

平成 28 年度長崎大学がんプロ養成基盤推進プラン在宅・地域医療実習

実習生：濱崎景子

実習先：安中外科・脳神経外科医院、たくま医院、阿保外科医院、
出口外科医院、奥平外科医院

実習期間：2017年2月28日～3月24日

実習生感想：

① 2/28～3/3 安中外科・脳外科医院

癌患者からくも膜下出血，脳梗塞後遺症，認知症などの慢性疾患まで幅広い患者さんの訪問診療に同行した。1日に15，6人，1週間休みなく毎日訪問されている安中先生が患者さんの元へ姿を現すと，患者さんやそのご家族がにこにこ笑顔になるのが印象的で，在宅医療の圏内を縦横無尽に走り回り，地域全体が先生の大きな病棟のようであった。

安中先生は通常，患者さん1人を週1回定期的に訪問されており，患者さんだけでなく，その介護者である家族とも信頼関係を築いておられ，在宅医療では患者さん，そしてその家族の生活全体を支える必要があると感じた。家族の都合によっては，遠方や他県への移動をせざるをえず，患者さんの精神状態や移動先でのフォローも含め，疾患以外での配慮も必要となる。また，認知症の患者さんの場合，介護者である長男妻が非常に疲弊していた。患者さんにとってベストな”在宅”という選択も，介護者にとっては強度のストレスとなり，両者にとってベターな選択をしていくのが難しいと感じた。患者さんのことは勿論，それを支える家族ひとりひとりの生活も考え，デイケアやショートステイで上手くレスパイトしながら，お互いが疲れないようにやっていくのが理想なのかなと思った。



同行して驚いたのは独居の終末期癌患者がいることである。これまで独居の方に積極的に在宅を勧めたことがなかったため，訪問診療や訪問看護，ヘルパーなどが

介入することで，自宅で生活が可能なお患者さんもいるということを知った。

癌患者の場合，治療医である急性期病院の主治医がBSCの方針となった途端に，在宅医に完全に患者さんを丸投げすることもよくあるという。治癒はない以上，患者さんが病期の進行状況や予後を受け入れていく上で，障害の一つになるのではない



かと思う。やはり癌の進行度によって、治療医と在宅医の併診から始め、徐々に在宅に移行していくことが在宅医療での円滑な信頼関係構築に繋がるのではないかと。

印象に残ったのは、安中先生の「在宅医は患者さんの最期まで診る覚悟が必要。患者さんの生活を支えている自負がある」という言葉である。

② 3/7～3/21 たくま医院

たくま医院では長崎在宅ドクターネットについて説明して頂いた後、詫摩先生の外来を見学し、その後訪問診療に同行した。午前中も必要があれば訪問診療に出られるそうだが、基本的には14時から15時半まで外来を行った後、5～6人の患者さんの訪問診療、その後来院された患者さんがいれば外来業務がある。

ドクターネットについて漠然とした知識はあり実際患者さんを紹介したこともあるが詳細については知らず、開業医の先生方同士が協力し上手く機能している長崎の特殊性を知った。また訪問看護師や訪問薬剤師、訪問リハビリ、訪問栄養士に加え、ドクターネットの事務や病院連携室など、多岐に渡ってスタッフがサポートしていること、しかし患者さんやその家族にとって、医師も含めたサポートは”存在感が薄い”方が良い、という先生の言葉が特に印象に残った。

訪問診療ではALSの在宅の患者さんを初めて拝見したが、呼吸器や意思伝達のためのPCなどベッド周囲の機器だけでなく、物をしまっておく棚や部屋が必要なことに気づかされた。2週間後に伺った時は、「沖縄に旅行に行きたい」ということで車椅子をレンタルされ、実際の座り心地や自家用車に入るかなど、具体的に計画を立ており驚かされた。私たちも車椅子に座らせてもらい、革張りの車の座席のような座り心地に感嘆した（上写真）。長期間の介護は生活の一部であり、時々楽しいイベントが患者さんも家族も良い息抜きになるのだと感じた。また、患者さんは食欲も旺盛で、食べられそうなものを積極的に食べているということだったが、三笠山やハンバーグ、魚肉ソーセージなど病院であればチャレンジしないような食材も摂取され、こういうところも在宅ならではの良さだと思った。



