

平成28年11月28日

## 市町村職員等在宅医療・介護連携基礎研修（盛岡）

（日医かかりつけ医機能研修制度  
平成28年度応用研修会より）

# 「かかりつけ医の在宅医療」

岩手県医師会常任理事 本間博

## ◆在宅医療総論

1. 在宅医療に関連する諸制度について  
: 関連法規、診療報酬制度等の概要
2. 多職種連携について
  - (1) 日常の訪問診療での多職種スタッフとの情報共有  
(指示書の作成を含む)
  - (2) ケアマネジャーとの連携と情報交換
  - (3) 多職種による在宅ケアカンファレンスの開催と情報共有

# 日本の医療の課題

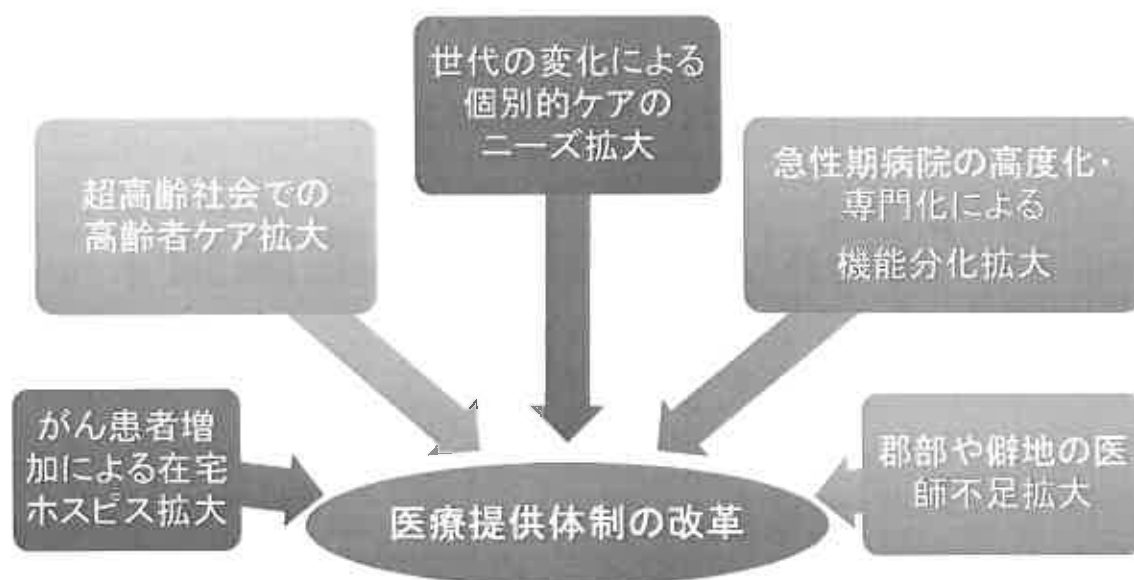


図1

## 課題に対する5つの解決策

1. 高度な検査機器や治療の追求への警鐘
2. 患者/利用者の個別性を重視したケア
3. 包括的で統合された対応
4. ケアの継続性(外来／入院／在宅)を維持
5. 初期治療を担う医師が常に変わらず信頼される存在であること(かかりつけ医)

