

訪問対象疾患と 訪問時に提供する医療内容

訪問診療の対象患者について

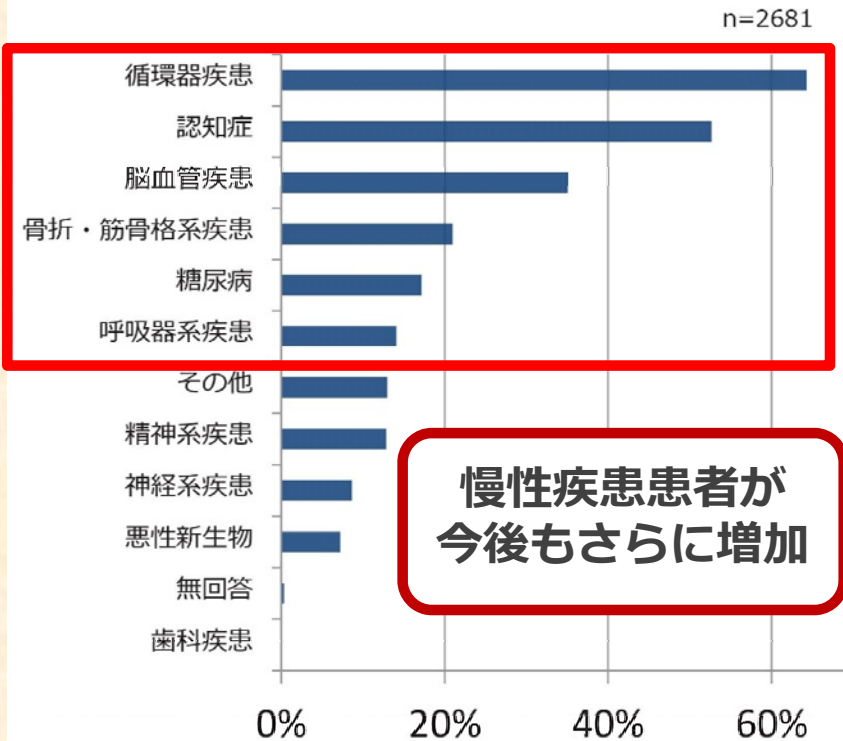
<患者の疾患>

中医協総会資料 6

27. 02. 18

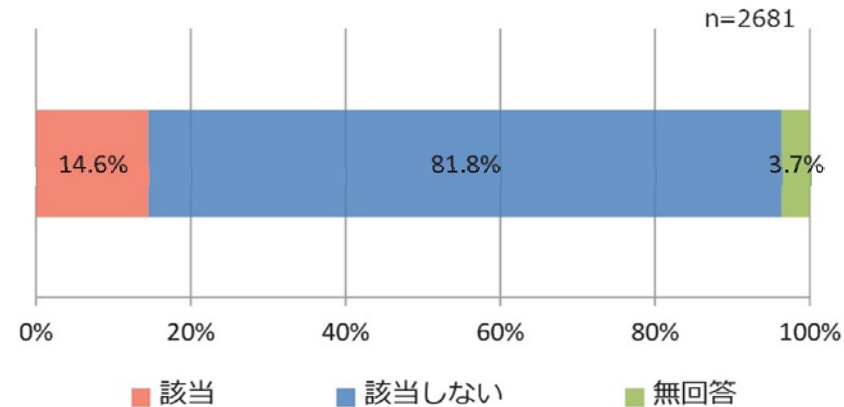
- 在宅患者の基礎疾患は多様であり、特に循環器疾患・認知症・脳血管疾患を抱える患者の割合が大きい。
- 別表7に規定する疾病等に該当する患者は全体の15%程度である。

<疾患別の患者割合>



**慢性疾患患者が
今後もさらに増加**

<別表7に規定する疾患への該当割合>



別表7に規定する疾病

・末期の悪性腫瘍	・多発性硬化症	・重症筋無力症
・スモン	・筋萎縮性側索硬化症	・脊髄小脳変性症
・ハンチントン病	・進行性筋ジストロフィー症	・パーキンソン病関連疾患
・多系統萎縮症	・プリオン病	・亜急性硬化性全脳炎
・ライソゾーム病	・副腎白質ジストロフィー	・脊髄性筋萎縮症
・球脊髄性筋萎縮症	・慢性炎症性脱髄性多発神経炎	・後天性免疫不全症候群
・頸髄損傷	・人工呼吸器を使用している状態	

