

平成28年度第1回在宅療養支援診療所連携委員会 議事録

平成28年5月9日(月)

午後2時～

於) 東名古屋医師会事務所会議室

出席者(順不同・敬称略)

委員長：笹本 基秀 (東名古屋医師会 会長)
副委員長：牧 靖典 (東名古屋医師会 副会長)
副委員長：祖父江 良 (東名古屋医師会 副会長)
副委員長：永井 修一郎 (東名古屋医師会)
委員：嘉戸 竜一 (豊明支部)
：水野 雅夫 (豊明支部)
：伊藤 志門 (日進支部)
：木全 秀人 (日進支部)
：服部 努 (長久手支部)
：今田 朗 (長久手支部)
：松浦 誠司 (東郷支部)
：木下 雅盟 (東郷支部)
：村井 良則 (在宅医療サポートセンター コンダクター)

オブザーバー：石黒 孝康 (瀬戸旭医師会 尾張東部中核センター コーディネーター)
：厚村 睦子 (瀬戸旭医師会 在宅医療サポートセンター コンダクター)

(1) 委員長挨拶(笹本先生)

- ・我々が地域包括ケアに取り組んでいく中で、多数の先生が在宅医療～在宅療養支援診療所を運営されています。これまで永井先生を中心に在宅医療に関する様々な委員会を開催してきました。今回は4地区(豊明、日進、東郷、長久手)より在宅医療～在宅療養支援診療所を運営されている先生に出席して頂いております。在宅医療について現在各地区でどのように連携しているのか～今後はどのように連携すべきか～在宅医療実施医療機関は数多くあるのにどうして在宅医が少ないのか～等の在宅医療における今後に課題について話し合っていきたいと考えています。

風通し良く医師会の中で在宅医療を進めていくために連携委員会を立ち上げました。今後在宅医療について取り組んで行くわけですが、ご承知のように在宅医療の診療報酬の取り決め等も非常に複雑で皆さんもご苦労されていると思います。そういった事についてもお話出来ればということで、今回第1回目を開くわけです。この委員会の規約や方向について、この後永井先生からお話がありますが、今後年に3回開催していきたいと考えています。次の開催までの間の期間の連携について等も、検討出来ればと思っています。

(2) 当委員会規約（案）（永井先生）

（資料：在宅療養支援診療所連携委員会規約（案））

- ・サポートセンター事業の一環としてですが、診療所が連携して様々な問題を討議しましょうという事で、この委員会を立ち上げました。ゼロからでは皆さんも話し合いにならないので、一応案として規約を作成いたしました。
- ・規約（案）ですので、変更も追加も出ればその都度可能です。
 - ①委員構成は本日出席されている方々（祖父江先生は本日欠席）と在宅医療サポートセンターコンダクターの村井さんの13名となります。
- ・オブザーバーとして本日は瀬戸旭医師会からコーディネーターの石黒さんがお見えになっています。この会はオープンな会ですので、オブザーバーの出席に関しては、委員の皆さんの了承があれば参加を認めるという事で良いのではないかと思います。
- ・書記：木下雅盟
 - ②委員会開催については年3回（4ヶ月毎）で、5月と9月と3月（平成28年度）。開会日～時間等は話し合いで決定するという事で、後ほどdiscussionしたいと思います。
 - ③委員会の目的としては、在支診（在宅療養支援診療所）の拡大～新規参入を図る事や研修会の実施、副主治医制～診療報酬請求方法～24時間対応等の検討となります。当然ながら瀬戸旭医師会との連携も深めていくという事で、今後瀬戸旭医師会でも同様な委員会ができれば我々も参加させて頂きたいと考えております。
 - ④世話人会を作って、1ヶ月前位に次回の委員会討議内容について検討するために世話人会を開催してどうかと提案致します。

(3) 今後の開催日・開催時間について

- ・開催時間は夜の時間帯の方が出席可能な委員が多い。
- ・豊明の方々がいるので開始時間は午後8時半から、終了は9時半の1時間位で。
- ・各委員～各支部の都合より開催曜日は金曜日が望ましい。
- ・次回は9月の金曜日の夜の開催で予定します。8月お盆過ぎに世話人会と予定します。

(4) 診療報酬改定における留意点について（服部先生）

(別紙資料：医学管理料)

(別紙資料：別に定める状態の患者)

(別紙資料：在宅緩和ケア充実診療所・病院加算)

(別紙資料：例外)

