

平成18年度 分担研究報告書

在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究

分担研究者 あおぞら診療所新松戸 和田忠志

研究要旨

千葉県松戸市における在宅医療の現状を、公開文献を調査することにより、訪問看護推進が今後の課題であることを明確にした。また、松戸市で最も多くの在宅医療の症例を有する研究者所属機関のがん患者在宅医療の現状について報告した。

A. 研究目的

わが国において、「病院や施設で最期を迎えたい人」は希望は確実に実現するが、「自宅で最期のときを過ごしたい人」は希望実現が困難である。自宅死亡率は下がり続け、平成17年には12%となった。医療費の効率的利用からも在宅医療推進は国の急務とされ、在宅療養支援診療所という実験が始まったばかりである。千葉県松戸市は全域が在宅療養支援診療所の診療エリアでカバーされ、全域で自宅でのみとりが可能な日本でも比較的珍しい地域であるが、その在宅医療の実態を明らかにしようと試みた。

がん患者の自宅死亡率は低く、6%程度とされ、みとりまで行う在宅医療において大きな課題とされる。松戸市で最も多くの在宅医療の症例を有する「あおぞら診療所」「あおぞら診療所新松戸」のがん患者在宅医療の現状について調べた。

B. 研究方法

松戸市における在宅医療の現状を公開データを用いて調査した。また、「あおぞら診療所」「あおぞら診療所新松戸」において、在宅医療を受けて死亡したがん患者161名を対象とし、在宅療養中のカルテを検索し、在宅医療を受けた期間、がん原発部位、疼痛緩和において使用した薬剤、末期に実施した医療処置を調査した。

C. 研究結果

1. 松戸市の在宅医療の現状

①医師による在宅医療

松戸市医師会会員医療機関では、平成18年6月現在、9病院、47診療所が診療可能医療機関である。在宅療養支援診療所は21である。医師会所属医療機関において、平成18年2月現在、在宅医療を受ける患者は1525名であった。医師会調査回答医療機関のうち在宅ケアに携わる

医師数は97人で、在宅死までを行う医療機関数は34であった。

医師会調査回答機関での平成17年1月1日～12月31日の在宅死総数は237名、うちがん患者は120名であった。これは、松戸市の平成17年死亡総数2923人のおのおの8%、4%にあたる。なお、死亡診断書の死亡場所統計による松戸市における自宅死亡率は松戸健康福祉センターも把握していないとのことで、かつ、公開データも見つけることができなかった。

②看護師による在宅医療

平成18年4月1日現在、市内の訪問看護ステーション数は16箇所、17年4月1日の20箇所と比較して四箇所減少している。

千葉県（松戸健康福祉センター）の行う「在宅緩和ケアネットワーク」での報告を記載する。市内15ヶ所の訪問看護ステーションのうち9箇所からのアンケート報告が得られ、平成17年1年間に関わりのあったがん末期患者数は80名、在宅死総数は66名（うち、がん患者27名）とのことであった。

2. あおぞら診療所のがん在宅医療

死亡がん患者161名の調査では、在宅医療導入から死亡までの期間平均は106.9日で、100日以内に125名（78%）が、200日以内に143名（89%）が死亡した。在宅緩和ケア期間中の麻薬使用率は55.9%であった。死亡当日または前日に行われた医療処置では、酸素療法が55名（34.2%）に使用され、抹消輸液は32名（19.9%）、中心静脈栄養は27名（16.8%）に行われた。

平成16年1月1日～17年12月31日における「あおぞら診療所」「あおぞら診療所新松戸」在宅医療でのがん患者の自宅死亡率は66%、非がん患者自宅死亡率は47%だった。

D. 考察

1. 松戸市の在宅医療

松戸市の在宅医療は医師主導で行われていることが明確になったと考える。平成17年において、医師会調査回答医療機関が携わる在宅死総数は、健康福祉センター調査回答訪問看護ステーションの在宅死総数の3.6倍、がん死亡においては4.4倍となる。

県が訪問看護ステーション中心に在宅緩和ケアネットワーク事業を実施したにも関わらず平成17年度内にステーションは四箇所減少し、市内での著明なステーションの影響力低下が伺われる。訪問看護をどう育成していくかが、今後の大きな課題と考えられる。

2. あおぞら診療所のがん在宅医療

在宅医療を受けて死亡したがん患者では、基本的に「末期」の判定基準として「予後6ヵ月以内」と判断された患者が導入されているが、がん患者の平均在宅医療受療期間から見て、その予後予測はほぼ正しいと考えられた。在宅医療においては、がん患者に対して、医師が疼痛緩和に積極的に対応しても、麻薬使用率は5割強であり、病棟医療に比較して、在宅医療における緩和ケアでの麻薬使用率は低いと推測された。また、この結果は以前に行った五施設共同調査での麻薬使用率とほぼ一致する。医療処置では在宅酸素療法の頻度が高く、緩和ケア目的で酸素療法が行われていることが推測された。

在宅医療を積極的に行う医療機関では、がん患者自宅死亡率は半数を超えるが、非がん患者の自宅死亡率が半数を超えることは少ないことが在宅医療専門家の間で知られている。これは、自宅で死亡したい非がん患者の自己実現が比較的困難であることを示唆する。その要因としては、非がん疾患では予後予測が困難であること、緩和ケアの方法論が確立していないこと、ターミナルケアをサポートする制度ががん患者に焦点が当てられ、非がん患者に制度的恩恵が少ないこと等が挙げられる。今後、非がん疾患の緩和ケア追究や制度的整備が必要と考えられる。

