

自分と家族の明日を考える ～在宅療養の基本のお話～

すみれホームケアクリニック
市場 保

本日の流れ

- 1.在宅医療をうけるまで
- 2.高齢者の療養場所
- 3.どういう方が在宅医療を受けているか
- 4.在宅医療の制度
- 5.在宅医療の実際
- 6.在宅での一人暮らしの方の見取りの実際
- 7.在宅医療での他科連携
- 8.人生会議（アドバンスト・ケア・プランニング）
- 9.終わりに

自己紹介



すみれホームケアクリニック

市場保

- すみれホームケアクリニック院長
- 練馬区三原台にあるクリニックで、訪問を中心に診療を行っています。
- 専門は癌や緩和ケア、認知症やパーキンソン病、COPDの患者さんも診療しています。
- 資格など
 - 総合内科専門医、がん薬物療法専門医、がん治療認定医、血液専門医、緩和ケア研修会修了、認知症専門医。
 - 居宅介護支援員（ケアマネージャー）
 - 練馬区介護保険認定調査会会長。

事例についての注意

- 今回の発表はすべて私が実際に経験した事例をもとに、本人が特定されないよう、設定を一部変更しています。
- 事例の中で紹介しているのは、あくまで当院で行っている治療であり、どこの診療所でも同じ治療が可能ということではありません。

1. 在宅医療を受けるまで

在宅医療とは

- 在宅医療とは、医師や看護師、薬剤師などが自宅や介護施設などで医療行為を提供すること。
- 外来・入院に次ぐ「第3の医療」とされ、患者さんが高齢になっても、**住み慣れた地域で自分らしい生活が続けられるよう**支援する医療。

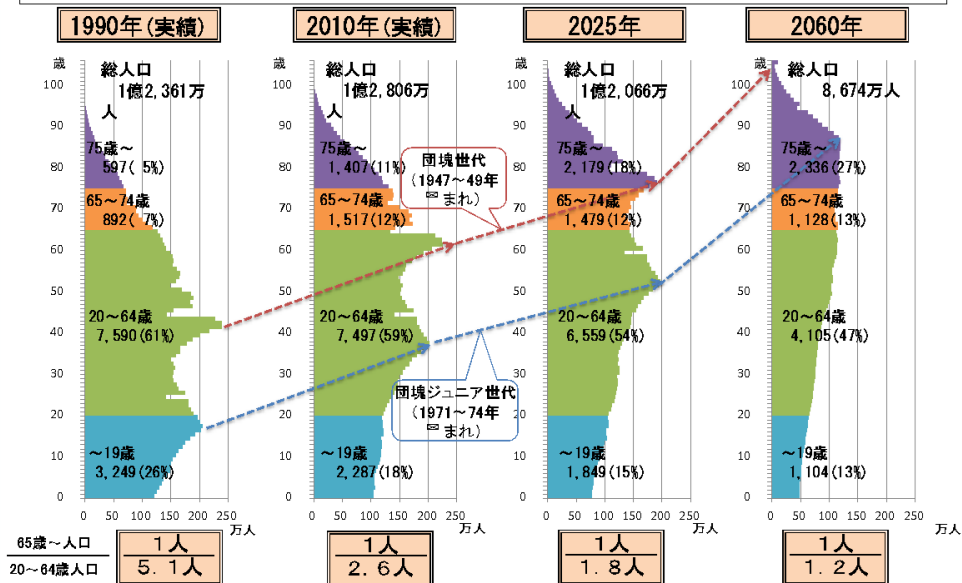
在宅医療が求められる背景

- 患者さんのQOL（生活の質）向上は重要な視点。在宅医療の充実は「**自宅で最期まで暮らしたい**」という患者さん・ご家族の願いに応えるもの。
- 在宅医療の費用は、通常、外来医療よりは高いが、入院医療よりは低い（訪問診療の自己負担金額は1割負担の場合、一ヶ月4000円-9000円程度）。このため医療費削減の観点からも政府は在宅医療を進めている。

人口高齢化の進行

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

○ 日本の人口構造の変化を見ると、^{出所} 在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」出^{出所} 中位・死亡中位推計(各年10月1日現在人口)

