

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

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
山口拓洋 東京大学医学部附属病院臨床試験データ管理学

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。全国10ヶ所の在宅支援診療所において2007年1月1日から10月21日までに死亡、もしくは入院当により中断、終了した事例を対象に、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、対象となった事例は580例あり270例は在宅での死亡、219例は入院による中断、終了であった。入院後に死亡した事例の大半が入院後1ヶ月内に亡くなり、その入院先は急性期病院が大半を占めていた。有床診療所や療養型病床や老人保健施設と言った機関が本来ならば、その役割を担うべきと考えるが、今回の結果からは、これらが十分に機能しているとはいえない状況であった。この実態を踏まえ在宅医療を支える医療機関(病床)の拡充をも視野に入れた医療供給体制の再構築が必要である。

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った。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。昨年度は単一機関での在宅医療を受けた患者の看取りの場について検討した。本年度の研究では、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全国的な実態を明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。

B. 研究方法

調査機関：10箇所の在宅医支援診療所(岩手県、栃木県、千葉県、東京都、福岡県、鹿児島県)。

対象：2007年1月1日から10月31日まで期間に対象医療機関の受診患者のうち、死亡、中断等により診療を終了した患者。

調査項目：患者プロフィール(年齢、性別、疾患、在宅医療開始時のADLの状況、認知症のレベル、住まい、在宅医療開始の背景、訪問看護の利用の有無)、転帰、転帰に影響した要因、死亡した場所、在宅医療開始日、終了日、死亡日、患者および家族の在宅死の希望である。ADLの状況および認知症のレベルは、厚労省通知によるADL自立度判定基準、痴呆度判定基準により分類した。

これらの項目をもとに、在宅医療を受けた患者の看取りに影響する因子について分析した。倫理的配慮：本研究の遂行にあたっては東京大学医科学研究所の倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1) 患者背景

本研究の対象である在宅医療を中断、終了した事例は580例(図1)あり、270例は在宅での死亡により終了、219例は入院による終了・

中止であった。

在宅医療を受診していた期間(図2)の中央値は96日(1-3973)、20%は21日以内に、半年内に60%が終了していた。

対象者は男性292名、女性288名、年齢中央値は81歳(0-104)疾患の内訳は、がん患者299例、がん以外の疾患患者は281例であった。サブカテゴリー分析では、難病18例、脳血管疾患115(がん、難病との併発者37)例であった。

2) 看取りの場について(図3)

580例中、死亡日が確認できた事例は414例、死亡場所が確認できた事例は435例であった。166例(38.1%)は医療施設で亡くなり、270例(61.9%)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。

医療機関で亡くなったものうち、死亡日が判明しているのは144例であった。直近に死が予想されながらも、家族の希望等で救急搬送され入院、死亡が確認された(入院日と死亡日が同一)例が12例(8.3%)、1日後7例、2日後5例、これらも含めて49例(34.0%)は1週間内、108例(75%)は1ヶ月内に亡くなっていた。

3) 在宅死に関する希望

図4に示すとおり、在宅死の希望は在宅医療の期間中を通して、変化しており、特に家族は患者の死の直近に在宅死を希望する、しない人がそれぞれ増えていた。また、本人の在宅死の希望については、本人が認知症のため、確認が取れないケースが多かった。

4) がん患者

(1) 看取りの場

がん患者299名のうち、死亡場所が判明しているのは256例であり、うち168例(65.6%)は自宅等で亡くなり、残りの88例(34.3%)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死亡し

た医療機関

入院に至った88例の入院理由は、24例が肺炎や発熱などの急性疾患の治療目的や疼痛や呼吸状態等の症状コントロール、14例は急変、介護者に関連した理由での入院は15例、ホスピス病棟での終末期や特定の医療機関での最期を望み入院した例は8例あった。

看取りの場となった医療期間は、70例が急性期病院、10例は緩和ケア/ホスピス病棟、有床診療所へは1例だった。

4) 非がん患者

(1) 看取りの場

非がん患者281例中、死亡場所が判明しているのは、178例(63.3%)であった。うち、100例(56.2%)は自宅等で亡くなり、78例(43.8%)は入院先の医療機関で死亡していた。独居であるため、入院に至ったケースは6例あった。

(2) 入院死亡に至った患者の入院理由と入院先

急性期病院で死亡した64例のうち28例は、在宅医療継続中に肺炎などを合併し入院を希望したケース、12例は急変による入院であり、入院中にそのまま病院で亡くなった。入院期間の中央値は7.5日(0-131)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。

38.2%の死亡場所は入院先であった。さらに入院先の大半が急性期病院に集中している。また入院から死亡までの期間の分析からもわかるように、死が直近に予想されながらも、症状悪化に伴い、家族が家での対応は困難、不安と強く感じ介護者の負担軽減を考慮し入院に至ったケース、また同様の理由から在宅医よりも先に救急車を呼び、そのまま入院になったケースなどが多く存在している。このように、急性期の適応とは言えないながらも、他の受け入

れ機関がなく、急性期病院に多く入院している。本来ならば、有床診療所や療養型病床や老人保健施設と言った機関が24時間にわたる看護が保証されている医療機関であり、その役割を担う役割にあると考えるが、今回の結果からは、これらが十分に機能しているとはいえない状況であった。この実態を踏まえ在宅医療を支える医療機関(病床)の拡充をも視野に入れた医療供給体制の再構築が必要である。

