【研究報告】

電話インタビュー調査に基づく在宅医療診診連携システムの類型化（OPTIM方式）

*千葉・松戸市・あおぞら診療所院長　**聖路加看護大学看護実践開発研究センター　***長崎市・白髭内科医院院長

*川越正平　**廣岡佳代　***白髭　豊

summary

全国で実際に活動している在宅医療に関する診診連携グループの運営内容を基に，診診連携システムについて診診連携グループの医師に電話インタビュー調査を行った．その結果，A. 設立の経緯と構成メンバーの規模，B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み，C. 副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携，D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い，の4項目にその特徴を類型化し，OPTIM（outreach palliative care trial of integrated regional model，緩和ケア普及のための地域プロジェクト）方式として提案した．今後，新たに診診連携グループの構築を希望する医師は，このOPTIM方式を必要に応じてカスタマイズすることで地域や構成メンバーにとって最適な診診連携のシステム構築に活用できると考えられる．

key words　診診連携，副主治医，患者情報共有，看護師との連携，報酬支払い

背　景

平成18年度の診療報酬改定において新設された在宅療養支援診療所には，その要件とされている24時間往診可能な体制を揺るぎなく堅持することが期待されている[1]が，医療機関にとってその負担は小さくない．特に，常勤医師数1名である診療所の場合，その心理的・肉体的負担は大きい．診療所の常勤医師複数体制化を除けば，診診連携や訪問看護師との連携が最も有力な対応策であることは論を俟たない．しかし，実際には地域ごとの事情，参加する医師たちの意向や事情も様々であることから，全国で広く診診連携グループが活動する状況には未だ至っていない．

これまでの地域連携に関する調査を概観すると，診診連携の地域ごとでの報告[2)〜4)]はなされているが，全国的な地域連携に関する情報を系統的かつ総合的に網羅したものはな

4565p087_092学術川越.indd 87　11/11/15 18:11

い．今回の調査によって，我が国における診診連携の現状が明らかとなり，今後の診診連携のあり方に対する示唆を得たので報告する．

方　法

全国各地で活動している診診連携グループで中心的役割を担っている医師12名の協力を得て，電話を用いた聞き取り調査を実施した．調査項目としては，設立年月日，設立母体，メンバー数，構成要員，対象地域，年間症例数，副主治医の実働実態，決定方法，役割，待機方法，運営上の工夫，規約や趣意書の有無，患者情報の共有方法，診療録の作成，訪問診療以外の活動内容，組織運営上の課題，報酬の按分方法等を設定した．

聞き取り調査の対象医師には調査に回答しやすいようにあらかじめ質問項目を送付した．調査時間は30分程度とし，研究協力者の負担とならないように配慮するとともに，本研究の目的および調査内容を文書で説明し研究参加への同意を得た．また，調査実施後は，個人が特定されないよう調査で得た情報の取り扱いには十分留意した．

結　果

(1) 設立の経緯や構成メンバーの規模

設立の経緯は有志の集まりと医師会等の組織を母体とする方法の2つに大別された．同様に構成メンバーの規模も3～5名程度の小規模グループと20名以上からなる中大規模グループに大別された．

(2) 副主治医の決定方法とその役割

副主治医の決定方法は，在宅導入時，症例ごとに副主治医を決定する方法と，連携医師が担当する患者は他の連携医師が自動的に副主治医となる方法に大別された．患者ごとに決定する方法であれ，すべての患者一括であれ，主治医の不在時や曜日ごとに副主治医が臨時往診を担当することになっていた．また，患者を担当する訪問看護ステーションの看護師が連携医師リストの中から出動を要請するというユニークなシステムもあった．副主治医の役割としてはほとんどの地域に共通して，学会や休暇に際しての主治医不在時の待機・臨時出動や専門科往診の提供が想定されていた．

(3) 患者情報共有の仕組み

在宅導入時に主治医が入手した診療情報を共有する方法，バックアップを依頼する際に電話で要点を伝える方法，バックアップを依頼する際にショートサマリーを作成する方法，定期的に全患者のサマリーを作成する方法，訪問看護指示書をショートサマリーとして活用する方法などがあった．そのほかにも，患者に関わる多職種からなるメーリングリストを運用し，そこに副主治医も参加する方法，さらには患者の氏名，住所，電話番号以外は共有しない方法をとっているところもあった．

