

200824004A

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

研究代表者 江口 研二

平成21（2009）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	
(資料) 研究成果発表会 (記録)		1
(資料) 在宅緩和ケアのための地域連携ガイド		5
		43
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		
一 和田地域における地域緩和ケア支援ネットワーク構築に向けて	十和田市立中央病院病院長 蘆野吉和	
		179
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	あおぞら診療所上本郷院長 川越正平	
		183
3. 臨床現場からのがん患者の研究	JR東京総合病院血液科/外来化学療法部門 小林一彦	
		187
4. がん緩和ケアの地域連携のための		
①バス作成と②麻薬性呼吸不全対策の普及に関する研究	岩手県立磐井病院緩和医療科科长 佐藤 智	
		191
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	独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 谷水正人	
		203
6. 東大病院緩和ケア診療部の在宅移行の試みに関する研究	東京大学附属病院緩和ケア診療部部长 中川恵一	
		207
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	筑波大学大学院消化器内科教授 兵頭一之介	
		211
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	静岡県立がんセンターよろず相談主任 福地智巴	
		213
9. 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	
		215
10. がん在宅医療の医療経済の研究	東京大学医科学研究所附属病院助教 湯地晃一郎	
		217
III. 研究成果の刊行に関する一覧表		219
IV. 研究成果の刊行物・別刷		225

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

研究代表者 江口 研二 帝京大学医学部内科学講座 教授

研究要旨 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た。グループの円滑な運営には、緩和医療に精通し、多職種スタッフのコンダクターとしての資質を備えたリーダー医師と、緩和医療に経験豊富で地域の医療事情に精通する専門の看護師とが必要である。また、医療・介護機関・調剤薬局・福祉関係者等の定期的な連絡会議で互いの顔の見える関係を構築する必要がある。診療グループ内の機能効率化に、グループ内の患者情報共有ITシステムは便利であるが、広範な複数地域医療機関をカバーするシステム運用はなされていない。24時間体制の在宅緩和医療には、診療グループ制、専門の看護スタッフ活用など早急な対策が必要である。一律のモデルでなく、各地域の特性に合わせた柔軟な緩和医療体制を必要としている。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、役割毎の注意点などを本研究班の成果物としてガイドブックに上梓した。早期からの在宅療養を進める上での課題に関する研究班主催公開シンポジウムをH21年1月に実施した。

研究分担者 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  
東京大学医学部研究所附属病院内科助教

A. 研究目的

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。本研究は、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、在宅医療の講習、情報交換、在宅医療支援企業、在宅医療支援医療スタッフ、地域医療の中での役割分担、がん専門病院基幹病院との連携システムのあり方を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、積極的に活動している地域医療グループにおける在宅医療緩和医療について運営上の特色を検討する。検討内容として、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とし、現体制を強化する機能的なモデル構築に必要な事項を調査する。地域連携のあり方モデル類型として、前年度の研究でまとめた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つのモデルについて、円滑な運営のための要件を抽出する。お互いの顔の見える関係をどのように構築しているか、患者・家族の多様なニーズにどのように応えるのか、理想的な早期からの在宅緩和医療をどのようなステップで実現するかをまとめる。各グループのかかえる個別の問題点の要因について、在宅医の早期参加を円滑に行いうる「仕組み」をこれらのフィールドでさらに詳細に検討する。それをふまえ、今後各地域に応用しうる上記3種のモデルを構築するための手引き文書をさらに詳細に作成する。

(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18年改訂)に基づき行う。患者情報はプライバシー守秘に関して、十分な配慮をおこなった。研究計画を研究分担者施設の倫理審査委員会の承認を得て実施し、個人情報保護に準拠して扱った。

