

在宅緩和ケアチームの組織化と課題 —岡山モデルによる一事例から—

山口 三重子*1 島津 望*2 下妻 晃二郎*2
矢部 正浩*3 福島 智子*4 加藤 恒夫*5

- *1 広島県立保健福祉大学看護学科
- *2 流通科学大学サービス産業学部 医療福祉サービス学科
- *3 新潟市民病院
- *4 京都大学大学院
- *5 かとう内科並木通り診療所

2004年9月10日受付

2004年12月13日受理

抄 録

本研究の目的は、自宅で最期を迎えたいと希望するがん患者の在宅緩和ケアを行うために作られた、プライマリケアチーム（開業医・訪問看護師・開業薬剤師など）と緩和ケア専門チーム（緩和を専門とする医師・看護師・MSWなど）の連携がスムーズに行われるための課題を明らかにすることである。分析対象は、在宅緩和ケアに参加した医療職者の事例検討会（学習会）において録音したテープ、診療録、看護記録である。テープは逐語録にし、分析にはワトソンの理論を参考に内容分析法で行った。その結果、在宅緩和ケアにおける連携をスムーズにするために必要な因子として、連携前の準備、緩和ケアに特有のケアや薬剤の理解、両チームの役割分担、の3つの要因が抽出された。

今後の検討課題として、連携のアウトカム評価、コーディネーター（リーダー）の役割と職種、より多職種を含めた組織化などが挙げられた。

キーワード：在宅緩和ケア、チーム連携、役割分担、ヘルスサービス研究、質的研究

I はじめに

わが国の在宅緩和ケアの提供は、おもに緩和ケア施設による訪問¹⁾、あるいは開業医および訪問看護ステーションなどの施設でなされている。しかし、こうした在宅緩和ケアをおこなっている医療者の努力にもかかわらず、癌末期患者のうち、在宅医療を希望する患者は4割であるが、実際に自宅で最期を迎える患者は1割にも満たないといわれ²⁾、在宅緩和ケアの提供体制が十分に整っていないことを物語っている。より多くの患者が、在宅緩和ケアを利用することができるようにするためには、これらの提供形態をさらに普及させることに加えて、他の形態も考えられるべきではないだろうか。

ところで今年から新しくなる臨床研修制度では、地域医療についても、医療現場を経験することが求められるようになった。地域医療の担い手である開業医の役割は、ますます重要になってくるであろう。寝たきり老人や癌の末期に対しても、今後は地域医療提供者として、開業医の関わりが多くなると予測される³⁾。では、癌の末期患者に対する医療の提供について、地域の開業医の意識はどうであろうか。岡山市の開業医に対する意識調査によれば、緩和ケアに携わりたいと考えている開業医は7割を占め、緩和ケアに高い関心を寄せていた。しかし、緩和ケアに関わるには専門的な知識と技術の不足、患者に関与する施設間での情報交換の困難性などの問題があげられ、在宅緩和ケアに関与するには少なからず躊躇していることがわかった⁴⁾。

在宅緩和ケアを普及させる一つの試みとして、開業医が在宅緩和ケアに参加するに際してその障害を取り除くことが必要である。岡山市においては、これについて独自の仕組みが試みられている。緩和ケアの専門知識を持つ診療所の医師、看護師、医療ソーシャルワーカー(MSW)などによる緩和ケア専門チーム(以下、専門チーム)が、元来緩和ケアを専門としない開業医や訪問看護師などのプライマリケアチーム(以下、プライマリチーム)をサポートして、効果的に在宅緩和ケアを提供している(以下、岡山モデル)。今回、この岡山における活動の記録をもとに、地域の開業医や訪問看護師が在宅緩和ケアに躊躇なく参加し、在宅緩和ケアのチーム連携がスムーズに行われるためには、どのようなことが必要であるのかを明らかにしたので、その結果について報告する。

II 対象と方法

分析に用いた資料は、在宅緩和を担当したチームによる学習会を録音したテープを逐語録に起こしたものである。補完的に、学習会で提示された資料(訪問看

護師および開業医による)と緩和ケア専門医によって書かれた診療録も患者の病状の経過を知る目的で用いた。本在宅緩和ケアチームは「緩和を専門とする医療職者による専門チーム」と、「開業医、訪問看護師、薬剤師によるプライマリチーム」の2つのチーム、および後方病院から成る。各チームは、在宅患者に対してそれぞれの立場から医療・看護を提供する。各チームのおもなメンバーは表1の通りである。専門チームは固定された組織であり、プライマリチームはさまざまな条件によって、アドホックに組織されるという特徴を持っている。また、患者・家族が入院を希望した場合などを想定して、後方病院の確保を行っている。なお、学習会は、本事例にかかわった医療者の全員と在宅緩和ケア提供に関心のある医療者の参加のもとに行われる事例検討会として位置づけられている。今回検討した逐語録の中には本事例に係わらなかった者の質問などの言動もあったが、本研究の目的を考え、分析対象からその言動は除外した。