(4) 副主治医の待機・出動方法と臨時出動

主治医不在時には副主治医へ連絡するように事前に患者等に案内しておく方法，主治医の診療所への電話を診療所職員が受け指定された副主治医に連絡する方法，不在時にも主治医が連絡を受け必要に応じて副主治医に対応を依頼する方法などがあった．密接に関連する看護師との連携については，主治医の診療所看護師が副主治医の臨時往診に同行する方法，患者を担当している訪問看護ステーションの訪問看護師が連携する方法，看護師は関与しない方法（副主治医が単独で対応する方法）などがあった．

副主治医の臨時出動実態は実際の出動頻度を把握していないグループも少なくなかったが，回答が得られた6つのグループの場合，往診回数0～5回/年，在宅看取り件数0～2件/年と副主治医の実際の負担は少なかった．

4565p087_092学術川越.indd 88　11/11/15 18:11

(5) 診療録の作成と副主治医への報酬支払い

診療録の作成はすなわち診療報酬の請求方法とリンクすることになる．具体的には，副主治医を非常勤医として登録し主治医の診療所の診療録に診療内容を記載する方法と，副主治医の診療所で新たに患者の診療録を作成する方法に大別された．副主治医への報酬支払いについては，信頼関係に基づき特に設定していないというところも多く見られたが，実働時間に応じて1時間当たりで定めた報酬を支払う方法，臨時往診1件について定めた報酬を支払う方法，実働の有無にかかわらず1日ごとに定めた待機料を支払う方法，副主治医の診療所が請求する診療報酬を副主治医の報酬に充当する方法などがあった．

(6) 診療以外の活動内容

診療以外の活動内容には，メンバー間でのメーリングリストの活用，カンファレンスや症例検討会，勉強会の開催が挙げられた．また，受け入れ可能な患者数等，応需状況をリアルタイムに把握・明示，医療機器の取り扱いや看取りマニュアル，在宅療養手帳などを協働で作成，使用頻度の低い衛生材料や使用期限の短い医療材料の共有，特殊な医療機器や治療法についての情報交換などが挙げられた．

(7) 組織運営上の課題

組織運営上の課題として，退院時共同指導に副主治医が参加しても診療報酬を算定することができないこと，初回往診に副主治医が同行した場合の診療報酬を算定できるかどうか不明瞭であること，副主治医が実際に診療に当たったところ主治医とは異なる診断や治療方針を考慮した場合の対応に苦慮すること，グループのコーディネートを担う医師の負担が大きいこと，メンバーの高齢化により将来の存続が危ぶまれること，患者情報をメール等で共有するに当たってセキュリティに不安があることなどが挙げられた．

考　察

本研究により，全国で実働している診診連携グループが具体的にどのように運営されているかを明らかにすることができた．これを基に，診診連携システムの類型化を目指して**表1**の4つのカテゴリーを設定し，各項目ごとにその特徴や工夫について検討を試みた．

A. 設立の経緯と構成メンバーの規模

小規模グループの場合，相互に強固な関係構築を重視する立場から新規メンバーの受け入れに比較的消極的な傾向があった．一方，大規模に発展したグループであっても，実際にはさらにその内部に形成された2～3名の気心の知れた医師からなる小グループごとで緊密に機能している例も見られた．

連携する医師は診診連携の規模に限らず「副主治医」と呼ばれていた．特に大規模な診診連携の場合，加入医師を「連携医」，「協力医」と区別している場合が多かった．「連携医」とは主治医として診療を担当する医師と連携協力して主治医を補佐する副主治医のことであり，「協力医」とは皮膚科，眼科など専門性の高い診療科の医師で連携医からのコンサルテーションに対して助言したり，必要に応じて専門科往診を提供する医師のことであった．

B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み

在宅導入時，症例ごとに副主治医を決定する方法（1a）と連携医師が担当する患者は他の連携医師が自動的に副主治医となる方法（1b）のいずれの方法であれ，「患者情報共有の仕組み」と密接に関連することになる．

導入時の診療情報共有（2a）ではその後の臨床経過についての共有は不十分となる．依頼する直前に電話（2b）やショートサマリー（2c）を作成する方法は担当患者数20名以下

4565p087_092学術川越.indd 89 11/11/15 18:11

表1　在宅医療診診連携システムの類型化（OPTIM方式）

A. 設立の経緯と構成メンバーの規模
1. 設立の経緯
   a. 有志の集まり
   b. 医師会等の組織を母体とする
2. 構成メンバーの規模
   a. おおむね5名以下の少数精鋭のグループ
   b. 20名以上からなる中大規模のグループ

