

## 論説



## 在宅医療連携の現状とこれから…

一般社団法人 在宅医療福祉介護協議会 代表理事  
株式会社 メディカルブレイン 代表取締役  
北鎌倉さこんじゅうクリニック 事務長  
鈴木 義隆

### 在宅医療連携の現状とこれから…

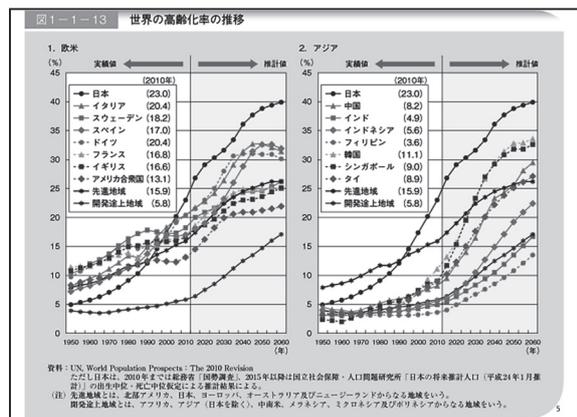
#### ○日本の高齢化率

私は以前、グループ病院の総務課で勤務しておりました。今回の講演では半分くらいの方が総務出身で、事務部長さんや事務次長さんがいらっしゃるということですが、以前はその立場にいたことがあります。

このような機会をいただきましたので、在宅支援病院と在宅診療所の連携について、具体的な事例を交えながらお話をさせていただきたく思います。

資料として写真や図を多く使用しておりますので、こちらをご覧くださいながら進めさせていただきます。

では、在宅支援病院と在宅診療所の連携がなぜ必要なのか、改めて考えていただきたいと思います。今、高齢化率が非常に高くなっているという現状があります。



日本が現在どういう状況かと言いますと、世界のどの国も経験したことの無い高齢社会を迎えています。平均年齢も非常に高くなっています。また、平均寿命も上がっていて、2.5人に1人が65歳以上、4人に1人が75歳以上となっています。

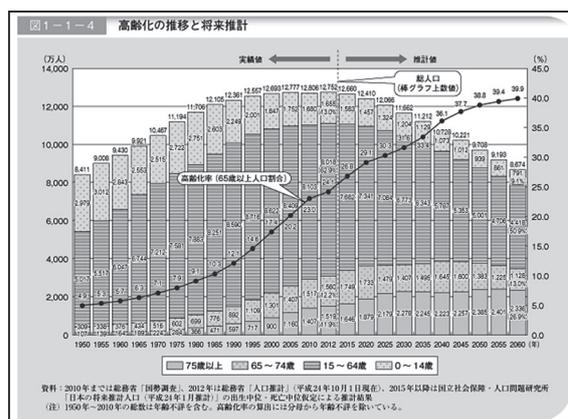
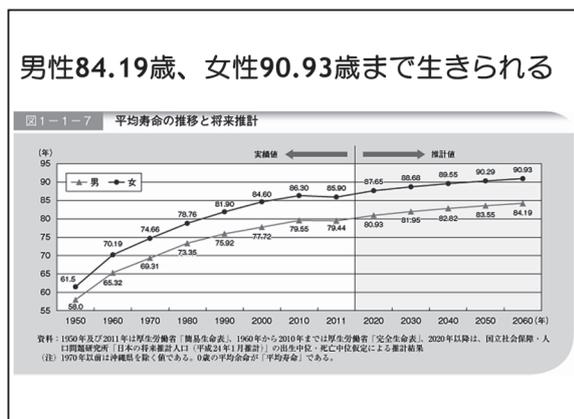
この図もよく見られる図なので、皆さんも「それはよく知っているよ」と感じられると思いますし、日本の高齢化率がこれだけ伸びているというのは、イメージでは分かると思います。

## ○高齢化率の将来推計

2015年といえはもう来年ですが、先日発表された人口統計について、あるデータがニュースでも話題になりました。2015年の日本人の女性の2人に1人が50歳以上になるそうです。2人に1人。

実感があるでしょうか。30代というのは、ずいぶんと若いということになりますね。普段は感じられないかと思いますが、これが現状です。

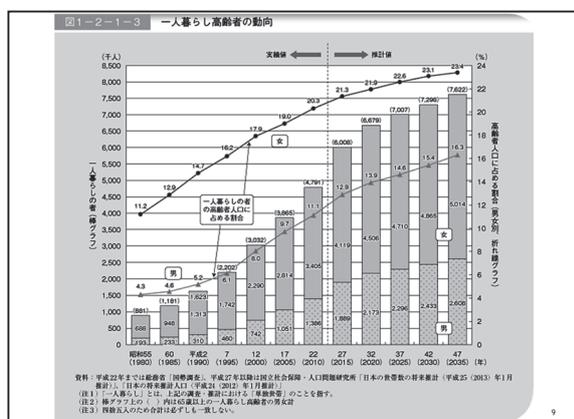
また、女性の平均寿命が86.61歳。これもデータでは知っているし分かるのですが、あまり皆さん実感が無いと思います。



さらに、平均寿命のグラフを見てみると、平均寿命はまだまだ上がっていくということがわかります。

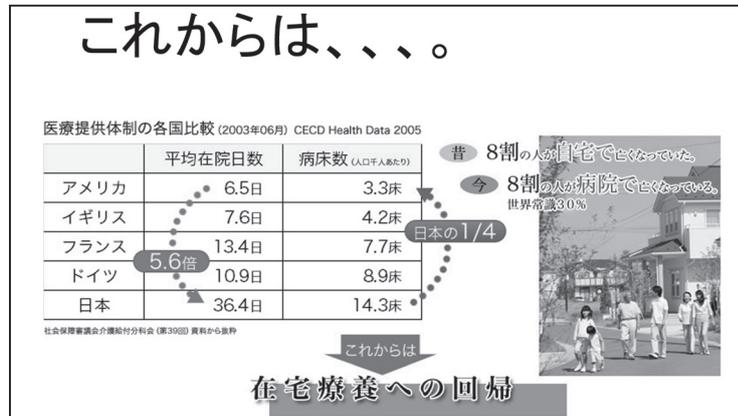
私はいま44歳ですが、30年過ぎると74歳、31年後が75歳になります。後期高齢者ですね。高齢化率の推移の図を見ると、そのときの高齢化率が怖いんですね。皆さんもそれぞれ、自分が後期高齢者になったときのグラフを見てください。本当に、今の医療は大丈夫かなと不安になりませんか。

