

にのクリニック 在宅勉強会

vol.7



- ① 1. 7月から新しく訪問診療に従事している富永医師の紹介
+ にのクリニック在宅メンバー紹介
- ② 2. 祐徳薬品製品説明
～在宅医療におけるテープ剤の活用(麻薬・認知症薬等)～
- ③ 3. 何でもお悩み相談タイム



Shintaro Tominaga

富永 晋太郎

日本内科学会認定医

日本消化器病学会専門医

日本消化器内視鏡学会専門医

認知症サポート医

緩和ケア研修会修了





～2015.03

三重大学

部活、飲み会、麻雀、時々
勉強の日々でしたがとても
充実していました。

部活は中、高、大学と
ラグビー部です!!

2015.04～2025.06

市立四日市病院

もともと小児科を希望していました
が、当時上級医だった二宮先生のお
誘いもあり、気づいたら内視鏡が大
好きな消化器内科医になっていまし
た。救急患者さんから癌患者さんま
でたくさんの治療を経験しました。

2025.07～

にのクリニック

総合病院以外での診療
は初めてですが外来・
内視鏡・訪問診療と新
鮮さを感じながら取り
組んでおります。



『患者さんに寄り添う医療』を目指して

頑張ります

総合病院時代は癌患者さんを中心に多くの患者さんを訪問診療に依頼させて頂いており、病院の外の医療は未知の世界ながら興味はありました。

実際、働いてみると治療以外にも自宅で過ごせるようにするための看護、介護との連携の重要性に気づかされ、『患者さんに寄り添う医療』という言葉の深さを改めて知りました。

まだまだ訪問診療界では新米ですが、院長、田村NSのご指導を受けながら日々成長していく富永にご期待ください!!

2025.08- 診療の新体制

訪問診療	月	火	水	木	金	土	日
9:00-12:00		富永	← 増枠 →	富永			
13:00-14:00		在宅 カンア	← 新しい 取り組み →	在宅 カンア			
13:00-16:00	二宮	富永		谷口	富永		

電話相談・往診・新患のご紹介のご連絡は24時間365日いつでもご連絡ください!
医師3名、在宅看護師1名、在宅薬剤師1名、在宅事務1名の計6名で連絡対応。
夜間、休日は必ず当院医師の院長か富永が電話対応。

2025.09- インテイクの新体制



本人、又はご家族に来院して頂き、
医師、看護師が身体状況、生活状況等を院内で確認



本人の自宅や施設に伺い、本人とご家族とお話しし
看護師が身体状況、生活状況等を実際の居住空間で確認
在宅カンファレンスで、医師・薬剤師・看護師・事務で情報共有し、
初回往診前に問題点や課題、それに対するアプローチを検討する。

新：患者サマリー

在宅サマリー	作成日 年 月 日	初回往診日 年 月 日()		
利用者氏名(フリガナ)		性別	年齢	歳
		生年月日		
住所		本人連絡先：() 緊急連絡先(氏名・続柄・電話番号・同居有無・診療対応可否)		
駐車場 有・無 郵送先 上記・別		①	②	③
現病歴(主病名)				
入院歴(直近1~2年以内)		家族構成(主介護者、家族状況等)		
年 月 日 病名： 病院名： 年 月 日 病名： 病院名：				
医療保険(割) 介護保険(割) その他()		要支援□1・□2 要介護□1・□2・□3・□4・□5 □申請中 □区分変更中 □非該当		
日常生活自立度 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2		認知症自立度 □I □II a □II b □III a □III b □IV □V □M		
連携病院：				
TEL: FAX: ()				
居住介護支援事業所： 担当ケアマネージャー： TEL: FAX: ()				
訪問看護事業所： 訪問看護師： TEL: FAX: ()				
かかりつけ薬局： 配達希望 □無 □有 () 担当薬剤師： TEL: FAX: ()				
サービス利用状況：□訪問看護 □訪問リハビリ □デイサービス □ヘルパー □訪問入浴 □ショートステイ □福祉用具() □その他()				
薬剤情報 薬剤管理者：□自分 □家族(誰：) □訪看 薬剤保管場所： 内服方法：□薬袋 □お薬カレンダーBOX □家族管理 コンプライアンス： □良好 □ 1日のうちに内服忘れあり(朝・昼・夕・睡前) □忘れ頻回 □薬剤間違いの恐れあり □内服不可 □無 避けたい剤型：□錠剤 □粉 □シール 内服ごたわり □無 □有				
副作用・アレルギー歴：□無 □有(原因物質：)(症状：) 嗜好品：□お酒 □タバコ □コーヒー □その他				
感染症：□未 □HBS □HCV □TPHA □その他				