### C. 研究成果

本研究では、在宅緩和医療の研究エリアとして、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)、東京地区(文京区、豊島区、墨田区)、千葉地区(松戸市)、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12地域において、現在、積極的に実施されている地域がん在宅医療の取り組みについて、その組織構成、施設、人材、提供される医療・介護内容などを調査し、各グループの特色を検討した。各エリアスタッフによる特性要因図での検討では、地域における診診連携の困難さ、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連携の活性化に大きく影響することが考えられた。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、大都市は、市民の受診行動からも体系的な地域グループが成立しにくい状況が認められた。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。定期連絡会議等でお互いの顔の見える関係を構築している。在宅医療の後方病院、あるいは、患者・家族と在宅スタッフも参加する退院前連絡会も、患者・家族の不安を軽減する意味で重要な仕組みである。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。また、行政側からの支援は、現場でのニーズを十分に把握して、現場の活力を生かす後押し的な支援が非常に効果を上げることが明らかになった。H21年1月の公開シンポジウムでは、上記の具体的な内容について示唆に富むご意見交換があった。地域特性に合う柔軟な医療体制モデルが必要である。3年間の研究をもとに、在宅緩和ケアを始める医療・介護スタッフや行政担当者のためのガイドブックを作成した。

### D. 考察

本研究班では、現在各地域で行われている在宅緩和医療の連携体制を具体的なモデルとして、実施基盤を基にした類型化をおこなった。積極的な在宅緩和医療の展開には、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があり、コメディカルや福祉も取り込んで、各スタッフの認識と役割分担を見直して効果的な地域ネットワークを構築する必要がある。そのため、地域連携体制の中で新たに在宅緩和医療への取り組みに必要な要点をガイドブックとしてまとめた。本班の成果物は、緩和医療の体系化が行われていない地域においても、早期からの在宅緩和医療を展開する足がかりとして活用できる。地域における早期からの在宅緩和医療の促進には、地域内の医療・介護人的あるいは施設的なリソース、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、行政関係者等多くの多職種のプレイヤーの役割を明らかにして、定期的な連絡会議などで「顔の見える関係」を構築しておくことが重要である。また、地域ごとの現場関係者が集まって諸問題に関する現場レベルでの解決方法・解決へのプロセスを討議することも共通認識を深める意味で非常に有用である。これには、いわゆるフォーカシンググループ討議であり、現場関係者からの自分たちの活動内容における課題を出し合い、それらに対して真の原因は何かを話し合い、担当者レベルでの対応策を考える、あるいはどこに持ち込めば解決できるかについて明らかにする、というものである。また、医療機関内における具体策として、主治医や病棟スタッフが、在宅療養生活のイメージを、個々の患者の場合にあてはめて想起することも

早期からの在宅療養実現に一助となる。退院前カンファレンスといわれる在宅診療医、訪問看護師、などと病院スタッフが一堂に集まり、患者、家族と面談することなど、入院中から、患者・家族の在宅療養に向けての意欲を高めるようないろいろな工夫を医療機関自ら設定することを病院の方針とすべきである。

#### 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考えられる。地域連携の役割分担を見直し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

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

江口研二 がん緩和医療推進の現状と課題 特集がん対策の新たな展開

保健医療科学 57:336-8, 2008

江口研二 早期からどこでも安心して受けられるがん緩和医療を目指す取り組み 特集 がん診療の拠点化と均てん化 最新医学2008; 63(6): 1086-91

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

江口研二 がん向き合う からだの科学253 19  
9-201. 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

1月17日(土) 13:00-16:30 国際研究交流会館

「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」班 研究成果発表会記録

◆テーマ◆「地域で安心して受けられるがん緩和医療の課題と展望」

オープニング 研究班の活動概要

研究代表者 帝京大学医学部内科学講座 江口研二

【はじめに】

帝京大学腫瘍内科、江口です。この研究班の班長です。この研究班は、3年間、「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」をテーマに活動してきました。本シンポジウムの意義と目的ですが、研究班の会議を通して論議を重ねるうちに、一般の方々またこの班を御存じない医療関係者などとの意見交換が必要と考えました。当事者としての今後の活動の方向性に有意義な示唆がいただけるものと考えます。

本シンポのプログラムとして、最初班で検討してきた概要を簡単にご紹介します。更に班で行われた仕事のトピックスとして、宮城の岡部先生、愛媛の谷水先生、長崎の白髭先生にお話いただきます。国立がんセンターがん対策情報センター、若尾先生から厚生省委託事業の全国がん診療連携拠点病院の緩和医療機能、相談支援機能についての実情調査概要をご紹介します。後半には蘆野先生、二ノ坂先生に司会をお願いして、地域連携の緩和医療体制の構築をどのように実践するのかというようなことについて討論しようと思います。