また、人口ですが、人口のピークというのはいま過ぎてしまいました。日本は、これからどんどん人口が減っていきます。だから、国のほうでも「子どもを大切にしましょう」ということで、色々な政策を立ててはいます。ですが、高齢化率が高いということは、有権者が高齢者のほうが多いということなので、高齢者向けの政策のほうが動いているという印象があります。これは、どこかで直さなければいけないですね。



1人暮らしの高齢化率動向のグラフですが、こちらの図も似た形をしています。高齢化率が高まると1人暮らしの高齢者も増えていきます。私も相談員として相談を受けていますが、問題と

なっているのが老老家族、それ以上に高齢者の1人暮らしの人です。どう受け入れればいいのかケアマネージャーさんとも相談しますが、どうしても隙間ができてしまいます。そうすると、どうしても患者さん本人が不安になり、こちらの方も大丈夫か、おとなしくしてくれるかなどと心配になります。何とか周りの人も巻き込みながらどうにか進めています、非常に苦慮しているのが現状です。



今、先ほど見た高齢化率の上昇の影響もあって、どんどん医療費などが圧迫されています。平均在院日数の表ですが、皆さんの病院でも事務の方は特に、ここを気にされていると思います。今、これを短くしようと動いていますが、それでも日本の在院日数はまだまだ長いですね。他の国と比べると、これだけの差があります。

ではどうするのかという場合、患者さんを自宅に戻さなくてはということで、皆さんもご苦労されているところだと思います。そこで、在宅のクリニックとの連携を模索しはじめている、というところですね。皆さん、病院と在宅診療所の連携が重要だという共通認識はあります。しかしながら、なかなか機能していないというのが現状だと思いませんか。

## 病院連携の現状

### ○北鎌倉さこんじゅうクリニック

では、連携の現状をもう少し掘り下げて考えるために、私どものクリニックを紹介させていただこうと思います。皆さん方は病院の職員なので、クリニックについてのイメージをそれぞれお持ちかと思いますが、具体例として紹介いたします。

## 北鎌倉さこんじゅうクリニック

[診療科目] 内科・訪問診療科(機能強化型在宅療養支援診療所)

[所在地] 鎌倉市今泉(JR 大船駅よりバス 20 分)

[開院] 平成 25 年 6 月 1 日

[院長] 左近允 智啓

[スタッフ] 事務長/事務員(パート)

[訪問診療患者様] 75 名(10 月 1 日現在)

当院では、内科と訪問診療科として標榜しております。場所は鎌倉市の今泉というところにあります。JRの大船が最寄りの駅で、そこからバスで20分ぐらい、鎌倉の中でも北部になります。

開院したのが平成25年6月、院長が左近允 智啓（さこんじゅう ともあき）といいます。なかなか珍しい名字ですが、本籍は鹿児島の方でそちらの出身だそうです。院長のお父さんが、今泉台という当院と近い場所で医院を開業されていて、2代目だとのこと。この秋に、北鎌倉さこんじゅうクリニックと、お父さんの左近允医院を統合して医療法人化する予定になっています。すると、左近允智啓院長が引き継ぎますので、左近允医院は3代目になります。

この「左近允」という名字は14代前まで遡れるそうで、なかなか由緒ある名前ですね。私は「鈴木」なんてありふれている名字なので、すごくうらやましいななどと思っています。

勤務しているのは、院長と私とパートの職員で、この3人で動いています。「3人ですか？」と皆さんによく言われるのですが、3名だけです。役割分担は、院長は診察をしなければいけないので診察をして、それ以外の仕事はしない。本当に診察だけ。その他のことは私がすべてやっています。

たとえば患者さんの、退院調整や初診調整などの業務。院長の診察同行も対応します。基本的に先生は独りで訪問診療を対応しますが医療物品を揃えたり、物品調達なども私がやっています。院内処方も若干行っていて、分包機も操作します。そして、薬品の最終確認は院長が対応します。しかし、事務はありとあらゆること、何でもやっています。患者さんが増え、私だけでは厳しくなってきたので、この春先にパートの方に入ってもらいました。



左近允智啓（さこんじゅうともあき） 院長



現在、訪問診療の患者さんが75名、外来の方は予約制を取っています。そのくらいの小さなクリニックです。クリニック外観の写真がありますが、以前は鍼灸院だった場所を居抜きで借りました。患者さんのところには車で訪問診療に伺っています。院長の左近允智啓は48歳で、まだ若くて精力的に患者さん宅へ伺っています。土日や夜も、本当によく往診対応に活動される院長です。

実際どのように訪問診療しているかという、写真のような感じですね。この写真の患者さんは逗子のお住まいで、がんの末期の患者さんです。退院するときには、もう食事もまったく摂れなくなっていたのですが、何とか家に帰りたいというご家族と本人の強い気持ちで、帰ってこれ



ました。病院にいたときは余命2週間と言われていましたが、家に帰られて元気になり、食事できるようになりました。しかし状態は安定せず、また食事が摂れなくなってしまって、最終的には1ヶ月半ほどご自宅で生活ができました。

---

## 機能強化型としての医療連携

- ・鈴木病院(鎌倉市)
  - ・のぐち江ノ島クリニック(藤沢市)
  - ・かまくらファミリークリニック(鎌倉市)
  - ・北鎌倉さこんじゅうクリニック(鎌倉市)
- 

### ○機能強化型としての医療連携

先ほど述べた通り、当院は機能強化型のクリニックです。機能強化型として行わなくてはいけないのが医療連携です。その1つに今回の講演会の司会されている鈴木病院さん。あとは、のぐち江ノ島クリニックさん、かまくらファミリークリニックさん、そして当院でこの4つの医療機関で連携を取っているのです。機能強化型としての施設基準を満たすことになります。鈴木病院さんが入所型、病院ですので病床があります。当院では、機能強化型の有床で、算定しております。