医療処置の必要性：□無 □有 □留置カテーテル □栄養カテーテル(種類：Fr)(最終交換日：月 日) □酸素 □麻薬 □輸液 □吸引 □気管切開カニューレ □その他()	
食事 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 □常食 □軟食 □粥食 □どろみ □ミキサー □ペースト □経管栄養	
移動 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 □杖 □歩行器 □車いす □リクライニング □ベッド □独歩	
入浴 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 □シャワー浴 □一般浴 □リフト浴 □清拭 * (□訪問入浴・□デイサービス)	
排尿・排便 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 □トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ □その他()	
更衣 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 □口腔ケア □自立 □見守り □一部介助 □全介助 * 義歯：□有 □無	
表現力 □良 □不良	
理解力 □良 □不良	
睡眠 □良 □不眠 □眼瞼服用()	
金銭管理 □良 □不良 * 管理者：□本人 □家族() □その他()	
作業等 □良 □不良	
身体状況： □	
住環境： □	
本人の病気の受け止め方・前医の説明： □	
家族の病気の受け止め方・前医の説明： □	
訪問診療への移行理由： □	
ADL： □	

にのクリニック 〒454-0985名古屋市中川区春田5丁目38 TEL:052-387-7238 FAX:052-387-7239

患者サマリーを
一新しました。
患者さんをご紹介させて
頂くときは、こちらを共有
させて頂きます！



2026.1- 情報共有の新体制

このたび当院では、2025年11月より「在宅医療情報連携加算」の算定を開始する予定です。

この加算は、在宅医療に関わる多職種(医師・訪問看護・薬局・ケアマネジャー等)が、ICTツール等を活用して継続的に情報共有を行い、患者様の療養管理を一体的に支援する体制が整っている場合に算定できるものです。

当院では、円滑かつ安全な情報共有を目的として既に「Chatwork」というビジネス用チャットツールを利用し、訪問看護ステーション・薬局とのグループチャットを通じて、患者様の情報共有を行っております。

現在、ケアマネージャーさん、ヘルパーさんなどの職種の方はグループに入っていない状況ですが、上記加算の算定の開始に伴い、情報共有を強化し、更なる医療や介護ケアの質の向上を目指したいと思っております。

2026.1- 情報共有の新体制



変更前

にのクリニック ↔ 訪問看護ステーション

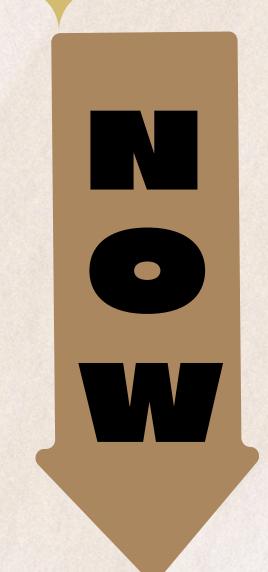
変更後

山田 花子 患者氏名

【メンバー】
にのクリニック・スタッフ
訪問看護事業所・スタッフ
居宅介護支援事業所・スタッフ
薬局
など

- 2025.11 居宅療養管理事業所へChatwork開始の依頼・設定調整
- 2025.12 隨時、患者氏名のグループへ切り替え
- 2026.2 患者氏名のグループへ切り替え完了を目指したい

Dream



当院の強み



オールマイティーにどんな疾患でも見るが、特に内科、消化器内科が得意。



がん末期、麻薬管理、腹水穿刺、胃瘻交換、経腸栄養管理。



夜間、休日の緊急対応は必ず当院の常勤医がファーストコール対応。



長期的な一貫した治療・ケアができる。(外来通院からの移行、軽快後は訪問診療から外来通院へ変更、認知症患者の主治医意見書の作成、外来でCT、レントゲン等検査可。)



スタッフの増員に伴い、担当者会議に積極的に参加。緊急対応にも柔軟に対応。



初回に自宅・施設に伺いインテイクし、自宅や家族の状況をしっかり確認することで、家族に寄り添い、患者さんに最適なトータルケアを目指している。



訪看・薬局のみでなく、ケアマネージャー、ヘルパーも多職種で情報共有(CHATWORK、患者宅のノート)、医療、介護双方の面から生活状況を確認して、医療の質向上を目指す。





