

地域ケアネットワーク事業

在宅医療を支援しよう！

「在宅医療・基本のき」

祐ホームクリニック
在宅医療連携室 室長 高橋 由利子

自己紹介

- 虎の門病院勤務
- 2010年3月慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科修了
- 2010年2月～祐ホームクリニック勤務
- 5月 在宅医療連携室 立ち上げ

本日の内容

- ➡ ●在宅医療が求められる背景
- 在宅医療の概要
- 事例紹介
- 在宅医療へつなぐ

疾病構造・医療の変化

抗生物質の開発・普及、栄養状態、衛生状態の改善等

戦後間もないころ

●感染症疾患中心

結核
気管支炎
赤痢
腸チフス

現代

●生活習慣病中心

脳卒中
心疾患
悪性新生物
(がん)

●医療技術の目覚ましい進歩

●医療の専門分化

●医療政策の変化

- ①生活習慣の改善をはじめとする予防の重視
- ②cure（治療）だけではなくcare（ケア）の重視
- ③医療機関完結型の医療から地域連携型の医療への転換が求められる

●過剰検査や医療機関の重装備化による医療費の増加

●国民の大病院志向・専門医志向を助長

人口構造の変化

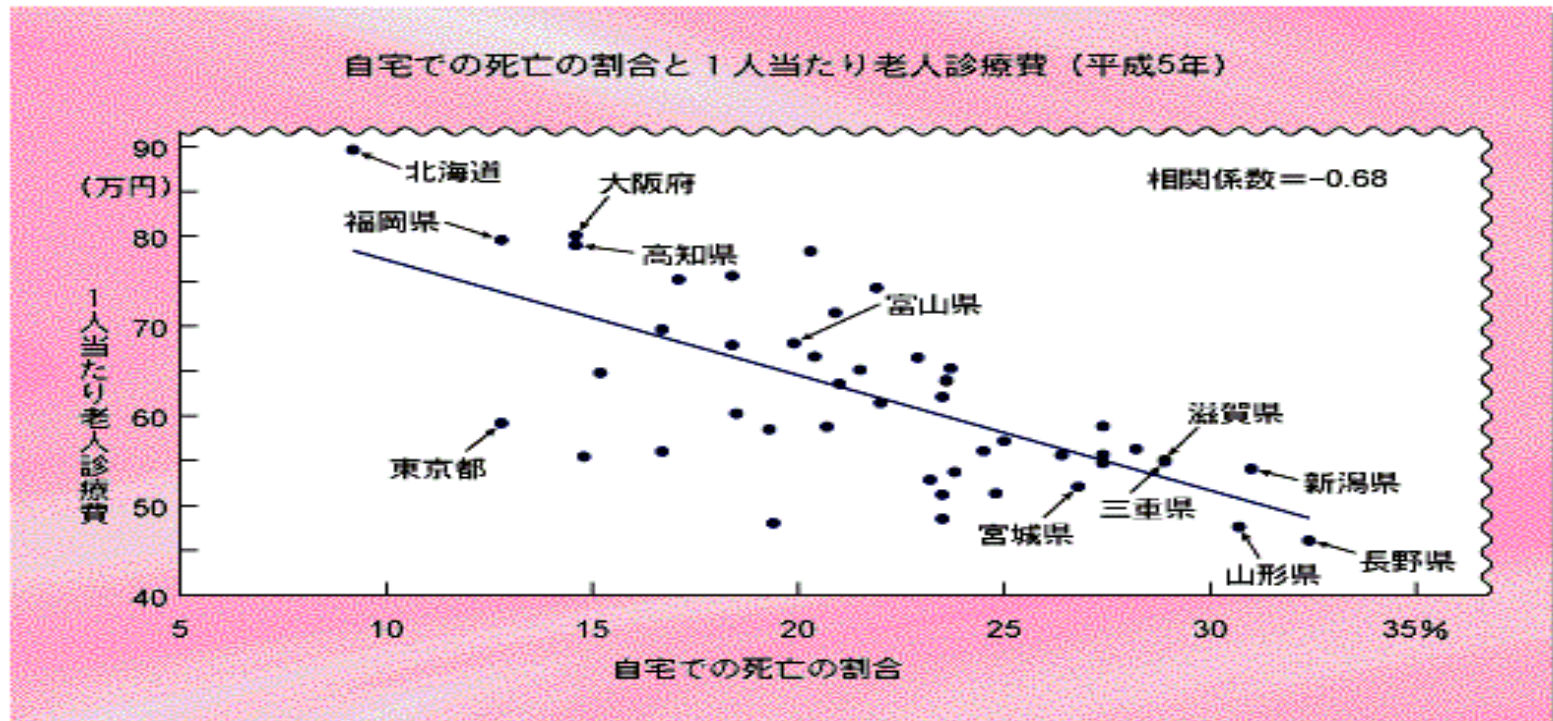
- 人口構成の変化は、短期的には認識しにくいが、長期的にみると急激に変化する
- 死亡者数が急激に増加する（2005年108万人→2030年160万人。約1.5倍）
- 単独世帯（身寄りのない）が急増する

年次	総人口	人口3区分			高齢化率	老年従属人口指数
		年少人口	生産年齢人口	老年人口		
1955	8,928	2,980	5,473	475	5.3	8.7
1980	11,706	2,751	7,883	1,065	9.1	13.5
2005	12,777	1,759	8,442	2,576	20.2	30.5
2030	11,522	1,115	6,740	3,667	31.3	54.4
2055	8,933	751	4,595	3,646	40.5	79.4

