

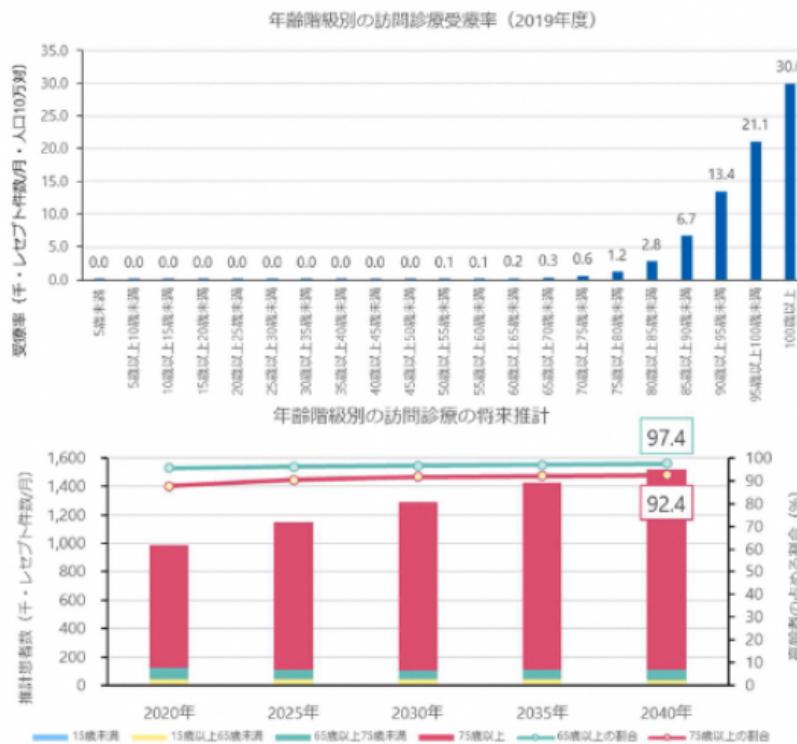
中野区の在宅療養、在宅医療・ 介護の連携の現状と課題について

医療法人社団健朗会三五医院
三五美和

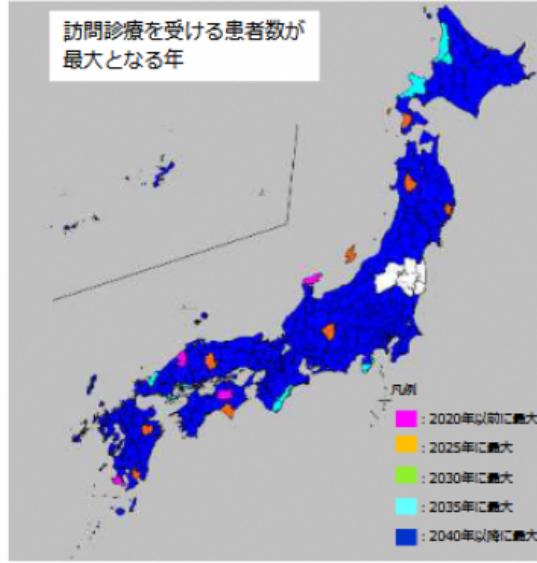
第1回在宅療養推進協議会のまとめ

訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。



第12回第8次医療計画等に関する検討会資料
令和4年8月4日 1



訪問診療の受療率は
85歳以上で多くなる。

今後、2040年に向けて
訪問診療の患者数は
さらに増加していく
見込み。



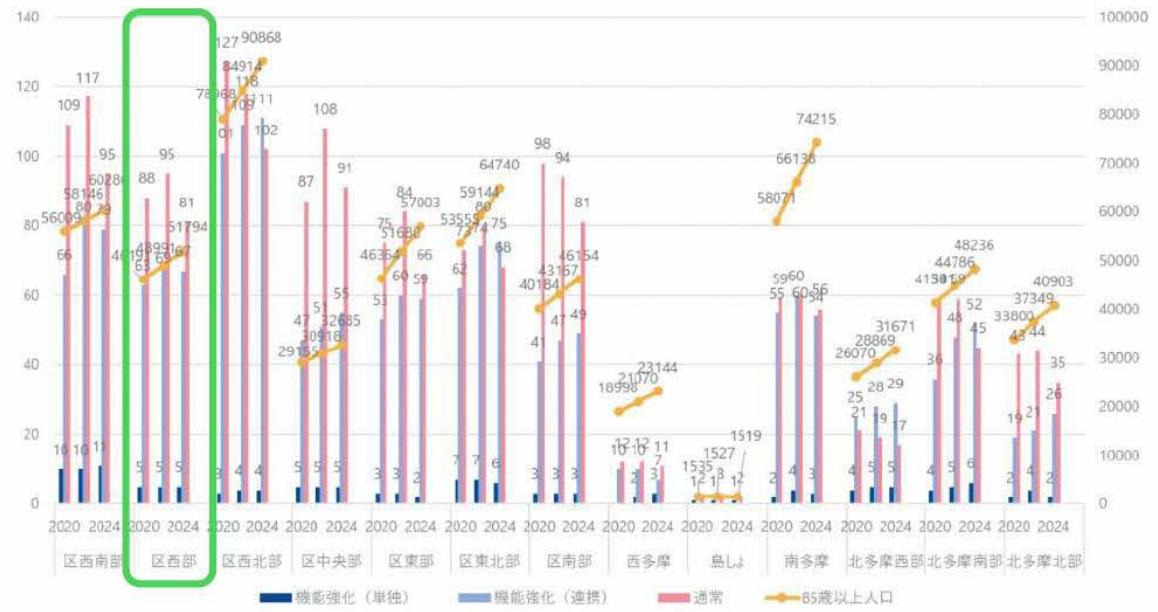
訪問診療を受ける
患者の9割は高齢者

東京都

東京都在宅支援診療所及び在宅療養支援病院 定例報告

二次医療圏ごとの在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数及び85歳以上人口の経年比較 (東京都)

※定例報告で未報告及び患者数無しを除く



85歳以上人口の増加に合わせて、在宅療養支援診療所数及び在宅療養支援病院数が増加していることが望ましいが、そうでない場合は在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院1件あたりの負担が大きくなっていることが懸念される。

※在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の定例報告より集計（定例報告で未報告及び患者数無しを除く）