急募

当院の在宅専任看護師を1名募集しております！

訪問診療にご興味のあるお友達の看護師さんはいらっしゃいませんか？

- 💡 平日9:00～18:00勤務。
- 💡 夜間・休日コール対応なし。
- 💡 医師、看護師、薬剤師又は事務の3名で訪問。(1人で訪問なし)

詳しくは当院HPをご覧下さい。



事前質問



今まで薬剤に対する困難事例を対応したことが無いため
今回の勉強会でどのような場面があるか知りたいと思います。

・認知症による経口内服の拒薬

・終末期

・フレイルにおける嚥下困難

・オピオイドロテーション

のために内服薬漸減や経口薬から剤型を切り替える際に、経験することが多いと思います。

オピオイドロテーションの際には、剤型変更を余儀なくされるケースもあると考えます。



褥瘡治療において、自費負担になってしまう医療材料

(ヨードホールムガーゼ)はなかなか金銭面的に導入が難しく、悩まされることあります。

医師としても、自費になると保険が効かず高額になる、保険が効いたとしても、それが長期間になると費用がかかるため、患者・家族に負担になることは重々承知しています。いい薬剤を使いたいという思いもありますが、薬価も無視することはできないのも在宅医療の現実だと思います。まずは、

- ・金銭的な患者背景の把握
- ・長期の治療が必要かどうかの予測から薬剤・医療材料の選択

(高い薬剤だが即効性があり短期間で完治できそうかどうかなど費用対効果を判断)を行っております。

一部の軟膏類には、既存の高額製品ではなく自作で配合して作れるものもあると思いますが、薬局や医師側で十分な経験と知識が必要になると思います。とくに褥瘡領域では、治療薬剤は材料の選択肢も多いので、WOC看護師や薬剤師の介入やアドバイスも大変貴重になりますので、ご相談させて頂きたいです。

また、お気づきの点があれば、積極的にご意見いただけすると大変助かります。



褥瘡治療において、自費負担になってしまう医療材料

(ヨードホールムガーゼ)はなかなか金銭面的に導入が難しく、悩まされることあります。

現在行っていることは、

- ・処方回数を減らす(こまめに日にち単位で頻回に処方をするのではなく、週、月単位の処方にすることで、薬局の窓口負担を減らす。)
- ・增量を予測する際は、增量に対応するために、往診回数を増やすことがないよう低用量の薬剤をあらかじめ多く処方し、残薬を有効活用できるよう考慮
- ・私が個人的に思うのは、、、定期の処方に対し、薬局の窓口負担がどれくらいなのかを知ることで、更に上記行っていることを意識して行い、患者・家族への負担の軽減をしていきたい。

(訪看・薬局に質問:これまで患者や家族から薬価の負担についてうちあけられたことはありますか?)



褥瘡治療において、自費負担になってしまう医療材料

(ヨードホールムガーゼ)はなかなか金銭面的に導入が難しく、悩まされることあります。

経済的な負担の程度は家族が申し出し�にくい内容であることをよく経験します。

経済的な負担についても触れられるよう、在宅医、訪問看護師、薬剤師、ケアマネージャーなどが聞き出せるような患者家族との関係性の構築が求められるように思います。もし、そのような情報を耳にした際には、全職種で共有することで、患者側に配慮した対応にもつながりますので、どうか連携をお願いいたします



市内の利用者はほぼ丸福お持ちなので金銭的な問題は無いです。

ただ市外の方は、ほぼ1割もしくは3割と自己負担額がかかるので

その際は医師と相談し必要最低限の負担になるよう調整が必要です。

自己負担のある患者ほど、配慮しないといけない場面はよく経験します。

大前提として、負担割合に関わらず、必要最低限の治療・処方にしております。

丸福、1割、3割負担について把握した上で、必要最低限の処方にすることも考慮していますが、状態悪化時に再度往診をすることで、費用がかかるため、頓服薬の使用薬剤を予測して予め処方しております。



市内の利用者はほぼ丸福お持ちなので金銭的な問題は無いです。

ただ市外の方は、ほぼ1割もしくは3割と自己負担額がかかるので

その際は医師と相談し必要最低限の負担になるよう調整が必要です。

自己負担のある患者ほど、配慮しないといけない場面はよく経験します。

大前提として、負担割合に関わらず、必要最低限の治療・処方にしております。

丸福、1割、3割負担について把握した上で、必要最低限の処方にすることも考慮していますが、状態悪化時に再度往診をすることで、費用がかかるため、頓服薬の使用薬剤を予測して予め処方しております。



