

令和6年度埼玉県医師会在宅医療塾

# 令和6年度 埼玉県医師会在宅医療塾 第2回 在宅医療・実践編1 「在宅医療の実例」

埼玉県医師会 地域包括ケアシステム推進委員会 委員

川越市医師会 在宅担当理事



医療法人社団広彩会

ひろせクリニック

廣瀬 哲也

開示すべきCOIはありません

 HIROSE CLINIC

1

令和6年度埼玉県医師会在宅医療塾

## 在宅医療とは

- その人が希望する場所で
- その人らしく最後まで生きること
- を支える医療

 HIROSE CLINIC

2

## 何故 在宅医療 をするのか

- 自院の通院患者さんが高齢化して依頼されたため、やむを得なく。
- これからの患者数減少を鑑みて、在宅医療に活路を見出す。
- などなど



「病院で死ぬということ」 山崎章郎 1990年

3

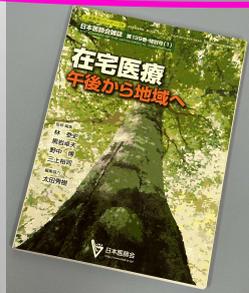
令和6年度埼玉県医師会在宅医療塾

## 在宅に取り組むスタンス

在宅を主な生業とする在宅専門の医療機関

か

かかりつけ医の延長としての地域を支える在宅診療



「午後から地域へ」

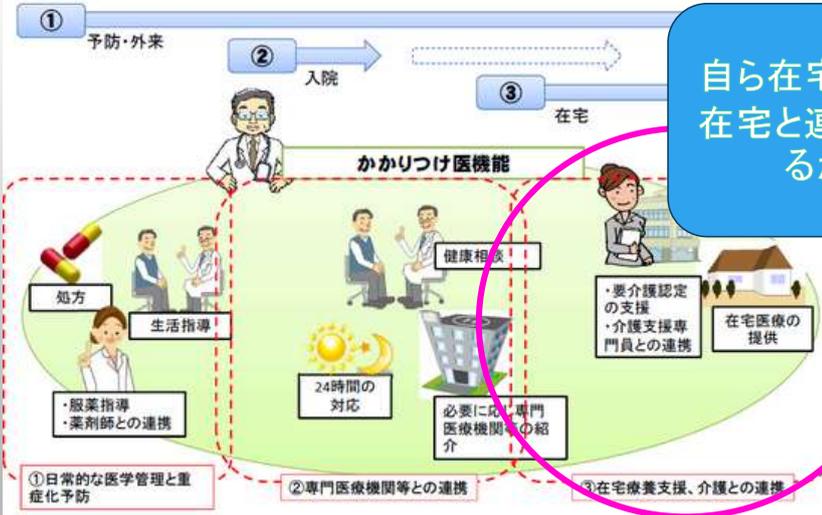
日本医師会雑誌 第139巻 特別号

HIROSE CLINIC

4

# かかりつけ医と在宅医療

かかりつけ医機能のイメージ (案)  
～生活習慣病を有する患者の例～

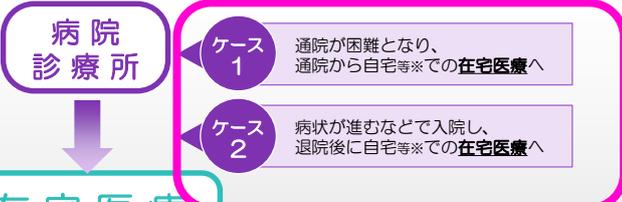


自ら在宅医療を行うか  
在宅と連携して支援するかが必須

## 通院が難しくなったときや、退院後、自宅等※でも医療を受けられます。

困ったときのために、前もってかかりつけの医師やケアマネジャーと相談し、色々な選択肢を見つけておきませんか？

- ☆ 介護サービスの利用についても今から調べておきましょう！
- 要介護認定の申請場所は◎◎◎◎◎
- ホームヘルパー等が自宅等を訪問し、食事・入浴の介助や掃除・洗濯の援助等を通して、生活を支援する訪問介護
- 一時的に施設に入所するショートステイ



