

5. 緩和ケア病棟のある病院が取り組む 在宅ホスピス緩和ケア

山田 祐司*

(*医療法人愛和会 愛和病院)

在宅ホスピス緩和ケアの勧め

多死社会を迎え、療養の場所の選択肢を広げることは、多くの方が望んでいるものと思われる。私が住んでいる長野市でも、自宅で緩和ケアを受けることを希望される方は、年を増すごとに、増加の一途をたどっている感がある。また、サービス付き高齢者住宅も増加してきている。医師の配置が必須ではないため、サービス付き高齢者住宅にがん患者さんが入られると、訪問診察を求められることが多い。また、特別養護老人ホーム、老人保健施設などに入所しておられるがん患者さんが、症状コントロールが必要となり、意見を求められることもある。

私どもの病院は、48床の緩和ケア病棟でのケアに加えて、在宅緩和ケアにも力を入れている。緩和ケアを必要としておられる方は、緩和ケア病棟だけでなく、また在宅だけでなく、これら施設にもおられ、緩和ケアの必要性は、さらなる広がりを見せていると感じている。そして、そこには、緩和ケア病棟では会うことができなかつた、たくさんの患者さんとの出会いがあり、緩和ケア病棟で提供する緩和ケアとは違ったケアの提供を求められることもあり、新たな発見の連続であり、患者さんの笑顔が支えとなっている。

私は、緩和ケア病棟で多くの方々の旅立ちを見送ってきた。多くの患者さんは、がんに罹り、さまざまな症状、不安感をもちながら、それでも前向きに最期の時を迎えられる。私が見送ってきた多くの患者さんは、どのようにしたら身体症状を楽にすることができるのか、不安感を軽くすることができるのか、どのようにしたら前向きに最期のひとときを過ごすことができるのかを教えてく

れた。緩和ケア病棟で経験を積まれた方々は誰しも、患者さんから多くのことを教えていただいていることと思う。

私たち緩和ケア病棟で経験を積んだ者たちは、がんに罹り、旅立つまでの自然の経過を知っている。時には、積極的な医療の介入が必要な場面もあるが、点滴などの医療の介入は必要なく、ご本人の不安感のケア、ご家族の悲嘆ケアのみが必要である患者さんもおられる。患者さんがどこで療養をしたいのか、その希望を叶えることは、患者さんのQOLを考えるうえでは重要な要素である。繰り返しになるが、療養の場所は緩和ケア病棟、家族に囲まれながらの在宅ケアだけではない。住み慣れたサービス付き高齢者住宅、特別養護老人ホーム、老人保健施設なども、患者さんが希望する療養の場所の選択肢となる。そしてそこには、緩和ケアを必要としている患者さんもおられる。

在宅ホスピスケアの大きな特徴の1つは、対象疾患ががん末期に限られないことであろう。最近、緩和ケアはがん末期の患者さんだけのものではないことを耳にすることが多い。がん末期の患者さん以外でも、さまざまな疾患を抱え、さまざまな症状、不安感をもちながら生活をされる方は多い。私たちは、緩和ケア病棟での経験を元に、どのようにしたら、身体症状を楽にすることができるのか、不安感を軽くすることができるのか、どのようにしたら前向きに最期のひとときを過ごすことができるのかを、がん以外の患者さんにも応用ができたらいよと考えている。しかしながら、一部の神経難病では、薬剤の使用法が特殊であり、コンサルテーションが必要な場面もある。

在宅ホスピス緩和ケアでは、医師だけが訪問診察をすれば完結するというものではない。多くの

場合、訪問看護が必要であり、介護保険サービスを入れるためには、ケアマネジャーとの連携も必要である。また、ご家族は患者さんをみることで精一杯であり、調剤薬局へ薬剤を取りに行けないことが多い。調剤薬局が薬剤を届けてくれる、服薬指導をしてくださることは、在宅ケアを進めるうえで大きな助けとなる。調剤薬局との連携も大切である。

