

200721016A

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 江口 研二

平成20（2008）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	帝京大学医学部内科学講座教授 江口研二	
	-----	1
(資料) 在宅緩和ケアのための地域連携マニュアル案 (抜粋)		
	-----	5
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	十和田市立中央病院病院長 蘆野吉和	
	-----	33
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	あおぞら診療所所長 川越正平	
	-----	41
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	岩手県立磐井病院緩和医療科科长 佐藤 智	
	-----	45
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	独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 谷水正人	
	-----	47
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(1)～(3)	東京大学附属病院緩和ケア診療部部长 中川恵一	
	-----	49
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	筑波大学大学院消化器内科教授 兵頭一之介	
	-----	53
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	静岡県立がんセンターよろず相談主任 福地智巴	
	-----	55
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	東京大学大学院医学研究科准教授 山口拓洋	
	-----	57
9. がん在宅医療の医療経済の研究	東京大学医科学研究所助教 湯地晃一郎	
	-----	59
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	63
IV. 研究成果の刊行物・別刷	-----	65

厚生労働科学研究補助金（がん臨床研究事業）

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 帝京大学医学部内科学講座教授

研究要旨 在宅医の早期参加によるがん在宅緩和医療を推進するために必要な地域医療連携システムのあり方をモデル化することを目的として、現在がん地域医療連携が行われている国内12地域の在宅医療フィールドに関して、その現状と課題について検討した。その結果、がん診療拠点病院主導型、地域医師会主導型、在宅緩和医療専門医師主導型の3つのモデルに大別され、お互いの顔の見える関係構築が重要である。特性要因図から、地域診療連携の困難さ、介護・看護の役割分担の不明確さ、老老介護の破綻、医療スタッフ燃え尽きなどの要因が地域連携に影響していた。全国一律のモデルでなく、各地域特性にあう柔軟な工夫が必要である。今年度の討議をもとに、在宅緩和ケアを始める医療・介護スタッフや支援するべき行政担当者のためのマニュアル案を作成した。

分担研究者 蘆野 吉和
十和田市立中央病院院長
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准教授
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
東京大学医学部附属病院准教授
湯地 晃一郎
東京大学医科学研究所附属病院内科助教

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。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地域医療連携システムのあり方をモデル化することを目的とする。

B. 研究方法

現在、がん地域医療連携が行われている地域を青森地区（十和田市）、岩手地区（一関市）、宮城地区（仙台市）、茨城地区（筑波市）、千葉地区（松戸市）、東京地区（文京区、豊島区、墨田区）、静岡地区（静岡東部）、大阪地区（豊中市、吹田市）、兵庫地区（神戸市）、岡山地区（岡山市）、愛媛地区（松山市）長崎地区（長崎市）の本班分担研究者および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、地区担当者が調査し、さらにはがん患者の在宅緩和医療を早期から推進するための必要要件を、特性要因図を用いて各グループで検討し、各々の地域特性をふまえた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。

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

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。

C. 研究成果

現状の我が国の医療事情から、早期からの在宅がん緩和医療をめざす地域連携の体制として、1) がん診療拠点病院主導型、2) 地域医師会主導型、3) 在宅緩和医療専門医師主導型の3つのモデルに大別される。いずれの場合にも、がん緩和医療に精通し、且つ多職種スタッフのコンダクターとしての資質を備えた、グループのコアとなる医師と、緩和医療に経験豊富で地域の医療事情に精通する看護師とが存在する。1-3)に共通することは、医療・介護機関等の定期的な連絡会議等でお互いの顔の見える関係を構築していることである。さらに、基幹医療機関が在宅医療患者緊急時の後方病院となりうるのか、あるいは、患者・家族、主治医、在宅担当医、病棟スタッフ、介護スタッフなどが出席する退院前在宅医療連絡会を開きうるかなども、患者・家族の不安を軽減する意味で極めて重要な仕組みといえる。3)では、個人グループ内の機能効率化として、グループ内スタッフ間の患者情報共有ITシステム導入等を行っているが、広範な地域医療機関の間をカバーするシステム運用はなされていない。緩和ケア支援センターによる緩和ケアトリアージ、グループ内医療者間の患者情報リアルタイム共有ITシステムなどの特色がある。いずれも人的リソースが少なく、24時間の在宅緩和医療を実現するには、医師のグループ活用の工夫および在宅医療看護スタッフの有効活用が必要である。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。

特性要因図(図1)での検討からは、地域における診療連携の困難さ、介護と看護との役割分担の不明確さ、老老介護の破綻、医療スタッフの燃え尽きなどが討議され、組織制度、医療者、患者家族、医療機関組織などの要因が大きく影響することを指摘していた。がん患者が安心できる療養をおこなうことのできる環境作りには、地域の中で住み慣れた居宅における医療・介護の提供、緊急時の後方病院の存在など、各々の医療・介護・福祉などの関連組織の役割分担をどのように有機的に組み立てるかが問題となる。医療診療水準の維持、患者・医療者信頼関係の維持、患者・家族の社会的療養環境、行政支援による居宅整備、市民でも理解し易い「緩和病期」の設定と患者・家族、医療者啓発、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。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が必要である。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

今年度の討議をもとに、在宅緩和ケアを始める医療・介護スタッフや支援するべき行政担当者のためのマニュアル案を作成した。(添付資料参照)

