2023年7月6日　埼玉県医師会

在宅医療塾

楽しい訪問診療

熊谷生協病院
名誉院長　小堀　勝充

自己紹介

- 1992年信州大学医学部卒業
- 医療生協さいたま　埼玉協同病院で初期研修を終了し小児科医として勤務
- 1999年4月～2000年3月　帝京大学小児科で中期研修を修了、小児科専門医
- 埼玉協同病院に戻り小児科部長、医局長
- 2011年4月から熊谷生協病院　院長
- 2023年4月から熊谷生協病院　名誉院長
- 小児科専門医、日本プライマリーケア連合学会認定医・特任指導医、初期臨床研修指導医、初期臨床研修プログラム責任者、緩和ケア医
- 東京都立大学　非常勤講師（助産学）、埼玉県慢性期医療協会幹事
- 熊谷市医師会理事、ACP普及啓発医、埼玉県小児科医会理事

当院の所在地

埼玉県熊谷市

熊谷市の現況

- 人口約２０万人（193.071人＜外国人を含む＞：2023年6月1日現在）
- １５歳未満の小児人口：20.599人（10.67％）
  0～4歳　　5.636人
  5～9歳　　7.172人
  10～14歳　7.791人
- 65歳以上の人口：58.465人（30.28％）
- 小児科入院施設を持つ医療機関　3医療機関
- 病児保育施設　1か所
- 小児科を標榜する医療機関：約40施設

（埼玉県の医療的ケア児数：約700人、在宅人工呼吸管理小児患者数：約110人）

当院の概要

病棟

一般病床：　10床

地域包括ケア病床：　40床

在宅復帰機能強化型療養病床：55床

合計105床

外来

内科外来、小児科外来

病児保育室　こぐまちゃんち

往診車

＜医師・看護師・ドライバー・時々初期研修医&専攻医＞

2022年4月から熊谷市の委託を受けて開設

往診バッグとチェックリスト

- 体温計（できるだけ自宅のを使用）、酸素モニター（成人＆小児）、血圧計、針ポイボックス
- 採血用針＆シリンジ、アルコール綿、ガーゼ、包帯、テープ　etc.
- 電子カルテ用ノートパソコン

訪問診療バッグ　物品確認シート

【メイン】

診察用品	聴診器	
	手動血圧計	
	自動血圧計	
	体温計（腋窩）	
	体温計（非接触）	
	パルスオキシメーター	
	ペンライト	
	舌圧子（5枚）	
	打鍵器	
	定規	
	メジャー	
	はさみ	
	油性マジック	
	簡易血糖測定器	
採血物品	注射針（各3本）	
	翼状針（3）	
	真空管翼付採血セット（3）	
	アルコール綿（10）	
	駆血帯	
	注射用絆創膏	
	針ポイ容器	
	ワンタッチロール	
処置物品	手袋（S/M/L）	
	滅菌手袋（各サイズ×2）	
	摂子（3）	
	クーパー（3）	
	滅菌ガーゼ（2袋）	
	パーミロール	
	カテーテルチップ50ml×1	
	生理食塩水20ml×3	
	ﾎﾟﾋﾞﾄﾞﾝﾖｰﾄﾞ綿棒（3）	
	ｸﾛﾙﾍｷｼｼﾞﾝ綿棒（3）	
その他	電池各種×2	

【前ポケット】

検体容器	血液	生化(3)
		血算(3)
		血糖(3)
		凝固(2)
		BNP(2)
	尿	一般尿スピッツ（1）
		滅菌尿スピッツ（1）
		一般尿コップ（2）
		滅菌尿コップ（2）
		導尿用カテーテル（各2）
	痰	スピッツ
		吸引容器
	便	便潜血
		便培養
		ベロ毒素
	その他	培養綿棒（太・細各1）
		ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ用綿棒（3）
		ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ検査ｷｯﾄ（3）
その他	シリンジ5ml（5）	
	シリンジ10ml（5）	
【上蓋ポケット】	バイタル用紙	
	バインダー	
	潤滑ゼリー	
	ポリ袋	
	経鼻用固定テープ	
	アルコール綿	
【横ポケット】	デジタルカメラ	
	印鑑	
	朱肉	
	ディスポ靴下（4）	