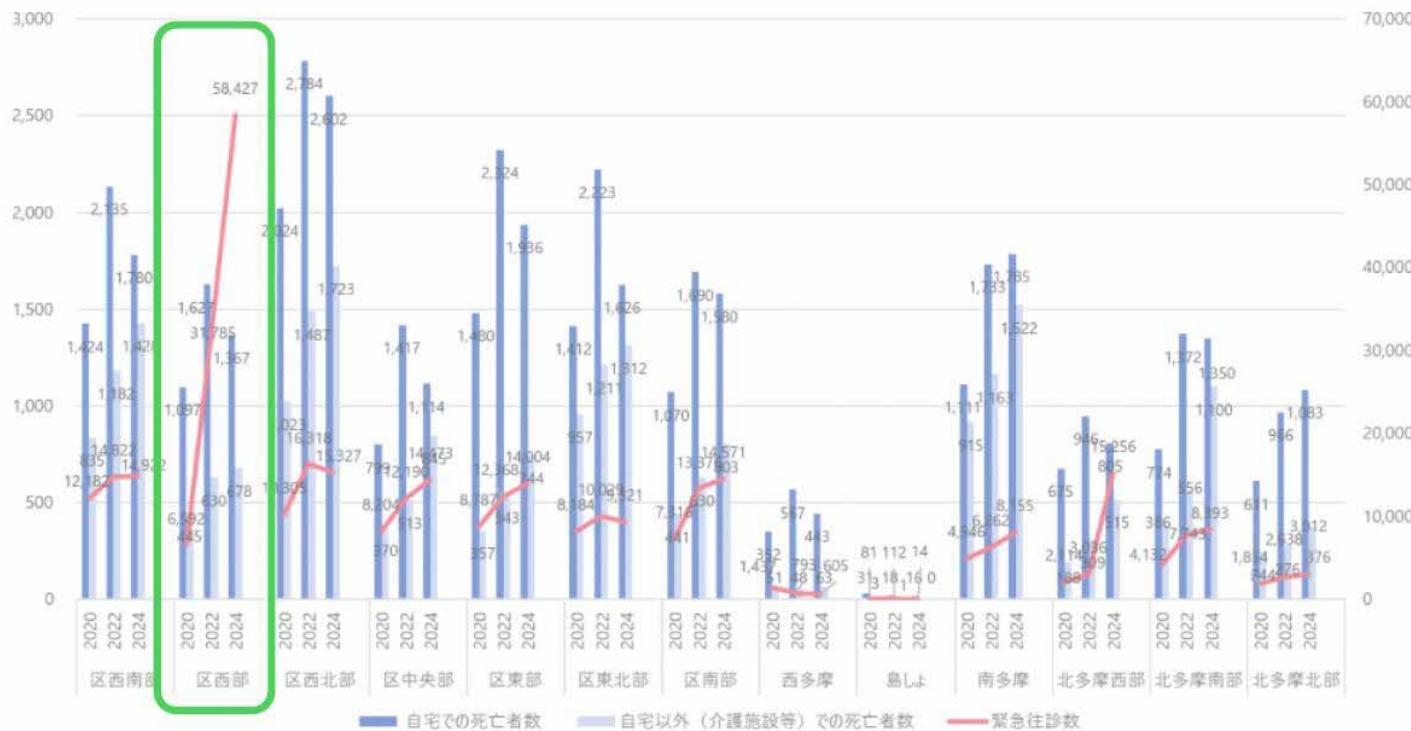
関東信越厚生局 11

区西部（中野・新宿・杉並区）において、85歳以上人口は増加しているが、訪問診療の多くを担っている「在宅療養支援診療所」「在宅療養支援病院」数は横ばいとなっている。

引用：在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に係る定例報告の経年比較（2024（R6）年度）東京都版より一部抜粋

死亡患者数及び緊急往診数の推移（東京都）

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の定例報告をもとに、訪問診療を行った患者が亡くなった場所（自宅及び自宅以外（介護施設））を二次医療圏域ごとに集計。



※在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の定例報告より集計

関東信越厚生局 14

区西部においても
緊急往診件数は
増加している。

引用：在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に係る定例報告の経年比較（2024（R6）年度）東京都版
より一部抜粋

訪問診療所の実態と課題

負担の大きさ: 協議会委員の一人である訪問診療医は、100名程度の患者を担当し、24時間365日の電話対応に大きな負担を感じている

看取りのハードル: 自宅での看取りは意義深いが、急変時対応や看取りにはハードルがあり、訪問診療に踏み出す医師は少ない

国の方針: 病床数の減少や病院運営の厳しさから、病院側から訪問診療所への早期バトンタッチや、訪問診療側から在宅復帰を促す働きかけが必要

在宅支援診療所の増減: 資料では「増えていない」が、実際には医療連携室への営業増加から「増えている」印象がある

医療・介護連携の課題

病院・診療所連携: かかりつけ医がいるのに、病院の紹介で別の訪問診療所に移行してしまうケースがいまだにある