本研究では、死亡例のうち在宅看取り率が62.0%、各施設の対象期間中の看取り件数は8~58例であり、全国平均と比べるとどの期間も積極的に在宅医療、在宅での看取りに取り組んでいる機関といえる。今回の対象機関がどのような工夫、システムを構築し、このように充実した体制を整えているのか、また診療所のカバーしている地域との関連については、追加研究し他地域へも展開可能なモデルの構築を目指す。

本研究において、表出した新たな問題点としては、在宅から入院し、入院中に死亡したケースおよび、入院先から紹介され在宅にて死亡したケースについての連携の不備である。

これまでは在宅医療導入前の連携について大変な議論が積み重ねられて、地域連携共同加算などの処遇もなされているが、死亡などの終了についての連携の議論は少ない。在宅医療の急速な拡大により、顔を見たことも無いもの医療従事者間での患者紹介も増えている。このような仲においてもっともネックになるのはコミュニケーションの不足である。患者さんの転帰は紹介したものにとっては気になるものである。このような現在では報酬にはならないコミュニケーションの充実は、今後の在宅での看取りを円滑にする上で重要な役割を果たすものと考ええる。

今後は、地域比較や疾患ごとの比較などサブカテゴリ解析を進める。

E. 結論

在宅医療を受けていた患者のうち、2007年

1月1日から10月31日の機関に580名が死亡のほか、入院や施設への入居等の理由で在宅療養を終了していた。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、約4割入院し、そのうちの134例は急性期病院で死亡していた。有床診療所や療養型病床や老人保健施設等の、在宅医療を支える医療機関(病床)の拡充を視野に入れた医療供給体制を再構築が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

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—、第9回日本在宅医学会、日本在宅医学会雑誌9(1) 61-62, 2007

G. 知的財産権の出願・登録状況

特記事項なし



図1 2007年1月1日から10月31日間に終了した580例の終了理由

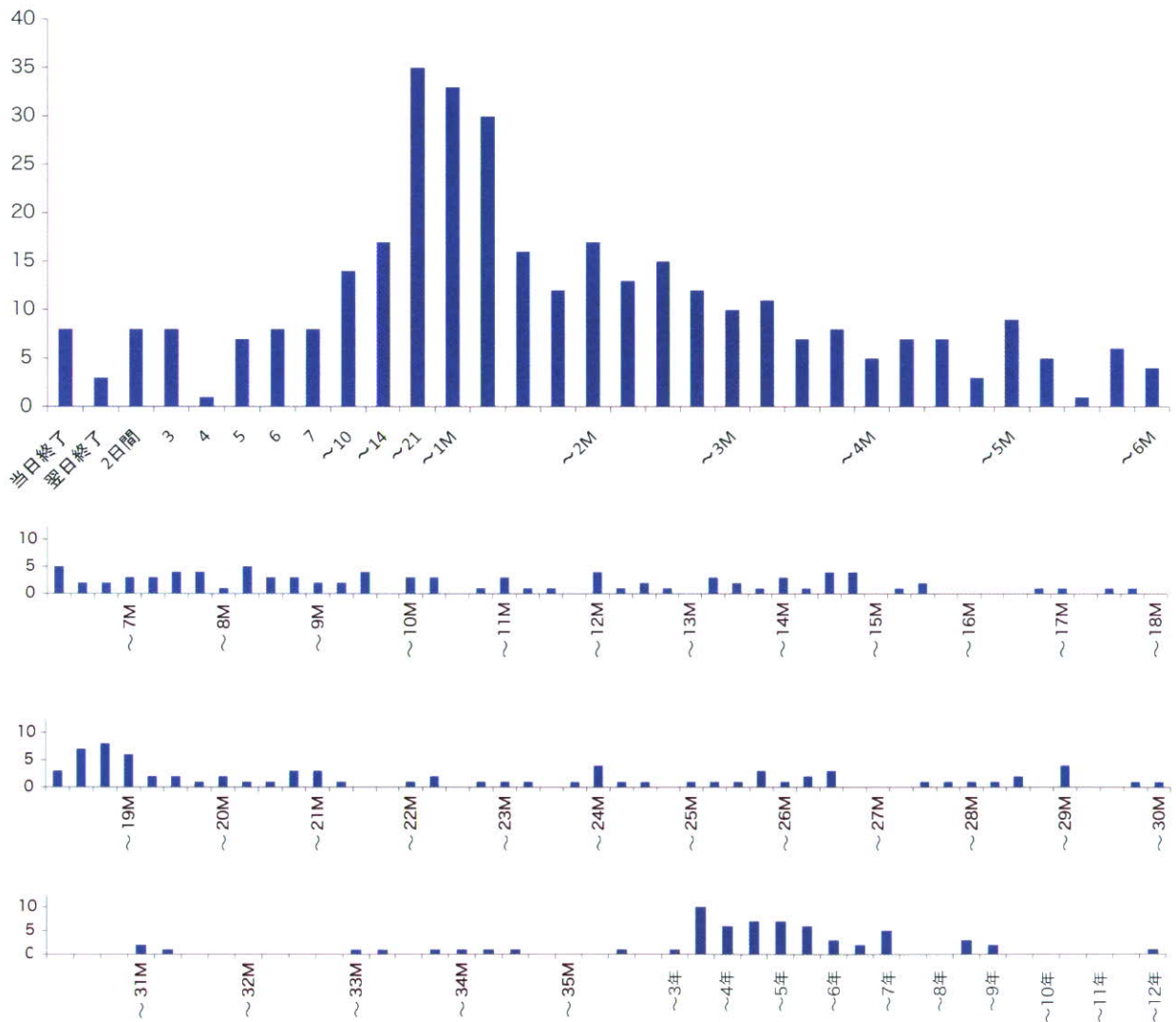


図2 在宅医療を受診していた期間

場所	n	場所	n
居宅	249	急性期病棟	134
特養	7	一般病床	16
GH	5	ホスピス	9
ケア付住居	4	緩和病棟	4
老健	1	療養型病床	2
その他	4	有床診療所	1

