

Title	地域中核病院が果たしうる在宅医療の役割： 地域中核病院が行っている在宅医療のインタビュー調査からの考察
Sub Title	
Author	比嘉, 哲史(Higa, Tetsushi) 中村, 洋(Nakamura, Hiroshi)
Publisher	慶應義塾大学大学院経営管理研究科
Publication year	2016
Jtitle	
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	修士学位論文. 2016年度経営学 第3197号
Genre	Thesis or Dissertation
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40003001-00002016-3197">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=KO40003001-00002016-3197</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

慶應義塾大学大学院経営管理研究科修士課程

学位論文（ 2016 年度）

論文題名

地域中核病院が果たしうる在宅医療の役割  
—地域中核病院が行っている在宅医療のインタビュー  
調査からの考察—

主 査	中村 洋
副 査	林 洋一郎
副 査	後藤 励
副 査	田中 滋 ヘルスケア・マネジメント・イノベーション寄付講座

氏名	比嘉 哲史
----	-------

## 論文要旨

所属ゼミ	中村 洋 研究会	氏名	比嘉 哲史
(論文題名) 地域中核病院が果たしうる在宅医療の役割—地域中核病院が行っている在宅医療のインタビュー調査からの考察—			
(内容の要旨)			
<b>【背景】</b> 超高齢社会をむかえた日本では地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。その中で、病を抱えたままでも住み慣れた場所で暮らし続けるためにも在宅医療の充実が欠かせない。現在、各自治体を中心となって在宅医療介護連携推進事業に取り組んでいるが、全国にはまだ在宅医療資源、経験が乏しい自治体が数多く存在している。そんな中、在宅医療の提供体制において積極的な役割が想定されていないにも関わらず、直接在宅医療を行うことで地域の在宅医療に貢献している地域中核病院が存在するが、その取り組みに関する研究は非常に少ない。			
<b>【目的】</b> 今回、在宅医療を行っている地域中核病院のインタビュー調査を行い、その特徴、地域の在宅医療に及ぼす影響、地域中核病院にとっての意義、を明らかにする。それにより地域中核病院が行う在宅医療が、その地域の在宅医療推進の一つの方法になること、地域中核病院にとっては在宅医療を行うことが病院の戦略の一つになること、を提示する。			
<b>【方法】</b> 在宅医療を行っている四つの地域中核病院に直接伺いインタビュー調査を実施した。インタビューは半構造化面接法によって行い、地域中核病院が在宅医療を行うことによって「地域の在宅医療にとってどのような影響があるか」「その地域中核病院にとってどのような意義があるか」という視点から情報を集め、得られたインタビューデータを病院ごとに整理・分析を行った。			
<b>【結果・考察】</b> インタビューデータにより、地域の在宅医療に及ぼす影響が三つわかった。一つは地域中核病院が在宅医療を行うことで、地域中核病院が在宅医療への理解を深めることによる在宅医療患者のスムーズな入退院機能の向上、二つ目は在宅医療患者を適切にトリアージすることによる地域の医療機関の負担軽減、三つ目は地域の在宅医療への潜在需要が顕在化することによる地域の在宅医療症例の増加、である。これにより、地域の在宅医療提供体制の急変時の対応・退院支援が充実すること、地域の診療所が在宅医療へ参入し易くなり医療資源が増えること、地域の在宅医療機関の経験値が増えることによる在宅医療資源の質・量の向上、につながりうることが示唆された。 地域中核病院にとっては在宅医療を行うことで、地域とのコミュニケーションが向上すること、スムーズな入退院機能が病床コントロールの改善につながることを示唆された。 地域中核病院が在宅医療を行うことの問題点として、地域の病院依存傾向と地域医療機関の不安・不満が挙げられた。このような問題点を解消するために地域中核病院は、在宅医療の支援の立場を明確にすること、医師会に配慮すること、がん終末期患者のように地域の診療所にとってやりにくく地域中核病院にとってやりやすい所から在宅医療を始め少しずつ地域との成功体験を積み重ねて地域と信頼を築くこと、が重要であった。			
<b>【結語】</b> 地域中核病院が行う在宅医療は、その問題点にしっかり対応して取り組めば、地域の在宅医療推進に貢献でき、また地域中核病院にとっては病床コントロールの改善や地域とのコミュニケーションの向上につながるというメリットを享受することができる。			

## 目次

1 はじめに.....	1
1.1 問題意識.....	1
1.2 研究の目的・意義.....	1
1.3 研究方法と論文の構成.....	3
1.3.1 地域中核病院の定義.....	3
1.3.2 研究方法.....	4
1.3.3 本論文の構成.....	6
2 在宅医療の現状.....	6
2.1 在宅医療への期待.....	7
2.1.1 日本社会の高齢化.....	7
2.1.2 地域包括ケアシステム.....	10
2.1.3 地域医療構想.....	12
2.2 在宅医療について.....	14
2.2.1 在宅医療とは.....	14
2.2.2 在宅医療提供体制.....	16
2.3 在宅医療の課題.....	17
3 インタビュー研究の結果・分析.....	21
3.1 研究対象病院.....	22
3.2 沖縄県立中部病院.....	23
3.3 沖縄県立宮古病院.....	27
3.4 公益財団法人天理よろづ相談所病院.....	30
3.5 JA 長野厚生連佐久総合病院.....	33
4 考察.....	36
4.1 地域中核病院が行っている在宅医療.....	37
4.1.1 在宅医療の特徴.....	37
4.1.2 地域に与えている影響.....	41
4.1.3 地域中核病院にとっての意義.....	44
4.1.4 課題とそれに対する取り組み.....	47
4.2 結語.....	50

4.3 本研究の限界と今後の展望 .....	52
謝辞 .....	53
参考文献 .....	54

# 1. はじめに

## 1.1. 問題意識

日本では、団塊の世代すべてが 75 歳以上となり終わる 2025 年まで後期高齢者人口は急増する。後期高齢者人口の増加に伴って医療・介護ニーズの増加が予想され、これに対応するため 2025 年を目処に国の主導のもと各自治体を中心となって地域包括ケアシステムの構築が進められている。

地域包括ケアシステムとは、地域の住民が心身の状態が悪化した場合でも住み慣れた地域において生活を継続できるような仕組み、と定義<sup>1</sup>されているが、その中でも特に、病を抱えても住み慣れた場所で生活するために在宅医療が不可欠であり、その充実のために市町村が中心となって在宅医療介護連携推進事業が進められている。その在宅医療において、在宅医療提供体制のなかで積極的な役割を担う医療機関として在宅療養支援診療所・病院がある。厚生労働省医政局が調べた 2014 年時点での各自治体の在宅医療資源調査<sup>i</sup>によると、在宅療養支援診療所がない自治体は、全国自治体の 28%(487/1741)、在宅療養支援病院がない自治体は 74%(1293/1741)と、在宅医療を積極的に行う医療機関を有しない自治体がまだ多く存在する。今後ますます増加していく後期高齢者の医療需要、死亡者数の増加を考えると日本全体として在宅医療提供体制はまだ十分ではない。どうすれば在宅医療提供体制はより整備が進むのであろうか。

## 1.2. 研究目的・意義

現在、在宅医療整備のために市町村が中心となって在宅医療介護連携推進事業に取り組んでいる。その中で地域中核病院が直接行う在宅医療は想定されていない。そんな中、在宅医療を直接行うことで地域の在宅医療推進に貢献しようとしている地域中核病院が存在する。一般的に在宅医療において積極的な役割を担う医療機関は在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院である<sup>ii</sup>。在宅療養支援病院は 200 床以下の病院という要件を満たす必要があり、200 床以上ある地域中核病院が行う在宅医療に関して国は言及しておらず、そのような病院

の在宅医療への関わり方はまだ不明確である。また、地域の医療機関からすると、ヒト・モノ・カネが揃っている地域中核病院が在宅医療を行うことが地域の在宅医療のバランスを崩すのではないかと脅威に感じている。病院完結の医療から地域完結の医療への移行が叫ばれる現在においては地域中核病院が何でもやってしまうのは時代の流れと逆行している感もあり、積極的に在宅医療を行っている地域中核病院の報告は少なく、その現状は明らかではない。表1で説明すると、現在の在宅医療介護連携推進事業は①から②への取り組みで③、④の状態を想定していないのだが、地域中核病院が在宅医療を行うことで在宅医療の充実が図られている地域では、①から③、そして④への移行をめざしているのである。

表1

	地域中核病院が行っている在宅医療 無	地域中核病院が行っている在宅医療 有
地域の在宅医療体制 不十分	①	③
地域の在宅医療体制 充実	②	④

本研究の目的は、地域中核病院が直接行っている在宅医療に関して、「地域の在宅医療提供体制においてどのような役割を担っているか」、「地域中核病院にとってどのような意義があるか」を明らかにし、「地域中核病院が行っている在宅医療が地域にとって脅威ではなく、協働しうること」、「地域中核病院が行っている在宅医療が、地域の在宅医療推進の一つの方法になること」、「在宅医療を行うことが地域中核病院の病院戦略の一つとなること」を提示することである。

### 1.3. 研究方法と論文の構成

本研究は、在宅医療を直接行っている地域中核病院を対象とした研究であるが「地域中核病院」の明確な定義は存在しないため、最初に本研究で使用する「地域中核病院」の定義を行い、次に本研究の研究方法与本論文の構成について説明する。

#### 1.3.1 地域中核病院の定義

##### 本研究での地域中核病院の定義

地域中核病院とは、二次医療圏の救急医療・高度医療を担う病院で、臨床研修指定病院<sup>1</sup>(下記参照)、地域医療支援病院(下記参照)<sup>1</sup>、の要件を満たす病院であり、まさに地域医療の中核となる病院、と定義する。

##### 臨床研修病院の指定基準<sup>iii</sup>

1. 一般病床約 300 床以上、又は年間の入院患者実数が 3000 名以上であり、かつ、病床数及び患者実数が診療各科に適当に配分されていること。
2. 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、及び放射線科の各診療科がそれぞれ独立して設置されていること。
3. 常勤医師が医療法上の定員を満たしていること。
4. 2 の各診療科についてそれぞれ適当数の常勤医師が配置されていること。
5. 2 の各診療科に十分な指導力を有する指導医が配置されていること。
6. 年間の冒険例が 20 体以上であり剖検率が 30%いじょうであること、又はその他剖検に関する数値が相当数以上あること。
7. 救急医療の研修が実施できること。
8. 臨床検査室、放射線照射室、手術室、分娩室等の機能を示す数値が相当数以上であること。
9. 研究、研修に必要な施設、図書、雑誌の整備及び病歴管理等が十分に行われていること、かつ、研究、研修活動が活発に行われていること。



## 地域医療支援病院<sup>iv</sup>

### 役割

- 紹介患者に対する医療の提供
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

### 承認要件

- 開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人
- 紹介患者中心の医療を提供していること
  - ①紹介率 80%を上回っていること（紹介率が 60%以上であって、承認後 2年間で当該紹介率が 80%を達することが見込まれる場合を含む。）
  - ②紹介率が 60%を超え、かつ、逆紹介率が 30%を超えること。
  - ③紹介率が 40%を超え、かつ、逆紹介率が 60%を超えること。
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として 200 床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

### 1.3.2 研究方法

はじめに在宅医療を行っている地域中核病院に関する先行研究を CINII、医中誌、google scholar、にて検索（「地域中核病院」「急性期病院」「在宅」「在宅医療」「訪問診療」の組み合わせ）したところ、この 10 年以内に在宅医療を行っている地域中核病院に関する報告、研究が 4 件あった<sup>iii</sup>。この先行研究は基本的に自病院の在宅医療で扱った症例報告が中心であり、地域中核病院が行っている在宅医療の特徴、地域の在宅医療における影響、地域中核病院にとっての意義、に関して報告しているものはなかった。

そこで、本研究では在宅医療を行っている地域中核病院を対象としたインタビュー調査を中心とした事例研究を行った。インタビューは、地域中核病院が行っている在宅医療の特徴、地域の在宅医療に及ぼす影響、地域中核病院にと

っての意義、という視点を取り入れて行った。対象病院はこの10年で在宅医療について報告を行っている地域中核病院4病院のうち、アポイントメントがとれた3病院（沖縄県立中部病院、天理よろづ相談所病院、佐久総合病院）と沖縄県立中部病院から紹介があった沖縄県立宮古病院の4病院とした。インタビュー対象者はそれらの病院で在宅医療を行っている病院医療者計10人とした。

インタビュー方法として、半構造化面接法を採用した。基本的な質問をいくつか用意するものの、その後の受け答えに関しては原則会話の流れに任せて自由に回答してもらった。これは地域中核病院の在宅医療の現場で感じていることを可能な限り広範に聞き出すことを重視したためである。

調査対象期間は2016年8月から10月で、それぞれの病院を直接訪問し、インタビューを行った。基本的にインタビューは比嘉(研究発表者)一人で対象一人または二人に対して、個室で直接行った。時間は1時間をめどに行った。

以上のインタビューによって得られたデータをもとに、各病院の在宅医療に関して整理・分析を行った。その結果をもとに、地域中核病院が行っている在宅医療の現状、特徴、地域の在宅医療への影響、地域中核病院にとっての意義、その在宅医療の課題、について考察を行う。

