

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 19 年度 総括研究報告書

主任研究者 渡辺 敏

平成 20 (2008) 年 4 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推進に関する研究	3
渡辺 敏	
II. 分担研究報告	
1. がん治療施設側の取り組み (緩和ケア病棟の運営、および緩和/在宅支援センターの活動)	7
渡辺 敏、木村由美子、金井のり子、山岸聡子	
2. 在宅医の早期参加による意義と問題点の検討	13
大岩孝司	
3. 千葉県における緩和ケアにおける実態調査	33
木下寛也	
4. 健康福祉センターにおける在宅緩和ケアにおける課題への取り組み	36
渡邊義郎、神林綾子	
5. がん患者の在宅化学療法に関する研究	45
奈良林至	
6. 北海道西胆振地区における在宅ホスピスケアの取り組み	47
柴田岳三	
7. 在宅緩和ケア推進におけるがん治療担当側のとりくみ	49
木村秀幸	
8. 在宅終末期を支える訪問看護師の役割に関する一考察 —終末期介護を経験した遺族へのアンケート調査から—	51
大木信子	
9. 事例検討会・ターミナル期の相談時からの考察 ～介護支援の立場から～	62
河野秀一	
10. 在宅緩和医療推進における心理的・社会的サポートに関する研究 —情報入手経路へのアプローチ—	66
藤田敦子	
11. 附(1) : [論説] QOLを重視した医療への変換を	70
藤田敦子	
12. 附(2) : 家族にだからできること(看取りパンフレット)	79
大岩孝司	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	85

I. 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 渡辺 敏 千葉県がんセンター 緩和医療科 部長

研究要旨

緩和医療期においては、入院ケアよりもすぐれていると言われている在宅ケアをより標準化、普遍化する必要がある、良質な在宅緩和ケアシステムを構築することを目的として研究が開始され、3年計画の2年目が経過した。過去の研究から、(1) がん治療を行う施設側の改革の必要性、(2) 在宅医による緩和医療遂行の容易性、(3) 患者・家族を含めた一般住民側の理解、の三点の問題点が抽出され、解決に向けての研究が進行した。

<分担研究者氏名および所属施設>

渡辺 敏 千葉県がんセンター (同施設内研究
協力者: 木村由美子・金井のり子・山岸聡子)
大岩孝司 さくさべ坂通り診療所
沖田伸也 あしたばクリニック
(大岩の研究を補佐)
木下寛也 国立がんセンター東病院
渡邊義郎 千葉縣市川健康福祉センター
(同施設内研究協力者: 神林綾子)
奈良林至 埼玉医科大学国際医療センター
柴田岳三 日鋼記念病院
木村秀幸 岡山済生会総合病院
大木信子 国保匝瑳市民病院
河野秀一 渋谷区医師会ひがし健康プラザ
藤田敦子 NPO 法人千葉・在宅ケア
市民ネットワークピュア

A. 研究目的

緩和医療期においては、在宅でのケアは入院施設でのケアに比してはるかに良質であることが言われている。しかし施設内療養・施設内死亡の志向の強い患者家族が一般的で、これらをいかに在宅療養へ意識を変換させるかという困難な課題がある。さらにがん治療施設側の問題、および受け入れる在宅医を中心とする訪問診療態勢の問題など、これらの課題に対し、以下の研究を行った。

B. 研究方法 C. 研究結果 D. 考察

分担研究者個々の個別的専門的研究のかたちで研究が進行している。方法・結果・考察を概説する。詳細は個々の分担研究報告書を参照されたい。

がん治療を行う施設側の問題として、早期からの緩和医療の提供体制の具体化、また在宅移

行後の緊急時受け入れ体制の整備が課せられているが、千葉県がんセンターのがん治療担当部門、および緩和ケア病棟では、以下のように改革をした。まず在宅支援センターを緩和ケア病棟内に併置し、専属ナースをおいて在宅緩和医療のコーディネーターとして関わるようにした。次に緩和医療科の外来を治療担当側と並診のかたちとし、また、がん治療病棟入院症例に対してはチーム(緩和ケア支援チーム)での関わりを通し、より早期から緩和医療が提供できる体制とした(渡辺の分担研究の図7)。

そして、外来または治療病棟から直接在宅療養に移行する場合の、緊急時の受け入れ病棟を緩和ケア病棟とすることで、よりスムーズな在宅移行が可能になってきた。昨年度の全国のホスピス緩和ケア病棟運営状況について、千葉県がんセンター緩和ケア病棟(以下、当施設)と全国の平均的な部分の数値の比較を表示する(渡辺の分担研究の表1)。違いは、まず、当施設での死亡退院率が低い、すなわち死亡ではない退院が多いということを示している。ただし、再入院しての死亡もあり、大きな差にはなっていない。大きな差は、平均在院日数と、年間1ベッドあたりの患者数で、1ベッドあたり、倍以上の患者さんを受け入れていることを示している。緊急時には適切に症状緩和が行われる必要があるが、その受け入れ先を緩和医療・ケアに精通している緩和ケア病棟とすることが、現時点では最も妥当な方策と考えている。ただし、がん進行に伴う臨死期においては特別な医療を必要としない場合が多く、あわただしい救急搬送ではなく静かな看取りを目指した「在宅完結型」の療養態勢の具現化が望ましいことは言うまでもない。

次に在宅医の訪問診療遂行の容易性についてであるが、在宅医の底辺拡大には、訪問診療

を容易にする仕組みを構築するということが必要で、さらに一緒に連携する、訪問看護部門、介護支援部門の良質化も重要である。

在宅医（および在宅担当看護系職種も含む）に対しては、大岩・沖田（分担研究）らにより、千葉県在宅医懇話会が組織化され、活動が開始された。メイリングリストによる相談受付、専門医（スーパーバイザー）へのアドバイス伺い、多診療科医師による在宅併診、などの体制が整備され、また、2・3カ月に1回程度の教育研修活動も行われている。

木下（分担研究）により在宅療養支援診療所の状況について、特に麻薬使用状況などの調査研究がすすめられ、また、訪問看護部門、介護支援部門に関しては、大木・河野（分担研究）により、アンケート調査・事例検討を通しての量的質的向上に関する研究が進められた。

がん治療施設と在宅医とのカルテの共有化に関しては、インターネット環境下での整備を進めている。

在宅緩和医療における「在宅医の早期参加」に関連して、抗がん剤治療をいかに位置づけるかも課題の一つである。抗がん剤治療の委嘱・委譲という方策は最近のがん治療専門医制度構想に逆行しており、これに対して抗がん剤副作用対策を在宅医に依頼するというあたりからの在宅医との連携の構築が現実的と考えられる。そして抗がん剤治療からの適切な離脱に関してはなんらかの指針が必要と思われる。抗がん剤治療の位置づけに関しては、奈良林（分担研究）の研究が進行した。

柴田・木村（分担研究）は、それぞれの地域（北海道西胆振地区、岡山市）における本課題に関連した研究を継続した。

次に、患者・家族を含めた一般住民側に関する部分であるが、在宅医療の優位性についての広報に関しては、一般支援団体（藤田・分担研究）および健康福祉センター（旧保健所、渡邊・神林、分担研究）による公開講座開催、またその際のアンケート調査から住民側の意識調査が随時行われ、医療側にフィードバックされた。また、大岩・沖田（分担研究）により、在宅療養移行例に対しての病状・診療形態、患者・家族に対しての聞き取り調査などの研究が進行中であり、先が予測できない、とか痛みが悪化していくのではといった心配ごと、また、さまざまな相談先・受け入れ先の確保などの要望が強いということがわかってきている。

