

平成26年度茨城県在宅医療・介護連携拠点事業

多職種協働による 在宅チーム医療のための 地域リーダー研修会

一般社団法人
つくば市医師会 事務局

〒300-3257

茨城県つくば市筑穂一丁目10-4 つくば市大穂庁舎内

TEL029-877-1414 FAX029-877-1415

E-mail zimu@tsukuba-med.jp



目次

- 在宅医療概論 1
茨城県における在宅医療概論
- 在宅医療概論 2
生活を支える在宅医療と在宅ケア
- 実践 多職種カンファレンス 事例①
- 在宅医療を始めるにあたって～医師グループ～
- 在宅医療を始めるにあたって～訪問看護サービス活用法～
診療報酬 —保険別訪問看護療養費について—
- 在宅医療を始めるにあたって
ケアマネジャーの役割（介護支援専門員）
- 実践 多職種カンファレンス 事例②
- 資料

多職種による在宅チーム医療 のための地域リーダー研修

在宅医療概論 1

茨城県の在宅医療 「これまで」と「これから」

セッションの内容

- **在宅医療：歴史と言葉の定義**
- わが国の在宅医療と在宅ケア
- 茨城県の在宅医療と在宅ケア
- 病気の軌跡を知る
- 多職種協働とエンドオブライフ・ケアの視点

在宅医療の歴史

- **第2次世界大戦後、病院での入院医療が発展した**
 - － それまでは宅診と往診が主流
 - － 入院医療は費用が高い
 - － 入院医療の質が低い
- **例えば、脳卒中は安静が第一とされていた**
 - － 往診がスタンダード
 - － 介護は主婦の役割

在宅医療の歴史

- 昭和25年頃:全死亡者の約2/3が64歳以下
 - 80%以上が自宅で死亡
- 昭和30-40年代:入院医療の質が向上する
 - 脳卒中が救命できることがわかった
 - 昭和30年代後半:国民皆保険制度が創設
- 昭和40年代以降、往診は衰退する
- 医療の主流が外来診療と入院診療になる

在宅医療の歴史

- 昭和50年代:CT,MRIが普及
 - 救命はできたが障害が残る
 - “寝たきり高齢者”の増加
 - 老人病院の乱立→医療費高騰
 - 入院医療偏重の是正が始まる
 - 死因の第1位:脳卒中→がん
- 昭和60年代:訪問看護が点数化
 - 政策的な在宅医療の推進

在宅医療の歴史

- 在宅医療の復権
 - 昭和50年代:「定期往診」の自然発生
 - 昭和56年:往診料、59年:「緊急往診」加算
 - 昭和61年:在宅医療元年→訪問診療の概念
 - 平成4年:医療法改正→在宅医療は第3の医療と位置づけられる
 - 平成12年:介護保険制度の施行
 - 平成18年:在宅療養支援診療所が制度化される

ことばの定義

- 在宅療養
何らかの病気や障害を持ちながら、自宅で生活を継続すること
最近、介護施設も含めた居宅系施設での療養も含むと理解されている
- 在宅医療
訪問診療や往診、訪問看護、訪問リハビリなど患者の自宅で提供される訪問系の医療サービスを指す
- 在宅ケア
医療系サービスのほかに訪問介護やケアマネージャーによるケアやコーディネーションなど介護系サービス、さらに家族への支援なども含めた広い概念と理解されている

「在宅」の定義は変わった

- 在宅は、「居住系施設」と「居住系施設以外」に分ける
- 「居住系施設」として、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など8種類に分類
- 「居住系施設以外」として、自宅、社会福祉施設、障害者施設等と分類

「介護」は作られたことば

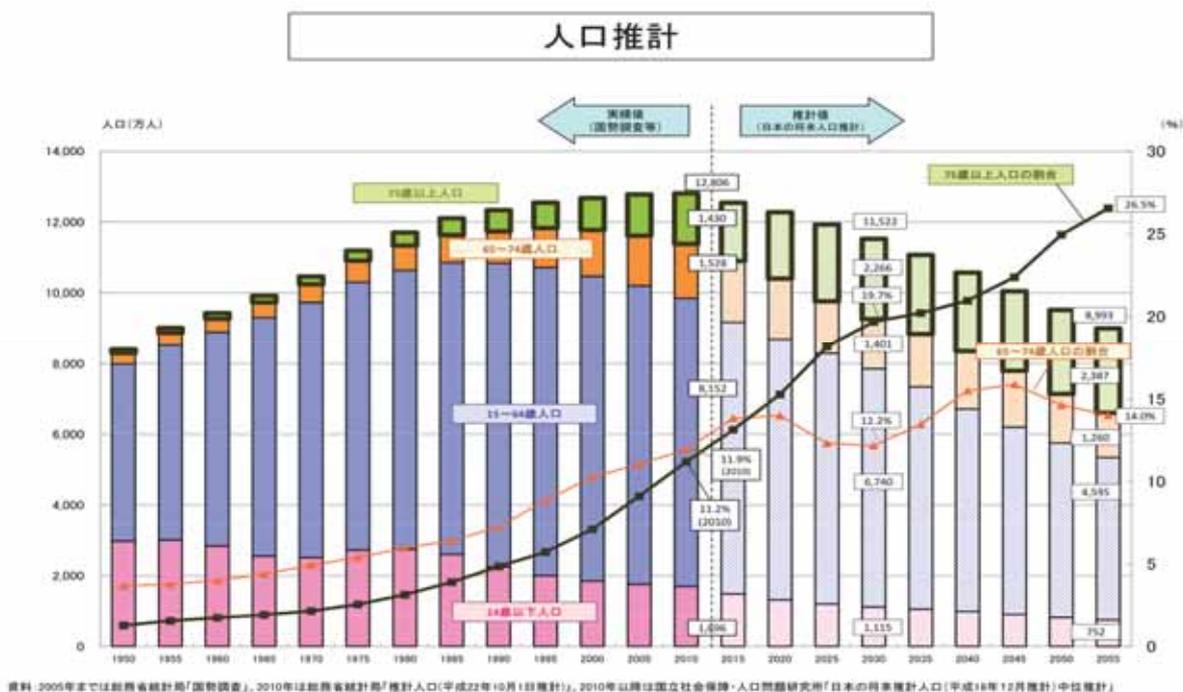
- 「介護」という言葉には、看護と区別するような専門性、特定の業務内容とその位置づけについて専門的な定義はない
- 介護は、介護用品メーカーであるフットマーク株式会社（東京都墨田区）の代表取締役・磯部成文（いそべしげふみ）氏により作られた造語である
- 世話をする側とされる側のお互いの気持ちの交流を考えて『介助』と『看護』を組み合わせて作った
- 1984年に同社により商標登録されている
-

「ウィキペディア」より

セッションの内容

- 在宅医療：歴史と言葉の定義
- わが国の在宅医療と在宅ケア
- 茨城県の在宅医療と在宅ケア
- 病気の軌跡を知る
- 多職種協働とエンドオブライフ・ケアの視点

在宅医療の現状：超高齢社会



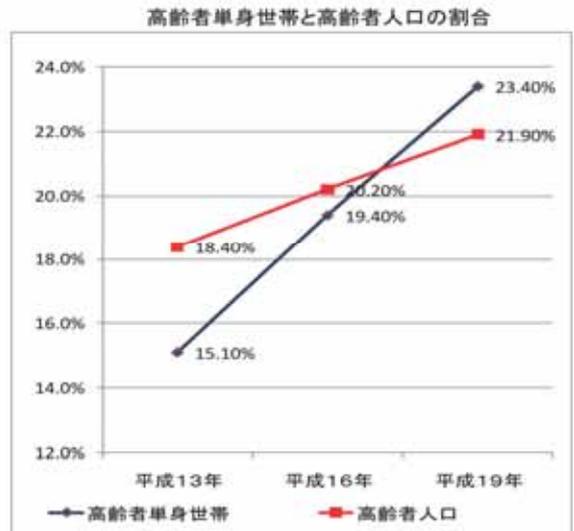
これからの社会は・・・

- 65歳以上の高齢者人口が・・・
 7%以上：高齢化社会 14%以上：高齢社会
 21%以上：超高齢社会 ➡ 長寿社会
- 身近な地域の高齢化率は・・・
 茨城県 65歳以上：24.8% 75歳以上：11.7%
 水戸市 23.4% 土浦市 25.1%
 常総市 25.3% つくば市 17.6%

2013年10月現在

在宅医療の現状：独居の増加

高齢者単身世帯の増加



(出典)国民生活基礎調査から作成

在宅医療の現状：死亡者数の増加

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



課題

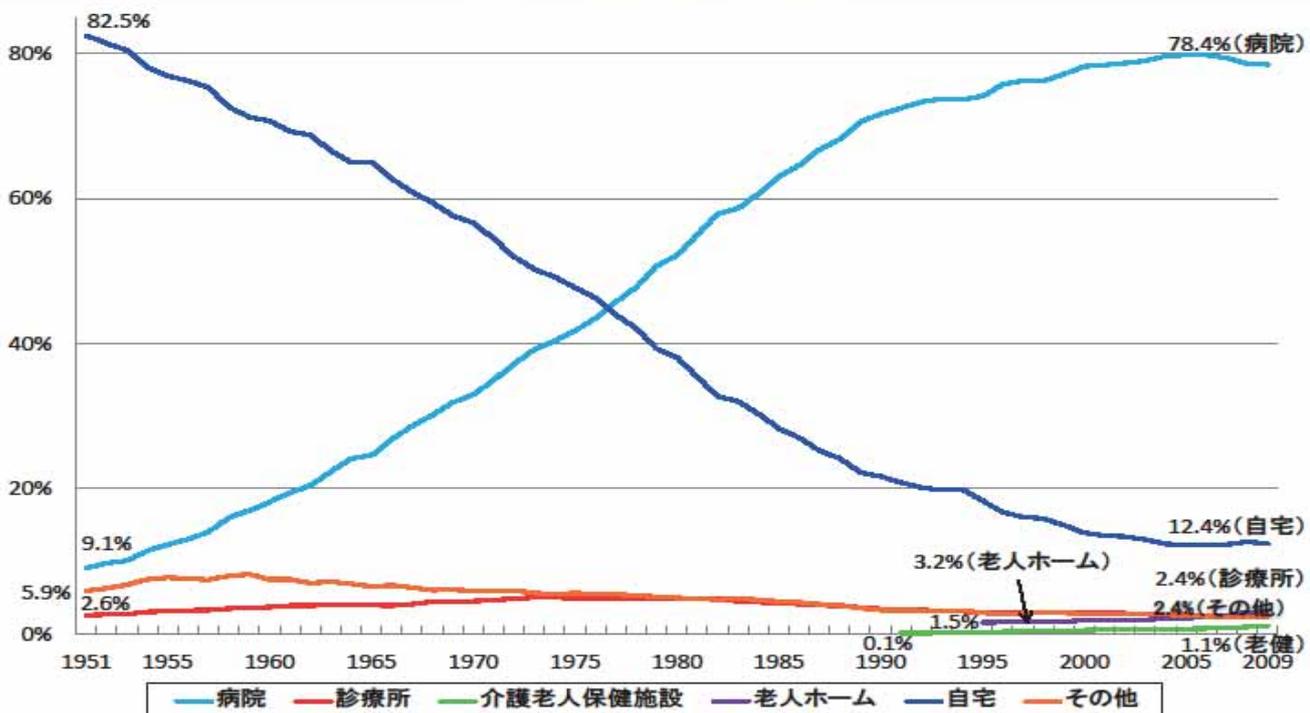
2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】
 2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
 2011年(平成23年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム 5

在宅医療の現状：少ない在宅死

死亡場所の推移

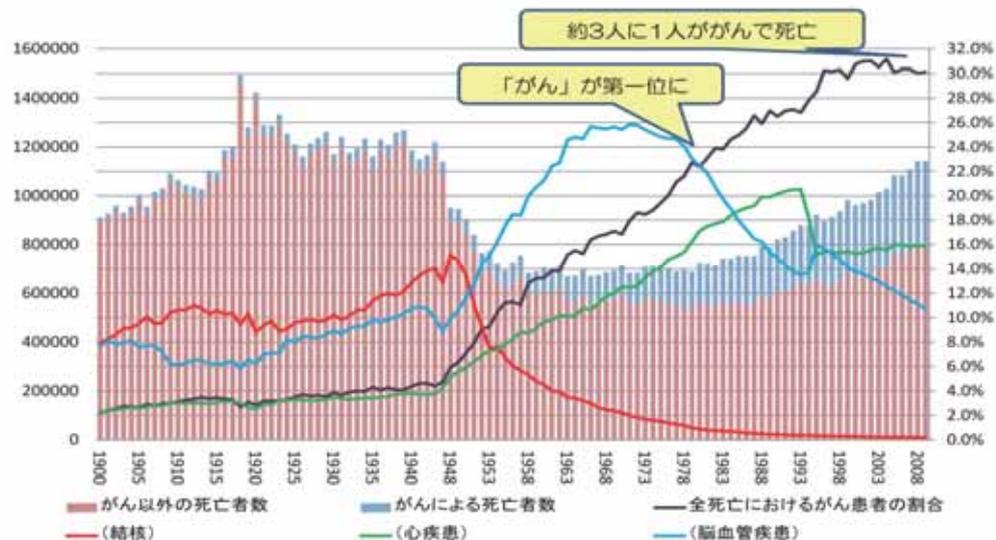


※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態統計」³

在宅医療の現状：がん死の増加

がん死亡者数と全死亡者に対する割合



厚生労働省「H21年人口動態統計月報年報（概数）の概況」より

30

在宅医療の現状：現実と希望の乖離

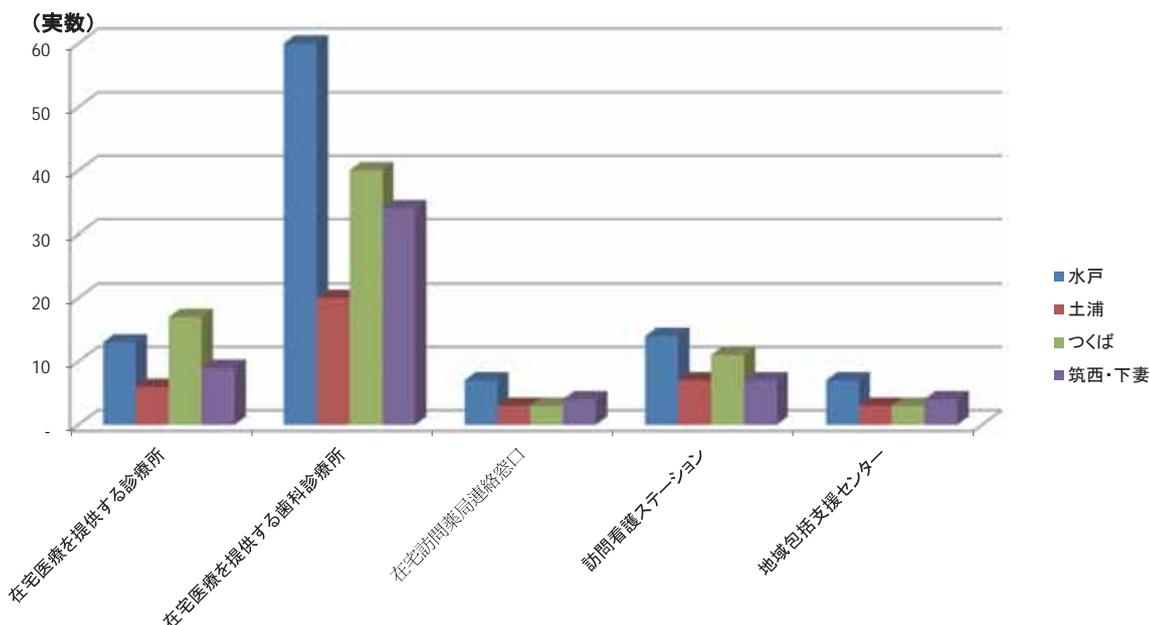
- 高齢者の多くは療養場所としては、63.3%が自宅を希望している
- 最期を迎える場としては国民の54.6%が自宅を希望している
- 自宅で最期を迎えているのは全死亡者のうち12.5%となっている

高齢者の健康に関する意識調査
平成19年度内閣府
平成23年度人口動態調査

セッションの内容

- 在宅医療：歴史と言葉の定義
- わが国の在宅医療と在宅ケア
- 茨城県の在宅医療と在宅ケア
- 病気の軌跡を知る
- 多職種協働とエンドオブライフ・ケアの視点

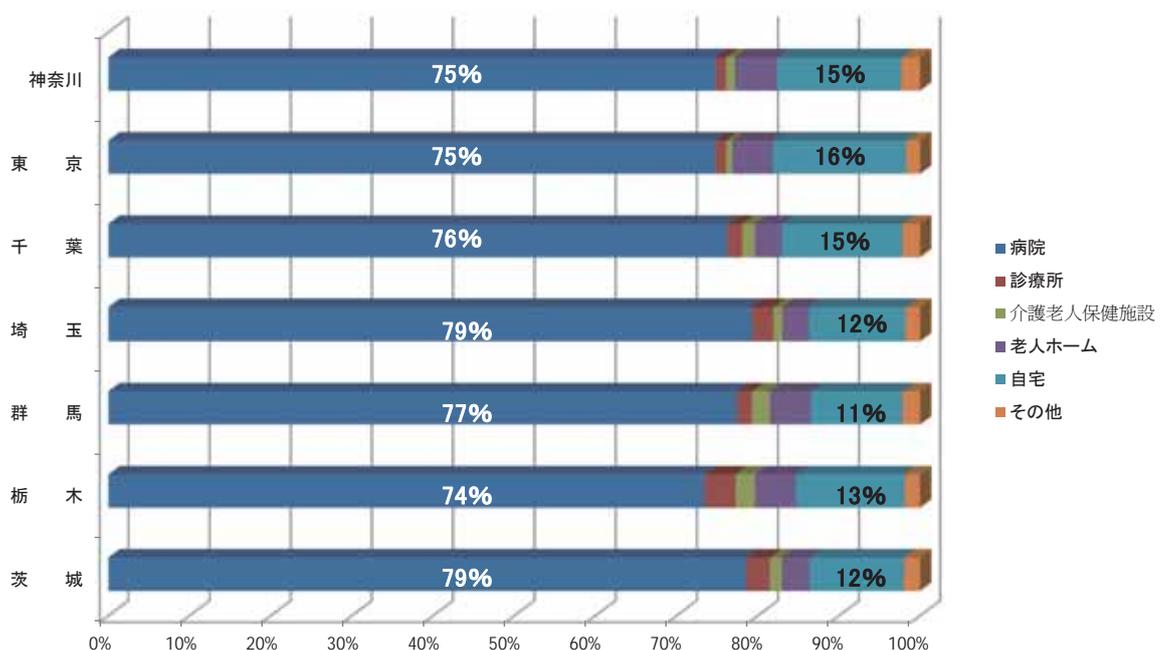
医療圏別：在宅医療を担う医療機関等



第6次保健医療計画：在宅医療の目標値

目標項目	現況値(平成23年度)	目標値(平成26年度)
在宅療養支援診療所数(人口10万人当たり)	5.8箇所	10.2箇所
在宅療養支援歯科診療所(人口10万人当たり)	1.1箇所	3.2箇所
訪問看護ステーションの看護師数(人口10万人当たり)	14.5人	22.7人
訪問薬剤指導を実施する薬局数(人口10万人当たり)	31.1箇所	32.4箇所
在宅死亡者数(人口10万人当たり)	137.7人	150.6人

都道府県別：死亡の場所別にみた死亡割合



平成24年人口動態調査

市町村別：死亡の場所別にみた死亡割合



平成23年人口動態調査

在宅医療の現状：県の調査

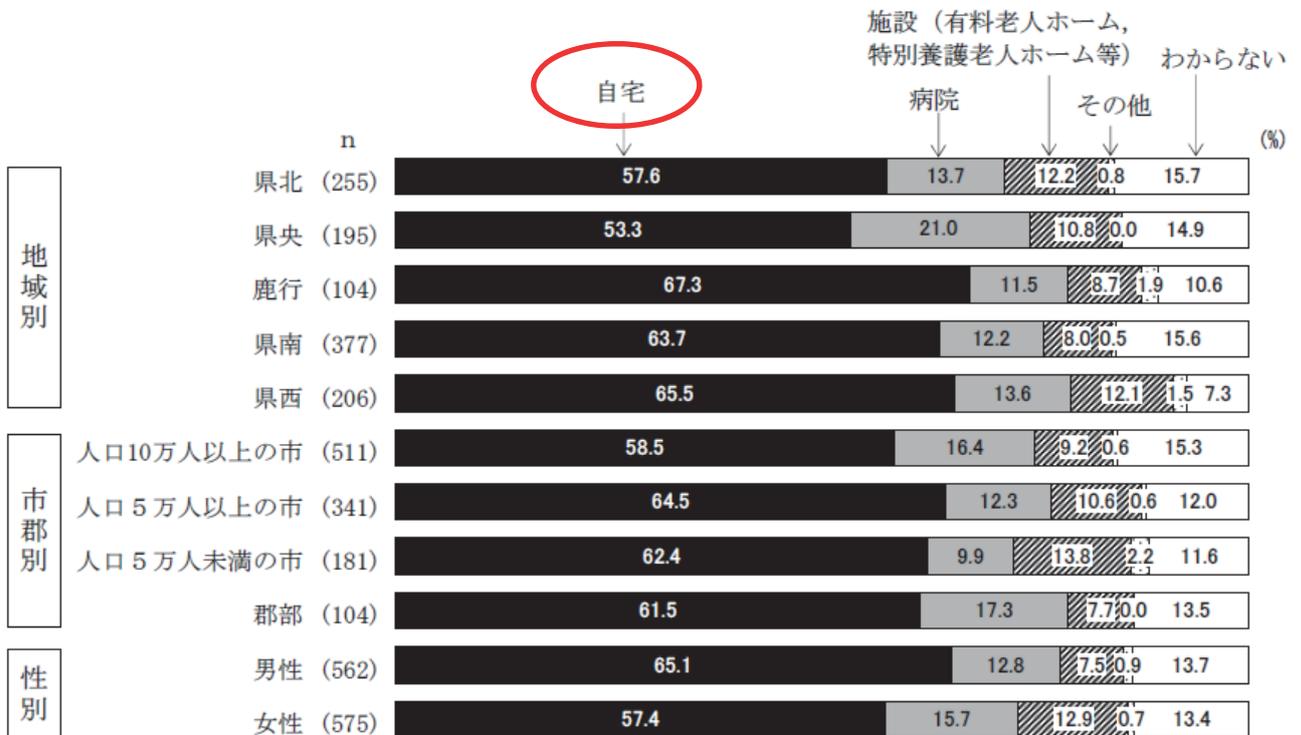
問20 急速な高齢化の進展などから、住み慣れた環境で医療を受けられるよう在宅医療（※）のサービスの充実に取り組んでいますが、あなたは、将来、どこで最期を迎えたいと思いますか。次の中から一番近いものを1つだけ選んでください。

