

IV. 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア

1. 〔名取市〕医療・福祉・介護の連携した在宅緩和ケアチーム

岡部 健

(岡部医院)

はじめに

筆者が在宅緩和ケアのモデル形成を試み始めた十年前には、在宅緩和ケアを支える諸法規は整備されておらず、ケアの実施にあたり連携が望まれる他職域のチームもまた存在しなかった。そこで筆者は医療法人社団 爽秋会を立ち上げ、経営と理念を一にするグループの中で、在宅緩和ケアのモデルを模索し、組織を運営してきた。すなわち、「QOLを支える」「患者ニーズから考える」「死から逆算して考える」という方針のもとに、ケアチームづくりを行ってきた。その結果、現在では図1のチーム構成で、年間170名以上のがん患者を在宅で看取るまでに至った。

これまでの、患者ニーズに即した在宅緩和ケア

のモデルの模索の経験から、在宅緩和ケアの普及には、3つの要素からなるネットワークの存在が地域内、患者の周囲に必須であると痛感された。すなわち、医療面での地域内での医・薬・看（診療所・調剤薬局・訪問看護）連携、緩和ケアを生活上でサポートする介護とのつながり、さらには患者と家族の看取りの不安に対応する死生観・文化的なサポートである。以下ではこの3点について論じたい。

標準的知識・技術の普及と医・薬・看の連携—医療面での課題

医療に関しては2つの論点を取り上げる。まず標準的な緩和医療の知識・技術の普及の問題であ

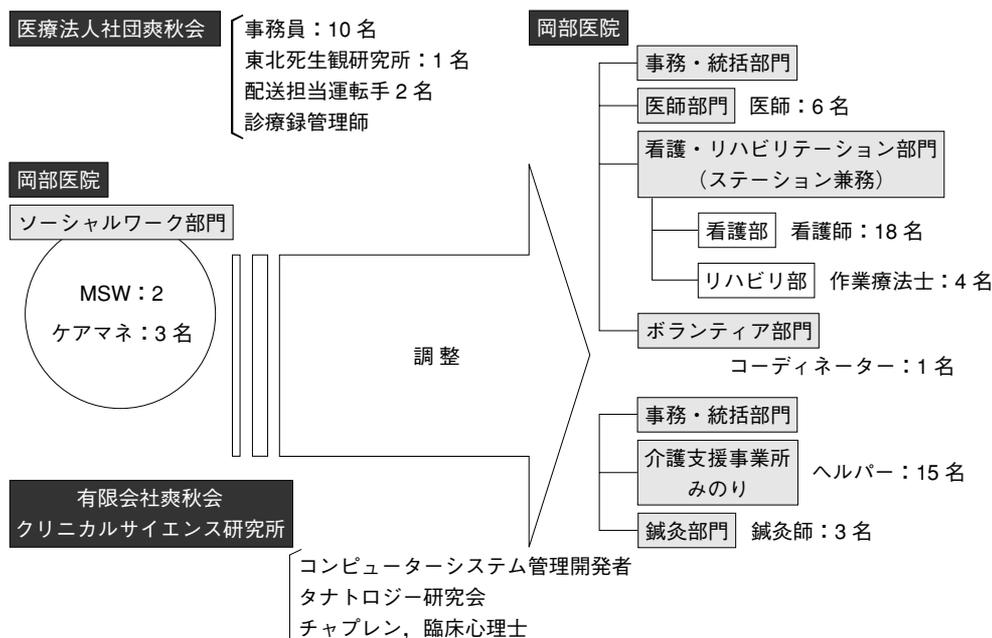


図1 爽秋会のチーム構成

り、2点目は医・薬・看連携の問題である。

まず、連携以前の問題である。現在、在宅緩和ケアを担う診療所・訪問看護ステーションなどに、標準的な緩和医療技術の普及は十分であろうか。現状を省みるに、未だ不足しているといわざるをえない。2004年度実施の、宮城県内で在宅医療を行う施設を対象としたアンケート調査では、WHO疼痛ガイドラインを理解している施設はわずか17%であった。このままでは地域における緩和医療の提供、在宅での看取りの受け皿整備は不可能である。

