

在宅医療を始めるにあたって

～医師グループ～

小松崎 八寿子

青柳 啓之

荻原 奉祐

小倉 正徳

浜野 淳

目的

- かかりつけ医の在宅医療に対する不安を少しでも軽くし、在宅医療をはじめるとハードルを低くする
- 在宅医療をはじめるとにあたって、必要な臨床的および制度的な知識を理解する
- 在宅医療をはじめるとのために必要な手続きを示し、容易に行えるようにする

対 象

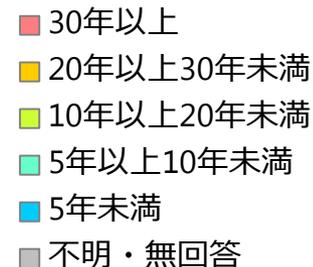
- 在宅医療は始めていないが、関心をもっている「かかりつけ医」
- 在宅医療を始めようと考えているが、どうすればいいのかわからない、と思っている「かかりつけ医」
- 国の政策であり、日本医師会も呼びかけているし、在宅医療はやるしかないだろうが、本当にできるのか不安に思っている「かかりつけ医」

つくば地域の在宅医療の現状に関するアンケート調査

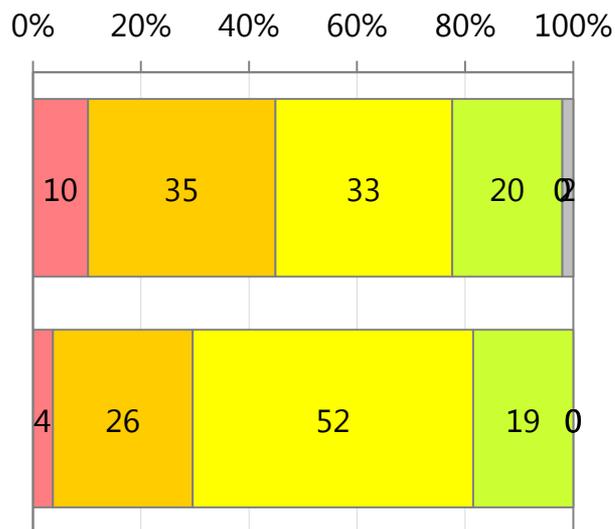
年齢分布



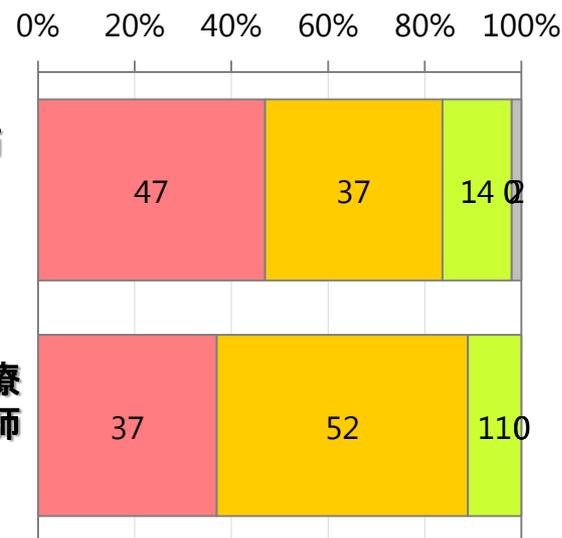
経験年数



回答した全医師
49名



回答した全医師
49名

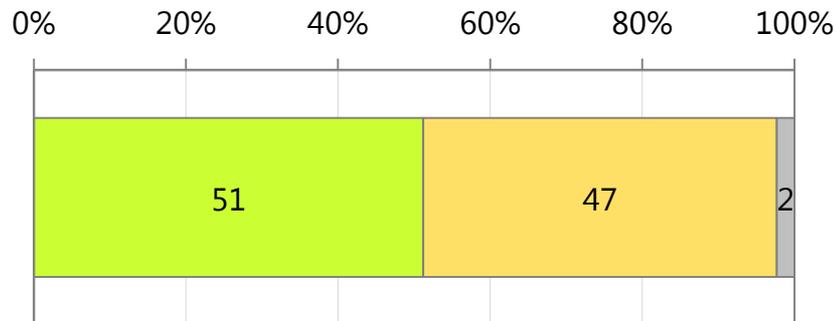


往診・訪問診療
をしている医師
27名

つくば地域の在宅医療の現状に関するアンケート調査

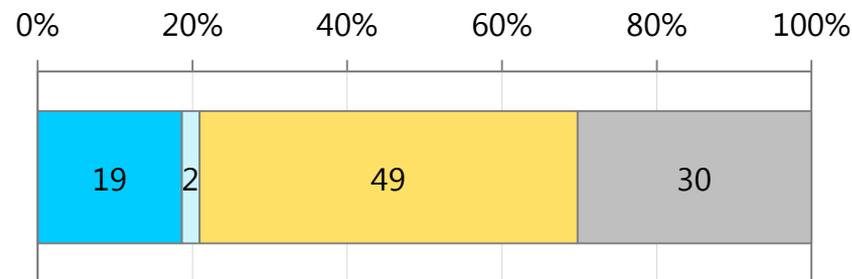
在宅療養支援診療所届出

■ 届け出あり ■ 届け出なし ■ 不明・無回答



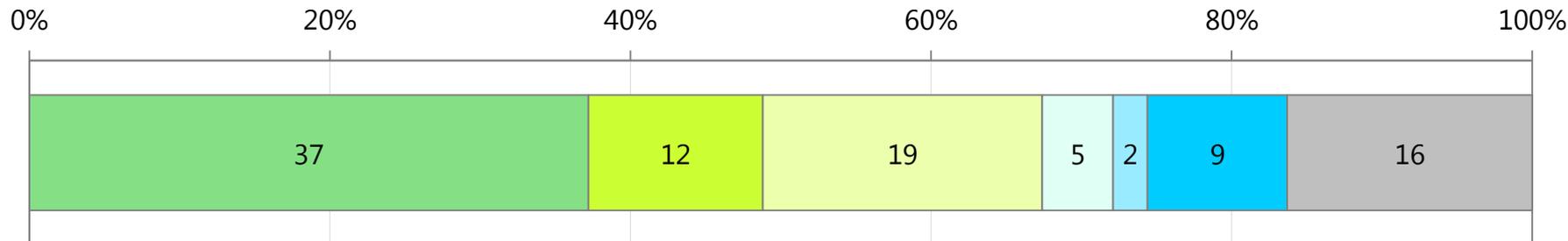
機能強化型在宅療養支援診療所届出

