

令和2・3年度

地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）

推進委員会答申

「社会的要因を加味した福岡県における
地域包括ケアの推進について」

令和4年5月

福岡県医師会地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）推進委員会

令和4年5月19日

福岡県医師会
会長 蓮澤 浩明 様

地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）推進委員会
委員長 矢津 剛

答 申

地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）推進委員会では、貴職からの諮問「社会的要因を加味した福岡県における地域包括ケアの推進について」について鋭意検討してまいりました。
この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）推進委員会

委員長 矢津 剛
委員 青戸 雄司
委員 青柳 明彦
委員 伊藤 大樹
委員 岩田 定幸
委員 岡部 浩司
委員 梶間 晃道
委員 桑野 恭行
委員 権頭 聖
委員 坂崎久美子
委員 高橋 由美
委員 辻 裕二
委員 寺澤 正壽
委員 原 祐一
委員 戸次 鎮史
委員 松浦 尚志
委員 松尾 義人
委員 松永 浩明
委員 牟田口 徹
委員 村松 圭司
委員 諸熊 武史
委員 若藤 繁裕
(五十音順)

目 次

はじめに	1
I 在宅医療の量的・質的確保	2
II 地域包括ケアシステムにおける地球温暖化気候変動に伴う大規模災害や新興感染症に 対する備え～大規模災害や新興感染症に対応可能な地域包括ケアシステム～	6
III 救急医療体制の維持を含むACPの取り組みの強化と尊厳ある終末期の実現	8
IV コロナ禍における介護施設の役割や対応の仕方の再点検	10
V 病院と地域医療機関のさらなる連携強化	11
VI かかりつけ医機能の強化と社会的処方	13
VII 医療と介護のさらなる連携強化～ICTによる連携補強～	15
VIII 地域包括ケアシステムに従事する医療・介護職の人材確保	16
IX 行政機能の再調整	17
おわりに	17

【参考資料】

参考1 「福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況 令和3年度」令和4年3月 福岡県医師会	19
参考2 「在宅医療提供体制充実強化事業に関する提言」令和2年3月10日 柳川みやま 在宅医療体制充実強化委員会	35

はじめに

この数年に及ぶ災害級の新型コロナウイルス感染症により我々医療機関、介護施設、地域社会、行政は、さらなる「機能分化（役割分担と機能強化、再編成）」ならびに「オンタイムの連携」の必要性を再認識した。さらに地域間で流動的かつ有限的な資源をもとに、医療だけでなく介護福祉、社会的視野に立ち総合的に俯瞰できる「かかりつけ医」の存在の必要性も再認識した。このように新興感染症のみならず、災害、独居老々世帯問題を含む家族構造の変化、経済的問題、医療・介護資源の供給バランス、地域格差、若年層貧困など社会的要因が地域包括ケアシステムに及ぼす影響は地域包括ケアシステムを推進するうえで重要な要素となる。

今回の諮問においては以下の9つの視点において論議するため各委員にアンケート調査を行い、具体的な施策を探究するための手懸りとした。

- I 在宅医療の量的・質的確保
- II 地域包括ケアシステムにおける地球温暖化気候変動に伴う大規模災害や新興感染症に対する備え～大規模災害や新興感染症に対応可能な地域包括ケアシステム～
- III 救急医療体制の維持を含むACPの取り組みの強化と尊厳ある終末期の実現
- IV コロナ禍における介護施設の役割や対応の仕方の再点検
- V 病院と地域医療機関のさらなる連携強化
- VI かかりつけ医機能の強化と社会的処方
- VII 医療と介護のさらなる連携強化～ICTによる連携補強～
- VIII 地域包括ケアシステムに従事する医療・介護職の人材確保
- IX 行政機能の再調整

I 在宅医療の量的・質的確保

第7次医療計画の中間見直しにおいて本県の在宅医療のうち訪問診療については、令和3年度の調査「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料届出施設調査」（以下「在支診調査」）で約40,000人が受けており（参考資料1）、介護医療院の約2,700床を加味すると量的確保は十分であると言える。今後24時間機能の強化や緩和ケア看取り機能の質的充実や地域格差是正、均てん化、医療的ケア児の対策などが求められる。

しかしながら、解決しなければならない難題が多く残されている。第一に、在宅医療に求められる量や質が年々増大し、特に医師が一人で在宅医療を行う診療所（以下「一人診療所」）の医師にとって、その高齢化も相まって24時間の対応は大きな懸念材料である。本県においても、政令指定都市を中心とした北九州、福岡地区以外では、そもそも在宅医療を担っている医師の高齢化は以前より問題となっており、地域の将来像、経営的不透明さもあり、若手医師の新規開業が減っており今のところその解決策は手詰まりである。

本委員会では、地方での近い将来の量的確保のみならず、質の担保に関しても多くの問題点があげられ、提言もされた。主なものは以下のとおりである。

1) 診診、病診連携

在宅医療を続けるため、また、訪問診療への新規参入への大きな障壁の一つに24時間対応の問題がある。この問題は在宅医療が始まった当初よりの大きな障壁であり、特に一人診療所の医師への負担は無視できない。この負担を軽減するためには、本委員会でも多くの委員から出されている、主治医・副主治医制度、グループ診療制度、看取りの輪番制度（当番医制度）がそれで、地域によりその制度は少しずつ工夫され、うまく運用されている地域はかなり在宅医療担当医の負担軽減に繋がっている意見が出されている。今後は診診連携がうまく運用されている地域を参考に、その地域にあった連携システムを構築する必要がある。

また、一人で軽症者への診療から看取りまですべてを行うことが大きな垣根になっている場合、診療所を1次、2次、3次在宅対応などレベル別において役割分担することも一案である。

さらには、本県では訪問診療部門を持つ病院（在宅療養支援病院、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料届出病院）が平成28年度の約100施設から、令和3年度は約130施設に増え、現状では訪問診療全体の約14～15%は病院が担っている。在宅医療＝診療所と固定的に考えるのではなく、今ある施設でできるところを広げるといった発想も必要である。

2) 在宅医療担当医の高齢化

県下には、福岡、北九州、筑豊、筑後地域と二次医療圏より広域な4ブロックがあるが、平成28年度より県行政と本会が合同で行っている在支診調査では、この4ブロックの中心地域で訪問診療数が大きく伸びており、その周辺地域での伸びは緩やかかほとんど変わらない医療圏もみられる。この大きな原因は、新規の在宅医療担当医が増えないことや、住民の高齢化がすでにピークを超え始めているなど、その原因も複数あるが、在宅医療担当医の高齢化も大きな課題であり地方の医師会では対策に苦慮している（参考資料2）。この問題への解決策については、短期的には、診診、病診連携のさらなる充実による担当医の負担軽減、ICT利用による時間・空間の節約による負担軽減、在宅医療を担う新規の開業医の誘致等が提起されている。医療連携について前項で述べたように、現在の会員間でさらに改善、進化の伸びしろはあると考えられる。ICTの利用については別項で述べるが、今般のコロナ禍でその重要性はさらに認識されるに至っているがこれも乗り越えなければならないハードルが依然存在する。現在、地域医療構想、さらにその一環として外来医療計画が議論されその中で在宅医療についても議論されてはいるが、今のところ実効ある答えには至っていない。新規開業も都市部に偏る傾向は変わらず、新規開業が年々激減している地方で新規開業があっても担当医がすでに50～60歳代の医療機関が多くみられ、年齢的にも多くを要求することは困難なところもある。一方、第7次医療計画の中間見直しや地域医療支援病院の新たな要件の中でも病院の在宅医療での役割分担が明示され始めており、本委員会でも提言として出された訪問診療可能距離の延長や病院の在宅医療部門の充実、医療圏にこだわらず余力がある近隣の医療圏との積極的な連携など取り組める施策は残されている。また、地域包括ケア病床が地域のためではなく、開設主体の経営面に偏った運営がされているところも見受けられ、病診連携の大きな妨げになっている地域も多い。コロナ禍での高齢者施設でのクラスターやCOVID-19感染在宅患者の送り先がなく、多くの在宅医療担当医が大変な苦勞を強いられており、今こそ地域包括ケア病床は公共物であり、在宅医療の受け皿であることを再度認識して運用される必要がある。いずれにしても、言われて久しいが、在宅医療は急性期を中心とした医療連携をはるかに越える連携体制が求められており、狭い地域でのグループ化とともに医師会や二次医療圏を越えた広域連携が必要なことを再認識し、医療計画や地域医療構想に反映されるべきである。

3) 広域連携

県行政と本会は平成28年度より在支診調査を通して、地域包括ケアシステ

ムの全体の進捗状況や将来予測に役立てており、本県ではこの調査を主体として在宅医療の医療計画が組まれている。この調査は回収率が非常に高く、令和3年度の調査では97%を超える回収率であり、再現性も高く、リアルタイムで県下各地の進捗状況がわかるようになってきている。この調査で解ってきたことの一つに、訪問診療全体の約15%は二次医療圏以外の医師が主治医になっていたり、患者が住所をそのままに地域外に居宅場所を移して訪問診療を受けていることである。その理由は調査できてはいないが、結果的に医師会や二次医療圏を越えて在宅医療が提供され、県全体としては現時点で訪問診療の需給は保たれている。もともと会員数が少ない、会員の高齢化率が高い、バックベットの不足など、その地域での解決が困難な場合はむしろ積極的に近隣の医師会、医療圏と連携することも必要な時期に来ていると言える。

4) 若手医師の在宅医療への参入促進、育成

医療・介護現場での人材不足は、医師に限らず、介護職をはじめ他の職種でも深刻な問題となっている。そもそも、まず医学教育現場で在宅医療や高齢者医療を学ぶ系統的カリキュラムが未熟で、近年ようやく短期間の在宅医療現場への同行や、卒後研修での地域医療枠としての体験学習が主体となっている。本県でもすでに訪問診療を受けている患者は40,000人を超えており、一歩大病院を離れると、特に内科、外科系の診療科医は否応なく何らかの形で在宅医療にかかわらなければならないのが現状である。近年若手医師の進路は患者の死と向き合わなければならない診療科は敬遠されがちであり、ましてや3K、5Kの在宅医療に係ることをほぼ義務付けされている総合診療医を希望する若手医師はますます減っており時代の要求とは逆行している。2040年には、本県でさえ、在宅医療を受ける患者は50,000人を優に超えることを考えると、今国が考えている以上に、教育の段階で地域医療の重要性を系統的に教え、在宅医療現場で働く医師を含めた多職種への手厚い施策が必要である。

また、開業後も在宅医療に二の足を踏んでいる医師や、興味はあってもどの様に在宅医療を始めていいかわからない医師たち向けに、現在では多くの医師会で在宅医療に関する入門編から応用編にわたる講習会、さらには在宅医療医同士の会や研修会も行われている。これらの講習会、研修会が定期的に行われることは、在宅医療の質の担保、均てん化、新型コロナウイルスのみならず今後も起こるであろう新興感染症のパンデミック、さらには毎年繰り返される大災害時の地域での対応等にも大きく関与しており、地域ごとに工夫を凝らしながらさらに充実していくことが望まれる。

5) 多職種連携のさらなる充実

地域包括ケアシステム構築当初より多職種連携の重要性は言われ続けており、その重要性はコロナ禍でさらに増している。しかしながら依然として、特に医師とその他の職種間の壁の高さは地域包括ケアシステム深化及び質の担保において大きな妨げとなっている。その解決には、多職種間でも「顔」の見える関係作りが必要であることは本委員会でも指摘された。コロナ禍で対面のコミュニケーションが困難となったがICTを駆使しながら、「顔」の見える関係作りを進化させる必要がある。

6) 医療的ケア児への対応

令和3年9月にいわゆる「医療的ケア児支援法」（医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律）が施行された。令和元年に成立した成育基本法とともに、今後はこの2法を根拠に医療的ケア児の支援が進んでいくと思われる。現在、日本では医療的ケア児は約20,000人おり、本県でもすでに1,000人に迫ろうとしている。このような中、本県においては、平成26年度より、県事業として6つの医療機関等を拠点病院として、小児在宅医療の提供体制の構築が行われてきたが、かかりつけ医との連携等に課題があり、体制構築が進んでいない状況であったことから、令和元年度に本会と県行政が協議し、県が設置する会議体として、広域的な調整や協議を行う県の検討会と、各地域の特性に応じた体制整備が行われるよう県内4ブロックの検討会を設置し、準備委員会を経て、令和2年度よりブロック別検討会が開始された。コロナ禍のため、実質的には令和3年度よりのスタートとなったが、準備委員会開催時より、医療的ケア児の数や医療資源の違いから、地域ごとに様々な課題が抽出され、現在、その解決に向けて協議が進められているところである。現時点においては、主に医療連携に関する検討が行われているが、今後は「医療的ケア児支援法」を踏まえて福祉・教育に係る支援等についても検討が必要である。地域包括ケアシステムは主に超高齢社会への対応としてとらえられ、医療・介護連携を主体に地域づくりが進められてきたが、医療的ケア児はこれに福祉・教育が入ってくる。まさに地域包括ケアシステムを超えた、地域共生社会で支援していかなければならない。本県では北九州地区のように地域での体制づくりがかなり進んでいるところもあるが、最もケア児の数が多い福岡地区ではNICUから退院後の受け皿となる中間施設の不足など、地域医療構想と絡みながら進めなければならない課題も多く、地域医療構想、地域包括ケアシステム、地域共生社会のそれぞれを勘案しながら進めていく必要がある。

