



Tomakomai 在宅医療 Handbook



苫小牧市医師会 とまこまい医療介護連携センター
tomakomai medical care cooperation center

はじめに

令和3年4月、在宅医療を担う先生方に手引きとして活用いただくことを目的として「在宅医療ハンドブック」を発刊致しました。

「在宅医療」というと何か取っ付きにくく、特別な知識や技術を必要とするように感じて敬遠してしまう先生が多いと思われます。しかし、実際には「在宅医療」は日常診療の延長であって、難しい医療行為ではありません。

高齢化社会が進展するなか誰でも希望すれば、患者さんが慣れ親しんだ在宅という環境のもとで、患者さんに寄り添い、健康を守り、命を支え、安らかに看取ることができる、そんな「在宅医療」をいつでも簡単に受けられる環境を整備することが、在宅医療推進に取り組んでいる苫小牧市医師会（とまこまい医療介護連携センター）の目指すところです。

苫小牧市医師会は、これからも「地域包括ケアシステムの推進」に向け、診療報酬・介護報酬の内容理解をはじめ「主治医・副主治医システム」、「在宅医同行研修」など在宅医療推進のための様々な取り組みを行っていき在宅医療に対する先生方の不安を解消し、在宅医療を気軽に始めていただける活動を展開して参りますので、先生方にはそれぞれのお立場でご協力を賜りますようお願い致します。結びに、このハンドブックが、在宅医療への取り組みを始める一助となるようお願いしております。



一般社団法人 苫小牧市医師会
会長 沖 一郎

目次

はじめに	苦小牧市医師会 会長 沖 一郎	
1 在宅医療をすすめるために	苦小牧市医師会 副会長 豊田 健一	01
2 在宅医療を始めるにあたって	在宅医療推進委員会 委員 伊賀 勝康	03
1) 在宅医療ってこんな感じ		
2) 在宅医療を始めたきっかけ		
3) 在宅医療の醍醐味		
3 安心して取り組むために		
1) 在宅医療に取り組む基本姿勢	1) 2)在宅医療推進委員会 委員 合田 尚之	05
2) 専門外の診療で大切なこと		
3) 専門医との連携	苦小牧市医師会 地域福祉部 理事 片岡 昌哉	07
	しのじま皮膚科クリニック 院長 篠島 正	08
	あんぼ歯科クリニック 院長 安保 直樹	09
4) 無理なく24時間対応するためには	在宅医療推進委員会 委員 今井 浩之	10
5) 多職種連携を活用しよう	各職能団体	11
	苦小牧地域訪問看護ステーション 所長 大澤 佐登美	12
	ヘルパーステーションすまいる 代表取締役 井上 良子	12
4 往診カバンの中身	在宅医療推進委員会 委員 神谷 喜一郎	13
5 在宅医療に取り組む		
在宅医療とは		
1) 訪問診療と往診の違い		
2) 在宅医療の対象者		
3) 訪問診療の始め方		
4) 訪問診療開始までに必要なこと		
5) 初回診療で行うこと		
6) 入院支援病院について		
7) 多職種との関係構築		
6 終末期医療では		
1) 緩和ケアについて	1)~3)在宅医療推進委員会 委員 杉下 圭治	23
2) 疼痛コントロールについて		
3) エンド・オブ・ライフとACP		
4) 在宅での看取りについて		
(1)訪問診療終末期 [※臨終間近のケア・死亡時のケア]		
(2)死亡診断書作成について		
7 知っておきたい制度・診療報酬		
1) 医療保険と介護保険について		
2) 在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院		
3) 在宅医療の診療報酬(医療保険)		
4) 在宅医療の介護報酬(介護保険)		
5) 在宅医療に必要な届出		
※(参考・引用文献)(資料)		
編集後記	苦小牧市医師会 地域福祉部 理事 堀田 哲也	

1

在宅医療をすすめるために

1) 在宅医療の推進

— 病院完結型から地域完結型へ転換 —

迫りくる超高齢化社会において、高齢者の方々が住み慣れた地域や自宅で安心安全に生活できるよう「治す医療」から「温かみのある、癒し支える医療」にするために、地域医療構想を策定し、体制整備に向けて取り組んでおり、在宅医療の重要性が注目されています。



とよた腎泌尿器科クリニック
院長 豊田 健一

2) 苫小牧の在宅医療の現状と課題

苫小牧を中心とした1市4町も例外ではなく、高齢化率は上昇しており、高齢者のQOLの向上と地域完結型医療の提供を実現する観点から、医療と介護が密接に連携を取りながら、多職種の皆さんが協働して患者さんを地域の中でケアしていく地域包括ケアが必要になり、この地域包括ケアの中核に位置するのが、在宅医療なのです。在宅医療を希望する市民のニーズが高まっていますが、苫小牧市の在宅医療は決して十分な体制とは言えないのが現状です。

1 地域資源の不足

往診・訪問診療件数は全道平均の半分程度と少なく、自宅死・老人ホーム死の割合も、ともに少ない状況です。訪問診療医と訪問看護ステーションと訪問看護介護職員（看護師・ヘルパー）の数も全道平均を下回り、不足している状況です。医師や看護介護職員の人的不足は、本人・家族の不安や理解不足につながり、24時間対応にも支障をきたしています。移送に関しても、予約制あるいは介護タクシー頼みのため、新規には対応できないなど、不便な状況です。

2 地域連携の不足

在宅医療連携が必要な場面は、入退院支援・調整、日常療養支援、急変時の対応、看取りなどですが、入院先とケアマネとの情報伝達が不十分であると、本人・家族が在宅療養への不安になりますし、日常支援でも、お互いの対話がスムーズにいかないと多職種連携が円滑にいきませんし、急変時や看取りの場面でも、信頼関係にひびが入るなど、多職種連携は重要な課題です。

3 市民の在宅看取りへの理解不足

自宅で看取りを希望されても、急変したときは、あわててしまい、病院に救急搬送したなどの事例もありますし、ご家族やご本人との意思確認が重要で、双方がよく理解していることが必要になってきます。

3) 利用者側の課題

在宅医療向けのサービスにどんなものがあるのか知らなかったり、どこに相談すればよいのかわからなかったりしているご家族もいるでしょう。また、どれくらいお金がかかるか？も気になるところです。実際、在宅医療や介護のサービスや制度は、よく整備され、提供されているので、在宅医療はとても身近にありますよともっとアピールすることも必要でしょう。医療保険と介護保険をうまく利用して費用を軽減することもできるので、相談してほしいものです。入院して療養中の自分の家族が家に帰りたと言ったとき「じゃ帰ろう」と言ってあげられるように、体制整備が必要です。

4) 在宅医療をすすめるために

在宅医療をすすめていくには、看取りのことも避けては通れない重要な仕事ですし、いろいろな問題が山積していると思いますが、患者さんの不安や疑問にひとつひとつ答えながら、患者さんとそのご家族に寄り添い、診察室からではなく、現場に行き、解決していくしかないと確信しています。

そのために、いろいろなシステムづくりが必要です。これなら在宅医療に参加できるというマニュアル、当然、保険の仕組みや保険請求の問題も含まれるでしょう。患者さんと在宅医を紹介するシステム、同行研修、後方支援体制（複数主治医制や担当病院整備など）等のさらなる拡充など、取り組むべき課題は山ほどありますが、先生方にはそれぞれのお立場でご協力を賜りますよう、お願いする次第です。

結びに、このハンドブックが、在宅医療に携わる会員各位の一助になることを祈念して、一人でも多くの会員に参加して頂き、わが街で誇れる在宅医療を実践できるように頑張っていきたいと思います。

2

在宅医療を始めるにあたって

1) 在宅医療ってこんな感じ

在宅医療は患者さんの住んでいる場所へ伺って訪問診療を行いながら、患者さんの診療を行います。訪問診療には特殊な機材は必要なく、一般的な診察室にあるものをカバンに入れて訪問して普段の外来診療の通りのことを、ご自宅や施設など患者さんの住まわれている場所で行います。その場所には、患者さんの人生を写す様々なアイテムに溢れていて、患者さんの人生そのものに触れ合うことができます。ご自分の場所で生き活きとする表情は、外来での様子からは想像できないほど輝いている事に驚かされることが多いです。

長くかかりつけで外来通院が難しくなってきた方などを、数人程度から在宅医療へ移行するのが始めやすいかと思います。重症な方も対応する在宅療養支援診療所からではなく外来の延長からの訪問診療から少しずつ始めるのが現実的かもしれません。

苫小牧市内と近隣の医療圏には在宅医療の適応となる方が、1000人ほどに上ると報告されています。現在訪問診療を受けている方は半分にもなりません。多くの先生方に在宅医療に力を貸していただければ、助かる患者さんも多いと思います。

せっかく病棟を持たなくなったのに、在宅訪問診療をすると24時間365日拘束されるので在宅医療は避けたいとお話を伺ったことがあります。ですが、在宅医療は日常診療の延長です。在宅療養支援診療所にならなくても、周囲の方々や訪問看護ステーションなどとの連携や協力関係で、無理なく対応することができると思います。



勤医協苫小牧病院
在宅診療部長 内科医長 伊賀 勝康

2) 在宅医療を始めたきっかけ

私が研修医の頃、慢性心不全終末期の80代男性患者さんを入院で担当しました。中心静脈点滴で複数の昇圧剤を投与しても不安定が続き、1週間も保たないと思われる状況でした。このまま病院でおみとりになると思ったのですが、お孫さんが看護師で本人を連れて帰りたい、家でみとりたいと強く希望されました。当時はまだ心不全の在宅ホスピスケアも一般的でない時代。恥ずかしながら私自身不勉強で初めは反対をしたのですが、ご家族の思いと訪問看護師の決意でなんとか家に帰る事になりました。

在宅酸素とチェッカーポンプをつけたままのご自宅退院でした。退院翌日に外来時間の最後に訪問診療をした時、病院では意識朦朧としていたご本人が、古いご自宅の寝室では目を開けて嬉しそうに同居の孫とひ孫たちを眺めていました。

小さなひ孫たちは具合の悪いじいちゃんの周りを走り回り、点滴台をひっくり返さないか心配したのを覚えています。ご自宅では多少の飲食ができるようになり、余命1週間を超えて比較的良い時間がありました。病棟時間で行った訪問診療では、いつも小さな家族が走り回っていました。点滴続けて3週目ご自宅で穏やかに旅立ち、みとりに伺った時に、多くの家族が集まっていて皆の表情は満足した顔で、ひ孫たちはじいちゃんの周りで相変わらず走り回っていました。その時私はそのみとりの環境がとても自然なものに感じたのです。このみとりは多くのことを学ばせてくれました。その後、室蘭の診療所に赴任した時から週一回訪問診療をして街を回らせてもらい、多くの患者さんから様々なことを学ばせてもらいました。

3) 在宅医療の醍醐味

多くの入院している患者さんは病院では自分らしい時間を過ごせないでいることが多いです。せん妄になっていたり、落ち着かない睡眠や、口に合わない食事で体力が落ちていることも少なくありません。治療の場を在宅に移したことで、患者さんが自分らしい時間を過ごせるようになったことは良くあります。病院では考えられなかったような「在宅での奇跡的回復」も少なからず経験しました。

在宅医療を演劇に例えると、主演はご本人、助演はご家族と訪問看護などのサポート、訪問診療医はあくまで主役を輝かせるための小道具係です。医療的介入だけではなく、小道具係に徹して主演と助演が輝けるように、本人や家族、訪問看護師や様々な職種とよく話し合い、様々な条件を整えることが必要です。それがより良い結果につながって、患者さんや家族の笑顔に繋がった時に、達成感があります。在宅でのみとりは、私の研修医時代の症例のように、実は自然な事なのだと思います。家族にとって自宅で介護して頑張った事自体が、親しい者の死を受容し悲嘆を乗り越える力になる事が多いように感じます。

在宅医療は病院での医療に比べ、プリミティブかもしれませんが、医療の原点に近い医療です。患者さんやご家族から病院では経験できない多くの事を学ばせてもらえます。ぜひ多くの先生方にもこの得難い経験をしていただきたいと思います。

3

安心して取り組むために

1)在宅医療に取り組む基本姿勢

1 在宅医療に取り組む際に観察力・洞察力・省察力を働かせる

在宅医療では患者さんの生活の中に入ってケアをします。いわば相手の土俵に上がって取り組むわけです。その中で、患者さんのQOLを改善し療養目標を達成するためには、観察力と洞察力と省察力の必要性を痛感しております。時に限界を感じ、時に激高しそうになる時もありますが、その奮闘が実を結ぶとき、患者さんやご家族からの信頼や敬意を勝ち得て、自分の人生における宝物の一つとなり、更なる困難に立ち向かう力ともなります。この取り組みを継続してゆくエネルギーは各位異なるとは思いますが、人に対する愛だと思えます。

省察するに、どうも最初から説教調、上から目線と感じられますが、私の真実ですのでお許しください！



合田内科小児科医院
院長 合田 尚之

2 無知の知を痛感し連携する

中央地域包括支援センターさんのお勧めで緑町の町内会の地域ケア会議に2度ほど呼んで頂きました。まず、その熱気に圧倒されました。特に驚いたのは、患者さんのことを診療情報提供書の内容しか知らずとしなかった私にとって、町内会の人たち、特に民生委員の方の情報は傾聴に値します。（勿論個人情報には配慮が払われています。）「自分は何も知らなかった！」と思知らされました。

その思いを決定づけたのは三光地域包括支援センターさんをお願いして、困難症例に関して当院で地域ケア個別会議を開いた際、大勢の方が参加されました。当院のスタッフ・ケアマネジャー・訪問看護師・ヘルパーさん・レンタル会社の方に、加えて患者さん・ご家族、近所の方、町内会長、民生委員の方が参加されていたことと、そのご家族を知り助け合って来た人々のアイデアや申し出によって当面の対処方針を見出すことが出来たことです。私の説得より近所のおばさんの叱咤激励のほうが有効だった。

