



## 私の在宅医療 ～在宅医療のすすめ～

前在宅医療推進委員会委員長

どうたれ しんじ  
堂垂 伸治



### <はじめに>

私が「医療の場」を松戸市に決め四半世紀になる。平成5年頃、当時働いていた千葉西総合病院で院長から「在宅医療を始めよう」と誘われ「病院からの在宅医療」に携わった。同僚先生方のご協力もあり、責任者として約140人の患者さんを在宅で管理した。

平成11年に近隣（新京成線常盤平駅前）で開業した。開院当初から前病院で訪問していた20人の患者さんを引き継ぎ在宅医療も続けた。以後「成り行きに任せ」訪問している。現在「1人診療所」だが、「在宅療養支援診療所（一般型）」として、常時40人前後の在宅患者さんを診ている。20年以上診てきた患者さんもいるし、最近他院から紹介された方もいる。出身病院等のお世話になりながら状況に合わせて臨んでおり、結果的には毎年10人前後の看取りを行っている。

### <最近感じること>

昔は比較的ゆとりある人の在宅が目立ち訪問件数はそう多くなかった。しかし、最近は自宅で過ごしたいという患者さんの意識変化と「医療制度改革」で、在宅医療を希望される方が多くなった。

病院で治療を受け「これ以上やることにな

い」と言われ、患者さんやご家族が在宅医療を選ばれる。あるいは、病状が悪化しても「病院に入院したくない」という患者さんもいる。高齢になってがんを罹患された患者さんでは、手術や治療を一切拒否されそのまま通院され在宅になる方も目立つ。つまり、国民の在宅医療への要望・期待がますます大きくなっている。

### <在宅患者さんから教わる>

在宅医療から新たな“知見”を得ることもある。

80歳代女性、肺がんの方。病院から紹介された時は両肺野全体に散布性の陰影があり、すでに肺内転移・骨転移があった。半年前の肺がん検診では異常なく、進行が極めて早いものだった。血液ガスは当初、室内気でPo<sub>2</sub> 67, Pco<sub>2</sub> 40だった。遠からず在宅酸素を開始する必要があると思っていたが、Po<sub>2</sub> が50を切っても、咳嗽もないし呼吸困難も訴えられない。麻薬の処方だけでそのまま見守った。最終データはPo<sub>2</sub> 43, Pco<sub>2</sub> 63だったが、食事も水分も何とか摂取されていた。最後まで苦痛も呼吸困難も訴える事なく、この1週間後の朝に眠るように亡くなられた。苦痛が全く無かった理由が、在宅のためだっ

たのか、低酸素の経過が緩やかだったためなのかはわからない。ただ、この後は紋切り型に在宅酸素を導入するのではなく、患者さんが呼吸苦を訴えられた時に限り在宅酸素に踏み切ることになっている。

80代女性。他院で甲状腺機能亢進症の診断を受けていた。その際処方された抗甲状腺薬で副作用を経験され原疾患は未治療のままだった。るい瘦あり訪問診療開始。当院の採血でも典型的な結果で、異なる薬の服用を強く勧めるもやはり拒否された。やむを得ずβ-ブロッカーだけで対処してきたが、5年を過ぎた最近このデータが正常化していた。つまり「甲状腺機能亢進症が服薬なしで改善した」のである。

#### <思い出の患者さんたち>

これまで開院後16年余り、当院での在宅医療対象患者さんは累積約400人。うち(判明している)亡くなられた方は220人余、在宅で看取った方は約120人である。「かかりつけ医の在宅医療」では、1人1人の患者さんやご家族の「物語」をいつも感じている。

長期間かかりつけで看取った80代男性。平成8年から糖尿病などで私が管理。17年後に人間ドックで肺野異常影が見つかり高度専門病院に紹介した。抗がん剤等で一時陰影が消失する程度に改善されたが、発見から約2年後再発した。患者さんが在宅医療を希望され、最後の2カ月間、往診と訪問診療で対応した。奥さんと3人の娘さんに暖かく見守られお亡くなりになった。

親子ともども在宅で看取った例もある。母親は80代女性。大動脈弁狭窄症で近医より在宅医療の紹介。圧格差が57mmHgあったが手術を拒否し、娘さんやご主人とともに通院されていた。ある日、買い物から自宅に戻った直後、喀痰が増え突然の呼吸苦が出現し、訪問看護師が駆けつけたが呼吸停止が生じた。

