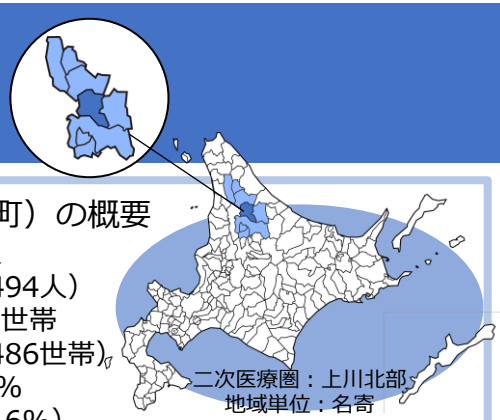
名寄市風連国民健康保険診療所（北海道名寄市）

医療・介護の積極的な連携・役割分担による在宅医療の実践



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

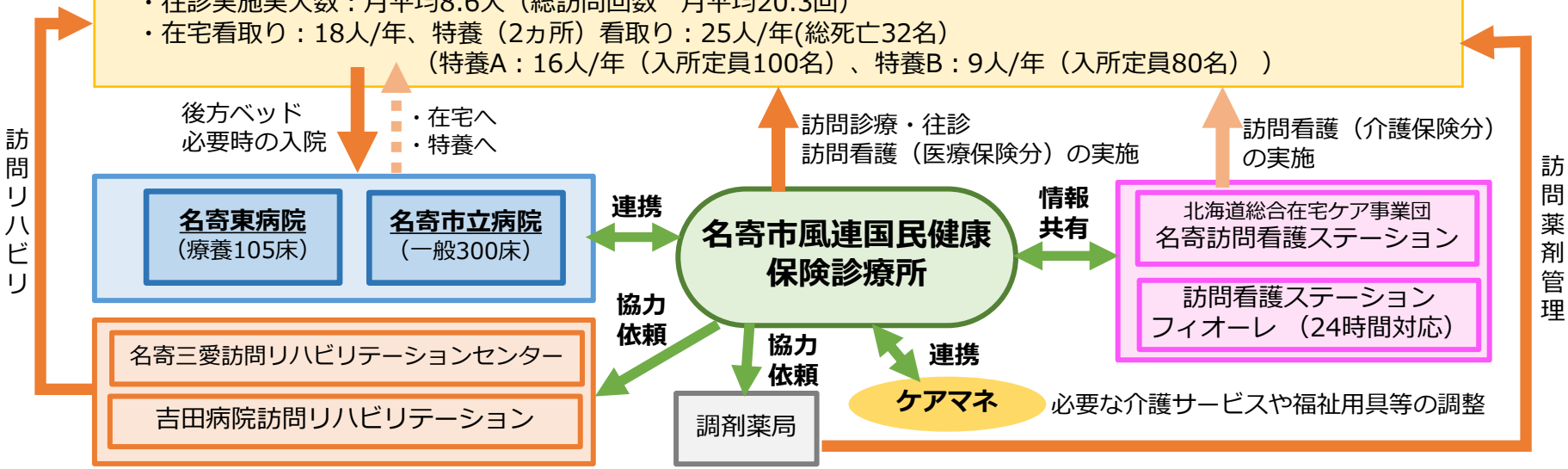
●名寄市（旧風連町）の概要
- 人口：27,282人
  （旧風連町：3,494人）
- 世帯数：12,810世帯
  （旧風連町：1,486世帯）
- 高齢化率：32.4%
  （旧風連町：45.6%）

（R2国勢調査より）

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

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

【訪問診療の実績（令和2年4月～令和3年3月までの1年間】
- 定期訪問実人数：月平均17.5人（総訪問回数　月平均36.0回）
- 往診実施実人数：月平均8.6人（総訪問回数　月平均20.3回）
- 在宅看取り：18人/年、特養（2ヵ所）看取り：25人/年(総死亡32名)
  （特養A：16人/年（入所定員100名）、特養B：9人/年（入所定員80名））



名寄市風連国民健康保険診療所における在宅医療の実践・継続のポイント

1 医療・介護の連携と役割分担による体制構築

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

2 患者や家族、入居施設スタッフ等との信頼関係の構築

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

患者や家族等から学ぶことも多い。医療を提供する側が育ててもらっている！

3 ICTの活用

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

名寄市風連国民健康保険診療所における在宅医療の実施状況

1 1週間の診療スケジュール

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

2 ある１日のタイムスケジュール（訪問診療担当医）

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

名寄市風連国民健康保険診療所における在宅医療の実施状況

3 対応している患者・処置

対応している患者：

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

対応している医学的管理・処置：

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

（時には、話相手、時には家族ケンカの仲裁）

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

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

【訪問診療の導入から看取りまで】

	訪問診療の実施	診療内容など	手続き・実施した処置など
令和3年 12月15日	訪問診療開始 本人・家族に病状を説明	・嘔気があり、経口摂取困難と家族から連絡があり、訪問診療を開始。 ・嚥下困難な状態で、飲水でも誤嚥が見られた。 ・本人・家族に対し、るい痩が進んでおり、誤嚥も見られることから精査・入院の希望を確認したが、自宅で過ごしたいとのことだった。	
12月16～	訪問看護の開始	・訪問診療、訪問看護により、連日補液、清拭等を実施。	・訪問看護指示書の作成 ・補液、清拭
12月21日	訪問診療	・12月18日頃から発熱と痰の量が増加して、12月21日に抗生剤の点滴実施。（12/25まで）	・抗生剤の点滴
12月23日	家族に今後の希望確認	・本人・家族に今後の希望を確認。最期まで自宅で過ごさせたいとの希望があった。	
12月24～ 1月4日	訪問診療・訪問看護の継続	・1月4日頃までは少量であるが、飲水やゼリーなどを口にしていた。	
1月6日	看取り	・AM1時24分にご家族から呼吸停止の連絡がある。 ・AM2時01分死亡確認した。	・死亡診断書作成

5 訪問診療・往診時の「カバンの中身」

～松田ドクターが訪問診療・往診時に携行する物品例～

バイタル関係

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

衛生用品

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

（必要時）

□ガウン　□スリッパ

処　置

□サージカルテープ

（必要時）

□医療用ハサミ　□ピンセット

導尿関係

□導尿カテーテル
□尿スピッツ

採血関係

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

点滴関係

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

褥瘡処置・縫合

□メス
□創傷被覆材
□セッシ

薬剤等

□生食20ml
□グリセリン浣腸液
□局所麻酔ゼリー

（必要時）

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

経管栄養など

□サクションチューブ12Fr

文房具・その他

□ボールペン
□定規
□電池
□各種書類

（必要時）

□ポータブルエコー機

在宅医療の推進に向けた課題解決のヒント

在宅医療の提供にあたり、先生が大切にしていることは何ですか。

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

在宅医療に新たに取り組もうと考える医師・医療機関に伝えたいことは。

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

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