

200824003A

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20年度 総括研究報告書

主任研究者 渡辺 敏

平成21(2009)年 4月

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20年度 総括研究報告書

主任研究者 渡辺 敏

平成21(2009)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. 在宅緩和医療の推進に関するがん治療施設側の取り組み (緩和ケア病棟、院内チーム、在宅支援部門の活動)	9
渡辺 敏、木村由美子、金井のり子、山岸聡子、坂下美彦	
2. 在宅医の早期参加による意義と問題点の検討. 第2報	12
沖田伸也	
3. 在宅緩和ケア推進の連携システム 千葉県在宅医懇話会(在宅医の自主的な集まり)の活動を通して考える	27
大岩孝司	
4. 千葉県における緩和ケアにおける実態調査	39
木下寛也	
5. 地域がん診療連携拠点病院の課題の把握と行政としての支援について	43
児玉賀洋子、神林綾子	
6. がん患者の在宅化学療法に関する研究	46
奈良林至	
7. 在宅移行障害因子克服法による在宅緩和ケアシステムの構築 - 病棟側緩和医療の研究 -	48
柴田岳三	
8. 在宅緩和ケア推進における治療担当側の取組	51
木村秀幸	
9. 抗がん剤治療を受けている患者と主治医の理解度調査	53
大木信子	
10. 介護支援の立場から	64
河野秀一	
11. 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 - 行政の関与 -	69
藤田敦子	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	75

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り、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3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の易遂行性の追求、(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。その結果、がん治療施設側の責務としては、早期からの緩和医療供給体制の整備、および在宅移行後のバックベットの確保が重要と判断された。在宅医側においては、スキルアップとともに連携体制の整備が必須であり、そのシステム化が底辺拡大につながると思われた。そして患者・家族・一般市民側に対しての在宅移行を志向する方向への啓蒙事業とを合わせ、これらの総合的整備の推進が重要であると結論する。

<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
 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
 木下寛也 国立がんセンター東病院
 児玉賀洋子 千葉縣市川健康福祉センター
 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 国保匠瑤市民病院
 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あり、これらをいかに在宅療養(看取りを含め)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。

<がん治療施設側の問題>

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、前年度までに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、専属ナースを置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。

また抗がん剤治療が外来施行重視に変遷しており、外来がん治療例に対する緩和ケア供給体制は今後より拡大の方向に向かざるを得ない。今年度においては上述の改革をさらに進め、緩和ケアチームの活動の場を病棟だけでなく一般外来へも拡大したチーム内の看護師(がん看護認定、緩和ケア認定、在宅支援担当)にトリアージ機能を具備させた。

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方策の成果が始めてきた(代表研究者渡辺の研究、後出)。

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5)。結果は昨年(2008)の報告内容を継続するかたちであり、まず、当施設での死亡退院率の低いこと、平均在院日数の短縮性、年間1ベッドあたりの多患者数、など認められた。

以下は患者・家族側の要因もあるが、がん進行・状態悪化を背景とした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。在宅移行時には、将来の最期・看取りに際しての心構え・方策（例えば不必要な救急搬送の回避）など十分な説明が病院側担当者が必要と思われる。

<在宅訪問診療の易遂行性について>

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。

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た。2年間のデータの分析の結果から、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ており、本研究の課題の中核にある「在宅医による在宅訪問診療の易遂行性」を企図した取り組みの成果は、支援診療所に対するこの木下の調査では未だ明らかな進展（診療機能の拡大・拡充など）は見えてはいないようであった。

在宅医（および在宅担当看護・介護系職種も含む）に対しては、大岩・沖田らにより、千葉県在宅医懇話会が組織化され、その活動が継続されている。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。

以上の取り組みの成果と判断されるが、大岩（分担研究）と千葉県がんセンター緩和医療科および在宅支援センターの共同調査（後出）によれば、がん治療施設からの在宅移行症例の数的増加が結果されつつある。一方、在宅完結を在宅緩和医療の質的向上と規定した場合、数的増加が質的向上に結びついていないという結果が示され、今後への課題として引き継がれた。

沖田（分担研究）は、在宅緩和医療の推進には、早期からの訪問看護師など他職種の連携、それらマンパワーの充足、などの重要性を指摘した。訪問看護師の充足については、県主導で休眠中の看護師への「学びなおし」事業が進行している。

河野（分担研究）は、介護部門が緩和医療に関わるうえでの不安の解決として、当初は研修の意義を重要ととらえていたが、本研究の進行により、介護における具体的な目標を達成できる考え方のベースとなるものを議論し確認し

意識し、それを地域に発信していくこと、そして、医師や看護師、ヘルパーや行政、病院とそれらを共有し、包括的・継続的な地域ケアマネジメントを実践していく事も個々のケースに関わる事と同じくらい重要なことである、と結論した。

<在宅抗がん剤治療について>

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り、奈良林（分担研究）の研究が進行した。抗がん剤治療の在宅医への委嘱・委譲という方策は、最近の病院専門医・専門チームによる抗がん剤治療の専門性という流れに合致しがたく、そ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た。がん治療において「地域連携パス」が徐々に導入されつつあり、今後はがん治療の時点から在宅医が関わる態勢がより進行するものと判断され、その延長として、在宅緩和医療連携の進展も期待される。

