

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

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

平成18年度 総括研究報告書

主任研究者 江口 研二

平成19（2007）年 3月

目 次

I. 総括研究報告		
在宅医の早期参加による在宅緩和医療の推進に関する研究	東海大学医学部内科学系教授 江口研二	1
II. 分担研究報告		
1. 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	J R 東京総合病院血液内科医長 小林一彦	3
2. 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	岩手県立磐井病院緩和医療科科長 佐藤 智	7
3. 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	独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 谷水正人	11
4. 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（1）～（3）	東京大学附属病院緩和ケア診療部部長 中川恵一	13
5. 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	筑波大学大学院消化器内科教授 兵頭一之介	19
6. 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	静岡県立がんセンターよろず相談主任 福地智巴	21
7. 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	東京大学大学院医学研究科 山口拓洋	23
8. 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	東京大学医科学研究所助手 湯地晃一郎	27
III. 研究成果の刊行に関する一覧表		31
IV. 研究成果の刊行物・別刷		33

総括研究報告書

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

主任研究者 江口 研二 東海大学医学部内科学系教授

研究要旨 がん患者の在宅緩和医療を推進するための要件について、地域ごとに担当の研究者による現状調査を行なった。その結果、基幹医療機関、在宅医療医、医師会が各々中心となる診療システムグループがあり、基幹病院の緩和看護支援センターのトリアージ体制、グループ医療スタッフ間の患者情報共有ITシステム、在宅医療師シェア体制など、その特色が明らかになった。今後、在宅医の早期参加に関する「仕組み」をこれらのフィールドで検討する。

分担研究者 加藤 恒夫
かとう内科並木通り診療所理事長
川越 正平
あおぞら診療所所長
小林一彦
J R 東京総合病院血液内科医長
佐藤 智
岩手県立磐井病院緩和医療科医長
谷水 正人
独立行政法人国立病院機構四国がんセンター内科・外来部長
中川 恵一
東京大学医学部附属病院放射線科助教授
兵頭 一之介
国立大学筑波大学臨床医学系消化器内科 教授
福地 智巴
静岡県立がんセンター疾病管理センター 医療ソーシャルワーカー
山口 拓洋
東京大学医学研究科健康科学・看護学専攻・大学院
湯地 晃一郎
東京大学医科学研究所附属病院内科助手

本研究では、在宅医の早期参加による在宅緩和医療を推進するために必要な、在宅医療の講習、情報交換、在宅医療支援企業、在宅医療支援医療スタッフ、地域医療の中での役割分担、がん専門病院基幹病院との連携システムのあり方を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

初年度は、岩手地区（一関市）、宮城地区（仙台市）、茨城地区（筑波市）、東京地区（都心部）、静岡地区（静岡東部）、岡山地区（岡山市）、愛媛地区（松山市）長崎地区（長崎市）の本研究班分担研究者、班長協力者の担当する在宅医療フィールドに関して、在宅緩和医療規模、施設、人材、提供される医療・介護内容などについて、現状での取り組み状況を、地区担当者記入による質問票で調査し、各々の地域における現状の課題を検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は臨床研究に関する倫理指針（平成16年厚生労働省告示第459号）に基づき行う。データの解析や成果の公表に際しても、患者情報はプライバシー守秘に十分な配慮を行う。

本研究では個人情報扱う研究計画に関して、研究責任者ないし分担研究者施設の倫理審査委員会の承認を得て実施し、個人情報保護法に準拠して扱う。

A. 研究目的

がん患者の生活の質を確保する上では、可能な限り住み慣れた居宅において療養生活を送ることも選択肢に入れる必要がある。しかし、身の回りの世話等の生活面の支援とともに、病状に応じた適切な医療を提供する在宅医療体制は、未だ十分ではない。

C. 研究成果

上記のうち、2地区は核となる在宅医療担当者を中心としたフィールドであり、他の5地区は、都道府県がん診療連携拠点病院・地域基幹病院を中心として連携医療機関との診療連携モデルとなるフィールドである。1地区は医師会に在宅医療グループが

設置され、診療所同士の連携による緩和医療フィールドである。

専従3名からなる基幹病院の緩和ケア看護支援センターを軸に地区緩和ケアのトリアージを行うシステム、同一グループ内の医療スタッフで、患者情報をリアルタイムに共有できるITシステム、副担当医とペアで24時間在宅医療を行うシステムなどが地域在宅緩和医療のフィールドで実施されている。

現有人材の教育と能率的な配置、在宅支援24時間体制、情報共有のためのIT活用法の具体化、行政・市民の協力・支持を得るための組織作りなどが、現体制を強化する機能的なモデル構築に必要であることが示唆された。また、大都市では、地域グループが成立しにくい状況が認められた。各地区での不足要素は多岐にわたっており、一律の医療体制モデルでなく、各地域の特性に合わせた柔軟な工夫を必要である。在宅医の早期参加のための最初の窓口（きっかけ）の形態と組織上の運営方法について検討する必要が明らかになった。

D. 考察

日本における全がん死亡者数は、年間約30万人であり、そのうち自宅で死亡した患者の割合は、1割に満たない。本研究では、がん患者の在宅療養を支援する在宅医の早期介入のモデルを構築することにより、より質の良い在宅がん緩和医療の充実と普及を促進することが可能となる。しかし現状では、在宅がん緩和医療を支えるスタッフの数・質を考えると、全国一律の在宅緩和医療体制をすぐに実施することは難しい。本研究により、地域で可能な在宅医診療機能を明らかにし、地域特性を考慮した在宅がん緩和医療のモデルが複数構築されると、同じような条件下の地域に利用可能性が広がると考えられる。本研究では継続して、早期参加のための窓口形態モデルを作成し、患者・家族が容易に利用できる体制を検討する。

E. 結論

がん在宅緩和医療を推進するための要件について、地域ごとに研究者による現状調査を行なった。その結果、基幹医療機関、在宅医療医、医師会が各々中心となる診療システムグループがあり、その特色が明らかになった。今後在宅医の早期参加に関する仕組みをこれらのフィールドで検討する。

