

▶第14回日本緩和医療学会

緩和ケアとプライマリケアの融合を目指す

日本緩和医療学会では緩和医療の専門医認定制度が始まり、緩和医療の専門性あるいは一般性が問われている。また、行政主導型の大規模研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」が全国4地域で開始され、緩和ケアは地域医療のなかに広がってきている。大阪市で開かれた第14回日本緩和医療学会(会長=大阪大学大学院緩和医療学・恒藤暁教授)のパネルディスカッション「緩和ケアとプライマリケアの接点」(座長=筑波メディカルセンター病院緩和医療科・志真泰夫診療部長、筑波大学大学院人間総合科学研究科総合診療グループ・木澤義之講師)では、地域医療と接点を持ちつつある緩和ケアの現状が報告され、今後の方向性は緩和ケアとプライマリケアの融合であることが示された。

～初期臨床研修のプライマリケア研修～

緩和ケアの基本的態度の習得に有用

2004年4月から新たな形で開始された初期臨床研修制度では、プライマリケアの基本的診療能力の習得が目的に挙げられている。佐久総合病院(長野県)総合診療科・地域ケア科の山本亮医長は、同院でのプライマリケア研修、緩和ケア研修への取り組みを紹介し、初期臨床研修でプライマリケアを習得することは、緩和ケアに必要な基本的態度の習得につながると述べた。

プライマリケアと緩和ケアは
オーバーラップ

プライマリケアの基本的診療能力は「目の前の患者の気配り」にアプローチできることであり、緩和ケアは病期や疾患にかかわらず苦痛の予防と軽減を図り、QOLを向上させることであると定義されている。山本医長によると、このプライマリケアの理念と緩和ケアの基本原則はオーバーラップするという。すなわち、QOL・コミュニケーションの重視、全人的アプローチ、家族も含めたケアの点である。そして、これらを初期臨床研修期間において学ぶことが重要であり、将来どの専門領域に進むにしても必要な能力であることから、医療者としての基礎となる部分であるという。

こうしたことを踏まえ、同院では総合診療科を中心にプライマリケア研修と緩和ケア研修が行われている。

研修では、担当医として患者を受

け持つことを通じて基本的診療能力の向上、回診や面談の場を通じてコミュニケーション能力の向上を図っている。また、特に非がん患者の臨終の場の経験を重視している。

非がん患者のEnd of Life Careが困難な点として、①どこまでが回復可能な状態でどこからが回復不可能なのかの判断が、がん患者に比べて難しい②非がん患者では予後予測が難しく、終わりの見えない介護が続く可能性がある③コミュニケーションが取れない場合が多く、治療目標をどこに定めるのか、患者が何を望んでいるのかがわからないために患者のQOLを向上させることが難しいことが挙げられる。このような場合には、多職種で臨床倫理カンファレンスを行い、検討する。そのなかで研修医は、医学的な正解がいつも正しいとは限らないことを学び、医師の視点と他の職種の視点の違いについて知ることができる。

地域ケア科の地域医療研修においては、研修医が実際に在宅ケアの現場を経験できることから、その後、病院で働くにしても、在宅療養のイメージを持ちやすくなると考えられる。

同医長は「初期臨床研修において重要なことは、プライマリケアの基本的な診療能力の獲得である。これは緩和ケアを行ううえで必要な基本的態度を身に付けることにつながり、将来どの専門分野に進んでも重要である」と結論付けた。

在宅スタッフの病院への働きかけで
緩和ケアネットワークを構築

長崎市では2003年に「長崎在宅Dr.ネット」が設立され、長崎大学をはじめとするがん診療連携拠点病院との緩和ケアネットワークを構築し、さらに、同市はOPTIMにも参加している。同Dr.ネット事務局長を務める白髭内科医院(長崎県)の白髭豊院長は、がん診療連携拠点病院の緩和ケアカンファレンスへの参加により、在宅への移行が進んでいる成果を報告した。

在宅への移行例が増加

白髭院長によると、同Dr.ネットは、

患者が安心して在宅療養を行えるようにするため、診療所の主治医、副主治医に加え、皮膚科や精神科などの協力医、病院医師など医師のみで構成される連携組織として活動している(図)。これが、医師以外の多職種と連携し、地域で連携ネットワークを構築している。

同Dr.ネットの診療所の医師と看護師は、2007年から長崎大学の緩和ケアカンファレンスに参加。さらに、OPTIMが決定した2008年からは、専任看護師および中核となる診療所医師各3人、看護師、医療ソーシャ

ルワーカーなどが、がん診療連携拠点病院である同大学、市民病院、原爆病院の緩和ケアカンファレンスに定期的に参加している。カンファレンスでは、診療所医師などが緩和医療の最新知見や症例について学び、一方、大学スタッフは診療所医師などから在宅の視点を得ることで在宅移行につながるケースが認められている。実際、同大学緩和ケアチームの症例転帰を見ると、在宅療養への移行が2006年までは3～4例(2%)しかなかったが、2007年に18例(7%)、2008年には45例(17%)に増加した。