そして上記病診連携の一つの示唆を与える研究として、大木（分担研究）は、抗がん剤治療の受ける側（患者）、行う側（医師）へのアンケート調査を通して、普通に生活していくための視点での看護側の介入の重要性を結論している。

<一般市民側の理解>

次に、患者・家族を含めた一般市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（保健所、児玉、分担研究）による公開講座開催、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。それぞれリーフレットを作成し、広報的関わりを補強した。

<本研究の国内での普遍性について>

本研究の地域的偏在性の検証も兼ね、岡山地区および北海道西胆振地区の緩和医療担当者（木村・柴田）に分担研究を依頼した。柴田の報告（後出）によれば、本研究に準じた方策が西胆振地区で展開されつつあり、成果を見ていると結論している。

緩和ケア病棟の在宅支援志向の重要性に関する当センターの方策は、診療報酬上の改正（平成20年4月改訂）に合致している。

<まとめ・今後への課題>

がん治療施設側としての当センターの改革（早期からの緩和医療科の介入、在宅移行システムの良質化、緊急受け入れ病床の確保など）は順調に進行した。受け入れる千葉市周辺の在宅医側の底辺の拡大については今後のさらなる取り組みが必要であり、がん治療遂行途上からの地域連携バスの導入、および、地域的在宅支援センター構想の具体化を考慮していきたい。さらに拠点病院構想で責務とされる一般市民に対する相談支援機能の強化策として、体験者を導入した在宅緩和ケアの優位性に関する広報的活動も重要と判断される。これらを総合的に包括した地域的システムの構築が目標となる。

（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

在宅緩和医療の易遂行性に関する研究を行った。がん治療施設側の要点は、早期からの緩和医療供給体制の整備、およびバックベッドの確保である。在宅医側においては、スキルアップとともに連携体制の整備が必須であり、そのシステム化が底辺拡大につながると思われる。そして患者・家族・一般市民側に対しては、在宅移行を志向するための啓蒙事業が重要であり、これらの総合的整備が重要である。

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20年度分担研究報告書

在宅緩和医療の推進に関するがん治療施設側の取り組み
緩和ケア病棟、院内チーム、および在宅支援部門の活動

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₎ 坂下美彦₄₎
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) サポートケアセンター師長 4) サポートケアセンター医師

研究要旨

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。当センターにおいては、2006年11月から緩和ケア病棟内に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。その結果、従来の緩和ケア病棟移行後在宅連携、という流れから、がん治療病棟から直接在宅移行（在宅移行後の緊急入院受け入れを緩和ケア病棟として入院登録）とすることにより、がん治療病棟から在宅移行・在宅訪問診療態勢となる症例が飛躍的に増加した。この背景には、在宅緩和医療担当医の量的質的向上も関与しており、本研究の協働的効果と判断された。さらにがん治療の主たる場が外来に移行している背景から、緩和医療提供の場も外来重視のかたちとし、より早期からの緩和医療提供体制の整備を推進した。

A. 研究目的

がん診療連携拠点病院構想、および院内DPC導入に伴い、緩和医療を必要とする症例の処遇についての改革ががん治療施設側に求められるようになった。その一つである在宅支援センターの活動、および緊急受け入れ病床としての緩和ケア病棟運営について報告する。

B. 研究方法

平成18年11月～平成21年2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

【在宅支援看護師の活動状況】

<連携状況(2006.11.1～2009.2.28)>

連携総数：856名

連携した医療機関：75施設

連携した訪問看護ステーション：97施設

<転帰/2009.2.28現在>

非退院：31名(すべて入院死)。

他施設転院：60名。

在宅移行：765名。以下はその後の経過。

在宅療養継続中：204名

緩和ケア病棟入院後死亡：198名

がん治療病棟再入院後死亡：66名

他施設入院死亡：36名

在宅死：261名

【緩和ケア病棟運営に関して】

前年度の結果をさらに促進したかたちの内容であるが、在宅支援センターの始動(H18年11月から)、緩和ケア病棟のバックアップベッド化により、本病棟への入院に至る状況に変化がみられ、転棟・転院例の減少、外来からの入院例の増加(表1)となった。その外来からの入院に関して、在宅訪問診療態勢経由例が増加していた(表2)。

(表1)	入棟例	うち外来から(%)
H19年	309例	152例(49.2%)
H20年	339例	196例(57.8%)

表(2)	外来から入棟	既連携数(%)
H19年前期	65例	7例(10.8%)
後期	87例	29例(33.3%)
H20年前期	101例	41例(40.6%)
後期	95例	50例(52.6%)

また従来からの方針でもあるが、緩和ケア病棟入院後在宅移行の症例も以下(表3)のように増加傾向を認めている。

(表3)	緩和ケア病棟初回入院後退院症例数	訪問診療連携症例数(%)
H19年	45例	23例(51.1%)
H20年	42例	33例(78.6%)

そして在宅死となる症例も増加傾向にある(表4)。

(表4)	入院実症例数	在宅死(率)
H18年	309名	11名(3.6%)
H19年	308名	29名(9.4%)
H20年	340名	34名(10.0%)