驚いたのは 104 歳の高齢女性（右写真）の臀部褥瘡を、家族がしっかりとケアされていたことである。ガーゼやフィルム剤なども 100 円ショップや薬局などで工夫され、患者さんのベストな状態を家族がしっかり維持していた。また多系統萎縮症で体動困難な患者さんが独居であり、介護者がいなくても帰りたいという患者さんの気持ち、しかし進行していく病気との狭間で、いつまで在宅を続けるのかという葛藤も感じた。

シトルリン血症で代謝障害のある拒食症の患者さんは、自宅に KCL が大量にあり、病院では劇薬に入るような薬剤も、猫が通るような居間に置かれていた。カフティポンプを使用して持続で KCL を投与し、るい瘦も強度ではあったが、患者さん本人も何とか外出できていた。また、脊損で下肢麻痺の患者さんの自宅は完全バリアフリー住宅で、後から改装した家しか見たことがなかった私には非常に興味深かった。玄関や風呂場の扉が引き戸で広めに作ってあったり、流しや洗面台などの高さが車椅子と合わせてあったりとモデルルームのようであった。まだ若い患者さんだったので、ご自分で家事や生活をしたいという希望があり実現したようだが、車椅子の導線を確保するのは普通の狭い日本の住宅では改装だけでは困難だなと実感した。



膵癌のターミナルの患者さんがやや傾眠傾向とのことで、訪問診療後の外来を終えてから訪問した。2 月に在宅に移行したばかりの患者さんで、退院前には奥さんや娘さんが「家で何かあったらどうしよう」、「私たちなんかではとても見れません」といった不安が強い傾向があったということだった。患者さんは好きなメロンや鯛を食べた時に少し食べ、大好きなお孫さんに足をマッサージして貰い、妻、娘、義妹と猫に囲まれて、浮腫もなく穏やかに横たわっていた（左写真）。それぞれ不安はあるようだったが、24 時間患者さんを見ることで病状の進行を受け入れ、家族がお互い助け合いながら患者さんを思って生活しているのは、在宅ならではだと感じた。不安がる奥さんに詫摩先生が自然経過について優しく説明をされ、患者さん本人だけでなく家族の方の精神的な支えになっている様子を垣間見た。

1 週間間があき、再び訪問診療に同行したところ、104 歳の患者さんが肺炎後に心不全で亡くなっており、膵癌の患者さんも既に亡くなっていた。進行性の疾患や加齢、後遺症に伴う症状のために在宅になる患者さんと、癌によって予後がある程度決まった状態では在宅になる患者さんとは、家族の気持ちや死に対する受け入れが大きく違うこと、そのため

在宅医の対応も変えていかねばならないことを学んだ。在宅が長いと、このままずっと生きていけるのではないかと医療者以上に家族が錯覚しがちで、また自分たちが患者を支えているのだという生きがいもあり、家族が一生懸命であればあるほど、患者さんが亡くなった時の喪失感は計り知れないものがある。「慢性になればなるほど、在宅医は状態が変わる度に、しつこいくらい繰り返し”死”の予言をしていかなければならない」と詫摩先生が仰っていたのが印象的だった。

外来も在宅も患者さんが皆明るく、詫摩先生に会うと本当に楽しそうに笑い、色々な話をしてきた。「そろそろおでかけ（訪問診療）かと思った」、「先生にしかこんなこと相談できません」などという言葉聞き、地域に根付いた医療を見たと感じた。

③ 3/22 阿保外科医院

阿保先生は水曜午後休診で、その時間を訪問診療に当てていた。大体、5-6人くらいの患者さんを回り、患者さん1人あたり月に2回往診されている。癌末期の患者さんが多く、診療期間は殆ど1ヵ月以内というお話だった。

