

care と呼ばれる各診療科での一般的な緩和ケアのレベルを、大きく超過したような困難な症状の患者に対し、緩和ケアチームや病床を持たない外来専門の緩和ケア科が、入院ケアを主治医として診ることは県央地域ではない。明らかに入院ケアの適応でありながらも、緩和ケア病棟やホスピスは、転院に長期間を必要とする上に、立地地域が局在しているのが現状である。さらに、小規模病院で専門緩和ケア科医師として勤務するメリットは、多種多様の疾患の終末期、認知症や慢性心不

全、慢性呼吸不全など慢性疾患の終末期にも緩和ケア科として携わることが出来ることである。高次医療機関の緩和ケア病棟やホスピスでは、現行の保険制度下でそのような患者をケア対象とすることが難しく、将来緩和ケアを専門にしたいという若手医師には研修面で有利である。

最後に、今後も我々は地域小規模病院の緩和ケア科として、疾患にとらわれない広い間口と共に高い緩和ケアの専門性を提供し続けることが重要である、と結論した。

4 多職種協働による在宅ホスピスケアの実践

齋藤 忠雄

在宅療養支援診療所・緩和ケア診療所

齋藤内科クリニック

Home Palliative Care Practice by Medical and Welfare Service - Special Teams

Tadao SAITO

Saito Medical Clinic: Palliative Care Clinic

キーワード：退院時共同指導、在宅ホスピスケア、在宅療養支援診療所、多職種協働、にいがた在宅ケアねっと

はじめに

がん対策基本法では、住み慣れた地域で最期を迎えたいという患者・家族の想いを実現するために、緩和医療にかかわるすべての医師へ病院から在宅へという方向性が示された。在宅では医療と介護の多職種が協働することで終末期におけるス

ピリチュアルケアを含めた在宅ホスピスケアが実践できることを紹介する。

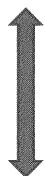
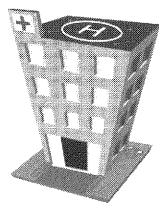
平成 18 年は医療と介護制度における大転換期

平成 12 年に始まった介護保険制度が見直され、施設中心から住み慣れた地域で過ごす在宅志向の

Reprint requests to: Tadao SAITO
Saito Medical Clinic
Palliative Care Clinic
2-20-3 Koshi Chuo-ku,
Niigata 950-0926 Japan

別刷請求先：〒950-0926 新潟市中央区高志 2-20-3
齋藤内科クリニック 齋藤 忠雄

基幹病院

在宅療養支援
診療所

退院時共同カンファレンス

病院スタッフ(主治医、MSW、
担当看護師、PT、OT)
在宅医
ケアマネージャー
ヘルパーステーション
訪問看護師
訪問薬剤師
ご本人、ご家族

図1

地域密着型サービスが平成18年に制定され、医療においては、がん延命治療中止ともいわれる「がん対策基本法」の制定と、病院から在宅へ誘導される患者さんの受け皿となるべき「在宅療養支援診療所」の開設が認められた。

その結果、外来診療と患者・家族の求めに応じでの往診が主な業務であった開業医は、定期的な訪問診療とがん対策基本法にのべられるPEACEプロジェクトに則った緩和ケア研修を踏まえての終末期医療を行うこととなった。

こんなふうに患者さんを紹介いただけると
うまくいきやすい

がん患者の終末期医療を在宅で行う場合には、退院前に退院時共同指導(カンファレンス)を開催することが必須となる(図1)。病院相談員の日程調整のもと、その司会に始まり病院主治医からの病状説明、担当看護師からの日常生活の過ごし方、リハビリ担当からの必要な継続的訓練などが報告される。一方在宅からは診療所医師、看護師、訪問看護師、訪問薬剤師と生活支援のためのケア

マネージャーをはじめとする介護支援事業所や介護用品担当事業所などが参加し、在宅に戻った場合の治療の継続、緩和ケアの方法、可能な限りの生活支援をどのように行うべきかが検討され、家族は当然であるが患者本人も同席する場合がある。

