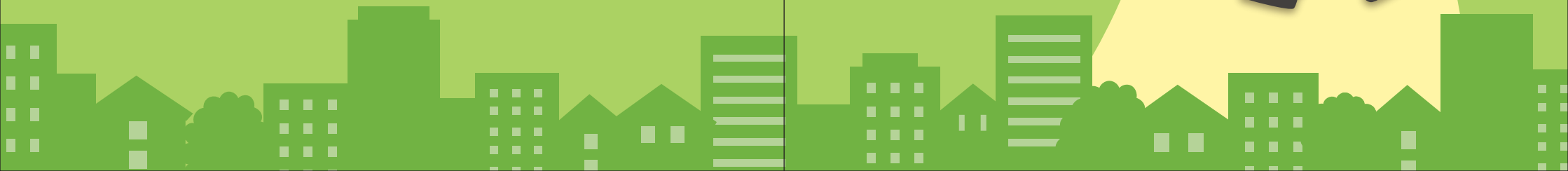


在宅医療

やってみませんか？

～病院医師のための訪問診療マニュアル～



診療所と病院とが協働して支え合う在宅医療を目指して

現在、医療を取り巻く環境は大きく変化しつつあります。その背景には、団塊の世代の後期高齢化と少子化の同時進行による人口構造の劇的な変化があります。さらに、この変化には地域性があります。例えば、団塊の世代はかつてのニュータウン（都市郊外）に配偶者とともに暮らしており、団塊の世代が後期高齢化を迎える2022年頃から老々介護や独居化による家族介護者不足の問題がより深刻になると考えられます。一方、過疎地域では人口減少によって各自治体や医療機関が現体制を維持できなくなり、病院や診療所の縮小、統廃合、そして撤退を余儀なくされるでしょう。また、人々の医療に対する価値観も「疾病の治癒を目指した医療」から「患者個人にとっての生活の質（Quality of life）を目的とした医療」へと変化しつつあります。このような状況において、病院完結型医療から包括的ケア（Integrated care）へと医療システムが大きく変化しようとしています。そして、わが国では「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることを支える、地域の包括的な支援・サービス提供体制としての地域包括ケアシステム（Community based integrated care system）」の実現を目指した取り組みが全国的に行われているところです。

地域性のある人口構造の変化に対応し、地域包括ケアシステムを実現させるためには、継続的にケアを提供できる地域医療、とりわけ生活の場において医療を提供することができる在宅医療の充実が求められます。私は自らの在宅医としての経験、そして在宅医の諸先輩方との関わりの中で、在宅医療の充実には「病院医療との連携」と「在宅医療のチーム化」が重要になると考えるようになりました。例えば、病院医師であっても、外来患者の通院が次第に困難になってくる、入院患者が日常生活機能を完全に回復できないまま自宅に退院する、といった状況では在宅医療との連携が求められます。また、持続的に在宅医療を提供し続けるためには医師、訪問看護師、その他の多職種を含めた在宅医療のチーム化が不可欠です。特に人口減少地域では、病院医師もまた在宅医療チームの一員となって地域レベルでの在宅医療提供体制を維持していく必要があるでしょう。本書は、在宅医療を専門としない病院勤務医が「在宅当番医」として在宅主治医のバックアップに加わり（副主治医制度）、24時間365日体制の在宅医療を支えていくことを想定して作成しました。本書によって、病院や診療所という枠にとらわれず、地域住民の生活を支える在宅医療システム構築の一助となれば望外の喜びです。

末筆ながら、本書の作成にあたって病院総合内科医ながら在宅医療への関わり的重要性を感じて中心的な役割を果たしてくださった長野広之先生、細部にわたるまで献身的に支援してくださった竜野真維先生、そして調査に協力してくださった天理地区医師会の先生方、訪問看護ステーションの方々に深謝します。

次橋 幸男

1章 在宅当番(On-Call)に入る心構え

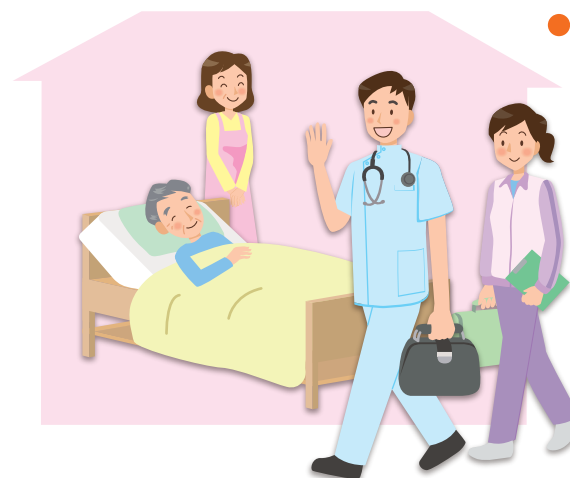
我々は奈良県天理市で在宅医療に関わる医師、看護師を対象として「在宅当番¹⁾」に入る際に求められる能力²⁾についてのインタビュー調査の結果、下記の6つの能力を抽出した。