今回研究対象とした学習会の逐語録で検討された事例は、60歳代の男性、胃癌の症例である。本事例を選択した理由は、(1)胃癌というわが国では一般的な疾患であること、(2)既に看取られ、学習会の資料に全経過が含まれる、ことによる。患者の家族は、母親、妻、子ども3人を含めた6人で構成される。医学的経過は、胃癌にて胃全摘術を受け、術後6ヶ月目に頸部および腹部リンパ節に癌転移し、放射線照射と化学療法を施行した。術後1年5ヶ月目にモルヒネを開始し、術後1年8ヶ月目から在宅緩和ケアが開始された。

分析にはワトソンの記述的現象学的方法論を参考に、まず逐語録の全体の印象をつかみ、逐語録の内容を、大きく「専門チームに関すること」とプライマリチームに関することに区分した。その上で各チームの行為をコーディングし、それをもとにして、地域の開業医や訪問看護師が在宅緩和ケアに躊躇なく参加し、在宅緩和ケアのチーム連携がスムーズに行われるための要件についてカテゴリーを抽出した。

III 倫理的配慮

本研究は在宅緩和ケアチームの学習会から資料提供を受けて行ったものであるが、使用した情報は関係者の了解を得るとともに、患者および医療者の氏名が特定できないようにプライバシーの保護を行うなどの倫理的配慮を行った。

IV 結果と分析

逐語録を分析した結果、次の3つの主要なカテゴリ

表1 在宅緩和ケアチームに参加した医療者と主なケア内容

| | 職種 | 主に担当したこと | 所属 |
|----------|------------------------|---|------------------------|
| 専門チーム | 緩和ケア専門看護師A | 疼痛評価, 麻薬管理 患者の妻への指導 | B看護ステーション (B診療所内) |
| | 緩和専門医師B | コーディネーター 疼痛管理・病状把握 | B診療所 |
| | 緩和専門医師C | 疼痛管理・病状把握 | 同上 |
| | 医療ソーシャルワーカー (MSW) D | 療養環境の整備 (電動ベッド, エアマット, 点滴架台) 妻・娘からの情報収集および助言 | 同上 |
| プライマリチーム | 訪問看護師E (管理者) | 日常生活の援助 (入浴介助→清拭, マッサージ, ストレッチ, 安楽な体位など) | 訪問看護ステーション (独立した施設) |
| | 訪問看護師F | 治療処置 (褥瘡処置, 座薬処置など) | 同上 |
| | 訪問看護師G | 家族へのケアの指導 | 同上 |
| | 開業医師H | 症状評価および看護師への指示: 栄養・水分 (in-out) 評価, 酸素療法, 褥瘡評価, 利尿剤投与他 | 内科医院 |
| | 薬剤師I | 薬剤配達・薬剤指導 | 調剤薬局 |
| 後方病院 | 主治医J | インフューザーポート挿入 | 総合病院 |