以上を踏まえ、今後の課題として、まず、がん治療施設側に関しては、県内の拠点病院・地域中核病院に千葉県がんセンター方式の普遍

化を図ることとする。次に、在宅医の底辺拡大に関しては、在宅緩和医療の易実現性に関する現行のシステムをより強化していくとともに、在宅医だけではなく看護・介護系職種への教育研修が重要と考えている。一般住民側に対しては、ひきつづき在宅療養の優位性に関する広報的活動、そして患者・家族という在宅療養体験者を通しての研究を進め、総合的に、在宅緩和医療という診療形態の良質化が結果されることを目標とする。

（倫理面への配慮）

患者情報共有のための電子化システムの構築事業、および一部の事例検討において、個人情報管理が重要となる。十分な配慮を持って研究を遂行する予定である。

E. 結論

在宅緩和ケア執行に関する「在宅医」の底辺拡大、および、社会的資源の活用、医療連携、そして患者・家族側が在宅への移行を志向するための啓蒙事業、などの整備が重要である。

F. 健康危険情報

現行の臨床業務をより良質化することを目的とした研究であり、特記すべき項目はない。

G. 研究発表

個々の分担研究、および巻末目録を参照。

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。

Ⅱ. 分担研究報告書

平成19年度分担研究報告書

がん治療施設側の取り組み

緩和ケア病棟の運営、および緩和/在宅支援センターの活動

分担研究 渡辺 敏（千葉県がんセンター緩和医療科 部長）
施設内研究協力者 木村由美子¹⁾ 金井のり子²⁾ 山岸聡子³⁾
1) 緩和/在宅支援センター看護師 2) 緩和医療センター師長
3) 病棟師長（がんサポートチーム担当）

研究要旨

千葉県がんセンターでは2006年11月から緩和/在宅支援センターが設置され、在宅支援業務を専任看護師が行うようになった。緩和医療が必要な患者さんが安心して在宅療養が行える環境を整える為に、在宅医や訪問看護ステーションなどとの連携を開拓し、地域との信頼関係の構築に取り組んできた。当センターの在宅移行システムの紹介とともに、この1年間の取り組みを振り返り、連携の実情並びに問題点を報告する。また、院内での緩和医療供給体制や緩和ケア病棟の運営面での改革を報告する。

A. 研究目的

がん専門診療施設としての緩和医療供給体制の整備を目的としていくつかの改革が行われた。そのうちのひとつである、緩和/在宅支援センターが設置されてからの活動内容とがん患者の転帰を、整理し、振り返る事で今後の在宅支援がより質の高いものになると考え、以下の研究を行った。

B. 研究方法

平成18年11月～平成19年7月に緩和/在宅支援センターから地域の訪問看護ステーション・在宅医へ連携した患者の診療録・看護記録から各項目を抽出した。

さらに関連する緩和医療科の活動状況、ならびに緩和ケア病棟運営に関しての千葉県がんセンタ

ー方式と全国平均との比較を付記した。

（倫理面への配慮）

後方視的なカルテからの情報の集計をもとにした調査であり、事例報告ではない。よって倫理的側面の問題はないものと考えている。

C. 研究結果及び考察

【在宅支援センターの目的】

- (1) 在宅支援センターを中心に地域と連携をとり患者が安心して在宅療養が行える環境を整える
- (2) がん連携拠点病院として在宅療養を推進するシステムを構築する

【在宅支援看護師の活動】

千葉県がんセンターの入院患者の退院調整と通院患者の在宅支援を専任の看護師が行った。依頼

元は病棟からは師長、外来からは主治医や外来看護師からだった。方法は在宅支援の依頼がはっきりしている時は直接電話での依頼とし、問題が複雑な場合は一度患者相談支援センターへ依頼し、問題を整理した上で、必要な時は在宅支援センターへ依頼がくる体制ができています。

依頼がくると患者さんやご家族と面談を行い、今までの経過を振り返りながら現在の病状や症状を共有し、問題点を整理し、ご家族の気持ちの揺れに寄り添ってギアチェンジの手伝いをしながら在宅療養環境を整えた。さらに、がん看護の専門的知識を基盤に、今後の方向性や予測される症状に対してサービスを検討し、在宅療養移行後も連携先との確かな情報交換を行った。窓口が1本化された事でセンターへの連絡がスムーズになったと地域より評価を受けている。在宅支援が必要な患者は、外来化学療法中の副作用対策や、医療的処置が必要、病状が変化しやすいなどさまざまな理由であったが、多くは積極的な治療が困難となり、できるだけ自宅で過ごしたいと希望される終末期のがん患者であった。その為必要時はいつでも入院できるように緩和医療センターを後方支援ベッドとして登録し、千葉県がんセンターと地域が一体となって患者さんやご家族を支えるシステムが確立しつつある。

<連携状況>

連携総数：214名

連携した医療機関：39施設

連携した訪問看護ステーション：68施設

<転帰>2007年9月現在

在宅療養継続：104名

緩和医療センターに入院後死亡：33名

在宅死：58名

がんセンター本館へ入院後死亡：19名

【緩和ケア病棟運営に関して】

院内緩和ケア病棟を後方支援病床（バックアップベッド）として退院する事が多く、早期に緩和医療科を受診する患者が増えた。その結果がんセンター本館への再入院が減った。また、適切な在宅医療機関への連携によって在宅死が可能となり、自宅での看取りが増えた。今後は在宅医療への早期連携を目指し、院内の在宅療養に対する認識が

高まり外来からの依頼も増えるよう、更なる啓蒙活動を行っていく必要があると言える。

上述の緩和ケア病棟のバックアップベッド化に関連して、昨年度の全国のホスピス緩和ケア病棟の運営状況について、千葉県がんセンターと全国の平均的な部分の数値を比較したものを表示する（表1）。差が有るのは、まず、死亡退院率が低いこと、死亡ではない退院が多いということを示している。ただし、再入院しての死亡もあり、それほど差はない。大きな差は、平均在院日数と、年間1ベッドあたりの患者数で、1ベッドあたり、倍以上の患者を受け入れていることを示している。緊急時には適切に症状緩和が行われる必要があるが、その受け入れ先を緩和医療・ケアに精通している緩和ケア病棟とすることが、現時点では最も妥当な方策と考えている。

【早期からの緩和医療科の介入について】

がん診療専門施設からの緩和医療期患者のスムーズな在宅移行システムの構築（図7）も重要で、当施設においては、まず第一に、早期から緩和医療科を受診する体制、具体的には、外来事例においては治療担当科と緩和医療科両者の並診体制、入院事例においては「がんサポートチーム」の治療病棟への早期からの訪問体制を整備した。二番目は上述した「在宅支援センター」の緩和ケア病棟内への併置である。在宅緩和医療支援のための専属ナースを配置し、在宅ケアと緩和ケアをコーディネートする体制とした。その結果、緩和ケア病棟からだけではなく一般病棟からの在宅への移行が飛躍的に増加した。

D. 結論

在宅支援専任の看護師による連携により、地域との情報交換や、適切な在宅医療機関の紹介が可能となり、症状コントロールをしながら自宅で療養するがん患者が増え、自宅での看取り数も増えた。また、緩和ケア病棟を後方支援病床として活用することで、在宅移行が増加し、また緊急時の適切な症状緩和に対応可能な体制となった。

E. 健康危険情報

現行の臨床業務をより良質化することを目的とした研究であり、特記すべき項目はない。

F. 研究発表

1. 木村由美子：県がんセンターと千葉市の取り組み. 平成 19 年度在宅ケア研修会. パネルディスカッション. 2008.01.19, 千葉市
2. 木村由美子：がんでも、安心して最後を家で過ごせるまちづくり. 平成 19 年度在宅がん緩和ケアフォーラム. パネルディスカッション. 2008.02.17. 千葉市
3. 渡辺 敏：在宅医の早期参加に向けて. 第 13 回在宅ホスピス緩和ケア公開講座. 2007.07.29. 千葉市.
4. 渡辺 敏：がん診療専門施設からの在宅緩和ケア推進の試み. 第 69 回日本臨床外科学会総会. 2008.12.01. 横浜市.
5. 渡辺 敏：緩和ケア・緩和医療と在宅緩和ケアへの展開. 第 3 回県立病院公開セミナー. 2007.12.08. 八千代市.