1. 医療における訪問診療の位置付けの理解
2. 患者、家族への配慮とコミュニケーション
3. 主治医の診療を尊重する姿勢
4. 訪問看護師との効果的なコミュニケーション
5. 適切な情報収集能力
6. 訪問診療の一般的主訴への対応能力

本章では1から4の能力について、「在宅当番に入る心構え」として要点毎に解説する。5.適切な情報収集能力、6.訪問診療の一般的主訴への対応能力については2章以降で述べていく。

1. 医療における訪問診療の位置付けの理解

- 普段、訪問診療²⁾を専門にしていない医師が在宅当番(On-Call)に入る際は病院での診療との違いを意識しておく必要がある。普段の診療スタイルを在宅の場に持ち込んではいけない。
- 一番の特徴は患者の生活の場にこちらが向かうという点である。医療スタッフはあくまで訪問者であり、患者の家には本人や家族の生活がある。当たり前ではあるが、丁寧な挨拶や患者家族の把握、生活の場に入っていくことへの気遣いが求められる。訪問診療では医療が生活の邪魔をしないように心がけ、生活や仕事をしていく中で継続可能な医療をすることを意識しよう。患者だけでなく一緒に過ごしている家族のケアも大切な仕事の1つである。
- 検査や治療が病院内のようににはできないことも特徴である。詳細な採血検査、画像検査や複数回の点滴などは難しいことを知っておこう。



2. 患者、家族への配慮とコミュニケーション

- 上でも述べたように訪問診療では検査や治療が病院のようにできない。そのため問診・診察・患者とのコミュニケーションの重要性が一層増す。患者/家族の思いを傾聴し、医学用語を使わず患者の理解できる簡易な言葉で説明しよう。
- 診察は診断だけでなく患者とのコミュニケーションの面でも重要である。きちんと触れて診察することで患者の満足度は増しラポールが形成される。
- 訪問診療の中で看取りを行う場面ではコミュニケーションはより一層大切となる。近くに医療従事者のいない自宅環境で終末期を過ごすことは、患者/家族にとって不安でストレスの多いことである。見通しを共有し、不安を傾聴しながら患者、家族に寄り添っていこう。
- コミュニケーションの大切さは緊急対応が求められる往診³⁾であればより一層増す。主治医と連携を取っていることを説明し、普段の主治医との関係性を壊さない様に検査や治療の説明などに配慮しよう。



3. 主治医の診療を尊重する姿勢

- 往診はあくまで普段の主治医の診療の延長線上にあることを認識しよう。大きく方針を変えることはせず、主治医の方針を理解した上での対応を行う。
- 往診は多くを求められているのではない。今患者さんが困っていることに対処することを主治医は求めているのである。

4. 訪問看護師⁴⁾との効果的なコミュニケーション

- 最後に、訪問看護師との関係性について述べる。往診の依頼は訪問看護師から求められることもある。訪問看護師は患者からの訴えから重要性をトリアージした上で医師へ連絡をしており、依頼が来た場合は真摯に対応しよう。また患者/家族の情報や主治医の治療方針について得られる情報も多い。協力しながら往診に当たろう。

(長野 広之)

在宅診療を行うに際して伝えておきたいこと

医師(在宅療養支援診療所 所長)

在宅診療と病院診療の違い、在宅診療で重要なこと、副主治医としての関わり方について述べたいと思います。病院診療と在宅診療の違いには、場の違いが大きく関与しています。患者の生活空間で行う診療と、病院という治療を中心とした空間で行う診療の違いです。その違いを知って診療する必要がありますが、在宅診療を経験していくと、自ずと分かってきます。患者のお宅に伺うことは、医療者は訪問者であり、主役(主人)は患者や家族です。病院診療では、医療者が主人となり患者・家族は訪問者になります。この関係性を理解し、医療者側から上下の関係を対等の関係に近づける意識とコミュニケーション術を身につける必要があります。場によるこの関係性は、在宅診療において、患者や家族が主役となり易く、医療者もその方の生活を感じることができます。在宅診療は、生活を支える診療であり、病気を治す治療を優先しないことが大切です。患者・家族、医療者、介護者が同心円上で手をつなぎ合い、生活(生き方)を優先した上でどんな診療が望まれるか必要かを相互理解のもとに進めていくことだと思っています。

しかし、医療者の意見は、方向を決める大きな力を持っています。それ故に、関係者の思い考えを知り述べるのが大切です。副主治医は、あくまでも主治医の補佐であり、主治医の考えや方針を理解しておくことが大切です。医療知識、技術を即実行するのではなく、必要と考える場合は主治医に提言し、主治医の承諾を得た上で患者や家族に対して平易な言葉で説明し、主治医からの患者や家族への勧めのもとで診療を行っていく必要があります。