B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み
1. 副主治医の決定方法
   a. 導入時，症例ごとに副主治医を決定する
   b. 連携医師が担当する患者は他の連携医師が自動的に副主治医となる
   c. 不在時にすべての患者の副主治医を一括して連携医師に委ねる
   d. 曜日ごとに当番となる医師（副主治医）を決めておく
   e. 訪問看護ステーションの訪問看護師が連携医師に副主治医としての出動を要請する
2. 患者情報共有の仕組み
   a. 導入時に入手した診療情報を共有する
   b. バックアップを依頼する直前に副主治医へ電話で要点を伝える
   c. バックアップを依頼する直前に患者ごとにショートサマリーを作成する
   d. 定期的に全患者のサマリーを作成する
   e. 訪問看護指示書をショートサマリーとして活用する
   f. 患者に関わる多職種からなるメーリングリストを運用し副主治医も登録する
   g. 氏名と住所，電話番号以外の患者情報を一切共有しない

C. 副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携
1. 副主治医の待機・臨時出動
   a. 主治医不在時には副主治医へ連絡するように事前に患者等に案内しておく
   b. 主治医の診療所への電話を診療所職員が受け，指定された副主治医に連絡する
   c. 不在時にも主治医が連絡を受け，必要に応じて副主治医に対応を依頼する
2. 看護師との連携
   a. 主治医の診療所の看護師が副主治医の臨時往診に同行する
   b. 患者を担当している訪問看護ステーションの訪問看護師が連携する
   c. 看護師は関与しない（副主治医が単独で対応する）

D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い
1. 診療録の作成
   a. 副主治医を非常勤医として登録し主治医診療所の診療録に診療内容を記載する
   b. 副主治医の診療所で新たに診療録を作成する
2. 副主治医への報酬支払い
   a. （信頼関係に基づき）特に設定していない
   b. 実働時間に1時間当たりで定めた報酬を乗じて支払う
   c. 臨時往診1件について定めた報酬を支払う
   d. （臨時往診の実働の有無にかかわらず）1日ごとに定めた待機料を支払う
   e. 副主治医の診療所が請求する診療報酬を副主治医の報酬に充当する

4565p087_092学術川越.indd 90　11/11/15 18:11

など比較的少数の在宅患者を担当している場合に限られるだろう．患者数が多くなればなるほど現実的でなくなる．定期的なサマリー作成（2d）や訪問看護指示書の活用（2e）は診療録の記載以外に改めてサマリー等を作成することは主治医にとって負担が大きいことから，電子カルテを活用するなどの対策が重要となる．

一方，氏名と住所，電話番号以外の患者情報を一切共有しない方法（2g）はユニークである．患者からのコールは主治医が受け，必要に応じて副主治医に出動を依頼するが，その際に病態や考慮すべき患者背景を直接申し送るというものである．実際の臨時出動の頻度がきわめて少ないという実体験に裏づけられた方法と言える．患者を担当している訪問看護ステーションの訪問看護師が連携する方法（1e）は複数の医師と日頃から連携している訪問看護師がそれぞれの医師の得意分野や性格，都合なども含めてある程度把握している可能性が高いことから，きわめて現実的なシステムと言えよう．ただし，訪問看護が導入されていない患者には適用できないため，すべての在宅患者に訪問看護が導入されていることが前提となるシステムである．

C. 副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携

患者が副主治医に連絡する（1a）場合，事前の丁寧な説明や副主治医の紹介などが必要となる．1bは患者情報や臨床経過を把握している診療所の看護師や事務員がいったん患者からの連絡を受け止める方法である．どんな問題が発生したのか，医師の臨時往診が必要なのかどうかを関係者が吟味検討することができるという点で丁寧な対応と言える．1cは不在時も主治医がファーストコールを受けるという方法であることからさらに丁寧な対応と言えるが，休暇中の場合など主治医が完全に仕事から解放されたという感覚を持ちづらい点は医師のワークライフバランス上デメリットと言えよう．

看護師との連携については，主治医の診療所の看護師が副主治医の臨時往診に同行する方法（2a）が最も丁寧な対応である．むろん，そのためには診療所に24時間対応を担当する看護師を雇用しておく必要があるため容易ではないが，患者の家がなかなか見つからない，配慮すべき家族の性格などサマリーだけでは分からない患者背景の共有なども含め，臨床現場では大きな威力を発揮すると言えよう．2bは，副主治医が臨時出動する場合に患者を担当している訪問看護ステーションの看護師と臨時出動の前に電話で連絡をとり，考慮すべき背景などをより詳しく把握することができる優れた方法だと考えられる．

