

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

- 茨城県における在宅医療概論
- 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 ー保険別訪問看護療養費についてー
- 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

茨城県の在宅医療 「これまで」と「これから」

目 的

- 在宅医療等に関連する言葉の定義を知る
- わが国および茨城県の在宅医療と在宅ケアの現状と問題点を知る
- 「病気の軌跡」を知る
- 多職種協働とエンドオブライフ・ケアの視点を理解する

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

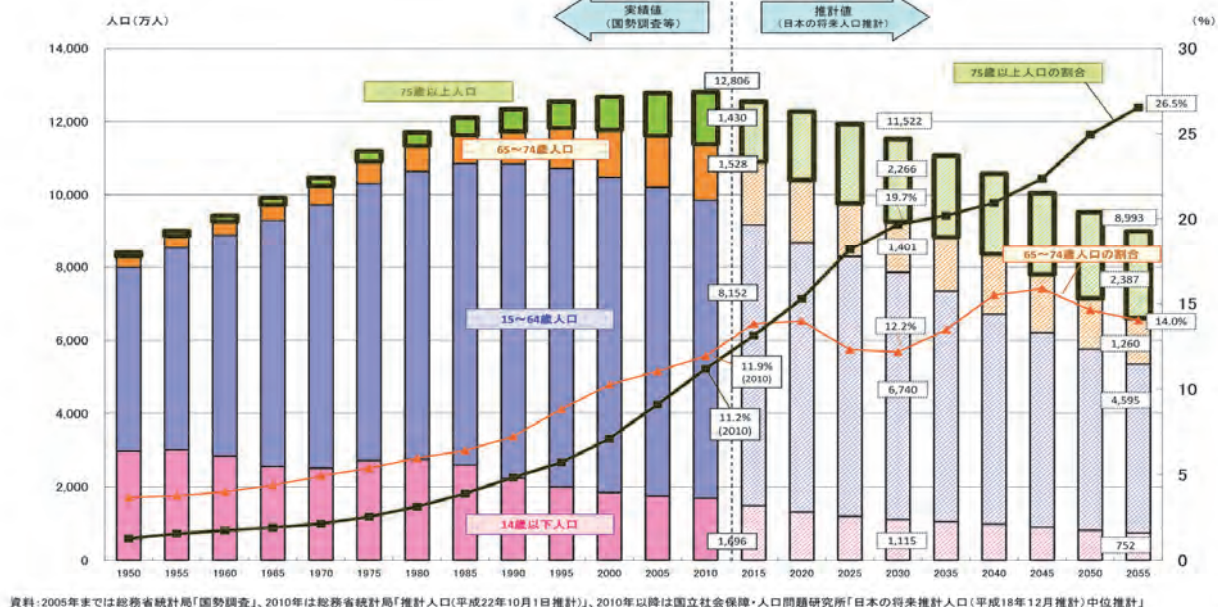
- 在宅は、「居住系施設」と「居住系施設以外」に分ける
- 「居住系施設」として、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など8種類に分類
- 「居住系施設以外」として、自宅、社会福祉施設、障害者施設等と分類

「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』を組み合わせで作った
- 1984年に同社により商標登録されている

在宅医療の現状：超高齢社会

人口推計



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・・・

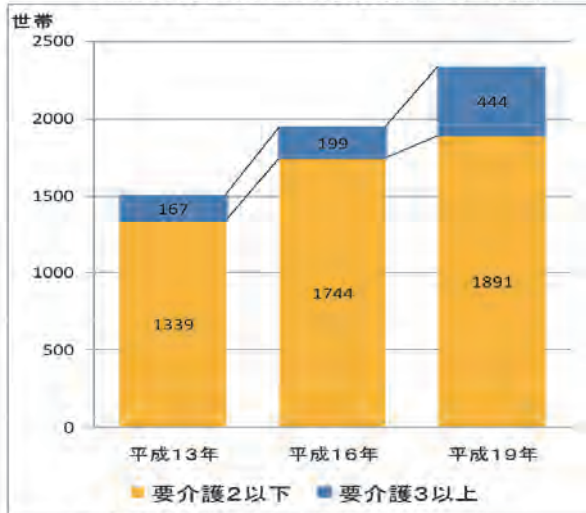
茨城県	65歳以上：24.8%	75歳以上：11.7%
水戸市	23.4%	土浦市 25.1%
常総市	25.3%	つくば市 17.6%

2013年10月現在

在宅医療の現状：独居の増加

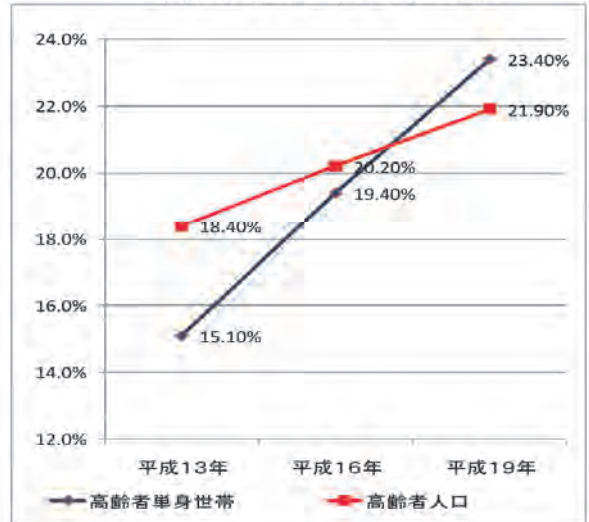
高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



