

【小括】

このアンケートで特徴的なことは、患者の在宅緩和ケアに対して心配なこと、期待していることが何もない、わからないという思考停止の状態の患者が多かったということである。このことが今回のモデル診療が、病院の在宅緩和ケア移行への誘導という面が強いことによるのか、抗がん治療との関わりなのか、つまりギアチェンジへの抵抗感によるものなのか、がん専門病院で治療を受けてきた患者に特徴的なものなのかを検討する必要がある。患者本人には、最後まで自宅に居たいかということの意思確認は、行わなかった。その理由は、訪問診療開始の時点で在宅緩和ケアについて考えていないという患者が多く、最後の療養場所というテーマで話しを進めることが困難であったことによる。この傾向は、在宅緩和ケアが開始された後も継続され、モデル診療群に在宅緩和ケア中断例が多い。これらの結果は、モデル診療群においては、在宅緩和ケアを開始したのは、患者自身の選択ではなかった事が推測される。このことが自宅での看取りを希望する家族が少ないことへの反映でもあると考えられる。

3) 転帰

【在宅完結率及び在宅死亡率】

①在宅完結率

モデル診療群 : 78.6% (33/43-1)

非モデル診療群 : 93.3% (28/31-1)

②在宅死亡率

モデル診療群 : 89.1% {33/(43-1-5)}

非モデル診療群 : 96.5% {28/(31-1-1)}

各項目の症例数

a; 訪問症例数	モデル診療群	43例
	非モデル診療群	31例
b; 在宅死症例数	モデル診療群	33例
	非モデル診療群	28例
c; 継続症例数	モデル診療群	1例
	非モデル診療群	1例
d; 中断症例数	モデル診療群	7例
	非モデル診療群	1例

【在宅緩和ケア中断例】

モデル診療群での中断症例数は7例であった。症例1-5の5例はさくさべ坂通り診療所の症例、症例6-7の2例は穴戸内科医院の症例であった。非モデル診療群の中断は2例であった。

(表-3) 在宅緩和ケア中断症例

	病名	性別・年齢	訪問期間	中断理由	中断希望	転帰
症例1	肺癌	♂・67	85 (3)	緊急連絡	不可抗力	病院死
症例2	食道癌	♂・66	47 (17)	病院主治医	本人希望	病院外来
症例3	肺癌	♀・69	6	病院主治医	本人希望	緩和死
症例4	前立腺癌	♂・73	22	在宅泌尿器科医	本人希望	転医在宅
症例5	乳癌	♀・73	111	病院主治医	本人希望	転医・在宅死
症例6	肺癌	♀・54	11	自宅改築で緩和入院	本人希望	緩和死
症例7	膵癌	♂・48	16	レスパイト入院	本人希望	緩和死
症例①	肺癌脳転移	♂・66	23	独居・病状悪化	家族希望	緩和死
症例②	膵臓癌	♀・78	42	病状悪化	家族希望	病院死

このうち症例2, 3, 5の3例は、在宅緩和ケアへの移行を了解したものの、抗がん治療中止を受け入れられないという思いが強く、自身の主治医は病院主治医であるという意識が変わらなかった。症例4は開業泌尿器科医との並診を行った症例であるが、患者の医療に対する期待は、膀胱留置カテーテルの管理のみであり、必要時の泌尿器科医の往診を希望された。共通して言えることは在宅緩和ケアを病院治療の単なる補完的なものという認識であったということ、在宅移行の希望が本人ではなく家族だったということである。このことは先のアンケート

結果で、患者本人が自宅に帰って困ること、在宅に期待することがわからないとした割合が多かったことにも繋がっている。残りの1例(症例1)は、臨死期に緊急連絡先の電話番号を間違えたために連絡がとれず、救急車を呼んだものである。

非モデル診療群の2例のうち、症例①は実質独居であったが、ADLの縮小に伴い遠方に居住する家族の希望に本人も従い入院となったものである。症例②は同居をしていない家族が臨死期に来院し、慌てて救急車を要請したもので、病院到着時には死亡していた。

4) 症例提示

化学療法施工中で、病院主治医と在宅主治医の連携が有効であった症例を呈示し、在宅医の早期からの関わりの一つのあり方を示す。

【症例1】 63歳 男性 大腸癌・肝転移

①在宅移行の経過

開腹下大腸部分切除施行後に、抗がん化学療法（FOLFOX）施行し、二回目の化学療法終了後に退院し訪問を開始した。

②在宅療養を希望した理由

抗癌剤は通院でないと出来ないと思っていたので、訪問してくれる所があれば安心と考えていた。しかし在宅医療のことが病院には全く伝わらず、退院になることは想定していなかった。

③訪問開始時の状態

意に沿わない形での退院、在宅医との関わりに見捨てられた思いでいた。苦痛症状としては頑固な嘔気にも悩まされ、動くにより増悪した。また倦怠感が著しく、時に背部痛、腰痛を認めた。患者自身が退院後には3日目位で外を歩くことを考えていたが、実際には下肢浮腫や腰痛のため立ち上がるのが大変であるなど、ADLの縮小した状況であった。力が思ったより落ちていることに気づき、病気の進展を実感することになった。病状については全て告知されていたが、治療については「やってみないとわからない」言われていたので、早く治療を開始したいという思いが強かった。

③訪問開始後の状況

退院時の苦痛症状が軽快するまでは、不本意な退院という思いが強くなり、冷静な判断力を失い、抗がん剤を中断する方向で考えていた。退院は決して見捨てられたということではなく、がん治療の質、生活の質を考えると在宅療養のシステムはむしろ望ましい形であること、在宅医と病院主治医との連携の中で並診をする予定であることを伝え、理解を求めた。同時に苦痛症状の理由、全身状態の低下について事実に基づいた説明をし、ADLの改善の可能性は十分にあることも伝えた。そのうえで化学療法については効果をきちんと評価をすることが大事であり、効果がなければ止め、効果が有れば継続することが良いことなど、化学療法を行う際の基本的な視点を繰り返し伝えた。訪問開始1ヶ月後に口内炎高度、舌カンジダ発症の副作用を認めたが、抗真菌剤の投与で軽快した。腰痛、下肢痛については持病である脊椎管狭窄が原因である可能性が高く、がんの進展とは別であること

を伝えることで、身体的な症状を冷静に受け止めることができた。その後、反復する口内炎などの副作用を始め、自律神経失調を思わせる身体症状、更には排便調整不調に伴う不快感などの苦痛症状が、ケアチームとの関わりの中で緩和され、化学療法の継続が可能となった。下肢浮腫の軽減、腫瘍マーカーの低下などと共に、全身状態及びADLの改善が見られるなど、化学療法の効果が明らかで良好な結果が得られることになった。化学療法はしびれの強さから一時休止する事はあったが、現在まで1年にわたって順調に継続している。

【診療形態】

1) 訪問開始から1ヶ月

訪問診療1回/週、訪問看護3回/週

2) 2ヶ月-7ヶ月

訪問診療1回/2週、訪問看護1回/2週

3) 8ヶ月以後

外来通院1回/2週、訪問看護1回/2週

④症例1の小括

訪問開始時化学療法を受けていたが、その副作用の辛さに、治療に対する疑念、混乱が見られて抗がん剤の継続をほぼ断念する方向にあった。しかし、1)在宅緩和ケアつまり在宅医が関わる意義を理解すること、2)抗がん剤治療の効果を冷静に評価すること、3)嘔気・しびれなどの副作用は、治療をきちんと行えば苦痛症状の緩和が得られる事を伝えることで、状況を冷静に判断することができるようになり、化学療法の継続が可能となった。この間、在宅緩和ケアの診療形態の変化はあるが、病院主治医と在宅医との役割分担が機能するなど円滑な並診を行うことができた。このことは患者の治療、病状に対する不必要な不安が軽減する事に大いに資することになった。結果としては化学療法の効果が顕著であり、良好なQOLが得られただけでなく、明らかな延命に繋がっている。在宅医だけではなく、訪問看護の役割も大きく、一体になって対応することで、在宅緩和ケアの質がより高まったことを強調したい。