Ⅱ 地域包括ケアシステムにおける地球温暖化気候変動に伴う大規模災害や新興感染症に対する備え～大規模災害や新興感染症に対応可能な地域包括ケアシステム～

新興感染症や地球温暖化気候変動にともなう大規模災害への対応力強化は地域包括ケアシステムにも必要であり、感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築し日頃からの発生時に備えた取組、発生時における業務継続に向けた取組の推進が必要である。近年、本県でも水害を中心とした大災害が毎年のように起こっており、災害への備えについては心構えも含め少しずつ進んではいたであろうが、今般の新型コロナウイルス感染症のパンデミックについては、2002年のSARS、2009年の新型インフルエンザ発生時に様々な指針が出され、新型インフルエンザの国内でのパンデミックを経験し、流行期の病院や施設での面会制限、マスク着用義務などそれなりの感染対策は常識化していた。しかしながら、今般の新型コロナウイルス感染症のパンデミックは、想定をはるかに超える大きな影響があり、多くの人命と平時の日常生活の損失は未だに世界中を苦しめている。このような中、大規模災害や新興感染症に対する備えに対し、改めて課題を抽出し、現状へも対応しながら、将来へ向けての取組も必要である。本委員会でも各委員より課題や今後の取組につき議論していただいた。その要点は以下のとおりである。

- 1) 現在構築中の地域包括ケアシステムの災害や感染症発生時の課題
 - ・災害時のかかりつけ医と救急隊との連携
 - ・オンライン診療の活用や広域でのとびうめネットの活用
 - ・災害や新興感染症の発生時の地域自治体・保健所・医師会・救急・警察が一体となる対策本部の設置、一本化
 - ・在宅療養中や要介護状態の単身独居者の避難先の確保
 - ・病院、介護施設で空床状況を共有し、医療必要度の確認
 - ・災害時における避難所等での健康管理の支援
 - ・大規模災害については、JMATなど多地域・多人数で対応
 - ・新たに発生した在宅療養患者に対する訪問診療及び訪問看護をどこがコントロールするかの事前取り決め
 - ・要介護高齢者や精神科患者などが感染した場合の入院病床の確保
 - ・支援が必要な人の見える化とその情報共有。ライフラインの確保
 - ・災害や感染症発生時に医療や介護サービスを継続するためのバックアップ体制の構築

2) 課題解決に向けて取り組んでいる事例、又は取り組むべき内容

- ・北九州地区では神経難病患者や重症心身障がい児（医療的ケア児）に対しては事前に1市2町の救急隊への事前登録が進んでいる。今後、他疾患に対しても事前登録・とびうめネットとの連携が期待される
- ・在宅患者の災害時個別支援計画の作成
- ・北九州市では行政が主導して医療的ケア児の支援組織をつくり、具体的支援体制を構築中であり、また、市内の医療的ケア児を把握し災害時個別支援計画を作成
- ・医療的ケア児コーディネーター事業
- ・北九州市では各区の包括支援センターに「とびうめ@きたきゅう」の閲覧が可能なタブレット端末を配置し、所属する保健師が避難所等で活用できる体制構築
- ・災害時移動支援
- ・地域住民との協働を図る
- ・主治医や指示書を必要としない一時的な訪問看護を可能とする訪問看護ステーションとの契約及び主治医が必要となった時の依頼先の輪番制度など
- ・飯塚地区では医療圏を5つに分けて、医療介護連携拠点病院をそれぞれに配置し、拠点病院の地域医療連携室が相談調整役となり、ショートステイや緊急入院の調整を行う仕組みを地域で構築
- ・地域における対応方針の明確化と、定期的な訓練の実施
- ・在支診調査による現状の把握や各分野のBCP策定支援
- ・地区によっては連携協議会等に委員として消防局の職員も参加されているところもあるので、その周知・拡充
- ・医療機関や介護事業所へのBCP策定の促進
- ・隣接する医療圏と医療、介護資源の共有を協議
- ・感染症に対する訓練の実施、日ごろの医師や看護師の健康管理
- ・医療機関の耐震化の強化や水害が起きやすい場所については、排水設備など公共事業の推進

Ⅲ 救急医療体制の維持を含むACPの取り組みの強化と尊厳ある終末期の実現

近年、看取りのための望まない・望まれない救急搬送が増え、救急現場にとって大きな負担となっており、それを減らす努力も各地で行われている。今般のコロナ禍では特に高齢者施設からの入院要請、救急搬送が増え感染拡大初期の医療逼迫の原因の一つともなった。今後は救急医療体制の維持のため、高齢者施設からの看取りのための望まない・望まれない救急搬送を減少させるため、ACPの取り組みを強化し、尊厳ある終末期をさらに充実させる必要がある。そのため、平時も含め再度、救急医療体制からみたACPについて議論を行った。

1) ACPを含めた患者の意思決定支援基本の実施

当然ではあるが、患者の意思決定支援の基本を実施する意見が多く上がった。特に高齢者施設では、まず主治医や施設の看取り体制がしっかり構築されているかの日頃の確認と看取りに対する職員の訓練は当然として、入所時の急変時対応希望・DNAR確認などをしっかり聴取する、そしてその後の定期的な患者・家族との意見交換などである。ただ、ACPの基本を守ることで結果的に望まない・望まれない救急搬送を減らすことは可能だが、救急搬送は現場の判断であり、救急搬送を減らすことが目的ではないとの意見も出された。またACPがともすれば病院もしくは医療提供者側中心の考え方に陥りやすいこと、すなわち、できるだけ救急室に来させないように、入院させないようにという誘導もかかりやすいということも注意が必要である。あくまでもACP、意思決定支援の一番大切なポイントは、自立した決定、オートノミーであることを忘れてはならない。一方、コロナ禍で家族との話し合いが頻回にできなくなったことも事実であり、大災害時や新興感染症拡大で長期に面会制限が設けられた場合、急変時に再度の意思確認が困難な場面も起こりうることを想定し、平時の意思決定支援がいかに大切かを、医療、介護従事者のみならず、患者や家族にも理解していただく努力が必要である。

2) 救急等との連携

最近では望まない・望まれない救急搬送を減らすことへの関心が広がっており、各地区で救急隊や警察との話し合いも行われている。こういう協議は非常に重要であり、飯塚地区など協議が進んでいるところでは望まない・望まれない救急搬送がかなり減らせた地域もある。また、不必要な検死の回避にも繋がっており、今後は県下全域での協議が広がることが望まれる。また、民間救急・病院救急車の活用も始まっており期待されるし、ここでもとびうめネットの利活用が求められている。できれば高齢者施設全体で登録する制度ができれば

ばとびうめネットの価値は飛躍的に上がる。さらに、望まない・望まれない救急搬送を減らすことへの努力は、医療・介護全体の質の担保にもあることを県民に理解していただく啓蒙活動も続けていかなければならない。

3) 研修会

看取りに関する研修会は各地で行われているようで、終末期医療における意思決定支援やACPの意味、重要性は県民にも少しずつ浸透し始めている。また、看取りに対する研修はその施設の医療・介護の質の担保につながるもので、施設職員はもとより、かかりつけ医を含めた多職種が研鑽を積むべきであり、今後もしっかりと継続されることが必要である。

4) 医療者の関与

今般のコロナ禍で医師や看護師が関与していない、または医療関係ではない団体が経営する高齢者施設で新型コロナウイルスのクラスターが発生すると施設そのものが孤立し、支援チームが入っても収束させるまで時間がかかるなどの例が多く報告されている。そのようなにならないためにも平時より積極的に医療機関とコミュニケーションをとり、急変時の対応策を話し合っておくことが必要で、地域によっては医師会が協力医を推薦して医療の早期介入を促進されており、今後は行政、関係団体とも協力して県全体としていざというときに医療から孤立しない施設を目指すべきである。

5) 住民への啓発

ACPや意思決定支援などは医療・介護従事者がどれだけ理解し推進しようとしても意思を決定する側がその意味、重要性を理解していただかなければ成立しない。そのためにも、「終末期」、「ACP」、「意思決定支援」等の住民への啓発活動も同時進行していかなければならない。

IV コロナ禍における介護施設の役割や対応の仕方の再点検

今般のコロナ禍において、病院や介護施設における院内感染への対応として、ゾーニングや面会制限などの感染対策を強化された。今までも面会制限についてはインフルエンザ流行期には期間限定で行われてきたが、感染拡大が長期に及び、その制限期間もそろそろ2年を迎えようとしている。そして、高齢者や認知症患者にとってこの影響は大であり、フレイル、要介護度、認知症などは当然のことながら悪化していることが現場より多数報告されている。主な変化としては、家族に会えなくなったため抑うつ傾向になった、家族による食事介助でようやく食べることができていた入所者の食欲が落ちた、帰宅願望が強くなった、認知機能が低下した等々である。その他にも孤独な最期になってしまった、親の最期に寄り添えなかった家族の精神的負担、前項でも述べたが施設側が家族との面会機会が減り、病状等の十分な説明ができなかった、ACPがやりにくくなったなど計り知れない影響が出ていることが全国のみならず全世界で報告されている。また、認知症患者にゾーニング、マスク着用など感染予防策を理解し、実行してもらうことがそもそも困難であることも高齢者施設にとって大きな負担となっている。「家族が会えない場所は住まいとは言えない」という委員の言葉は、コロナ禍における高齢者施設の現状を端的に言い表している。

このように施設にはかなりの負担がかかっているが、面会に関しては、厚生労働省も推奨しているオンライン面会を中心としたICTの活用と汎用化が必須であり、本委員会でもほぼ一致した意見であった。また、診療、介護に関してもオンライン診療のマニュアル化、少人数での外出、フレイル予防、医療側の積極的助言、ひいては地域医療が逼迫してきたときには、施設内での感染症治療の可能性も探る、職員全員に対するPCR検査の積極的導入など、現場の困窮を反映した提言があった。

V 病院と地域医療機関のさらなる連携強化

この項の課題は、まさに地域完結型医療ネットワークに関するものであり、その基本理念は前福岡県医師会長松田峻一良先生にルーツがあり、本県から発信されすでに20年以上の歴史がある課題であり、その後の地域包括ケアシステム構築、地域医療構想へと脈々と繋がっている。今回この課題が久しぶりに議論の対象となっているのは、その後制度や時代が変わり、また大災害や新興感染症への対応など新たな問題が突き付けられたため、過去の想定や考え方だけでは乗り切れないためであろう。しかしながら、「その地域の患者さんはその地域で」との基本理念は現在も変わることなく、その地域に合った、そして地域から求められる医療連携を構築することである。まず、以前とは特に病院間での役割分担が出てきたこと、そして在宅医療とそれを支える介護保険が入ってきたことである。さらに現在でもそうであるが、地域医療構想の基本構図が超急性期医療から在宅医療までがほぼ一方通行の縦関係になっていることが問題をさらに大きくしている。現在の疾病構造からして入院患者の多くは高齢者や弱者であり、当然医療連携は循環型とならざるを得ない。今回の新型コロナウイルス感染症も入院の必要性がある患者の多くは高齢者施設や在宅医療現場からの発生であり、それらへの対応が十分できてないうちにコロナ禍になり、感染拡大初期には一層医療の逼迫を招いてしまった。本委員会でもコロナ患者以外の急変患者の転院先を探すのに大変な苦労があったとの意見も出された。また、各病院の機能分担や空床状況など、最前線で診療を担当する医療者にとってはリアルタイムに知りたい情報であり、常に情報共有できる体制の構築が急がれる。そのためにも平時よりその地域では何がどこでできて、何ができないか、自分の施設に何を求められているのかを確認し合う協議を進めておくことである。これはまさに現在進められている地域医療構想そのものの基本理念であり、できれば二次医療圏毎の調整会議だけに任せるのではなく、医師会単位で連携協議を行う必要がある。本委員会が出された主な課題や対応につき下記にまとめた。

1) 連携時における課題

- ・事業形態の異なる診療所との連携は医療保険上の制約や事務作業も含め、難しい課題が多い。病院とは退院時共同指導やデスカンファレンスがオンラインの活用で発展した
- ・介護医療院の新設など、日々変化するそれぞれの病院の機能分担を診療所が学ぶべき点が多い
- ・コロナ禍において、救急病院が高齢者の感染症を受け入れできない事態がしばしば発生した
- ・地域包括ケア病床を持つ病院が在宅医療におけるサブアキュート対応を

していないところがあるのは問題。地域包括ケア病床は公共の病床との認識が必要であり、単なる診療報酬対応病棟と勘違いしている者への指導が必要

- ・病院経営のためか常に満床にしているのは、在宅からの入院要請に対応できない
- ・医療介護連携支援センターに入院支援の役割を持たせて、地域の空き病床を把握して迅速な対応ができるようにすべきだ
- ・顔（腹）の見える関係づくりを平時より行いその地域の連携ルールを共有しておくこと
- ・在宅医療側から積極的に治療を行う病院に出向くなどして、情報共有を行う事が大事である。帰宅してからの薬剤認識の調整では遅すぎる
- ・在宅医療関連の協議の場に病院にも積極的に参加してもらい、特に地域医療連携室の業務の標準化や人材育成・質の向上が必要
- ・バックベッドや代診医などのサポートが不足している
- ・災害時、新興感染症パンデミック時の連携時の患者さんの情報共有の重要性を再認識する
- ・患者・家族の意見の伝達（診療所・施設→病院への伝達の難しさ。病院は主治医が頻回に変わることがあり、そこで連携が切れてしまうことがある）
- ・在宅主治医以外の診療科に依頼をする際、第二主治医の診療報酬が安いいため、依頼しづらい

