

在宅療養「在宅コーナー」

在宅療養支援病院としての当院のあゆみ

比叡・ブロックリーダー
 医療法人良善会 ひかり病院 理事長・院長
 柳 橋 健

現在滋賀県で在宅療養支援病院として活動しているのは10病院で、ひかり病院は最も遅れて2016年9月に近畿厚生局に届け出をしました。ちなみに在宅療養支援病院の施設基準としては、許可病床数が二百床未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものという基準以外は、在宅療養支援診療所の基準と同じです。

当院の親会社の系列に、大阪の豊中市を中心とした地域で在宅専門クリニックを、その当時はドクター一人で行っているところがあり、良質な在宅緩和ケアの提供により地域の信頼を徐々に勝ち得て、業績を伸ばしていました。(2018年度は常勤医2名で1年間の看取り件数114件)

ひかり病院においても今後の在宅医療の必要性、需要の大幅な増加に対応するため、訪問診療を大きく進めていこうという事が、2016年に私がひかり病院に着任した時のミッションの一つであり、在宅療養支援病院の届け出に向けて院内での検討を行いました。

最も問題となったのはやはり「24時間365日対応」体制をいかに作るかという事でした。これについてはすでに在宅療養支援病院として活動されておられるドクターや、先ほどの在宅専門クリニックのドクターに話をお伺いして、思ったほど24時間拘束されるわけではなく、お酒なども普通に飲んでいること(緊急往診や看取りで呼ばれる可能性の高い時は控える)、電話などであらかじめ細かく対応しておくことによって緊急往診の数は減らせること、ただ最後はやると腹を決めてやるしかないことを教えていただき、まずは自分が覚悟をもってやることと考えを決めました。実際に始めてみて現在までの経験でも、私の外科時代よりはずっと楽なように感じています。

かくして2016年9月から在宅療養支援病院としての活動を開始、外来の看護師さんに付き添っていただき、訪問診療を開始しました。

訪問診療の鞆

訪問診療を開始するにあたってまず訪問診療の鞆を購入しました。鞆はカタログから整理整頓のしやすさと収納の融通性から2つの鞆を買いました。持ち運びしやすく今でも気に入っています。鞆の中には聴診器や血圧計、緊急薬剤、注射器、点滴セット、ガーゼ、撮子など一般的な必要物品など入っていますが、特殊な診断機器としてポケットエコー、手のひらサイズの心電記録計(SpO2、体温も測定可)や下肢の血流評価にドップラー血流計も時々持って行っています。最近胃瘻内視鏡も購入し、在宅での胃瘻交換に使用しており、今後在宅での嚥下機能評価にも使っていく予定にしています。



今までの訪問診療で印象に残った人々

80歳代女性：特発性間質性肺炎、慢性呼吸不全でHOT施行、認知症にてかかりつけ医への通院困難となってきたため、当院訪問診療依頼あり。1年前

から訪問看護、介護は入っている。ご主人は私が以前手術した方でその後も大きな手術を受けられ、腰痛があり、二人暮らしの老々介護。訪問薬局、訪問入浴、福祉用具のサービスも適宜導入。最初浅い褥瘡があったが、その後悪化せず治癒。本人はもともと社交的な方で最初はよくお話をされたが、徐々に食事量減少、傾眠傾向となられた。約半年後に在宅でお看取り、ご主人の奥様への愛情が伝わってくる訪問診療でした。

60歳代男性：肺がん脳転移で放射線治療や摘出術、化学療法を受けられたが、再増悪あり、BSCの方針となり訪問診療開始、開始後約1月在宅で過ごされた。オピオイドやステロイド使用したが、ふらつき、歩行障害徐々に強くなった。夜間の介助者がおられず、トイレ後ベッドに戻れなくなったことがあり、翌日訪問診療時に緩和ケア病棟への入院を希望され、緩和ケア病棟のドクターに直接電話で連絡をさせていただき、翌日入院していただいた。時々緩和ケアの先生、病棟にはお世話になっております。

