

令和7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」

「在宅医療開始にあたっての见解」

医療法人 慈勝会
木ノ内在宅クリニック
理事長・院長 木ノ内 勝士

木ノ内 在宅クリニック
KINOSHITA HOME CARE CLINIC

なぜ在宅医療をするのか？

- ・外来通院される自院の患者さんが通院できなくなってしまった
- ・外来通院される自院の患者さんの御家族よりの依頼
- ・自院通院の患者数減少を鑑みて、在宅診療の導入を検討
- ・在宅医療が、地域医療として必要視されてきている



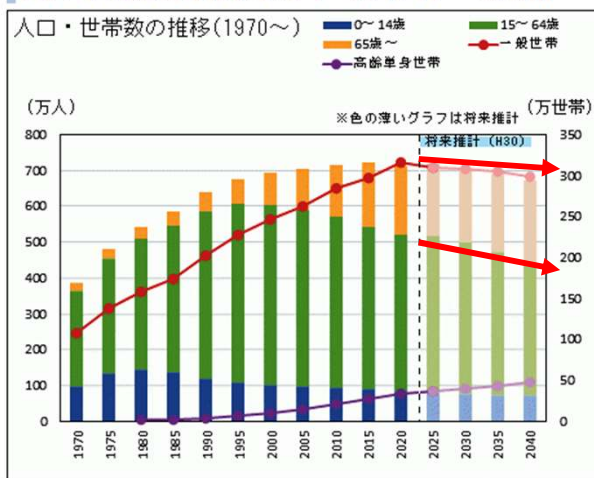
- ・どのようにはじめたらいいのか？必要なものは？夜の体制はどうしているのか？

木ノ内 在宅クリニック
KINOSHITA HOME CARE CLINIC

在宅医療に必要な統計

埼玉県における人口・世帯数の推移

人口・世帯数の推移(1970年～2040年) - 埼玉県



高齢者の割合は年々増加

2025年 28.2%



2030年 29.4%



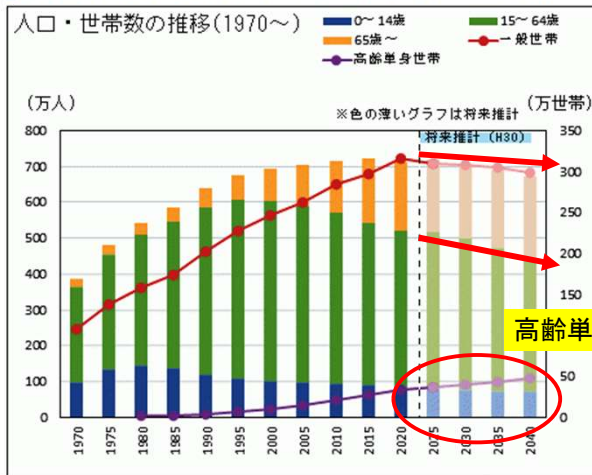
2035年 31.3%



2040年 34.2%

埼玉県における人口・世帯数の推移

人口・世帯数の推移(1970年～2040年) - 埼玉県



高齢者の割合は年々増加

2025年 28.2%



2030年 29.4%



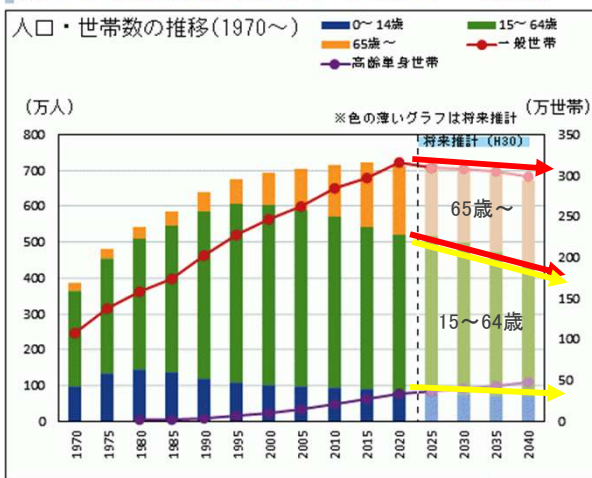
2035年 31.3%

2040年 34.2%

高齢単身世帯の割合も年々増加

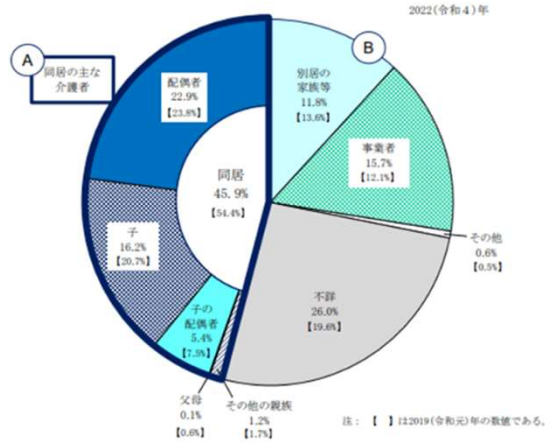
埼玉県における人口・世帯数の推移

人口・世帯数の推移(1970年～2040年) - 埼玉県



「主な介護者」の続柄別構成割合 → 誰が自宅で介護＝お世話をしているの

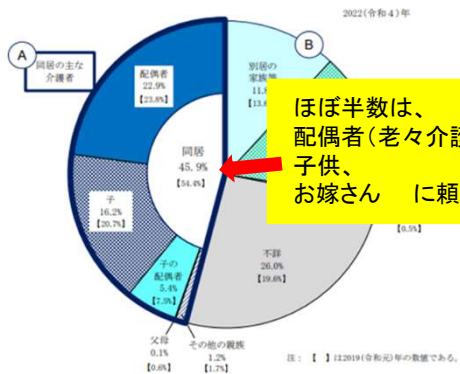
「要介護者等」からみた「主な介護者」の続柄別構成割合



木ノ内  在宅クリニック
KINOUCHI HOME CARE CLINIC

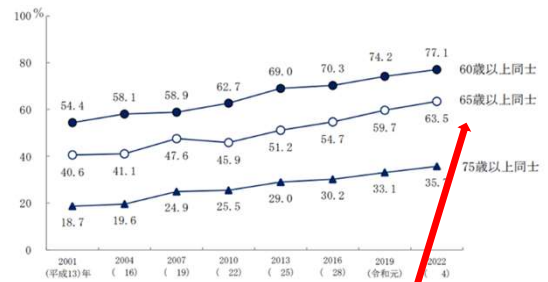
