



特集 ■ 在宅医療における医師の役割 ③

## 在宅医療の面白さ： 病棟では味わえない「何でもあり」の医療の姿



北里大学医学部 総合診療医学 地域総合医療学

北里大学東病院 総合診療科

森 紘子

### はじめに～北里大学東病院における地域医療

今日は初期研修の先生のご参加が多いと伺っておりますので、まず私の身近なところからお話させていただきます。

私は神奈川県相模原市にある北里大学に勤めています。神奈川県は北西、東京都と山梨県に接しており、人口は70万人ほどです。3つの区から成っており、うち緑区は小さな町などが合併して1つの区に編成された区です。北里大学病院は比較的新しい病院なのですが、2005年から「新病院プロジェクト」というものを進めていて、大学病院と東病院のそれぞれの役割分担をいままで以上に明確にすることとしています。大学病院は三次救急を担い、病床稼働率が高く、在院日数が短いという急性期病院です。一方、大学病院の近くにある分院の北里東病院はいわゆる慢性期の病院で、急性期を終えた患者さんや精神科の患者さん、認知症、がんの末期の患者さんを診るような編成になっています。東病院の回復期リハビリテーション病棟や総合診療・在宅支援センターは、「大学病院と地域をつなぐ部門」ということができます。もちろん、東病院の入院患者さんに急性期医療や手術等が必要になった場合には、大学病院に転院していただくようにしております。

私の勤めている東病院総合診療・在宅支援センターは、病床数は25床と少ないのですが、内科系のコモンディーズ、がん患者さんの終末期の方に加えて、非がんの終末期の方も診ております。ここでは訪問診療も行っており、訪問診療回数は延べ100～120回/月で、在宅看取りは30名/年となっております。

また、相模原市立診療所についてもお話させていただきます。先ほどお話ししたように、緑区は市町村合併でできた区なのですが、山や湖（相模湖や津久井湖）に囲まれた山間地域が多く、人口が少なく、高齢化が進んでいる地域です。交通アクセスもそれほど良くありません。こうした地域に市立診療所があるのですが、市立診療所にも当科から医師を派遣しており連携を密に行っています。ハーフデイバックでの研修も可能です。ということで少し宣伝になりますが、北里大学では、急性期医療も、本日のテーマである地域密着型の在宅医療も、いろいろなかたちの研修ができる病院になっています。

## 1 私が感じた「在宅医療」での驚き

皆さんにとって「在宅医療」とはどのようなイメージでしょうか。すでに実際に研修を受けた方もいらっしゃると思いますし、全く知らずに今回の研修に参加された方もいらっしゃると思います。私自身が研修医だったときのことを振り返って考えてみると、学生のときは明確な在宅医療のイメージはもっていなくて、少なくとも私の時代には、講義でも在宅医療を主題にするものはなかったように思います。急性期病院の研修の真ただ中にいた私にとっては、自宅にいる患者さんというのは、「重い病気は診られないし、検査も難しいだろう」と素朴に考えていました。「多職種連携」というキーワードについても、漠然としたイメージしかありませんでした。

ところが、初期研修の2年目、在宅医療に実際に触れる機会があり、そこで私はたくさんの衝撃を受けました。「何でもあり」という言い方が適切かどうか分かりませんが、それまで知っていた医療とは違うところも多く、驚きの連続で、想像を遥かに超えた新鮮な印象を受けた研修でした。そこでの「驚いたこと」の具体例を、いくつか提示させていただきます（いずれも複数の患者さんの経験をアレンジしたもので、特定の症例ではありません）。

### 1) 一見雑然とした環境だけれども

70歳代男性、独居で、慢性心不全、糖尿病、脊柱管狭窄症など、高齢者によくみられる疾患が数多くある方です。訪問診療で定期処方を行っています。ご自宅の状況は、「足の踏み場もない」といっても過言ではないほど、雑然としているという印象を受けました。ご本人の状態はバイタルも安定し、身体所見に大きな変わりがないということで処方は変更されませんでした。そこに「連絡ノー

ト」という冊子が置いてあって、いろいろな職種の方が訪問時の様子を記しています。交換日記のような感じです。この患者さんはスポーツ観戦が大好きなので、そうした日常会話で話題にしたことについても少し書かれていました。食事や体重のことなどもチェックして、「では、また2週間後に」ということで訪問診療を終えます。

