

看取りを見据えて在宅医療の各ステージで行うべきこと

あおぞら診療所 川越正平

はじめに：生を貫くことを最後まで支える在宅医療

高度先進医療における医療の目的が救命や疾患の治癒であることは自明である。一方、在宅での療養を選択するということは、突き詰めれば、苦痛の緩和、生活の質（以下 QOL）の維持向上により重きを置くことを意味する。

とりわけ重要なのは、病気や障害を有する患者の全経過にわたる切れ目のない支援を行うこと、24 時間の安心を提供すること、疾患のみならず生活を支えるという視点、事前に予見できることには可能な限り備えておくこと、困難な状況にあっても患者のニーズや苦痛の緩和、QOL の維持向上を目指すべく寄り添い治療や決断をサポートすること、そして最後の最後まで生を貫き看取りまでを全うする、そのような支援を心がける在宅医療でありたい。

本稿では、在宅医療における導入期、安定期、急性増悪期、終末期の各ステージで行うべきこと、そして、看取りに至るまでをチームが支えるという点について論考したい。

導入期

導入期でもっとも重要なことは、病院の担当医と在宅医、外来と在宅の間で切れ目のない移行を目指すことにある。

<家族との導入面接>

入院中の患者が在宅医療に移行するにあたりその端緒となるのは、病院担当医からの提案、もしくは患者や家族が退院を希望した場合である。つまり病院や患者、家族から診療の依頼があり、相談を開始することになる。

前医からは、これまでの診断・治療などについての臨床経過、継続すべき医療の内容や今後の見通し、患者本人と家族への病状説明の内容など、診療開始にあたって必須となる情報をあらかじめ入手しておく必要がある。これらを踏まえた上で、在宅療養に移行する前に介護の重責を担うことになる家族と事前に面談の機会を設けることが在宅療養成功の第一歩といえる（表 1）。

表 1 導入面接で確認すべきことがら

- * 家族が現状をどう理解しているのか、どのような希望を持っているのか
- * 在宅療養の目的や治療・ケアの方針について共通認識を持つ
- * 在宅での療養環境や家庭の事情についての確認

この際、家族自身の言葉で患者や家族が現状をどう理解しているのかを語ってもらう。病院から得た病状説明の内容と家族の認識にズレがあることも少なからず経験する。それを踏まえ、在宅療養の目的や実現可能な治療・ケア方針について共通認識を形成する。中でも特に重要なのは、患者が生活する世帯の家族背景である。主介護者は誰なのか、そして患者の利益を代表するキーパーソンは誰なのか（主介護者とは限らない）を把握するべく努める。

当院では、この面接を医師と看護師が共同して行っている。在宅療養では治療とケアは切り離すことはできず、オーバーラップしていることが多い。すなわち医師（治療の視点）と看護師（ケアの視点）がそれぞれの視点を保ちながら、家族とともに治療・ケア方針を共通認識する最初の場となる。特に終末期患者の場合は（繊細な話題ではあるが避けては通れないことなので）急変時や看取りへの対応についても相談することが望ましい。

<退院時共同指導>

入院中の患者について依頼があった場合、必要に応じて退院前に病院を訪問し退院時共同指導を実施することが望ましい。特に生命に関わる疾患や複雑な病態を抱えている患者、重介護状態である場合などには必須と言えよう。その主たる目的は（表2）の通りである。

表2 退院時共同指導において確認すべきことから

- * 患者本人が病状をどう理解しているのか、どのような希望を持っているのか
- * 今後の治療方針を確認する
- * 病院・在宅医の役割分担について確認する
- * 治療やケアの内容を吟味し在宅で継続可能な形に必要なに応じてアレンジする

患者にとっては退院後に診療にあたる在宅医との顔合わせは、退院から在宅療養へ移行する際の不安をやわらげることに役立つだろう。当院では、医師に加えて看護師またはソーシャルワーカーが同行し退院時共同指導に臨んでいる。病院の担当医と看護師の双方から情報を得ることで患者への理解はさらに深まるため、信頼関係の形成に一役買うことはいうまでもない。また、病院の医師やソーシャルワーカーと顔を合わせて病診連携を深めることは在宅医にとっても重要な意義がある。