【班研究の概要】

本研究班の目的は、在宅のがん緩和医療の充実・普及と、これを促進するために、在宅医の早期介入モデルを構築することで、現実的には「早期」ということが上手く行われていないことにあります。診断された時点から何らかの支援を必要とするがん患者が多く、今後のがんの医療は緩和医療を終末期でなく、通院治療中やがん治療後普通の生活になった時にも、必要な方々には提供できる医療体制が必要と考えています。どのようにモデル構築すれば実現できるかを考察しました。実際には各地医療事情などに応じた地域特性があり、それらを勘案して、より充実したモデルシステムを複数考えていく事が目的です。

研究フィールドとして、地域連携を含めた緩和医療を各地で現在行っているグループを選びました。また、現場のスタッフで特性要因図を用いて、問題の抽出とその解決策を具体的に議論して、現場スタッフの共通認識をえることも必要です。在宅緩和の例数が増えないのは何故かという事を検討して、地域での担当者すなわちケアマネージャー、介護センター看護師、在宅での診療所医師、調剤薬局薬剤師、福祉関係者、基幹病院、医療スタッフ、相談支援室の担当者といったいろいろなプレイヤーが一堂に会して、原因と対策を明らかにして、共有することです。それから、患者側としてはこういうことが問題になるわけで、家族としてはこういうことが問題になるということで、実際には例えば家族の場合に、介護のストレスを感じるなどです。それから介護ができない、実際に。それから、自分達の生活の維持ができないなどです。そのようなことを次々に繋げていくと、フィッシュボーン、魚の骨みたいになりますが、特性要因図は生産工場な

どにおける製品の品質管理などの改善策を見出すことに使われている手法です。グループ内での問題を整理して認識を共通にもち、その後の方向性を出す際には有用な手法です。



現在円滑に機能しているグループとして3つの類型に分けることができます。まずがん診療拠点病院などの広域中核病院が中心となっている広域中核病院型です。班で検討した例では岩手県一ノ関市の磐井病院を中心とした医療圏でした。緩和ケア看護支援センターを病院に設置し情報交換や相談のトリアージを行うものです。また、在宅緩和ケア支援ネットワーク委員会を作り、地域連携に関係する多職種のスタッフが定期的に会議を開いて連絡を密にすることが非常に重要なポイントです。在宅医による受け入れ体制に関しては、1人在宅医だけが頑張っても無理であり、例えば、医療用に処方する麻薬の取り扱いについては調剤薬局の薬剤師、行政福祉の面の支援、一般市民も在宅療養に関心を持ってもらうという皆が自分達の役割を自覚することも大切です。緩和ケア看護支援センターは地域の中で情報の核となって医療者のみならず一般から色々な問い合わせに対して対応すると、非常に有用な役割になります。

このような連携体制を構成するには、中心になる音頭取りの人が必要であり、各役割のスタッフに具体的な実地指導を行います。退院前に患者、家族の同席する退院前カンファレンスを設定し、病院と在宅療養と両方のスタッフが連絡会を行うことも有用です。課題としては中核病院に緊急時入院できる後方ベッドを設けることや、非常に高齢人口が多くなっていることで老々介護の困難さなどがあります。例えば介護施設における看取り体制の整備なども考えていかなければならないのです。

医師会型というのは、医師会が中心に地域連携のネットワークを組織できている所です。神戸市医師会グループでは逆紹介ネットワークが活用されています。逆紹介とは、基幹病院においてがん治療後、地元の診療所に紹介して、継続診療を行う事に関する体形的ネットワークです。逆紹介だけでなく、福山市、長崎市などでは、がん在宅医療連携システムが活用されています。第3のグループ形態として、在宅診療専門医師が自分達のグループを運営し、地域で活動していくものです。松戸市あおぞら診療所グループでは、在宅診療専門に年間約430人の診療担当実績があります。10人に研修医も加わっていますが、やはり地域の事情に明るく、経験も豊富な看護師の役割が非常に重要

です。しかし在宅からまた病院に戻る例が年間2割ぐらいあり、その理由として症状から再入院治療希望であったり、家族介護の破綻などがあげられます。退院前共同面談は患者の安心に非常に繋がることであり、また試行として在宅スタッフが拠点病院に向いて回診に同行することで、早期からの緩和医療の導入を促進することが行われています。