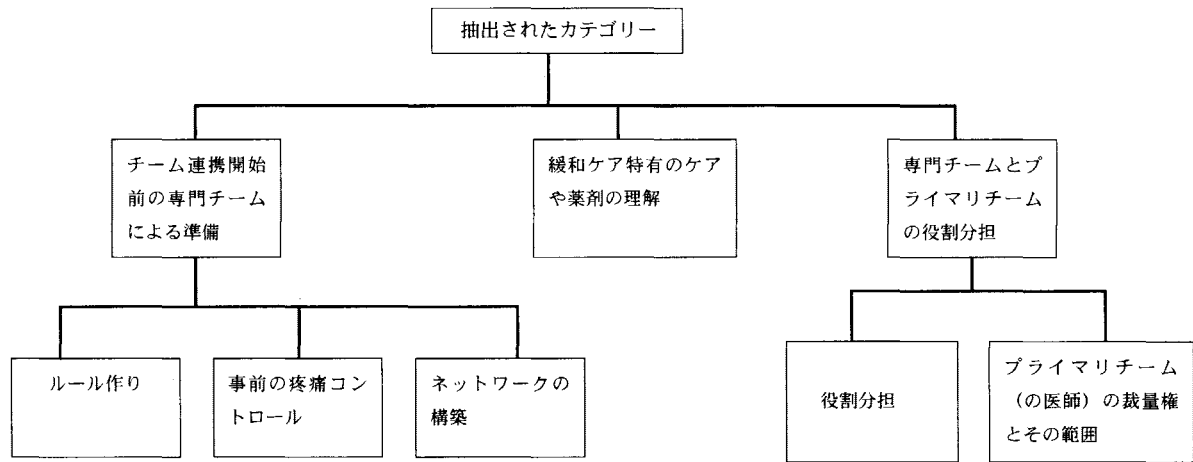


図1 在宅緩和ケアのチーム連携がスムーズに行われるための要件

一が抽出された (図1)。すなわち, 1.「チーム連携開始前の専門チームによる準備」, 2.「緩和ケアに特有のケアや薬剤の理解」, 3.「専門チームとプライマリチームの役割分担」, である。そして, 1の категорияには, さらに「ルール作り」, 「事前の疼痛コントロール」,

「ネットワークの構築」という3つのサブカテゴリーが抽出され, 3の categoriaには「役割分担」と「プライマリチーム (の医師) の裁量権とその範囲」という2つのサブカテゴリーが抽出された。

2つのチームがかかわった全経過を理解する目的で,

学習会で提示された資料・診療記録等をもとに、看取るまでの患者の状態とケアの一覧(表2)を作成した。

1) チーム連携開始前の専門チームによる準備

今回の事例は、専門チームであるB診療所の緩和外来を受診した後に在宅緩和ケアを希望した患者で、B医師が患者の近隣で開業しているH開業医(患者のかかりつけ医ではない)の了解を得た後、連携が開始された。このカテゴリーを分析した結果、さらに次の3つのサブカテゴリーに分類できた。すなわち①ルール作り②事前の疼痛コントロール③ネットワークの構築、であった。

① ルール作り

在宅医療が開始されれば主に診療に当たるのは開業医である。そのため、患者を紹介する側の医師は患者の性格と家族の要望を把握し、紹介される側である開業医がスムーズに診療ができるように患者との「ルール作り」を行っていた。

「(専門チームの緩和ケア外来の診察に)2時間遅れて外来にやってきたというのは、まあそれもよいですが、いずれ在宅でH先生(開業医)に見てもらおうのだったら、ルールを守らないと困りますよ、と。ルール作りに非常に困りまして。かなり私も強いことを言いながらルールという枠の中に入れていって、(患者が)自分も入らないと仕方がないなと分かった時点で、お渡ししたと。そういうことです。」(専門チームB医師)

このときの遅刻は観劇に出かけたためであったが、緩和ケア外来での患者と医師との出会い、さらに、これから在宅で診療をする開業医との出会い、訪問看護師との出会い、すべての新しい出会いが始まる中でやや強硬にルール作りを行っていた。自宅での時間をどのように使い、また、訪問者が多い中で、誰を優先して会うかなどは患者の意思によって決められる。観劇に出かけるということは、QOLの側面、体力の維持という点で良いことではあるが、これからスタートする患者と医療者との新たな関係を構築するために、患者と医療者のお互いが納得したルールを必要としている。

② 事前の疼痛コントロール

在宅ケア開始以前に疼痛コントロールが完了していることは、在宅で開業医が診療を開始する上で最も重要な点である。専門医チームの医師は、患者の身体的な準備と今後起こり得る病状の変化を見通して、次のような身体的準備を行っていた。

「そこで、症状をどうにかして、痛みのコントロールを有る程度行った時点で、在宅緩和ケアのネットワークを使ってやりましょう。」(専門チームB医師)

「在宅が強いご希望だったので、いずれ輸液の問題が起こってくるなということで、J先生(後方病院)

にお願いして外来でインフューザーポートを入れてもらっていたんです。」(専門チームB医師)

③ ネットワークの構築

スタート時のルール作りと同様に、在宅での治療が開始できるように身体的な準備と、一定の痛みの緩和ができた段階で、自宅での生活を支援するための開業医、訪問看護師とのスムーズなネットワークを構築することが重要になる。本事例においては、緩和専門医による患者の身体的な準備ができた段階で、専門チームが予め患者の自宅に近い開業医を選択し、患者・開業医双方の了解のもとに連携が開始されていた。さらに、訪問看護師や、治療に必要な薬剤などのデリバリーは、開業医H医師と連携のある施設が選ばれていた。「もうほとんど治療も決まっていたし、予後について説明も有りましたので、改めてこちらが深刻な話はそれほどしなくて済みますね。」(開業医H医師)