- ・診療報酬改定されてからもう一ヶ月経過しておりますので、皆さんご存知だと思いますが、管理加算の方を表にしてみました。今まで個別に行っていたのが今回からはダメになったこと、今回からは訪問回数1回という軽症の人にも加算が取れること、重症度に応じて区分が変わってきたことなどが変更点としてあります。

平成28年度診療報酬改定

質の高い在宅医療・訪問看護の確保②			
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価②			
③ 月1回の訪問診療による管理料を新設			
④ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価			
現行 (在総管：機能強化型在支診(病床なし))		改定後 (在総管：機能強化型在支診(病床なし))	
同一建物居住者以外の場合	4,600点	単一建物診療患者の人数※2 1人 2～9人 10人～	
同一建物居住者の場合※1	1,100点		
		重症患者(月2回以上訪問)	5,000点 4,140点 2,640点
		月2回以上訪問している場合	4,200点 2,300点 1,200点
		月1回訪問している場合	2,520点 1,380点 720点
現行 (在総管：在支診)		改定後 (在総管：在支診)	
同一建物居住者以外の場合	4,200点	単一建物診療患者の人数※2 1人 2～9人 10人～	
同一建物居住者の場合※1	1,000点		
		重症患者(月2回以上訪問)	4,600点 3,780点 2,400点
		月2回以上訪問している場合	3,800点 2,100点 1,100点
		月1回訪問している場合	2,280点 1,260点 660点
※1 同一建物居住者の場合：当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合		※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数	

質の高い在宅医療・訪問看護の確保③

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価③

現行 (特医総管：機能強化型在支診（病床なし）)		改定後 (施設総管：機能強化型在支診（病床なし）)			
同一建物居住者以外の場合	3,300点	単一建物診療患者の人数※2			
同一建物居住者の場合※1	800点	1人	2～9人	10人～	
		重症患者（月2回以上訪問）	3,600点	2,970点	2,640点
		月2回以上訪問している場合	3,000点	1,650点	1,200点
		月1回訪問している場合	1,800点	990点	720点

現行 (特医総管：在支診)		改定後 (施設総管：在支診)			
同一建物居住者以外の場合	3,000点	単一建物診療患者の人数※2			
同一建物居住者の場合※1	720点	1人	2～9人	10人～	
		重症患者（月2回以上訪問）	3,300点	2,700点	2,400点
		月2回以上訪問している場合	2,700点	1,500点	1,100点
		月1回訪問している場合	1,620点	900点	660点

※1 同一建物居住者の場合：当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※ 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

(別紙資料：医学管理料) 在支診の機能強化型と機能強化型以外での点数を表に示しています。「別に定める状態の患者以外」の人が一番多いと思いますが、元々の点数から400点下がって、「別に定める状態の患者」の人の方が400点上がっているのが、今回の改正のポイントだと思います。

- 施設に関して、有料老人ホーム～グループホーム～サ高住（サービス付き高齢者向け住宅）については、今までは在総管（在宅時医学総合管理料）が取れていたのが、4月からは算定できなくなりました。上記施設では施設入居時等医学総合管理料（施設総管）になります。ただし来年の3月までは在総管を算定できます。もしかしたら抜けが出るかもしれないので「例外」として追加しておきます。（別紙資料：例外）
- 今まで取れていなかった休日の加算も取れるようになりました。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保①

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価①

➤ 在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、以下のとおり患者の状態や居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、名称を変更

現行（対象となる住まい）	改定後（対象となる住まい）								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white; width: 20%;">特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）</td> <td>養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、特定施設</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #4a7ebb; color: white;">在宅時医学総合管理料（在総管）</td> <td>上記以外の住まい</td> </tr> </table>	特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、特定施設	在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #e67e22; color: white; width: 20%;">施設入居時等医学総合管理料（施設総管）</td> <td>養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e67e22; color: white;">在宅時医学総合管理料（在総管）</td> <td>上記以外の住まい <small>※ 改定前に在総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在総管を算定できる。</small></td> </tr> </table>	施設入居時等医学総合管理料（施設総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム	在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい <small>※ 改定前に在総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在総管を算定できる。</small>
特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、特定施設								
在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい								
施設入居時等医学総合管理料（施設総管）	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム、 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム								
在宅時医学総合管理料（在総管）	上記以外の住まい <small>※ 改定前に在総管を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者は、平成29年3月末までは在総管を算定できる。</small>								

