



# 在宅医療の手引き

かかりつけ医が在宅医療を開始するには

松戸市医師会在宅ケア委員会

【はじめに】	松戸市医師会会長	和座 一弘	2
第 1 回 【かかりつけ医が在宅医療を開始するには(1)】	どうたれ内科診療所	堂垂 伸治	3
第 2 回 【かかりつけ医が在宅医療を開始するには(2)】	あおぞら診療所	川越 正平	5
第 3 回 【かかりつけ医が在宅医療を開始するには(3)】	いらはら診療所	苛原 実	8
第 4 回 【がん末期患者さんの在宅医療】	島村トータル・ケア・クリニック	島村 善行	10
第 5 回 【施設入所者への在宅医療】	阿部クリニック	阿部 功一	13
第 6 回 【認知症患者さんの在宅医療】	旭神経内科リハビリテーション病院	旭 俊臣	15
第 7 回 【がんの在宅緩和医療】	市場医院	市場 保	22
第 8 回 【かかりつけ医の在宅医療 / 超高齢社会私たちのミッション】	いらはら診療所	和田 忠志	24
第 9 回 【訪問歯科診療】	松戸歯科医師会	荒木 誠	26
第 10 回 【在宅医療者への薬剤師の関わり】	松戸市薬剤師会	佐藤 勝巳	30
第 11 回 【在宅医療を推進するための後方支援】	松戸市立福祉医療センター東松戸病院	岩井 直路	34
第 12 回 【在宅医療 / どこまで栄養管理をすべきかを考える】	梨香台診療所	石井 正則	36
第 13 回 【在宅医療 / 地域包括ケア病棟(病床)と位置づけ】	五香病院	石黒 陽	38
第 14 回 【かかりつけ医の在宅医療を始めて】	石島医院	石島 秀紀	40
第 15 回 【在宅医療推進のための急性期病院の役割】	松戸市立病院	金子 高明	42
第 16 回 【診療所の在宅医療の実例】	高田外科胃腸内科	高田 丈	44
第 17 回 【訪問看護と介護者のレスパイト】	株式会社アース	佐塚 みさ子	46
第 18 回 【在宅医療を巡る政策の動向と今後の方向性】	松戸市役所福祉長寿部	草野 哲也	48
第 19 回 【主治医意見書記載の重要性について】	竹下医院	竹下 知親	51
第 20 回 【訪問診療の今昔と将来について】	清仁会クリニック	足立 憲治	53
第 21 回 【かかりつけ医の在宅医療 / 24 時間をどう対応するか】	どうたれ内科診療所	堂垂 伸治	54
第 22 回 【在宅医療の取り組む問題について】	あおぞら診療所 新松戸	星野 大和	58
第 23 回 【在宅で最後を迎える為には】	(有)元気介護支援サービス	村上 美恵子	61
第 24 回 【超高齢社会時代とこれからの在宅医療】	三和病院	高林 克日己	63
【訪問診療可能な病院・医院一覧表】			65
【松戸市医師会が取り組む在宅医療・介護連携推進事業】	在宅ケア / 介護保険担当理事	川越 正平	67
【あとがき】	在宅ケア委員会前委員長	堂垂 伸治	68

【資料 1】松戸市の高齢化率の現状と見通し	7	【資料 2】松戸市における認知症の人の将来推計	37
【資料 3】松戸市の認知症への取り組み態勢について	57	【資料 4】松戸市の生活圏域と「地域サポート医」	60

## はじめに

今、日本は65歳以上の高齢化率が25%に迫り、これは世界の中でもトップを走っています。今後も、世界1位の超高齢化社会の座は、揺るぎないと推測されています。また、約500年の日本の歴史を振り返りますと、1950年頃までは、高齢化率は約5%前後で推移していますが、1950年から2050年までの100年間を見ますと、この高齢化率が、5%から35%に一気に駆け上がっております。つまり、今の我々は、地球規模でも、また、歴史の上でも未曾有の経験をしているということをまずは認識しなくてはなりません。

以上のような状況の中で、さらにこの東京周辺の千葉県、そして松戸市は、日本の中でも、最も高齢化率の上昇のスピードが速く、また、2025年に団塊の世代全てが75歳に突入する時代には、松戸市の後期高齢者人口(75歳以上)は、現在の1.9倍に増え、また、死亡者数も1.7倍に増えると予想されています。このような超高齢化・多死社会をいかに切り抜け、松戸市のすべての市民が「松戸で暮らせて本当に良かった。」と安心して健康なまちをいかに形成していくのかがまさに喫緊の課題です。

75歳以上の後期高齢者は、病院での治療が完結できない場合も多く、介護が必要な世代です。そのため、医療と介護が密接に連携を取りながら、多職種の皆さんが協働して患者さんを地域の中でケアしていく地域包括ケアがクローズアップされてきました。この地域包括ケアの中核に位置するのが、在宅医療です。東葛北部医療圏では、2025年には、現在と比較して、外来患者が7%程度増加するのに対して、往診等在宅医療のニーズは、80%程度増加するとの予想もあります。我々かかりつけ医は、今後、患者さんを診察室で待つ外来医療から患者さん自らが生活する地域へ出かけていく姿勢が問われているのです。

地域包括ケアに於いてのキーワードは、多職種連携です。地域では、様々な職種がかかりつけ医と連携して患者さんの医療・介護にあたる必要があります。これらの職種の皆さんがプロフェッショナルとして高い見識をもってお互いを尊重しながら、顔の見える関係を構築していく必要があります。この手引き書では、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、医療行政関係者等様々な職種の皆様からも貴重な指針を頂きました。

今、社会は、核家族化が進み、かつての密接な人間関係を有する地域社会がなくなりつつあります。一方、ソーシャルキャピタル(人間同士の信頼関係)は、平均年齢ときれいな相関関係があり、しかも、健康に最も関係する「ファクター」であることが分かっています。2025年を前にこれからの10年間、いかにこの地域の人々の絆を再構築して、健康で人間味溢れるまちを作っていくのか、この大きな課題に対して、我々かかりつけ医ができることはまだまだ多いと思います。

この「在宅医療の手引き」は、我々の仲間たちの在宅医療に対する熱い思いとともに、具体的な在宅医療の手順も含め多角的・実践的に述べられています。既に実施している先生方や、これから始めようと考えていらっしゃる先生方にとっても、役に立つ情報が満載です。是非、一人でも多くのかかりつけ医の皆様が、この小冊子のページを開き、在宅医療の世界へ、一步踏み出し、更に前進して頂く事を念願しています。

松戸市医師会会長 和座一弘

## 在宅医療の手引き (第1回) かかりつけ医が在宅医療を開始するには(1)

### 1. 外来患者さんから往診または訪問診療を頼まれたら

大らかな気持ちで依頼された患者さんを在宅で診ましょう。まずこれまで通院されてきた患者さんが通院できなくなって訪問診療を依頼された場合から開始してはいかがでしょうか? 「なじみの患者さん」の方は、すでに信頼関係ができていますので訪問しやすいかと思われます。

最初のうちは「重症の患者さんや自信を持ってない患者さん」の訪問診療は遠慮しても構わないのではないのでしょうか? 自分で出来る範囲内で行いましょう。

訪問診療は月2回の訪問と月1回の訪問に大別されます。患者さんの病状に応じて選択して下さい。なお、必要と認められる患者さんでは週3回まで訪問診療も可能です。

#### かかりつけ医が在宅医療に乗り出すきっかけ (あおぞら診療所 川越正平先生より)

1. かかりつけ患者の通院が難しくなったとき
2. 病院へ紹介したがん患者が家に帰りたくいと相談してきたとき
3. かかりつけ患者の親族が通院困難で困っていると相談された場合
4. 遠方の大病院に通院中だが、副主治医的に補佐を依頼されたとき
5. 専門領域疾患の患者の最寄り医療機関が自院であり、往診を依頼されたとき

### 2. 訪問開始前に

- ①[クルマの準備] 最初は自家用車で一向に構いませんが、なるべく小回りが効く車が良いでしょう。カーナビが装備されているとさらに便利です。
- ②[患者さんの所在地の確認] 今は、インターネットの地図サイトで住所を入れれば所在地がわかります。訪問の日取りや具体的な行き方や駐車場の件などは看護師さんや事務員と打ち合わせてもらうと楽です。地図をプリントアウトし、それで家族来院時に詳しい自宅の場所、駐車スペースを確認しておきます。もちろんカーナビを使うと楽でしょう。
- ③[診察] 訪問診療希望の場合、本人が一度来院してもらえれば一番良いですが来院が困難な場合、事前に本人の状態をよく知る家族に来院してもらい、保険証、介護保険症の確認後、カルテを作成します。現在服用している薬の薬剤情報、紹介状等があれば預かっておきます。薬剤処方の際の調剤薬局も確認し、介護保険も申請したほうがよいこともあるので、介護度・担当ケアマネージャー等も確認しておきます。紹介状があればそれで予習しておく良いでしょう。またその際「在宅療養計画書」を手渡し、互いの了解をとっておくと良いと思います。

### 3. 駐車許可証および駐車禁止除外標章・・・まず車の準備をしておきましょう

駐車禁止の規制の法的な解説は、千葉県警察>法令・制度>道路交通法改正>駐車除外および駐車許可制度の運用について [http://www.police.pref.chiba.jp/legal/road\\_traffic/parking\\_regulation/](http://www.police.pref.chiba.jp/legal/road_traffic/parking_regulation/) を参照。

実際に管轄警察署に提出する書類は、同じく千葉県警察>手続き>申請書ダウンロード>「交通規制課」の中の「千葉県道路交通法施行細則」の欄で駐車許可申請書(PDF)に「記載例(PDF)」を参照して記載する。

同じくその欄で駐車禁止除外指定車標章交付申請書(第1号様式の6)(PDF)にも「記載例(PDF)」を参照して記載する。



以下の文章で、# 1 の「駐車許可証」は、「緊急往診時のオールマイティな許可証」です。専ら医師が取得できます。  
# 2 の「駐車禁止除外標章」は「訪問診療に限らず訪問看護等も含めた定期的な訪問のための許可証」です。

**# 1 医師の緊急往診の際の申請は、管轄警察署に以下の 6 種類の書類の提出が必要です。**

1. (駐車許可) 申請書 (警察署から貰う)
2. 保険医療機関指定通知書の写し 2 部
3. 医師免許証の写し 2 部
4. 運転手の免許証の写し 2 部
5. 車検証の写し 2 部
6. 申立書 (警察署から貰う) 2 部

1. ~ 6. は所轄の警察署に 2 部ずつ提出します。申請書は複写になっています。以上大変面倒な書類ですが、この書類は 3 年に 1 回の申請で可となっています。これで医師は往診の場合の駐車を除外される「オールマイティ」を得られます。

**# 2 訪問看護などの定期的な訪問の際の申請には、各警察署に以下の 8 種類の書類(2 部ずつ)の提出が必要です。**

1. 駐車許可申請書
2. 車輛借上書
3. 介護保険指定事業者の認定書類
4. 車検証
5. 運転手個々人の免許証のコピー
6. (サービス) 利用者一覧表
7. 利用者の住居地図
8. 実際に車を停める際の見取り図

# 2 の手続きは極めて煩雑です。# 2 に関しては、事務職員に患者さんが在住する所轄の「警察署」(松戸市内では 2 か所) に出向かせ、対応させるしかないと思います。

[注意]HP アドレスは平成 27 年 12 月時点のものです。

文面で不十分なところや不適切なところ、あるいはご質問もあろうかと思えます。こうした事務手続きの詳細に関しては、既存の「在宅療養支援診療所」の事務職員に尋ねられ様々のノウハウをお聞きください。

今後、「事務職員の横断的な連携」も重要と考えています。

## 在宅医療の手引き (第2回) かかりつけ医が在宅医療を開始するには(2)

### 【かかりつけ医の在宅医療スタイル】

在宅医療のスタイルには、“昼休み・休診日に行う”形や“午後から在宅”の時間枠を確保するといった「外来－在宅ミックス型診療所」など様々なスタイルがあります。クリニックの診療体制によって無理のない範囲で決めることができます。また、担当する責任の範囲にもいくつかのパターンがあります。その具体例を以下の表にまとめました。

#### ■ 臨床対応の方法と訪問の頻度

① かかりつけ外来患者の求めに応じて臨時往診のみを行う
② 月に1回の訪問診療を行う
③ 月に2回の訪問診療を行う
④ 月に2回の訪問診療を行うとともに、24時間の臨時往診に対応する

導入当初など比較的安定している時期は月1回の訪問診療を行い、臨時往診対応が発生するなど病状や要介護度が悪化してきた場合、訪問頻度を増やしたり、24時間管理を開始するなど、すべて医師の判断に基づき計画実施することになります。

### 【訪問診療と往診】

「訪問診療」はあらかじめ計画を立てて行う診療のことを言います。訪問診療に何う日程は事前に患者さんにお知らせしておきます。これに対し、患者さんの病状の変化に応じて臨時に行う診療を「往診」と言います。定期的に訪問診療を行い患者さんの病状やご家庭の状況などを把握し、かかりつけ医として総合的な医学管理を提供していくのが今日の在宅医療です。

### 【在宅時医学総合管理料】

在宅医療の主な診療報酬には、在宅患者訪問診療料・往診料の他に「在宅時医学総合管理料」があります。これは、かかりつけ医が提供すべき包括的かつ計画的な医学管理を継続的に提供することへの診療報酬です。「在宅時医学総合管理料」は、在宅療養計画書を作成し月に2回以上の訪問診療計画を立てた上で、実際に2回以上の訪問診療を行った場合に算定できます。算定する際には患者さんへの説明を文書にて行い同意を得る必要があります。在宅時医学総合管理料は①「強化型在宅療養支援診療所」、②「在宅療養支援診療所」、③「①②以外」によって診療報酬が異なります。

#### ■ 在宅療養計画に記載することが望ましいであろう情報の例

① 病名や心身の状況
② 治療や医療処置の内容・訪問診療の予定日
③ 療養に関する本人・家族の意向
④ 今後予想される病態の変化や合併症とその対応方針
⑤ 今後の治療ケア方針

### 【在宅療養支援診療所】

在宅療養支援診療所とは、地域における患者さんの在宅療養に主たる責任をもって診療する診療所として2006年に創設された制度です。在宅療養支援診療所の施設基準を取得するためには下記の要件を整えて地方厚生局長等へ申請する必要があります。

#### ■ 在宅療養支援診療所の要件

① 24時間連絡を取れる医師・看護師を指定しその連絡先を文書で提供すること
② 診療所または医療機関との連携により患者さんの求めに応じて24時間往診の可能な体制を確保し担当医を文書で提供すること
③ 診療所または訪問看護ステーションとの連携によって24時間訪問看護のできる体制を確保し、担当する看護師を文書で提供すること
④ 緊急時に連携する保険医療機関において入院できる病床を常に確保し、受け入れ医療機関名を地方厚生局長等へ届け出ていること
⑤ 連携する医療機関もしくは訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう患者の同意を得て必要な情報を文書で提供できる体制をとっていること
⑥ 患者さんに関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること
⑦ 地域の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連絡調整を担当するものと連携していること
⑧ 定期的に在宅でお看取りした方の人数等を地方厚生局長等に報告すること

在宅療養支援診療所の施設基準を取得するためには上記の要件を整える必要がありますが、これらの要件を整えて在宅医療を行う場合、在宅時医学総合管理料や往診（緊急・夜間・深夜）、看取りの報酬（ターミナルケア加算や看取り加算）などは高く評価されています。

### 【機能強化型在宅療養支援診療所】

機能強化型在宅療養支援診療所は、在宅療養支援診療所の中でも更に体制を強化した診療所です。上記8つの要件の他に、①在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること、②緊急の往診及び在宅看取りについて相当の実績（過去1年間に緊急往診：10件以上、在宅看取り：4件以上）を有していること（申請時は0件で良い）、が追加されます。常勤医師数については一つの医療機関で要件を満たさなくても、複数の医療機関と連携することによって要件を満たす”連携型”での申請が可能です。

（※平成28年度診療報酬改定で、内容が少し変わっています。）

### 【連携】

在宅医療は病気だけでなく、患者さんの生活も含めてみていくことが重要であるため、地域のさまざまな機関や専門職との連携が必要不可欠です。他の医療機関、訪問看護ステーション、調剤薬局、歯科医院、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）などと連携することによって、一人医師体制の診療所でも在宅医療を行うことは十分可能となりますし、連携することによってより質の高い医療を提供することができます。

■ 他機関や各専門職との連携事例

他の医療機関	専門往診や緊急入院の受け入れを依頼した
訪問看護ステーション	外来診療中に生じた在宅患者の急変に緊急訪問看護での対応をお願いした
調剤薬局	訪問薬剤管理指導を導入することによって独居患者の服薬コンプライアンスが良好になった
歯科医院	訪問歯科診療によって誤嚥性肺炎を防止すると同時に QOL 向上につながった
居宅介護支援事業所	患者さんの生活や家庭の状況を共有してもらうことで背景の把握に役立った

※ 手続き等に関してより詳細に知りたい方は、在宅ケア委員会までお問い合わせ下さい。

【資料 1】

■ 松戸市の高齢化率の現状と見通し

2015 年時点の松戸市の高齢化率は 23.9%ですが、少子高齢化に進展に伴って上昇し、2025 年には 27.2%となる見込みです。特に、後期高齢者（75 歳以上）の人口の増加が大きく、2015 年の 5 万人強から、2025 年には 8 万人弱まで増加する見通しです（約 1.5 倍の増加）。

	2015 年	2017 年(推測)	2025 年(推測)
総人口	487,919	483,012	466,549
65 歳～	116,769	122,568	127,026
65 ～ 74 歳	66,368	65,077	49,756
75 歳以上	50,401	57,491	77,270
<b>高齢化率</b>	<b>23.9%</b>	<b>25.4%</b>	<b>27.2%</b>

※ 4 月 1 日現在

※ 各年 10 月 1 日現在

いきいき安心プランVまつど第 7 期松戸市高齢者保健福祉計画、第 6 期松戸市介護保険事業計画（平成 27 年度～平成 29 年度）抜粋



## 在宅医療の手引き(第3回) かかりつけ医が在宅医療を開始するには(3)

### 【24時間体制確立の方法】

在宅療養支援診療所を申請することをためらう理由の一つに、24時間体制の縛りがあります。確かに一人医師の診療所で、24時間365日拘束をされることは、事実上不可能ですし、労働衛生上も好ましい事とは思えません。しかし、実際に24時間連携を行っている診療所の医師の立場からは、抑えるべきポイントをしっかりとしていれば、それほど難しいことでもないとも言えます。今回は24時間体制を維持するための方法についてお話します。

### 【24時間対応の実際】

#### ■ 電話対応で済むことが75%

在宅患者数約400名の在宅療養支援診療所の24時間対応の実際を紹介します。2年間に渡り、夜間・休日の緊急対応を調査した結果では、年間の電話問い合わせ回数は約500回で、ほぼ75%は電話対応だけで済んでいます。事務的な対応の電話も多く、ファーストコールを必ず医師が持つ必要はありません。看護師さんや事務の方にファーストコールを受けてもらうようにするか、留守番電話に医師と連絡を取りたい時の電話番号を入れておくなどの方法が考えられます。

40名の在宅患者さんがいるとすると、年間の電話回数は約50回、月に3回から4回程度で、実際に医師が対応しなければならないことは、年間8回位と推定されます。月に1回あるかないか程度です。

### 【24時間体制維持のコツ】

#### 1. 日中の往診をしっかり行う

24時間体制維持のコツその一は、日中の往診対応をしっかりと行うことです。日中に発熱等で連絡があった場合には、面倒がらずに日中に往診をしてください。診察をして、必要な治療を行い、その後の予後予測についても家族に話しておくといいです。たとえば、さらに熱が上がると予想されるときには、「薬を出しておきますが、夜になるともつと熱が上がるとは思いますが、大丈夫です。」などと一言付け加えておけば、熱が下がらなくても、先生の言っただけだと、家族の方は安心して看ていることができ、夜間の問い合わせも少なくなるでしょう。

夜間の往診を減らすには、まず日中対応をしっかりと行うことです。

#### 2. 看護師や訪問看護ステーションの力を借りる

24時間体制のファーストコールを看護師が行っている診療所の例では、ほとんどの夜間コールは訪問看護対応で可能でした。医師が行かなければならないケースは死亡時であり、これも、診療所によっては深夜帯の場合、まず看護師が死亡診断をして、翌日の早朝に医師が死亡診断書を持って訪問する診療所もあります。また、女性患者の尿道カテーテルが抜けたケースなど訪問看護の方が訪問診療より望ましいケースもありました。

#### 3. 訪問の時間帯を工夫する

訪問診療の時間帯を工夫することで、臨時往診が減る場合があります。末期がんの夫を看ていたケースで、夜の10時頃になると決まって電話がかかってくるケースがありました。このケースでは午後から娘さんが交代で手伝いに来ていたのですが、午後8時ごろになると家に帰り、奥さまが一人になり、夫のちょっとした変化にも不安になり電話をしていくことがわかりました。それから、訪問時間を夜の9時にして、診察後奥さまと世間話をして帰ってくることを繰り返したら、その後の電話はぴったりとなくなりました。ケースによっては夜間や早朝の訪問をすることも考慮してください。

#### 4. 連携を活用する

学会や旅行などで遠方へ出かける時は、診療所間の連携を使うことが必要です。松戸市医師会ではいくつかの診療所連携グループができておりますが、出張で松戸市を留守にする時に活用されております。しかし、実際に連携医師が往診をするケースはほとんどないようです。連携医師がいない時などは、患者さんの家族に出かける理由を話して、情報提供書をあらかじめ渡しておくことで対応することもあるでしょう。この場合は、在宅死の対応が難しくなるので、やはり連携医師を持つことが必要です。連携医師が見つからない時などは松戸市医師会在宅ケア委員会に相談をしてください。

#### 5. 信頼関係をしっかりと築く

在宅医療を進めていく上で、家族の方との信頼関係をしっかりと築き上げることはとても大切なことです。ですから、末期がんの方を見て行く場合などは当初は頻回に訪問をして、また、何かあれば往診をすることで信頼関係を作っていきましょう。信頼関係がしっかりとできると、たとえば明け方に亡くなっても、医師に負担がかかるからと朝まで電話連絡をしてこないことなどよくあります。丁寧な対応でしっかりとした関係を築いてください。

#### 6. 最期は必ず訪問するという心構え

どんなに工夫をしても、往診をしなければならないケースは必ずあります。この時は、眠い目をこすりながらも往診をしてください。最後は往診をするという心構えがしっかりとしていれば、24時間体制は心配ないと思います。

