



在宅医療のはじめ方・すすめ方



横須賀市医師会 かもめ広場

## 発刊によせて

「在宅医療」というと何か取っ付きにくく、特別な知識や技術を必要とするように感じて敬遠してしまう先生が多いと思われます。しかし、実際には「在宅医療」は日常診療の延長であって、難しい医療行為ではありません。患者さんが慣れ親しんだ在宅という環境のもとで、患者さんに寄り添い、健康を守り、命を支え、安らかに看取ることができる、そんな質の高い「在宅医療」をいつでも簡単に受けられる環境を整備することが、在宅医療推進に取り組んでいる横須賀市医師会の目指すところです。

横須賀市医師会は、これまで在宅医療推進のための様々な取り組みを行ってききましたが、その活動の拠点となる「**かもめ広場**」が開設5年目を迎えました。これを契機に、在宅医療に対する先生方の不安を解消し、在宅医療を気軽に始めていただくためのテキストとして「**在宅医療ハンドブック**」を発行することになりました。

この冊子は、すでに発刊されている様々な在宅医療テキストを補完する構成となっており、また、在宅医療委員会メンバーの手作りによる親しみやすい内容となっております。

この冊子が、在宅医療への取り組みを始めの一助となるようお願い、活用をお願いします。

一般社団法人横須賀市医師会

会長 遠藤 千洋



# 目次

発刊によせて .....	遠藤 千洋	2
<b>1. 在宅医療のミッションと意義</b> .....	千場 純	4
<b>2. 在宅医療を始めるにあたって</b> .....	磯崎 哲男	6
(1) 在宅医療ってこんな感じ！ .....		6
(2) 在宅医療を始めたきっかけ .....		7
(3) 在宅医療の醍醐味 .....		7
<b>3. 安心して取り組むために</b> .....		8
(1) 在宅医療に取り組む基本姿勢 .....	千場 純	8
(2) 専門外の診療で大切なこと .....	小川 伸郎	9
(3) 無理なく24時間対応するための極意 .....	野村 良彦	10
(4) 困ったときの相談 .....	三屋 公紀	11
(5) 多職種連携を活用しよう .....	塚本 光嘉	12
多職種との上手な関わり方 .....		13
(6) 寄り添う看取り .....	野村 良彦	14
野村内科クリニック 「おわかれパンフレット」より .....		15
<b>4. 知っておきたい知識・制度</b> .....	土田 匡明	16
(1) 医療保険と介護保険について .....		16
(2) 訪問看護ステーションとの連携 .....		17
(3) 在宅療養支援診療所と在宅療養後方支援病院 .....		17
(4) 保険請求 .....		18
(5) 在宅医療に必要な届出と施設基準 .....		19
<b>5. 往診かばんの中身</b> .....	金成 正浩	20
<b>6. 医療の技</b> .....	磯崎 哲男	22
(1) 緩和ケアについて .....		22
(2) 疼痛コントロールについて .....		23
(3) 看取りについて .....		24
<b>7. ワンポイントアドバイス</b> .....		25
<b>8. 横須賀市医師会のお助けツール</b> .....		28
<b>執筆者紹介 — 在宅医療委員会 —</b> .....		30
<b>編集後記</b> .....		31

# 1. 在宅医療のミッションと意義

千場 純

覚えていますか？ 医師を志す者として、そのスタート台に立った頃を……。その頃思い描いていた将来の医師像はどのようなものだったのでしょうか？ 目指す専門分野もおぼろ気であった研修医時代はもとより、なんとなく志を具体的にしていってそのあとのローテーション過程でも、在宅医療を目指した医師は、おそらく（現在、臨床の現場にいる40代以上の医師では）皆無に等しかったことと思います。

目の前の患者さんをなんとか救おうと、より高度かつ専門的な医療を学ぶ傍らで、多くの患者さんと遭遇し、そして幾度となく、必ずしもハッピーエンドが約束されない病気の怖さを思い知ったとき、私たち医師の心には、しだいにそんな敗北をも受け入れる寛容さと謙虚さが備わってきたはずで、患者さんの年齢や家族背景、それまでの人生の物語をシッカリと感じ取りながらの医療は、最終章の生活を重視し、そのための緩和やQOL（生活の質）を優先する医療の必要性を感じることでしょう。

本来、在宅医療はその延長線上にあるべきものです。患者さんが、いずれ迎える自らの死をしっかりと見つめ、（ときには生前に意思を明らかにしたうえで）療養の場として長年住み慣れたご自宅を選択したとき、その希望を実現させるためにどのように医師として関わり、いかに多職種連携に取り組んだらよいのか。「行うべき医療」と「行うべきでない医療」の取捨選択、そしてその結果としての延命措置の中止。枯れて平穏な死を迎えるために必要な様々な薬の処方や手技の手控えなど具体的な方策。時には、必ずしも医療的でないホリスティックやナラティブメディスンをも駆使して臨もうとする思いなどが、在宅医療の究極の目的ではないでしょうか。

特に在宅医療における看取りは、目前に死を迎えている患者さんの最終章において、身体的苦痛や心理的苦悩を緩和し、より有意義に過ごしていただくための努力と尽力の医療です。ときには患者さんのご家族や親せき・知人などの対人関係の整備やそのリユニオンを図るなどのケースワーキングをも駆使して、患者さんの物語を完結させるための努力を要求されるでしょう。



さて、いきなりの堅い話で驚かせてしまいました。社会的資源（Social Capital）としての関連多職種機能をコーディネートするコンセプトやノウハウ、そして、いかにしても苦痛が取れない患者さんを前にして、いつどのようにセデーションをすべきか否か、そんなことをトコトコ悩みながら経験を積み重ねるうちに、自然と対処方法は身についていくでしょう。

在宅医療では、これまで体験したことがなかった多くのことを、ご自宅の患者さんたちが教えてくださいます。

「こうして悪くなるんだよ…」「どんなことをしても死ぬんだらこうしたいな…」「死ぬのはいいけど苦しむのは嫌だな…」「こんなに苦しいのに医者は何してんだ！ サッサと楽にしてくれ！」そして「もういいですよ、あの世に行ったら死んだ亭主にも会えますから…」「ありがとう 先生 ほんとによく診ていただいて…先に往って待ってますから…」 etc.

多くの患者さんからのそんなラストフレーズが行き交う中で、“私たち医師は何を思い、何をしようとし、そして何ができたのか？”

そんな自問自答をしながら患者さんに寄り添い、今や人類史上類を見ない超高齢多死（少子）社会を迎えようとする時だからこそ、この世を去る人の花道を整える一員として、その役割を果たす医師でありたいと思います。

もしかしたら在宅医療のミッションとは、「一医師」としてより「一人間」として、容易には正解が出せない分野に臨むことなのかもしれません。



## 2. 在宅医療を始めるにあたって

磯崎 哲男

### (1) 在宅医療ってこんな感じ！

#### ① 在宅医療は外来の延長

外来診療に来ることができなくなった患者さんのお宅に訪問して、外来診療をご自宅ですてさしあげます。診察室で普段行っていることを患者さんのご自宅で行うのです。先生方が診察室で行っていることに特別な器具や検査機器は必要ですか？ まずは患者さん宅に行ってみてください。すごく歓迎されると思いますよ。

在宅医療を行っていて一番うれしいのは、患者さん本人やご家族から非常に感謝されることです。

#### ② 24時間365日？

在宅医療を始めると24時間365日拘束されてしまうのでは、とよく誤解されます。在宅療養支援診療所になれば確かにそうですが、上記のように在宅医療は外来診療の延長です。外来診療は24時間365日行っていないですよ？ 訪問診療を受けている患者さんでも、具合が悪いときには患者さんが自分で（または介護者が連れて）病院に行くこととなります（外来の患者さんではあり得ることですよ）。最初はそれでよいのです。先生方がご自宅で診察し、普段の内服薬を処方するだけでも、患者さんとその家族、病院にとっても多大なる貢献になります。

#### ③ 自分の診療していた患者さんから始めてみる

自分が診ている、外来に通えなくなってきた患者さんから訪問診療するのが始めやすいと思います。病歴もわかっていますし、背景情報もすでにわかっていますね。ご自宅まで赴くと外来通院が困難になった理由もよくわかるようになります。ご自宅と幹線道路までに急坂があるとか、ご自宅までの階段の昇降が難しい、ご自宅の介護力の限界など、外来診療だけではわからなかった情報が色々見えてきます。そのような方々がご自宅で療養するには、やはり介護力が必要になります。私は在宅医療を始めることによって、介護職の方々の偉大さがわかるようになりました。在宅医療が必要になった方がご自宅で過ごすためには日々の介護力が非常に大切です。

#### ④ 入院させた患者さんの退院後に始めてみる

入院後、自院外来に通院できなくなり、在宅医療が必要になる方もいらっしゃいます。急性期治療後の慢性期、回復期の治療は在宅医療が参画できる分野です。ほとんどは退院時に指示された内容を継続するだけですが、継続するには医療の関与が必要ですし、病院に通院するのは大変です。

#### ⑤ 地域の方々と一緒に

診ている患者さんたちは年々、年をとり外来に通えなくなり、在宅医療が必要になります。一方で自分も年をとります。年をとれば当然、診療態度は変わってきます。かかりつけ医（外来診療+在宅医療）は、今の自分のできる範囲のことを、地域の方々に施すという気持ちでよいのではないのでしょうか？ 長期で考えるとしんどいと思うことも、できる間だけ行えばよいと考えれば、少し気持ちが楽になります。地域の方々と一緒にその地域の一員として過ごし、地域のお手伝いをするということかもしれません。