<用語解説：(出典)在宅医療辞典、中央法規、2009年>

- 1) 在宅当番：時間外の当番。患者や訪問看護師からの依頼を受けて、電話対応や緊急往診を行うこと
- 2) 訪問診療：医師が計画的に行い、患者に期日を予告した上で患家へ赴き行う診療
- 3) 往診：患者や訪問看護師からの依頼を受けて行う予定外の訪問診療
- 4) 訪問看護師：病院や診療所、訪問看護ステーションに所属し訪問看護を行う看護師

2章 在宅当番に入ったら

在宅当番に入ったら、事前に準備しておきたいこと

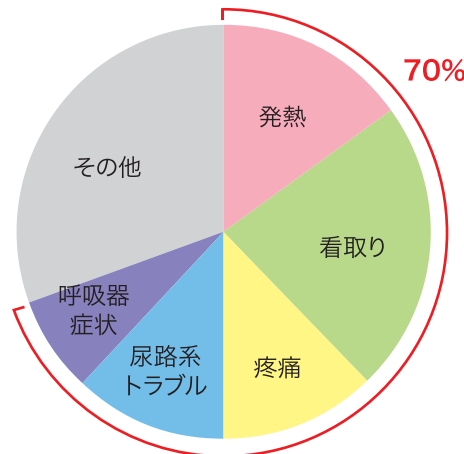
1. 診察依頼が予想される患者を把握しておく
2. 在宅診療で遭遇する機会が多いトラブルの対処をイメージしておく
3. 患者や在宅主治医との信頼関係を築く：事前訪問、退院前カンファレンス

1. 診察依頼が予想される患者を把握しておく

- 容態が不安定な患者、特に終末期の患者がいる場合は、診察を依頼されやすい。
- 診察の依頼が予想される患者について、予め下記のような情報を収集しておくといよい。
 - ▶ 病態(主病名、現在アクティブな問題、治療方針、予後)
 - ▶ 本人(本人の性格、終末期の過ごし方の希望、意思決定に至るまでのプロセス)
 - ▶ 環境(家族構成、主な介護者などの家族事情)
- 診療録や紹介状を参照する、主治医から直接話を聞く、などの方法で情報収集できる。

2. 在宅診療で遭遇する機会が多いトラブルの対処をイメージしておく

- 発熱、疼痛管理、チューブトラブル(胃管や尿道カテーテルなど)、終末期の看取り、などでの依頼がよくある。我々の調査の結果を図1に示す。
- 多くは一般的な診療技術や知識で概ね対応可能だが、在宅では、胃瘻、気管カニューレ、人工呼吸器、在宅酸素などの機器が使用されており、これらのトラブル対処を依頼される場合がある。不慣れな機器がある場合は、事前に確認しておくが良い。具体的な対応については4章を参照されたい。



■図1. 時間外に医師が対応したトラブル
我々は、奈良県天理市内の在宅医療機関4施設、訪問看護ステーション4施設を対象として、2017年1月9日～2月6日までの28日間、時間外(平日17時～8時30分、土、日、休日)の電話連絡内容を調査した。本図は、在宅医療機関(医師)への時間外の内容を頻度別に集計したものである

3. 患者や在宅診療チームとの信頼関係を築く

- 在宅当番に入るにあたって最も重要なことは、何よりも患者および在宅診療スタッフとの信頼関係である。信頼関係を築くための方法として、訪問する可能性の高い患者宅へ、在宅主治医とともに事前に訪問しておくことを勧める。事前に訪問しておくことは、患者、代診医、在宅主治医ともに大きなメリットがある。それぞれについて下記に記す。

▶ 患者に安心感を与えることができる。

初対面の医師となれば平時でも不安を伴うが、体調悪化のために診察を依頼するような場面では尚更である。単純に顔見知りになっておけるだけでなく、事前に主治医から紹介を受けることで、主治医との間に情報交換や信頼関係があることが印象付けられ、安心と信頼に繋がる。

