

スーパー総合医

SGD
Super
General Doctors

在宅医療のすべて

専門編集●平原佐斗司

中山書店

＜スーパー総合医＞

監 修	垂井清一郎	大阪大学名誉教授
総 編 集	長 尾 和 宏	長尾クリニック
編集委員	太 田 秀 樹	おやま城北クリニック
	名 郷 直 樹	武蔵国分寺公園クリニック
	和 田 忠 志	いらはら診療所

シリーズ〈スーパー総合医〉 刊行に寄せて

日本医師会では、地域医療の提供に最大の責任を持つ団体として、「かかりつけ医」を充実させる施策を実行してきており、今後も「かかりつけ医」を中心とした切れ目のない医療・介護を安定的に提供することが、社会保障の基盤を充実させ、国民の幸福を守ることに繋がると考え、会務を運営しているところです。

日本が超高齢社会を迎えたことに伴い、国民の健康を守るため、医療がその人口構造・社会構造の変化に柔軟に対応する必要があることは言うまでもありません。

社会情勢の変化に対応するために、医療界では、いわゆる患者さんを総合的に診察することができる医師の必要性が高まってきており、さまざまな場面で「総合的に診られる医師」を育成すべきとする意見が出され、それに対する対応が急務となっています。

この「総合的に診られる医師」は、日常診療のほかに、疾病の早期発見、重症化予防、病診連携・診療連携、専門医への紹介、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健に至るまで、医療的な機能と社会的な機能を担っており、幅広い知識を持ち、また、それを実践できる力量を備えなければなりません。

本シリーズ〈スーパー総合医〉は、従来の診療科目ごとの編集ではなく、医療活動を行う上で直面する場面から解説が加えられるということで、これから地域医療を実践されていく医師、また、すでに地域医療の現場で日々の診療に従事されている医師にも有用な書となると考えております。

地域医療の再興と質の向上は、現在の日本医師会が取り組んでいる大きな課題でもありますので、本シリーズが、「かかりつけ医」が現場で必要とする実践的知識や技術を新たな視点から解説する診療ガイドとして、地域医療の最前線で活躍される先生方の一助となり、地域医療の充実に繋がることを期待いたします。

2014年2月

日本医師会会長
横倉義武

シリーズ＜スーパー総合医＞ 刊行にあたって

「人」を診て生活に寄り添う総合医を目指して

プライマリ・ケアや総合医の必要性が叫ばれて久しいにもかかわらず、科学技術の進歩に伴う臓器別縦割り、専門分化の勢いに押されて、議論も実践もあまり進んでいません。その結果、たいへん残念ながら、ともすれば木を見て森を見ず、あるいは病気を診て人を診ず、となりがちなのが臨床現場の実状です。今、超高齢社会の日本に求められているのは、人間も診てくれる、さらにその人の生活にも寄り添ってくれる「総合医」であることは、間違いありません。

「プライマリ・ケア」「総合医」という言葉は決して新しいものではなく、本来あるべき医療の姿のはずです。初診医の専門科によって患者さんの運命が大きく変わってしまう現状は、すべての医療の土台を総合医マインドとすることで変えることができます。日常ありふれた病気を、その背景をも十分に探索したうえで、薬物療法だけでなく、根本的な解決策をアドバイスできるのが総合医であると考えます。臓器別縦割りの専門医を縦糸とするならば、総合医は横糸に相当します。縦糸と横糸が上手く織り合ってこそ、患者さんが満足する、納得する医療を提供できるはずです。

本シリーズは、超高齢社会を迎えた日本の医療ニーズに応えるべく、こうした横糸を通すことを目的に企画されました。現代版赤ひげ医学書シリーズともいえる、本邦初の大胆な企画です。執筆者は第一線の臨床現場でご活躍中の先生方ばかりで、「現場の目線」からご執筆いただきました。開業医のみならず、勤務医、そして医学生にも読んでいただけるよう、今日からすぐに役立つ情報を満載しさまざまな工夫を施して編集されています。

本来、「総合医という思想」は、開業医であるとか勤務医であるとかにかかわらず、すべての臨床現場に必須であると考えます。また内科系、外科系を問いません。このシリーズ＜スーパー総合医＞が、手に取っていただいた先生方の日常診療のお役に立ち、そしてなによりも目の前におられる患者さんのお役に立てることを期待しています。

2014年2月

総編集 長尾和宏
長尾クリニック院長

『在宅医療のすべて』

序

21 世紀前半のわが国は「超高齢社会」、「需要爆発」、「多死社会」という未曾有の事態に直面する。そして、私たちには財政危機、労働力危機の中で、地域社会を支えるという困難な課題が提示されている。

この困難な課題を解決するキーワードは、地域包括ケアであり、在宅医療である。

現代的在宅医療が入院医療、外来医療に次ぐ「第三の医療」と法律にうたわれたのは 1992 年のことであった。当時は無論、在宅医療のテキストも、学会などの学びの場もなかった。草創期の在宅医たちは、手探りで自分の在宅医療の形を探してきたように思う。