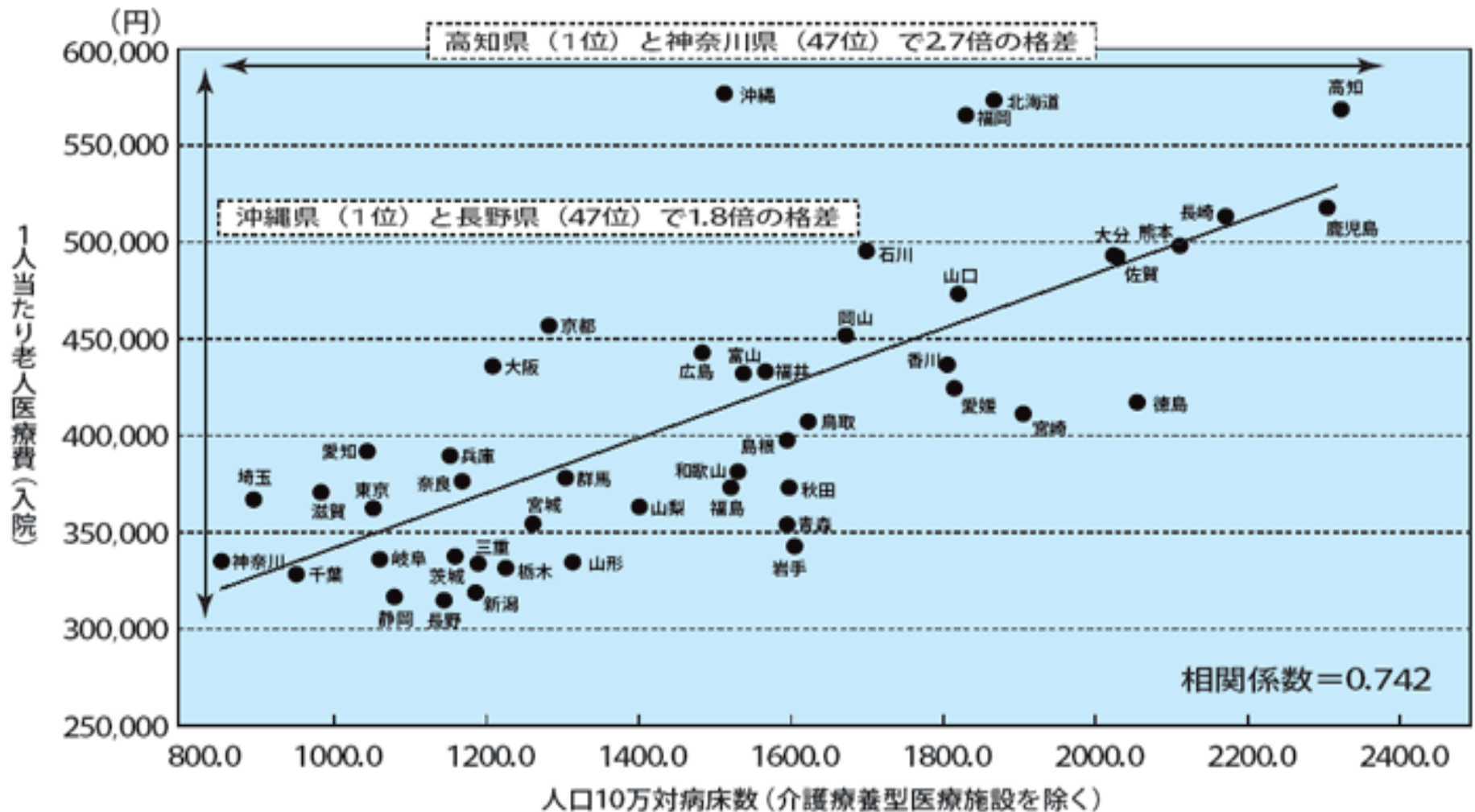
高齢者を入院で診る医療の限界1

2000	2005	2010	2015	2025
30兆円	33兆円	34兆円	41兆円	59兆円

2010年以降推計は「社会保障の給付と負担」（厚労省）

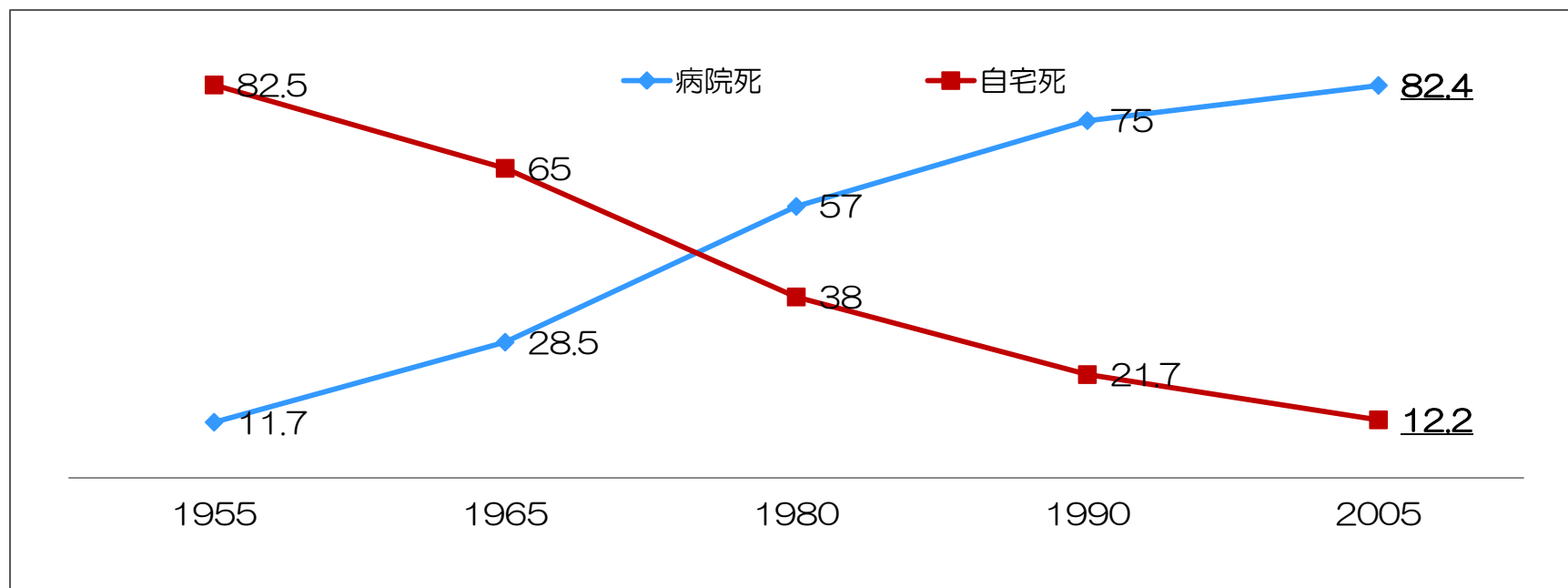


高齢者を入院で診る医療の限界2



社会保障制度の持続のために、
高齢者の入院医療に抑制圧力がかかる

高齢者の療養場所は自宅へシフト



	第一次	第二次	第三次
1955	41.1	23.4	35.5
1980	10.9	33.6	55.4
2005	4.8	26.1	67.2

産業構造変化とともに、生産人口が都市部に流入

高齢者の療養場所は、特に都市部では病院から自宅へシフトせざるを得ない

高齢者の「生活を支える」医療が望まれる

【高齢者の特性】

- 身体・認知機能の低下による治療の長期化・複数疾患化
- ADL（日常生活動作）の低下
- 認知症問題を保有

【高齢者の特性に適した医療的支援】

- 入院治療後の生活を見越した治療計画
- 療養「生活」を支える医療・介護チームの存在
- 安らかな終末期のための医療（自己決定・疼痛緩和）

高齢者が死亡場所として臨む場所

自宅	89.1%
病院・診療所	8.2%
その他	2.6%

（厚生省資料より）

高齢者の心身特性と希望を満たすために、生活を支える医療が望まれる

在宅医療の普及は、社会にとって必須

社会背景

高齢者の療養場所は、自宅へシフトせざるを得ない

