

# 在宅医療 スタート ブック

在宅医療のはじめ方・すすめ方



山形市医師会

## はじめに

在宅医療という言葉はよく耳にはするけれど、自分にはあまり縁のないものだとお考えであったり、関心はあっても実際にどんなことをするのかわからないという先生方も多くいらっしゃるのではないのでしょうか。

平成 29 年度に、山形県医師会と山形県が、県内医療機関を対象に実施した「山形県在宅医療実態調査」の結果では、有効回答があった医療機関全体の約6割が在宅医療に関心があると回答しており、今後（5年～6年先）の在宅医療に対する取組み予定については、全体の約1割にあたる医療機関が「機会があれば今後（新たに在宅医療に）取り組みたい」と回答しています。

この冊子は、在宅医療に関心はあってもなかなか取り組めないとお考えであったり、これまであまり関心がなかったという先生方に、ちょっとだけ在宅医療に目を向けていただき、実際に取り組んでいらっしゃる先生方や関係職種の方々の実践談などを踏まえて、在宅医療への距離感を縮めていただくことを目的に作成したものです。

これをお読みいただき、少しでも在宅医療への関心が高まり、山形市における在宅医療の拡充に向けてお役に立つことができれば幸いです。



## 目次

- 4 — 1. 在宅医療とは
- 6 — 2. 在宅医療は難しいか ～安心して取り組める在宅医療～
- 12 — 3. 在宅医療に関する制度等
- 14 — 4. 在宅医療を始めるには
- 16 — 5. 実践者への突撃インタビュー
- 20 — 6. 不安や疑問へのお答え ～実践者Q&A～
- 22 — 監修にあたって ～これからの在宅医療～



# 1 在宅医療とは

## ○なぜ在宅医療が必要なのか？

高齢化と人口減少が急速に進展し、いわゆる団塊の世代がすべて後期高齢者となる 2025 年には、全国の高齢化率が 30%に達すると推計されています。<sup>※1</sup>

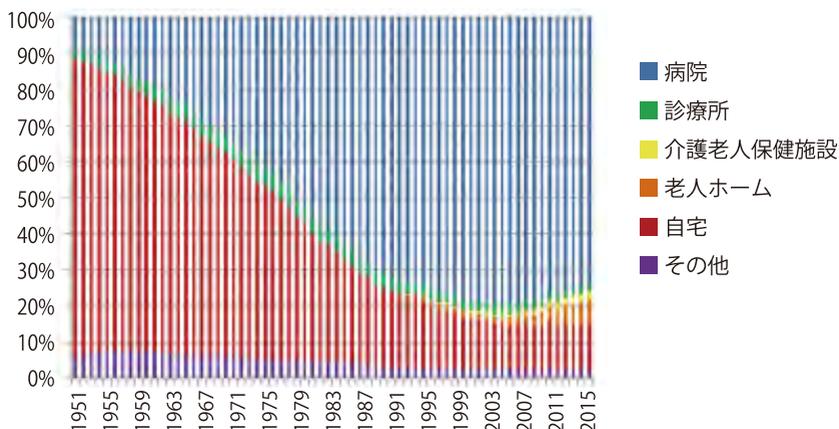
山形市においても、2016 年に 27.9%であった高齢化率が<sup>※2</sup>、2025 年には約 32%、2040 年には約 37%と、急激に上昇していくことが見込まれています。<sup>※3</sup>

こうした中、平成 24 年度に内閣府が行った高齢者の健康に関する意識調査によれば、治る見込みがない病気になった場合、最期を病院などの医療機関で迎えたいという人の割合は3割に満たず、6割以上の方が自宅や福祉施設等を希望しています。

また、死亡の場所の推移を見てみると、これまでは医療機関における死亡が増加する傾向にありましたが、近年、医療機関以外の場所が増えている状況にあります。

このようなことから、今後、在宅医療の必要性がますます高まってくるものと考えられます。

【死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移（平成 28 年人口動態調査データより作図）】



※1 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成 29 年推計（出生中位・死亡中位））

※2 山形県高齢社会関係データ集（平成 29 年）

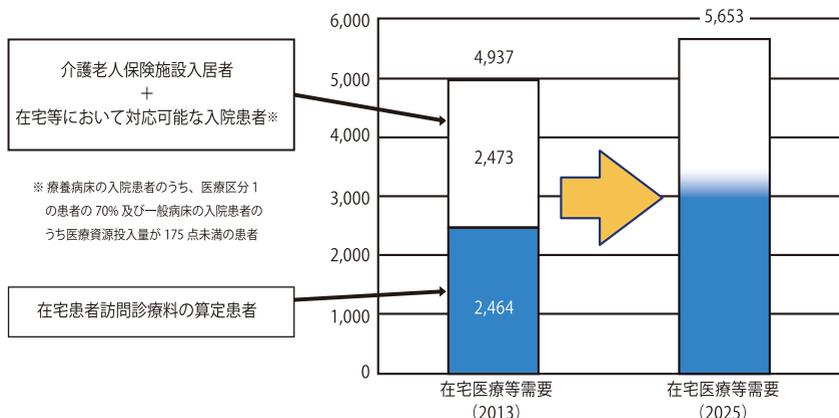
※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成 25 年 3 月推計）