そのほか、訪問介護事業所との連携、訪問入浴事業所との連携、訪問リハビリテーション事業所など、在宅ケアでは多職種連携ができるかどうかが鍵になる。この多職種連携は、緩和ケア病棟の中では当たり前に行われていることであり、ここでも緩和ケア病棟での経験が役に立つ。

在宅ホスピスケアと緩和ケア病棟でのケアの違い

さりとて、緩和ケア病棟でのケアと在宅ホスピスケアがイコールではない。在宅では、緩和ケア病棟では起きないことが起こりうる。たとえば在宅では、薬剤の管理がご家族に任せられるところが多いため、思いもかけないことが起きる。胃がんの奥様のお世話をしておられた高齢のご主人が「頭痛があるのだけれどこれを飲んでもいいのかね」と、ポケットの中からオキシコンチン[®]を取り出したのには驚かされた。奥様の薬と、ご主人の個々の薬の管理が難しいようであった。また、せん妄が激しい患者にレボトミン[®]を処方したが、なぜか以前に処方したレンドルミン[®]が投与されていたこともあった。緩和ケア病棟では考えられないことが、在宅では起こりうる。服薬管理はよほど注意をしていないと、間違いが起きていることがある。

さらに、ご家族の介護の手間、精神的不安感など、ご家族の負担は病棟でケアをするのに比べて、格段に大きいことは想像に難くない。ご家族のケアは、緩和ケア病棟でのケアより細心の注意を払わなくてはならない。しかしながら、この、ご家族の負担はご家族の満足度にもつながり、在宅で大切な方を看取ったご家族は笑顔を見せることが多い。

在宅ホスピス緩和ケアでのルール

在宅ホスピス緩和ケアは、一定のルールに則って提供しなくてはならない。在宅ケアでは、医療保険だけでなく、介護保険も利用することが多い。40歳以上のがん末期患者さんであれば、介護保険を利用することができる。褥瘡防止マットレス、介護用ベッドなどの福祉用具は、介護保険から貸与される。ポータブルトイレ、入浴用品などは、介護保険から支給される。がん末期の場合、訪問看護は医療保険で提供されるが、看護師配置が必要な特定施設、特別養護老人ホーム、老人保健施設には、介護保険を使つての訪問看護師の介入はできない。

使用できる薬剤にも、一部制限がある。リン酸コデイン製剤（内服剤）、モルヒネ製剤（内服剤・坐剤・注射剤）、オキシコドン製剤（内服剤・注射剤）、フェンタニル製剤（貼付剤・注射剤）は在宅で使用できるが、麻薬製剤であるケタミン（注射剤）は使用できない。

また、在宅自己注射できる製剤に制限があり、インシュリン製剤、中心静脈栄養剤などは、患者さんまたはご家族が注射する、または注射剤の交換などが可能であるが、フロセミド注、維持輸液製剤などは在宅自己注射製剤に含まれておらず、医療者の介入が必要となる。また、在宅自己注射製剤は院外処方が可能であり、院外薬局からの支給が可能であるが、そのほかの製剤は病院または診療所からの支給となる。また、在宅中心静脈栄養用輸液セット、携帯型ディスポーザブル注入ポンプなどの在宅自己注射に関わる特定治療材料などは院外薬局から支給が可能であるが、そのほかの特定治療材料は病院または診療所からの支給となる。

退院前カンファレンスの勧め

私どもの病院の場合、緩和ケア病棟から退院されて、在宅ケアに移行する患者さんもおられる。この場合、家族背景、これまでの治療など多くの情報が提供されているので、在宅ケアへの移行がスムーズである。しかしながら、がん治療病院で

