北海道在宅医療推進支援センター事業
令和３年度（2021 年度）　在宅医療推進に係る医師等向け研修
「第２回　スタートアップ」　プログラム

日時：令和 4 年 2 月 15 日（火）18：30～19：50
会場：Zoom ウェビナーによるオンライン開催

１　開　会（2 分）

２　ミニ講演（5 分）

「在宅医療の基本」
講師：医療法人北海道家庭医療学センター
理事長　草　場　鉄　周　氏

３　事例紹介　在宅医療の実施状況（20 分）

（１）訪問看護との緊密な連携・活用により「一人医師」体制で在宅医療を実践（10 分）
講師：医療法人社団滋恒会中島内科
院長　　中　島　恒　子 氏

（２）医療・介護の積極的な連携・役割分担による在宅医療の実践（10 分）
講師：名寄市風連国民健康保険診療所
所長　　松　田　好　人 氏

４　意見交換・質疑応答（50 分）

５　閉　会

在宅医療の基本

北海道家庭医療学センター　草場鉄周

在宅医療を行うことのメリットは？

1. 提供可能な医療の幅が広がり、地域住民のニーズにより応えられる
2. 臨床医としての知識・技能の幅が広がり、知的刺激も大きい
3. 患者の居住する場をより深く知ることで、地域を知ることができる
4. 増収によって経営状態を改善することができる
5. 新規開業やパンデミックによる受診患者数の変動があっても、経営的なリスクを最小限にすることができる

提供可能な医療の幅が広がり、地域住民のニーズにより応えられる

- 高齢化が益々進展するこれからの日本。一般診療所・病院の外来に通院が難しくなる患者は益々増加していく。その際に、自宅あるいは居住型施設への訪問診療を提供できる体制を整備することは、患者にとってはなじみの主治医の診療を継続して受けられるという意味で大きなメリットになる。

訪問診療の適応

- 保険診療での対象患者
  - 「疾病、傷病のために通院による療養が困難な者」であり、「少なくとも独歩で家族・介護者等の助けを借りずに通院ができる者などは算定できない」との通知（2020.3月）あり
- 対象となる患者の居住場所
  - **対象**：自宅、高齢者住宅・介護保険施設・介護事業所の入所者（有料老人ホーム、サ高住、認知症高齢者グループホームなど）
  - **対象外**：医師の配置が義務づけられている施設（医療機関の入院患者、介護老人保健施設の入所者）
  - **特例**：特別養護老人ホームは末期の悪性腫瘍などの条件付きで訪問診療可能
- 医療機関の所在地と患者の居住地の距離が16km以内
  - ただし、患者の居住地の周辺に対応できる医療機関がないなどの理由があれば算定が可能

どれくらいの臨床能力が求められるのか？

- 一般内科外来を提供し、ある程度幅広い病気に対する診療を提供している場合は、ほとんどの健康問題に対応ができる
- 訪問診療ならではの臨床判断
  - 訪問看護を活用すれば、血液検査は一般診療所と同じくらいの時間で結果が得られる。携帯エコーは大変有効。
  - ターミナルケアの患者が相対的に多く、受け入れる前には関連学会のセミナーなどで緩和医療に関する知識や技術のブラッシュアップが望ましい。
  - 神経難病患者や医療的ケア児については、ある程度訪問診療の経験を積んで、次のステップで各科の専門医とも協力しながら展開していく

多職種との連携を展開すれば、充実した医療を提供可能

訪問看護との連携

- 多くの場合は、数人の在宅患者からスタートするため、自院の看護師とペアで訪問診療を行うケースが多い。
- ただ、患者が徐々に増え、障害のレベルが重い方が増加すると、電話での相談対応や往診対応、更には血液検査を実施する必要などが増大し、外来メインの自院の看護師では対応しきれない状況が生まれる。
- 訪問看護師は訪問看護ステーションあるいは医療機関に所属しており、訪問看護を専門的に提供するため、こうした場合に電話・訪問などで速やかに対処
- ２４時間対応であれば、夜間・休日も対応するため大変重宝する
- 訪問看護指示書を毎月記載する必要があるが、それを上回るメリットあり！
- 訪問後の報告（TEL、E-mail等）と定期的なケアカンファレンスがあれば更に良い

