

緩和ケアニュース

第14号

特集： 緩和ケア岡山モデル



パンジー： 花言葉 思慮深い、誠実

今回の言葉：

私たちはつましい仕事から離れてはいけません。

偉大な事をできる人たちは世の中にたくさんいます。

けれど、つましい仕事をする人たちは本当に少ないのです

マザー・テレサ (1910 - 1997年)

2007.4.15 発刊

財) 倉敷中央病院

緩和ケアチーム

平成18年11月25日(土曜日)、当院の総合保険管理センター内の古久賀ホールで第6回倉敷緩和ケアセミナーが開催されました。講師は、かとう内科並木通り診療所長の加藤恒夫先生。演題は、『治療期から終末期にいたる地域連携緩和ケア – 緩和ケア岡山モデル』です。



時代的背景

年間60万人が発症して、全国で300万人と推定されるがん患者。医学の進歩により2人に1人は治る時代になりましたが、3人に1人はがんで死にます。平成17年12月1日の政府・与党医療改革協議会で議論された「医療改革の大綱」の中に「終末期医療の患者に対する在宅医療の充実」という文言が明記されましたが、平成18年には3つの大きな動きがありました。

1. がん対策基本法成立

平成18年6月16日、日本全国どこでも高度ながん治療を受けられる体制を目指します。第十六条では、「がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居住においてがん患者に対してがん治療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること」が明文化されています。

2. 介護保険制度改定

平成18年4月から40歳から64歳までの特定疾患(初老期の認知症、脳血管障害などの16種類特定疾患)の第2号被保険者に若いがんの末期患者も追加認定され、介護保険サービスを受けられるようになりました(40歳から64歳でがんによ

り死亡する人は、年間約7万人)。

3. 在宅療養支援診療所新設

平成18年4月1日に実施された平成18年度の診療報酬改定で新設。医療の必要度が低いのに病院に居続ける社会的入院を解消し、在宅医療を推進する切り札として注目され、全国の診療所の1割に当たる1万の施設が、支援診療所の届出をしています。

高齢化が進み、がん患者が増え続ける中、納得できる情報と治療を求めて病院を渡り歩く「がん難民」の発生と救済が社会問題化し、早急な対応が求められています。行政もその方向性で動いています。

英国の緩和ケア

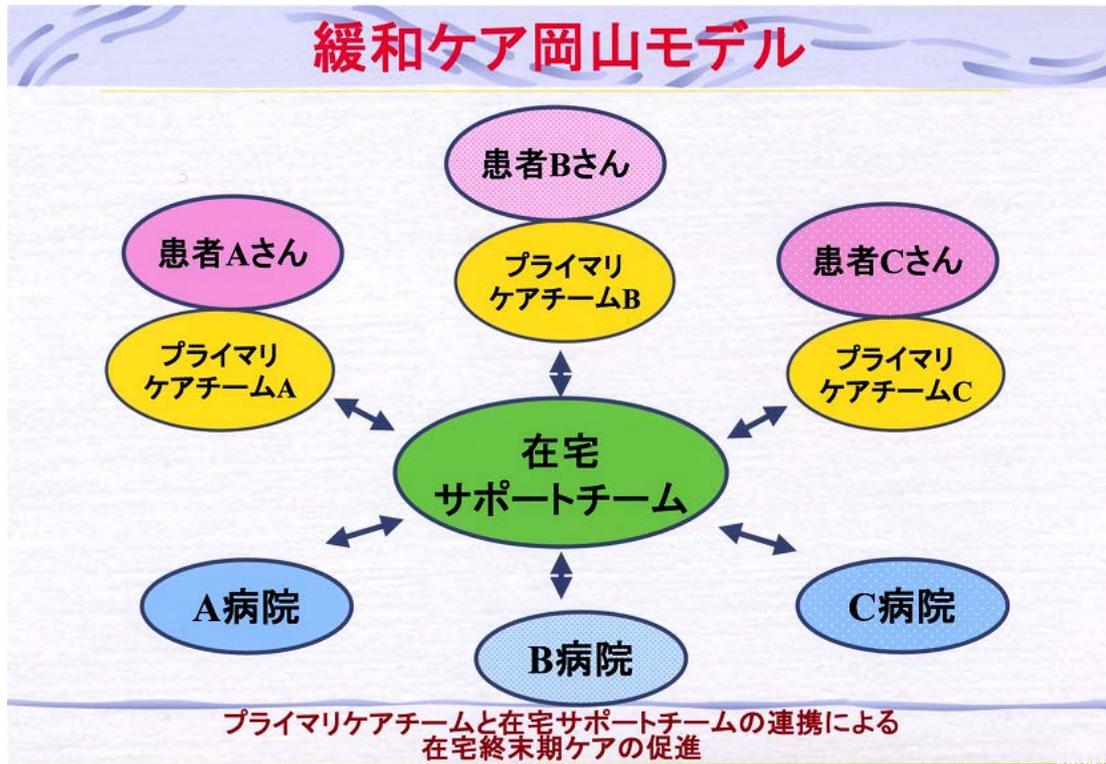
日本のがん対策基本法に先立つ10年前の1995年4月、Calman - Hine Reportにより英国では「seamless(継ぎ目のない)緩和ケア」を目標に病院(院内)緩和ケアチーム(hospital palliative care team: HPCT)が急増しました。