(※)介護を要する者のいる世帯数1万対

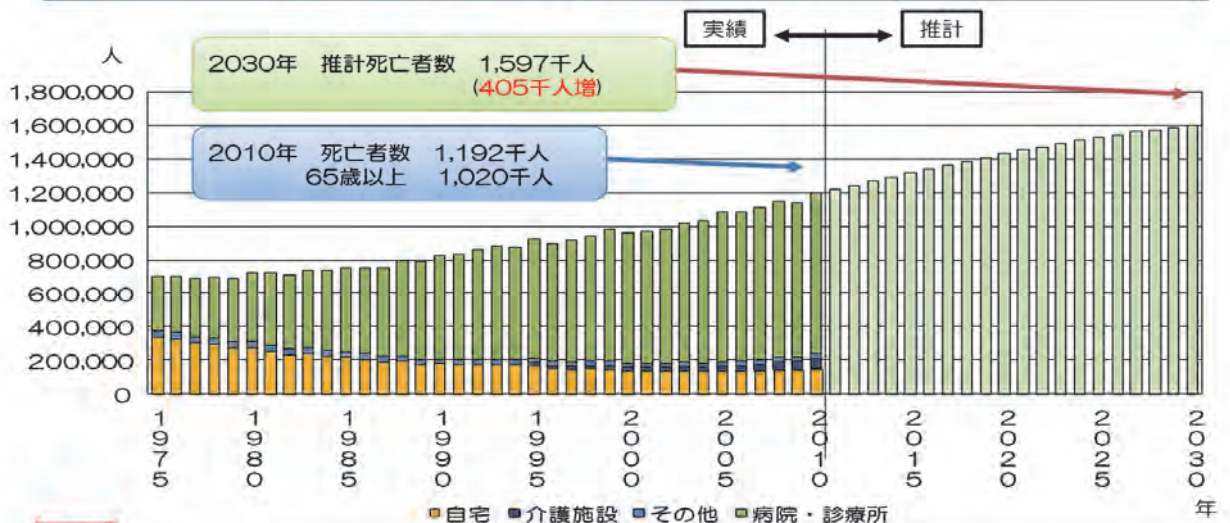
高齢者単身世帯と高齢者人口の割合



(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

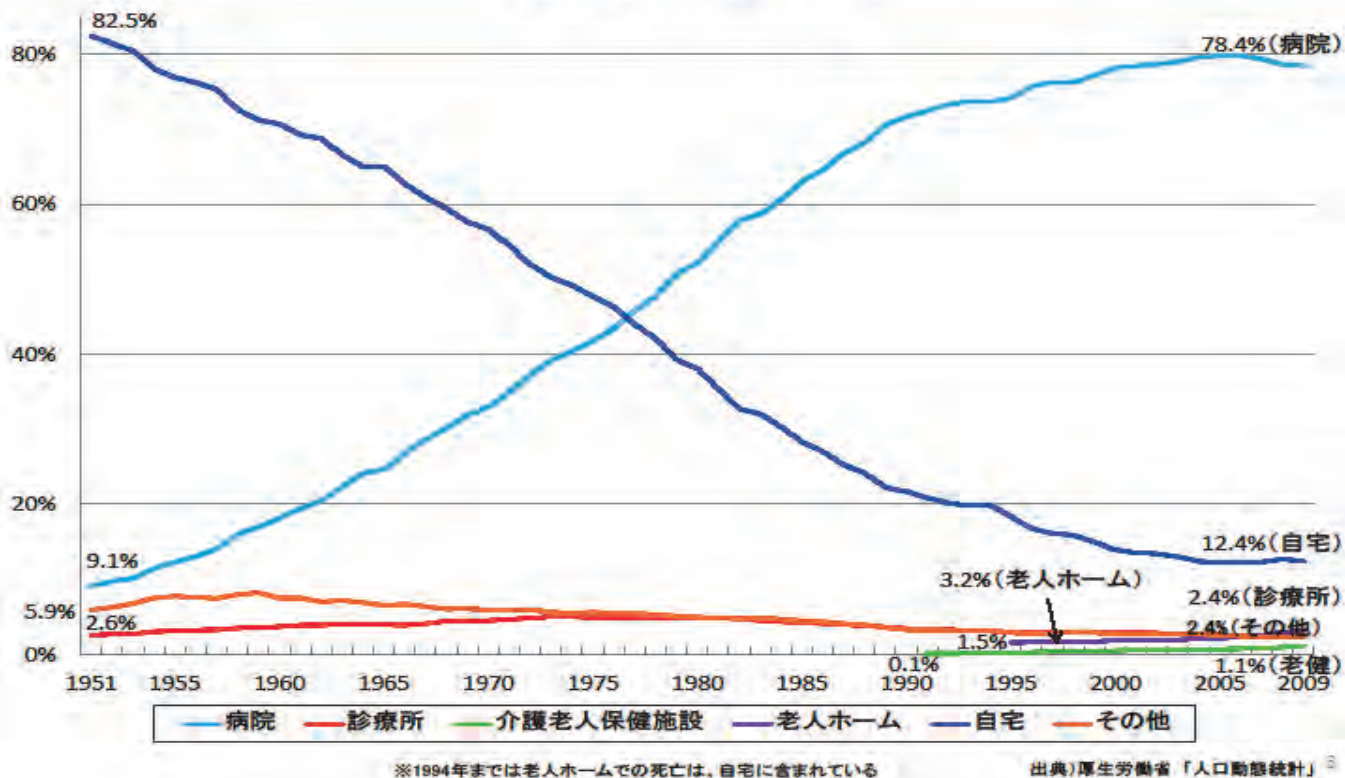
2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【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



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

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・ケアの視点が 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

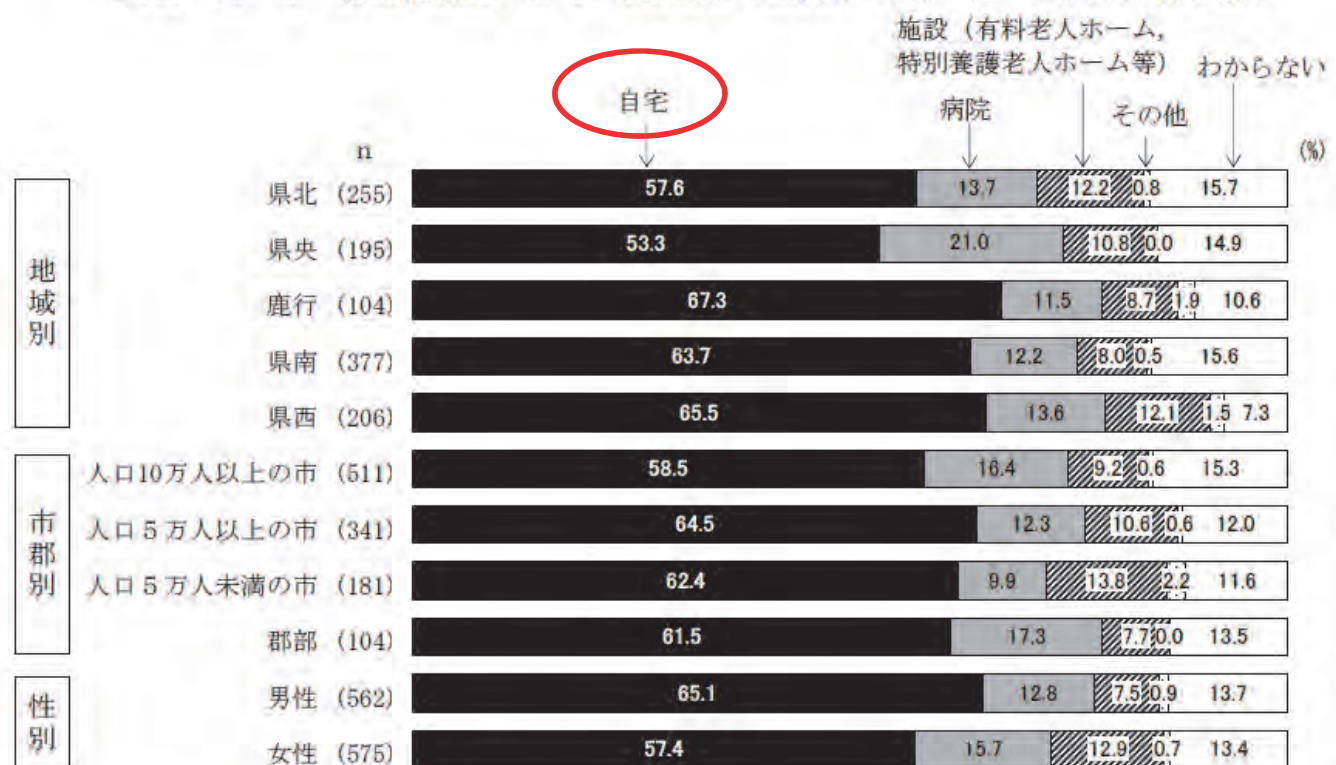
問20 急速な高齢化の進展などから、住み慣れた環境で医療を受けられるよう在宅医療（※）のサービスの充実に取り組んでいますが、あなたは、将来、どこで最期を迎えたいと思いますか。次の中から一番近いものを1つだけ選んでください。