さあ、みなさん、24時間体制を恐れずに、在宅療養支援診療所を申請して在宅医療に参加してください。

## 在宅医療の手引き（第4回） がん末期患者さんの在宅医療

### 1. はじめに

今回の医療法改定でもわかるように、急性期病院の在院日数の短縮と、在宅医療への誘導は、ますます医療・介護政策の中心課題にあり、がんの在宅医療は特に重要な位置づけにあります。そういった意味でも、今回、当テーマを取り上げます。不明であったり、紹介希望時は松戸市医師会在宅ケア委員会にご連絡ください。

がん末期患者さんの特徴を以下に列挙しますが、それらの特徴を意識し、全人的対応を実施することが、在宅医療のコツです。

がん在宅医療は、入院病棟での医療とは違う、悩ましい状況もありますが、家族も含めた手作りの、感動する医療でもあります。要は、トータル・ペイン（肉体的・精神的・社会的・生きがい：全人的な苦痛）に対し、地域医療・介護資源を上手に用い、家族とともに信頼関係を作り、症状緩和するようしたいものです。そのためにも、症状があまり強くない時から、接しておくといでしょう。在宅看取りについても言及します。

### 2. がんの在宅医療の特徴

#### 1) 対象患者さん

対象患者さんが、若い人から高齢者まで非常に幅広い。

#### 2) 病状受け入れ困難状態にある

社会的に活動している人も多く、現状の受け入れ困難な人が多い。

高齢者でも、人生設計上でも想定外の場合が多い。

#### 3) 今までの、治療法に対する失望感

副作用の強い、がん治療で、無効宣言されていることも多く、それらの副作用に悩まされている人も多い。代替医療に期待している方も多い。

#### 4) 急激な病状変化

症状は、病状伸展に遅れて発現し、短期間の余命のことが多い。

末期状態になればなるほど、当事者と医療従事者との認識差が著しくなる。

#### 5) 症状が強い

(1) 痛み (2) 摂食障害 (3) 呼吸苦 (4) 全身倦怠感等

### 3. 在宅医療への導入：準備したいもの

#### (A) 在宅医療の説明：本人、家族にしておくこと。

(1) 24時間対応をする：機能強化型支援診療所や訪問看護ステーションや緊急入院可能施設と連携しておくといでしょう。

(2) 医療保険・介護保険の利用

医療保険は、そのまま使用可能ですが、介護保険は申請が必要で、早く市役所に申請することを強調する。在宅医療時には、医療従事者とケアプランにのった介護サービスが実施可能なことを説明する。

(3) 介護保険申請

- (a) 市役所で介護申請するときは、窓口で「がん末期」と申し出ること。  
普通なら申請から1カ月以上かかるところが、松戸市では約3週間で認定される。  
また、がん患者さんの余命が短く、在宅開始から、1カ月程度で死亡することが多いことを伝えること。
- (b) 2号被保険者として、40歳以上から、申請可能です。
- (c) 末期がん患者さんは、短期余命と審査判定されれば、要介護3程度となることが多い。  
早く介護サービスを受けたい場合は、調査員が来訪したら、みなし介護プランを立ててもらおうとよいでしょう。

(4) 費用について

- (a) 医療保険は年齢別ですが、高額医療免除申請が出来ます。
- (b) 介護保険は介護度によって異なりますが、1割負担です。

(B) 往診プラン

- (1) 往診プランは在医総（在宅時医学総管理料）を取りいれるとよいでしょう。
- (2) 訪問看護ステーションまたは自前の訪問看護婦さんとの連携は重要です。

(C) 症状緩和

- (1) 痛み：WHO 指針を参照してください。
  - (a) 鎮痛薬の、長時間作用・遅効性薬と、短時間作用・即効性薬の使用法を教える。
  - (b) 痛みの指標：ペインスケールをつけてもらう。痛みは個人の症状で、本人がどう感じているかで評価する。薬剤使用指標とする。
- (2) 摂食障害  
がん末期となると、摂食障害で衰弱者が多い。場合によってはIVH（中心静脈）ポートを設置し、IVHをする。輸液量も1000ml 800Cal余りとし、基礎代謝の下支え程度の補液をする。  
腸管運動もみられ、食欲が出る人もいる。  
輸液をカロリーなし、500ml程度とする意見もあるが、IVHポート設置は15分程度で出来、ポンプ、リュックを用いると、自由に散歩もでき、見違えるほど元気になる。補液量とカロリーが重要です。
- (3) その他  
呼吸苦、腹満、黄疸、嚥下障害、イレウス等様々な症状がある。  
胸水穿刺、ステント等リスクの少ない治療法があり、了解のもと実施する。  
その後、在宅医療・介護環境を整える。
- (4) 医療・介護保険下による在宅生活環境整備
  - (a) 手すり、バリアフリー化する
  - (b) 在宅酸素
  - (c) 電動ベッド・・・リハビリも兼ねるため、必需品です。

4. 在宅医療の実施

前1・2・3回目手引書を参照していただきたいが、家族ともども、患者さんを支えるプロ集団の旗頭としての担当医の役目を果たす。



## 5. 在宅看取り

### 1) 在宅看取りが可能な環境整備をする：

末期になればなるほど、家族への予後予測と説明が重要になります。在宅看取りは、死亡に至る具体的な話をする。

チェーンストークス呼吸・死・死後処置・葬儀等に対する心構えを事前に説明しておく。在宅看取りは家族の手作り作業であり、連絡方法も打ち合わせておく。

### 2) 入院看取りを必要な場合もある

老老介護、独居環境の方や、家人や本人が異常なほど不安である場合は、説明しても、在宅看取りが困難な場合は、躊躇せず入院するよう仕向ける。入院可能な状況を作っておく。在宅支援体制のある、有床診療所もご活用されるとよいでしょう。

おわりにがん在宅医療は、医療・介護連携が重要となります。多くの担当施設は連携の必要性を感じています。好意を持って仲間になれるでしょう。進んで交流してみてください。

一人での24時間在宅医療体制の継続維持には抵抗があると思われますので、機能強化型在宅支援診療所グループに属すことをお勧めします。

不明な点は、松戸医師会の在宅ケア委員会にご相談ください。

## 在宅医療の手引き（第5回） 施設入所者への在宅医療

在宅医療の対象には一般患者だけではなく施設に入所・入居している方も含まれています。今回は施設への訪問診療についての簡単な手引きを作成してみました。基本的には施設での在宅医療も療養の給付に関しては一般患者と全く同様であると考えて下さい。

### 1) 施設の種別

一般に老人ホームと呼ばれている施設には認可の基準上様々な種類がありますが、診療報酬の観点からは以下の区別で良いかと考えます。

#### ① 特定施設（＝介護付き有料老人ホーム 看護師配置の義務があり）

月に2回の訪問診療を前提に特定施設入居時等医学総合管理料を算定しますが、いずれも同一建物居住者という減額条件付き算定となります。

#### ② 特別養護老人ホーム

施設と契約を結び嘱託医としての報酬を直接受け取るようになるため初・再診料や管理料、往診料などは算定できませんが、処方箋料や検査・判断料、在宅酸素・経管栄養などに関わる加算部分及び施設内で看取りを行った場合の報酬は算定できます。

#### ③ 介護老人保健施設

医師の配置が義務付けられているためかかりつけ医の訪問診療の対象外です。

#### ④ その他の老人ホーム

上記以外の全ての老人ホームがここに含まれます。①と同様に2回の訪問診療を前提に在宅時医学総合管理料を算定しますが、やはり同一建物居住者という減額条件付きの算定となります。

※上記記載は2014年4月の診療報酬改定をもとに記載しました。直近の2016年4月の改定では①の特定施設も④のその他の老人ホームも区別がなくなり月に1回以上の訪問診療を前提に施設入居時等医学管理料として新たに算定する事となりました。算定要件の詳細につきましては診療報酬改定の手引きなどをご参照ください。

### 2) 施設における訪問診療の特徴

#### ① 対象患者

看護師の常駐している特定施設や設立年数の長い施設では医療度や介護度の高い患者さん（経管栄養 在宅酸素気管切開 重度褥瘡処置など）が多くみられる傾向にあります。また最近では設立時から医療サービスの提供を唄った施設も多くみられることから重症患者増加の傾向は今後も強まっていくと考えられます。

看取りにおいても今までは老衰や慢性疾患で亡くなる方が多かったのですが、病床数削減政策の影響か癌末期の方の入所・入居が増えてきており、今後は癌での看取りも増加することが考えられます。

#### ② 診察効率

今回の診療報酬改定で経済的メリットは薄れましたが、一度の施設訪問で複数の患者さんの診察が出来ることはやはり大きな利点となります。また診察の補助者が看護師若しくは慣れた介護職員であるため、必要な情報の伝達・共有や処置の際の準備・片付けなどがスムーズになされ診察時間も一般患者と比べ短時間で済む傾向にあります。

### ③ 健康・疾病管理

施設では看護師や介護職員が毎日バイタルサインを測定し食事量や排泄の有無、その量なども記録しているため、基礎疾患悪化の予防や急性疾患の早期発見などに大きな利点となっています。

しかしその反面軽微な病状変化や一般患家であれば家族の責任で経過観察出来るような病態であっても医師に連絡が入り往診依頼をされることがあります。このような場合軽症であると想定されたとしても出来る限り往診対応をしたほうが無難です。実際のところ予想以上に重症であった症例も多々ありました。

### ④ 家族対応

一般患家と違って施設での診察には家族の立ち合いがありません。そのため訪問診療同意書の作成や病状説明、今後の診療方針決定などの際には、診察とは別の日時に家族との面談時間を割かなければいけないことがあります。多忙ななかの負担ですが、施設まかせにしないで出来る限り自分で直接家族に説明する事が大事であると考えます。

## 3) 施設への訪問診療を開始する前に

施設への訪問診療を開始する前に、施設の経営者若しくは運営責任者と会って医療処置に対する施設の方針について確認することが必要です。具体的には、看取りはするのか、点滴が必要な場合にはどこまで協力が得られるのか、吸痰処置や在宅酸素、経管栄養が必要な患者さんへの対応は可能かどうかなどですが、他にも施設全体の経営方針なども聞いておいたほうが良いと思います。

以前施設での在宅医療において営利目的での不適切な診療行為の存在が新聞報道され、それを受けて厚労省は2014年の診療報酬改定で管理料や訪問診療料の著しい減額処置をうちだしました。しかし現実に施設には医療を必要とする多数の患者さんが入所・入居しており、年間10人以上の看取りを行っている施設も多くあります。

施設入所・入居者に対する不適切な診療行為を防ぎ、看取りを含めて患者さんやその家族が希望する医療を提供するためには、近隣でまじめに診療に取り組んでいるかかりつけ医が施設と連携を結んで積極的に施設医療に関わっていく事が一番だと考えます。

現状ではまだそうした状況には至っていませんが、施設と地域医療との連携を進める端緒として、通院困難になった外来患者さんや訪問診療で診ている患者さんが近隣の施設に入る事になった際に自分が引き続き施設への訪問診療で診ていくことを提案してみても如何でしょうか。

施設内で患者さんの希望のもと複数の医療機関が診療をすることになれば営利目的での不適切な診療行為の防止につながり、またその施設も地域の医療グループと連携を結んで医療を提供している優良施設であると宣伝出来るのではないのでしょうか。

今後も施設への入所・入居者の数は増加することが想定されます。施設における在宅医療に興味のある先生方の積極的な関わりを期待しております。

## 在宅医療の手引き（第6回） 認知症の在宅医療

松戸市では、過去 20 年間で急速に高齢化が進み、認知症高齢者数も急速に増加しています。介護保険制度が開始された 2000 年、松戸市における介護認定を受けた認知症高齢者数は、2,400 人でした。それが 2010 年には、7,500 人に増加しました。2014 年現在、松戸市に在住する認知症高齢者は 20,000 人いると予想されます。医療介護の現場では、肺炎、骨折、心筋梗塞などで救急病院に入院した後に、せん妄や BPSD（認知症に伴う行動・心理症状：夜間不穏、徘徊、暴言、妄想、幻覚など）の症状が出現した時に認知症と診断されるようになります。自宅から徘徊で行方不明になる認知症高齢者や、オレオレ詐欺により大金を取られてしまったことなどをきっかけに、認知症を発症される高齢者も増えています。

診療所の外来に、高血圧、糖尿病、心臓病、脂質代謝異常症、変形性腰椎症などの病名で、外来通院している高齢者の中にも、認知症を発症される方が徐々に増加しています。

本稿では、診療所の日常の診療で遭遇する認知症高齢者の診療及び訪問診療について述べます。

### (1) 外来時における認知症診療

認知症の原因疾患としては、アルツハイマー病、脳血管障害、レビー小体病、前頭側頭型認知症などですが、本稿では全認知症疾患の半数をしめるアルツハイマー病について述べます。

外来診療の中で認知症の診療を行うことは、時間がかかりますので、簡単な診療方法について述べます。アルツハイマー病の病状は、中核症状と行動・心理症状にわけられ、中核症状には短期記憶障害と見当識障害（日時、場所、人物）があります。筆者は、短期記憶として、前日の夕食時のメニューと場所に関する見当識として、自宅から当院まで、どのような道をたどって来院したかを聞くことで、ある程度、診断の参考にしています。認知症が進行してくると、日常生活に支障を来し買物、診療所での料金の支払い、銀行、郵貯での ATM 操作などの金銭管理、及び服薬管理などが困難となりますので、患者さんの介護者及びケアマネージャーから聴き取りをすることで、認知症の発見につながる場合があります。

行動・心理症状は BPSD と言われて使われています。BPSD は、認知症がかなり進行した状態でないと、診療所の外来診療中にはわかりにくい症状です。それで私は、阿部式 BPSD スコアを活用して頂くことをおすすめします（表-1）。この項目については、患者の家族及びケアマネージャーに外来の診察前の待ち時間中に記載してもらおうと思います。質問番号 5、7、8 などの症状は、発症の初期から見られます。自宅で日中一人で過す時、昼食後茫然として居眠りをして、夜間不眠となることがあります。このような症状がしばらく続いた後に 1～4、6、9、10 などの症状が出現して参ります。

そのため、5、7、8 の症状を早期に発見することで、より重度の BPSD への早期対応につながることであります。



## (2) 認知症高齢者の訪問診療

診療所に通院していた高齢者が認知症を発症して重度になると、外来通院が困難となります。診療所の先生方がグループホーム、特別養護老人ホーム及び、各種の老人施設の往診医として認知症高齢者の診療を行う場合が増えて参りました。その際 BPSD の診察、治療、ケアの相談を受けることがあると思いますので、訪問診療の際の留意点について述べます。

認知症高齢者は、記憶障害、見当識障害、BPSD の症状があると、必ず IADL（手段的日常生活活動：電話のかけ方、買い物、家事、服薬管理、金銭管理等）及び ADL（日常生活動作：食事、着替え、排尿、排便、入浴、移動等）の障害を伴って参ります。このような IADL、及び ADL などの障害を、家族、及び施設職員から聴取して、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（表 -2）を参照して診療及びケアの相談にのって頂きたいと思います。

診療及びケアの対応について不明なことがある場合には、千葉県認知症疾患医療センター（当院）や、東松戸病院などの専門医療機関、及び松戸市地域包括支援センターや認知症コーディネーターに御問い合わせ下さい。その際に、千葉県オレンジ連携シート（認知症連携パス）（表 -3）を御利用下さい。




■ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（表-2）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等。
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との応対など一人で留守番ができない等。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。



■ 千葉県オレンジ連携シート（認知症連携パス）（表-3）

<p>【取扱注意】 発信者（</p>	<p>）から受信者（ <b>千葉県オレンジ連携シート</b> （表面）</p>	<p>）様へ</p>	
<p>本シートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。御協力のほど、よろしくお願いいたします。</p>			
御本人のお名前(フリガナ)		生年月日	住所(市町村・字名まで)
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 歳	
<b>1 発信者記入欄</b>			
記入日 : ( )年( )月( )日		発信者 所属	
添付資料 : ( )枚		氏名	
返 信 : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		電話	
目的	①何について		
	<input type="checkbox"/> 初期対応 <input type="checkbox"/> 行動・心理症状 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 在宅生活支援 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
認知症の症状	②どうしてほしい		
	<input type="checkbox"/> 診断依頼 <input type="checkbox"/> 治療依頼 <input type="checkbox"/> 介護への助言 <input type="checkbox"/> 入院先医療機関等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> 入所施設等の紹介依頼 <input type="checkbox"/> 情報提供の依頼 <input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
症状や生活上の支障、経過(出現時期など)の詳細			
<b>伝達・相談・依頼事項</b>			
任意記入項目(裏面)→ <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> 生活の状況 <input type="checkbox"/> 介護保険サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 医療の状況			
返信内容の発信者以外への提供 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り→提供先(法令等で守秘義務の課せられた専門職に限る)を下記に明記 提供先: <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護事業所・施設 <input type="checkbox"/> 行政・地域包括 <input type="checkbox"/> その他( )			
<b>2 受信者(返信者)記入欄</b>			
記入日 : ( )年( )月( )日		返信者 所属	
添付資料 : ( )枚		氏名	
		電話	
<b>伝達・回答事項</b>			
このシートは、千葉県が、千葉県全域での多職種の連携・協働による支援に役立てていただくために、作成したものです。利用方法については千葉県ホームページを御覧ください。(「千葉県オレンジ連携シート」で検索可能です。)			



■ 千葉県オレンジ連携シート（認知症連携パス）（表-3）

**（裏面）**

**裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。**

・本シートの目的に関連し、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。

・既存の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。



チーバくん  
オレンジリング

**○基本情報**

同居家族：なし 配偶者 子 子の配偶者 兄弟姉妹 その他（ ）

主介護者の続柄：（ ） 同居 別居 キーパーソンの続柄：（ ） 同居 別居

本人の病識：有 無 不明 告知の有無：有 無 不明

告知の内容・本人の受け止め方：  
本人の要望や意向：  
家族の病気に対する理解度・受け止め方：  
家族の要望や意向：

**○生活の状況**

**【IADL】**一人で問題なくできる イ イ イ ウ エ オ (特記事項： )

買物：ア イ ウ エ オ (特記事項： )

公共交通機関を使った外出：ア イ ウ エ オ (特記事項： )

車の運転：ア イ ウ エ オ (特記事項： )

(頻度、過去の事故・危険行動等)

日常金銭管理：ア イ ウ エ オ (特記事項： )

家事：ア イ ウ エ オ (特記事項： )

服薬(薬剤管理)：ア イ ウ エ オ (特記事項： )

**【ADL】**①一人で問題なくできる ②見守りや声がけを要する ③一部介助を要する ④全介助を要する

入浴：① ② ③ ④ 着替え：① ② ③ ④ 排泄：① ② ③ ④

身だしなみ(整容)：① ② ③ ④ 食事：① ② ③ ④ 家の中での移動：① ② ③ ④

その他(地域とのつながりや趣味、生活歴など)

利用している(していた)生活支援サービス(例:配食、見守り、障害者支援)(内容、頻度、利用期間等)

**○介護保険サービスの利用状況等**

介護認定：無 申請中(予定) 有→ 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

認定期間：平成( )年( )月( )日～平成( )年( )月( )日

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：I IIa IIb IIIa IIIb IV M 不明

日常生活自立度(寝たきり度)判定基準：J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 不明

現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間・回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可

訪問介護 ( ) 訪問看護 ( )

訪問リハ ( ) 通所介護(デイサービス) ( )

通所リハ(デイケア) ( ) ショートステイ ( )

その他 ( ) 利用なし

過去、利用していた介護サービス(種別、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)

**○医療の状況**

現病歴 受診機関 治療経過 等	
現在の処方	※処方箋など資料添付でも可
既往歴	

### (3) 千葉県オレンジ連携シート

平成 23 年千葉県では、千葉県オレンジ連携シートを作成して、平成 24 年より県内 4 ケ所で 2 年間モデル事業を行ないました。松戸市では、松戸市医師会がこのモデル事業に参画しました。

松戸市医師会では、認知症高齢者の診療、ケアに関する各医療機関、介護施設、及び関連諸機関の連携をはかるために認知症コーディネーターの育成を行ないました。認知症コーディネーターとは、認知症に関する知識を有し、認知症の人やその介護・支援のあり方を理解し、地域の社会資源（人材、施設、サービス等）の情報をもち、関係者と連絡しあいながら認知症高齢者とその家族に寄り添って、継続的で一貫した支援を行う人です。10 回の講習会を行なって、84 名の認知症コーディネーターを松戸市医師会で認定し、救急病院、精神科病院、リハビリテーション病院、地域包括支援センター、特別養護老人ホーム、グループホーム、介護支援事業所など 74 ケ所に配置されました。

認知症コーディネーターの間では千葉県オレンジ連携シートが活用されました。この連携シートは、①認知症初期の鑑別診断とその後の対応、②BPSD の評価とその対応、③身体合併症（肺炎、心臓病、癌等）の発症時、④運動機能障害（骨折、脳血管障害）の発症時、⑤在宅生活の支援、⑥入所施設の紹介、⑦認知症に関する情報提供を依頼する時などに活用されました。その結果、①診断が確定してその後の対応が円滑に行われた、②BPSD への対応が可能となった、③症状が変化した時迅速な対応が可能となった、④認知症リハビリの必要性が関係者の間で認識されるようになった、等の効果が得られました。

### (4) 千葉県認知症疾患医療センター

認知症専門医療の提供と介護サービス事業者との連携を担う中核機関として指定を受けた医療機関で、千葉県内では現在 6 ケ所指定されている。

業務内容としては、①専門医療機関として認知症の診断や BPSD 及び身体合併症に対する対応を行なう、②専門職研修会や連携協議会を開催し専門的相談を通して、医療機関と介護サービス提供事業所等との連携をはかる、③認知症医療の情報センターとして地域住民への認知症に関する啓発活動や相談を行なう、④地域における医療と介護の連携拠点として認知症連携担当者を配置し地域包括支援センターとの連携強化を図る、等である。

### (5) 地域包括支援センター

地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、権利擁護事業、住民の総合相談と支援、介護予防マネジメント、支援困難事例の指導・助言、包括的・継続的マネジメントなどを行なう機関である。2005 年介護保険法により制定され、現在松戸市には 11 ケ所指定されている。

最後に今後急増して行く認知症高齢者に対して、先生方に在宅医療に積極的に参加していただくことをお願いいたします。

## 在宅医療の手引き（第7回） がんの在宅緩和医療

### 1. 緩和医療とは何か

あらゆる医療行為は、患者さんの生存期間（寿命）とQOL(Quality of Life)を最大化するために行われます。急性期医療では生存期間がより重視されがちです。例えば、がん患者さんに対して副作用の強い、QOLを落とすような抗がん剤治療が行われるのも、それが生存期間を伸ばすと考えられるからです。

