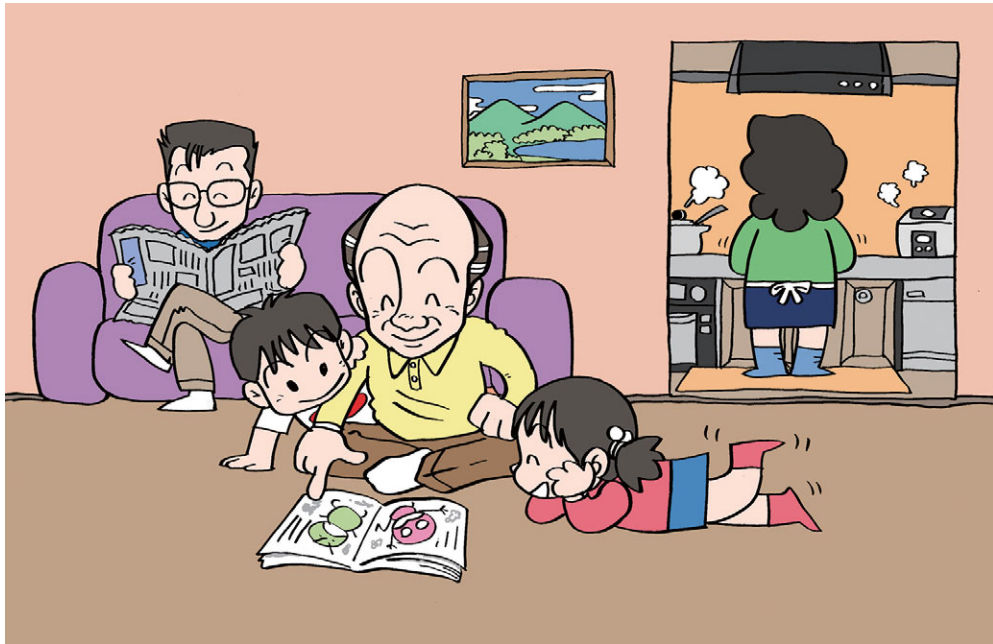


在	宅	ノ
ス	ス	メ

～ 来られんなら行くばい～



長崎市医師会



多くの患者さんは最後まで在宅療養を望んでいる

目次

はじめに

I	まずは外に出てみましょう！	p. 4
II	実際の在宅医療 症例紹介	p. 7
III	在宅医療を始めるにあたって必要なこと	p.14
1	訪問診療について	p.14
2	厚生局への届け出と保険請求について	p.16
3	麻薬の使用に関する届け出について	p.17
4	在宅医療を始めるにあたっての医師の負担軽減の工夫	p.18
5	在宅療養後方支援病院について	p.18
6	あじさいネットについて	p.19
7	長崎在宅Dr. ネットについて	p.21
IV	在宅医療を行う上での心がけ	p.23
1	外来から在宅医療へ	p.23
2	病院と併診しながらの自院外来から在宅医療へ	p.23
3	病院から紹介を受けて在宅医療へ	p.24
4	多職種との連携	p.25
5	訪問診療での留意点	p.29
6	急変時の対応	p.30
7	充実した終末期ケアのために	p.30
8	看取り	p.31
Q&A	p.32
(付録)	p.37

はじめに

「在宅医療」というと、「24時間365日拘束される」とか「特別な知識や技術を必要とする」ように感じて敬遠してしまう先生がおられるかと思えます。しかし、実際には、日々の診療の延長であって、決して難しい医療行為ではありません。“診療所に来ることができないなら、こちらから出向いて住まれている場所で診療しましょう”という話です。在宅医療をやっている先生がよく言う“町を病院に例えたら、道路が病院の廊下で、患者さんの家が病室みたいな感じ”のイメージです。腰や膝が痛くて歩けないだけの患者さんの場合は診療所と患者さんの1対1の関係で対応できますが、重症の患者さんの場合はそうは行きません。そのときは、訪問看護ステーションやケアマネジャー・ヘルパー・訪問薬剤師・訪問リハビリ専門職・訪問管理栄養士・訪問歯科医などと連携を組んだりします。こういった多職種と連携を組むことで、在宅でも病院並みの多様なケアができるようになり、主治医の悩みのタネだった夜間の呼び出しもほとんどなくなりました。

また、長崎には在宅医療に積極的に取り組んでおられる開業医の先生が多数おられます。そういう先生方と顔の見える関係を築いていけば、どうしても留守にしないといけない場合（冠婚葬祭や学会、旅行などで）も“お留守番”をお願いできます。それに、医療保険や介護保険の報酬請求にも精通された先生方もおられますので、悩んだときは相談に乗ってもらうことも可能です。

患者さんは、慣れ親しんだ「我が家」で「主人公」になり、わたしたち医療・介護の従事者は、患者さんやその家族に寄り添い、健康を守り、生活と命を支える、これが在宅医療の理想でもあり、在宅医にとっての醍醐味でもあります。

長崎市の現況としては、下記資料の如く、2025年度末には、今より約2600名もの在宅医療を必要とする患者さんが増える予想となっています。その在宅患者さんを支えるためには、もっと在宅医療を実践する医師を増やす必要があります。

長崎市医師会では、長崎市から運営委託を受けている「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」を窓口に、在宅医療推進のための様々な取り組みを行ってきました。このパンフレットは、在宅診療を検討されている医師の不安を解消し、1日でも早く、町に1歩を踏み出して頂けたらの思いを込めて作成しました。

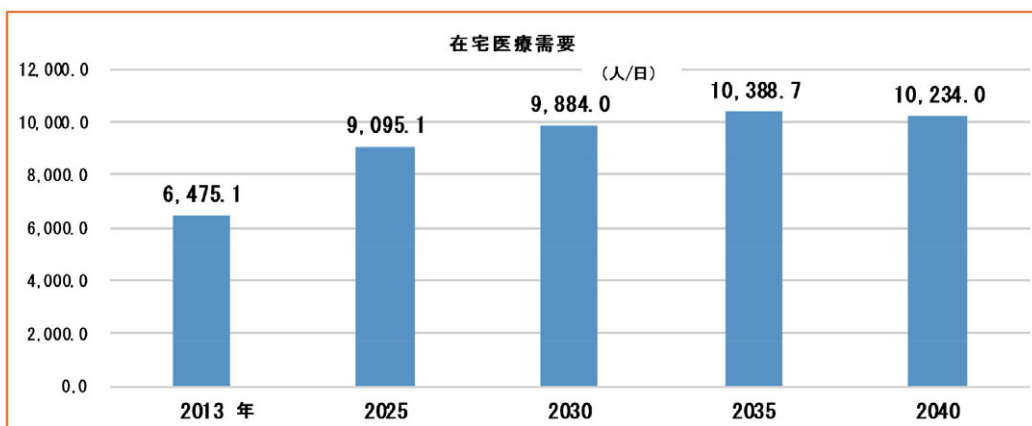
長崎市医師会には、「自分たちの都合で自宅に帰れない患者さんを作らない」をモットーに活動している長崎在宅Dr.ネットという有志の部会があります。このパンフレットは、まちなかラウンジ推進委員でもあり長崎在宅Dr.ネットの理事でもある先生

方に声をかけて作ってもらいました。長崎の医師による親しみやすい手作りの内容になっていると自負しています。

このパンフレットが、皆様の在宅医療を始める一助となれば幸いです。

在宅医療の体制整備

◆ 長崎区域（長崎市・西海市・時津町・長与町）における在宅医療需要の推移



★ 在宅医療の整備目標(訪問診療を行う病院・診療所数)

区域	2015年度実績		(目標値)2020年度末		増加数 (B) - (A)
	訪問診療を行った医療機関数(A)	1箇所あたりの患者数	訪問診療を行う医療機関数(B)	1箇所あたりの患者数	
長崎	218	15.21	240	19.50	22

【第7次長崎県医療計画(平成30~35年度)より】

I まずは外に出てみましょう！



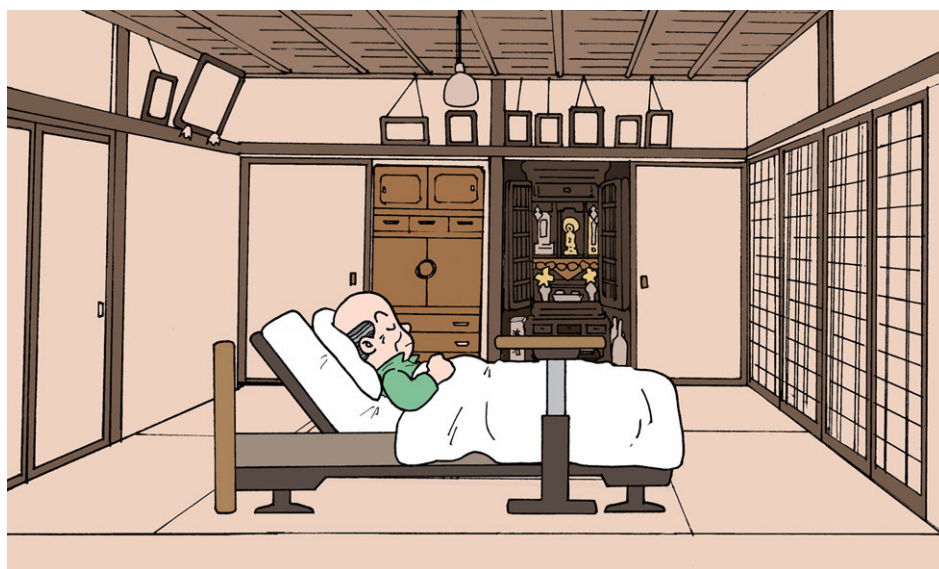
こんにちは！ 僕は「まちなか医院」の町中太郎。勤務医時代は外科医でした。開業医の父の後を継いで、早2年。今や借金の相談以外は受け付ける“何でもござれ”の町医者です（そうは言っても、今でもちょいちょい専門医風を吹かせてしまいますが：汗）。