<外来から在宅への切れ目のない移行>

たとえば進行がん患者の場合、当初から通院困難とは限らない。もともと自院の外来にかかりつけであった患者の場合はもちろんのこと、いずれ在宅医療が必要になると予想される患者であっても、通院可能な方には外来通院の形で対応するのがごく自然である。

虚弱高齢者や認知症患者など、通常は外来に通院することができているが具合が悪くなったときには通院が困難となる患者も存在する。このような患者に対しては、かかりつけ

医として弾力的に往診を行うことが望ましい。また、先述の通院可能な進行がんの患者も含め、経過中の早い時点で一度は訪問診療を行っておくのも優れた方法である。そうすることによって、療養環境の評価はもちろんのこと、生活の様子や家族の抱える困難などを直感することも期待できる。

病院から診療所へ、外来から在宅への移行が必要となる場面が増えている。いずれの場合も、送り出す側から受け入れる側へ医療情報がスムーズに伝達され、両者が一体となって切れ目のない医療を提供する必要がある。自宅から距離の離れた特定機能病院で治療を受けている患者の場合、通院可能な時期には病院担当医との外来併診の形で地域医療を担う医師が関わりを開始し、病状の進行や体力の低下にあわせて病院外来との役割分担の軽重を徐々に移行させ、通院が困難となった時点で訪問診療に切り替えるとさらにスムーズである。

<初回の訪問診療>

初回の訪問診療では病態の他に、患者自身の思い、患者を取り巻く療養環境、家庭内の事情などを把握するべく努める。家族との導入面接を行えば家族の意向はあらかじめ聴取できることになるが、方針決定にあたっては患者自身の希望や人生観を第一に尊重すべきであることはいままでもない。そこで、初回訪問では、特に（表3）で示すように患者自身が現状をどう理解しているか、どのような希望を持っているのかについて、患者自身の言葉で語ってもらうことが重要である。

表3 初回の訪問診療で確認すべきことから

- * 患者本人が病状をどう理解しているのか、どのような希望を持っているのか
- * 身体診察や問診に基づく病状把握
- * 患者を取り巻く療養環境

在宅医療では、脳血管障害、整形外科疾患、認知症、悪性腫瘍、神経難病が頻度の高い基礎疾患であるが、加えて様々な内科疾患を合併している場合も多い。疾患のみならず慢性疼痛や体力の低下、社会参加の減少などを背景として廃用性の筋力低下や関節拘縮を呈していたり、うつ病や統合失調症などの精神疾患や認知症を背景に意欲低下に陥っている場合も少なくない。このように、在宅患者には複数の基礎疾患や背景が折り重なり、複雑な臨床像を形成している。

裏を返せば、的確な介入により意欲を引き出すことが可能であったり、便秘や不眠などの病態を改善させたり、心不全、気管支喘息、うつ病、統合失調症やせん妄などの治療可能な病態に適切な治療を行うことでQOLを改善しうる。そして、前医からの診断以外に潜んでいる病態はないか、投与されている少なからぬ種類の薬剤の必要性や副作用の有無なども改めて包括的に検討する。さらに、現在の治療・ケアの内容は在宅療養に即している

かを吟味し在宅で継続可能な形にアレンジすることを忘れない。

患者を取り巻く療養環境については、“療養環境アセスメント”と呼ぶべき作業が重要である。移動を視点とした住居のアセスメント（玄関周囲の屋外へのアプローチ、ベッドから食卓やトイレまでの動線、段差の有無や手すりの必要性など）、患者の ADL に見合った設備の有無（電動ベッド、ポータブルトイレ、車椅子など）、入浴方法などを確認し、具体的なアドバイスを提供する。専門的な内容については、介護支援専門員を介して専門家にゆだねる。さらに療養生活を支えていくには経済的問題についても避けて通ることはできない。プライバシーに配慮しつつ、経済事情など家庭がかかえる諸問題についてある程度把握し、活用可能な社会制度について適切にアドバイスできるのが望ましい。

