

2018.6.9

金沢版在宅医療 ガイドブック

公益社団法人金沢市医師会

目次

1) はじめに.....	2
2) 総論.....	3
2-1) 人口動態や地域医療計画、地域包括ケアシステムについての一般論.....	3
2-2) 在宅医療の問題点と今後検討すべき課題、共通ルール策定を目指して	20
2-2-1) 在宅医の確保.....	20
2-2-2) 医療機関連携を含めた多職種連携と連携の支援のための医療 ICT の活用	23
2-2-3) 市民の在宅医療に対する周知	28
3) 在宅医療の事例.....	29
3-1) 新規受け入れ、褥瘡の治療など	29
3-1-1) 在宅での新規症例の受け入れ（症例 1）	29
3-1-2) 褥瘡症例の受け入れ（症例 2）	48
3-2) 各種管理料、認知症など	50
3-2-1) 各種管理料を算定する項目や算定要件指導内容等（症例 3）	50
3-2-2) 急速な進行の印象がある認知症患者について（症例 4）	55
3-3) 緩和ケア・看取り症例など	61
3-3-1) 在宅での緩和ケアについて（症例 5）	61
3-3-2) 在宅での看取りについて（症例 6）	77
3-4) 専門医の往診など.....	84
3-4-1) 皮膚科（症例 7）	84
3-4-2) 眼科（症例 8）	90
4) 付録.....	92
4-1) 在宅医療で役立つ情報先リスト	92
4-2) 保険情報 + Q&A 集	96
4-2-1) 居宅療養管理指導料について	96
4-2-1) 医療材料について	98
4-2-3) フェイスシートについて	100
4-3) ガイドブック監修 在宅医療研鑽会委員名簿	103
4-4) あとがき	104

1) はじめに

金沢市医師会が「在宅医療」を意識した事業を始めたのは比較的遅く 2015 年度からです。地域包括ケア推進委員会が設けられ、12 月にはその小委員会として、研鑽会（在宅医療推進研鑽グループ。後に在宅医療研鑽会と改称）が作られました。55 歳以下の、開業医の中では少し若い医師を、各連区から 1 名以上募り、メンバーは 29 人となりました。会の目的を「在宅医療に関する課題と解決策を提言することにより、在宅医療の質の向上及び医療機関格差の是正を図り、もって在宅医療を推進することを目的とする。また、研鑽に励み、多職種間の円滑な連携と病院地域連携室の信頼を得ることとする。」としました。2017 年度をもって研鑽会はその目的をある程度果たし、その成果を「金沢版在宅医療ガイドブック」として表し、解散することとしました。

金沢市医師会が金沢市在宅医療・介護連携支援センター（以下、いいがいネット）と行っている在宅医療推進の取り組みとしては、かなざわ在宅 ICT ネット（ICT を積極的に使用して在宅医療の連携を進めて行くグループ）、在宅医療出前講座（金沢市内の 60 全ての公民館に医師などが講演に赴き地域住民への普及啓発を行う取り組み）、在宅医療に関する市民公開講座の開催などがあり、また 2018 年には独自の在宅医療推進のポスターを制作しました。

国が在宅医療を推進する理由は、ガイドブックの中で詳細に検討されています。今までの病院崇拜と少子高齢化という社会構造の変化がもたらしたものは、医療・介護のための財源不足、病床機能の再編成、そして「地域包括ケアシステム」の必要性です。今後の在宅医療は、入院と在宅医療をうまく循環させること。真に必要な患者さんに在宅医療を集約化させるという適正化。高齢者自身の観点による自分らしい豊かな老後がすごせるように支援することなどが大切となっていきます。

この冊子は研鑽会のメンバーが忙しい時間をやり繰りして手作りした物です。内容はまず金沢市の現状を説明し、次に症例を呈示しメンバー自身の経験をもとに編集、解説したものとなっています。

このガイドブックの活用が、皆様の在宅医療の取り組みの一助となれば幸いです。

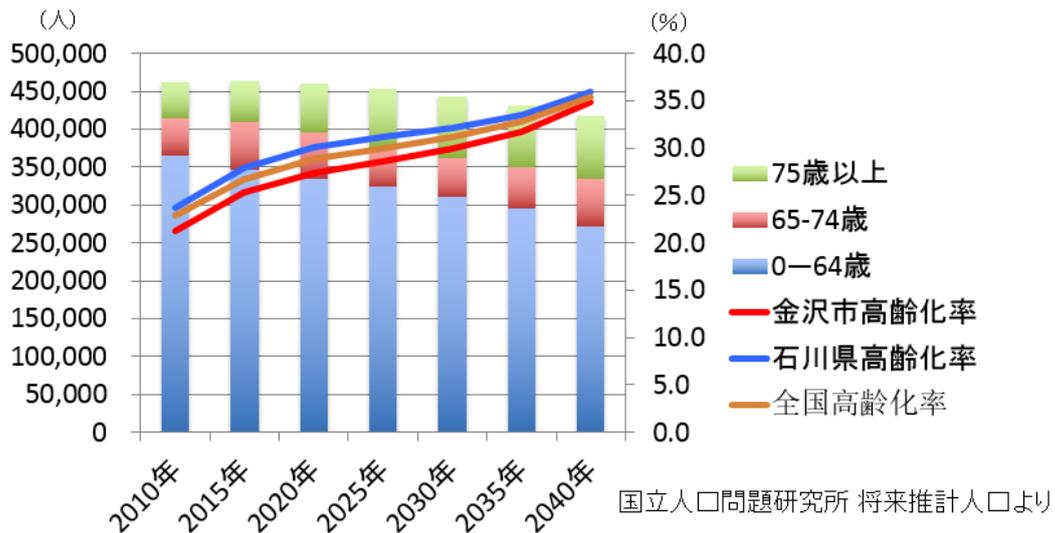
地域包括ケア推進委員会

統括 橋本 英樹

2) 総論

2-1) 人口動態や地域医療計画、地域包括ケアシステムについての一般論

金沢市の人口動態推計と高齢化率の推移(県・全国との対比)

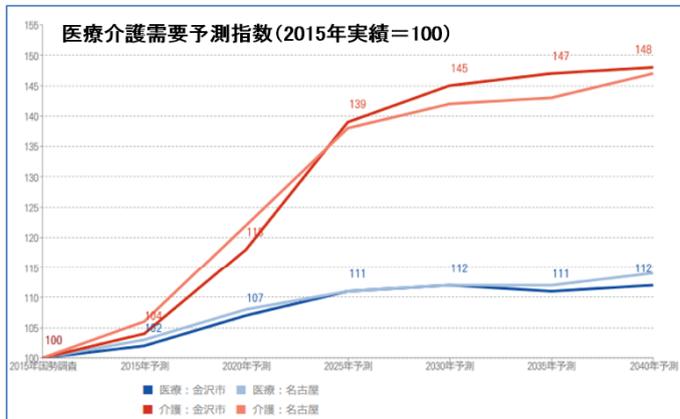


- 中核都市である金沢市における人口動態推計の予測を示す
- 他地域と同様に金沢市でも今後人口減少と高齢化が進む
- 高齢化の進展については、県内の他地域や全国平均に比して少し遅れて進む

図 1 金沢市の人口動態推計と高齢化率の推移

当市でもすでに人口減少が始まっている。また当市の高齢化率の進行についてはいわゆる大都市型となり、高齢化率は全国平均よりやや遅れて進行することが想定されている。

大都市圏型の人口動態推計をとる 金沢市の医療介護需要予測



医療介護需要予測:各年の需要量を以下で計算し、2015年の国勢調査に基づく需要量=100として指数化
 ・各年の医療需要量=14歳×0.6+15~39歳×0.4+40~64歳×1.0+65~74歳×2.3+75歳~×3.9
 ・各年の介護需要量=40~64歳×1.0+65~74歳×9.7+75歳~×87.3

地域医療情報システムによる 金沢市の医療介護の需要予測

- ・名古屋市と同様の推移を示す。
- ・2015年を基準年とした場合

	2025年	2040年
医療	1.1倍	1.1倍
介護	1.4倍	1.5倍

・ただし、医療と介護の必要度が高くなる後期高齢者の人口動態推計値が一括りとなっている点には、課題が残る。

・詳細に検討するためには、5歳階級別の人口動態推計を元にした検討が有用となるであろう。

地域医療情報システム(日本医師会)H30年3月

3

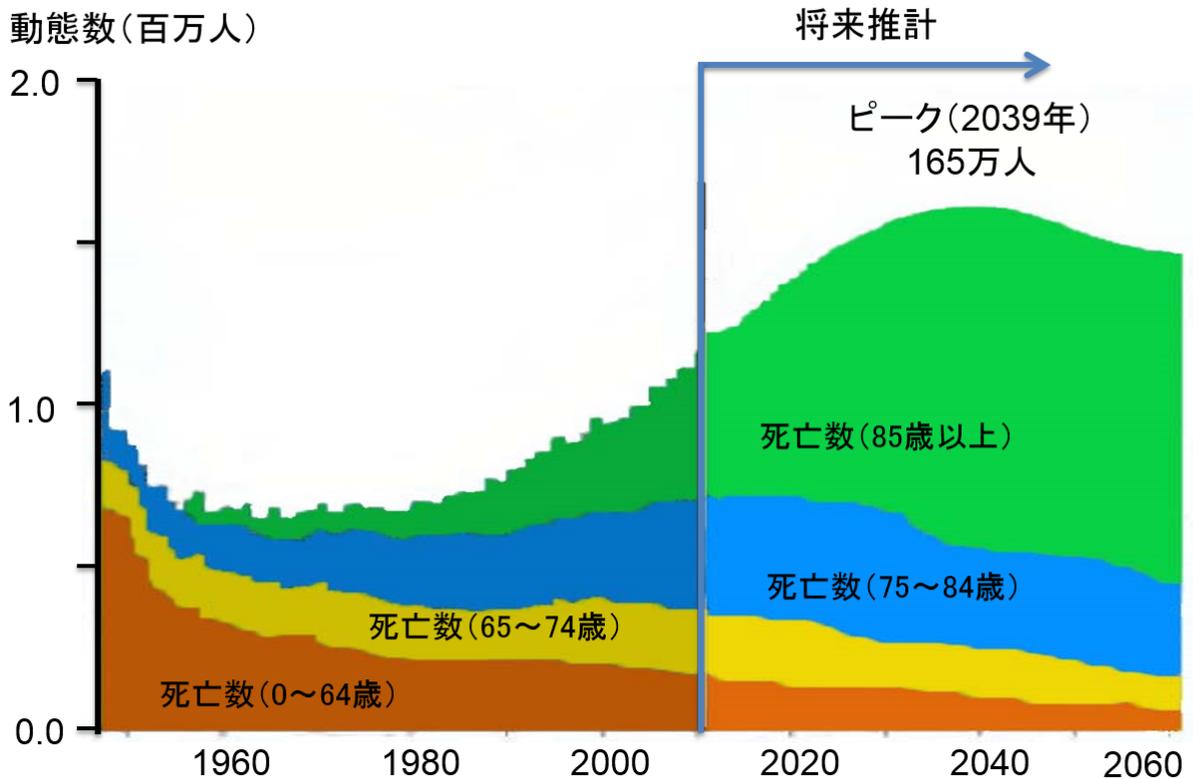
図 2 大都市圏型の人口動態推計をとる金沢市の医療介護需要予測

日本医師会地域医療情報システム(JMAP)による介護(赤線)と医療(青線)の予測を示す。JMAPの予測式が示す通り、将来の医療および介護需要予測は人口動態推計を元に行っていることがわかる。これによると、金沢市は名古屋市のような大都市型の医療介護の需要予測を示す。言い換えれば、金沢市の将来人口動態推計は大都市のそれと類似することになる。そして、医療と介護の需要度は今後も増加するが、特に介護の需要の伸びが高くなることが予想される。

また、JMAPシステムは地域の医療介護の需要予測を示すことで、地域医療の将来のあり方、医療介護連携などのあり方を地域で考えるために一定の役割を果たしたが、この予測式では75歳以上の後期高齢者数を一括りに扱っている点には留意する必要がある。

今後、金沢市における医療介護の需要予測をより詳細に行うためには、少なくとも5歳階級による人口動態推計値を元にした検討が有用となるであろう。

死亡数と死亡年齢に関する内訳



金子隆一 著 人口高齢化の諸相とケアを要する人々、社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp. 76-97.より 一部改定

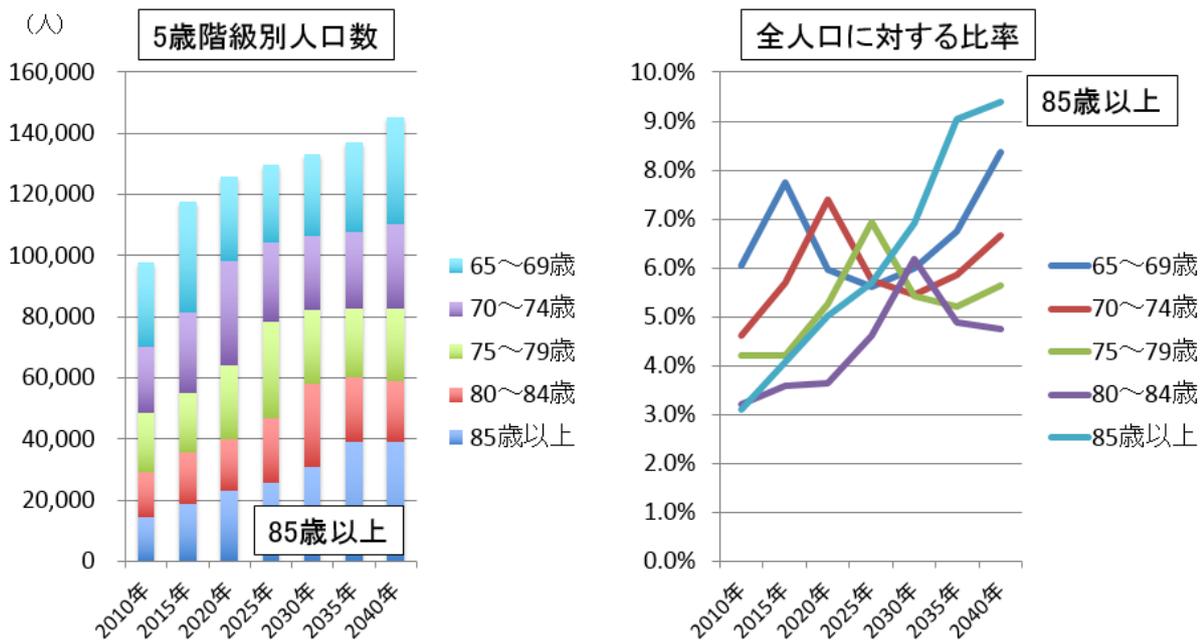
図 3 死亡数と死亡年齢に関する内訳

この国では、2040年に年間死亡数のピークを迎えることが予想されているだけでなく、さらに死亡するものの年齢がより高齢層に集積することも予想されている。

大都市型の人口動態をとることが予想されている金沢市においても、同じような状態となることが予想される。85歳以上の死亡者数が増加した場合、当然ながら医療、特に介護の需要は増すことが予想される。各地での詳細な人口動態の検討は必要となる。

また、高齢者特有の課題についても量的な対応が求められる。また、認知症の高齢者の尊厳を守ることや、人生の最後段階における医療および介護のあり方については、医療介護を提供する側あの課題だけでなく、患者・市民への理解や協力が必要となる。国民的な理念の共有には時間がかかる。持続可能な医療・介護の保険制度やサービスの維持について、多方面での幅広い議論が急務であろう。

金沢市の高齢者の高齢化



金沢市では高齢者の高齢化が進む

- 金沢市でも大都市型の人口動態を示すことが想定されている
- このような地域では、高齢者の高齢化現象が進む

<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/3kekka/Municipalities.asp>

4

図 4 金沢市の高齢者の高齢化

国立社会保障・人口問題研究所の日本地域別将来推計人口の資料を用いて、金沢市における5歳階級の人口推移について調査した結果を示す。

金沢市において、今後20年以上一貫して高齢化が進行するとともに、85歳以上の高齢者人口比率が10%近くまでのびることが予測される。

金沢市の介護受給者数の予測推計

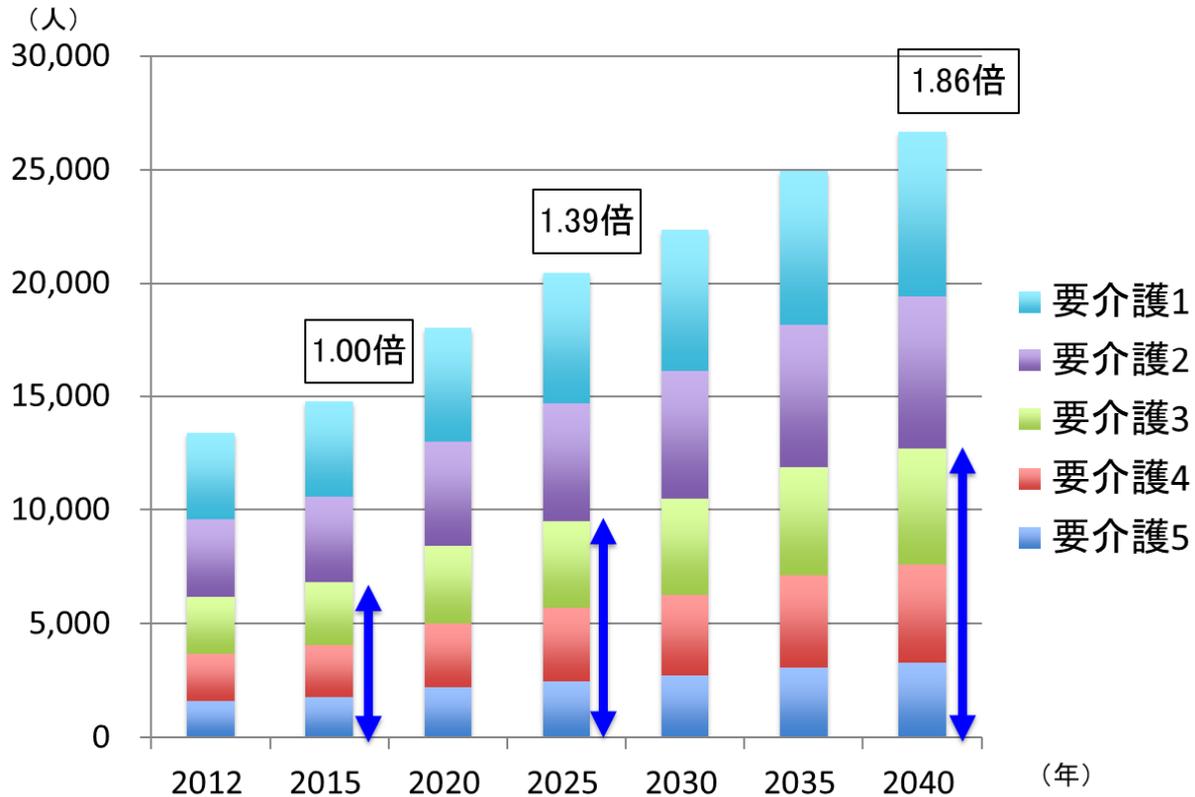
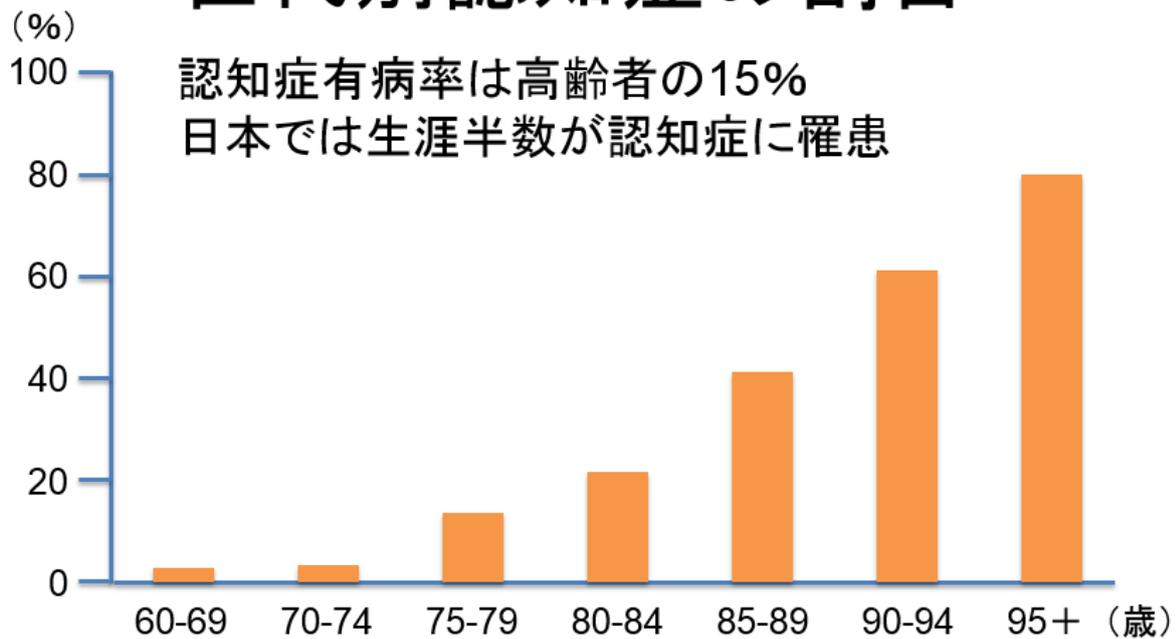


図 5 金沢市の介護受給者数の予測推計

平成 28 年 11 月 30 日の石川県における 5 歳階級別の各要介護度の受給率と金沢市の 65 歳以上 5 歳階級別人口動態推計をもとに金沢市の介護受給者数を介護度別に推計した。なお、県と市の各年代別の要介護度割合が相似し、各年代別の介護度の受給率が現状のまま推移すると仮定して推計している。

医療・介護の需要度が高い状態となる要介護 3 以上の数について、2015 年を基準に比較すると、2025 年では 1.39 倍、2040 年では 1.86 倍となることが予想される。もちろん、これらの数値自体が、将来の医療と介護の需要予測を直接示すものではないが、85 歳以上の人口動態や要介護受給者数の推移について今後も現状と照らし合わせながら検討していく必要がある。要介護状態となった疾患や病態、要介護者の生活場所や介護状況、そして金沢市内の地区別の状況の推移についても、検討課題になるものと思われる。

世代別認知症の割合

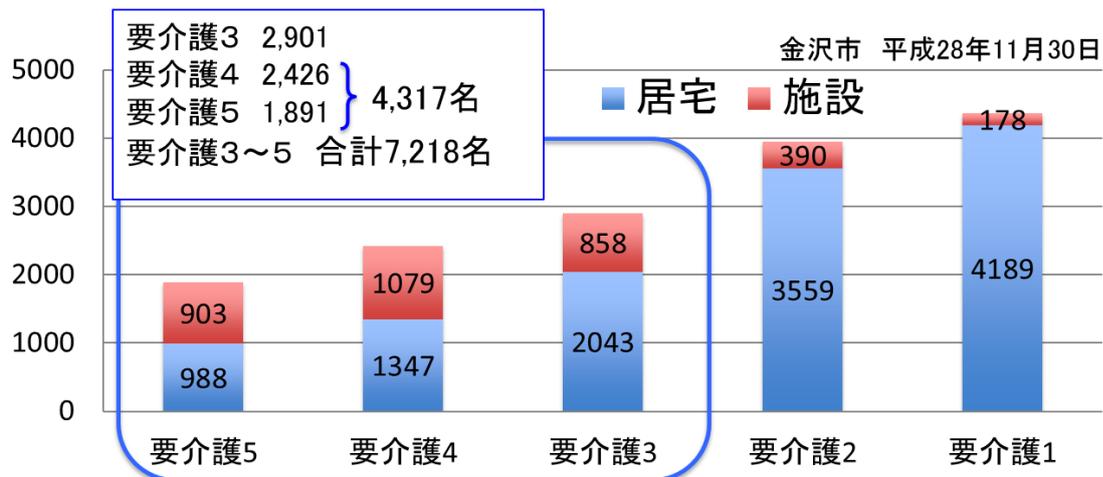


- 高齢の高齢者の増加に伴い、認知症有病率は高くなる。
- 早期診断と進行を遅らすような治療・ケアへの取り組みは勿論となるが、人権や経済的な問題に対応するために福祉との連携も重要となる。
- 認知症が進む中で、本人の医療・ケア・生活に対する思いを関係者の間でどのように共有する、あるいは繋いでいくのか、地域で共通の仕組みを造ることが求められる。

図 6 世代別認知症の割合

高齢化とともに認知症の有病率は高くなる。今後、85歳以上の人口が増加する可能性が示唆されることから、認知症患者に対する生活場所や介護状況の把握は必要となる。また認知症疾患の早期対応、周辺症状の問題例への医療介護連携構築、認知症患者に対する人生の最終段階における医療やケアへの意思決定のあり方など、社会全体で多面的な取り組みが必要となる中、我々も積極的に関わっていくことになる。

要介護度別・居宅施設別認定者数



平成28年の当市における要介護度別の療養場所の調査結果を示す

- 要介護度3では居宅での療養が施設より2.5倍程度多い
- 要介護度4以上では居宅系・施設系の利用が概ね等しい状況であった
- 今後、高齢の後期高齢者数が増加する場合は、施設割合が増加するものと予想される
- 補足；世帯状況では、平成27年時点での金沢市の65歳以上の世帯員のいる世帯の約55.5%が独居ないし高齢夫婦世帯であり、全国の56.9%と概ね同等であった