※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の人数にあわせて重み付けして集計

出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

在宅医療推進における今後の方向性
(2015) .厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室,
P
26.<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaikusei/2014/0301festa/1b.pdf>

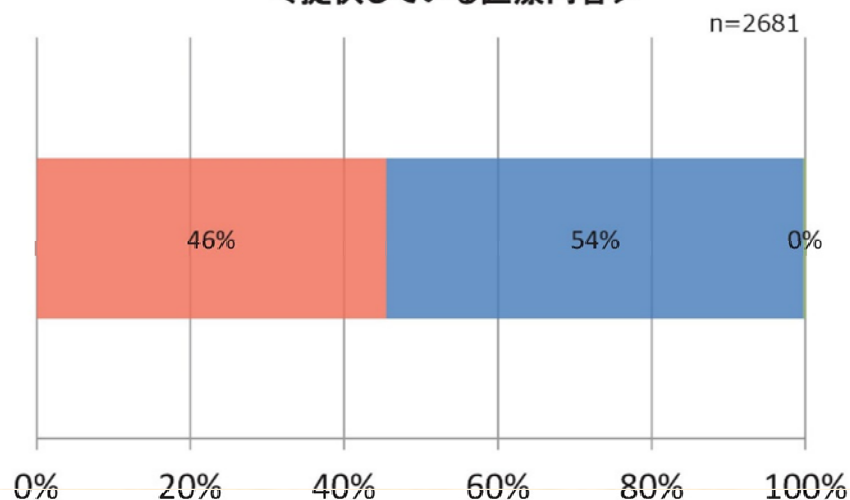
患者の診療状況について ＜提供している医療内容＞

中医協総会資料 6

27.02.18

- 在宅患者全体の45%程度は調査項目のうち「健康相談」「血圧・脈拍の測定」「服薬援助・管理」のみに該当する一方、残りの55%は「点滴・中心静脈栄養・注射（約11%）」等何らかの処置・管理等を実施されている。

