

1. がん患者を対象とする訪問専門の在宅療養支援診療所の取り組み

藤本 肇* 相澤 佳代子*

(*ふじもと在宅緩和ケアクリニック)

現在までの経緯

ふじもと在宅緩和ケアクリニック（以下、当院）は、がんの在宅緩和ケアに特化した診療所として2005年10月、埼玉県所沢市に開設した。それ以前、筆者は大学病院の外科で、再発がん患者の診療に当たっていたが、最期まで家で過ごしたいと希望するがん患者を受け入れることができる医療機関はほとんどなく、当院を立ち上げるに至った。

開設当初は医師と医療事務が各1名で、地域の訪問看護ステーションと連携していたが、現在は、医師2名、看護師3名、事務2名の構成で、訪問看護は院内の看護師が担っている。

現在の取り組み

① 診療の概要

訪問を主たる診療業務として常時10～15人程度の在宅がん患者を受け入れ、このほかに将来的に訪問診療を予定している患者や、当院で看取った患者の遺族を予約制で外来診療している。開設以来、これまでに訪問した患者は557人、うち464人を在宅で看取った。患者背景は表1のとおりである。

ほかの医療従事者から、「少人数でそんなに診療してスタッフは休めるのか。継続性に問題はないのか」としばしば問われる。当院では“コンビニではなく、老舗のようなこだわりを”の理念を掲げ、対象をがんに絞って診療所の特徴を明確化し、すべてのニーズに対応しようとすすぎず、当院が提供できるものを求める患者・家族にしっかりと応えていくことを重視している。

表1 訪問診療対象患者の背景

患者数	557人（集計期間：2005年10月～2012年11月）			
平均年齢	69.5歳（最小31歳，最大101歳，中央値71歳）			
性別	男	58.7%	女	41.3%
原発臓器	下部消化管	24.5%	子宮卵巣	7.8%
	肝胆脾	19.3%	乳腺	6.5%
	上部消化管	13.5%	頭頸部	3.6%
	泌尿器	12.3%	原発不明	1.4%
	呼吸器	10.7%	筋骨格	0.4%
死亡場所	自宅	83.3%	緩和ケア病棟	13.1%
	一般病床	3.4%	療養病床	0.2%

② 診療における取り組み

1. すべては初回面談から

診療開始前に、患者本人やキーパーソンのほか、介護や意思決定に関わる家族も交えて90分以上の時間をかけて初回面談を行う。そこでは、①病状認識、②療養選択の希望を確認し、さらに③在宅医療の内容、④後方ベッドの手配方法、⑤医療費、などを細かく説明する。面談の場で、家族の間でも伝え合っていなかった情報や、本音が語られることもある。このようなやりとりを通じて在宅療養に対する家族の合意形成を支援し、「病院から出されたから在宅」という消極的選択ではなく、「家に帰りたいから、家族で支え合いたいから在宅」という積極的選択に導く。

この初回面談、すなわちマッチング作業には多大な時間と労力を要するが、最初に患者・家族と医療者の目的を共有することができ、その後の関わりがスムーズになる。急ぎの依頼でこの過程を省いたケースでは、療養開始後に家族と医療者の両方に不全感が残ることもあった。

2. 訪問形態と緊急対応

在宅での看取りが想定される段階においては、「在宅がん医療総合診療」を活用している。緩和ケア病棟における緩和ケア病棟入院料に準じた在宅の包括医療制度であり、1週間当たり4回の定期訪問と24時間対応を基本とする。当院では、1人の患者につき医師と看護師がそれぞれ単独で2回ずつ定期訪問を行う。看護師は、身体のケアに時間を割くことよりも、患者や家族との対話を重ねながら問題点の抽出と解決策の立案に医師と協同して取り組む。患者からの緊急電話連絡は医師が対応する。