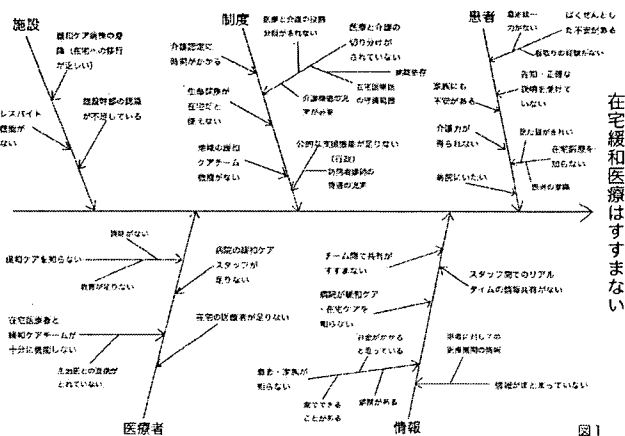


図1

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実施することは、人的リソースや両基盤から考えても難しい。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。在宅医の参入を支援する意味で、作成マニュアル案を更に活用しものにする予定ある。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

現行のがん在宅療養のモデルを、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の3類型に分析した。地域特性を考慮し展開可能な在宅がん緩和医療のモデルが複数構築される。これらの地域モデルを参考に在宅医の関わりマ

ニュアルなどを活用することにより、同じような条件下の地域にこれら地域モデルの利用可能性が広がる。コメディカルや福祉も巻き込んで、各プレーヤーとその役割分担をもう一度見直してより効果的な地域ネットワークを構築する必要がある。

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. A Yamagishi, T Morita, M Miyashita, N Akizuki, Y Kizawa, Y Shirahige, M Akiyama, K Hirai, T Kudo, T Yamaguchi, A Fukushima, K Eguchi : Palliative care in Japan: Current status and a national-wide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, in press
2. T Okuyama, C Endo, T Seto, M Kato, N Seki, T Akechi, T Furukawa, K Eguchi, T Hosaka. :Cancer patient' s reluctance to disclose their emotional distress to their physicians:a study of Japanese patients with lung Cancer. Pscho- Oncology 2007 DOI:10. 1002/pon, 2007
3. 江口研二:がん緩和医療の現状と将来展望. 公衆衛生 71 ; 2 : 122-7, 2007
4. 江口研二 : がんと向き合う. からだの科学 253:199-201, 2007
5. 江口研二:在宅緩和医療のあり方 特集 緩和医療. 医薬ジャーナル 43;2013-6, 2007.

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

在宅緩和ケアのための地域連携マニュアル案（抜粋）

ー目次ー

【序文】 - P2

【本文】

1. 在宅療養支援診療所に期待される役割 - P3
 - 1) 概要 - P3
 - 2) 療養支援診療所の届出から稼働までの流れ - P5
 - 3) 在宅で患者さんを看取るまでの流れ「在宅で患者さんをみとるための5か条」 - P7
【コラム】在宅看取りの経験がない診療所医師が在宅緩和ケアに取り組むコツ - P12
 - 4) 在宅療養支援診療所：モデルケース - P13
 - (1) 日常診療をしながら年間数名のがん患者を看取る - P13
 - (2) 往診を中心とし年間50名以上のがん患者を看取る - P16
2. 在宅でのがん症状コントロールのポイント - P19
 - 1) 内服できなくなった場合の症状コントロール - P19
 - (1) 鎮痛
 - (2) 鎮静
 - 2) 症状が変化した場合の症状コントロールのための備え（物品・薬剤や事前約束指示） - P20
 - 3) 在宅における持続皮下輸液の実際 - P20
3. 多職種連携の考え方と実際 - P22
 - 1) 病院からの退院支援 - P22
 - 2) 病院との連携 - P26
 - 3) 診療所同士の連携 - P27
 - 4) 訪問看護ステーションとの連携 - P29
 - 5) ケアマネージャーとの連携 - P34
 - 6) 調剤薬局との連携 - P36
 - 7) 在宅医療についての法律に関すること - P39
 - (1) 麻薬の取り扱い - P39
 - (2) 医行為をめぐる法的な解釈 - P42
 - (3) 看取りと医師法 - P46
4. 医療のFAQ：制度に関する解説 - P49
 - 1) 在宅時医学総合管理料 - P49
 - 2) 退院時共同指導 - P50
 - 3) 衛生材料や保険医療材料の供与 - P50
 - 4) 居宅療養管理指導 - P51
 - 5) 意見書記載のポイント - P52
 - 6) 在宅療養支援診療所の届出 - P55

5. 看護のFAQ（別紙 excel）

地域連携図表（別紙 ppt）

【序文】

連携を模索する医療者が、それぞれの地域で特色ある連携を構築し、地域医療において成果を得ている。しかし、「がん」の進行に伴い、症状コントロールの難しさや介護力不足に直面し「看取り」を伴う状況になると普遍的なノウハウを容易に得ることは困難である。そのような中で、ITを利用した迅速な情報共有や、症状コントロールの進歩、顔の見える関係性を重視した退院支援・退院調整で、在宅緩和ケアへ繋げることが可能になってきた。