しかし高齢者やがん末期など在宅医療の対象となる疾患では、医療行為をいくら集中的に行っても生存期間の延長効果は明らかではない状況がしばしばあります。このような場合にQOLの向上を目的に行われるのが緩和医療です。

### 2. がんの緩和医療の特徴

がんの緩和医療が非がん疾患の緩和医療と異なるのは、がんという病気が最期の1～2ヶ月で急速に進行すること。その間増悪する疼痛をはじめとする症状をいかに緩和するかが、在宅療養を続けられるかどうかを左右するという点にあります。

### 3. がんの在宅緩和医療のやりがい

がんの在宅緩和医療は、特に患者さんや家族から感謝されます。患者さんはこれまで苦しい治療に耐えてきたのにこれ以上治療できないといわれ愕然としています。これから残された時間をどのように過ごしていけばいいのか、不安でたまらないところに緩和医療を在宅で行ってくれる「天使」のような訪問診療医が現れるわけです。

私自身、急性期病院で化学療法と緩和医療の両方を担当したことがあります。いつも緩和医療医というのはいい役回りだなと思っていました。リスクが少なく、確実な効果が得られ、常に感謝されるからです。

### 4. がんの在宅緩和医療はシンプル

馴染みのない方にはがんの緩和医療は難しそうに感じるかもしれませんが、コツはただひとつ、「麻薬をうまく使うこと」です。基本的には、経口で少量からはじめて、痛みの状況にあわせて徐々に増量し、経口投与できなくなれば他のルートに切り替えます。数例経験すればあとは同じパターンで対応できます。

麻薬は痛みだけでなく、呼吸苦など他の症状にも有効で、経口投与している限り比較的安全な薬剤といえます。ただ吐き気や便秘などの副作用があり、投与前にこれらの副作用を予め説明しておくこと、副作用対策の薬を処方しておくことが重要です。

### 5. 実際の麻薬の使い方の一例

痛みがロキソニンなどのNSAIDをつかっていてもとれない場合、まずは頓用で用いる剤形であるオプソ（5mgまたは10mg）またはオキノーム（5mg）をノバミンなどの吐き気止めと併用して開始します。

頓用を数日続けた後で、麻薬が有用そうなら、持続的に作用するベースとなる麻薬製剤のMSコンチン（10mg）2T/2×ないしオキシコンチン（5mg）2T/2×を併用します。便秘は必発なのでプルゼニド、ラキソベロンなどを忘れずに。

痛みのために夜眠れなかったり、一日に頓用の麻薬を3、4回以上内服している場合にはベースの麻薬を1.5倍に増やします。必要に応じてベースの麻薬の一日投与量の6分の1に頓用の麻薬の投与量を増やします。更に経口投与が難しくなった場合はフェントス、デュロテップパッチMTなどの貼り薬やモルヒネの皮下注射を選択します。

## 6. 訪問看護との連携が効率化には重要

治療の原則はシンプルとはいいながら長くても月単位で最期を迎えるため、病状の変化が早いです。訪問初期に患者さんの意思を確認し、在宅で最期を迎える可能性がある場合は訪問看護を導入しましょう。本人や家族が抱く不安を訪問看護師が受け止め、終末期にむけてのオリエンテーションをしてくれます。それにより訪問診療医への問い合わせも大幅に減らすことができます。

訪問看護の導入は、麻薬による便秘を浣腸などで便通コントロールをしてもらいましょうと説明すると受け入れられやすいです。

## 7. 松戸市の恵まれた環境を活かしてがんの在宅緩和医療への参画を

適切な緩和医療を施していれば、がんは在宅看取りが可能な疾患ですが、それでも本人、家族の希望により入院が必要になる場合もあります。この場合は緩和医療を専門とする病棟への入院がひとつの選択肢になります。

松戸市はこうした後方病院にも恵まれており、東松戸病院とみさと健和病院の緩和ケア病棟がその候補になります。受け入れてもらうにはあらかじめこうした病院のMSWに問い合わせ、必要に応じて家族の面接を済ませておかななくてはいけません。後方病院が充実していることも、松戸市でがんの在宅緩和医療に参画するのをおすすめする理由です。



## 在宅医療の手引き (第8回) かかりつけ医の在宅医療 / 超高齢社会私たちのミッション

### 1. かかりつけ医の在宅医療の重さと深さ

10年、20年と診させてもらった患者さんから「最期まで診てほしい」と言われるのは医師として最高の名誉ではないかと思います。患者や家族と深い信頼関係のもとで最期まで診療する重さと深さがそこにあります。親身な「かかりつけ医」は、長く診た患者さんのご家族から、「先生、うちのばあちゃんは最近足腰が立たなくなって通院が大変になりました。でも、先生以外の医者にかかるのは絶対いやと言います。月に1回でも往診して頂けませんか」というような相談を受けると思います。真剣に務めた「かかりつけ医」は、必然的に在宅医療に参入する機会を経験するわけです。

いま「かかりつけ医の在宅医療」が注目されています。日本医師会と全国在宅療養支援診療所連絡会が平成25年に作成したテキストと映像は「かかりつけ医の在宅医療～超高齢社会私たちのミッション～」と銘打たれています。日本医師会の「かかりつけ医の在宅医療」の重要性への深い認識と、なみなみならぬ期待がみなぎっています。

しかし、「かかりつけ医の在宅医療」が必ずしも潤沢に提供されないことも事実です。「かかりつけ医」が5時になると電話を留守番電話とし、あるいは、在宅医療を実施しないことも多いからです。一方、最近、何かと矢面に立つ「在宅専門クリニック」ですが、この現状に対し、24時間型で「かかりつけ医」が対応不能な患者に広く対応してきたともいえます。かりに、夜間対応するのが当直医・当番医であつたにせよ、です。

では、かかりつけ医はそんなに頼りないのかというと、そうではありません。在宅医療専門クリニックが頑張っているエリアでも、かかりつけ医のトータルな訪問診療患者数が多いのです。国全体でみても、かかりつけ医の在宅医療シェアは大きいと推測され、良心的なかかりつけ医はやはり頑張っています。

かかりつけ医は、患者と長期の信頼蓄積をもつ点で圧倒的に有利な立場にあります。多くの患者は自分の信頼してきた医師に最期の脈をとってもらいたいと望むでしょう。その有利な立場を生かすかどうかは、かかりつけ医にかかっています。

### 2. かかりつけ医の在宅医療と24時間対応

尾道の片山壽先生の言葉で「一馬力」の在宅医という言葉があります。医師一人で在宅医療を行う医師のことです。「一馬力の在宅医は24時間対応ができるのか」という課題があります。私たちは、昨年度、全国13012ヶ所の在宅療養支援診療所に調査を行いました。「医師が在宅医療を業として継続するにあたってのハードル」に回答した者2518名のうち、「24時間対応の困難さ」を挙げた者は1896名(回答者の75.3%)に上り、ハードルの第一位であることが確認されました。

広島県の尾道モデル、長崎県のドクターネット、近くでは匝瑳市医師会の試みなど、医師同士が助け合うシステムの必要性は痛切に認識されています。私たちは、本年、在宅医療連携拠点事業として、松戸市の「一馬力のかかりつけ医」が疲弊することなく、患者のみとりまで頑張れるサポートシステムを作りたいと考えています。

会員の先生方のご賛同とご協力をお願いしたいと思います。

### 3. かかりつけ医の在宅医療はもっと報われるべき

もう一つ、かかりつけ医の在宅医療が報われていないのではないか、という疑問があります。例えば、在宅療養支援診療所ではない、「一馬力の診療所」の医師が、年間10人を看取るとしたら、この誠実な医師の労に報いなくてよいのか、という疑問です。この医師は「年間3人しか看取っていない在宅療養支援診療所」よりも、すぐれた24時間対応を行っている可能性が高いわけです。

これは、実は「在宅療養支援診療所というインフラ」つまり、形式に対して高い診療報酬がついていることの矛盾です。

その意味では、「常勤医師一人あたりの看取り数」「常勤医師一人あたりの時間外往診数」などで実績ある診療所は、「みなし在宅療養支援診療所」として高い報酬をつけ、在宅療養支援診療所でありながら看取り実績のない診療所は、在宅療養支援診療所としての報酬を認めないなどの対応が適切と、個人的には考えています。

あまり話題になりませんが、平成26年4月の診療報酬改定では、在宅療養支援診療所ではない診療所の在宅医療報酬が引き上げられました。私はこのことを高く評価しています。

日本医師会の映像は下記で視聴できます。

#### 「かかりつけ医の在宅医療」

～超高齢社会私たちのミッション～

<http://www.med.or.jp/jma/nichii/zaitaku/001706.html>

## 在宅医療の手引き（第9回） 訪問歯科診療

今回は、訪問歯科診療に関してお知らせします。

訪問歯科診療は、口と身体の健康のために重要な役割を果たしています。

口には「食べる」「話す」「呼吸する」という3つの大きな役割があります。ほとんど会話ができない、食べ物を口から摂取できないといった状況に陥ると、口腔機能は少しずつ低下していきます。口腔ケアを行うことは、口の機能維持、QOLの向上に繋がるとともに、虫歯や歯周病の予防、全身の健康にも寄与します。

### 1. 介護予防（低栄養と気道感染予防）

介護予防とは、高齢者が介護を必要とする状態になることを防ぐ、現在介護を必要としている方の状態がこれ以上悪化しないようにすることをいいます。

気道感染は、気道（空気の通る道）にウイルスや細菌が入ることで起こりやすくなります。

口腔ケアは気道感染予防の中心に位置づけられています。また、口腔ケアをすると口腔機能が高まるので栄養状態の指標のひとつである血清アルブミン値の改善が期待でき、低栄養予防に繋がります。

### 2. 誤嚥性肺炎

高齢者の方が罹りやすい主な肺炎として誤嚥性肺炎があげられます。誤嚥性肺炎は、口腔内の唾液や細菌が誤って気道に入り込むことで起こる肺炎です。誤嚥は特に夜間に起こりやすく、誤嚥を起こしても「むせ」等の自覚症状がないことがあります。自覚症状がないまま誤嚥を繰り返してしまう、また嘔吐により胃の内容物が気道に入った場合などに、誤嚥性肺炎が起こります。

### 3. 口腔ケアと日常生活

これらを防ぐために、食前食後の口腔ケアと食事時の誤嚥防止が大切です。口腔ケアで口の中の細菌を少なくすることが大切です。肺炎予防のワクチンのみでは、誤嚥性肺炎はあまり効果がありません。肺炎予防には、肺炎予防のワクチンと口腔ケアを併用することでより効果が大きくなります。また、施設内のデータですが、実際に口腔ケアを実施した方たちと口腔ケアを実施しなかった方たちを比べると、前者の発生率がおよそ40%低いという結果がみられています。

口腔ケアは、単に清掃だけでなく日常生活動作の維持や向上にも深く関係しています。最近の研究では、「よく噛む」ことにより、記憶・思考・学習・意欲に関わる脳の働きがよくなり、またそれにより認知症の進行を防ぐ効果があることもわかっています。入れ歯が合わない等で、きちんと噛むことができないと、脳へ刺激がいかない、食事の楽しみが半減する、その他噛むことで得られる様々な恩恵を得ることが難しくなってしまいます。

### 4. 食べる・話をする機能の回復、運動不足解消

口の機能は、虫歯や歯周病の治療や、義歯（入れ歯）を入れることによって維持できます。義歯には、咀嚼（食べ物を噛む）できるようにする、発声を明りょうにする、顔貌を整えるなどの役目があります。義歯を装着し咀嚼機能を維持することは健全な食生活を送ることにつながり栄養の摂取だけでなくQOL(生活の質)の向上にもつながります。

適切な義歯を入れて噛み合わせや歯並びを回復させることで、高齢者のADL(日常生活動作)を高め、QOL(生活の質)を確保できるようになります。

## 【義歯を装着する目的】

### 1. 咀嚼能力の維持・向上

食べられる物が増えるので、家族と同じメニューでの楽しい食事や友人達との会食もできるようになる→栄養がとれる、会話をする機会が増える。

### 2. 身体的・精神的健康状態を維持

積極的に社会活動に参加できることで、閉じこもり予防に繋がる。

### 3. 嚥下機能の維持

誤嚥性肺炎の予防になる、食べ物が詰まることを防ぐ事につながる。

### 4. 身体の平衡の向上

歩行周期を安定・短縮させ、歩幅・歩行速度が増し、運動ができ、転倒予防になる。

以上の点が挙げられます。訪問歯科は、健康のためにも効果があるのです。

### 5. 摂食・嚥下障がいの回復

人が食べ物を食べる時は、食物が口に入る前に、何をどのくらい、どのように食べるかを決めます。次に食物を口に入れて噛み砕き、舌でまとめて咽頭へ送りやすい形にし、食物を口腔から咽頭の方へ移送させます。ここで反射運動により咽頭から食道へ食物を移送させ、蠕動（ぜんどう）運動により食道から胃へ移送させます。これらの一連の動きは、一瞬（1秒以内）のうちに起こるものですが、このいずれかの段階もしくは複数の段階で何らかの問題が発生する状態が摂食・嚥下機能障がいです。

訪問歯科では、食べる時の姿勢や食具、食べ物の硬さやとろみをつける等の助言や支援、摂食・嚥下障がい、構音障がいに対する舌摂食補助床（PAP）の作製、口腔機能訓練（口唇・頬・舌訓練等）を行い、少しでも安全に美味しく食事ができるように指導・訓練をしていきます。

### 6. 最後に

口腔機能維持のためには定期検診が大切です。歯科医師に診てもらい、ご本人、家族と協力しあっていくことが大切です。義歯はデリケートな人工臓器です。作ったあとも調整が必要ですし、噛み合わせの悪い義歯を長期間使用していると、不自然な噛み方になり、あごの位置や関節の位置が変化することがあります。健康のためにも毎日お手入れして、定期的に義歯を調整したり、義歯を新しくしたり常に自分の口に合ったものにしましょう。

以上、歯科診療の意義をご理解され、訪問歯科診療の必要性がある患者さんがいましたら、松戸市口腔ケアセンターにご連絡下さい。その際には、次ページの「訪問歯科診療申込書」をご活用されセンターまで FAX にてお申し込み下さい。また、「訪問歯科診療可能な歯科医院」（平成26年6月1日時点）の一覧表も記載しておりますのでご活用ください。

松戸市口腔ケアセンター 電話：047-331-8380 / FAX：047-331-8553

■ 訪問歯科診療申込書

訪問歯科診療申込書		平成	年	月	日
ふりがな.....					
1. 患者氏名		( 男 ・ 女 )			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	歳
住 所.....					
電話番号 ( ).....					
健康保険の種類 国保・社保(本人・家族)・後期高齢者・生保・その他.....					
介護保険認定 無・有(要支援・要介護度).....					
2. 訪問先 (居宅・施設・病院・診療所)		病棟	階		
名 称.....					
住 所.....					
電 話 ( ).....					
3. 申込機関名 (施設名)					
申込担当者名		職種			
住 所.....					
電話番号 ( ) - (内線 ).....					
FAX番号 ( ) -.....					
4. 主訴					
歯が痛い 歯ぐきが痛い 入れ歯の具合が悪い つめものがとれた					
その他 ( ).....					
居宅療養管理指導希望					
歯科以外の通院(病院等の通院) 寝たきりの為通院不可・付添有れば通院可能					
5. かかりつけの歯科医院名.....					
6. その他(連絡事項等).....					
.....					
.....					
.....					
FAXにてお申し込み下さい		FAX 047-331-8553			
お問い合わせ		■松戸歯科医師会 口腔ケアセンター 電話 047-331-8380 ■松戸歯科医師会 事務局 (月・火・水・金 9~17時) 電話 047-368-3553			



■ 訪問診療登録歯科医院

公益社団法人 松戸歯科医師会 訪問診療登録歯科医院

平成26年6月1日 現在

地区	氏名	診療所名	電話	住所
小金・新松戸	岡田 敦	岡田歯科医院	341-1460	松戸市大谷口415
"	緒方 宏也	北原歯科医院新松戸診療室	343-5001	松戸市新松戸1-356
"	黒川 昭彦	くろかわ歯科	340-4618	松戸市新松戸7-162-12
"	高野 新	高野歯科	341-2596	松戸市横須賀1-18-8
"	藤内 圭一	とうない歯科	346-3213	松戸市新松戸3-18 幸谷ビル2F
"	羽根田 元子	羽根田歯科医院	309-4618	松戸市小金447-8
"	半田 悦夫	半田歯科医院	344-5280	松戸市小金16-5
小金原	新保 城一	しんぼ歯科医院	340-1818	松戸市小金原9-17-47
"	富永 庸平・友王子	小金原歯科	346-6408	松戸市小金原4-12-30
馬橋	荒木 誠	あらか歯科クリニック	309-2610	松戸市西馬橋蔵元町6 飯島ビル2F 202
"	井出 壹也	いで歯科医院	340-3718	松戸市西馬橋相川町117
"	金丸 卓史	かねまる歯科医院	343-5577	松戸市西馬橋蔵元町76
"	功刀 初穂	しらゆり歯科医院	710-8140	松戸市西馬橋幸町55 ウェストビル1-B
"	東風 巧	東風歯科医院	341-3219	松戸市馬橋1897
"	杉浦 健純	かえで歯科	347-8811	松戸市西馬橋蔵元町13
"	林 智也	西馬橋歯科クリニック	349-4182	松戸市西馬橋蔵元町108-101
"	藤田 理生	藤田歯科医院	347-9723	松戸市西馬橋2-19-1
"	本間 康章	本間歯科医院	341-3045	松戸市馬橋2545-3
"	松崎 茂樹	松崎歯科医院	362-2212	松戸市上本郷3-4080
常盤平	桜井 貞子	桜井歯科医院	384-1378	松戸市常盤平1-29-3 駅ビル2F
"	平賀 努	平賀デンタルオフィス	388-3188	松戸市常盤平1-25-10
"	藤野 健正	きょうどう歯科新八柱	711-5201	松戸市日暮1-6-1
"	山田 隆史	やばしら歯科	385-3591	松戸市日暮1-5-8
五香	伊藤 宗律	五香歯科医院	384-7556	松戸市常盤平5-18-3 蓮池ビル3F
"	大越 秀一	大越歯科	385-5164	松戸市六実4-5-1 石原ビル2F
"	百木田 等	高柳歯科医院	04-7191-4950	柏市高柳1478-4
"	後藤 文雄	後藤歯科	384-7566	松戸市常盤平5-8-1 サンウイ常盤平107
"	中村 均	中村歯科六高台診療所	389-8341	松戸市六高台4-93-1 六実マンション108
"	三国 大吾	三国歯科医院	383-1170	松戸市五香南2-17-8 サンパティークマンション1F
"	宮嶋 洋二郎	宮嶋歯科医院	387-0068	松戸市五香南1-14-5
"	山本 真次	山本歯科医院	389-8841	松戸市串崎南町26
東松戸	稲富 洋文・里絵	稲富歯科クリニック	391-8148	松戸市秋山110-1 シーアイマンション101
"	大塚 裕之	大塚歯科医院	366-2679	松戸市松戸1019
"	加藤 一郎	かしのき歯科	312-7777	松戸市東松戸4-2-3-102
"	岸田 雄大	富士見台歯科医院	360-6280	松戸市松戸新田94-118
"	小松 世幸	小松歯科医院	392-4180	松戸市高塚新田549-7
"	白井 裕子	稔台歯科	367-6607	松戸市稔台1-31-1
"	高野 陽子	ようこ歯科クリニック	367-1230	松戸市野菊野6-6-107
"	野村 充	やばしら歯科駅ビル診療所	384-4182	松戸市日暮1-1-2 駅ビル2F
"	平岡 正司	平岡歯科医院	368-8200	松戸市松戸新田473-29
"	渡辺 幸司	わたなべ歯科	391-0808	松戸市二十世紀が丘丸山町76 わたなべビル2F
西松戸・矢切	小泉 裕史	小泉歯科医院	365-2233	松戸市松戸2058
"	武田 讓	たけだ歯科クリニック	366-8887	松戸市松戸1281-1
"	平岡 晴夫	平岡歯科医院	364-6666	松戸市本町2-3 平野ビル4F
"	宮本 正郎	宮本歯科医院	362-2876	松戸市根本9-17
"	湯浅 邦彦	湯浅歯科医院	363-6480	松戸市根本9-7
"	吉崎 ゆかり	オズデンタルクリニック	363-0100	松戸市松戸2041-2

## 在宅医療の手引き（第10回） 在宅療養者への薬剤師の関わり

高齢者の薬物療法は、高齢者特有のさまざまな要因と環境によって影響を受けます。安全で有効な薬物療法を提供するには、高齢者の特徴や薬の使用上の問題点を把握することと同時に、在宅療養者に関連する医療・介護職種が連携して対応にあたることが重要です。

在宅医療を実施している薬局は、医療機関や訪問看護ステーション等と密接に連携しています。在宅療養者の薬の調剤や保管・管理、適正使用のためのアドバイスなどを通じて、医薬品や医療・衛生材料等の提供拠点として、地域医療への一層の貢献を進めています。

今回は高齢者の身体状況に応じた服薬支援での薬剤師の関わりを報告させていただきます。

### 高齢者の身体状況に応じた服薬支援

#### （1）運動機能障害者への服薬支援（脳卒中片麻痺・関節リウマチ・筋力低下など）

服薬動作のうち、具体的に何に困っているのかを聞き取り、有効と思われる自助具の使用を薦めます。

① 脳卒中片麻痺の患者の場合、内服薬、外用薬にかかわらず片手ではスムーズな服用動作が行えないため、片手でも服薬ができるような調剤方法の工夫を行います。また介護の状況に留意し、必要ならば投薬回数のない持続性の薬への処方変更を医師に依頼します。患者自身が服薬する能力がある場合はできるだけ自力で、できるよう薬袋に切れ目を入れて1回分ずつ薬杯に移しておく等の工夫をします。

② 関節リウマチの患者の場合は、変形や疼痛によって自分で薬を飲んだり、外用薬を使用することが徐々に困難になります。また、病気が長引くほど、握力や指の力が低下し、薬の開封ができなくなったり、関節の変形によって手が口に届かなくなったりします。薬の服用・使用が困難になっていくので、調剤方法の工夫と有効と思われる自助具の使用を薦めます。

#### （2）寝たきりの方への服薬支援

寝たきりの方は、服薬コンプライアンスに問題がある場合が多くあります。薬の管理は介護者・看護者に任されているケースがほとんどなので、服薬に問題のある点については、介護者・看護者等と十分な連携のもとに改善策を検討します。