### ●鈴木病院



鈴木病院さんは、海のすぐそばにあって、写真の左側の方に行くとよくテレビのロケーションでも使われる踏切があります。実際に入院の病棟が映画の撮影で使われたこともあり、眺めのいいところです。

所在地：鎌倉市腰越

病床数：125床

診療科目：内科 / 循環器科 / 呼吸器科 / 外科 / 整形外科 / 小児科 / 泌尿器科 / アレルギー科 / 皮膚科 / リウマチ科 / 消化器内科

### ●のぐち江ノ島クリニック



のぐち江ノ島クリニックさんは江の島の駅からすぐ近く、歩いて2分ぐらいのところにあります。最近建て直したのでもともと立派になりました。整形外科の先生も入れて、リハビリなども強化されています。そんな中で、在宅医療対応していこうとして、そちらも最近患者さんが増えているというお話です。

所在地：藤沢市片瀬海岸

診療科目：内科 / 整形外科 / 訪問診療 / リハビリテーション科 / 訪問診療 / 禁煙外来

### ●かまくらファミリークリニック



かまくらファミリークリニックさんというのは、鎌倉のある訪問診療を行うクリニックで非常勤だった先生が独立して作られた、新しいクリニックです。こちらの栗原院長は、まだ30代の若い先生です。「ファミリークリニック」というぐらいなので、小児科も対応されています。午

前中に小児科の外来、午後に訪問診療で回るのですが、外来の方の患者さんも増えていてかなりいっぱいになっているそうです。そのために、訪問診療を受けるのも厳しいな、というお話を聞いています。

所在地：鎌倉市由比ガ浜

診療科目：内科 / 小児科 / 訪問診療



この地図は当院のエリア、だいたい16km圏内を表しています。当院を含めた4つの病院、クリニックの場所も記載しています。江の島のところにあるのがのぐち江ノ島クリニックさん、海沿いにあるのが鈴木病院さん、ファミリークリニックさんは街中のほうにある、といった位置関係です。

16kmのエリアというと、横浜市の中区、逗子、横須賀、茅ヶ崎の近くまで含みます。実際に稼働しているところと言いますと、北の方は戸塚区舞岡というところまで、南の方は横須賀インターの近くまで行っています。当院はこのように比較的広めに活動しているクリニックで、この辺りでは他にはあまりないのではないかと思います。

さて続いて、このようなクリニックがある中での具体的な連携についてのお話をさせていただきます。皆さんもここが一番お聞きになりたいところだと思いますので、正直に、うまくいった事例とそうでない事例をお話し致します。

## 連携事例

### ●事例1

まず、うまくいった事例として、一人暮らしの84歳の男性の方。娘さんが川崎の方にお住まいで、なかなかお父さんの面倒を見ることができない。一緒に暮らせばいいじゃないかと思いますが、お父さんが昔堅気の植木職人さんで、頑固な方で難しかったですね。

そして、この方が、がんを患ってしまったのです。本人としては家で過ごしたいというご希望

でした。娘さんは、自分の家に引き取りたいけれど、お父さんがここに住みたいとのことで、川崎から1・2日おきにお父さんのところに通って、生活面のフォローをされていました。またヘルパーさんや当院の訪問診療、あとは訪問看護さんも連携して対応していました。

実は、この方が入院中に問題になったのが、看護師さんに対して反抗的な態度をとってしまうことでした。よくあることではあるのですが、病院にいたくなくて反発されてしまったようです。そこで病院の相談室から、何とかこの人を早く在宅で受け入れてほしいということで相談がありまして、当院で調整して訪問診療がはじまりました。

## 事例 1

- ・84歳男性 ひとり暮らし(娘は川崎市在住)
- ・肝臓がん、肝硬変、骨転移
- ・もと植木職人
- ・頑固な性格 我慢強く疼痛に対して薬の量が少ない

この患者さんがある意味すごいなと思ったのは、とても我慢強い人だったことです。痛みがあるはず、かなりの疼痛があるだろうとこちらは思うのですが、薬には頼りたくないという方でした。あまり薬を使わずに過ごされていたのですが、だんだんそれも無理になってきました。やはり我慢するのが難しいくらいに痛みが強くなったというときがあり、娘さんが泣きついてこられました。痛みをどうにかしたい、要は入院させて楽にさせてほしいという相談がありました。

本来は退院した病院へ相談するのが筋なのですが、退院の際にかなり問題を起こしているのです。その病院では受け入れられないという回答でした。そこで、在宅の連携で、当院の医師や訪問看護、ヘルパーさんなどで対応することにしたのですが、職員が帰ってしまうと不安になったりして、どうたらいいのだろうと電話がかかってくる。私たちとしても、やっぱり在宅では限界かなという状況になってきました。

それでも数日は対応しましたが、在宅対応では厳しくなり、入院させてほしいと娘さんから連絡がありました。そこで、当院は機能強化型で連携している病院、具体的に名前を言うと鈴木病院さんにすぐに相談をしました。こういう患者さんがいて、難しい患者さんではありますが、今はそういう以前のようなわがままは言わないし、とにかく痛みを何とかしてほしいということをお伝えしました。私のほうから娘さんには「個室に入らないと駄目だよ」と言ってありましたが、個室に入ることにしては了解をとってあるということもお話ししました。相談の電話をして、すぐに入院可能ということで病院さんから連絡をいただいて、病院まではどうしようかと調整して、緊急搬送で入院となりました。ここまで、お電話をいただいてから2時間です。相談から入院して落ち着くまでが2時間、これができて患者さんのほうも非常に満足されていました。私としては、やはりこのスピードがよかったのかなと思っています。

このスピードを実現するためには、受け入れる先の病院さんの特徴を知っている必要があります。ベッドがいつ空いているか、どういう人だったら、たとえば男性だったら受け入れられます