▶ 代診医と患者の関係構築を円滑にする。在宅診療の見学ができる。

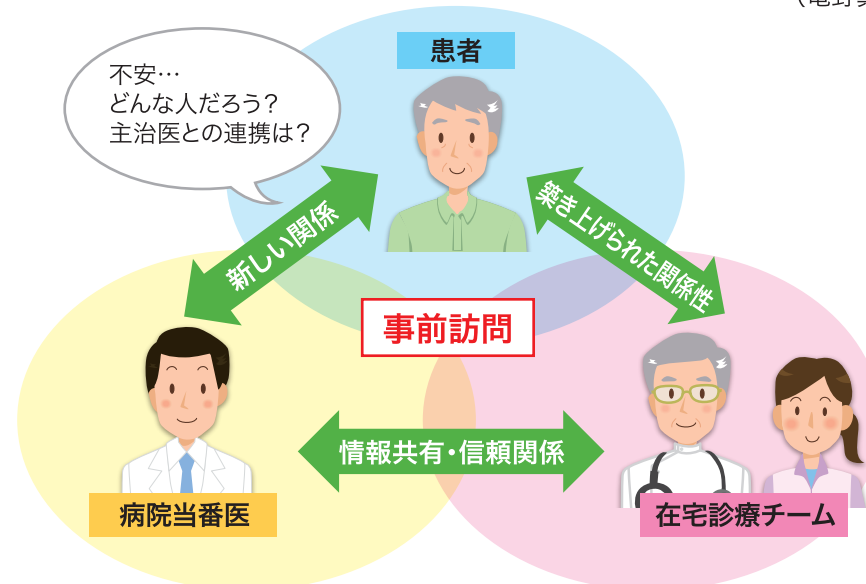
患者の状態や個性、在宅主治医の診察スタイルや患者との関係性を肌で感じることができれば、診療を自然なかたちで引き継ぐことができ、これまでに築かれた関係性や治療方針から逸脱してしまう危険を減らせるだろう。さらに診察を見学することは、在宅診療を実地で学べる貴重な機会である。

▶ 在宅主治医・診療チームが当番医を理解し、信頼するための機会となる。

在宅医へのインタビューでは、当番医に担当患者を任せるときの関心事項は、代診医の医療技術よりも、コミュニケーション能力が十分かどうかについてである、という声が多く聞かれた。代診医が信頼できる人物であり、主治医の考えを理解したという事を示すことができれば、主治医も安心して患者を任せることができるようだろう。

- 病院・在宅診療スタッフ相互に顔の見える関係を構築するためには、退院する患者を在宅診療に引き継ぐ際にカンファレンスを開催するなど、普段からコミュニケーションの機会を持つ努力を心がけることも重要だろう。

(竜野真維)

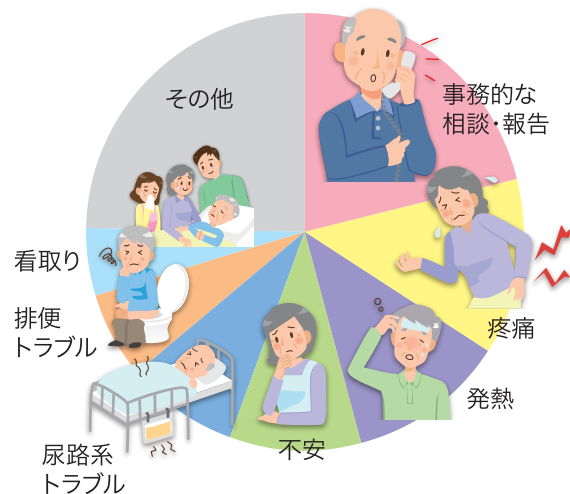


3章 往診依頼があったら

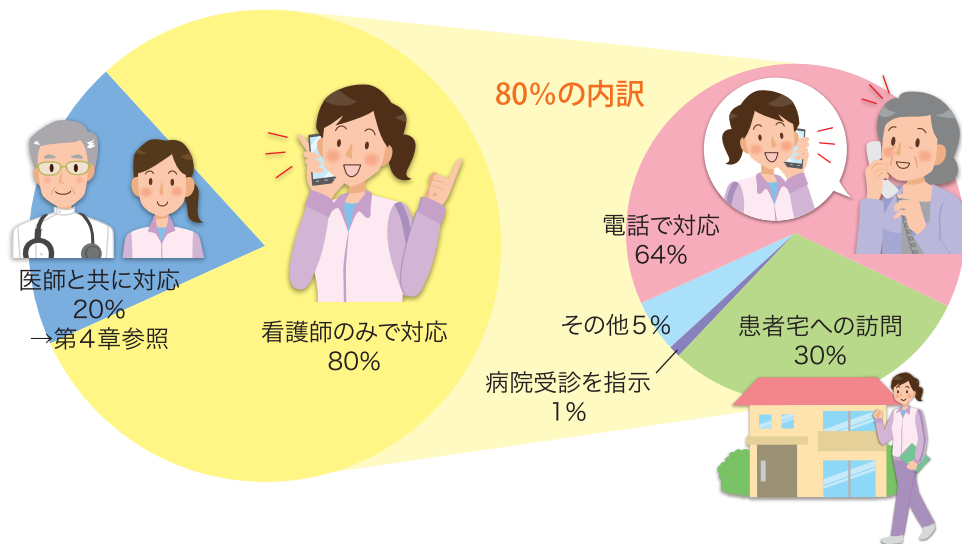
本章では、在宅当番に入った際、実際に電話連絡が入るまでに事前に知っておくべき内容として、電話対応時と往診の必要がある場合に分けてそれぞれ注意点を解説する。

