

# 駒木クリニック（北海道新ひだか町）

## 在宅医療・介護の積極的な連携体制構築による在宅医療の実践

●医療法人社団 駒木クリニック（北海道新ひだか町）

院長 駒木 裕之 先生

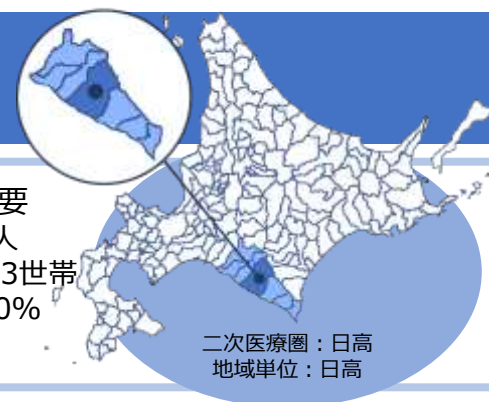
- ・在宅療養支援診療所（従来型）
- ・無床診療所
- ・常勤医師1名（令和2年10月現在）



●新ひだか町の概要

- ・人口：23,231人
- ・世帯数：10,443世帯
- ・高齢化率：32.0%

（H27国勢調査より）



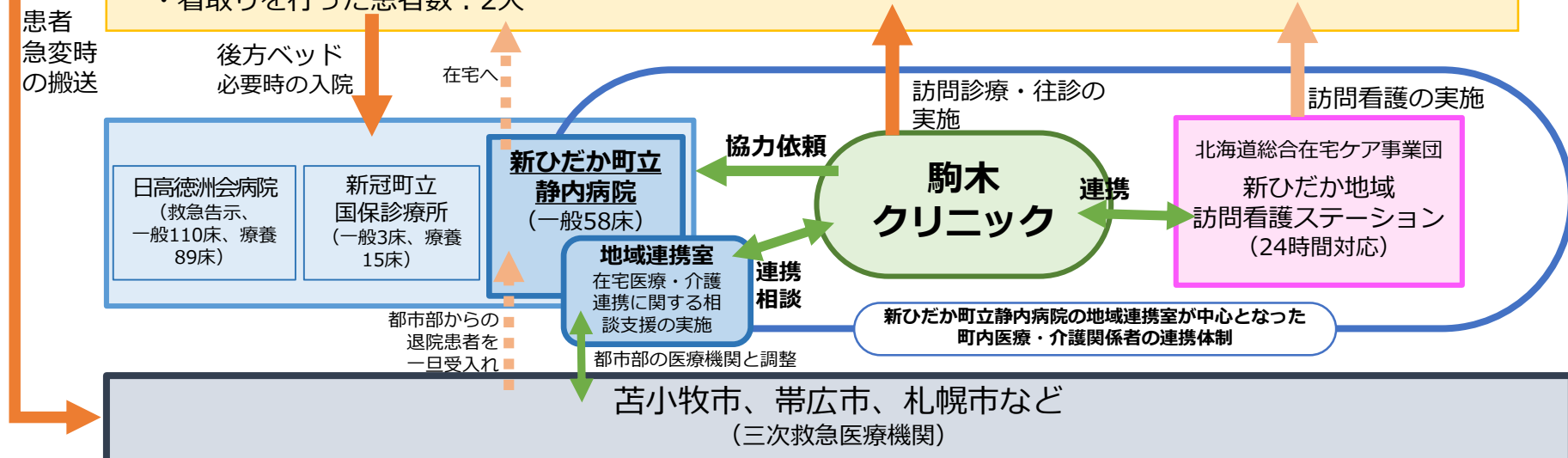
### 【在宅医療を始めたきっかけ】

- ・平成14年頃、急性期病院勤務から独立する際、以前から興味があった在宅医療を行うため「往診専門医」として1年ほど活動していた。
- ・平成15年4月から現クリニックを立上げ、外来と在宅医療をスタート。父親が医師であり、スキーを履いて往診に出かけていた思い出があり、そこが原点。

## 駒木クリニックにおける在宅医療の実施体制（令和2年10月現在）

### 【訪問診療の実績（令和元年4月～令和2年3月までの1年間）】

- ・訪問診療実施実人数：43人（延べ訪問回数980回）
- ・往診実施実人数：31人（延べ訪問回数36回）
- ・看取りを行った患者数：2人



## 1 訪問看護事業所等の活用、町内の多職種との連携

- ・ 医師一人の診療所であるが、町内の訪問看護事業所等と積極的に連携し、在宅医療を実践。
- ・ 「新ひだか町立静内病院」の地域連携室が中心となり、年に1回、町内の医療や介護事業者が一堂に会する研修会・懇親会が開催され、かなりの機関が参加する。ここで顔の見える関係づくりができる。
- ・ サービス担当者会議は、診療に都合がつく限り必ず参加する。在宅医療を実施する以上、介護に関わる関係者との情報共有が必須。

医師一人で在宅医療に取り組もうと思っても続かない！

## 2 後方ベッドの確保

- ・ 後方ベッドとして、町内の「新ひだか町立静内病院」「日高徳洲会病院」のほか、「新冠町立国保診療所」にも協力をお願いしており、スムーズに受け入れてもらっている。

## 3 都市部の医療機関からの退院患者を在宅に戻す工夫

- ・ 都市部の三次救急医療機関などから退院してくる患者について、直接在宅に戻さず、一旦「新ひだか町立静内病院」で受け入れている。
- ・ 入院している間に患者の状況を見極め、関係者で情報を共有し、在宅復帰に必要なサービスを検討・調整することができる。
- ・ 「新ひだか町立静内病院」の地域連携室が、よく機能している。

ワンクッションあることで、患者の在宅復帰に向けた関係者の調整がスムーズになる！

# 駒木クリニックにおける在宅医療の実施状況

## 1 1週間の診療スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前 8:30~12:00	外来	外来	外来	外来	外来	<b>急変時・看取り時の往診</b> ・週末の慢性期患者への対応は、ほとんどない ・看取り期の患者について年に何度かある。訪問看護が入っているので頻回ではない	
昼休み 12:00~13:30		※水曜日は隔週でグループホーム（3か所）の訪問診療					
午後 13:30~16:30	外来	訪問診療	—	訪問診療	外来		
16:00~18:00	—		外来		—		
夕方～夜間	<b>急変時・看取り時の往診</b> （週末の状況と同様）						

## 2 訪問診療のある日のタイムスケジュール

8:30~12:30	午前外来	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来患者数は、1日平均41.8人</li> </ul>
12:30~13:30	昼休み	<ul style="list-style-type: none"> <li>午前の外来診療が済み次第、昼休みをとる。</li> <li>訪問診療のスケジュール及び患者の確認を行う。</li> <li>在宅患者に処方する薬は、事前に薬局から届けてもらうことが多い。</li> </ul>
13:30~17:00	訪問診療 1回10件程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所の看護師1名が同行。医師が車を運転し、訪問する。</li> <li>訪問診療に必要なものの準備はクリニックの看護師が行う。</li> </ul>
18:00頃	帰宅 在宅患者の急変時対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅患者に急変があれば、駒木医師の個人携帯に家族や施設から直接電話をもらう。慢性期の患者であれば年に数回程度。</li> <li>急変時や看取りは、駒木医師一人で対応。</li> </ul>

## 3 対応している患者・処置

**主に対応している患者：**慢性期の高齢患者、末期がん患者、神経難病、認知症患者など。

Q：15歳未満の患者には対応していますか。

A：まれに依頼があるが、小児科の経験がないので対応していない。成人した脳性麻痺患者に対応した実績はある。

Q：がん以外の終末期対応は行っていますか。

A：ある。高齢者が多いので、老衰の事例など。

Q：神経難病患者への対応はしていますか。

A：ちょこちょこ依頼がある。依頼された場合は断らない。

Q：精神疾患の患者には対応していますか。

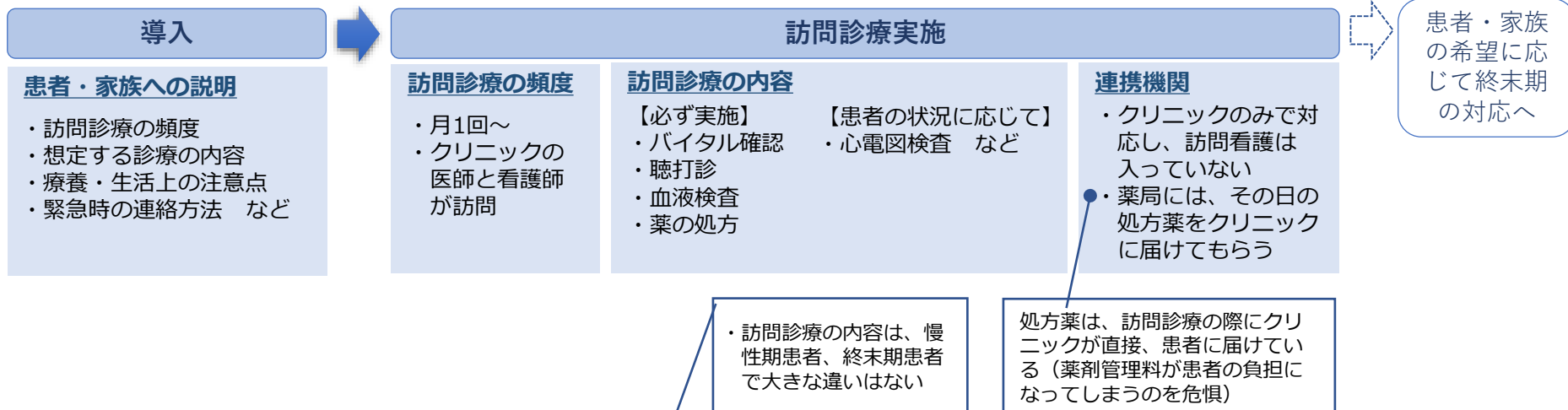
A：統合失調症患者などへの対応は難しい。認知症のある患者への対応は全く問題ない。

**対応している処置：**在宅酸素、人工呼吸器管理、気管切開、中心静脈栄養、経管栄養、胃ろう、褥瘡等難治性皮膚疾患、導尿、疼痛管理、自己注射など

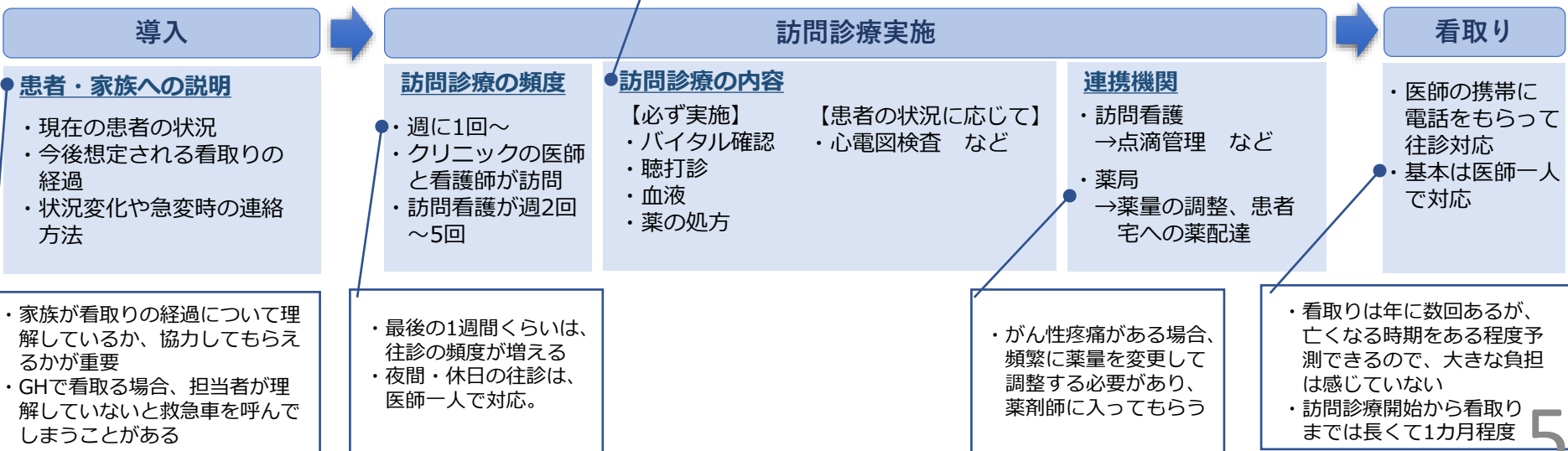
- ・ガン等の疼痛管理では、薬局との連携を密にして麻薬等の使用・管理を行っている。
- ・摂食障害等により携帯型輸液ポンプを使用して補液を行っている高齢患者もいる。その場合は、基本的な管理を訪問看護ステーションに任せている。