※ 在宅医療とは、自宅での療養を希望する患者さんが、医師の往診や治療、訪問看護などの医療サービスを自宅で受けながら療養生活を送ることです。



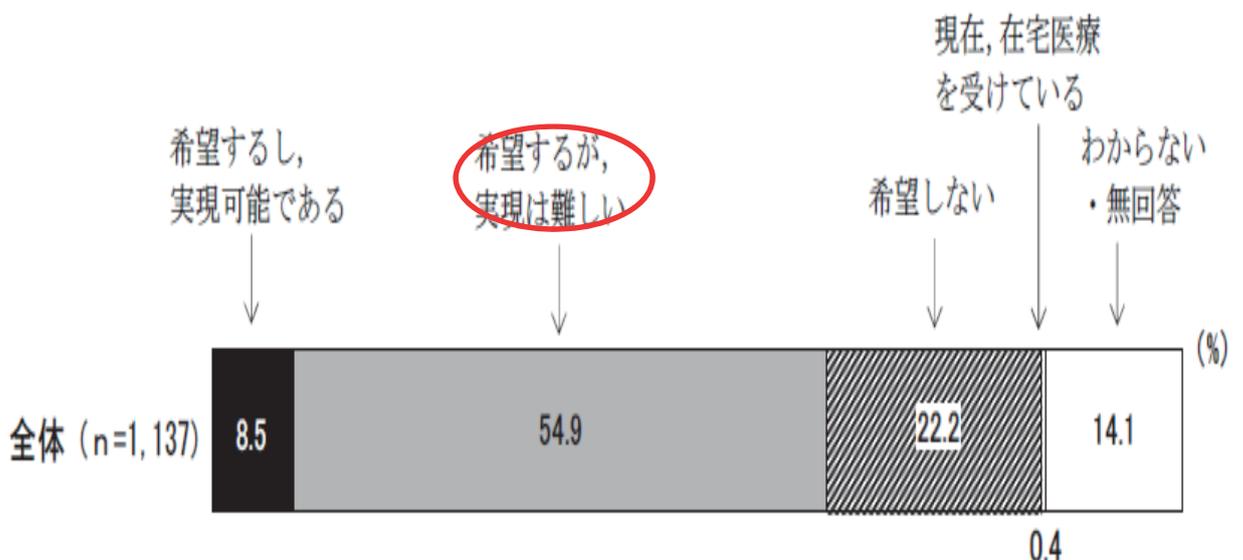
在宅医療の現状：自宅で生活

図区 20-1 終の棲家について（地域別，市郡別，性別，性・年齢別，職業別）



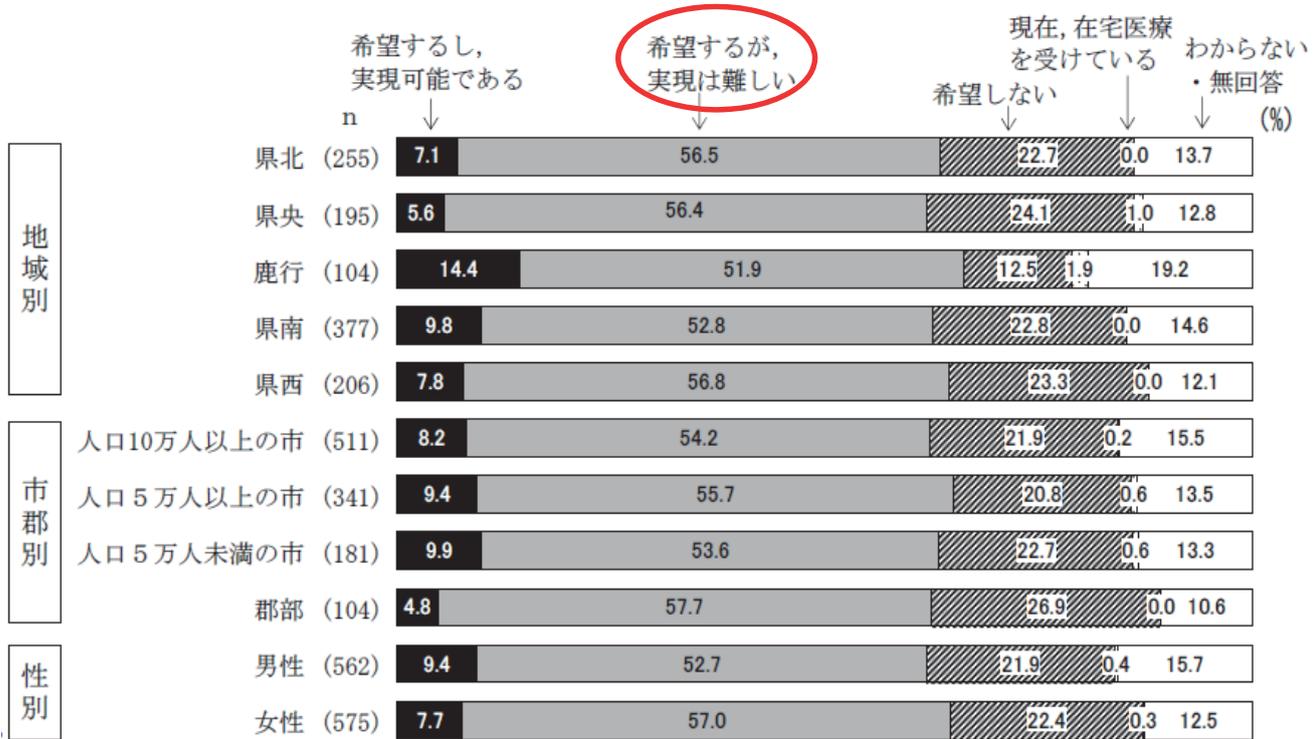
在宅医療の現状：現実 is 厳しい

問21 あなたは、脳卒中やがんなどで長期の療養が必要になった場合、在宅医療を希望しますか。また、その実現は可能だと思いますか。次の中から1つだけ選んでください。



在宅医療の現状：地域差は？

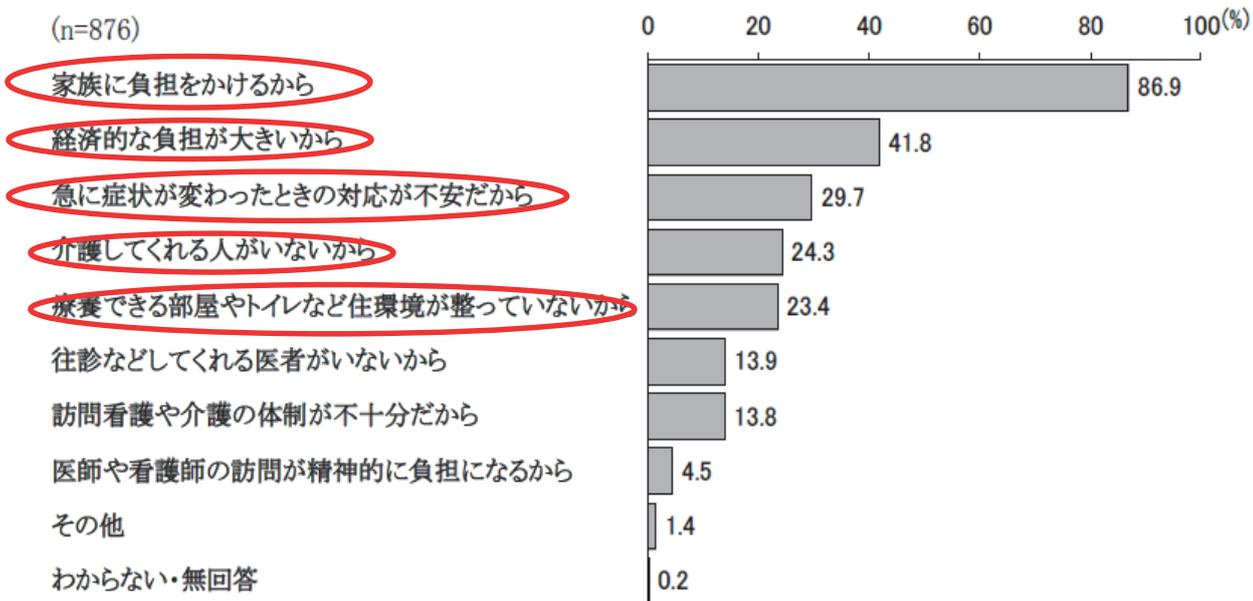
図区 21-1 在宅医療の希望と実現の可能性（地域別，市郡別，性別，性・年齢別，職業別）



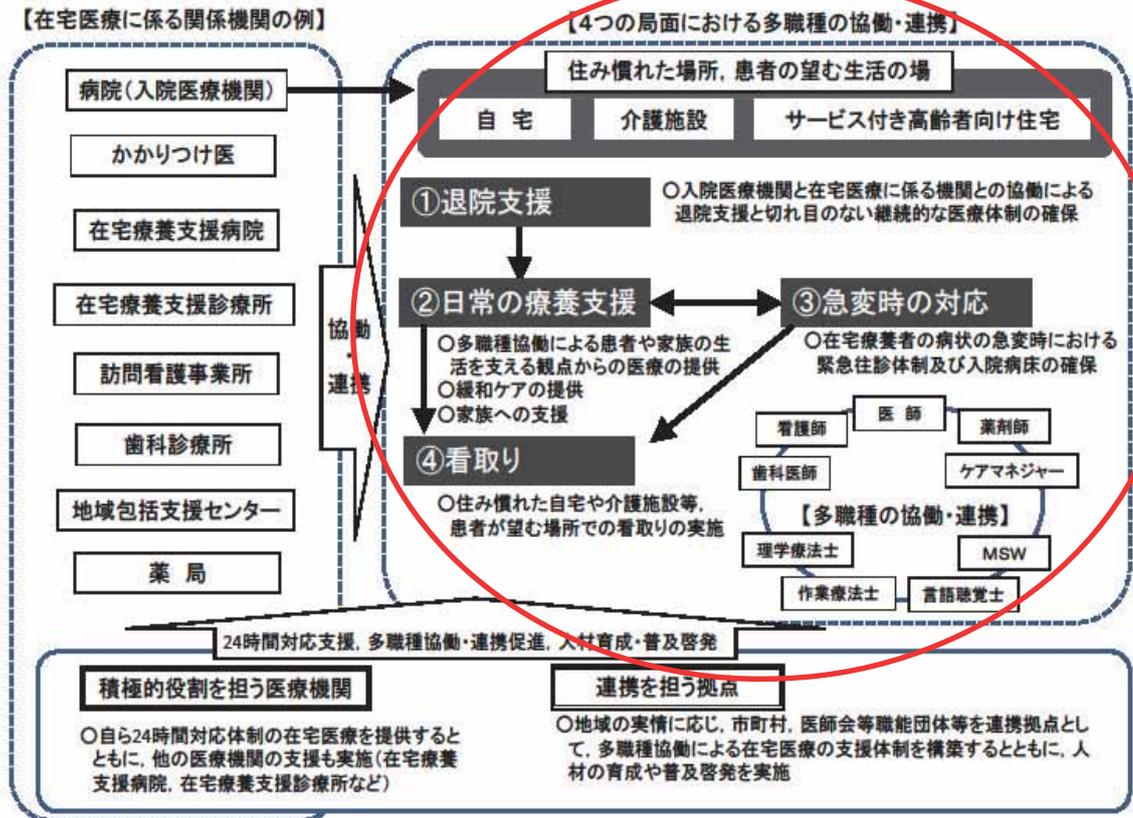
在宅医療の現状：負担と不安

（問21で、「2. 希望するが、実現は難しい」か「3. 希望しない」と回答した方のみ）

問21-1 在宅医療の実現が難しい、または希望しない理由は何ですか。次の中から3つまで選んでください。



茨城県の在宅医療・介護の連携体制

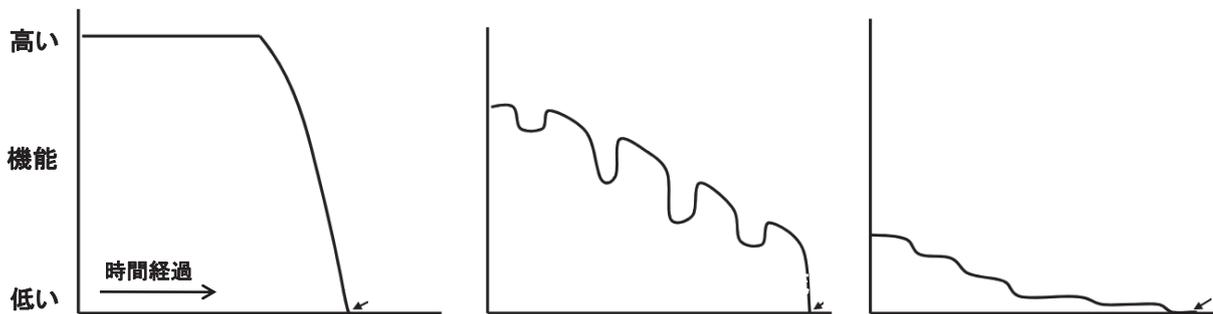


セッションの内容

- 在宅医療：歴史と言葉の定義
- わが国の在宅医療と在宅ケア
- 茨城県の在宅医療と在宅ケア
- 病気の軌跡を知る
- 多職種協働とエンドオブライフ・ケアの視点

疾患群別の病状経過

Illness trajectories



がん等

比較的長い間機能は保たれる
最後の1~2ヶ月くらいで急速に機能が低下する

心・肺疾患末期

急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能が低下する
最後は比較的急に低下

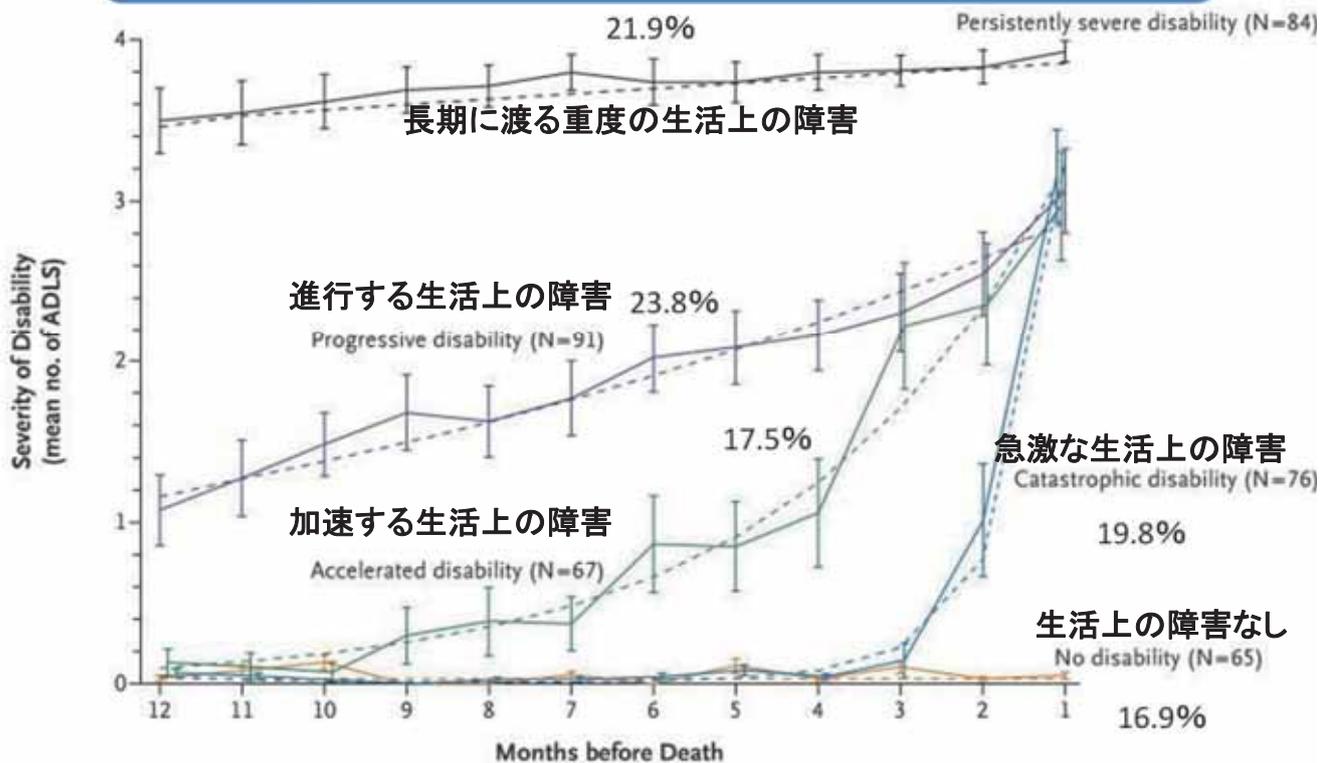
認知症・老衰等

機能が低下した状態が長く続き、さらにゆっくりと機能が低下

Lynn J, et al. JAMA 2001

疾患群別の病状経過

Illness trajectories



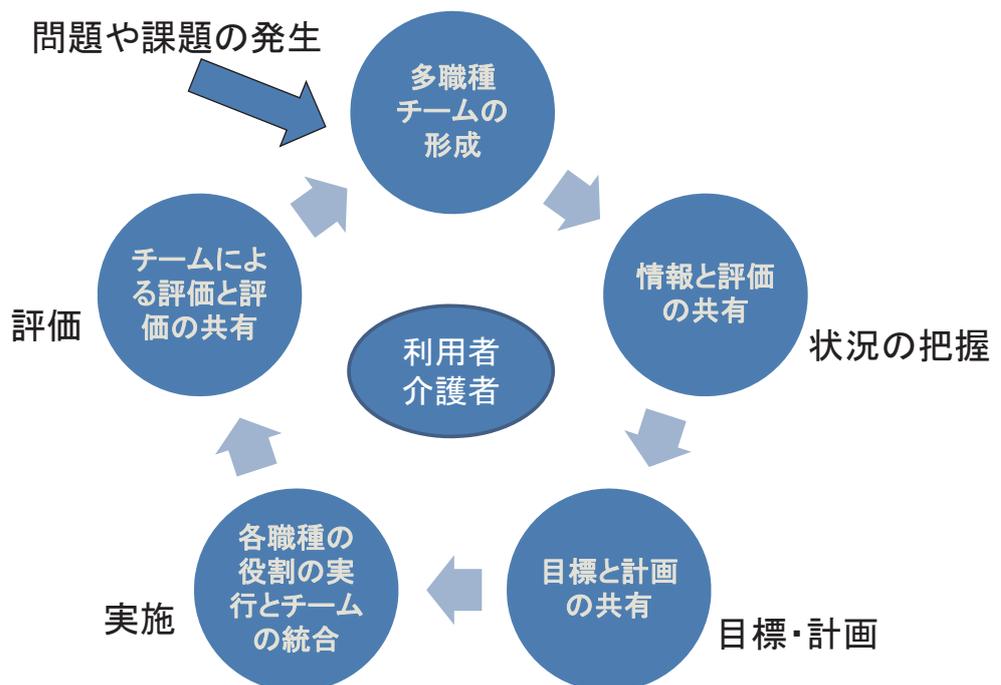
Thomas M. G., N Engl J Med 362:1173-1180 April 1, 2010