G. 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。

緩和/在宅支援センターの位置づけと役割

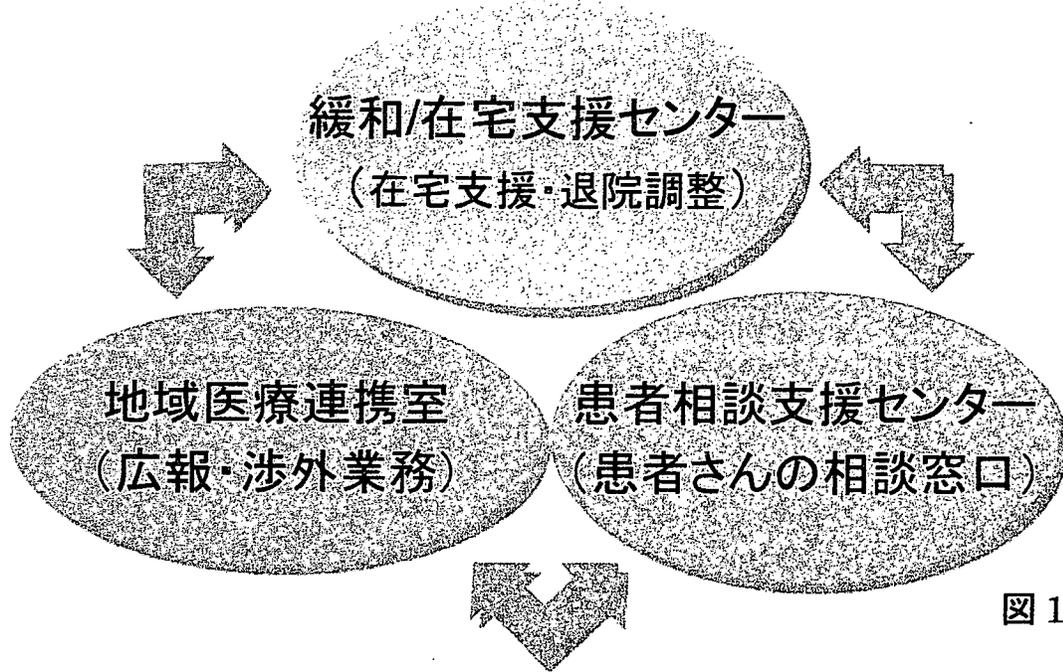


図 1

在宅支援センターの位置づけ

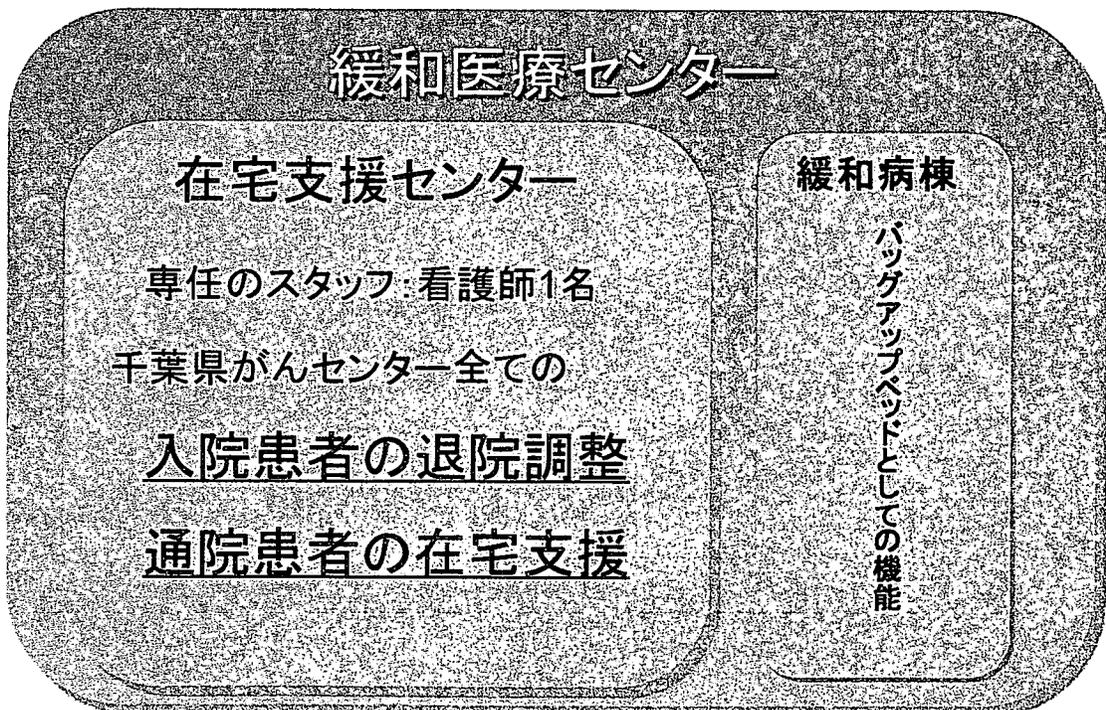
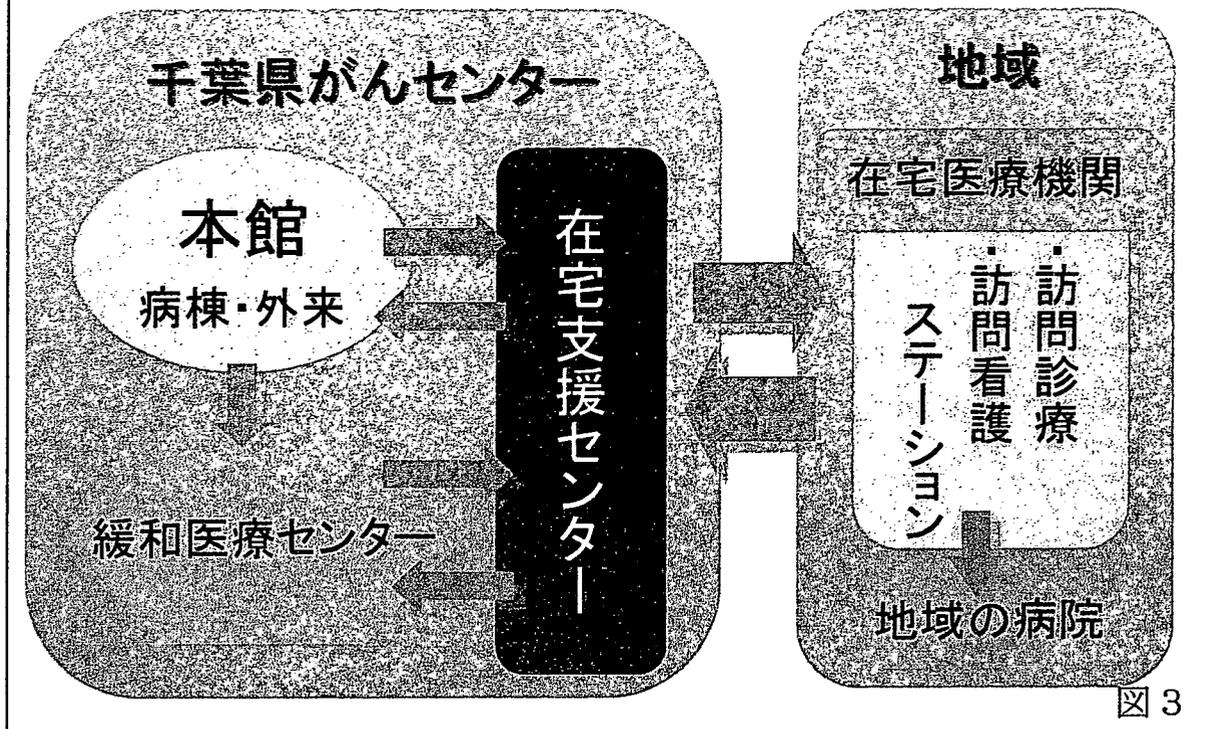


