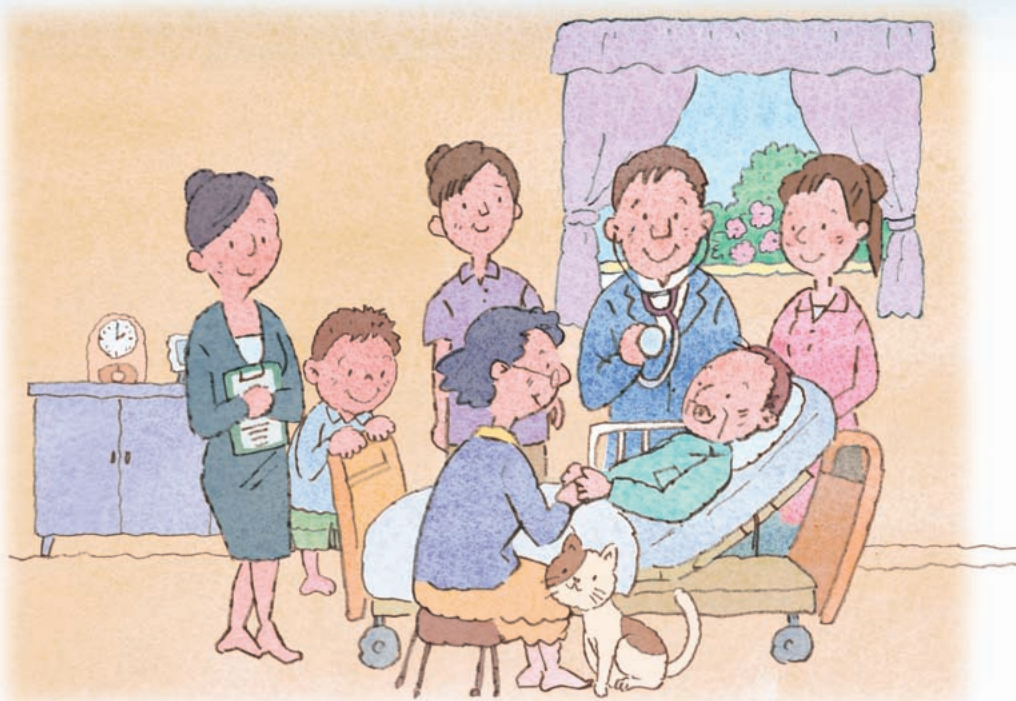


在宅医療の知識と実際

～病院で働く皆さんへ～



Contents

[目次]

在宅医療の知識と実際

～病院で働く皆さんへ～

- 2 はじめに
- 3 在宅医療を進める意義

- 4 在宅医療がなぜ必要か
- 7 在宅医療を支える関連職種とその協働について
- 11 在宅移行の流れ

- 15 在宅医療で行える治療や処置の内容
- 21 在宅医療で行える検査の内容
- 24 在宅医療を勧める適切な時期／在宅医療の対象
- 33 在宅医療を開始する際に必要なこと
- 36 在宅医療の実際
- 39 緊急対応
- 41 在宅での看取りについて

- 45 在宅医療の報酬について
- 47 医療保険について
- 50 介護保険について

はじめに

多くのひとは病気に罹ると、医療体制の整った病院で治療をし、早く完璧に治りたいと考えます。診断・治療が適切になされ、希望通り病気が短期間で治れば良いのですが、中には治療に長い期間を要したり、進行性の疾患で治癒することが難しいことが分かったり、不幸にして死期が近い病気であったりすることもあります。

急性期疾患の治療を担う病院は短期間に効率の良い診療を行い、疾患別によってはパスに沿った治療を行います。この場合、入院から退院後までの診療の流れは地域において完結し、スムーズな在宅移行が可能です。しかし、癌をはじめとして地域連携パスの整備ができていない疾患や看取りまで視野に入れた連携は未だ確立されておられません。

厚生労働省の行ったアンケート結果によりますと、過半数の国民は家で最後を迎えたいと望んでおります。在宅療養支援診療所をはじめとする在宅医療を積極的に実践する医療機関は、医療機関同士、あるいは訪問看護や介護事業所と連携し、24時間365日体制で患者・家族の願いをかなえるべく粉骨砕身しております。

本書は病院に勤務する若手医師や看護師などの医療関係者の方々や在宅医療を志望する学生に、在宅医療で何がどこまでできるのかを知っていただき、在宅医療の裾野を拓げるために著されたものです。在宅医療を希望する患者さんが安心して療養できるよう活用して頂きたいと思います。

医療法人社団泰平会 コーラルクリニック
理事長 石垣 泰則

在宅医療を進める意義

在宅医療を進める意義は、これまでの医療のあり方が変わること（「治す医療」から「治し支える医療」への転換、病院依存から地域完結型医療への転換）、これまでの地域社会のあり方が変わること（「住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる社会」への転換）などがあります。とくに急性期病院においては、その中で働く医療者の業務負担を減らす大きな意義があります。

現在亡くなる方の約8割、癌疾患に限定すれば約9割が病院で亡くなっていますが、その中には、癌や慢性疾患の終末期、加齢や高度の生活機能障害や認知機能障害などで生命機能維持が困難となって（緊急）入院となる人も多く、特に救急医療の現場は混乱を来しているとも言われています。治す医療が本人にとって有意義な延命につながる病状に対応を迫られる医療者の業務負担は大きく、それを減らすことは、急性期医療の現場で働く医療者の視点からも、医療経済的視点からも意義のあることと思えます。

また、患者さんやその家族においても、病気あるいは加齢による自然経過として日常生活活動度が低下し自立できなくなり、さらに死を迎えることが予測できる場合には、急性期病院のようなあわただしい環境ではなく、できるだけ静かな時間を過ごせる環境が確保されることが望ましいと考えます。介護負担や看取り不安などで急性期病院への入院が志向されている現状は理解できますが、安心して毎日をすごせる療養の場が整備されれば、選択の幅は広がるものと思います。

社会医療法人北斗 北斗病院
在宅医療科 部長 蘆野吉和

在宅医療がなぜ必要か？

日本はまもなく超高齢多死時代を迎えます。そういう中で在宅医療の必要性は医療経済的な側面から説明されがちですが、そこにはもっと根源的な意義があります。すなわち、在宅医療は「希望する場所で暮らし続けたい」という人々のニーズを満たすための一つのオプションとして必要なものであり、それは安心して暮らせる地域社会を創造することでもあるのです。



在宅医療は地域住民にとってなぜ必要なのでしょうか？



このところ、地域包括ケアや在宅医療という言葉をいろいろなところで目にすると思います。なぜ今、こういった医療が必要なのでしょう。在宅医療は患者さんのQOLを向上させるというけれども、家族の介護や本人の不安を考えると、そうとも言い切れない、とお考えの先生もいるでしょう。また、在宅医療といっても受けてくれる医療機関なんかないじゃないか、と考える先生もいるかもしれません。

しかしながら、超高齢多死時代を迎えた日本社会を考えると、今までのように命の長さを基準とした医療から患者の希望を引き出しそれを実現していくための医療への変革を考える必要があると言われていています。そのためには自宅や住み慣れた施設、グループホームで最期を迎えたい、できるだけ長く暮らしたいという患者さんのニーズを満たす必要があります。そこには在宅医療というオプションはぜひとも必要なのです。そして、住み慣れた場所で希望さえすれば、ずっと住み続けることができる、そういった安心を地域住民に与えることになるのです。

在宅医療がなぜ必要か？

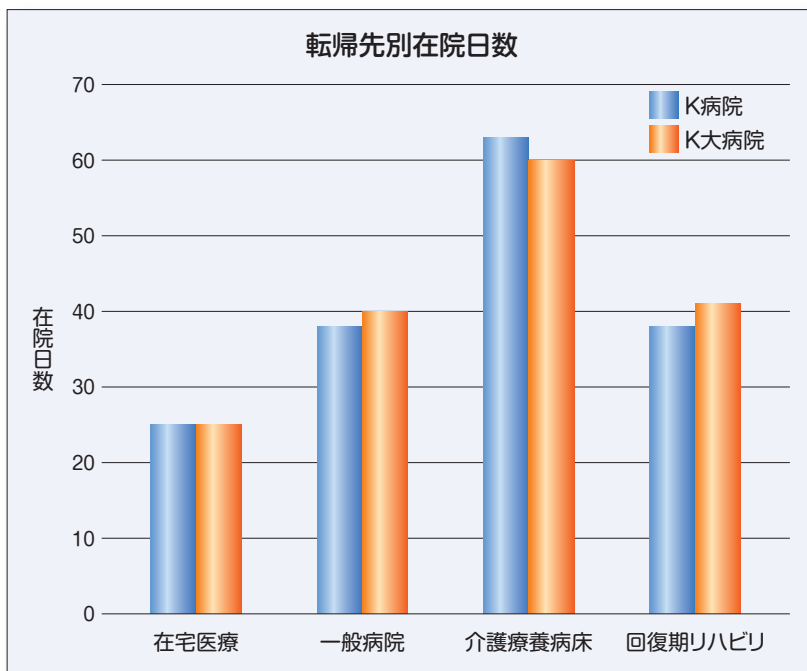


在宅医療は病院にとってなぜ必要なのでしょうか？



今後の20年で首都圏の多くの地域で療養型のベッドのみならず急性期病院のベッドも足りなくなると考えられています。この状況を救う一つの手段が自宅に帰りたい人をきちんと自宅に帰れるようにしてあげること、なのです。