図 7 要介護度別・居宅施設別認定者数

金沢市においても、要介護度が高くなるほど施設療養者比率が高くなる傾向にあった。今後より高齢者が増加した場合は、高齢世帯の独居化や夫婦世帯化の進行とあいまって、在宅療養が困難となることが予想される。このため、施設入居者数・率は増加するものと思われる。

地区別高齢者の割合 (H30年4月1日現在)

金沢市平均26.0%

地区名	高齢化率	地区名	高齢化率	地区名	高齢化率
内川	47.1	扇台	30.6	千坂	24.0
馬場	42.5	粟崎	30.0	米泉	23.2
松ヶ枝	37.8	川北	29.8	浅野	23.2
瓢箪	36.6	犀川	29.4	西南部	23.2
新竪	36.4	夕日寺	29.3	米丸	22.7
湯涌	35.9	芳斉	28.5	長坂台	22.7
菊川	35.7	中村	28.4	四十万	22.7
材木	35.0	富樫	27.9	安原	21.8
味噌蔵	34.7	額	27.9	浅野川	21.7
野町	34.4	崎浦	27.0	大徳	21.4
金石	33.6	弥生	27.0	二塚	20.8
長町	33.6	泉野	26.6	三和	20.7
森山	33.0	新神田	25.7	諸江	20.6
十一屋	33.0	三馬	25.7	長田	20.3
此花	32.8	押野	25.7	西	20.0
小立野	31.8	大野	25.2	浅川	19.4
長土塀	31.3	伏見台	24.9	鞍月	16.0
森本	30.7	小坂	24.2	戸板	15.7

市内の高齢化については地区格差を認めるため、地域ごとの諸問題に対応することが必要となる。

医師会と行政の連携だけでなく、地域のかかりつけ医と地域包括支援センター、地区住民との連携も重要になる。

図 8 金沢市における地区別高齢者の割合

金沢市内の各校下で高齢化は大きく異なる。旧市街地では高齢化率は高く、郊外・新興住宅地は低い傾向にある。地域の高齢化状況に対し、医療機関、介護施設や高齢者住宅の充足状況が対応していないこともあり、地域ごとの課題解決は不可避と言える。地域ケア会議の担う役割は重要であるが、まだまだ活用されていないように思われる。今後、医師会と行政のくくりで捉えるのではなく、地域の事情を知るかかりつけ医も地域包括支援センターや地区住民と協力して諸問題に対応することが欠かせないものと思われる。

石川県の病床機能再編と訪問診療需要予想

石川県	2014年 県全体	2025年 増減
高度急性期 急性期病床	9,096	-4,000
回復期病床	1,022	+2,700
慢性期病床	5,167	-2,000
在宅医療等	10,800	+7,800
訪問診療(再掲)	6,600	+2,400 ~3,500

(注) 在宅医療等とは、居宅の他、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームなどで訪問診療等を受ける方及び介護老人施設入居者の合計人数。今後の介護医療院も含む。

- 厚生省の推計ツールでは、高齢化に伴う石川県の訪問診療の増加分は2,400人~3,500人と推計。
- 金沢市では、900人~1,300人増えることが予想される。
- この数値は、慢性期病床の機能転換の介護医療院への転換や特養等の施設数の推移で変わることが想定される。
- 65歳以上の世帯員がいる高齢者の世帯状況では、独居および高齢夫婦世帯が55%程度と予想されていることから、施設系の利用が増加することが予想される。

石川県医療計画の資料・金沢市在宅医療等推進計画より 一部改変 9

図 9 石川県の病床機能再編と訪問診療需要予測

2025年までに金沢市内においても、在宅医療は増加するものと想定されている。ただし、在宅医療が行われる場所については、今後の介護医療院などの推移に影響を受ける。地域における85歳以上の高齢高齢者の増加状況、独居・高齢者世帯の割合、認知症患者の増加と地域医療・介護資源の状況から、在宅医療の場としては施設系がかなり多く含まれることが予想される。ただし、実際の状況については地区ごとに大きく変わることが考えられる。

在宅医療資源の現状

医療施設	金沢市	10万人あたり	
		金沢市	全国
診療所	328 (前年比 -8)	70.43	67.42
病院	44	9.52	6.62
在宅療養支援診療所2	9	1.93	2.12
在宅療養支援診療所3	58 (前年比 -8)	12.45	9.17
在宅療養支援病院2	2	0.43	0.25
在宅療養支援病院3	5	1.07	0.53
歯科	220	47.24	54.30
訪問歯科	26	5.58	6.60
薬局	208	44.66	44.65
訪問薬局	199	42.73	37.64

地域医療情報システム(日本医師会)H28年6月

- 在宅療養支援診療所と病院はそれぞれ67施設と7施設。
- 在宅療養支援診療所および病院の総数は全国平均より多い。
- この1年間で、在宅療養支援診療所が8施設が閉院しており、診療所医師の高齢化が示唆される。
- なお、訪問歯科は全国平均よりやや少なく、訪問薬局は少し多い状況である。
- 訪問診療に携わる施設は数的には比較的充足しているが、活動実態や連携については不明な点が多い。
- 地域の在宅医療における、顔の見える連携がさらに重要となる。

図 10 金沢市における在宅医療資源の現状

金沢市の在宅医療資源の状況は、全国に比してやや多い傾向にある。全国に比して比較的在宅医療資源は多い傾向にはある。しかしながら、かかりつけ医の高齢化については診療所数の調査では分からないため、今後地区によっては在宅医療資源が不足する可能性がある。介護医療院などの施設の開設や病院の在宅医療への参加、他地域からの在宅医療のサポートが進む可能性がある。このため、地域をカバーする重層的な在宅医療資源の連携が重要となることから、顔の見える連携がさらに重要となる。

在宅医療連携グループのエリア図



図 11 金沢市内に作られた4つの在宅医療連携グループのエリア図

元町在宅医療を考える会は浅野川より東の地区を、りくつなケアネット金澤は駅西から海側地区を、犀川より西部地区はいしかわ921在宅ネットワークがカバーする。残された金沢市中央地区から山側の地区を、最後に作られた4番目のグループとなる、かなざわ在宅ICTネットがカバーする。これらの、連携グループでは地域包括支援センターを含めた医療・介護・福祉の顔のみえる関係が築かれてきている。（*ICTとはInformation and Communication Technologyを意味する。かなざわ在宅ICTネットでは、連携における医療ICTの活用を検討することも目的の一つとしている）。

かなざわ在宅ICTネットのエリア内には、金沢市医師会、いいがいネットが有り、同グループの運営にそれぞれ協力している。

かなざわ在宅ICTネットと関係機関との概念図

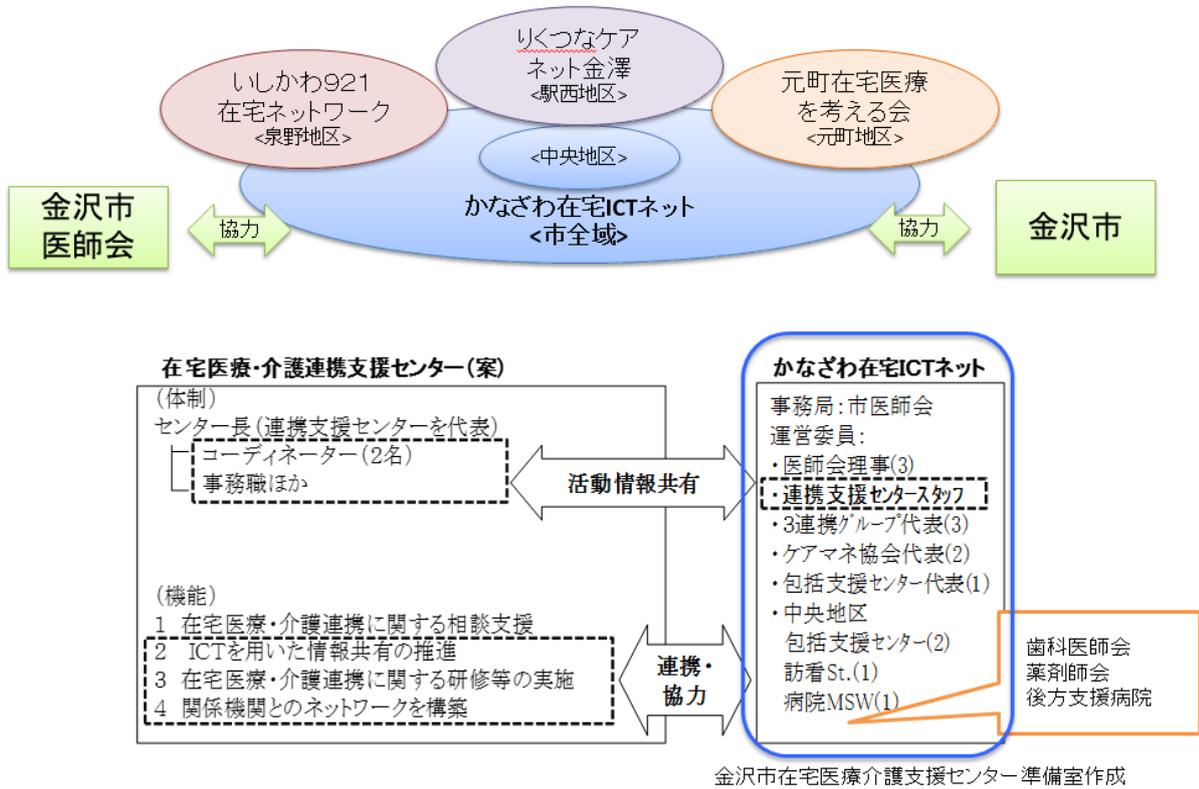
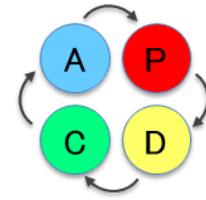


図 12 かなざわ在宅 ICT ネットと在宅医療連携 3 グループ他関係諸機関との概念図

図 12 のように、各在宅医療連携グループにおいて、地域ごとの顔の見える連携や地域課題への取り組みが行われている。かなざわ在宅 ICT ネットでは、地域課題の他、4 つの連携グループの連携を支援する役割を担っている。このため、同連携グループには、その他 3 つの連携グループの代表、医療介護の業種の関係機関からの代表、病院の連携室、いいがいネット、そして医師会の代表が参加する組織となっている。

かなざわ在宅ICTネットの役割

- 金沢市で4番目に作られた在宅医療連携グループ
- 特徴;金沢市医師会が事務局を担当
- 発足時期 平成28年1月23日
- 目的;PDCAサイクルを動かすことが役割



金沢市全域事業

- 金沢市の在宅医療・介護連携の推進
- 金沢市在宅医療・介護連携支援センター「いいがいネット」との連携
- 市内4グループで共通したルール・フェイスシートなどの利用の検討
- ハートネットホスピタル(ID-Link)の利用推進
- 在宅医療の推進に向けた啓発事業
- 市内4グループが活動しやすい環境を整備

第4グループ事業(金沢市中央地区)

- 顔の見える連携の支援
- 座学およびグループワークの開催
- 石川県かかりつけ医等認知症対応向上研修

2018/5/10

かなざわ在宅ICTネット All Rights Reserved

図 13 かなざわ在宅 ICT ネットの役割

かなざわ在宅 ICT ネットの事業内容を示す。広域事業では、市内の他の連携グループ、金沢市医師会、いいがいネットと協力して在宅医療・介護連携などの推進事業を行うことを目的としている。市民向けの啓発事業などを行う。

ID-Linkでつながる 県内の医療情報ネットワーク



- 県内には、ハートネットホスピタルと同じID-Linkを使った、医療情報ネットワークである、いしかわ診療情報共有ネットワークがある。
- 同ネットワークでは、金沢大学附属病院を含む、県内の32の基幹病院が医療情報を提供する。
- 同じプラットフォームを利用することから、基幹病院から在宅医療現場までつながるネットワーク網が構築されている。

図 14 石川県における医療 ICT の構築状況

金沢市医師会では、2013年9月より、ID-Linkを利用して医療と介護の連携を支援する医療情報ネットワークである、ハートネットホスピタル（以下、HNH）を運用している。ID-Linkは、国が指定する情報通信規格を遵守した医療情報ネットワークであり、病院からメディカルスタッフまで幅広い職種が利用できるような仕組みとなっている。HNHでは、在宅医療現場におけるベッドサイドノートに変わる連携手帳として、運用され始めている。

一方、石川県内には32の基幹病院がID-Linkを使用して提供する医療情報ネットワーク集合体である、いしかわ診療情報共有ネットワークが作られている。まずは病院間および病診連携の目的で運用が開始されている。これにより、金沢市においてはHNHといしかわ診療情報共有ネットワークが連携することで、大学病院、基幹病院を含め、医療と介護の連携が可能となっている。

ID-Linkで共有できる情報

■ カレンダー表示
複数施設の診療情報を一覧で表示します。アイコンをクリックすると、処方・注射・検査・画像オーダーの詳細内容が表示できます。

■ 文書一覧
Word、Excel等で作成された紹介状等の文書やシートをアップロードし、カレンダー上に公開することができます。アップロードされたファイルは自動的にPDF形式に変換されます。

■ 画像一覧
DICOM画像をJPG変換し表示するViewerを搭載。DICOM画像のダウンロードも可能です。

■ ファイル一覧
ファイルのアップロード、ダウンロードが可能です。アップロードされたファイルは自動的にZip化されます。

■ 期間一覧
地域連携バス等で各種ファイルを、期間情報に割り当てることができますので、期間の把握がしやすくなります。

自院の患者IDで呼び出せます

各施設の情報を

地域中核病院 診療所 ステーション

【新機能 Mobileノート】
ノート欄をスマートフォン・タブレットなどでSNS様に表示。
別画面で処方・注射・検体検査結果の閲覧可能。

【HNHの書込み】
ノート欄では医療と介護の双方向での情報共有を行う。
病院を含めた外来・在宅医療の入退院支援や地域で共有するアドバンス・ケア・プランニングにも利用できる。

①処方オーダ画面 ②注射オーダ画面 ③検体検査結果照会画面 ④画像オーダ画面 ⑤レポート画面 ⑥ノート画面 (初期標準表示)

⑦処方サマリ ⑧注射サマリ ⑨検体検査サマリ ⑩画像サマリ ⑪レポートサマリ

※画面はイメージです

図 15 ID-Link で共有できる情報

ID-Link を用いて共有される診療データは、投薬内容、検査結果、およびノート機能など多岐にわたる。ファイル共有機能を駆使した地域連携バスや、フェイスシート情報やアドバンス・ケア・プランニング情報など他職種にわたる情報共有ツールとして、地域での医療活動支援としての役割が期待される。

HNHへの施設参加状況

H30年6月

	施設数	市内参加率(%)
医療機関(合計)	163	
診療所	134	45
病院(閲覧医療機関として)	23	64
いしかわネット情報提供病院	6	50
メディカルスタッフの施設(合計)	67	
歯科	3	-
訪問看護ステーション	24	53
調剤薬局	18	-
居宅介護支援事業所	14	9
地域包括支援センター	1	5
介護老人保健施設など	7	-

- 全体の参加率は年々増加傾向にある
- 課題として、医療機関は参加率が高いが利用状況が二極化している、メディカルスタッフの参加率が十分でないため急な連携に対応できないことが上げられる
- その他、患者の紐付け作業が事務局対応となるため、年末年始の期間や週末など、緊急な対応ができないこともシステム上の課題となっている

図 16 ID-Link の参加状況から見える課題

医療機関の参加数は比較的多い数値ではあるが、参加状況が二極化していることが課題となっている。また、その他の業種においては参加状況が少ないことが課題となっている。普及には諸問題が横たわるが、今後の高齢化が進む中、地域で医療情報や ACP の情報を共有するためには欠かせない仕組みである。利用者の利便性を高め、医療介護の質を高めるために、利用促進に向けた多面的な取り組みが必要となっている。

今後の地域完結型医療における 在宅医療推進の課題

- 金沢市で進む大都市型の高齢化社会では、高齢の高齢者の増加が進む
- 2025年の訪問診療の需要予測は900～1,300人ほど増加
- 比較的医療・介護の施設数が多いことから、在宅医療の二極化への対応を要する
- 介護施設、後方支援機能を担う地域の基幹病院を含めた多施設・多職種連携の推進
 - 緩和ケア・褥瘡管理・認知症対応など生活期の専門的な医療への支援
 - 急変時・24時間対応、看取りに対する主・副主治医連携、後方支援病院連携
 - 保険請求事業への情報提供 など
- 連携を支援する医療ICTの普及
 - 共通フェイスシートの運用
 - 日常診療での情報共有
 - 医療ICTを利用した急変時の情報共有
 - 地域で共有するアドバンス・ケア・プランニング など
- 地域で運用する共通ルール
 - 入退院時の連携ルール
- 患者が望む在宅医療の実施に向けて、市民を巻き込んだ議論や啓発が必要

図 17 今後の在宅医療推進に向けた課題

近い将来、金沢市内でも在宅医療の需要増加が見込まれる。高齢者の増加、老々世帯・単身世帯の増加、認知症患者の増加に加え、地域の医療介護資源の不均衡さ、かかりつけ医の高齢化など諸問題が生じる。また、急変時、24時間対応や看取りにおける対応には、病院を含めた在宅医療の連携強化が必須となる。

今後のキーワードは地域で完結型医療である。円滑な患者支援のため、顔の見える連携、共通化された情報シートと情報連携のための地域共通ルールと連携支援のための医療ICTの活用が避けられない。患者が望む本当の在宅医療の実施に向けて、市民を巻き込んだ議論や啓発も必要となる。

2-2) 在宅医療の問題点と今後検討すべき課題、共通ルール策定を目指して

前項でも述べた様に、金沢市の将来人口動態推計では特に85歳以上の人口の増加が見込まれており、より高齢の後期高齢者人口が増加する。それに伴い医療と介護需要は増加するものと思われる。

在宅医療を担当する施設は76医療機関と全国平均より多いが、その上位20医療機関で合計在宅患者の80%を占め、多くの医療機関では未だ十分な在宅医療が提供できていない状況にある。以下、在宅医療の問題点と課題などを提示する。

2-2-1) 在宅医の確保

在宅医療は病床機能再編における在宅病床機能の一部であり、地域包括ケアシステムの中心的な役割を担う。2025年における訪問診療実数が金沢市ベースで900～1,300件増えることが想定されていることから、訪問診療の確保は重要な課題となっている。

金沢市が行った在宅医療を実施している医療機関の充足状況についてのアンケート調査では、「少ないと思う」という回答が多く、居宅介護支援事業所では46%、訪問看護ステーションでは56%、病院連携室では45%と「少ない」と感じている結果であった（図18）。

さらに、在宅医療を担当する施設における訪問診療の実施状況の調査では、合計診療患者数4,595人のうち80%を上回る3,740人の患者を上位20医療機関が実施している状況にあった（図19）。人口当たりの在宅療養支援病院（診療所）の届出医療機関数が多くても、20医療機関の活動場所が市内において偏りがあるため、在宅医療の提供が不十分な地域が生じている可能性が示唆される。

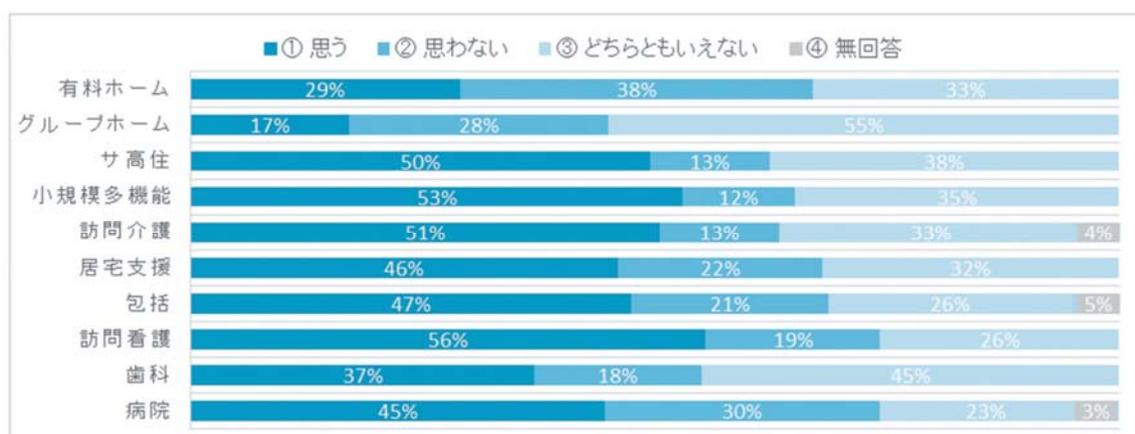


図18 在宅医療実施機関が少ないと思うか (N=回答があった施設440)

出典：金沢市在宅医療等推進計画（平成29年3月）より作成

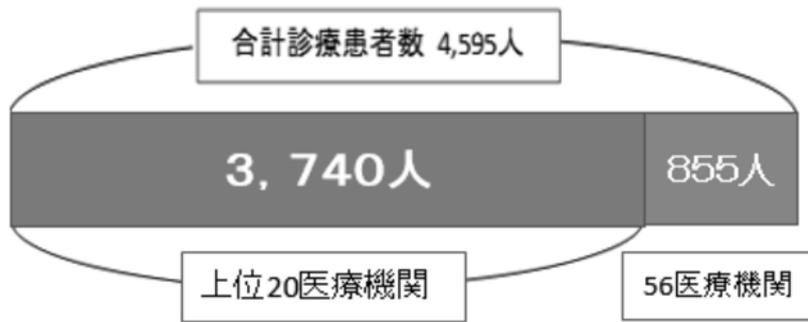


図 19 市内医療機関の合計診療患者数の内訳について

出典：金沢市在宅医療等推進計画（平成 29 年 3 月）より作成

在宅医療を確保するためには、実施する機関の偏在の解消のため在宅診療患者数10人以下の医療機関が在宅患者実績人数を増やすことや、在宅診療をしていない医療機関の新規参加を促していくことが必要である。

しかしながら、金沢市の医療機関に対して行なった在宅医療の障害についてのアンケート調査では、実施スタッフがいらない、24時間対応が困難の理由がそれぞれ42%、41%と上位を占めていた（図 20）。在宅医療に関心があるが、高齢化とマンパワー不足、そして時間外診療への対応の困難さも相俟って、在宅医療の実施に踏み切れない医師が多くいる状況が推察される。多くの場合において、在宅医療は診療の延長線上に24時間体制で1人の医師が運営していることからくる、システム的な課題となっている。

	実施スタッフ がいらない	患者ニーズ が少ない	採算が取れ ない	必要性を感 じない	体力的に厳 しい	緊急時に入 院できる病 床の確保が 困難	24時間 365日の対 応が困難	その他
実施していないが5年以内に取り組み意向あり	1	1			1		2	
取り組みたいが実施は難しい	13	7	3	1	6	5	15	1
取り組み意向はない	23	17	4	11	17	4	19	7
無回答		1						
総計	37	26	7	12	24	9	36	8
割合（回答数÷母数88）	42%	30%	8%	14%	27%	10%	41%	9%

図 20 在宅医療の実施意向（N=在宅医療未実施の診療所 88、複数回答あり）

出典：金沢市在宅医療等推進計画（平成 29 年 3 月）より作成

一方、30%の施設において患者ニーズが少ないとの意見が出された背景には、在宅医療の手あげ施設と訪問診療を希望する患者とのマッチングが不十分である要因の他、患者家族が居宅での訪問診療への移行を望んでいないなど患者側の要因もあるように思われる。前者においては、日頃からの顔の見える関係構築の推進と合わせて、在宅医療提供体制の情報発信強化する必要性がある。

また、後者においては、在宅医療を受け入れる家族の負担や住環境を整えることの困難さなどが根底にあるように思われる。このため、患者家族へ介護保険サービスや在宅医療の現状を伝え、在宅医療を選択できる環境が整っていることを周知することも必要となる。

増加する需要にこたえるため在宅医療を実施する医療機関を増やすためには、在宅医療を実施する医師や医療機関の負担軽減を図ることが課題となる。緊急時対応については、24時間対応の訪問看護ステーションや在宅療養後方支援病院の対応が進んできており、在宅医療を支える体制は整備されつつある。残る障壁となっている訪問診療医における時間外を含む緊急時対応に対して、主・副主治医連携や地域の基幹病院の在宅医療への参加、24時間体制で往診してくれる診療所との連携などの拠点づくりやグループ化など、当市において実効性のある施策が求められている。

その他、家族の介護への理解や協力及び医療や介護に関わる人が、うまく自宅での看取りができるようにスキルアップの勉強会や理解をより深めるためのセミナーなどを実施し在宅医療の促進する取り組みもさらに進めていく必要がある。

2-2-2) 医療機関連携を含めた多職種連携と連携の支援のための医療 ICT の活用

在宅医療は病床機能における在宅病床の位置付けであり、地域包括ケアシステムの医療介護分野において中心的な役割を担う（図 21）。一方、在宅医療は、かかりつけ医にとっては離れた場所に病床をもっている状態となるため、負担は一般の外来診療より当然大きくなり、そのシステムに様々な問題点や課題が生じている。ここでは在宅医療における、問題点及び課題について在宅医療導入時、在宅医療導入後、多職種連携の視点から考える（図 22）。