図 2

千葉県がんセンターと地域との連携



在宅支援センター専任看護師の業務内容

①入院患者の退院調整

- ・患者・家族と面接し必要な情報を得る
- ・在宅療養の意思を確認し患者・家族へ具体的にイメージできるよう情報提供する
- ・在宅へ移行するまでの問題点を明らかにして調整する
- ・患者・家族と必要な社会資源のサービスについて相談する
- ・今後の方向性や予測される症状の変化について把握し援助する
- ・訪問診療・訪問看護・居宅介護支援事業所を選定し紹介及び連携する
- ・後方支援ベッドについて相談・確保する
- ・連携した機関へ必要な情報をできるだけ早く送付する
- ・合同カンファレンスの日程の調整と開催時の司会を行う

②通院患者の在宅支援

- ・①の業務に加え、連携情報票を作成し訪問看護ステーションへ情報提供する

③在宅療養移行後の支援

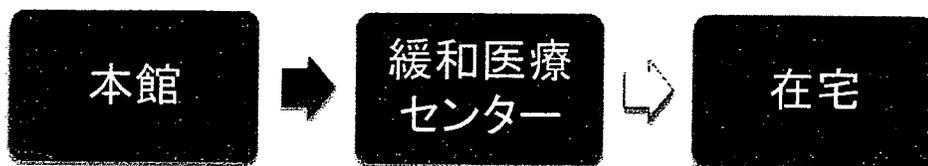
- ・患者の在宅療養中の様子について、地域の在宅医や訪問看護ステーション、ケアマネージャーと日々電話やFAXで情報交換し、在宅療養が継続できるよう支援する
- ・当院外来受診時の状況を、地域の在宅医や訪問看護ステーションへ報告する
- ・入院が必要な時は地域の在宅医療機関より連絡を受け、各病棟と入院の調整をする

図 4

連携の変化

設置前は・・・

- ADLが低下してからの連携が多い
- 病状の変化が早い時期での連携
- 自宅で過ごせる時間が短い



設置後は・・・

- 抗がん剤の副作用の対応
- 外来通院可能な時期に連携
- 自宅での生活に合わせて症状コントロールが可能
- 早期からかかりつけ医を持てる

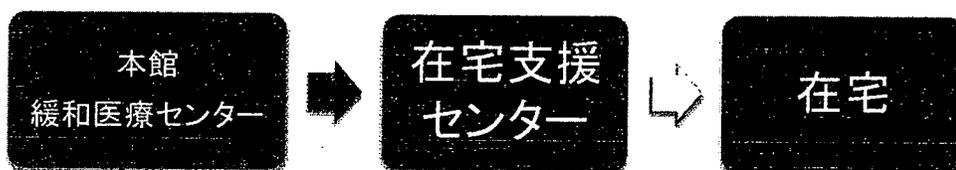


図 5

連携状況 2006年11月～2007年7月まで

2007年9月現在

- 連携総数214名
- 連携した医療機関:39施設
- 連携した訪問看護ステーション:68施設

転帰	人数
在宅療養継続	104
緩和医療センターに入院後死亡	33
在宅死	58
がんセンター本館へ再入院後死亡	19

図 6

2006年度ホスピス・緩和ケア病棟の運営状況

全国の施設数:170、総病床数:3225、07/03/31

施設別 (病床数)	退院総 数(甲)	死亡退院 数(乙)	死亡退院率 (乙/甲)	病床 利用率	平均在院 日数	甲/施設 病床数
千葉がん (25)	415	296	71.3 %	76.9 %	18.1 日	16.6人
全国 (3225)	22,510	19,352	86.0 %	79.1 %	43.0 日	7.0人

2007年7月、日本ホスピス緩和ケア協会年次大会資料より

表1

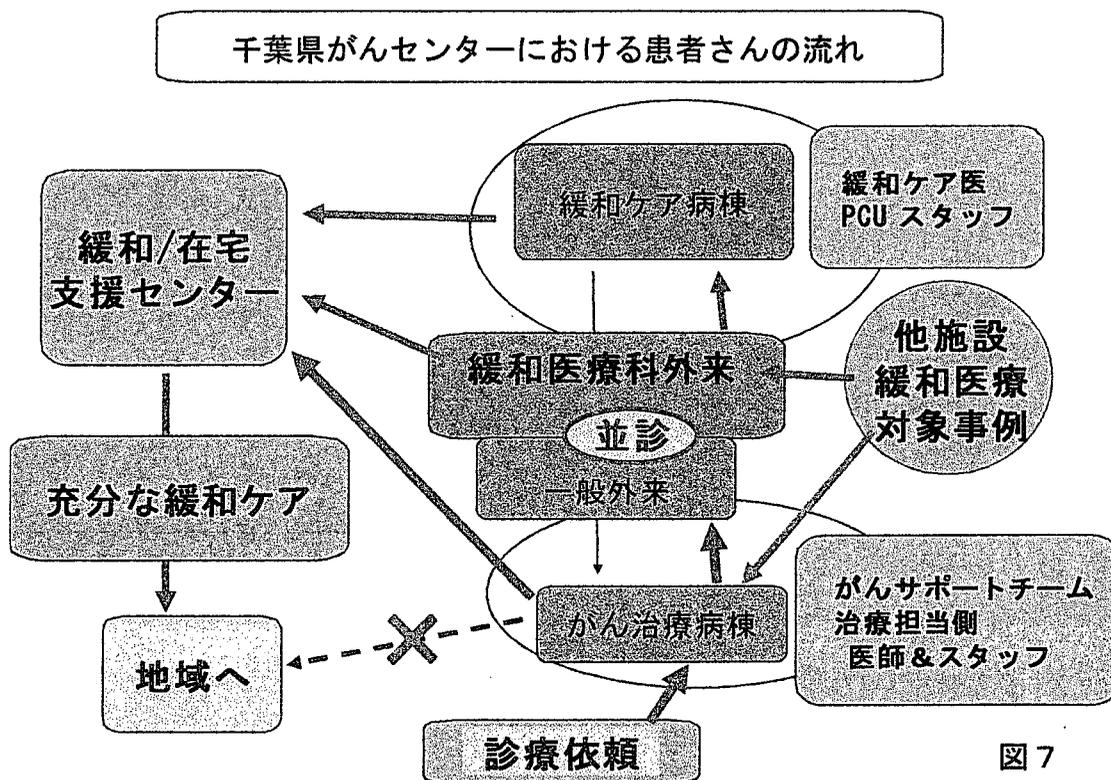


図7

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
在宅医の早期参加による意義と問題点の検討

分担研究者 医療法人社団修生会さくさべ坂通り診療所 大岩孝司

研究要旨

前年度の研究で在宅緩和ケア医が早期に関わることが、在宅緩和ケアの質の向上と密接な関連がある事を報告した。今年度は、在宅医が早期に関わることの意義と問題点を明らかにすることを目的とした。