この「在宅緩和ケアのための地域連携ガイド」の目的は、まず、在宅に関係する医療者（病院側在宅側双方）に在宅療養支援診療所への理解を深めていただくこと。次に「在宅での」症状コントロールのコツをつかんでいただき、在宅緩和ケアへの抵抗感を減らしていただくこと。そして、何よりも大切と考えているのが、在宅側の医療関係者に病院へ足を運んでいただき、医療者間の顔の見える関係性を構築するために一人ひとりの患者さんの退院支援・退院調整に取り組んでいただくことである。忙しい皆さんにとって、退院前カンファレンス、サービス担当者会議等に出席される大変さは、十分に知っての上でのお願いである。その結果、多職種によるチームアプローチのなされることを通して、真の意味でのチーム医療構築に関心をもっていただけると信じている。そのような願いでこのガイドブックは作成されている。

F A Q (Frequently Asked Question) は、今後、皆さんからの質問に答えるべく項目を増やせるように工夫されている。このガイドブックを目にされ、在宅緩和ケアに取り組まれる方々の「地域連携」に関する疑問に答えていくのが我々の使命である。どのような質問でも構わないので、お寄せいただきたい。

「家で看取ること」はそれそのものが目的ではない。患者さんやご家族に、自由な選択肢を提供し、早期からの緩和ケア導入の一助になるようにしたい。「がん患者さん」の笑顔のために一步一步進んでいくガイドブックとしてご利用いただければ幸いである。

1. 在宅療養支援診療所に期待される役割

1) 概要

2006年4月、診療報酬上の制度として、在宅療養支援診療所が設けられた。これにより、在宅療養支援診療所が患者に対する24時間の窓口として機能することとなり、在宅医療における中心的な役割を担うこととなった。在宅療養支援診療所では、ほかの病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間いつでも必要があれば往診および訪問看護等を提供できる体制を整えている。

在宅療養支援診療所の主な届出要件

1. 保険医療機関たる診療所であること
2. 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、その連絡先を文書で患者に提供していること
3. 当該診療所において、または他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること
4. 当該診療所において、または他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で、患者に提供していること
5. 当該診療所において、または他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
6. 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネージャー)等と連携していること
7. 当該診療所における在宅看取り数を報告すること、等。

入院医療から在宅療養への移行期

入院から在宅における療養への円滑な移行を促す観点から、退院の決まった際の在宅での療養の計画につき、退院前に病院スタッフ、在宅スタッフ合同で事前に話し合いを行うことは、大変重要である。入院患者に対する退院後の療養に必要と考えられる指導について、18年度改訂で、地域連携退院時共同指導料が位置づけられた。20年度改訂では、退院後の在宅療養を担う医療機関が算定するものが、退院時共同指導料(1)、入院先医療機関で算定するものが退院時共同指導料(2)に変更された(表1)。退院時共同指導料(2)は、医療従事者3人以上が共同して指導を行った場合に、点数が加算されることとなった。

安定期

平成 18 年改定においては、老人診療報酬点数表と医科診療報酬点数表とで、在宅医療に関する点数が異なる取り扱いとなっていたものを診療報酬全般の簡素化の観点から一本化された。すなわち、これまでの在宅時医学管理料および寝たきり老人在宅総合診療料を再編し、在宅医療の管理料にあたる在宅時医学総合管理料を新設した。さらに、20 年度改訂では、対象となる患者等が多数居住していると考えられる居住系施設の点数が別区分となり、低く設定された（表 2）。

ターミナルケア加算について

平成 18 年度改訂では、これまでは 1 ヶ月以上訪問診療を実施し、ターミナルケアを行った場合に算定可とされていた在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の要件を見直し、死亡前 2 週間以内に死亡日を除いて複数回の往診または訪問診療を実施して、ターミナルケアを行った場合に算定できることとされた。また、在宅療養支援診療所の医師が、患者死亡前 24 時間以内に訪問して看取った場合はターミナル加算（I）10,000 点の算定ができるよう大幅に引き上げられた（表 3）。このほか、訪問看護において、在宅療養支援診療所の医師と連携し、その指示を受けて訪問看護を行った場合の、訪問看護指導料および訪問看護療養費のターミナルケア加算が決められている。

自宅以外の多様な居住の場におけるターミナルケアの推進

地域において、自宅以外にも、特養、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等の多様な居住の場が整備されてきており、このような多様な居住の場合におけるターミナルケアを推進する観点から、訪問診療および訪問看護の算定要件も緩和されている。

平成 20 年度改訂では、後期高齢者への医療サービスの評価として、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、特定施設、高齢者専用賃貸住宅、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス利用者）、（介護予防）認知症対応型共同生活介護の入居者に対して、特定施設入居時等医学総合管理料された（表 2）。また、これらの施設に対して訪問看護も可能となった。これまでは施設側の看護配置加算があったが、居宅ではないが訪問できることとなった画期的な変化だ。

在宅療養支援診療所のまとめ

在宅医療の推進は過去 20 年にわたって、その推進が図られてきた分野である。18 年度年の改訂では、在宅療養支援診療所を在宅医療の中核的施設として位置づけられた。20 年度の改訂では、入院側の多職種共同指導を重視し、特定施設入居時等医学総合管理料を新設し、さらに施設に対して訪問看護も可能となり、制度は充実してきていると言えよう。

2) 在宅療養支援診療所の届出から稼働までの流れ

(1) 「在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類」を社会保険事務局に届け出る。(書き方の要点)

在宅医療に係る施設基準の届出の有無

在宅時医学総合管理料に係る施設基準の届出は、有で出す。

在宅末期医療総合診療料は、訪問看護、他院の医師の往診をすべてマルメで請求し、それらの機関に現金支払いすることになるのでその点を確認願いたい。届出する場合は、有で出す(算定するか否かは別として、届け出は、とりあえず、出しておく方が選択の幅が広がり得策である。)

