

# ER診療の実際

高齢化が進む日本でもニーズが高まる「在宅医療」。在宅医療を望む患者さんは慢性疾患患者だけとは限らず急変のリスクも高いため、救急医療との連携が欠かせません。また、その診療には院内コメディカルスタッフとの連携、さらに病院スタッフと地域スタッフとの連携も必要です。在宅医療の現状とその問題点について、岡田先生、三宅先生、教えてください！

### 第9回

## 在宅医療



### 今回のゲスト

#### 岡田晋吾 先生

北美原クリニック 理事長、函館五稜郭病院 客員診療部長。1986年防衛医科大学卒業。防衛医科大学校付属病院、公立昭和病院、函館五稜郭病院にて外科医として勤務。2004年から現職。

### はじめに

**三宅:** 今回のテーマは“在宅医療”です。本日、供覧する症例では在宅患者の急変時の対応について、地域で熱心に在宅医療に取り組まれている岡田晋吾先生をお招きして検討していきます。

わが国では高齢化が進み、それに伴い慢性疾患を抱えながら在宅療養を希望される患者さんが増えてきています。多くの患者さんは症状も落ち着いており、急性期医療とは無縁と考えられがちですが、もともと心疾患や脳血管障害などを抱えている人が多く、急変のリスクは常に高いと考えられます。その一方で、病院側、特に急性期病院のスタッフは在宅医療の現場や介護のシステムについての

知識が不足しているのが現状です。今後ますますニーズが増えるであろう在宅医療の現状と問題点について、岡田先生に解説していただければと思います。まずは、救急医療と在宅医療の連携について教えてください。

### 在宅医療の現状

**岡田:** 在宅医療は“患者さんのご自宅で診療を行う”ことをいいます。最近では在宅に準じる場所として介護施設や老人ホームなどで行われる医療についても在宅医療と呼ぶ場合もあります。私自身は在宅医療を始めてまだ5年ほどですが、在宅医療に対するニーズは増えてきていると感じています。その背景として

高齢化社会の進展が挙げられます。高齢者は慢性疾患を抱えており、特に脳血管疾患や心疾患をお持ちの方は、たとえ寝たきりでなくても定期的な通院は大きな負担になります。また最近の医療環境の変化も在宅医療のニーズを高めています。考えています。すなわち、急性期病院はDPC<sup>註1</sup>などが導入されており、急性期医療に特化することが求められています。その結果、急性期病院の在院日数はますます短縮してきているのにもかかわらず、今まで急性期病院の受け皿であった療養病床は減少する方向に進んでいます。結果として、在宅で継続して診ていく必要性のある患者さんが増えてきているのです。

**三宅:** 在宅医療の必要性はどんどん増してきているのですね。よくわからないの

註1: DPC  
DPCとは、Diagnosis Procedure Combinationの略で、かかった経費をすべて合計する従来の「出来高払い」方式と異なり、入院患者の病名や症状をもとに手術などの診療行為の有無に応じて、厚労省が定めた1日あたりの点数を足していく新しい「定額払い」方式で、最初の数日間の医療点数が特に高い。大学病院・特定機能病院だけでなく、急性期を扱う民間病院にも広まっている。これにより標準的な診療が選択されることが期待され、結果として入院期間の大幅な短縮が起ころい、ベッド稼働率の増加と医療スタッフの忙しさが増した。(三)

ですが、いわゆる「往診」とはどう違うのでしょうか？

**岡田：**よくクリニックの広告で往診応需と書かれているのを見ます。往診も在宅医療の一部には違いありませんが、多くの場合、在宅医療は「訪問診療」という言葉を使います。一般的に往診は、たとえば急に熱が出たり腹痛が出たりした患者さんのご自宅に出かけて行って対応することで、多くの場合は1週間程度で終了します。以前は往診が多く行われていましたが、適切な診断、治療を行うためにはクリニックや病院の外来に来てもらったほうがいいので、現在ではあまり往診は行われていません。それに対し

て訪問診療は慢性疾患やがんの患者さんに対して計画を立てて行います。少なくとも1ヵ月以上は継続して行います。(→ **Mini Lecture**)

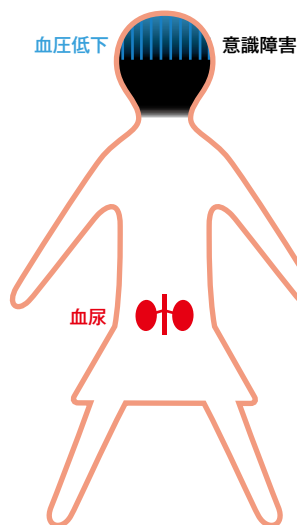
在宅患者さんは通常は病院の外来に来ることはありませんが、急変時には病院の先生方にお世話になることとなります。先ほども言いましたが、急変のリスクのある患者さんが多いので、救急車に向かってもらうことも多いわけです。逆に脳梗塞や心筋梗塞などで救急車を利用して運ばれた患者さんの状態が落ち着いた後に、在宅医療を希望される方も多くいます。その点では在宅医療と救急医療は表裏一体と言えるのかもしれない。

在宅医療を行っている私たちスタッフにとっても、急性期病院との連携がうまくとれていることが、ストレスなく在宅医療を行うためには重要です。

今回紹介する症例は、退院後短期間に緊急入院を繰り返した症例であり、急変時の急性期病院の受け入れがスムーズにいかなければ重篤な結果となっていたと思われるケースです。

**三宅：**救急医療と在宅医療は遠いようで、実はきわめて密接な関係なのですね。それでは症例をお願いします。

## Case



### 出血性ショックで救急搬送となった78歳の女性

〔年齢・性別〕 78歳・女性

〔主訴〕 血尿

〔既往歴〕 脳腫瘍（髄膜腫）、脳梗塞、肺水腫（H19）、直腸がん術後（H20）、全盲

〔家族歴〕 特記すべきことなし

〔生活歴〕 特記すべきことなし

〔現病歴〕 脳腫瘍、脳梗塞にて脳外科専門病院に入院中に貧血を指摘され、総合病院に転院。S状結腸がん穿孔の診断でハルトマン手術を受け、その後摂食嚥下障害のため胃瘻も造設された。病状が落ち着いたところで、本人の強い希望で退院となり、在宅医療へ移行した。退院後2週間経過したところで痙攣発作が起きて救急搬送。1週間の入院加療の後、再び在宅医療の継続となった。退院して2週間目より血尿が少し見られたが、抗菌薬投与で経過観察していた。4日後には完全な血尿となり、血圧低下、意識障害との連絡があり、救急車で総合病院へ搬送され、入院となった。

〔退院時処方〕

アスピリン 100 mg 夕食後

ワーファリン 1 mg 5T 夕食後

ラコール®（大塚） 400 ml × 3回（1200 kcal）