## 4 駒木クリニックでの在宅医療の具体例

### 慢性期疾患患者の場合



### 終末期患者の場合



## 5 訪問診療・往診時の「カバンの中身」

### ～駒木ドクターが訪問診療・往診時に携行する物品例～

#### バイタル関係

- 聴診器
- 舌圧子
- ペンライト
- 体温計
- 血圧計
- 血糖測定器
- パルスオキシメーター

#### 衛生用品

- 酒精綿
- ビニール袋
- 滅菌ガーゼ
- 手指消毒薬
- ディスポーザル手袋
- サージカルマスク
- 医療用廃棄物を入れる容器
- フェイスシールド

#### 処置

- サージカルテープ

#### 採血関係

- 翼状針 (22G、25G)
- ルアーアダプター
- 採血ホルター
- 採血アダプター
- 採血スピッツ (CBC)
- 採血スピッツ (血糖)
- 採血スピッツ (生化)
- アルコール消毒綿
- 駆血帯
- テープ

#### 点滴関係

- 消毒綿
- 翼状針
- 注射針18G
- 留置針22G
- 延長チューブ (スリップ型)
- シリンジ (2.5ml、5ml、10ml、20ml)
- 輸液セット (20滴)

#### (必要時)

- 延長チューブ (ロック型)
- 連結管
- サージフィルム
- 三方活栓
- カテーテルチップ50ml
- シユアプラグ

#### 導尿関係

- 尿スピッツ
- ハルンカップ

#### (必要時)

- 導尿カテーテル
- フォーリーカテーテル
- 導尿バッグ

#### 褥瘡処置・縫合

- メス
- 縫合糸
- 創傷被覆材
- セッシ

#### (必要時)

- 持針器

#### 薬剤等

- 輸液用電解質液 (維持液) 3号液200ml
- 生食20ml
- 生食100ml
- ヘパリンロック液
- 副腎皮質ホルモン注射薬
- ポンピドンヨード付スワブスティック
- 吐き気止め薬
- 痛み止め薬

#### (必要時)

- 局所麻酔ゼリー

#### 経管栄養など

#### (必要時)

- サクシオンチューブ12Fr

#### 検査

#### (必要時)

- インフルエンザ検査キット

#### 文房具・その他

- ボールペン
- ハサミ
- 電池
- 各種書類

#### (必要時)

- ポータブル心電計

# 在宅医療の推進に向けた課題解決のヒント

## 訪問診療・往診を行う患者数を、どのように増やしていきましたか。

### ●駒木先生より●

- ・診療していた在宅患者の口コミから、少しずつ地域の「在宅医療」に対する認知度が高まっていった。
- ・地域住民からの依頼で「在宅医療」に関する勉強会を開催したことで、広く地域住民に「在宅医療」を知ってもらうことができた。
- ・口コミで在宅医療を知り希望する患者の他、地域の病院から紹介される患者等に在宅医療を実施している。
- ・在宅看取りを経験した家族が「よかった」と思ってくれると、その思いを地域の誰かに伝えて「そんな方法があるんだ」と広がっていく。

## 住民が「在宅医療」を選択するようになるために、必要なことは何ですか。

### ●駒木先生より●

- ・「最期は病院で」と考えている住民が、まだまだ多い。
- ・「自宅で最期まで看取る」ということがどのようなことか、住民自身が学ぶ機会が必要だと思う。
- ・一人暮らしの高齢者は、一旦入院すると、なかなか自宅に帰れない。公的な医療・介護サービスだけでなく、近隣住民の「互助」「共助」の力を活用することも必要。
- ・介護する側が高齢である場合、負担が大きく、患者を自宅に戻せない場合がある。患者の家族をどう支えるかを併せて考えなくてはならない。

## 在宅医療に新たに取り組もうと考える医師・医療機関に伝えたいことは。

### ●駒木先生より●

- ・勤務医時代よりも、仕事を楽しんでいる。在宅医療では、患者の生活は背景が見えて、医師としての考え方が変わったと感じる。
- ・若い先生たちに、在宅医療を経験してもらいたい。研修医時代に在宅医療を経験することで、在宅医療に従事する医師が増えるのではないか。
- ・在宅医療を始めることに迷っている医師には、「まずは1人、2人からでよいからスタートしてみる」ことを勧めたい。

# 中島内科（北海道余市町）

## 訪問看護との緊密な連携・活用により「一人医師」体制で在宅医療を実践

- 医療法人滋恒会 中島内科（北海道余市町）  
院長 中島 恒子 先生
  - ・在宅療養支援診療所（従来型）
  - ・無床診療所
  - ・常勤医師1名（令和2年10月現在）



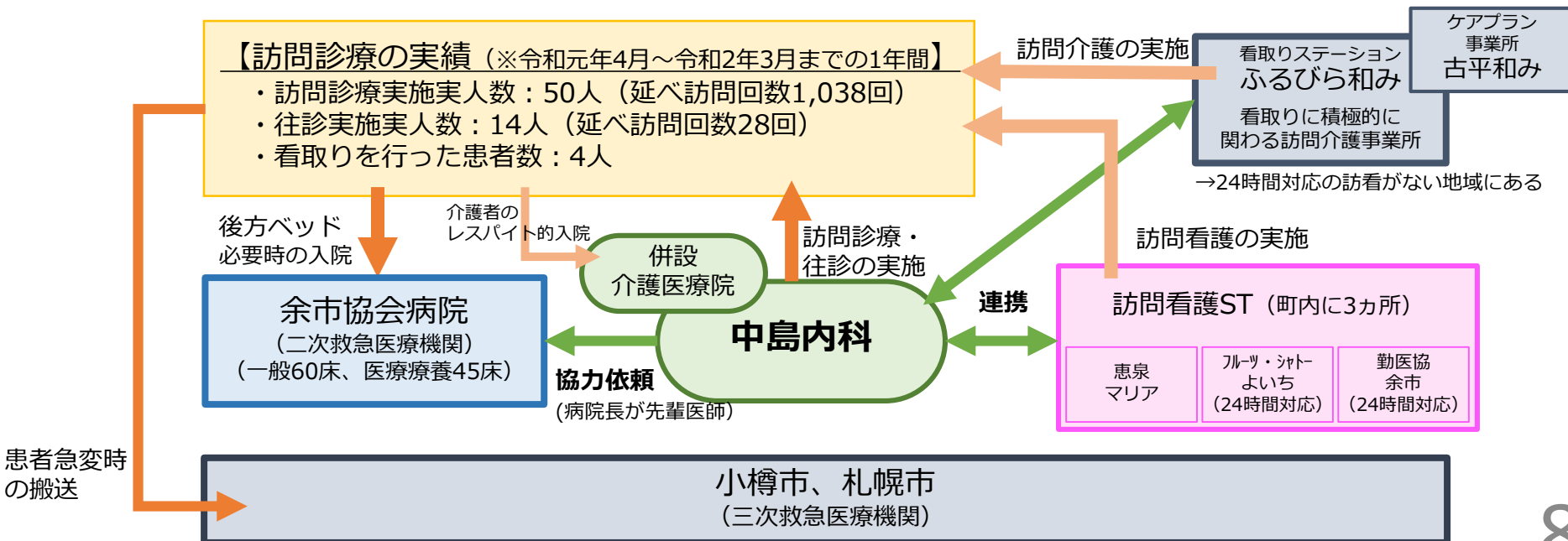
- 余市町の概要
  - ・人口：19,607人
  - ・世帯数：8,769世帯
  - ・高齢化率：36.4%（H27国勢調査より）



### 【在宅医療を始めたきっかけ】

- ・15年ほど前、外来にかかっていた患者家族の「家で看取りたい」という希望に対応したことがきっかけ。数名から増えていった。
- ・同時期に、看取りに積極的に取り組む訪問看護ステーションが町内に設立され、訪問看護と連携しながら在宅医療・看取りを行う体制ができた。

### 中島内科における在宅医療の実施体制（令和4年1月現在）





## 1 訪問看護・訪問介護の活用と連携

- ・在宅医療や看取りに熱心な訪問看護ステーションと訪問介護事業所があり、**積極的に連携**している。
- ・医師の役割は、訪問診療と往診。看護指示をしておけば、**看取りも最期の時に行くだけでよい。**
- ・看取り時は、医師の携帯に直接電話をもらって、時間外に一人で患者宅に伺って対応。  
→**自院の看護師の同行はない**
- ・患者に「他人を家に入れたくない」という心理的な抵抗がある場合、**介護サービスと一緒に入ることで患者側のハードルが下がる。介護との連携は重要。**

医師一人で在宅医療に取り組もうと思っても続かない！

## 2 後方ベッドの確保と急変に備えた準備

- ・後方ベッドとして「余市協会病院」に協力してもらっている。院長が先輩医師であり、**直接依頼する。**
- ・在宅で最期まで看取ることができるか迷っている家族がいる場合は、「余市協会病院」に一度受診してもらい、**病院にカルテをつくっておいてもらう。**

在宅で介護する家族の気持ちは「揺れる」。準備しておいた方がスムーズ！

## 3 介護支援専門員や地域福祉関係者との連携・情報交換の工夫

- ・地域の「**北後志ケア連絡会**」に参加し、情報交換している。
- ・介護支援専門員が当院で在宅医療に対応していることを知っていることで、「在宅で」という希望があった場合に、当院につないでくれる。
- ・日中は外来があり電話対応が難しいので、各事業所からは**ファックスで連絡をもらい、手がすいたときに必要な指示を電話で入れる。**
- ・**退院して最初の訪問診療時に担当者会議・退院時カンファレンス**を行うことにしている。
- ・**「写メとケータイ」を活用。**「気管切開の部分が見えている」という場合に写真を送ってもらい、電話で指示。

# 中島内科における在宅医療の実施状況

## 1 1週間の診療スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前 9:00~12:30	外来	外来	外来	外来	外来	外来	急変時・ 看取り時 の往診
昼休み 12:30~14:00	訪問診療			急変時・ 看取り時 の往診	訪問診療	急変時・ 看取り時 の往診	
午後 14:00~17:30	外来	外来	外来	急変時・ 看取り時 の往診	外来	急変時・ 看取り時 の往診	
夕方~夜間	急変時・看取り時の往診						