まず、服薬の意義について、病態・疾患について視覚的資料を活用するなど、患者、介護者・看護者の理解が深まるように説明します。また、服薬を自身で調節してしまう原因として、嚥下能力の低下、義歯の使用、飲みにくい（味、見た目、匂い、剤形）などが考えられますので、他の薬への変更を検討します。飲み忘れや飲み間違いが多い場合は、服薬回数を減らすことや一包化についても医師と検討し、服薬カレンダーや薬管理ケース箱などを用意して工夫します。

#### （3）嚥下困難者への服薬支援

患者、介護者・看護者両方にとって服薬しやすい、させやすい方法を検討します。患者にとって服薬しやすい姿勢を見つけることにより、嚥下諸筋のリラックスした状態、誤嚥しにくい状態を確認します。家族や介護者・看護者より現在の服用状況を確認し、嚥下反射の遅れや、薬の咽頭への送り込みの困難さ、舌、頬、唇麻痺、咽頭、喉頭麻痺等の問題点について検討します。

服用方法として、液体と薬を交互に飲み込む交互嚥下、一口に服用する薬を制限する一口量の制限、大きく息を吸って息を止めてから飲み込む息止め嚥下、一口について何回も飲み込む複数嚥下などの方法を使い分け患者に最も適切な方法を検討します。

#### (4) 視覚障害者への服薬支援

視覚障害者は、健常人と比較して得られる情報は非常に少なく、特に中途障害者の場合には点字の習得が困難なケースが多くあります。視力、視野欠損状況などの視機能に応じて、薬袋に珞ヒモ等で突起部分を付けたり、視覚資料での説明が可能な場合や口頭での説明を行う場合があります。

また、視覚障害に起因して理解力の低下が起きている場合もあり、それに伴った服薬能力の低下も考えられます。ある程度視機能がある場合で文章での説明が可能な場合は文字を太く大きくする、色をつけるなどの工夫をします。

#### (5) 聴覚障害者への服薬支援

聴覚障害の状況（伝音難聴、感音難聴、混合難聴）について、正しく把握し補助機器等を用いて服薬指導を行います。補聴器が有効でない場合は、文書を用いた服薬指導を行います。

#### (6) 失語症（構音障害）への服薬支援

構音障害の患者は舌が動かない、唇が閉じない、または嚥下障害を伴うことがあり、剤形を工夫します。

#### (7) 認知症の方への服薬支援

薬の管理は本人以外の家族や介護者・看護者等にて行われます。

周辺症状の改善を目的とした抗精神病薬によって、副作用発現の恐れも大きくなっているため、家族及び介護者・看護者に対して適切な説明を行うとともに詳細な患者情報を入手し継続的な薬剤管理と指導を行います。

軽度な認知症の場合、服薬カレンダーに患者本人と一緒に薬剤をセットするなどの支援方法も行います。

（日本薬剤師会作成 薬剤師以外の医療・介護関連職種向け資料参考）

### ■松戸市薬剤師会の取組み：松戸システムについて

松戸市薬剤師会では、現在松戸市の援助を受けて、麻薬を含めた365日対応に向けての輪番制（松戸システム）を38薬局の協力のもと行っております。基準薬局調剤加算を取得し、かつ訪問薬剤管理指導を実施している患者さんについては、担当薬局があくまでも24時間対応いたします。しかし、この「松戸システム」は、やむを得ず対応できない緊急調剤（麻薬を含む）が発生した時などのバックアップとして機能する待機薬局制度です。これは、店舗は必ずしも営業していなくてもよくオンコール対応でも可としています。その場合原則、2時間以内に対応するものと規定しています。

参加協力薬局は下記の必須麻薬を在庫し対応してもらいます（それ以外は薬局側の備蓄医薬品内で原則対応していただくものとしています）。薬は必ずしも届ける必要はないものとし患者さん、ご家族等とよく話し合い合意を得ることとさせていただきます。

待機対象日：土日祝日、年末年始（月～金曜日は除く）待機時間：9：00～20：00

〔麻薬薬局必須在庫〕

オキシコンチン 5mg・オプソ 5mg / 2.5ml・オキノーム 2.5mg / 包  
デュロテップMTパッチ 2.1mg / 枚・フェントステープ 1mg / 枚

待機薬局の当番表は松戸市薬剤師会ホームページにて掲載しておりますので、ご活用いただければと思います。

以上、ご質問等ございましたら松戸市薬剤師会事務局までご連絡いただければ幸いです。

TEL：047-360-3600 / FAX：047-360-3614



■ 在宅医療受入可能薬局リスト

平成 26 年 8 月 1 日現在

在宅医療受入可能薬局リスト 簡易版 II 訪問薬剤管理指導届出薬局(85薬局)

	事業所名	店名	管理薬剤師	事業所住所	電話	夜間電話	F A X	基準薬剤 加算(1・ 2)	麻薬小売 免許	訪問薬剤 管理指導	高度管理 医療機器	無菌室	待機薬局	
新 松 戸 ・ 北 小 金	アサヒ調剤薬局		齋藤 仁美	新松戸南 1-168-3	346-9877		346-9877	1	○	○				
	銀杏薬局		山下 智子	小金きよしヶ丘 2-8-13	309-6555		309-6556	1	○	○	○			
	コスモス薬局	北小金店	深尾 政博	東平賀316-1	347-3106		347-3107	2	○	○				
	新松戸ロイヤル薬局		大岸 弘和	新松戸 1-411 小宮山ビル	348-2237		348-2126	1	○	○				
	田辺薬局	新松戸西店	東風平 秀博	松戸市新松戸6-39	312-1355	312-1355	312-1356	1	○	○			○	
	中川薬局	新松戸店	中川 広美	松戸市新松戸1-351	309-2851	309-2851	309-2852	1	○	○				
	ひいらぎ薬局		杉山 等	新松戸 4-1	349-6801		349-6802		○	○				
	薬局メディクス	新松戸南店	芦田 和俊	新松戸 3-282 リーハートナース101	309-4701	070-5586-3389	309-4703	2		○				
	よこお薬局		横尾 洋	新松戸南 1-151	345-4362		343-0923		○	○				○
	蘭調剤薬局	新松戸店	渡辺 龍太	新松戸 1-409 新松戸エスビル1階	347-1871		347-1885		○	○				
まこ薬局		安藤 雪乃	新松戸1丁目398番地2	382-5805	080-4620-1574	382-5806		○	○	○				
馬 橋	小川薬局		林 直樹	西馬橋相川町 1クレインビル101	340-2222	080-8427-7114	340-2223	2	○	○	○			
	クオール薬局	はなみずき店	松野 恵梨子	馬橋 3239	309-2500		309-2502	1	○	○	○			
	友愛薬局	馬橋店	林 久仁明	旭町 1-137-1	340-1600		340-1601	2	○	○	○		○	
	友愛薬局	馬橋駅前店	杉 大輔	馬橋179馬橋ステーションモール3階B-1	312-0162	312-0162	344-0707	1	○	○	○		○	
	ワタナベ薬局		渡邊 美千子	松戸市西馬橋1-10-2	342-1188	342-1188	710-4556			○				
北 松 戸 ・ 栄 町	あい調剤薬局		康 進	上本郷2675-1鳥海ビル101	703-5207	703-5238	703-5208		○	○	○		○	
	アオイ薬局		黄 栄吉	上本郷 3-4061	368-3939	090-3087-0044	368-7112	1	○	○	○	○	○	
	ウエルシア薬局	松戸古ヶ崎店	横山 陽一	松戸市古ヶ崎4丁目3579番	703-3288		703-3348		○	○	○			
	川名薬局		川名 賢二	栄町 5-275-13	363-0093	363-0093	365-1193		○	○				
	くろみ薬局		水嶋 節子	栄町 6-418-2	367-4628	090-9858-4970	367-7025		○	○	○		○	
	はな薬局	上本郷店	高橋 寿沙江	上本郷 4378	363-5761	090-4244-7376	363-5762	2	○	○				
	松戸栄薬局		安部 恵	松戸市栄町2-106-3	711-9540	090-9967-5884	711-9541		○	○				
	松戸中央調剤薬局		平澤 智美	上本郷 3194	360-3132	080-2250-2413	366-3800		○	○				
	薬局東京ファーマシー		椎名 康子	北松戸 2-6-2	367-6658	080-1230-3852	361-7815							
	友愛薬局	上本郷店	今川 智恵美	上本郷 1-3196バインツリーコート6.7	303-2020	303-2020	360-2929	1	○	○	○		○	
友愛薬局	大学前店	菊池 英代	栄町西1-858	366-5577	090-2437-0928	366-5570	1	○	○	○		○		
松 戸	あさひ薬局		飯塚 泰幸	根本 14-2ハークスカイタワー松戸	360-0077		360-0088	1	○	○				
	おんぶ薬局		加藤 浩樹	松戸1313	308-3230	070-6673-2565	308-3322	1	○	○	○			
	かざね薬局		住谷 正行	根本 7-8	362-0601		362-0602			○				
	かつみ薬局		佐藤 勝巳	本町 19-16 松戸 ウェストビル1F	308-3103	090-7185-3235	308-3601	2	○	○	○		○	
	すい星薬局	松戸店	小泉 守代	根本 2-10	330-3132		330-3133	1	○	○				
	太陽調剤薬局		岡田 圭一	松戸市胡録台 326-8	368-3535		368-3538		○	○	○			
	ハーブランド薬局	松戸店	松尾 茂幸	松戸市松戸1293-2小川ビル1階	308-6086	090-3238-0586	308-6085	2	○	○	○		○	
	ふれあい薬局		鮫島 尚子	松戸市本町3-9	360-0735	360-0735	360-0736	1	○	○				
	松戸薬局		中村 昌広	本町 18-1	362-2202	090-4063-6463	367-1305		○	○	○		○	
	松戸西薬局		関口 和子	松戸2044	361-7577		361-7566	1	○	○				
	まり松戸薬局		斎藤 博美	松戸1241和興ビル105	308-7971	047-308-7971	308-7972	2	○	○	○		○	
	薬局タカサ	松戸店	荒井 敏子	松戸新田21-58	703-3345		364-0148	1		○				
	薬局ユーエスファーマシー		金山 洋子	松戸1170	366-5151		365-3325			○				
矢 切	下矢切薬局		佐々木 有紀子	下矢切 70-1	303-2111	090-2313-1265	303-2112	1	○	○	○		○	
	竹内薬局	松戸店	佐原 香	大橋 416-2	362-8961		362-8962	1	○	○				
	富士見薬局		武田 みち子	上矢切 265-2	362-8716	368-8516	365-6582		○	○	○			
	薬局マツモトキヨシ	矢切店	後藤 有	栗山字中台 125-1	368-3521		368-3521			○	○			
八 柱 ・ 高 塚	アイセイ薬局	八柱店	中嶋 明美	日暮 2-3-15グリーンプラザ八柱第一	384-6525	384-6525	384-6583	2	○	○			○	
	秋山薬局		丸本 千尋	松戸市秋山68-1	312-7338	080-2386-9986	312-7338	1	○	○				
	ウエルシア	松戸高塚薬局	丹野 貴夫	高塚新田 232	312-7775		312-7776	1	○	○	○		○	
	スマレ漢方薬局		菅原 玲子	日暮 1-19-1	361-0721		361-0721		○	○				
	ハーブランド薬局	東松戸店	大館 夕	松戸市東松戸3-7-19	312-8787	080-1255-0873	312-8788	1	○	○	○		○	
	ファーマシー光範堂	八柱店	小島 敬	日暮 1-1-6	385-6877	対応無	387-9997		○	○	○			
	松戸東薬局		羽岡 順子	高塚新田 123-1	392-1223		392-5123		○	○	○			
リズム薬局	東松戸店	今井 明夫	東松戸3-2-1アルフレント307	392-9811	090-1558-0028	392-9810	2	○	○	○		○		

平成 26 年 8 月 1 日現在

在宅医療受入可能薬局リスト 簡易版 II 訪問薬剤管理指導届出薬局(85薬局)

	事業所名	店名	管理薬剤師	事業所住所	電話	夜間電話	F A X	基準調剤加算(1・2)	麻薬小売免許	訪問薬剤管理指導	高度管理医療機器	無菌室	待機薬局	
五番・六実・松飛台	アイン薬局	五香店	難波 友	五番8-39-5五香スクールハイツ1F	394-1193	080-2864-4653	394-1195	1	○	○			○	
	北丘薬局		竹田 恒一	五番7-55-2	384-1100		384-1100		○	○			○	
	ウエルシア薬局	松戸五香店	土屋 真路	松戸市五香4-21-1	311-8011	311-8011	311-8028		○	○	○	○	○	
	ウエルシア	松戸元山薬局	原 光	五香南 1-1-5	385-2401		385-2410		○	○				
	ウエルシア薬局	松戸六高台店	大熊 義紀	六高台 7-20-1	394-5288		394-5467		○	○	○		○	
	薬局東京ファーマシー・M		杉浦 美由紀	串崎南町 26サンモールモリヤ1F	384-3110	080-1230-3652	384-3189			○				
	友愛薬局	本店	尾崎 秀子	五香 7-1-3	389-1600	090-3200-1497	389-8797		○	○				○
	友愛薬局	六高台店	平井 幸司	六高台6-67	311-0980	311-0980	311-0981	1	○	○				○
六高台薬局		川上 幸子							○	○	○	○	○	
常盤平	アイン薬局	ときわ平店	小林 悦子	松戸市金ヶ作103-1	394-5311	394-5311	394-5312	1	○	○	○	○		
	ウエルシア薬局	常盤平店	李 敏剛	常盤平 4-8-19	394-6461		394-6461		○	○	○		○	
	五香薬局		佐藤 裕子	常盤平 5-17-15	385-0260	070-6962-0260	385-0276	2	○	○	○		○	
	さくら通り薬局		菊地 淳一	常盤平 2-15-11	394-7575		394-7577		○	○				
	さくらの木薬局		田中 絢子	常盤平5-8-12	389-9720	090-4937-7809	385-4446	1	○	○				
	しいの木薬局		吉田 貴行	常盤平 1-11-9	394-5255	090-5214-8967	386-3921	1	○	○			○	
	そうごう薬局	五香店	青木 幸裕	常盤平5-12-6第1泉ビル1F	704-6701		704-6702	1	○	○			○	
	常盤平調剤薬局		鈴木 美穂	常盤平 6-1-15	389-2249	090-5212-8167	389-2143	1	○	○	○			
	ファークロスしいの木西薬局		渡邊 隼太	松戸市金ヶ作 88-6	311-2261		311-2262	1	○	○	○			
	ファークロスにしくぼ薬局		藤極 範子	常盤平西窪町 13-2	394-1700		387-2300		○	○	○			
	友愛薬局	金ヶ作店	茂庭 寿弘	松戸市金ヶ作408-169	710-0199	090-4526-3992	710-7066	1	○	○			○	
	友愛薬局	常盤平店	紅谷 歩	常盤平2-24-2常盤平団地A-2	394-6001	394-6001(転送)	394-7887	1	○	○			○	
	友愛薬局	牧の原店	西山 陽子	牧の原1-19ウイザンロード'牧の原A-101	394-7800		394-7801	1	○	○			○	
アイン薬局	千葉西店	野本 綾	松戸市金ヶ作89-5	700-5891	700-5891	700-5892		○	○	○				
上本郷・稔台	エビス薬局		渡邊 宏	南花島 3-44-12	362-2426	090-4377-0143	362-4558		○	○				
	阪神調剤薬局	松戸店	江南 雄樹	松戸市上本郷2672-9上本郷ビル1階A-2	703-6233	090-8191-4584	703-6234	1	○	○	○			
	ふじ薬局		小松 信三	松戸市稔台7丁目2番地24号	710-3351	080-7937-3351	710-3352	1	○	○	○			
	松戸薬局	松戸新田店	瀬川 順子	松戸新田庚申前 420-7	363-1722	090-9369-3139	360-0488	1	○	○			○	
	薬局トモズ	クワンサークワイヤ松戸新田店	山本 雅明	松戸新田245-26	330-2201	080-2059-6482	330-2202	1	○	○	○			
オリーブ薬局		大村 えい子	仲井町 3-25 第2アパビルマンション1階3号	360-2013	090-2179-0892	360-2014		○	○	○		○		
小金原	小金原調剤薬局		川村 太郎	小金原 6-5-20	340-1914	090-5212-6416	340-1945	1	○	○			○	
	サンエー薬局	小金原店	伊東 良和	八ヶ崎 1-34-16	347-6840	347-6840	309-7300	1	○	○	○			
	藤調剤薬局		佐藤 蓉子	八ヶ崎 1-32-6	340-2640	090-4522-4086	340-2640		○	○			○	
	友愛薬局	小金原店	秋元 義幸	小金原 4-3-17	349-3900	349-3900(転送)	349-3917	1	○	○	○	○	○	



## 在宅医療の手引き（第 11 回） 在宅医療を推進するための後方支援

かかりつけ医が在宅医療を行っていくことは、これから迎える超高齢社会において必要なこと（参考：かかりつけ医が在宅医療に参加しよう「千葉県医師会雑誌 医学の窓」2013年2～4月号 <http://www.doutare.com/inchou/zaitaku/>）で、地域包括ケアシステムにおける重要な役割となります。しかし、普段の多忙な診療の中、かかりつけ医が疲弊せず、質を担保し、在宅医療を継続していくためには、地域として支え合うシステムが必要です。

そのためには病院あるいは有床診療所（以下、後方支援病院と略します）による在宅医療の後方支援機能が大切であり、その機能の一部についてご紹介したいと思います。

### 1. 急性期（急変時）対応

在宅医療では対応困難なケースにおいて、脱水や肺炎等の補液、抗生剤点滴で改善するレベルの状態では、後方支援病院で対応することは可能です。状態により急性期病院で診断、初期治療を行い、その後、後方支援病院に転院し、回復後在宅へ戻ることになります。市内の急性期病院において、在宅患者を登録するシステムをとっているところもあり、急性期病院との連携が大切です。

### 2. 経過観察が必要な処置・医療行為の場合

輸血や、腹腔・胸腔穿刺など、処置中にバイタルチェックなど経過観察が必要な場合、一時的な入院が安全で安心です。内容にもよりますが、後方支援病院に一時入院して対応することができます。

### 3. 検査入院

基本的に在宅医療では高度な検査は行わないことが多いですが、場合によっては CT・MRI、胃カメラなどの検査が必要な場合があります。急性期病院で対応する場合がありますが、後方支援病院での検査、あるいは、前述 2. の処置と合わせ一時入院検査することができます。

### 4. レスパイト入院

介護者の休息を目的に、医療ニーズの高い患者さんを後方支援病院で受け入れることができます。介護者の入院や、法事等の一時的なものから、定期的な休息を目的とする場合もあります。ご家族・介護者を支え QOL を保つことも、医療の重要な役割です。かかりつけ医・在宅医の（調整困難な）スケジュールと介護者の休息目的と合わせた調整、またレスパイト入院中に前述 3. の検査を含めた対応も可能です。

### 5. 公的事業としてのレスパイト入院

東松戸病院では、千葉県在宅難病患者一時入院事業として ALS 等の神経難病患者の受入れをしています。基本的には、気管切開下人工呼吸器管理、胃瘻のある方を対象とし、利用回数、入院期間にも決まりがあります。詳細についてはお問い合わせ下さい。また重症心身障害者のレスパイト入院も行っています。リハビリも行うためか、レスパイト入院とはいえ、全身状態が改善して退院されるケースも見られます。

## 6. 社会的入院

現在、独居や超高齢者夫婦（認知症、要介護者含む）で暮らしている方は多く見られますが、その中で、家族や支援者との関わりもなく生活が破綻し、全身状態が悪化しているところを自宅で発見されるケースもあります。このような場合は、脱水等に対し補液などの医療処置が必要ですが、生活が破綻しているため在宅医療での対応は困難で、後方支援病院等に入院し加療します。また、長い間医療機関にかかっていない場合は、比較的全身状態が良好でも直接施設に入ることはできず、後方支援病院にて全身状態チェック、場合により医療処置が必要です。多くの場合、入院中に介護保険申請など社会環境調整しても在宅に戻ることは困難ですが、かかりつけ医を通して連絡があり入院するケースが多々あります。

## 7. 緩和ケア病棟等入院

当初から最期は入院での看取りを希望する場合もあれば、在宅での看取りを予定していても、不安のためか本人、ご家族の希望が変わり入院で看取るケースもあります。どちらかを選択できるということは、決して悪いことではありません。また、コントロールできない痛みなどのために入院を必要とする場合もあります。がんの場合、病状変化が急激なこともあり、時期を見て、あらかじめ緩和ケア外来を受診していると入院がスムーズで、本人、ご家族も安心です。症状が緩和して、再び在宅に戻られる方もいますが、多くの場合院内で看取っています。（東松戸病院では緩和ケア病棟を平成 27 年 10 月にオープンし、在宅と調整し運用しています。）

## 8. 在宅緩和ケア地域連携パス

（松戸市立病院など）がん診療連携拠点病院を中心として、在宅緩和ケア地域連携パスを千葉県がん診療連携協議会のもと運用推進しています。千葉県の在宅緩和ケア地域連携パスでは、A: 入院施設（バックベッド機能）、B: 訪問診療医、C: 訪問看護師の連携のもとで、在宅での看取りへ向けた支援をしています。松戸市の場合、バックベッド機能を後方支援病院へシフトさせた対応をして運用する予定です。バックベッドがあるという“安心感”のためか、比較的多く在宅での看取りが出来ているという（千葉市周辺における）実績です。

2025 年問題を前にして地域包括ケアを推進していく上で、かかりつけ医が在宅医療に携わっていくことが重要であり、それを支えるためにも後方支援病院の役割が大切です。在宅医療でかなりのことができる時代になりましたが、在宅療養をしている患者さん、ご家族がより安心できるような地域にするため、後方支援病院や有床診療所が有効な機能を発揮できるような（情報共有システムも含め）より良い連携を進めていくべきと考えます。

## 在宅医療の手引き (第 12 回) 在宅医療 / どこまで栄養管理をすべきかを考える

私はもともと消化器外科が専門の医師です。現在は無床診療所の開業医です。在宅医療に力を入れており、約 90 人の在宅患者の管理と数か所の介護施設で嘱託医として管理をしています。

経口摂取が十分に出来なくなった患者さんの管理では、現在の時点で高カロリー輸液管理、2 人、胃瘻管理は約 20 人、末梢よりの点滴患者 (5 ~ 6 人) がいます。高カロリー輸液や胃瘻の患者さんは、ほとんどが病院で急性期に導入され、そのまま在宅に帰ってきた患者さん達です。