## (2) 在宅医療を始めたきっかけ

私にとって初めての在宅医療の経験は、開業医の実家を手伝ったことでした。

基幹病院での経験しかない私にとって、患者さんのご自宅に赴くことはまるで異次元の体験でした。「聴診器だけ持ってご自宅に行っても何もできない」と思い、研修医に戻ったかのような感覚（実践経験がないので何もできない）でした。でも慣れてくると、（基幹病院でやるようなことは）何もできなくてもよいことに気づきました。ご自宅で療養されている患者さんの容体をチェックして（視診、聴診、バイタル）、もしそこで疑問が出てくれば、そこから考えて行動を起こせばよいのです。救急外来とは違うのです。

最初は、当院に外来通院されていた15人程度の在宅医療から始めました。そのあとは、外来で診ていた患者さんたちが通いきれなくなって、在宅医療に移行する方がポツポツと出てきました。月に1回か2回、ご自宅に訪問して、通常の外来のように診察して処方箋を出す作業。当たり前ですが、容体はほとんど変化しません。消化器内科専門医から在宅医に徐々に変化した気がします。

## (3) 在宅医療の醍醐味

何と言っても感謝される度合いがものすごいです。また患者さんだけでなく、ご家族とも濃厚な付き合いになります。昔に比べ最近の医療は感謝されることが減ってきているので、感謝されることが医療を頑張る原動力になります。特に看取りまですると、ある種の達成感があります。ご自宅で看取することはご家族にとってつらい経験となりますが、一方で親しい方を亡くしたあとの喪失感を少し癒す効果があると思います。一種のグリーフケアですね。ご家族にも「悲しいけど最後まで見てあげた」との思いが芽生えるようです。亡くなったのが地域の患者さんであれば、おそらく配偶者も自院の患者さんであるでしょう。「私の最期も先生に看取ってほしい」と言われたこともありました。

在宅医療は病院での医療に比べプリミティブかもしれませんが、医療の原点に近い医療です。ぜひ、先生方にもこの得難い経験をしていただきたいと思います。

### ～ 最近の病診連携 ～

市内各病院の退院窓口では、退院後に在宅医が必要になる症例を入院直後から拾い出し、在宅医療へつなげる取り組みが整ってきています。病院から紹介がある場合は、退院前に在宅医として病棟主治医から患者さんやそのご家族に紹介していただきます。病棟内で主治医とともに会うことで、患者さんは病院から見捨てられた気分にならないようで、最期までご自宅で過ごす方が増加しています。在宅医が病院とつながっていることで「必要があれば病院に戻ることができる」と思えることが、在宅療養中の安心につながるのだと思います。

磯崎 哲男

# 3. 安心して取り組むために

## (1) 在宅医療に取り組む基本姿勢

千場 純

これから在宅医療を始めようとするとき、長年の病院や診療所などでの診療経験からその必要性を認識して始めるのか、それとも、在宅医療そのものを行いたくて始めるのか、理由はどうあれ、患者さんのために行う医療であることに変わりはありません。しかし、取り組む対象は不治の病や後戻りのできない高齢者の最終章に介入する医療で、そこに持ち込める医療は、キュアを目指す医療とはまったく異なる環境と手段で選択しなければなりません。

### ① 制度や社会的資源の活用法に精通することが必須

医療的に豊富な知識だけでなく、公的介護保険や福祉関係の制度内容、多職種の連携に関する知識をそれなりに要求される分野です。また、介護保険サービスの利用時には、予想以上にその都度、患者さんやそのご家族の同意・了承を得る（文書を残す）必要も出てきています。

### ② 医師としての権利と義務を確認

外来診療とは異なり、在宅医療はその患者さんのご自宅に赴く医療です。つまり、訪問診療に際しては、「お邪魔します」「失礼します」などと言ってそのお宅に上がります。そして、そこは医療スタッフのテリトリーではなく、環境的な主役は当然、患者さん側になります。在宅という療養環境で医療を行うに際して、医師としての権利と義務を確認しましょう。

### ③ 良好な人間関係のための接遇力

基本的なことですが、人対人の関係で行うのが医療ですから、接遇の善し悪しは大切です。ことに診療を始めて間もないうちは、要注意です。病院や診療所の看板を背負っていない医療ですから、対等な人間関係の中での患者さんと医師という立場であり、医師として望ましい接遇がなされなければ、そのあとに相当逆風が吹いてくることを覚悟しなければなりません。患者さんに対する医師の発言は基本的に「支配や命令」ではなくて「指導や啓発」です。また同様に、関連する訪問看護師やケアマネジャーに対する接遇にも注意すべきです。お互いを尊重し合う態度が保たれていれば多くの場合、味方は増えますが、その逆は見えない敵を増やすことにもなりかねません。どんなに誠意や熱意があっても、あるいは正論であれ適切であれ、所詮、在宅医療はヒューマンサービスの世界です。まずは社会的な礼儀と礼節を重んじておくのが安心ですね。

在宅療養の現場では様々な関連職種が多数入り組んで登場し、その渦中で、表面的には医師としての指導的立場を与えられつつ、一方では、これまでの自分の医療人としての品格が厳しく評価されてしまう怖いところでもあります。それなりにスリリングな毎日を送る覚悟も含めて、新たな自分自身を研さんし、そしてさらなる成長の可能性を発見する契機にしましょう。

そのためには、まずは一事例ずつ、そして一年ずつの積み重ねが、何よりの習熟の道であり、安心の道でもあると思います。



## (2) 専門外の診療で大切なこと

小川 伸郎

一般内科・外科医が在宅訪問診療を行っている、専門外の疾患の治療・処置で困ることがしばしばあります。例えば皮膚疾患に対し軟膏などを処方してみますが、必ずしも良くなりません。皮膚科外来を受診できる患者さんには行ってもらいますが、訪問診療をしていると、寝たきりで動けない患者さんは、皮膚科専門医に往診をお願いできればと思う場面が必ずあります。

私が在宅医療を行っている西地区には、お願いすると嫌がらずに診に来てくれる大変ありがたい皮膚科の先生がいます。今まで、ひどい褥瘡の処置や、ひどい顔の湿疹、下肢の浮腫から染み出て止まらない浸出液などで往診をお願いしました。

同様に、眼科の先生も来てくれます。不隠・興奮状態がひどく認知症以外の精神障害を疑った患者さんでは、精神科の先生にも往診してもらいました。近隣の在宅訪問診療を行っている先生方に聞くと、相談したところご厚意で、耳鼻科の先生や、病院の形成外科の先生に往診していただいたこともあるそうです。また、往診依頼だけでなく、わからないことをその専門医に電話やメールで相談することにより、解決することもしばしばあります。

これから、在宅訪問診療を始める先生方が、専門外の疾患の治療・処置に悩んだときは、ぜひ在宅医療の協力医・各科専門医に相談しましょう。

### ● 具体的には ●

- ① 同じ班の、他の専門医と仲良くなりましょう。いざというとき、電話やメールで相談できる関係性をつくっておきましょう。また、同じ班の他の専門医で、在宅訪問診療をしている先生を把握しておきましょう。
- ② 相談する専門医が見当たらない場合、横須賀市医師会のホームページにある「在宅医療を行っている医療機関のご案内」から検索できます。下に、現在医師会に登録のある、在宅医療を行っている内科・外科以外の専門科の医院名を記しています。なお、検索ページに登録していなくても、状況を説明し相談することで往診して下さる先生もいます。
- ③ もちろん、入院や特殊な検査が必要と思われる専門外の疾患では、病院の先生にお願いしましょう。

### ■ 内科・外科以外の在宅実施医療機関（専門医・協力医）

眼科	泌尿器科	整形外科	精神・神経関係	皮膚科	耳鼻咽喉科	その他
追浜駅前眼科	ふくおか泌尿器科クリニック	櫻井整形外科	汐入メンタルクリニック	金丸皮膚科	かねこ耳鼻咽喉科	八木医院(小児)
かじもと眼科	里見腎・泌尿器科	佐々木Kクリニック	おおた心療内科 病院	さくら皮膚科		白ゆり総合リハ ケアクリニック
いけがみ眼科整形外科	よこすか女性泌尿器科・泌尿器科クリニック	水口整形外科	北久里浜脳神経外科	いまざわ皮フ科		
武山川辺眼科医院	古畑泌尿器科クリニック	津久井浜整形外科	井坂クリニック			
長井眼科クリニック	新村皮フ泌尿器科クリニック	藤田整形外科				

＜横須賀市医師会ホームページ「在宅医療を行っている医療機関のご案内」登録診療所 平成28年10月現在＞

### (3) 無理なく 24 時間対応するための極意

野村 良彦

#### 《きつい24時間対応を無理なく続けるためのポイント》

- ① 在宅医療開始時に、24時間対応をする際の連絡方法・内容を周知徹底しておく。
- ② 外来診療時間内(昼間)の問い合わせ・報告の際には対処法も十分説明する。必要があれば往診になる。
- ③ 時間外、夜間・休日対応はすべて留守番電話対応で！
- ④ 疾患の予後を想定し、電話対応で対処できるように対策を立てておく。
- ⑤ 患者さん・ご家族との距離感を厳守する。
- ⑥ 患者さんには“頑張らないで”と伝え、医療者自身は“頑張り過ぎない”よう心得る。