表1 看取りの場の内訳

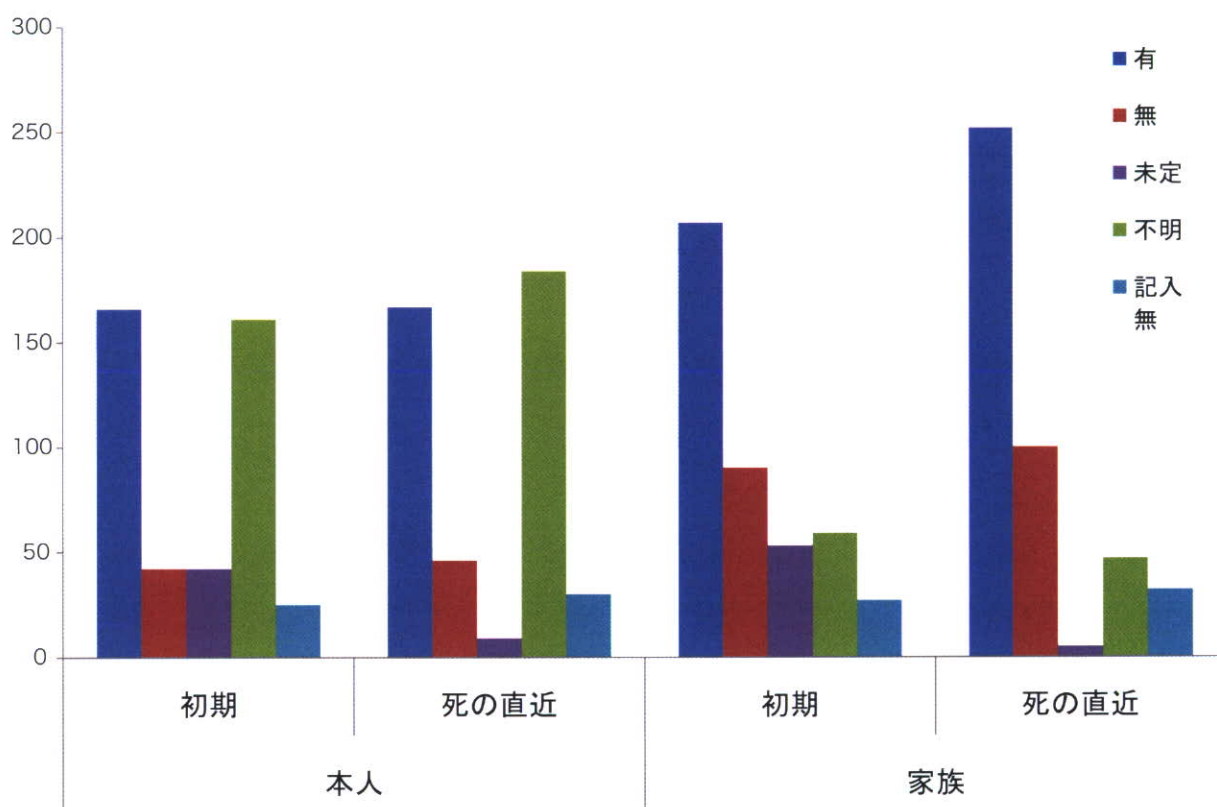


図 3 在宅死に関する希望

厚生労働科学研究補助金 (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

研究要旨

造血幹細胞移植後の退院前に行われる退院指導の内容は医療に関わることが主となっている。今回我々は現在の退院指導以外に患者が必要とする情報について調査した。

造血幹細胞移植後患者3人に対するフォーカスグループインタビューを行い、その内容から在宅医療に移行する際に必要な情報に関して検討した。

退院指導には生活に関して患者が体を感じる違いが重要であることを発見した。そして、在宅医療においては、主治医は患者に安心感を与え、看護師は体調などの相談にのりやすいことを発見した。

造血幹細胞移植後の退院指導では、患者が体で感じる病院と家の生活面の違いに関する情報が重要と考える。

A. 研究目的

造血幹細胞移植後は通常2-3ヶ月の入院治療後に退院し在宅・通院治療に移行する。退院前には医療者(医師、看護師や薬剤師など)による退院指導が行われているが、その内容は医療に関わることが主となっている。退院後の在宅医療において、現在の退院指導以外に患者が必要とする情報について調査した。

今回我々は造血幹細胞移植後患者3人に対するフォーカスグループインタビューを行い、その内容から在宅医療に移行する際に必要な情報に関して検討した。

B. 研究方法

患者会に呼びかけ、骨髄移植患者3人とファシリテーター役の血液内科医師1人によるフォーカスグループインタビューを行った。テーマは「退院後のことでこれから退院する患者へ伝えたいこと」とし、時間は1時間であった。更に、患者3人がそれぞれ個別にインタビュー内容の中で気になる点などに追記を行った。追記では、感性情報(good または bad とわかる、心配または安心)の回答も得た。