【症例2】 67歳 男性 悪性リンパ腫（大細胞型びまん性）

①在宅移行の経過

化学療法（CHOP）を5コース行って、6コース目のがん性髄膜炎のため歩けなくなり、髄注をして退院。

②在宅療養を希望した理由

化学療法準備のための退院であり、在宅療養は、次回化学療法までの間のケアという認識で受け入れた。病状悪化の時は入院と考えていた。

③訪問開始時の状態

下肢の痛み、しびれなどの苦痛症状は髄注後に軽快。下肢の不全麻痺のため、歩行やや困難などADLの縮小が見られていた。しかし、次回化学療法に対する期待が大きく、在宅緩和ケアを受け入れているとは言えなかった。

④訪問開始後の状況

訪問開始2週後に、短期間入院をして化学療法施行した。退院後は白血球減少症（900）に対して、G-CSF、抗生剤の投与を行うと共に、次第に増強する下肢の痛み、しびれの症状緩和治療を行った。訪問開始1.5ヶ月後に複視、嚥下困難などの症状が出現し、癌性髄膜炎の再燃と診断しステロイド内服を開始すると共に、全脳照射のため入院加療を行った。約2週間の入院加療後に再度在宅緩和ケアを再開した。病状の進行と共に、次第に全身状態の低下が明らかになり、退院後1ヶ月で死亡した。この間再退院後は、病状悪化に際しても自宅療養を継続する意思を明確に示すようになった。

⑤診療形態

- 1) 6.01-6.19
訪問診療1回/週、訪問看護3回/週
- 2) 6.20-6.22：入院
化学療法
- 3) 6.23-7.29
訪問診療1回/2週、訪問看護1回/2週
- 4) 7.30-8.15
入院、全脳照射
- 5) 8.15-9.09
訪問診療1回/週、訪問看護3回/週
- 6) 9.09 : 死亡

【症例2の小括】

在宅緩和ケアの開始後も化学療法施工中であったが、訪問期間中に脳転移症状の再燃が質の高い在宅緩和医療・ケアを提供するため

顕著となった。急遽病院主治医との連携で、全脳照射ため入院し、治療終了2日後に退院し、訪問診療・看護を再開した。主治医は化学療法の継続は困難で中止の方向で考えていたが患者本人は継続に期待をつないで葛藤していた。全脳照射後は、病院主治医と連絡を取りながら化学療法再開は困難であることを伝えることに努めた。患者も次第に自身の病状、抗がん治療の再開の困難なことを受け入れ、自宅で穏やかな最後を迎えた。在宅緩和ケアのなかで、抗がん治療を行いながら、原疾患の進展あるいは化学療法の副作用による苦痛症状の緩和に対する治療を行うと同時に、抗がん治療の意義、効果などについて率直に伝えることで、抗がん治療と緩和ケアが一体となったケアを提供することになった。その結果、患者自身が治療の内容、療養の場所について冷静に判断できるようになり、上記結果に繋がった。

3) 千葉県在宅医懇話会

在宅緩和ケアの受け入れ側の基盤整備の試みとして、千葉県在宅医懇話会を設立運営した。在宅緩和ケアの普及充実のためには、システムの構築と同時に受け皿になる人材の活用・育成が急務である。在宅緩和ケアに関わる医師が殆どいないという現状打開の方策を策定することが急務であった。しかし、実際の診療だけではなく、緩和ケアに関する講演会、研修会に医師の参加が極めて少ないということもまた厳然とした事実である。在宅療養の質の向上の担い手は開業医であるということの基本にして、開業医を中心とした医師が多く参加できることを考えることが、在宅緩和ケアの実効をあげるための第一歩であると強く認識している。その上で訪問看護師などの多職種と連携することを目的とした。

【運営】

開業医が主体をなして運営している。また世話人及び研究協力員が実際の企画・運営を行っている。運営に当たる主な構成員は、代表世話人の大岩孝司（分担研究者）および世話人の沖田伸也（分担研究者）、渡辺敏（主任研究者）ら9人の、合計10人である。

【活動目標】

- ①がん在宅緩和医療・ケアを中心の話題とし、開業医の親睦・情報交換・医療連携を図る。
- ②医療・福祉の多職種と連携して、具体的なプログラムの策定、ネットワーク構築を行う。に、実務的な事柄を中心に研鑽し、実践プロ

グラムを策定すること、高齢者、難病などの在宅医療・ケアを実際に行っている開業医の在宅緩和医療・ケア支援のプログラムを策定する地域中核病院・病院緩和ケアチームとの連携を模索し、地域ネットワーク策定の支援をする

- ③在宅医を中心に、看護・介護・福祉・薬剤の職種を対象に、研修事業を、市民・患者を対象に啓蒙活動を行う

④実績

i) 活動状況

千葉県在宅医懇話会が正式発足以来、平成19年9月から平成20年2月まで、合計3回の研究会、研修会を行った。参加者総数は298人(第1回:92名、第2回:106名、第3回:100名)、平均99人であった。医師は122名(第1回:35名、第2回:37名、第3回:50名)、であった。次第に開業医参加が増えている。看護師の参加も増え、151名(第1回:57名、第2回:57名、第3回:37名)となっている。

ii) メーリングリスト

・構成メンバー

千葉県在宅医懇話会の会員を中心に、在宅緩和ケアに関心のある医療・看護職である。通常のメールアドレスメンバー以外に、メーリングリスト上で問題になった事柄について、助言してもらおう専門家(メーリングリストアドバイザー)の参加を依頼した。現在、各専門家医師、看護師の総計は19人になっている。

・活動状況

メーリングリスト上の投稿数は116件で、次第に活発な議論が行われている。その具体的な内容は診療・看護に関すること、薬剤の使い方、患者紹介、医療連携(待機医)など多岐に渡っている。

D. 考察

前年度の報告書で在宅緩和ケア医が患者のどのような状況から関わるかと言うことを、訪問患者を外来通院中及び入院中の2群に分け、ADLの変化、コミュニケーションの維持などの要因を評価することでその意義を検討した。その結果ADLが維持されている状況で訪問を開始した場合には死亡直前までADLの維持がされ、最後までコミュニケーションが取れる可能性が高いことがわかった。つまり、より早期の、患者自身の状態が良好な時に在宅医が関わることで、在宅緩和医療の質の向上と密接な関連がある可能性が有るという結論を得た。

この結果に基づき今年度は、より早期に在宅医が関わることの意義を再検証し、同時にそのことの問題点を明らかにするために、在宅移行を積極的に進めるモデル診療を行った。今回の研究は、早期という意味をあらかじめ規定しないで、研究を進める中で早期の意味するもの、およびその意義を再構築することを意図した。従来ならば在宅移行を考えなかった時期の患者を積極的に対象症例に含めることとした。

早期への在宅医への移行推進のための方法は、1①患者・市民への啓蒙、②病院の積極的な誘導が考えられる。今回は後者の方法を行うことで検討することとした。従来、千葉県がんセンターをはじめとする病院から紹介される在宅緩和ケア診療移行対象患者の殆どは、①患者の強い希望があったから、②通院が難しくなったから、③患者、医療側に拘わらず抗がん治療を完全に断念してからであった。更に在宅医療機関に移行するまでの手順として、病院側が在宅移行の準備を整えてからということであった。しかし今回のモデル診療では、①は当然のこととして、②通院が十分可能な時期の患者も、③外来化学療法施工中であっても、患者に在宅の選択肢があることを医療側が積極的に提案し、在宅医療機関に移行した。その際には病院側では在宅移行の準備(退院調整、在宅緩和ケアのオリエンテーション)をせずに、在宅医療機関にその殆どの部分を委ねることとした。

今回のモデル診療のデザインから、従来の診療対象患者とは異なり、在宅緩和ケアを一つの選択肢として受け入れても良いが、あまり関心を示さず、いずれは緩和ケア病棟に入院と考えている症例を多く含むことになる事が予想された。結果は予想通りであったが、訪問開始時に患者の意識に踏み込んでみると事前に想定していない別の局面を認識することになった。在宅緩和ケアを開始するに当たって、30%近くの患者がケアチームから提供されるケアに対して、「心配なことはない、期待することがない」、「わからない」と応えている。在宅緩和ケアに対して何ら思いをはせることがないという事では決してなく、明確なイメージを持つことができなかったという事実である。いわば思考停止の状態といっても良いほどに、自身を見失った状況の患者が多かったのである。モデル診療の患者の多くが、何故思考停止に、少なくとも今後の療養場所・内容について自身が判断できない状況になってしまったのかを考察してみる。今回の研究計画が、在宅緩和ケア移行が病院の強い誘導で行われたことも大きな要因の一つといえ