早期という概念をより明確にすることを含めて千葉県がんセンターと在宅緩和ケアの診療を行っているさくさべ坂通り診療所・宍戸内科医院との間でモデル診療を行った。在宅緩和ケアの立場から早期と言うことを考える要因としては、①残された時間、②ADL、③抗がん治療などとの関わりがあげられる。昨年度の報告で在宅緩和ケア開始時のADLの状況が、療養の質を規定する要因として重要であることを明らかにした。今年度は早期という概念を再構築する中で、緩和ケア/在宅緩和ケアががん治療全体の中で果たす役割について明らかにすることを試みた。早期からの関わりを、抗がん治療で根治できなくなった時期からとしたが、この段階ではまだ抗がん治療行っていることが多い。必然的に病院での抗がん治療のあり方が、①提供する在宅緩和ケアの質とどう関わるのか、②在宅主治医と病院主治医の連携のあり方、という事が問題となる。

モデル診療からは以下のことが明らかになった。

- 1) 患者が抗がん治療の意義と治療効果、病状との関わりを認識することと、在宅療養における患者の状況、ケアの質は大きく関わる。
- 2) 在宅緩和ケア医の早期からの関わりのためには、医師を中心としたケアチームは、緩和ケアの概念の見直しを始め、提供するケアの質の高さが必要である。病院主治医側には在宅緩和ケアに関する認識の深まりと理解が求められる。
- 3) 在宅緩和ケア医が抗がん治療施工中からの関わる事が望ましい方向といえる。そのことが質の高い在宅緩和ケアをもたらすためには、病院主治医と在宅緩和ケア主治医が一体となったチームを形成することが要請される。

早期から在宅医の参加が可能になることによって、在宅緩和ケアの意義の再構築が求められると共にその広がりもたらされる可能性が示された。いわゆる抗がん治療のあり方と在宅緩和ケアの質には深い関わりがあり、緩和ケアががん治療の一貫であるという視点が重要である。

在宅での看取りの割合は、在宅緩和ケアの質の高さの反映であり、早期からの関わりを模索しても、臨死期に入院を余儀なくされる事態が生じてはその意義が半減する。在宅緩和ケアの継続のために特に重要な場面は、訪問開始前後と死亡前1週間の関わりである。「在宅療養を始める人に」と「家族にだからできること（いわゆる看取りパンフ）」という2種類を作成し、在宅緩和ケア移行、臨死期の在宅緩和ケア継続に資する試みを行った。

A. 研究目的

- 1) 在宅早期移行のシステム構築のための問題点の検討、在宅医の早期からの関わりがもたらすもの
- 2) 在宅の受け入れシステム構築のための試み

B. 研究方法

1) モデル診療

在宅早期移行のシステム構築のための問題点を明らかにするために、千葉県がんセンターと在宅医療機関によるモデル診療を行った。この際、在宅緩和ケア医受診後の患者に対する診療手順については、従来から行われている日常診療に何ら変更を加えない事とした。

【研究期間】

平成 19 年 4 月 - 平成 20 年 02 月

【研究対象】

対象患者を次の 2 群に分けた。非モデル診療群の設定は、モデル診療群の傾向がより明確になるように比較対照をすることを目的とした。

①モデル診療群

千葉県がんセンターの患者で、研究計画を文書で説明し、了解が得られ、訪問診療を施行した症例。居住地域は、A 地区（緑区を除く千葉市）、B 地区（佐倉市、四街道市、八千代市、八街市）に分けた。

②非モデル診療群

同時期にさくさべ坂通り診療所で訪問診療を行った、モデル診療群以外の症例

【診療機関および役割】

①診療機関

- A 地区：さくさべ坂通り診療所
(診療所内に訪問看護チーム)
- B 地区：宍戸クリニック
(外部機関の訪問看護チーム)

②診療方法

i) チームケアでの診療

原則は訪問開始の手順（表-1）に準じた。医師・看護師を中心としたケアチームによる訪問診療及び訪問看護

表-2 はさくさべ坂通り診療所の診療体制を示したものである。訪問頻度、多職種への参加については各チームの判断によるものとした。

ii) 各医療機関の診療方法及び役割

- ・さくさべ坂通り診療所
原則としては 1 回/週の訪問診療と 3 回/週の訪問看護での診療。

- ・宍戸内科医院
1 回/週の訪問診療と 2 回/週の訪問看護での診療
- ・千葉県がんセンターの役割
①在宅移行患者の抽出・誘導
②在宅緩和ケア継続が困難な時の受け入れ（緊急・レスパイトの受け入れの確保）

【研究項目】

- ①在宅移行及び継続の問題点
 - ・患者及び家族に対するアンケート調査
患者：半構造化面接技法（資料-1）
家族：アンケート用紙記入法（資料-2）
- ②在宅療養の質的評価
 - ・在宅死率、完結率の評価
在宅完結率・在宅死率の算定は以下による
$$\text{在宅完結率} = b / a - c$$
$$\text{在宅死率} = b / \{ a - (c + d) \}$$

項目内容

 - a：訪問症例数
 - b：在宅死症例数
 - c：訪問診療継続症例数
 - d：中断後 2 週間以上の生存例数
- ③中断例から見た在宅緩和ケアの早期参加に関する問題点
- ④症例検討から見た問題点の検討
抗がん治療継続中の 2 症例の経過をまとめ、問題点を検討した

2) パンフレット作成（2 種類）

在宅緩和ケア移行及び継続のための対策として、以下のパンフレットを作成した。

- ①在宅診療のご案内（資料-3）
- ②家族にだからできること（いわゆる看取りパンフレット）（資料-4）

3) 在宅緩和ケアの受け入れ側の基盤整備

千葉県在宅医懇話会設立の目的と実績報告

（倫理面の配慮）

本研究を実施するに当たり、患者家族に対して文書により研究内容の提供・理解と同意を受けた。実際の研究内容は日常診療の形式、内容に何ら変更を加えないことを前提として行った。また本研究の内容は、関係する施設の倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果と解説

1) 背景因子

【症例】

①登録症例

さくさべ坂通り診療所 36 例、宍戸内科医院 10 例で、合計は 46 例であった。このうち、1 例は研究計画の承諾書を確認できなかったため除外した。従って登録患者は合計 45 例であった。

②家族面談症例数／訪問診療実施症例

登録患者 45 名(さくさべ坂通り診療所 36 例、宍戸内科医院 9 例)の全てに家族面談を行った。在宅緩和ケアに移行したのは 41 例(さくさべ坂通り診療所 34 例、宍戸内科医院 7 例)であった。