(表の1,3,4は各年の1月1日から12月31日)

昨年度(2007年度)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(25床)と全国(2008年7月・年次大会資料より、全182施設、3,566床)の平均的な部分の数値を比較したものを表示する(表5、本数値のみ年度)。

(表5)	死亡退院率	平均在院日数	1ベッドあたり年間患者数
当施設	70.3%	17.1日	15.7人
全国平均	86.5%	42.0日	7.2人

(全国分は日本ホスピス・緩和ケア協会資料より)

表(5)に示すように、前年度と同様、以下の点で差異が認められた。それが促進されたかたちとなった。死亡退院率が低いこと、平均在院日数が短いことで、1ベッドあたり、倍以上の患者を受け入れていることになる。

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で現状において病棟運営上の瑕疵は生じてはいない。

【早期からの緩和医療科の介入について】

前年度までに当施設においては、早期から緩和医療科に受診する体制、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。また「在宅支援センター」の緩和ケア病棟内への併置により、専属ナースによる、在宅ケアと緩和ケアをコーディネートする体制となった。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。そして次年度以

降へのさらなる改革として、がん治療の主たる場が外来に移行している背景から緩和医療提供の場も外来重視のかたちとした。具体的には、サポートケアセンターを一般外来におくことにし、緩和医療科医師、精神腫瘍科医師、専任看護師（がん専門看護師・緩和ケア認定看護師・在宅支援看護師）らがそれを構成している。ナースによるトリアージ機能も持たせ、早期からのそして適切な緩和医療の提供を目的としている。

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) 論文発表

①渡辺 敏, 坂下美彦, 木村由美子. 「緩和医療センター・在宅緩和ケアの推進」, 「緩和医療科外来とがんサポートチームの役割」, 「在宅支援センターの役割」. 竜崇正編. がん診療ハンドブック. 東京: 永井書店. 2008: 70-76.

(2) 学会発表

①渡辺 敏. 拠点病院構想における緩和医療供給体制、第15回日本死の臨床研究会関東支部大会、2007.07.29、高崎市、口演

②木村由美子、斎藤亜稀、金井のり子、坂下美彦、渡辺 敏. 千葉県がんセンターと在宅医療機関との連携（その1）-在宅支援センターの取り組みと今後の課題-、第13回日本緩和医療研究会学術大会、2008.7.5、静岡市、示説

③坂下美彦、木村由美子、斎藤亜稀、渡辺 敏. 千葉県がんセンターと在宅医療機関との連携（その2）-在宅後方支援ベッドとしての緩和ケア病棟

-、第13回日本緩和医療研究会学術大会、2008.7.5、静岡市、示説

④栗原 梢、渡辺 敏、末松弘之. 終末期患者への心理的サポートの研究〜コラージュ療法活用の試み. 第21回サイコオンコロジー学会総会、2008.10.10、東京

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。

平成20年度分担研究報告書

在宅医の早期参加による意義と問題点の検討、第2報

分担研究者 クリニックあしたば 沖田 伸也

研究要旨

前年度の研究に引き続き、在宅医が早期に関わるることについて、その意義と現状における問題点を明らかにすることを目的とした。

昨年度の大岩、宍戸の研究では、在宅緩和期ケアの診療を専門に行っている診療所と千葉県がんセンター間でのモデル診療について報告したが、今年度は一般の在宅医療を行う診療所と千葉県がんセンターとの間でモデル診療を行い、同様の方法で解析し、検討した。今回の研究から以下のことが考えられた。

1. 14名の終末期癌患者を対象にモデル診療を行った。在宅完結率 57.1%、在宅死亡率 66.7%であり、昨年度（それぞれ 78.6%、89.1%）に比べ低い結果であった。しかし、ケアチームとの連携しただけでは専門医でなくても在宅緩和ケアが十分できると考えられた。
2. 在宅ケア中断例は14例中6例だったが、うち5例が自宅での看取りを希望していなかった。また、中断例では訪問開始から死亡までの期間が平均 22.0日と、看取り例平均 48.6日に比べて短かった。
3. 在宅緩和医療の推進のためには、早期に在宅療養を始めることが重要である。それを実現するには、病院と在宅医、訪問看護師等、関係する医療者が連携し、終末期も見通した医療を早期から一貫して実践することが必要と考えられた。
4. 在宅で看取ることができた症例では、訪問看護師が毎日の生活を支えるために重要な役割を演じていた。在宅緩和ケアの向上には、訪問看護師の充足化が欠かせないものと考えられた。

A. 研究目的

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について研究する

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、昨年に続き、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。前年度モデル診療を行った医療機関は、在宅緩和ケアの専門医が運営し、在宅での看取りを前提とした訪問診療をしていたが、それに対して、今年度は在宅緩和ケアを多く扱っていない在宅医が担

当し、看取りを保証する体制は有しておらず、急変や増悪時は入院を考慮する体制である点が異なっている。両者の比較研究を通して、相違の有無とその原因について考察することを試みた。なお、在宅医受診後の患者に対する診療手順について、従来と同じで診療に変更を加えることはしていない。