在宅医療開始のきっかけ

- **かかりつけ医**が外来通院困難になってきた状況から、在宅医療を勧める。
- 病院での治療や入院を経て、通院は難しいと判断されたケース。この場合、病院の**医療ソーシャルワーカー（MSW）**が患者さんやご家族と相談し、在宅医療への移行を調整する。
- **地域包括支援センター**を通じた相談がきっかけとなるケースもある。患者さんやご家族からの相談を受けた地域包括支援センターの職員が、在宅医療を提供できる医療機関や関係機関との橋渡しを行う。
- 介護保険の利用を通じて、支援を行っている**ケアマネジャー**が、健康状態の変化や通院困難を察知し、在宅医療の導入を提案することもある。
- 通院困難な状況から、**ご家族**がインターネット検索などをして、直接在宅医療を行っている医療機関に相談する場合もある。

事例-M S Wからの在宅医療依頼



当院に肺炎で入院された、90歳代の男性、要介護3の方です。高齢で退院後も通院は困難で、在宅医療をお願いしたいと思います。ケアマネジャーはA事業所のBさん。訪問看護はC訪問看護ステーションにお願いしてあります。

医療ソーシャルワーカー（MSW）

わかりました。ご家族はいらっしゃるのでしょうか？いつ頃の退院見込みで、いつ頃に初回の往診をご希望でしょうか？



Drまたは医院の相談員

2. 高齢者の療養場所

高齢者が医療を受ける場所の選択肢

- 高齢者の病気療養の場所としては、**病院、介護施設、自宅**がある。
- これらの場所の中から、各人にとって最適な療養場所を選択するが、療養場所は固定的ではなく、状況により変化することもある。

事例-在宅医療のおかげで入所せずにすんだ

- 80歳代女性。独居。夫とは死別。子供は独立。
- 心臓病、糖尿病、肺気腫などあり。
- 家族の思い出のある自宅にずっといたい気持ちがある。
- かかりつけ医が急に閉院になったため、地域包括支援センターから訪問診療依頼。
- 最近呼吸苦があり、自宅はもう無理かな。老人ホームかなと思うこともある。
- →在宅医療介入し、在宅酸素を導入。呼吸苦に関しては入院精査することになった。



事例-在宅にこだわっていたが施設も良かった

- 90歳代男性。自宅で転倒して救急搬送された。自宅はゴミ屋敷状態でゴミの中から救出された。
- 退院後、ケアマネジャーからの依頼で訪問診療依頼になり、月に一回訪問。自宅は依然として散らかっていたが、本人は在宅継続を希望。
- 当方からは糖尿病、高血圧の処方、検査を続けた。
- 家があまりにも散らかってきたので、その片付けの間、ショートステイを勧められ、施設利用。施設の快適さに驚かれた。清潔、入浴が容易、食事もおいしいと。
- 本人から施設入所したいとの申し出があり、入所となった。



事例-稀だが施設から自宅に戻ることも

- 90歳代男性。大腸癌肺転移。抗がん剤治療は年齢から適応ではなく、投与されていない。
- もともと癌末期の方を受け入れている施設に入所していたが、施設では自由がない。まだ元気で外出も自由にしたいとのことで退所となり、娘さん夫婦と同居。
- 当方は月に1-2回の訪問診療。訪問看護も依頼済み。
- 自宅近くの馴染みの定食屋に頻回に通っている。
- 在宅看取りを予定しているが、採血データなどからは月単位の予後が予測される。



病院、介護施設、自宅の違い

――

	病院	介護施設	自宅
快適性	△	○	◎（自宅にもよる）
家族負担	ない	少ない	必要に応じて負担あり
経済的負担	病院、病状による （特に個室料）、 ずっといられない	やや高い	使う医療、介護サービスによる
緊急の対応	すぐに治療可能	病院には劣る（在宅医による初期対応）	病院には劣る（在宅医による初期対応）
医療行為	◎	○-△（看護師の配置の有無などによる）	○-△（在宅医や訪問看護師による対応）

