

## 特集：緩和ケア – 当院の取り組みと地域連携

## 地域連携における在宅緩和ケア

Palliative care in home-care settings cooperated  
with community medical services.

塚田裕子

Hiroko TSUKADA

## 要 旨

近年、病院で人生の最期を迎えることが一般的になってはいるが、病院とホスピスの容量には限界があり、終末期医療に対する意識の多様化からも在宅緩和ケアが注目されている。通院が困難となった進行がんの方が、住みなれた環境での「在宅療養」という道も、安心して選択しうることを目指し、がんの緩和ケアを主に行う訪問診療専門の在宅療養支援診療所を立ち上げた。患者さんと家族の望む在宅療養の実現のためには、患者さんを支える多職種がいかに迅速に細やかに情報を共有していくかが重要である。当院の診療体制、介護事業所・病院・調剤薬局など院外との連携の状況、診療実績について紹介し、今後、地域連携の中で果たしていくべきと思われる役割について述べる。

## I 背 景

1950年代には、全死亡に占める自宅で亡くなる人の割合が80%台、病院死はわずかに10数%でしたが、その比率は1970年代に逆転し、今では80%以上の人が病院で人生の最期を迎えるようになり<sup>1)</sup>、病気になるれば病院で死ぬのが一般的になっています。がんセンターでも、多くのがん患者さんはこれまで治療してきた病院で最善の治療をやり遂げた後、そこで最期まで手を尽くして診てもらいたいと考えています。しかし病院のベッドは常に満杯で、ホスピスも数カ月の予約待ちの状況が続いています。

一つの病院で診断、積極的治療、経過観察から緩和ケアまで全て行うのは困難であり、ホスピス・緩和ケア病棟の容量も絶対的に不足しており、打開策として在宅での緩和ケアが注目されています。終末期医療に対する意識の多様化からも需要は増えつつあると考えられます。

国としても在宅療養支援診療所の新設、末期がん患者への介護保険適用拡大、がん対策基本法の施行、麻薬取り扱いの弾力化など在宅緩和ケアの普及を誘導する政策を次々と進めています。

## II 開院の経緯

がんセンターに長年勤務するうちに、“病気で辛う上に更に他の生活面で我慢しなければいけないこと、入院で人生を終えることへの疑問”が次第に強くなりました。

入院治療には、常に医療者がそばにいて、薬も機器も十分あり病態の変化に迅速に対処でき、安心して過せるという利点があります。しかし、「自由にトイレへ行きたい」、「好きな時間に起きて好きな時間に寝たい」、「室温を好きな温度にしたい」、「食べたい時に食べたいものを食べたい」、「孫と遊びたい」、「愛犬と過したい」というささやかな願いをかなえることもままならず、“普通の生活”とは、ほど遠い時間を過ごさなくてはなりません。「安心」と「自由」「自律」のどちらをより大切に考えるかには個人差がありますが、後者を優先する人にとっては、入院は不自由極まりなく、尊厳を脅かす場所にもなり得ます。

一方、患者さんが在宅療養を望んでも麻薬処方・輸液・酸素吸入など処置が多くなると、紹介を受け入れる開業医の先生方も多くはありません。何とか退院しても、在宅医と病院担当医のコミュニケー

ションがうまくとれず、日中の外来診療中の緊急往診が困難なこともあり、少しでも病状が変化するとすぐに再入院となってしまう患者さんが多いというのが現実でした。

治療の難しい病気で苦しむ時も、病状の進行のために死期が迫ったときにも、その人らしく過ごすために、病院やホスピスだけではなくもう一つの選択肢として、病院ほどではないにしても“安心して”自分の家で療養する道も選べるように、在宅療養を手厚く支援する仕組みが何としても必要と考え、在宅療養支援診療所立ち上げに至りました。

### Ⅲ 当院の診療体制

症状が急速に変化する進行がんの患者さんでも迅速に対応できるように、通常の外来診療は行わず在宅診療のみとしています。スタッフは医師1名、看護師2.5名、ケースワーカー(MSW)1名、事務1名(2009年12月現在)です。主な役割分担は表1に示しましたが、各自の職務範囲にはこだわらず、各職種が協力し、互いに補完しあい診療に従事しています。