当院では、訪問診療に看護師が同行することによって同時性を共有し、密室性を排除するべく心がけている。加えて初回の訪問診療では可能な限りソーシャルワーカーも同行し、介護保険などの活用可能な社会資源を検討し、患者家族へ提案している。

安定期

<生命と生活を支える6つの視点>

“在宅“という言葉が示すように患者は自宅に在り、そこには患者家族の日常生活がある。「生命」を支えるための訪問診療であると同時に、その土台となる「生活」を支えることが在宅ケアであることを忘れてはならない。それでは生活を支えるということは具体的にどういうことであろうか。生活を支えるために重要な6つの視点を（表4）に示す。要介護者が安定した生活を継続するためには、食事、排泄、睡眠の3つの要素が極めて重要であることは間違いない。加えて移動、清潔、喜びとQOLに深く関わる要素も重要視し、在宅療養を支援したい。

表4 生命と生活を支える6つの視点

- * 食 事
- * 排 泄
- * 睡 眠
- * 移 動
- * 清 潔
- * 喜 び

<患者を取り巻く家族とのやりとり>

訪問診療にはできる限り家族が同席するように願います。患者とのやりとりが最も重要であることはいままでもないが、意識障害を有する患者や、認知機能に障害を有する場合には、家族から日常生活の様子を聞き取ることが不可欠である。療養指導にそってこちらから質問したり、家族から報告を受けることで行っている治療やケアに不足がないかを

再確認できる。患者がいる空間で家族とやりとりすることで、患者家族関係をも直感することができる。また、帰りがけの玄関先で家族に「言い忘れたことはありませんか？」などと声をかけることで家族の本音をききだすことも有力な方法である。

もう一つ注意しなければならないのが、患者と家族との希望の相違である。患者が自宅で療養生活を続けたいと考えるのはごく自然な欲求かもしれないが、その希望は家族にとっては肉体的にも、精神的にも、そして金銭的にも容易ならざる負担となる恐れもある。そこには家族間の感情の軋轢や虐待が存在する場合すらあることに留意する。このように、家族のニーズが患者の真のニーズではないこともありうるため、情報はすべて鵜呑みにするのではなく、総合的な判断のもと治療やケアに生かしていく必要がある。

<在宅医療で直面する困難さ>

在宅では携帯型の X 線撮影や超音波診断などを実施することは可能であるが、CT スキャンなどの大型機器を要する患者検査の実施は困難である。検体検査については外注する形でおおむね可能であるが、アンモニアのように迅速な運搬や検体処理を要する項目には制限がある。また、患者の協力なしに検体を採取することが難しい喀痰等の検査を実施するにあたっては困難を伴う場合も多い。このように在宅においては診断プロセスに限界があるといわざるを得ない。

しかし、身体障害を有する患者が病院を受診するのは容易なことではない。タクシーや自家用車を用いて家族が休暇をとって通院に同伴しなければならないなど、多くの困難を伴う。要介護 5 に該当するような重度の身体障害の場合には、寝台車などの特殊車両で搬送しなければならない、さらに労力や費用を要する。頻回に病院へ受診することは現実的ではないため、検査をどの時点で依頼するのが最も適切かをよく吟味する。

急性増悪期

<起こりうる急性増悪や合併症、トラブルを想定する>

療養指導に加えて、在宅においてはどんな病態変化や合併症、事故が起こりうるのか、そしてどんな場合に医療者に報告すべきなのかについて、日頃から患者家族に指導しておくことも重要である。

たとえば、心不全や気管支喘息、誤嚥性肺炎など、臨床経過からある程度予測可能な急性増悪や合併症については起こりうる事態をあらかじめ想定し、初期対応や連絡の仕方について具体的に説明しておく必要がある。また装着している胃瘻や尿道カテーテルなどの医療器具に関連したトラブルなど予見可能なものは患者ごとにリスクを事前に想定し、臨時交換用のカテーテルを自宅に常備しておくなどの備えが有用である。

報告してもらおう際に特に重要なのは、そのタイミングやスピード感である。夜間や週末だからという遠慮から第一報が遅くなってしまい重大な病態に陥ってしまう恐れもある。「迷ったらとりあえず連絡」するよう指導しておくことが重要である。相談しやすい関係