【研究期間】

平成19年11月～平成20年8月

【研究対象】

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た、千葉市に居住する症例に訪問診療を施行した。

【診療機関および役割】

①診療機関

クリニックあしたば、外部機関の訪問看護チームが連携して診療した

②診察方法

i) ケアチームでの診療

1事例を除き、医師・看護師を中心としたケアチームにより担当した

ii) クリニックあしたば

従来から施行している当院の診療方法に準じた(図1)。訪問診療は状態に応じて安定していれば2週に1回、不安定な時あるいは診療開始当初は1週に1回頻度で定期訪問した。また、必要に応じて往診した。

iii) 訪問看護

外部の訪問看護ステーション5機関が症例ごとに担当した。訪問は各訪問看護ステーションの判断に任せられたが、原則的に安定時は2週に1回、状態悪化時または進行時は1週に1-3回で開始した。

iv) 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(昨年度報告書28頁資料-1参照)

家族：アンケート用紙記入法
(昨年度報告書29頁資料-2参照)

- ② 在宅療養の質的評価
在宅完結率、在宅死率の評価
在宅死率、在宅完結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わる問題点
- ④ 症例検討からみた問題点の検討

(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、内容にな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諾を得た。

C. 研究結果と解説

1) 背景因子

【症例】

登録症例：クリニックあしたばが研究計画の承諾書を得た14例であった。

在宅緩和ケア開始前に家族面談を行ったのは1例のみだった。その他は家族面談をせず、初回訪問時に患者、家族と面談し、全例在宅緩和ケアに移行している。

【訪問症例背景】

年齢：70代が半数を占め、60歳以上が全体の約8割を占めた。(図2)

性別：男7名、女7名と同数だった

原発臓器別頻度：消化器癌、肺癌が多く、一方婦人科癌の患者はいなかった。(図3)

訪問期間：中間値は24日。訪問期間が30日以内の占める割合は56%だった。(図4)

以上、前年度報告した症例群と大きな相違はなかった。

2) アンケート分析

【患者・家族へのアンケート】

患者および家族からアンケートしたが、患者は意識障害、認知症の存在等で8名より、家族からは一部不備があり11名よりの回答を分析した。

① 在宅医療を選択した理由（複数選択）（図5）

患者の在宅緩和を選択した理由は、治らない事を受け入れた、通院困難、症状緩和が必要、が最も多かった。家族との時間を多く持ちたい、自宅に居たいが回答の半数以上で得られたが、前年度報告と同様、病院での治療が済んだと思っている患者は少なかった。家族の在宅医療を選択した理由は、何とかしてやりたいと思う10例、自宅で過ごすためには医療が必要と思う10例、残された時間をもっと過ごしたい9例、本人の希望8例、後悔をしたくない7例と、前年度同様だった。

② 在宅緩和ケアの心配なこと・期待すること（図6、図7）

前年度の報告では、心配なこと、期待することが「何もない」あるいは「分からない」が多かったが、今回の症例では、一例もなかった。症例の背景では昨年と変わらなかったが、この1年の間に、千葉県がんセンターにおける在宅支援センターの役割や機能が強化され、その結果、患者、家族が在宅医療を積極的に選択できる体制になってきたとも考えられた。しかし、設問の殆どに心配や期待を示しており、これから先予測が立たないことに対して、多くが不安を持っているものと推測された。したがって、在宅緩和ケアが始まるまでその具体的内容を理解するのは困難とも思われた。一方、家族は在宅に対して、対象となる患者家族の年齢は60代それ以上がほとんどのため、幼い子供たちへの対応や経済的なことについての心配は多くなかった。

③ 最後の療養場所（表2）

初めての面談時に自宅での看取りを希望するか聞き取りしたが、「考えていない」が5例36%を占め、「病院で」3例と併せ、「在宅での看取り」を考えていなかった家族は8例57%で前年度報告と

同様だった。「できれば家で」が6例43%、「家で看取りたい」と積極的に考えている家族は0%だった。患者本人へのアンケートで、病院の治療が済んだと考えている人が必ずしも多くなかったこと（看取りをするか否か判断を迫られる前に退院してきた、在宅で過ごすか家族と確認する前に退院してきた）と関連していると考えられた。

3) 転帰

【在宅完結率および在宅死亡率】

① 在宅完結率：8（在宅死症例数）/14（訪問症例数）=57.1%

② 在宅死亡率：8（在宅死症例数）/[14-2（中断し入院後2週以上の生存例数）]=66.7%

【在宅緩和ケア中断例】

中断症例は6例であった。（表1、表2）

中断例1は、初回訪問時すでに進行著明、余命わずかであった。訪問後4日目に血圧低下、意識障害を認めたが、二人暮らしであり、訪問開始時より妻は、最後は病院でと希望していた。中断例2は、薬局に勤める娘と二人暮らし。全身状態は比較的に保たれていたが、両下肢のリンパ浮腫が増悪。増大した水疱が破裂し処置が頻繁となったため、入院したがその31日後自宅に帰ることなく死亡した。中断例3は、本人はなるべく長く自宅で暮らしたいと希望していたが、主たる介護者の夫が疲れてしまい、日中から飲酒するなど、介護困難となり13日間で再入院し、その15日後死亡した。中断例4は、退院日の夜にもトイレ歩行時痰による窒息で意識消失発作を起こしている。その後も去痰困難で突然の呼吸困難を繰り返したが、退院前、窒息の可能性について家族に事前の覚悟はできていなかった。下気道感染症を合併したため抗生剤点滴を要したが、訪問19日目、再びトイレ歩行時に窒息様となり、救急車で緩和病棟に入院し、3日後死亡している。中断例5は、40代の症例で肺癌の進行による気道狭窄あり気管切開を施行していた。病院主治医より化学療法はすでに効果がないと告げられていたが、諦められず治療継続を希望していた。他方、医療費は多額の自己負担が生じるため在宅療養の併診は希望せず、また訪問