2) 末期がん患者の在宅看取りに関する連携上の課題

- ・開業医へのピース研修の継続、地域デスカンファの開催など緩和ケア研修の強化
- ・看取りに慣れている医師が第二主治医として相談に乗りながら看取りができる医師を育てる（診診連携の強化）
- ・病院における積極的な化学療法・薬物療法や輸液過剰状態のまま、突然在宅医療機関へ紹介されるケースが多い
- ・終末期が近いために薬の減量を図るものの、家族が病院処方を減らすことに難色を示すことがよくあるなど、在宅医療へのギアチェンジがうまくいかないことが多くみられ、退院前より十分に患者・家族に説明することが必要
- ・紹介のタイミングが遅いため、急降下していく病状をソフトランディングさせることが困難なことがある。在宅医の早期介入が必要
- ・がん治療のセカンドラインになった時点で在宅かかりつけ医を決めて併

診する

- がん診療に関わる勤務医に在宅医療を理解してもらうために、専門医研修の中に在宅医療の理解を義務化する、勤務医と在宅医療かかりつけ医との相互理解を図る場を設ける
- 在宅医療側の医療の質をもっと上げることが必要。ACPやモルヒネの皮下注射の技術も必要となってくる
- 医師・看護師への理解促進、基幹病院と在宅診療の情報共有、24時間体制のサポートの整備、複数の訪問看護ステーションとの連携が必要
- 予期せず新型コロナウイルスに感染した場合、家族との面会を制限されている中で、家族は、本人とのコミュニケーションが十分に取れず、病状の急変により、決断を迫られ、本人を尊重する医療・ケアの実現が困難になる例があり、患者さんのACPを含めた意思決定支援の見直しも必要
- 一般住民へのACPや自宅看取り向けパンフレットの作成、医療従事者向けのセミナーなどによる普及啓発を推進する
- 患者、家族の意志の伝達を確実に次の施設に行うシステムづくり
- 第二主治医の診療報酬増

VI かかりつけ医機能の強化と社会的処方

地域医療ネットワーク、地域包括ケアシステム、そしてその先の地域共生社会の実現に向けかかりつけ医の役割はさらに重要となってきた。都市部では独居高齢者が増え、また医療・介護の介入を拒否される方も増えつつあり、コロナ禍では特に顕著になってきている。これらの住民には、医療・介護以前の、食、住をどうするかから考えなくてはならず、生活支援そのものからかかりつけ医が関わらなければならない場面が増え、社会的処方が必要となってくる。ただ、フリーアクセスが原則の日本の医療制度ではかかりつけ医は制度ではなく個々の信頼関係によって成り立っており、社会的処方もイギリスのGPとリンクワーカー制度を取り入れて済む問題ではなく、今後は日本型の高齢者や単身者、障害者のための薬剤だけに頼らない社会的処方が必要となってくる。以下、本委員会が出された主な意見を紹介する。

- 1) 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医機能を強化するために取り組むべき内容、及び社会的処方におけるかかりつけ医の役割
 - 地域ケア会議への参加のみならず、地域包括支援センター、民生委員・社会福祉協議会・市民センターとの交流などインフォーマルな活動が重要

になる

- ゲートキーパー・ゲートオープナー能力向上の研修の義務付けと資格の導入
- 社会的処方を行うためには、薬を処方するときにオーダーリングの中の薬のリストから選択できるように、地域にどのような処方できるリソースがあるかをまず知らなければ処方できないため、地域におけるかかりつけ医機能をさらに進化させるためには、その地域のリソース情報の収集と共有を、地域医師会を中心に行うことも重要である
- かかりつけ医は地域のそのリソースを知り、本人、家族、ケアマネージャーなどに積極的に社会的処方を助言する
- フレイル予防が重要であることを認識し、高齢者のフレイル予防につなげる意識を持つ

2) 独居高齢者やセルフネグレクトの住民に対する社会的処方に関する具体的な施策

- いつの間にか、外来に通院せず、独居で家族も遠方に住む方々が増加している
- ゴミ屋敷化した住居に住む障がい者なども存在する
- まず実態把握（存在の見える化）が必要であり、他科との連携や高齢者支援センターなど早期に多職種介入やサロンなどの通いの場への誘導などをコーディネートするような社会的処方ができるかかりつけ医を増やす
- 独居高齢者やセルフネグレクトの住民を把握し訪問する体制づくり
- 行政側の理解、関与がかなり不足。今後は積極的関与が必要
- 志免地域ではNPO法人志免地域支え合い互助基金を立ち上げ、町内会長、民生委員、学校の校長先生などを巻き込んで自助、互助で支えながら孤立している方や認知症の方を地域で拾い上げようという活動もされている

Ⅶ 医療と介護のさらなる連携強化～ICTによる連携補強～

本会では福岡県民 100 年健康ライフ構想の根幹となる医療情報の一元化に向け平成 26 年 4 月、福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」がスタートした。とびうめネットは下記の 3 システムより構成されている。

- 1) 救急医療支援システム＝かかりつけ医の医療情報の共有
- 2) 多職種連携システム＝在宅医療・介護情報の共有
- 3) 災害時バックアップシステム＝将来に向けて標準化された医療情報の蓄積

特に、地域包括ケアシステムでは救急時の 1)、そして平時の患者情報共有システムとしての 2) が重要であり、今般のコロナ禍や大災害が起こるたびに、とびうめネットの重要性が増してきており、医師のみならず、多職種にもその重要性が広まりつつある。また、具体的な例として、京築医療圏には小児科の基幹病院がなく、医療的ケア児の診療連携はほとんど北九州医療圏との連携になる。この時とびうめネットは医師のみならず多職種で大変役に立っており、今後この領域でもとびうめネットによる医師会単位を超えた広域地域連携システムが発展することが重要との声も上がってきている。登録者数については令和元年 11 月より始まった、「とびうめ@きたきゅう」により飛躍的に伸び、さらに、浮羽医師会では医師会挙げての登録勧誘によりここも大きな伸びを見せている。また、2) については、常日頃は時間も空間も離れた多職種で在宅患者を診るときには必須のシステムになりつつあり、実際に現場で目に見えるメリットとして各地域で運用されている（令和 3 年 11 月現在県下 8 医師会が稼働中で 5 医師会が導入検討中）。課題としては、登録時や情報更新時の手間がかかりつけ医の負担となっていることや、実際の使い勝手がまだまだ悪いなどがあり、本委員会でも同じ課題が指摘された。登録時の手間に関しては、北九州方式による、かかりつけ医を通さない同意取得や入力作業方式で飛躍的に登録者数が増えた実績を踏まえ、いくつかの医師会で同方式を採用する方向で協議が進んでいる。ただ、現時点でとびうめネットが地方自治体職員に周知されていないこと、北九州方式を取り入れると職員の業務量増大につながりかねないとの不安もあるなど、今後の課題もある。とびうめネット普及の重要性をもっと行政側が理解し、行政側も広報などに積極的に関与すべきと思われる。また、介護施設や消防関係への利用促進を県や県医レベルでもっと積極的に行うなどの意見も出された。現場での使い勝手の悪さについては、他の SNS で行われている簡素なグループ化方式ができないかとの要望が多く出ている。とびうめネット運用主体の福岡県メディカルセンターでもこの要望については十分に把握され、技術的改良を検討中であり今後の改良が早急に望まれる。令和 3 年 10 月、国がオンライン資格

確認制度を本格稼働し、マイナンバーカード、顔認証付カードリーダーを使ってマイナポータルより薬剤情報、特定健診情報等をどこにいても見ることができる全国共通の医療情報基盤を構築しようとしているが、技術的にはかなりハードルが高く、特に個人の診療所レベルでは今後の導入拡大には相応の努力が必要と思われる。しかしながら、今般のコロナ禍においてICTによる情報共有、オンライン会議を利用したサービス担当者会議などICTを利用したコミュニケーションへのシフトは必然的に進めざるを得ない状況であり、これを機に必要な時に必要な人及び機関が医療・介護情報を共有することがどれほど重要かを再認識し、地域ネットワーク、とびうめネット、マイナポータルそれぞれが活用されることが望まれる。

Ⅷ 地域包括ケアシステムに従事する医療・介護職の人材確保

近年、地域包括ケアシステムに従事する医療・介護職、特に介護職の不足は深刻であり、外国人介護者の養成もコロナ禍により困難となっている。この問題に関しては、国も県行政も十分に把握されており、県では「福岡県介護人材確保・定着促進協議会」を中心として様々な施策が積極的に取り組まれている。また、本会でも、パンフレットや冊子を作成し、学校現場に配布して介護職の重要性を小学校時代より理解してもらい活動も行われている。しかしながら、医療・介護以外の職種でも人材の確保は年々難しくなっており、ましてや3K、5Kと言われる医療・介護職については、人材確保は今後ますます困難になってくることが予想される。期待された外国人介護職養成も今般のコロナ禍で中断されており、再開も不透明と言わざるを得ない。近い将来の超高齢者の増加を考えると介護職をさらに増やしていかなければ地域包括ケアシステムそのものが崩壊する危険性を帯びている。そうならないための施策も施されているが満足できる結果は出てきていない。現時点では現在働いている介護職が離職しないような対策を考えるほうが重要であり、そのためには、本委員会でも提言された、労働環境・処遇の改善が最も優先されると考える。

IX 行政機能の再調整

これまで地域包括ケアシステム構築における医療・介護職の連携強化、質の担保につき述べてきたが、地域包括ケアシステムにおける行政の重要性も時代とともにますます増してきている。介護保険関連事業が市町村単位事業となつてからは、特に地方自治体の関り具合がその地域の包括ケアシステム構築成否を左右していると言っても過言ではない。「とびうめ@きたきゅう」が拡がりを見せているのは、北九州市医師会の熱意はもとより、北九州市の積極的な関与が大きく寄与している好事例である。また、今回のコロナ禍や大災害が多発する環境下ではなおさらであり、保健所機能の負担軽減や県・市町村との連携の調整は地域住民にとって不可欠であり、政令指定都市を2か所、中核都市を1つ有している本県においては、県レベルでの複雑なガバナンス調整が求められるとともに縦割り行政の排除と広域連携も求められる。地域包括ケアシステムの裾野での拡がり、そして地域共生社会の創設に向け公と民が車の両輪として協同することがますます必要である。

おわりに

この十数年において我が国は、大規模震災や水害、災害級の新興感染症に見舞われると共に、超高齢社会からの人口減少、そして若年層への負担増、地域格差、経済的格差とも向き合い、社会的要因を加味しながら「地域包括ケアの在り方」や「かかりつけ医の意義」も進化せざるを得ない状況にある。今回答申した施策に関しても住民の理解や納得がなければ進めることは不可能であり、地域住民、行政を取り込んだ多職種連携がさらにブラッシュアップすることを期待したい。

【参 考 資 料】

福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況 令和3年度

令和4年3月

公益社団法人 福岡県医師会

常任理事 辻 裕二

1

平成28年～令和2年度 福岡県における在宅医療（訪問診療）調査

対象施設

平成28年、30年、令和元年は7月1日、平成29年、令和2年は6月1日時点で九州厚生局に届出が
されている

	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
在宅療養支援診療所	888か所	785か所	794か所	792か所	796か所
在宅療養支援病院	69か所	77か所	82か所	80か所	93か所
在医総管・施設総管届出施設	327か所 ※1	431か所	427か所	438か所	409か所
合 計	1,284か所	1,293か所	1,303か所	1,310か所	1,298か所

※1 福岡県医師会で追加調査

2

令和3年度 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・
在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査 結果の
まとめ

令和3年度
福岡県 高齢者地域包括ケア推進課

3

調査の概要について

1 目的

- ・本県の在宅医療の現状等を把握し、在宅医療にかかる連携体制構築の進捗状況の評価を行う。
- ・過去の調査結果と比較し、課題を分析することで、保健医療計画や在宅医療の推進に反映させる。

2 調査実施日

令和3年7月29日

3 調査対象と回収率

令和3年7月1日現在、九州厚生局に以下の届出を行っている県内の医療機関(1,319か所)を対象とした。

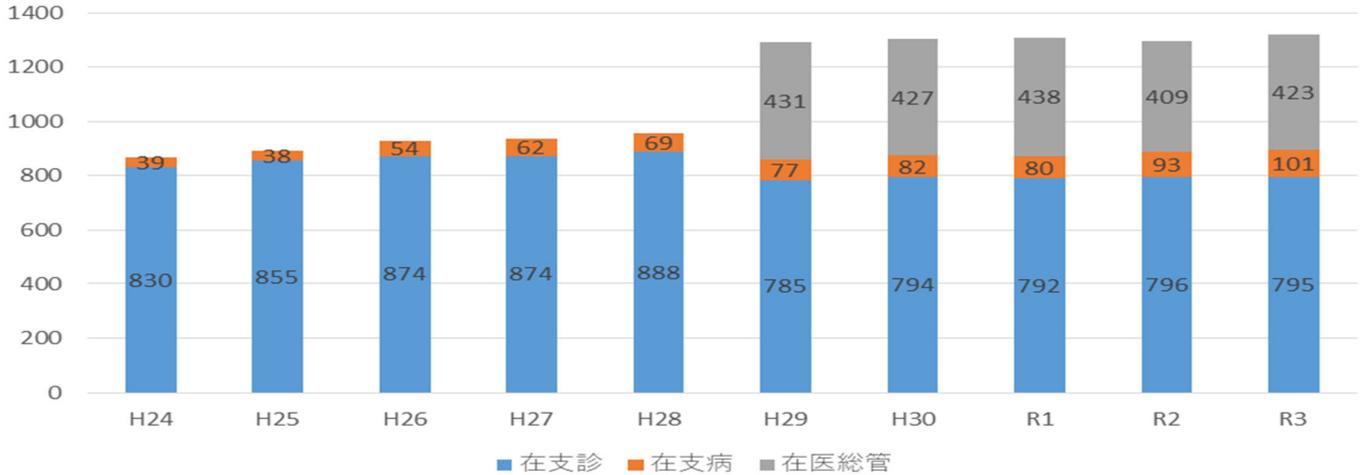
- | | | | |
|---------------|-------|-------------|-----------|
| ・在宅療養支援診療所 | 795か所 | (回収数 776か所) | 回収率 97.6% |
| ・在宅療養支援病院 | 101か所 | (回収数 99か所) | 回収率 98.0% |
| ・在医総管(診療所・病院) | 423か所 | (回収数 409か所) | 回収率 96.7% |