③在宅緩和ケア移行率

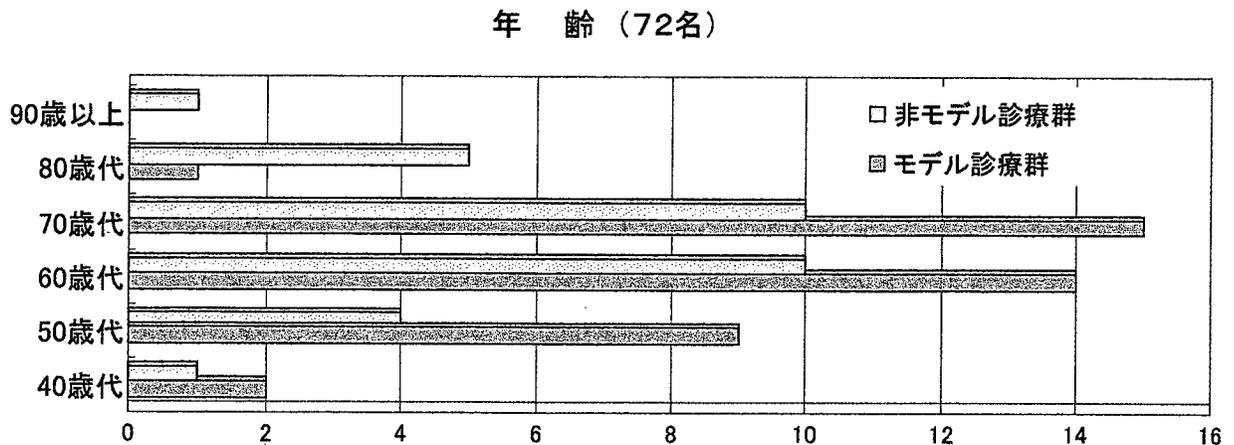
さくさべ坂通り診療所 94.4 % (34 例／36 例)、宍戸内科医院 77.7% (7 例／9 例)で、合計 91.1% (41 例／45 例)であった。

【訪問症例背景】

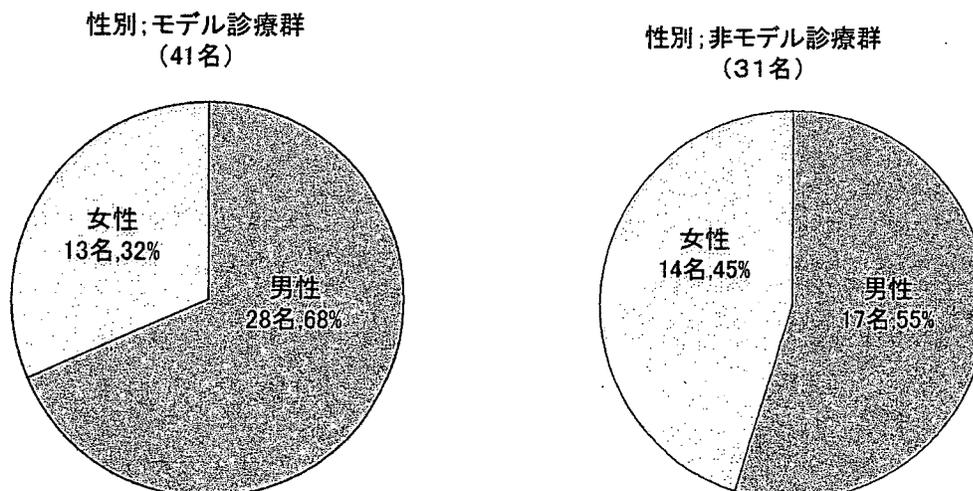
①年齢：両群共に 60 代、70 台が多い傾向は同じであった。しかしモデル診療群に若年者が多い傾向があり、80 歳代以上の高齢者は殆ど居なかった。これは非モデル診療群の訪問患者とは明らかに異なった傾向であった。(図-1)

②性別：モデル診療群では、男性がほぼ 70% を占めており、非モデル診療群は全体としては男女ほぼ半数であるなど、傾向が異なった。(図-2)

(図-1) 年齢



(図-2) 性別症例数

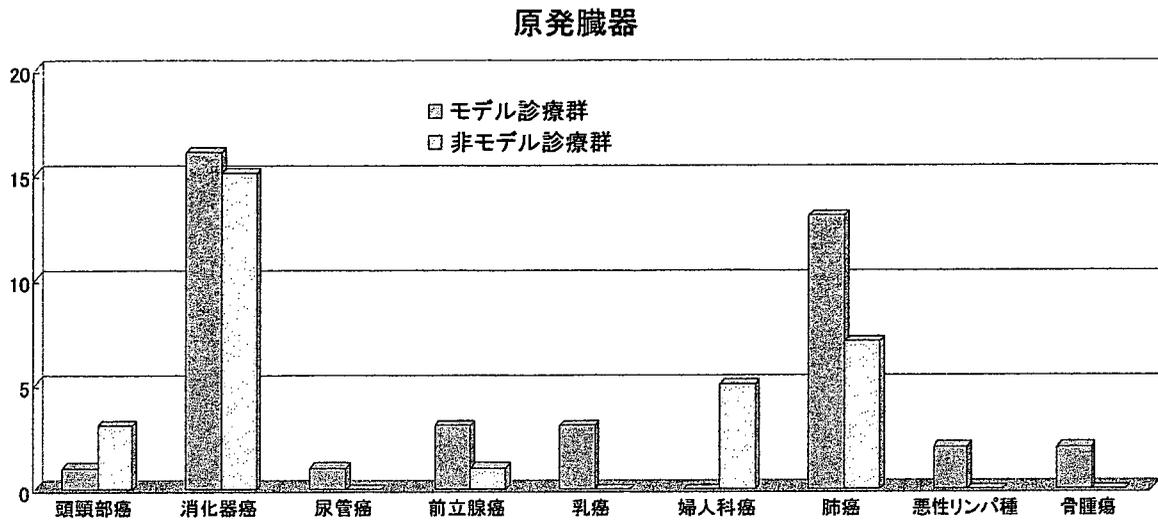


③原発臓器別頻度

肺癌、消化器癌が多い傾向は明らかで、全体のほぼ90%を占めた。モデル診療群、非モデル

診療群に大きな違いはなかったが、モデル診療群には婦人科癌の患者がいなかった。(図-3)