急性期病院で研修していたこともあって、当初は整理整頓された病棟とは異なる雑然とした場所での診察自体が驚きでしたし、「家庭訪問みたいだな」という感想も持ちました。その患者さんへの訪問を数回繰り返すうちに、そのご自宅は雑多なものに囲まれているけれど、患者さん本人は幸せそうであることに気がつきました。亡くなった奥さんの思い出の品や、独立した息子さんの昔の賞状などがいろいろ並べてあったりして、雑談の中で、その一つ一つが患者さん本人にとっては宝物なのだということが分かりました。急性期にはかなり重症で、ICUに入院していた過去もあることが分かって、現在の安定した状態は在宅での訪問診療で、変わりがないことを確認している賜物だと気づきました。

## 2) 喫煙について

次は60歳代男性の肺がんの末期の方です。これ以上の治療は難しいということで、BSC (Best Supportive Care) に移行しました。入院中も禁煙の規則を守れず、看護師さんや医者との攻防が繰り返り広げられていた方です。残りの人生を自宅で過ごしたいということで在宅医療導入となりました。毎日タバコを10本以上吸っているという状況で、「やっぱり自宅はいい」とおっしゃっていました。「そりゃ、本人は嬉しいわよね」と奥さんは苦笑気味です。それから1カ月後、かなり急な経過でご自宅であつという間に亡くられました。

やはり研修医であった私にとって、肺がん末期での喫煙は驚きで、禁煙は大事であるというのは自明ではありますが、この状況での喫煙が予後に一体どの程度影響するのだろうかということを考えさせられました。患者さんはやりたいように残りの時間を過ごし、ご家族も「本人に後悔はないでしょう」と笑っていらっしやいました。

## 3) ペットとともに

3例目は70歳代の女性、肺がん末期で多発脳転移がある方です。10年程度の長期にわたって頑張ってがんと戦ってきた方です。この方もBSCとなり、在宅導入になりました。末期の症状は肺がんによる呼吸苦よりも、脳転移等の症状が主症状でした。脳浮腫があり、頭痛を訴えられていた後に、意識障害が症状の前景となりました。傾眠状態で2週間ぐらい過ごされ、在宅医療導入後約2カ月

でご家族に囲まれて息を引き取られました。ご家族には高齢のご主人と、近所に長女、次女がお住いで、皆さんで交互に患者さんをサポートされていました。患者さんは慣れた環境で、お気に入りのものに囲まれて、幸せそうに車いすに座って過ごされていました。

これも新鮮だったのですが、お家にペットがいたのです。犬や猫ではなく、ミドリガメです。元は手のひらサイズだったのですが、とても巨大になっていました。このカメがベッドのそばでいつも患者さんを見つめているといった風情でした。これも病院では難しいことだと思いますし、在宅医療であればこそできることだと思います。訪問看護、訪問薬局、訪問介護と、いろいろな方と協力しながらの在宅医療でした。

#### 4) 日常生活というリハビリ

4例目は80歳代女性。心不全等で内服加療をされていましたが、意識障害で入院。無事回復しましたがADLが少し低下してしまいました。退院前に家屋調査を行って、手摺りを付けるなどをしたうえで退院されました。大きな農家の一軒家で、三世同居のとても広いお家でした。玄関も廊下も部屋も何もかもがすごく広く、リハビリ室ぐらいあるのではないかというようなお宅です。初回の訪問では、「まだまだ少しずつですね」と娘さんがおっしゃっていましたが、1週間後には「少し歩けるようになりました」、2週間後には「今のところまだ転んでいません」というぐらい元気に歩く様子などを見せてくれました。2カ月後には娘さんが「私が仕事のときには母が代わりに料理をして待っていてくれたのですよ」とおっしゃり、驚きました。

実は入院中のリハビリでの私のイメージは、「ここまでで頭打ちかな」という印象であったのです。それが退院後にどんどんADLが向上していくことがとても驚きでした。患者さんにとっては、「日常生活を送る」ということ自体がリハビリだったのです。また、家にいればご家族のサポート、声掛けがあって、それがより励みになります。病棟しか知らなかった私はとても驚きました。

#### 5) 家族も同時に診る

5例目は70歳代の男性で、外傷性の頸椎損傷とCOPDがあって、寝たきりの方です。定期訪問を行いました。主介護者の長女に精神科疾患（病名はついておりません）があって、自宅に他人を入れることにはかなり拒否的な方でしたが、その方が外出せずにひたすら介護をされていました。ある日の訪問診療のとき、お父さまはお変わりなく落ち着いていたのですが、帰り際に何となくその娘さんの様子がおかしいことに気づきました。どうやら片足をかばって歩いている