療養場所の選択を話し合う

- **ふだんの日常会話の中で**、自分や家族の体調が悪くなったら、在宅で過ごしたいのか、施設入所を希望したいのかを**話題にしておく**。メリット、デメリットも含めて整理しておく。
- 在宅の場合、家族の負担や病状への対応が不十分になる可能性があることがデメリットとなりやすい。
- 施設の場合、費用面、生活が自由にならないことや活動性が低下しがちなことがデメリットとなりやすい。
- よくわからなければ、**地域包括支援センター**などに相談するのもよい。

3. どういう方が在宅医療を受けているか

こんな方が在宅医療を受けています

- 通院が難しい方（**通院困難**）。
 - 高齢者や障害で通院が難しい。
 - 病院までの移動が辛い（車いす、寝たきりなど）。
 - 認知症などで外出が不安。
- **医師が「在宅での治療が適切」**と判断した場合。
 - 病状が安定しており、定期的な診察・処方管理可能。
 - 病院に通い続けるよりも自宅での治療のほうが適切と判断される場合（末期がん・慢性疾患など）
- **本人や家族が「自宅での治療を希望」**している。
 - 「入院せずに家で過ごしたい」という思いがある。
 - 家族が在宅療養を支える意志がある。

事例 - 通院困難の実際

- 80歳代男性。糖尿病、認知症。糖尿病は落ち着いている。
- 自宅は自営業で、息子さんが継いでいて、息子さん夫婦と奥様が同居している。
- 糖尿病で近医に通っていたが、ケアマネジャーからの依頼で訪問診療になった。
- 奥様によると、本人が待合室で待ちきれず大声を出してしまい、恥ずかしくて通院できないとのことだった。
- →訪問診療の「通院困難」の意味は単に外出できないというだけに限らず、様々な場合がある。



事例 - 診療情報提供書の必要性

- 70歳代女性。
- 乳がんで病院で抗がん剤治療を受けていた。病院主治医から薬の効きが落ちていると説明された。
- そこで近所の知り合いに相談したところ、在宅医療を勧められ、当院が訪問診療の相談を受けた。
- 当院から病院の相談員に電話で相談。
- 病院の相談員から主治医に確認したところ、主治医は治療変更して抗がん剤治療を継続する予定で、訪問診療は早すぎるといわれた。
- →訪問診療を依頼する場合には、患者さん自身が主治医に確認して、**なるべく**診療情報提供書をもらってからにした方がよい。



4. 在宅医療の制度

健康保険と介護保険の違い

――

- 在宅医療では「**健康保険**」と「**介護保険**」の2つの保険が用いられる。
- **健康保険**は、**病気の治療**をカバーする。
 - 訪問診療（医師が定期的に自宅を訪問し診察）
 - 医療度の高い訪問看護（病状悪化、褥瘡、癌末期の場合など）
- **介護保険**は、介護が必要な方の**日常生活の支援**をカバーする。要介護認定（要支援1～要介護5）があることが利用の条件。
 - 訪問介護（ヘルパーによる掃除・食事・排せつなどの支援）
 - 訪問入浴サービス
 - デイサービス（通所介護）、ショートステイ（短期入所生活介護）
 - 福祉用具レンタル介護（ベッド、手すりなど）
 - 通常の訪問看護。

往診と訪問診療の違い

- **訪問診療**は計画的・定期的な診療であり、医師が事前診療を立てて月〇回などの頻度で訪問し、継続的に健康管理をする。
- 急病時の臨時対応が**往診**。
- 一人の患者さんでも、**往診**と**訪問診療**の両方を受けることになる。

事例 - 往診と訪問診療

- 80歳代の男性。高血圧、糖尿病あり。ケアマネジャーからの依頼で訪問診療依頼となった。
- 自宅で寝たきり状態であり外来受診はなく、最初から自宅へ**往診**となった。予定的なご自宅への訪問であっても初回は往診の扱いとなる。
- その後は月に2回、第一、第三木曜日に**訪問診療**を受けていた。
- 休日に腹痛を来して、**休日往診**を受けたことがあった。
- →このように臨時的なのは**往診**。定期的なのは**訪問診療**である。