② 以下に掲げる重症度の高い患者に対する評価を充実

重症度の高い患者

・末期の悪性腫瘍の患者	・スモンの患者	・指定難病の患者
・後天性免疫不全症候群の患者	・脊髄損傷の患者	・真皮を超える褥瘡の患者
・人工呼吸器を使用している患者	・気管切開の管理を要する患者	・気管カニューレを使用している患者
・ドレーンチューブ等を使用している患者	・人工肛門等の管理を要する患者	・在宅自己腹膜灌流を実施している患者
・在宅血液透析を実施している患者	・酸素療法を実施している患者	・在宅中心静脈栄養を実施している患者
・在宅成分栄養経管栄養法を実施している患者	・在宅自己導尿を実施している患者	・植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理を受けている患者
・携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン2製剤の投与を受けている患者		

48

(A委員)

- ・在支診の届け出の仕直しについてですが、1年間の間にするという事ですか。

(B委員)

- ・来年の3月まで猶予があって、「在宅医療を専門とする在宅療養支援診療所」にするかどうかも含めて、3月末までに出せば良いと聞いています。

(C委員)

- ・在宅療養支援診療所の届け出は、既存の所も新しく届けなければならない～来年の3月31日までに出し直しをしろという事だと思います。それに7月になると毎年件数の報告が必要になったので、この時に届け出を一緒に出そうと考えています。継続する場合でも届け出を出さねばならない事が間違えやすいかもしれません。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

➤ 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

[主な開設要件]

- ① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること(地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。)
- ② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
- ③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- ④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

等

在宅医療専門の医療機関に関する評価

➤ 在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、それぞれ同様に評価を行う。

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ (施設総管の件数) / (在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7
② 5か所/年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ (要介護3以上の患者+重症患者) / (在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5
③ 看取り実績が20件/年以上又は15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上	

- 在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在総管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の80/100に相当する点数により算定する。
- 在宅患者の占める割合が95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする。



52

(C委員)

- ・「緊急の往診」と「緊急往診」があつて、診療の標榜時間内に行う「緊急往診」とは違って、「緊急の往診」は深夜～夜間～休日の往診と定義するようです。多数の患者さんを在宅医療で診ておられますが、実際のところ「緊急の往診」の件数はどうですか。

(B委員)

- ・実際、「緊急の往診」の数は多くないと思います。でも肺炎等の疾患の状況はあります。時間と緊急なりの病名になると思います。

(C委員)

- ・診療の標榜時間内に行う「緊急往診」は実際ほとんど無いです。しかしながら機能強化型の在支診は1年間毎月累積してデータを上げて、「緊急往診」の実績が足りなかったら取り下げになってしまいます。これは恣意的になってしまう可能性があると思います。このように件数で縛るのは nonsense だと思います。

(別紙資料：在宅緩和ケア充実診療所・病院加算)

参考:在宅療養支援診療所の施設基準の概要

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	
在宅患者が95%以上(※)の在支診が満たすべき基準	⑩ 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪ 看取り実績が20件／年以上又は超・準超重症児の患者が10人／年以上 ⑫ (施設総管の件数)／(在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 ⑬ (要介護3以上の患者+重症患者)／(在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5		

※在宅患者が95%以上とは、1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上

(D委員)

- ・保険の点数を絶えず政策誘導してくる国のやり方は本来おかしいと思います。こういう重箱の隅を突っついたようなやり方は官僚特有の政策誘導だと思うのです。日本医師会から文句を言うべきです。

(E委員)

- ・最近困ったこと～理解できないことは、今まで肢体不自由児の施設で点滴等を看護師に電話で指示して施行していたのが、今回の改正後、先月からそういう施設では出来ないと言ってきました。もしやるならば訪問看護を使って下さいと。施設に看護師がいるのに関わらずです。それに往診して点滴等の材料費だけを請求するのですが、それもダメだということで返戻になりました。施設以外の訪問看護を使ってやろうと思ったら、そこの施設が拒否をするのです。そこで保険者(基金)と東海北陸厚生局に問い合わせても、はっきりとした回答はなくて、その場合は特養と同じような扱いになりますから無理なのですとのこと。

(D委員)

- ・出来ないのではなくて、やらせたくないのかどうかです。現場に動ける人がいるのにそれを使わないで却って非効率になるわけだから。

(E委員)