財政

高齢者の入院医療・病院死を圧縮するドライブがかかる

国民の ニーズ

高齢者の心身特性には、生活を支える医療が望まれる

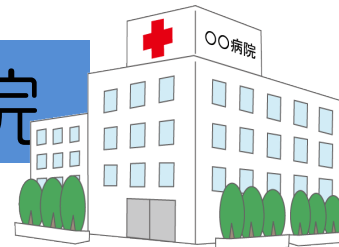
高齢者は、終末期を自宅で過ごすことを望んでいる

高齢者の自宅療養を支える在宅医療の普及・発展は、
日本社会にとって必須である

患者が自分の療養場所を選択できる地域

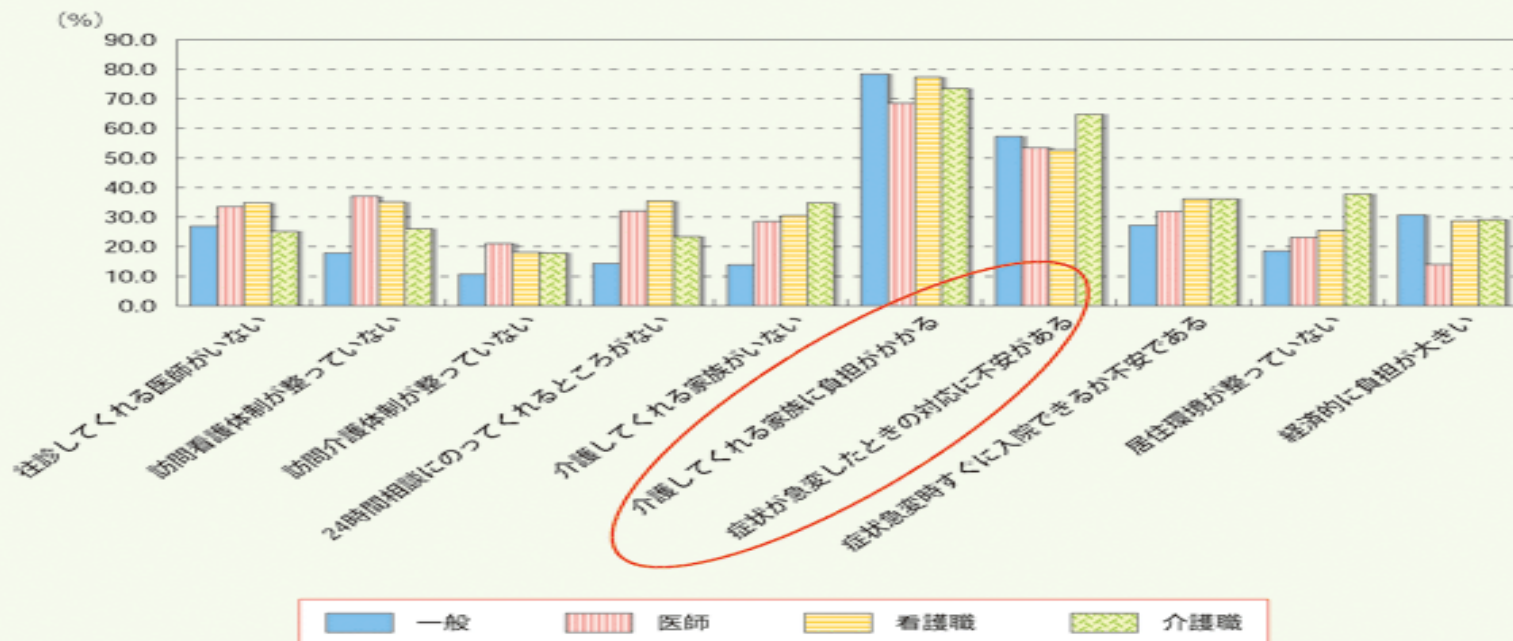


自宅 or 施設 or 病院



図表2-1-13 自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかでもお答えください。



資料： 終末期医療に関する調査等検討会「終末期医療に関する調査等報告書」（2004年）

本日の内容

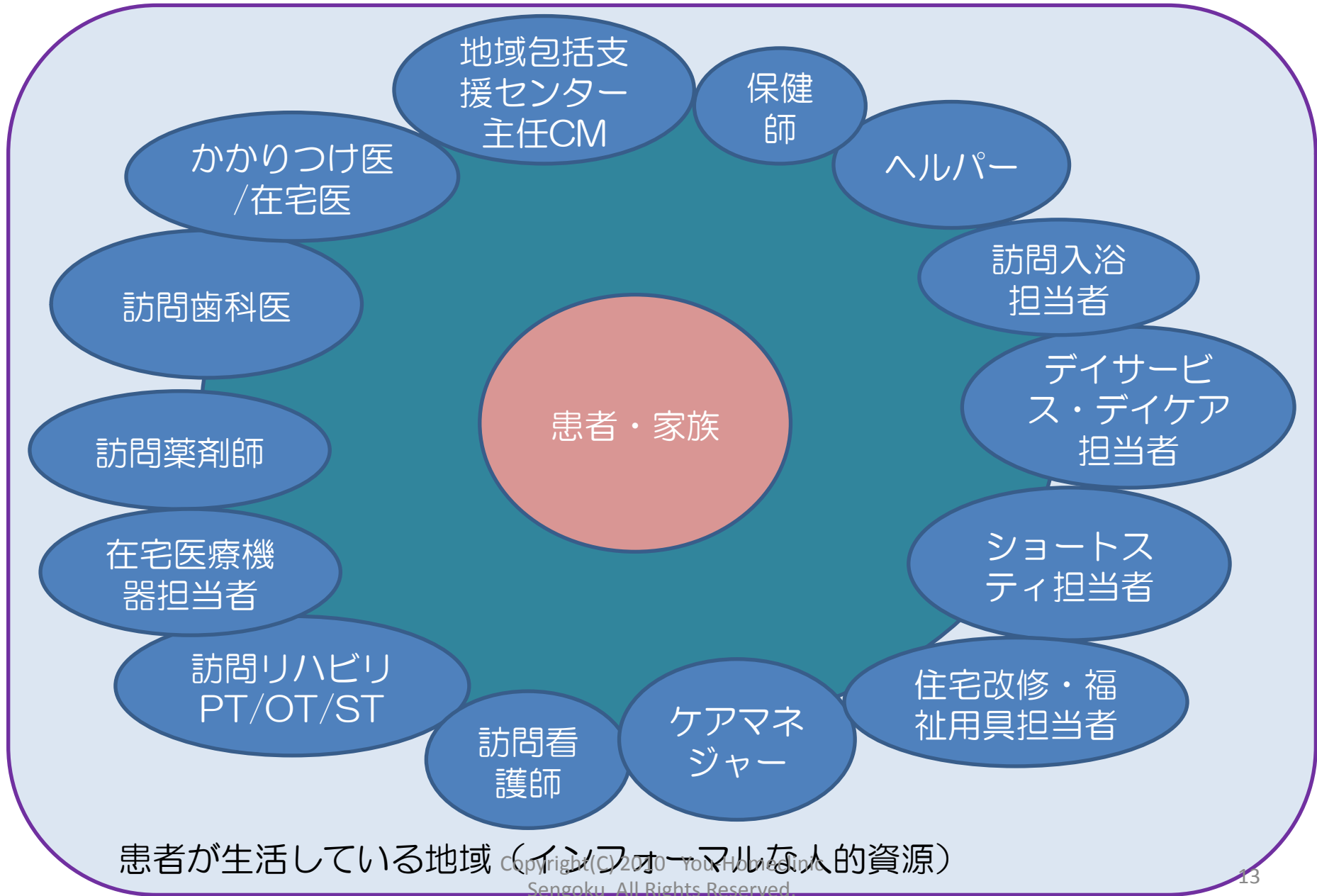
- 在宅医療が求められる背景

- ➡ ●在宅医療の概要

- 事例紹介

- 在宅医療へつなぐ

広義の在宅医療提供チーム



訪問診療（狭義の在宅医療）とは

- 患者さんのお住まいに医師が定期的に訪問して行う、計画的・継続的な医学管理・経過診療を中心に、療養生活全般を支えること
- 在宅で見るのが困難と思われるがちな医療依存度が高い方、複数の疾患をお持ちの方でも、ご自宅で安心して過ごしていただけるよう、24時間365日医療的支援を行う

- 診療報酬上「月2回以上」（初診別）と定められる。
- 発熱などの急性疾患などにより、単発的に訪問し診療を行う「往診」とは異なる。