セッションの内容

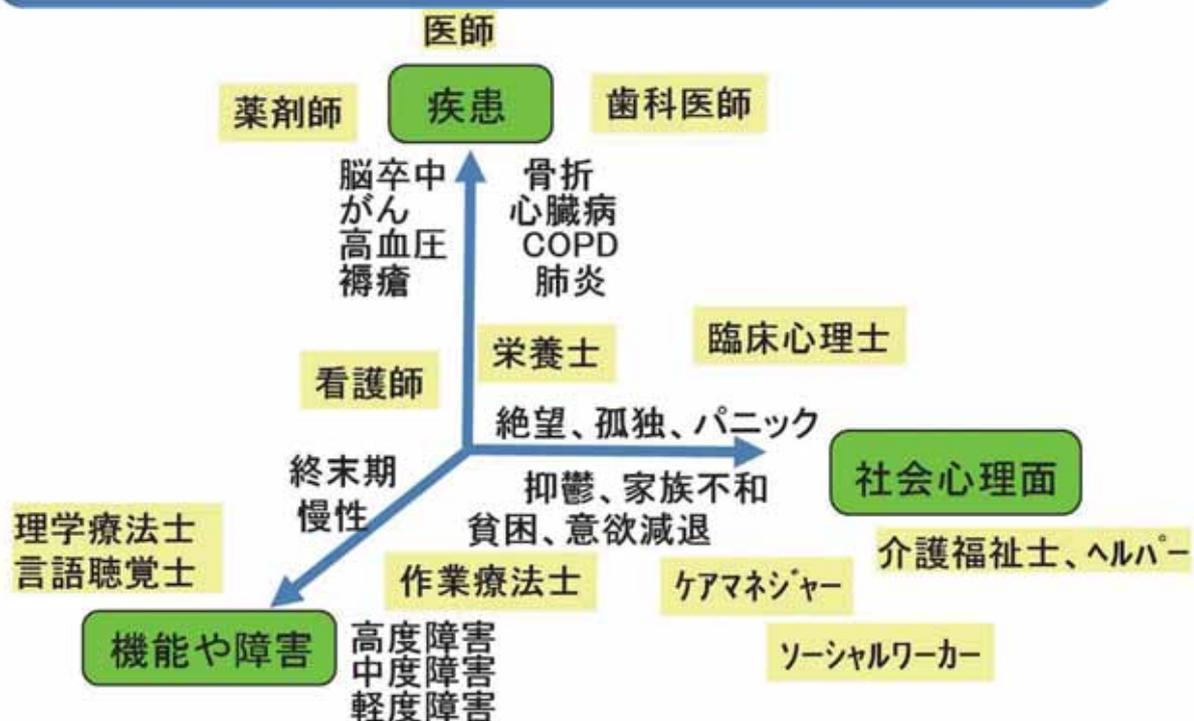
- 在宅医療：歴史と言葉の定義
- わが国の在宅医療と在宅ケア
- 茨城県の在宅医療と在宅ケア
- 病気の軌跡を知る
- 多職種協働とエンドオブライフ・ケアの視点

多職種連携の概念

IPW: Inter-professional Work



在宅医療の多面性と多職種連携



最大のアウトカムを得るためにはIPWが必要

在宅医療で多職種連携が必要とされる理由

- 複雑なニーズにより良く対応できる
 - 身体的・心理的及び家族関係も含めた患者の様々なニーズに対応する
- 多職種の知識と技能を共有できる
 - 各専門職の役割と専門性が明確にして共有する
- 俯瞰的にみる視点がもつ
 - 患者・家族をケアの一単位として、地域包括ケアシスの視点を持つ
- 在宅医療・在宅ケアに関わることの魅力
 - 地域のネットワークの力を実感する
 - 患者・家族の健康とQOLの向上に寄与する

エンドオブライフ・ケア End-of-Life Care

エンドオブライフ・ケアとは、一般に人生の最期の週単位、日単位、時間単位の時期を迎えている患者に対するケアを指します。いくつかの国では、緩和ケアとほぼ同じ意味に使われています。

Sheila P et.al: Supportive, palliative, and end-of-life care for patients with cancer in Asia; resource-stratified guidelines from the Asian Oncology Summit 2012. Lancet Oncology, Vol13 :e492-500, November 2012, www.thelancet.com/oncology

なぜエンドオブライフ・ケアは 必要なのか

1. 多くのひとが在宅で人生の終わり (End of Life) を過ごすことを望む
2. 多くのひとは、病院で人生の終わりを過ごすよりも、在宅で過ごすほうが身体的・精神的苦痛が少なく、QOLが高い
3. 在宅での看取りのほうが家族は心の傷を受けにくい

Wright.A.A et.al: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health.JCO,2010

在宅医療概論 2

生活を支える 在宅医療と在宅ケア

目 的

- 在宅医療・在宅ケアを開始するポイントが理解できる
- 患者・家族の生活や考えを知る重要性が理解できる
- 家族を評価するポイントを理解できる

事 例

- 85歳 女性
- あなたのクリニックに高血圧で長年通院している
- ここ1-2年間は、不眠とうつ状態を訴え、日常生活動作（ADL）が少しずつ低下したため、家族が付き添って通院していた
- 自宅内の生活は自立しているが、最近は通院が負担になり、家族が時々薬を取りに来て、生活の様子を伝えている

事 例

- 皆さんは、この事例で訪問診療などの在宅医療や在宅ケアを検討しますか？

在宅医療・在宅ケアの適応

- H20年3月28日「厚生労働省事務連絡」によれば、在宅医療・在宅ケアの適応は・・・
- 寝たきり、またはこれに準ずる状態で通院困難なもの
- 少なくとも独歩で家族等の助けを借りずに通院ができる者などは通院は容易である
・・・としている

※疾患の重症度、ADL、要介護度などによる
基準はない

在宅医療・在宅ケアを始めるポイント

- 一般に外来に通院している患者さんに、いつ在宅医療・在宅ケアを始めるのが良いのでしょうか？

在宅医療・在宅ケアを始めるポイント

- 定期的な通院が困難になったとき
 - 生活に変化が起きている可能性
- 本人が訪問診療を希望したとき
 - 家族と本人の希望が一致しない可能性

在宅医療・在宅ケアを始めるポイント

- 医療やケアに「切れ目」ができたとき
 - 専門職が継続的に関わっていない
 - 家族だけでサポートしているとき
- 医療やケアに「切れ目」ができそうなとき
 - 病気の軌跡（Illness trajectories）の変化
 - 家族生活の変化
 - 内服コンプライアンスの変化

切れ目のない医療・ケア

- 「病気の軌跡」を意識して患者を診る
 - 「病気の軌跡」のイメージでどの病状にいるのか？
- 保健医療福祉との繋がりに切れ目を作らないようにする
- 「病気の軌跡」を患者本人や家族への病状説明、今後の見通しの説明に活用する

多職種で提供する医療・ケア

- 在宅医療・在宅ケアは「切れ目のない医療・ケア」を実践するための手段
 - 生活の場で医療・看護・介護を実践する
 - 在宅での療養環境を整えてこそ、継続した療養が可能となる
- 在宅医療・在宅ケアの担い手として多職種チーム（保健医療福祉のさまざまな専門職から構成されるチーム）が期待されている

事例 つづき

- 85歳 女性
- あなたのクリニックに長年通院している患者さんに家族を通して、在宅医療について意向を聞いた
- 患者さんは「家族に迷惑をかけてまで通院したくない」とのことで「往診」を希望した
- あなたは「訪問診療」と「訪問看護」を提案した

訪問診療や訪問看護を始めるとき

- 「往診」と「訪問診療」の違い
- 「訪問診療」と「外来診療」の違い
- 「訪問看護」と「外来看護」の違い
- 「訪問診療」や「訪問看護」を断る患者や家族の気持ち

訪問診療・訪問看護を始めるとき ～患者・家族の視点～

- 個人的な生活空間をオープンにする
- 医師や看護師であっても、他人を家に入れる抵抗感やその場にいないかならない拘束感がある
- 患者本人と家族が病気や体調の変化を受け入れなければ、在宅療養が成立しない

訪問診療・訪問看護を始めるとき ～医療者の視点～

- 患者と家族の生活空間で医療を提供する
- 常に患者と家族の了解を得る姿勢や態度で役割を進めていく必要がある
- 常に何をしているのかを観察され、その場では単独で医療やケアを提供するという緊張感を伴う

事例 つづき

- 訪問診療・訪問看護を始めるにあたってあなたは患者さん本人、家族と面談をすることになった
 - どのようなことを聞きたいですか？
 - どのようなことを説明しますか？

訪問診療・訪問看護を始めるとき ～聞きたい・話したいこと～

- 患者、家族の生活を意識して治療・ケアの目標を設定する
 - 本人の希望、考え
 - 家族、介護者の生活状況
- 継続性を意識して処置や投薬を簡略化する
 - 家族のケア力（介護+ α の力）

訪問診療・訪問看護を始めるとき ～医療者の視点～

- 患者や家族ができる症状への対処やくすりの管理、介護方法を提案する
- 医師や看護師の専門性や役割について、とりあえず保留し、患者の考えや価値観、家庭の状況を受け入れていく
- 医師や看護師などの専門職としての役割が不安定になりやすく、「専門職として何ができるか」と迷い、葛藤を生じることもある

訪問診療・訪問看護を始めるとき

- 訪問看護を依頼するにあたって、訪問看護師から家族関係のことを聞かれたが、十分な情報を伝えられなかった
 - 在宅医療・在宅ケアでは、なぜ家族の情報が必要なのでしょうか？
 - 家族について、どのような情報をどうやって聞いてみたらよいのでしょうか？

訪問診療・訪問看護を始めるとき

- 患者の問題を解決するためには、家族も医療・ケアの対象者として捉える必要がある
 - 家族の思い、ペースを尊重した関わり
 - 家族の強みを引き出す関わり
 - 患者と家族の主体性を尊重した関わり

家族を知る

- 現在の状況を家族がどのように考えているか
 - 病気のこと
 - 生活のこと
 - 家族自身のこと
- 医療者が聞きたいことから聞かなくても良い
 - 患者や家族が話しやすいことから

家族を知る

- 家族構成
- これまでと現在の患者と家族の関わり
- 家族の仕事、収入状況
- 患者が一番頼りにしているご家族は誰か？
- 患者と家族の関わりで上手くいっていること、困っていること

事例 つづき

- 85歳 女性
- あなたのクリニックに高血圧で長年通院していたが、通院が困難になり訪問診療、訪問看護を開始した。
- ケアマネジャーとも相談し
 - 訪問診療1回/2週
 - 訪問看護1回/週
 - デイサービス2回/週を開始することになった。

まとめ

- 「病気の軌跡」を支えるためには切れ目のない医療・ケアの提供が必要
 - 多職種チームによる在宅医療・在宅ケアの提供
- 訪問診療・訪問看護を始める時に必要なこと
 - 生活を意識した治療・ケアの目標設定
 - 通院、入院とは異なる視点を持つこと
- 家族を知ることの大切さ
 - 家族も在宅医療・在宅ケアの対象者

実践 多職種カンファレンス 事例①

事例紹介

Aさん 95歳 女性 要介護3

【診断名】 脳梗塞後遺症 右片麻痺 言語障害

高血圧症 心不全

【既往歴】19〇〇年 高血圧症にて内服治療開始

20〇〇年 脳梗塞発症(右片麻痺、言語障害)

【家族構成】本人、長男夫婦(70歳代)、孫夫婦、曾孫

【生活歴】家事、農作業に従事

【キーパーソン】長男 【主介護者】長男の嫁

事例紹介

【利用サービス】

20〇〇年に退院～20××年まで:訪問リハビリ(1回/週)
ただし6か月で中止、通所介護(2回/週)

20××年:訪問入浴(2回/週)

【経過】

- 20××年6月に発熱が出現したため、主治医に連絡し初めて往診。点滴及び抗生剤投与などの治療により回復した。
- 何度か発熱を繰り返していくうちに、全身状態が悪化していった。
- 食事がほとんど摂れなくなったため、家族が慌てて救急車を呼び病院へ搬送、入院となった。

事例検討

【論点】

1. この患者さんの病状の軌跡を考えてみましょう。
20××年6月はどのような時期で、今後はどのようなことが予測されるでしょうか。
2. この患者さんの主治医は、20××年6月にどのような在宅医療・介護を提案したら良いでしょうか。

[ここに入力]

実践 多職種カンファレンス 事例①

Aさん 95歳 女性

【診断名】 脳梗塞後遺症 右片麻痺 言語障害 高血圧症 心不全

【既往歴】 19〇〇年 高血圧症にて内服治療開始

20〇〇年 脳梗塞発症（右片麻痺、言語障害）

【家族構成】 本人、長男夫婦（70歳代）、孫夫婦、曾孫

【生活歴】 農業のお手伝い

【キーパーソン】 長男 【主介護者】 長男の嫁

【日常生活動作】

	退院後～20××年6月まで	20××年6月以降
歩行	不可、車椅子での移動可能	不可、
移乗動作	介助にて可能	不可
起き上がり動作	軽度支持にて可能	全介助
食事	可能な範囲で自力摂取	嚥下機能低下あり、誤嚥あり
排泄	ポータブル、夜間オムツ使用	オムツ使用
入浴	介助	訪問入浴

【経過】

- 80歳過ぎまで特に体調変化なく過ごし、近医に定期的に受診を継続しながら、家事や農家の手伝いなど可能な範囲で行っていた。
- 90歳の時に脳梗塞を発症し、主治医の紹介にて総合病院に入院。右片麻痺及び言語障害の後遺症はあったが、介助にて車椅子移動し座位保持可能、食事は可能な範囲で自力摂取という状態で退院。
- 退院当初から介護保険サービス利用を開始し、訪問リハビリ（1回/週）と通所介護（2回/週）を受けていたが、それ以外はすべて家族が介護しながらの在宅療養であった。
- 半年後、経済的負担も大きいとのことにて訪問リハビリは中止し、通所介護のみの利用に変更した。
- 受診は家族介助により月に1回かかりつけ医のクリニックに通院していた。
- 20××年に入り、徐々にADLの低下がみられ、排泄は全介助（ほとんどオムツ）、食事及び排便時に全介助にて車椅子移動となり、ほとんどをベッド上で過ごすようになった。通所介護が困難となり訪問入浴利用に変更した。
- 食事摂取時のむせこみが出現するようになり、6月に発熱が出現したため、主治医に連絡し初めて往診してもらった。点滴及び抗生剤投与などの治療により回復した。しかしその後も何度か同様の症状を繰り返していくうちに、全身状態がさらに悪化していき、経口摂取が不可能のなってしまう、家族が慌てて救急車を呼び病院搬送となった。

【討議の要点】

1. この患者さんの病状の軌跡を考えてみましょう。20××年6月はどのような時期で、今後はどのようなことが予測されるでしょうか。
2. この患者さんの主治医は、20××年6月にどのような在宅医療・介護を提案したら良いでしょうか。

在宅医療を始めるにあたって ～医師グループ～

青柳 啓之 荻原 奉祐
小倉 正徳 小松崎八寿子
 浜野 淳

対象

- まだ在宅医療を始めていないが興味を持っている方
- 将来在宅医療を始めようと考えているが、どうしたらいいのかなあと思っている方
- 国の方策でもあるし、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方
などなど

かかりつけ医が在宅医療を行う意義

患者さんや家族の立場から：

- 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
- 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

皆さんにお尋ねします

1. これまでに往診や訪問診療をなさったことが
おありですか？
2. まだ経験のない方、今まであなたが在宅医
療をはじめなかった理由はなんですか？
どんなことに不安を感じていますか？
経験のある方はどんなことにご苦労を感じまし
たか？

グループで話をしてみてください

つくば地域の在宅医療の現状に関 する アンケート調査結果

＜医師全体・在宅医師＞

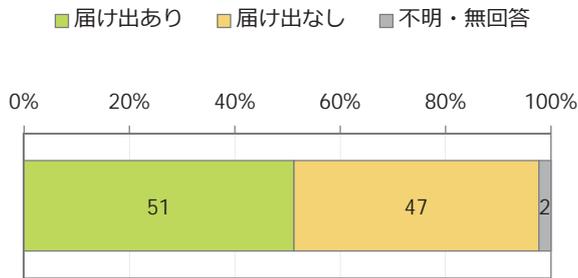
2012年12月4日

つくば在宅医療連携拠点事業

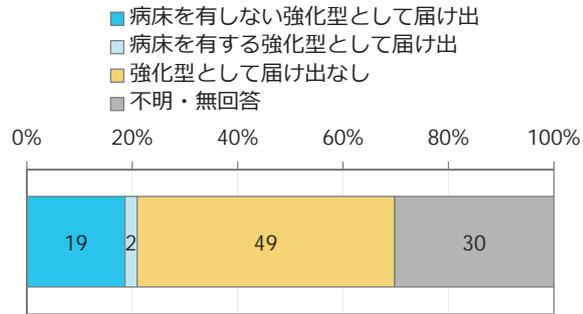
在宅療養支援事業所の届け出

* いずれも n=43

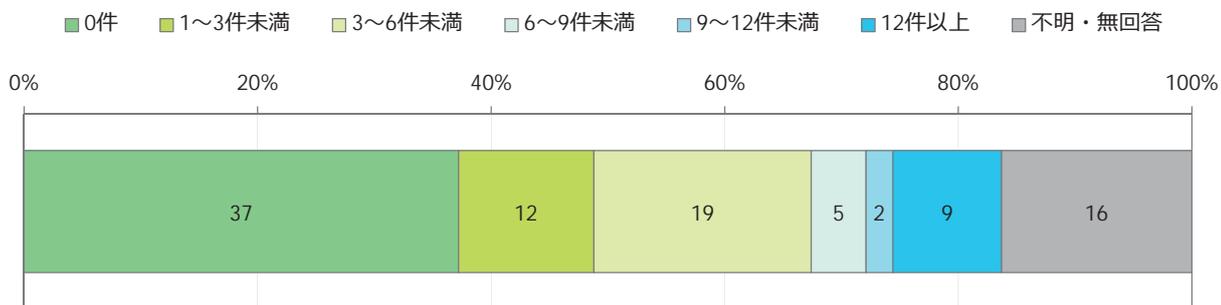
<在宅療養支援診療所>



<強化型在宅療養支援事業所>



<平成24年7月の時間外電話対応件数>



平成20年 医療施設調査

在宅看取りを実施している病院: 0ヶ所

在宅看取りを実施している診療所: つくば市8ヶ所

平成24年度医療機能・連携調査

在宅医療を実施している病院: 筑波メディカルセンター病院・

筑波記念病院

在宅医療を実施している診療所: 16ヶ所

「在宅歯科医療実施診療所」(県歯科医師会において登録): 36ヶ所

平成24年1月 診療報酬施設基準

在宅療養支援病院: 0ヶ所

在宅療養支援診療所: つくば市34ヶ所 つくばみらい市1ヶ所

在宅療養支援歯科診療所: つくば市1ヶ所

平成26年1月1日 関東厚生局茨城事務所ホームページより

在宅医療支援病院: 1ヶ所 つくば双愛病院

つくば市医師会員に行った アンケートの結果

実際に在宅医療を行っている医師が感じているのは・・・

急変時の対応や在宅看取りに問題を感じることもある

24時間対応の負担

診療時間中には対応できない

グループ診療も一つの方策ではあるが運用の仕方に不安を感じることも多い

在宅医療の阻害要因

- 24時間対応できる体制をとるのが大変
- 診療が忙しい
- 急変時の対応が難しい

このセッションの目的

- 在宅医療に対する不安を少しでも軽くし、始める際のハードルを低くする
- 在宅医療を始める際に必要な知識を理解する
- 必要な手続きを示し容易に行えるようにする

* 今回は施設入居者は除外する

* 在宅看取りについては別の機会に

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 (一部コピーおよび加筆)
- 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) (配布資料なし)
- 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 (P1522～1525)
- 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
回数の制限なし

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)

- 点数の違い

資料①p19

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・支援病院と
その他の医療機関の違い
- (4) 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で成立。

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

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

波長の合う訪問看護ステーションを見つけることは訪問診療を行う上で極めて重要なポイントの一つ

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・支援病院と その他の医療機関の違い

在宅療養支援診療所、支援病院とは
強化型在宅療養支援診療所、支援病院とは
(単独型、連携型) 資料①p39

点数の比較p39 施設基準・要件p45

施設基準と必要な届け出

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

機能強化型在宅診療所等の評価

実績要件を引き上げ。複数の医療機関が連携して基準を満たしている場合には、それぞれについても一定の実績を必要とする。

単独型	改定前	改定後
自宅医療に従事する常勤医師	3	3
過去1年間の緊急往診	5	10
過去1年間の在宅看取り件数	2	4

連携型	改定前	改定後
自宅医療に従事する常勤医師	合計3	合計3
過去1年間の緊急往診	合計5	各々4
過去1年間の在宅看取り件数	合計2	各々2

<経過措置>

平成26年3月31日時点で届けている医療機関は9月30日まで、上記の基準を満たしているものとする。9月30日の時点で、過去6か月の実績が下記の場合H27年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

- ①単独型：緊急往診5件以上 看取り2件以上
- ②連携型：それぞれの医療機関が
緊急往診2件以上 看取り1件以上

新設：在宅療養実績加算 (機能強化型でない場合)

施設基準 過去1年間の緊急往診の実績10件以上かつ
看取りの実績4件以上

	点数
緊急・夜間または深夜の往診に加算	75
在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)に加算	750
在宅時医学総合管理料(同一建物居住者以外)に加算	300
(同一建物居住者)に加算	75
特定施設入居時等医学総合管理料(同一建物居住者以外)に加算	225
(同一建物居住者)に加算	56
在宅がん医療総合診療料に加算	110

作っておく必要のある文書

- 訪問診療に当たり患者さんに配布する文書
資料①p46、47、48、49
- 在宅療養計画書 ①p116
- 訪問診療に際しての重要事項説明書

(訪問診療は契約で行うもの)