※ 例えば、年齢・疾患・病状によって、自宅のほか高齢者住宅等のお住まいで、医療を受けることも可能。



各サービスの内容は、裏面をご参照ください。地域によって受けられるサービスが異なる場合もありますので、医師・ケアマネジャー等とも相談しましょう。

令和6年度埼玉県医師会在宅医療塾

### 在宅医療を利用できる方（例）

通院が困難。  
例えば…

- 難病などで療養が必要
- 慢性疾患などでのできる限り家で過ごしたい
- たんの吸引などが頻繁に必要

### 医師による在宅医療

**訪問診療**  
計画的・定期的に、患者さんのご自宅などに医師が訪問し、診療を行います。

**往診**  
急変の際などに、不定期に、患者さんのご自宅などに医師が訪問し、診療を行います。

かかりつけ医等は、ご本人の状態に即し、適切なサービスを受けられるよう、他の医療従事者等へ指示を行います。

### 在宅医療で受けられる主なサービス

かかりつけ医等が自宅などでの療養が必要だと判断した時に、以下のサービスを受けられます。

- 通院が困難な方のご自宅に**医師**が訪問し、診療を行います。
- 通院が困難な方のご自宅に**歯科医師・歯科衛生士**が訪問し、歯の治療や入れ歯の調整等を通じて食事を噛んで飲み込めるよう支援を行います。
- 看護師等**がご自宅に訪問し、安心感のある生活を営めるよう処置や療養中の世話等を行います。
- 通院が困難な方のご自宅に**薬剤師**が訪問し、薬の飲み方や飲み合わせ等の確認・管理・説明等を行います。
- 通院が困難な方のご自宅に**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士**が訪問し、運動機能や日常生活に必要な動作を行えるように、訓練や家屋の適切な改造の指導等を行います。
- 管理栄養士**がご自宅に訪問し、病状や食事の状況、栄養状態や生活の習慣に適した食事等の栄養管理の指導を行います。

\* 医師の指示のもとで実施

在宅医療をご存じですか？



**HIROSE CLINIC**

令和6年度埼玉県医師会在宅医療塾

## 在宅療養支援診療所・病院の概要

医療保険部会 参考資料 (改) 25. 5. 29

### 在宅療養支援診療所

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1：③、④、⑥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

### 在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- 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2：④の訪問看護については、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

### 機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

**HIROSE CLINIC**

## 埼玉県「在宅医療及び在宅緩和ケアの提供体制に関する実態調査」(2019年)

### 供給状況

- 埼玉県の75歳以上人口10万人あたりの在宅医療の施設数（診療所）は、47都道府県の中でも下位に位置するが、実施件数は中位となっている。さらに訪問診療の1施設あたりの実施件数は上位となっている。
- 一方、緩和ケアは、施設数（病院）・患者数ともに下位に位置している。

【75歳以上人口10万人あたりの在宅医療の供給状況】  
- 診療所 -

		全国平均	埼玉県
在宅療養支援診療所（箇所）		76.9	50.1 (34)
診療所全体	往診		
	実施施設数（箇所）	119.2	69.9 (42)
	実施件数（件）	1,094	1,019 (22)
	実施施設数（箇所）	115.3	64.5 (44)
在宅患者訪問診療	実施施設数（箇所）	6,094	5,485 (21)
	施設あたり実施件数（件）	52.8	85.0 (4)
	実施施設数（箇所）	27.0	18.4 (42)
在宅看取り	実施件数（件）	57	47 (29)

※埼玉県の（）は47都道府県中の順位  
 ※施設数は平成29年10月1日時点  
 ※実施件数は平成29年9月の1ヶ月間  
 出典  
 厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（平成29年）及び総務省「人口推計（2017年（平成29年）10月1日現在）」

【75歳以上人口10万人あたりの緩和ケアの供給状況】  
- 病院 -

		全国平均	埼玉県
緩和ケア 病棟有	施設数（箇所）	2.5	1.6 (38)
	病床数（床）	48.0	29.9 (39)
	取扱患者延数（人）	730.1	432.7 (40)
緩和ケア チーム有	施設数（箇所）	6.2	4.7 (43)
	患者数（人）	171.7	105.7 (36)
	新規依頼患者数（人）	51.6	40.4 (34)

※埼玉県の（）は47都道府県中の順位  
 ※施設数・病床数は平成29年10月1日時点  
 ※取扱患者延数・患者数・新規依頼患者数は平成29年9月の1ヶ月間  
 出典  
 厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（平成29年）及び総務省「人口推計（2017年（平成29年）10月1日現在）」