在宅医療とは何か？

- 患者さんを「**生かす**」ことではなく、その人が「**生きること**」を支えること。
- 苦痛の緩和や介護負担の軽減は非常に重要な要素です。しかし、支援とはこれらの課題を当人から取り上げることではなく、それらの課題に本人・家族が向き合えるように援助することが重要です。
- **楽なように、やりたいように、後悔しないように、**：患者・家族が望むような生活ができるように治療や療養の方法を提示して、その時の最善と思われる方法を話し合っていく。

在宅医療を始めてみました

- 患者さんの**人生の全体像と現在の状況**を把握して、支援計画を考えてこの先の患者さんの人生に伴走しましょう。
- 患者さんの**人生を時間軸**で把握しましょう。既往歴や現病歴を確認して、その人の病気を理解することが、病院や診療所の医療かもしれません。在宅では、住んでいる家の様子や部屋に飾ってある写真（祖父母や子ども、お孫さん）や飾り物でその人の生き方や家族関係やご近所との関係が見えてきます。そして人生の目標を知ることが出来るかもしれません。病気に罹患しなければその目標に向かっていたかもしれません。
- 患者さんの**人生を断面像**で把握しましょう。現時点での心身の状態と治療内容を把握して、残された時間を考えて新たな目標を共有して診療計画を一緒に立てていきましょう。

在宅医の役割

- **疾患の治療**：診療ガイドライン等を厳格に適用することを避けて治療の必要性と治療による生活や人生の質の低下を判断することも必要
- **残存機能の評価**：自立支援、生活支援を行う上で、しっかりと評価することが重要
- **療養環境の評価**：療養環境、家族の介護力や人間関係、社会的・経済的な状況も考えていくことが重要
- 総合的に判断して、医療と介護の連携で多職種で支援していく。

在宅医療の役割

- 医療と介護、生活、生活支援、予防を支点として立体的に組み合わせて暮らしやすい地域・社会（≒地域包括ケアシステム）を構築すること。
- 小児在宅医療ではこれらに教育という支点を組み合わせて、人生のすべてのステージで暮らしやすい地域・社会（≒地域包括ケアシステム）を構築すること。

在宅医療の対象疾患

- 脳血管障害、認知症、老衰、整形外科疾患などの高齢者
- 進行期、末期のがん患者
- 内部疾患の進行期の患者：神経難病、呼吸器疾患、慢性腎不全、膠原病などの進行期、末期の患者
- 小児悪性腫瘍、先天疾患など

初回の訪問診療前に

- 前医からの紹介状など
- 主病名、病歴、既往歴の確認
- 急変時の対応について確認
- 終末期の希望を確認

私の診療

- 退院前カンファ時や初回訪問診療では、まず挨拶から始まります。
- 自己紹介の後、年齢やお名前を聞かせてもらいます。
- 病名について尋ねます。予後などどんな説明を受けているか尋ねます。
- あと何年（どのくらい）生きたいか、何をしたいか尋ねます。
- 家なのか病院なのか、最期を迎えたい場所を尋ねます。（ご本人＆ご御家族）
- どのような最期を迎えたいか尋ねます。（ご本人＆ご家族）
- 予想される最後の状態を説明します。麻薬等の薬剤の効果と副作用など

私の診療（回想法）

- 生まれた場所を尋ねます。
- 子どもの時に楽しかったことや嫌だったことを尋ねます。
- 子ども時の一番を思い出を尋ねます。
- 初恋の人について尋ねます。
- 学校時代、働き始めた時のことや職歴などを尋ねます。
- パートナーとどこで出会って、どんな交際をして、どんな新婚生活だったかを尋ねます。
- 結婚生活で楽しかったことやつらかったことを尋ねます。

物語を大切に

- 人は、長い年月の人生という物語を自らつくり、いろいろな出来事の中で、それらを意味付けし、納得しながら価値観を形成し生きている
- 人生の最終章としての終末期にどう関わるのか
- 医学的（科学的）に正しいだけでなく、その人を取り囲む「事情」の多様性を一つの物語として理解する