過去1年間の定期訪問と臨時対応の状況を表2に示す。定期訪問の場で次に起こると予想される出来事を先読みし、しっかりと解決を図っておけば、24時間対応といえども臨時の訪問を減らすことができる。緊急訪問看護のほとんどが看取りで、医師も電話での投薬や対応の指示に終わるものが多い。

3. 院内の意識共有

同じ電子カルテ上に医師と看護師が訪問内容を記録するとともに、毎日の訪問終了後にカンファレンスを行い、リアルタイムに情報とケアの方針を共有する。診療所内は、1つの部屋に事務職員を含むすべてのスタッフが向かい合う配置で、常にコミュニケーションを図れる環境となるよう工夫している。

4. 介護職との連携

定期的な身体のケアは看護師と介護職との話し合いのもとで分担して行う。看取り間際であっても介護職がケアに積極的に参加できるよう、医師や看護師と介護職との間で予測される身体の変動などに関する情報交換を密にしておく。それにより、介護職との信頼関係を築き、チームとして介護職も安心してサービスを提供できるようになる。

5. 看取り

看取り前には、家族教育を行い、看取りの経験がない家族でも落ち着いて見守れるよう備えておく。その結果、ほとんどの場合は家族が呼吸停止を確認後に、当院へ穏やかな声で連絡が入る。医師の往診と死亡確認のあと、家族が希望する場合は、看護師による看取り後の処置を行うが、時間

表2 定期訪問と臨時対応の状況

対象期間：2011年12月～2012年11月			
全死亡数	55人	在宅死数	48人
定期の訪問			
訪問診療	1,107件	訪問看護	972件
臨時の訪問			
医師往診	175件	緊急訪問看護	18件
夜間	40件	夜間	1件
深夜	32件	深夜	8件
土曜・日曜	51件*	土曜・日曜	4件*
臨時の電話対応			
臨時の訪問を要しなかった電話対応			254件

*夜間・深夜の件数との重複あり

が許せばその終了まで医師も立ち会い、看取りの時間を家族と共有する。そこでは、療養中の思い出が自然に語られ、グリーフケアの入り口として欠かせない時間となっている。

6. 後方ベッドの手配

当院が訪問診療を行う状況下での入院の位置づけを、患者・家族に対して予め説明する。具体的には、症状が緩和できず緊急入院することは稀で、家族の介護疲労を理由に入院する場合は計画的に入院することを伝えておく。初回面談の場で、家族の介護力、紹介経緯、予後、必要な医学的処置に応じて後方ベッドの手配先を決めるが、その多くは緩和ケアの診療理念を一貫できる近隣の緩和ケア病棟に依頼している。当院の訪問診療から入院へ移行した患者は17%であり、そのうち80%が緩和ケア病棟への計画的入院であった(表1)。後方ベッドの手配は、実際の利用の有無にかかわらず、在宅療養する患者や家族の安心につながり、心の支えとなっている。

③ 医療者のスキル向上と勤務環境の配慮

1. 在宅緩和ケアに必要なスキルと教育・研修

がんは在宅医療の対象疾患の中でも短期間の経過をたどりやすい。図1に示すように、当院の訪問診療期間は平均57日であり、約半数は1カ月未満である。この短期間で人生の最終章という重要な局面を支えると同時に、変動する症状への的確な対応が求められる。