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

資料①p21 月2回の計画的な訪問診療

③在宅がん医療総合診療料

資料①p21

事例

Aリハビリテーション病院の地域連携室から訪問診療の依頼がありました。

当院に高血圧で通院していた82歳の男性が脳梗塞で入院していたのですがリハビリを終了し、退院間近になりました。

通院困難のため訪問診療をお願いしたいとのことです。

さて、あなたはどのようにしますか？

あなたはどちらでしょう？

1) 訪問診療はしたことがないのでどこかほかの診療所に依頼してほしい、と言って断る。

2) ずっとみていた患者さんでもあり、家族も当院に通院している。訪問診療はこれまでしたことがなかったがはじめてみよう。

入院から在宅医療への流れ

本人と家族の意向を確認

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・ケアマネ選定など

退院前カンファレンス

多職種間で情報を共有

入院側: 主治医、病棟看護師、地域連携室、
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、
リハビリスタッフ、福祉機器会社など

退院前カンファレンス

退院時共同指導料600点(1000)点

家族も同席し、ケアマネあるいは連携室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

在宅でかかわる医師、看護師、訪問介護、福祉機器業者などとの打ち合わせ

本人・家族の不安や負担感の軽減につながる

外来から在宅医療への移行

在宅医療は患者さんが通院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

介護保険の導入

ケアマネ選定

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、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。
- 訪問診療計画書の説明。重要事項説明書。
- 契約

訪問診療の多職種連携

ケア担当者会議：診療時間に重なることが多く参加は難しい

あらかじめ文書でコミュニケーションをとるとよい

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・・・

(資料①p24)

かかりつけ医の訪問診療

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) バックアップ入院ができる連携体制の確保
- (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) 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

(2) 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さんの状況、家族背景などをできるだけ理解し、患者さん・家族、訪問看護ステーションやケアマネと診療所の連絡役になる

(4)濃厚な医療介入を軽装化する

輸液の検討

輸液量が多いために浮腫を生じていないか
輸液が必要か？

内容の検討 高カロリー輸液の混注薬

経管栄養から経口摂取へ

処置の検討

清潔操作の必要性

最後に

ご協力、ご清聴ありがとうございました。

これを機会に在宅医療を始めてみようと思う先生が一人でも増えてくださったらこれ以上の喜びはありません

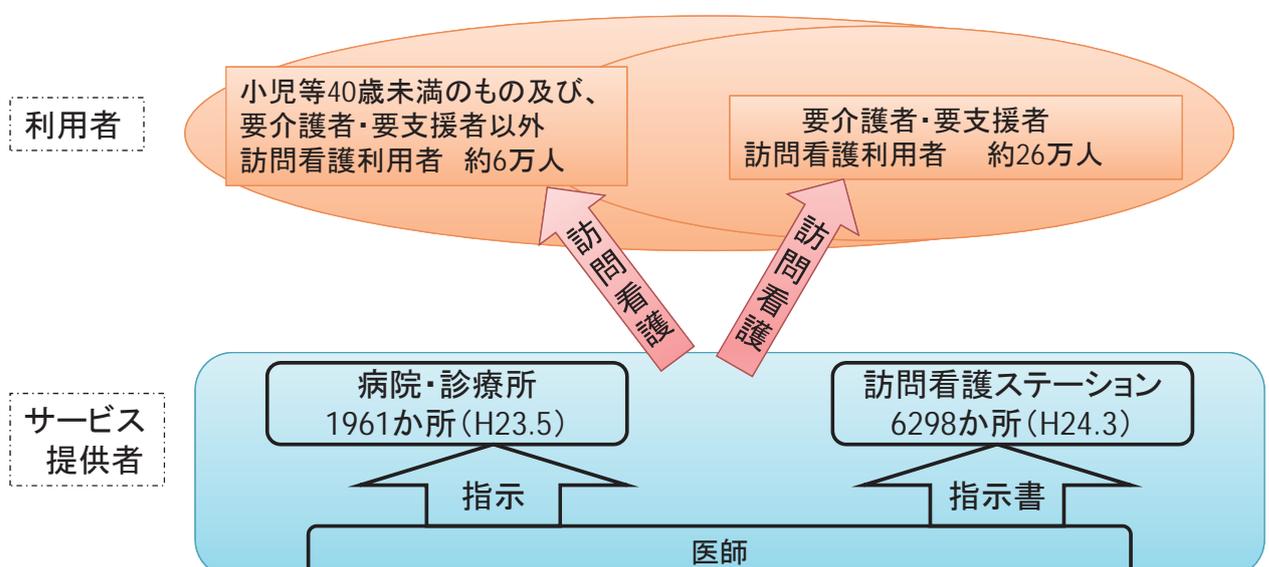
無理のない範囲で、患者さん一人からはじめてごらんになりませんか？

在宅医療をはじめるとあって

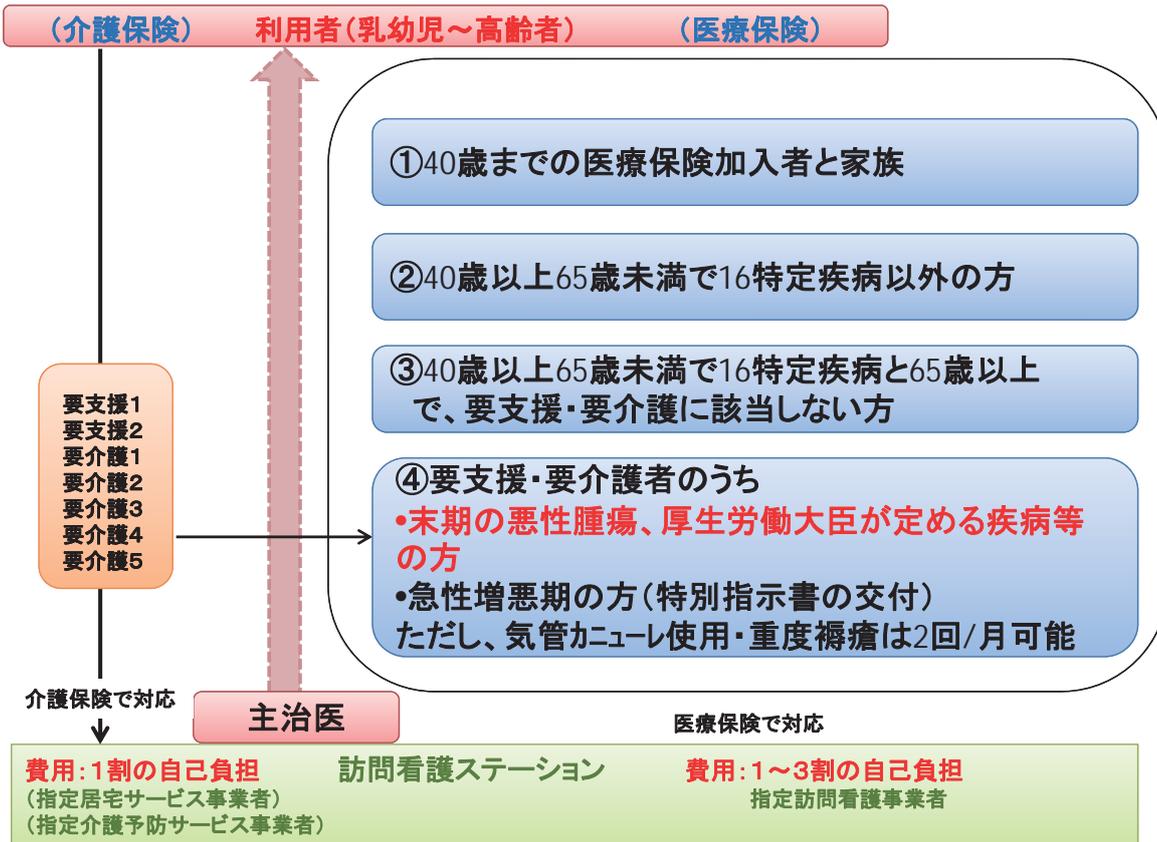
訪問看護サービス活用法

訪問看護とは？

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話または必要な診療の補助
- 介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる



訪問看護制度のしくみ



医療保険・介護保険の訪問看護の対象疾患

医療保険: 主治医が訪問看護を必要と認めた方

介護保険: 40歳以上で介護認定を受けた方
主治医が訪問看護を必要と認めた方

週に3日までは保険の範囲内	40歳未満の者	
	40歳以上の要支援者・要介護者でない者	
回数制限のない病気(週4日以上も可能)		
厚生労働大臣が定める疾病等の患者	末期の悪性腫瘍	
	多発性硬化症	
	重症筋無力症	
	スモン	
	筋委縮性側索硬化症	
	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(進行性核上性麻痺、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以上かつ生活機能障害がⅡ度またはⅢ度のものに限る))	
	多系統委縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳委縮症、シャイ・ドレーガー症候群)	
	プリオン病	ライゾゾーム病
	亜急性硬化性全脳炎	副腎白質ジストロフィー
	後天性免疫不全症候群	脊髄性筋萎縮症
	頸髄損傷	球脊髄性筋萎縮症
人工呼吸器を装着している患者	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	
病状の急性増悪により一時的に頻回の訪問看護が必要であると医師が認めた者(14日を限度として月に1回まで) ※厚生労働大臣が定める以下の状態にある者は月に2回まで ・気管カニューレを使用している ・真皮を超える褥瘡の状態にある		

居宅要支援者・要介護者(末期の悪性腫瘍、その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者(左記)、急性増悪により一時的に頻回の訪問看護が必要であると認められた患者を除く)	
特定疾病の居宅要支援者・要介護者(40歳以上65歳未満)	
特定疾病	がん末期(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限り)
	関節リウマチ
	筋委縮性側索硬化症
	後縦靭帯骨化症
	骨折を伴う骨粗鬆症
	初老期における認知症
	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
	脊髄小脳変性症
	脊髄管狭窄症
	早老症
	多系統委縮症
	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症
	脳血管疾患
	閉塞性動脈硬化症
慢性閉塞性肺疾患	
両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	

訪問看護は主治医や他機関とのかけ橋です！

「訪問看護指示書」を発行してくれた主治医と常に連携を取りながら、**24時間・365日**の緊急体制をとっており、必要な時・困った時に、**訪問看護師**がお伺いします。

ケアマネジャーなどの多職種とも連携し、状況に応じた在宅サービスも取り入れていきます。

訪問看護師の基本姿勢

- 「療養の場は家庭である」ことを理解し、利用者や家族の価値観やその思いを尊重する
- 積極的介入はいつでもできる準備をしながら、利用者や家族の生活リズム、ペースを十分把握し、一緒に問題解決していく
- Illness trajectoriesにおいて、事象発症前から予防的視点で、自立を図っていくことをサポートする

連携は、とってくれるの？

□ 医師(主治医)との連携

「訪問看護指示書」の医師への依頼
定期的文書による連携、その他、**随時連携**をとっていく

□ 看護職との連携

病院や診療所の看護師との連携による継続看護

□ ケアマネジャーとの連携

ケアプランに基づいた訪問看護計画
カンファレンス、毎月の訪問看護経過報告

□ その他の職種との連携

サービス提供者(ヘルパー、PT・OT・ST等)
栄養士・管理栄養士、薬剤師
医療ソーシャルワーカー

訪問看護ステーションは何をするの？

□ 病状や健康状態の管理と看護

バイタルサインチェック、心身の健康状態や障害の状態に応じた助言

肺炎や脱水など症状の早期発見
慢性疾患の自己管理支援

□ 医療処置・治療上の看護

主治医の指示に基づく医療処置
医療器具の使用状態の管理

□ リハビリテーション看護

運動機能の回復・維持・低下予防
合併症の予防
呼吸・摂食・嚥下機能の回復・維持・低下予防

訪問看護ステーションは何をするの？

□ 認知症と精神障害者の看護

認知症の症状はそれぞれ・・・、負担が軽くなるよう、主治医と協働し服薬調整や介護方法、サービス利用の指導の相談などのお手伝いをします。

精神障害などでは、心身の健康状態を観察し、服薬の管理、治療の継続、生活リズムの調整、必要なサービスの活用などを多職種と協働・連携しながら、支援していきます。

訪問看護ステーションは何をするの？

□ ターミナルケア（在宅での看取り）

最期までその人らしく、尊厳のある有意義な時間が過ごせるように、苦痛や倦怠感などの緩和のための医療処置や看護、精神的な支援などを一緒に考えていきます。

悩みや心配事、なんでも相談してください。主治医と連携して対応していきます。

訪問看護ステーション選択のポイント

- 訪問エリア～利用者宅と訪問看護ステーションとの距離
- 24時間対応体制の有無
- 終末期・難病・精神などの対応体制の有無
- 保険外の利用料金など

※交通費、その他の利用など(ステーションによって多少の違いがある)

I. 保険別訪問看護療養費について

訪問看護ステーションが提供するサービスと費用

介護保険の提供サービス (報酬算定項目)	医療保険の提供サービス (報酬算定項目)
基本の費用	
<p>訪問看護費 保健師、看護師による訪問 【20分未満／1回】 318 単位 早朝、夜間、深夜のみ算定可 【30分未満／1回】 474 単位 【30分以上 60分未満】 834 単位 【1時間以上 1時間 30分未満】 1,144 単位</p> <p>准看護師による訪問 上記単位の 90/100 で算定</p> <p>理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問 1回あたり (20分) 318 単位/回 ※1日に2回を超えて訪問看護を行う場合、1回につき所定単位数に 90/100 を乗じた単位数で算定する ※1週間 6回を限度に算定する</p>	<p>訪問看護基本療養費 (I) 保健師、助産師 ((医療保険のみ)、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問 【週 3 日まで/日】 5,550 円 【週 4 日以降/日】 6,550 円 ※1回の訪問時間は、30分～1時間 30分が標準 ※特別管理加算 (前重症者管理加算の名称変更) の算定者 (特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者) については、週に 3 日以内の訪問看護の回数制限を緩和する</p> <p>准看護師による訪問 【週 3 日まで/日】 5,050 円 【週 4 日以降/日】 6,050 円 ※週 4 日以上算定できるのは、厚生労働大臣が定める疾病等の利用者と特別指示書期間中の利用者のみ</p> <p>訪問看護基本療養費 (II) ※同一建物居住者への訪問看護 保健師・助産師・看護師、理学療法士等</p> <p>1) 同一日 2 人 【週 3 日まで/日】 5,550 円 【週 4 日以降/日】 6,550 円</p> <p>2) 同一日 3 人以上 【週 3 日まで/日】 2,780 円 【週 4 日以降/日】 3,280 円</p> <p>准看護師による訪問 1) 同一日 2 人 【週 3 日まで/日】 5,050 円 【週 4 日以降/日】 6,050 円</p>

2) 同一日 3人以上	
【週 3 日まで/日】	2,530 円
【週 4 日以降/日】	3,030 円
緩和ケア・褥瘡ケアに係る専門の看護師 同一日に共同して訪問看護	
【1 人月 1 回を限度】	12,850 円

訪問看護基本療養費（Ⅲ）

患者の試験外泊における訪問看護を拡充するために、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する

- 入院中 1 回（別に厚生労働大臣が定める疾病等は 2 回）に限り算定 8,500 円

<算定要件>

入院中に外泊する患者であって、次のいずれかに該当するもの

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第八号に掲げる者
- ③ 診療に基づき、試験外泊時の訪問が必要であると認められた者

精神訪問看護基本療養費（Ⅰ）

保健師・看護師・作業療養士

【週 3 日まで/日】	
30 分以上の場合	5,550 円
30 分未満の場合	4,250 円
【週 4 日以降/日】	
30 分以上の場合	6,550 円
30 分未満の場合	5,100 円

准看護師

【週 3 日まで/日】	
30 分以上の場合	5,050 円
30 分未満の場合	3,870 円
【週 4 日以降/日】	
30 分以上の場合	6,050 円
30 分未満の場合	4,720 円

<p>精神訪問看護基本療養費（Ⅱ） 現行の訪問看護療養費の通り <p style="text-align: right;">1,600 円／1 日</p> 3 時間を超えた時間については、5 時間を限度として、1 時間又はその端数を増すごとに 400 円加算する。</p> <p>精神訪問看護基本療養費（Ⅲ） 同一建物居住者 保健師・看護師・作業療養士</p> 1) 同一日 2 人 【週 3 日まで／日】 基本療養費（Ⅰ）と同報酬 【週 4 日以降／日】 基本療養費（Ⅰ）と同報酬 2) 同一日 3 人以上 【週 3 日まで／日】 30 分以上の場合 2,780 円 30 分未満の場合 2,130 円 【週 4 日目以降／日】 30 分以上の場合 3,280 円 30 分未満の場合 2,550 円 准看護師 3) 同一日 2 人 【週 3 日まで／日】 基本療養費（Ⅰ）と同報酬 【週 4 日以降／日】 基本療養費（Ⅰ）と同報酬 4) 同一日 3 人以上 【週 3 日まで／日】 30 分以上の場合 2,530 円 30 分未満の場合 1,940 円 【週 4 日目以降／日】 30 分以上の場合 3,030 円 30 分未満の場合 2,360 円 <p>精神訪問看護基本療養費（Ⅳ） 8,500 円／日 ● 在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者への入院中 1 回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者の場合にあつては、入院中 2 回）</p>

	<p>に限り算定できる</p> <p>① 精神訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ） 主治医（保険医療機関の保険医であって、精神科を担当する者に限る）の精神訪問看護指示書及び精神訪問看護計画書に基づき、週に3日（訪問看護基本療養費と合わせて）算定する ※当該利用者の退院後3月以内の期間においては週5日を限度とする</p> <p>② 精神訪問看護基本療養費（Ⅱ） 現行通り</p> <p>③ 精神訪問看護基本療養費（Ⅳ） 在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者への入院中1回に限り算定できる ※この場合には、訪問看護管理療養費は算定できない</p> <p>訪問看護管理療養費</p> <p>※安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションが、訪問看護計画書・訪問看護報告書を主治医に提出するとともに、必要に応じて、主治医との連携確保や訪問看護の実施についての計画的な管理を継続して行った場合に支給される。</p> <p>※利用者又は家族等との電話による連絡、療養に関する相談、そして訪問看護の提供に必要な計画的な管理に要する費用も含まれる。</p> <p>※褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者に、適切な褥瘡対策の看護計画の作成、実施及び評価を行うこと。</p> <p>●月の初日の場合 7,400 円</p> <p>●月の2日目以降の訪問 2,980 円/1日</p>
--	---

加算（体制加算の届出が必要なものは「届出」と標記）

<p>早朝・夜間・深夜の訪問看護</p> <p>早朝（6:00～8:00） 25/100</p> <p>夜間（18:00～22:00） 25/100</p> <p>深夜（22:00～6:00） 50/100</p> <p style="text-align: right;">を所定の単位に加算</p>	<p>訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算</p> <p>夜間・早朝訪問看護加算 2,100 円</p> <p>深夜訪問看護加算 4,200 円</p> <p>早朝・夜間加算（6時～8時・18時～22時）</p> <p>深夜加算（22時～6時まで）</p> <p>標榜時間外の訪問看護について、その他利用料と</p>
--	---

<p>初回加算 300 単位／月</p> <p>※新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、訪問看護を提供した場合</p> <p>※初回の訪問看護を行った月に算定する</p> <p>※退院時共同指導加算を算定する場合は、算定できない</p> <p>長時間訪問看護加算</p> <p>特別管理加算の対象者について、1 時間 30 分以上の訪問看護を実施した場合算定できる</p> <ul style="list-style-type: none"> ●長時間訪問看護加算 300 単位 ●訪問看護の所定サービス費（1 時間以上 1 時間 30 分未満）に上記単位数を加算する <p>緊急時訪問看護加算（届出）</p> <p>利用者・家族等から電話により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある</p>	<p>して自費を徴収しているが、介護保険同様に医療保険においても新設する</p> <p>複数回の訪問加算</p> <p>1 日に何回訪問しても、前記金額しか算定できない。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の利用者、特別訪問看護指示書期間の利用者に対しての訪問は、「難病等複数回訪問加算」として、以下の加算を算定する</p> <ul style="list-style-type: none"> ●1 日 2 回訪問した場合、4,500 円 ●1 日 3 回以上訪問した場合、8,000 円 <p>長時間訪問看護加算</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 対象者を小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大 ② 特別訪問看護指示書に係る訪問看護を受けている者 ③ 特別な管理を必要とする患者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者 ④ 90 分を超える訪問看護を実施した場合 <ul style="list-style-type: none"> ●週に 1 回に限り、 5,200 円 ●長時間訪問看護加算を算定した日を含む週で、それ以外の日に長時間訪問看護を行った場合は利用料を受け取ることができる <p>長時間精神訪問看護加算</p> <p>別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問看護を要する者に対して、行う長時間の訪問看護を週に 1 回評価する</p> <p>※15 歳未満の超重症児又は準超重症児への長時間訪問看護は週に 3 回まで加算する</p> <p style="text-align: right;">1 日につき 2,650 円</p> <p>24 時間対応体制加算（届出）</p> <p>利用者・家族等から電話により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあり、</p>
--	--

