

厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業

通院治療・在宅医療等、地域に根ざした医療システムの展開に関する研究

平成 18 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 湯地 晃一郎

平成 19（2007）年 3 月

目 次

I . 総括研究報告書

- 通院治療・在宅医療等、地域に根ざした医療システムの展開に関する研究 7
東京大学医科学研究所附属病院 内科 湯地 晃一郎

II . 分担研究報告書

1. 臨床現場からのがん患者の研究 15
JR 東京総合病院 血液科 小林 一彦
東京大学医科学研究所附属病院 内科 瀧田 盛仁
2. 在宅医観点のがん患者診療の研究 19
医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所 川越 正平
東京大学医科学研究所
探索医療ヒューマンネットワークシステム部門 児玉 有子
3. 患者会活動による在宅医療研究 23
東京大学医科学研究所
探索医療ヒューマンネットワークシステム部門 田中 祐次
4. 在宅医療の医療経済 27
北海道大学大学院医学研究科 医療システム学分野 中村 利仁
5. 高齢者血液疾患における在宅医療の問題点に関する研究 31
東京都老人医療センター 血液科 河野 友美
東京都老人医療センター 血液科 宮腰 重三郎
6. 公的病院の在宅医療推進研究 33
東京都立府中病院 輸血科 濱木 珠恵
7. がん患者の看護の研究 35
東京大学医科学研究所
探索医療ヒューマンネットワークシステム部門 児玉 有子
筑波記念病院 血液内科 小松 恒彦
筑波記念病院 つくば訪問看護ステーション 久保谷 美代子

III . 研究成果の刊行に関する一覧表 41

IV . 研究成果の刊行物・別冊 45

I . 総括研究報告

厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

通院治療・在宅医療等、地域に根ざした医療システムの展開に関する研究

主任研究者 湯地 晃一郎 東京大学医科学研究所附属病院 内科

研究要旨

がん患者が希望する在宅・通院治療の実現のためには、在宅または通院治療の医療連携システムを整備し、高齢がん患者の生活の質を維持し、社会生活の継続を可能とすることが重要である。また、地域内の医療や看護、介護等の連携による通院治療・在宅医療の支援システムを構築し、患者・家族へ向けた情報のスムーズかつ的確な伝達を行い、地域社会・地域医療の信頼・連携を確立することも重要である。在宅・通院治療に関する医療連携システム及び患者支援システムの整備、加えて在宅・通院治療についての啓蒙活動についての研究を施行した。

分担研究者

- | | |
|--|---|
| ・小林 一彦
JR 東京病院血液内科 医長 | ・山口 拓洋
東京大学医学部生物統計学教室 助手 |
| ・川越 正平
あおぞら診療所 所長 | ・河野 友美
東京都老人医療センター血液科 医員 |
| ・小松 恒彦
筑波記念病院血液内科 医長 | ・濱木 珠恵
東京都立府中病院輸血科 医員 |
| ・田中 祐次
東京大学医科学研究所
探索医療ヒューマンネットワークシステム部門 助手 | ・児玉 有子
東京大学医科学研究所
探索医療ヒューマンネットワークシステム部門
リサーチフェロー |
| ・中村 利仁
北海道大学大学院医学研究科
医療システム学分野 助手 | |

A. 研究目的

本研究は、がん患者が希望する在宅治療と通院治療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。具体的には、がん患者が希望する在宅通院治療を円滑に実施するための在宅化学療法の医療連携システムの構築、がん患者・家族への在宅医療啓蒙支援システムの構築等を目的とする。

我が国では、高齢者のがん患者の数が爆発的に増加しているが、現状では在宅通院医療は普及していない。日本における2000年の全がん死亡者数は29.5万人であり、そのうち病院・診療所で死亡した患者数が27.7万人(93.8%)、

自宅で死亡した患者数が1.7万人(6.0%)であった。がん患者に対するアンケート調査では、89%の人が自宅での死亡を希望していたが、実際は自宅での死亡を希望している患者のうち希望通り自宅で死亡した患者割合は29.6%に過ぎず、59%の人は病院等の施設で亡くなっている。

在宅通院医療が普及していない原因は、現在がん患者の在宅治療・外来通院治療の支援システムが十分に理解・整備されておらず、希望通りに在宅・通院治療が行われない点にある。高齢者がん患者が生活の質を維持しつつ在宅・通院治療を可能とするためには、啓蒙

活動を行い、医療や訪問看護、介護、リハビリテーションなどの連携により、支援システムを構築することが必要である。

本研究では、がん患者が希望する在宅または通院治療の医療連携システムを整備することにより、高齢がん患者の生活の質を維持し、社会生活の継続が可能とすることを目標とする。同時に、地域内の医療や看護、介護等の連携による通院治療・在宅医療の支援システムを構築することで、地域社会・地域医療の信頼・連携が確立されることを目指す。それにより患者とその家族へ向けた情報のスムーズかつ的確な伝達が可能となり、患者・家族の啓発により不必要な入院が減り、在宅通院医療への理解と移行が進む。これにより、高齢者により占められる高額医療の低減が期待でき、医療経済の最適化が可能となる。また医療サービスの向上、医療サービスの均てん化も現実化すると予想される。

