力を示すことが重要であると思います。

② 社会格差

コロナ禍では、精神疾患を抱える人や外国人世帯に十分な社会のケアが届いていないことを感じました。しかし、他にも社会から隔離された脆弱な世帯は数多く存在します。

これは医療だけの問題ではないと考えます。高齢者の救急搬送にみられるように、社会的支援が少ない中、唯一アクセスできたのが医療サービスだった、という状況を改善するためには、医療のアクセシビリティの向上というよりは、社会全体の包摂性を上げていくことがより重要であると感じます。

③ 急性期在宅医療＝「在宅入院」のニーズ

急性期疾患への在宅医療に対する社会のニーズ。このコロナ禍では積極的に選択されたものではなかったかもしれませんが、それでも、一定の役割を果たすことができることは証明できました。

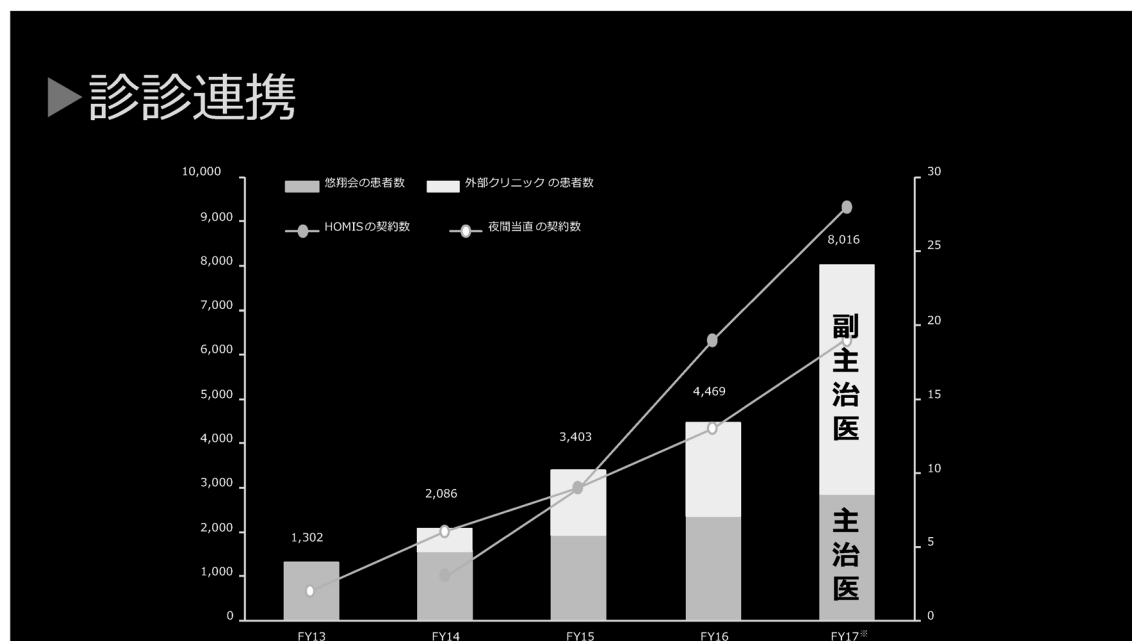
在宅医療では、もともと入院関連機能障害などを回避するため、肺炎などの急性期疾患に対しても在宅での治療を提供してきましたが、コロナ禍でも入院治療に適合できない人たち（精神障害など）が存在することも明らかになりました。

諸外国では「在宅入院」という急性期の在宅ケアが制度化されている国や地域もあります。日本においても、慢性期のケアを前提とした在宅医療だけでなく、テンポラリーな急性期対応という在宅医療の形があってもいいのかもしれません。

最後にお示しするのは、私たちの診診連携の実績についてです。

わたしたちは2014年から本格的に休日夜間対応を地域のかかりつけ医の先生方に提供してきました。在宅医療の24時間を一人で担い続けるのは容易なことではありません。この機能を地域で共有することで、地域全体の在宅医療力・看取り力をアップすることができるのではないかと考えています。

現在、悠翔会は多くの地域の在宅患者さんの休日夜間の副主治医として機能しています。地域全体で地域を守る。特に大都市部においては、在宅医療機関の特性に応じた役割分担と協働で、地域の患者さんたちに提供できる価値を最大化できるのではないかと考えています。



令和3年度第2回大都市圏における在宅医療システムのモデル構築事業委員会
議事録

日時：2021年11月22日（月）20:30～22:00

開催形式：Zoom 会議

参加者：石垣康則（座長、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、新田國夫（日本在宅ケアアライアンス理事長）、西田伸一（西田医院）、鈴木央（鈴木内科医院）、大橋博樹（多摩ファミリークリニック）、望月諭（日野のぞみクリニック）、佐々木淳（医療法人社団悠翔会）、菊池亮（ファストドクター）、堀智行（ひかりクリニック）、椎名美恵子（東京都訪問看護ステーション協会）、平原優美（あすか山訪問看護ステーション、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、瀧井望（あすか山訪問看護ステーション）、高砂裕子（横浜市・南区医師会訪問看護ステーション）、向山晴子（練馬区保健所）、飯島勝矢（日本老年医学会）、武田俊彦（日本在宅ケアアライアンス副理事長）、蘆野吉和（山形県庄内保健所長、日本在宅ケアアライアンス業務執行理事）

事務局：高橋在也、芦澤早雪

1.開会にあたって

新田理事長から発言があり、翌23日昼から勇美記念財団の在宅医療推進フォーラムがあることが紹介された。

2.第1回の振り返り

石垣座長から発言があった。要旨は次のとおり。

佐々木委員からの発表では、かかりつけ医を中心とした医療救急体制の構築が喫緊の課題であり、専門クリニックとの連携を言語化していく必要があること、社会格差の部分を医療だけでなく地域社会全体で議論していくこと、在宅入院のニーズにきちんと焦点を当てて考えることを課題として挙げていただいた。今回はそうした課題を引き続きなぞりながら、最後にまとめていきたい。

3.若手委員によるプレゼンテーション

②特化型診療所の概念整理

堀委員から報告があった。要旨は次のとおり。

東京都で今後見込まれる訪問診療患者数は約15万人、在宅看取り患者数約5万人である。都内の在宅療養支援診療所・病院1705施設が全て機能したとしても、1施設当たりの訪問診療患者数は約90人、在宅看取り数は約30人となる。そこで、都内の在宅療養支援診療所・病院以外の一般診療所約1万2000施設、一般病院約500施設の協力が必要であり、かかりつけ医が中心となって在宅医療を進めていく必要がある。一般診療所・病院のかかりつけ医や多職種との連携を行い、主体的に地域に貢献できる診療所こそが特化型診療所なのではないか。

個人宅患者に特化した診療所、施設患者に特化した診療所などさまざまな診療所が混在しているため、単純に訪問診療数や在宅看取り数で特化型診療所とそうでない診療所を明確に区別することは困難と考

間の訪問診療・往診体制は必要である。

特化型と機能強化型の違いは、特化型の方が訪問診療数や在宅看取り数が多く、より高いレベルでの在宅医療を提供できる診療所と考えられる。機能強化型は連携型でも施設基準を満たすことが可能であり、そこまで難しい施設基準とは思えないので。機能強化型である必要性もあるのではないかと考えた。

私が考える特化型診療所の使命は、在宅医療に関する各地域の現状や向かうべき方向性、各地域医師会の意向を認識し、それに沿った在宅医療を地域に提供できること。それに伴う訪問診療患者の確保、訪問診療範囲の拡大、診療所運営の展開ができること。地域のかかりつけ医との連携と、新規に訪問診療を試みる診療所への支援。地域との関わりを持つべく外来診療も施行すること。在宅医療を受ける高齢者のどこまでが治療が必要で、どこまでが病院受診が必要なのかということのを考慮でき、協働意思決定を通して在宅入院に必要な資源を提供できること。退院前カンファレンスなどに積極的に参加し、病院に勤務する医師を含めた多職種在宅医療への意識を変えること。病院側（医療ソーシャルワーカー）から、退院させて地域に戻す際に苦勞している部分を聞き取り、地域のニーズに応える努力をすること。病院に勤務する研修医の受け入れなどを通じて、在宅医療について理解してもらい、少しでも興味を抱いてもらうこと。普段から顔の見える良好な関係を意識して築き、患者情報の共有を行うこと。勉強会や症例検討会などを実施し、互いに知識・技術を高めていくことを挙げた。

在宅医療は、一つの専門科の知識・技術で全てを対応するのは困難であり、他の専門科の医師との持ちつ持たれつ関係が重要である。その関係を地域規模に拡大させて考える必要があり、その点で特化型診療所は問題解決していくために役立つことができる重要な診療所ではないだろうか。いずれにせよ、地域において各施設が多様性を互いに認め合い、協力していくことが必要不可欠である。

当院の改善すべき点としては、各地域の現状や向かうべき方向性、各地域医師会の意向を認識し、個人宅患者の経験をさらに積み重ねる必要がある。しかし、全国的に施設数は増加しており、在宅患者訪問診療料では、同一建物居住者以外が半数以上を占めている。特に高級有料老人ホームでは診療所に対する要求度が非常に高く、苦勞している。また、施設看護師が常駐していても、点滴の針挿入などの医療行為が禁止されている施設も多く、当院の負担が多くなっている。施設の訪問診療が大変であることも理解していただきたい。

2025年の訪問診療必要数14万3924人に対し、一般診療所・病院が10人、従来型の在宅療養支援診療所・病院が30人、特化型以外の機能強化型在宅療養支援診療所・病院が60人の訪問診療を行うと仮定した場合、特化型診療所は430人の訪問診療を施行する必要があるが、訪問診療を行う一般診療所・病院数1027は、かかりつけ医の訪問診療の協力で1万2544まで増加する可能性を秘めており、かかりつけ医全体で約10人の訪問診療を行うだけで、2025年の訪問診療必要数を賄える。

2040年の在宅看取り必要数5万544人に対し、一般診療所・病院が1人、従来型の在宅療養支援診療所・病院が10人、特化型以外の機能強化型在宅療養支援診療所・病院が30人の在宅看取りを行うと仮定した場合、特化型診療所は145人の在宅看取りを施行する必要があるが、同じく訪問診療を行う一般診療所・病院数はかかりつけ医の協力で1万2544まで増加する可能性を秘めており、かかりつけ医全体で約4人の在宅看取りを行うだけで、2040年の在宅看取り必要数を賄える。

このように、かかりつけ医の協力で他の診療所・病院の負担が減り、訪問診療数、在宅看取り数を賄うことができる。

4.ディスカッション

【かかりつけ医との関係性について】

(鈴木) 今回のコロナ禍で、今年8月の状況は地域医療がちゃんと動くのかというモデルケースだったわけだが、大田区は幸い準備をしていたので、割と一般の1人開業医が動いてくれて、何とか地域内の医療機関だけで対応できた。その点では、堀先生の理論は非常に実際的なものであり、かかりつけ医とコミュニケーションがちゃんと取れていれば決して無理な数字ではないと思う。

(望月) 開業医は協力の度合いが両極端のように感じる。逆に在宅支援診療所の場合は、地域内で訪問を中心に診ている先生方に人数を増やしていただき、高齢者の増加率に合わせて訪問を増やせるといい。外来の先生方も訪問診療をサポートするということであれば、地域内で機能強化的なものをつくり、特化型診療所が中核に入っていくような体制にすると、連携も密になり、訪問のテクニックなども伝えられるのではないかと思った。

(佐々木) 在宅医療は、かかりつけ医がこれまでの関係性の中からできる限り最期までサポートすることが患者さんにとって最適解だと思うが、現状は在宅医療をしないケースが多く、それでも在宅でというときは主治医を代えなければならないこともある。在宅医療が困難というケースの多くは、休日夜間対応の負担が大きいことが理由なので、休日夜間対応をバックアップする体制を取れば安心して在宅医療に取り組んでもらえるのではないか。そのためには主治医と当直医が顔の見える関係性をつくり、電子カルテなどによる情報連携体制をしっかりと構築する必要がある。

(菊池) 1人開業医をサポートするための仕組みづくりが必要だと痛感している。診診連携という自発的な流れではなくて、コロナの自宅療養者への医療支援事業のように、東京都が事業主体となって、地域の患者や1人開業医を支える仕組みづくりが必要ではないか。こうした取り組みは2024年から始まる医師の働き方改革の医師確保対策にもつながると思う。施設単位で夜間当直医を雇用するよりは、当直医チームを集約した方が医師数を節約できるのではないか。

【特化型診療所の問題点】

(新田) あえて特化型診療所と定義する必要はないのだと思う。アライアンスで定義付けたのは類型化しただけであって、そこには名前を付けていない。特化型や機能強化型というのはあくまでも医療保険制度の中の話であって、名前にはこだわらないで議論を集約していった方がいいと思う。

ここまで議論された問題点は、医師の話だけをしていると大きな間違いが起きると思う。訪問看護はとても重要な存在で、訪問看護がきちんとしていれば医師はそれほど要らなくなる可能性もある。2040年には超高齢化社会を迎える中、どこまで医療が必要かというのは分からないことであり、医師数ではなく、訪問看護数で話した方がいいのだろうと思う。

そして、最適解はかかりつけ医だというけれども、かかりつけ医ほど問題のあるものではなくて、皆さんが言っているかかりつけ医は俗に言うかかりつけ医ではないだろう。定義を間違えないようにしないと、違った方向に議論が行くと思う。

それから、菊池先生が言われた、都が事業主体となる仕組みづくりは、地域包括の地域単位になると行政単位に戻っていくので、なかなか難しいだろう。2040年の救急医療体制において在宅救急医療体制をどう考えるのかということも皆さんで議論しなければいけないと思った。

(西田) 東京都医師会で以前調査したところ、在宅医療ができると答えた医療機関は3割で、そのうち80%は「全く参入も考えてない」と答えた。理由の多くは24時間体制が取れないからだ。でも、24時間体制を都医師会なりが構築すればやるかということ、多分やらないだろう。一方で、できるだけ在宅医療を継続して看取っている医師が結構いる。われわれとしてはそうした先生たちを24時間バックアップする体制を整え、支えていくことが重要だと思う。地区医師会はそのハブとして大きな役割を担っていると考える。

かかりつけ医に関しては、制度化はある程度必要だと考えている。かかりつけ医が非常に曖昧模糊としているので、イギリスのような契約制ではなく日本流のフリーアクセス可能なかかりつけ医制度をつくって、施設基準の中に在宅医療を義務化してインセンティブを付けるようなスタイルで、新たな診療所の参画を図ることが必要ではないか。

(大橋) 私もフリーアクセスを制限した中でのかかりつけ医の強制化は、現実性のない議論と思う。患者との信頼関係をしっかり書面化するような制度を構築していけばいいのではないか。つまり、全員に強制するのではなく、希望者が利用するという形がいいと思う。「私はあなたのかかりつけだから、しっかり責任を持つし、あなたが在宅になれば私が往診する」という取り決めはあってもいいと思う。

(石垣) 新田先生のお話にもあったように、看護の代わりはとても重要である。このワーキングに看護師として参加していただいている皆さんからも意見を伺いたい。

(高砂) 堀先生の発表の中に、訪問看護とケアマネジャーの連携が入っていて、さらに症例検討を一緒に行うという具体的な内容が入っていたので、やはり実践する上ではただ連絡するだけでなく、お互いが理解することも大事だと思った。

(平原) 施設内で看護師が点滴を禁止されているという発表があったが、看護師が勉強する機会が失われていることもあるので、地域の横のつながり、施設も地域も一緒に勉強することがより必要だと感じた。それから、1人開業のかかりつけ医はものすごく忙しいので、夜間のフォローをするための医師のネットワークは必須だと感じた。高齢者の単身者が増えているので、ヘルパーとの連携も大きな課題である。やはり暮らしの底辺がきちんとならないと医療の効果は上がらないと感じる。

(瀧井) いつも感じることだが、ヘルパーや看護師や療法士はすごく連携するけれども、医師同士はあまり連携しない。この原因はどこにあるのか。目安としては、メディカルケアステーション(MCS)に入ってもらえるような医師は情報共有をしてくださるので、連携がしやすいと感じる。

(飯島) 確かに在宅医療、訪問診療を行っていない医師が多数派で、これからも選択肢としては全く考

えていない人がかなりいることは分かったが、今すぐには踏み出せないけれども休日夜間だけでも組めると本当に助かるという人はどのくらいいるのか。

(西田) 何が障壁になっているかと聞くと、1位は24時間体制の問題であり、何があったら考えるかと聞いても、1位はやはり24時間のバックアップ体制なのだが、考えてもいない先生方は24時間バックアップ体制をつくったらやってくれるかという、そう甘くはないのではないか。

(飯島) ここが恐らく最も難しいところではないかと思った。これは何が原因なのか、これぞという答えは分からない。

(蘆野) 本来は訪問看護の数を確保しないと、医師の数が徐々に少なくなる中で維持拡大しようとしても在宅医療が広がらないのは事実だと思うので、訪問看護の看護師の確保を真剣に考えなければならぬ。

働き方改革の中では、在宅医療で看取りを行う医師の働き方改革をしようという意見まで出ているので、その点ではバックアップ体制をうまく整えていくことが必要である。そのためには、専門的でかなり複雑なケースも扱える診療所とそうでない診療所が組んだり、土日や夜間のバックアップをするような体制は、大都市だけでなく地方でも考えていかなければならないと思った。

(向山) 医師会の先生方と在宅医療の先生方にいろいろ温度差があった時期もあったが、コロナ禍を契機に歩調が合うようになり、お互いの得意を生かそうという話も結構出てきた。先ほどの24時間365日の問題も否が応でも向き合わざるを得なくなって、医師会とかかりつけ医の機能強化について意見交換を行うようになった。

一方で、かかりつけ医の往診や訪問診療が増えるかという、実は今回のコロナ禍を受けて都がアンケートを取って見たら、電話・オンラインは増えたけれども往診は増えなかった。そうはいつでも往診の先生方の負担は非常に大きかったので、酸素ステーションを立ち上げて集約化していったと同時に、訪問看護を区の中でマッチングする仕組みを作ったことで乗り越えることができた。

(大橋) 地元の中で特化型診療所は、今でも評判のいいところと悪いところが結構はっきりしていて、病院としてワンストップを売りにしているところは、医師会となかなか組めないところが多い。「ワンストップで訪問看護もケアマネも全部やる」と言うと、地域包括ケアの多事業所連携とは交わってこない、なかなか交流がつかめないことが問題だった。しかし、川崎市で言えば悠翔会などは市の南部地域を一手に担っているとともに、市の在宅療養推進協議会などにも顔を出してくれるので、自分たちだけでミニ地域包括ケアを完結させないという意識が強い特化型診療所は逆に非常に強い味方になるのではないか。そのことが今回のコロナで明らかになったので、医師会でもすごく親近感が生まれている。

(飯島) 堀先生のプレゼン資料で自宅死の割合が約17%ということだった。確かにこれだけ大都市部で病床数が増えず、高齢者が激増していく中で、だからこそ在宅医療がとても必要なのだというのは論理としてはいいが、「やはり病院で」という考えの方もいるし、在宅医療の良さに気付いて「だったら在

宅でぜひ」という方もそれなりにいる。そうすると、今までの割合が維持される可能性も結構ある。その中で、大都市部の住民の方々に在宅医療を、強要することはできないけれども、大きな選択肢として見えているのか。それとも、まだ不十分だからこそ17%台で横ばいなのか。その辺を皆さんはどう考えているか。

(新田) 自宅死の割合は、地域によって17~26%ぐらいの開きがある。施設看取りを含め統計の取り方によって数値は異なるけれども、生活支援なき看取りなどあり得ないことであり、生活支援と介護が成立してはじめて多少の医療があって看取りができる。だから、医療体制をつくったからといって看取りができるという感じではないだろう。「コロナ禍で国民が在宅医療を見直した」と言うけれども、何を見直したのだろうと思う。コロナはしょせん急性期医療である。自分たちが実態として生活しているのは超高齢化社会なので、そこはきちんと分けて考えないと、話が違った方向に向かうように思う。

(飯島) 確かに十把一絡げにしてしまうと17%かもしれないが、いろいろな切り口や地域で見ると20%を超えているのがこの5~6年ほどのトレンドである。トレンドが着実に微増で、しかも住民満足度にもある程度フィットしているのならばそれが真の姿だろうが、大きな選択肢として見て、選びたい人のニーズに確実に届けられていないとしたら、それはこれからの一つの課題だと思った。

(佐々木) 私たちは看取りのケースの半数が終末期がんの患者だが、終末期がん患者がここ数年、治療法の選択肢が増えたことでぎりぎりまで病院にいて、そのまま病院に最期までいるケースが増えてきているように感じる。それから、在宅での看取りの中には、ケアが入った状態で亡くなっているのではなく、警察による検案死という形でカウントされているケースも恐らく増えているので、在宅死の増加が終末期の生活の質の向上に反映されているものかどうかは分からない。

やはり高齢者施設での看取りを増やさなければならないと強く感じている。高齢単独世帯ばかりで、世帯の支える力が非常に弱いと、結局最期は施設に入ってしまう人が多い。医学モデルで管理されてしまえば入退院を繰り返して最期は病院で亡くなってしまうので、例えば特養などに入ったら基本的にはそこで看取りという前提ができて、高齢者施設が終の棲家として機能すれば、病院死の割合は減っていくかもしれないし、施設の方が病院より少ないパワーで効果的にケアができる場所なので、特に大都市部ではこうした施設の役割が非常に大きいと思う。