## 2 ある1日のタイムスケジュール

9:00~12:30	午前外来	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来患者数は、1日平均100人</li> <li>・訪問看護などからの連絡をファックスで受け、診療の合間を見て指示。</li> </ul>
12:30~14:00	訪問診療 1回6~7件程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昼休みの時間帯を利用して、訪問診療。</li> <li>・法人関係事業所の送迎バスの運転担当職員の運転により訪問。</li> <li>・訪問診療に必要なものをそろえたり、調整などはクリニックの看護師・スタッフが行う</li> </ul>
14:00~17:30	午後外来	<ul style="list-style-type: none"> <li>・午後休診の日（木曜日・土曜日）は、急変等があれば往診に行く。</li> <li>・16km超の訪問診療にも対応。古平方面に月1~2回。</li> <li>・北後志ケア連絡会などにも時間が合えば極力参加。</li> </ul>
18:00頃	帰宅 在宅患者の急変 時対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅患者に急変があれば、訪問看護かケアマネに連絡してもらって、そこから中島医師に連絡。中島医師個人の連絡先は、家族に教えていない。</li> <li>・急変時や看取りは、中島医師一人で対応。月1~2回程度。</li> </ul>

### 3 対応している患者・処置

**対応している患者：**末期がん患者、神経難病、認知症、精神疾患など。高齢者が多い。

Q：15歳未満の患者には対応していますか。

A：これまで依頼されたことがないので、対応の実績はない。

Q：主に対応しているのは、どのような患者ですか。

A：患者は高齢者が多い。最近では肺炎等で入院したあとにADLが低下したり食べられなくなった方、末期がん患者など。コロナが流行してからは、面会制限などにより「家で看たい」というニーズが増えた。

Q：看取りの対応の頻度はどのくらいですか。

A：月1～2件の看取り対応がある。今月は筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者と老衰の患者を看取った。

Q：対応が難しいと考えているのは、どのような患者ですか。

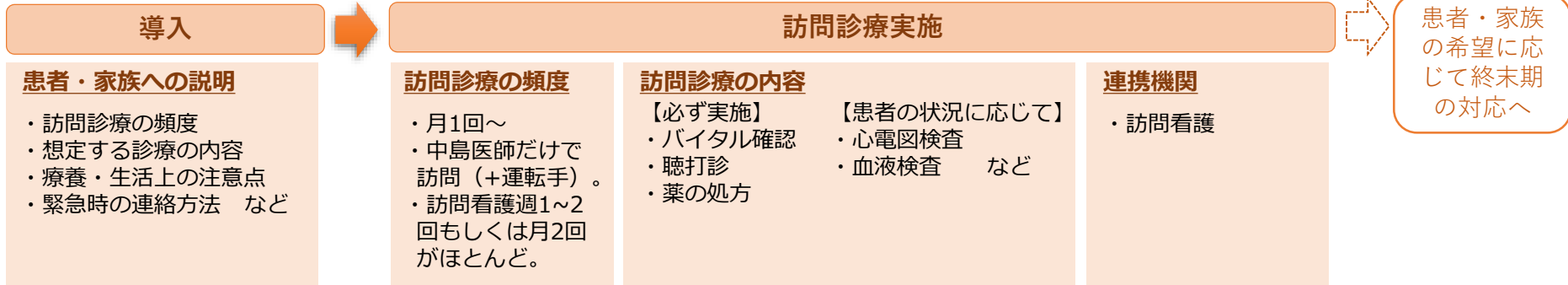
A：依頼があれば対応しており、これまで断ったことはない。病院の地域連携室や介護支援専門員などから訪問診療の依頼があるが、対応できない患者は紹介されない。

**対応している医学的管理・処置：**在宅酸素、人工呼吸器管理、気管切開、胃瘻、褥瘡等難治性皮膚疾患、導尿、疼痛管理、自己注射 など

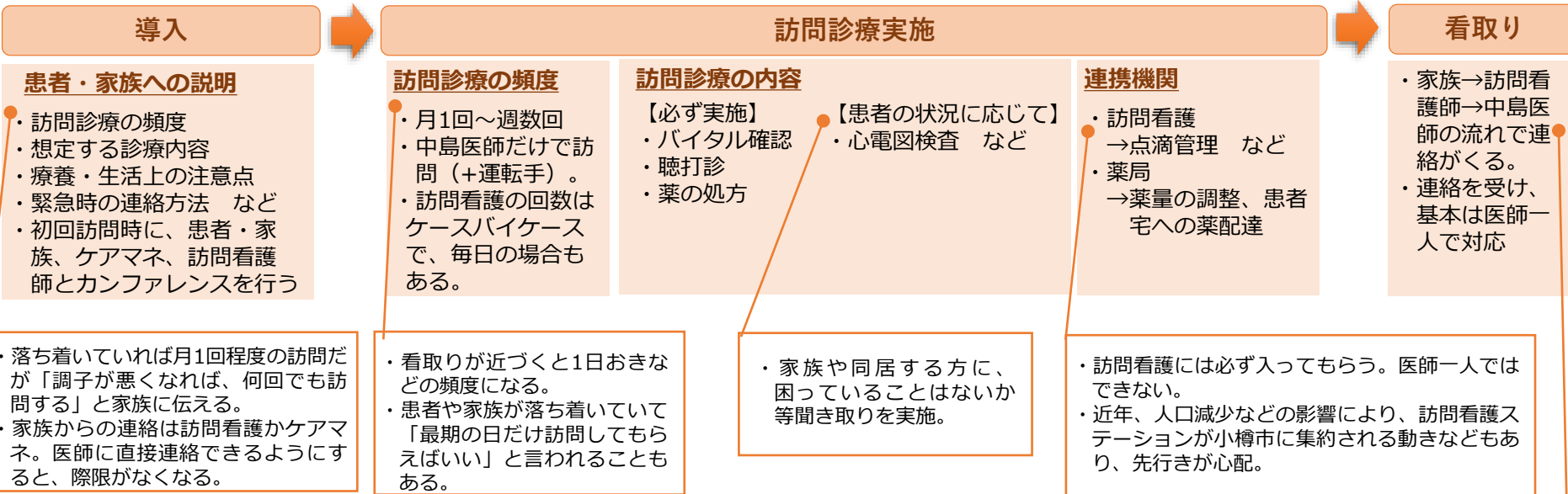
- ・基本は本人の状況や家族の希望に応じて処置を実施する。訪問診療を希望する患者は、病院等である程度精密検査を済ませている方が多い。
- ・患者の苦痛をとる処置については、患者・家族のために積極的に実施。個人的には、麻薬の開始は早い方がターミナル期を穏やかに過ごせる。躊躇せずに使用している。

## 4 中島内科での在宅医療の具体例

### 慢性期疾患患者の場合



### 終末期患者の場合



・看取りは月に1～2件。  
 ・訪問看護との連携により、負担が軽減されている。

## 5 訪問診療・往診時の「カバンの中身」

～中島医師が訪問診療・往診時に携行する物品例～

### バイタル関係

- 聴診器
- 体温計
- 血圧計
- パルスオキシメーター

#### (必要時)

- 血糖測定器

### 衛生用品

- ビニール袋
- ディスポーザル手袋
- サージカルマスク

#### (必要時)

- 酒精綿

### 処置

- 医療用ハサミ
- ピンセット

### 褥瘡処置・縫合

- メス
- 縫合糸
- セッシ

### 文房具・その他

- ボールペン
- 携帯電話

# 在宅医療の推進に向けた課題解決のヒント

## ● 訪問診療・往診を行う患者数を、どのように増やしていききましたか。

### ● 中島先生より ●

- ・今から15年ほど前に、外来で診療していた患者の家族から「家で看取りたい」と相談を受けたことがきっかけとなり、数名の訪問診療を昼休みの時間帯に行うことから始めた。
- ・2年間くらいは数を増やさず数名のままだったが、看取りを行う訪問看護ステーションと連携するようになり、少しずつ人数をふやした。
- ・在宅診療を行っていることが地域の中で認知されるようになり、依頼が増え、徐々に体制を整えながら対応する患者を増やしていった。

## ● 住民が「在宅医療」を選択するようになるために、必要なことは何ですか。

### ● 中島先生より ●

- ・少しずつ「在宅医療」という選択肢が住民に浸透してきていると思うが、まだまだ「普通」ではない。
- ・コロナ下においては「入院してしまうと家族に会えなくなる」ことから、在宅での療養・看取りの希望が増えている。
- ・長く入院できない仕組みだったり、高齢になって通院が難しくなるなど、今後、住民の在宅医療に対するニーズは高まるのではないかと。
- ・住民に対して「選択肢」として在宅医療を周知することが必要。
- ・かかりつけの患者から「在宅で療養したい」と言われた時、医師は「嫌」とは言えないものだ。

## ● 在宅医療に新たに取り組もうと考える医師・医療機関に伝えたいことは。

### ● 中島先生より ●

- ・在宅医療を始めて15年ほどになるが、医師として、患者や家族から喜んでもらえるとうれしい。それがモチベーションとなり、気付いたら続いていた。
- ・新たに在宅医療をスタートする場合、まずは患者の数を絞ってはじめてみるかどうか。
- ・訪問看護・訪問介護との連携は絶対に必要。自分一人で在宅医療に取り組もうと思っても、続かない。
- ・地域全体で在宅医療に取り組もうという空気が生まれると、在宅医療に取り組む医師・医療機関が増えるのではないかと。

# 北海道立羽幌病院（北海道羽幌町）

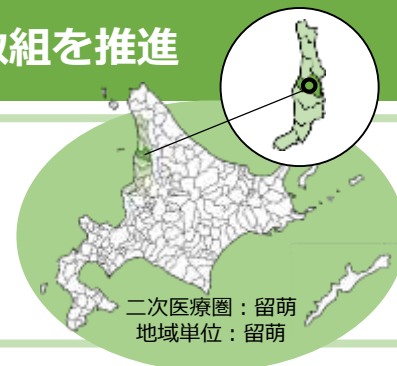
町の方針を関係者で共有し在宅医療の体制を構築、今ある資源の範囲で取組を推進

- 北海道立羽幌病院（北海道羽幌町）  
院長：阿部 昌彦 先生、副院長：佐々尾 航 先生  
・許可病床数120床、運用病床数45床  
・運用病床45床のうち、15床が地域包括ケア病床  
・常勤医師9名（令和3年3月現在）