22年間継続してきた、在宅医療24時間対応について述べます。

ポイント①②③は「院内システム」について、④⑤⑥は「想い」について解説します。

- ① 在宅医療開始時の24時間対応の周知は、在宅医療の根幹をなすものです。在宅医療の対象患者さんはすべて慢性疾患であり、病棟のようにナースコールで医療者を呼ぶ場面はなく、救命救急のため救急車を要請する場面もありません。従ってご家族は身体の変化を見つめ、報告し、相談・協議して指示を受ける流れを周知してもらうことで、24時間の救急対応は激減します。
- ② 外来診療時間内は、患者・家族・訪問看護師・ケアマネジャー・ヘルパー等からの問い合わせ・報告には、院内の医師・看護師・ソーシャルワーカーが適宜対応しています。これによって、夜間の電話連絡が減ります。
- ③ 時間外・夜間・休日対応はすべて留守番電話・携帯電話への自動転送で、メッセージを確認のうえ、発信元へ電話連絡しています。開業から19年間は医師1人で対応し、平成26年からは医師2人で分担しています。これによって24時間緊急対応のストレスから解放され、ワークライフバランスを保つことができます。
- ④ この疾患なら今後どのようなことが起こり得るかを予測し、対策を実施していきます。特に、余命予測は疾患・病態・死生観・倫理観・リビングウィルをも配慮しなければならず、在宅医の究極の能力を試される場面であります。看取りの納得が得られていれば、この場面でも深夜の連絡はほとんどなくなります。
- ⑤ 在宅医療において、在宅医は本人(1人称)ではなく、肉親(2人称)でもなく、他人(3人称)でもない距離感(2.5人称)を保つことを厳守します。これによって燃え尽きることなく、継続した在宅医療を提供することができます。
- ⑥ 来院が困難な状況にあり、これまでの人生を十分に頑張ってきた患者さんには“頑張り”を強要しない、寄り添う医療が必要となります。

24時間対応の要件は、(強化型を含む)在宅療養支援診療所(病院)に付随しているもので、支援診を届け出ていない医療機関に24時間対応義務はありません。

支援診を届け出たものの、きつい24時間対応が足かせになっている先生方は、上記6項目のポイントを一つでも多く取り入れ深めれば、“頑張り過ぎない”24時間対応を継続し、在宅医療の質向上にも貢献できると考えます。

## (4) 困ったときの相談

三屋 公紀

新しく在宅医療を始めようとするとき、あるいは始めて間もなくしてから「困った」ことに気づいた場合の「相談」先についても明らかにしておく必要があるでしょう。しかしながら、現在の段階では横須賀市内に統一した窓口はありません。平成26年に横須賀市健康部地域医療推進課の要請で、在宅医を増やす、スムーズな病診連携、多職種連携を図る等を目的としてブロック会議が創設されました。市内を4つのブロックに分け、各地域に即した在宅診療を模索、展開することになりました。今回は各ブロック会議の中での、「相談」に関する取り組みについて掲載したいと思います（平成28年10月現在）。

### 【北ブロック】【中央ブロック】

北ブロックの幹事である三輪医院を中心に、同胞援護会衣笠診療所・フロムワン付属診療所・汐入ぱくクリニックで連携の会を開催し、相互の輪番でのセカンドコール支援体制（きぬがさ倶楽部）を検討中です。中央ブロックと共同で在宅医療連携のコーディネートパートナー～オンコールストップ的な役割をもたせ、「相談」窓口の開設も予定しています。中央ブロック単独では、独自の仕組みはまだできていませんが、医師間のメーリングリストはあり、いつでも情報交換ができる体制になっています。

### 【東ブロック】

平成27年9月から東地区ブロック簡易版在宅支援ネットワーク、愛称「黒船村」を開設、運営を開始しました。医療機関以外にも多職種からの在宅医、臨時在宅医の検索を一本化。拠点病院であるよこすか浦賀病院地域連携室（841-1032）に相談すれば、東ブロックの幹事（三屋内科、湘南山手つちだクリニック、小磯診療所）間で、かもめネット内の「黒船村役場の部屋」で情報を共有し、在宅医を探すことができるシステムですが、在宅医がアドバイスを必要とする場合も同じ要領で、幹事から回答がもらえるようになっています。また、直接幹事に相談することもでき、希望があれば幹事の一人が密着サポートする体制にもなっています。

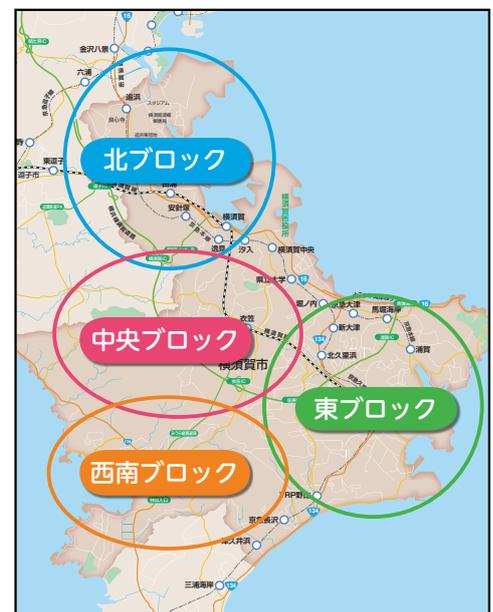
### 【西南ブロック】

西南地区の開業医どうしが気軽に連絡でき、相談できる関係づくりを図るため「西南ブロック在宅医療相談会」を開催しています。相談会には少しでも在宅医療に興味がある先生方にも声をかけ、出席していただき、食事をしながら行うこともあり、親睦会的な雰囲気の中で、疑問や不安に対してお答えしています。また、「西南ブロック在宅医看取り助け合いの会」の活動も通して、啓発していく予定です。武山班内の医師間ではメールアドレスを公開し、随時、患者紹介や質問、相談できる環境をつくるように努めています。

### ●現状での相談窓口

現在のところ、前述したとおり統一した窓口はないので、東ブロック以外は各ブロックの幹事に相談するのが現実的かと思われます。しかし、現状ではボランティアになるので、今後はサポート医として何らかの予算付けができるよう交渉する予定です。その他、期限切れが近い物品を融通し合うようなシステム等も検討したいと思っています。今後もより良い体制を構築できるよう検討を重ね、皆様に安心して利用できる体制を創設したいと思っています。

ブロック幹事	北	三輪医院	千場 純	822-7045
		金成医院	金成 正浩	865-5791
	中央	横須賀中央診療所	春田 明郎	823-8691
		上町在宅クリニック	渡邊 誠一	822-2404
		ナーブケア在宅クリニック	落合 周太郎	828-3637
		生協衣笠診療所	岡田 哲郎	851-1062
	東	三屋内科	三屋 公紀	830-1822
		湘南山手つちだクリニック	土田 匡明	846-5275
		小磯診療所	磯崎 哲男	842-9571
	西南	野村内科クリニック	野村 良彦	858-1371
		ながいクリニック	小川 伸郎	827-7323
		嘉山医院	嘉山 保美	856-1020
秋谷潮かぜ診療所		西村 京子	874-6695	



## (5) 多職種連携を活用しよう

塚本 光嘉

在宅診療では、医師は患者さんの病気を中心に寄り合っていくこととなりますが、在宅療養においては、できるだけ患者さんご家族の望みに沿った不自由のない生活を送っていただくことが目標となります。

もちろん、悪性腫瘍のターミナルステージの患者さんへの薬物投与による緩和治療や、問題行動を伴う認知症患者さんへの薬物投与など、医師が強く関わらなくてはならないシーンもあるのですが、多くの在宅患者さんは、脳梗塞や認知症等によるADL低下は認められるものの、比較的安定してご自宅で過ごしています。

そのような方たちの日々の生活は、私たち医師の訪問診療と併せて、訪問看護師をはじめとする様々な多職種のサポートにより支えられているのが事実です。入浴介助や食事介助等は、私たち医師がしてあげることができないのですから。

もちろん、訪問看護指示書をはじめ、医師の指示に基づき多職種が患者さんに関わることとなりますので、在宅医の存在は重要ですが、医師が患者さんの日々の生活の状況をすべて把握することは非常に困難です。

そのため、患者さんに関わる多職種からの情報が非常に大切です。日常生活において何ができるようにできないためにどのように困っていて、どうすればQOLが向上するか等は、訪問回数の多くない在宅医より他の職種のほうが的確に必要な情報を把握しており、それに対処する経験も職種ごとに豊富に持っています。

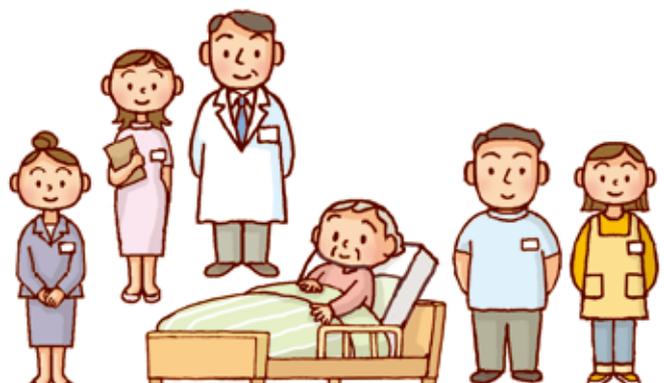
在宅医が多職種の情報と判断を知り、それを尊重して看護・介護を任せることは、在宅医が管理しようとするより、患者さんのQOLをより向上させることになると思います。また、受け持ちの患者さんが多くなればなるほど、有効で効率の良い多職種連携が医師の負担を軽減することも間違いありません。

しかしながら、多職種の一人一人が持っているスキルは様々ですので、情報を精査・整理しながら、在宅医から患者さんの情報を提供し、必要な指示をすることも重要です。関係多職種と医師は、在宅療養を支えるチームとして、タテの関係ではなくヨコの関係で協働する姿勢を大切にしていけるべきでしょう。