訪問看護ステーションが、計画的に訪問することとなっていない緊急の訪問を行った場合、加算の他に所定の単位数を算定する旨を利用者に説明し、同意を得た場合、算定する

●1月につき、540単位を加算

●緊急時訪問については、その要した時間を算定する

●特別管理加算を算定する状態の利用者に対する、1月2回目以降の夜間帯の緊急時訪問については、早朝・夜間・深夜加算が算定可能

※緊急時訪問看護加算については、区分支給限度基準額の算定対象外とする

特別管理加算（届出）

厚生労働大臣が定める状態にあるものに対して、計画的な管理を行った場合に算定する

特別管理加算（Ⅰ） 500単位／月

※在宅悪性腫瘍患者指導管理等を受けている状態や留置カテーテル等を使用している状態であること

特別管理加算（Ⅱ） 250単位／月

※在宅酸素療法指導管理等を受けている状態や真皮を超える褥瘡の状態等であること

※加算が取れる状態であるということが判断できる材料があったほうが望ましいが、必ずしも訪問看護指示書に記載されていなければならないというわけではない

必要に応じて緊急訪問看護を行う体制にある場合、算定する（ただし、利用者の同意を得られた場合）

●1月につき、5,400円

24時間連絡体制加算（届出）

利用者・家族等から電話により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合、算定する（ただし、利用者の同意を得られた場合）

●1月につき、2,500円

※24時間対応体制加算と24時間連絡体制加算は1つの訪問看護ステーションにおいていずれか一方を算定するものであり、利用者によって選択できない。体制加算は1人の利用者に対して1つの訪問看護ステーションのみ算定できる

精神科緊急訪問看護加算

診療所又は在宅療養支援診療所の医師の指示により緊急に訪問看護を実施した場合に算定する

1日につき2,650円

特別管理加算（届出）

24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算の届出が必要。厚生労働大臣が定める状態にあるものとその家族等に対して、電話等により常時対応できる体制等にある訪問看護ステーションが当該利用者に計画的な管理を行い、に算定する

●1月につき、2,500円

●1月につき、5,000円（重症度の高いもの）

（胃ろう、経管栄養、バルーンカテーテル留置、膀胱ろう、人工呼吸器装着など）

※基本的な考え方として、身体から管が出ている状態（ストマなどは含まれない）

●重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者を追加

・NPUAP分類Ⅲ度若しくはⅣ度

<p>※特別管理加算については、区分支給限度基準額の算定対象外とする</p>	<p>・ DESIGN 分類 D3、D4若しくは D5に該当する状態</p> <p>訪問看護情報提供療養費 利用者の同意を得て、利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、必要な情報を提供した場合に算定する ●1月につき、1,500円</p> <p>緊急訪問看護加算 利用者・家族等の求めに応じて診療所又は在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院の主治医の指示により、緊急の訪問を行った場合 ●1日1回、2,650円</p>
<p>退院時共同指導加算 600単位/月</p> <p>※病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合</p> <p>※退院又は退所後の初回の訪問看護の際に、1回（特別な管理を要する者である場合は2回）に限り算定できる</p> <p>※医療保険において算定する場合や初回加算を算定する場合は、算定できない</p>	<p>退院時共同指導加算</p> <p>※主治医の属する保険医療機関または介護老人保健施設に入院・入所中の利用者または家族に対して、主治医または施設職員とともに、看護師等（准看護師を除く）が療養上の指導を行った場合に、1回に限り、最初の訪問看護の際に算定する ●初回訪問時に 6,000円</p> <p>※ただし、厚生労働大臣が定める疾病等、重症者管理加算を算定できる状態にある利用者については2ヵ所の訪問看護ステーションにより合計2回まで算定可能</p> <p>※ただし、特別な関係にある保険医療期間又は介護老人保健施設において退院共同指導を行っても算定はできない</p> <p>訪問看護療養費 特別管理指導加算 退院後、特別な管理が必要な者に対して、在宅療養を担う医療機関の保険医、若しくは保険医の支持を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合あのさらなる評価を行う ● 退院時共同指導加算の上乗せ加算 2,000円</p> <p>退院支援指導加算</p>

厚生労働大臣が定める疾病等、厚生労働大臣が定める状態等にある利用者が保健医療機関から退院する日に看護師等（准看護師を除く）が療養上の指導を行った場合に、1回に限り、最初の訪問看護の際に算定する

⇒退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する、ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合には、死亡日又は再入院することになった時に算定する

退院直後の訪問看護の評価

医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者の退院直後の2週間に限り特別訪問看護指示書に基づき訪問看護を提供できることを明示する

在宅患者連携指導加算

利用者の同意を得て、訪問診療を実施している医療機関、歯科、薬局と文書等により情報共有を行い、看護師等（准看護師を除く）がそれを踏まえた療養上の指導を行った場合、月1回に限り算定する

●月1回 3,000円

※ただし、特別な関係にある関係者とのみカンファレンスを行っても算定はできない

在宅患者緊急時等カンファレンス加算

在宅療養を行っている利用者の状態の急変等に伴い、在宅療養を担う医療機関の医師の求めにより、その医師、訪問診療等をしている歯科医師や薬局の薬剤師、介護支援専門員と訪問看護師等（准看護師を除く）とで共同で患家に行き、カンファレンスに参加し、療養上必要な指導を行った場合に算定する

●月に2回に限り 2,000円

※ただし、特別な関係にある関係者とのみカンファレンスを行っても算定はできない

ターミナルケア加算（届出）

※在宅で死亡した利用者について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所が、死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上（死亡日及び死亡日前 14 日以内に医療保険による訪問看護の提供を受けている場合、1 日以上）ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）は、当該者の死亡月につき、2,000 単位を所定単位数に加算する

●ターミナルケア加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとされているが、ターミナルケアを最後に行った日に属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することとする

●ターミナルケア加算は、一人の利用者に対して、一カ所の事業所に限り算定できる

●訪問看護においてターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24 時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができる

●居宅サービス支給限度基準額外のサービスである

●ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護記録書に記録しなければならない

ア 終末期の身体状況の変化及びこれに対する看護についての記録

イ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録

ウ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

訪問看護ターミナルケア療養費（届出）

※在宅で死亡した者に対して、死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 回以上訪問看護を実施すること。訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について、利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

●20,000 円

※主治医の医療機関にかかわらず、報酬が一本化

※死亡前 24 時間以内の訪問要件はなくなった

※死亡前 14 日以内に 2 回以上指定訪問看護を行ってれば算定できる

※ターミナルケアの支援体制（訪問看護ステーションの連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について利用者及びその家族に対しての説明が必要（ただし、必ずしも文書の交付は必要ありませんが）

●在宅患者の看取りについて、様々な不安や病状の急激な変化等に対し、頻回な電話での対応や訪問看護を実施し、ターミナルケアを行っている場合には、在宅等での死亡にかかわらず、医療機関に搬送されて 24 時間以内に死亡したばあにも置いても算定できる

●ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護記録書に記録しなければならない

ア 終末期の身体状況の変化及びこれに対する看護についての記録

イ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアの経過についての記録

ウ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録

複数名訪問看護加算

別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合であって、同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して指定訪問看護を行ったときは、次に掲げる区分に応じ、1回につきそれぞれの単位数を所定単位数に加算する

イ 所用時間 30 分未満の場合 254 単位

ロ 所要時間 30 分以上の場合 402 単位

●同時に複数の看護師等により訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当するとき

・利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合

・暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

・その他利用者の状況等から判断して、イ又はロに準ずると認められる場合

・単に二人の看護師等が同時に訪問看護を行ったことのみをもって算定することはできない

・訪問を行うのは、両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士であることを要する

●イ及びロについて、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して、所用時間 1 時間以上 30 分未満の指定訪問看護を行った後に引き続き指定訪問看護を行う場合であって、当該指定訪問看護の所要時間を通算した時間が 1 時間 30 分以上となるときは、1 回につき 300 単位を所定単位数に加算する

看護・介護職員連携強化加算 250 単位/月

※訪問介護事業所と連携し、たんの吸引等が必要な利用者に係る計画の作成や訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合

複数名訪問看護加算

末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対し、看護師等が同時に複数の看護師等と行う訪問看護について算定できる

●複数名訪問看護加算（週 1 回）

（看護師等の場合） 4,300 円

（准看護師の場合） 3,800 円

（看護補助者の場合） 3,000 円

●対象となる利用者

①末期の悪性腫瘍等の者

②特別訪問看護指示期間中であって、訪問看護を受けている者

③特別な管理を必要とする者

④暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

複数名精神訪問看護加算（30 分未満を除く）

●保健師・看護師が他の保健師・看護師・作業療法士と同時に訪問看護行う場合 4,300 円

●保健師・看護師が准看護師と同時に訪問看護行う場合 3,800 円

●保健師・看護師が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に訪問看護行う場合 3,000 円

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携に対する評価

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して、定期的な巡回訪問や随時の通報を受けて訪問看護を提供した場合について評価を行う。また、要介護度の高い利用者への対応について評価を行うとともに、医療保険の訪問看護の利用者に対する評価を適正化する

定期巡回・随時対応サービス連携訪問看護

2,920 単位／月

要介護 5 の者に訪問看護を行う場合の加算

800 単位／月

医療保険の訪問看護を利用している場合の減算

90 単位／月

理学療法士等の訪問に係る運用の見直し

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、保健師又は看護師の代わりに訪問させるという位置付けのものである（これ以降の文言が削除された＝H21 年度より）

サービス提供体制強化加算

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所が、利用者に対し、指定訪問看護を行った場合は、1 回につき所定単位数を加算する

●サービス提供体制強化加算 6 単位

【訪問看護における算定要件】

<p>・研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のあるものが30%以上配置されていること（一事業所において3年以上の勤続であること）</p> <p>※介護従事者の処遇改善を図り、質が高い介護サービスを提供するための介護報酬上の措置</p> <p>※常勤・非常勤の看護の質を評価する指標がないことや介護サービスの質を評価する具体的な指標ができるまでの当面の措置とする</p> <p>①研修について</p> <p><u>「研修計画」については、サービス従事者の資質向上のための研修内容の全体像と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、個別具体的な研修の目標・内容・研修期間・実施時期等を定めた計画を策定しなければならない</u></p> <p>②会議の開催について</p> <p><u>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達又は当該指定訪問看護事業所における訪問看護従事者の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所においてサービス提供に当たる訪問看護従事者のすべてが参加するものでなければならない。なお、実施に当たっては、全員が一同に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することで差し支えない。会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない</u></p> <p>・<u>「定期的」とは、概ね一月に一回以上開催されている必要がある</u></p> <p>・<u>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない</u></p> <p>ア <u>利用者のADLや意欲</u></p> <p>イ <u>利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望</u></p> <p>ウ <u>家族を含む環境</u></p> <p>エ <u>前回のサービス提供時の状況</u></p>	<p>●同一月に可能な訪問看護ステーション数</p> <p>①特別訪問看護指示書の指示期間中に週4日以上 の訪問看護が必要な利用者 ⇒ 2か所</p> <p>②末期の悪性腫瘍、神経難病等の利用者で毎日の 訪問看護が必要な利用者 ⇒ 3か所</p>
---	--

<p>オ その他サービス提供に当たって必要な事項</p> <p>●同一月に可能な訪問看護ステーション数</p> <p>①介護保険制度の支給限度枠内において、訪問看護ステーション数の制限はない</p> <p>②ただし、緊急時訪問看護加算および特別管理加算は1か所の訪問看護ステーションしか算定できない</p>	<p>③ただし、24時間対応（連絡）体制加算および重症者管理加算は1か所の訪問看護ステーションしか算定できない</p>
---	---

在宅医療を始めるにあたって ケアマネジャーの役割 (介護支援専門員)

ケアマネジャーは 介護保険制度を担う専門職の要

ケアマネジャーは、要介護者等(要介護者、要支援者)が自立した日常生活を営むのに、必要な援助に関する知識、技術を有する専門家として、要介護者等が適切な介護サービスを利用できるよう市町村やサービス提供事業者等との連絡調整を行う事をその主たる職務とする(介護保険法第7条第5項)

ケアマネジャーの役割

介護保険の目的(介護保険法第1条)に沿って、自立した生活を継続する事、また要介護状態の軽減または悪化の予防に資することを旨として、適切な保険医療サービス、及び福祉サービスが総合的かつ効率多岐に提供されるよう利用者を支援すること。

ケアマネジャーの業務

相談依頼



介護保険の「要介護認定」の申請



居宅介護支援事業者にケアプランの作成依頼



「居宅サービス計画作成依頼届出書」をつくらば市介護保険課に提出



ケアプランの作成

①アセスメント

基本情報、身体機能、
精神状況、社会環境

②ニーズ(生活課題)に対
して、それぞれ望ましい目
標を決める

③医療依存度の高い
ケースに関しては、
原案を作成する段階
で、かかりつけ医との連
携が望ましい

ケアプランの作成

サービス担当者会議

メンバー)本人、家族、主
治医、サービス事業所、
インフォーマル

ケアプランの実施

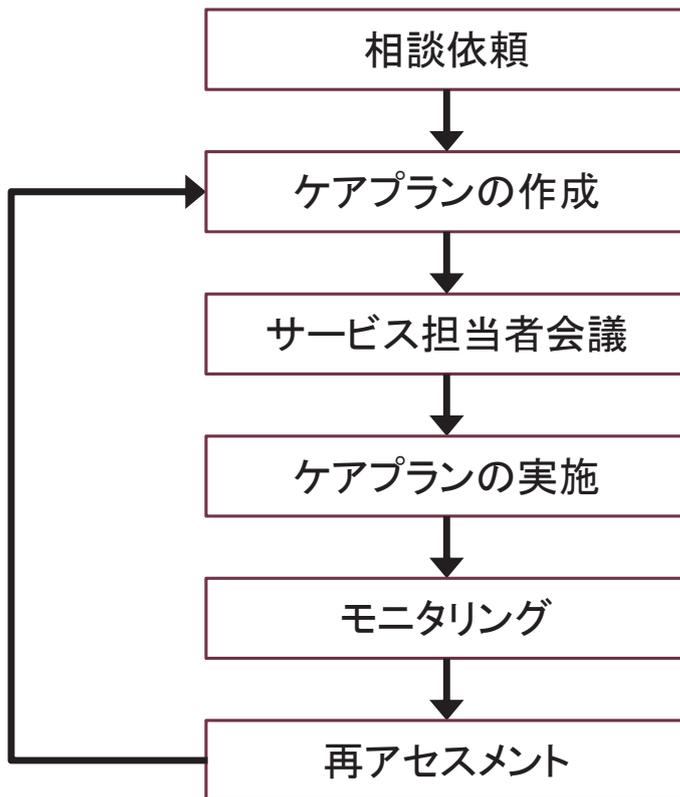
サービスの利用

モニタリング

実施状況の把握

再アセスメント

プランの見直し変更



医療と介護の連携の必要性の根拠

- ・医療依存度の高い在宅利用者が増加
- ・急性期で退院し、在宅生活を行う患者が増える。
- ・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者が増加。
- ・世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加。

医療と介護の連携における課題

(つくば市、つくばみらい市のSWへのアンケート結果より)

- (a) 総合病院の勤務医との連携(それぞれの立場の問題点)
- (b) 訪問看護や他のサービスとの調整・連携で、不都合が生じたことがありますか？
- (c) 医療依存度の高いケースのサービス調整・連携で、困ったことがありますか？
- (d) 退院前のカンファレンスの現状と問題点
- (e) 高度認知症、精神疾患の利用者のサービス調整で困ったことはありますか？
- (f) 多職種間連携のための必要な情報

実践 多職種カンファレンス 事例②

事例紹介

Bさん 78歳 男性 要介護3

【診断名】 胃がん末期 多発骨転移(胸椎、腰椎)

【既往歴】 脳梗塞後遺症 パーキンソン症候群

【性格】 温和 我慢強い性格

【意思疎通】

発語は若干不明瞭だが、問いかけは、ほぼ理解できる。

【生活歴】

□ 他県在住にて妻と二人暮らし。

妻に認知症状が出現し、夫婦でケアハウスで入居。

□ 平成2△年5月、妻の認知症状進行により、妻はグループホーム入所。本人は長女宅にて在宅療養開始。

事例紹介

【家族構成】

本人 娘夫婦 孫(高校生・中学生)
妻(グループホーム入所中)

【キーパーソン】 長女(決定権は婿)

(長女)

- 自宅介護に自信がない。
- 本人の意思を尊重したい。

(婿)

- 自分の親が入院中つらい思い(延命処置の末の看取り)をしたので入院させるつもりはない。
- 家庭内では言葉の暴力あり。
- サービスをいれる事は長女が樂することと考えている。

事例紹介

【日常生活動作】 一連の動作に一部介助が必要

【経過】

- 平成2△年3月胃がんと診断。
長女の意向にて告知せず。
- 5月D病院緩和医療科受診。
- 7月本人の意向(痛みの緩和・リハビリ)にて入院。
しかし、婿の意向にて入院日に退院となる。
- 長女は介護負担ストレス、不安にてケアマネ事業所に頻繁に電話をかけてくる。

【問題点】

- 本人の意向が聞き入れられない。
- 介護家族の意向が統一されていない。

【検討内容】

- 上記の問題点に対して、医療および介護サービス関係者は、どのような調整、方針が必要か。

実践 多職種カンファレンス 事例②

Bさん 78歳 男性 要介護3

【診断名】胃がん末期・多発骨転移（胸椎、腰椎）

【既往歴】脳梗塞後遺症・パーキンソン症候群

【家族構成】本人、娘夫婦、孫（中学生、高校生）

【生活歴】他県にて妻と二人暮らし。

妻の認知症の進行により、妻はグループホームに入所。

本人は長女宅にて在宅療養を開始。

【性格】温和・我慢強い性格

【意思疎通】言葉が若干不明瞭だが、問いかけはほぼ正確に理解できる。

【キーパーソン】（長女）音楽教師。自宅で介護する自信がない一方、本人の意思を尊重したい。

（婿：長女の夫）自分の親が入院中でつらい思い（延命治療の末の看取り）をしたので入院させるつもりはない。家庭内で言葉の暴力があるとのこと。

【日常生活動作】

歩行	一部介助	着替え	一部介助
移乗動作	一部介助	整容	一部介助
起き上がり動作	一部介助	入浴	一部介助
食事	一部介助（咀嚼および嚥下 可能）		
排泄	一部介助（トイレ使用・紙おむつ併用・便失禁あり）		

【経過】

■平成2△年3月に胃がんと診断。長女の意向にて病名告知されなかった。

同年5月にD病院緩和医療科を受診。

■7月 本人より入院してリハビリや、痛みの治療の希望あり。

長女の決定でD病院に入院させた。

■入院当日婿が入院を知り、婿より担当医に電話で「入院させるな」「警察に訴える」と強硬な申し入れで退院となった。

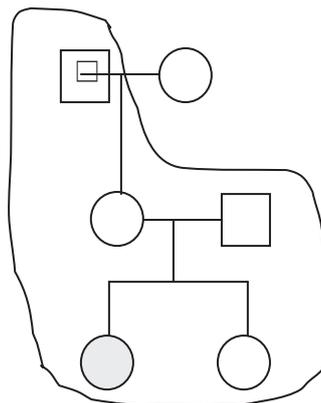
■長女は介護負担のストレスや不安から担当するケアマネに頻繁に電話をかけてくるため、長時間対応することも多く業務に支障をきたしている。

【問題点】

- 本人の意向が聞き入れられない。
- 介護家族の意向が統一されていない。

【検討内容】

- 上記の問題点に対して、医療および介護サービス関係者は、どのような調整・方針が必要か。



在宅医療を始める前に

～Introduction「在宅医療点数の手引」2012年度改定版～

1. 在宅医療の点数算定のしかた

→P.614

在宅医療の点数算定については、出来高で算定する方法と包括点数で算定する方法があります。包括点数には、在宅時医学総合管理料（特定施設入居時等医学総合管理料を含む。以下同じ）と在宅がん医療総合診療料があり、それぞれ届出が必要です。

算定パターンとして、①すべて出来高で算定、②在宅時医学総合管理料+出来高で算定、③（末期の悪性腫瘍患者のみ）在宅がん医療総合診療料+出来高で算定—の3パターンがあります。

出来高

①往診料、訪問診療料、訪問看護・指導料、在宅療養指導管理料などをすべて出来高で算定。

在宅時医学総合管理料 (又は特定施設入居時等医学総合管理料)	出来高
-----------------------------------	-----

②在宅時医学総合管理料(又は特定施設入居時等医学総合管理料)を算定。
包括項目（特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料、投薬の費用）以外は出来高で算定する。

在宅がん医療総合診療料	出来高
-------------	-----

③在宅がん医療総合診療料を算定。
死亡診断加算、週2回を限度とする往診料（週3回以上の訪問診療を行った場合で、訪問診療を行わない日に行ったものに限る）、訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、看取り加算は出来高で算定できる。それ以外はすべて包括されている。