B. 研究方法

(1) 血液悪性腫瘍患者に対する在宅化学療法調査研究

悪性腫瘍患者に対する在宅化学療法に関するまとまった先行研究は乏しい。まず、研究方法について検討を重ね、悪性リンパ腫患者の在宅化学療法を実施した症例について調査研究を行った(分担研究者 児玉有子、小松恒彦、山口拓洋)。また悪性腫瘍患者に対する在宅医療の実態把握のため、東京23区内(分担研究者 小林一彦)、東京多摩地区(分担研究者 濱木珠恵)の調査研究を施行した。

(2) 在宅医療の実態調査研究

2005年1月から2006年12月の2年間、あおぞら診療所に受診歴のある患者115名の死亡に関して、疾患、看取りの場所、看取りの場所に影響した因子について分析研究を行った(分担研究者 川越正平、児玉有子)。

(3) 在宅医療啓蒙のためのパンフレット作成

在宅医療導入のための問題点が初年度平成18年度の研究より明らかになり、啓蒙のためにパンフレット「在宅医療ガイドブック」を作成した(分担研究者 児玉有子)。

(4) 高齢者急性白血病患者在宅医療調査

2006年1月から2006年12月の東京都老人医療センター血液科(東京都板橋区)に入院した急性骨髄性白血病患者について、在宅医療が可能かどうか調査研究を行った(分担研究者 河野友美)。

(5) 在宅医療の医療経済研究

入院治療から在宅医療への移行によって、費用が軽減されるのか、あるいは追加的費用として何が必要となるのかを検討研究した。看護師の増員が必要であるのか否かについて、限界的条件で追加的に必要とされる看護労働力を算出するシミュレーションを行った(分担研究者 中村利仁)。

(6) 患者会活動による在宅医療研究

血液疾患に対しての在宅医療の可能性を探るため、2005年9月から2007年2月までに血液疾患患者の患者会に送られてきた患者や患者家族からのメール内容について、在宅医療への患者、患者家族の話題について検討した(分担研究者 田中祐次)。

C. 研究結果

(1) 血液悪性腫瘍患者に対する在宅化学療法調査研究

在宅化学療法の事例研究においては、病院内の入院・外来で実施していた血液悪性腫瘍の化学療法を在宅で実施可能であることが示唆された。抗がん剤の投与方法・患者家族教育・患者の選択・医療経済的検討が今後の課題である。

在宅医療と通院治療の連携に関してであるが、東京23区内新宿区に位置するJR東京総合病院血液内科に於いて、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9症例のうち、外来化学療法を施行した症例は7症例、うち2症例は訪問診療と外来化学療法を平行した。年齢は71歳から90歳、疾患は悪性リンパ腫や骨髄異形成症候群、多発性骨髄腫など多岐にわたった。

また、東京多摩地区において、都立府中病院の初回入院患者は府中市を中心に周辺地域から集まっていることが明らかとなった。

(2) 在宅医療の実態調査研究

在宅医療で死亡した患者について、疾患、看取りの場所、看取りの場所に影響した因子について分析研究を行った。在宅医療を受けた患者115例中、71例(61.7%)は医療機関外の自宅等で亡くなり、44例(38.3%)が医療施設で亡くなった。医療施設入院希望の理由は、疾病治療目的で入院する場合と、家族による介護の破綻から在宅療養の継続が困難になり、入院を希望する場合が存在した。在宅療養を支援する機能をもつ病院の整備や緩和ケア病棟のさらなる拡充が重要と考えられる。

(3) 在宅医療啓蒙のためのパンフレット作成

在宅医療の啓蒙を患者・家族に行うために、パンフレット「在宅医療ガイドブック」を作成した。

(4) 高齢者急性白血病患者在宅医療調査

東京都老人医療センターにおいて、2006年4月から2007年1月まで、終末期血液悪性疾患11例のうち在宅医療を望む症例は4例であり、在宅医療を実際に施行した例は1例に留まった。在宅医療を実施する施設が存在しない、家族のサポートがない、などが主な実施不可能の理由であった。

(5) 在宅医療の医療経済研究

入院医療から在宅医療への移行によって、家族介護及び介護サービスへ看護サービスが転嫁されうるならば、移動時間がよほど大きい

地域でない限り、必要とされる看護師の数は減少することがシミュレーションにより示された。これは家族介護や介護サービスに転嫁できないサービスの必要量に依存しなかった。

(6) 患者会活動による在宅医療研究

在宅医療に関して、血液患者・家族からの相談メールを用いて調査した。患者会を通じて1年6ヶ月の間に受け取ったメールの内容から在宅に関しての内容は2人からの8通のメールのみであった。血液患者、家族の中では在宅医療で化学療法、輸血などの積極的な治療に関しての認知が少なかった。

D. 考察

研究第1年目である平成18年度においてはがん患者が希望する在宅医療・通院治療を可能とするための医療連携・患者支援システム構築の基盤となるデータ収集を重点的に行った。

患者・家族が希望する在宅医療・通院治療の円滑な連携モデルとして在宅化学療法について検討し、悪性リンパ腫患者の在宅化学療法について調査研究を行ったところ、在学化学療法は実施可能であるものの、抗がん剤の投与方法の工夫・患者家族啓蒙教育・患者の選択・医療経済上非効率性などの問題点が明らかとなった(分担研究者 児玉有子、小松恒彦、中村利仁、山口拓洋)。また悪性腫瘍患者に対する在宅医療の実態調査においては、患者年齢・家族の協力・医療機関から患者自宅までの距離・在宅医療実施機関との連携、などが問題点として抽出された(分担研究者 小林一彦、濱木珠恵)。

