



在宅医療現場の声をお届けします

新横浜在宅クリニック通信

No. **5**
発効日：7月20日(金)
編集：石渡・白井

在宅療養1年越えの患者さんが増加

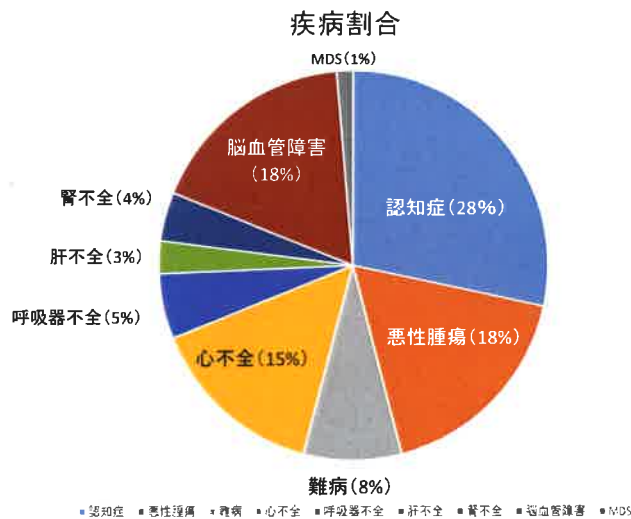
“新横（浜在宅クリニック）はガン末しか診ない”、“あそこ（当院）は看取り専門の在宅医だ”など、当院の風評があることをケアマネジャーから聞きました。いまの診療状態の数字をみると事実は異なります。



当院の
非がん患者の率は
75%

現在の実患者数は約100名（6月末）。うち心不全や糖尿病、認知症、COPDなど非がん疾患患者数の率は約75%、癌疾患・神経難病の患者数の率は約

25%です。1年以上在宅療養が継続して当院で診ている患者数は12人を数え、100歳の誕生日をお祝いした患者さんもおられます。月1回の定期訪問診療で、入退院のイベントも1年間で一度も起きていない患者さんもおられます。



NGチューブやPEG及びカテーテル管理など医療依存度の高い患者が当院に多いのは事実。在宅看取りが年間45例（'17年7月～'18年6月）を超えているのも事実。故に“癌患者しか診ない”と曲解されていたようにも思えます。昨年来、世界水準と言われる“地域緩和ケア”の普及にも努めてきました。このような地域での活動が影響したかもしれません。もう一度強調しておきます。癌患者のみを当院は診ておりません。非がん疾患の患者は、医学管理上月1回の定期訪問診療の方も数名、70名以上の患者が月2回の定期訪問診療で在宅療養生活は継続しています。病状が回

復し当院の在宅医療が休診となった例、紹介元の病院外来へ再受診し社会復帰された方、中には現役復帰を試みた方もおられます。病院は安心・安全に治療するところ、在宅医療は患者の生活を支える医療、当院の使命だと考えています。身体的に虚弱となり通院が困難となった方、ご紹介いただき患者・家族の同意を得れば、速やかに在宅医療を始めさせていただきます。

開始後数回の訪問診療を経て当院と患者・家族の間に信

非がん患者さんの 治療方針は

頼関係ができると、次の段階へはいきます。病状の安定を検査結果などで確認して療法の見直しを行います。もちろん紹介元の診療内容を継続することを優

先します、患者・家族もそのように希望されます。が、より良い治療薬が新発される、さらにQOLの向上が可能なら、患者・家族の意向を聞いた上で療法を検討します。訪問薬剤師や訪問看護師、ケアマネさんとも連絡協議し処方薬の変更や減薬の可能性を探ります。病状を十分に説明し、処方や投与計画を変えます。薬の内容を変更、減薬を計画管理することで、薬の相互作用を減らすことや病気が重症化することによる入院を防ぐことが医療上の目的です。また主病に対する服薬効果を最大限にしていきたいからです。糖尿病の患者で服薬コンプライアンスが極めて悪い、HOTを受けつつ喫煙する、このような患者には病状が進展するリスクを十分に説明し、患者の意思決定を支援することとなりますから、医療・介護者が一堂に介しての担当者会議の場で協議し、患者にも納得のいく場を作り、チームで患者・家族の意向を共有します。また入退院の支援も患者・家族の意向を尊重して行います。患者の生活様式に寄り添い支え、患者とその家族の意向を尊重する治療法を選択します。



多職種協働の為の連携ツール 「電子@連絡帳」稼働!