- 緊急時に備え常に医師が対応できる体制をとる。
- 複数の専門医がグループとなったり、診療所同士が連携するなどして、24時間365日体制をとる。

いろいろできる在宅医療

主な疾患

- 脳血管障害後遺症
- 多発性脳梗塞・脳血管性認知症
- アルツハイマー病その他の認知症
- 老人性運動器疾患（骨粗鬆症、圧迫骨折、変形性関節症、大腿部頸部骨折、関節リウマチ）
- 神経難病
- 悪性腫瘍末期
- 慢性呼吸不全
- 慢性心不全、慢性腎不全など
- 合併症を伴った糖尿病
- 老衰

など

可能な処置

呼吸器管理	在宅酸素療法 在宅人工呼吸器管理
栄養管理	胃ろう管理 腸ろう管理 経鼻経管栄養 在宅中心静脈栄養
排泄管理	膀胱留置カテーテル 人工肛門ケア
緩和ケア	麻薬管理 精密輸液ポンプ管理 腹水排液
身体機能	リハビリテーション指導
床ずれ防止	褥創処置

在宅療養支援診療所とは

- 2006年、「在宅療養支援診療所」が診療報酬上の制度として導入
- 2010年11月現在、在宅療養支援診療所の届け出数は、約12,000件（全診療所の約1割程度）

※主な在宅療養支援診療所の要件

- 24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、連絡先を文書で患家に提供している
- 24時間往診が可能な体制を確保し、文書で患家に提供していること
- 単独もしくは連携により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
- 在宅看取り数を報告すること 等

