

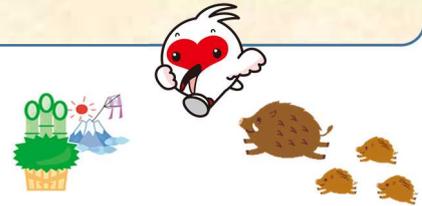
在宅医療のあり方を共に考える



在宅医療連携だより



「ご挨拶」



一般社団法人 新発田北蒲原医師会
理事 竹内病院院長 竹内幸美

かえつ在宅医療推進センターとはそもそも、“地域医療介護総合確保基金を財源として新潟県が実施する「在宅医療基盤整備事業」により新潟県医師会が新潟県から委託を受け、在宅医療の充実に取り組んでいる事業を行うための中心となるセンターである”という事はあまり知られていないことです。さて、この事業が実際行うことは、平たく言えば、これまで長い間行われてきた在宅医療にとどまらず、さらに多職種とのチームプレーを深化させ、かつ広めて、結果として地域住民の在宅医療に恩恵をもたらすということに第一義的な目的を有するものです。これは、とりもなおさず、患者さんから見れば、昔は往診、最近では訪問診療と言われているものと、一見すると大差は無いとも言えます。

しかし、以前は医師の経験に基づく名人芸的な個人プレーともいえる孤独な闘いであったものが、①地域の薬局・訪問看護ステーションなど多職種による24時間の療養支援に加えて、さらに②地域包括支援センターや在宅介護サービス事業者による介護サービスの提供も加わるという、まさに患者さんにとっては至れり尽くせりのシステムに変貌するものです。但し、このネットワークやチームプレーが十分に機能して初めてその価値が発揮されると思われます。

結局は、従来の在宅医療と比べ、患者さんの満足度やサービスの質的向上が目に見える形で現れて初めて従来の在宅医療との差が客観的に捉えられます。

今後、この在宅医療推進センターが、その役割を如何なく発揮し地域の患者さんに満足のいく恩恵をもたらすように、この事業に関係する多くの皆様方のご努力を期待したいと思うところでございます。

お知らせ！

『在宅医療・介護連携における 診療報酬と介護報酬』説明会

日時：H31年3月9日(土) 14:30～16:00

会場：新発田市 生涯学習センター講堂

講師：関東信越厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課
地域包括ケア推進官 中島 淑夫 様 他

対象：新発田北蒲原医師会 医療・介護の連携多職種



皆様のご参加をお待ち致します！

ご報告 第4回「かえつ地域の在宅医療について考える会」in 阿賀野

平成30年9月8日（土）15:30～17:30 あがの市民病院講堂にて開催されました。（参加者 77名）
ここに会の概要をご紹介致します。紙面の都合上、一部分の掲載になりましたことをご了承願います。