このような3つの類型モデルグループのうちで各地域にどのようなモデルが合うのかということは、その地域の医療事情に左右されると思われます。ご家族や患者さんにも、在宅療養にあたって考えておくことをあげると表のようになります。在宅療養は、家族の方にはかなり負担がかかることは確かで、患者本人と家族との意向が一致している場合には比較的うまくいくことが多いのです。また、その地域でどのようなサービスが受けられるのかといったことも情報提供が必要です。

早期からのがん在宅緩和医療を始める場合に整備すべき点についてまとめてみました。在宅診療の内容は、専門レベルと一般レベルとに分けて考えます。がん在宅医療のプライマリ・ケアについては、がん患者さんを診療するすべての医師に知識・技術を身につけておいてもらわないといけないわけです。専門レベルとしては、たとえば地元の診療所でも泌尿器科や皮膚科、歯科などの専門の医師にすぐコンサルトできるような支援グループをつくっておくことも有用です。在宅診療の24時間対応に関しては複数医によるグループや専門看護師などの活躍でカバーできる場所もあります。本研究班では、在宅医の早期参加に関する「在宅緩和ケアのための地域連携ガイド」を作成しました。内容的には今後バージョンアップする必要もありますが、在宅診療に係る方々にはお役に立つものと思います。

(Q) 国立がんセンターの若尾です。

班研究で調べた限りで、地域特性によって違うと思うのですが、この3モデルのプロポジション、バランスは、何が多くて、一番目、二番目、三番目、今の時点だとどれが多いでしょうか？

(A) 中核病院型モデルとしては、都道府県及び地域がん診療連携拠点病院が全国で約360カ所あるわけですが、各拠点病院をコアとするネットワークは、まだ十分機能していません。医師会中心の在宅緩和医療もまだ少数と思われます。有志による個人的なグループは数多くありますが、運営機能として地域の複数の病院などと連動して体系的に連携を行っている所は少ないと思います。やはり地域主体を考えたら中核病院型などの組織を活用することが将来的な可能性につながると思います。

(Q) 国立がんセンターの土屋です。病院へ出向くという活動は以前から私も注目していますが、そういう活動に対して、この班として保険適用などはどのように考えていますか？

(A) 相談支援センターでの相談や中核病院内での回診同行なども含め、診療報酬面での整備が当然必要です。新たな在宅緩和医療に関する研究課題として至急に取り組む



べき問題と考えます。

## 班員および協力者の地域における工夫 情報システムの活用

岡部医院 岡部 健

岡部です。電子カルテと言いますが、電子情報システムの細かいところをお話するよりと思い、宮城県の全体像と、今私どもの方で行っている、私どもの診療所を中心にした地域のネットワークと、その中で情報システムがどう活用されているかを今日お話させていただきたいと思います。

### 【活動の背景】

こちらは10年来やっております、みやぎ在宅ホスピスケアネットが2年間ぐらいゆるくなっていたのですが、また再構築されてきております。その中でどういう取組みをもっているかを大雑把に紹介させていただきます。まず宮城県です。爽秋会という私どもの施設がございます。宮城県全体に10年程やっておりますと、地域の拠点になるような、在宅療養を中心にやっていたら先生方が増えていきます。仙南は昔から宮城県立がんセンターを中心に行っていた仙南のシステムです。そして、仙台市内に私どもと、たんぼぼクリニック。こちらは診療所併設型です。診療所を併設して在宅をやっています。ここで大体年間120名ぐらい看取られていて、在宅で36名です。穂波の郷クリニックは仙北の在宅中心です。在宅型を中心にやっており、ここでは在宅で大体48名ぐらいがんの患者さんを看取っています。阿曾地域(登米など)では診療所単位に、在宅でがんの患者さん6名看取っています。宮城県の特徴ですが、仙北になりますとほぼ過疎地域です。医療過疎になりますと、医者がいません。仙北地域はほぼ医療崩壊に近い状況もありますので、ここは病院です。栗原私立若柳病院が中心に在宅を展開しています。今年地震で有名になった栗駒山の麓のところにありますので、山村部まで含めています。このようなところは病院中心でないと動かないシステムがあるのも事実です。このような県の中のあるくまでも中核にある部分を繋いでいったのが、みやぎ在宅ホスピスケアネットです。どちらかと言うと、手を挙げて積極的にやりたいという先生方を束ねていき、それを宮城県が後ろで後押しして支えたようなシステムです。ですから、県がこことこことこでやりなさい、または、病院がどこそこでやりなさい、と作ってきたシステムではありません。どちらかと言うと、地域の中でやりたいという人を一本釣りして、そこを全体に、そこで積極的にやることに関しては徹底的にサポートしましょうというやり方で作ってきたシステムです。

