

Ⅲ．病院と地域緩和ケアネットワーク

2. 「豊中市」地域がん診療連携拠点病院としての 地域緩和医療の取り組み

林 昇甫

(市立豊中病院)

はじめに

近年、緩和ケアに対する医療者の認識の高まりとともに、急性期病院におけるがん医療でも緩和ケアの重要性が注目されている。こうした動向は、2002年に「地域がん診療拠点病院」の認定制度がはじまり、緩和医療に関してさまざまな指定要件が科せられたことも大きく寄与すると思われる。そのため、緩和ケアチームなどの院内緩和医療体制の整備に重点が置かれ、拠点病院に限らず多くの急性期病院でこうした緩和ケアチームの存在意義が年々高まってきている。また、2006年2月からは「地域がん診療拠点病院」から「地域がん診療連携拠点病院」へと名称変更がなされ、がん医療連携のさらなる充実が大きな課題となってきた。

緩和医療の充実という観点で、拠点病院には今のところ5つの指定要件が科せられている（2007年現在、以下要約）。

①多種職チームによる緩和医療の提供

②外来における「退院後患者」の緩和医療の継続体制の確保

③かかりつけ医を中心とした地域緩和医療体制の確保

④かかりつけ医との共同診療による早期からの緩和医療の導入

⑤かかりつけ医との連携による早期からの退院後緩和計画の策定

こうしてみると、前半はおもに院内の入院・外来における緩和医療体制の整備を示すが、後半は「かかりつけ医」との地域医療連携に重点が置かれており、在宅療養への移行を念頭に入れた拠点

病院の病診連携体制の強化が望まれている。こうした現状もあり、2年前より当院緩和ケアチームを中心として始まった地域医療機関との緩和医療連携も、現在は病院として、豊中市の活動として拡がりをみせている。

今回、本稿において当院での地域緩和医療連携について取り組んできた経緯や現在の取り組み、今後の方向性などについて報告する。

当院の緩和医療の現状

当院は大阪府豊能2次医療圏における地域がん診療連携拠点病院（2002年認定）である。同時に、病床数613床、平均在院日数13.4日、病床利用率97.4%（2005年度）の急性期病院でもある。

実質的な緩和ケアチームの活動は2005年からコンサルテーション活動を開始し、現在は年間140件あまりの依頼を受けている。依頼内容を見ると、当初「疼痛コントロール」の依頼が全体の76.1%であった。現在は、がん性疼痛管理体制の整備（痛み日記、疼痛管理記録、オピオイド支援システムの導入など）が進み、チームに頼らない治療医自身による積極的な取り組みが浸透しはじめ、55.3%まで減少している。また、緩和ケアチームのtotal painに対する提供体制が整備され、疼痛以外の身体症状や精神的サポートの依頼などが増加し、相対的に疼痛管理の依頼が減少してきたことも1つの要因と分析している。現状として、チームの全職種が一人の患者・家族に関わる機会が増加しており、total painの概念の重要性やチーム医療の必要性を実感することが多い。

さて、こうした依頼症例をアセスメントシートやカルテから検討すると、患者が「家に帰りたい」と願っているケースが全体の、実に 66.8 % を占めた。依頼症例のうち 8 割を超える患者が病状の悪化と共に緊急入院を余儀なくされた現状があり、患者自身の気持ちを思えば、当然のことである。

こうした現状の中、十分な症状の改善が得られないまま、長期入院の末に病院で最期を迎える患者は多い。当院の 2005 年度の年間院内死亡者数は 535 名であり、このうち、がん患者の死亡者数は 317 名で全体の 59.3 % にのぼった。その 317 名の平均在院日数は 29.3 日で、全体の平均在院日数 13.4 日を大きく上回る。ある意味、このデータは急性期病院が終末期患者に対する入院の敷居を高くしている原因の 1 つとも考えられる。

