

Ⅳ．地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア

5. 「尾道市」在宅緩和ケアチームと患者本位の地域医療連携

片山 壽

(片山医院、尾道市医師会会長)

尾道市医師会在宅緩和ケアシステムの構築

在宅医療のシステム化を進めていた1998年に淀川キリスト教病院にホスピス長の恒藤暁先生を訪ねて、ホスピス病棟を案内してもらい、いろいろと教えていただいた。当時、設置した尾道市医師会緩和ケアシステム研究会の研修講演会として連続講師もお願いした。

続いて、同年、広島大学の山脇成人先生からサイコオンコロジーの研修講演をいただいた。また、医師会での事例検討や研究会を開催し、尾道市医師会方式の在宅主治医支援システムと同調させるべく、訪問看護ステーションのスタッフ研修や急性期病院スタッフとのシンポジウムなどを行い、看護領域を深めるシステムを先行させる形でこの分野を動かした経緯がある。

1999年にシドニー大学のリッキス教授を数名で訪ねてシドニーの緩和ケアシステムの研修に参加したが、オーストラリアの緩和ケア認定看護師の「地域医療」は強力であった。

その後も恒藤先生の研修会は継続して、現在に至っているが、2002年にお迎えした武田文和先生の講演の時に、筆者が座長として、医師会長として「尾道市医師会のがんの痛みのない医療圏を目指します」（2002年12月22日）と宣言して、この領域の議論を加速した。

当時、すでに尾道市医師会長期支援ケアマネジメントプログラム（The OMA method on long-term care management programs）を2001年に考案して、患者本位の主治医機能と地域医療連携での長期継続ケアを多職種協働（multidisciplinary care）で行うことで、現場の一体感とシステム化

が実現の方向にあった。このシステムの中核をなすケアカンファレンスの標準化で地域医療連携と在宅医療の内容は格段に高度化していたので、「在宅」緩和ケアに向かう集約は論理的帰結であった。

主治医機能に ON した在宅緩和ケア・地域医療連携

1994年に「尾道市医師会方式の主治医機能3原則」を提示して在宅主治医の基本的業務内容を設定したが、在宅緩和ケアへの知識など、段階的な研修効果をみながら徐々にアップして、現在はバージョン7である。医師会として地域医療・ケアの総力を結集して、包括的な在宅ベースの緩和ケアシステムを導入し、長期支援ケアマネジメントプログラムとの「時間」の違い、rest of lifeにおけるQOLの向上について、病院緩和ケアチームと在宅緩和ケアチームの継続をベースとしてのmultidisciplinary care、チーム医療チームアプローチの導入を図った（表1）。

図1は1997年から行っている主治医機能調査で、達成度と追加研修の領域をチェックする目的であるが、2005年度の設問から「連携で対応」とチーム医療の効果を測定することにした。在宅緩和ケアの対応については、主治医機能を標榜する67医療機関で74.3%の50医療機関が行っていると回答であった。別の設問で「人工呼吸器がついているレベル・がん末期の患者、という重度の方の在宅主治医を引き受けますか」の回答は、「はい：42.4%」「連携で対応：42.4%」で合わせて84.8%で、その結果はチーム医療により対応力は2倍になることを示している。

表 1 在宅緩和ケア・地域医療連携

- ・主治医研修の継続→在宅緩和ケア対応力
→在宅緩和ケアチーム（地域医療連携）
- ・在宅主治医と緩和ケア対応ケアマネジャーが介護保険を活用（独居・低介護力など）
- ・訪問看護師の緩和ケア対応力の向上，チーム研修として領域の拡大・治療への参加
- ・回復期病院・介護老人保健施設に緩和ケアチームと在宅緩和ケア支援体制

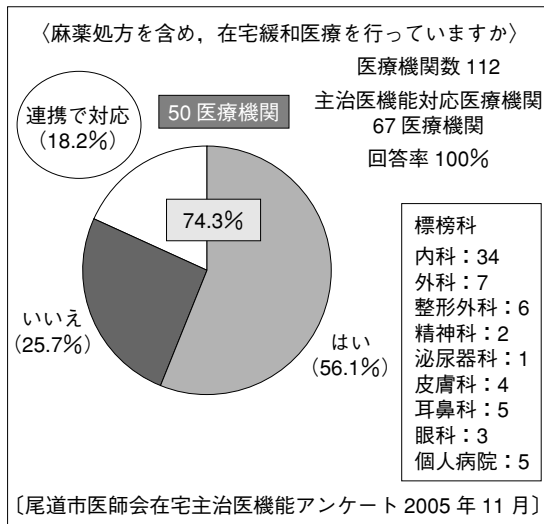


図 1 在宅緩和ケアの達成度

急性期病院レベルの取り組みと地域の在宅緩和ケアシステム

がん患者は必然的に急性期病院で診断・治療されることが多く，そこで発生する「がんの痛み」について緩和ケアの標準化は必須であり，院内連携体制の構築（緩和ケアチーム）により，「痛みの訴えを促し，即応する」取り組みが求められる（表 2）。