メディカルソーシャルワーカー(MSW)の周知不足: MSWの存在や役割が一般に知られておらず、入院中の患者・家族が連携室にアクセスしにくい

日頃からの啓発: 診療所側が患者に、入院時でも連絡することや退院後の訪問診療が可能、または連携の取りやすい医療機関があることを伝えておくことが重要

居宅サービスにつながらない事例: かかりつけ医がいなく、病院に通院している方は、介護保険の認定や在宅サービスを受けづらい印象がある

情報通信技術(ICT)の推進: 医師とケアマネジャー(CM)の連携がいまだに紙ベース、メディケアネットなどのICTを利用し、効率化を図るべき

民間企業との連携による医師の負担軽減の是非

コールセンターの活用: 訪問診療医の24時間365日対応の負担を軽減するため、民間企業のコールセンターが電話を受け、初期対応を担い、必要に応じて担当医にエスカレーションする仕組みが委員より提案された

すでに「メガ在宅」と呼ばれる大規模な在宅支援診療所がコールセンター方式で運営されている

信頼関係の重要性:一方、初めて会う医師に看取りを経験した委員より「形式的な対応ではなく、患者は信頼関係のあるかかりつけ医に看取られたい」「医療行為だけでなく、心配な気持ちを共有し、ずっとつながっていること」が大切だという意見も出た

在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準

24時間連絡を受ける体制確保・24時間の往診体制

緊急時の入院体制および連携する医療機関等への情報提供

年1回、看取り数・緊急往診数等を報告

適切な意思決定支援に係る指針の作成

訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備

介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい

在支診の分類

機能強化型在支診

【単独型】 3名以上常勤医がいる

緊急往診:過去1年間で10件以上

看取り実績または重症児対応実績:過去1年間で4件以上

【連携型】 連携医療機関で3名以上の医師を確保

緊急往診:連携内で10件以上(各機関4件以上)