(図-3) 原発臓器別頻度



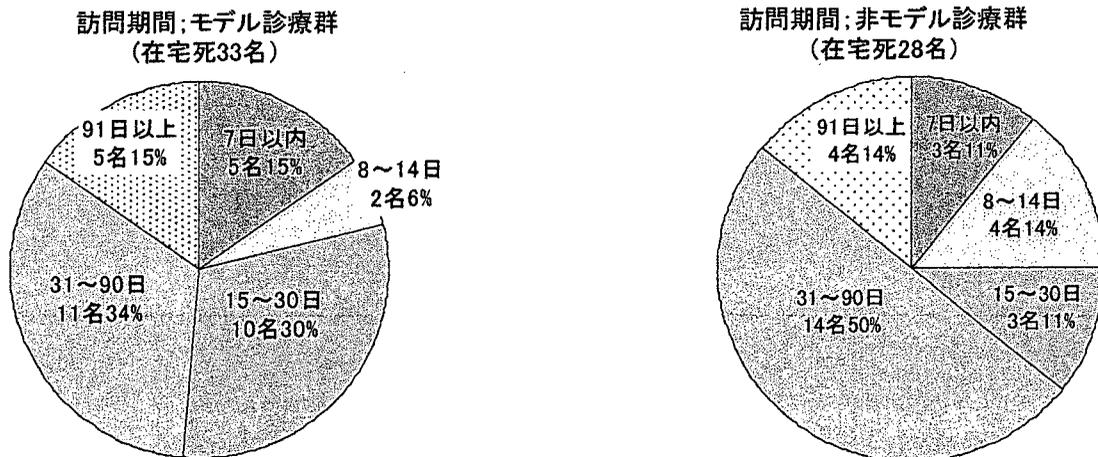
④訪問期間

モデル診療群の中間値は30日で、非モデル診療群はそれぞれ40日だった。訪問期間が30日以内の占める割合は、モデル診療群は51%、

非モデル診療群は36%であり、モデル診療群に訪問期間が短い傾向にあった。

(図-4)

(図-4) 訪問期間



【背景因子小括】

今回のモデル診療群は、がん専門病院での治療を受けていた症例という、やや特殊な要因があり、そのことが年齢・性別において非モデル診療群など従来の患者層とは若干異なっていた。この様な傾向は、早期からの関わりという視点に立つと、問題点がむしろ浮き彫りになる可能性はあると考えた。

【患者・家族へのアンケート】

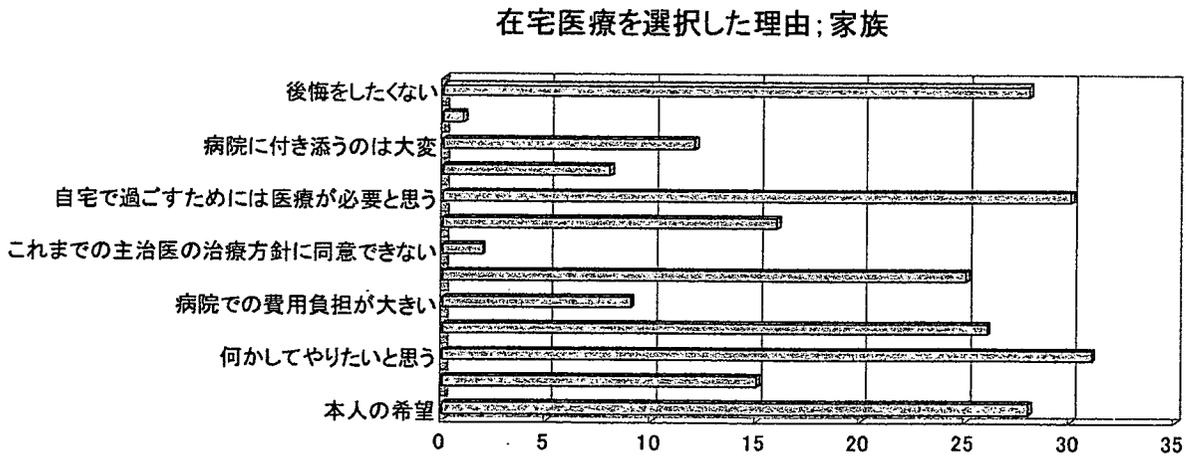
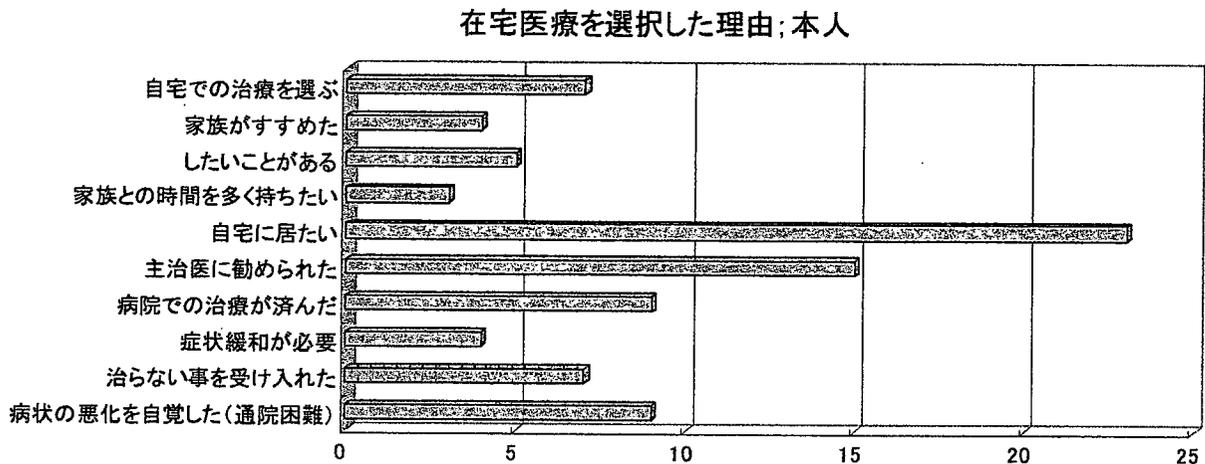
①在宅医療を選択した理由（複数選択）

患者の在宅緩和を選択した理由は、自宅に居たいが23例と最も多かった。しかし、治らない事を受け入れた7例、自宅での治療を選ぶ7例、

症状緩和が必要4例、したいことがある5例と具体的な積極的な理由を示した症例は少なく、自宅に居たいは、必ずしも在宅医療を選択したとは言い切れない。主治医に勧められたが15例、病状の悪化を自覚した（通院困難）が9例と漠然とした理由も多かった。家族の在宅医療を選択した理由は、何かしてやりたいと思う31例、自宅で過ごすためには医療が必要と思う30例、本人の希望28例、後悔をしたくない28例、残された時間をともに過ごしたい26例と、家族の思いの強さが浮き出ている傾向が見られた。