## ○どのくらいの需要が見込まれる？

平成 28 年9月に策定された山形県地域医療構想においては、村山地域で 2013 年に在宅医療を必要とする患者さんの数は 4,937（人 / 日）と推計されていますが、2025 年には 5,653（人 / 日）と、一日当たり 700 人以上の増加が見込まれており、そのうちの大部分が山形市周辺における需要であると考えられます。

### 【地域医療構想における在宅医療等需要の推計（村山構想区域）】

単位：人／日



## ○どんな診療を行うの？

在宅医療は、外来診療を受けることができない患者さんの自宅や施設などに、医師等の医療従事者が訪問して医療を提供することです。

大きく分ければ、患者さん側からの要請に応じて不定期に患者さんのもとに出向いて診察や治療を行う「往診」と、訪問日時をあらかじめ決め、計画的・定期的に訪問して診療を行う「訪問診療」とがあり、これらは診療報酬においても区別されています。

この冊子では、主に「訪問診療」を中心とした在宅医療についてお話ししていきたいと思います。

## 2 在宅医療は難しいか～安心して取り組める在宅医療～

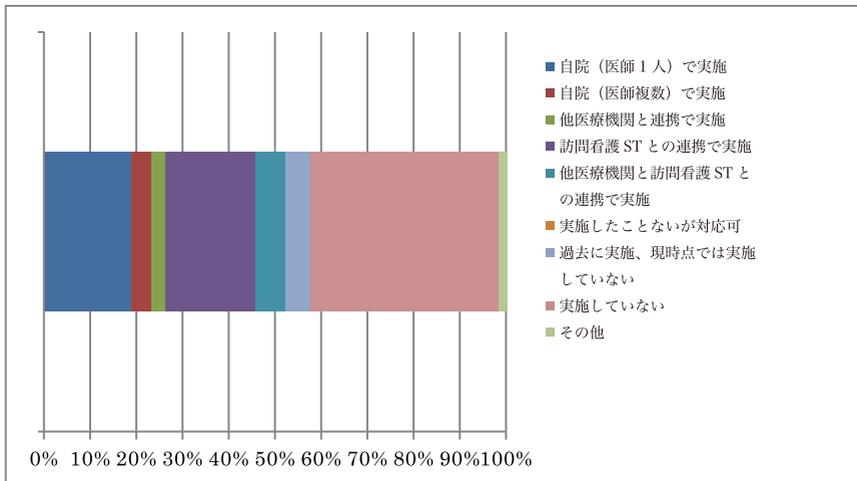
### ○24時間×365日の形だけではない

在宅医療を行う場合であっても、必ずしも24時間×365日、休みなく拘束されるものとは限りません。特に訪問診療については、外来診療と同様、日時や時間を決めて計画的に取り組むことができます。

山形県医師会と山形県が平成29年度に実施した「山形県在宅医療実態調査」によれば、県内で在宅医療を実施しているという有効回答があった323の医療機関のうち、24時間×365日の対応を行っているのは、約半数程度の169施設でした。

また、同様に山形市内で在宅医療を実施しているという有効回答があった208の医療機関のうち、24時間×365日の対応を行っているのは、4割強にあたる86施設でした。

#### 【24時間365日での在宅医療の実施状況（県全体）】



在宅医療に取り組むにあたって、24時間の連絡を受け付ける「在宅療養支援診療所」となることも、選択肢としてあげられます。（12ページ参照）

## ○外来診療との両立

平成 28 年度診療報酬改定において、一定の要件を満たす場合において在宅医療専門の保険医療機関の指定が可能となりましたが、県内で現在在宅医療に取り組んでいる医療機関の多くは、外来診療との両立により経営がなされています。

外来診療との両立は、外来の患者さんが通院できなくなった時にスムーズに在宅医療に移行できることや、逆に、在宅療養中の患者さんが在宅では難しい治療を行う時に外来の予約をしていただくなど、相互のメリットにより、患者さんの負担を減らすことにもつながります。

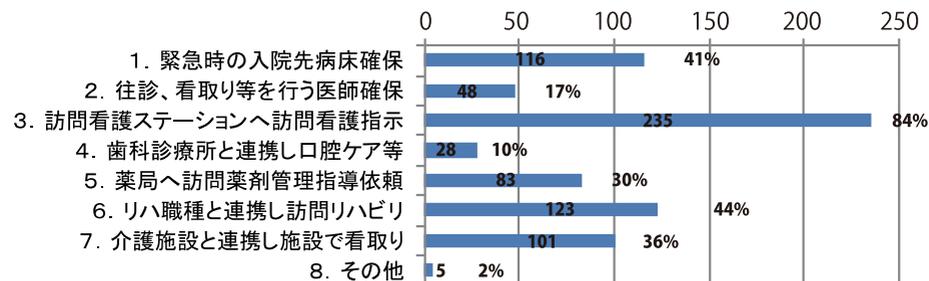
## ○多職種との連携で負担軽減

在宅医療の現場においては、医師による訪問診療のみ行われるわけではありません。歯科医師による訪問歯科診療や調剤薬局薬剤師による訪問服薬指導が行われることもあれば、これらをサポートする訪問看護師やケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー（MSW）やリハビリ職、管理栄養士や介護職など、多職種に渡る連携体制が必要とされます。