在宅療養を希望する(主として)がん患者さんで通院困難な方のうち、診療所から車で片道20分以内の範囲に居住する方を対象としています。月2回以上の医師・看護師の定期訪問と、必要時の往診・訪問看護を24時間体制で提供しています。

治療内容としては、疼痛・嘔気・せん妄・呼吸困難等の症状緩和、在宅酸素、吸入、吸引、創処置、褥瘡処置、輸液(中心静脈、末梢静脈、皮下)、胃

瘻栄養、体腔液穿刺、等を行っています。X線検査は不可能ですが血液・尿検査、各種培養検査、心電図、超音波検査は在宅でも実施可能です。

在宅療養では、まず、“生活する”という大前提がありますので医師・看護師だけでできることには限界があり、病院以上に多くの人々が患者さんと、患者さんを見る家族を周囲から支えています(図1)。診療所内はもちろんのこと、患者さんに関わる全ての人が、その方の望んでいることや現在の病状などについて情報を迅速に共有していくことが重

表1 院内スタッフ役割分担

業種	役割
医師	診察, 検査, 治療処置, 処方箋作成, 診断書・意見書作成, 病状説明
看護師	診療支援 病状観察, 服薬指導, 医療機器管理指導, 点滴・吸引等処置, 薬剤・医療材料在庫管理 療養上の世話 清拭, 入浴介助, 洗髪, 部分浴, 口腔ケア, 等 家族支援 介護方法への助言指導, 家族への配慮
MSW	本人・家族との面談 診療体制・医療費の説明, 制度(身障手帳, 介護保険, etc) 利用に関する助言・援助, 困りごと相談, 家族への配慮 院外との連携調整 社会資源の発掘・調整

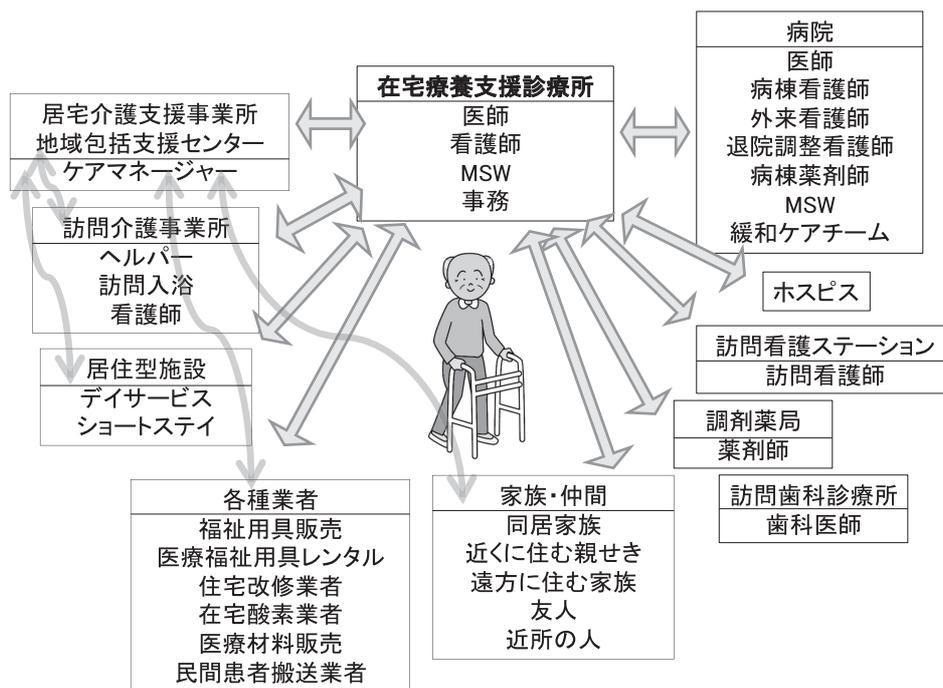


図1 多職種の連携

要となります。インターネットを介してシステムを利用するApplication Service Provider (ASP) 方式の電子カルテ、電話、メール、FAX、直接の面談、カンファレンスなどの手段を個人情報保護に留意しながら利用しています。この中で、人と人をつなぐ上で特に重要な役割を果たすのが、介護面の調整役であるケアマネージャーと、診療所の内と外をつなぐ院内のケースワーカーの存在であり、患者さんを担当するケアマネージャーとは必ず“顔の見える”関係を築くように心がけています。