「自分は何も出来なかったが、地域の力を借りることが出来れば多くを成し遂げられる。」と痛感しました。

先生方に提案したいことは、ご自分の気になる患者さんから訪問診療を始めて、連携を広げてゆくのはどうでしょうか、きっと地域で増々愛され必要とされる事と思えます。

2) 専門外の診療で大切なこと

これまで医師として専門分野を研鑽されて、その分野では自信や自負心をお持ちの先生方も在宅医療となると、専門外の事も多く新たな分野に取り組むことは、それなりの覚悟が必要で不安もおありかと思います。私のつたない経験から少しでもヒントになれば幸いです。

1 スタッフの協力を得ること

私は訪問診療を始めてやっと10年ほどになります。きっかけは、近くで開業している今井先生が声をかけて下さり必要な申請の援助もしてくださるとのこと。もともと、戸別訪問は違和感なくできていたので渡りに船と参加させていただきました。(無知の知は無かったが、幸い今井先生のシステム手帳を見せてもらい、すぐに自分にはスタッフの助けが必要と洞察できた。)良く気が付きフットワークの良いスタッフに非常に助けられています。

2 経験があり上手に教えることができる医師、訪問看護師を探し連携の輪に入れてもらうこと

勤医協苫小牧病院・日翔病院の連携に加えていただきました。事前の情報提供により、入院も可能で、学会や旅行にも行くことが出来ました。現在は勤医協の伊賀先生と毎月情報交換をしてご指導いただいています。緑町の陸橋が工事していた時期以降は鉄北の医療機関にお世話になることが多く、その中でも特に市立病院の「在宅連携登録患者」のシステムが機能しており、町田先生にお世話になり、担当の杉下先生には、患者さんの訪問に同行していただき登録が完了すれば、症例ごとに他科の専門医にコンサルトしなくても原則的に、いつでも助けて頂き、入院も可能なので大きな助けとなっています。

それで、まず経験のある先生方と一緒にやってみる事です。苫小牧市医師会の計画に参加することをご検討ください。但し、何でも助けてもらうのは気が引けるため、優秀で経験のある訪問看護師のサポートもお勧めです。「こうした場合、ほかの先生方はどうしているの?」と尋ねてみます。

3 総合診療科から助けを得ること

かつて札幌医大の総合診療科のカンファレンスに月に1、2度参加させていただき症例を相談したこと。

その関係でテレビ会議システムを用いたレクチャー(2004年からスタートし先駆けとなっている)は現在も毎週30分ほどですが視聴して刺激を受けています。たたき続ければ扉は開かれます。

最後に、かつて「往診」を当たり前のように行っておられた多くの先輩医師の存在や、沢山の患者さんを訪問診療されていた故吉田先生のことを思いつつ、医師会活動にはお世辞にも協力的とは言えない私にこのような機会を与えて下さり感謝します。

3) 専門医との連携

精神科医のお手伝い

精神疾患は、多様で客観的な検査法もないため、訪問時に戸惑うことがあるかもしれません。精神科既往歴、投薬内容などは参考になることが多いと思いますが、ご自身の病名を正確にご存じない方もいらっしゃるので、その点は注意が必要かもしれません。一番の情報源は、ご本人のことをよく知る周囲の人です。

家族や知人が近くにいれば、一番確かな情報が得られると思います。精神科的診断にこだわるより、その方の人となりを把握するようにされた方が良いと思います。多少違和感があっても、本人の言葉に沿って話を組み立てれば疎通可能なことが多いです。

高齢者の場合は、認知症とそれに伴う周辺症状に対応を求められることが多いでしょうか。その場合、薬の匙加減のようなものは、専門医にご相談いただければと思います。取りあえず少なめに処方し、様子を見ながらご相談いただくとありがたいです。お電話で状況を伺いながら助言いたします。お役に立てればと思いますが、ご希望時には、出来る限りこちらからも訪問看護や往診を行い協力したいと考えております。

精神科には、精神病患者さんを必要以上に隔離収容してきたという苦い歴史があり、在宅医療中心に流れを変えるべく、各地で取り組みが行われてきています。病院中心主義のシステムの強さや、診療報酬の問題から極めて不十分な現状ではありますが、そのような流れと、在宅医療を推進する全体の流れが、今後うまく連動していけるよう願っております。



植苗病院
理事長・院長 片岡 昌哉

在宅療養患者に多く見られる 皮膚疾患や連携のとりかた

ちょっとしたきっかけで往診を始め25年になります。

当院では、定期的な訪問診療ではなく依頼があれば往診で診て
います。依頼は、個人宅、老人施設などの各種施設、皮膚科を
持たない病院などが多いです。

また、在宅医療を行っている内科など、他科の先生からの依
頼もあり一緒に診ていくことも多いです。

皮膚科の疾患では、加齢による皮脂欠乏湿疹や褥瘡、水虫などが大部分ですが、時には疥癬や皮
膚の悪性腫瘍が見つかることもあります。意外に多いのは、進行した爪水虫です。爪の水虫は進行
すると爪の変形が高度になり、痛みが生じたり、ご家族が切るのも困難になります。

変形した爪を切ってあげると大変感謝されます。ロコミで広がったのか爪切りを依頼されること
が多いです。爪きり専門医と自称しております。

私の場合、ほぼ毎日、1日の外来が終了してから2~3件の往診に出かけるため仕事が終わるの
は8時過ぎになることが多く、体力的にはきついです。

市内で皮膚科の往診を行っているのは、当院のみなの
で、もう少し頑張ってみようと思います。



しのじま皮膚科クリニック
院長 篠島 正





あんぼ歯科クリニック
院長 安保 直樹

お口のトラブルでお困りなら、 訪問歯科診療の活用をご検討ください

患者さんから最近食事が思うように取れない、入れ歯が合わないなど、口腔機能に関する悩みをお聞きになることはないでしょうか。そのような時はぜひ訪問歯科診療をご依頼ください。訪問歯科診療では、ポータブルの切削器具やバキュームを用い、義歯の修理などに止まらず、抜歯や複雑な虫歯の治療など、歯科診療所で提供している診療と大きく変わらない治療を提供することができます。

また、誤嚥性肺炎のリスク軽減に口腔ケアが重要な役割を果たすことは近年広く周知されているところです。訪問歯科診療では歯科衛生士による口腔ケアなど予防的な介入も積極的に行っています。在宅医療に関わる多職種の方々と連携をとり、良好な口腔機能の維持回復をすることで患者さんの生活の質を高めるために私たち歯科医療関係者ができることは多いと思います。

口腔機能に問題が生じていて本来は歯科医師による介入が必要なケースでも、本人や家族の注意がそこに向かないために気付けなかったり、「なんとかなっているから」と思い込んで対応が後手に周りたりすることが多く、のちに歯科医療が介入する時に状況を確認すると、もっと早く手助けできていればと思う場面が見受けられます。

また、ときに口腔内の腫瘍性病変や口腔粘膜疾患が原因で口腔機能が著しく低下していることもあります。訪問歯科診療を活用していただいていると、そうした場合でも早めに疾患を発見し、対応の手立てを考えることができます。

ご依頼の場合は、1) 訪問歯科診療を行なっている歯科医院をご存知の場合はご自身で連絡をとっていただき直接依頼をする、2) 依頼先が不明な場合は苫小牧歯科医師会までご連絡いただく、の2つの経路があります。苫小牧歯科医師会までご連絡いただきますと、担当理事がその周辺で訪問歯科診療を行なっている会員と相談し、ご依頼内容にそった対応のできる歯科医院をご紹介します。この場合、担当歯科医院決定まで2週間ほど時間がかかる場合がありますので、診療開始のタイミングなどでご要望のある場合はその旨事前にお伝えいただけますと調整が円滑になると思います。お気軽にお声かけください。



4) 無理なく24時間対応するためには

1. 信頼できる仲間の在宅医と協力関係を築く
2. 訪問看護ステーション、訪問看護師さんと連携する
3. 365日24時間在宅医療をするという覚悟をもつ



いまい内科クリニック
院長 今井 浩之

もちろん在宅医療は1人で365日24時間対応できるものではありません。しかし、在宅医療にかかわる周囲の方々との協力関係、信頼関係を築きながら取り組むことで、日常診療をやりながら無理なく対応することが可能です。

1 信頼できる仲間の在宅医と協力関係を築き、お互いに助け合う。在宅医療に取り組むまたは、支援してくれる医療機関と協力関係、信頼関係を築く。これが一番大事なことだと思います。学会参加、家族旅行、海外渡航のために往診やお看取りなどの緊急対応ができない時は、事前に診療情報を提供して緊急時の代診をお願いします。私も今まで3人ほど学会や海外渡航中、協力医にお看取りをしてもらいました。一方、最期は自宅で迎えたいという患者さんの希望をかなえるため、病院から依頼されて在宅医療を引き受けることもあります。

2 患者さん・家族との間に必ず訪問看護師さんに入ってもらうことでストレスはかなり軽減されます。ちょっとしたことで直接在宅医の携帯電話やクリニックに連絡が来るのではやりきれません。看護師さんを通して連絡が来るので、たとえばたまたま土曜の真夜中遠隔地にいても「Aさんが昼から嘔吐下痢をして呼ばれてご自宅に来ています。バイタルは・・・。今から点滴しても良いでしょうか？」と即座に正確に状況を把握し、「では点滴をお願いします。明日昼頃に往診します。」と患者さんとの意思疎通もはかったうえで迅速に対処が可能です。

3 365日24時間在宅医療をするという強い覚悟を持つこと。何事もそうだと思いますが、強い覚悟を持って事に臨めば、案外大変ではありません。私は4時間以内にもどれる場所へ行く時は、必要とあらばとって返すつもりで出かけます。それ以上に遠くへ出かける時や戻れない場合は、代診をお願いするなど段取りを心がけています。家族で層雲峡温泉に宿泊し夕食後に入浴して出てきたところで急変の第一報を受け、宿泊をキャンセルして車で戻り夜中の2時頃までご家族に待っていただいております。死亡診断、死亡宣告ができるのは医師です。事情があってすぐにお看取りできない場合、たとえ呼吸が止まり脈拍が触れなくても、主治医が来るまでしばらくの間、家族に患者さんのそばで静かに見守ってもらうことは可能です。

多職種連携を活用しよう

5) 多職種連携を活用しよう

各職能団体

在宅医療は病気だけではなく、患者さんの生活も含めてみていくことが大切であるため、地域のさまざまな機関や専門職との連携が必要です。他の医療機関、訪問看護ステーション、調剤薬局、歯科医院、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）などと連携することによって、一人医師体制の診療所でも在宅医療を行うことは十分可能となりますし、連携することによってより質の高い医療を提供することができます。

訪問看護師

希望のお住まいで安心して生活出来るように、医師の指示のもと、様々な病状の方に医療処置やケア、お看取り等の支援を行います。24時間緊急対応にて、ご本人やご家族が心地よく不安のない様に、一緒に考えていきます。

ケアマネジャー

利用者が適切な介護サービスを受けられるよう総合的に支援する介護の専門職です。利用者一人ひとりの状態やご希望に合わせて必要な医療・福祉・介護サービスを受けられるように介護計画を作成します。利用者様の療養生活に於いて、入院中の医療機関（医療ソーシャルワーカーや病棟等）、訪問診療医や訪問看護、その他介護関係事業者と密接に連携しながら連絡調整します。

歯科医師

口腔ケア、口腔リハビリテーションによる誤嚥性肺炎の予防や在宅で可能な歯科治療を行い患者さんのQOL向上に貢献します。早い時期から口腔ケアを行うことによって口腔環境の重症化を予防しましょう。

調剤薬局薬剤師

患者さんに訪問薬剤管理指導を行います。個々の生活スタイルなどに応じて薬の一包化や剤形変更などの提案を行います。残薬など服薬支援での薬剤師の関わりを、在宅医に報告させていただくことで、実際の服用状況が分かり、処方追加や減量などの目安になります。

医療ソーシャルワーカー(MSW)

患者さんがその人らしい生活を送ることができるよう療養環境の調整（各種制度や社会資源の利用支援）や意思決定支援のほか、病院の窓口として関係機関との連絡調整などを行っています。入退院時に連絡し合い、情報共有・連携を図りましょう。

介護職(訪問介護員・介護ヘルパー)

日常のケアを担うのが介護職です。入浴や排泄、調理などの支援をさせていただく中で、ご本人の希望や症状、辛さなどを、自然に聞いていることや「いつもと何か違う」を気が付くことがあります。連携をとることで、詳細な情報を把握することができます。

リハビリ職(OT・PT・ST等)

医療と介護・福祉の架け橋となる職種です。カンファレンスへの参加を求める事で在宅生活におけるADL・諸動作（活動）、環境への適応に対する提案・改善ポイントなどの情報共有が可能です。

管理栄養士

「最近食事が飲み込みにくくなってきた」「食欲がなく食事量が減ってきた」「血糖値が高いと指摘された」など、そんな時にどんな食事をしたらいいの？とお困りの際、病状や生活環境、経済状況などに合わせたアドバイスをいたします。

在宅医療を行う上で大切なこと

訪問看護師から

利用者様は病気や障害を持ちながら、出来る限りは在宅で最期まで過ごしたい！と療養されています。その中で感じる事は、医療・介護の連携です。訪問診療の先生は、夜間・休日問わず対応しなければならないと言う印象ではないでしょうか？訪問看護では24時間緊急対応体制を取り、ファーストコールを受け、緊急性の有無の判断あるいは実際に訪問し体調確認を行います。そして、予め頂いている約束指示に基いて対応し、様子観察を行います。経過観察後に症状の増悪があればその時に新たに指示を仰ぐ形になります。



苫小牧地域訪問看護ステーション
所長 大澤佐登美

当ステーションでも緊急時の対応に70名程の利用者様の契約があります。緊急コールの内容は、ストーマの面板が剥がれた、排泄の対応が出来なくて困っている等ケアへの対応が殆どで、症状変化での緊急出勤は少ない状況です。それぞれの専門職の役割りを発揮する事でお互い負担にならず受け皿を広く持つ事ができ在宅医療の幅を広げていく事と感じます。