図3

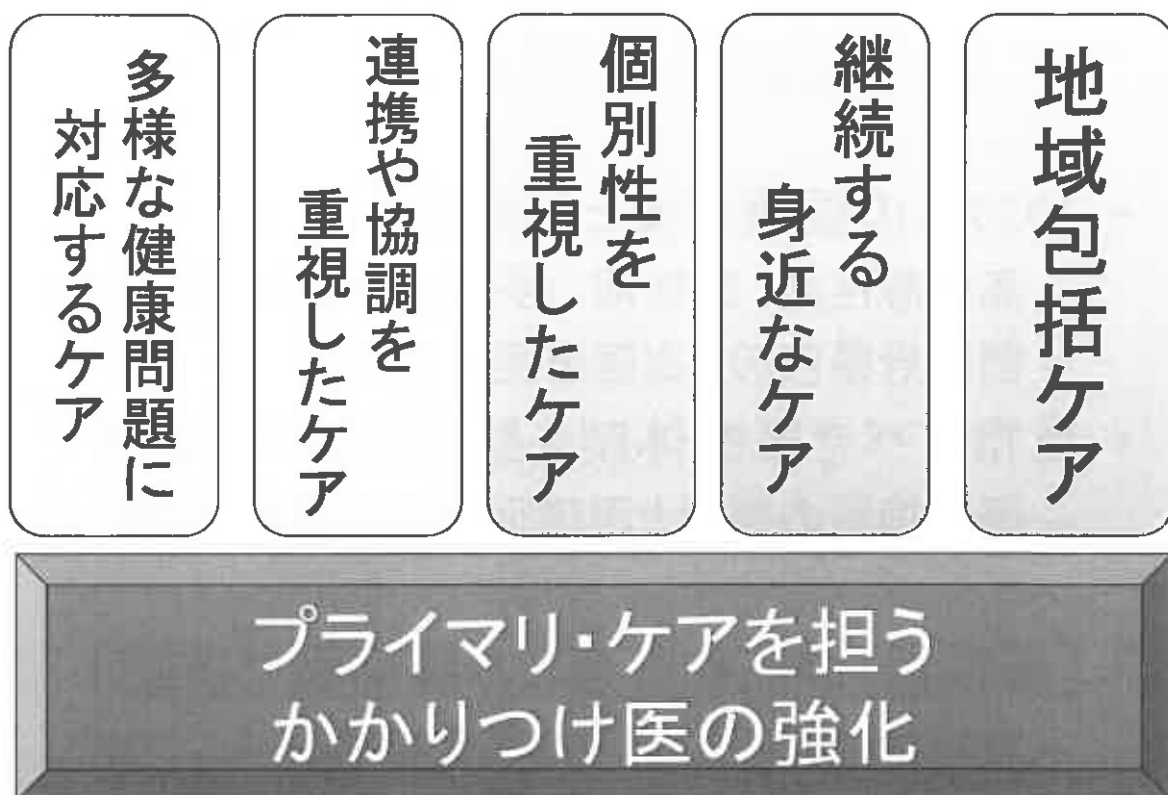


図4

## 国の医療政策の方向性

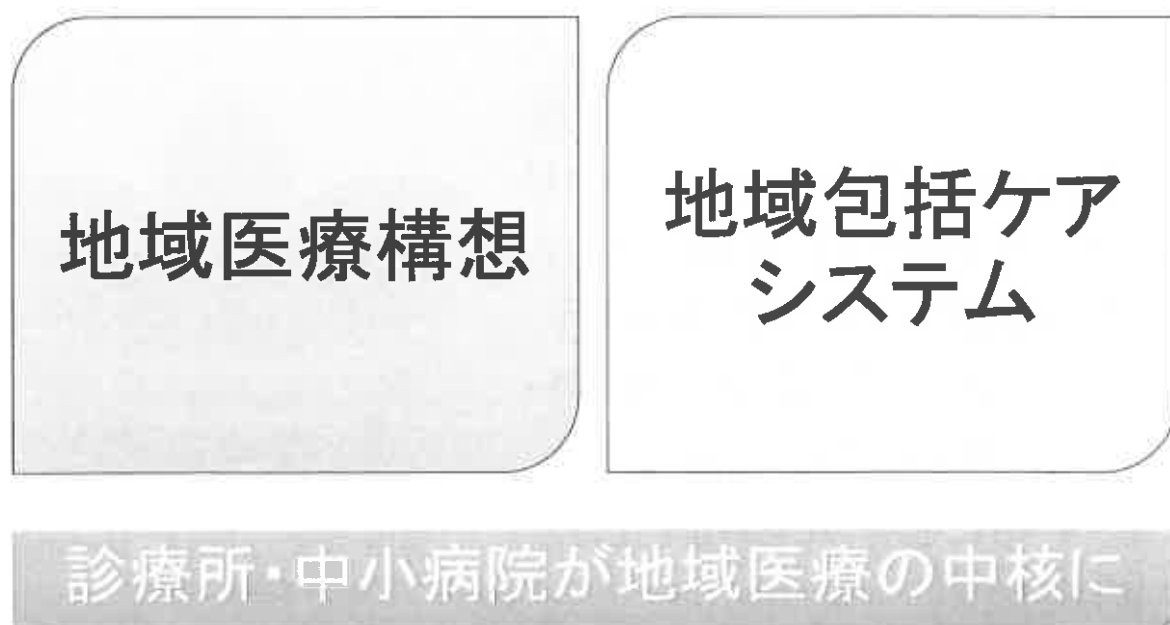


図6

## 地域医療構想と在宅医療

- 2025年の医療需要と病床の必要量
  - 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能
  - 都道府県内の2次医療圏域を単位
- 目指すべき医療体制を整えるための施策
  - 医療施設の整備と医療従事者の確保・教育
- 「慢性期」は在宅医療と介護施設で構築！
  - 地域毎に在宅医療の必要量を検討