4

在支診・在支病・在医総管を届け出ている医療機関数(年次推移)

※実数

・在宅療養支援診療所数は平成29年度以降、おおむね横ばいで推移している。在宅療養支援病院数は、おおむね増加傾向にある。在医総管を届け出ている医療機関は、令和2年度は減少したが、令和3年度は増加した。



※在医総管は、平成29年度から調査対象としている。

5

平成30年度 福岡県における在宅医療(訪問診療)調査 概要

医療圏	在支診・在支病院・在医総管等			医師(常勤換算)			訪問診療(1か月間)			在宅看取り(1年間)			回答率
	医療機関数	人口	圏域内人口比率(対10万人)	常勤換算	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	患者数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	患者数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	
福岡・糸島	371	1,629,790	22.8	538	572	35.1	12,165	12,739	781.6	1,240	1,287	79.0	92.7%
粕屋	46	289,936	15.9	100	103	35.4	996	1,032	356.0	103	108	37.1	95.7%
宗像	33	160,396	20.6	47	49	30.8	878	936	583.7	126	132	82.3	93.9%
筑紫	62	439,530	14.1	118	141	32.0	1,382	1,607	365.6	204	234	53.3	88.7%
朝倉	34	85,928	39.6	43	43	49.5	504	504	586.5	38	38	44.2	100.0%
久留米	168	461,120	36.4	221	235	51.0	2,593	2,873	623.0	450	504	109.3	92.9%
八女・筑後	46	133,784	34.4	64	65	48.8	604	615	459.7	187	189	141.0	97.8%
有明	75	221,812	33.8	116	121	54.5	1,173	1,217	548.9	148	154	69.3	94.7%
飯塚	41	182,649	22.4	79	80	43.9	1,615	1,620	887.2	255	255	139.7	97.6%
直方・鞍手	35	109,660	31.9	52	52	47.5	775	775	706.7	48	48	43.8	100.0%
田川	28	128,106	21.9	36	37	28.9	577	584	455.5	53	54	42.0	96.4%
北九州	322	1,097,814	29.3	416	460	41.9	6,988	7,815	711.8	680	757	68.9	90.1%
京築	42	190,248	22.1	75	79	41.3	845	900	472.9	152	158	82.9	92.9%
福岡県	1,303	5,130,773	25.4	1,905	2,036	39.7	31,095	33,217	647.4	3,684	3,917	76.3	92.9%

※人口は、「住民基本台帳(H30.1.1現在)」によるもの

6

令和元年度 福岡県における在宅医療(訪問診療)調査 概要

医療圏	在支診・在支病院・在医総管等			医師数(常勤換算)			訪問診療患者数(1か月間)			在宅看取り患者数(1年間)			回収率
	医療機関数	人口	圏域内人口比率(対10万人)	医師数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	患者数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	患者数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	
福岡・糸島	376	1,642,581	22.9	495	537	32.7	12,100	12,774	777.7	1,206	1,264	77.0	91.8%
粕屋	46	292,062	15.8	70	74	25.3	1,023	1,064	364.3	131	135	46.2	93.5%
宗像	35	161,865	21.6	43	47	29.0	1,032	1,062	656.1	170	170	105.0	97.1%
筑紫	60	440,221	13.6	74	81	18.4	2,205	2,309	524.5	210	217	49.3	90.0%
朝倉	34	85,334	39.8	42	42	49.2	405	405	474.6	28	28	32.8	100.0%
久留米	167	459,875	36.3	237	252	54.8	2,870	3,220	700.2	513	582	126.6	92.8%
八女・筑後	46	132,746	34.7	61	63	47.5	578	582	438.4	134	134	100.9	95.7%
有明	75	219,385	34.2	106	106	48.3	1,197	1,197	545.6	144	144	65.6	100.0%
飯塚	41	180,908	22.7	71	71	39.2	1,556	1,556	860.1	294	294	162.5	100.0%
直方・鞍手	35	108,765	32.2	41	43	39.5	723	763	701.5	29	31	28.5	94.3%
田川	27	126,354	21.4	34	35	27.7	634	641	507.3	68	70	55.4	96.3%
北九州	326	1,091,587	29.9	369	412	37.7	7,442	8,354	765.3	788	888	81.3	89.3%
京築	42	189,622	22.1	56	58	30.6	844	916	483.1	182	219	115.5	95.2%
福岡県	1,310	5,131,305	25.5	1,699	1,823	35.5	32,609	34,843	679.0	3,897	4,177	81.4	92.7%

※人口は、「住民基本台帳(H31.1.1現在)」によるもの

7

令和2年度 福岡県における在宅医療(訪問診療)調査 概要

	人口	医療機関数		医師数(常勤換算)			訪問診療患者数(1か月間)			在宅看取り患者数(1年間)			回収率
		医療機関数	圏域内人口比率(対10万人)	医師数	医師数(全数推計)	圏域内人口比率(対10万人)	訪問診療患者数	訪問診療患者数(全数推計)	圏域内人口比率(対10万人)	看取り患者数	看取り患者数(全数推計)	圏域内人口比率(対10万人)	
福岡・糸島	1,656,095	374	22.6	569	597	36.0	14,988	15,258	921.3	1,599	1,620	97.8	94.7%
粕屋	293,657	47	16.0	72	78	26.6	974	1,042	354.8	166	172	58.6	91.5%
宗像	163,338	35	21.4	47	48	29.4	1,060	1,091	667.9	91	95	58.2	97.1%
筑紫	440,791	61	13.8	89	92	20.9	2,339	2,397	543.8	244	250	56.7	95.1%
朝倉	84,749	34	40.1	40	41	48.4	377	387	456.6	32	33	38.9	97.1%
久留米	458,160	163	35.6	202	222	48.5	2,855	3,149	687.3	496	552	120.5	92.0%
八女・筑後	131,986	45	34.1	70	73	55.3	621	632	478.8	149	150	113.6	95.6%
有明	216,345	72	33.3	103	105	48.5	1,161	1,176	543.6	170	173	80.0	98.6%
飯塚	179,201	43	24.0	87	89	49.7	1,651	1,685	940.3	337	341	190.3	95.3%
直方・鞍手	107,957	34	31.5	38	38	35.2	730	730	676.2	53	53	49.1	100.0%
田川	124,519	26	20.9	32	33	26.5	623	650	522.0	50	52	41.8	96.2%
北九州	1,084,916	323	29.8	411	441	40.6	7,700	8,168	752.9	906	961	88.6	93.5%
京築	188,127	41	21.8	63	63	33.5	856	856	455.0	214	214	113.8	100.0%
福岡県	5,129,841	1,298	25.3	1,823	1,920	37.4	35,935	37,220	725.6	4,507	4,667	91.0	94.7%

※「人口」は、「住民基本台帳(R2.1.1現在)」によるものです。

★訪問診療料2の約250人を含む

8

令和3年度 福岡県における在宅医療(訪問診療)調査 概要

	人口	医療機関数		医師数(常勤換算)			訪問診療患者数(1か月間)			在宅看取り患者数(1年間)			回収率
		医療機関数	圏域内人口比率(対10万人)	医師数	医師数(全数推計)	圏域内人口比率(対10万人)	訪問診療患者数	訪問診療患者数(全数推計)	圏域内人口比率(対10万人)	看取り患者数	看取り患者数(全数推計)	圏域内人口比率(対10万人)	
福岡・糸島	1,665,314	391	23.5	576	601	36.1	14,403	15,140	909.1	1,664	1,753	105.3	95.9%
粕屋	295,174	48	16.3	79	82	27.6	1,140	1,162	393.7	237	240	81.2	95.8%
宗像	164,458	35	21.3	52	52	31.6	1,739	1,739	1057.4	244	244	148.4	100.0%
筑紫	442,245	64	14.5	100	101	22.8	2,403	2,409	544.7	278	278	62.9	98.4%
朝倉	84,177	36	42.8	56	56	66.4	444	444	527.5	67	67	79.6	100.0%
久留米	456,455	159	34.8	287	295	64.7	3,298	3,319	727.1	757	760	166.5	98.1%
八女・筑後	131,079	46	35.1	66	66	50.6	669	669	510.4	160	160	122.1	100.0%
有明	213,567	76	35.6	119	121	56.8	1,417	1,431	669.8	236	237	110.9	97.4%
飯塚	177,799	42	23.6	76	78	43.8	1,754	1,781	1001.7	404	407	229.1	97.6%
直方・鞍手	106,661	34	31.9	43	43	39.9	1,113	1,113	1043.5	66	66	61.9	100.0%
田川	122,558	26	21.2	39	39	32.1	872	872	711.5	61	61	49.8	100.0%
北九州	1,078,101	323	30.0	455	466	43.3	9,167	9,417	873.4	1,428	1,459	135.4	96.9%
京築	186,671	39	20.9	77	77	41.0	862	862	461.8	257	257	137.7	100.0%
福岡県	5,124,259	1,319	25.7	2,026	2,078	40.5	39,281	40,357	787.6	5,859	5,989	116.9	97.3%

※2)「人口」は、「住民基本台帳(R3.1.1現在)」によるものです。

★訪問診療料2の約1,100人を含む

9

在宅医療・介護に係る分析支援データ集計業務事業

第1回医療政策研修会 第1回地域医療構想アドバイザー会議	資料 4
令和2年10月9日	

第7次医療計画の中間見直しにおける 追加的需要に対する在宅医療の考え方について



厚生労働省医政局地域医療計画課
在宅医療推進室

在宅医療・介護に係る分析支援データ集計業務事業

■在宅医療・介護に係る分析支援データ集計業務事業

第9回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
令和元年9月6日 資料1

【趣旨】

国保データベース（KDB）システムを活用し、都道府県において在宅医療の体制整備にかかる取組状況を評価できるような支援をする。

【事業概要】

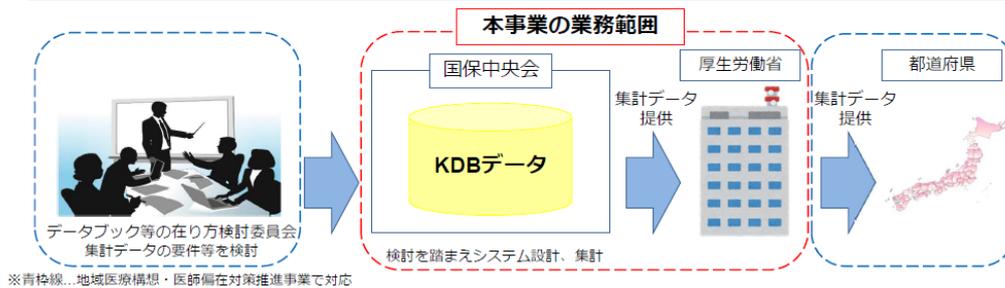
国民健康保険中央会（以下、国保中央会という。）において、以下のシステム設計及びデータ設計を行い、国に提供を行う。

① 2020年度の第7次医療計画の中間見直し及び第8期介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、地域医療構想に伴う在宅医療等で受ける新たなサービス量の按分に際し、各都道府県の療養病床に入院している医療区分1の患者の70%及び療養病床入院受療率の地域間格差の改善に伴い在宅医療及び介護サービスが受け皿になった者の割合等について把握するためのデータの集計を行う。

② 都道府県が地域の在宅医療の提供体制の状況を適切に把握するとともに、医療計画に基づく施策の進捗把握を簡便に行えるよう、介護に関する情報を含め、二次医療圏単位及び市町村単位で、都道府県の地域の医療提供体制の把握に資する在宅医療・介護に関するデータの集計を行う。

【委託先】

国民健康保険中央会



22

11

KDBデータ活用時の留意事項

留意事項

第9回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
令和元年9月6日 資料1

KDBデータについては、以下の点に留意して活用を行う必要がある

- 国保・後期高齢者以外の被保険者は把握できない。
・被用者保険や医療扶助などは含まれないため、小児を対象とする分析等には特に注意が必要
- レセプトが電子化されていない「訪問看護療養費」は含まれない
- 市町村によっては、医療と介護の情報が突合できない。
・介護受給者台帳に国保・後期資格情報を設定していない割合が50%を超える市町村が約50
- 市町村別の分析は、保険者の所在地に基づいて行っている
・住所地特例等により、実際の住所と一致しない場合が考えられる