ここでは一例として、K大病院とK病院の転帰先ごとの在院日数の違いをグラフで示しました。在宅医療を使って自宅に帰るより、療養病床や一般病院に転院したほうが在院日数は短いとお考えかもしれませんが、実際にはこのグラフからもわかる通り、在宅医療を使って自宅に帰るほうが転院よりも在院日数は短くなる傾向があるのです。



特に首都圏ベッドタウンの急性期病院の医師にとって、限られた病床をいかに上手く使って治療をすすめるかは、今後20年間は非常に重要な課題となります。そのための一つの方法として、自宅に帰りたい人をきちんと自宅に帰すための在宅医療は、非常に有用な手段なのです。そして、どんな患者さんでもたいていは帰宅が可能なのです。

地域の在宅医とぜひ、つながりを作ってください。彼らは病院の強い味方になってくれるはずです。



在宅療養を支える職種とその協働について

患者さんの身体的な問題だけにとらわれては在宅療養をスムーズに始めることはできません。在宅医療には、疾病の管理に加えて、患者さんご家族の生活を支えるという視点が必要になります。さまざまな職種が在宅での療養生活を支えています。病院医療との大きな違いは介護職が重要な役割を果たしており、医療・介護の多職種間の連携が在宅医療の質を左右するという点です。ここで述べるような関係職種と適切に情報を共有しながら、在宅療養体制づくりをサポートし、うまく患者さんを入院から在宅に送り出す準備をすることも、今後の病院医療者に求められる重要なスキルとなるでしょう。



在宅療養を支える職種やサービスには
どんなものがありますか？



大きく分けて、医療保険を財源とするものと介護保険を財源とするものがあります。医療保険の枠組みからの主なサービスとしては、医師による訪問診療、歯科医師による訪問歯科診療があります。一方、介護保険から提供されるサービスとしては、看護師による訪問看護（注：医療保険から提供されることもあります）、介護士による訪問介護、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問リハビリテーション、薬剤師による訪問薬剤管理指導、管理栄養士による訪問栄養食事指導、訪問入浴サービスなどがあります。これらの訪問サービスのほかに、デイサービスや通所リハビリ、ショートステイといった、通所・滞在型のサービスや、介護ベッドや手すり、車いすなどの福祉用具の購入・レンタルサービス、介護タクシー、住宅改修（手すり設置や段差解消など）への補助などがあります。これらの介護保険サービスの調整を患者さんに代わって行うのが、ケアマネジャーです。そのほか、地域包括支援センターや社会福祉協議会の担当者なども在宅療養を支える重要なメンバーです。

Q 在宅医療を始めるということは、
それ以降入院はしないということでしょうか？

A そのようなことはありません。在宅医療は、療養のすべてを在宅で行うということと同義ではありません。また、必ず最期まで自宅で過ごすことも同義ではありません。在宅療養を継続するにあたって、適切なタイミングでの入院が必要になることは多々あります。慢性疾患の急性増悪や感染症併発などの急性イベント治療目的の入院に加え、看取り目的の入院（在宅療養をしても「最期の看取りだけは病院で」、というケースはよくあります）、レスパイト入院（ご家族の介護疲労軽減や、介護体制を立て直す目的の入院）など、在宅医療において必要とされる入院形態は多岐にわたり、病院医療のバックアップなしでは在宅医療は成り立ちません。バックアップベッドとしての病院も、在宅医療チームを構成する重要な一員です。

Q 在宅医療を受けることができるのはどのような場所ですか？

A 現在、在宅医療が提供できる場所は多岐に渡ります。自宅はもちろんのこと、グループホーム、小規模多機能型施設、サービス付き高齢者向け住宅、特定機能施設（いわゆる有料老人ホーム）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）など、病院以外の場所であればほとんどの場所で在宅医療が受けられるのです。

独居であっても、小規模多機能型居宅介護と在宅医療を使いながら、自宅で最期まで過ごす、などということも可能な時代になってきています。



「在宅療養支援診療所」とはどのような診療所ですか？



365日、24時間体制で患者さんからの連絡を受け、必要時は緊急往診できる体制をとり、かつ連携病院などへの緊急入院受入れ体制を確保している診療所です。ソロプラクティスで外来診療の合間に訪問診療も行うスタイルの診療所のほか、グループ診療で在宅医療を中心に診療を行っている診療所もあります。受け持つ在宅患者の数も数名から数百名規模まで幅があり、在宅医療への取り組み方も診療所によって異なります。なお、同様の在宅患者対応機能をもつ200床未満の病院も「在宅療養支援病院」として登録されています。



地域に在宅医療を受けてくれる在宅医がいません、いてもどこにいるのかわかりません。



在宅医療を行う医療機関は増えてきているとはいえ、まだ地域格差が大きいのが実情です。独立行政法人福祉医療機構が運営するWAM-NET (www.wam.go.jp) は、在宅医療を行う医療機関を地域ごとに検索することができます。勇美記念財団ホームページ「在宅医を見つけるには」 (<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com>) にも詳しい解説がありますので、ご参照ください。

受け皿が乏しい地域では、医師会や行政を巻き込んで、地域全体で在宅医療を作り上げていかななくてはなりません。今後は市区町村が主体となり、介護保険事業の一環として在宅医療の普及促進を行うとされており、在宅医療の基盤整備が進むことが期待されます。

Q 訪問看護師や訪問介護士には どこまで医療処置を願うことができますか？

A 訪問看護師に依頼できる医療処置については、病院で通常看護師が行っている処置であれば在宅でも同様に可能です。褥瘡の処置、気管内吸引、点滴や注射（インスリン自己注射も含む）、CVポート針の交換、ストマパウチの交換などの処置は医療行為にあたり、訪問看護師により実施可能ですが、訪問介護士（ヘルパー）にはこれらの医療処置を行うことは原則認められていません（ただし、気管内吸引に関しては所定の講習を受けた場合には介護士にも施行可能です）。介護士にも実施可能な処置としては、皮膚への軟膏塗布（ただし褥瘡部には不可）、湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の服薬介助、坐薬の挿入、市販の浣腸使用などがあります。患者さんやご家族が実施困難な医療処置が必要となる場合には、在宅に帰す前に訪問看護を導入しておく必要があります。

Q ケアマネジャーと情報をやりとりする際には どんな点に留意したらいいですか？

A ケアマネジャーは主治医からの診療情報提供書やサービス担当者会議を通じて、患者さんに関する医学的情報を得て介護保険サービスを立案することになっていますが、主治医と連絡がつきにくく、苦勞するケアマネジャーも多いと聞きます。必要とされる医療処置や、疾病の予想される経過、状態変化時の対応などについて、退院前にケアマネジャーに伝えておくと、在宅への移行がよりスムーズになるでしょう（ただしケアマネジャーは実際に日常的なケアを行う立場ではありませんので、細かい医療的処置の指示は直接訪問看護師に伝える必要があります）。看護師などの医療職経験をもつケアマネジャーもいますが、多くの方は非医療職ですので、医学専門用語の使用などに関しても注意が必要です。

在宅移行の流れ

病院から在宅へスムーズに移行できるかどうかは、その後の療養生活の質を大きく左右します。そのためにはどのようなプロセスを踏む必要があるのか、在宅移行の流れ、およびその際のポイントを整理します。



入院から在宅医療への流れについて教えてください。



入院施設から在宅・施設へ患者を円滑に移行させるには、退院前からの医療と介護の連携が必要です。同時に、具体的な退院支援の流れを知ることが重要です。通常は入院後できるだけ早い時期（1週間程度）にスクリーニングを実施して退院支援が必要かどうかを評価します。必要と判断した場合には、できれば病棟担当者と地域連携室担当者が共同で、具体的なアセスメントを行います。その上で、以下のプロセスに沿って退院支援を実施します。

①退院に向けた院内調整

退院支援担当者と病棟看護師が中心となり、患者情報の共有のための担当者カンファレンスを行います。医師には、スタッフに対して現在の病状と今後の見通しを説明する、患者や家族より今後の病状についての理解を得るという大事な役割があり、担当医の参加はたいへん重要です。

②本人・家族の意向の確認

担当医と病棟看護師などが役割分担しながら、さまざまな角度からアプローチすることが大切です。本人や家族は退院後の状況をイメージできず、早期退院に戸惑うこともしばしばあります。必要なら退院支援部門の担当者も参加して、できるだけ具体的なイメージがつかめるように説明する必要があります。

③退院支援計画書の作成

患者・家族の了解が得られたら、速やかに計画書の作成を行います。その内容は、担当医、病棟看護師、地域連携室担当者など関連する部署の担当者で共有し、具体的なスケジュールの作成につなげていきます。

④退院時カンファレンスの実施

多職種による院内カンファレンスを開催して、在宅に向けての具体的な課題について調整を行います。このカンファレンスは治療上の観点からの患者情報を多職種と共有する機会であり、担当医の参加は、退院後の患者の在宅生活や治療の流れを決める上で重要です。また、担当医が参加することで在宅医の参加を促すこともできます。退院後の病院でのフォローの要不要など、病院担当医と在宅医との役割分担を明確にすることが大切です。



外来から在宅医療への流れについて教えてください。



外来通院患者で通院困難な状況になった場合も在宅移行は可能です。まずは病院の地域連携室担当者、担当ケアマネジャーや地域包括支援センターに相談し、保有する疾患、必要な医療内容や処置等、介護保険の状況や身体障害者手帳の有無等について情報共有を行います。外来通院患者をそのまま訪問診療として継続する場合と、在宅医に依頼する場合があります。後者の場合は診療情報提供書を用いて依頼します。この場合も、ケアマネジャーとの打ち合わせが移行をスムーズにします。