5.閉会のコメント

石垣座長から、「特化型診療所の役割は非常に重要であり、そこにおいては看護ならびに介護、生活まで視野に入れた対応が重要である。また、医療側から見た在宅医療と患者(国民)側から在宅医療がもう少し寄り添っていく必要がある」というまとめのコメントがあった。

以上

医療法人社団 頤光会
ひかりクリニック東京

2021年度「大都市圏の在宅医療システムのモデル構築事業」

特化型診療所の概念整理

医療法人社団 頤光会
ひかりクリニック東京
堀 智行

「自己紹介」

2010年4月：北里大学病院 初期臨床研修医
2012年3月：北里大学病院 初期臨床研修修了
2012年4月：北里大学病院 勤務医（皮膚科入局）
2013年4月：大和市立病院 勤務医
2014年4月：北里大学病院 勤務医
2015年4月：東京都健康長寿医療センター 係長
2016年3月：後期臨床研修修了
2016年4月：東京在宅医療クリニック（現ひかりクリニック東京） 勤務医
2017年10月：ひかりクリニック東京 院長就任

診療科：内科、皮膚科
2021年7月：日本在宅医療連合学会専門医
2021年9月：日本在宅医療連合学会指導医

「クリニック紹介」

医療法人頤光会
ひかりクリニック

医療法人頤光会
ひかりクリニック浦和

医療法人社団頤光会
ひかりクリニック東京

医療法人社団頤光会
ひかりクリニック城東

「訪問診療・往診範囲」

医療法人社団 頤光会
ひかりクリニック

23区全域、上野区全域、横須賀市全域、鎌倉市全域、藤沢市全域、茅ヶ崎市全域、相模原市全域、北本市全域、富士宮市全域、山梨県南都心地域、川口市一部、春日部市一部、戸田市一部、鶴巻市一部、朝霞市一部、和光市一部、池

医療法人社団 頤光会
ひかりクリニック浦和

浦和区全域、北區全域、西區全域、板橋区全域、武蔵野区全域、朝霞区全域、板橋区全域、川口市全域、葛飾区全域、野田市全域、和光市全域、練馬区全域、富士見市全域、戸田市全域、池

医療法人社団 頤光会
ひかりクリニック東京

国立市全域、板橋区全域、江戸川区全域、葛飾区全域、新藤原区全域、文京区全域、牛久保区全域、中央区全域、北区全域、東区全域、墨田区全域、八潮市全域、羽川町全域、池

医療法人社団 頤光会
ひかりクリニック城東

23区全域（1区一部を除く）

2021年9月：5,799名

「グループ構成」

三光ソランホールディングス株式会社

Medical Hotline
ひかりクリニック
ひかりクリニック浦和
ひかりクリニック東京
ひかりクリニック城東

Medical Interface
Name Station
アソビエコー

三光ソランホールディングス株式会社
三光ソランホールディングス株式会社
三光ソランホールディングス株式会社
三光ソランホールディングス株式会社

「沿革」

患者数

約4,000名
2019.4

3,400名
2017.4

2,000名
2014.12

1,500名
2014.3

1,000名
2013.7

500名
2012.5

90名
2009.10

2008.4

2020.7

2019.5

2017.4

2014.1

2013.7

2010.12

2009.10

2008.4

ひかりクリニック編成オープン
さいたま市南区へオープン
産業区、ストレスチェック開始

外来診療開始

ひかりクリニックリニューアルオープン

自費医療システム導入

特別養護老人ホーム電診医開始

人材派遣サービス運用開始

メテイルインターフェース 開設
人材派遣業務を開始する事により医師・看護師の確保を実現

城東在宅医療クリニック オープン
足立区へオープン

在宅用メテイル導入・設備導入・診察開始

出張サービスシステム開始

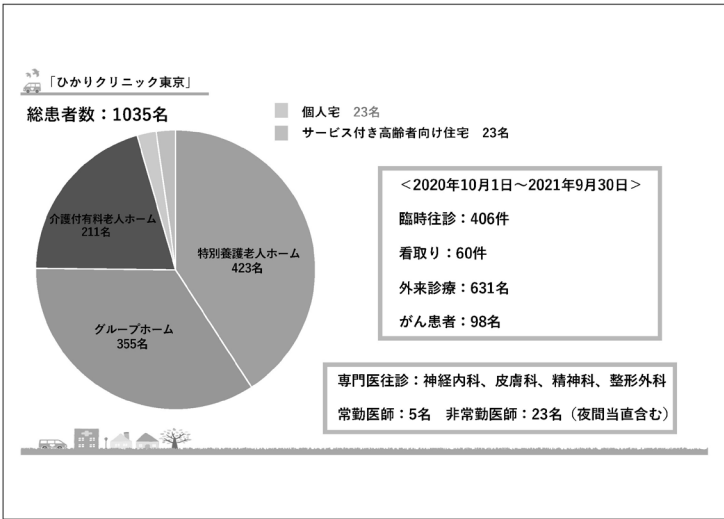
専門システム構築・ウェブサービス開始

東京在宅医療クリニック オープン
浜谷区へオープン

さいたま在宅医療クリニック オープン
初の在宅専門クリニックをオープン

メテイルネットライン 開設

総患者数（4クリニック合計）
2021年9月：5,799名



「訪問検査」

- ◆血液検査／尿検査
 - 血液検査は当クリニックの医師または看護師にて行います。
 - 尿検査は検査結果は当日クリニックにて準備いたします。
 - 患者様の検査結果は後日施設へお渡しします。
- ◆顕微鏡・ダーモスコピー
 - 顕微鏡検査は当クリニックの医師が行います。
 - 検査結果は後日施設へお渡しします。
- ◆エコー（超音波検査）
 - エコー（超音波検査）は当クリニックの医師が行います。
 - 検査結果はその場で確認できます。
- ◆心電図検査
 - 心電図検査は当クリニックの医師または看護師が行います。
 - 検査結果はその場で確認できます。
- ◆レントゲン（X線検査）
 - レントゲン（X線検査）は当クリニックの医師が行います。
 - 検査結果はその場で確認できます。
 - 緊急時と状況により緊急レントゲン撮影により的確な診断と治療が可能です。
- ◆炎症反応検査（CRP）
 - 血液検査は当クリニックの医師または看護師にて行います。
 - 患者様の検査結果は、後日施設へお渡しします。

※施設内で検査結果を受け取る事が可能です。施設職員も受け取れます。

「COVID-19感染症関連」

・宿泊療養施設における診療

2021年1月、大宮医師会、県庁から依頼（現在、埼玉県の5つの宿泊療養施設を任されている）宿泊療養施設への24時間看護師常駐体制整備
土日祝日含め、1日2回のオンライン診療（新規入居者診察、施設退所判断診察）、臨時オンライン診療
夜間オンコール体制整備
必要に応じて、日中、夜間の臨時往診体制整備

朝食 昼食 夕食

・施設における診療

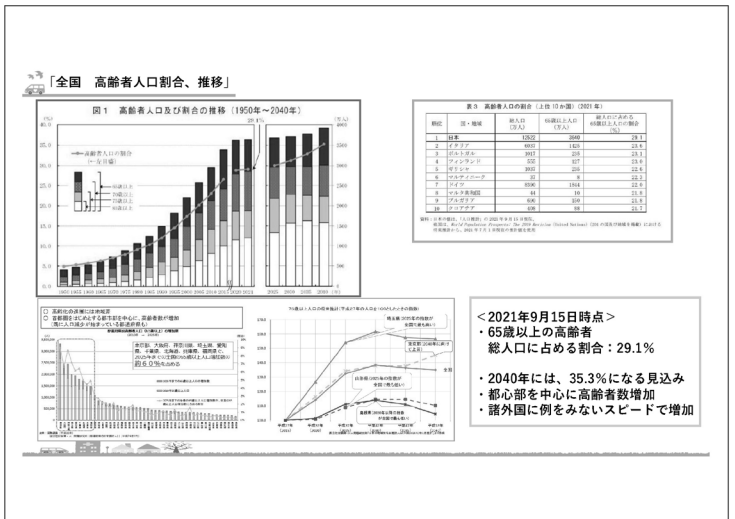
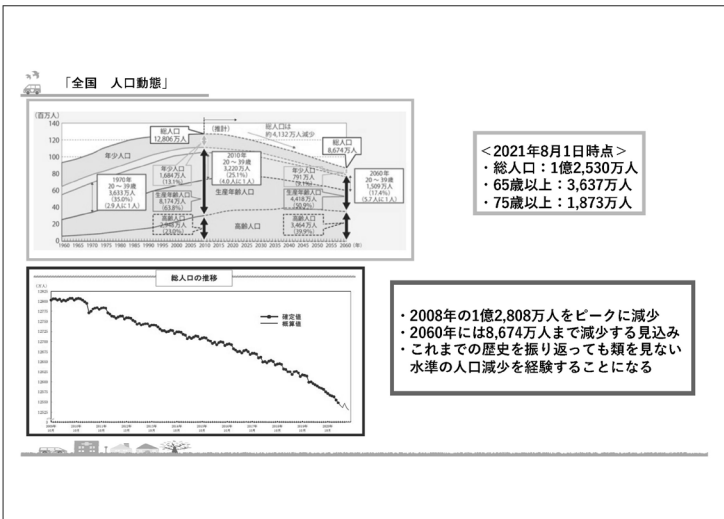
クラスターが発生した施設における保健所と連携した施設内の環境整備、施設職員への対応指導
PCR検査、オンライン診療の活用、個人用防護具を用いた診察
状態悪化時でも救急搬送先が見つからない事による施設内での看取り
主治医ではない保健所の医師による電話でのIC（Informed Consent）

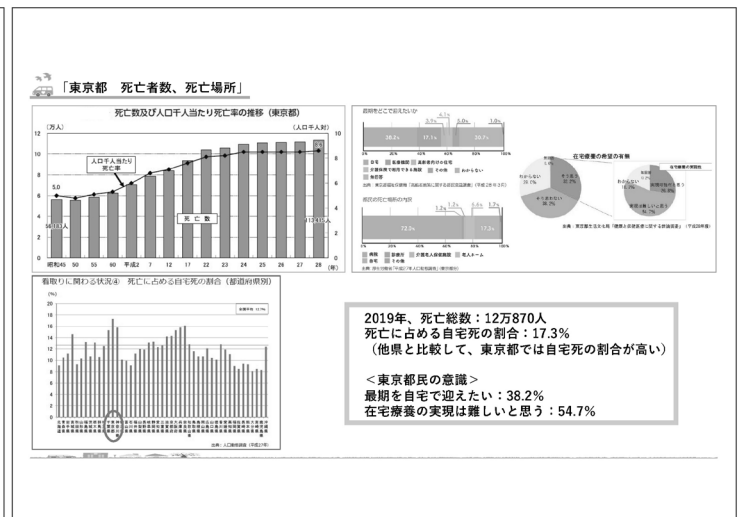
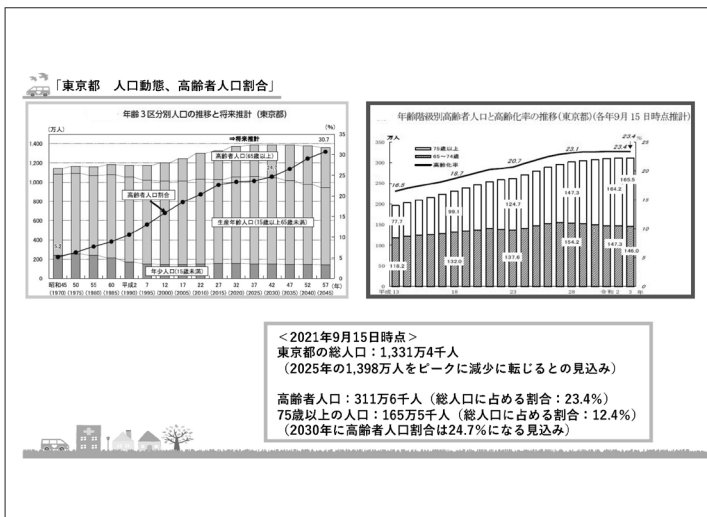
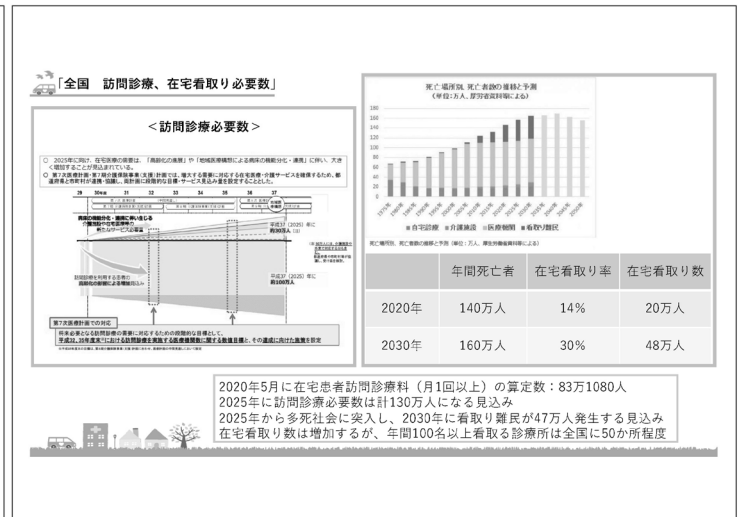
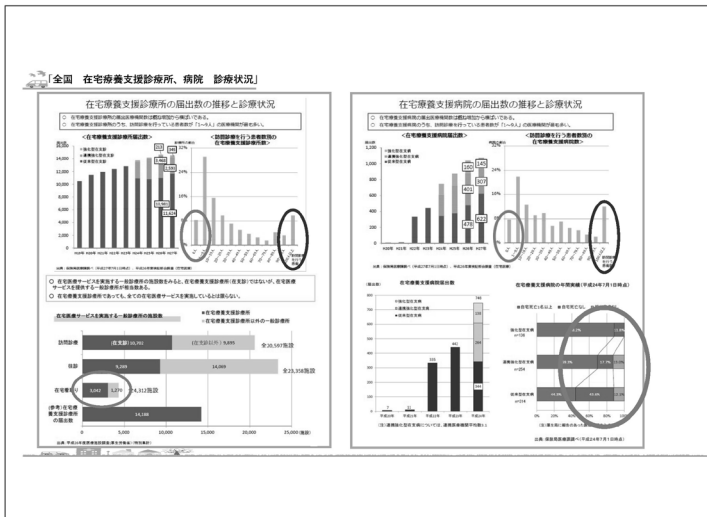
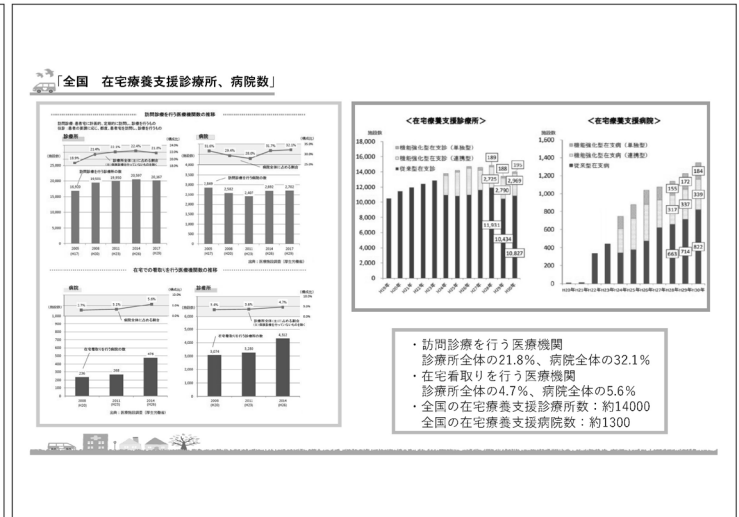
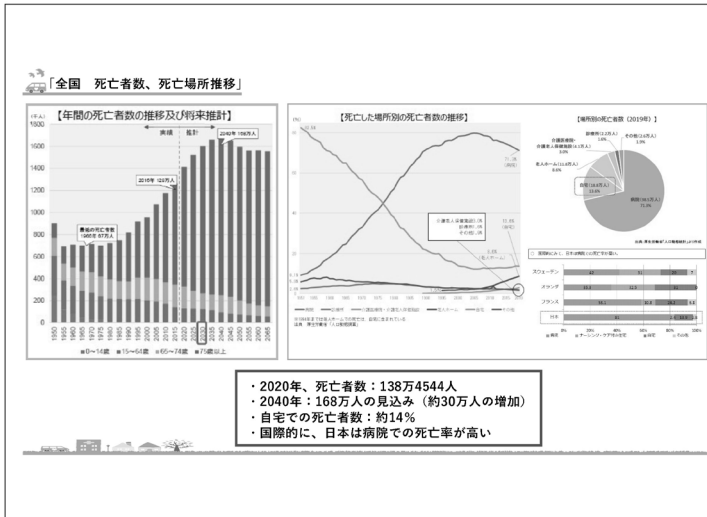
「当院の特徴」

当院は、個人宅患者が少なく、施設患者が多く、施設に特化した診療所であるが、総患者数1035名、年間看取り60件、年間臨時往診406件と一般的な診療所と比べると明らかに多い。外来患者数は年間631名と少なく、訪問診療主体の診療所である。365日24時間対応であり、常勤医師5名体制、専門医往診も施行している。訪問診療で活用できる各種機材も整っている。

↓

当院を特化型診療所と呼んでいいのだろうか？
そもそも特化型診療所とは何なのだろうか？





「東京都 在宅療養支援診療所、病院」

<2019年10月時点>
東京都 診療所：13,602施設

<2018年>
東京都 病院：647施設

<2020年11月時点>
在宅療養支援診療所：1,565施設

<2020年11月時点>
在宅療養支援病院：140施設

機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）：40施設
機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）：530施設
在宅療養支援診療所（従来型）：995施設

機能強化型在宅療養支援病院（単独型）：13施設
機能強化型在宅療養支援病院（連携型）：60施設
在宅療養支援病院（従来型）：67施設

「<2019年度東京都医療機能実態調査>
・訪問診療の実施状況
一般診療所8,864施設では、18.7%が訪問診療を実施
病院366施設では、29.0%が訪問診療を実施

「東京都 在宅療養支援診療所、病院」

<2019年度東京都医療機能実態調査>

過去1年間（2019年1～12月）に在宅で看取りを行った患者の人数（一般診療所）
(22) 在宅療養支援診療所の届出別平均人数

過去1年間（2019年1～12月）に在宅で看取りを行った患者の人数（病院）(20)
在宅療養支援病院の届出別平均人数

「<訪問診療を実施している診療所>
年間在宅看取り「0人」：47.8%
年間在宅看取り「1～9人」：35.5%

在宅療養支援診療所届出有：11.5人
在宅療養支援診療所届出無：0.7人

「<訪問診療を実施している病院>
年間在宅看取り「0人」：42.5%
年間在宅看取り「1～9人」：28.3%

在宅療養支援病院届出有：13.7人
在宅療養支援病院届出無：1.3人

「東京都 訪問診療必要数、在宅看取り必要数」

<2025年、訪問診療必要数>

医療連携の入院患者
医療区分1の70%

一般病床で23歳未満の患者
訪問診療を受けている患者 96,712人

14,336人
介護施設 4,922人^{※1}
介護施設がすべて介護医療機関へ転送すると仮定して推計

介護施設(特養+老健)
2,419人^{※2}
(西浜補給報告から推計)

外来 7,008人

訪問診療 143,429人

外来 6,503人^{※3}
(都府県調査等から推計)

訪問診療 495人^{※3}
(都府県調査等から推計)

訪問診療推計：143,924人

<東京都地域医療構想> (2016年7月)
2025年の訪問診療必要数：143,924人

<2040年、在宅看取り必要数>

<2040年全国47都道府県別の在宅看取り必要数の推計>
(日本建築学会技術報告集第23巻第54号、629-630、2017年6月)

2040年の在宅看取り必要数：50,544人

「東京都 解決策」

訪問診療患者数：約15万人、在宅看取り患者数：約5万人は、現在の東京都の在宅医療の形態で対応する事は可能なのだろうか？

東京都の在宅療養支援診療所、病院数は、計1705（1565+140）施設である。
1施設当たりの訪問診療患者数：約90人
1施設当たりの在宅看取り数：約30人
実際には、機能していない在宅療養支援診療所、病院も多い。

東京都の一般診療所：約12000施設、一般病院：約500施設の協力が必要であり、かかりつけ医が中心となって在宅医療を進めていく必要がある。
上記問題解決のため、訪問診療数や在宅看取り数も重要な要素ではあるが、一般診療所、病院のかかりつけ医や多職種との連携を行い、主体的に地域に貢献できる診療所こそが、特化型診療所なのではないだろうか。

「特化型診療所 分類」

<2020年度事業報告（大都市圏における在宅医療システムのモデル構築事業）>
・在宅医療に関わる診療所の分類

第Ⅰ類型：専ら24時間対応の在宅医療を広く行う大規模な診療所
第Ⅱ類型：地域に根差すものとして地域のかかりつけ医と連携しつつ（外来診療も志向する）
主として24時間対応の在宅医療を行う比較的大規模な診療所

