

4. 療養場所移行期のケアと飯塚病院 緩和ケアチームの取り組み

柏木秀行

(飯塚病院 連携医療・緩和ケア科)

はじめに

緩和ケアが緩和ケア病棟といった限られた場で、厳選された集団に対してのみ提供されるケアと定義づけるなら、わが国の緩和ケアは非常に質の高いケアを提供できていると評価されるべきである。しかし、緩和ケアニーズは疾患や場所を問わず存在し、少しでもそのニーズに応えたいと考える実践者も増えてきている。筆者自身、緩和ケアを必要とする人に、必要とされている場に緩和ケアを届けたいと考え、地域レベルのヘルスケアシステムに実装された緩和ケア提供体制を構築できないかと模索してきた。そこで、療養場所の移行という、従来は退院支援という、緩和ケアとは別軸で議論されがちな分野と緩和ケアを統合していくことが、1つのきっかけとなるのでは？という着想のもと、緩和ケアチームの運営を行っている。本稿では、そのような療養場所移行期のケアに関して、当院の緩和ケアチームの活動を紹介する。

医療システムにおけるケア移行の重要性

本題に入る前に、近年の医療システムにおけるケア移行（Transition of Care）の重要性について述べる。ケア移行は、療養場所の変化に伴い、短期間で集中的に行われるケア・プロセスを意味する。米国の質評価研究機関である Agency for Healthcare Research and Quality（AHRQ）はケア移行を、「継続的な加療を要する患者が、医療サービスを受ける医療機関や療養の場が移行し、ケア提供者が変わること」という定義を提唱してい

る¹⁾。

医療者にとってイメージしやすいケア移行の場面として、地域の基幹病院を退院し、最寄りの診療所に通院の軸を移行するような場面を例に考えてみる。当然のことながら、担当する医師が代わり、そして関わる支援者も変化する。外来診療においては、入院加療とは異なるケアの目標や検査・投薬といった医療内容も変化するだろう。そのような変化のもとでは、患者・家族も変化に適応するための不安や負担にさらされる。また、ケア提供者間での適切な情報共有がなければ、ケアの継続性が損なわれることや医療安全上の問題につながる事が知られている¹⁾。

こういった観点に立てば、ケア移行は緩和ケアに限らず、日常診療に常に存在することが分かる。外来診療と入院診療、入院病床の移動、かかりつけ医療機関の変更など、患者は多くのケア移行を経験し、そして医療者はそれぞれの立場でケア移行を支えているのである。

ホスピス緩和ケアにおける ケア移行とは？

ホスピス緩和ケア領域においても、ケア移行は非常に重要である。その代表的な場面は、がん患者のケアの場が緩和ケア病棟に移行する場面であろう。多くの施設で丁寧かつ慎重な対話と説明の場を設置しており、事前の外来受診といった工夫に取り組んでいる。患者が求めるケアと、緩和ケア病棟で提供されるケアの内容のすり合わせの必要性に基づき、こういった実践をしているあたり、緩和ケア領域のケア移行の重要性と難しさを物語っている。

近年では在宅医療の普及や、緩和ケア病棟に求められる役割の変化などから、在宅療養を希望する患者の退院支援に関わる場面も増えている。緊急入院への対応や待機日数、在宅復帰率などの評価といった、緩和ケア病棟の診療報酬の変化などから、ホスピス緩和ケア領域におけるケア移行の重要性が高まっている状況にある。

飯塚病院の取り組み

ホスピス緩和ケア領域におけるケア移行の重要性が高まるなかで、筆者の所属する飯塚病院の緩和ケアチームは、かねてよりケア移行を緩和ケア実践の一環として取り組んできた。ここからは当院の緩和ケアチームと連携医療・緩和ケア科の実践について解説する。

1. 飯塚病院 緩和ケア部門の紹介

筆者の診療環境の説明を兼ねて、所属する飯塚病院の紹介をさせていただく。

飯塚病院は、福岡県の山間部にある飯塚市に所在する。1,048床の病床数と救急救命センターを有する急性期病院であり、地域がん診療連携拠点病院でもある。そのような基幹病院の中で緩和ケア部門を運営するにあたって、二次医療圏レベルでの緩和ケア提供体制に責任をもつことは非常に大切な視点である。そこで、「病気になっても、過ごしたい場所で、過ごしたい過ごし方のできる地域づくりに貢献する」というミッションを緩和ケア部門の運営の根幹に掲げた。症状緩和などの緩和ケアの実践や、療養の場の調整といったことも、「なぜやるか?」と問うた時には、常にこのミッションの実現に向けた必要なアクションなのだとして理解している。