僕が在宅診療をやり出したのは開業して約半年目のことでした。主に変形性の脊椎症・膝関節症（高血圧症と軽度の認知症もあり）で電気治療目的で通院していた○山○男さん（80歳）が、ある日「先生、足腰が弱ってここに来るのが辛うなったばい」と言い出したことがキッカケでした。「まだ介護施設に入る程のレベルじゃなさそうだけどなあ」と思いつつ、奥さんに話を聞いてみたら「本人は昔から、最後まで家で暮らしたい。病院や老人ホームには絶対入りたくないと言っています。何とかならんでしょうか」とのこと。そこで思わず「よかばい。そんなら僕が家に行くけん」と言ってしまいました。とりあえず次の週の火曜日の午後3時頃に訪問しますと約束したものの、そこからが大変。何より気持ちの切り替えが問題。医者になって15年になるものの、患者さんは外から訪ねて来る者で、こちらから出向いたことは1回もなかったからです。カルテで住所はわかるとしても、いざ訪問するとなったら車で家の前まで行けるのかどうかもわかりません。ネットの地図で家を見つけたり、往診靴を買いに行ったり、訪問先での診察の姿をイメージしたり。不安でドキドキしながらも何かしらワクワクしたのを覚えています。



そして“初めての往診”の日。幸い○山さんの家は診療所から車で5分くらいのところだったので行くのは楽でした。自院の看護師にも同行してもらい、緊張しながらピンポン。「先生、わざわざすみませんねえ」といつも以上の笑顔で迎えてくれる奥さん。患者さん側にとっても、医者が訪問してくれることは特別なことでありがたいことのようにです。○山のおじいちゃんは、奥の仏間のベッドに寝ていました。いつもは居間で時代劇を観ている時間だけど、その日は風邪気味で横になっていたそうです。



「来ましたよ、○山さん。熱が出たんだってね。どれ診察してみましよう」。幸い普通の風邪で、「あとで感冒処方をしておきますね」と話をしたところで、奥さんが「先生、お疲れさまです」とお茶を持って来てくれました。お茶を頂きながら周りを見渡すと鴨居の上に何枚も故人の遺影や賞状が飾ってある。その説明を聞くことで話が弾み、定年までの仕事の話、趣味の話、患者さんが町のペーロン大会や消防団で活躍したこと、若くして長男さんが亡くなったことなどをうかがうことができました。在宅では診察室と違った時間が流れます。診察室と違ってカルテの山を気にすることもなく、患者さん側にとっても自宅なので、くつろいだ雰囲気です話をすることが出来ます。その会話から患者さんがどんな性格の人か、どんな歴史を辿って来たのか、現在どんな生活をしているかが推測出来るし、ひいては今話題のACPIに関する“人生の最終

段階をどう過ごしたいか”も聞きやすい環境とも言えます。また、実際に生活の場所を見れるので、介護の面で問題のある場所（トイレや風呂場など）の発見もありますし、具体的な対処策も話がしやすいです。そんなことを実感した“初めての往診”でした。

今では、病院時代の後輩に頼まれて在宅で末期癌の患者さんを診たりもしています。時々、深夜の往診が必要な場合もあったりして辛い時もあります。でもそんな時にワンパターンの外来ばかりしていた頃と違っての“医師としての充実感”を感じることがあります。患者さんにとって医療を受ける時間は生活の中では非日常の時間帯であって、日々の生活を送ること・生きたい人生を歩むことが普通の時間であり大事なことです。在宅医療はその生活を支えることが主体であり、それこそ医療の原点なんだ、そして自分はその一役を担っているんだと。

若造が偉そうなことを書いてしまってすみません。ちょっと熱くなってしまいました（汗）。でも、どうです？在宅診療の必要性を感じつつ、まだ踏み出していない先生方。これを機会に一步踏み出してみませんか？まずはあれこれ考えずに「えいっ！」と診療所の外に出てみられること（往診してみることを）をお勧めします。それで自分に合わなければ在宅をやっている他の先生に紹介すればいいし、何かしらイイ感じであれば対象患者さんを増やされたらいいし。保険点数のことは帰って来てから考えればいいと思います。誰でも困ったら、ネットで検索したり、本を読んだり、人に尋ねたり絶対するはずですから（笑）。

最後になりましたが、この在宅医療に関するパンフレットには、僕が経験したケースをモデルにして初歩的な在宅診療の流れ、保険点数の算定の仕方、心構え、Q&Aなどを書いてみました。ご参考になれば幸いです。



*この冊子が読みやすいようにと考えて、架空の開業医（新米開業医の町中太郎くん）を設定して、この文章とイラストを書いて（描いて）みました。

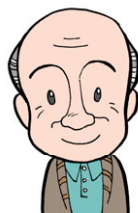
ご笑覧頂けると幸甚です。

文責：詫摩和彦／たくま医院

II 実際の在宅医療

モデル症例紹介

症例1 ○山○男さん 80才 男性



病名： 変形性腰椎症、高血圧症、認知症

これまではかかりつけの「まちなか医院」に通院されていたが、腰痛の悪化・歩行困難にて訪問診療を依頼された。町中先生の最初の在宅患者さん。



妻の○代さん 76才
高血圧症・変形性膝関節症で
「まちなか医院」に通院中

症例2 ○川○太郎さん 65才 男性



病名： 横行結腸癌術後再発（末期癌）、肝転移、化学療法後

現在、総合病院に入院中。化学療法の効果を認めなくなり、今後は在宅での療養を希望され、在宅主治医を町中先生に依頼された。町中医院は今回が初診。

BSC (Best Supportive Care) ・可能であれば在宅看取りを希望されている。



妻の○美さん 60才
気丈な性格だが、その分悩み事を
抱え込むタイプ

■症例紹介 1 (安定症例)

タイミング	イベント	詳細
	症例詳細	80歳男性、変形性腰椎症、高血圧、認知症にて外来通院中。内服、外用の処方あり。妻、長男夫婦と同居 ケアマネジャーは既に担当あり（地域包括支援センターの関わり） デイサービス週2回利用中 要介護度2に認定済 ここのところ、体力低下にて外来通院が困難となったため、訪問診療を検討することとなった。
8月1日	御家族、ケアマネジャーさんと相談	御自宅での状況、介護認定の区分変更の要否、介護用品などの整備 訪問看護ステーションの検討 訪問診療開始の時期 薬局の検討
8月2日	多職種の決定	訪問看護ステーション決定 薬局決定 カンファ日時決定
8月6日	担当者会議	主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師、本人、御家族で会議 本人御家族の希望などを聴取 訪問回数（隔週の訪問）、訪看回数決定 初回訪問日を決定 処方日数、薬剤調整について検討 ベッド、その他介護用品検討 バックベッドの検討→後方支援病院決定
8月8日	初回訪問	訪問看護師、ケアマネジャーと初回訪問、一緒に面談 自宅の状況確認 緊急連絡先用紙をお渡し 訪問診療計画書、同意書お渡し 次回訪問日時決定、スケジュール決定
8月22日	2回目の訪問診療	診察、内服状況の確認 内服残薬確認、処方（28日分） 採血検査
9月5日	3回目の訪問診療（2か月目）	同上 処方なし
9月19日	4回目の訪問診療（2か月目）	診察、内服状況の確認 内服残薬確認、処方（28日分）
9月21日	往診（夜間往診）	御家族より39度の発熱あり、往診希望のお電話あり。（21時00分） 感冒にて処方
9月25日	電話再診	電話にて本人さんの状況を御家族に確認、内服終了、入浴可能を指示
10月3日	5回目の訪問診療（3か月目）	診察、内服状況の確認
10月17日	6回目の訪問診療（3か月目）	診察、内服状況の確認 内服残薬確認、処方（28日分）
10月21日	往診（休日）	御家族より連絡あり、脱水にて診察必要、往診を行った。（19時00分） 特別訪問看護指示、翌日からの点滴指示（4日間）注射薬は薬局にて処方 採血
10月25日	7回目訪問診療（臨時に設定した訪問）	診察、採血検査、点滴終了の指示
10月31日	8回目の訪問診療（3か月目）	診察、内服状況の確認

必要手続き・処理	必要書類	算定項目 一般診療所、月2回以上訪問診療、単一建物患者1人 ※()内は、在宅療養支援診療所	月ごとの算定
地域の訪問看護ステーションの紹介とご希望のお伺い、訪問看護ステーションへの問い合わせ 薬局のご希望をお伺い、薬局への問い合わせ			
連絡先、非常時の連絡先など確認 費用などの概算説明など(ケアマネジャーより) 在宅医療のシステムの説明 保険証など確認			
計画書・同意書に署名をいただく 緊急連絡先の確認 薬局の説明、処方などのシステムの説明	訪問診療計画書・訪問診療同意書 緊急時連絡先説明書類 訪問看護指示書	訪問診療料 833 訪問看護指示料 300	5082 (5816) + 検査料他
処方箋作成、ファックス 指導内容等カルテ記載	処方箋	在宅時医学総合管理料 3116 (3850) [含：包括的支援加算、継続診療加算等] 訪問診療料 833 採血検査料	
	訪問看護指示書	訪問診療料 833 訪問看護指示料 300	6633 (8097)
処方箋作成、ファックス 指導内容等カルテ記載	処方箋	在宅時医学総合管理料 3116 (3850) [含：包括的支援加算、継続診療加算等] 訪問診療料 833	
往診時間、往診理由の記載、往診の病名記載 処方箋作成 ファックス	処方箋	再診料 72 再診時間外加算 65 往診料 720 夜間往診加算 650 (1300) 外来管理加算 52	
家族からの報告、指示内容の記載		電話再診料 72	
	訪問看護指示書	訪問診療料 833 訪問看護指示料 300	8632 (10016) + 検査料等
処方箋作成、ファックス 指導内容カルテ記載	処方箋	在宅時医学総合管理料 3116 (3850) [含：包括的支援加算、継続診療加算等] 訪問診療料 833	
往診時間、理由の記載 看護師に連絡、訪問看護と点滴の指示 採血内容など	特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射管理指示書 処方箋 (点滴等)	再診料 72 再診休日加算 190 往診料 720 休日往診加算 650 (1300) 外来管理加算 52 特別訪問看護指示加算 100 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 100 (点滴施行3日目に算定) 採血検査	
全身状態の推移、点滴終了の根拠		訪問診療料 833	
		訪問診療料 833	

