



医師の
ための

在宅医療ハンドブック

在宅医療のはじめ方・すすめ方  Part2



横須賀市医師会 かもめ広場

発 刊 に 寄 せ て

団塊の世代が後期高齢者となる2025年まで、残すところあとわずかになってしまいました。

横須賀市での在宅医療ニーズのピークは、全国の2040年よりも早く2035年ころになると推計されています。多くの市民は、病気になっても「住み慣れた地域や自宅で療養したい」と考えています。

在宅医療は、外来診療の延長線上にあり、患者さんに寄り添い、希望する生き方を支え、命の最終段階までの日々を、関係する多職種とともに伴走するものです。

横須賀市医師会は、市民に信頼される質の高い在宅医療をいつでもどこでも受けられる環境づくりを目指し、2012年から本格的に在宅医療推進連携事業に取り組んできました。そして、この取り組みに、多くの会員医師が参加することを目指して活動しています。

在宅医療への取り組みに関する不安を軽減し、まずは始めるきっかけとなるよう、2017年に「在宅医療ハンドブック」を作成しました。このたび、その後の社会・医療体制や市民の意識の変化に対応するため「在宅医療ハンドブックPart2」を発刊することになりました。

この冊子は、すでに発行されている様々な在宅医療関連テキストを補完する構成になっており、在宅医療委員会委員を中心とする会員の執筆により、手作りの親しみやすい内容となっています。

この冊子が活用され、在宅医療を始める、あるいはもう一步前に進める一助になることを願います。

一般社団法人横須賀市医師会
会長 三屋 公紀



目 次

発刊に寄せて	2
1. 在宅医療を始めてみませんか	4
横須賀市における在宅医療の現状と将来推計	5
2. 在宅医療を始めるにあたって	6
(1) 在宅医療って敷居が高いですか？	6
(2) 在宅医療を始めたきっかけ	6
(3) 訪問診療を始める時に伝えること	6
(4) 私の「なんちゃって在宅医療」	7
(5) 在宅医療の醍醐味	7
3. 安心して取り組むために（不安解消に向けて）	8
(1) 在宅医療に取り組む基本姿勢	8
(2) 専門外の診療で大切なこと	9
(3) 専門医との連携	10
(4) 専門医からのメッセージ	11
(5) 多職種との連携（上手な関わり方）	12
(6) 無理なく24時間対応するために	14
(7) 困った時の相談	15
4. さあ！在宅医療に取り組もう	16
(1) 必要なスタッフ	16
(2) 多職種との関係構築	18
(3) 訪問看護ステーションとの連携	19
(4) 訪問診療の始め方	20
(5) 初回診療で行うこと	21
(6) 入院が必要になった時には	22
横須賀・三浦地区の病院紹介	23
●小児在宅医療について	27
5. 人生の最終段階における医療（終末期医療）	28
(1) 寄り添う看取り	28
(2) 緩和ケアについて	30
(3) 疼痛コントロールについて	31
(4) ACPについて（Advance Care Planning）	32
(5) 死亡診断書の作成	34
● 我が街 横須賀の赤ひげ先生 ご紹介	36
6. 知っておきたい制度・診療報酬	38
(1) 医療保険と介護保険	38
(2) 訪問診療を行う診療所の種類	38
(3) 在宅療養後方支援病院とは	40
(4) 保険請求	40
(5) 在宅医療に必要な届出と施設基準	40
7. 在宅医療現場における暴力やハラスメントの予防と対応	42
8. 在宅医療に関する相談先	43
9. 横須賀市医師会のお助けツール	44
執筆者紹介	46



1. 在宅医療を始めてみませんか

湘南山手つちだクリニック 土田 匡明

現在、日本ではかつてない高齢化が進んでいます。

横須賀市においては、高齢化率は既に全国平均を上回り30%を超え、2025年には32.5%に達すると見込まれています。

在宅医療ニーズの把握を目的とした市民へのアンケート調査によれば、「医療や介護が必要になっても住み慣れた自宅で暮らしたい」と希望する人が約6割という結果がでています。しかし、実際の自宅での死亡率は25.1%で、希望と現実は大きく乖離しています。

一方で、現状では約半数の方が病院で亡くなっていますが、今後の後期高齢者人口の増加により1年間で亡くなる高齢者数が増加すると、病院の病床数に制限があるなかで、亡くなる場所が確実に不足します。

このような状況のなかで、住み慣れた地域に必要な医療・介護サービスを受けつつ安心して自分らしい生活の実現が望まれ、自宅や介護施設で受けることができる医療、すなわち「在宅医療」が注目され、その充実が喫緊の課題となっています。

当医師会が作成した「在宅医療ニーズ推計」によると、2020年を1とすると、2025年は1.5倍、2035

年は1.8倍、2040年には1.7倍の在宅医療が必要になります。

現在、在宅医療を行っていない医師のなかには、「在宅医療は、どのように始めたらいいか、どのように取り組めばいいかわからない」「24時間対応、急変時の対応が大変」などの理由で躊躇している方もいるようです。

「在宅医療とはどのようなものかイメージしにくい」「どのようにしていけばいいかわからない」ということが、在宅医療をしてみたいという医師に二の足を踏ませているのではないのでしょうか。

そこで、「在宅医療を始めたいが、どのように取り組めばいいかわからない」とお考えの先生方のために、このハンドブックの作成を企画しました。在宅医療に対する不安を少しでも取り除き、在宅医療を始めるきっかけになればと思います。

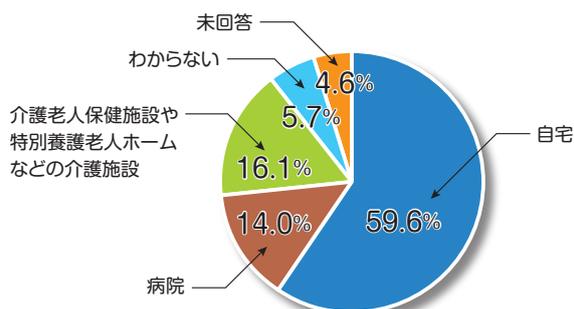
わからないこと、不安なことがあれば、かもめ広場に連絡してもらえれば、在宅医療委員会のメンバーがバックアップしますのでご安心ください。

まずは外来に来られなくなった患者さんから
在宅医療を始めてみませんか！

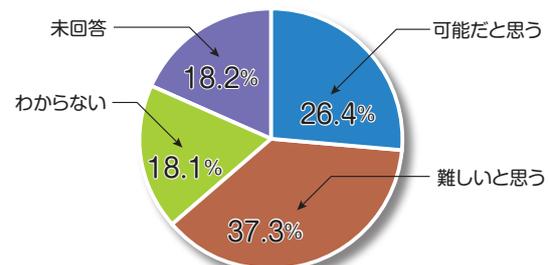
《 在宅医療に関する市民の意向 》

2020年～2022年度 街角在宅医療講座アンケート調査結果より

医療・介護が必要になった時どこで療養したいですか？



自宅での療養が可能だと思いますか？



◀ 横須賀市における在宅医療の現状と将来推計 ▶

● 横須賀市の年齢区分別人口の将来推計

横須賀市の人口は、2045年には30万人を割りその後も減少の一途をたどる見込みである。

減少が大きいのは、年少人口と生産年齢人口で、高齢者の減少は2025年から微減となるが、後期高齢者人口は、2025年にピークを迎えその後の減少はさらに緩やかである。

※ 国立社会保障・人口研究所推計及び国勢調査（横須賀市基本構想・基本計画YOKOSUKA VISION 2030引用）

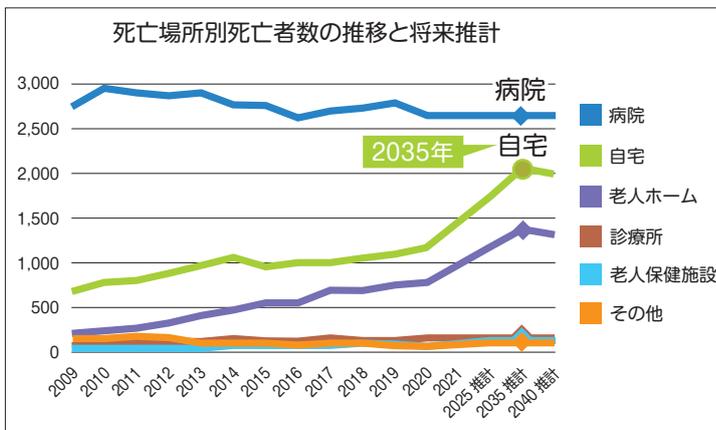


● 死亡場所別死亡者数の推移と将来推計

病院・診療所での死亡が、現状維持されると仮定して推計すると、自宅死亡者が2035年にピークを迎える。

すなわち在宅医療ニーズは2035年まで増加する。

※ 横須賀市衛生年報データから推計



● 在宅療養支援診療所患者数の推移と将来推計

自宅死亡数推計から在宅療養支援診療所の患者数を推計するとピークとなる2035年には2021年の約1.8倍となる。

※ 在宅療養支援診療所に係る報告書データから推計

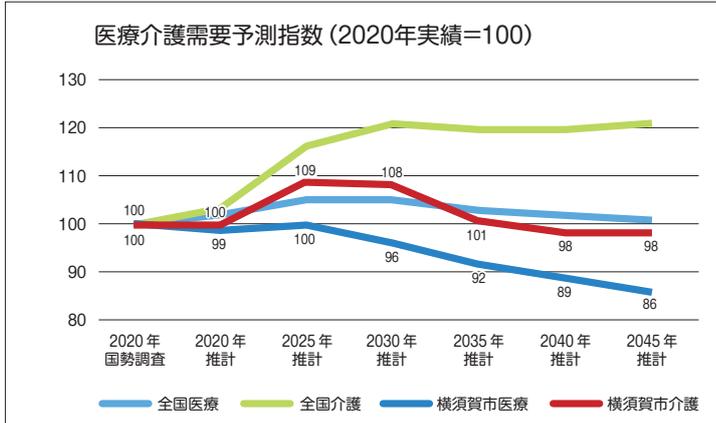


● 横須賀市の将来人口推計から見る医療・介護ニーズ推計

横須賀市の医療ニーズは、2020年を1とすると2045年には0.86に減少する。

※ 地域医療情報システム（日本医師会）2021年係数は2015年からの増減率を勘案して算出

これらから、診療所の外来患者数が減少する一方で、訪問診療ニーズが増加することが予測される。



2. 在宅医療を始めるにあたって

秋澤医院 秋澤 暢達

(1) 在宅医療って敷居が高いですか？

患者さんからの要請によって赴くのが昔ながらのイメージどおりの往診ですね。単回かせいぜい数回の行き来で治癒するなり入院紹介するなり方向性が決まるでしょう。

では、訪問診療の概要はどうでしょうか。患者宅に赴くのは同様です。ただし毎月の外来診療の場所を患者宅に置き換えた診療と言ったら判りやすいでしょうか。

そう考えると、すぐに思い当たるのが検査はどうするのか。血液検査はまだしも心電図や超音波、レントゲンなど出来ないのではないかと、とてもじゃないが満足な検査も出来ないのに判断もできない…と。

また、24時間365日？深夜休日はどうするの？ちょっと考えただけでもハードルが高くて思考停止しそうです。日々の外来診療だけでも大変だし、そちらを充実させたほうがマシだよと思われても仕方ありません。

でも結論を急がないでください。

訪問診療に対するニーズは、実は様々です。当然ながら患者さん個々の要望、その生活スタイルや疾病、考え方などの色々な要因によって優先順位があります。

常に医療者が傍にいて要請したら即応してほしい、いつも同じ先生に対応してほしい。病院紹介するなら在宅療養支援病院よりも在宅療養後方支援病院にしてね、等。要望の多い人は確かにいらして、とてもではありませんが、そのすべてにお答えすることはできない内容もあるでしょう。

拘束時間や点数計算などの課題のために、私も当初は二の足を踏んでいましたが、あるきっかけで一步を踏み出すことが出来ました。

(2) 在宅医療を始めたきっかけ

開業して1年を経ようとするころ、末期がんと診断された患者さんが逆紹介で戻ってきました。「近いうちに動けなくなってしまうのが最期を看取ってほしい」と。それほど長くない期間でしたが、私の外来に定期的にいらしてくださって四方山話をする間柄からお互いの気心も分かり合っていた彼女は、医師一人の医院で子供もまだ小さく夜間はほぼ対応できないことも理解した上で「知らない先生では嫌なので、貴方に看取ってほしいのよ」といわれ、思い直しました。

「もう少し早くがんに気が付くことができれば」と気兼ねする気持ちもありましたが、彼女の気持ちに沿うのが務めであり贖罪になるだろうと。それから昼休みを使って彼女が身を寄せた隣の娘宅まで伺うことになりました。

(3) 訪問診療を始める時に伝えること

私は訪問診療を開始するにあたり、次の事柄等を患者さんにあらかじめ断っておきます。

●夜間診療について

医師一人のため死亡診断以外では夜間はほぼ対応不能です。状況によってはその死亡診断さえも翌朝になるかもしれません。

●自分の診療方針・死生観について

やたらな延命治療は請け負えない。これは自分が経験し考えついた自分なりの死生観です。

在宅訪問診療をする医師としては出来ないことだらけで申し訳ありませんが、自分にできる訪問診療が患者さんの望む訪問診療の内容と異なるようでしたら辞退もします。

でも、そんな医者はいえそんな医者だからこそ、必要としてくれる人もいるのだと信じています。



(4) 私の「なんちゃって在宅医療」

訪問診療の点数算定は、

- (1) 機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）
- (2) 機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）
- (3) 在宅療養支援診療所
- (4) その他

の4つに分かれていて、私は在宅療養診療所の要件に当てはまらない(4)のその他で保険請求しています。算定できる点数が最も少ないのですが、何より拘束される条件が少ないため精神的にも肉体的にも無理なく医者一人での訪問診療が続けられます。

1か月30日の間に訪問診療医が患者さんと共有する時間は僅かです。ほとんどの時間を生活する自宅において患者さんの生活を手助けするのは、介護職をはじめとした多くの職種の方々です。

多くの社会制度やシステムの中で、多くの職種の方々が協調しあって個人を支えています。まちの中に溶け込んでいく訪問診療医は、勤務医時代には接することの少なかった多くの人々に出会い、目新しいポキャブラリー（医療保険、介護保険、福祉制度、民生委員、消防救急、介護タクシー、民間救急、訪問看護、訪問介護、訪問歯科、成年後見人制度、包括支援センター、ほっと館、身体障害者手帳、特別養護老人ホーム、老人健康保健施設、グループホーム、デイサービス、ケアマネジャーetc.）を知って、多くの事を学ぶことになるでしょう。

そして、その方々は何より頼りになり、私のなんちゃって訪問診療を支えてくれています。

(5) 在宅医療の醍醐味

あまり難しく考えずに、かかりつけの外来患者さんから「先生、死ぬときはきっと看取ってよ」と言われたら「もちろん最期は私が看取るよ、約束するよ」と気軽に言ってあげてください。

約束なんて言葉を安易に使えないと言われるでしょうが、もう幾日もない最期の期間を過ごすときに、信頼を寄せる医師にそのように言われるだけで、患者さんの気持ちは救われるのではないのでしょうか。

状況によっては、その安易な約束を果たせないかもしれませんが、患者さんはきっと理解して許してくれるでしょう。

かかりつけ医の見守りの中、最期の時間を過ごされるその方はかかりつけ医を「私の先生」と思ってください、そのことは、町医者として生きるあなたの気持ちが救われるものかもしれません。



3. 安心して取り組むために（不安解消に向けて）

(1) 在宅医療に取り組む基本姿勢

まちの診療所つるがおか 千場 純

#地域包括ケアシステム #福祉医療

在宅医療元年は1986年、その時に初めて医師が定期的に自宅に出向いて行う訪問診療という概念が出来ました。次いで1998年には24時間対応の訪問診療という難易度は高いが高額診療報酬の要件（在宅療養支援診療所/在宅時医学総合管理料）が与えられています。さらには2000年4月の公的介護保険の導入と相まって、今や我が国では在宅医療があって当たり前になっています。しかし、忘れてならないのはそれ以前、1961年に国民皆保険制度が確立して以来の地域医療を担う諸先輩（今で言うかかりつけ医）たちは、対応する診療報酬がないにも関わらず、患者さんからの要請に応じて深夜の往診にも対応していたのです。