とりわけ、訪問看護師との連携は、在宅医療における重要なポイントとも言えるものであり、山形県在宅医療実態調査においても、在宅医療を実施している県内の医療機関のうち 84%が訪問看護ステーションと連携していると回答しています。

こうした多職種に加え、緊急時の入院先病床に関わる病院なども含め、在宅医療を支えるチームとしての連携体制が、医師の負担軽減につながり、結果として安定した在宅医療の提供へとつながります。

### 【関係機関と連携している医療機関数】



2012（平成 24）年 2 月 17 日閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」では、在宅医療を受けている人が 17 万人から、13 年後の 2025（平成 37）年には、29 万人に増加し、在宅介護も 320 万人分から 463 万人に増加すると予想されている。

実際に、全国で 1 日当たり何人が在宅医療を受けているかを知る方法としては、厚生労働省大臣官房統計情報部が 3 年毎に実施している「患者調査」の推計値を参考にする方法がある。表 1 は、2014（平成 26）年 10 月の調査結果から「年齢階級別にみた在宅医療を受けた推計外来患者数」を示している。在宅医療推計患者 156,400 人のうち、病院が 14,400 人、一般診療所が 101,500 人となっている。

表 1 年齢階級別にみた在宅医療を受けた推計外来患者数

(単位：千人) 平成26年10月

年齢階級	推計外来患者数 総数	(総数)			(病院)				(一般診療所)				(歯科診療所)			
		在宅医療	往診	訪問診療 医師・ 歯科医師 以外の訪問	在宅医療	往診	訪問診療 医師・ 歯科医師 以外の訪問	在宅医療	往診	訪問診療 医師 以外の訪問	在宅医療	訪問診療	歯科医師 以外の訪問			
総数	7 238.4	156.4	34.0	114.8	7.6	14.4	4.4	7.2	2.8	101.5	29.6	69.1	2.7	40.6	38.5	2.1
0～14歳	738.5	0.4	0.3	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	0.1	0.1	-
15～34歳	667.0	3.3	0.6	2.5	0.2	0.3	0.2	0.0	0.1	0.8	0.4	0.3	0.1	2.2	2.2	-
35～64歳	2 303.8	15.3	3.7	9.8	1.8	2.4	0.7	0.5	1.2	6.0	2.9	2.5	0.6	6.8	6.8	0.1
65歳以上 (再掲)	3 510.2	137.1	29.3	102.2	5.5	11.5	3.5	6.6	1.4	94.0	25.9	66.1	2.0	31.5	29.5	2.0
75歳以上	1 895.1	121.5	26.2	90.7	4.6	9.8	2.9	6.0	0.9	84.8	23.3	59.6	1.8	26.9	25.0	1.9

注：1) 総数には、年齢不詳を含む。

2) 「往診」とは、他家（介護老人保健施設等を含む、以下同じ。）の求めに応じて患者に赴いて診療するものをいう。

3) 「訪問診療」とは、医科においては、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをい、歯科においては、歯科医師が患者に赴いて診療を行うものをいう。

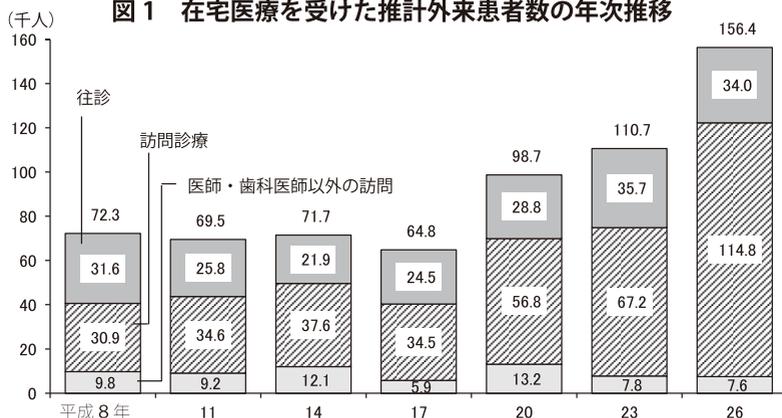
4) 「医師・歯科医師以外の訪問」、「医師以外の訪問」及び「歯科医師以外の訪問」とは、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に当該職種以外の者が訪問して実施されるものをいう。

資料：平成 26 年（2014）患者調査の概況、厚労省大臣官房統計情報部

図 1 は、同じ調査から「在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移」を示したものである。この図から明らかのように、在宅医療を受けた推計患者は平成 17 年から急増していることと、訪問診療が 3 倍以上増加したことがわかる。

このようなことから、政府の推計のように今後 10 年間で訪問診療も倍増し、在宅介護を受ける人も増加することは明らかである。

図1 在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移



注：平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

資料：表1と同じ

在宅医療に関しては、以下のような4区分が可能である。

- ① 退院支援 ② 日常の療養支援 ③ 急変時の対応 ④ 看取り

「退院支援」では、入院医療機関と、在宅医療に係わる機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保する必要がある。②の「日常の療養支援」では、患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者の住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されることが求められる。③の「急変時の対応」では、在宅療養者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所および入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制を確保することが、そして、④の「看取り」では、住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保することが必要である。

