

診療所における在宅診療の実践(その2)

在宅診療の実際例

在宅診療に取り組んで7年……。その間に痛感したことは、「果たして寝たきりあるいはそれに準じた状態で、家族の受け入れ態勢さえ良ければ、すべての場合に在宅診療が適応すると考えて良いだろうか」ということでした。幾つかの例を振り返り、私なりの検討を加えてみたいと思います。

(例1) H.T 82歳 女性

診断：乳癌

介護者：娘・孫

生計者：娘・娘婿

既往症：胸膜炎

10年前より高血圧性心臓病で他院に通院中であった。8年前より左乳房のしこりに気づいたが、大きさも不変であったため、放置されていた。辺縁不整で3×4cm大で硬く、超音波検査でも内部に石灰化を認めた(図1)。乳癌と診断し、再三手術を勧めるも、内科医の私が施術するのなければ手術しないと拒否された。決心を促すためにも「乳癌」を告知したが、拒否の気持ちは変わらなかった。2年後には8×8cm大、3年目には10×8cm大となった。この間、全く無症状であった。

ゆっくりとはあるが乳癌は進展していき、やがて皮膚を破壊し出血するようになったため、通院から在宅診療に切り替えた。週一回の訪問診察に加え、浸出液が多くなってきたため、ガーゼ交換やその他精神的なサポートも含めた訪問看護を開始した。最初は強気だった患者さんや家族も、日に日に目に見えてくる癌を前にして、不安が先行してくるようになった。頻回に訪問を重ね、若い頃の事や、現在の不安を聞き家族と共に処置を行った。

末期には毎日在宅診療し、訪問できない時は直接電話訪問をした。結局、ご本人の希望どおり家で永眠された。

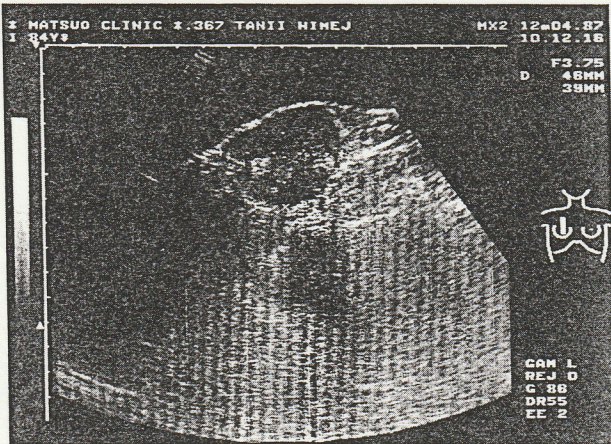
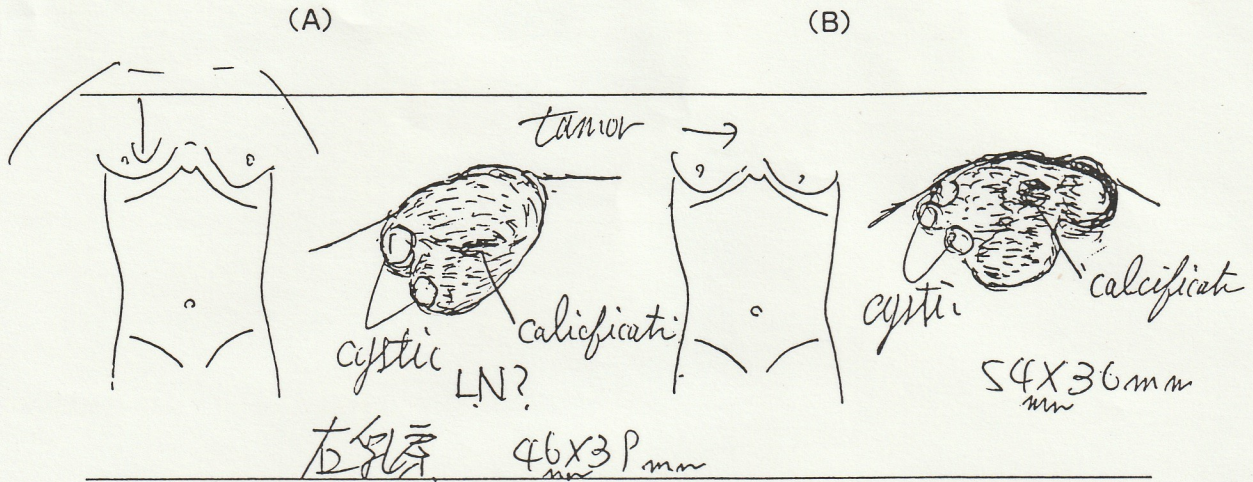
〈考察〉この症例で考えさせられたのは、最期まで家に居たことを喜んで下さったが、「癌告知」がかえって本人及び家族の苦しみにつながったのではないかという事である。