第Ⅲ類型：かかりつけ医として外来診療を行うことを基本とし、その延長線上で在宅医療を必要とする患者に対して在宅医療も行う診療所

第Ⅳ類型：専ら外来診療のみを行う診療所であって、在宅医療を必要とする場合は、在宅医療特化型に紹介する診療所

<石賀丈士「在宅医療の四日市モデル」>
在宅医療の担い手

三次在宅
在宅特化型
年間看取り100名以上
医師4名

二次在宅
在宅診療（特化型）
年間看取り20名以上
医師1～2名

一次在宅
かかりつけ医
年間看取り5名以上
医師1名

<横浜市青葉区「医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会」資料>

「特化型診療所 基準」

・個人宅患者に特化した診療所、施設患者に特化した診療所など様々な診療所が混在しているため、単純に、訪問診療数や在宅看取り数で、特化型診療所とそうでない診療所を明確に区別する事は困難である。

・在宅医療に特化したという意味で特化型診療所という言葉を用いるのであれば、やはり、365日24時間の訪問診療、往診体制は必要であろう。
→在宅療養支援診療所、在宅専門診療所（在宅患者割合95%以上）である必要性（在宅専門診療所数は東京都福祉保健局に問い合わせたが不明であった。）

・「特化型」と「機能強化型」との違いはどのように考えるべきか？
「特化型」の用いられ方を見る限り、「特化型」の方が「機能強化型」よりも訪問診療数や在宅看取り数が多く、より高いレベルでの在宅医療を提供できる診療所と考えられる。
機能強化型は連携型でも施設基準（在宅医療を担当する常勤医師3人以上、過去1年間の緊急の往診実績10件以上、過去1年間の看取り実績4件以上）を満たす事が可能であり、そこまで難しい施設基準とは思えない。
→基本的に「機能強化型」である必要性

「特化型診療所 使命①」

- 在宅医療に関する各地域の現状や向かうべき方向性、各地域医師会の意向を認識し、それに沿った在宅医療を地域に提供
上記に配慮しながらの、訪問診療患者の確保、訪問診療範囲の拡大、診療所運営の展開
- 地域のかかりつけ医との連携、新規に訪問診療を試みる診療所への支援
→かかりつけ医に原則として在宅医療を担っていただく必要があるという事の普及
かかりつけ医が在宅医療を行っている事および病院、訪問看護師、介護支援専門員に、元々かかりつけ医が誰なのかという事の周知
かかりつけ医との在宅患者に関する情報共有
24時間体制の整備が困難なかかりつけ医への協力、休日などの不在時の協力
訪問診療に関する知識、技術の支援
- 地域との関わりを持つべく、外来診療も施行
- 在宅医療を受ける高齢者のどこまでが治療が必要で、どこまでが病院受診が必要なのかという事を考慮する事ができ、協働意思決定を通して、いわゆる在宅入院（在宅での点滴、酸素療法など）に必要な資源を提供

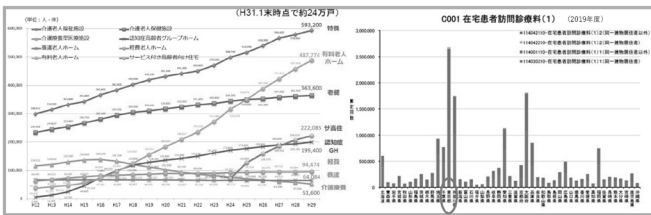
「特化型診療所 使命②」

- 病院との連携
→退院前カンファレンスなどに積極的に参加し、病院に勤務する医師を含めた多職種在宅医療の意識を変える。
→病院側（医療ソーシャルワーカー）から、退院させて地域に戻す際に苦労している部分を聞き取り、地域のニーズに応える努力をする。
- 在宅医療に関わる医師の増加、若手医師の在宅医療に対する理解への活動
→病院に勤務する研修医の受け入れなどを通じて、在宅医療とはどのようなものなのかを理解してもらい、少しでも興味を招いてもらう。
（私の同期で研修医の時期から在宅医療に進もうとしている医師はいなかった。昨年、緩和ケア研修を大病院で受けてきたが、あるがん患者を在宅医療に移行できるかという質問にできると答えたのは私1人であった。）
- 訪問看護師、訪問介護職員との連携（訪問看護利用と自宅死の割合には正の相関）
→普段から顔の見える良好な関係を意識して行い、患者情報の共有を行う。
→勉強会や症例検討会などの実施を行い互いに知識、技術を高めしていく。

在宅医療は一つの専門的知識、技術で全てを対応する事は困難であり、他の専門科の医師との持ちつ持たれつ関係が重要である。その関係を地域という大きな規模に拡大させて考えていく必要がある。その点において、特化型診療所は、今後の様々な問題を解決していくために役立つ事が出来る重要な診療所ではないだろうか。いずれにせよ、地域において、それぞれの施設が多様性を互いに認めあい、協力していく事が必要不可欠である。

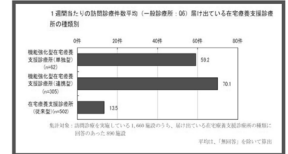
「ひかりクリニック東京 改善点」

- 在宅医療に関する各地域の現状や向かうべき方向性、各地域医師会の意向を認識し、それに沿った在宅医療を地域に提供、上記に配慮しながらの、訪問診療患者の確保、訪問診療範囲の拡大、診療所運営の展開を行っていく必要がある。
- 施設患者主体の診療所であり、個人宅患者数が少なく、さらなる経験を積み重ねる必要がある。



「特化型診療所 分類」

- <訪問診療を行う診療所、病院>
- 特化型診療所、病院（在宅療養支援診療所、病院の10%）
 - 特化型以外の機能強化型在宅療養支援診療所、病院
 - 従来型の在宅療養支援診療所、病院（機能強化型以外）
 - 一般診療所、病院（在宅療養支援診療所、病院以外）



- 特化型診療所、病院（在宅療養支援診療所、病院の10%）
 $1565 \times 0.1 = 157$
 $140 \times 0.1 = 14$ } 171施設
- 特化型以外の機能強化型在宅療養支援診療所、病院
 $40 \times 530 + 13 + 60 = 643$ } 643施設
- 従来型の在宅療養支援診療所、病院（機能強化型以外）
 $995 + 67 = 1062$ 施設
- 一般診療所、病院（在宅療養支援診療所、病院以外）
 $13602 \times 0.187 = 2544$ } 2544施設
 $647 \times 0.29 = 188$ } 188施設
 $2544 - 1565 = 979$ } 979施設
 $188 - 140 = 48$ } 48施設

在宅療養支援診療所、病院であれば訪問診療、在宅看取りを施行するという考えで作成している。
（実際には、訪問診療、在宅看取りを施行していない診療所、病院も存在している。）

「特化型診療所 必要訪問診療数」

<2025年の訪問診療必要数：143,924人に関して>

- 特化型診療所、病院（在宅療養支援診療所、病院の10%）
 $73,474 + 171 = 430$ 人 → 特化型診療所であれば、430人の訪問診療を施行する必要がある
 - 特化型以外の機能強化型在宅療養支援診療所、病院 → 60人
 $472 \times 60 = 28,320$ 人
 - 従来型の在宅療養支援診療所、病院（機能強化型以外） → 30人
 $1,062 \times 30 = 31,860$ 人
 - 一般診療所、病院（在宅療養支援診療所、病院以外） → 10人
 $1,027 \times 10 = 10,270$ 人
- 70,450人
 $143,924 - 70,450 = 73,474$ 人

かかりつけ医の訪問診療の協力で、12,544まで増加する可能性

「特化型診療所 必要在宅看取り数」

<2040年の在宅看取り必要数：50,544人に関して>

- 特化型診療所、病院（在宅療養支援診療所、病院の10%）
 $24,737 + 171 = 145$ 人 → 特化型診療所であれば、年間145人の在宅看取りを施行する必要がある
 - 特化型以外の機能強化型在宅療養支援診療所、病院 → 30人
 $472 \times 30 = 14,160$ 人
 - 従来型の在宅療養支援診療所、病院（機能強化型以外） → 10人
 $1,062 \times 10 = 10,620$ 人
 - 一般診療所、病院（在宅療養支援診療所、病院以外） → 1人
 $1,027 \times 1 = 1,027$ 人
- 25,807人
 $50,544 - 25,807 = 24,737$ 人

かかりつけ医の在宅看取りの協力で、12,544まで増加する可能性

「ひかりクリニック東京 取り組み」



- ・定期的なクリニック通信の配信（まごころ通信）
- ・SV（supervisor）による施設職員、患者、家族への聞き取り
- ・SDGs（Sustainable Development Goals）に関する様々な活動
- ・在宅患者数が増えても医療の質が落ちないようにする努力
 - 非常勤医師への在宅患者、家族、多職種に対する診療態度の指導
 - 勤務医師に対する当院事務、看護師からの評価シートの活用（クレームが少ないのは、施設看護師、訪問看護師のおかげである）
- ・当直帯での診療体制、電話受診体制の強化（オペレーターを設置）
- ・MCS（Medical Care Station）の活用による多職種連携
- ・介護支援専門員や施設介護職員への定期的な勉強会
- ・医学部受験予備校生（池袋理数セミナー）の医師体験活動の開催
- ・施設での納涼祭などのイベント参加
- ・地域のイベント参加（ワールドフランスさいたまクリテリウム）
- ・治験参加（軽度認知障害に関する共同研究）
- ・新規施設開設時の協力（連携医療機関の紹介、医療連携加算の協力）



「小医は病を医す、
中医は人を医す、
大医は国を医す」



「特化型診療所の概念整理」に対する提言

- ・まず、地域によって特化型診療所という言葉の用いられ方の基準が異なる事、個人宅患者に特化、施設患者に特化した診療所など、様々な診療所が混在しており、単純に訪問診療数や在宅看取り数で特化型診療所とそうでない診療所（機能強化型の診療所など）を区別する事は困難なため、特化型診療所という定義自体が重要なのではなく、特化型診療所が担うべき役割こそが重要なのである。

<特化型診療所の担うべき役割>

- ・在宅医療に関する各地域の現状や向かうべき方向性、各地域医師会の意向を理解し、それに沿った在宅医療を地域に提供し、この事に配慮しながら、訪問診療患者の確保、訪問診療範囲の拡大を考慮する。
- ・地域のかかりつけ医との連携では、在宅患者に関する継続的な情報共有、休日などの不在時、24時間の診療体制の整備が困難な診療所への協力、訪問診療に関する知識、技術の共有、新規に訪問診療を試みる診療所への支援を行う。かかりつけ医が原則として在宅医療を担っていく必要があるという事を地域に普及する。（全国では、訪問診療必要数は2025年に約130万人、在宅看取り数は2030年に約50万人、大都市東京都では、訪問診療必要数は2025年に約14万人、在宅看取り数は2040年に約5万人になる見込みであり、これをまかなうためには、かかりつけ医による訪問診療の協力が必要不可欠である。）
退院時に患者がかかりつけ医から離れる事が多いため、病院関係者、訪問看護師、介護支援専門員に、元々のかかりつけ医が誰なのかという事を意識してもらう。
(訪問診療を行うかかりつけ医の数を増やしていくという考えも重要であるが、現実的に考えて、訪問診療を既に取り組んでいる、もしくは積極的に取り組もうと考えているかかりつけ医への継続的支援を充実させていく事も重要である。他の多職種と比べ、医師同士の診診連携はあまり施行されていない印象がある。地域の方向性に沿った独自の協力体制をそれぞれの地域で創り上げていく事が必要である。)
- ・地域の様々な人との関わりを持つべく、外来診療も施行する。

- ・在宅医療を受ける高齢者のどこまでが治療が必要で、どこまでが病院受診が必要なのかという事を考慮する事ができ、協働意思決定を通して、いわゆる在宅入院（在宅での点滴、酸素療法など）に必要な資源を提供する。
- ・病院との連携では、退院前カンファレンスなどに積極的に参加し、病院に勤務する医師を含めた多職種の在宅医療に対する認識を変え、在宅医療でも可能な事というものを理解してもらう。病院側（医療ソーシャルワーカー）から、退院させて地域に戻す際に苦労している部分を聞き取り、地域のニーズに応える努力をする。
- ・訪問看護師、訪問介護職員との連携では、普段から顔の見える良好な関係を意識し、患者情報の共有を行い、勉強会や症例検討会などの実施を通して、互いに知識、技術を高めていく。（患者に医療を提供する前に、地域の中でしっかりと生活するという土台を整える事が最重要であり、訪問看護、訪問介護が充実する事が結果的に今後の訪問診療数や在宅看取り数をまかなう事に繋がっていくのである。）
- ・在宅医療に関わる医師の増加に関して、病院に勤務する研修医の受け入れなどを通して、在宅医療とはどういうものなのかを理解してもらい、若手医師に少しでも在宅医療に対する興味を抱いてもらう。

<結語>

- ・在宅医療は一つの専門科の知識、技術で全てに対応する事は困難であり、他の専門科の医師との持ちつ持たれつの関係が重要である。その関係を地域という大きな規模に拡大させて考えていく必要がある、その点において、特化型診療所は、今後の様々な迫りくる問題を解決していくために役立つ事が出来る重要な診療所と言える。いずれにせよ、地域において、それぞれの診療所が多様性を互いに認め合い、協力していく事が必要不可欠である。

令和3年度第3回大都市圏における在宅医療システムのモデル構築事業委員会
議事録

日時：2022年1月6日（水）20:30～22:00

開催形式：Zoom 会議

参加者：石垣康則（座長、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、新田國夫（日本在宅ケアアライアンス理事長）、西田伸一（西田医院）、鈴木央（鈴木内科医院）、大橋博樹（多摩ファミリークリニック）、望月諭（日野のぞみクリニック）、佐々木淳（医療法人社団悠翔会）、菊池亮（ファストドクター）、堀智行（ひかりクリニック）、椎名美恵子（東京都訪問看護ステーション協会）、平原優美（あすか山訪問看護ステーション、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、高砂裕子（横浜市・南区医師会訪問看護ステーション）、向山晴子（練馬区保健所）、千葉清隆（東京都福祉保健局医療政策部地域医療担当課）、武田俊彦（日本在宅ケアアライアンス副理事長）、蘆野吉和（山形県庄内保健所、日本在宅ケアアライアンス業務執行理事）

オブザーバー：住野耕三（在宅医療助成勇美記念財団理事長）、伊藤正一（在宅医療助成勇美記念財団事務局長）

事務局：志藤洋子、高橋在也、芦澤早雪

1.これまでの経緯と今後の予定

石垣座長からこれまでの経緯と今後の予定について説明があった。

2.開会にあたって

新田理事長から、今年も皆さまと一緒に頑張っていきたいと挨拶があった。

武田副理事長から、感染爆発が近づいている感じがする、ぜひ頻繁に連絡を取らせてもらいたいと挨拶があった。

3.プレゼンテーション

「大都市における在宅医療の多様性の現状、課題、対応」

菊池委員から報告があった。要旨は次のとおり。

ファストドクターは、2021年10月末までで、第1波から約17万人の発熱患者、第4波から5000人弱の自宅療養者に対応してきた。自宅療養者への医療支援事業では、保健所から依頼を受けると、救急相談部門で案件の調整を行い、提携医療機関を通じて遠隔診療、往診、訪問看護を行う。酸素投与などで健康観察が必要な場合は、健康観察部門にて24時間フォローアップする。

救急相談部門では150名の看護師が従事しており、1日1000件前後の救急相談に対応している。診療部門では、往診の場合は、採血・X線等の検査、抗炎症治療・抗凝固療法・輸液療法・HOTなどを実施する。オンライン診療の場合は、処方薬を24時間以内に届けている。健康観察部門では、ハイリスク患者や酸素投与者に対して24時間の相談対応を行っている。中等症1の患者へは1日3回、中等症2の患者へは1日8回の健康観察を行っている。

下がった。これはワクチンの効果だと考えられる。高血圧、心疾患、脳疾患、がん、認知症といった併存疾患のある患者が減少した。入院率・待機日数には変化がなかった。

ファストドクターの取り組みの工夫の一つ目は非常勤医の活用である。全国で1300名の医師がファストドクターに登録し、救急医として活躍している。平均年齢は35歳で、主に大学病院等に従事する医師が協力している。診療の質の定量化として、患者等からのフィードバックを基に、個々の医師の習熟度を5段階で点数化し、4.5点を切ったら再教育するなどして質の担保につなげている。二つ目は物流拠点の集約化である。提携医療機関を物流センター化し、1日80人分の往診バッグ等を整備するオペレーションを構築して生産性を改善した。三つ目はテクノロジーの活用である。AI問診、音声カルテ、保険証の事前登録、HAR-SYS登録の自動化によって業務効率を改善した。患者宅へ最も早く到着ができる医師を自動でスケジュールリングし、調整・移動時間を最小化した。

医療提供までの実際についてご紹介する。医師はスマートフォンで好きな時間帯に応募可能で、1シフト6時間として働き方改革の連続勤務時間制限28時間にも配慮している。勤務前日に、労働条件通知書が自動でメールが届く。同様の形でドライバーも募集しており、医師とドライバーが自動でペアリングされる。NGペアにも配慮している。勤務忘れを回避するためにリマインドメールも送信される。ペアリングが済むと、LINE WORKSでトークルームが自動作成され、そこで待ち合わせ場所などを相談できる。

診療当日は、保健所等から依頼票をメールやFAXで受け付ける。その添付ファイルから患者情報や健康観察記録が閲覧できる。受け付け後は、取り忘れ防止もかねて、看護師のLINE WORKSのグループにも自動通知が届く。依頼票を受信すると、ファストドクターシステム（FDシステム）に案件が起票される。看護師が問診してファーストトリアージを実施し、5段階評価で緊急性を判断する。そしてFDシステムが患者に最も近い医師を推奨し、その医師が最終的なトリアージを実施して往診が確定する。

診療後、医師が診療録に入力する。スマートフォン入力や音声入力に対応している。入力内容は定型フォーマットの報告書に自動で転記され、メールで送信される。

診療後のフォローアップで見落としのないように配慮している。例えば、診療録に入力されたSpO₂が94%を下回るような症例があれば、LINEグループにBOTが自動で低酸素アラートを通知してくれる。

コロナ禍は、20年後の2040年の世界の先取りだったと感じている。コロナ禍では、感染者という通院困難者が急増し、病院前の機能不全で、発熱診療ができない、往診ができないといった医師が多くいて、消防や病院に大きな負担が掛かってしまった。2040年にも、高齢者という通院困難者が急増し、在宅医の不足、一般医が往診できないという病院前の機能不全があると、同じように消防や病院の負担が増えることが懸念される。共通するのは、病院前の機能不全である。自宅療養者への医療支援事業は、コロナ禍での病院前機能の強化に有用であった。自宅療養者への医療支援事業は、平時でも、さまざまなところに活用できると考えている。例えば、119の代わりに往診を行うことで軽症での救急搬送を減らす、夜間往診のサポートをすることで24時間体制の在宅医療を可能にする、診療所単位で当直医を採用するのではなく、こうした事業と連携することによって夜間人材を減らして働き方改革を行うといったことである。こうしたところは、「新興感染症拡大時の医療」が盛り込まれることになった第8次医療計画での議論が必要になってくると思うが、医療者の中でもしっかりと検討を進めていく必要がある。

4.ディスカッション

【ファストドクターの取り組みについての意見・質疑】

(石垣) ファストドクターの取り組みは学ぶところが多かったと思う。皆さんにご意見等を頂きたい。

(鈴木) 特にマッチングの部分など、よく考えられたシステムで、素晴らしいと思った。このシステムには生活支援という視点があまりないが、これはこれで必要なやり方なので、いろいろなシステムがあって双方向的に成立していくのだろうと思う。

(西田) 東京都では、地区医師会ごとに在宅療養者支援のスキームをつくり、ファストドクターにバックアップしていただくというやり方で展開していった。やはり一般診療所は昼間診療しているので、なかなか24時間対応というのは難しく、結果としてファストドクターにかなり助けられた。ただ一方で、多摩地区はどうしてもファストドクターでも十分手が伸びなかった。そのように今後いろいろ変えていかなければいけない課題はあると思うが、本当にお世話になった。

(佐々木) 夜間帯はかかりつけの先生にとっては厳しい時間帯だが、非常勤の先生は採用しやすい時間帯なので、両者をうまく組み合わせることで地域の医療リソースの有効活用ができたのだと思う。

また、在支診の医者が在支診の夜間を支えるとなると、委託する側は、患者を取られるのではないかと懸念することがあるが、ファストドクターの場合は昼間の仕事がないので、業務委託という形で割り切れるという安心感がある。昼間の診療をしている医師たちがその連続性を担保する形で夜間バックアップするのはそれはそれで意味があると思うが、東京のようなマスのところで診診連携の枠組みを使ってやると大変なので、機能強化の要件を満たせない先生などがバックアップをお願いするという受け皿としてファストドクターのような事業体があるのは大都市部において有意義だ。

(千葉) 来年度から都でも24時間の在宅医療の診療体制をきちんとつくっていくべきだと考えており、その事業を始めるところだ。ゆくゆくは来年、再来年度の医療計画に反映したい。

在宅医療をしていない開業医に、在宅医療に参入する最大の障壁は何か、都でアンケートを採ったところ、何回聞いても24時間対応ができないことという回答がトップであった。そこで、24時間対応をバックアップできるような仕組みをつくらうとしている。その際には皆さまのご意見を拝借することもあると思うので、よろしくお願ひしたい。

(菊池) まだまだ医療体制や生活支援の体制は不十分なところも多いと思う。そういったところを真摯に受け止めて、しっかり機能強化をしていきたい。

(石垣) 待機している医師には給料は支払うのか。

(菊池) 支払っている。インセンティブ制と固定給制の医師がいて、時給にならずと1万~1万5000円ぐらいの間で推移している。いかに医師の生産性を上げるかが一番大事なところなので、時給調節が一番のノウハウになっている。