また、患者家族に対する病状および生命予後に関する深刻な内容は、患者との関係が浅い開業医では説明しづらい。このような説明をどちらのチームが行うことが適切かは、患者との関係で決定すべきことであるが、本事例では診療の連携が始まる前の準備として、専門チームによって予告告知が行われていた。

2) 緩和特有のケアや薬剤の理解

「私たちのほうも、インフューザーポートも初めてでしたので、管理に慣れるようにしました。」(訪問看護ステーション管理者E看護師)

「1月に入ってかなり進行しているときに、(緩和専門医が)側についてくださって、そういった時にセデーションのことも、今の状態がどうなのかということも専門医の方に相談することができました。」(訪問看護ステーション管理者E看護師)

「胃部の膨満感が少し。だから水もその時点では通らないのかなという印象をもちました。それで輸液をちょっと増やしてみました。そのときインフューザーポートを僕は初めて見たんですけども、こんなものがあるのかと。」(開業医H医師)

「皮膚の皮下に入れておりますから、そこに通して針を刺すだけでシステムを取り替えられる、非常に便利なものだと感心しておりました。そのときにすぐ塩酸モルヒネという、座薬を使うのも初めてで。そういうものを処方いたしました。1薬局がそのときすでに入っておりまして、在宅の場合はデリバリーをして、薬局でそういうデリバリーをやるとスムーズに薬状況とかがわかるものですから、うちはデリバリーにしています。」(開業医H医師)

開業医や訪問看護師が癌の終末期の患者に関わりにくい要因の一つとして、癌の痛みを取り除くための技術や薬剤に不慣れであることがあげられる。病院では

表2 在宅緩和ケア経過表 (プライマリーケアチームには網掛けを施行)

