

令和元年度 長崎大学 新ニーズに対応する九州がんプロ養成プラン 在宅・地域医療実習

実習生：田上幸憲

実習先：白髭内科医院 白髭 豊 先生

出口外科医院 出口 雅浩 先生

安中外科・脳神経外科医院 安中 正和 先生

ホーム・ホスピス 中尾クリニック 中尾 勘一郎 先生

阿保外科医院 阿保 貴章 先生

ちひろ内科クリニック 土谷 知洋 先生

実習期間：2019年9月17日(火) ～ 10月16日(水)

実習生感想：

実習前のイメージ・思っていた点：

これまでの病院勤務では接する患者さんはすべて入院中や外来で来院する患者ばかりであり、在宅医療の経験はなかった。在宅医療の場では、癌患者の終末期医療や慢性疾患の患者さんの日々のケアや診療がメインであり、比較的病状が安定している患者が対象で、侵襲的な処置や治療は制限あると考えていた。ニーズに関しては、ホスピスや緩和ケア病棟を有する病院はまだまだ少ない現状があり、在宅での緩和治療のニーズは高いと思っていた。長崎市は坂や階段などで通院の困難性が高い地域もあることが予想され、地理的な独自性があるのではないかと思われた。

実習を終えて：

在宅医療の根底にあるものとしては、患者さん自身の希望に沿った医療の実現であり、入院管理が必要な状態でも、自宅で治療を受けたい、最期を自宅で迎えたいという希望を実現することが根底にあると考えます。そのためにはどうすればよいか？今回の実習でその現状を学ぶことができました。自分が予想して以上の医療が在宅の現場でなされていることに驚きましたが、在宅医療に必要な不可欠であることは協力的な家族の存在でした。

各病院について

① 白髭内科医院

院長の白髭豊先生は、Dr ネット NAGASAKI として在宅医療の普及にご尽力されている先生の一人でした。実習前までは長崎市内での在宅医療の現状をほとんど知らず、お互いに協力して、主治医-副主治医制を導入され、チームで長崎市内の在宅医療を支えておられました。実習終了後は長崎市の在宅医療についての講義をしていただき、長崎県の在宅死の割合は全国的には低く、診療所の件数が全国トップレベルである割には、在宅医療の普及に遅れている現状があるとのことでした。実習を通して、在宅医療の導入にはまずは積極的な家族の協力が必要不可欠であり、それが夫(妻)であったり、子供であったりとさまざまですが、

すべての患者さんで、協力している家族の存在がありました。また、同時に各種サービスの利用と、多職種の連携も非常に重要となります。ケアマネジャー、在宅診療(医師)、訪問看護、デイサービスやナイトデイ、ショートステイ等の利用は一般的であります。その他、訪問リハビリや訪問歯科、訪問薬剤師、訪問栄養士などもあり、実習を通して学びました。また、内科・外科的な診療のみならず、耳鼻科、皮膚科、眼科など専門性が高い診療科の診察も各科開業医の先生のサポートで実現していることでした。さらに、同居する家族がいても時間帯によっては患者さん一人になるといったケースもあり、不安感や心配事への精神的なサポートも重要であり、精神科的な薬物治療を行っている患者さんもおられました。内容的には、午後から7人の往診に同伴させていただき、患者さんは良性疾患がメインで、脳梗塞やくも膜下出血治療後の方が2名と、その他は高齢者で歩行や通院が困難な方々であった。胃瘻チューブの交換を2名行い、定期診察・採血、定期処方、注射などの内容であり、特に印象的であったのは、胃瘻チューブの交換で、エコー(ポータブルはありますが)や内視鏡、透視等がない在宅の現場で、定型化された手技でした。

長崎市内の近年の往診の状況の変化として、マンション在住などの平地や比較的平地に在住の方が増加しており、以前のように車で入れないような、階段や坂道を登ってからの診察は減ってきているとのことでした。人口減少が進み、以前は高台に住んでいた方々も、平地に住むようになると、ますます在宅医療が発展してくるのではないか感じました。