かということ、相談室の方などと電話して、常に確認させていただいていました。

そうしている中で、こんな患者さんがいるのだけどどうかというときに、私もかつて病院に勤めていたので、病院さんが欲しい情報は私なりに考えてお伝えしています。また、ご家族にも私から前振りをしておきます。たとえば最初はどうしても個室からのスタートになるということ、それについて差額ベッド代がかかって費用はこのくらいになりますが、今は患者さんの状態をよくするために入らないといけないだろうというようなことですね。そして、実際、病院さんのほうからも同じような話をされるので、ご家族もそれは聞いているから非常にスムーズに話が進みます。病院さんにも患者さんとご家族にも、前もって必要な情報をお伝えしておくということですね。

## ●事例 2

あともう1つの事例をお話しさせていただきます。こちら男性の方です。ご夫婦2人暮らしで、子どもさんは近所にいらっしゃいますが同居はされていない。子どもさんは子どもさんで家庭があるので一緒には住んでいないというケースでした。

---

### 事例 2

- ・86歳男性 二人暮らし(子どもは近所に在住)
  - ・大腸がん
  - ・夫婦で病院へ外来通院していた
  - ・老老夫婦で不安があった
- 

この方もがんの患者さんでしたが、当初とても元気な方だったですね。私がおうかがいする少し前まではお独りでも歩けていて、ご夫婦で外来通院をされていたそうです。よくよくお話しを聞くと介護保険を一度も使ったことがないということでした。

ただ、ある日から急に状態が悪くなって、通院が難しくなってしまったのです。そこで、ケアマネさんが「通院が難しいのなら、訪問診療というのがあって…」と、このご夫婦にお話しされて、そこから当院に連絡がありました。そして、1時間後には私がおうかがいさせていただきました。病院に診療情報の確認をするのですが、院長と私2人しかいないので先生がどういう患者さんなら受け入れられるか、またスケジュールがどうなっているかは私がすべて把握していますから、その場でスケジュールを組みました。病院には診療情報を並行して請求して後になりましたが、その次の日から訪問診療開始という形でスタートしました。

相談の翌日から訪問診療を開始したので、高齢者の2人暮らしでも不安がなくなったと満足していただきました。また、薬局さんによる居宅指導も入り薬剤師さんの管理になり、薬の管理をしていたご家族の負担も軽減されました。疼痛が強くなってきても訪問診療なので迅速に対応できて、自宅で療養できることをとても喜んでいただいた、というケースです。

このケアマネさんから訪問診療の打診があったのは、実はその前に、たまたまこのケアマネさ

んにご挨拶に行きました。この患者さんのケースが発生する前に、私が「訪問診療ってこんなこともできます」とお話しをさせていただいて、それがケアマネさんの頭の中に残っていたので、患者さんにご家族に案内できたわけです。当院のパフレットもお渡ししてあったのをご家族に渡していただいて、私が患者さんのところへうかがって説明したときには、ケアマネさんのほうからある程度事前に話しをされているので、事細かに言わなくても「あ、それはこういうことですよ」とすぐに理解していただけて、次の日から訪問診療を始めることができました。

### ●事例3

ここまででは比較的うまくいった事例、要はスムーズに受け入れられた事例を2つ挙げましたが、ここで、うまくいかなかった事例を1つお話しさせていただきます。

こちらは62歳の女性の患者さんでした。ご夫婦と娘さんの3人暮らしの方で、キーマンが娘さんです。このご家族のお母さんが乳がんで入院されていて、ご自宅での療養を希望していると病院の相談室からお話を聞いて、退院調整に入ったという流れです。

---

### 事例3

- ・62歳女性 夫婦と娘3人暮らし
  - ・キーマンは娘さん
  - ・乳がん
  - ・退院直前にIVH中止
- 

このときにちょっと気になったことがありました。「退院しましょう」というときに、IVHを行っていたので私が機械とか物品を在宅でできるように調整していたのですが、ご家族はできるだけ使いたくないという意向でした。患者さんが若干経口摂取できていたということもあって、IVHをつけないで家に帰ってほしいということで、退院直前に急遽IVHを外すことになりました。

普通ならそのようなことはないのですが、何だかおかしいとは感じましたが、まだお若いですし食事が摂れているので、できるだけ自由な生活がしたいのかなと思って、私もそんなに深くは突っ込まずに、このような形での受け入れとなりました。

実際に家に帰ってからも同じようなことがありました。尿のカテーテルを入れていたのですが、まだ歩けるから、動けるうちにお母さんと一緒に旅行に行きたいというお話しでした。車椅子を利用されていて、そのときに、バルーンカテーテルが入っているのはちょっと煩わしいということで、訪問看護さんに話がいって「では頑張ってリハビリしてから抜く方向で考えましょうね」となりました。

まず、抜去ありきで予定が進んでいて、ここでも、リハビリが進んでいないのに…あれ？とは思っていました。ただ、ご家族の希望だからということで進めていったという経緯がありました。

訪問診察は退院後、予定通りと伺っていました。しかし、退院して家で暮らし始めると「家に

帰れた」という満足感があるせいか、皆さん意外と、比較的ですが容態が安定していくことが多いです。それを、病気が何だか治ったようだとか、または改善している、いや何か薬が効いて治まっているというのを、勝手に思い込んでしまうご家族の方がたくさんいます。普通、在宅に切り替えると病院に外来受診はされないのですが、この患者さんの場合は、後になって外来受診されているのがわかったり、薬もあまり飲みたくないといって中止されたりしていました。

これは外来ドクターの見解で、若いから進行が速いのではないかなというところで、それなら、家族がそうしたいっていうことを優先しましょうと、薬が中止になってしまいました。利尿剤などが出ていたのですが、やはり薬を止めてしまうと腹水がたまって、今度はむくんでいきます。そうすると、当院の先生としては、また以前の処方に戻しましょうというところで、色々を説明するのですが、やはりご家族が納得しない。

そういうことが重なって、“なぜだろう？”と色々聞いてみたのです。看護サマリーでは、延命治療はしませんというお話をしている、というふうに記録されていましたが、訪問看護師さんが病院の看護師さんによく確認したところ「実はその話はしていない」ということでした。それで、ああ、それならご家族や周りの方が言っていることが納得できるなとは思ったのです。