訪問診療にかかる費用の目安

――

- 月1回の定期訪問診療を受けた場合、1割負担の場合
 - 在宅時医学総合管理料（2895円程度）
 - 在宅訪問診療料（888円 x 1回） = 888円
 - 居宅療養管理指導料（299円）
 - 合計 4000円 - 5000円程度
- 月2回の定期訪問診療を受けた場合、1割負担の場合
 - 在宅時医学総合管理料（4635円程度）
 - 在宅訪問診療料（888円 x 2回） = 1776円
 - 居宅療養管理指導料（299円 x 2回） = 598円
 - 合計 7000円 - 9000円程度
- 癌末期などで毎週訪問になる場合もあるが、その場合でも月の上限は、一般の1割負担の方で、18000円-23000円程度。

(参考) 介護保険での自己負担

- 介護保険は、介護ヘルパー、通常の訪問看護、介護ベッド、手すりなどの福祉用具などを含む。
- 自己負担は、介護保険負担割合証に記載があり、1-3割。
- 1割負担の場合、一ヶ月の自己負担**上限額**は、約5032円（要支援1） - 約36217円（要介護5）。厳密には介護保険のサービスの内容により異なる。
- 実際には上限額までのサービスを利用しないことも多いが、稀に上限額を超えて自費でのサービス利用をする方もおられる。

事例-生活に困窮していた家庭の訪問診療

- 80歳女性。膀胱癌末期。息子は同居していたが、就労していなかった。本人の年金で暮らしていた。
- ケアマネジャーからの依頼で訪問開始。在宅看取りの意向であり、本人の年金で訪問診療、訪問看護などを支出していた。
- 訪問開始から2ヶ月で在宅で看取った。
- 本人が亡くなり、年金収入が無くなったため、息子は生活保護申請となった。



5. 在宅医療の実際

訪問診療の流れ

――

- 患者さんのお宅を訪問し、**問診、血圧測定、体温測定、血液中の酸素濃度、処方せん発行**、必要に応じて**血液検査**なども行う。
- 当院では処方せんは訪問時に薬局にFAXしておいて、先に薬を用意しておいてもらう。
- 一回の訪問は病状により10分-1時間程度。
- 通常月に1回以上あらかじめ予定しておいた日に訪問。



