

https://www.jmedj.co.jp

5月2週号 1921年(大正10年)2月5日  
第三種郵便物認可(毎週土曜日発行)

17 特集

私の治療 拡大版—在宅医療

|                    |                                   |                   |
|--------------------|-----------------------------------|-------------------|
| 在宅医療と倫理            | 転倒・骨折                             | 褥瘡ケア              |
| 認知症                | 小児在宅医療～子どものためのコミュニティホスピスを自宅から支える～ | 口腔ケア              |
| 認知症の行動・心理症状(BPSD)  | 意識障害(せん妄を含む)                      | 貧困と格差             |
| うつ病と抑うつ状態          | 排尿障害・自己導尿                         | 家族への説明・支援         |
| パーキンソン症候群・パーキンソン病  | 便秘                                | 人生会議(ACP)         |
| 神経難病(パーキンソン病を除く)   | 消化器症状への対応(便秘を除く)                  | 在宅ホスピス・ケア、除痛・疼痛管理 |
| 脳血管障害後遺症(片麻痺)      | 老衰・活動性の低下・栄養障害・脱水                 | 看取り               |
| 慢性心不全              | 呼吸困難                              | スピリチュアルケア         |
| 医療・介護関連肺炎          | 体温異常(発熱)                          | グリーフケア            |
| 糖尿病(インスリン自己注射を含む)  | 急性腹症                              | 訪問薬剤管理指導と服薬管理     |
| 高齢血液病患者の医療・ケア      | 難聴                                | 虐待への対応            |
| フレイル高齢者の予防とケア      | 在宅酸素療法・人工呼吸器管理                    | 独居高齢者の支援          |
| サルコペニア・廃用症候群の予防とケア | 在宅癌化学療法                           | 老老介護・認認介護         |
| ロコモティブシンドローム       | 在宅における輸液(皮下輸液を含む)                 | 地域連携・多職種協働        |
| 生活期のリハビリテーション医療    | 人工肛門(ストーマ)                        | 病診連携・退院支援         |
|                    | 膀胱瘻管理                             | 移行期ケア             |
|                    |                                   | 診診連携・在宅療養支援診療所    |
|                    |                                   | ICT・IoTを用いた連携診療   |
|                    |                                   | ガイドラインの実践応用       |
|                    |                                   | 東洋医学的治療           |

01 画像診断道場～実はこうだった

頭蓋内病変は転移？ 結核？ それとも……  
梅田 諭 ほか

82 緊急寄稿

COVID-19 変異ウイルスの流行とその対策  
菅谷憲夫



03 プラタナス

07 胸部画像診断トレーニング

09 鑑別診断塾入門

12 プライマリ・ケアの理論と実践

14 漢方スッキリ方程式

86 開業医の教科書Q & A

104 学会・研究会・セミナー情報

92 医療界を読み解く【識者の眼】

|       |                |
|-------|----------------|
| 岩田健太郎 | アドバンス・ディレクティブを |
| 川越正平  | 要介護者の巡回接種      |
| 藤原康弘  | ワクチンの健康被害救済制度  |
| 石崎優子  | アフターコロナの問題にしない |
| 草場鉄周  | 医療提供体制の課題克服    |
| 杉浦敏之  | ワクチン接種開始後の懸念   |
| 武久洋三  | 三兎を追うもの一兎も得ず   |
| 並木隆雄  | コロナに振り回される大学生  |
| 小川純人  | 老年症候群と漢方医学     |
| 中井祐一郎 | 助産師立ち合い自宅出産    |
| 山本晴義  | 職場不適応の背後に発達障害  |
| 吉田 伸  | 外来の受診間隔：慢性期    |
| 徳田安春  | 外来診断訴訟：急性大動脈解離 |

## 診診連携・在宅療養支援診療所

**考え方** 在宅療養支援診療所は、24時間往診が可能な体制を確保することが要件とされる。この要件を、在宅専門でない診療所が1箇所で見守ることは難しく、相互連携によるシステム構築が不可欠である。本稿では、診診連携について概説する。

### ▶ 診診連携の類型

川越らは、わが国における診診連携システムの特徴を、設立の経緯と構成メンバーの規模、副主治医の決定方法と患者情報共有、副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携、カルテ作成と副主治医への報酬支払いの4つのカテゴリごとに類型化した<sup>1)</sup>。このモデルは、新たに診診連携グループの構築を行う場合に活用できる。

#### 【設立の経緯と構成メンバーの規模】

設立の経緯として、有志の集まり、あるいは医師会を母体とするかのいずれかがある。構成メンバーの規模は、5名以下の少人数か、20名以上の中大規模グループにわけられる。中大規模といっても、内部に形成された2~4人程度の小グループごとで機能していることが多い。

#### 【副主治医の決定方法と患者情報共有】

副主治医の決定方法は、症例ごとに副主治医を決定する方法、不在時にすべての患者を当番医師に委ねる方法、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、曜日ごとに副主治医を決める方法、訪問看護ステーション看護師が連携医に出動を要請する方法がある。