実際に患者さんをみている現場と、患者さんを送り出す側に齟齬があるのだということをとでも感じました。そうすると、確かにご家族としてはどちらに聞いていいのか、どこにどう相談しているのか分からないことが、非常に不満、不安になってしまいますね。結局その患者さんは、訪問診療を中止してもとの病院の外来に通院するということになりました。

こちらのほうとしても、そういった話をもう少し事前にいただけていたら、おそらくその辺について時間をかけて説明したりして、ご家族にも納得していただくようにしたと思うのです。そのところが、最初から根本的にできていなかったのも、全部ボタンがかけ違っていたのでしょうね。これが、私が自分でも残念だったなと思っている、うまくいかなかった事例です。

### ●連携時の問題点

逆に言えば、きちんと相互に話ができれば問題にはならなかったと思います。こういった情報伝達のミスや、情報が伝わってくるまでに時間がかかることが問題を生みます。先ほどの事例でも、看護サマリーの件が分かったのが2ヶ月後です。これがたとえば1週間後とか3日後だったら、まだ取り戻せたかもしれないなんて、いまだに悔やんでいます。

---

#### 連携時の問題点

- ・情報の伝達ミス
  - ・時間がかかる
  - ・確認不足
- 

あとは、確認不足。これは当院のほうでも、「こういったことを言っているのですね」ともう1回確認しておけば、たぶん起こらなかった事例だなと思います。これはどちらにとってもなん

ですが、情報をきちんと伝える、確認するということを重ねていければ、ご家族の満足度も上がってよかったのかな、ここを改善していかなければいけないなと感じます。なかなか難しいことではありますが。

行政さんのほうでも一生懸命に仕組みをつくりましょうということで、ハード面で頑張っではいらっしゃるのですが、ハード面があればそのぶん、こういった基本的なソフト面もきちんと充実させていかないと絶対にうまくいかないと思っています。逆にいえば、ハード面が十分ではなくてもソフト面が、先ほど言ったようなコミュニケーションがうまくいってれば、今だってきちんとした連携ができると感じています。

## 連携のポイント 診療報酬について

### ●地域医療連携に関する主だった診療報酬

連携のポイントというところで、他の切り口でお話しさせていただこうと思いますが、今回は事務の方も多いので診療報酬という点で考えてみましょう。

---

## 地域医療連携に関する主だった診療報酬

### ①地域連携診療計画管理料(900点)

対象疾患は脳卒中、大腿骨頸部骨折。

計画管理病院(急性期病院)が、急性期から在宅医療まで見据えた診療計画地域連携診療計画(地域連携パス)を患者個別に作成し、患者や家族に説明した場合に算定。

### ②地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ600点 Ⅱ300点)

計画管理病院から地域連携パスとともに患者を引き継いだ保険医療機関が、患者の退院時に退院後の診療計画を作成し、患者に説明、文書により提供すると共に、計画管理病院にその患者に関する診療情報を文書により提供した場合に算定。

### ③退院時共同指導料(Ⅰ1000点 Ⅰ以外600点)

患者が入院中の医療機関の医師または看護師などが、在宅療養を担当する医師や看護師とともに、入院中の患者に対して退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を行い、文書で情報提供した場合に、入院中の医療機関が算定。

---

表のように、地域連携の診療計画管理料というのが3つありますが、これらの方というのはここに書かれているように、結構重度な方の計画を立てれば算定できますよというのがあります。また、退院時の指導に関しても、地域連携パスがきちんと引き継げていれば算定できますよという指導料、また、退院時共同指導料、これらがポピュラーかなと思います。退院のときに受け入れる在宅のクリニックの先生と、病院のほうの看護師さんなどと共同で打ち合わせたら算定でき

ますよ、というものです。こういった連携するべきことをきちんとやっていれば、病院さん側も医療収益が上がりますという形で現在進められています。地域連携パスの1つの例です。

在宅医療の充実①	
在宅医療を担う医療機関の機能強化	
> 24時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。	
【施設基準】	
① 常勤医師3名以上 ② 過去1年間の緊急の往診実績5件以上 ③ 過去1年間の看取り実績2件以上	
※また、複数の医療機関が連携して、上記の基準を満たすことも可能とする。その場合の要件は、	
④ 患者からの緊急時の連絡先の一元化 ⑤ 月1回以上の定期的なカンファレンスの実施 ⑥ 連携する医療機関数は10未満 ⑦ 病院が連携する場合は200床未満に限る	
※さらに、病床を有する場合は高い評価を行う。	
45	

受け入れるクリニックの側としては、先ほども言いました機能強化型というのが最も管理料の点数を高く取れます。

その中で1つのネックとなるのは常勤医師が3名以上というところ。常勤医師が3名いるクリニックというのはそうそうありません。どうしても、やはり人件費が高いのがお医者さんです。大体のクリニックは常勤の人が1人、院長先生がいてあとは非常勤の先生でというところが多いのかなという印象です。

また、クリニックで病床を有する場合、この表の「ここに注目」で書かれているように高い評価が行われます。自分のところで病床を持っているクリニックというのは、この神奈川県下にもそうありません。有床でない場合は病院さんと連携することで病床を持っていることにできます。当院の場合は鈴木病院さんとの連携があるので、“有床”ということで、点数を高く取れているということですね。