当該診療所の担当者氏名

(1) 担当医看 (2) 護職員

→自院の医師名、看護師名

24時間対応体制に係る事項

ここは、交代制有りの場合は、それぞれ勤務割表の例を添付することになる。「交代制なし」、で届け出ることも可能。

すなわち、

- 「(1) 患者からの連絡を直接受ける体制：対応体制は1名で担当、交代制(有・無)、
- (2) 往診体制：対応体制は1名で担当、交代制(有・無)、
- (3) 緊急訪問看護体制：対応体制は1名で担当、交代制(有・無)」としておく。

保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者

同意を得たケアマネジャー、または、自院の診療所医師でも可。

連携保険医療機関等

近隣の診療所と相互の協力関係を築き、同意の上記入。

緊急時の入院体制

近隣の病院で同意をいただいたところを記入する。最も代表的な病院名のみで可。実際の連携先が別病院の場合も当然想定されるが、届け出るのは一病院で構わない。

参考資料

緊急時の注意事項 及び 連携体制についての説明文書

平成 年 月 日

様

(所在地)
 ○○○○医院
 院長 ○ ○ ○ ○ 印
 TEL ○○○-○○○-○○○○

あなたが安心して在宅療養を行えるよう本院では24時間連絡を受ける体制を整えております。緊急に連絡が必要になった場合は、(1)の電話番号等に御連絡下さい。

また、本院は、連携医療機関等にあなたの療養上必要な情報を文書にて随時提供しており、24時間適切な往診、訪問看護 及び 緊急時の入院が可能な体制を整備しています。

(1) 患者さんからの連絡を直接受ける体制

往診・訪問看護などが必要な場合は、次へ御連絡下さい。

○○○○医院 TEL○○○-○○○○-○○○○ (24時間対応)

(上記番号が話中等の場合は 携帯○○○-○○○○-○○○○)

担当者の氏名及び職種 ※曜日毎に変更がある場合は内容を記載

(2) 24時間往診体制

往診は、基本的に○○○○医院院長 ○○○○が担当します。

本院で往診不可能な場合は、連携先である △△△病院 ○○○○医師が対応します。

連携保険医療機関の名称 開設者名

所在地 担当医の氏名 連絡先電話番号 連絡担当者

(3) 24時間訪問看護体制

訪問看護は、○○○○医院の看護職員か、連携先である ○○○訪問看護ステーションの職員にて対応いたします。

・○○○○医院担当者

職種・氏名

・連携先の名称 開設者名

所在地 担当看護職員の氏名 連絡先電話番号

(4) 緊急時の入院体制確保

緊急に入院の必要が生じた場合は、本院か次の保険医療機関に入院できる体制を確保しています。

連携保険医療機関の名称 開設者名

所在地 担当医の氏名 緊急時の連絡先

(5) 他の保険医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当するもの

連絡先、氏名、資格、主な業務内容等

(2) 実際に患者さんをみるまでの流れ

上述のような手続きを済ませ、実際に在宅時医学総合管理料を算定するためには、まず、24時間の連絡体制を示した書面を患者さん宅に持参し、緊急体制をとることを説明する。1ヶ月に一回の訪問になった場合は点数が減ること、点滴など医療手技が加わった場合その分が出来高加算されることなどの具体的な説明も必要。病状にあわせ、訪問診療の頻度を定める（安定している病状であれば、1-2週に1回。重症、ターミナル期であれば、数日に1回など、状況に応じて対応する。また、急な状況変化があれば、いつでも電話などで連絡が可能なことを示す（しかし、実際に電話対応をおこなうと、多くの場合、電話での指示により直接出向く必要がないことが多い）。

自院に訪問看護師がいない場合、訪問看護ステーションに依頼し、定期的訪問看護を依頼する（訪問看護指示書が必要）。24時間対応の実現には、診療所同士の連携も不可欠で、万が一の補佐的なバックアップをお願いするべきである。また、訪問看護ステーション以外にも、自院看護師の臨機応変な対応も必要である。すなわち、急変時など、定時訪問を抱える訪問看護師への急な対応依頼は困難で、そのような際には、自院看護師の患者宅への派遣、医療処置が滞りなくいくような、日頃からの修練がのぞましい。

3) 在宅で患者さんを看取るまでの流れ「在宅で患者さんをみとるための5か条」

1. 在宅療養の目的を共有する（退院前カンファレンスへの参加）
2. 24時間の緊急訪問を保証し在宅にふさわしい医療を提供する
3. 医師だけでなく多職種チームで関わる
4. いつでも相談や入院ができる病院と連携する
5. 初診から看取りまでの一貫したパートナーシップ

(1) 在宅療養の目的を共有する（退院前カンファレンスへの参加）

入院中の進行がんの患者が在宅療養に移行する場面について考えてみる。その端緒となるのは、病院主治医からの提案、もしくは患者・家族が退院を希望する場合である。病院や患者・家族から診療依頼があり、相談を開始することになる。

病院から事前に患者情報を入手する

これまでの診断・治療等についての臨床経過
 現在行われている医療の内容や予後見通し
 本人・家族への病状説明の内容

これらの情報は在宅療養を支援するにあたって必須の情報と言える。在宅医療の依頼があった場合にはあらかじめ病院から入手しておきたい。

診療開始に先立つ家族との面談

次に、患者・家族が現状をどう理解し、今後どのような希望を持っているかを確認することが重要である。進行がんの患者やその家族が退院を考慮するにあたって大きな不安を抱えていることは想像に難くない。特に、在宅での介護者の重責を担うことになる家族と事前に面談の機会を設けることは在宅療養成功の秘訣と言える。

