

「在宅医療の実践と開業医グループ化のシステムに関する考察」

(副題：新型インフルエンザ パンデミック時、自然災害、国際紛争発生時の在宅患者の担当医グループによるサポートのあり方)

森本 医院 森本 眞樹
出来町クリニック 永田 悦子

我々のグループが今回「在宅医療の実践と開業医グループ化のシステムに関する考察」(副題：新型インフルエンザ パンデミック時、自然災害、国際紛争発生時の在宅患者の担当医グループによるサポートのあり方)を研究目標としたきっかけは、ちょうど公募時にメキシコに発生した 新型インフルエンザが、1918年に足掛け3年に渡り全世界に高病原性をもってひろまり、3000万人余りの死者を伴ったスペイン風邪と、比較され報道された事で、在宅患者の方々に、他の種々の在宅障害要因をも含めて、在宅医グループは、いかに対応するか・・・という考察の必要性を強く感じたからです。

在宅医グループとして、連携を結ぶと言うことは、いかなる状況にても(例えば主治医の不慮の事故により、往診できなくなった時等でも)患者さんの治療が継続できるという患者さん及び医師達の安心感が得られる。

一般の開業医が管理する在宅支援診療所の間では、往診専門の医療機関とは違い、それ以上の細かい情報交換が必要とされます。

それらは、1、既存のナースステーションの力 2、薬局の調剤、配達、服薬指導 3、ヘルパーによる異常発見連絡、及びその人達の総括指示者としてのケアマネージャーの力 等の支えが重要な要素となっています。

努力目標として、1、在宅医同士の患者さんの情報交換の確立 2、患者さんにかかわっている医療機関同士の、 状況により絶えず変化する患者さんの容態のきめ細かな連絡の確立 等を心がける様にしている。

今回、グループの全在宅患者さんのうち、24時間対応登録患者さん(29名中)で、新型インフルエンザの方が、2名発生しましたので(21年10月～22年8月、いずれも1918年の、今回のウイルスと一部似ている部分の有ると言われるスペイン風邪流行時以後に出生した、70～80歳代の方でした)経過と対応を報告します。

A 女子 84歳 胃癌術後 腰椎圧迫骨折 狭心症
H22年10月10日。 当日は朝から一日中、秋祭りの宿として自宅1階を町内会に頼まれて開放し、午前中3時間ほど多勢の人の出入りの中に外気と触れる位置にいて、会話をしていた。夜38.9℃の発熱 2日間38℃の発熱が続き、インフルエンザ抗原簡易テスト（スタットマークFLUスティックAB）にて、A型インフルエンザと診断し、タミフル（75）2T×5を処方する（10月13日）。 タミフル開始日の夕方から就寝するまでの間に理解不足もあり計2Tを服用し、翌日ヘルパー氏訪問まで気づかず寝てしまっていた。発汗が激しく、夜中にパジャマを脱いで着替えるなどあり、タミフルを続けることは本人も拒否され、入院も希望されず、様子を見ることになる。 タミフル中止の為もあったが、急速でなく徐々に下熱安定し、念のため、10月22日CT頭部を専門医にて検査し、脳萎縮、白質のび慢性虚血の他は異常なし。MRIを薦められるも本人の希望は得られず。 11月18日インフルエンザ抗体AH1N1 40倍 インフルエンザB 10倍以下で、A型抗体は約1カ月後に陽性であった。 ワクチンは季節型のみ発生前に済んでいた。 10月20日CRP0.05、WBC5700。

B 男子 70歳 脳梗塞 1型糖尿病、胃ろう併用、介護4、寝たきり
H21年12月14日早朝、39.9℃、嘔吐、アミカシン注、ケフラール処方にて、38℃より下がらず、インフルエンザ抗原簡易テスト（前出）にてA、Bは陰性であったが、インフルエンザ様の初期熱型で、抗原少ない病機と判断し、タミフルを胃ろうより投与す（75mg2T×5日）。第3病日には36.5℃～36.0℃と完治した。 12月21日CRP0.72 WBC4400。