| 日時・連携過程 | 場 | 行為・担当者 | 症状、状態 | 対処 |
|------------------------|------------|---|------------------------------------|--|
| | 総合病院外来 | 外来担当医師 | | 未決定 |
| | | B診療所へのアプローチ・患者とB医師の共通の友人からの紹介 | | - |
| 平成13年11月27日 | B診療所⇄自宅 | 本人からの電話による問い合わせ | 本人が在宅緩和ケア希望 | 電話相談、緩和ケア外来へ誘導 |
| 12月初旬 | | | (妻が肩を骨折) | 介護力に影響 |
| 平成13年12月1日 | B診療所⇄外来 | B医師に診察、医療ソーシャルワーカー(MSW)による面接 | 食思不振、嘔気嘔吐、疼痛 | 疼痛緩和開始(持続皮下注射)、モルヒネをフェンタニルに変更、内服を持続皮下注に変更、患者とのルール作り |
| 専門チームからプライマリーチームへの移行の前 | B診療所外来への電話 | 看護師による電話による指導 | 患者・家族の不安増強 | 専門チーム看護師の傾聴、指導、服薬指導 |
| 平成13年12月3日 | B診療所外来への電話 | | 腹部膨満感 | 入院を勧める、総合病院へ電話、本人行かず |
| 平成13年12月5日 | 総合病院外来 | B診療所B医師からの依頼 | | Vポート挿入(症状管理)、後方病院としての役割を依頼 |
| 平成13年12月15日 | B診療所外来 | 専門チーム(B医師)による診察 | 黄疸出現 | - |
| 平成13年12月17日 | | B診療所から開業医(H医師)内科医院と訪問看護ステーションに紹介 | | - |
| 平成13年12月21日 | 自宅 | H医師と訪問看護ステーションの往診(初回) | 吻合部狭窄強し | 輸液1000ml/日開始(ほぼ最後まで)、腹部膨満に対しマッサージ、ストレッチの指導、Vポートの管理指導 |
| | 自宅 | 開業医(H医師) | 食思不振 | 輸液 |
| | 自宅 | 専門チーム(C医師 A看護師)の往診(初回)・患者の状態把握とケア、家族のニーズの把握、訪問日の取り決め、役割説明、良好な関係作り | | - |
| 平成13年12月22日 | 自宅 | 訪問看護師 | | Vポートの管理指導、訪問日を週2回に決定 |
| 平成13年12月24日 | 自宅 | 訪問看護師 | | 服薬の指導(疼痛・利尿剤) |
| 平成13年12月26日 | 自宅 | 複数回訪問・訪問看護師 | | 腹部膨満に対しマッサージ、ストレッチの指導、褥瘡予防のアドバイス、モルヒネ持続皮下注射の処置 |
| 平成13年12月28日 | 自宅 | 妻に生命予後告知(正月頃)・H医師 | 体動時息切れ、浮腫、腹部膨満 | 在宅服薬指示、安楽な体位指導 |
| 平成13年12月28日 | 自宅 | 専門チーム(C医師)の定期訪問 | | - |
| | 電話 | 電話による疼痛アセスメント(専門看護師A) | | 鎮痛剤の変更 |
| 平成13年12月30日 | 自宅 | 開業医(H医師) | | 在宅服薬開始 |
| 平成13年12月31日 | 自宅 | 訪問看護師 | 胃部不快、つかえ感、苦悶表情、夜間の座位、上半身挙上 | 夜間不眠に対しての安楽な体位指導、腹部膨満に対しマッサージ、ストレッチ、ベッド導入のアドバイス |
| 年末年始 | 自宅 | MSW(D氏) | | - |
| 年末年始 | 自宅 | 開業医(H医師) | | - |
| 平成14年1月2日 | 自宅 | 訪問看護師 | 歩行困難、「アットがくるまで間に合うかな?」 | モルヒネ持続皮下注射差し換え、精神的援助 |
| | 自宅 | 開業医(H医師) | 腫瘍・下肢の浮腫増強、おなかがいらい | 利尿剤静脈注射 |
| 1月初旬 | | 訪問看護師 | 家族の不安増強 | 訪問頻度増加 |
| 平成14年1月4日 | 自宅 | 訪問看護師 | | 緊急訪問でVポートトラブルの対応 |
| 平成14年1月7日 | 自宅 | 訪問看護師 | 入浴不可能となる、黄疸増強、やせ著明、下肢浮腫増強、仙骨部の表皮剥離 | 清拭、利尿剤、座薬、褥瘡の処置、以後毎日訪問となる |
| 平成14年1月8日 | 自宅 | 訪問看護師 | | |
| 平成14年1月9日 | 自宅 | 訪問(複数回)・訪問看護師 | 移動による疲労感が増す。身の置き所のないしんどさ。 | セデーションの検討。セミフェーラー一位、緊急訪問でVポートトラブルの対応 |
| 平成14年1月10日 | 自宅 | 開業医(H医師) | 長女がチューブの管から針を刺すのを間違え破損 | 症状に合わせたケア、清拭、利尿剤、排泄ケア、褥瘡の処置、家族支援 |
| | 自宅 | 訪問看護師 | | 症状に合わせたケア、清拭、利尿剤、排泄ケア、褥瘡の処置、家族支援 |
| 平成14年1月11日 | 自宅 | 訪問看護師 | タール便。換気低下。側臥位とれず。出血傾向。肝不全。 | - |
| | 自宅 | 専門チーム(B医師) | | 粘膜炎保護剤処方、往診回数増加(週2回、火・金) |
| 平成14年1月12日 | 自宅 | 開業医(H医師) | | 症状に合わせたケア、清拭、利尿剤、排泄ケア、褥瘡の処置、家族支援 |
| 平成14年1月13日 | 自宅 | 訪問看護師 | | 症状に合わせたケア、清拭、利尿剤、排泄ケア、褥瘡の処置、家族支援 |
| 平成14年1月14日 | 自宅 | 訪問看護師 | | 症状に合わせたケア、清拭、利尿剤、排泄ケア、褥瘡の処置、家族支援 |
| 平成14年1月15日 | 自宅 | 訪問看護師 | | 症状に合わせたケア、清拭、利尿剤、排泄ケア、褥瘡の処置、家族支援 |
| | 自宅 | 開業医(H医師) | | - |
| 平成14年1月16日 | 自宅 | 訪問看護師 | 多量のタール便。意識レベル低下。傾眠状態。死亡 | タール便のケア、安楽な体位の工夫、看取りへの家族指導・援助 |

一般的に疼痛管理時に使用されるインフューザーポートも、開業医も訪問看護師も初めての体験であったと述べている。癌患者の疼痛管理はモルヒネを使用したとしても不十分であり、悪性腫瘍が転移した場合は36%の患者が激痛を訴え、日常生活が困難となると言われる⁵⁾ように、癌の末期患者が訴える激痛に対して、複合的な技術が必要となる麻薬管理の技術は、緩和ケアの全く経験のない開業医や訪問看護師が、一朝一夕で取得することは困難であると思われる。

3) 専門チームとプライマリチームの役割分担の基準

本項の内容は分析した結果、さらに次の2つのサブカテゴリーに分類できた。すなわち、①役割分担および、②プライマリチーム（医師の）裁量権とその範囲、であった。

① 役割分担

「最初は詳しいFAXいただきまして、大体こちらのすることは決まっておりましたし、C先生が往診に行かれた後、そういうFAXが送られていましたので、意見など添えられて書かれていましたので、注意をしました。ただ、こっちは改めて何々してくれという要望は今回何もなかったですね。」（開業医H医師）

