

# A4-③ 在宅医療の諸相 入院適応について

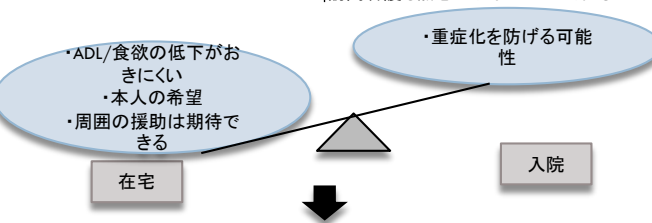
『臨床倫理の4分割法を参考にした在宅療養中の患者の入院判断についての検討』

<Cover letter> 訪問診療中の慢性期患者に、発熱などの急性イベントが生じた際、入院判断は医学的な状態とともに個人の希望や環境など様々な要因を考慮する必要がある。他方、同じように複数の要因が関係する問題である倫理的問題に関しては、問題点を整理する方法として、医学的適応(medical indication)・患者の選好(patient preference)・QOL(生きることの質)・周囲の状況(contextual features)の4つにわけ、4分割表として示す方法が知られている。そこで、今回、訪問診療中の患者の入院判断について、この4分割表の方法・考え方を参考にした検討を行ったので報告する。

<症例①> 96歳男性 認知症の妻・三女との三人暮らし  
慢性心不全・陳旧性心筋梗塞にて訪問診療中。  
誤嚥性肺炎や心不全の増悪でこれまで数回入院していたが、その度毎にADLや意欲が低下し、食事も減少していた。

↓  
某日、38度以上の発熱が2日間続いているとのことで、電話連絡があり、緊急往診となった。酸素需要はなく、食事はとれていて、活気はあった。  
⇒喀痰も増えている様子であり、これまでの経過、身体所見も含めて、下気道感染が疑われ、治療が必要と考えた。

医学的情報	患者の意向・様子
発熱3日目以下気道感染が疑われる 現時点での酸素需要はないが、基礎情報を考慮すると重症化しやすい これまでの経過を考えると、入院でADL・食欲・意欲が低下する可能性あり	本人は自宅での療養を希望
家族の思い・様子	周囲の状況
食事がとれているし家でも大丈夫と思っている様子あり	近くに次女家族がおり、要請すれば連日でも援助してくれる 訪問看護も熱心でサポートしてくれる



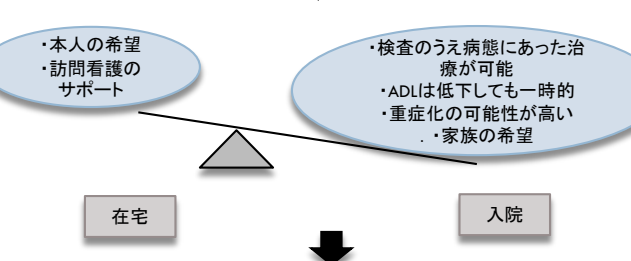
在宅での加療の方が適当と判断し、ご本人・ご家族とも相談。  
⇒抗菌薬の内服を開始し、看護師とも連携をとり、医療者が頻回に訪問することとした。また、全身状態が悪化した場合、経口摂取が不良となった場合、酸素需要が出現した場合は、入院適応について再検討することとした。  
抗菌薬開始3日目からは発熱もなく、喀痰増加も認めず、軽快した。食事量の低下はなく、ADLの低下も最小限に抑えることができた。

↓  
意欲も低下せず、新聞をよんだりしながら、在宅療養継続中。

<症例②> 78歳男性 妻と二人暮らし  
陳旧性心筋梗塞、心不全、間質性肺炎、COPD、糖尿病にて訪問診療中。  
約1ヶ月前に他院での急性心筋梗塞加療(経過中、PEAにて蘇生、完全房室ブロックのためペースメーカーも挿入)から退院したばかり。

↓  
前日から咳・痰が増え、倦怠感が出現していたが、様子を見ていた。  
定期訪問したところ、胸痛はなく、意識は清明で頻呼吸はなかったが、血圧84/52mmHg、体温 37.2度、SpO2 86%(室内気)であった。肺野ではラ音を聴取したが、下腿浮腫は認めなかった。  
⇒下気道感染もしくは心不全の増悪、間質性肺炎の増悪などが疑われ、治療が必要と考えた。