忙しくキツイのは医師だけではありませんよ。

なお、横須賀市医師会ホームページの在宅医療のページで、在宅医療・介護における連携先を紹介しています。連絡先や連携方法も記載してありますので、ぜひご活用ください。

また、横須賀市が作成した多職種連携のための「よこすかエチケット集」もご利用ください。



## 多職種との上手な関わり方

### 訪問看護師

ほとんどの訪問看護ステーションが24時間連絡体制、24時間対応体制をとっているため、事前に指示を出すことにより休日夜間の対応を任せることができます。訪問看護師とは、緊急対応、ターミナルケアの観点から特にタイムリーな情報共有が必要です。

### ケアマネジャー

患者さんの生活や家族背景、要望などの情報を把握している介護部門のキーパーソンです。患者さんに適した在宅医療を提供するためにも、かもめネットの活用や電話受付の時間を設けるなどして、正確な情報を把握できる環境をつくりましょう。

### 歯科医師

口腔ケアや誤嚥の防止、また義歯の作製・修理などを在宅で行い、患者さんのQOL向上に一役買います。早い時期から、口腔ケアについて話し合っておくと、より良い在宅医療を患者さんに提供できます。



### 調剤薬局薬剤師

患者さんに訪問服薬指導を行います。薬の一包化やゼリー状のものに変えたりなどの処方設計を行います。医師には言いにくい残薬についての管理も可能になりますので、情報共有を心がけましょう。

### 医療ソーシャルワーカー (MSW)

病院と診療所間との連携に大きな役割を果たします。患者さんへの心理的なサポートや制度利用の手助け、また関係機関との連絡調整を行いますので、日頃から自院の得意分野や在宅医療に対する考え方を伝えて、自院に合った患者さんを紹介してもらいましょう。

### 介護職 (訪問介護員・介護ヘルパー)

医療職以上に頻繁にご自宅を訪れている介護職ですので、うまく連携をとれば、患者さんの詳細な様子を把握することができます。かもめネット、リンクパスポート等の活用等により、情報共有しやすい環境をつくりましょう。

### リハビリ職 (OT・PT・ST等)

カンファレンスへの参加を求めて療養の目的を共有することが大切です。かもめネットを利用して、患者さんの動画を共有するなどの情報共有が可能です。

### 管理栄養士

患者さんの生活習慣や経済状況なども考慮に入れて、おいしく食べられるメニューやご自宅で無理なく実行できる栄養指導を行います。必要な患者さんを栄養士につなげる工夫が必要です。

## (6) 寄り添う看取り

野村 良彦

**到達点：在宅での看取りは、目標ではなく良好な関係性を保った結果です。**

2025年に団塊世代が後期高齢者になると、そこから死亡者がさらに増え、それに伴い在宅看取りの場面が多くなります。その方たちの生活面まで診ているかかりつけ医には、その方たちの人生の最期まで寄り添える医療が求められています。臨死期においては、死を早めること（安楽死）も、死を遠ざけること（延命治療）もせず、自然経過に委ねることが寄り添う看取りなのです。

入院中に「家に帰りたい」「もう病院にいるのは嫌だ」「家で死にたい」と思った患者さんは、元のかかりつけ在宅医に診てもらおうか、かかりつけ医がいない場合は病院ソーシャルワーカーに頼んで適切な在宅医を見つけてもらい、家に帰って看取りまでつなげることが肝要です。

看取りが近くなったら、これまで人の死を見たことのないご家族にはあらかじめ、今後の経過や心構えを説明し、看取りのイメージ作りのために、「おわかれパンフレット」を手渡します。こうして本人・家族には最後まで寄り添うことを約束し、安らかな死と納得できる看取りを提供できるのです。

### エピソード Wさん 80歳男性 肺腺がん末期

- 平成21年12月 ステージA 右S2部分切除
- 平成26年 3月 断端再発 上中葉切除
- 平成27年 5月 左下肺野に肺内転移病巣出現
- 平成28年 1月 重粒子線治療 セカンドオピニオンで適応なし
- 平成28年 3月 治験薬使用により肺障害で中止
- 平成28年 5月 呼吸器病センターからHOT 4L/分で退院 在宅ホスピスケア開始

6年半にわたる各種治療歴のあとに高度呼吸障害を残した再発末期肺がんとなったWさんは、覚悟を決めたのか、入院中に最後の希望を二つ口にした。

① 明日退院して、孫の運動会を見に行き、写真を撮りたい。

5月28日 午後から酸素ボンベを抱えて小学校運動会を観戦。孫がリレーで逆転優勝したのを見て「孫がよく走ってくれてうれしかった」と感想をもらした。

② 山形（生家）へお墓参りに行きたい。

6月1日 山形まで片道7時間の日帰りドライブ。娘さんのアイデアで、電気自動車のレンタカーを借りて電源を確保し、酸素濃縮器で14時間のドライブ墓参りを乗り切った。本人は「すっきりした。山形は空気が違う」と感想をもらした。

今回の退院は、この二つの希望を叶えることがご家族・訪問看護師・在宅医で構成するチームにとっての目標であり、それを達成できた。しかし、Wさんの人生のカウントダウンは始まっていた。本人の一番近くにいる妻と娘一家にはこれからどうなっていくのかを記した「おわかれパンフレット」を亡くなる8日前に示し、退院後30日目の6月24日に安らかな死を迎えられたことは、チーム全体の満足につながった。これが寄り添う在宅看取りなのである。本人は希望を持って生き抜いて逝き、死にゆく姿を孫にまで示したのである。

## 《 1. 臨終間近のケア 》

御本人の死が近づいてくると、普段と違った色々な変化が出てきます。ご家族の方はそれらの変化を見ると、不安と悲しみでどう対応してよいか戸惑われることと思います。しかし、落ち着いて患者さんの手を握り、亡くなるまでの自然の経過と受け止め、これらの変化に対処してください。

- (1) 手足が冷たくなったり、冷汗でじっとりしたり、手足の末端が紫色になったりします。この変化は血液の循環が悪くなったためです。湯たんぽなどで暖かくしてあげたり、さすってあげたりしてください。
- (2) 眠っている時間が多くなります。ご家族の方は、話が出来ず淋しい思いをされるかもしれません。また、しばしば目覚めが困難になったりします。これは、新陳代謝が悪くなってきたためです。無理に起こしたりせず眠らせてあげてください。
- (3) 食欲は低下し、ほとんど食べ物を口にされなくなります。氷や冷水、さっぱりした物なら食べていただけることもあります。食べないからといって、無理にカロリーの高いものを食べさせたり、すすめたりすると、御本人にとってはむしろ苦痛になります。
- (4) 時間や場所、名前、時として家族の人のこともわからなくなることがあります。これも新陳代謝が悪くなったための自然経過ですので、頭がおかしくなってしまうと嘆かずに見守ってあげてください。
- (5) 尿や便を洩らしてしまうこともあります。尿道や肛門を閉じる筋肉の力が弱くなったためです。柔らかい紙やウエットティッシュなどでやさしく拭き取って下さい。
- (6) 痰があがってきて喉の奥でゼロゼロという音がすることもあります。この症状は体力が低下して、自分で咳をして痰を出せなかったり、身体の水分が気管・気管支にたまることによって起こるものです。綿棒でぬぐってあげたり、拭いてあげ、清潔にしましょう。
- (7) 身体がだるくて身の置きどころがなくなると、じっとしてられず、終始手足を動かしたり落ち着きがなくなることがあります。そういう時は背中をさすってあげたり、手足をさすってあげてください。下肢がだるいときは膝の下やふくらはぎの下に座布団を折って入れたりして、少し高くすると楽になることがあります。
- (8) 寝ているとき、急に呼吸が止まったようになり、驚くことがあります。呼吸が不規則になり、10～30秒くらいの無呼吸状態が起こります。これは死が近づいたときに起こる呼吸です。あまり長い間止まって心配なときは、胸をさすってあげると、呼吸が回復することもあります。
- (9) 五感の働きが鈍くなくても、最後まで聴力は残ります。返事がなくても必ず聞こえていますから、呼びかけてあげてください。



おわかれパンフレット ▲

## 《 2. 死亡時のケア 》

亡くなるまでの過程はさまざまです。ご家族の方がおやすみになっている間に亡くなっている、ということもあります。そのようなときは、決してご自分を責めたりしないで、苦しまずに安らかに亡くなられたと思ってください。

### ●死亡時に確認する事

- (1) 声をかけても身体に触れてみても反応せず動かなくなります。
- (2) 息が止まり、しばらくしてから心臓が止まります。胸に手をあて動いていないかみてください。そして首の動脈に触れてみて触れなければお亡くなりになったと判断してください。

上記の事が確認された時間を見ておき、ご家族で充分なお別れをしてください。

それからゆっくり連絡をいただいても遅すぎる事はありません。

## 4. 知っておきたい知識・制度

土田 匡明

在宅医療は、通院不能な患者さんのための医療です。

かかりつけ医は、外来で診療していた患者さんが通院できなくなったときをきっかけに往診することから始めると、割合抵抗なく始めることができます。

訪問診療は、外来の延長線上にある診療の方法です。最初から在宅医療支援診療所として診療するには抵抗があっても、従来の往診から入ってコツコツと手ごたえをつかんでいくことをお勧めします。

ここでは、在宅医療に必要な基本的な制度等について記載します。



### (1) 医療保険と介護保険について

#### ① 介護保険の給付対象は、第1号被保険者と第2号被保険者の2種類です

1号被保険者…要介護状態にある65歳以上の者

2号被保険者…要介護状態にある40歳以上65歳未満で以下の特定疾患が原因の場合

#### 特定疾患の種類（16種類）

- がん（末期がん） ●筋萎縮性側索硬化症 ●後縦靭帯骨化症 ●骨折を伴う骨粗しょう症
- 多系統萎縮症 ●初老期における認知症 ●脊髄小脳変性症 ●脊柱管狭窄症 ●早老症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症 ●脳血管疾患（外傷性を除く）
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病 ●閉塞性動脈硬化症
- 関節リウマチ ●慢性閉塞性肺疾患 ●両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