20 年の歳月の中で、学会活動も活発化し、いくつかのテキストや専門医制度もつくられ、在宅医療という学問の体系化が進んだ。私たちはこれまで数年かけて学んできたことを、今では短い期間で学べるようになった。

今世紀に入ってから、介護保険制度のもと、多くの専門職が地域で活躍するようになった。他職種の経験値も上がり、在宅ケアを支える多職種連携も飛躍的に進んだ。

その一方で、この 20 年で在宅医療の困難性が増したという側面も否定できない。独居高齢者の増加や多問題家族の増加など、患者の在宅療養を支える家族の機能は量的にも質的にも脆弱化した。そして、家族を支える地域社会の機能も弱くなってきている。在宅医療の実践が以前よりずいぶん難しいものになったという側面もある。

さまざまな難しい課題に対応し、標準的な在宅医療を提供するために、在宅医はさらに多くのことを学ばなくてはならなくなった。

〈スーパー総合医〉シリーズ第一弾として発刊される本書は、これから在宅医療を学び始めようとする医師のよい手引書になるであろう。多くの人に、新しい学問としての「在宅医学」の楽しさを感じてほしい。

2014 年 2 月

専門編集 平原佐斗司

東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所在宅サポートセンター長
一般社団法人日本在宅医学会副代表理事

CONTENTS

はじめに

在宅医学は確立されたのか？	平原佐斗司	2
---------------------	-------	---

1 章 在宅医療の諸相

在宅医療の導入と在宅でのアセスメント	船木良真	12
急性期のアセスメントと対応	石川美緒	20
在宅における看取り	吉澤明孝, 吉澤孝之	27

2 章 在宅医療の諸課題

栄養アセスメントと栄養処方	小川滋彦, 手塚波子	36
サルコペニアとリハビリテーション栄養	若林秀隆	44
嚥下障害のアセスメントと嚥下リハビリテーション	大石善也	53
包括的呼吸リハビリテーション	平原佐斗司	63
在宅リハビリテーションのアセスメント・処方と環境整備	恒川幸子	74
在宅での褥瘡マネジメント	岡田晋吾	90
医療・介護関連肺炎の在宅管理	平原佐斗司	102
転倒・骨折や変形性関節症への対応	木下朋雄	112
在宅でみることができる排尿障害とカテーテル管理	尾山博則	120
在宅での歯科医療	原 龍馬	131

3 章 緩和ケア

がんの在宅緩和ケア

疼痛管理	茅根義和	142
嘔気・嘔吐, 呼吸困難感, せん妄	浜野 淳	152
<i>Special Lecture</i> 緩和ケアに必要な腫瘍学	平原佐斗司	159
非がん疾患の緩和ケア	大石 愛	167

〈スーパー総合医〉に関する最新情報は、中山書店 HP「スーパー総合医特設サイト」をご覧ください
<http://www.nakayamashoten.co.jp/bookss/define/sogo/index.html>



4 章 病態別重度期のケアと終末期の緩和ケア

脳卒中中の在宅医療	桑原直行	178
重度認知症の在宅ケア	大澤 誠	192
終末期呼吸器疾患の緩和ケア	平原佐斗司	201
重度心不全の在宅管理	山中 崇	211
慢性腎臓病 (CKD) の在宅管理	高谷陽子	224
肝不全の在宅管理	吉崎秀夫	235
ALS (筋萎縮性側索硬化症) の在宅医療	小川朋子	247
パーキンソン病関連疾患の在宅管理	難波玲子	256

5 章 小児在宅医療

小児在宅緩和ケアという概念からのアプローチ	戸谷 剛	266
-----------------------	------	-----

6 章 在宅医療に必要な手技

気管切開の管理	小森栄作	284
在宅人工呼吸療法	武知由佳子	298
経管栄養の管理	小野沢 滋	308
在宅静脈栄養	望月弘彦	318

索引		331
----	--	-----

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを応用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