また、終末期の利用者様に関しても、医療依存度の少ない方であれば、予防的ケアを行いながら、ご家族も徐々に対応できる様になります。更に訪問診療が介入する事で、受診の疲労も無く自宅で必要な治療を受けながら心身ともに負担無く最期の時をお迎えされる方を多く見てきました。在宅医療は、支える側も様々な課題に直面しながら利用者様と一緒に悩んだり笑ったり生活に密着した非常にやりがいのある仕事と感じています。

ケアマネジャーから

在宅医療は、患者さんの「生活の場」多職種がチームを組み、それぞれの専門性を生かしつつ連携し、切れ目ない支援を提供する必要があります。ケアマネジャーは患者さんや家族の意向を確認し、介護保険事業者やインフォーマルな支援の調整を行い、ケアプランを作成する役割を担って



ヘルパーステーションすまいる
代表取締役 井上 良子

います。患者さんの体調が、車いすでの移動は可能か、入浴は可能か、生活上の留意点などを共通の認識として把握できることで、その患者さんに最適なケアプランを作成することが可能になります。在宅医療を担う診療所や病院は、多忙な中の連携になりますので、病院へのケアマネジャーの訪問やサービス担当者会議の参加などを通し、顔の見える支援者間の関係構築を図ることにより、電話などでも患者さんにとって必要なタイミングで、必要な情報を多職種間で共有でき、患者さんが健やかに、在宅で過ごすことが可能になります。

4

往診カバンの中身



桜木ファミリークリニック
理事長・院長 神谷 喜一郎

私は訪問診療をしております。

訪問診療は月に1から2回定期的に訪問します。訪問診療開始前に必ずクリニックに受診して頂き、採血・画像検査を施行し全身状態を把握するようにしております。

私が訪問診療に持っていく物

1. ノートパソコン

4Gでクリニックの電子カルテとつながっており、カルテをそのまま訪問診療先に持っていきます。訪問診療前に施設・訪問看護師・調剤薬局（居宅療養管理指導算定）・御家族から情報を頂き、それを元に処方箋は前日に、検査は訪問診療前にオーダーを済ませています。カルテへの記載、処方箋・検査内容の変更は訪問先で行っております。急遽入院が必要な場合、診療情報提供はその場で記載しクリニックからファクスしてもらい、帰ってから本紙を郵送しております。

2. 私が持っていていいる物

いつも外来で使っている聴診器とペンライトは私が持っていております。
また、いつでもクリニックと連絡を取れるように携帯電話も持って行っています。

3. カバンやカゴの中身

血圧計、体温計、打腱器、血糖測定器、滅菌舌圧子、採尿カップ、マスク、ティスポ手袋、ハサミ、サージカルテープ、滅菌ガーゼ、手指消毒薬、尿スピッツ（滅菌済）、喀痰処理器（滅菌済）、カルチャースワブ、グリセリン浣腸液60ml、血ガス採血シリンジ、採血セット、点滴セット、褥瘡セット、アネトカインゼリー2%50g、医療廃棄物を入れる容器

a. 採血セット

針、シリンジ、採血容器、駆血帯、アルコール用消毒綿（ショットメン）、止血用絆創膏、採血オーダーは訪問診療前に済ませ、それをもとに訪問先で採血を施行しています。往診される場合は、検査依頼書、採血容器とラベルを事前に用意しておくといいでしょう。



b. 点滴セット

留置針24G、ニプロ点滴セット、ニプロエクステンションチューブ、点滴が必要となることは滅多にありません。前もって情報をもらっているので必要な時は施行することがあります。連日必要となる場合は、特別訪問看護指示書（訪問看護指示書の交付が前提）を書き訪問看護に依頼して施行してもらっています。ただ、特別訪問看護指示書は、原則月1回（月をまたいで可）、週4日以上14日までと制限があります。必要に応じて点滴台を持って行きます。

c. 褥瘡セット

滅菌ガーゼ、ピンセット（鉤なし）、外科剪刀（反型）、替刃メス（円刃）、替刃メスハンドル、TIELLE（11x11cm、7x9cm）、ハイドロサイトプラス、薬剤（オルセノン軟膏0.25% 30g、ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1% 10g、イントラサイトゲル25g）、尿取りパット（処置部の下に引きます）

訪問診療では寝たきりの高齢者を診ることが多く、褥瘡に遭遇することがあります。stage I, IIの褥瘡にはTIELLEが重宝します。クッション性があり、1週間貼ったままで良いです。壊死巣が認められる時は、デブリードマンを施行します。このような褥瘡に対しては、私はイントラサイトゲルとハイドロサイトプラスを用いて治療しています。施設看護師がいる場合は看護師に、それ以外は訪問看護師に依頼して毎日処置をしてもらっています。

※真皮を超える褥瘡の場合、例外的に特別訪問看護指示書を月2回まで交付でき、状態が継続している間は毎月交付可能です。

d. その他

パルスオキシメーター、ニッパ型爪切りは、必要な時に持って行っています。皮膚感染症の場合は、カルチャースwabを用いて採取し細菌培養に提出しています。白癬が疑われる場合は、皮膚や爪を採取し尿スピッツ（滅菌済）に入れて検査に提出しています。

往診する場合は、以上の他に

カルテ、処方箋、入院が必要な場合は診療情報提供書、封筒、筆記用具、印鑑などが必要です。抗菌薬、風邪薬、解熱・鎮痛薬、降圧剤、胃薬、鎮痙剤、制吐剤、止痢剤等先生ご自身がいつも使われている薬を2~3日分用意して持っていかれると、緊急時の往診時などで対応できると考えます。さらに、ポータブル心電計、ポータブルエコーなどは用意されると心強いと考えます。

こぼれ話

- B在宅医から -

私の往診カバンは義父でもある厚真町今野医院の今野先生から開業祝いにもらったものです。だから重くて壊れかけてきても簡単には新調できません。人工呼吸する時のポケットマスクや、患者さん宅で急に点滴する必要性が出た時のために点滴をつるすS字フックなども入れています。S字フックで足りない時は、ご自宅にある針金のハンガーをお借りしてカーテンレールに引っ掛けて点滴することもあります。



5

在宅医療に取り組む

在宅医療とは

自宅や入居施設で療養を行っている患者に対して、医師が診察し、その指示に基づいて様々な職種（看護師・薬剤師・理学療法士など）が連携して医療を行うことです。

1) 訪問診療と往診の違い

当該患者の同意を得て、あらかじめ医師が立てた訪問計画に基づいて
定期的に訪問して行う診療

訪問診療



定期的な訪問



患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、
当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家へ赴き行う診療

往診



患者の求めによる
突発的な訪問



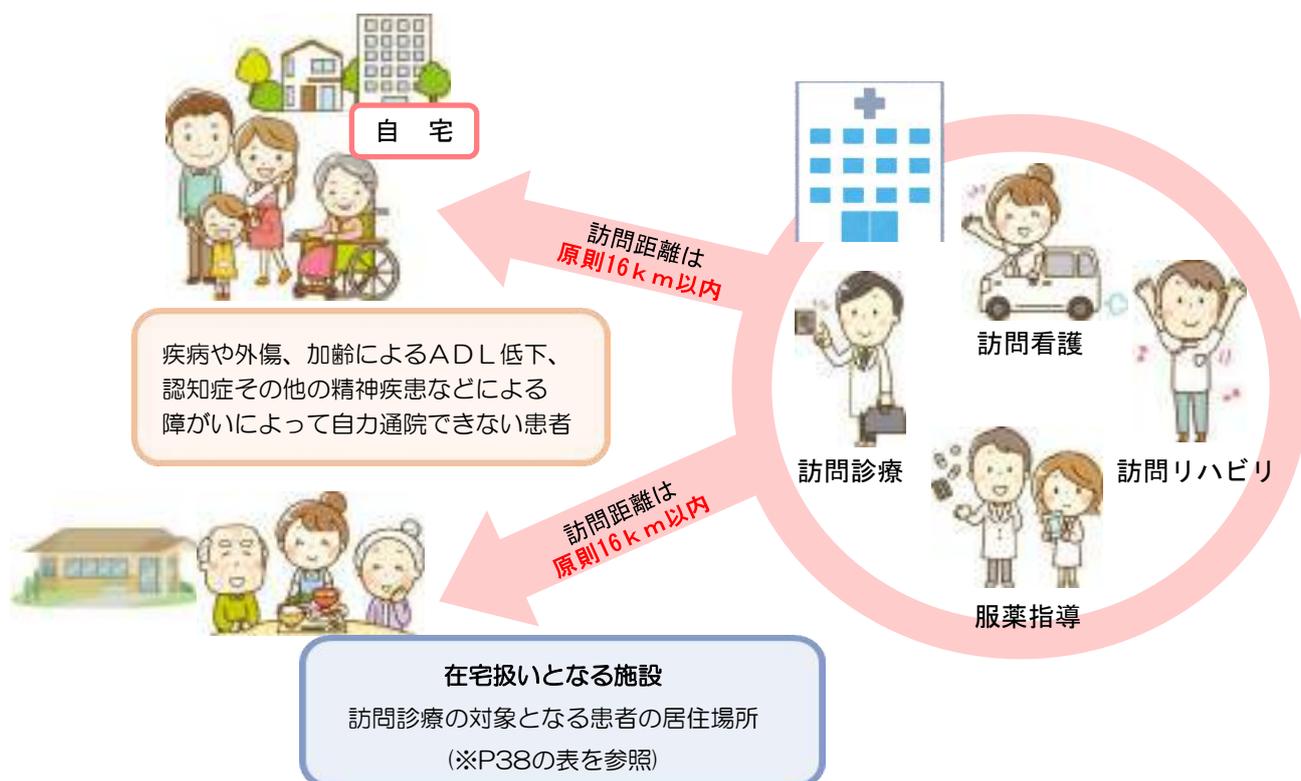
在宅医療を提供できる範囲

往診・訪問診療共に原則として、医療機関の所在地から直線距離で16km以内と定められています。ただし、患家周囲に往診・訪問診療可能で適当な医療機関がないことや、離島や天候など例外的に認められることもあります。

2) 在宅医療の対象者

POINT

- 訪問診療の対象者は「通院が困難な患者」で主治医が判断します
- 入院患者や医師の配置が義務づけられた施設の入所者は基本的に対象となりません



3) 訪問診療の始め方

自然なパターン

定期的に通院していた自院の患者が脳血管疾患、心肺疾患、運動器疾患、認知症の進行などで通院が困難な状態になった際に訪問診療を導入します。多くは急性期疾患による入院治療後に自宅退院を検討する際の選択肢として挙げられます。

積極的なパターン

自院の患者にかかわらず訪問診療を希望し適応となる方がいれば、積極的に訪問診療を提供する。病院からの紹介で緩和ケアを必要とする終末期の患者などが対象となることが多いです。

4)訪問診療開始までに必要なこと

① 病歴・病状や生活状況等の確認と本人・家族の意向確認

POINT

● 在宅移行前には導入面接をしましょう

● 入院から在宅への移行

- 退院カンファレンスに参加して確認する。その際、退院後に担当する訪問看護ステーションやケアマネジャーなど連携する在宅ケアチームの同席も呼びかけましょう。
※退院カンファレンスに参加して退院時共同指導を行うと退院時共同指導料が算定できます。

<退院時共同指導の際に確認すべき事項>

- 病歴や現在行っている治療・ケアの確認
- 療養場所についての患者家族の思い
- 医療処置や手技の指導
- 再入院が必要になった場合の対処方針
- 治療・ケアのシンプル化
- 退院までに必要手続きや準備
- 状況を踏まえた退院日の決定

● 外来から在宅への移行

- 家族に来院してもらい確認する。その際、担当のケアマネジャー及び地域包括支援センターの受診同行を促しましょう
ケアマネジャーや地域包括支援センターとのかかわりが無い患者の場合は、連携センターが事前に確認し受診同行ができます

在宅医療の導入面接はACPを始める1つの機会です

ACP (アドバンス・ケア・プランニング)

患者の価値観・考えを中心とし人生の最終段階に望む医療やケアの内容について考え、家族等や医療・ケアチームと共有するプロセス。今後の療養のあり方について患者本人の要望を確認。心身の状態の変化によって変わり得るため、導入面接後も繰り返し話し合うことが重要です。

② 導入面談時または初回診療時までの確認事項

● 確認事項

項目	確認のポイント
■ 患者の希望、困っていること	患者本人と家族等の相談者の希望が異なる場合があるため、自宅(施設)でどのように療養したいか、生活で困っていること、不安に感じる事など患者本人と家族にそれぞれ確認する
■ 家族の希望、不安に感じる事	
■ 要支援・要介護認定の有無	居宅療養管理指導を算定する場合は説明・契約を行う
■ 担当ケアマネジャーの氏名、連絡先	利用中の介護保険サービスとの調整が必要になる可能性もあるため、初診日を伝えておく
■ かかりつけ調剤薬局・薬剤師の氏名、連絡先	訪問服薬指導や医療用麻薬の取り扱いの可否などを確認しておく
■ 入院歴	直近1年以内の入院歴の有無を確認(あれば在宅移行早期加算を算定可能)。入院している場合は、退院日と併せて初診日を確認する
■ 初診日	
■ 患者の疾病、状態	「厚生労働大臣が定める疾病等の状態(別表8の2)」(P38)に該当するか(該当する患者に月2回以上訪問診療を行う場合、在総管、施設総管の「厚生労働大臣が定める状態」(P39)の点数を算定可能)