F. 健康危険情報

今回の班研究での検討に際しては、組織調査およびデータの解析のみであったので、対象者の健康に影響するような、記載すべき健康危険に関する報告

は無い。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) N. Seki, K. Uematsu, R. Shibakuki, K. Eguchi Promising New Treatment Schedule for Gefitinib. N. Seki, K. Uematsu, R. Shibakuki, K. Eguchi Promising New Treatment Schedule for Gefitinib. J Clin Oncol 24;29. 3212-3, 2006
- 2) T. Seto, N. Seki, K. Uematsu, T. Tanigaki, S. Shioya, T. Kobayashi, S. Uemura, K. Eguchi Gefitinib-induced lung injury successfully treated with high-dose corticosteroids. Respirology, 2006; 11, 113-6
- 3) R. Shibakuki, T. Seto, K. Uematsu, K. Shimizu, N. Seki, M. Nakano, H. Ishii, M. Ohta, K. Eguchi, Pulmonary adenocarcinoma associated with SAPHO Syndrome difficult to differentiate from multiple bone metastasis. Internal Medicine 45: 543-6, 2006
- 4) Morita S, Kobayashi K, Eguchi K, Matsumoto T, Shibuya M, Yamaji Y, quality of life data in advanced stage 9, 243-55, 2006
- 5) 江口研二 緩和医療の期待と現実-そして今後 総合臨床55; 520-2, 2006
- 6) 江口研二: 本邦における肺がん臨床試験の実際・肺がんの臨床試験 におけるインフォームドコンセント、呼吸器科、7巻5号 Page460-465, 2005.
- 7) 田仲曜, 永島浩子, 奥山徹, 江口研二: 肺癌の緩和医療 保険医療 となった癌緩和ケアチームとは、日本胸部臨床64巻1号 Page22-30, 2005.

2. 学会発表

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
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
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
分担研究報告書

臨床現場からのがん患者の研究
分担研究者 小林一彦 JR東京総合病院 血液腫瘍内科

研究要旨

疾病構造の変化や人口高齢化を背景に在宅医療の推進が近年益々重要となっている。特に、がん臨床においては終末期における患者の尊厳を尊重する意義も加わり、積極的な在宅緩和医療の導入の事例が報告されている。本研究は、在宅緩和医療を早期に導入し通院治療との併用を可能にするための医療連携システム及び患者支援システムの整備を目的とする。研究1年目は、在宅緩和医療を導入した症例の調査研究を行った。JR東京総合病院で2006年5月1日から2007年2月28日までに在宅緩和医療を導入した症例は109症例であった。このうち、進行期癌40症例で在宅死を迎えることを目的として在宅緩和医療が導入されていた。進行癌の治療では化学療法等の延命を目的とした積極的治療を行っている時期から緩和療法を平行して行ってゆくことが肝要であり、本事例研究のように在宅緩和医療と入院および外来化学療法との併用が必要である。在宅医療推進には中核医療機関と在宅支援診療所との円滑な連携が重要と考えられた。

A. 研究目的

我が国における感染症から悪性腫瘍及び生活習慣病への疾病構造の変化や急速な人口高齢化を背景に在宅医療が益々重要視されている。2006年6月に公布された「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」においても在宅医療の推進が謳われ、医療法の改正や診療報酬の評価などでその推進を図られている（平成18年版 厚生労働白書）。

一方、臨床現場の視点では、終末期医療における患者の尊厳を尊重する立場から積極的な在宅緩和医療導入の事例が報告されている（川越正平，月刊総合ケア，2007、梅木雅彦，癌と化学療法，2006、辻靖，癌

と化学療法，2006）。しかし、実際には在宅緩和医療を導入する際に、患者を支える医療関係者のネットワークの構築やその継続に難渋する事例をしばしば経験する（川越正平，月刊総合ケア，2007）。従って、本研究の目的を在宅緩和医療を早期に実現し通院治療との円滑な連携システムを構築することとし、研究1年目である平成18年度は、当院で経験した在宅緩和医療を導入した症例の事例研究を行ったので報告する。

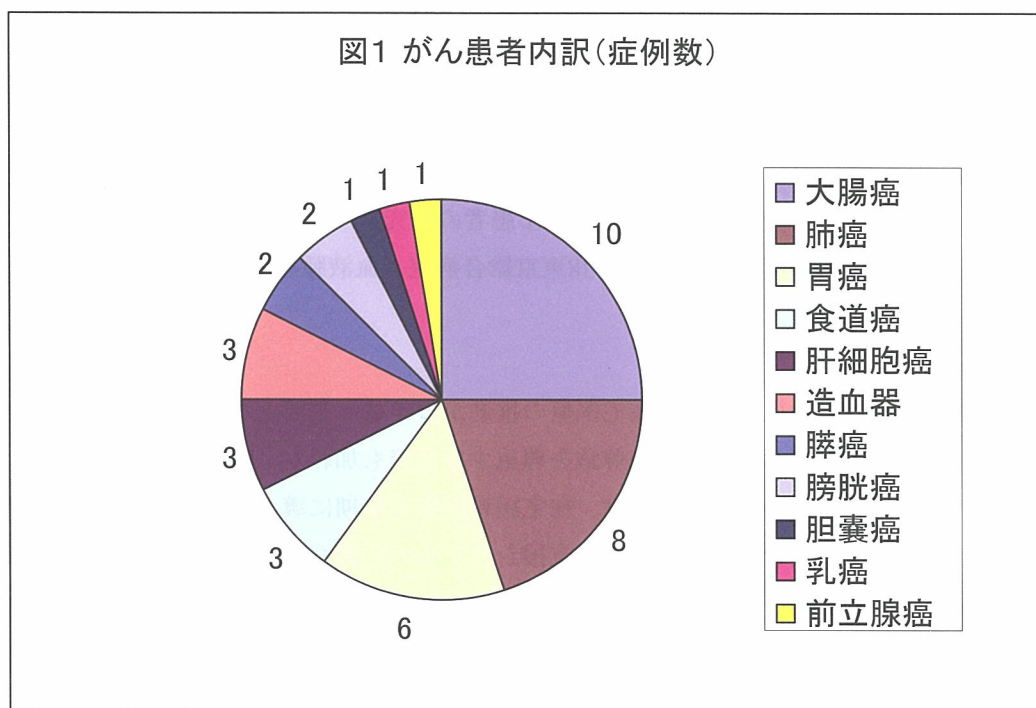
B. 研究方法

2006年5月1日から2007年2月28日の間にJR東京総合病院で在宅医療を導入した症例について事例研究を行った。

(倫理面への配慮)

本研究に際して、個人情報は一切排除し、

臨床研究に関する倫理指針（平成16年厚生労働省告示第459号）に基づき行った。



C. 研究結果

JR東京総合病院で2006年5月1日から2007年2月28日までに在宅医療を導入した症例は109症例であり、そのうち進行癌40症例で在宅死を視野に入れた在宅緩和医療が導入されていた。

