

# 完了報告

テーマ

「在宅医療の実践と開業医グループ化のシステムに関する考察」

申請者 伴佳之

所属医療機関 大和南診療所

職名 院長

医療機関所在地 愛知県一宮市大和町於保上次 2 2

共同研究者

櫻井義也

脇田 久

木村恵三

浅井貴裕

提出年月日 平成 2 2 年 8 月 2 8 日

## 報告書原稿

従来から各々のやり方で色々なケースの在宅患者に対して、在宅訪問診療を実践している複数の開業医が何らかのグループ化をする意味とそのシステム作りに関して考察した。

開業して外来患者の診療だけをしてきた一般開業医も、今まで通院していた患者が高齢その他の理由で医療機関へ通院困難になった場合には訪問診療を実施せざるを得ないケースがある。また脳血管障害や悪性疾患で病院へ紹介した患者が完治せず在宅医療を希望して退院してくるケース。次に全く自院に通院歴の無い難病患者や癌末期患者の在宅医療を病院から依頼されるケースもある。いずれのケースも最終的に在宅で看取りまでするか否かが問題で、もし看取りをするのであれば365日24時間何らかのバックアップ体制が無ければ主治医は身動き取れない状態に追い込まれる。また病院から転院してくるケースでは、患者側は病院医療に限りなく近いレベルの在宅医療を期待したり高度な医療機器を装着したままのケースもある。その際は退院して在宅医療を開始する前に「在宅ではどこまでやれるか」（引き受ける医療機関によって勿論差がある）をしっかりと患者及び家族と話し合っておく必要がある。その上で在宅医療実施医は最大限の努力をする事になるが、症状悪化時の緊急対応や治療方法の検討など患者側のニーズに応えようとすればするほど主治医一人では荷が重く複数の連携医の存在無くして在宅医療継続は困難になる。

そこで今回はまず同じような問題を抱えながらも在宅支援診療所の届出を出して在宅医療を実施しているドクターのグループ化を考え、そのシステムについて検討した。

10名の開業医と、その周辺スタッフ（訪問看護ステーション、病診連携室、病院医師など）で在宅医療研究会を立ち上げ開業医のグループ化について検討した。

まずグループ化しそれを継続させるには、グループ構成員の意思統一だけでなくその熱意も重要な要素と考えグループに参加する条件をいくつか決めた。

まず「在宅支援診療所の届出」を出している事、次に365日24時間必ず携帯電話で連絡可能（海外旅行中でも）な事、三番目は連携医療の実施と個人医療情報の共有の事実を文章で看家に示している事とした。

次に各医療機関は在宅医療をしている患者の情報を統一の書式で記載する事とした（添付資料1）。情報は多ければ多いほど良いと思われたが、保険証情報など後で確認出来るものは省き連携医療の現場に必要な事項だけに絞り、氏名 住所 生年月日 電話番号 家族状況 病名 治療方針 緊急時対応 特殊療法の有無（気管切開、経管栄養、持続導尿、在宅酸素等）連携看護ステーション名、独居の場合は緊急連絡先を最低記載必要項目とした（添付資料2）。そして各医療機関からの情報を月1回のミーティングで公開し、各々の患者情報を確認検討すると共にそれらを事務局でまとめ欠席者も含めグループ全員にファ

ックス配信し情報を共有する事にした。また追加、削除はその都度連絡する事とした。尚、今回事務局機能はグループ内の一つの医療機関が担ってくれた。

そうしてグループに参加した開業医全員が在宅連携医療に登録している患者全員の情報を共有することになり、各患者宅には連携の説明と連携医全員の連絡先（携帯電話番号）を渡した。これで一応緊急対応に関する連携システムは出来、実際に主治医旅行中に肺癌患者が死亡し連携医が看取りこのシステムは機能した。ただ患者側としては主治医に連絡不能な時に複数の連携医の何処にどんな順序で電話したらよいのかという問題があるが当面は主治医がケース毎にあらかじめ指示しておく事にした。将来グループが大きくなり全市的になれば38万都市をいくつかの地区に分け、その地区ごとの近距離連携が理想かも知れない。