在宅移行の流れ



在宅医療を依頼するにあたって必要な、
情報提供の内容を教えてください。



在宅移行時の初期情報として、①基本情報、②身体状況・状態情報、③生活状況・状態情報、④診療・治療記録、⑤サービス提供者関連情報、という5つの情報が必要です。病院で実際に使用されている新規患者依頼票を右ページに一例としてお示しますので、ご参照ください。



在宅移行にあたって病院との関係がなくなることを心配する患者さんもいます。



病院担当医の病状や病態の説明と、患者・家族の理解に差があることはよくあり、早期退院を促そうとしているとの不安や不信感を持たないようにする必要があります。診療情報提供書などによって、病院担当医と在宅医との間での役割分担がなされていることを理解して頂くことも大切です。自宅に戻ることが難しいと思い込んでいる場合には、病棟看護師や退院支援担当者などからの説明も有用です。退院支援カンファレンスに患者・家族に出席してもらって、多職種からの支援の内容を説明することも状況を改善します。

患者・家族の心配に対しては、病状の悪化時や急変時には病院で受け入れること、必要な場合は外来でのフォローも可能であることを説明します。

以上を踏まえ、退院時共同指導を行うことも有効です。特に生命に関わる疾患や複雑な病態、とくに終末期の患者や重介護状態の場合などには必ず行うことを勧めます。確認すべきことは、①医学的適応を含めた治療内容、その内容を在宅で継続可能な形にアレンジすることの是非、②患者本人の病状理解と在宅でどのような希望を持っているか、③家族の患者への思いや希望、どの程度家族介護ができるのか、④病院と地域との連携にて患者を取り巻く療養環境をどう整備するか、などです。

新規患者依頼票

〇〇クリニック在宅医療部宛 FAX:000-000-0000 TEL:000-000-0000

<依頼者> 依頼日時 H 年 月 日
医療機関・事業所名 _____
部署: TEL: FAX:
ご担当者: 患者との関係: _____

<患者情報>
氏名(ふりがな): 性別: 男 ・ 女
生年月日: T・S・H 年 月 日 年齢: 歳
住所: TEL: _____
同居家族: _____
KP氏名: 患者との関係: KP連絡先: _____
主病名: _____
既往歴: _____
ADL: _____
退院予定日: _____
主治医: 病院 科 医師名: _____
介護度: 未申請 申請中 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 区変中
主保険・公費: 限度額認定証: 有 ・ 無
保険担当: _____
経過: _____
備考: _____

CM事業所・CM名: CM: 氏
訪問看護: 回/週、月・火・水・木・金・土・日
訪問介護: 回/週、月・火・水・木・金・土・日
訪問入浴: 回/週、月・火・水・木・金・土・日
デイサービス・デイケア 回/週、月・火・水・木・金・土・日

当院記入欄 受付日時: H 年 月 日 受付者: _____



経口摂取ができない患者さんの場合、在宅医療を行うにあたってCVカテーテル(ポート)や胃瘻造設が必要でしょうか?



CVポートや胃瘻の必要性は、①医学的適応、②患者本人の病状理解や希望、③家族の患者への思いや介護力、④地域での生活支援のための連携などにより、状況が変わります。経口摂取できないことがそのまま医療処置を必要とするとは限りません。病院スタッフによる退院支援カンファレンスや地域連携のための退院時共同指導などを開催し、話し合うことをお勧めします。

在宅医療で行える治療や処置の内容

在宅で行うことのできる治療や医療処置は、在宅医によって得手不得手はあるものの、非常に多岐に渡っています。したがって、さまざまな専門領域の医師が連携すれば、癌、非癌に関わらずさまざまな疾患の患者さんを在宅でみることができます。ここでは、在宅医療で行える治療や処置の内容を具体的に解説していきます。

Q

在宅医療で可能な医療処置について教えてください。

A

バルーンカテーテルの交換、膀胱瘻や腎瘻カテーテルの交換、気管カニューレの交換、痰の吸引、経管栄養、胃瘻の交換（本来的にはX線透視下で行うべきものですが、在宅で交換したいという強い要望がある場合）、経鼻胃管の交換、腹水胸水の穿刺、デブリードメントを含む褥瘡の処置、腹膜還流型人工透析、抜歯、義歯作成などを行うことができます。ただし、在宅医によって得手不得手な領域があるため、個々のケースにおいて在宅医と相談しながら進めます。褥瘡処置や治療抵抗性の湿疹の治療は皮膚科医等の専門領域の医師が在宅医と連携して訪問することや、抜歯や義歯作成は歯科医師が別途訪問して行います。





どんな治療ができるのでしょうか？



経口薬や外用薬の投与以外にさまざまな治療が可能です。まず、さまざまな輸液や注射が可能です。静脈注射、点滴、高カロリー輸液、オピオイドの持続皮下注射、皮下輸液（P19参照）などです。在宅において持続末梢静脈輸液は、家族、医療者にとって相当なストレスになるので、最小限にしたほうがよいといわれています。近年ではその代わりに皮下輸液を使用するケースが増えています。

次に、酸素投与、人工呼吸器の管理などの呼吸管理が可能です。在宅では酸素投与は、酸素濃縮機を利用して行われることが多く、室内空気の窒素を吸着し酸素濃度90～93%のものが供給されます。100%酸素投与を行う場合は、液化酸素による在宅酸素療法をオーダーします。

さらに、必要があれば経口抗癌剤の投与はもちろん、時には注射用抗癌剤の投与なども行うことがあります。病院で抗癌剤投与後のG-CSF投与を行う施設もあります。

抗生物質の静脈投与も可能です。一般には1日1回の投与が選択されることが多いので、セフトリアキソン（CTRX）が選択されることが多くなります。毎日、医師が訪問することが困難な場合は、訪問看護特別指示書を交付すれば2週間に限り、訪問看護師が抗生物質を毎日投与することが可能です。

Q 患者宅で、処方できる薬剤や注射薬について教えてください。
麻薬は処方できるのですか？

A 注射や点滴は診療所が薬剤を用意するのであれば、注射薬に特に制限はありません。しかし薬局に注射薬を処方してもらうためには、厚生労働大臣が定めた注射薬である必要があります（表1）。その中にはもちろん、モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンという医療用麻薬も含まれています。一方、注射用抗生物質は含まれておりません。患者の状況によって使う薬剤は、訪問した時の判断で行われるべきものという考え方です。

表1 厚生労働大臣の定める注射薬

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連座区経式膜腹灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブレンロフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血経凝固阻止剤、生理食塩水、プロスタグランジン₂製剤。エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメサゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、カサバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコプラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤及びアポモルヒネ塩酸塩製剤。

Q 進行した癌患者の症状緩和治療は在宅でできますか？

A 可能です。在宅でも病院と同様に、WHO方式癌疼痛治療法にしたがい、癌疼痛をコントロールします。軽い痛みには非ステロイド性の鎮痛

剤、中くらいの痛みには弱オピオイド、強い痛みには強オピオイドが基本です。経口剤によるオピオイドはもちろん、坐剤、貼付剤、注射剤を使用した疼痛コントロールが可能です。また、オピオイドに対する副作用対策もしっかり行います。近年のケースでは、オピオイドの使用量が少なすぎて（主にオキシコドンが多い）在宅に帰る例、オピオイドの使用量が多すぎて（主にフェンタニルの場合）在宅に帰る例も少なくありません。一方、オピオイドの持続皮下注射のケースには対応できない在宅医療機関もありますので、ご相談ください。



腸閉塞でも在宅で管理できますか？



可能なことがあります。中にはイレウス管を挿入しなくてもソマトスタチンアナログ製剤（オクトレオチド）を持続皮下注射することにより、症状コントロール可能なケースもあります。



在宅でも褥瘡処置は可能ですか？



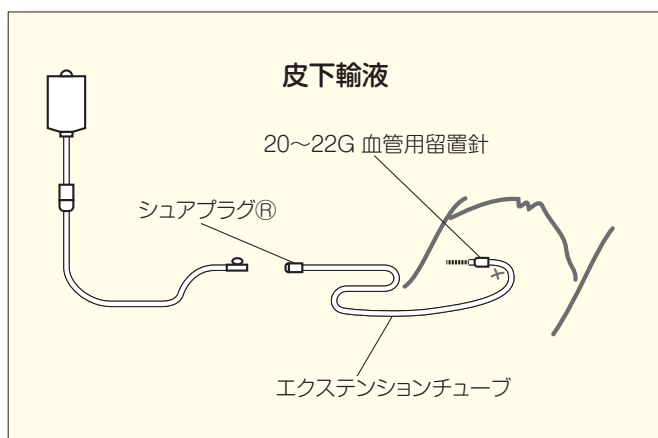
可能です。褥瘡処置は主治医、あるいは連携する皮膚科医、形成外科医の指示のもと、訪問看護師が行います。もし、一日複数回の処置が必要となったら、特別指示書を訪問看護師に発行してください。対応してくれる訪問看護師は少なくありません。また、在宅では、創傷被覆材の使用が3週間を超えて可能（症状詳記は必要ですが…）となりましたので、このような治療も選択肢の一つとなります。