対象	4病院 全10名の在宅医療従事者(医師九人 看護師一人) 沖縄県立中部病院(沖縄)                      沖縄県立宮古病院(沖縄) 天理よろづ相談所病院(奈良)              佐久総合病院(長野)
方法	半構造化面接法 ＊□幾つかの質問を決めて行うが、会話の流れに任せて自由に回答してもらった。 ＊□幾つかの質問：地域中核病院が行う在宅医療の特徴は何か。地域中核病院の在宅医療の地域への影響はどのようなものがあるか、在宅医療を行うことで地域中核病院にとってのメリットでデメリットはどのようなものがあるか。
期間	2016年8月～10月の間

### 1.3.3 本論文の構成

本論文の構成は次の通りである。第2章では、日本のヘルスケアにおける在宅医療への期待の高まりを、日本のヘルスケア政策の両輪である地域包括ケアシステムと、地域医療構想の観点から述べる。そして、その在宅医療の現状と課題を確認する。第3章では、在宅医療を行っている地域中核病院を対象としたインタビュー調査の結果に基づき、それぞれの地域中核病院が行っている在宅医療に関して整理・分析を行う。第4章では、第3章の結果を受け、地域中核病院が行っている在宅医療の特徴、「地域中核病院が行っている在宅医療が、地域の在宅医療提供体制にどのような影響を与えているか」、「地域中核病院が行っている在宅医療は、その病院にとってどのような意義があるか」、地域中核病院の行っている在宅医療の課題、に関して考察を行い、地域中核病院が在宅医療に果たしうる役割について検討する。

## 2. 在宅医療の現状

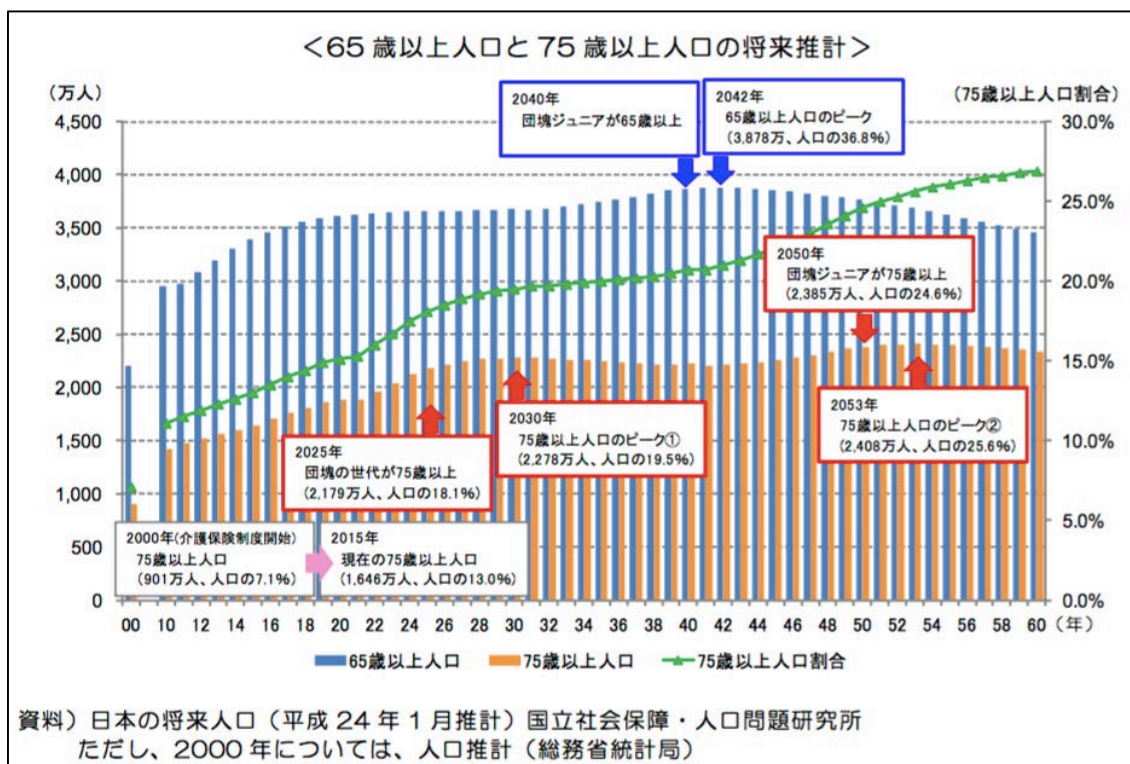
### 2.1 在宅医療への期待

#### 2.1.1 日本社会の高齢化

現在日本は世界でもっとも高齢化が進んだ国となっている。1950年時点で5%に満たなかった高齢化率(65歳以上人口割合)は、1985年には10.3%、2005年には20.2%と急速に上昇し、2015年は26.7%と過去最高となっている。将来においても、2060年まで一貫して高齢化率は上昇していくことが見込まれており、2060年時点では約2.5人に1人が65歳以上の高齢者となる見込みである。

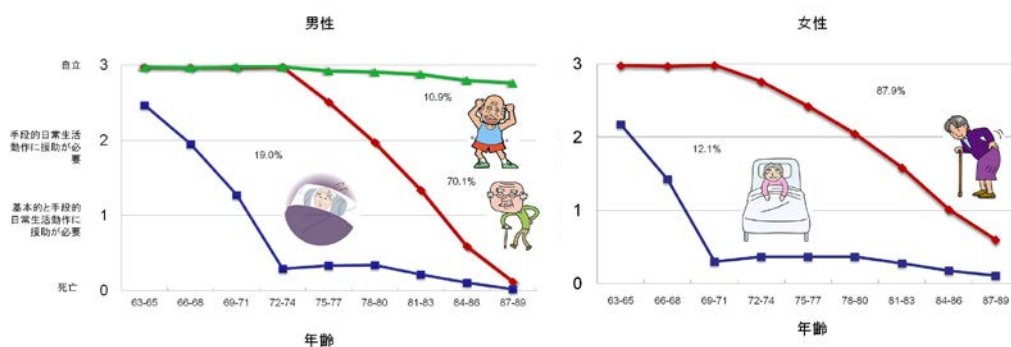
その中でも特に75歳以上の後期高齢者に注目すると、2015年時点で後期高齢者は1646万人と総人口の13%であるが、2030年には総人口の19.5%の2278万人、2050年には24.6%の2385万人と、それぞれ人口の5分の1、4分の1を占める社会に変化していくと予想される iv(図1)。

図1



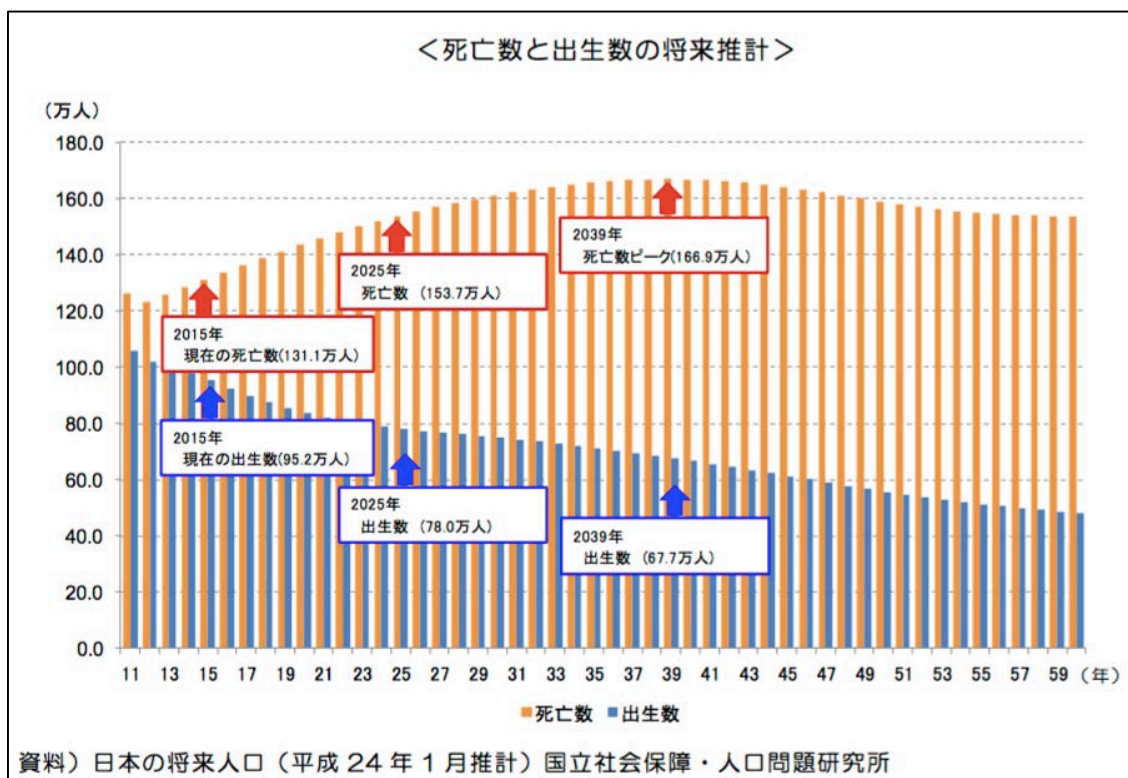
では、高齢者、特に後期高齢者の増加は何を意味するのか。ここで秋山<sup>1)</sup>による追跡調査(図 2)をみると、男女ともに 70 代を超えると日常生活における介助が必要となりそれは年齢とともに進行していくことがわかる。つまり、75 歳以上の後期高齢者は集団としてみると虚弱化しつつ死に向かっていくのである。今後の後期高齢者の増加とは、この虚弱高齢者の増加を意味しているのである。

図 2



自立度の変化パターン 全国高齢者20年の追跡調査 (出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店、2010

図 3

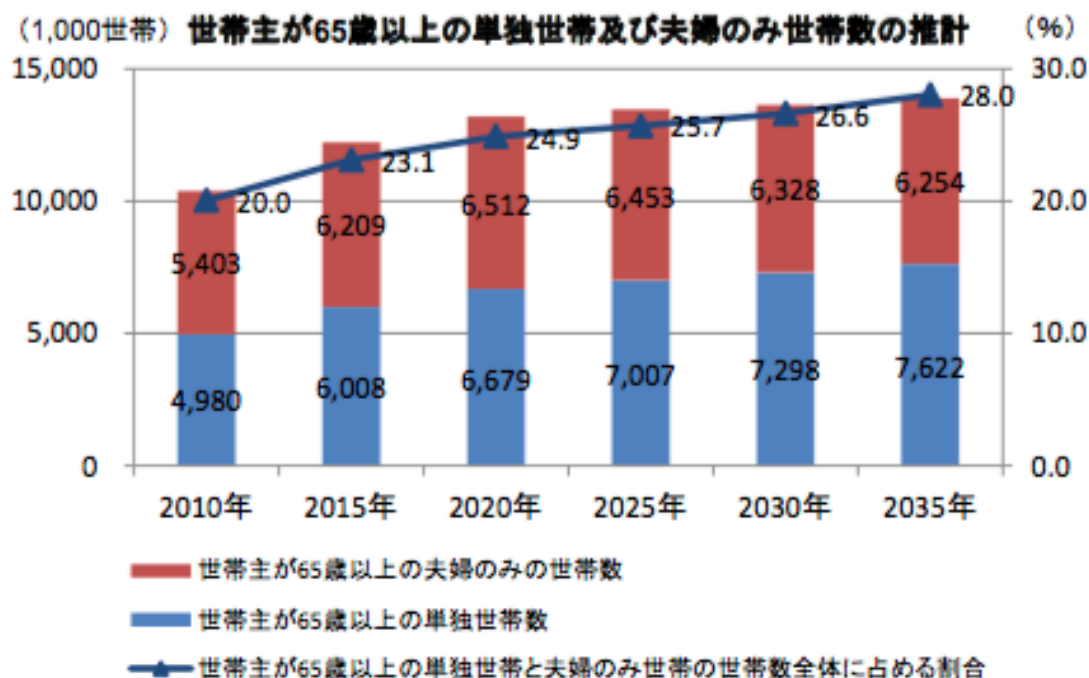


資料) 日本の将来人口 (平成 24 年 1 月推計) 国立社会保障・人口問題研究所

また、この虚弱高齢者は75歳から85歳以上に移行する過程で疾病リスクが高まり、死亡者も増加し続ける。2015年の死亡者数が131万人に対して、2039年には167万人と死亡者数のピークを迎える(図3)。

日本のもう一つの問題は高齢者世帯の増加である(図4vi)。世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯は2010年には10383世帯、世帯数全体に占める割合は20%であったのが、2030年には13626世帯、26.6%と増加し続けることが推計されている。高齢者単独・夫婦のみ世帯の増加は、医療・介護ニーズが発生した時に世帯の中でそれに対応する自助の力が弱い世帯が増加するということの意味している。

図4



以上のように、日本では虚弱な後期高齢者、死亡数、高齢者世帯が増加していく。このような日本の背景をふまえ、今後も住民が住み慣れた街で暮らし続けるため、自助、互助、共助、公助を包括的に提供する仕組みの必要性が叫ばれるようになり、現在日本では地域包括ケアシステムの構築が進められている。また医療提供体制に関して言及すると、高齢化に伴う医療需要の増大に対して、日本は人口減少社会に突入しているなか限られた医療資源で効率的効果的に持続可能な形で医療を提供するために、地域医療構想が進められている。そこで

