

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

在宅診療医が地域病院の緩和ケア病棟でチーム医療を実践しているケース

舟楫晋吾¹

要旨

診療所から病院へ派遣された医師が、地域の癌末期患者を支えるチーム医療を実践している例を紹介する。

松戸市の在宅診療所であるあおぞら診療所は、同市の東松戸病院緩和ケア病棟に、週に二日医師を派遣している。そのため、東松戸病院では医師不足が軽減するとともに、あおぞら診療所は自宅から緩和ケア病棟へ入院される方に一貫した療養生活を提供できるようになった。また、今年度は、一旦緩和ケア病棟に入院したものの自宅療養を希望される方を、退院後もあおぞら診療所の訪問診療により自宅で最後まで支える例も散見されるようになった。地域包括ケア時代において地域の方を治し支える包括的・継続的な在宅医療は重視されており、その役割は総合診療と重なる部分も大きい。総合診療医はその専門性を生かし、すみ分けを通して臓器別専門医の負担軽減を担うばかりではなく、地域に住む本人や家族にも満足のいく医療を提供できると思われる。

【事例の概要】

①取り組みの背景

あおぞら診療所は、千葉県松戸市にある在宅診療を行う医療機関である。訪問診療の対象は、虚弱、認知症、脳卒中後遺症、神経難病など高齢者や慢性疾患を抱える方が多い。一方、新規の依頼は癌末期の方が多く、緩和ケアを提供する機会も多い。

東松戸病院は松戸市にある病院であり、主に在宅支援機能と回復期以降の医療を提供し、介護老人保健施設を併設している。また、平成27年10月には癌末期の方を対象にした20床の緩和ケア病棟が新規に開設された。

癌の終末期を自宅で過ごすためにあおぞら診療所に紹介される方の中には、家族の介護力不足や本人の翻意などで最後は入院となるケースもある程度存在する。一方、そのような方が終末期を過ごす緩和ケア病棟は不足している。そのため、入院するまでにはある程度の時間が必要となる。また、入院により主治医が交代することに不安を抱く療養中の方や家族も多い。

そこで、在宅と病院で生じている問題を解決する方法として、あおぞら診療所の在宅診療医が地域の緩和ケア病棟で勤務することが想起された。また、その結果、癌治療では手術、化学療法、緩和ケアと医師が変わることが多いものの、終末期では同じ医師が一貫性のある医療を提供することも期待された。

②導入の経緯

数年前から、あおぞら診療所と東松戸病院の院長、地域のがん拠点病院であるがんセンター東病院緩和医療科医長が定期的に会議を行い、松戸市で癌を患う方の地域連携について相談していた。その後、東松戸病院では医師が不足しているものの緩和ケア病棟を立ち上げることになり、一方、あおぞら診療所も、在宅療養中の方を支援する病院のベッドである「バックベッド」として病院との連携を模索していた。そこで、双方の課題を満たす手段として、あおぞら診療所から緩和ケアに精通した医師を、東松戸病院に派遣する考えが生まれた。

そして、この構想は平成26年4月に実行に移された。当初は、あおぞら診療所の医師が週4日東松戸病院に勤務していた。その後、平成27年4月か

1. 医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所

らは週 2.5 日勤務する体制となり、軌道に乗った現在では週 2 日となっている。

③事例の詳細

東松戸病院の特定の一人の医師とあおぞら診療所から派遣される複数の医師がひとつのチームを組み、東松戸病院の緩和ケア病棟などを担当する。主治医は、その中の東松戸病院の医師が務める。あおぞら診療所の医師が勤務する日は、その主治医が直接病棟業務に携わることはない。そのため、診療所からの医師が担当医として医療を行う。緩和ケア病棟内で、そのチームが担当する方は 10 名程度である。チーム内の情報共有は、カルテだけではなく、診療した方すべての概要を記載したメモの形で共有する。

東松戸病院であおぞら診療所の医師は、8 時半の緩和ケア病棟での看護師申し送りに参加する。そこで、前述のメモを参考に前日の状況を把握したうえで、病棟回診を行い、看護師や病棟薬剤師の意見を参考に疼痛コントロールなどを行う。担当する日に、入院患者があれば、主治医の代わりとして、本人や家族に対応する。また、必要に応じて、診療情報提供書や入院要約の作成も行う。さらに、せん妄やうつなどの精神症状については、精神科医へのリエゾンや臨床心理士と意見交換も行う。また、栄養を心配するものの十分に食事が取れない方には管理栄養士、がんリハビリテーションについては理学療法士、作業療法士、言語聴覚士らと相談する。また、あおぞら診療所が訪問診療を行っている在宅の末期癌の方で、看取りは東松戸病院緩和ケア病棟を希望されている場合は、病棟の医療ソーシャルワーカーに、現在の病態、予想される入院時期などを報告している。