自分の物語

夫婦の物語

家族の物語

看取りの考え方

- 在宅での看取り：最期まで自分らしく、慣れ親しんだ家で家族と過ごす

  生まれてからずっと高次医療機関に入院していたが、最期は初めての家族のもとで過ごす。

- 病院での看取り：一人暮らしの最期、神経難病や介護負担が過重なので病院で最期を過ごす。

最期はどうする？

- 患者さん本人の希望は？
- 家族の希望は？
- 医療者の希望は？
- ベストな選択があるわけではない
- 結論ではなく過程を大切に

終末期医療要望書の作成

- 相互理解と合意・・・将来の治療に関する希望について語り合うことで、治療や「生の質（QOL）」に関する自身の価値観や人生観、死生観を、関係者（主に家族）と共有する
- →お互いに納得できる決定を目指す道を模索する
- 自身の物語だけでなく、家族の物語も大切にする

埼玉県医師会作成の事前指示要望書

色々な別れ

- 親との死別は、過去の喪失である
- パートナーとの死別は、現在の喪失である
- 子どもとの死別は、未来の喪失である

グリーフケア

- 家族を失う悲しみは非常に強く、亡くなった人を思い慕う気持ちを中心に沸き起こる感情・情緒は複雑で、喪失（感）と表現されます。
- 一方、死別という現実に対して、この窮地を何とかしようと努力を試みる、立ち直りの思いがあります。
- 残された家族は、「喪失」と「立ち直り」の間を揺れ動く不安定な状態になるといわれています。
- このような揺れ動き不安定な状態にある人に寄り添い、援助することをグリーフケアと言います。

症例提示

3歳1か月　男児
極低出生体重児、重症新生児仮死、脳室周囲出血、小脳低形成、多発奇形、肺低形成

- 在胎29週1日、緊急帝王切開で出生、Ap. 1/2/4、出生体重1296ｇ
- 自発呼吸なく、気管内挿管にて人工呼吸管理となる
- 生後6か月で気管切開実施、生後8か月で胃瘻造設した。
- 退院前に、主治医、看護スタッフ、訪問診療医、訪問看護師、行政担当者でカンファレンスを実施した。
- 生後11か月で、人工呼吸器管理と胃瘻による栄養管理で退院となった。
- 退院2日後に初回訪問診療が開始された。

35歳女性、骨盤内原発不明癌　1

- X年2月頃より発熱を認め、都内大学病院にて精査の結果骨盤内リンパ節から扁平上皮癌が見つかった。精査したが原発不明だった。化学療法・放射線療法にて一旦安定した。X+1年4月に尿管閉塞による水腎症でステント留置した。その後は徐々に進行し7月には緩和ケア方針となった。8月に当院内科外来を紹介受診した。12月には通院困難となり、オピオイド導入し訪問診療開始となった。
- 高校生の時に両親の離婚をきっかけに母と弟と3人で熊谷の祖父母宅に同居した。高校卒業後、東京で働きながら, 精神保健福祉士の資格を取得して企業のメンタルヘルスケアに関わる仕事をしていたが、病気をきっかけに母のもとに戻った。

35歳女性、骨盤内原発不明癌　2

- 外来通院時には仲の良い親子という印象だったが、病状の進行に伴い親子関係が良くないことが分かりレスパイト目的（親子分離目的）で年末年始に入院することになった。
- 入院中の看護師との会話や母親との面談、本人との面談から幼少期の親子関係における愛着形成が不十分だったことや本人が「この病気になった意味は、お母さんに甘える最後のチャンス」と考えていることが分かった。親子ともに在宅で過ごすことを希望していたが、うまくコミュニケーションをとり相互理解することができていなかった。訪問診療を再開し、親子喧嘩をしながら残された時間が短いことを考えて疼痛コントロールと同時に親子関係の修復について話し合いを継続した。
- X+2年3月、母に見守られながら自宅で静かに最期を迎えることができた。

53歳　男性、管内胆管癌、閉塞性黄疸　1

- X年5月頃より胃部不快感があり、近医で上部内視鏡検査を実施したが、異常を認めなかった。2週間程度内服で様子を見ていたが、症状改善せず倦怠感も強くなり近医再受診したところ黄疸を指摘されて、高次医療機関を紹介された。精査の結果、管内胆管癌の診断でさらに大学病院を紹介された。6月には腹腔内リンパ節多発転移を認め、ご本人には緩和ケア方針と説明され、奥様にのみ予後1か月程度と説明された。在宅での最期を希望されて当院からの訪問診療が開始された。
- 事前に奥様からは、ご本人への予後説明はしないでほしいと言われていた。