疾患の内訳は、大腸癌10例（結腸癌6例、盲腸癌2例、直腸癌2例）、肺癌8例（肺腺癌6例、肺小細胞癌2例）、胃癌6例（胃癌5例、残胃癌1例）、食道癌3例、肝細胞癌3例、造血器悪性腫瘍3例（急性骨髄性白血病1例、悪性リンパ腫1例、多発性骨髄腫1例）、膵癌2例、膀胱癌2例、および胆嚢癌、乳癌、前立腺癌がそれぞれ1例であり（図1）、全例で入院化学療法が施行されていた。

進行癌症例に在宅医療を導入した時点での年齢は46歳から93歳、中央値は76歳であった。全症例の一覧を表1に示す。全40例

中、在宅緩和医療導入にて在宅死を迎えた症例は17例であり、在宅緩和医療導入後に再入院を要し当院で死亡した症例は6例、在宅緩和医療からホスピスに移行し死亡した症例は3例、14例は調査時点で在宅緩和医療を継続中であった。

在宅死を迎えた症例は年齢76歳（中央値、50～83歳）であり、在宅医療導入から死亡まで40日（中央値、0～144日間）を自宅で過ごしていた。在宅医療導入後再入院から死亡に至った症例では年齢80歳（中央値、69～91歳）、再入院まで9日間（中央値、1～102日間）を要し在宅医療導入から死亡まで19日（中央値、6～129日間）であった。

在宅医療導入後再入院を要した事由として、痙攣発作（1例）、敗血症による悪寒戦慄（1例）といった突発的な症状出現や、癌性疼痛や癌性の呼吸困難感等の症状緩和が十分でなかった（3例）理由があげられ

た。いずれも訪問診療医からではなく、患者本人や患者家族からの要望で再入院となっていた（表2）。

症例	年齢*性別	基礎疾患	死亡場所	死亡までの期間(日間)	再入院までの期間(日間)
1	71M	直腸癌	自宅	23	再入院なし
2	57F	胃癌	自宅	46	再入院なし
3	77M	胃癌	自宅	71	再入院なし
4	67M	膵癌	自宅	40	再入院なし
5	70M	大腸癌	自宅	9	再入院なし
6	67M	大腸癌	自宅	144	再入院なし
7	76F	白血病	自宅	12	再入院なし
8	83M	前立腺癌	自宅	2	再入院なし
9	77M	膀胱癌	自宅	21	再入院なし
10	50F	乳癌	自宅	98	再入院なし
11	78M	膀胱癌	自宅	83	再入院なし
12	76F	食道癌	自宅	129	再入院なし
13	77F	大腸癌	自宅	24	再入院なし
14	77F	肺腺癌	自宅	31	再入院なし
15	76F	食道癌	自宅	46	再入院なし
16	66M	胃癌	自宅	54	再入院なし
17	66F	肺小細胞癌	自宅	0	再入院なし
18	80M	胃癌	当院	44	7
19	83M	残胃癌	当院	129	102
20	80F	肝細胞癌	当院	6	5
21	69F	大腸癌	当院	23	21
22	75M	肺小細胞癌	当院	8	1
23	91F	肺腺癌	当院	15	10
24	91F	肺腺癌	ホスピス(他院)	106	87
25	69M	肝細胞癌	ホスピス(他院)	38	24
26	77F	胆のう癌	ホスピス(他院)	50	2
27	85M	悪性リンパ腫	生存	生存	8
28	57M	大腸癌	生存	生存	6
29	77M	肝細胞癌	生存	生存	再入院なし
30	69F	S状結腸癌	生存	生存	再入院なし
31	93F	盲腸癌	生存	生存	再入院なし
32	66M	膵頭部癌	生存	生存	再入院なし
33	86M	食道癌	生存	生存	再入院なし
34	76F	多発性骨髄腫	生存	生存	再入院なし
35	64F	肺腺癌	生存	生存	再入院なし
36	80F	盲腸癌	生存	生存	再入院なし
37	86F	直腸癌	生存	生存	再入院なし
38	66F	肺腺癌	生存	生存	再入院なし
39	79F	胃癌	生存	生存	再入院なし
40	91F	肺腺癌	生存	生存	再入院なし

者本人（1例）や患者家族（5例）からの要望
表1. 在宅医療に移行した進行癌症例一覧

*在宅医療導入時の年齢を示す

症例	年齢性別	疾患	再入院までの期間	再入院の事由
18	80M	胃 癌	7日間	肝性脳症の経過中、痙攣発作を来したため
19	83M	残 胃 癌	102日間	敗血症による悪寒戦慄が強いため
20	80F	肝 細 胞 癌	5日間	意識障害にて不穏(大声をあげる等)のため
21	69F	大 腸 癌	21日間	苦痛様症状が強くなったため
22	75M	肺小細胞癌	1日間	呼吸困難による不安感増強のため
23	91F	肺 腺 癌	10日間	内服できず、呼吸困難感増強のため

表2. 在宅医療導入後再入院を要した症例の事由

D. 考察

今回の事例研究ではJR東京総合病院 で2006年5月1日から2007年2月28日までに在宅緩和医療を導入した進行癌症例40例について検討した。

対象症例の年齢中央値は76歳と高齢であり、これは過去の報告に一致する(今村貴樹, 癌と化学療法, 2002)。疾患に関しては、乳癌と前立腺癌がそれぞれ1例のみであり、婦人科癌が含まれていないが、単独医療機関での検討であり疾患の分布に関しては医療施設の特徴と関係していると考えられる。

在宅医療を導入した40症例は全例でなんらかの入院化学療法を施行した後にbest supportive careに移行した症例であった。造血器悪性腫瘍を除くと、外来化学療法と並行して在宅緩和医療を行った症例はなかった。造血器悪性疾患は症状緩和を目的に化学療法を施行することがあり、末期でも一定の症状緩和が得られる。そのような場合、入院でなく外来化学療法を選択することは患者の尊厳の尊重に有益である。在宅緩和医療の意義の一つは患者尊厳の尊重にあることから、非造血器癌においても外来化学療法と在宅緩和医療を積極的に併用すべきであると思われる。本事例研究において全ての非造血器癌で外来化学療法と在宅緩和医療が併用されていなかった点は、固形癌に対する化学療法感受性が造血器癌に比して低いことが一因であると思われるが、在宅緩和医療導入から死亡までが35日間(中央値, 0~14日)と比較的短いことと考え合わせると、在宅緩和医療導入の時期が遅いことを示唆していると思われる。また、在宅緩和医療導入後に再入院となった症例が導入後わずか9日目に再入院し、再入院後19