「主な介護者」の続柄別構成割合 及び 『要介護者等』と『同居の主な介護者』の年齢組み合わせ

「要介護者等」からみた「主な介護者」の続柄別構成割合



ほぼ半数は、
配偶者(老々介護)、
子供、
お嫁さん に頼っている！！

「要介護者等」と「同居の主な介護者」の年齢組み合わせ



63.5%を超える65歳以上の老々介護！！！！

木ノ内 在宅クリニック
KINOUCHI HOME CARE CLINIC

地域包括ケアシステムについて

在宅医療（主に高齢者医療）のありかたは……

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行
令和7年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込み

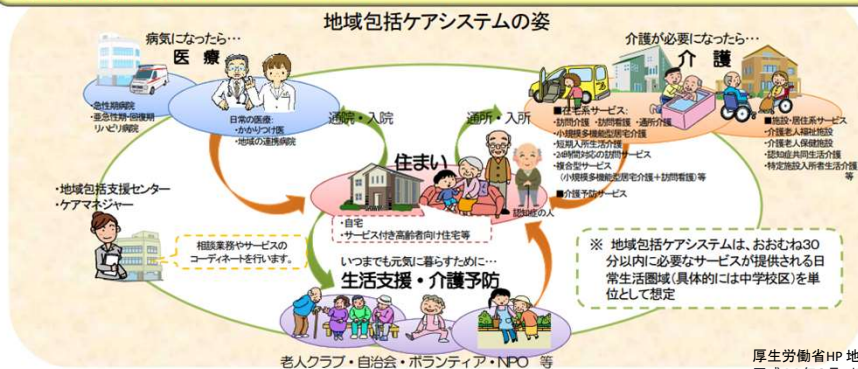


厚生労働省は、2025年（令和7年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と、
自立生活の支援の目的のもとで、
可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるこ
とができるよう、**地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシ
ステム）の構築を推進**しています。

在宅医療も、この地域の包括的な支援・サービス提供体制の一部

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。



厚生労働省HP 地域包括ケアシステム
平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

木ノ内  在宅クリニック

地域医療のありかたは……、これが外来診療と違うところ！！

青年壮年期の患者さんを対象とした「病院完結型」の医療



住み慣れた地域や自宅での生活を支える「地域完結型」の医療に重点を移していく必要がある

地域完結型の医療に移行するためには
在宅療養環境を導入できる土壌の整備

各種サービス導入による介護環境整備

医療保険のサービス(在宅医療、お薬代、などなど)
+
介護保険のサービス(地域の医療福祉サービス)