家族が現状をどう理解しているのか、どのような希望を持っているのか
 患者本人が現状をどう理解しているか、どのような希望を持っているのか
 在宅での療養環境についての確認
 在宅療養の目的や治療・ケアの方針について共通認識を持つ

上記について、家族自身の言葉で語ってもらうといい。実際に、病院から得た病状説明の情報と家族の認識にズレがあることは少なからず経験する。それを踏まえ、療養の目的や実現可能な方針について共通認識を持つことが重要である。がんの進行に伴い要介護状態に陥ることもままあることから、たとえば「2階に寝室がある場合などには階段を使わなくてもすむように見直す」、「移乗に困難を有する状態にあるため、電動ベッドやポータブルトイレ、車椅子などあらかじめ準備すべきものを確認する」、「入浴方法の実際」など、在宅の療養環境についても必ず確認する。

退院前カンファレンス（退院時共同指導）

退院前に病院を訪問し退院時共同指導を実施することが望ましい。その主たる目的は以下の通りである。

がんに対する治療方針を確認する
 患者本人の病状理解や療養についての希望を確認する
 緩和医療の方針について合意する（患者・病院主治医・在宅医）
 医療やケアの内容を吟味し必要に応じて在宅で継続可能な形にアレンジする

患者にとっては、退院後に日々の診療を担当し、さまざまな相談に乗ってくれる在宅医と顔を合わせるだけでも安心につながるだろう。さらに、病診連携を深めることにも重要な意義がある。

(2) 24時間の緊急訪問を保証し在宅にふさわしい医療を提供する

24時間の緊急訪問を保証する

在宅療養を開始するにあたって、患者の一番の不安は急な病状変化に際しての対応にある。病状の変化があれば24時間いつでも相談に乗ること、必要があれば緊急で訪問する用意があることを明確に伝える。後述のごとくどのような連携スタイルであれ、複数の医師と看護師がチームを組み24時間の緊急訪問を保証することが在宅医療導入の要となる。

患者に24時間の安心を実感してもらうことができれば、不安に陥いる事態を回避できる。そこまで多職種連携による24時間支援体制が組めれば、実際に夜間休日に緊急で訪問しなければならない病態はさほど多くない。患者家族からの相談は医学的にみれば緊急性が高くない場面も多い。その場合、心配する症状ではないこと、明日の診療時間内に対応すれば大丈夫であることを電話で明確に伝える。むろん、診療が必要な事態と判断した場合、患者宅に速やかに駆けつけることが何よりの安心につながる。

病室で可能な治療のほとんどは在宅でも可能

末梢静脈路からの輸液や尿道カテーテル留置、酸素吸入などが問題なく在宅でも実施できることは想像に難くないだろう。中心静脈栄養管理のように病棟では看護師が常時管理している治療の場合、在宅においてはその見守りに代えて持続注入ポンプを設置することによって安全に管理することができる。このように、病室（手術室や検査室ではない）で可能な治療のほとんどは在宅でも実施可能だということができる。

苦痛緩和に徹しQOLの維持向上を目標とする

ただし、在宅においては介護する家族が混乱を来さないように、できるだけシンプルな方法を心がけることが大切だということを忘れてはならない。たとえば、維持輸液を実施するにあたって静脈路の確保が困難な場合に、にわかに中心静脈路を確保するという発想は避けたい。2章で紹介する持続皮下輸液の手法を用いれば、患者の身体的負担が少ない形で在宅でも実施することが可能となる。

このように、可能だからと言ってどんな治療行為でも実施すればいいと短絡することはできない。在宅療養の目的は本来、苦痛緩和に徹しQOLの維持向上を目標とすることにある。たとえば、データ上脱水所見があるからと言って輸液療法が最善の治療とは限らない。経口摂取量が落ちていてもがん性悪液質がその原因である場合、中心静脈栄養の絶対適応とは言えない。あくまでも患者の苦痛やQOLに着目して、その局面にふさわしい医療的介入が何かをしっかりと吟味し、“在宅療養を最後まで支える医療”を提供する必要がある。

(3) 医師だけでなく多職種チームで関わる

医師・看護師のチームで患者を支える

24時間365日揺るぎない対応を保証することは医療を提供する側にとっても容易なことではないため、しかるべき診療報酬が設定されている。在宅医は自身が属する医療機関にとどまらず、地域の訪問看護ステーションや他の診療所医師との連携も含め、複数の医師、複数の訪問看護師が協働するチームを織りなすことが望ましい。

多職種連携のための工夫

- ・ 外来診療時間内に生じた病状変化に際しては自診療所の看護師に一足先に訪問してもらう
- ・ 訪問看護ステーションの訪問看護師が他の患者のケアでにわかに駆けつけられない午後の時間帯は医師が臨時往診する
- ・ 休日に遠隔地で行われる学会に参加する場合には近隣の診療所医師とあらかじめ打ち合わせ臨時対応をお願いしておく