インタビューと追記の内容(24,768文字)から情報工学的手法(チャンス発見)を用いてKey Graphを作成した。Key Graphは、文章データに含まれる語の関係を共起度の強さによりネットワークで表現する。共起度(C)は、Jaccard係数を用いて以下の計算式で求める。

$$C(A,B)=\text{Jaccard}(A,B)=\frac{P(A \text{ and } B)}{P(A \text{ of } B)}$$

P(X)はアイテムXを含む共起単位の個数を、データDの中の全ての共起単位の個数で割った値とする。

頻出度の高い単語を黒丸とし共起度の強い単語同士を黒線でつなぐ。黒点線は共起は強くないがつながりが認められる頻出度の高い単語同士をつなぐ。また、頻出度が低い頻出度の高い単語同士に関係の強い単語を赤丸として赤点線で黒丸とつなぐ。このようにして得られたKey Graphから、言葉の関係性と重要なキーワードを導きだす。

(倫理面への配慮)

本研究は東京大学医科学研究所倫理委員会の承認を得た。

C. 研究成果

参加者は全員造血幹細胞移植経験者であり、年齢、性別、病気などは異なる。(表1)。

表1 患者背景

age	sex	disease	
24	male	Acute Myelogenous Leukemia	uBMT
37	female	Acute Lymphoblastic Leukemia	uBMT
52	female	Malignant Lymphoma	sBMT

得られた Key Graph (図1) では黒丸と黒線でつながる集団として、図左下 (Group A) と図中央から右にかけて (Group B) の2つが認められた。

Group A は「退院」を中心とし「指導」「患者」「生活」「自分」で構成されており、今回のテーマである「退院後のことでこれから退院する患者へ伝えたいこと」に合致した。Group A が黒点線で「不安」とつながっている事は退院時の患者の不安を表していると考えられた。また、Group A と黒丸「体」を赤丸「違う」がつながっている。そこでフォーカスグループインタビューの内容と追記の内容の「違う」の出る箇所をまとめた(表2)。「違う」の出る箇所の内容は、「病院と家の違い」と「患者間の違い」に大別でき、インタビュー内容では前者が多く、追記では後者が多かった。

Group B は「病院」「家」「自宅」を中心とし「主治医」「安心」「療養」「状態」「体調」などで医療に関わる内容で構成されていた。「体調」と「聞い」が「看護」とつながり、「病院」と「安心」が「主治医」とつながる事は医療者に期待される役割が分かっていた。

全体図で図右下「Bad・わかる・心配」と図左上「Good・わかる・安心」が単独の黒丸となっている事は、追記において、患者3人それぞれがインタビュー内容の良いことにも悪いことにも共感している事を示唆した。

D. 考察

今回は、患者3人に対するフォーカスグループインタビューと同患者による追記データの合計24,768文字のデータを元に情報工学的手法を用いて Key Graph を作成した。患者が求め

る退院時の情報を知るためのキーワードは、「違う」であり、「生活」と「体」をつないでいた。

Group A を構成する言葉は「退院」「指導」に「生活」が含まれていた。入院から在宅に治療の場が移ることで入院中に行われていた医療者のサポートがなくなるために、医療者に代わって患者自身が自己管理できるように退院指導が行われる。例えば移植後患者では、感染症や Graft-versus-Host Disease (GVHD) など急に病状が変化することがあること、免疫抑制剤など時間通りに正確な量を服用することなど、医療的な内容に重点がおかれる。また、病院から在宅へと生活環境なども変化するが、多く患者が住み慣れた家に戻ることから特に生活に関しての指導には重点がおかれない。しかし、Group A に「生活」が含まれるように退院指導において生活が重要なキーワードであると発見した。そして移植後の長期入院により患者自身に体力の低下など体の変化が起こっている事からもともと過ごしていた生活環境に戻っても患者が感じる変化があることに気付いた。インタビューや追記の内容にも、病院と家の温度の違い、家族との季節感の違い、そして家よりも病院の造りが患者にとって優しいという具体的な生活の事に患者の注目があつた。

キーワードとなる「違う」に関しては、病院と家の違い、患者間の違いがインタビューと追記の内容から出てきていた。「違う」は、Group A を構成している「生活」と「体」をつなげている事から体感する生活の違いが重要である事に気づくことができる。インタビューと追記内容から病院と家の違いは温度や造りや食事など患者個人が体験している事であり、患者から患者へ情報を伝達することもできる。また、情報を受けた患者自身が在宅医療に移行したときに対応することができる内容である。一方、患者間の違いに関してはインタビューや追記の内容から、医療者が伝えるべき内容であったり、経験した患者同士が話す中で気づくことである。以上より、入院から在宅医療に移行する際に医療面以外で伝える情報としては「体で感じる病

院と家の生活面の違い」が重要と考える。

Group B では、医療者である「主治医」と「看護」が出てきている。インタビューと追記の内容では主治医と先生が出てくるがいずれも個人が特定できるのに較べ、看護は特定の個人ではなかった。また、主治医がいる事で在宅医療においても患者に安心を与えることができているが、症状などを聞いたり質問をする事に関しては看護師ばかりであった。この事は、医療者の役割と存在意義についての患者視点の発見であった。

今回の研究結果をもとに、患者会に呼びかけ骨髄移植患者から「体で感じる病院と家の生活面の違い」に関する情報を集め整理し、退院患者へ提供することで在宅医療の向上を目指す。

E. 結論

造血幹細胞移植後患者3人に対するフォーカスグループインタビューとそのデータ解析から、退院後に在宅医療に移行する際の必要な情報は「体で感じる病院と家の生活面の違い」の具体的なことであった。

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（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