＜提供している医療内容＞



■ 健康相談・血圧・脈拍測定・服薬援助・管理のみのもの

の

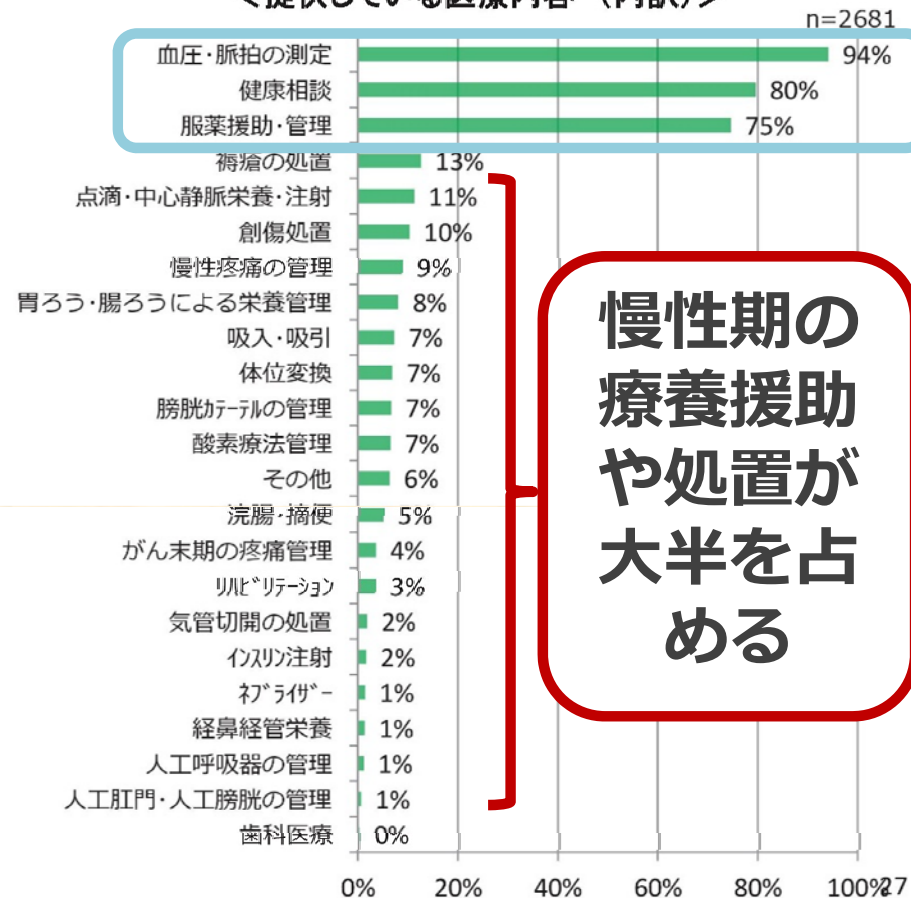
■ その他の内容を含むもの

■ 無回答

※患者票のデータを、日計表における同一建物/非同一建物患者の人数にあわせて重み付けして集計

出典：平成26年度検証部会調査（在宅医療）

＜提供している医療内容（内訳）＞



慢性期の療養援助や処置が大半を占める

在宅医療推進における今後の方向性
(2015) 厚生労働省
医政局地域医療計画
課在宅医療推進室, P
27. <http://www.ncg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaikusei/2014/0301festa/1b.pdf>

訪 問 看 護

- 看護師が、自宅を訪問してケアを行う
- 身体チェックや緊急対応、食事、排泄、清潔のケア、看護師ならではのリハビリテーション
- 経管栄養利用者、人工呼吸器装着者、気管切開を有する患者、褥瘡患者、がん末期患者等への医療的ケア
- ケアマネジャーや他職種と連携しての療養環境整備
- 本人・家族の「自己決定」を支援しながら、在宅生活全般を支え、最期までの支援を行う

訪問看護連携の重要性

- ◆在宅医療の大部分はナーシングであり、看護師が主導的に実施できる
(看護を通じての生活支援)
- ◆医師が必要に応じ助言し支援することで、
看護師が本来の力を発揮できる場

**訪問看護連携で
在宅で可能になった医療**

重症例も在宅医療は可能に

- 慢性肺疾患（在宅酸素・人工呼吸器装着）
- 重症心不全（在宅酸素）
- 神経疾患：パーキンソン病、脊髄損傷、
筋萎縮性側索硬化症、重症筋無力症、
脊髄小脳変性症
- 慢性腎不全（高齢者の腹膜透析等）
- 悪性腫瘍（ガンの治療・末期も含め） など

某（24時間対応）訪問看護ステーション と古山医院の年間連携

【患者さんからの連絡に対する対応の内訳】

● 看護師電話受付合計	33回
電話対応のみ	11回
訪問	12回