Q 在宅での輸液についてもう少し詳しく教えてください。

A 在宅では常に医療者がそばにいるわけではないので、そのことを踏まえて輸液を行います。

輸液は訪問、あるいは往診の時に医師または看護師（診療所看護師あるいは訪問看護師）が行います。持続的な点滴であれば、高カロリー輸液あるいは持続皮下注射というルートを用いることが多いのです。これは医療者が一日に何回も患者宅に訪問することが難しいためです。もし持続静脈注射を選択したとしたら、しばしば漏れたり、ボトル交換が間に合わず閉塞したりすることが頻繁にみられる可能性が高いと思われます。可能ならば在宅における末梢静脈持続静注は避けたほうがよいと考えます。

皮下輸液という方法は御存じでしょうか（図）。腹部や胸部、背部などの皮下に輸液を行うもので、注入された輸液は一時的に浮腫となりますが、その後吸収されます。米国では高齢者の軽度の脱水では第一選択とされています。腹部に行う場合は静脈用留置針を用い、500ml当



たり4～5時間程度かけて点滴します。痛みを訴える場合はさらに速度を遅くします。

また在宅での点滴や輸液は、訪問看護師と家族との連携の中で行われます。また、週に3回以上の点滴を行う場合は、在宅患者訪問点滴注射指示書を訪問看護師に交付すると、7日間は点滴を訪問看護師が行うことができます。しかし、静脈注射や皮下注射には訪問看護の技術料は設定されておらず、基本的には医師が訪問して行うことになります。また、点滴の針の抜去は家族を指導して行うことが少なくありません。

高カロリー輸液本体の交換も家族が担うことが少なくありません。1日1回の交換であれば、まずは問題なく行うことができます。1日に2回、3回の交換は家族の負担が大きくなるので、できれば避けたほうがよいと考えられます。また、高カロリー輸液は薬剤師が訪問し患者や家族を観察指導しながら行うこともあります。高カロリー輸液の中にさまざまな薬液を混注せず、できるだけシンプルに行うことが、在宅医療でもっとも継続可能と考えられます。



在宅医療で腹水穿刺、胸水穿刺は可能ですか？



在宅で腹水穿刺、胸水穿刺は可能です。多くは携帯型超音波検査装置を使用し穿刺位置を決定し行います。穿刺後の排液は、訪問看護と協力して行います。なお、このような処置を得意としていない在宅医も存在します。もしどうしても必要なケースであれば、腹水、胸水管理に長けた在宅医と協力し実施することもあります。

在宅医療で行える検査の内容

在宅医療で行える検査はさまざまにあります。機器を使用するものに関してはできる診療所とできない診療所があり、一概には言えませんが、一般的な採血やエコー、心電図などは多くの施設で可能です。

Q

在宅で採血などの検査は可能なのでしょうか？

A

一般的な採血は可能です。訪問診療を行っているほとんどのクリニックで一般的な採血は行っています。血中アンモニア濃度などのように迅速に行わなければいけないような検査や、血液ガス分析などは診療所によってはできない場合もあります。また、訪問看護と協力することで、薬剤血中濃度のトラフ値を測定する、ワルファリンなどによる抗凝固能を定期的にモニタリングする、など外来以上に柔軟な対応も可能です。しかし、診療所の能力や規模によって対応は大きく変わりますので、温度管理や即時の血清分離など特別な処置を必要とする検査については在宅医療機関に問い合わせる必要があります。

その他、一般的に在宅で行える検査としては、心電図検査（ホルター含む）、エコー検査、尿検査、細菌学的検査（喀痰、尿、血液、分泌液）、便潜血検査、インフルエンザなどの迅速キットによる検査、などがあります。また、皮膚生検などの簡単な外科的手技を必要とする検査も可能な場合がありますので、地域の在宅医療を行っている医療機関にお問い合わせください。

Q 在宅で嚥下機能の検査は可能ですか？

A 簡易的な水飲みテストや、反復唾液嚥下テストの他に、内視鏡で行うVE（嚥下内視鏡検査）は可能です。しかし、携帯用の内視鏡が必要となり、施行可能な在宅医療機関はそれほど多くないというのが実情です。また、地域には積極的に嚥下機能評価を行っている歯科医師もいますので、歯科医師会などに相談してみるのもいいでしょう。

在宅で詳細な嚥下機能評価は困難である場合が多く、今入院中の患者さんに詳細な嚥下評価が必要であれば、入院中に嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査を施行してから退院としていただいたほうがいいでしょう。

Q 自宅でエコーの検査は可能ですか？

A ポータブルエコーを用いた検査は広く行われています。おそらく、機器を用いる検査の中では最も在宅で普及しているものの一つです。在宅を専門としているクリニックであればほぼ確実に、機器を持っていると考えてよいでしょう。それらを用いて、腹水穿刺なども比較的広く行われる手技です。

Q 不整脈や胸痛を繰り返すような方の心電図でのチェックは可能ですか？

A 可能です。在宅医療を行っている多くの診療所がポータブル心電計を持っており、継続記録できる装置を持っているところも少なくありません。もし、何らかの理由で自宅で心電図をとる必要があれば、比較的容易に行える検査の一つです。

在宅医療で行える検査の内容

Q 自宅ですぐに検査結果がわかると聞いたのですが、
そういった機器があるのでしょうか？

A ハンディタイプの血液分析器があります。ただ、導入されている診療所は多くはなく、通常は持っていないというのが実情です。一般には Point of care testing (POCT) と呼ばれ、血液ガス、血糖、肝機能、蛋白アルブミンなどが検査可能です。

Q 訪問診療でレントゲン撮影は可能でしょうか？

A 可能です。行っている診療所もありますし、横須賀市のように寝たきり患者さんの結核検診を自宅で行っている自治体もあります。ただし、これも多くの診療所では導入されていないのが実情です。東芝などから携帯用X線撮影装置が発売されています。デジタル撮影をすればその場でパソコン上での画像確認も可能です。

いずれにせよ、携帯型X線撮影装置を持つ在宅診療所は限られており、依頼先の診療所に問い合わせる必要があります。

Q 病院や外来での胃瘻交換後は内視鏡などで確認することが多いのですが、在宅ではどうしているのでしょうか？

A 在宅医療で胃瘻交換を行う場合には、通常は画像での確認は困難です。したがって、胃内容の流出の確認、スカイブルー法と呼ばれる、色素を交換前に注入しておき、その逆流を確認する方法などが取られています。色素液を注入する方法は確実性もあり、在宅の現場では推奨されています。

また、ポータブルタイプの細径経胃瘻内視鏡を用いて在宅で確認する方法もありますが、それほど普及はしていないようです。

在宅医療を勧める適切な時期／在宅医療の対象

保険診療においては通院困難な状況において在宅医療が実施されると定められています。そこでの通院困難な状況とは、通院できない状況ではありません。通院する行為が患者家族らにとって極めて大きな負担となり困難な状況にあることを指しています。したがって、患者さんの背景により個人差はありますが、ある程度の要介護状態になった場合、訪問診療をはじめとする在宅医療資源を導入する適切な時期と思われます。癌と非癌ではその進行や療養状況が大きく異なります。癌は急激にADLとQOLが低下し死に至ります。一方、非癌疾患の場合、年余に亘る経過をとることがしばしばあります。いずれの場合においても、その予後を見極め、在宅医療の導入を図る必要があることは言うまでもありません。また、在宅で看取ることを想定した時、在宅療養期間にある程度余裕が必要です。死を迎える際には、在宅医や訪問看護師など医療者は患者家族と信頼関係を育まなければ良い看取りはできません。そのための時間を見込んだうえでの時期決定が必要があります。

Q

医療器具をつけている人は家には帰れないのではないのでしょうか？

A

医療器具を装着しても在宅での生活は可能です。各種カテーテル管理、経管栄養管理、中心静脈栄養管理、酸素療法と気管切開管理、人工呼吸管理、各種注射は健康保険で認められており、在宅におけるサポートは医療機関以外にも訪問看護ステーション、薬局や医療機器を取り扱う業者が実施します。ただし、器具の交換等をいつ・どこで・誰が行うかについては、事前に打ち合わせておく必要があります。



在宅医療に移行できる条件にはどんなものがありますか？



本人・家族・介護者が在宅医療を望めば原則可能です。独居の場合でも、親族との連絡体制が取れていればある程度の障害、認知症を抱えた方でも可能です。以下に安定した在宅医療を継続するための望ましい条件を挙げます。

- ①病状、予後、起こるべきさまざまな状況とその対応についての説明がなされている。
- ②移行期は呼吸、摂食、排泄、疼痛等の症状が安定している。
- ③療養環境、介護力、バックアップ体制等の整備がされている。
- ④ある程度の経済力。

宮森正が提唱する在宅介護スコア（日本プライマリ・ケア学会誌 vol.15, No.4, 1992, pp.58-64）は在宅医療に移行の難易を判定する際の目安として有用です。

在宅介護スコア評価年月日	評価項目		
介護者は	病弱0	健康1	
介護者の専念	不可能0	可能1	
介護を代われる者は	いない0	いる1	
公的年金以外の収入	なし0	あり1	
患者の病室	なし0	あり1	
住宅	借家0	自宅1	
食事	介助0	自立1	
排便	介助0	自立1	
着衣	介助0	自立1	
屋内移動	介助0	自立1	
意志疎通障害	介助0	自立1	
異常行動	あり0	なし1	
医療処置	あり0	なし1	
介護者の介護意欲	不良0	普通2	良好4
患者の闘病意欲	不良0	普通1	良好2
在宅介護スコア（Home Care Score）＝合計点			
介護保険 要介護度			
介護保険 利用点数			
記載者名	@USERNAME		