今回テーマにしたいのは寝たきり状態及びそれに準ずる患者さんが徐々に食事が出来なくなった場合どうするのか? という問題です。もちろん患者さんの家族の希望が優先しますが、私たちの説明次第では、今後の方向は大きく変わると思います。

ある患者の家族は病院に入院し、点滴はするし、場合により胃瘻造設も希望することもあります。一方で入院は希望せず、特に延命のための措置は何も希望しないという方もいます。

しかし一番多いのは「入院してただ寿命を延ばすのは希望しないが、何もせず見殺しにするのも忍びない。」という人たちです。

私の過去を振り返ってみると 20 年前だと消化器外科医ですから、「IVH ポート埋め込みも簡単、高カロリー輸液管理も難しくはないですよ」「胃瘻造設は内視鏡で 30 分もあれば安全に入れられますよ」と説明し、そちらへ誘導していたと思います。しかし現在では、多くの患者の胃瘻管理や看取りを経験し、大きく考え方が変わりました。寝たきり患者、高度の認知症患者に対し、食べられなくなったからといって、胃瘻で栄養管理をしていたずらに寿命を追求するのは問題ではないかと思うようになりました。本人に判断力があれば、決して寝たきり状態の延命は望まないような気がするのです。

現在では食べられなくなった時、まず家族と相談し 3 つの方向のうちどれかを選ばせます。

- ① 原則何もせず看取りをする。(酸素吸入はすることもあり)
- ② 在宅 (施設) で出来る限りのことはして看取りをする。あるいはギリギリまで頑張り最後は病院に転送する。
- ③ 病院に転送する。輸液、胃瘻造設などを検討する。

急性の病状悪化 (肺炎など) の場合は病院に転送されることが多いですが、慢性に経過した食事量減少は②を選択する人が圧倒的に多くなりました。

私の場合②を選択された際、訪問看護と相談しながら、まず末梢静脈より 500 ~ 1000 ml / 日点滴をします。間欠的な点滴の際はヘパリンロックを使用します。そのうち状況が好転しない時は持続皮下点滴に変えます。持続皮下点滴は漏れの心配もなく、点滴が終了しても放置が可能で、管理が簡単です。連結管を使用すれば 2 日に一回の交換で済みます。何も食べない状態で、一日 500ml の点滴のみで、実に 3 か月以上の生存例を数人経験しています。ただし条件としてストレスのない状態の場合です。炎症などがある場合は展開が早く、さして延命しません。在宅酸素は終末期に導入することがあります。

家族は自宅で（あるいは介護施設で）点滴をしながら、酸素吸入をしながら、病院の治療に準じた治療と納得します。看取りに際しては、満足しながら見送りをします。私は当面、このような形での在宅での看取りを進めていきます。しかし将来的には、終末期における一切の点滴などは意味が無いというのが主流になる可能性もあります。

これからの超高齢社会を迎えるに当たり、厚生労働省も医療費抑制のため、在宅での看取りを増やしたい意向です。尊厳死の論議もそうですが、世の中の一般的傾向は、意味のない延命はしない方がよいというのが主流とされます。何もしないのも多少罪悪感があるという家族に対し、持続皮下点滴は非常によい手段と考えています。

## 【資料 2】

### ■ 松戸市における認知症の人の将来推計

全国における認知症の人の数は 2012 年で約 462 万人、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されています。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害 (MCI: Mild Cognitive Impairment) と推計される約 400 万人と合わせると、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人又はその予備群とも言われています。

国の調査では、2012 年以降の認知症有病率が一定の場合と上昇する場合で推計しています。これを松戸市に当てはめて認知症の人の数を推計すると、2015 年時点では、有病率が一定の場合も上昇する場合も約 1.9 万人（高齢者人口に占める比率は約 16%）となり、2 万人に近い方が認知症であると推計されます。

高齢化の進展に伴い、認知症の人も増加することが予想されており、2025 年には、有病率が一定の場合約 2.4 万人（高齢者人口比率：約 19%）に、有病率が上昇する場合は約 2.6 万人（同：約 21%）に増加すると推計されます。

### ■ 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」による認知症有病率により推計

	平成 24 年	平成 27 年	平成 32 年	平成 37 年
65 歳以上 高齢者人口（松戸市）	104,518 人	118,072 人	125,650 人	127,026 人
認知症有病率が一定の場合 人数 / (率)	15,678 人 (15.0%)	18,537 人 (15.7%)	21,612 人 (17.2%)	24,135 人 (19.0%)
認知症有病率が上昇する場合 人数 / (率)		18,892 人 (16.0%)	22,617 人 (18.0%)	26,167 人 (20.6%)

※ 平成 27 年以降の高齢者人口は「いきいき安心プランVまつど」の推計値



## 在宅医療の手引き (第 13 回) 在宅医療 / 地域包括ケア病棟 ( 病床 ) との位置づけ

### ■ 地域包括ケア病棟 ( 病床 ) とは

「地域包括ケア病棟 ( 病床 ) 」とは、入院治療後、病状が安定した患者様に対して、リハビリや退院支援など、効率的かつ密度の高い医療を提供する為に、厳しい施設基準をクリアして国から許可を受けた「在宅復帰支援のための病棟 ( 病床 ) 」です。

### ■ 地域包括ケア病棟 ( 病床 ) の対象

急性期の治療が終了した患者様が対象となり、在宅復帰等へ向けて経過観察やリハビリ・在宅復帰支援等が必要な方が対象となります。具体的には

1. 病院にてもう少し経過観察が必要になる方
2. 在宅復帰へ向けて積極的なリハビリが必要な方
3. 在宅での療養準備が必要な方

ただし、該当病床に入室後、病状等により最長 60 日以内での退院が原則となります。

上記のような患者様の為に、当院では「地域包括ケア病床」を用意し、安心して退院していただけるよう努めています。

### ■ 地域包括ケア病床に入院すると

在宅復帰をスムーズに行うために、「在宅復帰支援計画」に基づいて、主治医、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリスタッフ・在宅復帰支援担当者 ( 医療ソーシャルワーカー ) などが協力して、効率的かつ積極的に患者様のリハビリや在宅支援 ( 相談・準備等 ) を行っていきます。

つまり、「地域包括ケア病床」の役割としては

1. 急性期病床からの患者様の受け入れ、
2. 在宅等にいる患者様の緊急時の受け入れ、
3. 在宅への復帰支援

の 3 つの機能が挙げられます。

急性期の治療が終了した患者様が在宅復帰に向けて療養やリハビリを受ける必要がある時、また、在宅で医療・介護を受けている方が短期の入院療養などが必要になった時にご利用していただけます。

厚労省からは在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について、とのことで、在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要とされています。

当地域の急性期病院は、松戸市立病院、新東京病院、千葉西総合病院、新松戸中央総合病院等があり、急性期の患者様はこれらの病院に行く傾向があります。地域包括ケアの名の通り、サブアキュート・後方病院、在宅医療の連携が重要な役割を果たします。これは地域トータルでみる必要があり、それをどうやってインテグレートしていくのかという課題があります。今後、病院 M S W やケアマネジャーなどに、その旗振り役が期待されます。

また、日本全国では中学校区が 9,700、日常生活圏域は 5,000 くらいあり、それぞれに地域包括ケアシステムが作られる事が予定されています。今後、それぞれの生活圏域に見合ったケアシステムを作り上げる必要があります。

当院は、患者様が普段の生活と笑顔を取り戻すために、地域の皆様、医師会の先生方や訪問看護師さん、介護関係者の皆様と一緒に、在宅療養生活を支援していきたいと考えています。

科学誌『Science』に掲載された「Happy People Live Longer」という論文があります。これは、「幸せなばかりのグループ」、「不幸なばかりのグループ」の両群でどちらが長生きするかを比較したら、前者が数年長生きしたという報告です。

幸せな人は長生きをする、でも長生きをする人が幸せとは限らない。この意味を十分噛みしめながら、「地域包括ケア病棟」を運営できたらと願っています。

皆様のご理解・ご協力よろしくお願ひ申し上げます。

## 在宅医療の手引き（第14回） かかりつけ医の在宅医療を始めて

本シリーズにおいて、すでに前回までに多くの先生方が在宅医療について、制度・注意点・連携の仕組み等々多岐に渡り詳しく説明されておられるので、今回私は地域のかかりつけ医として在宅医療を開始して感じたことを述べさせていただくこととしました。まだまだ在宅医療としては未熟ですが、何か皆さんのご参考になればと思います。ちなみに現在訪問診療の対象の方は20数名で、午前と午後の外来診療の間を少し長めにとりその間に訪問をしたり、午後を訪問診療のみとする曜日を作って訪問診療しています。

### ■ 外来医療・入院医療と在宅医療の違い

大学卒業後は、出身大学の消化器外科の医局に入局し10年間在籍しました。父が松戸で開業しており、その父が一人で診療が難しくなったことから大学を辞め、手伝う形で開業医となりました。父が亡くなった平成10年以後、院長として仕事をしています。父も同じ医局出身であったことから、通院されている方は消化器疾患の方が比較的多い特徴はありますが、高血圧・高脂血症・糖尿病等の慢性疾患や風邪・急性胃腸炎等の急性疾患など、普通の内科系クリニックとそれほど異なることはない状況です。

訪問診療を始めたのは、院長となってから10年程度経ってからだったでしょうか。通院が困難となり家族が薬を受け取りに来るような患者さんに対して始めたものでした。平均2～3名の患者さんを対象に、それぞれ月1回訪問する程度のもので、訪問しても血圧を測定して簡単な問診をする程度のものでした。一人で通院はできないが病状は安定している方々で、訪問しても大してすることはなく「こんなものでいいのかな」といった感じで診療していた気がします。そんな中でも肺炎や急性腹症で病院に搬送したり、慢性疾患の悪化や大腸癌等で亡くなった方を2～3年に1名程度看取ったりしていました。

この程度のことで、ご本人やご家族の方には大変感謝されていたのですが、自分としては在宅医療に対し積然としないものが続いていました。そんな時に医師会の仲間から在宅医療を専門にしているクリニックで定期的にカンファレンスを開催していることを聞き、一緒に参加しました。そしてそこで学ぶうちに在宅医療の専門性とその高度な内容を知り、自分の抱いていた不満が解消していくのを感じました。自分たちが学生のころには在宅医療の講義などはありませんでしたから、ただ外来診療の延長で訪問するだけでしたが、在宅医療にはまた別の視点が必要なことを知り、在宅でなければ見えてこないものがあることを知りました。詳しくは長くなるので省きますが、大まかに言えば外来・入院では「疾患をみている」ことが多いのですが、在宅では「疾患と共にその方の生活もみる」ということでしょうか。これはとても大きな違いで、外来・入院医療とは異なる在宅医療の独自性・専門性がここから数多く生まれていると感じています。そしてそれを担うのは、その方を長年みてきた「かかりつけ医」がもっともふさわしいと思っています。

### ■ 丁寧に診療できる

訪問診療でお宅に伺った時には外来診療よりも診察にかかる時間が多く取ることができます。混んでいる外来診療だと、どうしても「こなしてしまう」診療になりがちで、「疾患の治療上これだけは必要」などをする時間しかないのが実情ではないでしょうか。

患者さん宅に訪問したときには看護師も同伴しますので、血圧測定等している間に身の周りの様子・居住環境をみたり、またご本人から1日の生活の様子を聞いたり、生い立ちや世間話からその方の考え方等を伺うこともできます。患者さんの「人としての様子」がみえてくるのは治療上も重要なことですし、人生の先輩として患者さんから教えられることも多々あります。忙しい外来ではみえていないものが多くあります。またよく言われることですが、処方された薬を患者さんがきちんと内服することがいかに大変なことかも実感として分かってきます。

## ■ 緊急対応

在宅診療を始めて、やはり大きなハードル（と感じるの）が緊急時の対応だと思います。以前にもこのシリーズで緊急時対応につきすでに述べられていますので重複は避けませんが、「緊急対応になりそうな状況を早めに把握しておく・その対処法をあらかじめ講じておく」ことで、夜間・休日の緊急往診はそれほどないものです。

患者さんの病態把握には、訪問看護師・ケアマネ・ヘルパーさんをはじめとしたその方に関わる多くの職種からの情報は重要で、緊急時の対応にも訪問看護師に動いていただくことは多く、さらに連携できる医師がいれば遠方に出掛けても安心です。また心配であれば、あらかじめ連携病院を準備しておけば、緊急時に電話で病院に受診依頼することで対応できます。

## ■ ひとのつながり

最後に、在宅医療に関わるようになって、現在感じている最も大きなことは「ひとのつながり」です。

病院勤務医・開業医の外来診療に比し、在宅医療をすると関わる人が飛躍的に増えます。患者さんにかかわる多職種の方々（病院主治医・病棟看護師・病院 MSW・ケアマネジャー・訪問看護師・訪問歯科医師・薬剤師・PT・ヘルパー・地域包括センター等々）との連携なしにはできません（それに伴い書類の類が増えるのは困ったものですが）。しかし仕事量が増え、忙しくなっても外来で一日座って診療しているよりは疲れを感じません。外に出ることで一日の流れに変化があることも関係するかもしれませんが、それよりも多くの人と連携することが大きな原因だと感じています。自分とは違った視点からの意見に教えられたり、刺激を受けたりしています。歯科医師・薬剤師の方々にも専門的な視点から教えていただくことも多くあります。皆さん一生懸命働いておられるので、連帯感から元気を貰っている感じです。

そして在宅医療をするなかで、特に訪問看護師と連携医師はとても重要です。訪問看護師は在宅医療では医師よりもその役割は重要と感じています。普段の状況把握から、緊急時の対応まで本当に助かっています。皆さん（おそらく）嫌な顔せず動いていただけなのでありがたく思います。また、連携させていただく医師グループの存在は大きく、実際に診療を依頼することよりも何か困ったときに相談できる仲間がいることはとても助かります。メールでのやり取りで貴重な助言をいただいたり、考え方をお聞きすることで救われたことが多々あります。

雑感を書いたものにすぎず、お役に立つかどうか分かりませんが、皆さんが在宅医療をされるうえでのご参考になれば幸いです。在宅医療には制度上も複雑な仕組みがあり、私もまだ理解できていない部分が多くあります。しかし実際始めてみれば、それほど問題なくできるものです。お困りのことがあれば在宅ケア委員会にご相談ください。



## 在宅医療の手引き（第15回） 在宅医療推進のための急性期病院の役割

団塊世代が75歳以上となる2025年には高齢患者が激増し、医療費は現在の1.5倍、介護費は2.4倍になり、「2025年問題」と言われています。社会保障にとって2025年問題を乗り越えるため、政府が出した答えが「在宅」での医療・介護の推進であります。「高度急性期」→「急性期」→「回復期」→「慢性期」と4つの医療機能の流れをスムーズにし、訪問サービスを充実させることで、老後は自宅などで暮らすようにしようとするにより、医療・介護費用を抑えようという狙いがあると思われます。本当にそうなのか？という疑問もある中、できることをやっというこで、在宅への流れが進められています。松戸市医師会として在宅医療の手引きと題して配布させていただいており、すでに前回までに多くの先生方が在宅医療について、制度・注意点・連携の仕組み等々多岐に渡り詳しく説明されておられます。今回で15回目となります。私は急性期病院の緩和ケア科かつ外科医としてがん患者様から非がん患者様に至るまで在宅医療をさらに推し進めていくために、急性期病院の役割について考えてみました。何か皆さんのご参考になればと思います。

### 【在宅医療から入院医療の連携】

まず、在宅医療を安心して行えるためにも、在宅医療では対応困難なケース、オピオイド薬の調整、脱水による補液や肺炎等の感染症に対する抗生剤点滴などの対応、脳血管障害、心疾患、消化管出血などの対応には速やかに急性期病院との連携が必要だと思われます。在宅の先生からの申し出には速やかに対応することが急性期病院の責務だと思います。ただ、その際に、どの程度までの医療を、患者やご家族様が希望されているのかを確認して、紹介状にコメントしていただけますと、ありがたいのかなと思います。と言いますのは、時に、本人やご家族様の意向に反して、急性期病院では現在の最新医療を駆使して、可能な限り最善を尽くす傾向があるからです。

### 【入院医療から在宅医療の連携】

急性期病院で患者様が急性期の対応を受けた後、急性期病院、療養型病院、在宅へと回復の状況に応じて転院・退院されるのですが、受け入れ側の病院や施設の空きベッドがない、在宅での受入準備が不十分等の理由で、転院・退院の待機期間がしばしば長期化しやすいという現状があります。

そのようになってしまう問題の一つ目としては急性期病院の医師、看護師から患者やご家族様に病状や経過の説明が不十分で患者やご家族様が将来像のイメージがつきにくく、治るまで病院に入院したいと思わせていることがあり、在宅療養への移行が進まない傾向があると思われます。

二つ目として、病棟主治医の理解力不足のため、在宅医療でできることと困難なことを把握していないため、急性期病院と在宅療養機関、患者や家族様との間のより良い信頼関係の構築ができていない傾向があると思われます。

三つ目には、退院支援、調整の必要性を把握していないために退院間際にあわてて調整を行うことになってしまう傾向があると思われます。

在宅医療推進のための急性期病院としての対策の一つに、お互いの立場を理解していただくために、がん終末期の患者様を紹介した主治医と受け持ち看護師、訪問診療医師と訪問看護師、訪問薬剤師を含めたカンファレンスを行いました。今後とも、緩和ケア科として、当院の主治医に声を掛けさせていただき訪問診療に関わるスタッフと顔の見える関係の構築を目指していきたいと思っておりますので、お手数でも皆様方、よろしくお願いいたします。

また、急性期病院の医師をはじめとして、医療スタッフに対して在宅医療において患者様にかかわる多職種の方々（ケアマネジャー・訪問看護師・訪問歯科医師・薬剤師・リハビリ従事者・介護福祉士・地域包括センター等々）の存在、役割を啓蒙していくことが私の役目だとも思っております。その一つに緩和ケアイブニングセミナーと称して、年に4回ほど17:30ごろから院内で開催しておりますので、医療従事者の方々のご参加をお待ちしております。詳しくは毎月皆様に配布している「松戸市立病院通信」を参照してください。（ホームページでは、松戸市立病院『イベント・公開セミナーのご案内』でも掲載しています。）

最近、MSWの介入のおかげで大分改善されてきましたが、それでも急性期治療期間よりも転院・退院の待機期間の方が長いこともしばしば見受けられます。そのためにも、地域連携パス、言うなれば退院を支援する仕組みを整えて転院・退院の待機期間の短縮を図っていかなくてはならないと考えております。当院のクリティカルパス委員会においてもそのようなパスを考えていこうという動きがあります。

### 【おわりに】

私は在宅医療の推進で大事だと思われるのは、連携だと思います。

確かに、できるだけ在宅医療を継続し急性期医療を継続することは各分野においてのスキルアップが欠かせないことかもしれませんが、お願いするところはそれぞれの分野にお願いする連携こそが患者やご家族様にとって安心して暮らせるのではないかと思います。

そのためにも、連携のスピード化が必要だと思いますが、とりわけ急性期病院から、療養型病院、在宅への流れのスピード化が重要課題だと考えています。そこで滞ることがなければ、必然的に在宅、療養型病院から急性期病院の流れは円滑にすすむと思われます。

在宅医療に携わるの方々には患者やご家族様、紹介医にどんな治療を行って、どの程度になったら、また自宅に戻れるのかを伝えておく方がよろしいかもしれませんし、急性期病院に従事している方々は、在宅医療現場の理解が必要かも知れません。

「ひとのつながり」=連携を大切にして、急性期病院に身を置いている立場から在宅医療の推進に貢献していきたいと思っておりますのでよろしく願いいたします。

## 在宅医療の手引き（第16回） 診療所の在宅医療の実例

もう既にいろいろな先生方がお書きになりましたが、私も今現在、当院で行っている在宅医療について皆様にご紹介させていただきます。当院では、平日の12時から15時までの昼休みの時間帯に在宅診療を行っております。私の医院では、マンパワー不足もあり、看護師の同行は行っておりません。私一人で車を運転して、患者さんのお宅に訪問しております。そのため、在宅診療を行う患者さんの人数が限られてしまうのが現状です。最近まで6名の患者さんを診ておりましたので、患者さんの症例を提示させて頂き、これから在宅医療をしようと思っていられる先生方の参考に少しでもして頂ければ幸いです。

### ① 71歳、男性

解離性大動脈瘤術後、僧帽弁形成術後、拡張型心筋症（EF16%）、心房細動、慢性腎不全、潰瘍性大腸炎の方。総合病院より紹介の方です。かなり多くの疾患を抱えておられ、ベッド上での生活がほとんどですが、家の中の歩行は可能な方です。紹介先の総合病院にも定期的に通院を継続して頂いております。なかなか、総合病院での短い外来診療の時間では聞けないような、病気に対するいろいろな不安な事などをお伺いして解消するよう診療しております。

### ② 79歳、女性

パーキンソン病（晩期）の方。

要介護5の状態ですが、週6回のデイサービスを利用しながら、在宅療養している方です。かかりつけ医への通院が不可能になり、在宅診療目的に当院紹介となりました。ご家族の方々は、あまり積極的治療は望んでおりません。普段は、ベットで寝たまま一日を過ごす事が多いようですが、私が訪問する時は、ベットに座って待っていただけます。状態は安定されています。

### ③ 97歳、女性

右大腿骨転子間骨折（保存的加療）、高血圧、狭心症、腹部大動脈瘤の方。

自宅で転倒され、大腿骨頸部骨折された方です。高齢もあり保存的治療となり、在宅療養のため紹介となりました。入院中は、肺炎を併発したり、食事あまり摂れなかったのですが、退院してから、とてもご家族が献身的に介護されており、訪問リハビリ、訪問入浴、ヘルパーさん等のサービス利用で、退院後かなり元気になられています。

### ④ 67歳、女性

筋委縮性側索硬化症、高血圧、高脂血症の方。

2012年頃より、両下肢の筋力低下にて発症され、現在、両下肢全廃、両上肢はかろうじて食事摂取可能な状態です。ご家族が在宅での加療を希望され当院紹介となりました。訪問看護、訪問入浴、通所リハビリテーション等のサービスを利用して経過良好です。急変時には、自宅にて対応する事になっております。

### ⑤ 101 歳、女性

完全房室ブロック（ペースメーカー埋め込み後）、慢性腎不全、脂質異常症の方。  
超高齢のため、かかりつけの総合病院への通院ができなくなり、当院に在宅診療目的紹介になった方です。70歳の娘さんが在宅で介護していましたが、娘さんも足が不自由であり介護が困難になってきており、当初、ご本人はヘルパーさんやデイサービスの利用を拒否していましたが、徐々に説得して、納得をされてきており今後、老健施設への入所を予定しています。