② 出口外科医院

在宅医療、特に癌患者の在宅医療についての中で、癌患者さんが紹介となるケースとして、2パターンがあり、①大病院で抗がん剤治療中に、途中で併診という形で紹介となり、“かかりつけ医”として関わっていき、その後抗がん剤治療を重ねて、いよいよエンドステージになったときに、在宅へ移行するパターン、②他院で抗がん剤治療を継続しており、抗がん剤の継続も困難となり、体力的にいよいよきつくなってきたタイミングで紹介となり、すぐに在宅医療が導入されるパターンでした。以前は②がほとんどのことでしたが、最近は①のパターンが徐々に増えており、患者さんが比較的元気な段階で、最期の療養の地のことも含めて、患者さんと十分話ができ、希望を聞くことができるようになったとのことでした。患者さんの希望はそれぞれであり、自宅で最期を迎えることを希望される方もいて、在宅医療が充実することで、その選択が可能となってきていると感じました。手術や抗がん剤を行った大病院に通院していたが、治療や通院が困難となり、いざ地元で診てもらおうと思って

も、かかりつけが存在しないケースが、特に都会などでは多いとのことでした(癌難民との言葉を使っておられました)。癌患者さんがかかりつけ医を持つことの重要性を出口先生は強調されておられました。実習の具体的な内容は、4人の往診に同伴させていただいた。出口先生はバックやカルテを持って一人で往診するスタイルでした。癌患者さんは2人で、胃癌と外陰部癌の患者さんで、いずれも終末期の状態でした。両名ともストーマ管理と、CVポートから在宅TPN管理があり、特に外陰部癌の患者さんはストーマ排液が多く、短調症候群の状態、自宅でのストーマ排液管理と、点滴による水分補充の管理が印象的でした。脊髄損傷で在宅医療を導入されており、30年近く継続しておられる患者さんで、在宅リハビリテーションを導入されており、リハビリの成果により動かなかった上肢の可動が可能になったとのことでした。入院中のリハビリと同レベルのものを在宅でも実現できていることが印象的でした。勤務医として癌患者を診ることとはまた違った、在宅医療やかかりつけ医として、癌患者さんに関わっていく形が印象的な実習でした。



③ 安中外科・脳神経外科医院

安中先生は一人で往診に行かれ、現在、往診患者さんは100名以上で、毎週月～土曜日と毎日往診されていました。往診車は購入して4年程度とのことでしたが、走行距離は11万kmを超えていました。当日の往診患者さんは、癌の末期、老衰、脳出血後、パーキンソン病や小児の重心等の患者さんで、10数名の往診でした。主に、定期診察、処方、注射がメインで、処置は褥瘡管理・気切チューブの交換などでした。安中先生は脳外科の先生であり、脳出血後や気切管理中の方も多くみられました。安中先生は胃瘻や経鼻チューブからの経腸栄養はあまり積極的には賛成されないとのこと、例えば、施設入所中で、老衰で食事摂取困難であり、経腸栄養のみの管理の方もおられ、尊厳ある人の最期の形なのかどうか疑問を持つことはあるとのことでした。今回も胃瘻から経腸栄養管理の方や、在宅TPN管理の方は多くいらっしゃったが、懸命に自宅で介護されている家族がいる方も多くみられ、本人の希望、家族の希望の形を実現できることが、大切であると感じました。最近、在宅医療の充実に伴い病院で行うような、TPN、気管切開管理、吸引、酸素など多くの管理が自宅で可能となっていること。私は今回の実習の前は知らないことも多く、勤務医として患者を病院から在宅に移行する際には、在宅医療で現在どのような管理が可能であるかは是非知っておく必要があり、最適な形をこちらでも提案できることが大切と感じました。



④ ホーム・ホスピス 中尾クリニック

中尾先生のクリニックには、10/7(月)の午前・午後、10/8(火)の午後、10/10(木)の午後、10/11(金)の午後とおよそ一週間の間実習を行いました。中尾先生は外科出身ですが、早い時期より緩和治療を専門に行うことを決められ、出島病院で緩和医療病棟に携わり、その後現在の緩和治療を主体としたクリニックを開業され、長崎市の緩和治療のパイオニア的な存在であります。癌患者さんを中心に、その他慢性心疾患や高齢者などの良性疾患も含めて、毎日午前と午後(水曜日は午前のみ)に訪問診療をされていました。中尾先生が強調されていたのは、患者さんおよび患者家族との対話、コミュニケーションの重要性でした。癌治療において、早期発見、手術や抗がん剤治療の成績向上、治療選択肢の増加があり、癌患者一人当たりの治療期間は長期となっている現状があります。しかし、以前と比較し入院日数は短期化し、外来化学療法も増加し、癌治療は非常にスピーディーかつ定型的な医療となり、メリットも多い一方で、医師が患者さんやその家族と向き合う時間、対話する時間が少なくなっていると指摘されておりました。私自身も心当たりがあることであり、印象的な言葉でした。ゆっくりと医師と患者さん、家族が対話し、コミュニケーションを図ることを非常に重要であると再認識しました。患者さんや家族の希望・思いをしっかりと受け止めて、今後の方針を決めていくことが絶対的なルールであり、それはすべての医療に通じることであると感じました。往診患者さんは、10/17は10名程度でしたが、その他の日は午後のみでしたので、5名前後の往診があり、終末期の癌患者さんが主体でした。病院では当然のように行われる末梢点滴管理や時間毎の薬剤投与などが在宅医療では困難であり、ポート使用による24時間点滴や点滴薬剤を内服に変更、麻薬管理の困難性、経口摂取困難に対する対応など、在宅医療に適したスタイルに変更する必要性がありました。癌の終末期の方の割合が多く、重症な患者さんへの往診は、週2回や3回と頻回の往診をされていました。