地域医療構想と地域包括ケアシステムにおけるICT連携

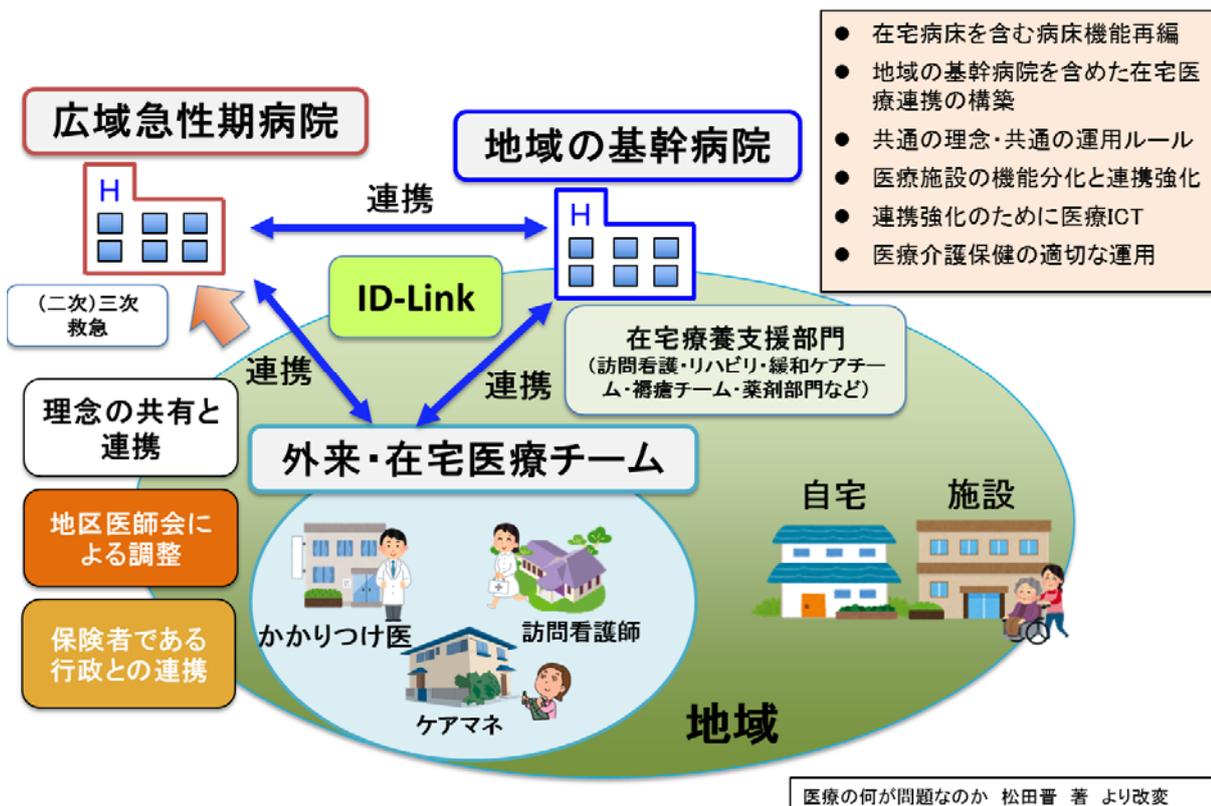


図 21 地域医療構想と地域包括ケアシステムにおける ICT 連携

在宅医療における在宅医療チームと後方支援を担う地域の基幹病院の関係図。病床機能の機能分化と連携強化が進むことから、情報共有のための ICT の利用が重要な課題となる。

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

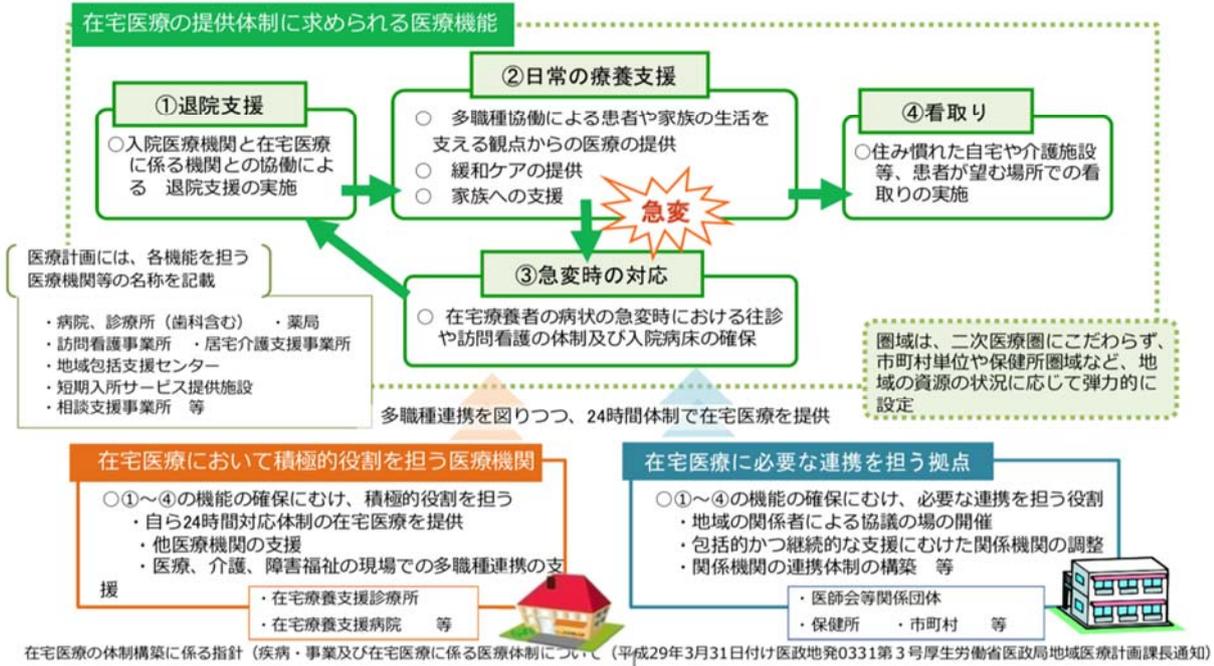


図 22 在宅医療における患者連携状況ごとの課題と在宅支援診療所・病院および在宅医療を支援する団体や行政の役割の関係図

(1) 在宅医療導入時における課題

(ア) 外来から在宅医療の導入の課題

通院できない状態が導入のポイントとなるが、その状態となる前に、患者及び家族の在宅医療に対する不安感の解消が必要となる。日頃から、かかりつけ医から「通えなくなったら、往診に行くよ。」といったような声かけが必要である。特に、老々介護や、家族のマンパワーが少ない状況でも、多職種連携によって支えることで在宅医療が可能となることを知ってもらうことが大切となる。かかりつけ医の外来業務の中では十分に伝えることは難しいことから、後述するような地域住民に対する在宅医療についての啓発活動が重要となる。

施設に入所する場合の担当医の選び方は難しい課題である。在宅医療の普及のためには、施設においてもかかりつけ医が幅広く在宅患者を受け持つことが、在宅医療普及のために大切ではないかと考えるが、施設が遠方などの理由で、かかりつけ医が継続して主治医ができない場合も生じている。

(イ) 病院からの在宅導入の課題

一部の病院では緩和ケアチームや退院支援チームが、患者の状態に応じて多職種で作る「人生最期の段階に医療とケアに対する思いについての情報(アドバンス・ケア・プランニング;以下、ACP)」の運用が始められており、病診連携で、退院時の診療情報提供書に常に添付されることにより患者、家族と主治医の意志疎通が一層スムーズになることが期待される。また、経過録情報を ID-Link に提供する一部の病院では、すでに ID-Link 上を通して ACP の情報が提供されている (図 23)。

(2) 在宅医療導入後の課題

- ①在宅医療を担う皮膚科医師、眼科医師、歯科医師などの偏在から、地域によっては基幹病院が専門性のある医療についてアウトリーチを要望する必要性が生じている。
- ②24 時間対応や、在宅医療機関の医師不在時の対応については現状では一部の強化型の連携グループを除き、個人的な連携で対応する状況となっている。今後、副主治医のあり方などについて、急病診療所のあり方のように当会の事業として対応するのかなど議論を要する必要がある。
- ③看取り以外の急変時では病院入院となるが、かかりつけ医からの診療情報提供書、ACP 情報が速やかに提供されることが必要であり、さらに独居老人などでは後見人、代理判断者の情報が必要となる場合もある。急変時に、かかりつけ医が介在できず、救急搬送され情報提供できない場合もあり、医療 ICT による情報提供の構築も求められる。
- ④看取りにおける課題では、家族の間の意志疎通をかかりつけ医から積極的に行う必要がある。

入院計画作成とACPの再評価と 退院前調整におけるID-Linkの活用の提案

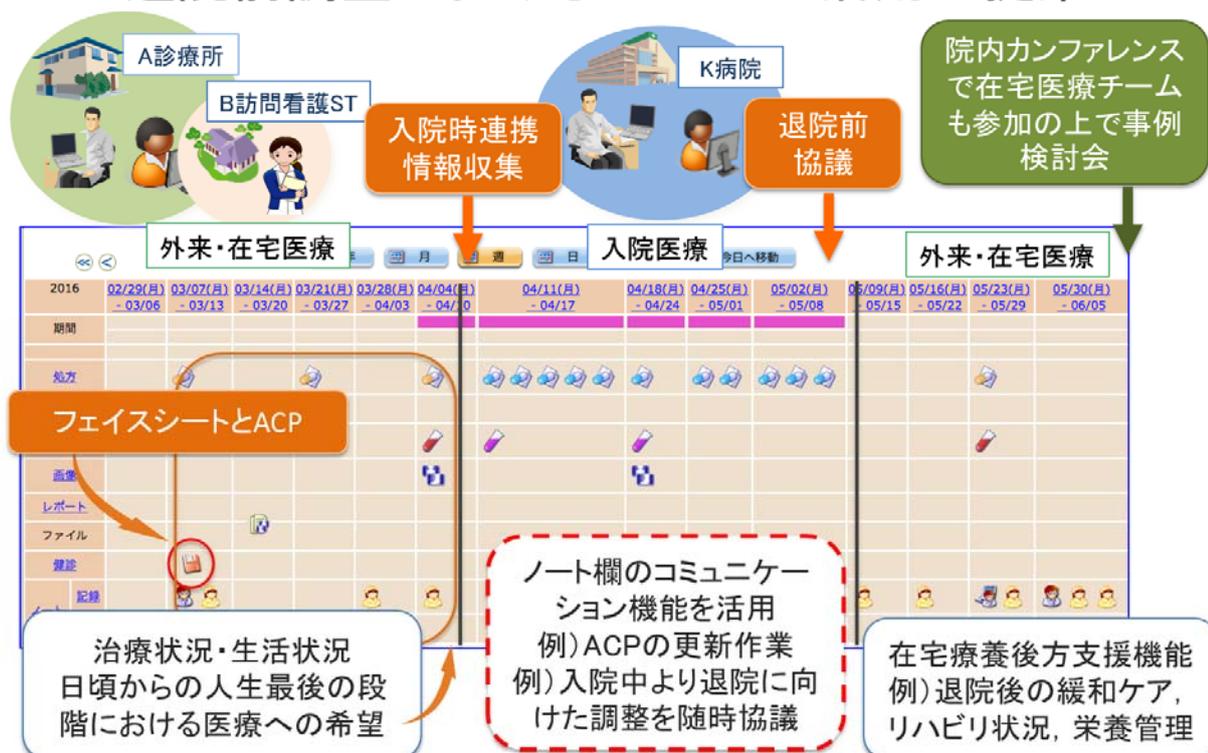


図 23 ID-Link を活用した在宅医療チームと病院の連携におけるイメージ図

(3) 多職種連携の課題

①多職種連携は、在宅医療を行う医師の負担を減らし、在宅医療を推進するために、今後、一層重要となってくる。多職種連携は、平成 29 年金沢市在宅医療等推進計画によると、連携時に他職種に対して困難と感ずることがあり、特に病院との連携時にはその割合が高い。その理由として主治医との連絡がとりづらい、窓口がわかりにくい、病院関係者の在宅医療に対する理解不足があげられている。すでに、顔の見える関係づくりが始まっているが、十分ではない。また、診療所でも介護関係者が訪問や連絡しづらいケースがあり、平成 30 年よりケアマネタイム*の設定が行われている。

*ケアマネタイム：医師とケアマネジャー等がスムーズな連携ができるよう、あらかじめ医師がケアマネジャー等と直接話し合える曜日や時間帯を設定する取り組み。相談に際しては必ず事前に電話・FAX 等で相談日時の予約を行う。

②また、在宅の多職種連携のために、当会が運営する ID-Link を利用したハートネットホスピタル（以下、HNH）による連携が始まっているが、診療所などの医療機関の利用の二極化、基幹病院の利用が少ないこと、メディカルスタッフの施設の参加が少ない状況であり、普及が課題

となっている。今後地域でどのような情報を共有するのかなど、共有方法のルールの方針も課題となっている。

- ③在宅医療を行う医療機関の情報については、当会発行の「病診連携のための病院・診療所機能一覧」と金沢市が運営するハートネットの在宅受入機能のサイトに詳細情報が登録されている(図 24)。特に、ハートネット上では、施設情報や前年度の情報が随時更新できることから、在宅医療情報の機能マップ図として運用できるよう作られている。利用者については、当会の会員施設だけでなく、いいがいネット、地域包括支援センター、ケアマネジャーや訪問看護師が閲覧できることになっており、利用者の申し込みを受けている状況である。



The screenshot shows the website of the Kanazawa Medical Association. On the left is a navigation menu with items like 'デスクトップ', '掲示板', '講習会・勉強会情報', '回覧板', 'スケジュール', '文書', and '夜間受入情報'. The main content area features a 'デスクトップ' header and a table of home care admission information. The table has three rows: '夜間受入', '空きベッド', and '在宅受入'. The '在宅受入' row is circled in red.

夜間受入	本日の夜間診療実施は 10病院 0医院です
空きベッド	最終更新日:
在宅受入	現在、15病院 111医院が受入可能です

図 24 ハートネットで提供される在宅受入情報

(4) 在宅医療を普及するための今後取り組むべき課題

- ①HNHの普及については様々な課題がある。現状では在宅医療と同様に普及が課題となっている。普及への鍵は共有方法の共通ルールの策定、同意書の簡略化、紐付け作業の簡素化と思われる。患者の日々の医療情報や生活情報の共有の他に、病院の緊急医療での利用、病院における入院、退院後の連携での利用、ACP情報を地域で共有する取り組みを進めることが望まれる。この取り組みが進むことにより、閲覧情報の内容は次第に充実していくものと思われる。同意書についても、可能な範囲で簡略化できればと思われる。紐付け作業については、事務局に依存せずにできるような仕組みも必要であろう。今後のシステム改修に期待したい。
- ②その他、高齢者医療においては医療保険や介護保険に加え、福祉関係や後見人などの制度についての知識も求められる。特に在宅医療では、年々制度が複雑になっており、在宅医療の普及の障害となっている。医師会では、在宅医療に関する保険診療上の勉強会を開催しているが、今後は介護保険、福祉制度についても幅広く学ぶ必要がある。
- ③複雑化する保険制度に対して、より良い制度に変えるよう取り組むことも大切ではあるが、将来において在宅医療を希望する患者に対して適切な医療体制を提供し続けるためには、現状の

保険制度を遵守することもまた大切である。公平で継続可能な保険医療制度の維持と運営により、患者が希望する在宅医療が構築されることを願う。

2-2-3) 市民の在宅医療に対する周知

(1) かかりつけ医を持つことの周知、啓発

在宅での療養には「かかりつけ医」の存在が不可欠であり、また地域における医療機能の分化には、まず患者の医療機関への「かかり方」が重要である。これまで金沢市医師会では、かかりつけ医を持つことの普及・啓発を継続して行ってきたが、今後在宅医療を推進していく上では市民へのさらなる周知が必要となる。

(2) 在宅医療で患者や家族への周知

退院時の在宅移行が困難であった要因について、特に患者家族が在宅移行を望んでいないことが大きな要因であり、在宅医療を受け入れる家族の負担や住環境を整えることの困難さなどが理由と考えられる。このため、患者家族へ介護保険サービスや在宅医療の現状を伝え、在宅医療を選択できる環境が整っていることを周知することが必要である。

金沢市医師会では、市との共催により、市民に対する在宅医療の普及啓発を目的とした公開講座を開催し、市民向けに在宅医療とは具体的にどういうケアをするのか、制度や費用はどうなっているのか、また病院から自宅へ移る際の流れなどを説明している。また、市内 60 の公民館を対象に金沢市医師会会員による在宅医療出前講座を平成 29 年 6 月より開始している。



図 25 在宅医療出前講座の様子

3) 在宅医療の事例

ここからは、架空の症例 1～8 を提示し、在宅でこのような症例に遭遇した場合にどのような対応が望ましいかを一緒に考えていきたい。

3-1) 新規受け入れ、褥瘡の治療など

3-1-1) 在宅での新規症例の受け入れ（症例 1）

78 歳男性。高血圧と 2 型糖尿病に対し当院で診療中であった。

2 ヶ月前に脳塞栓症を発症し、右片麻痺、構語障害、高次脳機能障害が残存しており、寝たきり状態で現在入院加療中。経管栄養を行っている。

同居している妻が、なるべく在宅で介護したいとの意向であり、退院を検討している。

病院の地域連携室を通じ、元の主治医である当院に受け入れの打診があった。

(1) 在宅医療が必要となってきた社会的背景、金沢市の現状

(ア) 在宅医療・介護に係る背景

65 歳以上の高齢者数は増加しており、2025 年には 3,657 万人、2042 年にはピークの 3,878 万人となる予測である。また、75 歳以上高齢者数も増加し、2025 年には 2,000 万人超、2055 年には全人口に占める割合が 25%を超える見込みである。

高齢化率の上昇は高齢独居世帯の増加、認知症患者の増加に繋がる問題でもある。政府は地域包括ケアシステムの名の下、病院でではなく住み慣れた地域で人生の最期まで療養できる体制の構築を各自治体に求めており、病院の病床、在院日数ともに削減の方針が推し進められている。安心して療養できる在宅病床の確保は急務である。

また、人生の終末期の療養場所に関する希望調査では、「自宅で療養し必要になれば医療機関等を利用したい」と回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が、「自宅で療養したい」と回答している。また、療養に関する希望調査では、要介護状態になっても自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が 4 割を超えている。

(図1) 終末期の療養場所に関する希望

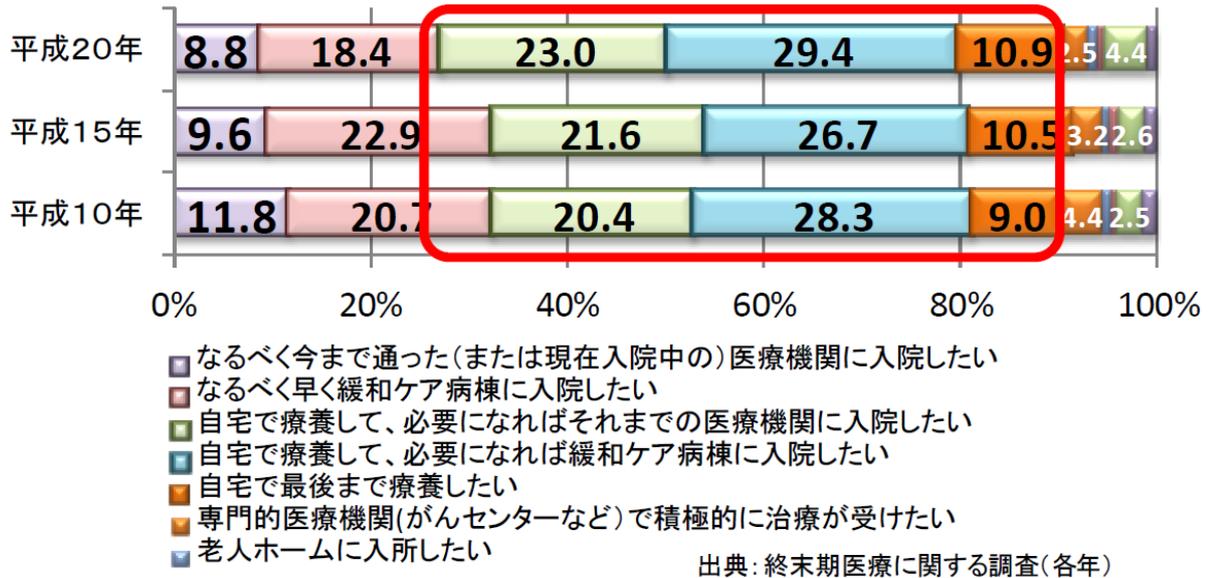
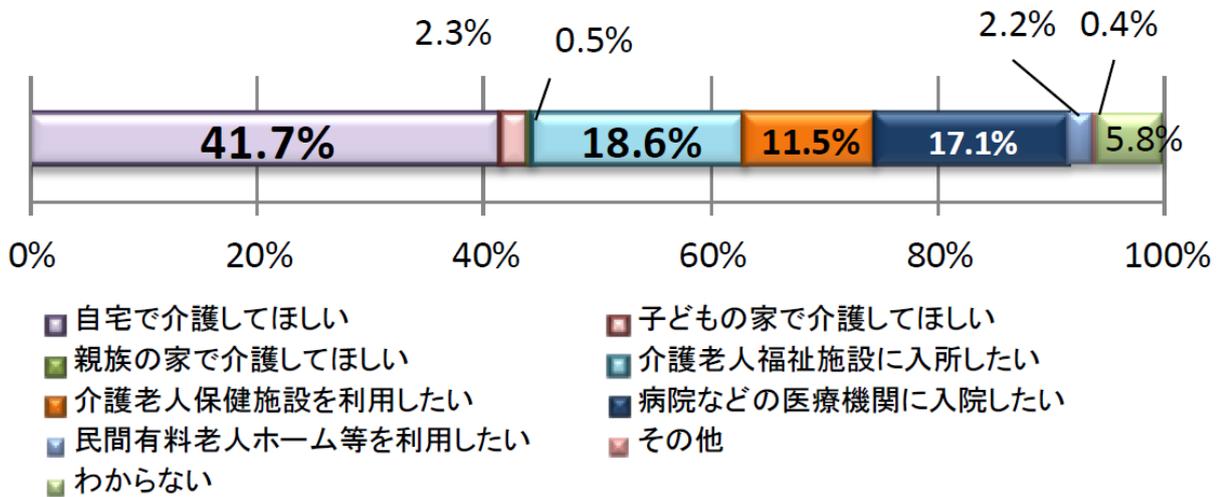


図 26 終末期の療養場所に関する希望状況

出典: 在宅医療・介護の推進について 厚労省 在宅医療・介護推進プロジェクトチーム

(図2) 療養に関する希望



高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府)

図 27 療養に関する希望状況

出典: 在宅医療・介護の推進について 厚労省 在宅医療・介護推進プロジェクトチーム

これら主たる療養場所のシフトや国民のニーズを踏まえ政府は、「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき医療機能を示している(図22参照)。

在宅医療提供体制に求められる医療機能は大きく分けて4つ。①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り、である。

われわれ地域の医療機関には、他の医療機関や地域の多職種と連携を図りながら、24時間体制で在宅医療を提供できる仕組み作りが求められている。

(1) 金沢市の現状

金沢市の高齢化率は2017年4月現在、25.7%（うち75歳以上が12.1%）。2025年には28.6%（うち75歳以上が17.3%）になると見込まれており、人口の減少が少なく高齢化率の上昇も限定的な“都市型”の高齢化に近いと言える。

地域医療構想における試算では金沢市の在宅の必要病床数は現在約4,000床であるが、2025年には約7,800床と約3,800床の増加が見込まれている。これは要介護認定率が3割を超えるという75歳以上割合の増加が大きいことを反映していると思われ、現時点からの対策が必要であろう。

図3-10 在宅医療の必要量

区域	現在の在宅医療	2025年在宅医療
石川中央	6,285	12,204
(参考)金沢市	約 4,000	約 7,800

資料：石川県地域医療構想

※在宅医療には、居宅のほか、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームなどで医療（訪問診療等）を受ける方及び介護老人保健施設の入居者を含み、また、現在国において検討されている介護療養病床等に代わる新たな施設類型の入居者についても含んでいる。

図 28 金沢市における在宅医療の必要量

出典：金沢市在宅医療等推進計画 平成29年3月金沢市

(2) 在宅訪問診療を行うにあたり必要な手続き、申請等

(7) 在宅療養支援診療所の届出。在宅時医学総合管理料算定の届出

前述の在宅医療に求められている機能のうち最も重要なのは、③急変時の対応であり、“休日や時間外であっても、いつでも主治医に相談できる”ことが担保されて初めて、安心して在宅で療養できると言える。この目的のために在宅療養支援診療所が制度化されており、その要件として「24時間連絡を受ける」体制を準備することが義務づけられている。

在宅療養支援診療所となるためには厚生局への届出が必要である。この届出を前提に、緊急の連絡先等を文書で患家に提供していること等を条件に、在宅時医学総合管理料（または施設入居時等医学総合管理料）の算定が可能である。

5. 在宅療養支援診療所について

在宅療養支援診療所の届出状況 : 2006年7月1日現在届出総数 9, 434件

在宅療養支援診療所の要件

- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
- 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