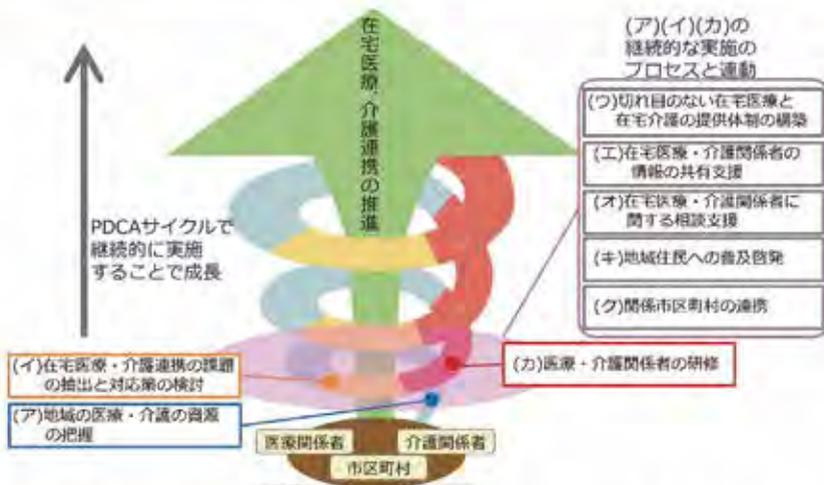
また、地域における在宅医療を円滑に進めるためには、以下も必要である。

- 地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的を開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- 地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行うこと
- 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること

以上のような観点から国は、在宅医療・介護連携推進事業を「平成 26 年介護保険改正法」の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、郡市医師会等の関係団体と連携しつつ取り組むことを制度化した。

図 2 に示すように、この事業の（ア）から（ク）の 8 事業項目の全てを 2018（平成 30）年 4 月にはすべての市町村が実施することになっている。なお、この 8 事業項目は郡市医師会（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能であり、都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題を踏まえ、関係団体と密接に連携しつつ、協議や支援を進めている。

図 2 在宅医療・介護連携推進事業の進め方のイメージ



出典：富士通総研「地域の発展にむけた在宅医療・介護連携を推進するためのモデル構築プログラム」による調査研究事業「報告書の一部改定（平成27年度老人保健推進施設等事業）」

以上のように、政府の推計のように今後 10 年間で訪問診療は倍増し、行政の制度政策も在宅医療介護の連携を強力に推進することになっている以上、在宅医療のニーズ自体が拡大することは明らかで、診療所が在宅医療に積極的に参画することが経営上も意味があることは確実であろう。

一般診療所の正確な経営比較は、入院施設の有無、個人立か医療法人立か、診療科、診療する医師の人数、医師の年齢、医師以外の従業員数などによって千差万別といつてよい。平成 29 年の第 29 回医療経済実態調査の個人立で入院診療施設を持たない在宅支援診療所（施設数 33 施設）をみると、医療介護収益 74,440 千円、医療介護費用 50,017 千円で、損益差

額は 24,422 千円であった。この調査による個人立で入院診療施設を持たない一般診療所(青色申告者を含む施設数 795 施設)をみると、損益差額は、平均値で 26,518 千円、中央値で 19,880 千円であった。

この数字だけを比較する限りでは個人立で入院診療施設を持たない在宅支援診療所と在宅診療所以外の経営状況に大きな差は見出せない。

ただし、個人立で入院診療施設を持たないで、開業 15 年程度で 60 歳の内科医の医師 1 人開業で、従業員 2 ないし 3 名の平均的一般診療所を想定すると、1 診療日あたり 30 万円強の医療介護収益の確保であると考えられる。例えば、1 日当たり平均収益が 31 万円で年間診療日が 240 日であれば年間 74,400 千円となる。再診患者が多く、新患患者が 1 日 5 人以下で、一件当たり外来診療単価が 4,000 円であれば、1 診療日あたり 80 人近い外来患者を診療していることになる。80 人の外来患者をこなし、その上で 1 日 4 件程度の往診を行うということは、時間的な制約でかなり忙しく、毎日ということでは長続きしない。しかし、一般的には 1 診療日あたり外来患者数は、医師が高齢化するにしたがい減少することが知られている。そこで、在宅医療への取り組みが、診療所経営に貢献することは、誰でも理解していることである。

地域に密着している一般診療所であれば、往診など在宅医療を全く行わないというわけには行かないが、看取りを含め 24 時間 365 日対応することはできないし、年間に数人以上看取することを条件にされた診療報酬を積極的に算定しようと思わない開業医も少なくないと思う。在宅診療は、初診再診と往診料のほか交通費が基本になり、同一日に往診料を算定しなければ、在宅患者診療料か在宅患者訪問看護・指導料などが算定できる。また、在宅時医学総合管理料や特定施設入居時等医学総合管理料など、各種の診療報酬点数が設定されており、「平成 30 年度の診療報酬・介護報酬同時改定」では、在宅医療への報酬上の評価が若干引き上げられた。