(堀) このような場合はオンライン診療では難しく、往診を絶対に行っているといったような基準があれば教えていただきたい。

(菊池) 基本的に継続した経過で処方のみであればオンライン診療で済ませることが多い。一方で、新規の症状が出た場合は、オンライン診療では不安を伴うという医師側のアンケート調査も得られている。そのような場合は無理せず往診チームと連携してするようにしている。

(望月) コロナ以外で高齢者などが往診が必要になる理由は、さまざまな疾患や生活環境のためなので、そこを上手に察知して、今後それが起こらないように再発防止策を地域の中で作り込んでいくことも連携してできるような体制ができると、地域の中で安心してこのようなサービスを使えるようになると思った。

(大橋) 川崎市医師会はコールドクターと交渉したが、逆に日中が対応不可だったので交渉がうまくいかなかった。東京都のような広い地域では、ファストドクターのように夜間を診てくれるのは心強かったと思う。

多摩ファミリークリニックでは、夜間往診をサポートする会社の利用を半年前から始めた。電話で済むものは当院の常勤医が対応し、本当に行かなければいけないときはその会社の当直医に頼むというシステムにしているが、実際は生活背景が複雑な患者の場合は結局常勤医が往診に行っている。現状では3分の2がその会社の医師、3分の1が常勤医が往診に行っている。夜間の往診を頼むには、依頼元も気持ちの割り切りが必要だが、まだ割り切れない自分がいるというもやもやがある。

往診全体については、いかに夕方までに往診しておいて、夜間に呼ばれないようにけりを付けておくかという能力が必要だ。そのような能力も含めて全体としてスキルアップしながら新しい形を構築していく必要がある。

(蘆野) 今、地域連携の体制は取っているが、コロナ感染者の増加率を見ると、在宅・自宅療養者の医療支援をしっかりとやっていく上で、訪問看護と往診をある程度念頭に置かなければいけないと思っているが、ここはまだ医師会と突き詰められていない状況だ。できるだけ話し合いをしながら対応できるようにしたい。

山形県庄内地区には在宅専門の診療所が2カ所あり、そのうち1カ所が24時間体制を連携してやっていく上で今後非常に重要になると思っている。

(石垣) ファストドクターの往診依頼は、ほとんど患者から直接来るのか。患者のかかりつけ医や訪問看護ステーションの看護師から来ることもあるのか。

(菊池) いずれの事例もある。一般患者から直接のルートが一番多いが活用の幅は広がってきている。

(向山) 練馬区では、コロナの自宅療養者の対応について、まず医師会で、それぞれの先生がどこまでできるか確認し、できないところをスポットでファストドクターにお願いすることにした。12月に菊池先生と一緒に練馬区医師会の理事会に伺ったところ、会長から、情報連携や役割分担や生活支援は市区町村単位でやっているの、ぜひ地区医師会に入ってほしいという話が出た。今後の在宅療養の在り方として、会に入って一緒にやっという話が出たということは大きかった。

(平原) 現在、コロナ以外にも、訪問看護ステーションと地域の開業の先生たちとの連携をもっと密にしなければいけないと感じているところだ。地域の訪問看護ステーションとの連携について聞かせていただきたい。

(菊池) 今回はコロナ禍で特別訪問看護指示書作成に事務的な手間が掛かるため、みなし訪問看護という形で対応していた。しかし今後、平時で在宅医療や救急医療で本事業を活用するに当たっては、地域の訪問看護ステーションとの連携が間違いなく重要になる。現在、在宅医との情報共有の方法は少しずつつつくっているが、そこに訪問看護ステーションとの情報共有の在り方も加えていくとよりいい仕組みができていくのではないかと思った。

(高砂) いろいろな地域の夜間・救急を担われている状況において、行政との関係づくりについてご感想などがあれば教えていただきたい。

(菊池) さまざまな地域があると感じているが、一緒にやっというところについては本当に協力的にサポートしてくださっていて感謝しかない。一方で、今後必要などころに本モデルを届けていくに当たっては、平時からしっかりと関係性を築いていくことが極めて大事だと認識した。

(大橋) 神奈川モデルは幾つかの種類が自治体ごとに選択できて、医師が夜間も対応するところや、医師は電話診療のみで実際の対応はほとんど訪問看護師が行うところなどがある。それについて菊池先生はどうお考えか。

(菊池) 都市部のように人口が多く、重症患者も多く病床が足りないところは往診の仕組みが必要になるが、全ての地域で必要ではないと認識している。

【かかりつけ医との連携】

(新田) 高齢者救急の問題は、ファストドクターのシステムを使えば医療としては解決するかもしれないが、平時で、85歳以上の高齢者に24時間体制の医療が本当に必要なのか疑問だ。ファストドクターの自宅療養者への医療支援事業は、平時において、在宅医療の24時間体制の構築に活用できるという話があったが、医療は24時間も必要なのだろうか。生活と介護なき24時間医療というのはあり得ない話だ。医療ばかり突出したら在宅医療はここで終わるだろうと危機感を持っている。

(菊池) 医療に特化し続けることへの疑問は私たちも感じている。今回私たちは生活支援のところに弱点があり、実際に生活支援のニーズを感じながらやっていた。例えば、80代の父親と同居している40代の方が感染して入院が必要になったときに、この人たちのマネジメントをしていくには医療だけでは立ち行かないと感じた。

まさに、80代を超えて本当に必要なのは医療ではなく生活支援なのではないかと考えている。これについては、訪問看護ステーションでも24時間体制が非常につらいというアンケート結果もあるので、そうしたところをうまく分業と連携で支えていけるような仕組みづくりができないかと考えている。

(武田) ファストドクターのモデル、悠翔会のモデルは、かなりの数の医師を使っていて、東京だからこそできる面がある。2040年の高齢者が急増した世界で日本全国でできるかということ、とてもできない。日本全国で実現するには、医師だけではなく地域ごとのチームで動き、看護の人たちに救急看護のような現状では認められていない権限も担っていただくような制度改正を視野に入れる必要がある。チームで動くときの肝になるのが情報連携で、チャットやLINEが便利だ。みんなが情報共有に使える軽いシステムがあれば、現地ではかなり動きやすくなる気がする。

(石垣) 西田先生、このあたりのキーパーソンは医師会というわけにはいかないだろうか。

(西田) 第5波の対応はスポット対応だったが、スポットだとどうしても空白の時間ができてしまうため、やはり主治医を付けるべきだというコンセンサスができて、東京都は新たに、診療・検査医療機関による健康観察等支援事業を展開する。これは、地域のかかりつけ医が最低でも電話をきちんと受けて、その患者の自宅療養期間中ずっとフォローするというシステムだ。その先生方をさらにサポートするために、もう一つ並行して、自宅療養者への往診体制の強化事業も行う。地域医療をもっと固めていこうという発想から、第6波に向けてこの新しい二つの事業を展開していく。これはまた大きな進歩になるのではないかと考えている。

(石垣) 菊池先生や佐々木先生や堀先生などの医療機関としての取り組みだけでは、埋まり切らないところがあるという印象もある。今後全国的に地方までということになると、大きな力を発揮できるのはもう地域の医師会になるのではないかと考えている。

(新田) 西田先生の言われた本質は、地域の開業医がどこまでかかりつけ医になりきるかどうかということだ。医師会だけではなく、地域の開業医が動かなければいけない。

(鈴木) 情報共有がうまくできれば、プロの開業医はきちんとかかりつけ医になってくれるのではないかと私は楽観的に考えている。

(武田) 自分がかかりつけ医を持っていないと考えている住民と、自分がかかりつけ医だと考えている医師が多く、認識ギャップが大きい。医師会は責任を持ってかかりつけ医をあっせんする、かかりつ

け医は、自分が最後まで責任を持つけれど、どうしても対応できない時間帯は休日・夜間の先生方が行くという関係性をつくっていただきたい。

(蘆野) 今回のコロナ対応では、保健所が医師会に声を掛けず、情報をきちんと共有しなかったために、医師会が参入しようとしてもなかなか参入できなかったところが全国的なレベルでは一番大きな問題だ。庄内保健所では、コロナ対策に関しては医師会・関係機関に常に情報を流していたため、第5波ではかかりつけ医あるいは医師会が電話診療をするという体制がすぐにできた。今後も地域包括ケアシステムあるいは第7次・第8次医療計画は各地域の保健所が関わって積み上げてつくっていく形になるので、保健所の調整能力は非常に重要になる。

(石垣) ファストドクターに開業医は登録しているか。

(菊池) 極めてまれに登録しているが、ほとんどは勤務医だ。

(石垣) かかりつけ医とファストドクターの医師が情報共有しながらコラボレートしていくこと、患者を取った取らないというレベルではなく、地域住民の健康や生活を支えていくという姿を目指していくことが重要ではないかと思った。

(菊池) 今、ファストドクターで勤務しているのは主に勤務医だが、これを地域の開業医が担うような仕組みをつくることができたら、それが答えになっていくのではないかと感じた。

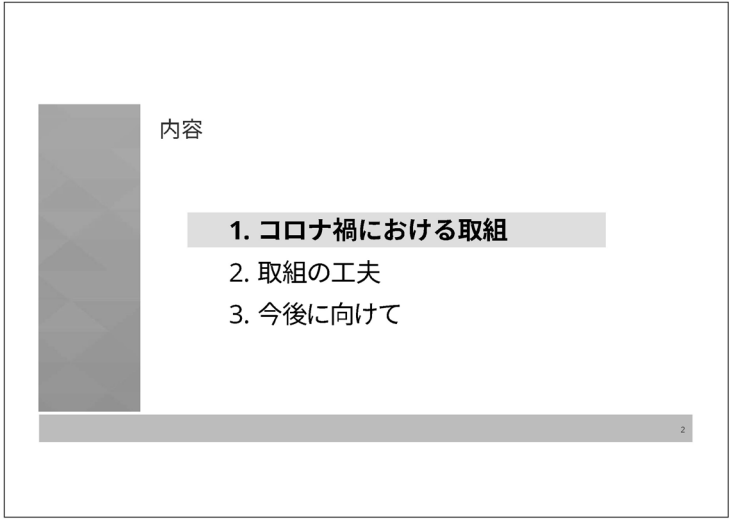
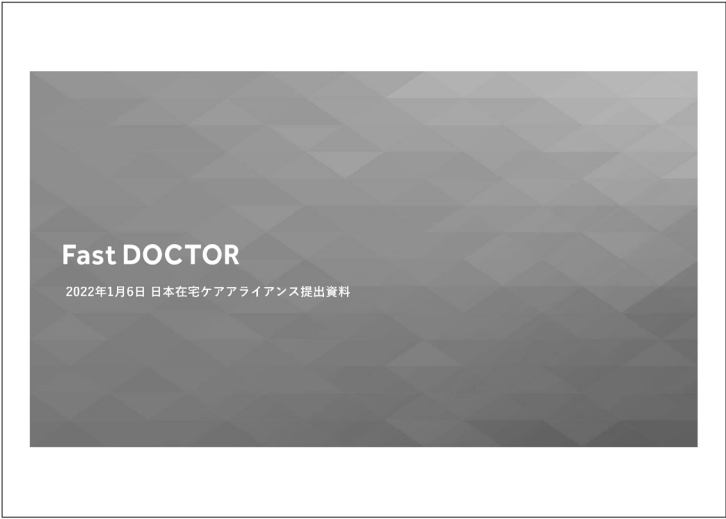
(新田) 医者だけの特殊なモデルを考えるのではなく、訪問看護や24時間体制の巡回型介護などと医者が組んで地域を支える、地域モデルをどうやったらつくれるのかを基本は考えた方がいいと思う。

(武田) やはり保健所でしかできない仕事、医師会でしかできない仕事がある。結局、医療・介護連携事業も大部分の市町村は医師会に委託しているのも事実で、そこから在宅医を紹介するということもされていると思う。一步進めて、高齢者の在宅医療・在宅医の紹介だけではなく、かかりつけ医の紹介、若年世代・家庭全体を見るような医療も含めて、漏れなく誰かのどこかのネットワークにつなげていくという体制づくりをどうしていくのが今後の課題だ。そのネットワークは必ずしも医師だけではないけれども、やはり医師は入っていてほしいと思う。

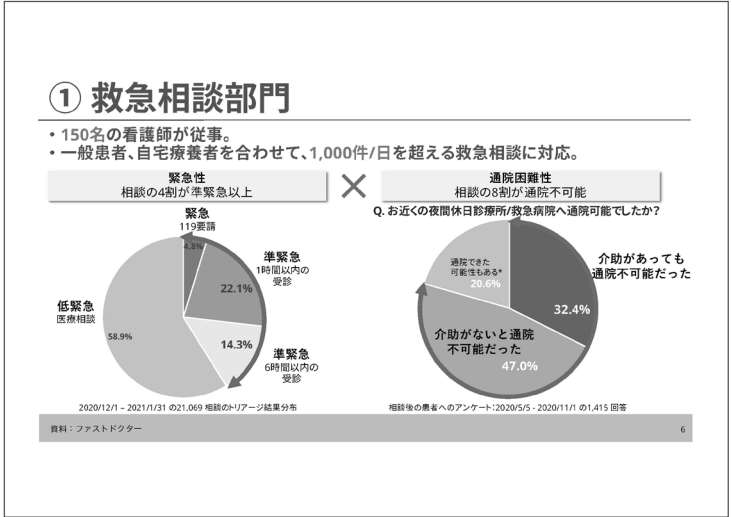
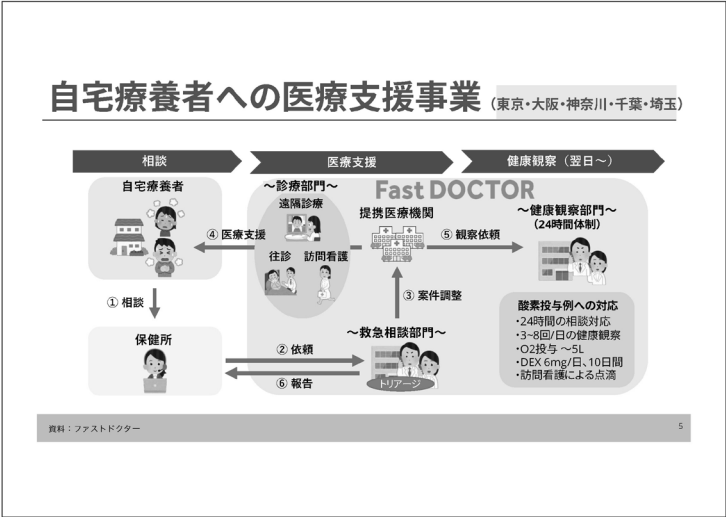
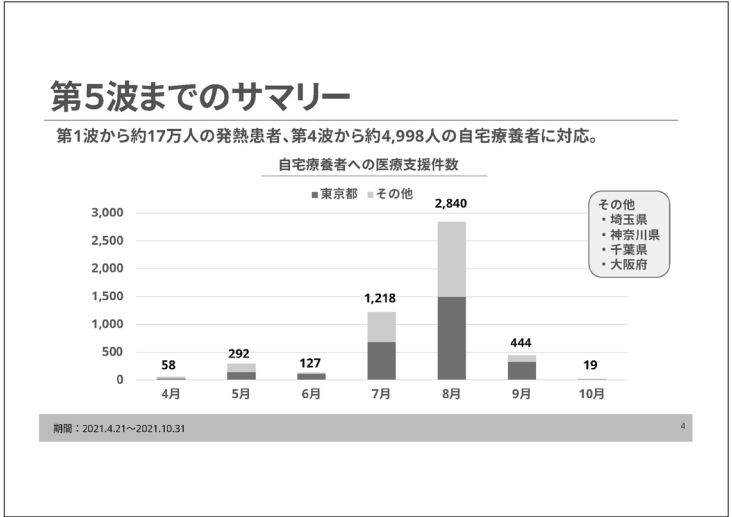
5.閉会のコメント

住野理事長から、「在宅医療に携わっている方々が24時間体制のために相当な努力をされていることが分かった。医者だけではなく、いろいろな立場の方と連携していく必要性を理解したが、そこから具体的にどう詰めていくのかは課題が多いと思う。われわれ財団としても、確実に問題を解決しながら、在宅医療を推進に向けて皆さまと一緒に取り組んでいきたい」とコメントがあった。

以上

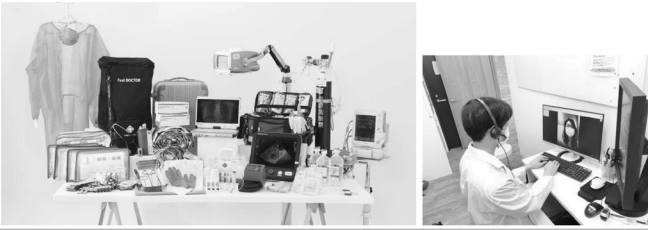


時期	コロナ禍における取組一覧	
第1波	2020年4月14日	一般患者へ発熱診療（往診・オンライン診療）を開始
第2波	8月1日	訪問PCR検査（行政検査）を開始
第3波	2021年1月29日	パルスオキシメーターの無償貸与を開始
	2月5日	東京都板橋区からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
	2月15日	東京都調布市医師会からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
	2月24日	東京都世田谷区からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
	3月22日	神奈川県藤沢市からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
第4波	4月20日	東京都からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
	4月23日	大阪府からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
	5月1日	東京都荒川区からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
	6月17日	新型コロナワクチン接種者向け専用相談窓口を設置
第5波	7月8日	埼玉県からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
	8月21日	神奈川県横浜市からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
	9月10日	千葉県からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
	11月1日	神奈川県茅ヶ崎市からの依頼で、自宅療養者への医療支援体制の整備に協力
	11月13日	東京都練馬区からの依頼で、高齢者等への訪問ワクチン接種に協力



② 診療部門(往診・オンライン診療)

- 80人/日の医師が待機。
- 往診は、採血・X線等の検査、抗炎症治療・抗凝固療法・輸液療法・HOTなどを実施。
- オンライン診療は、24時間以内に処方薬の宅配。

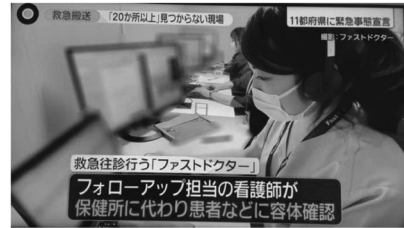


資料：ファストドクター

7

③ 健康観察部門

- 20名の看護師が従事。
- ハイリスク患者や酸素投与者に、24時間の相談対応。
- 中等症1の患者へは1日3回、中等症2の患者へは1日8回の健康観察を行う。



資料：ファストドクター

8

内容

1. コロナ禍における取組
2. 取組の工夫
3. 今後に向けて

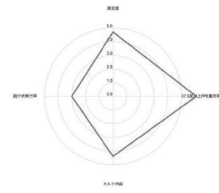
9

① 非常勤医の活用

- 全国1,300名の医師がファストドクターに登録し、救急医として活躍。
- 平均年齢35歳、主に大学病院等に従事する医師が協力。
- 患者からのフィードバックをもとに、個々の医師の習熟度を点数化し、質の担保に繋げる。

Fast DOCTOR

診療の質の定量化



資料：ファストドクター

10

② 物流拠点の集約化

- 提携医療機関を物流センター化。
- 1日80人分の往診バッグ等を整備するオペレーションを構築、生産性を改善した。



資料：ファストドクター

11

③ テクノロジーの活用 ~タスクシフト・自動化~

- テクノロジーを活用して、労働集約的なオペレーションのDXを推進。

AI問診 (5分削減)



音声カルテ (5分削減)



保険証の事前登録 (5分削減)



HER-SYS登録の自動化 (20分/件の削減)



資料：ファストドクター

12

③ テクノロジーの活用 ～最適なスケジューリング～

・患者に最も早く到着できる医師を自動スケジューリング、調整・移動時間を最小化



資料：ファストドクター

医療提供までの実際

資料：ファストドクター

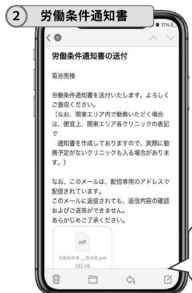
医師の募集

1 勤務応募



・スマホで好きな時間帯に応募可能
・1シフト6時間とし、働き方改革の連続勤務時間制限28時間に配慮

2 労働条件通知書



・勤務前日、労働条件通知書がメールで確認できる

資料：ファストドクター

医師、ドライバーのペアリング

1 ペアリング

Doctor	勤務時間	Name	Driver	勤務時間	Name
	18:20:20 発着		18:20:20 発着		
	18:20:20 発着		18:20:20 発着		
	18:20:20 発着		18:20:20 発着		
	19:00:30 発着		19:00:30 発着		
	19:00:30 発着		19:00:30 発着		
	19:00:30 発着		19:00:30 発着		
	19:00:30 発着		19:00:30 発着		
	20:00:30 発着		20:00:30 発着		
	20:00:30 発着		20:00:30 発着		
	20:00:30 発着		20:00:30 発着		
	20:00:30 発着		20:00:30 発着		
	21:00:30 発着		21:00:30 発着		
	21:00:30 発着		21:00:30 発着		
	21:00:30 発着		21:00:30 発着		
	21:00:30 発着		21:00:30 発着		
	21:00:30 発着		21:00:30 発着		
	21:00:30 発着		21:00:30 発着		
	21:00:30 発着		21:00:30 発着		
	21:00:30 発着		21:00:30 発着		
	21:00:30 発着		21:00:30 発着		