ケアマネとの連携と在宅ケアカンファ

- ケアマネとの連携
  - 主治医意見書の作成
  - ケアマネから介護度と利用中の介護サービスについて主治医に連絡
  - サービス担当者会議（ケアプラン作成・変更時）
  - 患者の生活状況を把握するためには大変有用な情報であり、積極的に把握を
- 在宅ケアカンファレンス
  - 患者に関わる多職種が一同に会して、現状評価と課題解決に取り組むケース検討
  - ケア提供に難しさがあるケースの導入時、患者の病状や介護状況が大きく変化したとき、在宅ターミナルケアのケースなどで適宜実施

中島内科（北海道余市町）

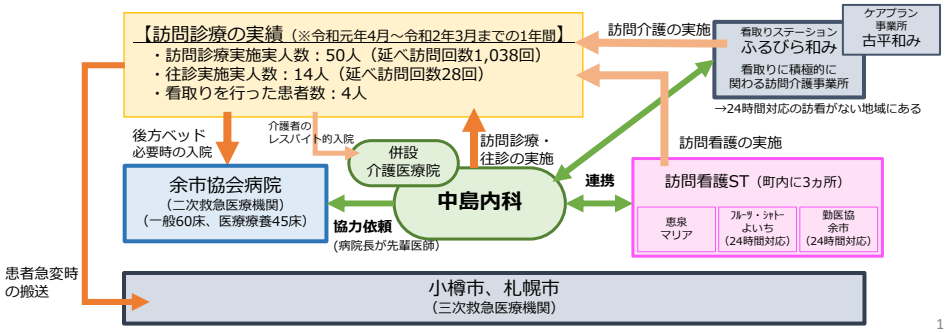
訪問看護との緊密な連携・活用により「一人医師」体制で在宅医療を実践

●医療法人滋恒会 中島内科（北海道余市町）
院長　中島　恒子 先生
・在宅療養支援診療所（従来型）
・無床診療所
・常勤医師1名（令和2年10月現在）

●余市町の概要
・人口：19,607人
・世帯数：8,769世帯
・高齢化率：36.4%
（H27国勢調査より）

【在宅医療を始めたきっかけ】
・15年ほど前、外来にかかっていた患者家族の「家で看取りたい」という希望に対応したことがきっかけ。数名から増えていった。
・同時期に、看取りに積極的に取り組む訪問看護ステーションが町内に設立され、訪問看護と連携しながら在宅医療・看取りを行う体制ができた。

中島内科における在宅医療の実施体制（令和４年1月現在）



中島内科における在宅医療の実践・継続のポイント

1 訪問看護・訪問介護の活用と連携

・在宅医療や看取りに熱心な訪問看護ステーションと訪問介護事業所があり、**積極的に連携**している。
・医師の役割は、訪問診療と往診。看護指示をしておけば、**看取りも最期の時に行くだけでよい。**
・看取り時は、医師の携帯に直接電話をもらって、時間外に一人で患者宅に伺って対応。
　→自院の看護師の同行はない
・患者に「他人を家に入れたくない」という心理的な抵抗がある場合、介護サービスと一緒に入ることで患者側のハードルが下がる。**介護との連携は重要。**

医師一人で在宅医療に取り組もうと思っても続かない！

2 後方ベッドの確保と急変に備えた準備

・後方ベッドとして「余市協会病院」に協力してもらっている。院長が先輩医師であり、**直接依頼する**。
・在宅で最期まで看取ることができるか迷っている家族がいる場合は、「余市協会病院」に一度受診してもらい、**病院にカルテをつくっておいてもらう**。

在宅で介護する家族の気持ちは「揺れる」。準備しておいた方がスムーズ！

3 介護支援専門員や地域福祉関係者との連携・情報交換の工夫

・**地域の「北後志ケア連絡会」に参加し、**情報交換している。
・介護支援専門員が当院で在宅医療に対応していることを知っているので、「在宅で」という希望があった場合に、当院につないでくれる。
・日中は外来があり電話対応が難しいので、各事業所からは**ファックスで連絡をもらい、手がすいたときに必要な指示を電話で入れる**。
・**退院して最初の訪問診療時に担当者会議・退院時カンファレンス**を行うことにしている。
・**「写メとケータイ」を活用**。「気管切開の部分がただれている」という場合に写真を送ってもらい、電話で指示。