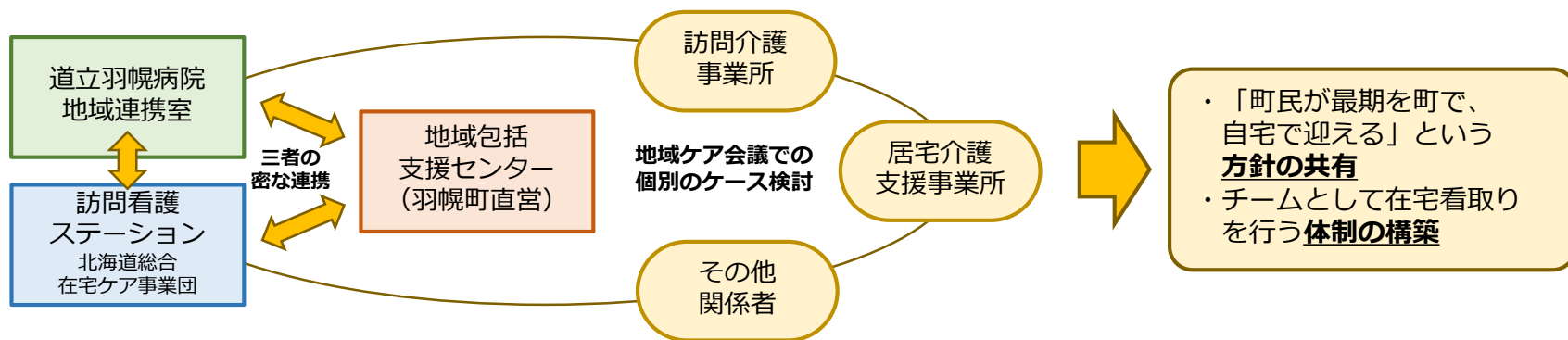
- 羽幌町の概要  
・人口：7,327人  
・世帯数：3,367世帯  
・高齢化率：39.7%

（H27国勢調査より）



## 【羽幌町における在宅医療取組の背景】

- 「町民が羽幌町で最期を迎える」という町の方針  
・第7期介護保険事業計画（平成30～32年度）策定にあたる町民アンケートで、「羽幌町で最期を迎えたい」と考える高齢者が多かったことを踏まえ、**町として「町民が最期を町で、自宅で迎える」という方針を固めた。**
- 関係者による「町民が羽幌町で最期を迎える」という価値観の共有  
・地域包括支援センター（町直営）が中心となり、**地域ケア会議で個別のケース検討を繰り返した。**  
・地域ケア会議において支援の方向性を共有、関係者それぞれの役割を確認。**チームでの在宅医療の実践につなげた。**



# 道立羽幌病院における在宅医療取組の経緯

## 【道立羽幌病院における在宅医療の取組の経緯】

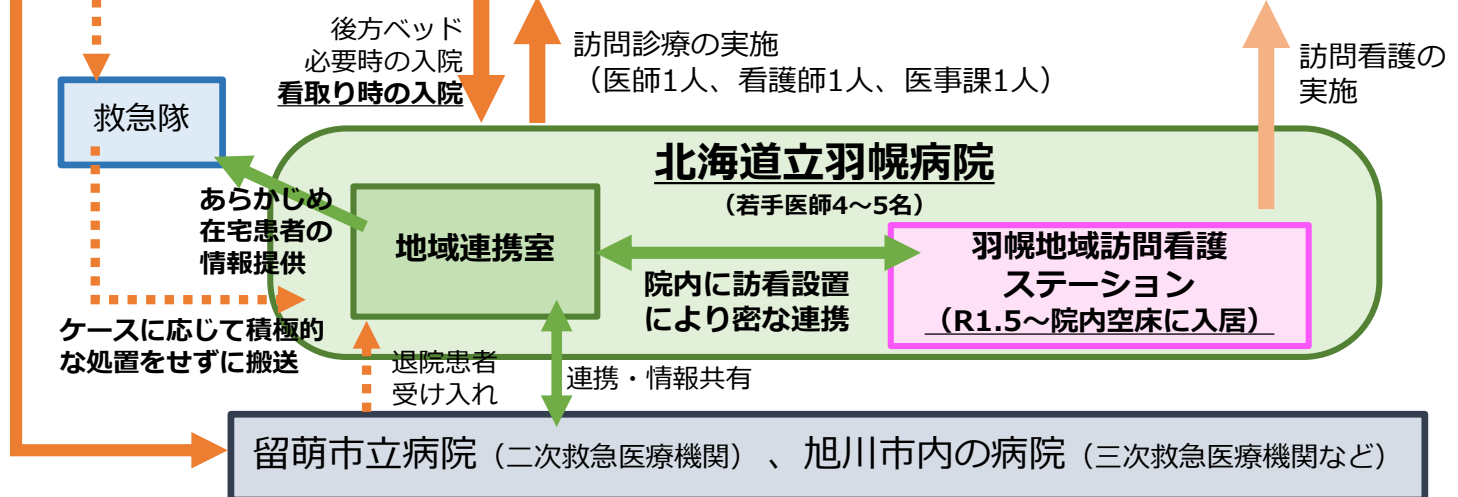
- 経営状況の改善を目指して訪問診療をスタート（平成25年）
  - ・ 外来を行っていなかった午後の時間を活用し、在宅末期患者を対象とし無医地区への巡回と併せて訪問診療を開始。
  - ・ 午後に来外を行うと看護師3~4名の配置が必要だが、訪問診療であれば看護師は1名でよいことから、開始のハードルが低かった
- 施設への訪問診療の開始（平成25年秋~）
  - ・ 特別養護老人ホームへの訪問診療を開始。施設看取りへの支援も実施
- グループホームへの訪問診療を開始（平成26年春~）
  - ・ 隣接するグループホームの介護支援専門員より「通院介助に人員・時間がとられ負担」との相談を受け、訪問診療を開始。
  - ・ 経営面でプラスになることから、他のGHにも訪問診療を実施する旨申し入れ、拡大。

## 道立羽幌病院の在宅医療の実施体制（令和3年3月現在）

### 【訪問診療の実績（令和2年4月~令和3年3月までの1年間）】

- ・ 訪問診療実施実人数：月平均40~50人（訪問日は、施設において1回10~12人、在宅2~3人）  
訪問回数月6,7回
- ・ 往診実施実人数：なし
- ・ 看取りを行った患者数：2人/年（※特別養護老人ホーム入所者のみに実施）

- ・ 家族の希望がある場合
- ・ 重症だが治る見込みのある病気の場合に高度医療機関に搬送





## 1 民間の訪問看護事業所が病院内に入居、密な連携が可能に

- ・北海道総合ケア事業団 羽幌地域訪問看護ステーションと連携。令和元年5月に、**空病床の利活用を兼ねて同事業所を病院施設内に誘致、これにより、さらに密な連携が可能**となった。

同一敷地内に訪看STがあると地域包括ケア病床で算定できる入院料が高くなり、病院経営にも有利！

## 2 さまざまな機会を通じて多職種との関係づくり・町の方針の共有

- ・「**地域ケア会議**」で関係機関による個別事例検討を繰り返し「**町民が羽幌町で最期を迎える**」という方針を共有、チームでの在宅医療実践につながった。
- ・**病院の地域連携室が「退院支援連携会議」を開催**。関係団体30カ所ほどに声をかけ、年2回開催する。地域包括ケア病床の運用状況や地域連携室による在宅医療の取組について情報発信、意見交換する。
- ・**羽幌町主催の「在宅医療介護連携研修会」**（年6回）には、地域連携室長と副室長、外来師長が参加。地域に不足している資源についてのワークショップなど、多様なテーマで開催される。また、年に1回住民対象の研修会を開催、病院関係者が講師を務めるなど取組の理解につながった。

かつては病院任せだったが、関係者との連携が密になり、進んで考えてくれるようになった！  
ふだんから顔の見える関係を構築し、お互いにアイデアを出し合うことが大切！

## 3 まずは、今ある資源でできることから取り組む

- ・病院として「在支病」を目指しており、地域包括ケア病床を設置した。在支病となるには**24時間体制の整備がネック**。
- ・**訪問看護ステーションも24時間に対応していない**。
- ・上記理由から在宅患者の看取りは実施しておらず、本人が在宅を希望する場合には、ぎりぎりまで在宅療養を支援し、**予後が週単位になった患者には入院を勧め、病院で看取る**。
- ・看取りは特別養護老人ホーム入所者にのみ実施。特養では、従来から入所者や家族の意向に沿って「施設で最期」を迎えたいという意向に対応してきた。施設内で「看取り安全委員会」が設置されており、振り返りを行い、看取った職員のケアにもつながっていると考えられる。

在宅での看取りを目指しつつ、まずは可能な限り希望する場所で過ごせるような取組を！

## 1 1カ月の訪問診療スケジュール・患者数など

### 【1カ月の訪問件数・患者数】

- 在宅患者
  - ・8～15件程度、患者1人に対し1～4回/月の頻度で訪問
  - ・施設の訪問診療や巡回診療に合わせて実施
- 施設患者：月平均40件程度
  - ①グループホームA（定員18名、羽幌町）：対象患者18名・月1回
  - ②グループホームB（定員18名、羽幌町）：対象患者12名・月1回
  - ③グループホームC（定員18名、苫前町）：対象患者10名・月1回
  - ④有料老人ホーム（羽幌町）：対象患者20名（月2回に分け訪問、患者一人に対し1回/月診療）
  - ⑤特別養護老人ホーム（羽幌町）：嘱託医として月に4回訪問。入所者100名に対し、一人1～3回/月診療。

### 【訪問診療スケジュール】

	月（午後）	火（午後）	水（午後）	木（午後）	金（午後）
第1週	—	・特養ホーム	—	・無医地区巡回診療 ・グループホームA ・在宅訪問診療	・無医地区巡回診療 ・在宅訪問診療
第2週	—	・特養ホーム	—	—	—
第3週	・グループホームB ・有料老人ホーム	・無医地区巡回診療 ・グループホームC ・在宅訪問診療 ・特養ホーム	—	・無医地区巡回診療 ・在宅訪問診療	・有料老人ホーム ・在宅訪問診療
第4週	—	・特養ホーム	—	—	—

## 2 ある1日のタイムスケジュール

### 【第1週・木曜午後】

13:30	病院出発	・ 医師1名、外来看護師1名、事務職員1名で出発 ・ 病院の車を使用
14:00	施設着	・ 10～12名の診察を行う
15:00	患者宅	・ 2～3件の訪問を行う
16:30	帰院	・ カルテの記載など

## 3 対応している患者・処置

### 【在宅患者】

- ・ 病院への通院が難しくなった高齢者、終末期の患者
- ・ 交通事情の悪い地域に住む患者に対して巡回診療を実施
- ・ (ポータブル超音波を持ち歩いている)

### 【施設・グループホーム患者】

- ・ 同上

## 【Cさんプロフィール】

- ・85歳、男性。一人暮らし。仕事を退職後は町内会の役員を務めてきた。他のまちに住む娘夫婦がいる。
- ・令和2年1月、腹痛、背部痛、食欲不振で救急外来を受診し、胃がん・多発肝転移と診断され入院。
- ・本人、娘夫婦へ病状説明。本人は退院・在宅療養を希望し、退院。
- ・介護保険申請は間に合わないため、医療保険で訪問看護を利用し、娘夫婦ができるだけ家にいて付き添うこととした。

## 【訪問診療の導入から看取りまで】

	訪問診療の実施	診療内容など	手続きなど
1月27日	救急外来の受診	・胃がんで肝臓に転移と診断。	入院手続き
1月28日	本人・娘夫婦に病状説明	・積極的な治療ではなく、痛み止めを使用。予後は確定できないが、今後、腹痛、だるさ、腹水が出てくる可能性がある。今後の生活の希望を聞く。 ・本人は、身辺整理をしたい、好きな酒も少しはたしなみたいと在宅療養を希望。娘夫婦ができるだけ家で付き添いたいと本人の意向を尊重。	
1月31日	在宅支援面談	・本人、医師、訪問看護、娘夫婦、病棟看護師、地域連携室が集まって、訪問看護の利用と在宅療養生活について面談。	訪問看護指示書の作成
2月1日	退院	・病棟看護師から「退院後について」のリーフレットを渡して説明	退院手続き
2月7日 ～21日	訪問看護（週1回）	・食事量減少し、捕食エンシュアリキッド ・疼痛時内服確認 ・この間、娘夫婦と確定申告など	
2月26日	訪問診療	・ほとんど食事がとれていない	
2月26日	看取り	・午後意識低下し、救急搬入。看取り。	事前に救急隊に情報提供