看取り実績:連携内で4件以上

各機関で看取りまたは重症児対応:2件以上

在支診:常勤医の数、看取り件数が上記条件を満たさない

中野区の在宅支援病院・診療所

日本医師会地域医療情報システムなどで検索可能 (<https://jmap.jp/facilities/search>)

在宅支援病院 3機関

在宅支援診療所機能強化型 24機関

機能強化型でない在宅支援診療所 37機関

在宅支援診療所でなくとも訪問診療は可能

在宅支援病院

機能強化型

施設種類	施設名称	所在地
病院	医療法人財団 圭友会 小原病院	中野区本町3-28-16
病院	社会医療法人社団 健友会 中野共立病院	中野区中野5-44-7

機能強化型でない

施設種類	施設名称	所在地
病院	社会福祉法人 武藏野療園病院	中野区江古田2-24-11

在宅支援診療所機能強化型

一般診療所	塔ノ山医院	中野区中央2-14-9
一般診療所	医療法人社団 三心会 中野なおクリニック	中野区弥生町2-4-9
一般診療所	医療法人社団 満真会 上落合おばたクリニック	中野区東中野5-29-10メイツ東中野104
一般診療所	医療法人社団 緑の森 さくらクリニック	中野区本町2-2-2YSビルB1F
一般診療所	社会医療法人社団 健友会 川島診療所・医科	中野区弥生町3-27-11
一般診療所	中野ひだまりクリニック	中野区東中野3-6-12
一般診療所	医療法人社団 みやび みやびハート&ケアクリニック	中野区中央3-35-4ナビウス新中野1F-EAST
一般診療所	医療法人社団 朋侑会 宮嶋メディカルクリニック	中野区若宮1-25-12-1F
一般診療所	医療法人社団 アダット 中野訪問クリニック	中野区本町1-31-6-203
一般診療所	医療法人社団 翔鷺会 熊谷医院	中野区鷺宮3-32-5
一般診療所	医療法人社団 MediLoco たかねファミリークリニック	中野区丸山2-17-13-1F
一般診療所	医療法人社団 KC いたばしクリニック	中野区大和町1-27-3暁荘1F・2F
一般診療所	まみ中野在宅クリニック	中野区野方1-5-3ヴァンクレールオオキ202

在宅支援診療所機能強化型

一般診療所	医療法人社団 おうちの診療所 おうちの診療所 中野	中野区新井1-24-4井上ビル1F
一般診療所	社会医療法人社団 健友会 中野共立病院付属城西診療所	中野区中野3-3-1
一般診療所	医療法人社団 山田クリニック	中野区新井2-6-10中野大和マンション1F
一般診療所	医療法人社団 晴風会 セイメイ内科	中野区中央1-25-5-106MKマンション
一般診療所	社会医療法人社団 健友会 桜山診療所	中野区東中野3-17-8
一般診療所	社会医療法人社団 健友会 やまと診療所	中野区大和町3-3-12
一般診療所	医療法人社団 渡辺会 大場診療所	中野区大和町3-40-6
一般診療所	社会医療法人社団 健友会 江古田沼袋診療所	中野区沼袋4-27-15フォーシーズンビル1F
一般診療所	新井クリニック	中野区東中野3-10-12石川デンタルビル3F
一般診療所	医療法人社団 佐光会 さわだ医院	中野区沼袋4-24-5-1F
一般診療所	のぐち内科クリニック	中野区上鷺宮4-17-14

在宅支援診療所

一般診療所	クリニックヨコヤマ	中野区新井1-8-8MDI第2本社ビル1F
一般診療所	医療法人社団 春香会 春川内科クリニック	中野区松が丘1-33-15アリスコート1F
一般診療所	中野の森クリニック	中野区上高田1-37-11
一般診療所	かみさぎキッズクリニック	中野区上鷺宮3-8-14
一般診療所	医療法人社団 明笙会 たけうち内科	中野区野方6-8-7岸ビル1F
一般診療所	中野診療所	中野区本町6-12-13
一般診療所	やまぐち内科ハートクリニック	中野区上鷺宮2-4-1
一般診療所	医療法人社団 佐介会 田中クリニック	中野区東中野3-17-18
一般診療所	たかとり内科	中野区大和町1-30-6
一般診療所	医療法人社団 健唯会 野方駅内科	中野区野方5-3-1野方WIZ101
一般診療所	医療法人社団 泉樹会 ホームクリニックなかの	中野区鷺宮3-3-6シュプール1F-1A
一般診療所	クリニック中野	中野区新井4-21-2
一般診療所	宮地内科医院	中野区上高田1-35-9