もちろん社会情勢は現在と大きく異なりますので一概に比較はできません。しかし、そもそも医療とは「求められればなんとかしよう」というごく当たり前の人情（思い遣り）をもって、専門性の高い医学的知識や手法で治療に取り組む行為（お節介）であり、その報酬があろうとなかろうと、まずは応対して施療に当たる…それが当然の行為です。そしてそれに対して（結果として）診療報酬が与えられるようになった…そんな認識で我が国の保険診療は目覚ましく普及してきました。すなわち、私たち医師は、もとより医療手段による人助けを行う仕事を担い、そして他者の生死を扱う重大な職務を任されている専門職として昔も今も存在し続けてきました。

その一方で、全国的に急増した病院医療体制の充実や24時間対応の救急医療、即受診即入院と長期療養の時代を経て、高度先進医療の発達やがん治療/緩和医療の普及などを推進し、その結果としての後期高齢者の急増にもよるところが大きい高額医療負担の課題が国を挙げて在宅医療の普及を後押しする背景となったことは明白です。

これからの我が国・わがまちの暮らしを支えるための「地域包括ケアシステム」…それが目指すのは我が国が抱える「2040年問題」を解決するための地域完結型の社会制度の構築です。その中でこの先の在宅医療が求められる役割は極めて大きなものになります。すなわち、介護や福祉分野との連携を深めて評価される「地域の社会資源化」であり、このところおさなりになりつつある福祉医療の再興を問われる分野でもあるでしょう。

そのために心がけることは、とにかく患者さんやその家族、あるいは地域住人の方々とのコミュニケーションを図ることです。出会いと語らいの場は日常診療の中でたくさん得られるはずですから、まずは話を聴く、そして話す…相手を理解すると同時に理解してもらうための努力や工夫が必要でしょう。そんな日々の交流を絶やさず、多職種あるいは多業種と日頃から連携をとり行える準備（学び）と実践（行動）を怠らずにひたすら向き合っているうちに、いつか最終的には皆さんは“地域のお宝資源”となっていけるでしょう。

そして、医療の本質である「醫の心」を常に懐中に納めて患者とその家族に対峙し、その暮らしの中で最善の医療を提供すればその時こそ（医師ではなく）真の「醫者」になることが叶うと言うものです。



(2) 専門外の診療で大切なこと

フロムワン附属診療所 佐藤 眞紀子

一般内科医として開業しておりますと、様々な訴えの患者さんを拝見し、それぞれ、絆創膏を貼るだけのような、小さな外科的処置もします。先生方が、日頃していらっしゃる日常の外来診療も多様で、専門、専門外の区別はあまりされないのではないのでしょうか。

日本医師会のホームページを見ますと、「かかりつけ医の務め」の中に、「必要なときには、適切なタイミングで適切な専門の医師や医療機関につながります。そのために日頃から、地域の医師たちとの対話を深め、患者さんをチームとして支えます。」という文章があります。一人で抱え込まないで、チームで患者さんを支えるという考え方は、外来だけではなく、在宅医療でも心強い方法です。

地域の医師間との連携

外来診療においては、身近なかかりつけ医としての医療の範囲では手に負えないと判断するとき、例えば診断に迷うときや、専門的な治療が必要と考えるとき、病院や専門科のドクターに紹介します。

在宅で拝見する患者さんは、自分の外来に通院しておられた方が通えなくなって在宅に移行するか、病院で専門的な医療を受けて治療の方向性も固まって、近くの訪問診療医に紹介、という方が多いと思います。どういう患者さんか、「専門外」なのかどうかは、その時点で知ることができます。

在宅訪問診療では、専門外来とは違い専門的な高度医療が必要というより、『毎日の患者さんの生活に寄り添い支える』ことが大切ですから、医学的な専門は飛び越えて、お引き受けします。そして、診断をつけてくださった専門科のドクターにご相談しながら、診療することができます。

重症褥瘡や尿道カテーテル困難例など、一般内科医が訪問診療を行うときに遭遇する「専門外」については、次のページにありますのでお読みください。

多職種との連携

訪問診療では、毎日の患者さんの生活に寄り添い支えることを書きましたが、この部分は何科の先生にとっても「専門外」といえるかも知れません。

「主役である患者さんの生活」という部分は、患者さんとその家族が一番詳しい専門家だと思っています。そして頻回に患者さんに接する訪問看護師さん、介護職の皆さんも、私たち医師より「その患者さんの生活」についての専門家です。多職種連携の重要性はここにもあります。多職種連携については、12ページに詳しく書かれていますのでお読みください。

「専門外」医療のためだけではなく、患者さんを中心にいた医療の実現のためには、医師同士、多職種での連携が大切です。横須賀には、それに応えてくださる心ある仲間がいます。

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作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



(3) 専門医との連携

ながいクリニック 小川 伸郎

一般内科・外科医が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浅い知識で軟膏などを処方してみますが、必ずしも良くなりません。何とか皮膚科外来を受診できる患者さんは行ってもらいますが、寝たきりで動けない患者さんは、皮膚科の先生が来てくれたらと思う場面が必ずあります。

私が訪問診療を行っているエリアには、お願いすると往診し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、顔のひどい湿疹などで往診をお願いしました。眼科の先生も来てくれます。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。往診してもらわなくても、わからないことを他の専門医に電話やメール等で質問し、解決することもしばしばあります。

これから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、専門医・在宅医

療の協力医にぜひ相談しましょう。

具体的には

- 同じ班の他の専門医と、いざという時電話やメール等で相談できる関係性を作っておきましょう。同じ班の他の専門医で、訪問診療をしている先生を把握しておきましょう。
- 相談する専門医が見当たらない場合、医師会のホームページから検索ができます。

「在宅医療」→「在宅医療機関案内」→「在宅での診療科目で探す」→検索

- ① 在宅医療実施医療機関(専門医として訪問診療を行っている医療機関)
- ② 専門医あるいは協力医(主治医にはならないが在宅患者・在宅医の要望に応じて訪問診療を行い支援する医師)

の2つが出てきます。ご自分の訪問診療を行っているエリアに近い先生に、ご相談ください。下記に、現在医師会の在宅医療機関案内に登録のある、内科・外科以外の専門診療科をまとめました。

内科・外科以外の在宅医療実施医療機関/専門医・協力医(2023年9月現在)

診療科目	眼科	泌尿器科	整形外科	精神神経科	皮膚科	耳鼻科	小児科	その他 (婦人科・脳外科など)
専門医あるいは協力医(★)	4件	2件	4件			4件	2件	1件
在宅医療実施医療機関(●)	2件	3件	2件	4件	5件		5件	8件



(4) 専門医からのメッセージ

新村皮フ泌尿クリニック 新村 武明

皮膚・泌尿器科

武山地区にて皮膚科泌尿器科を開業している新村です。開業以来30数年在宅医療にたずさわっています。

まず、泌尿器関連における診診連携で内科総合医よりコンサルトを受けるのは、排尿カテーテル挿入困難または不可能症例です。チーマンカテーテルやゼリー注入にて留置可能例もありますが、在宅での尿道拡張及び膀胱瘻造設は危険で不可能なため病院の泌尿器科で処置し、その後も留置困難例では当科にてカテーテル交換のみを引き継ぐことになります。

またカテーテル留置中の患者さんのなかには、自尿が可能な方もいるので、残尿量やいろんな条件下でカテレス、いわゆる間欠導尿の状態にできることもあります。カテーテルが頻回に閉塞する症例では訪問看護師による頻回の膀胱洗浄、女性ではカテーテル交換をお願いしています。

皮膚科領域では重症の褥瘡、水疱性疾患、悪性腫瘍、種々の感染症、寄生虫でのコンサルトが多いです。水疱性疾患、悪性腫瘍、重症感染症では病院皮膚科を受診してもらい、確定診断、手術、抗生剤点滴加療をしてもらい、その後主治医にお返しするか、症例により当科でfollow upする症例もあります。

最近は一人の高齢者が種々のサービスを受けており、万が一その患者さんが疥癬に罹患すると、各サービス施設、入所施設で感染が蔓延し、終息に多大なエネルギーを費やすことになるため、治療抵抗性、頑固な痒みのある方は早急に皮膚科医に紹介をお願いいたします。

最後に在宅医療での内科総合医と各専門医では診療報酬には大きな格差があり、また訪問回数にも制限があります。それが、各専門医の在宅医療への意欲をそくものであり、早急な改善が望まれています。

汐入メンタルクリニック 阿瀬川 孝治

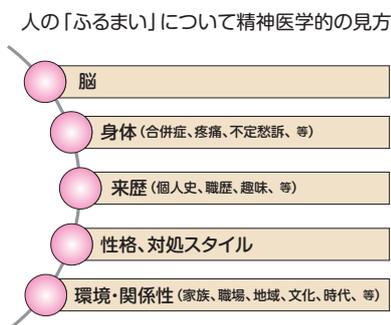
精神科の立場から

まずは総論的なことから。在宅医療と精神科臨床とは親和性が高いです。2つ理由をあげておきます。

(1) キュア (Cure) よりもケアを重視することが多い。在宅医療を希望する人の多くは慢性疾患、緩和医療が中心になることが多いと思います。精神科も薬物療法がよくなってきたとはいえ、まだケアに重きを置いています。

(2) アセスメントのこと。診療計画上の情報収集や整理の仕方も似ています。精神科ではざっくり①脳、②身体、③来歴 (生活史、現病歴)、④性格・対処スタイル、⑤現在の生活環境、などで情報を整理します (図参照)。在宅医療の現場では、複数の問題を抱えている人も多く、(a)疾患、(b)ADL、(c)認知機能、(d)本人の思いや悩み、(e)周囲のサポート・生活環境 (住宅、経済面も含めて)、などをアセスメントしていると思います。

これから増えるであろう意思決定支援 (人生会議) を進める際には、上記のような包括的なアセスメントは参考になるはずで、本人や家族との関係づくりにも役立ちます (きっと)。



各論です。

(1) 知っておきたい疾患:在宅医療における精神科的な Common Diseasesとしては、認知症、せん妄、うつ (いわゆる“3つのD”です)、そして睡眠障害があります。

3つのDの鑑別の進め方としては、①せん妄、つまり意識障害 (変容) の有無について確認する。あれば、原因検索とケア。なければ②うつと認知症の鑑別ですが、発症からの経過、現症などで分かることも多いですが、合併していることもあります。自傷他害リスクや介護者の負担が多いなど、緊急性が高いようであれば、精神科に相談してみてください。当医師会には精神科を標榜している在宅支援診療所が4カ所あります。認知症とうつ病については「かかりつけ医対応力向上研修」が数年に1回開催されます。ぜひ受講なさってみてください。

(2) 薬剤使用について:在宅医が向精神薬の処方求められるのは、睡眠障害、認知症の不穏～BPSDに對してのことが多いと思います。不眠症治療薬は近年、有効性・安全性でバランスのよいものがでていまして、比較的安心して使えると思います。BPSDなどに対しては抗精神病薬 (クエチアピン、リスペリドンなど) を使わざるを得ないときがあると思います。原則として低用量 (例:クエチアピン12.5mg錠0.5~1T、リスペリドン0.5mg 0.5~1Tなど) で始めて、効果と安全性をみながら、ゆっくりと用量調節することが大事です。

“Start Low, Go Slow!”が基本です。

(5)多職種との連携(上手な関わり方)

大畑医院 塚本 光嘉

在宅診療では、医師は患者さんの病気を中心に関わ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と家族の望みに添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では、薬物投与による緩和治療や問題行動をとまなう認知症患者への薬物投与など、医師が強く係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自宅で過ごしています。

そのような方の日々の生活は、私たち医師の訪問診療と併せて、訪問看護師を始めとする多くの多職種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どうも出来ないわけがないのですから。

もちろん、訪問看護指示書を始め、医師の指示に基づき多職種が患者さんに係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、患者さんに係わる多職種からの情報が非常に大切で、日常生活において何がどのように出来ないためにどのように困っていて、どうすれば生活の質が向上するか等は、訪問回数の多くない在宅医より他の職種の方のほうが必要で的確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、在宅医ひとりが管理しようとするよりは、患者さんの生活の質をより向上す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の一員として、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ってほしいです。

多職種との情報共有のためのアイテムとして、横須賀市医師会で作成した「よこすかリンクパスポート」があります。患者さんのベッドサイドなどに置いていただき、医師を含めて多職種の方が訪問した際に、緊急時の連絡先や共有をしたい情報をいれて、閲覧できるようにしてあります。

気を付けておきたいことは、何人もの患者さんを担当しているのは医師だけではなく、多職種の方たちも同様です。介護報酬に縛られて時間単位で動かなくてはならないことや働き方改革により勤務できる時間帯も制限されており、そのような事情をお互いに理解して患者さんの医療、介護に取り組んでいきましょう。

多職種との連携をスムーズに運ぶために、横須賀市が多職種連携のための「よこすかエチケット集」を発行していますので、そちらも参考にしてください。「横須賀市 エチケット集」で検索できます。

また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。



各地域で開催されるブロック会議へのお誘い

横須賀市では、切れ目のない在宅医療・介護サービスの提供と市内各地域の在宅医療の推進を目的に、地域ごとに4カ所のブロック連携拠点を設置しています。聖ヨゼフ病院・衣笠病院・よこすか浦賀病院・横須賀市立市民病院が拠点となり、地域の在宅医のネットワーク構築と多職種連携を図るため、定期的にブロック会議を開催しています。

拠点病院から、開催案内が送られますので、ぜひご参加ください。地域の情報を得ることができ、その地域で活動する医療・介護スタッフと、顔の見える関係を構築することができるので、お勧めです。⇒P15



在宅医療でお世話になる多職種

訪問看護師

ほとんどの訪問看護ステーションが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作りましょう。

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。



リハビリ職（PT・OT・ST等）

日常的な身体機能の回復・維持・低下防止を図ります。病状や生活環境に合わせて支援します。カンファレンス等の情報交換により、療養の質の改善を図ります。

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。

歯科医師

口腔ケアや誤嚥の防止、また義歯の作成・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ておくと、よりよい在宅療養を提供することができます。

介護職（訪問介護員・介護ヘルパー）

医療職以上に頻りに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出来ます。かもめネット、リンクサポート等の活用等により情報共有しやすい環境を作りましょう。

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。

かもめネット

かもめネット（在宅患者情報共有システム）は、在宅医療を行う上で必要な多職種連携を効率的に行うための情報共有システムです。このシステムは、ベットサイド等で必要な情報を入手したり、発信することもできます。個人情報共有するため、患者さんの同意を得て活用します。

病状の急変や検査が必要になったとき、緊急の入院が必要になったときなどに、リアルタイムで多職種が必要な情報を共有できるICTを活用した便利な情報共有ツールです。

在宅医療の内容の充実、訪問診療の効率化のためにご活用ください。⇒P44



(6)無理なく24時間対応するために

野村内科クリニック 佐々木 純久

<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時間対応する際の内容・連絡方法を周知徹底しておく。
- ② 昼間の問い合わせ・報告の際に、対処法を十分に説明する。
- ③ 時間外、夜間・休日対応はすべて留守番電話で対応!
- ④ 疾患の予後を想定し、電話対応で対処できるよう対策を立てておく。
- ⑤ 患者さん・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“頑張りすぎない”よう心得る。

ポイント①②③は具体的な「院内システム」について、④⑤⑥は「心構え」について
当院で実践していることを説明します。

- 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。自宅でいつ、何が起きても本当に医療者に相談ができるのか、患者さんや家族が一番気になるところです。ただし、病院医療の延長ではないことも説明する必要があります。患者さん本人や家族が体調の変化に気づいた場合、報告をしてもらい、相談・協議して指示を受けるといった流れを理解してもらいます。訪問看護を導入し、ファーストコールをお願いできれば、さらに負担を分担できます。
- ② 日中の外来診療時間内は、患者・家族・訪問看護師・ケアマネジャー・ヘルパーなどからの問い合わせ・報告には、基本的にまず院内看護師が対応します。経験豊富な看護師が適切な対処法をアドバイスし、医師には適宜事後報告してくれます。医師の判断が必要な場面は多くはありませんが、病状に応じて電話での確認や往診を行います。大事なものは、日中にできる限り患者さんの不安を取り除けるよう対応することです。
- ③ 時間外・夜間・休日対応は、留守番電話へメッセージを入れてもらい、携帯電話へ自動転送します。メッセージを確認次第、発信元へ折り返しの連