● うち 当院に連絡あり	8回
看護師への電話対応のみ	2回（夜間）
患家への電話対応および往診	2回（夜間・翌日昼）
看取り（がん2名、老衰2名）	4回
	（深夜1・昼1・早朝2）

一人診療所が24時間対応の 在宅医療を実施する場合の工夫

昼間の在宅医療管理が重要 ～夜間対応と密接に関係～

- ◆ 日中の診療で、変化を予測し、「予測に応じた治療」や、「起こりうる症状」、「使用するかもしれない頓用薬」の処方や説明を十分に行う
- ◆ がん末期や医療機械使用患者の導入直後は訪問回数を増し、医師や看護師が頻回に訪問することにより患者や家族の疑問や問題点を吸収しておく
- ◆ 夜間の電話が予測されるときは、夕診後に電話を入れ、現在の様子を聞き対処法などを直接指示する
- ◆ 夜間の電話相談も、臨時往診も、実際には、大部分は予想できることが多い

たとえば、緊急対応の例

1. 緊急時の対応

診察時間内の呼び出し

- 訪問看護ステーションとの連携があれば、まず訪問看護師に連絡。看護師の報告により、自身が往診するか、救急車を呼ぶかを決める。待機が可能なら外来診察終了後に往診
- 看取りの場合は外来を止めて行くが、大体30分程度で帰院できる事がほとんど

2. 病状を予測しながら対応する

夜間等に想定される病態の変化に予め対処しておくことが重要(必要な薬剤は患家に置く)

- 熱発(3点クーリング)、腹痛(温めるその後内服や坐剤)、嘔気(内服や坐剤)、下痢(内服)等
 - 何度以上の熱発で経口剤や座薬の使用。持続する場合はさらに数時間後に次の処置を指示しておく。(家族が迷った時は、まず24時間対応訪問看護ステーションに連絡し相談してもらう)
 - IVHの患者の場合は、各種点滴の追加(単味、抗生剤等)の指示を出しておき、訪問看護師に追加点滴を依頼。(点滴薬剤は患家に置く)
 - 胃ろうの患者も同様に、胃ろうからの薬や水分の追加の指示を出しておき、家族に実施してもらう。(薬剤は患家に置く。家族が迷った時は、まず訪問看護師に連絡し相談してもらう)
- ※ 但し、これらの処置が行われた時は、できるだけ翌日に往診をして病状を確認する。