執筆者一覧（執筆順）

平原佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所（東京都）
船木良真	三つ葉在宅クリニック（愛知県）
石川美緒	東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所（東京都）
吉澤明孝	要町病院／要町ホームケアクリニック（東京都）
吉澤孝之	要町病院（東京都）
小川滋彦	小川医院（石川県）
手塚波子	小川医院（石川県）
若林秀隆	横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科（神奈川県）
大石善也	大石歯科医院（千葉県）
恒川幸子	東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所（東京都）
岡田晋吾	北美原クリニック（北海道）
木下朋雄	コンフォガーデンクリニック（東京都）
尾山博則	おやまクリニック（東京都）
原 龍馬	原歯科医院（東京都）
茅根義和	東芝病院緩和ケア科（東京都）
浜野 淳	筑波大学医学医療系（茨城県）
大石 愛	東京慈恵会医科大学総合医科学研究センター臨床疫学研究室（東京都）
桑原直行	秋田組合総合病院救急・総合診療部／脳神経外科 秋田県総合診療・家庭医研修センター（秋田県）
大澤 誠	医療法人あづま会 大井戸診療所（群馬県）
山中 崇	東京女子医科大学東医療センター在宅医療部（東京都）
高谷陽子	あおぞら診療所（千葉県）
吉崎秀夫	札幌在宅クリニックそよ風（北海道）
小川朋子	国際医療福祉大学病院神経内科（栃木県）
難波玲子	神経内科クリニックなんば（岡山県）
戸谷 剛	子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田（東京都）
小森栄作	ももたろう往診クリニック（岡山県）
武知由佳子	医療法人社団愛友会 いきいきクリニック（神奈川県）
小野沢 滋	北里大学病院トータルサポートセンター（神奈川県）
望月弘彦	クローバーホスピタル消化器科（神奈川県）

在宅医療の導入と在宅でのアセスメント

船木良真

三つ葉在宅クリニック



- ◆在宅医療は、患者が自分らしく生きることを支える医療である。
- ◆在宅医療導入時の情報入手においては、患者・家族が何を望んでいるのかを、時間をかけてじっくりと聞き出す。特に本人の語りから直接得られることを大切にする。
- ◆情報の提供においては、在宅医療でできること・できないことをあらかじめ理解してもらうよう努める。
- ◆初診に至るまでに、患者に関わるさまざまな関係者との調整をできる限り行っておく。
- ◆アセスメントで得た情報、療養計画、今後の方向性などをしっかりまとめて、患者・家族およびケアスタッフ、院内スタッフとも共有する。



在宅医療導入の目的

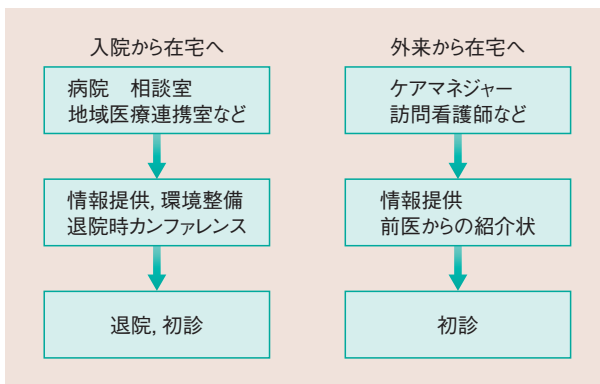
- 在宅医療は患者が自分らしく生きることを支える医療である。在宅医療の目的は、QOLの維持向上および苦痛の緩和であることが多く、導入に当たっては、患者が家で生活・療養していくためにどのような支援を行っていくかという視点で考える。
- 患者が家で療養するに当たって最も不安に感じることは、急な病状変化の際の対応である。在宅医療では、病状の変化があれば24時間いつでも、医療者に相談できる状態であると伝えることにより、患者・家族に安心感をもってもらうことが望まれる。
- 外来に通院していた患者、入院していた患者が在宅へ移行するに当たり、切れ目のないケアが必要である。それまでの病歴・治療歴、そのほか社会的・心理的な面における情報を得ておくことが必要である。
- 在宅医療導入の目的を患者・家族がどのようにとらえているのか、それを提供者側も共有・理解しておくことが大事である。



在宅医療導入のステップ

- 在宅医療導入には、入院中の患者が退院して開始するケースと、外来に通院していたものが通院困難となり開始するケースがある(1)。
- 入院中の患者が在宅医療に移行するケースでは、在宅療養について大きな不

1 在宅医療導入のステップ



安を抱えていることが多い。本人・家族が現状をどのようにとらえ、今後についてどのような希望や不安をもっているかを直接面談して聞き出す（導入面接）。病院からの診療情報提供と、患者・家族の認識が必ずしも一致していないこともあるため、自身の言葉で語ってもらうことが大切である。そのうえで、在宅療養の目的や今後の方針について医師と患者との間で共通の認識を形成する。

- 入院から在宅移行の場合に、必要な情報を一度に得られる機会が「退院時カンファレンス」である。病院側からは医師、病棟看護師、退院支援看護師、医療ソーシャルワーカーなど、在宅側からは医師、訪問看護師、ケアマネジャーなど、そして患者と家族が一堂に会し、病状および必要な医療の確認、在宅側の受け入れ態勢、療養計画などを打ち合わせる機会となっている。本人・家族の希望も確認することができる。
- 急性期病院からの退院後すぐに在宅導入するケースでは、ターミナルケアや複数の医療処置を必要とする病態である場合も多く、切れ目のないケアのため病院側と在宅側できめ細かく情報共有する。
- 退院時カンファレンスは、患者を中心に多くのスタッフが顔を合わせる貴重な機会であり、なるべく事前に必要な情報収集や調整を済ませたうえで、効率よく話し合いを進め、患者・家族が安心できるように進めたい。
- 虚弱高齢者や認知症の患者などで、外来に通院していたものが困難となり在宅へ移行する場合は、これまでのかかりつけ医のほか、ケアマネジャーや訪問看護師が情報をもっていることが多いため、できるだけ関係者から情報を得るようにする。可能であれば、導入前に患者・家族と事前面接を行い、在宅医療について理解を深めておくことが望ましい。