1. 電話がかかってきたら

- 患者からの診察依頼は、訪問看護ステーションを経て医師に伝えられることが多い。
- 我々は地域の訪問看護ステーションに依頼し、1ヶ月間の時間外電話相談の内容を調査した。相談内容の内訳を図1に示す。
- 非常に多くの連絡があり、些細な相談から重篤・緊急性の高い状況まで多彩である。
- うち8割は、訪問看護師による電話指示および訪問によって対処されており、医師へは必要性が高いと判断されたケースでのみ連絡される(図2)。
- 看護師から相談や訪問依頼を受けた場合は、すでにトリアージを受けた結果であることを考慮されたい。



■ 図1 訪問看護ステーションへの電話相談の内容



■ 図2 電話相談への対応

2. 現場まで

- 馴染みの薄い患者宅へ訪問する場合は、訪問看護師に同行を依頼すると良い。
- 道中に訪問看護師と打ち合わせすることができれば、患者の病状や背景について重要な情報を効率良く得ることができるだろう。

(竜野真維)

在宅診療の現場を経験して

医師(病院総合診療医 8年目)



私は在宅診療の研修として2ヶ月間、在宅主治医や訪問看護師とともに、訪問診療や往診を体験しました。訪問した患者の病状は様々であり、褥瘡のケア、人工呼吸器を装着した方のケア、胃瘻の交換など、自分にとって不慣れな処置に立ち会う機会も度々ありました。いずれも高度な技術や知識を要するものではありませんでしたが、すぐに応援を呼べる院内とは事情が異なるため、自分一人に対処する場面を想像すると、こういった状況については少し予備知識が必要と感じました。しかし、それ以外には医学的な知識・技術において、それほど不安は感じませんでした。研修では医学的なことよりも、病院で「患者さん」として振舞っていた人々が、自宅では非常に表情豊かであり、それぞれに家族や家庭環境があって、様々な背景のなかで生活しているということが、当たり前のことなのにとっても印象的でした。そして、患者一人一人の生き方を尊重し、支えるように手助けをする在宅主治医のあり方も、病棟医師の雰囲気とは随分異なるように感じました。臨時の当番医として患者と短い関わりを持つだけでは、こういった背景を全て理解することは難しいかと思いますが、臨時であっても在宅診療に関わるのであれば、一度平時に在宅の現場を体験し、こういった雰囲気を実感しておくべきだと思います。在宅診療の魅力は、緊急事態への対処よりもむしろ、普段の暖かいやりとりの中にこそあるように思います。

病院若手医師が在宅副主治医として働く時、在宅医の心の中

医師(在宅療養支援診療所 所長)

在宅医療は病を治すことが目的ではありません。生活を支えること、そしてやがて訪れる最期の時をできるだけ穏やかに迎えていただくことが目的です。そのためには本人、家族の気持ちを汲み取る高いコミュニケーション能力が要求されます。医療者として数多くの看取りを経験した私たちと違い、当事者の気持ちは不安定で日々変化していきます。時には自分の考えとは異なる選択をされることもあります。自らの意見を押し付けるのではなく、家族の思いをできるだけ尊重するように心がけています。頭の中に描くゴールまでの道のりが家族と共有できれば、治療目標は9割方達成されたようなものです。もちろん他の分野と同様に診断や治療にそれなりの知識は要求されますが、正直在宅の現場ではそれほど高度なスキルが必要となる場面は少ないように感じます。医師としての技量を疎かにしてよいわけではありませんが、人間的な魅力が乏しいとその力が十分発揮できないのは在宅医療の特徴かもしれません。

どんなに高い能力を持っていても、周囲を緊張させるような威圧感があっては良い在宅医とは言えません。まずは患者さん、家族に気に入ってもらえる、“先生の顔を見たら元気が出る”と思ってもらえるような関係が築けるように日々努力しています。

在宅診療を行う医師に求められる適性

訪問看護師(訪問看護ステーション 所長)

最近の外来診療の特徴として、医師はパソコンの画面を見ながら(入力しながら)患者さんの話を聞くということがあげられます。限られた時間内に大勢の患者さんの診察をしなければならないのですから仕方のないことではありますが、物足りない思いをしている患者さんは多いと思います。先生方の中で「患者さんとしっかり向き合って話をしたい」というお気持ちが強い方は在宅診療に適しておられるのではないかと思います。在宅診療は患者さんの自宅が診療の場です。外来では見えていなかったものが見えてきます。いろいろな疑問が自宅での患者さんの様子を見ることで解決することがあります。

看取りについては、ある程度経験を重ねなければ難しいかもしれません。患者さん自身も家族も非日常の中で数日から数か月を自宅で過ごすというのはかなりの緊張を強いられます。どれだけ覚悟をしておられても「死」を身近に感じながら自宅で過ごすのは不安です。その不安を受け止め、共感し、その人らしい最期を迎えることができるよう治療するには医師にも相当な覚悟が必要だと思うからです。