図7

## 地域包括ケアシステムと在宅医療

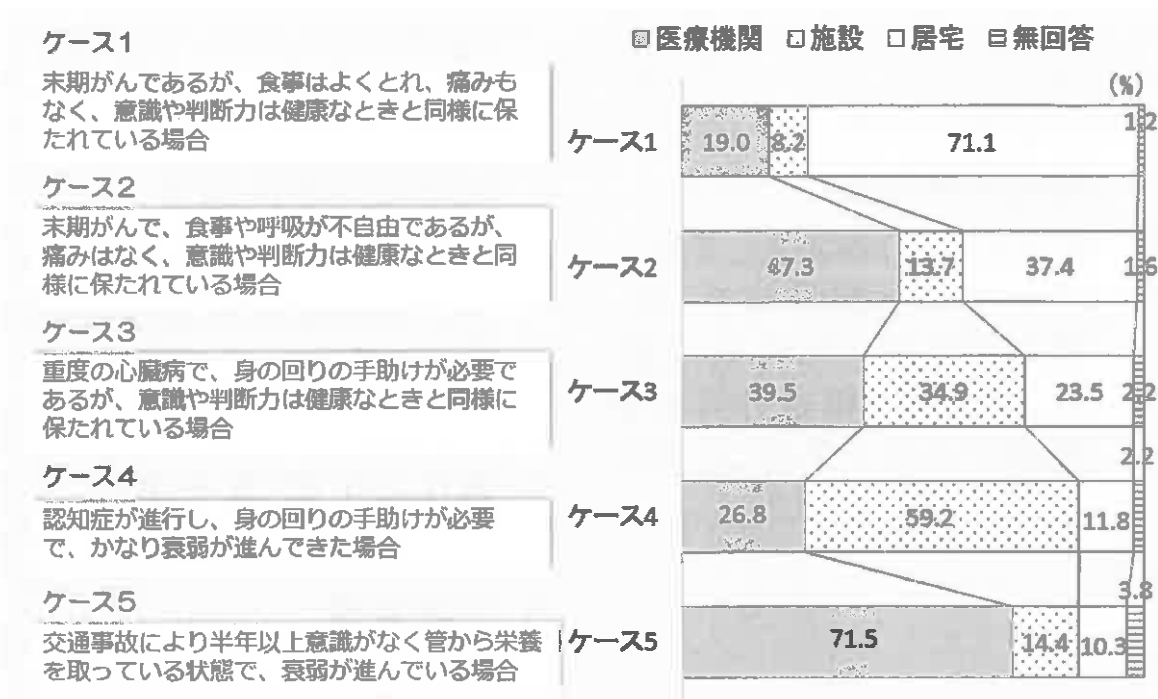
地域の診療所が身近な健康問題に対応する「かかりつけ医機能」を発揮して、外来医療・在宅医療を担い、日常生活圏域で医療・介護・福祉がある程度完結することを大前提とした制度設計



出典：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書より

図8

# 在宅医療の国民ニーズ



厚労省 終末期医療に関する意識調査(H26.3) 図9

## 在宅医療

外来診療からつながる継続診療として

様々な健康問題に対応し

地域の多職種及び医療・介護施設とのネットワークを形成

# 在宅医療の対象者

## 訪問診療の対象

- 通院困難な患者
- 保険診療の対象としては「1人では通院困難で、付添人が定期的に外来に連れてくるには相当の努力や代償が必要であること」が了解できればよい

## 主たる基礎疾患

- 脳血管障害後遺症
- 認知症
- 老人性運動器疾患及び関節リウマチ
- 慢性呼吸不全
- 慢性心不全・腎不全
- 老衰
- 神経難病
- 悪性腫瘍末期

図11



図12

# 在宅医療における医療行為

- 問診及び診察
- 検査
  - 血液検査・尿検査
  - 心電図(携帯型)
  - エコー検査(携帯型)
- 治療
  - 内服治療(モルヒネ製剤含む)
  - 外用治療(湿布、創傷被覆材、褥創治療)
  - 点滴治療、中心静脈栄養管理
  - 経管(経鼻、胃瘻、腸瘻)栄養管理
  - 尿道留置カテーテル(膀胱瘻、腎瘻)管理
  - 在宅酸素療法、人工呼吸器管理