1996 年にリンショウピン大学（スエーデン），で取材をした時に，急性期病院（大学病院）緩和ケアチームとプライマリケア医（在宅主治医）の高度な連携は，multidisciplinary care であり，実に在宅に大学病院のチームとプライマリケア医が同行するという現場に同行して大きな感銘を受けた。また，大学病院の看護師がチームに入ることは名誉であり，高い評価がなければメンバーに選定されないそうであるが，医師も同様とのことで

表 2 院内連携体制

- 院長の指揮のもと，入院患者の除痛状態のチェックを幹部スタッフが行う
- ・病院の全資源を活用して解決するように責任者から指示→院内マニュアル
 - ・がんの痛みのない病院を標準化，選抜スタッフによる院内緩和ケアチームの高度化
 - ・院内のあらゆる専門職種が適切に関わる multidisciplinary care であるべき

あった。

病院主治医と在宅主治医チームによる退院前・緩和ケアカンファレンス—在宅緩和ケアチームの編成が家族に見えるケアカンファレンス

事例は（使用承諾許可）2 年前に腎細胞がん，骨転移，肺転移で看取りの退院前ケアカンファレンスを行った A さん。化学療法など一切の積極的な治療を拒否された方で，家族も完全に同調された事例であるが，退院後，心理的なケアと投薬で大幅に改善され，良好な経過で在宅緩和ケアを行っていた人である。

図 3 は少量のオキシコンチン[®]で歩行もできて，食欲も良好であった頃のものである。8 月になり，状態が急速に悪化して 48 時間前のものを嘔吐したことで，イレウスの解除の目的で尾道市立市民病院に緊急入院を行った。

小腸の腸閉塞であったが，適切な治療の結果，数日でイレウスは解除できたので，家族と本人の意向で在宅復帰の退院前ケアカンファレンス（図 4）を行った。全身状態は浮腫，呼吸困難，不眠，心不全の悪化で，病室での診察でも苦しい表情がみられた（図 5）。この時の家族の一致した意向として，「家に連れて帰りたい」ということを在宅主治医の筆者は承った。

このケアカンファレンスでは，長男，次男，長男の嫁（介護者）を囲んで，病院主治医（外科医），在宅主治医（筆者；内科医），チーム医（泌尿器科医），チーム医（外科医：A さんのご主人を看取った医師），研修医の 5 人の医師が参加している。



図3 診療風景骨転移部分の診察をしている在宅主治医（2007年3月）



図4 Aさんの退院前ケアカンファレンス（2007年9月）



図5 病室での診察

Aさんを病室で診察する在宅主治医、およびチーム医、家族、病院ホスピスケア認定看護師（2007年9月）

病院看護側は、病棟師長、主任、地域連携室長、同医療ソーシャルワーカー（MSW）、在宅側はケアマネジャー（緩和ケア対応〈看護師〉）、訪問看護師、訪問介護、医院師長、医院看護師、調剤の薬剤師、医療機器事業者の参加であった。余命に関しては悲観的な見解が病院主治医より伝え

られたので、在宅主治医はチームとして24時間体制でAさんの尊厳を重視した在宅緩和ケアに最善を尽くすことを参加の家族に伝えた。

チームの泌尿器科開業医は急性期病院で部長を長年務めたベテランであり、筆者も信頼しているので、他のがん患者のチームもほとんどお願いしている。チームの外科医開業医は、Aさんのご主人の最期を看取った医師で在宅医療のベテランであり、10年以上、筆者とチームを組んでいる。

在宅緩和ケア「自分の家に戻った」Aさんの生きる力

「このまま、看取ると思った」という病院看護師の予測を見事に裏切ったのは、在宅主治医チームの在宅緩和ケアの実力もあるが、自宅に戻ったAさんの「生きる力」である。

在宅復帰後、1週間後治療により呼吸困難、全身浮腫、心不全の改善があり、在宅酸素療法を行い座位ができるまでに回復して、家族の介助で離乳食が食べれるまでになり、水分は自分で摂れるレベルまでになった。

イレウス後、緩和はアンパック®坐薬により疼痛はなく、強いアレルギー体質で病院で発症していた全身の薬疹の苦しさを改善させるための多目のステロイドの効果が大きく、早い改善に家族は安堵した様子が図6である。手にピースサインをしているAさんに在宅主治医はエネルギーを充填してもらっている時間である。

在宅緩和ケアケアカンファレンス（片山医院：2007年9月）

退院前の状態から予測したAさんの「終末期」の経過はAさんの回復力（生命力）を支える家族のケアと在宅緩和ケアチームの頑張りで、大幅に違ったものとなった。しかし、ケアの限界について家族からの希望で開催した在宅主治医医療機関での最終段階へのケアカンファレンスである（図7）。介護者を囲んで3人の医師チーム、ケアマネジャー、訪問看護師、薬剤師、医院師長、さらに病院から担当していたホスピスケア認定看護