を構築することも医療者の力量だということを常に意識したい。

体温、呼吸、脈拍、血圧などのバイタルサインは、医療者にとって患者の全身状態を把握するための共通言語に相当する。病棟や外来などの医療施設内においては、医療従事者は必要に応じてバイタルサインを測定することによって患者の状態把握に努め、情報を共有している。しかしながら、在宅という非医療的現場においてはそう単純ではない。患者が全身状態の変化を来した際に、それに気づき報告するのは医学知識を持ち合わせていない患者家族やホームヘルパーだということが病院と決定的に異なる。

そもそも療養環境や患者家族の理解力にかなりのばらつきがあること、さらには遅滞なく報告されるかどうか、報告された内容が正確であるかどうかなど、患者や場面ごとにさまざまな事情がありうる。いずれにしても、在宅においては患者の病態に変化が生じてから、それを医師、看護師が正確に把握するまでにいくつものハードルが存在するということを忘れてはならない。

< “Not Doing Well” と “時間軸” >

問診は不可能であり、身体所見をとるのにも困難を伴う新生児科の医師が救急で運ばれてきた新生児を診察する際に重視しているのが、“Not Doing Well” と称する直感であるという。在宅における寝たきり患者や認知症患者の全身状態を把握するにあたっては全く同様のことが言える。この“Not Doing Well” = 「なんとなくおかしい、元気がない」という直感力を磨くべく、在宅医療に従事する医師も臨床経験を積み重ねる必要がある。

在宅での病態把握のもうひとつのポイントは“時間軸”の視点である。病態の変化や合併症の発症を的確に把握し、しかるべきタイミングで適切な治療的介入を行わなければならないのは医療の常であるが、在宅医療では訪問という“点”の関わりを積み重ねる中でそれを提供しなければならない。症状に乏しく、非特異的な所見しか認められない患者の重症度を判断しかねる場合は少なからずある。その場合、6時間後、12時間後、そして24時間後の状態変化に着目する。この間に時間を追って状態が悪化するかどうか、逆に24時間後、48時間後にも大きな変化がなく改善傾向があるかどうか、このように時間軸にそった病態変化に注目することによって、重篤な病態であるかどうかを見極めることが重要である。

< 在宅における臨床決断の実際 >

方針決定に際しては、病態の重篤さや病態変化のはやさだけを判断材料にすればよいという訳ではない。悪性腫瘍の終末期にあり自宅で最期を迎えたいという目的のもと療養生活を送っている患者の場合など、どんなに重篤な状態に陥ったとしてもそれだけで入院を判断することはない。一方、日頃からなかば介護放棄に近い劣悪な条件で生活している患者がなんらかの急性疾患を生じた場合には、病態そのものは軽微であっても、これを機に入院やショートステイなどのサービスを利用し局面を打開するなどの戦略もあり得る。

また在宅での診断プロセスには困難も多いということを前述したが、だからといって治療自体が不可能だというわけではない。例えば 38℃の発熱、咳、痰を呈する患者の場合、気道感染症が疑われることは自明である。しかし在宅においては、“肺炎か否か”が最も重要な判断基準だとは限らない。たとえ肺炎を生じていても全身状態が保たれており介護する家族などの条件に恵まれれば、在宅で治療が可能な場合も少なくない。逆に、当初は咽頭炎や上気道炎などの軽微な状態であっても、それを契機に全身状態が悪化することも経験する。

つまり、最も重要なのは「その気道感染症が生命や生活を支えるにあたってどの程度支障をきたすのか」ということである。正確な診断には至れないとしてもその点を見極め、在宅での治療を継続するのか、それとも入院治療に切り替えるのかを決断する必要がある。患者や家族の希望を汲みつつ「診断は困難だが決断は可能である」ということを念頭にそれぞれの場面で最善の方針を決定したい。

急速に病態が変化した場面において、患者や家族が状況を的確に理解した上で自ら治療方針を決定するということが容易に実現できることではない。そこで重要になるのは、初診時より地道に築き上げてきた患者や家族と医師との信頼関係である。「正確な理解は困難であっても、患者と家族の“納得”を得る努力を怠らない」ということを常に念頭に置きたい。