● 地域の住民が「在宅医療」を選択するために、どのような取組が必要でしょうか。

●副院長 佐々尾先生より●

- ・外来患者の付き添い者に対し、在宅医療に関するアンケート調査を実施した（平成28年）。調査の結果から、介護を経験した住民は、その辛さがわかる分、自分自身が自宅で最期を迎えることを選択しにくくなることが見えた。
- ・このことから、住民がACPについて学び、普段から家族で話し合いをしたり、主治医と情報交換・情報共有することが大切だといえる。ACPの普及が在宅医療推進のキーと考えている。
- ・一方で、医療従事者が在宅医療や看取りにかかる知識を十分に持ち合わせていない場合がある。最期に向かってどのような状態になり、状態に合わせてどのような対応をするかについて、患者に関わる全ての関係者がしっかり学ぶべき。
- ・「食べられなくなったら胃瘻」「看取りに向かっている患者に救急車を使う」ということが何を意味するかを、医療・介護従事者が理解することが必要。

● 在宅医療の推進のために、道立羽幌病院が今後予定している取組を教えてください。

●副院長 佐々尾先生より●

【在宅療養支援病院を目指す】

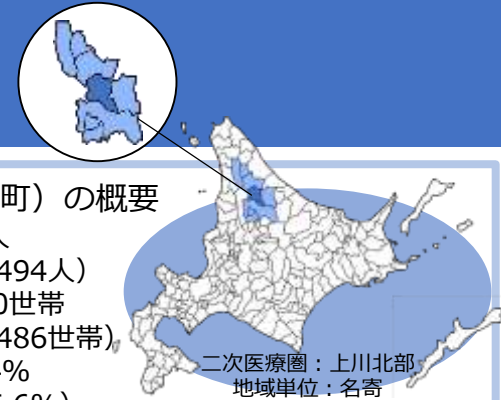
- ・「在宅療養支援病院」となるべく、24時間対応体制をどのように構築すべきか検討していく。

【ICTツールの活用】

- ・病院医師と訪問看護師との情報共有ツールとして、医療介護用SNS「Medical Care Station」（利用料無料）を活用している。次の診療にあたって気になる点について情報共有できたり、褥瘡の処置について指示を出すなど、タイムリーにやり取りできる。
- ・現在は医師と訪問看護師だけで活用している。介護支援専門員、薬剤師、地域包括支援センター、社会福祉協議会とも同じツールで情報共有したいと考えているが、ネットワークの問題があり実現できていない。
- ・デジタルツールを活用した診療や面談も実施したいが、不慣れな関係機関が多くなかなか進まない。ただ、連携には協力的であり困ってはいないので、メリットを説明しつつ徐々に進めたい。

# 名寄市風連国民健康保険診療所（北海道名寄市）

## 医療・介護の積極的な連携・役割分担による在宅医療の実践



- 名寄市風連国民健康保険診療所（北海道名寄市）  
所長 松田 好人 先生
- ・在宅療養支援診療所（機能強化型・連携型）
- ・無床診療所
- ・常勤医師2名（令和4年1月現在）

- 名寄市（旧風連町）の概要
- ・人口：27,282人  
（旧風連町：3,494人）
- ・世帯数：12,810世帯  
（旧風連町：1,486世帯）
- ・高齢化率：32.4%  
（旧風連町：45.6%）  
（R2国勢調査より）

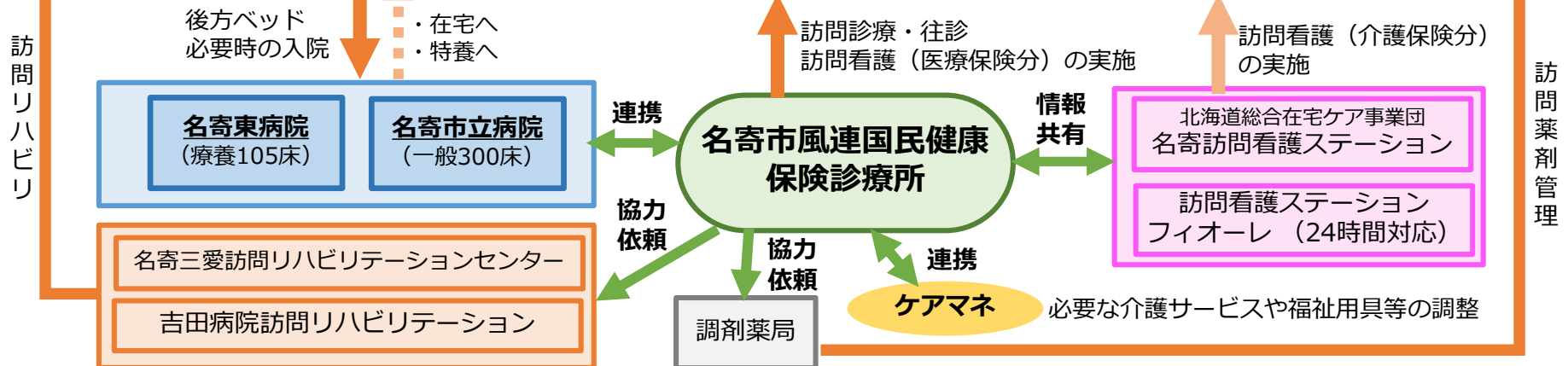
### 【在宅医療を始めたきっかけ】

- ・診療所の前任医師が在宅医療に取り組んでおり、自然にその流れを引き継いだ。
- ・自力で通院が難しい患者に来てもらうよりも、訪問診療に出向く方が合理的と考えている。

## 名寄市風連国民健康保険診療所における在宅医療の実施体制（令和3年11月現在）

### 【訪問診療の実績（令和2年4月～令和3年3月までの1年間）】

- ・定期訪問実人数：月平均17.5人（総訪問回数 月平均36.0回）
- ・往診実施実人数：月平均8.6人（総訪問回数 月平均20.3回）
- ・在宅看取り：18人/年、特養（2カ所）看取り：25人/年（総死亡32名）  
（特養A：16人/年（入所定員100名）、特養B：9人/年（入所定員80名））



## 1 医療・介護の連携と役割分担による体制構築

- ・診療所は医師2人体制。「外来」と「訪問診療」を1～2週間で交代しながら担当している。
- ・訪問診療は午後1時ころから2～3時間かけて実施。施設（特養2ヶ所、グループホーム1ヶ所、ケアハウス1ヶ所）にも行く。
- ・夜間のコールは診療所の看護師が窓口を担う。看護師のみ対応できることは看護師が訪問し必要な処置を実施。
- ・介護サービスにおける安定した定期的訪問看護は市内訪問看護ステーション（介護保険分）、状態が不安定で頻回・不定期・医療的ケアが必要な場合は、診療所の訪問看護（医療保険分/介護保険分）で対応。看護師間で情報共有・役割分担。
- ・診療所の看護師がケアマネと密に連絡・連携している。医師の意見書や患者の状態を共有しながら、ケアマネが必要な介護サービスの調整や福祉用具を調達している。在宅患者への初回の訪問時にケアマネが同席することも多い。
- ・リハビリが必要な場合は近隣の吉田病院や三愛病院に出張対応を依頼。

## 2 患者や家族、入居施設スタッフ等との信頼関係の構築

- ・「医師と患者」という距離のある関係ではなく、住民同士の「近所づきあい」のような関係を保つよう心掛けている。お互いに何でも言える関係を築くことが大切。
- ・在宅医療の実践にあたっては、画像検査以外は無床診療所レベルで行う処置と同じことを行っている。「在宅だから」「施設だから」何もしてもらえなかったと家族に感じさせないようにしている（処置を希望されない方には何もしない）
- ・入所施設のスタッフは当初「看取り」に対する抵抗感が強い。「呼ばれたら必ず行く」「何かあった時に責任は医師がとる」ということを伝え、スタッフの不安や恐怖心を取り除く努力をしている。
- ・実際に看取りを体験すると、長年みてきた入所者の最期を穏やかに見送ることができ、ポジティブにとらえてもらえるようになった。

患者や家族等から学ぶことも多い。医療を提供する側が育ててもらっている！

## 3 ICTの活用

- ・名寄市が医療と介護の連携強化を目的に令和3年度から運用開始した医療介護連携ICTシステム「ポラリスネットワーク」を活用して、訪問前に他の医療機関での患者の治療歴や検査結果などを参照し、参考にしている。
- ・ICTシステムに関しては医師よりも看護師が活用。ヘルパーやケアマネなどからICTシステムにあがってくる日々の療養時の状態等を看護師が把握し、必要に応じて医師に共有している。
- ・以前は外部の訪問看護STとの間で、訪問看護記録を持参して手交していたが、ICT活用により情報共有がスムーズになり業務の効率化につながっている。

# 名寄市風連国民健康保険診療所における在宅医療の実施状況

## 1 1週間の診療スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前 8:45~11:30	外来	外来	外来	外来	外来	急変時・看取り時の往診 (窓口は診療所看護師)	
昼休み 11:30~13:00	急変時・看取り時の往診 (当番の医師)						
午後 13:00~16:00	外来 特養A 訪問	外来 グループホームA 訪問(隔週)	外来 特養B訪問 ケアハウスA訪問(隔週)	外来 特養A 訪問	外来 在宅患者 訪問	急変時・看取り時の往診 (窓口は診療所看護師)	
夕方~夜間	在宅患者 訪問						
夕方~夜間	急変時・看取り時の往診 (窓口は診療所看護師)						

## 2 ある1日のタイムスケジュール (訪問診療担当医)

8:45~13:00	午前~昼休み	・通常の外来業務 急変時・看取り時の往診に対応
13:00~16:00	訪問診療の実施	・診療所の看護師とともに訪問診療 ・特養など施設は決まった曜日に回診・訪問診療。 ・1日3~4件程度、在宅患者への訪問診療を実施。
16:00~夜間	夜間コール対応	・夜間コールの窓口は診療所の看護師。 ・看護師で対応できるものは、看護師のみが訪問して処置等を実施。 ・医師の対応が必要時は、看護師から連絡を受けて医師が往診。



## 3 対応している患者・処置

### 対応している患者：

- ・訪問診療対象患者のほとんどが要介護認定を受けている。（歩ける人は来院が原則）
- ・令和4年1月時点では、小児の在宅患者はいない。要望があれば対応する。
- ・末期がん患者は、コロナ前には月1名程度を担当。コロナ禍においては、常時2～3名に対応している。
- ・名寄市内の特別養護老人ホーム2施設とグループホーム1施設で看取りに対応。

### 対応している医学的管理・処置：

- ・バイタルサイン測定
- ・補液（CVや抹消）（皮下補液までは必要な対象患者がいないので実施していない）
- ・抗生剤、そのほか必要な薬剤の投与
- ・CVポートの定期的な差し替え
- ・酸素投与
- ・サクション
- ・経腸栄養（家族が実施することが多い）
- ・切開や縫合等、平易な外科処置
- ・尿バルーンの留置や交換
- ・清拭、洗髪等の保清