次の項では、超高齢社会の中で日本のヘルスケア政策の両輪であるこの地域包括ケアシステム、地域医療構想について述べ、その中での在宅医療への期待について述べる。

### 2.1.2 地域包括ケアシステム

日本は戦後、栄養状態の改善、公衆衛生の整備、医学の進歩、そして社会保障制度の充実により、健康で長生きできるようになった。特に 20 世紀は医療の進歩により「治す」ことが中心であり、医療者も患者も医療に対して大きな期待と価値を抱いていたため、病を患った時にその治療方針は医療に精通している医師が決定を行い、患者も全面的に医師に委ねていた。しかし、高齢化の進行に伴い「治す」そのあとに「支える」ことが必要な虚弱高齢者が増えた。「治す」ための手段は医療であるから、いざ治療を行う際には病に対して比較的均質なものが選択、提供された。「支える」こと、これには「治す」こと以上に、それを受ける側の価値観が大きく影響し、その多様な価値観に応える必要がある。21 世紀は「治す」だけでなく、「支える」ことへの需要の高まりから、「治し支える」ことが必要となり、この多様な価値観に対して地域で「治し支える」ために、日本では地域包括ケアシステムの構築が進められている。

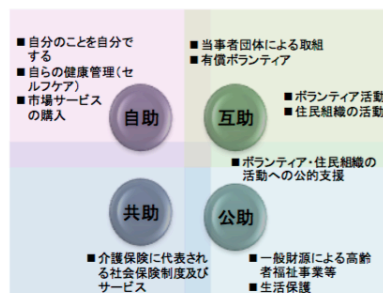
地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、福祉サービスも含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」<sup>1</sup>（平成 24 年度 地域包括ケア研究会 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点）と定義される。その構成要素として、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・福祉」「介護予防・生活支援」「住まい・住まい方」の 5 つがあげられる。この要素を基に、「在宅生活」に対する意識をもった個人が生活する「住まい」が提供され、その住まいにおいて必要な「生活支援・介護予防」が地域で受けられることに加え、専門職による「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・福祉」が有機的に連携し、一体的に提供されることにより、その地域では地域包括ケアシステムが生活を支えている状態となる(図 4<sup>vii</sup>)

図 4



図 5

＜地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」＞



資料）地域包括ケア研究会

この 5 つの構成要素を実際に支える方法は多様である。地域包括ケア研究会ではこの 5 つの構成要素の具体的な支え方として「自助」「互助」「共助」「公助」という概念(図 5)を使用しており、これは多様な支援の提供を「誰の費用負担で行うのか」という視点から整理されている。

「公助」は公の負担、すなわち税による負担、「共助」は介護保険や医療保険にみられるように、リスクを共有する仲間（被保険者）の負担、「自助」は文字どおり「自らの負担」と整理することができる。「自助」の中には、「自分のことを自分でする」という以外に、自費で一般的な市場サービスを購入するという方法も含まれる。「互助」は、費用負担が裏付けられていない自発的なものであり地域の住民やボランティアという形で支援の提供者の物心両面の支援によって支えられていることが多い。寄付金などの形で不特定多数の支援を受けている場合もある。

このような「自助」「互助」「共助」「公助」の役割は、地域や時代とともに、その範囲や役割を変化させていく。それぞれの地域や時代における「自助」「互助」のもつ意味の変化に合わせ、「共助」や「公助」の範囲やあり方についても、再検討していくことが重要である。「共助」「公助」を求める声は小さくないが、少子高齢化や財政状況を考慮すれば、大幅な拡充を期待することは難しく、今後は「自助」「互助」の果たす役割が大きくなっていくことを意識して、それぞれの主体が取り組みを進めていくことが必要である。



### 2.1.3 地域医療構想

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。後期高齢者の多い社会では、慢性疾患による受領が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながら **Quality of Life(QOL)**の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、じつのところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるをえず、前項のように地域包括ケアシステムの構築が進められている。医療についていえば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床あたりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいる。こうした我国の医療が抱える問題を解決するには、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのままで当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによって初めて、努力しただけ皆が報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。こうした考えに基づいて、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制機関のネットワークを構築することにより、利用者・患者の **QOL** の向上を目指すという、改革の基本方向が示された。それは、「医療の機能分化」と「医療から介護までの提供体制間のネットワークの構築」を、診療報酬や介護報酬による政策誘導に加えて、地域医療構想と地域包括ケアシステムの具体化を同時に図ることで実現しようというものである<sup>viii</sup>。

具体的には、2025年に向け病床の機能分化（高度急性期・急性期・回復期・

慢性期)・連携を進めるため、医療機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計し、定めるものである。地域医療構想の実現に向けては、都道府県は構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を開催し、病床機能報告制度の報告結果などをもとに、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているかなどを検討した上で、地域医療介護総合確保基金などを活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進することとしている。もしも、協議の場での協議が整わず、自主的な取り組みだけでは機能分化・調整が進まない場合、都道府県知事は、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関には指示）することができるかとされている。

地域医療構想は、2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を促進するための関係法律の整備等に関する法律（以下、「医療介護総合確保推進法」と略す）により、都道府県が医療計画の一部として策定するものである。医療介護総合確保推進法は医療法をはじめとする医療・介護関係の19本の法律を一括して改正した法律であるが、その概要の中の「2.地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)」に地域医療構想が位置付けられている。そこでは、「①医療機関が都道府県知事に病床機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想を医療計画において策定」と記載されている。

以上のように、高齢化の進む日本において「地域包括ケアシステム」と「地域医療構想」はこれから日本のヘルスケア政策の両輪として動いていく。「地域包括ケアシステム」の文脈からは住民が病を抱えたままでも住み慣れた場所で暮らし続けるために、「地域医療構想」の文脈からは川上に位置する病床の機能分化という政策の展開を退院患者の受け入れ体制の整備という川下の政策と同時に行うために、在宅医療の推進が不可欠となっている。

では、次にその在宅医療について述べる。

## 2.2 在宅医療について

### 2.2.1 在宅医療とは<sup>ix</sup>

「現在の在宅医療」は、医師の定期的な訪問と 24 時間対応によって構成される。従来、在宅医療の主なプレイヤーは医師と看護師であったが、とりわけ、介護保険制度の創設以来、他職種との有機的な連携のもとに在宅医療が実施されるようになった。今後、地域包括ケアの中で、在宅医は他職種との連携をより一層深めながら活動することが求められている

「現代の在宅医療」においては、在宅医は患者に期日を予告し、定期的に往診を行う。この診療形態は多くの医療機関で「定期往診」（現在の保険診療用語は「訪問診療」）と呼ばれてきた。この「定期往診」と「24 時間対応」が、「現代の在宅医療」における医師の行為の基本的構成要素である。この「現代の在宅医療」は、以前より行われていた、急病に対する「臨時往診」（現在の保険診療用語は「往診」）による医療とは異なるものである。

診断・治療技術が単純な時代においては、検査機器も限られ、「自宅での医療水準」は「外来診療の水準」と大きな遜色はなかった。そして、患者が急性の疾病を得ると、医師を自宅に呼ぶ「往診」が広く行われていた。しかし、1970 年代以降、画像診断などの技術の進歩により、迅速な検査を駆使して診断し、治療を行う「救急外来」が高水準の医療を提供するようになった。反面、検査手段の限定された自宅での医療は診断力において劣るようになり、急性疾患に対する「臨時往診」を行う医師は急速に減少していった。

1970 年代から 1980 年代にかけ、救急医療を含めて診断・治療技術が発達し、病院医療は隆盛したが、同時にその影の部分も指摘されるようになった。行き過ぎた治療偏重主義や、病院医療が十分に有効でない患者に対する処遇の問題とも言える。病院での治療が有効でなくなっただけでなく、なお重い障害を持つ患者、治療不能な癌患者が、自宅で過ごすことを希望しながら、病院に滞在することを余儀なくされていた。このような人々を退院させ、自宅での継続的な医療を提供しようとする意識の高い臨床家が各地に現れた。一方、並行して、かかりつけ医による在宅医療は診療所をベースに行われてきた。

現在、在宅医療は主に診療所で行われている。かかりつけ医が主治医として

の責任から在宅医療を手がけることが多いことや、現行診療報酬も診療所の方が有利だからである。しかし、歴史的には「現代の在宅医療」は病院で発症した側面が大きい。その理由は、病院医療が十分に有効でない患者に対して自宅という快適な環境での療養生活を保証することと、「複数医師を必要する」という医療技術的要請であったと考えられる。

1970年代から1980年代に「現代の在宅医療」が発祥し、各地で先人が実践を蓄積したが、今、在宅医療が再び注目されている。それは、「さまざまな障害によって通院困難となった人々への継続診療」である。その背景の一つに、人口構成の顕著な高齢化がある。また、さまざまな意識調査などで、最後の療養場所として自宅を希望する人が多いことが知られており、この現象は、高齢者ばかりでなく、予後不良の疾患を持つ人にもみられる。これらの要素が現代の在宅医療のニーズを形成している。また、このような患者に提供される「現代の在宅医療」は、旧来の「臨時往診を中心とした医療」とは異なり、すでに病院で病状が一定程度究明されていることが多く、在宅で継続診療するにあたり医療水準維持が比較的容易という特性もある。

在宅医療対象者は外来通院者より虚弱で、24時間にわたる病態変化がありうる。さらに、自宅での最後を望む患者も少なくない。したがって「現代の在宅医療」には、24時間対応が要請される。これは単に身体的な緊急事態への対応のみではない。患者や家族の不安に対して24時間にわたる対応を行い、不安を除去して自宅療養継続を支援することを意味する。

もう一つの重要な「現代の在宅医療」の特性は、広範な多職種との連携である。在宅医療の主なプレイヤーは医師と看護師であったが、2000年から介護保険制度が施行され、医師・看護師以外の医療職の訪問活動、医療職以外の居宅サービス事業所の活動が飛躍的に増えたのである。これによって、在宅医療は医師と看護師を主体とするサービスのみならず、歯科医師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、栄養士などの訪問活動含めた多彩な活動となった。また、在宅医はケアマネジャーや介護職との連携を行うとともに、サービス担当会議などの会議にも出席し、多彩な在宅医療・在宅ケアの社会資源を活用しながら活躍するようになった。さらに、地域包括ケアの概念が提出され、2017年からは在宅医療・介護連携推進事業が全市町村で行われる。在宅医療は地域包括ケアの重要な要素として位置付けられるとともに、在宅医はより一層の他職種との連携を基盤に活動するようになるであろう。

## 2.2.2 在宅医療提供体制<sup>\*</sup>

在宅医療に求められる医療機能は、①退院支援、②日常に療養支援、③急変時の対応、④看取り、の四つである。

### ①退院支援

入院医療機関と、在宅医療にかかる機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保することを目標として入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっている。

具体的には、病院における組織的な取り組み(退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等)や多職種による退院前カンファレンス等が行われており、自宅への退院者の増加や平均在院日数の減少、患者や家族の QOL 向上等の効果が報告されている。

### ②日常の療養生活の支援

患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケアを含む)が、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されるために、日常の療養生活の支援が提供される。そのためには多職種協働(訪問診療・往診、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問介護等)により在宅療養者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供、緩和ケアの提供、家族への支援が必要である。

### ③急変時の対応

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する不安や家族への負担への懸念があげられる。急変時の対応に関する患者の不安の軽減や家族の負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。そのため、訪問診療や訪問看護については 24 時間対応が可能な連携体制の構築、在宅療養支援病院や有床診療所については在宅療養患者の病状の急変時における円滑な受け入れが求められている。

### ④看取り

60%以上の国民が、終末期においても可能な限り自宅での療養を望んでおり、患者や家族の QOL の維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家

族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められている。また、高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎えるものが増えていることから、在宅医療に係る機関が介護施設等による看取りを必要に応じて支援することが求められる。

