

「医療従事者の立場から」英 裕雄先生(新宿ヒロクリニック院長)

在宅療養支援診療所はネットワークで動く！

ー在宅ケアはそれぞれの患者さんの最後の生活の場

現在、西新宿でクリニックを開業し、20人の医師、看護師、理学療養士、作業療法士などチームを組んで地域の在宅療養にたずさわっています。

がん終末期を在宅療養する患者さんを見るにあたって、注意していることは「在宅であればこそきちんとした緩和ケアが必要」「治療を放棄するのではなく継続する」「最期に生活する場である在宅での生活をサポートする」ことです(スライド 11)。

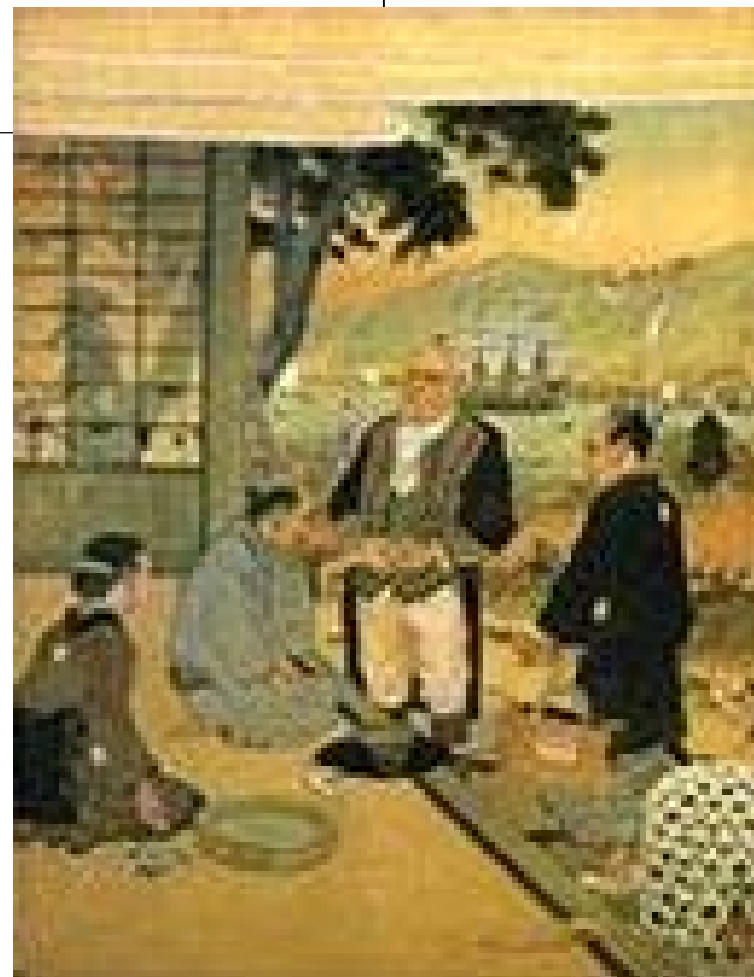
そのためにそれぞれの節目ごと(スライド 12-16まとめ)に、患者さんにあわせたケアをしています。一番大事なのは、いったん自宅で落ち着いた生活になった「在宅生活安定期」あと、病状が変化し体調が崩れた時「体力低下期」です。この時、あらためてこれから過ごす最期のときをどこで過ごしたいかを、本人だけでなく家族で再確認します。

どのような経過で看取りに至るかを患者さん側でも理解して、いっしょに取り組んでほしいと思っています。私たちクリニック側も、シフトを組み、情報を共有化し、24時間、365日対応できるように備えることで、毎月15〜20人程を在宅で看取っています。

現在、保険点数の制度も、在宅療養を後押しするシステムに変わりつつあります。さらに、がん患者さんが薬を自宅でも使用できるようになるなど在宅療養の素地ができつつあります。がん終末期では、最期の生活の場を、そしてその場でいかに過ごすかを、節目節目で、じっくり考えて選んでいただければと思います。