特記すべきことなし

厚生労働科学研究補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

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

通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、医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。患者から患者への移動時間の負担と非予約制外来の手空き時間による非効率性を比較すると、多くの場合で医師の必要数は減少した。

A. 研究目的

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でき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医師の労働時間を算出することによって、外来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) 不連続的な医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) 診療時間そのものは外来と居宅で異ならない。

4) 外来診療においては患者の待ち行列と医師の手空き時間が発生するのに対して、居宅への訪問診療においては、患者、医師双方で待ち時間も移動時間以外の手空き時間も発生しない。

5) 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。

6) 居宅から別の居宅への平均移動時間Tは、患者の追加によって増減しない。

外来での1患者1日当たりに費やされる診療時間はEX+WT (EX: 診療時間、WT: 手空き時間) と表現される。居宅ではEX+Tとなる。従って、外来患者が在宅医療に移行することによる診療時間の増分はT-WTである。これが負であれば、在宅医療への移行によって医師の必要数は減少し、正であれば増加する。たとえば2週間毎に平均5分の診療時間が必要とされる患者の場合、外来診療時間帯7時間での患者数60人(2週間600人)、平均手空き時間2分、稼働率が70%の診療所と、Tが5分の地域であれば、2週間当たりの増分は1800分となり、必要医師数は週法定労働時間8時間から計算して0.38人増加する。平均移動時間が5分程度までであれば、医師の増員はあまり問題

とならない。

〈倫理面への配慮〉適応される状況にない。

D. 考察

入院医療から在宅医療への移行に於いて病院医師の必要数がどれほど減少するのかについての基礎的データがなく、その検討はしていない。訪問看護の頻度が保険診療上は2週で1回までに事実上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、保険請求できなかつたとしても、医学・医療上の必要から実際に2週に1回を超えて訪問診療が実施される場合、医師数のさらなる増加の必要が無視されている可能性がある。むしろ入院医療の適応が考慮されるべきであろう。居宅が居住系サービスなどである場合、患家において移動時間を費やすことなく複数名の患者の診療に当たることができる。移動時間は、移動地域が一定であれば、患家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、そもそも医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、外来医療から在宅医療への移行によって、とくに移動時間が大きい地域で、必要とされる医師の数は増加する。

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 (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

患者一人当たり (2週間毎受診)

		WT (分/日)				
		1	2	3	4	5
T (分/日)	0	-0.0002	-0.0004	-0.0007	-0.0011	-0.0015
	5	0.0007	0.0006	0.0005	0.0003	0.0000
	10	0.0016	0.0017	0.0017	0.0016	0.0015
	15	0.0025	0.0027	0.0029	0.0029	0.0030
	20	0.0034	0.0038	0.0040	0.0043	0.0045
	25	0.0043	0.0048	0.0052	0.0056	0.0060
	30	0.0052	0.0058	0.0064	0.0070	0.0074

患者 300 人当たり (2週間毎受診)

		WT (分/日)				
		1	2	3	4	5
T (分/日)	0	-0.01	-0.25	-0.43	-0.64	-0.89
	5	0.43	0.38	0.29	0.16	0.00
	10	0.96	1.00	1.00	0.96	0.89
	15	1.50	1.63	1.71	1.77	1.79
	20	2.04	2.25	2.43	2.57	2.68
	25	2.57	2.88	3.14	3.38	3.57
	30	3.11	3.50	3.86	4.18	4.46

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

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

研究協力者 宮腰重三郎 東京都老人医療センター 血液科

研究要旨

2006年度に東京都老人医療センター血液科に2006年1月から12月まで入院した急性骨髄性白血病37症例に関して、2007年12月までの観察期間中5例生存、32例が死亡。死亡32例中2例が他院への転院で、在宅医療の導入例は認められなかった。

A. 研究目的

東京都老人医療センター血液科における高齢者急性骨髄性白血病の在宅医療移行への問題点について検討した。

B. 研究方法

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に入院した急性骨髄性白血病患者37名を2006年1月から2007年12月まで経過観察し、在宅導入率について検討した。

C. 研究結果

年齢は中央値75歳（40-91歳）、男性20例、女性17例であった。入院時すでに感染症がコントロールできなかった7例、本人家族の希望で化学療法を施行しなかった2例、中等度以上の認知症で化学療法を断念した2例、多重がん、腎不全症例各1例は化学療法を施行せず、対症療法を施行した。残りの23例は化学療法が施行でき、完全寛解率は34%であった。

化学療法を施行した23例の2年生存率は22.9%（95% CI 10.6-35.2）、生存者は5例。化学療法を施行しなかった症例では、3.3%（95% CI 0.0-9.8）で、全員観察期間中に死亡した。観察期間中に37例中32例が死亡した。死因は化学療法群では原病死10例、感染死5例、出血死3例。化学療法を受けなかった症例は全例死亡

し、感染症死7例、原病死5例および出血死2例であった。

37例中生存している5例は、外来通院ないしは外来・入院を繰り返した。1例も紹介元への逆紹介はなかった。死亡32人中、紹介元に戻った症例は同様に1例もなかったが、血液専門医がいる病院ではない病院に転院となった2例がいた。在宅医療を希望する5例は、往診医が見つからず全例在宅医療に移行することが出来なかった。理由は、血液疾患を扱ったことがない（3件）、輸血対応ができない（2件）であった。