E. 結論

松戸市の在宅医療では訪問看護推進と、非がん患者の緩和ケアが、今後の課題と考えられた。

G. 研究発表 特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

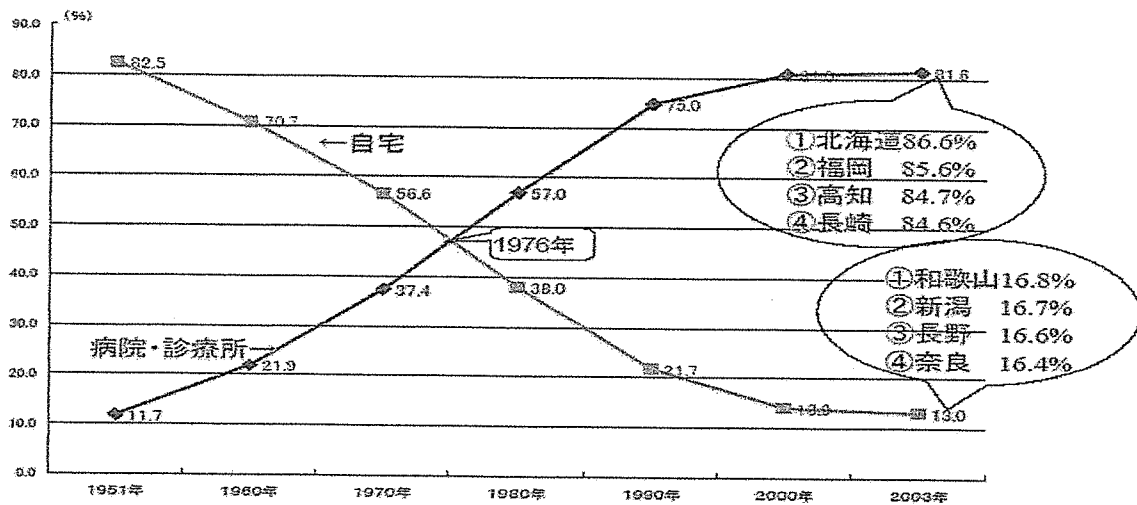
参考としたデータを以下に示す。

<人口動態統計>

2005年における日本人の死亡場所

	実数	比率
全死亡	108万人	100%
自宅死亡	13万人	12%
施設	2万人	2%
病院・有床診療所・緩和ケア病棟	93万人	86%

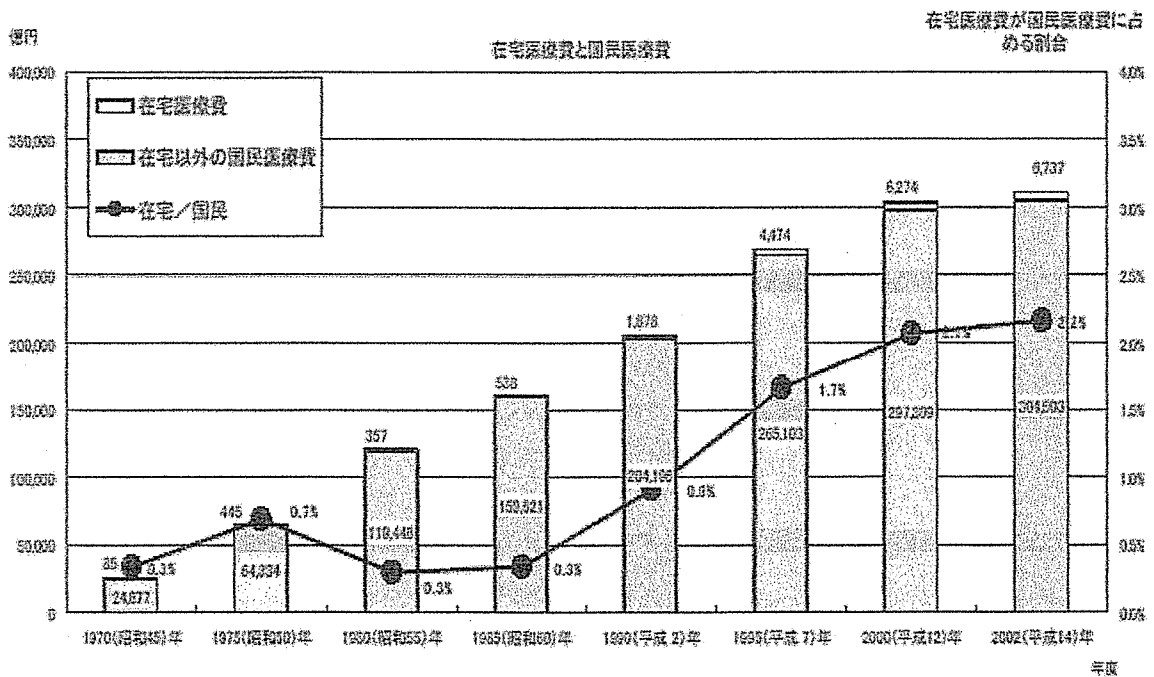
グラフ 自宅死亡率の推移 (人口動態統計調査)



<在宅医療費>

年度	在宅医療費計	一般医療費に占める割合
1990	2700億円	1.3%
1999	7800億円	3.3%
2001	5100億円	2.6%

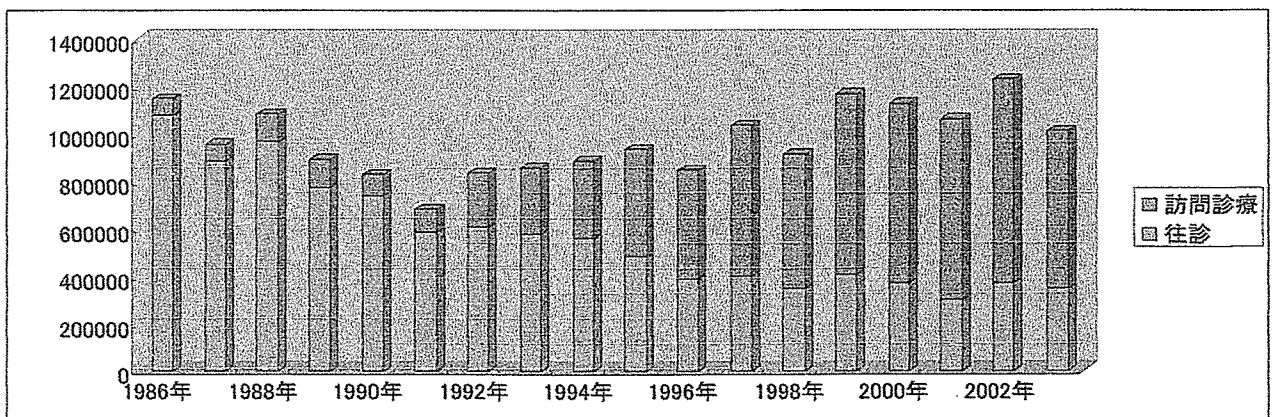
(出典 厚生労働省 医療施設静態調査 分析 大久保一郎 菅原民枝 2003)



注)国民医療費、社会医療診療行為別調査(いずれも統計情報部)をもとに算出

<社会医療診療行為別調査報告書>

グラフ 1986年～2003年における一ヵ月あたり往診数と訪問診療数



(出典 厚生労働省 社会医療診療行為別調査 分析 藤井博之 和田忠志 2005)

<松戸市医師会在宅ケア委員会報告>

松戸市医師会会員医療機関では、平成18年6月現在、9病院、47診療所が診療可能医療機関である。うち、専門的在宅医療を実施する機関数は皮膚科2、耳鼻科1、小児科1、泌尿器科2、整形外科4、精神科1、婦人科3、眼科1となっている。また、認知症に積極的に対応する在宅医療機関が2である。また、在宅療養支援診療所届出医療機関は21である。

医師会所属医療機関において、平成18年2月現在、在宅医療を受ける患者は1525名。医師会調査回答医療機関のうち在宅ケアに携わる医師数は97人、在宅死までを行う医療機関は34であった。