在宅医療料金表

- 定期的な訪問診療について(ご自宅へ訪問、自己負担割合1割の場合)

項目	説明	負担金額	単位
医療保険			
訪問診療料	医師の訪問ごとの費用	830円	1回
在宅時医学総合管理料	総合的な医学管理費用	4,200円	1月
介護保険			
居宅療養管理指導料	介護サービスへの助言等費用	290円	1回

例) 月2回訪問した場合

訪問診療料	$830円 \times 2回 = 1,660円$	}	<u>6,440円</u>
在宅時医学総合管理料	$4,200円 \times 1カ月 = 4,200円$		
居宅療養管理指導料	$290円 \times 2回 = 580円$		

在宅医療報酬

- 日本では国民皆保険制度により、通常、医療費の7割を医療保険が負担し、残り3割を一部負担金として患者さん自身が自己負担することになっています*。

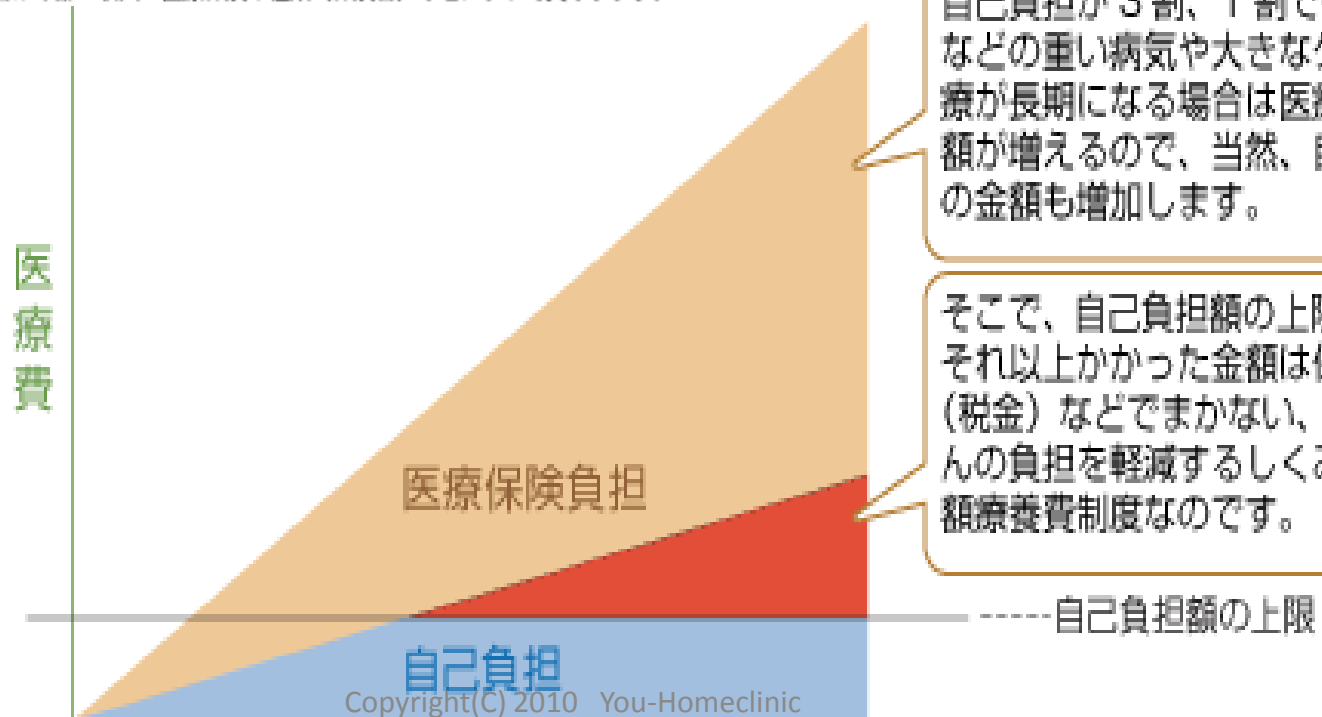


* 医療費の自己負担の割合は年齢・収入・医療保険の種類（保険者）などによって異なります。

■自己負担額は医療費総額が増えたと当然増加する

自己負担が3割、1割でも、がんなどの重い病気や大きなケガ、治療が長期になる場合は医療費の総額が増えるので、当然、自己負担の金額も増加します。

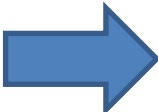
そこで、自己負担額の上限を決め、それ以上かかった金額は保険料（税金）などでまかない、患者さんの負担を軽減するしくみが、高額療養費制度なのです。