絡をします。ワンクッションを置いてメッセージを入れてもらうことで患者さんや家族に冷静になってもらい、医師が善後策を考える時間的余裕を手に入れるといったメリットがあります。対応はすべて医師が行い、院内看護師が対応することはありません(看護師には上述②の対応に専念してもらいます)。また留守電に記録が残ることで、後から医療者が録音を聞き直したり院内での情報共有ができます。

- ④ 予後予測は疾患・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す。後述の5.(1)で紹介する「おわかれパンフレット」を亡くなる2週間前を目処に家族にお渡しして、在宅での穏やかな看取りの納得が共有できれば、そこへ向かう場面でも深夜の連絡はほとんどなくなります。
- ⑤ 在宅医は本人(1人称)ではなく、肉親(2人称)でも他人(3人称)でもない距離感(2.5人称)を保つよう厳守します。これにより燃え尽きることなく、継続した在宅医療を提供できます。
- ⑥ 病院への通院が困難だったり、終末期を迎えている患者さんには“頑張り”を強要しない、寄り添う医療を提供していきます。



(7) 困った時の相談

各ブロック幹事

新しく在宅医療を始めようとする時、或いは始めてみて困った時のために、相談先が明らかになっていると安心です。平成26年に横須賀市の要請で、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、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展開しています。

各ブロックにはその地域の診療所の医師が幹事となっており、困った時の心強い相談先です。

【北ブロック】（連携拠点：聖ヨゼフ病院）

横須賀市の最北部に位置し、高低差とアクセスの複雑性を兼ね、いわゆる谷戸地形に数多くの住宅が入り込んだ在宅医療の最難所とも言われています。

聖ヨゼフ病院は、在宅医療の後方支援にあたる地域包括ケア病棟のほか、院内に配置されている地域包括支援センター、訪問看護ステーションなどとの連携強化により、包括的なケア体制による極めてコンパクトかつ迅速な多職種連携が推進されており、在宅療養患者のレスパイトや検査入院などにも柔軟に対応できる利点にあります。地域密着型の連携拠点として近い将来には、ミニマムサイズの地域包括ケアシステムのモデルともなる可能性が期待されます。

【中央ブロック】（連携拠点：衣笠病院）

衣笠病院を中心に、多職種がお互いを知って顔の見える連携がしやすくなるよう、年3回の多職種での勉強会が行われています。幹事会で、毎年取り組むテーマが決まり、R4年度はACP（人生会議）、R5年度はBCP（事業継続計画）に取り組んでいます。講義を聴くだけでなく、グループワークをすることで、多職種がフラットに意見交換ができるよう工夫され、勉強会になり、地域を知るよい機会になっています。

在宅医療を始めようと思っている方や迷っている方、幹事または連携拠点事務局に連絡し、中央ブロックの勉強会にぜひご参加下さい。

【東ブロック】（連携拠点：よこすか浦賀病院）

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・臨時在宅医の検索に関して一本化を図りました。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、久里浜横井クリニック）間で、MCS(Medical Care Station)内の「黒船村役場の部屋」で情報を共有し、在宅医を探することができるシステムです。在宅医のアドバイスが欲しい場合も同じ要領で、幹事から回答がもらえるようになっています。また、在宅医療に関してどのようなことでも、例えば行政への手続き、必要物品、手技、患者さんとの連絡方法、レセプトの書き方等々、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こともできます。

【西南ブロック】（連携拠点：横須賀市立市民病院）

横須賀市立市民病院の地域医療連携室を中心に、定期的に在宅医療に関わる情報共有を目的としてブロック会議での講演会や他職種連携の会を開催しています。また、新たに在宅医を見つけたい場合の「在宅医検索ネットワーク」をはじめ「在宅医交代システム」「在宅医相談電話（ホットライン）」「在宅医療相談会」「在宅看取り 助け合いの会」を実施しています。保険請求の細かい点や訪問診療にどういった物品を準備すればよいか、薬局との処方箋のやり取りなど分からないことがあれば下記のブロック幹事に遠慮なくお問い合わせください。



ブロック幹事			
北	まちの診療所つるがわか	千場 純	825-5121
	金成医院	金成 正浩	865-5791
	秋澤医院	秋澤 暢達	861-4138
	こうようクリニック	山下 航	804-5291
中央	上町在宅クリニック	渡邊 誠一	822-2404
	フロムワン付属診療所	佐藤 真紀子	876-8780
	横須賀中央診療所	春田 明郎	823-8691
	田近おおやベクリニック	田近 研一郎	837-7700

ブロック幹事			
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
	久里浜横井クリニック	横井 英人	833-6133
西南	ながいクリニック	小川 伸郎	827-7323
	野村内科クリニック	野村 良彦	858-1371
	野村内科クリニック	佐々木 純久	858-1371
	嘉山医院	嘉山 保美	856-1020
	秋谷潮かぜ診療所	西村 京子	874-6695

4. さあ！在宅医療に取り組もう

(1) 必要なスタッフ

久里浜横井クリニック 横井 英人

極論、在宅医療を始めるのに必ず必要なスタッフは、自分（医師）一人で始められます！

しかし患者さんが増えたり、重症度の高い患者さんを抱えるようになれば必然と多くのスタッフ配置が必要になってきます。在宅医療のスタイルは千差万別ですが主に3パターンに分かれます。

①一匹狼スタイル

運転、診察、説明、カルテ記載、移動中の電話対応（片耳ハンズフリーイヤホンは必需品）など医師が一人ですべてをこなします。上級者向けですが、在宅医療立ち上げ時にはこのスタイルを一度は通らざるえないこともあるでしょう。利点は忙しさを減らさなければマイペースに診療ができることくらいです。

②バディスタイル

診療アシスタント（事務員or看護師）兼ドライバーと帯同するスタイルです。移動中にカルテを記載したり、電話対応も落ち着いて行えます。

③スリーマンセルスタイル

専任ドライバー、診療アシスタントと帯同します。ドライバーは訪問ルート調整、訪問前の電話連絡など、診療アシスタントはカルテ記載やバックヤードとのやりとり、医師は診察に集中できるなど仕事が分担されるので、各々の負担がかなり軽減されます。

主な診療現場のスタッフ配置は上記となりますが、バックヤード（事務所）での仕事も非常に重要になってきます。こちら当然クリニック規模によって異なりますが、状況によって事務スタッフを配備しましょう。一般的には在宅レセプト業務に慣れたスタッフであれば事務1人当たり100名前後の処理が目安になると思います。

《 ワンポイントアドバイス 》

●基本的な感染予防対策

手洗いや手指の消毒、（患者さんや家族も）マスク着用、定期的な換気などが基本です。新興感染症の出現時には厚生省などのガイドラインを確認し適宜対応しましょう。

●リハビリが必要となった時

適切なリハビリ専門家（理学療法士、言語療法士など）を派遣し、患者の状態に合わせたプランを立て指導・サポートし、必要に応じて居宅療養管理指導等にコメントを入れます。患者の安全と状態の改善を確保するために継続的なモニタリングと情報共有が重要です。

●駐車禁止除外指定車標章の交付手続き

在宅車両の駐車禁止除外指定車標章の取得は必須と行っても過言ではありません。交付手続きは、神奈川県警のウェブサイトから必要な書類をダウンロードし、所定の情報を記入し最寄りの警察署に提出します。

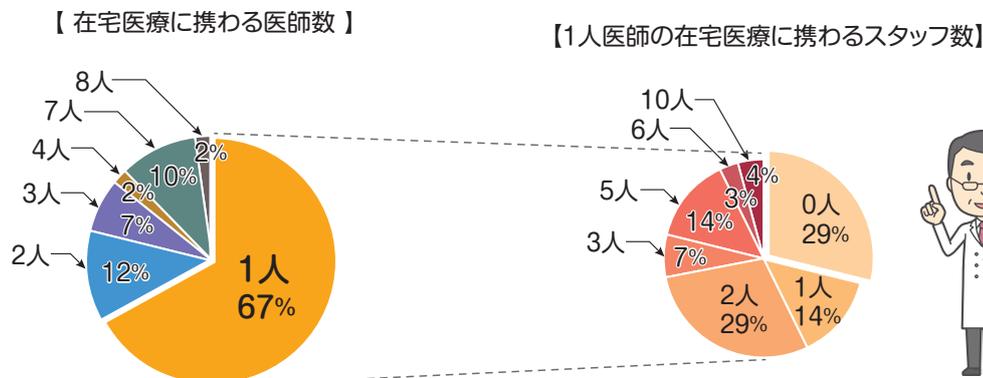
路上駐車し診察に向かう際には、「往診中。車両移動が必要な場合などはこちらにご連絡ください。090-〇〇〇〇-□□□□」のようにメッセージボードを残すことも必要です。



《 在宅医療を行う診療所の体制 アンケート調査結果 》

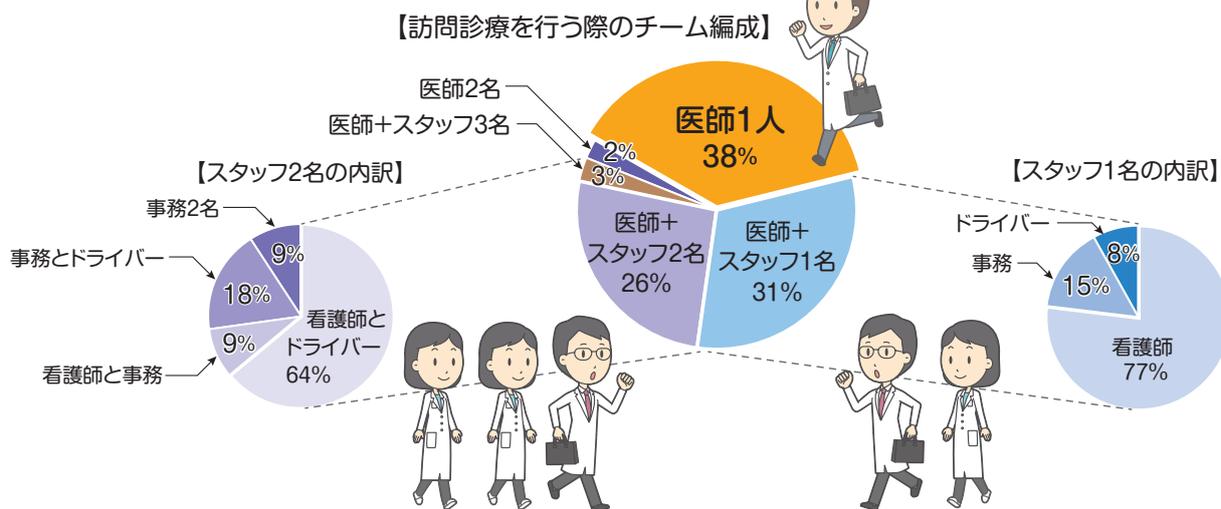
横須賀市医師会会員に向けて2023年4月に行った「在宅医療の実施状況についての調査」から、在宅医療を実施している診療所は、80医療機関（33.7%）であった。今回は、その80医療機関に「在宅医療を行う診療体制」についてアンケート調査を行い、42医療機関から回答を得た。（回答率52.5%）

1.在宅医療に携わる医師数とスタッフ数



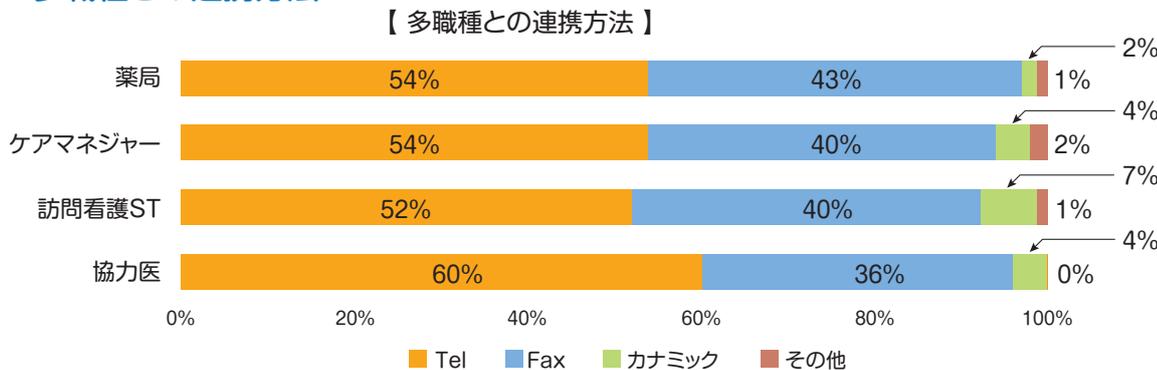
在宅医療を実施している42診療所のうち、在宅医療に携わる医師が1人の診療所は67%を占め、また、その内29%はスタッフを配置せず医師1人で対応していることが分かった。

2.訪問診療を行う際のチーム編成



患者宅に訪問する際のチーム編成は、42医療機関のうち医師1人で対応している診療所が全体の38%を占め、スタッフを帯同せず訪問診療をしている医師が多いことが分かった。

3.多職種との連携方法



多職種との連携方法は電話やFAXが圧倒的に多く、まだまだアナログであった。



(2)多職種との関係構築

久里浜横井クリニック 横井 英人

在宅医療では、専門的な検査や治療を病院レベルで行うことは求められていません。患者さんや家族に大きな負担がなく、望みに寄り添った療養環境を提供することが目標となります。在宅医療においても多職種連携は必須となります。

リハビリや入浴介助、食事介助、排便処置や清拭ケア、爪切りや服薬管理、フットケアや口腔ケアなどなど、医師の診察ではカバーできないケアが数多くあり、多職種連携により成り立っています。

さらにがん終末期などの患者さんは緊急コールが多い傾向にあります。訪問看護師の応急対応に助けられることも多々ありますし、患者さんの部屋がひどく散らかっている場合、ヘルパーさんの清掃が在宅療養を行う上で何より重要になることもあります。

診療圏内は法的には診療所から半径16km圏内となっておりますが、それならば南は三浦の城ヶ島から北は逗子・葉山までとかなり広い診療圏内となってしまう、当然効率も落ちますので、まずは無理のない診療範囲を設定することをお勧めします。

適切な診療圏を設定したら、ぜひ近隣の病院、訪問看護ステーション、地域包括ケアセンター、高齢者施設などに挨拶回りに行くとよいでしょう。顔の見える関係の構築につながります。

多職種のより良い関係構築にはお互いの「ハウレンソウ」を大切にしましょう。特に大切な指示変更や新規共有事項がありましたら、速やかに訪問看護指示書の更新をしたり、看護師から緊急往診依頼があった場合は、往診後の報告も忘れずに行いましょう。こまめにやりとりすることでお互いの考え方が伝わり、今後のやり取りがさらに円滑になるでしょう。さらには、こうした「ハウレンソウ」が自らの診療の振り返りや生涯学習につながることは言うまでもありませんね。

医師は在宅医療現場の多職種関係においてはリーダーの役割を担いますが、BOSSではありません。彼らから得る情報を集約し、個々の専門性を把

握し、患者さんの病状や希望、ご家庭の環境やマンパワーなどの情報を整理した上で、適切な治療や緩和医療を導くスキルが求められるわけです。当然これまでの経験してきた常識が覆されることもあり、抵抗感も芽生えるかもしれません。しかし、患者さんの自宅が診療現場となることが多い在宅医療では治療選択の主導権は患者さん側に大きく傾きます。「患者が主役」であることは当然、医学部教育の初期段階で叩き込まれることですが、病院や外来診療ではその本質がかすんでしまうこともあります。これは病院や診療所という医療者側の権威に覆われた空間・雰囲気に対して無意識下で与える影響からなるものだと思うのです。

初めは慣れない在宅診療に加え、アウエーの中で対応に緊張することもあると思います。しかし、こういう時にこそ、信頼し合える多職種連携が重要なのです。きっと先生の助けとなることでしょう。