## 埼玉県「在宅医療及び在宅緩和ケアの提供体制に関する実態調査」(2019年)

図表 7 在宅医療の推進に関する課題（自由意見）

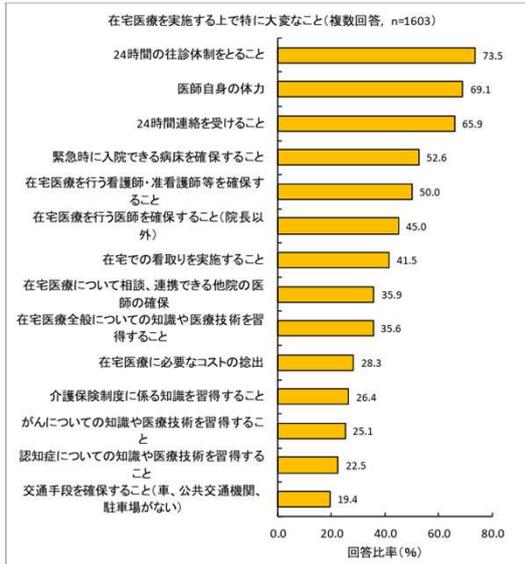
業種	自由意見
病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 病院のスタッフがもっと気軽に地域に出られると良い。</li> </ul>
診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 在宅医が入院が必要と判断した場合に、病院が断らず入院させてくれるとよい。</li> <li>□ 病院によって在宅復帰に対する意識や理念の違いが大きく、患者を地域に戻すことに積極的でない場合がある。</li> <li>□ 医療従事者（特に病院）の在宅医療に対する理解が十分でなく、患者が希望しても在宅に戻れず、入院が継続してしまう事が多数みられる。</li> <li>□ 病院が在宅か・の二者択一ではなく、在宅で療養しながら、病状が落ちつかない（急変ではなく）とか、不安が大きいなどは数日入院して経過を見たり、内服薬の調整をしたり・と、病院と在宅の切れ目のないスムーズな連携ができれば、患者さんは長く在宅生活が続けられると思います。</li> <li>□ 病院スタッフにおける、どこまで在宅で対応が可能なかという知識の向上</li> </ul>
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 在宅医療が地域や病院で働く医師に浸透していない。もっと病院の医師や看護師も在宅医療を理解してもらいたい。</li> <li>□ 連携先病院が在宅医療に関心があるかないかの格差が大きすぎてなかなか水準が上がりにくいです。</li> <li>□ 患者が病院の主治医に拘り、在宅医療を続けている場合、指示を受けるのが困難な場合が多い。併診（病院と診療所）での在宅療養が出来ることを、患者及び病院関係者も理解していく啓発活動が必要。</li> <li>□ 病院医師、看護師が在宅のことを知らず、退院カンファレンスをしてもらっても連携できていないと言っている現状がある。</li> </ul>
地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 病院と医院との連携等がスムーズに行えていない。地域の医院（医師）は、在宅医療等に対する姿勢・支援等は、以前に比べ格段に変化して、前向きにサポートを行ってくれるようになった。一方で病院（入院先）の医師・スタッフ等が在宅医療に対する認識が弱く、入院治療後の在宅生活に対する支援等をあまり重要視していない部分が多く見受けられる。また、連携・情報提供が行えていない部分が多く感じられる。</li> </ul>

出典：埼玉県「在宅医療及び在宅緩和ケアの提供体制に関する実態調査」（2019年）

## 令和6年度埼玉県医師会在宅医療塾

## 在宅医療を実施する上で特に大変なこと

在宅医療を実施する上で特に大変なことは、高い順に「24時間の往診体制をとること」、「医師自身の体力」、「24時間連絡を受けること」であった。



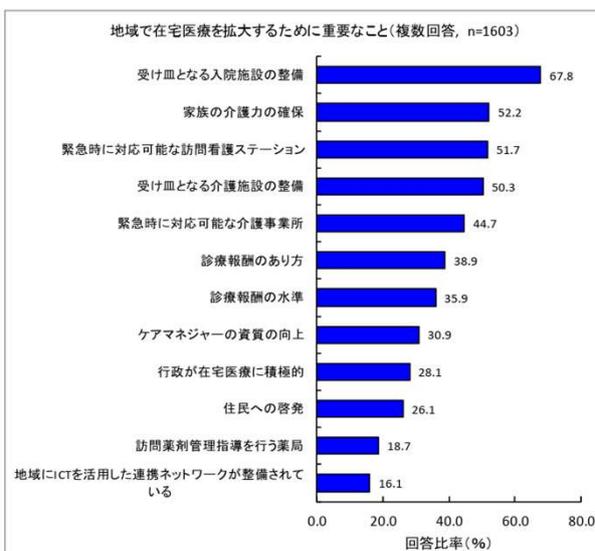
HIROSE CLINIC

11

## 令和6年度埼玉県医師会在宅医療塾

## 地域で在宅医療を拡大するために重要なこと

地域で在宅医療を拡大するために重要と考えられている中でもっとも多かったのは、「受け皿となる入院施設が整備されていること」であった。



HIROSE CLINIC

12

これから  
在宅医療を  
拡大していく  
ためには

24時間の連携体制の負担を減らすこと

受け皿となる入院施設:バックベッドの  
確保

家族の介護力の支援

13

令和6年度埼玉県医師会在宅医療塾

## 医療法人社団 広彩会

- ・ H24年3月5日に ひろせクリニックを開業しました。
- ・ H25年11月に 医療法人社団として法人格を取得しました。
- ・ H25年11月から 訪問診療を開始しました。
- ・ H26年10月 訪問看護ステーションまほろば
- ・ H27年4月 居宅支援事務所まほろば  
を開設。