看護も最期まで利用しなかった。当院紹介後1ヶ月間は熱発時の往診のみで前医外来通院を続けていたが、状態不良のため欠診しがちだった。全身状態悪化し動けなくなってから、ようやく在宅緩和ケア希望され開始となったが、それでも妻の介護で自宅療養を続けていた。しかし、気切部より突然の出血が起こり、窒息様となったため救急車で緩和病棟に入院、2日後死亡した。中断例6は、退院時胆管炎再発の可能性を主治医から告知されていたが、認知症のある本人を同居する長女を含む娘3人で、交代しながら何とか自宅で看取することを希望していた。しかし、訪問8日目、発熱、黄疸、意識障害、羽ばたき振戦等、胆道感染による増悪あり、介護体制がまだ十分できていなかったためか、緩和病棟入院を希望し、13日後死亡した。

中断例と看取り例を比較すると、中断例では6例中5例が自宅での看取りを紹介時考慮していなかった。中断例6の「できれば家」と考えていた家族は、認知症の本人を、娘3人で看取することを希望していた。しかし、介護体制が不十分のまま、胆道感染が出現し、緩和病棟を希望、入院13日後死亡した。病状悪化を目の当たりにした家族は、介護に対する不安を抑え切れなかったものと想像された。感染への予測を立て、早期に不安を解消すべく、訪問開始時から訪問看護師と対応すれば、より長く在宅で療養できたもの思われた。

それに対し看取り例では8例中、最期は「病院で」が1例、「考えていない」が2例、「できれば家で」が5例だった。自宅での看取りを考えていなかった3例のうち、1例(看取り例3)は悪性リンパ腫、尿崩症の症例で、余命わずかと説明を受け退院。その後食思不振、脱水が進み腎不全となった。家族は在宅看取りの準備はしていなかったが、死亡当日に意識消失、無尿となり、集まった家族の前で今起こっている事態を説明し理解を得られた。患者が苦しまずに意識消失したこともあり、看取りが可能となったと思われる。残りの2例(看取り例1および2)は、紹介時、判断力は十分ありADLがほぼ自立していた患者で、比較的早期に在宅療養に移行できた例であった。

また、中断例と看取り例を訪問期間と死亡まで

の期間について比較検討してみると、中断例では、訪問開始から、すなわち紹介時から死亡までの期間が平均22.0日と看取り例(48.6日)に比べて短かった。(図8)

4) 症例提示

在宅医の早期参加により在宅緩和医療をどのように推進するかが、今研究で求められているが、この14例を経験する中にも、いくつかの問題点と可能性が示唆されたので、早期参加の意義について考察できた症例を2例提示する。

【症例1】47歳女性 乳癌、骨転移(脊椎転移+)、脳転移、肝転移(看取り例5)

訪問開始から死亡までの期間：77日間、訪問回数13回

- (ア) 在宅移行の経過：06年5月右乳癌の診断。他院にて化学療法後、07年1月温存術さらに残存乳房に放射線療法施行。5月脳転移、胸椎転移判明し、全脳照射、脊髄照射、VPシャント、γナイフを施行した。しかし、新たな骨転移次々に見つかり、これ以上の治療は困難と説明を受けた。12月、自宅に近い千葉県がんセンター緩和医療科紹介された。在宅療養を希望され、08年2月7日訪問診療開始した。
- (イ) 在宅療養を希望した理由：症状については十分理解しており、今後は症状緩和を図り、出来るだけ自宅で過ごしたい。家族は夫、高2、中3、中2年の子供を含む5人、母・妻として、家事を続け子供の面倒をみたい。
- (ウ) 訪問開始時の状態：腰痛(ミシミシと痛い)、下肢筋力低下強く、立位、座位困難が急速に進行。疲れてしまい、食事の仕度もできなくなっていた。日中独居。
- (エ) 訪問開始後の状況：前医からの処方には多種類で複雑なため内服不徹底だった。特に麻薬に対する抵抗感強く、飲み控えから痛みが増強し、逆にレスキューの多用により常に傾眠状態だった。訪問看護の利用を週1から週3回に増やし、麻薬に対する誤解を解きながら正しい服用の指導、ホームヘルパーの利用も開始し、生活上の問題解決を図った。骨転移による痛みが強かったが、本人は治療を諦めておらず、放射線治療の再検討を希望し、3月5日千葉県がんセンターに入院した。