在宅医療と看取り

在宅看取りの留意点

- ◆ 在宅医療希望者は、人生の最期の時間であることを自覚している患者さんも多く、人生の最期を看取ってほしいという意味もあると考える(**患者の自己決定権の尊重や患者の最善とは**)
- ◆ 在宅医療希望者は通院困難者であり、虚弱であるので、治療期間が長期にわたる場合は在宅医療に携わる医師は必然的に看取りと対面することになることが多い(**家族の意向が関係**)
- ◆ 在宅医療は広義のエンド・オブ・ライフケアに含まれ、その中核をなすアドバンス・ケア・プランニングの理解や価値観の共有は必要不可欠である(**患者の意思は病状の変化により変わる**)
- ◆ 死期が近づいている患者の急性増悪を治療し、QOLの低下を防ぐのも終末期医療と考える(**延命治療か積極的医療か？**)

在宅で看取りが可能な疾患

- 老衰
- 脳卒中
- 神経疾患
- 悪性腫瘍

などの疾患が中心となるが、本人や家族が痛みや苦しみなどの病状の変化を寛容（覚悟）できる状況であれば、多くの疾患で可能

がん患者の在宅医療の特性

がん患者は医療の積極的な介入で、看取ることができる可能性が高い

- ◆ 予後予測が比較的容易なので、症状の変動への対応で迷うことがない
- ◆ 在宅医療開始からの生存期間が短いため、家族・介護者が疲弊せずに介護を行いきれる
- ◆ 症状コントロール方法が定型化されている

非がん患者の在宅医療の特性

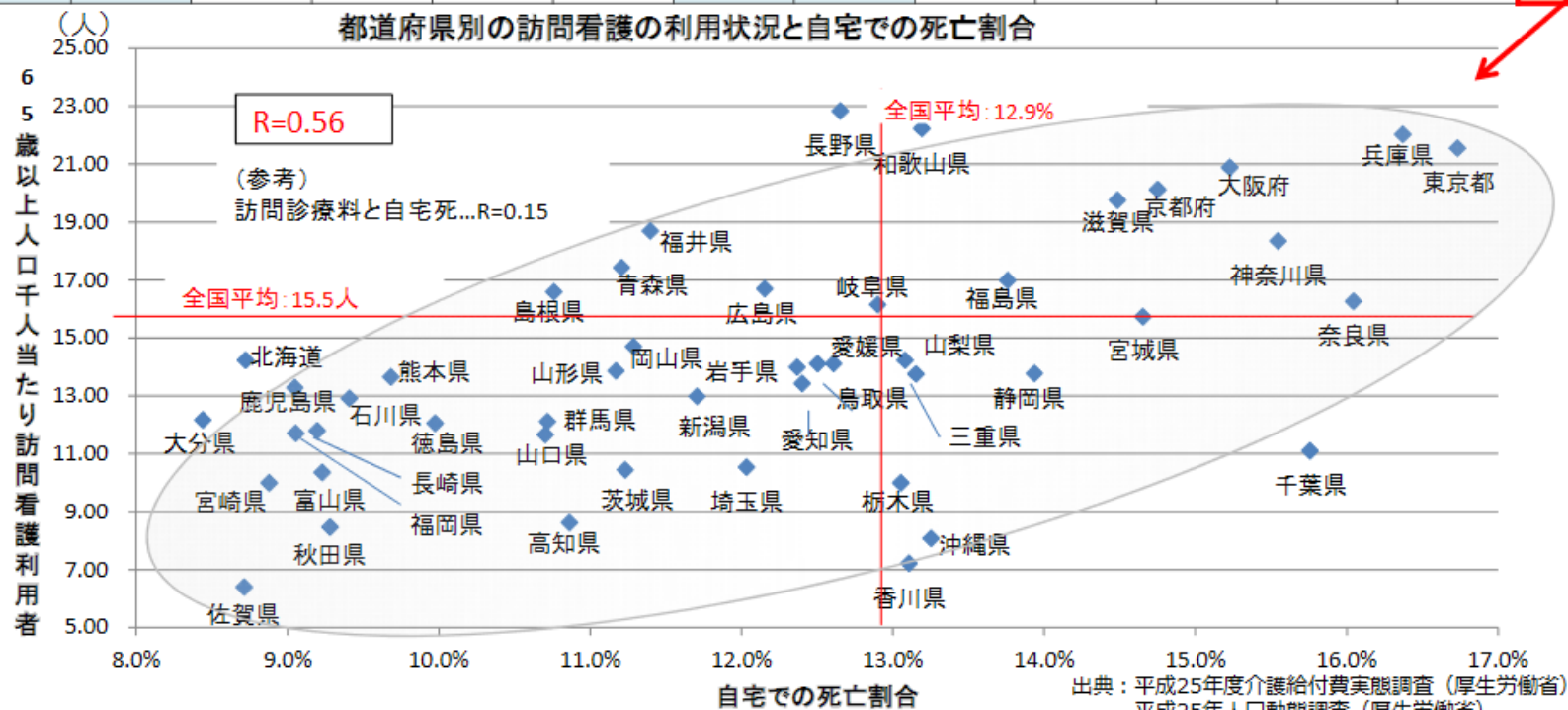
- ◆ 麻薬等の鎮痛処置が通常不要で、医療処置も少ない
- ◆ 医療よりも看護・介護が主体になることが多い
- ◆ がん患者に比較し予後予測は難しいが、長期経過の中で患者の希望を聴取し、家族と経過について話し合うことで、看取りの道程を共に歩むことができる
- ◆ 繰り返し実施するいわゆるACPにより、家族や患者の中に次第に「心の準備」ができていく
- ◆ 患者本人や家族との会話を大切にする努力と時間を大切にできれば、在宅医療を開始するにあたり、取り組みやすい疾患と考えられる