図 29 在宅療養支援診療所について

届出に関する申請書類は東海北陸厚生局のホームページ、[特掲診療料の届出一覧]よりダウンロード可能である。

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/shinsei/shido_kansa/shitei_kijun/tokuken_hinryo.html

(イ) 退院にあたり、取り急ぎ必要な制度的、人的資源は

元気な時には「考えてもみなかった」、制度上の諸々や利用できる社会資源、社会保険につき、どこにどのようにお願いしたらいいのか、“知らない”“分からない”ことが、実際の介護上の手間そのものよりも在宅移行に際しての障壁となり得る。

我々は医療機関として正しい知識を持ち、迷い戸惑う患者家族をサポートしたい。

(a) 介護保険につき

これまで介護保険制度を利用していなかった場合、まずは申請が必要であり、これは入院中にも早々に行う必要がある。原則としては住所地の地域包括支援センターに手続きを始めたい旨を伝えればよいが、明らかに要介護状態である場合、近隣の居宅介護支援事業所（ケアマネジャーの事業所）に事情を伝えても、申請手続きを代行してくれた上で、そのままの流れでケアプランの作成等、具体的な業務にたずさわってくれるため、便利である。

金沢市の地域包括支援センター

<http://www4.city.kanazawa.lg.jp/23010/korei/soudan.jsp>

金沢市の介護保険指定事業者一覧

http://www4.city.kanazawa.lg.jp/23025/list/index_2.html

実際の在宅医療の現場では選任したケアマネジャーが患者の療養を考える中心となって機能してくれることが多く、なにはなくともまずは介護保険の申請とケアマネジャーの選任が急務である。

さしあたり、介護用ベッドや車椅子、エアマット、玄関から入るためのスロープ、等が退院時に必要なことが多い。

(b) 訪問看護につき

訪問看護師の訪問は基本的には介護保険サービスの一環であるため、全身状態が落ち着いた状態であれば、その方の全体像に照らして訪問看護が必要かどうか、ケアマネジャーや患者・家族らと相談の上決めることとなる。

しかし要介護状態の多く、特に医療機器を用いている場合や身体精神状態が不安定等の理由で頻回の訪問による観察や処置が必要な場合には、訪問看護を依頼することとなる。

人生の最終段階の場合、急性増悪の場合、退院直後の場合には、特別訪問看護指示書を交付することができ、その場合には2週間を限度に医療保険での算定に切り替わるため、介護保険サービスの提供を減らすことなく、看護師の介入が可能である。

石川県看護協会 訪問看護サービス提供場所

http://www.nr-kr.or.jp/homecare/homecare_list/homecare_list01.html

金沢市の訪問看護事業所数は比較的充足しており、最近では在宅でのリハビリや精神科訪問看護、小児症例の受け入れ等、特色を打ち出している事業所も多い。ほとんどの事業所が、24時間連絡可能な体制をとっており、協力して診療に当たることができる。

(c) 身体障害者手帳の申請につき

所謂“寝たきり状態”の多くは身体障害者手帳の給付される障害状態である。6ヶ月間の症状固定期間の後に申請を行い手帳が交付されれば、医療費の大幅な減免等のメリットが得られるため、われわれ医療機関の側がその知識を正しく持つておく必要がある。

厚生労働省 身体障害者手帳 等級表

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000172197.pdf>

(d) 訪問薬剤師につき

最近では市中の各薬局が在宅での薬剤管理、指導に力を入れており、在宅で処方した薬のお届け、仕分け、残薬の把握、等に力を発揮してくれることが多い。なにより、薬剤師と顔の見える関係を築いておくことは、万が一の投薬ミスや重複服用の予防にも繋がり、患者の利益に資する。

在宅患者訪問薬剤管理指導は介護保険の居宅療養管理指導料として算定される。自院処方箋の備考欄に「居宅療養管理指導」と記載する他、定期的に患者情報を報告し合う必要がある。

(e) 訪問リハビリにつき

訪問リハビリの療法士は訪問看護ステーションに所属している。訪問看護指示書のリハビリ欄に、指示するリハビリの内容を記載する。本来リハビリは在宅で、実際の生活動線上をいかに安全に効率的に移動するかを考えながら行うべきである。入院期間が長くなればなるほど廃用症候群は進行すると多くのデータが示しており、早期に退院してなるべく早く在宅でのリハビリに移行することが望まれる。

(f) 訪問管理栄養士の活動につき

金沢市では10余年以上前から、在宅NST（下記参照）の実施と普及を目的に金沢在宅NST経口摂取相談会が実働している。この活動では在宅療養者を対象に、医師のみならず看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士などの多職種がそれぞれの専門的な知識・技術を生かして栄養サポートを行っている。

急性期病院などで現在行われている NST 活動を、今後地域・在宅に展開する仕組みが求められている。

訪問管理栄養士の相談窓口としては現在のところ、石川県栄養士会 栄養ケアステーション、小川医院栄養ケアステーションがあり、前者は主に訪問栄養指導を行う事業所の紹介を、後者は管理栄養士が居宅療養管理指導・医療保険による在宅訪問栄養指導を実施している。

今後、地域で生活する療養者が増加することを踏まえ、低栄養状態の予防改善、生活習慣病の悪化防止などを行い健康寿命の延伸を図り自立した生活を継続することが求められる。日本栄養士会では、これらの事情を踏まえ平成 34 年までに全国で 15,000 か所の認定栄養ケアステーションを設置・稼働できるよう目標として掲げている。

健康づくり活動拠点と栄養ケア・ステーション

健康日本21(第2次)への対応

※健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加

目標項目	健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加
現状	(参考値) 民間団体から報告のあった活動拠点数 7,134 (平成 24 年)
目標	15,000 (平成 34 年度)
データソース	各民間団体からの報告

**「栄養ケア・ステーション」は
日本栄養士会の商標登録
(登録 第5378093号)**

栄養ケア
「栄養ケア」とは、管理栄養士・栄養士の固有業務である栄養の指導（栄養士法第1条第1項、同第2項）の一形態であり、プライマリ・ヘルス・ケアの理念のもと、健康の維持・増進、疾病又はその重症化の予防、傷病者の療養、高齢者・障害者等の介護又は虚弱化・要介護化の予防のために、食事療法・栄養療法の技術と支援的な指導手法を用いて、栄養管理、食事管理などの全部または一部を行うもの

栄養ケア・ステーション
「栄養ケア」を地域住民の日常生活の場で実施提供する仕組みとそのための拠点のこと。管理栄養士・栄養士と地域住民との間のアウトリーチ（outreach）とアクセス（access）を不断に拡充し、栄養ケアを提供する地域密着型の拠点である



図 30 栄養ケア・ステーションとは

在宅 NST チームとは、在宅療養者を対象に、医師のみならず歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士などの多職種がそれぞれの専門的な知識・技術を生かして栄養サポートを行うチーム（NST: Nutrition Support Team: 栄養サポートチーム）のことをいう。急性期病院などで現在行われている NST 活動を、今後地域・在宅に展開する仕組みが求められている。

○月某日に退院と決定した。退院日の5日前に、入院中の病棟で退院前カンファレンスが行われ、退院後に関わることになる訪問看護師、CM、ヘルパー事業所責任者、デイサービス担当者、等を含め退院後の療養方針につき話し合いがもたれた。

(3) 退院前カンファレンスで確認すべき情報

退院前カンファレンスは日中午後開催されることが多いが、できるだけ参加し情報収集、共有を図る。

病院側	在宅側
病棟主治医	本人・家族
病棟看護師	在宅主治医
退院調整看護師	ケアマネジャー
医療ソーシャルワーカー	訪問看護師
など	薬剤師（調剤薬局）
	管理栄養士
	ヘルパー事業者
	デイサービス事業者
	在宅機器レンタル業者
	など

退院後自宅療養を行う上で問題点が出現した場合には、訪問診療時や臨時に患者宅へ赴き、それぞれの担当者に対応策を検討する。後述するICTを利用した情報共有を行うことでより緊密な連携をとることが可能となる。

病棟主治医、病棟看護師には、診療情報提供書に記載してあること以外の情報について確認する。病状の説明は本人、家族に異なる説明がされている場合もあり注意が必要となる。入院中に感染症や病状の増悪があった場合、処置や治療内容を聞いておくと、在宅での病状変化への対応に役立つ。また今後の見通しや急変の可能性についても確認しておくことが望ましい。病棟看護師からは病棟での生活状況や1日の中で行っている処置と自宅で必ず必要となる処置を確認し、家族への指導状況や達成度を確認する。

在宅側では、訪問看護やデイサービス利用の週間予定を確認する。また療養上の不具合や夜間の対応、緊急時の連絡方法についても確認しておく。可能であれば退院日に自宅を訪問し、療養状況の確認と情報の再確認を行うことが望ましい。

本人、家族に確認すべきこととして、同居している人など家族構成、キーパーソンの確認を行い、緊急の連絡先を交換しておく。この時に本人の保険証や医療券があれば併せ確認する。

急病時の対応について、出来る限り在宅で対応するか、病院への入院を希望するかも確認する。病院入院を希望される場合、事前に病院側（病棟主治医あるいは地域連携室）に急変時の対応について相談しておくことが望ましい。在宅希望の場合は自宅での看取りまで希望するかも確認する。ただしこれらの希望については訪問診療を続けるうちに変化する場合もあるため、再確認も必要である。

病棟主治医や看護師から指導された手技や、必要な資材について確認する。必要な資材についても訪問診療の際に渡すものと、家族が購入して準備するものをわけておく。

医療材料については付録 4-2-1) の Q&A も参照されたい。

(4) 渡しておくべき書類

訪問診療計画書

訪問診療同意書

連絡先一覧（主治医、訪問看護ステーション、連携医療機関など）

主治医不在時の日程、対応方法

診療費の支払い方法

<参考資料>

金沢ホームケアクリニックで使用している書類

https://drive.google.com/drive/folders/OB_iG_n-bmA0US0hTcmVuSExHNkk?usp=sharing

(5) 訪問診療についての説明、訪問診療同意書

訪問診療を開始するにあたり同意書の取得は在宅患者訪問診療料算定の要件となっている。病状が安定していても月に1回～2回の定期的な診察が必要であることや、療養の方針についての説明とあわせて作成しておく。また緊急の連絡先（携帯電話あるいは転送電話）を必ず記載しておく。留守番電話がある場合、用件を必ず入れていただき折り返し電話することを予め説明する。自院だけでなく、連携している訪問看護ステーション、医療機関があればその連絡先も記載しておく。

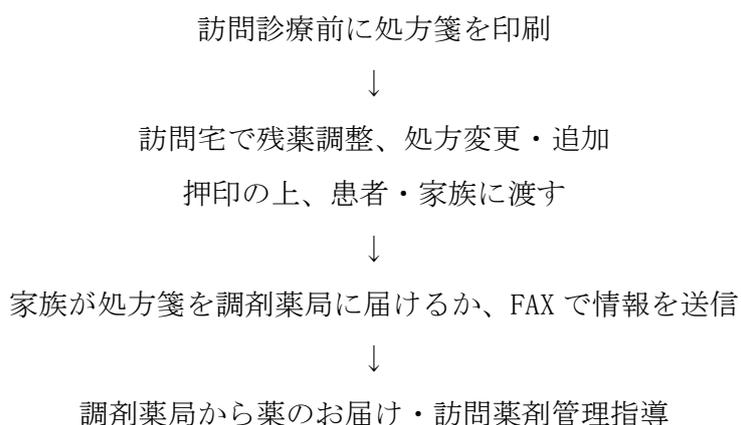
在宅主治医不在の日時（学会出席など）がわかっている場合は渡しておく。不在時の対応をどうするかは医療機関により異なるが、連携医療機関へ連絡あるいは副主治医への連絡方法を予め説明する必要がある。

一般的な診療内容についての守秘義務については通常の診療と同様の対応が必要であるが、介護計画の見直しや急病時の情報提供や連携医療機関や訪問看護ステーションへの情報提供は適宜行うことを予め説明しておく。

(6) 投薬について

(7) 院外処方の場合

まず退院前に近隣の調剤薬局が訪問薬剤管理指導を行うことができるか確認しておく。実際の処方手順は、処方箋を予め印刷して持参し、訪問宅で処方の確認、変更を行う。その後 FAX 等で調剤薬局に情報を送り、薬を届けていただき、その際に訪問薬剤管理指導を行っていただくことが望ましい。（注 FAX は原則として患者や患者家族が行うこととされており、取り扱いには慎重を要する）



(1) 院内処方の場合

患者宅へ薬剤を持参するが、処方の変更があった場合や緊急の対応時には再度持参するため、解熱剤や外用剤など頻用する薬剤は往診カバンにあらかじめ入れておくことが望ましい。

(7) 診療費の受取について

基本的には月ごとに徴収する。本例の場合経管栄養を行っているため、在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定する必要があり、月末に使用した経鼻胃管の材料、経管栄養剤を算定できる。

実際の支払い方法については、診療所から患者宅の距離や家族の移動手段により柔軟に対応する。

(7) 患家で徴収する場合

月初めの訪問の際に請求書を持参する。できれば事前に電話で金額を伝えておくことでお釣りの用意をなくすることができるが、1日に数件の訪問診療を行う場合金銭の管理が煩雑となる。

(イ) 患者家族が医院に払いにくる場合

診療所から自宅までが近い、あるいは患者家族が自院に通院している場合には診療所まで来院いただき支払いしていただくことを願います。

(ウ) 銀行振込の場合

予め振り込み口座をお知らせしておく。月初めの訪問の際に、前月分の請求書を渡し振込を依頼する。

(8) 関係各職種との円滑な連携のために

(ア) ハートネットホスピタル (HNH)

HNHは、病院と診療所、医師とコメディカルがスムーズに連携するための患者情報共有システムで、施設間で患者情報を共有することにより質の高い医療及び介護の提供を目的としている。登録施設は病院、診療所、歯科診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなど多岐にわたっており、2017年12月26日現在226施設が参加し、2,678名の患者が登録されている。訪問看護からの病状報告や治療方針についての問い合わせ、また褥瘡など専門科への相談や治療経過の確認などに利用できる。電子メールでの連絡と比較し情報漏えいのリスクも少ない。

患者もしくは家族への説明と同意書の取得

(同意書には紐付けしたい施設の患者番号が必要)

↓

同意書をHNH事務局へFAXし登録作業(紐付け作業)を行ってもらう

↓

訪問診療の内容の登録、検査結果や患部写真などの情報を双方向で共有する

【 】看護師ノート
『★血尿持续しています』
記載者：訪問看護ステーション

月曜日、いったん血尿は落ち着いてきたのですが、昨日デイから帰宅後、苦しがって、騒いでいると、コールあり、昨夜訪問しました。血尿+コアグラ著名で、膀胱施行、水分摂取促し、少し血尿は薄くなった感じで苦しさはなくなりました。膀胱タンポナーゼ状態だったようです。本日も訪問したところ、まだ血尿続いています。（写真参照）バ^ルは問題なし。今週一度往診してみただけなので、あの体型なので、移乗時や体位交換時バ^ルが引っ張られて無理がかかったのかもしれませんが、血尿が収まらないので、ほかに何か要因があるのかもしれませんが。



図 31 HNH の画面

HNH はいしかわ診療情報共有ネットワークとも連携している。いしかわ診療情報共有ネットワークは病院での診療情報をネットワーク上に提供し、それを診療所でも確認することができる。現在石川県内 32 病院から情報提供されている。提供されている情報は各病院で異なる。



経過録

処方

検査結果

図 32 HNH の画面 2

(9) 地域で活動している 4 つの多職種連携の会について

金沢市内では在宅医療に携わる多職種参加の連携の会があり、各々の会で、あるいは合同で研修会や講習会を開催している。グループワークも行っており、事例検討等を通して難渋する症例への対応など検討している。顔の見える連携により、地域の在宅医療の発展に貢献している。

りくつなケアネット金澤 (金沢駅西地区)

<http://ekinishizaitaku.web.fc2.com/>

いしかわ 921 在宅ネットワーク (金沢市南部～野々市市)

<http://ishikawa921.net/>

金沢元町在宅医療を考える会 (金沢市元町保健センター管轄地域)

<http://www.km-zaitaku.jp/>

かなざわ在宅 ICT ネット (金沢市内中心部) ※ホームページなし

退院後1ヶ月。在宅でADL回復に向けたリハビリを継続している。経管栄養は看護師の指導の下、家人の手技も安定してきた。

2週間後に、以前からの予定であった県外での学会に出席したく、留守中のバックアップ体制につき検討中。

(10) 機能強化型在宅療養支援診療所について

そもそも、在宅療養支援診療所（在支診）とは、平成18年度の診療報酬改定時に創設され、患者家族の在宅療養を支える24時間開かれた窓口として、必要に応じて他の医療機関と連携をとりつつ、往診や訪問看護等を提供出来るよう、一定の基準を満たした診療所の事である。

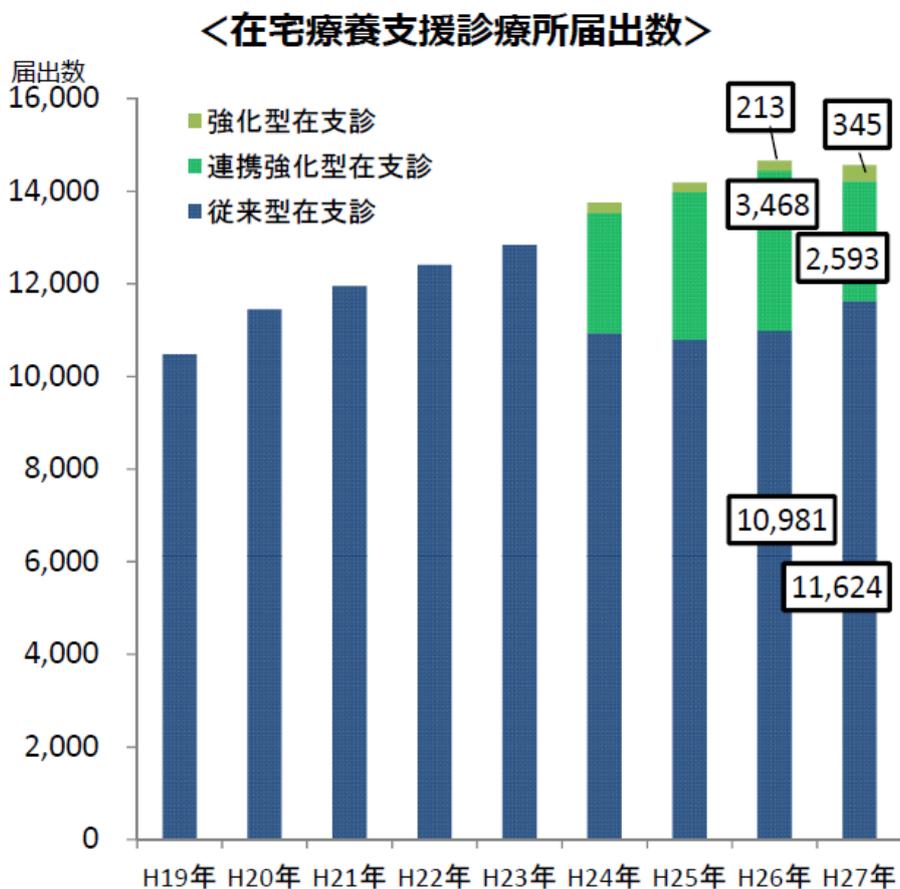


図 33 在宅療養支援診療所届出数

出典：保険局医療課調べ（平成27年7月1日時点）

主な施設基準として

- ①診療所である
- ②24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③24時間往診が可能

- ④24時間訪問看護が可能
- ⑤緊急時に入院が出来る病床を確保している
- ⑥連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦年に1度、看取りの数を報告している

*③～⑤は連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可能

実際、在支診が開始されたが、24時間、365日対応はハードルが高く、10万件超える診療所のうち、在支診はわずか14%に過ぎなかった。

更に、在支診であっても、実際の看取り件数がゼロという施設もあり、各施設間の実績に大きなばらつきが見られた。

そのため、複数の医師・医療機関が協力して診療する事を進める機能強化型在宅支援診療所が平成24年の診療報酬改定時に創設された。

機能強化型支援診には単独医療機関型（単独型）と複数医療機関連携型（連携型）があり、各々にその施設基準が定められている。

参考 在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準の概要（平成28年度～）

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	/
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上、 各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	

※「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。

- (1) 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
- (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

図 34 在宅療養支援診療所の施設基準の概要

表中にある「看取りの実績」につき、従来は在宅療養を経て入院後24時間未満に死亡した場合はその実績に加えることができるとされていたが、平成30年度の診療報酬改訂ではこれが、「入院後7日以内に死亡した場合」に拡大された。

平成27年の資料に依ると、単独型189件、連携型2,629件と、全在支診の2割にも満たない数であった。

機能強化型を申請する事により、

- ①診療報酬上のメリットとして、患者1名あたり60点～400点/月の上乘せあり。
- ②不在時対応の安心感として、学会参加等が可能になる。
- ③デメリットとして、月に1度連携する医療機関でカンファレンスを開催する義務などがある。

(11) 在宅での副主治医について

(ア) 往診をした際の診療費の算定につき、副主治医性が定着している他地域ではどのように運用しているか

機能強化型在宅療養支援診療所が制度として出来る以前から、様々な地域で在宅での連携を推進する組織が出来ていた。

- ①岡山市清輝地区グループ（1996年～）
- ②尾道市医師会（1999年～）
- ③長崎在宅Dr. ネット（2003年～） など

出典：あおぞら診療所ホームページ（千葉県松戸市）

概ね、これらグループは、機能強化型在支診創設と共に、そちらに移行すると思われたが、実際に移行したのは、長崎在宅Dr. ネットの場合40%で、今後機能強化型移行を目指す方針の診療所も、多くは無かった様である。

機能強化型に移行する障壁として

- ①患者の自己負担が増える
- ②連携医が3名以上必要
- ③毎月のミーティングが不可欠
- ④情報共有の方法が難しい
- ⑤代表連絡先が必要で、連絡を受ける医療機関の負担が増える

⑥地域的に連携可能な医療機関が少ない

等を指摘されている。

今後の在宅医療の普及のためには、強化型在支診の推進だけでなく、従来型の在支診が、無理なく継続できる連携を模索する必要があると思われる。

(1) 松戸市の場合

- ①カルテの共有や事前のサマリー作成など、参入に際して心理的抵抗を感じることを回避する
- ②治療方針決定はあくまでも主治医が行う
- ③連携医師に患者氏名、住所、電話番号を休暇に先んじて伝える
- ④患者からの連絡は主治医が受け、連携医師に連絡し口頭で病状や留意すべき点を伝える
- ⑤連携医師は主治医の指示を仰ぎながら、その手足となって患者に対応する
- ⑥必要な医療材料等は患者宅に用意しておく
- ⑦主治医の治療方針には口出しをしない

等を、取り決めとしている様である。

(12) 様々な在宅連携グループの連携方法

まとめてみると、下記のように色々な方法がある事が分かった。

(7) 副主治医の決定方法

- ①導入時に副主治医を決定する
- ②不在時にすべての患者を当番医師に委ねる
- ③連携医師の患者は自動的に副主治医になる
- ④曜日ごとに副主治医を決めておく

(1) 患者情報共有の仕組み

- ①導入時に入手した診療情報を共有する
- ②依頼する直前に電話で要点を伝える

- ③依頼する直前にショートサマリーを作成する
- ④月に一度全患者のサマリーを作成する
- ⑤訪問看護指示書をショートサマリーとして活用
- ⑥患者のメーリングリストを運用し副主治医も加入
- ⑦氏名と住所以外の患者情報は共有しない

(ウ) 副主治医の出動・待機

- ①副主治医の連絡先を事前に案内しておく
- ②電話を診療所職員が受け副主治医に連絡
- ③主治医が連絡を受け副主治医に対応を依頼

(エ) カルテ作成（診療報酬の請求方法）

- ①非常勤医として登録し主治医カルテに記載
- ②副主治医の診療所で新たにカルテを作成

(オ) 副主治医への報酬支払い

- ①特に設定していない
- ②時給を定めて実働時間に応じて支払う
- ③臨時往診1件ごとに報酬を支払う
- ④日ごとに待機料を支払う
- ⑤副主治医が請求する診療報酬

(カ) 運営上の工夫

- ①メーリングリストを運営して情報共有や交流を図る
- ②講演会や症例検討会、懇親会など実際に顔を合わせる機会を設ける
- ③受け入れ可能な患者数等応需状況を把握する

- ④各種マニュアル、在宅療養手帳等を共同作成する
- ⑤負担の大きい事務局を輪番制で回している
- ⑥専門外の領域の専門往診を相互に提供する
- ⑦医療材料・衛生材料を相互に融通しあう

3-1-2) 褥瘡症例の受け入れ（症例 2）

某日、地域包括支援センターから、自宅で仙骨部に大きな褥瘡がある症例（81歳男性）が発見されたが、医療機関の受診は強く拒否しているため、なんとか在宅で対応して貰えないかと要請があった。

地域包括スタッフと共に往診したところ、独居で屋内は雑然としていた。食事はこれまで出来合いのものをスーパーに買いに行くなどしていたが、ここ1-2週間はそれも出来なくなってしまったため、自宅にあったものしか口にしていなかったとのことであった。