医療と介護の切れ目の無い連携に努めております。

 HIROSE CLINIC

14

## 在宅医療のはじめ方

- 自分のかかりつけの患者さんの往診に行く: 往診料の算定



- 定期的な訪問を行う: 「訪問診療の同意書」が必要、在宅患者訪問診療料を算定

往診を希望される患者様へ

当院は24時間365日 診療を行っています。

そこで、スムーズな在宅での診療、患者様の在宅療養中の不安解消のため、以下の緊急連絡先を必ずご用意ください。

① 電話番号 〇〇-〇〇〇〇〇〇  
 ② 住所 〇〇-〇〇-〇〇  
 ③ 医師 〇〇 氏名、あるいは、連携している訪問看護ステーションがご自宅へ向く在宅医療を提供します。(ただし、緊急の際は検査車を呼ぶように御案内することもあります。)

上記の内容に際してご了解をいただけるのであれば署名をお願いたします。

患者 〇〇 氏名、上記項目に同意し、 〇〇 医師

による在宅医療の開始を依頼します。

署名人 〇〇 〇〇

様式 19

在宅時医学総合管理料  
施設入居時等医学総合管理料 の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

(1) 診療所 (在宅療養支援診療所)  
 (2) 診療所 (在宅療養支援診療所以外の診療所)  
 (3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院  
 (4) 在宅療養支援病院

2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所(様式11)の届出状況を記載

(1) 今回届出 ( ) 年 月  
 (2) 既届出(届出年月): ( ) 年 月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名 ( )

4 直近1か月間における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数 ( ) 名  
 ② 往診又は訪問診療を実施した患者数 ( ) 名  
 ③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (②/①) ( ) %

- 訪問を始めるにあたって
- 友だちの先達から
- 必要書類一式をすべて いただき
- コピペで自院の用紙を作りました。



## ひろせクリニック 在宅訪問診療のご案内

ひろせクリニックでは訪問診療を行っております。訪問診療は通常の往診とは違い、通院が困難な方や、退院後のケアが必要な方のご自宅に医師が訪問し、計画的に定期的な医療サービスを提供するものです。

当院は機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準を取得し、積極的に在宅医療サービスを提供しております。

### 「一般の在宅療養支援診療所」

- ① 24時間、連絡がつく体制であること

### 「機能強化型在宅療養支援診療所」

- ① 24時間、連絡がつく体制であること
- ② 在宅診療に従事する常勤医師が3名以上
- ③ 過去1年間の緊急往診実績が5件以上
- ④ 過去1年間の看取り実績が2件以上

### 当院の訪問診療をお受けいただける方

- 通院が困難な方
- ご自宅での療養を希望される方
- がん・末期・難病をお持ちの方
- 寝たきりでなくても外出すると症状が悪化したり、頻回の通院が難しい方

### 当院の訪問診療では次のような医療をご提供できます

- 採血検査、尿検査 ● 各種薬剤の点滴、注射 ● 高カロリー輸液の管理
- 経管栄養(胃瘻、胃管)の管理、の胃瘻交換 ● 人工呼吸器の管理
- 酸素療法(在宅酸素法) ● 気管内吸引
- 気管切開後の気管カニューレ管理 ● 洗腸・摘便
- 尿カテーテル、胃瘻の管理・処置・導尿 ● 人工肛門の管理
- 褥瘡(床ずれ)の処置、創傷処置
- がん末期などの緩和ケア(疼痛管理)、在宅での看取り、ターミナルケア
- 脳卒中、脳腫瘍当の継続的加療 ● 認知症、パーキンソン病などの神経難病の加療
- 高血圧、糖尿病など慢性疾患に対する継続的加療 等

### 訪問診療をお受けいただくまでの流れ

訪問診療のご相談・お申込み

訪問診療計画の作成

医師による訪問診療開始

- \* 訪問日を決めて伺います
- \* 緊急の場合は往診いたします

### 訪問診療対応地域

- 川越市(全域) 近隣地区は要相談(鶴ヶ島市 坂戸市 川島町)