■症例紹介 2 (看取り)

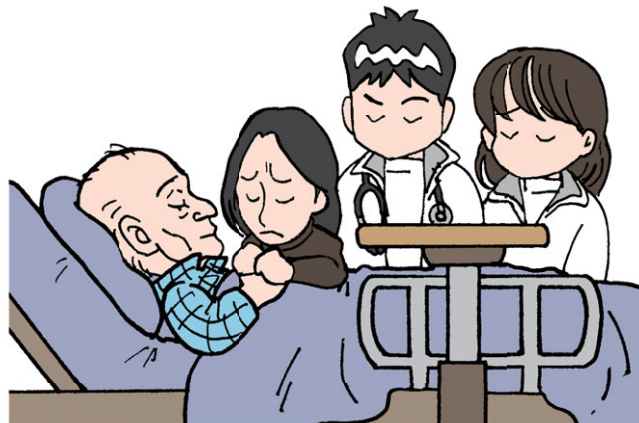
タイミング	イベント	詳細
6月18日	大学病院の地域連携室から問い合わせ	患者さん：65歳男性、横行結腸癌術後（末期癌）、肝転移、化学療法後PD）入院中 主治医、治療内容、現状、告知内容、処方内容、家族構成、退院予定について情報入手介護申請の手続き開始 在宅療養、訪問診療可能かどうかの検討 ケアマネジャーの検討→癌看取りの連携経験のあるCMを提案 訪問看護ステーションの検討→癌看取り実績のある近隣のステーションをいくつか提案 薬局の検討→麻薬取り扱いや訪問薬剤指導可能な薬局をいくつか提案 退院時カンファの日程調整
6月20日	地域連携室と相談	ケアマネジャー決定 訪問看護ステーション決定 退院前カンファ日時決定
6月26日	退院前カンファ	主治医、緩和主治医、在宅主治医、病棟看護師、リハビリ、訪問看護、ケアマネジャー、薬剤師、本人、御家族と面談、顔の見える引継ぎ、病院・在宅主治医の連携方針を確認、御家族に説明 退院日決定→2日後 主治医と今後の方針を決定、緊急時の入院等について確認→バックベッドとしていつでも入院可能病院も併診→1か月毎 ホスピス面談も決定（病院主治医にて予定済み：御家族のみ面談予定） 本人御家族の希望などを聴取→できれば最後まで御自宅で看取りたい。 訪問回数→2週に1回 訪問回数→週1回 初回訪問日を決定→退院日 処方日数、薬剤調整 ベッド、その他介護用品検討→ベッドとポータブルを準備
6月28日	初回訪問	自宅の状況確認 御家族との面談、方針などの確認 緊急連絡先をお渡し 訪問診療計画書、同意書お渡し署名 次回訪問日時決定、スケジュール決定
7月11日	2回目の訪問診療	診察、内服状況の確認
7月24日	3回目の訪問診療	同上 採血施行
8月8日	4回目の訪問診療	診察、内服状況の確認 内服残薬確認
8月16日	大学病院受診	大学病院受診、処方あり →今後は必要時に大学病院受診とする（実質的終診）。
8月22日	5回目の訪問診療	診察、内服状況の確認 御家族、本人とゆっくり面談 今後の方針についてのご希望などを改めて質問 「できるだけ自宅で過ごしたい」との希望 急変時などの対処について、蘇生延命について決めておく時期であることを説明 本人より予後についての質問なし 奥様には予後が2-3か月である可能性を説明
9月8日	6回目の訪問診療	診察、疼痛の確認、鎮痛の調整 採血にて腫瘍マーカー著増
9月22日	7回目の訪問診療	腹部の膨隆増悪 腹部の疼痛あり 鎮痛剤オキノム頓用開始、リンデロン開始 本人、子供さんと面談 本人より予後についての質問あり →1-2か月の可能性、もっと早く進む可能性もあることを説明 本人、行きたい場所や家族としたい事があるとのこと、実現できるようサポートすることを説明 急変時の蘇生や延命は希望しないこと、搬送も希望しないことを確認

必要手続き・処理	必要書類	算定項目 一般診療所、月2回以上訪問診療、単一建物患者1人 ※()内は、在宅療養支援診療所	月ごとの算定
カルテ準備 診療情報提供書の依頼 患者さんへ訪問看護ステーション・ケアマネジャー・薬局を紹介し、選択していただく(地域連携室にて)			3893 (5033)
病院主治医、病棟、訪問看護師、ケアマネジャー、在宅主治医の日程調整：地域連携室が手配			
連絡先の聴取、連絡先をお渡し費用などの概算説明など(連携室)在宅医療のシステムの説明保険証など確認、カルテ作成あじさいネットの説明同意	退院時共同指導書(紹介元作成)あじさいネット同意書(必要時)	退院時共同指導料 900 (1500)	
計画書・同意書に署名をいただく緊急連絡先の確認薬局や処方への説明 末期癌であること、看護師そのほかスタッフへの周知の内容記載	訪問診療計画書・同意書緊急時連絡先説明書類訪問看護指示書(末期癌であることの記載、説明)	訪問診療料 833 訪問看護指示料 300 在宅時医学総合管理料(月1回) 1760 (2300) 在宅移行早期加算 100	
指導内容カルテ記載	訪問看護指示書	訪問診療料 833 訪問看護指示料 300	
在宅時医学管理指導内容などを記載、採血結果記載、マーカーについての説明、指導内容	処方箋	在宅患者訪問診療料 833 在宅時医学総合管理料(難病等月2回以上・1人) 3450 (4600) 在宅移行早期加算 100 血液検査項目検査料 悪性腫瘍特異物質治療管理料(手技料込) 400	5916 (7066)
指導内容カルテ記載	訪問看護指示書	在宅患者訪問診療料 833 訪問看護指示料 300	
レセプトには大学病院受診の必要性等を記載する			
診察内容 御家族との面談内容の詳細をカルテに記載内容を多職種で共有		在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外) 833 在宅時医学総合管理料(難病等月2回以上) 3450 (4600) 在宅移行早期加算 100	5516 (6666)
	訪問看護指示書	在宅患者訪問診療料 833 訪問看護指示料 300 悪性腫瘍特異物質治療管理料(その他・2項目以上) 400 検査料	
告知内容、本人御家族の希望内容などを記録し多職種で共有麻薬処方開始	処方箋	在宅患者訪問診療料(同一建物居住者以外) 833 在宅時医学総合管理料(難病等月2回以上・1人) 3450 (4600) がん性疼痛緩和指導管理料(講習会の受講必要) 200	6016 (7166)

10月5日	8回目の訪問診療 腹部超音波検査	腹部の膨隆著明、超音波検査にて腹水はほとんどなく、肝腫瘍と脾臓の腫大あり 疼痛に対してフェントステープ 2 mg開始、オキノーム増量 訪問診療の頻度を毎週へ
10月11日	訪問診療	疼痛の増強あり フェントス増量 3 mgへ
10月18日	訪問診療	フェントス増量 4 mgへ全身浮腫高度 奥様と面談 体力の限界に近いことを説明、お仕事の調整をしていただくこと、終末期の方針の確認等を行った。 終末期の点滴は現在の浮腫をさらに悪化させるので行わないこととなった。本人にも説明、同意あり 見取りのパンフレットを御家族にお渡し、説明を行った。 訪問看護を毎日に
10月22日	休日往診	24時御家族から連絡、往診希望 肝性昏睡による意識障害、体動困難高度 膀胱バルーンを留置 経口摂取はほとんど困難 終末期となっていることを説明、御親戚への連絡などをお願いした。 看取りの際の注意点などを再度説明。
10月25日	訪問診療	肝性昏睡状態、疼痛はコントロールできている模様。飲水はできず。 呼吸は不安定、チアノーゼあり。呼吸困難ははっきりせず御家族に体力の限界に近いことを説明、これまでの方針の通り見守り続行となった。
10月25日	深夜往診	23時10分奥様より呼吸状態が悪くなったとの連絡あり 深夜往診を行った。 23時55分御家族と一緒に息を引き取られるのを確認、死亡診断を行った。 バルーン抜去等の処置を看護師と行った。

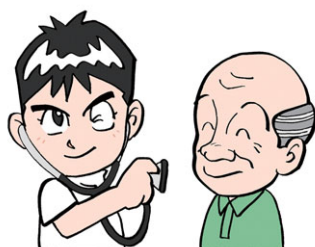


検査の必要性、結果、方針	訪問看護指示書	在宅患者訪問診療料 833 訪問看護指示料 300 超音波検査（胸腹部） 530	19758 (23908)
癌性疼痛についての評価、投薬内容、計画、患者への指導内容の記載	処方箋	在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外） 833 在宅時医学総合管理料（難病等月2回以上） 3450 (4600) がん性疼痛緩和指導管理料 200	
	処方箋 これからの過ごし方（パンフレット）	在宅患者訪問診療料 833	
往診の必要性について 時間、症状、往診の病名（意識障害、肝性昏睡）を記載		再診料 72 再診休日加算 190 往診料 720 深夜往診加算 1300 (2300) 外来管理加算 52 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル（在宅用）	
		在宅患者訪問診療料 833 頻回訪問加算 600	
往診の必要性について 時間、症状を記載	死亡診断書	再診料 72 再診深夜加算 420 往診料 720 深夜往診加算 1300 (2300) 在宅ターミナルケア加算 3500 (4500) 看取り加算 3000 死亡診断書料（自費）	