褥瘡が出来てしまった背景には、住環境や支援体制の不足も大いにあると思われた。

栄養の立て直しとともに、褥瘡の治療のためには、電動ベッドやエアマットの導入、局所の経過観察および処置が必要と思われた。

介護保険の申請を行い、前倒しでのサービス導入につき、地域包括スタッフに検討して貰うこととした。

局所の処置については、訪問看護師と密に連携しながら連日行っていくこととした。

褥瘡の発生率は介護保健施設、訪問看護ステーションでの有病率、発生率ともに0.5～2%とされ、決して少なくはない現状にある。発生部位では圧倒的に仙骨部が多く、その背景には寝たきりによる仙骨部圧迫がある。また、基礎疾患では、悪性腫瘍、脳血管障害など、増悪因子としては、栄養状態、同一体位保持などが挙げられている。従って、褥瘡患者を見た際には、栄養状態、基礎疾患（う歯の有無や、義歯など口腔疾患の有無についても確認が必要）、既往歴、生活状況、家族構成、自立度を把握する必要がある。

病院より紹介されるケース、かかりつけ医が在宅診療を行っている症例での褥瘡発生については、すでに情報が得られているが、褥瘡の発生をもって紹介されるケースがある。情報収集のため、地域の民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センターなどとの協力のもと患者宅へ赴くこととなる。近親者や後見人がいるのならば、同行してもらうのも良いと思われる。なかには医療機関の受診を拒否されるケースにおいても、上記情報は可能な限り収集すべきと思われる。基礎疾患として悪性腫瘍が存在、あるいは疑わしい時には全身状態の急激な悪化や急変がありうることを考慮すべきであり、その際に在宅での看取り、病院への搬送についての取り決めも必要となる。

食事摂取、栄養については、経口摂取ができる状態か否かをまず確認する必要がある。可能であった場合、次に経口摂取可能な食事形態の評価が必要となる。義歯管理や口腔機能評価のため、必要に応じて訪問歯科医師に依頼する。また、嚥下訓練が必要となる場合は、言語聴覚士や管理栄養士の協力が必要となる。従って、いわゆる在宅NSTチームを構成し多職種連携を行うことが望ましいと思われる（P35 図 30 参照）。

経口摂取が不可能であった場合、人工的水分・栄養補給、すなわち中心静脈栄養、経管栄養、胃瘻造設を導入するか否かを検討する。本人の希望に反して入院管理が望ましいと言える。廃用症候群や低栄養にともなう口腔機能障害が示唆される事例では、栄養状態を改善することで嚥下機能の改善も見られる事例少なくない。信頼関係を図りながら病院との連携を進めることも一考となる。事実、しばらくの在宅医療期間を通して入院の了承を得られる場合も多く経験される。なお、最近の在宅中心静脈栄養管理や胃ろうを含めた経管栄養管理においては、これらの管理に習熟した訪問看護師や薬剤、ルートなどの医療資材、ポンプなどの医療機器を準備する訪問薬局や薬卸業者との連携することが多い。

経口摂取、非経口摂取のいずれにおいても、在宅医療で栄養管理の介入が必要となる場合は、複数の医療・介護職種との連携と行うこと、介護保険等行政サービスを利用する事が一般的となっている。ただし、実際の在宅医療の現場では、介護保険の利用を行なったとしても経済的な課題から十分に行えないことも多い。

<参考>

- ・日本褥瘡学会：第3回（平成24年度）日本褥瘡学会実態調査委員会
- ・日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン

3-2) 各種管理料、認知症など

3-2-1) 各種管理料を算定する項目や算定要件指導内容等（症例3）

69歳 男性。自転車で転倒し、高位頸髄損傷のため気管切開下気管カニューレ装着、人工呼吸器による呼吸管理が行われている。低酸素も伴い酸素投与が必要。また排痰補助装置も使用している。閉鎖型の吸痰装置による頻回な吸痰が必要。神経因性膀胱の為、尿道バルーンカテーテルが留置されており、胃瘻カテーテルのからの完全人工的水分栄養管理が行われている。元来糖尿病があり入院中よりインシュリンが使用され、不整脈のためサンリズムが投与されている。また66歳時大腸癌の肝転移に対する抗がん剤治療が行われており、CEAを腫瘍マーカーとする経過観察が行われている。中心静脈ポートは入院中に造設されている。退院後は胃瘻カテーテル使用を中止し、これによる高カロリー輸液の希望が妻よりなされている。

上記患者さんの自宅への退院に当たり訪問診療の依頼があったが、以下の点が不安で確認を行いたい。

(1) 各種管理のため退院時に用意しておくべき（自前またはレンタル）機器や医療材料類の一覧

(ア) 機器類

- ①人工呼吸器（回路、加湿器、等を含む）：フィリップス、フクダライフテック他、からレンタル
- ②排痰補助装置：フィリップスからレンタル
- ③酸素濃縮器&携帯用酸素ボンベ：帝人、宇野酸素、フクダライフテック、フィリップス、明祥、他からレンタル
- ④吸引器：自費購入と自費レンタル(月額を自己負担)がある。介護保険適用とはならない。
- ⑤その他：電動ベッド エアーマット オーバーテーブル 他

(イ) 医療材料

- ①気管カニューレ
- ②気管支吸引用カテーテル
- ③尿道留置バルーンカテーテル

(2) 胃瘻よりポートに変更する時の必要物品やその調達方法。ルート交換等の指示内容

(ア) 必要物品

ポンプは薬局から貸し出しの場合と、明祥等よりのレンタル。回路は2週間間隔での交換が推奨されている。訪問看護師に指示することが多い。

- ①カフティーパーポンプ
- ②ポンプ用の輸液セット
- ③ポート針

(イ) 中心静脈栄養の処方箋

中心静脈栄養のメニューは居宅療養管理指導契約を患者さんと薬局にかわしてもらおうとスムーズ。

(3) この患者さんに採血を行った月のレセプトで算定すべき管理料や管理加算及びカルテに記載すべき指導内容

(ア) 採血に関する算定について

- ①悪性腫瘍特異治療管理料1項目（CEAをマーカーとする）
- ②特定薬剤治療管理料（サンリズム投与。ピルシカイニド塩酸塩測定）

(イ) 在宅療養指導管理料及び加算算定について

加算は算定条件確認要

- ①まず、在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定：管理料は1人に主たる1つしか算定出来ない（点数に差有り）

加えて以下の各種管理加算が算定可能。

- ②在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算（在宅中心静脈栄養法指導管理料）
- ③注入ポンプ加算（在宅中心静脈栄養法指導管理料）
- ④人工呼吸器加算（在宅人工呼吸指導管理料）
- ⑤排痰補助装置加算（在宅人工呼吸指導管理料）
- ⑥気管切開患者用人工鼻加算（在宅気管切開患者指導管理料）

- ⑦酸素ボンベ加算（在宅酸素療法指導管理料）
- ⑧酸素濃縮装置加算（在宅酸素療法指導管理料）
- ⑨液化酸素装置加算（在宅酸素療法指導管理料）
- ⑩呼吸同調式デマンドバルブ加算（在宅酸素療法指導管理料）
- ⑪在宅酸素療法材料加算（在宅酸素療法指導管理料）
- ⑫導入初期加算（在宅自己注射指導管理料）
- ⑬血糖自己測定器加算（在宅自己注射指導管理料）

また、場合により以下も算定可能だが適宜確認が必要。

- ⑭注入器加算（在宅自己注射指導管理料）
- ⑮間歇注入シリンジポンプ加算（在宅自己注射指導管理料）
- ⑯持続血糖測定器加算（在宅自己注射指導管理料）
- ⑰トランスミッター加算（在宅自己注射指導管理料）
- ⑱注入器用注射針加算（在宅自己注射指導管理料）

(4) 算定にあたってのカルテ記載すべき指導内容について

(7) 在宅療養指導管理料

在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む）指導内容の要点を診療録に記載する。

（具体例） 月 1 回の SP02 の記載、腫瘍マーカー測定項目 等

(1) 悪性腫瘍特異物質治療管理料

腫瘍マーカー検査の結果及び療養計画の要点を診療録に記載する。

(ウ) 特定薬剤治療管理料

薬剤の血中濃度、療養計画の要点を診療録に記載する。

(5) 訪問看護指示書作成の流れ

訪問看護指示書は、介護保険と医療保険、いずれの保険制度を利用して訪問看護サービスを行う際にも必要となる。訪問看護指示書には有効期限を記載する（6ヶ月が限度。1ヶ月の指示を行う場合には記載不要）。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日でも行える。医療保険の訪問看護は原則週3回までとされている。患者さんが訪問看護の継続を希望する場合は、期限の到来ごとに訪問看護ステーションの看護師から主治医に交付を依頼する。主治医は、患者さんの診療結果と訪問看護師から提出された訪問看護計画書及び訪問看護報告書をもとに訪問看護の必要性の有無を判断する。

以下にあげる「厚生労働大臣が定める疾病等＝特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等」の患者さんについて訪問看護は医療保険利用となる。このため訪問看護指示書は作成するが特別訪問看護指示書交付は不要。

(6) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者

- ①末期の悪性腫瘍
- ②多発性硬化症
- ③重症筋無力症
- ④スモン
- ⑤筋萎縮性側索硬化症
- ⑥脊髄小脳変性症
- ⑦ハンチントン病
- ⑧進行性筋ジストロフィー症
- ⑨パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺）
- ⑩大脳皮質基底核変性症
- ⑪パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）
- ⑫多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）
- ⑬プリオン病
- ⑭亜急性硬化性全脳炎
- ⑮ライソゾーム病
- ⑯副腎白質ジストロフィー

- ⑰脊髄性筋萎縮症
- ⑱球脊髄性筋萎縮症
- ⑲慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ⑳後天性免疫不全症候群
- ㉑頸髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態の者

(7) 特別訪問看護指示書とは？

特別訪問看護指示書は訪問看護指示書が交付されている患者が対象となり、その指示期間は医療保険の利用となる。急に病状が悪くなった時や人生の最終段階、退院直後といった時に、頻繁な回数の訪問看護が必要と主治医が認めると交付を受けられる。特別訪問看護指示書は訪問看護指示書と同一の医師による発行となる。訪問看護の対象となる疾患に対して、医師の診療を受けた日から14日以内が有効期限である。原則として月1回の交付とされているが、気管カニューレを使用している人、あるいは真皮を超える褥瘡のある人は、月2回まで交付受けることが可能である。月2回交付されるケースでは医療保険を利用してほぼ毎日訪問看護が受けられる。

以下にあげる「厚生労働大臣が定める状態等＝特掲診療料の施設基準等別表8に掲げる状態等」の患者さんは、訪問看護週3回の制限を受けない、1日の複数回訪問が受けられる、複数のステーションから訪問看護の提供が受けられるなど手厚いサービスが受けられる。

(8) 特掲診療料の施設基準等別表第8の各号に掲げる者＝「厚生労働大臣が定める状態等」の患者

- ①在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- ②在宅自己腹膜灌流指導管理、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、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- ③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- ④真皮を越える褥瘡の状態にある者
- ⑤在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

3-2-2) 急速な進行の印象がある認知症患者について (症例 4)

84歳 女性。86歳の夫と二人暮らし。転倒による大腿骨頸部骨折の入院時に廃用症候群が進行し経口摂取不良の状態施設に退院、訪問診療が開始となったが摂食嚥下リハが奏功し食事摂取が再開となっていた。最近記憶や見当識の障害が進んだ印象、入居後何度か転倒し頭部打撲有り。また歩行の動揺や失禁も有る様子。

(1) 認知症の診断につき何処まで在宅で行うか。所謂 Treatable Dementia の可能性を考えたときの病院受診につき

在宅医療の対象となる患者さんはそもそも通院自体が困難で、平穩に待ち時間を過ごせない事も稀ではない。しかし認知症やそれに似た症状をきたす多くの疾患や病態が知られており、治療方針や今後の経過の推定にも正確な診断は本来必須である。そのため基本的に専門医受診を勧めるが、現実的に受診が困難又は希望のない場合 CT 等の画像検査を一般病院に依頼し慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症、脳腫瘍、などの疾患を除外する事も行う。勿論内分泌疾患や臓器不全及び欠乏性疾患等も採血等を行い在宅にてある程度は鑑別が可能である。客観評価には改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) や Mini-Mental State Examination (MMSE) を行い経過観察にも使用する。

(2) どのような場合、精神科受診につなげるべきか？

様々な状況が想定されるが、概ね以下のような状況が考えられる。

(7) 認知症状の記憶障害や周辺症状の進行によって在宅生活を安全に過ごすことが出来なくなった場合 (例)

- ①徘徊が目立ち、戸外に出て行くと自力で帰宅できない
- ②幻覚や妄想などから家族や周辺住民とトラブルが絶えない
- ③うつ状態がひどく、自立生活が困難になった
- ④合併症治療が必要だが、一般病棟では記憶障害・周辺症状による問題行動が多く管理が出来ない
- ⑤せん妄が頻回であり安全に薬剤整理を行いたい など

今日の精神科病院は、入院が長期化しないように、入院当初から様々な取り組みを行っている。本人が入院中、家族に対して心理教育を行うことや、自宅を訪問し退院後より暮らしやすくなるようにアドバイスを行っている。

合併症に対しても専属の身体科医やかかりつけ医と連携し治療にあたる。退院後も必要に応じ訪問看護を行ったり、認知症デイケアに通所を促したりしている。

(i) 具体的にどのような経路を経て受診させるべきか？

(a) 緊急に受診が必要な場合

図 35 の「精神科救急の医療連携体制」に準ずる。

(b) 緊急ではない受診の場合

精神科医療機関に併設されている「地域連携室」や「相談室」に連絡し、精神保健福祉士（PSW）等に患者の概要につき説明→必要に応じ事前に診療情報提供書の送付を行う→受診受け入れ可能となれば、受診の日時について調整する。本人に「精神科を受診してもらおう」などと直接的に伝えると受診拒否やトラブルの元になる事もあるため「詳しい検査をしてもらうために大きい病院で診てもらいましょう」などと促すと良い。家族が精神科受診に不安がある場合は事前の見学も可能。

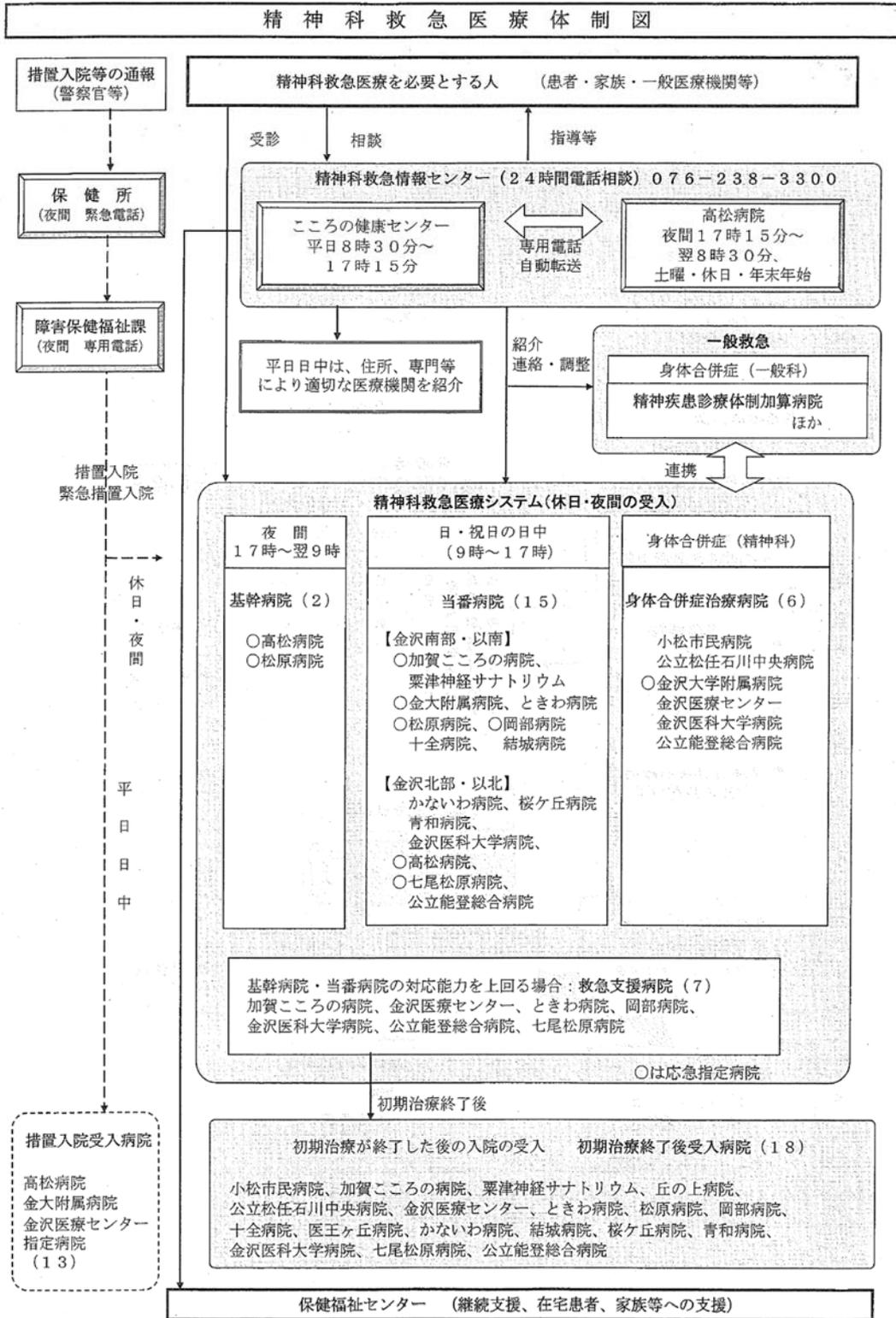


図 35 精神科救急の医療連携体制図

出典：石川県ホームページ 石川県地域医療推進室 石川県医療計画

<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryousupport/iryoukeikaku/iryoukeikaku.html>

(※平成 30 年 7 月に一部改訂予定、石川県ホームページに今後掲載される)

まずは近くの病院に行き頭部 CT のみ依頼、慢性硬膜下血腫と正常圧水頭症の可能性は否定的であった。その後介護看護に対する抵抗が目立ち、もの取られ妄想が進行、幻視や大声を出す等も有り施設他の入居者とのトラブルの危険性も高くなって来た。

(3) 治療開始前の専門医の受診につき。また在宅で加療開始とするならどのような薬物から開始するか？介護看護者（家族）への指示はどのようなものが適当か？

在宅医による治療開始前の専門医受診は薬物選択の指針になるのみでなく、悪化時や副作用出現時等に備えた関係構築に繋がる。認知症に対し在宅で向き合う本人・家族の不安と困惑を考えると、認知症をいかに受けとめてもらい適切なケアに結び付け生活を支えるかということも重要になる。その為にも地域包括支援センター、地域サロン、認知症家族の会、認知症カフェ、等を紹介し出来るだけ周囲の人々と繋がる事を勧めていく。訪問介護、デイサービスやデイケア、ショートステイ、等の利用は家族の負担軽減のみでなく患者さんの認知症病状安定にしばしば有効である。認知症治療に伴う訪問看護の導入も有効だが実施は一定の条件下で一部の病院に限られている様である。

抗認知症薬としてアセチルコリンエステラーゼ阻害剤であるドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンの3剤と、中等度認知症から使用できる MNDA 受容体拮抗薬であるメマンチンがある。メマンチンは軽度認知症に保険適応がない。アセチルコリンエステラーゼ阻害剤で頻度の高い副作用に消化器症状、メマンチンの副作用の中にめまいと眠気があり注意が必要。抗認知症薬は用量に対する反応性（効果・副作用ともに）も多様であり、副作用も勘案しながら使用することが必須となる。BSPD に対する薬物治療に関しては、かかりつけ医のための BSPD に対応する向精神薬使用ガイドラインが厚生労働省ホームページからもダウンロードできるのでご活用いただきたい。また日本神経学会からの認知症疾患診療ガイドラインは最近 2017 に改定された。

家族の同意を得て抗精神病薬を開始したが効果認めず。他の薬剤に変更したが傾眠となり嚥下状態が悪化したため薬剤を減量、その後何とか小康を得た。面会に来た夫（軽度認知症有り）とたまたま話をしたが遠方の娘婿が突然同居を始め患者さんの外泊を拒否、また夫にも施設入居を強く勧め家の改築を予定する等しているとの訴えがあった。

(4) 患者さんの権利擁護に関して相談が必要だと思われたときはどうするか？

患者さんの周囲にいる人々の各種状況や背景を知る必要が有るが、まずはケアマネジャーさん、及び患者さんを担当している地域包括支援センターの職員さんと相談する事が考えられる。また金沢市長寿福祉課（220-2288）、金沢市社会福祉協議会（231-5321）、更には後見人制度も視野に入れて金沢弁護士会（221-0242）、石川県行政書士会（268-9555）、成年後見センターリーガルサポート石川県支部（291-7070）、石川県社会福祉会成年後見センターぱあとなあ石川

（090-4329-2255）、社労士成年後見センター石川（292-2066）、北陸税理士会（223-1841）、等が有る。

その後 BPSD 再増悪。暴言から暴力行為に至りせん妄状態となる。軽症だったが介護士が受傷するに至ったと連絡を受けたのは金曜の夜であった。精神科受診も考慮すべきだが。

(5) 精神科の救急受診は可能か？適応は？月曜まで待つとしたら今施設で出来る対応は？

石川県庁のホームページにおいて精神科救急の基幹病院は県立高松病院と松原病院とあり、毎日の夜間受診が可能な旨記載が有る。また休日の日中は当番病院が決まっており（金沢市は石川中央地区）、076-225-1499 の自動音声応答ダイヤルで当番病院を確認する事が出来る。さらに石川県精神科救急情報センター（076-238-3300）でも 24 時間 365 日精神科医療の相談ができると記載されている。ただし、対象は患者さんやその家族の様であり、認知症患者さんが精神科救急特に入院対象としてどの程度認知されているかは病院間に大きな開きが有る様である。また多くの病院が精神科単科に近い状況に有る事より、身体合併症の管理に関する問題から受診がスムーズに行かない事も有る様である。

適応に関して、療養生活が破綻した場合適応だと私個人は考えている。因みに入院後の経過に関しては、多くの認知症患者の入院加療に携わった方から私見として伺った時には、在宅退院復帰率は 3 割程度（様々な理由で家族が在宅復帰を望まない事も稀ならず有り）との事であった。

受診が成立しない場合の対応に関しては、不穏時屯用としての投薬もやむを得無いと考える。そもそも服薬自体が困難なため、リスパダール内用液、ジプレキサザイデリス、エビリファイ液剤、が選択される事が多い印象である。セロクエル、デパケン、テグレトール、セレネース、リボトリール、等の処方も考慮対象であるがこれ以上は成書を参考にさせていただきたい。

3-3) 緩和ケア・看取り症例など

3-3-1) 在宅での緩和ケアについて (症例 5)

右肺がんの人生の最終段階の C さん。80 歳男性。

かかりつけ医の当院ですこやか検診を受けていた。1 年前にステージ 4 の肺がんと診断され総合病院で化学療法を行ってきたが、病状は悪化（呼吸苦出現、ADL の低下）してきた。今回も労作時の呼吸苦が強くなり入院。酸素 10 投与で症状は改善した。病院主治医より症状緩和を中心とした在宅ケアに移行した方がよいのではないかとの提案を受けた。同居している妻とともに、なるべく在宅で療養したいとの意向を持っており退院を了承。予後は本人には未告知だが、妻と遠方の息子には 2-3 ヶ月程度と告げられている。本人は希望をもっており、通院をして化学療法も続けたいと考えている。

病院の地域連携室を通じ、かかりつけ医であった当院に訪問診療の打診があった。

(1) 緩和ケアとは

重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケアのことである。従来はがんに対する積極的な治療ができなくなった時点で緩和ケアが始まると認識されていたが、現在ではがんの診断がついた時から緩和ケアが必要であるとされている。緩和ケアは、がんを患う方に対して発展してきたが、現在ではがんに限らず、重い病を抱える方全般を対象としている。