・自動ペアリング
・NGペアに配慮
・勤務忘れ回避のため、リマインダーメールも実施

2 トークルーム作成



・待ち合わせ場所などが相談できるトークルーム

資料：ファストドクター

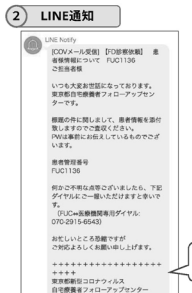
保健所等から依頼票を受付

1 メール・FAXで受付



・メール、eFAXで依頼票を受信
・添付ファイルから患者情報、健康観察記録を閲覧可

2 LINE通知



・看護師のLINEグループに自動通知

資料：ファストドクター

FDシステムに案件を起票



・看護師が問診
・1st トリアージを実施
・往診医へコンサルト

資料：ファストドクター

往診医の確定

- FDシステムが、患者に最寄りの医師を推奨。
- 医師が最終的なトリアージを実施し、往診が確定する。



資料：ファストドクター

19

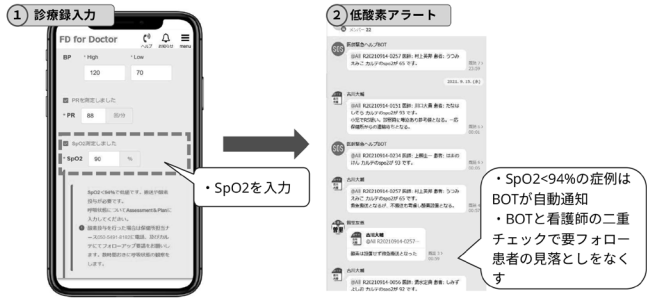
診療後の報告



資料：ファストドクター

20

診療後のフォローアップ



資料：ファストドクター

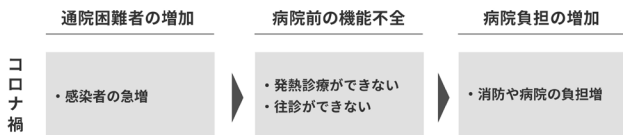
21

内容

1. コロナ禍における取組
2. 取組の工夫
3. 今後に向けて

22

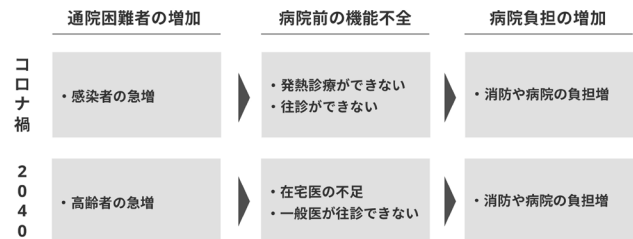
コロナ禍は2040年の世界だった



資料：ファストドクター

23

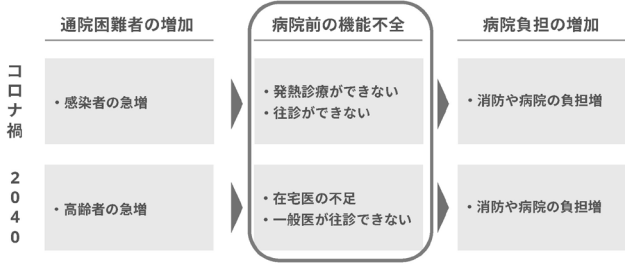
コロナ禍は2040年の世界だった



資料：ファストドクター

24

病院前機能が課題



コロナ禍の感染症対策

コロナ禍は分業・連携で病院前機能を強化した



第8次医療計画 (2024年～2029年)

第8次医療計画から5疾病・6事業に
「新興感染症拡大時の医療」、記載事項に追加へ

2020年11月20日 12:30

スクラップブック 印刷用

厚生労働省の有識者検討会は19日、各都道府県が2023年度に策定作業を進める第8次医療計画の記載事項に、新たな事業として「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加することで合意した。新型コロナウイルスの流行の影響



第8次医療計画 (2024年～2029年)

第8次医療計画から5疾病・6事業に
「新興感染症拡大時の医療」、記載事項に追加へ

100年に1度のパンデミックのために 体制を維持していくのは困難

各都道府県が2023年度に策定作業を進める第8次医療計画の記載事項に、新たな事業として「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加することで合意した。新型コロナウイルスの流行の影響



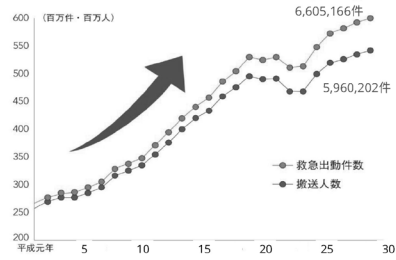
平時は、救急・在宅医療に活用しては？



救急医療の課題

31

救急車の搬送人数は年々増加

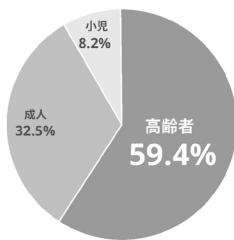


資料：総務省消防庁 救急・救助の現況

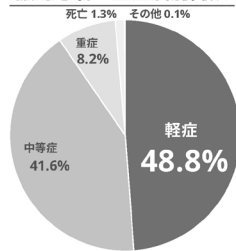
32

高齢者や軽症者による救急搬送が増加

搬送患者の年齢別内訳



搬送患者の重症度別内訳



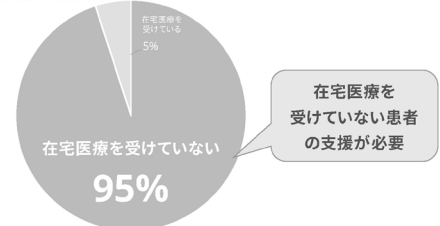
資料：総務省消防庁 救急・救助の現況

33

在宅医療を受けていない高齢者の搬送増

高齢者による搬送内訳

※「自宅・外出先など」からの搬送が対象

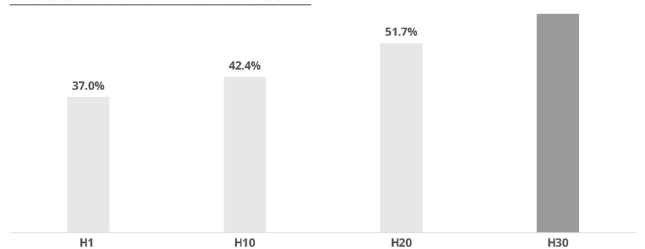


資料：東京都福祉保健局 地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療に関する検討委員会 (H29)

34

世帯構造の変化で通院困難者が増加

高齢者の独居・老老世帯の割合

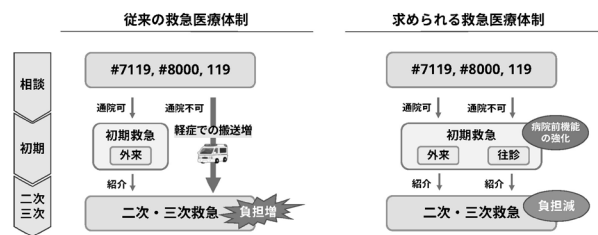


資料：内閣府 高齢社会白書

35

初期救急の機能強化として

在宅医療を受けていない高齢者への救急往診体制として。



資料：ファストドクター

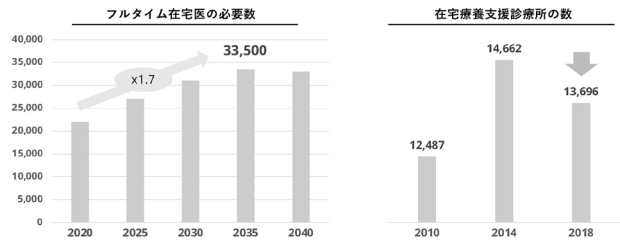
36

在宅医療の課題

37

在宅医療の24時間体制は不足している

- 2030年後半までにフルタイム在宅医が14,000人(現在の1.72倍)追加が必要とされる。
- 在宅療養支援診療所の総数は伸び悩んでいる。



資料①: H.Iwata et al. The need for home care physicians in Japan 2020 to 2060. BMC Health services Research 2020
資料②: 厚生労働省

38

医療・介護施設の夜間休日帯のサポート

ファストドクターを利用する医療介護施設

利用者からの声



医療機関

- オンコール負担がなくなり助かりました
- 外傷にも対応ができ、医療の質が向上しました

介護施設

- 主治医に連絡がつかないとき利用しています
- 医療相談の窓口として助かっています

資料: ファストドクター

39

患者情報の共有

患者番号	氏名 (漢字)	性別	生年月日 (西暦)	年齢	住所	診療科目	ステータス
200	田中 太郎	男	1978-02-24	42	東京都	内科	済
0147	佐藤 花子	女	1978-01-01	43	東京都	内科	済
0102	鈴木 一郎	男	1954-06-15	68	東京都	内科	済
210	高橋 三枝	女	1954-08-17	67	東京都	内科	済
208	渡辺 健二	男	1958-03-25	64	東京都	内科	済
0049	山本 由美	女	1975-03-13	47	東京都	内科	済
0100	中村 誠	男	1970-01-20	52	東京都	内科	済
0004	佐々木 美穂	女	1980-09-19	41	東京都	内科	済
0107	松本 浩一	男	1980-05-26	42	東京都	内科	済
206	田村 隆夫	男	1975-03-15	47	東京都	内科	済
0133	山崎 美穂	女	1985-04-22	37	東京都	内科	済
0110	佐藤 健太	男	1970-03-28	52	東京都	内科	済
0008	鈴木 美穂	女	1985-07-10	37	東京都	内科	済
0003	田中 健太	男	1978-04-24	44	東京都	内科	済
0002	佐藤 美穂	女	1980-05-25	42	東京都	内科	済
0175	山本 健太	男	1980-02-28	43	東京都	内科	済

資料: ファストドクター

40

患者情報の共有

資料: ファストドクター

41

診療録の共有

患者番号	氏名 (漢字)	性別	生年月日 (西暦)	年齢	住所	診療科目	ステータス
200	田中 太郎	男	1978-02-24	42	東京都	内科	済
0147	佐藤 花子	女	1978-01-01	43	東京都	内科	済
0102	鈴木 一郎	男	1954-06-15	68	東京都	内科	済
210	高橋 三枝	女	1954-08-17	67	東京都	内科	済
208	渡辺 健二	男	1958-03-25	64	東京都	内科	済
0049	山本 由美	女	1975-03-13	47	東京都	内科	済
0100	中村 誠	男	1970-01-20	52	東京都	内科	済
0004	佐々木 美穂	女	1980-09-19	41	東京都	内科	済
0107	松本 浩一	男	1980-05-26	42	東京都	内科	済
206	田村 隆夫	男	1975-03-15	47	東京都	内科	済
0133	山崎 美穂	女	1985-04-22	37	東京都	内科	済
0110	佐藤 健太	男	1970-03-28	52	東京都	内科	済
0008	鈴木 美穂	女	1985-07-10	37	東京都	内科	済
0003	田中 健太	男	1978-04-24	44	東京都	内科	済
0002	佐藤 美穂	女	1980-05-25	42	東京都	内科	済
0175	山本 健太	男	1980-02-28	43	東京都	内科	済

資料: ファストドクター

42

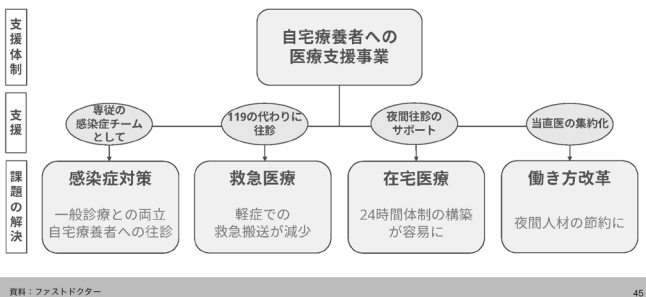
診療録の共有

資料：ファストドクター 43

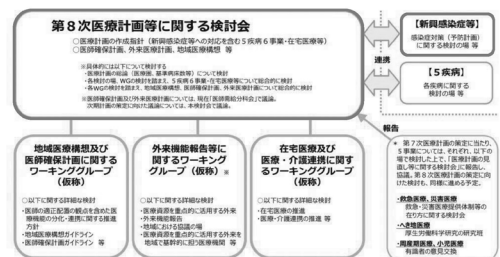
医師情報の共有

資料：ファストドクター 44

自宅療養者への医療支援事業の活用余地



第8次医療計画での議論が必要



まとめ

- 自宅療養者への医療支援事業は、コロナ禍の病院前機能の強化に有用でした。
- 本事業は、平時の初期救急・在宅医療にも活用すべきと考えます。
- 第8次医療計画に向けて、本事業のあり方をさらに検討すべきと考えます。

連絡先

- 法人：ファストドクター株式会社
- 住所：〒160-0014 東京都新宿区内藤町1 ガーデンクロス新宿御苑3F
- 電話：03-6273-2274
- 担当：菊池 亮
- Mail: kikuchi@fastdoctor.jp

①問題提起

・今後の大都市圏の在宅医療は「分業・連携」がテーマになると思います。ひとり開業医の先生は、連携により持続可能な24時間体制が構築できるようになります。

中規模以上の在宅クリニックも、個々で当直医を雇用するのではなく、連携で24時間体制を構築することで、無理のない24時間体制が構築できるようになり、医師の働き方改革を見据え、必要となる当直医の総数を減らすことにも繋がります。

・在宅医療における診診連携は、これまでも推進されてきましたが、大きく普及はしてきませんでした。原因として、自院完結型の体制を志向する施設が多いことや、連携先を探すための仕組みがないことも挙げられます。辛うじて連携先を見つけられた場合も、ほとんどが善意のコミュニティとして形成されていることから「依頼するのが申し訳ない」と積極的な利用に繋がっていないのが実情です。

②コロナ禍での気づき

・東京都や大阪府を中心に、自治体が主導で構築した自宅療養者への医療支援体制は、上記のような「分業・連携」文化の醸成に大きく役立ったと感じます。2021年2月からの1年間で、ファストドクターは実に20万件を超える自宅療養者からの診察依頼を受け付けています。日中はかかりつけ医、夜間休日はファストドクターという受診行動を自治体がルール化し、間接的な診診連携が成立しました。

・「分業・連携」の推進には、診療報酬誘導型の診診連携ではなく、自治体が連携の枠組みをつくるのが重要であると、示された一例だったように感じます。

③提案

・コロナ禍で構築した、自宅療養者への医療支援体制を、平時の在宅医療（+初期救急医療）にも活用すべきと考えます。

・医療機関は個々で当直医を雇用するのではなく、自治体が提供する体制と「連携」することによって24時間体制を構築していきます。もちろん、この仕組みは、外来のみを行う一般診療所も利用できる仕組みです。

・厚生労働省医政局の第8次医療計画に関する検討会で、その必要性や予算確保に向けた議論をすべきと考えます。

・なお、自治体事業への参画は、公益性の観点から全ての医療機関に開かれている必要があります。一方、質の担保から、施設もしくは医師に対する認定制度の設計や、設計に際しては、医師会もしくは学術団体の協力が必要になると考えます。

令和3年度第4回大都市圏における在宅医療システムのモデル構築事業委員会
議事録

日時：2022年2月10日（木）20:00～22:00

開催形式：Zoom 会議

参加者：石垣康則（座長、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、新田國夫（日本在宅ケアアライアンス理事長）、西田伸一（西田医院）、鈴木央（鈴木内科医院）、小関啓太（等潤病院）、大橋博樹（多摩ファミリークリニック）、望月諭（日野のぞみクリニック）、佐々木淳（医療法人社団悠翔会）、菊池亮（ファストドクター）、平原優美（あすか山訪問看護ステーション、日本在宅ケアアライアンス副理事長）、向山晴子（練馬区保健所）、武田俊彦（日本在宅ケアアライアンス副理事長）、蘆野吉和（山形県庄内保健所、日本在宅ケアアライアンス業務執行理事）

オブザーバー：住野耕三（在宅医療助成勇美記念財団理事長）、江副正通（在宅医療助成勇美記念財団顧問）、伊藤正一（在宅医療助成勇美記念財団事務局長）

事務局：志藤洋子・高橋在也・芦澤早雪

1.開会にあたって

石垣座長から、第3回委員会における菊池委員のプレゼンテーションについて要旨の説明があった後、大橋委員、平原委員よりプレゼンテーションが行われた。

2.プレゼンテーション「かかりつけ医の概念整理」

大橋委員から報告があった。要旨は次のとおり。

多摩ファミリークリニックは現在、1日約120名の外来患者と220名前後の訪問診療の患者を担当している。新型コロナウイルス感染拡大により、新規在宅患者は増加した。その要因としては、病院では面会できないので在宅を選ぶ患者が増えたこと、周囲の急性期病院から病床を空けるために患者を引き取ってほしいという要請が増えたことが挙げられる。

コロナ禍において、かかりつけ医の協力は十分なのかという話題が出ている。コロナワクチン接種事業には協力的だったが、発熱外来や自宅療養者の往診への協力は必ずしも十分ではないというのが事実だと思う。その理由としては、開業医の多くが60歳以上で基礎疾患を持った医師も少なくないこと、都市ではビルのテナントを借りて診療している施設も多く動線の確保や貸主の許可が得られないこと、通常の診療に影響なく発熱外来を行うのが難しいことが挙げられる。また、コロナワクチンの接種（1回目・2回目）では加算が付いて高い収入が得られ、自宅療養者の往診も救急医療管理加算が付いているものの、ワクチンを3人に打てば同じぐらいの収入になるので、リスクの高い往診に行くよりもワクチンを打つ方を選ぶという診療体系があったように思われる。

「かかりつけ医」という言葉には、二つの意味があると考えている。一つは、主に初期対応を行う医師だ。アクセスが良く、必要であれば専門医を紹介する。普段からの医師・患者の信頼関係は必ずしも必要ではない。初診でも歓迎する。だから眼科のかかりつけ医や耳鼻科のかかりつけ医というものも存在する。もう一つは、「私のかかりつけ医」である。長い期間の信頼関係があり、子どもの頃から通って

いたり、世代を超えて家族みんなが通院していたりする。基本的には一人である。どんな健康問題でもまず相談されるため、幅広い問題への対応が重要になる。「私」の体の情報はそこに集約されている。

「発熱患者はかかりつけ医へ相談」「コロナワクチンもかかりつけ医での接種」と言われるときに、このかかりつけ医の二つの概念が混ざってしまっているような印象を受けている。私は医師・患者双方が信頼し合える「私のかかりつけ医」としての関係構築が本来重要だと思っている。ただ、「私のかかりつけ医」は総合的な診療能力が必要である。いわば「かかりつけ総合医」が求められているのだ。

2013年に日本医師会・四病院団体協議会が、「かかりつけ医」の定義を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」としている。

かかりつけ医に関する歴史を振り返ると、1987年に家庭医に関する懇談会があり、家庭医というものが日本にも持ち込まれようとしたが、官僚統制による家庭医の制度化や人頭割りといった言葉が出てきて、日本医師会からの反対運動もありいったんお取りつぶしになった。一方で、1992年に日本医師会がかかりつけ医の構想が提唱された。そこから、かかりつけ医モデル事業実施等があり、2006年には福岡県医師会がかかりつけ医の定義が行われている。その定義は、①患者サイドから選ばれる、②主に地域の診療所、あるいは中小病院の医師であり、地域の一員として医療を取り巻く社会的活動に積極的に参加し、日常診療に当たっては自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける医療、介護、福祉の諸問題に合わせて対応し、その患者にとって最良の解決策を直接的あるいは間接的に提供すべく努力する、③そのために医療、介護、福祉のネットワークについて研修を重ねる義務を負う、というものである。これは「私のかかりつけ医」や今回の在宅医療を取り巻く環境にもフィットする素晴らしい定義だと思う。福岡県医師会は「かかりつけ医の努め」も明示しており、それは、自己の専門性も含めてプライマリ・ケアに努める、自己の範疇を超えるケースに対しては連携して問題解決する、医療の継続性を重視する、予防にも関わっていく、多職種連携もやっていくというものだ。これができる医師であれば、コロナ禍でもいろいろな面で貢献できる医師という形になると思う。

日本医師会は、かかりつけ医機能研修制度を設けて、「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施している。

横倉義武先生は、日本のかかりつけ医の課題として、患者の一元管理が行われていないこと、かかりつけ医を見つける仕組みや選ぶ判断材料が十分ではないこと、夜間・休日、救急対応での連携体制が不十分であることを挙げている。対策としては、制度化という言葉にとらわれず、過剰反応せず、総合的な医療が提供できる仕組みを着実に構築していくことが重要だとおっしゃっている。

草場鉄周先生は、今の日本は、保健行政や公衆衛生は保健所に丸投げで、プライマリ・ケアといっても平時で在宅医療、予防医療、地域包括ケアへの関わりはかなり限定的になっていると指摘している。草場先生は、11万人いる診療所医師が包括的な外来診療、訪問診療、予防医療、健康増進活動、地域包括ケアにもう少し関わってくれば、公衆衛生・保健行政を助けるきっかけになるのではないかとということで、有事の際に動けるように、平素から保健所、自治体、急性期病院、地域の介護施設としっかり連携を取りながら、対応することができるプライマリ・ケアのシステムを整備することを提案している。そのために、「私のかかりつけ医は〇〇先生です」と登録する、かかりつけ医の緩やかな登録システム（「かかりつけ総合医制度」）が必要だとおっしゃっている。そのような「かかりつけ総合医」は誰が担うのか