（時には、話相手、時には家族ケンカの仲裁）

## 4 Tさんの訪問診療から看取りまで～名寄市風連国民健康保険診療所での在宅医療の具体例～

### 【Tさんプロフィール】

- ・98歳、女性。次女、三女と同居。長女も近所で生活している。
- ・平成9年から高血圧、脂質異常症、変形膝関節症で外来通院していた。加齢に伴い、徐々にADLの低下がみられた。
- ・令和2年3月、胸部レントゲンで右肺に1.3cmの結節影を認めるが、精査を希望されず、その後も徐々に増大傾向であった。
- ・令和3年頃からのい痩が進行して、歩行が不安定、通院が困難になりつつあったため、訪問診療を提案。

### 【訪問診療の導入から看取りまで】

	訪問診療の実施	診療内容など	手続き・実施した処置など
令和3年 12月15日	訪問診療開始 本人・家族に病状を説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・嘔気があり、経口摂取困難と家族から連絡があり、訪問診療を開始。</li> <li>・嚥下困難な状態で、飲水でも誤嚥が見られた。</li> <li>・本人・家族に対し、るい痩が進んでおり、誤嚥も見られることから精査・入院の希望を確認したが、自宅で過ごしたいとのことだった。</li> </ul>	
12月16～	訪問看護の開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療、訪問看護により、連日補液、清拭等を実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護指示書の作成</li> <li>・補液、清拭</li> </ul>
12月21日	訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・12月18日頃から発熱と痰の量が増加して、12月21日に抗生剤の点滴実施。（12/25まで）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・抗生剤の点滴</li> </ul>
12月23日	家族に今後の希望確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人・家族に今後の希望を確認。最期まで自宅で過ごさせたいとの希望があった。</li> </ul>	
12月24～ 1月4日	訪問診療・訪問看護の継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1月4日頃までは少量であるが、飲水やゼリーなどを口にしていました。</li> </ul>	
1月6日	看取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>・AM1時24分にご家族から呼吸停止の連絡がある。</li> <li>・AM2時01分死亡確認した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡診断書作成</li> </ul>

## 5 訪問診療・往診時の「カバンの中身」

### ～松田ドクターが訪問診療・往診時に携行する物品例～

#### バイタル関係

- 聴診器
- ペンライト
- 体温計
- 血圧計
- 血糖測定器
- パルスオキシメーター
- メジャー

#### 衛生用品

- 酒精綿
- ビニール袋
- 滅菌ガーゼ
- 包帯
- 手指消毒薬
- ディスポーザル手袋
- 医療用廃棄物を入れる容器

#### (必要時)

- ガウン
- スリッパ

#### 処置

- サージカルテープ

#### (必要時)

- 医療用ハサミ
- ピンセット

#### 導尿関係

- 導尿カテーテル
- 尿スピッツ

#### 採血関係

- 翼状針
- ルアーアダプター
- シリンジ10ml
- 採血ホルター
- 採血スピッツ (CBC)
- 採血スピッツ (血糖)
- 採血スピッツ (生化)
- アルコール消毒綿
- 駆血帯
- 針18G
- 針22G
- テープ

#### 点滴関係

- 消毒綿
- 翼状針
- 留置針22G
- 延長チューブ (ロック型)
- 連結管
- シリンジ (10ml)
- 三方活栓
- 輸液セット (20滴)
- カテーテルチップ50ml
- シュアプラグ

#### 褥瘡処置・縫合

- メス
- 創傷被覆材
- セッシ

#### 薬剤等

- 生食20ml
- グリセリン浣腸液
- 局所麻酔ゼリー

#### (必要時)

- 輸液用電解質液 (維持液) 1号液500ml
- 輸液用電解質液 (維持液) 3号液500ml
- 輸液用電解質液 (維持液) 3号液200ml
- セフトリアキソンna
- ペニシリン系抗菌静注液
- 生食100ml
- 炭酸水素ナトリウム注射液
- アドレナリンシリンジ
- 副腎皮質ホルモン注射薬
- 痛み止め薬 (アセリオ)
- 各種内服薬材の入ったケース

#### 経管栄養など

- サクシオンチューブ12Fr

#### 文房具・その他

- ボールペン
- 定規
- 電池
- 各種書類

#### (必要時)

- ポータブルエコー機

## 在宅医療の提供にあたり、先生が大切にしていることは何ですか。

### ●松田先生より●

- ・在宅医療は、患者とその家族に「強い意志」があって希望される。その希望に対して「選択肢がない」という状況を、医療側がつくってはいけなく考えている。
- ・「どう生き」「どう死ぬか」は個人最も重要な尊厳の一つであり、個人の選択に任せるべき。在宅医療を実践する医師が地域にすることで、個人の選択の自由が守られる。

## 在宅医療に新たに取り組もうと考える医師・医療機関に伝えたいことは。

### ●松田先生より●

- ・在宅医療に必要なのは特別な技量ではなく、真夜中の吹雪でも飛び出していける「根性」。
- ・そうさせるのは、かかりつけ患者の最後の願いをかなえてあげたいと思う気持ち。
- ・医師から見れば無駄な行為でも「最後に見捨てられた」と思わせないように、希望があれば、できることはしてあげたほうが良いと思う。(点滴等)
- ・在宅医療は「患者が家から一歩も出ずに療養が継続できる」ということが前提。そのために、訪問対応できる調剤薬局や介護事業所、場合によっては在宅酸素の配送業者等との連携など、幅広い連携・協力・役割分担が必要。
- ・医師以外の医療職は、連携を歓迎する人が多く、協力者に困らないことが多い。
- ・「在宅医療はこうあるべき」などと理念から入るのではなく、「患者や家族が希望すること」をできる範囲で積み重ねていくことで、無駄のない、地域の医療体制に応じた在宅医療の体制ができあがると思う

### 【小規模自治体における在宅医療の実践について】

- ・道内の小規模自治体では、入院病床を持った診療所・病院が1カ所だけある、という地域が多い。
- ・そうした自治体では、昼間の空いた時間に訪問診療を実施できたとしても、複数の医師が確保できない限り、救急・入院患者の対応と、在宅患者両方の夜間の対応が難しい。
- ・複数医師の体制を整えるか、夜間休日だけでも自治体の枠を超えて連携するなど、診療所レベルであれば、一定の時間帯、医師が不在にしても大丈夫な体制を整えることが必要。

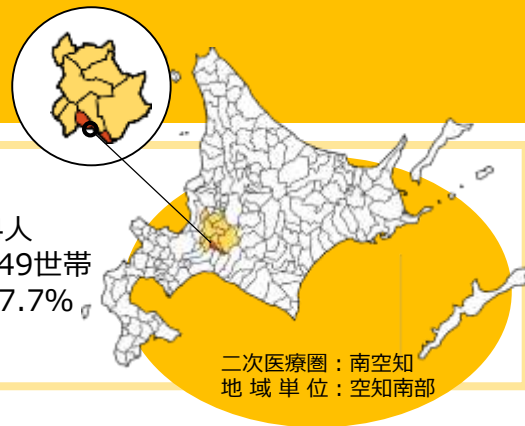
# 国民健康保険由仁町立診療所（北海道由仁町）

地域の現状に合わせた病院機能の見直しと  
在宅医療実施体制を活かした地域医療の充実

- 国民健康保険由仁町立診療所（北海道由仁町）  
医長 島田 啓志 先生
- ・ 在宅療養支援診療所（単独型・機能強化型）
- ・ 有床診療所（19床）
- ・ 常勤医師3名（令和4年3月現在）
- ・ 在宅緩和ケア充実診療所



- 由仁町の概要
- ・ 人口：5,314人
- ・ 世帯数：2,149世帯
- ・ 高齢化率：37.7%  
(H27国勢調査より)



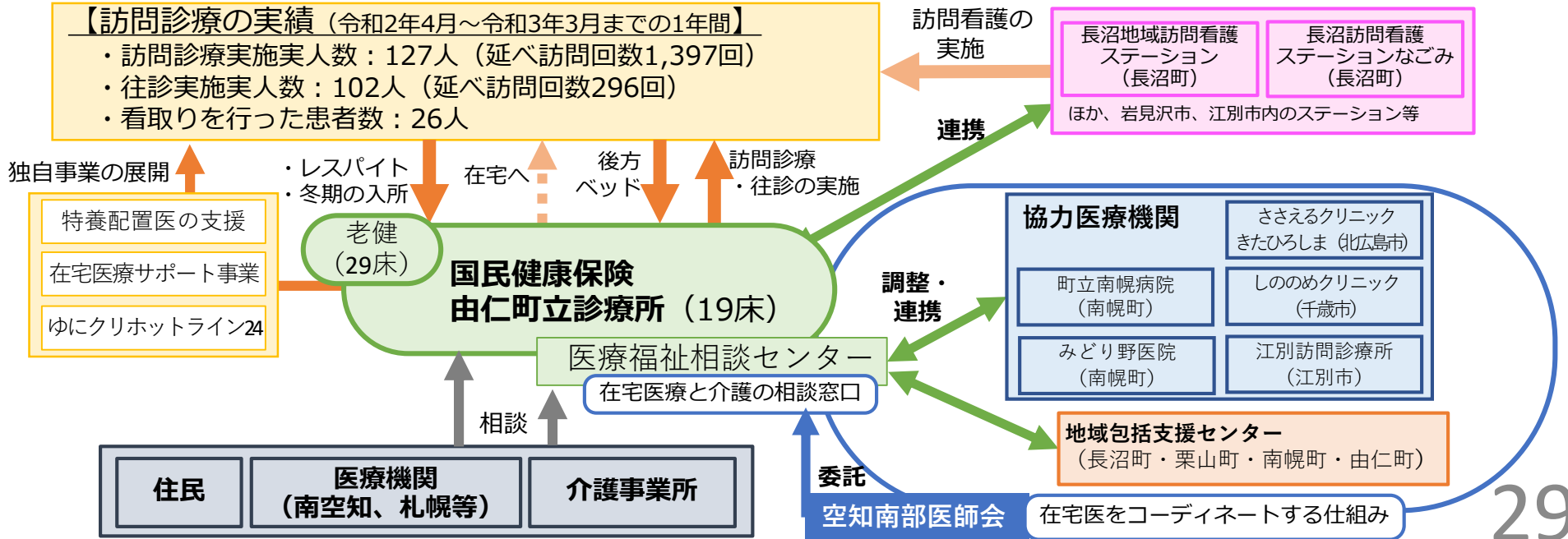
## 【在宅医療を始めたきっかけ】

- ・ 2040年には高齢化率が約50%となる見込みから、地域包括ケアシステム構築の一環として医療や介護の環境を整え、将来的には在宅医療等にも対応できるようにするため、病院の機能の見直しを実施。
- ・ 2018年3月に病院（57床）から介護老人保健施設（29床）併設の有床診療所（19床）へ転換し、同年5月より訪問診療を開始。