木ノ内 在宅クリニック

自己紹介

1993/3	私立武蔵高等学校 卒
2000/3	東京慈恵会医科大学医学部 卒
2000/5~2002/3	東京慈恵会医科大学附属病院研修医
2002/4~2003/3	埼玉県立小児医療センター心臓外科レジデント
2003/4~2007/1	東京慈恵会医科大学心臓外科学講座助教
2007/2~2008/8	埼玉県立循環器・呼吸器病センター医員
2008/9~2011/3	埼玉県立小児医療センター心臓外科医員、医長
2011/4~2013/7	東京慈恵会医科大学心臓外科学講座助教
2013/8~2015/7	Stanford university pediatric cardiac surgery research fellow
2015/8~2017/3	東京慈恵会医科大学心臓外科学講座助教
2017/4~2019/3	富士市立中央病院心臓血管外科副部長
2019/4~2020/8	某 在宅クリニック古河、館林 常勤医
2020/9~2022/6	某 在宅クリニック熊谷 院長
2022/7~	木ノ内在宅クリニック 開院 院長に就任

埼玉県県央地域、県北地域の
循環器医療、在宅医療に従事しています！

木ノ内 在宅クリニック
KINOSHITA HOME CARE CLINIC

クリニック紹介



木ノ内 在宅クリニック
KINOSHITA HOME CARE CLINIC

当クリニックが診療にあつたている患者さんの概要

2022/7 ~ 2025/5

総患者数 673人

内訳 個人宅患者数 305人

施設入居者患者数 368人

クリニック紹介

常勤医	1名		2名
非常勤医	0名		14名
常勤看護師	2名	⇒	10名
一般事務員	3名		9名
・レセプト担当 ・居宅療養管理指導書担当 ・患者請求担当 ・勤怠管理、経理担当 ・在宅診療走行担当			・レセプト担当 ・居宅療養管理指導書担当 ・患者請求担当 ・勤怠管理、経理担当 ・在宅診療走行担当 各1名

在宅医療を実践（木ノ内在宅クリニックの例）

当クリニック訪問診療の体制

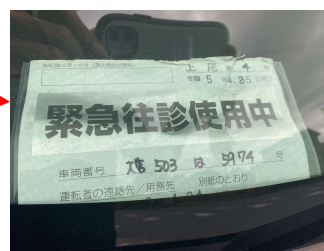
訪問診療メンバー

- ・医師1名
- ・看護師1名(ドライバー兼)

診療車

- ・ルーミー、トール などの小型車
- ・タント などの軽自動車
- ・プリウス などのハイブリッド車

* 駐車禁止除外指定の申請を忘れずに(@所轄警察署)！！

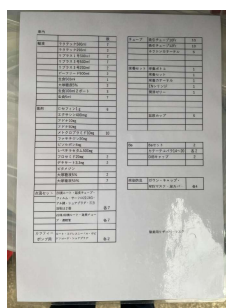


車の中に置いている物(可能な限りクリニック内に持ち帰る)



基本的には、診療で必需になりそうなもの

- ・死亡診断書
- ・感染防具
- ・点滴に必要な物品(点滴ルート、サーフロー 等)
- ・点滴(1週間分7本でセットに)
- ・尿道バルーンカテーテル類
- ・カテーテルチップなど etc



車内物品チェック表にて管理

当クリニック訪問診療の体制

訪問診療メンバー ・医師1名



→ノートパソコン(+携帯wifiルーター)

- ・可能であれば、1400g以内が持ち運び便利、バッテリーの持ちが長いもの
- ・クラウド型電子カルテ モバカル 在宅医療専用電子カルテ (モバイルネットワーク) movacal.net 使用

→聴診器



・看護師1名(ドライバー兼)

- ・走行予定、患者処方箋の入った版(別スライドで中身)
- ・診療バック(別スライドで中身)
- ・iPad(セルラータイプ or 医師の携帯wifiルーターに接続) + 在宅医療専用電子カルテ (モバイルネットワーク) movacal.net
→看護師もカルテを診れるように、必要なら写真をとれるように
- ・iPhone + 在宅医療専用電子カルテ (モバイルネットワーク) movacal.net
→本部(クリニック)含め、連絡の手段として
→google mapにて、患者宅へのナビとして使用