D. 考察

当院血液科に受診する紹介された急性骨髄性白血病症例は、紹介元に逆紹介されることなく、2例を除いて全例当院で経過観察できた。この2例は、血液専門医はいないものの、輸血対応と末期悪性疾患の管理ができる病院であった。5例に在宅医療の希望があったものの、血液疾患を扱ったことがないあるいは輸血対応ができないとの理由で断られた。

高齢者急性白血病患者の患者動態の特徴は、血液専門医のいる病院への紹介ではじまり、患者の流れは専門病院で途切れ、紹介元に戻ることがほとんどないことが判明した。

今後、高齢社会を迎えるにあたり、その死因の1位である悪性疾患を在宅でみとめることは、

現状では難しいと考えられた。理由は、多くの開業医が、循環器科、糖尿病科などの悪性疾患を扱ったことがない専門医が多い点に挙げられよう。悪性疾患特に末期の悪性疾患のケアができる家庭医の育成が望まれる。

E. 結論

高齢者急性骨髄性白血病の東京都老人医療センター血液科へ紹介された症例のほとんどが、化学療法の有無にかかわらず、在宅医療に移行することなく、当センター血液科で最期を迎え、紹介元に戻ることがなかった。在宅・通院治療の連携の円滑化が今後の課題である。

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

なし

公的病院の在宅医療推進研究

分担研究者 濱木珠恵 東京都立府中病院 輸血科

研究要旨

公的病院は救命救急医療、難病医療、リハビリテーション医療、がん治療等に重点を置いた総合的な病院であることが多く、地域の基幹病院を担っている場合が多い。このため近隣の医療施設から紹介患者を受け入れる体制は確立しているが、在宅医療を希望するがん患者を近隣の訪問診療・訪問看護機関に紹介する際には、個別の症例に合わせた診療連携の内容のカスタマイズが必要となってくる。当院に入院する血液悪性疾患の患者の多くは輸血を含めて在宅へ移行することがある。また、府中市及び近隣地域に居住し通院しているため、在宅医療への移行後にも当院を受診する場合もある。これらの調整の必要性について実例をあげ、在宅医療推進に必要な医療連携のあり方の多様性を検討した。

A. 研究目的

在宅医療の推進には訪問医療機関と患者自宅との位置関係が問題となり、在宅医療のニーズはその地域特性によって異なると考えられる。

がんの発症は高齢者に観察され、治療に難渋する場合が多い。がん患者の治療期間は長期にわたり、自宅での生活・通院が困難なため、入院を継続する症例も多い。患者が入院治療から在宅医療への移行を希望した場合、通院治療と在宅医療の連携が必須であり、患者が通院可能な距離に居住しているか、通院医療機関と患者自宅との位置関係、家族の受け入れ体制が問題となる。また在宅医療のニーズはその地域特性によって異なると考えられる。

公的病院は救命救急医療、難病医療、リハビリテーション医療等に重点を置いた総合的な病院であることが多く、地域の中核的急性期診療施設であると同時に、専門性の高いがん専門病院という役割を担っている。公的病院は、近隣地域の医療施設から紹介受診という形でがん患者を受け入れる場合が多いが、公的病院から近隣地域の医療施設へがん患者を紹介する場合は極めて少ない。

公的病院に通院ないし入院している症例に対する在宅医療の推進状況について、在宅医療がどのように推進されているかを検討し、問題点を抽出する。

B. 研究方法

都立府中病院輸血科(血液内科)で治療を受けている血液悪性腫瘍の患者に対する在宅医療導入までの経過を調査する。個別症例において、今後、どのような観点からがん患者の在宅医療推進のためのシステムを考えていくべきかを検討する。

C. 研究結果

都立府中病院では年間に約1万6千人の入院症例がいる。輸血科(血液内科)には年間約100人の新規入院症例があり、その半数が府中市近辺に居住している。血液悪性疾患患者の在宅医療導入時期は、化学療法抵抗性になった時期、あるいは高齢で積極的な化学療法による侵襲が大きいと判断された時期であった。しかし血液悪性疾患においては少量の抗がん剤内服と定期的な輸血によって全身状態を維

持できることが多いため、患者・家族が当院の外來継続を希望される例や、輸血ができないことが在宅診療の選択を困難にしていた事例もあった。

下記に在宅診療移行後の輸血や当院での併診を行った2つの事例をあげる。

【症例1】

70代 男性 骨髄異形成症候群

25年前からIgA腎症のため慢性腎不全、慢性貧血があったが、4年前から血球減少が始まり、骨髄異形成症候群と診断された。慢性腎不全と年齢から、積極的化學療法は行わず輸血のみの対症療法を外來で行っていた。2007年8月に感染症を契機に慢性腎不全が増悪し10月から腹膜透析を導入した。その後も好中球減少による感染症で入退院を繰り返したため、12月に在宅診療を紹介し、1月から輸血対応可能な在宅診療機関に移行した。腎不全に対しては自宅で腹膜透析を行いつつ外來に検査通院をしていたが、翌月に全身状態が悪化し逝去した。

【症例2】

50代女性 急性リンパ性白血病 (ALL)

2005年発症、フィラデルフィア染色体 (Ph1) 陽性であり初回寛解導入時からグリベック内服を併用していた。本来は同種造血幹細胞移植の適応であったが、早く退院したいが治療は全部受けない、という希望があり、入院期間が延びると治療による体力低下に加えて精神的に落ち込み、虚脱感や無気力感のため治療継続困難となった。このため半年間の抗癌剤治療により寛解がえられた後は、グリベック内服で外來経過観察とした。半年間の自宅療養の間に体力も回復し、外出・旅行なども積極的に行っていたが、頭痛、眼痛を自覚し、ALLの中樞神経再発、骨髄再発と診断された。再入院し治療を開始した頃から初回入院と同様の状態になり、化學療法だけでは予後不良なこと、一時的に寛解となり輸血不要となったことから、