訪問診療の道具の例

— — —



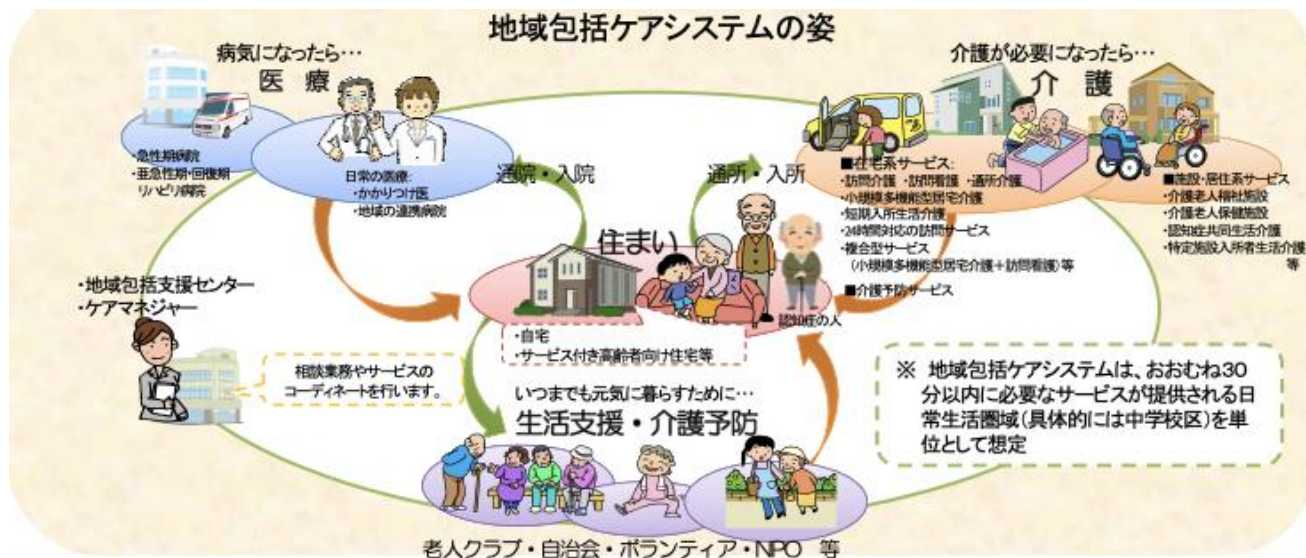
麻薬注入用のポンプ

- 癌による痛みに対しての麻薬注入用の携帯型ポンプ。
- 一週間以上注射可能。
- 注入速度などを医師が設定可能。
- ボタンを押すと自分で麻薬を投与することができる。



在宅医療推進に関して

- 政府は地域包括ケアシステムの一環として在宅医療を推進しており、24時間対応型の在宅療養支援診療所などの制度整備が進められています。



事例-ケアマネジャーとの連携

- 90歳代女性。独居。認知症、高血圧。
- 普段は週に三回デイサービスに通っている。それ以外の日はヘルパーが食事をつくったり、内服確認のため入っている。
- ケアマネから当方へ電話。「先生、家事援助に入ったヘルパーから熱が38度あり、咳もでていと連絡があったんです。」
- 当方往診したが、酸素飽和度は正常。新型コロナ、インフルエンザ検査は陰性。本人は比較的元気。
- 咳止め、解熱剤の処方箋を薬局にFAXした。ケアマネが薬局に薬をとりにいき、届けてくれた。



Medical Care Station (MCS) を用いた連携

- 電話やFAXではなく、ネット上での情報交換も増えている。
- 医療用SNSのスマホアプリ。
- 患者さんの同意の上で、医療 - 介護従事者の連携に用いられている。



事例-MCS上でのやり取り



看護師

お疲れ様です。本日9時30分より定期訪問を行いました。体温36.6℃、脈拍72回/分、血圧138/76mmHg、SpO2は98%でした。湿った咳と鼻水の症状が継続しています。咽頭痛に対してはアセトアミノフェンを服用していただいています。以前よりムコダインなどが処方されていましたが、内服管理にずれがあったため、引き続き服薬状況について確認していきます。また、食事はご本人がご自身で準備されており、食欲も良好とのことです。以上、ご報告申し上げます。

ご報告ありがとうございます。また熱が上がるようでしたら、ご連絡ください。



医師

6. 在宅での一人暮らしの方の 看取りの実際

在宅看取りのいい点

- 患者さんの苦痛（痛みなど）をとる治療は**在宅でも病院と同レベル**のことが可能。
- 慣れ親しんだ環境で最期の時を穏やかに過ごすのはメリット大。
- 人生の最期は自宅でというのが患者さんの最後の希望であることも多く、それを叶えることができる。

在宅看取りの懸念点

- 家族がいる場合は、介護負担をかけることを患者さんが申し訳なく思うことがある。
- 実際に家族が介護負担のため疲れてしまう。
- 痛みや呼吸困難、出血などが悪化し、もともとは在宅で最期までという希望があったとしても看取るのが困難になることがあり得る。

事例-在宅で看取った一人暮らしの患者さんの病状

- 80歳代、女性、脳梗塞、心不全、認知症、一人暮らし。
- 下腿浮腫で室内歩行でもしばしば転倒している状況だが、タクシーで外来通院可能と本人は主張し、訪問診療は当初拒否していた。
- 認知症はあるものの、自分自身の意思ははっきり主張するタイプ。
- 当初は訪問しても玄関を開けてくれないこともあったが、次第に訪問診療にも慣れてきて、月に二回の訪問ができるようになった。



家族関係

- 息子さんは、車で来られる範囲に住んでいたが、これまでお母さんが全てを仕切ってきたためか、治療方針や療養場所に関してはご自分の意見はおっしゃらず、本人任せだった。
- 患者さん本人は、短期記憶は低下しているものの、施設入所ではなく在宅医療継続を希望していた。
- 在宅医療の体制強化が必要になり、毎日朝夕のヘルパー、訪問看護の訪問回数も増やした。