視床出血後の患者さんは2年間の在宅期間のうちに、少しずつ機能回復しているとのことで、やはり在宅では患者さんも家族もモチベーションが高く、かつ持続するのだと実感した。前立腺癌末期の患者さんは妻、娘2人に囲まれ、前の週は疼痛のため全身状態も悪化していたがフェントステープの増量で改善し、現在は食欲も旺盛になっていた。癌末期患者の状態は非常に波があり、患者家族もそのたびに翻弄されてしまうが、それを支えていくのが在宅医の仕事だと感じた。進行胃癌の独居の患者さんは、認知症のため自分が胃癌だと言うことも覚えておらず、予後は数ヶ月単位で生活は可能なため入院やホスピスの適応もない。兄弟が近所に住んでいるが、積極的な介入はないようであった。当初、本人は医療の介入拒否の姿勢が強く入院拒否や拒薬もあったが、本人がしたくないということはせずに、話し合いながら少しずつ介入を続けている状態ということだった。

独居の癌末期患者の訪問診療に時々出会ったが、問題となるのは独居が困難となった時、しかし予後はまだもう暫くあると思われる時期である。ホスピスへの入院には早く、ただ自宅で一人は難しい。この期間に在宅医療の葛藤があるのだと阿保先生が言われていた。

④ 3/23 出口外科医院

通常訪問診療は全部で15人程度で、加えてグループホームの患者さんがいるとのことだった。

胆嚢癌でBSCの患者さんは胆管炎が疑われていたが、抗生剤を自宅で点滴し経過観察の方針となった。グループホームを訪問する間に抗生剤の点滴を施行した。予定の点滴や、

2-3 時間を超えるような点滴になると訪問看護師に抜針を依頼することも多いようだが、1 時間程度の短時間になると訪問診療の途中で再度立ち寄った方が効率的と言われていた。

点滴中に近くのグループホームに伺った。ここではケアマネジャーの方を中心にドクター・介護士間で簡単にカンファランスを行い、治療方針を決めてから診察するという流れであった。介護士さんも気になる点を気軽に質問でき、ドクター側も問題点をまとめて聞けるので、非常に効率的であった。グループホームは介護士の人件費カットや、人員減少による仕事の負担などの問題があり、高齢者が増えていくこれからの向けて大きな受け皿が必要となる中、厳しい現実を見た。

進行直腸癌に脳梗塞による高次脳機能障害を持った患者さんはダブルストーマだったが、手術した病院からリハビリ目的の病院への転院を経て在宅へ移行しており、妻へのストーマ手技の指導が全く入っていない状態だった。最近是在院日数の問題で治療を行った病院から短期間で転院するケースが多く、転院先の病院の患者指導、家族指導の問題が浮上しているようである。

出口先生はグループホームでの看取りを 2 人経験されたそうだが、介護士は看取りの経験がないため、介護士の教育が必要になってくるだろうと仰っていた。普段から説明を繰り返しても、いざ呼吸状態が悪くなったりすると慌てて救急車を呼んでしまう介護士がいるのも仕方がない話だが、グループホームの入所者は多く今後の在宅医療の課題だと感じた。



⑤ 3/24 奥平外科医院

奥平外科での実習は看取りから始まった。40 台の卵管癌の患者さんが呼吸停止したとのことで、玄関先で出会った先生とタクシーで出かけた。自宅退院となって約 1 ヶ月の在宅であったが、夫、他県の両親、義母に囲まれて穏やかに息を引き取られた。癌性腹膜炎による嘔気・嘔吐が強く、夫も徐々に疲弊し再入院も頭をよぎったようだが、奥平先生の「ご本人が家にいたいという気持ちを大事にしてあげましょう」という言葉で在宅の継続を決めたと言っておられた。夫は気持ちの上では、「まだもう少し生きるのではないか」と思っていたとのことで、先生の説明で介護休暇取得を決意したり、患者さんの両親を呼び寄せ