在宅医療の状況⑧ 在宅医療に係る地域差 ～自宅死の地域差に関する分析～

- 65才以上人口あたり訪問看護利用状況（年間受給者数）と、自宅死の割合には、正の相関があるが、地域差が大きい。

都道府県別の自宅死の割合と、65歳以上人口千人あたりの病床数、介護施設定員数、サービス利用者数等との相関（値は相関係数）

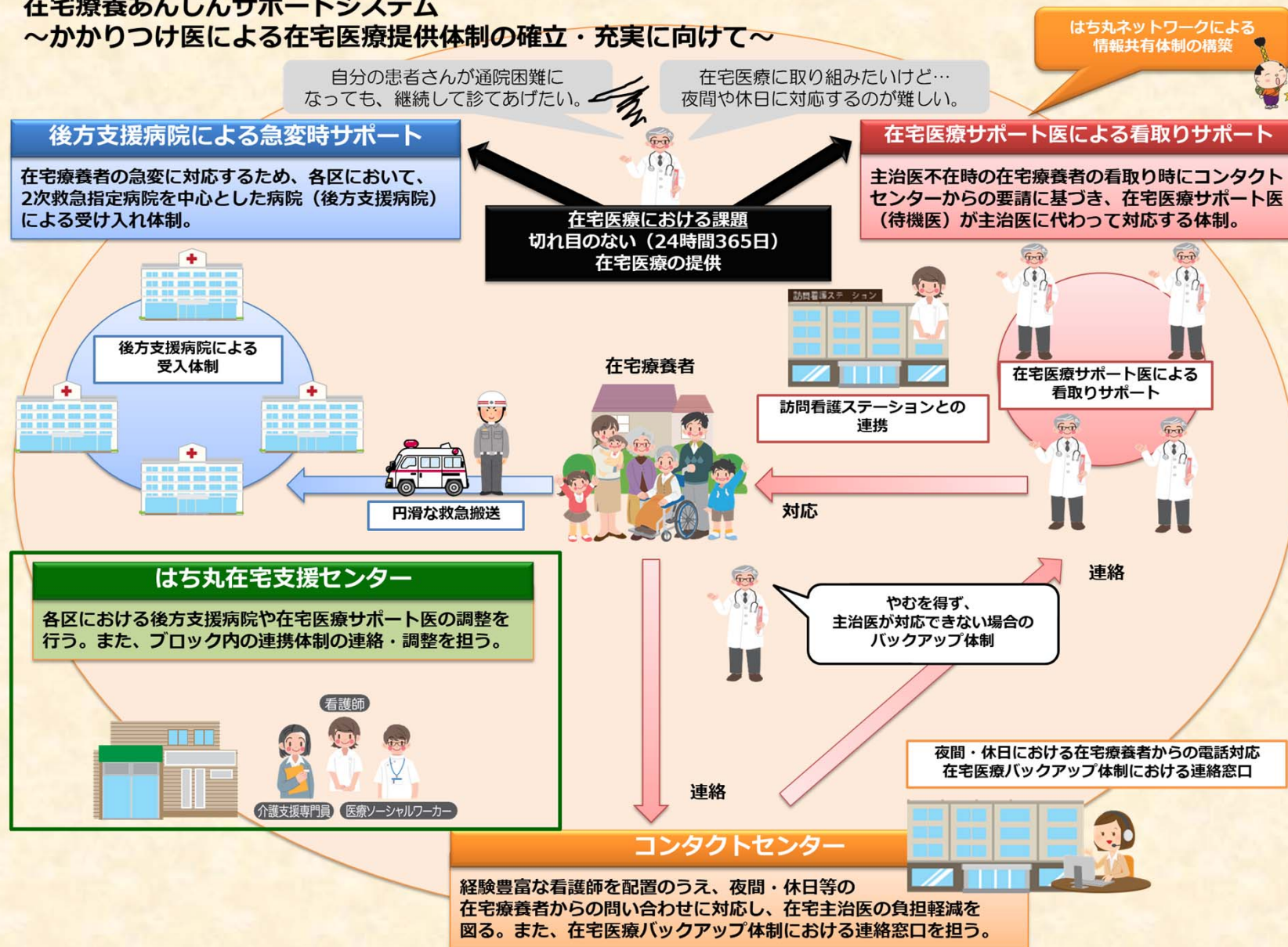
一般 病床数	療養 病床数	介護老人 保健施設 定員	介護老人 福祉施設 定員	有料老人 ホーム定員	サービス付 高齢者向 け住宅戸 数	認知症対 応型共同 生活介護 の定員	養護老人 ホーム定員	軽費老人 ホーム定員	在支診箇 所数	在支病箇 所数	訪問診療 料算定件 数	訪問看護ス テーション 数	訪問看護 サービス年 間実受給 者数
-0.59	-0.55	-0.41	-0.35	-0.13	-0.07	-0.60	-0.59	-0.40	-0.10	-0.42	0.15	0.05	0.56