12

KDBより集計した福岡県における訪問診療の年次推移

二次医療圏 保険者所在地	1ヶ月当りレセプト数(月平均) KDB(国保データベース)より集計							県訪問診療調査		県訪問診療調査	
	H24年度 診療	H25年度 診療	H26年度 診療	H27年度 診療	H28年度 診療	H29年度 診療	H30年度 診療	H30年度 実数	H30年度 割戻推計	R1年度 実数	R1年度 割戻推計
福岡・糸島	5,805	6,515	8,762	9,477	8,967	9,285	9,456	12,165	12,739	12,100	12,774
粕屋	695	801	1,096	1,138	1,072	1,134	1,170	996	1,032	1,023	1,064
宗像	443	551	724	784	771	803	870	878	936	1,032	1,062
筑紫	1,284	1,523	2,129	2,367	2,110	2,239	2,379	1,382	1,607	2,205	2,309
朝倉	302	335	396	436	462	474	475	504	504	405	405
久留米	1,605	1,795	2,271	2,451	2,272	2,395	2,561	2,593	2,873	2,870	3,220
八女・筑後	374	423	620	695	718	749	702	604	615	578	582
有明	988	1,039	1,117	1,194	1,210	1,227	1,191	1,173	1,217	1,197	1,197
飯塚	812	941	1,027	1,063	1,155	1,188	1,195	1,615	1,620	1,556	1,556
直方・鞍手	685	780	728	753	764	784	746	775	775	723	763
田川	381	486	556	622	632	570	553	577	584	634	641
北九州	4,523	4,985	5,835	6,325	6,164	6,606	6,836	6,988	7,815	7,442	8,354
京築	946	1,018	1,153	1,125	938	904	918	845	900	829	893
合計	18,842	21,193	26,413	28,430	27,234	28,357	29,052	31,095	33,217	32,594	34,820

国保 後期	1,471 27,580
----------	-----------------

合計(往診含む)	22,583	25,088	31,037	33,264	32,216	32,802	33,325
----------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

13

KDBより集計した在宅医療を受ける患者と在宅医療を提供する医療機関の関係(平成30年度)

平成30年度 医療機関 所在地	保険者所在地														合計	県訪問診療調査		県訪問診療調査	
	福岡 糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州	京築	県外		H30年度 実数	H30年度 割戻推計	R1年度 実数	R1年度 割戻推計
福岡・糸島	8,790	389	85	735	11	37	4	20	18	7	9	60	7	308	10,478	12,165	12,739	12,100	12,774
粕屋	143	639	45	16	4	2	0	1	5	1	1	6	1	12	875	996	1,032	1,023	1,064
宗像	32	66	675	3	0	0	0	0	1	7	0	41	1	27	854	878	936	1,032	1,062
筑紫	277	37	5	1,375	41	50	1	6	6	2	0	11	0	68	1,877	1,382	1,607	2,205	2,309
朝倉	4	0	0	8	360	55	0	1	0	1	0	0	0	14	444	504	504	405	405
久留米	4	4	1	27	30	2,093	117	58	1	0	0	2	0	99	2,437	2,593	2,873	2,870	3,220
八女・筑後	0	0	0	1	0	17	564	14	0	1	0	0	0	2	599	604	615	578	582
有明	0	0	0	2	0	6	9	991	0	0	0	0	0	45	1,054	1,173	1,217	1,197	1,197
飯塚	12	5	0	0	0	1	0	1	1,125	93	7	17	0	8	1,332	1,615	1,620	1,556	1,556
直方・鞍手	2	5	22	0	0	0	0	0	13	584	70	112	1	9	817	775	775	723	763
田川	2	1	0	0	0	0	0	0	11	5	359	13	13	1	405	577	584	634	641
北九州	8	3	11	3	2	2	0	0	5	38	26	6,426	118	68	6,710	6,988	7,815	7,442	8,354
京築	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	36	753	32	828	845	900	829	893
県外	184	22	27	230	29	300	8	101	11	8	10	116	24	0	1,070				
合計	9,459	1,171	871	2,399	476	2,562	702	1,192	1,196	746	553	6,838	919	693	29,779	31,095	33,217	32,594	34,820
地域完結率	92.9%	54.6%	77.5%	57.3%	75.6%	81.7%	80.3%	83.1%	94.1%	78.3%	64.9%	94.0%	81.9%		85.0%				

14

平成30年度訪問診療調査における医療圏別の医療圏内外患者数(実数)

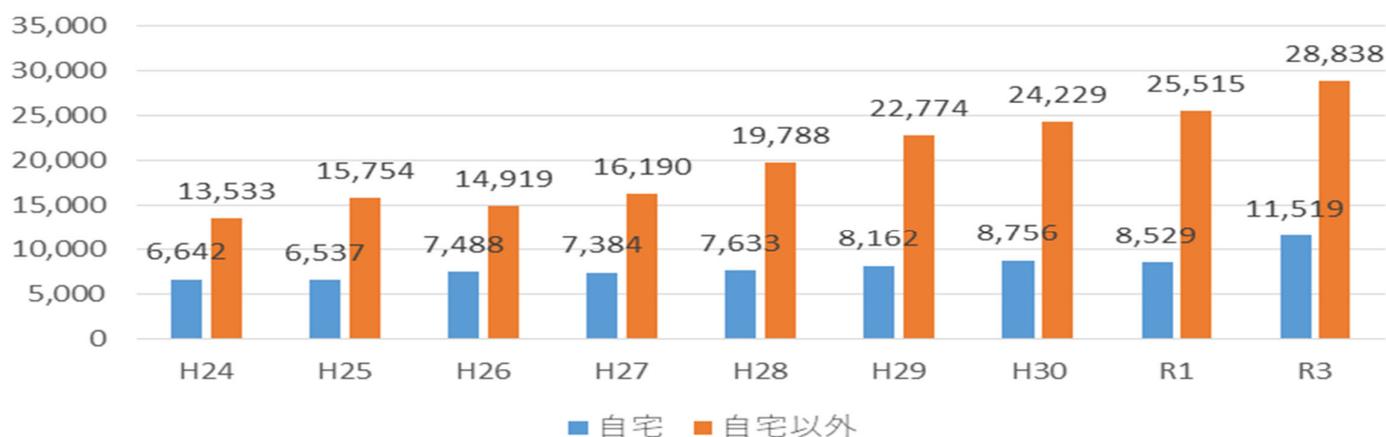
医療圏	自宅(実数)				自宅以外(実数)				合計(実数)		
	医療圏内で訪問		医療圏外へ訪問		医療圏内で訪問		医療圏外へ訪問		合計(A)	圏内住所合計(B)	B/A
	圏内住所	圏外住所	圏外住所	圏内住所	圏内住所	圏外住所	圏外住所	圏内住所			
福岡・糸島	2,940	260	190	8	6,662	447	688	59	11,254	9,669	85.9%
粕屋	287	75	41	2	300	90	169	1	965	590	61.1%
宗像	306	7	48	0	417	59	46	1	884	724	82.3%
筑紫	302	3	58	1	797	85	127	0	1,373	1,100	80.1%
朝倉	135	1	6	0	291	36	26	10	505	436	86.3%
久留米	569	19	22	4	1,680	59	125	2	2,480	2,255	90.9%
八女・筑後	166	6	2	0	380	36	11	0	601	546	90.8%
有明	222	47	9	4	641	134	18	10	1,085	877	80.8%
飯塚	374	20	115	0	796	74	126	6	1,511	1,176	77.8%
直方・鞍手	81	0	3	0	463	34	169	0	750	544	72.5%
田川	108	17	0	0	406	6	0	0	537	514	95.7%
北九州	1,228	67	11	0	5,060	285	227	9	6,887	6,297	91.4%
京築	191	21	0	0	573	19	11	29	844	793	94.0%
福岡県	6,909	543	505	19	18,466	1,364	1,743	127	29,643	25,521	86.1%

15

訪問診療患者数(居所別の年次推移)

※推計値

・自宅以外への訪問診療患者数は年々増加しており、自宅への訪問診療患者数は令和元年度までわずかに増加傾向だったが、令和3年度に大きく増加した。



※「訪問診療患者数」とは、7月の1ヶ月間に訪問診療の算定を行った患者数を指す。(平成29年度のみ、6月の1ヶ月間の患者数を指す。)

※無回答の医療機関があるため、各年度の合計人数は訪問診療患者数(推計値)と合わない場合があります。

※「自宅」とは、持ち家や賃貸住宅等のいわゆる自宅を指す。「自宅以外」とは、有料老人ホーム、グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特別養護老人ホーム等を指す。(H24~H28については、サービス付き高齢者向け住宅は「自宅」に含む。)

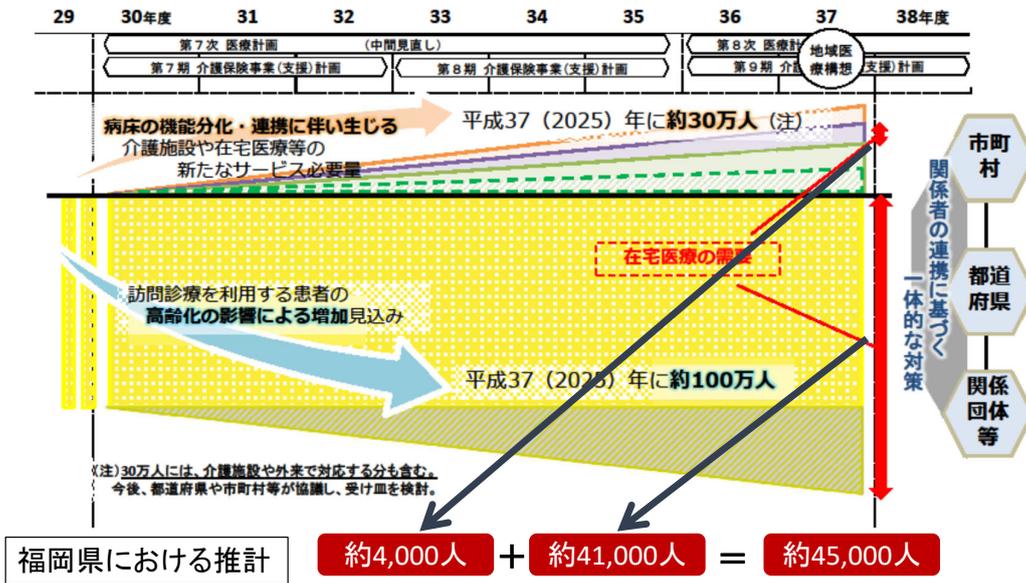
※R2年度は、未調査

16

2025年に向けた在宅医療の体制構築について

第11回医療計画の見直し等に関する検討会 資料1

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築していくことが重要。



17

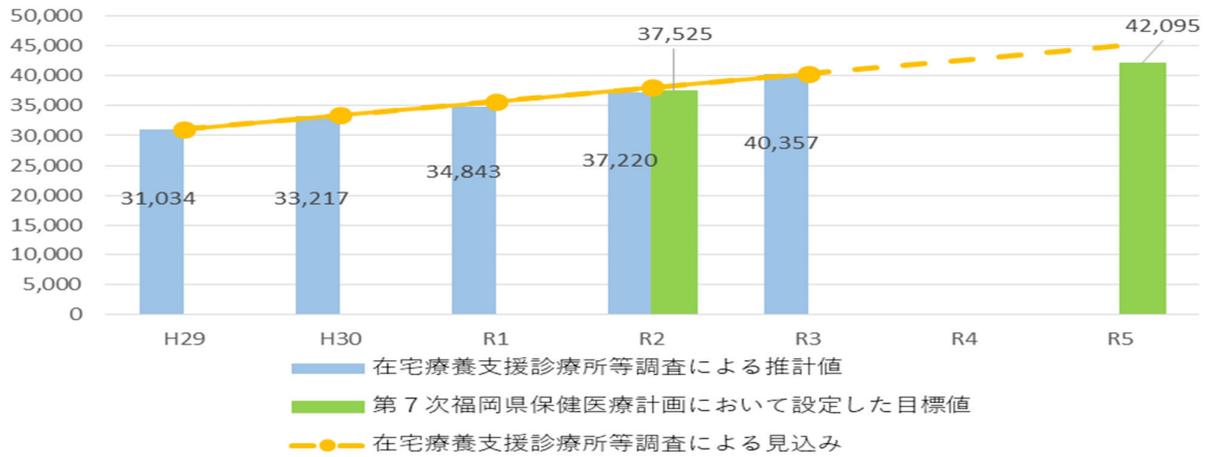
福岡県における訪問診療の現況推計と需要予測

	平成25年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和7年度
国試算	28,679 ? a	33,061 b29	34,156 b30	35,252 b1	36,348 b2	37,443 b3	41,825 ? c
NDB		b29・30・1・2・3=a+{(c-a)÷12×4(b29)・5(b30)・6(b1)・7(b2)・8(b3)}					NDBより 国が予測
県医調査	(22,775)	31,034 B	33,217	34,843	37,220	40,357	約40,000
	平成25年度 現況調査	平成29年度 現況調査	平成30年度 現況調査	令和元年度 現況調査	令和2年度 現況調査	令和3年度 現況調査	Bに要介護認定 予想増加率を 乗じた