ることもできたとあっていて、状態をこまめに説明する大切さを再認識した。その場での死亡診断書の記入や、家族への「お疲れ様」という声かけも含めて、在宅での看取りを初めて見ることでとても勉強になった。

胆管癌や膵癌（IPMC）の BSC 患者では、採血結果やポータブルエコー所見を見せながら家族に説明を行っておられた。家族が目で見える形で病状の進行を把握できるように採血などの検査を適宜行っているということを知り、病状を視覚化するのも大事だと感じた。在宅では医療側の行為を、本人や家族が十分に納得して受け取ってもらうことが重要である。

脊柱管狭窄症で車椅子の患者さんは熱傷の痕が不良肉芽となり、感染兆候を来していたため肉芽の除去を行った。病院であれば出血するまで切除するが、在宅ではやや手加減しながら処置を行う工夫も必要とのことであった。ALS の患者さんでは気切チューブの交換があった。口唇の近くの筋肉でタイプする PC を非常に素早く操っておられ驚いた。先生の質問には肯定の時はまばたきを、否定の時は凝視するという方法で意思伝達を行っていた。パーキンソン病で慢性気管支炎を来している患者さんは 37～38℃台の熱発が持続していたが、嚥下機能が改善するわけではないため、抗生剤の内服を続けながら、デイケアでの入浴やリハビリも本人の希望で継続しており、在宅だから可能なことだなと思った。

在宅医療は環境が患者ごとに異なるため難しいのではないかと尋ねると、奥平先生が「患者さんが生活しやすいようにしてあげればいだけだから簡単だよ」と仰っていたのが印象的でした。

●まとめ

病院での治療と在宅医療の大きな違いは①環境要因、②テリトリーである。

①環境要因：病院は環境要因が同一の条件で患者の病状に合わせて治療を行うが、在宅では介護者やその生活も含め環境要因がばらばらである。病状だけではなく、それぞれの生活に合わせてサポートしていくことが必要である。

②テリトリー：病院では医療者のテリトリーに患者が入ってくる形だが、在宅医療では患者側のテリトリーに医療側が介入する形である。そのため患者はリラックスした状態で医療を受けることが出来る。

また在宅医療の中でも、疾患によって立ち位置が異なることも判った。癌末期のような短期間の場合と、進行性疾患、慢性疾患の場合である。短期間であればあるほど医療側の介入が強くなって来るが、慢性疾患の場合は介護側が主体となるため、その立ち位置の違いを意識する必要がある。

長崎在宅ドクターネットは非常に成熟したネットワークであるが、一部空白の地域があること、医院の後継者の不在、専門領域以外の診療などが問題点であると感じた。訪問範

困が広いほど在宅医への負担も大きく、ネットワークに参加する医師が分散していることも必要である。また専門領域外の診療も出てくるため他科との連携は必要不可欠であるが、ネットワークに参加する医院や紹介元の病院とうまく連携しながら診療していた。

今回、実際の在宅医療の現場を見ることができたのは非常に興味深かった。患者さんが自宅で過ごすということ、そして自宅で最期を迎えるということの重みを肌で感じることもできた。何より、在宅医の先生方の「患者さんに長く家で過ごしてほしい」、「患者さんが望む生活をしてほしい」という情熱と、重い診療鞆を抱えて車を走らせるフットワークの軽さに感動した。病院の治療医と在宅医、どちらがかけても患者さんの希望する生活は立ち行かない。今後、臨床の現場に戻ったときに、患者さんの生活の大半を占める”治療以外の時間”についても考えたい。

最後に、お忙しい中実習を受け入れて頂きました安中正和先生、詫摩和彦先生、阿保貴章先生、出口雅浩先生、奥平定之先生に感謝いたします。先生方それぞれのスタイルを拝見でき、とても有意義な10日間でした。有難うございました。



報告会にて