(3) 訪問看護ステーションとの連携

久里浜横井クリニック 横井 英人

訪問看護師さんとの連絡方法に決まりはありません。電話、ショートメール、LINEなどのコミュニケーションアプリなど担当の訪問看護ステーションと相談して柔軟に対応するか、あらかじめ方法を決めておくといでしょう。

在宅主治医側も24時間365日連絡が付く必要があります。主治医が直接電話対応する場合もあれば、診療所の事務員や看護師がファーストコール対応する場合もあります。

訪問看護師との連携については、まず訪問看護指示書が基本となります。訪問看護指示書は、介護保険と医療保険、どちらの保険制度を利用しても訪問看護サービスを受ける際には必要となる指示書です。訪問看護指示書の有効期限は、主治医が発行後、6ヶ月となりますが病状の変更、指示や処置の変更などがあれば適宜更新し再度指示書を更新する必要があります。医療保険の適用の対象となる訪問看護は、訪問看護指示書では週3回までの利用です。期限の到来ごとに、患者さんが訪問看護の継続を希望

する場合には、訪問看護ステーションの看護師さんから主治医に交付を依頼されますので、主治医は、患者さんの診療結果と、訪問看護師から提出された訪問看護計画書と訪問看護報告書をもとに、訪問看護の必要性の有無を判断します。指示書の記載欄で特に重要なのが「病状・治療の状態」です。略語の使用は控え、要点をまとめた記載が求められます。

また特別訪問看護指示書、通称「特指示」についてです。特指示は訪問看護指示書を交付した患者さんが対象となり、医療保険での利用で交付します。急に病状が悪くなった時や終末期、退院直後などに、頻繁な訪問看護が必要と主治医が認めた時に交付します。14日以内が有効期限です。原則として月1回の交付とされていますが、気管カニューレを使用している、あるいは、真皮を超える褥瘡のある人は、月2回まで交付することが可能です。月2回交付するケースでは、医療保険を利用してほぼ毎日訪問看護が受けられます。

(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ヶ月まで（記載がない場合の指示期間は1ヶ月）
- ・ 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

- ・ 特別訪問看護指示書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



(4) 訪問診療の始め方

久里浜横井クリニック 横井 英人

訪問診療を始めるにあたり、まずは在宅医療に
適応した患者さん、もしくはその家族から同意を得
る必要があります。

自院から在宅診療につなげる場合においては外来
診察時などに説明し同意を得ればいいわけですが、
外部からの紹介の場合は、患者さんの基本情報、病
歴、既往歴、服薬歴、画像所見、生理検査所見、血液
検査所見など様々な情報収集が同時に必要になりま
す。紹介元として多いのは病院、診療所など医療機
関や地域包括支援センターや高齢者施設からでしょ
う。それぞれのパターンを説明します。

退院する病院からの紹介

患者さんが病院に入院中の場合、病院のメディカ
ルソーシャルワーカーや退院支援看護師などの担
当者から紹介が入ります。患者さんの情報を得るに
は大きく分けて3パターンがあります。

①電話や手紙、FAXなどのやり取り

最もスタンダードかつ簡便な手法です。主治
医として必要な詳細情報を入手しづらいのが難
点ですが、時間や労力がかからないのが利点で
す。

②病院に訪問し、電子カルテなどから情報を入手

担当者とFace to faceで情報交換できます。
詳細情報も入手しやすくお勧めの手法です。病
院に出向く時間と労力がかかりますが、退院支
援職員と顔の見える関係を構築する利点が上回
ります。

③退院前共同カンファレンス（ZOOMなども可）

病院主治医、在宅主治医、患者、家族、退院支
援看護師、病棟看護師、ケアマネジャー、訪問看
護師など多職種を交えてのカンファレンスを病
院で開催することがあります。退院共同指導料1
（在宅支援診療所が取れる加算）と退院共同指
導料2や多機関共同指導加算（病院サイドが取
れる加算）など算定上の利点もありますが、病
院サイドと在宅サイドの多職種が一堂に会して
情報共有を行える機会は滅多にありませんし、
病院主治医と直接意見交換ができること、訪問

前に患者さんや家族に会えることなど多くのメ
リットがあります。

欠点はスケジュール調整が困難なことです。

病院以外の診療所や施設からの紹介

①電話や手紙、FAXなどのやり取り

病院からの紹介①とほぼ同じです。施設から
の紹介ではさらに詳細情報の入手は困難な場合
が多いです。どうしても必要な情報が欲しい場
合にはこちらから各医療機関に問い合わせし診
療情報提供書を入手する場合があります。

②担当者会議

在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、患
者さんや家族のスケジュールの調整は必要とな
りますが、患者さんの自宅や施設などで顔を合
わせて情報共有ができます。これには特別な加
算がない上にスケジュール調整と会議にかかる
時間的制約もあるのは事実ですが、参加するこ
とのメリットも大きいです。

以上のように患者さん、家族、多職種との情報共
有を行い、在宅医療開始にあたっての各診療所
の方針、計画、同意等の注意事項を説明していただ
き、了承いただければ開始となります。また厚労省
より在宅療養支援診療所の施設基準の見直しが行
われ、より質の高い診療所が求められています。特
に「適切な意思決定支援の推進」としてACPにつ
いて患者さん・家族に対する説明が求められていま
す。初対面でいきなりACPや人生会議について語
るのにはハードルが多少高い気もしますが、在宅医
療開始にあたり非常に重要なポイントとなってきま
す。ぜひACPについての理解を深め、自分の言葉・
表現で語ってください。



(5) 初回診療で行うこと

こうようクリニック 山下 航

患者・家族との治療ケア方針に関する確認

初回診察で行うことは、病院での診療と大きな変わりがない点として、現病歴・既往歴・生活歴・アレルギー歴などの聴取が挙げられます。先生方が培って来られたスタイルがあると思いますので、そのスタイルが良いと思います。新規開院をされる場合、新規個別指導で初診時の診療記録について話題が上がると予想されますのでご留意いただけるとよいかもかもしれません。(当院の指導の際に話題に挙がりました)

診察の際に、大まかな方針設定が必要となる場合があります。悪性腫瘍終末期であれば在宅看取りなのか緩和ケア病棟への入院希望があるのか、といった病状に則した方針を立てて意見の共有ができるかとスムーズです。ここでACPについて触れるとより良いです。(詳細はP32)

多職種との連携及び方針の確認

方針決定の場としては初診時に限らず、サービス担当者会議など多職種連携の場があります。そのサービス担当者会議が初診時に開催される場合が多いのでここで記載させていただきます。

参加者としてケアマネジャー、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、介護用品・福祉用具事業者といった業種が参加します。

各担当者の訪問頻度や必要なサービスについて情報共有し、方針に基づいた短期目標・長期目標を設定して足並みを揃えて在宅医療を提供することが重要です。

また、その場には参加していない業種への協力を仰ぐことも話題に挙がる場合があります。例えば歯科医師や薬剤師です。訪問歯科診療については必ずしも直接的に診療所と歯科診療所が契約する必要はなく、横須賀市では歯科医師会を窓口訪問歯科診療所を選定してくれます。

薬局については、高齢のご夫婦が薬局へ受け取りに行くことができない場合には介護保険を用いて配達を依頼することも可能です。対応薬局については薬剤師会の在宅支援薬局ネットワークで薬局の

選定が可能です。

処方箋の発行

薬局について触れたので処方箋発行についても触れさせていただきます。在宅においては処方箋発行についても各診療所で違いがあると思います。当院ではポータブルプリンターを携帯し、患者宅で印刷して手渡しています。

プリンターを携帯せずあらかじめ処方箋を発行して現地でお渡しする場合や手書きで準備する場合、医院へ戻ってから作成し薬局との連携の後に患者家族に受け取ってもらうか配達してもらう場合などもあります。

「必ずこうしなければならない」という決まりはないので、各医療機関で個性が出ると思います。

初回診察でやるべきことは正直多いです。しかし、在宅医療を安心して受けられるよう環境整備をする非常に重要な場であります。在宅であっても病院と違いはなく「コミュニケーションが取りやすい信頼関係の構築」が大切です。諸説ありますが第一印象は3秒で決まるなんて言われることもあります。初回の診察でどんな医者・医療機関なのかを見定められていると言えます。今後の患者中心の医療提供を、在宅でも十全に提供できる環境形成のため気合い入れて参りましょう！



(6) 入院が必要になった時には

横須賀中央診療所 春田 明郎

在宅医療現場では、急な病状悪化、あるいは検査や治療のために入院が必要になる状況がしばしば起こります。また、介護する家族の健康状態などによりレスパイト入院を必要とすることもあります。

その様な時には、病院の地域連携室に電話か診療情報提供書で依頼します。DPC（診断群分類別包括評価）対象病院では入院のついでに複数科にあれもこれもと頼むことはできません。そこで持病の悪化の治療が必要なのか、新たな疾患・症状の精査や治療が必要なのか、介護者の都合などレスパイトが必要なのか、入院の目的を伝えましょう。

さらに退院後に、また訪問診療で引き受ける予定なら、それを付け加えます。もちろん病状によっては在宅に退院できないこともあり、その場合の退院先は原則として病院の退院調整担当にお任せします。

入院依頼と診療情報提供書の作成

緊急の場合は、訪問先から電話で状況を伝え、その場で診療情報提供書を作成し渡します。記載する内容が多い場合は、診療所に戻って作成しFAXで送ります。

具体的には通常の診療情報と同様で、現症と既往歴を中心に入院目的を記載します。情報を手短かにまとめたリンクパスポートと他の医療機関の処方内容も貼付されたお薬手帳があれば記載の手間が省けます。

救急車で搬送すれば「心肺蘇生も依頼した」と受け取られるのが普通です。本人が気管切開や人工呼

吸器、経管栄養や中心動脈栄養など、また臓器提供についても事前に意思表示していた場合（本人が意思表示できないときは家族の意向）は、意思表示の内容と時期を診療情報提供書に記入しましょう。

カテーテル類の型・サイズ、最終交換日や、診断書用に主疾患の発病日まで記載できれば完璧です。

なお、意思表示についてはリンクパスポートのP13.14にACPのページがあります。

在宅患者入院支援登録システム

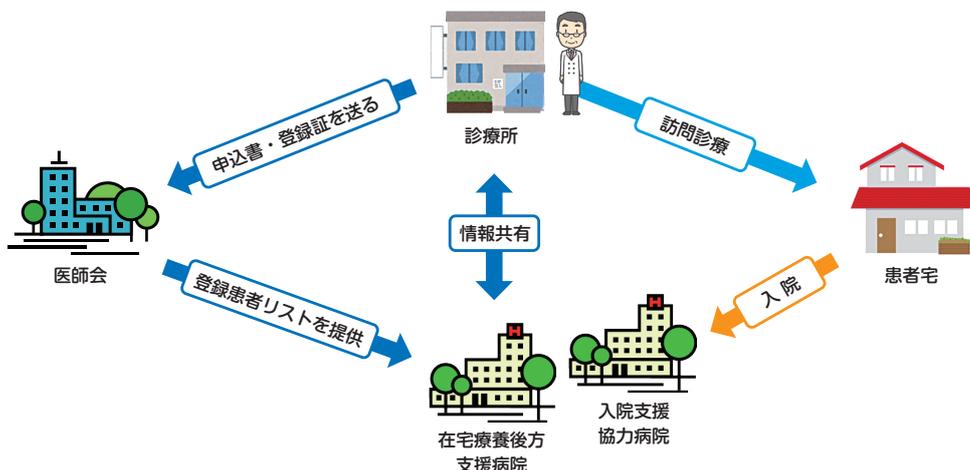
横須賀市医師会には、平成26年9月に構築した「在宅患者入院支援登録システム」があります。これは、入院支援協力病院との連携がシステムとして構築されており、便利な仕組みです。

かかりつけ医が、患者さんに説明の上でこのシステムに登録し、患者さんの病状に関する主治医の意見書や訪問看護指示書など、要するにサマリーを事前にリンクパスポートに保管することで、患者が入院を必要とする時に医療機関とのすみやかな連携が容易になります。

入院先医療機関にとっては、緊急時に診療情報提供書が遅れる場合でも、患者さんがあらかじめ必要事項を記載した「リンクパスポート」を携帯していれば、その患者さんのサマリーを入院時に入手できる利点があります。又、在宅療養後方支援病院にとっては、この事前登録により、初回入院時に所定の加算を算定できる利点があります。

《「在宅患者入院支援登録システム」フローチャート》

患者さん・家族にとっても、在宅主治医にとっても、「時々入院、ほぼ在宅」という形で、頑張りすぎない在宅療養を安定して継続する体制を目指しています。



横須賀・三浦地区の病院紹介

在宅患者さんが入院を必要とする時に連携する横須賀・三浦地区の病院から、地域の在宅医との連携の現状や在宅医に知って欲しい取り組みなどについて寄稿いただきました。

湘南病院 横須賀市鷹取 1-1-1 ☎ 046-865-4105

京急追浜駅から徒歩1分の総合病院です。

■ 診療科

外来 精神科(物忘れ外来・児童思春期外来あり)・内科(漢方外来あり)・外科・整形外科(一般・手肘の外科センター)・耳鼻科・皮膚科・泌尿器科・脳神経外科・歯科・眼科

入院 主に精神科・内科・整形外科・外科

■ 特徴

- 一般科と精神科があり精神疾患がある方の身体疾患の治療・リハビリ・退院支援も行なっています。
- 地域医療機関の窓口として“総合支援ステーション「地域連携室」”を設置しています。

ン「地域連携室」”を設置しています。

- 手・肘の外科センターではクリニック・診療所から多くのご紹介をいただき、短期入院による手術等の治療を行っております。(一般社団法人日本手外科学会 手外科専門医)
- 東洋医学センター(漢方外来)は令和5年度から医師2名体制となり、月曜日午前・木曜日午後・土曜日午前(予約)の週3回外来診療を行っております。(一般社団法人日本東洋医学会研修施設)
- 社会福祉法人として無料低額診療も行ってまいります。

聖ヨゼフ病院 横須賀市緑が丘 28 ☎ 地域連携室 046-824-8071

① 聖ヨゼフ病院には内科と整形外科の二つの診療科があります。内科常勤医はすべて総合内科専門医で、高齢者を中心とした専門性にとらわれない内科診療を得意としています。また、整形外科には関節ごとの専門家が在籍し、高度な整形外科治療を提供しています。

② 当院は在宅支援病院として、在宅や施設で療養されている患者さんが病状悪化した際の入院の受け入れを積極的に行っております。また、レスパイト

目的での入院のご依頼にも添えるよう対応をさせていただきます。

③ 入院病床として、一般病棟の他に地域包括ケア病床、療養病床を備えており、患者さんの状態に合わせ柔軟な病床運用をしています。また、当院には地域包括ケア推進センターを設置しており、退院後も切れ目のない医療、介護、福祉サービスが受けられるように患者さんご家族を支援しております。

横須賀共済病院 横須賀市米が浜通 1-16 ☎ 046-822-2710

令和4年度は、計41医療機関で364人も在宅療養患者さんを受け入れていただき、ありがとうございます。

退院時共同指導料2を116件、多機関共同指導加算を41件算定しています。

当院では、在宅療養に関する業務を、地域連携センター内の総合相談退院支援室(看護師9名)と総合相談医療福祉室(MSW7名)と事務職員が共同して、入院・外来とも担当しています。PFM(Patient Flow Management)では、予定入院予約時に在宅療養中であることを把握しています。また、各病棟に担当者を配置し、入院時からベッドサイドでの退院調整を開

始し、ケアマネジャー、訪問看護、在宅療養医と連携しています。

当院は、在宅療養後方支援病院ではありませんが、三次救急病院であり、断らない救急をモットーに、令和4年度の救急車応需は12905件、また在宅患者緊急入院診療加算は105件でした。在宅療養中の患者さんが緊急入院した時には、診療情報提供書を先生方へお願いすることがありますので、御対応宜しくお願い致します。