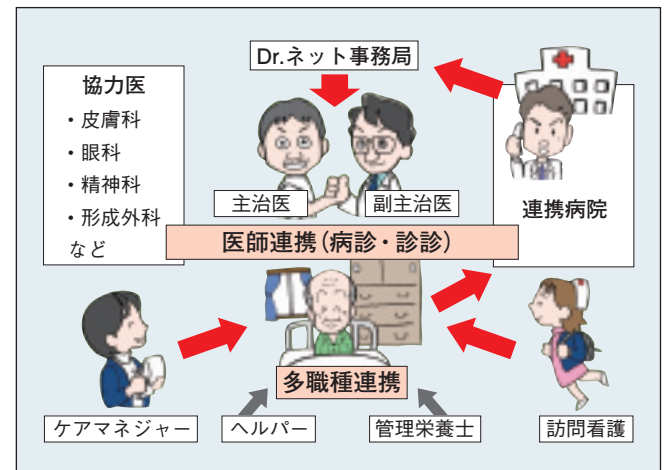
さらに、2008年9月から、OPTIMに所属する在宅スタッフと同大学地域連携室とハイリスク・カンファレンスを開いている。ここでは、がんに限らず退院支援の調整が困難な高リスク症例を、病院や在宅のスタッフが合同で検討して在宅移行を目指しており、月平均10例を検討し、実際に約6例は在宅への移行が可能となっている。こうした緩和ケアネットワークにより、在宅で最期を迎えた患者の割合は増加傾向にあるとい

う。

一方、OPTIMは、その成果として緩和ケアの標準化などが期待され、これは診療ガイドラインに反映されている。プロジェクト拠点として、長崎市医師会に長崎がん相談支援センターが設置され、患者・家族・医療者からのがんに関する相談、早期退院支援や地域連携促進などが行われている。また、地域緩和ケアチームによる専門的緩和ケアに関するコンサルテーションや出張緩和ケア教育も実施されている。

同院長は「今後は、非がん疾患も含めて緩和ケアの標準化、地域連携の強化を図り、地域緩和ケアチームの活動強化と普遍化を進める必要がある。そのためには、日本版Gold Standards Frameworkを作成し、法的な整備のうえで受け皿をつくっていくことが求められる」と述べた。

(図) 長崎在宅Dr.ネットの仕組み



(たくま医院・詫摩和彦氏提供)

在宅でのEnd of Life Careは
多職種協働による地域ケアが鍵

あおぞら診療所(千葉県)の川越正平院長は、在宅を中心に据えたEnd of Life Careに取り組んでいる。その経験から、患者による在宅療養の選択、その支援、看取りに至るまでのサポートに関する考えを述べ、在宅でのEnd of Life Careを支えるには、多職種協働に基づく地域ケアユニットの構築が鍵であると強調した。

在宅を“地域”という病棟と考える

川越院長は、まず、緩和ケアチームの回診に在宅医として同行している経験から、患者が在宅療養を選び取るには、QOLを重視する治療方針と在宅の視点に基づく退院支援が必要であると指摘。具体的には、①緩和ケアは、少なくとも化学療法やオピオイドの開始時点から始まっていると考える②地域連携や在宅緩和ケアという選択肢が存在することを、病状説明や治療方針決定の際に念頭に置く③在宅療養を継続するためには病院内に在宅の視点やノウハウが必要である—ことを挙げた。

実際、在宅療養となった場合、“地域”を病棟と捉えれば、病棟に近い機能を提供することが可能になる。また、在宅緩和ケアの根幹を支える

のは訪問看護師であることから、同診療所では、密に連携している6つの訪問看護ステーションと月に1度、合同カンファレンスを開催し、院内にステーション担当看護師を置いて定期的に連絡を取るなど、密な連携を実行している。

一方、在宅緩和ケアでは、ひとり暮らしの高齢者が増えていること、家族に依拠する現実や社会的矛盾のため、看取りに至るまで支えることは難しいのが実状だ。しかし、家族介護に危機が訪れた場合、緩和ケア病棟へのレスパイト入院、有料老人ホームへの緊急ショートステイ、特別養護老人ホームへ看取りのための入居などの工夫で解決できるとい

同院長は「在宅緩和ケアの成功の鍵は多職種協働である。ただ、それぞれ異なる母体の異なる場所に勤務しているため、顔の見える関係構築は難しい。同一メンバーによる地域ケアユニットを構築して、複数の症例の経験を積んでいくことが多職種連携の鍵になる。在宅でのEnd of Life Careを支えるには、多職種協働に基づく地域ケアユニットの構築が必要である」と述べた。