

かかりつけ医が取り組める在宅医療

—実はハードルは低い 地域社会、多職種連携に視線を—

■パネリスト

岡田 孝弘氏 (オカダ外科医院院長・在宅医ネットよこはま代表)

野村 良彦氏 (野村内科クリニック院長)

雨宮 和則氏 (雨宮歯科医院院長)

嘉山 保美氏 (嘉山医院院長)

■座長

桑島 政臣氏 (神奈川県保険医協会地域医療対策部長)

団塊世代の高齢化、在院日数の短縮で「在宅医療」の重要性がより高まっていく。患者数の多さや、生活意識の高さ（QOL）から確実であり、とりわけ人口動態からみて首都圏で顕著となっていく。「一体改革」のいう「施設から在宅へ」の政策もとられていく。この在宅医療の需要の高まりを、一方でビジネスチャンス、「市場」ととらえて異業種参入も活発化しており、このような中、在宅医療の「原点」に帰り、地域社会の医療を守るため、より多くの医療機関の参加が求められている。これまでかかりつけ医として外来患者に関わってきた医療機関も、多くの医療・介護職種と連携すれば、在宅医療に取り組むことができる。今回のシンポジウムでは、24時間対応の在宅療養支援診療所から一般の診療所まで、各々の条件と機能に応じた在宅医療への取り組み方を示し、地域社会で患者に応える絵図面を明らかにしたい。

始めよう！在宅医療！

岡田 孝弘氏

(オカダ外科医院院長・在宅医ネットよこはま代表)



本来、在宅療養は病院で入院生活するより在宅療養を希望する患者と家族が行うものであった。しかし、最近では、在院日数の短縮、療養病棟の削減、入所施設満床のために仕方なく在宅療養を選択する人達が増えている。また、医療依存度の高い患者も病院から退院を即されるが地域の在宅医不足のために現場は混乱している。これから高齢化社会に突入する中で安心して在宅療養はできるのだろうか。

在宅医療は大きく3分野に分類して考えると良い。1つ目は老衰などで寝たきり患者など介護中心の患者達。2つ目は胃ろうなど何らかの家族が行う医療処置が必要な患者達。3つ目はがん末期の看取りを目的とする患者達で病状悪化を前提とするものに分けられる。それぞれ目標が違うので在宅医療のやり方も異なるため在宅医も対応する患者管理に必要な体制を準備が求められる。しかし、慣れない在宅医一人では対応できない場合もあるのでバックアップ体制が必要となる。地域で在宅医療を積極的に行う在宅医を中心にネットワークがあれば安心。がん末期の患者や医療機器管理をする場合には24時間対応で緊急往診や緊急入院体制が必要であるが、老衰で介護中心の在宅医療や安定した在宅酸素療法の患者であれば日中の管理が行きとどけばたとえビル診で夜間対応できない医師でも在宅管理が可能となる。これを整理すると、日中の在宅管理を行う医師達の行う在宅医療は一次在宅医療とし、胃ろうやがん末期患者に対応するには24時間体制を有する在宅療養支援診療所やそれに準ずる診療所の医師達は二次在宅医療、重篤な患者に対応するには機能強化型在宅療養支援診療所などが行う三次在宅医療と分けて、二次は一次を、三次は二次をカバーするような地域で在宅医同士が連携できれば理想的な在宅医療環境が作れる。地域の在宅医が増えれば対応できる在宅患者も増えても安心した療養生活を提供できるであろう。

これらの在宅医療は医師と看護師だけ行うものではなく生活の基盤を維持する安定した介護がなければ良い在宅療養は行えない。医療依存度が高い患者であれば関わる介護系も医療系もスタッフが増え、病状不安定なためにリアルタイムな情報共有が求められる。そこで我々はクラウドコンピューターシステムを利用して職種を超えた連携を開始した。いつでも、どこでも、新しい情報を入手できることで多職種間の連携は強力なものとなる。みんなで一緒に在宅療養を支えている実感も強くなる。介護ノートがPCで見れるようになったもので、いつでもPC上でカンファレンスができるようなものである。これによりさらに在宅療養に安心を提供できるものと思う。

今回は横浜における医師同士の連携と多職種連携にクラウドコンピューティングシステムを利用している状況を報告する。

●岡田 孝弘 (おかだ たかひろ) 氏プロフィール

在宅医ネットよこはま 代表

昭和 63 年	聖マリアンナ医科大学 卒業 第一外科入局
平成 6 年	同大学院卒業 医学博士取得
平成 11 年 3 月	大学退職 オカダ外科医院 副院長
平成 15 年 6 月	在宅医ネットよこはま 設立 代表となる
平成 20 年 3 月	全国在宅療養支援診療所連絡会世話人
平成 22 年 3 月	日本在宅医療学会 評議員

