

病院から在宅へ、在宅緩和ケアへのバトンタッチ

座 長 因島医師会副会長 岡崎 純二

コメンテーター 広島県東部保健所長 米田 哲幸

緩和ケアから地域医療を考える ―地域がん診療連携拠点病院の役割―

尾道総合病院 総合診療科／緩和ケアチーム 石川 哲大

【尾道総合病院の緩和ケア】

尾道総合病院は尾三地区二次医療圏における「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受け、がん治療部門を総合的に充実させることに加えて、緩和ケアの体制を整備すべき病院となっている。

当院では『緩和ケア外来』を開設し、がん患者さんやご家族のお話を十分な時間をとってお聞きし、痛みや不安、不眠などに対する治療や食事など日常生活全般にわたる指導を行っている。病棟から紹介があった入院患者さんに対しては、紹介時に主治医・病棟看護師・緩和ケアチームによるケア・カンファレンスののち、緩和ケアチームが月・水・金曜日に回診を行い、毎週緩和ケアチーム全員でミーティングをしている。

なお、当院の緩和ケアチームは、身体症状担当医師 2 名、精神症状担当医師 1 名、緩和ケア専従看護師 1 名、緩和ケア認定看護師 1 名、薬剤師 1 名、管理栄養士 1 名、臨床心理士 2 名、MSW(がん相談員) 1 名の計 10 名で構成している。

【顔の見える緩和ケア・ネットワークの構築】

尾道市は高齢化率が高いうえにがん患者数の増加傾向もあるため、尾道総合病院にとって院内の緩和ケア部門を充実させることは勿論のこと、在宅緩和ケアにおいて主治医となられる医師会の先生方との連携も大切である。患者さんにより良い状態でご自宅での療養をしていただくために、在宅主治医の先生方にも参加していただいて退院に向けてのケア・カンファレンスを行っている。

また、当院の緩和ケアチームは患者さんの紹介・入院依頼でつながりのある『公立みつぎ総合病院』、『福山市民病院』、『広島大学病院』、『県立広島病院』を実際に訪問することによって、各施設の概要や診療内容を知るとともにスタッフ同士の交流を深める一助としている。

患者さんのQOLを高める在宅緩和ケアの実践や希望される緩和ケア病棟への入院依頼においては、真に「顔の見える連携」と言える人と人とのつながりが最も重要である。

【緩和ケアにおける地域がん診療連携拠点病院の役割】

尾道総合病院は尾三地区医療圏の地域がん診療連携拠点病院であるが、年間の新入院患者数に対するがん患者数は、2009年は4,662名中926名(19.9%)、2010年は4,509名中1,043名(23.1%)であり、がん患者さんの占める割合が高い上に増加傾向にある。当院では、精度の高いがん診断部門やがんの治療を目指す手術・化学療法・放射線治療などの治療部門の充実、研修医やがんに関わるスタッフへの教育を進展させることは勿論のことであるが、患者数の増加に伴ってがんの診断・治療の早期から全人的な苦痛を和らげる緩和ケアの役目も大きくなっている。当院の緩和ケアチームでは、がん患者さんがどこで療養したいと望まれるか、を早めにお聞きするようにしている。在宅緩和ケアに移行する場合、在宅主治医の先生方にも来院していただいて多職種での退院時ケア・カンファレンスを行い、「情報の共有」「切れ目のない緩和ケア医療レベルの維持」「痛みのない生活レベル」を基本にして、より良いQOLの在宅緩和ケアが実現できるように努めている。

われわれは、医学部生・大学病院研修・病院勤務などのさまざまな期間を通して、がんを治すための知識を蓄え、技術を磨いてきた。しかしながら、生きるものに必ず訪れる死ということについてはあまり学んで来ていないのが現状である。患者さんにがんの告知をすることが当然という時代になり、がんの治療があらゆる分野で発展してきた今、よく吟味された自らの死生観をもってがん患者さんに接することが要求され、自宅で最期を迎えたいというご本人・ご家族の希望があれば可能な限りこれを叶えるため、地域がん診療連携拠点病院として地元医師会・行政と一体となって在宅緩和ケアに取り組むことが必要であろう。