病院との連携については、訪問診療開始前には退院時合同カンファレンス、または病院への直接訪問を行い、(1) 病状、(2) 今後予測される経過と予後の見通し、(3) 在宅療養における留意点、(4) 急変時の対応の可否・連絡先、(5) 緊急以外の相談・問い合わせ窓口、(6) 本人・家族への病状説明内容、を確認します。

退院後は、初回訪問数日以内に担当医と病棟看護師に初回訪問報告を届け、その後、メール・電話・手紙・FAX・直接面談等で病院の担当医宛てに定期的な病状報告、病状変化時の連絡を随時行っています。画像検査・外来受診予約の依頼、入院治療が必要な場合の調整も行っています。退院後も、これまで治療してくれた病院担当医と繋がっていると感じられ、いつでも必要な時には入院ができる、という安心感がむしろ在宅療養継続にプラスに働きます。緊急の病院受診時には可能な限り同行し、在宅療養中の情報を伝達し、スムーズな引き継ぎを図ります。

再入院となった場合は、落ち着き次第、再度在宅へ戻れるように病棟・病室へ訪問し、入院中の病状や患者さん・家族の希望する療養方針の把握に努めています。病院医師やコメディカルのスタッフから

の情報・助言・指導をいただくことにより在宅で行える療養支援の範囲もより拡充していくことが可能となります。

#### IV 診療実績

7月末の診療開始後の診療実績を示します。

患者の初診時の年齢は、60歳以上が約3/4となっています。性別では男性が多く、主な介護者は妻か娘であるということと呼応しています(図2)。

診療の主な対象疾患は、がんが9割で、内訳は肺がんがやや多いものの、乳がん、消化器がん、卵巣がん、泌尿器がんと多岐にわたっています(図3)。

がん患者36名の在宅滞在日数を表2に示します。在宅療養を終了(在宅または入院で死亡した場合)した患者では1~67日、中央値が22日と、慢性疾患の在宅療養とは違い、短期間となっています。在宅率(当院初診から死亡されるまでの日数のうち、在宅に滞在していた日数の割合)は43.5~100%、中央値は77%でした。いったん入院しても再び在宅に戻り、在宅死となった方も3名いました。在宅療養終了となったのは、在宅死亡が10名、入院後死亡が10名でした。入院の理由となったうちで最多は、肺炎合併や誤嚥による喀痰喀出困難で吸引を要した場合であり、疼痛コントロール困難での入院は現時点ではありませんでした。

在宅療養を終了したがん患者20名の院外との連携の状況を図4に示します。全例が、介護用ベッドレンタル・ヘルパー利用・訪問入浴・住宅改修など、介護保険を利用していました。調剤薬局と連携し、訪問薬剤指導の依頼も行っていますが、日毎に変化する病状のために難しい事例もあり、薬局との連携拡大は今後の課題です。現在は主に院内看護師が訪

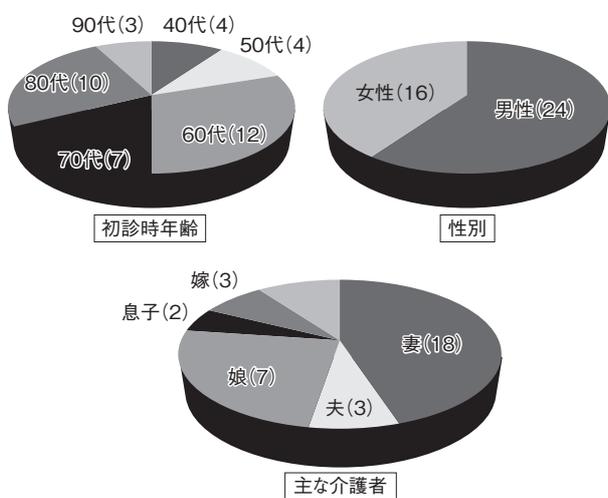


図2 患者背景 (N=40)