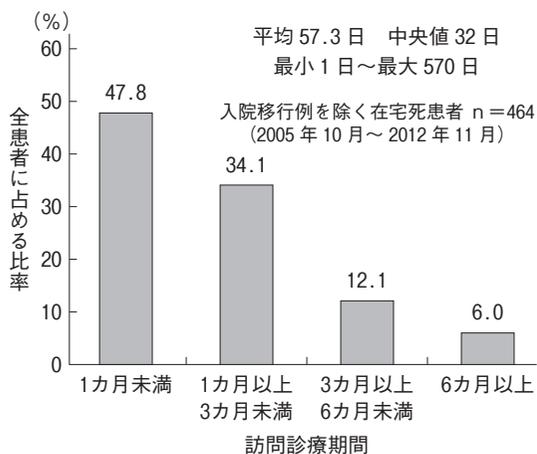


図 1 訪問診療期間の分布

細かに対応しようとして多数の訪問スタッフが出入りすると、静かな環境を乱してしまうこともある。訪問スタッフは、家族が何もせずに済むようにするのではなく、家族自身が患者を支えることにやりがいを感じながら過ごせるよう配慮して支援する。このように、家族の関係性を踏まえた支援の比重が大きい点が在宅緩和ケアの特徴であり、そのためには、①幅広い知識、②深い洞察力、③豊かな人間性、が欠かせない。しかし、在宅緩和ケアのスキルを客観的に示せる指標は未だ確立されていないため、今後の在宅緩和ケアの教育カリキュラムの作成が待たれる。

現状では、医師が日本緩和医療学会暫定指導医を、看護師が緩和ケア認定看護師の資格をそれぞれ取得している。このほか、研修への参加や学会での研究発表も積極的に行い、知識や技術の向上に努めている。

2. 勤務環境

定期訪問への従事を週 4 日間とし、看護師 1 人当たりの定期訪問件数にゆとりをもたせている。個々の患者とゆっくりと向き合う時間をもてることにより、ケアを不全感なく行え、スタッフの燃えつき予防にもつながる。このため、在宅療養を希望する患者全員を受け入れることはできないが、継続的に診療を続ける力を保つためには必要な対応と考えている。スタッフ自身に時間的にも、精神的にも余裕がなければ、患者に良質なケアを提供できないとの信念で診療に当たっている。

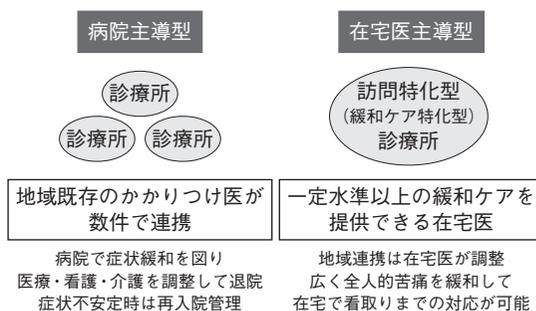


図 2 在宅緩和ケアを担う 2 つの形態

明らかになった課題

① 診療所の機能に応じた退院連携の必要性

多死時代の到来を前に、地域連携によって在宅に患者を帰そうとする動きが加速している。この議論の中で、在宅医の役割が一括して議論されることが多いが、在宅医療も専門分化が進み、診療所の機能は多様化している。

緩和ケアにおける診療所の機能は、病院主導型と在宅医主導型の 2 つに分類できる (図 2)。どちらか一方だけでなく、いずれの形態も必要であり、その構成は地域ごとに異なる。

当院の場合は、在宅医主導型の連携で患者を支えている。そのため、退院前に病院側で予め看護や介護が手配されると、初めて顔を合わせる者同士でチームを組むことになり、短期間で変動する患者を支えるには困難が多い。したがって、連携手配も含めて在宅医に任せられれば、迅速かつ機能的に対応しやすい。

一方、病院主導型の退院連携では、病院が各種の訪問スタッフと調整しなければ在宅への移行は難しい。退院連携の現場では、在院日数の短縮化に伴い連携の作業効率が優先され、患者や家族の希望と依頼先の在宅療養を担う医療機関とのマッチングがおろそかになり、画一的対応になりがちである。依頼先の診療所がどのような機能を有しているのかは、患者の療養内容に直結する重要な点であり、連携担当者が診療所の機能を十分に把握したうえでの対応が望まれる。