る。しかしそれ以上に病院でのがん治療の経過の中に、大きな問題が内在している。がん専門病院にはがん治療により強い関心を持ち、追求する人が集まることになるし、病院側も狭義の抗がん治療の優先度を高く設定している傾向が伺える。化学療法などの抗がん治療の適応がないにも拘わらず、治るための抗がん治療を断念できないと言う患者群である。その背景には、病気が治らない、死が現実のものとなっているという事を受け入れられないと言うことがある。この認識を構成する要因としては患者・家族側の願望と、治療側(主治医)の対応が大きく影響している。抗がん治療に根治性を期待できなくなっても、がんそのものの完治をもたらす可能性はないこと、状況によっては行っている抗がん剤治療の効果が期待できない事などに関わる適切な情報が提供されていない、あるいは十分に伝えることができない事が多い。このことは患者・家族との面談、診療の経過の中で明らかになっている。少なくともがん治療医である病院主治医は患者・家族に医療側の意図が伝わっていないことが多い事実を銘記すべきである。具体的には「先生から治らない」と言われているが、それでも辛い治療をしろと言うのだから、「これをやれば大丈夫と思って頑張ってきた」という話をされる患者・家族が少なくない。がん治療とは、がんという病気そのものを見つめ、がんそのものに対する治療の側面と同時に、がんという病を患い死と直面した人の抱えている苦悩に対する治療の二つの要因に対して、同時的に対応することが重要なのである。残念ながら多くのがん治療は、後者の部分に対する配慮が殆どなされていない。問題が死と関わることであれば、本来抱えている疾病の解決が保証されない限り、その人の苦悩は継続することになる。提供される医療の意義を十分に納得していても、結果としてその効果を実感できなければ受けてきた医療行為を前向きに整理することが困難になる。まして自身の十分な認識に基づかない医療依存の強い患者にとって、その結果は自明のことである。多くの場合、医療側は患者のこのような思いとは関係なく、決められたスケジュールで、病院のペースで治療のプログラムが進行していく。苦悩している患者の思考の速度と治療スケジュールの速度の間に生じる乖離が増大することが、患者自身の論理的な思考を困難にする。それに加えて、がんの進展あるいは治療の副産物である痛み・嘔気などの苦痛症状は、患者の苦悩を一層増悪する。患者は退行現象とも言うべき状況に陥り、思考停

止をする事で、無意識下に自己防衛を図るのである。この様な状況の中では、在宅緩和ケアへの移行そのものが難しい。移行できたとしても、在宅医がこれらの問題の解決を図りながら、在宅緩和ケアの質の向上を得ることは大きな困難が伴い、その継続が困難になることが少なくない。

在宅医療機関と地域の中核病院と一体となった形での在宅緩和医療の推進を意図するのであれば、従来言われてきたギアチェンジに代表されるように、がん治療と緩和ケアは別物であるという概念を根本的に変えることが重要である。病院のがん治療医は、この様な視点にたつてがん治療の体系の見直し、再構築が必要である。同時に在宅緩和ケア医側は、看取りの要因の強いケアから、がん治療についての認識を深めて病院主治医側との共同作業がより早期に可能となるように考えることが必要となる。緩和ケアとは、この様に死と直面し、苦悩する事に対して、患者の病状・治療内容にかかわらず支援することである。このような筆者の現状分析、今後の方向についての推論が、妥当で有るかどうかを検討するために、癌治療医・緩和ケア医・精神腫瘍医・看護師などの多様な視点の中で、分析を深める必要がある。

以下では、抗がん治療継続中の群についての関わりを症例の検討を通して考察をすることにする。報告をした2症例は、病院主治医と在宅主治医の役割分担が明確で、治療方針、患者の基本的な状況を共有できたことが、成功の大きな要因である。在宅主治医としては在宅緩和ケアを提供すると同時に、化学療法に関しては、セカンドオピニオン役を担う事と、状況に応じて副作用に対する治療を行った。一方、病院主治医は、化学療法を行うと同時に、在宅緩和ケアの部分についての評価をすると言う役割を担い、それぞれがうまく機能した。症例1では、外来化学療法を円滑に進めるための役割をはたし、症例2では化学療法を中止することを受け入れる事が出来るようにする役割を担うこととなった。また症例2は、病院主治医との連携の中で緩和放射線治療である全脳照射を迅速に施行し、早期に在宅緩和ケアに復帰するなど、抗がん治療と在宅緩和ケアが一体となった治療環境の構築ができたのである。在宅医が早期に関わるという流れが定着して、病院主治医と在宅緩和ケアとの間の垣根がなくなり、地域という視点で一体化した治療環境を構築する事が望まれる。

今回のモデル診療ではいわゆる退院調整、在宅移行への準備を全て在宅緩和ケア医側が行うこととした。その理由としては、1) 在宅緩和ケアの経験のない人が、患者・家族にその意義を伝えることは困難なこと、2) また移行の準備をしても実際の在宅緩和ケアでは役に立たない事が多く、準備をし直す必要なことが少なくなかったこと、3) 結果として在宅移行に不要な時間を費やすことになり、時間切れのため在宅緩和ケアが始まる前に亡くなることが少なくないこと、などからである。さらにこのモデル診療の蓄積のなかで、病院スタッフが在宅緩和ケアの実情と移行の実態を実感することで、病院側の在宅緩和ケアに関する認識が深まり、在宅移行能力が高まることが期待された。在宅移行の主体を在宅医側にしたことの成果は、初回家族面談の在宅移行率から明らかであった。病院の在宅移行のシステムを構築する際にも、施設側だけの視点だけで捉えることなく、在宅緩和ケア医側を含めた一体化したシステムを考えることの重要性を示している。

モデル診療群の家族の殆どは在宅死を希望していなかった。従っていわゆる在宅死率がかなり低下することが予想されたが、実際には従来と変わらない結果が得られた。このことは一部の患者をのぞくと在宅死とは、在宅移行に至るまでの治療の経過も大きな要因ではあるが、それ以上に日常のケアの役割が大きいことを示している。日常のケアの第一歩が、家族との面談である。ここで、家族とケアチームが在宅完結を目指すという目標を共有できれば、家族がチームの一員として機能できることを意味している。家族を含めたチームケアの準備が整うことで、在宅緩和ケアがスタートする。

在宅緩和ケア継続の大きなバリアーの一つが臨死期である。昨年の報告書の中でも触れたが、急変が意味する実際的な場面の多くは、この臨死期の患者の変化にある。この様な状況におけるケアのスキルアップ、平均化を図る事は、在宅緩和ケアの質の向上に重要である。我々はその一助にするために、「家族にだからできること」という、いわゆる看取りのパンフレットを作成した。しかし活用するためには、更に解決しなければならない問題も多い。今回は関わるスタッフが十分に理解・活用できたとは言えないことより、有用であるという感触はあるものの、客観的な評価をする段階まで至らなかった。

E. 結論

在宅医の早期参加のもたらす問題と意義を検討するためにモデル診療を行った結果、以下

のことが明らかになった。

- 1) 病院での抗がん治療のあり方が、在宅緩和ケアの質と密接な関係があることが明らかになった。
- 2) 在宅緩和ケア医の早期からの関わりのためには、在宅側には、高い質のケアの提供と共に、緩和ケアの概念の再構築、病院側には在宅緩和ケアの理解と同時に、根治の期待できない抗がん治療の再構築が必要であることが明らかになった。
- 3) 在宅緩和ケアの広がりのためには、病院、在宅と仕分けをするのではなく、地域という視点で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求められる。
- 4) 「在宅診療のご案内」と「家族にだからできること」の2つのパンフレットを作成した在宅緩和ケア移行期、臨死期においてケアの質を高める上での有効性についての客観的な評価が必要である。