在宅支援診療所

一般診療所	医療法人社団 オリーブの枝 右近クリニック	中野区南台3-33-5-1F
一般診療所	医療法人社団 ALTRY のがたクリニック	中野区野方1-40-1
一般診療所	医療法人社団 あんず会 いしい内科クリニック	中野区沼袋3-28-9
一般診療所	中野新井薬師参道クリニック	中野区新井1-36-1
一般診療所	クリニック芳賀	中野区新井4-21-2-2F
一般診療所	医療法人社団 至誠会 よつば中野クリニック	中野区東中野2-19-3
一般診療所	あしたの在宅診療所	中野区鷺宮3-32-13
一般診療所	橋本医院	中野区野方3-15-3
一般診療所	河崎外科胃腸科	中野区本町3-7-5
一般診療所	医療法人社団 楽育会 小池小児科医院	中野区若宮3-2-10-1F
一般診療所	医療法人社団 健朗会 三五医院	中野区南台2-6-8
一般診療所	医療法人社団 中村診療所	中野区本町5-39-2
一般診療所	医療法人社団 二人会 クリニカル南台	中野区南台2-45-10-1F

在宅支援診療所

一般診療所	医療法人社団 博和会 山本クリニック	中野区弥生町3-26-3YMGビル2F
一般診療所	山田医院	中野区中野2-14-17
一般診療所	医療法人社団 明篤会 沖津医院	中野区鷺宮3-20-4鷺宮医療ビル2F・3F
一般診療所	渡辺整形外科・外科・内科	中野区中央2-2-3
一般診療所	医療法人社団 仁医会 東中野クリニック	中野区東中野1-58-12
一般診療所	医療法人 芳縁会 近藤クリニック	中野区中野3-27-20アルカディア中野III-1F
一般診療所	白浜医院	中野区大和町2-6-7ミュージション野方1F
一般診療所	医療法人社団 光智会 能戸クリニック	中野区大和町1-45-12
一般診療所	とりつかせいクリニック	中野区若宮3-36-12STEP1 1F
一般診療所	くり小児科内科	中野区野方4-22-3
一般診療所	たかのクリニック	中野区上鷺宮4-6-38

メガ在宅とは

地域の広範囲にわたって在宅医療を専門的に提供する、大規模な在宅支援診療所や医療法人を指す俗称

特定の地域だけでなく、広範囲にわたって在宅医療サービスを提供（中野区外から訪問診療を提供）

所属医師数・訪問患者数・紹介実績が多く、規模が大きい傾向

複数科の医師・多業種（看護師、リハビリセラピスト、医療ソーシャルワーカー（MSW）など）が所属し、1医療機関で在宅診療構築が可能

夜間緊急往診は複数の医師が担当し負担を軽減

当院の訪問診療

外来患者が通院困難となり訪問診療をするパターンが主体

外来から訪問診療に移行

入院を機に訪問診療に移行

初診から訪問診療の依頼もあり

病院への通院困難

退院支援室、居宅支援事業所、訪問看護ステーション

在宅支援診療所、4医療機関で医療連携(詳細は後述)