#### ② 医療保険と介護保険の併用は原則としてできません

介護保険給付を他の医療保険給付より優先することになっています。

**例** デイサービス利用中に具合が悪くなくても往診はできない。サービスを中止し、家に帰ってから往診、もしくは医療機関に受診する。

しかし、以下のような例外規定があります。

#### 例外1

介護保険サービスによる訪問看護利用者が急性増悪等の事由により医療保険サービスによる訪問看護サービスを受ける場合、特別訪問看護指示書の発行により併用できる。

#### 例外2

同一月については併用不可だが、介護保険のリハビリテーションと医療保険のリハビリテーションの実施月が異なる場合は、併用可能となる。また、必要な場合には、診療録・診療報酬明細書に「医療保険における疾患別リハビリテーションが終了する日」を記載した場合、終了日前の1月間に限り、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日医療保険におけるリハビリテーションも受けられる。



## (2) 訪問看護ステーションとの連携

医師の指示により患者さん宅を訪問して幅広く看護を行います。訪問看護師は在宅医療を行う医師の重要なパートナーです。

### ① 訪問看護指示書

- 通常使用される訪問看護指示書です
- 指示期間は、最長6か月まで（記載がない場合の指示期間は1か月）
- 訪問看護指示書交付の際、月1回300点を算定
- 2カ所以上の訪問看護ステーションから訪問看護を提供する場合は、各訪問看護ステーションに交付する（算定は1回分のみ）

### ② 特別訪問看護指示書

- 特別訪問看護指示期間中の訪問看護は医療保険での対応
- 患者の急性増悪などにより、頻回の訪問看護が必要になった場合に交付
- 特別訪問看護指示書による訪問看護は「訪問看護指示書」が交付されていることが前提条件
- 特別訪問看護指示書の交付は原則として月1回で100点を算定
- ただし、「気管カニューレを使用している状態にある者」「真皮を越える褥瘡の状態にある者」については、月2回まで交付できる

### ③ 在宅患者訪問点滴注射指示書

- 週3日以上点滴注射を行う必要を認め、訪問看護ステーションに対して指示を行う場合に交付
- 患者1人につき週1回（指示期間7日以内）に限り、月に何回でも交付できる
- 週3日以上点滴を実施した場合、在宅患者訪問点滴注射管理料として、主治医が60点を算定できる
- IVHは対象外

## (3) 在宅療養支援診療所と在宅療養後方支援病院

在宅医療を行うにあたり、24時間対応について悩む医療機関は多いでしょう。24時間対応の必要がない患者さんが多く、一人診療所の場合は、必ずしもこの在宅療養支援診療所である必要はありません。診療報酬的には差が生じますが、その分、患者負担も少なくなります。また、在宅療養支援診療所であるため、必ずしもすべての患者さんに対して総合管理料を算定する必要もありません。自分で受け持っている患者さんの状況により、次のステップを目指すなら、以下の要件を満たしたうえで関東厚生局へ申請しましょう。

### ① 在宅療養支援診療所の要件

#### A. 通常の在宅療養支援診療所

- 24時間連絡を受ける体制の確保
- 緊急時の入院体制（連携可）
- 24時間の往診体制
- 連携する医療機関への情報提供
- 24時間の訪問看護体制（連携可）
- 年1回、看取り数等を厚生局に報告



## B. 機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）

### A. の要件に加え

- 在宅医療を担当する常勤医師3名以上
- 過去一年の緊急往診10件以上
- 過去一年の看取り実績 または 超・準超重症児の医学管理実績4件以上

## C. 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）

### A. の要件に加え

- 在宅医療を担当する常勤医師が連携内で3名以上
- 過去一年の緊急往診が連携内で10件以上、各医療機関で4件以上
- 過去一年の看取り実績が連携内で4件以上
- 各医療機関で過去一年の看取り実績 または 超・準超重症児の医学管理実績2件以上

## ② 在宅療養後方支援病院

在宅医療は、何が何でも「在宅」では困難が生じることがあります。病状、介護状況に応じて入院を組み合わせることにより、安定した在宅療養を継続することができます。

特に横須賀市では、「在宅患者入院支援登録システム」が構築されており、かかりつけ医が必要と判断したときには、スムーズに入院ができるよう連携を図っています（P.29参照）。

在宅療養後方支援病院とは \_\_\_\_\_

- 200床以上の病院
- あらかじめ当該病院に届け出ている患者について、緊急時にいつでも対応する
- 必要があれば入院を受け入れる
- 在宅医療を提供している医療機関と連携し、3か月に1回以上、診療情報の交換する



在宅療養後方支援病院…横須賀市立うわまち病院、横須賀市立市民病院、衣笠病院

入院支援協力病院……横須賀共済病院、湘南病院、自衛隊横須賀病院、聖ヨゼフ病院、よこすか浦賀病院、パシフィックホスピタル、久里浜医療センター

## (4) 保険請求

### ① 在宅医療の診療報酬の算定方法

在宅医療の診療報酬はわかりづらいとよく言われます。在宅医療を実施した際に請求できる医療費は、大きくA～Dに大別され、この合計が一月単位の報酬額となります。

#### A. 訪問診療料など

1回単位の診療行為を評価するもの。

#### B. 在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料 など

1か月単位あるいは1週間単位で、定期的に規定された回数以上の訪問診療を行い、24時間対応体制や緊急時の受け入れ病院を確保していることなど、患者の管理体制を評価したもの。複数行った場合でも1つしか算定できない。

**C. 在宅療養指導管理料 → 在宅自己注射指導管理料などの総称**

1か月単位で、医療機関が行う医療的な指導・管理(在宅酸素療法、中心静脈栄養など)を評価したもの

**D. 在宅療養指導管理材料加算、特定保険医療材料、薬剤料**

各々の在宅療養指導管理に基づき患者等へ支給した医療材料等の費用

**② 介護保険の請求（居宅療養管理指導）**

訪問診療で行う計画的な医学的管理に基づいて指定居宅介護支援事業者その他の事業者（ケアマネジャー、訪問看護師、薬剤師等）に対する介護サービス計画の策定等に必要な情報提供（利用者の同意を得て行うものに限る）。または利用者及び家族等に対する介護サービスを利用するうえでの留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に、1月に2回を限度として算定できる。

詳細は、白本（診療報酬点数表参考資料）や厚生労働省のホームページで確認してください。

**(5) 在宅医療に必要な届出と施設基準**

主な特掲診療料にかかわる届出と施設基準について記述します。

様式については厚生労働省のホームページ等よりダウンロードできます。

**① 在宅療養支援診療所（様式11）**

施設基準は前述

在宅緩和ケア充実診療所加算・在宅療養実績加算もこの様式で届出

**② 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料（様式19）**

在宅療養支援診療所またはそれ以外の診療所を選択

**③ がん性疼痛緩和指導管理料（様式5の2）**

緩和ケアの経験を有する医師について、緩和ケアの指導に係る研修（横須賀共済病院で年1回実施）を修了していることが確認できる文書を添付すること

**④ 在宅がん医療総合診療料（様式20）**

在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院であること

初めて訪問診療を始める先生にとって、施設の届出方法や指示書の書き方、保険請求の仕方など、わからないことも多いと思います。そんなときは、訪問診療を行っている先生や、このハンドブックに出てくる筆者たちに遠慮なく尋ねてください。そのほうが、より早く正しい方法がわかります。私たち在宅医は、一人でも多く訪問診療をしていただける先生が増えてくれることを心から望んでおり、協力は惜しみません。

患者さんから往診の要請があったら、往診かばんを持って出かけてみましょう。診察室は患者さんの家です。



# 5. 往診かばんの中身

金成 正浩

私は往診時に次のようなものを持参しています。

## ① 血圧計

ウェルチ・アレンのアネロイド血圧計（約13,000円）。軽くて丈夫です。カフが破損した場合など、カフのみの交換が可能です（約4,000円）。カフサイズも何種類かあり簡単に変わります。



## ② 聴診器

外来で普段使っている聴診器と同じものを、もう一つ購入しています。

## ③ パルスオキシメーター

スター・プロダクトのオニックスVantage（約65,000円）。前のモデルから使っていますが、安定性があり、耐久性も問題ないと思われます。病院搬送の一つの目安にしていますが、信頼でき継続して使用しています。比較的安価なもの（約20,000円）を試しましたが、冬場など指先が冷たいと測定できないこともあります。ただ通常的环境下であれば、低酸素の状況でも値段に違いがあっても測定の差はあまりありませんでした。



## ④ 体温計

テルモのC230（約2,000円）を使用しています。測定平均時間約20秒と比較的短く、また前回測定値を1回分記録します。

## ⑤ 採血セット

針、シリンジ、採取容器、駆血帯、アルコール綿、止血用絆創膏、医療廃棄物用のプラスチックケース（100円ショップで買ったもの）。採取した容器に名前を書き込み、患者さんごとにビニール袋に入れ間違えないようにしています。

## ⑥ その他の医療器具

ペンライト、手指消毒薬（ステア<sup>®</sup>ジェル、川本産業）、舌圧子、ディスポ手袋、ディスポセッシン12cm（イワツキ、約3,000円／30本）、ディスポメス、ガーゼ

## ⑦ 診療情報提供書と封筒、筆記用具、印鑑などの文房具

往診して入院が必要な際に使います。

## ⑧ 処方箋（薬品名を記載していないもの）

処方箋を持参し忘れた場合や往診中に急に往診を頼まれ、処方が必要だったときに記入して使います。保険医氏名だけでなく、交付年月日の付近にも印鑑を押印しておきます。交付年月日の変更に忘れると、薬局から有効期限から超過していると疑義の問い合わせが来ますので、注意してください。