\* 対応地域の詳細につきましては、お電話にてお問い合わせください

最初は 高齢化により通院困難となってきた自院の通院中の患者さんを対象に

12時から15時までのお昼休みを利用して

1日 3件くらいから始めました。

次第に ケアマネージャーからの紹介なども増えて5件、7件となるにつけて

火曜木曜の午後はすべて訪問に当てるようにしました。

## ポイント

- ケアマネージャーを味方にする
- 包括支援センターも味方にする
- 主治医意見書の作成 など

# 在宅診療支援診療所：施設基準の届出を行い、「在宅療養計画書」作成、在宅時医学総合管理料を算定

**様式11**

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書

別添2 特設診療所の施設基準に係る届出書

別添1 在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。)

(1) 「第9の(1)の1」に規定する在宅療養支援診療所

(2) 「第9の(1)の2」に規定する在宅療養支援診療所

(3) 「第9の(1)の3」に規定する在宅療養支援診療所

2 当該診療所の在宅医療を担当する医師

常勤の医師名 (1)

(2)

3 当該在宅支援診療所を構成する医師診療機関

名称	開設者	許可種別	在宅医療を担当する医師の医師名
(1)		( ) 1級	
(2)		( ) 1級	
(3)		( ) 1級	
(4)		( ) 1級	
(5)		( ) 1級	
(6)		( ) 1級	
(7)		( ) 1級	
(8)		( ) 1級	

4 当該診療所における24時間体制を有する体制(次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)

(1) 担当者が限定している場合(次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)

(2) 24時間体制が可能な体制(次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)

(1) 当該診療所の医師名

(2) 連携医療機関の名称及び担当医師名

(3) 担当医師名

(2) 24時間体制が可能な体制(2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。)

# 機能強化型在宅療養支援診療所 月1回の連携会議

- Aチーム
- 埼玉病院 あんずクリニック
- 得丸医院
- 中嶋内科泌尿器医院
- 柴野医院
- ハヤカワクリニック
- ひろせクリニック
- 傍島外科



## 24時間対応は 連携と多職種チーム医療で乗り切る



## ポイント

- 訪問看護ステーションを味方にする。  
第一コールは受けてくれる！
- 訪問調剤を行ってくれる薬局を味方にする。  
麻薬を扱えるところ、点滴の調整を行えるところ
- 歯科、栄養士 など 連携相手は多種多様

# 訪問看護指示書

- ・訪問看護ステーションとは訪問看護指示書を出して繋がります。
- 書き方がわからない時はどう書くの？と聞いてしまえばいいのです。
- 訪問看護指示料：300点/月

(別紙様式16) 訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

該当する指示書を○で囲んで下さい。

訪問看護指示書(※該当する指示書を○で囲むこと)  
在宅患者訪問点滴注射指示書(※該当する指示書を○で囲むこと)

訪問看護指示書期間(年 月 日 ~ 年 月 日)  
在宅患者訪問点滴注射指示書期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

※有効期間は6か月以内です。  
例) 1か月の場合: ○年2月1日~○年2月28日  
例) 6か月の場合: ○年2月12日~○年8月11日  
在宅患者訪問点滴注射指示書の有効期間は1週間です。

患者氏名 \_\_\_\_\_  
患者住所 \_\_\_\_\_  
主たる病名名 (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_  
病状・治療現況 \_\_\_\_\_

訪問看護においては、主たる病名を別紙の別冊の記載は、その医療者に該当する病名の記載をお願いいたします。その医療者に該当する病名の記載をお願いいたします。パーキンソン病は「パーキンソン病」、がんの単位区分は、生活機能障害を、末期がんの場合は、必ず「〇〇がん末期」とご記入下さい。

検査・検査結果の状況 要文種(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)

器具事項及び指導事項  
I 療養生活指導上の留意事項  
II 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護  
1. 療養指導 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)

緊急時の連絡先不在時の対応法 緊急連絡先と電話番号の記載をお願いします。  
特記すべき留意事項 (注: 病の経過の病、副作用についての留意事項、薬剤アレルギーの留意事項、医療機器・機器の故障等の留意事項を、必ず記載して下さい。)

他の訪問看護ステーションへの指示 (無) 有: 指定訪問看護ステーション名 (無) 有: 指定訪問看護ステーション名 (無) 有: 訪問看護事業所名

上記のとおり、指示いたします。 医療機関名 \_\_\_\_\_ 年 月 日

発行日は指示書の記入日、もしくは指示期間開始以前の日付でお願いいたします。開始日より後の日付になりますと、選っての指示書の発行は出来ておりませんので、ご注意ください。