日で死亡しており、再入院後に退院して在宅緩和医療を再導入し得た症例がないこともそれを裏付けている。

病状が進行し死期の直前に在宅緩和医療を導入している現状は、在宅緩和医療の利点を十分に生かせておらず、今後、在宅緩和医療と通院治療の円滑な連携システムを構築する際に、外来化学療法との併用を十分に考慮した早期の在宅緩和医療導入を計る必要がある。

E. 結論

進行癌で在宅緩和医療を導入した40症例を検討した。造血器癌を除くと在宅緩和医療を外来化学療法と併用していなかった。在宅緩和医療導入は遅くなりがちでありその利点を十分に生かせていない。今後、在宅緩和医療と外来化学治療の円滑な連携システムを構築することが必要である。

F. 健康危機情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

特になし

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 佐藤 智 岩手県立磐井病院緩和医療科長

研究要旨 在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進について、「緩和ケア看護支援センター」、および「一関在宅緩和支援ネットワーク」設立、活動を通して、すでに知られるさまざまな阻害因子を解決するための実践的研究を始めた。その結果、病院－在宅の患者移行への支援が可能であり、在宅の現場において訪問施設や家族への支援が行われた。

A. 研究目的

著者は、社会復帰を目指したがん疼痛治療における病院－在宅継続医療のあり方についての研究〔12指－2がん専門医療施設を活用したがん診療の標準化に関する共同研究〕において、在宅緩和ケアを普及するための要件を指摘した。

- ①地域が円滑に患者を受け入れる体制
- ②地域医療機関による「チーム医療」の育成
- ③施設連携立ち上げの手法
- ④麻薬性鎮痛薬による鎮痛法の普及
- ⑤病診連携に加えて病病連携の必要性
- ⑥地域連携室の設置
- ⑦麻薬院外処方の整備
- ⑧システムづくりのガイドラインの必要性

本研究では、地域特性や情勢の変化を踏まえて、上記要件を整備し、在宅医の早期参加を可能にするための地域中核病院の在宅緩和ケアモデルを検討する。

B. 研究方法

当院は岩手県立病院再編計画により広域中核病院と位置づけられ、平成18年4月に新築移転した。その際、緩和ケア病棟、緩和ケア看護支援センター、地域連携室が新設された。当院は病床数305、平均在院12日、がん死亡数はおよそ150人/年である。人口動態統計によると当地域の在宅がん死亡は5%前後とされている。在宅緩和ケアの対象となる医療圏は岩手県南～宮城県北にわたる約12万人である。当該地区は1市4町2村合併により新「一関市」となり、医師会も合併し、在宅療養支援診療所は2施設が届け出た。

（1）緩和ケア看護支援センターは日本看護協会主催の緩和ケアナース要請研修修了1名、がん疼痛認定看護師1名、MSW1名が専従し、主な業務内容としては、緩和ケア看護応援、コンサルテーション・コーディネート、緩和ケア相談窓口がある。①市民、

患者・家族、院内他部門に対する窓口業務、啓発活動により円滑な在宅移行と地域受け入れを目指す。②院内外での実地指導や研修活動をおこない「チーム医療」の育成にあたる、③麻薬性鎮痛薬の普及においても、まず一般看護への専門的支援を図る④連携施設からの再入院先として緩和ケア病棟を想定し、退院前カンファランスにて事前に関係者のコンセンサスを得る、また実際の再入院希望事例に対しては必要性、支援の可能性、家族の理解を把握し適切な看護支援を行う⑤高齢化により老老介護、病病介護を抱える家族に対して、家族支援、介護職による看取りなど、在宅ケアを実施、継続を可能にする支援をコーディネートする

（2）「一関在宅緩和支援ネットワーク」は、地域内の医療、介護機関、行政、市民が一体となって、在宅緩和ケアの現場を支援しようと言うものである。平成18年4月から関係者が集まり「設立準備会」が毎月開催されている。とくに、①家族支援のための医療と介護の連携体制の整備、②在宅医に対する症状緩和法の普及と院外処方による実践を可能にする体制を整備することが当面の課題である。

（倫理面への配慮）

本研究にあたり、個人情報保護法を遵守し、本研究により知りえた個人情報の保護に留意する。また「一関在宅緩和支援ネットワーク」会則に、倫理面の項を設ける。

C. 研究成果

「緩和ケア看護支援センター」の活動実績（平成18年4月～平成19年2月の在宅ケア関連）

【外来】在宅療養指導6回、【病棟】在宅に向けての医療処置指導14回、病棟訪問26回、【患者家族相談】在宅療養に関して25回、医療処置指導3回、院外症例の相談2回、【在宅訪問（17例について）】28回、（医師訪問47回）【その他】カンファランス1

7回、グリーンケア5回、デスクンファランス（訪問看護との）4回、【電話連絡】業者28回、訪問看護ステーション220回、他医療施設47回、在宅患者へ139回

(2) 「一関在宅緩和支援ネットワーク」設立準備会12回を経て、平成19年3月24日設立総会が行われた。参加施設・部門は、診療所8（うち在宅支援診療所2）、病院3、訪問看護ステーション10、調剤薬局9、介護事業所6、福祉関係7、事務部門（地域連携室）2、社会福祉協議会1、市民グループ1である。

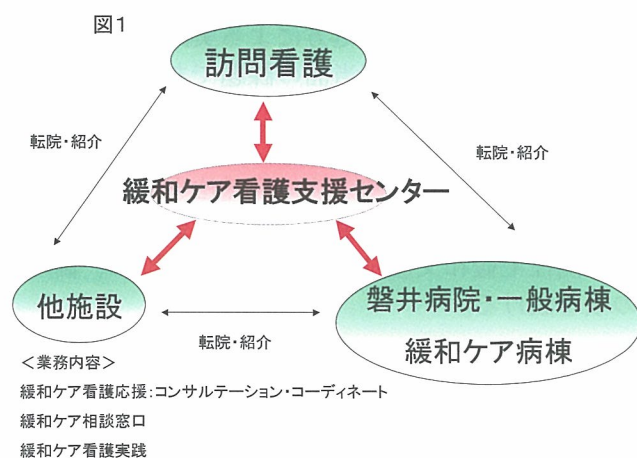
今年度事業として、先進地視察が行われた。平成19年2月16日宮城県仙南地区在宅ホスピスケア連絡会を当会会員7名が訪問し、プレゼンテーションと往診同行、および施設見学が行われた。その結果、ケアチームの役割分担と協働のための退院前カンファランス、ネットワーク事務局の充実、家族ケアとのチームの一体的関係などが今後の活動の参考になると考えられた。