※ 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。



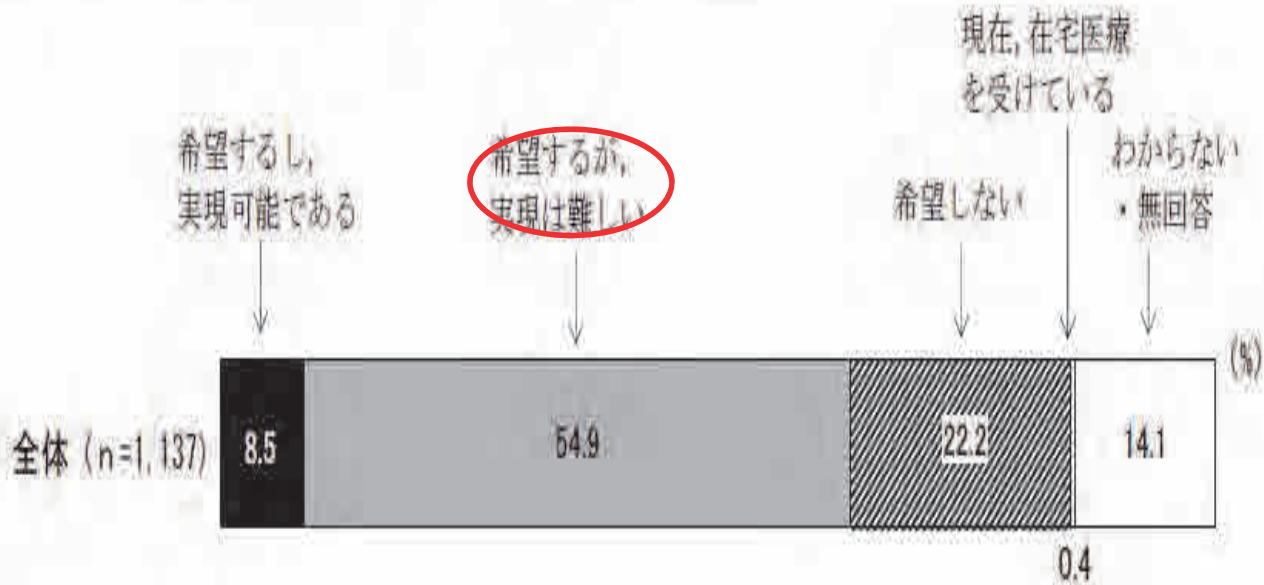
在宅医療の現状：自宅で生活

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）



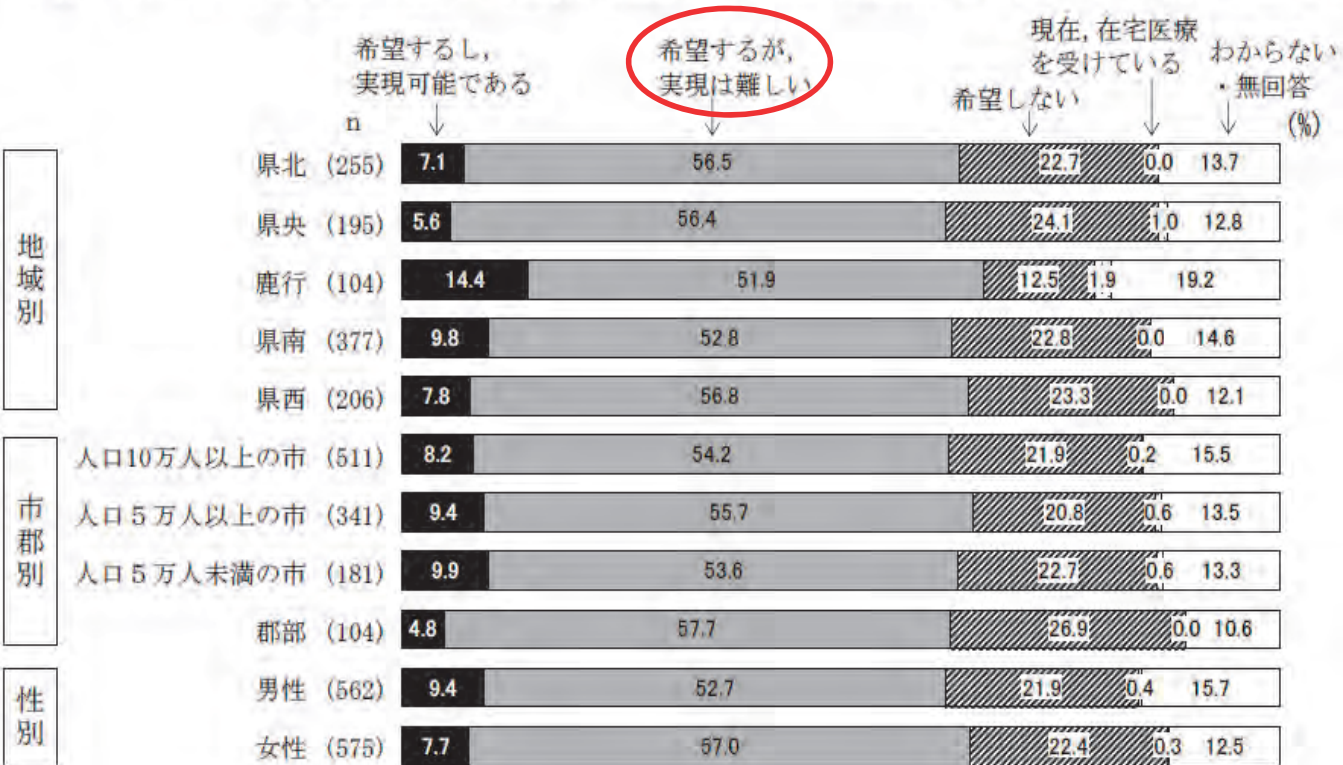
在宅医療の現状：現実 is 厳しい

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）



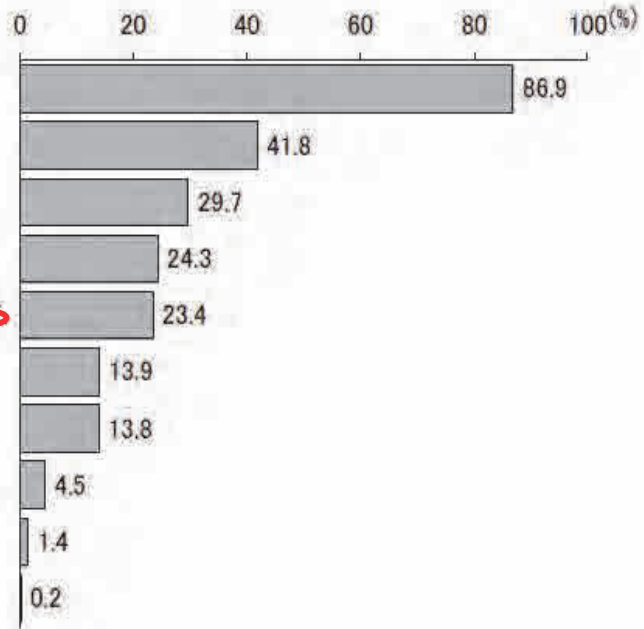
在宅医療の現状：負担と不安

(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)

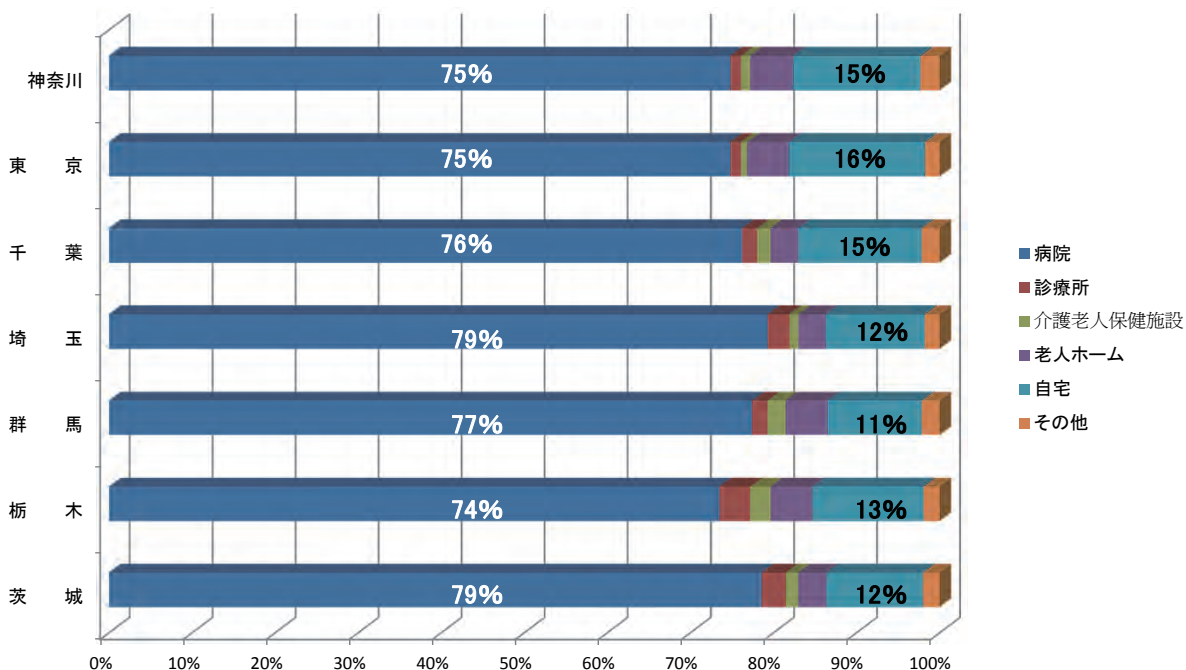
問21-1 在宅医療の実現が難しい、または希望しない理由は何ですか。次の中から3つまで選んでください。

(n=876)