緩和ケアの考え方 今昔

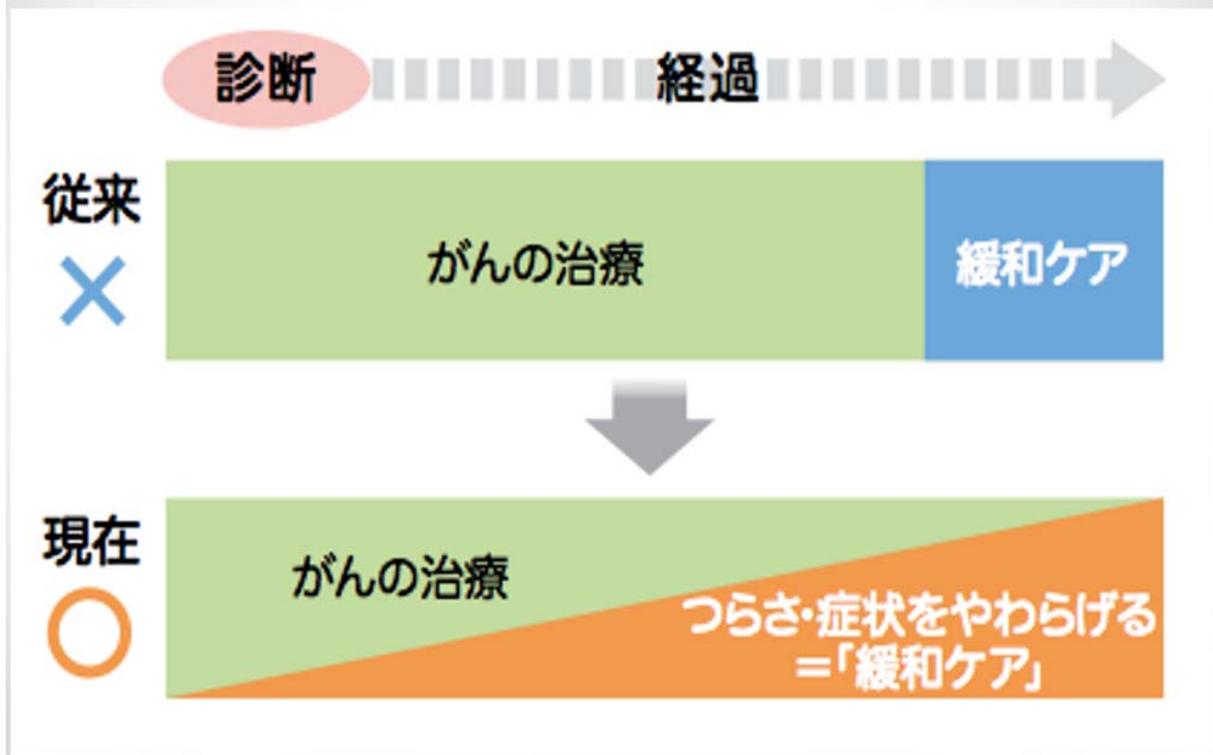


図 36 緩和ケアの考え方 今昔

従来は、がんに対して積極的な治療が困難となった時から緩和ケアが始まると認識されていたが、現在では、がんの診断がついた時から緩和ケアを始めるべきとされている。

(2) がんによる 4 つの苦しみと WHO 方式がん疼痛治療法

がんを患う方には、大きく分けて「身体的なつらさ」「社会的なつらさ」「気持ちのつらさ」「スピリチュアルなつらさ（自分の存在価値が見出せないつらさ）」の 4 つの苦しみがあるとされている。全てのつらさに対してケアは必要であるが、進行がん患者の 7-8 割が感じている「身体的なつらさ」の緩和は早急に行うべきである。特にがんによる痛みの 8 割は適切なケアを行えば緩和できるといわれている。がん疼痛治療は WHO 方式がん疼痛治療法に則って行われることが奨められている。

<参考>

がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014 年版

がんによる苦しみ

身体をつらさ

例)

- ・治療の副作用
- ・がんによる痛みや呼吸苦・吐気

気持ちをつらさ

例)

- ・もうすぐ死ぬのかな
- ・がんが再発しないだろうか
と不安

社会的なつらさ

例)

- ・仕事にいけない
- ・治療にお金がかかる
- ・お弁当を作ってあげられない

自分がいる意味が見 いだせないつらさ

例)

- ・トイレにも行けないなら死んでしまいたい
- ・家族に迷惑をかける自分はいないほうがいい



図 37 がんによる4つの苦痛

身体をつらさ、気持ちをつらさ、社会的なつらさ、自分がいる意味が見出せないつらさ（スピリチュアルなつらさ）はお互いに関連しあっている。

WHO方式がん疼痛治療法

- 目標の設定

第一目標	夜間の良眠
第二目標	安静時の痛みの消失
第三目標	体動時の痛みの消失

最終目標：平常の生活に近づけること

図 38 がん疼痛治療における目標の設定 (WHO 方式)

いたみのマネジメントに大切なことは、現時的かつ段階的な目標設定をすることである。これらの目標を達成し、平常の生活に近づけることが求められている。

WHO鎮痛薬使用の5原則

1. By the mouth 経口的に
2. By the clock 時間を決めて規則的に
3. By the ladder 除痛ラダーに沿って
4. For the individual 個々に最適な
5. With attention to details その上で細かな配慮を

図 39 鎮痛薬使用の5原則

WHO 三段階除痛ラダー

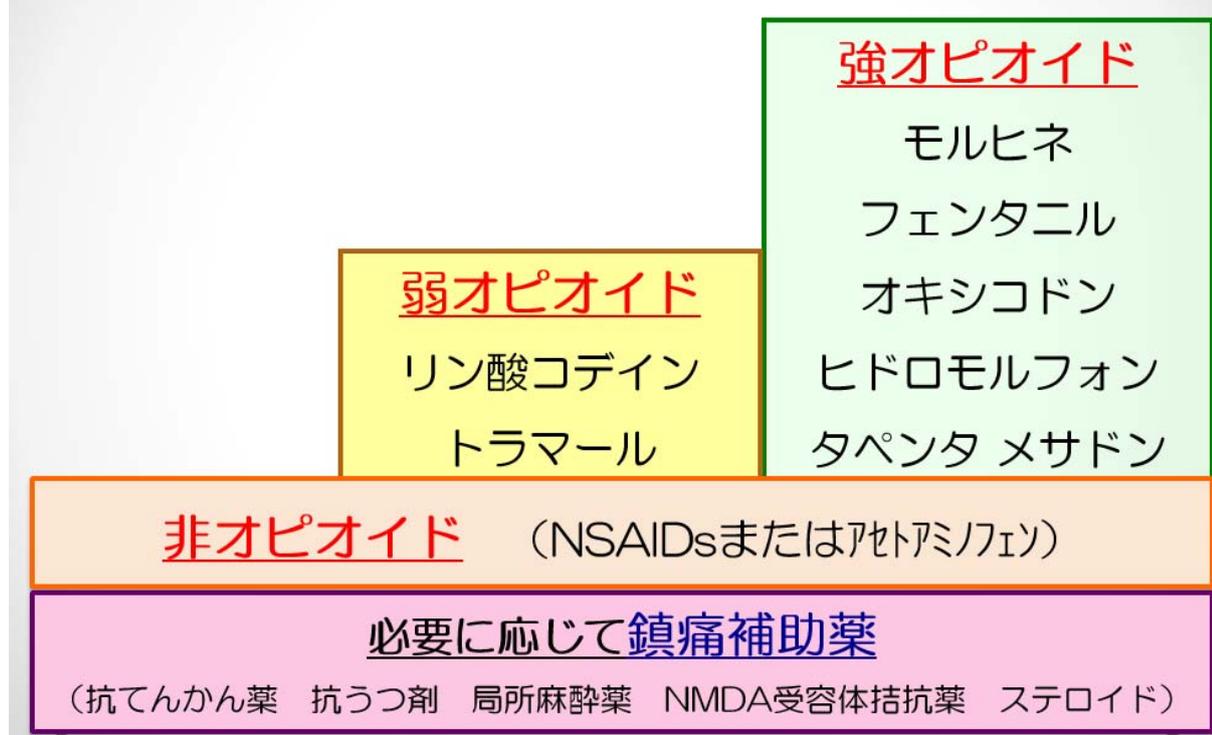


図 40 WHO 三段階除痛ラダー

オピオイド使用時も、非オピオイド鎮痛薬を使用すること、必要に応じて鎮痛補助薬を併用することが重要である。

(3) がんを患う方の身体機能の変化

がんを患う方はある時を過ぎると、急速に身体機能が衰えてくる。一般的には衰えだしてから亡くなるまでに2週間から3ヶ月程度と言われている。残された時間をできるだけ穏やかに過ごしていただくためには、迅速な対応が必要である。

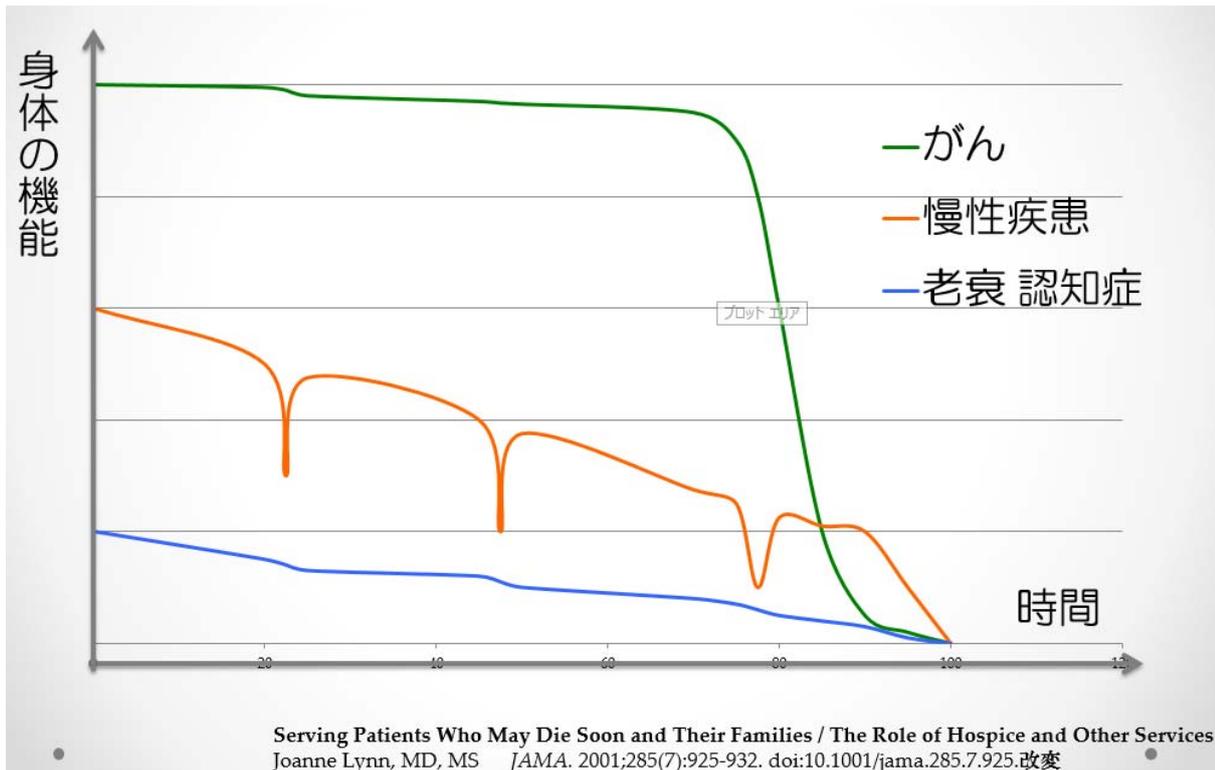


図 41 疾患ごとの身体機能の時間的変化

がん患者は急激に身体機能が低下する。個体差はあるが、低下してから死亡までは2週間から3ヶ月程度とも言われている。

■ がんを患う方の身体症状の変化

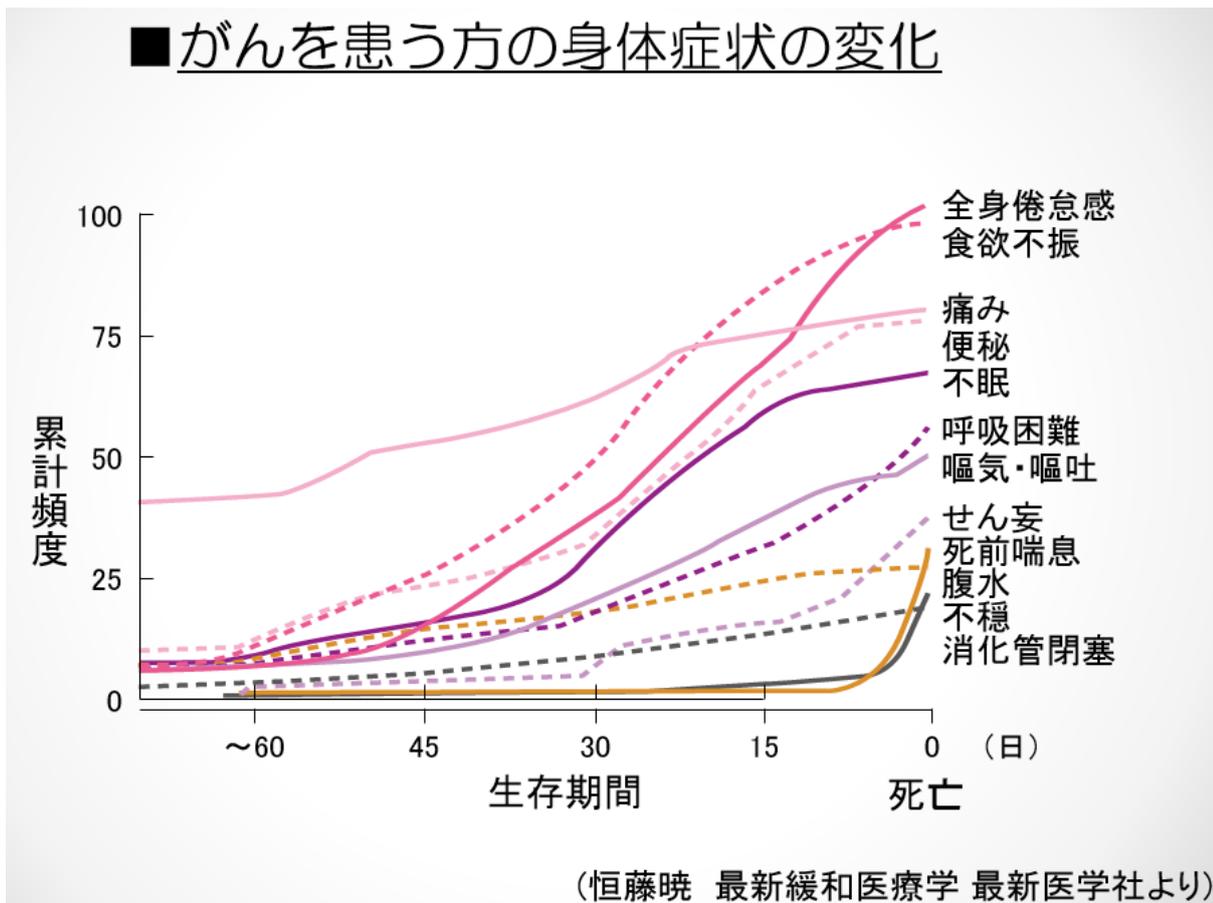


図 42 がん患者の身体症状の変化

死に臨み、様々な症状が出現する。出現する可能性のある症状を予測し、速やかな症状緩和が求められる。

(4) Bad news を伝えられた患者の心理

がんの告知や、治療が困難になったことなどに象徴される悪い知らせをどのように伝えるべきか、どのような配慮がなされるべきかには、コミュニケーションスキルが必要といわれ、その重要性が認識されるようになってきた。その流れを受け悪い知らせをつたえるときに必要なコミュニケーショントレーニングツールとして SPIKES や SHARE が開発された。なかでも日本人のために開発された SHARE を用いた、がん医療に携わる意思に対するコミュニケーション技術研修会（主催一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会 URL:share-cst.jp）も開催されている。

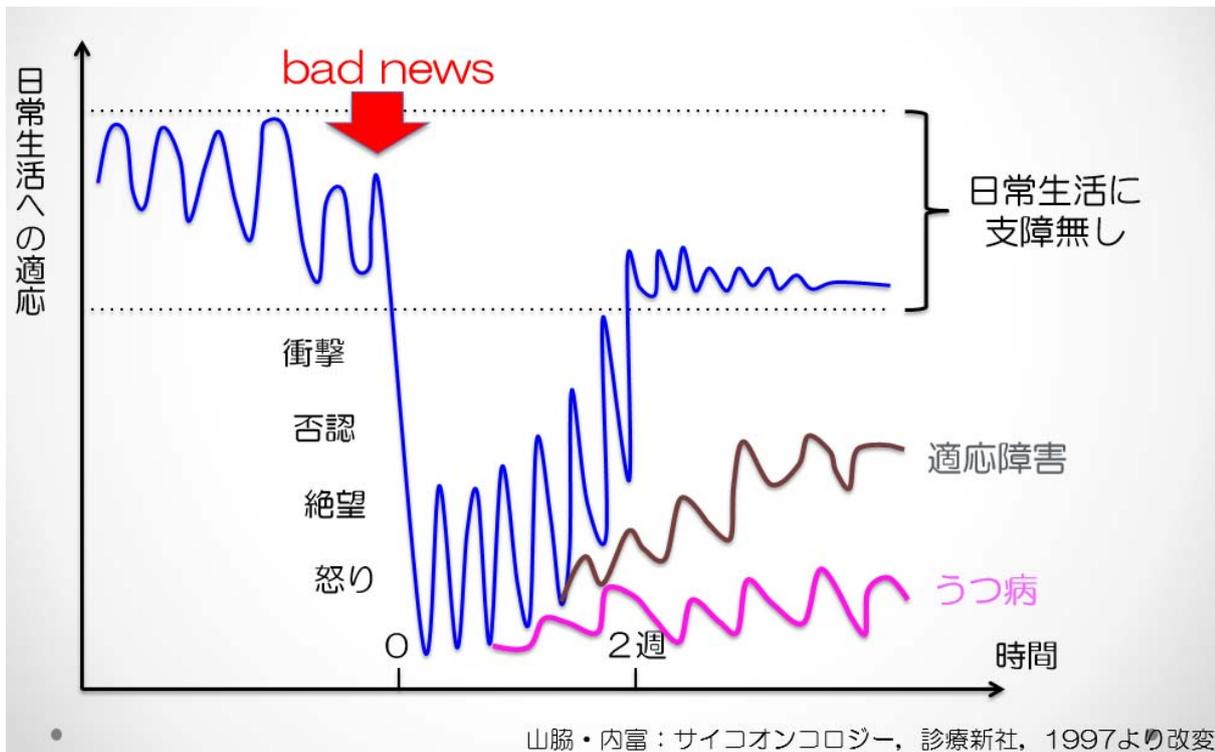


図 43 悪い知らせを伝えられた時の患者の心理

bad news を伝えられると、衝撃、否認、絶望、怒りなどの心理状態を経て、通常は約 2 週間程度で日常生活に支障がない程度まで心理状態は回復する。しかし 2 週間後においても日常生活に支障を来している場合は、専門医の診察が必要と思われる。

(5) 退院にあたり、取り急ぎ必要な制度的、人的資源は

→他稿を参照のこと

介護保険サービス受給のための手続き。ケアマネジャーの選任。訪問看護師の選任（24 時間対応ステーションが望ましい）と制度的背景。

○月△日に退院と決定した。退院日の5日前に、入院中の病棟で退院前カンファランスが行われ、退院後に関わることになるかかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー等を含め退院後の療養方針につき話し合いがもたれた。

(6) 退院前カンファランスで確認しておきたいこと

- ①退院前カンファレンス：まず本人抜きで話し合いが持たれることも多い。その際に家族には、自宅で生活していくことについての思いや不安を話してもらうことが望ましい。その後に合流した本人には、自宅での生活で望んでいることをお話しいただきチームで共有する。
- ②在宅酸素の手配：手配・算定するのは病院側か在宅医かの確認
- ③次回外来受診予約について：病院主治医との関係が途切れてしまうことに不安を憶える患者も多い。可能であれば外来の予約を残しておいてもらうことも不安の解消につながる。在宅での生活が落ち着いていて外来受診が必要無い場合や、状態が著しく悪化し通院が難しい場合などはキャンセルの連絡をする。その際は病院の連携室を通じ、現在の状況を病院主治医に伝えてもらうことも病診連携に必要であろう。
- ④退院時処方必要最低限で：残された時間が少ない場合、頻繁に処方変更が必要となることもある。
- ⑤院外調剤の場合の調剤薬局の選定：かかりつけ薬局があれば第一選択とする。しかしオピオイド等の処方が可能かどうかは確認しておく必要がある。今後起こりうる急激な症状増悪へ速やかに対応するためには、24時間対応調剤薬局への依頼も考慮する。かかりつけ薬局が、今後在宅緩和ケアに関わっていきたいと考えている場合は、経験が豊富な24時間対応調剤薬局にサポートしてもらうことも可能であろう。

退院翌日に自宅へ訪問した。ケアマネジャーと訪問薬剤師も同席することとなった。

(7) 初回訪問にあたって考慮すべきこと

- ①退院後できるだけ早く初回訪問日を設定する：退院直後は、本人家族ともに不安が大きい。退院日、少なくとも数日以内に初回訪問したいところである。
- ②本人の言葉に耳を傾ける：病気の経過や認識について語っていただく時間を設ける（たとえ病院主治医からの説明と相違があったとしても性急に正す必要はない）。また自宅で生活するにあたり、本人の希望や、今まで大切にしてきたことなどをお話しいただく。お話しただけな時は、自宅での生活から話の糸口を見出す。（例：ペット、調度品、本など）
- ③今後起こりうることを予測し、緊急時に使用する薬を少量処方しておく：解熱や疼痛コントロールに必要な薬：第一選択は経口薬だが、状況により座薬も準備しておく。

(8) 医療用麻薬について

病状によっては医療用麻薬も必要となる。医療用麻薬の副作用（嘔気、便秘、眠気）には留意する。しかし『モルヒネ』という響きに不安を憶え、使用を躊躇する患者、家族も多い。「死へ向かう過程を安楽に過ごすための手段」と、死を強く連想させるからかもしれない。例えば「楽になる」と伝えるだけでなく、「今できていないことができるようになる」可能性を伝え前向きな提案に努める。精神的サポートも必要である。

在宅緩和ケアにおいては、訪問薬剤師の働きで患者・家族のQOLは大きく左右される。しかしその認識がない患者・家族も多く、ケアマネジャーですら、“薬の配達をする人”程度の認識であることが多い。初回訪問時に、患者・家族を支える在宅緩和ケアチームの重要なメンバーのひとりであることを医師から伝えることで、質の高いケアの提供が可能となる。

副作用対策



図 44 モルヒネの容量と薬理作用

鎮痛に必要なモルヒネの容量を1とすると、便秘はその1/50、嘔気は1/10の量で発現するといわれている。モルヒネを投与する場合は、便秘対策、嘔気対策は必須である。オキシコドンでも便秘、嘔気は低容量で発現する。

自宅で好きなことをしながら、Cさんらしい生活を過ごされていた。経過中、右胸痛の出現と呼吸困難感が少しずつ強くなったが、酸素流量を増やし（マスクは嫌がり経鼻で4l）、経口オピオイドを使用しながら穏やかな時間を過ごしていた。胸痛の増強と呼吸状態が悪化し、経口薬の内服も困難となってきたため、PCA機能をもつ持続注入ポンプを用いてのコントロールを行うこととした。

(9) オピオイドスイッチングについて

使用するオピオイドを増量しても鎮痛効果に乏しくなってきた場合や、増量することで副作用の発現が目立つようになってきた場合、また今までの投与経路での使用が難しくなってきた場合に、オピオイドの種類や投与経路の変更を考慮する。

オピオイドスイッチング

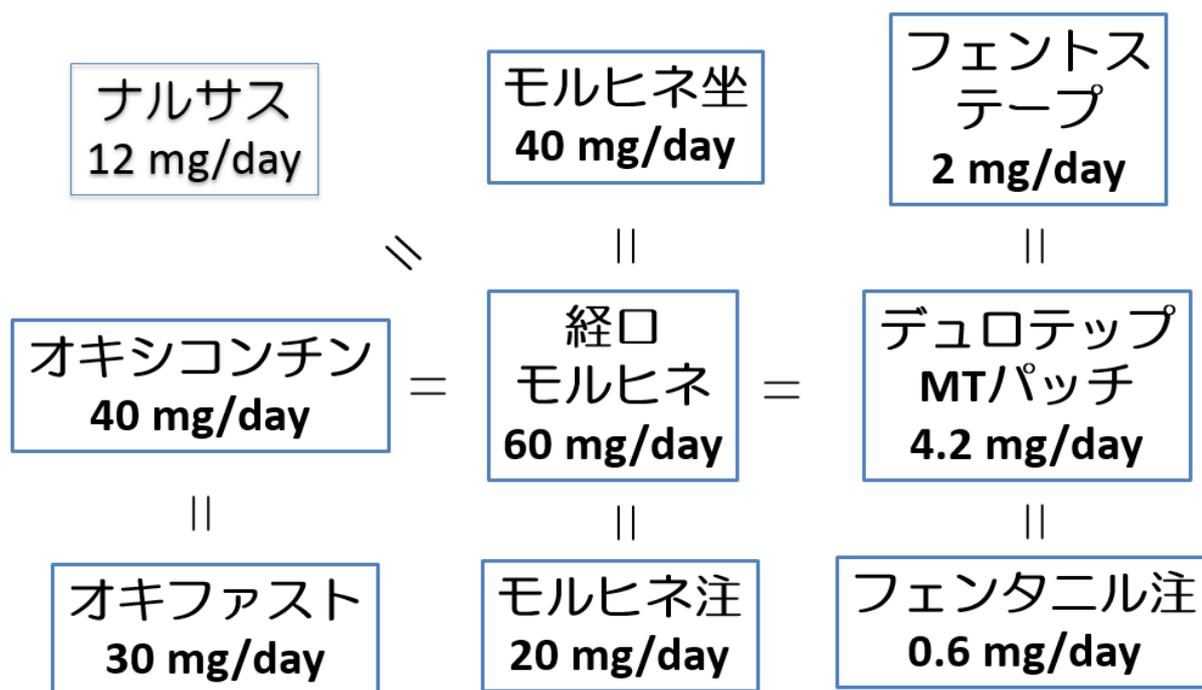


図 45 オピオイドスイッチング換算表

『がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014年版 p50 5.換算表』をもとに改変した。換算比に関しては、痛みが安定している患者での対モルヒネ単回投与に基づいて報告がほとんどであるが、それでも数値にばらつきがある。換算表を目安とするが、個々の状態を勘案した上で決定すべきである。効果や副作用を観察の上、きめ細かい調節が必要である。

投与経路の選択

基本は経口：簡便で経済的だが、口内炎、嚥下障害、消化管閉塞、嘔気・嘔吐、せん妄などで投与継続が困難な場合は、他の投与経路に変更。

- **直腸内投与**：簡便で吸収も速やか。長期的な使用は適さない。
※ 人工肛門からの投与は吸収にバラツキ
- **経皮投与**：投与量の迅速な変更が難しいので、安定期に使用。
※ 皮膚の状態が悪い場合、発汗が多い場合は吸収が不安定
体温の上昇で、薬剤の放出が増す。
- **持続皮下注**：吸収の上限は1 ml/h
- **持続静注**：確実に迅速。大量投与にも適する

図 46 投与経路の選択

オピオイドの基本的な投与経路は経口であるが、上記の理由などで経口からの投与が困難な場合は、投与経路の変更が必要となる。それぞれに使用できる薬物の種類や剤型に限りがある（図 47 参照）。

主要なオピオイドの剤型

	モルヒネ	オキシコドン	フェンタニル	ヒドロ モルフォン
経口薬	有り	有り	有り	有り
坐薬	有り	×	×	×
貼付剤	×	×	有り	×
注射	有り	有り	有り	有り

図 47 主要なオピオイドの剤型

疾患により使用できない剤型があるので注意が必要。各オピオイドの添付文書を確認の上使用すること（例：オキシコドンは、悪性腫瘍のみ。モルヒネ製剤も悪性腫瘍のみ適応のある経口薬や坐剤がある）。

(10) PCA (patient-controlled analgesia) 機能付き持続注入ポンプについて

経口オピオイドや座薬、貼付薬では、がんによる症状が速やかに緩和されない場合には、オピオイド注射剤の使用が有効である。また原発性肺がんの方や、予後を規定するような転移性肺腫瘍、胸水貯留がある方は、急激に呼吸状態が悪化することがある。その場合もオピオイド注射剤が有効な場合があり、その際には、患者判断によるレスキュー投与が可能な PCA (patient-controlled analgesia) 機能付き持続注入ポンプ（以下、PCA ポンプ）が便利である。

PCA※: Patient Controlled Analgesia (患者自己調節鎮痛法)

患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法

持続注入機能 + **レスキュー投与機能**



図 48 PCA ポンプ図

PCA ポンプには、持続痛に対してオピオイドを持続的に注入する機能と、突発痛に対して患者自らがボタンを押す（ドーズ”）ことで、レスキュー投与機能が備わっている。

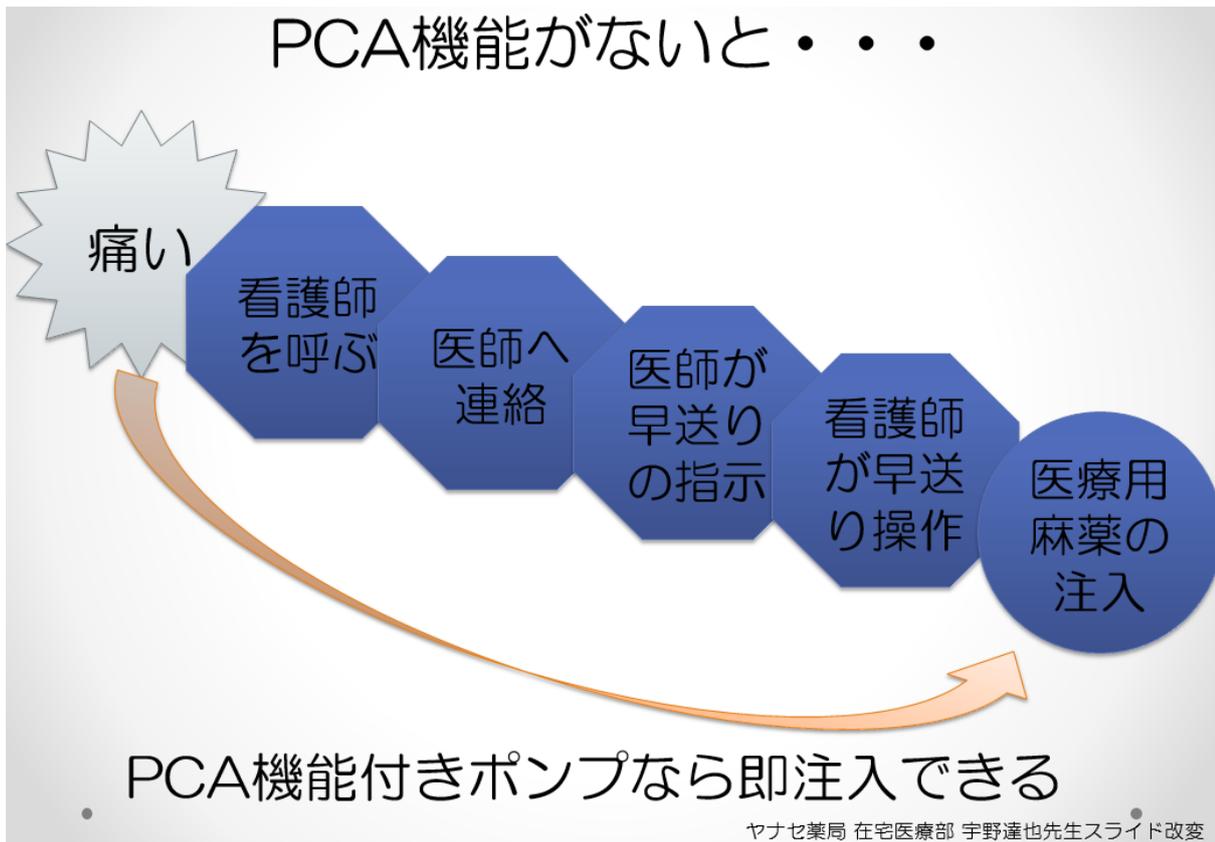


図 49 PCA 機能付きポンプ

PCA 機能があれば複数のステップを省略することができ、オピオイドの速やかなレスキュー投与が可能である。

(11) 算定方法について

PCA ポンプを用いて在宅にて鎮痛療法（あるいは化学療法）を行う場合、一定の条件を満たせば（C108 参照）、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料が算定可能である。ただし複数の在宅療養指導管理料は算定できない。

本例では退院時に在宅酸素指導管理料を算定しているため、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の算定は不可。しかしそれにかかる在宅療養指導管理材料加算は算定可能である（本例では注入ポンプ加算が算定可：レセプトには「経口摂取困難となり PCA ポンプによる鎮痛療法を行っており注入ポンプ加算を算定しています」などのコメントを記載するべき）

3-3-2) 在宅での看取りについて (症例 6)

脳出血後誤嚥性肺炎 廃用症候群の D さん。85 歳男性。

20 年前に脳出血を発症し車椅子生活となった。同い年の妻により自宅で介護されてきたが、年々 ADL は低下し、今年に入り寝たきりとなった (要介護 5)。その頃より訪問診療依頼があり定期的に訪問している。誤嚥性肺炎をたびたび発症し、最近では月に 1-2 回の入院を必要としている。妻 (軽度の認知症、リウマチ)、娘 (日中不在)、孫の 4 人暮らし。今回も誤嚥性肺炎で入院となった。入院後肺炎は一旦軽快したが、経口開始すると発熱がみられる。病院の担当医より今後についての相談があった。

病院担当医より家族へ：誤嚥のリスクが高く、今後の経口はお楽しみ程度になるであろう。栄養サポートのためには、①胃瘻造設 ②中心静脈ポート造設 ③末梢点滴 ④何もせず症状緩和のみ のいずれがよいか？ また人工呼吸器や心臓マッサージなどの延命措置についてどう考えているか？との意見も求められた。

D さんは 20 年前の脳出血後、発語はないが、うなずきなどでかろうじて意思表示可能。ご家族とは表情などでもコミュニケーションがとれている。

(1) 人生の最終段階における意思決定支援

ヒトの生命には限りがあり、最後を迎えることは避けられない。その時期が近づいたときに、どこでどのように生活することが望ましいのかを、ご本人の意思決定を基本として確認することが大切である。

平成 30 年 3 月には、《人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン》が 3 年ぶりに改訂された。その中で、医師等の医療従事者からの適切な情報提供と説明のうえで、患者は、医師だけではなく、多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本として人生の最終段階における医療を進めることが大原則としている。また病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう配慮され、今回の改訂では以下の点について強調されている。

- ①患者の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返し行われることが重要であること (アドバンス・ケア・プランニングの概念：次項に掲載)
- ②患者が自らの意思を伝えられない状態になることも想定して、患者の意思を推定する者として、家族などの信頼できる者を定めておくことが望ましいこと。その者も含めて事前に十分な話し合いが繰り返し行われることが重要であること

③医療の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等についても、医師だけではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断すべきであること

④このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくことが必要であること

健康な状態では、人生の最終段階は想像することが難しく、あまりに早い段階から考えておくことは意味がないとの報告もある。しかしながら安定した段階から、最終段階を意識し始める段階まで関わるができる“かかりつけ医”こそが、患者の意思決定を支える担い手のひとりとなるべきであろう。

<参考>

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン 改訂 平成 30 年 3 月

妻は入院中と同様に末梢点滴はするが、延命措置は望まず、自宅で最期まで一緒に過ごしたいと考えている。一方娘は1日でも長生きしてほしいとの思いから、胃瘻造設と延命措置も希望された。

Dさんは若い頃に「家族に迷惑をかけながら長生きしたくはない」と意思表示をしていたことを妻に告げていた。当時の様子を聞いた娘、孫も、Dさんの意思を尊重し、妻の意見と同じく末梢点滴のみを行い、延命措置は行わない方針に同意した。

(2) アドバンス・ケア・プランニングについて

命の危険性が迫った状態に陥った時には、約4分の3の人が、まわりに自分の考えを伝えることが難しくなると言われている。万が一のときに備えて、大切にしていることや希望、今後どのような医療やケアを望むのかについて、自分自身で考えたり、信頼する人たちと話し合ったりすることをアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning) と言う。

将来の意思決定能力低下に備えて、事前指示と言われる文書の作成に重きをおくアドバンス・ディレクティブとは異なり、アドバンス・ケア・プランニングは話し合いなどの対応プロセス全体を指す。

<参考>

厚生労働省 第1回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 (平成29年8月)

退院後はDさんが好きだったあんこを裏ごしして味わってもらうなど、穏やかに過ごされた。退院当初は1,000mlの輸液を行っていたが、浮腫みが出現してきたため、少しずつ減量した。喀痰も増えてきたため、家族と相談の上、輸液を中止した。

輸液中止後は、喀痰もなく穏やかに過ごされ、自宅で家族に見守られ永眠された。

(3) 人生の最終段階における輸液の差し控えについて

亡くなる直前の時期に輸液を行った場合と、行わなかった場合の患者のQOLと生命予後には、差は認められなかったとの報告あり。ただし、高度の脱水の症例は除外されている。すなわち、食べられなくなったからルーチンで輸液を行うことは慎むべきで、症例毎に状態観察を行い、脱水などで必要と判断されれば輸液も行うべきである。

<参考>

Bruera E. et. Parenteral hydration in patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2013; 31:111-8

(4) 人生の最終段階における身体の変化について

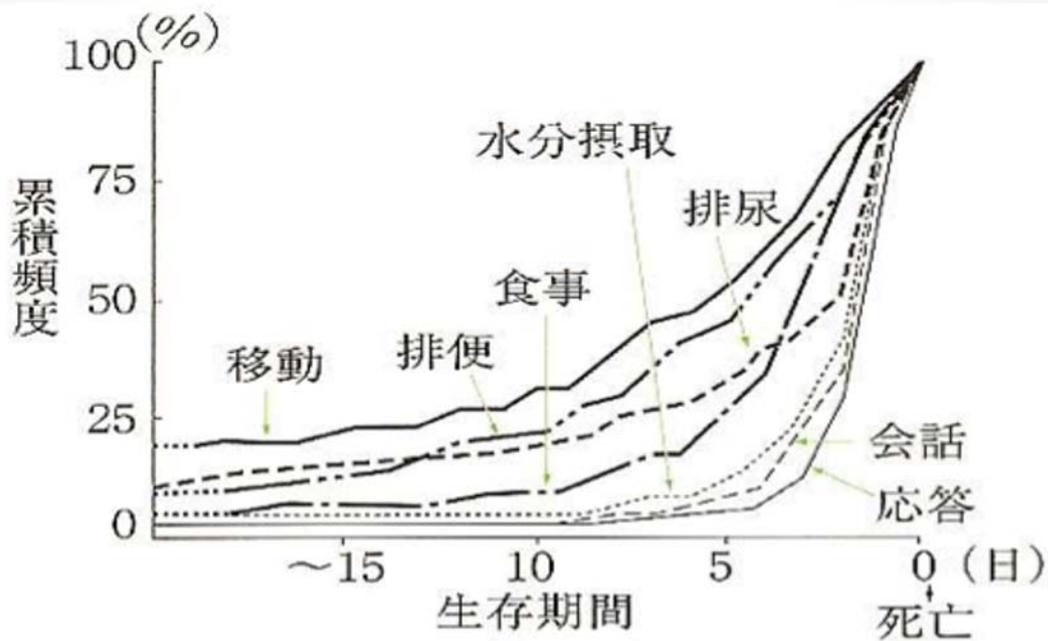
人生の最終段階には、様々な変化がおこる。からだに起きてくる変化、苦痛が増えたときの対応（鎮静など）、回復困難なせん妄（混乱など）、自然喘鳴（喀痰がのどでゴロゴロいうこと）、輸液について、ご家族の心配にそって説明していく。

病気や老いにより、移動や排泄などの動作や、生命維持に必要な食事や水分摂取などの動作が困難となってくる。患者は家族に迷惑をかけたくないと精神的苦痛が強くなり、一方家族は、介護がいつまで続くのかと不安も大きくなる。

ケアチームで予後を予測し、居宅で生活する目的や意味を改めて、患者本人や家族も含めて共有することが大切である。その上で、患者、家族の精神的苦痛を緩和することができる対処方法を、ケアチームで検討する。

特にトイレへ移動しての排泄ができなくなった時点で入院を希望される方は多いが、精神的な苦痛に寄り添い適切な対応を選択（必ずしも膀胱留置カテーテルが最適という訳ではない）することで、引き続き居宅での生活を続けられることも多い。

■日常生活動作の障害の出現からの生存期間 (206例)



(淀川キリスト教病院ホスピス 編, 緩和ケアマニュアル
ターミナルケアマニュアル改訂第4版 最新医学社, 2005より)

図 50 日常生活動作の障害の出現からの生存期間

予後2週間を切ると、今まで当たり前に出ていた日常生活動作が困難となる。身体的苦痛の緩和も重要であるが、日常生活動作が困難になった時の精神的苦痛は非常に大きい。



これからの 過ごし方 について



- ほとんどの方がこのような経験は初めてだと思います。心配や不安なことを感じるのはあたりまえのことです。わからないことや相談したいことがあればその都度看護師や医師に声をかけてください。
- このパンフレットは自宅、病院など、さまざまな場面で使用します。
- 一般的な事項が書いてあります。患者さんによってはあてはまらないこともあります。

説明を
受けた方

説明を
した人

月 日

図 51 これからの過ごし方について

看取り期に入った患者を持つ家族は、不安が大きい。今後起きうることを予め説明しておくことで、不安の軽減となる。（以下の URL にアクセスするとご家族への説明パンフレットがダウンロード可能）

<参考>

緩和ケア普及のための地域プロジェクト：OPTIM 〉 パンフレット等 〉 わたしのカルテ

<http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori01.pdf>

3-4) 専門医の往診など

3-4-1) 皮膚科 (症例 7)

症例 87 歳男性 誤嚥性肺炎で長期入院。ADL が著しく低下。退院後自宅療養中に仙骨部に褥瘡形成。早期胃癌術後、逆流性食道炎、慢性硬膜下血腫などの既往あり。家族より依頼あり往診。

(1) 在宅医療における皮膚疾患の実態

平成 17 年に日本臨床皮膚科医会と日本看護協会が共同で行った調査によると訪問看護サービスを受けている在宅療養者の 70.5%に何らかの皮膚疾患が認められた。その内訳は皮膚真菌症 (33.6%) 湿疹・皮膚炎 (31.5%) オムツかぶれ (8.2%) 褥瘡 (7.3%) 爪のトラブル (7.3%) などであった。それに対して 71.6%に対して何らかの治療がなされていた。治療は 30%が皮膚科医によりなされており、約 50%が皮膚科以外の医師、20%が訪問看護師によりなされていた。未治療である理由は半数が本人または家族の希望がない (49.1%) だったが、近くに往診可能な皮膚科医がない (11.4%) 皮膚科は往診しないと思っていた (7.9%) という回答も多かった。また、皮膚疾患を有する者のうち今後皮膚科医による訪問調査の必要があると回答したものは 16.3%であった。

(日本臨床皮膚科医会雑誌 24 (3) , 43-50, 2007)

また、平成 25 年に日本臨床皮膚科医会が行った調査によると、皮膚科医の往診の必要性は訪問看護ステーションの 81.8%居宅介護支援事業所の 56.9%が「必要性が非常に高い」と答えている。

(日本臨床皮膚科医会雑誌 31 (3) , 392-400, 2014)

一方で皮膚科医の 62.2%が往診を行っているが、往診を行っていない皮膚科医は時間的体力的問題で往診できないと答えている。

(日本臨床皮膚科医会雑誌 27 (3) , 375-381, 2010)

このような実態から在宅での皮膚疾患に対する診療のニーズは高いが皮膚科の在宅診療の認知度や皮膚科医の意欲不足などが問題と考えられる。保険制度が複雑であることも新たに往診に取り組む際の障壁となっている。

(2) 専門医の保険請求について

これまでは単独の医療機関で算定可能だった訪問診療が平成 30 年度診療報酬改定で複数の医療機関が算定できるようになった。これにより複数の専門医が同時にかかわりやすくなった。しかし、依然として複雑で、専門医が気軽に在宅に参入できるとは言い難い。

ここでは在宅療養支援診療所の届出を行っていない専門医が在宅診療に臨む際の診療報酬算定について記載する。（詳しくは診療報酬点数表などを参照）また、これは現時点での算定方法で、今後の診療報酬改定で変更される可能性がある。

(7) 在宅患者訪問診療料 (I)

在宅患者訪問診療料 1

（患者からの依頼。他医療機関からの紹介なし。）

イ 同一建物居住者以外の場合 833 点

ロ 同一建物居住者の場合 203 点

在宅患者訪問診療料 2

（在医総管などを算定する他医療機関からの紹介あり。紹介状は必須ではなく、電話などでの依頼でもよい。ただし、ケアマネジャーなどからの間接的な依頼の際は算定できない。開始から 6 か月を限度に月 1 回算定できる。）

イ 同一建物居住者以外の場合 830 点

ロ 同一建物居住者の場合 178 点

訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと

- ①当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること。
- ②訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。「2」を算定する場合には、主として診療を行う医師である保険医が所属する他の保険医療機関が診療を求めた傷病も記載すること。
- ③訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について、診療録に記載すること。

(1) 在宅（1名のみ診療）の場合

他の医療機関の訪問診療ない場合（自院単独で往診した場合）

- 初診・・・・・・・・初診料（282点）
 - +往診料（720点）
 - +在宅寝たきり患者処置指導管理料（1050点）
- 不定期の再診・・再診料（72点）
 - +外来管理加算（52点）
 - +往診料（720点）
 - +在宅寝たきり患者処置指導管理料（1050点）
- 定期的な再診・・在宅患者訪問診療料（I）の1のイ（833点）
 - +在宅寝たきり患者処置指導管理料（1050点）

他の医療機関の訪問診療がある場合

- 初診・・・・・・・・初診料（282点）
 - +往診料（720点）
- 不定期の再診・・再診料（72点）
 - +外来管理加算（52点）
 - +往診料（720点）

（注：不定期の再診を繰り返していると定期的とみなされる可能性があり、その際には家族、主治医などと相談し、下記の在宅患者訪問診療料（I）の2の算定に移行することを検討）
- 定期的な再診（紹介なし）・・再診料（72点）
 - +外来管理加算（52点）
- 定期的な再診（紹介あり）・・在宅患者訪問診療料（I）の2のイ（830点）
 - （月1回のみ算定可能、それ以外に緊急に患家などの求めに応じて訪問した際には往診料を算定できる）

(ウ) 同一建物の複数名の診療の場合

- ①基本的な算定は1名の場合に準ずる。
- ②初診料再診料は各人に算定できるが、往診料は1名のみ算定。
- ③在宅患者訪問診療料が算定できる場合は在宅患者訪問診療料（I）の1のロ（203点）または在宅患者訪問診療料（I）の2のロ（178点）を算定する

（同一建物の複数名を診察した際に、各人に他の医療機関の訪問診療の有無を確認し、それぞれに算定しなければならず、事務手続きが煩雑になることが問題。）

(3) 在宅で遭遇するおもな皮膚疾患に対する対応について

皮膚疾患の多くが外用剤による治療が中心となる。単に投与するだけでは治療が停滞する場合がある。誰が処置するのか、実施可能なのかを考慮してできるだけ具体的な指示を行う。在宅診療で皮膚疾患を皮膚科医以外が診療する場面は多い。当然ながら専門的な知識が要求される場面では非専門医が治療に難渋することが予想される。そのような場合は速やかに皮膚科専門医に相談する。その際に患部の臨床写真を利用すると具体的に症状を伝えやすい。（大きさや患部の部位などが分かるように撮影する。）病診連携、診々連携、在宅ネットワークなどの中で専門医との連携が密に行われることが必要である。

以下には前述のように在宅で経験することの多い疾患（(ア) 皮膚真菌症 (イ) 湿疹・皮膚炎 (ウ) 褥瘡 (エ) 爪のトラブル）についてポイントを述べる。

(ア) 皮膚真菌症

在宅で遭遇するのはおもに足白癬・爪白癬・皮膚カンジダ症であろう。診断は患部の皮膚などを採取し、KOH法で真菌を確認することが望ましい。視診だけでは誤診しやすい。（検査センターなどへ外部委託が可能だが、採取する検体により検出率が大きく変わる）

通常の白癬症には抗真菌外用剤を使用する。爪白癬には従来の外用剤は基本的には無効で、内服（テルビナフィン、イトラコナゾール）が有効である。投与の際には肝機能障害などの副作用や他剤との相互作用に注意が必要となる。近年爪専用の外用剤（エフィナコナゾール、ルリコナゾール）が発売となり、内服薬に比べ留意する点が少なく在宅では使いやすい。

カンジダ症は日和見感染症として患者のオムツ部や四肢間擦部などにしばしば認められる。抗真菌外用剤を使用するが、外用剤によってはカンジダ症の適応がない場合もあるので注意する。

(イ) 湿疹・皮膚炎

在宅患者の多くは老人で、皮膚は薄く乾燥し脆弱である。軽微な刺激で容易に炎症を生じる。適切なスキンケアの指導が必要である。オムツ部、間擦部、胃瘻周囲などは汚物・発汗・漏出液・摩擦などが刺激となり皮膚炎が生じやすい（カンジダ症などとの鑑別必要）。冬季には乾燥により下腿や背部を中心に皮膚炎が生じやすい。乾燥予防のため保湿クリームなどを使用する。紅斑・かゆみなどの湿疹病変が生じたらステロイド外用剤を使用する。皮膚の菲薄化や感染症の誘発などの副作用に留意する。中程度までの皮膚炎であれば strong クラスまでのステロイド外用剤で十分対応可能である。重症の場合に対して very strong あるいは strongest クラスを使用する際は副作用の発現に特に注意を要する。

副作用を注意するあまり使用量が極端に少なくなると、十分な効果が得られない場合がある。

(ウ) 褥瘡

(a) 褥瘡の診断・評価・・・大きさ、壊死組織の有無、感染兆候の有無などを観察し記録する。DESIGN-R 分類などを用いて客観的評価を行うのが理想である。

(b) 全身状態の把握・・・褥瘡を生じる原因となった基礎疾患を確認し、全身状態を把握する。必要に応じて内科主治医などに貧血、低アルブミン血症など悪化因子の是正を依頼する。

(c) 環境整備・・・褥瘡の悪化予防のため除圧対策を講じる。ケアマネジャーなどで連携し、エアマットなどの導入を進める。

(d) 治療計画・・・病変に適した治療を行うのが原則であるが、

①誰が（家族、訪問看護師、医師など）

②どのように（外用剤の種類、ガーゼ保護の有無、創傷被覆材の使用など）

③どれくらいの頻度で（週1回、入浴時、毎日など）

④これらの状況を考慮し実施可能な処置を行う。

(e) 参照

褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版） | Minds ガイドラインライブラリ（日本褥瘡学会編）

<http://minds.jcqh.or.jp/n/med/4/med0036/G0000915>

褥瘡診療ガイドライン | Minds ガイドラインライブラリ（日本皮膚科学会編）

<http://minds.jcqh.or.jp/n/med/4/med0254/G0000415>

(エ) 爪のトラブル

爪にも感染症や外傷、変形など様々は疾患がある。高度の変形が生じた時には爪甲を切ることが困難な場合がある。また、正常な爪であっても高齢者は様々な理由（爪の変形肥厚が高度、麻痺や四肢の疾患などで患部に手が届かない、視力低下、握力低下など）で自分の爪を切ることが困難になる。