※日経ヘルスクエア編「在宅医療 経営・実践テキスト」P125より、一部を改変

③ 訪問看護ステーションとの連携

POINT

- 訪問看護師は在宅医療を行う医師の重要なパートナーです
- 要支援・要介護者では介護保険が優先されますが、がん末期などは医療保険の対象となります

訪問看護ステーションに交付する連携指示書

- 訪問看護指示書
 - ◇ 通常使用される訪問看護指示書です
 - ◇ 指示期間は、最長6か月まで（記載がない場合の指示期間は1か月）
 - ◇ 訪問看護指示書交付の際、月1回300点を算定できる
 - ◇ 2カ所以上の訪問看護ステーションから訪問看護を提供する場合は、各訪問看護ステーションに交付する（算定は1回分のみ）
- 特別訪問看護指示書
 - ◇ 特別訪問看護指示期間中の訪問看護は医療保険での対応となる
 - ◇ 患者の急性増悪などにより、頻回の訪問看護が必要になった場合に交付する
 - ◇ 特別訪問看護指示書による訪問看護は「訪問看護指示書」が交付されていることが前提条件となる
 - ◇ 特別訪問看護指示書の交付は原則として月1回で100点を算定。但し「気管カニューレを使用している状態にある者」「真皮を越える褥瘡の状態にある者」については、月2回まで交付できる
- 在宅患者訪問点滴注射指示書
 - ◇ 週3日以上点滴注射を行う必要を認め、訪問看護ステーションに対して指示を行う場合に交付する
 - ◇ 患者1人につき週1回（指示期間7日以内）に限り、月に何回でも交付できる
 - ◇ 週3日以上点滴を実施した場合、在宅患者訪問点滴注射管理料として、主治医が60点を算定できる
 - ◇ 中心静脈栄養は対象外です

④ 初回訪問診療日の決定

- 入院から在宅へ移行する場合の初回訪問は退院日が望ましい。退院した日は患者・家族の不安が大きいため、退院日の夜間に緊急コールが発生しやすい。

⑤ 訪問診療の準備

- ① 診療用具
- ② 訪問時の同行者(スタッフ)
- ③ 患者宅と駐車スペースの確認

※訪問先が駐車禁止の場合、警察署長の駐車許可を受けて、停めることができます。

⑥ 在宅医療導入時に必要な書類

契約書類

- 訪問診療同意書
- 在宅療養計画書
- 個人情報取り扱いに関する同意書
- 居宅療養管理指導契約書、重要事項説明書

※参考

(資料①、②-1、②-2)

連携書類

- 居宅療養管理指導情報提供書
- 訪問看護指示書（在宅患者訪問点滴注射指示書）
- 特別訪問看護指示書（在宅患者訪問点滴注射指示書）
- 訪問薬剤指示書、訪問リハビリテーション指示書など

5) 初回診療で行うこと

① 患者・家族の認識と治療ケア方針に関する希望の確認

- 患者本人と家族等の希望が異なる場合があるので、どのような思いや希望を持っているのかを可能な限り患者自身の言葉で語ってもらう

② 住環境・生活の様子・家庭背景の確認

- 患者の導線を意識し、安全性の確保や生活の維持向上の観点から住環境を確認する（電動ベッド、車椅子、手すり、杖など患者に見合った補助器具や入浴方法にも着目）
- 患者の一日や一週間の生活の様子を知る
- 患者と介護者との相互の愛情や信頼関係についてや経済事情などプライバシーに配慮しつつ、家庭が抱える諸問題について無理のない範囲で把握する

③ 在宅医療の制度的な説明などを行う

※訪問診療についてのパンフレット等をご活用ください。※参考(資料③)

伝えたい在宅医療のPOINT

- 在宅医療は定期的な訪問診療と往診を組み合わせた医療であること
- 往診は急変時などに患者・家族の求めに応じて自宅を訪問して行う診療であること。訪問診療には、かかりつけ医として調子が良い時も悪い時も定期的に診療することで普段の様子や変化の兆候を把握でき、急な病状変化の際も患者や家族の希望に沿った対応を取りやすくなるメリットがあること
- 病状の変化があった場合、直接または訪問看護を通じて電話相談を受け、病状を聞いた上で往診、救急搬送を判断すること
- 費用は月ごとの請求で、訪問診療が月2回の場合(自己負担1割)、月々の費用は5000円程度(在支診・在支病の場合は6000円程度)、月1回の場合の月々の費用は3000円程度(在支診・在支病の場合は3500円程度)になること
- 他に臨時往診料、各種療養指導料、処置料（手技・薬剤等）、検査料（採血等）等は別にかかること
- 医療費と別に交通費が1回につき〇〇円かかること(交通費を請求する場合)

※日経ヘルスケア編「在宅医療 経営・実践テキスト」P125より、一部を改変

④ 受け渡し書類と今後の訪問診療予定の確認

- 訪問診療を始める際は、患者または家族等に訪問診療同意書に署名してもらいましょう
- 介護サービスの利用状況を踏まえ、介護者が同席できる定期的な訪問日時を確認しましょう

受け渡し書類

項目	確認のポイント
■ 終末期医療に関する事前確認書 ※参考資料④	患者・家族の希望を確認する際に活用し署名してもらう
■ 訪問診療の契約書類一式(訪問診療同意書、個人情報の取扱いに関する同意書、在宅療養計画書、居宅療養管理指導契約書など)	訪問診療に関する説明などを行った上で署名してもらう 初回の訪問日に在宅療養計画書を持参し説明する
■ 口座自動振替の案内	自動振替用紙を用意する(口座引き落としの場合)
■ 健康保険証	患者の自己負担割合を確認。医療機関で写真を撮る、またはコピーや写真を送ってもらう
■ 介護保険証	患者の自己負担割合を確認。医療機関で写真を撮る、またはコピーや写真を送ってもらう

※日経ヘルスケア編「在宅医療 経営・実践テキスト」P125より、一部を改変

⑤ 診療、投薬、処置

生活環境を意識した診察や治療・投薬・処置が必要

- 本人と家族からの病状聴取
- 初回は身体所見（褥瘡や下肢の状態のチェックなども）をしっかりと行う。また、少し長めに行うようにすると信頼感が増しやすい
- 必要に応じて起床や歩行動作の確認を行い、自宅での身体の動きを見る
- 残薬やポリファーマシーの確認を行う。サプリメントや青汁なども飲んでないか確認
- 検査は基本的には在宅医療の現場でできる検査（血液・尿・便・喀痰・心電図など）をうまく実施しながら診察を進めるが、患者の臨床像に応じて連携病院による検査を行うことも重要

⑥ 処方箋について

処方箋の受け渡し方法

- 患家で処方箋を発行して渡す
- 訪問診療医療機関で渡す
※一人暮らしや介護者が家を離れることができない状況の場合は訪問診療時に処方箋を患家で発行し渡せることが望ましい

薬の受け取り方

- 家族等が調剤薬局へ取りに行く
- 調剤薬局の薬剤師が薬を届ける（薬剤師による居宅療養指導を受ける場合）
薬を届けて患者の生活スタイルなどに応じた服薬管理指導を行う

7 急変時の対応方法

- 入院が必要な場合に相談する病院（**入院支援病院**）
- 延命処置の希望を確認をする ※参考 資料④（終末期医療に関する事前確認書）
- 自宅で気がついた時には亡くなっていた場合や緊急時の連絡方法について
- 連絡方法（ex:ファーストコールは訪問看護ST）

緊急コールの記載

例）ファーストコールが訪問看護ST（24時間連絡体制、緊急時訪問看護体制）の場合A4縦サイズの上半分に訪問看護ST・訪問看護師の連絡先、下半分に医療機関・医師の連絡先を記載し「まずは訪問看護STに電話してください」と優先順位をわかりやすく記載し伝える

6) 入院支援病院について

- 苫小牧市立病院「在宅連携登録患者」システムを利用する

苫小牧市立病院

在宅連携登録患者のご案内

苫小牧市立病院では、事前に登録した在宅患者さんへの365日24時間入院受け入れを行います。あらかじめ必要な情報を登録しておくことで、在宅療養中に体調を崩し、在宅での対応が困難になった時に、スムーズに入院ができるシステムです。

患者登録について

1.事前紹介

登録希望患者の紹介
窓口・訪問診療担当Ns
※登録受付は平日日中のみです

2.事前訪問

当院医師が在宅医と一緒に訪問診療

3.登録完了

当院にIDを登録

入院が必要な場合

専用窓口へ連絡 入院が必要と判断された場合、専用窓口へご連絡ください。

080-1971-3112

平日日中は訪問診療担当Ns、夜間休日は救急外来が対応いたします。
※患者個人からの連絡や相談は受け付けません。
※診療体制により、制限させていただく場合があります。

- 入院歴や治療・検査等でフォローしている医療機関、患者・家族が希望している医療機関に入院依頼する場合は「Dr to Dr」で行う。

7) 多職種との関係構築

在宅医療の現場において、医師による訪問診療のみで行われるわけではありません。訪問看護師やケアマネジャー、調剤薬局薬剤師、リハビリ職、介護職など、在宅医療を支えるチームとしての連携体制が必要とされます。

① 多職種との連絡タイムの確認（連携には連絡しやすい環境が大切!）

- 「どのような方法で」：電話、FAX、メール、診療同席、直接面談など
- 「誰(窓口担当者)を通じて」：事務員・MSWなど自院の窓口担当者を決めておきましょう。
- 「どの時間帯に」：対応できる時間帯を明確にしておきましょう

② 苫小牧市 医療・介護連携手帳の活用

- 医療・介護関係者が患者を支えるための情報共有ツール
日常生活場面での変化時、救急外来受診時、入院(入所)・退院(退所)時などの情報共有として活用



③ 介護保険サービスを上手く活用

● 主治医意見書の作成

ケアマネジャーや地域包括支援センターが関わっている場合は、担当者に「**苫小牧市 介護保険主治医意見書作成のための問診表**」を依頼すると主治医意見書をスムーズに記載することができます。

● サービス担当者会議への出席

サービス担当者会議とは、利用者に関わるサービス機関の担当者が集まり、ケアマネジャーが作成したケアプランの内容について検討する会議

ケア目標を達成する上で主治医から医学的視点のアドバイスをもらうことで患者・家族、ケアチームの不安軽減につながります。

訪問診療時に合わせたサービス担当者会議の開催設定を促し可能な限り参加し、欠席の場合は文書などで情報を提供しましょう。

多職種からみて医師は敷居が高い存在、敷居を下げる配慮が必要です

※地域の多職種研修会にも積極的にご参加いただくと新しい視点が得られることがあります。

6

終末期医療では



苫小牧市立病院
診療部長 杉下 圭治

1) 緩和ケアについて

緩和ケアという言葉は、一般には「痛みやつらい症状を和らげる」と捉えられているようです。実際には、体の痛みを緩和するのみではなく、精神面・心理面でのケアも必要ですし、QOLに配慮することや、家族へのケア・サポートを含む幅広いものです。

WHOは緩和ケアを「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」としています。

以前は、がんの治療による効果が望めなくなった患者が、がん治療から緩和ケアに移行すると考えられており、がん治療と緩和ケアとの間には線引きがありました。現在では、場合によってはがんの診断時から緩和ケアを並行して行い、がん治療を支えるということも行われており、緩和ケアの占める割合が増えています。緩和ケアが介入したほうが、しなかったケースよりも有意に生命予後が良かったとする報告もあります。

また、がんのみならず、進行した心不全、腎不全、肝不全、神経難病などのがん以外の分野でも緩和ケアが求められることがあり、疾患、年齢、場所（病院、在宅、施設など）を問わず必要とされるものです。緩和ケアは決して負け戦でも敗戦処理でもないのです。

今後、さらなる高齢化の進行により本格的な多死社会が到来する一方、免疫チェックポイント阻害薬等の薬剤の進歩により、がんを含めた複数の病を抱えながら比較的長期間生存できる方も増えると予想されます。こうした時代に緩和ケアを視座におくことは、多くの医療者にとって必要なことと考えます。

2) 疼痛コントロールについて

緩和ケアと最も関係の深いものが「痛み」です。がん患者の痛みについて、しばしばトータルペイン（全人的苦痛）という言葉が用いられます。痛みには4つの側面、つまり①身体的 ②心理的 ③社会的 ④スピリチュアルな側面があり、それぞれは独立したものではなく、互いに関連しあい影響しあっているということです。オピオイドの副作用である便秘に対処する下剤や鎮痛補助薬なども日々進化しており、体の痛みについては、かなりの程度コントロールできるようになりました。

ただ、それ以外の痛みについては、対応が容易ではないことがあります。例えば、「何のために生きているのかわからなくて辛いです」と言われた場合にどう返答すべきでしょうか。身体的な痛みのような因果関係が比較的明確なものであれば、問題解決的アプローチで対応可能です。しかし、生きる意味といった問いにはもちろん正解はなく、その辛さをある程度、共有しながら共に歩いていくしかないのかもしれないかもしれません。

欧米では終末期に牧師（チャプレン）が関与することがあるそうです。日本でも東日本大震災以後から臨床宗教師が注目されています。将来、緩和ケアの分野に宗教家に関わるのが一般的になるかどうかは分かりませんが、他の職種の方と課題を共有して共に取り組んでいくことも有効と思います。

在宅では

● 鎮静について

緩和困難で耐え難い苦痛がある場合やせん妄が強い場合に、鎮静剤（主にミダゾラム）を使用して意識水準を下げる場合があります。この場合、事前に患者さんご本人、ご家族からの同意を得ておく必要があります。患者さんやご家族によっては、意識の低下や生命予後を短縮する可能性がある措置を望まないこともあるからです。

ただ実際に鎮静剤が必要な状態になってから、患者さんご本人の同意を得るのは困難なことがほとんどです。そのため、意識状態がまだしっかりしているときから、鎮静剤の使用を考慮する状態になった場合にどうするか、を患者さんに確認しておくほうが良いと思います。「その時になってみないと分からないね」という答えが返ってくることもありますが・・・。

参考：日本緩和医療学会「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」

<https://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/sedation01.pdf>

3) エンド・オブ・ライフとACP

最近、ACP (advanced care planning) という言葉を耳にします。ACPとは、患者さんご本人とご家族が医療者や介護提供者などと一緒に、現在の病気だけでなく、意思決定能力が低下する場合に備えて、あらかじめ終末期を含めた今後の医療や介護について話し合うことや、意思決定が出来なくなったときに備えて、本人に代わって意思決定をする人を決めておくプロセスです。心身や環境の変化に応じて意思は変化しうるため、健康状態や生活状況が変わるごとに、繰り返し行われるべきとされています。