■ 病床を有しない強化型として届け出
■ 病床を有する強化型として届け出
■ 強化型として届け出なし
■ 不明・無回答



平成24年7月1か月の時間外電話対応件数

■ 0件 ■ 1~3件未満 ■ 3~6件未満 ■ 6~9件未満 ■ 9~12件未満 ■ 12件以上 ■ 不明・無回答

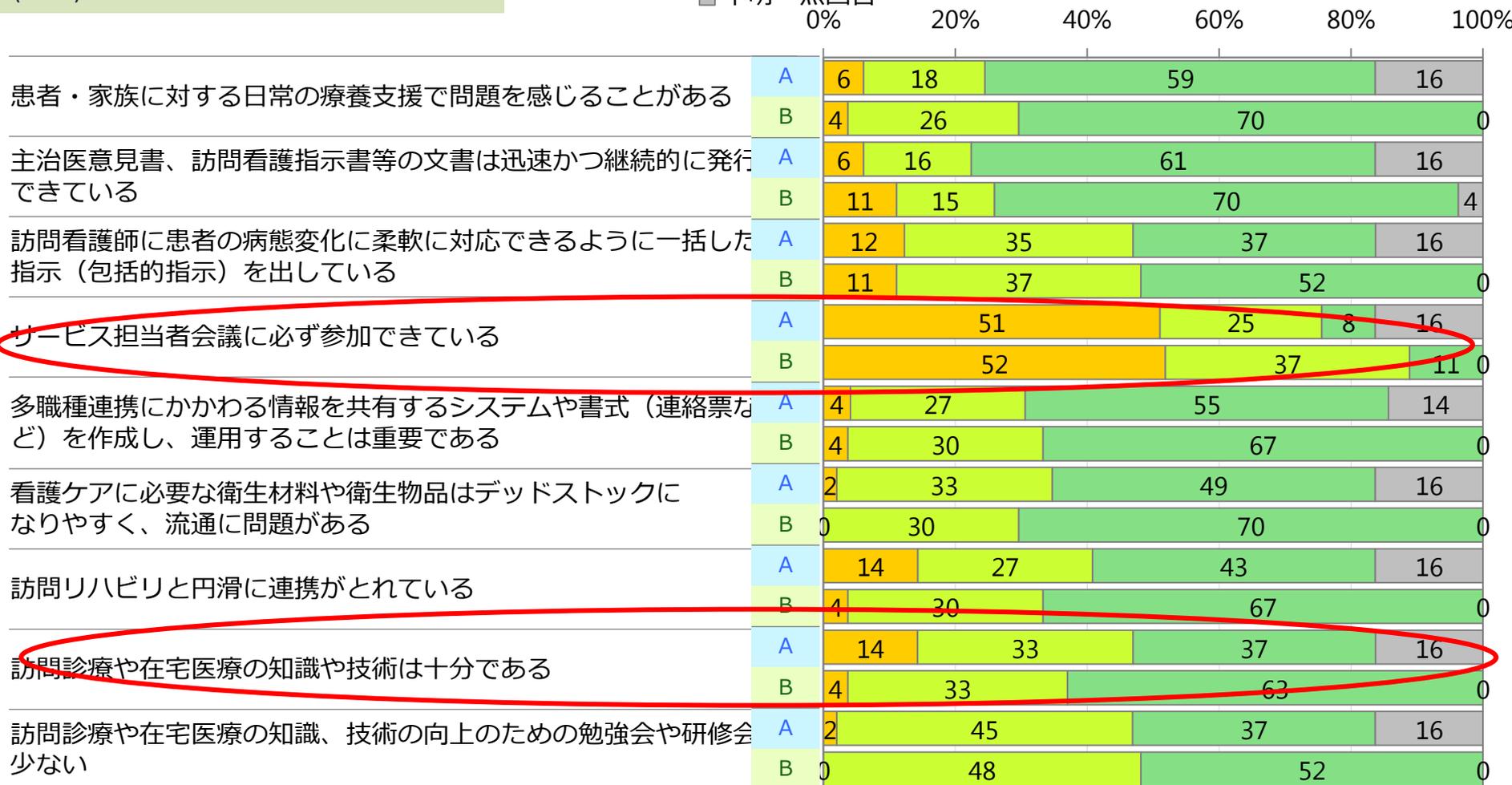


日常の療養支援について

* A - 医師全体 (n=49)

* B - 往診・訪問診療とも行っている医師 (n=27)

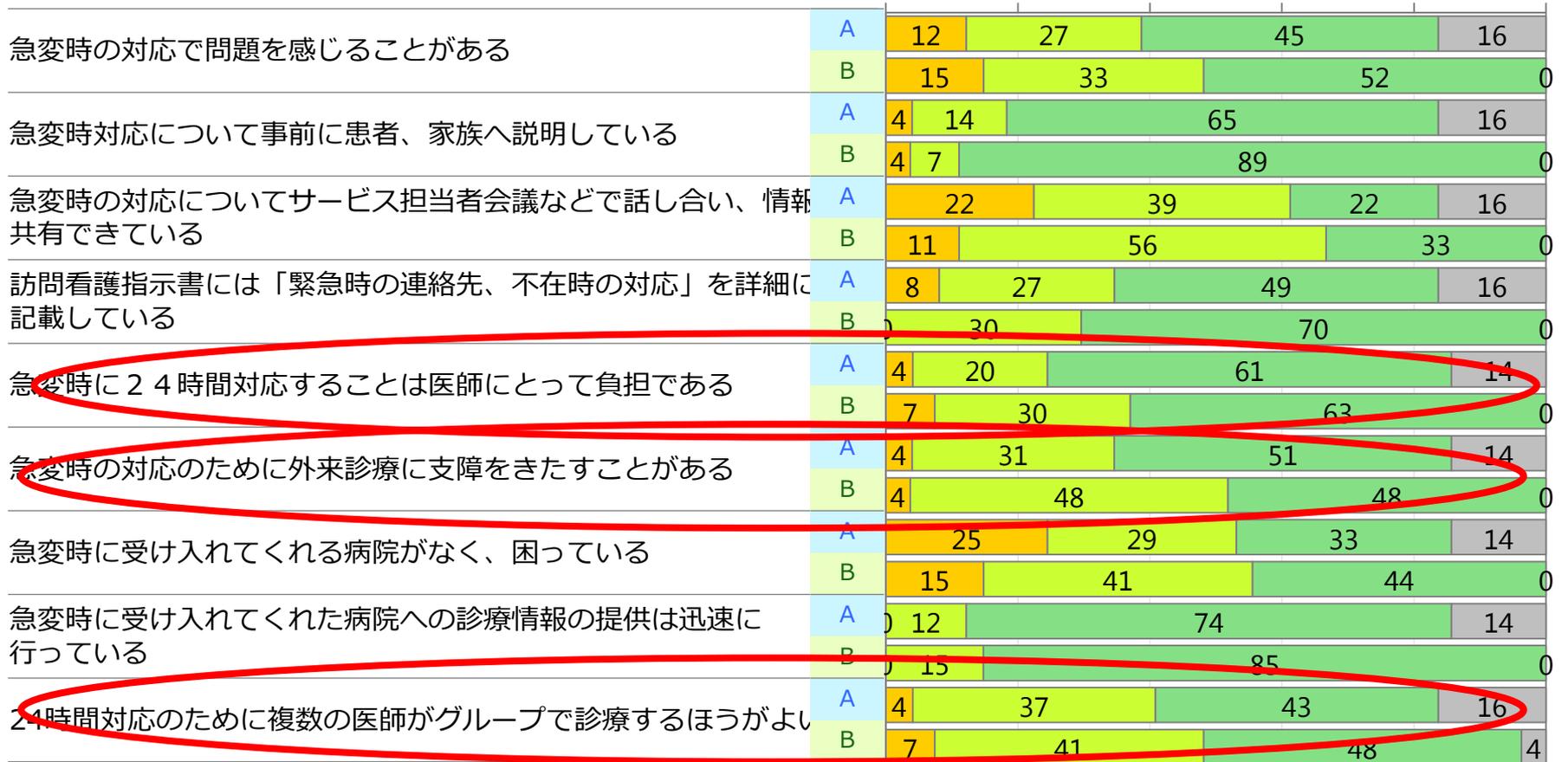
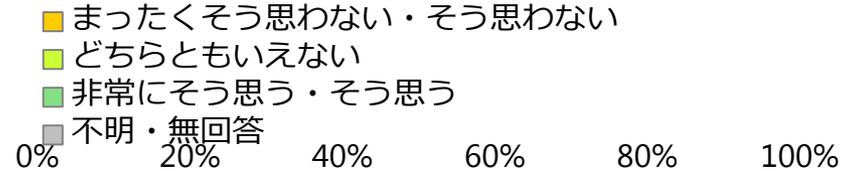
- まったくそう思わない・そう思わない
- どちらともいえない
- 非常にそう思う・そう思う
- 不明・無回答



