

患者を「トータルで診る」ということ その醍醐味が分かる、とある患者の一例

症例 70歳台 男性 息子さんと二人暮らし

糖尿病、高血圧、慢性心房細動で診療所の定期外来管理。とてもしっかりされ、奉仕活動で多数の表彰歴があった。

糖尿病の患者会にも積極的に参加しながら治療を長い間行っていた。



2008年、近ごろ呂律が回らず物忘れが激しいという事で診療所受診。

精査の結果、**脳梗塞**の診断となり、当院に入院。

麻痺などは残らなかったが、重度の認知機能障害が遺ってしまった。

それ以来、診療所で定期的に管理を行って行っていたが、認知機能が徐々に悪化していく。同時に糖尿病のコントロールも悪化していき、それに連れ飲み薬も増えていく状態。
2010年に入ってから本人が診療所を受診なくなり、状況が不明となる。

このままではまずい。一度、往診して状況をよく見て、考えてみよう

春のとある日、往診に出向く。丁度往診研修を開始した後期研修医が主治医となり初訪問する。

細い道を抜けた高台に車で行き、途中から階段ばかりの路地を自宅まで歩いていく。。。

古い木造平屋、家に入るとゴミの山。小動物の足音に強い尿とカビの臭い。

万年床には、肩まで伸びた真っ白な髪と胸まで届く立派な真っ白のお髭の男性。



まずは挨拶と自己紹介。その次に診察と病態の把握が必要だ。

お風呂は何ヶ月入っていないんだろう……。話をしてみると、普通だが、認知機能はとても悪い。

採血の検査。 HbA1cは・・・**11%**！

飲み薬は、αグルコシダーゼ阻害薬とビッグアナイド、SU剤はfull-doseだ。たぶん、薬を飲めていないか、腎機能が廃絶しているのだろう。

この人に今、必要なものは、「**仕切り直し**」。家族ともじっくり話す必要がある。

次の往診で、運良く息子さんが居てくれていた。「出来れば、入院して糖尿病の再評価と、療養のための社会資源調整が必要です……」

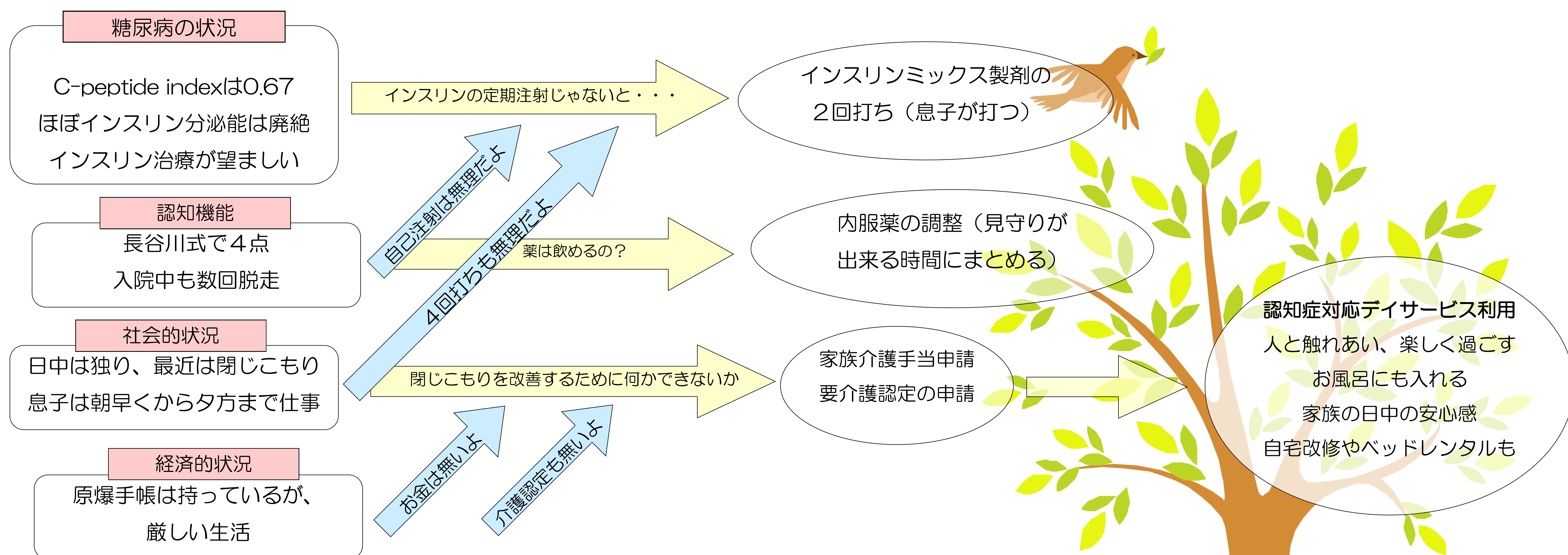
息子「それが、診療所にも行かないと言っている位なんですよ。入院なんて……」

本人「良いよ。入院しても。」

息子「えっ！？ 本当に？ 約束したからね！」



入院して検査と生活背景の評価。次々と出てくる問題点……



問題点を整理し、多職種が関わり援助を開始

今、髪も切り、ひげも剃り、お風呂にも入って男前。部屋も少し片付き、介護からベッドも導入した。

会った頃と比べて表情もとても良く、生き生きしている。デイサービスが楽しくて仕方がない。

この間は、デイサービスのお迎えが待ちきれなくて、自分でデイサービスまで歩いていっちゃった（なぜ道順を覚えている……？）。

徐々にHbA1cも下がり、今、8台。当面の目標は、DKAなど重篤な合併症を起こさない『better control』。

でも、まだまだ問題点は山積している。心房細動のレートコントロールに血圧コントロール、徘徊、変形性関節症……

当院での研修の目標は、「疾患」管理だけには留まりません。

その「人」の生活する背景を把握し、コメディカルスタッフと連携し適切な援助を提供することも出来る医師を育てます。

「総合医」、「かかりつけ医」、「地域医療」これらに興味がある方は……