本日の内容

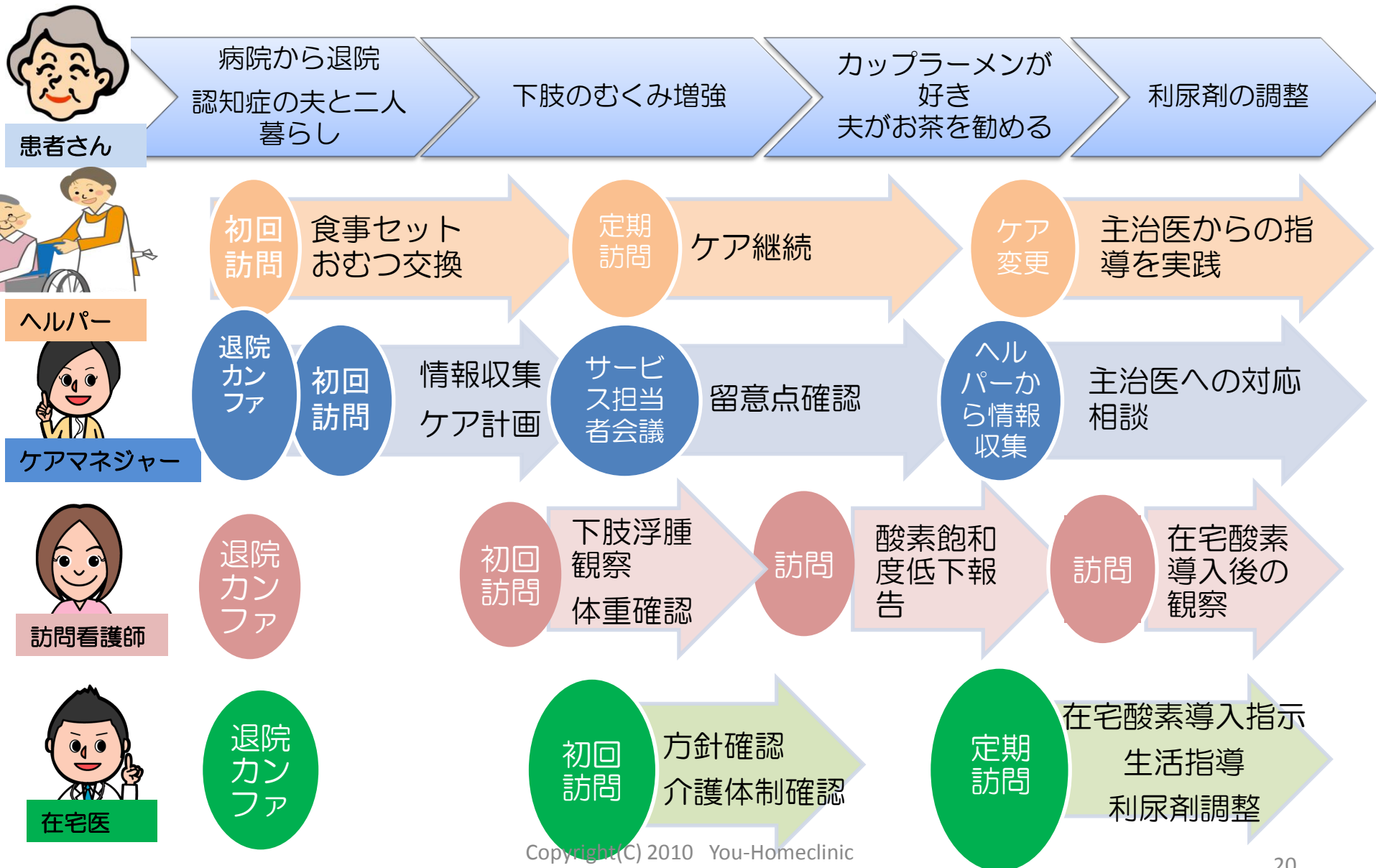
- 在宅医療が求められる背景

- 在宅医療の概要

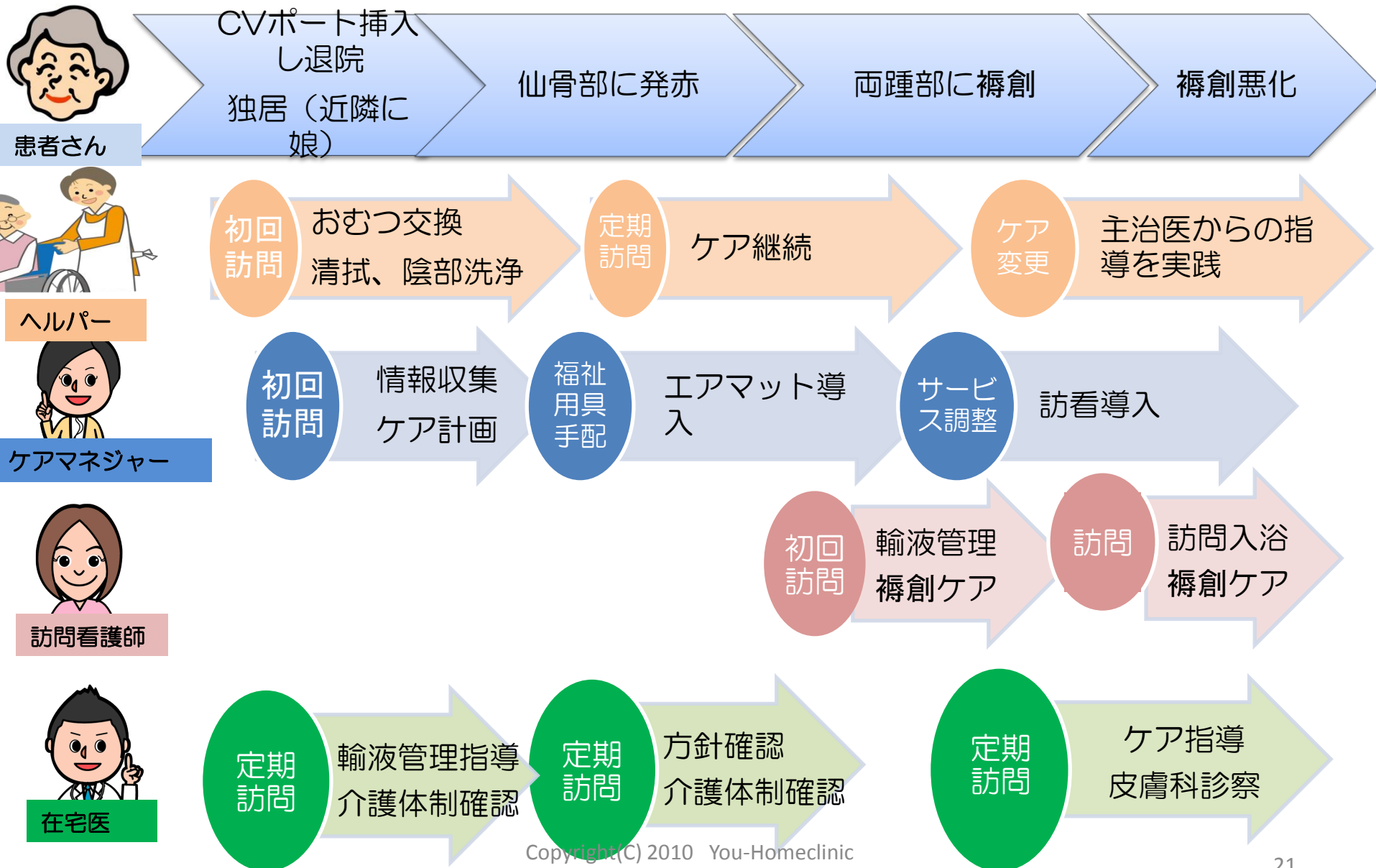
-  ●事例紹介

- 在宅医療へつなぐ

慢性心不全患者 在宅医療



褥創患者 在宅医療

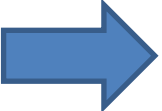


本日の内容

- 在宅医療が求められる背景

- 在宅医療の概要

- 事例紹介

-  ●在宅医療へつなぐ

在宅医療につなぐ時期

慢性呼吸不全の患者さん、どの時期に在宅医療につなぎますか？

誤嚥のある患者さん、どの時期に在宅医療につなぎますか？

ターミナルの患者さん、どの時期に在宅医療につなぎますか？

迷うことがあれば、在宅医療連携室に是非ご連絡ください

在宅医療開始までの流れ

- 病院からの依頼
- 訪問看護ステーションからの依頼
- ケアマネジャーからの依頼
- 患者、家族からの依頼

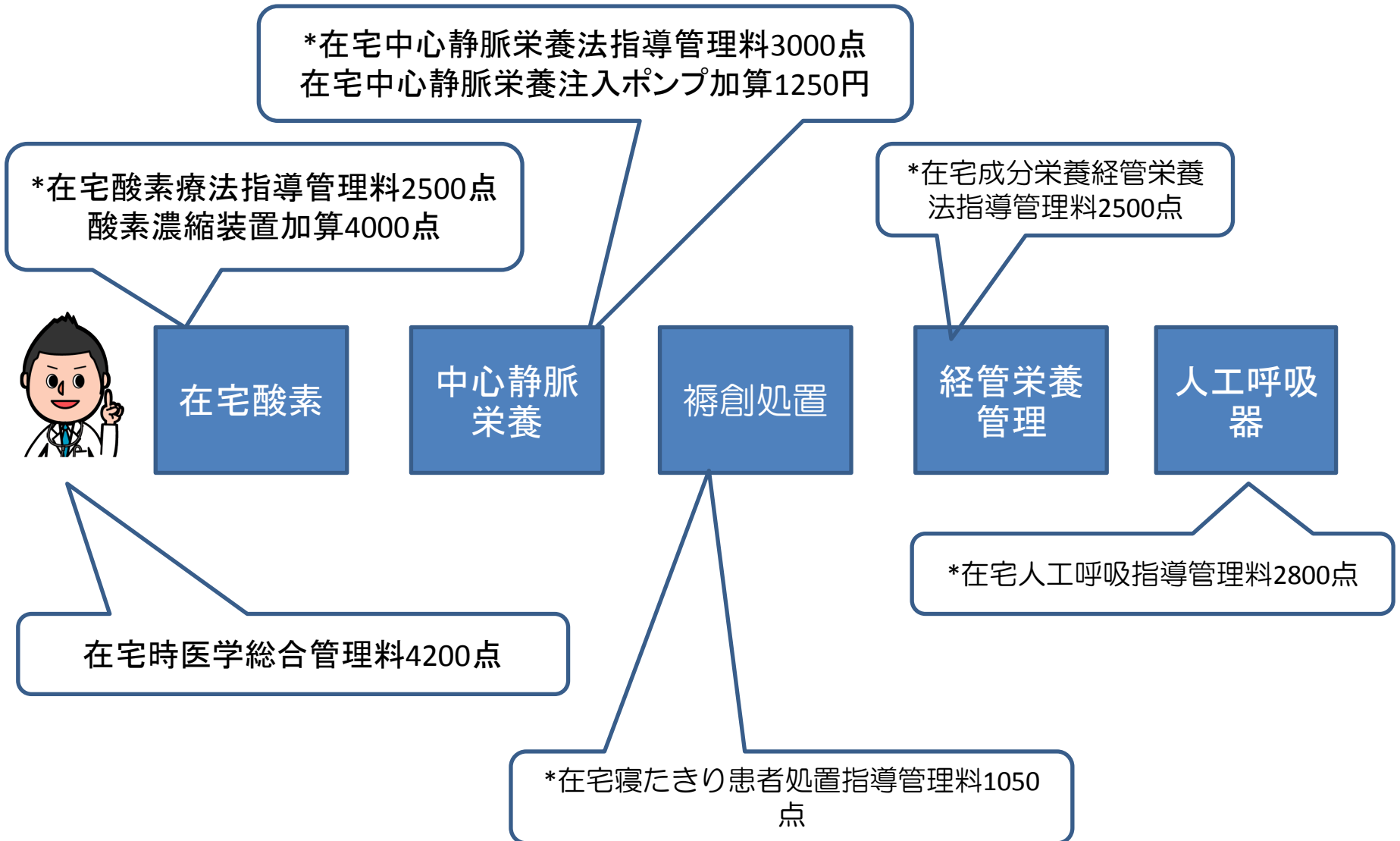
①患者さんに在宅医療について説明し了解を得る

②在宅療養支援診療所（在宅医療連携室）へ連絡
情報シートを送信

必要書類：医療保険証、介護保険証
診療情報提供書、薬剤情報