医療関係者向け小冊子「在宅緩和ケアの支援ガイド」が作成され、参加各施設の紹介のほか、麻薬院外処方による疼痛などの症状緩和法が紹介され、会員が一定の共通理解のうえにチームケアを展開するための基礎作りが行われた。

市民向け小冊子「在宅ホスピスケアガイドブック」（岩手県立二戸病院等作成）が増刷され、今後市民への啓発を目的に配布する予定。

D. 考察

(1) 「緩和ケア看護支援センター」は、緩和ケア病棟、院内一般病棟のほか、広域中核病院として他施設および在宅への緩和ケア看護支援をおこなう目的で設置された（図1）。



コンサルテーションの他、院内外からの在宅に向けた相談窓口、在宅ケア看護の実践をおこなった。その結果、とくに訪問看護ステーションとの電話連絡が頻繁になされた。内容は病状の変化に伴う対応、薬剤・医療材料に関することが多く、円滑な在宅ケ

アの実践のために、訪問看護ステーションと病院側と密接な関係が必要であると考えられる。次いで在宅患者・家族への電話相談が多く、不安や問い合わせに応える業務も重要であると考えられる。

また在宅症例では退院前カンファランスを主催した（表1）。

表1 在宅カンファランス

<ul style="list-style-type: none"> ■ 主治医・副主治医 ■ 受け持ち看護師 ■ 訪問看護ステーション ■ 御本人・家族 ■ 緩和ケア看護支援センター看護師・MSW ■ ケアマネージャー ■ サービス事業所 ■ 保健師 ■ 薬剤師 ■ 調剤薬局 	<p>カンファランスの内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 診療情報 ■ 看護情報 ■ 薬剤情報 ■ 予測される課題 ■ 訪問診療 ■ 訪問看護 ■ 緊急の連絡場所・方法 ■ 緊急時の対応・入院先 ■ その他
---	--

再入院の場所については、在宅ケア中の自然経過による臨終では検死は不要である、呼吸停止間際に救急車を依頼すると救命救急士による心肺蘇生を受けることになる、また、どの症例でも24時間連絡体制がとられていることなど、スタッフと家族があらかじめ十分な情報交換をすることによって再入院を避けることができる。不安を解消して早期に退院在宅に移行するためにも重要であると考えられる。

(2) 「一関在宅緩和支援ネットワーク」在宅医となる診療所は一人医師のことが多く、在宅支援診療所の届け出目的にとどまらず、在宅医を支援する地域連携が必要である。当ネットワークの参加者は多様な職種からなり、今後、在宅緩和ケアを推進するために、早期から在宅医を支えることが期待される。それによって、最終的には当地域の家で最後まで過ごしたいと願う、多くの患者の願いをかなえることが期待される。そのため、来年度（活動初年度）活動計画は、①当ネットワークの存在を地域に知ってもらう。とくに地域巡回型緩和医療相談会の開催。②地域で支える体制作り③調査研究などが総会にて決定した。

E. 結論

早期から在宅医が在宅緩和ケアに参加するためには様々な支援体制、市民の理解が必要である。本研究は体制作りのモデルとして、初年度に「緩和ケア看護支援センター」を立ち上げ家族や訪問看護との連携に一定の成果を挙げた。また、在宅医と家族を支援する「一関在宅緩和支援ネットワーク」が年度末に設立され、地域連携のモデルとして今後の活動に期待される。

G. 研究発表

1. 論文発表

佐藤智：在宅における臨床の実際～疼痛のマネジメントを中心に～、緩和ケア、16:492-496, 2007.

2. 学会発表

佐藤智：緩和ケアの病期とPCAの役割、日本ペインクリニック学会誌、13:255, 2006

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 谷水 正人 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター

研究要旨

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は重要である。初年度は松山地区の在宅医療実態について調査報告した。医師会主導で在宅医療に積極的な松山地区では、「在宅療養を患者が希望するにもかかわらず医療提供体制が不備なために在宅移行が実現できない」という事態はほぼ解消されている。しかし当四国がんセンターからみた場合、松山地域は例外であり医療提供側の問題で在宅移行が困難である例にはまだ多く遭遇する。本研究では自験例を通じて先進地域と後進地域の問題を検討し、地域医療提供体制としての在宅緩和医療推進における課題を明らかにする。

A. 研究目的

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を進めるにあたり、愛媛県松山市医師会による在宅医療推進の実態調査と現状分析を試み、調査実験フィールドとしての背景をと課題を検討した。

B. 研究方法

松山市の人口、高齢化率、医療機関数、訪問看護ステーション数など在宅医療の対象としての規模、医師会活動としての在宅医療への取り組みを各種公表資料分析（地域講習会資料、インターネット検索を含む）、医師会事務局へ調査を行った。

（倫理面への配慮）

患者の個人情報にあたる調査は行わない。医療機関への調査はデータ集計調査のみであり、固有名に関する調査は避けた。

C. 研究成果

1) 調査実験フィールドとしての松山地域調査結果：

松山市の規模（平成19年1月）：松山の人口は514,754人（高齢者人口101,154人、高齢化率19.7%、世帯数224,779、高齢者のいる世帯73,606、うち高齢者単身世帯27,365、高齢者夫婦世帯18,834）、要介護認定者数20,756人（要支援1+2 5,900人、要介護1 4,693人、要介護2 3,084人、要介護3 2,429人、要介護4 2,206人、要介護5 2,444人）。

松山地域の医療サービス事業者：診療所449（在宅療養支援診療所64）、病院45、歯科診療所249、訪問看護ステーション数39、地域包括支援センター13であった。

2) 松山市医師会の在宅医療への取り組み調査
松山市医師会では、病診連携委員会、在宅医療懇

話会、在宅医の会が立ち上がり、医療連携、在宅医療に関する取り組みが積極的に行われている。それらの主な活動を要約すると、

a) 地域医療機関の緩和医療、在宅医療、脳血管障害、後方支援病院の受け入れ対応可否とその詳細（平成10、11、12年度に調査）について、地区別マップと共に医師会イントラネットに掲載、冊子として医療機関に配布された。

b) 平成16年度に各医療機関の在宅医療対応状況が調査され、その詳細は各医療機関、訪問看護ステーション、医療介護福祉関連施設へ配布され、イントラネットに掲載、簡略情報はインターネット公開ページにも掲載されている（<http://www1.ehime.med.or.jp/mma/index.htm>）。