また、緩和ケア病棟以外に、あおぞら診療所で訪問している在宅療養中の方が、家族の介護負担軽減のための短期間入院する言わば「レスパイト入院」する場合には、主治医と協力して病棟業務を行い、自宅では行えない検査などを行うこともある。

④成果

東松戸病院緩和ケア病棟で、病棟主治医と在宅診療医がチーム医療を行うことにより、在宅から病棟まで一貫した医療を提供することができるようになった。東松戸病院では、主治医が手を離せない時でも、あおぞら診療所の医師が担当医となるため、入院受けの医師が不足することが少なくなった。また、あおぞら診療所は、東松戸病院への患者の紹介が順調になった。認知症を伴う癌の方の終末期に、

やむを得ず急性期病院に搬送していた際には、拘束となることもあったが、東松戸病院では看護ケアが行き届いているため、拘束がほぼなくなった。特にレスパイト入院においては、以前は自宅に戻ると ADL が低下することもあったが、東松戸病院を利用開始後は、ADL を維持して戻るようになった。

あおぞら診療所から東松戸病院へ紹介した癌末期の患者数は、平成 26 年度 7 人、平成 27 年度 7 人、平成 28 年度 23 人と増加している。また、レスパイト入院についても、平成 26 年度 12 人、平成 27 年度 13 人、平成 28 年度 23 人と同様の傾向を示している。

また、他院からの紹介で東松戸病院緩和ケア病棟に入院していたが、希望により自宅に戻るケースが平成 29 年度に初めて 4 件あり、そのすべてがあおぞら診療所に紹介された。

⑤今後の展開

癌の方は、終末期において、つらさや痛みがないようにして欲しいと希望される。自宅や病棟など療養場所に関わらず、その要望が達成できる環境を作ることは重要である。今後も終末期まで一貫した医療を提供するために、病院との連携を進めていくとともに、緩和ケア病棟に入院したものの、自宅に戻りたい方には、在宅での医療を提供できるようにしていきたい。

【考察】

①事例に総合診療医の専門性がどうかされたか

日本では、急速に高齢化が進行しており、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。そのため、厚生労働省では、2025 年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している¹⁾。

また、疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し自分らしい生活を続けるために、地域の連携を介して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要であり、多職種協働により一体的な体制を構築するための取組も推進されている²⁾。

さらに、高齢化の進展に伴い疾病構造が変化していく中で、「治す医療」から「治し支える医療」への転換が必要とされている³⁾。

これらを踏まえ、健康にかかわる諸問題について適切に対応する医師の需要がより高くなることから、総合的な診療能力を有し、地域医療を支える医師として総合医療専門医が、医師の専門医制度の中の基本診療領域に新たに加えられた。そこで必要される資質や能力としては、1 包括的統合アプローチ、2 一般的な健康問題に対する診療能力、3 人間中心の医療・ケア、4 連携重視のマネジメント、5 地域包括ケアシステムを含む地域志向アプローチ、6 公益に資する職業規範、7 多様な診療の場に対応する能力が挙げられている。

なお、この資質や能力は、日本プライマリ・ケア連合学会が認定する「人々が健康な生活を営むことができるように地域住民とのつながりを大切にしたい、継続的で包括的な保健・医療・福祉の実践及び学術活動を行える医師としての家庭医療専門医」とも関連している。

今回の事例は、地域の癌末期の方を最後まで支えるために、在宅診療所から緩和ケア病棟に派遣されている医師の姿である。癌の終末期においては、病気を治すことではなく、自宅や病院など療養場所に関わらず、辛さを和らげより良い生活を送ることができるように支援していくことが望まれる。本人を含め家族が一般的に想像している癌終末期の痛みによる辛さは、鎮痛薬の投与でコントロールできることが多い。一方、今までの人生への後悔、栄養が必要と思いつつも食事が摂れない自分への苛立ちや日常生活で介助を要する無念、将来に対する不安から生じる辛さは、薬の投与だけでは改善しない。その解決として必要なのは、医師・患者関係の継続性を踏まえた医療の提供や家族への癌予防の啓発、栄養士/歯科衛生士や介護支援専門員などを含めた多職種との連携、病棟や在宅に関わらず適切な医療の提供である。これらは、総合診療医を特徴づける、包括的統合アプローチ、連携重視のマネジメント、多様な診療の場に対応する能力と密接に関連していると言えよう。