2. 往診と訪問診療の違い

→P.97

往診は患家からの求めがあってそのつと出向くものです。一方、訪問診療は患者の同意を得て、あらかじめ医師が立てた訪問計画に基づいて患家に出向くものです。

往診料と訪問診療料の相違点

	往診料	在宅患者訪問診療料	
算定点数	720点	(1)833点 (2)以外の患者)	(2)①203点(特定施設等入居者である同一建物居住者) ②103点(同一建物居住者)
基本的性格	患家からの求めがあって患家に出向く	計画的な医学管理の下、定期的に患家に出向く	
訪問時間帯による加算	緊急、夜間、深夜加算あり	加算なし	
診療時間加算	あり	あり	
死亡診断加算	あり	あり	
在宅ターミナルケア加算	なし	あり	
看取り加算	なし	あり	
基本診療料の併算定	初診料、再診料(外来管理加算・時間外対応加算・明細書発行体制等加算を含む)は別に算定可	再診料(外来管理加算・時間外対応加算・明細書発行体制等加算を含む)、往診料は包括される。(初診時は往診料を算定する)	
週の訪問回数	制限なし	末期悪性腫瘍や難病等の患者を除き原則として週3回まで	
1日の算定回数	1日に2回以上算定可	1日に1回のみ算定。往診料を算定した翌日までの訪問診療は算定不可。(在宅療養支援診療所・支援病院は算定可)	
医師の配置義務のある施設への訪問制限	算定可(ただし、配置医師については特別な必要があったて行った場合のみ算定可)	算定不可(ただし、特別養護老人ホームについては、末期の悪性腫瘍の患者及び介護保険の看取り介護加算の施設基準を満たして届出を行っているホームにおいて、在宅療養支援診療所・支援病院の医師又は当該ホームの協力医療機関の医師が看取った場合、死亡日から遡って30日以内の間に行われたものについてのみ算定可。指定短期入所生活介護事業所については、末期の悪性腫瘍の患者のみ算定可。定員110人以下の養護老人ホームは算定可)	
「同一建物居住者」の取扱い	同一建物であって、同時に複数の患者から求めがあった場合、同居する同一世帯や施設等については「同一患家」扱いとなる。ただし、マンション等の集合住宅の場合で、住戸が異なる場合はそれぞれ算定可。	同一日に、同一建物内に居住する患者1人に対して訪問診療する場合は、「同一建物居住者」扱いとはならないため、833点を算定する。	同一日に、同一建物内に居住する複数の患者に対して訪問診療する場合は「同一建物居住者」となり、それぞれ施設に応じた点数(203点又は103点)を算定する。
「同一患家」の取扱い	同一患家2人目以降の患者は、往診料を算定せず、基本診療料を算定する。	同一患家2人目以降の患者は、訪問診療料を算定せず、基本診療料を算定する。ただし、同一建物において、同一患家と別の患家を訪問診療した場合、訪問診療を行った患者全員を「同一建物居住者」として扱い、それぞれ203点又は103点で算定する。	
* 同一患者に同一日に訪問診療と往診を行ってもいずれか一方の点数しか算定できない。ただし、訪問診療の後、病状の急変等の場合の往診は算定できる。その際は、往診が必要となった理由を明細書の「摘要」欄に記載する。			

3. 急性増悪期の算定

→P.625

- (1) 訪問診療料を算定している患者が急性増悪した場合は、訪問診療料を算定せず、再診及び往診の費用を算定することになります。
- (2) 一方、「診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要を認め、計画的な医学管理の下に」訪問診療を行った場合は、1カ月に1回に限り、「必要を認めた」診療の日から14日以内の14日間を限度として、訪問診療料が算定できます。
- (3) 同一日に、訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料は算定できます。
- (4) 「往診料を算定する往診の日の翌日までにを行った訪問診療の費用は算定しない」という規定がありますが、在宅療養支援診療所・支援病院及びその連携医療機関は、「往診料を算定する往診の日の翌日までにを行った訪問診療の費用」も算定できます。

4. 在宅療養支援診療所・支援病院とその他の医療機関の違い →P.633

- (1) 在宅療養支援診療所（支援診）・在宅療養支援病院（支援病）とは、在宅で療養する患者からの連絡を24時間受け付け、往診・訪問看護ができる体制を確保する等の施設基準を満たし、届け出た医療機関です。
- (2) 支援診・支援病と、それ以外の医療機関の算定要件、点数が異なっており、往診料の緊急・夜間・深夜加算、訪問診療の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料等では高く設定された点数を算定できます。ただし、往診及び訪問看護で24時間対応できる体制を確保し、担当医師の氏名、連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項、往診担当医・訪問看護担当者の氏名等を患者に文書提供しておく等、施設基準を満たしておく必要があります。
- (3) 支援診・支援病には、常勤医師3人以上等を施設基準とする機能強化型（以下、強化型）があり、以下の点数はより高くなります。施設基準は複数の医療機関の連携により満たす場合も認められます。

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院とその他医療機関の算定比較表

点数格差のある項目		強化型支援診・支援病		支援診・支援病	その他
		病床有	病床無		
往診料	緊急往診加算	850	750	650	325
	夜間加算	1,700	1,500	1,300	650
	深夜加算	2,700	2,500	2,300	1,300
在宅患者訪問診療料	在宅ターミナルケア加算	6,000	5,000	4,000	3,000
	往診翌日までの算定	○	○	○	×
在宅時医学総合管理料	院外処方せんを交付する場合	5,000	4,600	4,200	2,200
	院外処方せんを交付しない場合	5,300	4,900	4,500	2,500
特定施設入居時等医学総合管理料	院外処方せんを交付する場合	3,600	3,300	3,000	1,500
	院外処方せんを交付しない場合	3,900	3,600	3,300	1,800
在宅がん医療総合診療料	院外処方せんを交付する場合	1,800	1,650	1,495	—
	院外処方せんを交付しない場合	2,000	1,850	1,685	—
退院時共同指導料 1		1,000（支援診のみ算定可）			600
有床診療所（療養病床）入院基本料の看取り加算		2,000			1,000
在宅患者緊急入院診療加算（入院点数）		2,500 （※1※3）	—	1,000（※2※3）	

強化型支援診（連携型）の届出をしている場合、無床診療所であっても在宅支援連携体制を構築する別の医療機関が病床を有している場合は、「病床を有する場合」の点数が算定できる。

（※1）在宅支援連携体制を構築する別の医療機関（強化型支援診）の求めに応じて患者の入院を受け入れた場合

（※2）上記以外の場合

（※3）※1、2を除き、緊急時の病床を確保するために連携した医療機関の求めに応じて患者の入院を受け入れた場合は2,000点を算定する。

5. 在宅時医学総合管理料の算定

→P.629

- (1) 在宅時医学総合管理料は届出が必要です。
- (2) この管理料は、在宅時か特定施設入居時等か、在宅療養支援診療所・支援病院か否か、院外処方せん交付か否かで点数（前ページ4の表参照）が異なりますが、算定要件は同じです。
- (3) 5つの医学管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料及び投薬料が含まれます。
- (4) 月2回以上計画的に訪問して診療することが算定要件です。訪問計画を立てていたが、結果的に往診となった場合もカウントできますが、初診の往診はカウントできません。
- (5) 在宅医療に移行後、最初の算定月から3月以内は在宅移行早期加算（100点）を算定できます。
- (6) 末期の悪性腫瘍の患者や、一部の在宅療養指導管理（詳細は⇒P.110）を複数行う患者等に、月4回以上の訪問を行った場合は重症者加算（1,000点）を算定することができます。

6. 末期がん患者に対する算定

→P.647

- (1) 末期の悪性腫瘍の患者について、訪問診療、訪問看護は算定回数の制限を受けません。
- (2) 悪性腫瘍特異物質治療管理料、在宅時医学総合管理料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料は併せて算定できます。
- (3) 在宅療養支援診療所・支援病院が在宅がん医療総合診療料を届け出ている場合は、この点数で算定できます。①訪問診療及び訪問看護を行う日がそれぞれ週1回以上、②訪問診療及び訪問看護の合計回数が週4回以上行われた場合、暦週（日～土）を単位として算定します。
- (4) 在宅がん医療総合診療料に係る訪問看護は、他の医療機関や訪問看護ステーションに依頼することができます。ただし、その費用は別に請求できないので、在宅がん医療総合診療料を算定する医療機関から、合議により費用を支払います。

7. 訪問看護の実施と算定

→P.660

- (1) 介護保険の要介護者・要支援者に対する訪問看護は、介護保険が優先し、医療保険では算定できません。ただし、次の患者については、医療保険により算定します。
 - ① 末期の悪性腫瘍、神経難病、AIDS、頸髄損傷の患者、人工呼吸器使用患者
 - ② 急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である旨の特別指示があった場合
- (2) 訪問看護を行う医療機関等により、指示・依頼の方法が異なります。
 - ① 自院から訪問看護を行う場合は、指示内容の要点をカルテに記載します。
 - ② 訪問看護ステーションに指示する場合は、訪問看護指示書（月1回、300点）、特別訪問看護指示書（月1回100点。気管カニューレ使用、真皮を越える褥瘡のある患者は月2回可）によります。
 - ③ 他の医療機関に訪問看護を依頼する場合は、診療情報提供書（250点）で依頼します。
- (3) 介護保険の訪問看護を行う場合も（2）の方法によります。
- (4) 訪問看護を行う看護職員に指示し、在宅で患者に点滴を行うための点数である、在宅患者訪問点滴注射管理指導料（週1回、60点）は、医療保険の訪問看護のみが対象です。介護保険の訪問看護では認められず、使用した注射薬も別に請求できません。

9. 在宅における処置及び処置薬剤の算定

→P.674

(1) 在宅における処置及び処置薬剤の算定は以下の二通りの方法があります。

(A) 往診又は訪問診療時に行った個々の処置に対する処置料等を算定する方法

① 個々の処置の費用は出来高で算定します。

② 処置に伴って使用した薬剤の費用は、「④⑩処置」欄の薬剤の項で算定します。

(B) 在宅寝たきり患者処置指導管理料（1,050点）により算定する方法

① 在宅寝たきり患者処置指導管理料は、寝たきり患者又はこれに準じる患者であって、患者・家族等が「創傷処置等の処置」を実施することが必要かつ適切と認められる在宅患者に対し、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定します。

② 対象となる「創傷処置等の処置」とは、創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引、消炎鎮痛等処置です。

③ 在宅寝たきり患者処置指導管理料に用いる薬剤を、患者・家族等に支給した場合は、「④⑩在宅」欄の薬剤の項で算定します。また、特定保険医療材料（膀胱留置用カテーテル、気管内カテーテル、鼻腔栄養用カテーテル、皮膚欠損用創傷被覆材*、非固着性シリコンガーゼ*など）を支給した場合も、在宅薬剤と同様に「④⑩在宅」欄の薬剤の項で算定します。（*重度の褥瘡患者の褥瘡に限る）

(2) 在宅時医学総合管理料と在宅寝たきり患者処置指導管理料との関係

① 在宅時医学総合管理料を算定する場合は、在宅寝たきり患者処置指導管理料や投薬の費用は併せて算定できません。

② (2)の①にかかわらず、在宅寝たきり処置指導管理に伴う薬剤、特定保険医療材料については、「④⑩在宅」欄の薬剤の項で算定できます。

10. 介護保険優先の原則

→P.258

(1) 介護保険の要介護者・要支援者には、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料は算定できず、介護報酬で同種のサービスがある訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導費（薬剤師）、居宅療養管理指導費（管理栄養士）を算定します。

(2) 要介護者・要支援者に対する在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料の算定は、末期の悪性腫瘍や神経難病等及び急性増悪により一時的に頻回の訪問看護が必要な患者に限られ、その他の患者は、介護保険の訪問看護費を算定します。

(3) 要介護者・要支援者に対する在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、原則としては算定できませんが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、6月に1回、14日間に限り算定できます。

11. 施設入居（所）者に対する医療

→P.278

(1)2008年度の改定で在宅時医学総合管理料が分割され、特定施設入居者等に対しては特定施設入居時等医学総合管理料を算定することになりました。

特定施設入居時等医学総合管理料の算定対象となる特定施設入居者等とは、①養護老人ホーム、②軽費老人ホーム、③特別養護老人ホーム、④特定施設（外部サービス利用型除く）、⑤短期入所生活介護（介護予防含む）一に入居している患者です。⇒P.289

(2)2012年度の改定で同一建物居住者に対する訪問診療が、「特定施設等に入居する者」（203点）と「特定施設等に入居する者以外の者」（103点）の2つに区分されました。「特定施設等に入居する者」については、特別養護老人ホーム、特定施設、地域密着型特定施設の入所（居）者が算定対象です。（1）の特定施設入居時等医学総合管理料の算定対象者と異なっていますので、ご留意下さい。

(3)特別養護老人ホーム入所者の場合、①末期の悪性腫瘍患者、②介護保険の看取り介護加算の施設基準を満たして届出を行っている特別養護老人ホームにおいて、在宅療養支援診療所・支援病院の医師又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師が看取った場合、死亡日から遡って30日以内の間に行われたものについてのみが、在宅患者訪問診療料、特定施設入居時等医学総合管理料の算定対象になります。

在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算及び看取り加算も要件を満たせば算定できます。しかし、施設側が介護保険の介護福祉施設サービス費又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の看取り介護加算を算定している場合は、算定できませんので、合議や調整が必要です。

さらに、その他にも算定制限があります。⇒P.298

(4)介護老人保健施設入所者の場合も、算定制限があります。⇒P.309

12. 介護保険の居宅療養管理指導費

→P.712

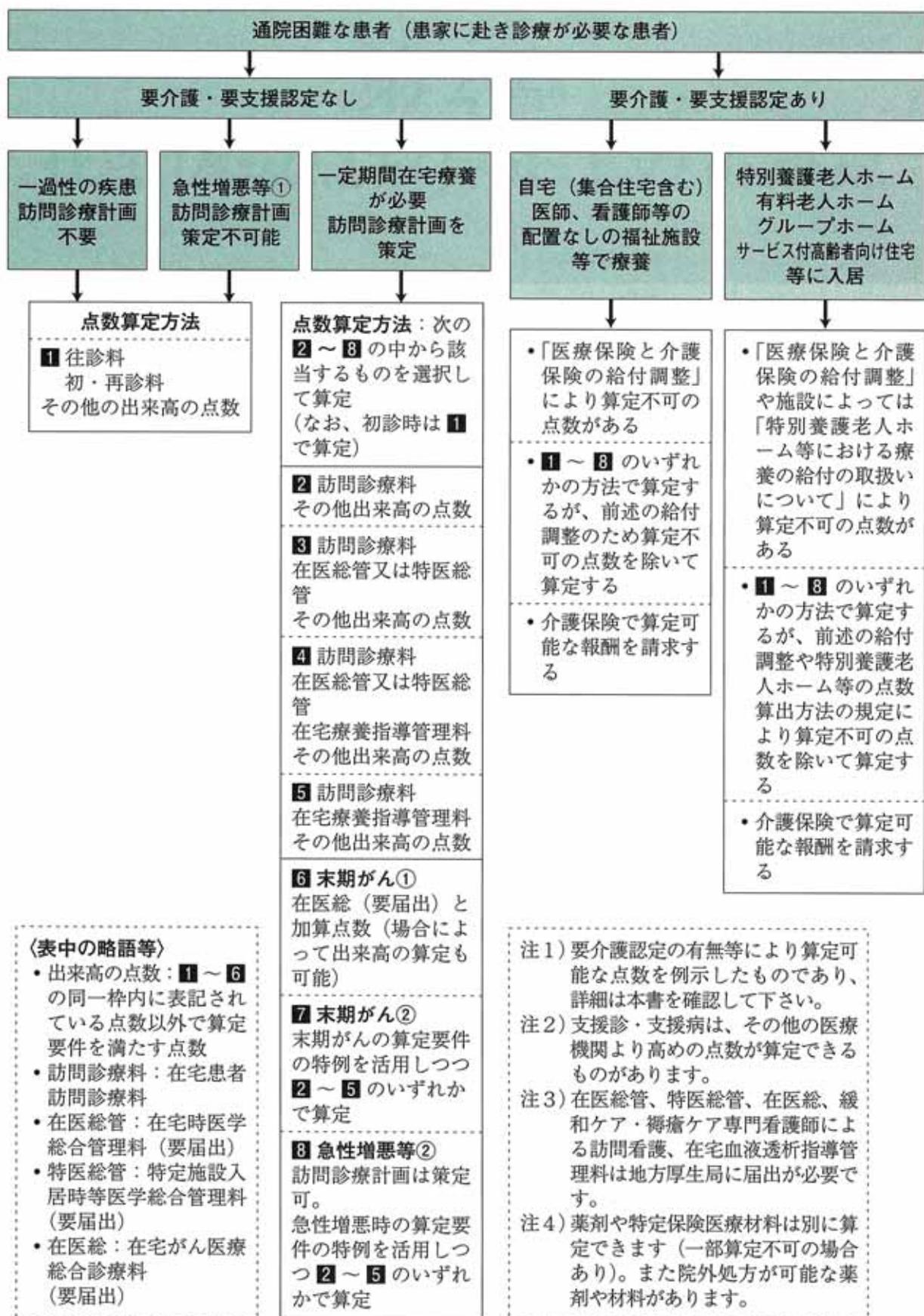
(1)通院が困難な患者に対して、医師が利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、ケアマネジャーに対する介護サービス計画（ケアプラン）の策定等に必要な情報提供、並びに患者・家族等に対する介護サービス利用上の留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合、1カ月に2回を限度に、医師による居宅療養管理指導費が算定できます。

医療保険の在宅時医学総合管理料を算定しない場合で同一建物居住者の方は1回450単位、それ以外の方は1回500単位、算定する場合で同一建物居住者の方は1回261単位、それ以外の方は1回290単位です。なお、算定にあたっては、原則としてケアマネジャーに対する情報提供が必須です（他の介護サービスを利用していない場合や、利用者自らがケアプランを作成している場合は例外です）。

(2)事業者として「みなし指定」を受けていることが前提になります。

(3)運営規定を作成し院内掲示すること、算定するにあたり説明文書を渡し同意を得ている必要があります。

〈参考〉通院困難な患者に対する在宅医療点数の算定方法フローチャート



第2節 在宅療養支援診療所 ㊦・在宅療養支援病院 ㊦

(1) 在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要がある。このため、緊急時の連絡体制及び24時間往診ができる体制等を確保しなければならない。

なお、当該診療所が他の医療機関（特別の関係を含む）又は訪問看護ステーション（特別の関係を含む）（以下「連携医療機関等」という）と連携する場合には、連携医療機関等の医師又は看護師等との診療情報の共有に

際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

在宅療養支援診療所の施設基準 ⇨P.53

在宅療養支援病院の施設基準 ⇨P.57

施設基準の一覧表 ⇨P.45

(2) 連携医療機関等の医師又は看護師等であって、在宅療養支援診療所の医師の指示により、緊急の往診又は訪問看護を行うものは、患者の診療情報について、あらかじめ在宅療養支援診療所の医師から提供を受け、緊急時に十分活用できる体制にて保管する必要がある。

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院とその他医療機関の算定比較表

点数格差のある項目		強化型支援診・支援病		支援診・支援病	その他
		病床有	病床無		
往診料	緊急往診加算	850	750	650	325
	夜間加算	1,700	1,500	1,300	650
	深夜加算	2,700	2,500	2,300	1,300
在宅患者訪問診療料	在宅ターミナルケア加算	6,000	5,000	4,000	3,000
	往診翌日までの算定	○	○	○	×
在宅時医学総合管理料	院外処方せんを交付する場合	5,000	4,600	4,200	2,200
	院外処方せんを交付しない場合	5,300	4,900	4,500	2,500
特定施設入居時等医学総合管理料	院外処方せんを交付する場合	3,600	3,300	3,000	1,500
	院外処方せんを交付しない場合	3,900	3,600	3,300	1,800
在宅がん医療総合診療料	院外処方せんを交付する場合	1,800	1,650	1,495	—
	院外処方せんを交付しない場合	2,000	1,850	1,685	—
退院時共同指導料1		1,000(支援診のみ算定可)			600
有床診療所（療養病床を含む）入院基本料の看取り加算		2,000			1,000
在宅患者緊急入院診療加算（入院点数）		2,500 (※1※3)	—	1,000(※2※3)	

強化型支援診（連携型）の届出をしている場合、無床診療所であっても在宅支援連携体制を構築する別の医療機関が病床を有している場合は、「病床を有する場合」の点数が算定できる。

(※1) 在宅支援連携体制を構築する別の医療機関（強化型支援診）の求めに応じて患者の入院を受け入れた場合

(※2) 上記以外の場合

(※3) ※1、2を除き、緊急時の病床を確保するために連携した支援診の求めに応じて患者の入院を受け入れた場合は2,000点を算定する。

在宅療養支援診療所・支援病院の施設基準・要件一覧

*連携型それぞれが緊急往診4件以上、看取り2件以上

H20 R01	従来の支援診・支援病	強化型支援診・支援病	
		連携型	単独型
届出可能な医療機関	診療所は自院又は別の医療機関との連携により以下の体制を確保する。 許可病床数200床未満の病院等は、自院にて以下の体制を確保する。	在宅支援連携体制を構築する診療所及び病院（許可病床数200床未満に限る）が、協力して以下の体制を確保する。 ※求められる人員や看取り数等は連携する医療機関の実績を合わせて満たせばよい。 ※連携する医療機関数は10未満 ※連携する医療機関すべてが支援診（支援病）になることを想定している。	診療所又は許可病床数200床未満の病院等が、単独で以下の体制を確保する。
医師の人員基準		在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上 ※入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師	
緊急の往診の実績		過去1年間の緊急の往診の実績が10件以上 ※「緊急の往診」とは、緊急往診・夜間・深夜加算を算定する往診	
在宅看取りの実績		過去1年間の在宅における看取りの実績が4件以上	
24時間連絡受付体制	支援診は、24時間連絡を受ける医師又は看護職員をあらかじめ指定（支援病は、医師・看護職員でなくてもよい） 【文書提供】24時間連絡を受ける担当者（医師又は看護職員等）及び担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供。曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示。（文書例⇒P.46）		
		在宅支援連携体制を構築する医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化	
24時間往診体制	支援診・支援病において、又は別の医療機関の医師との連携により、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保		単独型の場合は、支援診・支援病において、24時間往診が可能な体制を確保
	往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供（文書例⇒P.47～49） 届出の要点：患者ごとに連携先の医療機関が異なる場合は、すべての連携先を届け出る必要がある。また連携先の変更があった場合は、その都度、変更の届出が必要である。なお連携先は、支援診や「特別の関係」の医療機関でも届出ができる。		
24時間訪問看護体制	支援診・支援病又は別の医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、支援診・支援病の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保		
	訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供。（文書例⇒P.47～49） 届出の要点：患者ごとに連携先の医療機関・訪問看護ステーションが異なる場合は、すべての連携先を届け出る必要がある。また連携先の変更があった場合は、その都度、変更の届出が必要である。なお、連携先は、支援診・支援病や「特別の関係」の医療機関・訪問看護ステーションでも届出ができる。		
緊急入院受入体制	支援診は自院、又は他の別の医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保（支援病は、自院で完結すること）	在宅支援連携体制を構築する医療機関のいずれも病床を有しない場合は、別の医療機関（200床以上の病院含む）との連携により確保	有床診療所、許可病床数200床未満の病院等の場合は自院にて確保 無床診療所の場合は、別の医療機関（200床以上の病院含む）との連携により確保
連携先への情報提供体制	他の医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、あらかじめ患者の同意を得て、緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体含む）により随時提供 在宅支援連携体制を構築する医療機関間において、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施する		
診療記録管理体制	患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制の整備		
他の保健医療福祉サービスとの連携	地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携。連携調整担当者はケアマネジャーに限らず、連絡調整を担当するものであれば資格は問われない。		
地方厚生局長等への報告	年に1回、自院における在宅看取り数、緊急の往診数、カンファレンスの開催状況等を地方厚生局長等に報告（様式11の3）		
		在宅支援連携体制を構築する医療機関の実績を含めた在宅看取り数、緊急の往診数、カンファレンスの開催状況等を地方厚生局長等に報告（様式11の4）	