在宅医療では多職種が1人の患者に関わります。在宅医は月に2回か1回の定期訪問が基本で、訪問看護師やケアマネジャー、ヘルパー、薬剤師などは在宅医よりも頻回に訪問することがほとんどです。そのため医師よりも多くの情報を持っており、在宅療養（医療・介護）の質を上げるにはこのような情報を多職種間で共有することが非常に大事です。

現在の情報共有の手段は電話・FAX・メール・会議・口伝などだが、これらは欠点が存在します。在宅医療に関わる職種は外出が多いため電話は繋がらないことがほとんどであり、FAXは事務所に戻ってからの確認となり、タイムラグが生じます。メールは1対1で共有するにはいいかもしれませんが、多職種間でお互いに共有するとなるとアドレスの入力などかなりの手間になってしまいます。会議は日程の調整が困難。このようなことから多職種の連携・協働には情報の同時発信性という点から連携ツールが必要です。

当院ではサイボウズLiveというクラウド型連携ツールを開院以来使用してきました。しかしサイボウズLiveは2019年3月にサービス終了となるため昨年より多くのシステムを探していました。愛知県下で広く使われているクラウド型の電子@連絡帳（IJ社）があることを知り、6月より移行を開始しました。電子連絡帳はサイボウズと異なり、医療・介護に特化しているため多項目のサマリーや温度板機能等があります。実際の使用では掲示板を中心に使用し、診療記録を掲示板に共有して、訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師等とリアルタイムに情報共有しています。逆にこれらの多職種からも訪問時の情報を共



有してもらい、次回の訪問診療時までの病状の経過観察に使用しています。

添付ファイルとして写真や動画の共有も可能で、褥瘡の状態、歩行の様子、リハビリ後の変化なども共有できます。

セキュリティは非常に高く、厚生労働省・経済産業省・総務省が定めるガイドラインをクリアしており、端末に電子証明書をインストールしなければログイン画面を開くこともできない仕様になっています。

2018年の介護報酬の改定でケアマネと医療機関での情報共有に加算がつくようになりました。

入院時情報連携加算などは電子連絡帳で情報共有をすれば、入院のタイミングがリアルタイムに分かるため加算を取れるきっかけになります。

他にも癌末期の利用者に対して頻回に訪問し、情報を主治医や居宅サービス事業者と共有することによって加算されるターミナルケアマネジメント加算（400単位）があります。国の方針でもある、医療者・介護者ともに情報共有できるメリットのあるICT体制が当院では整備されつつあります。

6月30日、 地域緩和 ケアセミナー終了

北海道北斗病院より蘆野吉和医師、当院の城谷典保医師、栃木在宅ホスピス所長の渡辺邦彦医師、とちぎ訪問看護ステーションたかねざわ所長の片見明美看護師ら、「日本在宅医療学会の地域緩和ケア

普及プロジェクト」により行われた介護支援専門員・介護福祉士（以下CMと略）対象の「地域緩和ケアセミナー」が終了した。当日の参加CMは18名。各テーブルに3、4名のCMが着席し6つのラウンドでグループワークも組み込んで開催。座学とワークショップを50分、休憩を10分とした時間割りも、セミナー後に事務局より参加CMに意見を聞いたところ高評価であった。さらに評価は、一方的に長時間聞くだけでなくCM同士で意見交換を行う、このような意見交換の場も滅多に経験できない、また意見を組み上

げていただきさらなる発展的な議論になる機会もあった。がん末期は病状が急変するのでケアプランを臨機応変に迅速に組み立て直さなければならないこと、さらには利用者さまの没後も、グリーフケアに積極的に関わることを学んだ。翌日曜日、利用者さま宅へ伺いお線香をあげ早速グリーフケアに直面する場となりました、セミナー講師の言葉を思い起こして家族に対応し傾聴し、利用者さまへの想いを新たにすることができた、とのこと。



8月休診日程

	8/14 (火)	8/15 (水)	8/16 (木)	8/17 (金)	8/18 (土)	8/19 (日)	8/20 (月)
外来診療	○	×	×	×	×	×	○
訪問診療	○	×	×	×	×	×	○
新患受付	○	○	○	○	×	×	○

はじめました いいね!

新横浜在宅クリニック

神奈川県横浜市港北区新横浜 2-3-3
新横浜ウエストビル 4階

TEL : 045-548-5228 FAX : 045-548-5229
<http://www.shinyoko-clinic.jp/>