実際にどのくらい点数が違うのを見ていきたいと思います。

在宅医療の充実②																				
機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例																				
<往診料> 【現行】 <table border="1"> <tr><td>往診料</td><td>緊急加算</td><td>650点</td></tr> <tr><td>夜間加算</td><td></td><td>1,300点</td></tr> <tr><td>深夜加算</td><td></td><td>2,300点</td></tr> </table>	往診料	緊急加算	650点	夜間加算		1,300点	深夜加算		2,300点	⇒	【改定後】 <table border="1"> <tr><td>往診料</td><td>緊急加算</td><td>850点</td></tr> <tr><td>夜間加算</td><td></td><td>1,700点</td></tr> <tr><td>深夜加算</td><td></td><td>2,700点</td></tr> </table>	往診料	緊急加算	850点	夜間加算		1,700点	深夜加算		2,700点
往診料	緊急加算	650点																		
夜間加算		1,300点																		
深夜加算		2,300点																		
往診料	緊急加算	850点																		
夜間加算		1,700点																		
深夜加算		2,700点																		
<在宅における医学管理料> 【現行】 <table border="1"> <tr><td>在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)</td><td>4,200点</td></tr> <tr><td>特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)</td><td>3,000点</td></tr> </table>	在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	4,200点	特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3,000点	⇒	【改定後】 <table border="1"> <tr><td>在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)</td><td>5,000点</td></tr> <tr><td>特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)</td><td>3,600点</td></tr> </table>	在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	5,000点	特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3,600点										
在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	4,200点																			
特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3,000点																			
在宅時医学総合管理料 (処方せんを交付)	5,000点																			
特定施設入居時等医学総合 管理料(処方せんを交付)	3,600点																			
<緊急時の受入入院> 【現行】 <table border="1"> <tr><td>在宅患者緊急入院診療加算</td><td>1,300点</td></tr> </table>	在宅患者緊急入院診療加算	1,300点	⇒	【改定後】 <table border="1"> <tr><td>在宅患者緊急入院診療加算</td><td>2,500点</td></tr> </table>	在宅患者緊急入院診療加算	2,500点														
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点																			
在宅患者緊急入院診療加算	2,500点																			

たとえば往診料でも加算のところで大いぶ違いがあります。緊急往診加算が650点が850点、つまり2,000円違います。夜間の加算は1,300点が1,700点、深夜になると2,300点が2,700点。在宅のクリニックでも「病床を有するか」でこれだけ点数が違います。

あとは特に管理料に差が出ます。管理料というのは、月に2回訪問した時に算定できるものです。大体の場合処方箋を交付して院外処方になっているので、普通のクリニックですと4,200点と

というのが算定されます。先ほど述べた機能強化型になると、それが5,000点になります。

患者さんの数で考えてみます。たとえば機能強化型の施設基準を取っただけで800点ですね。1人につき8,000円ですね。たとえば患者さんが10人いたら、8,000円×10、100人いたら×100です。施設基準をとっていただければそれだけメリットがあるので、受け入れるクリニックのほうにとっても施設基準がすごく重要だということになります。

在宅における看取りの充実①																													
在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し																													
在宅における看取りを充実させる観点から、ターミナルケアのプロセスと看取りを分けた評価体系に見直す。																													
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">&lt;ターミナルケア加算&gt; 【現行】</th> <th colspan="2">&lt;ターミナルケア加算&gt; 【改定後】</th> </tr> <tr> <td>在支診・在支病</td> <td>10,000点</td> <td>機能を強化した在支診・在支病<sup>※</sup> (病床有り)</td> <td>5,000点</td> </tr> <tr> <td>上記以外</td> <td>2,000点</td> <td>機能を強化した在支診・在支病 (病床無し)</td> <td>5,000点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>在支診・在支病</td> <td>4,000点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>上記以外</td> <td>3,000点</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">※「在宅医療の充実」の項を参照</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>看取り加算</td> <td>3,000点</td> </tr> </table>		<ターミナルケア加算> 【現行】		<ターミナルケア加算> 【改定後】		在支診・在支病	10,000点	機能を強化した在支診・在支病 <sup>※</sup> (病床有り)	5,000点	上記以外	2,000点	機能を強化した在支診・在支病 (病床無し)	5,000点			在支診・在支病	4,000点			上記以外	3,000点			※「在宅医療の充実」の項を参照				看取り加算	3,000点
<ターミナルケア加算> 【現行】		<ターミナルケア加算> 【改定後】																											
在支診・在支病	10,000点	機能を強化した在支診・在支病 <sup>※</sup> (病床有り)	5,000点																										
上記以外	2,000点	機能を強化した在支診・在支病 (病床無し)	5,000点																										
		在支診・在支病	4,000点																										
		上記以外	3,000点																										
		※「在宅医療の充実」の項を参照																											
		看取り加算	3,000点																										
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">【現行】</th> <th colspan="2">【改定後】</th> </tr> <tr> <td>死亡前14日</td> <td>ターミナルケア</td> <td>死亡前14日</td> <td>ターミナルケアのプロセス</td> </tr> <tr> <td>看取り</td> <td>↑</td> <td>看取り</td> <td>↑</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※長期に医療機関に入院した場合は算定できない。</td> <td colspan="2">プロセスと看取りに分けた評価体系に。</td> </tr> </table>		【現行】		【改定後】		死亡前14日	ターミナルケア	死亡前14日	ターミナルケアのプロセス	看取り	↑	看取り	↑	※長期に医療機関に入院した場合は算定できない。		プロセスと看取りに分けた評価体系に。													
【現行】		【改定後】																											
死亡前14日	ターミナルケア	死亡前14日	ターミナルケアのプロセス																										
看取り	↑	看取り	↑																										
※長期に医療機関に入院した場合は算定できない。		プロセスと看取りに分けた評価体系に。																											

最終的なお看取りについても、ターミナルケア加算でかなりの点数の差が出てきます。

今の状況は、病院さんのほうでも連携が誘導されています。こういうことをすれば加算が取れますよ、クリニックのほうも加算がとれますよとやっているのですが、まだまだ進まないという現状があります。そう考えると、この現状は点数だけの問題ではないですね。

## ●病院と診療所の連携のカギ

連携にとっては、どういう人たちの役割が大切になるのでしょうか？相談員としてのソーシャルワーカーの方や入退院時に調整する看護師さん、この2職種の方が重要なキーマンだと思っています。

## 病院と診療所 連携のカギ

- ・ソーシャルワーカー(医療相談員)
- ・入退院調整看護師

先ほど言いましたように行政のほうでも仕組みづくり、ハードの面は一生懸命やっていますがなかなか進まない。点数を高くしても進まない、つまり何が問題かというソフトであると考えられます。逆に言えば、これらの方々とうまくつながることによって、どんどん連携がすすむのではないかと、私自身がクリニックの側にいて感じている点です。