結局、進行著しいため治療の適応なしと判断されたが、本人は次男の中学校卒業式に参加したい思いから、急遽退院を決め、12日車椅子で参席したが、その後、意識障害が増強した。退院前、痛み止めは痛くなる前に飲ませたほうが良いと説明を受けていたので、家族は急な退院や卒業式の準備で介護が増えパニック状態だったため、レスキューのオピオイドを1時間おきに内服させていたことが、3月13日の担当者会議時に判明した。会議では、今後の本人・家族をどう支えるか検討した。子供のことが気がかりな本人の悩みをどうしたら解消できるか。日中夫は仕事で不在だが、子供は母の手伝いをしない。家族のまとまりが悪い状態で、果たして、自宅での看取りができるか懸念されたが、春休みを利用し、子供達に手伝ってもらいよう看護師を中心に対策を立てた。在宅医も訪問時に家族の心配を確認し、それに応えるよう努めた。その後、病状が悪化する中、徐々に家族が協力して介護するようになり、自宅で看取る意志を確認することができた。3月中旬より寝たきり状態となり、けいれん発作が出現するようになった。さらに4月上旬より意識低下、内服困難、発熱出現。肺炎合併し、4月23日永眠した。

(オ) 診療形態

訪問診療：週1回

訪問看護：週3回

介護支援：2月21日より週3回

(カ) 小括 痛みと四肢筋力の低下、食欲低下が進行する中で、本人が最も心配していた家族の絆を強めることができ、具体的な介護や看護を通して在宅で看取ることに対する家族の不安を取り除くことができた。薬の管理や飲み方の指導、痛みを軽減する工夫、トイレ・入浴の介護、食事・栄養面、家族の悩み等に対し、その都度相談に乗り、指導し、支援した看護師の役割が極めて大きかった。また、担当者会議を適時に開き、ケアチームとして緩和ケアに取り組めたことが、看取りを可能にしたと考えられた。一方、前医との対応に関して言及すれば、薬の服用に関する混乱から不安を招いた可能性があった。経過途中の入院に関しても連携が不十分で患者本位の診療のためには更なる改善が必要と思われた。

【症例2】85歳 男性 腎盂癌、骨転移、(看取り例1)

訪問開始から死亡までの期間：89日間、訪問回数：16回

① 在宅移行の経過：03年肺癌重粒子線治療1年後のPET検査で右腎盂に取り込み像認め、精査の結果腎盂癌と診断された。04年10月右腎摘除術を受けたが、08年1月右腰痛出現し、右降後腹膜腔および右腸骨外側の局所再発と判明。その後増大し、手術、放射線治療の適応なく緩和医療を勧められた。同年4月千葉県がんセンター紹介され、緩和医療科受診。在宅療養を勧められ紹介となり、4月中旬訪問開始した。

② 在宅療養を希望した理由：自分は機械屋、機械にも治らない破壊はあるが、癌も同様。肺癌治療の際もそう思ったが、無理をして生きようとは思わない。死について覚悟はしていたのでこれ以上治療は望まない。ただし死んだら献体をしたい。最期まで自宅で過ごしたいとは思わない。無宗教。葬式等わずらわしいので病院からそのまま献体に回してもらいたい。

③ 訪問開始時の状態：以前より動作時呼吸困難感あり。血尿、排尿障害等、膀胱症状なし。右腸骨稜から回盲部にかけて硬い腫瘤を触知し、右腰に軽度の痛みを感じる。自律心が強く、今はまだ一人で外出できる。二人暮らしでも、訪問看護は不要と考えていた。

④ 訪問開始後の状況：当初疼痛緩和が不十分だったが、モロトド[®] (MSコンパ) 内服後は鎮痛良好。5月には東京での展示会に一人で行くことができた。6月初めより食思不振増強したため、訪問看護師利用を増やした。臥床時間が増えたため筋力低下が進み、楽しみにしていた東京の展示会には足を運べなくなった。しかし、自宅で過ごせるのは楽で良い、病気に対する不安はない、最期は病院に1週間くらい入院して死にたい、と語っていた。点滴をすると気分がよい、と希望され、その後約1ヶ月間毎日500mlの点滴を施行した。その間、訪問看護師が看護・介護に入り、相談に乗ることで、妻も看病生活に慣れ、在宅での看取りに対する不安を取り除くことができた。6月下旬、姉の米寿

の祝いに出席したいと強く希望され、無理を押して自家用車で片道1時間を往復した。祝いのご馳走を食べたが、帰宅後全て嘔吐した。7月上旬大量に嘔吐あり、以後繰り返した。内服困難のため、塩酸モルヒネ持続皮下注に変更したが、本人は穏やかに過ごし。入院について話しを持ち出すことはなかった。7月12日妻に介助されトイレに行き、排尿後失神。まもなく息を引き取った。

⑤ 診療形態

訪問診療：4月16日より2週に1回、6月4日より週1回

訪問看護：

介護支援：なし

⑥ 小括 自立心の強い患者だったが、二人暮らしのため、老妻には介護に不安があった。本人はそれを考慮し最期は病院で迎え、献体することで家族に負担をかけまいと考えていた。当初訪問看護師は不要と思うほど自律していたが、徐々に増悪する中で、早期から看護師が関わり、具体的な問題に対処し生活支援する中で、自宅での看取りに対する不安を取り除くことができた。担当者会議を適時に開くことができ、予期される問題への対策をケアチームとして共有することができた。がん患者の緩和ケアの場合でも、まず生活を支えることが基本としてあり、緩和ケアもその一環として寄与するものと実感された。また、自らの死について具体的に考えることができなくても、早期から在宅療養に移行し、不安や困難を緩和できれば、徐々に死を受け入れることができ、最期まで自宅で安らかに暮らせる可能性があると考えられた。