在宅緩和ケアの連携開始当初は、専門医の診察結果が開業医に伝えられ、開業医はその情報によってかかりつけ医でなくても容易に患者の状態を知ることができる。所属する施設も職種も異なる医療者による2つのチームがスムーズに機能するためには、専門チームとプライマリチームの役割分担が明確になっていることが必要である。

「MSW（Dさん）の方には電動ベッド、点滴の架台、エアマットなどの準備、そういったものをお願いしました」（訪問看護ステーション、管理者E看護師）

「その時点では娘さんとしては、お父さんが悪い状態になっていることがあまり想像できない段階だったので、まだ、ピンと来ないんだという話をされてきました。年末年始の時にお話した段階では・・・(略)・・・という不安をおっしゃっていたんですが・・・(それらに対応をしました)。」（専門チーム、MSW-D氏）

本事例ではMSWのD氏が患者の療養環境を整え、病状が理解できない家族に対して積極的に心理的なサポートを行っていた。従来の在宅看護では不足がちであった心理的ケアに対してMSWの役割は重要であった。

一方、看護師間の役割分担が混乱した場面もあった。

「フェンタネストをバクスターで2日間タイプを投与していましたが、痛みの評価を奥さんに委ねていて、・・・(略)・・・同じ量でいけますかという感じで進めていたのですが、今思えばその辺もE看護師（訪問

看護師）さんとかに、痛みの評価の『どんな具合でしょうか』という連絡を取らずに、直に奥さんに（聞きました）。（訪問看護師Eさんに）連絡がとれていなかったと（思います）」（専門チーム、A看護師）

「痛みに関して、私も電話をして、（患者が）辛くなりかけた頃、（専門チーム看護師に）セデーションのご相談をしたときで、（増量）したということ（情報）を頂いたものですから・・・」（訪問看護ステーション、管理者E看護師）

専門チームの看護師は基本的に疼痛管理については訪問看護師より熟知しており、また、妻は患者と接する時間が長く痛みを正確に把握できるので、直接妻に痛みの程度を尋ねることは、それぞれの役割分担を考えたときには適切とも言える。しかし、訪問看護師を飛び越えたこのような疼痛管理は、専門看護師、訪問看護師、家族の間に情報の混乱を招き、さらには訪問看護師の緩和ケアを学ぶ機会を妨げることにつながったかもしれない。

②プライマリチーム（の医師）の裁量権とその範囲

専門チームとプライマリチームの裁量権の範囲が、治療決定において問題となることがある。

「（チームを組む場合、開業医に）、どの辺まで裁量を任せるかということは（大切ですね）」（開業医H医師）
「舵取りが2人いると家族が心配しますから。」（開業医H医師）

「点滴の量の変更とか、酸素だとか、粘膜保護剤だとか治療方針の決定を独断でやってしまったわけですね。やっぱり家族を前にして、治療方針はちょっと待ってくれ、（緩和専門医師と）決めてから話すというのでは、家族の信頼が得られないわけですよ。」（開業医H医師）