医師会調査回答機関での平成17年1月1日～12月31日の在宅死総数は237名、うちがん患者は120名であった。(社団法人松戸市医師会 「松戸市医師会報210号」)

<あおぞら診療所・あおぞら診療所新松戸患者統計>

		あおぞら 診療所	あおぞら 診療所新松戸	合計
在宅医療実施中の 患者数(人)	2007年1月末現在	202	200	402
常勤医師数(人)	2007年1月末現在	3	2	5
死亡患者数(人)	2005年1月～2006年12月	115	139	254
死亡がん患者数(人)	2005年1月～2006年12月	50	71	121
在宅看取り数(人)	2005年1月～2006年12月	71	72	143
在宅看取り率	2005年1月～2006年12月	62%	52%	56%
在宅死亡者のうち がん死亡(人)	2005年1月～2006年12月	34 (47%)	46 (63%)	80 (56%)
がん死亡者の 在宅看取り率	2005年1月～2006年12月	68%	65%	66%
非がん死亡者の 在宅看取り率	2005年1月～2006年12月	57%	38%	47%

<自宅死亡患者の麻薬使用率>勇美記念財団助成研究

松戸市・あおぞら診療所 和田忠志 松戸市・いらはら診療所 苛原実
 三郷市・健和会臨床疫学研究所 藤井博之 荒川区・東京女子医大第二病院 山中崇
 鴨川市・亀田クリニック 小野沢滋 北区・梶原診療所 平原佐斗司
 (患者データ提出は東京女子医大を除く五機関)

対象全患者617名のうち、在宅医療施行中に316名に麻薬が使用され、麻薬使用率は51.2%であった。このうち、在宅死亡患者は、355名で、そのうち201人に麻薬が使用され、麻薬使用率は56.6%であった。

在宅死亡患者

年齢階級	0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89	90~99	合計
麻薬使用	2	0	0	0	8	22	47	60	51	11	201
症例数	3	0	0	0	9	33	65	110	106	29	355
麻薬使用率%	66.7	0	0	0	88.9	66.7	72.3	54.5	48.1	37.9	56.6

<参考とした文献>

社団法人松戸市医師会 「松戸市医師会報210号」 2006年5月
 堂垂伸治 「松戸市医師会在宅ケア委員会議事録」 2006年1月
 千葉県松戸健康福祉センター「平成17年度事業年報」

厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業

平成18年度 分担研究報告書

分担課題名 「北海道西胆振地区における在宅医療の取り組み」

分担研究者 柴田 岳三 日鋼記念病院 緩和ケア科科長

研究要旨 進行末期がん患者が在宅を希望したとき、北海道西胆振地区にはそれを支援する組織的な体制がなかった。したがって入院患者が在宅を希望することもほとんどなく、希望したとしても病院による対応もまちまちであった。私たちは地域全体でシステムとして取り組まない限り、在宅を希望するすべての進行末期がん患者が家に帰れるとは限らないことを知った。そこで我々は在宅ホスピス・ネットワークの必要性を近隣の医療施設に呼びかけ、数回の検討会を重ねた末に、西胆振在宅ホスピス・ネットワークを立ち上げた。このネットワークの特徴は、この地区で積極的がん治療を行っている総ての基幹病院が参加したことである。その結果見えてきたことは、この地区で亡くなる大多数の進行末期がん患者がこのネットワークを利用できる可能性が出来てきたこと、診療所や訪問看護ステーションなどに対するバックアップも保証されることになったこと、年数回開催される例会などにより、お互いの顔がわかるようになり、携わる関係者間の信頼関係も築かれること、定期的な勉強会、情報交換により、地域の在宅緩和医療レベルの向上が見込まれること、さらには行政や福祉関係者も例会に参加しており、総合的終末期在宅診療体制の構築も望める可能性が出てきたことなどである。

A. 研究目的

末期がん患者が在宅を希望したとき、これらの患者の希望を速やかに実現できるよう支援するためのネットワークを作るとともに、そこに携わる人々が自らの力量を高め、質の高い在宅ホスピスケアを市民に提供すること。さらに今後は福祉、行政などとの連携を進め、さらにその質を高めることを目的とした。

B. 研究方法

2003年、積極的がん治療に携わり、終末期医療に関心のある総合病院4施設を含む地域基幹病院の医師、看護師、診療所の医師、看護師、訪問看護ステーションの看護師さらにはソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士、理学・作業療法士などと連携を取りながら在宅ホス

ピス準備会を開催した。数回に亘る検討会の後、2004年4月21日西胆振在宅ホスピス・ネットワーク第1回例会を開催、その後年数回の例会を開催し、ネットワークの進化を目指している。

C. 研究結果

第1回例会では本ネットワーク結成の設立説明と2題の事例が報告された。第2回例会ではペインコントロールに関する事例2題と薬剤師によるモルヒネ使用に関する説明が報告され活発な討論が行われた。第3回例会では事例2題、2005年5月の第4回例会には初めて保健所(行政)の医師、保健師およびケアマネージャーが出席し、初めて医療者、福祉関係者、行

政担当者が参加した例会となった(表1)。またこの回ではネットワークのあり方、ミニレクチャーなどもとり入れられ、ネットワークの機能についても継続的に話し合われることとなった。

D. 考察

進行末期がん患者が最期をどこで過ごしたいか、従来多くのアンケートなどからも明らかかなように、在宅を希望する患者が圧倒的に多い¹⁾。しかしながら我が国の在宅ケア体制は諸外国に比べ多くの理由によりその対応が十分になされていない。Cicely Saunders は St. Christopher's Hospice 設立の2年後には在宅ケアを始めており²⁾、我が国でも諸外国のケースを参考にしながら、1970年代から在宅に関する研究と実践が始まっている^{3) 4) 5)}。その後、各地に種々の形態をとりながら終末期在宅対策が試みられてきている。官主導型の形態としては宮城県で進められている宮城方式がよく知られており⁶⁾、福島県、岩手県などでも地域の医療者を中心にした形態が試みられている。また広島県では、県立病院内にがん支援センターが併設され、ここを拠点に在宅ホスピスの普及が進められている⁷⁾。また川越ら⁸⁾は末期がん患者を念頭におき、在宅ホスピスの基準を明確にしている。近年、終末期医療は必ずしも末期がん患者だけのものではないとの発想から、コミュニティーケアの発想による形態もみられるようになってきている^{9) 10) 11) 12)}。北海道西胆振地区にはがん治療を積極的に進める総合病院が4施設あるが、室蘭地区に偏在している。室蘭地区在住の患者が在宅を希望した場合、担当医に理解があれば何とか対応も可能かも知れないが、この西胆振地区全域では年間約700名の末期がん患者が亡くなっている、単独の病院で全範囲をカバーするとなると、東京都の面積よりも広いこの地域の系統的な対応は不可能であり、医療者や市民の意識の問題もあろうが、地理的にも室蘭市や伊達市から離れた郡部の患者が在宅を希望した場合にはほとんど対応できていない状態であった。この地域で末期がん患者が在宅を希望したとき、そのすべての患者が在宅を選択できるようにするためには関係者が連携を図らない限り良質の在宅ホスピスケアを提供することは出来ない。そこで、我々は2003年近隣の医療

