在宅医療における地域単位の

夜間休日対応体制

確保のためのガイド

He that is master of nights & holidays,
will soon be master of home medical care.

自治体・医師会向け

本ガイドは国立研究開発法人日本医療研究開発機構平成28年度長寿科学研究開発事業
「在宅療養者に対する地域単位の夜間休日臨時対応体制のあり方に関する研究」
（研究開発担当者：吉江悟）の成果の一部として作成されています.

【本ガイドならびに在宅医療・介護連携推進事業関連の問合せ先】
東京大学高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点（担当：吉江／松本）
〒113-8655文京区本郷7-3-1　東大病院中央診療棟Ⅱ　8F
Tel & Fax：03-5800-9542　Mail：homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp
※不在が多いためできるだけメールでお問合せいただけると幸いです.

March, 2017

2018年以降，すべての市町村で在宅医療・介護連携推進事業が実施されます．そのうち，「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」に関わる事項として，夜間休日の応需体制をいかに整えるかという点は，たいへん重要かつ難しい問題です．本ガイドは，**在宅医療における夜間休日対応体制を地域単位で検討・整備していくにあたり，前提としておさえていただきたいポイント**を，研究成果を踏まえて簡潔にまとめたものです．同事業の実施主体である市町村や地区医師会の皆様に少しでもご活用いただければ幸いです．

#01 臨時往診の発生頻度はそれほど高くない

- ✓ 千葉県柏市の国保・後期高齢者レセプト分析の結果（期間：2012年4月～2013年9月：当時人口40万人，高齢化率22%の）によると，同地域の1ヶ月あたりの臨時往診の回数は月平均50回未満でした．市全域で1日平均2回未満ということです．つまり，この人口規模・高齢化率の地域では，理論上は医師が1名待機するだけでも充分に臨時往診のニーズに対応できることになります．今後いっそう高齢化が進み在宅医療の需要が増えると予測される中，限りある医療人材の夜間休日における配置のしかたについて，各医療機関という単位を越えて，地域として持続可能性の高い対応を考えていく必要があると思われます．
- ✓ 日本には，休日夜間急患診療所という臨時の一次診療を輪番で担う仕組みがあり，多くの地区医師会にはそのノウハウが蓄積されています．この延長上で往診の輪番制などを検討することも一法かもしれません（#04も参照）．
- ✓ なお，この論点は訪問看護ステーションについても当てはまるものです．実際に臨時訪問が必要となる頻度等を把握しつつ，地域全体で対応策を考えていくことが重要です．

#03 救急と表裏一体で考える

- ✓ 75歳以上の救急受診・搬送状況を調査したところ，（要介護認定を受けているかどうか不明であった者を除いたうち）約半数が要介護・要支援の状況にある方でした．
- ✓ 今後日本全体として75歳以上の住民がいっそう増えてくると予測される中，在宅医療・介護を利用している方が安心できる夜間休日の一次相談先をもっておくことは，翻って地域の救急医療が疲弊せずに持続するためにも必要だと思われます．在宅医療の夜間休日体制の検討を進めるにあたっては，救急告示医療機関や消防本部などとも情報交換を重ねて相互の経験と体感を共有しておくことが重要です．

#05 市民の納得を得る

- ✓ 医師や看護師に対して，どういう条件があれば地域単位の夜間休日対応体制が実現できると思うか尋ねたところ，もっとも多かった回答は「患者（市民）の納得が得られる」ことでした．また，8割以上の医師・看護師は，「条件が整えば地域単位の体制が実現できる」と回答していました．
- ✓ #04に記載したオランダでは，夜間休日はかかりつけではない家庭医が対応するのが原則になっていますが，国民の医療に対する満足度は日本に比べても高いと言われています．日本の在宅医療の現状のように，かかりつけ医による対応を基本として医療機関ごと体制を整える形と，オランダのような地域単位の体制をもつ形と，いずれが市民（医療従事者を含む）の幸福を最大化できるのか，中長期的な視点を保ちながら検討を重ね，一定の方針を見出していくことが必要になると思います．