### ⑥ 93 歳、男性

うっ血性心不全、陳旧性心筋梗塞、僧帽弁逆流症、慢性閉塞性動脈硬化症、腎不全の方。  
高カリウム血症による房室ブロック、肺炎、心不全にて総合病院入院されていましたが、ご本人が在宅での加療を切望され当院紹介になりました。退院されて2日目に訪問させて頂きお元気そうでしたが、その4日後に急変され、救急車で紹介元の総合病院に緊急入院されました。その2週間後にお亡くなりになったと連絡がはりました。

現在の当院での在宅診療の患者さんのご紹介をさせて頂きました。当院では、かかりつけ患者さんの在宅診療をしていくというスタンスで行っております。最近では、在宅医療を行っていらっしゃる先生方のお力をお借りして、少しずつ総合病院や地域包括支援センターからのご紹介の患者さんを受け入れられるようになってきております。

在宅医療は信頼関係が最も重要であると思っております。かかりつけの方と新規ご紹介の方とでは、信頼関係の構築状態がかなり違うため、その辺りが一番のキーポイントになると思っております。

松戸には、在宅診療のエキスパートの先生方が数多くいらっしゃるので、いろいろご相談させて頂き勉強しながら、在宅診療を続けていきたいと思っております。



## 在宅医療の手引き（第17回） 訪問看護と介護者のレスパイト

2000年の介護保険制度のスタートは、訪問看護の位置づけを明確にしました。私が訪問看護事業を始めたのは、末期がんの夫を自宅に連れて帰ることができずに亡くした無念な思いがきっかけでした。1997年当時は制度前で訪問看護の存在もあまり知られてはおらず、自宅に帰るという選択肢はありませんでした。

介護保険制度が始まって間もなく、肝臓癌末期の40代のご主人を自宅で看取るドキュメンタリー番組をテレビで観ました。歩けなくなり、食べられなくなり、疼痛で苦しいはずなのに、家族に囲まれた本人の表情は穏やかで、入院中の私の夫の形相とは違いました。この時、「自宅の安心感に包まれた最期」が私のテーマとなりました。

訪問看護を始めると、思っていた以上にシビアな患者さんが多いことに驚きました。また、医療依存度の高い方を介護する家族のためにも、療養デイサービスが必要だと痛感したAさんの奥様との出会いもありました。以下にそのAさんの例を示します。

### 【Aさん（50代男性）多系統委縮症、気管切開、バルン挿入、要介護5】

Aさんの主介護者は妻（50代）。お子さんは自立していますがご両親が同居の4人暮らしで、奥さんはご主人だけでなく高齢なご両親も介護していました。10年にも及ぶ介護と更年期症状も重なり、奥さんの疲れはピークに達していました。いろいろなことに敏感になり心配が募り、取り留めのない考えや提案を訪問看護にぶつけてきました。

「バルンが詰まりやすいのです。何をしたら良いでしょうか」「食事に100%のクランベリージュースを飲ませると浮遊物を取り除けるというけれど、100%のものは毎日飲ませるには金銭的に無理が有るが飲ませたいのです」など、いつバルンが詰まるかわからないことは奥さんの一番の困りごとでした。バルン交換は医師が行うことになっており、夜中に詰まっても朝まで来てもらえないからです。私たちが「夜寝たら朝まで排尿しないから朝に取り換えれば問題ないですよ」と何度説明しても安心してもらえません。

そこで医師と相談して看護師による交換の許可をもらい「いつ詰まっても私たちが来て交換しますよ」と話すと、バルンの件は収まりました。しかしクランベリー100%からは気持ちが離れません。当時は発熱などの症状もなく、医師からは浮遊物が多いのは結石のせいもあるとあって仕方ないと言われていましたが、訪問の度に時間中ずっとクランベリージュースについて訴え続けるのです。「安い商品だと30%のものになってしまう」などと、私も買い物に行くたびにクランベリージュースを探しました。「私も探しているんですよ」と話してみると奥さんは初めて「30%でもいいから試してみようかな」と言いました。

私は、奥さんが相談したり一緒に考える相手もなく今までやってきたのだと気づき、胸が痛みました。この頃から、奥さんはやりたいことを話してくれるようになりました。「美容院に行きたいのよね」と言うので、予約してもらって訪問看護師が留守番することにしました。2時間の予定が1時間半で帰宅したその顔は、夫が心配で飛んで帰ってきた表情でした。しかし、久しぶりに美容院へ行った奥さんはとてもきれいで、Aさんに「奥さんきれいになったね」と言うと、日頃あまり表情を変えないAさんが歯を見せて笑いました。奥さんもその顔を見て本当にうれしそうで、久しぶりの普通の会話ではないかと感じた瞬間でした。

奥さんに休養をとってもらいたいと思ってから、医師の方々に問い合わせをしましたが、難病患者を受け入れるレスパイト施設は当時松戸市には一カ所しかありませんでした。しかも3か月も待たないと受け入れてもらえない状況でした。そこで、訪問看護の長時間訪問と複数回訪問、ヘルパーの吸引指導など、在宅医療チームが奥さんのために話し合いを何度も重ねました。結果、奥さんの美容院、買い物、病院受診が実現。また、ご主人をデイサービスに通わせたいという考えを持つに至りました。今まで誰の提案も受けなかった奥さんのかたくなな心が、少しずつ変化してきたことは私の喜びでもありました。しかし、気管切開している利用者を受け入れてくれるデイサービスは残念ながらありませんでした。

Aさんは、奥さんの就寝中に突然お迎えが来て天国に行ってしまいました。けれども奥さんは、「皆さんに訪問に来てもらったおかげで、最期まで自宅で過ごし看取ることができました」と言ってくれました。

訪問看護の役割は利用者への医療サービスです。しかし、在宅医療はチームワーク。訪問看護と介護者であるご家族との信頼関係は、利用者とのそれに匹敵するほど重要です。私たち訪問看護師は利用者のためにも、介護者の精神的・肉体的な疲労を見過ごすわけにはいきません。私はその思いを強くし、療養デイサービスの事業も開始しました。また、やむを得ず自宅を離れなければならなくなった方も、「自宅の安心感に包まれた最期」を迎えられる高齢者住宅の運営も始めました。

在宅医療の時代の進展で、訪問看護の任務も増していくことになるでしょう。訪問看護が看護師としてもっともやりがいのある分野の一つであるのは、家族や住まいなど利用者のあらゆる面に関わり、長期にわたって支えていけるからです。そのことに誇りを持つ訪問看護師が増えることが私の願いです。

## 在宅医療の手引き（第18回） 在宅医療を巡る政策の動向と今後の方向性

2015年4月より松戸市福祉長寿部の審議監を務めております草野と申します。私は、厚生労働省からの出向者として、厚生労働省では介護保険や高齢者医療などを担当し、地域包括ケアシステムの構築や2011年介護保険法改正等に携わってきました。

松戸市における在宅ケア推進のために尽力してまいりますので、よろしくお願い申し上げます。

今回、このような原稿を執筆させていただく機会を得ましたので、私見も交えて、在宅医療を巡る国の動向・方向性や松戸市の考え方について、説明させていただきます。

### ■ 在宅医療の推進は国策

この10年、政府は在宅医療を強力に推進してきています。2006年の診療報酬改定により、在宅で療養する患者のかかりつけ医機能の確立を図るため、在宅療養支援診療所の制度が創設され、さらに2012年の改定では、機能強化型在宅療養支援診療所が創設されました。昨年成立した医療介護総合確保法では、各都道府県は、遅くとも2017年度までに地域医療構想を策定しなければなりません（医療法改正）、この地域医療構想では病床の機能分化の推進とともに在宅医療の充実を図ることとされていますし、介護保険法改正では、全市町村において、在宅医療・介護連携事業を実施しなければならないこととされました。

こうした状況とあわせて、在宅医療関連の診療報酬も大幅に増大しています。診療行為別の入院外1日当たり診療報酬点数で見ると、2005年から2014年の約10年間に、点数総数は678.9点から813.8点へと20%の増加なのに対し、在宅医療関連の点数は28.6点（対総数比4.2%）から51.7点（同6.4%）へと80%の大幅な増加となっています。なお、後期高齢者に限定すると、2014年現在で、在宅医療の1日当たり点数は90.8点（対総数比10.3%）となり、診療報酬上のウェイトが非常に高いところであり、今後の高齢化の進展に伴って、在宅医療関連の診療報酬がさらに増大していくことが予想されます。

### ■ 在宅医療の推進が国策である理由① ～QOLの向上～

それでは、なぜ、国は在宅医療を推進しているのでしょうか。その理由は2つあります。

1つは、QOL（Quality of life）の向上です。今後、後期高齢者の急増とともに、医療・介護の給付費は、2015年度時点の47.2兆円から2025年度時点の73.8兆円へと大幅に増加します。この30兆円弱の給付費増は、当然、社会保険料・税という形で国民が負担しないとイケないわけですが、これだけ大きな負担増を受け入れてもらうためには、「負担に見合った質の高い医療・介護を提供すること（費用に見合ったサービス提供。Value for money.）」が必要になります。

厚生労働省のアンケート調査によれば、自分が要介護になった場合、約75%の方は自宅で介護を受けたいと回答しており（高齢者住宅等を含めれば、90%弱の方が在宅介護を希望）、また、両親が要介護になった場合、80%の方が自宅での介護を希望しています（高齢者住宅等を含めれば、85%の方が在宅希望）。さらに、内閣府の意識調査によれば、最期を迎えたい場所については、「自宅」が約55%で最も高くなっています（高齢者住宅等を含めれば約60%は在宅希望。一方、「病院などの医療施設」は約28%）。

つまり、多くの国民は、「人生最期の時まで、できる限り、住み慣れた地域で生活し続けたい」という希望を持っており、今後の大幅な負担増を受け入れてもらうためには、Value for moneyの観点から、在宅医療・介護の充実等を通じて、こうした国民の希望に応じていくことが必要になっています。

## ■ 在宅医療の推進が国策である理由② ～「地域完結型」医療への転換～

もう1点の理由は、高齢化の進展に伴い、「地域完結型」医療を提供する体制の構築が必要になっている点です。これまでの日本の医療提供体制は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」医療とも言うべきものでした。実際、日本の現状の医療提供体制は、7対1入院基本料が非常に多く、13対1、15対1が極端に少ないといったように（いわゆる「いびつなワイン型」）、高度急性期・急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分化が不明確であるとともに、在宅医療が十分に普及していませんでした。

平均寿命が80歳を超え、高齢期の患者が中心になっていく中では、病気と共存しながらQOLの維持・向上を目指す医療、つまり、住み慣れた地域や自宅で生活するために、地域全体で治し支える「地域完結型」の医療を提供する体制の構築が必要になります。このため、病床の機能分化と連携強化を推進し、入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、在宅医療・介護を大幅に拡充して、地域全体で治し支える医療を提供していくことが必要になってきています。このため、各都道府県は、こうした方向性を実現するための地域医療構想を策定しなければならないこととされたのです。

## ■ 在宅医療推進の方向性は今後も強化される

こうした改革の方向を受け、在宅医療の将来の必要量はどの程度になるのか。千葉県推計によれば、東葛北部区域の在宅医療等の需要は、2013年度の1.1万人弱から、2025年度には1.9万人強へと、大幅な増加が見込まれています（1.8倍程度、8千人強の増加）。

2025年までという非常に短い期間の間に、これだけ急ピッチで在宅医療の整備を進めていかないといけないのですから、国や都道府県としては、在宅医療の整備のために、持っている政策ツール（都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金、診療報酬等）を動員していくことになるものと思われます。

## ■ 松戸の在宅医療の現状

松戸市も、国と同様、高齢者等のQOLの向上や「地域完結型」医療の提供を実現する観点から、在宅医療を推進しています。そして、他の東京圏の都市と同様、2025年に向けて、後期高齢者数（人口比率）が急増していくため（2015年51,330人(10.6%)→2025年77,270人(16.6%)）、早急な体制整備が必要になっています。

松戸の在宅医療の現状は、医師の皆様や松戸市医師会のご尽力により、非常に充実しています。松戸市医師会在宅ケア委員会のデータによれば、2012年の在宅看取り数は422です。在宅療養支援診療所は市内に36か所あり、人口10万人比は7.4か所（全国平均11.1か所、千葉県平均5.2か所）ですが、機能強化型の在宅療養支援診療所は16か所あり、人口10万人比は3.3か所で、全国平均2.2か所の1.5倍になっています。

また、在宅医療の指標としてよく取り上げられる自宅死の割合は18.5%で、全国平均12.9%の1.5倍程度になっています。また、自宅死には在宅での看取りのほか、不慮の事故・自殺等や心疾患等による急死等も含まれるため、純粋な在宅看取り率を推計して比較してみると、松戸市は11.6%となり、全国平均5.9%の2倍となっています。

## ■ 松戸における在宅医療の推進に向けて① かりつけ医の在宅医療への参入推進～

今後の高齢化の進展に向けて、松戸市においては、こうした在宅医療の基盤を活かしつつ、さらに在宅医療を推進するための方策を講じていくことが必要だと考えています。

松戸で在宅医療が盛んなのは、複数の在宅専門のクリニック（年間看取り数30人以上：5機関、10～29人：7機関）が積極的に在宅医療を展開するとともに、かかりつけ医が積極的に在宅医療を提供していることが大きな要因であると考えられます。そして、在宅専門クリニックが1人診療所等の支援を行う、病院によるレスパイト入院や有床診療所におけるショートステイを通じて在宅ケアをバックアップするといったように、診診連携や



病診連携を通じて、各診療所における在宅医療の支援が行われています。

在宅医療をさらに推進していくためには、在宅医療に積極的に取り組まれている医療機関と連携していただき、かかりつけ医の先生方が在宅医療に積極的に参入いただくことが重要であると考えております。

かかりつけ医の参入推進という観点で言うと、堂垂先生が仰っているように、実際に同行訪問診療していただくことが非常に意義が大きいと感じました。私が在宅ケア委員会で同行訪問のお願いをさせていただいたところ、堂垂先生・川越先生より、同行訪問の機会を与えていただきました。患者のQOLの向上に資する診療を拝見させていただきましたが、あわせて、両先生のように、きちんとシステムを組み、他の事業者等との連携を図れば、十分に効率的な体制を構築できるように感じました。また、川越先生のご紹介で、機能強化型在宅療養支援診療所のカンファレンスを傍聴させていただきましたが、そのカンファレンスには、在宅療養支援診療所以外の診療所の医師の方も参加されているとのことをお話を伺いました。

こうしたことから、在宅医療に積極的に取り組まれている医療機関と、在宅医療への参入を検討されているかかりつけ医が密接に連携していただき、例えば、同行訪問やカンファレンスへ参加などを通じて、かかりつけ医の先生方の在宅医療への参入を推進していただきたいと考えております。

## ■ 松戸における在宅医療の推進に向けて② ～在宅医療・介護連携の推進～

高齢者の在宅生活を支えるためには、在宅医療、訪問看護や在宅介護サービス等が包括的に提供される必要があり、在宅医療・介護連携の推進が重要になります。

市としても、在宅医療・介護連携の推進に向けて、松戸市医師会と緊密に連携しつつ、介護保険法に位置づけられた在宅医療・介護連携推進事業を推進していきます。

具体的には、2016年度から、医師会の幅広い医師の先生方や多職種の代表の方がプロジェクトを組み、診診連携体制、在宅医と訪問看護の連携体制、在宅医療・病院連携、多職種合同カンファレンス、医療・介護関係者の情報共有支援などを松戸市全域で推進していくための具体的な方策を検討していきます。

また、日常生活圏域での在宅医療・介護に関する課題に総合的に対応できる体制を構築するため、地域包括支援センターごとに担当のサポート医を定め、地域での相談支援・アウトリーチを行うとともに、こうした取り組みを通じて、地域課題の抽出と解決策の検討を行っていく「地域包括支援センターサポート医プロジェクト」を実施していく予定です。

これらの取組は、全国的にも非常に進んだ取り組みであり、医師会と市が緊密に連携しながら、在宅医療・介護連携の積極的な推進を図っていきます。

また、市においても、利用者・事業者が在宅医療・介護に取り組む機関に円滑にアクセスできるようにするため、医療機関や介護事業所、インフォーマルサービスの最新情報を搭載した医療・介護連携統合マップを作成し、広く公表します。また、医師会と共同して市民公開講座を開催し、地域住民への在宅医療の普及を図ります。あわせて、重度者の在宅生活を支援する観点から、定期巡回・随時対応サービスや看護小規模多機能サービス（複合型サービス）など、医療との密接な連携の下に提供される重度者向け在宅介護サービスの整備・普及を図っていきます。

なお、医療・介護が連携しながら、セルフマネジメントも含めて、在宅・入院を通じたケアマネジメントを行っていくことが重要ですが、厚生労働省の補助事業の中で、在宅医療・介護体制の構築に取り組んでいる自治体として、松戸市に対しても積極的な協力が求められています。こういった事業も活用して、在宅医療・介護連携を進めていきたいと考えております。今後とも松戸市医師会等の関係者の皆様と連携しつつ、松戸市の在宅ケア推進のために尽力してまいりますので、何卒よろしくお願いたします。

## 在宅医療の手引き（第 19 回） 主治医意見書記載の重要性について

今回は、在宅患者さんの殆どが関わる「主治医意見書」を、主治医が記載する内容についてお話し致します。  
在宅医療の現場にとっては「主治医意見書」記載の際に、きめ細かな配慮が必要な事をご理解ください。

私は本年度の介護認定審査会委員新規研修に参加し要介護度が認定される上で、主治医意見書が重要な意味を持つということを学びました。主治医意見書の記載する際のポイントとなることについて、今回は「1-（3）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過および投薬内容を含む治療内容」と、「5. 特記すべき事項」について具体例をあげさせていただきます。

「1-（3）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過および投薬内容を含む治療内容」について患者さんの記載された傷病に対し、以下の情報を具体的に記載する必要があります。

- 日常生活でどのようなことが問題となっているのか。
- 介護がどのくらい必要なのか。
- 今後どのような病態の変化および予後が考えられるのか。

### 【例-①】

改善前
大腸がん術後、再発・肝転移状態の患者。病状進行と長期入院のため筋力低下が認められる。今後の生活において介助が必要な状態。

改善後
大腸がん術後、再発・肝転移があり、末期の状態。病院主治医からは余命半年前後と告知されており、これまでの数ヶ月間でがん性悪液質を背景とし下肢筋力が低下した。今後、肝不全の進行などが予想され、これが生命予後の規定因子となるだろう。現在は、つかまり立ちにて屋内歩行が可能な状態であるが、外出時には介助を必要とされている。今後は屋内歩行も困難となることが予測される。

また、審査会委員は医療者のみで構成されているわけではないため、経過や治療内容として薬剤名や簡略化された治療手技名のみが記載された意見書では内容が伝わりません。

傷病の経過の記載する際には、非医療者の審査会委員にも分かるように記載する必要があります。

### 【例-②】

改善前
上記診断にて加療中。 (診断名に 1. 老人性うつ病 2. 骨粗しょう症 3. 高血圧症と記載されている) 投薬は〇〇〇〇〇、×××××、△△△△△、□□□□□を服用。

改善後
高血圧症と骨粗鬆症に伴う腰痛があり、降圧剤と骨粗鬆症の治療薬を服用されている。平成 2X 年頃から、意欲低下が見られ、それまで好きだったグランドゴルフなどにも行かなくなった。体のことばかり気にするようになり、外出もほとんどしなくなった。日中も気持ちが晴れることは少なく、夜間も中途覚醒が増え、抗うつ剤と睡眠薬を服用している。平成 2X+1 年になり、その副作用と思われる日中の眠気がみられ、投薬調整が試みられているが、日中も臥床がちであり、体重減少、廃用症候群が進行しつつある。デイサービスやリハビリを導入することで改善が期待される。

### 「5. 特記すべき事項」について

この欄には、本人の活動や社会参加が如何に制限されているかを自由記載します。

主治医意見書は介護予防・生活支援サービス事業などの各種サービスを利用するための作成計画にも利用されます。そのため、選択項目だけでは表現できなかった申請者固有の情報提供を記載することにより、本人・ご家族・多職種を含めた情報の共有化に役立ちます。

#### 【例一③】

改善前
認知症の方です。ご本人のみならずご家族の負担を軽減するようなケアプラン作成をお願いします。

改善後
認知症の進行に伴い、長女に対しての被害妄想がみられ、そのことによって長女との人間関係が悪化した。被害妄想もあると思われ、食事摂取が不十分となっているため、栄養管理や食事介助などの身体管理も求められている。薬物治療やデイサービスなどの非薬物的介入による状況の改善が期待されるが、通院介助に長女の支援は難しい状況である。

介護認定審査会にて判定された要介護認定によって区分支給限度額（介護保険の月額予算）が変わります。主治医意見書は認定審査の際に判定に重要な参考材料となるということを意識した記載が必要と考えます。今回は主治医意見書のうち2つの項目における記載事項ポイントに絞らせていただきました。次回からの参考になりましたら幸いです。

## 在宅医療の手引き（第20回） 訪問診療の今昔と将来について

### ■ はじめに

私が母校の消化器外科講師の職を辞して、ここ松戸市に開業したのは昭和61年のことで、すでに30年を経過しようとしています。先進医療の現場から開業医に転身するに当たり「病める人に寄り添い全人的医療を心がける、消化器以外の病気にも対応し、要があれば大学病院をはじめとする専門医への橋渡しの役目をする」と決心、その決意を額装し、今でも待合室に飾っております。5年前からは大学の後輩医師2名に本院（足立中央クリニック）の経営を譲り、分院（清仁会クリニック）を設立、常勤医師2名と非常勤医師1名で「外来診療」と「訪問診療」を行っています。

### ■ 訪問診療を開始

開業後数年が経過したところに、今まで通院していた患者の病状が悪化し、通院が困難となりました。当時は現在のように訪問診療制度など無く、困った挙句に「開業時の誓い」を實踐、往診する事としました。その後は「訪問医療制度」が徐々に充実し、医師の好意にのみ頼る事なく、保険点数もそれに見合う様になっています。実は5年前に本院を後輩に譲る際に「訪問診療」も含め譲渡し、我々は週2日程度診療するパート医師になる計画でした。ところが、後任院長が「消化器を中心とする外来診療に特化した医療」を希望、当時30人以上いた訪問診療患者の行き場が無くなり、やむを得ず現在のような複雑な診療形態にならざるを得ませんでした。