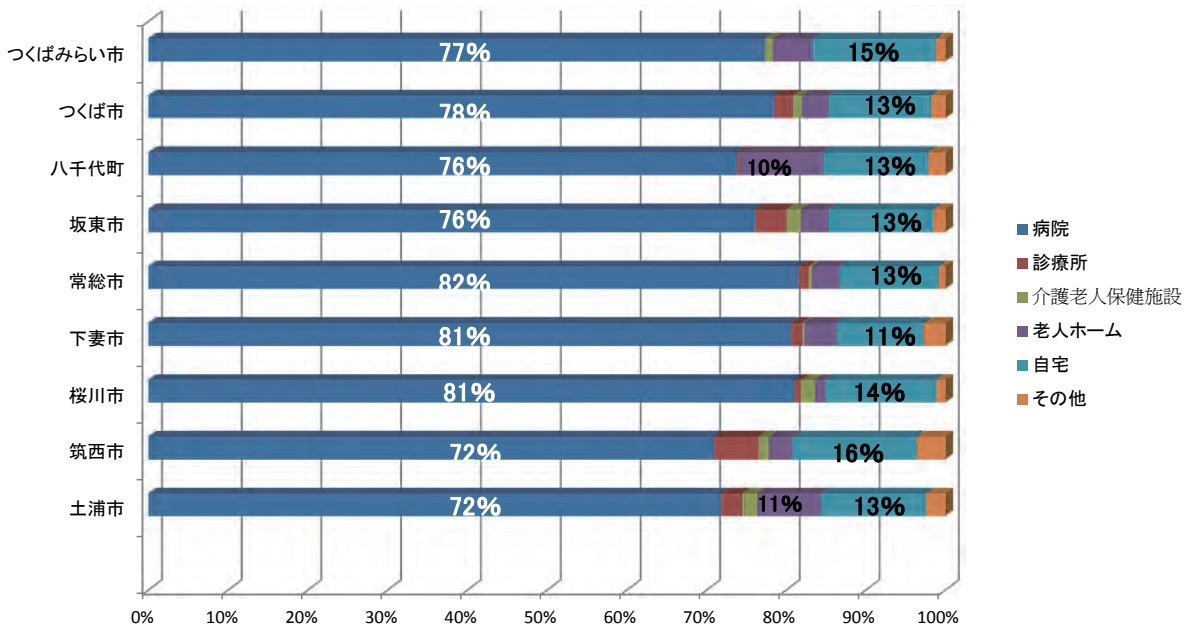
- 家族に負担をかけるから
- 経済的な負担が大きいから
- 急に症状が変わったときの対応が不安だから
- 介護してくれる人がいないから
- 療養できる部屋やトイレなど住環境が整っていないから
- 往診などしてくれる医者がいないから
- 訪問看護や介護の体制が不十分だから
- 医師や看護師の訪問が精神的に負担になるから
- その他
- わからない・無回答