G. 研究発表

論文発表

1. 大岩孝司、鈴木喜代子. よりよい在宅終末期医療を進めるために. Medical Practice. 25:97-102 2008

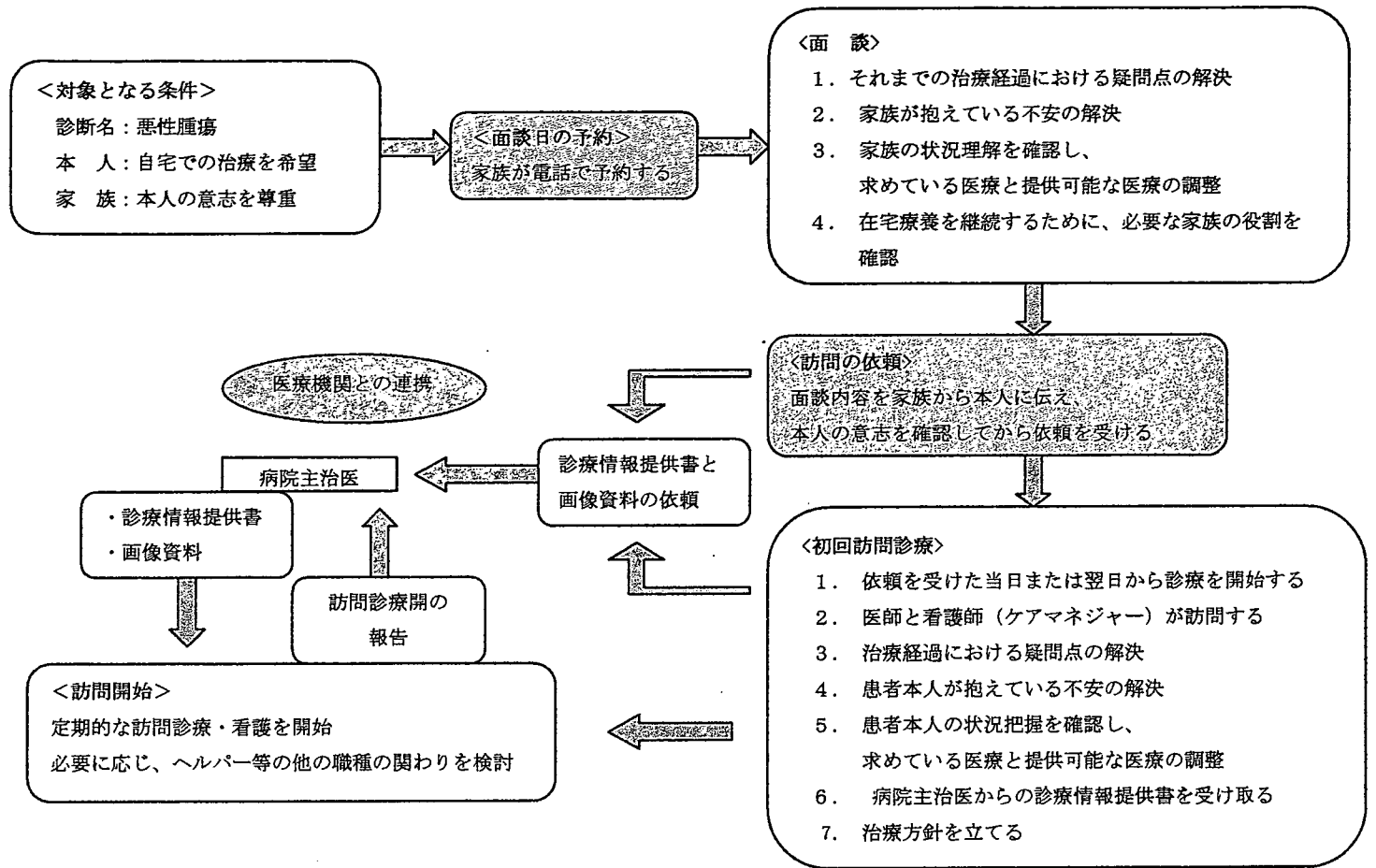
学会発表

1. 岡田順子、鈴木喜代子、牧野裕子、奥村ひとみ、森下絵里、金玲純、大岩孝司:在宅ホスピスケアにおける予防的グリーンケアの可能性～遺族インタビューから要因分析の試み～. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6、岡山
2. 奥村ひとみ、岡田順子、鈴木喜代子、牧野裕子、森下絵里、金玲純、大岩孝司:独居がん患者に対する在宅の継続を可能にするための生活支援. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6、岡山
3. 森下絵里、岡田順子、牧野裕子、金玲純、奥村ひとみ、鈴木喜代子、大岩孝司、藤田伸輔:アセスメント力の向上に役立つSTAS-Jの有効活用、第8回千葉緩和医療研究会. 2008.2、千葉

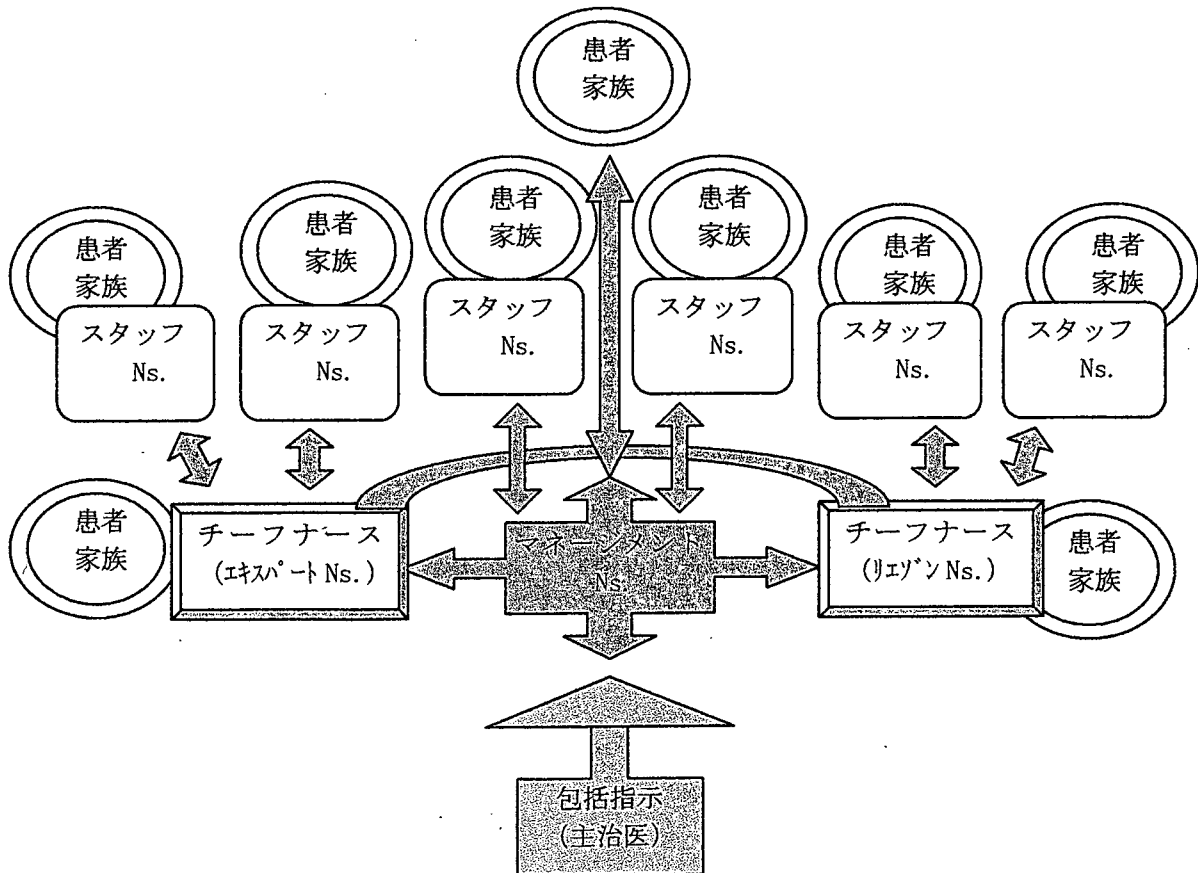
H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他