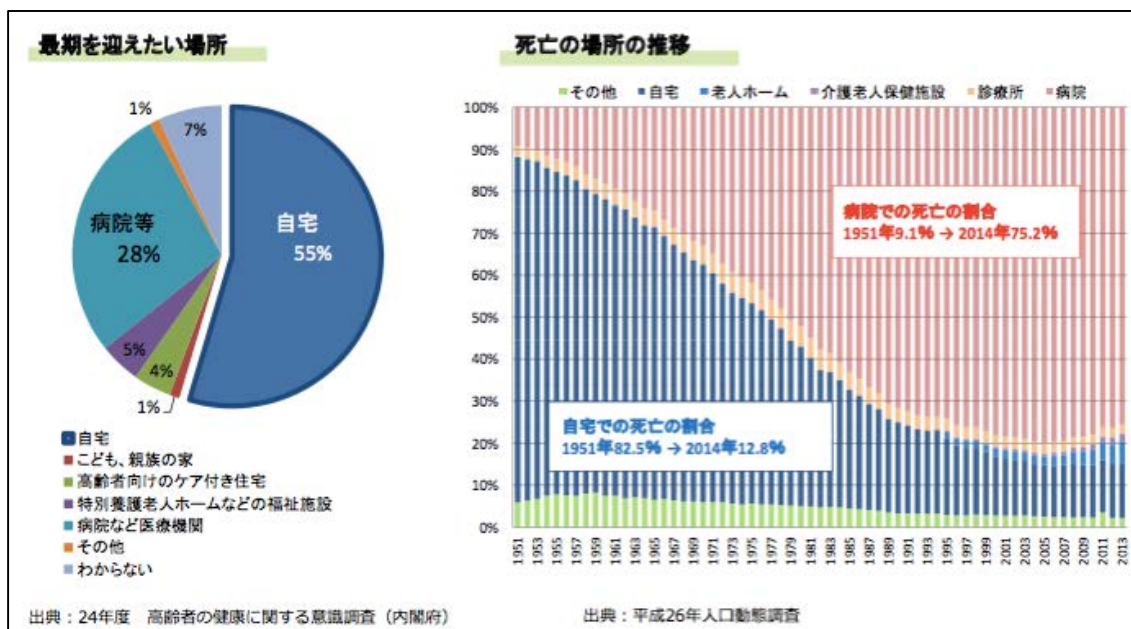
以上の在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するために、市町村が中心となって現状を把握・分析し、地域の実情に応じて、在宅医療介護連携推進事業が進められている。

## 2.3 在宅医療の課題 <sup>xi</sup>

在宅医療の現状を見ていく。

平成 24 年度高齢者の健康に関する意識調査(内閣府)によると、多くの国民は、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。しかし、平成 26 年人口動態調査によると、現状の場所別死亡者の多くは病院で最期を迎えている(図 6)。

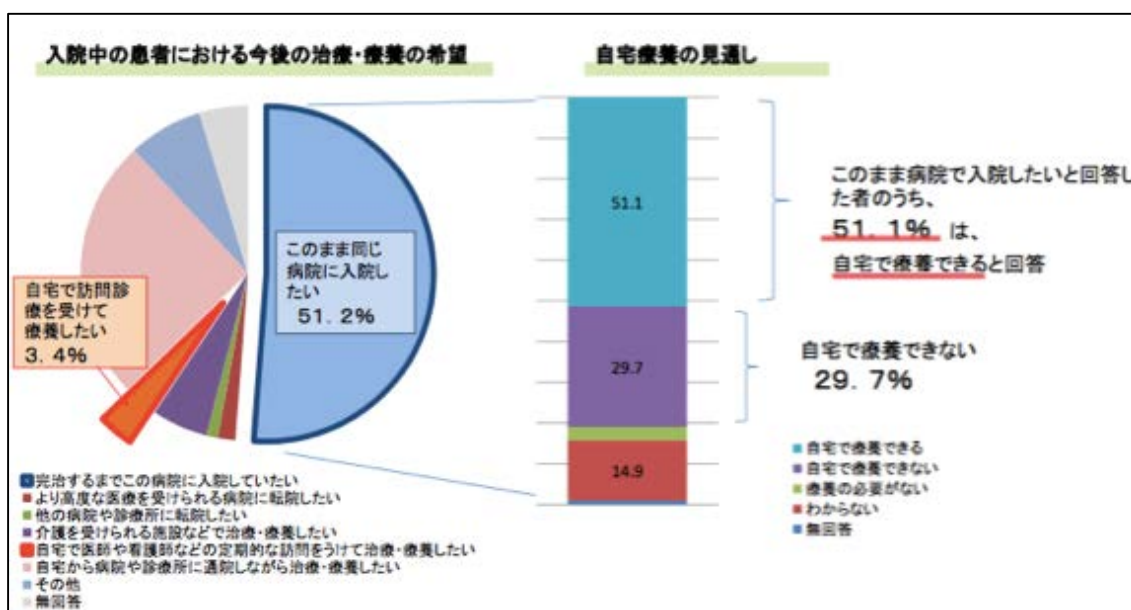
図 6



また、平成 26 年度受療行動調査(厚生労働省)によると、入院中の患者の 51.2%

が、今後の治療・療養の希望について「完治するまでこの病院に入院したい」と回答しているが、この「完治するまでこの病院に入院したい」と回答した 51.2%のうち、大半は退院の許可が出た場合に「自宅で療養できる」と回答している（図 7）。

図 7

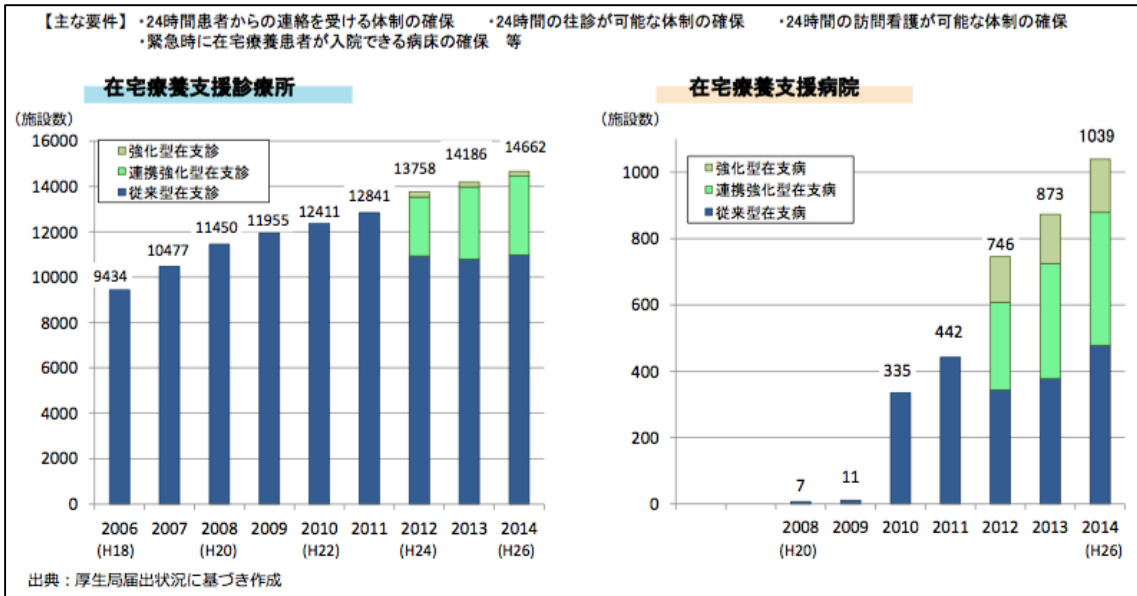


平成 26 年度受療行動調査

これらの結果から、住民の「最期は自宅で迎えたい」というニーズが満たされていないこと、入院中の患者の大半が退院の許可が出た場合に「自宅療養できる」という病院での治療に固執しているわけではない患者が多く存在していること、がわかった。この2点に関して、在宅医療の提供体制が整備されれば「最期は自宅で迎えたい」というニーズが満たされ、「自宅療養できる」人々が早期に退院して住み慣れた地域に戻ることができるわけである。

では、在宅医療提供体制の現状はどうであろうか。厚生労働省の届出状況に基づいたデータによると、24 時間対応体制の在宅医療を提供する医療機関である、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の数は日本全体では年々増加傾向で、2008 年に 11450 の診療所と 7 の病院であったのが、2014 年には 14662 の診療所と 1039 の病院が存在している(図 8)。

図 8



在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院を自治体ごとに見たものが図9である。これによると、在宅療養支援診療所がない自治体が全自治体の28%(487の自治体)、在宅療養支援病院がない自治体が全自治体の74.3%(1293の自治体)存在している。

図 9

		計	市	町	村	23区
全自治体		1,741 (100.0%)	789 (100.0%)	745 (100.0%)	184 (100.0%)	23 (100.0%)
在宅療養支援診療所	強化型がない自治体	1,123 (64.5%)	325 (41.2%)	631 (84.7%)	167 (90.8%)	0 (0.0%)
	従来型がない自治体	560 (32.2%)	65 (8.2%)	353 (47.4%)	142 (77.2%)	0 (0.0%)
	両方ない自治体	487 (28.0%)	40 (5.1%)	316 (42.4%)	131 (71.2%)	0 (0.0%)
在宅療養支援病院	強化型がない自治体	1,438 (82.6%)	553 (70.1%)	698 (93.7%)	183 (99.5%)	4 (17.4%)
	従来型がない自治体	1,505 (86.4%)	594 (75.3%)	712 (95.6%)	182 (98.9%)	17 (73.9%)
	両方ない自治体	1,293 (74.3%)	442 (56.0%)	666 (89.4%)	181 (98.4%)	4 (17.4%)
訪問看護ステーションがない自治体		517 (29.7%)	14 (1.8%)	344 (46.2%)	159 (86.4%)	0 (0.0%)

(出典) 在支診、在支病：厚生労働省医政局調べ (平成26年3月31日時点)  
訪問看護ステーション：介護サービス施設事業所調査 (厚生労働省) (平成26年10月1日時点)



現在、そして今後増加が見込まれる在宅医療のニーズに対して各自治体を中心として在宅医療介護連携推進事業が進められており、在宅医療の提供体制の一部である在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院は順調にその数が増えている。しかし、自治体ごとにその整備の進行状況に大きな差が存在しており、いまだ在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院がない自治体が存在しているのである。

日本医師会が行った診療所の開設者、管理者を対象に行ったアンケート<sup>xii</sup>によると在宅医療を行う上で特に大変であると感じているのは、多い順に「緊急時の対応」(75.4%)、「自身の体力」(52.9%)、「在宅での看取り」(40.4%)、「緊急時に入院できる病床の確保」(35.7%)であった。このような結果になったのは、日本の診療所は一般的に一人で開業していることが多いことが大きな要因の一つである。

この現状に対して全国では、千葉県柏市が行っている行政と医師会の協働による主治医・副主治医制を敷いて主治医の負担を軽減する取り組みや人材教育としての在宅医療総合研修プログラム、広島県西区のようにすべての急患を受け入れそこを起点として患者をトリアージし必要があれば他院に紹介するシステムにより緊急時の病床確保対策への取り組み、などがあるが、地域ごとに住民ニーズ、在宅医療資源の質・量、が違うため、その課題もさまざまであり、地域の実情に応じた対応が求められている。

### 3. インタビュー調査の結果・分析

本章ではインタビュー調査に基づき、地域中核病院が行っている在宅医療に関して、「地域の在宅医療においてどのような影響を及ぼしているか」、「地域中核病院にとってどのような意義があるか」という視点でインタビューデータを整理した結果を病院ごとにまとめる。

具体的には半構造化面接法によって得られたインタビューデータを、その内容から 9 つのカテゴリーに分類して整理を行った。九つのカテゴリーとは、①背景・特徴、②地域、③病院医療者、④病院在宅医、⑤訪問看護、⑥患者、⑦病院、⑧課題、⑨課題への取り組み、である。①背景・特徴、は地域中核病院・在宅医療部門の概要・基本情報、②地域、は地域の医療機関、在宅医療体制という視点、③病院医療者、は地域中核病院で働く医療者にとってという視点、④病院在宅医、は地域中核病院の在宅医療部門で働く在宅医の視点、⑤訪問看護、は地域中核病院が訪問看護を持つこと・持たないことという視点、⑥患者、は患者の視点、⑦病院、は病院経営という視点、⑧課題、は地域中核病院が行っている在宅医療の課題、⑨課題への取り組み、は⑧の課題に対しての地域中核病院の取り組み、についてインタビューデータをもとに整理していく。

### 3.1 研究対象病院

対象病院として、沖縄県立中部病院、沖縄県立宮古病院、天理よろづ相談所病院、佐久総合病院を選定した。それぞれの病院の概要を先に図10にまとめる。

各病院の現地でインタビュー調査を行い得られたインタビューデータを整理・分析を行い、病院ごとまとめていく。

図 10

	沖縄県立 中部病院	沖縄県立 宮古病院	天理よろづ 相談所病院	佐久総合病院
病院設立者	沖縄県	沖縄県	公益財団法人 天理よろづ相談所	JA 長野厚生連
在宅医療部門 開設年	2013年	2015年	1991年	1994年
病床数	550床	276床	895床	351床
病院在宅医 医師数 (うち専従医)	医師8人 (3人)	医師4人 (1人)	医師2人 (2人)	医師10人 (4人)
病院 訪問看護師	なし	なし	あり	あり
研修医数 (2015年採用 初期研修医)	26人	2人	16人	16人

## 3.2 沖縄県立中部病院

### ①背景・特徴

沖縄県立中部病院は 550 床の救命救急センターを持つ地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院で、沖縄中部医療圏における地域中核病院である。臨床研修制度以前より臨床研修病院として全国から研修医を募っていることで有名である。DPCⅢ群、在院日数 12.4 日、病床利用率 97%の急性期病院である。

沖縄県立中部病院の在宅医療部門は正式には 2013 年から開始された。その初めは、2012 年にある病院医師が、地域開業医で受け入れ困難な終末期患者に対して主治医となり訪問診療を開始したことがきっかけであった。それから、その医師に賛同した複数の各科医師とともに地域ケア科として在宅医療を行うようになったのが 2013 年からである。現在医師は 8 名おり、総合内科、感染症内科、呼吸器内科、緩和ケア科による兼任医師と、地域ケア科専従の医師 3 名で構成されている。年間看取り数 50 名前後で、その在宅日数は平均 16.6 日、中央値 11 日である。