在宅介護スコア>=11では、在宅介護可能性あり
 在宅介護スコア<=10では、介護保険の導入必須
 在宅介護スコアが低いほど、介護保険利用高点数必須
 在宅介護スコア6点以下は、限界家族、破綻のリスク
 〈参考文献〉
 宮森正、岡島重孝：在宅介護スコアの開発
 日本プライマリケア学会雑誌 第15巻第4号1992.12.58-64

Q

歩けない人は家には帰れないのではないのでしょうか？

A

歩行をはじめとして、日常生活活動能力、コミュニケーション能力、嚥下摂食能力など身体機能の低下は、在宅生活におけるQOLの低下につながります。しかし、介護保険制度や障害者総合支援法による在宅サービスを活用することにより、リハビリテーションを通じ身体機能を高め、介護者の介護負担の軽減を図ることが可能です。介護保険サービスはケアマネジャーが介護プランを立て、主治医の意見を求めた上で介護保険事業所が実施します。主治医が患者の生活状況を把握した上で医学的意見を述べることで、ケアマネジャーはより良い介護プランを作成することができます。介護保険サービスに意見を述べる役割は、訪問診療で患者の生活を観察する機会のある在宅医が適任です。パーキンソン病をはじめとする神経難病の在宅移行期に関する研究では、パーキンソン病ではヤールステージ3.5～4程度で在宅医療が介入する適当な時期であることが示唆されています。その他の神経難病全般においては、要介護3程度での介入が適当と思われます。

Q

認知症の方を家でみることができますか？

A

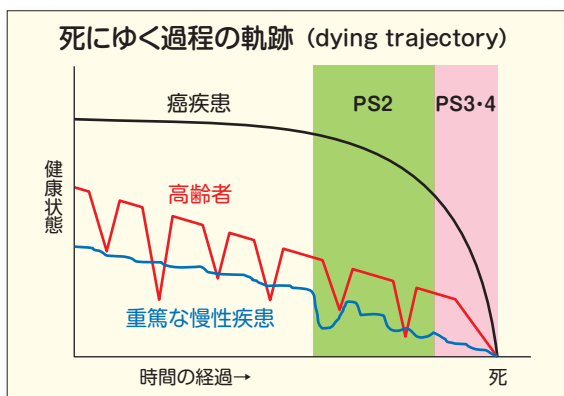
認知症の症状は外来診察の場面だけで把握することは困難です。療養環境、時間帯、対人関係、服用している薬物等の因子が認知症の方の症状に影響します。認知症治療は在宅医療の良い適応です。外来診療では難しい個別対応が可能であり、介護保険サービスを提供するケアマネジャーや事業所、患者を取り巻く家族や友人、近所の方などと接点を持つことも可能です。BPSDへの対応はまず環境整備を行い、功を奏さない場合において投薬を検討します。

Q 誤嚥性肺炎で入退院を繰り返しているような患者でも、在宅医療でフォローすることはできますか？

A 誤嚥性肺炎の管理において自宅での抗菌薬の投与は可能です。理学的所見をはじめ血液検査で炎症反応のモニター、経皮的血中酸素濃度測定は簡便に実施できます。自宅において内視鏡を用いた嚥下機能評価やポータブルX線装置を用いた胸部撮影を行っている在宅医もいます。そして、口腔ケア、包括的呼吸リハビリテーション、嚥下リハビリテーションの実施や訪問栄養食事指導、訪問看護による病状観察など予防的アプローチは在宅医療が得意とするところです。

Q 進行した癌の場合、在宅医療を勧める適切な時期はありますか？

A 癌疾患の「死にゆく過程の軌跡」の大きな特徴は、ある時期から急速にADL(日常生活活動度)が低下し、死に至ることです。この期間は、癌の種類や癌の部位、年齢、合併する疾患などによって違いはありますが、おおよそ1カ月から3カ月とされています。このため、Performance Status (PS) 3 (身の回りのことはある程度できるが、



日中の50%以上は就床している状態)の時期には在宅医療に移行していることが好ましく、その前のPS2(歩行や身の回りのことができるが、時に少し介助がいり、日中の50%以上は起居している)の時期に患者や家族に打診し、通院が多少困難となった時期に勧めるのが適切と考えます。

Q 癌末期の患者さんで「家で最期を迎えたい」と言われる方がいますが、可能でしょうか？

A 患者さんの在宅医療を担当してくれる医師や看護師がいれば可能です。ただし、介護する家族の意向も聴き、同意を得る必要があります。なお、緊急の受け入れ先(後方病床)としての病院の協力があり、「困ったらいつでも入院できる」ことが保証されれば「あんしん度」が高まります。進行した癌患者で臨終に近い状態でも、「最期は自宅で」という患者さんや家族の思いが強い場合には、できるだけ思いをかなえてあげられればよいと思います。このために必要なことは、協力してくれる訪問看護ステーションと在宅医がいることです。

Q 癌末期の患者さんはいつ在宅医に紹介すればよいのでしょうか？

A 患者さんが住んでいる地域に訪問診療を行うかかりつけ医がいれば、できるだけ早い時期に紹介し、連携しておくことが望ましいと思います。なお、いつでも紹介できるように、治療初期から、病状について、治療効果の評価について、病状が進行した場合の対応(在宅医療という選択肢があることなど)などについて患者さんや家族に継続的に情報を提供しておくことも肝要です。

Q 在宅医療を勧めることは患者さんを見捨てることになりませんか？

A 医師も患者さんも、治すことを目標として治療をしている限りは、癌治療を中止することも、在宅医療を勧める（勧められる）ことも、医師が見放した（医師に見放された）と感じると思います。このため、治療初期から、治療の限界があることをそれとなく伝えておき、病状によっては治療中止後の対応について話し合いを始めておくことが肝要です。しかし、事前にどのように説明していても、現実に話を切り出すと、患者さんは見捨てられたと感じると思いますので、在宅医療について、医療と介護が連携して引き続き支援することを、「決して見捨てない」ことを丁寧に説明することが必要です。

Q 進行した癌の場合、在宅で診ることできる病状の限界はありますか？

A 病院で治療を行うことで病状が改善でき患者さんのQOLがよくなる病態であれば、入院治療が望ましいと思います。しかし、入院していても病状はよくなる可能性のない場合、急に病状が悪化しても、それが「予測される癌の自然経過」である場合には充分在宅で対応できるはずで、この際必要なことは、患者さんや家族への事前（在宅移行前）の説明で、これまでの病状経過あるいは今後の病状経過予測を説明し、家族の不安や疑問にできるだけ答えておくことが肝要です。

Q 癌性疼痛があり、オピオイド注射薬を使っています。
このような患者さんでも在宅に移行することは可能ですか？

A 痛み治療は神経ブロックを除くと在宅でも病院と同様に行うことができます。治療はできるだけ簡便、単純な方法で行うことが基本ですが、携帯用持続注入ポンプなどを利用しオピオイドの注射薬を使うこともできます。なお、痛みが増強し、対応が難しい場合には、緩和ケア専門科がある施設に痛み治療のために一時的に入院できる体制が地域で構築されることがより望ましいでしょう。

Q 脳転移があり、時々痙攣をおこして緊急入院を繰り返していますが、このような方を在宅で診ることはできますか？

A てんかん発作時の対応法（治療を含め）を担当する在宅医や訪問看護師がわかっているだけであれば充分診ることができます。できれば、症状ごとの治療法について地域内で統一した対応法を作っておく、また、症状ごとに専門医のアドバイスが得られるような連携をつくっておくといでしょう。

Q 肺癌のため呼吸困難が強い場合に在宅で診ることができますか？

A 呼吸困難に対するモルヒネを含めた薬剤の適切な使用方法はほぼ確立していますので、在宅医療を担当する多くの医師が診ることができます。なお、必要に応じてあらかじめ在宅酸素療法を導入しておくとい移行しやすいかもしれません。

Q 癌の進行により食事が食べられない患者さんを在宅で診ることができますか？

A 癌が進行すると食事を食べられなくなる患者さんが多くなります。この場合にこれまでは入院して（栄養）輸液を行うことが多いと思いますが、この治療により病状が改善する人は少ないものと思います。輸液は在宅でも充分可能です。しかし、癌悪液質の病状では輸液を行っても病状は改善しませんので、患者さんや家族と話し合って対応を決めていくことが望ましいと思います。また、消化管通過障害のために食事が食べられない人では在宅中心静脈輸液法がありますので、このシステムを利用することにより在宅で診ることができます。

Q 中心静脈輸液を行っている患者さんを在宅で診ることができますか？

A 在宅中心静脈栄養輸液法はすでに方法が確立されており、訪問看護師と患者さんあるいは家族の協働で長期間維持管理することができます。輸液を自然落下で注入している場面も見受けられますが、できれば携帯用自動輸液ポンプ（業者からのリースで利用可能）を使い、訪問看護師が中心となって管理する形が安全だと思います。また、無菌調剤を行う薬局も増えていますので、さまざまな職種との協働で管理するのが望ましいでしょう。

Q 胸水や腹水がたまり、時々入院して排液をしていますが、このような患者さんを在宅で診ることができますか？

A 胸水や腹水は携帯式超音波装置を用いることで在宅でも安全に穿刺排液できます。

Q 腸閉塞のためにオクトレオチドを使用している患者さんを在宅で診ることができますか？

A オクトレオチドは在宅でも使うことができます。最も簡便なのは、携帯用注入ポンプを利用し持続皮下注を行う方法で、利用するポンプの種類で4日分や5日分をまとめて払い出すこともできます。