〈参考〉24時間連絡受付体制に関して患者に配布する文書例
(在宅療養を提供する患者に配布する文書)

交付年月日 ○○年 ○月 ○日

在宅で療養されている皆様へ

当診療所は在宅療養支援診療所として登録しています。
緊急時の連絡先についてお知らせします。

1. 診療時間内 ○○○診療所 電話： _____
(連絡担当者：看護師 ○○○○)
2. 診療時間外 (平日の夜間、休日・年末年始等)
緊急時対応携帯電話 _____
(連絡担当者：院長 ○○○○)

- 当診療所は往診が必要な方には当診療所及び連携医療機関と共に対応します。
- 当診療所は24時間緊急訪問看護が必要な方には当診療所又は連携訪問看護ステーションと共に対応します。
- 当診療所は緊急時の入院医療機関を確保しています。
- 緊急時の注意事項等

※具合の悪いときはなるべく早めにご連絡ください。

診療時間 平日 午前○時～○時、午後○時～○時
土曜日 午前○時～○時
休診日 ○曜日および休・祭日

○○○診療所

住所：

電話：

FAX：

※ 交代制で連絡担当者をおく場合は、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者名及び直接連絡がとれる電話番号を記載する。携帯電話でも構わない。

※ 24時間連絡を受ける担当者の氏名とその連絡担当者に直接連絡が可能な電話番号(携帯電話可)、緊急時の注意事項については、最低限必要な情報である。

〈参考〉24時間連絡受付体制及び24時間往診・訪問看護体制に関して患者に配布する文書例
(支援診)

交付年月日 ○○年 ○月 ○日

様

当診療所は在宅療養支援診療所として登録しています。
緊急時の連絡先と、24時間往診・訪問看護体制についてお知らせします。

1. 診療時間内 ○○○診療所 電話：_____

(連絡担当者：看護師 ○○○○)

2. 診療時間外 (平日の夜間、休日・年末年始等)

緊急時対応携帯電話 _____

(連絡担当者：院長 ○○○○)

3. 24時間往診・訪問看護の体制

●緊急往診が必要な場合、次の医師が担当します

① _____ 医師 (○○○診療所院長)

※全日対応

② _____ 医師 (△△△クリニック院長)

※△曜日の午後5時以降担当します。

●緊急訪問看護が必要になった場合、次の看護師が対応します。

_____ 看護師 (所属： _____)

●当診療所は緊急時の入院医療機関を確保しています。

●緊急時の注意事項等

※具合の悪いときはなるべく早めにご連絡ください。

診療時間 平日 午前○時～○時、午後○時～○時

土曜日 午前○時～○時

休診日 ○曜日および休・祭日

○○○診療所

住所：

電話：

FAX：

※ 交代制で往診及び訪問看護を行う場合は、それぞれ担当者名、担当日等を記載する。

※ 24時間連絡を受ける担当者の氏名とその連絡担当者に直接連絡が可能な電話番号(携帯電話可)、緊急時の注意事項及び往診・訪問看護のそれぞれの担当者氏名、担当日については、最低限必要な情報である。

〈参考〉24時間連絡受付体制及び24時間往診・訪問看護体制に関して患者に配布する文書例
(強化型支援診(単独型))

交付年月日 ○○年 ○月 ○日

様

当診療所は在宅療養支援診療所として登録しています。

緊急時の連絡先と24時間往診・訪問看護体制についてお知らせします。

1. 診療時間内 ○○○診療所 電話： ×××-△△△△

(連絡担当者：看護師 ○○○○)

2. 診療時間外 緊急時対応電話 電話：○○○-××××-△△△△

3. 24時間往診・訪問看護の体制

●緊急往診が必要な場合、次の医師が担当します。

① _____ 医師 (○○院長) 全日対応

② _____ 医師 (△△副院長) ①の医師が対応できない場合に対応します。

●緊急訪問看護が必要になった場合、次の看護師が対応します。

担当：○○訪問看護ステーション

(月・水・木・金 看護師 ○○○○)
(火・土・日 看護師 ○○○○)

●当診療所は、自院にて緊急時に入院できる病床を確保しています。

●緊急時の注意事項等

※具合の悪いときはなるべく早めにご連絡ください。

○○○診療所 院長○○

住所：

電話：

FAX：

診療時間	平日	午前○時～○時、午後○時～○時
	土曜日	午前○時～○時
	休診日	○曜日および祝祭日

※ 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合は、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者名を記載する。

※ 緊急時に入院できる病床について、自院もしくは他の保険医療機関において確保している旨を記載する。

※ 24時間連絡を受ける担当者の氏名とその連絡担当者に直接連絡が可能な電話番号(携帯可)、緊急時の注意事項及び往診・訪問看護の担当者氏名、担当日は、最低限必要な情報である。

〈参考〉24時間連絡受付体制及び24時間往診・訪問看護体制に関して患者に配布する文書例
(強化型支援診(連携型))

交付年月日 ○○年 ○月 ○日

様

当診療所は在宅療養支援診療所として登録しています。

緊急時の連絡先と24時間往診・訪問看護体制についてお知らせします。

1. 診療時間内 ○○○診療所 電話： ×××-△△△△
(連絡担当者：看護師 ○○○○)

2. 診療時間外 緊急時対応電話 電話：○○○-××××-△△△△

3. 24時間往診・訪問看護の体制

●緊急往診が必要な場合、次の医師が担当します。

① _____ 医師 (○○○診療所院長) 全日対応

② _____ 医師 (△△クリニック院長) ①の医師が対応できない場合に対応します。

●緊急訪問看護が必要になった場合、次の看護師が対応します。

担当：○○訪問看護ステーション

(月・水・木・金 看護師 ○○○○)
(火・土・日 看護師 ○○○○)

●当診療所は、自院にて緊急時に入院できる病床を確保しています。

●緊急時の注意事項等

具合の悪いときはなるべく早めにご連絡ください。

○○○診療所 院長○○

住所：

電話：

FAX：

診療時間	平日	午前○時～○時、午後○時～○時
	土曜日	午前○時～○時
	休診日	○曜日および祝祭日

当診療所は以下の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院と連携しています。

上記の連絡先が不通の場合、(○○○-××××-△△△△：連携保険医療機関連絡先)にご連絡ください。

・○○診療所 医師 ○○ ・△△クリニック 医師 ○○
・○○病院 医師 ○○ ・○○○病院 医師 ○○

※ 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合は、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者名を記載する。

※ 緊急時に入院できる病床について、自院もしくは他の保険医療機関において確保している旨を記載する。

※ 24時間連絡を受ける担当者の氏名とその連絡担当者に直接連絡が可能な電話番号(携帯可)、緊急時の注意事項及び往診・訪問看護の担当者氏名、担当日は、最低限必要な情報である。

求めている場合は、それらの書類

- (3) 別添2「特掲診療料の施設基準に係る届出書」に4つの適格要件が記載されているので、適格要件に適合している場合は、届出書の□欄に✓を記入して提出する（□欄に✓が記入されていない場合は届出が受理されない）。また、今回届け出たものと、既に届出ているもののチェック欄にも記入する必要がある。
- (4) 地方厚生（支）局は、届出の内容について要件審査を行い、受理又は不受理を決定する。この要件審査は、提出から2週間以内に行われ、遅くとも概ね1月以内に受理又は不受理が決定される。
- (5) 届出が受理された場合、届出書の副本に受理番号を付して医療機関に通知される。算定の開始は、原則として届出の受理日によって次のように定められる。
- ① 届出の受理日が月の2日から末日までの場合は、翌月の1日から算定開始。
- ② 届出の受理日が月の1日の場合は、その月から算定開始。
- (6) 届出を行った医療機関は、届出を行った全ての施設基準を、院内の見やすい場所に掲示しなければならない。
- (7) 届出を行った医療機関は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うこととされている。
- (8) 届出受理後に届出内容と異なった場合、速やかに変更届けを行う必要がある。
- 例：在宅療養支援診療所において、
- ・緊急時の入院医療機関の変更
 - ・24時間連絡を受ける連絡担当者の変更
 - ・連携医療機関等の変更
- (9) 施設基準を満たさなくなった場合は届出の変更又は取り下げを行う必要がある。
- (10) 医療機関番号が変更になる場合、届出が必要な点数を算定するためには、改めて届出

しなければならない。

例：法人化、開設者の変更、所在地の移転など

3. 各項目の施設基準と届出の記載について

以下に掲載する。なお、介護保険の届出は第7章第4節（⇒P.450）を参照されたい。

(A) 在宅療養支援診療所（支援診）

(a) 施設基準

【告示】

（※告示のうち、通知と同一内容の要件は省略した。以下は告示のみに記載）

- (1) 医療機関である診療所である。
- (2) 実績
 - ① 強化型在宅療養支援診療所（単独型）：
緊急の往診及び在宅における看取りについて相当の実績を有している。
 - ② 強化型在宅療養支援診療所（連携型）：
緊急の往診及び在宅における看取りについて、当該連携体制を構成する他の医療機関と合わせて、相当の実績を有している。

【通知】

次の「1」から「3」のいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

なお、「2」又は「3」のいずれかに該当するものが、C000往診料の緊急往診・夜間・深夜加算、C001在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、C002在宅時医学総合管理料、C002-2特定施設入居時等医学総合管理料及びC003在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

1. 従来の在宅療養支援診療所（特掲診療料の施設基準第9の1(3)）

以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している。

ア 当該診療所において、24時間連絡を受けける医師又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供している。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示する。

イ 当該診療所において、又は別の医療機関の医師との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。

ウ 当該診療所において、又は別の医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。

エ 当該診療所において、又は別の医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ている。

オ 他の医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらか

じめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携医療機関等に文書（電子媒体を含む）により随時提供している。

カ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されている。

キ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携している。

ク 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3（⇒P.50）を用いて、地方厚生局長等に報告している。

2. 強化型在宅療養支援診療所（単独型）（特掲診療料の施設基準第9の1(1)）

診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している。

ア 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されている。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

イ 当該診療所において、24時間連絡を受けける医師又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供している。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示する。

ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書によ

り患家に提供している。

エ 当該診療所において、又は別の医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。

オ 有床診療所にあつては当該診療所において、無床診療所にあつては別の医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ている。

カ 別の医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む）により随時提供している。

キ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されている。

ク 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携している。

ケ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3（⇒P.50）を用いて、地方厚生局長等に報告している。

コ 当該診療所において、過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する。

なお、緊急の往診とは、C000往診料に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診をいう。

サ 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上を有

している。

3. 強化型在宅療養支援診療所（連携型）（特掲診療料の施設基準第9の1(2)）

他の医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床未満の病院により構成されたものに限る。「在宅支援連携体制」という）を構築している診療所であつて、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200未満のものに限る）が、すべて、診療所にあつては以下の要件、病院にあつては強化型在宅療養支援病院（連携型）の要件を満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定している。

ア 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されている。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

イ 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関と協力して、24時間連絡を受ける医師又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供している。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それ

ぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示する。

ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。

エ 当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。

オ 当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ている。

ただし、当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関のいずれも病床を有しない場合には、別の医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ている。

カ 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む）により随時提供している。

なお、当該在宅支援連携体制を構築す

る医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施する。

キ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されている。

ク 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携している。

ケ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3（⇒P.50）を用いて、地方厚生局長等に報告している。また、当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を、別途、別添2の様式11の4（⇒P.51）を用いて、地方厚生局長等に報告している。

なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の医療機関のうち、1つの医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。

コ 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する。

なお、緊急の往診とは、C000往診料に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診をいう。

サ 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上を有している。

4. 往診料の加算等の適用（在宅療養支援診療所）（共通）（特掲診療料の施設基準第9の2）

往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」とは、強化型在宅療養支援診療所（単独型）のオに規定する有床診療所、強化型在宅療養支援診療所（連携型）のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の医療機関において緊急時に

居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している場合をいう。

なお、強化型在宅療養支援診療所（連携型）のオに規定する在宅支援連携体制を構築する複数の医療機関において1つでも病床を有する医療機関が存在する場合、当該在宅支援連携体制を構築する全ての医療機関が、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当する。

往診料の加算等に規定する「病床を有しない場合」とは、強化型在宅療養支援診療所（単独型）のオに規定する無床診療所、強化型在宅療養支援診療所（連携型）のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の医療機関のいずれも病床を有しない場合をいう。

(b) 届出に関する事項

届出は支援診は様式11（⇒P.67）、支援病院は様式11の2（⇒P.68）を用いる。

(c) 届出書添付書類記載上の注意

- (1) 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付する。
- (2) 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料（様式19）」及び「在宅がん医療総合診療料（様式20）」の届出が行われているかについて留意する。

(B) 在宅療養支援病院（支援病院）

(a) 施設基準

【告示】

（※告示のうち、通知と同一内容の要件は省略した。以下は告示のみに記載）

(1) 実績

- ① 強化型在宅療養支援病院（単独型）：
緊急の往診及び在宅における看取りにつ

いて、相当の実績を有している。

- ② 強化型在宅療養支援病院（連携型）：
緊急の往診及び在宅における看取りについて、当該連携体制を構成する他の医療機関と合わせて、相当の実績を有している。

【通知】

次の「1」から「3」のいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。

なお、「2」又は「3」のいずれかに該当するものが、C000往診料の緊急往診・夜間・深夜加算、C001在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算、C002在宅時医学総合管理料、C002-2特定施設入居時等医学総合管理料及びC003在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という）に規定する在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものである。

1. 従来の在宅療養支援病院（特掲診療料の施設基準第14の2の1(3)）

以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している。

ア 許可病床数が200床未満の病院である又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない。なお、半径4km以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径4km以内に診療所が開設された場合にあっては、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

イ 当該病院において、24時間連絡を受けられる担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看

- 護を行う家族に対して説明の上、文書により提供している。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示する。
- ウ 当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。往診担当医が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「オ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されている。
- エ 往診を担当する医師は当該医療機関の当直体制を担う医師とは別のものである。
- オ 当該病院において又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該病院の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「ウ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されている。
- カ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している。
- キ 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書（電子媒体を含む）により随時提供している。
- ク 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されている。
- ケ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携している。
- コ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3（⇒P.50）を用いて、地方厚生局長等に報告している。
- 2. 強化型在宅療養支援病院（単独型）（特掲診療料の施設基準第14の2の1（1））**
- 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している。
- ア 許可病床数が200床未満の病院である又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない。なお、半径4km以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。
- また、当該病院が届出を行った後に半径4km以内に診療所が開設された場合であっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。
- イ 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されている。
- なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現在在宅医療に関わる医師をいう。
- ウ 当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書に

より提供している。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示する。

エ 当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。往診担当医が複数名にわたる場合にあって、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されている。

オ 往診を担当する医師は当該医療機関の当直体制を担う医師とは別のものである。

カ 当該病院において、又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該病院の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されている。

キ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している。

ク 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステ

ーションに文書（電子媒体を含む）により随時提供している。

ケ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されている。

コ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携している。

サ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3（⇒P.50）を用いて、地方厚生局長等に報告している。

シ 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する。

なお、緊急の往診とは、C000往診料に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診をいう。

ス 当該病院において、過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している。

3. 強化型在宅療養支援病院（連携型）（特掲診療料の施設基準第14の2の1（2））

他の医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床未満の病院により構成されたものに限る。「在宅支援連携体制」という）を構築している病院であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の医療機関の数は、当該病院を含めて10未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200未満のものに限る）が、すべて、診療所にあつては強化型支援診療（連携型）の要件、病院にあつては以下の要件を満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定している。

ア 許可病床数が200床未満の病院である。

イ 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されている。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関と協力して、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供している。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示する。

エ 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。

往診担当医が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されている。

オ 往診を担当する医師は当該医療機関の当直体制を担う医師とは別のものである。

カ 当該病院又は当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、24時間訪問看護の

提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供している。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されている。

キ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している。

ク 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む）により随時提供している。

なお、在宅支援連携体制を構築する医療機関間においては、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施する。

ケ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されている。

コ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携している。

サ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3（⇒P.50）を用いて、地方厚生局長等に報告している。

また、当該在宅療養支援体制を構築する他の医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を別途、別添2の様式11の4（⇒P.51）を用いて、地方厚生局長等に報告している。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の医療機関のうち、1つの医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。

シ 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する。

なお、緊急の往診とは、C000往診料に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診をいう。

ス 当該在宅支援連携体制を構築する他の医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している。

4. 往診料の加算等の適用（在宅療養支援病院）（共通）（特掲診療料の施設基準第14の2の2）

強化型支援病（単独型）及び強化型支援病（連携型）に規定する在宅療養支援病院は、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当する。

編注

① 在宅療養支援病院は、許可病床数200床未満の病院であれば、半径4km以内に診療所があっても届出できる。

② 「診療記録管理を行うにつき必要な体制」については、A207診療録管理体制加算を届け出ることが要件とはなっていない。

(C) 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料

(a) 施設基準

【告示】

イ 当該医療機関内に在宅医療の調整担当者が1名以上配置されている。

ロ 患者に対して医療を提供できる体制が継続的に確保されている。

【通知】

(1) 次の要件のいずれをも満たすものである。

ア 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福

祉サービスとの連携調整を担当する者を配置している。

編注 「連携調整を担当する者」とは、

ケアマネジャー、社会福祉士の他、連携調整を担当できるものであれば、医師、看護師、医療事務など医療機関の職員を配置していればよい。資格は問われない。

イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保している。

(2) 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努める。

(3) 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましい。

(b) 届出に関する事項

届出は様式19（⇒P.69）を用いる。

(c) 届出書添付書類記載上の注意

(1) 「診療所（在宅療養支援診療所）」に○をつけた場合には、併せて様式11の提出が必要である。

(2) 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付する。

(D) 在宅がん医療総合診療料

(a) 施設基準

【告示】

(1) 在宅がん医療を提供するにつき必要な体制が整備されている。

(2) 緊急時の入院体制が整備されている。

【通知】

(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っている。

(2) 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な

医療を提供できる。

- (3) 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制がある。
- (4) 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制がある。
- (5) 上記(3)における訪問看護及び(4)については、当該医療機関と連携を有する医療機関又は訪問看護ステーションと共同して、これに当たっても差し支えない。

(b) 届出に関する事項

- (1) 届出は様式20 (⇒P.69) を用いる。
- (2) 当該医療機関において主として在宅末期医療総合診療に当たる医師、看護師の氏名を記載する。
- (3) 緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書の例を添付する。
- (4) 悪性腫瘍患者の過去1カ月間の診療状況について下記の事項を記載する。
 - ア 入院患者数 (延べ患者数)
 - イ 外来患者数 (延べ患者数)
 - ウ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数 (延べ患者数)

(c) 届出書添付書類記載上の注意

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付する。

(E) 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料 (緩和ケア、褥瘡ケア専門看護師)

(a) 施設基準

【告示】

緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

【通知】

在宅訪問看護・指導料の「注2」及び同一建物居住者訪問看護・指導料の「注2」に関する施設基準

当該保険医療機関において、緩和ケア又は褥瘡ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されている。

なお、ここでいう緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修とは、それぞれ、次に該当するものをいう。

(1) 緩和ケアに係る専門の研修

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修である (6月以上かつ600時間以上研修期間で、修了証が交付されるもの)。

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修である。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものである。

(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

(ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

(ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

(チ) コンサルテーション方法

(リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

(ス) 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

(2) 褥瘡ケアに係る専門の研修

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・

〈参考1〉在宅療養計画書（在宅時医学総合管理用）

患者氏名	様	性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
患者住所	〒 - 連絡先等 TEL () - / (緊急時) () -		
病名等			
病状・経過等 ㊦			
日常生活上の留意事項 ㊦			
訪問計画 ㊦	毎月の訪問日時（○日、○日訪問予定、隔週何曜日、等）		
在宅療養計画 ㊦	在宅療養指導管理 ※自己注射、在宅酸素、在宅中心静脈栄養 等 投薬・注射等 検査予定等 処置予定等		
訪問する看護職員等	（所属： / TEL () -)		
訪問看護 訪問リハビリ 訪問薬剤管理 計画等	毎月の訪問日時（○日、○日訪問予定、隔週何曜日、等）		
他の保健医療・福祉サービスとの連携 ㊦			
介護サービス利用の留意点、介護方法 ㊦			