回答した医療機関（回答率55%）の3割が在宅医療に積極的に取り組み、3割が在宅医療に協力する、残り4割が在宅医療には関与しない、と回答している。在宅医療専門医が1医療機関存在し、複数医師による24時間体制が取られているが、在宅専門医ではなく。

c) 在宅医療懇話会（医療関係者、保健介護福祉行政の関係者全てが対象）が平成13年3月から毎年3回（毎回100-150名（医師30-50名）の参加）、在宅医の会（在宅医療を担う医療のスペシャリスト養成講座、医師限定）が平成16年度から毎年3回（毎回30-50名の参加）、これらが医師会主導で開催されている。また医師会勤務医部会（年1回総会開催）において、アンケート調査に基づいた病診連携に関する意見交換あるいは先進地域での病診連携に関する勉強会等が設けられ、勤務医会員と開業医会員との懇親会（年1回、青年開業医会主催）も行われている。

d) 四国がんセンターの病診連携等対応状況をみ

ると、2006年4月から2007年3月末までの紹介患者受け入れ、逆紹介、症例相談、診断依頼、共同診療計画の作成は7,121件、逆紹介2,125件、緩和医療に関する連携医療機関60カ所となっている。緩和ケアチームが関与した患者の最終的な死亡場所の年次推移を見ると次第に在宅死の割合が多くなっている。

チーム対応 患者の死亡 場所	当院にて 死亡	近くの病院 で死亡	在宅 死
H15.4～16.3	49	15	7
H16.4～17.3	55	29	16
H17.4～18.3	76	60	29

D. 考察

松山地域においても人口高齢化率は20%を超えようとしており、高齢者単身世帯、高齢者夫婦世帯数が多くなっていることは今後の在宅医療体制の構築に暗雲を投げかけている。医療提供体制だけの問題で在宅医療を推進することが出来ないことをまず認識しておく必要がある。

本調査では松山地区は在宅医療への取り組みに医師会主導で積極的であることが示された。我々四国がんセンターの経験として、現在、在宅に帰りたいと希望する終末期がん患者が医療提供体制が整わないという理由で在宅に帰られないという問題はこの最近はほぼ解消された。地域的に在宅医療提供体制の環境はかなり整備されつつあると言える。しかし地域的には例外であり、自験例から推定するに松山地区とその他の地区で在宅移行実現の割合は大きく異なると思われる。地域間格差を解消し広くあまね

く在宅医療環境を整えるために何が重要か、本研究の意義は大きいと考える。

また今回は調査対象から外れたが、基幹病院側の対応として退院調整部門の拡充は重要である。入院早期に在宅移行困難例をスクリーニングし、社会資源の活用を駆使して、患者・家族負担を軽減していく取り組みも重要であると考ええる。

E. 結論

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は重要であり、課題は大きい。在宅医療先進の松山地域の試みと自験後進地域の問題を中心に分析し、地域モデルとしての解決策を提案していきたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 谷水正人他 がんセンターと医療連携（地域連携） 癌と化学療法 33 1563-1567 2006
2. 田所かおり 谷水正人他 医療者が考える末期がん患者の退院阻害要因 癌と化学療法 33 338-340 2006
3. 田所かおり 谷水正人他 家族性乳癌家系の経験による積極的働きかけへの方針転換 家族性腫瘍 7 27-29 2007

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（1）

分担研究者 中川恵一 東京大学附属病院緩和ケア診療部長

研究要旨 東大病院緩和ケア診療部のデータベースの情報から、東大病院で治療を受けたがん患者の転帰を分析して、東大病院のがん患者が在宅緩和医療への移行するための条件を推測した。

A. 研究目的

東京大学附属病院における癌患者の基本情報と転帰を調査し、在宅緩和医療への移行がどの程度実現しているのかを分析して、大学病院に入院する癌患者が在宅緩和医療へ移行するために必要となる条件を推測する。

平均診療日数

全患者（571人）	30.5日/人
死亡退院の患者（281人）	32.7日/人

B. 研究方法

平成16年6月9日～平成18年12月31日に東大病院に入院していた癌患者で、主治医から緩和ケアの適応があると判断され、緩和ケアチームにコンサルトされた571人を対象とし、東大病院緩和ケアチームのデータベースから癌患者の基本情報と転帰を解析する。

（倫理面への配慮）

後ろ向きの研究であり、介入研究ではないので、登録患者には包括同意があると判断される。

C. 研究結果

平均年齢 62.9歳 （11～93歳）

男女別患者数

性別	患者数	%
男	342	59.9
女	229	40.1
計	571	100.0

終診理由	患者数	%
死亡退院	281	49.2
転院（一般病棟）	37	6.5
転院 （緩和ケア病棟/ホスピス）	5	0.9
転院先不明	44	7.7
終了	24	4.2
在宅	14	2.4
外来	154	27.0
その他	12	2.1
合計	571	100.0

D. 考察

東大病院緩和ケアチームが診察した癌患者のなかで、在宅緩和医療に移行できた患者はわずか2.4%であった。緩和ケア病棟/ホスピスへの移行は0.9%でさらに低く、一般病棟への転院も6.5%であった。緩和ケアチームが診察した癌患者の約半数（49.2%）が死亡退院していること、転帰として外来へ移

行した患者が27%と高いことを考え合わせると、東大病院で癌治療を受けた患者は、入退院を繰り返して、最終的には東大病院で死亡するというケースが大半を占めると考えられる。そして、緩和ケアチームの平均診療日数が30.5日で、死亡患者の平均診療日数が32.7日であることを考えると、癌患者とその家族が在宅緩和医療を知り、在宅緩和医療に移行するための時間は極めて少ないといえる。

E. 結論

東大病院では厚生労働省の指導に従って各病棟に緩和ケアチームのポスターが提示されており、緩和ケアの情報が入院患者に提供されているが、緩和ケアチームへのコンサルテーションは99%以上が主治医からの依頼である（癌患者から直接依頼は571人中1人）。したがって、主治医が早期から緩和ケアの必要性を考え、癌の治療中から緩和ケアチームにコンサルテーションしないと癌患者が在宅緩和医療やホスピスへ移行することは困難と考えられる。また、緩和ケアチームは、癌患者には早期から緩和ケアチームの介入が必要であることを院内の癌治療担当医に理解して貰えるように、常に緩和ケアの情報を院内で発信する必要がある、癌治療過程で入院から外来へ移行する患者には主治医と協力して在宅緩和医療の啓発を行う必要がある。