施設、訪問看護ステーションなどと連絡を取りながら地域での系統的在宅ケア実現のための準備を開始した。数回の準備会を開催し、問題点を洗い出し、2004年4月21日西胆振在宅ホスピス・ネットワーク(以後「本ネットワーク」と呼ぶ)第1回目の例会を開催した。年に数回の事例報告を中心にした例会から出発したが、2005年5月の第4回例会では患者やその家族が在宅を希望したときのネットワークの機能、窓口の設定など、さらには在宅を促進するための各施設のマップ作りなどに着手することが決められた。

本ネットワークの特徴は地域の総ての基幹病院の医師や看護師などの医療者が参加していることである。我が国の末期がん患者の90%以上が病院などの施設で死亡していることを考えれば、この地域の末期がん患者の大部分が亡くなっていると推測される全ての基幹病院から参加者がいること、そしてそれらの病院が自らの病院で治療した患者を診てくれている診療所や訪問看護ステーションをバックアップすることは在宅ホスピスの根幹に関わる意味を持っていることと考える。さらに重要なことは、それまでお互いに顔もわからなかった病院、診療所、訪問看護ステーションなどの従事者が一堂に会し、お互いの顔が分かるようになることで、より信頼や親近感、さらに尊敬の念を持って仕事出来るようになるのではないかということである。

本ネットワークは現在マップ作りやメイリングリスト作りに取りかかっている、さらに保健所との情報交換、医師会との意見交換などを行っている。本年はがん対策基本法案が可決され、国が本腰を入れてがん治療の総合的な取り組みを開始した年として記録に残されるであろう。また診療報酬改定が行われ、今後一気に在宅ホスピスが加速される可能性も感じられる。柏木は平成18年を在宅ホスピス元年と呼んでいる¹⁵⁾。今後、さらに我々のネットワークを機能させることによって、この地域が、あるいはその近隣の地域も含め、いつでも家で過ごしたいと願う患者が在宅ホスピスを受けることの出来る体制が形作られてゆくものと確信している。

E. 結論

西胆振在宅ホスピスネットワークは立ち上げ

から3年が経過したが、例会参加者は常に60名を超えている。参加職種も医師、看護師、薬剤師、MSWなどのほかに保健所、ケアマネジャーなども加わり、また保健所での説明会、地元医師会との懇話会なども続けられており、次第に形を整えつつある。今後ネットワークとしての機能を充実させ、地域在宅ホスピスネットワークのモデルとなることを目指したい。

文献

- 1) 北海道新聞 2004. 6. 2朝刊
- 2) Shirley Du Boulay : Cicely Saunders 2Rev.ed 189-191 1994 London
- 3) Smith A M, et al : Palliative care services in Britain, and Ireland 1990-an overview. Palliative Med.6:277-291,1992
- 4) 鈴木壮一、鈴木 央 : 我が国における在宅緩和ケアの歩み. がん患者と対症療法 13 (1) : 6-10, 2002
- 5) 渡邊邦彦 : ホスピス・ケア・ネットワークについて考える海外ホスピス研修報告、ホスピスケアと在宅ケア、167-172、2004
- 6) 三上幸恵 : 宮城県の在宅ホスピスケアモデル事業から施策へ、緩和医療学、3 (4)、64-69、2001
- 7) 尾崎雄 : 列島ホスピス・緩和ケア 広島県緩和ケア支援センター:緩和ケア、16 (1)。60-63、2006
- 8) 川越 厚 : 在宅緩和ケア (ホスピスケア) の基準と現状、臨床看護、27 (11) : 1603-1607、2001
- 9) 西島きみ子 : コミュニティケアの経緯と実践活動-町田市で取り組んでみて-、ターミナルケア、14 (1) . 7-10、2004
- 10) 高橋卓志 : コミュニティケアの経緯と実践活動-ケアタウン浅間温泉が目指すもの-、ターミナルケア、14 (1)、11-15、2004
- 11) 山崎章郎 : コミュニティケアの経緯と実践活動-ケアタウン小平 (仮称) が目指すもの-、ターミナルケア、14 (1)、16-19、2004
- 12) 中山靖子 : コミュニティケアの経緯と実践活動-在宅緩和ケアを支える取り組み-、ターミナルケア、14 (1)、20-24、2004

- 13) 蘆野吉和 : 在宅がん治療の問題点、成人病と生活習慣病、32 (9)、1115-1119、2002
- 14) 柏木哲夫 : ホスピス・緩和ケア 青海社 東京 2006

G. 研究発表

1. 論文発表

柴田 岳三. 北海道西胆振地区における在宅医療の取り組み-西胆振在宅ホスピス・ネットワーク-。ホスピスケアと在宅ケア (Hospice and Home Care) 2006 ; 14 (3) : 220-223

2. 学会発表

平成17年度日本ホスピス在宅ケア研究会、第13回広島大会

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきものなし

厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業
平成18年度 分担研究報告書

在宅医の早期参加による在宅医療推進に関する研究

分担研究者 木村 秀幸 岡山済生会総合病院副院長・ホスピス長

研究要旨：終末期にあるがん患者・家族の苦痛をやわらげ、在宅ケアに継げるためには、医療者ががん患者の症状コントロール（特に疼痛）ができるようになることが重要である。病院内で1年1回開くセミナーでは不十分で、3回以上の開催が有用であることが分かった。そして、地域に対しては、その地域に出かけて行う出張セミナーの必要性がわかったので、その実施方法の確立が課題であることが明らかになった。

A.研究目的

がんの治療後再発し、最終的に死に至る患者に対する緩和ケアは、一般病棟でも最近はかなり行われるようになってきた。しかし、残された大切な時間を住み慣れた家で過ごす在宅ホスピスはまだ拡がりを見せていない。本研究では、主に終末期にあるがん患者の家族が安心して家で過ごせるようなシステムの構築を緩和ケア病棟の側からの視点で調査を行い、支援方法の開発・確立を目的とする。

この研究により、末期状態にある患者とその家族が残された大切な時を住み慣れた自宅で平穏に過ごすことができ、患者の死後も家族の心の平安につながり、医療者の満足度も高まることが期待される。

B.研究方法

末期状態にある患者と家族の苦痛をやわらげるため、終末期における症状のコントロールの方法を病院内の医療者並びに地域の医療者に対して、「がん疼痛セミナー」を開催し調査を行った。

(倫理面の配慮)