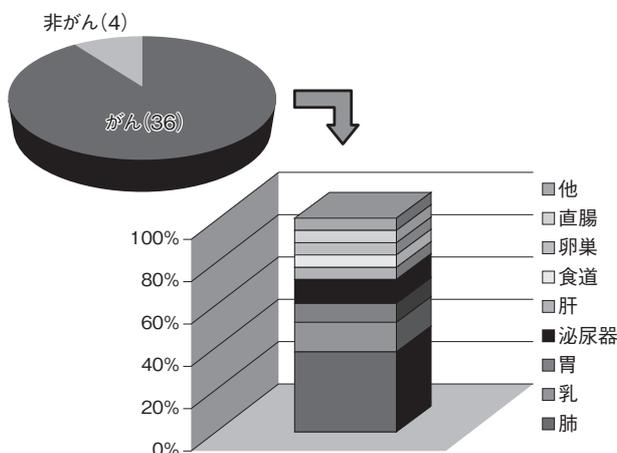


図3 主対象疾患内訳 (N=40)

問しているために訪問看護ステーションとの連携は比較的遠方の方に限られています。病院との連携面では、病院の退院調整部門の尽力と病棟スタッフの理解により過半数で退院時合同カンファレンスが行われています。外来通院からの訪問診療依頼の場合も、担当医・当該科外来看護師・病院ケースワーカー等と面談し情報収集を行っています。訪問診療開始後、担当医と直接面談・メール・電話・FAX等で双方向の連絡をとれているのが80%（がんセンターに関しては100%）を越えています。

在宅療養を終了したがん患者20名に対して行った診療内容を示します（図5）。オピオイドの使用は75%、在宅酸素療法は70%、輸液は95%、デイスポンザブル携帯型バルンポンプを用いたモルヒネまたはサンドスタチンの持続注射は35%で行われました。週1回以上の定期訪問に加え、全例に時間外往診（死亡診断時の往診は除く）が必要でした。

表3に、開院から2009年年末までの5カ月間に在宅で看取った事例の一覧を示します。年齢は46～93歳、同居家族が1人という事例も3名あり、別に住む親族・ヘルパーなどの援助を得て在宅での看取りが可能でした。死亡時刻は夜間帯が多く家族が呼吸停止を確認して連絡があり、往診の上、死亡診断することも少なくありません。在宅滞在日数は8名が1カ月以内であり訪問診療開始後短期間に患者さん・家族との信頼関係を築かなければならないという困難さがあります。前述のように一時入院をし、体制を立て直して再度在宅に戻り、自宅で最期を迎えられた方が3名おられました。

### V 今後の展望

人それぞれの価値観の違いもあり、病状によっては、たとえ患者さん本人が希望しても在宅療養は困難な場合もあるため、在宅療養が必ずしも最善の選

表2 がん患者の在宅期間と転帰 (N=36)

転 帰	N	在宅滞在日数 (日)	在宅率 (%)
継 続	11	8 ~ 135	-
中 断	5	3 ~ 45	-
終 了	20	1 ~ 67 (中央値22)	43.5 ~ 100 (中央値77)
在宅終了理由			N
在宅死亡			10
入院後死亡			10
入院の理由			
肺炎併発			6
患者の希望 (家族への配慮)			2
CVポート造設 (入院後肺炎併発)			1
消化管出血			1

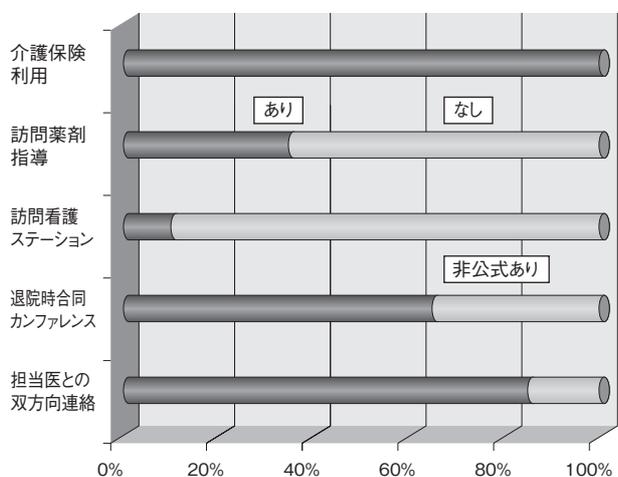


図4 在宅終了がん患者連携の実際 (N=20)