G. 研究発表

未定

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（2）

分担研究者 中川恵一 東京大学附属病院緩和ケア診療部長

研究要旨 大学病院入院中の癌終末期患者のうち、緩和ケア中間施設を利用して在宅ケアに移行した5名の移行具合をretrospectiveに評価したところ、大学病院→緩和ケア中間施設→在宅というシステムがスムーズに機能することが示唆された。

A. 研究目的

東大病院緩和ケア診療部と緩和ケア中間施設（要町病院）ならびに在宅型緩和ケア施設（要町ホームケアクリニック）が提携することで、東大病院入院中の癌終末期患者が在宅緩和ケアに円滑かつ効率的に移行できているかを検証することとした。

B. 研究方法

東大病院入院中の癌終末期患者のうち、在宅緩和ケアを希望して要町病院へ転院した患者について、①在宅医 ②訪問看護ステーション、ケアマネージャーの選択や依頼 ③医療処置（ポート埋め込み、胃瘻など）④在宅での医療サービス（HOTなど）、福祉サービスなどへの申請（介護保険など）の4項目について円滑に行なえたかどうかretrospectiveに評価した。

C. 研究結果

平成18年8月より現在までに、5名の患者の在宅緩和ケア移行を試み、全員が在宅緩和ケアへの移行が可能となった。在宅移行までの要町病院入院期間は最短6日、最長41日で平均20.4日であった。①在宅医の選択はインターネット上のデータベースを利用したが、アップデートされた情報が少なく、有用な情報とならなかったために、個人的な知己により在宅医療を依頼する結果となった。②訪問看護ステーション、ケアマネージャーの選択や依頼 ③医療処置（ポート埋め込み、胃瘻など）④在宅での医療サービス（HOTなど）、福祉サービスなどへの申請（介護保険など）はタイム・ロスなくスムーズに進めることが可能であった。

D. 考察

東大病院入院中の癌終末期患者のうち、在宅緩和ケアを希望する患者5名に要町病院へ転院していただいて、在宅移行準備を行った結果、全員を在宅緩和ケアに移行させることができた。また2名は在宅

での看取りを行うことができた。一般的に大学病院のみならず、癌専門病院や公立病院などの基幹病院は、患者のニーズの多様化や法整備により在宅緩和ケアの重要性を認識しているが、一部の病院を除き医療連携室などが十分機能しているとは言えない。また東京都内だけでも1000件以上の在宅支援診療所の届出があるにもかかわらず、実際在宅緩和ケアを行い得る施設は1割未満と言われておりその情報は把握不可能で、そのことも基幹病院からの在宅緩和ケア移行を阻害する一因となっている。今回、東大病院緩和ケア診療部と緩和ケア中間施設（要町病院）ならびに在宅型緩和ケア施設（要町ホームケアクリニック）が提携することで東大病院入院中の癌終末期患者をスムーズに在宅緩和ケアに移行させることができた。今後は症例を重ねることで、より円滑・効率的な移行方法の確立ならびに在宅医のネットワークの構築とその情報公開が検討課題と考えられる。

D. 考察

東大病院入院中の癌終末期患者のうち、在宅緩和ケアを希望する患者5名を要町病院へ転院させ在宅移行準備を行い、全員を在宅緩和ケアに移行させることができた。また2名は在宅での看取りを行うことができた。一般的に大学病院のみならず、癌専門病院や公立病院などの基幹病院は、患者のニーズの多様化や法整備により在宅緩和ケアの重要性を認識しているが、一部の病院を除き医療連携室などが十分機能しているとは言えない。また東京都内だけでも1000件以上の在宅支援診療所の届出があるにもかかわらず、実際在宅緩和ケアを行い得る施設は1割未満と言われておりその情報は把握不可能で、そのことも基幹病院からの在宅緩和ケア移行を阻害する一因となっている。今回、東大病院緩和ケア診療部と緩和ケア中間施設（要町病院）ならびに在宅型緩和ケア施設（要町ホームケアクリニック）が提携することで東大病院入院中の癌終末期患者をスムー

ズに在宅緩和ケアに移行させることができた。今後は症例を重ねることで、より円滑・効率的な移行方法の確立ならびに在宅医のネットワークの構築とその情報公開が検討課題と考えられる。

G. 研究発表

未定

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（3）

分担研究者 中川恵一 東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部

研究要旨 癌性疼痛が患者の日常生活を大きく制限し、QOLの維持を困難にすることは広く知られている。従来の疼痛評価法としては、診察時における医療者との面接や、紙の日記への記録が用いられているが、データの信頼性の問題が指摘されてきた。測定データの信頼性を上げるために、近年、行動医学の分野ではEcological Momentary Assessment (EMA) という日常生活下で起きた現象をその瞬間に記録する方法が開発されてきた。従って、本研究では、携帯情報端末を用いてEMAの手法を応用し、日常生活下における疼痛・気分・服薬状況をリアルタイムに測定・記録することにより、「在宅の疼痛患者における、より適切な疼痛コントロールシステムの開発」を目指して、1. 癌患者における疼痛評価方法の検討 2. 健常者を対象とした使用感の調査 3. 緩和ケアを受けている患者におけるパイロットスタディを行った。

A. 研究目的

携帯情報端末を用いてEMAの手法を応用し、日常生活下における疼痛・気分・服薬状況をリアルタイムに測定・記録することにより、より適切な疼痛コントロールシステムを開発すること。

B. 研究方法

1. 癌患者における疼痛評価方法の検討

携帯情報端末に組み込む質問項目のセットの作成にあたり、癌患者の疼痛評価に関して、疼痛の指標、測定回数・期間、疼痛と共に測定すべき項目について過去の研究を検討した。

2. 健常者を対象とした使用感の調査

負担が大きかった場合のリスクを考慮し、まず、健常者を対象としたパイロットスタディを行い、プログラムの動作状況、使用感の調査を行った。

3. 緩和ケアを受けている患者におけるパイロットスタディ

本調査の前に緩和ケアを受けている患者において、使用感の調査などを行った。

C. 研究成果

1. 癌患者における疼痛評価方法の検討

疼痛患者を対象として行われた過去の研究を検討した結果（Gaertner J. J Pain Symptom Manage 2004; Cook AJ. Pain.2004; Cruise CE. Pain 1996; Stone AA. Pain 2003; Shirley SH.