現在、日本全国では1万に及ぶ在宅支援診療所の登録がなされている。このうちの1割が緩和ケアの専門性を持つなら、医療面での担い手は、量的には確保される。問題は医療の質の確保、向上であり、現状の改善は急務である。いうまでもなく、在宅緩和医療も高度の専門性を要する。これが具備されなければ、在宅緩和ケアに対する社会的信頼も生まれえない。専門性に裏打ちされた、社会的信頼を有する在宅緩和ケアの実現のためにも、緩和医療の標準的知識・技術の普及は欠かせない。

これを実現する手段はすでにある。緩和医療の知識・技術に関しては『Palliative Medicine』などの教科書があり、米国臨床腫瘍学会（ASCO）のガイドライン、EPEC-O（緩和・終末期教育プロジェクト Oncology）などにも学ぶべき基本情報が整理されている。爽秋会でもこれらを活用した勉強会を、宮城県内の複数の他診療所とともに、テレビ会議システムを利用して定期的に行っている。標準的知識・技術を学習する機会が、各地域の担い手に提供されるならば、今まで以上の緩和ケアの質的向上が可能になる。

2つ目の論点であるが、標準的知識・技術が獲得された上で、地域内における医・薬・看の連携が求められる。これなしに在宅緩和ケアの普及はありえない。さらに、多種にわたる医療専門職間での連携が機能的であるためには、チーム内の緩和医療治療マニュアルの整備、アセスメントツールの一定化、電子化など即時性をもって患者情報を共有するツールの整備といった課題にも向き合わなければならない。

加えて、CES（Care Evaluation Scale）などによるチームケアへの評価が加えられるならば、医療水準の向上に資するであろう。爽秋会でも、遺族アンケートにケアへの評価項目を盛り込み、その結果を反省材料としている。

実践面では、24時間緊急対応体制の構築という課題がある。爽秋会では院内で6人の医師によって、電子カルテ型情報共有ツールを用いつつ、患者情報を共有して24時間対応をしている。この課題は図2のような複数の診療所・医療施設間の連携、グループ化により克服可能である。ただし、グループ化の最大の問題点は、医療利益の適切な分配基準がないことにある。今後この問題は検討されなければならない。

訪問看護の24時間対応も必要である。現在、訪問看護ステーションは、介護保険上のサービスの提供を主務とする。そのため、介護保険上の細かい時間規制を受けている。しかし、がん患者の症状変化の多くは急性増悪の形で起こる。それゆえ、予定時間を組むものではなく、24時間急性期対応の訪問看護が望まれる。

地域の調剤薬局の役割も大きい。薬剤監査機能、麻薬などの管理調剤、薬剤の配送など薬局の受け持つ役割は不可欠である。こうした活動にも法的規制があるが、これにはいわゆる「門前薬局」の取り締まりに端を発したものも多い。在宅緩和ケアの実践のなかでは特定の診療所との連携、とくに情報共有の強化は必至である。連携の阻害要因を適切に除去する規制見直しは今後、必要となる。

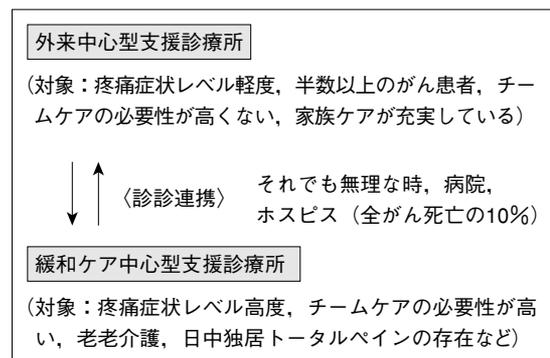


図2 診診連携のあり方をどう構築するか—在宅緩和ケアをモデルに

介護との連携—緩和ケアを生活面から支える

これまでの爽秋会での在宅がんの看取り経験からすると、患者家族の生活支援は、標準的な医療提供と同等以上に、在宅ターミナルケアの実施にあたり重要である。在宅死亡率が8割以上を占めた昭和20年代は、1世帯の家族員の多さ、地域コミュニティの存在が在宅の看取りを支える条件となっていた。しかし、今では核家族化、都市化に伴う地域コミュニティの解体が進行している。この変化もまた、在宅での看取りを困難にする一要因である。この変化に対応すべく、介護保険は登場した。しかし、現行の介護保険は、ターミナルケアへのサポート上、多くの問題点を抱えている。