都道府県別：死亡の場所別にみた死亡割合

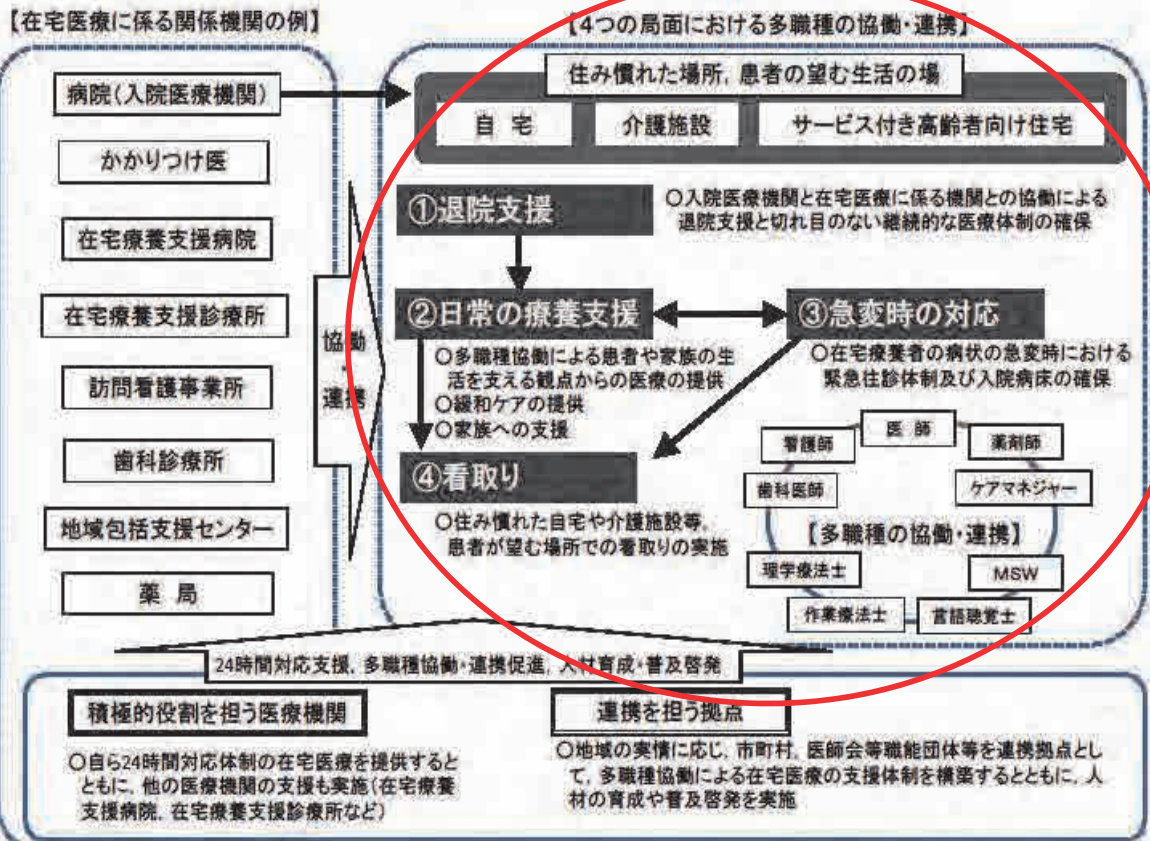


市町村別：死亡の場所別にみた死亡割合

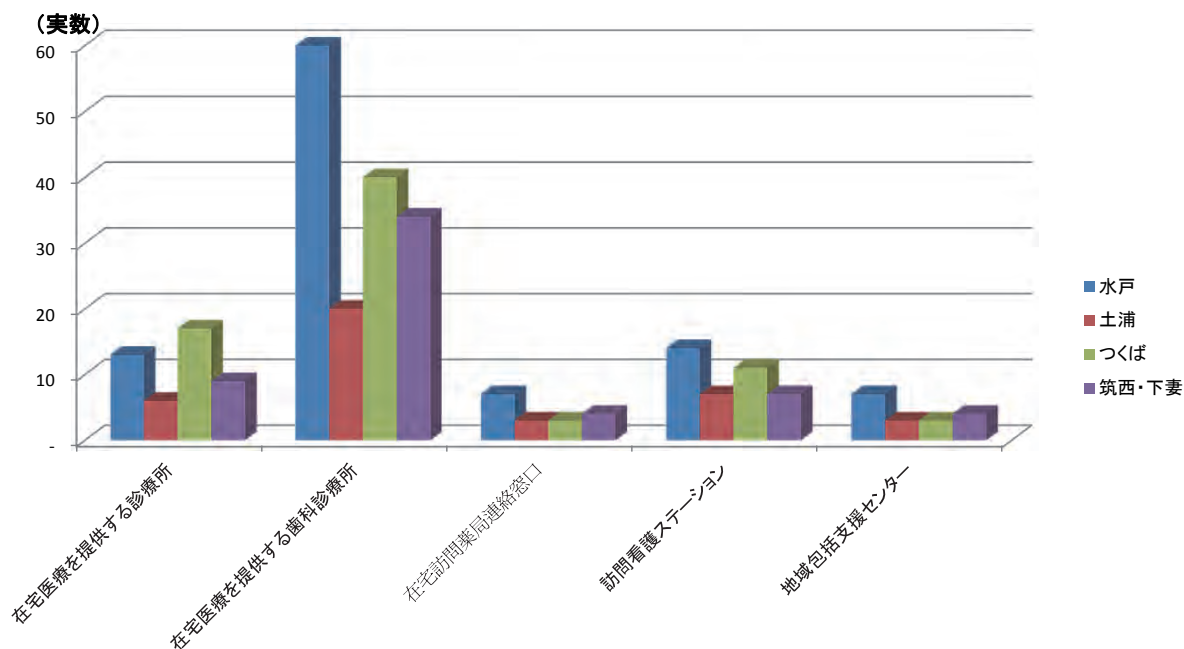


平成23年人口動態調査

茨城県の在宅医療・介護の連携体制



医療圏別：在宅医療を担う医療機関等



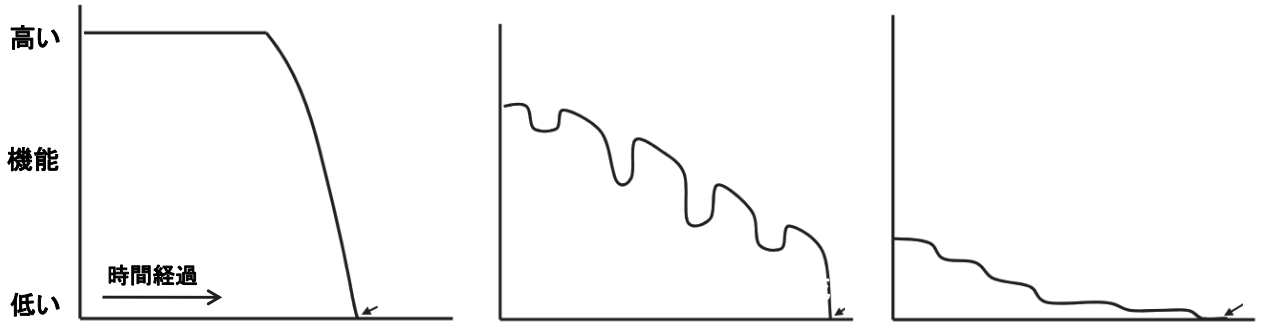
平成24年医療機能・連携調査

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

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

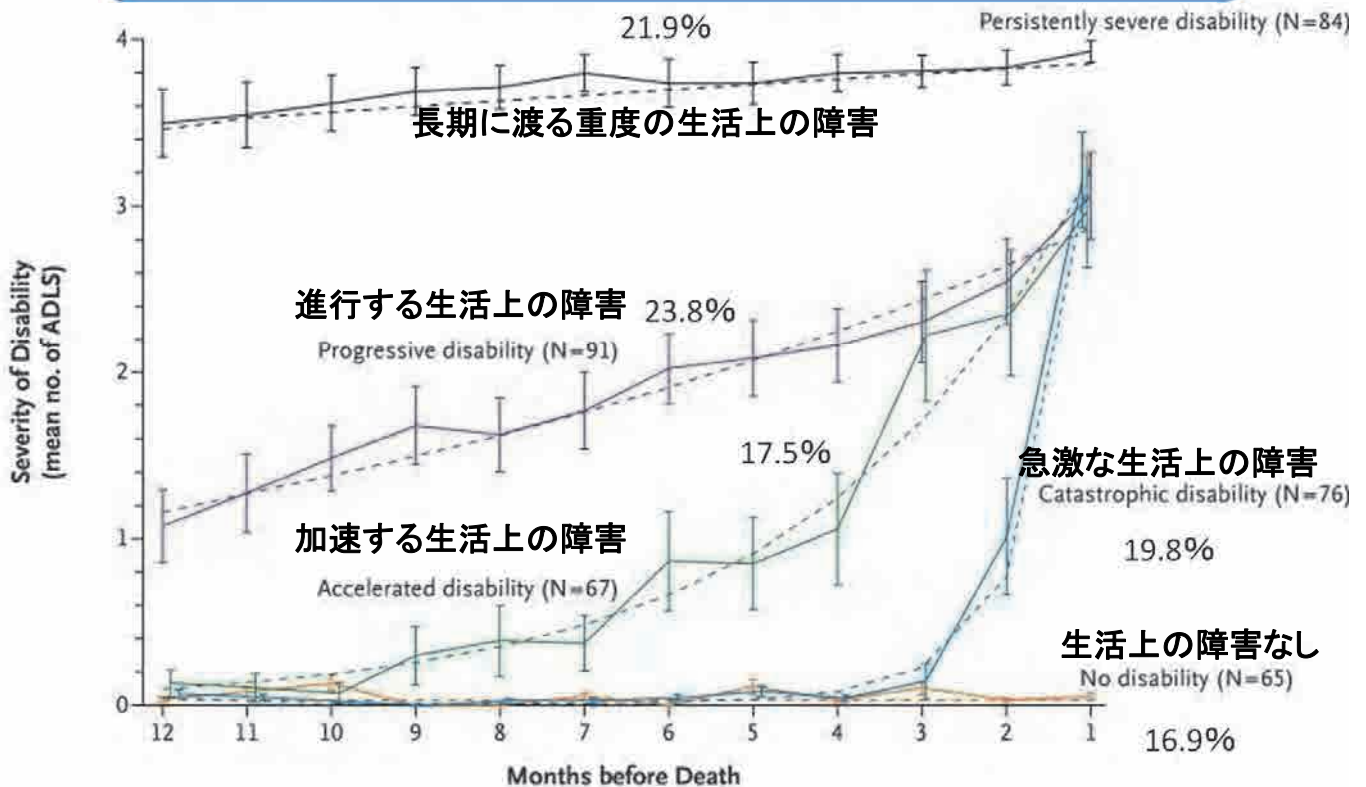
認知症・老衰等

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

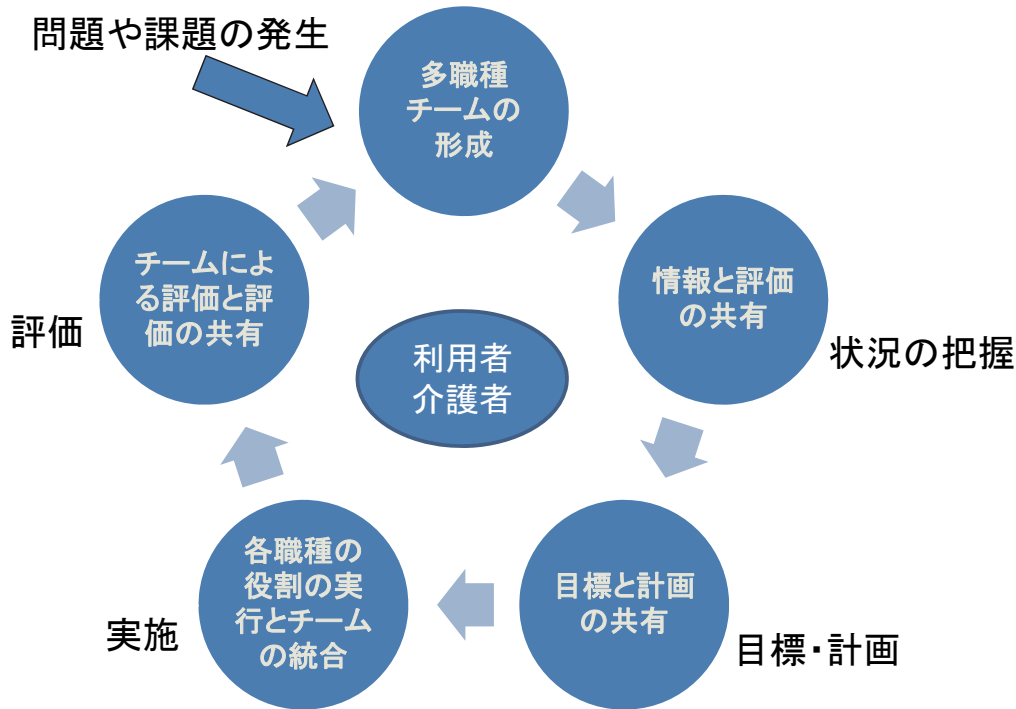
Illness trajectories



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

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がある
- 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なる
- 俯瞰的にみる視点がもてる
 - 患者・家族をケアの一単位として、地域に必要な包括ケアシステムの視点
- 在宅医療・在宅ケアに関わることの魅力
 - 地域のネットワーキングの力を実感する
 - 患者・家族の健康とQOLの向上に寄与

2012年都道府県リーダー研修テキストより引用・一部改変(平原佐斗司先生)

まとめ

- 在宅医療等に関連する言葉の定義を知る
- わが国および茨城県の在宅医療と在宅ケアの現状と問題点を知る
- 「病気の軌跡」を知る
- 多職種協働とエンドオブライフ・ケアの視点を理解する