18時過ぎに自宅を訪問、そのまま在宅死・死亡確認となった。

実は、この娘さんは以前から乳がんを患っていた。それが再発、多発骨転移も見付き、母親が死亡後4か月で乳がん管理病院に通院不能となった。私に在宅で診てもらいたいと依頼された。まだ60歳代の方だった。すでに膀胱直腸障害もありベッド上の生活だった。訪問診療開始の6ヶ月後に、お姉さんと90代のお父さんに見守られ亡くなられた。

先日は胆管がんで手術不能で逆紹介された方を看取った。気丈に何とか通院されていたが、最後の1月は寝たきりとなり訪問診療を行った。奥さんと娘さんが介護され深夜3時に死亡診断した。その後奥さんが当院に挨拶に来られ「先生に出会えて良かったわ」とお礼を言われた。

#### <山谷ブルース>

外来診療では「かかりつけ医」として数多くの患者さんを診ている。慢性疾患の途中で重症疾患が出てくる方もいるし、初診で稀な致死的疾患の患者さんと出会う事もある。いわゆる「地雷」を踏まないように緊張の毎日である。難解な疾患と出会うと、「ドクターG」並みに診断や治療・紹介先で難渋する事もしばしばある。たくさんの書類書きにも閉口している。

その上での在宅医療なので、率直に言って手に余る状況にも陥る。私自身も結構な年齢に達しており、「このままでは自分自身はどうなるのだろう」という不安もある。朝にはため息も出るし、1日の仕事を終え自宅に戻るとき岡林信康の歌を口ずさむこともある。「今日の～仕事はつらかった～、あとは～焼酎をあおるだけ～」

#### <医療現場で進む労働強化>

医師を労働と言う観点でとらえ返すと、か

かりつけ医の在宅医療」は多忙な労働現場だと感じている。「在宅診療強化型」とっていない理由は、「少しのことで夜も呼ばれたらたまらない」、「医師を召し使いのように扱うのは間違っている」という“信条”に基づいている。開業医の殆どは、若い頃勤務医として24時間対応は当たり前だった。当直明けの36時間勤務も経験してきた。それが年をとってからも「24時間労働～拘束」を強いられるのは、明らかに開業医への労働強化である。現状は「昔なら中小病院や老人病院が果たしていた役割・機能を代行している」と感じている。

### ＜在宅医療のすすめ＞

それでも「在宅医療を今もなぜ続けられるのか」というと、私の医師としての出発点が特殊だったからかもしれない。しかし、医師は専門的能力を身につけ懸命に仕事をすれば、感謝の言葉を直接聞ける。こうした日々を過

ごせる医師という職業は、現代社会では数少ない職種だと思う。

それゆえ、医師は、患者さんへの感謝の気持ち、社会貢献意識を持つのが当然だと考えている。私の在宅医療への関わりはその一つの“自己表現”である。長年診てきた患者さんはやはり最後まで見守って行きたい、信頼されている患者さんの想いに応えたいという“医師としての原点”が今の支えである。別途行っている「1人暮らしあんしん電話」も同じ考えに立脚している。

### ＜おわりに＞

松戸市医師会在宅ケア委員会では、「かかりつけ医の在宅医療」を推進するため、平成26年2月から毎月1回、計24回、「在宅医療の手引き」を松戸市医師会会員に配布してきた。今回平成28年6月、これらをまとめ1冊の小冊子に製本化した。ご希望の方は松戸市医師会事務局あてにご連絡くだされば幸いです。

## 会員よりの意見公募のお知らせ

### 「オピニオン・スクランブル」

いま、我々の周囲を取り巻く情勢はまるで雪崩をみるような勢いで変容しつつあります。数え上げればキリがないほど諸問題が山積し、そのいずれもが我々第一線の医師の肩にずっしりとのしかかってきております。

おそらく会員の諸先生方もこのような状況下でさまざまなご意見をお持ちの方がたくさんおいでになることと推察いたします。

広報部では建設的で、有意義なご意見をできるだけ吸い上げ、今後の医師会活動に可能な限り反映していきたいと念願しております。

そこで「オピニオン・スクランブル」を設けております。

本音の意見交換の場、また至上討論のような形で誌面を提供したいと思っておりますので、本誌投稿規定をご参照のうえ、奮ってご投稿ください。

なお、原稿送付の際は、氏名と所属地区医師会、「オピニオン・スクランブル」への投稿である旨、本紙掲載時の匿名希望の有無を記入のうえお送りくださいますようお願いいたします。