現行の介護保険は、在宅緩和ケアにおける介護機能の役割やニーズの実態に関する調査研究がないまま、在宅緩和ケアに対しても用いられている。つまり、現行制度は長期入所、慢性期の施設入所利用者を想定して、介護評価のプログラムを組んでいる。そのため、これに基づいて在宅緩和ケア上の介護プログラムを認定することには無理が生じる。実際、患者家族の介護能力、日中独居・老々介護・独居患者などへのサポートのニーズに合せ、かつ家族機能の変調度を考慮した、きめ細やかな介護サービスが必要とされる。在宅緩和ケアの介護の実態に即した、介護保険の更なる整備が急務とされる所以である。

加えて、介護破綻をきたしているものの、医療ニーズを在宅で支えられるケースもある。この場合は、急性期介護という形で急性期介護施設、急性期在宅介護のサービス提供によって対応できる。当院の経験からみても、この対応は有効である。これによって在宅、介護施設での看取りの増加、介護保険コストと医療保険コストの合算の低下も見込まれる。

介護に関して付言されるべきは、介護職への緩和ケアの理念の浸透という論点である。介護職をも含む現代人の多くは、看取りを病院の機能とみなしがちである。看取り経験も乏しい。こうした社会的背景のもと、介護職を含む現代人が、看取

りに際して深い不安に苛まれ、引き受けきれず、看取りを病院に任せきりにするという傾向が生じる。看取りの不安は、以下に述べる死生観・文化の問題に根ざす。この点については今後、ケアマネージャがソーシャルワーク（MSW）機能を学習し、地域の文化・宗教性との連携の確保に努めることで、QOLサポートの中軸を担うよう育成される要があると考えられる。

地域の死生観・文化の再建—看取りの不安に対して

最後に地域の死生観・文化について述べたい。介護の箇所でもふれたが、在宅緩和ケアの普及にあたり、その阻害要因のひとつとして、看取りの不安がある。この不安への対応なくして、在宅の看取りが再び社会に定着するとは考え難い。

昭和30年代の国民皆保険の実現以来、一貫して病院死亡率は上昇して今日に至っている。もちろん、国民皆保険の実現によって望ましい医療が国民に享受されることによる、妥当な病院死亡率の上昇はあるべき変化であった。ところが周知のように、その後、日本では世界的にも他に類をみぬ、異常なまでに高い病院死亡率が記録されるまでになる。病院が高齢者福祉機能をも有し、いわゆる「社会的入院」が常態化する、日本特有の状況が現出した。こうした状況下で、いわゆる大病院信仰や、死を医療の管轄領域のようにみなす「死の医療化」が根深くなっていった。

西洋近代医学の長足の進歩があり、しかもその成果が、医療保険制度の整備によって、全国民の享受できるところとなった。これは喜ばしい変化であった。しかし、この変化の副産物というべき現象も現れた。すなわち、医療技術のまばゆい進歩がもたらした、大病院信仰と「死の医療化」である。医学の収めためざましい成果は、死をも医療の扱うべき対象とするような錯視を生み出した。この錯視が、日本社会における死へのまなざしとなってすでに久しい。

しかし、病院から自宅・地域へと看取りの受け皿の移行が目指される時、この錯視は克服されなければならない。この錯視が支配的であるうち

は、看取りは病院内の出来事、医療の1領域とされ続けるであろう。しかし、本来、病院は治療を目的とする機関であり、看取りの場ではない。死もまた、医療専門職の独占しうるものでもない。人間は古来より生死に関する知恵を培ってきたが、これは文化・宗教・死生観に属する知である。この知恵がかつては看取りの不安を和らげてきた。

一方での核家族化、都市化、伝統的コミュニティの解体といった社会変動、他方での大病院信

仰、「死の医療化」は、かつて地域や家族に存在した看取りの経験や知恵を急速に目減りさせている。それゆえ急がれるのは、在宅の看取りを支える死生観の再建である。医療面のみならず、社会・文化の変動を見据えた、介護との連携、さらには地域での死生観の再構築が視野に入れられなければならない。これらの3つの要素が有機的に結びついた時、地域への緩和ケアの普及の展望が開けるものと考えられる。