初診までに入手しておくべき情報

- 病院の相談室や地域医療連携室、地域のケアマネジャーや訪問看護師などより紹介を受けた時点で、在宅医療導入を決定するに当たり、まず自院の診療提供の枠内に当てはまる患者・状態であるかの確認が必要である。



在宅医療導入のチェックポイント

- 居住地が診療圏内であるか
- 患者が必要とする医療が自院で提供できるものであるか
- 本人・家族は希望しているか
- 現在の主治医は在宅移行を了解しているか（紹介状は提供されるか）

- 前医からの紹介状等により、患者の正確な病名、その他医学的な情報を集める。疾患の進行具合、治療、今後の予後などの見通しをつけるため、病状・既往歴についても確認する。
- 経鼻経管栄養、胃瘻管理、気管切開口の管理、褥瘡管理、点滴、高カロリー輸液の管理、バルーンカテーテルの管理、自己血糖測定管理といった医療処置で必要なものを確認し、必要な機器・物品を準備する。その時点で訪問看護師、あるいは在宅酸素療法などの事業者がかかわっていれば事前に情報交換を行っておく。
- 健康保険の種類・負担割合、介護保険の利用有無(要介護度)、公費・福祉制度の利用などの情報を集める。
- 患者本人・家族が、現状をどう理解し、どのような希望をもっているのか、今後の治療・ケア方針についてどのような認識であるのかを確認する。
- 家族の状況を確認する。意思決定のキーパーソンはだれか、訪問診療時に同席できるのか、家族のスケジュール、介護力などについて情報を集める。
- 経済状況についても確認する。



これらの情報は、紹介元の病院やケアマネジャー、家族などから集められるだけ集めたうえで、初診に先立ち、看護師・医療ソーシャルワーカー「事前インテーク」を行って本人・家族から直接聞き取ることが望ましい。在宅医療を継続し、医師-患者間の信頼関係を構築していくうえで障害になくことがあれば、事前に関係者と相談・検討し、早期解決に努める。

2 当院において医療ソーシャルワーカーが初診前インテークで使用しているアセスメントシート

MSW インターク 初診時チェックリスト

記録日: 平成 年 月 日

患者氏名: 姓 (姓) 名 (名) 生年月日: MM-T-S 年 月 日 (歳)