図13

## 在宅酸素と人工呼吸器



図14

## 症例1

30代男性

10代の時に、事故で  
低酸素脳症となり、脳  
機能障害が出現して  
寝たきりに

母親が10年以上献身的  
に介護を継続

訪問診療と訪問看護、  
訪問介護、デイケア、  
ショートステイを活用  
しながらケアを継続



図15

## 症例2

90代女性

大腿骨頸部骨折後の  
下肢の廃用による寝  
たきり



## 症例3

80代男性

脳梗塞後の右片麻痺  
に伴う歩行障害

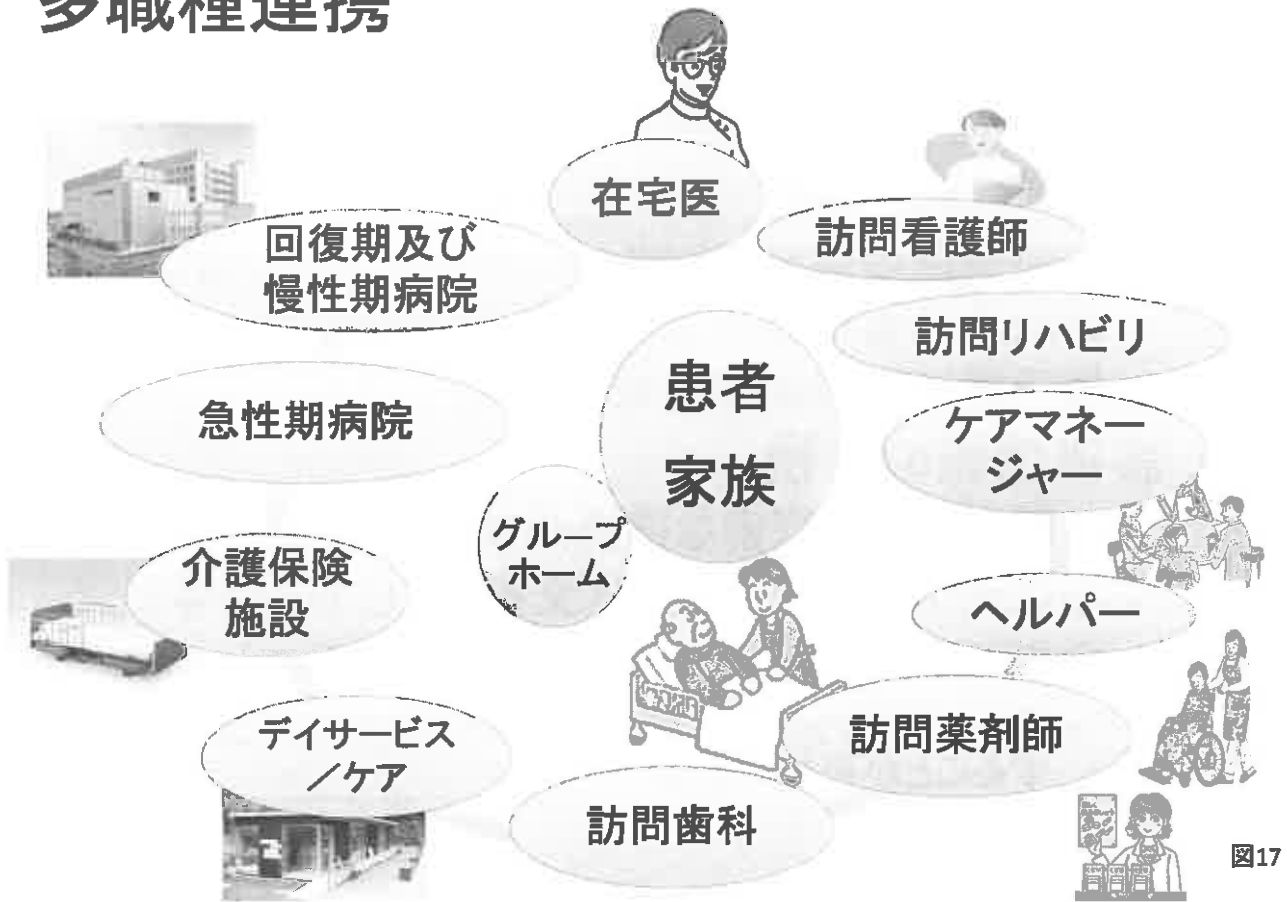
老老介護



図16



# 多職種連携



## 2. 多職種連携について

(1) 日常の訪問診療での多職種スタッフとの情報共有(指示書の作成を含む)

# 連携①：診療情報の共有とケア

- 各種指示書
  - 訪問看護指示書、訪問リハビリテーション指示書、訪問薬剤管理指導指示書など
  - 指示書は医療職の診療に必須！
- 診療情報の交換
  - 訪問看護との緊密な連携が非常に重要
  - 各職種の訪問後の報告（文書、TEL、E-mail等）
  - 定期的なケアカンファレンス（診療所等で）
    - 症例の議論を通じて他の職種の視点や思考法を理解することが可能になる

図18

## 2. 多職種連携について

### (2) ケアマネジャーとの連携と情報交換

## 連携②: 介護情報の共有とケア

- 主治医意見書
  - 要介護度の判断に際して重要な役割
  - 医療必要度が変化した際には都度作成を！
- ケアマネジャーとの患者の介護情報共有
  - ケアマネジャーから介護度と利用中の介護サービスについて主治医に連絡
  - サービス担当者会議(ケアプラン作成・変更時)
  - 患者の生活状況を把握するためには大変有用な情報であり、積極的に把握を