メインテーマ

「阿賀野地域の在宅医療における病診連携の現状と展望」

座長：あがの市民病院院長 藤森勝也 先生

パネリスト：

- 〔1〕 本田脳神経外科クリニック
理事長 本田吉穂 先生
- 〔2〕 あがの市民病院地域連携支援部
マネージャー 清野真弓 様
- 〔3〕 あがの市民病院訪問看護ステーション
管理者 大野博子 様
- 〔4〕 阿賀野市居宅介護支援事業者連絡協議会会長
ケアセンターウィング居宅介護支援センター
管理者 廣井みよ子 様
- 〔5〕 特別養護老人ホーム白鳥荘
園長 鈴木俊雄 様

~~~~~

【第1席】 本田吉穂先生より、あがの市民病院との病診連携について紹介。あがの市民病院に事前登録をしておくことで、急変時にも対応してもらっている。登録患者さんについては、3カ月毎に登録情報の更新を行い、終末期の対応においても理想的な連携ができており、患者さんやご家族の安心に繋がっている等その実際を紹介。

【第2席】 清野真弓様より、あがの市民病院は、通院困難な患者さんに対して訪問診療を実施。また、今後は、住民の方々に安心した在宅での療養生活を送って頂けるよう、在宅看取りの体制づくりや在宅医療ネットワークの構築と連携強化を目指していること等の紹介。

【第3席】 大野博子様より、訪問看護ステーションの役割について、①高齢世帯や独居者に対しては福祉と連携し、住み慣れた自宅で暮らすための生活環境を整える支援。②医療依存度の高い方に対して、介護者や家族への指導と状態の変化への迅速な対応。③ターミナルケアと看取りでは、医療面だけでなく精神的支えも重要。今後も在宅医療の要として多職種とのつながりを強化し、ターミナルケアや看取りについての体制づくりに努めたいこと等の紹介。

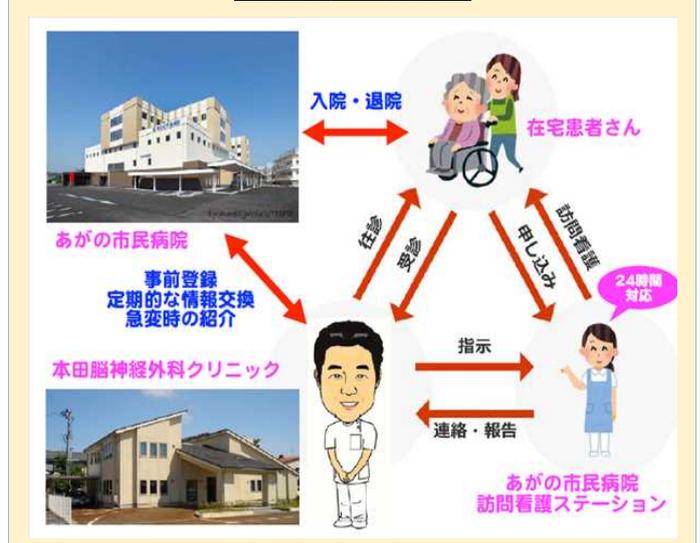
【第4席】 廣井みよ子様より、“その人が望む暮らしを支えるための医療との連携”をめざして、ケアマネージャー間の連携強化、情報共有の機会を多く設け資質の向上につなげていきたいと発表。

【第5席】 鈴木俊雄様より、色々な分野でマンパワーが不足している。地域包括ケアシステム推進のためには行政の力、そして地域の中心となるあがの市民病院など医療と介護の連携を積極的に進めることが重要と発言。

座長の藤森先生は、あがの市民病院では、施設入所者の急変時等の連絡には、できる限り対応するようにしている。嘱託医の先生のお困り事にも対応したい。在宅療養後方支援病院の存在は、訪問診療を行う医師にとっても、患者さんにとっても安心につながっている。是非事前登録をしていただき連携を推進したいと述べた。

全体討議では、医療機関と特養との連携が構築されていない。特養と病院が連携しても点数がつかない。看取りも含めて施設での苦勞もあると思われる。この地域の仕組み造りが必要。医療と介護間で定期的な交流を続けていくことで何らかの改善につながる共通点を見いだしていけるのではないかと。またこうした地域での「在宅医療を考える会」などで情報交換が継続されていくことも重要な一歩ではないかといった意見が挙げられた。

病診連携の関連図



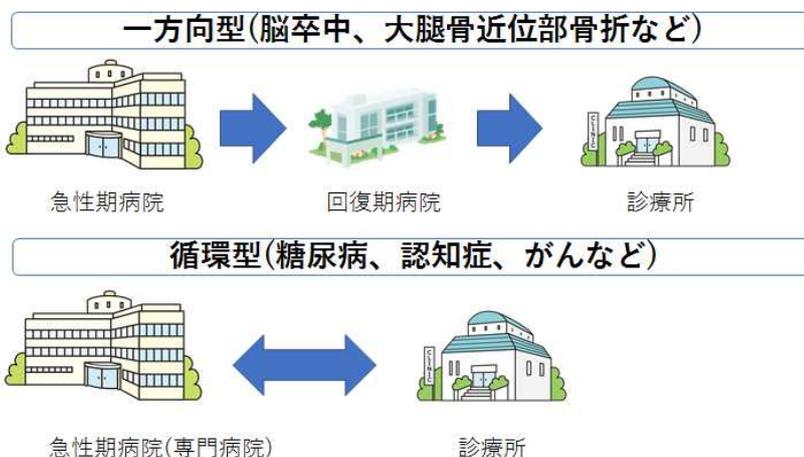


## 地域連携クリティカルパスとは

地域連携クリティカルパスとは、従来医療機関等で多職種により使われていたクリティカルパスを、単一医療機関から複数の医療機関や介護施設との連携に拡大したものです。この地域連携クリティカルパスを用いて、情報共有ツールとしての側面と一貫した診療計画に基づいて医療サービスを提供するという2つの目的があります。平成18年の診療報酬改定により報酬化されました。

ここで言う、医療機関と介護施設とは、機能分化された医療機関を急性期、回復期、維持期(生活期)と分類し、それぞれの目的と役割を担っています。また、維持期(生活期)においては、医療機関(診療所、療養型病院)と介護施設などが含まれます。