D. 考察

診療形態について：在宅緩和ケアに不慣れな在宅医が、今後多く癌の終末期患者の治療に関わっていく事を考えれば、当院が通常の診療手順で訪問診療をすることが在宅緩和ケアの推進に一石を投じることになるのではないかと考えモデル診療を行った。在宅緩和ケアに対する知識や経験が十分でない在宅医が、平常どおりの診療方法で実施することにより、対応の遅れや判断の誤り、ケ

アの質の低下が生じるのではないかと懸念されたが、診療には支障なかった。今回は訪問前の面談を殆ど施行しなかったが、緩和ケア中断例が訪問初期に多く発生している事を反省すると、在宅医は訪問開始前の面談によって、開始初めから十分な対応ができるよう準備をし、対策を立てることが必要と思われた。

背景因子およびアンケートについて：アンケート結果の中で異なったのは、前年度の報告では、心配なこと、期待することが「何もない」あるいは「分からない」と答える患者が多かったが、今回の症例では、一例もなかったことだった。アンケートの回答数が少ないため同じには語れないものの、異なった理由として、一つには、今回のアンケートへの回答はインタビュー形式ではなく、用紙を渡し筆記後回収していたためかもしれない。もう一つは、昨年度は「病院側では在宅移行の準備をしないまま、在宅医療機関に紹介される」方式を採用したが、千葉県がんセンターの在宅支援センターも設立後すでに1年が過ぎ、在宅緩和ケアの専門でない当院への紹介に当たって、自ずと在宅移行について患者・家族の意向を確認していたと思われる。患者の背景因子や他のアンケート結果については昨年とほぼ同様で、その他に原因となるものは見当たらなかった。

在宅完結率、在宅死亡率：在宅完結率 57.1%、在宅死亡率 66.7%であり、昨年度（それぞれ 78.6%、89.1%）に比べ低い結果であった。これらは、在宅緩和ケアの質を評価する指標と考えられるが、前述した診療形態の違いやケアチームの機能の差異を考慮すれば、当然の結果かもしれない。しかし、在宅での看取りを前提としていなくても、条件を整えば6割程の率で在宅看取りは可能だったと言えるものであり、ある一定のケアの質を保つことができたと判断された。

中断例の検討：中断例の6例中5例が、在宅移行時に自宅での看取りを考慮していなかった。また、訪問開始後死亡までの期間（22.0日）が、看取り例（48.6日）に比べて短かった。このことから以下のことが推測される。一つには、病院での治療効果に対する判断あるいは患者の残された時間に対する配慮が不足し、在宅緩和ケアへの移行

が遅れたため、在宅療養移行前に看取りを考えるだけの余裕がなかったのではないか。もう一つは、それとは別に、家族と患者本人の在宅療養に対する思いが合わず、安心が得られないまま在宅療養が始まり、多くの不安が解決できないまま病状が悪化し入院となり、入院それ自体が、本人の希望を失わせ死期を早めた可能性が考えられた。そのように考えると、今回の結果から、在宅療養移行によって残された生活を大切に意義あるものにするためには、病院ではより早期から在宅緩和ケアの導入を検討すべきであると推測された。

在宅医の早期参加について：今回の研究では早期在宅移行の症例は必ずしも多くないが、症例検討の中にその実践が見出せた。ここで早期とはいっ頃から指すが問題となるが、昨年度が大岩ら指摘しているように、ADL が保たれている時期を早期と考えるのが妥当であろう。今回の検討でも看取り例 1 及び 2 のように、ADL が保たれているうちに在宅緩和ケアを開始した症例は療養期間も長く、最期まで自律を保つことができていた。ADL が保たれているうちとはいっても、WHO の緩和ケア指針で提唱されているように、病院での治療開始時・治療中から緩和ケアを開始することが必要であるはずだが、実際には疎かになっている、と感じざるを得ない。病院全体で緩和ケアの質的向上に取り組もうとするならば、今後癌の進行が予測されるとみなされる場合、少なくとも、その時点から緩和ケアを開始する必要と考える。

連携体制構築の必要性と問題点：症例 1 にみられたごとく、在宅医と病院間の連携が不十分であると、患者・家族の混乱や精神的負担を招く恐れがある。これまでどのような経過を辿り、どのように判断し説明したか、また、本人はどのように受け止め考えているかを、各主治医が伝えることは患者の緩和ケアの質を向上するために必要不可欠と思われる。そして、在宅療養移行にあたっては、患者や家族の声を聴きながら、これから予想されること、注意すべきことを伝えるのも重要である。すなわち、前者は病院の主治医ができることであり、後者は在宅医が行うべき作業である。今回の症例においても、各診療科の診察が終わった後も、説明不足あるいは連携不足から、治療や