（図-5）

（図 5-1）在宅緩和ケアを選択した理由

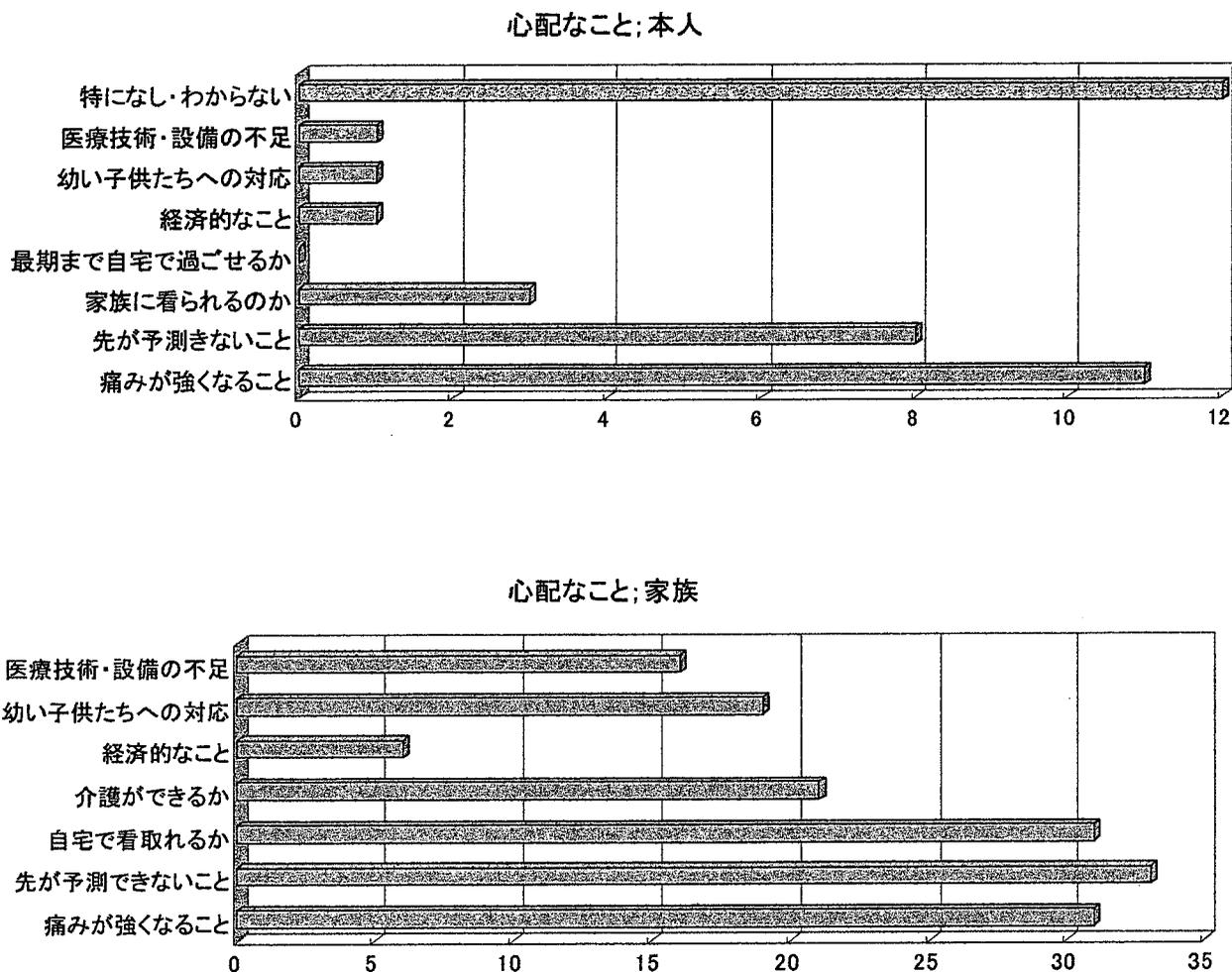


②在宅緩和ケアの心配なこと・期待すること

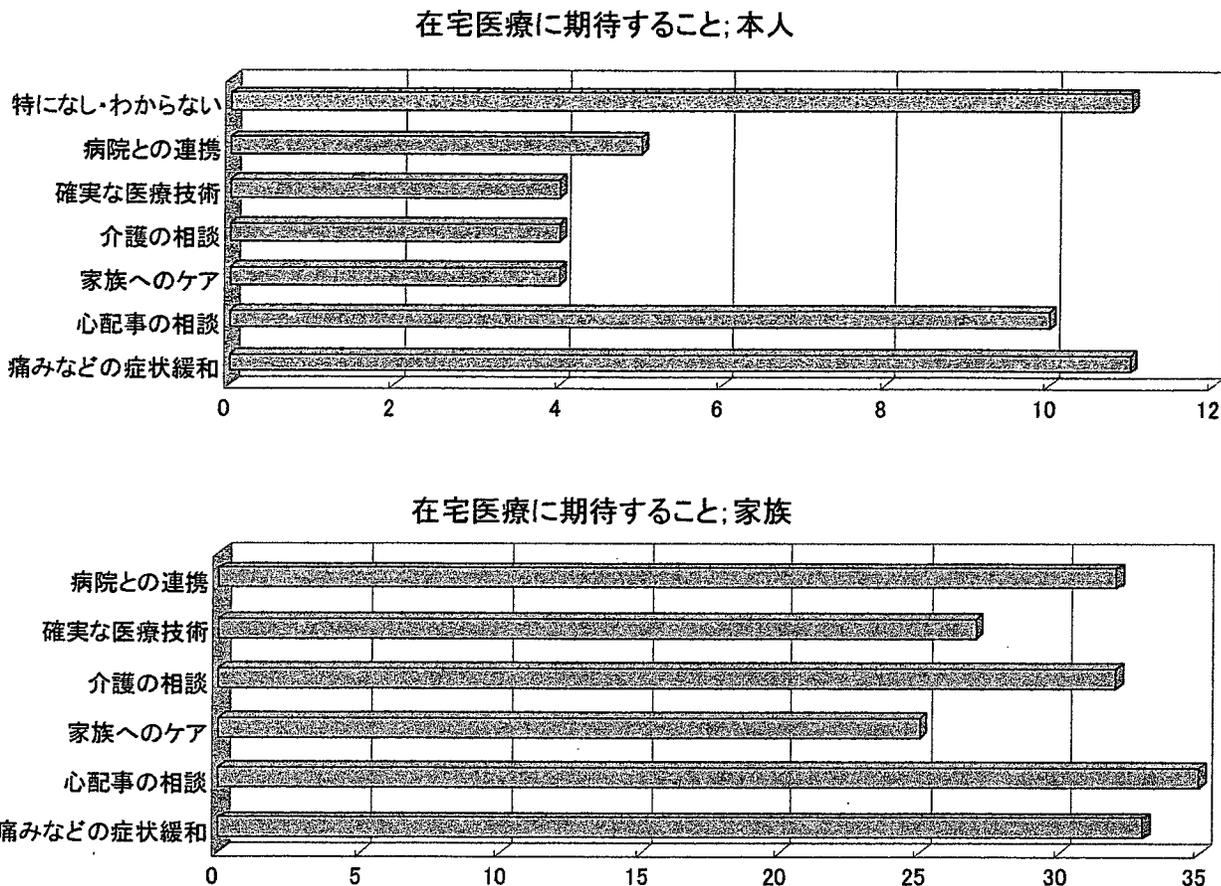
家族は在宅に対して、心配なこと、期待することなどを持っていた。これからどうなるか予測ができないこと、痛みが強くなること共に、自宅で看取ることができるのか、介護の問題は大丈夫かと在宅緩和ケア継続のために解決する必要のある、現実的な心配事をあげている。それに対して患者自身のアンケートで、在宅療養で、「心配なこと」「期待すること」は『何もない』、あるいは『わからない』が12症例で最も

多かった。初回訪問の時にこのような対応をする患者の全員が、在宅緩和ケアに対する思い、不安を感じることもさえない、投げやりともとれる言葉が聞かれるほどに脱感性、思考停止の状態であった。在宅緩和ケアに期待することは、心配なことを解決してくれる方向のケアであり、心配なことがわからない人は、期待することもないことになる。「期待すること」は『ない』、あるいは『わからない』が11例と最も多かった。(図-6、7)

(図-6) 在宅緩和ケアで心配なこと



(図-7) 在宅緩和ケアに期待すること



③最後の療養場所

訪問診療開始前の面談では、積極的に家で看取るとことを明確に表現していたモデル診療群家族は17%にすぎない。出来れば家で看取りたい、つまり家で看取ることにはこだわらないとい

う消極的な家族も含めて42%である。58%は家で看取るとことは全く考えていなかった。非モデル診療群の家族は全体としては68%が在宅での看取りを希望していた。(図-8)

(図-8) 面談時の自宅での看取り希望 (家族)