Q 進行した癌患者ですが独居です。本人は自宅で最期まで過ごしたいと希望していますが、可能ですか？

A 独居であっても、医療従事者や介護従事者の連携で最後まで在宅で過ごし看取ることができます。ただし、家族がいる場合には、家族にも手伝ってもらうことも家族にとって大事なことです。家族がいない場合には、亡くなった後の対応について行政の担当者あるいは民生委員などと打ち合わせておく必要があります。



在宅医療を開始する際に必要なこと

物事はよく「最初が肝心」と言われます。在宅医療を開始する場合にも最初が肝心です。患者家族が安心して在宅で療養できるよう、医療と介護は用意を周到に行っておく必要があります。在宅医療に切り替えではなく、在宅医療に移行するわけで、移行期は患者の病状や家庭の事情、医療供給体制や地域の介護体制などを在宅医が見極め、病院医師と相談しながら進めることが理想的です。

Q 在宅医に訪問診療を依頼する場合の方法はどのようにしたら良いでしょうか？

A 退院の直近ではなく、退院の目途がついた時あるいは入院した時点でもよいので、ある程度の時間的余裕をもって紹介するのがよいでしょう。入院中に家族やケアマネジャー、相談員等を通じて、患者の病状や経過について何度かやり取りがあった方が退院後の在宅移行が円滑に進みます。退院時の情報提供書には診断、病状、経過、ADL、予後、告知状況に関する情報、状態悪化時の対応方針等を記載します。死亡診断の際に合併症や手術歴を含む病歴が必要です。退院時カンファレンスが開催され、患者・家族、病院主治医と在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャーをはじめとする介護事業所が一堂に会することができれば申し分ありません。



Q 在宅医にお願いした後も、外来フォローや処方
は継続したほうがいいでしょうか。在宅医療を勧めることは、
患者を見捨てるような気分になりますか。

A 初めて病院から在宅医療に移行した患者は「病院との関係が切れる
のでは…」 「新しい治療が受けられないのでは…」 「現在の治療を続け
られないのでは…」 「緊急時に困るのではないかと…」 といった不安を抱
えていることがアンケート調査で判明しています。そのため、安心して在
宅移行するために一定期間の外来受診や処方の実施を行い、患者・家
族の不安を解消することも一法かと思われます。在宅移行期の病院と在
宅医の役割については、退院調整カンファレンスや情報提供の時点で
事前に打ち合わせておくことがよいでしょう。病院でなければならない検
査、処置、治療の必要な際には病院を受診し、在宅でできる処置や治
療は在宅医に移行するよう配慮します。保険請求上の問題が生じること
もあり、在宅医療で算定すべき医療行為は原則在宅医が実施すると決
めておくトラブルが回避できます。

Q 在宅医療を開始するにあたり、
その後入院はしないという前提が必要でしょうか？

A 在宅医療と病院医療は相反するものではありません。患者の病状、
置かれたさまざまな状況において、在宅で過ごすべき時期には在宅で療
養し、必要に応じいつでも入院できる医療供給体制が理想的です。可
能な限り希望する場所で生きることができ、逝くことができることを私た
ちは願っています。在宅療養支援診療所は、24時間365日の往診を含
めた対応が可能であることと、緊急入院に応じる病院との連携が要件と
なっています。病院と在宅医療を担当する診療所が連携し、地域の安
心安全に寄与していくことが大切です。

Q 介護保険の主治医意見書などはどのように取り扱ったらよいのでしょうか？

A 入院により以前と病状が変化した場合など、主治医意見書をはじめ各種書類の記載の変更をする必要が生じます。

①主治医意見書

介護保険被保険者はその介護状況について、認定調査結果と主治医意見書により要介護度が決定されます。一次判定は予め国が定めた基準に則りコンピュータにより評価されます。二次判定は介護認定審査会で行われ、一次判定結果および認定調査結果、主治医意見書を総合的に勘案し、要介護度および認定有効期間が最終的に判定されます。一連の判定において、主治医意見書は極めて重要な書類です。

②訪問看護指示書/訪問リハビリテーション指示書

在宅療養において訪問看護を必要とする場合、特に退院直後から訪問看護が行われる場合には、退院の時点で病院主治医が指示することにより円滑な訪問看護が実施できます。療養環境が変化するため退院直後に病状変化をきたすことも多く、初回の適切な指示が在宅療養の滑り出しに非常に重要です。訪問リハビリテーションも医師の指示がないと実施できません。訪問看護ほど緊急性はないものの、呼吸リハビリテーションなどは早急に対応することが求められるため、初回の指示書は病院から発行した方がよいでしょう。

③各種診断書

身体障害者手帳に関わる診断書は、病状が固定したと判断される時点で発行されます。当該診断書は都道府県知事の指定する指定医により作成されるよう定められており、病院で作成されることが多いと思われます。一方、在宅医であっても指定医であれば身体障害者手帳に関わる診断書を作成することは可能です。最近、成年後見制度の診断書の依頼が増えています。各種診断書に関しては、記載内容により相談するとよいでしょう。

在宅医療の実際

在宅医療は病院医療とは異なり、24時間365日、医療者がそばにいるわけではなく、むしろ大半の時間を医療者のいない環境で過ごすことになります。そのような環境下でどのように医療が提供されるのか、ここでは、訪問診療の体制（時間や頻度）、訪問診療と往診の違い、診診連携、処方箋の流れなど、在宅医療の実際について解説していきます。

Q

在宅医療では24時間365日、患者や家族の求めに対応できるのでしょうか？

A

在宅療養支援診療所とは、在宅療養をされる方のために、その地域で主たる責任をもって診療にあたる診療所のことです。その要件についての詳細は省きますが、原則としては24時間365日の対応は可能です。しかし、現実的にはその対応ができない施設もありますので、地域連携室などを通じて、どこまでの対応能力があるのかという詳しい情報を得る必要があります。

Q

訪問診療はどれくらいの頻度で訪問するのが一般的ですか？

A

訪問診療と往診は、区別して考える必要があります。どちらも居宅で医師が診療することに違いはありませんが、厚生労働省が定めたルール（保険診療）上は大きな違いがあります。訪問診療は計画的に定期で自宅を訪問します。病気の状態により診療計画を立て少なくとも月2回またはそれ以上の訪問診療を行うことになります。往診とは、急変時やその他患者・家族の求めで不定期に行う医療です。在宅医療では24時間対応することが求められていますので、定期訪問診療と往診との組み合わせと考えることもできます。

Q 在宅医療は診診連携がなければできないでしょうか。
ソロプラクティスでは？

A 在宅療養支援診療所は、診療所に複数の医師がいる場合もあれば、グループ診療として診療所間の連携で在宅医療を行っている場合があります。ソロプラクティスは、一人の医師のみで24時間365日の対応や地域のさまざまな職種との連携を行わなければならないことを考えると、診療所間の連携が好ましいといえるでしょう。

Q 訪問診療の交通費は、患者負担でしょうか？

A 保険診療上は、訪問診療や往診に関わる交通費は患者負担とすることになっています。しかし実際は、訪問診療医の請求は無料から有料（低額から高額）までさまざまです。また、地域、距離、昼間、夜間、深夜等によっても異なる場合があります。訪問医と患者との間の個別の契約ということになります。

Q 在宅療養患者に必要な薬剤や医療材料はどうするのでしょうか？

A 基本的な算定イメージは、手技料+材料費+薬剤費と考えていくと整理できます。この場合、材料や薬剤が手技料に含まれるものと、個別に算定できるものがあります。この算定は疾患や病状ごとに異なりますので、注意が必要かもしれません。

病院から在宅医療への移行時の取り扱いがよく問題になります。入院施設から退院後の在宅療養を担当する訪問診療医へのスムーズな移行がポイントであり、切れ目のない医療サービスを提供することが必要

です。そのため、複数の医療処置や複数の医療材料を使用するようなケースでは、退院時共同指導を行い在宅療養にともなう指導管理内容や必要物品等の確認を行うことが大切です。在宅での訪問診療開始までの医療材料や薬剤等は病院側で支給して、在宅医療開始時には、医療材料・薬剤支給等は在宅医が準備することになります。

退院時まで、病院から診療情報提供書にて治療・処置、必要な薬剤や医療材料の情報を在宅医に提供しますが、注射薬については注意してください。在宅医療では、厚生労働大臣の定める注射薬（P17参照）以外を調剤薬局に院外処方として依頼することができません。退院を指示する医師は薬剤師と相談して処方内容を決めること、在宅療養に必要な最小限の薬剤を処方することを心がけてください。



在宅医療における処方箋の流れはどうなっていますか？



在宅医療においても、診療にともなう処方箋が発行されます。実際には、患者宅で処方箋を発行して患者・家族に直接手渡することになります。患者・家族はその処方箋を調剤薬局で薬剤師に対面で渡して、薬剤を受け取るようになります。

一方で、医師は訪問薬剤師に訪問薬剤管理指導依頼書を用いて情報提供をすることで、薬剤師は患者宅で薬剤管理指導を行うことや患者宅に薬剤を届けることができます（費用は別途かかります）。そして、処方箋を患者宅で受け取り、必要な薬剤を患者・家族に渡します。患者・家族が処方内容を事前に調剤薬局にファックスなどで送付することも可能ではありますが、訪問診療所などが代理で処方内容を薬局に流すことは禁じられています。