Ⅲ 在宅医療を始めるにあたって必要なこと

在宅医療をこれから始めようというときに、厚生局への届出事項など事前に準備しておくべきもの等について、次のとおり記載します。



1 訪問診療について

(1) 往診と訪問診療の違い

通常は通院可能であったり、病院にかかっていない方が病状によって診療所・病院に行けない際に、患家の求めに応じて医師が可及的速やかに患家に出向いて診察をすることが往診です。

訪問診療とは、計画的な医学管理のもと定期的に予定を立て、患家に出向き診察を行うことです。したがって、訪問診療を行っている患者さんでも、体調の悪化等により患者さんからの求めに応じて出向くことは往診となります。

(2) 訪問診療にて診察ができる範囲

医師が患者の暮らす自宅や施設に出向いて診察する際、直線距離で16km以内であれば訪問診療として診療報酬を請求できます。それを超える場合でも、離島や天候などで例外的に認められることもあります。

(3) 必要な書類

① 訪問診療同意書

訪問診療を開始する際は、患者さんに疾患や訪問診療の目的、訪問計画（スケジュールや曜日、時間等）を記載した同意書をお渡しし、署名をしてもらい、保管する必要があります。

② 在宅療養計画書

訪問診療の開始にあたっては、現在の状態、療養方針と計画、療養内容、注意点等を記した計画書を発行し、本人御家族に同意の署名をしてもらい、保管して

おく必要があります。

③ 訪問看護指示書

在宅療養において訪問看護を利用する場合には、訪問看護ステーションに対して傷病名、現在の状況、指示及び留意事項、緊急時の連絡先等を記した訪問看護指示書を発行する必要があります。訪問看護指示料を算定します。



④ 特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書

頻回の訪問看護や在宅での点滴などを行う際は、病状、一時的に訪問看護が頻回に必要な理由、点滴内容などを記した指示書を発行し、特別訪問看護指示加算、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定します。

⑤ 訪問薬剤管理指導指示書

薬剤師による在宅での薬剤の管理、内服の指導等を行う場合、疾患や現状、治療経過及び指導内容の希望などを記した指示書を発行し、診療情報提供料（I）を算定します。

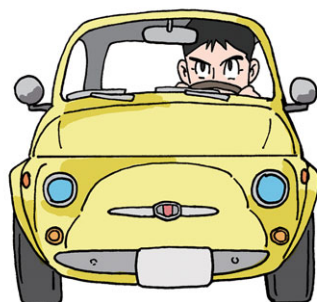


⑥ 緊急時の連絡先についての文書

患者に対して、緊急時の連絡先等を記した文書をお渡しする必要があります。

（4）駐車許可申請

駐車場所の住所を管轄する警察署交通課に届け出ることによって、緊急往診の際に使用できる駐車禁止除外指定車の許可証を発行してもらうことができます。緊急時以外の駐車や交差点などの許可されない場所への駐車はできません。



2 厚生局への届け出と保険請求について

(1) 訪問診療等を行う際に必要な届け出と保険請求

訪問診療を行う際は、各種管理料の算定の申請（特掲診療料の届け出）や在宅療養支援診療所などの申請を行うことで、各種管理料の算定などを行うことができます。以下には、通常の在宅医療で算定する代表的な管理料を記しますが、他にも各種の管理料等があり、必要に応じての届け出を行います。

① 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

在宅時または施設入居時等医学総合管理料の算定が可能となります。訪問診療を担当する医師の氏名、直近一か月の往診、訪問診療、初診再診の患者数で申請できます。在宅医療についての指導・管理を行い、カルテに記載することにより、訪問の回数、疾患に応じた管理料の算定が可能となります。

② がん性疼痛緩和指導管理料

がん性疼痛に対してオピオイドを処方した際に算定できる項目であり、緩和ケアの指導に係る研修を修了していることが必要です。麻薬を処方した際に指導を行い、カルテに記載することで、月に一回算定することができます。

(2) 在宅療養支援診療所の届け出

24時間連絡を受ける医師または看護職員の指定、自院または他の医療機関、訪問看護ステーションと連携し24時間の往診、訪問看護体制の確保、緊急入院の受け入れ態勢の確保等を行えば、在宅療養支援診療所として届け出ることができます。届け出ること、往診料の加算、在宅ターミナルケア加算、在宅時・施設入居時等医学総合管理料などにおいて一般より高い点数を算定できます。届け出た場合は、年に一回の看取り数などの届け出が必要です。また、連携体制の強化、緊急往診の実績、看取り数の条件等を満たすことにより機能強化型在宅療養支援診療所の届け出を行うことも可能です。

在宅療養支援診療所（従来型）の要件

・ 24時間連絡を受ける体制の確保	・ 緊急時の入院体制（連携可）
・ 24時間の往診体制（連携可）	・ 連携する医療機関への情報提供
・ 24時間の訪問看護体制（連携可）	・ 厚生局への年1回の報告

※訪問診療に必要な届け出の様式については、九州厚生局のホームページ等からダウンロードできます。（九州厚生局 特掲診療料の届出一覧）

これから在宅医療を始めようとする先生にとっては、届け出や保険請求のことなど、わからない部分も多いと思われます。そんな時は、既に訪問診療を行っている先生方に、気軽に相談していただいても結構です。

- ・ 在宅療養支援診療所（様式11）
- ・ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料（様式19）
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料（様式5の2）
- ・ 在宅がん医療総合診療料（様式20）

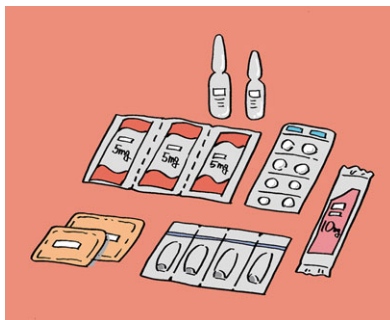
3 麻薬の使用に関する届け出について

（1）麻薬施用者免許証の手続き

在宅医療では癌性疼痛に対して麻薬を使用することもあり、その際は麻薬施用者免許証の手続きが必要です。新規に届け出る場合は申請書と診断書、医師免許証の写し、診療所が麻薬業務所でない場合は診療所開設届の写し等が必要です。また、麻薬金庫の設置やその確認業務も必要となります。

（2）麻薬の処方

麻薬の処方については、すべて院外処方でも処方する場合は在庫の管理は不要となりますが、毎年の届け出は必要です。



4 在宅医療を始めるにあたっての医師の負担軽減の工夫

在宅医療のニーズは今後さらに高まると予想されますが、一人の医師が多くの患者さんに対して24時間の医療を担うことは困難です。そこで、各医師が自分の診療体制や連携体制に合わせて無理のない在宅医療の体制を決めておくことが大切です。

(1) 訪問看護をセットで導入する

訪問看護を導入することで、24時間の連絡体制や対応が必要な際の負担を分担することができます。

(2) 地域で在宅を行っている医師と協力する

地域での在宅医師の連携体制があれば積極的に利用し、在宅医療のベテランの医師への相談や副主治医の受持など連携体制を構築します（長崎在宅Dr.ネット等）。

(3) 往診する範囲を調整する

往診する範囲を制限（3 km以内、線路より東側のみ等）することで、時間的な負担を軽減することができます。

(4) 患者数の上限や疾患を限定して開始する

担当する患者さんの数の上限を決めておいたり、難病や高度の管理を要する疾患を制限することで、外来診療との労務的、時間的バランスを取り、慣れてきたら調整していきます。また、バックベッドとしての入院先が確保されている症例に絞ることも負担軽減につながります。

5 在宅療養後方支援病院について

在宅医療を開始する際は、あらかじめ紹介元の病院やホスピスなどに緊急時の入院体制を確保していただくことが大半ですが、外来通院からの在宅への移行や連携の困難な施設からの紹介の場合は、緊急時の入院体制の確保が困難となることがあります。

在宅療養後方支援病院とは、在宅加療されている患者さん（原則として在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料・在宅がん医療総合診療料・在宅療養指導管理料を算定している患者）が状態悪化など急性期医療を必要とする場合、在宅医療

を提供する医療機関の求めに応じて入院を希望する患者さんの診療が24時間可能な体制を確保している病院のことです。

あらかじめ、患者さんが「緊急時に入院を希望する病院」として在宅医療機関を通じて届け出を行い、患者さんの診療情報を登録しておくことで、緊急入院の必要が生じた場合に円滑な入院が可能となります。在宅療養後方支援病院に患者さんを登録しておくことが、患者さん本人、御家族の安心につながると考えられます。長崎県の在宅療養後方支援病院は、九州厚生局のホームページで調べることができます。



6 あじさいネットについて（ICTを利用した医療情報連携システム）

－在宅医療における価値とその活用法－

（経緯）

あじさいネットは、2004年に大村市で、二つの情報提供病院のカルテを診療所医師が閲覧することから始まりました。現在では（2018年10月）、長崎県下36の拠点病院の電子カルテを343箇所の医療機関（診療所、薬局、訪問看護事業所等）で共有し、利用者は、医師、薬剤師、看護師、約1300名で約8万3千例の登録数となっています。2014年からは、在宅医療にかかわる関係者間の多職種情報共有ツールとして“多職種連携”の運用が開始され、同時にiPadの使用が可能となり、2016年からは診療所の血液検査結果が閲覧できる“検査データ共有”運用も開始されています。

あじさいネットはセキュリティを確保するため、通信経路にはVPN（Virtual Private Network）による暗号化ネットワークを採用しています。

（あじさいネットを利用するために）

あじさいネットを使用するためには、あじさいネット事務局が開催する運用講習会の受講が義務付けられています。これは、利用方法とセキュリティに関するルールの周知が目的であり、患者さんの“医療情報”という、デリケートな個人情報扱う上で重要です。

(1) 一般的なあじさいネット利用 “病診連携”