### 【活動状況】

情報ネットワークは2年間、EPEC-0などの勉強会をテレビ会議でやっています。それから、こういう地域が点々として、どちらかと言うと在宅の緩和ケアをやる時に、情報共有。またどういう方法を行えば良いかということがなかなか伝わりにくいです。また、がんの患者さんが在宅で看ているということは、その地域から動けないということが出てまいります。24時間体制で患者さんを抱えていると動けない、勉強にも行けな

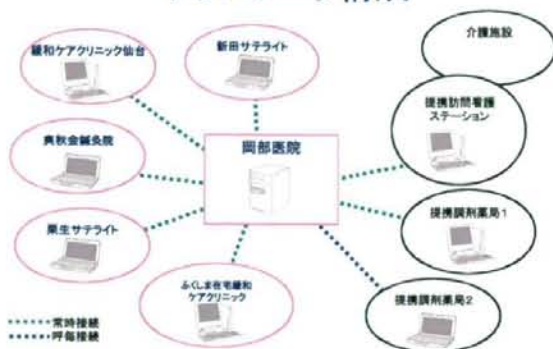
いというような状況を、スカイプのテレビ会議で繋いで勉強会を一緒にやります。2年やっております。月に1度行い、EPEC-0やASCOなどの標準的なガイドラインをきちんと情報共有しようということで、情報共有のシステムを作ってきました。こういったテレビ会議のシステムは、実は緩い情報共有のネットワークシステムです。2、4、6施設全体で、みやぎ在宅ホスピスケアネットで、宮城県でがんの患者さん。在宅で、ご自宅で345例看取っています。宮城県のがん死が大体5000人ぐらいです。最大で考えても宮城県で在宅は今、6,137人で11,06%の在宅死率です。そうすると最大限見積もっても宮城県内で総数600例以上の在宅の看取り数ということになります。その内の345例をこの6施設で看取っていることになります。宮城県の場合は、EPEC-0などの勉強会を一緒にやっているの、少なく見積もっても7割、50%以上の宮城県の在宅がんで亡くなっていく患者さん達をサポートしているところは、緩和ケアのある程度のトレーニングを受けた人間が看取っています。そこで、宮城県の在宅で亡くなっている人たちの5割は、緩和ケアの提供を受けていると考えていいのではと考えております。その時にはこのように情報ネット、テレビ会議などで緩やかに情報を繋いでいくということも大切だと思います。

#### 【情報の共有に関するシステム】

情報共有というのは場を一緒にして情報を共有することです。山崎先生がやっていらっしゃる小金井のシステムは、同じ場所に訪問看護ステーションを受けてサービスセンターを置く、100%診療所を置くということです。場所が一緒にあるので情報を共有できます。情報共有しているチームとして、山崎先生の所ですと5kmぐらいです。半径5km程のところのことをきちんとやりましょうということです。私どもの方がやっているのは、異空間のネットワーク化と言いますか、場所をあまり共有しなくても、電子媒体で情報を共有することによって全体のチームケアを進めていこうという考え方です。なので、この中に先程江口先生からご紹介ありましたデータベースの部分や、メーリングリストやテレビ会議で、この全体を結んで調整していこうというやり方です。先程のは宮城県全体の図ですけれども、爽秋会。私どもの施設の今のシステムをご紹介いたします。今5拠点に私どもが分かれておりまして、元々名取でやっていたけれども、仙台市内に青葉区緩和ケア外来を中心に行っている診療所と、訪問看護ステーションのサテライトを仙台の東部地域と西部地域において、福島に市営診療所を作っているという構成です。(特性要因図) ここのチームの中では、このような情報共有システムを作ることによって、介護記録、リハ、新旧処方箋、全ての情報を電子化して、電子媒体で情報共有するようにしてデータベース化しています。そういう情報共有を徹底して、先程お話したようなデータベースの統一と、例えばメーリングリストなどでの情報共有と、テレビ会議などでカンファランスの5拠点、テレビ会議で結んでやっています。昨年度の実績では、3施設で257人のがん患者さんを自宅で看取って、介護施設で16名です。全部で270人ぐらい先程のシステムで看取っています。病院の方に53人、ホスピスにもお返ししていますので、80数%程はご自宅で大体看取れます。非癌疾患に関しても31例、介護施設で31例看取らせていただいていますので、340、350