中島内科における在宅医療の実施状況

1 1週間の診療スケジュール

<table>
<tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th><th>日</th></tr>
<tr><td>午　前
9：00～12：30</td><td>外来</td><td>外来</td><td>外来</td><td>外来</td><td>外来</td><td>外来</td><td rowspan="3">急変時・
看取り時
の往診</td></tr>
<tr><td>昼休み
12：30～14：00</td><td colspan="3">訪 問 診 療</td><td rowspan="2">急変時・
看取り時
の往診</td><td>訪問診療</td><td rowspan="2">急変時・
看取り時
の往診</td></tr>
<tr><td>午　後
14：00～17：30</td><td>外来</td><td>外来</td><td>外来</td><td>外来</td></tr>
<tr><td>夕方～夜間</td><td colspan="7">急変時・看取り時の往診</td></tr>
</table>

2 ある１日のタイムスケジュール

9：00～12：30	午前外来	・外来患者数は、１日平均100人 ・訪問看護などからの連絡をファックスで受け、診療の合間を見て指示。
12：30～14：00	訪問診療 1回6～7件程度	・昼休みの時間帯を利用して、訪問診療。 ・法人関係事業所の送迎バスの運転担当職員の運転により訪問。 ・訪問診療に必要なものをそろえたり、調整などはクリニックの看護師・スタッフが行う
14：00～17：30	午後外来	・午後休診の日（木曜日・土曜日）は、急変等があれば往診に行く。 ・16km超の訪問診療にも対応。古平方面に月１～２回。 ・北後志ケア連絡会などにも時間が合えば極力参加。
18：00頃	帰宅 在宅患者の急変時対応	・在宅患者に急変があれば、訪問看護かケアマネに連絡してもらって、そこから中島医師に連絡。中島医師個人の連絡先は、家族に教えていない。 ・急変時や看取りは、中島医師一人で対応。月１～２回程度。

3 対応している患者・処置

対応している患者：末期がん患者、神経難病、認知症、精神疾患など。高齢者が多い。

Q：15歳未満の患者には対応していますか。
A：これまで依頼されたことがないので、対応の実績はない。

Q：主に対応しているのは、どのような患者ですか。
A：患者は高齢者が多い。最近では肺炎等で入院したあとにADLが低下したり食べられなくなった方、末期がん患者など。コロナが流行してからは、面会制限などにより「家で看たい」というニーズが増えた。

Q：看取りの対応の頻度はどのくらいですか。
A：月１～２件の看取り対応がある。今月は筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者と老衰の患者を看取った。

Q：対応が難しいと考えているのは、どのような患者ですか。
A：依頼があれば対応しており、これまで断ったことはない。病院の地域連携室や介護支援専門員などから訪問診療の依頼があるが、対応できない患者は紹介されない。

対応している医学的管理・処置：在宅酸素、人工呼吸器管理、気管切開、胃瘻、
褥瘡等難治性皮膚疾患、導尿、疼痛管理、自己注射　など

・基本は本人の状況や家族の希望に応じて処置を実施する。訪問診療を希望する患者は、病院等である程度精密検査を済ませている方が多い。
・患者の苦痛をとる処置については、患者・家族のために積極的に実施。個人的には、麻薬の開始は早い方がターミナル期を穏やかに過ごせる。躊躇せずに使用している。

4 中島内科での在宅医療の具体例

慢性期疾患患者の場合

導入

患者・家族への説明
- 訪問診療の頻度
- 想定する診療の内容
- 療養・生活上の注意点
- 緊急時の連絡方法　など

訪問診療実施

訪問診療の頻度
- 月1回～
- 中島医師だけで訪問（+運転手）。
- 訪問看護週1~2回もしくは月2回がほとんど。

訪問診療の内容

【必ず実施】
- バイタル確認
- 聴打診
- 薬の処方

【患者の状況に応じて】
- 心電図検査
- 血液検査　など

連携機関
- 訪問看護

患者・家族の希望に応じて終末期の対応へ

終末期患者の場合

導入

患者・家族への説明
- 訪問診療の頻度
- 想定する診療内容
- 療養・生活上の注意点
- 緊急時の連絡方法　など
- 初回訪問時に、患者・家族、ケアマネ、訪問看護師とカンファレンスを行う