ACPの過程は、がんの場合と非がんの場合とでやや異なります。非がんの場合、病気の経過が長い場合が多い一方、予後や急変の予測がつきにくく、比較的元気なうちにACPを意識した話し合いを進めたほうが良いと思います。

一方、がんの場合は、紹介していただいた時点で予後が極めて短いと予想される状況であるのに、ACPが行われておらず、患者さんの意思も確認されていないことがあります。

以前、大橋巨泉さんががん末期で在宅医療を開始した際、在宅医がいきなり「どこで死にたいですか？」と聞いてきたことにご本人、奥様がびっくり、がっかりしたという事が報道されました。在宅医はおそらくACPを意識して尋ねたのであり、それが曲解されたようにも思いますが、一方でこうした事を話し合う背景などの説明をせずに「どこで死にたいですか？」と唐突に尋ねることは、患者さんやご家族からの不信感を招きかねません。

ACPは目的ではなく、患者さんがより良い人生を全うし、ご家族が悔いを残さずに患者さんを見送るための一手段であるはずで、ACPを大仰にとらえるのではなく、特別な機会に行わずとも、普段の会話や診療で積極的に話題に出して共有してゆくのも一つの方法です。大切なことは、ご本人の生き方・暮らし方を含めた価値観・人生観に寄り添い、共に考えながら意思決定を支援していくことと考えます。

4)在宅での看取りについて

(1)訪問診療終末期[※臨終間近のケア・死亡時のケア]

患者・介護者をいかに安心させられるかが重要です！

① 臨終期の留意点

臨終期には患者の病状が刻々と変化し、ときに苦痛様顔貌も見られるため、家族の不安や苦痛も大きい。このため、今後、起こる可能性のある病状や対応方法について説明し、困ったことがあればいつでも電話で相談できること、あるいは病状によって緊急に訪問することを保障することも必要です。

また、今まで顔を見せることのなかった“遠い家族あるいは親族”が突然訪れ「なぜ入院させないんだ」と家族に詰め寄り混乱させることも少なくない。在宅で看取することを決めた時点で、そのような家族や親族がいないかどうか確認しあらかじめ対応方法を考えておくよう助言することも大切です。

② 家族への看取りの指導

- 臨終時の身体の変化（症状など）

看取りパンフレットを活用する

「これからの過ごし方について」※別紙をご参照ください

（緩和ケア普及のための地域プロジェクトより）

ご家族に、このパンフレットを渡して丁寧に看取りの説明を
すると比較的、落ち着いて看取れるでしょう

- 死亡推定の方法について
- 死亡時間の記録
- 緊急時の連絡方法など



※家族だけで看取る重要性についても触れ、医師や看護師が同席しないことの下承を得ておく和良好的です。
死亡時、医師はすぐ駆けつけることができない可能性があることも説明しておきましょう。

③ 在宅での看取りを適切に行うための心得

- 在宅医療を行う医師は、周囲の者が慌てて救急要請をしてしまった場合でも、救急要請の直後に連絡を受けて、速やかに現場に赴いて診察(死亡診断)を行うことができる態勢を整えておくことが望ましいです。
- 在宅医療を行う医師は、生前の診察で患者さんの病状が悪化しつつある場合などは、家族や周囲の看護・介護者に今後の見通しと加療方針をしっかりと説明して、患者さんが息を引きとったときの対応方法の確認(DNAR：蘇生処置拒否)を行っておくことが不可欠です。

(2)死亡診断書作成について

① 在宅での看取りにおける死亡診断書の作成

在宅療養患者さんの看取りでは、医療機関での看取りとは異なり、患者さんが息を引きとった(心肺停止状態)ときに必ずしも医師が立ち会う、もしくは医師がすぐに駆け付けられる状況が整わない場合があります。

- 患者さんが死亡する24時間前に医師の診察を受けていなければ、医師があらためて診察をして、診療継続中の患者さんが診察に関わる傷病と関連した原因によって死亡したことが明らかな場合は、医師は死亡診断書を作成することができます。
- 患者さんが死亡24時間以内に医師の診察を受けていれば、あらためて診察しなくても死亡診断書を作成することができます。(医師法第20条但し書※)

※患者さんが死亡する前の24時間以内に医師の診察を受けていないと、死亡診断書を作成できないということではありません。

医師法第20条但し書※の意味するところは、医師法が施行された当時の通信インフラや移動手段・交通事情等では、医師が応招して患家に「すぐ行けない」状況が相当数あった時代背景に基づくものです。

死の判定(死亡診断)は、医師にのみ許される行為です。医師としての責任と生命への畏敬の念からも「すぐに行かなくてもよい」ということではありません。

死亡診断に立ちあつた時の対応

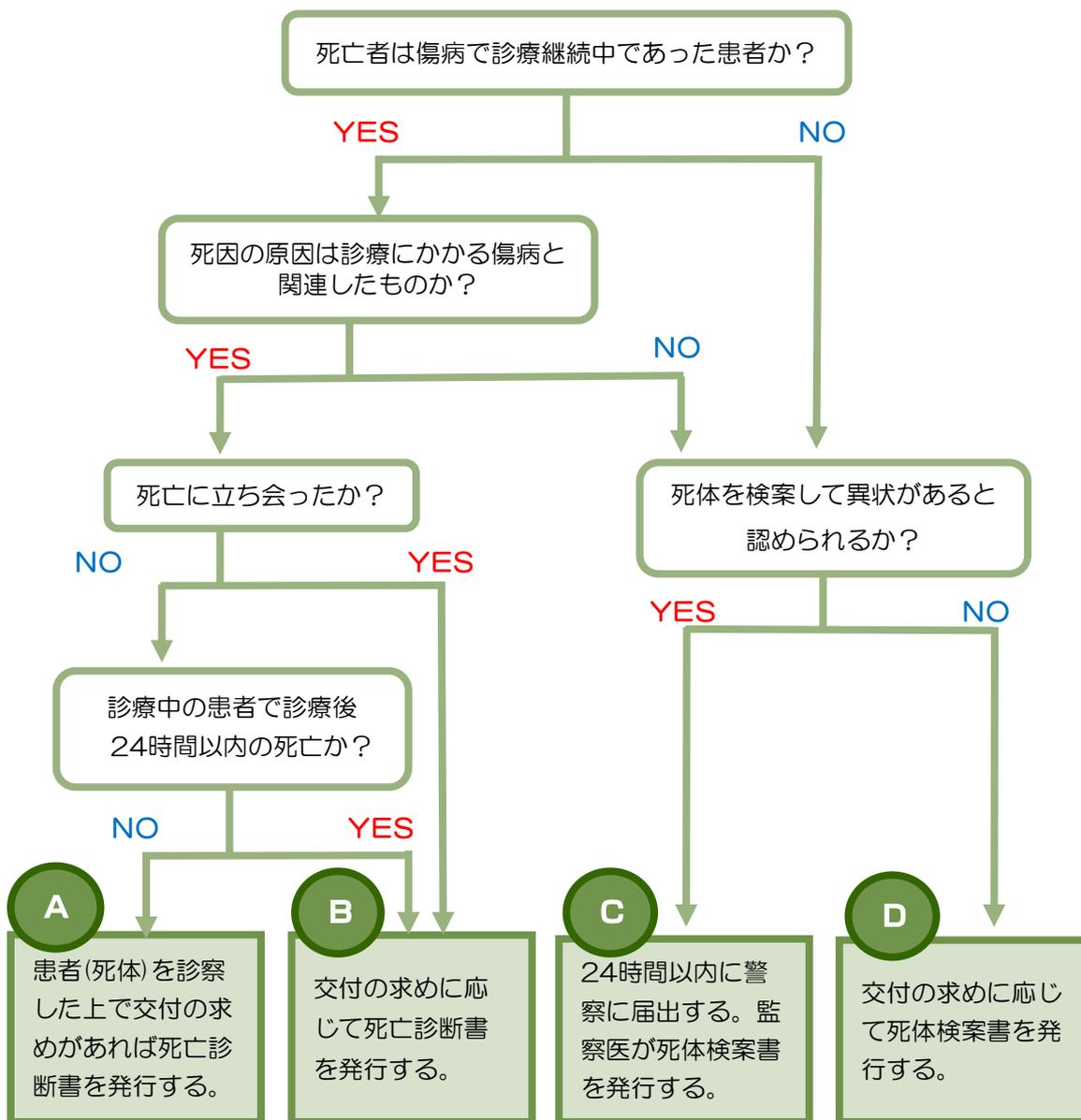
「死亡診断時の医師の立ち振る舞い方について」 ※勇美記念財団助成事業より作成
ガイドブック完全版はこちら

勇美一般2013

検索



患者死亡時の対応について



② 主治医(かかりつけ医)以外の医師が死亡診断(もしくは死体検案)したとき

在宅療養患者さんの看取りで、患者さんが息を引きとった(心肺停止状態)のときに、主治医(かかりつけ医)以外の医師が応招して死亡を診断した場合には、**死亡診断に立ちあった医師**が死亡診断書(もしくは死体検案書)を作成することになります。

患者さんの死亡を診断した際には発行する死亡診断書もしくは死体検案書(死亡届に付されている死亡診断書)は、あくまで死亡診断に立ち会った医師が作成し、その写しを診療録と共に保管します。

後日、法定相続人から請求された死亡診断書の再発行や死亡証明書の発行、あるいは区役所や法務局からの指摘等による死亡診断書の訂正などを行う場合は、死亡診断に立ち会った医師以外の医師が書類の作成を行ってもかまいません。

死亡診断書には診断年月日と発行年月日を記載するようになっていきますので、再発行の際には請求に応じてその発行年月日と医師名を記載します。

③ 在宅で救急要請をした場合

在宅で看取りを希望していた患者さんが息を引きとった場合に、家族や介護者等の周囲の者が慌ててしまい、はからずも119番通報により救急要請をする場合があります。

慌てて救急要請をしてしまっても、同時に主治医（かかりつけ医）にも連絡を取って往診を依頼することが出来れば、家族や介護者等の周囲の者が「慌てて救急要請をしてしまった。主治医（かかりつけ医）が往診（看取り）をすることになっているので、病院搬送は必要ない。」との旨を要請現場に到着した救急隊に伝えることで、望まない病院搬送を回避できる場合があります。

こぼれ話

● 救急隊員の仕事 — A在宅医から —

自宅でのお看取りというのは、医学やケアの知識がある医療者であっても大変なのに、医療に携わった経験がない方が、自宅で死を目の前にした人をケアし、死を受容するのは大変なことと思います。

死が近い場合、ご家族にはこれから起こりうる事をお話し、急変した場合も慌てずにはまず訪問看護師に電話するようにお話ししておきます。また心臓マッサージ等の延命措置をしない意思表示をしている場合には、救急車を呼ばないように話しておきます。消防法で定められた救急業務は救命を前提としており、DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）指示の場合でも蘇生措置をしなくてはならず、呼ばれた救急隊員が本人・ご家族の希望との板挟みになったり、残されたご家族に悔いが残ったりするからです。

最近では東京消防庁などがこのような事態を減らすべく対策を講じているようですが、まだ一般的ではなく、現時点では救急隊員は蘇生措置を行わなくてはならないのが現状です。

● 警察は出動するとけつて戻らない — B在宅医から —

施設に入所している身寄りのない末期がん患者のお看取りを頼まれて在宅医療を開始していた。最期の時が近づき訪問頻度を増やしていたが、日曜日の早朝7時頃に訪問看護師さんから急変の連絡が入った。施設に駆けつけると部屋の前に制服の警察官が立っていて「刑事が来るまで中には入れません。」と言う。施設職員がびっくりして110番通報をしたらしい。刑事さんが3人くらい来て事件や事故の可能性がないかなど調べはじめたが、日曜の早朝にもかかわらず30分もしないうちに市役所を通して東京に身寄りがあることを調べあげ、検死の許可をもらっていた。その後検死に立ち会って髄液や心臓の中の血液を採取した。したがって死亡診断書の文字を二縦線で消して死体検案書を作成した。それ以後は、最期が近づくと家族や施設職員に「びっくりして警察に通報しないで下さい。」と時々アドバイスするようにしています。

④ 死亡診断書(死体検案書)作成の要点

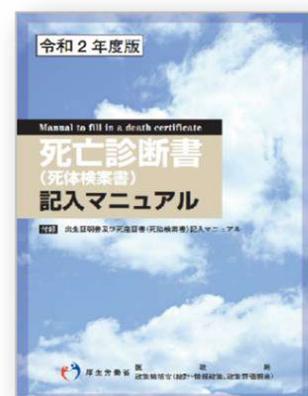
- a. 死亡診断書(死体検案書)は、①人間の死亡を医学的・法的に証明する。②我が国の死因統計作成の資料となる。という二つの大きな意義を持っています。また、実務的には患者さんの除籍(戸籍抹消)と火葬許可に必要です。
- b. 死亡診断書(死体検案書)に記載する死亡時刻は、実際に医師が応招して死亡診断をした時刻ではなく、看取りの状況やご家族の思いなどを考慮して、家族や介護者等によって患者さんが息を引きとったことを確認した時刻を取り入れることもできます。しかしながら、相続・保険・年金等まつわる事件等に巻き込まれないためには、家族からの情報提供のみで診断書を作成することは、極力避けたいものです。なお、死亡時刻を〇時〇分(頃)あるいは、〇時〇分(推定)と記載することもできます。
- c. 死亡診断書(死体検案書)に医師による作成者本人の署名がある場合は、押印は必要はありません。
- d. 標題の「死亡診断書(死体検案書)」や最下段の「上記のとおり診断(検案)する」「診断(検案)年月日」「本診断書(検案書)発行年月日」の文字は、不要なものを二重の横線で消します。二重の横線で消す意味は選択であるので、押印は必要ありません。
- e. 死亡診断書(死体検案書)は、歯科・口腔外科疾患により死亡した場合に限って歯科医師が作成することができますが、歯科医師は医師と異なり死体検案書を作成することはできません。