さて開業医師だけの連携連絡網は出来たが、それだけで充分かと日常の在宅医療現場に戻るとケースによっては医師だけの連携ではとても成立しない現状に直面する事になる。むしろそのケースの方が多いと思われる。一人の在宅患者に医師、訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパー、訪問リハビリ、デイサービス、ショートステイ、薬剤師、訪問入浴、その他介護保険サービスによる諸々の支援体制があってはじめて一人の在宅介護医療が成立している。より上質な在宅医療を成立させるにはそれら全ての連携がうまく機能している必要があり、そのコーディネーター役は制度的にはケアマネージャーの担当だが実際には時間的にも能力的にも難しい場合が多い。実際には各現場でそれぞれの責任範囲内で職務を遂行しているが、何かトラブルが発生した時には出来れば主治医に連絡をとりその指示がほしいというのが本音である。その中でも一番医療に近い訪問看護師の場合は、困った時に遠慮なく何時でも連絡がとれる主治医もしくは主治医グループの存在は何物にも代えがたい。また主治医側にとっても何時も連絡を取り合って信頼関係のある訪問看護師の存在は自分達のストレス軽減効果の度合いは計り知れないと思う。月1回のミーティング（添付資料3）でも訪問看護師からの質問や相談が多く内容は多岐にわたっていたが、やはり一番多かったのは主治医とのコミュニケーション不足によるトラブルや悩みであった。その他の関連スタッフにしても同様であり、在宅医療実施開業医のグループ化のシステム作りとって難しく考えてきたが、結論はいたって単純な事かも知れない。

病院医療、施設医療以外の医療は一般開業医の通院外来医療と在宅専門診療所が行う複数勤務医による在宅チーム医療とに二分するのが質的にも効率的にも最良という意見もあるが、「何時でも主治医ないしは主治医グループと連絡がとれるという至って単純なシステム」が熱意ある一般開業医の間で構築出来れば、周辺の関連スタッフと共に従来のやり方で在宅医療専門診療所に劣らない水準で在宅医療を実施する事は可能だと思われる。

ただグループの一翼として、主治医達のサポート役として在宅実践医以外の専門医（眼科、皮膚科、泌尿器科、精神科など）の存在も必要である。

そして今回のテーマに対して我々が出した結論としては、各医師の熱意と周辺スタッフと

の信頼関係さえあれば開業医のグループ化に際して特別複雑なシステムを構築する必要はなく、先に示した「何処からの要請にたいしても何時でも主治医ないしは主治医グループが医師としての責任を持った対応が可能である事」という至って単純なシステムに尽きるという事である。

「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による」

氏名:	住所:一宮市	M・T・S 年 月 日	家族同居・独居	0586( )	訪問診療所
病名				気管切開(有・無)	訪問看護事業所
				経管栄養(有・無)	
治療方針				PEG(有・無)	名称
				バルーン(有・無)	電話番号
急変時の対応				その他( )	担当看護師
				緊急時連絡先( 間柄 )	

氏名:	住所:一宮市	M・T・S 年 月 日	家族同居・独居	0586( )	訪問診療所
病名				気管切開(有・無)	訪問看護事業所
				経管栄養(有・無)	
治療方針				PEG(有・無)	名称
				バルーン(有・無)	電話番号
急変時の対応				その他( )	担当看護師
				緊急時連絡先( 間柄 )	

氏名:	住所:一宮市	M・T・S 年 月 日	家族同居・独居	0586( )	訪問診療所
病名				気管切開(有・無)	訪問看護事業所
				経管栄養(有・無)	
治療方針				PEG(有・無)	名称
				バルーン(有・無)	電話番号
急変時の対応				その他( )	担当看護師
				緊急時連絡先( 間柄 )	

氏名:	住所:一宮市	M・T・S 年 2月 16日	家族同居・独居	0586( )	訪問診療所
病名	骨粗鬆症 気管支喘息	アルツハイマー型認知症 慢性心不全		気管切開(有・無) 経管栄養(有・無)	木・桜・大・孝 訪問看護事業所
治療方針	訪問介護事業所と相談の上決定			PEG(有・無) バルーン(有・無)	名称 なし
急変時の対応	Natural			その他( )	
				緊急時連絡先(孫)	090-

氏名:	住所:	M・T・S 年 月 日	家族同居・独居	0586( )	訪問診療所
病名				気管切開(有・無) 経管栄養(有・無)	木・桜・大・孝 訪問看護事業所
治療方針				PEG(有・無) バルーン(有・無)	名称 電話番号
急変時の対応				その他( )	担当看護師
				緊急時連絡先(間柄)	

氏名:	住所:一宮市	M・T・S 年 月 日	家族同居・独居	0586( )	訪問診療所
病名				気管切開(有・無) 経管栄養(有・無)	木・桜・大・孝 訪問看護事業所
治療方針				PEG(有・無) バルーン(有・無)	名称 電話番号
急変時の対応				その他( )	担当看護師
				緊急時連絡先(間柄)	

氏名:	住所:一宮市	M・T・S 年 月 日	家族同居・独居	0586( )	訪問診療所
病名				気管切開(有・無) 経管栄養(有・無)	木・桜・大・孝 訪問看護事業所
治療方針				PEG(有・無) バルーン(有・無)	名称 電話番号
急変時の対応				その他( )	担当看護師
				緊急時連絡先(間柄)	