・落ち着いていれば月1回程度の訪問だが「調子が悪くなれば、何回でも訪問する」と家族に伝える。
・家族からの連絡は訪問看護かケアマネ。医師に直接連絡できるようにすると、際限がなくなる。

訪問診療実施

訪問診療の頻度
- 月1回～週数回
- 中島医師だけで訪問（+運転手）。
- 訪問看護の回数はケースバイケースで、毎日の場合もある。

・看取りが近づくと1日おきなどの頻度になる。
・患者や家族が落ち着いていて「最期の日だけ訪問してもらえばいい」と言われることもある。

訪問診療の内容

【必ず実施】
- バイタル確認
- 聴打診
- 薬の処方

【患者の状況に応じて】
- 心電図検査　など

・家族や同居する方に、困っていることはないか等聞き取りを実施。

連携機関
- 訪問看護
  →点滴管理　など
- 薬局
  →薬量の調整、患者宅への薬配達

・訪問看護には必ず入ってもらう。医師一人ではできない。
・近年、人口減少などの影響により、訪問看護ステーションが小樽市に集約される動きなどもあり、先行きが心配。

看取り
- 家族→訪問看護師→中島医師の流れで連絡がくる。
- 連絡を受け、基本は医師一人で対応

・看取りは月に１～２件。
・訪問看護との連携により、負担が軽減されている。

5 訪問診療・往診時の「カバンの中身」

～中島医師が訪問診療・往診時に携行する物品例～

バイタル関係
- □聴診器
- □体温計
- □血圧計
- □パルスオキシメーター

（必要時）
- □血糖測定器

衛生用品
- □ビニール袋
- □ディスポーザル手袋
- □サージカルマスク

（必要時）
- □酒精綿

処　置
- □医療用ハサミ
- □ピンセット

褥瘡処置・縫合
- □メス
- □縫合糸
- □セッシ

文房具・その他
- □ボールペン
- □携帯電話

在宅医療の推進に向けた課題解決のヒント

訪問診療・往診を行う患者数を、どのように増やしていきましたか。

●中島先生より●
- 今から15年ほど前に、外来で診療していた患者の家族から「家で看取りたい」と相談を受けたことがきっかけとなり、数名の訪問診療を昼休みの時間帯に行うことから始めた。
- 2年間くらいは数を増やさず数名のままだったが、看取りを行う訪問看護ステーションと連携するようになり、少しずつ人数をふやした。
- 在宅診療を行っていることが地域の中で認知されるようになり、依頼が増え、徐々に体制を整えながら対応する患者を増やしていった。

住民が「在宅医療」を選択するようになるために、必要なことは何ですか。

●中島先生より●
- 少しずつ「在宅医療」という選択肢が住民に浸透してきていると思うが、まだまだ「普通」ではない。
- コロナ下においては「入院してしまうと家族に会えなくなる」ことから、在宅での療養・看取りの希望が増えている。
- 長く入院できない仕組みだったり、高齢になって通院が難しくなるなど、今後、住民の在宅医療に対するニーズは高まるのではないか。
- 住民に対して「選択肢」として在宅医療を周知することが必要。
- かかりつけの患者から「在宅で療養したい」と言われた時、医師は「嫌」とは言えないものだ。

在宅医療に新たに取り組もうと考える医師・医療機関に伝えたいことは。

●中島先生より●
- 在宅医療を始めて15年ほどになるが、医師として、患者や家族から喜んでもらえるとうれしい。それがモチベーションとなり、気付いたら続いていた。
- 新たに在宅医療をスタートする場合、まずは患者の数を絞ってはじめてみてはどうか。
- 訪問看護・訪問介護との連携は絶対に必要。自分一人で在宅医療に取り組もうと思っても、続かない。
- 地域全体で在宅医療に取り組もうという空気が生まれると、在宅医療に取り組む医師・医療機関が増えるのではないか。