図6 在宅復帰，1週間後の様子
治療により呼吸困難，全身浮腫，心不全の改善があり，在宅酸素療法を行い座位ができるまでに回復。



図7 在宅緩和ケアのケアカンファレンス
(退院後2週間)

師が，院長の許可のもとに参加している。

この退院後2週間の時点で緩和は良好で，排便コントロールも順調であった。また，摂食の改善もあり，図8は自分でお粥を食べているAさんの「生活」のシーンである。ガバペンも奏効し，良好な在宅緩和ケア経過であるが，主治医らの予測では，最期は腎不全からのナチュラルなセデーションとなる可能性が高かった。そして，本人に苦しい思いはさせなくてすむと思う。往診，観察で変化があればいつでも対応する旨を再確認したが，カウントダウンに入っていることは全員の共通の認識であった。

やすらかな最期と在宅主治医のグリーフケア

図9は看取りの数日前に見事な銀髪のAさんに最初から担当している訪問看護師が本人が好き



図8 自分でお粥をたべるAさん



図9 最初から担当の訪問看護師の洗髪

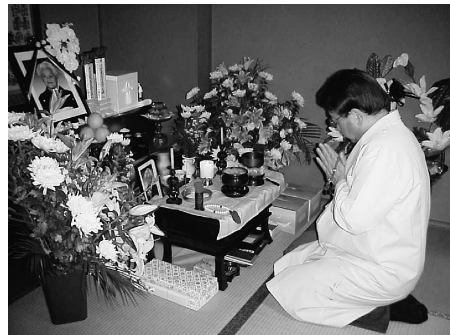
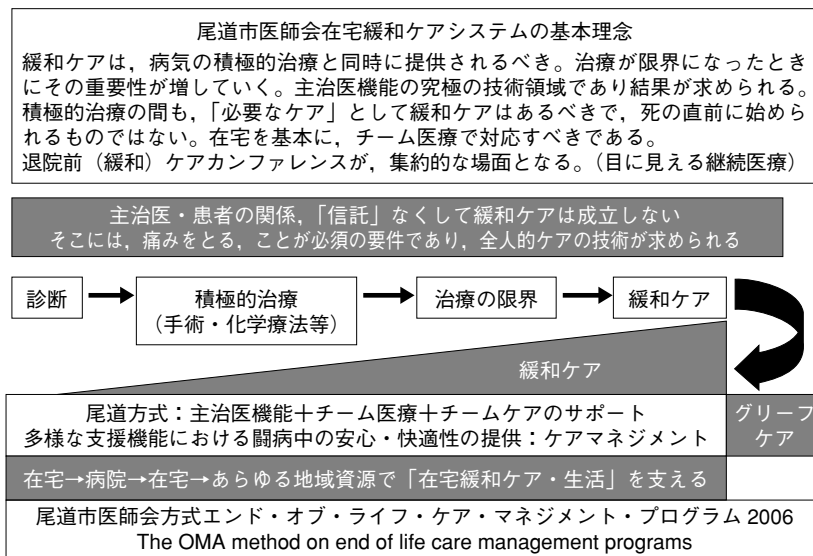


図10 グリーフワーク
ご家族に囲まれて安らかに逝かれたAさんのグリーフワーク

な洗髪を行っているシーンである。この訪問看護師を非常に頼りにしていたAさんは，この訪問看護師の心理的ケアを含んだ看護管理技術の総合力が発揮されたわけであり，在宅主治医やチーム医にとっても心強い専門家である。

その後も手厚い家族の介護と end of life care 対応のチームのおかげで在宅主治医は，たいへん，良好な在宅緩和ケアを展開できて，家族の希望通りにAさんを安らかにお送りすることができた

〈「緩和ケア」は特別な時期のものではない「継続ケア」の視点〉



H Katayama Onomichi Medical Association 2006（片山 壽）

図 11 尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムと主治医機能

（図 10）。

図 11 は、尾道市医師会 end of life care システムでの在宅主治医の標準業務のグリーフワークである。達成感と寂しさが交錯する家族との共感の時であり、ご家族、介護者への労いを重視した在宅主治医の最終業務である。

筆者は、A さんを加えてこの時期の 3 週間で 3 人のがん患者の看取りを行った。いずれも 3 人から 4 人の集学的な医師チームで痛みのない在宅緩和ケアに成功した。

尾道市医師会は在宅医療のフィールドを究極ま

で追求するつもりであるが、まさに「患者本位の医療システム」の構築が迫られている日本において実にシンボリスティックな領域が在宅緩和ケアであると考ええる。また、展開論としての主治医機能、地域医療連携、multidisciplinary care を包含した地域医療の真価を問われる切り口といえる。主治医とは信頼してくれる患者さんへのミッションを最期まで果たすものである。日々、努力を重ねている尾道市医師会員、スタッフを最も誇りに思える領域である。