急変時の対応について

* A - 医師全体 (n=49)

* B - 往診・訪問診療とも行っている医師 (n=27)



つくば市医師会員に行った アンケートから見えること

1. 「日常の療養支援」より「急変時の対応」に負担を感じる

- ・サービス担当者会議への参加が難しい
- ・訪問診療等の知識や技術に不安
- ・24時間対応の負担
- ・外来の診療時間中には対応できない

2. グループ診療も一つの方策ではあるが、実際の運用の仕方に不安を感じる

かかりつけ医が在宅医療を行う意義

患者や家族の立場から：

○長年、親しんだ先生に最期までみてほしい

○自宅で、できるだけ長く過ごしたい

○親しい医師にいろいろな話や希望を聞いてもらいたい

かかりつけ医が在宅医療を行う意義

医師の立場から：

- 患者さんの生活が見え、病気だけでなくその人の全体がわかってくる
- 家族になじむことができる
- 患者さんや家族の望みが伝わりやすい
- 可能な限りそれに沿った医療を提供する努力ができる

資料

- ①在宅医療点数の手引き 診療報酬と介護報酬
2012年度改訂版 全国保険医団体連合会
- ②在宅医療 午後から地域へ 日本医師会雑誌
第139巻・特別号(1)
- ③在宅医療の充実に向けて 日本医師会雑誌
第142巻・第7号
- ④在宅医療を始める方へ 訪問看護活用ガイド
公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団
- ⑤在宅医療の知識と実際～病院で働く皆さんへ～
公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団

往診と訪問診療

往診：患家からの求めがあってその都度出向くもの⇒回数制限なし

訪問診療：患者の同意を得て、あらかじめ医師がたてた訪問計画に基づいて患家に出向くもの⇒週3回まで（状態と疾患により例外あり）

在宅医療を始める前に 理解しておきたい知識

1. 在宅医療と介護保険の関係
2. 訪問看護ステーションとの連携⇒訪問看護指示書
3. 在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院
⇒一般の医療機関との違い
4. 在宅医療に必要な届け出・手続き
5. 在宅医療の点数算定の仕方

