

○24時間365日の医療を提供できるか。

一人医師体制で開業しているクリニックの場合、(在宅医療専門クリニックは別にして)自院の日常診療を行いながら、急患の往診や計画的な訪問診療の対応には配慮が必要だ。

また、在宅療養支援診療所(以下、在支診)の場合、夜間や休日でも患者からの連絡により診療(電話診療を含む)を行う体制が条件であり、一人医師体制では24時間、365日の医療提供は、医師にとっても、連絡を受けるスタッフにとっても大きな負担だ。

「休日、休息」「家族との大事な時間」「研修や学会に出席」「同時に複数の患者対応」等を確保するには、連携が必要となる。

クリニックが在宅医療を提供する連携には、次のような形態がある。

◇医師同士の連携により在宅患者に医療サービスを提供する。**(診診連携)**

◇24時間対応する訪問看護(以下、訪看)と連携して医療を提供する。**(診看連携)**

◇居宅介護サービスはもとより、小規模多機能型居宅介護(小多機)や看護小規模多機能型居宅介護(看多機)を利用する高齢者患者に事業者と連携して医療提供。**(診介連携)**

◇介護老人福祉施設(特養)・有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅等の施設入所の患者に事業者と連携して医療提供。(広い意味での在宅医療)

○グループ診療

グループ診療とは、複数の医師が、一定のルールで、単一あるいは複数の患者を、協働して、診療管理することである。医療を受ける側の患者(家族)の選択(了解)が前提だし、提供側の機関同士の(協働の範囲の)選択が尊重されるはず。また、診療報酬では、月に1度のミーティングを行うことを「連携型」機能強化型在支診の条件にしている。

グループ診療によるメリットとしては、医師自身の生活や休息、研修学会参加などの時間を確保することができる。互いの技量を確認しあって質の高い在宅医療の提供につながることも期待される。

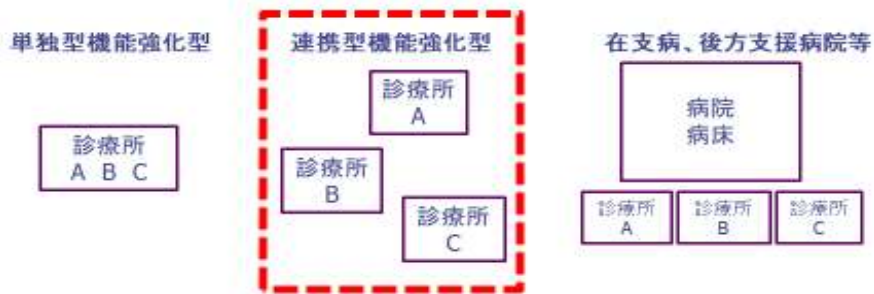
一方デメリットとして、連携ルールから「主治医があいまい」となり、責任感や達成感が薄まったり、患者を取られる(主治医を換える)不安感も発生することがある。(ある開業医の声)

○グループ診療の種類

診療報酬の中で機能強化型在支診には、1クリニックで3人以上の医師をもつ単独型と、一人医師クリニック等が3人以上の組み合わせによる連携型があり、訪問診療の管理料に差を設けている。

地域にある後方支援病院と在支診の関係は、単なる1対1の病診連携だけではなく、ひとつの後方支援病院を利用する複数の診療所が緩やかな(時には強力な)連携を持つ場合**(診病診連携?)**もあり、広い意味でのグループ診療と考えてもいい。もちろん単一の法人内で複数の病院、診療所が存在している場合の連携はグループ診療である。

グループ診療のイメージ？



訪問看護ステーションや居宅介護事業所などと連携が必須

時に、老健や老人ホームなどの介護施設との連携や、ケアミックスなど多種多様

○グループ診療を後押しする仕組み

一つのクリニックで3人以上が行う単独型機能強化型在支診には基準があり診療報酬は高い。また、2012年からつくられた連携型機能強化型在支診は、次の基準を満たすことが必要。

- ① 在宅医療を担当する常勤医師が、連携内で3人以上
- ② 連携内で1年間に緊急往診が10人以上、在宅看取り4人以上
- ③ 在宅医療・介護連携推進事業に参加して積極的な役割を担うことが望ましい

この③は介護保険者（市町村）が進める地域包括ケアシステムの構築に協力するというもので行政にとってはありがたい。（「積極的な役割を担っている」かどうかの評価は保険者に任されていると考えていい？ 診療所開設の際の約束と同じ）

