

— 研究報告 —

治療から看取りまでの療養を包括的に支援する ベリタス病院外科の地域医療連携

瀬戸山 博¹⁾, 高畑 香²⁾, 橋元 由季子²⁾, 古井 博文²⁾, 荒池 美紀²⁾, 竹中 萌²⁾,
井上 慶²⁾, 山下 隆幸²⁾, 辻村 知行³⁾, 目片 英治⁴⁾

医療法人晋真会 ベリタス病院 1) 消化器・一般外科 2) 地域医療連携室
3) 病院管理者 4) 滋賀医科大学 総合外科学講座

抄録: 当院では地域医療連携ネットワークを活用し、難治性疾患の治療、身体症状緩和から看取りまでの包括的医療を提供する取り組みを行っている。2017 から 2020 年までの期間、がん患者を中心に地域医療連携によりエンド・オブ・ライフまでを支援した 26 事例の分析を行った。調査対象患者は 65 歳以上の高齢者が 21 名を占めた。病態は積極的治療非適応 16 名、術後再発 9 名などであった。病診連携により療養支援した患者 22 名のうち 17 名は在宅支援診療所等との連携であった。医療用麻薬、劇薬、抗菌薬、オクトレオチド等の薬剤は、在宅医によって円滑に投与が継続された。在宅でのケア・処置は、高カロリー輸液、消化管皮膚瘻ケア、糖尿病コントロール、訪問リハビリテーション等が実施されていた。在宅医療者との患者情報交換は、地域医療連携室を介した電話、ファックスのアナログ式だったが、在宅発生イベントは在宅医療者の介入・処置により対処可能であった。医療連携の開始から看取りまでの期間は中央値 4 週間で、6 週間以内が 68% を占めた。看取りの場所は自宅が 10 名、当院と他院がそれぞれ 8 名ずつであった。在宅での看取りについては、患者と家族が希望した 20 事例のうち、実際に在宅で看取られた患者は 9 例であった。新型コロナウイルス感染症が流行し始めた 2020 年 1 月から在宅での看取りが増え、パンデミック以後に死亡した 11 名のうち 8 名が自宅で最期の時を迎えた。

キーワード: 地域医療連携、多職種協働、在宅療養支援、包括的診療、看取り

はじめに

当院は、兵庫県川西市と川辺郡、大阪府豊能郡の急性期医療を担う救急告示病院として年間約 4000 件に及ぶ救急搬送を受け入れつつ、消化器・一般外科では進行・再発がんの治療を行っている。「第 3 期がん対策推進基本計画」^[1]にはがん対策を総合的かつ計画的に推進するための基本的な事項の筆頭に「関係者等の連携協力の更なる強化」と明記されている。当院では院内はもとより医療圏内の連携強化により診療体制の充実を図っている。具体的には、入院後早期から皮膚・排泄ケア、緩和ケア等の組織横断チームの介入、定期的な多職種による症例検討、退院前に在宅医療資源との情報共有カンファレンス、オンコロジック・エマージェンシー（在宅急変時）対応の取り決めといった患者支援のためのプロセスを標準化している。退院後は地域医療資源と患者情報、治療方針を共有し、患者・家族の希望に添う医療の提供を通じて人生の最期まで継続的に支援する。しかし、日常の療養生活からエンド・オブ・ライフ期の治療と在宅生活の両立支援までを、すべて単一施設で完結することは困難である^[2]。こう

した病院の対応力不足を補完するマネジメントとして、当院は 2014 年に地域医療連携ネットワーク「VERI-DRS-NET 倶楽部」を立ち上げた。倶楽部の基本理念は、圏域内の医療機関が明確な役割分担と緊密な連携のもとに相互協力し、良質な医療を提供することによって地域貢献することにある。倶楽部の連携開始当初は、整形外科、一般内科等の疾患が主であったが、2018 年からはがんを始めとする難治性疾患まで対象を拡大した。すなわち、疾病治療、在宅療養支援、身体症状緩和から看取りまでの包括的な医療を地域ぐるみで提供する枠組みを構築した。本研究では、初回退院からエンド・オブ・ライフまでの期間を通じて患者に提供された地域連携医療の内容を質的、量的に評価し、今後改善すべき課題を明らかにするため、地域医療連携事例に後方視的検討を加えた。