経営的にみて在宅医療は、10 年以上前には考えられなかったような経済的評価が行われ、都市部では在宅医療専門の診療所でも経営が確立できるようになっている。今後は、在宅支援診療所以外の在宅医療にも着目し、在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応が可能となるような、一層の経済的評価が求められている。

### 3 在宅医療に関する制度等

#### 診療報酬（医療保険）

##### ①訪問診療と往診の診療報酬

在宅医療の中心となる訪問診療と往診の診療報酬は区別されており、いずれも外来より高く設定されています。

訪問診療	往診	(参考) 外来
あらかじめ期日を決めて、計画を立てて訪問する診療	患者の症状の変化に応じ、要請を受け臨時に訪問する診療	
在宅患者訪問診療料 1 833 点（同一建物居住者以外）	往診料 720 点	再診料 72 点
※特別な事情を除き、医療機関と患者との距離が 16km を超える訪問診療と往診は診療報酬を算定できないなど、それぞれ算定にあたっての要件があります。		

##### ②在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料）

居宅<sup>\*</sup>で療養する患者さんの計画的な医学管理を評価する点数で、月1回以上の訪問診療を実施することなどを算定要件として、1か月単位で算定するものです。算定にはあらかじめ東北厚生局への届出が必要となります。

※施設入居時等医学総合管理料は、介護施設への入所者が対象。

在宅時医学総合管理料	5,400 点～560 点
施設入居時等医学総合管理料	3,900 点～560 点

##### ③在宅療養支援診療所（在宅療養支援病院）

患者さんへの対応の必要性から 24 時間対応とする場合、一定の要件を満たせば、東北厚生局へ届け出を行い在宅療養支援診療所となることができます。在宅療養支援診療所となることで、高い診療報酬の点数を算定できる項目があります。

<主な要件>

- ・24 時間連絡を受ける体制の確保
- ・24 時間の往診体制（連携可<sup>\*</sup>）
- ・24 時間の訪問看護体制（連携可）
- ・緊急時の入院体制（連携可）
- ・年1回、厚生局へ看取り数等報告
- ・連携先への情報提供

※連携する医療機関や訪問看護ステーションにおける対応も可能

（在宅療養支援病院は、200 床未満又は4km 以内に診療所がないなどの要件があります）

さらに、自院単独又は他医療機関との連携により、在宅医療を担当する医師が3人以上、往診及び看取りの実績が一定要件以上などで、東北厚生局への届出により機能強化型の在宅療養支援診療所となることができます。



2018 年の診療報酬改定から、在宅療養支援診療所以外の診療所が他医療機関や訪問看護ステーションとの連携により 24 時間体制をとることに對する評価（「継続診療加算」：1月あたり216点）が新設されました。

## <在宅療養支援診療所とそれ以外の診療所の点数の比較>

	通常の在宅療養支援診療所			在宅療養支援診療所以外		
在宅患者訪問診療料 1(1日あたり)						
同一建物居住者以外	833 点			833 点		
同一建物居住者 <sup>※</sup>	203 点			203 点		
在宅ターミナルケア加算	4,500 点			3,500 点		
看取り加算	3,000 点			3,000 点		
往診料 (1 回あたり)	720 点			720 点		
緊急往診加算	650 点			325 点		
夜間・休日往診加算	1,300 点			650 点		
深夜(午後 10 時～午前 6 時)往診加算	2,300 点			1,300 点		
在宅時医学総合管理料(1月あたり) (略称：在医総管)	単一建物診療患者数 <sup>※</sup>			単一建物診療患者数 <sup>※</sup>		
	1 人	2～9 人	10 人以上	1 人	2～9 人	10 人以上
重症患者で月 2 回以上訪問	4,600 点	3,780 点	2,400 点	3,450 点	2,835 点	1,800 点
月 1 回訪問	2,300 点	1,280 点	680 点	1,760 点	995 点	560 点

※「同一建物居住者」は同じ建物に居住する患者のうち、同一日に複数の患者へ訪問診療を行った場合に算定、「単一建物診療患者数」は同じ建物に居住する患者のうち、在医総管を算定する患者数に応じた算定となるなど、患者の居住先と人数に応じて評価される。

## 介護報酬（介護保険）

### ① 居宅療養管理指導費

医療機関における在宅医療のほとんどは診療報酬で算定されるものですが、居宅療養管理指導費は診療報酬とは別に介護報酬として算定できるものです。

医療機関が訪問診療や往診を行った際に、患者さんやご家族に対して介護サービスの利用等に関して指導し、その内容を介護サービス計画を作成するケアマネジャーに情報提供した場合等に算定できるもので、あらかじめ国保連合会に届出が必要です。

居宅療養管理指導費 (1回あたり・月2回を限度)		在宅時（施設入居時等）医学総合管理料	
		算定なし	算定あり
単一建物居住者数	1 人	507 単位（1 単位：10 円）	294 単位
	2～9 人	483 単位	284 単位
	10 人以上	442 単位	260 単位