70歳代男性：独居で唯一の家族である妹さんとも疎遠、レビー小体型認知症、脳出血後遺症、糖尿病

あり。胸椎圧迫骨折、パーキンソン病で急性期病院入院後、老健に移られた。食事があまり入らず点滴されていたが、食事量も少し安定したとのことで訪問診療の相談あり。退院前カンファレンスに参加、亡くなられた時の対応を後見人さんにお話し、訪問診療開始した。退院後訪問看護さんがしっかり対応していただき、寿司など食べたいものを食べられたようだが、退院後3日目に初回訪問した時は少し血圧低下があり、翌日に永眠された。短期間だったが、自宅で過ごされたことはご本人にとって良かったのではと思っています。

50歳代後半女性：ALS。急性期病院の神経内科に通院されながらサービス付き高齢者住宅に入居されていたが、かかりつけ医の撤退もあり、医療介護体制の再構築のため急性期病院に入院されており、訪問診療の依頼があった。サ高住でのケアが徐々にむつかしくなっており、施設のスタッフの方の不安も強くなっていたが、ご本人がこの施設での生活継続を強く希望されており、退院され、訪問診療を開始した。施設では看取りはされておらず、意識が薄いとき又ははないときは救急車を呼ぶこととされていたが、緊急時の対応について、ご本人・ご家族、医療

緊急時の対処方法カード

患者氏名 _____ 年 月 日 生まれ
ID _____ (_____ 病院)

疾患名 _____

上記患者より救急搬送の要請があった場合は、必ず _____ 病院 への搬送をお願いします。
搬送先（救急外来）にも必ずこのカードを提示してください。

緊急時の処置に関して、患者及び家族は、主治医より疾患・病状の説明を受けたくうえで、下記の処置を希望されています。

- 1) 酸素投与 希望する 希望しない
- 2) アンビューバッグによる加圧・呼吸補助 希望する 希望しない
- 3) 気管内挿管 希望する 希望しない
- 4) 人工呼吸器装着 希望する 希望しない
- 5) その他の希望 (_____)

年 月 日

主治医（訪問診療医） ひかり病院 _____ 柳 橋 健 印
連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

_____ 病院 _____ 科 担当医

主治医より疾患・病状の説明を受けたくうえで、左記の緊急時の対処方法を希望しております。

年 月 日

署名（本人）

署名代理人 (_____ 続柄)

署名（家族） (_____ 続柄)

< 緊急時の対処方法カードの使用方法 >

1. 緊急時に速やかに、救急隊に本人の希望を伝えるカードになりますので、常時カードの所持を明確にしておいてください。
(保管場所 _____)
2. 救急隊到着時に必ずこのカードを提示し、希望を伝えてください。
3. 本人の意思で、いつでも希望の内容の変更ができます。変更の希望がある場合は、速やかにスタッフに申し出てください。
申し出を受けたものはすぐに（夜間でも）訪問診療医まで連絡をお願いします。

介護スタッフと相談し、緊急時の対処方法カードを作成した。実際には退院後約一か月後に腹痛、嘔吐があり、緊急往診。左側臥位しか取れず、上腹部に金属音聴取、イレウスの疑いあり。ご本人は最初入院を嫌がっておられたが、ご家族に来ていただき説得され、救急搬送となった。(救急隊にこのカードを渡した)。入院後SMA症候群と判明、いったん落ち着かれ神経内科に転科されたが、入院中に急変して亡くなられた。病理解剖では肺炎の所見なく、喀痰による気道閉塞を生じ吸痰するも十分換気をうるほどの予備力がなかったと考えられたとのことであった。

比叡在宅療養応援団について

ひかり病院は大津市の7ブロックでは比叡ブロックに属しており、訪問診療を始めて勉強会などに参加させていただくようになりましたが、2018年度からはサブリーダーとして参加させていただいています。ケアマネージャーさんを中心に熱心に活動しており、私はただ後についている状態ですが、芸達者な方が多く、昨年今年と市民シンポジウムで吉本調の劇をしました。昨年度は主人公の“大津三郎”さんが骨折後の在宅療養が舞台で多職種の紹介がテーマでしたが、今年度はその続編で“大津三郎”さんの在宅での看取りがテーマでした。看取りというテーマにもかかわらず、重々しくならず観ていただくことができ、好評でした。また劇を作っていくことにより参加者の間の(多職種での)連携が深まったように思います。