名古屋市医師会および 中村区の後方支援連携体制

在宅療養あんしんサポートシステム

～かかりつけ医による在宅医療提供体制の確立・充実に向けて～



当院の連携体制一覧

- 連携診療所（当院を含めて5診療所：すべて無床）

 - 内科診療所 3（専門は循環器と消化器）

 - 外科診療所 2（専門は循環器と消化器）

- 連携病院

 - 大病院：名古屋第一赤十字病院、名古屋セントラル病院 他

 - 小病院：鵜飼病院、大菅病院、増子記念病院

- 連携訪問看護ステーション

 - 重症例は24時間対応のステーション

- 調剤薬局（1箇所の調剤薬局では対応できない）

 - 麻薬、中心静脈栄養等特別な薬の持ち合わせを考慮

中村区の後方支援病院の体制

◎ 1次バックアップ病院群

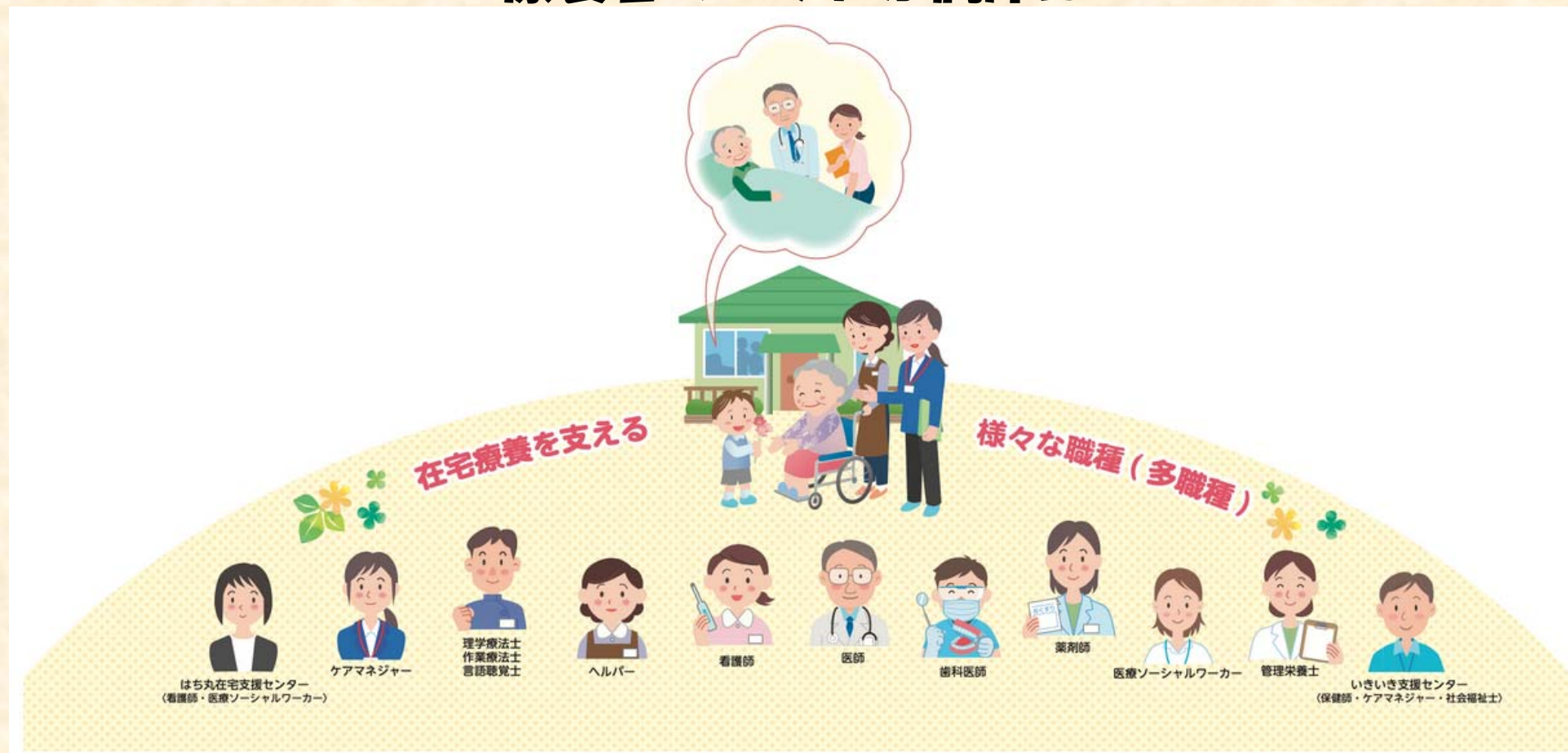
月 曜 ・ 火 曜	鵜飼病院
水 曜 ・ 木 曜	増子記念病院
金 曜 ・ 土 曜	大菅病院
日 曜	上記、3病院の輪番制