また、行政はどうしても「医師会会員」を相手に事業を展開することが多い。都市部でみられる在宅医療専門のクリニックの場合、医師会に加入していない医師もいるが、③があることで会員でなくても保険者（市町村）が行う在宅医療・介護連携推進事業に関与してもらえる（はず）。

2022年からすべての在支診・在支病には、厚労省ガイドライン等にもとづく適切な意思決定支援にかかる指針を策定することを条件にしている。これも、「人生会議」やACPを推し進めるもので、保険者や行政にとっては都合のいいものとする。

県型保健所にとっても圏域内の保険者（市町村）が進める在宅医療・介護連携推進事業や意思決定支援関連の事業を通して在宅医療のグループ診療を確認することができる機会にもなる。活用したい。

○連携型機能強化型在宅療養支援診療所の例

出雲市内の6医療機関が平成24年からチームを組んで、グループ診療を行っている。平成28年からは夜間・休日の往診を輪番制にした。（島根県医師会HP参照）

自院の常勤医師に加えて、他の5人の医師を非常勤医師として登録。非常勤医師にも電子カルテのアカウントを与えて、診療情報の閲覧、診療行為の記載を可能にしている。

夜間休日対応では、看護師対応のコールセンターを1本化し、担当の看護師が当番医師に連絡して医

師が患者の在宅まで出向いたり、訪看に指示を与えたりする。当番は週単位として、非番の週は原則夜間休日の連絡はない。当番医が自院患者の主治医であれば通常の往診であるが、非常勤医師の場合はその医師の都合に任されていて使用した器材や薬剤等はそのまま主治医の管理する電子カルテに記載して、本来の主治医がまとめて診療報酬を請求する。当番として出向いた報酬は、チーム内で決められた非常勤医師の手当てによる。

2022年1月、出雲市内で新型コロナのオミクロン株が流行となった第6波で、出雲保健所にこのチームの医師たちがやってきて、「こんなにたくさんの新型コロナの患者を診断して届を出してきたけど、保健所だけで在宅療養を管理することができないだろう。俺たちのチームが協力して自宅療養を担う」と言ってくれた。保健所と訪看で始まっていた自宅療養は、この医師たちの参加で質量ともに劇的に進めることができた。

○訪問看護との連携

例えば、在宅がん医療総合管理料は、がんの終末期に1週間に4日以上訪問診療+訪問看護で算定ができる。がん終末期患者を、週1日主治医が訪問し、週3日以上訪看の訪問で条件が満たされる。

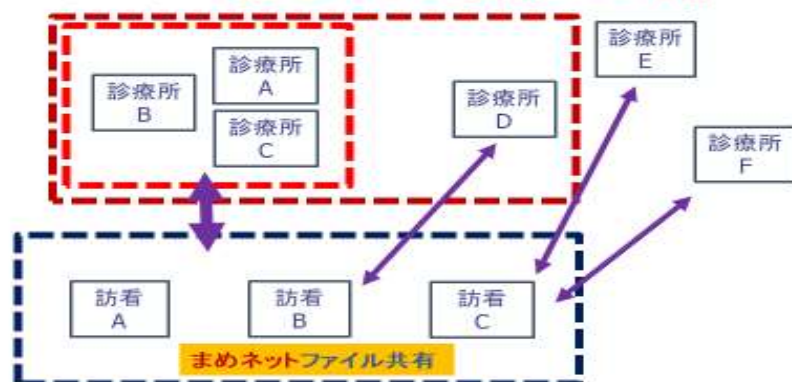
機能強化型在支診と同じように、機能強化型訪問看護ステーションがあり、区分1は条件が厳しいが、区分2は次の3条件で行える。

- ① 常勤看護師が7人以上 ②24時間対応体制の届け出 ③休日・祝日も含め計画的な指定訪問看護

出雲市内の訪問看護ステーションでは、島根県で導入されている「まめネット」のファイル共有の機能を利用して、患者受け入れ可能な曜日時間を互いに確認している。新しい患者を受け入れようと考えても都合が悪ければ、空きのある別の訪看ステーションにお願いするというもの。

2022年、新型コロナの第7波では出雲市内で複数の大規模クラスターが発生し、在宅療養の支援が先のグループ医師たちだけでは追いつかなくなっていた。新たをお願いして療養支援してもらえる医師がいるかと訪問看護師に問うたところ、この緊急事態では相談しやすい、無理を言っても応えてくれる医師がいいとの意見があり、日ごろから訪問看護師と良好な関係の医師をリストアップしてもらった。