緊急や救急、急変といった言葉はよく使われますが、救命や延命を望まず、穏やかな最期を望む患者家族にとって、このような言葉はどれだけの意味があるでしょうか。在宅医は亡くなるまでのプロセスについて患者家族によく説明し、想定される苦痛に対する対策を示し、患者が終末期を穏やかに過ごし、家族が安心して見送ることができるよう支援します。しかし中には、急変時には病院への救急搬送を希望する方もいますが、丁寧に説明することにより気持ちが変わることもあります。また、患者家族以外の介護担当者などがあわててしまう場合もありますので、担当者会議の場などでしっかりと治療方針を示し、情報の共有化を図ることが大切です。



**在宅医療での緊急はどういった状態ですか？
また、その対応はどのようになりますか？**



緊急事態とは想定されていない事態が生じていることです。たとえば患者が死亡した場合においても、事前に十分な説明と意見交換がされており、自宅で看取することに決めてある場合には「緊急」ではなく「状態が変化した」にすぎません。予想される病状の変化への対応を事前に行っておくことで「緊急」が「状態変化」となり、必要な説明を怠ることで「緊急」が頻繁に生じることとなります。緊急事態が生じた場合、熟練した在宅医は自院だけでなく連携する訪問看護ステーションや薬局、連携医療機関と協働し対応します。時に救急搬送する場合がありますが、想定内の事態の場合、搬送時に情報提供を行い、受け入れ病院の状況にも配慮した対応が可能です。一方、想定外のこと（緊急事態）が生じた場合、まずは患者・家族と連絡を取り合い、その場の判断が必要です。その際、病院に搬送することで望まない医療行為がなされる可能性もあることを説明しておかなければなりません。ただし、救急搬送先がかかりつけの病院（紹介元）の場合、比較的患者事情に配慮した対

応も期待できません。

予想しない状況はいつでも起きる可能性があります。すぐに駆けつけることができる場合もあれば、運悪く駆けつけられない場合もあり得ます。最悪の場合も想定し、在宅主治医は事前に説明する必要があります。ただし、軽微な兆候が現れた時点で早めの連絡・相談をするようにしておくことが、緊急事態の回避につながります。患者医師間の信頼関係が何よりも勝る回避法です。



在宅医療連携はどのようなものがありますか？



制度上、在宅医療を行う医療機関は診療所と200床未満の病院が想定されています。一人の医師が単独で往診・訪問診療を行っている医療機関が最も多く、連携体制を整備し緊急事態に備えている医療機関は少数派であろうと思われます。強化型在宅療養支援診療所／病院は3人以上の医師が単独あるいは複数の医療機関で連携し、緊急対応をとることが要件となっています。同一法人内で自己完結型の在宅療養支援診療所／病院がある一方、地域の医療機関同士で連携をとっているケースもあります。従来からグループ診療として行われてきた仲良しグループによる連携は一例です。また、医師会や行政が協力し、地域の中核病院を核とした連携体制や複数の病院と多数の診療所で連携をとるケースなども見受けられます。前者で有名なのが尾道市医師会の連携であり、後者では静岡市静岡医師会の「安心連携システム」や長崎の「あじさいネット」が知られています。いずれも医師会を通じた顔の見える関係でのネットワークであることが特徴です。診療報酬上の経済的理由だけでのネットワークはうまく機能しません。医師同士の顔の見える関係づくりが成否の鍵を握っているといえるでしょう。

在宅での看取りについて

1970年代半ばを境に病院での死亡数が自宅でのそれをしのぐようになり、今日では自宅で亡くなる方は全体の約13%と少数にとどまっています。しかし、すでに始まりつつある空前の超高齢社会と多死社会の中では、病院で看取ることのできる数はおのずと限られ、必然的に在宅での看取りは増えていくと考えられます。また、半数以上の高齢者が自宅で最期を迎えたいと希望している状況も鑑みれば、在宅死への社会的ニーズを満たしていく必要もあるといえます。いかにうまく在宅での看取りにつなげるか。それが今後、病院勤務医が身につけるべき重要なスキルとなることは間違いありません。

Q

今後積極的な治療は困難な方ですが、
看取りを前提に在宅医療を始めることはできますか？

A

もちろん可能です。本人と家族の希望と適切なサポート体制があれば、どんな疾患であってもたいてい可能です。独居の患者さんであっても、介護保険サービスや訪問診療をうまく組み合わせれば看取りも可能です。そこに必要なのは、あくまでも患者さん本人や家族の意思です。ただし、在宅医療開始時に、必ずしも自宅で臨終を迎える決心がついていなくてもかまいません。はじめは「在宅で看取りまでは無理かな」と患者さんやご家族が思っている、在宅療養を続けるうちに、考えが変わり在宅での看取りに至るケースもよくあります。

Q 自宅で看取ると決めていないと、在宅終末期医療は受けられませんか？

A そのようなことはありません。患者さんや家族が望めばもちろんご自宅で看取りするのが原則ですが、在宅終末期ケアを希望される方の中にも、最期は病院での看取りを希望される方は珍しくありません。残された時間を可能な限り自宅で過ごしたいという希望と、最期の瞬間を自宅で迎えたいという希望は同一のものではないのです。在宅療養を開始する時点で看取りの場所を決めているケースは決して多くはなく、在宅療養を行う中で徐々に方向性が決まっていくことも多々あります。最期はどちらでも大丈夫、という選択肢を残したままのほうが、むしろ在宅終末期医療は始めやすいといえます。いざとなったら入院できるベッドがある、という安心感が、患者さんや家族に在宅看取りを決心させる後ろ盾ともなっているのです。したがって、どこで死ぬか、どこで看取るかを決めていなくても、在宅医療は始められます。



Q 終末期で日単位の生命予後が予測されますが、
自宅に帰すことはできますか？

A 介護体制が整い患者さんの容体が許せば、看取り直前であっても在宅に戻ることは可能ですし、実際そのようなケースはよくあります。しかし、よりよい看取りを行うためには、看取りまでの間に患者さんや家族と在宅医の間に関係性が構築されることが望ましく、そのためにはある程度の訪問回数を重ねる必要があるため、在宅導入のタイミングとして看取り直前が望ましいとは言えません。「亡くなりそうな患者さんを在宅に帰すと、患者さんを見捨てるような気持ちになる」、という声を聞くこともあります。在宅移行が予定されているようなケースでは、あえて早めに在宅導入を行ったほうが終末期ケアの質向上につながる可能性もあります。

Q 在宅での看取りが困難なのはどのようなケースですか？

A 患者さんや家族の考えが大きく影響します。そもそも在宅療養の希望がない場合や、「最期は病院で」という希望がある場合、治療的医療介入を希望し、「支える医療」への方向転換がなされていない場合には、看取りまで在宅で行うことは困難なことが多くあります。また、本人の苦痛につながる症状コントロールがついていない場合も同様です。ただ、前述したように、最期を在宅で看取るのが難しいからといって、在宅に戻れないというわけではありません。

Q 自宅で亡くなった場合は、警察沙汰になってしまうのではないですか？

A 自宅で亡くなっても、継続診療している疾病の経過として亡くなった場合には、異状死にはあらず、当然警察の介入はありません。ただし、予期せぬ形で亡くなり死因も不明の場合は、原則異状死扱いとなります。なお在宅の場合、臨終の場に、医師や看護師が立ち会うことはほとんどありません。多くの場合、臨終に立ち会った家族の連絡を受けて在宅医が往診し、死亡確認を行います。この場合、死亡の24時間以内に診察していなくても、死体検案書でなく死亡診断書を発行できます。なお、24時間以内に診察している場合には、死亡確認は必ずしもいらないとされています。

Q 施設での看取りはできますか？

A 原則的には可能です。特別養護老人ホーム、グループホーム、有料老人ホームなどの居住系施設に入居されている方であっても、自宅で療養する方と同様に訪問診療を受けることができますので、その延長として施設での看取りは可能です。ただし、自宅と異なる点は、実際に終末期ケアを行ったり、臨終に立ち会ったりするのが家族ではなく、施設のケアスタッフであるという点です。したがって、患者さん本人や家族が施設での看取りを希望しても、施設側の子承が得られない場合もあります。ケアスタッフの終末期ケアや看取りに対する意識や経験度も、個人によってまちまちですし、施設内での看取りに対して積極的な運営方針をとる施設もあれば、逆に消極的な施設もあります。施設の「懐の深さ」によって、看取りの可否が左右されることが多いのが実情です。

在宅医療の報酬について

在宅医療は医療保険だけでなく、訪問看護のように介護保険が適用されるサービスもあります。ここでは、在宅医療における保険制度のこと、および経費などについて解説していきます。

Q

往診と訪問診療はどう違うのですか？

A

計画的、定期的に訪問スケジュールを立て患者さんや家族に了承を得た上で在宅診療を行うのが訪問診療で、病状の急変などで患者さんや家族の要望で在宅診療を行うのが往診です。

Q

在宅医療で自費となる経費はありますか？

A

在宅医療で実施される診療行為や看護・介護サービスなどはすべて医療保険あるいは介護保険が適用されますので、自費となるのは各職種訪問の際の交通費と介護保険の要介護度ごとに決められている上限額を超えた費用だけです。なお、交通費は事業所によって設定額が違います。