4章 在宅医療に求められる判断と対応

本章では、天理地区における在宅医への時間外連絡の調査において頻度が高かった1.発熱時、2.看取り、3.カテーテル系のトラブル、および4.頻用薬について解説する。

1. 発熱時の判断と対応

- 「往診か電話対応か」判断に悩むなら往診する：訪問看護師から在宅医に連絡が入る場合には、なんらかの治療を必要とされていると考えるべき。患者や家族の不安が強い場合なども、医師の往診によってご家族の安堵が得やすい。
- 全身状態の把握：バイタルサインが不安定なら、速やかに病院搬送を検討する。ただし、ご本人、ご家族に対して状態を説明して意向を確認する。全身状態が安定していれば、まずはクーリングや解熱薬の使用によって様子を見ることもできる。
- 解熱のための解熱薬と脱水補正：解熱薬はまず経口、経管投与を検討する。座薬は経口摂取困難な場合でも使用できることから大変有効な武器になる。さらに、経口摂取量が元々少ない在宅患者は、少しの発熱でも脱水状態にある可能性があり、500ml程度の輸液も解熱に役立つことがしばしばある。
- 各種検査と抗菌薬の使用：在宅主治医らが、普段どこまで培養や検体検査を実施して、感染症患者を診察しているかについて、事前に情報収集しておきたい。一般的に在宅では「喀痰や尿を医療機関に持ち帰り、グラム染色後に再度往診して治療を行う」ことは医療者の手間、患者や家族の生活への負担につながるため、迅速抗原検査などのその場で確認できる検査以外は、検体採取と同時に経験的治療の開始を推奨する。検体検査の結果確認は、翌日以降の主治医にゆだねる場合は引き継ぎを行う。

2. 看取りの判断と対応

- 家族への配慮と行うべき仕事：終末期を患者とともに過ごしてきたご家族への気遣いが求められる。真摯な態度で自己紹介した後、死亡確認を行う。デバイスが留置されている場合は、訪問看護師と死後処置に加わる。
- 死後処置：抜去するために特定の器具が必要なデバイス(例：バンパー型胃ろう、ペースメーカー)があるため、あらかじめ何が体内に入っているかを把握しておく。なお、バンパー型胃ろうは抜去せずにそのままにする在宅医が多い。
- 死亡時刻と訪問看護：訪問看護師が先に到着して患者の観察を行っているケースでは、できれば医師による死亡確認時間を死亡時刻にするように配慮する。(死亡時刻前の訪問看護についての診療報酬が請求できなくなるため)なお、訪問看護師が行う死後処置は保険診療外のサービスであり、訪問看護ステーションによって価格は異なる。
- 死亡診断書「死亡したところの種別」：死亡した場所が本人にとっての自宅(住民票に記載されている住所)であるかを確認する。施設については、「5. 老人ホーム」には養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームが含まれ、「6. 自宅」にはグループホーム、サービス付き高齢者向け住宅(賃貸住宅をいい、有料老人ホームを除く)が含まれる。(「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」)
- 死亡診断書の発行：いつ、どこで発行して、どのようにご家族にお渡しするかについて、その医療機関の対応法についてあらかじめ確認しておく。死因について判断に悩むケースでは、死亡確認後、夜間であれば翌日に在宅主治医に確認して死亡診断書を発行しても問題ない。

3. カテーテル系のトラブル

- **必要物品の確認**: 各種チューブ(予備)は、不測の事態に備えて患者宅にもストックとして置いてあることがあるので、交換用物品を持参すべきかどうかを訪問看護師に確認する。チューブトラブルで訪問する場合は、物品の問題があるため、できれば訪問看護師と一緒に訪問して交換することを推奨する。
- **胃ろうチューブが抜けた場合**: 瘻孔はすぐにでも(1時間以内でも)小さくなってくるので、速やかな対応が求められる。その際には、抜けたチューブかその場にあるチューブ類(ネラトンや吸引チューブなどなんでも)を挿入し、そのチューブが胃内に嵌り込まないようにテープ等で腹壁に固定するよう指示し、すぐに往診する。
- **膀胱留置カテーテル閉塞時**: 通常はカテーテル交換が必要だが、膀胱洗浄によって閉塞が解除されるケースもある。訪問看護師によっては、(特に男性の)尿道カテーテル交換に慣れておらず、在宅医が交換している施設もあるため平時の訪問診療や看護に即した対応をこころがける。膀胱留置カテーテルが入らない時は、ネラトンカテーテルで一時的な導尿を行い、在宅主治医に申し送ることもできる。また、ポータブルエコーを用いることで、カテーテル閉塞か、尿量減少かの判断が容易になる。
- **気管カニューレ閉塞**: 比較的稀であるが、気管孔ではなく吸引孔(カフより口腔側にある唾液吸引孔)が閉塞して唾液を吸引できないというトラブルに遭遇する。気管カニューレ交換で改善するケースが多いため、交換のための知識、スキルはあらかじめ習得しておく。