緩和ケア部門は医師が所属する診療科としての連携医療・緩和ケア科と、緩和ケア認定看護師（以下、認定看護師）および薬剤師、心療内科医師らが関わる緩和ケアチーム、そして緩和ケア病棟で構成され、それぞれに関連する部門・職種の協力のもとに運営されている。

飯塚病院は教育研修病院として、多くの若手医師が全国から集まることもあり、2021年度は所

表1 飯塚病院 緩和ケアチームの依頼件数と介入内容

年度	2017	2018	2019	2020
◆緩和ケアチーム依頼件数	546	636	733	911
◆緩和ケアチーム依頼内容				
症状コントロール	534	629	719	889
精神的ケア	257	305	348	663
家族ケア	242	276	354	686
環境調整	276	319	385	735
療養の場の相談	72	132	254	719
リハビリテーション	1	17	6	15
栄養	1	10	9	2
経済的相談	0	3	6	7

属医師が13名、短期研修者が常時5～10名おり、基本的緩和ケアの研修から緩和医療専門医の取得希望者まで、幅広い人材育成が可能となっている。認定看護師の育成も看護部門の協力もあり、認定看護師教育課程の修了者を含めると5名の看護師が専門的緩和ケアの提供者として活動している。

2. 緩和ケアチームの動き

他施設と比較すると非常に恵まれた緩和ケアリソースを活用しているわれわれの緩和ケアチームが、どのようにケア移行を支援しているかを解説する。

多くの緩和ケアチームと同様に、緩和ケアチームコンサルトの多くは入院患者を担当している医師から依頼があり、窓口は認定看護師が担当する。認定看護師はコンサルテーションの依頼内容と緊急性を判断し、初期評価を行う。緩和ケアチーム担当医師が急いで対応する必要のある身体症状などがなければ、認定看護師がベッドサイドに伺い、包括的アセスメントを実施する。

相談をいただくケースの多くは高齢者であり、依頼内容も療養の場の相談割合が増加してきている（表1）。地方の急性期病院で緩和ケアチーム活動をする際は、がん疼痛に対してシンプルにオピオイドを調整して、症状緩和ができれば退院というケースのほうが増える。そのため、ケア

表2 標準的な緩和ケア研修医師の週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	病棟	緩和ケアチーム	外来	病棟	病棟
午後	病棟	緩和ケアチーム	外来	病棟	在宅

移行に対する対応は緩和ケアチーム活動の多くを占める。こういった状況を鑑み、緩和ケアチームは療養の場の調整も対応範囲とし、認定看護師が中心となって希望する療養の場への移行を支援している。特に地域のリソースとの連携が必要となる在宅療養への移行に際しては、医療ソーシャルワーカーや退院支援看護師といった院内の関係部署との連携に基づいて取り組む。

ケア移行を支援するうえで、当院のユニークな取り組みとして、連携医療・緩和ケア科の医師が地域の在宅医療に参加するというシステムをとっている点が挙げられる。入院中に担当した患者の訪問診療を自分で担当するというシステムを構築しているのである。これにより、ケア移行に必要な医学的な調整や対話などを医師が経験できるといった教育的効果だけでなく、入院中の担当医が実際に自宅にも訪問診療に来てくれるというケアの継続性を患者と家族が実感できるという効果がある。ケア移行には医療機関を超えた情報共有が重要となるが、継続性をもって関わる医療者がいることで、文面では伝わりにくい情報の共有が可能になる。在宅緩和ケアの経験を研修として行う医師の、標準的な週間スケジュールを示す(表2)。われわれはそのほかにも慢性期病院への緩和ケアアウトリーチも取り組んでいる。そこでは、疾患に限らず月単位の時間軸で入院している患者(おもに何らかの身体疾患のある認知症高齢者)の身体症状や、アドバンス・ケア・プランニングを実践している。

このように緩和ケアスタッフが療養の場の意向についてアセスメントし、実際のケア移行に関わるモデルは、施設や地域ごとの体制によって形は異なりながらも、継続的な緩和ケアの1つの提供方式と考える。

表3 非がん疾患の内訳

年度	2017	2018	2019	2020
担当症例数	38	73	285	357
疾患名の例				
心不全、認知症、尿路感染症、下腿壊疽、大腿骨頸部骨折、他系統萎縮症、心肺停止蘇生後、脳血管障害など				