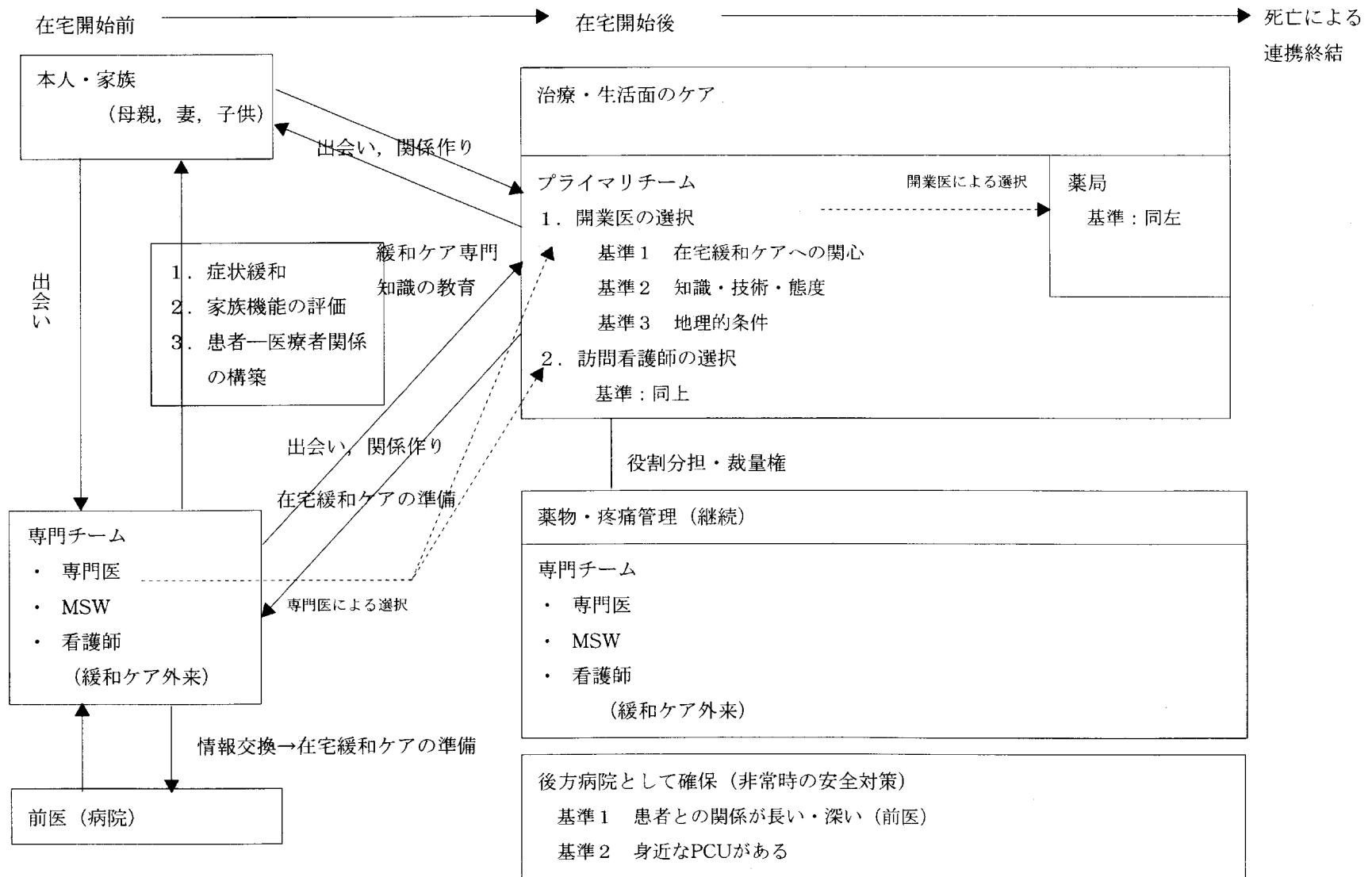
H医師が述べているように、家族との信頼関係をより深めるためには、開業医の速やかな診断、治療が求められる場面も少なくない。しかし、末期患者に対する点滴量の増減など緩和専門医の専門的知識が特に必要な分野では、プライマリチームに任せてしまうことによって患者への不利益が生じる可能性もある。診察を担当する医師の裁量の範囲について、予めチーム内の医師間で責任と権限を明確にしておくことが必要であると思われた。

4) 在宅緩和ケアチーム連携のまとめ

以上の分析から得られた在宅緩和ケアにおけるチーム連携の経過と構造は、図2の通りである。これらの関係者間で連携がスムーズにおこなわれるためには、コミュニケーションの円滑化およびコーディネーターの存在が必要になると考えられた。

チーム連携が十分に機能しない理由として、コミュニケーション不足、コーディネーターがいない、co-ワーカーの力不足などを挙げている報告^{6)・7)}がある

図2 在宅緩和ケアにおけるチーム連携の経過と構造



MSW：医療ソーシャルワーカー，PCU：緩和ケア施設

が、本事例においては、図2にみられるとおり、在宅ケア開始時に緩和専門医が意識的にコーディネーターとして、それぞれに役割を割り当てるなど、積極的にコーディネーターの役割を果たしていた。一方、チームが機能的に働くには、発生する問題の内容によりコーディネーターがその都度変わることが望ましいという考えもある⁸⁾。

V おわりに

本研究の結果から、在宅緩和ケアのチーム連携がスムーズに行われることに関与する3つの重要なカテゴリーが明らかになった。

これらのカテゴリーの内容について十分な注意を払い、開業医、訪問看護ステーション、緩和ケア専門のスタッフが適切に組織化されることによって、在宅を希望する患者・家族の期待に応えられるスムーズなシステムが構築される可能性がある。

英米では、癌患者の自宅での死亡率が25%を超えると報告されるが、わが国のそれは10%にも満たない⁹⁾。そのような在宅緩和ケアの立ち後れはどのように生じるのであろうか。わが国では、在宅緩和ケアに特化した一部の開業医の活躍も報告されるが、医師自身のプライベートな時間が元来少ないこと、患者の精神的な悩みに応えるための知識と技術が充分ではない¹⁰⁾など一人の医師が単独で対応することの限界が指摘されている。さらに癌特有の痛みのコントロールについての知識と技術も重要である。終末期という患者にとっては特別な時期に、必要とされるケアに十分応えるためには、本研究で扱った医療関係者だけでなく、既にオーストラリアで組織化されている¹¹⁾ような、OT、PT、栄養士に加え、臨床心理士、福祉介護職などの職種をも含めた組織化が、在宅緩和ケアを支える仕組みとして必要と思われた。