今後も、時代に伴い変化する医療体制に対応し、皆様と共に、地域医療を守ります。



横須賀市立うわまち病院 横須賀市上町 2-36 ☎ 046-823-2630

横須賀市立うわまち病院は、417床を有する地域医療支援病院と在宅療養後方支援病院で、幅広い専門診療科を提供しています。総合内科、総合診療センターを有し在宅診療と親和性のある機能も充実しております。患者さんとの信頼関係を大切にし、地域の医療福祉スタッフとの「顔の見えるシームレスな連携」を促進しています。

地域連携室(直通電話046-823-9302)
救急相談ホットライン(090-5508-8792)

ドクターカーを活用して、24時間365日対応できる体制を整えており、在宅医療のニーズに応えています。

横須賀市立うわまち病院は、地域の在宅医療に貢献し、患者さんの健康と福祉をサポートする使命に取り組んでいます。2025年3月1日に久里浜に移転し、「横須賀市立総合医療センター」としてその機能を強化していきます。

衣笠病院 横須賀市小矢部 2-23-1 ☎ 046-852-1182

許可病床198床(稼働病床194床)、診療科として14科ありますが、内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、緩和ケア科には常勤医が勤務しております。

病棟構成はDPC(診断群分類別包括評価)算定一般急性期(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、緩和ケア病棟(20床)です。

在宅療養をされている患者さんの中には、慢性疾患の急性増悪などを繰り返す方が少なからずいらっしゃると思われれます。

治療のみならず、リハビリやレスパイト入院、またがん患者さんも必要に応じて緩和ケア病棟での受け入れも可能です。

ご相談は直接地域連携室へご連絡ください。

よこすか浦賀病院 横須賀市西浦賀 1-11-1 ☎ 046-841-0922

当院は在宅診療患者さんの急変時受入を積極的に行っております。一度診察し、状況に応じて入院精査加療を行いますのでお困りの際はぜひ当院へご相談下さい。

現在、消化器内科医師が不在です。その為、下記疾患を中心に対応させて頂いております。

①呂律障害や片麻痺等の脳卒中疾患、パーキンソン病等の神経難病の診断加療、認知症等神経内科疾患

②発熱、SPO2低下、浮腫、体動困難等の消化器以外の内科疾患

③腰痛(圧迫骨折等)、大腿骨骨折、膝変性疾患等の整形疾患

④レスパイト入院

上記以外の疾患でお困りの際も、まずはご相談いただければと思います。

また、眼科診療も行っておりますので在宅の患者さんで眼科受診が必要の際はご相談ください。

自衛隊横須賀病院 横須賀市田浦港町 1766-1 ☎ 046-823-0270

当院は平成11年に保険医療機関の指定を受け、一般患者への診療をスタートさせると共に、横須賀市救急の輪番病院として、三浦半島地区の救急医療体制に参画しております。

自衛隊横須賀病院の特色としては、自衛隊の職域病院としての横須賀市及び周辺に所在する部隊等の自衛隊員及びその家族を受け入れつつ、横須賀地域

にお住いの患者に対する各種医療連携に尽力しております。

当院の担当地区である田浦北地域は、非常に高齢化が進んでいることから、横須賀市のみではなく、逗子市・葉山町・横浜市とも連携が必要な地域性があり、在宅医療も含めた多職種連携を今後より充実させ、地域医療に取り組んで参ります。



横須賀市立市民病院

横須賀市長坂 1-3-2 ☎ 地域医療連携室 046-858-1821

横須賀市立市民病院は、一般床260床、ICU4床、HCU12床、地域包括ケア病棟34床、回復期リハビリ病棟34床（いずれも稼働病床数）を有し、急性期治療とサブアキュート、ポストアキュート期治療の両方に対応できる機能を持っています。

また、在宅療養後方支援病院の施設認定も受けています。在宅療養中の患者さんが、急に病状悪化した時や検査、入院が必要になった時のために、あらかじめ患者登録をしておくことで、スムーズに受診、入院が可能です。かもめ広場の在宅患者入院支援登録システムとリンクしており、在宅医療をされている先生方にはバックアップベッドとして、ぜひご利用ください。

い。患者登録方法の詳細については、当院の地域医療連携室にご連絡ください。必要書類をお送りいたします。

当院は、横須賀市の公的事業であるブロック会議の西南ブロックの拠点病院を担っています。武山、下浦地域の在宅医療をされている先生方を中心に西南ブロック会議を開催し、在宅医を増やす取り組みや在宅医と当院との意見交換などを行っています。また、年1回多職種合同研修会を開催し、多職種を交えて在宅医療のネットワークを広げる取り組みを行っています。

医療法人社団聖ルカ会パシフィックホスピタル

横須賀市野比 5-7-2 ☎ 046-849-1570

2023年10月現在、療養病床209床が稼働中です。「各フロアから海が一望できる」という最高の療養環境の下、医療依存度の高い脳卒中後遺症の患者さんや神経難病・その他内科疾患全般の患者さんを中心に入院受け入れを行なっております。

療養病棟でありながらも最大限のリハビリテーションを実施し、嚥下訓練なども行なっております。

現在は、市内急性期病院からの転院が主なため、在宅診療を担っていただいている先生方との接点は少

ない状況です。

しかしながら、在宅療養をされている患者さん並びにご家族が、いろいろな事情により在宅療養に限界を感じた場合や入院療養を希望される場合もあるかと思えます。

その際は、遠慮なく当院地域連携室までご相談ください。入院受け入れの可否・手順をご説明させていただきます。

久里浜医療センター

横須賀市野比 5-3-1 ☎ 046-848-1550

「昭和38年に日本で初めてアルコール依存症専門病棟を設立、平成元年アルコール関連問題研究・研修センターとしてWHOより指定され、有効な治療・支援に努めております。

横須賀市支援事業認知症初期集中支援チーム「にこっとチーム久里浜」の運営や、神奈川県認知症患者医療センターとして若年性認知症支援コーディネーターを配置し、専門機関との連携で総合的な支援を行い、地域の精神科医療への貢献に努めております。

地域医療連携室・入退院支援センターでは、患者さん・家族の意思を尊重し住み慣れた地域で安心

安全に過ごせるよう入院決定時より多職種面談を行い、デイケアや訪問看護など患者に合ったサービス導入を心がけております。日頃より、かかりつけ医・訪問看護・ケアマネジャーなどと情報共有やサービス担当者会議を行い、退院前カンファレンスを共同開催し患者さん・家族と対面することで安心して在宅移行できるようにしています。

当院は、地域の先生方との協力体制を重視しており、患者さん・家族が安心できる在宅療養を目指しております。診療予約や転院・入院のご依頼は、地域医療連携室へご連絡ください。



ライフゆう 横須賀市湘南国際村 1-4-6 ☎ 046-856-6833

ライフゆうは、横須賀市西地区の湘南国際村にある福祉施設で、病院としての機能も備えています。

入院は一般病棟と異なり、身体と知的の両方に障害のある方を対象に、児童相談所と連携しながら福祉制度に基づいた長期入院（医療型障害児入所）を提供しています（障害者施設等入院基本料を算定）。そのため在宅医の先生方と病診連携の機会は限定的です。

一方で、在宅生活をしながらライフゆうを含めた当法人関連施設の通所や短期入所などを利用される方

の中には、近隣の先生方に訪問診療をしていただいている方が多くいます。我々は胃ろうや在宅人口呼吸器などの医療的ケアを要する方たちの診療を得意とするため、病院主治医でも在宅診療医でもない第3の立場から本人、家族にアドバイスを行うこともあります。

また医師会の取り組みに触発され、限定的ではありますが、ライフゆうでも医療的ケア児に対する訪問診療を行っております。

福井記念病院 三浦市初声町高円坊 1040-2 ☎ 046-888-2145

福井記念病院は、昭和38年に創立された単科の精神科病院ですが、平成4年の病棟増改築時に神奈川県で初めて認知症疾患治療病棟を新設し、以来30年以上にわたって認知症の治療に取り組んできました。とりわけ昨今の認知症疾患の増加を受け令和5年度からは認知症疾患治療病棟を2病棟に拡大し、病床も合計で92床になります。（全病床は357床）

地域での生活が困難になった患者さんが安定した精神状態を取り戻せるよう薬物療法・精神療法・作業療法を実施し、再び家庭やホームで生活できるよう全力を挙げております。入院される患者さんの認

知症の程度は中等度以上の方が多いため、短期的に地域で生活できる場が見いだせない患者さんもうらっしゃいますが、そのような場合でも中長期的な経過を見ながら、特別養護老人ホームの入所を目指してまいります。

また高齢者が多いため様々な合併症を抱えている方が少なくありませんが、地域の総合病院とも連携しながら対処しております。当院でも全身のCT装置を備え、非常勤ながら内科医も診療に携わっていることから、身体的管理については万全の体制をとっております。

三浦市立病院 三浦市岬陽町 4-33 ☎ 046-882-2111

三浦市唯一の急性期も担う病院ですが、地域包括病床も40床あり、地域の開業医の先生方や横須賀市の基幹病院との連携も密に取りながら地域医療に取り組んでいます。

また、当院でも病院のメリットを生かした在宅訪問診療を行っており、当院を退院後に訪問診療に移行するケースや他の医療機関からの依頼で訪問診療に入るケース、訪問診療の患者さんの入院が必要な状態となった場合の入院やレスパイト入院、終末期の在

宅でのお看取り等、幅広く柔軟に対応することができるのも、病院の訪問診療ならではのことかと思っております。現在、二人の内科医が担当して、毎週火・木曜日午後には訪問診療を行っております。

三浦市在住の患者さんで在宅訪問診療を希望されているケースがございましたら、当院の地域医療科の方まで御相談下さい。担当医が訪問診療のみの業務ではない為に多少制約がございますが、可能な範囲で対応させていただきたいと思っております。



小児在宅医療について

秋谷潮かぜ診療所 西村 京子

少子高齢化に伴い大人の在宅医療が徐々に浸透していく中、忘れてはならないのが病気や障がいを持った子供たちの安心した生活を支えるための小児在宅医療です。小児在宅医療を必要としている子供たちは、未熟児や先天性疾患のためNICU(新生児集中治療室)で一定期間過ごした後地域へ、先端医療で救命され小児科病棟で一定期間過ごしてから地域へ、もともと地域で過ごしていたが、年齢が大きくなるにつれて進行性疾患が重症化してきた子供たちなどです。

人工呼吸管理、気管切開、経管栄養など医療的ケアが必要な子供たちが多く、一人ひとりの状態や個々に異なる家庭事情も考慮に入れると担当する在宅医には、大人以上の細やかな対応が求められるのも事実です。

幸いなことに、横須賀市では、基幹病院の小児科の先生方を始め、市内外の病院の小児科の先生方が、自宅では対応に手に余る場合には、すぐにご相談に乗ってくださり、その後ろ盾があるからこそ、内科専門医の我々でも安心して小児在宅診療ができます。

そして、ご両親の不安やちょっとした変化を見逃さず、医療と看護と福祉の間を細やかに補ってくださるのが訪問看護ステーションです。その他、訪

問リハビリや訪問服薬指導、成長に伴い通園や学校教育など多施設、多職種が大人以上に関わってきます。

“Effect of an Enhanced Medical Home on Serious Illness and Cost of Care Among High-Risk Children With Chronic Illness A Randomized Clinical Trial” JAMA December 24/31, 2014 Volume 312, Number 24

多職種連携による、継続的で包括的な小児の在宅医療支援は医療費を42%削減し、子どもの救急受診と入院頻度を半分に減らすことが示されたと報告があります。実際に訪問診療を受けているお母さんからの年賀状には「何かあったら先生や看護師さんと繋がっている、という安心があるから家で過ごせます」とありました。このご家庭では、訪問診療以前は熱発などがあるたびに不安でいたたまれず、何度も救急で病院受診していましたが、現在は少々の熱発は慌てることなく吸入や解熱剤やクーリング、水分摂取などを適切に行い落ち着いて過ごすことができます。入院回数も1/3となりました。

安心して、日常生活を送ることができるように小児在宅医療の普及が大切であると考えます。

医療的ケア児等コーディネーターの紹介

横須賀市では、市内の2カ所の事業所に「医療的ケア児等コーディネーター」を配置し、医療的ケア児の家族や支援者からの相談を受け付け、関係機関と連携しながら、情報提供や解決に向けた調整を行っています。

「相談したいことがあるけど、どこに相談したらいいかわからない…」といった場合など、気軽に相談してください。

コーディネーター配置事業所	連絡先
横須賀市療育相談センター	046-822-6741
支援センターライフゆう	046-857-0551



5. 人生の最終段階における医療（終末期医療）

(1) 寄り添う看取り

野村内科クリニック 佐々木 純久

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年に団塊の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続け、それに伴い横須賀市でも在宅での看取りの場面が多くなると予想されます。病気だけでなく、その方たちの生活面まで診ている我々かかりつけ医には、それぞれの方たちの人生の最期まで寄り添う医療が求められています。後述するACP（p.32）が議論される「人生の最終段階」、言い換えれば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と考えます。

病院での入院中に「もう積極的な治療はしたくない」「早く家に帰りたい」「もう病院にいるのは嫌だ」

「住み慣れた自分の家で死にたい」と思った患者さんは、元のかかりつけ在宅医に見てもらおうか、いない場合は病院ソーシャルワーカーや退院支援看護師に頼んで適切な在宅医を見つけてもらい、家に帰り家族に囲まれた看取りまでつなげることが肝要です。

いよいよ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、看取りのイメージを持ってもらうために「おわかれパンフレット」を手渡します（右ページに一部抜粋を掲載）。不明な点があればいつでも質問してもらい、本人・家族には最期まで寄り添うことを約束できれば、安らかな死と皆が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

- 7年前 12月 肺腺がん ステージⅠA 右S2部分切除
- 2年前 3月 断端再発 右上中葉切除
- 1年前 5月 左下肺野に肺内転移病巣出現
- 当 年 3月 治験薬使用するも肺障害で中止
- 当 年 5月 HOT 4L/分で自宅へ退院し、在宅ホスピスケア開始

6年半にわたる各種治療の後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、小学校の運動会を観戦した。孫がリレーで逆転優勝したのを見て「よく走ってくれて嬉しかった」と感想をもらった。

② 生まれ故郷の山形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を敢行。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時間のドライブと墓参りを乗り切った。

ご本人は「スッキリした。山形の空気はうまかった。」と感慨深げだった。

今回の退院で、この二つの目標を叶えることが家族・在宅医・訪問看護師などのチームの目標で、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おり、亡くなる8日前に妻と娘一家に「おわかれパンフレット」を示した。退院後30日の6月24日に安らかな死を迎えられた。



《 1. 臨終間近のケア 》

ご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のこともあります。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、ご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、時としてご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った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ください。
- (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もあります。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っても、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。

《 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。

●死亡時に確認すること

- (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。

上記のことが確認された時間をみておき、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ことはありません。

眼が開いているときは、枕をやや高めにし、あごの下にタオルを1枚丸めておくとうかがい閉じます。

そしてそのまま医師や看護師が来るまでおまちください。

野村内科クリニック「おわかれパンフレット」より



(2) 緩和ケアについて

汐入ばくクリニック 新井 正晃

WHOによる緩和ケアの定義は、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」とされ、さらには以下の点が重視されています。

- ・死を自然なプロセスとして理解すること
- ・死を早めようとしたり、遅らせようとしたりするものではない
- ・QOLを高める
- ・病の早い時期から適応される

（日本緩和医療学会より、一部改変）

がんなどの悪性疾患における緩和ケア

緩和ケアの対象となる疾患は様々ですが、ここではがんなどの悪性疾患における緩和ケアを中心に述べます。

消化器がんにおいて、嘔気や食欲不振はしばしば問題になります。ドンペリドン1日3回の処方をよく見ますが、オランザピンやリスベリドンなどの向精神薬にも強い制吐作用があり、緩和ケアの現場では頻用されます。1日1回の投与なので内服の負担が少ないのも利点です。食欲不振については全身性の慢性炎症反応と慢性的な副腎機能不全が根底にあり、ステロイド投与が用いられます。末期がんではデキサメサゾン0.5～4mg/dayをよく用います。投与中は胃潰瘍や口腔カンジダなどの有害事象に注意が必要です。