## ⑨ フィルム

Kenz サージンフィルム30ミクロン（約2,500円／50枚）

仙骨部に発赤などあった場合、とりあえず貼付する際に使用します。



## ⑩ 薬の本

大きさが手頃なので選んだ『ポケット版臨床医薬品集』（薬事日報社、税込4,320円）を使っています。

## ⑪ 緊急の往診時の薬

状況にもよりますが、抗菌薬、解熱剤、制吐剤などがあれば、一日はしのげると思います。それぞれの好みがあると思いますが、抗菌薬では一日一回投与のレボフロキサシンが重宝しています。内用液もあるので、胃ろうの方には後日そちらへ切り替えも可能です。

またターミナル期の患者さんの軽い鎮静には、抗てんかん薬の座薬（ワコビタール50～100mg）をとりあえず使用しています。



## 12 その他

いつも携帯しているわけではありませんが、尿道カテーテルは比較的使われることが多いと思います。在庫負担を気にされる場合は、アルフレッサ、メディセオでは、バーデックスシルバーブリキャス(2管一般Ⅲ)なら1本単位で発注可能です。税込

み約1,700円ですが、保険点数は162点なので少し持ち出しになります。

※記載されている値段は、一般的なカタログに記載されているものなどを参考にしています。

渡邊先生の往診かばんには、こんなものも入っています。

### 1 その他の医療器具

血糖測定器、カテーテル、マーゲンチューブ、耳鼻科用ルーツェ・ピンセット、創部消毒薬(スワブスティック)、巻尺、ニッパ型爪切り



### 2 さらに必要時

ポータブルエコー、ポータブル心電計、ガイドワイヤー+ダイレーター、縫合セット

### 3 緊急時の薬

キシロカインゼリー、アズノール軟膏、ゲーベン軟膏

### 磯崎先生の往診かばんの中身拝見



### 金成先生の往診かばんの中身拝見



## ～在宅医療の進歩～

在宅で使用する機器は進歩しています。緩和医療に限って言えば、病棟内やホスピスで行う医療行為のほとんどが在宅でも可能になりました。がん終末期の方でも、我慢せずにご自宅で過ごすことにつながります。

また、検査機器が廉価になったおかげで、診療所においても血算・生化学検査・PT-INRなどが即座に分析できるようになりました。患者さんの具合が悪いときに訪問し、バイタルサイン評価と採血を行うことでかなりのことがわかり、その結果、在宅医療における医療資源追加の必要性や病院紹介のトリアージが可能となります。

磯崎 哲男

# 6. 医療の技

磯崎 哲男

## (1) 緩和ケアについて

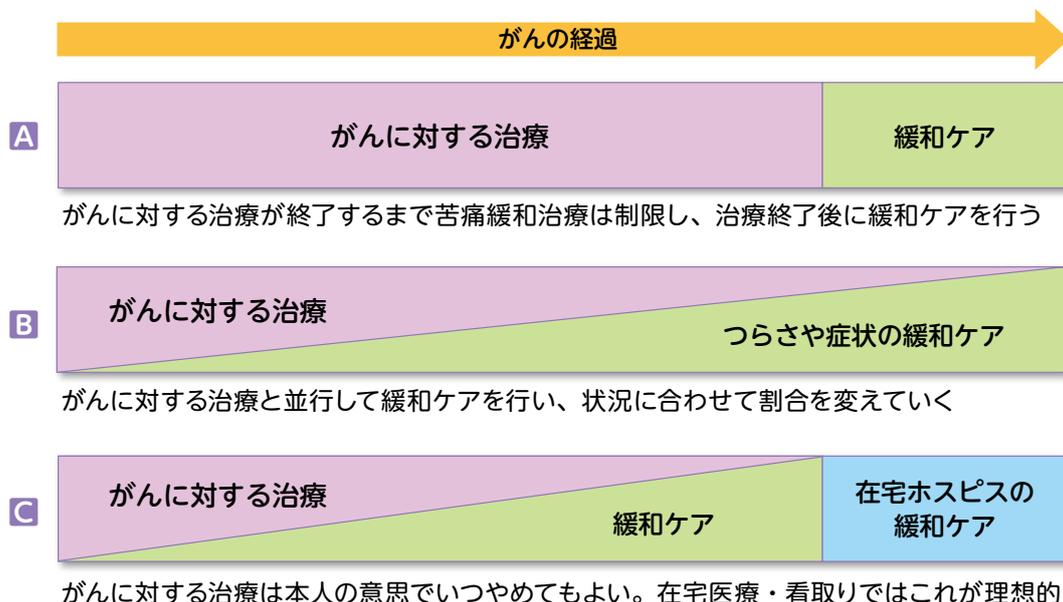
厚生労働省のホームページには『「がん対策推進基本計画（平成24年6月閣議決定）」において、緩和ケアについては、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点的に取り組むべき課題として位置付けられています。がん患者とその家族が、可能な限り質の高い治療・療養生活を送れるように、身体的症状の緩和や精神心理的な問題などへの援助が、終末期だけでなく、がんと診断された時からがん治療と同時に行われることが求められています。』と書かれています。下図（がん情報サービスホームページより）のように、がんの治療と終末期の緩和ケアを別々に考えるのではなく、がんの診断時期より身体症状の緩和のみではなく精神心理的な問題を同時に考えていく必要があります。

幅広い対応が必要になると思いますが、病院のように緩和ケアサポートチームで対応するわけにもいかず、緩和ケア研修会等で個別に学習するしかないのが現状です。しかし、在宅緩和ケアの適応になる患者さんはある程度進行した状態（がんに対する治療を中止したあと）であることが多いので、がんと診断された直後の状態で在宅医が診療することは少ないと思います。

病院での治療を中止したあとの精神的なストレスを受け止めつつ、今後、自宅療養する際の身体的症状を抑えるための医療を行うこととなります。私の経験では、本人の訴えを少し時間をとって聴いたうえで抗不安薬や抗うつ剤を使用することによって、精神的な症状はもとより、身体的な症状緩和につながることをしばしば体験しています。

### がんの治療と緩和ケアの関係

(A: これまでの考え方 B: 新しい考え方 C: もっと新しい考え方)



## (2) 疼痛コントロールについて

(がん疼痛の薬物治療に関するガイドライン2010年版より引用)

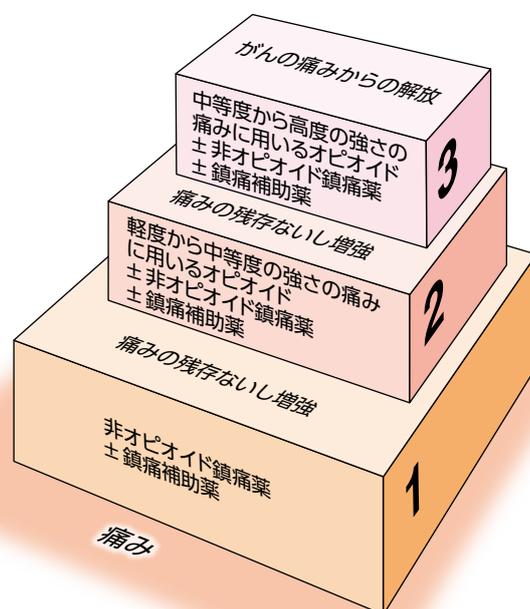
痛みの治療は薬物療法と非薬物療法の組み合わせが必要となりますが、鎮痛剤の使用が特に重要となります。在宅の方が、麻薬も少ない量でコントロールできるケースをたびたび経験します。

### ◆ WHOが推奨する鎮痛剤使用の基本5原則

- 経口的に (by mouth) 経口投与が困難であるときは座薬、持続皮下注、貼付剤などを検討する。
- 時刻を決めて規則正しく (by the clock) 突出痛に対してはレスキュードーズ (1日量の10～20%を速放性製剤で投与) が必要になる。
- 除痛ラダーにそって効力の順に (by the ladder)
  - ① 軽度の痛みには、第1段階の非オピオイド鎮痛薬を使用する。これらの薬は、副作用と天井効果 (有効限界) により標準投与量以上の増量は基本的には行わない。なお、痛みの種類によっては、第1段階から鎮痛補助薬を併用する。
  - ② 非オピオイド鎮痛薬が十分な効果を上げないときには、「軽度から中等度の強さの痛み」に用いるオピオイドを追加する。この段階でも必要により鎮痛補助薬の使用を検討する。
  - ③ 第2段階で痛みの緩和が十分でない場合は、第3段階の薬剤に変更する。非オピオイド鎮痛薬は可能な限り併用する。それぞれのオピオイドの特性を理解したうえで薬剤の選択を行うことが重要であり、基本的には一つの薬剤を選択する。モルヒネやフェンタニル、オキシコドンなどの強オピオイドは、増量すれば、その分だけ鎮痛効果が高まる。第3段階でも必要により鎮痛補助薬の使用を検討する。
- 患者ごとの個別的な量で (for the individual) 適切な量を求めるには、効果測定を繰り返しつつ、調整して行く必要がある。適切な投与量とは、その量で痛みが消失し、眠気などの副作用が問題とならない量である。
- その上で細かい配慮を (with attention to detail) 肝機能障害、腎機能障害のある患者や高齢者の場合は注意が必要である。その他不安や、抑うつなどの患者の精神状態に配慮することも重要なことである。