表－1；診療手順



表－2；さくさべ坂通り診療所の診療体制



資料－１；患者用質問紙

*訪問開始時のインタビューで（こちらの評価で記載）

氏名：

初回訪問日：

1. 在宅医療を選択した理由

- | | | |
|----------------------|----|-----|
| ①病状の悪化を自覚した（通院困難） | はい | いいえ |
| ②治らない事を受け入れた | はい | いいえ |
| ③症状緩和が必要だった | はい | いいえ |
| ④病院での治療が済んだ | はい | いいえ |
| ⑤主治医に勧められた | はい | いいえ |
| ⑥病院での費用負担が大きい | はい | いいえ |
| ⑦自宅に居たい | はい | いいえ |
| ⑧家族との時間を多く持ちたい | はい | いいえ |
| ⑨したいことがある | はい | いいえ |
| ⑩家族が自宅での生活をすすめた | はい | いいえ |
| ⑪具合が悪くなった時に自宅での治療を選ぶ | はい | いいえ |
| ⑫子供たちの準備ができるようにする | はい | いいえ |
| ⑬家計を維持するために働く | はい | いいえ |
| ⑭今後の配偶者の生活を考える | はい | いいえ |
| ⑮その他： | | |

2. 心配なこと

- | | | |
|---------------|----|-----|
| ①痛みが強くなること | はい | いいえ |
| ②先が予測できないこと | はい | いいえ |
| ③最期まで自宅で過ごせるか | はい | いいえ |
| ④家族に看られるのか | はい | いいえ |
| ⑤経済的なこと | はい | いいえ |
| ⑥若い子供たちへの対応 | はい | いいえ |
| ⑦医療技術・設備の不足 | はい | いいえ |
| ⑧その他： | | |

3. 在宅医療に期待すること

- | | | |
|------------|----|-----|
| ①痛みなどの症状緩和 | はい | いいえ |
| ②心配事の相談 | はい | いいえ |
| ③家族へのケア | はい | いいえ |
| ④介護の相談 | はい | いいえ |
| ⑤確実な医療技術 | はい | いいえ |
| ⑥病院との連携 | はい | いいえ |
| ⑦その他： | | |

資料－２；家族用アンケート用紙

*面談の前に記載をおねがいします。

1. 在宅医療を選択した理由

- | | | |
|-----------------------|----|-----|
| ①本人の希望 | はい | いいえ |
| ②病院で過ごさせたくない | はい | いいえ |
| ③何かしてやりたいと思う | はい | いいえ |
| ④残された時間をともに過ごしたい | はい | いいえ |
| ⑤病院での費用負担が大きい | はい | いいえ |
| ⑥病院に居ても治療がない | はい | いいえ |
| ⑦これまでの主治医の治療方針に同意できない | はい | いいえ |
| ⑧主治医から退院するように言われた | はい | いいえ |
| ⑧自宅で過ごすためには医療が必要と思う | はい | いいえ |
| ⑨子供たちの準備ができるようにする | はい | いいえ |
| ⑩病院に付き添うのは大変 | はい | いいえ |
| ⑪自宅での看取りの経験がある | はい | いいえ |
| ⑫後悔をしたくない | はい | いいえ |
| ⑬その他： | | |

2. 心配なこと

- | | | |
|-------------|----|-----|
| ①痛みが強くなること | はい | いいえ |
| ②先が予測できないこと | はい | いいえ |
| ③介護ができるか | はい | いいえ |
| ④自宅で看取れるか | はい | いいえ |
| ⑤幼い子供たちへの対応 | はい | いいえ |
| ⑥経済的なこと | はい | いいえ |
| ⑦医療技術・設備の不足 | はい | いいえ |
| ⑧その他： | | |

3. 在宅医療に期待すること

- | | | |
|------------|----|-----|
| ①痛みなどの症状緩和 | はい | いいえ |
| ②心配事の相談 | はい | いいえ |
| ③家族へのケア | はい | いいえ |
| ④介護の相談 | はい | いいえ |
| ⑤確実な医療技術 | はい | いいえ |
| ⑥病院との連携 | はい | いいえ |
| ⑦その他： | | |

資料－３；在宅診療のご案内

在宅診療のご案内

住み慣れた家で
家族とともに
過ごすために・・・

さくさべ坂通り診療所

TEL : 043-284-5172 FAX : 043-287-3270

E-mail : houkan@hyper.ocn.ne.jp

千葉県稲毛区作草部町 658-1 オフィス 21 作草部町ビル 101

はじめに

当診療所では、在宅療養を希望される方のご自宅に訪問し、診療・看護を提供させていただいております。

ご本人の辛さをより軽減し生活の質を維持すること、また、ご本人とご家族が安心していただけることを診療の目標とし、自律支援の考え方に基づいた医療・ケアの提供を目指しています。しております。

ご自宅での療養は、病院とは異なり、ご家族が療養に参加することになります。不明な点やお困りのことがありましたら、遠慮なくご相談ください。

— 1 —

定期的な訪問

訪問診療とは、定期的・計画的に訪問し診療します。

定期的な訪問診療（1回/週）・訪問看護（3回/週）と24時間対応で継続的なサポートをしています。

- ・ 医師・看護師が訪問した時の治療・看護だけでは、在宅療養の継続は困難になります。
- ・ 定期訪問により<ご本人ができること><ご家族ができること>を少しずつ増やし、次回の訪問までに困ることがないようにします。
- ・ ご本人とご家族が安心して自宅での生活を継続するために必要なことを提供します。
- ・ 困っていることは、皆さん同じではありませんので、個別に必要なケアを相談しながら行います。
- ・ ご本人が状況を理解されていると、必要な情報を提供することで、自分のことを自分で決められます。
- ・ ご自宅での生活を継続するためには、医療者が不在の状況でも本人と家族が落ち着いていられることが必要です。そのためのお手伝いと考えています。

— 2 —

治療の考え方

今、その人にとって一番適切な治療は何かを考えて、治療します。

- ・ 症状緩和は生活の視点で考えます。

症状がとれることで睡眠がとれる・起きられる・座れる・歩ける、話しができることを大切にしています。

- ・ がん治療が専門ですが他の病気の治療も、もちろん行います。

例えば、発熱の原因に感染症が考えられるときには、血液検査をして抗生剤の処方や点滴治療を自宅で行います。

- ・ 看護師は<受け持ち>を決めて訪問させていただきますが、常時、情報を共有しています。

<受け持ち看護師>とのやりとりで伝わらないと感じた時には、遠慮無くお知らせください。

— 3 —

*** 他の医療機関との連携**

医療機関を受診する際には、診療情報提供書を持参していただきますので、外来受診の予定は、早めにお知らせください。基本的には、必要な検査や治療は自宅で行えます。

*** 家族面談**

緩和医療は、病気（がん）を治すことを目的とした治療ではありません。そのため治療経過の中での、患者さんのもとより家族の疑問を解決し、納得できることを大切にしています。家族面談は訪問を開始してから必要時に、その目的を本人にも説明し理解を得て、診療所で行います。

- 4 -

電話連絡

定期の訪問で、次に訪問するまでの間に起こる変化を可能な限り予測した相談をしますが、心配なことや聞きたいことがある時には、いつでも電話で連絡がとれます。

* 初回訪問の時に、<訪問専用電話>の番号をお知らせいたします。

- ・電話での連絡で、対応が困難な時には、土日・祭日・夜間に関係なく看護師が訪問します。
- ・訪問を開始してからの電話は、どのような用件でもく訪問専用電話>または、担当看護師に電話してください。
- ・<訪問専用電話>は、携帯電話に常時転送になっています。

- 5 -

訪問時間

- ・訪問日の朝9時～9時30分に、担当看護師が電話をします。
- ・電話で症状等の状況を伺い、その時の症状や状況に応じて、訪問する時間を予定します。
- ・必要な準備をして訪問しますので、訪問するまでに状況が変わった時等には連絡してください。
- ・こちらで提示した時間で都合が悪くときには、可能な限り調整いたしますので、遠慮なくお知らせください。
- ・その日の朝の状況で訪問予定を調整しますので、毎日同じ時間に訪問することは難しいことをご了解ください。