地域の緩和ケア基盤の底上げには幅広い連携が不可欠であり、当院も自施設チームの殻に閉じこもっているわけではない。地域での知識や技術の

共有については積極的に“顔の見える”連携の輪を広げつつ、個別の患者対応は、一歩踏み込んだ“心が見える”連携の中で支えていけるように、2種類の連携の両立に取り組んでいる。

② 人材確保の難しさ

小規模な組織で24時間対応を行うことは求職者にとって不安が大きい。充実感をもてるとしても、在宅医療の経験のない求職者に対して自宅待機や緊急対応などの仕事内容を伝えるのは難しく、人材の確保に苦労してきた。

現在、日本ホスピス緩和ケア協会が取り組んでいるようなホームページ上での職員募集の支援を進展させ、在宅や緩和ケア病棟、チームなど緩和ケア人材の相互の研修の枠組みを活かして、人材確保が実現できればと感じている。

ほかの地域でも活かせる運営や活動の知恵や秘訣

① 動機でつながる連携の構築

2010年の全国のがん（正確には悪性新生物）患者の在宅死率は7.8%に留まるが、当院のような在宅専門の診療所が取り組むことにより、単独でも地域のがん死亡数の5~10%を在宅で看取ることができる。年間数十人を看取る診療所が2次医療圏レベルで1~2件開設され、既存の診療所が年間数人を看取れるように地域連携を構築すれば、がん患者の20%を在宅で看取るとは実現可能である。国の政策によって義務的に取り組むばかりでなく、動機と理念をもって、一診療所からでも取り組めば確実に結果を出すことができるはずである。

連携の秘訣は、それを難しく考えず、まずは訪問の内容を、バイタルサインだけでなく、会話の内容まで丁寧に伝え合う。個々の患者の情報交換を密度高く行えば、患者の全体像がよくみえるようになっていく。次に連携するスタッフが顔を合わせ、個々の患者を越えた理念の共有に発展させる。そうするうちに、連携がさらにスムーズになることを実感できるに違いない。最初から大きなシステムを築き上げようとして、形式に陥らない

ことも大切である。

② 在宅緩和ケアを見せる教育

将来の在宅緩和ケアを担う卵である医学生、看護学生、研修医を在宅医療機関は積極的に訪問現場に受け入れ、一方で教育機関側は送り出してほしい。学生や研修医にとって、在宅での研修現場は新鮮で、座学では得られない刺激を受ける機会となる。当院でも研修医を受け入れており、小さな組織で研修を受け入れる負担は大きいですが、必ず将来の戦力として戻って来てくれることを願っている。

将来の展望

緩和ケアの本質はQOLの向上にあるが、その実現には苦痛の緩和と療養選択が両立されなければならない。がん治療の均てん化が推進される一方で、療養選択は究極の個別性が必要とされる部分である。個々の患者・家族の希望をかなえる療養選択のマッチングは時間と労力がかかるが、結果的には緊急対応や再入院を減らせるなど患者のメリットのみならず、医療者にとっても効率的なはずである。そのためには、地域ごとの医療資源の正確な情報蓄積と、高精度なマッチングが欠かせない。これからは、自院での診療と並行しながらマッチングにも力を注いでいきたい。

今後、ますます在宅医療が注目され、病院や在宅のそれぞれの立場から基準や枠組みが検討されていくと思われる。在宅の領域では、基本的に備えるべきものを定めながら、1つの形態に固執しすぎず、地域の特性や、医療者の個性も発揮できるさまざまな形態が認められるような、柔軟な枠組みを期待したい。

ホスピスは「もてなし」という意味においてホテルと語源が共通である。療養選択において患者・家族が在宅ホスピスを選ぶ時に、旅の宿を選ぶのと同じように、広い選択肢の中から自分の好みの宿を探すような感覚で選べればと思う。どこでも同じ規格化されたビジネスホテルのような宿もあれば、老舗旅館のように味わいと個性あふれる宿もある。当院は、これからも老舗旅館のような診療所であり続けたいと考えている。