松尾クリニック

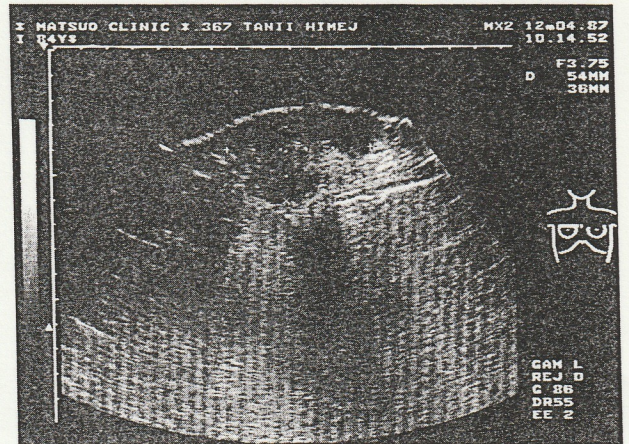
院長 松尾美由起



図1



(A)



(B)

(例2) T.M 81歳 女性

病名：肺癌・パーキンソン氏病

介護者：娘（養子）・家政婦

生計者：娘婿

パーキンソン氏病、一過性心房細動にて通院中であった。通院1年目、36.9℃で胸部不快感・食欲不振及び咳と喀痰の訴えがあり、胸部X線検査では右肺門部に陰影を認めた（図2）。CRPは（+5）で、喀痰のパパニコロ染色検査、培養などでは異常を見いだせなかった。4日後、CRPは（+1）となり、経過観察していた。10日後、38.7℃の発熱と喀痰の訴えがあり、右肺野に乾性ラ音を聴取。精密検査のため入院とした。入院中、老人性痴呆の症状が出現。肺炎の診断で退院するも歩行困難となり、在宅診療に切り替えた。5カ月後、再び39.2℃の発熱があり入院。肺癌と診断されたが、本人は積極的な治療を希望されず、退院後は通院とした。3カ月後の胸部X線検査では、右肺野の腫瘤陰影が著明である（図3）。肺癌と診断されて10カ

月後、在宅診療に切り替えた。ギャッジベッドを紹介し、この時点で家族の「在宅で看取りたい」という希望を確認した。2カ月後、右肺無気肺を認め（図4）、この頃から寝たきり状態となった。食欲は比較的保たれていたが、エアーマットを導入した。しかし寝たきりになって2カ月目、仙骨部に褥瘡が出来てしまった。その頃はまだ、褥瘡治療には乾燥が良いと考えていた頃である。毎日訪問看護で褥瘡の処置をし、時にデブリドメントも行った。家族と共に家政婦さんの協力を得て、診断後1年2カ月で在宅死亡された。〈考察〉家族の身体的疲労は大きかったが、後に家族からいただいた手紙に在宅診療をいっしょにやり遂げた充実感が綴られており、満足しておられる様子がうかがえた。在宅診療の場合、レントゲン検査が実施しにくいいため、どうしても治療が遅れがちになり限界を感じる時がある。このケースのように、患者が高齢者の場合、家族が積極的な治療を望まない事があり、在宅診療を導入する際に十分話し合っておく必要がある。