### ② 医療と介護の連携

医療と介護を両方必要とする高齢者等に対しては、双方を一体的に提供することが求められます。介護サービスの中には医師の指示を必要とする場合（訪問看護、訪問リハビリテーションなど）もあり、介護報酬に対する知識が必要となります。

詳しくは厚生労働省のホームページなどをご覧ください。

☆診療報酬及び介護報酬の点数は 2018 改定によるものを掲載しております☆

## 4 在宅医療を始めるには

### ○在宅医療を始める前に

#### <在宅医療のスタイルを決める>

在宅医療に取り組むスタイルには、「昼休みや休診日に行く」、「午後から訪問診療など一定時間を確保する」など様々あり、自院の診療体制に合わせて無理のない範囲で決めることができます。

また、受け持つ患者さんの症状に併せて、月に何回訪問診療を行うか、24 時間で対応するかなどの検討も必要となりますが、患者数や症状等に応じて、順次、取り組むスタイルや訪問回数を見直したり、24 時間での対応を始めたたりすることもできます。

#### <患者情報の収集>

訪問診療を開始する患者さんの状態について、以下の内容を事前に確認しておくことが望めます。また、初めて診る患者さんについては、ご家族の来院などにより事前にカルテを作成することも必要です。

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 患者住所（駐車スペースの確認）   | <input type="checkbox"/> 同居家族の有無      |
| <input type="checkbox"/> 在宅医療への家族の理解・協力の有無 | <input type="checkbox"/> 他医療機関への受診状況  |
| <input type="checkbox"/> 介護保険の認定状況         | <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー    |
| <input type="checkbox"/> 利用中の介護サービス・提供事業者  | <input type="checkbox"/> 服用中の薬剤情報     |
| <input type="checkbox"/> かかりつけの調剤薬局        | <input type="checkbox"/> 患者負担金の支払方法 等 |

#### <連携先の確保>

在宅医療は病気だけでなく、患者さんの療養生活そのものを支えることが求められることから、地域の様々な関係機関との連携が不可欠となり、連携先の確保が重要となります。例えば、誤嚥性肺炎の原因となる歯周病に対して連携する歯科診療所がケアを行ったり、薬の飲み残しがなくなるよう連携する薬局が訪問して薬剤の指導を行ったりするなど、関係機関との連携は患者さんの重症化の防止にもつながります。

また、訪問看護ステーションのほとんどは 24 時間体制をとっており、連携により多くの対応を任せられることができるなど、医師 1 人体制でも負担の軽減を図ることができます。

#### ◎主な連携先と連携事例

連携先	連携事例
他の医療機関	緊急時の入院先の確保、自院不在時の看取り等の対応
歯科診療所	口腔ケアによる誤嚥性肺炎の防止
調剤薬局	訪問による薬剤管理指導による飲み残し等の防止
訪問看護ステーション	24 時間の対応、外来診療中の急変時の対応
居宅介護支援事業所	ケアマネジャーと患者の状況変化の共有

### <在宅医療を始めることの周知>

在宅医療を始めることの院内掲示などによる周知、夜間の対応などにおいて患者さんが関わる関係機関への連絡などによる周知が必要となります。

また、山形県医療機関情報ネットワークの在宅医療に関連する項目の登録も忘れずに行いましょう。

### <事前の届出が必要なもの>

在宅医療を始めること自体での届出は必要ありませんが、診療報酬や介護報酬の算定において、事前の届出が必要なものがあります。

◎診療報酬や介護報酬の算定で届出が必要な主なもの

項目	届出先
○診療報酬関係	東北厚生局
・在宅時（施設入居時等）医学総合管理料	
・在宅療養支援診療所（病院）	
・在宅がん医療総合診療料 <sup>※1</sup>	
・在宅療養実績加算 <sup>※2</sup>	
○介護報酬関係（居宅療養管理指導費を算定する場合）	山形県国民健康保険団体連合会
・介護報酬請求の手続き	

※1：在宅療養支援診療所（病院）を対象に、末期の悪性腫瘍患者に対して計画的な医学管理のもので医療の提供を評価するもの。

※2：通常の在宅療養支援診療所を対象に、往診・看取りなどで十分な実績を有する場合に評価するもの。

### <準備が必要なもの>

訪問するための車など、交通手段の確保が必要となります。

また、診療に必要となる道具を一式揃えて、訪問の際に持参する必要があります。患者さんの症状により必要なものは変わりますが、急な往診の依頼などにも備え、往診カバン等を活用して、いつでも持ち出せるよう準備が必要です。

○往診カバンの主な中身

- ・血圧計    ・聴診器    ・体温計    ・パルスオキシメーター
- ・消毒薬    ・医薬品    ・ペンライト    ・舌圧子    ・採血キット
- ・ガーゼ    ・処方せん    ・筆記用具    ・印鑑    など

さて、それでは、実際に在宅医療に関わっていらっしゃる先生方の声をお聞きしてみましょう。



## 5 実践者への突撃インタビュー



医師  
白壁 昌憲 先生  
(白壁内科クリニック)