- [illegible]

- 7 月 訪問診療予定日**
- ____ 様
- 7 月にお住まいする日の診療予定は換算予定です。
- | | |
|--------------|-------------|
| 7 月 3 日 (木) | 11:20～12:20 |
| 7 月 17 日 (木) | 11:20～12:20 |
| 7 月 31 日 (木) | 14:00～15:00 |
- 上記の時間以外にご覧いただけます。
- ※急な変更や急病により当日訪問できず変更する場合がございます。
ご不便をおかけいたしますがご理解とご協力を、ご迷惑のないようお願いします。
- 木ノ内在モリクリニック**

埼玉県熊谷市下中野田町1-12 熊谷市役所 3 階

-

[illegible]

必要な医療機器

基本的に必ず持つてなければいけない医療機器はない

・一般的にあった方がいいもの ・心電図 (I padと連動)



・どこまで、在宅で診るかによって、あった方がいいもの

・携帯超音波検査器 (V scan)

→当クリニックの使用用途 ・胸水、腹水の確認、穿刺

・心機能評価

・尿閉の確認 (膀胱内尿量の確認)



・CADD Solis (PCAポンプ)

・個人在宅、施設にて癌患者さんの診察にあたる場合



訪問診療開始前のプロセス

1 訪問診療の依頼 (近隣の病院より)、情報収集

・当クリニックでは、事務が対応 (この新患の依頼の対応には経験、修練が必要)

・できたら、MSW、看護師がbetter? 依頼を受けてからの処理の流れを考えると事務がいい?

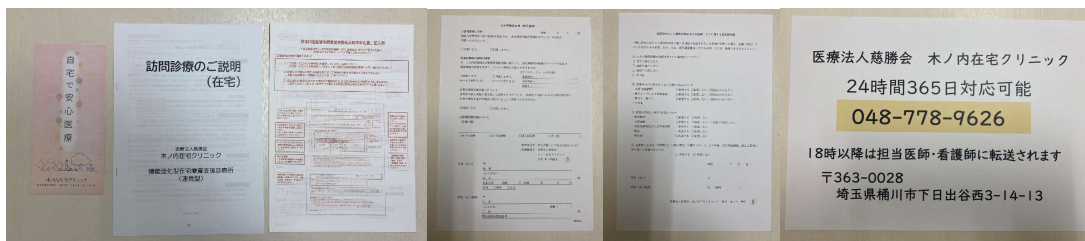
2 依頼情報をもとに、医師 (訪問診療担当) の、goの判断

3 関連職種との連携、連絡 (主に、担当CMさん)

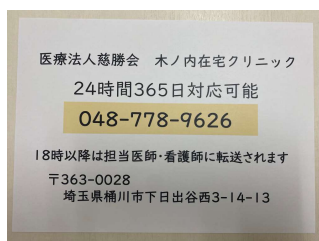
* この時点で訪問看護導入の依頼もされている場合が多い、その場合、連携の連絡

訪問診療開始前のプロセス

- 4 できれば、初診前に、訪問診療先のご自宅への訪問、契約
- ・当クリニックでは、必ず、看護師が対応
 - もちろん、患者さん本人がいらっしゃる場合は患者さん本人、主介護者、KPと面談、契約
持っていくもの ・パンフレット
 - ・訪問診療のご説明(料金体系について)
 - ・在宅医療計画書(兼同意書)
 - ・急変時や人生の最終段階における医療・ケアに関する意思確認書(ACP)
 - ・預金口座振替兼自動払込利用申込書
 - ・24時間365日対応の連絡先



24時間365日の対応(夜間帯の対応について)