方法

①調査対象: 2017 年 8 月から 2021 年 12 月までの期間において、消化器・一般外科へ入院した患者のうち、退院時に「VERI-DRS-NET 倶楽部」または川西市医師会

Received: January 5, 2022 Accepted: March 29, 2022

Correspondence: 医療法人 晋真会 ベリタス病院 消化器・一般外科 瀬戸山 博

〒666-0125 兵庫県川西市新田 1-2-23 setoyama@shinshinkai.jp

加盟医療機関との医療連携計画策定、治療、療養支援、看取りまでを行った患者 26 名。

② 調査法：電子カルテ（Newtons 1: Software Service, inc.）の診療記録「医師」「地域連携」「MSW」「看護記録」「ケアプラン」記載内容および「取り込みファイル」から患者情報を抽出した。カルテ不記載などのため抽出困難な一部の情報に関しては、当該患者の関係者または遺族からの聞き取りを行なった。

③ 調査項目：(1) 患者属性（プロフィール、DPC 主病名）、病態（悪性の場合は担がん臓器、臨床病期、初発/再発の区分）、治療方針（手術、化学療法、ベストサポータティブケア等）、(2) 在宅ケア；連携機関、施療内容（使用薬剤、処置等）、自宅での発生イベントとその対応、連携期間の入院回数と在宅支援介入総週数（連携開始から看取りまで）。(3) 看取り関連；看取りの場に関する本人、家族の希望と死亡された場所（在宅、当院、他院）を照合し、応需評価を行った。予後予測指標には Palliative Prognostic Index を用いた^[3]。

④ 倫理的配慮：調査対象となった患者または家族（遺族）には、本研究の趣旨を説明し同意を得た。筆頭著者所属施設の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 2022-03-1）。

結果

(1) 患者プロフィール：年齢は 90 歳代 2 名、80 歳代 8 名、70 歳代 6 名、60 歳代 8 名、50 歳代と 30 歳代がそれぞれ 1 名で、中央値 73.5 歳、65 歳以上の高齢者が 21 名を占めた。性別では男性 16 名、女性 10 名。主病名は良性疾患 2 名、悪性腫瘍 24 名（胃 8 名、膵 6 名、大腸 5 名等）であった。病態は、積極的治療の適応なし（高度進行がん、多重併存疾患、低アドヒアランス、高齢などの理由による）が 14 名、術後再発 9 名、ベストサポータティブケア希望 2 名、術後反復発症した合併症（細菌感染症）1 名であった（表 1）。

(2) 連携診療形態は、在宅支援を行いつつ必要時に入院療養を提供する医療連携が 23 名、連携病院への転院が 3 名であった。連携先医療機関については、療養型病院が 1 名、診療所が 22 名であった。診療所との連携患者のうち 17 名は訪問診療、往診を提供するクリニック（在宅支援診療所 2、3 を含む）との連携であった（図 1, 2）。

(3) 在宅使用薬剤に関しては、がん性疼痛治療薬（オピオイド系：麻薬）と倦怠感改善薬（副腎皮質ホルモン剤：劇薬）の処方・管理がそれぞれ 7 名ずつ、いずれも症状に応じて在宅医が用量や剤型等を変更し、投与が継続された。細菌感染症患者に抗菌薬の経静脈投与、がん性イレウス患者にはオクトレオチド持続静注による消化器症状緩和が在宅医によって最期まで実施された。処置に関しては、完全皮下埋め込み型中心静脈カテーテル（CV ポート）を用いた高カロリー輸液が 6 名に、消化管皮膚瘻ケアが 3 名に行われていた。消

N	看取	年齢	疾患	病態
1	在宅	80 代	胃がん	転移再発
2	当院	60 代	大腸がん	転移再発
3	在宅	70 代	胃がん	転移再発
4	当院	50 代	大腸がん	転移再発
5	他院	30 代	婦人科がん	転移再発
6	当院	60 代	膵がん	加療不可
7	在宅	80 代	胃がん	低認容性
8	当院	60 代	膵がん	加療不可
9	他院	60 代	食道がん	加療不可
10	当院	80 代	膵がん	切除不能
11	当院	60 代	膵がん	切除不能
12	他院	80 代	胃がん	転移再発
13	他院	70 代	大腸がん	切除不能
14	在宅	90 代	十二指腸潰瘍	在宅希望
15	当院	80 代	閉塞性動脈硬化症	在宅希望
16	在宅	70 代	胃がん	加療不可
17	在宅	80 代	膵がん	合併症
18	在宅	80 代	膵がん	加療不可
19	在宅	60 代	大腸がん	転移再発
20	在宅	90 代	胃がん	加療不可
21	在宅	60 代	胃がん	加療不可
22	他院	70 代	大腸がん	加療不可
23	在宅	70 代	腹部脂肪肉腫	転移再発
24	他院	80 代	膵がん	加療不可
25	他院	60 代	胃がん	転移再発
26	在宅	70 代	胃がん	加療不可