こんなふうに紹介されると困ってしまう

退院時共同カンファレンスが開かれなまま紹介されることは在宅医が一番困惑するが、カンファレンスの場でも在宅医として当惑することがある。

病院主治医は安心させようとの配慮から患者・家族へ「何かあれば病院へ」と表現することもあるが、それは「この在宅医には命をあずけられないのでは」との不安を抱かせる。

さらに、病院主治医から生命予後について曖昧な情報しか告知されていない場合には注意を要する。住み慣れた場所に残されたわずかな最期の時間を生きていくためには、それなりの覚悟が必要となる。病院医師が全人的痛みに対するスピリチュアルケアを入院中に行うには、時間的問題から困難と思われるが、病名や病状経過および将来の見通し

については詳しく説明する役割と義務がある。

ホスピスとは

本来、「ホスピス」とは死を看取る場合のケアの哲学あるいは概念を示すが、ホスピスケアを行う「場所や施設」とおおむねとらえられている。平成 18 年に制定されたがん対策基本法では、ホスピスケアが行われる場所として、施設や緩和ケアチームが関わる病院の一部病棟、そして開業医がおこなう在宅に分類された。ただ、これらはお互いに独立したものではなく、在宅ホスピスケアを望んだ場合には血管ルートの確保や疼痛緩和のためのオピオイド量や種類のコントロールを施設で行い在宅へ誘導し、もし在宅で困った時には施設が受け入れるという連携が必要になる。ホスピスへ入院した場合にも、そこで最期を迎える、迎えないといけないという観念が医療側にも家族側にもあるが、それらを避けるためにホスピス間の相互交流が重要であり、たとえホスピスへ一時入院しても在宅へ戻れるという機会を残すことが課題となる。

地域の医療者と連携するためのコツは何か

当院の取り組みを紹介するが、将来、看取りの場の提供も可能な地域密着型居宅介護施設を開設する予定であったことから、片手間の訪問診療は困難と判断し、平成 18 年 10 月より外来診療は午前のみとし午後はすべて往診・訪問診療とした。その有用性は平成 20 年 4 月、多くのがん終末期患者が在宅へ誘導されたことで時間的必要性から決定的となり、さらに診療所単独での対応は困難なことから、平成 20 年 7 月訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を開設、8 月にはみずからも在宅療養支援診療所として登録することになる。同年 9 月、7 月に申請していた麻薬施用者免許証が交付され、緩和ケア診療所としての体裁を整えることとなった。

その後、平成 22 年 1 月から 6 月まで新潟大学医歯学総合病院で開かれた新潟県緩和ケア研修会

をスタッフとともに受講したことで技術的にも保障され、新潟県がん疼痛緩和指導管理料算定医師第 1 号に指定された。

在宅ホスピスケアにおいては、ケアマネージャーが中心となり、直接的な身体介護に関わる訪問看護ステーションやホームヘルパー、オピオイドをはじめとする劇薬の在宅での管理を行う訪問薬剤師、さらに、廃用性筋力低下予防や疼痛緩和を目的としたリハビリテーションなどが協働できるように手配することで生活支援のネットワークが構築される。

一方、がん末期の疼痛緩和にはモルヒネの持続点滴など血管ルートの確保が必要なが多く、病院からの紹介の場合には可能な限り CV ポート造設を依頼するが、退院前に手術が困難な場合には新潟南病院外科に造設の手続きをお願いした。

褥瘡等の皮膚病変や留置尿カテーテルのトラブルなどにはそれぞれ皮膚科や泌尿器科医師と連携することで対応でき、必要に応じては耳鼻科医師や歯科医師との診療依頼も行える体制をとっている。実際これら医師間の協力により、在宅医であるからオールマイティであるべきとする誤まった観念はそれぞれがプロフェッショナルであることを尊重することで払しょくされる。