- ・訪問看護に週1回で点滴をお願いしたらダメだと。なぜ週1回はダメなのですか。

(A委員)

- ・訪問看護に依頼する点滴は週3回と中医協で決まってしまったので。

(参考)

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

- (1) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者について、当該患者の在宅での療養を担う保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師等に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者に別紙様式16、別紙様式17の2又は別紙様式18を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間(7日以内に限る。)及び指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、1週間(指示を行った日から7日間)のうち3日以上看護師等が患家を訪問して点滴注射を実施した場合に3日目に算定する。なお、算定要件となる点滴注射は、看護師等が実施した場合であり、医師が行った点滴注射は含まれない。
- (2) 点滴注射指示に当たっては、その必要性、注意点等を点滴注射を実施する看護師等に十分な説明を行うこと。
- (3) 点滴注射を実施する看護師等は、患者の病状の把握に努めるとともに、当該指示による点滴注射の終了日及び必要を認めた場合には在宅での療養を担う保険医への連絡を速やかに行うこと。なお、その連絡は電話等でも差し支えないこと。
- (4) 在宅での療養を担う保険医は、患者、患者の家族又は看護師等から容態の変化等についての連絡を受けた場合は、速やかに対応すること。
- (5) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料には、必要な回路等の費用が含まれており、別に算定できない。
- (6) 区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分番号「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合には、当該管理指導料は算定できない。

- (7) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤料は別に算定できる。
- (8) 週3日以上実施できなかった場合においても、使用した分の薬剤料は算定できる。

(D委員)

- ・保険診療というのは医学的見地とは全く関係ないのです。病名でもそうです。

(C委員)

- ・看取りの場合でも件数でくるので、「入院をしないで在宅で最後を迎えなさい」みたいな誘導もあると思います。
- ・看取りの時に付く加算である在宅療養実績加算に既存のものを1として在宅療養実績加算2が新設されました。在宅療養実績加算1は、過去1年間の緊急の往診の実績が10件以上～在宅における看取りの実績が4件以上でしたが、新設された在宅療養実績加算2は、過去1年間の緊急の往診の実績が4件以上～在宅における看取りの実績が2件以上で、定められた緩和ケアの研修会も終了が必要となるようです。

平成28年度診療報酬改定

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑦		
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実②		
<p>➤ 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。</p>		
	在宅療養実績加算1	(新)在宅療養実績加算2
緊急、夜間・休日又は深夜の往診	75点	50点
ターミナルケア加算	750点	500点
在宅時医学総合管理料	75～300点	50～200点
施設入居時等医学総合管理料	56～225点	40～150点
在宅がん医療総合診療料	110点	75点
[施設基準]		
	在宅療養実績加算1	(新)在宅療養実績加算2
過去1年間の緊急の往診の実績	10件以上	4件以上
過去1年間の在宅における看取りの実績	4件以上	2件以上
緩和ケアに係る研修	—	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

56

(F委員)

- ・研修を申し込んでもいっばいで断られることが多いです。

(G委員)

- ・緩和ケアの研修会は大体1日半の日程で、病院の先生向けには土曜日の朝からで、開業医の先生向けには土曜日の午後からの場合が多いです。いろんな所でやっているようです。

(A委員)

- ・がん拠点病院だったら大抵やっているはずですが。藤田保健衛生大学病院で先日やっていました。

(E委員)

- ・名古屋記念病院では結構開業医の参加しやすい時間になっていたと思います。

(C委員)

- ・まあこのような加算をとりたければ、研修を受けなければならないという事です。
- ・訪問診療を行っている時に、その看護師等についてもう一人診察お願いしますと言われた場合にはどうしていますか。

(B委員)

- ・訪問診療に最初の人がいるので、もう一人の方は再診にしています。はじめから2人診てくださいと言われていたら低い点数になります。同じ日であれば時間帯変えてもダメです。

(C委員)

(別紙資料：別に定める状態の患者)

- ・重症の疾患ですけど、パーキンソン病の患者さんは結構いるのですが、Yahr の分類と生活機能評価～障害を記載しないと難病にならないですか。

(B委員)

- ・以前は病名が付いていれば良かったのですが、今難病に関しては、重症度が絡んでくるようになったので記載が必要です。難病の病名のついた身障手帳が必要です。診療は難病指定医でなくても可です。

(C委員)

- ・電話再診についてはどうしていますか。

(B委員)

- ・ほとんど算定していません。

(C委員)