人ぐらいの看取りができるようなシステムになっていると思います。それが当然情報ネットワークで繋がれているわけですが、私どものところと提携している部分との情報共有がどのようになっているかということです。

## ネットワーク構成



内部の話ですが、外部と連携をどのようにとっているかということです。爽秋会配属で、私どもの内部は、先程の通り医師が8名、看護師が23名で先程の治療成績になっているわけですが、私ども決して単体で動いているわけではありません。調剤薬局との提携が3例、提携の介護施設が22例、提携の訪問看護ステーションを25件持っております。それぞれに対して情報共有の程度がかなり違っていますので、少し細かく述べさせていただきます。調剤薬局、介護施設、どうしても介護施設は電話、FAXになってしましますが、訪問看護ステーションでは、メールなど色々あります。



提携のパターンの1つなのですが、私どもがずっとお付き合いしていた、うえまつ調剤薬局という調剤薬局が在宅に燃え、走り始めて訪問看護ステーションを南部地域で立ち上げ、介護施設も作り、ここで訪問看護と訪問介護は独立してやっています。このチームに関して私どもは、医者だけ派遣して、医者による24時間体制のバックアップを行っています。ここに関しては先程お示ししました電子情報共有媒体は、完全にオープンにしています。データベースも完全に共有して、院内とほとんど同じです。常時VPNに接続し、メールリスト等も一緒に全部入っていきます。ただこういう状況になりますと、当然患者基本情報の中のアクセス権をきちんと制限して、先程のチームに情報を

お渡ししている、患者リストののところに関しては情報を全部出しているようなシステムにしています。私どもの方にほとんど負担かからないような状況になり、流れが1番スムーズになるパターンかと思います。調剤薬局で訪問服薬指導を本気でやります。先程のテレビ会議の勉強会や院内カンファランスにも参加して、チームと大体同じようにやりましょうという形で、参加したい薬局等には、制限が加わりますけれども、データベース共有とメーリングリスト等を作ることで情報共有をスムーズにしています。まず情報共有をシステム化するのに第1に重要なのは、両者の信頼関係です。人間同士顔が見えていて、チームケアが既にも実践されていて、信頼関係が十分にあるところであれば、かなり大きな形でシステムの情報共有を作ってもいいのです。ところが外部の中で問題になってくるのは訪問看護ステーションなどです。院外の訪問看護ステーションと一緒に情報共有するとすると、社会資源として、訪問看護ステーション自体がネット化されていないというような問題があります。どうしても訪問看護ステーションの看護師さんが持っている携帯電話の番号、アドレスをメーリングリストに入れて、一緒に情報共有していくという、メールだけの情報共有という形がどうしても多くなってしまいます。ただこれでもFAXとか電話でやるよりは、かなり情報を同時に共有することができるかと思います。

#### 【情報システムの問題点】

1番問題になっているのは介護施設の連携で、このところは電子媒体での情報共有がほとんど整っていません。最期まできちんと看取る意志があることを、私ども介護施設と連携を取る時の要件にしています。最期まで看取りをきちんと行うのであれば、私どもも医療的には最期までバックアップしますという形でやっています。実はこの情報共有が全く繋がっていませんので、旧来型の電話、FAXで行いますと、処方箋を作ることから薬剤をどのように配送するのか、事務的な作業がくっしまっているのが実態です。大体今の4パターンで情報をなんとか共有してやっという取り組みしております。