患者・家族へはインフォームドコンセントを得て行った。

C.研究結果

病院内でのセミナー参加者は17年度の1回目83人、2回目43人、3回目69人で、合計194人。18年度の1回目48人、2回目32人、3回目18人で合計98人、2年間で293人。医師107/137、薬剤師30/30、看護師151/438であった。平成16年までのセミナーでは参加者は20人から30人であった。そのうち院外からの参加者は数人とどまっていた。また、出張セミナーでは18人が参加（医師3人、看護師10人、そ

の他5人）であった。

D.考察

介護保険の導入により、在宅ケアへの感心が高まり、診療所の医師の対応にも変化の兆しがみられた。しかし、がん患者の終末期の在宅医療を引き受ける医師はまだ少ない。その理由の多くは、症状コントロール、特に疼痛コントロールに自信がないというものであった。

当院は、がん診療拠点病院として、病院内並びに地域の医師に対して、がん疼痛セミナーを1年1回開催してきたがセミナーへの参加はなかなか増加しなかった。昨年度から「がん疼痛セミナー」を病院内で3回開くことにした。それに開催の曜日を変えて、より多くが参加できるようにし、オピオイドを処方する医師は2年間のうちに必ず受講するように勧奨した。また、他の多くの院内のセミナーは90分間であり、時間が長いと感じられていたので、60分以内（医師、薬剤師、看護師が各々15分間と質問15分間）で終了することにした。オピオイドを実際に処方する医師は9割、薬剤師は全員、関係のある看護師の5割が受講していた。

院外の医師に対しては、病院内でセミナーを開いてもなかなか出席が増えなかった。症例が出たときに個別に対応するのみであった。座して待つのでは展望が開けないので、出張セミナーを開くことにした。訪問診療もしているような地域の中小病院に出かけてセミナーを行った。その内容は当院内で行っている同じものとした。まだ経験は少ないが、出張セミナーでは医師ばかりでなく、看護師をはじめとした医療従事者からの質問も多く熱気が感じられる。まだ、目に見える効果は出てきていないが、継続していくことで効果が出てくるものと

期待している。

E. 結論

がん終末期患者の在宅ケアを進めるためには、医療者への症状コントロールの方法の普及が大切であり、病院の内外でのきめ細かな教育セミナーの実施、とりわけ地域への出張セミナーの実施が重要であることが明らかになった。

G. 研究発表

1. 学会発表

○市村智美, 榎田洋子, 木村秀幸, 石原辰彦, 金田美佐緒: 在宅ケアへの不安が強かった家族とのかかわりを振り返って。第7回日本死の臨床研究会・中国四国支部研究会, 平18. 5月, 岡山。

○藤井貴美恵, 榎田洋子, 大塚千秋, 石原辰彦, 木村秀幸: ターミナル期にある患者を持つ家族の在宅療養への不安について。第30回日本死の臨床研究会年次大会, 平18. 11月, 大阪。(死の臨床, 29:196, 2006)

○島尚子, 榎田洋子, 大塚千秋, 石原辰彦, 木村秀幸: 緩和ケアにおける癌患者のオピオイドに対する思い。第30回日本死の臨床研究会年次大会, 平18. 11月, 大阪。(死の臨床, 29:252, 2006)

2. 論文発表

木村秀幸: 院内緩和ケアチームの現状と問題点。緩和医療研究会誌, 第14巻(1) 23:37-52, 2007.1月

H. 知的財産権の出現・登録状況(予定含)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

「在宅移行時の現状と課題の整理 1」
～介護支援専門員業務および訪問看護活動を通して見えてきたこと～

分担研究者 国保 匝瑳市民病院 地域ケア部 大木 信子

研究要旨

H18年度介護保険制度改正の中で第2号保険者に「がん末期状態」が加わった。しかしケアコーディネーターと主治医の状況判断の食い違いや視点のずれも多く、利用者の主体性を引き出すアプローチや終末期を意識した関わりになっていないのが、現状ではないかと考える。今研究事業テーマに取りかかる前段として現状の課題を整理し、今後の方向性を明らかにする。

A. 研究目的

国が目指している、住み慣れた地域で安心して生活していくための基盤づくりだが、現実には空回りしている部分が多い。利用者とサービス提供者間の6年間の介護支援専門員としての立場からまた、訪問看護を提供する事業者としての関わりを通して見えてきた医療機関等より在宅移行時の現状と課題を整理し、在宅緩和医療推進に繋がる糸口を探る。

B. 研究方法

- ① 座談会方式で自由に論議する
- ② 参加者は匝瑳市介護支援専門員連絡会に参加している事業所の介護支援専門員18名および訪問看護ステーションの看護師10名
- ③ 倫理面に対する配慮について、参加者に研究の意義、目的を説明し、得られた内容については、研究目的以外には使用しないこと、プライバシーは、保護され、不利益は生じない事を口頭説明し同意を得た。

C. 研究結果、D. 考察

<介護支援専門員の立場より>

・無計画な退院からくる問題

Ex.介護保険申請さえせず、受入れ未準備の飛び込み退院

がん末期ケースの大慌て退院 ets.

「もう時間がない、家に帰るのであれば今しかない。今日でも退院してもいいですよ」と指示をする医師は少なくない。患者は、帰りたい気持ちが強ければいち早い日程を要望するだろう。しかし、残された時間を不安なく、納得のいく時を過ごす為には、また支援していくには、予測される身体的側面への対応をどうすべきか、介護者サイドの問題対応は万全か、療養環境の状況は大丈夫か等

前持って用意しなければならない。そのためには、ここまで切羽詰るまえにもっと計画的に本人、家族そして関係職種と、一緒に考える時間が重要であると意識していく必要がある。このかかわりを働きかけていくことが、もっとも重要と考えるも医療者サイドの役割意識が狭義的で本来のケアの意味をなかなか共有できないことが多い。どのようにアプローチしていけばよいか大きな課題である。(13/18人) こう答えた介護支援専門員の専門職は医療職が多かった。

・主治医の考え方くる問題

Ex.不安定骨髄腫のケース。初回診断・治療を受け一年以上の入院期間の中では生死を何度もさまよった経緯もあり、退院にあたり、本人、家族はかなり不安も強く、緊張もしていた。悪性疾患、再発の危険性も高い、という状況より、訪問看護による支援体制を築いておいた方が良いと介護支援専門員は判断したが、主治医からの意見は、「週1の受診だし、いざというときは救急外来にあれば良いので訪問看護は必要ない」といったものだった。このような場面は、このケースだけではない。訪問看護を提供する、訪問看護ステーションの管理者からはよく聞く。介護支援専門員の立場からも利用者の生活を守っていくため予測される事態に対しての体制を創っていくことは、いうまでもなく、このことについて医療サイドと密に話し合う機会を作っていかなければならない。