こうしたデータや院内でのヒアリング調査結果を検討するに、スムーズな在宅移行への弊害は急性期病院におけるほぼ共通の問題点として以下の点などが挙げられる。

① 病状悪化で緊急入院した後、繊細かつ迅速な症状緩和の治療が行われていない。

② 退院決定後に退院調整を行うため、十分な準備期間がない。

③ 患者・家族への在宅療養に対する十分な説明がなされていない。

④ 在宅療養を依頼する在宅医の現状などを十分に把握できていない。

実際には数多くの問題点が院内に偏在していることはいうまでもなく、改善していくうえでの弊害因子を検討するに、医療者の意識や病院の制度的な問題、患者・家族の抱える問題などに大別される。こうした現状の中、緩和ケアチームとして「すべては、患者・家族のために」という想いから、院内で取り組む緩和ケアを在宅療養の場でも同様に、あるいはそれ以上に提供できる体制づくりを目指して、在宅緩和医療や地域連携体制の構築に取り組むこととなった。

地域診療所への現状調査：アンケート調査と focused interview

病院として地域連携体制を構築するには何が必要か、その鍵は自身の医療圏における在宅医が抱える現状や当院への希望や不満などを的確に把握することであり、また、何よりも face to face の関係を構築することにある。そこで、2 つの手法を用いた現状調査を行った。まず、在宅医に対する包括的な現状把握のためにアンケートを実施し、地域での現状を把握し、そのうえで、そのアンケートをもとに在宅医一人ひとりに対して直接訪問し、在宅療養における問題点を直接話し合った (focused interview)。以下、その結果について述べる。

① アンケート調査結果

アンケート調査は、2005 年 10 月と 2007 年 10 月の二度にわたって行った。2007 年に行ったアンケートは市内約 40 施設の在宅療養支援に対して行ったが、本結果に関しては現在集計・分析中であり、今後この結果を基に豊中市での地域連携について再度検討を行う予定である。本稿ではこれまでの 2 年間の地域連携の取り組みの基となる 2005 年に行った 34 項目にわたるアンケート結果について報告する。当時は在宅療養支援診療所制度がなかったため、以下の data base と key word をもとに、当時の豊中市内診療所 382 施設から 71 施設を抽出し、アンケートを実施した。

〈data base〉

- ・ 豊中市医師会医療機関マップ
- ・ 大阪府医療機関情報システム
- ・ WAM NET (病院診療所情報) など

〈key word〉

- ・ 訪問診療
- ・ ターミナルケア
- ・ 終末期がん患者への訪問診療
- ・ 在宅末期医療総合診療申請

図 1 に主要なアンケート結果を提示する。71 施設中有効回答施設数は 52 施設で、73.2 % であった。緩和医療を必要とするがん患者に対する受け入れに関しては、制限付きを含めれば実に 48