地域における診療所との連携

本年11月から二つの診療所と“機能強化型連携型在宅療養支援病院・支援診療所”として連携を開始しました。連携の柱としては

①24時間365日対応のゆるやかな連携体制を作ること
すなわち通常は主治医が往診を含めた24時間対応をおこなうが、出張、旅行、病気、その他の理由で対応ができない場合、手あげ方式で副医師を決定し対応する。

②びわ湖あさがおネットの積極的活用

びわ湖あさがおネットのメーリング機能や在宅患者のポータルサイトを使って情報共有や互いの連絡を行っていくというもので、月1回のカンファレン

スは各病院、医院で持ち回りし、メールで互いの症例リストを共有して行っています。

③訪問診療患者の後方支援ベッドをひかり病院に確保する

急性期病院にも少しお手伝いいただく形で、当院で後方支援をおこなう。

今後この連携をもとに、地域で多くの診療所との連携をすすめて、在宅医療の活性化に貢献できればと考えています。

在宅療養支援病院による在宅医療

週刊朝日MOOKで『さいごまで自宅で診てくれるいいお医者さん』という雑誌が2017年に発行され、2014診療所リストが掲載されていましたが、2019年に発行された2020年版には2685診療所&病院リストが掲載され、在宅療養支援診療所に加えて在宅療養支援病院も取り上げられていました。この雑誌にもかかわられている在宅医の長尾和弘先生の著書『痛い在宅医』のあとがきに以下の文章があります。「多死社会が進むなか、在宅医選びに際してまず三つの選択肢がある。一般的な開業医、在宅専門クリニック、そして中小病院だ。……24時間365日対応が、開業医には大きな負担になっているなか、在宅療養支援病院の看板を掲げる〈200床未満〉の中小病院には大きな可能性を感じている。これまで、病院は治す医療を掲げてきた。しかし今は、治し支える医療も掲げる地域密着型病院が増えている。多くが地域包括ケア病棟や介護医療院や、介護施設やデイサービスやショートステイなどを併設しており、多様な療養形態の中から選択する時代である。」

上記にもありますように在宅療養支援病院が訪問診療を行うことのメリットとして一般的に、医師のマンパワーが多い、後方ベッドの確保が容易、他の在宅部門(訪問看護、訪問介護、居宅介護事業所、デイケア等)を併設しているところが多く多職種連携を進めやすい、施設を併設しているところが多くいろいろな療養形態を状況に応じて選んでいける、などがあげられると思います。

私の実感としましても、診療所の先生方と比べて外来や検査での拘束時間が少なく、また状況によっては他の医師に仕事を分担してもらえるなど、訪問診療医としてより自由に働ける場であると感じています。

最後に

比叡在宅療養応援団での市民シンポジウムでは私も看取りについての短い講演をさせていただきましたが、その中で改めていろんな本などを参考にして入院医療と比較した在宅医療の特色（メリット）をスライドにしてみました。

- 在宅はホーム、病院はアウェー
(患者・家族にとって)
- 在宅では住環境、家族関係、経済面などの生活背景が目飛び込んでくる(医療者・介護者にとって)
- ご本人とご家族に寄り添い、生活を支える全人的医療・ケアを行う場所
- ご本人・ご家族・援助者同志の対話に基づいた治療・ケアの選択 (narrative based medicine)
- 療養の援助者は、家族・在宅医療関係者・介護事業者・ボランティアの援助者 (互助)
- 治療・ケアの目標・成果はご本人・ご家族の安心・満足

小堀鷗一郎氏（森鷗外の孫）の著書に『死を生きた人びと 訪問診療医と355人の患者』があります。その前文に「外科医としてすごした40年間を一言で表現するならば、「救命・治癒・延命」の日々だった。私が専門としていたのは食道がんである。・・・」。私も以前は食道外科が一応専門で、僭越ながらある意味共感を持って読ませていただき、以前の外科医時代を少し複雑な思いで回顧しつつ、今は全く違った在宅医療の場で勉強しつつ少し楽しませてもらっています。

この本の本文の最後は在宅での看取りのオートメーション化に警笛をならしつつ、「死を恐れず、死にあこがれずに」誰にもとどめることができない流れに流されていく患者と、その一人一人に心を寄せつつ最後の日々を共に過ごす医師、そのような患者と医師の関係があってもよいのではないか。それは私の見果てぬ夢でもある。」という文章で締めくくられています。この警告を忘れることなく、もうしばらくひかり病院との歩みを進めていければと思います。