# 在宅医療における地域連携の難しさ

- 多職種多事業所間での情報共有
- 医療・介護間の言語の違い
- 治療やケアの目標が見えにくい



## ◆多職種協働ネットワーク構築を目指す診療所の対応策

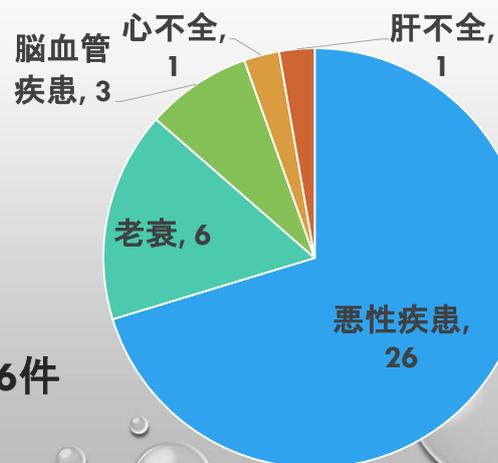
- 顔の見える関係づくり
  - ⇒ 勉強会や交流会等を通じて、医療側から介護にアプローチする取り組み
- 情報共有システムの活用
  - ⇒ 患者・家族の詳細情報をICTにより共有する
  - 例) スマートフォン、タブレット等の活用

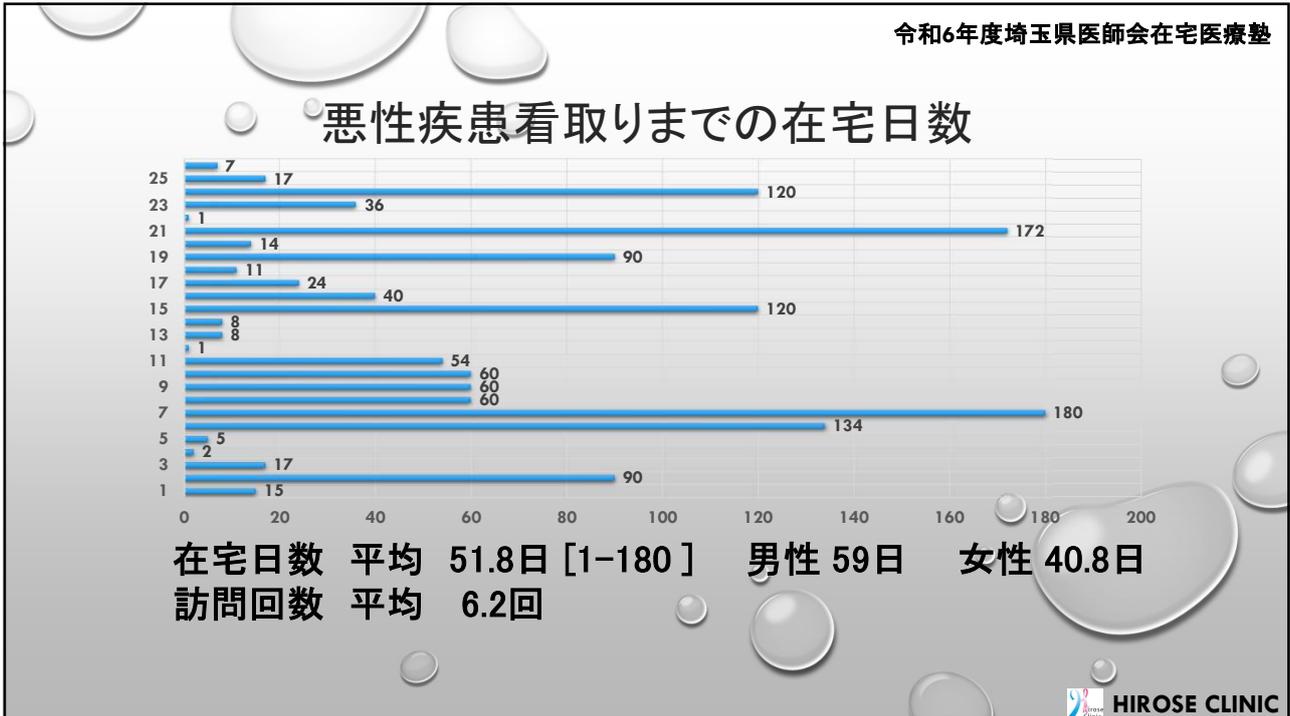
## ◆ケアマネジャーとの連携のポイント

- ケアマネジャーからの問い合わせや相談を受けやすい体制をつくる
  - ⇒ 曜日・時間を決めて、定期的にケアに関する打ち合わせ時間を設ける
- 患者の状態について具体的なチェックポイントを伝えておく
  - ⇒ 「食欲低下」「不眠」「いらだち・怒り」などの状態把握をしやすいようにする
- 医療に関わる勉強会を開催する
  - ⇒ 介護職を対象として医行為や感染症に関する知識や情報を提供し、共有する