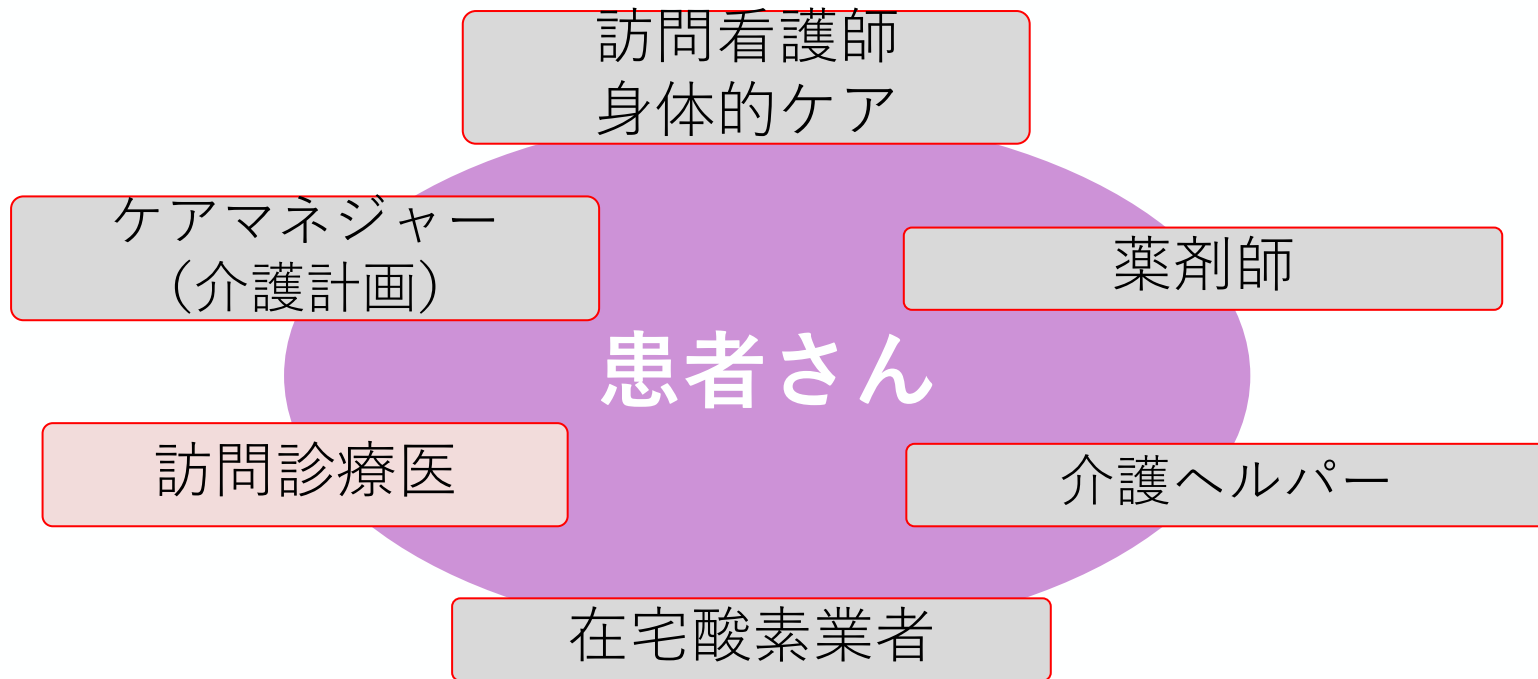


在宅での経過

- 在宅での療養中、しばしば気管支炎、膀胱炎などで発熱を来し、抗生剤投与を要した。酸素飽和度も低下し、在宅酸素を導入した。
- その後次第に貧血が進行。病院受診し、急性骨髄性白血病と診断されたが、抗癌剤治療は適応ではなく、在宅で輸血を受けることになった。
- 在宅で週に一回の輸血を続けた。輸血をすると本人も一過性に元気がでるため、輸血の継続を望んでいた。
- 次第に食欲が落ち、血圧も低下して穏やかに最期を迎えられた。