というと、まだまだ総合診療医は少ないので、現状ではプライマリ・ケアを日々担っているかかりつけ医、開業医の先生になるだろうということだ。

私は、「コロナ患者をかかりつけ医が診る」のではなく、「かかりつけの患者がたまたまコロナになったので診療する」という当たり前の流れができるためには、日本医師会・四病院団体協議会のかかりつけ医の定義を具現化したようなかかりつけ医ができていかなければいけないと考えている。もしこれが担保されるのであれば、2類や5類という議論もだいぶすっきりするのではないか。そのためにも、医師と患者のお互いがかかりつけという認識は重要である。「かかりつけ医登録制」で、まずは希望する者だけでも登録してもいいのではないかと考えている。

コメント

(新田) 私も1987年ぐらいからずっとかかりつけ医の議論に関わってきた。

私は日本医師会・四病院団体協議会のかかりつけ医の定義は、最初に紹介ありきなので、文章が逆だと思っている。鈴木邦彦先生と、この定義をそろそろ変えようとずっと話していた。その中で、日医でかかりつけ医の研修をぜひやらなければいけないということで、最初に私と鈴木邦彦先生が組んで、私が40時間定義を出したが、最終的には現在の8時間に落ち着いた。かかりつけ医機能研修制度は今6年たって、毎年8700名ずつ受講しているが、「私のかかりつけ医」ではないかかりつけ医が横行している中でコロナ禍を迎えている。それでも、かかりつけ医機能研修の中で、6項目の中の最後の6に在宅医療を入れて日医がそれを認めたということだけでもとても大きなことだと思っている。

横倉先生が、今、改めてかかりつけ医の在り方研究会を立ち上げられたところで、私は高齢者部会の担当座長となっている。横倉先生も日本の中でかかりつけ医をつくらなければいけないとっていて、大橋先生には、まだまだそこまで至っていないという現状をよく話していただいた。

(鈴木) かかりつけ医に関して、私たちも大橋先生と同じような考え方の中でやってきた。特にコロナ禍ではかかりつけ医の重要性が認識され、外来機能、在宅機能、そして地域の中でどのように働いていくのか、地域の中でどうシステムをつくっていくのかが問われた2年間だった。今、外来機能が大変なことになっていて、私のところではテントを建ててやっているが、他の一人体制の診療所ではそこまでできない。だから、かかりつけ医機能の中にはグループ診療なども必要だと思う。今困っているのは、入院できないコロナではない患者だ。どれぐらいの非コロナの患者が入院できずに亡くなっているのかきちんと統計を出して検証されなければいけないと思っている。大橋先生と一つだけ違っていたのは、私はかかりつけ医というのは登録制というよりも、「私の地域の患者だったらもう誰でも喜んで診るよ」というスタンスだと思っているという点だ。

3.プレゼンテーション

「患者の視点からみた在宅医療」

平原委員から報告があった。要旨は次のとおり。

私は、2006年にあすか山訪問看護ステーションの所長として就任し、今まで2242名の利用者のケアをしてきた。指示書は71%が病院から、29%が診療所から来ている。806カ所の診療所のうち、ほとん

どは医師が一人である。みとり時に医師に連絡が付かないことも多く、死亡診断書というのは大変大きな問題だと思っている。地域の対象者は幅広く、みとりの後にグリーフケアも行っているため、配慮すべき住民がどこにいるかというデータにない情報も看護師はよく分かっている。

機能強化型在宅療養支援診療所ともやりとりをしている。あるクリニックは、今年の春から外来を縮小して在宅に力を入れていた。神経内科、精神、循環器、皮膚科、内科常勤医師を増員し、週1日の病院勤務非常勤医師、大人数のクラークと看護師を採用したが、医療材料の不整備などトラブルが頻発していた。あるとき、2日前に転倒した患者が、急な頭痛と意識低迷があり緊急対応を呼んだところ、緊急対応の医師が「専門ではないので対応できない」と断ってしまった。それで訪問看護ステーションに緊急でコールがあって対応した。このようにわかクリニックも実際にある。一方で、若手の医師が数年ごとに変わるが、積極的にチームリーダーとして動いているクリニックもある。クリニックの格差が大変大きいと感じている。地域における在宅医療研修はどうなっているのかという疑問を持った。

ここからは、事例を通して在宅医療について感じたことをお伝えする。事例Aは80歳代男性、都営団地で一人暮らしをしている。慢性閉塞性肺疾患、慢性心不全、2型糖尿病、骨粗しょう症、腰痛症、変形性膝関節症、認知症があった。物にあふれた部屋で生活していた。エピソードとして、夜間に転倒して足に激痛があり、救急搬送され、レントゲンを足だけ撮られて、骨折がないということで帰宅した。そのときになぜ転んだかは何も質問されなかった。1疾患1治療の弊害である。翌日、訪問看護で臨時で訪問して、COPDの悪化ではないかと思い、よく聞くと「トイレのときに息苦しくなって転倒した」ということで、もう一回、肺などの検査をしなければいけなくなった。多疾患併存状態の高齢者において、1疾患1治療の医療と在宅医との連携が課題だと強く感じた。

この患者の自宅は、使い切れないものであふれた汚染された環境で、空気もよどんでおり、患者にはダニにかまれたような傷もあった。自宅にはゴキブリやネズミも出る。「隣の部屋が空いてからネズミが増えた」と言っていた。このような環境が最近とても増えていると感じる。認知症死亡者の脳内から、細菌、カビ、ヘルペスウイルス、ダニのかみ傷からのボレリア病原体などが発見されたという論文もある(Dale, 2017)。発熱、嘔気・嘔吐、呼吸困難などの身体への医療アプローチだけでよいのか、もう少し環境からの影響は見なくていいのかと、訪問看護で強く感じる。1960年代、大阪・梅田の居住環境の悪い地区において不明熱が発生し、患者の環境に共通した点を見て、ネズミのふんが原因だったことが分かったという事例がある。今、東京都の北区ではこういったこともあるのではないかと考えている。北区は空き家が非常に多く、5年間で10万戸以上増加している。空き家の増加と、ゴキブリなどの害虫の増加は強く関連していると感じる。

一方で、自宅は癒やしの力を持っている。Kaplanの注意回復理論で、自宅環境の回復特性が明らかにされている。「休息できる」「リラックスできる」などの安息、「楽しい」「快適である」「安心・安全」などの快適さ、「一人である」「自由である」「気兼ねしない」などの自由さ、「時間の流れを感じない」「嫌なことを考えずに済む」などの逃避ができるという条件がそろった自宅は人を癒やす力があり、在宅医療は、このような環境の中で医療ができるという大きな特徴がある。自宅環境の整備は、実は重要な在宅医療の基盤なのではないだろうか。

事例Bは50歳代で、ダウン症の娘さんと二人暮らし、糖尿病・薬剤性精神病があり、少し肥満で自立支援の通院医療をして生活保護を受けている。昔からダウン症の娘さんを診ている小児科のかかりつけ医に自分も診てもらっている。それ以外に、精神科、呼吸器内科、皮膚科、整形外科も受診している。

各専門医から処方された36種以上の薬を飲んでいて、頭痛やふらつきがある。マルチモビディティ（複数の主たる慢性疾患を有する状態）で、治療負担が生活バランスを崩している。副作用が新たな受診行動をつくり、自己効力感を低下させ、医療依存度を高め、受診で1カ月があつという間に過ぎてしまう。そして、それぞれの医師が栄養指導を受けるように言うが、それがまたとても負担になっている状況であった。

そこで、訪問看護やリハビリが入って、処方薬について各専門医と相談し、精神的回復力（レジリエンス）も高めながら、患者自身ができることを増やしていった。専門家の診療とかかりつけ医との連携によって、緊急受診や定期受診を減らすことができればよいと考えている。また、画一的な栄養指導・生活習慣指導が患者の負担になることがあるので、患者の認知的な力や暮らし方に沿った療養方法を指導することもバランスを取るのには重要だと感じている。

医師は病気のマカニズムなど「何が」「どのように」について至近要因を説明するが、私たち看護師は、患者から「なぜ自分がこの病気になったのか」とよく聞かれる。近代の医学では、どのように病気になったかは説明できるが、なぜ病気になったかの説明は難しい。この「なぜ」を説明する進化医学が、北米では2013年に全体の74%の大学で教育に導入されている。進化医学を医学教育に導入した結果、学生の理解が深まり、ケアが改善したという報告もある。この至近要因と進化医学の枠組みを使い、「なぜ病気になったのか」が分かることで、患者の治療へのモチベーションや自己効力感が高まることも経験している。

在宅医療では、まず癒やされる自宅環境の整備が大事だと感じている。在宅医療の中の医療だけ考えるのではなく、それぞれの自宅を健康的な環境にすることに着手すべきではないか。そして、近代医学と進化医学を統合した新しい医療枠組みもあってもいいのではないか。患者自身の治癒力を引き出し、バランスを整える在宅医療という視点も提案したい。

コメント

（佐々木） 東京はかかりつけ医を持っていない人が非常に多いと思う。臓器別の医療を効率的に提供する体制は非常によくつくられていると思うが、たくさんの病気を持ったその人を丸ごと診られる医者は絶対的に不足している。「やるよ」と手を挙げているが実際そこまでのスキルがない医者も現状では結構いる。平原さんのお話にあったように、在宅医療を標榜しながら、往診で呼ばれて「専門外だから無理」となることはちらちら聞く話ではある。だから、草場鉄周先生が提唱された、「かかりつけ総合医」というのが現実的な解としていいのではないかと思う。日本の医療制度は、疾病保険なので病気がないと医者にアクセスできない。草場先生は、病気ではなくてもプライマリ・ヘルスケアで地域全体に関わるようなポジションとして、「かかりつけ総合医」という言葉をつくられたのではないかと思っている。

急成長している在宅専門クリニックは、患者の診療ニーズに応えるためにとにかく医者をどんどん確保してどんどん回していくというオペレーションをしているところは少なくない。そういったクリニックの医師の教育・研修を行う、あるいは現場の意見をフラットにフィードバックして、みんなで話し合っ最適な方法を取っていけるプラットフォームを地域につくることが重要だと思う。

（菊池） 在宅医療とは自宅環境というのは非常に本質的だと感じた。在宅医療は医療だけではなく、

生活の部分もしっかりと見ていかなければならないと再確認した。

(大橋) 1疾患1医者ではなく、その地域の中でどんなものでもマルチモビディティに多職種で対応していくという楽しさ、魅力を改めて感じた。

4.ディスカッション

【プレゼンテーションについての総合的なコメント】

(向山) 保健所も昔はもっと地域に根差していて、家庭として見ていくということが保健師活動の原点としてあったが、今、保健所は大切なことを失いかけていると感じる。コロナで「かかりつけ医」という言葉が躍るようになり、発熱もワクチンも「まずかかりつけ医に相談」といわれるが、現実にはそこが相思相愛になっていない。地域の住民側にどうかかりつけ医の重要性や良さを伝えていくのかは、保健をあずかっている私たちも真剣に取り組まなければいけない問題だと思う。

(蘆野) 大橋委員のお話については、予防医療をかかりつけ医が担うような制度にしていくべきだと思っている。また、向山委員が相思相愛という言葉が使われたが、やはり医師と地域住民が「かかりつけ医」という言葉を再認識しなければいけない。「かかりつけ医」というものの内容は、総合医、家庭医という形ではないだろうか。

(矢澤) 平原委員のお話を伺って、在宅医療はまさに生活の場に入っていく医療なので、このアライアンスでそういったことをわれわれがさらに具体的にどのように学んでいったり広めていったりしたらいいかを研究・検討できるといいと感じた。

(小関) 私は病院で外科医をしていて、石垣先生と医療連携をさせてもらっている。また、法人として介護老人保健施設や在宅医療、リハビリ系のデイケアなどもしている。その関係で、今後のいい医療・介護の在り方を考えている。今日のお話はそういう意味で勉強になった。

(望月) 都市部では、外来と訪問診療をする医師と、外来とやや地域包括ケアの中に入るけれど外来をする医師と、外来も包括ケアも全く分からずに外来だけを提供している医師の三つに分かれると思う。これからは、自身が適切な医療を提供できない場合は、「専門のあの先生に相談しよう」というように、速やかに地域の資源の中に移行できる体制をきちんと確保してつなげていくという行為ができていく医師が、外来の中でもかかりつけ医と呼ばれるのがふさわしいという印象を持っている。訪問診療をしていたり、地域包括ケアに参加していたりする外来の医師はもう十分かかりつけ医として対応しているので、新たなカテゴリーをつくる必要はないと思う。外来だけをしている医師が、在宅の訪問診療と上手にコラボできるようなカテゴリーができると、地域の中でも連携がより進むのではないかと。多職種の方々は外来の先生方とも連携したいと思う方が多いようだが、ラブコールを送っても先生方が返してくれないことが多いという声が地域の中でも聞かれるので、そういうところが変わっていくといいと思った。

【かかりつけ医の定義について】

(武田) 日本医師会・四病院団体協議会の「かかりつけ医機能」の定義は、病院団体は一言も口を挟んでいない。恐らく横倉先生がお書きになったものではないか。ただ、これが出たインパクトは非常に大きかった。私は厚生労働省の立場にあって、それまで「かかりつけ医」という言葉はあまりに曖昧で政策的には使えない言葉という認識だったのが、かかりつけ医の定義が出てから、これは政策的に使うことができる考えではないかということで、私自身、かかりつけ医の定義についてはそれをずっと使っているし、「これは基本的に目指すべき方向だと私も思う」と言っている。官邸、財務省、自民党、厚生労働省全員、「あれはいい」と思った。地域医療構想の次はかかりつけ医を日本に普及させることだというのがほぼ共通認識になったところでコロナ禍になり、その熱が冷めていった。これをもう一遍抱き起こさなければ、日本はまた10年、世界にきちんと説明できない外来医療が続いてしまうのではないかという危機感を持っている。

かかりつけ医の定義についての議論は、供給側の論理で、患者を置き去りにした議論だと感じることがある。政策論はニーズを起点にして考えなければならず、それにふさわしいものは誰がやってもきちんと評価されるべきだ。そのような観点からも意見の違う人たちが大同団結してやらなければいけないのではないか、そのためには日医がもう一度グリップするような形がないと進まないのではないか。

外来機能やかかりつけ医機能はここ何年かのテーマになっているが、正直混乱している。かかりつけ医がないという問題と同様に、何人もの医者にかかってしまっているという問題を何とかしなければ外来機能の問題は整理できない。それは、紹介、逆紹介、比率、5000円、そういう話では全くないのではないか。せめて、アライアンスとこのメンバーではもう少し議論を正しいトラックに戻したい。

ただし、平原委員のお話を聞いて、かかりつけ医機能は看護の世界でできるかもしれないと思った。日本の医療は治療中心だから予防から関与できないのだという意見があったが、点数が来ないだけで禁止はされていない。日本全国で看護の人たちが暮らしの保健室をつくっているのだから、もっと医者も頑張るべきだという気がしないでもない。政策論は現場から実践から動かしていかなければいけない。

(新田) 厚生労働省が地域医療構想の中で外来機能を入れるまではよかったが、議論の基本をリードできない中で都道府県が勝手にやっていて、これでは何もならないというのは確かに言われるとおりが、例えばそのような会議で「基本的にこれは何なのか」という話をするとしらけられてしまう。今ここでもう一度、そういった議論の混乱をきちんと整理しなければならない。

例えば、望月先生が言われた、専門医が地域の先生や病院と連携してやっていくというのは、古く言えば尾道方式だ。尾道方式が東京にはなぜ広がらないのかという議論もどこかで終わってしまった。

佐々木先生が言われた、東京にはかかりつけ医がないというのも事実だ。でも、日本ではかかりつけ医をつくらなければいけないと思う。要は、地域に鈴木先生をつくり上げるということだ。コロナ禍で、鈴木先生という存在がいるおかげで大田区は違った形をつくった。

国立は地域医療計画を作る間、市民十数人と共に市民勉強会を20回行った。多くの市民は「かかりつけ医はどこにいるのか」「どうやってつくっていくのか」と思っていて、「それはあなた方が定義してください」というところでコロナ禍になってしまった。日医のかかりつけ医の定義を伝えても、多くの市民は「そんな人どこにもない」と言っていた。では、誰がどうやってつくっていくのか。医師の責任だけではなく、市民も努力してかかりつけ医をつくっていく必要がある。

【市民からの意見】

(志藤) 介護保険の生みの親の一人である樋口恵子先生ですら、自分の疾患を診ている大きな病院の医師が自分のかかりつけ医だと思っていて、家の近くの医師でなければ駄目だということを聞いてとても驚かされていた。それぐらいなので、この問題は市民にとってはもっとよく分からない。普通に暮らす中で、かかりつけ医、この先生には何でも相談できるという医師がいる人はほとんどいないと思う。

(高橋) 私の母がリウマチで、母が若いとき、群馬大学の小児科医が主治医で、往診もしてくれていた。私の病気も家まで診に来てくれた。その先生に家族がお世話になるという感覚があって、今、大学病院は機能分化しているが、そのときの安心感は家族にとってとても大きかった。

新田先生の話聞いて、市民の側がかかりつけ医の定義を出し合うという発想は新しく驚いた。

私は千葉大学で医学教育に関わっていて、医学生も「かかりつけ医というのは一体何なのか分からない、とても大事だけれどすごく混乱している」とよく議論していたので、どのレベルでもホットな話題なのだと聞いていた。

5.閉会のコメント

勇美記念財団の住野氏から挨拶があった、要旨は次のとおり。

勇美記念財団の定款の「目的」では、「個人の尊厳を尊重した利用者本位の在宅医療」をうたっており、利用者の気持ちや考えをよく理解しながら、かかりつけ医とはどうあるべきかを考えることは絶対に忘れてはいけない部分だと財団としても考えている。そのためには、在宅医療に絞り込まずに、かかりつけ医と市民が顔合わせをするような機会を地域で定期的につくるといいのではないかと思った。

大橋先生からは、「私のかかりつけ医」と「かかかかりつけの総合医」ということで、非常に分かりやすい整理されたお話を伺って、そのような考えをまとめていく必要性を改めて強く感じた。平原先生からは、健康状態に影響する自宅環境が非常に重要だと伺い、東京も空室・空き家が増えているので、ますますそういうことが必要になってくるのではないかと思った。また、多職種の連携も大事だが、医師同士の連携も在宅医療にとっては非常に重要なポイントになるのではないかと改めて認識した。

最後に石垣座長から、下記のコメントがあった。

私はこの委員会の昨年度までの辻哲夫先生のご意見が印象的で、最後まで見捨てない医者がかかりつけ医だということが最大のポイントだと感じている。また、私は、産業医は健康な働く人たちにとって、学校医は子どもたちにとって、かかりつけ医の役割があるのではないかと考えているため、そのようなところも盛り込んだ形で、ここまでの議論をまとめたい。

以上

日本在宅ケアアライアンス
大都市圏の在宅医療システム委員会

かかりつけ医の概念整理

医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック院長
日本プライマリ・ケア連合学会副理事長
大橋 博樹

Profile

- 2000年獨協医科大学卒業
- 武蔵野赤十字病院で初期研修の後、聖マリアンナ医科大学総合診療内科に入局し、筑波大学附属病院総合診療科、亀田総合病院家庭医診療科にて勤務
- 2006年4月より川崎市立多摩病院総合診療科医長
- 2010年4月多摩ファミリークリニックを開業
- 東京医科歯科大学臨床准教授
- 聖マリアンナ医科大学臨床教授
- 日本プライマリ・ケア連合学会副理事長
- オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会構成員
- 川崎市医師会理事

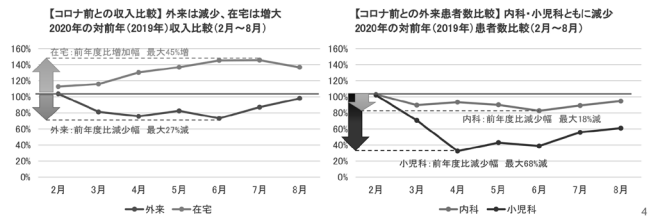
当院の紹介

- 川崎市多摩区登戸に2010年開業
- 内科・小児科・外科を標榜
(総合診療は院外標榜できないため)
- 常勤医師3名・看護師5名・薬剤師1名体制
(処方完全院外処方)
- 1日120名の外来患者と220名前後の訪問診療患者を担当

新型コロナウイルス感染拡大による経営への影響

■ 収入への影響

- 外来診療収入の減少
 - 小児科患者の激減：前年度の30%まで減少
 - 内科患者の減少：前年度の80%まで減少。初診患者が半減、再診患者は微減
- 在宅診療収入の増大
 - 新規在宅患者の増加：
 - ・ 急性期病院からの受入れ強化
 - ・ 訪問看護、ケアマネ、ヘルパー等との連携強化



防護具等



防護具等



当院の新型コロナウイルス感染拡大に伴う施策

■ 外来診療

- 流行段階に応じた院内の感染対策の検討・実施（2020年2月～）
- 外来待合室の空間分離を実施（2020年2月～4月）
- 発熱者外来を実施（2020年4月～）
- 電話や情報通信機器を用いた診療の実施（2020年4月～）
- 川崎市医師会PCR検査センターへの協力（2020年5月～）
- コロナワクチン接種開始（2021年5月～）
- PCR院内解析用機器導入（2021年8月）
- 自宅療養者への電話診療（2021年8月）