## 2021年の診療実績

- 午後から地域へ
- 112件の在宅診療
- 在宅看取り 37件
- うち 悪性疾患での看取り 26件





29

**悪性疾患の在宅看取りをふまえた在宅緩和ケアではPSが落ちて入院するよりも前外来通院の時点からのより早い段階での紹介が必要である。がん治療施設との二人主治医制をとると切れ目のないシームレスな連携となる。**

治癒不能がん患者の生存日数

cf: PCU平均在院日数 45日

平均 59.8日

(在宅死患者302名)

治癒目的の治療を中止したがん患者は、  
 1) 一般的に、短期間で死亡する  
 2) 例外的に、長く生存する患者がいる

図3：治癒不能のがんと診断された患者の余命日数  
 [グループ・パリアン (川越厚代表) からのデータ]  
 平成17年10月20日 特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する研究班報告より

30

## <88歳 男性>

- 奥さんと二人暮らし 同敷地内に娘一家が住んでいる。
- 1983年 脳梗塞発症 ワレンベルグ症候群と診断以降「脳梗塞は4回繰り返したよ」
- 左不全麻痺
- 2010年左大腿骨頸部骨折受傷。ADL車椅子となり
- 2012年より訪問診療開始(前医)
- 2022年7月前医引退により 引き継ぎ訪問開始
- トイレ歩行はつたい歩きはできるが、食事でむせあり、刻み食を食べていた。
- 2022年11月～下腿血行不良あり 足趾の潰瘍形成あり、処置のため訪問看護導入

## <経過>

- 2024年春から転倒を繰り返すようになり、夜間奥さんが起こせないため、訪看の介入が増えた。担当者会議を自宅で行い、ACPIについて本人、家族、関係者で会議
- ある晩の転倒時看護師が「痛くありませんか」「心が痛いよ」
- 誤嚥の頻度も増え、2024年6月※日夕食中に誤嚥窒息をおこし、娘さんが駆けつけ除去しようとするも 呼吸停止
- ただちに訪問看護コール、同時にクリニックにも連絡入り、
- 救急隊に連絡するよう指示し自宅へ向かう
- 挿管の容易をして到着時心肺蘇生中、娘さんから心肺停止からすでに30分が経過しており「父は無理な蘇生、延命は望んでおりませんでした」と搬送不要の意思表示
- 「父は何より食べるのが大好きで、母の作った食事をしながら亡くなるのも本望」

# 担当者会議 = ACPの場所でもある

サービス担当者会議の要点

○サービス事業所の参加者からは名刺をもうっておく、頂いた名刺は、出来る限りテーブルの上に置くこと。い。

利用者名 藤野北香 様 作成担当者 坂本龍馬 作成年月日 H27年 6月 15日

開催日 H27年 6月 14日 開催場所 本人宅 開催時間 13:30 開催回数 1回

フルネームで記載。名刺がない場合は口頭確認を!!	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
本人(利用者)	藤野 北香様	Fステーション訪問介護(介護福祉士)	西澤 隆盛氏(欠席)		
家族(長女)	藤野 広美様	株式会社 介護用具 販売用具専門相談員	高杉 晋作氏		
Fステーション白木(相談員)	桂 小五郎氏	株式会社Fステーション(ケアマネジャー)	坂本 龍馬		

緊急連絡先の確認。(キーパーソンに連絡が行かない場合など)、緊急時の対応方法を問知する。(事業所によっては家族より先にCMに連絡する所が多いため)  
主治医意見書が会議前に届いている場合、留意事項などある場合は伝達、届いていない時は、届き次第伝達することも伝える。本人の前で言わない方がいい場合は、後で伝える。※主事意見書は持ち出し禁止  
本人、家族の意向も再度確認。  
**この3点は必ず後記に記載する。**

検討内容

項目、内容、結論は内容を簡潔に書くこと。  
※作文や日記調にしない

出席者全員の意見が網羅されている内容。

欠席者の意見は事前にCMが聞いておき、代弁すること。

結論

※西澤隆盛氏は、業務の忙、時間調整が行えず、欠席となる。後記記載

結論は分かりやすいか。  
(検討内容について、どのような支援していくのか、対応方法などの決定事項を具体的に記載する)