## 国民健康保険由仁町立診療所における在宅医療の実施体制（令和4年3月現在）

### 【訪問診療の実績（令和2年4月～令和3年3月までの1年間）】

- ・ 訪問診療実施実人数：127人（延べ訪問回数1,397回）
- ・ 往診実施実人数：102人（延べ訪問回数296回）
- ・ 看取りを行った患者数：26人



## 1 地域の現状に合わせた病院機能の見直しと在宅医療への参入

- ・人口減少する中、高齢化率が上昇することを見据え、地域包括ケアシステムを構築する目的で病院機能を見直した。南空知南部には在宅療養支援診療所がなかったこと等から、有床診療所に転換し在宅医療に参入。併設する介護老人保健施設は、在宅患者の冬期の住まいやレスパイト等に活用。
- ・常勤医師を3名配置する他、患者が地域で自立した生活ができるよう訪問リハビリに注力、令和4年度にはみなし訪問看護事業所設置を予定しており、在宅療養を支援する体制を強化している。

## 2 医療・介護関係者、地域住民や家族からの在宅医療に関する相談に対応

- ・由仁町立診療所内にある医療福祉相談センターには、医師や看護師、保健師や社会福祉士を配置。
- ・空知南部医師会から「在宅医療と介護の相談窓口事業」を受託し、地域の医療・介護関係者、地域住民や家族から、在宅医療や介護に関する相談を受け止めている。その中で訪問診療を希望する患者がいる場合には、各町の地域包括支援センターと連携をとりながら、センター職員が病状や意向等を確認。由仁町立診療所に限らず、かかりつけ医や地域の医療機関等の訪問診療を調整している。

## 3 ICTを活用した医療介護の多職種による情報共有

- ・医療介護連携情報システム「南空知バイタルリンク」を活用し、関係者で情報共有を実施している。
- ・診療所から訪問診療の結果を投稿すると、関係する訪問看護師やヘルパー等に一斉に情報が共有される。また、関係する訪問看護師やヘルパー等の投稿で、患者の状態の変化等を知ることができる。
- ・医療福祉相談センターがシステム管理を実施しており、由仁町立診療所が診療する患者以外についても、患者の新規登録を行っている。※詳細は次のスライド

リアルタイムでの状況把握及び双方向での情報共有ができる！

## 1 24時間往診対応可能な体制を活かした特別養護老人ホームの配置医師支援

- ・配置医の負担を軽減すること、施設での看取りを支援することを目的として、診療所独自の取組として、特別養護老人ホームの配置医師を支援する「特養配置医支援事業」を実施している。
- ・夜間や休日等を含め緊急時に配置医師が対応できない場合に、由仁町立診療所の医師が代わり、特別養護老人ホームでの看取りを支援している。

## 2 緊急通報装置と連動した医療相談への対応（ゆにクリホットライン24）

- ・由仁町は、介護が必要な独居高齢者らの自宅に緊急通報装置を設置。通報があれば警備会社の警備員が利用者宅を訪問し、利用者の状況や安全確認を行う仕組み。
- ・緊急通報装置による通報の中で医療相談の希望があれば、警備員は由仁町地域包括支援センター（24時間対応）へ連絡。地域包括支援センター職員が利用者に聞き取りを行い、由仁町立診療所の当番医師につなぐ。
- ・医師は電話で利用者の状態や要望等を聞き取り、状況に応じて、往診や医療機関の受診手配、経過観察等の指示を行っている。利用者は、由仁町立診療所の受診歴の有無にかかわらず、医療相談や往診等を受けることができる。

## 3 空知南部医師会との連携による地域の在宅医療の推進

### ●南空知バイタルリンク

- ・空知南部医師会が、医療介護従事者の効率的な情報共有を目的に導入。由仁町立診療所医療福祉相談センターがシステム管理の委託を受け、実施している。
- ・地域の患者に関わる医療・介護従事者であれば無料で利用でき、医療機関の他、訪問看護ステーション、薬局、訪問リハビリ、居宅介護事業所、デイサービス、地域包括支援センター等、59機関が参加（R3.3月現在）。月800～1,000件程度の情報共有が実施されている。
- ・在宅患者に限らず多くの患者の情報共有に活用することを目指しており、医療福祉相談センターは、患者の登録権限のない利用者からも患者登録の申請を受け、登録を実施している。

### ●在宅医療と介護の相談窓口事業

- ・空知南部医師会が、地域の訪問診療を増やすことを目的として実施する事業。地域の医療・介護関係者、患者や家族からの在宅医療や介護に関する相談に受けとめ、地域包括支援センターと連携して対応し、ニーズに応じて訪問診療を実施する医療機関を調整するもの。
- ・由仁町立診療所では、独自に「在宅医療サポート事業」を実施。かかりつけ医が訪問診療を実施する際、夜間や休日を含めた24時間の対応に不安がある場合等には、由仁町立診療所が副主治医としてサポートする体制を整えている。

# 国民健康保険由仁町立診療所における在宅医療の実施状況

## 1 1週間の診療スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前 9:00~12:00	医師A 外来 医師B 訪問 ※出張医外来	医師A 巡回 医師C 訪問 医師D 外来	医師A 外来 医師B 訪問 ※出張医外来	医師A 訪問 医師B 外来 医師C 巡回	医師A 訪問 医師C 外来	<div style="border: 1px dashed green; padding: 10px; text-align: center;">                     医師1名                       当直 及び                      急変時・看取り時の往診                 </div>	
昼休み 12:00~13:00							
午後 13:00~17:00	医師A・C訪問 医師B 外来 ※出張医外来	医師A 巡回 医師B 訪問 医師C 外来	カンファレンス、会議等	医師B 訪問 医師C 巡回 ※出張医外来	医師D 外来 申し送り		
夕方~夜間	<div style="border: 1px dashed green; padding: 5px; text-align: center;">                     医師1名 当直 及び 急変時・看取り時の往診 (週末の状況と同様)                 </div>						

## 2 訪問診療のある日のタイムスケジュール~月曜日の医師A~

9:00~12:00	午前外来	・ 外来患者数は、1日平均25人
12:00~13:00	昼休み	・ 午前の外来診療・訪問診療が済み次第、昼休みをとる。 ・ 訪問診療のスケジュール及び患者の確認を行う。
13:00~17:00	訪問診療 1回5件程度	・ 診療所の准看護師1名が同行。准看護師が車を運転し、訪問する。移動中に医師は診療記録を入力。 ・ 訪問診療に必要なものの準備は准看護師が行う。
17:30頃	帰院 在宅患者の急変時対応	・ 在宅患者に急変があれば、家族や施設から診療所に電話をもらう。慢性期の患者であれば年に数回程度。 ・ 急変時や看取りは、医師一人で対応。



## 3 対応している患者・処置

**主に対応している患者：**慢性期の高齢患者、末期がん患者、神経難病、認知症患者など。

Q：15歳未満の患者には対応していますか。

A：患者からの依頼実績はないが、対応したい。小児科から移行した10代の患者には現在対応している。

Q：がん以外の終末期対応は行っていますか。

A：対応している。患者の3分の2は、がん以外の慢性疾患の患者である。

Q：神経難病患者への対応はしていますか。

A：筋萎縮性側索硬化症（ALS）などに対応している。神経疾患によっては、必要に応じ専門医と連携し、2名主治医で対応。

Q：精神疾患の患者には対応していますか。

A：認知症のある患者を含め、あらゆる精神疾患に対応している。精神疾患があるというだけで訪問診療を断ることはない。

**対応している処置：**在宅酸素、人工呼吸器管理、気管切開、中心静脈栄養、経管栄養、胃ろう、褥瘡等難治性皮膚疾患、導尿、疼痛管理、自己注射など

- ・経験したことのない処置の依頼があった場合は、紹介元の医療機関と連携のもと、対応できるよう準備を行っている。在宅だからという理由でできない処置はない。

## 4 訪問診療・往診時の「カバン・車のトランクの中身」

～島田医師が訪問診療・往診時に携行する物品例～

### カバン

#### バイタル関係

- 聴診器
- 舌圧子
- ペンライト
- 打腱器
- 体温計
- 血圧計
- 血糖測定器
- パルスオキシメーター
- メジャー

#### 衛生用品

- 酒精綿
- ロールフィルム(大)
- ビニール袋
- 滅菌ガーゼ
- 包帯
- 手指消毒薬
- ディスポーザル手袋

#### 処置

- 医療用ハサミ
- ピンセット
- サージカルテープ

#### 採血関係

- 翼状針
- ルアーアダプター
- シリンジ10ml
- 採血ホルター
- 採血アダプター
- 採血スピッツ (CBC、生化、血糖)
- アルコール消毒綿
- 駆血帯
- 針 (18G、22G)
- テープ

### 車のトランク

#### 衛生用品

- サージカルマスク
- 医療用廃棄物を入れる容器
- ガウン
- スリッパカバー
- フェイスシールド

#### 点滴関係

- 消毒綿
- 翼状針
- 穿刺針18G
- 注射針18G
- 留置針22G
- 延長チューブ (ロック型)
- シリンジ (10ml)
- サージンフィルム
- 三方活弁
- 輸液セット (20滴)
- シュアプラグ

#### 導尿関係

- 導尿カテーテル
- 尿管スピッツ
- ハルンカップ
- ガーゼ

#### 褥瘡処置・縫合

- メス
- 縫合糸
- 創傷被覆材
- サージンフィルム
- セッシ
- 持針器
- 固定用テープ

#### 経管栄養など

- サクシオンチューブ12Fr

- (必要時)**
- 経鼻経腸栄養用チューブ
  - マーゲンチューブ
  - 固定用テープ
  - 栄養ボトル

#### 点滴関係

- (必要時)**
- 連結管
  - ドレンバッグ
  - カテーテルチップ50ml

#### 導尿関係

- 抗菌泌尿器用カテーテル

#### 薬剤等

- セフトリアキソンNa
  - グルコースシリンジ50%
  - 生食 (20ml、100ml)
  - グリセリン浣腸液
  - 生食シリンジ10ml
  - アドレナリンシリンジ
  - 局所麻酔ゼリー
  - ヘパリンロック液
  - 副腎皮質ホルモン注射
  - ポンピドンヨード付スワブスティック
  - 吐き気止め薬
  - 痛み止め薬
  - 抗不安薬
- 等

#### 検査

- インフルエンザ検査キット
- コロナ検査キット

- (必要時)** カルチャースワブ

#### 文房具・その他

- ボールペン
- 定規
- ハサミ
- ポータブルエコー機
- 各種書類

#### 薬剤等

- 輸液用電解質液 (維持液) 3号液500ml

#### 検査

- 喀痰処理器

# 在宅医療の推進に向けた課題解決のヒント

## 訪問診療・往診を行う患者数を、どのように増やしていきましたか。

### ●島田先生より●

- ・慢性期病院に長期入院している患者を自宅に帰すことから始めました。
- ・入院や外来等で診療所を受診している患者に、在宅医療を知ってもらうための取組を実施しています。「在宅医療」について説明すると「そんなことをしてもらえるのか」と言われます。在宅医療の希望があれば、最期まで地域で過ごせるように調整しています。

## 住民が「在宅医療」を選択するようになるために、必要なことは何ですか。

### ●島田先生より●

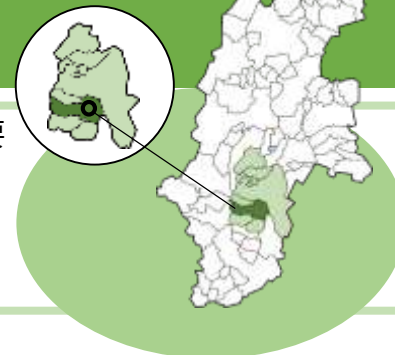
- ・選択肢として「在宅医療」が認知されると、ニーズは顕在化すると思います。広く住民に「在宅医療とは何か」を知ってもらう機会が必要だと思います。
- ・患者さんからの「通院が大変になってきた。でも、かかりつけ医は変えたくない」という声に応えることが大切だと思います。患者さんは「長年通院してきた馴染みの医師の訪問診療を受けたい」と望んでいることが少なくないと思います。