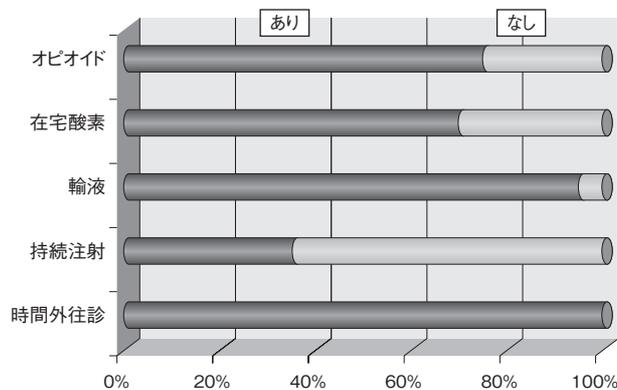


図5 在宅終了がん患者治療の実際 (N=20)

表3 在宅看取り事例一覧 (N=10)

	年齢	性別	原疾患	同居家族	治療内容	死亡時刻	在宅滞在日数	在宅率 (%)
1	79	M	肺がん	1人	末梢輸液, 酸素, 抗生剤, オピオイド貼付剤, 喀痰吸引	5:43	15日	100
2	64	M	肺がん	3	末梢輸液, 酸素, 抗生剤, 吸引	8:14	67	100
3	60	F	乳がん	2	皮下輸液, 酸素, 抗生剤, 吸引, モルヒネ持続皮下注	0:10	17	100
4	93	F	胃がん	3	CV輸液, 酸素, 抗生剤, 吸引, モルヒネ持続皮下注	10:15	12	100
5	87	M	前立腺がん	3	末梢輸液, 酸素, オピオイド貼付剤, 吸引	7:27	1	100
6	91	M	胃がん	3	末梢輸液, 酸素, 抗生剤, オピオイド貼付剤, 吸引	13:10	23	100
7	62	M	胃がん	1	CV輸液, 酸素, モルヒネ持続静注	16:26	8	100
8	50	F	卵巣がん	4	CV輸液, モルヒネ持続静注	1:41	26	87
9	46	F	卵巣がん	2	CV輸液, モルヒネ持続静注, 吸引	5:06	9	47
10	85	M	肺がん	1	末梢輸液, 酸素, 抗生剤, 吸引	6:19	45	67

択とは限りませんが、患者本人が希望する場合に、どこに居住していても選択することができるような体制を地域で構築していくことが必要となります。

ここまでは診療所の立ち上げから、行き当たりばったりで進めてきた部分が多いのですが、自院のみで対応可能な患者数・診療範囲には限界もあり、今後は、地域への拡がりを目指した活動も並行して行っていく必要性を感じています。

そのためには、①「がんが進行して通院が難しくなっても自宅で過ごすことができる」ということを地域社会・病院の医療従事者に啓蒙すること、②在宅医療に携わる少数の医師・看護師のマンパワーをより効率よく使っていくために多職種連携と役割分担を進めていくこと（特に調剤薬局薬剤師による訪問薬剤指導の拡充など）、③ケアマネージャー、介護事業所のスタッフに、介護保険利用者のお大半である非がんの慢性疾患と進行がんの経過の違い・要求されるケアの目標設定の違いについて理解してもらえようコミュニケーションを密にとっていくこと、④より多くのがんの患者さんが在宅療養の支援を受けられるように診療連携を進めていくこと、⑤今後在宅医療に携わるマンパワー増強と、病院医療従事者の在宅療養への理解を深めることを目的とした若い世代への教育、に微力ながら貢献していきたい

と考えています。

④の「診療連携」のかたちについては様々な形が考えうるとは思われますが、特殊な医療処置を要したり、病院との密な連携が必要な場合に対応する、在宅診療に重点を置いた在宅療養支援診療所の数をもう少し増やしていく（実際には困難？）だけでなく、比較的医療処置が複雑ではなく頻回の訪問を必要としない場合には、元々のかかりつけの開業医が、病院や在宅療養支援診療所のサポートを受けながら、引き続き訪問診療を担当していく形がネットワークを広げる近道ではないかとも思われます。

いずれにしても、ネットワークを行政など誰かが作ってくれるのを待つのではなく、現場で患者さんと家族の望みに耳を傾けつつ、一本一本、人と人を紐でつなぎ続け、「網（あみ）」を編み上げていくのが、新潟市という地域の実情に即した、患者さん並びに家族の要望に応えられるネットワークの構築への時間がかかりそうな近道ではないかと考えています。

## 文 献

- 1) 厚生労働省:人口動態統計年報主要統計表（死亡）第5表「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移 [引用2010-1-21]

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii03/deth5.html>