患者情報共有の方法は、導入時に入手した診療情報を共有する、バックアップを依頼するときに電話やショートサマリーを作成する、定期的なサマリーを作成する、訪問看護指示書をサマリーとして活用する、患者用のメーリングリストを運用し、副主治医も参加してもらう、氏名と住所のみ患者情報を共有する、などの方法がある。

#### 【副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携】

副主治医の待機・臨時出動については、患者が副主治医に直接連絡する方法、主治医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副主治医に連絡する方法、不在時も主治医がファーストコールを受ける方法がある。主治医がファーストコールを受けるのは、休暇中の主治医が完全に解放されない点がデメリットである。

看護師との連携では、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が望ましいが、診療所看護師が時間外対応できるとは限らない。副主治医が訪問看護ステーションの看護師と連絡をとる方法では、病状や考慮すべき背景等を詳しく把握できる。

#### 【カルテ作成と副主治医への報酬支払い】

診療録の作成は、主治医診療所の診療録に記載する場合と副主治医の診療所で新たにカルテを作成する場合がある。主治医診療所の診療録に記載する場合、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カルテを作成する場合は、その診療内容を事後に主治医に報告する必要がある。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、患者が混乱するおそれがある。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、副主治医への正当な報酬や評価が重要であろう。要した実働時間に1時間あたりで定めた報酬を乗じて支払う方法や1回の臨時往診ごとに報酬を設定する方法、実働がなくても待機料を支払う方法、看取り1件ごとに報酬を支払うなどがありうる。

### ▶ スマートな連携のために必要なこと

#### 【長崎在宅Dr.ネットの発足、仕組み】

長崎県長崎市は坂道が多く、在宅医療を行うには過酷な環境であるが、診療所の密度は全国一高い。そこで、複数の診療所が協力して在宅医療を行う長崎在宅Dr.ネットを結成した<sup>2)3)</sup>。

在宅療養を希望する入院患者に、事務局が窓口となり在宅主治医、副主治医を紹介する。具体的には、市内を5地区にわけてコーディネーター(医師)を配置し、事務局から情報を伝達する。その後、コーディネーターから、個人情報も考慮して疾患、居住地などの情報をメーリングリストでメンバーに周知し、手挙げ方式で主治医を決定する。主治医決定の作業を中心的なメンバー医師が担っている点が運営を円滑に行ってきた重要なポイントである。副主治医は、あらかじめ診療情報を提供され、主治医不在時のバックアップをする。

アンケート調査で、参加医師にDr.ネットが役立っている点を聞いたところ、「不在時に副主治医がいる安心感」を挙げた者が52%だった。一方、副主治医が実働することは少なく、副主治医の負担はそれほど大きくないこともわかった。

長崎在宅Dr.ネットでは、皮膚科、眼科、脳外科など専門性の高い診療科の医師も「協力医」として参加し、助言や往診を行う。病院の医師も参加し、専門的助言と在宅医療を導入する患者を紹介する。2020年12月現在、計207名の医師が参加している。2019年12月までで、病院側から事務局に主治医の斡旋を依頼された症例は1041例に及んだ。長崎在宅Dr.ネットには、主治医・副主治医の小グループが複数存在するが、診療報酬や情報共有方法の全体での取り決めはしておらず、それぞれのグループ内で独自のルールを決めている。

#### 【Dr.ネットの強化型在宅療養支援診療所への対応】

連携強化型在宅療養支援診療所は、年間の緊急往診5件以上、在宅看取り2件以上をグループで満たしていればよかった。2014(平成26)年度診療報酬改定後、年間の緊急往診10件以上、在宅看取り4件以上をグループで満たし、かつそれぞれの診療所が緊急往診4件以上、在宅看取り2件以上が要件となった。Dr.ネットの診療所の70%以上が在宅療養支援診療所で、そのうち、改定前には強化型は32.5%、従来型41.0%だったが、改定後、強化型は20.5%に減少し、従来型が53.8%に増加した。強化型に残存する率はDr.ネットは63%(38件中24件)で、県全体の56%(80件中45件)より高かった。県内の強化型の中でDr.ネットメンバーの占める割合は改定前の48%(80件中38件)から53%(45件中24件)に増加し

た。Dr.ネットは強化型のグループ母体として有効に働いている。

#### 【文献】

- 1) 川越正平, 他: 医事新報. 2011; 4565: 87-92.
- 2) 白髭 豊, 他: 医事新報. 2005; 4224: 29-32.
- 3) 白髭 豊: スーパー総合医 地域医療連携・多職種連携. 岡田晋吾, 他, 編. 中山書店, 2015, p42-51.