表 1. 地域医療連携症例

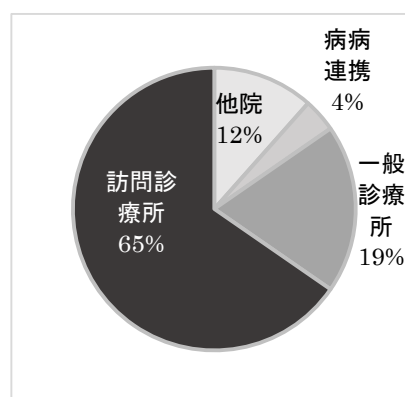


図 1. 連携医療機関

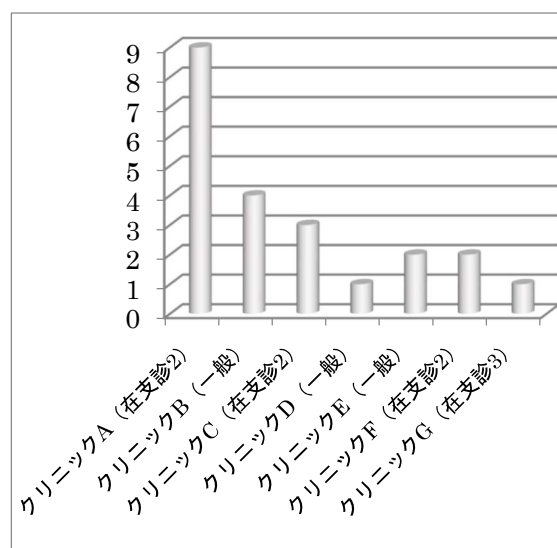


図 2. 連携診療所

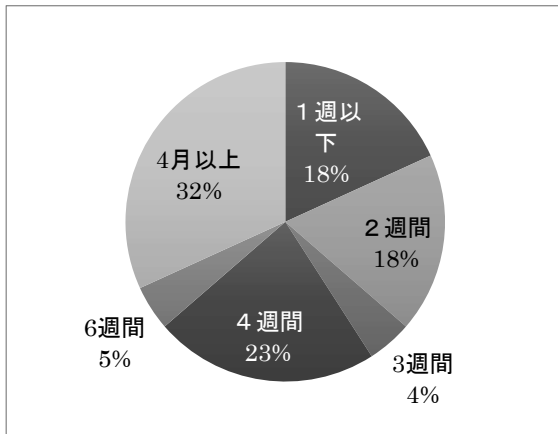


図 3. 在宅療養支援延べ期間

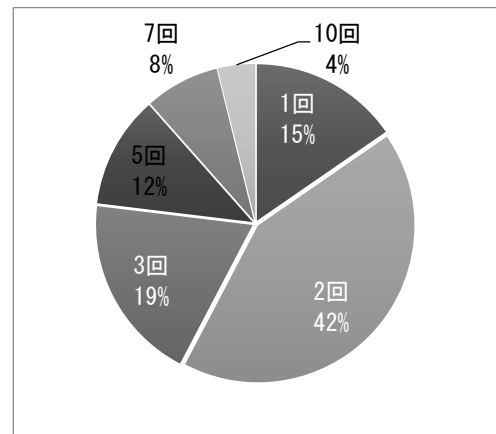


図 4. 入院回数

化管皮膚瘻の成因は、紹介元の外科的手技による合併症が2名、主腫瘍に併発した膿瘍の穿通が1名で、いずれも終生治癒することはなかった。糖尿病コントロール（血糖値測定・インスリン投与）、訪問リハビリテーション（呼吸器）がそれぞれ1名ずつに実施された。カテーテル類取り扱いは尿道留置カテーテルのみであった。在宅での発生イベントは、がん性イレウス、弛張熱、吐下血、皮膚潰瘍、認知症増悪による医療介護抵抗、せん妄などが訪問看護師から報告された。必要に応じて患者家族に外来受診を促し、臨時カンファレンスを開き、在宅支援計画を修正したケースもあったが、在宅医療者の介入と処置により概ね対処可能であった。在宅での血液検査の結果、貧血が報告された3名に対しては、予後予測による輸血適応を評価し、再入院の上輸血を行った。在宅医や訪問看護師との情報交換は、全て地域医療連携室を介した電話、ファックスによる口頭伝達、紙が媒体であった。病診連携から看取りまでの期間は最短4日から最長21ヶ月で、中央値4週間、6週間以内が68%を占めた一方、4ヶ月以上が32%であった（図3）。この間の当院への入院回数は1から10回で、中央値2回であった（図4）。

(4) 看取りの場所は自宅が10名、当院と他院がそれぞれ8名であった。他院看取りの8名のうち、当院患者受け入れ停止中とホスピス希望がそれぞれ3名、満床と当直医による受け入れ不可がそれぞれ1例であった。最期を迎える場所に関して、患者は23名が自宅を希望した。家族は自宅希望が17名、不安はあるが患者在宅希望に添うが4名、病院希望が2名であった。患者と家族とも在宅看取りを希望した20症例のうち、実際に在宅看取りに至ったケースは9例であった。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が流行し始めた2020年1月以降、在宅看取りが増え、パンデミック期間に死亡した11名のうち8名が自宅で最期の時を迎えた。

考察