また在宅医療を受けた患者の死亡に関する研究では、在宅医療を受けた患者115例中、71例(61.7%)は医療機関外の自宅等で亡くなり、44例(38.3%)が医療施設で亡くなっていた。医療施設入院希望の理由は、疾病治療目的で入院する場合と、家族による介護の破綻から在宅療養の継続が困難になり、入院を希望する場合が存在した。在宅療養を支援する機能を

もつ病院の整備や緩和ケア病棟のさらなる拡充が重要と考えられた。

これらの研究結果より抽出された在宅医療と通院治療の円滑な医療連携システム・患者支援システムの構築のため、「・7ステップでわかる・在宅医療ガイドブック」のパンフレット(全16ページ)を作成した。

次年度以降は、本年度明らかになった在宅医療と通院治療の医療連携・患者支援システムに関する問題点を解決するために、円滑な外来化学療法・在宅療法推進モデルを構築する予定である。また在宅医療への移行が必要となった際に、円滑な移行が可能とするための基幹病院・在宅医・訪問看護師・ヘルパー等の連携を早期に構築できるような医療連携モデルを構築することを目標とする。

さらに患者・家族への啓蒙活動・教育活動推進モデルを構築予定である。患者・家族向けの在宅医療に関するパンフレットは存在するが、簡潔にわかりやすく在宅医療を啓蒙した活字媒体は少ない。前述の「・7ステップでわかる・在宅医療ガイドブック」を用いて、本パンフレットを用いた啓蒙効果についての研究を施行する予定である。また患者・家族向けに在宅医療を選択決定するための支援システムのアルゴリズムシステム構築を次年度以降に行う予定である。以上のような研究により、具体的な方策を提言していく。

E. 結論

がん患者が希望する在宅治療と通院治療を可能にするためには、医療連携システム及び患者支援システムの整備が必要である。在宅化学療法、在宅・通院治療についての患者・家族向け啓蒙活動などにより具体的な方策を提言していく。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

高橋[松鶴]甲枝, 井上範江, 児玉有子. 高齢者夫婦二人暮らしの介護継続の意思を支える要素と妨げる要素 介護する配偶者の内的心情を中心に. 日本看護科学会誌 26(3):58-66, 2006.

川越正平. 24時間365日体制を支えるチームアプローチと連携のあり方. 月刊 総合ケア17(1):33-38, 2007-1.

川越正平. 日本家庭医療学会・川越正平他編・救急事態への備えと臨床決断、プライマリ・ケア救急、プリメド社:286-292, 2007.

H. 学会発表

川越正平. 患者と家族を支える在宅ケアNPO千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア 在宅ホスピス緩和ケア公開講座 講演 2006年8月27日

児玉有子. メディカルリテラシーの向上一医療者の取り組み ナースの視点から 血液造血器疾患の在宅化学療法を通して 長岡赤十字病院 講演 2006年10月25日

田中祐次. 患者会の医療への参加 医療の質・安全学会 口演 2006年11月24日

松村有子、湯地和歌子、湯地晃一郎、田中祐次、児玉有子、西村有代、久住英二、門田哲哉、川口恭、戸矢理衣奈、齋藤英昭、上昌広. 院内フリーペーパー「ロハス・メディカル」を用いた外来患者向け臨床試験啓蒙の研究 日本臨床薬理学会 ポスター発表, 2006年11月30日

児玉有子. 悪性リンパ腫に対する在宅医療の試み 幹細胞移植フォーラム 講演 2006年11月30日

田中祐次、児玉有子. 新医学(Medicina Nova)看護科学学会 交流集会 2006年12月3日

田中祐次、児玉有子. インターネットを用いた患者支援の検討 看護科学学会 口演 2006年12月3日

川越正平. 24時間365日を支える在宅ケア～住み慣れた地域で暮らし続けるために～ 医療と介護を支える在宅療養シンポジウム 滋賀県近

江八幡市アクティ近江八幡 講演 2006年12月9日

川越正平.在宅ケアを支える全国診療所市民ネットワーク 松戸プレ大会 講演 2007年2月3日

川越正平.複数医師体制の在宅療養支援診療所が担うべき役割～研修機能や地域における24時間対応の中核機能、人材養成～ 日本在宅医学会総会 在宅療養支援診療所ワークショップ 座長・講演 北海道札幌市北海道大学 2007年3月18日

児玉有子、小松恒彦、小林一彦、久住英二、上昌広、湯地晃一郎.悪性リンパ腫に対する在宅化学療法の試み 第5回日本臨床腫瘍学会学術集会 2007年3月23日

I. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Ⅱ . 分担研究報告

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 血液科

研究協力者 瀧田 盛仁 東京大学医科学研究所附属病院 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、積極的な在宅医療の導入の事例が報告されている。本研究は、がん患者が希望する在宅医療と通院治療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し、研究1年目は、在宅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 血液科で2006年5月1日から2007年2月28日までにすでに在宅医療を導入した症例は9症例であった。このうち、7症例が外来化学療法を施行していた。造血器疾患の治療では化学療法を必要とすることが多く、本事例研究のように在宅医療と外来化学療法との組み合わせが必要であり、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

感染症から悪性腫瘍及び生活習慣病への我が国における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医療と通院治療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東京総合病院血液科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 血液科で2006年5月1日から2007年2月28日までにすでに在宅医療を導入した症例は9症例であった。全症例を表1に示す。