- ・電話において何らかの指示等を出しているのので、電話再診は算定してしかるべきだと思います。ただ自己負担分の放棄は出来ませんので、後ほど自己負担分の徴収をせねばならないことが手間になると思います。

(5) 在宅医療新規参入医療機関の拡大策は？

(H委員-mail-)

「管内医療機関に新規在宅参入者を増やす方策について」の提案について-

- ・当院も在宅支援診療所を申請しておりますが、休日や夜間の対応は苦慮しております。幸い、永井先生はじめ連携医療機関の先生方のおかげで何とか対応できております。しかし、これから私も歳とって行きますので24時間対応と言われると継続する自信がありません。新たに参入を検討されている先生も、この点がネックになるのではないのでしょうか？ 多人数で運営している在宅専門の医療機関なら可能かもしれませんが、医師1人の個人開業医にはこの制度は限界かもしれません。夜間、休日対応を親密に連携できる医療機関で当番制にすれば新規参入医療機関の参入のハードルも減ると思われます。なかなか難しい問題だと思いますがご議論頂ければ幸いです。
- ・吸引カテーテル、膀胱留置カテーテルや褥瘡用のハイドロコロイド製剤などの消耗品の在庫も問題です。継続的に使用している方が亡くなられたり不要になった場合、不良在庫になります。在宅患者数が多ければ不良在庫にならないかもしれませんが、当院では期限が切れて無駄になることも少なくありません。医師会で一括購入して使用分を各医療機関が支払う形にすれば、不良在庫はなくなると思いますが、いかがでしょうか。

(E委員)

- ・一つは個人開業医で在宅医療～在宅診療をやっていく場合には、24時間対応～夜間～休日対応等で不安がある～難しいという点がある。医師会でアンケートを取っても強化型ではない在宅診療の届け出をしているところの方が多いです。そして次に連携をどうするかという事が出てくる。良い連携をとるためには様々な条件や問題が

あります。全国的に見ても副主治医制がうまく機能している所とそうではない所が出てきています。副主治医制の良い点は、お互いに意見を出し合えばより良い結果となる事や、いざという時に主治医が対応できなくても副主治医が対応出来る事等です。しかし個人開業医では人に任せるとというのが中々出来ないという事もあります。複数でやっている自分と自分が考えている方向と違う方向性になる事もあるそうです。連携はしたいがその辺の事がジレンマになる事があるようです。

(B委員)

- ・連携型機能強化型を組んでいるのは名東区の先生方とですが、名東区の医師会の考え方もあり副主治医制を希望される先生も見えます。ただ何を持って副主治医とするかが全然決まっています。お互いに専門外の領域をカバーするにしても、中途半端なことが多くて、費用面でも問題が多くて、副主治医制という名前だけが先走っていて、副主治医の意味が明確にされていないと思います。

(E委員)

- ・副主治医制を取っていた場合、患者さんの反応や対応についてはどうですか。

(B委員)

- ・自分に予定がある場合、患者さんや副主治医に前もって説明しておけば問題ないです。そういった場合でもまず自分に電話連絡してもらい、患者さんに副主治医が対応する旨を説明して、副主治医の先生にも連絡して病状と対処等を説明しておけば、副主治医の先生も動きやすいと思います。

(I委員)

- ・個人でやっている祖父江先生が述べられている通り1人では限界があって、365日24時間を1人で対応しなければいけないというは凄く負担になります。新規参入という意味では、ここがネックになっていると思います。連携があって1人で全てやらなくても良いという事になれば、新規参入し易くなると思います。名称は副主治医制でも連携でも何でも良いですが、連携が取れて各個人の負担が少しでも減れば良いと思います。ただ具体的な金銭面や時間的な配分等が全体で連携できるのか、具体的な運営が難しいと思います。

(E委員)

- ・新規参入については、在宅医療サポートセンターのアンケートの結果から見ても、

やる気のある先生は結構いると思います。ただやる気はあるが患者さんは何処から来るのか。そういった所もあると思います。そういった先生方に患者さんを紹介していくシステムを行政～自治体が作っても良いのではないのでしょうか。病院から退院していくのに当たり、訪問看護ステーションを通しての紹介や多人数で在宅医療を行っている特定の医療機関等に患者さんが集まっているのではないのでしょうか。かなりの数の患者さんがいるのに関わらず、この辺のレベルの所には降りてきていないように思います。在宅医療を実施している医療機関が足りないと言われていますが、患者さんの流れができれば、この事情が変わってくると思います。