情報提供病院に受診歴がある患者さんが診療所を受診し、診療を行う上で情報が必要な場合、閲覧同意を書面で頂き、情報提供病院の地域連携室にFAXします（午前9時から午後5時：月から金、一部病院では土も可）。約15分以内で情報提供病院にある医療情報が閲覧可能となります。閲覧内容は情報提供病院により若干の差がありますが、薬剤禁忌情報、アレルギー情報、経過記録（2号用紙、看護記録、リハビリ記録）、検体検査結果、放射線画像、内視鏡検査、生理検査、放射線画像レポート、病理報告書、各種報告書（診療情報提供書、サマリー等）、熱計表等の情報をみることができます。利用できる職種は医師、薬剤師、看護師等です。



(あじさいネットHPより)

(2) 多職種情報共有ツールとしての “多職種連携”

在宅医療を円滑に行うためには多職種連携が必須です。従来は、電話、FAX、メール、メーリングリストが多用されていましたが、いずれも、情報伝達の確実性、セキュリティが問題でした。この両者を解決した “多職種連携” の運用が、2014年から開始されました。

主治医の責任で、患者さんに関わる情報の連携が必要な多職種の名前、ID、所属を同意書に記載し、患者さんに提示、同意が得られたら、事務局に同意書を提出します。これにより、チーム員がチーム内で共有した方が良い事を記載できるようになり、さらに情報が一箇所にセキュリティが高い方法で集約されます。“多職種連携” の記事の中には、文字情報だけでなく写真情報も載せることができます。これによって、記載者の評価と方針が把握しやすく経時的に記載されるので、経過を一目で把握できます。

“多職種連携” では、患者さん毎にチーム員のメールアドレスをグループ登録するため、誰かが記事を記載する度に各自の携帯または事業所PCに“通知メール”が流れ、記事が記載されたことを把握できます。

利用できる職種は、在宅医師、看護師、薬剤師に加えて、理学療法士、ケアマネジャー等の多職種です。

(3) 検査データ共有

開業医が使っている外注検査会社に検体を提出すると、翌日朝には、あじさいネット上でその検査結果を閲覧できます。さらに、“多職種連携”を行っている患者さんでは、検査結果がチーム員も同じタイミングで閲覧できるため、迅速、正確な情報伝達が可能で、主治医の検査データ伝達が省力化できます。

(4) iPad利用

現在、iPadが使用可能であり、場所を選ばず、Wi-Fi環境に繋ぐことができれば閲覧・入力が可能です。例えば、患家で、拠点病院での入院・外来通院時の診療情報、自院での検査結果を説明できます。

(5) 保険点数

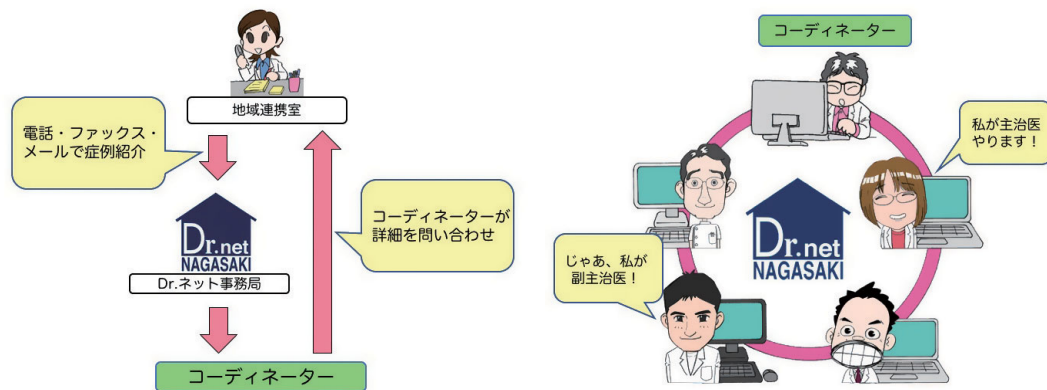
情報提供病院から診療情報提供書が届いた患者さんで、患者さんから閲覧同意を頂き、病院の情報を閲覧したら、1か月に1回に限り“電子的診療情報評価料”30点が算定できます。

7 長崎在宅Dr.ネットについて

長崎在宅Dr.ネット（以下、Dr.ネットと略）は、長崎市内の医師を中心とした在宅医療に関心を持つ医師限定のネットワークのことです（メンバーには県外の医師も参加）。イメージとしてのDr.ネットはインターネット上の総合医局みたいなもので、年に数回の会合以外で実際に会員が集まる機会はなく、普段は会員が登録されているメーリングリストが集合場所となっています。団体としては、認定NPO法人を取得しており、運営は会費と寄付金で行っています。会員には開業医や病院勤務医がいて、現在約200名。実際に在宅診療をしている医師は約90名で、在宅患者100人以上のスーパー在宅医から在宅患者1人の医師までと様々です。他のメンバーは在宅診療に関する助言や病診連携の橋渡しをしています。Dr.ネットの主な役割は在宅医の斡旋とそのサポートで、具体的には、病院に入院や通院をしていて退院後や日常のかかりつけ医を探している患者さんがいた場合に在宅診療をしている開業医（在宅主治医と

主治医を手助けする副主治医)を斡旋し、会員が困ったことがあった場合に相談に乗ったり、在宅診療に関わる多職種を集めての症例検討会や研修会を開催したりもしています。他に在宅診療の啓蒙を目的に市民向けの公開講座や学会発表も行っています。

[在宅主治医・副主治医の流れ]

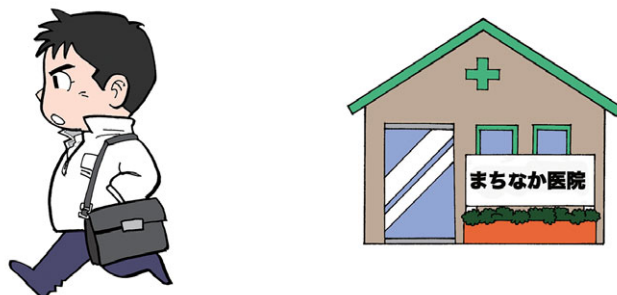


在宅に移行したい患者さんが病院において在宅医を探す場合、病院の地域連携室を通してDr.ネットの事務局に紹介状が届きます（その病院に紹介した元のかかりつけ医がDr.ネットに在宅診療を託すことが条件）。事務局は患者さんの住所を見て、その地域のコーディネーターに紹介状をFAXします（市内を東・西・南・北・中央部に分け、それぞれの地区にコーディネーターを配置）。

コーディネーターは、その紹介状の情報の不足分を病院側に問い合わせで補足してからDr.ネット全会員のMLに主治医募集のメールを流します。メールを見た会員の中で対応できそうな人がいればメールで手上げをしてもらい、主治医・副主治医を決定します。診療自体は主治医の方針で決定してもらい、悩んだときは会員のメーリングリストに質問してもらって全員で考えてサポートするようにしています。

IV 在宅医療を行う上での心がけ

在宅医療は、生活を支える医療であることが重要です。在宅医療をスムーズに実践していくために、様々な場面の中での留意事項について、次のとおりまとめました。



1 外来から在宅医療へ

自院に長年通院している患者さんが通院困難となり、訪問診療に切り替えるパターンです。

スムーズな在宅移行をするためには、患者さんの多くは介護保険を申請していますが、申請していないのなら是非申請することをお勧めします。ケアマネジャーが色々と相談にのってくれること、医療だけでは自宅での生活を支えることは無理なことなどを伝えます。

ケアマネジャーの選定については、病院の地域連携室や地域包括支援センターに相談することもあります。詳しくは、32ページのQ1をご参照ください。



2 病院と併診しながらの自院外来から在宅医療へ

病院から紹介を受け、併診しながら自院に通院していて、徐々に通院困難となり在宅医療に切り替えるパターンです。担癌患者が圧倒的に多いと思われます。

化学療法が無効となり、BSC（ベストサポーターケア）となり通院している場合や、化学療法施行中ですが、かかりつけ医として自院に通院している患者さんなどもあるでしょう。

- ① 積極的に在宅医療を望んでいるならばそれでよいですが、あまり在宅医療を勧める方に傾きすぎないようにすることが大切かもしれません。
在宅医療となれば、患者家族らが死期が近づいていることを想定したり、良いイメージがないこともあります。言葉使いは慎重にしましょう。
- ② 御家族同伴での受診が少ない方は、御家族にも来てもらって、お話しをして現状の理解や思いなどを聞きましょう。
- ③ 家でなるべく過ごしたいご希望があれば、家で点滴ができるとか、痛みが強くなった時の対処も可能であること、看護師さんも来てくれることを説明し、多職種で支えるのが基本であることを説明しましょう。

3 病院から紹介を受けて在宅医療へ

入院医療機関における退院支援は、看護師や社会福祉士を配置した「地域連携室」という部門で行っています。在宅に移行する患者さんについては、我々在宅側と地域連携室が共同で退院支援を進めていくようにしましょう。

(1) 多職種連携の組み方（看護師、薬剤師、歯科医、栄養士、理学療法士など）

在宅医療を始める時は、地域連携室と相談しながら人員の選定をしましょう。徐々に慣れてくると、疾患や地域の現状にあった多職種がわかるようになります。その時は、自分の言い分も地域連携室にわかってもらえるようにしましょう。

(2) 退院時カンファレンスへは極力参加しましょう（退院時共同指導）。

退院後に関わる医療従事者や介護事業者との連絡、情報共有が大切です。

（確認すべき事項）

- 病歴や現在行っている治療・ケアの確認
- 療養場所についての患者家族の思い
- 療養環境の確認
- 治療・ケアのシンプル化の提案
- 退院までに必要な手続きや準備
- 再入院時等をどうするかの方針をある程度決める（急変時の対応などを含めて）
- 退院日の決定



4 多職種との連携

(1) ケアマネジャーとの連携

在宅医療では必須です。このケアマネジャー次第で、在宅療養が左右されることもあります。患者家族の社会的な背景、生活力、人間関係など様々な情報を持っています。上手に連携することが大切です。