在宅における 癌終末期対応について 医師の立場から

新宿ヒロクリニック
英 裕雄





癌終末期対応を行う医療機関の状況



在宅療養支援診療所創設の意図

- 高齢者が**できる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら**生活を送れるよう、また、**身近な人に囲まれて在宅での最期を迎える**ことも選択できるよう、診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所を設ける
- 在宅療養支援診療所が**在宅医療における中心的な役割を担う**こととし、**これを患家に対する24時間の窓口として**、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、**24時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を構築する**
- このような場合に在宅療養患者を対象とした診療報酬点数において高い評価を行う。



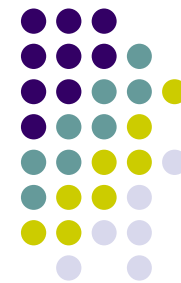
在宅療養支援診療所の要件

- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、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、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、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、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること
- 当該診療所における在宅看取り数を報告すること等

項目	点数		訪問者	
	区分等	在宅療養支援診療所等※1 左記以外		
往診料 ㊦		650点	医師	
	診療中の緊急往診加算	+650点 +325点		
	夜間往診加算	+1,300点 +650点		
	深夜往診加算	+2,300点 +1,300点		
	診療時間加算(1時間超、30分ごとに)	+100点		
死亡診断加算	+200点			
救急搬送診療料		650点	医師	
	乳幼児加算(6歳未満)	+150点		
在宅患者訪問診療料 ㊦	1日につき1回(原則週3回まで)	830点	医師	
	在宅ターミナルケア加算	+10,000点 +1,200点		
	診療時間加算(1時間超、30分ごとに)	+100点		
	死亡診断加算(ターミナルケア加算10,000点算定時は不可)	+200点		
在宅時医学総合管理料 ㊦㊧	院外処方の場合 月1回	4,200点 2,200点	医師	
	院内処方の場合 月1回	4,500点 2,500点		
	重症者加算(別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの※2)	+1,000点		
在宅末期医療総合診療料 ㊦㊨	院外処方の場合 1日につき	1,495点 算定不可	医師	
	院内処方の場合 1日につき	1,685点 算定不可		
	死亡診断加算	+200点 算定不可		
訪問看護指示料	月1回	300点	医師による訪問看護 ステーションへの指示	
	特別訪問看護指示加算(患者1人につき月1回)	+100点		
在宅患者訪問点滴注射管理指導料	週1回	60点(薬剤料は別途算定可)	医師による訪問 看護師等への指示	
在宅患者訪問看護・指導料 ㊦	週3日目まで1日につき	530点	保健師、助産師、 看護師	
	週4日目以降1日につき	630点		
	週3日目まで1日につき	480点	准看護師	
	週4日目以降1日につき	580点		
	在宅ターミナルケア加算	+1,500点 +1,200点		
	緊急訪問看護加算	+265点 算定不可		
	在宅移行管理加算	厚生労働大臣が規定する状態等にある患者(※3) 重症度等の高い患者(※4)		+250点 +500点
	難病等複数回訪問加算	1日2回訪問時 1日3回以上訪問時		+450点 +800点
在宅訪問リハビリテーション指導管理料 ㊦	1単位(20分以上)につき週6単位まで (退院日から3カ月以内は週12単位まで可)	300点	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	月2回まで	550点	薬剤師	
	麻薬管理指導加算	+100点		
在宅患者訪問栄養食事指導料	月2回まで	530点	管理栄養士	



悪性腫瘍患者に対する在宅療養支援診療所の保険点数



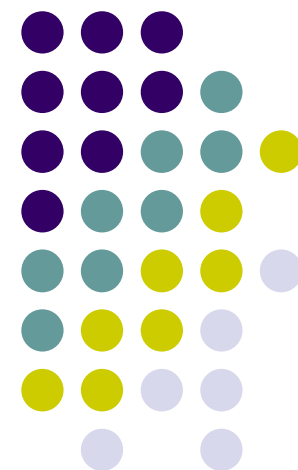
- 出来高)在宅時医学総合管理料+訪問診療料(往診料)+検査+処置+在宅療法指導管理料+器材(一部)
- 包括)在宅末期医療総合診療料