かかりつけ医の在宅医療（ケア）

野村 良彦氏
（野村内科クリニック院長）



当院は平成7年2月に「かかりつけ医」「地域医療」「在宅医療」をキーワードとして開院した。当時の在宅医療はまだ開業医の往診医療が中心であり、病気を見つけるのも、治すのも、治せなくなって看取るのも、病院入院医療が優先された時代であった。病院勤務医時代からこの事に疑問を持っていた私は、開業医としてかかりつけ外来をやりながら、ニーズに応じた在宅医療（訪問診療）を推し進める事としたのである。

在宅の現場は生活の場であるため、医療以外の他職種との連携が必須であるが、これは平成12年からの介護保険発足以来、解消されつつある。平成18年に、在宅療養支援診療所が創設され、さらに平成24年の強化型支援診療・支援病の追加があった今では、在宅医療参入のハードルがさらに高くなったようにも思われる。一方当院では、かかりつけ外来から在宅へ移行する高齢患者、保健師からの依頼で引き受ける神経難病患者、病院から出される癌終末期患者、小児科医・SWから相談を受ける小児・障害者医療等多岐にわたる在宅医療ニーズにこたえ、患者さんを支え続けて18年になった従来型在宅療養支援診療所である。

一馬力無床診の従来型支援診療で思いを強くすればする程、24時間対応の長期継続は困難になると思われがちである。しかし、在宅医療は対象疾患が全て慢性疾患であり、老衰に至るまで予見する事の容易な疾患群である。そこに増悪はあっても急性期救急医療はない。従って予見される変化に応じた対処法を周知しておけば、ほとんどの出来事・不安要因は電話対応だけで解決できるのである。団塊の世代が後期高齢者になる2025年から死亡者数が一段と増えると言われるが、この問題は既に始まっているように感じる。この方達の死亡率も100%である。施設ホスピスで、癌の看取りは実施されるようになったが、一般病床数の削減と在院日数短縮を見据えると、介護施設・在宅での看取りを増やさなければ、看取り難民も出か

ねない将来が予想される。そこで、有料ホーム・サ高住等での看取りは、在宅専門支援診療所あたり、かかりつけ外来を実践している開業医は、支援診療所であってもなくても、かかりつけ患者さんの家（グループホームを含む）での看取りを推進してゆくことが、問題解決に繋がるものと思われる。パネルディスカッションでは、従来型支援診療所として提言するが、支援診療所以外の開業医の方々にも、在宅医療に参加していただき、安心して死ねる街づくりにも繋がっていきたい。

●野村 良彦（のむら よしひこ）氏プロフィール

昭和49年 日本大学医学部卒業

同年 日本大学第1内科学教室入局

昭和56年～平成6年 横須賀市立市民病院呼吸器科科長

平成7年～ 横須賀市で開業

平成17年6月～平成25年6月 神奈川県保険医協会理事「地域医療対策部会」「保険診療対策部会」担当

趣味：サッカー・ランニング

歯科医師の在宅医療

— 摂食状態の改善と口腔感染症が全身に及ぼす影響 —

雨宮 和則氏
(雨宮歯科医院院長)



2015年には団塊の世代（3年間で約800万人）が高齢者に参入し始めます。また数年後には療養病床（旧老人病院）が廃止される予定です。そのため、特に高齢者の「在宅集中」が予測される大都市周辺では、在宅での医療・介護体制の充実だけでなく、「住居」整備なども深刻な課題として議論されています。この様な諸問題を解決する手段として厚労省は『地域包括ケア』というシステムの構築を提唱しました。

具体的には中学校区（約1万人）に1カ所位の規模で、地域の「開業医・訪問看護ST・介護事業所・地域包括支援センター、NPO」などを連携させ、これら地域に密着している事業所（施設）によって「総合病院に相当する」システムを構築し、また高齢者が安心して生活できる住居を全国的に整備するというものです。

今後私たち歯科関係者は地域の中で『多職種連携』に加わり、「口腔機能向上」対策や、「要介護者死亡原因の30%を占める誤嚥性肺炎の減少、歯周病に起因する全身疾患の減少」などを担っていく義務があると思われま

しかし、残念ながら我々歯科関係者は「地域包括システム」の中ではあまり重視されていないのが現状です。なぜか？それは「歯科治療・口腔ケア・食育」などを担うことができる訪問歯科医師が余りにも少ないからであり、また訪問歯科医療や口腔ケアが「肺炎・糖尿病・心内膜炎等の予防や症状改善を通じて、国民の健康維持や社会福祉予算の逡減に、どれほど寄与できるか」理解している国民・医療・介護関係者がまだ少数しか存在していないからです。要介護者のQOLを維持・向上するために必須とされる、『口腔ケア』をケアプランに記載しているケアマネも現状少数しか存在せず、そのため地域支援・介護保険事業に7年前に導入された「口腔ケア」関連事業は極めて低調な状態です。