表1 「在宅医療ならではの」のエッセンス

---

<b>1. 患者さんの人生がみられる</b>
→ 人生の大部分を過ごす場所である家での診療＝患者さんのテリトリーでの医療
<b>2. 在宅での創意工夫</b>
→ 家という環境は病院とは違う
・ 病院では当たり前の設備や物品がない
・ そこは在宅ならではの工夫のしどころ
褥瘡処置の被覆材 / 手摺り代わりに筆筒・つるし紐 / 照明器具から点滴
<b>3. 慢性期を支える</b>
→ 急性期病院で治療を終えた患者はどのように過ごしているのか
・ 胃瘦があっても家で過ごせる
・ 訪問リハビリで長期的には ADL アップ
・ 家族、多職種スタッフの多くの方とのかかわり
<b>4. 在宅看取り・家で最期を迎える</b>
→ 多死社会：死に場所を探す時代
・ 病院で迎える死：
デバイスに囲まれた日常を送る場所とは違う異空間＝‘非’ 日常
・ 家で迎える死：
馴染みの環境で家族に囲まれた場所＝‘日常’ の一環

---

ご様子でしたので、説得して整形外科を受診していただきました。そうすると骨折していることが分かりました。

訪問診療の意外と気づかれない利点に、「家に入れる」ということがあります。在宅医療は、ご家族もその大切なメンバーです。ですから、在宅医は患者さん本人だけではなく、家族や介護者への配慮も大切だと考えます。患者さんのみならず、本人を支えるご家族に対しても介入が可能であるということも在宅医療の強みだと気づきました。

## 2 「何でもあり」の医療が優先するもの

---

いずれも深い印象を残す患者さんたちについて紹介させていただきましたが、在宅医療にかかわった当初の「何でもあり」という感想は、つまるところ、「患者さんの QOL を重視した医療」ではないかと考えるようになりました。初期研修での経験から、今後の医師としての仕事に活かせる在宅医療ならではの視点を私なりに整理して、4つにまとめてみました（表1）。

まず、「患者さんの人生がみられる」。“家” というのは人生の大部分を患者さんが過ごす場所であり、そこでの診療は、病院と異なり患者さん側のテリトリーで行うものです。そこでは病院では知ることができない患者さんの生き方、意思

というのを把握できることが、とても大きな意義ではないかと思います。

次に、「在宅の創意工夫」です。病院で行う治療のかなりの部分は在宅で技術的に可能となっていますが、やはり病院であれば当たり前設備や物品がありません。そこで、在宅ならではの工夫をします。褥瘡の処置に日用品を工夫して使ったり、点滴もお部屋の照明器具に吊るしたり、手すりの代わりに家具を配置するなど、さまざまな工夫をしています。

3つ目は「慢性期を支える」ということです。急性期病院にいた研修中は、治療後の患者さんの日常生活にまでは思いが及びませんでした。そうした反省ができたのも、在宅医療を通してです。脳血管障害等で胃瘻ができた患者さんでも、ご家族と会話して穏やかに自宅で過ごしているという方がおられます。また、リハビリ室では達成が難しいような機能が、日常生活を送るなかで回復することも経験します。またご家族や多職種のスタッフといった、たくさんの方とのかかわりの中で患者さんが支えられることを実感することは多いです。

4つ目は、「在宅看取り・家で最期を迎える」というところです。今後高齢者がどんどん増えていき、「多死社会」という時代を迎えます。病院で迎える死というのは、ベッドの周囲をたくさんの医療デバイスに囲まれた、日常とは違う、ある種無機質な異空間の、非日常での死ということになります。一方、家で迎える死は、馴染みの環境で、家族やペット、見慣れたものに囲まれた、日常生活と連続した死になります。

## おわりに

---

「在宅医療の面白さ」というのは、病院の医療では味わえない趣があり、より患者さんの生き方に寄り添った医療の実現にあるのではないかと思います。何はともあれ、まずは触れてみてください。特に初期研修の先生の中には、まだ触れていない方もたくさんいらっしゃると思います。まずは実際に訪問診療や在宅医療というものに触れてみて感じる事が一番だと思いますので、在宅医療に興味を持っていただき、ぜひ参加していただければと思います。

## 謝辞

---

本講演録は2017年11月26日に開催された、「臨床研修医のための在宅医療研修会」(国立長寿医

療研究センター 在宅連携医療部 主催、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 共催；東京医科歯科大学・湯島キャンパス）でのセミナーの内容を原稿化したものです。講演の機会を与えて頂いた関係者の皆様に謝意を申し上げます。

---