本人・家族と相談しグリベックとステロイド内服のみで在宅診療を導入した。2ヶ月程度で体力回復し、採血検査と再発予防目的の化學療法を希望し在宅診療担当医に相談の上、当科外來を受診したが骨髄再発していた。当科主治医と話し合い、入院加療は行わず在宅診療と通院検査を適宜併用され、1ヶ月後に自宅で逝去した。

D. 考察

上記にあげた2症例は、良好な時機に在宅診療に移行し自宅で過ごす時間を確保できた。両者に共通していることは、在宅診療に移行した後も本人の希望ないし身体的条件によって当院に外來受診されていることである。

在宅医療と通院治療のスムーズな連携を実現するためには、近隣病診施設との連携が不可欠である。都立府中病院の入院患者の半数は府中市及び近郊に居住しており、近隣の訪問診療・訪問看護医療機関による在宅医療を導入した際にも、当院での診療を希望するケースがありえる。症例1については在宅移行前から当院外來の受診は予定されていたが、症例2についてはご本人の体力回復により抗癌剤治療の希望が出てきたため受診している。病状進行のため残念ながら治療はできなかったが、在宅診療を選択した後も何らかの維持療法を希望する場合があることを示す症例であり、患者にとって在宅診療導入が必ずしも基幹病院の受診終了に繋がるわけではないことを示す一例であった。

都立府中病院では、医療相談室で転院に関する業務を行っているが、在宅診療に関しては主に看護部による看護相談室にて行われている。しかし在宅診療移行後の当院との医療連携については、担当医が個別対応しているに過ぎず、上記の2症例のように在宅診療に軸を置きつつ基幹病院でサポートしていくシステムが十分に用意されているわけではないことが分かった。

次年度は、看護相談室に対し、年間の在宅

診療相談数、実際の導入数、相談から導入までの期間について調査を行うことにより、公的病院での在宅医療推進状況についての詳細な情報を分析する予定である。

E. 結論

都立府中病院輸血科の患者の半数は府中市及び近隣地域の居住者が多く、在宅医療を導入するにはその後も当院外来を受診する症例がある。在宅医療導入後の連携を含めた在宅医療推進のシステム構築が重要である。

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

なし

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

がん患者の看護の研究

分担研究者 児玉有子 東京大学医科学研究所
研究協力者 小松恒彦 筑波記念病院

研究要旨

在宅医療を受ける患者はどのようなことを理由にその医療機関へ紹介されているのか、また一方で在宅医療を受ける患者および将来在宅医療の対象者となる国民は在宅医療についてどのようなイメージを抱いているのかを把握することは、病院から在宅に移行してくる患者の調整役として機能する看護職にとって有効な情報である。そこで本年度の研究においては、①在宅医療への紹介状況および②在宅医療についての知名度、希望についての2種類の調査を実施した。病院勤務医師の在宅医療への紹介状況についての調査では、対象勤務医の約6割が在宅医療へ紹介を経験し、在宅医療の紹介先としては、患者が希望する医療機関への紹介（46%）・紹介元への逆紹介（32%）であった。

在宅医療に関する意識調査では、在宅医療という言葉は大多数が聞いたことがあり、自身・家族とも在宅医療を受ける希望を有し、今後関わる可能性があると考えていた。しかしながら、家族の在宅医療体験者の21%は家族へ在宅医療を勧めたくないと思っていることが明らかになった。

A. 研究目的

在宅医療に関する意識調査は種々実施されているが、その多くは終末期が対象とされている。また、近年在宅医療の対象は拡大しており、その継続においては通院治療や入院などが有機的に連携することが重要と考える。在宅医療を受ける患者はどのようなことを理由にその医療機関へ紹介されているのか、また一方で在宅医療を受ける患者および将来在宅医療の対象者となる国民は在宅医療についてどのようなイメージを抱いているのかを把握することは、病院から在宅に移行してくる患者の調整役として機能する看護職にとって有効な情報である。そこで本年度の研究においては、①在宅医療への紹介状況および②在宅医療についての知名度、希望についての2種類の調査を実施した。

B. 研究方法

調査方法：研究①②ともに選択技法によるアンケート調査（郵送法）。

倫理的配慮：対象者へ研究の趣旨、匿名性の遵守等を文章にて知らせ、自由意志による研究への参加し、無記名回答、個別郵送にて回収した。

C. 研究成果

1) 病院勤務医師の在宅医療への紹介状況について

①在宅医療への紹介を経験した者は回答者86人中51名であった。勤務形態は表1に、専門の診療科は表2に示す。

紹介頻度（図1）は年に1件から月に80件まで非常に幅があった。紹介した疾患（複数回答；上位3つ）はがん31件、脳血管疾患18件、認知症11件、消化器疾患11、呼吸器疾患10、筋疾患3、循環器疾患2であった。

在宅療養支援施設の選択基準についての問いには、のべ24名は紹介元への逆紹介を選び、患者の希望する医療機関への紹介がのべ35名、患者の居住地に近いところを探したが1名、