日本医師会「地域医療情報システム」^[4]によると、兵庫県川西市は2015年高齢化率が30.1%の高齢医療圏である（全国平均26.6%）。また、人口10万人あたりの医師数（2021年）は179.06人で、全国平均244.11人を大きく下回る一方、一般病床数は1025.74床と全国平均697.23床を大幅に上回っている。すなわち、川西市は「少ない医師で高齢の入院患者を数多く診なければならない」医療圏といえる。こうした特性をもつ圏域の急性期病院は、高齢患者を数多く受け入れる一方で、入院早期からの退院支援介入によって地域の慢性期、回復期施設移行や在宅復帰を図る後方連携マネジメントが求められる。

「VERI-DRS-NET 倶楽部」は、兵庫県川西市と川辺郡猪名川町、大阪府豊能郡の44診療所から成り、当院と双方向性の医療連携を実践している。その他、研修会の実施、ニュースレターの発行、逆紹介や紹介断り事例についての検討会などを行なっている。前方連携においては、2020年度の紹介が2975件あり、その内478件に入院応需を行った。2018年以降、倶楽部の双方向的病診連携、ならびに川西市医師会加盟機関との後方連携によって、在宅と入院における切れ目のない地域医療を展開した結果、難治性疾患患者26名に対して包括的な療養支援を提供することができた。

2007年の第5次医療法改正^[5]で提唱された「医療機関の機能分化推進」事業の結果として、訪問診療・往診に特化した診療所は増加の一途を辿っている。川西市は在宅医療資源に恵まれ、2021年人口10万人当たりの「在宅療養診療所2」3.2件（全国平均2.63件）、「在宅支援診療所3」11.5件（全国平均8.75件）が運営されている^[4]。こうした比較的豊富な在宅医療資源の存在が、麻薬や劇薬などの投与を切れ目なく実施できた要因であったと考える。

完全皮下埋め込み型中心静脈カテーテルはCVポートとも呼ばれ、埋め込みを行った6名のうち5名は上部消化器がん（膵・胃）病巣が経口摂取に直接影響し

た症例であった。消化器がん終末期は経口摂取が困難となり、経静脈栄養への依存が高まるが、在宅生活維持のため CV ポートを必要とした患者は 3 名にとどまり、がん終末期医療における CV ポートの需要は限定的であった。院内栄養サポートチームが活動停止中であることから、多くの患者に末梢静脈輸液が行われ、経管栄養施行例はなかった。長期の在宅療養を要する患者に対する経管栄養法の導入が今後の課題として明確になった。

創傷治癒力が著しく低下したがん患者の消化管皮膚瘻は、限られた時間の中では根治に固執せず、共生することが望ましい。皮膚ケアに係る医療指示・看護実践は非言語的コミュニケーションを要し、アナログ情報に依存したケアの継続には困難を伴うことが多かった。進化著しい ITC 技術を活用した患者情報共有システムを地域医療連携へ導入するフレームワークの創成が望まれる。また、二次医療圏ごとに整備される地域医療連携クリニカルパス^[6,7]の有機的活用^[8]は、医療の利便性と患者利益の双方に寄与するツールである。兵庫県がん診療連携協議会ならびにがん診療連携拠点病院の啓発活動に期待したい。