- 6 -

自宅で行える検査・治療

検査：血液・尿検・レントゲン・超音波・心電図検査

* 訪問開始の時に血液検査を行うことがあります。

治療：疼痛等の症状コントロール、摂食・嚥下機能の回復、点滴・輸血、中心静脈栄養等の栄養管理、胸水・腹水穿刺、酸素療法、胃管・膀胱等のカテーテル管理、他

* 検査は、その結果で治療方針を決めたり、治療の効果を判断（評価）するためのものですので、必要な時には行いますが、定期的に行うことはありません。検査の結果よりも症状に応じた治療をします。

- 7 -

処 方

基本的には院外処方です。

処方箋をお持ちしますので、近くの調剤薬局で薬を受け取ってください。

調剤薬局には、訪問薬剤師が自宅に薬を届けてくれる所があります。

また、注射薬を取り扱っている調剤薬局は限られますので、必要な場合にはご相談いたします。

* 薬代は、調剤薬局への支払となります。

- 8 -

* 麻薬の管理について

- ・ 当診療所は麻薬を処方することができます。
- ・ 処方は、麻薬を取り扱っている調剤薬局に院外処方箋を発行する場合と院内処方に対応する場合があります。
- ・ 麻薬を廃棄する場合には、麻薬廃棄届の提出が必要です。残薬については、本人または家族と相談の上、診療所で廃棄手続きをします。

- 9 -

診療費

包括医療で算定していますので、一回の訪問や一つの診療行為ごとに料金が発生するのではなく、一定の金額になります。(詳細につきましては、別紙を参照してください)

診療費の請求は、一月分まとめて月末締め、翌月の15日頃に請求書をご自宅に郵送します。

お支払いは、原則として振り込みでお願いします。

その他の費用

- ・ 交通費：2km未満は1回500円、
2km以上10km未満は1回1000円
10km以上は1回1500円
- ・ 居宅療養管理指導料：
介護保険を利用されている方(1000円/月)
- ・ 文書料：診断書等

- 10 -

介護保険

併設事業所の<ケアステーションわたぼうし>では、ケアプランの作成と訪問介護サービスを提供しています。

*介護保険を利用される方は、ご相談をします。

- 11 -

厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業
分担研究報告書
平成19年度 分担研究報告

千葉県における緩和ケアにおける実態調査

分担研究者 木下寛也 国立がんセンター東病院緩和ケア病棟医長

研究要旨

在宅緩和ケアの中心を担う役割を期待されている在宅療養支援診療所の千葉県における現状の分析を行った。在宅療養支援診療所に関するデータは県社会保険事務局に情報開示請求をすることで取得可能であった。データの分析にて二次医療圏ごとの格差、診療所間の在宅医療への取り組みに格差があることが明らかになった。現状では在宅療養支援診療所が十分に機能していない可能性が示唆された。

A. 研究目的

平成18年度診療報酬改訂において、在宅医療の推進を目的に『在宅療養支援診療所』親切された。中医協によれば在宅療養診療所のあり方は次のように定義されている。

I. 在宅療養支援診療所の意義

- 1) 高齢者が出来る限り住み慣れた家庭や地域で、療養しながら生活を送ることを可能とする。
- 2) 身近な人に囲まれ、在宅で最期を迎えることが選択できる。

II. 在宅療養支援診療所の役割

- 1) 患者に対する24時間の窓口
- 2) 必要に応じた他施設との連携

このように、この制度はがん患者の在宅緩和ケアの推進にも重要な役割を果たすことが期待されている。がん患者が安心して療養生活を送ることが出来るためには、在宅療養支援診療所の量、質の充実が必要と思われる。

以上のことから、本研究では千葉県における在宅療養支援診療所の実態調査を行った。

B. 研究方法

2007年10月に千葉県社会保険事務局に、2007年度の時点での在宅療養支援診

療所の届出および、2007年度在宅療養支援診療所に係る報告書の情報開示請求を行い、情報開示が認められた。そのデータを元に二次医療圏別に在宅療養支援診療所数、合計患者数、自宅死亡患者数の集計を行った。

(倫理面への配慮)

個人情報開示請求により開示されたデータの診療所を特定出来ない形で集計を行った。

C. 研究結果

平成19年10月1日現在在宅療養支援診療所の総数は207、二次医療圏別診療所数及び人口10万人あたりの診療所数は、それぞれ、東葛北部42(3.24)、東葛南部60(3.67)、印旛山武22(2.38)、香取海匝14(4.32)、夷隅長生7(2.80)、市原8(2.80)、安房8(5.47)、君津5(1.51)、千葉41(4.47)であった。人口10万人あたりの数を比較すると、最高は安房で5.47、最低は君津で1.51とかなりの開きがある。

診療所あたりの訪問患者数については、最高は千葉の103.8人、最低は夷隅長生の15.1人と7倍の格差がある。

自宅看取り数に関しても、人口10万あ

たりで比較すると、最高は安房の 58.1 人、最低は君津の 4.2 人と 10 倍以上の開きがある。(表 1)

千葉県全体で在宅療養支援診療所あたりの自宅看取り数を比較すると、最小 0 人、最大は 105 人、また約半数にあたる 93 診療所の自宅看取り数は 0 名であった。(表 2)

D. 考察

在宅療養支援診療所に関するデータは社会保険事務局に情報開示請求を行うことで得ることが可能であった。在宅療養支援診療所数、自宅看取り数ともに地域格差があることが明らかになった。また診療所間の在宅診療への取り組みもかなり差があることが予測された。在宅療養支援診療所の約半数が自宅看取りの経験が無いというデータからは、在宅療養支援診療所が有効に機能しているとは言えない。ただし、診療所の医師数は不明であること、自宅看取り数に関しても地域自宅看取り数に関しては、がん患者および非がん患者の総数であることがこの調査の限界である。

今回の研究をもとに、さらに在宅療養支援診療所のがん患者の在宅緩和ケアへの取り組みの現状、障害となる事項等を調査していく予定である。

E. 結論

千葉県における在宅療養支援診療所の二次医療圏別の実態の分析を行った。地域格差、診療所間格差が存在することが示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

論文発表

1. Shimizu K, Kinoshita H, et al. First panic attack episodes in head and neck cancer patients who have undergone

radical neck surgery. J Pain Symptom Manage, 34(6): 575-8, 2007

2. 木下寛也：緩和医療とコンサルテーション・リエゾン精神医療. 臨床精神医学 36: 737-742, 2007

学会発表

1. 木下寛也：緩和ケアで使う向精神薬・精神科医が知っておきたいオピオイドの使い方. 第 20 回日本サイコオンコロジー学会総会. JPOS サイコオンコロジー研修会. 2007. 11, 札幌