氏名:	住所:一宮市	M・T・S 年 月 日	家族同居・独居	0586( )	訪問診療所
病名				気管切開(有・無) 経管栄養(有・無)	木・桜・大・孝 訪問看護事業所
治療方針				PEG(有・無) バルーン(有・無)	名称 電話番号
急変時の対応				その他( )	担当看護師
				緊急時連絡先(間柄)	

氏名:	住所:一宮市	M・T・S 年 月 日	家族同居・独居	0586( )	訪問診療所
病名				気管切開(有・無) 経管栄養(有・無)	木・桜・大・孝 訪問看護事業所
治療方針				PEG(有・無) バルーン(有・無)	名称 電話番号
急変時の対応				その他( )	担当看護師
				緊急時連絡先(間柄)	

## 平成21年度 第5回 在宅訪問診療研究会

日時：平成21年8月25日

場所：尾洲病院 会議室

参加者： 浅井先生 木村先生 櫻井先生 鈴木先生 野村先生 清水先生 脇田先生  
宇野看護師 ピコグラム看護師 立川（書記）（50音順）

### 議題

- 1 (財) 在宅医療助成 勇美記念財団の助成金申請承認 別紙  
20万円の助成金が承認され、2月に中間報告、8月に最終報告をします。  
次年度に関しては未定です。  
助成金の使用については、資料等の通信費などに使用します。
- 2 今後の研究会に他診療の先生をどこまで勧誘しますか？  
研究会として、まだ未熟な（周知徹底されていない事も多い）ので、確実な方向性が確定し成熟するまでは、当面は積極的な活動で新規を増やさず、問い合わせや紹介等の入会のみとします。
- 3 資料の確認  
一宮市在宅支援診療所リスト（6診療所分42名）  
研究会時に配布します。新規や追記の場合は事務局までFAXにて送信してください。  
在宅診療患者記入表を使用してください。（診療所名は各先生方で記入してください）
- 4 リストを提出されていない診療所への配布を今後どうしますか？  
今回盆休みなどもあり、患者と同意が取れていない場合もありますので、研究会に参加されている先生方には全ての資料を配布します。
- 5 リストには往診のみの患者と在宅支援との区別をして提出  
入会時に必ず案内する様にしますが、在宅ターミナルケア加算を算定できる患者のみをリスト掲載対象としてください。（別紙参照）
- 6 症例報告  
在宅支援診療所：大和南診療所  
看取り診療所：孝友クリニック  
76歳男性 肺癌末期

8/18 AM 1:00 家族より連絡  
PM 13:00 点滴開始  
PM 22:00 点滴開始  
8/19 AM 7:18 死亡確認

今回の症例についてのご意見

Q レセプトはどうやって算定したのか？

A 在宅ターミナルケア加算 算定チャートに基づき算定  
最も重要な個所として死亡日前14日以内の往診回数です。  
往診料3回と在宅末期医療総合診療料10000点の算定をしました。

家族の同意の下で治療を行えば良い。

在宅での看取りを希望されていたが、最後に変更される家族もいるので、代診の場合は家族と最初に在宅看取りの再確認が必要。

家族がいない人や、同意ができない人の場合は主治医の先生との打ち合わせにて決定。

在宅診療患者で悪性腫瘍など特定疾病でない場合も多く、介護保険での訪問サービスの必要性があり、ケアマネージャーにサービス提供書を作らせる必要があることから、ケアマネージャーが関与している場合は、連絡をする必要がある。初回往診時に本人情報（保険情報・障害者手帳など）聞き取り用の用紙を作成（予定（案送付））し、ケアマネを立ち合わせるようにしていく。

ターミナルケアの場合は、訪問看護をなるべく導入（家族とコストに注意が必要）した方が良いのではないかと。

研究会として一致した指示簿があった方が良くと思われるので、看護師用指示簿を次回取り決めたい。（案送付）

次回研究会

9/29（火） 20:00 尾洲病院（1F 家族介護室）



## 平成21年度 第6回 在宅訪問診療研究会

日時：平成21年9月29日

場所：尾洲病院 会議室

参加者： 浅井先生 木村先生 櫻井先生 鈴木先生 野村先生 清水先生 伴先生  
脇田先生 立川（書記） （50音順）

### 議題

#### 1 資料の確認

一宮市在宅支援診療所リスト（6診療所分42名）

前回と変更ありません

#### 2 前回議題：大和南診療所と孝友クリニックの連携

在宅末期医療総合診療料は大和南診療所が算定しました。（手引きp81～p97参照）

在宅末期医療総合診療料の算定要件基準

- ① 訪問診療回数 週1回以上
- ② 訪問看護回数 週1回以上
- ③ 訪問診療・看護の合計 週4日以上
- ④ 木曜・金曜・土曜に亡くなった場合のみ
- ⑤ 末期の悪性腫瘍患者に限る