現在の状況: (告知 本人) ☐ 無職/家族 ☐ 有職/カカツ付付居: ☐

紹介状: ☐

次回診察予定: ☐



1 家族状況 キーワード: 介護を代わってくれる ☐ 無職

家族構成: 同居 ☐ 同居世帯 ☐ 同居 エンベーター(有:無) ☐ 同居(有:無) ☐ 同居者の数: 同居 ☐ 同居 ☐

2 住宅状況 01 年金 () 生活に困らない ☐ 生活が厳しい ☐ 生活が厳しい ☐ 生活が厳しい ☐

3 経済状況 01 年金 () 生活に困らない ☐ 生活が厳しい ☐ 生活が厳しい ☐ 生活が厳しい ☐

4 介護状況 01 介護 02 介護 03 介護 04 介護 05 介護 06 介護 07 介護 08 介護 09 介護 10 介護 11 介護 12 介護 13 介護 14 介護 15 介護 16 介護 17 介護 18 介護 19 介護 20 介護 21 介護 22 介護 23 介護 24 介護 25 介護 26 介護 27 介護 28 介護 29 介護 30 介護 31 介護 32 介護 33 介護 34 介護 35 介護 36 介護 37 介護 38 介護 39 介護 40 介護 41 介護 42 介護 43 介護 44 介護 45 介護 46 介護 47 介護 48 介護 49 介護 50 介護 51 介護 52 介護 53 介護 54 介護 55 介護 56 介護 57 介護 58 介護 59 介護 60 介護 61 介護 62 介護 63 介護 64 介護 65 介護 66 介護 67 介護 68 介護 69 介護 70 介護 71 介護 72 介護 73 介護 74 介護 75 介護 76 介護 77 介護 78 介護 79 介護 80 介護 81 介護 82 介護 83 介護 84 介護 85 介護 86 介護 87 介護 88 介護 89 介護 90 介護 91 介護 92 介護 93 介護 94 介護 95 介護 96 介護 97 介護 98 介護 99 介護 100 介護 101 介護 102 介護 103 介護 104 介護 105 介護 106 介護 107 介護 108 介護 109 介護 110 介護 111 介護 112 介護 113 介護 114 介護 115 介護 116 介護 117 介護 118 介護 119 介護 120 介護 121 介護 122 介護 123 介護 124 介護 125 介護 126 介護 127 介護 128 介護 129 介護 130 介護 131 介護 132 介護 133 介護 134 介護 135 介護 136 介護 137 介護 138 介護 139 介護 140 介護 141 介護 142 介護 143 介護 144 介護 145 介護 146 介護 147 介護 148 介護 149 介護 150 介護 151 介護 152 介護 153 介護 154 介護 155 介護 156 介護 157 介護 158 介護 159 介護 160 介護 161 介護 162 介護 163 介護 164 介護 165 介護 166 介護 167 介護 168 介護 169 介護 170 介護 171 介護 172 介護 173 介護 174 介護 175 介護 176 介護 177 介護 178 介護 179 介護 180 介護 181 介護 182 介護 183 介護 184 介護 185 介護 186 介護 187 介護 188 介護 189 介護 190 介護 191 介護 192 介護 193 介護 194 介護 195 介護 196 介護 197 介護 198 介護 199 介護 200 介護 201 介護 202 介護 203 介護 204 介護 205 介護 206 介護 207 介護 208 介護 209 介護 210 介護 211 介護 212 介護 213 介護 214 介護 215 介護 216 介護 217 介護 218 介護 219 介護 220 介護 221 介護 222 介護 223 介護 224 介護 225 介護 226 介護 227 介護 228 介護 229 介護 230 介護 231 介護 232 介護 233 介護 234 介護 235 介護 236 介護 237 介護 238 介護 239 介護 240 介護 241 介護 242 介護 243 介護 244 介護 245 介護 246 介護 247 介護 248 介護 249 介護 250 介護 251 介護 252 介護 253 介護 254 介護 255 介護 256 介護 257 介護 258 介護 259 介護 260 介護 261 介護 262 介護 263 介護 264 介護 265 介護 266 介護 267 介護 268 介護 269 介護 270 介護 271 介護 272 介護 273 介護 274 介護 275 介護 276 介護 277 介護 278 介護 279 介護 280 介護 281 介護 282 介護 283 介護 284 介護 285 介護 286 介護 287 介護 288 介護 289 介護 290 介護 291 介護 292 介護 293 介護 294 介護 295 介護 296 介護 297 介護 298 介護 299 介護 300 介護 301 介護 302 介護 303 介護 304 介護 305 介護 306 介護 307 介護 308 介護 309 介護 310 介護 311 介護 312 介護 313 介護 314 介護 315 介護 316 介護 317 介護 318 介護 319 介護 320 介護 321 介護 322 介護 323 介護 324 介護 325 介護 326 介護 327 介護 328 介護 329 介護 330 介護 331 介護 332 介護 333 介護 334 介護 335 介護 336 介護 337 介護 338 介護 339 介護 340 介護 341 介護 342 介護 343 介護 344 介護 345 介護 346 介護 347 介護 348 介護 349 介護 350 介護 351 介護 352 介護 353 介護 354 介護 355 介護 356 介護 357 介護 358 介護 359 介護 360 介護 361 介護 362 介護 363 介護 364 介護 365 介護 366 介護 367 介護 368 介護 369 介護 370 介護 371 介護 372 介護 373 介護 374 介護 375 介護 376 介護 377 介護 378 介護 379 介護 380 介護 381 介護 382 介護 383 介護 384 介護 385 介護 386 介護 387 介護 388 介護 389 介護 390 介護 391 介護 392 介護 393 介護 394 介護 395 介護 396 介護 397 介護 398 介護 399 介護 400 介護 401 介護 402 介護 403 介護 404 介護 405 介護 406 介護 407 介護 408 介護 409 介護 410 介護 411 介護 412 介護 413 介護 414 介護 415 介護 416 介護 417 介護 418 介護 419 介護 420 介護 421 介護 422 介護 423 介護 424 介護 425 介護 426 介護 427 介護 428 介護 429 介護 430 介護 431 介護 432 介護 433 介護 434 介護 435 介護 436 介護 437 介護 438 介護 439 介護 440 介護 441 介護 442 介護 443 介護 444 介護 445 介護 446 介護 447 介護 448 介護 449 介護 450 介護 451 介護 452 介護 453 介護 454 介護 455 介護 456 介護 457 介護 458 介護 459 介護 460 介護 461 介護 462 介護 463 介護 464 介護 465 介護 466 介護 467 介護 468 介護 469 介護 470 介護 471 介護 472 介護 473 介護 474 介護 475 介護 476 介護 477 介護 478 介護 479 介護 480 介護 481 介護 482 介護 483 介護 484 介護 485 介護 486 介護 487 介護 488 介護 489 介護 490 介護 491 介護 492 介護 493 介護 494 介護 495 介護 496 介護 497 介護 498 介護 499 介護 500 介護 501 介護 502 介護 503 介護 504 介護 505 介護 506 介護 507 介護 508 介護 509 介護 510 介護 511 介護 512 介護 513 介護 514 介護 515 介護 516 介護 517 介護 518 介護 519 介護 520 介護 521 介護 522 介護 523 介護 524 介護 525 介護 526 介護 527 介護 528 介護 529 介護 530 介護 531 介護 532 介護 533 介護 534 介護 535 介護 536 介護 537 介護 538 介護 539 介護 540 介護 541 介護 542 介護 543 介護 544 介護 545 介護 546 介護 547 介護 548 介護 549 介護 550 介護 551 介護 552 介護 553 介護 554 介護 555 介護 556 介護 557 介護 558 介護 559 介護 560 介護 561 介護 562 介護 563 介護 564 介護 565 介護 566 介護 567 介護 568 介護 569 介護 570 介護 571 介護 572 介護 573 介護 574 介護 575 介護 576 介護 577 介護 578 介護 579 介護 580 介護 581 介護 582 介護 583 介護 584 介護 585 介護 586 介護 587 介護 588 介護 589 介護 590 介護 591 介護 592 介護 593 介護 594 介護 595 介護 596 介護 597 介護 598 介護 599 介護 600 介護 601 介護 602 介護 603 介護 604 介護 605 介護 606 介護 607 介護 608 介護 609 介護 610 介護 611 介護 612 介護 613 介護 614 介護 615 介護 616 介護 617 介護 618 介護 619 介護 620 介護 621 介護 622 介護 623 介護 62