◎ 2次バックアップ病院群

名古屋第一赤十字病院
名古屋セントラル病院

在宅医療＝自宅が仮想病院

～療養者のベッドが病床に～



**在宅療養には多職種連携
が必要不可欠**

1. ケアマネジャーとの連携

介護保険は、ケアマネ作成のケアプランに基づき利用可能。医療面・生活面の助言等

2. 訪問看護との連携（診療所の看護師も含め）

訪問看護との連携が必要（重症になればなるほど）。看護的な助言や看取り支援

3. 歯科医師・薬剤師との連携

歯科医師による口腔内の管理・指導・治療

薬剤師による服薬の管理・指導・投薬

4. 多職種連携と情報共有（ICTの利用）

病状の変化をリアルタイムに、そして予測しながら対応する

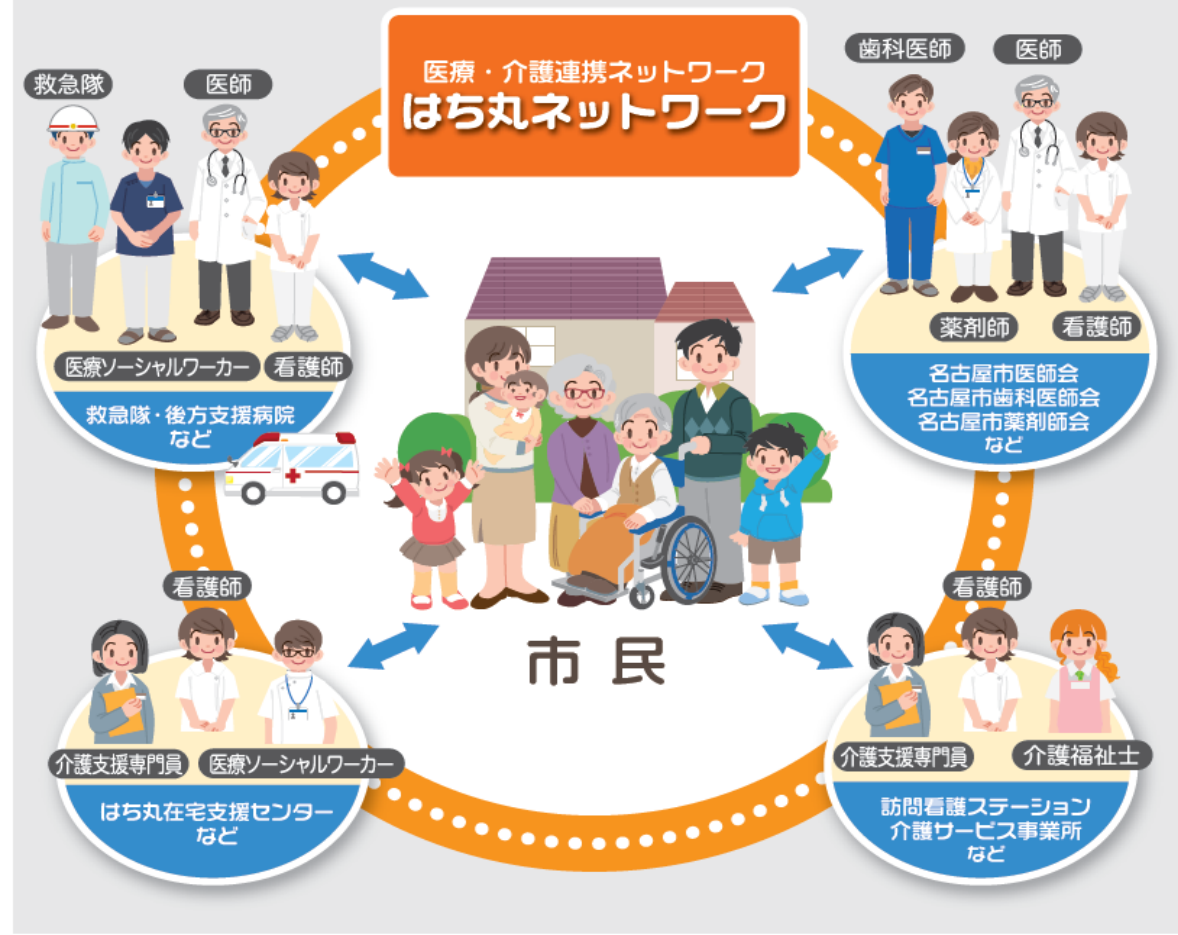
療養者を中心とした医療と介護によるグループ連携にて情報共有体制を構築

5. 入院ができる病院（バックアップ体制）の確保

在宅療養者の病態が変化した際、あるいはレスパイト入院（家族の介護休暇入院）等には、円滑に入院できるよう、後方支援病院との連携体制の構築

はち丸ネットワークとは、患者の同意に基づき、市内の病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護サービス事業所などをネットワークで結び、参加者（患者）の診療・調剤・介護情報を共有するシステムです。

イメージ図



かかわる多職種が一同に会する機会

◎病院からの退院時

『退院時カンファレンス』

出席者→医療系：病院主治医、在宅主治医、病院看護師、
訪問看護師、他

介護系：ケアマネージャー、サービス事業者、他

◎在宅療養中（介護度が変わった時や介護認定更新時）

『サービス担当者会議』

出席者→医療系：在宅主治医、訪問看護師、他

介護系：ケアマネージャー、サービス事業者、他

在宅医療を成功させるためには

- 在宅療養（医療）は、生活の中での医療なので、日常生活に即した視点を持った医療を考える必要がある
- 在宅療養（医療）は、家庭の中での医療なので、患者や家族の気持ちや事情を理解する気持ちが必要である
- 在宅療養（医療）はチームで行なうので、情報や技術などが共有できる密接な地域医療ネットワークが必要である

ご清聴ありがとうございました。