図19

## 2. 多職種連携について

(3) 多職種による在宅ケアカンファレンスの開催と情報共有

# 在宅ケアカンファレンス

- 開催すべきタイミング
  - 在宅医療を開始したとき
  - 患者の病状や介護状況が大きく変化したとき
  - 在宅看取りが必要になったとき
- 目的
  - 患者に関わる多職種が一堂に会して、現状評価と課題解決に取り組み、多職種での在宅チームを構築する
- 実施
  - 医療・介護施設あるいは患者宅で1時間程度
  - 全メンバーの役割を明確化して会議を終了

図20

# 地域全体での多職種連携

- 専門職同士の連携の広がり
  - 個別の患者ケアから見えてくる地域の連携体制の課題の抽出と解決
  - 職種の垣根を越えた在宅医療の情報交換や研修を行う場
    - 主体は、行政や医師会、在支診など多様
    - 事例検討と教育講演など
    - 顔の見える関係が広がることで、連携はより容易に

図21

# かかりつけ医と介護の連携のための 多職種交流会

第1回 青山・みたけ・厨川地区  
(平成27年10月)

第2回 都南地区 (平成28年3月)

第3回 松園・緑が丘地区  
(平成28年10月)

# かかりつけ医と介護の連携のための 多職種交流会



# かかりつけ医と介護の連携のための 多職種交流会



# かかりつけ医と介護の連携のための 多職種交流会



かかりつけ医と介護の連携のための  
多職種交流会



かかりつけ医と介護の連携のための  
多職種交流会



## ◆在宅医療総論

### 3. 病診連携について

- (1)在宅医療の導入目的の病棟カンファレンスへの参加と情報収集
- (2)患者急変時における急性期病院との連携
- (3)介護負担軽減を目的とした短期入院・入所に関する病院等との連携

### 4. 在宅診療実践のための取り組みの工夫

- (1)外来診療と在宅診療のバランスと時間設定
- (2)夜間・休日対応のための様々な医療機関との連携

### 5. 居住系施設等(介護保健施設やケアハウス、グループホームなど)での在宅医療

- (1)施設職員との患者情報の共有とケア方針の決定、また、その対応能力の評価と連携
- (2)看取りに伴う施設職員の心理的負担のアセスメントとサポート提供

## 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年後、10年後には、次のような相談に、遭遇するであろう。

「先生、うちの母ですが、足腰が立たなくなり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、他の先生はいやだ』と言います。お暇なときでいいですので、往診で診て頂けないでしょうか」

のような例である。

真剣に診療を務めた「かかりつけ医」は、必然的に、在宅医療に参入する機会を経験する。



## かかりつけ医と在宅医療①

- ◆患者は、「最期まで先生(自分の選んだ主治医)に診てもらいたい」という希望を持つことが多い
- ◆在宅医療は、「かかりつけ医」の活動の延長線上にある
- ◆「かかりつけ医との信頼関係」を基盤に、患者は、自宅で安心して最期まで療養可能となる

図23

### 3. 病診連携について

(1)在宅医療の導入目的の病棟カンファレンスへの参加と情報収集

## 退院時(前)カンファレンス

退院を予定する患者に対する事例検討会議。通常、退院後に在宅療養する患者に対して行われる。円滑な退院、円滑な在宅療養始動を目指す。

- ◆ 病院スタッフと在宅スタッフが医療情報を交換したり、相互の事情のすり合わせができる。
- ◆ 在宅スタッフの意見を含めて「退院直後のケアの内容」を決定できる。
- ◆ 患者や家族が、退院前に在宅スタッフと対話できる。在宅スタッフとの対話で、患者や家族が「自宅での療養生活」のイメージを、明確に想定できる。
- ◆ かかりつけ医は、自分の患者を「場所を問わず診る医師」ともいえる。通える方は外来で、通えない方は訪問診療で、入院している方には病棟へ赴いて診ることで、真の継続診療が成し遂げられる。

図24

## 退院時(前)カンファレンス

- ◆ カンファレンスは、病院と打ち合わせ、「かかりつけ医の休診日や、かかりつけ医が外来診療を行っていない時間帯」に設定することが望ましい。
- ◆ 在宅医療側は看護師の出席でもよいが、医師が出席することの意義は大きい。かかりつけ医が出席すると、病院医師は高い確率で出席する。
- ◆ 在宅療養を知る医療スタッフと話すことで、「自宅での療養生活」が可能なことがより具体的に理解され、患者・家族は大きく不安が軽減する。

図26

### 3. 病診連携について

#### (2) 患者急変時における急性期病院との連携

#### 急性期病院連携

- ◆ 病院での治療を全く望まない一部の在宅患者を除き、在宅医療のみでは完結できない。病院連携は常に不可欠である。
- ◆ 急性増悪のうち、中等症までは在宅医療で対応可能なことが多い。(病院治療を望まない方を除き)重症者や精査を要する患者は、入院が望ましい。
- ◆ 「24時間にわたり重症者を入院させてくれる連携病院」を持つ必要性。