在宅医療を導入した時点での年齢は71歳から90歳であった。疾患は悪性リンパ腫や骨髄異形成症候群、多発性骨髄腫などの造血器悪性疾患であった。外来化学療法を施行した症

表1 在宅医療に移行した造血器疾患症例

症例	年齢*・性別	疾患	外来化学療法 施行の有無	臨床経過
1	85歳男性	膵臓関連リンパ腫	有	放射線化学療法施行後、外来化学療法を行うも進行した。在宅医療を希望し、訪問診療を受療している。誤嚥性肺炎のコントロールが困難で、入退院を繰り返している。
2	80歳男性	非ホジキンリンパ腫 (濾胞性リンパ腫)	有	1991年発症で第4再発期にて外来化学療法を施行。2002年10月に喉頭癌を併発し、根治術及び放射線療法を施行。その後、食道狭窄・間質性肺炎を発症し、訪問診療へ移行。間質性肺炎のコントロールが不良で外来通院を併用している。
3	77歳女性	多発性骨髄腫	有	2002年発症。化学療法にて維持・増悪を繰り返した。2005年に再増悪した際に訪問診療へ移行。訪問診療を導入後、病勢は安定し、外来通院はなし。
4	87歳女性	本態性血小板血症	有	外来化学療法施行中に、脳梗塞を併発し、訪問診療へ移行。外来通院なし。
5	90歳女性	非ホジキンリンパ腫 (びまん性大細胞型 B細胞リンパ腫)	無	放射線化学療法施行後、訪問診療を導入。
6	71歳男性	多発性骨髄腫	有	2004年発症。化学療法施行後、訪問診療を導入。月1回の外来化学療法を併用した。高カルシウム血症が増悪し再入院。入院第7病日に永眠。
7	78歳女性	胃原発非ホジキン リンパ腫	有	放射線化学療法を施行し寛解に至るも再発。外来化学療法を施行するも全身病態の悪化に伴い通院困難となり訪問診療を導入。
8	75歳女性	骨髄異形成症候群	無	心筋梗塞及び慢性腎不全を合併し、外来にて輸血を反复し、訪問診療を導入。敗血症及び肺出血にて再入院。再度、外来での輸血療法及び訪問診療を継続するも心肺停止にて救急搬送され、永眠。
9	80歳男性	非ホジキンリンパ腫 (びまん性大細胞型 B細胞リンパ腫)	有	再発にて紹介され、外来化学療法を施行。訪問診療を導入。月1回の外来化学療法を並行して施行している。

* 在宅医療を導入した時点での年齢を示す。

例は7症例であった。このうち、2症例は訪問診療と外来化学療法を同時に並行して施行した。

D. 考察

今回の事例研究ではJR東京総合病院 血液科で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について検討した。

対象症例の年齢中央値は80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、悪性リンパ腫が5症例、多発性骨髄腫が2症例、骨髄異形成症候群が1症例、骨髄増殖性疾患が1症例であった。急性白血病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9症例のうち7症例で外来化学療法を施行していた。外来化学療法を施行しなかった症例はいずれも医学的に化学療法の適応が考えにくい症例である。外来化学療法を施行した7症例のうち2症例は外来化

学療法と並行して在宅医療を行っている。これらの症例では、在宅医療において疼痛緩和や感染症管理などの支持療法を行っている。

造血器悪性疾患は化学療法の進歩や骨髄移植により治療成績が向上しているが、根治が困難な場合、症状緩和を目的に化学療法を施行することがある。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。また、在宅医療の意義の一つは患者尊厳の尊重にあることから、外来化学療法と在宅医療は密接に関連すると考えられる。本事例研究においても多くの症例で外来化学療法が施行されており、今後、在宅医療と通院治療の円滑な連携システムを構築する際に、外来化学療法を十分に考慮する必要がある。

E. 結論

造血器悪性疾患患者で在宅医療を導入した症例を検討した。外来化学療法は在宅医療と密接に関連しており、今後、在宅医療と通院治療の円滑な連携システムを構築する際の重要な要因の一つである。

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

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）
分担研究報告書

在宅医観点のがん患者診療の研究

分担研究者 川越 正平 医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所
研究協力者 児玉 有子 東京大学医科学研究所 探索医療ヒューマンネットワークシステム部門

研究要旨

在宅医療を受けていた人がどのような死を迎えたのかについての実態を明らかにする目的で本研究に取り組んだ。当院の患者で2005年から2006年の2年間に死亡した115例を対象に看取りの場所、看取りの場所に影響した因子について分析した。結果、115人の内訳は50名ががん患者、65名は非がん患者であった。115例のうち在宅で死亡したのは71例であった。特筆すべきものとして、グループホームや有料老人ホームといった自宅外の住まいでの看取りが4例、独居者の在宅での看取りが5例あった。入院へ移行した患者のうち、40名は急性期病院へ入院していたが、この中には急性期病院での高度医療を必要としない患者もふくまれていた。入院へ移行する主な理由は、病状の変化や、家族による介護に破綻を来した場合であった。円滑な在宅療養継続には、在宅療養支援診療所のみならず、在宅医療を支援する医療機関(病床)や、24時間にわたる介護を提供する自宅以外の施設等の整備が重要である。

A. 研究目的

在宅療養支援診療所における死亡患者数の届出が義務付けられて、医療機関または医療機関外での死亡者数が明示されるようになる。しかしながら、その死に至るまでの社会的な背景や経緯は明らかにされていない部分が多い。本研究では、在宅医療を受けた人がどのような理由で、どこで死を迎えるに至ったのかについての実態を明らかにする。