3. 非がん患者のケア移行も支える

ここまではがん患者を中心とした在宅へのケア移行を中心に述べてきたが、非がん患者への関わりについても述べたい。連携医療・緩和ケア科の入院患者の半数は高齢者を中心とした高齢者であり、その内訳を表3にまとめる。近年、心不全を代表とした非がん疾患への緩和ケア介入が注目されているが、こういった非がん疾患の特徴として、悪性疾患よりも長期にわたり入退院を繰り返す疾患経過が挙げられる³⁾。入院治療が終了し、かかりつけ医療機関への通院を繰り返しながら、急性増悪で入院をするといった経過や、その繰り返しのなかで人生の最終段階に備えた対話や在宅医療の調整などが必要となる。つまり、非がん疾患ではケア移行が診療における重要な介入ポイントであり、このケア移行に緩和ケア的なアプローチを統合していくことが、急性期病院における非がんの緩和ケアの実践と考えた。

このような入退院を繰り返す非がん疾患の高齢患者の多くは、入院初期に急性期内科治療を総合診療科で取り組んでいる。急性期内科治療の終了後は自宅や施設に退院、もしくは療養およびリハビリ目的で転院となることが大半であるが、このケア移行には週単位で時間を要する場合も多い。また筆者自身も飯塚病院の総合診療科で急性期治療に携わっていた経験があり、急性期治療を要する患者が次々と入院してくる環境で、丁寧なケア移行を必要とする患者を担当する負担を感じていた。急性期病院である当院において、緩和ケアだけが大切なのではなく、地域で日々発生する急性期医療を必要とする患者の安定した急性期医療も重要な役割である。そこで、在宅医療へのケア移行が中心となった患者は疾患に限らず、連携医療・緩和ケア科が診療を引き継ぎ、ケア移行を行

う。その際には、緩和ケア領域でしばしば取り組んでいるケアの目標を話し合うことや、希望する療養の場への移行をスムーズにするための医療内容の調整や介護保険および訪問看護といった社会資源の調整なども行う。このように急性期内科治療と連携しながら、ケア移行に緩和ケアで培われた予後予測やエンド・オブ・ライフに関連した対話を行うことが、非がん疾患の緩和ケアの一側面になっている。

今後の課題

筆者が緩和ケアを診療の主体として、ちょうど10年が経過した。われわれは日本各地にある、歴史ある緩和ケア施設と異なり、急性期病院の中に新しく緩和ケア部門を作っていくという状況にあった。当時は緩和ケアを専門とする医師も看護師も少なく、ベンチマークとなる専門施設をマネしたとしても、二番煎じにすらならない状況であった。一方、目の前には確実に満たされない緩和ケアニーズは存在し、多くの緩和ケア関係者の大切にしている「疾患によらず緩和ケアを必要とするすべての人に緩和ケアを届けたい」という思いを形にするために、既存の形にとらわれることなく、地域と施設に最適化された形で作ってきた。課題をあげたらキリがないが、全国の施設にとっても、ある程度一般化できそうだと感じる課題を述べる。

それは認定看護師といった専門的緩和ケアリソースが、がん拠点病院などの限られた医療機関に集約しすぎているということだ。施設要件や診療報酬、採算、育成体制といったさまざまな要因により、専門的緩和ケアを提供する人材が規模の大きい医療機関に所属している場合が多い。疾患

によらない緩和ケアを地域で提供しているケア提供者を支え、その専門性を生かしたアドバイスをするといった取り組みが求められる。そのためには、専門的緩和ケアの提供者のアウトリーチ活動を評価するような施設要件や診療報酬といった整備が必要だろう。

当院はアウトリーチを医師が中心に行っているが、決して医師だけで取り組みたいわけではなく、筆者の力で実現できたのが現状は医師のアウトリーチであっただけである。本来的には認定看護師をはじめ、さまざまな職種が緩和ケアニーズに応える形でケア移行に所属施設を越えて関わる仕組みづくりが重要と考える。

おわりに

疾患を問わない継続性をもった緩和ケアの提供において、療養場所の移行を支援するといった移行期ケアの重要性について述べた。各施設、各地域にそれぞれの事情があり、各地域に最適化された緩和ケア提供体制を構築していく必要がある。

参考文献

- 1) AHRQ. Chartbook on Care Coordination : Transitions of Care. [<https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/chartbooks/carecoordination/measure1.html>]
- 2) 新森加奈子, 木村琢磨, 松村真司: 我が国におけるケア移行という概念—病院を退院した患者の診療所外来へのケア移行を中心に. 日プライマリケア連会誌 41 (1): 18-23, 2018
- 3) Kendall M, Buckingham S, Fergun S, et al : Exploring the concept of need in people with very severe chronic obstructive pulmonary disease : a qualitative study. BMJ Support Palliat Care, 8 (4): 468-474, 2018