# 急性期病院連携

- ◆在宅医療でも頻回に遭遇する、肺炎などの感染症、骨折などの外傷、脳血管障害などの発症では、特に急性期病院連携が有益である。
- ◆日常的に、医師会などで病院の医師と「顔の見える関係」を構築しておくこと、入院依頼を円滑に行える。
- ◆地域連携ITシステムがある場合、紹介状作成などを省略したり、簡便化できる。
- ◆地域包括ケア病棟を持つ病院、在宅療養支援病院など、在宅医療との円滑な連携を行う病院も増えている。連携を(急性疾患患者発生前に)あらかじめ開始しておきたい。

図29

## 3. 病診連携について

(3) 介護負担軽減を目的とした短期入院・入所に関する病院等との連携

## 介護負担軽減目的の入院・入所

- ◆家族介護負担軽減のための入院・入所は「レスパイト」と呼ばれる。
- ◆大部分のレスパイトは、短期入所生活介護(介護施設へのショートステイ)として、ケアマネジャーを介して行われる。
- ◆医療依存度の高い患者の場合、介護施設で受け入れ困難なため、病床を持つ医療施設への短期入院、介護老人保健施設への短期入所療養介護(医療施設へのショートステイ)を行う必要がある。

図30

## 介護負担軽減目的の入院・入所

- ◆病院に依頼する場合は、検査入院などとして実施する。
- ◆在宅医療では、(血液検査や細菌培養検査など以外)機器を用いる検査が困難なため、年1回程度、入院施設で検査を行うことは意義が大きい。特に、結核の否定も兼ね、胸部X線は有意義である。
- ◆家族介護軽減のための入院・入所は長期間は望ましくない。特別な理由がない限り、長くても二週間程度を限度としたほうがよい。長期の入院・入所で、「患者の自宅での居場所の喪失」「患者がいない状態での家族力動の固定化」が生じる可能性がある。

図31

## 4. 在宅診療実践のための 取り組みの工夫

### (1) 外来診療と在宅診療のバランスと時間設定



図32

## かかりつけ医と在宅医療②

- ◆「かかりつけ患者」が最も長期間受療するのが「外来」である。その意味で、一生にかかわる健康管理を担当する「かかりつけ医」は、「外来診療において、最も力を発揮する」とはいうまでもない。
- ◆一方、真剣に外来を行なえば行うほど、ADLが低下してからもかかりたい患者が出現する。「最期の脈を取ってほしいと望む患者」も出現するであろう。
- ◆外来診療を中心に活動を開始した「かかりつけ医」は、在宅医療を行なう時間を捻出する必要に迫られる。

# 外来と在宅の時間配分

- ◆ 医師の行う在宅医療の基本構造は
  - ① 定期的な診療(訪問診療)
  - ② 24時間対応 から構成される
  
- ◆ かかりつけ医が「訪問診療」の時間を確保する方法に
  - ① 午前外来の後、午後に訪問診療の時間帯を設定
  - ② 午前と夕刻の診療の間の時間帯に訪問診療を設定などの方法がある。
  
- ◆ 在宅患者が少数であれば、訪問診療を行う時間帯の設定は週に1～2回程度でもよい。

図34

## 4. 在宅診療実践のための 取り組みの工夫

- (2) 夜間・休日対応のための  
様々な医療機関との連携

## 24時間対応

- ◆医師の行う在宅医療の基本構造は
  - ①定期的な診療(訪問診療)
  - ②24時間対応 から構成される
  
- ◆24時間対応は
  - ①医師が日中に外来や検査・処置をしているとき
  - ②夜間・休日 への対応が問題となる
  
- ◆これらへの対応は
  - ①看護師との連携(24時間の訪問看護ステーション)
  - ②医師同士の連携
  - (③急性期病院との連携) に対応する

図35

## 日中の医学管理が重要 ～夜間対応との密接な関係～

- ◆日中の診療で、夜間に起こりうることを予測し、「予測に応じた治療」や、「起こりうることの説明」、「使用するかもしれない頓用薬の処方」などを行う
  
- ◆導入直後や、がん末期の場合には、(計画的に)頻回に医師や看護師が訪問し、疑問や問題点を吸収していく
  
- ◆この上で、「夜間対応を積極的に行う」と、患者や家族に伝えることで大きな安心を与えることができる
  
- ◆夜間、電話相談を受ける場合にも、臨時往診をする場合でも、それらの大部分は予想可能である

図36



## 看護師連携による24時間対応

- ◆「看護師連携による24時間対応」は、医師が一人である場合には、有力な方法である
- ◆主要な具体的対応としては、訪問看護ステーションに「ファーストコール」を受け持ってもらおう
- ◆そのためにも、スキルの高い看護師を地域で養成することが重要な課題となる