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

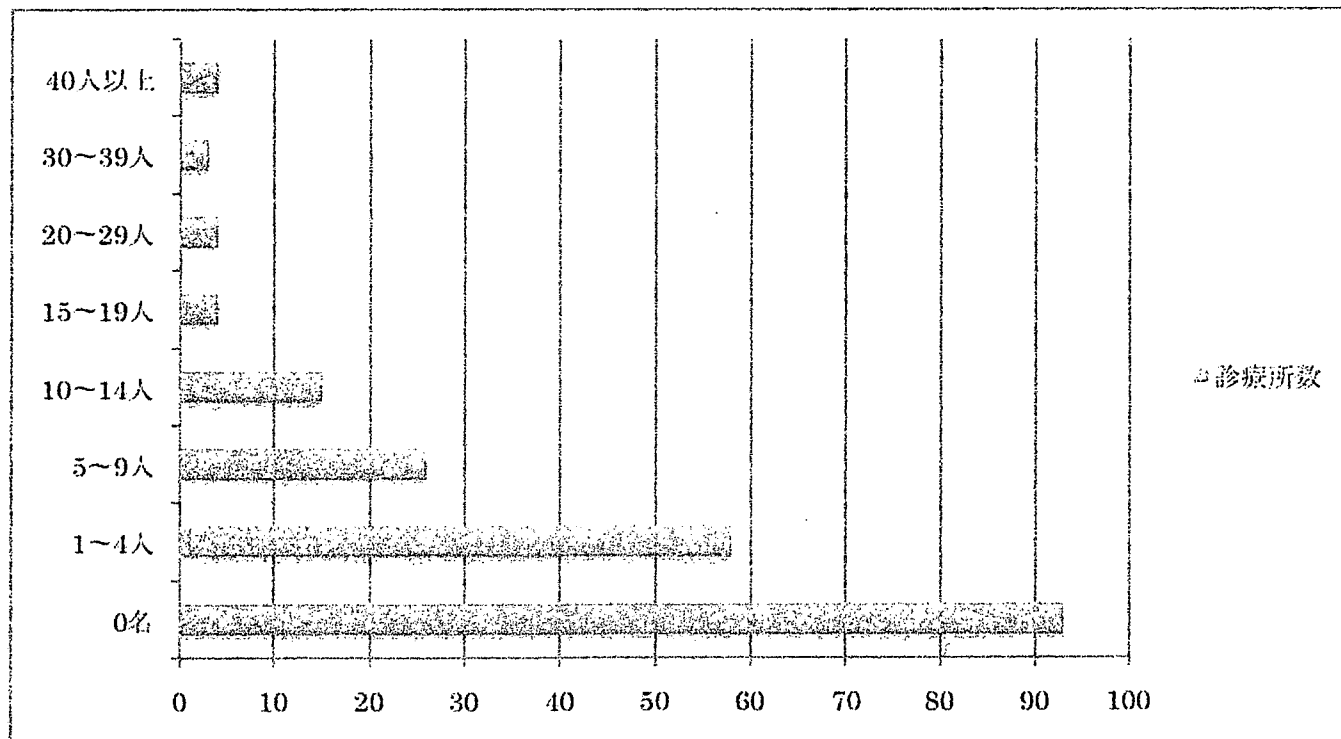
表 1.

二次医療圏	在宅療養支援診療所数 (A)	(A) 対人口 10 万	訪問患者合計	訪問患者数 /診療所数	自宅看取り数 (B)	(B) 対人口 10 万
東葛北部	42	3.24	2666	63.5	250	19.3
東葛南部	60	3.67	3000	50.0	170	10.4
印旛山武	22	2.38	671	30.5	111	12.0
香取海匝	14	4.32	304	21.7	51	15.7
夷隅長生	7	2.80	106	15.1	28	11.2
市原	8	2.80	321	40.1	60	21.0
安房	8	5.47	474	59.3	85	58.1
君津	5	1.51	126	25.2	14	4.2
千葉	41	4.47	4254	103.8	224	24.4
合計	207	3.39	11922	57.6	993	16.2

注) 在宅療養支援診療所数に関しては、2007年10月までに届出された診療所

訪問患者数、自宅看取り数に関しては、2006/4-2007/7の報告

表 2. 千葉県在宅療養支援診療所 自宅看取り数



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

分担研究者 渡邊 義郎

千葉県市川健康福祉センター（市川保健所）センター長

研究協力者 神林 綾子（千葉県市川健康福祉センター保健師）

研究要旨

当センターでは、平成 15 年度より在宅緩和ケア運営事業を推進している。具体的には、平成 15 年度に終末期医療の実態把握並びに意識調査を実施し、平成 16 年度に「在宅療養への準備」というリーフレットを作成し、保健・医療・福祉等関係機関や管内市民向けに配布している。

平成 17、18 年度には、在宅緩和ケアネットワーク連絡調整会議の開催や、管内市民・関係機関向けの講演会を実施した。

今年度は、介護保険制度や医療制度改正後の地域の状況を把握するために、在宅療養支援の要である、訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所にアンケート調査を実施した。

また、各制度の改正や、管内の地域がん診療連携拠点病院の新規指定もあり、リーフレットを改訂したことと、そこから見えた課題をまとめる。

A. 研究目的

千葉県では、がん患者の在宅緩和ケアの整備を目的として、平成 14 年度に「千葉県在宅がん患者緩和ケアネットワーク指針」を策定した。これを受けて各健康福祉センターは、平成 15 年度より在宅緩和ケアにおいて保健・医療・福祉の関係職種の連携を推進するため、連絡調整会議を開催している。

今年度は法改正に伴い、在宅がん緩和ケアを支援する訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所の実態把握を目的としてアンケートを実施し、その結果を、同趣旨で実施した平成 15 年度のアンケート結果と比較してまとめたものを、連絡調整会議において討議した。

更に、がんの患者・家族を支える制度が多岐にわたるため、関係職種の役割の明確化や、各制度の簡単な説明と各種相談窓口の周知を目的として、既存のリーフレットを改訂し、管内住民や各関係職種向けに配布することとした。

これらの活動を通し、地域の課題に対する健康福祉センターの在宅緩和ケアへの取り組みについて考察する。

B. 研究方法

1. 管内の訪問看護ステーションと居宅介護支援事

業所に対するアンケート調査を実施し、平成 15 年度のアンケート結果と比較することで各制度改正後の状況や課題を抽出。

2. 連絡調整会議での討議内容から課題を抽出。
3. がん患者の在宅療養に関する制度や相談窓口を住民へ伝える媒体として、リーフレットを改訂。

C. 研究結果

1. 当センター管内の訪問看護ステーション 12 事業所と居宅介護支援事業所 100 事業所に対し、アンケート調査を実施。

1) 訪問看護ステーションへのアンケート結果

回答のあった 9 事業所(回答率:75%)のうち、平成 18 年度中にがん末期の利用者がいたのは 7 事業所(78%)である。利用者がいなかった事業所は、新規指定の事業所と、緊急時訪問看護加算を取っておらず、24 時間対応する体制にない事業所であった。

がん末期の利用者を制度別にみると、介護保険制度における 1 号被保険者が多く、年齢別では、70 歳以上の利用者が 67%であった。これは、平成 15 年度のアンケート時と状況は変わっていない。(図 1～3-2)

看取りの場所は、病院が 55%、在宅が 43%、その他が 2%であった。

訪問看護開始から看取りまでの期間は、6ヶ月未満が83%で、そのうち2ヶ月未満については65%であった。(図4-1、4-2)

がん末期の患者を支える上での課題は、「介護力不足」「疼痛コントロール」「医師の考えと家族の思いの両立」「夜間救急時対応」が多くあげられた。

2) 居宅介護支援事業所へのアンケート結果

回答のあった事業所は43事業所(回答率43%)であり、がん末期の利用者の年齢構成は、65歳以上が84%で、そのうち70歳以上の利用者は83%であった。(図6~7-2)

介護保険法改正により、平成18年4月から「がん末期」が特定疾病に追加され、40歳以上でも該当者は介護保険制度の利用が可能となったが、法改正によって、がん末期の利用者が増えたという事業所は32%にとどまり、法改正後の利用者の急増はみられなかった。

がん末期の利用者と居宅介護事業所との、契約から看取りまでの期間については、半年以内が60%、そのうち2ヶ月以内は38%であった。看取りの場所は、病院66%、在宅34%で、依然として病院が多いという現状であった。(図8-1、8-2)

がん末期の利用者を担当するにあたって感じることを自由記載で質問すると、「認定結果が出るまでに悪化・死亡してしまう」「病状の悪化が早いので対応が困難」「病状等を把握することが難しい」などという、がん末期の特徴に介護保険制度がそぐわないという意見と、元々の職種が介護職関係という者が多い現状のために、がん末期の症状や予後を見据えた対応が困難であるという意見が多く、そのために訪問看護への期待が非常に大きいということが明らかになった。(図5、9)

2. 連絡調整会議での討議内容について

連絡調整会議においては、当センター管内のがん末期の患者は、都内の専門の医療機関に受診している傾向にあるため、都内の医療機関から在宅へ移行するケースが多く、管内だけでなく管外の専門の医療機関との連携が課題のひとつとして挙げられた。

また、がん末期の利用者のケアプラン作成については、対応に緊急性が求められるため、ケアマネジャーは病院へ出向き、医療に関する情報を入手する傾向にあるが、情報を入手しても、利用者の心身の状態像や予後を把握することが難しいことから、がん末期の利用者を担当するにあたり、時間や労力を非常に多く費やしているという、ケアマネジャーの負担についての指摘があった。