・医療機関の職員が介護保険制度及び在宅医療制度について熟知していないことからの問題

Ex.理学療法士が大腿骨頸部骨折のケースが退院するにあたっての準備でベッドを購入させてしまった。

利用者が問題を抱え退院をする場合、その問題に対してどのような支援が必要で、社会資源としてのサービスがどうようにあるのか等、自分

の仕事と関係した関連職種の役割の理解や事業内容に関心がうすく縦割り業務がまだまだ多い。診療報酬上も退院指導を評価している部分をきちんと理解し、共同支援体制を創っていくことが必要。医療と介護の制度をつなぎ合わせる介護支援専門員以外に退院調整役が必要ではと、訪問看護師から意見が出された。

・介護支援専門員の思いより医療機関との壁、敷居の高さを感じ情報交換がなかなか取れない問題

Ex.退院時ほとんど医療機関から介護支援専門員への連絡や状況説明はなされず退院してきてしまう。自分も入院中病院へ出入りし、医療スタッフに声かけがしづらくて・・・

介護支援専門員のベースになる専門職は多種にわたる。福祉職のカラーの強い職種の介護支援専門員ほど医療機関に対する苦手意識は、大きい。しかし、介護支援専門員としての専門性からみれば、必要な場面で情報交換、情報収集をしていかなければならない。双方互いに橋を架けあうことの必要性を知りルート作りをしていくことが重要であるが、この苦手意識をどう、克服し役割意識を高めていくかが課題である。

・介護保険制度が開始され保健師と介護支援専門員の役割のとらえ方の違いから来る問題

Ex.市町村保健師に相談しても介護支援専門員がついているケースについては保健師は関わらなくなりましたといわれ相談にのってもらえなかったと・・・

介護保険制度開始前の、介護支援の必要者に対するコーディネーターは保健師がおおよそその役割を担ってきた。しかし、新たに介護支援専門員という専門職種ができてきたことで、線引きされたことは、確かである。しかしコーディネーターの側面以外での専門性は生かされなければならず、介護予防給付、支援、地域支援事業、または特定疾患、難病対策等連携を充分とっていかなければならない。介護支援専門員にとって、介護保険以外の多くの制度と関連性を持っていかなければならない部分は荷が重く介護支援専門員の質、個人差が指摘されてしまうところでもある。

<訪問看護師の立場より>

・制度の複雑さよりくる問題

Ex.医療保険、介護保険の使い分けの理解、身体障害者福祉法や特定疾患研究事業等の関係性の手続きの準備が退院計画等に盛り込まれていないことが少なからずある

介護保険制度では、厚生労働大臣が定める状態

の者、疾患等により医療保険で訪問看護は提供できるよう取り決めがある等、サービス導入する場合充分状態、状況を把握し関係諸制度との関係上の手続きにも配慮しなければならない。

・専門病院の主治医とホームドクターとの横のつながりが弱いことからの問題

Ex.医療機関間のやり取りが書面(情報提供書、紹介状等)のみで行われる事が多くタイムリーな課題、疑問に対して、情報収集がとりにくく、継続したケア提供が困難な場面が多い。

通院が困難になったり、状態の変化によって、主治医の変更をしなければならないことが、よくある。その場合利用者、家族にとって一番不安なことは、今までの経過や現在の状態が充分新たな主治医に伝わり、今後も適切な治療、ケアを提供してもらえるかだろうと思う。しかし現実には、顔の見えない掻い摘んだ情報提供に留まり、利用者にとって有効な関係作りになっていないことが多い。地域医療連携が叫ばれてはいるが、今後の大きな課題である。

・終末期のケースを支援する社会資源が乏しい(例えば、チームを作る社会資源が身近に手に入らない)

Ex.家族の精神不安に対するカウンセリングを提供できる専門職が少ない等

訪問看護長時間滞在サービスが診療報酬上認められていない

緩和療法における法の縛り etc.

H18年4月から介護保険制度の改正があり、介護保険の第2号被保険者の特定疾病にがん終末期のケースが入ることになった。今までからみれば、支援の幅は広がったが、介護保険認定調査の視点で見れば、ADLがある程度自立していると介護度は低くでることが予測され、進行の早い癌患者である利用者の場合、発現するであろう自体に備えてのサービス提供体制をより早くつくっていくには、まだ課題は多い。

E. 結語

H18年4月、介護保険制度は大きく改正され、より自立(自律)に向けての体制強化が図られ、保健の視点とあわせ地域支援事業がクローズアップされた。また医療面においては、診療報酬の引き下げが行なわれ、在宅診療の部分が評価された。がん治療困難者の介護保険第2号被保険者(特定疾病)の適応も盛り込まれ、このような情勢をとらえ我々サービス提供者が利用者に対して有効に働きかけていくには、やはりチームアプローチを

いかにスムーズに行なわれるかに係ってくる。先にあげた課題と丁寧に向き合い検討する機会を作っていく必要がある。病院関係施設においては、地域医療連携室の設置はもとより、地域社会とのやり取りを病院サイドより発進する姿勢がもとめられる。地域支援体制としては、地域密着の社会資源の増設、及び啓発姿勢の強化そして地域全体に働きかけるコーディネーターの育成に力を入れていかなければならないと思われる。

G. 研究発表

後掲

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきものなし

平成18年度 分担研究報告書

「在宅移行時の現状と課題の整理 2」

～介護支援専門員のアンケート調査から
医療関係者とのサービス担当者会議の実情を知る～

分担研究者 国保 匝瑳市民病院 地域ケア部 大木 信子

(匝瑳市介護支援事業所つばき (研究協力)
小川サツ子 松葉正子 須田彩抄 大森豊 平野和美)

研究要旨

H18年度介護保険制度改正の中で第2号保険者に「がん末期状態」が加わった。しかしケアコーディネーターと主治医の状況判断の食い違いや視点のずれも多く、利用者の主体性を引き出すアプローチや終末期を意識した関わりになっていないのが、現状ではないかと考える。今回情報の共有、ケア提供意識の統一を図るという点から医療関係者とのサービス担当者会議の実情を介護支援専門員サイドから見てみた。今研究事業テーマに取りかかる前段として現状の課題を整理し今後の方向性を明らかにする

A. 研究目的

今年度、介護保険制度の改正によりサービス担当者会議の開催が義務付けられ、必要性も理解され開催する機会も増えた。サービス担当者会議の意義としては①ケアプランの主人公を再確認できる。②情報・課題・目標等を共有できる。③利用者理解が深まる。④今後の支援方法が明確になる。⑤連携がスムーズになる。⑥利用者・家族が専門職の役割・業務内容を理解できる。⑦利用者・家族が安心を得られ、前向きな意欲をもてる。以上のようなことが挙げられる。

しかし、匝瑳市介護支援専門員連絡会での意見より、医療関係者とのサービス担当者会議の開催に対して介護支援専門員に苦手意識があることがわかった。医療関係者側の問題もあると思われるが、今回は介護支援専門員に焦点をあて、匝瑳市介護支援専門員連絡会に参加している介護支援専門員を対象にアンケート調査を実施し、医療関係者とのサービス担当者会議の実状を知り考察することにした。