「技術・学識の高い訪問歯科医」を養成し、「多職種連携ネットワーク」の一員（口腔担当）として国民・国家に寄与・貢献していくために、歯科にも「在宅療養支援診療所」が5年半程前に制度化されましたが、残念ながらその存在は医療・介護職の皆様にはあまり知られていないのが現状です。本日は『歯科の支援診』制度、『歯周病と全身疾患との関係』『地域での多職種連携』『在宅歯科医療・口腔ケアの実際』等についてご紹介させていただく予定であります。

●雨宮 和則（あめみや かずのり）氏プロフィール

- 昭和30年／長野県出身
- 昭和48年／青山学院高等部卒業
- 昭和56年／北海道大学歯学部卒業
- 昭和57年／同大学院中退、新宿恵愛歯科勤務
- 昭和63年／雨宮歯科医院開設
- 平成12年／（横浜市片倉三枚地域ケアプラザ）介護支援専門員就任

【就任委員・資格等】

- 在宅医ネットよこはま会員
- (社会福祉法人若竹大寿会) 介護支援専門員
- 横浜市介護認定審査会審査委員（平成11～25年）
- 日本抗加齢医学会認定専門医
- 厚労省認定臨床研修指導医
- 日本救急医学会（ICLS）認定歯科医
- 福祉住環境コーディネーター（Ⅱ）
- 神奈川県在宅医療人材育成事業地域リーダー
- 横浜市歯科医師会《総合企画特別委員》

かかりつけ医が取り組める在宅医療

嘉山 保美氏
(嘉山医院院長)



平成3年11月、父が開業している医院に入り、特に在宅医療を目的に入ったわけでもなく、1年間は在宅医療はせずに外来診療のみ施行していた。その後、父が倒れてから在宅医療も行うようになった。一時期は50件前後の往診をしていたが、亡くなったり、急性疾患で入院されたり、老人ホームに入居されたり、他院へ転院されるなどで徐々に減少してきている。その間、在宅支援診療所が創設されたが、現在まで申請はしていない。

在宅医療は、平成4年の改正により規定された。以前は、医師が患者宅を訪問する医療は〈往診〉と表現され、それが改正により〈訪問診療〉と規定された。これは患者の病状に応じて計画的に患者宅を訪問して実施される行為とされている。この為在宅医療は〈訪問診療〉が基本であるが、病状により当然〈往診〉も必要となる。

在宅医療は外来診療の延長線上にある医療と言われている。従来患者の治療を受け持ち、外来診療でも、在宅医療でも患者の身近に存在し、治療と生活を支える医師が〈かかりつけ医〉と考える。治療(cure)を中心とした医療のみでなく、生活に目を向けた介護(care)を考慮した幅広い医療をする医師を〈かかりつけ医〉として必要とされる時代になっている。

平成18年の医療保険の診療報酬の改正において在宅支援診療所が創設され、更に平成24年に強化型在宅支援診療所、支援病院が追加された。診療報酬は緊急往診加算、夜間、深夜加算をはじめ、在宅時医学総合管理料、在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算等で両者を申請していない医療機関の約2倍点数が高く設定されている。では支援診、強化型支援診において在宅患者に対しどこが違うのか。申請していない医療機関はどうか。重症な在宅患者を中心にfollowするためのものなのか。どの時点で重症と判断するのか。それは各々の医師の判断と考えるのかわからないが、支援診へのハードルを高くしている原因の一

つかも知れない。

平成18年以降当院での看取りは平均5~6人/年である。看取りに関しては、在宅患者、家族とよく話し合い、自宅で経過を追うのか、病院を望むのか確認する。安定時期、急変時にも何回も確認しておく事が必要と思われる。それでもひっくり返されることを何度か経験している。現在年間死亡数は120万人を超え、平成37年以後には160万人まで増加すると予想されている。団塊世代の高齢化、在院日数の短縮化を考えると、看取りに関して、在宅医療すなわち〈かかりつけ医〉が必然的に重要な位置づけになると思う。かかりつけ患者の看取りに対して責任もてる在宅かかりつけ医でありたい。

●嘉山 保美(かやま やすみ)氏プロフィール

昭和 50年 3月	日本大学医学部卒業
50年 6月	日本大学医学部第一内科教室入局 助手
58年 6月	社会保険横浜中央病院呼吸器科部長
60年 4月	横須賀市立市民病院呼吸器科
60年 7月	横須賀市立市民病院呼吸器科主任医長
平成 3年 11月	嘉山医院