沖縄県立中部病院が行っている在宅医療の特徴は、在宅医療を受ける患者の選定基準にある。どのような対象選定かという、原則として在宅医療部門によるフォロー期間が 1 ヶ月以内と見込まれる患者、としている。その主な疾患はがん終末期患者である。このようになった経緯として、地域の医師会との関係がある。一般的に医師会は地域の診療所が診療を継続して行いやすいことを望むため、大きな病院が在宅医療を開始することに対して、診療所の患者が奪われてしまうのではないかという、不安・不満が存在する。それに対して、沖縄県立中部病院は在宅医療開始当初に地域の医師会長に対して、院長・事務長・在宅医療責任者の 3 人で直接説明に出向き、病院で診ていた患者を家に帰すことを目的に、がん終末期患者、頻回な入退院が必要な患者、他の医療期間が引き受けられない患者、に関して在宅医療を提供していくことを説明し、決して地域のバランスを崩そうとしているわけではないこと理解してもらう努力を行っている。

### ②地域

・前述のように沖縄県立中部病院が対象とした患者は、地域にとってはラポール形成するための期間が短い、医療介入が頻回に必要となる、病院専門医との

調整が必要なことがある、専門的知識を必要とする場合がある、ということあり、一言でいうと手間のかかる患者群であった。そのため、地域診療所にとってはそのような患者群を沖縄県立中部病院が診ることで、在宅医療を行う診療所の負担が軽減している、と感じている診療所もある。

- ・地域の訪問看護は、基本的に一人診療で日中は外来で忙しく働いている診療所医師よりも、複数人で在宅医療を行っている病院在宅医の方が連絡を取りやすく、その対応も早いと感じている。

### ③病院医療者

- ・研修医が在宅医療に触れる機会が多くなり、病院医療と対比させながら在宅医療を学ぶ機会が増えた。特に、看取りの部分では病院とは違った最期について、療養部分では病院という医療環境の中ではなく日常生活の中での患者について、多くの学ぶことができたということである。

- ・病院医療従事者、特に医師・看護師が、退院の選択肢の一つとして在宅医療を考えるようになってきている。在宅医療が始まった当初は、病院在宅医からの呼びかけにより在宅医療を考慮する程度であったのが、最近では自らの選択肢の一つとして考えるようになり、一部では入院早期からの在宅医療を勧める医師も存在している。

### ④病院在宅医

- ・病院在宅医は、患者の症状に関して各診療科の専門医との連携が取りやすいこと、救急受診・病棟受け入れといった入院調整がスムーズに行えること、を感じている。

### ⑤訪問看護

- ・沖縄県立中部病院は、在宅医療専属の訪問看護師をおかず、地域の在宅医療資源を活用している。当初は人員確保も難しかったということも影響していたが、途中からはむしろ地域の訪問看護師を活用することにより、地域の在宅医療文化を理解することと地域の在宅医療に馴染みやすいという点から病院目線を脱却して在宅医療をうまく始められたと感じているということであった。

#### ⑥患者

・引き続き同じ病院で診てくれる、退院後も急変時はスムーズに入院することができる、という安心感がある。それにより、在宅医療への潜在的なニーズも顕在化するようになっている。

#### ⑦病院

・病院医師側と患者側、双方の在宅医療移行へのハードルが下がることにより、入院患者の在院日数が短くなる可能性がある。

・在宅医療を通して地域の医療機関（特に訪問看護、介護）との顔の見える付き合いが増え、それにより地域医療機関との連携の質が増していると感じている。

#### ⑧在宅医療の課題

・まず立ち上げの段階では地域の医療を支えている医師会に納得してもらうことである。いかに信頼を築くかが課題である。

・在宅医療が軌道に乗ってくると、今度は地域住民と医療機関による地域中核病院への依存傾向が課題となっている。患者、訪問看護・介護医療従事者からすると、地域中核病院での在宅医療を求めてしまう傾向が多少なりとも出てくるが、沖縄県立中部病院としてはがん難民を難民化させないように最後まで責任を果たせる急性期病院としてのモデルを形にしたいという思いがある。

#### ⑨課題への取り組み

・地域医療機関・医師会に対しては、説明だけではなく実績を通して理解してもらうために、在宅医療への患者ニーズがあるが地域では提供されておらず地域中核病院にとっては取り組みやすい在宅医療対象者としてがん終末期患者に絞って少しずつ開始した。それにより、地域の医療機関には患者を奪われるわけではないことを実績を通して実感してもらうという意識を持って実行していた。その後も入退院が頻回な患者を含め地域の診療所がフォローが難しい、フォローしていない在宅医療患者を中心に在宅医療対象者を拡大することで、地域の在宅医療文化を壊さず地域にも認めてもらえる在宅医療を意識している。

・病院依存傾向に関しては、在宅医療に関する公式な場において地域中核病院は前面に出ないであくまで支援の立場であることを明確にしている。対象患者

に関しても中部病院を通院中であり他の診療所では難しい疾患ということを確認にしている。

沖縄県立中部病院インタビュー

①背景と特徴	・1ヶ月で終了が見込まれる患者(主にかん終末期)を対象としている
②地域	・在宅医療対象患者に関して住み分けが行われている
③病院医療者	・研修医への在宅医療教育 ・病院医師・看護師が退院の選択肢として在宅医療を理解
④病院在宅医	・スムーズな入院調整 ・スムーズな専科との調整
⑤訪問看護	・院内に訪問看護を持たず、地域の資源を活用することで初めから地域に近い在宅医療を行えた
⑥患者	・在宅医療への潜在ニーズの顕在化
⑦病院	・在院日数の短縮化 ・地域医療機関との連携向上
⑧課題	・地域・医師会の信頼獲得 ・病院依存傾向の解消
⑨課題への取り組み	・地域でのフォローが難しい、フォローしていない在宅患者での実績を通して信頼してもらう ・地域において前面に出ずに支援という立場を明確にする

### 3.3 沖縄県立宮古病院

#### ①背景・特徴

沖縄県立宮古病院は、沖縄県の宮古医療圏にある 276 床の僻地医療拠点病院・地域がん診療病院・臨床研修指定病院で、宮古島に唯一の 200 床以上の病院である。DPCⅢ群で在院日数 13 日、病床利用率 92.7%である。

在宅医療部門は地域診療科として 2014 年に立ち上げられた。病院長が地域の在宅医療へのニーズが満たされていない状況に対して何か行動を起こそうとしていた時期に、地域の勉強会で在宅医療専門医と出会ったことから立ち上げの話が進んだ。その在宅医療専門医は、地域にいるスーパープレイヤーが単独で在宅医療を行っている宮古の在宅医療の将来を憂いており、在宅医療がシステムとして宮古に根付くためには研修医が存在し在宅医療の人材輩出を担える病院として地域中核病院での在宅医療の可能性を考え、在宅医療の立ち上げに参加した。特に在宅医療対象疾患を絞っているわけではないが、地域での対応が難しい、入退院が頻回な患者とがん終末期の患者が多い。在宅医療開始時には、宮古島内の院外薬局で麻薬を管理できるところが非常に少なかったことも、がん終末期を病院で対応している理由でもあった。

在宅医師は 4 人いてうち専従医が 1 人である。在宅医師の中には院長もいる。宮古島では医師会が在宅医療を積極的に引っ張っているわけではなく、むしろ在宅医療に積極的な診療所は医師会とあまり関係なく単独で行っている。

宮古島は大きな島ではないため、地域の訪問看護師・介護士が患者と同じ生活圏で暮らしていることが多く、その精神は共助としての医療・介護の提供だけではなく互助精神も含んでいるため、ケアは比較的厚く提供されている地域である。

#### ②地域

・これまでは、地域に在宅医療を提供する診療所の絶対的な量が少なかったため、地域の診療所からすると病院に紹介することで早期から在宅医療を選択できるようになった。

#### ③病院医療者

・病院医師・看護師が退院の選択肢として在宅医療を考慮するようになった。



- ・研修病院として急変時、入院時の対応だけではなく、退院後の生活を見据えた研修医教育ができる。

- ・在宅医療教育を受けた研修医がローテーション先の病院専門医と在宅医療の橋渡し役を行う

#### ④病院在宅医

- ・在宅医としては同じ院内に入るので病院専門医師との連携がスムーズに行える。

#### ⑤訪問看護

- ・県立宮古病院は人数配置が難しく訪問看護を持たずに地域の資源を活用して在宅医療を行っている。

#### ⑥患者

- ・在宅医療を受けていても各専科医師に診察してほしいという要望があり、その要望に対して病院在宅医が調整役となって症例相談や時には専門医の在宅往診へつなげやすい環境である。

- ・急変後に病院に搬送となり、死期が迫っているという診断が下された後に、その最期を人生で迎えたいと思っても、その短期間で地域の中で在宅医療を行い看取りまで行ってくれる診療所を探すことが困難であった。しかし、急性期病院である県立宮古病院が在宅医療を行うことで、退院調整が容易となることと、同じ病院で引き続き診ることによるラポール形成期間の短縮化により、短期間での在宅移行が可能となり、これまで叶わなかった在宅移行症例に対応できるようになった。

#### ⑦病院

- ・在宅医療も含めた研修ができることを特徴とした研修医プログラムを作り、それをウリとして研修プログラムをアピールしている。

- ・救急から帰宅した患者のフォローや、亜急性期患者の早期退院後のフォローを在宅医療部門が行うことにより病床コントロールがやりやすくなった面がある。病床コントロールの武器が増えたという感じである。宮古島で唯一の急性期病院として断らない救急の維持に貢献する。

#### ⑧課題

- ・研修医をより多く集めないと宮古島にシステムとしての効果的な在宅医療人材輩出機能を持たせることができない。それには、在宅医療というウリ以外にも研修医を引き付けるための研修プログラム全体としての魅力が必要である。
- ・在宅医療領域に関して地域の診療所による病院依存傾向が助長されてしまうためその解消が必要である。

#### ⑨課題への取り組み

- ・研修プログラムの魅力を伝えるため、広報アピールを積極的に行っている。また、地域医療研修でくる研修医は院長自ら教育する時間を設けて地域医療の楽しさ、重要さを実感してもらえよう取り組んでいる。
- ・地域の診療所が在宅医療の地域を増やす機会を作れるように、医師会と協力して今後勉強会を開催できるよう調整している。

### 沖縄県立宮古病院

①背景と特徴	・院長が積極的に動き在宅医療開始 ・宮古島の在宅医療人材養成のため
②地域	・在宅医療導入のために紹介できる医療機関が増えた。
③病院医療者	・研修医への在宅医療教育 ・研修医が病院専門医と在宅の橋渡し ・病院医師・看護師が退院の選択肢として在宅医療を理解
④病院在宅医	・スムーズな専科との調整
⑤訪問看護	・人材確保が難しく院内に訪問看護を持たず、地域の資源を活用した
⑥患者	・在宅にいても専科へのニーズが満たしやすい
⑦病院	・病床コントロールの武器が増えた
⑧課題	・持続的な研修医獲得 ・病院依存傾向
⑨課題への取り組み	・魅力ある研修医プログラムとその広報活動 ・医師会との在宅医療勉強会を計画

### 3.4 公益財団法人 天理よろづ相談所病院

#### ①背景・特徴

天理よろづ相談所病院は奈良県天理市にある 815 床の病院で、救急告示病院、地域がん診療連携病院、臨床研修指定病院である。天理市を含む人口約 22 万人の東和医療圏の地域中核病院である。DPCⅡ群で、在院日数は 13.9 日、病床利用率は 79.2%となっている。

公益財団法人天理よろづ相談所が設立者であることが一つの特徴である。天理よろづ相談所は、天理教の教えに基づいて設置運営されており、そのめざすところは天理教が理想とする「陽気ぐらし」、そして病む人が心身ともに憩える場所であること。その実現に向けて、身上部、事情部、世話部の三部門から構成され、医学と信仰と生活の三つの側面から悩める人々の救済を目指している<sup>xiii</sup>。天理よろづ相談所の理事長が 1990 年代に、天理教信者が高齢化した社会の状況を考え、高齢になってもしっかりと世話を見ることができるようにと 1991 年に世話取りセンターを開設したのが在宅医療の始まりである。そのエピソードから、病院内に部署があるものの病院が属する身上部ではなく福祉の意味合いが強い世話部に属している。当初から在宅医療に専従の医師と看護師を配置しており、その当時の理事長がしっかりと力を入れていることがわかる。現在は、医師二人（在宅医療専従）と訪問看護専属の看護師を配置して在宅医療を行っている。その対象疾患は以前はケアが中心に必要な患者であったが、現在は医療依存が高い症例が増えている。

#### ②地域

- ・医療依存度の高い在宅医療症例を天理よろづ相談所病院が診ている。

#### ③病院医療者

- ・病院医療者の在宅医療への理解はある。具体的には、研修医に対する在宅医療研修の効果、その研修医が各専科をローテーションする際にその専科医師と在宅医療の仲介してくれる効果、病院在宅医と病院医師が関わった在宅医療の症例に関して院内で直接顔を合わせてフィードバックをできることによる効果、以上 3 つにより在宅医療への理解が深まりやすい。
- ・病院医師からすると地域の診療所医師の医療レベルがわからずに在宅移行後