以上の内容について不明の点はお気軽にお尋ね下さい。なお、本計画書は介護保険のサービス担当者会議を主催するケアマネジャー等へ情報提供することがあります。ご了承ください。

(計画作成日) 年 月 日	〒000-0000 △△市△△△町 00-00 医療法人□□会 □□クリニック TEL 000-000-0000 / 携帯 000-000-0000
(主治医氏名)	

以下、ケアマネジャー向け通信欄 ㊦

(ケアマネジャー氏名)	(FAX 番号) () - (その他、連絡欄)
殿	

9 C007 訪問看護指示料（訪問指示）

1. 算定点数

訪問看護指示料（月1回）	300点
特別訪問看護指示加算（月1回） （別に厚生労働省が定める者については月2回）	100点

2. 算定の原則

- (1) 当該患者に対する診療を担う医療機関の医師が、診療に基づいて指定訪問看護事業者（介護保険の指定居宅サービス事業者若しくは指定介護予防サービス事業者又は健康保険の指定訪問看護事業者）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険の指定地域密着型サービス事業所（定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを行う者に限る）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る）の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選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。
- (2) 特別訪問看護指示加算
当該患者に対する診療を担う医療機関の医師が、診療に基づき、当該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、患者の同意を得て当該患者の選定する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は、特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については、月2回）に限り、所定点数に100点を加算する。
- (3) 訪問看護指示料を算定した場合には、精神科訪問看護指示料は算定しない。

3. 別に厚生労働大臣が定める患者（特別訪問看護指示加算が2回算定できる患者）

- (1) 気管カニューレを使用している状態にある者
- (2) 真皮を越える褥瘡の状態にある者
 - ① NPUAP（The National Pressure Ulcer Advisory Panel）分類Ⅲ度又はⅣ度
 - ② DESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4又はD5

編注 NPUAP分類・DESIGN分類

⇒P.138

4. 留意事項

- (1) 訪問看護指示料は、在宅での療養を行っており、疾病、負傷のために通院による療養が困難な患者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、在宅での療養を行っている患者の診療を担う医師（患者が選定する医療機関の医師に限る。以下「主治医」という）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、別紙様式16（⇒P.163）を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間（6月以内に限り）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、1月の指示を行う場合には、訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

編注 複数月の有効期間の指示書を発行した後、有効期間内に患者の病態の変化に伴い指示内容の変更の必要が生じた場合、改めて指示書の発行ができる。この場合、訪問看護指示料の算定は、指示料を既に算定している月は算定できないが、月が変わっていれば改めて算定できる。

(別紙様式16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状態	
	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	日常生活 自立度	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認定の状況	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻: サイズ 日に1回交換) 8. 留置カテーテル(部位: サイズ 日に1回交換) 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式: 設定) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()	
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項		
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他		
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び第一号複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)		
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有: 指定訪問看護ステーション名)		

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX.)
医師氏名

印

事業所

殿

(別紙様式18)

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

	特別看護指示期間	(平成	年	月	日	～	年	月	日)
	点滴注射指示期間	(平成	年	月	日	～	年	月	日)
患者氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日				(歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：									
留意事項及び指示事項(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)									
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）									
緊急時の連絡先等									

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

事業所

殿

第4章 医療保険と介護保険の 給付調整 (要介護者・要支援者の医療)

医療保険と介護保険の給付調整	258
1. 介護保険優先の原則	
2. 在宅医療と指定居宅サービス等に関する留意事項	
要介護者・要支援者に対する医療保険点数（入院外の患者）の算定可否一覧	265
在宅サービスの給付元一覧表	271

在宅サービスの給付元一覧表

給付の種類	請求先		備 考
	要介護者・要支援者	左記以外の患者	
往診 訪問診療 在医総管 特医総管	医療保険	医療保険	※要支援・要介護者も含め、全ての患者について、医療保険で算定。
居宅療養管理指導			介護保険
訪問看護指示	医療保険	医療保険	※訪問看護ステーションに対する訪問看護指示は、訪問看護が医療保険か介護保険にかかわらず、医療保険で算定。 ※ただし、介護保険施設（介護老人保健施設、介護療養型医療施設）退院時の指示は、介護保険で算定。
在宅訪問看護 同一建物訪問看護	介護保険	医療保険	通常の場合 ※要支援・要介護者は、下欄(a)、(b)に掲げる場合を除き介護保険で算定。（医療では算定不可） ※要支援・要介護者以外は、全て医療保険で算定。
	医療保険	医療保険	下欄に掲げる患者 ※下欄に掲げる患者は、要支援・要介護者であっても、医療保険で算定。（この間、介護で算定不可） ※(a)は、記載病名又は状態が続く期間、医療保険に請求。(b)は、特別指示があった日以降、原則月14日間に限り医療保険に請求。(c)は月14日間×2でも請求可。 ----- (a) 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〔進行性核上性麻痺、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度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）〕、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、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、人工呼吸器を装着している状態 (b) 急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護（原則月14日間限度）がある旨の特別指示があった場合。 (c) ①気管カニューレを使用している状態にある者、②真皮を越える褥瘡の状態にあるもの（ア. NPUAP分類Ⅲ度又はⅣ度、イ. DESIGN分類D3、D4又はD5）。
訪問リハ	介護保険	医療保険	※要支援・要介護者は介護保険で算定。（医療では算定不可） ただし、急性増悪等により一時的に頻回指示を行った場合、6月に1回に限り、14日間（1日4単位）医療保険で算定。 ※要支援・要介護者以外は医療保険で算定。（介護では算定不可）
訪問薬剤管理指導	介護保険	医療保険	※要支援・要介護者は介護保険の居宅療養管理指導で算定。（医療では算定不可） ※要支援・要介護者以外は医療保険で算定。（介護では算定不可）
訪問栄養食事指導	介護保険	医療保険	※要支援・要介護者は介護保険の居宅療養管理指導で算定。（医療では算定不可） ※要支援・要介護者以外は医療保険で算定。（介護では算定不可）
通所リハ	介護保険		※要支援・要介護者は介護保険で算定。 ※要支援・要介護者以外は算定不可。
上記以外の全ての医療行為	医療保険	医療保険	要支援・要介護者も含め、全ての患者について医療保険で算定。ただし、次の場合は、算定不可。 介護保険の居宅療養管理指導を算定した患者 →同月に「診療情報提供料（I）のうち、居宅介護支援事業者や市町村、地域包括支援センター等又は保険薬局への文書による情報提供」は算定不可。

※介護保険には要介護者に対する介護給付と要支援者に対する予防給付とがある。

在宅医療計画書（訪問診療同意書）

（新規・変更）

平成 年 月 日

様 ID

様の今後の訪問診療については以下のとおり計画的に実施させていただきます。
なお、ご質問、ご相談等ございましたらご遠慮なくお尋ねください。

〇〇クリニック 院長 〇〇 〇〇

主たる傷病名			
訪問診療予定日			
服薬に係る留意事項			
寝たきり度（該当するものに○）	<input type="checkbox"/> J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 <input type="checkbox"/> A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 <input type="checkbox"/> B 寝たきり1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。 <input type="checkbox"/> C 寝たきり2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。		
日常生活活動（ADL）の状況（該当するものに○）			
移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助
認知症老人の日常生活自立度（該当するものに○）	<input type="checkbox"/> I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少見られて、誰かが注意していれば自立可能。 <input type="checkbox"/> III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。		
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 経過的要介護 <input type="checkbox"/> 要介護（1・2・3・4・5）		
訪問診療計画			
最近の寝たきり度 ADL状況 認知症度の変化=有・無			
現時点に必要な 福祉、保健、 介護サービス等について	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要理由 { }		
緊急時連携病院 について	休診日でも、携帯電話におかけください（090-0000-0000）。 なお、対応できない場合は、この電話から、当院と協力関係にある〇〇病院の受付に転送されます。 その際、当院の患者番号とお名前をお申し出いただければ即座に対応できる体制になっております。		
その他 訪問看護 有(月 回程度) 無			
現時点での 看護必要度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助（食事、排泄、起居、入浴、歩行） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
上記訪問診療計画の内容について説明を受け、居宅での療養を行っていただくことに同意いたします。 また、連携医療機関、訪問看護ステーションに私の情報を提供することも併せて同意いたします。			
平成 年 月 日			
患者氏名			
家族氏名(代表者)			
※ 患者ご本人がサインできない場合は、家族氏名欄に記載する。			

かかりつけ医の訪問診療

鈴木 央

キーワード●かかりつけ医、24時間365日体制、診診連携

■はじめに

近年、高齢社会における在宅医療の必要性が叫ばれている。しかし、在宅医療が終末期医療としての側面をもつ以上24時間365日の供給体制が必要であり、かかりつけ医によって運営される診療所のほとんどは医師1人体制であるため、24時間365日体制で稼働することは困難であるとの議論が絶えない。

当院は、午前と午後外来診療を行うごく普通の内科診療所である。昼休みに訪問診療を行い、40名程度の在宅患者を管理している。年間の看取り数は15名程度である。医師1人体制でいかに行っているのか、本稿ではその実際を中心に述べてみたい。

□ 当院の訪問診療の概要

当院は東京都大田区において診療を行っている。医師は筆者と父の2名であるが、現在父は在宅患者の対応をしていない。訪問診療は午後1～3時の昼休みに、半径2km程度の地域のある患者に行っている。訪問診療先は患者の居宅だけではなく、グループホームや有料老人ホームも含まれる。移動手段はほとんど自転車で、1日に訪問する人数は5～6名が多い。

在宅患者のほとんどは通院困難な虚弱高齢者、認知症患者であるが、がん末期患者が1割

程度存在する。その診療期間は平均1か月程度であり、約80%程度のがん患者が自宅で最期を迎える。一方、老衰や認知症終末期などの非がん疾患で看取るケースもあり、この数年は看取り患者はがんと非がん疾患がほぼ同数となっている。

往診依頼は月に5～6回程度である。緊急性がないことが多く、日中の通常の訪問診療時間帯に往診する。夜間・休日の往診依頼は月に1～2回程度である。ほとんどが呼吸停止の連絡であるため、すでに予測し待機していることが多い。予期できなかった熱発などの夜間・休日往診は1か月に1回程度である。これらの往診は今のところすべて筆者1人で対応している。

□ 1人で24時間体制に応じるために

当院の在宅医療を医師1人体制で維持するためには、さまざまなポイントがある。これらをいくつか挙げてみたい。

1. 訪問看護師を活用する

訪問看護師は在宅医療において、最も強力なパートナーである。医師による指示があれば、患者の状態を観察し、生活面を調整し医療的なケアを行える。脱水時には点滴指示があれば点滴を行い、褥瘡ができたときには特別指示を受けてその処置を行うこともできる。退院直後の状態が安定しない時期にも、訪問看護師が連日

Homecare by family doctor
Hiroshi Suzuki : Suzuki Internal Clinic
鈴木内科医院副院長

介入して、在宅生活の不安を解消することもできる。さらに、患者からの緊急呼び出しのファーストコールを担ってくれることもある。しかし、訪問看護をきちんと機能させるためには、かかりつけ医が患者の状態をきちんと把握し、必要に応じた指示を出す必要がある。このような医師の役割を果たさず訪問看護師に任せきりになってしまった場合、訪問看護師との信頼関係が構築できず、その在宅医療全体の質が著しく低下してしまうことになる。

医師の役割は、まず指示書を作成することである。指示書には2種類がある。

(1) 訪問看護指示書

まず訪問看護を導入する場合には、必ずこの訪問看護指示書を作成する。この指示書があれば、基本的には介護保険の枠のなかで訪問看護を導入することが可能である。指示期間は6か月までの間で任意である。末期がんの場合の訪問看護は、状態が安定していないため、介護保険ではなく医療保険で提供されるが、介護保険における主治医意見書と同様に、病名のなかに「がん末期」との表記が必要である。

(2) 特別訪問看護指示書

経過中に状態が悪化し、訪問看護を濃厚に介入させたいときに特別訪問看護指示書を作成する。たとえば肺炎を発症し、毎日状態観察や点滴（訪問看護で週3回以上点滴する場合は在宅患者訪問点滴注射指示も併せて行う。指示期限は1週間である）が必要な場合に、この指示書を交付すれば、2週間を限度として医療保険から訪問看護が導入できる。近年ではこのシステムを利用し、退院直後の状態不安定な患者に2週間訪問看護師が濃厚に介入し、生活を安定させる有効性も指摘されている¹⁾。

また、深い褥瘡を合併している患者と気管カニューレ挿入中の患者には、月に2回まで本指示書を発行することが可能である。

2. 診療所看護師の在宅医療への参加

現在、当院には2名の常勤看護師がいるが、

どちらも在宅医療に積極的に参加している。訪問診療は必ず看護師(1週間ごとに交代)と一緒に訪問し、状況や方針を共有する。看護師は、筆者と相談しながら訪問診療計画、家族からの問い合わせや相談、訪問看護師やケアマネジャーへの連絡、新規患者の調整などを行っている。さらに、看取りの際には深夜であっても同行し、エンゼルケアを訪問看護師と共同で行っている。このような看護師の存在が、医師1人体制の在宅医療を支えるための大きな力になっている。

3. 濃厚な医療介入を軽装化する

病院から退院した患者は、持続静脈注射や高カロリー輸液などをなされてくるケースのように濃厚な医療を施されてくるものがしばしばある。しかし、在宅医療のなかでは、これらの医療を軽装化することができる例が意外と少なくない。たとえば、1日1,000mLの持続静脈注射を1日500mLの皮下輸液^{2,3)}に変更することも可能である。不足する水分は、ゼリーなどで摂食・嚥下訓練を行えば補充することも不可能ではない。高カロリー輸液内にさまざまな薬剤を混注していた場合でも、混注薬を中止しても問題ないことが多い。高カロリー輸液量を減らすだけで難治性の浮腫が軽快したケースもある。持続皮下注射でモルヒネを投与していたが、自宅に戻ると痛みが軽快し、モルヒネの経口投与が可能になったケースも過去に経験がある。病院で誤嚥性肺炎を繰り返し発症しても、自宅に戻ると経口摂取が可能となるケースは少なくない。

このように濃厚な医療を軽装化することによって、家族の負担、患者の負担、そしてかかりつけ医の負担を軽減することができる。

4. 病状を予測しながら対応する

病状予測は在宅医療を行ううえで大きな鍵となる。もちろん、急な発熱を正確に予測することは困難である。しかし患者の状態が徐々に悪化し、身動きが取れず、飲食が全くできない状態になったとしたら、数日以内に死亡する可能性が高いことは容易に予測可能である。この予

測がなされた時点で家族に状況を説明し、回復が困難であると伝え、在宅での最期に不安を覚えるようであれば医師あるいは看護師の訪問回数を増やし、支援をより強化することが必要である。

筆者は、このような時点からは毎日訪問を行うことが多い。日ごとの患者の状態の変化を把握することができるため、次に何が起こるのか予測しやすくなり、何らかの不快な症状が起きた場合も、よりスムーズに対処することが可能となる。

さらに、意識レベルが低下してきた場合には、昼間だけではなく夜間にも訪問するようにしている。すると、当日の夜に死亡するかどうかはおおむね予測することができる。往診し、バイタルも安定しており、尿量も確保されていれば、その夜には看取りとならない可能性が高い。そうすると筆者も安心して休むことができるのである。もし、その夜に看取りになる可能性が高いと判断すれば、その夜は待機態勢に入る。

このような濃厚な訪問診療体制を組んでおけば、もし外来診療中に呼吸停止が生じたとしても、看護師の訪問のみでも対応できる。外来が落ち着いた時点で患者宅に訪問し、死亡確認を行っている。

5. 意思決定への支援

病状を予測した結果を本人や家族と共有することも重要である。この予測を基に今後の療養先、現在の環境のままで続けるのかどうか、今後の治療の方向性などについて丁寧に意思決定していくことも重要なことになる。意思決定は在宅導入前のみならず、経過中、何回か行っておいたほうがよい。病状によって、さらには得られる支援によって意思決定は変わってくるためである。さらに、この意思決定そのものにも支援が必要である。もし、在宅で最期まで過ごす選択をした場合、十分な支援が受けられることも示す必要がある。また、家族が悩むときにはその選択にも支援をしていく。自分の選択に

よって大切な家族を見殺しにしてしまうのではないかなどの悩みを理解し、本人にとって最も良い方向を見つけていく手助けを行うこともまた重要である。

6. 多職種連携と情報共有を行う

訪問看護師との協働について触れたが、在宅医療の本質は生活を支援することにある。このため、生活を支援するさまざまな職種との協働と情報共有が必須である。まずはケアマネジャー、訪問介護支援事業所サービス提供責任者、訪問指導を行う薬局薬剤師、食べることに問題があるようであれば歯科医、歯科衛生士、嚥下に問題があるようであれば言語聴覚士、リハビリテーションを担う理学療法士、作業療法士などとの協働が必要となる。

単に協働というわけではなく、お互いが連絡を取り合い、状況を把握したうえでお互いの専門性を活かし、患者と家族を支援する必要がある。筆者はクラウドコンピューティングによるグループウェアを利用し、情報共有を行っている。さらに、このグループウェアに家族を参加させれば、心理的支援を濃厚に行うことも可能となる。時には遠方に住む家族を参加させ、状況が日ごとに変わっていくことが分かるようにしている。そうすることで、一部の家族がそれまでの療養方針を覆すような介入を起こす事態はほとんどなくなってきた。

7. バックアップ入院ができる連携体制が確保できること

たとえ終末期医療であるといっても、最期を迎える場所は、必ず在宅というわけにはいかないことがある。なかには家族に迷惑をかけたくない、看取り時には入院を希望する患者もいる。また、予測しえない状態が出現し、在宅では診断治療が困難であると判断した場合は救急搬送が必要になることも決して少なくない。このため、バックアップを担う病院の存在は在宅医療にとって必須である。

問題は、このような病院を地域で確保するこ

とである。そしてこのような病院とかかりつけ医がきちんと信頼関係を結び、「顔の見える連携」を超えた「腹の見える連携」を構築することにある。さらに、このような病院との情報共有を行っておくと、入院時にも在宅における「物語」を引き継げることが少なくない。筆者は前述のグループウェアのなかで、バックアップを担当する病院の退院支援看護師、可能であれば担当医、あるいは連携室担当医に情報を共有してもらっている。すると入院後数日で死亡した場合でも、在宅での療養を否定することなく、患者の物語を維持することができている。

このような関係は一朝一夕で可能となったわけではない。病院担当者と連携のあり方についての議論を繰り返したり、筆者が病院のカンファレンスに定期的に参加するようになり、やがてお互いの考え方を理解することができて、「腹の見える連携」ができるようになってきたのである。単に情報を共有するだけでは動かない部分があり、それは病院と診療所という立場を超えたお互いの信頼関係構築にはかならない。

8. かかりつけ患者を最期まで診る

かかりつけ医は、近接性、包括性、協調性、継続性、責任性をもち、地域で患者とその家族に相對する。そのなかで、患者、家族との信頼関係を時間をかけて築いていく。もし患者が不治の病になり、自宅で最期を迎えたいという希望があった場合、かかりつけ医が最期まで看取ること、これはナラティブ・ベイスド・メディシンの立場からも、スピリチュアルケアの立場からも、最も理想的なことであると考えられる。患者がいかに生き、いかに考え行動し、いかに衰えてきているのか、そこには家族にとってどんな意味があるのか、共に同じ地域で人生を歩みながら見守ってきたかかりつけ医が人生の最期を見守り看取することは、かかりつけ医にとっての矜持ともいえるのではないだろうか。

自宅での最期を希望するかかりつけ患者を看取ること、これが在宅医療をスムーズに行う最大のポイントであろう。

■おわりに

医師1人体制での在宅医療実施のポイントを列挙したが、なかにはすぐに実現することが難しいものもある。地域医療体制にはそれぞれの地区で独自の事情があり、時間をかけた調整の末に実現するべきものもあるからである。

もし今後、高齢者の看取りが現状のように病院主体で行われたとした場合、病院は高齢者であふれ、入院医療体制、救急医療体制が崩壊する可能性もある。したがって在宅医療、それも在宅看取りの推進は急務であり、越えなければならぬ大きな試練といえるのかもしれない。

この取り組みの中心となるべきは、地区医師会と市区町村の行政であろう。在宅医療体制のみならず地域全体の地域包括ケア体制を構築する必要がある。すでに筆者のように医師1人体制ですべてを賄う時代ではない。地域のため、ひとりひとりのかかりつけ医が協力し、お互いの負担を減らす努力をするべきであろう。これからの時代に問われているのは地域のコミュニティの再生であり、それはわれわれ医師コミュニティの再生からスタートするべきなのかもしれない。

..... 文 献

- 1) 越部恵美, 佐久間美保子, 高瀬真由美他: 訪問看護師からみた病院とステーションとの連携のあり方—療養者・家族の安心につながる退院前カンファレンスの検討. 日看会論集: 老年看 2013; 43: 110-113.
- 2) Sasson M, Shvartzman P: Hypodermoclysis: an alternative infusion technique. *Am Fam Physician* 2001; 64: 1575-1578.
- 3) 鈴木 央, 石垣泰則, 藤田亜紀他: 在宅における皮下輸液の実態調査. 日在宅医会誌 2011; 12: 223-227.