②タスクシフティングの可能性

臓器別専門医は、どちらかと言うと「治す」医療を目指してきたのに対し、地域で活動する総合診療医は「支える」医療も行う。この違いは、医学的に解決すべき課題として、「治す」医療では疾患が最優先する一方、「支える」医療では、疾患の治療だけでなく、ADLの維持、リハビリテーション、介護保険を含めた社会保障制度、疾患の予防なども併存することに反映される。

この事例において、緩和ケアを熟知した医師が病院に潤沢にいれば、問題はなかったかもしれない。しかし、緩和医療専門医は全国で178名(2010年4月1日～2017年4月1日認定)⁴⁾であり、絶対数は不足している。そのため、東松戸病院では、外科、呼吸器内科、一般内科の医師が本来の専門とは異なる緩和ケアにも従事せざるを得なかった。もちろん、従来の専門治療の延長であれば問題ないが、癌末期においては、身体的/心理的/社会的/スピリチュアルな側面を持つ全人的苦痛に対処せねばならない。そこで、必要となるのは、特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で対処できる能力であり、それこそが総合診療医の最も得意とするところである。また、臓器別専門医と協力して、癌末期の方が意識していない緩和ケアの導入を支援することや家族も対象として不安を和らげることが望まれるが、これらは総合診療医の特徴である。一般的な健康問題に対応する診断能力や人間中心の医療・ケアが生かされるであろう。さらに、総合診療医は、地域志向アプローチとして、病院だけでなく、診療所や在宅でも研修した経験により、症状改善のための医療を受けるのに最も適した療養場所を助言することもできよう。

③医療や社会に与えるインパクト

終末期の医療に関する2017年度の意識調査で、最後を迎えたい場所を考える際に重視することを複数回答で聞いたところ、「家族などの負担にならない」が73.3%で最も多く、次いで「体や心の苦痛なく過ごせる」が57.1%、「経済的な負担が少ない」が55.2%であった。また、どこで終末期の医療を受けたいかについても病気の状態で異なることもわかり、末期がんでは「自宅」が47.4%と最多だったのに対し、心臓病では「医療機関」が48.0%、認知症では「介護施設」が51.0%と最も多かった⁵⁾。

今後も癌で最期を迎える方が増えることを踏まえると、自宅を療養場所とする人が増えることが予想される。しかし、癌による体動困難や食思不振で癌治療をしていた病院に入院している方の中には、介護負担を考え自宅に戻ることをあきらめ長期療養型病院や緩和ケア病院に転院となるケースもありえよう。しかし、それらの病院に転院しても本人の体調が安定した場合、再度病院が受け入れることがわかれば、一旦退院し一定期間だけでも在宅診療医のサポートのもと自宅で介護をしようとする家族も増えるのではないだろうか。

療養に際して、自宅では「自由」が、医療施設で

は「安全」がより重視される。ただ、そのレベルは、自宅や医療施設ごとに異なる。そこで、様々な療養場所を実際に知っている医師が、具体的にそれぞれの良さを説明することで、本人や家族がよりよい選択を行えると期待できる。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

政策の後押しもあり、在宅診療所は増加し、そこに従事する医師も増えつつある。一方、病院では十分な数の医師を確保できないところもある。その均衡をきたすために、両者が妥協する体制は、すべての地域で検討に値すると思われる。

その実現のためには、病院の臓器別専門医の主治医が医療に集中できる体制が必要である。総合診療医は、この体制作りにおいても、前述した専門性の一つである連携重視のマネジメントを生かし貢献で

きうるであろう。

【文献】

- 1) 厚生労働省、地域包括ケアシステム、http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kai-go_koureisha/chiiki-houkatsu/
- 2) 厚生労働省老健局老人保健課、在宅医療・介護推進連携事業について 平成27年度第3回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議
- 3) 飯島勝矢、地域包括ケア時代のこれからの在宅医療 G ノート；Vol2No1：11-20
- 4) 日本緩和医療学会専門医名簿
- 5) 厚生労働省「平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果」、日本経済新聞2018年2月23日夕刊