### ◆ 個人的な経験より補足として

- ① オピオイドを躊躇なく使用したほうが、疼痛コントロールはうまくいきます。便秘対策を併用してください。
- ② フェンタニル貼付剤は容量調整がうまくいけば使いやすい。フェンタニルの嚙肉投与・舌下投与頓用薬も販売され始めています。
- ③ 持続皮下注を行うために在宅用デバイス (クーデックシリンジクターやニプロシュワフューザーなど) があるので、シリンジポンプを用いなくても持続皮下投与が在宅で可能です。
- ④ ジェネリック医薬品の中に形状を変えたものがあります (ロキソニン内服液など)。
- ⑤ オピオイド注射薬も調剤薬局から処方箋にて払い出しが可能です。麻薬の厳密な管理から解放されます。
- ⑥ 対症指示薬 (鎮痛剤、下剤、制吐剤、眠剤等) をごく少量先に処方し、ご自宅に置いておくと時間外の呼び出しが減り、患者さんの我慢する時間が減少します。
- ⑦ 除痛にそわないで、いきなり第3段階にするほうがよいこともあります。



### 《 WHO方式3段階除痛ラダー 》

1. 非オピオイド薬…アスピリン、アセトアミノフェン、イブプロフェン、インドメタシン等
2. 弱オピオイド……コデイン、トラマドール等
3. 強オピオイド……モルヒネ、フェンタニル、オキシコドン等

### (3) 看取りについて

在宅医療の場合は病棟と異なり、心停止の瞬間がわかりません。つまり、医師は亡くなる瞬間に立ち会える可能性は極めて低いのです。ほとんどの場合が呼吸停止後にご自宅に赴くことになるので、(おそらく)心停止して時間がたってから到着することになると思います。

大事なことは、亡くなる瞬間に医療者が立ち会うことではなく、死亡診断をすることです。

自分の経験から、亡くなりそうな患者さんのご家族に以下のことをあらかじめよく説明しておくことご自宅での看取りがうまくいくと思います (P14・15参照)。

- ① 患者さんが亡くなりそうな状態であること
- ② 救急車を呼ばないで何時であっても自分たちに連絡すること
- ③ 寄り添っていても、呼吸が止まる瞬間をなかなか見届けることができないこと

救急車を呼んでしまい、救急隊からこちらに連絡があったり、搬送先の病院から連絡があったりすることがまれにあります。パニックになって救急車を呼ばないように説明することが大切かもしれません。**“看取りのときに限らず大切です！”**

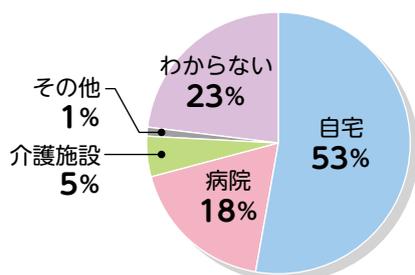
訪問看護が入っている方であれば、訪問看護師が死後の処置を行うことが多いと思います。訪問看護師にも連絡するようにご家族に伝えてください。訪問看護師が入っていない場合には、葬儀社に体を清めるサービスがありますので、それを利用する方法もあります。

死亡宣告をしたあとにご家族と少しの間、話をします。私の場合には患者さんの病歴を説明したあとに、いかに患者さんが闘病され頑張り抜いたかを讃え、さらにご自宅で看取る覚悟をしたご家族を讃えるようにしています。医療について素人のご家族がご自宅で最期まで介護・看病するということは、私たちの想像を超えた苦労があると思うからです。

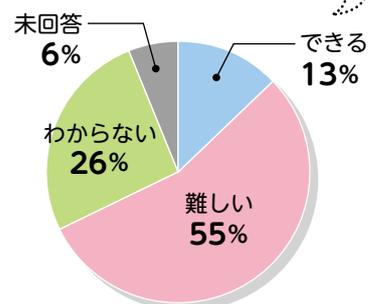
死亡診断書に亡くなった原因の病名を書き入れますが、特に亡くなる原因の疾患がなく、明らかに枯れて亡くなったときには、診断名を「老衰 (期間は不詳あるいは食が細くなった頃)」とすることも最近多くなってきました。

#### 在宅医療に関する市民の意向

どこで最期を迎えたいですか？



自宅で療養が出来ると思いますか？



平成27年度 街角在宅医療講座アンケート調査結果より

## 7. ワンポイントアドバイス



### 気軽に在宅医療を始められる方法

開院当初にご家族からの相談という形で在宅医療と直面したので、あまり深く考えずに始めることができました。そんな私でも続けられたのは、横須賀市と横須賀市医師会が、在宅医療についての先進的な取り組みをしているからだと思います。かもめ広場、多職種連携の会、ブロック会議など公のものから、役員の先生が個人的に夜間のお留守番を引き受けてくださったり、ベテランの先生に薬局を教えていただいたり、横須賀市ならではの温かさがあります。

佐藤 眞紀子

### 訪問看護ステーション看護師との連携

基本的に末期がんなどの病状変化が大きくなることが予想される患者さんの場合は、24時間対応の訪問看護ステーションにお願いしています。看護師さんが呼ばれ、患者さんの状態が悪く待つことのできないときは、訪問看護師さんから直接主治医に連絡をいただきます。タイムラグがあっても問題ないときは、ファックスで病状連絡もしくは診療所の事務に伝言をいただきます。看取りの困難例などは事後に共同でカンファレンスを開催して、今後の対策を一緒に検討しています。

西村 京子

当院では、常勤看護師3人が業務を分担しています。訪問診療担当看護師が、訪問看護ステーションとの連絡だけでなく、ケアマネジャーさん、ご家族との連絡なども担ってくれます。

私が診療中の連絡でも、緊急性の有無などを判断し、緊急であればすぐに、緊急性がなければ診療が終わったところで伝えてくれます。訪問診療担当として、患者さんを把握してくれている看護師の存在は大きいと思います。

佐藤 眞紀子

当院は、平日の日中はフルに外来診療を行っており、在宅患者さんから具合が悪いという電話がかかってくるだけでも、なかなか診察には伺えません。その患者さんが、訪問看護師さんの訪問を受けていれば、看護師さんをお願いし診に行ってもらいます。時には、看護師さんの報告で病院受診が適当と判断し、(自分は診なくても)病院へ連絡し、受診・入院とさせてもらうこともあります。一人医師の24時間体制を維持するうえで、ファーストコールを受け持ってくれる訪問看護師さんは最も重要な存在です。夜間、患者さんの具合が悪いとき、看護師さんがこちらに連絡するまでもなく対応してくれて、電話での状況報告で「先生、来なくて大丈夫ですよ」と言われると、医師が倒れないように守ってくれる女神様に思えます。

小川 伸郎

## 薬剤師との連携

薬局によって24時間対応が可能な場合と可能でない場合があります。患者さんが、かかりつけ薬局として、長年お付き合いのある薬局に基本的にお薬をお願いしています。医療用麻薬など休日夜間の処方が難しい投薬に関しては、予め予測し多めに処方しておくなど対応すれば、困ることはあまりありません。疑義照会は急ぐ場合は電話ですが、基本的にファックスで間違いがないようにやり取りします。

西村 京子

当院のある公郷町は、横須賀市内でも高齢化の割合が高く、独居の方も多いため、最初の頃は、私や看護師がご自宅にお邪魔して薬の整理をさせていただいたことがありました。このときに、残薬状況を薬剤師さんに直接お伝えするところから顔の見える連携が始まりました。最近では、訪問診療で前を通りかかったときなどに、薬局の店先で立ち話で処方のことなどお話しし、薬剤師さんがお持ちの情報を伺ったりします。私が行けなくても、看護師がちょっと情報をいただきに行ったりしています。

佐藤 眞紀子

在宅に限らず高齢者の場合は残薬がたくさんあったり、きちんと薬が飲めていなかったりすることがよくあります。訪問薬剤管理指導を使えば、医師の指示のもと、薬剤師が患者さん宅に訪問し、飲み忘れや飲み間違いの少ない服薬管理の方法を患者さん・ご家族にアドバイスしてくれます。

また一部の薬局では、手持ちの残薬と新しい処方薬を組み合わせるの一包化に対応してくれたり、薬局預かりで残薬を管理してくれる場合もあります。薬剤師の力を借りることで、服薬管理や服薬指導が随分楽になります。

朴 正晃

「お薬を全部食前に飲んでも大丈夫ですか？」患者さんやご家族からこんな質問を受けたことはないでしょうか。服薬タイミングや食事との関係で、薬剤の吸収や代謝がどのように影響するか。こんな疑問も薬剤師に尋ねてみるとよいかもかもしれません。血中濃度の推移などについての詳しい情報を教えてもらえることも度々あります。

「もっと飲みやすい薬はないですか？」という質問に対しても、薬剤師に尋ねるとジェネリックなどでの剤形の異なるものを提案してくれたりします。

朴 正晃

## 処方箋の出し方

当院では、訪問診療時に処方骨格となる定期的な処方箋を、予定処方箋として印刷して持参します。診察後、処方の変更・追加があれば処方箋に直接訂正し、訂正印を押したうえで携帯電話やスマートフォンで写真を撮り記録します。それを見て電子カルテを訂正します。処方箋原本を直接患者さんにお渡しし、ファックスをあらかじめ薬局に送るなどして対応しています。

西村 京子

当院では、訪問時に患者さんを診察し、ご家族にお話を伺って、何を処方するか決めます。あとで、ご家族に処方箋を取りに来ていただくこともありますので、2、3日分は余分に出しておきます。ずっと以前の処方内容がわからず、その場での対応に困ることがありましたので、ノートパソコンで診療所の電子カルテが確認できるシステムを導入しました。今後、さらに患者さん、ご家族との会話がスムーズになることを期待しています。

佐藤 眞紀子

## 病院との連携方法

病院によって異なりますが、基本的に病診連携室を通じて相談させていただきます。在宅患者入院支援登録システムが患者さんに非常に好評で、登録するだけで安心されるようです。