更に、介護保険サービスの利用がなかった場合に

は、居宅介護支援費が算定されないことから、がん末期の利用者を担当し、丁寧な関わりをしても介護報酬につながらないこともあるという問題が浮き彫りになった。

その他、介護保険制度自体が、がん末期利用者の進行のスピードに対応できないという制度的な問題も指摘され、それに対する現状としては、市の対応の強化により認定結果を早く出す努力をしたり、関係機関の連携によって対処しているという話もあった。

3. リーフレットの改訂について

既存のリーフレットは、各制度の所管課の明記はされているものの、制度自体の説明が記載されていないので、制度の概要がわからない患者や家族にとって、連絡すべき機関がどこなのかかわからないという意見があり、制度の簡単な説明と連絡先を明記することとした。

しかし、がん末期患者が利用する可能性のある制度の担当課や相談窓口を挙げると、介護保険制度担当課・自立支援制度担当課・地域包括支援センター等と、10ヶ所以上の連絡先が記載されることとなり、リーフレットとしては煩雑でわかりづらいものになってしまうことが判明した。

そこで、改めて各機関へ相談してみたが、どこも「がんに関する相談は、まずはこちらへ」というような、がん患者や家族からの相談を受け、適切に対応できるような機関は、現時点において管内には存在しなかった。また、管外の機関についても、広域から相談を受ける役割を担っている以上、当センター管内の『第一の相談窓口』として紹介することはできず、結局、がん患者や家族からの相談を受ける窓口を1ヶ所に集約して紹介することはできなかった。

D. 考察

介護保険制度において、特定疾病にがん末期が追加されたことは有用であるが、アンケート結果から、制度利用につながる事例はそう多くはないことが明らかになった。これは、制度自体ががん末期患者にそぐわないことが原因のひとつと考えられる。

要介護認定の申請をしても、認定調査や審査を経て、結果が送付されるまで約1ヶ月を要する。

がん末期患者が退院するタイミングは様々だが、早期から在宅療養にむけて積極的に退院するというより、「最期を自宅で過ごす」という意味合いでの退院が多く、そのために要介護認定申請をしても、結果が出るまでに病状の悪化や死亡により、適切なサービス利用につながらないことも多いと

ということが、明らかになった。

これについては、既存の制度を早期から有効に利用できるよう、がんで医療依存度が高くても在宅療養ができること等について、市民へ周知することが行政の役割として重要であると考えられる。

また、がん末期の利用者を支えるケアマネジャーの負担が大きいことがわかり、今後もケアマネジャーを支援することが必要である。

また、アンケート結果や会議での意見からは、ケアマネジャーのうち、今までにがん末期の利用者を担当した経験がある者は、そう多くはないことが判明した。

よって、がん末期の利用者を初めて担当するケアマネジャーであっても、医療機関から適切に情報が得られるような体制づくりや、患者・家族だけでなく、ケアマネジャーも相談ができるような体制づくりが必要である。

これらの足がかりとして、今年度は、当センター管内の資源を紹介するためのリーフレットを改訂した。

リーフレットの内容については、介護保険制度や医療制度改正などの在宅緩和ケアを取り巻く状況の変化を踏まえて改訂することはできたが、相談窓口を1つに集約して掲載することができないという課題が残った。

しかしながら、平成20年2月に、管内の2医療機関が地域がん診療連携拠点病院に指定されたことを受け、今すぐには困難であっても、今後はこれらの医療機関を相談窓口として紹介できるようになると思われる。

したがって、行政としては、これらの医療機関ががん末期の在宅療養等を支援する実質的な拠点病院となりうるまでは、既存の連携の体制を強化すること、具体的には、市民が管内のどこかの機関へ相談をすれば、他の制度にも円滑につながるような横のつながりを強化すること、そして市民に対しても、がんや在宅療養についての情報を提供し続けることが、当面の役割として考えられる。

E. 結論

在宅がん緩和ケアを始めるにあたり、医療制度・介護保険制度等の制度の利用は必要不可欠であり、患者・家族がそれらを早期から利用できるよう、周知することが行政の役割として重要である。

また、既存の制度だけでは支援しきれない場合、関係する機関の工夫等で代替的に対応することも必要であり、そのためには、日頃からの保健・医療・福祉の関係機関の連携が欠かせない。

健康福祉センターは、地域に密着した活動を通し、

保健・医療・福祉制度の改正や、今回の拠点病院の指定のように、資源の創設を含めた在宅がん緩和ケアを取り巻く環境の変化の中で、現状から課題を抽出しながら、各機関の連携が円滑にできるような役割をもつことが非常に重要である。

アンケートの作成・回答に関し、ご協力くださいました訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の皆様、リーフレット作成にあたりご助言をくださった各関係機関の皆様に深く感謝いたします。

G. 研究発表

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

なし。

2. 実用新案登録

なし。

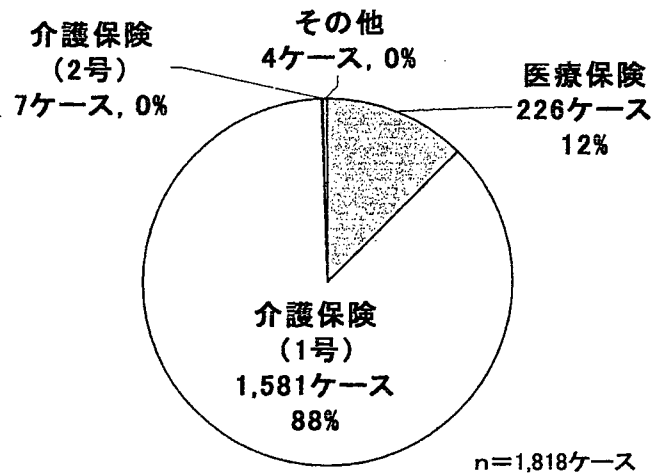
3. その他

特記すべきものなし。

訪問看護ステーションへのアンケート (H19.10実施)

アンケート送付事業所	12事業所
アンケート回答事業所	9事業所(回答率:75%)

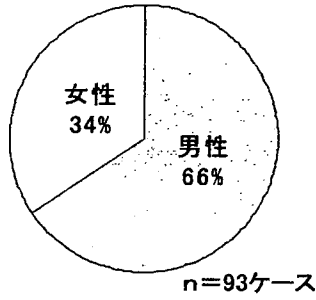
制度別利用者割合



(図1)

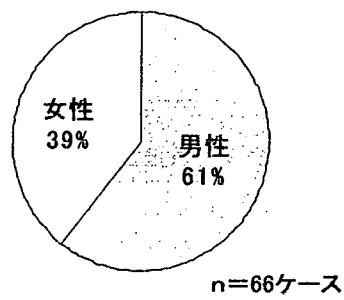
在宅がん末期の利用者の性別比較

H15年度アンケート結果



(図2-1)

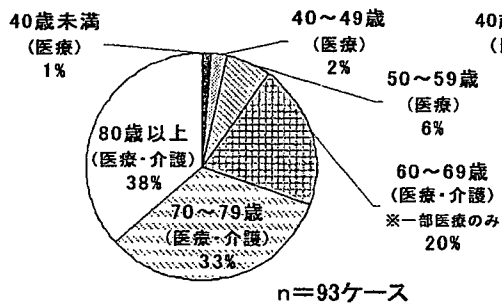
H19年度アンケート結果



(図2-2)

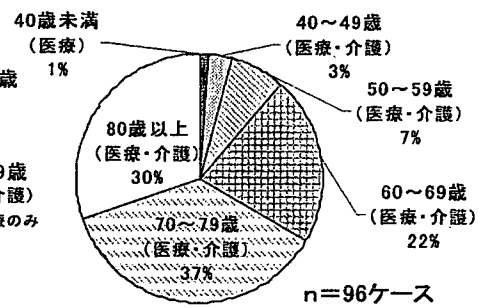
在宅がん末期の利用者の年齢構成比較

平成15年度アンケート結果



(図3-1)

平成19年度アンケート結果



(図3-2)