食欲不振のある患者さんへの対応

食欲不振のある患者さんには経腸栄養剤が処方されますが、エネーボやイノラスなどの新しい栄養

剤は、水溶性食物繊維・カルニチン・クロム・セレンなどの成分も含まれており、最新の栄養学を反映した配合になっています。特に、抗がん剤治療後などの長期栄養不良の患者さんは微量栄養が障害されていることが多く、適切な評価と治療が必要です。栄養治療はがん患者に限らず、非悪性の慢性疾患患者にとっても重要で、基本的な考え方は変わりません。

呼吸苦への対応

呼吸苦についてはH₂O₂導入、モルヒネ・ヒドロモルフォンの使用が中心ですが、エチゾラムなどの抗不安薬が奏功することも多く、予後の短い患者さんでは積極的に使用するべきです。ミダゾラムの持続皮下注射が著効する場合もあり、用量を上手に調整すれば意識を残したまま苦痛を緩和することが可能です。

胸水・腹水への対応

胸水・腹水に対しては、利尿剤・水分制限・ステロイド投与などで保存的に対応しますが、病院と連携して短期入院での排液処置を行うことも大事です。

腫瘍の皮膚浸潤への対応

腫瘍の皮膚浸潤は滲出液・出血・臭いなどにより著しくQOLを低下させる大きな問題です。基本は頻回の洗浄とロゼックスゲル（メトロナゾール外用薬）での臭いのコントロールですが、モーズペースト処置も有用です。保険適応外ですがエビデンスのある緩和治療であり、専門医療機関でも行われています。塩化亜鉛、亜鉛華デンプン、ソルビトールを混合した外用薬（薬局で自費処方）を患部に塗布し、30分～数時間かけて腫瘍表面を変性・硬化させます。滲出液・出血・臭いを高度にコントロールできる優れた治療で、ポイントを押さえれば在宅でも実施可能です。

週末・祝祭日の麻薬の管理

悪性腫瘍等のターミナル患者を在宅医療の依頼で受けることがあります。ご自宅でお看取りまですることとなりますが、どうしても疼痛管理として麻薬の処方が求められることが往々にしてあります。その際に注意しておかなくてはならないのが週末の麻薬の処方と管理です。

医薬品卸の業者では通常の薬剤と麻薬の管理部門が異なっており、業者の話では働き方改革のため、麻薬を取り扱う担当者が週末・祝祭日は対応できないとのことでした。

調剤薬局では余分な麻薬の在庫を用意しておくことはできず、週末に急に麻薬の処方を出されても仕入れることが出来ないため対応できません。

患者さんの容態を見ながら週末・祝祭日を迎える前に必要な処方を出しておきましょう。

塚本 光嘉



(3) 疼痛コントロールについて

汐入ばくクリニック 新井 正晃

WHO方式3段階除痛ラダー

痛みの治療は緩和ケアにおける必須事項で、基本的にWHOラダーにのっとって実施します。

使用する薬剤はアセトアミノフェン、NSAIDs、弱オピオイド、強オピオイド、鎮痛補助剤があります。詳しい話は正書に譲るとして、大事なポイントは複数を組み合わせて使用することです。がん性疼痛においてはアセトアミノフェンとNSAIDsはしばしば併用されます。また強オピオイドを開始したからといって、NSAIDsを中止するわけではありません。骨転移の痛みなどは抗炎症作用のあるNSAIDsを加えないと良好にコントロールできません。終末期患者では剤型の選択も重要です。アセトアミノフェン、モルヒネには坐薬があり、ロキソプロフェンには内用液があり、フェンタニルには持続性の貼付剤、レスキュー用の舌下錠・バツカル錠があります。

オピオイドの種類

オピオイドの種類を選択は悩みどころです。基本的には、症状が痛み中心で安全に使用したい場合はオキシコドン、呼吸苦を伴う場合や多幸福感などの精神作用を期待したい場合はモルヒネ・ヒドロモルフォン、腎機能障害がある場合にはヒドロモルフォンを優先的に考えます。

オピオイドスイッチング

オピオイドスイッチングは副作用軽減のために行う場合が多いです。副作用の出現は個人差が非常に大きいので、常に個別の対応が必要です。眠気・めまい・嘔気がよく経験される副作用で、これを回避するためにモルヒネやヒドロモルフォンをオキシコドンに変更することがよくあります。また経口摂取が困難になった場合にはフェンタニル貼付剤や、経口薬と同成分の持続注射に変更します。

持続皮下注射

持続皮下注射は、最初は導入のハードルが高く感じられますが、やってみると案外やれるものです。シリンジポンプ、携帯型CADDポンプ、ディスプレイのインフューザーポンプなどがありますが、保守管理の容易なディスプレイが便利です。一部の薬局がインフューザーポンプの調剤に対応してくれるので、医療機関での個別の在庫は必須ではありません。薬剤の院外処方と同時に薬局から医療機関がポンプを購入し、薬局で調剤してもらいます。ポンプのコストは医療機関側で保険請求可能です。自院にオピオイドの注射アンブルを在庫していれば、薬局から事前にポンプを購入しておき、必要時に夜間や休日でも自ら調剤して持続注射を開始することも可能です。

インフューザーポンプ

インフューザーポンプ使用時のコツは、三方活栓を併用することです。風船型ポンプは流量の調節が困難なため、側管からの追加投与で調整できます。また、皮下注射の場合には無菌調剤は必須ではありませんが、中心静脈に投与する場合は無菌調剤が望ましいです。

CADDポンプ

CADDポンプは流量調節とPCA機能を持つ高性能のポンプです。電池で稼働するため携行性も高く非常に便利ですが、購入時のコストがかかります。業者からのレンタルも可能ですが、1～数日の時間を要するので、退院時など事前に準備できる場合はよいかもしれません。



(4) ACPについて (Advance Care Planning)

久里浜横井クリニック 横井 英人

P20でも触れましたが、在宅医療を開始するにあたり「適切な意思決定支援の推進」としてAdvance Care Planning (以下ACP) について患者・家族に対する説明が求められています。ACPについて啓発する機会としては在宅医療開始のタイミングは最適です。

なぜなら在宅医療の対象は「疾病や障害、加齢によるADL」または「認知症やその他の精神疾患などによる障害」などにより自力で通院が困難な患者さんであることから、たとえば現時点では認知機能の問題もなく、自ら意思決定を表明できる状態だとしても、今後の病状悪化や認知機能の低下により適切な自己意思決定ができない場合に陥る可能性も十分あります。さらに在宅医療対象患者さんは急変のリスクも高く、救急搬送先の医療現場では入院時に家族などに対して突然ACPを飛び越えたDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) について問われるケースも多いです。そんな時もし適切にACPが行われていなければ、当然家族は迷われますし、責任逃れから「とりあえずやれるだけのことはやってください」となってしまうのです。これが現在の高齢者救急の最大の問題につながります。

私は、人口のピークから減少、後期高齢者数の右肩上がりの10年以上を救急医療に従事してきた人間として、この問題には非常にやりきれない気持ちがありました。在宅医療の普及はACP啓発に最大のチャンスかもしれません。ぜひ積極的にACPに取り組みましょう。

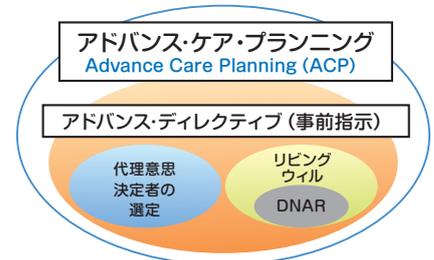
ACPは人権？

日本国憲法第13条は、自己決定権を保障するものです。これは、医療においても同様でありどのような医療を受けるかについての決定権は、拒否する権利も含めて、治療を受ける患者さん自身に帰属するものとして保障されなければならないのです。当然医

師には医学的根拠に基づいた説明を十分にすることが求められますが、法的・倫理的に問題がある場合や保険適応外などを除いて患者さんや家族の決定を尊重しなければなりません。

ACPの歴史

LW (Living Will) 生きているうちの意思表示 → AD (Advance Directive) LW+代理意思決定者の選定 → ACPとなっています。ACPを簡単に説明するとAD+家族や近い人と繰り返し行うことで、この繰り返しを行うということが大変重要になります。定期訪問診療や多職種連携を行える在宅医療現場ではACPとの親和性が非常に高いのです。



国内でACPが普及しない理由

ACPに熱心な専門家は数多くいますが、まだまだACPの考えが普及していない現状があります。社会的関心度などの問題もありますが、注意点として適切な法制化されていないことが挙げられます。さまざまな労力を割いて同意書作成、署名捺印したとしても、治療を行わなかったことを後から追求されるリスクは孕んでいるのです。

だとしてもACPからは逃げてはならない!

医師がACPから目を背けては試合終了です。在宅医療において在宅主治医はリーダーの役割を担います。在宅医療は常に患者さんや家族の希望に寄り添う療養環境を提供することを目標としなければいけません。したがってACPは患者さんや家族に病気や寿命について向き合う最後の機会なのです。どうか患者さんと良好な関係を築いた上でACPについてざっくばらんに語り合えるように目指してください。

不安なくACPに取り組むためのバックアップ体制

適切な医療・ケアの内容の意思決定支援に際し、「心身の状態等により決定が困難」「本人と妥当で適切な合意が得られない」「家族等で意見がまとまらない」など、合意が得られない場合については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等について検討及び助言を行うことが必要です。当医師会においては、「外部の専門家」の助言を得る必要があり、チーム個別の対応が難しいときは、在宅医療委員会の小委員会である「意思決定支援に関する検討会」をそれにあてることが出来ます。



《 適切な意志決定支援に関する指針 横須賀市医師会版 》

【患者用】 「在宅医療・介護連携ノートよこすかリンクパスポート」に保管します。

あなたの意思を伝える

体調や病状の変化、思わぬ事故などで、意思表示が明確にできない状態になった時のために、その時に受けたい医療・ケアについて考えておきましょう。
医療・ケアチームがあなたの意思決定を支援します。

1. 医師から、病状や治療等の選択肢、今後の予測などの適切な情報提供を行います。
2. 医療・ケアを受けるご本人およびそれを支えるご家族が、医療・ケアチームと十分話し合いを行えるようにします。
3. ご本人の意思を最優先とし、ご家族や医療・ケアチームが納得できる意思決定となることを目標とします。
4. ご本人の意思は、病状によって変化しうるものであることを踏まえ、ご本人やご家族との話し合いを必要に応じて行うようにします。
5. 話し合いの内容はその都度文書にまとめ、医療・ケアチームが情報共有を行います。
6. 人生の最終段階における医療・ケアの開始・不開始、変更、中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断します。
7. ご本人の意思確認ができない場合は、以下の手順によって、ご本人にとっての最善の方針を決定します。
 - ① 家族等が本人の意思を推定できる場合は、その推定意思を尊重します。
 - ② 家族等が本人の意思を推定できない場合は、本人に代わる者として家族等と十分に話し合います。
 - ③ 家族等がない場合および家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合は、医療・ケアチームの中で十分に話し合います。
8. 話し合いの中で、意見がまとまらない場合や合意が得られない場合は、第三者である専門家の助言を得ることもできます。

年 月 日

診療所名

医師名

あなたの意思を伝える



あなたにとって大切なことは？

あなたの人生で大切にしたいことは何ですか？ これから先、どのように暮らしていきたいですか？
あなたの目標・希望・想いについて、気持ちを整理してみましょう。

- 楽しみがあること
- 身の回りのことが自分でできること
- 先々に起こることを詳しく知ること
- 一日でも長く生きること
- 家族や大切な人との時間を大切にすること
- その他 ()

あなたが受ける治療やケアの希望は？

体調や病状の変化、思わぬ事故などで、意思表示が明確にできない状態になった時のために、その時に受けたい医療やケアについて考えておくと、もしもの時に安心です。

- ① あなたが受けたい治療・処置は？
 - できるだけ長く生きるための治療を受けたい
 - 痛みやつらさを軽減するための十分な処置や治療を受けたい
 - できるだけ自然な形で、穏やかに最期の時を迎えられような治療を受けたい
 - その他 ()
 - わからない
- ② もしも、介助が必要になった時は、どこで、どのように過ごしたいですか？

どこで？ 自宅 病院 施設 その他 () わからない

どのように？ 家族に協力してもらいたい

 - 食事やトイレなど、最低限自分でできる生活がしたい
 - とくに長く生きたい
 - 家族に迷惑かけたくない
 - その他 ()
- ③ もしも、病状が進み、最期の時が近くなった時に過ごしたい場所はどこですか？
 - 自宅 病院 施設 その他 () わからない

あなたの代わりに医療やケアの判断は誰にしてほしい？

あなた自身が判断したり希望を伝えられなくなった時、あなたの代わりに判断をしてもらいたい人を考えておくことは大切です。代わりの判断は誰にしてほしいですか？（カッコ内は優先順位）

- () 配偶者 () 子ども
- () 親 戚 () 友人等
- () 代理人 () その他

年 月 日 本人氏名 _____
同席者氏名 _____ (続柄) _____
医 師 名 _____

【診療所用】

適切な意思決定支援に関する指針

診療所名

1. 基本方針

人生の最終段階を迎えた患者・家族等と医師をはじめとする医療・ケアチームが、最善の医療・ケアを提供するため、患者・家族等に対し適切な説明と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本とした医療・ケアを提供する。
最も大切にすべきは患者さんの終末期の人生であり、そのプロセスを大切にすべきである。

2. 『人生の最終段階』の定義

「人生の最終段階」とは、以下の三つの条件を満たす場合を言う

- (1) 医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること
- (2) 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること
- (3) 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること (厚労省の定義)

3. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- (1) 医師等から適切な情報提供と説明がなされ、それに基づき多職種からなる医療・ケアチームが十分に情報共有し、本人の意思決定を基に医療・ケアを提供する。
- (2) 時間の経過、病状の変化等で本人の意思は変化しうることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し伝えることができるような支援が求められることから、家族等を含めて必要な時に話し合いを行うものとする。
- (3) 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて本人との話し合いを行う。
- (4) 医療・ケアの開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、中止等は医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。
- (5) 医療ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不fastな症状を緩和し、本人の身体的な苦痛のみならず、家族等も含めた精神的・社会的な援助を総合的に行う。
- (6) 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本指針の対象としない。

4. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続き

- (1) 時期については、人生の最終段階であると医師・看護師および、本人・家族等が判断する。意思決定支援にあたっては、医師等は本人の状態に応じた病状説明を行い、本人、家族、医療・ケアチームが情報を共有する。

(2) 方針の決定

- ① 本人の意思が確認できる場合
本人・家族等と医療・ケアチームとの十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本とした医療・ケアの方針を決める。
- ② 本人の意思が確認できない場合や判断能力がない場合
家族等が本人の意思を推定し、その推定した意思を尊重し、医療・ケアチームで方針を決定する。家族等が本人の意思を推定できない場合は、本人にとって何が最善であるか、医療・ケアチームと家族等で繰り返し話し合う。家族等がない場合および家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合は、本人にとっての最善の方針を繰り返し話し合い決定する。
- ③ 医療・ケアチームは、医師・看護師・ケアマネジャーなどの在宅療養支援者から構成される。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度文書にまとめておく。
患者・家族との情報共有には、在宅医療・介護連携ノート「よこすかリンクパスポート」が活用できる。また、医療・ケアチームの情報共有には、在宅医療・介護連携システム「かもめネット」が活用できる。
- ⑤ 意思決定は、本人の意思に反して強制されるものではない。

5. 外部専門家の助言について

医療・ケアチームで医療・ケアの方針が決定できない場合は、本人または家族等の同意を得たうえで、外部の専門家（医療倫理の精通者や国が行う研修会の修了者など）をまじえ、方針等について助言を得る。

- ① 医療・ケアチームの中で、本人の病態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ② 本人・家族等との話し合いの中で、妥当な医療・ケア内容の合意が得られない場合
- ③ 家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いで、妥当な医療・ケア内容の合意が得られない場合

6. 外部専門家の助言を得る方法について

医療・ケアチームで医療・ケアの方針が決定できない場合で、外部の専門家の助言を得る必要があり、個別に対応できないときは、在宅医療委員会の小委員会である「意思決定支援に関する検討会」を活用することができる。