[illegible]



在宅医療に関する説明

- 在宅医療を導入するに当たって、病院医療との違いや病気の治療・延命のためにできることの限界などについて、説明しておく必要がある。具体的には、高度救命医療やCT・MRIなどの画像検査は病院に依頼すること、在宅医療ではプライマリ・ケアの救急対応、QOLの維持、苦痛緩和などに主眼を置いた治療をしていくことに患者・家族の同意を得ておく。
- 患者の一番の不安である急な病状変化への対応について説明する。24時間いつでも相談に乗ること、必要に応じて緊急訪問することを伝える。
- 24時間365日体制のために採っているシステムについて説明し、了解を得る。具体的には、院内での複数医師体制あるいは地域の診療所との連携体制、訪問看護ステーションとの連携体制などである。
- 「在宅時医学総合管理料」を算定する場合、それに基づく在宅医療のしくみについて説明する。具体的には、「訪問診療」と「緊急往診」がそれぞれ何であるか、月2回以上の訪問診療が「緊急往診」の前提となること、そして医療費がどの程度になるか、などである。
- 薬を院外処方とする場合、処方箋の受け渡しおよび保険薬局に持っていく手順を説明する。家族等も薬局に赴くことが難しい場合は、訪問薬剤サービスの利用が可能である。訪問薬剤管理指導を行う場合には、その手順について説明する。
- 定期訪問の予定はどのように伝えられるか、変更の場合はどのように連絡するかといった往診スケジュールに関すること、通常および緊急時の連絡方法等について案内しておく。
- 介護保険の「居宅療養管理指導費」を算定する場合は、その内容について説明を行い、同意を得ておくことが必要である。
- 医療費の請求と支払方法(通常は月単位である)について説明する。



当院は院内複数医師体制であり、基本的に主治医制を採用しているが、夜間・休日は当番医が対応する。そのため緊急往診時には普段とは異なる医師が訪問する可能性が高いことを事前に説明し、了解を得ている。



在宅時医学総合管理料
「在医総管」と略される。2006年に創設された在宅療養支援診療所の制度に基づく診療報酬上の算定項目で、在宅で療養する患者のかかりつけ医機能の確立と在宅療養の推進を図ることが目的とされる。患者の同意を得たうえで、在宅療養計画に基づき月2回以上訪問診療(往診を含む)を継続して行った場合に月1回算定することができる。算定要件として、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族およびその看護に当たる者等へ説明し、在宅療養計画および説明の要点を診療録に記載することが必要となる。



どこまで自宅で診療するか—在宅医療の限界

患者の状態が変化した場合に「どこまで自宅で診療するか」という心づもりを家族に確認しておく必要がある。必ずしも方針を決定しておく必要はなく、もちろん後から変更することも可能である。それは家族にもはっきり伝える。

意思決定者を確認しておくこと(例えば患者本人が意思決定できない場合に、だれの意見を尊重するのかなどの同意を得ておくこと)も必要である。

また在宅医療、特に緊急往診のプライマリ・ケア的な位置づけとその限界を家族に説明しておくことも大変重要である。患者の容体によっては往診では対応できないと判断され救急車を呼ぶことも考えられるが、それでも「在宅」を希望する家族もあるので、時が近づいたら起こり得ることを説明し、それに対して可能な対処について事前に情報提供していくことが求められる。