## 在宅医療に新たに取り組もうと考える医師・医療機関に伝えたいことは。

### ●島田先生より●

- ・地域で暮らし続けたいと在宅医療を希望する患者は増えており、どこの地域にも在宅医療のニーズはあると思います。しかし、地域や医療機関によって資源や人材は異なり、課題も異なるなど、「在宅医療に取り組めない理由」には個別性があると考えます。
- ・由仁町立診療所では、地域で最期まで過ごせるよう支援した事例を積み重ねたところ、地域に訪問看護ステーションは増え、24時間対応の事業所も出てきました。在宅医療のニーズの増加に応じ、資源が増えてきていると感じます。
- ・地域の在宅医療のニーズに対応するためには、医療機関同士が各々の事情を把握し協力しあう仕組みが必要だと思います。そのためには、先行して在宅医療提供体制を整えている医療機関が、率先して仕組みづくりに関わることが大切だと思います。

# 平等な関係を基調としたグループ診療と、病院と行政による後方支援 (長野県駒ヶ根市)

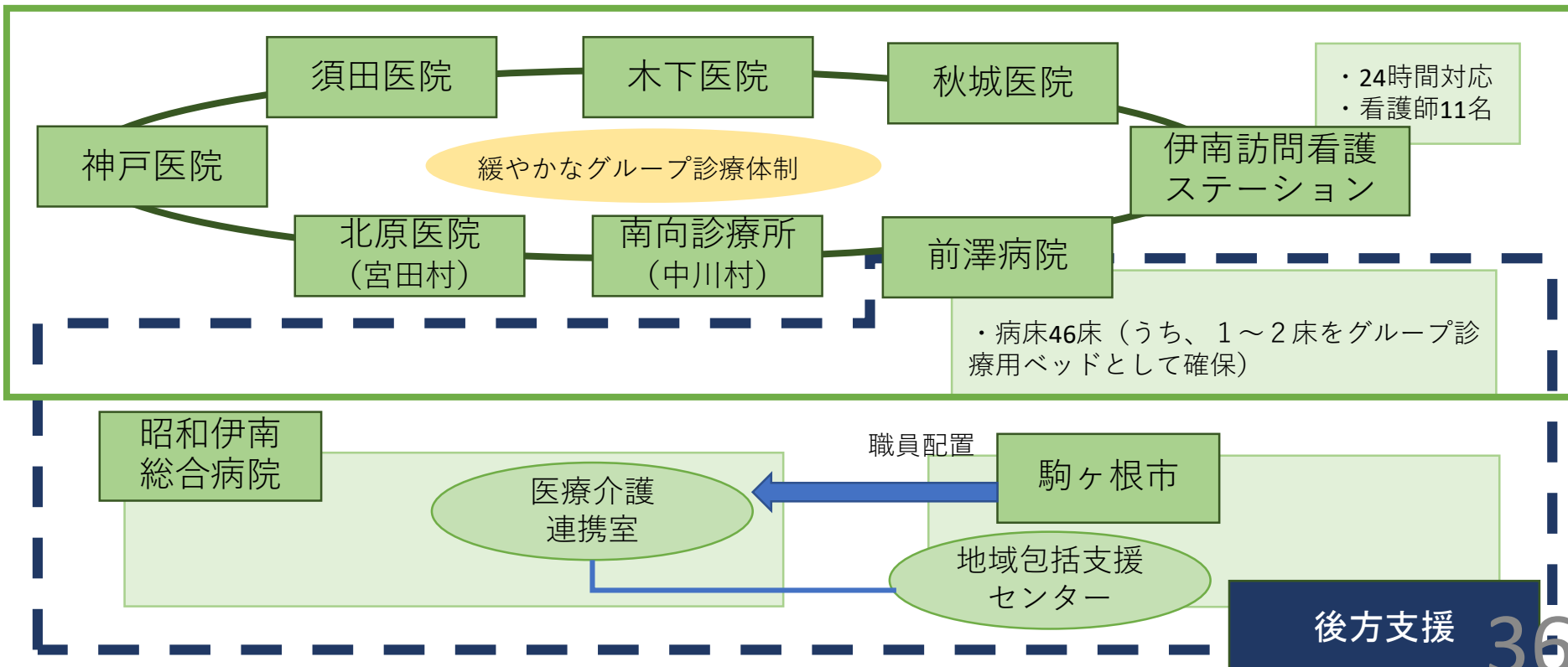


- グループ診療体制（長野県伊南地域：駒ヶ根市、飯島町、宮田村、中川村）
  - ・在宅療養支援診療所（機能強化型・連携型）6か所（うち、市外2か所）
  - ・在宅療養支援病院（機能強化型・連携型）1か所
  - ・訪問看護ステーション 1か所（11名）

- 長野県駒ヶ根市の概要
  - ・人口：32,759人
  - ・世帯数：12,437世帯
  - ・高齢化率：29.3%
 （H27国勢調査より）

## 【グループ診療体制整備の経緯】

- ・20年以上前より、神戸医院をはじめとした地域の開業医により、在宅医療を提供していた。
- ・平成26年度改定により診療報酬に「機能強化型在支診」が創設されたことを契機に、地域で継続的に在宅医療を提供できるよう、医療機関が助け合う「緩やかな」グループ診療の仕組みを整えた。



## 1 複数の医療機関と多職種による「緩やかな」グループ体制

- ・主治医・副主治医制や当番制ではなく、学会等で不在にする場合は個別に打診するような平等な関係によるグループ体制をとっている。届け出や報告のとりまとめを行う事務局は2年ごとの持ち回りとして、若い医師への押し付けにならないよう運営。
- ・訪問看護ステーションは市内に1カ所、患者家族からの連絡窓口を担っている。日頃から保険サービスの利用者に対してのファーストコンタクトや、ケアプラン決定時に訪問診療を担当する医師を訪問し、ケースの共有や連絡方法の確認などを実施している。
- ・歯科医師による訪問歯科診療、薬剤師による訪問服薬指導もあり、在宅医療への支援になっている。
- ・自宅死の割合は、県内19市の中で1・2番目に高い割合をキープしている。  
（厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」より）

地域全体で在宅患者を支える仕組みをつくっている！

## 2 顔のみえる平等な関係づくり「フラットな会」の設立

- ・上伊那医師会の中で、伊南地域の医師同士の情報共有の場として「南部常会」を月1回開催。
- ・市は在宅医療連携拠点事業により、平成25年度から3年間、医師と介護支援専門員の関係づくりを実施。平成28年度以降、在宅医療・介護連携推進事業に取り組む。  
→平成29年に神戸医師を中心とした有志による多職種の関係づくりに取り組む「フラットな会」が発足。  
年2回程度、事例検討等を行う研修会を開催。伊南地域の多職種が参加している。（※コロナ前）

## 3 医療介護連携室による切れ目のない退院支援

- ・昭和伊南総合病院内の医療介護連携室が（市から地域包括支援センター職員等を配置）、退院に向けた介護保険の相談や手続きに対応。前澤病院の患者に対しては、医療介護連携室の職員がコーディネーターとして訪問し、同様対応をしている。
- ・地域包括支援センターや担当する介護支援専門員に情報共有し、退院支援のサポートを実施。

病院から地域へのつながりをサポート

● 医師が一人で在宅医療に取り組むにはハードルが高いと感じています。

●神戸医師より●

- ・在宅医療を実施するには、他の医師とのチームプレイや多職種との連携が重要だと思います。お互いを理解し尊重できれば、連携は難しくないとします。
- ・グループには24時間対応の訪問看護ステーションに入ってもらい、定期的な看護を担ってもらうだけでなく、患者家族との連絡窓口になってもらっています。また、在宅療養支援病院にもグループに入ってもらい、緊急時の連絡対応や入院の受け入れ等を行ってもらっています。
- ・入院していた患者さんは、自宅に戻ると表情が変わります。その様子を見ると「在宅医療をやっている良かった」と感じます。

●市より●

- ・在宅医療連携拠点事業の中で、医師と介護支援専門員の関係づくりに取り組んだほか、その後の在宅医療・介護連携推進事業の中で、協議会を設立し、連携のためのルール作りや医療・介護機関との調整をすすめてきました。

● 行政は、関係機関との調整や住民理解を促進することが在宅医療への支援策です。

●市より●

- ・住民は在宅医療を「いつでも医師に連絡すると来てもらえるもの」と誤解してしまう場合もあり、そうなるとう医師は「連絡を受けたときにいつでも訪問できる体制がないと在宅医療は難しいのではないかと考え、ハードルが高いと感じてしまうと思います。多職種で支援する在宅医療のことを知ってもらうため、市ではパンフレットの作成やセミナー開催等してきました。
- ・また、地域の医師達がどんなことを考えているのか住民に知ってもらうために、地元の新聞社とタイアップして医師達によるリレーエッセイ記事を集めて掲載してもらいました。

## 1 医療介護連携室の設置（地域保健課・福祉課の機能を一部病院へ）

- ・昭和伊南総合病院は伊南地域唯一の基幹病院であり、市内の高齢者の救急搬送の95%程度を受け入れている。また、同病院の患者が、市内の介護保険新規申請の1/3程度を占めている。
- ・昭和伊南総合病院は地域包括ケア病床を開設するのに合わせ、介護保険申請手続き等を病院内で完結できるよう、病院内に医療介護連携室を開設した。
- ・市は医療介護連携室に、地域保健課の地域包括支援センター職員1名（介護支援専門員）と福祉課の事務員1名を配置。病院との情報共有を実施することで、介護保険申請手続き等に要する期間の短縮化や切れ目のない退院支援へとつながっている。

## 2 病院と行政の人事交流

- ・昭和伊南総合病院の医療介護連携室へ行政職員を配置し、病院の理学療法士（経験3年以上）を市の地域包括支援センターで受け入れ、人材育成に取り組んでいる。
- ・理学療法士は、主に地域リハビリテーション活動支援事業を担当し、地域ケア会議への参加や短期集中サービス、福祉用具・住宅改修の評価等を実施している。これらの業務を通じ、地域の中でリハビリテーション専門職に求められている役割を学ぶことができる。

## 3 官民連携による地域交流拠点施設の運営（保健センター機能の分散化と強化）

- ・市から「地域再生推進法人」の指定を受けた公益社団法人青年海外協力隊（JOCA）が、健康をテーマにした地域交流拠点施設「GOTCHA!WELLNESS駒ヶ根」（ゴッチャ！ウェルネス駒ヶ根）を設置・運営している。同施設はスポーツジムを核として、就労継続支援A型事業所を兼ねており、障がい者を雇用している。
- ・市は、保健センターで運営していた、活動量計を使った健康づくり事業「こまがね健康ステーション」の事務局を同施設内に移転。平日だけでなく週末の利用も可能にした。市民は自身の活動量を確認することや専門職（保健師・栄養士等）によるアドバイスを受けることができる。また、一部がん検診の予約や受付も可能にした。
- ・今後は市民が交流拠点施設を利用しながら特定保健指導を受けられるよう、保健指導実施機関の要件クリアを目指している。