黒字：2020年の施策
青字：2021年の施策

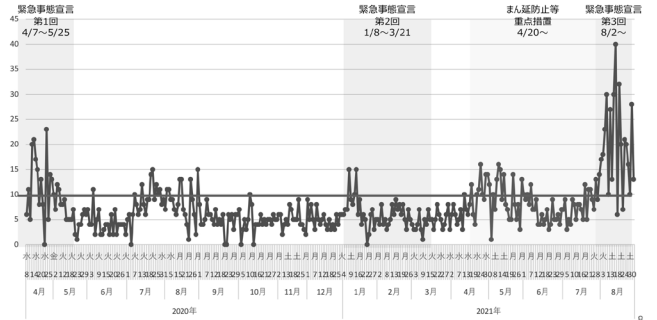
■ 在宅診療

- 流行段階に応じた院内の感染対策の検討・実施（2020年2月～）
- 患者さんの求めに応じ訪問回数削減（月2回訪問⇒月1回訪問+電話）（2020年4月～）
- 近隣病院・診療所勤務の総合診療医とのオンラインミーティング（2020年4月）
- 近隣急性期病院への新規在宅移行患者の受け入れ強化のご案内（2020年5月）
- 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、薬局とのオンラインミーティング（感染対策、症例検討、連絡体制の在り方）（2020年5月～）
- コロナワクチン接種開始（2021年5月～）
- 自宅療養者への往診対応について川崎市と検討（2021年8月）
- 自宅療養者への往診対応開始（2021年8月下旬）

7

発熱者外来患者数の推移

- 2020年4月の緊急事態宣言開始時より、発熱者外来の運用を開始
- 感染拡大期は1日15件を上限、それ以外の時期は1日10件を上限に運用
- 2021年8月は通常外来診療を縮小し、1日最大40件まで対応を拡大



8

自宅療養者への往診

- 川崎市では各区1~2施設の往診対応クリニック（平時で往診対応していても、コロナ往診対応は1/3以下）
- 毎日、2~3名の新規の依頼
- 50~60代の基礎疾患を有する人が最も多い
- 20~30代での往診依頼も
 - 一基礎疾患なしとの事前情報だが、もともと健診を受けていない、受診勧奨されるも受診していないというひとも少なくない
 - 一若者の中では、基礎疾患ありは隠れている
- 基礎疾患で最も怖いのは糖尿病・肥満
 - 一重症化する場合に2パターン
 - ①肺炎が進行し、低酸素（中等症・重症の判断ができる）
 - ②糖尿病が悪化し、糖尿病性ケトアシドーシスへ進展し、意識障害や多臓器不全に（肺炎の悪化ではないためECMOは要らないが重症⇒入院ベッドを探すのが困難）

かかりつけ医の協力は十分だったのか？

コロナワクチン接種事業には協力的だったが・・・

- 発熱外来や往診への協力は必ずしも十分ではない
 - 一開業医の多くは60歳以上、基礎疾患を持った医師も少なくない。
 - 一都市ではビルのテナントを借りて診療している施設も多く、そこでは動線の確保や、他の入居者や貸主の許可が得られない場合も。
 - 一通常の診療に影響なく発熱外来を行うことは難しい
 - 一高血圧症や糖尿病などは月1回通院が基本、これを全面的に2ヶ月処方切り替えれば、診療に相当の余裕ができる。しかし、その分の減収は莫大。補償がなければ踏み切れない。

診療所における主なコロナ関連施策の収入

- コロナワクチンを積極的に接種すると1回あたり10,000円近い収入を得られた（自治体による）
- 発熱者等への診療や自宅療養者への往診は、加算は付いているものの、感染リスクを伴うことや、運用に時間や手間を要することなど、かかる負荷が大きい

各施策	各施策に対する収入	
発熱者等の診療 (※診察のみの場合)	・初診料:288点 ・機能強化加算:80点 + 医科外来等感染症対策実施加算:5点 + 院内トリアージ実施料:300点 合計 673点	・再診料:73点 ・外来管理加算:52点 + 医科外来等感染症対策実施加算:5点 + 院内トリアージ実施料:300点 合計 430点
PCR検査	・検査を委託して実施した場合:1,800点+微生物学的検査判断料150点 ・上記以外:1,300点+微生物学的検査判断料150点	
新型コロナワクチン	・接種料:2,070円 ・時間外加算:730円 ・休日加算:2,130円 ・個別接種促進:150回以上接種した週が4週以上(5/9~7/31の間)で+3,000円 :100回以上接種した週が4週以上(5/9~7/31の間)で+2,000円 ・高齢者加算:3,000円(※川崎市事業)	
自宅療養者 電話・オンライン診療	・電話等を用いた初診料:214点 + 二類感染症患者入院診療加算:250点 合計 464点	・電話等再診料:73点 + 二類感染症患者入院診療加算:250点 合計 323点
自宅療養者往診 (※診察のみの場合) (※機能強化型は主診・在宅緩和ケア実施所・病院加算算定施設の場合)	・初診料 ・機能強化加算 ・医科外来等感染症対策実施加算 ・院内トリアージ実施料 ・往診料 ・緊急往診加算 ・在宅緩和ケア実施所・病院加算 合計 2,343点	・再診料 ・外来管理加算 ・医科外来等感染症対策実施加算 ・院内トリアージ実施料 ・往診料 ・緊急往診加算 ・在宅緩和ケア実施所・病院加算 合計 2,100点
+ 救急医療管理加算1(950点)		→ 合計 3,293点
+ 救急医療管理加算1(950点)		→ 合計 3,050点

コロナワクチン接種事業には協力的だったが・・・

- ・発熱外来や往診への協力は必ずしも十分ではない
 - かかりつけ医と一括りに言っても、もともと対応できることに差がある。在宅医療を行なっているかかりつけ医はまだまだ少ない。(平時に在宅医療を行っていない医師に往診を依頼するのは難しい)
 - 特に都市部では、内視鏡診療など専門特化した診療所が少ない。幅広い疾患や在宅医療にも対応できる「総合診療医」の育成と増加が今後重要な課題となる。
 - 一人開業医と複数の常勤医を有する比較的規模の大きい診療所でも対応できる幅が異なる。

かかりつけ医に2つの意味??

- ①主に初期対応を行う医師
 - アクセスが良く、必要であれば専門医を紹介
 - 普段からの医師患者の信頼関係は必ずしも必要ではない
 - もちろん初診も歓迎
 - 眼科のかかりつけ医、耳鼻科のかかりつけ医もあり得る
 - ②私のかかりつけ医
 - 長い期間の信頼関係、子どもの頃から通っている
 - 家族みんな(世代を超えて)通院
 - どんな健康問題でも、まずは相談(幅広い問題への対応)
 - 私の身体の情報はこちらに集約
 - かかりつけ医は基本的に1人
- ・発熱患者はまずは「かかりつけ医へ相談を」
 - ・コロナワクチンは「かかりつけ医での接種を」
 - ここで言うかかりつけ医は①?それとも②?
 - 私は近所のかかりつけ医に相談したが、当院のかかりつけではないと言って断られた
 - 医師患者双方が信頼し合える「私のかかりつけ医」としての関係構築が重要
 - 今、日本に「私のかかりつけ医」がいるのだろうか?

「私のかかりつけ医」には総合的な診療能力が必要

- ・幅広い診療に対応
 - まずはなんでも相談できる
- ・家族みんなの主治医
 - 子どもの頃から診療
- ・若い世代から予防的アプローチを
 - 生活習慣病に早期から介入
 - 基礎疾患なしではなく、指摘されていないだけ?
- ・予防も重視
 - 普段から予防接種や健診にも積極的に対応
- ・在宅医療にも対応
 - 普段から在宅医療を行っていない医師がコロナ往診を行うのは困難
- ・行政や多職種連携にも積極的
 - 保健所とも顔の見える関係

この様な「私のかかりつけ医」が増えることが、地域を守るためにも必要
→いわば「かかりつけ総合医」が求められている

横倉先生のスライドより

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会



かかりつけ医取り組みの歴史

- 1987年 家庭医に関する懇談会(厚生省)
官僚統制による家庭医の制度化
日医による反対運動
- 1992年 日医村瀬会長がかかりつけ医の構想を提唱
- 1995年 厚生省かかりつけ医モデル事業実施
21都道府県、32地区で施行
- 1997年 かかりつけ医機能の評価に関する研究を発表

- 1996年 診療報酬改定において1992年の在総診に続いて、老人医療に外総診の導入
- 1998年 かかりつけ医支援、病診連携強化を目的とした地域医療支援病院制度発足
- 2000年 介護保険制度スタート。主治医意見書の記載開始
- 2002年 外総診廃止、老人医療費1割負担導入
かかりつけ医の在り方については各地域医師会が独自に展開
- 2005年 平成18年度医療制度改革に向け地域医療の中核となるかかりつけ医に対する議論盛んになる

福岡県医師会かかりつけ医定義

2006年4月

- かかりつけ医とは、患者サイドから選ばれるものである。
- かかりつけ医は、主に地域の診療所、あるいは中小病院の医師であり、地域の一員として医療を取り巻く社会的活動に積極的に参加し、日常診療に当たっては自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもたける医療、介護、福祉の諸問題にあわせて対応し、その患者にとって最良の解決策を直接的あるいは間接的に提供すべく努力する医師である。
- そのため日常的に、地域の医療、介護、福祉のネットワークについて研修を重ねる義務を負うものである。すなわち、かかりつけ医の仕事とは直接的な個別の責務のみを指すのではなく、あくまで、日頃の豊富な研修によって得たネットワークを自己の患者のために正しく駆使することである。

かかりつけ医の努め

2006年4月 福岡県医師会

1. 自己の専門性も含めプライマリーケアに努めます。その際、患者さんの生活背景を把握し、全人的に接するよう努力します。
2. 自己の範疇を超えるケースに対しては、的確な病院と他の診療所、あるいは診療所どうしの連携を駆使し問題解決に当たるよう努めます。
3. 医療の継続性を重視します。
4. 健康相談、学校医、産業医、各種検診の協力など社会的活動、行政活動には積極的に参加します。
5. 保健・介護・福祉関係者との連携に努めます。
6. 地域の一員として地域住民との信頼関係構築に努めます。
7. 地域の高齢障害者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療に理解を示します。
8. 上記を達成するため、日常の研修に積極的に参加するよう努めます。

日医かかりつけ医機能研修制度

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
- 6.



日本医師会ホームページ「かかりつけ医機能研修制度」

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会

【2016年度】 9,391名受講	【2017年度】 9,712名受講	【2018年度】 10,609名受講
----------------------	----------------------	-----------------------

【2019年度】
6,326名受講（於：日本医師会館）
今後、応用研修の受講機会確保のため、都道府県医師会・都市区医師会においても同様の研修会の開催を依頼。

かかりつけ医機能研修の目的

- 今後の更なる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための新たな研修制度です。
- わが国の医師は、昔からかかりつけ医機能を果たしてきましたが、地域包括ケアシステムの構築が進められ、かかりつけ医機能の重要性が更に高まる今こそ、改めてかかりつけ医機能の充実・強化を図る必要があると考えられることが本研修制度発足の背景にあります。
- 本研修制度の受講対象となる医師は、地域住民のかかりつけ医となる全ての医師と考えており、診療科や主たる診療の場は問いません。

日医かかりつけ医機能研修制度

【研修内容】

基本研修 ・日医生涯教育認定証の取得。 <small>日医生涯教育講座の3年間の単位数とカリキュラムコード数の合計で50以上を取得</small>	応用研修 ・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに都市区医師会が主催する研修等の受講。 <small>規定の座学研修を10単位以上取得</small>	実地研修 ・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実施。 <small>規定の活動を2つ以上実施（10単位以上取得）</small>
--	--	---

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行（有効期間3年）。



かかりつけ医機能応用・実地研修

応用研修

日医では平成28年度より、本研修制度の応用研修会(6講義、計6時間)を、年に1回のペースで開催予定(3年かけてシラバスの全項目を網羅する)。

各年度の講義内容(予定)

平成28年度	平成29年度	平成30年度
1.かかりつけ医の概要	1.かかりつけ医の概要 医療安全	1.かかりつけ医の概要(総論)
2.生活習慣	2.認知症	2.健康増進・予防医学
3.フレイル予防、CGA・在宅医療	3.フレイル予防、CGA・在宅医療	3.フレイル予防、CGA・在宅医療
4.かかりつけ医の連携(介護)と連携	4.かかりつけ医の連携(介護)と連携	4.かかりつけ医の連携
5.かかりつけ医の連携(介護)と連携	5.かかりつけ医の連携(介護)と連携	5.かかりつけ医の連携(介護)と連携
6.在宅医療	6.在宅医療	6.在宅医療

実地研修

1. 学校医・医学生・若手医師への協力	10. 介護認定審査会への参加
2. 健康増進・予防医学	11. 遠隔カンファレンスへの参加
3. 地域保健活動への協力	12. 地域ケア会議等への参加(※会議の名称は地域により異なる)
4. 健康相談、保健指導、行政(保健所)と連携して行っている検診・定期予防接種の実施	13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員
5. 早期・休日・夜間・救急診療の実施・協力	14. 看護学校等での講義、講義
6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施	15. 市民を対象とした講演会等の講演
7. 訪問診療の実施	16. 地域行事(健康展、祭りなど)への医師としての出陣
8. 高齢者のレスパイトケアの実施	
9. 主治医意見書の記載	

日本のかかりつけ医

現状

- ・ コロナ禍で、かかりつけ医という呼称が広がり、国民の関心が高まった。かかりつけ医はいないが欲しいと考える人が一部増加している。
- ・ ただし、かかりつけ医の定義が曖昧であることと、当初のワクチン不足も相まって、さまざまな混乱も生じた。
- ・ 改めて、かかりつけ医の定義や位置づけを、わが国の医療提供体制の中で、地域事情も踏まえながら検討する必要がある。
- ・ かかりつけ医を持つ人の中で、そのかかりつけ医を家族や友人に薦めると答えた人は75.6%にのぼっている。

日本のかかりつけ医の特徴

診療・診断

- ・ 専門性を有するかかりつけ医が多い
 - ・ 例えば、日本糖尿病学会の専門医(6370人)の中で診療所医師は約3割を占める
- ・ CTなどの機器を有する割合が高く、初期診療で正確な診断が可能

アクセスの良さ

- ・ 諸外国ではプライマリケア医の不足が生じているが、わが国では病院勤務医から診療所医師となるキャリアパスがあり、不足が生じていない。
- ・ 患者の初期診療のアクセスがよく(フリーアクセス)、早期診断・治療につながっている

日本のかかりつけ医の今後

課題

- ・ 患者の一元管理が行われないため、健康管理、予防、薬剤管理が困難。
- ・ かかりつけ医を見つける仕組みや選ぶ判断材料が十分でない。
- ・ 夜間・休日、救急対応などの連携体制が不十分。

対策

- ・ 地域の取り組みの推進(患者とかかりつけ医のネットワークなど)や国の医療機能情報提供制度の活用。
- ・ 日医かかりつけ医機能研修における認定の普及
- ・ 「制度化」という言葉に捕らわれず(過剰反応せず)、地域ごとに住民のニーズに応え、総合的な医療が提供できる仕組みを着実に構築していくことが肝要。

諸外国のかかりつけ医制度

	英国 (General Practitioner; GP)	フランス (Médecin Traitant)	ドイツ (Hausarzt; 家庭医)
保険制度	税方式で運営されるNHS(9割)と民間医療サービス(1割)の併立	公的保険(民間保険は二層建て部分カバー)	皆保険。9割の公的医療保険(GPV)と1割の民間医療保険(PKV)の併立
外来患者自己負担	公約は原則無料(処方薬、眼鏡、歯科診療、視力検査などを除く)	3割負担(償還式)	自己負担なし
最初に受診する医療のアクセスに特化した法的な位置付け	有り(登録診療所のみ受診可)	有り(ただし、かかりつけ医の紹介状無しを受診も7割負担可能)	無し(ただし、国民の9割以上は家庭医を持ち、まず家庭医を受診する流れが一般的)
登録制の開始	1948年	2004年	2008年
登録医の条件	GPのみ(専門医不可)	職別専門医も可能(研修なし)	州家庭医団体の登録および州医師会の研修の参加
登録医の地域の制限	居住地の診療所に限定	地域の制限なし	地域の制限なし
支払い方式	人頭払い、出来高払い、成果報酬の混合	出来高払い	包括報酬
備考		16歳以上の全ての国民は、かかりつけ医を登録することが義務付けられている	被保険者が病院で診療(HZO)に参加した場合、初診は病院を受診することや、眼科、産婦人科以外の専門医の初診は、家庭医の紹介状を受けることが義務付けられる。小児科の過半数受診も可

出典 厚生労働省「中央社会保険医療協議会 総会(第346回)(平成29年2月22日)「療養の確保 かかりつけ医機能(その1)について」(一部改定)

草場先生(日本プライマリ・ケア連合学会理事長)のスライドより

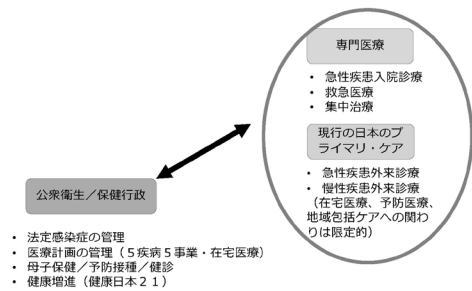
なぜ、こうなるのか？

- 医師・医療機関の工ゴの問題ではなく構造的問題
- グループ診療は珍しく、多くは一人医師の診療所で人員余裕なし
- 比較的年齢層の高い開業医が多く感染リスク高い
- ビル診に代表されるように施設規模も小さく、感染防御のためのゆとりある施設構造をとることが難しい
- オンライン診療はほとんど普及していない
- 訪問診療を提供する医療機関が少ない
- 特定の臓器の診療に特化した診療所も多い (ex.眼科、皮膚科)
- フリーアクセスで医療機関を受診する自由がある一方で、住民一人一人の健康管理をプライマリ・ケア医療機関が責任を持って担うシステムがなく、**コロナ禍など有事の際には住民が健康リスクを自分で取らざるを得ない**

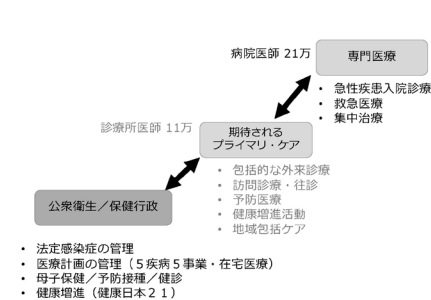
日本の医療制度の限界

- パンデミック発生時に強制的に医療機関を動員する法制定は？
 - 病院での中等症以上の診療については、法律があっても実行性のある活動が可能な医師は感染症専門医、呼吸器科専門医、救急専門医、総合診療医などに限定され、医師の中でマジョリティとは言えず動けない (病床数ではなく人的資源が問題の中心)
 - 診療所での軽症の診療については、法律があっても先述の理由から動きたくても動けない
- 「強制的法制化」の議論をするならば、医療提供体制の速やかな改革と運動させなければ「絵に描いた餅」になり今回と同様の失敗を繰り返すことは必定

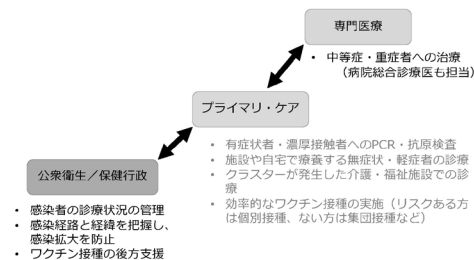
日本の医療を巡る大きなギャップ



専門医療と公衆衛生・保健行政の橋渡しとしてのあるべきプライマリ・ケア



COVID19に当てはめると



システムとしてのプライマリ・ケアへ

- 有事の際に動けるように、平素から保健所、自治体、急性期病院、地域の介護施設としっかり連携をとりながら、対応する事ができるプライマリ・ケアのシステムを整備
 - 平素からの予防医療や公衆衛生活動への積極的な関わりとネットワーク構築
 - かかりつけ医への住民のゆるやかな登録システムにより、行政・かかりつけ医が連携して住民の健康サポートを隙間なく担うシステム構築 → **【かかりつけ総合医制度】**

コロナ禍を契機にプライマリ・ケアのシステム作りのスタートを！

かかりつけ総合医制度とは？

- ・ 国民は平時より、自身の健康管理に対応するかかりつけ総合医を選択する。そこでは、ほとんどの健康問題を相談でき、予防医療や健康増進の支援も受けられる
- ・ 医療機関は選択した患者を登録し、日々の診療だけでなく有事（パンデミックや災害）の際には保健所や行政などと連携して健康管理を支援する
- ・ 訪問診療やオンライン診療を必要時に提供する
- ・ プライマリ・ケア看護師など他の専門職と連携する
- ・ 総合病院などで各科の専門医療を受ける際には、原則的にかかりつけ総合医から紹介する
- ・ 総合的な健康管理に対する対価は出来高払いに馴染まず、登録住民数に比例する包括払いなどを組み込む