の治療を終えられ、通院治療ができなくなった患者さんを担当することも多い。この場合、病状以外の情報が不足することが多く、情報収集に難渋することがある。

そこで私たちは、がん治療病院にお願いして、退院前カンファレンスを開いていただいている。退院前カンファレンスを開くと、驚くような情報が得られることがある。驚くような情報がない退院前カンファレンスの方が少ないといっても過言ではない。多くの場合、在宅緩和ケアに対する過度の期待を修正することになることが多い。退院する患者さんの場合、入院中に受けていた治療をすべて継続できていると思っている方も多く、毎日点滴はできるのか、医師の診察は毎日受けられるのか、リハビリは毎日できるのかなど、その必要性を説明することから始めて、やっと在宅ケアを開始できることもある。

また、紹介状の日付が古く、投与されている薬剤が大幅に変更されていることもある。できるだけ退院前カンファレンスを開いて、情報収集をしたうえで、在宅ケアを開始することが、在宅ケアを引き受ける医療者にとっても、また患者さんにとっても、安心して在宅ケアを開始することができる条件であると思う。

在宅療養支援病院取得の勧め

2012年度の診療報酬改定では、在宅医療に手厚い改定があったことは、皆様ご存知だと思う。今回の改定では、在宅療養支援病院の取得条件に改定があった。200床未満の病院は、訪問診療をすることによって地域医療への貢献をし、さらに近隣の在宅療養支援診療所との連携を進めることが求められているように思われる。

これまででも在宅療養支援病院の制度はあったが、半径4km以内に診療所が存在しないことが条件とされ、実質的には取得が困難であった。今回の改定では、旧来の在宅療養支援病院の存在は残しながらも、おもに在宅療養支援診療所との連携を目的とした、新しい在宅療養支援病院制度が導入された(表1)。新しい在宅療養支援病院制度では、半径4km以内に診療所が存在しないこ

表1 新しい在宅療養支援病院の施設基準(抜粋)

-
- ・許可病床数が200床未満の病院であること
 - ・当該在宅療養支援体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅療養を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること
 - ・当該在宅療養支援体制を構築する他の医療機関と協力して、患家の求めに応じて24時間往診が可能な体制を確保すること
 - ・在宅支援連携体制を構築する保険医療機関においては診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること
 - ・当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有すること
 - ・当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上を有していること
-

とが条件から外された代わりに、10未満の医療機関(他の在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所)と連携をすることが条件となっている。連携には、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の、顔を合わせての定期的なカンファレンスを実施することが求められている。

実際にはこの定期的なカンファレンスが、多忙な日常診療の中で開催することが難しく、高いハードルとなっている。私どもの病院は、地域にある1つの在宅療養支援診療所と連携し、本年4月から在宅療養支援病院の申請をした。この在宅療養支援診療所の先生には、私どもの病院で行っている訪問看護ステーションとの情報交換(週1回開催)に月1回おいいただき、情報交換をするようにしている。実は、もう1つ別の在宅療養支援診療所から連携の打診があったが、定期的なカンファレンスへの参加が難しいことから連携を見送っている。将来的には、顔を合わせなくてもファックスまたは電子媒体など、記録が残るような形で月1回以上の情報共有でも条件が満足されれば、さらに連携は進むと思われる。

緩和ケア病棟を有する病院では、在宅ケアにおけるいくつかのルールを学べば、緩和ケア病棟での経験を生かして在宅緩和ケアを行うことは比較的容易である。さらに緩和ケア病棟に、連携する保険医療機関の医師・看護師などに対して研修を実施することが求められていることを考えると、

200床未満の緩和ケア病棟を有する病院は今回の改定を機会に訪問診療を行うことによって、連携を目的とした在宅療養支援病院の取得が望まれる。

要としておられる方は、緩和ケア病棟だけではなく、さまざまな療養の場にいらっしゃる。1人でも多くの緩和ケアを必要とする患者さんが、緩和ケアを受けられることが、私の夢である。

まとめ

緩和ケアは広がりを見せており、緩和ケアを必