当院の多業種連携

訪問診療、訪問リハは自施設で行う

訪問看護は行っていないので他業種連携は必須

訪問診療開始時にまず他業種連携を構築する

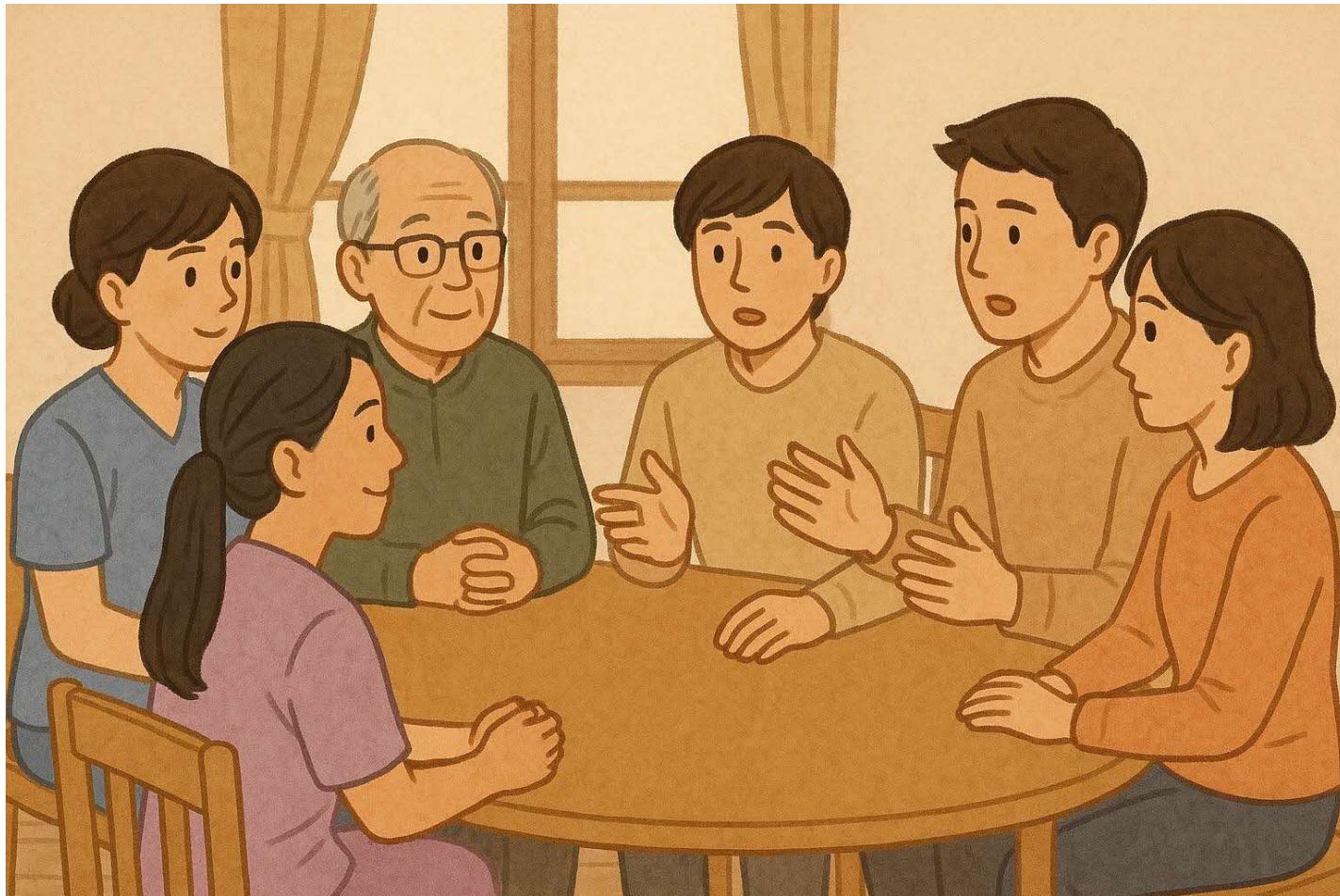
訪問看護ステーション(ST)(24時間対応)、薬局、居宅支援事業所

訪問後居宅療養管理指導書をケアマネジャー(CM)にFAX

CMから看護STや介護保険施設などに転送

現在はICTを利用した情報共有に移行中

他業種担当者会議



在宅医療におけるICT連携

在宅療養患者に対してICTを活用

多職種が診療情報を共有・活用

訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師、訪問介護士など
介護保険施設、緩和ケア病棟など

急変時には人生の最終段階の希望も共有
→ 質の高い在宅医療を支える仕組み

慢性の持病と高齢期の生活変化に対応した事例

60歳代: 高血圧症・糖尿病で通院を開始

その後、大きなイベントなく通院を継続

92歳: 妻と死別し独居となり、低栄養と内服管理の不安定さが問題化、介護保険を申請し、デイサービスで入浴を開始

93歳: 服薬管理と全身状態の観察のため、訪問看護(24時間対応含む)を開始

94歳: 訪問看護師の勧めにより、訪問診療を開始

まとめ: 慢性の持病を持つ方が、高齢期に配偶者を亡くして、生活環境が変化した際、内服管理の不安定化や低栄養などの生活課題が出現。これに対し、介護保険サービス(デイサービス、訪問看護、訪問診療)を段階的に導入し、自宅での療養生活を継続できている。