始まりはゆるく。いつか、強くつながる。
まずは、「話しやすい関係づくり」



- ・訪問看護とクリニックを「顔の見える」関係に

○専門職間の信頼ってどうつくる？

信頼関係はどうやって構築するのか。

- ① 自身の担える仕事を実行しながら、能力を伝え、持っている資源を見せることから始める。この人ならここを任せて安心と知ってもらう。
- ② 相談されればとにかく取り組む姿勢や、困難事例には限界を超える努力をする。うまくいかない場合は、的確なタイミングで別の専門職に紹介することも、信頼につながる。
- ③ 役にたつ情報を共有する。相手に伝わる情報を発信する。(見せ方が大事)

これらから、成功事例を積み重ねること。仮に失敗したとしても、互いに課題を共有し、次の機会にはより上手に立ち向かって成功に近づくことで、信頼関係が強まることはよくある。

いずれにしても、コミュニケーションが基本となることから、相手の言葉をしっかり聴いて、正直な意見を丁寧に伝えることが必要条件。

山本五十六語録

やってみせ、言ってみせて、させてみせ、褒めてやらねば人は動かじ。

話し合い、耳を傾け、承認し、任せてやらねば人は育たず。

やっている、姿を感謝で見守って、信頼せねば、人は実らず。

○連携の質・量を測る？

他の医療機関・訪問、介護事業所への情報提供や連携に関わる診療報酬は、連携の量を押し量ることができる。(圏域連携マニュアルなど)

連携の質では、専門職として期待されている役割を期待どおりに実行しているかがよい評価につながる。また、不安が解消される、安心が高まる、幸福度や笑顔が増すなど、サービスを受ける患者家族の評価も連携の質の評価に使える。一緒に仕事する専門職同士の安心や満足「あなたと一緒に仕事できてうれしい、幸せ」が強い連携、絆を表すものと考えたい。

さらに、量や質だけではなく、大規模災害・健康危機での対応では、医療や行政サービスが的確なタイミングで提供されているか、届いているかも重要だ。在宅医療（例えば緩和ケア）でも同じと考える。「いつやるのか、今でしょう！」

○浜田市医師会では連携コーディネーター配置事業を開始

令和6年7月から、浜田市医師会は医療連携推進コーディネーター配置事業を開始した。

目標は、「**質・量ともに在宅医療・介護を高めて、域内完結をめざす**」ことであり、「**医療、看護、介護の事業所が、この浜田の地で元気に在宅医療・介護を進める**」ことである。

互いの能力(腕)を理解して週末ぐらいは「任せてみよう」という緩やかな診療連携から始め、これまで述べてきた連携型機能強化型在宅診療のグループ診療がこの浜田で展開できることを期待する。

手本にした江津市医療連携推進コーディネーター配置事業は表のとおり。温かい支援をお願いしたい。

医療連携推進コーディネーター事業

地域ぐるみで取り組む在宅医療介護地域支えあい事業 江津市

I 医師との対話を通じた課題把握

II 地域の医療介護資源の分析

III 医師の在宅医療への取組促進に向けた環境づくり

○質の良い在宅医療提供体制の構築と維持のための環境づくり

(1)GO TUなご 在宅システム

①看取り代診医紹介システム（在宅＋施設患者、登録医制、土日休日）

②在宅医紹介システム（相談医と在宅医、登録医制、E-mail）

③在宅訪問薬剤師紹介システム（相談医と薬剤師、登録薬剤師、E-mail）

(2)病診連携によるかかりつけ医定着事業

①地域開業医と病院医師との意見交換会

(3)症例検討会

(4)情報連携による連携強化

①まめネット活用～加入促進と汎用文書送信サービス利用

②MCS活用～在宅医療介護に取り組む関係者の情報共有

○「いつまでも自分らしく活躍できる『光齢社会』」を目指して ～循環器病対策の推進と健康寿命の延伸～

(1)地域丸ごと重症化予防 心不全患者の重症化予防のため、教育～運動まで一体的に提供できる体制を作る

2

○浜田保健所の取組み

圏域内の在宅医療提供の推進を図るために、2市の医療連携コーディネーター配置事業を支援することを基本に、特に、他圏域で先行して取組まれている ICT の活用を高めたい。まめネットは診療情報の閲覧や情報提供書発信受信に加えて多機能化され、介護保険報酬の請求にも活用することができる。MCSではケース毎に関わる多職種の情報共有機能が有効だが、ケースとは別に、薬剤師会薬局の在庫情報や訪看同士の連絡等のグループ情報共有機能を行うことができる。それぞれ特徴のある機能、使い勝手の良い機能を活用し、省力化・効率化を進めることで空いた時間を連携の量と質とタイミングを高めるよう事業者（医師、訪看、ケアマネ等）に働きかけていきたい。