53歳　男性、管内胆管癌、閉塞性黄疸　2

- 初回訪問診療時、ご本人から管内胆管癌で治療ができないと前医から説明を聞いているが、あとどのくらい生きられるのか教えてほしいと強く希望された。一旦退席して、奥様と相談してご本人にも予後を説明することになった。説明を聞いてよく納得されたようだった。
- 翌週2回目の訪問診療時には、この1週間毎晩ご夫婦でこれまでの人生とこれからのことを包み隠さず本音で話し合おうことができた、と話された。
- 最期の数日は、両方の高齢ご両親も自宅で一緒に過ごすことができた。ご本人の父が足浴をしながら「久しぶりに洗ってあげたけど大きくなったなあ」と声をかけられたそうです。

68歳　男性、膀胱癌、癌性腹膜炎、閉塞性黄疸

- X-1年夏ごろから排尿トラブルが出現した。X年1月血尿を認め精査の結果膀胱癌と診断された。5月には膀胱・前立腺全摘術を実施し化学療法を行った。X+1年2月体調不良で嘔吐を繰り返すようになり、膀胱癌再発と癌性腹膜炎と診断された。急速に全身状態が悪化しBSC方針となり、在宅希望が強くX＋1年6月から当院の訪問診療が開始された。
- 初回訪問診療時に残された時間が短いことを確認し、今後予想される経過を考えて、PCAポンプによるヒドロモルフォン持続皮下注と在宅酸素療法を導入した。
- 登山が趣味で、奥様と全国の山を登った時の思い出を話しながら、自宅での秘密基地のようなベッドで最期まで過ごすことができた。
- 初回訪問診療から11日目に永眠された。

88歳　女性、
再発乳癌、肝転移、多発骨転移

- X年8月左乳癌で左乳房全摘術を施行した。その後順調に経過していた。X+8年2月左胸壁腫瘤を認め、乳癌の局所再発と診断されて内分泌療法を実施した。 X+9年に近くの公民館が行われたACP出前講座にご主人が参加して、二人で人生会議を行い、苦しくないように自宅で過ごすことを話していた。 X+10年2月多発肝転移と多発骨転移を認めてBSC方針となり、10月には歩行困難となり当院からの訪問診療が開始された。X+11年1月21日未明に苦しむことなく静かに自宅でご主人に見守られながら永眠されました。

課題

- 癌患者の場合は、年齢が若いことから認知症状が軽く治療を受けていた高次医療機関から在宅へ移行する時に**見放された（見捨てられた）**と感じていることがある。
- 癌患者の場合は、在宅移行直前まで治療を受けていることが多く、在宅での診療期間が短く病状が急激に進行し体力が低下することから信頼関係を築くのが難しい。
- 癌患者の場合は、病院主治医と訪問診療医がカンファレンスする機会が少なく訪問診療期間中に**情報交換することが難しい。**

多職種連携

- 終末期に最後の希望を聞くと、多くの人が口から食べることを希望しています。**歯科医師会との連携による訪問歯科診療**や病状を考慮した歯科治療を提供することは重要です。

- 病状に合わせて治療薬が処方されているが、薬局に取りに行くことが出来ない場合や適切に内服管理出来ない場合など、**薬剤師会との連携による訪問薬剤師**の役割も重要になります。特に在宅緩和ケアでは訪問診療日当日から麻薬量の変更があり迅速な対応が在宅生活を支えています。

私が思う在宅医療

- 毎回の訪問が短編小説を読んでいるようです。
- 前回の訪問診療で聞ききれなかった続編を聞き取ったり、その時の思いや時代背景を聞くことが出来る。
- 生まれた場所や子どもの時の遊び、初恋の人を聞き出しながら患者さんに自分の人生を振り返ってもらい、最後の花道を一緒に考えて飾り付ける。
- もちろん、疼痛緩和や疾患治療を継続し、誤嚥性肺炎や尿路感染症などはしっかり治療します。

私が思う在宅医療

- 送られる人が主人公
- 送る人も主人公
- 人生の最期を一緒に過ごし、双方がこの人生で良かったと思えるような花道を援助していくのが私たちの仕事です。
- 幕が下りる時には私たちの心も満たされたら最高です。

ご清聴ありがとうございました。

参考文献

- 基本研修ハンドブック：日本プライマリケア連合学会
- 在宅医療を始めよう！：永井康徳・永吉裕子　共著
- 在宅医療：佐々木　淳　監修
- DEATH：Yale大学　Shelly　Kagan