にその患者をしっかりと診ることができるかわからずに、紹介をためらうことがある。病院在宅医の場合は、同じ病院であり意思疎通が容易に可能でその医師のレベルも把握しており、在宅導入し患者を任せやすい。

- ・病院医療者だけでなく、法人として看護学校、医療学校を持っており医療従事者全般の在宅医療教育の受け入れを行うことができる。

#### ④病院在宅医

- ・在宅医療の24時間体制を維持するために、訪問看護によるファーストコール対応や、他の部門医師による夜間コール当直制など、人が多いことにより病院在宅医の負担が軽減できる。

- ・研修医も含め人が多いことで、在宅医療に対する教育・研究の時間を持ちやすい。

#### ⑤訪問看護

- ・在宅医療専属の訪問看護を設立当初から持っている。

- ・上述したように24時間のファーストコールをナースが受け医師に相談できる仕組みにしている

- ・同じ空間で業務する時間があるため患者情報の共有などが、院外の訪問看護と比べて容易にできる。

- ・天理よろづ相談所病院の病棟からの移動で在宅部門にくることが多いため、院外の訪問看護師にくらべ、医師の指示待ちになったりコスト意識が低い傾向があったりと、主体性・オーナーシップ性に欠けることがある。

#### ⑥患者

- ・地域における病院のブランド力が高いため、天理よろづ相談所病院で在宅医療を継続してくれることによる安心感がある。

#### ⑦病院

- ・在宅医療部門の医師を通して地域の医療機関と顔の見える関係を構築しやすい。とくに地域で症例を通したコミュニケーションが信頼構築に役立っている印象がある。また、地域の情報収集も行いやすい。

⑧課題

- ・医療機関・患者からの病院依存傾向が生まれやすい

⑨課題への取り組み

- ・地域の在宅医療の場において全面に出ず支援の立場を明確にする
- ・在宅医療を導入する際には積極的に地域連携室を通じて、地域に紹介するように心がけており、地域に負担がかかりそうな症例を天理よろづ相談所病院でみていくように心がけている。
- ・医師会と連携して在宅医療推進事業を行う。その際にも前面に出ずサポート役としての立場を崩さない。

天理よろづ相談所病院

①背景と特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・天理教の世話取りがその起源</li> <li>・在宅医療開始 20 年以上</li> <li>・在宅医療専属の訪問看護師</li> </ul>
②地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療依存の高い患者を天理よろづ相談所病院がフォロー</li> </ul>
③病院医療者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医への在宅医療教育</li> <li>・病院医療者の在宅医療への理解がある。 研修医による仲介効果 医師⇔医師間による症例フィードバック</li> </ul>
④病院在宅医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大きな負荷なく 24 時間体制維持</li> <li>・研修・教育時間の確保</li> </ul>
⑤訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内に訪問看護あり</li> <li>・看護師による 24 時間ファーストコール対応</li> <li>・院外訪問看護師よりも主体性・オーナーシップに欠ける</li> </ul>
⑥患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・天理よろづ相談所病院のブランド</li> </ul>
⑦病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療機関との連携向上</li> </ul>
⑧在宅医療の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院依存傾向の解消</li> </ul>
⑨課題への取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携室を通して積極的に在宅医療導入患者を紹介</li> <li>・地域において在宅医療の場で前面には出ずに支援の立場</li> <li>・医師会との協働による在宅医療推進事業</li> </ul>

### 3.5 JA長野厚生連 佐久総合病院

#### ①背景・特徴

佐久総合病院は、351床の僻地医療拠点病院、臨床研修指定病院で、長野県佐久医療圏の地域中核病院である。DPCⅢ群、在院日数15.7日、病床利用率84.1%で、2014年3月に高度急性期部門を院外にスピンオフする形で、佐久医療センターの分割移転を行っている。それ以降は地域密着型の総合病院として地域中核として機能している。病院の歩みには故若月俊一先生の存在が欠かせない。1944年に病院が開設されその翌年に外科医長として赴任した若月先生は、朝から晩まで手術の毎日を過ごした。そこで目にしたあまりにも多い手遅れの患者と農民の健康犠牲の精神を何とかしなければと、その年の末には病院から外に出て出張診療を始めている。診療の後は演劇や人形劇、コーラスなどで健康教育も行っている。「農民とともに」をスローガンに地域医療に邁進した結果、人口一万数千の町に千床の病院を作り上げたのは、現代における奇跡とも言われる。

病院設立時からすでに患者ニーズを捉え病院の外での出張診療を行っているが、正式な在宅医療部門が設立されたのは1994年である(地域ケア科)。設立当初から在宅医療専属の看護師を配置しており、地域にも同法人内で訪問看護ステーションを多く抱えている。現在医師は10人で在宅医療専従医は4人である。

#### ②地域

- ・医療依存度が高い患者を診ている。
- ・急性期病院に搬送後にその疾患による障害、搬送症例が高齢者に多いこと、または罹患後の廃用症候群などにより、佐久総合病院へ搬送後に在宅医療導入となる症例が多いことを考えると、地域中核病院は在宅医療の患者発生源と言える。それを自覚した上で、地域に返せる在宅患者は地域へ、地域に負担になる患者を佐久総合病院が診ていくという意識を持っているため、地域の在宅医療患者のトリアージ機能を担っている。

#### ③病院医療者

- ・退院の選択肢として常に在宅医療がある

#### ④病院在宅医

- ・病床を持っていることで入院調整がスムーズに行える。
- ・退院調整も家族との調整だけなので調整コストがかからない。

#### ⑤訪問看護

- ・院内の訪問看護と院外に同法人の訪問看護ステーション5つあり。
- ・看護師と同じ理念を共有して在宅利用を提供することができる。
- ・院内と院外の訪問看護師を比べると主体性と経営感覚に欠ける。

#### ⑥患者

- ・佐久総合病院ブランドが強いため、安心して在宅医療導入できる

#### ⑦病院

・佐久総合病院が行っている在宅医療は平均 200 人の患者を抱えている。そのため、常時何名かの在宅医療患者が急変後に一時的に入院しているのだが、それだけ多くの在宅医療患者を抱え入院患者も何名かいると、病院の空室率をみながらその在宅医療患者の入退院を調整することで、病院全体の病床コントロールの補助となっているのである。

#### ⑧在宅医療の課題

- ・病院依存傾向
- ・訪問看護師にオーナーシップが低いいため医療材料や在宅医療加算への興味がなくコスト意識が低いと感じられる。

#### ⑨課題への取り組み

- ・医師会と協働して地域医療者への勉強会、住民への在宅医療普及活動に取り組んでいる。
- ・訪問看護師を対象に定期的に勉強会を開いている。

### 佐久総合病院

①背景と特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院設立当初 1945 年から出張診療があり歴史が深い</li> <li>・ 院内の訪問看護と院外の同法人による訪問看護ステーションがある</li> </ul>
②地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療依存が高い症例を診ている</li> <li>・ 在宅医療患者のトリアージ機能</li> </ul>
③病院医療者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院の選択肢として在宅医療が常にある</li> </ul>
④病院在宅医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入退院調整がスムーズ</li> </ul>
⑤訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専属の訪問看護師の他に院外にも訪問看護ステーションあり、理念の共有化が容易</li> </ul>
⑥患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 佐久総合病院ブランドがある</li> </ul>
⑦病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病床コントロールの一つの手段</li> </ul>
⑧課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院依存傾向</li> <li>・ 訪問看護師の主体性・経営感覚の欠如</li> </ul>
⑨課題への取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域医師会と協働した在宅医療事業</li> <li>・ 訪問看護師向けに勉強会</li> </ul>

このように今回対象となる地域中核病院の特徴は、病床 300 床を超える地域医療を支えている病院であり、研修医を多数抱える臨床研修指定病院である。その在宅医療部門には在宅医療専従医が複数存在している。また、沖縄県立中部病院と沖縄県立宮古病院は在宅医療開始 5 年以内、天理よろづ相談所病院と佐久総合病院は在宅医療開始 20 年以上であり、それぞれ在宅医療の立ち上げ期にある病院と定着期にある病院であった。立ち上げ期の病院と定着期にある病院の大きな違いが 2 点あり、一つは立ち上げ期の病院は病院訪問看護師を持たず、訪問看護師は地域の資源を活用して在宅医療を行っていることであった。二つ目は、定着期にある病院は立ち上げ期の病院と比べ地域医師会との協働した取り組みが非常に多いことであった。



## 4 考察

各病院のインタビュー調査の結果をふまえ、1.地域中核病院が行っている在宅医療の特徴、をまとめ、2.地域中核病院が在宅医療を行うことによって地域に与えている影響、3.地域中核病院が在宅医療を行うことによる地域中核病院にとっての意義、3.その課題と課題への取り組み、について考察を行う。

## 4.1 地域中核病院が行っている在宅医療

### 4.1.1 在宅医療の特徴

特徴を4つあげると、救急部門を持っていること、各診療科が揃っておりそこに専門医がいること、研修医がいること、院内に在宅医がいること、があげられる。各特徴とそれによってもたらされている効果について述べる。

#### 地域中核病院が行っている在宅医療の特徴

1. 救急部門を持っていること
2. 各診療科とその専門医
3. 研修医
4. 病院内の在宅医

#### ①救急部門を持っていること

- スムーズな入院受け入れ
- 在宅医療患者の発生源

地域中核病院は二次医療圏の救急医療の中心である。その地域の急患にはほとんど対応できる。在宅医療という点で考えると救急医療部門を備えていることで、在宅医療を受けている者が急変時には必要があれば救急受診・入院の受け入れ、までスムーズに対応でき、患者・病院在宅医からすると入院時の調整コストは低い。

また、急性疾患で救急医療部門に搬送となりそれに対して適切な治療を行っても障害が残り在宅医療が必要になる患者がいることを考えると、二次医療圏の急患が搬送されてくる地域中核病院はその地域において在宅医療が新たに必要となる患者が発生する場の一つであるといえる。そのため、救急医療部門を持っていることにより、在宅医療の導入が必要な患者に多く関わることになる。

## ②各診療科が揃っておりその各科に専門医がいること

- がん患者、重症患者の存在
- 専門医へのアクセスのしやすさ

各診療科が揃っておりそこに専門医がいるため、地域中核病院の外来にはがん患者や各科の重症度の高い患者が多い。このような患者が通院不能となり在宅医療が開始となる、または残された時間(余命)をなるべく自宅で過ごす、という選択を行った場合、病状の不安定さから入退院が頻回であったり、専門的な投薬調整が必要になることがある。がん終末期患者は、自宅療養から看取り期までの移行が早いため、病院を退院する際に地域の診療所に在宅医療を引き継いだとしてもその診療所医師と患者のラポール形成を築くまでの期間が残されないまま病状が進行することもある。これらのケースでは、入院中と自宅療養時の治療の一貫性と継続性、専門的な調整、急な病状変化に対する柔軟な対応、医師患者間のラポール形成、入退院の調整コスト、を考えると、入退院が多くなりやすい方、専門的治療を要する方、がん終末期の方、に関しては地域中核病院の在宅医療の方がそれらに対応しやすい。

また、地域中核病院の在宅医（以下、病院在宅医）は同じ院内にいるため各科専門医へのアクセスが容易であり、在宅で生じた専門的医療問題に関して各専門医に対して相談しやすい環境であり、病院在宅医の主導により病院専門医が併診して在宅医療を提供する、ということも行いやすい環境である。

## ③研修医がいること

- 在宅医療教育：専門分化する前の研修医への在宅医療教育
- 仲介効果：在宅理解ある研修医による各科専門医と在宅との橋渡し

研修医は総合的に学ぶために地域中核病院のように救急医療・高度医療・複数診療科・入院医療、を提供している病院で初期研修を行う。一般的に初期研修2年の間に、1ヶ月間の地域医療研修が必修であるが、その期間には必ずしも在宅医療の研修期間が設けられているわけではない（在宅医療は地域医療研修の中での選択肢の一つに過ぎない<sup>xiv</sup>）。地域中核病院はその性質上、研修医を

多く受け入れている。地域中核病院が在宅医療を行うことで、研修医が在宅医療部門で研修する機会を得るだけでなく、少なくとも 2 年間の初期研修期間を通して在宅医療との関わりができる。それにより今後在宅医療を担うもの(在宅医療を行う医師)、在宅医療を理解するもの(在宅医療に理解がある医師)、が育成されやすい環境となる。

また、研修医はその研修期間中に各診療科をローテーションしていくが、その科の病院医師が在宅医療に理解が乏しくても、患者マネジメントに関わる研修医が在宅医療を理解していることによって、その患者の退院先の選択肢の一つとして在宅医療が考慮される機会を増やすことができる。つまり、研修医が在宅医療の理解に乏しい病院医師と在宅医療を仲介する役割をもつ。

#### ④院内に在宅医がいること

- 地域と病院の窓口：地域とのコミュニケーション向上
- 専門医へのフィードバック：病院専門医の在宅理解の向上
- 専門医とのコミュニケーション：在宅移行へのハードル低下

地域中核病院が在宅医療を行うと当然ながら病院内に在宅医がいるということである。病院在宅医がいることは、その医師が在宅医療を提供すること以外に 3 つの効果をもたらす。