今後の連携に関しては、最終算定項目によって連携医療機関どおしで、合議する。

#### 3 訪問看護ステーションに認識統一して支持が出せる指示書を作成（別紙）

#### 4 本人確認書（別紙参照）

確認忘れが無いように作成

- ① 保険証の変わりに訪問看護ステーション名を記入
- ② 主治医用と連携意用を用意する

#### 5 連携する必要時は患者宅の地図を添付してください

分かりにくい患者宅には特記事項の連絡が必要（車庫・道幅・外観・駐車場所など）

#### 6 一宮市内でのネットワークは在宅支援診療所と契約している同意が得られた患者のみ

### 次回研究会

10/27（火）20:00～

## 平成21年度 第9回 在宅訪問診療研究会

日時：平成21年12月22日 20:00～

場所：クラシックホテル

参加者： 浅井先生 木村（恵）先生 木村（隆）先生 櫻井先生 清水先生 鈴木先生  
 纈纈先生 野村先生 伴先生 脇田先生 （50音順）  
 増沢（大雄会病院MSW） 長尾（大雄会病院MSW） 堀口（一宮西病院MSW）  
 谷藤（一宮西病院MSW）  
 立川（書記）

### 議題

- 1 研究会に新規参加の先生について（木村（恵）先生より）  
やまだクリニック 山田 二三夫先生の研究会参加は全員賛成、後日参加申込書などを送付することとなった。
- 2 意見交換会  
今回は、訪問看護ステーションの参加はありませんでした。  
今後も議事録は、当研究会に参加している事業所には参加できない場合は郵送します。

これまでの研究会の活動として、下記項目について継続していくことを確認した。

- ・ 在宅医療に際し、医師間の情報共有をすること
- ・ 在宅療養に際し、診療所と訪問看護ステーションの意見交換などを継続すること  
場合によっては、ケアマネジャーを介在させていく必要がある

これからの当研究会のありかたとして、下記項目を議題項目としてあがりました。

- ・ 在宅医療に際し、病診連携の強化の必要性  
(医療機関と病院MSWのコミュニケーションのありかたについて)
- ・ 状態増悪時など在宅治療が困難な場合、病院との2人主治医体制の確立
- ・ 薬剤指導などの訪問調剤薬局との連携
- ・ 訪問リハビリテーションなど、他の在宅医療・介護サービスについて

今回の意見交換により今後の改善事項を次回よりテーマとします

### 次回研究会

1/26（火）20:00～ 尾洲病院 会議室

## 平成22年度 第2回 在宅訪問診療研究会

日時：平成22年5月23日 14:00～16:00

場所：アイプラザ宮 第5会議室

参加者：

(医師) 浅井先生 木村先生 瀬瀬先生 五藤先生 櫻井先生 清水先生  
鈴木先生 野村先生 伴先生 山田先生 脇田先生

(訪看) 大城 志賀 林 水谷

(事務) 沖野 近藤 水谷 立川 (書記) 以上19名 五十音順

議題

在宅診療点数の算定の仕方・読み解き

講師：愛知県保険医協会 事務局 関 博雄

別紙資料参照

質問内容の返答

Q 制度改正で訪問看護との連携について変更があった箇所はありますか？

A ありませんでした。

Q 在宅患者連携指導料と同日に在宅患者緊急時等カンファレンス料は算定できますか？

A 算定できます。しかし、算定要件を満たす基準を要確認。

在総管を算定している場合と、要介護申請をされた患者さんには算定できません。

Q 在宅の処置算定について可否？

A Drの直接処置は算定可能です。

Q 重傷者加算とは？

A 別紙資料p22を参照してください。

Q 胃ろうカテーテルは留置カテーテルとみなして良いか？

A 問題ありません

Q 同一患者で、往診日の違いで同一建物の場合とそれ以外の日が混在しても良いのか？

A 別紙資料 p 13 p 14 参照してください。  
現状同一建物の判断は不明

Q 在宅患者の管理料(例えば在医総管、在宅寝たきり患者処置指導料など)で、そのなかに含まれると言われる物品が院外処方箋で請求できると聞きましたが、(例えば創傷被覆剤)、院外処方箋で請求できる物品の範囲について知りたい。

A 別紙資料 p 18～ p 20 24～ p 29 を参照してください。

次回研究会

6 / 29 (火) 20 : 00 老健ピエタ 1F 会議室