生活を踏まえた医療やケアを提供する訪問看護師

進行がん患者の在宅療養を支えるには、医療のみならずケアを弾力的に提供することが必須となる。そうでなければ、家族負担の大きい形での在宅療養は破綻しかねない。訪問看護師は生活を踏まえた医療の一翼を医師とともに担い、医療とケアの双方がうまくかみ合うような繊細なマネジメントを主体的に行う。医師に比べて訪問頻度も多く、患者宅での滞在時間も長い。患者家族の言葉や気配とでもいべきものを察知して、それを適切な医療情報に“翻訳する”活躍をも期待できる。つまり、在宅ケアの根幹を支えるスタッフだということができる。

在宅で必要な薬剤をトータルに管理する薬剤師

進行がん患者は麻薬を必要とする場面が多く、多種類の麻薬調剤に柔軟に対応するべく在庫を取りそろえておく必要がある。訪問薬剤管理指導のため自宅に赴き、服薬方法の指導や副作用の説明はもちろんのこと、定期的な残薬の確認や麻薬製剤の廃棄方法に関する指導などを含め、薬剤に関してトータルに管理する重要な役割を担う。365日対応する在宅医療の重要な支え手として切れ目のない対応が求められる。症状変化を認めた際には急ぎ新規の薬剤を必要とする場面も生じうるため、夕方や休日も含め緊急訪問を実施できる体制の整備が必要となる。

介護面から患者や家族をサポートするケアマネジャーと介護福祉士・ヘルパー

進行がんの患者はめまぐるしく病態が変化し、要介護状態に陥ることも少なくない。40才以上の末期の悪性腫瘍の患者なら介護保険の対象となるため、介護給付を受けることができる。必要なケアニーズを具体的に把握し、ケアプラン立案、状況に応じた変更や調整について総合的に担当するのがケアマネジャーである。介護福祉士やヘルパーには生活援助や身体介護を担当してもらう。彼らの援助は24時間にわたる介護を担う家族にとって重要なサポートとなる。

(4) いつでも相談や入院ができる病院と連携する

入院が必要になった場合の病院との連携

急激な病態変化や合併症を併発し入院治療が必要と在宅医が判断した場合、具体的にどこの病院に入院を依頼するかという点について、在宅療養開始前に退院前カンファレンス等の場で相談しておくべきである。紹介元病院や近隣の緩和ケア病棟との連携が最も望ましいが、それぞれの地域ごとに事情は大きく異なるだろうことから、一般病院を含めて現実的な受け入れ先をあらかじめ想定しておく必要がある。入院した場合、再び退院し在宅療養に復帰することを念頭に、前述の退院時共同指導のため病院に足を運ぶことは極めて意義が大きい。

症状コントロールが難しい局面でのコンサルテーション

たとえば、在宅療養中のがん患者が麻薬を用いた通常の治療では取り除くことのできない難治性疼痛を呈した場合、専門家へのコンサルテーションが必要となる。疼痛に限らず、そのような困難な事態は一定頻度で生じることであるがゆえに、最寄りの緩和ケア病棟または病院内の緩和ケアチームと常日頃から連携を持ち、弾力的に相談できる関係を構築しておくことが望ましい。

(5) 初診から看取りまでの一貫したパートナーシップ

症状変化にまつわる準備や対応

進行がんの患者を担当する以上、初診から看取りまでの経過中にさまざまな事態が起こりうる。以下のようなポイントを念頭に在宅療養を一貫して支援したい。

<p>導入初期の症状コントロールはとりわけ丁寧に行う</p> <p>起こりうる病態や予後予測し必要な手だてへの準備や心構えをしておく</p> <p>初めてのコールには些細な内容であっても一度足を運ぶ</p> <p>症状変化に際してすみやかに臨時訪問する</p>
--

患者家族とのパートナーシップ

24時間の介護を担う家族の負担は容易ならざるものがある。在宅療養支援にあたっては、患者の症状コントロールと並んで患者家族とのパートナーシップ構築、そして家族の負担軽減への配慮が重要である。経過中には介護負担のあまり家族が過労で倒れるなどの危機が訪れることも想定しておかなければならない。そのような事態に際しては、連携する病院への短期レスパイト入院や介護施設への緊急ショートステイの可能性などを模索しておく。

死亡直前の時期は、残念ながら治療的に可能な介入は限られる時期であるとも言える。しかし、そのような時期であっても、患者家族に寄り添うことによって少しでも安心を提供し、滞りなく最期の時を迎えることを目指す。さらに、患者家族の全体をケアするという立場から、死別後のグリーフケアという視点をも包含した対応を心がけたい。

【コラム】在宅看取りの経験がない診療所医師が在宅緩和ケアに取り組むコツ

これまでに在宅医療や在宅緩和ケアの経験がない診療所の医師が、はじめて在宅緩和ケアに取り組むにあたってのコツについて考えてみたい。

まず大切なことは「気負わない」ことだと考える。“在宅看取り”を完遂できなければ失敗ということでは断じてない。日々精一杯生き続けることを支え、苦痛緩和やQOLの維持向上を支援し続けた結果たどり着くのが在宅看取りである。

はじめて在宅緩和ケアに取り組むにあたっては、診療所医師にとっても動機付けのしやすい条件の方がハードルが低いだろう。たとえば、もともと自院の外来に通院していた患者からの依頼である。特に、自分ががんと診断し病院に紹介した患者から「家に帰るので引き続き診てほしい」と頼まれれば、意気に感じるのは人情だろう。また、下記の症例ようにあくまでも病院のがん治療医が主治医であるものの、遠方の病院への通院は難しいとか、特定の症状コントロールや採血検査等について副主治医的に関わるというケースなら、診療所医師の心理的負担は軽いだろう。