在宅医療と介護保険の関係

○介護保険はケアマネが作るケアプラン
があってはじめて使える

⇒ケアマネの手腕にかかっている

○医療と介護の連携がうまくいかないと
患者さんの状態はなかなか改善しない

○介護保険優先の原則あり資料①p23、257

○居宅療養管理指導費 資料①p24

○訪問看護は介護保険の利用が原則だが
医療保険を使う場合もある資料④p14、16

訪問看護ステーションとの連携

- 波長の合う訪問看護ステーションを見つけること
- 訪問診療を行う上で極めて重要なポイント
- 訪問看護は医師の指示書で始まる
 - ⇒最長6か月までの指示が可能、月1回まで300点
資料①p160
- 24時間体制の訪問看護ステーションとの連携なしに医師一人で24時間体制に応じることは不可能

在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院

- 在宅療養支援診療所とは・・・
- 在宅医療支援病院とは・・・
- 機能強化型とは・・・**単独型、連携型**

資料①p39、p45

在宅医療に必要な届け出・手続き

- 在宅時医学総合管理料 資料①p61
- 在宅療養支援診療所 資料①p53
- 在宅療養支援病院 資料①p53
- 機能強化型在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院 資料①P54
- 在宅がん医療総合診療料 資料①p61

在宅医療の点数算定の仕方

○在宅医療の算定の仕方には、3つのパターンがある 資料①p18

①すべて出来高

②在宅時医学総合管理料＋出来高

⇒月2回の計画的な訪問診療

資料①p21

③在宅がん医療総合診療料

資料①p21

訪問診療は契約で行うもの

○予め作っておく必要のある文書

①訪問診療に当たり患者さんに配布する文書

資料①p46～49

②在宅療養計画書

資料①p116

③訪問診療に際しての重要事項説明書

退院から在宅医療への流れ

- 退院前に本人と家族の意向を確認
- 病院内での退院支援計画書作成⇒具体的なスケジュールの作成
- 介護保険の申請・認定調査、ケアマネ選定など
- 病院での退院前カンファレンス
 - ・多職種間で情報を共有
 - ・病院側：主治医、病棟看護師、ソーシャルワーカー、リハビリスタッフなど
 - ・在宅側：在宅医、訪問看護師、訪問介護、訪問リハビリスタッフ、福祉機器業者など

退院前カンファレンス

○患者本人・家族の不安や負担感の軽減につながる

○家族も同席することあり

○ケアマネージャあるいはソーシャルワーカーの司会で、病院の担当医、担当看護師、担当リハスタッフから経過説明を受ける

○在宅でかかわる医師、看護師、訪問介護、福祉機器業者など打ち合わせ

⇒退院時共同指導料600点(1000)点

外来から在宅医療への流れ

○在宅医療は患者さんが、外来への通院が困難になった状況で行われる

- ・ 患者さん自身が要介護状態になったとき
- ・ 介護する家族の状況を確認
- ・ 介護保険の導入
- ・ ケアマネージャの選定
- ・ 訪問看護の導入

訪問診療のスタート

- あらかじめ診療実績があり、患者の了解が取れていれば、初回の訪問から訪問診療になる
 - そうでない場合は初回訪問は往診になる
 - 訪問診療計画書の説明
 - 重要事項説明書の説明
- ⇒契約となる

訪問診療の多職種連携

- サービス担当者会議：外来診療の時間帯に重なることが多く参加は難しい
- ケアマネージャや訪問看護師とは、予め文書でコミュニケーションをとると良い
- 訪問診療をしている患者さんであれば、介護保険の居宅療養管理指導費を請求できるが・・・

かかりつけ医の訪問診療

在宅医療の24時間体制を維持するために

1. 訪問看護との連携
2. 診療所の看護師の在宅医療への参加
3. 入院ができるバックアップ体制の確保
4. 濃厚な医療介入を軽装化する
5. 病状を予測しながら対応する
6. 患者の意思を尊重し、療養方針を決定する
⇒在宅看取りをするかどうか
7. 多職種連携と情報共有

資料③p1522

診療所の看護師の在宅医療への参加

○訪問診療への同行

○訪問診療をしている患者の状況、家族背景などをできるだけ理解もらう

○患者・家族あるいは訪問看護ステーションやケアマネージャと診療所の連絡役になってもらう

濃厚な医療介入を軽装化する

○輸液の必要性を検討する

- ・ 輸液量が多いために、痰が増えたり、浮腫を生じていないか？
- ・ 高カロリー輸液が必要か？
- ・ 高カロリー輸液の混注薬の内容を見直せるか？

○原則として経管栄養から経口摂取へ

○褥瘡処置などの検討

- ・ どの程度清潔操作は必要か？