病状の無理解から患者や家族が悩む場面にたびたび遭遇した。今後早期に在宅療養への移行を推進するためには、病院の各診療科が緩和ケア医や在宅支援センターとの連携を、在宅支援センターあるいは地域連携室が地域の在宅医や訪問看護師との連携を、積極的に図ることが求められる。治療開始の段階から、ADL が良い状態である早期に、家族の介護に対する不安を徐々に取り除き、患者と家族双方の意志を確かめる作業が必要である。そして、終末期の在宅療養の正しい選択が可能となるように、病院と在宅医が一貫した姿勢で取り組むことが重要であると考えられる。

地域における連携体制の構築について：症例 1 および症例 2 で示したように、緩和ケアを専門としない在宅医でも、病院をはじめ関係する医療・看護・介護関係機関と連携を図ることで、質の高い在宅療養を支えることは可能であると思われた。連携をより充実させることが患者・家族の療養生活向上に寄与するが、特にその中でも、医療と介護の両面を支える訪問看護師が、大きな役割を演じていた。今後、在宅医の早期参加を推進させるためには、連携強化と共に経験ある訪問看護師の充足化の推進が重要な鍵となると思われた。

在宅緩和医療推進のために：今研究で確認できたことは、一人のがん患者に対する治療は最初から最後まで一貫し連続したものでなければならないということであり、関係する医療者は同じ目線で患者と接し問題に取り組むことが重要である、ということだった。安心して患者・家族が自宅でがん終末期を過ごせるようにするためには、地域における医療・福祉それぞれの機関の連携強化と経験ある訪問看護師の充実が重要であり、さらに、共同して在宅医が緩和ケアを実践できるようにするためには、在宅医を支えるべく、在宅支援センターがそして緩和医療科および各診療科の治療医が、終末期も見通した医療を早期から一貫して実践できるよう取り組むこと、それが保証されるよう病院や地域社会が理解をもって体制をつくること、それぞれの段階での取り組みが必要不可欠と考えられた。

E. 結論

昨年度に引き続き、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、診療所と千葉県がんセンターとの間でモデル診療を行った。今年度は在宅緩和ケアに習熟していない在宅医が、がん終末期の患者を在宅訪問し、同様の方法で解析し、比較検討した。その結果、以下が明らかになった。

- 1) 14名の癌終末期患者の訪問診療を行い、6割の患者を看取ることができたことは、他職種との連携しだいでは在宅緩和ケア専門医でなくても癌終末期患者の看取りが可能であることを意味していた。
- 2) 中断例と看取り例を検討する中で、在宅医の早期参加に関する問題点が一部明らかとなった。在宅療養移行によって残された生活を大切に意義あるものにするためには、病院ではより早期から在宅緩和ケアの導入を検討すべきであると考えられた。
- 3) 在宅緩和医療の推進には、早期からの在宅医の関わりが必要であり、それを実現するためには、終末期も見通したケアを早期から意識し、病院と在宅医、看護師を中心にして、患者のために意識の共有を図ることが必要と思われた。
- 4) 在宅緩和ケアにおいては日常のケアが重要であり、それを担える訪問看護師の充足化と、知識と経験の積み重ねが、在宅緩和ケアの質の向上をもたらすものと思われた。

F. 健康危惧情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

沖田伸也、権平くみ子：骨転移、脳転移、肝転移をきたした乳癌患者の1例、千葉県在宅医懇話会第3回研修会、2008.5、千葉

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 在宅緩和ケア中断症例

	病名	中断理由	中断希望	死亡場所	最後はどこで
中断例 1	胆嚢癌	急変（ショック、意識障害）	家族	病院	病院
中断例 2	大腸癌	病状悪化（下肢リンパ漏）	家族	緩和病棟	病院
中断例 3	胸椎骨肉腫	夫の介護疲労	家族	緩和病棟	考えていない
中断例 4	肺癌	急変（トイレ歩行時窒息）	家族	緩和病棟	考えていない
中断例 5	肺癌	急変（気切部より出血）	家族	緩和病棟	考えていない
中断例 6	胆嚢癌	病状悪化（胆道感染）	家族	緩和病棟	できれば家

表2 最期における居場所とADL

患者氏名	訪問期間	最後はどこで	最後のトイレ歩行	コミュニケーション
中断例 1	4	病院	入院2日前	入院当日困難に
中断例 2	9	病院	開始時オムツ	問題なし
中断例 3	13	考えていない	開始時オムツ	問題なし
中断例 4	19	考えていない	入院3日前	問題なし
中断例 5	13	考えていない	入院2日前	問題なし
中断例 6	9	できれば家	入院前日	入院当日困難に
看取り例 1	89	病院	死亡当日	死亡当日
看取り例 2	84	考えていない	死亡前日	死亡前日
看取り例 3	4	考えていない	開始時オムツ	死亡当日
看取り例 4	24	できれば家	6日前	6日前
看取り例 5	77	できれば家	2週以上前	3週以上前
看取り例 6	16	できれば家	開始時オムツ	死亡前日
看取り例 7	58	できれば家	1週以上前	10日前
看取り例 8	37	できれば家	2週以上前	6日前