在宅医療の実践

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、最近で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？

隣同士で話し合ってみましょう！

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でしょうか？

グループで話し合ってみましょう！

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

グループで話し合ってみましょう！

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？

各職種の立場でどんなことを聞くか、
グループで話し合ってみましょう！

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】1980年 高血圧症にて内服治療開始

2011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】

2011年に退院～2013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)

2013年:訪問入浴(2回/週)

【経過】

- 2013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。

2013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、2013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。

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 右半身麻痺 言語障害 高血圧症 心不全

【既往歴】 S55年 高血圧症にて内服治療開始

H23年 脳梗塞発症（右半身麻痺、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～H25年6月まで	H25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。左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。
- H25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。2013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、2013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～

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ハードルを低くする

○在宅医療をはじめるにあたって、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

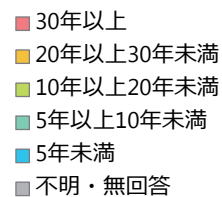
- 在宅医療は始めていないが、関心をもっている「かかりつけ医」
- 在宅医療を始めようと考えているが、どうすればいいのかわからない、と思っている「かかりつけ医」
- 国の政策であり、日本医師会も呼びかけているし、在宅医療はやるしかないだろうが、本当にできるのか不安に思っている「かかりつけ医」

つくば地域の在宅医療の現状に関するアンケート調査

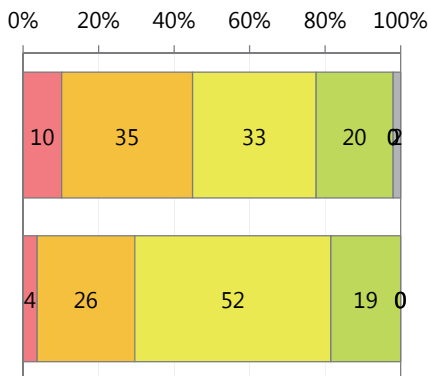
年齢分布



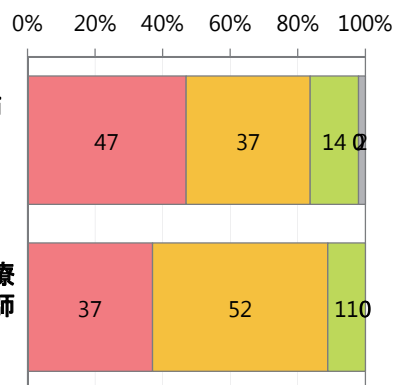
経験年数



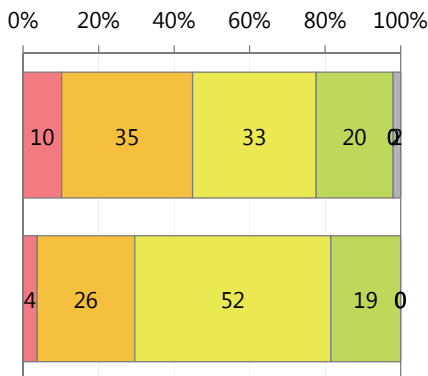
回答した全医師
49名



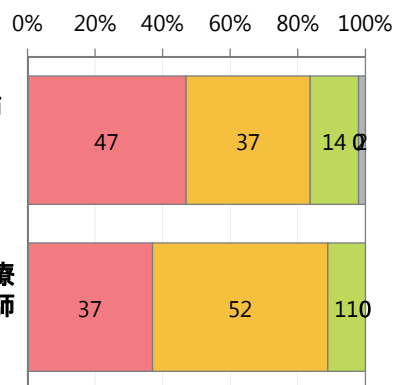
回答した全医師
49名



往診・訪問診療
をしている医師
27名

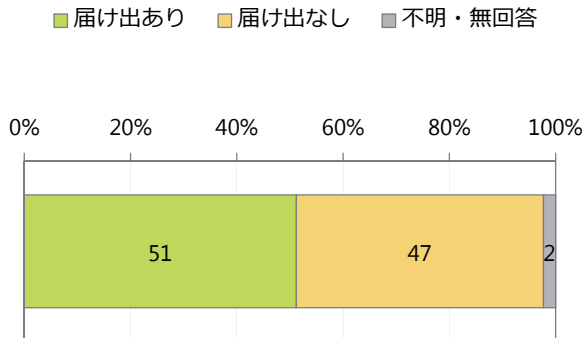


往診・訪問診療
をしている医師
27名

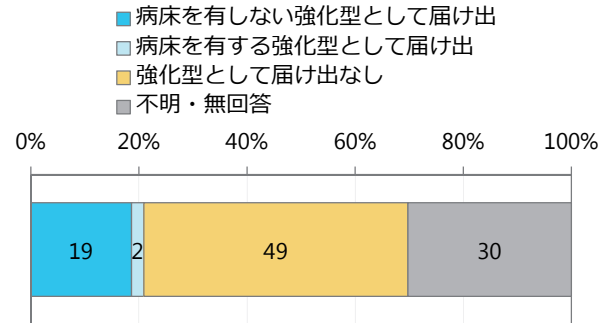


つくば地域の在宅医療の現状に関するアンケート調査

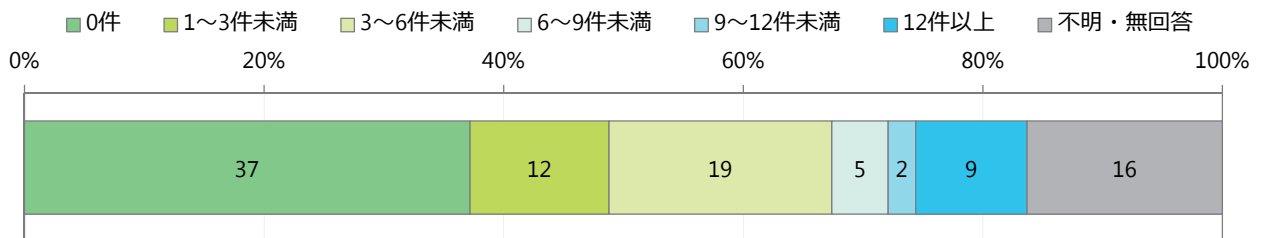
在宅療養支援診療所届出



機能強化型在宅療養支援診療所届出



平成24年7月1か月の時間外電話対応件数



日常の療養支援について

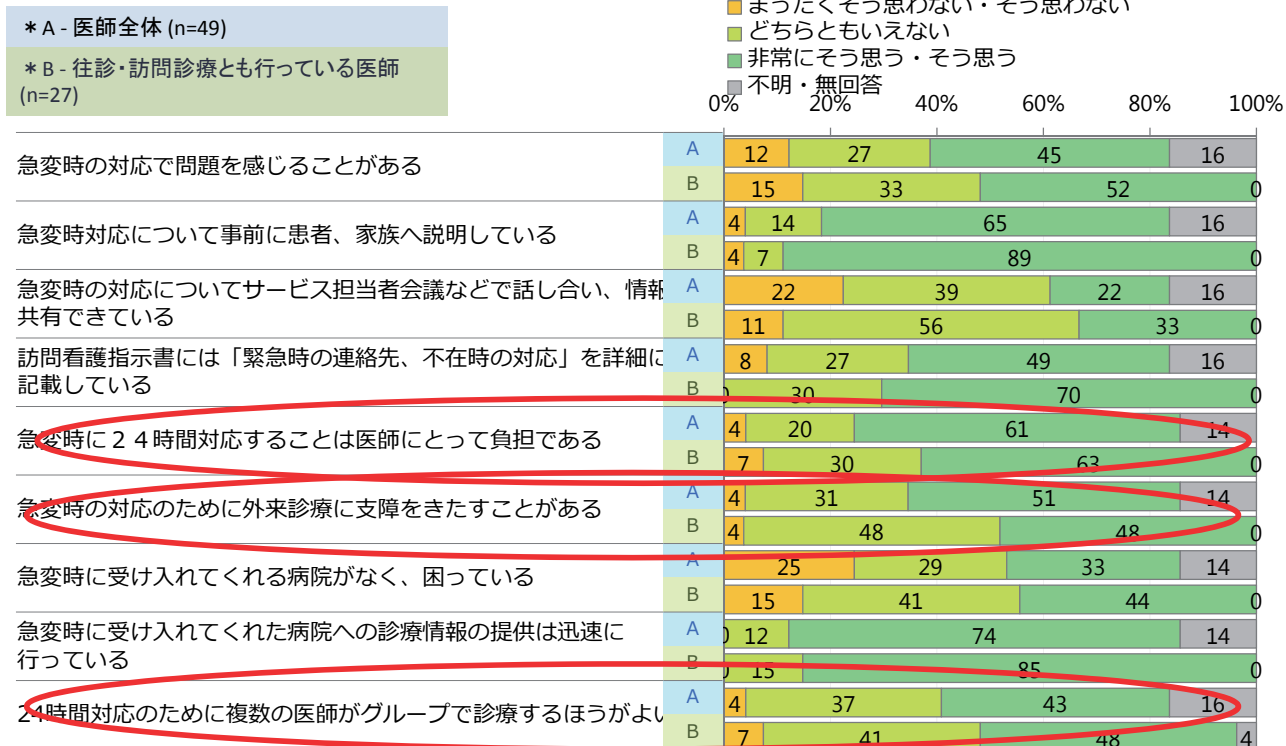
* A - 医師全体 (n=49)