<入院が必要になった場合の病院との連携>

急激な病態変化や合併症併発に際して、在宅医が入院治療が必要だと判断した場合、具体的にどこの病院に入院を依頼するかという点について、在宅療養開始当初に相談しておく必要がある。周辺地域の病床数やその利用率、標榜診療科等については、地域ごとに事情が大きく異なることから、紹介元病院のみならず複数の現実的な受け入れ先をあらかじめ想定しておくことが望ましい。

かかりつけ患者が入院した場合には、再び退院して在宅療養に復帰することを念頭に、病院へ入院患者の病棟回診におもむくことは極めて意義が大きい。むろん、退院時には退院時共同指導料を算定することができる。

なお、在宅療養中の高齢者が入院した際に生じる困難については十分に配慮したい。高齢者一般に共通することではあるが、ことさら認知症患者は環境の変化に適応できず、入院当日夜からせん妄に陥ることもしばしばある。慣れ親しんだ環境ならかろうじて歩行できていた患者が入院後はたちまち臥床しがちとなり、オムツ内排泄や尿道カテーテル留置となる、褥創形成、転倒骨折など重大な事態を生じてしまう、などの展開も少なからず経験する。このように、入院＝よりよい治療と短絡するのではなく、生活環境を変えることによって生じるリスクも考慮した上で入院治療に移行するべきかどうかを大局的に判断する。

終末期

<症状緩和に徹する>

ここまで在宅医療における“導入期”、“安定期”、“急性増悪期”の各ステージで行うべきことについて順に概説してきたが、患者の基礎疾患や病態によりその経過は個々に異なる。同様に終末期の迎えかたもまた、患者や病態ごとに異なることはいうまでもない。慢性疾患のように数年の安定期ののちに終末期を迎える場合には、生命と生活を支えてきた在宅医療・ケアの延長線上に看取りの時期が見えてくるが、悪性疾患のように数週間～数ヶ月で病状悪化し、在宅療養を開始した場合は導入期がすでに終末期であり、前者と状況は少し異なる。

いずれにしても看取りに至るまでを支える在宅医療にとって一貫して重要なのは、疼痛・発熱・全身倦怠感・吐気や嘔吐・呼吸困難などの症状コントロールである。終末期では治療的手段に限られることも多くなってくるものの、症状を緩和する治療、合併症に対する治療を行うことによってQOLを改善しうるのなら、軽々しく治療を手控えることなく、最後の時まであらゆる症状を緩和することに注力し続けるべきである。

<弾力的なコンサルテーションが在宅医療の深みを増す>

たとえば、がん性疼痛を例に挙げて考えてみる。在宅療養中のがん患者が麻薬を用いた通常の治療では取り除くことのできない難治性疼痛を呈した場合、専門家にコンサルテーションすることが望ましい。そのような困難な事態は一定頻度で生じうることであるがゆえに、最寄りの緩和ケア病棟または病院内の緩和ケアチームの専門家と常日頃から連携を持ち弾力的に相談できる関係を構築しておくことによって、在宅での治療に厚みを増すことができる。むろん、どの領域の症状コントロールや治療についても同様である。

また、メーリングリスト等をうまく活用すれば、近隣地域にその領域の専門家がない場合であっても貴重な情報を得ることができることも少なからずあるため、さまざまなチャンネルを持つこと、そして適切なコンサルテーションを行う労を惜しまないことが重要である。

<不安への配慮と患者医師関係の構築>

長い経過で終末期にたどり着いた場合、医療者と患者、家族は十分な対話が重ねられ、経過の中で不安も解消されているため、「自宅での看取りの受け入れ」が十分できていることも少なくない。しかし、これらの受け入れは「病状の悪化を共に乗り越えた体験」を繰り返すことで、患者と家族が「自宅にいることが一番身体的にも精神的にも満足できる状態である」と体得したものであることを忘れてはならない。

がん終末期で看取りを見据えた在宅療養導入の場合には、病院での積極的な治療がついてきた時点で在宅療養を勧められるケースも少なくない。このような状況下では、患者と家族は失望感や喪失感をもったまま、残された時間をどこでどう過ごすか、と死を意識して