※札幌市医師会「在宅医療ハンドブック2020 在宅での看取りにあたって～死亡診断書作成の留意点～」
P34-37より 転載

⑤ 死亡診断書の発行

令和2年度版 死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/>



7

知っておきたい制度・診療報酬

1) 医療保険と介護保険について

① 介護保険の給付対象は、第1号被保険者と第2号被保険者に分けられます

第1号被保険者 → 65歳以上で介護が必要であると「認定」を受けた者。

第2号被保険者 → 医療保険に加入している40歳～64歳で、以下の特定疾病が原因で介護が必要であると「認定」を受けた者。

介護保険で対象となる病気 (特定疾病には、16種類が指定されています)

- がん (※医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)
- 筋萎縮性側索硬化症(ALS)
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗しょう症
- 多系統萎縮症
- 初老期における認知症
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
- 関節リウマチ
- 慢性閉塞性肺疾患
- 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

② 医療保険給付より介護保険給付が優先されます

医療保険のリハビリは、病気を治療するためのもので、介護保険のリハビリは、その人にとって必要であれば受けられるという特徴があります。これまで医療保険でリハビリを受けていた人が要介護認定を受けたときは、介護保険のリハビリに変わってしまいます。

③ 原則として医療保険と介護保険の併用はできません

介護保険サービス利用中の保険診療は認められていません。例えば、デイサービス利用中に急病の場合は、デイサービスの利用を中止し、帰宅した上で往診又は医療機関を受診していただくこととなります。しかし、以下のような場合は併用することが可能です。

医療保険と介護保険の併用可能な例

例1	例2	例3
介護保険のリハビリを受けている人が、別の病気になり新たに医療保険でのリハビリが必要になった場合	医療保険と介護保険のリハビリの実施月が異なる場合	末期がんなどの特定の難病で医療と介護の両面からのサポートが必要であると判断された場合

2) 在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院

24時間体制等の一定の要件を整えて北海道厚生局へ申請すると在宅療養支援診療所（在宅療養支援病院）となることができます。※在宅療養支援病院は200床未満、または半径4km以内に診療所がないなどの要件があります。

在支診・在支病の主な要件

- 24時間連絡を受ける医師または看護職員を指定
- 24時間往診・訪問看護ができる体制の確保
- 連絡先と担当医師・看護師の氏名などを患家に文書で提供
- 緊急時の入院体制の確保
- 年1回、在宅看取り数等を厚生局へ報告
- 連携先の医療機関・訪問看護等への情報提供

在宅療養支援診療所の施設基準を取得するためには上記の要件を整える必要がありますが、在宅時医学総合管理料や往診、看取り報酬など、高い点数で算定できます。

機能強化型在宅療養支援診療所(機能強化型在宅療養支援病院)

一般の在支診・在支病より体制を強化した診療所で“単独型”と複数の医療機関と連携する“連携型”があります。

施設基準：在支診・在支病の要件に以下を追加したもの

施設

単
独
型

- a) 在宅医療を担当する常勤医師3名以上
- b) 過去1年の緊急往診10件以上
- c) 過去1年の看取り実績 または 超・準超重症児の医学管理実績4件以上

基
準

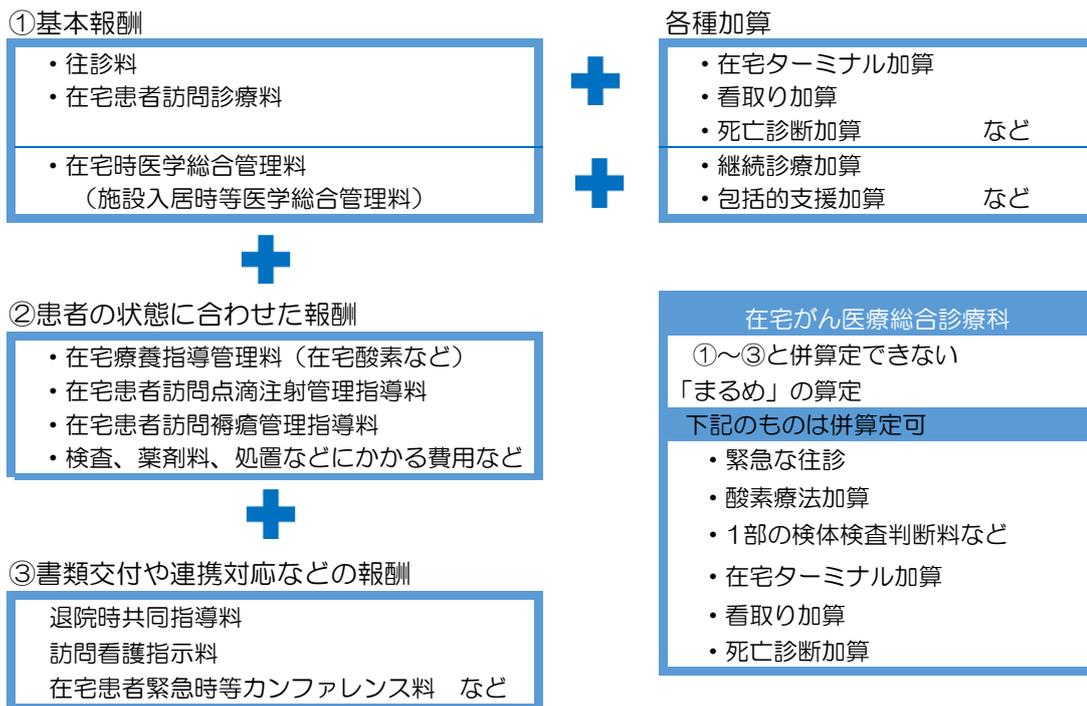
連
携
型

- a) 在宅医療を担当する常勤医師が連携内で3名以上
- b) 過去1年間の緊急往診の実績が連携内で10件以上、各医療機関で4件以上
- c) 過去1年間の看取り実績が連携内で4件以上
- d) 各医療機関で過去1年の看取り実績 または超・準超重症児の医学管理実績2件以上

3) 在宅医療の診療報酬 (医療保険)

(1) 在宅医療の診療報酬の構造

在宅医療の基本報酬となるのは、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料）です。基本報酬の他に患者の状態に応じた報酬、さらには書類関連や連携対応などの報酬も算定できます。



往診料 と 在宅患者訪問診療料

	往診料	在宅患者訪問診療料
内容	患者の症状の変化の応じ要請を受け臨時に訪問	定期的/計画的な患者への訪問
同意書等の作成	同意書の作成必要なし	同意書の作成と診療録への添付 カルテ記載：訪問診療の計画及び診療内容の要点。開始/終了時間、診療場所、次回診療予定を明記
同一建物居住者の概念	なし	あり
訪問回数	回数の制限はなし	原則として週3回まで 「厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）」(P34)、急性増悪は除く
算定回数	1日に2回以上算定可	1日に1回のみ算定

※同一日に訪問診療と往診を行っても、いずれかの一方向の点数の算定。但し、訪問診療後に病状急変した場合などは往診料を算定できる。

厚生労働大臣が定める疾病等(別表第7)

①末期の悪性腫瘍	⑨パーキンソン関連疾患	⑫亜急性硬化性全脳炎
②多発性硬化症	(a) 進行性核上性麻痺	⑬ライソゾーム病
③重症筋無力症	(b) 大脳皮質基底核変性症	⑭副腎白質ジストロフィー
④スモン	(c) パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡまたはⅢ度)	⑮脊髄性筋萎縮症
⑤筋萎縮性側索硬化症		⑯球脊髄性筋萎縮症
⑥脊髄小脳変性症		⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎
⑦ハンチントン病	⑩多系統筋萎縮症	⑱後天性免疫不全症候群
⑧進行性筋ジストロフィー症	(a) 線条体黒質変性症	⑲頸髄損傷
	(b) オリーブ橋小脳萎縮症	⑳人工呼吸器を使用している状態(ASVは含まれない)
	(c) シャイ・ドレーガー症候群	
	⑪プリオン病	

往診料の点数比較表

区分	在支診・在支病 以外	在支診・在支病	機能強化型在支診・在支病	
			病床無	病床有※1
昼間	720点			
診療従事中の緊急往診	1045点	1370点	1470点	1570点
夜間(18時～8時、深夜除く)	1370点	2020点	2220点	2420点
休日(日・祝日、12/29～1/3)				
深夜(22時～6時)	2020点	3020点	3220点	3420点
患家診療時間加算 (1時間を超えた場合30分又はその端数を増すごと)	+100			
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算※2	—	—	+100	+100
死亡診断加算	+100			
在宅療養実績加算1	—	+75	—	—
在宅療養実績加算2	—	+50	—	—

※1 自院で病床を有している場合の他に、有床診又は病院が参加して強化型・連携型支援診・病院の届出をしている場合、連携内の医療機関(無床診も含む)は「病床有」の点数を算定できる。

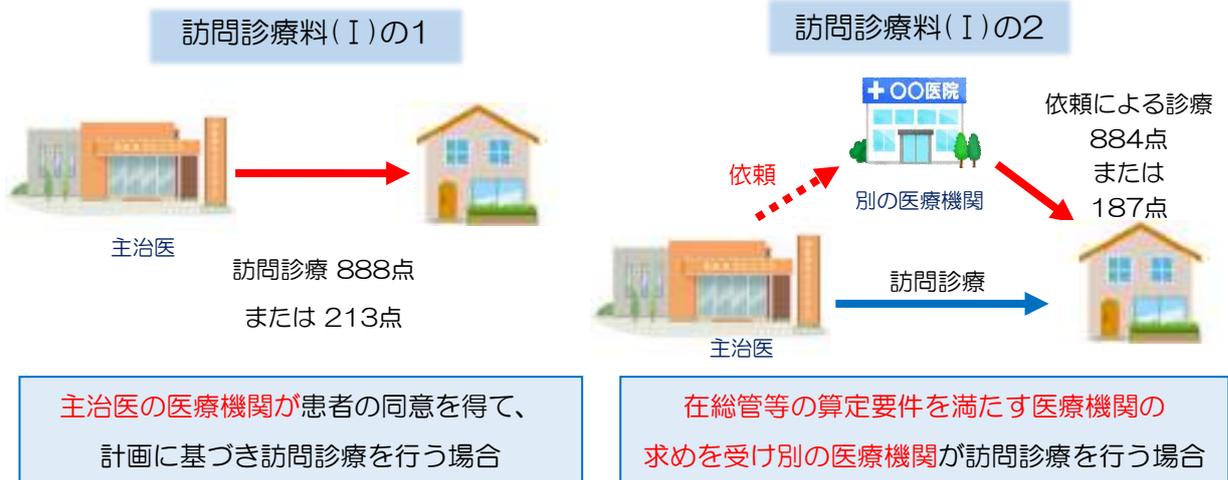
※2 機能強化型在支診・在支病で緊急往診や看取り実績、オピオイド系鎮痛薬の患者自己注射の指導・実施実績などの要件を満たした場合、算定できる

在宅療養実績加算の要件(在支診・在支病)

在宅療養実績加算1	在宅療養実績加算2
過去一年間の緊急往診の実績が10件以上、かつ在宅看取り実績が4件以上	<ul style="list-style-type: none"> 過去一年間の緊急往診の実績が4件以上、かつ在宅看取り実績が2件以上 緩和ケアに係る適切な研修を修了している医師の常勤

在宅患者訪問診療料

●在宅患者訪問診療料（Ⅰ）	（Ⅰ）の1	（Ⅰ）の2
同一建物居住者以外の場合	888点	884点
同一建物居住者の場合	213点	187点



複数の医療機関が行う訪問診療のイメージ

【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1と在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2】

褥瘡や眼・鼻・泌尿器・呼吸器・緩和ケアなど、専門外の疾患へのコンサルタント依頼や副主治医との併診などの利用が考えられます。

※但し、主治医の訪問診療に他の保険医療機関の医師が同行した場合は、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2ではなく、往診料の算定になります。



● 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）：他の医療機関へ依頼

イ、ロ	150点
-----	------

訪問診療料(Ⅱ)のイ

(主治医医療機関＝併設医療機関)



訪問診療
150点

有料老人ホーム等に併設されている医療機関が患者の同意を得て、計画に基づき訪問診療を行う場合

訪問診療料(Ⅱ)のロ

(主治医医療機関＝併設医療機関ではない)