クリニック側で感じているということは、病院さんのほうでも同じように感じていると思います。大切なのはまず、自分のこと、病院のことを知っていただくということですね。たとえば病院さんが療養型で落ち着いている患者だったら受け入れられるということだとか、個室は結構空きが出ているという情報、受け入れ態勢を相手のクリニックさんと病院さんがお互いによく

知っているということが、連携として重要なことではないかと思えます。

---

## 連携の極意

いかに自分を知ってもらい、相手を知るか？

↓↓

フットワークの軽さがカギ！

決め手は医師！

↓↓

そして時には意思をリードする

MSW、看護師、連携担当職員！！

---

またその次に、フットワークの軽さがですね。事例のところでみた通り、やっぱりスピードというのはすごく重要です。これは別に医療連携に限らず何でもそうだと思います。

そして医師が決め手ではあるのですが、お医者さんはなかなか結構気難しい方が多いですね。そして、コミュニケーションの苦手な方も多いです。私もいろいろな先生と接していて感じています。

左近允先生も、ちょっと、どうかなと思うんですよ（笑）。正直いって、結構人見知りをする方ですね。患者さんに対しては非常に優しいですが、ちょっと気の強い看護師さんがどうも苦手なようです。そういったところを、私のほうでうまくフォローさせていただいています。そういう面で、まずは相談員さんとか看護師さんが先生方をリードしていただきたいと思います。これは外来でも、私も「あそこの看護師さんうまいな、あの先生をよくコントロールしているな」と見ることがありますが、そういうところはうまく運営されていますね。相談員の方も、そこをうまくフォローしていただくと、連携が非常にうまくいくと思います。

### ●人と人との連携

人と人との連携ですから勉強会とか意見交換会、懇親会を通じてそのたびに顔を見合わせる事が大切になりますね。ああ、あの人見たことあるなとか、この前名刺交換したなといった中でいろいろお話しが広がっていくと思います。

---

## 人と人との連携

・勉強会 ・意見交換会 ・懇親会

## 在宅医療を成功させるには

☆病院と診療所の顔が見える関係づくり

☆慢性期医療と介護は、車の両輪

---

実際、私も今回受講されている方の中に、あれっ見たことあるな、なんという人もいます。見知ってはいても、実は所属している病院が今はもう違っていたりします。私自身も以前とはまったく違うことをしていますが、やはり業界が狭いので、場面場面で会うことも多いですね。このようにして、顔を見合わせて連携をしていかなくてはいけないというのが、私の考えです。

まとめますと、在宅医療を成功させるポイントとしては、まず、病院と診療所の顔が見える関係づくりが非常に重要だと思っています。

医療もそうですが、“在宅”というのは介護の人も話さなければならないと思います。ですから、ケアマネージャーさんを蚊帳の外にするのではなく、その人たちもまきこんでやることによってうまくいくのではないかと、私自身はとても感じています。

あまりうまくはまとまりませんでした。改めてこのようにお伝えすることによって、少しでも病院さんと在宅クリニックがうまく連携ができればいいなと思っています。本日はありがとうございました。

## 質疑応答

### <Q. 1>

ソーシャルワーカーをしています。私どもは療養の病院ですが、クリニックの先生と連携をとろうかなと今、模索しています。そこで、クリニックの先生にご挨拶に行こうと思うのですが、なかなか鈴木さんのように間に入ってくれる方がいないところが多いかと思っています。医師会の集まりになると、私は立場が違うので出られないです。「ご挨拶行きます」と電話してもいいものか…クリニックの皆さんお忙しそうなので、いかがでしょうか。

### <A. 1>

そうですね、まさにそういう場面は多いと思います。私はたぶんまれなケースですね、先ほど言ったように先生と2人でやっていますから。先生は単独で診察を、私は対外的なこと、要は営業的なことや調整役をやっているので積極的に動くようにしています。

ほとんどの場合、クリニックさんというのはそんなに規模が大きいんですね。私も他のクリニックで勤めたことがあります。先生がいて、看護師さんが3人いて事務員さんが5人ぐらい…というのが一般的かなと思います。こうした場合、事務員のかたに連携についてお伝えしても温度差があってあまり意味がないのかなというのが正直なところですね。できれば、現場で動く看護師さんに間に入っていただくと効果的かなと思います。

あと、クリニックさんと患者さんに関するやりとりがあるとききっかけになります。実際にはその先が難しいですが、患者さんについて何かあったときに「あの患者さんどうですか」とか「今朝、あの患者さんがこうでした」とかいうお話から、「今度うちのほうでも対応できますよ」「新しい機械が入ったのでこういうことができますか」というふうに、関係をつくっていくこともできますね。

私のほうでいろいろ動いていて見ていると、工夫されている病院さんもあります。たとえば、病院から「連携証」をすごく立派な額縁に入れてクリニックさんに渡しています。当院にもあ

りますが「連携していますよ」という証ですね、これをいただいたことに対して当院のほうからご挨拶いったりもします。そういったささやかな行き来から、回数を重ねていかないと難しいのかもしれないですね。

---

#### <Q. 2>

地域連携室を担当しています。在宅支援診療所として連携している病院さんとクリニックさんの名前が挙がっていましたが、他の病院、たとえば鈴木病院さんは在宅支援病院を取っていらっしゃるのでしょうか。

#### <A. 2>

はい、取っています。機能強化型の方で当院と連携しているので、鈴木病院さんでお看取り対応をしなければいけない場面ときは、私たちのクリニックのほうで動くという約束のもとで連携をさせていただいています。というのは、病院さんでは現場としては夜勤の先生がほしい1人ですね。そこで夜勤の先生がお看取りで在宅に行くことは難しいので、私たちクリニック側で支援しましょうということです。ですが、実際にはまだ稼働したことはないというのが現状です。過去に相談というか、電話でやりとりして当院が行きましょうという話になったことはありますが、結局はご家族が自力で外来受診されるということがありました。

やはり顔が見える関係を大切にしています。連携のやりとりとしてももちろん会議も行ってはいますが、それ以外にも「近くに来たのでちょっと寄りました」「何か変わったことはありますか」という感じで、日々の中で関係を深めています。