D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い

副主治医が主治医診療所の診療録に記載する（1a）場合，夜間に診療録そのものを受け渡しすることは診療所看護師が同行する場合を除き現実的ではないため，診療内容を別途まとめて主治医に連絡し診療録に反映することになる．診療所看護師が同行する場合，実際に主治医の診療録を閲覧することもできる上に，直接記入することができるという点でも優れた対応である．なお，副主治医を主治医診療所の非常勤医と位置づけることになるため，あらかじめ保険医登録を行っておくことが望ましい．副主治医の診療所で診療録を作成する（1b）場合は自己完結可能だが，その診療内容を主治医に報告する必要はある．また，診療報酬の一部負担金を副主治医の診療所から請求する必要が出てくるため，患者が混乱する恐れがあることに留意する．

副主治医への報酬は特に設定していないグループ（2a）もあった．しかし，システムを立ち上げたばかりで実際の臨時出動がほとんどない状況から今後診診連携システムをより大きく発展させていくためには，正当な報酬

4565p087_092学術川越.indd 91 11/11/15 18:11

や評価が鍵になると予想される．副主治医に対する報酬としては，要した実働時間に1時間当たりで定めた報酬を乗じて支払う方法（2b）や1回の臨時往診ごとに報酬を設定する方法（2c），実働がなくても待機料を支払う方法（2d）がありうる．副主治医の診療所が請求する診療報酬を副主治医の報酬に充当する方法（2e）もスマートと言えるが，例えば看取り往診の場合など，ターミナルケア加算の算定要件を満たす場合も生じる．この加算は訪問診療にかかる加算と定義づけられているため，このような場合の報酬按分方法については別途相談する必要がある．

運営上の工夫

本調査の結果から，副主治医としての実際の活動回数は年間で0～5回と少ないことが明らかとなった．診診連携に参加することによって，過度な負担を担うことなく参加する医師の物理的・心理的負担を軽減することが期待される．

1日の待機料報酬を設定しているグループもあったが，医師ごとに担当患者数がかなり異なる場合もあり，平等性を担保することは容易でない．解決策として患者1名1日の待機にかかる報酬を設定する方法もありうる．かつての寝たきり老人在宅総合診療料の24時間連携体制加算が1500点であったことから，在宅時医学総合管理料4200点のうち，24時間往診できる体制を整えるための報酬が1500点だと理解すれば，1患者の待機を1日担当する報酬を50点だと設定することも可能である．また，この考え方を援用すると，1人の患者の対応を1日担当すると「地域通貨1ポイント」に相当するというシステムをも構想しうる．例えば，30人の患者を2日間引き受けることによって「地域通貨60ポイント」を獲得すれば，次の機会に自らの60人の患者を1日お願いすることができるという仕組みである．在宅患者数に大きな違いがある医療機関がペアになって診診連携システムを構築する際に，平等性を確保する有力な方法となりうるだろう．

実際に診診連携システムを運営していくためには，コーディネーターの役割が重要であることも強調された．ネットワーク内で患者の主治医を決定するのが難しい場合や，勉強会の開催など，コーディネーターとなる医師への負担が大きい場合などには，定期的にコーディネーターを交代するなどの配慮も必要となろう．

結　語

電話インタビュー調査に基づき，我が国における診診連携システムの特徴をA. 設立の経緯と構成メンバーの規模，B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み，C. 副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携，D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い，の4つのカテゴリーごとに類型化しOPTIM方式として提案した．今後新たに診診連携グループの構築を希望する医師は，このOPTIM方式を必要に応じてカスタマイズすることで，地域や構成メンバーにとって最適な診診連携のシステム構築に活用できると考えられる．

〔謝　辞〕本研究は，厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業（緩和ケア普及のための地域プロジェクトOPTIM）によって行われた．本調査の実施に当たり調査にご協力いただきました諸先生方に深謝します．

●文 献

1）厚生労働省：在宅療養支援診療所について：厚生労働省ホームページ＜http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0312-11e_02.pdf＞
2）蓑田正豪，他：癌と化療 35：1353，2008.
3）白髭　豊，他：日本医事新報 No4224：29，2005.
4）白髭　豊，他：長崎県医師会報 771：32，2010.

4565p087_092学術川越.indd 92　11/11/15 18:11