考え始めることになりかねない。この際に初めて関わることになる在宅医や訪問看護師と患者、家族との対話はより重要であり、対話による信頼関係の構築を短期間に成立させる必要がある。

<生活を支える視点に基づき不断にケアを見直す>

表5に掲げた生活を支える視点に基づいてケアを提供すること、状況に応じてその内容を不断に見直すことが重要である。

まず“食事”については、いうまでもなく患者自身が希望するものを可能な限り経口で楽しんでもらうことが基本となるが、経口摂取できていた患者が徐々に摂取できなくなった場合には慎重な対応を要する。例えばがん性悪液質がその原因である場合には、過剰な輸液を実施することでかえって浮腫や喀痰などで身体的苦痛が増してしまう場合も少なくないため、輸液が必要であるかどうかを患者ごとに緻密に判断する必要がある。非がん患者の場合であっても過剰な輸液に益がないことは明らかである。

“排泄”は食事摂取の低下とともに頻度、量が低下するのはごく自然なことであり、ADLの低下によりその方法も変更せざるを得ない。がん患者の場合では、日単位でADLが変化することも少なくない。トイレに行くことができていた患者がベッド上から動くことができなくなり、オムツに頼らなければならなくなった時のショックは患者自身にはもちろんのこと、家族にとっても同様である。予期できる事態を家族にそつと事前にアドバイスすることは、必要な物品の準備だけでなく、家族の心の準備をすることに相当する。

全身衰弱とともにADLは低下し、“移動”範囲が狭まるのはいうまでもない。それに伴い家族の介護負担は明らかに増す。介護保険に基づくさまざまな在宅サービスについて、変更申請を含めて弾力的に見直す必要がある。特にがん患者の場合、ADLが急速に悪化することも多いことから、適切なタイミングで区分変更を申請することや、主治医意見書に今後の介護の必要性の見通しや予後予測を明記することが重要となる。

“清潔”に関しても入浴方法の見直しが必要になろう。入浴は“喜び”にも通じることであり、楽しみにしている患者も少なくないので患者自身の希望を尊重しながら、状況にあった入浴ができるべく支援する。

<介護負担を軽減し家族機能全体を支える>

先に述べたように全身衰弱とともにADLが低下してくると、24時間の介護を担う家族の負担はさらに増加し容易ならざるものがある。経過中には介護負担のあまり家族が過労で倒れるなどの危機がおとずれることも想定しておかなければならない。患者の症状コントロールと並んで家族の負担軽減に配慮することが重要である。

当院は年間80名あまりの在宅死を支えている。しかし当院かかりつけ患者であってもおよそ30%は入院死亡の転帰をたどる。その入院理由について調査したところ、うち30%は“家族介護の限界”“独居”など病状以外の理由で在宅療養を断念していた。病状が不安

定な状態であっても入居させてもらえる介護施設は極めて限られるため、急性期病院への入院を余儀なくされることも少なくない。そのような事態に際して、連携する病院への短期レスパイト入院の可能性をも模索しておく。例えばがん患者の場合、緩和ケア病棟に疼痛緩和の治療入院を検討することはもちろんのこと、家族負担軽減のための短期レスパイト入院や、そしてデイホスピスとしての機能を療養通所介護に担ってもらうことも今後ますます重要となってくるであろう。

<多様な「住まい」と連携して看取りに至るまでを支える>

気管切開など医療依存度の高い状態の患者や、がん終末期の患者であっても入居できる介護施設を充実させることができれば、看取りに至るまでを支える在宅ケアを大きく推進できる可能性がある。実際に当院では、地域のグループホームや有料老人ホーム、いわゆるケア付き住居、特別養護老人ホームなどでの看取り経験も数多く重ねている。

仮に、家族が在宅での療養継続を断念するに至ったとしても、地域の中に存在する介護機能を有するさまざまな“住まい”に移り住み、そこに在宅医療を提供することができれば、看取りに至るまでを支えることが実際に可能である。地域にあるさまざまな「住まい」がホスピスとしての役割を果たす、いわば“街角ホスピス”と呼びうるような地域モデルを具現化することが重要だ考え、日々在宅医療に取り組んでいる。