医学的情報	患者の意向・様子
下気道感染もしくは心不全の増悪、間質性肺炎の増悪など鑑別は様々 酸素需要もあり、血圧は低い 基礎情報を考慮すると非常に重症化しやすい；命にかかわる危険性もある これまでの入院してもADLは改善	本人は自宅での療養を希望
家族の思い・様子	周囲の状況
「これまでのこともあるし心配。入院したほうがいいよ、お父さん」 「元気になってまた帰ろう」	介護者は妻のみ 在宅酸素はなし 訪問看護はサポートしてくれる

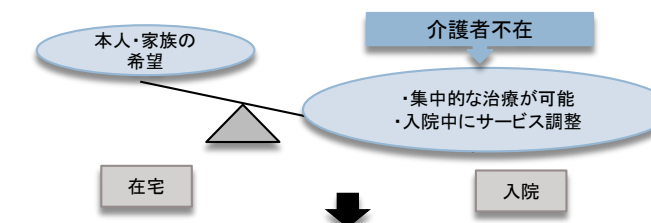


入院が適当と判断し、入院の必要性についてご本人にも説明した。  
ご本人も入院に納得され、同日入院となった。  
⇒検査の結果、肺炎の診断となり、抗菌薬投与等の治療を開始した。  
⇒14日目に軽快退院した。

<症例③> 86歳女性 夫と二人暮らし  
肺結核後遺症・慢性心不全(在宅酸素使用中)、肺性心にて訪問診療中。  
徐々にADL低下していたが、これまでは本人・夫の拒否で、介護サービスの導入が進んでいなかった。最近、週1回の訪問看護がはじまったばかり。

↓  
「足のむくみがふえて、食欲もおちているので、明日診察にきてほしい」との依頼が前日に夫よりあり、訪問診療の予定を早めての訪問となった。  
訪問したところ、夫も居間で寝込んで動けず出てこれない状態であった。  
⇒『ここ数日、本人の状態が悪く、室内での移動も困難となっていたが、夫は一生懸命介護していた。今朝起きたところ、夫も回転性のめまいのため、起き上がれない状態で、本人も夫も朝からなにも口にしていなかった。』ことが判明。  
本人は心不全の増悪が疑われる状況でもあり、治療が必要と考えた。

医学的情報	患者の意向・様子
心不全の増悪が疑われる 入院でのADL低下は懸念される	「家にいます」
家族の思い・様子	周囲の状況
夫はめまいでたてない状態 「入院させたくない」 「(遠方に住む)娘には頼りたくない」	介護者は夫のみ 在宅酸素はある 訪問看護と夫との関係構築は不十分 介護などのサービス導入は未



入院が適当と判断し、入院の必要性についてご本人・ご家族に説明した。  
⇒当初は夫・本人ともに納得されなかったが、ケアマネージャーとも連携をとり、説得にあたってもらった。最終的にそれぞれ納得され、同日入院となった。  
⇒胸水貯留や労作中の頻脈も認め、治療を行った。  
※後日夫から「あのとき、入院を説得してくれて、ありがとう。」との発言があった。

**考察**  
在宅療養中の患者に急性イベント発症した際に入院加療を選択するかどうかの判断は、今回の3症例のように様々な側面を考慮する必要がある。このうちの、下気道感染症に関しては、守屋らは在宅療養中の患者の34%が肺炎を発症したと報告しているように、よくある急性イベントともいえ、在宅医として判断をせまられることが多いと考える。この点に関して、『医療・介護肺炎ガイドライン』でも、入院治療が必要か否かの判断について、『肺炎そのものの重症度だけではなく、患者の基礎疾患や合併症、栄養状態、精神的・身体的活動性、そして家族や関係者の援助の状況などを勘案しながら、最終的には担当医師が判断するものである』との記載がある。肺炎そのものの重症度の指標としては、日本呼吸器学会の改訂版 CAP ガイドラインにおける重症度基準のA-DROP分類や、改訂版HAPガイドラインの重症度基準であるI-ROAD分類、IDSA のCAP ガイドラインが引用している肺炎重症度分類(PSI)が提案されているが、もともと基礎疾患や合併症を有し、家族や関係者の援助の状況などをいかに勘案するかについての知見は十分でない。今回の検討では、4分割表も有用であると考えられたので、今後も活用しながら在宅医として多面的な評価をできるように努めていきたい。

(参考文献) 守屋修. 在宅肺炎の診療マネジメント. 治療. Vol.94.No.1.2012. 齋藤藤洋. 医療・介護関連肺炎. 治療. Vol.95.No.2. 2013. 日本呼吸器学会. 医療・介護関連肺炎診療ガイドライン

<Next step> 今後、在宅での入院判断について、更に多くの症例で、この4分割表を用いた検討を行い、実際の診療の場に生かしていきたいと考える。