### ■ 訪問診療の現状

昨年4月の医療費の改定に合わせて厚労省が「同一日、同一施設に対する複数訪問診療費」を見るも無残に減額しました。その前触れは一昨年秋に朝日新聞が「訪問診療先を斡旋する代わりに診療費の30%をコミッションとして徴収する派遣会社がある」と報道し、その実態を見ると「訪問診療とは名ばかりで、月2回の往診以外は急変時の対応や看取りを全くしていない」と言うセンセーショナルな内容でした。その為、先の改定で「斡旋行為に対する罰則規定」を新設するとともに、前記のような厳しい改定に踏み切りました。しかし、このため、真面目に訪問診療していた医療機関が撤退するといった弊害が出ており、平成28年4月の改定に向けて、その対策を「中医協」で討議中と聞いております。

### ■ 訪問診療の将来

残念ながら現状では決して明るいとは言えません。特に千葉県は高齢者10万人当たりの訪問医療実施医療機関が全国平均（67軒）をはるかに下回る38軒に留まっています。松戸市に於いてもその傾向は同様ですが、特定の医療機関が多数の患者を訪問診療する事により何とか制度を維持できているのが現状です。

今後、高齢化の波は避けられず、とくに今は働き手の多い首都圏を中心に高齢化が進み、現在65歳以上の高齢者が人口の1/4を占め、75歳以上の後期高齢者の割合だけでも2割に達する超高齢社会となります。

厚生労働省は医療費削減の御旗のもと「病院死を極力減らし、自宅や施設での看取り」を強力に推進しています。我々医師会員は「自院に来院中の患者はなるべく最期まで面倒を見る」べきです。とは言っても「一人で訪問診療するのは良いが、夜間や休日にのべつ呼ばれては翌日の診療に差支え、ゆっくり趣味の時間も作れない」との本音が聞かれます。

そこで、松戸市医師会の在宅ケア委員会では「訪問診療をしている機関の過重労働を避けるシステム」を構築実践する予定と聞いています。数軒単位で、訪問診療医療機関が集まり「都合の付く者が主治医の不在時に代理往診をして個々人の負担を減らす」と言う画期的なシステムです。

この際、少人数からで良いので開業医の原点に立ち返り、自分の患者さんの最期を看取りませんか。



## 在宅医療の手引き (第 21 回) かかりつけ医の在宅医療 / 24 時間をどう対応するか

### 1. かかりつけ医の在宅医療の壁・・・24 時間対応

在宅医療の大きな障壁として「24 時間対応」があろうかと思えます。特に、2006 年に「在宅療養支援診療所」という考えが出され、この「24 時間対応をとること」が設置基準とされました。これをきっかけに、松戸市医師会の「アンケート調査」では、「訪問診療可能病医院数」が、2005 年までは 60 件程度だったものが、以後は 50 件前後に減少しました。この「24 時間対応」を求められた事で、かかりつけ医が在宅医療から少なからず撤退されたと考えています。

現在の「在宅療養支援診療所 (一般型)」について、基準は以下のように述べられています。

(注釈 1) 参照 下線部は筆者

地域において在宅医療を支える 24 時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24 時間往診、訪問看護等を提供する診療所

#### 【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24 時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24 時間往診可能である
- ④ 24 時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に 1 回、看取りの数を報告している

注 1：③④⑤ の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可能。

これを見ますと、冒頭で「24 時間の窓口」機能と規定されています。「24 時間」が多数記載されていますが、注 1 も勘案しますと「訪問看護ステーションや病院としっかり連携をとってください」、「夜間は携帯電話対応でも構わないので他の機関と連携し患家からの問い合わせに対応してください」と読み取れます。

### 2. 在宅で長期管理中の患者さんについて

在宅医療の対象者には、「多重疾患や超高齢となり通院困難な患者さん」、「かかりつけの患者さんで重症となり病院から在宅で診てほしい」という場合があります。(注釈 2 参照) そうした患者さんではまず可能な限り、①全身状態や病態の把握、②起こり得る変化の事前の把握、③主治医意見書の記載や介護保険の活用、④場合によってはお昼休みの臨時往診などが必要です。それでも、確かに急変は起こり得ます。しかし私は、その全てにかかりつけ医が 24 時間駆けつける事は必ずしも必要ないと考えています。

例えば、在宅患者さんが深夜に「ベッドから転げ落ち骨折したかもしれない」と連絡された時、医師が駆けつけることにどれほどの意味があるのでしょうか？ 救急車を呼んで病院に行って頂けば、瞬時に診断と治療が可能です。こういう合理的な対応で臨むべきです。

開業医は日中多くの患者さんや疾患と向き合う多忙な日々をおくっています。実際、数多くの先生方から「日中の診療だけで精いっぱい。これ以上はとても無理」というご意見を伺っております。

当院では常時 40 人以上の在宅患者さんを抱えています。あえて言います。「在宅患者さんの急変に夜間も常にかけつけないさい」などというのは、「開業医に死ね」というようなものです。今や極めて多忙な医師に過重労働を強いるものです。もしそこまで求められるのなら、かかりつけ医は在宅医療から撤退せざるを得ません。開業医は到底耐えられない、命がいくつあっても足りないというものです。

### 3. 「在宅死」を希望されている患者さんについて

いわゆる終末期の患者さんを、かかりつけ医が在宅医療で診る場合もあります。「近隣在住の方」、「病院に紹介治療を終えた方」、「がんが見つかったも様々な事情でがん治療をされない方」等々。皆様もけっこう遭遇されていると思います。

こうした患者さんの在宅医療では、やはり最後まで看取る事が必要となります。その際には「自分ができる事、出来ない事」をしっかりと話ししておくことが重要です。患者さんやご家族との信頼関係が成立していると、この了解は意外とスムーズに進みます。なぜなら患者さんは「自宅で人生を終了したい」、「先生に看取ってもらいたい」と希望されているからです。このような経緯では医師の日常の事情を理解されており、過大な要求が生じにくいものです。外来中に亡くなられたら、外来が終了されるまで待つて頂けます。

「終末期の在宅医療」では、疼痛や苦痛の除去に十分配慮しましょう。それでも困難な場合は、紹介された病院や中核病院に依頼する事も大事な選択肢だと考えます。つまり「無理をしない」、「自然な成り行きで対応する」という姿勢が大事です。

私はこれまでは、亡くなられた時には夜間でも早期に駆けつけ看取りを直接行い、死亡診断書を作成して来ました。しかし、最近では「もう私自身も年をとったので翌朝にして欲しいなあ」と感じており、これが今後の私の課題になっております。

### 4. 「かかりつけ医の在宅医療」では病院のバックアップが必要

上記のような考えでやってきましたので、かかりつけ医の在宅医療では、「地域中核病院」との連携は不可欠です。私の場合は近隣中核病院が「(在宅患者さんに) 24 時間登録患者制度」を提供して下さり、大変助かっています。このシステムは以下のようなものです。

- ① 在宅患者さんや急変し得る重症患者さんに対し、本人もしくはご家族同意のもと「24 時間登録患者」として病院に事前登録しておく。専用の登録カードを渡し、相互が把握・周知しておく。
- ② あわせて対象患者さんの診療情報も事前提供しておく。
- ③ イザという時には電話対応だけで病院が救急を受けてくれる（この際には内服情報を必ず持参してもらう）。
- ④ 後に遅滞なく病状や経過を記載した紹介状を F A X 及び郵送する（夜間受け入れの場合は翌朝でも可）。

つまり、在宅患者さんの予期せぬ急変時や対応不可能時に、電話 1 本で紹介可能なのです。私はこれが無いと、かかりつけ医（が単独で）の在宅医療は不可能だと考えております。

## 5. 在宅医療仲間同士での連携

とはいえ、何もかも病院にご厄介になる姿勢をとるべきではないでしょう。昔、私たち自身が携わった救急勤務医の心情を思いだしましょう。出来る限り自力で対応する事が病院勤務医への礼儀だと考えます。あらかじめ予定された不在時の対応では、「自力でのバックアップ態勢」が必要です。

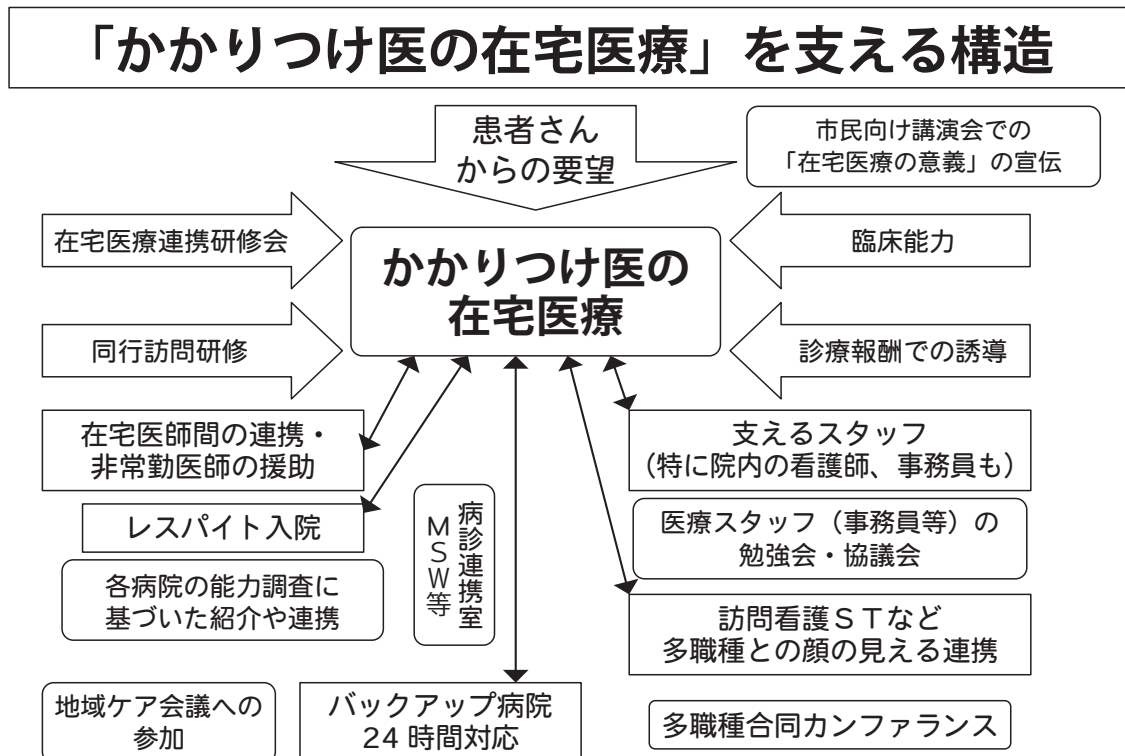
私の場合は、同規模の在宅医療をされている“気心の通じた先生”と、訪問看護ステーションを介した連携をとっています。例年 10 人前後の看取りを行っていますが、そのペアの先生と（実際にはめったにない事でしたが）お互いの患者さんでの看取りを行って来ました。その際は、保険上の取り扱いやカルテ作りも面倒なので「金銭のやり取り」は一切行っておりません。相互信頼と善意に基づく最小限の連携です。かかりつけ医では、在宅患者さん全員の病状交換やカンファランスなど到底不可能というのが実情です。

最近、在宅ケア委員会では、「強化型の在宅療養支援診療所がバックアップする」という考えが出ております。実際に進めている所もあります。その連携内容は、医療機関により多少異なった所もあります。皆様が活用されやすい所と連携して下さることも有効な方法です。詳細は在宅ケア委員会までお問い合わせください。

以上をまとめますと

- ① 急変時や看取りでは、可能な限りの「自力または相互連携」が必要です。
- ② 病院や「強化型在支診」がかかりつけ医の在宅医療をバックアップする道があります。
- ③ 訪問看護ステーションと連携し、その機能を活用してください。

『かかりつけ医の在宅医療』を支える構造」としてまとめましたので、下図をご参照ください。



最後に実際の在宅医療ではこうした紙面では表せないノウハウがたくさんあります。もちろん、「医師冥利となる場面」にも多く出会います。そうした点をお伝えできるのは、①在宅医療連携研修会や多職種合同カンファランス、②すでに訪問診療を行っている所との同行訪問、ではないかと考えております。

①は今後「在宅医療・介護連携推進事業」として定期的に開催されてゆきますので、多くの先生方のご参加を希望いたします。

②についても、在宅ケア委員会までお問い合わせがあれば、各種のメニューでお応えしたいと考えております。諸先生方が日常診療の延長で、「自然な在宅医療」を視野に入れてくださる事を念願しております。

(注釈1) 平成 26 年度診療報酬改定の概要【在宅医療】厚生労働省保険局医療課

平成 26 年度診療報酬改定 [http://www.ncgg.go.jp/zaitakusuishin/zaitaku/documents/08\\_2-2.pdf](http://www.ncgg.go.jp/zaitakusuishin/zaitaku/documents/08_2-2.pdf)

(注釈2) 「在宅医療の手引き」第 1 回、第 2 回

### 【資料 3】

#### ■ 松戸市の認知症への取り組み態勢について

2015 年時点の松戸市の認知症の人の人数は約 2 万人と推定しています。松戸市では市民に認知症への啓発や理解を深め、市民とともに認知症に対応するため様々な活動を行っています。

2015 年末現在	人数
認知症サポーター	14,639 人
オレンジ声かけ隊	2,898 人
オレンジ協力員	185 人
認知症コーディネーター	約 90 人

\*1「認知症サポーター」は、サポーター養成講座を受けた市民の方々です。

\*2「オレンジ声かけ隊」は、サポーター養成講座を受けた市民の中で、より積極的に認知症の人に声かけする「あんしん一声運動」を実践できる法人や市民の方々です。

\*3「オレンジ協力員」は、上記の講習を受けさらに認知症の分野で積極的な活動を行いたいという方々で再度講習を受けた市民の方々です。具体的には、各地域包括支援センターなどにお名前を登録し様々なボランティア活動を行っていただいています。

\*4「認知症コーディネーター」は、医療や福祉・介護に携わっている専門職の中で一定の講義やグループワークなどを経験した方々です。地域で様々な活動を行い認知症の人により専門的な関わりができる方々です。

その他、松戸市では、年 1 回の「認知症予防講演会」など各種の講演会や研修会、多職種連携の会を行っています。また後見人対応や「認知症初期集中支援チーム」の事業や「電話 de 詐欺」対策も行い「認知症ケアパス」も作っています。



## 在宅医療の手引き（第22回） 在宅医療の取り組む問題について

あおぞら診療所新松戸は、松戸市内で継続的な通院困難な方を断らずに訪問診療をしています。0歳から100歳まで、小児100名、成人180名ほどの患者さんの在宅療養のお手伝いをさせていただいています。

私は大学での初期臨床研修終了後、すぐに訪問診療医としてのキャリアをスタートさせました。これまでの診療を振り返り、現在の当院内科の診療と近年の在宅医療の傾向、トピックスについてご紹介させていただきます。

### 1. 末期患者

癌末期の患者さんが非常に多くなっており、市内総合病院からがん研究センター東病院、都内の病院まで幅広く紹介をいただきます。

当院では進行癌、癌末期の方は常時約20名おり、その中でも2名ほどの方が予後1週間程度となり連日訪問診療をしています。また昨年度は当院内科全体で78名を在宅で看取りましたが、そのうち56名が癌末期の方でした。

3人に1人が癌で亡くなる時代を迎え、癌末期の患者さん自体が多くなっていますが、病院一般科の外来ではフォローアップしきれないこと、ベッドがないこと、緩和ケア病棟の稼働が十分でないことなど病院医療事情の一方で、病院ではなく住み慣れた我が家で最期の時を過ごしたいと思う患者さんが増えているからとも考えられます。

症状コントロールが訪問診療の主ですが、モルヒネやオキシコドンの内服製剤やデュロテップパッチなどのテープ製剤の調整、また内服では症状コントロールが難しい場合や難治性呼吸苦の場合に積極的にPCAポンプでのオピオイド皮下持続投与を行い、症状緩和を図り在宅看取りを行っています（昨年度在宅看取りをした癌末期56名中38名にPCAポンプ導入）。肺癌などの呼吸苦にはテープ製剤の効果は乏しくモルヒネが第一選択であり、少量ドルミカムを混注併用すると更に効果的です。

またせん妄、悪液質、癌性腸閉塞など関連する症状コントロールもセレネースやステロイド、サンドスタチンなどで同時に対応します。これらの薬剤投与経路は様々ですが、舌下や皮下注も在宅環境では有効かつ安全な方法です。なおせん妄増悪は、癌末期における予後予測における最も有効な指標であり、せん妄が出現した場合、数日から1週間の単位と予想しています。

また近年の癌末期の患者さんとして、50歳代の比較的若年の方や独居の方、CVポート、経鼻胃管、ストマなどの医療機器がついている方が多い印象があります。若年の方は症状が多彩かつ激しくコントロールに難渋すること、癌の受け入れがまだ完全にされていないこと、限度額などの関係で経済的な配慮が必要なことが特徴です。独居の方は、生活を支えるところから介入が必要であり、突然死の対応、病院への入院時期を本人と相談することが重要です。医療機器がついている場合、退院前の物品などの事務的調整が不可欠ですが、訪問看護とのコラボレーションで十分在宅療養を支えることができます。

現在の病院医療体制では、緩和ケアを求めて行き場のない「癌難民」の方が増えてくることは確実です。その受け皿として在宅医療は一つの重要な選択肢となると考えます。夜間含め臨時往診も多く、看取りまで支えるのは大変ですが、「家で良かった!」と患者さん本人、家族に笑顔で言っていただけの瞬間は何ものにも代えがたいものです。

## 2. 神経難病

神経難病、特に筋委縮性側索硬化症 ALS など神経筋疾患の末期の患者さんも多いです。当院では約 10 名いますが、病院での定期的な検査や治療がなく、気管カニューレや胃瘻、尿道カテーテルなどのデバイス交換のみである方が多いこと、入院環境と比べ在宅でのケアの方がきめ細かくて良いと本人も家族も思っていることが背景にあると考えます。ADL は全介助の方が多くいますが、他疾患による寝たきり状態と異なり、呼吸ケアが重要です。呼吸筋麻痺や気管カニューレのみで人工呼吸器導入されていない方は肺に PEEP がかからず、肺機能は低下傾向になります。ガス換気と共に排痰機能も低下するため、気道感染合併リスクが高くなり、罹患した場合致命的になりえます。

そこで当院では、非侵襲的陽圧換気法 NPPV、カフアシストなど排痰補助装置による呼吸ケアを積極的に行っています。鼻のみのマスクを併用することで食事や会話もでき、今年度は 2 名の ALS の方に導入しましたが、酸素化を維持し良い時間を数ヶ月にわたり延長することができました。NPPV やカフアシスト導入は本人の嫌がらない圧、時間で徐々に始めていくこと、マスクによる顔面褥瘡のケア、呑気による腹部膨満へのケアなど注意すべき点がありますが、当院小児科では喉頭軟化症児に対する NPPV 導入を以前から積極的に試みており、それによるノウハウを生かしています。また NPPV のみでは呼吸苦が緩和できない場合に、少量モルヒネを PCA ポンプにて持続皮下点滴すると効果的でした。ただ保険適応でないため、今後の非癌における疼痛・呼吸苦緩和ケアの整備が求められるところです。

## 3. 若年成人

地域には 30～40 歳代の ADL 障害を抱える方がいらっしゃいます。脳性麻痺や脳炎後の方、交通・スポーツ外傷での脊髄損傷や脳挫傷後遺症の方です。発達の程度で両者は全く違いますが、高齢の親が介護していること、40 歳くらいから「老化」が始まること、NIPPV などによる呼吸ケアが有効であることは共通しています。また前者の場合、受診や入院するとしても小児科か成人内科かどちらになるか問題になります（一般に小児科から内科へのスムーズな移行は同一病院内であっても困難な場合が多いと思います）。彼らの体調はケアに大きく依存しますが、日常的なケア量は多く在宅での訪問看護・介護に支えられ、またそのケア内容は個人差や家庭差が大きいため、実際のそのケアをみられる訪問診療は適しています。

今後、医療の発展に伴い、若年成人の方も増えてくと予想されます。現在もどこの医療機関にも定期的にフォローされていない方がいると考えられますが、訪問診療はやはり受け皿になりうるし、そうなっていくと考えます。

## 4. 独居高齢者

独居の高齢者が増えています。例えば当院のある新松戸地区にはマンション群が複数ありますが、組合理事の方々によると 3～4 割は独居というマンションもあるようです。東京都のベッドタウンである新松戸に住んでいた団塊の世代の方々が、高齢化を迎えていると考えられます。また、子供と住んでいても日中は仕事のためほぼ独居という高齢者も多くいます。当院では現在、完全な独居が 10 名、日中独居の方が 10 名います。独居の方の多くは、認知症や廃用症候群による ADL 障害で定期的な通院は困難であり、訪問診療の適応となります。ただ、訪問診療だけで生活を支えることはできず、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護と連携をとることが重要になります。発熱など独居継続困難になった場合の親戚含めた連絡体制、入院をお願いできる病院の整備、end of life planning、突然死の対応などの枠組みを地域の多職種によるチームと共に形成することが必要です。

以上、4つの点を中心に、当院内科が現在取り組んでいる在宅医療における問題について、述べさせていただきました。医学の発展、2025年問題、超高齢社会、多死社会の到来に伴い、これらの問題はより医学的にも社会的にも重要になってくると予想されます。在宅医療はその解決の糸口になると考えられ、実にチャレンジングで興味深い分野だと思います。

拙文を最後までお読み下さり、ありがとうございました。在宅医療をされる上での一助になりましたら幸いです。今後とも医師会の先生方のご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

#### 【資料4】

##### ■ 松戸市の生活圏域と「地域サポート医」

松戸市では15の生活圏域（下表参照）があります。現在は11地区に分けてそれぞれ「高齢者いきいき安心センター」（地域包括支援センター）が活動しています。松戸市の高齢化率は23.9%ですが、生活圏域の中には高齢化率が44%に達しているところもあります。（平成27年3月31日時点）

松戸市では、02年から市内9か所の生活圏域で「高齢者支援連絡会」として、地域住民と医師を含めた専門職で地域の課題を地域ごとに解決してゆく態勢を築いてきました。「地域包括ケア」時代になっても、松戸市医師会ではそれぞれの「地域ケア会議」に医師が出席し、個別会議や推進会議で活動しています。

平成28年度からは「在宅医療・介護連携推進事業」が始まり、15生活圏域の全てに「地域サポート医」を作ります。「地域サポート医」は、地域包括の職員等専門職と協働し、地域の相談窓口となり場合によってはアウトリーチ（訪問支援）なども行う予定です。