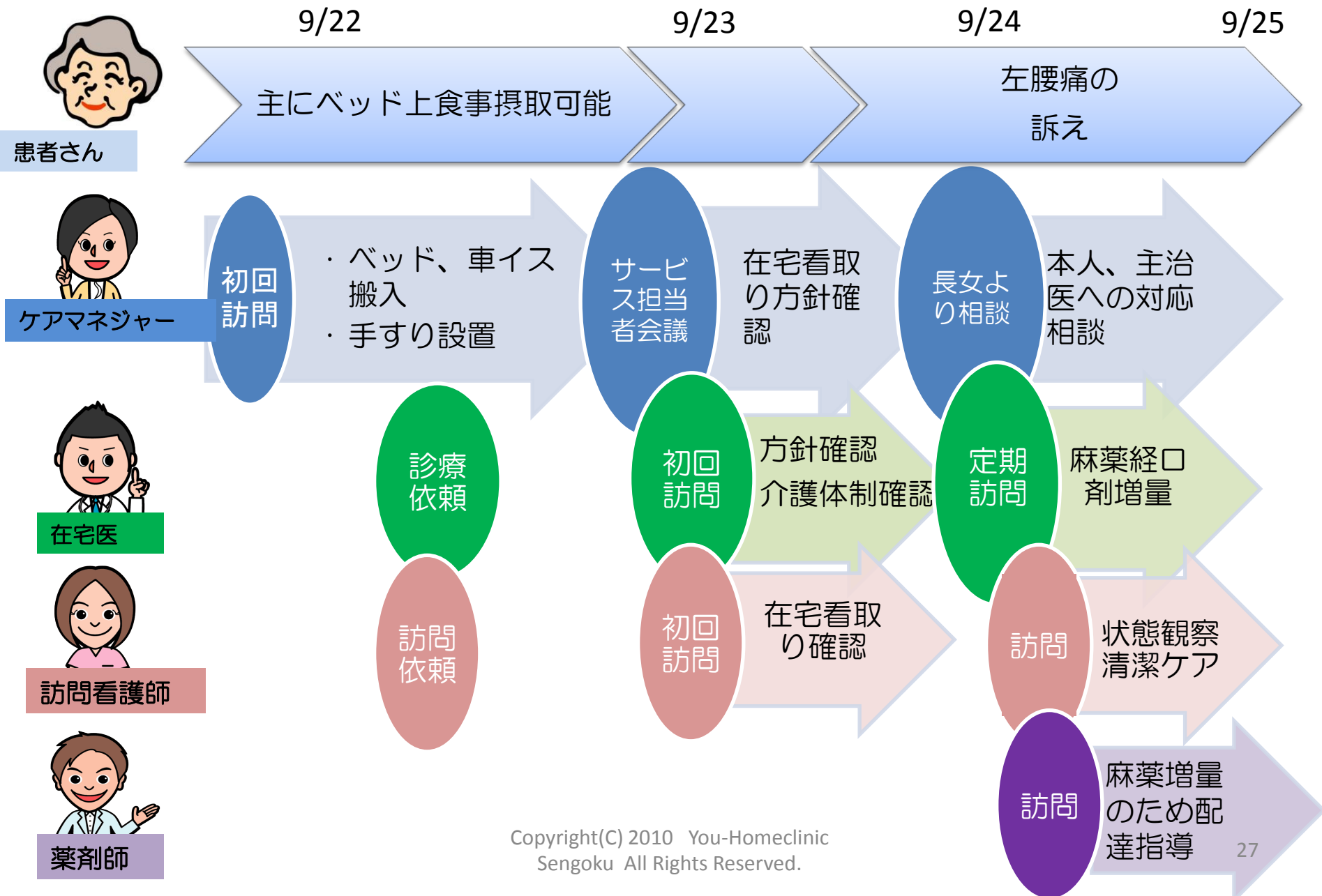
医療管理料の例

*指導管理料はどちらか一方



APPENDIX

在宅緩和ケア開始



終末期ケア

9月26～28日

9/26

呼吸困難

9/27

発熱

9/28

食事摂取不可

9/29

「久しぶりに眠れた」と



訪問

ヘルパー
調整

訪問

ポータブルト
イレ設置

在酸
素導
入指
示

訪問

採血
抗生剤点滴投
与
ブロック注射

臨時
訪問

抗生剤点滴
中心静脈栄養輸液
開始
ステロイド点滴
麻薬貼付剤へ変更

定期
訪問

点滴交換
確認

訪問

酸素飽
和度低
下報告

訪問

在宅酸
素導入
後の観
察

訪問

状態観察
人工肛門
観察

訪問

麻薬貼付剤
配達指導
輸液配達

終末期ケア

9月29日～10月1日



9/30

呼吸苦増強

10/1

1:10

5:00

9:00

14:00

19:00

20:05

トイレへの移動不可

呼吸困難増強

ご逝去



CLより報告

訪問

定期訪問

麻薬貼付
剤増量
在宅酸素
増

臨時訪問

麻薬調剤
増量
酸素濃縮
機追加
酸素増量

臨時訪問

ステロイド
静脈注射
尿カテー
テル留置

臨時訪問

麻薬注射
開始

臨時訪問

麻薬注射
液増量
状態観察

臨時訪問

訪問

状態観察
下肢マッサージ

訪問

状態観察

訪問

訪問

麻薬貼付
剤増量指
導

訪問

麻薬注
射液配
達



在宅療養支援診療所の見極め

24時間対応	必須条件。これを適切に行えるかどうか、在宅医療の質を決定する。 24時間対応は日中の診療内容と不可分。日中の診療で夜間や休日に起こり得ることを予測し「予測に応じた治療」や「起こり得ることの説明」「使用するかもしれない頓用約の処方」などを丁寧に行うかどうか、重要。
患者層	医療依存度の高い患者を積極的に診療する在宅医療機関は、高い医療水準とノウハウを有すると思われる
地理的条件	車で30分以内程度が妥当

※厚生労働大臣が定める疾病等

- 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病(進行性核上麻痺、大脳皮質基底核変性症、
- 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がⅡ度またはⅢ度のものに限る))
- 多系統萎縮症
- プリオン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- 後天性免疫不全症候群
- 頸髄損傷又は
- 人工呼吸器を使用している状態
- 新 ライソゾーム病
- 新 副腎白質ジストロフィー
- 新 脊髄性筋萎縮症
- 新 球脊髄性筋萎縮症
- 新 慢性炎症性脱髄性多発神経炎