名寄市風連国民健康保険診療所（北海道名寄市）
医療・介護の積極的な連携・役割分担による在宅医療の実践

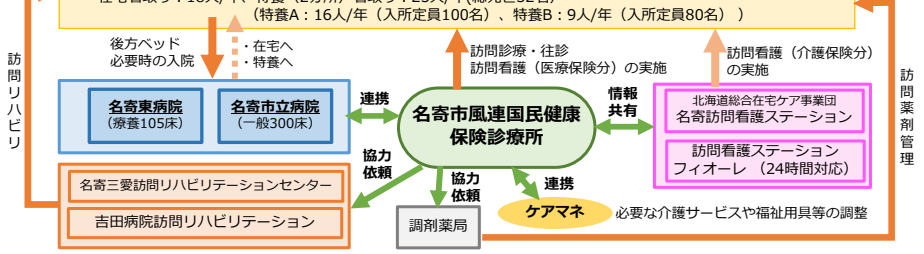
●名寄市風連国民健康保険診療所（北海道名寄市）
所長　松田 好人 先生
・在宅療養支援診療所（機能強化型・連携型）
・無床診療所
・常勤医師2名（令和4年1月現在）

●名寄市（旧風連町）の概要
・人口：27,282人
（旧風連町：3,494人）
・世帯数：12,810世帯
（旧風連町：1,486世帯）
・高齢化率：32.4%
（旧風連町：45.6%）
（R2国勢調査より）

【在宅医療を始めたきっかけ】
・診療所の前任医師が在宅医療に取り組んでおり、自然にその流れを引き継いだ。
・自力で通院が難しい患者に来てもらうよりも、訪問診療に出向く方が合理的と考えている。

名寄市風連国民健康保険診療所における在宅医療の実施体制（令和3年11月現在）

【訪問診療の実績（令和2年4月～令和3年3月までの1年間】
・定期訪問実人数：月平均17.5人（総訪問回数　月平均36.0回）
・往診実施実人数：月平均8.6人（総訪問回数　月平均20.3回）
・在宅看取り：18人/年、特養（2ヵ所）看取り：25人/年(総死亡32名)
（特養A：16人/年（入所定員100名）、特養B：9人/年（入所定員80名））



名寄市風連国民健康保険診療所における在宅医療の実践・継続のポイント

1 医療・介護の連携と役割分担による体制構築

・診療所は医師2人体制。「外来」と「訪問診療」を1～2週間で交代しながら担当している。
・訪問診療は午後1時ころから2～3時間かけて実施。施設（特養2ヶ所、グループホーム1ヶ所、ケアハウス1ヵ所）にも行く。
・夜間のコールは診療所の看護師が窓口を担う。看護師のみ応対できることは看護師が訪問し必要な処置を実施。
・介護サービスにおける安定した定期の訪問看護は市内訪問看護ステーション（介護保険分）、状態が不安定で頻回・不定期・医療的ケアが必要な場合は、診療所の訪問看護（医療保険分/介護保険分）で対応。看護師間で情報共有・役割分担。
・診療所の看護師がケアマネと密に連絡・連携している。医師の意見書や患者の状態を共有しながら、ケアマネが必要な介護サービスの調整や福祉用具を調達している。在宅患者への初回の訪問時にケアマネが同席することも多い。
・リハビリが必要な場合は近隣の吉田病院や三愛病院に出張対応を依頼。

2 患者や家族、入居施設スタッフ等との信頼関係の構築

・「医師と患者」という距離のある関係ではなく、住民同士の「近所づきあい」のような関係を保つよう心掛けている。お互いに何でも言える関係を築くことが大切。
・在宅医療の実践にあたっては、画像検査以外は無床診療所レベルで行う処置と同じことを行っている。「在宅だから」「施設だから」何もしてもらえなかったと家族に感じさせないようにしている（処置を希望されない方には何もしない）
・入所施設のスタッフは当初「看取り」に対する抵抗感が強い。「呼ばれたら必ず行く」「何かあった時に責任は医師がとる」ということを伝え、スタッフの不安や恐怖心を取り除く努力をしている。
・実際に看取りを体験すると、長年みてきた入所者の最期を穏やかに見送ることができ、ポジティブにとらえてもらえるようになった。