多職種連携で在宅医療に移行した事例

60歳代: パーキンソン病を発症し、大学病院に通院を開始

70歳代: 訪問リハビリテーションの導入を機に当院受診開始、パーキンソン病の薬剤調整は引き続き大学病院外来で継続。

79歳: 大学病院への通院が困難となり、当院外来のみ

82歳: 誤嚥性肺炎で入院、入院中に胃瘻造設、退院支援室の協力のもと、看護・介護サービスを調整、退院後は訪問診療、訪問看護(24時間対応含む)を開始。医療依存度が高いため、退院日に担当者会議を開催し、緊急時対応や皮膚トラブルの処置など情報共有を徹底

まとめ: 在宅サービス導入を機に、かかりつけ医と大学病院と併診が開始し、徐々に地域に移行。胃瘻造設に至ったことで医療依存度が著しく増加。訪問診療、24時間訪問看護、訪問リハビリなど医療・介護サービスを導入し、多職種による綿密な情報共有のもとで自宅療養を支えている

慢性疾患で通院中から終末期の意向を確認し急変後在家で療養した事例

40歳代より慢性疾患で当院に外来通院

50歳代：癌を発症するも手術を受け緩解

60歳代：癌が再発、放射線治療受けるも無効

「来月入院し化学療法を受ける」と外来で話す

回復を期待するが、終末期は在宅療養を希望

化学療法の効果なく、緩和療法へ移行

終末期医療に特化した在宅支援診療所を勧められたが

本人は当院の訪問診療を希望

訪問診療開始、訪問看護・訪問介護導入、看取りに至る

まとめ：慢性疾患の外来中にいざれ来るであろう終末期の意思確認ができていたため、大学病院から在宅での看取りへと移行したケース

終末期の短期間（退院後10日間）に、訪問診療と訪問看護（毎日訪問）を連日体制で集中して導入することで、本人の「在宅看取り」の希望を実現

専門性の高い在宅支援診療所に移行し 在宅療養・看取りが可能になった事例

60歳代：慢性疾患で当院に通院

90歳代：うつ血性心不全、大動脈弁狭窄症にて入院、退院後
当院で処方継続

95歳：うつ血性心不全が増悪し再入院、循環器専門医による訪問
診療を勧められるが、本人が納得せず、当院の外来受診を希望。
専門医の管理を受けることで、再入院を避けられる可能性がある
ことを説明し、専門性の高い在宅支援診療所に移行

98歳：ご自宅で穏やかに永眠されたとの報告を受ける。

まとめ：60歳から長期間にわたり慢性疾患で通院していた方が、
超高齢期（90代）に入ってから心不全を繰り返し発症したケース

中野区内の意思疎通の取れる専門性の高い在宅支援診療所に
移行し、最終的には98歳で自宅にて穏やかな最期を迎えるという、
本人の意向を尊重した在宅看取りが実現した

他医療機関に訪問診療を依頼するケースもある

不整脈が頻発し、内服調整が必要な場合

心不全で入院を繰り返し、評価、内服調整が必要な場合

難治性褥瘡を形成外科訪問クリニックに依頼

陰圧閉鎖療法導入

巻き爪など外科的処置を依頼

胃漏からの漏れがひどく調整を依頼

ICT連携(例1)

PEG周囲内出血斑は徐々に沈着傾向にあります。

PEG周囲処置はオリーブ油にて亜鉛華軟膏をOFFし、洗浄後再度亜鉛華軟膏塗布+Yガーゼ保護を行っております。娘様へ説明しながら行い、娘様が行う際は亜鉛華軟膏OFF後ウエットティッシュにて拭き取っていただき洗浄は行わなくてよい旨お伝えしております。

明日以降娘様にて処置可能か確認したところ「ひとまずやってみる」と言ってくださったためお願いしました。もし明日以降やってみて手技不安あれば訪看へご連絡いただくようお伝えいたしました。