多くの患者は「住み慣れた自宅で過ごしたい」希望を持つ。がん患者がエンド・オブ・ライフ期の場所を主体的に選択するため、医療者は生命予後や療養環境に関する情報を十分に説明し、意思決定支援を行う。入院中のがん患者が在宅移行を希望した場合、家族に関する介護力の評価と在宅で支え続ける日数の見込みをもとに、在宅移行の可否、適切なタイミングを判定する。本研究において、余命と療養環境評価を克明に説明した患者 2 名は在宅移行から入院継続へ希望を変更し、1 名は自宅で過ごすため退院を決断した。我々が支援した患者のうち半数は在宅移行後 1 ヶ月以内に他界した。がん患者の在宅期間は他疾患と比べて短く、自宅療養へ切り替える場合は在宅療養チームを速やかに立ち上げ、支援を開始しなければならない。

パンデミックがエンド・オブ・ライフ・ケアに及ぼした影響は多大であった^[9,10]。病診連携下に緩和医療を継続していた患者 3 名は、当院が COVID-19 クラスター発生中、入院受け入れ停止を余儀なくされたことにより、他院で現病増悪のため亡くなった。当院のル

ーティンである「多職種退院時カンファレンス」は面会制限のため開催困難となり、退院調整の難航が予想されたが、多くの患者・家族は「病院に入っていたら会えない」との思いから在宅ケアの道を選ぶ結果となった。

急性期地域中核病院の提供するがん診療には、Cure のための治療と並行して進行再発患者の Care が求められる。医療需要の多様化した現在、単一機関で Cure と Care を担い、がん診療を完結するには自ずと限界がある。立地医療圏内において、地域連携の「絆」を太く、厚く、多く保つことが、がんを始めとする高齢化者の難治性疾患に対する切れ目のない包括的診療を可能にする有効な方策である。

文献

- [1] 厚生労働省：がん対策推進基本計画
<http://mhlw.go.jp/shingi/2007/06/0165-1.html>
- [2] 瀬戸山 博, 目片英治: 滋賀県東近江医療圏における急性期病院から発信するがん地域医療連携の試み: 滋賀医科大学雑誌 32(1), 1-5, 2019
- [3] Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al: The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 7: 128-133. 1999
- [4] 日本医師会 地域医療情報システム
<https://www.jmap.jp/facilities/search>
- [5] 厚生労働省：医療法改正の概要(平成 18 年 6 月公布、平成 19 年 4 月施行)
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1105-2b.pdf>
- [6] 大野辰治, 瀬戸山 博, 東出俊一他: 滋賀県における 5 大がん地域連携クリティカルパスへの取り組み: 日本医療マネジメント学会雑誌 15(3), 177-182, 2014
- [7] 瀬戸山 博, 大野辰治, 加藤理史他: 県下統一がん地域連携クリティカルパスの段階的構築: 日本医療マネジメント学会雑誌 20(3), 105-109, 2019
- [8] 瀬戸山 博: がん地域医療連携クリニカルパスにおける課題と今後のあり方: 日本クリニカルパス学会誌 20(4), 557-561, 2018
- [9] 厚生労働省 在宅医療の現状について
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000842258.pdf>
- [10] COVID-19 の在宅療養への影響
<https://www.covid-19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/2449>

Comprehensive Care Support for Patients with Refractory Disease, Seamlessly Delivered by Regional Medical Cooperation Promoted by Surgical Unit in The Veritas Hospital

Hiroshi SETOYAMA¹⁾, Kaori TAKAHATA²⁾, Yukiko HASHIMOTO²⁾, Hirofumi FURUI²⁾,
Miki ARAI²⁾, Moe TAKENAKA²⁾, Kei INOUE²⁾, Takayuki YAMASHITA²⁾, Tomoyuki TUJIMURA³⁾
and Eiji MEKATA⁴⁾

1) Department of General and Digestive Surgery, The Veritas Hospital

2) Division of Cooperative Community Medicine, The Veritas Hospital

3) Administrator, The Veritas Hospital

4) Department of Comprehensive Surgery, Shiga University of Medical Science