4. 頻用薬(カッコ内は腎機能正常者への投与量)

在宅医療において重宝される投与回数が1日1回の静注薬や、使用頻度の高い薬剤を紹介する。経口薬では、薬のサイズ、錠数など、患者が「飲めるか」についても配慮する。

抗菌薬 静注(主として1日1回投与でよい静注薬)

- ・セフトリアキソン(ロセフィン® 0.5g~1g、1日1回点滴): 第3世代セフェム
- ・レボフロキサシン(クラビット® 500mg/100ml、1日1回点滴): ニューキノロン系¹⁾

抗菌薬 内服

- ・アモキシシリン/クラバン酸(オーグメンチン配合錠250RS® 3錠分3)
- ・スルタミシリン(ユナシンS® 3錠分3): β -ラクタマーゼ阻害剤配合抗菌薬
- ・レボフロキサシン(クラビット® 500mg 1錠分1): ニューキノロン系¹⁾
- ・ST合剤²⁾(バクタ® 4錠分2)
- ・アモキシシリン(サワシリンカプセル® 250mg3錠分3): ペニシリン系
- ・第3世代セフェムの内服薬(フロモックス®、メイアクト®etc)はバイオアベイラビリティが低く、使用を避ける。

1) がん患者ではNSAIDsなどの併用禁忌薬が定期投与されている可能性があるため注意する。

2) 副作用は高K血症や皮疹、骨髄抑制が挙げられる。薬剤相互作用(ワーファリン、ACE-I/ARBなど)にも注意する。

解熱・鎮痛薬 内服

- ・カロナール(500) 1錠: アセトアミノフェン
- ・トラムセット配合錠 1~2錠: アセトアミノフェンとトラマドール塩酸塩の合剤³⁾
- ・ロキソニン®(60) 1錠 または、ボルタレン®(25) 1錠: NSAIDs

解熱・鎮痛薬 座薬

- ・アンヒバ坐剤® 200mg 1個: アセトアミノフェン(カロナール®の座薬)
- ・ボルタレンサボ® 12.5mg、25mg、50mg: NSAIDs (ボルタレン®の座薬)⁴⁾
- ・アンペック坐剤® 10mg、20mg: モルヒネ塩酸塩(塩酸モルヒネ®の座薬)⁵⁾

3) アセトアミノフェン325mg+トラマドール塩酸塩37.5mgの合剤、1日8錠を超えないように注意する。

4) 小柄な高齢者であればボルタレンサボ®12.5mgでも十分解熱できることが多い。

5) アンペック坐剤®の適応はがん患者に限られる。レスキュー、または1日2~3回の定期投与としても使用できる。

鎮静薬 座薬

- ・ダイアアップ坐剤® 4mg、6mg、10mg: ジアゼパム(セルシン®の座薬)⁶⁾
- ・セニラン坐剤® 3mg: プロマゼパム(レキソタン®の座薬)

6) 鎮静目的、終末期の苦痛緩和に使用する。筆者は、成人であればダイアアップ10mgを使用する。皮下注射を用いて鎮静を行う場合にも、導入時に鎮静薬の座薬を併用することで速効性も期待できる。

外用薬

- ・アズノール軟膏: 淡青色~淡青緑色の軟膏: 抗炎症作用⁷⁾
- ・リンデロンVG軟膏: ベタメタゾン(V)+ ゲンタマイシン(G): 抗炎症+抗菌作用⁸⁾
- ・ゲーベン軟膏: 白色の軟膏: 銀による抗菌作用⁹⁾

7) 湿疹、皮膚潰瘍、びらん、熱傷に適応あり。何を塗ってよいかわからない時、外さない外用薬でもあり重宝する。

8) 発赤やかゆみが強く、感染の可能性もある場合には、外さない外用薬として重宝する。

9) 感染が疑わしい場合等に使用する。黒色壊死を伴う褥瘡の化学的デブリードメントとしても使用できる。

補足: 在宅において外用薬を処方する場合のポイント

- ・まず皮膚に感染徴候(皮膚発赤、痛み、熱感、膿性浸出液)がないかを確認する。感染の関与が疑われる場合はドレッシング材の使用を避け、時間外であればアズノール軟膏(ワセリン軟膏)とガーゼ保護とで問題になることはほとんどない。

(次橋 幸男)(長野 広之)

在宅診療が自分の診療に与えた影響

病院総合診療医(6年目)