いずれの2例とも連携医の直接のサポートは必要としなかったが、医師が往診不能に陥る事態になっても安心してバトンタッチできるという安心感を特に持って治療にあたることができた。 又1例目では、ヘルパー氏の異常発見が早期に医師にまで伝わり、初期発動ができた。 ただタミフルを夕刻に配達して服薬指導に当たって下さった調剤薬局氏の説明後はじめの1カプセルめを夕方から初めて飲み始めたため 夜間3時間ほどあとに2CPめを服用し、高齢者にやや過大な作用を与え、2日目に服用を承諾してもらえなかって治療に定型例より日数がかかった点から、高齢者（特に独居の場合）では十分すぎる説明

が必要と思われた。 又独居老人宅を町内会で祭りの宿として多人数に開放し夜38.9℃の発熱をまねているので、患者宅を開放してほしい時は、往診医等に往診治療中の病状をあらかじめ町内会は情報提供うけるなどしておくにより良いとも感じた。

一般的に区単位の地域医師会では10年に1度ほど往診医（患者さんの数に多少の差はあるが）の突然死が発生し、連携が十分できていない時代で、地域医師会に多大の負担がかかったとお聞きしますが、連携システムがあらかじめ構築されていれば少なくとも連携医が往診を引き次ぐとか、余裕がなければしかるべき往診可能医を紹介するのに日常の連携で得られた多くの情報が非常に役立ち患者さんにも安心が得られる（非常事態のない日頃から）と痛感しています。 もちろん後方支援病院の確保も大切な要件です。 各々の患者には紹介元の基幹病院が1つある場合も多く、又他の市内の我々個々との連携病院は当グループ医でも数件から10件はあり、有効に作用しています。

その後 H22年3~4月にかけて 2010年定点あたりのインフルエンザは、B型を主に名古屋市内を例にとると、1週間あたりの1定点観測機関の合計で、1~2名若年者に発生するも、7月に入り0となった。 ただし8月末には1名の発生をみている。 WHOチャン事務局長は、22年8月10日 パンデミックの終息を宣言した。（中日新聞8月11日）。 ただし大流行の終息は「ウイルスが消滅し0となった事を意味しない。」と述べ、今後は数年間は引き続き警戒が必要と指摘している。 現在各国で備蓄されているワクチンは妊婦や重症化し易い危険性が高い人に接種するよう呼びかけた。 今回の新型インフルエンザは、H21年4月メキシコにて初めて死者が確認されて以来、少なくとも114カ国地域で計18449人が死亡。 日本では200人以上が亡くなった。 又今回の新型インフルエンザ（H1N1）で体験した事を基にして、次に必ず来ると考えねばならない（H5N1）ウイルス対策に、行政と医療関係者がその地域に応じた「パンデミックへの対応、予行演習」を繰り返すことが必要である」（愛知医報 22年7月1日号 p15） 日本人はのどもとすぎると、すっかり備えの心を忘れる習性があります。

最後に自然災害、国際紛争に対する在宅医の連携は、日頃所有する個々の患者の情報を、特に一人暮らしの高齢者の場合、地域、町内会単位で把握し、毎年 1 回程の町内会連絡簿に要援助のマークを打ち、その個人の情報は（簡単な病歴）どんな家庭にも 1 つはある冷蔵庫へプラスチック円筒に丸めて入れておき、誰でもすぐ確認している現場の情報もあり一考すべきかと思いました。

（病歴記入「命のバトン」普及）（中日新聞 22 年 7 月 8 日） 最後の項はいずれにしろ 1 部の連携医の間のみでなく、広く町内会単位の準備を必要とすると思います。 このことは前出のパンデミック時の一人暮らしの女性の時にもあてはめて考えることができます。 （終）