(B委員)

- ・当方は愛知医大病院からが多いです。大学病院は元々の主治医に返すというのが大前提ですが、元々の主治医が診れないということで、紹介されてくることが多いです。

(A委員)

- ・東郷町では在宅医療実施医療機関はリストに14機関ありますが、実際やっている医療機関は数えるくらいです。増やそうと考えて勉強会等を開催しましたが、あまり効果はありませんでした。

(J委員)

- ・先ほど笹本先生が仰いましたが、在宅医療をやり始めようと思っ掛けていても取っ掛かりがないという先生は多いと思います。医師会が今進めている電子@掲示板ですが、東郷町では主治医かケアマネジャーしか同意書が取れないのですが、豊明市では4月から介護申請～更新の際に行政が同意書を取っていくようになっています。他の市町でも行政が同意書を取っていくようになれば、それで電子@掲示板をきっかけに在宅医療へ主治医の先生に参加して頂くのはどうかと考えます。

(C委員)

- ・気管切開をしていて褥瘡がある重症の患者さんで、皮膚科の先生や耳鼻科の先生を副主治医になってもらっています。往診も訪問診療もしていない先生に気管切開や褥瘡を診てもらっています。そうすると皮膚科の先生でも耳鼻科の先生でも医師ですので、緊急の時に対応して頂けるのです。それが知らずと副主治医制になっています。診療報酬上は副主治医の先生は往診で、管理料はこちらなのですが、ということで訪問することによって在宅医療の面白さや外来と違った緊迫感などを

感じて頂けると新規に在宅医療に入って来てもらえる。自分の負担も減るし、患者さんや家族も専門の先生の診療で喜ばれる。一石何鳥の世界だと思います。

- ・先ほど服部先生が仰っていたように、大学病院から退院する場合は元の主治医に戻るのが大前提です。でも一度回復期リハビリ病棟にいった場合は、その病院のMSW（医療ソーシャルワーカー）が、退院して在宅医療が必要となった際に元の主治医とコンタクトが取っているかどうかという問題があります。せっかく電子@掲示板があるので、支援チームの中に大学病院もリハビリ病院も元の主治医も乗せてしまえば、元の主治医に戻る場合でもそうでない場合でも非常に連携が上手く取れると思います。その所の流通を上手くいくように愛知医大の村居さんと話を進めたいと思っています。そうすれば既存の医療機関でたくさんの患者さんを診てくれば、新規参入が増えなくても地域としての在宅医療は活発化するので、既存でやっていけるという側面もあると思います。

（K委員）

- ・在宅医療に参入したのは、私の場合は特殊な理由でした。透析の患者さんが高齢になって在宅でみるのも厳しい状態になり、居場所がなくなって「透析難民」になっている現状があり、それでも在宅で介助～介護している家族もありますが、施設に入所する患者さんも出てきました。そうすると施設のスタッフや看護師さんは透析の患者さんに対して、どうして良いのかが分からない状況があり、当方のクリニックのスタッフとトラブルになる事がありました。それで私がそういう施設を回れたらとの考えから参入することにしました。しかしながら主治医で見ていた患者さんが脳梗塞で入院したのち退院してきた時、自分だけで在宅医療するには不安があります。ですので、こういう場合にグループで診れるような連携の仕組みがあれば、新規参入もしやすいのではないかと考えます。

（C委員）

- ・私の場合、在宅診療では99%訪問看護をつけています。外来診療では誰にも相談はできませんが、訪問看護の看護師は結構知識や理解があるので、一緒に患者さんを診ているという感覚があります。なおかつ深夜でも必ずナースを通して連絡が来るので、朝まで待てる場合には状況を選別してくれます。あと状態が悪い患者さんの場合は、早い目に診療することで夜間～深夜に呼ばれることを少なくできると思います。

(D委員)

- ・現実的に 24 時間対応の訪問看護ステーションをどうやって増やすかが重要です。今後人口が減って、従事する人も少なくなる状況で如何に効率的に 24 時間対応できるのかは大きな課題です。

(B委員)

- ・訪問看護ステーションも経営的な面もあって土日休みの所もありますが、患者さんの状態が不安定になってきたらサービスチェンジで他所の 24 時間対応の訪問看護ステーションに変えていかざるを得ないと思います。
- ・実際には夜間～深夜に呼ばれることは少ないです。私も永井先生と同じで先に診療しておきます。強化型を組んでいるので、夜中に呼ばれた件数をカウントしていましたが、あまり数はありませんでした。当初考えていた訪問診療専門にやっている所は大変なのではないかという思いがそれで払拭されました。