〈用語の定義〉

- ① 介護支援専門員 (ケアマネジャー) : 要介護者、要支援者からの相談に応じ、適切な介護サービスが利用出来る様、居宅サービス事業者との連絡調整を行なう者である。
- ② 医療関係者 : 医師 看護師 薬剤師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚

士とする。

- ③ ケアプラン (居宅サービス計画) : 利用者の自立支援やQOLの維持、向上をめざすものであり、要介護者等の心身の状況、生活環境、希望などを勘案し、利用するサービスの種類、内容、担当者などを定めたもの。

医療関係者とのサービス担当者会議の開催についての実状を知り、介護支援専門員の苦手意識の原因を探ることでサービス担当者会議をスムーズに開催できるようにし、利用者により良いサービスを提供できるようにする事を目的とする。

B 研究方法

研究期間 : H18年6月～19年2月

研究対象 : 匝瑳市介護支援専門員連絡会に参加している居宅介護支援事業所 18 事業所の介護支援専門員 51名

研究方法 :

- ① サービス担当者会議読本で用いられたアンケートを参考に、質問紙法で質問用紙を作成。質問は、医療関係者が参加した担当者会議に関しての内容とする。質問用紙を研究者自らが配布し、回答後も受け取りに行く。
- ② 質問用紙の調査項目別に単純集計する。
- ③ 倫理的配慮 : 研究対象者に研究の意義、目的などを説明。研究への参加の有無は

対象者の自由意志であること、又得られたデータは研究目的以外では使用しないこと、プライバシーが保護され、不利益が生じない事を説明。その上で研究参加への同意を得る。

C 結果

アンケートは匝瑳市介護支援専門員連絡会に参加している51人に配布。回収率は100%であった。

回答者の職種は、医療職15人、福祉職34人。経験年数は、3年未満が23人、3～5年未満が9人、5年以上が17人であった。いずれも不明が2人であった。

基本属性による結果の差異はあまりみられなかった。

医療関係者とのサービス担当者会議を開催しているかは、必要に応じては84%、全件については12%であり、ほぼ開催した経験があるということが分かった。また全く開催したことがないとの回答が2%あった。「制度改正に伴ない意識して開催している」との意見があった。

サービス担当者会議の開催時期は、退院・退所38%。新規と問題発生時はそれぞれ37%と多数を占めていた。「新規全ケースに対しての開催は無理だが、医療面が大きく生活に影響する場合や状態の変化があった時に開催する」との意見があった。また「受診に合わせて開催する」との意見があった。

サービス担当者会議の日程調整は1～2週間前が66%と最も多かった。その他の12%には「受診日にあわせる」「必要性において随時」との意見があった。

医療関係者の参加の必要性は、議題に関する場合と退院・退所時が38%・36%と多かった。また半数近くは新規時の参加も必要と思っていた。「新規や入院・退院時は介護支援専門員が病院へ行き話し合った方が、検査結果も教えてもらえ良い」との意見があった。

どのような時に開催が必要だと思ふかは、医療的なニーズが高い時と答えたのが全員であった。次に本人の心身の状況が変化した時が37人と多かった。

サービス担当者会議の効能はどのようなことだと感じているかは、病状・身体状況・

服薬状況等の把握ができるが最も多く、順に医療関係者との関わりが持ちやすくなる。入院中の状況を踏まえたサービス計画を立てられる。緊急時など問題発生時の対応力が増す。医療関係者とサービス事業者間の連帯感が強まる、が挙げられた。この上位5項目は、回答者の三分の二以上から解答があった。

開催を困難にしている要因として、どのような事が考えられるかは、時間調整が難しいが44人と最も多かった。

意見の中に「毎日忙しく勤務していることを考えると、遠慮してしまう」や「理解のない医師にはお願いしにくい。なかなか協力していただけない。介護保険と医療を分けている医師がおり、受けいれてもらえない」などがあった。また「医師不足・連絡調整の窓口がない」と訴える意見があり「医療関係者を増加してほしい」との要望があった。また「入院中も退院後の生活に向けて、在宅生活の実態を知っている看護師には相談しやすい」との意見があった。対策として「時間調整は医療相談員に相談し、調整してもらおう」「医療関係者の都合を優先して決める」「往診などの訪問時を利用する」「照会で対応」などが上がっていた。

また介護支援専門員自身が勉強不足・力不足と感じており、努力が必要との意見があった。対策としては「理解できないことは勉強し、自分自身の向上を図る」「医療関係者と関わることで学べる点がある」「何度も顔を合わせ、話をしていく」といった意見があった。

開催にあたって、配慮している事や工夫していることのなかに、

- なるべく短時間に議題をまとめて行なう。
- 事前に聞きたい事を連絡しておく。
- 事前に連絡をとり、受診時・往診時に同席させてもらう。受診時の場合、長くないように時間に注意する。
- 照会（依頼）内容に記載していただく。
- 訪問看護のスタッフと話し合う時は、訪問時に利用者宅へ伺う。
- 疾病について把握しておく。
- 事前に電話連絡または伺って、看護師にお伺いしたいこと等を話しておき、当日

注意事項・指示等を頂くようにしている。等の意見があった。

D 考察

アンケートの結果、サービス担当者会議の開催を困難にしている要因として、医療関係者は忙しく時間調整が難しいとの解答が多く、コメントの中に『医師にはお願いしにくい』『毎日忙しく勤務していることを考えると遠慮してしまう』等の意見があった。また、『自分が緊張するなどの理由から、開催を遠慮してしまう』『議事進行に自信がない』『自分自身に時間がない』『医療関係者の話が理解できない』等、自信のなさからくる要因があがっている。この自身のなさがサービス担当者会議への苦手意識に繋がっていると考える。また、アンケートの中で効能、必要性については十分に理解されていることもわかった。

片山壽氏は、利用者がかかわる様々な専門職が、各専門の立場から情報や意見を挙げ、ケアプランという一つのシナリオにまとめていく「他職種協働」と位置づけている。さらに、医師が参加することの意義について「利用者は高齢障害者であり、さまざまな合併症や新たな障害発生の予備軍である。主治医がカンファレンスに参加していれば、危機管理として生活のどの部分を観察しておけばよいかをチームで共有できる。」²⁾としており、医療関係者が参加するサービス担当者会議の重要性を感じることができる。

では、自信を持つためにはどうしたらよいか。久田則夫氏によると、プロとしての自信を築く方法として、4つの要素が挙げられている。それは、知識・技術・経験・情熱であり、プロとして自信を積み重ねていくためには、この要素が重要と述べている。さらに、適切な目標設定と経験を振り返る力をつけることが必要であると述べている。³⁾介護支援専門員が自信を持ちにくい理由の一つに一人職場になりやすいことが考えられる。まずは職場外にネットワークを広げる努力が必要ではないかと考える。匝瑳市では、介護支援専門員のスキルアップを目的として、介護支援専門員連絡会を定期的に開催している。各地でも様々な研修会が開催されており、これらの研修に積