* 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

項目	医師全体 (A)	往診・訪問診療も行っている医師 (B)
患者・家族に対する日常の療養支援で問題を感じることがある	6 (12%) 18 (37%) 59 (119%) 16 (33%)	4 (15%) 26 (97%) 70 (117%) 0 (0%)
主治医意見書、訪問看護指示書等の文書は迅速かつ継続的に発行できている	6 (12%) 16 (33%) 61 (124%) 16 (33%)	11 (41%) 15 (56%) 70 (141%) 4 (15%)
訪問看護師に患者の病態変化に柔軟に対応できるように一括した指示(包括的指示)を出している	12 (24%) 35 (71%) 37 (74%) 16 (33%)	11 (41%) 37 (137%) 52 (193%) 0 (0%)
サービス担当者会議に必ず参加できている	51 (104%) 25 (51%) 8 (16%) 16 (33%)	52 (193%) 37 (137%) 11 (41%) 0 (0%)
多職種連携にかかわる情報を共有するシステムや書式(連絡票など)を作成し、運用することは重要である	4 (8%) 27 (55%) 55 (111%) 14 (28%)	4 (15%) 30 (111%) 67 (248%) 0 (0%)
看護ケアに必要な衛生材料や衛生物品はデッドストックになりやすく、流通に問題がある	2 (4%) 33 (67%) 49 (98%) 16 (33%)	0 (0%) 30 (111%) 70 (258%) 0 (0%)
訪問リハビリと円滑に連携がとれている	14 (28%) 27 (55%) 43 (87%) 16 (33%)	4 (15%) 30 (111%) 67 (248%) 0 (0%)
訪問診療や在宅医療の知識や技術は十分である	14 (28%) 33 (67%) 37 (74%) 16 (33%)	4 (15%) 33 (122%) 63 (233%) 0 (0%)
訪問診療や在宅医療の知識、技術の向上のための勉強会や研修会が少ない	2 (4%) 45 (91%) 37 (74%) 16 (33%)	0 (0%) 48 (178%) 52 (193%) 0 (0%)

急変時の対応について



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：患者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者に出向くもの⇒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

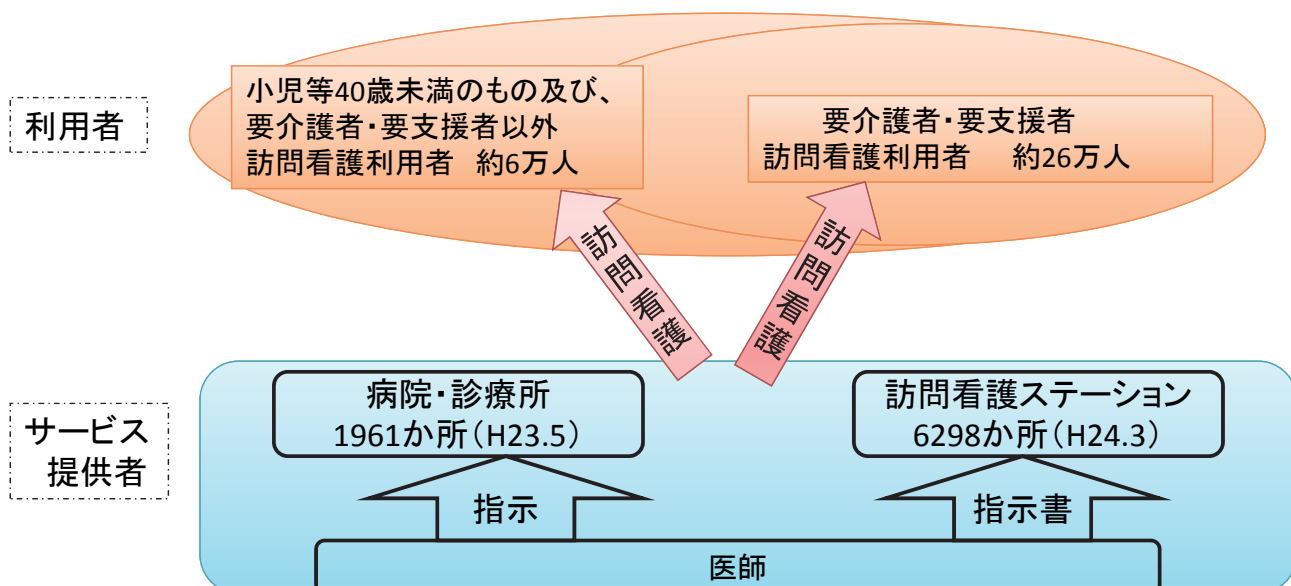
- ・ どの程度清潔操作は必要か？

在宅医療をはじめるとあって

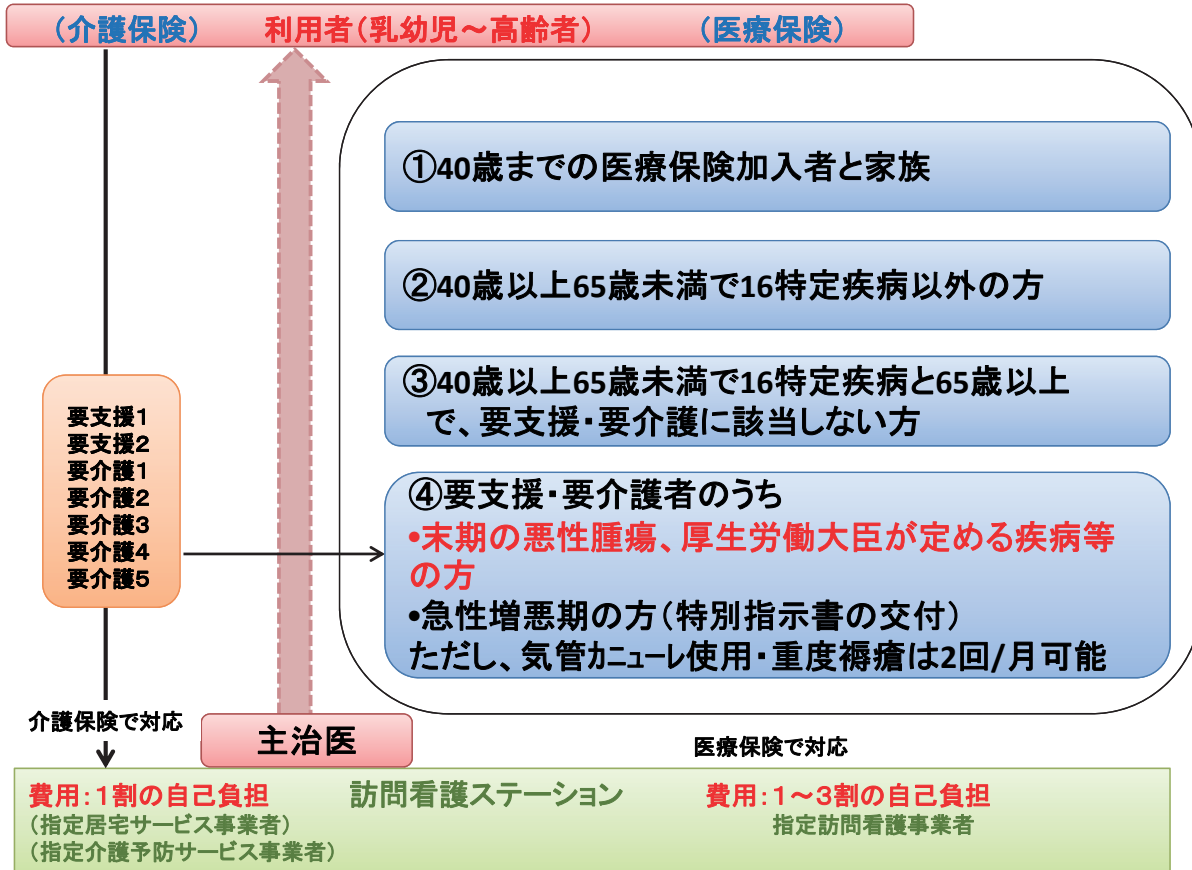
訪問看護サービス活用法

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

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
	後天性免疫不全症候群
頭髄損傷	
人工呼吸器を装着している患者	
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	