地域連携クリティカルパスの運用としては、以下の2つがあります。①一方向型、②循環型です。①一方向型とは、疾病に対する病期と治療の進行によって、それぞれに対応する機能分化された医療機関を急性期から回復期、維持期(生活期)の順に連携して行くプロセスです。代表的な疾病として、大腿骨近位部骨折や脳卒中などがあげられます。②循環型とは、長期にわたって継続的に疾病の管理を必要とするものに対応するものです。また、専門的な診断や治療のフォローを要する場合にも適応されます。代表的な疾病として、がんや認知症、糖尿病などが上げられます。



地域連携クリティカルパスを用いたことによる効果についてですが、地域連携がうまくいったと言う肯定的な報告もある一方、効果が無かったと言う否定的な報告があります。このような差が生じるのは、地域連携クリティカルパスと言うツールを利用者(その組織)が上手に利用できる能力が関係しているのではないかとされており。



在宅医療推進センターのホームページも充実してまいりました！  
随時いろんな情報が盛り込まれていきます。是非、ご覧ください。  
URL：<http://www.inet-shibata.or.jp/~zaitaku/>



## 知って得する 在宅の診療報酬 第1回 C 000 往診料 720点 (1点=10円)

「往診」と「訪問診療」は、同じようにみられがちですが、診療報酬上は明確な違いがあります。「往診料」は、患者側から電話等で直接往診を求められ、医師がその必要性を認めるときに、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できます。例えば、急な高熱で外出もままならない患者からの電話に応じて、患家に出向いて診療をした場合が該当します。普段と変わらない状態の患者に、毎月1回など定期的ないし計画的に赴いて診療をする場合は、「往診料」ではなく「C 001 在宅患者訪問診療料」を算定します。平成30年4月に明確化された「可及的速やかに」という条件がどのくらいの期間か気になるところですが、後日の事務連絡で「依頼の詳細に応じて、医師の医学的判断による」とされ、医師の裁量が認められました。「往診料」には、「初・再診料」も併算定します。同一患家で二人（夫婦など）の往診を行った場合は、一人目は「往診料+初・再診料」を算定しますが、二人目は「往診料」は算定できず「初・再診料」のみの算定となります。無医地区など特別な事情がない限り片道16kmを超える往診は保険診療で認められません。また医師の自動車による交通費は患家が負担しますが、スクーターや自転車の費用は往診料に含まれます。（平塚）

### ときネット事務室より

「ときネット研修会」（11/29）へのご参加有難うございました。〔参加者117名〕  
この研修会では、皆さまより大変貴重なご意見を頂きました。以下、研修会のアンケートにて寄せられたご質問にお答えいたします。

Q1：ときネットの使い方をゼロから教えてほしい。講義形式の研修会より事業所まわりをして実際に使えるようにしてほしい。

A1：はい！これまでもご要望に応じて、診療所や事業所へお伺いしてときネットの接続、使用方法等に対応しておりました。今後もお声掛けいただければ、出張対応いたします。どうぞ、ご連絡ください。日程調整させていただきます。

Q2：ケアマネージャーさんや訪問看護さんから入院先への情報提供する際の様式はどこにある？

A2：ときネットの“トップ画面”又は【ナレッジセンター】をご覧ください。見つからない場合は、お気軽にお問い合わせください。

### 編集後記

新年あけましておめでとうございます。昨年より発刊致しました「在宅医療連携だより」は、めでたく第3号を発行することとなりました。今後益々皆様に役立つ情報をお届けできるよう、担当者一同努力してまいります。この刊行誌へのご意見等もお寄せいただければ幸いです。本年も何卒よろしくお願い申し上げます。（なべ）

### 《お問い合わせ先》

かえつ在宅医療推進センター

渡辺 宮野

TEL0254-28-7914

又は「ときネット」メールにて  
お気軽にお問い合わせください。