2022/7～ 夜間帯(午後6時以降の対応)は、木ノ内業務用携帯に転送つまり、自分1人で対応

2023/2～ 金曜夜間帯～日曜日勤務帯までの対応
→慈恵医大葛飾医療センター外科に依頼
その夜間帯は、看護師on callを開始
それ以外は自分1人

2023/4～ 火曜日夜間帯～水曜日日勤務医師派遣
水曜日夜間帯～木曜日日勤務医師派遣
火曜日、水曜日夜間帯も、看護師on callを開始
それ以外は自分1人



現在 すべての夜間帯(午後6時以降の対応)、土曜日、日曜日日勤務で医師の派遣あり

在宅医療開始にあたっての私の見解

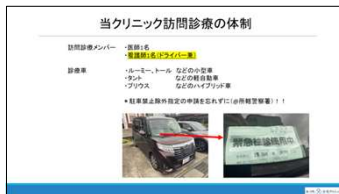
開始にあたっての私の見解

- ・各種届出 → 業者さんに任せる
- ・診療報酬が上がらないと、職員を雇えない、夜間帯の整備も出来ない
 - ① 一般診療所
 - ② 在宅療養支援診療所
 - ③ 機能強化型在宅療養支援診療所
 - ④ 在宅緩和ケア充実診療所（＋緩和ケア充実加算の算定）
- ・夜間帯の整備に関しては、まず、自分1人で
→ 連携（特に訪問看護ステーション）がしっかりしていれば、
患者さんとの信頼関係が構築されていれば、
夜間帯に呼ばれることは、お看取りのみが多い
これも翌日でも大丈夫な場合がある



開始にあたっての私の見解

クリニック紹介			
常勤医	1名		2名
非常勤医	0名		14名
常勤看護師	2名	⇒	10名
一般事務員	3名		9名



・常勤医は先生1人～

・できれば在宅診療に従事する看護師さん1人を採用
ただ在宅診療にあたる患者さんの人数が少ないうちは、院内の仕事兼務でも可

・在宅診療に必要な医事業務、医療事務が担当する役割は、

- ・レセプト担当
- ・居宅療養管理指導書担当
- ・患者請求担当
- ・勤怠管理、経理担当
- ・在宅診療走行担当

まずは、複数担当にして、在宅診療走行担当は、看護師が担当しても可

・診療に使用する車は、自分以外（医局派遣、パイトの先生方）が乗るのであれば、居心地の良さを考えて、小型車がいいのでは.....

開始にあたっての私の見解



訪問診療メンバー

・医師1名

→ノートパソコン(＋携帯wifiルーター)

- ・可能であれば、1400g以内が持ち運び便利、バッテリーの持ちが長いもの
- ・クラウド型電子カルテ モバカル 使用

→聴診器

・看護師1名(ドライバー兼)

- ・走行予定、患者処方箋の入った版(別スライドで中身)
- ・診療バック→開始後に何が必要か考えてもOK、ただ最低限のバイタル測定のものだけは

ipad(セルラータイプor医師の携帯wifiルーターに接続)

→看護師もカルテを診れるように、必要な写真をとれるように

・iPhone +

- 本部(クリニック)含め、連絡の手段として
- google mapにて、患者宅へのナビとして使用

・必要な物品に関しては、どこまでの在宅診療をするのかによる、基本なしでも大丈夫

訪問診療の体制にあたっての私の見解

訪問診療メンバー ・医師1名
・看護師1名(ドライバー兼)

診療車 ・ルーミー、トールなどの小型車
・などの軽自動車

看護師さんの同行ははずせない

- ・業務の効率化
- ・患者さん情報の共有
- ・連携先への連絡
- ・何よりも、看護の目から患者さん、ご家族を看れる
- ・介護環境整備を考える
- ・何よりも、患者さん、ご家族、連携先にsoftな印象を与える

訪問診療開始前のプロセスにあたっての私の意見

- 1 訪問診療の依頼(近隣の病院より)、情報収集
 - ・当クリニックでは、事務が対応(この新患の依頼の対応には経験、修練が必要)
 - ・できたら、MSW、看護師がbetter? 依頼を受けてからの処理の流れを考えると事務がいい?
- 2 依頼情報をもとに、医師(訪問診療担当)の、goの判断
- 3 関連職種との連携、連絡(主に、担当CMさん)
 - *この時点で訪問看護導入の依頼もされている場合が多い、その場合、連携の連絡
- 4 できれば、初診前に、訪問診療先のご自宅への訪問、契約
 - ・当クリニックでは、必ず、看護師が対応
 - もちろん、患者さん本人がいらっしゃる場合は患者さん本人、主介護者、KPと面談、契約

なぜ、当クリニックが、ここを看護師にさせるのか?