例)在宅療養支援診療所が院外処方を行ないながら中心静脈栄養療法患者に対して、月8回訪問診療月8回訪問看護を行なった場合。

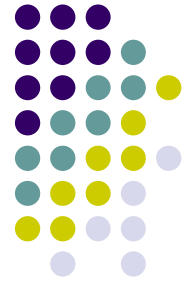
- 在宅時医学総合管理料の場合
 $4200\text{点} + 820\text{点} \times 8 + 3000\text{点} + 1000\text{点} + 530 \times 8 = 19000\text{点}$
(3割負担で自己負担金57000円)
- 在宅末期総合診療料の場合
 $1495\text{点} \times 30 = 43500\text{点}$
(同130500円)

在宅使用できる注射薬について

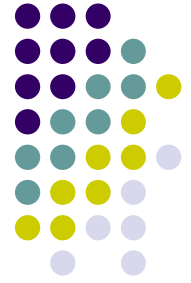
在宅使用とは、患者自らが自己管理できる注射薬という意味であり、医師が訪問して使用する注射薬には原則制限はないが...



現在悪性腫瘍患者に在宅使用できる 注射薬は以下に限られている



- 中心静脈栄養製剤(脂肪乳剤などを含む)
- 塩酸モルヒネ製剤
- インターフェロンアルファ製剤
- 抗癌性腫瘍剤
- スタドール・レペタン
- サンドスタチンクエン酸フェンタニル(フェンタネスト注)
- 複方オキシコドン(バピナールアトロピン注)
- ベタメタゾン・デキサメタゾン(リンデロン注・デカドロン注)
- オメプラール・ファモチジン(オメプラール注・ガスター注)
- カルバモクロムスルホン酸ナトリウム・トラネキサム酸(アドナ注・トランサミン注)
- フルビプロフェンアキセチル(ロピオン注)
- メクロプラミド・プロクロペラジン(プリンペラン・ノバミン注)
- 臭化ブチルスコポラミン(ブスコパン注)



まとめると

- 医師が訪問したときに使用できる薬剤に制限はほとんどないが、在宅でできる使用できる薬剤は限られている。
 - 医療者の滞在を要する処置（腹水除去や輸血など）はボランティアな対応が必要となる。
 - 診療報酬が変化すると同時、医療機関毎の差異や算定の仕方によって大きく患者負担が異なる。
- 診療所毎に癌終末期医療対応の差異が生まれているが、各家庭の事情に合わせやすいという観点もある



癌終末期の在宅療養の流れ



悪性腫瘍の在宅療養の特徴

- 痛い・苦しいで家で最後までいられる人はいない
→十分な**疼痛緩和**が必要
- 必ずしもすべての治療を拒否しているわけではない
→適切な**治療継続**が在宅で保障されなければならない
- 家で寝たきりになり家族に迷惑をかけて死にたいと思っている人はいない
→**生活の再建**を希望して家に帰ってきている。できる限りの生活保障をサポートをしていく必要がある。

1.在宅開始期

●生活再建をする。入院中から引き続き行っている継続療法を円滑に継続し、家屋内生活のQOLを改善する。
特に環境整備・ケア体制整備を行い、家の中での生活を安心してすごせるように工夫する時期。

2.在宅生活安定期

●外出や旅行、趣味の復活など生活のさらに質を高めるためにどうするかを検討し、実現する時期。

3.症状変化期

●新たに生じた症状に対して、在宅で症状緩和を図るための新規の医療的対応(在宅酸素の導入や吸引機・吸入器の導入など)を要する時期

●この段階で、本人希望を汲み取りさらに医療的状況・身体状況などを踏まえて全体の療養方針の再確認をする必要があります。
(医療者が親身に適切に速やかに対応し、本人・家族が安心して過ごすことができるかで在宅ケアが継続できるかがほぼ決まるようで

4.体力低下期

●療法の見直しをしつつ、そのときの患者さんの体力に合わせた生活環境整備・ケア体制整備を行う時期。

●ここでもさらに本人の意思を確認しつつ、あらためて介護者への病状理解、協力を求める必要があります。

5.看取り期

●状態変化に応じて不必要な療法の停止を行いながら、なるべく精神・身体的負担が生じないように自然な状態に戻す時期。(管類の抜去な

●家族の精神的・身体的疲労に留意し従来の本人の希望を再確認しながら、最後のケアの仕方などを構築する必要があります。