Pain 2003; Mercadante S. Cancer 2002; Chapman R. Lancet 1999; Badr H. J Behav Med 2006; Mystakidou K. Qual Life Res 2005; Desbiens NA. Pain 1997など）、今回の研究では、疼痛の指標としてVASを採用し、記録回数は1日5回(+α：頓用薬使用時から経時的に記録)、期間は1週間とした。疼痛と同時に測定する項目としては倦怠感・抑うつ・不安・嘔気を採用し、疼痛との関連および経時的変化を追うこととした。また、頓用薬服用時には、タイマーを作動させ、その後、経時的に症状を追うことにした。そして、これらの質問項目を携帯情報端末に組み込むためのソフトウェアの作成を行った。

2. 健常者を対象とした使用感の調査

5名の健常者でのパイロットスタディを施行した。調査期間中、プログラムの不具合が発見され、調整を行った。使用感に関しては、特に問題がないとのことであった。

3. 緩和ケアを受けている患者におけるパイロットスタディ

今年度は、2名の患者で施行した。2名の内訳は、70歳男性（膵癌 stage IVbに対して化学療法・放射線療法後、PS 3）および57歳男性（直腸癌術後肺転移に対して化学療法目的で当院入院中、PS 1）であった。

使用感に関しては、1例目の患者からの報告では、回答が強制されなかったこと、短時間で回答できたことで予想以上に使用感が良いとのことで、予定通り1週間の調査期間完遂された。2例目の患者からの報告でもは、コンピューター使用経験はほとんどなかったとのことであるが、使用感が予想以上に良いとのことであった。

D. 考察

まず、質問項目の選定に際して、過去の研究を調査し、必要最低限の項目を選択するよう留意したが、少なくとも今回の調査からは、癌患者において、項目に関する多さの指摘がなく、負担がそれほど大きくないことが示唆された。また、測定スケジュールに関しても、負担感が少なく、十分使用することが可能であると考えられた。来年度以降は、本年度で作成された測定項目および測定スケジュールで本調査に入りたい。

G. 研究発表

未定

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 兵頭一之介 筑波大学大学院消化器内科教授

研究要旨 在宅医の早期参加のための地域緩和ケア供給体制の問題点を明らかにし、今後取り組むべき課題を明確化するとともに、施設間の交流および連携を深めるために、茨城県南の在宅支援診療所、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟、専門緩和ケア従事者（緩和ケアチームのメンバー）、ソーシャルワーカー等が参加する連絡会議を開催。継続的に具体的に在宅医早期参加の地域緩和ケア受給体制の構築を目指す取り組みを開始した。

A. 研究目的

国民のニーズの高まり、およびがん対策基本法の成立に伴い、がん医療における緩和ケアの役割は高まりつつある。しかし在宅療養支援体制および一般病院における緩和ケアの受給体制は整備されているとは言い難い。がん患者およびその家族が『いつでも、どこでも』適切な緩和ケアを、がんの診断時から死亡後に至るまで受けることが可能な体制を地域で整備するためには、それぞれの施設内での緩和ケアの提供体制を整えることはもちろんのこと、各施設間の連携をとっていくことが必須である。ここで最も重要な役割を担うのが豊富な臨床経験を持つ在宅医である。在宅医を中心に緩和ケアにかかわる各種職種と連絡会を開き定期的な連携のための問題点の抽出と最良のモデルを構築することを目的とした。

B. 研究方法

茨城県南地域は2施設の緩和ケア病棟を有しており、日本有数の専門緩和ケアサービスが行われているが、その一方、在宅療養支援体制および一般病院における緩和ケアの受給体制は整備されているとは言い難い。地域緩和ケア供給体制の問題点を明らかにし、今後取り組むべき課題を明確化するとともに、施設間の交流および連携を深めるために、茨城県南の在宅支援診療所、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟、専門緩和ケア従事者（緩和ケアチームのメンバー）、ソーシャルワーカー等が参加する連絡会議を開催。この定期的な連絡会を通じて緩和ケアにかかわる各種職種と連携のための問題点の抽出をおこない最終的に在宅医の早期参加を実現可能とする最良の連携モデルを構築する。

（倫理面への配慮）

特定個人のケースを例に取り検討することが、しばしばあるが、個人情報に関してガイドラインを遵守すること、さらに公表の際にも、これを守ることを関連する研究者に周知した。

C. 研究成果

茨城県保健福祉部保健医療課および茨城県看護協会のデータベースから、茨城県内の在宅支援診療所と訪問看護ステーションを把握した。茨城県南地域の116施設に参加を呼びかけ37施設（診療所16、病院4、訪問看護ステーション17）から医療関係者51名（在宅支援診療所医師16名、病院医師5名、看護師29名、ソーシャルワーカー1名）が第1回連絡会（平成19年1月25日）に参加した。

1）がん対策基本法の概要について説明を実施した（兵頭）、2）茨城県南における緩和ケア受給体制の現状分析を行った（筑波大学 木澤）。茨城県の現状：医療圏の人口は約30万人、がん死亡は約800人、医療圏に緩和ケア病棟が40床存在しており、2005年には300人あまりが緩和ケア病棟で亡くなる（日本有数の緩和ケア提供地域）。この資源をいかに地域全体で有効に活用できるかが課題。つくば大学病院の現状：平成16年4月から緩和医療を専門にする医師1名とホスピスケア認定看護師1名で院内コンサルテーションを実施。平成17年4月より常勤医師1名を雇用し、7月より緩和ケア加算を開始。10月1日に緩和ケアセンターを設置。大学病院で症状コントロールを実施、患者さんのニーズに応じて、様々な援助（在宅ケアや緩和ケア病棟への転院、意思決定の援助、家族内の調整）などを実施。しかし未だに在宅医の参加は充実しているとは言い難い。

3）茨城県南における緩和ケア受給体制の問題点とその課題について討論を実施（参加者全員）。ここで在宅支援診療所および訪問看護ステーションに対する実態調査（何ができて何ができないか）、具体的な支援のあり方、緩和ケアに関する連携の強化、緩和ケアコーディネーターの設置、地域コンサルテーション教育啓発活動などが検討事項として挙げられた。在宅医からは病院との連携を強化し、スムーズに在宅へと移行できる人的・物的環境を整備してほしいとの要望が強かった。4）今後の方向性について議論（参加者全員）。3）での議論を踏まえて次回