18

訪問診療患者数(推計値)及び目標値

・訪問診療患者数(推計値)は着実に増加しており、目標値に向けて順調に進捗している。



※在宅療養支援診療所等調査とは、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料届出施設調査を指す。

※訪問診療患者数の見込み(R4～R5)の考え方: H29からR3における1年間あたりの増加人数の平均(2,331人)が、毎年増加すると仮定

※H29の訪問診療患者数(31,034人)について

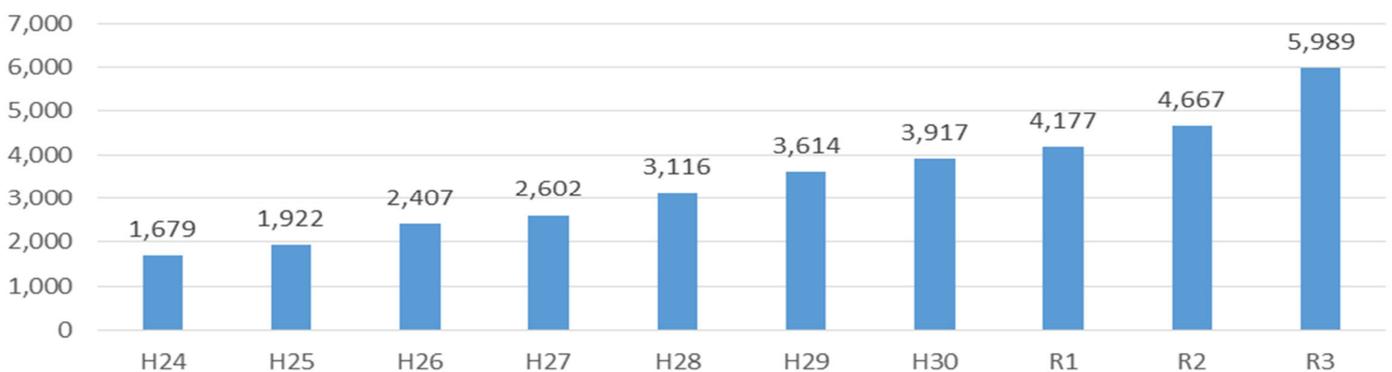
平成29年度調査結果において、H29の訪問診療患者数(推計値)は、H29の推計法(3区分毎に推計)にて算出した「31,256人」と報告しているが、H30からは8区分毎に推計することとしており、H30以降の訪問診療患者数(推計値)と比較するため、H29の訪問診療患者数をH30の推計法にて推計した。

19

在宅看取り患者数(年次推移)

※推計値

・看取り患者数(推計値)は、例年増加傾向にあり、令和3年度は大きく増加した。



※「在宅看取り患者数」とは、4月1日～3月末の1年間に在宅で看取りを行った人数を指す。(H24～H28については、4月～7月までの4ヶ月に在宅で看取りを行った人数を3倍した人数を指す。)

※推計値について

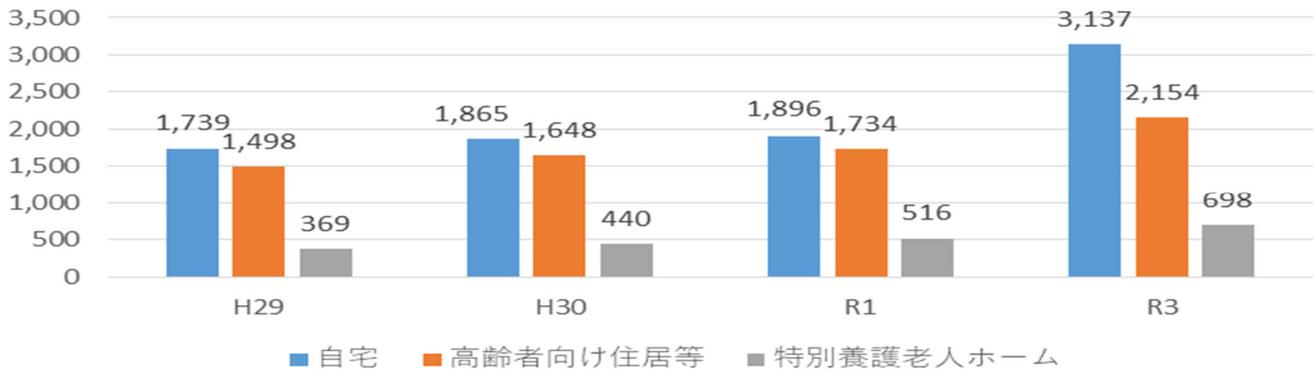
平成24年度～H28年度は2区分(在支診・在診病)、平成29年度は3区分(在支診・在診病・在医総管)に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分(在支診1～3、在診病1～3、在医総管(診療所・病院))に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分(在支診1～3、在診病1～3)、平成29年度は7区分(在支診1～3、在支病1～3、在医総管)に分けて推計し直している。なお、平成29年度は在医総管を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7区分で推計し直している。

20

在宅看取り患者数(居所別)

※推計値

- ・自宅での看取り患者数は令和元年度までわずかに増加傾向だったが、令和3年度に大きく増加した。
- ・高齢者向け住居等、特別養護老人ホームでの看取り患者数は増加している。



※「在宅看取り患者数」とは、4月1日～3月末の1年間に在宅で看取りを行った人数を指す。

※「自宅」とは、持ち家や賃貸住宅等のいわゆる自宅を指す。

※「高齢者向け住居等」とは、有料老人ホーム、グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)など、高齢者向け施設を指す。(特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅のうち、一定の水準を満たし、都道府県の指定を受けているもの)も含む。)

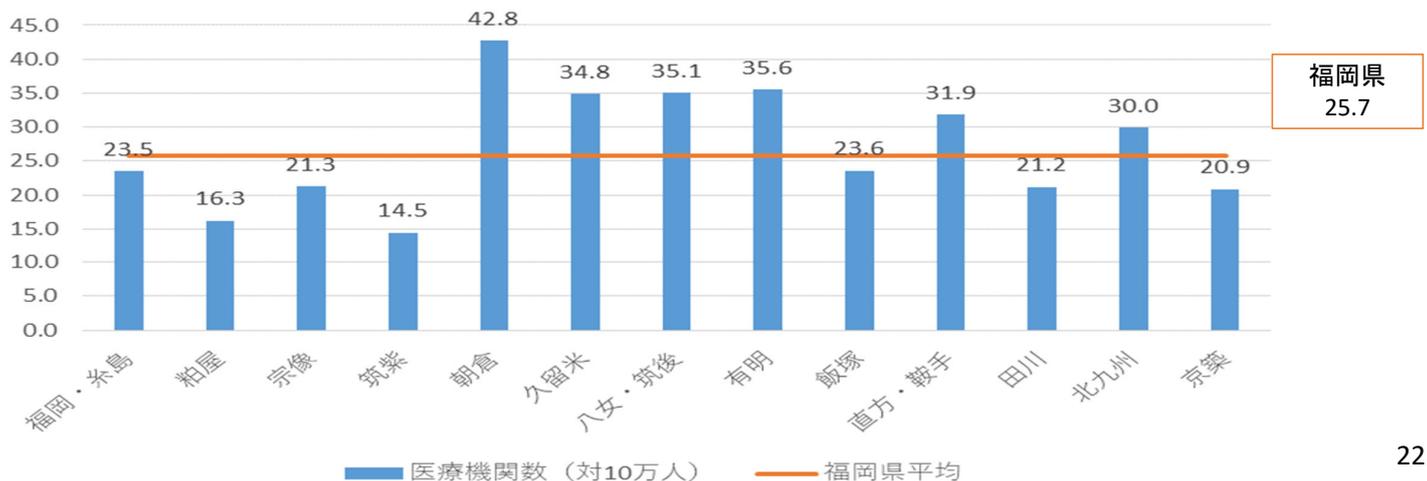
※R2年度は、未調査

21

在支診・在支病・在医総管を届け出ている医療機関数(二次医療圏別・対10万人)

※推計値

- ・人口10万人あたりの医療機関数を比較すると、最多が朝倉の42.8か所、最少が筑紫の14.5か所で、その差は約3.0倍である。
- ・13圏域中、福岡県平均(25.7か所)を上回っているのは6圏域、下回っているのは7圏域である。

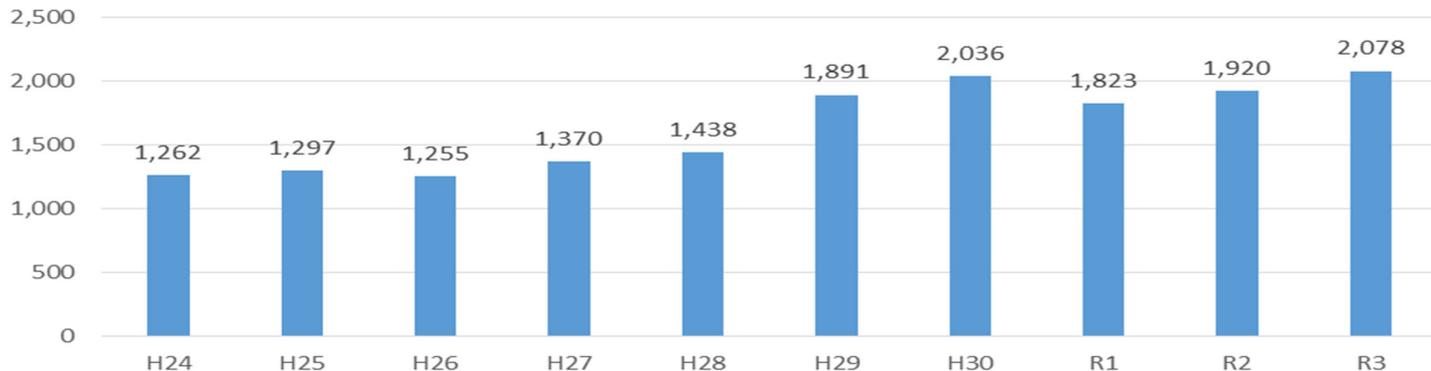


22

在支診・在支病・在医総管に勤務する医師数(年次推移)

※推計値

・医師数は平成28年度から平成30年度にかけて大きく増加したが、令和元年度に減少し、平成29年度と同程度となっている。また、令和元年度から令和3年度にかけては、増加している。



※「在支診・在支病・在医総管に勤務する医師数」とは、常勤換算した医師数を指す。

※推計値について

平成24年度～H28年度は2区分(在支診・在支病)、平成29年度は3区分(在支診・在支病・在医総管)に分けて推計し報告しているが、平成30年度からは届出を8区分(在支診1～3、在支病1～3、在医総管(診療所・病院))に分けて推計することとしており、年次比較をするため、平成24年度～28年度までの訪問診療患者数は6区分(在支診1～3、在支病1～3)、平成29年度は7区分(在支診1～3、在支病1～3、在医総管)に分けて推計し直している。なお、平成29年度は在医総管を診療所と病院に分けて調査を行っていないため、7区分で推計し直している。

※病院については、在宅医療に対応している医師数のみを集計

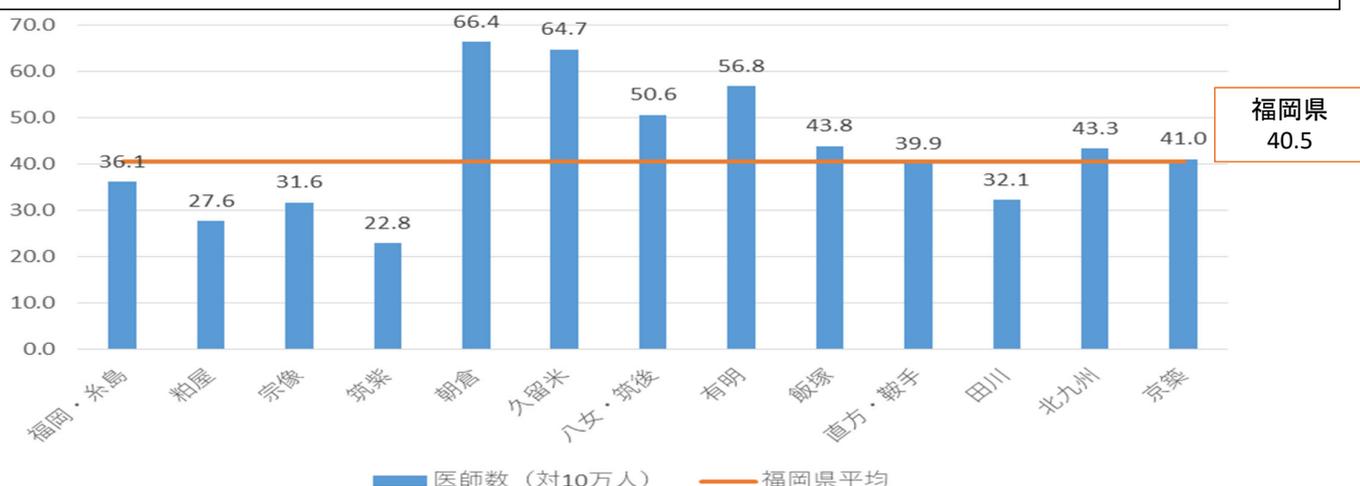
23

在支診・在支病・在医総管に勤務する医師数 (二次医療圏別・対10万人)