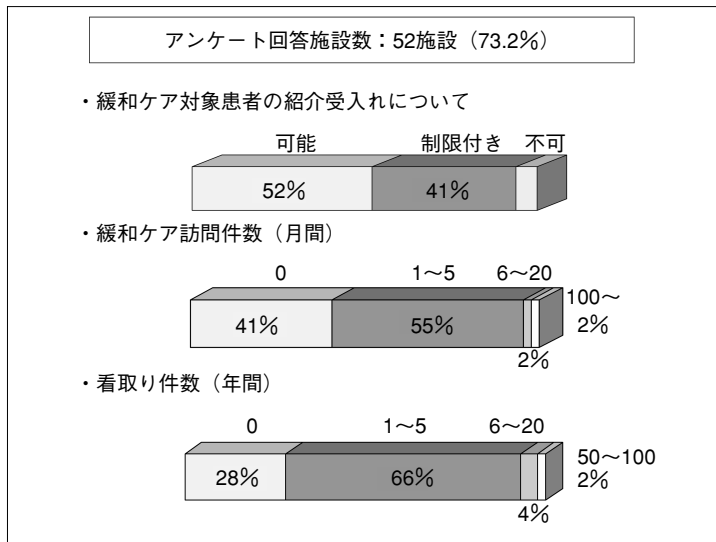


図1 アンケート調査結果

施設（93%）も認められた。これは当院地域医療室が把握する在宅医の数を大きく上回る結果である。また、月間の緩和ケア対象患者の訪問件数は5件以内が29施設あり、中には1施設で100件あまりをカバーするところもみられた。ところが、この48施設のうち21施設は在宅緩和医療を行っておらず、「診る」意思と「診ている」現実ギャップがある。その理由として、10施設あまりからは「緩和の患者の依頼がないから」という回答が多く認められた。これは、急性期病院側の一部の診療所への偏った紹介によって生み出された現象とも考えられる。また一方では、難病などがん患者以外の月間訪問件数が1施設で100件あまりにのぼる施設もあり、厳しい訪問診療の現状の中では神経と労力を要するがん患者の訪問を簡単には引き受けられないという意見も多く認められた。

また、在宅での看取り件数は概数として200件あまりであり、豊中市でのがん死亡者数が918名（2005年度）であることから、在宅死亡率はおおよそ22%となる。全国平均が8%あまりであることから比較すると、豊中市での看取り率は高い。しかし、病状の悪化で緊急入院し、病院で最期を迎えたケースが当院だけでも31件（入院後3日以内に死亡した症例）認めることより、現実には「看取り率」だけで在宅療養の現状を正しく評

価はできず、今後、看取り率に代わる評価がなされるべきと考える。

② focused interview とその内容

次に、以上のアンケート結果をもとに、アンケートに回答いただいた地域診療所のうち、特に当院に対して厳しいご意見をいただいた20施設以上にfocused interviewを実施した。実施にあたっては当院の緩和ケア兼任医師が直接診療所医師に連絡を取り、原則、医療ソーシャルワーカー（MSW）と地域医療室室長の3名で訪問した。訪問時、アンケート結果を報告すると共に、在宅緩和医療の現状や当院との連携に関する問題点、訪問診療の現状などについて多くの意見をいただいた。要した時間は一施設おおむね1～2時間あまりであった。

以下に、特に多くの診療所医師から頂いた意見を紹介する。

- ・患者本人や家族との信頼関係があってこそその緩和ケアであるのに、紹介してくる段階が遅すぎる。うちは看取りの専門医じゃないんだが。
- ・在宅療養がどのようなものか、まったく主治医からの説明がないようだ。在宅療養が大事と言っておきながら何も現状を知らないんじゃないか？
- ・紹介状一つで患者を紹介されて、これを本当に病診連携と呼ぶのか？ だいたい在宅に必要な情報

が少なすぎる。

・病診連携と言っておいて、ただ病院から患者を出すための手段なのではないか？ 患者や家族の立場に立った配慮が欠けている。

・確かに緩和ケアは大事だが、院内でもちゃんとできていないのに、在宅での質をとやかく言われるのは心外。

・緩和ケアが大切というのはわかるが、通常の在宅療養よりも大変なので、今のスタッフでは十分なケアができない可能性がある。

・オピオイドの使用方法で分からなかったりした時に、ちょっと相談に乗れる窓口があればいいのだが。なにせ、一人でさまざまな在宅療養をやっているのです。

正直、どれをとっても耳の痛い内容ばかりである。アンケートでは知りえない、しかし、どれも無視できない問題点がこの focused interview では見えてくる。

また、特に「緊急時の受け入れ体制が整っていないこそ、本当に病診連携といえる」という意見が圧倒的に多く、この点こそが本当の意味での「双方向の病診連携」のポイントと考えられた。

そこで、こうしたさまざまな問題点を丁寧に一つひとつ解決していくことこそが病診連携の基本的な姿勢と考え、病院と在宅療養を担う地域診療所の先生方が話し合える場として、2006年、「地域緩和医療ネットワーク協議会」を設立した。