みとりびとチームによる在宅死

在宅で亡くなられた症例を紹介する。

患者は大腸がんのため新潟市民病院外科で手術されたが、追加の化学療法も限界となり、緩和ケアを在宅で受けたいとの希望で本人、妻そして従弟の三人で平成 21 年 12 月 16 日に来院。肝転移、食事量の低下と持続するがん性疼痛があること、早晚転移性肝腫瘍の破裂から激痛が予想されることなどから、年末年始の親類の帰省の際に痛みなく過ごせることを希望されるには CV ポートが必要であることを説明し、新潟南病院での手術を了解していただく。続いて、ケアマネージャーによる介護認定申請、介護ベッドの搬入、クリニックによる訪問診療の開始とともに訪問看護さらには訪問薬局も参加する。手持ちのオピオイドによる

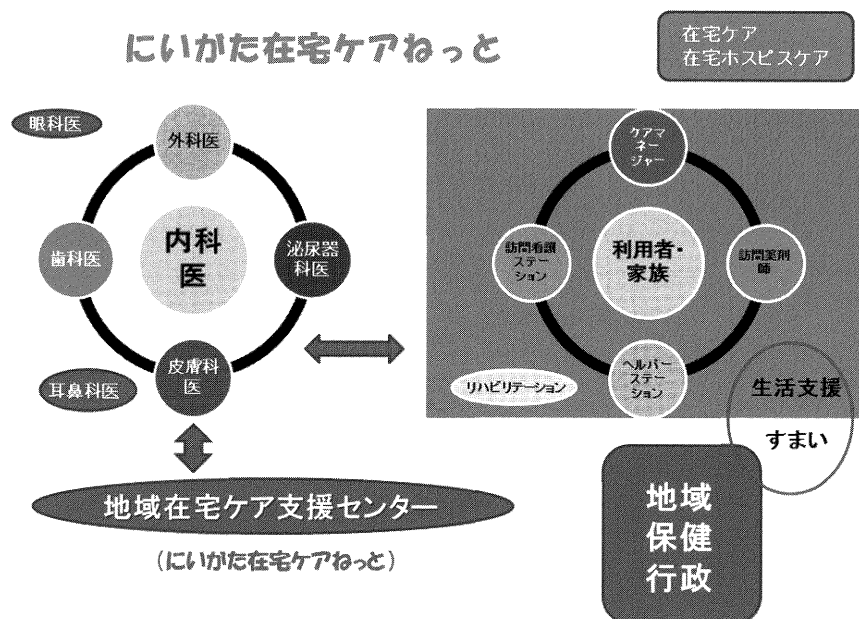


図2

疼痛のアセスメントとそのマネージメントを薬剤師と協議することで、痛みはほぼコントロールされる。

持続モルヒネ注と中心静脈栄養により12月31日から1月2日にかけて、家族と共に過ごしたいという願いをかなえることはできたが、1月14日には激痛がみられ、モルヒネ投与量の調整と同時にドルミカムによる睡眠導入。家族へは予想される身体的変化、すなわち死の教育を行うことで最期を看取る経緯についての説明を行う。遠方から息子さんが到着すると同時に心肺停止。

にいがた在宅ケアねっと

平成23年10月、多職種協働による「在宅ケアねっとの会」が新潟市医師会在宅医療検討協議会の推薦を受け、平成23年度新潟市在宅医療支援ネットワーク推進事業（モデル事業）に指定され「にいがた在宅ケアねっと」へと名称をあらためた。地域を担当するケアマネージャーが患者・家族の周りに訪問看護師、訪問介護、訪問薬剤師や

リハビリテーションを配置し直接の生活支援を支える。そこに地域の医師間のネットワークを組み合わせ、さらには地域の保健・行政が住まい等に関わることで、在宅ケア、在宅ホスピスケアが完成する（図2）。

在宅ケア・在宅ホスピスケアに係わる医療機関の間で問題が発生した場合にはすみやかに「にいがた在宅ケアねっと」がその相談窓口となり、医療機関のさまざまな不安を解消する役割を果たす。

今後、さまざまな在宅ケア・在宅ホスピスケアにおける問題点を話し合う機会、技術を習得する研修会や有識者による講演会をモデル事業として開催する予定としているが、興味のある方々の積極的な参加をお願いしたい。

さいごに

第673回新潟医学会例会シンポジウムにおいて、在宅ホスピスケアが新潟でも可能であることを発表する機会をいただき深謝いたします。