※推計値

・人口10万人あたりの医師数を比較すると、最多が朝倉の66.4人、最少が筑紫の22.8人で、その差は約2.9倍である。

・13圏域中、福岡県平均(40.5人)を上回っているのは7圏域、下回っているのは6圏域である。



※病院については、在宅医療に対応している医師数のみを集計

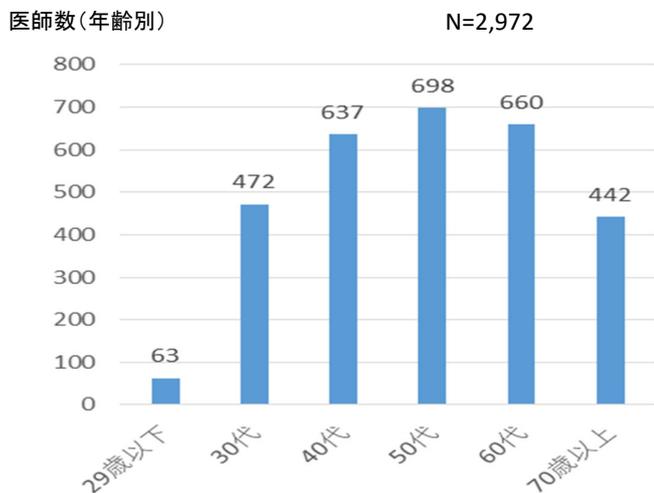
※医師数は常勤換算したものの。

24

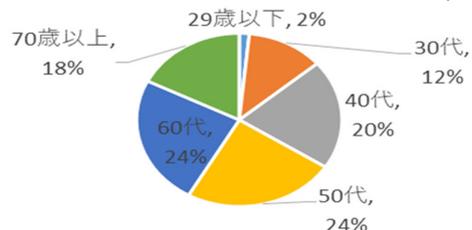
在支診・在支病・在医総管に勤務する医師数 (年齢別)

※実数

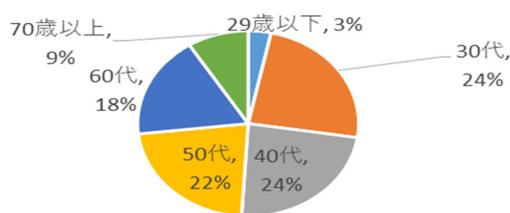
- ・医師数を年齢別にみると、最も多いのは50代である。
- ・診療所における60歳以上の医師の割合は42%、病院における60歳以上の医師の割合は27%である。



医師の割合(年齢別・診療所のみ) N=2,042



医師の割合(年齢別・病院のみ) N=930

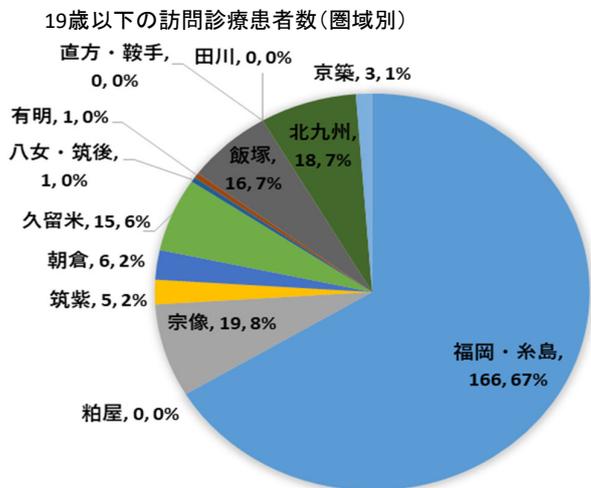


25

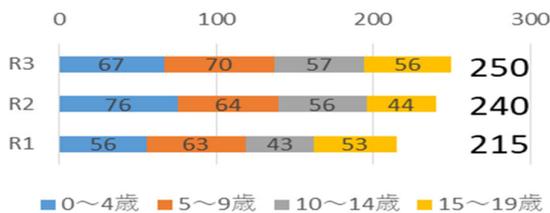
19歳以下の訪問診療患者数(年次比較)

※実数

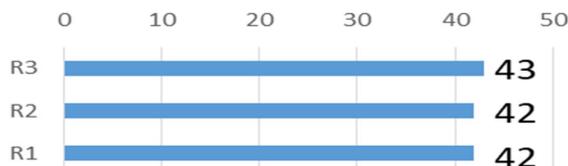
- ・19歳以下の訪問診療患者数は増加傾向にあり、医療機関数はおおむね横ばいで推移している。
- ・19歳以下の訪問診療患者数(令和3年度)を圏域別に比較すると、福岡・糸島圏域(166人)が県全体(250人)の67%を占める一方、3圏域(粕屋、直方・鞍手、田川)は0人であり、圏域により状況が大きく異なっている。



19歳以下の訪問診療患者数



19歳以下の患者に訪問診療をしている医療機関数



「19歳以下の訪問診療患者数」とは、1か月間に訪問診療の算定を行った患者のうち、19歳以下の人数を指す。

26

まとめ

- ・令和3年度の福岡県における訪問診療数は約40,000人であり、地域医療構想や第7次医療計画でたてられた予測を超え増加している。
 - ・特にここ2年間は予測以上の増加がみられた。
 - ・在宅看取りもここ2年間予測以上に増加しており、特に自宅での看取りが大きく増えている。
- (・その要因には新型コロナウイルス感染拡大も一因と考えられる。)
- ・訪問診療に携わる診療所数は変化なく、病院が大きく伸びている。
 - ・医療ケア児の増加を反映し、19歳以下の訪問診療数も増加している。

27

福岡県在宅医療充実強化に係る事業

①地域支援事業(在宅医療・介護連携推進事業)(実施:市町村(郡市区医師会))

平成26～29年度まで地域医療介護総合確保基金(医療分)を活用し、郡市区医師会において実施された「在宅医療連携拠点整備事業」について、平成30年度から全市町村において介護保険を財源として、在宅医療と介護の一体的な提供の実現に向けて、医療と介護の関係者をつなぎ、在宅医療・介護連携の推進のために、医療・介護関係者の資質向上や連携に必要な機会の確保を図ることを目的に実施されている。

②福岡県在宅医療提供体制充実強化事業(郡市区医師会)

地域医療介護総合確保基金(医療分)を財源として、県の補助事業として郡市区医師会が実施する。各地域の休日夜間や容体急変時における診療体制の強化、在宅医を導入するための取組みを通じて在宅医療提供体制の充実を図ることを目的とする。

③福岡県在宅医療充実強化支援事業(福岡県医師会)

県の委託事業として県医師会が実施する。郡市区医師会が①や②において実施する協議の場や研修会及び地域医療構想調整会議等において県医師会役員等が出席・助言を行うなど、各地域の在宅医療提供体制充実に向け支援を行う。

28

平成30～令和2年度福岡県在宅医療充実強化支援事業

- 各郡市区医師会における在宅医療充実強化のための協議や交流の場へ出席し、各地域の在宅医療（訪問診療）の現況について在宅医療に係る調査データ等を基に説明し、将来予測を踏まえた対応等について助言
- 在宅医療充実強化のための在宅患者の者の休日夜間や容体急変時の対応ルール策定等の実態を把握し、在宅医療へ円滑な移行を図ることができるよう助言を行う

令和2年度ルール策定状況（策定済み医師会）

- ① 休日夜間や容体急変時の対応ルール（9医師会）
 - ② 在宅医が訪問診療や往診できない場合のバックアップルール（8医師会）
 - ③ 入退院に関する地域のルール（10医師会）
- ※その他の多くの医師会では、今後、策定予定とされている。

29

令和3年度福岡県在宅医療充実強化支援事業

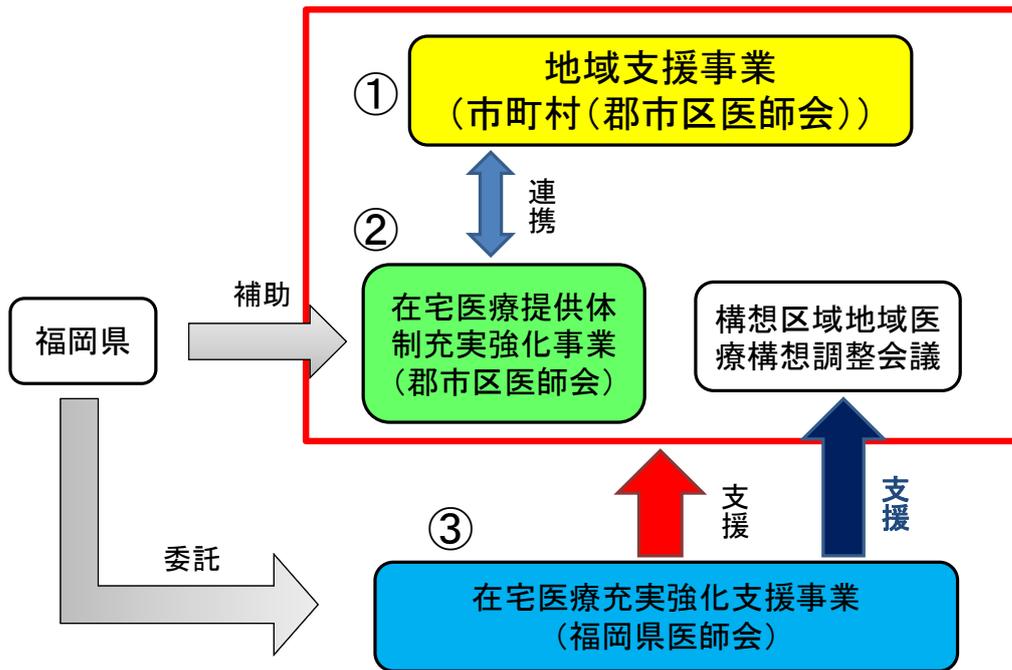
患者・家族の不安を軽減し、在宅医が積極的に在宅医療に取り組むことができるよう、郡市区医師会が在宅医療提供体制充実強化の取組として実施する在宅患者の休日夜間や容体急変時の対応ルール策定やバックアップ体制の整備、**郡市区医師会や二次医療圏を越えた広域連携体制の構築などを支援**するため、在宅療養者に係る協議会、情報交換会や交流・協議の場等への出席・助言等を行い、24時間365日対応できる切れ目のない在宅医療提供体制の構築を図る。

取組内容

- ① 情報交換会の開催
- ② 在宅医療充実強化のための協議や交流の場等への出席・助言
- ③ 在宅医療のデータ等分析及び情報提供
- ④ 在宅医療充実強化のためのルール策定の実態把握と助言

30

福岡県在宅医療充実強化に係る事業への支援



在宅医療提供体制充実強化事業に関する提言

令和2年3月10日

柳川みやま在宅医療体制充実強化委員会
委員

青山 一利、足達 明、植田晋一郎、上野 高大
大城 昌平、太田 雄興、貝原 淳、金子 壽興
木下 正治、小池 文彦、田中 彰一、中川 剛
中村 照、樋口富士男、藤野 浩、前原 洋二
松尾 義人、横倉 義典、吉山 泰嗣、渡邊 雅秀

1. はじめに

在宅医療提供体制充実強化事業は、国が推進する地域包括ケアシステムにおける在宅医療介護連携推進事業と両輪をなす事業である。在宅医療は高齢者の心身に対する医療分野を、介護事業は高齢者の生活支援分野を担っている。そのため、在宅医療と介護事業とがともに充実していなければ、地域での高齢者支援はおぼつかなくなる。

柳川みやま地区における現在の在宅医療は、個々の在宅医が自己の知識と人脈に頼って行っている状況にある。そのため、在宅医が個人として頑張っても限界があり、いずれは在宅医自身が疲弊して行くことになる。この地域の開業医の平均年齢は、すでに65歳を超えており、在宅医療からの撤退を検討する医師も出てきている。個々の在宅医に頼ってきた在宅医療は、今後衰退していくことが十分に予測できる。そこで、地域の在宅医が横のつながりを持ち、通常は個人で在宅医療を行っていても、緊急時には助け合うシステムを構築すべきと考える。さらには、柳川みやま地区内の急性期ならびに回復期の病院群も互いに連携し、在宅医療を行う診療所との間に病診連携のネットワークを構築すべきと考える。それによって、入院時や退院時の情報交換を速やか、かつ詳細に行うことが可能となり、各医療機関だけでなく患者やその家族、さらには介護関係者にも大きな恩恵をもたらすものと思われる。

そこで、柳川みやま地区の在宅医療体制を充実強化するために、以下の3項目に関する連携構築を提言する。

2. 各専門部会からの提言

A) 患者情報共有と連携のための部会（とびうめネット活用）

(ア) 地域包括ケアシステムでは在宅医療の推進のみでなく、多職種での患者情報の共有も奨励されている。在宅医療だけに限らず、外来診療や救急医療の現場においても情報共有が求められている。現在の情報共有は、診療情報提供書、介護保険

主治医意見書、在宅患者ノート（以下、在宅ノート）などの紙媒体で行われているが、福岡県ではとびうめネットの活用推進が県医師会を中心に勧められていることから、我々の地域でも情報共有のツールとしてとびうめネットの活用を行う価値はあると思われる。

当部会では、多職種でだれでも共有できるツール、救急現場で利用できるツールという二つの観点を重要視し、在宅ノートの更なる利用促進と、とびうめネットの導入と普及へ一歩ふみだすことを提言することとした。