Q

在宅医療における経費(出費)はどのくらいですか？

A

在宅医療における診療行為や看護および介護サービスは、医療保険あるいは介護保険で規定された金額が適用されます。詳しくは表をご参照ください。

在宅医療の費用

対 象	負担割合	基本負担月額		負担の上限
		月2回訪問の場合	月4回訪問の場合	
高齢者 (70歳～)	1割	6,260円	7,920円	12,000円
	2割 ¹⁾	12,520円	15,840円	12,000円
	3割 ²⁾	18,780円	23,760円	44,400円
一般 (就学後～69歳)	3割	18,780円	23,760円	高額医療費による 自己負担限度額

1) 2014年より70～75歳は原則的に2割となります。

2) 一定以上の所得者は3割となります。

※ 限度額認定証を所持している場合は、負担額の上限が変わります。

※ 重度障害医療証、特定医療費（指定難病）受給者証を所持している場合は、基本負担月額が変わります。

※ 0～就学前は2割負担です。

診療項目ごとの料金

診療項目	1割負担	3割負担	内 容
訪問診療料	830円	2,490円	計画的に訪問診療を行った時の診察料
在宅時医学総合管理料	4,600円/月	13,800円/月	機能強化型（病床なし）、24時間対応体制をし、月2回以上の訪問診療を行う管理料
往診料	850円	2,460円	臨時往診をした時の診察料（緊急夜間・深夜往診以外）
深夜往診（22時～6時）	3,220円	9,660円	深夜に臨時往診をした時の診察料
訪問看護指示料	300円/月	900円/月	医師が訪問看護の指示書を交付した時の料金（1～6か月に1回）
情報提供料	250円	750円	入院先、通院先に情報提供を行った場合
電話再診（日中）	70円	220円	医師が電話対応した際にかかる診察料 休日・時間外は別途料金
居宅療養管理指導	580～1,000円	—	介護サービスを利用している患者に、医師が患者や家族に助言し、他機関と連携した場合にかかる料金（介護保険）

※ 診療報酬の計算は、他にもさまざまな条件により上記以外にも変動することがあります。



在宅医療との関連で病院が診療報酬を請求できるものはありますか？



診療報酬の項目として、地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料2、介護支援連携指導料、退院前訪問指導料、在宅悪性腫瘍患者共同指導加算、在宅患者緊急入院加算などがあります。詳しくは診療報酬の本で確認してください。

医療保険について

在宅医療に関わる制度は医療保険と介護保険、福祉制度、障害者総合支援法、生活保護法など各種の制度が複雑に絡み合っています。それにもかかわらず、医学教育や看護教育の中にはまだまだ在宅医療の制度の知識は組み込まれておらず、介護保険の知識さえ、医療従事者が理解していないことも多々あります。自分が関わる患者に最大限の利益が与えられるマネジメントを行うためにも、制度の知識を身につけておくことは大切です。



在宅医療の対象になるのはどのような場合ですか？



在宅医療を受けられる場所は限られています。ただ、これは保険診療というルールの中での話であり、どこにいたとしても、医療が必要になった時に医療を受けられる権利があることが当然なのは言うまでもありません。保険診療上、往診や訪問診療を受けられるのは、定められた施設が自宅等の普段生活している場所に限られます。ですから、デイサービスは生活をしていない場所なので、往診や訪問診療、在宅の管理料は算定できません。ショートステイは生活をしているという意味で微妙なところなので、往診料の算定はできますが、管理料や訪問診療は算定できません。小規模多機能施設では、通所の日はデイサービスと同じ扱いで訪問診療料も往診料も算定できませんが、宿泊の日は訪問診療料も往診料も算定できます。特別養護老人ホームでは、末期の悪性腫瘍および死亡日からさかのぼって30日以内に限り、ショートステイでは、末期の悪性腫瘍に限り、特定施設入居時等医学総合管理料や訪問診療料が算定できます。

反対に、自宅と同じように患者が生活を営んでいる場所では、在宅医療の診療報酬を算定できます。サービス付高齢者向け住宅、グループホーム、有料老人ホーム（特定施設入所者介護）などの施設では、訪問診療や在医総管もしくは特医総管などの在宅医療の点数が算定する

ことができますが、看護師の配置が義務づけられている特定施設入居者生活介護では在宅時医学総合管理料ではなく、特定施設入居時等医学総合管理料を算定します。



医療保険の訪問看護はどう使えばいいの？



訪問看護は在宅医療の鍵となるサービスです。訪問看護は基本的に介護保険から提供されますが、医療保険から訪問看護が提供される場合が3つあります。この知識を知っていないと適切に訪問看護を導入することができません。訪問看護を指示する立場の医師がこのことを知っていないケースが多いため、訪問看護の利用が伸び悩む原因にもなっているようです。訪問看護が医療保険となる場合は次の3つのケースです。

- ①介護保険の認定を受けていない訪問看護の対象者の場合
- ②厚生労働大臣が定める疾病等の場合
- ③急性増悪期（特別訪問看護指示書が交付された14日間以内）

特別訪問看護指示は、診療に基づき、患者の病状の急性増悪、終末期、退院直後等により、一時的に週4日以上頻回の訪問が必要であると認められた患者（厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く）について月1回に限り、診療を行った日から14日以内の期間において、14日を限度に算定できるものです。

在宅医療を積極的に行っている医師や訪問看護ステーションの所長などからも、医療保険の訪問看護は点数が高くなるので、「介護保険より高くはなかなか利用してもらえない」という言葉をよく聞きます。

在宅医療の対象となる方は、寝たきり状態の方が多く、身体障害者の手帳をとって、重心医療の対象となる方がほとんどです。重心医療対

医療保険について

象となれば、医療保険の訪問看護は公費負担となり、患者負担はなくなります（自治体により異なる場合がある）。対象となる福祉制度をしっかりと利用しながら、利用者に最大限のメリットがあるように、マネージメントすることが求められます。重度の褥瘡がある場合、点滴が必要な場合、急な症状悪化がある場合、退院直後の場合、看取りの場合など、医療保険の訪問看護をうまく利用することで、入院せず、在宅で安心して療養することが可能になるでしょう。身体障害者手帳を取得して、医療保険の訪問看護をうまく利用し、入院せずに在宅療養を継続させることでトータルの社会保障費は抑えることができます。さらに、訪問看護が医療保険対象となることで、介護保険のサービスは、医療系ではなく、介護系に集中して利用することができます。

医療保険の訪問看護をうまく利用することが在宅医療の鍵であり、そのことで、よりレベルの高い在宅医療が可能となります。在宅に関わる人には、絶対に必要な知識ですので身につけることをお勧めします。



訪問看護って週に何回入れるのですか？



介護保険の訪問看護はケアプランに盛り込まれれば、週に何回でも入ることができます。医療保険の訪問看護療養費の算定は、原則として週に3回までですが、「厚生労働大臣が定める疾病等」の場合、および「厚生労働大臣が定める状態※」の患者および急性増悪時（特別訪問看護指示期間）については、週4回以上の訪問看護が認められています（毎日の訪問看護も可能）。また、気管カニューレを使用している場合と真皮を越える褥瘡の患者の場合は月に2回まで特別訪問看護指示書を交付できます。

※ただし、介護認定を受けている患者は特別訪問看護の指示により医療保険になった場合。

介護保険について

在宅医療は医師の訪問診療だけでは成立しません。訪問看護をはじめとするさまざまな介護サービスとの協働があって、初めて質の高い在宅療養生活が可能になります。介護報酬は介護保険法と障害者総合支援法により定められており、ここでは居宅療養管理指導費と訪問看護指導料についてお答えします。

Q 医療機関が請求する居宅療養管理指導費は、なぜ必要なのですか？

A 居宅療養管理指導は医師・歯科医師のほか、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士が居宅に出向いて実施する介護保険サービスです。特に医師が実施する内容は、介護に対する医学的情報の提供や介護担当者からの質問や要望等に応えることです。多職種間における医療と介護の連携の要が居宅療養管理指導です。

Q 訪問看護の介護保険、医療保険の住み分けはどのようになっていますか？

A 看護の目的は、個人や社会が健康を取り戻し、出来る限り高いQOLを獲得することを支援することです。介護保険で給付する訪問看護は主に生活を支え、医療保険から給付される訪問看護は医療に関わる看護が主に行われます。訪問看護は原則介護保険から給付されます。病状が増悪した際には、14日間を限度として医療保険から給付されます（特別訪問看護）。ただし、癌の終末期や難病患者など医療依存度が高いケースは例外として期間を定めずに医療保険からの給付が可能です（厚生労働大臣が定める疾病等）。

— 冊子のお申込み・お問い合わせ —
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 事務局
〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1 全共連ビル麹町館
Tel: 03-5226-6266 Fax: 03-5226-6269
E-Mail: yuumizaidan-book@mbr.nifty.com

※冊子をご希望の方は、お名前、ご所属、ご送付先、必要部数を明記の上、
上記までファックスまたはメールにてお申し込みください（冊子は無料）。
※この冊子は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成をうけて作成しました。
※文章・イラストの無断掲載、複製、複写（コピー）を禁じます。

企画・製作 アイラブホーム・プロジェクトチーム

- 蘆野 吉和（社会医療法人北斗 北斗病院）
- 石垣 泰則（医療法人社団泰平会 コーラルクリニック）
- 小野沢 滋（北里大学病院 患者支援センター部）
- 城谷 典保（医療法人社団鴻鵠会）
- 鈴木 央（鈴木内科医院）
- 外山 哲也（東埼玉病院 内科・総合診療科）
- 永井 康徳（医療法人ゆうの森 たんぼぼクリニック）

【編集：佐藤 あゆ美】