⑤ 阿保外科医院

阿保先生は、当科の先輩の先生であり、私自身も同じ病院で一緒に働いたことがある先生でした。東長崎地区を中心に往診されており、癌の終末期の患者の訪問診療も多くされています。阿保先生もまた一人で往診される形であり、毎週水曜日の午後に往診をされていますが、重症患者や週に2~3回往診に行く場合は、他の曜日もされていました。訪問診療の診察料や診療報酬、管理料についても説明をいただいた。もし訪問診療ができなければ、自宅療養は希望しても困難であり、病院や施設に入所する必要があります。病院や施設の施設や維持の費用は莫大であり、医療経済的には訪問診療が普及した方がよいとされ、今後さらに訪問診療が拡大していく状況が望まれるが、実際には24時間対応できる設備や他職種の連携、そして協力する家族の存在は必要不可欠であり、訪問診療ができる条件もまた限られると感じました。訪問診療は約10名程度であり、癌患者や循環器などの良性疾患患者でした。印象的だったのは、本日他院から退院され、訪問診療を導入する患者さんがおり、導入の流れや訪問看護師との連携をみることができました。今回のケースは病院入院中の段階で、今後の方針、自宅で看取りを行うことが決まった症例であり、患者・家族を含めての方針決定は重要であると感じました。



⑥ ちひろ内科クリニック

土屋先生は、毎週水曜日午後から往診をされていました。消化器内科の先生で、自分の病院では通常の外来診察に加え、カメラやエコーなどの検査が毎日あり、水曜日の午後のみは、午後から訪問診療をされているとのことでした。癌終末期の患者さんの往診もされており、土屋先生は一人の患者さんに対して丁寧に時間をかけて話を聞かれる先生という特徴がありました。緩和医療についても積極的であり、医師会を通じて、アドバンス・ケア・プランニングを広める第一人者でした。内容は、最期を迎えるにあたり、人生計画として患者さん本人が、家族も含めてどういう最期を迎えたいのか話し合い、決めておくといった内容です。特徴的と感じたのは、患者さんがまだしっかりと意思決定ができる比較的元気な段階で、医療者やケアマネージャー、家族も含めてみんなで相談して方針を決めておくことであり、患者さんの直接的な希望が実現するものであると感じました。

10/16(水)は5名程度の患者の往診があり、新患の方が1名おり、甲状腺癌の終末期の方で、実際にアドバンス・ケア・プランニングを行う場面をみることができました。決して法的束縛はなく、もちろん内容はいつでも変更可能な内容ですが、自分の死(家族にとって

は大事な家族の死)に向き合い、話を行うことは大切なことであると感じました。私自身も含め日本人にとっては生前に死ぬときの話をすることは、どちらかというとなり非常識な話といった認識であり、まだまだ受け入れられないことと思いますが、昨今の癌治療は集学的治療となり、長期的な治療となるケースが多い中で、今後重要性が高くなっていくことと感じました。



今後の予定：臨床・研究等

今後は大学院で癌治療や移植医療の分野での研究を行っていく予定です。大学院卒業後は臨床に復帰して、消化器分野の癌治療に携わるとしています。癌治療は日々発展しており、エビデンスに基き最先端の治療や研究を実践していくことが使命と思いますが、治療を行うのは患者さんであり、主役は患者であることを忘れずに、何のために誰のために治療を行うのかを常に考えていきたいと思いました。

<実習報告会>