がん治療医が主治医、診療所医師が副主治医、訪問看護が関わる形での地域連携

外来化学療法を繰り返している患者。化学療法施行は嘔気のため食事が摂れない日が数日続くということから相談があった。

→化学療法実施翌日から4日間訪問診療と訪問看護を計画して末梢輸液を実施するという形で全身状態をサポートすること、化学療法による骨髄抑制の程度を把握する目的で7日後と14日後の採血フォローを担当することになった。

再入院までの一時的な在宅療養期間中の管理を担当する

入院化学療法を継続している患者。4週間後に再入院する予定となっているが、体力の低下もあり、その間の病院への外来通院に不安を抱いているとの相談があった。

→再入院までの期間中、2週間に一度診療所の外来に通院してがん性疼痛に対する適切な緩和医療の提供や採血による腎機能のフォローアップなどを担当した。

以下に、「はじめて在宅緩和ケアに取り組むコツ」を列举してみた。これは一例に過ぎないが、このような工夫を凝らしながら、一例一例経験を積み重ねていけば、在宅医療のニーズややりがい、診療報酬上の評価などを経験することができる。そして、まず一人の患者さんの在宅看取りを実現して頂きたい。そうすれば、真に在宅で最後まで支えるということが実際に可能だということ、そしてその意義を体感することができるだろう。

はじめて在宅緩和ケアに取り組むコツ

- 同時に担当できる在宅患者の上限数や条件をあらかじめ設定する
(総数5名まで / がん患者は1名だけ / かかりつけ患者に限る など)
- 往診可能なエリアをできるだけ診療所近隣に限定する
(半径1km以内 / 町内に限る / 線路の東側 など)
- 訪問看護をセットで導入する
(必ず密に連携している訪問看護ステーションに依頼してもらう)
- 緊急時の入院受け入れ先を明確にしておく
- 自分よりも在宅医療を豊富に経験している医師に相談できる人脈を確保する
- (条件が許せば)在宅医療をサポートしてくれる看護師を自院で雇用する

4) 在宅療養支援診療所：モデルケース

(1) 日常診療をしながら年間数名のがん患者を看取る

1. Sクリニック

空間的、時間的 すきま と医療難民

先発、中継ぎ、ストッパーと分業がすすみ、一試合を3-4人で投げるのがあたりまえになった野球と同じように？医療の現場でも専分化が進んでいる。内科、外科、整形外科、そして呼吸器、循環器、消化器さらに、上部消化管、下部消化管、肝胆、膵といった臓器別に。こういった空間的専門化だけでなく時間的な専門化、すなわち予防、治療、そして終末期のケアをそれぞれ診療所、専門病院、ホスピス病棟、あるいは在宅専門クリニックが担当するようになってきている。こういった空間的、時間的に多元化する医療システムの中でそれぞれの連携がうまくいかないために、その“すきま”に落ち込んでしまう人達が“難民化”しているともいえるだろう。救急難民、癌難民、そして死亡難民。ベッド数削減、在院日数削減といったきびしい医療経済政策の中で、途方にくれて行き場をなくしてしまう。そんな医療難民を救う手立てはないのだろうか？

先発—完投型 家庭医をめざして

ヘビースモーカーのAさん60歳、会社の検診の胸部X線で異常を指摘されて、近くのBクリニックへ。肺癌疑いでC癌センターに紹介、確定診断の後、手術、抗癌剤、放射線療養を受けて退院、社会復帰、しかし3年後再発、転移。『これ以上の積極的治療は困難』と病院医師に宣告され途方にくれる。そんなAさんに寄り添って伴走するのが街の家庭医だ。臓器別、時期別の専門医ではない「あなたとあなたの家族の専門医」。なれない海外旅行に付き添う添乗員のように旅行者の希望を優先し、効率的そして安全にエスコートする、医療の現場にそんな存在としての家庭医がいるといい。Aさんに日常の風邪診療やインフルエンザの予防接種、禁煙支援からかわり、その延長線上で、癌と向き合うAさんをサポートする。専門病院への紹介、癌治療の専門医と患者、家族の間に通訳として介在して双方の理解を助け、治療をスムーズに運ぶための触媒となる。そして、もうこれ以上積極的

治療は困難、という終末期には、患者、家族の感情のよき理解者として、隣人としてサポートできる、そんな家庭医が、外来診療の延長としての在宅ケアを担当できれば素敵だ。

患者が癌末期、という自己のアイデンティティの崩壊の危機に立たされた状況で初めて医療者に出会う、というのではなく、日常の関係の中でのケアの継続が可能だ。そしてAさんが願うなら、終末期をホスピス病棟ではなく、住み慣れた家で過ごす在宅ホスピスケアという選択肢があり、それを自然にサポートできる、ということだ。Aさんの体調次第でクリニックへの外来通院が困難となってきたら、家庭医が往診すればいい。そして、訪問看護師、ケアマネージャーという在宅ケアの仲間達に応援をたのめばいい。

在宅ホスピスケア、なれない間は癌性疼痛、症状緩和にちょっと腰がひけてしまうかもしれないが、ある程度予測される症状への対応は、いくつかのマニュアルがあればたぶんOKだ。麻薬は保健所に届け出るだけで、院外処方入手可能だし、あちこちの勉強会、あるいはMLなどで緩和ケア専門医のアドバイスをすることもできる。そんな在宅ホスピスケアがスタートして気が付いてみれば、基本的には連携の中心となる、という在宅療養支援診療所の要件を自然に満たしているに違いない。文書化して契約となると物ものしいが、実際に行っていることは、まさに、在宅療養支援そのものといえるだろう。