HPCTの仕事は、他の臨床スタッフ、患者と家族、介護者へのアドバイス・教育の提供、病院内外のサービスとの連携を図ることです。具体的には、一般的ケアや症状コントロールへの助言を行い、入院患者と地域のサービス、プライマリケアチーム(在宅チーム=家庭医、プライマリケア医からなるチーム)・地区看護師・地域の専門的緩和ケア看護師・保険福祉団体との連携、研究と教育体制の拡大。これらを非営利民間団体主導で進めています。先んずる英国に比べ、日本では研究と教育体制の不備、1人で頑張る在宅ケア(連携の欠如、診療報酬制度の枠内(営利性)という制約により大きく立ち遅れています。

会場の聴衆との活発な質疑応答



緩和ケア岡山モデル



緩和ケア岡山モデル

英国をお手本とした在宅での終末期ケアの連携モデルを目指して設立されました。

平成元年： 在宅ターミナルケア開始、
プライマリケア医(家庭医)との連携の模索

平成3年： 緩和医療研究会設立

平成9年： 加藤院長、在宅ケアの基地として
中国地方初の緩和ケア病棟(ホスピス)を開設

平成12年： 在宅緩和ケアコアグループを
結成、日本と英国の在宅緩和ケア実態調査

平成13年： 緩和ケア専門チーム結成、コア
グループと専門チームの相互学習を開始

平成14年： 加藤院長、緩和ケア病棟を閉鎖
して、在宅サポートチームを立ち上げる。

平成17年： 岡山大学医学部で緩和医療学講義
のスタート

在宅サポートチーム (緩和ケア専門 チーム、緩和ケアセンター)の活動

構成： 医師、看護師、MSW(ケースワーカー)、

ケアマネージャー、OT(作業療法士)

機能と役割： コアグループとなるプライマリケアチームの家庭医、在宅ケア担当者と協同でケア遂行の援助を行います。在宅サポートチームはサポートに徹して、原則的に自らはケアしません。アドバイス・人材の投入を必要に応じて行い、協同で患者・家族を評価して、相互学習のために定期的事例検討会、利用者(患者・家族)参加型のカンファレンスを開催します。

在宅サポートチーム、プライマリケアチームの両者は、病院に入院中から患者とかかわり始める必要があります。病院側に在宅ケアについての知識と技能が乏しいと、在宅ケアのチャンスを逸することになります。

緩和ケア岡山モデルの目標

在宅サポートチームの運営基盤を確立して、「緩和ケア支援モデル」として普遍化することです。具体的には、

1. 在宅サポートチームの育成
2. プライマリケアチームとの連携による在宅ケアの促進
3. 病院との連携による緩和ケアの促進

4. 新しい在宅緩和ケアプログラムの開発
5. 医療関連職種・学生への教育機会提供
6. ボランティアの育成
7. 実践の評価・研究

そして平成13年1月から18年6月までに男性62名、女性51名の計113名(平均年齢66.9歳)を看取りました。

今後の課題

現在ほとんどのホスピス(緩和ケア病棟)は、末期がん患者のがん病棟と化していますが、本来ホスピスは、10代・20代の若者の末期患者、エイズの末期患者、不治の神経疾患患者、例えば筋萎縮性側索硬化症(ALS)、脊髄小脳変性症(SCD)、多発性硬化症(MS)、重症パーキンソン病などの末期患者を看取る役割を有しています。また高齢の終末期患者の3分の2が痛みを、4分の1が呼吸困難を訴え、精神的苦痛を抱えているというアメリカの調査報告があります。

高齢者をはじめとする末期患者すべてが緩和ケアの対象になるので、がん以外の末期患者も視野に入れて、専門家、ボランティアと連携し、良質の終末期ケアを目指さなければなりません。



編集後記

加藤恒夫先生は、英国をお手本にして1990年代から在宅での緩和ケアに取り組み、岡山市内に「在宅サポートチーム」を立ち上げて、24時間365日対応の後方支援をされています。「日本の在宅ケアは開業医が一人でがんばらざるをえないのが特徴。いざという時の支援体制が整っていれば、緩和ケアを専門としない開業医も自信をもって、看取りができる(平成18年12月6日の読売新聞朝刊)」と語られる加藤先生から、さらに多くのことを学んでいきたいと考えています。



窓口

このレターに関するご意見、ご質問があれば下記までご連絡ください。

kanwa-care@kchnet.or.jp

発行元: 財)倉敷中央病院

編集委員長 小笠原敬三(副院長)

編集委員(五十音順)

小原和久(薬剤師) 里見史義(作業療法士)

白神孝子(看護師長) 平賀恵美子(歯科)

緩和ケア岡山モデルの将来