※本ガイドの内容についてより詳細な情報をご希望の方は裏面に記載の連絡先までお問合せください．

#02 看護師による一次対応を活かす

- ✓ 本研究において，ファーストコールをとる職種によって患者・家族の安心感・満足感に差異があるか分析したところ，医師に比べて看護師が対応するときにより高い安心感・満足感が得られている傾向が認められました．
- ✓ 加えて，ファーストコール対応をしている看護師はそうでない看護師に比べ，仕事に対するコントロール感（職務満足等と関連すると言われている概念）が高いという関連がみられました．
- ✓ 以上を踏まえると，いざというときには医師による対応体制が確保されている前提において，ファーストコール対応を看護師に集約化していくことには一定の意義があるかもしれません．（病院においてナースコールにはまず看護師が出るのと同じイメージです．）それにより，医師が往診をしなければならない確率はさらに低くなり，夜間休日の医師の業務負担をさらに低くすることができると推測されます．

#04 国内外の事例も参考に

- ✓ オランダで導入されている「GPアンビュランス（往診車）」の事例は，まさに#01に記載した「往診の輪番制」を体現したものです．ヒヤリングを行ったデン・ハーグ地域では，人口70万人に対してGPアンビュランスが毎晩（17～8時）1～数台稼働していました．なお，GPアンビュランスは外来診療を行う「GPポスト」（日本の休日夜間急患診療所に相当するもの）と一体的に運用されています．
- ✓ 国内では，東京大都市圏で訪問診療を提供している医療法人社団悠翔会において，計5,500人*という多数の患者に対する夜間対応が2名の当直医により提供されている事例は1つの参考になりそうです．平均すると，一晩（18～9時）につき23件のコールと5件の往診を2名でこなしていることになり，それほど厳しい勤務条件ではないと思われます．夜勤専門の医師も雇用され，常勤医よりむしろ評判がよいという声も聴かれました．このような取組みを参考にしつつ，日本版GPアンビュランスのようなものを地区医師会等が主体となって運営することができれば，1人開業の医師を支える地域資源となり得ると思われました．なお同法人では，一晩患者1人あたり50円のコスト負担があれば，他法人の患者であっても対応することができるという収支計算がなされていました．

* 在宅患者5,500人という数値は，2014年の日本の在宅時医学総合管理料の算定割合で計算すると（NDBオープンデータより），人口175万人規模の区域における訪問診療の提供量に相当します．

では，誰が／どう進めていくのか

- ここにあげたようなポイントをおさえつつ，誰が，どのように体制整備を進めていくか．地域包括ケアシステムの構築手法に全国一律の正解がないように，これについても一律の正解はないように思います．
- ただ，1つ言えることは，地域全体を巻き込んでここにあげたポイントを網羅した議論を展開できるのは，おそらく，**行政機関である市町村と地域の医師を会員に擁する地区医師会という二者だけ**だということです．在宅医療・介護連携推進事業は，市町村と地区医師会が一体となって進めていくべき事業であると指摘されていますが，本ガイドで扱った夜間休日の体制整備については特に，両団体が確固たる信念を共有して取り組む必要があると思います．
- なお，本ガイドに記載した内容は，資源の乏しい地方部においてはより身に迫って考える必要のある課題であり，逆に現状では資源が一定数存在する都市部においてはあまり現実味がない（多数の医療機関があり到底実現できるわけがないと思ってしまう）内容かもしれません．まずは**本ガイドを1つのきっかけとして，各地の状況に合わせた議論が喚起されることを期待**します．
- 最後に，市町村行政の皆様におかれましては，在宅医療・介護連携推進事業という法的根拠を最大限活用され，関係する他部署とも庁内連携をはかりつつ**，現在及び将来の市民（患者と医療従事者の両方を含む）の「最大多数の最大幸福」を実現できる方策をよく検討いただけたらと思います．

** 参考：庁内連携のための参考資料：「健康・介護施策における部署間連携のためのアクションチェックリスト第一版」（産業医科大学藤野義久准教授作成，掲載URL：https://www.jages.net/renkei/chiikirenkei/）