- ・事前情報をもとに、それぞれの患者さんの病態に応じて、医療、看護の立場から、訪問診療の説明を行うことができる。
- ・やはり、医者よりsoft、医者に言えない事も看護師には言える

在宅診療医として大切にしている事(私の見解)

患者さんを取り巻く環境は、人それぞれ・・・

- ・ 身体的側面(患者さんの病気、病状)
- ・ 精神的側面(本人のキャラクター、患者さんの死生観)
- ・ 家族の側面(家族の死生観、患者さんへの考え方・関係性、介護力)
- ・ 金銭的側面(どれだけのお金をかけられるのか)

どうしたら、介護保険制度、医療保険制度を使って、ご自宅で安心して過ごせるかを、医療の専門家として、介護保険制度を利用したサービスを考えることができる医師として、作り上げていく

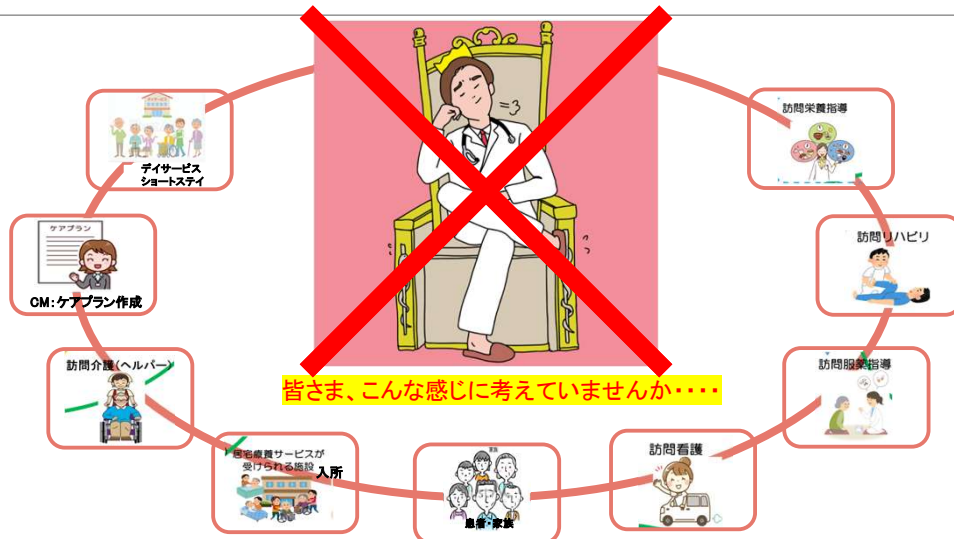
自宅に訪問して診療し、また地域のケアマネージャーや介護施設など他職種とも情報共有や連携をとり、包括的なケアで適切な在宅医療の環境作りを共に行います。



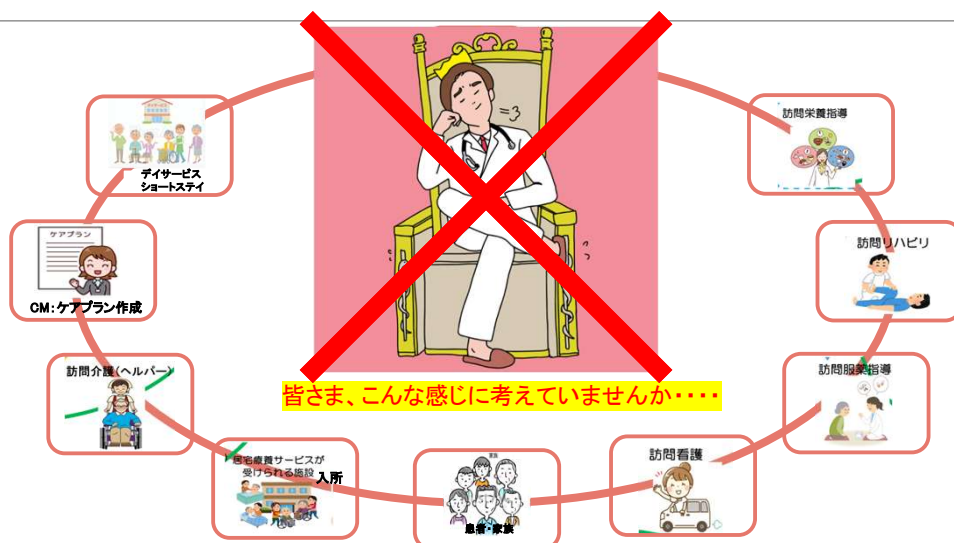
結果として、クリニック、先生方の負担軽減につながる！！！！！！

最後に、差し出がましいようですが.....

地域の包括的な支援・サービス提供体制＝地域連携の輪 を活用



地域の包括的な支援・サービス提供体制＝地域連携の輪 を活用



ご清聴ありがとうございました