B. 研究方法

2005年1月から2006年12月の2年間における当院に受診歴のある患者の死亡115例を対象に、疾患、看取りの場所、看取りの場所に影響した因子について分析する。

C. 研究結果

1) 疾患

115例のうち、がん患者は50例、非がん患者は65例であった。

2) 看取りの場について

115例中、44例(38.3%)は医療施設で亡くなり、71例(61.7%)は医療機関外(自宅およびその他、以下、自宅等)での看取りであった(図1)。自宅での看取ったうち、5例は独居だった。

3) がん患者

(1) 看取りの場

がん患者50名のうち、34例(68%)は自宅等で亡くなり、内1例は独居だった。残りの16例(32%)は医療機関に入院後に死亡していた。

(2) 入院死亡に至った患者の入院理由と入院先

入院に至った16例のうち、6例が在宅医療導入後も在宅での療養に不安をもち、病院での療養を本人や家族が希望して入院となったケースである。このうち5例は急性期病院へ、1例は緩和ケア病棟へ入院していた。

その他では、5例が症状コントロールやがん

治療継続を目的に急性期病院に再入院し、その経過中に入院死亡していた。残る5例が、家族による介護が破綻や独居のために支え手がなく、結果として在宅療養の継続が困難になり、急性期病院へ入院し、死亡に至ったケースである。

4) 非がん患者

(1) 看取りの場

非がん患者65例中、37例(56.9%)は自宅等で亡くなり、うち4例は独居であった。28例(43.1%)は入院先の病院で死亡していた。

(2) 入院死亡に至った患者の入院理由と入院先
25例は急性期病院に入院した。うち23例は、肺炎などを在宅医療継続中に合併し入院を希望したケースであり、入院治療の経過中そのまま病院で亡くなった。特に、うち3例は、急性期病院へ6ヶ月以上入院したのち、死亡の転帰をたどっていた。療養型病床への入院後の死亡は3例あった。この3例はいずれも家族の介護負担が大きいことを理由に在宅療養を断念したケースであった。

D. 考察

在宅医療を受けた患者における最期の場の実態を明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。

当診療所においては、在宅医療を受けている患者の62%は自宅等で亡くなっていた。この原因としては、当院が在宅療養支援診療所として24時間にわたる医療を保証し、患者家族を多面的にサポートしている結果であろう。在宅療養支援診療所における看取り件数の届出は、平成18年度から開始されていることから、看取り件数については今後の課題としたい。

一方で、このようなサポートの中でも、38%の死亡場所は入院先に移行している。ここで問題なのは、その「入院理由」や「入院先」である。入院希望の理由は大きく分けて2つあり、治療目的で入院する場合と、家族による介護の破綻から在宅療養の継続が困難になり、入院を

希望する場合である。治療目的で入院する場合とは、療養中に発症した肺炎の治療や腫瘍からの出血のように、24時間にわたる看護が必要な病態と捉えることができる。しかし、現状ではそのような病態に陥った患者の多くが、急性期の適応とは言えないながらも、入院先の大半が急性期病院に集中している。緩和ケア病棟に入院して死亡したのはわずか1例であった。在宅療養を支援する機能をもつ病院の整備や緩和ケア病棟のさらなる拡充が重要と考えられる。

一方、患者を看ることに慣れない、24時間の介護などで心身ともに疲れている家族は介護継続中に不安が無くなることはない。家族による介護の破綻から在宅療養の継続が困難になるという事態を回避し、穏やかな終末を迎えることを支援するためには、地域における“街角ホスピス機能”と呼びうるような介護や医療が提供される生活の場を整備することが重要であろう。現行では、療養型病床や老人保健施設、そして有床診療所は24時間にわたる看護が保証されている医療機関であり、その役割を担うべく整備することは可能だと考える。このような、在宅医療を支える医療機関(病床)の拡充対策が必要である。

本研究で注目すべき点は2点ある。1点目は、自宅以外の在宅死である。グループホームや有料老人ホームといった自宅外の多様な住まいでの看取りが4例あった。うち1人は看取りを希望して入所している。このような施設での看取りは施設方針や職員の看取りの経験が非常に影響を与える。今後、在宅死が可能な環境を整えるためには、非医療職の施設職員への在宅医療、在宅死についての教育、啓発とともに、医療チームによるサポートを蜜にし、施設での看取りの経験を重ねる方略が非常に重要になる。必ずしも24時間にわたる医療や看護を必要としない終末期患者が16名(13.9%)存在したことから、このような多様な居場所で、看取りまで支援できる施設整備こそ、さらなる在宅医療推進の重要な鍵となる。

2点目は独居者を自宅で看取ったケースが5例あったことである。独居者を孤独死させないためのサポートは種々のサービスを駆使しながら、時には採算を度外視しての援助から成り立っている。将来、独居者が増えることが予想されることから、孤独死を防ぐためにも、“街角ホスピス機能”の整備は必須である。

入院後に患者がどのような転帰をたどったかを把握することは容易ではない。しかしながら、病院から在宅への移行時だけでなく、在宅から病院への移行も在宅、病院の連携には欠かせない。

したがって、来年度以降は、追跡方法の確立や研究デザインの検討をかさね、他施設、他地域での調査を実施する。また、2年間に限定した調査結果であるので、継続的な変化についても検討する。

E. 結論

在宅医療を継続しながらも、最期は病状の変化への不安や介護破綻から、対象者の約4割は医療機関で死亡していた。看取りまで支えるという趣旨で行う在宅医療で対応困難な病態はそれほど多くはないにもかかわらず、4割が入院死亡している現実を見据え、在宅医療を支援する医療機関の整備や、一層の家族支援、自宅外のさまざまな療養場所のさらなる整備促進、が重要な課題となるであろう。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

川越正平,24時間365日体制を支えるチームアプローチと連携のあり方. 月刊 総合ケア17(1):33-38, 2007-1.