一つ目は、病院在宅医が病院と地域をつなぐための窓口になることである。病院には地域連携室が存在するが、紹介状のやりとりと MSW による電話対応が主であり、そこには病院医師と地域との顔を合わせたコミュニケーションは少ない。地域中核病院が在宅医療を行うために病院在宅医を獲得すると、地域の各種医療機関と在宅の現場で患者を通じて顔を合わせたコミュニケーションをとる機会が増える。これにより病院と地域のコミュニケーションを向上させることができる。

二つ目は、病院在宅医が病院の専門医（以下、病院医師）の在宅医療への理解向上に寄与することである。病院医療者の中でも看護・リハビリの領域はケアの観点を含んだ在宅医療との親和性が高く、その理解も比較的早い。一般的に病院医師の中には在宅への理解が進まないものも多い。そのような病院医師に対して、在宅移行後に症例のフィードバックを病院在宅医が行う、という

ことが在宅医療への理解を深めることにつながっているという。特に、同じ院内にいるからこそ顔を合わせる機会が多く、顔を合わせた時に直接経過を報告する（もちろん文書でも報告する）、ということが在宅医療への理解が深まるきっかけとなっている。医師へのフィードバックは、他の医療者ではなく医師が行う方が効果的でもある。

三つ目は、病院医師の在宅移行へのハードルが下がることである。病院医師からすると自分の患者を地域の在宅医に任せても良いのか（地域の医師の医療レベル、地域の診療所の忙しさ、地域の医師の人格、が分かりにくいので）、という悩みから上手く地域の在宅医療につなげない事がある。そのため、引き続き入院加療を行ったり療養病床に転床となることがある。その点、病院医師からすると病院在宅医には患者を任せやすい（その病院在宅医のことを医療レベルも含め理解している）ため、地域中核病院が在宅医療を行うことにより病院医師にとっては在宅移行へのハードルが下がりやすい。

また一般的に、病院在宅医は経営に関与する時間が少ないので、地域の診療所在宅医よりも教育・研究に割くことができる時間が確保しやすい。

### 4.1.2 地域に与えている影響

地域中核病院が在宅医療を行うことは、プレイヤーとして地域の在宅医療に貢献する以外にも、三つのことをもたらす。地域の在宅医療への潜在需要を顕在化することとそれによる地域の在宅医療経験の増加、在宅医療提供体制におけるスムーズな入退院機能の確保、在宅医療患者のトリアージによる地域の負担軽減、である。

1. 地域の在宅医療経験の増加：在宅医療資源の量・質の向上
2. 地域のスムーズな入退院機能：在宅医療提供体制の向上
3. 適切な在宅医療患者トリアージ：在宅医療資源の量の向上

#### ①地域の在宅医療への潜在需要を顕在化すること、それによる地域の在宅医療経験の蓄積

入院中の患者は潜在的に在宅医療への需要があっても、症状急変時の対応や必要時に病院に入院できるか不安、といったことが在宅移行を阻害している場合がある<sup>xv</sup>。この場合、地域中核病院が在宅医療を行うことで急変時対応とスムーズな入院受け入れが確保されると、患者側の不安が解消され患者の在宅移行ハードルが下がる可能性があり、地域中核病院が在宅医療を開始することで地域の在宅看取りが増えた病院もある<sup>xvi</sup>。つまり、在宅医療への潜在需要が顕在化し在宅医療需要が増え、それに伴って地域の在宅医療症例は増える。病院医師の在宅移行ハードルが下がることもこれを促進する。

このように地域中核病院が在宅医療を行うことで、地域の在宅医療機関はより多くの在宅医療の症例を経験することになる。これは地域に在宅医療を積極的に担う診療所・病院が少ない場合、その地域の訪問看護・介護事業者の成長にとって大きな経験となる。

#### ②スムーズな入退院機能の確保

地域中核病院が在宅医療を行うことで、病院医療者(研修医・病院医師・看護師)の在宅医療への理解が促進される。白髭豊ら<sup>xvii</sup>によると、病院から在宅移行した患者の増加と、その病院の医療者、特に看護師の在宅の視点の獲得、との関連が示唆されている。看護師の方がより関連が示唆されたのは、「治し支える」

という在宅医療は看護との親和性が高いが、「治す」という医療教育を長年受け実践してきた病院医師にとっては理解が進みにくいからであろう。地域中核病院が在宅医療を行うと、病院医師が病院在宅医から在宅医療の症例に関して直接フィードバックを受けることにより在宅医療への理解が促進される機会は増え、仮にそれで在宅医療への理解が得られなくても、在宅医療への理解ある研修医が増えることで、その研修医が各診療科をローテーションすることによる、病院医師と在宅を研修医が仲介する効果、も期待できる。それに加え地域中核病院から在宅へ移行する症例が増えることは、病院の医療従事者にとってもその経験から在宅医療への理解を深め、結果的に病院全体として在宅医療への理解を深めることになる<sup>iv</sup>。ここで、在宅医療への理解、について説明しておく。在宅医療への理解は、自らの選択肢として在宅医療を考えることから始まるが、その先には在宅の視点の獲得がある。川越正平ら<sup>xviii</sup>によると在宅の視点として六つの項目をあげている。退院後の生活をイメージする、医療をシンプルにする、今後の病状変化を予測した対応をする、多職種と積極的に協働する、在宅医に役立つ情報を提供する、介護保険などを適切に活用する、である。この六つの視点を全て獲得することは難しいが、在宅医療の経験蓄積と病院在宅医からの直接フィードバック、研修医の存在による仲介、によりできるだけ病院全体として在宅への理解を示すことが初めの一步である。

では、この地域中核病院の在宅医療への理解は何をもたらすか。地域中核病院が在宅医療を行う場合に、地域の在宅医療の提供体制の中における役割はいくつかある。

まず日常療養支援に関しては、在宅医療の対象者は基本的に半径16km(256Km<sup>2</sup>)以内の範囲にいる住民であり、この範囲の在宅医療対象者に関しては直接在宅医療を提供し、日常療養支援を行う。これ以上に大きな役割としては急変時の対応、入院受け入れ、スムーズな退院支援である。この機能を地域中核病院がカバーする範囲は二次医療圏全域(全国平均1105Km<sup>2</sup>の面積<sup>xix</sup>)に及ぶ。

地域の救急医療を担っている地域中核病院が在宅医療への理解を深めることは、直接行う在宅医療とともに、二次医療圏内における在宅医療の提供体制の、急変時対応・入院受け入れ、スムーズな退院支援、という機能向上につながる。

### ③在宅医療患者のトリアージによる地域の負担軽減

地域中核病院の性質から、入退院を頻回に繰り返す患者、専門的治療を要する患者、がん終末期の患者、の在宅医療に対応しやすいことを述べた。これらの患者は頻回の入退院の調整、日常支援における頻回の医療介入、専門的知識、が必要となるため、地域の医療機関にとっては負担と感ずることもある。地域中核病院の在宅医療が積極的にこれらの患者を診ることで地域の負担軽減につながり得る。

地域の診療所、訪問看護にとっての在宅医療の課題に24時間体制の維持が困難、急変時対応、後方ベッドの確保、があげられる<sup>xx</sup>。地域中核病院が在宅医療を行うことで、スムーズな入退院機能が地域に確保されると後方ベッドの確保につながり、頻回に入退院の対応・往診が必要になる患者を地域中核病院がみることで地域の負担軽減につながると地域の診療所にとっては24時間体制を維持しやすくなる。そして地域の在宅医療の経験が豊富になると、それに伴い地域の在宅医療資源の成長につながる。このように地域中核病院が在宅医療を行うことは、地域の在宅医療体制の整備に貢献しうる。



### 4.1.3 地域中核病院にとっての意義

今度は病院視点で考える。地域中核病院にとって在宅医療を始めることには、二つの意義がある。病床コントロール機能と地域とのコミュニケーション向上である。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 病床コントロール：在院日数の短縮化</li><li>2. 地域とのコミュニケーション向上：受診患者の増加</li></ol> |
|---|

#### ①病床コントロール

まず病床コントロールについて説明する。地域中核病院が在宅医療を行うことで、病院医療者の在宅への理解や患者の在宅移行へのハードルが下がり、スムーズな退院支援、早期からの在宅医療が導入、が可能となることを説明した。これらは在宅医療に関わる患者の在院日数の短縮化につながる。

また、在宅医療を受けていない入院患者に関しても、急性期治療を終えた亜急性期(post acute)での早期退院とその後の在宅医療部門による短期間の在宅フォローを行うことによって在院日数の短縮化につながる。入院して治療するか外来で治療するか境界線で迷う一般の救急受診患者の場合も、在宅医療部門がフォローするという条件付きで安心して在宅での治療選択を行う、といった調整も可能となる。

このような点から在宅医療部門を持つことによって地域中核病院は病床コントロール手段が増え、在院日数の短縮化を図れる。

#### ②地域とのコミュニケーション向上

二つの点から地域中核病院が在宅医療を行うと病院と地域とのコミュニケーションが向上する。

一つは、先ほど述べたように在宅医療部門が地域との窓口となることである。在宅医療患者の日常療養を支援するためには多職種連携が必要である。地域中核病院にとって、その多職種連携の場である在宅は、病院医療者が地域と顔を合わせてコミュニケーションをとることができる重要な機会である。

二つ目は、病院医療者の在宅医療への理解である。この理解により、病院医療者が地域の医療者を理解したコミュニケーションをとることができるようになると、患者紹介、入院受け入れ、退院支援といった地域中核病院と地域との

接点において、コミュニケーションの質が向上すると考えられる。

地域とのコミュニケーションが向上すると地域からの信頼が高まり、紹介患者の増加が見込まれる。診療所が紹介先の医療機関を選ぶ基準の上位4つは、専門医の存在、医療設備、患者住所、患者紹介の対応の良さ、といわれている<sup>xxi</sup>。最初の二つは地域中核病院として成立するための前提条件であり、3番目は患者側の因子であるため、ここでは4番目の患者紹介の対応の良さに注目する。これに関しては病院が戦略的に獲得できる部分である。これまで大病院は患者紹介の対応向上に向けて地域連携室を充実することに取り組んできた。今後は、病院に入院する時も病院から退院する時も地域での生活を支えるという病院側の配慮が病診連携・医療介護連携には必要であり、MSW や退院支援看護師だけではなくその他の病院医療者が在宅医療への理解があることによって、患者紹介時のインターフェイスの部分だけの対応ではなく、医療内容自体に在宅の視点が入っていることが対応の良さとして評価されると考えられる。そのような対応が地域から評価され信頼につながる時代になると考える。

また、今後は後期高齢者の増加に伴い介護需要の増加が見込まれるため、そこで活躍するケアマネジャーが医療と生活を結ぶ接点になると考えると、このケアマネジャーからの病院評価は病院の集患に影響する可能性がある。今後は病診連携による診療所からの紹介と共に、ケアマネジャーによる口コミ効果も病院受診のきっかけになりうるから、その信頼獲得は病院にとって重要である。

地域中核病院が二次医療圏の医療に貢献し続け地域からの信頼を獲得するためにも「断らない」ことが一つのブランドになる。諏訪中央病院の報告<sup>xxii</sup>によると、病院として救急を断ることが何度かあると、急患発生時に最初に搬送病院を決定する救急隊は地理的に遠くても一回で受け入れてくれる他の病院に最初の搬送依頼をするようになってくるという。それによって救急患者の搬送が減ると地域中核病院としての機能を維持するのに必要な患者数を確保できなくなる可能性がある。地域中核病院が地域の中核であるために、「断らない救急」を掲げるための一つの手段として、在宅医療部門を持ち病床コントロールの方法を増やす、という選択はありうる。また、病院医療者の在宅医療への理解が病診連携、医療介護連携の質を高めると、地域からの信頼を高めることで患者獲得につながる。

地域中核病院が地域の中核であるためには、患者が集まること、が重要な要

素である。地域中核病院が在宅医療を行うことは、地域中核病院として患者を集め続けるための一つの手段になりうると考える。

#### 4.1.4 課題とそれに対する取り組み

地域中核病院が在宅医療を行うことによって生じる問題が三つある。地域の医療体制という視点では病院依存傾向の促進、地域の診療所の視点では在宅医療を行う上での不安・不満の増大、医療教育機関という視点では在宅症例の偏り、である。

1. 地域の病院依存傾向：支援の立場を明確化、適切な患者トリアージ
2. 地域の診療所の不安・不満：医師会への配慮、成功体験の積み重ね
3. 在宅医療教育機関としての症例の偏り：研修の病診連携

##### ①地域の病院依存傾向

地域中核病院が在宅医療を行うことは、地域の病院依存傾向を助長してしまうことがある。地域の患者・在宅医療関連機関(訪問介護・訪問看護など)からすると、地域中核病院の在宅医療の方が診療所在宅医よりもコミュニケーションを取りやすく感じる部分もある。日本の典型的な在宅療養支援診療所は、ソロプラクティスで外来も訪問診療もこなして忙しいからである。そのため、地域の患者・在宅医療関連機関が、地域の診療所よりも地域中核病院の在宅医療を求めてしまうということが起こる。そうすると、地域中核病院以外の地域の在宅医療資源の減少につながる可能性がある。この病院依存傾向は、一般の診療でも起こっていることであるが、この場合は初診で大病院にかかる事を抑制するための初診料の設定や紹介状の有無、などで対応している。現在の在宅医療の体制において、地域中核病院の在宅医療は想定されていないため、そこに診療報酬がつかないものもあり<sup>10</sup>患者自己負担が低くなり、費用の面からも患者は地域中核病院への依存傾向をますます強めてしまう。