(2) 訪問看護師との連携

基本は、訪問看護師は介護保険で介入します。医療保険で介入できる患者さんは決まっていますので、ケアマネジャーと連携する必要があります。(付録参照)

訪問看護師の働きで助かることがあります。介護度が重い患者さんには、極力看護師を導入したほうがよいかもしれません。往診依頼があつたとしても、まずは看護師に動いてもらい、その報告を受けて対応を考えることも多々あります。

また別の方法として、症状や状態が悪化すると(肺炎、褥瘡、心不全など)、我々医師が特別訪問看護指示書を出すことで、訪問看護師は2週間医療保険で介入することができます。そこをきっかけに訪問看護師の良さを分かってもらえる良い機会になるかもしれません。



(3) 訪問薬剤師との連携

例えば、薬が複雑で自己管理が難しい方、飲み忘れが多い方、独居の方、医療用麻薬を使用している方には訪問薬剤師を導入して、薬剤師に自宅に訪問してもらうこともできます。

薬剤師が入ることで、薬の服用状況、残薬チェック、不必要な薬のあぶり出し、薬の副作用の有無などがわかり、助かることが多くあります。積極的な連携が、在宅医療では求められています。



(4) 他医師との連携

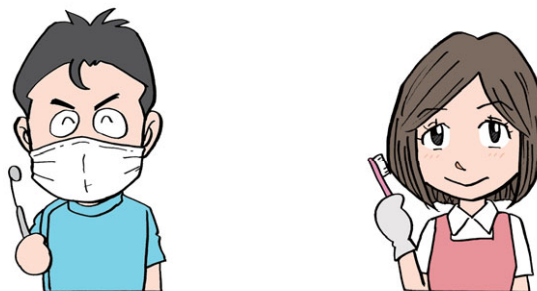
自分が得意としない分野で在宅医療での対応に困った時（例えば褥瘡、外科的処置、眼科、耳鼻科的な問題など）に、他の医師に訪問を依頼することも可能です。

H30年度の診療報酬改定で、訪問をお願いした医療機関も訪問診療料を請求できるようになりました。

(5) 訪問歯科医との連携

口腔内の事で困ったとき（齲蝕、口腔ケア、嚥下のことなど）は、歯科医の訪問診療も可能です。かかりつけ歯科医がない場合は、長崎市歯科医師会に相談すれば、その地域に合った歯科医師を紹介してもらえます。

《長崎市歯科医師会の申込受付先TEL：095-846-1717》



(6) 訪問管理栄養士との連携

在宅で栄養指導や食事指導を行う「在宅訪問管理栄養士」が注目されはじめています。在宅患者の食事や栄養面についての悩みや心配事に耳を傾け、生活の質が向上するように支援を行っていきます。

患者さんや御家族から医師に「食」について相談があることはよくあります。言語聴覚士などと協力して訪問管理栄養士と在宅で連携すると、生活の質が向上して、長く在宅療養を継続できることもあります。



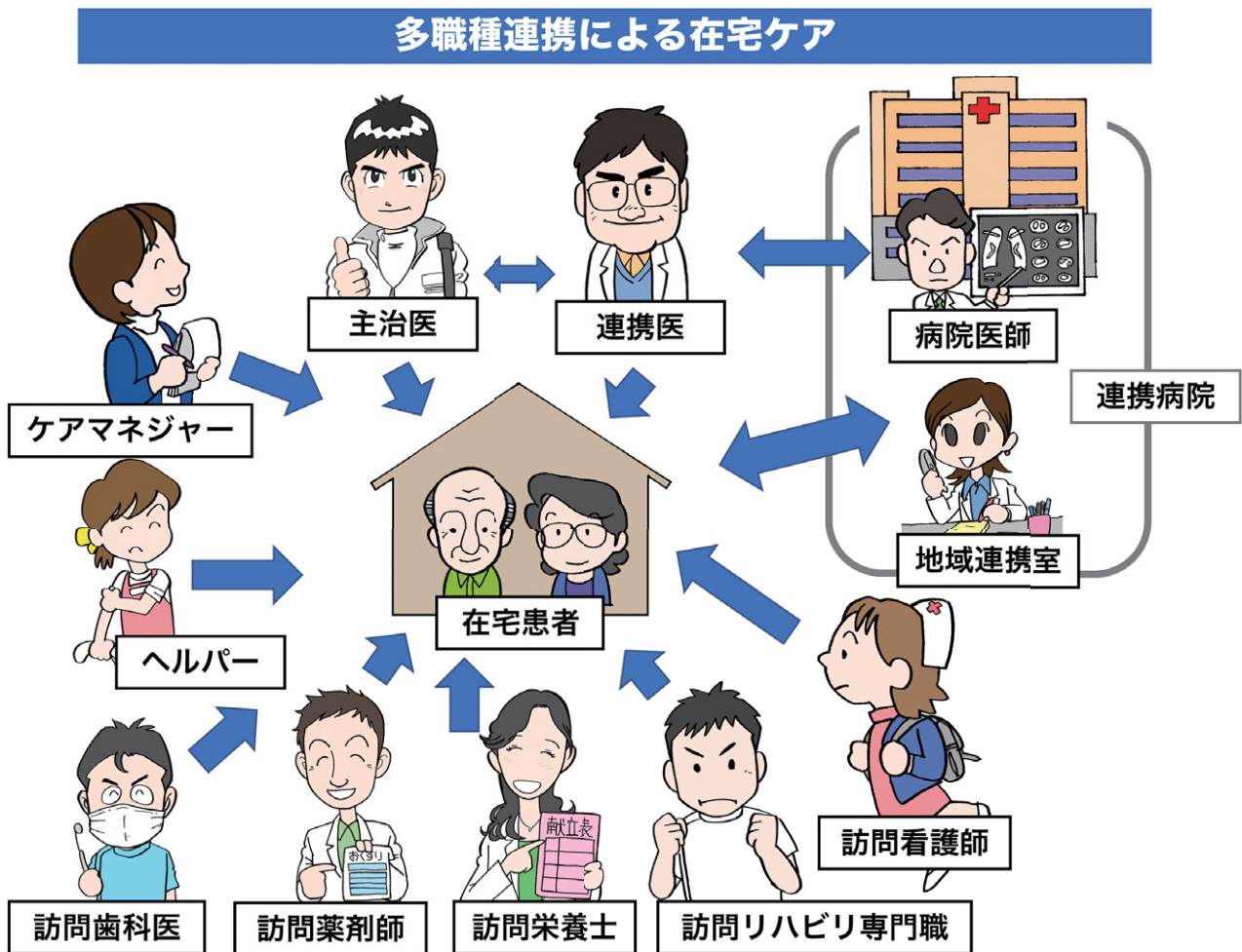
(7) 訪問リハビリ専門職との連携

利用者が自宅で生活していくうえで、自分でできることを増やしたり、生活範囲を広げたりするために提供されるサービスです。訪問するスタッフは、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士といったリハビリの知識や技術を持った専門家です。

利用者本人と自宅環境との適合を調整する役割を持ち、自宅での自立支援に効果的なサービスです。リハビリを導入することで、自宅でのADLが向上することが多く、疾患によっては積極的に活用するほうが良いです。



以上のように、在宅医療は、医師と看護師を主体とするサービスのみならず、歯科医師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、栄養士などの訪問活動を含めた多彩な活動となっており、チーム医療そのものです。ケアマネジャーとしっかり連携することで、在宅療養はスムーズになります。



医療・介護・福祉のスタッフと一緒に在宅患者さんを支えましょう！

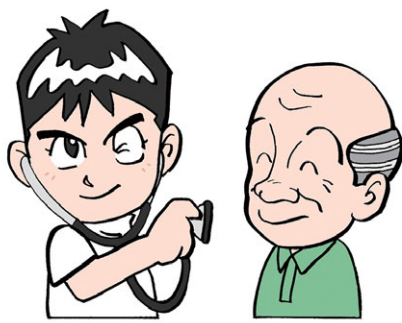
5 訪問診療での留意点

(1) 訪問診療開始時の留意点

- ① 初回訪問時の医師の言動は、患者家族に強い印象を与え、その後の信頼関係に与える影響は大きいです。とりわけ、最初数回の訪問では、患者本人の生活歴、現在の日常生活の様子を尋ね、患者さんの人となりをつかむようにしましょう。
- ② 訪問当初は自宅に戻ってホッとしている時であり、患者自身の思いを聴く良いチャンスかもしれません。患者自身の価値観や希望などに寄り添ったケアや治療をスムーズに行うために、初回訪問は重要です。
- ③ 屋外へのアプローチ、ベッドからトイレや食卓まで移動する際の危険性の有無、浴室の構造など、患者さんの動線を意識して住環境を評価しましょう。
- ④ 在宅療養計画書の作成は必須です。これをカルテに添えてください。
個別指導時には必ずチェックされます。一旦入院して、再度在宅医療になる場合などは、再度計画書を作成したほうがよいでしょう。

(2) その他の留意点

- ① 在宅療養導入時には、介護を始めたばかりの御家族は不安が強く、徐々に介護に慣れていくのですが、在宅医は「家族の不安の軽減」に積極的に取り組むことが重要です。具合が悪くなった時などは、訪問看護師だけでなく医師自身も積極的に往診をして、状態が差し迫っていないことを御家族の目で確認し説明することが、御家族の安心感につながります。御家族への労いの言葉も大切です。
- ② 在宅療養導入時に、御家族に「最期まで家で看ますか」など心理的負担をかけるような言葉は、できれば避けましょう。まずは介護に慣れてもらうのが先決であり、徐々に介護していくうちにご家族が次第にわかっていけます。
- ③ 服装は、白衣または私服のどちらでも良いです。患者家族によっては白衣で人が出入りすることを嫌う方もいますので、確認が必要な時もあります。