白髭 豊 (医療法人白髭内科医院院長/認定NPO法人長崎在宅Dr.ネット副理事長)

## ICT・IoTを用いた連携診療

**考え方** 在宅医療専門のクリニックであるナカノ在宅医療クリニックを開業して20年以上が経過した(1999年9月開業)。開業当初、赤ひげ先生ではなく、在宅医療の“システム”をつくりたくて、ナカノ在宅医療クリニックを開業した。開業に当たっての当クリニックの開業理念を表に示す。開業当初の20年前に想定していた“多職種連携で機能する地域連携ネットワーク型在宅医療システム”は、今から考えれば、“地域包括ケアシステム”そのものであった。

在宅医療は、地域社会資源を基盤においた多職種が連携するチーム医療である。チーム医療の質を上げるための要件としては、①良質な在宅医療システムの構築[情報通信技術(ICT)を利用して、連携のコストを安くする]、②各参加メンバー(参加施設)の質を上げる(教育環境の整備)、の2点が重要であり、これまでICTをフル活用して、①良質な在宅医療システムの構築と、②教育環境の整備に努力してきた<sup>1)2)</sup>。

本稿では、ICTと在宅医療は相性が良く、在宅医療や多職種連携のチーム医療(地域包括ケアシステムの構築)を実践する上でのICT・IoT(Internet of Things)の有用性について述べる。

### ▶在宅医療とIoT

ありとあらゆる「モノ」がインターネットにつながり、相互に情報をやりとりする「IoT」(モノのインターネット)が近年、急速に拡大している。中でも医療やヘルスケアに特化した「IoMT」(Internet of Medical Things)には、医療コスト削減や収益性の改善などに貢献すると大きな期待が寄せられている。

在宅医療の分野では、血圧計や体温計、パルスオキシメータ、血糖測定器、心電図などの「モノ」をインターネットと接続し、患者の基本バイタル情報を蓄積、モニタリングして、活用できる。またZoomを使ったオンライン診療などで遠隔診療を可能にして、訪問診療や往診の診療(オフライン診療)を減らすことの利用が想定されている。

### ▶在宅医療とICT・IoTは相性が良い

在宅医療は、医療者が患者宅に出かける医療(オフライン診療)で、従来の外来医療と比較して本質的に効率の悪い医療である。これを、ICT・IoTを活用したオンライン診療を組み合わせることで、効率の良い在宅医療の構築が展望できる。

また、在宅医療は、患者・家族の意向に沿った、多職種で患者・家族の生活を支える医療で、患者・家族情報にICT・IoTを活用した在宅医療は、患者-医療者、多職種間の情報共有を容易にして、質の高い在宅医療の展開を可能とする。

### ▶COVID-19とICT・IoT、在宅医療

2020年、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が世界的な流行となり、その対策として、人と人の分離(3密を避けること)が重要であると言われている。人と人の分離は、社会にICT・IoT化を促進し、在宅医療を一気に進める可能性がある。

当クリニックでは、COVID-19の流行に備え、2020年5月から、スタッフの3密を避けるために、クリニック内の会議(訪問診療のプレミーティング、ポストミーティング、医局会など)にZoom(遠隔テレビ会議システム)を導入した。これに伴い、ルーチンの訪問診療を担当しない(→重症患者、緊急患者担当)筆者は午前中の業務が終われば、午後は自宅で在宅勤務ができる環境となっている。また、Zoom会議の導入により、出張せずに自宅から全国規模の会議に参加したり、大学の講義が実践できたりして、生活スタイルがまったく変わってしまった(在宅勤務とテレワークの実践)。移動時間の省略で、仕事効率は格段に上がり、読書時間の確保も多くなっている。たぶん、COVID-19が終息しても、このライフスタイルは変わることはないだろう。おそらく、筆者が今経験しているライフスタイルの変更は、今後多くの人々に起こり、社会全体に大きな社会変革(コロナ革命?)をもたらすものと思われる。

今後、おそらく、ZoomなどのICT・IoTの有効活用により、訪問診療の半分は、オンライン診療に代わっていく(診療報酬との絡みはあるが)と想定され、在宅医療は推進されている。

### 表 ナカノ在宅医療クリニックの開業理念と目標

1. 訪問診療を主な業務とする。
2. 単なるクリニックではなく、本格的なケアマネジメント業務も起業する。
3. ツールとしてICT(電子カルテ・Eメール・インターネット、携帯電話等)をフル活用する。
4. 地域では、競争ではなく共生をめざす。各機関と良好な関係を結ぶことで、お互いの利益向上を図るとともに、医療全体の質を高め、地域医療の向上に貢献する。
5. 病診連携・診診連携のほか、訪問看護ステーション・ヘルパーステーション等との連携とその交通整理を推進し、これらの要となるべきシステムを構築する[単にペーパー(紹介状や報告書)のみの情報交換ではなく、実際に現場や施設へ行き交渉する]。
6. 医師会活動(各種勉強会、医師会訪問看護ステーション、医師会検査センターなど)と連携し、地域医療の向上を図る。
7. ケアカンファレンスの実施。
8. 在宅医療の知的集団を形成し、企画・教育・広報などの業務ができる専門家を養成する。
9. クリニック内外の勉強会を励行する。
10. 在宅医療の教育機関として機能する。

(1999年9月、2003年8月一部改正)