川越正平,日本家庭医療学会・川越正平他編・救急事態への備えと臨床決断、プライマリ・ケア救急、プリメド社:286-292, 2007.

2. 学会発表

川越正平,患者と家族を支える在宅ケアNPO千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア 在宅ホスピス緩和ケア公開講座(講演)2006.8.27.

川越正平,「24時間365日を支える在宅ケア～住み慣れた地域で暮らし続けるために～」医療と介護を支える在宅療養シンポジウム(講演)2006.12.9. 滋賀県近江八幡市アクティ近江八幡

川越正平,在宅ケアを支える全国診療所市民ネットワーク 松戸プレ大会 (講演)2007.2.3.

川越正平,複数医師体制の在宅療養支援診療所が担うべき役割～研修機能や地域における24時間対応の中核機能、人材養成～ 在宅療養支援診療所WS. 日本在宅医学会総会(座長・講演)2007.3.18. 札幌・北海道大学

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし

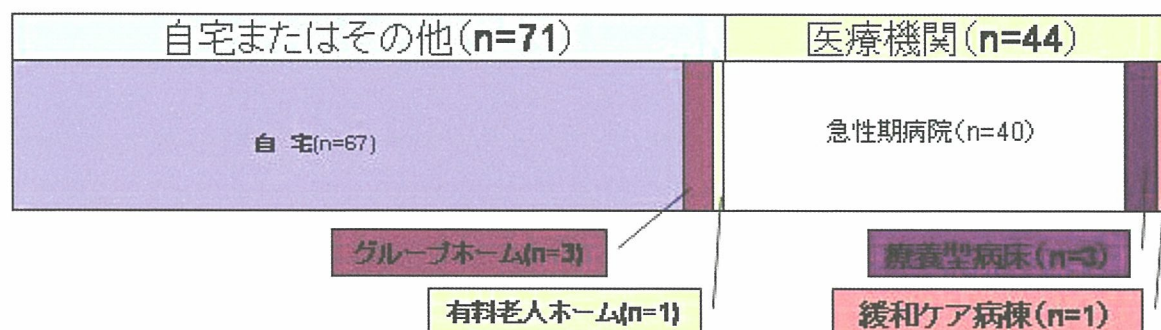


図1 当院に受診歴のある患者の看取りの場

厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

患者会活動による在宅医療研究

分担研究者 田中祐次 東京大学医科学研究所 探索医療ヒューマンネットワークシステム部門

研究要旨

血液患者に対する在宅医療の認知度を調査するために、患者会を通じて得られた311人(本人201人、家族102人、その他8人)、4850通の電子メールを解析した。在宅に関しての話題となっていたのは2人8通のメールだけであり、通院に関しては77人147通であった。在宅に関してのメールの内容は、1人からの7通は在宅での終末期医療でありもうひとりの1通は在宅酸素療法に関してであった。

在宅療法では化学療法や輸血などの治療が可能であるが、血液患者、家族には在宅医療という認識が少なかった。

アメリカ合衆国の2つのがんセンターにおける、州を超えて治療を受けにくる患者や家族に対しての医療情報の提供、共有システムなどを調査したところ、病院内外で患者コミュニティを利用し情報の提供、共有を行っていた。日本においての在宅治療の認知を上げるために、このような海外での事例を踏まえ患者コミュニティである患者会が医療者の支援を受け患者に対して医療情報を提供、共有していくシステムが必要である。

A. 研究目的

血液患者の治療は造血幹細胞移植や白血球減少を高度に引き起こす抗がん剤治療などでは入院治療で行われるが、維持療法や悪性リンパ腫に対してのCHOP療法などは外来通院で行われる。近年、在宅医療が診察だけではなく点滴、輸血や抗がん剤治療などに関しても試行されるようになってきた。そこで、血液疾患に対しての在宅医療の可能性を探るため、血液疾患患者の患者会活動を通じて患者、患者家族の在宅医療に関しての認知度を調査した。通院治療を受けるために州や国を超えてくる患者や家族に対して行われている、海外での試みを調査する。

B. 研究方法

分担研究者である田中祐次が2000年より主催する血液疾患患者の患者会(NPO血液患者コミュニティもの木)の中で2005年9月より行っている無料相談に送られてきた患者や患者

家族からの相談メール中で在宅医療への患者、患者家族の話題について検討した。2005年9月から2007年2月までに送られてきたメールの中で在宅に関係する単語を検索し、その内容を検討した。単語は、「在宅」「通院」を検索した。Duke大学がんセンター所長 Herbert Kim Lysterly 医師と内科西村医師、MDアンダーソンがんセンター教授小牧律子医師へのインタビューと各施設見学を行った。

C. 研究結果

2005年9月よりインターネット上の無料相談室を開始した。2007年2月までに311人より4850通の相談メールの内容を検索した。本人201人、配偶者35人、親25人、子供29人、同胞13人、親類2人、恋人3人と友人3人であった。4850通の中で相談、不安、不満など医療にかかわるメールが1018通であった。