地域緩和医療ネットワーク協議会の設立

本協議会は豊中市医師会共催のもと、豊中市保健所から後援を受け、豊中市市役所からオブザーバーでの参加で運営している。地域診療所からは延べ数40施設あまりの参加をいただき、現在は近隣病院施設および包括支援センターを含む10あまりの訪問看護ステーションから構成される。当院は地域がん診療連携拠点病院として、当院と地域診療所の連携だけでなく、できるだけ多くの豊中市内の各医療機関や行政が連携できることを目指しており、行政一体型の地域連携が重要と考えている。

先述したアンケートや focused interview の結果を踏まえ、特に以下の点について継続的な課題として取り組んでいるので、具体的な活動内容について報告する。

1. 早期からの患者紹介システムの検討

早期からの患者紹介を行うためには、その前提として患者・家族に在宅療養について周知してもらう必要がある。そこで、われわれはがんと診断された時から在宅療養に至るまで利用可能で、母子手帳をイメージした患者記入式の自己管理手帳「がん手帳」（仮称）を市として発刊することを目指している。12月現在、その試用版を作成し、院内患者に利用してもらったうえで改善し、2008年春に1万部を正式発刊の予定である。

また、退院日程が決定してからの退院調整では限られた在宅準備期間しかないため、患者が緊急入院した後に在宅療養への可能性を可能な限り早く検討する「在宅療養チェックシート」の作成を行っている。

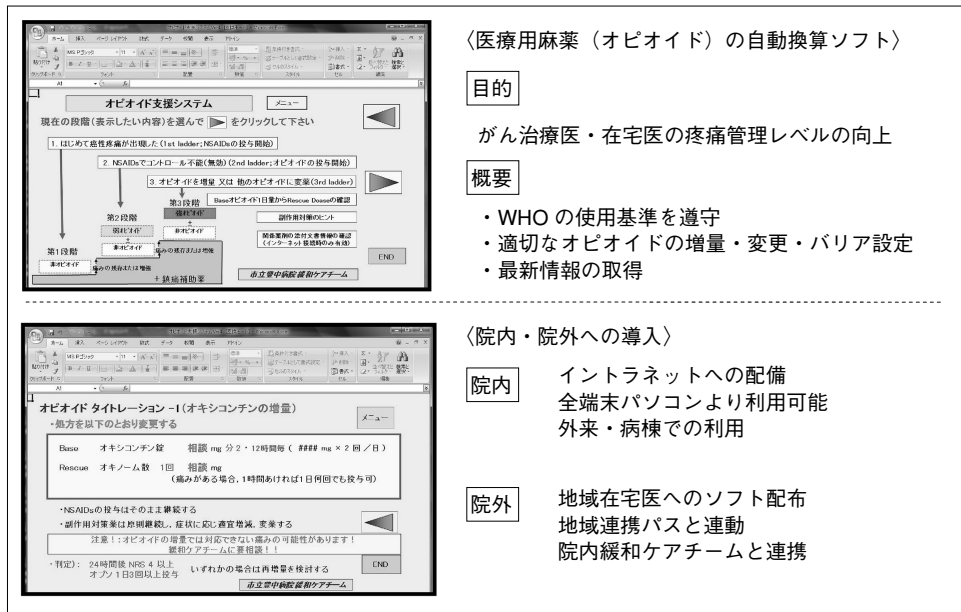
2. 地域連携クリティカルパスの検討

入院時に行ったがん性疼痛の管理が継続して行われるよう、「がん性疼痛コントロール・地域連携クリティカルパス」を作成した。また、がん性疼痛におけるオピオイドの使用に不安を抱く診療所の先生方が多かったため、オピオイド・タイトレーションやローテーションを自動換算できる「オピオイド支援システム」ソフト（図2）を開発し、現在各診療所40施設あまりに配布している。今後は、地域診療所とのがん治療連携として5大がんの地域連携パスについても検討を行っていく予定である。

3. 退院前ケアカンファレンスの開催

当院では主治医、病棟看護師、緩和ケアチームと地域診療所や訪問看護師が共に出席し、そこに患者・家族も参加した退院前ケアカンファレンスを行っている。この取り組みは、実際に病院職員と在宅療養を担う医療者が直接 face to face の関係を築くよい機会と捉えている。また、実際に患者・家族がカンファレンスに参加することは患者・家族自身の安心の確保にもつながるものと期待している。