### ■在宅医療に携わることとなったきっかけは何ですか？

当院に通院されていた患者さんの中に、様々な理由で通院が困難になる方があったことから、必然的に医療提供の場を在宅へと移行することとなりました。

在宅医療を始めてからは、他院にかかりつけだった患者さんが、在宅医療が必要となったときにかかりつけの先生が訪問診療を行っていない場合などに、ケアマネや訪問看護師等からの相談を受けて引き受けることもあります。当院の周辺では、在宅医療を行っている医療機関が多くなく、開業当初からそうした相談が時々ありました。

### ■訪問頻度や時間帯などはどのようにされていますか？

当初は2週間に1回の訪問診療を行っていましたが、診療所の外来が多忙となったことや、さまざまな会議への参加など診療以外の仕事にも時間をさかなければならなくなり、現在は原則として2か月に1回の訪問で10～20人の患者さんに対応しています。外来の診療があるときは訪問に行けないので、休診日である水曜日と土曜日の午後に、一人で訪問診療を行っています。在宅医療には基本的に訪問看護ステーションが介入してくれるので、当院の職員を帯同する必要がないので助かります。

### ■これからの在宅医療に必要と思われることは何ですか？

在宅での訪問診療は、患者さんの家族に負担がかかります。そのため、介護する家族がないなどといった高齢の患者さんには、自宅ではなく施設等における在宅医療も必要で、その受け皿となる介護施設等の充実が急務だと思います。

また、個人開業医が担う在宅医療には限界があるので、「在宅医療センター」のようなものを設置して、医療圏全体で担う在宅医療の体制づくりが必要なのではないかと考えています。



医 師  
前田 龍明 先生  
(前田クリニック)

### ■在宅医療に取り組んでよかったと思われるのはどのようなときですか？

私はもともと脳外科の勤務医でしたが、手術後に必要となるリハビリなどを含めて考えると、医療提供の最終目的としては、患者さんやご家族が望む場合には、家に帰って療養できるようにしてあげられることだと考えるに至り、在宅医療を始めました。

そのため、患者さんやご家族から、退院して家に帰ってきてよかったと、感謝の言葉や笑顔をいただいた時に、在宅医療に取り組んでよかったと実感します。

### ■訪問頻度や時間帯などはどのようにされていますか？

午前中は外来診療の対応をしていますが、午後は1時から5時ぐらいまで訪問診療を行います。

訪問頻度は患者さんの重症度により異なりますが、基本的には月に2回程度の訪問診療を行っています。ただし、がんや難病などといった患者さんは週に1回あるいは毎日など、疾患の種類や病状によっても異なります。

### ■在宅医療に関心を持たれている先生にメッセージをお願いします。

在宅医療に取り組むという、年中無休で夜中も呼び出されるというイメージを持たれると思いますが、訪問看護師やケアマネジャー等と連携を図ることによって、医師の負担が軽減できるということもあります。

高齢化の進展によりこれからますます高齢の患者さんが増え、在宅での療養を希望される方も増えると思われます。思い切って在宅医療にチャレンジしてみてもいかがでしょうか。





歯科医師

齋藤 純一 先生

(桜田齋藤歯科医院)

### ■訪問歯科診療の役割とその重要性はどのようなところですか？

口腔内のむし歯や歯周病の治療は昔から訪問診療でも行われてきましたが、現在では「生涯にわたってお口から食事ができる」ためのお手伝い、具体的には口腔ケアを中心とした摂食嚥下リハビリテーションがたいへん重要となってきました。

このことが全身の健康に大きな影響があること、さらに健康寿命の延伸や認知症の予防、さらには呼吸器感染症の予防等にも大きな効果があることもわかってきました。

今後はこちらの方が訪問歯科診療の主役になるように思います。

### ■医師（医科）との連携のポイントや、具体的な好事例などはありますか？

病状が重篤な方の場合は歯科の治療がどこまでできるかの判断が難しいこともあり、連携は必須となります。連携の内容は主に全身状態の留意点や服薬内容、外科侵襲の許容度、今後の経口摂取の可能性等です。

経管栄養の ALS の方で発作時に咬舌で多量出血してしまう方がいて、マウスピースを作って口腔内の唾液吸引と咬舌防止を同時に行うことができた例などがあります。



薬剤師

岡崎 千賀子 先生

(エイブル薬局)

### ■在宅医療に携わることとなったきっかけは何ですか？

平成 20 年 1 月の村山地域保健医療協議会で、当時のがん患者在宅療養支援の実態調査報告があり、医療連携体制が十分機能していないこと、麻薬を含む薬剤管理に薬剤師が関与していないこと等の問題点が指摘されました。

会議に出席した方々と、多職種連携チームで一つずつ実践経験を積み重ねる必要があるのではと話し合ったのがきっかけでした。

## ■多職種連携で重要と思われるポイントは何ですか？

医療連携チームとしてゴール（目標）が共有できていることが重要だと思っています。退院して在宅療養に入る前、退院時共同指導から全メンバーが顔を揃えることができた時は、連携も円滑に進みました。また、医療依存度が高く多くの職種が関わるチームの場合や、ターミナルで体調変化が著しい場合は、情報共有のツールとしてICTの活用は有効でした。