（イ）各論

- ① 在宅ノートは、現在医師会中心に利用されている。多職種が自由にみれること、紙媒体のため救急隊もより早く確認できる、というメリットがある。そこで、今後、柳川市とみやま市が中心となり、ケアマネジャーへ在宅ノートの利用をすすめるよう働きかける。また、救急隊がわかるように表紙に大きく「患者情報ノート」と記載し、置き場所を一定（冷蔵庫の上など）に決める。ただし、セキュリティの観点から、「患家または施設から持ち出さないという」条件を関係者または家族へ周知する。
- ② とびうめネットの普及と認知度の上昇
日常業務（外来、訪問診療 etc）、柳川みやま在宅医療介護連携推進研修会、柳川みやま地域包括ケア地域代表者会議、救急隊との合同懇談会等でとびうめネットを紹介して認知度を高める。
- ③ とびうめネットの導入障壁の軽減
何よりもとびうめネットの DMU（導入決定者）は医師であるが、医師の入力業務の軽減、もしくは多職種による入力業務移行に努める。（看護師、薬剤師、事務員 etc）
- ④ とびうめネットの導入の手順
救急医療よりは、むしろ日常業務の情報共有に利用すべきである。まずは業種を絞り、医療機関と訪問看護で共有を開始する。
 1. アンケート調査（医療機関と訪問看護）
 - ・柳川山門地域とびうめネットに参加するかどうか。
 - ・タブレット譲与を希望するかどうか。
 - ・勉強会、研修会などの定期的開催に参加するかどうか。
 2. 医療機関、訪問看護へのタブレットの譲与の選定。
 3. 活用事例の勉強会や研修会での共有。
 4. 問題点を抽出し、とびうめネットに投げかけ改善を求める。
 5. 保険点数にも結びつけるように国にも要望する。
 6. 改善状況に応じて救急現場、介護現場での普及に努める。

(ウ) 問題点や今後の課題

【問題点】

- ① 医師の入力スキルや時間の問題・・・普及の障壁となっている。
- ② セキュリティの問題・・・現状はクリアしているが、多職種が利用するとなるとどこまで制限するかが問題。
- ③ 電子カルテからの情報移行の問題・・・電子カルテ同様に規格統一がなく、限られたメーカーしか電子カルテからの情報移行ができない。

【今後の課題】

とびうめネットによる情報共有の普及は、患者や医療介護従事者において利点はあるものの、日常業務が多忙な職種において入力などの事務作業などが手間となり、導入障壁となっている。国の強制力、保険点数などでのメリット、成功体験の共有などがなければ、なかなか運用に移れないと思われる。柳川山門医師会においては、とびうめネットを活用した医療機関および訪問看護の情報共有から開始し、成功体験を共有し普及推進に努める。

B) 病診連携のための部会（患者緊急時および退院時の連携）

(ア) 高齢化が急速に進んでいる柳川みやま地区で、市民に安心して過ごしてもらうためには在宅医療の普及を推進し、介護と連携して医療介護を提供していくことが必要である。特に、何らかの病気をもちながらも必要な時は入院を、安定すれば在宅（介護施設等を含む）への流れのなかで、本人が望む住み慣れた場所で、できるだけ長く生活を支えていくためには、病院による積極的な後方支援と、信頼ある病診連携が求められる。

今回は柳川山門医師会における現状を踏まえ、患者緊急時および退院時の病診連携について具体的に検討してみた。

(イ) 各論

① 患者緊急時の連携について

1) 病院 対 病院

部会委員の議論の中では、当地区において患者緊急時の連携は特に問題なく比較的スムーズに行われており、実際に困るような事例報告はなかった。つまり、現在の各病院（長田病院、ヨコクラ病院、柳川病院）の診療情報提供書を使用することで、病院間の緊急時連携には、問題なしとの結論であった。

2) 病院 対 診療所

診療時間内での病診連携では問題事例は発生していない。ただ、夜間において、患者が主治医（かかりつけ医）への連絡なしに、直接病院に来院する場合の対応について問題提起がなされた。これに対して、診療所側としては夜

10時頃までの連絡は可能だが、それ以降は翌日連絡でよいのではとの意見が多く聞かれた。病院側としても、現状は翌日に地域連携室を通じて連絡することがほとんどで、実際的にはそれほど困る症例に遭遇しておらず、現状において当地区での病診連携は問題なく行われている。柳川市とみやま市の消防署に実際に確認したところ、当地区では救急搬送に関して問題事例は発生していない。

主治医に連絡が取れない際、患者や患者家族におくすり手帳を持参するように、またそのおくすり手帳はすべての医療機関の薬剤情報を1つの手帳にまとめるように指導することが必要である。

3) 病院 対 介護施設 (以下、施設)

一方、病院と施設間の連携がない場合、問題例がみられるとの意見が多く出された。特に主治医のいない施設の場合は、救急搬送された患者の情報量が少なく、そのことが病院サイドの初期対応に遅れを生じさせる可能性が指摘された。施設から病院に救急搬送される患者の連携対策として、現在使用可能なツールとしてとびうめネットと在宅ノートがある。今回は、とびうめネットのデータ活用については「患者情報共有と連携のための部会」での提言に任せることにする。当部会では、すぐに活用できると思われる、在宅ノートについて現状を確認してみた。

まず現時点での在宅ノート活用にあたって医師サイドの意見と、活用する立場の施設の実態の認識が大切であると思われるため、双方の意見をまとめてみた。

1 医師サイドの意見

在宅ノートの現状は、記入者はケアマネジャーが多く、施設ごとに記載内容、量に差があることが認識された。

今回の話し合いで、「すべての情報が欲しい」との意見が利用する側にある一方、「ノート記載のために一度しか受診しておらず、すべての情報を把握していないにもかかわらず主治医として意見を求められるのは困る」との意見があった。

概ねコンセンサスを得た内容としては、『在宅ノートに主治医が記載する最低限の内容を決め、項目に○またチェックで済む箇所を増やす。最低限の内容とは、糖尿病、高血圧などの基礎疾患、がんなど治療中の疾患、処方・既往歴・アレルギー歴であり、難しければ薬手帳だけでも本人、家族に搬送先の医療機関に持参していただくように指導する。可能であれば急変時の対応を「在宅患者ノートの搬入先病院に希望する医療の欄へ」に記載することを願う。』などがあった。

問題点としては、「看護師、ヘルパーなど担当者の入れ替わりが激しい事例では、救急時に誰がもっていくか」、「家族から、書いている内容と実際の内容は異なるといわれたことがある」などの意見があった。

理想は患者自らの責任の下、医療・介護スタッフがサポートし、在宅ノートを自主的に作っていくことである。在宅ノートを実際に使用し、改善していくことが必要である。

2 利用者側の意見（みやま市地域包括センターのアンケート）

みやま市では、実際にこのノートを活用すべく、8月よりまず訪問系サービスを中心にケアマネジャーが利用を開始し、使い勝手の検証を始めている。意見としては、「多職種との連携の一助になった」、「主治医との連携の一助になった」という肯定的な意見、「手間が増えて煩わしい」、「ノートの必要性を感じない」、「活用したことがなく、実用性がわからない」等の否定的な意見とがほぼ拮抗していた。

しかし、このアンケート調査で「休日で主治医が不在時の救急搬送時にこの在宅ノートが大いに役にたった。」という利用者（患者）の意見が聞かれた。よって、この在宅ノートは本来、救急の際、患者本人を救うために大いに役に立つツールであることを医師サイドも施設利用者も再確認し、お互いに使い勝手の良いノートにしていく必要があるのではないかと、との結論に達した。

② 退院時の連携について

退院時の連携に関しては、詳しく議論する時間が少なかったが、佐世保市在宅医療介護連携事業を参考にして、今後の退院時連携チャートを作成することが必要であろうとの意見であった。

(ウ) 問題点と今後の課題

今回の議論において、当地区での各病院間および病院・診療所間の患者緊急時および退院時の連携については、現時点ではおおむね良好で大きな問題点はなかった。

今後の課題として、施設入所中の救急患者の対応、特に夜間、休日対応をスムーズに行う必要がある。

とびうめネットの活用をより早く実現することが望ましい、ということは理解している。しかし、現状では、「とびうめネットはあまり機能していないので、現時点で利用可能と思われるおくすり手帳、在宅ノートを使ってはどうか」との意見がある。おくすり手帳は、すべての医療機関の情報を1冊にまとめるよう、医療や介護のスタッフは患者に周知する。在宅ノートの運用については、主治医(かかりつけ医)がノートの必要箇所へ記載することが大前提である。そして、必要事項が記載された後、事業者(施設)が残りの必要部位を埋める作業となる。しかし、医師側も事業者側も「煩雑な作業の割に、利用価値が少なく、あまり必要性がないのでは」、という意見が多数である。つまり、両者とも、このノートの利用価値を正しく理解していないこ

とが問題であった。まずは、このノートを使うことで、救急時の患者（特に施設利用者）を助ける大事なツールであることを再確認してもらうことが重要である。そのためには、緊急受診方法が確立していない事業者側に、利用する必要性とメリットをくり返し強調する必要がある。医師会員に対して、在宅ノートの重要性とノート記載への協力を積極的に行い、みやま市地域包括支援センターの取り組みにも積極的に協力し、使い勝手のいい在宅ノートを目指していくことを提言する。

〈残った課題〉

1、緊急時の受入フローチャートの作成

「佐世保市在宅療養患者急変時受け入れに関する基本的取り決め」を参考に、当地区でも患者受け入れチャートの作成が必要であるかどうかを検討する。

2、退院時の連携チャートを作成

長田病院、柳川病院、ヨコクラ病院の情報提供書を利用して、また佐世保市在宅医療介護連携事業の資料を参考にして、共通の退院時の連携チャートを今後作成することが必要であるかどうかを検討する。

C) 看取り時の連携のための部会

(ア) 終末期の在宅療養患者を抱えた主治医は、「看取り」を行うまで長期間拘束されることが多い。しかし、主治医にも、その時期に外出や外泊が必要となることもある。そのような状況下で、看取りを代行してくれる医師を確保することは意外と困難である。そこで、在宅医療を行っている医師の間で「看取り代診ネットワーク」を構築することを提言する。

(イ) 「看取り代診ネットワーク」の基本構想と手順について

「看取り代診ネットワーク」は、医師会内で作成した「代診医メーリングリスト」を利用して主治医不在期間中の代診医を探すシステムで、主治医にやむを得ず看取り困難な状況が発生した場合にのみ活用する。メーリングリストは、柳川みやま地区をいくつかの近隣グループに分けて作成し、基本的にはそのグループ内で代診医を探すものとする。

主治医が代診希望を出す前には、患者および患者家族に対し代診依頼を行うことを説明し、その了承を得たうえで確認書を取っておく。主治医が、医師会事務局に提出する代診希望の患者情報は、個人情報保護の観点から「年齢・性別・大まかな住所・主病名」のみとする。

代診医に対しては、看取りのための出務の有無にかかわらず、代診を依頼した医師が一定額の拘束料を後日支払うこととし、その受け渡しは医師会事務局が代行

する。なお、不要な代診依頼を防止するためにも、拘束料は高め（1万円/日程度）に設定する。これらの内容を、「看取り代診ネットワークに関する規約」として医師会内で明文化しておく。また、嘱託医や常勤医がいる特定施設への代診派遣は出来ないことも明記しておく。

【代診依頼の基本的な手順】

- ① 代診を希望する主治医は、代診希望日の少なくとも4日前までに医師会事務局に代診依頼を行い、医師会の専用メーリングリストを使って代診希望者を募る。
- ② 代診希望は手上げ方式で、代診の申し出はメーリングリストにて行う。
- ③ 代診医が決定したら、メーリングリスト上で公表する。
- ④ 主治医と代診医の患者情報交換や代診方法は、本人同士で直接行う。
- ⑤ 代診日が終了したら、その旨を主治医が医師会事務局に必ず報告する。
- ⑥ 医師会事務局は、代診料を主治医の銀行口座から引き去り、代診医の銀行口座に振り込む。（毎月の医師会費納入時に行う。）

【主治医と代診医の患者情報交換について】

- 代診医が決まったら主治医から速やかに連絡を取り、診療情報提供書と代診医にとって参考となる死亡診断書例とを作成し、状況説明後に代診医に届ける。
- 上記文書と共に、「患者家族が代診行為を了承した旨」を明記した文書を必ず添付する。
- 原則として、主治医は代診日以前に代診医を伴って患者宅を訪問し、代診医を紹介するとともに、代診医は患者が生存中に一度は診察しておく。（これにより、死亡診断と在宅看取り加算の算定が可能となる）
- 代診料（拘束代）は1日単位で計算し、情報交換や患者宅事前訪問の手数料は代診料に含む。

（ウ）今後の検討事項

- 代診医募集の範囲は、在宅医療を行っている医師のみか、全医師会員にするのか？
- 専用メーリングリストを使用する場合、SNSを使い慣れていない会員やネット環境のない会員への対応はどうするのか？FAXでもいいのか？
- このネットワークで代診医が見つからない場合は、主治医が独自に代診医を探るか、自分で看取るしかないのか？
- 代診医が、代診日に急な外出や外泊が発生した場合はどうするのか？

- 嘱託医がいる特別養護老人ホームや、常勤医がいる介護老人保健施設などの特定施設の入居者に対する嘱託医以外の医師の代診は、原則的に不可能と考えられるが、これからの多死時代には、何らかの形で代診が依頼できないか？

3. あとがき

柳川みやま地区は、すでに急速な人口減少地区となっている。しかし、高齢者人口はしばらく横ばいであり、結果的に高齢化率は今後も上昇していくことになる。これからは、減っていく医療職や介護職等で多くの高齢者を支えていかなければならず、医療も介護もさらなる効率化が求められる。そこで、医療者間だけでなく、医療介護者間においてもしっかりした連携が必要となってくる。今回示した連携体制は医療者間のものであるが、将来的には介護関係者も巻き込んで、この地区の医療介護連携体制の推進にも寄与できると考える。今回の提言が、次年度以降の当事業の進捗の一助となれば幸いに思います。

最後に、この提言をまとめるにあたり、資料の収集や会議の準備等、たいへんお世話になった医師会事務局の皆様に深く感謝いたします。