(5) 死亡診断書の作成

こうようクリニック 山下 航

死亡診断書の作成について、正式なマニュアルは【死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル 令和5年度版(https://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/dl/manual_r05.pdf)]を参照いただければと思いますが、在宅医療において押さえておきたいポイントを解説いたします。

- 訪問診療中の患者さんであれば死体検案書ではなく死亡診断書を記載することがほとんどです。「検案」の記載部分にはしっかり二重線を引きましょう。
診断書の基本は病院も在宅も同じで楷書体でハッキリ書く、選択肢を選ぶ場合は該当する番号を○で囲むことは変わりません。
- 【最終の診察後24時間以内に患者さんが死亡した場合】というワードが頭に残りがちかと思えます。これは今まで診療を継続してきた医師(=かかりつけ医)が診察後24時間以内に患者が死亡した場合は【改めて診察を行うことなく死亡診断書を交付できる】という特例のようなものです。在宅のみならず、グリーフケアの観点からも診察を行うことが望ましいと考えます。
- 死亡診断書の交付は24時間以内の診察の有無に関わらず在宅医(=かかりつけ医)が死亡後に診察を行い、生前に診療していた傷病に関連する死亡であると判定できる場合に死亡診断書を交付できます。
死亡したときについて、原則は死亡確認時刻ではなく死亡時刻を記入することが原則となっております。在宅においても同様であり、家族や訪問看護師や介護スタッフから状況や経緯を確認して記載する必要があります。

- 死亡したところの種別について、「自宅」にはグループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含みます。養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームは「老人ホーム」に含まれます。

死因として老衰を記載する場面も多いと思いますが、注意点として、【老衰】とは【高齢者で他に記載すべき死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみ】とされています。

また、外因死に該当する病名の記載をしないよう注意が必要です。

(例)誤嚥性肺炎による喀痰貯留が著明であった患者

× I 欄(ア)窒息、(イ)誤嚥性肺炎

*窒息は不慮の外因死 6.に該当。

○ I 欄(ア)急性呼吸不全、(イ)誤嚥性肺炎

*さらに老衰や脳梗塞など誤嚥の原因を記載。

在宅医療において看取りは非常に重要となります。「自宅で最期を迎えたい」という希望を尊重して在宅看取りを迎えることが多くなりつつありますが、いざ肉親が亡くなる場面を見て感情が高ぶってしまう家族も多くいらっしゃいます。

病院での看取りとの大きな違いとして、「医師が遅れて到着すること」が挙げられます。医師不在の時間で家族が不安を募らせてしまわないよう、前項のACPを踏まえてご逝去前に十分説明すること、ご逝去後の診察時にグリーフケアを念頭に入れた対応をすることが重要ですので、診断書については憂いの無いよう備えておくことが肝要です。



救急車や警察が関わってしまうと…

こうようクリニック 山下 航

訪問診療が介入して定期的な診察・状態確認がなされている場合は、前述のとおり死亡診断書を交付できます。しかし、病状の急変などで家族が慌ててしまい救急隊要請をされてしまうことがあります。

救急隊現着時に呼吸停止を認める場合、搬送先の病院で死亡確認が行われることとなりますが、ここで訪問診療医(かかりつけ医)がいることを病院側に話がされないと、警察が介入し事件や事故の可能性が疑われてしまいます。そのまま事が進んでしまうと、家族への事情聴取や現場検証、ご本人の解剖までに至る可能性が出てきてしまいます。

こうなってしまうのは自宅療養を頑張ってこられたご本人、介護に尽力されてきた家族にとって、自宅で安心して療養を続けてこられていたはずが、望んでいなかった結末に至ってしまったと思われるでしょう。

当方の体験談を一例挙げさせていただきます。

ある悪性腫瘍の末期状態の患者さんの訪問診療をしておりました。末期がんにより余命は1~2週間と説明しており、BSC・急変時DNARについて理解・同意が確認されている状態でした。

夜間、本人の口渇感の訴えに対して家族介助のもと水分を少量摂取したところ、咳き込みを認め、直後に嘔吐をして顔色が顔面蒼白に変化した為、慌てた家族が救急隊要請をしてしまいました。

もともと遠方で加療されていましたが本人・家族の希望で同居後に訪問診療での介入となった

ため、近隣病院には通院歴がないことを家族が救急隊に話し、最寄りの3次救急病院に搬送されました。搬送中に呼吸停止しCPRが開始されてしまい、より家族はパニックになり見ていることしかできなかったそうです。病院到着時に死亡確認がされた後、「訪問診療の先生への連絡はなんて言えばいいでしょうか。」と病院医師に相談されたことから明朝に当方へ連絡があり発覚となりました。

この例では現場検証、ご本人の解剖までは行われませんでした。当方へ連絡がなければ実際に行われていたと考えられます。その場合、家族への心労もはかり知れません。また、発覚後に当方も警察署へ行くこととなりました。訪問診療のスケジュールに及ぼす影響もあり、どの視点から見てもデメリットしかないと考えております。

家族がパニックになっても訪問診療医がいることで、「まずそこへ相談すればなんとかなるはず」といった安心感を確立することができていれば、このようにはなっていないと痛感いたしました。

前述の家族へは「怖い思いをしましたね」などフォローを入れることで、それ以上のトラブルに発展することはありませんでしたが、自宅で最期を安寧に迎えることを目指すことと対極の結果となってしまいます。

「110・119コールをするのはクリニックへ相談してから」と言ってもらえる信頼関係の構築が重要です。



119番通報では、ACPはリセットされます

ご本人が在宅で看取りを希望していても、家族や親戚などが急変時に慌てて救急車を呼んでしまうと、救急隊は「119番通報があった時点で明らかな死亡以外は心肺蘇生法等必要な処置を実施しての救急搬送」となり、ACPはリセットされます。

患者さんには「何かあったら在宅医、ケアマネジャー、訪問看護師などに電話をするように」と、日頃から伝えておくことが大切です。

リンクパスポートの裏表紙には大きく「私の緊急連絡先」を記載する頁がありますので、積極的にご活用ください。





野村内科クリニック
野村 良彦 先生

私は2013年に「第2回日本医師会赤ひげ大賞」をいただきました。その選考理由は、“かかりつけ医として地域医療に貢献していることとそのかかりつけ医が本格的に在宅医療に取り組んでいること”でした。それは祝賀パーティの席上で横倉元

日本医師会会長と鈴木元常任理事から聞かされたことで、19年間の自分への評価と受け取り、この上ない喜びを感じたひとときでした。

1995年2月に開業した当初から、かかりつけ医として在宅医療に取り組んで介護保険の始まった2000年頃には、野村内科クリニックの在宅医療の基本的な考え方は定まっていました。(以下の6項目)

- 日常生活を最優先する。
- 患者・家族の納得を得る。
- 患者・家族に安心を与える。
- 自然経過に委ねる。(死を早めることも、遅らせることもしない)
- 寄り添う医療を実践する。
- 安全に終了する。

この、6項目を遵守しながら、患者さんの人生に最期まで寄りそえる医師であり、人生のフィナーレにその人が「生きてきて良かった」と思えるよう手助けが出来れば医療者も納得・満足が得られるのです。

医師(開業医)が、在宅医療を行う上で、最も大き

な課題となるのは、24時間365日の対応です。それを一人に対応するのは身体的にも精神的にも限界があり、継続が難しくなります。私自身も夜間の緊急連絡をなるべく少なくするよう工夫してきました。昼間の外来中に、訪看・家族・ケアマネジャーからの問い合わせに対し、院内のスタッフが医師と相談し対応策を提示しておく。又、対応できるスタッフの数を増やすだけでなく、基本的な考え方や理念を共有できるスタッフに育てることも必要です。

医師についても当院は、2001年から常勤医の採用を開始し、2014年に佐々木先生を副院長として迎えるまでに10年以上の歳月を要し、今の体制になったのです。それによって、開院当初から続けて来た「かかりつけ医が実践する在宅医療」を29年間継続することが出来たのです。

在宅医療は、病院医療(病気を治すための医療)の延長ではなく、日常生活の中で病気を持った人を診るものです。ですから、在宅医療ではすべて慢性疾患の患者さんを対象としています。医療者には病状予測がつきやすく、それを本人・家族に説明しておくことで、夜間の問い合わせを少なくすることにも通じます。

人は皆この世に生まれた以上、一度は経験するのが死です。その避けることが出来ない最期まで寄り添い看取ることができるのが在宅医であり、それに係られる多職種なのです。その途中にACPIは必要となってくるのですが、ACPの究極は本人のリビングウィルなのです。在宅医療を実践する『赤ひげ先生』として、これまで実践してきたことを記しました。



まちの診療所つるがおか
千場 純 先生

「赤ひげ」とは、1672年～1760年に実在した医師小川笙船をモデルにした山本周五郎の原作を三船敏郎が演じて一躍有名になった映画の主人公です。様々な工夫と努力で庶民の味方をする名医であると同時に、ときの将軍吉宗をも動かして「小石川養生所」を作らしめた大医でもあります。

そんな彼になり代われるわけありませんが、この横須賀の地で37年の長きに渡って在宅医療に勤んだこの身から申し伝えたいことがいくつかあります。

まず念頭に置いていただきたいのは、「私たち診療医は必ず暮しの中に存在して初めてその価値を発揮できる」ということです。すなわち「良きまちは良き医療によって支えられ、良き医師は良き患者(まちの住人)によって育てられる」ということです。これからの我が国の医療を背負って立つみなさんにはぜひ、“眼の前の医学的な診療に専心する [次ページへ](#)



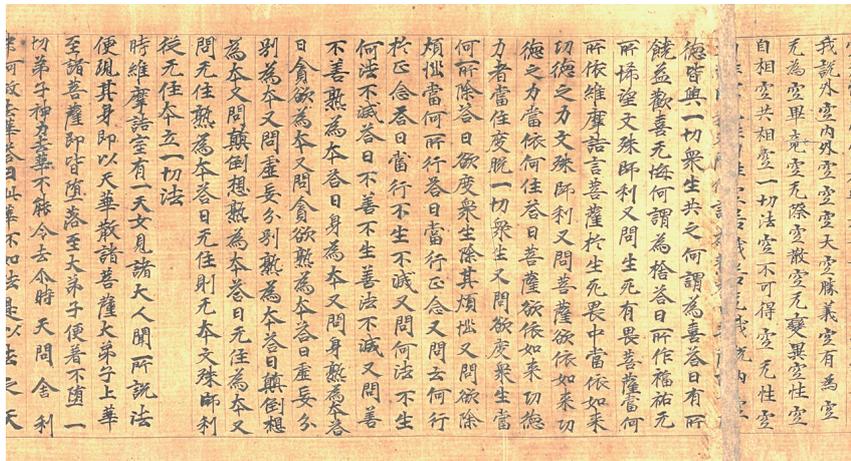


前ページからばかりの「小医に留まることなく、せめて“患者の暮らしや地域全体を診る姿勢で診療に臨む中医”を目指していただきたいと思います。

ところで、かつて「医者」は「醫者」、医院は「醫院」と旧字体で表記されていました。この「醫」という漢字の語源は薬師(くすし)とか癒やし(いやし)の意であるそうです。21世紀に入ってから急速に進歩する医学や科学の力で生み出される最新・最善の治療方法の熟知と実践と併せて、医師として忘れてならないのが、この「醫」という漢字が持つ本来の意味、すなわち医学的な技術と(今や死語ですが)仁術を併せ持ったものであるということです。さらに言えば、「想い遣り」と「お節介」のバランスを整え、

患者の「生物としての命」と「物語られる命」の双方(人生の二重性)を意識した医療・介護・そして福祉が一体となった在宅医療の展開が理想であるということをもまずは認識していただきたいと思います。そのうえで地域の風土や文化に馴染んだその方の人生の花道を創ること(エンディングケア)が出来たと確信する時にこそ「ハッピーエンドの在宅医療」が達成されることでしょうか。肉体の命は死んでも故人の存在や思い出(霊的な命)は消え(死に)ません。在宅医療を極めるには「QOD/Well dying」、あるいは「生と死の連続性」を理解する(図「維摩経不二の法」参照)ことも必要かもしれません。

(2018年第7回赤ひげ大賞受賞)



- #医から醫へ
- #想い遣りとお節介
- #地域風土と文化
- #人生の二重性
- #死なない命
- #死生観
- #QOD/Well dying
- #人生/*の花道
- #エンディングケア
- #ハッピーエンド
- #不二
- #小川笙船
- #小医・中医・大医
- #まちづくり系医師

<図:維摩経不二の法>



フロムワン附属診療所
佐藤 眞紀子 先生

2022年第11回赤ひげ
功労賞をいただきました。

横須賀に来る前、がんに
限らず、あらゆる疾患の患
者さんを受け入れ、終末期
の人生に寄り添うことを
大切にする、ある病院の病
棟で勤務しました。人は誰

でも年を取り、いつかは必
ず終末期という時期を過
ごすことになる、医療はそれを支える使命があると思
ったからです。そこでは、毎日、お昼の時間を利用して、病棟に関わる全職員とボランティアさんまで参加する、多職種カンファレンスをしていました。一人一人の入院患者さんについて情報を共有し、何が
できるかを話し合いました。回診では聞けない、患

者さんの本音を、ボランティアさんやヘルパーさん
から教えてもらい、共有することができました。その
想いに寄り添う医療・ケアを実現するために、どう
すればよいのか、全員で話し合いました。温かくて、
豊かな医療でした。今、一緒に仕事をするナースと
は、そこで出会いました。

横須賀に来て、最初は、病棟ではないことに戸惑
いました。しかし、「診療所はナース・ステーション」
を合い言葉に、患者さんのご自宅を病室と考え、地
域の訪問看護師さんや介護職の方達とチームを組
めば、あの病院で体験した、温かい医療ができると
信じて前進してきました。

今回の赤ひげ功労賞は、まだまだこれから、頑張り
なさいと大きな励ましをいただいた気がします。地
域包括ケアチームの一員として、医療の役割をしつ
かり果たしてゆきたいと思っています。



6. 知っておきたい制度・診療報酬

(1) 医療保険と介護保険

◆ 医療保険

全国民が加入を義務付けられており、主に、病気や怪我による治療費用を保障することを目的としており、保険加入者が病院や診療所で治療を受けた際に、治療費や薬の費用を一部負担します。

◆ 公的介護保険

40歳以上の方が対象となり、介護を必要とする方が介護（予防）サービスを1～3割の自己負担で受けることができます。受けられるサービスには、自宅での介護や施設での入所生活・通所サービスなどがあります。

①介護保険の給付対象は1号被保険者と2号被保険者に分けられます。

1号被保険者…要介護状態にある65歳以上

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

介護保険で対象となる病気

(特定疾病には16種類が指定されています)

- ①末期がん ②筋萎縮性側索硬化症
- ③後縦靭帯骨化症 ④骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑤多系統萎縮症 ⑥初老期における認知症
- ⑦脊髄小脳変性症 ⑧脊柱管狭窄症 ⑨早老症
- ⑩糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜 ⑪脳血管疾患(外傷性を除く)
- ⑫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 ⑬閉塞性動脈硬化症
- ⑭関節リウマチ ⑮慢性閉塞性肺疾患
- ⑯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

医療保険と介護保険は原則として併用出来ません。介護保険給付は、他の医療保険給付より優先されます！

例) デイサービス利用中に具合が悪くなっても往診は出来ない。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。

医療保険と介護保険の併用可能な例

例1) 介護保険サービスによる訪問看護利用者が急性憎悪等の事由により、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。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カ月間に限り、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に医療保険におけるリハビリテーションも受けられる。

(2) 訪問診療を行う診療所の種類

訪問診療を実施する診療所には、在宅療養支援診療所の施設基準を満たして届出をする診療所と、届け出をしない診療所があります。在宅療養支援診療所は、各種要件を満たしそれを関東信越厚生局に届け出る必要があります。

一方で、受け持ちの患者さんが24時間対応が必要ではない場合は、在宅療養支援診療所の届出は必要なく、在宅時医学総合管理料の届出をして、訪問診療を行います。この場合、診療報酬に差が生じますが、その分患者さんの負担も少なくなります。



また、医師一人の診療所でも訪問診療を行いやすくなります。

◆ 在宅療養支援診療所 (1) ~ (3)

(在宅療養支援診療所の届出要件)