当院の在宅緩和ケアの現状と今後の課題 ―病院における看護師の役割―

尾道市立市民病院 緩和ケアチーム 緩和ケア認定看護師 渡辺 陽子

<はじめに>

現在、日本人の死亡場所は、ほとんどが病院であり、在宅での看取りはわずかである。核家族化や診療報酬の改訂に伴い、さらに、がん患者の在宅看取りは少ないのが現状である。がん終末期を自宅で過ごしたいと願う患者や家族の希望をかなえるため、当院では平成 19 年 4 月から在宅緩和ケアの取り組みを行っている。地域医療連携室と連携を図りながら在宅調整を行い、退院前ケアカンファレンスに参加している。退院後は、在宅主治医と連携しながら、在宅訪問をしている。

緩和ケア認定看護師の役割は、患者や家族への緩和ケアはもちろんのこと、緩和ケアチームの中で、多職種との連携調整役として、また在宅主治医、訪問看護ステーションなどの地域との連携を図ることで、がん患者により良い緩和ケアを提供していくことである。

<目的>

平成 22 年 1 月～平成 22 年 12 月末までの在宅緩和ケアの現状を把握し分析後に、今後の課題を明らかにする。

<対象>

当院のがん患者で緩和ケアチームへ相談依頼があり在宅支援を行った(積極的治療の適応ではなく、BSC の段階で在宅療養になった)患者 44 名(うち、外来患者 7 名)

<結果>

1 年間で、当院へ入院し死亡したがん患者は、119 名、そのうち緩和ケアチーム介入患者が 54 名。今回の検討対象となった緩和ケアチームへ相談依頼があり在宅支援を行なった 44 名のうち、死亡した患者は 41 名であった。

年代は、49 歳から 89 歳、平均 75.8 歳で、65 歳以上が 84% を占めていた。

がん種別では上位でみると肺 9 名、大腸 9 名、胃が 8 名であった。

外出外泊もできず当院で死亡した患者が 5 名(うち 1 名はケアカンファレンス施行も急変)、在宅療養期間はあったが最期は当院で死亡した患者 14 名、他院での看取りが 4 名(うち、2 名はみつき緩和ケア病棟)、在宅での看取りが 18 名(44%)だった。退院前ケアカンファレンス施行が 32 件(73%)。訪問回数のはのべ 41 回(23 名、53%)、グリーンケア訪問が 5 件だった。在宅期間は 1 ヶ月以内が 53% だった。

当日は、在宅で看取った 1 事例を紹介し、患者家族、医療者側である在宅主治医、訪問看護師、そして病院側のスタッフも満足度の高い関わりができたので、報告する。

<考察>

尾道市の高齢化率は 30.0%であるが、在宅緩和ケア対象患者も高齢化している。緩和ケアの療養の場がどこであってもすでに構築されている地域連携のシステム(尾道方式)を活用し、急性期病院の役割であるがん治療が、緩和ケアと同時に患者が安心して受けることができるよう、チーム医療を実践していく必要がある。実際には患者が在宅療養を希望しても、家族の介護力にも限度があり、がん終末期には患者や家族の心情は、今まで以上に揺れ動き、さらに急変時の対応や看取りには覚悟がいると思われる。そのため、患者にとって良い時間を一日でも長く、希望する住み慣れた我が家で過ごしていただき、最期は当院での看取りも可能であると思われる。患者が自分の最期をどこでどのように望んでいるか意思決定を尊重支援できるように、チーム医療の中で多職種がそれぞれの専門性を活かし関わることができれば、患者本位の緩和医療につながるのではないかと考える。

患者が入院した時に、在宅へ帰る時の状況を考えながら、日常生活の視点で入院生活を送れるよう、看護師は支援していく必要がある。がん患者の心情や家族の思いを尊重し、できる限り、希望することが実現可能となるようアセスメント、マネジメントしていく能力が看護師には必要である。そして院内での多職種間の調整や地域での連携調整は、それぞれの専門性を理解し、専門性へつないでいくことである。最期を自宅で迎えたい患者には、在宅主治医とのコミュニケーションを図りさらに連携を強化し、在宅主治医への働きかけが最も重要であると考えます。