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

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	特定疾病の居宅要支援者・要介護者(40歳以上65歳未満)
	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る)
	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
	脊柱管狭窄症
	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

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】 316 単位 早朝、夜間、深夜のみ算定可 【30分未満／1回】 472 単位 【30分以上 60分未満】 830 単位 【1時間以上 1時間 30分未満】 1,138 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) 316 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」に同一日に他の患者にも訪問した場合に算定する報酬 保健師・助産師・看護師、理学療法士等 【週3日まで/日】 4,300 円 【週4日以降/日】 5,300 円 准看護師による訪問 【週3日まで/日】 3,800 円 【週4日以降/日】 4,800 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</p>

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

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

1,600 円／1 日

精神訪問看護基本療養費（Ⅲ）

保健師・看護師・作業療養士

【週 3 日まで／日】

30 分以上の場合 4,300 円

	<p>30分未満の場合 3,300円</p> <p>【週4日以降/日】</p> <p>30分以上の場合 5,300円</p> <p>30分未満の場合 4,060円</p> <p>准看護師</p> <p>【週3日まで/日】</p> <p>30分以上の場合 3,800円</p> <p>30分未満の場合 2,910円</p> <p>【週4日以降/日】</p> <p>30分以上の場合 4,800円</p> <p>30分未満の場合 3,670円</p> <p>精神訪問看護基本療養費（Ⅳ）</p> <p>● 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）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つて、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</p> <p>※当該利用者の退院後3月以内の期間においては週に日を限度とする</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</p> <p>※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>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、利用者に対して計画的な管理を継続して行った場合に算定する</p> <p>●月の初日 7,300円</p> <p>●月の2日目以降 2,950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）

早朝・夜間・深夜の訪問看護

早朝（6:00～8:00）	25／100
夜間（18:00～22:00）	25／100
深夜（22:00～6:00）	50／100

を所定の単位に加算

初回加算 300 単位／月

※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

※初回の訪問看護を行った月に算定する

※退院時共同指導加算を算定する場合は、算定できない

長時間訪問看護加算

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

- 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

訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

夜間・早朝訪問看護加算 2,100 円

深夜訪問看護加算 4,200 円

早朝・夜間加算（6 時～8 時・18 時～22 時）

深夜加算（22 時～6 時まで）

標榜時間外の訪問看護について、その他利用料と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

複数回の訪問加算

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

- 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

長時間訪問看護加算

- 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
- 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

長時間精神訪問看護加算

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

緊急時訪問看護加算（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

※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

1日につき2,650円

24時間対応体制加算（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り、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加算する

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）

※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

※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

退院時共同指導加算 600 単位／月

※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

※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

※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

(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)

※基本的は考え方として、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
- ・ DESIGN 分類 D 3、D 4 若しくは D 5 に該
当する状態

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

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

退院時共同指導加算

※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

※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 ヶ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

※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

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

退院支援指導加算

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おいては、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

<p>ターミナルケア加算（届出）</p> <p>※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</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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 <p>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</p> <p>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</p>	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ●月に 2 回に限り 2,000 円 <p>※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</p> <p>訪問看護ターミナルケア療養費（届出）</p> <p>※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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ●20,000 円 <p>※主治医の医療機関にかかわらず、報酬が一本化</p> <p>※死亡前 24 時間以内の訪問要件はなくなった</p> <p>※死亡前 14 日以内に 2 回以上指定訪問看護を行っていれば算定できる</p> <p>※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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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 <p>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</p> <p>イ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神</p>
--	---

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

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

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を行う場合 4,300円

●保健師・看護師が准看護師と同時に訪問看護を行う場合 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を行う場合 3,000円

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

**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】

- ・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）

※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

※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

①研修について

「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

②会議の開催について

「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

・「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

・「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

<p>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</p> <p>ア 利用者の ADL や意欲</p> <p>イ 利用者の主な訴えやサービス提供時の特 段の要望</p> <p>ウ 家族を含む環境</p> <p>エ 前回のサービス提供時の状況</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>●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>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

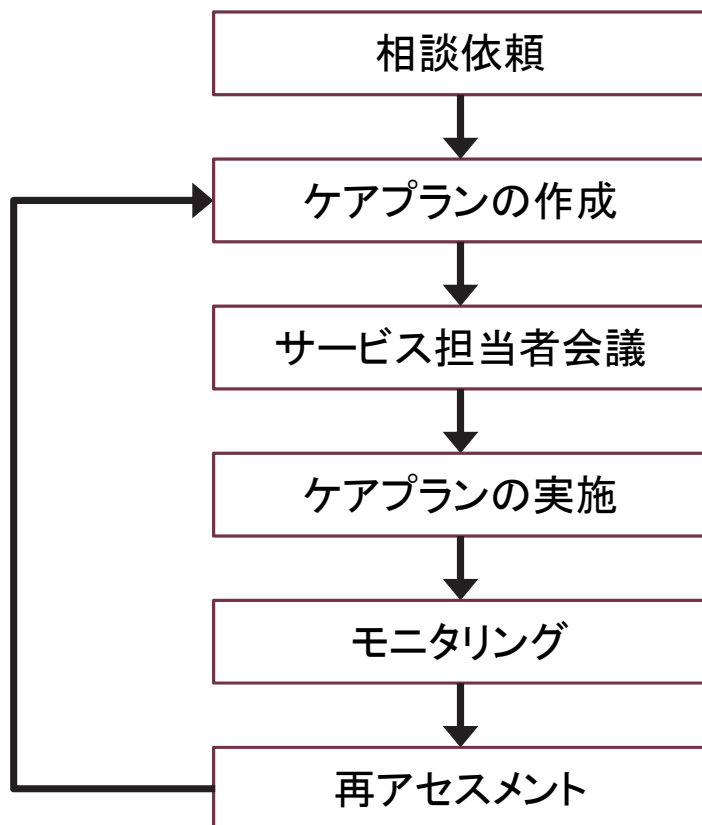
サービスの利用

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CMへのアンケート結果より)

- (a) どんな時に訪問看護を(導入)しますか？
- (b) 家族が訪問看護を導入する必要性を感じない時、
どんなアプローチをしますか？
- (c) 主治医が訪問看護を導入する必要性を感じない時、
どんなアプローチをしますか？
- (d) 総合病院の勤務医との連携はどう図りますか？
- (e) 訪問看護にどんなケースで断られましたか？
⇒その際、どうしましたか？
- (f) 訪問看護と他のサービスの調整・連携で不都合が生じたことがありますか？

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25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楽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25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。

事例検討

【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25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。

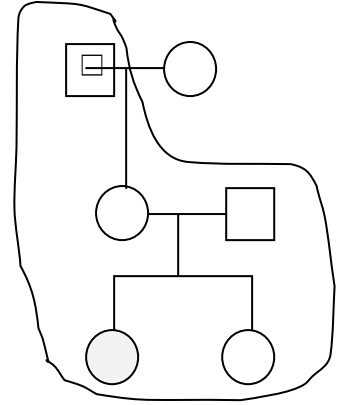
■長女は介護負担のストレスや不安から担当するケアマネに頻繁に電話をかけてくるため、長時間対応することも多く業務に支障をきたしている。

【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。



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、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ほかならない。

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、越えなければならない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.