在宅診療患者に対し24時間対応が可能な医療機関です。

● 在宅療養支援診療所 (1)

機能強化型 (単独型)

在宅療養支援診療所 (3) 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

● 在宅療養支援診療所 (2)

機能強化型 (連携型)

在宅療養支援診療所 (3) の要件に加え

- ・在宅医養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

● 在宅療養支援診療所 (3)

- ・24時間連絡を受ける体制の確保
- ・24時間の往診体制
- ・24時間の訪問看護体制 (連携可)
- ・緊急時の入院体制 (連携可)
- ・連携する医療機関への情報提供
- ・年1回、看取り数等を厚生局に報告
(適切な意思決定支援に関する指針を定めていること (2022の改訂) で追加)

◆ 在宅療養支援診療所以外

(在宅時医学総合管理料の届出要件)

- ・当該診療所に在宅医療の調整担当者が1名以上配置されていること
- ・患者さんに対して医療を提供できる体制が継続的に確保されていること

在宅時医学総合管理料

通院が困難な患者さんに対し、本人の同意を得て計画的な医学管理のもとに定期的な訪問診療を行う場合に月1回算定できます。

在宅療養支援診療所等とそれ以外の医療機関での在宅時医学総合管理料の比較

(※単一建物診療患者数1人の場合)

	病床	2回以上 / 月		1回 / 月
		重傷者等	重傷者以外	
在宅療養支援診療所 (1)	あり	5,400 点	4,500 点	2,760 点
在宅療養支援診療所 (2)	なし	5,000 点	4,100 点	2,520 点
在宅療養支援診療所 (3)	—	4,600 点	3,700 点	2,300 点
在宅療養支援診療所以外	—	3,450 点	2,750 点	1,760 点

(2022 年度診療報酬)



(3) 在宅療養後方支援病院とは

在宅療養中の患者さんの病状の急変等により緊急に診療が必要となった場合、24時間体制で受け入れる病院で、対象患者さんは事前に登録が必要です。

横須賀市では、うわまち病院、市民病院の2病院がこれに該当し、「在宅患者入院登録システム」を活用してスムーズに入院ができるよう診療所と連携を図っています。

【在宅療養後方支援病院の基準】

- 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は、緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
- 入院希望患者に対して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、診療情報の交換をしていること

(4) 保険請求

◆ 医療保険の請求

在宅医療の診療報酬算定は、基本的には以下の①～④の報酬の合計が診療報酬請求できるひと月単位の報酬額となります。

$$\textcircled{1} + \textcircled{2} + \textcircled{3} + \textcircled{4} = \text{在宅医療診療報酬請求額}$$

- ① 在宅患者訪問診療料等
1回単位の診療行為を評価するもの。
- ② 在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料等
1ヶ月単位、或いは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。

- ③ 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ヶ月単位で、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。
- ④ 在宅療養指導管理材料加算、特定保険医療材料料、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

◆ 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や、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。)又は利用者及び家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、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。

スペースの都合上、それぞれの保険点数は白本や厚生労働省のホームページでご確認ください。

(5) 在宅医療に必要な届出と施設基準

主な特掲診療料に係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又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

④ 在宅がん医療総合診療料（様式20）

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であることを明記

《 往診かばんの中見拝見 》

【小磯診療所 磯崎先生】

訪問看護に出かける看護師のカバンの中身です。

- 通常の訪問看護で使用する検査器具
体温計、血圧計、サチュレーションモニター
- 追加で検査する際に必要なもの
採血スピッツ、血糖測定器、PT測定器
- 医師の指示のもと治療に必要なもの
注射剤、輸液用電解質液
- 褥瘡用被覆剤、軟膏等
一旦施設に戻らなくても医師と連絡をとりつつすぐに行動に移れるように、さまざまな物品を持ち歩いています。



【久里浜横井クリニック 横井先生】

訪問バッグは医師個々のニーズやスタイルを反映するものですが、通常、訪問診察時に使用するアイテムは次の通りです。訪問バッグに加えて、ショルダーバッグとウエストポーチも併用しています。

- 基本的な装備品（これらはそれぞれ小さなポーチに収納）：バイタル測定器（血圧計、体温計、S p O₂モニター）、手袋、消毒薬、採血セット、包帯、絆創膏、同意書などの書類、ペンライト、舌圧子など
- 状況に応じて必要となる準備品：ポータブル心電図、点滴セット、穿刺キット、縫合セット、院内処方薬、軟膏類、尿道バルーンキット、胃管など
- 当院で特に重要視している装備品
 - ① iPad（電子カルテ）：記録に利用する他、ポータブルエコーのモニターとしても活用可能。
 - ② ポータブルエコー：心臓、胸部、腹部の診察に非常に便利。
 - ③ ワイヤレスイヤホン：両手が自由になり電話を取ることができる。
- 必須ではないが便利なアイテム
 - ① 名刺や当院のリーフレット
 - ② 印鑑のゴム板、朱肉、ポケットティッシュ
 - ③ 携帯用靴べら

これらは些細なことかもしれませんが、マナーやホスピタリティにも重要な要素です。なお、当院のバッグは約10kg程度です。



7. 在宅医療現場における暴力やハラスメントの予防と対応

小磯診療所 磯崎 哲男

患者さんの自宅に医療者が出向く在宅医療は、クリニックや病院で行う医療と異なり、少数（場合によっては一人）の医療者で行われることが多い医療です。通常は外来診療に通えない方が在宅医療の対象となるため、暴力やハラスメントを受けることは少ないと想定できるのですが、患者本人や患者家族からの暴力・ハラスメントを医療者が受けることもあり得ます。その可能性について常に認識し備えておくことが大切です。

初回の面談時の患者本人や患者家族への説明が大切です。

外来診療と比較して在宅医療で何ができるのか、何が限界なのかを知らせ、相手に過度な期待を抱かせないことが肝要であり、現実に応じた対応になることをよく説明しておくべきです。

また、患者さん側からの相談の電話があった場合には、電話での相談アドバイスだけになるのか、訪問看護師が訪問するのか、医師が訪問するのかは状況によって対応が変わることも、よくよく説明しておくべきと考えます。

なお、対応方法によって医療費が異なり、もちろん医師が時間外に訪問することで医療費が最も高額になり、その分患者負担も大きくなるので、患者さんの状態によって対応方法を吟味する必要があります。

ハラスメントの種類として精神的ハラスメント、身体的ハラスメント、セクシャルハラスメントがあります。

● 精神的ハラスメント

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為である。例として大声を発する、「このくらいできて当然」と理不尽な要求をするなど。

● 身体的ハラスメント

身体的な力を使って危害を加える行為である。例としては叩く、つねる、蹴るなど。

● セクシャルハラスメント

意に沿わない性的誘いかけ、好意の要求等の性的な嫌がらせ行為である。例として必要もなく手や腕を触る、ヌード写真やアダルトビデオを見せる等である。

これらのハラスメントを避けるために複数の職員で訪問したり、疾患によって引き起こされている行為であれば治療が必要となることもあります。（認知症や精神疾患によって引き起こされる易怒性など）

医師の応召義務により必ず訪問診療を継続しなければいけないと考えがちですが、患者さんとの信頼関係が成立しない場合には診療を拒んでも応召義務違反ではないとする厚労省医政局長通知が2019年に発出されています。ハラスメントなどの迷惑行為をやめるように注意した後も繰り返す場合には、信頼関係が損なわれると考え、訪問診療を中止することは応召義務違反ではなくなりました。

訪問診療を始める時に、ハラスメントによる訪問診療中止基準を説明しておくことを検討してもよいと思われます。



8. 在宅医療に関する相談先



地域包括支援センター		
1	追浜地域包括支援センター	865-5450
2	田浦・逸見地域包括支援センター	861-9793
3	本庁第一地域包括支援センター	828-3830
4	本庁第二地域包括支援センター	824-3253
5	衣笠第一地域包括支援センター	851-1963
6	衣笠第二地域包括支援センター	838-4774
7	大津地域包括支援センター	842-1082
8	浦賀地域包括支援センター	846-5160
9	久里浜地域包括支援センター	843-3112
10	北下浦地域包括支援センター	839-2606
11	西第一地域包括支援センター	857-7288
12	西第二地域包括支援センター	857-6604

訪問看護ステーション		
1	かのん訪問看護リハビリステーション 追浜	874-7061
2	ネクサスケア横須賀 訪問看護ステーション	874-5121
3	湘南訪問看護ステーション	865-9784
4	アミカルケアサービス 訪問看護ステーション	860-1477
5	小結訪問看護ステーションふなこし	860-1250
6	かもめケア訪問看護ステーション	823-8315
7	空と花 在宅看護センター横須賀	823-0020
8	訪問看護ステーション デューン横須賀	874-8031
9	ぶくぶく訪問看護ステーション	894-9592
10	聖ヨゼフ訪問看護ステーション	822-2187
11	みはる訪問看護ステーション	854-9100
12	よこすか訪問看護ステーション	824-3065
13	セントケア訪問看護ステーション横須賀	826-1161

訪問看護ステーション		
14	おひさま訪問看護ステーション	876-6520
15	訪問看護リハビリステーション move	874-6002
16	フロムワン付属診療所	876-8780
17	衣病訪問看護ステーション	852-1471
18	訪問看護ステーションあやめ横須賀	853-0170
19	衣笠訪問看護ステーション	852-5212
20	訪問看護ステーションはまゆう	833-3581
21	訪問看護リハビリステーション サニーアワーズ	887-0875
22	コトノハ訪問看護リハビリステーション	884-8071
23	あうる訪問看護リハビリステーション北久里浜	045-353-4080
24	訪問看護 杏の花	874-9508
25	愛の手訪問看護ステーション	890-5540
26	ハピタスカーマ訪問看護ステーション	844-8333
27	訪問看護ステーション友・友	839-2434
28	訪問看護ステーション はな	835-1101
29	咲希看護センター	887-0509
30	衣病訪問看護ステーション長瀬	843-3172
31	けいあい訪問看護ステーション	835-7111
32	よつ葉よこすか	884-9533
33	青山会津久里浜訪問看護ステーション	887-0445
34	サニーナース訪問看護ステーション	849-5177
35	かして	839-2424
36	よこすか みかん	884-8453
37	津久井浜ケアセンター訪問看護	876-5369
38	聖隷訪問看護ステーション横須賀	857-8840
39	うみがめ訪問看護ステーション	884-8330
40	マークスター訪問看護ステーション	874-6410

9. 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

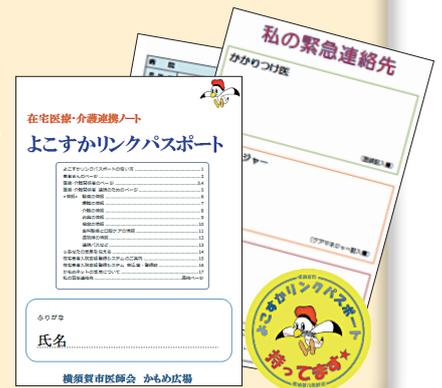
かもめ広場は、横須賀市医師会において在宅医療の推進と関係機関・関係職種との連携に関する業務を担当し、在宅医療委員会の各事業実施機関として活動しています。

横須賀市で在宅医療を実施する際に役立つ主なお助けツールをご紹介します。

1 在宅医療・介護連携ノート「よこすかリンクパスポート」

在宅患者さんが、このファイルに自身の医療・介護に関する情報を収納することで、かかりつけ医や病院医師、医療・介護関係スタッフが、患者さんと家族の意向を尊重しながら、治療経過や病状などの情報を共有して、適切な医療や介護を行うために活用します。また、緊急時には救急隊員がかかりつけ医を確認することもできます。

- ・発行：かかりつけ医が在宅療養をする患者さんに発行します。
- ・同意書：かかりつけ医が情報を共有することについて患者さんに説明のうえ同意のサインをもらいます。
- ・管理：患者さんの情報なので患者・家族がベッドサイド等に保管します。また、所持を知らせるための「持ってますマグネット」を冷蔵庫に貼ります。
- ・記入：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。



2 在宅患者入院支援登録システム

- ・急な病状悪化や検査・治療のために入院が必要になる時のために、入院支援協力病院に患者さんの情報をあらかじめ提供することで、病床の利用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、患者さんのみならず患者さんを支えている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、原則として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。また入院できない場合でも、責任をもって適切な医療機関を紹介します。
- ・リンクパスポートに必要な書類が入っています。

3 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・介護等関係職種がタイムリーに患者情報を共有することで、多職種連携・病診連携・診診連携をスムーズ行うこと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、訪問先などの必要な場所、必要な時に、いつでもどこでも情報を閲覧・共有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。
- ・書類・電話・FAXによる連絡の負担を軽減することを目指しています。
- ・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。



4 医師会ホームページ (https://www.yokosukashi-med.or.jp/zaitaku)

● 在宅医療実施医療機関の検索

- ・横須賀市医師会HPの在宅医療のページから、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。
- ・市民のみならず病院や医療介護関係者が在宅実施医療機関を検索するとともに、在宅医が治療や処置等で困った時に専門医や協力医を探すために活用することで、病診連携や診診連携の強化につながることを目指すためのツールです。

● 多職種連携の連絡先紹介

- ・在宅医療を推進するにあたり、連携する多職種の連絡先や連携方法を掲載しています。
 - ・訪問歯科診療
 - ・訪問服薬指導
 - ・訪問看護ステーション
 - ・訪問栄養指導
 - ・介護保険サービス事業所
 - ・訪問リハビリテーション

5 適切な意思決定支援に関する指針

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおける適切な意思決定支援」において活用するもので、令和4年度に横須賀市医師会版を作成しました。

人生の最終段階で受ける医療やケアなどについて、患者さん本人と家族などの身近な人、医療従事者などが事前に繰り返し話し合う取り組み（アドバンス・ケア・プランニングACP）の基本となるもので、診療所用と患者さん用の指針があります。

患者さん用指針は、患者さんの手元に備えるリンクパスポートに入っています。
ホームページにも掲載しておりダウンロードができます。

6 研修会・勉強会

- ・医師のための在宅医療セミナー……在宅医療のイロハから応用までを学びます。
- ・診療所主導型在宅医療学習会……診療所が主体となって連携する関係職種等とともに、在宅医療に関する知識技術を学び連携強化を図るために開催します。
- ・ブロック連携拠点における研修会…市内4か所のブロック連携拠点が開催するもので、どの地域からも参加できます。
- ・多職種連携に関する各種研修会……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す。



執筆者紹介

◆ 在宅医療委員会委員長
大畑医院
院長
塚本 光嘉



◆ 委員
こうようクリニック
院長
山下 航



◆ 委員
フロムワン附属診療所
院長
佐藤 真紀子



◆ 委員会副委員長
小磯診療所
院長
磯崎 哲男



◆ 横須賀市医師会 会長
三屋内科
院長
三屋 公紀



◆ 委員
まちの診療所つるがおか
院長
千場 純



◆ 在宅医療担当理事
野村内科クリニック
院長
佐々木 純久



◆ 委員
汐入ぱくクリニック
院長
新井 正晃



◆ 副担当理事
秋澤医院
院長
秋澤 暢達



◆ 委員
汐入メンタルクリニック
院長
阿瀬川 孝治



◆ 理事
湘南山手つちだクリニック
院長
土田 匡明



◆ 委員
横須賀中央診療所
院長
春田 明郎



◆ 新村皮フ泌尿クリニック
院長
新村 武明



◆ 委員
秋谷潮かぜ診療所
院長
西村 京子



◆ 野村内科クリニック
院長
野村 良彦



◆ 委員
久里浜横井クリニック
副院長
横井 英人



◆ ながいクリニック
院長
小川 伸郎





～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でしょう。

- ① 訪問先に坂道があるか
- 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



2022年の在宅医療委員会で「医師のための在宅医療ハンドブックPart2」を作成することを決定してから、1年余をかけて完成の運びとなりました。手上げ方式で、編集委員を募ったところ速やかに編集委員会を編成することができ、執筆についても、積極的な意思表示により原稿依頼をすることができました。

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りました。

編集の過程において、在宅医療にかかわる先生方の思いと意欲を感じ取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先生のお役に立つこと、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。

「医師のための在宅医療ハンドブックPart2」編集委員会





令和 6 年 3 月発行

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