「在宅」で検索した結果2人8通のメールが検索された。7通が在宅で終末期を迎えるという

内容であり、1通は在宅酸素療法であった。

「通院」は77人147通が検索された。内容は通常の通院、通院による化学療法や点滴などの治療、通院による感染症の心配であった。

Duke大学では20年前よりDuke's Center for Study of Aging and Human Developmentの助言のもと、理想の老後生活を提供すべく施設 The Forest at Duke を建設し全米28州から約400名が入所している(図1)。中心の施設に銀行、美容院、カフェ、レストランやフィットネスクラブがあり定期的にイベントが開催され住民同士のコミュニティが情報交換が行われている。また、診療所から各アパートへ看護師が派遣され、24時間緊急連絡に対応し医師の往診がおこなわれている。必要なときはすぐに車で数分の距離にあるDuke大学病院に搬送される。

MDアンダーソンがんセンターでは周囲のホテルに宿泊しMDアンダーソンがんセンターでの通院治療を受ける。院内に患者も利用できる図書室があり、受付の職員が患者の望む内容の本を探し出す。また、院内に治療後の患者がボランティアで治療中の患者と話す部屋が設けられていた。そこでは、相談に訪れた治療中の患者が治療後のボランティア患者と話す新たなコミュニティを作り自分の要求する情報を得ている。

D. 考察

血液患者、家族から送られてきた相談メールの中で「通院」という単語に比べ「在宅」の使用が少なかった。在宅の言葉を使っているメール内容は、終末期を在宅で過ごしたいという希望(7通)と在宅酸素療法(1通)であった。

終末期を在宅で過ごしたいという内容の7通のメールは25歳女性の一人の患者であった。病名は急性リンパ性白血病、2回の同種骨髄移植施行後の再発患者であった。家族の協力もあり在宅医療を希望したが対応できる医師や医療機関を見つけることができずに相談メールが送られてきた。その後、自宅療養中に発熱と

腹痛により緊急入院し病院にて死亡した。在宅療法は実現しなかった。

近年、在宅医療が盛んになり、薬の処方だけではなく点滴や輸血を実践している病院もある。しかし、血液患者の治療では、感染症や出血などの急変への対応が困難であること(Herrmann et al., Bone Marrow Transplant, 1999)を理由に抗癌剤治療は入院や外来で実施されることが多く、在宅での実施は少ない(浦部、癌と化学療法, 2006)。今後血液患者に対しての抗癌剤治療の在宅療法を実現させるためには、在宅療法の利点を明らかにし、それを患者や家族にも理解してもらうことが必要だと考える。

海外の事例では、大学が主導で患者や家族のコミュニティづくりを進めている。そのコミュニティの中で正確な医療情報や患者同士の一般情報などが共有、提供されている。このようなコミュニティは日本では患者会という形になっている。

今後、在宅医療を進めていくために患者、家族への在宅医療の認知度を上げる必要がある。そのためには医療者が支援した形の患者会から正確な医療情報を提供し、患者自身のもつ個別情報を患者同士で共有していくことが必要である。

E. 結論

在宅医療に関して、血液患者・家族の認識に関して送られてきた相談メールを用いて調査した。患者会を通じて1年6ヶ月の間に受け取ったメールの内容から在宅に関しての内容は2人からの8通のメールのみであった。血液患者、家族のなかでは在宅医療で化学療法、輸血などの積極的な治療に関しての認知が少なかった。

患者や家族においての在宅治療の認知を上げるために、海外での事例を踏まえ患者会が医療者の支援を受け患者に対して医療情報を提供、共有していくシステムが必要である。

F. 健康危機情報

なし

2006年12月3日 看護科学学会 口演「インターネットを用いた患者支援の検討」田中祐次、児玉有子

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

2006年11月24日 医療の質・安全学会 口演「患者会の医療への参加」田中祐次

2006年12月3日 看護科学学会 交流集会
新医学(Medicina Nova)田中祐次、児玉有子

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

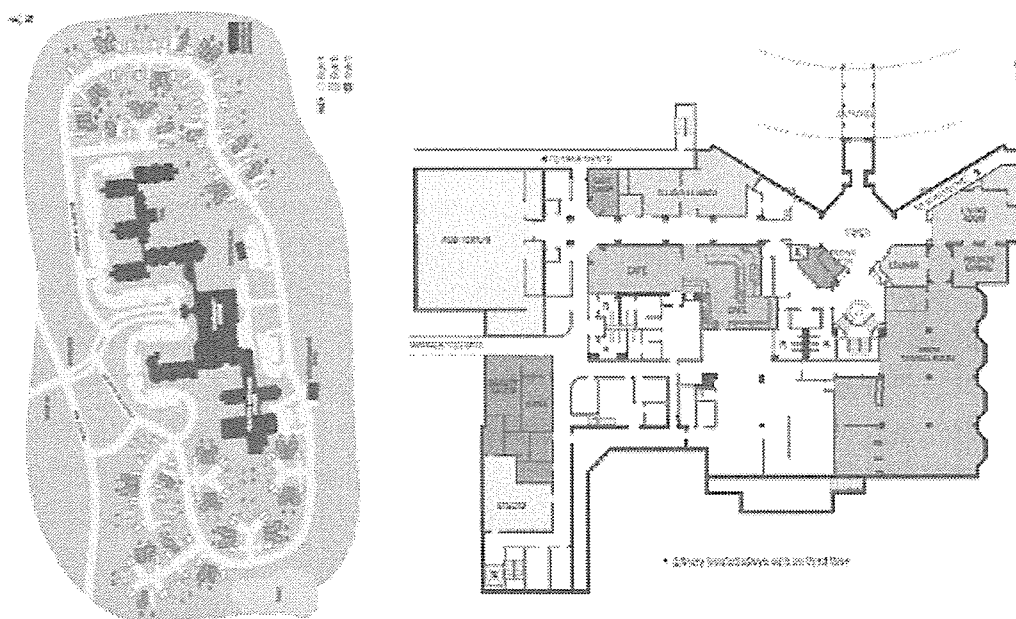
2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