その他の方法により紹介したものは16名であった。その他の内容として、紹介先はソーシャルワーカーが探している、や紹介先の基準が限定されている、などの記述があった。

2) 在宅医療についての知名度、希望について

これまでに3512枚配布し、2008年1月末までに705人から回答を得た(回収率20.1%)。回答者の属性は男性377、女性327(不明10)、年齢中央値34歳(18-93)、職業は大学生33.2%、会社員29.2%、医療関係職者11.6%、その他主婦、無職、自営業者、教員等であった。在宅医療という言葉は、97.4%の回答者が知っていると答えた。

「ご自身がこれまでに「在宅医療」を受けたことがありますか」に対しては13名(1.8%)があると答えた。「ご家族がこれまでに「在宅医療」をうけたことがありますか」に対しては、98名(13.9%)があるであった。「在宅で医療を受けたい」という希望はありますか」に対しては64.9%が受けたいとこたえ、29.2%は希望していいなかった。また、家族に「在宅医療」を勧めたいと思うかに対しては、62.4%が勧めたいであったが、家族の在宅医療を経験した98人のうちの21人(21.4%)は家族へは在宅医療を勧めないと答えている。回答者の89.6%は今後の自身の人生において在宅医療に関わることになると思う、と答えた。

アンケートはがきの欄外に“要介護1~2での返答では、在宅医療を受けたくても受けられない”“一時的に受けたが、専門性がない限りうけたくない。病院をより整備してほしい”“独居(配偶者は昨年一時的に在宅医療を受けた後に病院にて死亡)、子供なしの状況では、在宅医療は無理です。”“家族構成や家の広さによって本心とは裏腹で難しい問題だと思います。”“家族の負担が増えるのは困る”などの意見が書かれていた。

D. 考察

在宅医療への紹介状況、および在宅医療に

についての知名度、希望についての2種類の調査を実施した。在宅医療推進のための整備が整ってきている現状においても、家族の在宅医療を体験者の21%が家族へ在宅医療を勧めたくないと思っているという結果は、在宅医療供給者真摯に受け止める必要がある。欄外のコメントからは、在宅医療を支える家族のフォーマル、インフォーマルなサポート体制を整えることも重要であるが、今回の結果は住環境や家族の概念の変化を踏まえ、家族員の負担に頼らない在宅医療のシステムについても考えなくてはならないことを示唆する。

在宅医療は急速な展開を見せているが、在宅医療への紹介を経験したものは今回の対象では59%に過ぎなかった。これは、回答者の多くが大学病院の勤務者であったことに関連するかもしれない。しかしながら、在宅医療提供者と病院勤務医との間には在宅医療についての考え方の違いがしばしば議論にあがっている。このような考えの違いを埋める役割に大きな役割を果たすと考えられるのは、在宅医療や様々な地域の医療連携システムについて学習して病院の臨床現場に勤務している保健師資格を有して勤務する看護師と考える。この二つの資格を持ちながらも現在の環境では十分に資格を発揮できずにいる人材の活用について、看護職は認識し取り組まなくてはいけない。

今後はさらに現在在宅医療や介護の主介護者として関わっているであろう40歳以上の年齢層の意見を集約する必要がある。

E. 結論

病院勤務医師の在宅医療への紹介状況についての調査では、対象勤務医の約6割が在宅医療へ紹介を経験していた。在宅医療に関する意識調査では、在宅医療という言葉は大多数が聞いたことがあり、自身・家族とも在宅医療を受ける希望を有し、今後関わる可能性があると考えていること、および家族の在宅医療体験者の21%は家族へ在宅医療を勧めたくないと思っていることが明らかになった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Kodama Y, Kami M, Yuji K, Kuboya M, Komatsu T. Feasibility and obstacles in home chemotherapy for malignant lymphoma. Int J Hematol. 86 (5):418-21. 2007

2. 学会発表

児玉有子. 院内フリーペーパー購読者を対象にした在宅医療についての意識調査. 日本看護科学学科学術集会. 2007.12.8.

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 所属医療機関と在宅医療への紹介経験の有無

	有	無
大学病院	35	12
病院	14	11
診療所	1	7
その他	1	5

表2 回答者の専門領域

	有	無
血液内科	11	6
腎臓内科	5	3
小児	1	3
外科	4	1
耳鼻咽喉科	4	2
消化器内科	4	3
内科	2	3
循環器内科	1	2
緩和ケア	2	
神経内科	2	
泌尿器科	2	
救急	1	
腫瘍内科	1	
整形外科	1	
内科、総合診療	1	
内視鏡	1	
精神科		2
皮膚科		2
麻酔科		2

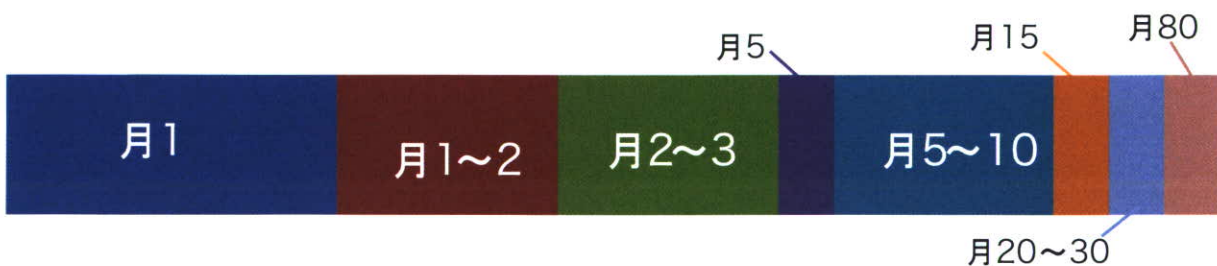


図1 在宅医療への紹介頻度