図2

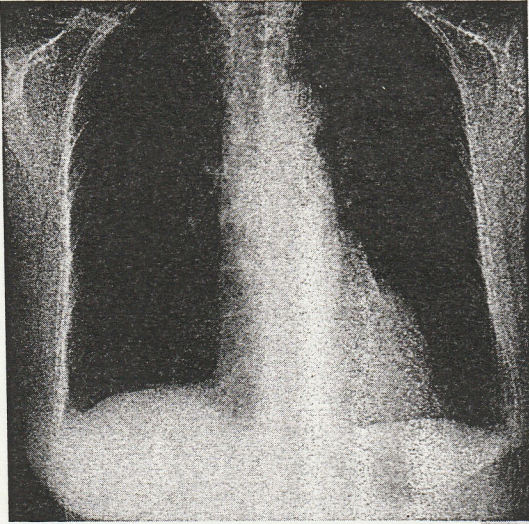


図3

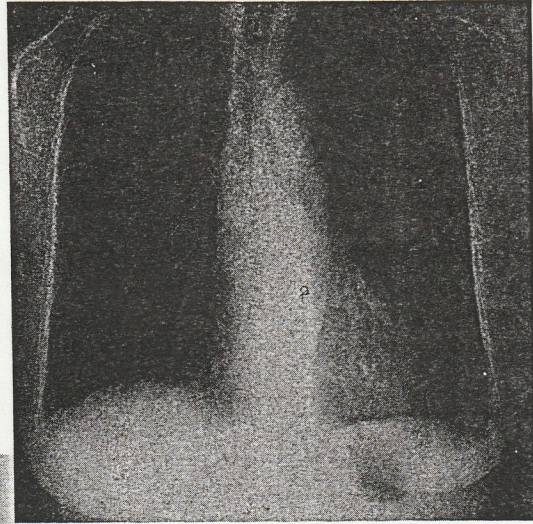
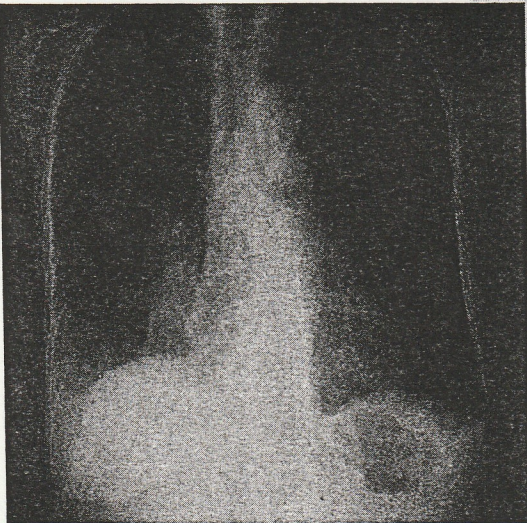


図4



(例3) K.T 91歳 女性

病名：脳梗塞・失語症

介護者：娘（子供はなし）

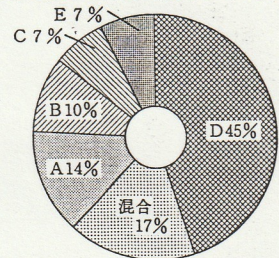
生計者：娘

脳梗塞にて左半身麻痺と運動性失語症があり、神経因性膀胱にて尿道カテーテルを挿入中で、保健婦さんからの在宅診療依頼である。介護者である娘さんも高齢であり、介護しやすいようにギャッジベッドを貸し出し、エアーマットも装備した。在宅での言語療法も行ってみようと思い、言語療法士に依頼。しかし、91歳と高齢のため長続きはしなかった。「どうにもこうにも」という言葉だけは言えるが、自分の欲求が通じなければ大声で叫ぶという状態であった。

さらに、介護者に在宅診療をする上での「覚悟」が足りなかったようである。夜間に「唾液が多く出て心配である」と頻回に電話で相談があり、「眠らないので不安だ」との訴えに何回も緊急往診した。感冒から食欲不振となり、脱

図5 介護者の性格分類

- Aタイプ：平均型（14%）
目立たない平均タイプで主導性は弱い
- Bタイプ：不安定積極型（10%）
対人関係の間で問題を起こしやすい
- Cタイプ：安定消極型（7%）
平穩だが受動的であり、リーダー性に欠ける
- Dタイプ：安定積極型（45%）
対人関係で問題を起こすことなく、行動が積極的であり、リーダー性に富む
- Eタイプ：不安定消極型（7%）
引っ込み思案で積極性に欠ける「閉じこもり型」であるが自身の内面は充実している



水症状を引き起こす。点滴をするが介護者ではなかなか管理ができない。入院を勧めるが決心がつかない……。やっと短期入院させるも、叫び声が大きいため、同室者への遠慮もあって自己退院。こんな状態を繰り返し、結局老衰で入院死亡された。

〈考察〉このケースほど在宅患者の適応について考えさせられた事はなかった。何よりも介護する人の覚悟とともにその性格が重要ではないだろうかと思ひ、介護者29人を対象に性格テストを矢田部ギルフォードで行ってみた(図5)。結果として我々の判断では、不安定消極型の人より安定積極型の人が介護者である場合のほうが良い傾向がみられた。