居宅療養管理指導

介護保険下で制度化されているサービス。医師が行うものは、在宅患者の居宅を訪問して行う計画的な医学的管理に基づき、ケアマネジャーやその他の介護事業者に対し、介護サービス計画の策定等に必要の情報提供や、患者・家族に対して介護サービスを利用するうえでの留意点、介護方法等についての指導・助言を行った場合に、月1回を限度として算定するもの。提供される情報は利用者の同意を得て行うものに限られるため、これを行うことについて最初に同意を得ておくことが必要である。



医学的・社会的・心理学的な側面から診療し、患者の生活を支援していくため、患者自身が自らの病状や暮らしの様子、今後の希望・想いなどについて語る言葉に着目し、耳を傾ける。診察した内容と合わせて総合的に患者を理解することに努める。



在宅医療の医療費は高いのか、安いのか？

在宅時医学総合管理料（在医総管）は2012年改定の診療報酬で、病床を有せず院外処方を行う診療所の場合に月4,200点。これに最低月2回の訪問診療料や往診料などが追加で算定されていく。また診療所側の条件によっても点数が異なる。総合すると、特別な医療処置のない1割負担の患者の場合でも月6,000～7,000円くらいであり、入院費用に比べれば安いですが、外来通院と比べると高くなる。

24時間の緊急往診対応には「月2回訪問」（＝在医総管の算定）が条件であることなどをきちんと説明して、納得してもらう必要がある。なお、負担軽減のために利用可能な高額療養費制度や給付金等について、案内することも大切である。



初診時のアセスメント

- 事前に得た情報を踏まえ、全身くまなく診察する。
- 本人や家族と話しながら、ADLと認知機能の評価を行う。
- ADLについては、自宅で実際の生活動作ができるかが重要なので、例えばベッド上で寝ている患者も、座ってもらったり歩いてもらったりして、実際のADLを把握するとよい。認知機能に関しては、問診の中で自分の病気についてどの程度理解しているかなど会話の中からつかめるものも多い。
- 前医から処方された残薬の確認をする。実際に飲んでいたのか、頓服薬の使用歴などについても確認を行う。
- 患者・家族が、病名や病状あるいは在宅医療導入の目的を理解しているかをいま一度確認する。家族は理解しているが本人には告知されていない、事象として認識はしているが受け止めていないなどの可能性もあるため、注意する。
- 介護力を評価する。在宅医療の継続には、十分な介護力が必要である。家族が提供するもの、社会資源により提供されるもの、その形態はさまざまである。単身者、高齢夫婦世帯（老々介護）、高齢親と独身子世帯などでは、家族



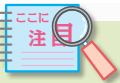
家族の不安をとる

在宅医療は、家族介護力に依るところが大きく、「家族を支える」ことが重要な意味をもつ。在宅医療の導入時には、家族は「何かあったらどうしよう」とさまざまな不安を抱えていることが多い。「どんなことが起こり得るのか」すら予測がつかずにさらに不安が募る。

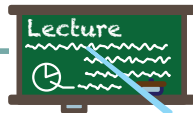
こうした不安に、緊急往診で対応することがある。電話で済むと思われることや、医学的に必ずしも緊急性が高くないと思われるケースでも、不安が強い場合は医師または看護師が患者宅へ訪問し、家族の目の前で専門家として適切な対処をし適切なアドバイスを与えれば、家族は安心する。こうしたことを数回繰り返すうちに、家族も自分たちなりの在宅ケアの方法を学んでいくことができるはずである。

介護力に乏しいケースが多いが、近隣知人によるインフォーマルな介護等も含めて把握し、必要に応じて介護保険サービスや行政サービスの利用を促す。

- 療養環境を評価する。患者のADLの維持・改善を目指すには、どのような場所で療養しているのか把握することも必要である。例えば、患者居室から屋外へのアプローチ、ベッドから食卓やトイレまでの動線、屋内の段差の有無や手すりの必要性などを把握し、適切なアドバイスができることよい。具体的な療養環境の改善については、ケアマネジャーを通じて、住宅改修や福祉用具の専門家に相談する。



初診時の医師の言葉や態度は、患者・家族に強い印象を与える。患者の家という空間で受け入れられ、毎回の訪問を楽しみに待っていてくれるような信頼関係を構築できるとよい。笑顔、前向きな態度、問題解決の姿勢などを示し、安心感をもたらすことが望ましい。



家族アプローチ

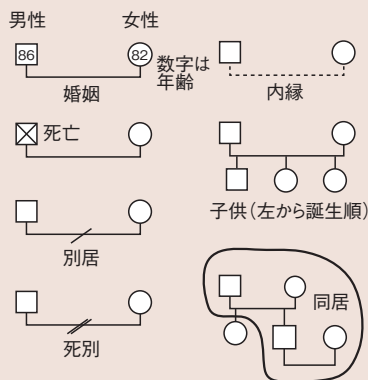
在宅医療において、「家族」を知ることは大変重要である。本人の「人となり」は家族の関係性にも表れるし、患者に対する家族の対応は、これまでの本人の家族に対する姿勢や生き方を映し出しているからである。それが介護力にも大きな影響を与える。