私は医師5年目に後期研修の一環として在宅診療を1ヶ月間経験しました。そこでは入院/外来診療では見ることの出来なかった実際の患者さんの生活を垣間見る事ができました。在宅診療では医療は患者さんの生活を邪魔してはいけません。如何に普段している診療が患者さんからすれば非日常な状況でおこなわれているかを実感しました。医師6年目からは総合内科のスタッフとして主に病棟と外来で診療を行いましたが、継続して在宅診療を総合内科の患者さんに限定して行わせて頂きました。医師3年目に低体温で集中治療室管理を行い副腎不全と診断した患者さんは誤嚥性肺炎をこの1年繰り返して在宅診療を導入し、最終的に自宅で看取することができました。脳出血後で経鼻チューブから栄養を行っていた患者さんに入院で胃瘻を増設し、施設で胃瘻の交換を行うことができました。救急で褥瘡を見つけ入院した患者さんは在宅診療で褥瘡ケアを継続できました。昨今は高齢化の影響からか患者ケアは入院だけではもちろん、外来診療を加えても完結することが難しい場面があります。在宅診療を経験することで継続的なケアを行うことができ、それにより自分の主たる仕事である病棟/外来診療に深みを生むことができました。在宅診療を経験することは将来的に在宅診療に進まない医師にも大切なことだと実感しました。今後も若手医師の教育に携わることが多いですが、在宅診療の大切さを伝えていければと思います。



医師に知っておいてもらいたい在宅診療

訪問看護師(訪問看護ステーション 所長)

当訪問看護ステーションは、隣接する在宅療養支援診療所の傘下にあり、市内を中心に訪問看護を行っています。訪問看護師は7名おり、内3名で24時間の緊急対応をしています。利用者や家族が安心して在宅療養を継続するためには、いつでも訪問できる体制が必要であり、特に在宅で看取りを希望される場合は24時間対応ができる医師・看護師の連携が必須です。そうした緊急システムがあることで急変時の対応や死亡時の様々な手続き処置等で、家族が悩まず安心して最期まで在宅療養を継続することができます。当ステーションでも利用者の9割以上の方が24時間緊急対応を希望されています。在宅看取り数も毎年20名前後あり、昨年は24名と年々看取り数が増えています。天理市においても緊急時のシステムとして主治医、副主治医体制を取られている先生もおられ、主治医不在時は利用者や家族はもちろん、我々看護師も大変心強く思っております。

在宅訪問での心構えとしては、利用者や家族が話しやすい、何でも相談できる雰囲気づくり、傾聴が大切かと思います。症状の訴えは勿論ですが、何気ない世間話や人生観などの話もしっかり聞き、また疑問や質問に対してゆっくり、分かりやすく説明することで、親しみや信頼関係が生まれ、より一層、利用者や家族との距離が近くなります。これから若手の先生方が在宅医療に興味を持たれ、一緒に在宅療養を支えて頂ければ大変頼もしく嬉しく思います。

多くを吸収して多角的かつ柔軟な医療を目指せ

医師(病院訪問診療部門 部長)

病院、特に大規模病院における医療は「非日常」の中における医療の最たるものです。そのことに気づいたのは、私が外科医になってから実に30年後、在宅医療に携わるようになってからです。外科医として手術を担当することは、その患者さんの人生のごく一部に関わっていただけなのにもかかわらず、その人の人生そのものに深く関与していたかのように錯覚していた自分がそこにはあります。

医療の進歩・発展には目覚ましいものがあります。時代背景、たとえば衣・食・住環境の改善などの関与は当然としても、医学・医療の進歩は、対処法のなかった病態に対しても色々なアプローチを可能としました。さらに、国民皆保険制度も加わり、我が国は世界に冠たる長寿国になりました。しかし一方で、超高齢社会の到来は必然的に健康・命・寿命に対する考え方にこれまでにない変革を迫るものともなっています。

「健康に生き、健康に病み、健康に死す」とは、天理よろづ相談所病院元副院長(総合診療教育部初代部長 今中孝信先生)のことばです。命のクオリティ(QOL)は長寿とは必ずしも平行しません。生病老死が人間としての避けられない命題であることを基盤として、なにが人の幸せや満足感につながるのかを考えることは大切です。病院の急性期医療(「非日常の医療」)を極めようとする一方で地域在宅医療(「日常の医療」)を体験することは、間違いなく若い医師の度量を大きくします。

「Welcome to 在宅!」

■著者一覧(執筆順)

次橋 幸男:公益財団法人 天理よろづ相談所病院 地域医療連携室/在宅世話どりセンター
長野 広之:公益財団法人 天理よろづ相談所病院 総合内科(現 洛和会丸太町病院 救急総合診療科)
竜野 真維:公益財団法人 天理よろづ相談所病院 総合内科(現 京都大学大学院)

■コラム執筆者一覧(執筆順)

宮城 信行:医療法人宮城会 宮城医院 院長
鹿子木 英毅:医療法人クリニックせんざい 院長
岩崎 道子:訪問看護ステーションみみずく 所長
中尾 美菜子:天理訪問看護ステーションひまわりⅡ 所長
中村 義徳:公益財団法人 天理よろづ相談所病院 在宅世話どりセンター センター長

本書は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の研究助成を得て作成された。