ときどき在宅療養支援診療所

届け出さえしておけば、在宅療養支援診療所としてのコストの算定は可能だ、そこでまたあなたは考えてしまう。3割負担とすれば患者負担が高くなってしまわないのでは？ そういった善良な医師が多く、在宅時医学管理料、ターミナルケア加算の算定はいまだに少ないという。もちろん届け出しても算定するか否かは要件を満たすかどうか、で医師サイドの判断となる、在宅療養支援診療所として届け出ていても、すべてに在宅時医学管理料、ターミナルケア加算を算定する必要はない。でも考えてみよう、ターミナルケア加算10万円でも3割負担で3万、社会経済的に周辺のコストと比較して、決して高価とはいえないだろう。たとえば冠婚葬祭、葬儀や、戒名代と比べて。葬送関連費用は平均でひとり200万強、という、それに比べて、医師が連携に基づいて一人の人間の最期を支える在宅ホスピスでの医療費は、決して高くないだろう。

ソーシャル・キャピタルとしての看取りの再構築

そんな 外来—在宅 ミックス型の診療所の看取りが増えるといい。もちろん専門的に在宅ケアを展開し、ハイテク在宅や、重症、困難例を引き受けてくれる地域の橋頭堡としての在宅専門クリニックの存在は必要だ、そういった在宅専門クリニックと連携しながら、かかりつけの患者さんを中心に年間5-10名を看取る、そんな街の診療所が全国で2万あれば、さらに10-20万人を家で看取りことができる。そしてそんな先発—完投型での在宅ホスピスケアに慣れてきたら、たまには、ストッパーとして、9回からの登板、病院などからの紹介で、地域に帰ってくる患者さんのケアを担当してみてもいい。

在宅療養支援診療所での看取りが約2万強、その一方でおそらくその数倍の人がそうでない医療機関で看取られ在宅死している現状を考えると、在宅療養支援診療所という制度、契約がなくても従来どおりのケアで十分看取りはできている、という事だ。制度やコストだけで、死に逝く場所さえも誘導しよう、というのは所詮無理が

ある。あなたが願うなら、最期は住み慣れた家で過ごす、という選択肢があり、それをサポートするさまざまなシステムが地域にある。ソーシャル・キャピタルとしての看取りの文化を再構築する、そんな役割の一部を街の診療所が果たせるといい。

2. 長崎県内医院具体例

当院は外来・在宅混合型（ミックス型）のソロプラクティス（一診療所一医師型）の無床診療所である。開業14年目で、週1回午後半日だけを在宅訪問診療日に決めて集中的に5-8件の患者を廻る。その他、往診日でない日の昼休みに一日1-3件定期訪問診療を行い、臨時往診は、随時行っている。長崎の場合、Dr. ネットがあるので、副主治医にすべての在宅患者の診療情報は事前にわたし、万が一のバックアップをいただいている。具体的には、病院からの診療情報提供書などの基本情報を、副主治医へあらかじめ提供し、万が一の支援に備えてもらう（日常診療のなかで、副主治医が往診・訪問診療することはない。あくまで主治医不在の際のバックアップであるので、副主治医になることで負担を感じることは少なく、また副主治医のなり手に困ることもない）。主治医が学会や旅行で不在になる際には、直近の状況を電話・ファックス・電子メールなどで副主治医へ追加報告しておく。患者・家族にも、主治医が不在になること、その期間中は副主治医に頼んでいることを周知して、不在期間中に実際に必要があれば、副主治医に往診をしていただく。

当院の月間の在宅患者実数は25-30名、一ヶ月延べ往診・訪問診療回数は約40回、年間のがん患者の在宅看取りは3-5名程度である。このように、外来主体で、週一回訪問診療日を定める方法で、30名程度までの在宅患者をこなすことは無理なくできる（夜間往診の頻度は一ヶ月に一度以下である。多くの場合、電話で適切な対応をすることで、往診、診察に及ぶことは少ない）。

また、当院の診療所看護師は、通常の訪問診療に同行し状態の把握をおこなっておき、医師の指示に基づいて、注射・点滴などの医療処置を随時行う。外来診療中に症状変化や急変が生じた場合の対応でも、まず、診療所看護師に急行してもらい、その後、医師が速やかに対応するように心がけている。訪問看護ステーション看護師が、スケジュールに基づいた療養上の世話全般に関する包括的な訪問であるのと比べ、診療所看護師は、医療処置中心で、かつ、医師の指示による緊急対応をおこなう、という大きな違いがある。診療所看護師と訪問看護ステーション看護師は、電話・ファックス等で情報を共有し、相互の役割分担を明瞭にしている。

（2）往診を中心とし年間50名以上のがん患者を看取る

千葉県内診療所具体例

診療所の概要

A診療所は医師3名のグループ診療の形態で1999年千葉県松戸市に開業した診療所であり、開設時より在宅医療を中心に取り組んでいる。2004年同市内に分院を開設し、現在は2つの診療所あわせて常勤医師5名、非常勤医師8名、研修医2名の体制で市内全域をカバーし、計470名あまりの在宅患者（そのうちがん患者は30名程度）