極的に参加していくことで自信を築きサービス担当者会議が気負わずに開催できることで利用者様により良いサービスが提供できると考える。

E 結論

医療関係者とのサービス担当者会議への苦手意識は、アンケートの結果、介護支援専門員の自信の無さが要因の一つであることが分かった。

今後①知識、技術、経験、情熱を持つ②自己の目標を持つ③経験を振り返り、評価する④様々な研修会に参加し知識を深める⑤介護支援専門員連絡会などに参加し職場外にネットワークを広げるなどの努力によりスキルアップを図り、利用者へより良いサービスの提供ができるようにしていく必要がある。ご協力くださいました介護支援専門員の皆様に深く感謝致します。

引用文献

- 1) 雑誌ケアマネジャー2006年9月号特集“サービス担当者会議を活かそう” P24
- 2) ケアマネジャーのためのサービス担当者会議読本 中央法規出版(雑誌ケアマネジャー2004年8月号増刊) P52、56~57
- 3) ケアマネジャー2005年3月号特集“自信をもつために” P16~19

G 研究発表

1. 論文発表

大木 信子他 継続看護活動における連携のあり方に関する研究. 千葉県看護協会訪問看護委員会, 2005

2. 学会発表

大木信子 健康に対する人々の主体的取り組みを支援する, 千葉看護学会 第11回学術集会 シンポジウム 2005, 9

大木信子 在宅移行時のケアマネージャー業務・訪問看護を通じての現状と課題, 第8回日本在宅医学会 ワークショップ, 千葉, 2006, 2

大木信子 高齢者のケア・マネジメントでは何が問題なのか・日本プライマリー学会, 東京, 2006, 12

大木信子 地域で取り組む緩和ケア，
高齢社会の地域における実情と課題
千葉ヘルス財団在宅ケア研修会
パネルディスカッション，千葉，2007,2
大木信子 継続看護活動における連携のあり
方に関する研究，第35回日本看護
学会，徳島，2004,11

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定
を含む。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特記すべきものなし

平成18年度分担研究報告書

在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究
在宅緩和ケアの現状と問題点～介護支援の立場から

分担研究者 河野 秀一

渋谷区医師会 渋谷区ひがし健康プラザ地域包括支援センター 介護支援専門員

研究要旨

在宅緩和ケアにおける介護支援の特にそのコーディネーターである介護支援専門員（ケアマネージャー）の立場から、実情を分析し、そこから導きだされる問題点を把握することで、今後在宅緩和ケアで必要とされる役割や他職種との連携のありかたと在宅緩和ケアの推進に何が必要かを検討していくための素地にしていく。

A. 研究目的

介護保険制度が改正され、2号被保険者の特定疾病にがん末期が追加された。在宅緩和ケアが推進されているが、広まらない・良質のケアが提供されていない感がある。在宅での受け皿である介護保険分野が果たすべく役割と他職種との効果的な連携のあり方を検討していく事は、本研究の趣旨である在宅緩和医療の推進に寄与するものと考えられる。

B. 研究方法

当センターが活動している地域のケアマネージャー及び病院（医療相談室）から実状と在宅緩和ケアについての率直な想いをインタビューした。また、当センターが関わったケースも合わせて、把握・整理し、その中から問題点をピックアップし分析した後、課題の抽出を行った。

（倫理面への配慮）

ケースが特定されるインタビューではないため、倫理的問題は生じないと考える。

C. 研究結果

現在行われている在宅緩和ケアの傾向と特徴として以下の事が挙げられた。

- ・在宅当初は比較的介護度が低い
 - －要支援1、2及び要介護1が多く、ほとんどがADL的には介助が必要ない。
- ・ほとんどのケースで訪問看護が入っている
 - －医療保険での対応
- ・往診医が入らない場合もある
- ・担当する件数はケアマネージャーによって差がある
 - －受けないケアマネージャーもいる。紹介する病院も実績で判断している
- ・在宅を検討してから退院日までの時間が短い

一在院日数と短縮も関係

- ・病院からの依頼の場合、既に往診医や訪問看護がセッティングされている場合が多い
- ・他のケースに比べて手間が掛かり、訪問の回数が多い

一想いの揺れへや在宅への決断が出来ていない

在宅緩和ケアに対しての率直な想いとしては、

- ・「死」や疾病（がん）に対して、在宅ケアスタッフは“身構える”
 - 一恐怖心、責任感、病気が重たくなったり、痛みが強くなると自宅では過ごせないという概念
- ・どのように関わってよいか分からない
- ・在宅ケアを進めていくことに不安がある
- ・ケースに関わっていく自信が無い
- ・特定のケアマネージャーにターミナルのケースが集中しているのではないかという事が挙げられた。

以上のことより、ケアマネージャーにとっての在宅緩和ケアというものはまだまだレアなものであり、受け皿としての体制が整っていないように思われる。現に特定の事業所に集中していることを見ると、全体的に在宅緩和ケアに対する意識が浸透していないことが考えられる。それはなぜなのか、以下に問題点を大分類的に挙げてみる。

- ① 介護保険制度に起因すると思われるもの
- ② 在宅を受けるケアマネージャーに起因すると思われるもの
- ③ 在宅を依頼する病院側に起因すると思われるもの

①について、中類的に問題性を挙げると

- a. 介護保険制度の改正
介護度について要支援が2分割され、進行

性疾患やガン末期でも軽度認定されることがあり、サービスの制限がある。認定が下りるまでに、約30日かかりすぐにサービスが利用できない。また、サービスを利用しないとケアマネージャーは報酬をもらえない現状がある

b. 地域包括支援センターの創設

ケアマネージャーの支援が業務の柱としてあるが、在宅緩和ケアについての充実がなされていない

c. 研修制度

毎年ケアマネージャーに対しての現任研修があるが、緩和ケアについては全くといっていい程ない

②については、

- a. 疾病に対しての知識不足
- b. コミュニケーション技術の不足
想いを捉え気持ちに添うコミュニケーションが充分ではない
- c. 「在宅死」「過程を踏んだ死」というものに慣れていない
- d. 職務を全うするという意識
サービスをセッティングしないと報酬がもらえないという現状
- e. 「生活に添う」という在宅ケア根本の意識不足
- f. 件数の制限
35件まで。報酬が介護度によって違う
- g. 地域や事業所内のバックアップ体制の不備
- h. 他職種との連携の仕方/自分たちの役割が挙げられる。

③については、

- a. 情報提供の仕方
病院の相談室や連携室からの情報提供のあり方
- b. 病院側の介護保険についての認識