依頼による訪問診療
150点

計画に基づき医学管理を行う他の医療機関の求めを受け併設されている医療機関が訪問診療を行う場合

● 「同一建物居住者」の考え方

同一建物において1日あたりの訪問診療の提供人数が1名の場合は「同一建物居住者以外」、2名以上の場合は「同一建物居住者」の扱いになる

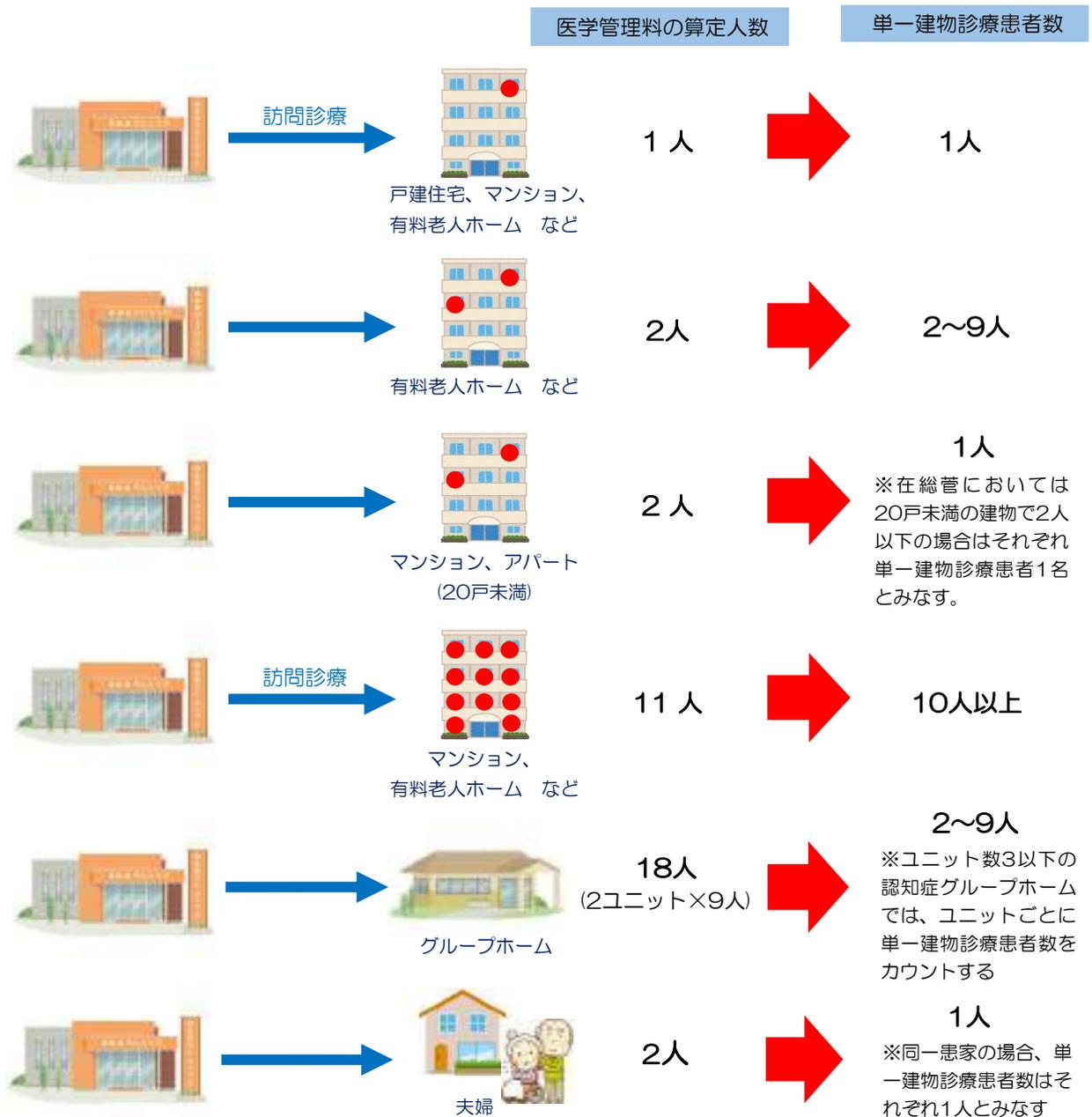
施設	1日の訪問診療の提供人数	診療報酬
戸建て	1人	同一建物居住者以外 888点または884点
夫婦	2人	同一建物居住者以外 888点または884点 (いずれかのみ) ※他方は再診料(72点)を算定
マンション、 有料老人ホームなど	1人	同一建物居住者以外 888点または884点
マンション、 有料老人ホームなど	2人以上	同一建物居住者 213点または187点

＜「同一建物居住者」として扱わないケース＞

- ① 往診
- ② 死亡日から遡って30日以内の患者
- ③ 末期の悪性腫瘍と診断された後に、訪問診療を開始した60日以内の患者

● 「単一建物(診療患者数)」について

単一建物診療患者数は、同一建物において当月に在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料を算定した人数によって、「1人」「2～9人」「10人以上」の3段階に分かれ、患者数が多いほど点数は低くなる。



在宅時医学総合管理料(在総管)と施設入居時医学総合管理料(施設総管)

算定要件

- ・在宅療養計画書の作成、計画に基づいた月1回以上の計画的な訪問診療等が必要
- ・「訪問診療の頻度」「患者の重症度」「単一建物診療患者数」に応じて点数を設定
- ・当該患者に対して主として診療を行っている1つの医療機関が算定する
- ・一部の医学管理料や在宅療養指導管理料、処置料などは包括される
(処方箋料など投薬費用も包括)

訪問診療と在総管・施設総管の算定対象患者の居住場所

	在宅患者訪問診療料	医学総合管理料
戸建住宅	○	在宅時医学総合管理料
マンション(分譲・賃貸)、アパート	○	在宅時医学総合管理料
サービス付き高齢者向け住宅	○	施設入居時医学総合管理料
有料老人ホーム	○	施設入居時医学総合管理料
認知症高齢者グループホーム	○	施設入居時医学総合管理料
軽費老人ホーム(A型)	○	施設入居時医学総合管理料
軽費老人ホーム(B型)	○	施設入居時医学総合管理料
軽費老人ホーム(ケアハウス)	○	在宅時医学総合管理料
養護老人ホーム	○	施設入居時医学総合管理料
(看護)小規模多機能型居宅介護	△ ※1	在宅時医学総合管理料
特別養護老人ホーム	△ ※2	施設入居時医学総合管理料
短期入所生活介護	△ ※2	施設入居時医学総合管理料
介護老人保健施設	×	—
介護療養型医療施設	×	—
介護医療院	×	—

※1 宿泊日に限り、サービス利用前30日以内に在宅患者訪問診療料、在総管(施設総管)などを算定した医療機関の医師のみ、サービス利用開始後30日まで(末期の腫瘍患者を除く)算定可能
 ※2 死亡日から遡って30日以内の患者または末期の悪性腫瘍患者に限る。短期入所生活介護の場合は、サービス利用前30日以内に在宅患者訪問診療料、在総管(施設総管)などを算定した医療機関の医師のみ、サービス利用開始後30日まで(末期の悪性腫瘍患者を除く)算定可能

在総管と施設総管における「厚生労働大臣が定める疾病等の状態」(別表8の2)

次に掲げる疾患に罹患している患者
<ul style="list-style-type: none"> ・末期の悪性腫瘍 ・指定難病 ・スモン ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡
次に掲げる状態の患者
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態 ・在宅血液透析を行っている状態 ・在宅酸素療法を行っている状態 ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態 ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態 ・在宅自己導尿を行っている状態 ・在宅人工呼吸を行っている状態 ・植込型脳、脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態 ・肺高血圧症であってプロスタグランジン I₂に製剤を投与されている状態 ・気管切開を行っている状態 ・気管カニューレを使用している状態 ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

在宅時医学総合管理料(在総管)・施設入居時医学総合管理料(施設総管)の点数比較表

項目			在支診・在支病 以外	在支診・在支病	機能強化型在支診・在支病		
					病床無	病床有※1	
在宅時医学 総合管理料	月2 回以上	厚労大臣が 定める状態	単一建物患者1人	3450点	4600点	5000点	5400点
			2～9人	2835点	3780点	4140点	4500点
			10人以上	1800点	2400点	2640点	2880点
		通常	1人	2750点	3700点	4100点	4500点
			2～9人	1475点	2000点	2200点	2400点
			10人以上	750点	1000点	1100点	1200点
	月1回	1人	1760点	2300点	2520点	2760点	
		2～9人	995点	1280点	1380点	1500点	
		10人以上	560点	680点	720点	780点	
	在宅緩和ケア充実 診療所・病院加算	1人	—	—	—	+400	
		2～9人	—	—	—	+200	
		10人以上	—	—	—	+100	
	在宅療養実績加算1	1人	—	+300	—	—	
		2～9人	—	+150	—	—	
		10人以上	—	+75	—	—	
在宅療養実績加算2	1人	—	+200	—	—		
	2～9人	—	+100	—	—		
	10人以上	—	+50	—	—		
施設入居時 医学総合管 理料	月2 回以上	厚労大臣が 定める状態	単一建物患者1人	2450点	3300点	3600点	3900点
			2～9人	2025点	2700点	2970点	3240点
			10人以上	1800点	2400点	2640点	2880点
		通常	1人	1950点	2600点	2900点	3200点
			2～9人	1025点	1400点	1550点	1700点
			10人以上	750点	1000点	1100点	1200点
	月1回	1人	1280点	1640点	1800点	1980点	
		2～9人	725点	920点	990点	1080点	
		10人以上	560点	680点	720点	780点	
	在宅緩和ケア充実 診療所・病院加算	1人	—	—	—	+300	
		2～9人	—	—	—	+150	
		10人以上	—	—	—	+75	
	在宅療養実績加算1	1人	—	+225	—	—	
		2～9人	—	+110	—	—	
		10人以上	—	+56	—	—	
在宅療養実績加算2	1人	—	+150	—	—		
	2～9人	—	+75	—	—		
	10人以上	—	+40	—	—		
在宅がん医 療総合診療 科	処方箋を交付		—	1495点	1650点	1800点	
	処方箋を交付しない		—	1685点	1850点	2000点	
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		—	—	+150	+150	
	在宅療養実績加算1		—	+110	—	—	
	在宅療養実績加算2		—	+75	—	—	
退院時共同指導料1（診療所のみ算定可）			900点	1500点			
在宅患者緊急入院診療加算（入院点数・有床のみ）※2			2500点、2000点、1000点いずれか				

※1 自院で病床を有している場合の他に、有床診又は病院が参加して強化型・連携型支援診・病院の届出をしている場合、連携内の医療機関（無床診も含む）は「病床有」の点数を算定できる

※2 在宅で在総管と施設総管のいずれかを入院月または前月に算定していたが急性増悪のために入院してきた患者に算定する

①機能強化型の在支診・在支病院、または在宅療養後方支援病院で受け入れた場合は2500点

②その他の連携医療機関の受け入れの場合は2000点、①②以外は1000点

各種加算

1) 自宅での看取りに関する加算

- 在宅ターミナル加算：在宅患者訪問診療料 (I)-1 (II)-イのみ
死亡日および死亡日前14日間以内の計15日間に2回以上の往診または訪問診療を実施した際に算定
往診または訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合にも算定できる
- 看取り加算
事前に患者や家族に対して十分な説明を行った上、死亡日当日に往診または訪問診療を行い患者を患家で看取った場合に算定
- 死亡診断加算
死亡日当日に往診または訪問診療を行い、死亡診断を実施した場合に算定(看取り加算との併算定は不可)

2) 在宅患者訪問診療料の加算

項目		在支診・在支病 以外	在支診・在支 病	機能強化型在支診・在支病	
				病床無	病床有※1
在宅患者 訪問診療 料(I)1	在宅ターミナルケア加算	3500点	4500点	5500点	6500点
	在宅ターミナルケア加算(II-イ)	3200点	4200点	5200点	6200点
	看取り加算	3000点	3000点	3000点	3000点
	死亡診断加算	200点	200点	200点	200点
	酸素療法加算	+2000	+2000	+2000	+2000
	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	—	—	+1000	+1000
	在宅療養実績加算1	—	+750	—	—
	在宅療養実績加算2	—	+500	—	—
往診翌日までの算定		×	○	○	○

※1 自院で病床を有している場合の他に、有床診又は病院が参加して強化型・連携型支援診・病院の届出をしている場合、連携内の医療機関(無床診も含む)は「病床有」の点数を算定できる

3) 在総管・施設総管の加算

- 継続診療加算(在支診以外の診療所)：216点(月1回)
在支診の届け出をしていない診療所が、外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した場合に評価するもの
24時間の連絡・往診体制、訪問看護、緊急時連絡方法の要件あり
- 包括的支援加算：150点(月1回)
通院が特に困難な患者や、関係機関との連携が必要な患者への在宅医療の評価
「厚生労働大臣が定める状態」(特掲診療科の特設基準等別表第8の3)に該当する場合

包括的支援加算における「厚生労働大臣が定める状態」(特掲診療科の施設基準等別表8の3)

- ・要介護2以上に相当する患者
- ・認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡb以上の患者
- ・月4回以上の訪問看護を受けている患者
- ・訪問診療時又は訪問看護時に注射や処置を行っている患者
- ・特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- ・医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

- 在宅移行早加算：100点(月1回、3回まで)
入院患者が退院して在宅医療に移行後、在総管・施設総管の算定開始から3ヵ月以内、月1回、計3回まで加算できる
- オンライン在宅管理料（在総管のみ）：100点
訪問診療とは別の日にビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた診察による医学管理を行った場合に、在総管の「月1回」の点数に加算できる
- 頻回訪問加算：600点（月1回）
「厚生労働大臣が定める状態」（特掲診療科の特設基準等別表第3の1の2）の患者に、月4回以上の往診または訪問診療を行った場合に加算できる

「厚生労働大臣が定める状態」(特掲診療科の特設基準等別表第3の1の2)

1. 末期の悪性腫瘍患者（在宅がん医療総合診療科を算定している患者を除く）
2. ①であって、②または③の状態である患者
 - ①
 - ・在宅自己腹膜還流指導管理
 - ・在宅血液透析指導管理
 - ・在宅酸素療法指導管理
 - ・在宅中心静脈栄養法指導管理
 - ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - ・在宅人工呼吸指導管理
 - ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理
 - ・在宅自己疼痛指導管理
 - ・在宅肺高血圧症患者指導管理
 - ・在宅気管切開指導管理
 - ② ドレーンチューブまたは留置カテーテル（胃瘻カテーテルは含まない）を使用している状態
 - ③ 人工肛門または人工膀胱を設置している状態
3. 居宅において療養を行っている患者であって、2の①に掲げる指導管理を2つ以上行っている患者

在宅療養指導管理料

- 在宅において、自己注射や在宅酸素療法、人工呼吸など特定の医療行為を継続して行う必要性がある場合に算定
- 療養上必要な事項についての適切な指導・医学管理と、必要十分な量の衛生材料や医療保険材料の支給が必要となる
- 29項目の管理料があり、一人の患者に複数の在宅療養指導管理を行っていても、主な管理料の一つしか算定できない

4) 在宅医療の介護報酬(介護保険)

医師が、介護支援専門員（ケアマネジャー）に対してケアプラン作成等に必要な情報提供を行い、利用者にサービス利用上の留意点や介護方法等についての指導・助言を行った場合に、算定できます。

居宅療養管理指導費（1月2回を限度）		在宅時(施設入居時) 医学総合管理料	
		(Ⅰ) 算定なし	(Ⅱ) 算定あり
単一建物居住者数	1人	514単位	298単位
	2～9人	486単位	286単位
	10人以上	445単位	259単位