(例4) K.N 87歳 女性

病名：パーキンソン氏病

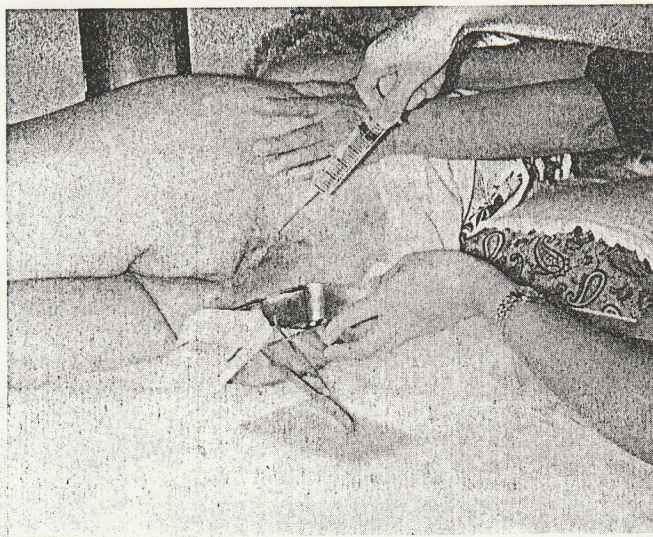
インスリン依存型糖尿病

胆石

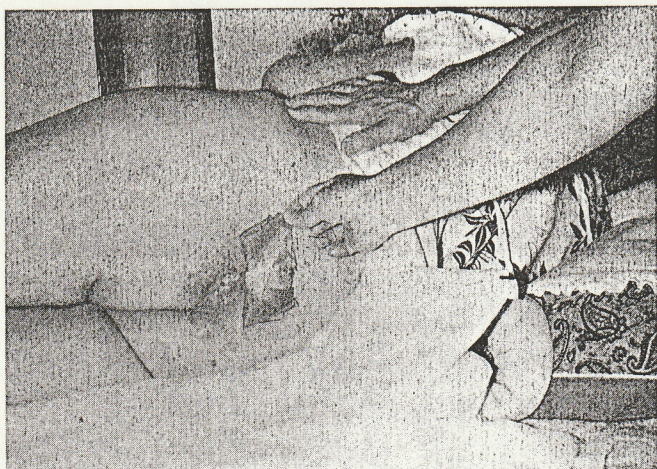
医療経営を探る



写真① 仙骨部褥瘡



写真② 褥瘡の処置



写真③ デュオアクティブ貼布の処置中

介護者：娘

生計者：夫（年金）

パーキンソン氏病にて左上肢・両膝関節の硬縮のため、13年前より寝たきり状態である。尿路感染症での入院後、在宅診療を依頼され7年目になる。尿道カテーテルを挿入しており、介護者に膀胱洗浄を指導し実施している。また、血糖は週1回測定し、インスリン18単位でのコントロールは良好である。1年前に胆嚢炎にて入院。抗生物質で改善し経過良好であるが、その後頻回に嚥下性肺炎を起こすため鼻-胃チューブを挿入し、エンシュアリキッドなどの流動食にてカロリー制限している。問題は、介護者が几帳面すぎるといふ事と、介護は自分以外には絶対させないという強迫観念を持っていることである。さらに、患者の夫が高血圧と胸部大動脈瘤であり、手術危険率40パーセントの

表 1

| | 成功例 | 不成功例 |
|----------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 病気の理解度 | 良好 | 低い |
| 介護者 | 若い傾向がある 娘か配偶者が多い | 比較的高年齢 娘か嫁が多い |
| 経済的問題 | 生計者以外はあまり傾向がない | |
| 住まいの構造 | 工夫・改造している | 工夫できない |
| 介護者の性格 | 積極的 楽観的 率直性大 大ざっぱにできる | 消極的 悲観的・神経質 控えめだが執拗 めんどうくさ大 |
| 疲労度 | 両者にあまり差はない | |
| 親類・隣人の理解 | 大 | あまり無い |
| 在宅診療の覚悟 | ある | なし |

ため対症療法のみを希望されているという状態である。つまり、家に2人の病人を抱え、本人も60歳を超えて一日中気を抜くことがない訳である。ヘルパー制度を利用するように勧めるが、全く受け入れない。そんな時、患者さんの仙骨部に褥瘡が出来たから大変である（写真1）。すべて自分が至らないとヒステリー状態を起こしてしまう。幸いデュオアクティブでの治療で褥瘡は治った（写真2, 3）。最近では、とにかく介護者の精神的な叫びを長く頻回に聞くということで安定することが分かった。

まだまだインパクトの強い症例は多々あるが、我々なりに在宅診療が成功したか成功に至らなかったかをまとめてみると、表1のような傾向が見られた。