かかりつけ総合医は誰が担うのか？

- ・ 理想的にはプライマリ・ケアの専門家 = 「**家庭医、総合診療医**」
 - ・ 日本プライマリ・ケア連合学会で2010年より養成と認定を行ってきた家庭医療専門医は現在1100人程度が活躍（養成プログラムは国際学会の公式認定済み）
 - ・ 日本専門医機構でも2018年より総合診療専門医の養成を開始し、2021年に第1期生となる専門医が誕生
 - ・ 10年後にはこうした医師が中核を担うことが期待される
- ・ 現在の開業医はある臓器の専門医として経験を積んだあと、プライマリ・ケアに従事するが、それに必要な研修や認証制度はない
- ・ 専門家が増えるまでの間は、現にプライマリ・ケアを担う開業医・病院勤務医を対象に、公的な研修と認証制度で「かかりつけ総合医」を位置付けることが現実的



かかりつけ医を持つということ

- ・ コロナワクチンをかかりつけ医で接種する
- ・ 発熱した際は、かかりつけ医でまず対応
- ・ コロナ罹患でも、かかりつけ医がオンライン診療や往診で自宅療養を管理

→ 「コロナ患者をかかりつけ医が診る」ではなく「かかりつけの患者さんがたまたまコロナになったので診療する」という当たり前の流れを

→これが担保されるのであれば、2類相当ではなく5類相当の扱いが妥当

→そのためにも、お互いがかかりつけという認識は重要

「かかりつけ医登録制」は自然な流れ

まずは希望者のみ、登録性にしてはどうか？

患者の視点からみた在宅医療

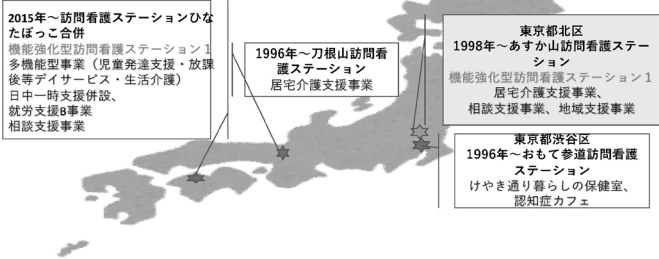
日本訪問看護財団 事務局次長
あすか山訪問看護ステーション
統括所長 平原優美



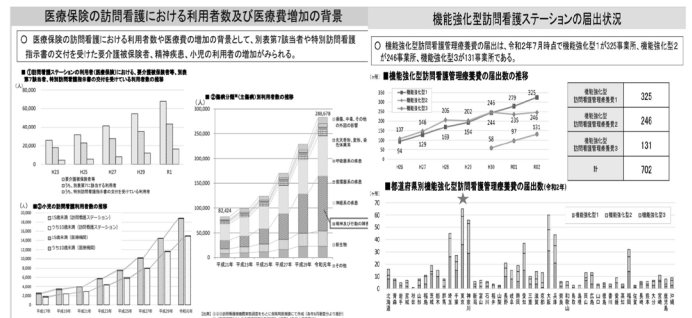
1. 訪問看護等在宅ケアの質の向上に関する教育等事業
訪問看護eラーニング基礎講座、訪問看護集談合研修等
2. 訪問看護等在宅ケアの運営支援事業
電話相談・来所相談、アドバイザー派遣、講師派遣等
療養通所介護の開設・運営・経営、職場内教育の相談
3. 調査研究の成果や訪問看護ステーションの運営を通じた政策提言
調査研究、訪問看護ステーションの運営
4. 訪問看護等在宅ケアの調査研究等に対する助成
5. その他本財団の目的を達成するために必要な事業
「訪問看護サミット」の開催、広報事業、出版物、会員サービス、福利厚生「あんしん総合保険制度」など



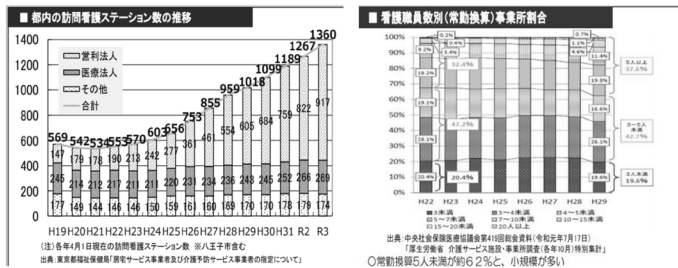
訪問看護ステーション事業



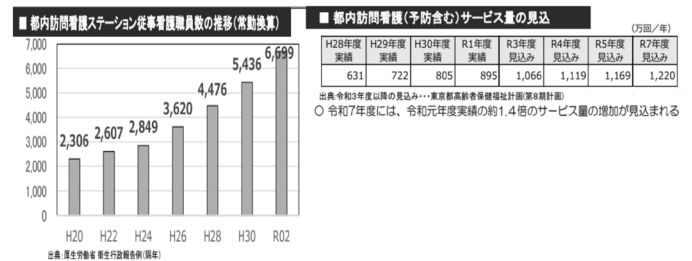
訪問看護ステーションの状況

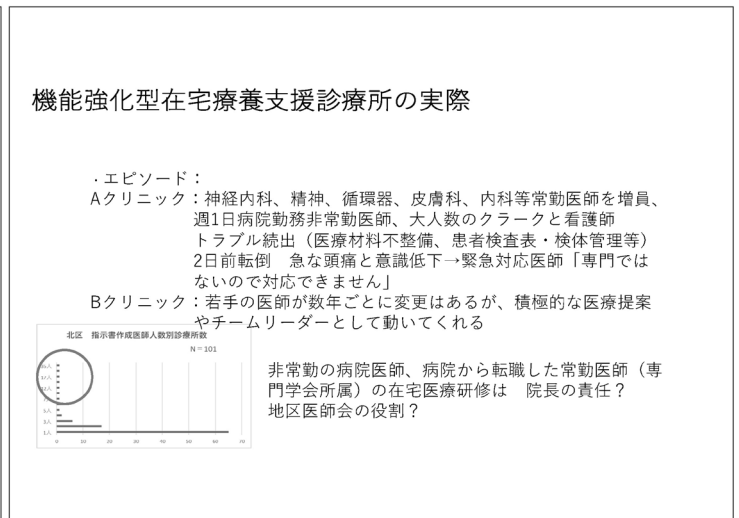
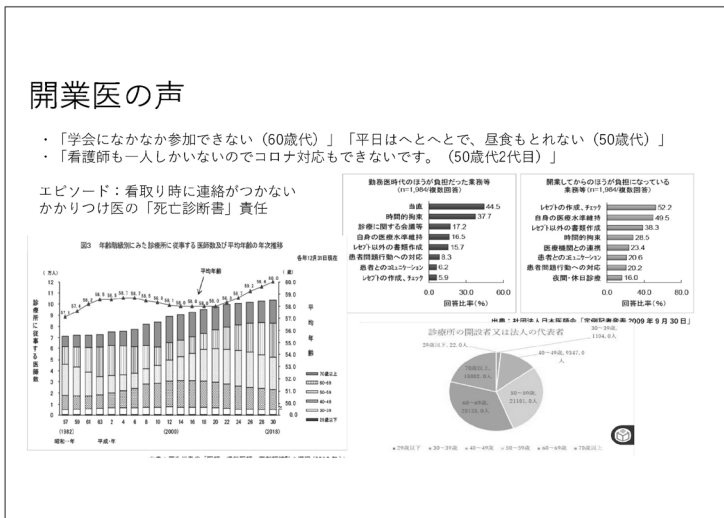
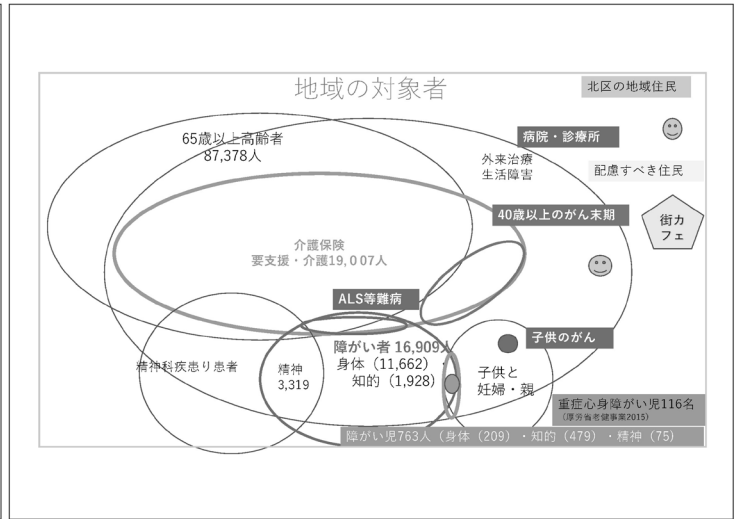
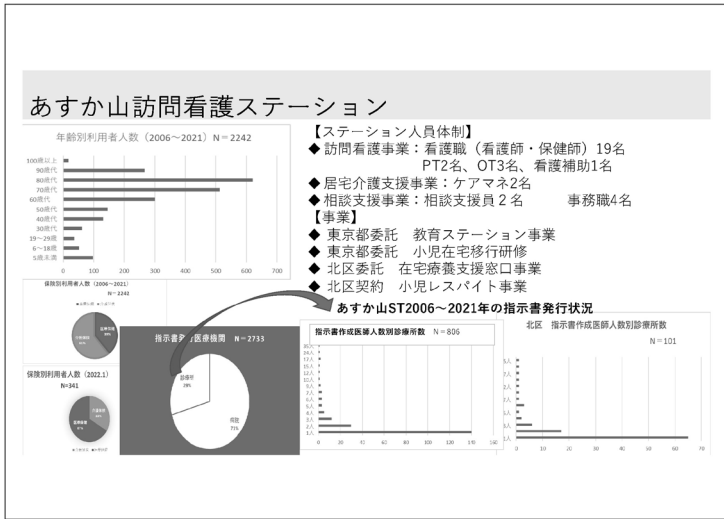


東京都の訪問看護ステーション状況



東京都の訪問看護ステーション従事看護師とサービス量



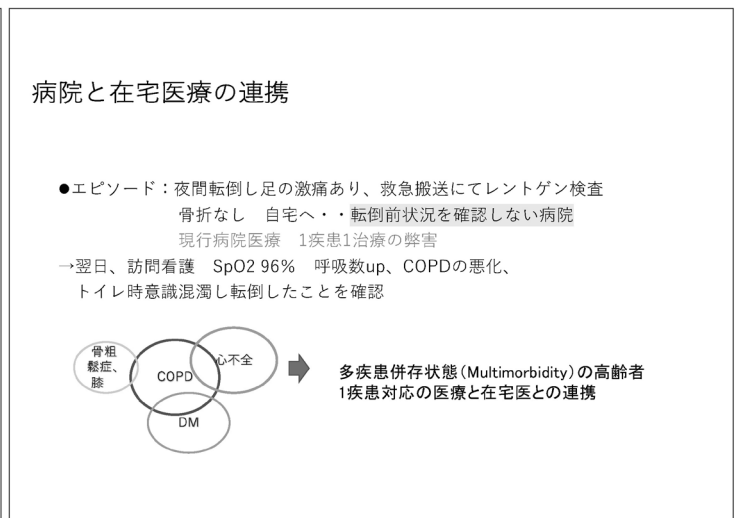


事例Aから在宅医療を考える

■ 事例A 80歳代 男性 単身 都営団地
 病名：慢性閉塞性肺疾患、慢性心不全、2型糖尿病、骨粗しょう症
 腰痛症、変形性膝関節症、認知症
 介護保険利用

医療
 かかりつけ医：月に2回訪問診療・・・（慢性閉塞性肺疾患）
 整形外科：月に1回娘さんの同行受診
 大学病院：3か月に1回娘さんの同行受診・・・（心不全）
 歯科：月に2回受診 その他：眼科

暮らし
 ものにあふれた部屋

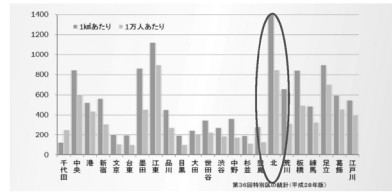


健康状態に影響する自宅環境



- エピソード：使いきれない物にあふれた汚染環境 汚染した空気
ダニのかみ傷があり、
部屋にゴキブリやネズミ「隣が空いてから、ネズミが増た・・・」
- 認知症死者の脳内 (Dale,2017)
口のバクテリア、鼻からきたカビ、唇ヘルペスウイルス、
ダニの噛み傷からのボレリア病原体
- 発熱、嘔気・嘔吐、呼吸困難など身体への医療アプローチだけでよい？
1960年代 大阪梅田の居住環境の悪い地区において、不明熱の発生
ハンタウイルス肺症候群（ネズミの糞の吸引）（119例うち2例死亡）
【症状】発熱、嘔気・嘔吐、呼吸困難、頻呼吸、頻脈、下背部疼痛、症状は風邪の症状

東京都の空き家増加



公共賃貸住宅の住宅数

●東京都空き家 賃貸用：59万8400戸

5年間で10万戸以上増加

自宅がもつ癒しの力



- 環境の回復特性：逃避、魅了、広がり、適合性の4つ (Kaplanの注意回復理論)
- ・自宅環境の回復特性：気晴らしができる好きなものが自宅にあり、プライバシーが十分保たれること、そして有効なソーシャル・サポートが得られる (芝田,2012)
- ・自宅は「休息できる」「リラックスできる」などの①安息、「楽しい」「快適である」「安心・安全」などの②快適さ、「一人である」「自由である」「気兼ねしない」などの③自由さ、「時間の流れを感じない」「嫌なことを考えずに済む」などの④逃避が特徴にあがると述べている。(芝田,2016)
- 自宅環境の整備は、重要な在宅医療の基盤

事例Bから在宅医療を考える

- 事例B 50歳代 ダウン症の娘と二人暮らし
病名：薬剤性精神病、糖尿病、C型肝炎 腰痛症
体重86kg 身長160cm
自立支援通院医療、生保
- 医療
かかりつけ医（精神科医）：月2回外来受診
小児科（内科）：月2回受診 娘の主治医でもある
呼吸器内科：月2回受診
皮膚科（大学病院）：月1回
整形外科：月2回
臨時受診頻回
嘔気やふらつき、足の痛みで頻回に受診

Bさんの処方箋（2022. 1.5時点）

①リスバダル2mg 6錠 昼・夕	②ビペリデン塩酸塩錠2mg3錠 昼・夕	精神科 10種
③ゾルピデム塩石酸塩10mg 1錠	④フルニトラゼパム2mg 1錠、	寝る前
⑤レモサルティ2mg、	⑦イフェキサールSRカプセル75mg	寝る前
⑥ベルソムラ15mg	⑧アリピプラゾール6mg 1錠	⑩エチゾラム1mg 1錠 昼
⑨シクレスト系下錠5mg 寝る前	⑪イリボ-2.5μg 1錠	⑫ジャディアンス25mg 1錠
⑬フェブリク40mg 1錠	⑭テネリア20mg 1錠	
⑮グリミクソン40mg	⑯ネキシウムカプセル20mg g	内科 26種
⑰ベタニス50mg g 1錠	⑱ルパフィン10mg g 1錠	
⑲メリスロン6mg g 3錠	⑳モサククリドケン酸塩5mg g 3錠	
㉑メトグルコ500mg g 4錠	㉒S G 記合錠錠（頭痛時）	
㉓トルシチド皮下注0.75mgテオス0.5ml	㉔カルベゾール1.25mg g 1錠	
㉕クロビドグレル75mg g 1錠	㉖スピロノラクトン50mg g 1錠	
㉗ツムラ五苓散	㉘ウルソデオキシコール100mg6錠	
㉙ベザールSR200mg g	㉚サムソカD 15mg g 1錠	
㉛ロキソニン 3錠	㉜レバミド100mg g 3錠	⑭フロセミド40mg g 1錠
㉝ツムラ苦茶甘草	㉞ホスチリザン	⑮フェルミナクスチック軟膏
㉟フェキソファナジン塩酸塩60mg g 2錠	㊱ニコチン酸アミド酸ゾンネ4.5mg g	⑯アシジンレオ軟膏
		皮膚科 3種

Multimorbidity

マルチモビリティ：複数の主たる慢性疾患を有する状態

- 治療負担が生活バランスを崩す（受診と内服治療）
副作用が新たな受診行動をつくり、自己効力感を低下させ、
医療依存を高める



親子の体調改善と治療負担軽減



- ◆ 分断された専門家の診療とかかりつけ医との連携・・・緊急受診や定期受診減少
- ◆ 画一的な栄養指導・生活習慣指導ではなく、療養者の認知力や暮らし方にそった実行可能性のある療養方法の指導

「なぜ、自分がこの病気になったのか？」の問い

■現在の医療
 医師は病気のメカニズムなど「何が (what)」、「どのように(how)について至近要因を説明
 ・検査結果、診断 (病期)、治療 (手術、放射線、薬物治療)
 ・栄養士による食事指導、看護師による療養指導や自己管理指導
 身体のある部分の働き、病気によるその機能がどのように乱すのか

■患者の問いに答える医療枠組み
 「なぜ (why)」について病気の起源と機能を至近要因とともに説明
 病気にかかりやすくしている身体的设计上の特徴は環境の激変や生活変化が影響
 1990年代にランドルフ・M・ネシー等が提案した医学枠組み (進化医学)
 北米 2013年に進化医学を教育に導入した大学は全体の74%
 進化医学を医学教育に導入した結果、学生の理解が深まり、ケアの改善が報告
 (Hidaka et al., 2015; 長谷川, 長谷川, 2001; Keyser, 2011; 黒田, 2009; 村井, 2011; 西谷, 2011; 西条, 小野, 2005; 鈴木, 2013)

疾患の理解とレジリエンス向上

- エピソード：「検査データが悪く、治療の効果がなくなったため、在宅医療をすすめられた。もうだめだ。」「自分の体なのに自分ではよくわからない。先生にお任せするしかない」「なぜ、私はこの病気になったんだろう・・・」
- 近要因と進化医学の枠組みから病気の説明をすると病気を理解しやすく
 人生を療養者自身を取り戻せるような感覚を得た
- 15歳男子 悪性リンパ腫
 「もっと早く知っていたらよかった。野菜をもっと食べて、運動してみたい」
- 50歳代 がん末期
 「なぜ、自分ががんになったか、やっとわかった。食事を気をつけて頑張りたい」
- 60歳代 すい臓がん末期
 「自分の体のことがよく分かった。 自分でも頑張ろう」

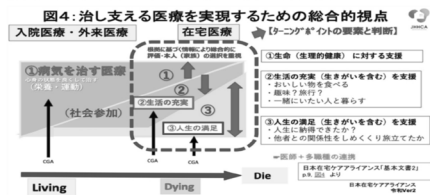
地域住民も自己効力感向上

N = 43

- 近要因と進化医学の枠組みによりがんについて説明
 【説明を聞いた住民の感想】
- ・がんを患って一時的に全身転移なども言われた、5年生きたから医師には大丈夫といわれたがもっと早く知っていたらよかった、頑張ろう
 - ・以前、自律神経失調症があるといわれていたので気になっていたが、こんな風に体のことを知ることはしていなかった
 - ・初めて聞いた、指導の内容に驚いた、すごくよかった、ためになりました
 - ポジティブな感情
 - ・人に伝えたい (8名) ・自律神経を整えて自然治癒力を高めたい (8名)
 - ・病気もした、これからなるべく良い状態できるようにはどうしたらいいか知ることができた
 - ・頑張ろうと思った ・体をことを整えることをしていかない、と思った

患者が求める在宅医療とは

- 癒される自宅環境で、主体的な健康回復行動を引き出す在宅医療
- 至近要因の近代医学に、人間の心身を生命の歴史で獲得された生体のシステムと、非常に短期間に変化した人間の環境、生活の変化への不適応が引き起こした結果が疾患であることを枠組みとした医学 (進化医学) を統合した新しい医療枠組み
- 患者の治癒力を引き出しバランスを整える在宅医療



ご清聴ありがとうございました



- 東京都 機能強化型訪問看護ステーション1 あすか山訪問看護ステーション実際からかかりつけ医との連携報告
2006年から2021年2242名の利用者、指示書は71%が病院、29%が診療所
806カ所の診療所のうち、ほとんどの診療所は指示書発行医師は一人、看取り時に医師に連絡がとれないことが多く、死亡診断書というのは大変大きな問題
機能強化型在宅療養支援診療所の一事例は、昨年の春から外来を縮小して在宅に力を入れていた。神経内科、精神、循環器、皮膚科、内科常勤医師を増員し、週1日の病院勤務非常勤医師、大人数のクラークと看護師を採用したが、医療材料の不整備などトラブルが頻発していた。あるとき、2日前に転倒した患者が、急な頭痛と意識低迷があり緊急対応を呼んだところ、緊急対応の医師が「専門ではないので対応できない」と断ってしまった。それで訪問看護ステーションに緊急でコールがあって対応した。一方で、若手の医師が数年ごとに変わるが、積極的にチームリーダーとして動いているクリニックもある。クリニックの格差が大変大きい
地域における在宅医療研修はどうなっているのかという疑問を持った。
- 在宅医療は、自宅環境の中で医療を提供する特徴があり、自宅環境の整備は、重要な在宅医療の基盤ではないだろうか。
- 訪問看護やリハビリ、各専門医と相談し、精神的回復力（レジリエンス）も高めながら、患者自身ができることを増やしていくことが重要。専門家の診療とかかりつけ医との連携によって、緊急受診や定期受診を減らすことができればよい。
- 在宅医療について、至近要因と進化医学の枠組みを活用し「なぜ病気になったのか」が分かることで、患者の治療へのモチベーションや自己効力感が高まるのではないか。