5) 在宅医療に必要な届出

- 在宅医療で算定する報酬によっては、施設基準を満たして届け出が必要となります。
 診療報酬：北海道厚生局
 介護報酬：北海道国民健康保険団体連合会

主な特掲診療料にかかわる届出

- * 届出様式は厚生労働省のホームページ等よりダウンロードできます。
 - 在宅時（施設入居時）医学総合管理料：様式19（※在宅診・在宅支でなくても届出可能）
 - 在宅療養支援診療所（病院）：様式11（様式11の2）
 - 単独機能強化型在宅療養支援診療所：様式11、様式11の3
 ” （病院）：（様式11の2、様式11の3）
 - 連携機能強化型在宅療養支援診療所：様式11、様式11の3、様式11の4
 ” （病院）：（様式11の2、様式11の3、様式11の4）
 - がん性疼痛緩和指導管理料：様式5の2
 - 在宅がん医療総合診療科：様式20
 - 在宅療養実績加算1、2診療所（病院）：様式11、様式11の5（様式11の2、様式11の5）

訪問診療をこれから始める先生にとって、届け出の仕方や保険請求などわからないことも多いと思います。そんなときには、このハンドブックに執筆している先生方に気軽にお尋ねください。

ワンポイントアドバイス

— B在宅医から —

在宅医療を行う上で大事なことや請求の具体例など、全国保険医団体連合会からだされている「在宅医療点数の手引き」を1冊購入して座右に置くことをお薦めします。



在宅医療点数の手引 2020年版

参考・引用文献

5. 在宅医療に取り組む

- 1) 訪問診療と往診の違い
- 2) 在宅医療の対象者
 - 1) 2) ・全国保険医団体連合会 「在宅医療点数の手引き 診療報酬と介護報酬 2018年度改訂版」
- 3) 訪問診療の始め方
- 4) 訪問診療開始までに必要なこと
- 5) 初回診療で行うこと
 - 3) ~5) ・公益財団法人 在宅医療助成 優美記念財団 「在宅医療テキスト」
 - ・大石佳能子(監) 荒木庸輔、村上典由(著)：日経ヘルスケア(編)「在宅医療 経営・実践テキスト」CHAPTER4 事例で見る実践のポイント：基本編
 - ・「在宅医ココキン帖」市橋亮一、紅谷浩之、竹之内盛志(編)：へるす出版
 - ・第2期 2018年度 東京在宅医療塾 「第1回在宅医療はじめの一歩・あす訪問にでかけよう」
 - 5) ・国立長寿医療研究センター「私の医療に対する希望(終末期になったとき)」
- 7) 多職種との関係構築
 - ・公益財団法人 在宅医療助成 優美記念財団 「在宅医療テキスト」
 - ・大石佳能子(監) 荒木庸輔、村上典由(著)：日経ヘルスケア(編)「在宅医療 経営・実践テキスト」CHAPTER4 事例で見る実践のポイント：基本編

6. 終末期医療では

- 4) 在宅での看取りについて
 - (1) ・訪問診療終末期【※臨終間近のケア・死亡時のケア】
 - ・公益財団法人 在宅医療助成 優美記念財団 「在宅医療テキスト」
 - ・緩和ケア普及のための地域プロジェクト「これからの過ごし方について」
 - ・日下部明彦「地域における死亡診断時の医師の立ち振る舞いについてのマニュアル(パンフレット版)」
 - (2) 死亡診断書作成について
 - ・鈴木研一(文責)：札幌市医師会「在宅医療ハンドブック2020 在宅での看取りにあたって～死亡診断書作成の留意点～」

7. 知っておきたい制度・診療報酬

- 2) 在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院
- 3) 在宅医療の診療報酬(医療保険)
- 4) 在宅医療の介護報酬(介護保険)
 - 2) ~4) ・全国保険医団体連合会 「在宅医療点数の手引き 診療報酬と介護報酬 2018年度改訂版」
 - ・栗林令子(監)：医学通信社「訪問診療・訪問看護のための在宅診療報酬Q&A 2020- 21年版」
 - ・札幌市医師会「在宅医療ハンドブック2020 2020年度(令和2年度)診療報酬改定」
 - 3) ・第2期 2018年度 東京在宅医療塾 「第1回在宅医療はじめの一歩・在宅医療の診療報酬体系(総論)」

訪問診療同意書

(個人情報の取り扱いに関する同意書)

〒〇〇〇-〇〇〇〇
苫小牧市〇〇町〇丁目〇番〇〇号
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
TEL 0144-〇〇-〇〇〇〇/FAX 0144-〇〇-〇〇〇〇

訪問診療並びに在宅訪問診療計画の内容について説明を受け、〇〇医院に在宅での訪問診療を行っていただくことに同意いたします。また、連携医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業者等に私の療養支援に必要な情報を提供することにも同意いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

家族氏名(代表者) _____ 印

在宅療養計画書

令和 年 月 日

今後の訪問診療については以下のとおり計画的に実施させていただきます。

なお、ご質問、ご相談等がございましたらご遠慮なくお尋ねください。

〇〇〇〇 〇〇〇〇医院 院長 〇〇 〇〇

患者氏名				生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	(歳)
病名	1								
	2								
	3								
病状等の状況	1 主病経過の状況								
	2 体温、脈拍、排尿、便秘、食事等の状況及び処置の概要								
	3 主な検査成績								
	4 ADLの状況(日常生活全般)								
	5 その他(特記事項)								
他の医療機関への受診状況									
本人の意向									
家族の意向									
訪問計画									
療養改善目標			治療方針						
個別指針	1.安静					4.排せつ			
	2.清潔					5.その他			
	3.食事					(特殊薬品)			
訪問計画/その他療養上の対策			問題点						
緊急連絡先	平日					TEL			
	時間外 土日祝日					TEL			

終末期医療に関する事前確認書

終末期とは

「生命維持処置を行わなければ比較的短期間で死に至るであろう、不治で回復不能の状態」のことです

あなたの容態が悪くなった時には、ご本人、ご家族のご希望をできる限り反映できるようにと考えております。そのため、終末期ケアに対してどのようなお考えをお持ちなのか、以下の質問項目に可能な範囲で結構ですので、ご回答いただきますようお願い申し上げます。

・この希望は、いつでも変更することは可能です ・この文書に法的拘束力はありません

1. 基本的な希望

1) 痛みや苦痛について

できるだけ抑えてほしい（必要なら鎮静剤を使ってもよい）

自然にゆだねる

2) 終末期を迎えたい場所はどこですか

自宅で最期を迎えたい（急変時の搬送は希望しない）

ギリギリまで家で過ごして最期は病院で迎えたい（入院を希望する）

今はまだわからない、その時の状態で決める

3) 上記以外の基本的な希望

2. 終末期になったときの希望

- | | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ① 心臓マッサージなどの心肺蘇生 | <input type="checkbox"/> 望む | <input type="checkbox"/> 望まない |
| ② 延命のための人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 望む | <input type="checkbox"/> 望まない |
| ③ 胃ろうによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> 望む | <input type="checkbox"/> 望まない |
| ④ 胃チューブによる栄養補給 | <input type="checkbox"/> 望む | <input type="checkbox"/> 望まない |
| ⑤ 高カロリー輸液による栄養補給 | <input type="checkbox"/> 望む | <input type="checkbox"/> 望まない |
| ⑥ 抗生物質による協力的な使用 | <input type="checkbox"/> 望む | <input type="checkbox"/> 望まない |
| ⑦ 点滴による水分の保持 | <input type="checkbox"/> 望む | <input type="checkbox"/> 望まない |
| ⑧ その他の希望 | | |

3. あなたが希望する医療について判断できなくなったとき、医師が相談すべき人

氏名 _____ あなたとの関係 _____

記載日 年 月 日

あなたのお名前 _____

※この「終末期に関する事前確認書」は、国立長寿医療研究センターの「私の医療に対する希望（終末期になったとき）」を参考に作成したものです。

● 苫小牧の在宅医療の歴史 — B在宅医から —

公的医療保険制度が整い、特に高齢者が無料で医療を受けられた時期以降は、往診する医師は極めて少なかった。それでも筆者の身近にいた厚真町今野医院の今野哲夫先生や緑町田辺産婦人科の田辺信夫先生、音羽町藤田内科小児科医院の藤田信一先生など大先輩の医師たちが往診されていました。介護保険制度が創設されてご自宅で介護を受ける患者さんが増えるにつれ、次第に在宅医療のニーズが高まり川沿町吉田内科の吉田憲基先生が苫小牧の在宅医療の中心を担われていました。

苫小牧は東西に長い

市立病院から在宅医療を依頼された時、「そんなに遠くまで往診していません」と断ったことがあった。後でその患者さんを、さらに遠くの故吉田憲基先生が引き受けられたと聞いて改心し、以後苫小牧全域を在宅診療の対称とすることにしました。

担当していた患者さんがご自宅を出られて苫小牧東の端、勇払の施設に移ったことがあり、往診するだけで片道30分以上かかるので閉口していた。しかしよく考えてみると一番西側の駒澤大学付近の患者さん宅も往診するのに同じく30分ほどかかるのに、それまで何も負担に感じないで定期の訪問診療だけでなく早朝深夜の往診もしていることに気がついた。



クリニックから一番西端の患者さん宅までの間に多くの在宅患者さんを担当しているが、クリニックから東側には少なかった。慣れの問題もあるだろうし、信号機をいくつも越えて街の中を行くのと、街を出て車も人も少ない郊外の長い道をしばらく走る違いもあるのだろうと思う。札幌方面のウトナイ地区をはじめとして苫小牧東側は、新興住宅街で比較的若い方が多いためと、西側に比べると施設が少ないため在宅医療のニーズは少ない。それでも介護が必要となった高齢の家族を引き取って自宅で介護されている方もいる。

右の写真右奥が現在
苫小牧市の在宅医療の
中心を担い、筆者が協
力病院としてお世話に
なっている苫小牧勤医
協病院。この交差点を
左に曲がるとその先に、
困った時には必ず患者さ
んを引き受けて後方支
援ベットを提供してくる
日翔病院がある。



中央



西側

筆者が室蘭方面へ往診
する際は、介護保険制度が
導入された初期に苫小牧の
在宅医療の中心を担われた
故吉田憲基先生の吉田内
科(現在たかせ内科)を道路
左側に見ながら双葉三条通
を西に向かいます。

苫小牧市西側の
旧糸井地区には多く
のグループホームや
施設があり、在宅医
療のニーズは多い。



西側



とまこまい医療介護連携センターとは

医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が、いつまでも住み慣れた地域で自分らしく暮していけるよう、地域の医療と介護の連携を推進するためのコーディネート拠点として「とまこまい医療介護連携センター」が設立されました。このセンターは、苫小牧市医師会の協力のもと苫小牧保健センターが苫小牧市から委託を受けて、2017年4月に医師会館内でスタートすることとなりました。2021年4月からは苫小牧市医師会に委託運営となり、切れ目のない在宅医療と、在宅介護の提供体制の構築に努めてまいります。

また、当センターでは、在宅医療・介護連携に関する相談支援をはじめ、地域の医療・介護資源情報の提供、医療・介護関係者の研修会開催など在宅療養環境のサポートを行っております。是非ご利用いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

医療・介護サービス提供機関の掲載

当センターのホームページより、市内の医療と介護サービス機関を掲載しておりますので、ぜひご活用ください。



※トップページ

- 苫小牧市医師会所属医療機関一覧
* 訪問診療・往診を行っている医療機関
- 調剤薬局一覧
- 介護サービス・高齢者向け住居一覧
- 自宅に訪問
- 施設に通う
- 通いを中心に訪問・宿泊を組み合わせる
- 短期間の宿泊
- 福祉用具
- 施設などで受ける介護サービス
- 高齢者向け住宅

ホームページアドレス
<http://toma-renkei.jp/>



一般社団法人 苫小牧市医師会
とまこまい医療介護連携センター

相談受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00

〒053-0018 苫小牧市旭町2-4-20 苫小牧市医師会館3階

TEL **0144-37-0177**

FAX **0144-37-0178**



編集後記

いわゆる団塊の世代が75歳以上になる2025年には、国民の4人に1人が75歳以上の高齢者になるといわれています（「2025年問題」）。高齢者の医療、介護、さらには看取りの問題は喫緊の課題であり、人生の最期まで住み慣れた自宅や地域で自分らしい暮らしを送ることができるよう、医療と介護、日常生活支援などが包括的に確保される体制づくりを目的として「とまこまい医療介護連携センター」が開設されました。在宅医療は地域包括ケアシステムにおいては大きな柱の一つですが、この地域においては、在宅医療の体制が十分に整っているとはいえないのが現状です。

2021年度から苫小牧市医師会が「とまこまい医療介護連携センター」を受託運営していくことになるのを契機に、在宅医療をより一層推進させるべく、本ハンドブックを作成することになりました。地域で積極的に在宅医療を行っている先生方を中心に執筆を依頼いたしましたが、どれも読みごたえのある内容となっております。在宅医療は医師だけでできるものではなく、多職種連携が極めて重要であり、ある意味地域で行う究極の「チーム医療」であると考えさせられます。本ハンドブックにより、在宅医療に興味があったものの、とっつきにくいと感じられていた先生、在宅医療を具体的にイメージできていなかった先生、実際に在宅医療に日々関わっている多職種の方々が、在宅医療をより身近に感じていただき、それぞれのお立場で在宅医療を推進すべく取り組んでいただけるよう願っております。



苫小牧市医師会 地域福祉部
担当理事 堀田 哲也

<ハンドブック編集委員>

とまこまい医療介護連携センター

堀田 智津子

本間 啓介

伊藤 由香里

2021年4月発行

発行：苦小牧市医師会 とまこまい医療介護連携センター
〒053-0018 苦小牧市旭町2-4-20 苦小牧市医師会館
(医師会) TEL 0144-33-4720 FAX 0144-36-1774
(連携センター) TEL 0144-37-0177 FAX 0144-37-0178