今後は、緩和ケアが、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、様々な場面において切れ目なく適切に提供されるとともに、がん患者と同様に家族も様々な苦痛を抱えていることから、患者のみならず、家族に対しても心身のケア等の適切な援助を行う体制を整備していく必要があると考える。

当院では、平成 23 年 4 月に集学的がん治療センターを開設する。ここでは、化学療法や放射線治療を行ないながら、同時に緩和ケアを提供できる緩和ケア支援病床を有する。

三原赤十字病院における在宅緩和ケアへの取り組み

－病院と在宅チームの連携体制の充実を目指して－

三原赤十字病院 地域医療連携課／医療ソーシャルワーカー 柳迫 三寛

【三原市と三原赤十字病院の緩和ケア】

三原市は、人口 101,258 人、高齢化率 27.9%・後期高齢化率 15.0%と全国及び広島県のその値と比べても高い。こうした現状にあって、高齢者のがん患者・家族を支援する体制を整える事は必須の事柄となっている。

当院では、平成 22 年 9 月に病院増改築工事が終了し、外来化学療法室や放射線治療機器(リニアック)、緩和ケア専用病床(5 床)、を設けるなどがん診療体制の充実を図った。緩和ケアについては、在宅緩和ケアにおける緊急時などの確実な入院支援を行う後方支援病院としての役割、症状コントロールやレスパイトケアを目的とした一時的短期入院支援、そして退院支援におけるツールとしての「在宅緩和ケア支援システム」を、医師会の先生方や訪問看護師・介護支援専門員の方々とともに作成し運用している。

【在宅緩和ケア支援システム】

三原市は、前述したように高齢化率の高い地域であるとともに、現在のわが国が示すように少子高齢化や核家族化が進んでおり、高齢者世帯が増加している傾向にある。こうした中で、当院においても施設におけるがん診療のみでなく、患者・家族の自宅での生活を支えるための支援体制を整えることは大きな課題であった。そうした中で、構築されたのが「在宅緩和ケア支援システム」である。

「在宅緩和ケア支援システム」は、退院支援における実践モデルとしてかかりつけ医、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所とともに、患者情報の共有と必要な医療・介護を切れ目なく提供するための「連携パス」としての役割を担うことの出来るツールである。また、このシステムは、当院での実践や在宅チームからのアンケートにより、その評価を行っている。この評価結果については、院内の委員会や医師会の先生方などシステムの構築に携わった方々で構成される委員会において話し合わせ、常に改善され改訂が行われている。

【在宅緩和ケアにおける課題】

平成 18 年のがん対策基本法から、緩和ケアへの関心が急速に高まっている。疼痛などの身体的痛みとともに、気持ちなど心理的問題や経済的問題・家族間の葛藤など社会的な問題についても病院内チームと在宅チームが連携を図ることが重要であると考えます。

そして、在宅緩和ケア実践には、核家族化や高齢者問題もあわせて考えていかななくてはならない。高齢者が高齢者を介護する現実、在宅緩和ケアにおいても同様である。当院では、こうした在宅支援として、緊急時の受け入れや家族の介護負担の軽減など後方支援病院としての役割

を担えるよう体制を整えてきた。こうした、取り組みの中で患者本人や家族と共にかかりつけ医や訪問看護ステーションの方々やカンファレンスなどにおいて意見交換を行ってきたことから在宅支援における新たなニーズを知ることが出来た。高齢者の在宅支援では、受診・入院時などの移動手段は大きな課題であり、他市町の医療機関への受診は困難な場合が多い。こうした課題を解決し、安心して住みなれた自宅での生活を支えるためには、各市町の中核医療機関とガン診療連携拠点病院などとの病院間連携も重要な課題である。

多くの患者・家族が自宅での生活を望むと同時に、生活への不安を抱えている。そうした中で、患者・家族の「退院したい」という言葉の大切さを日々痛感する。病院の退院支援では、「退院したい」という言葉から“退院すること”を目標とした支援になりがちである。患者・家族の「退院したい」は、「自宅で過ごしたい」ではないだろうか。患者・家族の真ニーズを理解し、共感することで、多くの関係者が支援していくことが必要であると考え。