(L委員)

- ・多分ご家族の方も夜中に患者さんの所を見に行くことが少ないというのもありますし、深夜や早朝に事切れたのに気が付いていても、先生が起きる時間を待つて連絡してくることが多いと思います。

(D委員)

- ・長年診ている患者さんの看取りの場合は、主治医が 24 時間以内に見に来れば良いことを、家族の人は理解してくれます。

(C委員)

- ・自分が不在になる場合、あらかじめ大学病院等宛に紹介状を書いて渡しておく、家族に安心してもらえます。

(資料：メディカルビューポイント Vol. 37 No. 5 (9)～医事判例の診療カバン～)

(永井先生)

- ・高齢の寝たきりの在宅患者の場合でも、家族や親戚などとの意見の違いなどに注意しないと、気の緩みから訴えられるケースもあるというのが載っていたので、今回提示しました。ご参考にしてください。当事者や家族にとっては大事な命ですので気を引き締めて行こうという事です。

(I 委員)

- やっぱり 365 日 24 時間対応という事に対しては、医師としての責任があります。それが大変そうで参入しない理由になっていると思います。それに対しては連携の仕組みを整えたりして対処していくしかないですが、さらに在宅医療関係の点数がこんなに下げられては、新たに参入する先生がいなくなってしまうと思います。この辺の問題は医師会としてはどうしようも無いのですか。

(C 委員)

- 結局、達成感を味わった先生が続けられると思います。在宅医療の基本というのは外来で診ている人が寝たきりになって、本当にその人の墓場の所まで行って、最後に在宅で看取ったという社会貢献～達成感にあると思います。
- 経営的に見ても在宅医療は点数の高い低いではなくて必然的にやっていかないと立ち行かなくなる時代になっていくと思います。

(B 委員)

- 我々のように既に参入している所は今回の改正で点数が下がって減収になるのですが、新規参入する先生は今の収益にプラス α になるわけです。

(I 委員)

- そのプラスと 365 日 24 時間対応の労力との比を考えた時に、達成感や理想があっても新規参入はしないのではないのでしょうか。

(A 委員)

- 県の医師会で他の地区の取り組みを見ていると、研修会で講師を呼んで「在宅医療はこういう物で皆さん達成感があるからやって下さい」というのは殆ど失敗しています。唯一成功例は懇親会～宴会をやって熱弁をふるって勧誘～指導するというので、これが一番効果があったようです。

(D 委員)

- 懇親会～宴会でやるというのは、様々な意味で意思の疎通や連携を図るために必要で、非常に重要であると思います。

(G委員)

- ・高齢の先生が長年診ている患者さんだと看取りは達成感あるが、若い先生では見ている期間が短いので難しいと思います。ずっと診てきた患者さんが自宅で看取られたいと言われた時に、自分1人では体力的にも自信がないという状況は、在宅医療をやっている～やっていないに関わらず出てくると思います。私の場合は父が長年診てきた患者さんを私が副主治医として診療してます。このようにベテランの先生と若い先生との連携が望ましいように思います。近い将来、この地域にも在宅専門の医療機関出来てくると思います。既存の先生たちは自分の患者さんの最後を持っていかれるのではないかという危惧されます。でもここは病院でいうレジデントと部長みたいな関係で、元々の主治医の先生の診察もあるが、実際のマネージメントは在宅専門の先生が診てるというような連携～体制が出来ると良いのかなと考えています。

(C委員)

- ・本来強化型というのは連携医療機関が必要なので、そういう所がある意味副主治医の形になっているわけです。だから自分が在宅医療をやっていく場合、単独でやるのではなくて、連携する医療機関を持ってやった方が良いと思います。近隣の医療機関で牙を向き合うような時代はもう過ぎ去って、お互いの利益のために手を組み協力しあう必要が出てきている時代だと思います。

(6) その他

- ・次回「第2回当委員会開催日」は9月の予定です。
- ・次回開催内容の検討のために、8月に事前打ち合わせ会（世話人会）を実施
- ・当委員会の内容のまとめを、各支部代表者（服部・伊藤・嘉戸・松浦先生）に後日送信しますので、各支部会で会員に説明及び配布して下さい。