しかし、当院は現在年間350名あまりのがん患



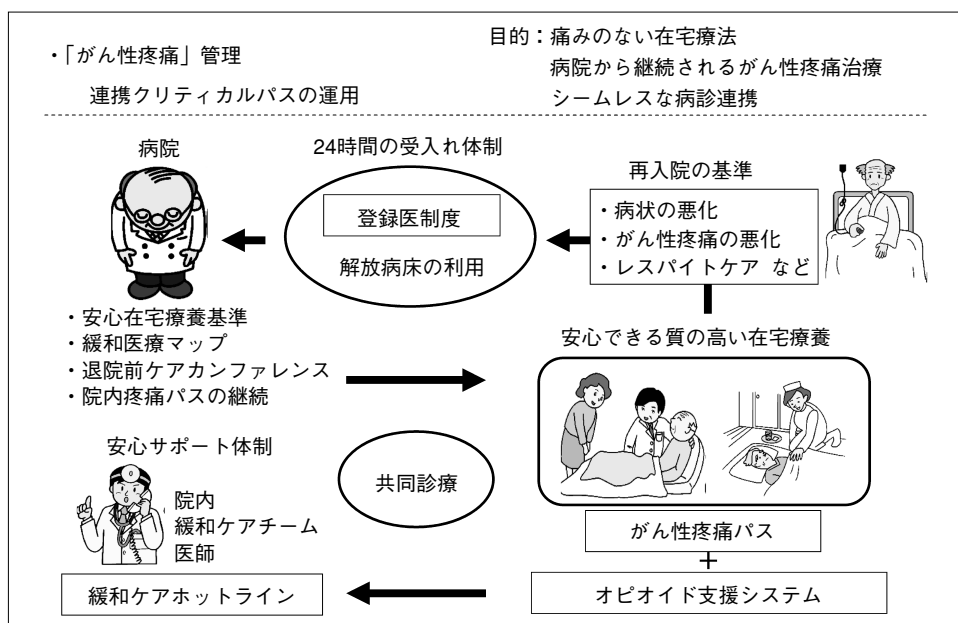


図3 地域緩和医療ネットワーク構想

画における緩和医療教育活動の一貫でもあり、拠点病院としての責務と考えている。座学としての講義・講演活動は現在も行っているが、今後、院内勉強会では既に導入している small group discussion といった体験型学習方式を取り入れて、学習効果の向上を図る。また、大阪府で今後行われる緩和医療研修事業とも連携し、2次医療圏での緩和医療の知識・技術の向上に努めていく予定である。

上述のさまざまな課題に対して、現在までの状況を報告した。いずれの課題についても今後、継続して取り組んでいく必要があり、地域連携の構築に終わりは無い。

おわりに

この2年間、地域との医療連携を模索し、病院としてやるべきことを行ってきた。今回、そこで見てきたことや、行ってきたことなどについて

報告してきたが、その中で一貫して基本としてきたことは地域との“face to face”の関係の構築である。そのうえで、地域診療所や訪問看護ステーションなどの医療現場の声を聞き、現状や問題点を把握することに努めるべきである。

拠点病院の指定要件には2次医療圏における地域連携体制を整えることが盛り込まれており、今後多くの地域で医療連携図を描くことがなされるだろうと予想される。ただ、その取り組みが現場の意向に配慮しないトップダウン方式での取り組みにならないように願っている。

地域との連携図は現場での信頼関係が前提で成り立つものであり、2次医療圏における地域性を的確に把握し反映させた体制でないかぎり、本当に「患者・家族に安心を届けることのできる地域連携体制」は成しえない。誰のための地域連携か、この当たり前の基本的な姿勢を決して忘れることなく、今後もわれわれは地域における緩和医療体制の構築に臨む。