具体的にいえば、家族を愛し守ってきた夫が病床に伏したときに、妻や子供たちは熱心に介護することが多いが、家庭を顧みず不誠実に生きてきた夫は、今までの関係が在宅介護にも反映される可能性が高いであろう。

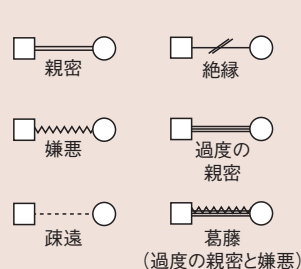
まずは「家族図」を描いてみて、家族の関係性を把握するとよい。そしてケアのアドバイス等を行うときにも、それを意識したうえで行うとよい。

3 家族図で用いられる記号例

家族関係を示す記号



人間関係を示す記号





当院では情報電子化に当たり、この療養計画書の情報を訪問看護指示書や主治医意見書など、在宅ケアの連携のための書類に活用できるようにフォーマットの設定を行っている。書類の量が多くなりがちな在宅医療において医師の負担軽減を図ったものである。



可視化しておくると便利な情報に患者のスケジュールがある。基本的に介護サービス計画（ケアプラン）と同じもので、訪問看護、訪問介護、デイサービス利用などの週間スケジュールを把握しておく、訪問診療の予定を立てるときに、「看護師がいる時間帯を選ぶ」「デイサービス利用の日は避ける」などたいへん調整しやすい。



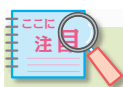
在宅療養計画の作成(サマリー)と情報共有

- 在宅医療を導入し、かかりつけ医として定期的に訪問診療を行い、継続的に診療責任を担うという趣旨で、在宅時医学総合管理料を算定する要件として「在宅療養計画」を作成することとなっている。
- この療養計画を、初診後に得た情報を整理して作成する。在宅医療を進めていくうえで、院内・院外でさまざまな連携を図っていく必要があり、都度、情報共有が必要となるが、その基礎情報ともなるものである。
- 複数の医師でグループ診療を行っている場合は、主治医以外が対応するケースも想定して、この療養計画書および付随するさまざまな患者情報を可視化し、持ち運びできる状態にしておくことが必要である。
- 具体的には、病歴や処方等の情報だけでなく患者・家族の希望、特に容体急変時の対応についての情報共有をしておくことが望ましい。
- 当院では、在宅療養計画を作成する際に、初診等で得た情報を電子カルテに入力すると、その在宅療養の様子が「在宅図」という画面に集約される(4)。病歴や処方歴、家族の情報、ケアプラン、ケアチーム、プロブレムリスト、定期処方などさまざまな情報が一画面に要約されたもので、院内複数医師・多職種で情報共有する際に、だれもが一目見てほしいの状況を把握できるため、活用している。

4 当院の在宅図

The screenshot shows a comprehensive summary of a patient's home medical care. The interface is divided into several key sections:

- 疾患現病歴既往歴 (Disease, Current Illness, Past History):** Located on the left, it provides a detailed overview of the patient's medical background.
- ケアチーム (Care Team):** Positioned in the middle-left, it lists the healthcare professionals involved in the patient's care.
- 本人および家族の情報 (Patient and Family Information):** Located on the right, it contains personal and family details.
- 患者のスケジュール (Patient's Schedule):** Situated in the bottom-right, it displays a calendar view of the patient's activities and appointments.
- プロブレムリスト (Problem List):** Located in the bottom-left, it lists the current medical problems being managed.
- 定期処方 (Regular Prescriptions):** Positioned in the bottom-right, it details the patient's ongoing medication regimen.



グループ診療の場合、緊急往診を主治医以外が担当することが十分に想定されるため、初診時に患者宅の所在地や周辺情報についても確認しておくことが重要である。カーナビに住所を入力すれば確実に到着できるのか、往診車を駐車する場所はあるのか、近隣に目印になる建物があるか、間違えやすい家はあるのかなど、些細なことがスムーズな在宅医療の運営にとっては必要である。

参考文献

- 川越正平. 在宅医療のステージ. 明日の在宅医療. 中央法規出版; 2008, pp161-188.
- 川人明(編著). 今日在宅診療. 医学書院; 2002.
- 和田忠志. 在宅医療における診断と技術. 日本在宅医学会テキスト編集委員会(編), 在宅医学. メディカルレビュー社; 2008, pp59-69.
- 宮森正ほか. 在宅医療への導入. 飯島克巳(編著), この一冊で在宅患者の主治医になれる, 改訂第2版. 南山堂; 2002, pp47-92.