図39

## 医師同士での連携 3人以上での連携が望ましい

医師会などでの連携

複数医療機関連携によるグループ診療

院内複数医師によるグループ診療

図40

# 急性期病院連携

- ◆在宅医療は急性疾患に対する治療能力において有力な現場ではないため、急性疾患等の発生に対して病院連携を行うことは重要である。
- ◆一方、「24時間対応を全面的に病院に依頼する」ことは、かかりつけ医としては、好ましいあり方ではないと考えられる。
- ◆「かかりつけ医」が、医学的判断、これまでの患者や家族の価値観を勘案し、入院が望ましいと判断したときに限り、病院に依頼することが好ましい。

図41

# 介護施設

介護施設の種類は複雑であるが、次のように大まかに分類すると理解しやすい。

## ◆ 老人ホーム

「老人福祉法」(1963)で規定される。

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームの4つ。

軽費老人ホームの通称が「ケアハウス」。

## ◆ 「サービス付き高齢者向け住宅」

国土交通省・厚生労働省が所管する「高齢者の居住の安定確保に関する法律」(高齢者住まい法)2011年改正でできた制度。基本的に個室、バリアフリーで、医療・介護との密接な連携でケアを提供する。

◆ 「老人ホーム(特別養護老人ホームを除く)」「サービス付き高齢者向け住宅」以外は、介護保険法で定められると認識してよい。

図42

# 介護施設

	基本的性格	設置主体	医療体制	訪問診療
介護保険三施設				
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	要介護高齢者のための生活施設	地方公共団体 社会福祉法人	非常勤嘱託医 配置医師	末期がん可能 往診可能
介護老人保健施設	要介護高齢者にリハビリを提供し在宅復帰を目指す施設	地方公共団体 医療法人	常勤1人以上 100:1	不可
介護療養型医療施設	医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設	地方公共団体 医療法人	常勤3以上 48:1	不可
介護保険居宅系サービス				
特定施設	要介護・支援者の生活の場	営利法人中心	配置看護師	可能
グループホーム	認知症高齢者の共同生活の場	営利法人中心	訪問看護と連携	可能
ケアハウス	自治体から助成のある低所得者も入居可能な住宅	地方公共団体 社会福祉法人	なし	可能
サービス付き高齢者向け住宅				
サービス付き高齢者向け住宅	居室の基準を満たし、安否確認生活相談サービスが付いた住宅	営利法人中心	なし	可能

苛原 実 平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
総論3「居住系施設等との連携」スライド改変 図43

## ケアハウス(軽費老人ホーム)

定義	低所得者でも入所できる、自治体や国の補助で入居できる施設。60歳以上の単身者または、夫婦のどちらかが60歳以上で、身寄りがないか、家族との同居が困難なかが入居可能
介護体制	特定施設以外は、ケアプランに基づく外部の介護サービスが利用できる
医療体制	看護師が常駐している施設はほとんどない
医療アクセス	訪問診療、訪問看護は利用可能である
特徴	自治体から助成を受けられるため、比較的低料金で利用でき、生活相談や入浴準備などに日常生活上必要なサービスが受けられる
その他	軽費老人ホームにはA型、B型、C型の3種類ある、A.Bは1990年より新設なし、C型がケアハウスにあたる

苛原 実 平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
総論3「居住系施設等との連携」スライド改変 図44

# サービス付き高齢者向け住宅

定義	居室の広さ(原則25平米以上)が定められ、バリアフリー化等が施された住宅に、安否確認・生活相談サービスが付いたシニア向けの住宅、必要に応じて食事提供、訪問介護などを受けることができる
介護体制	ケアプランに沿って、外部からの介護サービスを受けることができる、24時間切れ目のない介護サービスではない
医療体制	看護師等はいない
医療アクセス	訪問診療、訪問看護は通常の居宅と同様に提供できる
特徴	重度介護となると、サービス付き高齢者住宅での生活維持は困難となる施設ではなく、住宅であるという認識が必要
その他	デイサービスやヘルパーステーション、居宅支援事業所を併設するところが多い

苛原 実 平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
総論3「居住系施設等との連携」スライド改変

図45

## 特定施設

介護保険法第8条第11号

- ◆定員が30人以上(地域密着特定施設でない施設)の施設で、都道府県から居宅サービスの一つである「特定施設入居者生活介護」の事業者指定をうけたもの
- ◆有料老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅などが取得可能
- ◆介護専門特定施設(要介護者に限定利用)と、混合型特定施設に分けられる
- ◆24時間切れ目のない介護サービスを受けることができ、介護度に応じて1日の費用が決まっている

苛原 実 平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
総論3「居住系施設等との連携」スライド改変