西村 京子

病院との連携において、横須賀市ならではの取り組み「よこすかリンクパスポート」の、在宅患者入院支援登録システムは優れたものです。電話で状況説明すると、温かい対応をしてくださる病院が横須賀市内にはあります。本当に開業医としては有り難い地域です。

佐藤 眞紀子

## 持続皮下輸液について

在宅で1日500～1,000mL程度の補液であれば、持続皮下輸液が、より安全で簡易であり心配が少ない。テフロン針を腹壁、背部、大腿などに刺し創保護フィルムなどで固定、生理食塩水のルートをつないで滴下する。テフロン針ならけがをする心配がない。血管が細く静脈確保に自信がなくても、皮下ならまず失敗しない。最初から皮下にもれているので点滴がもれないか神経を使わなくてもよい。血管内に比べ皮下は感染のリスクが低く、頻回に差し替えなくてよい。

心不全などでも輸液過剰になる危険が少ない。滴下を休止するとき、ロックしなくても逆流しない。もし針が抜けたときは患者さんや寝具が濡れるけど、出血する心配がない。

良いことづくめである！

春田 明郎

## 同行研修のすすめ

私は訪問診療を開始する前に、在宅医療のプロのノウハウを教えてもらおうと、野村先生にお願いし、10回くらい訪問に同行させていただきました。認知症でADLの低下している方、胃ろうやバルンを入れている方、ALSで人工呼吸状態の方、施設の多人数の方たちなど、いろいろな病気や状態の方々の訪問を見させていただき、訪問診療に対する姿勢・考え方、持参道具・備品、処方箋の出し方や会計の方法など、多くのことを学ばせてもらいました。そのあともわからないことがあるたびに電話等で質問させていただき、何とか自分の在宅医療のスタイルをつくることができました。皆さんにも、まず在宅医療を行っている先生の訪問に同行させてもらうことをお勧めします。ハンドブックや研修会などではわからない、実践的なことが学べると思います。

小川 伸郎

## 苦手ポイントの克服方法

私は外科的処置が苦手なので、助けてくださりそうな先生を見つけております。また、同胞援護会衣笠診療所との連携で、短期入院で外科的処置などをお願いすることにしております。

佐藤 眞紀子

## 駐車禁止除外指定車について

訪問診療は、すぐ近くなら徒歩で行くことがあります。ほとんどが往診車を使って行きます。ある日、訪問先の患家に駐車場がなく、私とケアマネジャーの車を、近くの道路に路上駐車しました。初回訪問のため少し時間がかかり、30分ほどたって車に戻ったところ、ケアマネジャーの車は駐車違反になっていました。私の車は駐車禁止除外指定車の申請を行い、フロントにカードを示していたため、違反を免れました。この申請は、医師会を通じて神奈川県公安委員会に出せますので、訪問診療を始めたら、医師会に相談しましょう。

小川 伸郎

# 8. 横須賀市医師会のお助けツール



## かもめ広場（在宅医療推進連携拠点）とは

かもめ広場は、横須賀市医師会において、在宅医療の推進と関係機関・関係職種との連携に関する業務を担当し、在宅医療委員会の各事業実施機関として活動しています。

以下、在宅医療を実施する際の主なお助けツールをご紹介します。

### 1 よこすかリンクパスポート

在宅患者さんが、医療・介護に関する情報を収納し、携帯するためのファイルです。かかりつけ医をはじめとする、医療、介護関係スタッフが患者さんの病状、治療状況をはじめとする医療・介護情報を共有し適切で安心安全な在宅医療を継続するために活用します。いわば“在宅医療・介護関連の通行手形”の役割を果たしています。



- 発行するのは：かかりつけ医が在宅療養を行う患者さんに発行します。
- 同意書は：リンクパスポートにより情報を共有することについて同意のサインをもらいます。
- 管理する人は：患者さんの情報なので、ご本人・ご家族が管理します。
- 記入は：記入の負担を軽減するために、関係書類の差し込みでも構いません。
- 情報共有する人は：  
患者さんとそのご家族・かかりつけ医・ケアマネジャー・訪問看護師・訪問介護員等の介護職  
入院したときは病院主治医・看護師・医療ソーシャルワーカー等  
救急車を呼んだときは救急隊員
- 診療所にリンクパスポートの在庫がなくなったら：かもめ広場に連絡してください。

### 2 在宅医療実施医療機関検索システム

- 当医師会ホームページの在宅医療のページより、医療機関名・来てほしい住所・診療科目・診療内容等の条件から、希望に合った在宅医療実施医療機関を検索することができます。
- 在宅主治医だけでなく協力医や専門医の参加もあり、病診連携・診診連携・関係職種連携の拡大や強化を目指します。



お問い合わせ先：かもめ広場（直通）046-824-6430

### 3 在宅患者入院支援登録システム

- 急な病状悪化や検査・治療で入院が必要になるときのために、あらかじめ患者さんの情報を入院支援協力病院に提供することで、病床の確保をスムーズに行うものです。
- かかりつけ医が入院先を無理なく確保することにより、患者さんだけでなく患者さんを支えているご家族も支援するものです。
- 長期療養を目的とした入院ではなく、退院後に在宅医による診療を継続する患者さんが対象です。
- 在宅療養後方支援病院では、事前にカルテ等を作成することができ、迅速な対応が可能となります。ベッドの空き状況などにより入院対応ができない場合は、後方支援病院が責任を持って適切な医療機関へ紹介します。
- 在宅患者さんが直接病院へ行くシステムではありません。かかりつけ医が病院での診察が必要と判断した場合は、必ず受診前にかかりつけ医から病院への連絡をお願いいたします。

### 4 在宅医療・介護情報共有システム「かもめネット」

- 患者さん同意のもと在宅医がリーダーとなり、医療・看護・介護等関係職種とタイムリーに患者情報を共有することで、病診連携・診診連携に必要なスムーズな連携が可能になるネットワークシステムです。
- スマートフォンやタブレット端末にも対応しているので、外出先など必要なときにどこでも情報を閲覧することができます。
- 病院担当医は、在宅での治療経過を確認でき、また、緊急入院の場合でも、担当医師が情報を閲覧することができます。
- 電話・ファックスによる連絡の負担を軽減し、クラウド活用による情報セキュリティが確保できます。
- 画面を活用することにより記録の手間が省けます。緊急時には重要事項の通知ができるのでタイムリーな連絡・情報共有ができます。

### 5 研修会・勉強会

- 医師のための在宅医療セミナー
- かかりつけ医セミナー
- 多職種合同研修会（顔の見える関係づくりができます）
- 在宅医同行研修（在宅医療の現場を経験しましょう）
- 診療所主導型在宅医療学習会
- 地区ブロックにおける研修会等



# 執筆者紹介 — 在宅医療委員会 —

◆委員会委員長  
大畑医院

院長

塚本 光嘉



◆委員会副委員長  
金成医院

金成 正浩



◆委員  
横須賀中央診療所

院長

春田 明郎



◆委員  
上町在宅クリニック

院長

渡邊 誠一



◆委員  
ながいクリニック

院長

小川 伸郎



◆委員  
野村内科クリニック

院長

野村 良彦



◆委員  
フロムワン附属診療所

院長

佐藤 眞紀子



◆委員  
秋谷潮かぜ診療所

院長

西村 京子



◆委員  
汐入ぱくクリニック

院長

朴 正晃



◆横須賀市医師会会長  
遠藤胃腸科外科医院

院長

遠藤 千洋



◆横須賀市医師会副会長  
三輪医院

院長

千場 純



◆理事  
三屋内科

院長

三屋 公紀



◆担当理事  
小磯診療所

院長

磯崎 哲男



◆副担当理事  
湘南山手つちだクリニック

院長

土田 匡明





## ～ あんな坂・こんな坂・せま～い道～

横須賀には三浦半島のチベットといわれる地域があり、急な坂道・長い階段・狭い道があります。以下のことを訪問前に確認しておくといいいでしょう。

- ① 訪問先に坂道、階段があるか
- ② 訪問診療車が患者さんのお宅まで入れるか
- ③ 訪問診療車の駐車スペースがあるか
- ④ 駐車禁止除外指定車のカードをお忘れなく  
… 普段から足腰を鍛えておきましょう！ …



## 編集後記



横須賀市医師会は、平成 24 年に在宅医療推進連携拠点「かもめ広場」を開設し、平成 26 年には在宅医療委員会を設置して在宅医療の推進に本格的に取り組んできました。多くの手ごたえを感じてはいますが、2025 年に向けまだまだ十分ではありません。

そのような状況の中、在宅医療委員会で、「在宅医療への取り組みを進めるきっかけになるような横須賀市医師会独自のテキストを」という提案があり、この冊子を作成することになりました。

ご多用中、原稿を寄せてくださった先生方ありがとうございました。おかげさまで横須賀らしい在宅医療の姿が感じられる冊子になったと感じています。

作成の過程で、在宅医療に関わる医師としての意欲と想いを知ることができたことも大きな収穫でした。

この冊子が、これから在宅医療に取り組む、あるいは、在宅医療をさらに進めようとしている医師のお役に立つこと、そして、横須賀市民のために在宅医療をさらに前に進める一助になれば、このうえない喜びです。さらに、この冊子が、在宅医療に取り組む医師同士の情報交換、意見交換のきっかけになることを願っております。



◆ 「在宅医療ハンドブック」編集委員



2017年3月発行

発行 横須賀市医師会 かもめ広場

〒238-0005 横須賀市新港町 1-11

Tel: 046-824-6430

この冊子は、神奈川県による「平成28年度地域在宅医療推進事業」の補助により作成いたしました。



環境に配慮し、古紙配合率80%以上・グリーン購入法総合評価値80以上の用紙及び植物油インキを使用しています



禁無断転載