今後ともよろしくお願ひいたします。



ICT連携例2



三五 美和
医師（三五医院）

9/11 09:38

昨日の血液検査のデータを添付します。
ルも一緒に処方しました。

クリニックの

先生から腹水にデカドロンがよいと聞いたので昨日の処方に追加します。ランソプラゾー

MyPlanet.pdf

1 (1人)

反信1件 最終更新(9/11)

□ □ :



訪問看護 サテライト 承知致しました。

9/10 17:12



看護師（三五医院）

訪問診療のご報告です。

体温36.8°C 脈拍101 SPO2 98% 血圧104/60mmHg

声掛けに返答ありがとうございます、話すのも大変そうでした。

腹部膨満著明ですが、痛みや苦しさの増強はなくオプソの使用なし。

吃逆が続いているのでリボトリールが処方されています。昨夜まで蕎麦を食べたようですが、今日は食欲がなくオレンジのみ。食べたいものはないが、さっぱりしたものなら食べれそうということでかき氷を小皿一杯程度召し上がりました。

入院中血糖値の検査がされていませんでしたので、本日血液検査をしています。

結果はまたお知らせします。次回訪問は12日(金)を予定しています。

当院の診々連携

4医療機関で連携

診療所1：訪問人数15名程度、呼吸器科

診療所2：訪問人数20名程度、糖尿病内科、麻酔科

診療所3：訪問人数60名程度、循環器内科

当院：訪問人数40名程度、脳神経内科

看取り件数：中村診療所は年間10名程度

他は2名～4名程度、緊急往診回数はかなり変動

医療保険算定に係る要件

現在「機能強化型在宅支援診療所（連携型）」の要件を満たすが、看取り件数・緊急往診件数が変わるたびに申請・取下げが煩雑であるので、申請はあえてせず、各診療所の実績加算で算定している

実績加算1の要件：

緊急往診 10件以上かつ在宅看取り件数4件以上

実績加算2の要件：

緊急往診4件以上かつ在宅看取り件数2件以上

診々連携の実際

月1回連携カンファレンスを開催

連携医の得意分野で副主治医を決める

訪問患者の診療内容、看取り件数及び緊急往診件数を共有
出張や休暇などで不在にする期間の担当を決める

専門的な診察が必要な場合は往診を依頼

<例 1>心不全増悪時に心エコーなどの精査と内服調整

<例 2>神経難病の内服調整や難病医療費の申請を代行

出張・旅行の際、具体的な対応

出発前に診療情報提供書を送付

看取りの可能性が高い場合は副主治医に訪問してもらう

病状悪化時には患者家族や訪問看護ステーションから電話、LINE、MCSなどで連絡いただく

海外で電話を受けると料金が高額になるため、診療所からの転送はIP電話で受ける

PCを持参すれば海外でも電子カルテにアクセスでき、診療情報提供書の記載も可能

スマホアプリで情報提供書や医療保険情報などを添付

主治医交代に関するあるトラブル

退院時、外来主治医が知らないまま、他医療機関の訪問診療が開始された

家族が希望、医師が専門医の訪問が必要と判断
本人も家族もよくわからないまま訪問診療になった

外来主治医が訪問看護導入を依頼したが、他医療機関から訪問診療を開始するので、診療情報提供を求められた

他医療機関に通院中の患者の訪問診療を依頼された

トラブルをおこさないために

外来通院時から訪問診療をしていることを周知する
入院した際には必ず連絡をいただき、診療情報を提供する
当院では地域包括支援加算の説明時に、入院時には必ず
連絡をいただき、病院に情報提供している(供覧)

独居や介護者が高齢など、介護環境整備が必要な方には
退院支援室の介入を依頼する

当院では顧問契約をしているMSWに病院MSWと調整を
お願いすることもある

患者さん・ご家族へのお願ひ←

- 他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。（他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。） ←
- 受診時にはお薬手帳をご持参ください。 ←
- 処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。 ←

かかりつけ医としてのお願い

もし他院に通院されている患者さんの訪問診療を依頼された場合、まず主治医に訪問診療が可能か聞いてもらう
主治医が訪問診療ができる場合、神経難病のみについて往診

主治医を選ぶ権利は患者及び患者家族にあるので無理強いはできないが…

長年診てきた方は最期まで診たいという気持ちがあるが必要に応じて主治医変更をする場合でも、医療的に適切な科の先生、できれば顔の見える信頼できる先生にお願いしたい