---

#### <Q. 3-1>

100床規模の病院です。私どもは在宅診療、機能強化型の病院として申請して、同じように訪問診療メインのクリニックさんとも連携を取らせていただいています。ハードルとして、月1回の連携ミーティングが必要ですよ。

我々は一般病棟と療養病棟を持っているのですが、どうしても病院側の立場からすると、慢性期医療をやっていますので病床の回転率とか、退院調整に難渋しています。クリニックさんから依頼を受けたときにベッドが空いていないことが悩みなのです。もう少し回転をあげて、クリニックさんの方にも患者さんをお渡ししたいのですが、なかなか現実的にはうまくいってないところがあります。具体的な例をご提示いただいたので、コツというか何かご意見があればうかがいたいのですが。

#### <A. 3-1>

当院と連携している鈴木病院さんも療養型の病院なので、どちらかという受け入れるほうで、あまり患者さんを出すほうではないですね。

当院で受け入れるケースでは、300床以上の急性期を扱っている病院さんが非常に多いですが、その病院さんも同じですね。私の場合は、ソーシャルワーカーに非常に仲良くしている人がいて、ここの病院さんだったらどこまでできるかといったことを把握できています。また、

私の方からは、スケジュールのどこが空いていて、ここだったらこの方面の患者さんを受け入れられますといったことをその場で回答ができます。相談があれば私がすぐその病院へ行って、患者さんの状態を確認する、病院では「この日にご家族が来ます」といろいろ調整していただきます。そういう、あうんの呼吸というか、お互いに協力していくと、受け入れる側も非常にスムーズな動きができます。受け入れた病院さんのほうにも、この患者さんがちょっと具合悪くなったらすぐに検査をお願いするなどして、やりとりを続けています。

また、ご家族の方は病院とつながりが切れてしまうことを不安に思われるので、「そうではないんですよ」とお知らせすることも大切です。病院と在宅クリニックは連携していますよ、というところを見える形にしてあげるとご家族も非常に安心、満足されます。そうすると、病院からも出やすくなる。早く出ていただけたらなれば、在院日数も減りますね。クリニック側も、何かあった際にはその病院さんに入院できる、支えていただける…そういういい関係ができればと思っています。そのためにはやはり、担当者、相談員とのコミュニケーションがかかせませんね。

---

#### <Q. 3-2>

もうひとつ質問させてください。療養型の病床をお持ちの、鈴木病院さんへの質問になってしまうかもしれませんが…。たとえば患者さんが急性期の病院対応になって、必ずしも連携されている医療機関ではなく、連携以外の病院対応になってしまうのはいかがなものなのでしょうか。

#### <A. 3-2>

当院の患者さんが全部、鈴木病院さんに入院しているわけではありません。やはりその患者さんの症状をみながら、急性期の病院さんがいいケースもあります。また、鈴木病院さんがいいという場合に連携病院として紹介させていただいています。

以前の事例でいいますと、高齢の患者さんが骨折されて自宅に戻れなくなってしまったので系列のリハビリ病院に1回行って、そこで様子を見て自宅に戻られたということがあります。このように時間がかかるケースも生じます。でも、これだけの高齢社会ですから、いろんなケースが出てくると思います。在宅クリニックもその患者さんのことばかりを診ているわけではなくて、他の患者さんの対応もありますので全体で見なければなりません。ですから、その患者さんのケースに応じて、それぞれの専門の先生のところへ行っていただくというのが一番いい、というのが当院の院長の考えです。

---

#### <Q. 4>

先ほどあった、月1回のカンファレンスは医療法で決まっていることですが、強化型として24時間対応できるということの説明と、情報共有をどのようにされているかについて説明をお願いしますか。

#### <A. 4>

情報に関してはインターネット上のサーバーにおいて、パスワードをかけて共有するようにしています。セキュリティの問題やSEの方などに言わせるとシステムが画一されていないという指摘がありますが、ある程度スピーディーに見られること、誰にでもわかるようにということに重要視してそのようにしています。

情報としては、バイタルや服薬情報、詳しい場所や、駐車場、車が止められる場所を写真に撮って見られるようにしています。具合が悪くなったときなど「こういう患者さんを診てほしい」と連絡するとき、ここのフォルダに情報がありますと病院の相談員の方に見ていただいたりしています。

それから、現場のほうでも追加情報があればFAXで送るなどして、少しでもはやく情報共有できるように、より多くの先生に判断していただけるように連携を取っています。

カンファレンスについては月に1回行っていますが、新しい患者さんはこんな感じですか、この患者さんは亡くなりましたといった情報以外に、連携をしているなかで困ったことを話したりします。

たとえば、診療報酬の算定について、経験の少ない先生だと“どう算定すればいいのか”わからないケースについて「こんな形で算定するといいですよ」という話しや、細かな情報を交換します。そうすることで、ただ形式的なカンファレンスにならないように心がけています。

また、勉強会のような場所でも、このグループですこしでもいい体制を維持しようという目標をもって情報交換をしていくと、ただ形だけの集まりにならないように思います。

個別にちょっと聞きたいなということがあれば、いつでもお声掛けください。私も、皆さんとつながって、顔が見える関係にしていきたいと思っています。そのためにも今回のような講演会や集まりにも出て行きますし、病院さんのほうで「こういうときはどうしたらいいのでしょうか」とお電話いただいても構いませんので、よろしく願いいたします。

#### プロフィール

鈴木 義隆 (すずき よしたか)

大学卒業後、学習塾講師・管理者養成学校セミナー講師と教育業界に従事していましたが父親の死をきっかけに医療業界に転職。

透析クリニック・精神科クリニック・在宅診療クリニックの事務長職を歴任。

総合病院の総務課に所属し、地域連携業務に従事。病院グループ内の在宅診療クリニックで診療体制を見直し・体制変更を行い、着任後、半年で前年同月比160%の売上目標を達成。

平成25年6月に機能強化型在宅療養支援診療所“北鎌倉さこんじゅうクリニック”を開院し、同クリニックの事務長として就任。

並行して、医療経営コンサルとして、東京にある医療法人がされている在宅医療クリニックの経営指導やNPO法人のグループホーム運営指導をしています。