患者や家族等から学ぶことも多い。医療を提供する側が育ててもらっている！

3 ICTの活用

・名寄市が医療と介護の連携強化を目的に令和3年度から運用開始した医療介護連携ICTシステム「ポラリスネットワーク」を活用して、訪問前に他の医療機関での患者の治療歴や検査結果などを参照し、参考にしている。
・ICTシステムに関しては医師よりも看護師が活用。ヘルパーやケアマネなどからICTシステムにあがってくる日々の療養時の状態等を看護師が把握し、必要に応じて医師に共有している。
・以前は外部の訪問看護STとの間で、訪問看護記録を持参して手交していたが、ICT活用により情報共有がスムーズになり業務の効率化につながっている。

名寄市風連国民健康保険診療所における在宅医療の実施状況

1 1週間の診療スケジュール

2 ある１日のタイムスケジュール（訪問診療担当医）

8：45～13：00	午前～昼休み	・通常の外来業務　急変時・看取り時の往診に対応
13：00～16：00	訪問診療の実施	・診療所の看護師とともに訪問診療 ・特養など施設は決まった曜日に回診・訪問診療。 ・1日3～4件程度、在宅患者への訪問診療を実施。
16：00～夜間	夜間コール対応	・夜間コールの窓口は診療所の看護師。 ・看護師で対応できるものは、看護師のみが訪問して処置等を実施。 ・医師の対応が必要時は、看護師から連絡を受けて医師が往診。

名寄市風連国民健康保険診療所における在宅医療の実施状況

3 対応している患者・処置

対応している患者：

・訪問診療対象患者のほとんどが要介護認定を受けている。（歩ける人は来院が原則）
・令和4年1月時点では、小児の在宅患者はいない。要望があれば対応する。
・末期がん患者は、コロナ前には月1名程度を担当。コロナ禍においては、常時2～3名に対応している。
・名寄市内の特別養護老人ホーム2施設とグループホーム1施設で看取りに対応。

対応している医学的管理・処置：

・バイタルサイン測定
・補液（CVや抹消）（皮下補液までは必要な対象患者がいないので実施していない）
・抗生剤、そのほか必要な薬剤の投与
・CVポートの定期的な差し替え
・酸素投与
・サクション
・経腸栄養（家族が実施することが多い）
・切開や縫合等、平易な外科処置
・尿バルーンの留置や交換
・清拭、洗髪等の保清

（時には、話相手、時には家族ケンカの仲裁）

4 Tさんの訪問診療から看取りまで～名寄市風連国民健康保険診療所での在宅医療の具体例～

【Tさんプロフィール】
・98歳、女性。次女、三女と同居。長女も近所で生活している。
・平成９年から高血圧、脂質異常症、変形膝関節症で外来通院していた。加齢に伴い、徐々にADLの低下がみられた。
・令和2年3月、胸部レントゲンで右肺に1.3cmの結節影を認めるが、精査を希望されず、その後も徐々に増大傾向であった。
・令和3年頃からるい痩が進行して、歩行が不安定、通院が困難になりつつあったため、訪問診療を提案。

【訪問診療の導入から看取りまで】

	訪問診療の実施	診療内容など	手続き・実施した処置など
令和3年 12月15日	訪問診療開始 本人・家族に病状を説明	・嘔気があり、経口摂取困難と家族から連絡があり、訪問診療を開始。 ・嚥下困難な状態で、飲水でも誤嚥が見られた。 ・本人・家族に対し、るい痩が進んでおり、誤嚥も見られることから精査・入院の希望を確認したが、自宅で過ごしたいとのことだった。	
12月16～	訪問看護の開始	・訪問診療、訪問看護により、連日補液、清拭等を実施。	・訪問看護指示書の作成 ・補液、清拭
12月21日	訪問診療	・12月18日頃から発熱と痰の量が増加して、12月21日に抗生剤の点滴実施。（12/25まで）	・抗生剤の点滴
12月23日	家族に今後の希望確認	・本人・家族に今後の希望を確認。最期まで自宅で過ごさせたいとの希望があった。	
12月24～ 1月4日	訪問診療・訪問看護の継続	・1月4日頃までは少量であるが、飲水やゼリーなどを口にしていた。	
1月6日	看取り	・AM1時24分にご家族から呼吸停止の連絡がある。 ・AM2時01分死亡確認した。	・死亡診断書作成