6 急変時の対応

在宅または施設で御家族や職員が心配するのは、急変のことでしょう。その時も、まずは在宅医や訪問看護師に連絡するように徹底しましょう。

救急車を呼ぶかどうかについては、事前に患者家族と話し合っておいたほうが良いです。急変も、前もってこのような事態になるかもしれないなどの説明をしておけば、それは急変ではないかもしれません。事前の説明は非常に重要なことがあります。急な変化があったときなど、在宅での対応が難しい状況の時の為に、入院できる病院をあらかじめ選定しておくのもよいかもしれません。

しかし、脳血管障害、肺炎、心不全、骨折など予期せぬ急変は、患者家族の意向を確認したうえで、場合によっては入院してもらったほうが良いこともあります。

7 充実した終末期ケアのために

1995年、終末期医療における患者の意向表明を「ACP」と呼んで紹介されました。

ACPとは、「将来、意思決定能力がなくなったときに備えて、あらかじめ自分が大切にしていること、治療や医療に関する意向、代理意思決定者などについて専門職種と話し合うプロセス」と定義されています。

定期的にあるいは状況の変化に伴い話し合いを繰り返すことによって、医療者は患者さんとその家族の思いを深く理解する一方、患者家族らは様々な心身の変化に対して前もって理解し、現実的な方向に近づくことができるかもしれません。重要なことは、医学的に予測される悪い経過について率直に伝えながらも、患者さんとその家族に、希望にそって期待できる最もよい経過についても合わせて説明することです。

御家族が在宅介護に疲弊してくるかもしれません。その時は、御家族の介護を労うとともに、残された時間がないことを告げて、我々医療者も全力でサポートやアドバイスをするということを伝えることも重要です。

終末期になればなるほど、患者自身は意思決定能力を持っていません。高齢者、認知症高齢者の多い在宅医療においては、終末期の意思決定の多くが代理意思決定となります。代理意思決定をする方のプレッシャーにならないように支えるのも医療者の役割です。

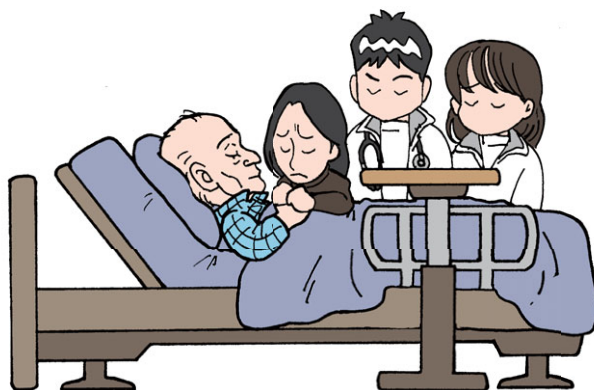
このような繰り返しの話し合いをすることが、H30年度診療報酬改定で、ターミナルケア加算の算定要件となっています。しっかりとカルテに記載しましょう。

8 看取り

看取りに近づいてきたときは、色々な身体症状の変化、緊急時の連絡方法、御家族との時間を大切にすることが重要であることを説明しましょう。必ずしも医師・看護師が同席する必要はないことも説明しましょう。緊急時として、呼吸状態が変わったときなどは不安になることが多いので、気軽に連絡してもらって構わないことも説明しましょう。

パニックになって救急車を呼ばないようにと付け加えておきましょう。救急車を呼ぶと検視になる場合もあります。

医師は、連絡があればできるだけ速やかに訪問して、死亡診断をすることが重要です。



Q & A

Q 1 : 在宅療養をサポートする多職種（ケアマネジャー・訪問看護師・薬剤師他）はどのように決まるのでしょうか？

A 1 : 多職種の選定は、基本的には患者さん、御家族が選択し、決定していただくこととなりますが、知り合いなどがいない限りは難しいことが多いのが現状です。

ケアマネジャーについては、介護認定を受けている方はすでに決まっていますが、そうでない場合は病院の地域連携室や地域包括支援センターに相談することになります。訪問看護ステーションや薬局については、ケアマネジャーや病院の地域連携室、かかりつけの医師に相談することになります。その際は、事務所の所在地や、専門性、看取り実績などを考慮し、療養に適切な施設の選択肢を提示し、患者さんに選択してもらうことになります。

Q 2 : 訪問看護は必ず導入しないといけないのでしょうか？

A 2 : 訪問診療は訪問看護などを利用せず、御家族と相談することで医師の訪問のみでも可能です。しかしながら、病状によって診療時間中の容態確認や点滴が必要となりそうな患者さんの場合は、サポート体制の強化、医師の負担軽減のためにも、御家族と相談の上、訪問看護を導入しておくのが望ましい場合もあります。

Q 3 : 在宅療養開始時に、必要時の入院先の確保などはどのようにしているのでしょうか？

A 3 : 在宅療養中の体調、病状の変化による入院先の確保は、在宅療養開始時に検討しておくべき大切な点です。積極的治療、レスパイト入院、緩和的入院等の状況に応じて、以下のように入院先をあらかじめ検討しておきま

しょう。

- ① 入院から在宅療養を開始する場合は、主治医の先生と相談し、退院時カンファレンスで必要時の入院が可能であるか確認しておく。
- ② 御家族が通いやすい病院などにあらかじめ紹介し、相談しておく。
- ③ 在宅療養後方支援病院に紹介し、手続きを行っておく（24時間の対応をしてもらうことが可能です）。
- ④ 癌の療養の際は、ホスピスへの紹介、面談を行い、必要時の入院がスムーズにできるように準備しておく。積極的治療により予後やQOLの改善が望める場合は、対応できる病院に連絡を行う。なお、対応できる病院にはあらかじめ連絡しておくのが望ましいでしょう。

Q 4：通常の外来診療時間に在宅患者さんの体調変化の連絡があったときの対応は？

A 4：外来診療中の患者さんの体調変化、急変時は、多職種チームで患者さんを見ている場合は、状況に応じて下記のように柔軟に対応することができます。連絡の状況から緊急性があると判断された場合は緊急往診を行います。また、その時点で緊急性のない場合でも状況の変化があったときは、早めに様子を見にお伺いするのがいいでしょう（訪問診療の日程を早めるなど）。

- ① 内服の指示や、本人御家族でできる対処を電話で指示を行います。
- ② 訪問看護師に連絡、訪問してもらい状況の報告を受け、往診の要否を確認の上、対処や内服、点滴の指示を行います。
- ③ 診察の必要性がある場合や、往診の希望があった際は往診を行います。

Q 5：在宅診療の際の処方はどうしているのでしょうか？

A 5：在宅時・施設入居時等医学総合管理料を算定している場合は処方に伴う算定は行うことができませんので、ほとんどの場合、院外処方を行うことになります。診療所でも薬剤をお渡しすることはできますので、急ぐ場合な

どには往診時に薬剤を持参し、お渡しして使用を開始する場合があります。
薬局を利用する場合は

① 定時処方や急ぎでない場合の処方

(ア) 訪問もしくは往診にて診察の上、処方箋を作成、御家族にお渡しして薬局で処方してもらいます。

(イ) 訪問薬剤指導を薬剤師にお願いしている場合は、薬剤師が患者さん宅を訪問し、薬剤のお渡しと内服の説明、副作用等についての指導をしていただくことができます。

② 夜間休日や緊急時の処方

(ア) 往診などにて診察の上、処方箋を作成、処方箋を御家族にお渡しして夜間休日対応の薬局に薬を取りに行ってください。

(イ) 訪問薬剤指導を薬剤師にお願いしている場合は往診などにて診察の上、処方箋を御家族にお渡しし、訪問薬剤師に訪問していただき薬剤を配置、内服方法や注意点などの指導をしていただくことができます。

Q 6 : 癌末期の患者さんなどのホスピスへの紹介や、実際の入院のタイミング、搬送方法はどのようなのでしょうか？

A 6 : ホスピスの面談は、実際に入院するかどうかにかかわらず面談していただくことができます。ホスピス入院も考えている場合は、在宅療養開始前後に、本人と御家族、あるいは御家族だけでも面談を行い、説明を受けたり、施設の見学をしたりすることができます。また、在宅看取りを希望されている場合でも、病状や御家族の事情から在宅看取りが困難となることもあるため、事前の面談をお勧めすることもあります。複数のホスピスでの面談をしていただくこともできます。

ホスピスへの入院は、症状などに応じてホスピスの先生と在宅医で相談し、予定を立てて自家用車や介護タクシー等で入院するのが望ましいですが、急な変化の際には救急搬送となることもあります。その際はホスピスのベッドに空きがないときは一般病棟に入院することもあります。

Q7：訪問診療を受けている患者さんは他の医療施設を受診することはできないのでしょうか？

A7：訪問診療を受けている場合でも、御家族の付き添いや介護車両を用いての専門性の高い診療科への紹介による受診や、抗がん剤治療のための病院への受診などは可能です（レセプトに必要な旨を記載するのが良いでしょう）。また、必要であれば他の医療施設の先生に往診、訪問診療をしていただくこともできます。しかしながら、一人で他の医療施設を受診できるような場合は、訪問診療自体の要否を検討する必要があります。

Q8：在宅医のバッグの中身はなんですか？

A8：在宅診療のカリスマ Y成先生のバッグの中身は、聴診器、血圧計、パルスオキシメーターのみです。

重装備の先生の例として、在宅診療のエキスパート Y中先生のバッグの中身は、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、採血セット、輸液セット、ディスポシリンジ三種類、サーフロー、翼状針、点滴抗生物質セフトリアキソン、メロペン、ゾシン、ガーゼ、縫合セット、褥瘡被覆材を三種類、テープ、ペアン、モスキート、メツツェン、電カル用iPad、あじさいネット用iPadなどです。

つまり、往診鞆の中身は先生によって様々ってことですね。患者さんの状態によると思いますが、最初はバッグの中身も軽く、心も軽く、気軽に訪問診療を始めてみてはいかがでしょうか？