図1



On-site wellness amenities

Fitness facilities

Primary medical care services

Routine laboratory and diagnostic tests

Rehabilitative services including physical, occupational and speech therapy

Pharmacy delivery

Massage therapy

Licensed assisted living in private accommodations

Licensed skilled nursing in private rooms

Specialized residential memory support

Visiting companion services

Audiology services

Psychological services

Dental clinic

在宅医療の医療経済

分担研究者 中村 利仁 北海道大学大学院医学研究科 医療システム学分野

研究要旨

入院治療から在宅医療への移行によって、費用が軽減されるのか、あるいは追加的費用として何が必要となるのかを検討する。本年は基礎資料の収集に努め、看護師の増員が必要であるのか否かについて、いくつかの条件の下にシミュレーションを行った。患家から患家への移動時間と、家族介護や介護サービスに転嫁できる看護サービスのバランスによって、多くの場合で看護師の必要数は減少した。ただし転嫁できる看護サービスがない場合、必要看護師数は却って増加した。

A. 研究目的

通院治療、在宅医療の普及によって治療効果の向上が全ての面で期待できるわけではないが、居宅に、つまりは家庭と地域社会の中に居続けながら治療を継続することによって獲得できる効用の改善は期待できる。他方、追加的費用が正となるのか負となるのかは定かではない。在宅医療に限って考えても、患者交通費こそ軽減されるものの、訪問診療や訪問看護のための医療機関の追加的費用への転嫁が発生しており、また、家族看護のために家計が失う機会費用等もあって、在宅医療全体としてどれほどの効率性が追求しうるものであるのかは明らかではない。本研究では、本年度、限界的条件で追加的に必要とされる看護労働力を算出することによって、入院から居宅へと診療の場が移ることによって発生する問題点の有無を指摘することを目的とする。

B. 研究方法

いくつかの条件でシミュレーションを行った。

C. 研究結果

入院から居宅への移行に於いて仮定した条件は以下の通りである。1) 不連続的な看護師の増員は発生しない。2) 収支を理由としたサー

ビスの抑制・誘発は発生しない。3) 基本的欲求充足のための基礎的看護サービス時間NBは居宅にては家族介護および介護サービスによって代替され、他方、専門的訓練が必要とされる看護サービス時間NAは入院と比べて特段の必要時間の増減は発生しない。4) 移動手段の確保、医療材料や診療機器について追加的労働時間の投入は発生しない。5) 居宅から別の居宅への平均移動時間Tは、患家の追加によって増減しない。(図)

〈倫理面への配慮〉適応される状況にない。入院での1患者1日当たりの看護サービスの消費時間はほぼ $NA+NB$ と表現される。居宅では $T+NA$ となる。従って、入院患者が在宅医療に移行することによる看護サービス時間の増分は $T-NB$ である。これが負であれば、在宅医療への移行によって看護師の必要数は減少し、正であれば増加する。たとえば毎日平均60分のNBが必要とされる患者の場合、週三回の訪問看護でTが5分の地域であれば、1週間当たりの増分はマイナス405分となり、必要看護師数は週法定労働時間8時間から計算して0.168人の減少、週三回のTが約30分でNBがほぼゼロであれば1週間当たりの増分は90分となり必要看護師数は0.038人とごくわずかながら増加する。看護師一人が不要となるためには、前

掲の場合であっても、6人の患者の在宅への移行が必要である。(表)

D. 考察

基本的欲求充足のために必要とされる看護時間であっても、患者が重症であるほど高度の専門的訓練が必要な場合もあり、どれだけが家族介護や介護サービスに転嫁できるかについては必ずしも明らかではない。訪問看護の頻度が保険診療上は週3回までに制限されているため、入院では必要とされない医療機器を準備する作業が必要となり、あるいは他機関との情報共有のための作業が新たに発生している可能性は否定できない。逆に、保険請求できなかったとしても、医学・医療上の必要から実際に週三回を超えて訪問看護が実施される場合、看護師の必要数軽減が過剰に評価されている可能性がある。同様に専門的看護サービスの時間も、種々の環境が異なることによって、長くなっている可能性は否定できない。居宅間の移動時間は、移動地域が一定であれば、患者が増えることによってある程度は減少することも期待できるが、移動地域自体が拡大するようであれば移動時間がむしろ急増する場合も考えられる。広大な地域が移動対象となっている場合、そもそも看護師の必要数は増加する。

E. 結論

シミュレーション環境が実際の環境をある程度再現できているとすれば、入院医療から在宅医療への移行によって、家族介護及び介護サービスへ看護サービスが転嫁されうるならば、移動時間がよほど大きい地域でない限り、必要とされる看護師の数は減少する。これは家族介護や介護サービスに転嫁できないサービスの必要量に依存しない。

F. 健康危険情報

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

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし