

在宅医療研修会

令和3年3月13日

**多種多職種連携により可能となった
一般診療所（一人医師）の在宅医療**

名古屋市医師会

在宅医療・介護連携委員会

古山医院 古山 明夫

在宅療養とは

患者が 住み慣れた地域 で、家族や親しい人々と共に、これまでの生活歴や価値観を大切にし、自分の生活リズム で暮らしながら『医療』を受け **QOLを向上** させること。

(⇒在宅での医療と介護の統合)

地域包括ケアシステム (人口1万人規模の場合)

どこに住んでいても、その人にとって適切な
医療・介護サービスが受けられる社会へ

病院から
退院したら

医療 通院 通い 介護

グループホーム
(16 ⇒ 37人分)
小規模多機能
(0.25 ⇒ 2カ所)
デイサービス など

在宅医療等
(1日あたり 17 ⇒ 29人分)
訪問看護
(1日あたり 29 ⇒ 49人分)

在宅医療 訪問看護
住まい
訪問介護・看護
自宅・ケア付き高齢者住宅

介護人材
(207 ⇒ 356 ~ 375人)

24時間対応の定期
巡回・随時対応
サービス(15人分)

※地域包括ケアは、
人口1万人程度の
中学校区を単位
として想定

生活支援・介護予防

老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

厚労省資料を一部改変 ※数字は現状は2011年、目標は2025年

在宅医療とは

地域で生活をしている疾病や障害を持つ人
やその家族を対象に、**医師・歯科医師・
薬剤師・看護師・理学療法士・作業療法士**
などの医療職が、**医学的な専門知識を持っ
て対象者に医療を提供する** こと。

地域包括ケアシステム (人口1万人規模の場合)

どこに住んでいても、その人にとって適切な
医療・介護サービスが受けられる社会へ

病院から
退院したら

医療

通院

通い

介護

グループホーム

(16 ⇒ 37人分)

小規模多機能

(0.25 ⇒ 2カ所)

デイサービス など

在宅医療等

(1日あたり 17 ⇒ 29人分)

訪問看護

(1日あたり 29 ⇒ 49人分)

在宅医療
訪問看護

住まい

訪問介護
・看護

自宅・ケア付き高齢者住宅

介護人材

(207 ⇒ 356 ~ 375人)

24時間対応の定期

巡回・随時対応

サービス(15人分)

※地域包括ケアは、
人口1万人程度の
中学校区を単位
として想定

生活支援・介護予防

老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

厚労省資料を一部改変

※数字は現状は2011年、目標は2025年

かかりつけ医が経験すること

- 親身になって診療を行なう「かかりつけ医」は、5年～10年後には、次のような相談にたびたび遭遇する。
 - 「うちの祖母ですが、足腰が立たなくない通院が困難になりましたが、『ずっと先生に診てもらいたいし、他の先生はいやだ』と言います。お暇な時でいいですので、往診に来て頂けないでしょうか」のような例。
 - 真剣に診療を務めた「かかりつけ医」は、**必然的に、在宅医療に参入しなければならない機会を経験する。**
- 在宅医療は「かかりつけ医」の活動の延長線上にある。

名古屋市医師会の目指す在宅医療・介護

在宅医療は特別な医療ではなく、「かかりつけ医の機能に含まれたもの」になるとの理念に基づいて、通院治療から在宅療養に移ってもかかりつけ医がそのまま在宅医療を引き継いでいくことが在宅療養者にとって最も望まれる。そのためには、在宅医療を提供するかかりつけ医と在宅医療を提供される在宅療養者のどちらにも「安心」と「安全」が確保されることが必須であり、また、**名古屋市全区で同じレベルの在宅医療が提供**されることが大切であると考える。

在宅医療は診療所や病院ではなく、**療養者の生活の場**で行われるため、かかりつけ医が行う訪問診療の他に、在宅療養に係る多職種や専門職を繋ぐケアマネジャーと連携し、**医療と介護が一体となって提供される**ことが必要である。

名古屋市医師会では、各区はち丸在宅支援センターの運営を通じて、かかりつけ医による在宅医療の提供とそのため多職種連携を推進していく。

在宅療養支援診療所とは

地域に置ける患者の在宅療養の提供に、主たる責任を有するものであり患者からの連絡を一元的に受けると共に、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす。

参考：在宅療養支援診療所の施設基準の概要

	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	
在宅患者が 95%以上(※) の在支診が満 たすべき基準	⑩ 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪ 看取り実績が20件／年以上又は超・準超重症児の患者が10人／年以上 ⑫ (施設総管の件数)／(在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 ⑬ (要介護3以上の患者＋重症患者)／(在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5		

※在宅患者が95%以上とは、1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上

在宅医療を実施しようとする診療所の戸惑い

- **24時間365日即応体制を提供できるか？**
- **対応疾患の幅を広げることができるか？**

医療依存度の高い患者の在宅医療が増加する中、病院で提供されている医療を提供できるか？

- **在宅ホスピスという役割を担っていけるか？**

癌の末期患者が終末期を迎えるのに、自宅をその場所として希望される場合が増加している

- **終の棲家での看取りを提供できるか？**

老衰等で最後の時を迎えるのに、自宅をその場所として希望される方が増加している

在宅医療モデル

1. 基本モデル

- 外来診療を実施しながら在宅医療を導入する
(午前診療と午後診療の合間に、1～2時間、週1～3回程度の訪問診療を実施)

2. 単独で在宅医療(在宅療養支援診療所でなくてもよい)を開始

- 24時間365日対応可能な訪問看護ステーションと連携体制を構築する
(切れ目のない在宅医療の提供)

3. 他の医師との連携体制を構築(主治医・副主治医)

- 個人的なつながりで連携体制を構築する
- 近隣の機能強化型在宅療養支援診療所グループと連携する
- 在宅専門クリニックに連携する
- 在宅支援病院と連携する

在宅医療の対象者

・在宅で療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者（少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者は除外）

在宅医療対象者の具体例

- ・高齢で筋力が低下し一人で移動できる範囲が制限されており、家族が病院に連れて行くのも難しい方
- ・認知症に加え高血圧などの持病があるが本人には病識がなく病院に行くのに強い抵抗を示される方
- ・外来に通院していたが、腰椎骨折をきっかけに自力での通院が困難となった独り身の方
- ・夫が付き添ってなんとか通院していたが、夫が亡くなり付き添える家族がいなくなった方
- ・車椅子で通院していたが、病状の進行に伴い車椅子への移乗が困難となり外出が難しくなった方
- ・悪性腫瘍（ガンなど）で積極的な治療の適応とならず、自宅で過ごすことを希望している方
- ・老衰で最後の時を迎えるのに、自宅をその場所として希望される方
- ・先天性の神経難病を抱え、自宅での生活は可能だが急変の可能性がある方
- ・脳性麻痺などの疾患を抱えた小児

在宅医療を受けられる場所

1. 自宅
2. グループホーム
3. 有料老人ホーム

住宅型有料老人ホーム

介護付き有料老人ホーム

他

一般診療所(一人診療所)在宅医療の弱点

- 1) 目の届かない部分が多い
- 2) 治療に関わる医師が一人だけが多い（独善的な医療）
- 3) 宅間感染の危険がある（MRSA・疥癬など）
- 4) 検査や治療が満足にできないことが多い
- 5) 患者さんやそのご家族との意思の疎通が悪い
患者が虚弱、独居、昼間独居 など
- 6) 治療方針を伝える医療・介護者との連携が悪い
文書での連絡が中心になる
- 7) 緊急時の対応が遅れやすい

一般診療所(一人診療所)在宅医療の 強み

1. 外来から引き続き在宅医療が可能

- 家庭環境(患者の背景)の理解が深いことが多い (包括的ケア)
住居の広さ、間取りや段差、家族の人数等
- 家族が患者のことが多い (家族思考型ケア)
居住地域が近いため、患者・患家との信頼関係を築きやすい
- 患家が近所が多い (地域基盤型ケア)
- 付き合いが長く、今後の治療方針等の相談が容易 (患者・医師関係の深まり)
病態の変化時にその都度、アドバンス・ケア・プランニングを繰り返すことができる

2. 外来→入院→在宅医療→外来と継続して患者を診ることができる (継続的ケア)

- 在宅での医療が終末期や寝たきりとは限らない
外来復帰を患者の回復のモチベーションとできる(復帰できた時、大きな自信になる)

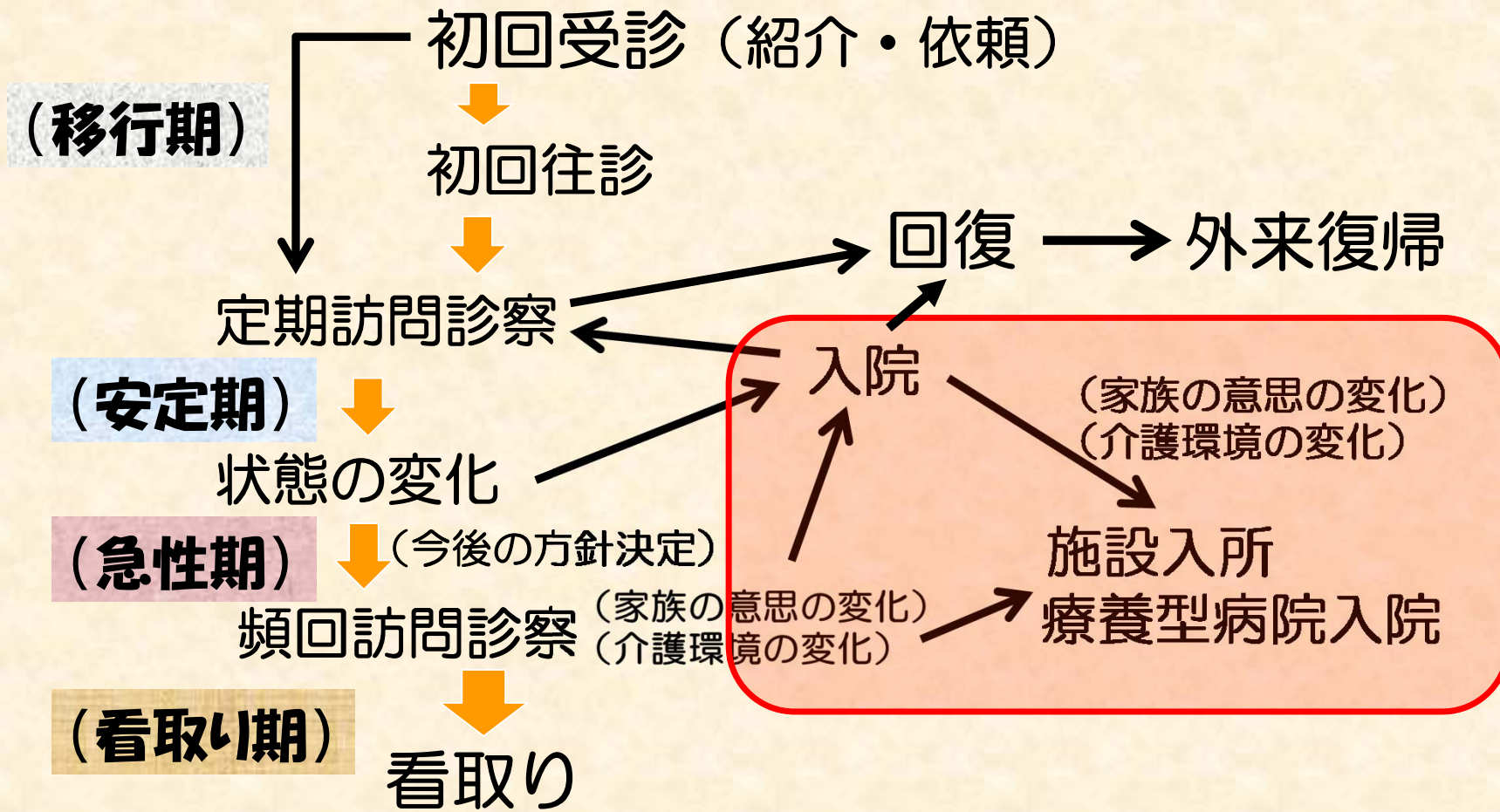
3. 看取り後も家族の受診(付き合い)は続く

- グリーフィングケアが自然に、繰り返しできる

初回(紹介・依頼)受診

- 1) なぜ在宅か（本人と家族の考え方の確認）
誰が介護するのか、話ができる家族は誰か
在宅で看取るかどうか
- 2) 病名とその現状は（悪性疾患の告知問題）
- 3) 介護保険は使うのか（金銭的な問題）
他人が自宅に入るのを嫌う人がいる
- 4) 急変時の対応（入院を選択にいれるかどうか）
- 5) 在宅医療の弱点を説明する
- 6) セルフケア・ファミリーケアの指導と管理

在宅医療の流れ



初回往診

今後の方針決定

- 病状の把握
- 治療方針の決定
- 訪問回数決定 (月1回以上)
- 訪問曜日の決定

(独居以外、原則として家族のいない時には
訪問しない)

在宅療養支援診療所の 治療方針の2極化

在宅療養型

在宅医療型

**在宅医療でどこまでやる
(割り切る?)**

在宅医療でどこまでやる(投薬)

◆ 処方 基本的に院外薬局で

多くの場合不良在庫等の心配がない(入院や死亡中止がある)
向精神薬や麻薬は最少ロットが比較的多く、院内では厳しい

◆ 中心静脈栄養剤 (穿刺やCVポート造設等は病院に依頼)

輸液カテーテル等のコスト (輸液調剤も併せ院外薬局に)

◆ 経管栄養剤

* * * * *

◆ 麻薬

在宅医療でどこまでやる(検査)

- ◆ 血液検査、尿検査、細菌検査(尿・喀痰)
- ◆ 心電図検査 (ポータブル)
- ◆ 血液ガス検査 (パルスオキシメーター)
- ◆ 腹部超音波検査 (ポータブル)

* * * * *

- ◆ 胃瘻交換 (内視鏡が必要な場合は病院に依頼)
- ◆ ポータブル撮影機(CR)でのX線検査
(緊急の場合は精査治療を兼ねて連携病院に入院を依頼)