図46

# 認知症高齢者グループホーム

定義	障害を持ちながらも、介護を提供する人と少人数でなじみの関係を築きながら、役割を持って地域に溶け込んで暮らす施設のこと
介護体制	ワンユニット利用者9名まで、最低3名の介護職員がいる、ケアマネジャー配置義務あり
医療体制	看護師が常駐していることは少なく、医療行為はできないことが多い
医療アクセス	訪問診療や往診は算定できる、急性増悪時には医療保険により訪問看護を受けることができる 訪問看護ステーションと連携をして、医療連携体制加算を取ることができる
特徴	認知症高齢者グループホームは軽度認知症の方の共同生活の家として始まったが、認知症高齢者の増加や重度化により看取りまで行うホームも出てきている
その他	認知症高齢者と対象とするものと、成人の主として知的・精神障害者を対象とするグループホームがある

菅原 実 平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
総論3「居住系施設等との連携」スライド改変

図47

## 5. 居住系施設等（介護保険施設やケアハウス、グループホームなど）での在宅医療

(1) 施設職員との患者情報の共有とケア方針の決定、その対応能力の評価と連携

# 居宅系施設等との連携の要点

## ◆施設職員と良好な関係をつくる

専門用語を避けて、わかりやすい言葉を使う、質問等には丁寧に答える、怒らない。

## ◆家族とのコミュニケーション

介護施設では、自宅と異なり、利用者家族と面談の機会が少ない。初診時などに面談の機会を持つようにすることが肝要である。そのときに、急変時の希望なども聞いておくとよい。

機会を見つけて年に1度くらいは面談の機会を持つようにしたい。入院時などの場合、電話で家族に意思確認するのもよい。

## ◆施設の医療・介護に対する方針などを確認

施設内での看取りをしないという方針の施設もある。

菅原 実 平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
総論3「居住系施設等との連携」スライド改変

図48

# 施設の力量の見極め方

## ◆看取り経験や方針の確認

急変時事前指示書を利用者からとっているかを確認したい。  
看取りの経験のない施設では困難を伴うことが多い。

## ◆医療処置

痰の吸引を介護職ができる施設かどうか確認。  
施設によっては処々の医療処置ができないところもある。

## ◆電話問い合わせの内容で施設の力量はわかる。

バイタルサインが取れ、現病歴などの把握ができていれば、  
一定の力量があるといえる。

菅原 実 平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
総論3「居住系施設等との連携」スライド改変

図49

## 5. 居住系施設等（介護保険施設やケアハウス、グループホームなど）での在宅医療

(2) 看取りに伴う施設職員の心理的負担の  
アセスメントとサポート提供

### ◆急性期医療と慢性期のケア

## 在宅医療における急性期医療

- ◆在宅医療現場は、急性期医療に対して、必ずしも適切な現場ではない。患者・家族の価値観、年齢などを総合して、自宅で急性期治療を行うかどうかを決定する。
- ◆心電図検査、エックス線撮影、超音波検査を行うことが可能であるが、無理に自宅で行う必要はない。
- ◆一般に、中等症までの感染症治療などは自宅で行うことができる。外傷、骨折などの治療は病院で行うほうがよい場合も多い。
- ◆自宅で輸液等を行う場合、輸液中の管理、針の抜去をどうするか、などの技術的問題がある。
- ◆しっかりしたかかりつけ医が在宅医療を行なっている場合、病院医師は安心して入院を受け入れられる。

図51

## 在宅医療における急性期医療

- ◆在宅医療で最も多い病状変化は発熱である。
- ◆血液検査は自宅で容易に行なえ、情報量が多い。
- ◆尿検査、細菌培養検査(尿、痰、膿、血液)、感染症迅速検査(インフルエンザウイルス、ノロウイルス、溶連菌、レジオネラなど)、クロストリジウム・ディフィシル抗原検査(便)なども、容易に可能である。
- ◆心電図検査、エックス線撮影、超音波検査等が可能であるが、無理に自宅で行う必要はない。
- ◆自宅で輸液(静脈・皮下)や抗生剤等の投与は比較的容易である。

図52



## 在宅医療における慢性期医療

- ◆ 非がん患者においては在宅医療は基本的には慢性期医療の場である。
- ◆ 訪問診療(定期往診)を通じて、病状に関する情報を蓄積することにより、病状変化時に適切に対応できる。
- ◆ 慢性期医療においては、介護者の負担を鑑み、適切に支援することが在宅療養継続の秘訣である。
- ◆ 栄養状態および諸臓器機能の把握、脂質、血糖値(BS,HbA1c)、電解質(Na,Cl,K,Ca,Mg,Al,Zn)の把握、血算の把握、ワルファリンや抗けいれん薬等の薬理量評価、腫瘍マーカー値の把握、などの目的で、定期的な血液検査を在宅医療でも行う。
- ◆ 心電図検査、エックス線撮影、超音波検査等が可能であるが、病院等と連携して行うのもよい方法である。