5 訪問診療・往診時の「カバンの中身」

～松田ドクターが訪問診療・往診時に携行する物品例～

バイタル関係
□聴診器
□ペンライト
□体温計
□血圧計
□血糖測定器
□パルスオキシメーター
□メジャー

衛生用品
□酒精綿
□ビニール袋
□滅菌ガーゼ
□包帯
□手指消毒薬
□ディスポーザル手袋
□医療用廃棄物を入れる容器

（必要時）
□ガウン　□スリッパ

処　置
□サージカルテープ

（必要時）
□医療用ハサミ　□ピンセット

導尿関係
□導尿カテーテル
□尿スピッツ

採血関係
□翼状針
□ルアーアダプター
□シリンジ10ml
□採血ホルダー
□採血スピッツ（CBC）
□採血スピッツ（血糖）
□採血スピッツ（生化）
□アルコール消毒綿
□駆血帯
□針18G
□針22G
□テープ

点滴関係
□消毒綿
□翼状針
□留置針22G
□延長チューブ（ロック型）
□連結管
□シリンジ（10ml）
□三方活栓
□輸液セット（20滴）
□カテーテルチップ50ml
□シュアプラグ

褥瘡処置・縫合
□メス
□創傷被覆材
□セッシ

薬剤等
□生食20ml
□グリセリン浣腸液
□局所麻酔ゼリー

（必要時）
□輸液用電解質液（維持液）1号液500ml
□輸液用電解質液（維持液）3号液500ml
□輸液用電解質液（維持液）3号液200ml
□セフトリアキソンna
□ペニシリン系抗菌静注液
□生食100ml
□炭酸水素ナトリウム注射液
□アドレナリンシリンジ
□副腎皮質ホルモン注射薬
□痛み止め薬（アセリオ）
□各種内服薬材の入ったケース

経管栄養など
□サクションチューブ12Fr

文房具・その他
□ボールペン
□定規
□電池
□各種書類

（必要時）
□ポータブルエコー機

在宅医療の推進に向けた課題解決のヒント

在宅医療の提供にあたり、先生が大切にしていることは何ですか。

●松田先生より●
・在宅医療は、患者とその家族に「強い意志」があって希望される。その希望に対して「選択肢がない」という状況を、医療側がつくってはいけないと考えている。
・「どう生き」「どう死ぬか」は個人最も重要な尊厳の一つであり、個人の選択に任せるべき。在宅医療を実践する医師が地域にいることで、個人の選択の自由が守られる。

在宅医療に新たに取り組もうと考える医師・医療機関に伝えたいことは。

●松田先生より●
・在宅医療に必要なのは特別な技量ではなく、真夜中の吹雪でも飛び出していける「根性」。
・そうさせるのは、かかりつけ患者の最後の願いをかなえてあげたいと思う気持ち。
・医師から見れば無駄な行為でも「最後に見捨てられた」と思わせないように、希望があれば、できることはしてあげたほうが良いと思う。（点滴等）
・在宅医療は「患者が家から一歩も出ずに療養が継続できる」ということが前提。そのために、訪問対応できる調剤薬局や介護事業所、場合によっては在宅酸素の配送業者等との連携など、幅広い連携・協力・役割分担が必要。
・医師以外の医療職は、連携を歓迎する人が多く、協力者に困らないことが多い。
・「在宅医療はこうあるべき」などと理念から入るのではなく、「患者や家族が希望すること」をできる範囲で積み重ねていくことで、無駄のない、地域の医療体制に応じた在宅医療の体制ができあがると思う

【小規模自治体における在宅医療の実践について】
・道内の小規模自治体では、入院病床を持った診療所・病院が1ヵ所だけある、という地域が多い。
・そうした自治体では、昼間の空いた時間に訪問診療を実施できたとしても、複数の医師が確保できない限り、救急・入院患者の対応と、在宅患者両方の夜間の対応が難しい。
・複数医師の体制を整えるか、夜間休日だけでも自治体の枠を超えて連携するなど、診療所レベルであれば、一定の時間帯、医師が不在にしても大丈夫な体制を整えることが必要。