患者さんのケアの体制



7. 在宅医療での他科連携

在宅医療での他科連携事業の背景

- もともとは在宅医療は、通院困難な内科的疾患の患者さん向けだった。
- しかし在宅医療の普及により、内科以外の診療科の必要性が高まってきている。例えば、皮膚科、眼科、精神科など。
- 当院でも、皮膚科や脳神経内科が専門の医師による診療を行っている。
- ただ診療報酬が十分でないこともあり、従来は内科以外の往診は一般的ではなかったが、練馬区では東京都の補助金事業として、他科連携による往診を行っている。

在宅での他科連携の受け方

- 原則として**在宅医療を受けている方**。
- 訪問診療医に、練馬区医師会に他科連携依頼をしてもらう。
- 練馬区医師会の担当者が地域の担当医に連絡して、往診してもらう。

事例-皮膚科往診

- 80歳代女性。認知症、高血圧の方。
- 足の皮疹が治らず、掻きむしってしまっていた。
- 皮膚科往診を依頼。当方も同席した。
- 湿疹との診断で、強いステロイドを数日塗って、症状は改善した。



事例-眼科往診

- 90歳代女性。糖尿病、高血圧の方。3年前から訪問診療中。
- もともと緑内障があり、訪問診療前には近くの眼科に通っていた。しかし現在は点眼薬を処方してもらい、点眼するのみだった。
- 眼科往診を依頼して、眼圧などを調べてもらった。結果としては眼圧はそれほど高くはなく、現在の点眼薬を続けることになった。
- 今後も定期的に眼科往診による定期的な往診を受けることになった。



8. 人生会議（アドバンスト・ケア・プランニング）

アドバンスト・ケア・プランニング（ACP）

- **自らが望む医療・ケア**について、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組のこと（例：終末期は在宅、施設、病院か、急変時の対応はどうかなど）。
- 特に早期からACPを開始することで、患者さん自身が**自分の価値観や希望**に沿った医療やケアを選択できる。
- また患者さんの**意図**が明確になることで、家族が医療判断をスムーズに行うことができる。
- **医師**でなくても、患者さんのケアや生活と向き合って全人的な関わりをしている**介護職、家族**が、機会をとらえながら、話し合いの機会を設けるのも望ましい。

私のACPのやり方

- 初回往診時に、訪問診療の説明に引き続き、ACPの説明をする。
- 本人の自己決定の尊重が重要だが、急変時には本人の意思が確認できないことを説明。
- これまでにACPの話し合いがあったか、その内容はどうかを確認する。
- 救急搬送、心臓マッサージ、人工呼吸器、点滴、胃瘻などの処置を希望するかどうか。
- 個々の処置をどうするかよりも、元気なうちに本人の意思を確認し、家族と意思統一しておくのが重要。



ACPの必要性

- ACPは、患者さん本人にとって、よい状況の相談ではないので、積極的に取り上げたくない気持ちになりがち。
- 元気なうちからACPをしておくことで、今後の医療やケアを考えるきっかけになり、もしものときも家族が患者さんの意思を伝えることができる。
- 実際、当院で救急搬送をお願いした際に、在宅でのACPはどうなっていたかを病院の医師からたずねられることもある。



事例-実際のACPの会話

- 医師：「今日初めてお目にかかって、こんなお話をするのもなんなんですけども、急変時の対応を大体話し合っておいたほうが良いと思うんです。というのも実際にそういう事態になったら、こういう話し合いができないからです。ふだんからそういう話をしていくのは、国の方針でもあります。」
- 患者：「私は延命のための治療は希望しないです。」
- 医師：「わかります。それはそうかもしれませんが、もう少し具体的にどういうことをするか、しないかを相談したいのです。」
- （具体的に話すことにより、本人の気持ちが固まり、意向もはっきりしてくる）



9. 終わりに

疑問点への対応

- 在宅医療の実際に関して、私が経験した事例を中心に解説しました。
- 皆さんが、在宅医療を必要とした際に、今回の講演の内容が役立てば幸いです。
- 実際に在宅医療を検討する場面で疑問点など出てきましたら、**各地域の地域包括支援センター**へご相談ください。当院（すみれホームケアクリニック 電話03-6904-5828 Email: info@sumire-clinic.jp）へご相談頂いても構いません。



ご清聴ありがとうございました。