これまで、在宅での療養をいかに支援するかについて述べてきたが、実際には在宅医療が提供されるだけでは安心して療養することはできない。「住まい」、そして「介護」と「医療」の3つの要素がそろって初めて成り立つということが出来る（表5）。

表5 “街角ホスピス”を構成する3要素

- * 住まい
- * 介護
- * 医療

看取りに至るまでをチームが支える

<24時間365日の安心の提供>

患者が自宅で安心して療養するために不可欠なもの、それは“安心感”ではないだろうか。ことさら在宅療養への移行期では患者家族の一番の不安は、急な病状変化に際しての対応にある。病状の変化があれば24時間いつでも相談にのること、必要があれば緊急で訪問する用意があることを明確に伝え、医師と看護師がチームを組み、24時間の緊急訪問を保証することが在宅医療の要となる。

実際には“24時間の安心”を提供することができれば、夜間休日に緊急で訪問しなければならぬ病態はさほど多くは生じない。患者家族からの相談は医学的観点からは緊急性が高くない場合も多く、心配する病状ではないこと、明日の訪問診療で対応すれば大丈夫

であることを明確に伝える。

いうまでもなく、診療が必要な病態と判断した場合は速やかに患者宅に駆けつけることがなによりの安心につながる。当院では在宅療養後はじめての問い合わせに対しては軽微な変化であってもまずは訪問診療し、緊急性のないことを確認するように心がけている。患者家族にそのような経験を重ねてもらふことによって、在宅医療における24時間対応の実際について理解が深まり、安心感はさらに信頼関係へと結びつく。

<訪問看護が在宅ケアの根幹を支える>

先に「24時間365日の安心を保証する」と述べたが、これは医療を提供する側にとって容易なことでない。地域の現場では、在宅医と訪問看護師が力を合わせて24時間365日の安心を保証するのが、現実的かつ継続可能な方法と言えるだろう。

医師本来の任務は診断であり、治療である。在宅医療においてはそれに加えて、判断に際してぶれない軸となり、提供する医療やケア全体の責任を体現するのが在宅医の役割である。しかし、在宅ケアでは医療的介入だけでは行き詰まる場面にしばしば遭遇する。訪問看護師は医師に比べて訪問頻度も多く、患者宅での滞在時間も長い。より患者や家族と密に関わることができ、医師には打ち明けにくい話をききだし、なにげない言葉や気配を察知してそれを適切な医療情報に“翻訳する”活躍を果たす訪問看護師こそ、在宅療養の根幹を共に支えるよきパートナーである。

<顔の見える関係づくり>

日々の患者のケアには訪問看護ステーションの訪問看護師や介護支援専門員が関わっている場合が多い。このように、異なる勤務先に所属する、多職種のスタッフが連携するにあたっては、正確な情報を共有することが大前提であるが、地域医療の現場では情報が各施設で分断されているという困難な状況が存在する。

そこで当院では、密に連携する訪問看護ステーションの訪問看護師と定期的にカンファレンスを開催し、連携している患者についての情報共有の場としている。これは、治療方針や内容の確認、検査結果などの情報だけではなく、訪問看護師の疑問や不安に応える場でもある。カンファレンスには月に一度30分程度の時間を確保しているほかに、一週間に一度、電話での定期連絡を行うことで、診療や訪問看護でそれぞれが得た情報を共有することになっている。訪問看護ステーションの看護師とは、急性増悪期や終末期には連日のように連絡を取り合い、患者の病態変化に遭遇した場合や相談がある際には直接現場から医師の携帯電話に連絡するよう依頼している。

このような“顔の見える関係づくり”こそ看取りに至るまでの在宅医療を成就させるための秘訣といえることができる。

おわりに

ここまで、在宅医療における導入期、安定期、急性増悪期、終末期の各ステージで行うべきこと、そして、看取りに至るまでをチームが支えるという点について述べた。本稿が、生を貫き看取りまでを支える在宅医療の推進にわずかでも寄与するなら幸いである。