Q9：ACP（アドバンス・ケア・プランニング、愛称：人生会議）って何？

A9：Advance care planning（ACP）とは、「人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が、家族等や医療・ケアチームと、事前に繰り返し話し合うプロセス」と定義されています。話し合う内容には、DNARを含

リビング・ウィルとアドバンス・ディレクティブを含みます。

DNAR (do not attempt resuscitation) とは、「尊厳死の概念に相通じるもので、癌の末期、老衰、救命の可能性がない患者などで、本人または家族の希望で心肺蘇生 (CPR) を行わないこと」と定義されています (日本救急医学会医学用語解説集より)。

リビング・ウィル (Living Will) とは、「生前の (リビング) 意思表示 (ウィル) と邦訳され、終末期医療に関して、判断力のあるうちに意思表示しておく指示書のことです。具体的には、DNARや生命維持装置の使用の拒否、疼痛除去治療の希望など、受たい治療と受たくない治療を明らかにし、文書にし、保管しておくことです。

アドバンス・ディレクティブ (Advance Directive、AD) とは、「事前指示」と邦訳され、リビング・ウィルと、自分に代わって治療方針を決定してくれる代理意思決定人の決定よりなります。ADには、①患者が家族と治療の希望について話し合っていない、②本人の代わりに医療の決定を行う代理人の負担が大きい、③患者の医療・ケア環境が変わる時、書面がどこにあるか分からなくなる、④患者がADの書面を完成させていない、⑤一旦作成されると、患者の状況の変化が反映されることがあまりない、などの問題がありました。

このようなADの問題点を踏まえ、ADに無かった、患者本人や家族等と、医療・ケアチームが、人生の最終段階における治療・ケアについて話し合う、プロセスを重視した計画の手法が「アドバンス・ケア・プランニング (ACP)」です。邦訳では「事前医療・ケア計画」「患者の意思決定支援計画」などと呼ばれています。2018年11月30日 (「いい看取り・看取られ」の日) に、厚生労働省は、このACPの愛称を「人生会議」に決定しました。

ACPは、話し合いを経て本人や家族等と、医療・ケアチームが患者の希望や価値観を共有することによって、患者の希望が尊重されやすいという利点があり、また、代理人の心理的負担の軽減にもなります。病状の変化によって何度も話し合われ、適宜見直され、文書にし保管します。ACPの問題点は、時間と手間がかかります。

平成30年度に診療報酬改定では、在宅ターミナルケア加算の算定要件にこのACPが入っています。

付 録

平成30年度診療報酬点数 (本文に出てきたもののうち主なものを掲載)

診療料の名称	点数	概 要
C007 訪問看護指示料	300	指定訪問看護事業者からの指定訪問看護等の必要を認め、患者の同意を得て患者の指定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
C007 注2 特別訪問看護指示加算	100	患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者の同意を得て訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り加算する。
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	100	週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。
B009 診療情報提供料 (I)	250	(注3) 保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
C002 在宅時医学総合管理料	※ 1760	在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。
C002 注4 在宅移行早期加算	100	在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り所定点数に加算する。
C002-2 施設入居時等医学総合管理料	※ 1280	施設入居者等であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。

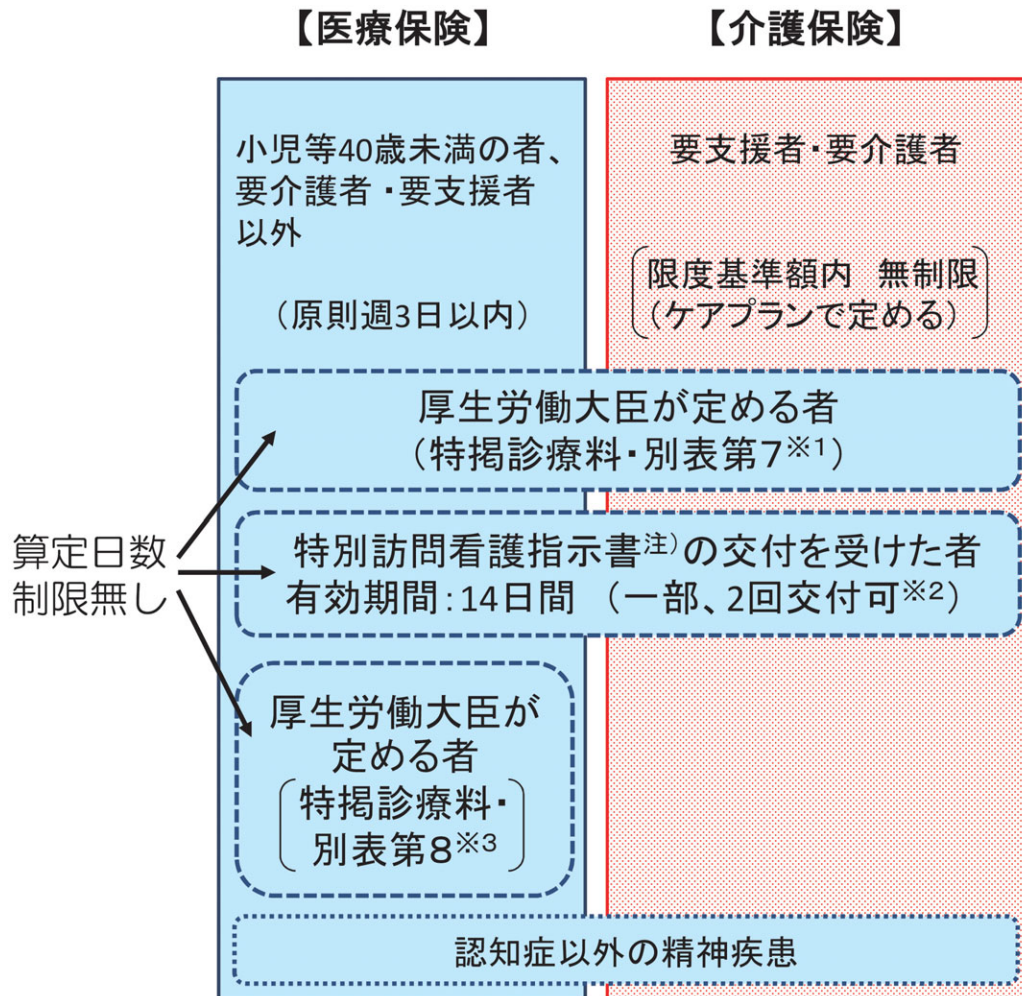
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200	がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。
B009-2 電子的診療情報評価料	30	別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。
B004 退院時共同指導料 1	※ 900	保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、看護師、薬剤師、社会福祉士などが当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の保険医又は看護師、薬剤師、社会福祉士などと共同で行った上で、文書で情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。
C001 在宅患者訪問診療料（I）	※ 833	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に限り算出する。この場合において、再診料（A001）、外来診療料（A002）、オンライン診療料（A003）、往診料（C000）又はオンライン在宅管理料（C002の注12）は、算定しない。
C001 注6 在宅ターミナルケア加算	※ 3500	在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、それぞれ所定点数に加算する。 （通知14）この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。 また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者及びその家族と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

C001 注7 看取り加算	3000	往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合（Iを算定する場合に限る。）には、看取り加算として加算する。
C000 往診料	720	患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できる。
注1・緊急往診加算	325	<ul style="list-style-type: none"> 緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。
・夜間・休日往診加算	650	
・深夜往診加算	1300	

※印が付いている点数は、条件などにより複数区分されているため、一般的な場合のものを記載しています。当該診療報酬点数の詳細を確認してください。



医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ（図）



※1：別表第7

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

**※2：特別訪問看護指示書を月2回交付できる者
(有効期間：28日間)**

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注)：特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

※3：別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

厚生労働省資料より



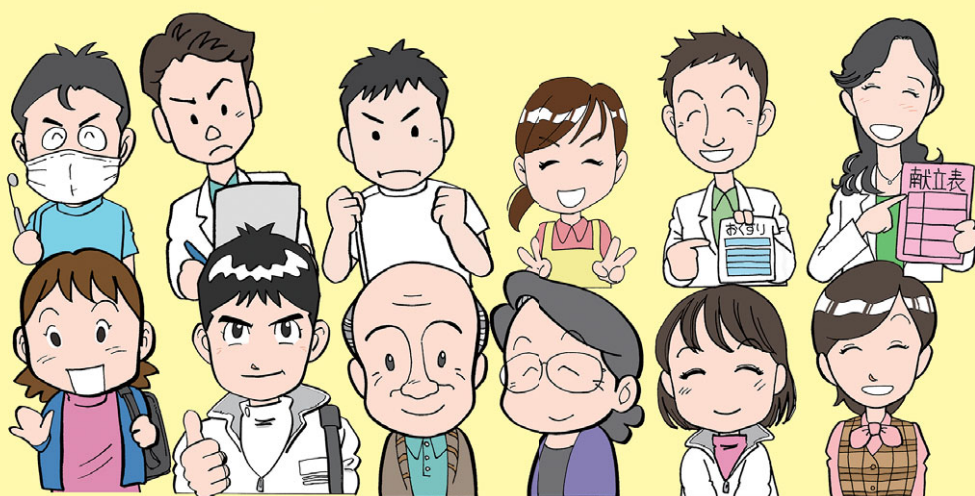
編集委員（五十音順）

阿保外科医院 副院長	阿保 貴章
奥平外科医院 院長	奥平 定之
たくま医院 院長	詫摩 和彦
ちひろ内科クリニック 院長	土屋 知洋
安中外科・脳神経外科医院 院長	安中 正和

事務局：長崎市包括ケアまちなかラウンジ

－ 医療・介護・福祉の総合相談窓口、在宅医療・介護の連携支援 －

長崎市江戸町6-5 江戸町センタービル2階
TEL：095-893-6621 FAX：095-826-3021



このパンフレットは、長崎市からの委託を受けて
在宅医療・介護連携推進事業の一環として作成し
ています。 (平成31年3月初版作成)