残された課題

例文・必要時に担当者会議を実施する。  
介護負担軽減の為にショートステイの利用が望ましいが、本人の拒否が強いので、様子観察することとする。後記...記載

(次回の開催時期) 介護保険更新時...等



# <末期心不全> 78歳男性

拡張型心筋症に伴う慢性心不全 完全AVブロックでペースメーカー挿入  
都内のS記念病院で治療

- 心不全悪化で入退院を繰り返してきた。
- X年5月体重70まで増え、心不全悪化で再入院
- X年6月退院。外来通院と並行し訪問診療開始 退院時48KGを基本とされた
- 内服薬 アミオダロン100MG、ピモベンダン5MG、スピロラクソン25MG  
カルベジロール2.5MG、フロセミド40MG、サムスカ15MG
- NT-PROBNP 942PG/ML**

## ＜経過＞

令和6年度埼玉県医師会在宅医療塾

- X年10月体重が再び54KGにアップ、スピロラクトン50MGに増やすも
- 10月27日S記念病院受診し、そのまま再入院
- 心機能の著しい低下を認め、**フロセミド80MG/日ドブトレックス750MG/日 持続静注**で安定し、本人が強く退院を希望したため、PICCを留置しダブルルーメンから持続注入ポンプ2台で点滴を継続したまま、12月24日 看護師付き添い、寝台車という形で自宅に退院となり、その日から訪問再開した。

毎日 体重を自己測定、2日おきに**訪問看護**をいれ、体重が50KGを超えないように心不全チーム主治医にコンサルトしつつ薬量を調整している。X+1年1月**1439PG/ML** と高値で倦怠感も強かったが**訪問リハビリ**も導入し3月には**815PG/ML**と若干改善。

HIROSE CLINIC

35

令和6年度埼玉県医師会在宅医療塾

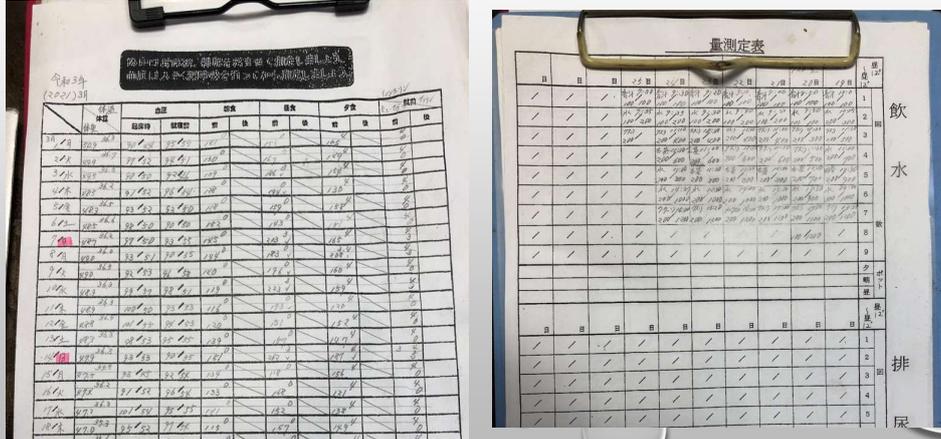
## ポイント

- 専門医との連携
- 二人主治医 並診体制で シームレスな連携
- 見捨てられた感の払拭

HIROSE CLINIC

36

訪問看護師にバイタル・飲水量・体重の変化を細かく管理してもらう



<末期心不全のACP>

- これまでは 心不全が増悪するたびに 東京の紹介元病院の心不全チームと連携し、入退院を繰り返してきた。
- 本人は、悪化しても入院すればどうにかなると、コロナ禍、遠方であるにもかかわらず、同院まで TAXIを使ってでも通院していた。
- 今後通院が困難になることも鑑み、循環器主治医とは循環器を地元へうつせないか相談してきたが、本人の信頼が厚く果たせなかった。
- 12月の退院に際し、主治医から「余命は2ヶ月」「訪問医と連携しているので見放すわけではない」「しかしここまで来てもやれることはもうない」ことをはっきり告げられた。
- 奥さん、娘さん 訪問看護師、訪問PT、ケアマネージャーも加わり、ACPをくりかえし行い、
- 「まずは今年の3月の80歳の誕生日を迎えることを目標としよう」とした。
- 症状の安定とともに 日々のこまかな目標達成を目指し、結果8ヶ月の在宅療養ののちに
- 妻の見守る中ご逝去された。

## 在宅医療に必要な「あれ」

・かかりつけ医として、在宅医療に積極的に関与する

・地域

**連携！連携！連携の  
これぞチーム医療**

・担当

・しっかりした書類

・診療報酬がわからなくなったら聞ける事務長さんとの連携