苦痛の軽減が必要だが、坐薬や内服が困難な人への薬剤の選択について悩む時があります。



在宅医療は内服や坐剤使用が困難になるケースが多いので、貼付剤の活躍する場面はとても多いと思います。しかしここでまだ経口薬ほど貼付剤は多くありませんので、これから開発が待たれるところです。私が個人的に登場してほしい貼付剤の成分は、制吐剤、眠剤、です。認知症の貼付剤が出現しているのはとてもいいことだと思います。

注射製剤も選択肢に上がりますが、やはり頻回投与が必要なものが多いで、持続注射が必要になるのが悩ましいところです。



在宅医療において円滑な連携やサポートを行っていくにあたり、訪問看護ステーションに意識して欲しいことはありますか？

患者家族は経済的負担について、言い出しにくい場面も多いと思います。特に主治医には言い出せず、看護師、薬剤師、ケアマネージャーに伝えるという場面も多くあると思われます。そのため金銭的な悩みも相談にのれるような、患者家族との踏み込んだ関係性の構築が重要と考えます。その次に、連携ツールなどを用いて、そのような情報を全職種に共有できることが重要だと思います。当院でCHATWORKを用いておりますが、患者にかかる全職種であらゆる情報を共有することが重要だと思いしますので、気軽に情報を挙げていただけますと幸いです。入力にお手数をおかけしますがよろしくお願ひいたします。



在宅で麻薬の皮下注の判断基準について

この質問はどのタイミングで麻薬皮下注を導入することになるかということを考えますが、内服が困難になったとき、貼付剤での効果が認められなくなったときが導入のタイミングだと考えます。

私個人の経験では、オピオドローテーションで内服から貼付剤に切り替え、貼付剤でDOSE UPしても鎮痛が不良だったときに注射剤の導入を考えたほうがいいものと考えます。例えばフェントスが10MGまで增量しても鎮痛が得られない場合には、次のベースアップも15MGに増えたり、レスキュードーズもかなり增量になり、経済的な負担も発生してきます。おそらくは貼付剤で何らかの理由で経皮吸収障害が起きているものと考えます。このような場合には、麻薬の持続注射について検討すべきタイミングだと考えます。



パーキンソン病で定期的に内服が飲めず、最近ヴィアレブに
変更した症例がありました。

内服が定期的に服用出来ない利用者の方が多いです。

色々工夫はしてみますが…難しい課題です。

パーキンソン病の患者さんは病状の進行とともに嚥下困難になるケースはよく経験します。ヴィアレブはそういう患者さんに対してドパミン製剤を投与するものと思いますが、神経内科の先生も、PDの患者さんには胃瘻を造るお考えの先生も多いようです。それは胃瘻からでもドパミン製剤を投与さえできれば嚥下機能がもどるからだと聞いたことがあります。疾患によって、嚥下に対するアプローチが異なるので個々の患者ごとに、嚥下困難な際にはどうしていくか、方針を慎重に検討していく必要があります。



退院時等の情報共有が欲しい

退院カンファなどでは情報共有はできているものと思われますが、カンファがない場合にはCHATWORKなどでサマリや紹介状の情報共有はさせていただきます。





痛みのコントロールにプラセボと鎮痛剤を併用されている患者様
がおられます。プラセボの使用についてどうお考えでしょうか？

また、お使いならばどのように使用されているのでしょうか？

特定の薬剤への依存が強く、過剰に内服する場合にはプラセボを使用する
のは仕方ないと思います。本当に必要で麻薬レスキューを内服するのはと
もかく、例えばロキソニンを一日3回以上内服してしまうような場合には、腎
障害発症を防ぐ意味ではプラセボを使うのは必要だと考えます。

当院で最近あった事例では、認知症の患者さんに対して、介護者の妻が睡
眠薬を過剰内服させてしまう事例があり、整腸剤を偽薬として使用しま
した。

ラバラバ講習会後、懇親会開催！
職種を超えて、在宅医療を語りましょう！

脚の浮腫を改善！ 医療用弾性ストッキング
ラバラバ2

2025年 最後の集まり

第8回

にのクリニック
在宅勉強会

2025 12.12 (Fri)

in にのクリニック

19:30 ▶ 20:45

01. 医療用弾性ストッキング
ラバラバ製品紹介
02. 懇親会



にのサンタからささやかなパーティーへご招待！