医療や生活の様々な視点で意見をぶつけながらも、多職種チームの方向性が一つに収束する経験をしました。



山形市医師会在宅医療・介護  
連携室「ポピー」

徳田 喜恵子さん  
(看護師)

## ■在宅医療にはどのような形で関わっていますか？

山形市から医療・介護連携の為の7事業（研修、相談、資源把握、住民啓発、課題抽出と協議、情報共有支援、その他）を委託されています。特に、相談支援では、通院が困難な方への訪問診療へのつなぎや、多職種チームが方向性の整理にゆきづまった時などのコンサルを引き受けています。

すべての事業に対してマンパワーは二人ですので、関係機関（委託元の市や地域包括支援センター等）との協力が欠かせません。

## ■多職種による連携の実際と、その中での課題と感ずることはありますか？

職種間に壁のない、フラットな関係が、まず必要と考えています。職種間の壁がないと効率性が高まり、結果的にケアの質が上がります。が、現実には、まだまだと感じている方も多いのではないのでしょうか。顔の見える関係をスタートとして、そこからさらに、腕の見える関係、心が通じる関係、有機的な連携システムへと進化するために、現場実践者の連携力が求められています。

当室も、後方支援として「連携の場作り」「連携のルール作り」に努めていきます。

### 【外来診療との違いは？】



**Q1** 在宅医療の現場に接したことがないのですが、病院や診療所における外来診療とはどのようなところが違いますか？

**A1** 在宅医療では、私たち医師が患者さんの自宅に足を踏み入れることになるわけですから、外来診療よりも、より患者さん側の目線に立つ心構えが必要です。そこでは、単に医者と患者というよりも、もう一歩踏み込んだ人間関係が構築されることもあり、在宅医療の醍醐味もそうしたところにあります。

このほか、専門外の診療や看取りなども、外来診療との大きな違いと言えます。



### 【専門外の疾患への対応は？】



**Q2** 自分の専門以外の疾患と向き合わなければならなくなった場合、実際にどのように対応されているのでしょうか？

**A2** 基本的には、一生懸命、自分で勉強して対応しています。ただし、自分だけの力では限界があるので、必要な時には、その疾患を専門とする先生に相談したり、場合によっては直接往診をお願いしたりすることもあります。

そのため、自分の専門以外の疾患を診ていただける先生とは、在宅医療を行っている先生はもちろんのこと、地域で開業されている先生や勤務医の先生方も含め、日ごろから仲良くなって、困ったときには相談できるような関係づくりを心がけておくといいと思います。



## 【看取りへの対応は？】



**Q3** 在宅医療を提供している患者さんが、病院での延命治療を求めず自宅での看取りを希望された場合、どのような対応が必要ですか？

**A3** 自宅や介護施設等での看取りについては、あらかじめ患者さんやご家族の意思確認を繰り返し行っておくことが大事です（アドバンス・ケア・プランニング）。患者さんの価値観も把握したうえで方針決定の参考とするとともに、話し合いの結果を文書にして共有することも重要です。

また、終末期への移行段階においては、医学的状況からタイミングを判断し、患者さんの意向に沿った看取りの実施に向けて最終的な確認を行います。そういった意味では、在宅医療における看取りは、医師にもご家族にもある程度見通すことができます。



看取りの手順等については、村山保健所と山形在宅ケア研究会が作成した「看取りに関する手引き（在宅及び高齢者施設等における看取り）」（平成 25 年3月発行、平成 26 年3月一部改訂）にわかりやすく掲載されています。

（山形県ホームページの掲載URL）

<https://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/murayama/301023/kikakutanto/zaitakuryo/zaitaku-ryoyo-siryo/mitorinotebikiH26.3.pdf>

※上記アドレスを直接入力するか、山形県ホームページで、「看取りに関する手引き」をサイト内検索ください。



～これからの在宅医療～

今回、山形市医師会が在宅医療の推進のために医師向けのガイドブックを作成するにあたり、監修といった形で関わらせていただきました。

高齢化社会の進展に伴い、「できれば最期までの日々は、住み慣れた地域で暮らし、思い出深い我が家で自分らしく過ごしたい」と、自宅での療養を望む方は、今後ますます増えるものと思われます。

しかしながら、そうした患者さんが自宅等を最期の療養場所として選択した場合、必ずしも十分な在宅医療を提供できる現状にあるとは限りません。

先ごろ県医師会と山形県が行った在宅医療実態調査の結果を見ると、県内の医療機関の約半数が在宅医療に取り組んでいると回答していますが、訪問診療を実施している医療機関の約10%が、対応可能な患者数を超えて在宅医療を提供している状況です。

また、今後の在宅医療について、「負担が大きく地域で対応が必要」と回答した医療機関が一定数見られることから、在宅医療に取り組む医師数の増と併せて、医師個人にかかる負担を軽減する仕組みづくりの検討も必要と考えられます。

こうしたことを踏まえ、今後、在宅医療の提供体制をさらに拡充していく上で、このスタートブックをご覧いただいた先生方に、少しでも在宅医療に関心を持っていただければ嬉しく思います。

平成 30 年 3 月

山形在宅ケア研究会  
会長 根本 元





発行／山形市医師会  
監修／山形在宅ケア研究会  
(H30.3月発行)