これに対して在宅医療を行っている地域中核病院は、病院依存傾向が強くないように意識している点が二つある。

まず一つ目は、地域の在宅医療のバランスを崩さないように、地域の中で在宅医療を行っていることを積極的にはアピールしないこと、そして地域の在宅医療を支援・補完する立場であること、を地域医療機関・住民に対して明確にすることで在宅医療の病院依存傾向を防ぐよう意識して対応している。

二つ目は、適切な患者トリアージ、である。地域中核病院は地域の救急医療を担っているため沢山の患者が搬送されてくる。その中には在宅医療導入が必

要な患者も多く含まれるため、その患者の在宅医療まで地域中核病院が診ると、地域の診療所は対象患者がいないため在宅医療を続けられなくなってしまいます。また、もともと在宅療養支援診療所が少ないところでは新たに在宅医療を行うとする必要がなくなり、在宅療養支援診療所が増えない。在宅医療を行っている地域中核病院はそれを認識しており、在宅医療患者の適切なトリアージを行っている。前述したがん患者・入退院頻回の患者を地域中核病院が診るというだけではなく、それ以外の在宅医療患者を積極的に地域の診療所・病院に紹介して地域で診ていただくという意識をもっている。

## ②診療所の不安・不満

地域中核病院が在宅医療を行うことに対して、地域の在宅医療を行っている診療所は自らの患者が奪われてしまうという不安・不満を感じている。特にこれは在宅医療の立ち上げ時に大きい。地域中核病院に紹介した患者がそのまま囲われてしまうのではという不安は、地域中核病院にとっては紹介患者の減少につながってしまう可能性がある。これに対して地域中核病院が意識していることは二つである。

一つは地域の医師会に対して十分な説明と理解を求める努力を行うこと、である。立ち上げの際には病院トップを含めた在宅医療に関わる病院関係者が、医師会とよく話し合い誤解を生じないように心がける必要がある。在宅医療が定着している地域中核病院は、医師会に対しての説明・理解だけではなく、協働して在宅医療推進事業に取り組むことを行っており、このような取り組みを通して双方の信頼関係を築いている。

二つ目は、地域中核病院にとってやりやすく、地域にとってやりにくい領域の在宅医療から開始し、地域での成功体験を積み重ねることである。地域中核病院が新たに在宅医療を初める際には地域在宅医療機関の不安・不満が小さくはない。最初は地域と共に小さい成功体験を積み重ねて地域の理解を獲得することが重要となる。地域中核病院が在宅医療をやりやすい領域で地域にとってやりにくい領域が、がん終末期患者、入退院が頻回な患者、専門的治療が必要な患者、である。地域中核病院は在宅医療立ち上げ期はこのような患者を対象に在宅医療を導入し、地域の診療所から競合する相手ではなく協働する相手であると認識してもらってまで症例を積み重ねていき、地域の不満・不安を解消すべきである。

### ③在宅医療の教育機関としての症例の偏り

地域の医療従事者の教育を行う機関として地域中核病院を考えると、在宅医療に関しては症例が偏ってしまう点が問題となる。地域と共存して地域中核病院が行う在宅医療が前述のように入退院が頻回な症例、がん終末期の患者、に偏ると教育機関としては、長期的な自宅療養支援の機能、という部分が抜け落ちてしまう。これに対しては、研修の病診連携をとり、病院の在宅医療、地域診療所の在宅医療、両方の視点から在宅医療を学ぶ機会を確保することが必要である。

## 4.2 結語

地域包括ケアシステムの構築には在宅医療の充実が欠かせない。限られた資源で効率的効果的に、住民が病を抱えたままでも住み慣れた場所で暮らし続けることを支えていくためには、地域の医療介護機関がお互い連携してチーム医療としての在宅医療を整備していく必要がある。そんな中、地域中核病院が在宅医療を行うことは、(1)地域の在宅医療経験を増やすことによる地域の在宅医療資源の量的質的な向上、(2)在宅医療提供体制における在宅患者のスムーズな入退院機能の確保、(3)患者トリアージによる地域在宅医療機関の負担軽減、につながり、それは地域中核病院がもつ本来の機能である地域の在宅医療を支援する機能を強化することができ、それは地域のチーム医療としての在宅医療の整備に貢献しうる。ただし、すべての地域中核病院が在宅医療を直接行うことを勧めているわけではない。各自治体、医師会が十分にその機能を果たし、地域中核病院は後方支援機能を備え、それぞれが密な連携を行うことで在宅医療の充実に取り組んでいる地域は多数存在する。①在宅医療資源に乏しい地域において、②地域中核病院の後方支援機能や地域との連携が不足しておりそれを新たに獲得するための手段の一つとして、という文脈において地域中核病院が在宅医療を直接行うという選択肢はあってもよいと考える。

もし新たに地域中核病院が在宅医療部門を立ち上げるという選択を行った際に、その立ち上げ成功のポイントは3つある。それは(1)地域・医師会への説明・配慮する、(2)地域の在宅医療において前面には出ない(支援)、(3)地域にとってやりにくく病院にとってやりやすい領域から在宅医療を開始し小さい成功体験を積み重ねる、である。

また、地域中核病院が在宅医療を行うことは、地域の在宅医療推進に貢献するだけではなく地域中核病院にとって、地域とのコミュニケーション向上による紹介患者の増加、患者在院日数の短縮化による病床回転数の増加、につながり、地域中核病院として地域の中核であり続けるために患者を獲得する、ことに寄与することが示唆される。

	地域中核病院が行 っている在宅医療 無	地域中核病院が行 っている在宅医療 有
地域の在宅医療体制 不十分	①	③
地域の在宅医療体制 充実	②	④

- ①→③の段階
- ・ 医師会への配慮
  - ・ 前面に出ない(支援)
  - ・ やりやすい所から成功体験の積み重ね

	地域中核病院が行 っている在宅医療 無	地域中核病院が行 っている在宅医療 有
地域の在宅医療体制 不十分	①	③
地域の在宅医療体制 充実	②	④

- ③→④の段階
- ・ 患者トリアージ  
→ 地域の負担軽減
  - ・ 病院の在宅医療理解  
→ スムーズな入退院
  - ・ 地域の在宅経験増加





### 4.3 本研究の限界と今後の展望

・今回在宅医療を行っている地域中核病院として4病院のインタビュー調査を行ったが、在宅医療を行っている地域中核病院は他にも数多く存在すると予想される。しかし、地域の在宅医療への貢献という視点から在宅医療を行っている地域中核病院は前述のように地域において在宅医療を支援するというスタンスを取り前面に出てこないことが予想され、それが研究報告・活動報告の少なさ(2006年から2016年で4件)につながっている可能性がある。報告・研究が少ない中で、地域中核病院が行っている在宅医療に関して、全地域中核病院に対して、アンケート調査、インタビュー調査を行うことでそれが解明できると思うが、時間・予算の制約のもとでは不可能であった。

・インタビュー対象者10人のうち、医師が9人であり、事例研究の三角測量という点からすると不十分な結果になりやすいため、今回主に医師の視点から得られた研究結果を参考にしながら、他の医療者、地域の医療機関、患者に対して、同様の視点からインタビュー、アンケート調査を行うことでより客観的に実態が把握できるものと思われる。

・今回の研究では、地域中核病院が在宅医療を行う時の費用についての詳細な検討が含まれていない。今後、地域中核病院が在宅医療を行おうとする際に必要な情報である。200床以上の地域中核病院には在宅医療総合管理加算がつかないこと、医療従事者が兼務の場合どのように人件費を配賦するか、間接部門の費用をどのように配賦するか、在宅医療を行うことによる収益以外の病院にとってのメリットとそのインパクトをどのように考えるか、といった点を考慮する必要がある。

## 謝辞

本論文は筆者が慶應義塾大学大学院経営管理研究科修士課程に在籍中の研究成果をまとめたものである。終始熱心なご指導を頂いた主査の中村洋教授には大変お世話になりました。中村教授との議論の中で、私は論理的に思考する方法が鍛えられたと実感しており、これは今後の人生でも役に立つと思っています。本当にありがとうございました。

また副査の慶應義塾大学、田中滋名誉教授には、日本の医療政策を引っ張っている立場からの貴重なご意見・ご指導を頂きました。田中名誉教授との議論によって、上位概念・上位目的を意識した思考の整理方法が少しずつ身についたことを実感しております。これからも日本の医療に関わっていく身として、田中名誉教授との議論の時間は全てが今後に生きる貴重な時間でした。本当にありがとうございました。

林洋一郎准教授、後藤励准教授にはお忙しい中副査として丁寧なご指導をくださり、本当にありがとうございました。

中村洋ゼミの今津健充さん、鎌形博展さん、志賀卓弥さん、黄鳴さん、勉強会の小池正嘉さんには、常に刺激的な議論を頂き精神的にも助けられました。知的好奇心の旺盛なみなさんとの議論の中から物事には多様な視点があるということ、人にアウトプットすること、の重要さを改めて実感しました。ありがとうございました。

そして、本研究の趣旨を理解し快く協力していただいた、調査対象病院および調査対象者の皆様に心から感謝します。本当にありがとうございました。

最後になりましたが、私のわがままに文句も言わずに沖縄を飛び出し神奈川まで付いてきてくれ、そばで見守り、支え続けてくれた妻の梨奈と息子の皐仁に、心から感謝します。ありがとうございました。

## 参考文献

---

- i 在支診、在支病:厚生労働省医政局調べ (平成 26 年 3 月 31 日時点)  
訪問看護ステーション:介護サービス施設事業所調査(厚生労働省)(平成 26 年 10 月 1 日時点)
- ii在宅医療の現状第一回 全国在宅医療会議 参考資料 2
- iii 新屋洋平(2015) 「急性期病院が行う急性期在宅医療と、地域医療機関との連携について」『日本在宅医学会もりおか大会』  
中村義徳(2010) 「急性期病院の在宅部門における在宅看取り率の推移と地域医療への貢献について」『第 21 回日本在宅医療学会集会』  
山田和美(2014) 「総合内科訪問診療終結例 157 人の実態調査」『江別市立病院雑誌』  
小松裕和(2013) 「佐久総合病院の在宅医療」治療 95 巻 2 号 281-288
- iv地域包括ケア研究会 (2015) 「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 報告書」  
<[http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai\\_160509\\_c1.pdf](http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf)>
- v秋山弘子(2010) 「長寿社会の科学と社会の構想」『科学』 80(1) p59-64 岩波書店
- vi今後の高齢者人口の見通しについて 厚生労働省  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureishu/a/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureishu/a/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf)
- vii 地域包括ケア研究会(2015) 「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 報告書」  
[http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai\\_160518\\_c1\\_03.pdf](http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1_03.pdf)
- viii 佐藤卓利(2016) 「地域医療構想の検討」立命館経済学第 64 巻第 4 号
- ix 在宅医療テキスト編集委員会 「在宅医療テキスト」公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団
- x 厚生労働省 「在宅医療の体制構築に係る指針」  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24\\_0711\\_03-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_03-01.pdf)

---

xi 厚生労働省(2016年7月6日)「在宅医療の現状」『第一回全国在宅医療会議 参考資料2』

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000129546.pdf>

xii 公益社団法人日本医師会(2014)「2014年度診療報酬改定に係る診療所調査結果~かかりつけ医機能と在宅医療を中心に~」

[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20141217\\_3.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20141217_3.pdf)

xiii 天理よろづ相談所ホームページより抜粋

<http://www.tenriyorozu.jp/zaidan/index.html> 2016年1月5日アクセス

xiv 臨床研修の到達目標 医師臨床研修制度のホームページより抜粋

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/rinsyo/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/index.html) 2016年1月5日アクセス

xv 厚生労働省(2008)「終末期医療に関する調査」

xvi 新屋洋平(2015)「急性期病院が行う急性期在宅医療と、地域医療機関との連携について」『日本在宅医学会もりおか大会』

xvii 川越正平(2012)「OPTIM プロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化」 *Palliative Care Research*2012;7(2):389-394

xviii 川越正平(2012)「在宅の視点のある病院医師尺度の開発と信頼性・妥当性の検証」

xix 厚生労働省(2012)「医療計画の見直しに関する都道府県説明会資料(1)厚生労働省医政局指導課」

xx 厚生労働省(2016年7月6日)「在宅医療の現状」『第一回全国在宅医療会議 参考資料2』

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000129546.pdf>

xxi 百五経済研究所(2009)「地域医療連携アンケート」

[http://hri105.co.jp/research\\_report/houkoku/houkoku-1036-20090730.pdf](http://hri105.co.jp/research_report/houkoku/houkoku-1036-20090730.pdf)

xxii 宮澤英典(2008)「当院救急医療体制の充実「断らない救急」の復活に向けた取り組み」『地域救急災害医療研究 第7巻』