さらに、今回の事例を検討した結果、コーディネーターとしての緩和ケア専門医が、患者の地理的条件や家族の要望をふまえた上で、プライマリチームを組織し、各医療専門職者と患者との出会い・関係づくりをサポートしながら、さらには、臨終期の家族の不安に備えて、後方病院をも確保した連携システムが構築されていたということがわかった。

しかし、本研究では1事例のみの分析であるので、

一般化するには限界がある。今後、さらに連携事例を分析し在宅におけるスムーズな緩和ケアチームの組織化について検討していきたいと考える。

謝辞

本研究に貢献してくださった患者様にお礼を申し上げますとともに在宅緩和ケアチームの皆様へ感謝いたします。なお、この研究は財団法人在宅医療助成勇美記念財団より助成を受けて行った。

文献

- 1) 恒藤暁ほか. ホスピス緩和ケア病棟の現状と展望. 厚生科学研究, 50, 2001
- 2) 日本経済新聞「自宅ホスピス広がる連携」29面, 2003年9月15日
- 3) 梶井英治, 高久史磨. 医学教育における在宅医療の位置づけ. 日本在宅医学会雑誌, 5(2): 31-34, 2004
- 4) 加藤恒夫. 診療所医師の終末期在宅療養への意欲及び志向を規定する主観的要因. 第3回日本緩和医療学会, 1998
- 5) 北島敏光. ペインクリニックと緩和ケア—医療ではなくケアの面で麻酔科医あるいはペインクリニック医はどうだろうか?—. ペインクリニック, 22(7): 930-934, 2001
- 6) 近藤まゆみ. チーム医療の共同行為に関する倫理的諸問題. 日本緩和医学会監修, 柏木哲夫, 石谷邦彦編集, 緩和医療学. 東京, 三輪書店, 1997
- 7) 柏木哲夫. ターミナル・ケアにおけるチーム医療. 心身医療, 6: 1994
- 8) 水寄知子. 緩和ケア病棟におけるチームの機能に影響を及ぼす要因. Health Sciences 17(3): 143-152, 2001
- 9) 恒藤暁ほか. ホスピス緩和ケア病棟の現状と展望. 厚生科学研究, 17, 2001
- 10) 早坂裕子. がん患者の在宅ターミナルケアを実践する医師の調査. 日本醫事新報, 4071: 2002
- 11) 下稲葉かおり. オーストラリアでの緩和ケアチームにおける看護師の役割とその教育. 緩和医療学, 6(4): 45-51, 2004

Development and Future Problems of the Home Palliative Care Team — “The Okayama Model” —

Mieko YAMAGUCHI*¹ Nozomu SHIMAZU*² Kojiro SHIMOZUMA*²
Masahiro YABE*³ Tomoko FUKUSHIMA*⁴ Tsuneo KATO*⁵

*1 Department of Nursing, Hiroshima Prefectural College of Health Sciences

*2 Faculty of Service Industries, Department of Healthcare and Social Services, University of Marketing and Distribution Sciences

*3 Niigata Municipal Hospital

*4 Graduate School of Medicine, Kyoto University

*5 Kato and Namikidori Clinic

Abstract

The purpose of this study was to clarify the factors necessary for the primary care team (medical practitioner, visiting nurse, and pharmacist in private practice) to cooperate smoothly with the palliative care expert team (physician, nurse, and MSW specialized in palliative care). These two teams were constructed in order to promote home palliative care for cancer patients who hope to meet their end in their own homes. The objects of analysis included audio cassette tapes recorded in the case study meetings (learning meetings) by the medical providers who participated in home palliative care, as well as medical records and nursing records. The tapes were transcribed, and Watson's theory was used for a comprehensive analysis. As a result, three factors necessary to promote smooth cooperation in home palliative care were extracted: 1) sufficient preparation before starting, 2) understanding of the caring methods and the drugs specific to home palliative care, and 3) clarification of the roles and responsibilities of both teams.

The following issues need to be addressed in the future: outcome assessments for patients or bereaved family members, an appropriate role and occupational type of coordinator (leader), and an expanded team including other professionals.

Key words : home palliative care, team cooperation, role allotment, health service research, qualitative study