このような場合にまずは家族や看護師などが対応することになるが、変形が著しい場合などは対応できないことも多い。無理に切ろうとすると外傷の原因となり危険である（特に糖尿病患者や動脈硬化などでは感染症や壊疽などの原因となる）フットケアの観点からも熟知した医師・看護師による介入が必要である。

3-4-2) 眼科 (症例 8)

眼科在宅診療でのチェックポイント

- ①眼科既往歴聴取
- ②眼科訪問への患者本人・家族・施設等の承諾確認
- ③往診・訪問診療先の眼科診察受け入れ状況把握
(診察時の立会いや診療結果の知らせ方、点眼等処方可否、会計方法の相談など)
- ④簡便な診察(前眼部・眼圧・眼底検査)と眼処置は可能
- ⑤矯正視力検査、眼鏡処方・販売、視野検査やレーザー・手術等は基本的に外来や入院で

眼科症例(1) 急に目脂が多くなり、在宅での主治医(内科)から点眼薬処方受けるも改善せず、往診希望

まず主治医の裁量にて抗生剤点眼等処方も有用であるが、(耐性菌を無用に作らないためにも) 1か月以上同じ抗生剤で様子見ることは避け、抗生剤変更・結膜培養・眼科診察依頼を検討。瞼の炎症には眼軟膏も効果的だが、ステロイドの使用はステロイド緑内障や感染症・接触性皮膚炎を起こすことがあり、眼科チェックなしにしないこと。

眼科症例(2) 緑内障・黄斑変性・糖尿病網膜症・白内障・ドライアイ・アレルギー結膜炎で長年眼科通院していたが、在宅となり、眼科の訪問診療希望

緑内障・黄斑変性・糖尿病網膜症・白内障は放置すると失明することがあるため、少なくとも1年に1回以上の定期的な眼科フォローが必要。ドライアイ・アレルギー結膜炎もQOLを保つためには継続的な点眼等が必要な場合あり、ヒアルロン酸や抗アレルギー剤の点眼考慮し、適宜眼科に相談を。高齢緑内障患者にベータブロッカー緑内障点眼薬を漫然と使用して、喘息や心不全状態を悪化させる恐れあり。

眼科症例(3) 最近目が痛い、もしくは急に白目が真っ赤になり、本人も違和感を訴えているため往診希望

多くの場合、結膜炎・ドライアイの悪化や結膜下出血であるが、まれに緑内障発作や重い炎症・感染症の場合があり、症状が強い場合や軽快しない場合は、眼科コンサルトを。眼の中の水の流れの出口である隅角が狭い例(特に高齢女性で白内障手術も受けていない遠視の方)は、緑内障に禁忌と記載のある薬剤(精神・神経治療薬(抗不安薬)、中枢神経治療薬(抗てんかん薬・抗パーキ

ンソン薬)、消化性潰瘍治療薬(鎮痙薬)、抗ヒスタミン薬、循環器系治療薬、排尿障害治療薬、気管支拡張薬、総合感冒薬など。詳細は薬剤添付文書参照)で緑内障発作を起こすことがある。

眼科症例(4) 最近特に見えにくいとのことでとりあえず眼科診察希望

診察内容によっては、在宅診療だけでなく、眼科外来受診や入院治療が必要もしくは効率的な場合もある。簡単に眼鏡がもらえると思っている方もいるが、眼鏡処方には細かな度数設定や計測が必要なため、通院サポートを利用した速やかな外来受診が効率的。

4) 付録

4-1) 在宅医療で役立つ情報先リスト

- ハートネット 医療機関の在宅受入情報
(受入条件や受入態勢、実績、連絡先などの詳細を公開しています)
アドレス非公開 ※金沢市医師会事務局にお問い合わせください

- 金沢市在宅医療・介護連携支援センター「いいがいネット」
(医療介護の病院窓口一覧や市内資源情報、市内イベント情報が公開されています)
<http://www.kanazawa-kenko-plaza.or.jp/sub5iryuu.html>

- 金沢市 介護保険指定事業者一覧
(金沢市が指定する訪問看護、介護、リハビリなどの事業者が公開されています)
http://www4.city.kanazawa.lg.jp/23025/list/index_2.html

- 金沢市歯科医師会 歯科医院一覧
(市内歯科医院の情報や訪問診療の有無が公開されています)
<http://www.kanazawa-dent.com/list.html>

- 石川県薬剤師会 在宅介護マップ
(市内薬局の在宅介護対応の有無が公開されています)
<http://ishikawakenyaku.com/yakuzaishi/contents/map.html>

- 石川県看護協会 金沢市訪問看護サービス一覧
(市内訪問看護ステーションの情報や提供サービスの詳細が公開されています)
http://www.nr-kr.or.jp/homecare/homecare_list/homecare_list01.html

- 日本医師会地域医療情報システム 金沢市
(医療機関に関する統計情報や在宅療養支援診療所・病院の情報が公開されています)
<http://jmap.jp/cities/detail/city/17201>

- りくつなケアネット金澤
(金沢駅西エリアを中心とした在宅医療連携グループです)
<http://ekinishizaitaku.web.fc2.com/>

○金沢元町在宅医療を考える会

(金沢元町エリアを中心とした在宅医療連携グループです)

<http://www.km-zaitaku.jp/>

○いしかわ921 在宅ネットワーク

(金沢南エリア (921 地域) を中心とした在宅医療連携グループです)

<http://ishikawa921.net/>

○厚生労働省 在宅医療の推進について

(厚生労働省が推し進める施策や関係資料が公開されています)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

○公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団

(在宅医療のテキストなどの教材やポスターを公開しており、在宅医療に造詣の深い団体です)

<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/>

○国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部

(市町村向けガイドブックや教材 DVD、研修会資料が公開されています)

<http://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/index.html>

○東京大学高齢社会総合研究機構 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

(各地域で在宅医療を推進するための研修プログラムや厚生労働省との検討資料が公開されています)

<http://chcm.umin.jp/education/ipw/>

○公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会 在宅移行の手引き

(在宅移行の手引きが公開されています)

<https://www.kokushinkyu.or.jp/index/principalresearch/tabid/485/Default.aspx>

○在宅医療関係の学会

- ・日本在宅医学会 <http://www.zaitakuigakkai.org/>
- ・日本在宅医療学会 <http://jsfhm.org/>
- ・日本在宅ケア学会 <http://www.jahhc.com/>

○他地域のガイドブック

- ・神奈川県川崎市

<http://www.city.kawasaki.jp/350/cmsfiles/contents/0000063/63515/manual.pdf>

- 千葉県柏市
http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/061510/p019231_d/fil/guide_book.pdf
- 東京都
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/zaitakuryouyou/zaitakugaido/zaitaku_guidebook.html
- 神奈川県 横須賀市医師会
<http://www.yokosukashi-med.or.jp/wp/wp-content/uploads/2016/04/zaitaku-handbook.pdf>

○金沢市の地域包括支援センター一覧

地域包括支援センター名	担当地域	郵便	住所	電話番号	FAX番号
きしかわ	森本	920-0102	岸川町ほ5 金沢朱鷺の苑内	257-7878	257-7200
ふくひさ	小坂・千坂	920-0811	小坂町中83番地 浅ノ川総合病院内	293-2913	293-1480
かすが	浅野・森山・夕日寺	920-0804	鳴和1-1-10 城北ショッピングセンター内	253-4165	253-4170
おおてまち	松ヶ枝・此花・瓢箪・馬場	920-0912	大手町9-1 小池病院デイケアセンター内	263-5517	263-5721
さくらまち	材木・味噌蔵	920-0923	桜町24-30 宗広病院内	222-5722	224-0189
たがみ	犀川・湯涌・浅川 ※1	920-1155	田上本町力45-1 ピカソ内	231-8025	231-8026
たがみランチ	※1の担当地域窓口センター	920-1304	上辰巳町10の211-1 第二金沢朱鷺の苑内	229-3737	229-8080
もろえ	諸江・浅野川・川北	920-0013	沖町ハ15 金沢病院内	293-5084	293-5078
くらつき	鞍月・粟崎・大野・金石	920-8201	鞍月東1-6 シニアホームみらい鞍月内	237-8063	237-8186
えきにしほんまち	戸板・大徳	920-0025	駅西本町6-15-41 金沢西病院内	233-1873	233-1874
ひろおか	長町・長土堀・芳斉・長田・西	920-0031	広岡2-1-7 中央金沢朱鷺の苑内	234-2129	234-7722
かみあらや	押野・西南部・三和	921-8065	上荒屋1-39 やすらぎホーム内	269-0850	269-0524
きたづか	米丸・二塚・安原	920-0367	北塚町西440 ケアハウスあいびす内	240-4604	240-3377
とびうめ	新竪・小立野	920-0938	飛梅町2-1	231-3377	231-3112
みつくちしんまち	十一屋・菊川・崎浦・内川 ※2	920-0944	三口新町1-8-1 陽風園内	263-7163	263-7253
みつくちしんまちランチ	※2の担当地域窓口センター	920-1346	三小牛町24の3-1 第三万陽苑内	280-6785	280-0061
ながさか	泉野・長坂台	921-8116	泉野出町1-22-26 Belle-2内	280-5111	280-5123
いずみの	野町・中村・弥生・新神田	921-8034	泉野町6-15-5 泉野福祉健康センター内	259-0522	242-1129
ありまつ	三馬・米泉	921-8161	有松5-2-24	242-5510	242-9070
やましな	富樫・伏見台	921-8174	山科町午40-1 シニアマインド21内	241-8165	241-1178
まがえ	額・扇台・四十万	921-8141	馬替2-125 南ヶ丘病院別館内	298-6964	298-6984

4-2) 保険情報 + Q&A 集

4-2-1) 居宅療養管理指導料について

Q) 居宅療養管理指導料とは

A) 通院が困難な在宅での療養者に対し、各職種が家庭を訪問した上で、患者や患者家族および担当ケアマネジャーの両者に対し、療養上の管理や指導、助言を行うサービス。

居宅療養管理指導の概要

居宅療養管理指導の基本方針

居宅療養管理指導の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士又は管理栄養士が、通院が困難な利用者に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない。

(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号第84条))

各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> ○ 計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供 ○ 居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言 ○ 訪問診療又は往診を行った日に限る
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供
歯科衛生士	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、管理指導計画に従った口腔内の清掃や有床義歯の清掃等に関する実地指導
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ○ 計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を30分以上行う
看護職員 (保健師、看護師、 准看護師)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師の判断に基づいて実施される療養上の相談及び支援 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供 ○ 介護認定に伴い作成された居宅サービス計画に基づく指定居宅サービスの提供を開始した日から起算して6月の間に限る

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局及び指定訪問看護ステーション等である。

図 52 居宅療養管理指導の概要

算定項目		合成 単位数
イ 医師が行う場合 (月2回限度)	(1)居宅療養管理指導費(Ⅰ)	(一)単一建物居住者が1人の場合 507 単位
	((2)以外)	(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合 483 単位
		(三)(一)及び(二)以外の場合 442 単位
	(2)居宅療養管理指導費(Ⅱ)(在宅時 医学総合管理料等を算定する場合)	(一)単一建物居住者が1人の場合 294 単位
		(二)単一建物居住者が2人以上9人以下の場合 284 単位
		(三)(一)及び(二)以外の場合 260 単位

図 53 利用料の目安

出典：介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(その5) 平成30年4月 31 居宅療養管理指導

独立行政法人福祉医療機構WAM-NET

<https://www.kk-mic.jp/kotobuki/topics/diary/20180309.html>

Q) 居宅療養管理指導料算定のために準備すべきことは?

A) 保険医療機関はすべて介護保険請求のみなし指定を受けているため、本指導料算定のために改めて届け出る必要はない。

居宅療養管理指導は介護保険サービスであるため、次の文書を準備する必要がある。

①運営規程、②院内掲示文書、③利用者への説明文書、④利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要。②と③は①を分かりやすく要約したものであり、同一の文書でよい。

<参考>

運営規程ひな型（居宅療養管理指導） -愛知県

<https://www.pref.aichi.jp/korei/kaigohoken/application/form/provision/31.doc>

Q) 居宅療養管理指導料の算定は具体的にどのように行うのか?

A) 介護給付費請求は国民健康保険団体連合会に対し行う。

平成 30 年 4 月から、原則として介護保険全般において、紙レセプトに代わり電子媒体による請求が義務化される。（例外規定はあり）

電子媒体で介護報酬請求を行うにあたり、これを支援するソフトは民間企業を含め多数の事業者が提供している。

一例として日本医師会の提供する標準レセプトソフト ORCA) では、給管鳥

(<https://www.orca.med.or.jp/kyukentyo/index.html>) というソフトを提供している。

電子化したレセプトは、国民健康保険中央会の提供する介護伝送ソフト

(<https://www.kokuho.or.jp/system/software.html>) 等を用いて伝送し請求を行う。

石川県国民健康保険団体連合会の提供するサイト いしかわのこくほ (http://www.ishikawa-kokuho.jp/kaigo/kaigo_densi_seikyo.html) では、無償で電子媒体化ソフトを提供しており、CD-R を郵送する形で請求を行う。

介護給付費請求のレセプト数が少ない医療機関にとっては有用であろう。

4-2-1) 医療材料について

Q) 在宅医療において、医療材料は処方箋で処方できるのか？（輸液セット、導尿カテーテル、デュオアクティブ ET など）

A) 医師の交付する処方箋に基づき保険薬局が給付できる特定保険医療材料はその範囲が平成 26 年度の診療報酬改定で下図の通り拡大された。

平成26年度診療報酬改定

在宅における特定保険医療材料・衛生材料の供給体制の整備①

保険薬局で給付できる特定保険医療材料

薬局は医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割が求められていることから、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる特定保険医療材料に病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料を追加する。

保険薬局で給付できる特定保険医療材料

- インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
- ヒト成長ホルモン剤注射用ディスポーザブル注射器
- ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器
- 万年筆型注入器用注射針
- 腹膜透析液交換セット
- 在宅中心静脈栄養用輸液セット
- 在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテル**
- 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル**
- 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
- 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)**
- 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ(一般用、化学療法用)
- 皮膚欠損用創傷被覆材
- 非固着性シリコンガーゼ
- 水循環回路セット**

青太字が今回追加になった材料。

病院・診療所で支給できる在宅医療に用いる特定保険医療材料

24

図 54 医師の交付する処方箋に基づき保険薬局が給付できる特定保険医療材料

出典：平成 26 年度診療報酬改定資料 厚生労働省

輸液セットに関しては、在宅中心静脈栄養用輸液セットは処方箋に記載して処方できるが、末梢静脈輸液のセットは手技料等にそのコストが包括される（特定ではない）保険医療材料であるため、処方箋には記載できず、自院で準備し提供する必要がある。

導尿カテーテルは在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルに該当するため、処方箋で処方できる。ただし、特定保険医療材料として認められているのはカテーテル部分のみであり、尿バッグや、イソジン、ゼリー等の挿入に際して必要となる物品は本来処方できないため、それらが一体のパッケージとなったセットを処方したい場合には、調剤薬局と交渉して差額を補填する必要がある。

真皮を超える D3 以上の褥瘡に対する皮膚欠損用創傷被覆材は特定保険医療材料であり、処方箋で処方できる。

Q) 在宅医療において、輸液は処方箋で処方できるのか？ また、輸液の処方を受け付けてくれる薬局の情報はどこで得られるか？

A) 特定保険医療材料と同様に、医師が処方箋を交付して保険薬局から給付（院外処方）できる注射薬は具体的に下表の通り定められている。

表 医師の交付する処方箋に基づき保険薬局が給付できる注射薬

インスリン製剤、人成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、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Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ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、性腺刺激ホルモン製剤、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、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、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、ブトルファンール製剤、ブレンルフィン製剤、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（在宅血液透析を行っている患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジンI2製剤、塩酸モルヒネ製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本表に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、ベグピソマント製剤、スマトリブタン製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H ₂ 遮断剤、カル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、メクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコポラミン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・レーシステイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌（かん）流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤及びヘパリンカルシウム製剤オキシコドン塩酸塩製剤、アボモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブベゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラポン製剤（筋萎縮性側索硬化症患者に対して使用する場合に限る。）、アスホターゼアルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤及び脂肪乳剤
--

表中、電解質製剤、注射用抗菌薬は平成26年の診療報酬改定で追加された薬剤である。末梢用輸液製剤も、中心静脈栄養用製剤も、処方箋を交付して院外処方可能である。

注射用抗菌薬とこれを溶解する生理食塩水を必要な日数分処方することもできる。

原則として調剤薬局は処方を拒めないことになっているため、どこの薬局でも対応は可能であるが、在庫の有無や配達に係る人員が十分かどうかなど、留意すべき点もあるため、処方前にコミュニケーションをとっておく方が円滑であろう。

在宅に注力すると宣言している薬局の中には、在宅専門の薬剤師や注射液調剤用のクリーン・ベンチを準備しているところもあり、そのようなところでは対応がスムーズである。

石川県薬剤師会 HP 石川県 在宅介護マップ

<http://ishikawakenyaku.com/yakuzaiishi/contents/map.html>

Q) 在宅医療における医療材料等の支給についての取り扱いは?

A) 原則として、医療機関が支給することとされている。アルコール等の消毒薬、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿、絆創膏など）等は、在宅療養指導管理料の所定点数に含まれ、患者から実費徴収は出来ないこととなっている。

出典:在宅医療点数の手引き 2016 年度改訂版 P559-560:Q&A 在宅療養指導管理料の算定原則

4-2-3) フェイスシートについて

Q) フェイスシートとは

A) 医療・介護・福祉の連携や情報共有において、患者の「氏名」「年齢」「性別」「家族構成」「医療・介護情報」「担当施設や担当者一覧」などの基本データをまとめた情報を記したものである。在宅医療では、多施設・多職種が携わることから、医療連携・医療介護連携においてフェイスシートは重要な役割を担う。

一方、当市においては、フェイスシートのあり方に決まったものは作られていない。病院では電子カルテに備わった看護サマリーを利用することが多く、ケアマネの施設では、介護レセコンに備わったソフトを利用したり、Wordなどを個別に利用したりすることが多いことも一因となっている。かかりつけ医では、主治医意見書は作成しているが、フェイスシートを作成する機会は少ないのが現状である。

今般、平成 30 年の診療報酬改定において入退院支援加算が設けられ、入院時にケアマネから入院先の医療機関に対して情報提供を行うことが求められるようになった。かかりつけ医においても、入退院時に集められるこれらの医療介護情報について、平素から関わりながら効果的に利用することが大切ではないかと思われる。

ここでは、在宅医療や認知症の患者など、医療と介護の多職種・多施設連携を想定したフェイスシートについて、HNH (ID-Link) 等に文字情報として登録して共有することを前提に、その内容・項目の目安を載せている。医療機関・ケアマネが協力して更新作業を行い情報共有していければと考えている。

あくまでも参考資料の段階であるが、見本のテキストファイルについては HNH ホームページにも掲載してあるので、随時ダウンロードしてご利用いただきたい。

【フェイスシート】

氏名；

生年月日； 、 歳

性別；

住所；

連絡先；

住まい

同居者

後見人ないし代理決定者の情報

氏名・連絡先

臨床診断

#

#

臨床経過

処方内容

既往歴；

感染症；HB s Ag (+・-)、HCV-A b (+・-)、TPHA (+・-) (検査日)

薬剤アレルギー；

要介護状況；

障害高齢者の日常生活自立度；

認知症高齢者の日常生活自立度；

HDS-R； 点 (検査日)

身体障害者手帳；有・無 (等級)

移動；自立・一部介助・全介助

移乗；自立・一部介助・全介助

食事；自立・一部介助・全介助

排泄；自立・一部介助・全介助・オムツ・ポータブルトイレ

着衣；自立・一部介助・全介助

入浴；自立・一部介助・全介助
整容；自立・一部介助・全介助
服薬；自立・一部介助・全介助
コミュニケーションやその他の問題点；

医療・ケアの問題点

今後の医療・ケアに対する本人の希望

- ・病名や予後についての理解
- ・最後の段階における医療・ケアに対する大まかな希望
- ・通院困難になったときの担当医・生活の場についての希望・
- ・食べられなくなったときの希望

今後の医療・ケアに対する家族の希望

かかりつけ医 ○○ ○○、施設名、電話番号、施設の患者 ID

協力医（副主治医）

かかりつけ歯科医

かかりつけ薬剤師

基幹病院

訪問看護師

訪問リハビリ

ケアマネ

4-3) ガイドブック監修 在宅医療研鑽会委員名簿

役職	氏名	医療機関名
会長	安田 健二	耳鼻咽喉科安田医院
副会長	羽柴 厚	羽柴クリニック
統括	橋本 英樹	はしもと医院
委員長	大野 秀棋	大野内科医院
副委員長	黒瀬 亮太	金沢ホームケアクリニック
委員	伊藤 裕二	KKR 北陸病院
〃	大場 栄	さかえ内科クリニック
〃	岡 宏	医王ヶ丘病院
〃	御館 靖雄	近藤クリニック
〃	鍛冶 恭介	半田内科医院
〃	金 昌基	長土堀クリニック
〃	木村 寛伸	きむら尾張町クリニック
〃	熊走 一郎	わかくさホームケアクリニック
〃	小浦 隆義	小浦内科医院
〃	小坂 星太郎	小坂内科クリニック
〃	坂本 茂夫	さかもと内科クリニック
〃	竹内 正勇	たけうち内科クリニック
〃	田中 透	金沢西病院
〃	土原 一真	土原医院
〃	中野 一郎	なかのクリニック
〃	中浜 亨	中浜内科胃腸科医院
〃	額 浩一	額内科クリニック
〃	長谷川 洋一	長谷川ひふ科クリニック
〃	平松 孝司	みらい病院
〃	三秋 謙太郎	三秋整形外科医院
〃	宮内 修	みやうち眼科
〃	山黒 勉	わかば内科クリニック
〃	大和 太郎	やまと@ホームクリニック
〃	米島 博嗣	米島内科医院

4-4) あとがき

研鑽会には、在宅医療を専門的に行っている先生だけでなく、これから取り組みたい先生や眼科、皮膚科、整形外科、精神科の専門医にも集まっていただきました。委員会では、当市における在宅医療の課題点についての議論や、委員の中から講師を立てる形式で在宅医療についての勉強会を行いました。身内による持ち回りの講師ではありませんでしたが、それぞれの得意分野・専門分野について教えていただくことで、お互い多くのことを学ぶことができたように思います。最終的に、学びを一冊のファイルに納めることになり、「金沢版在宅医療ガイドブック」を作るに至りました。

実質的な作業は平成 29 年 9 月頃から始まりました。日常診療の後の限られた時間の中での作業でしたが、研鑽会のメーリングリストには毎日のように投稿していただきました。平成 30 年 2 月の記録的な大雪にも負けない、活気溢れる状況でした。

総論については、平成 29 年 11 月に富山県で開催されました三市医師会協議会における協議案件の一つである「地域包括ケアシステムにおける在宅医療の役割について」において、金沢市医師会から発表した内容を元に在宅医療の現状と課題について議論を深めました。

また在宅医療の事例の部では、在宅医療を始めるに際して必要となる文書類や物品、人的資源、管理料算定の実際、他職種との情報共有の方法、そして在宅医療で必要となる認知症や褥瘡、看取りや緩和ケア等、必ずしも自身の専門領域ではない分野の知識やノウハウ等、多岐に渡る内容をいかに分かり易く且つ読みやすく呈示できるかを話し合いました。その結果、架空ではありますが、しかし実際によく経験するであろう症例を通して、問題解決型の執筆方法を採用することに致しました。結果としてこの試みは一定の成果を上げたのではないかと思います。

症例 1, 2 では新規症例受け入れにあたっての準備や資源、また退院前カンファランスを経ての多職種連携や主治医副主治医制度の現況等につき述べました。

症例 3, 4 では各種管理料算定にあたっての指導内容や認知症対応の実際について、金沢市での精神科救急の応需体制を含め記載しました。

症例 5, 6 では在宅緩和ケアと在宅看取りについて、人生の最終段階にある患者の受け入れからオピオイドの使用法や注意点、またアドバンス・ケア・プランニング (ACP) に基づく医療やケアに対する意志決定について具体的に述べました。

症例 7, 8 は皮膚科、眼科の専門医の立場から、在宅で起こりうる各科特有の問題につき、在宅医が注意すべき点や専門医に委ねられるべき問題を整理しました。

当初はこれほどの分量になるとは想定していませんでしたが、各執筆者が存分に筆を尽くしていただいたことで、結果として全体で 100 ページを超える重厚なものになりました。いずれの項目も充実して読み応えがありまた具体的で、概覧するだけでも在宅医療のイロハについてはマスターできる内容になったものと自負しています。

このガイドブックが、在宅医療に取り組む医師の一助になることを願っております。

謝辞；ガイドブック作成にあたりご尽力頂いた先生および当会事務局の小林正洋主査ならびに職員の皆様に深謝申し上げます。

金沢市医師会地域包括ケア推進委員会・在宅医療研鑽会

金沢版在宅医療ガイドブック

発行年月日 平成 30 年 6 月 9 日

発 行 者 公益社団法人金沢市医師会

著作・監修 金沢市医師会地域包括ケア推進委員会・在宅医療研鑽会