	小金	小金原	馬橋	新松戸		明第2		明第1
				新松戸	馬橋西	明第2西	明第2東	
高齢者人口	10,090	8,764	8,670	8,969	5,314	7,718	5,423	11,696
地区別人口	43,095	28,157	38,013	37,111	22,294	29,899	26,124	54,432
高齢化率(%)	23.4	31.1	22.8	24.2	23.8	25.8	20.8	21.5

	本庁・矢切		東部	常盤平		五香 松飛台	六実 六高台	松戸市全体
	本庁	矢切		常盤平	常盤平団地			
高齢者人口	4,737	5,027	8,932	13,304	3,428	9,134	5,563	116,769
地区別人口	24,175	19,012	45,146	52,950	7,797	35,046	24,668	487,919
高齢化率(%)	19.6	26.4	19.8	25.1	44.0	26.1	22.6	23.9

## 在宅医療の手引き（第23回） 在宅で最後を迎える為には

私は透析外来を主とする病院で、泌尿器科、内科、外科、整形外科などの混合病棟の婦長（現在は師長）として勤めてきました。病棟は透析患者さんで悪化した方が殆どで、多くの病棟がそうであるように、毎日走り回って動かなければ業務をこなせない一日を過ごしてきました。

患者さんとゆっくり話す時間がなく、後ずさりしながら話をしていたことを思い出します。それでも私は人としての尊厳が守れる看護、丁寧な看護を心掛けてきたつもりでおります。「忙しいから仕方がないと思われるような看護はしたくない」という思いで、私がまず婦長として心掛けた事は以下の事です。

### I. 入院している患者さんを出来るだけ寝たきりにさせない為に

1. 食事の時は必ず車椅子に座ってもらい2人の患者さんを1人のヘルパーが担当で食事介助をしてもらいました。
2. 寝る事が多い患者さんは、看護ステーションにお連れして、パズルや縫い物をしてもらったり、音楽をかけたり、看護師が記録をしながら話しかけたりと、今でいうデイサービスの走りのような事をしていました。
3. ベッドにリハビリメニューをぶら下げて、リハビリをやってもらう事もしました。
4. 良く眠れるように日光浴もしました。
5. ご家族が面会に来たときには、いつも出来ない耳掃除や爪切り、足浴などをお願いしてやって頂きました。

スタッフも一丸となって頑張り、家族の方にも介護を依頼すると拒否なく指示どおりに対応して頂き、医師もステーションにいる患者さんを温かく見守って頂いていたと思います。患者さんは、家族が面会に来る事をとても喜びます。

### II. ICUの患者さんを看護していた時の思い

次にICUでの経験を述べさせていただきます。

透析の患者さんで、急変し気管切開をした方などがICUに入院していましたが、気管カニューレが入り、人工呼吸器が装着され、中心静脈栄養のチューブがつながり、透析も3回/週施行されます。そんな方も透析をすると半年から1年ほど延命されます。

そんな方達もたくさん看護させて頂きましたが、治るものなら出来る限りの治療をして治るまで入院して頂きたいと思いますが、治る見込みがないのなら、自分だったら病院ではなく自宅で最期を迎えたいと常々思っていました。

### III. 自宅で最期を迎えたいという思いから訪問看護を始めて

1対1の訪問看護は流れるように穏やかに時間が過ぎていき、決して後ずさりしないで話が出る充実感があります。

癌末期の訪問看護では、痛みを和らげ気分のいい時間を作る事を念頭におき、家族に対しては、介護の手技を指導し、話を良く聞くことを心がけています。そうしているうちに、家族は介護に慣れ、又訪問看護師との信頼関係も出来てくると、最後の看取りを自宅で出来る体制が出来てきます。

最後の時間が近付いてきたらその状況を伝えて、あわてない事を説明。「何かあったらいつでも電話をして下さい」と伝える事で、ご家族は安心して看取りが出来るようになります。

どうしても家に帰りたくないと家に帰り、たった一日帰宅して他界される方もいましたが、家族からは、「本人が帰りたくて一日でも帰れたので良かった。ありがとうございます。」と言って頂く事もあります。そうすると、本当に良かったと心から思えてきます。

本当は最後まで自宅で過ごしたいと思っている人は多くいますが、家族に迷惑をかけたくないという思いで入所や入院を選択されています。



#### Ⅳ. 訪問診療と訪問看護は車の両輪

医師の指示で訪問看護の訪問が始まりますが、訪問を続けていくうちに医療面の問題や看護面の問題が明らかになってきます。その時に医師に報告をするわけですが、すぐに訪問診療をして頂きたい場合もあれば、指示を貰えば看護で対応する場合があります。

又、医師の訪問により医療面の問題や看護面の問題を発見して、看護側に指示がくる事もあります。このように一人の利用者さんを医師と看護師の眼で管理し、お互いに連絡を取り合う事で素早く対応する事が出来るのです。

医師は医療面で、看護師は看護の立場で報告し合う事で一人の利用者さんにより良い医療を提供することが出来るのです。

在宅の診療や在宅での看取りを定着させるには、この両者が連携の取りやすい関係を築くことが重要で、その為にはお互いの立場を認めあう事、車の両輪になる事だと思っています。

#### Ⅴ. 在宅で最期を迎える為には

本人が在宅で最期を迎えたいと思う気持ち、家族がその気持ちを汲んで、本人の思うようにしてあげたいと思う気持ちがあってこそ在宅の看取りが実現します。それを医療面と精神面で支援するのが訪問診療であり、最後までその気持ちを持ち続けて実現できるように後押しするのが訪問看護だと考えています。

私の祖父と祖母も自宅で看取ることが出来ました。連絡体制がしっかりしていたお蔭で遺族が集まる事ができ、さらに担当医には最後の瞬間に立ち会って頂けました。在宅での看取りとしては理想的な形が取れていたと思っております。その為にも、訪問診療と訪問看護は在宅には欠かせません。そしてかかりつけ医に最後を看取って頂けたら、ご本人ご家族は、なおようしいのではないのでしょうか。

現在私は、訪問看護とケアマネジャーの両方で勤務しています。ケアマネジャーは、利用者さんにとって全てのサービスとの橋渡しの役目を持っています。医療面と看護介護面、全てがうまく回ってこそ、患者さんにとって幸せな療養の日々だったと言えるような気が致します。

## 在宅医療の手引き（第24回） 超高齢社会時代とこれからの在宅医療

超高齢社会とは65歳以上の人口が総人口の21%を超える社会で、すでに日本は25%を超えています。そして日本は2040年にこの高齢化率が38%という、世界史上にない超高齢国となります。当然ながら長寿国であるからこそ為しえた、ある意味で素晴らしい医療制度の結果ですが、これが皮肉なことにこれから先の国難とも言うべき少子高齢化社会を生み出すのです。最も多くの人口を持つ団塊の世代以降が長生きをするための相乗効果で、死亡者も2040年には年間160万を超える多死社会になります。その時代に従来と同様の医療を行い、病院で死を迎える人が80%を超える状況が続くと、病院は高齢者であふれかえり、急性期の若年者が入院できなくなる、救急車がいくらあっても足りなくなる状況は容易に想像できることです。さらに医療費の増大に国家が対応できるかどうかどうかさえ、大いに疑問です。

こうした中で政府は7:1の急性期病床を減少させて亜急性期病床を増やし、介護と一体化した地域包括ケア構想、そして在宅医療の普及を進めようとしています。在宅での看取りは病院死の1/10の医療費しかかからないことも政府から見ると重要なことでしょう。地域包括ケアという概念そのものは日本独自のものではなく、community-based and integrated medicineとしてグローバルな考え方を、我が国の体制に合わせて取り入れたにすぎません。しかしそもそもすでにGP（general practitioner）制度が確立している欧州の医療とほぼ同じコンセプトをこの国に取り入れるのは容易なことではないし、我が国独自の方向性が必要になります。

現在、在宅での看取りを希望している人は、少なくとも30%、多い統計では70%となります。もちろん本人の希望だけでできることではありませんが、これが現行の年間130万人の死亡者の在宅看取り率14%から、2040年に年間150万人が死亡する時代に20%とすることを目標とすると、在宅死の実数は現行の18.2万人から32万人とほぼ倍に近いニーズがあることとなります。即ち今の倍近い労働力が必要になるわけです。これ以外にも病院死ではない、介護施設での看取りなどが大量に増えるでしょう。

そのためには在宅医療者を大幅に増員しなければなりません。まず訪問診療医について考えてみても、総合診療医、ひいては在宅医療専門医を育てるのが理想ですが、それには国際医療大学を作る代わりに在宅専門の医科大学を5つ作ってやっとならぬ間に合うことで、時間的にみてもとても非現実的です。初期からの総合診療医の育成だけでなく、現在の中堅勤務医や開業医が在宅医に転向しない限りこの数は達成不可能で、このままでは現在の在宅医がまず疲弊してしまいます。

したがって在宅医療を目指す、中堅以降の医師が専門医になれるような新たな在宅専門医制度が必要となります。現在日本在宅医学会、在宅医療学会でこうした検討がなされています。一般の開業医の先生たちも、待っていても患者が家から出てクリニックに通えない時代になれば、自分から在宅へ出かけていかなければならないのは自然の流れであり、こうした在宅医への転向者は数としては期待できますが、重要なのは在宅医としてのqualityを保つことだと考えます。

もちろん在宅医のみで在宅医療が成立するわけではなく、訪問看護師の充実はより喫緊の課題であり、優秀な訪問看護師をいかに育成するか、また継続できるようにするか、政府の対応が待たれるところです。ただ国に任せるだけではないかもしれません。オランダではBuurtzorgという独自の包括払いの訪問看護制度が民間から立ち上がり、大成功をしていて、この方式が日本で取り入れられるものか、専門家たちが関心を持って研究をしています。制度や国民性の違いを指摘する前に、一度皆さんも勉強されることをお勧めします。その他、多職種によるチーム医療が、認識はされながらいまだ、システムとして整っているところは少ない状況です。隣の柏市などでの顔の見える関係会議などは順調に進んでいますし、こうした試みは松戸市も積極的に進めていくべきかと思います。

そしてこれらプレーヤーたちを結ぶ ICT の存在も必須です。現在は SNS (携帯のメール) に近い形のものから、電子カルテとリンクしているもの、より広域のシステムに繋がるものなど、まだまだ在宅医療 ICT システムとしての最終形がみえませんが、多数の異なる施設のプレーヤーで診る医療システムでは必ず必要になるものであると考えますし、地域で共通のもの、せめて標準化されたものがが必要です。そして在宅医療の後方支援たる病床の準備が必要で、開業医の病棟版といえる存在としての地域包括ケア病床がまさにこの役割を受け持つべきものですが、まだまだ一般化していません。

私見ですが、在宅医からの患者が救急時に一般患者と同様に三次救急施設に行くのでは、今後の医療の解決にはならないと考えています。在宅で診ている患者さんは最新の医療を求めているのではなく、彼らにとっての最善の医療を希望しているのであって、それは多くの場合三次救急医療機関にかかることはありません。救急時にもほとんどはかかりつけ医により、在宅看取りや地域包括ケア病床で対応することで、資源の有効活用がなされるように思います。そのためには本人の事前指示書、DNAR を明確にしたうえで、救急時の対応、かかりつけ医制度を作ることが望まれることであると考えます。こうした従来とは異なった高齢者に対する独自の医療システムは、それを強要するというのではなく、希望する患者から行っていけば、高齢者、弱者の切り捨てと誤解されることにはならないと考えます。松戸地区でこうしたモデルが展開されることを期待しています。

## 訪問診療可能な病院・医院一覧表（1）

平成 28 年 3 月改訂

地区	在宅療養 支援診療所	医療機関	医師名	住所	TEL	FAX
東 松 戸 地 区	○	あおぞら診療所	川越 正平	緑ヶ丘 2-357 ヲイ1F	369-1248	369-1247
	○	秋山ハートクリニック	金 載英	秋山 68-1	330-9911	330-9912
	○	阿部クリニック	阿部 功一	河原塚 146-1 サネット豊夢 1F	391-1800	391-1834
	○	奥隅医院	奥隅 廣人	緑ヶ丘 2-285	362-1825	362-1825
	○	加賀谷正クリニック	加賀谷 正	東松戸 3-7-19	312-7707	312-7706
		さくらクリニック松戸	菅田 安男	和名ヶ谷 1424-22	312-7600	312-7321
	○	三和病院	高林 克日己	日暮 7-379	712-0202	712-0200
	○	島村トータル・ケア・クリニック	島村 善行	松戸新田 21-2	308-5546	308-5547
	○	進藤整形外科	進藤 久夫	松戸 1139-2 ライオンステーションタワー松戸 401	363-2117	363-2117
	○	清仁会クリニック	足立 憲治	日暮 2-3-15 グリーンプラザ 八柱 1-103	385-1234	385-1235
	○	西村内科循環器科	西村 健司	仲井町 3-79-2	369-1011	369-1060
	○	東松戸クリニック	中島 幹夫	東松戸 3-2-1 アルフレ306	392-9911	392-9910
		松戸市立福祉医療センター 東松戸病院	岩井 直路	高塚新田 123-13	391-5500	391-7566
		松戸ニッセイ聖隷クリニック	山田 好則	高塚新田 123-1	330-8298	330-8297
		三井クリニック	三井 富士夫	日暮 1-16-1 RG 八柱ビル 3F	392-1013	392-1036
	○	梨香台診療所	石井 正則	高塚新田 488-25	312-7301	312-7303
		ハートクリニック牧の原	秋山 達朗	牧の原 1-193	382-6047	382-6048
	若林胃腸科クリニック	若林 康之	二十世紀が丘丸山町 50-1	391-8877	391-8878	

西 松 戸 ・ 矢 切 地 区	○	青木内科	青木 俊郎	古ヶ崎 2-3245	364-1681	364-1693
	○	石岡内科クリニック	石岡 晴彦	本町 6-8 ライムツ501	363-7655	363-7689
	○	高田外科胃腸内科	高田 丈	古ヶ崎 101-2	362-8237	366-8765
	○	竹下医院	竹下 知親	古ヶ崎 2-3188-8	363-6286	367-9739
	○	丹野内科・循環器科	丹野 文博	本町 12-15 パップス松戸ビル501	308-2830	308-2831
		西内科神経内科クリニック	西 克典	下矢切 83-4	311-4063	311-4063
		ほっち医院	発地 美介	松戸 2044	362-2531	330-2462
		平野医院	平野 明夫	本町 5-10	362-2322	362-2322
	○	矢切クリニック	深山 泰永	栗山 125-1 ほんでんビル2F	394-8850	394-8860
	○	柳澤医院	柳澤 正敏	古ヶ崎 803	364-1300	364-2200



## 訪問診療可能な病院・医院一覧表（2）

平成 28 年 3 月改訂

地区	在宅療養 支援診療所	医療機関	医師名	住所	TEL	FAX
馬橋・北松戸地区	○	石島医院	石島 秀紀	南花島 2-2 7-3	367-2131	367-2132
	○	市場医院	市場 卓	中和倉 1 6 1-5	342-1069	343-4300
	○	兒玉医院	兒玉 東策	三ヶ月 1543	345-6971	349-1188
		島田医院	島田 聡	西馬橋 3-9-6	341-1110	343-1846
	○	総合クリニックドクターランド松戸	小笠原 浩明	松戸新田 245-26 グリーンパーク12F	369-4811	369-3343
	○	内藤医院	内藤 敬一	栄町 2-106-2	368-0345	368-0346
	○	わざクリニック	和座 一弘	西馬橋幸町 13 早稲田ビル2F	309-1177	309-1112

新松戸・小金地区	○	山本病院	小西 宏育	小金きよしヶ丘 2-7-10	341-3191	345-2356
	○	あおぞら診療所新松戸	前田 浩利	新松戸 3-15 KS12ビル2FB号	309-7200	309-7211
		伊藤医院	増木 みき	大金平 4-335	341-1368	344-2738
	○	しいの木クリニック	有馬 剛	小金 6 高橋ビル 7F	312-1717	312-1727
	○	新松戸診療所	三浦 聡雄	新松戸 42-2 エス17新松戸ビル1F	343-9271	343-9278
		森内科クリニック	森 泰裕	新松戸 6-125	346-1818	346-0473

常盤平地区		千葉西総合病院	三角 和雄	金ヶ作 107-1	348-8111	384-9403
		常盤平中央病院	中田 賢一郎	常盤平 6-1-8	387-4121	388-7878
	○	どうたれ内科診療所	堂垂 伸治	常盤平 1-20-3	394-0600	394-0610
	○	常盤平おひさまクリニック	林 釣貴	常盤平 2-24-2	711-7531	711-7533
		門野診療所	門野 衛一郎	常盤平 1-14-1 長谷川レジデンス1F	384-9639	384-4711

地区五香		横関医院	横関 一雄	六高台 2-58	387-2027	387-3578
------	--	------	-------	----------	----------	----------

小金原地区		小金原診療所	桑原 利章	小金原 6-1-2	341-1131	341-1137
		旭神経内科リハビリテーション病院	旭 俊臣	栗ヶ沢 789-10	385-5566	389-1356
	○	いらはら診療所	苛原 実	小金原 4-3-2	在宅医療部 347-6600	340-5571

## 松戸市医師会が取り組む在宅医療・介護連携推進事業

平成 28 年度より、在宅医療・介護連携推進事業を松戸市医師会が受託する運びとなり、在宅ケア委員会に下記の 5 つのプロジェクト（以下、PJ）チームを編成します。

1) 地域住民への普及活動 プロジェクト
市民公開講座 在宅医療・介護のつどいの開催
2) 在宅医療・介護研修 プロジェクト
多職種合同カンファレンスや在宅医療連携支援研修会の開催／関係者間の情報共有支援
3) 在宅医療・介護連携 プロジェクト
診診連携体制の構築、在宅医と訪問看護の連携体制の構築検討
4) 在宅医療・病院連携 プロジェクト
レスパイト、亜急性期医療、在宅療養調整など後方支援病床機能の応需体制構築検討
5) 在宅医療・介護連携相談窓口 プロジェクト
地域サポート医による相談支援やアウトリーチ

20 名を超える在宅ケア委員会の委員が、1)～4)のPJについて一人 1 つずつを担当し、5～6 名からなるチームを構成する形で取り組んでいきます。1) では、過去 3 年間すでに開催実績のある「市民公開講座在宅医療・介護のつどい」を継続していきます。2) も、平成 23 年度の厚労省モデル事業以来、松戸市ではすでに 5 年間にわたって多職種合同カンファレンスや在宅連携支援研修会が開催されており、今後も継続していきます。3) については、これまでも市内には機能している診診連携グループが少数存在していますが、今後は松戸市医師会として診診連携体制を整えるべく、議論を重ねていく予定です。合わせて、訪問看護との連携も重要なテーマとして位置づけます。4) については、すでにレスパイト入院についての連携システムは運用が開始されていますが、今後はさらに、亜急性期医療や在宅療養調整（背景再評価・リハビリ・栄養・緩和ケア等）目的の入院なども含め、在宅医療と後方支援機能病床との連携について包括的に検討する予定です。

また、5) の相談窓口PJとは、地域包括支援センターが直面する困難事例に医療的な課題が存在する場合、医師会が包括ごとに配置する「地域サポート医」が、地域包括支援センターやケアマネジャーからの相談に応じてアドバイスします。加えて、必要に応じて医師または医療機関の看護師等が包括職員と同行してアウトリーチ（訪問支援）を行うというものです。医療関連困難事例としては、がんや内臓疾患など医療対応が必要だが福祉職や介護職種では適切な初期対応に結びつけることが難しい事例、精神疾患やアルコール関連の問題等を抱えている事例、セルフネグレクトを含む虐待が関与している事例などが想定されます。医師の関与により初期対応を迅速に進めることができ、診断や今後予想される臨床経過、しかるべき対応策などを検討し、解決への道筋をつけることが期待されます。

以上、在宅ケア委員会を中心に、老いても病んでも安心して暮らし続けることのできるまちづくりに在宅医療の立場から貢献することを目指し、本事業を推進する所存です。

## 【編集後記】

この「在宅医療の手引き」は、松戸市医師会の在宅ケア委員会が松戸市医師会員に配布したものをまとめたものです。平成26年2月から平成28年3月まで、基本的に月一回の割合で配布しました。各筆者の殆どは、在宅ケア委員会のメンバーです。在宅ケア委員会には、医師会員以外に多職種の代表の方々や松戸市の関連課が参加されています。したがって、本書は実際に現場で在宅医療に関わっている松戸市全体の専門職が書いています。

松戸市では、在宅医療は比較的盛んに行われています。当委員会では別に平成13年以来ほぼ毎年「訪問診療可能病医院一覧」を作成し「在宅医療の現状に関するアンケート調査」を行っております。平成28年1月の調査では、平成27年12月の在宅医療の対象患者数が約1400人で、他に施設入所の対象者数は約2300人いました。平成27年の1年間で、「在宅死」（自宅死）で看取った方は317人で、「施設」での看取りも含め在宅医が死亡診断をした方は約600人でした。このうち、がん患者さんの看取り数は194人でした。これらの人数は毎年確実に増加しており、多職種の連携や研修会も盛んに行われております。

ちなみに、1年前の平成26年の数字ですが、松戸市の死亡数は3845人、うち「自宅死」数は628人でした。したがって毎年「自宅死の半数近くを在宅医が看取っている」と推定されます。

しかしながら、これらの「実績」は、主要な十数か所の在宅療養支援診療所が大きく寄与した結果です。今後の超高齢社会、「2025年問題」、「高齢者多死社会」を前にして、未だ心もとない点があります。本書の各筆者が一貫して強調されているように「かかりつけ医」が広範に在宅医療を行わないと危機的な状況になりかねません。本書をきっかけに、特に「若い普通の開業医の先生方」が大量に在宅医療に参入される事を期待しております。

本書を完成させるにあたり、松戸市医師会事務局の方々、および、デザイン・印刷でM・クリエイションの斎藤正史さんに大変お世話になっております。紙面を借りてお礼申し上げます。

最後に本書が、全国各地の在宅医療の進展に少しでも役立てば幸いです。

(平成28年5月) 在宅ケア委員会前委員長 / どうたれ内科診療所 堂垂 伸治

## 在宅医療の手引き

2016年6月1日	第1版1刷発行
監修・編集・発行	松戸市医師会 在宅ケア委員会 〒271-0072 千葉県松戸市竹ヶ花 45 番地 53 松戸市医師会 (松戸市衛生会館内) TEL. 047 (368) 2255
デザイン制作	斎藤 正史 (M・クリエイション)

【非売品 / 無断転載禁止】

松戸市医師会在宅ケア委員会