#### 【Databaseの標準化】

次に重要なのは医療情報のシステムの標準化です。例えば、今私どもで作った医療、介護、福祉情報の共有システムを皆さんに提供していますが、他メーカーなど、様々なところに今、電子カルテが作られています。そういうものと同時性を持って情報を共有するというのも、今後視野に入れて考えていかなくてはと思います。こうなりますと、仕様ファイル、中に貼るファイルをきちんと標準化したファイルに全部変換していかなくてはいけないという問題が起きてきます。今はこの作業を進めていっていますが、皆さんご存知の通り、MEDISのマスターがホームページ上でもかなり公開されておりますので、MEDISのマスターに一致させたような全情報をデータベースの中で構造を変換させていくという作業を只今やっています。後MEDISのマスターと同時に特に介護福祉系のところをデータベース化していく時に、かなり欠けている部分がありまして、医療系に関してはデータベースのマスター構造化がかなり進んでまいりましたが、介護福祉系に関しては非常に今欠落している状態です。緩和ケアというのは医療だけで行われませ

んし、拾えるサポートを全部やろうとすると、介護福祉系のデータもきちんとデータベース化して見られるような仕掛けが今後必要になるだろうと思います。そうなりますと、この国際生活機能分類（ICF）を、緩和ケアを行っている者同士で、見直して現場で使えるようなシステムにしていかなければならないと思います。ただ標準化していくためのマスターは、10数年前に比べたらかなりよくなってきていると思いますが、医療系にきすぎているように思います。特にこのICFで介護福祉系のデータベースをもう少し鍛え直すという作業がこれから必要です。先程のようなネットワークでやっている、誤記、転記は、どうしても口頭で何かを動かすことが出てきます。もう少し、我々の指示データベース、アルゴリズムに沿って選択すると、特に例えばモルヒネ系に関してでも、薬剤の指示の定型的、こういう指示の仕方じゃなければいけませんという法的ルールと調整する必要があります。

### 【処方実施までの導線】

処方箋も書き方が決まっている部分があります。ここのところをはずして書くとやはり薬事法などで問題になってしまう部分が出てきますので、これを定型化してデータベースの中から自動的に指示がきちんと発行できるような、間違えが起きない、転記ミスも無くなるようなこともきちんとシステム化していくべきだと思っています。例えば、電子情報、電子化した時に一番有用になるのは、おそらく処方箋の部分です。これは是非法律をきちんと整えて、現在に合わせたような形で法規体系をきちんと動かしてもらわないと進まないかと思っています。例えば、患者さんのところに往診に行き、処方箋を1枚作るという段になりましても、現状の法規で言ったら、診療所に戻り医師が処方箋を発行し、その間に看護師も皆外にいるわけですから、ここの情報を1回全部集めて、残薬数等の服薬状況を確認して薬局に持っていき、薬局側からいくという情報導線はかなり複雑です。簡単に処方箋1枚発行できません。私どもでやっている方法、発生源の部分のところ例えばメーリングリストでチーム全体に情報を流して、同時線で実は処方箋の内容などに関して、薬局でも看護師でも色々情報持っていますので、それを1度集約し、直接処方箋を発行してから、即薬局が患者さんのところに薬を持っていくといった導線設

計と情報の導線の整理が必要です。物理の導線と、情報導線をきちんと合わせる形をこれから組んでいけば、こういう煩雑さもかなりカバーできるのではないかと考えております。

(Q) 東京都の職員で田中と申します。先生の地域では、まず先に先生方同士での在宅ホスピスケアネットができてそこに対して県が後押しをしているようですが、具体的にはどのような後押しをされているのかということをお伺いしたいことが1点。それから、医療情報の共有は、医療サイドの人間としては重要ですが、その一方で患者さんの同意についてはどのように取り組まれているのでしょうか？

(A) 例えば専門がんセンターなどに在宅との連携に関心を持つ医師がいて、そういった人達を引っ張り作ったのがこのシステムです。その時に実際に運用導線で困っていることを行政側がサポートしました。例えば、この麻薬手法に関しても、今処方箋で発行できるようになっていると思いますが、実は宮城在宅ホスピスケアネットの方で情報整理して、7、8年前に厚労省にあげて、政策を変えてもらったという経緯があります。現場の動きを阻害している要因を行政が整理するというステップでいけば、スムーズにいくだろうというのが1点です。まだ私どもの方も電子カルテという電子情報共有システムになっておりますので、守秘の問題等でリスクがないとは言い切れません。それで、在宅緩和ケア開始時の説明文の中に、守秘性に関しての我々の見解をご了承いただくということを前提にしています。

(Q) 斉藤と申します。最後の処方箋がああ方式だと、法的整備をしてもらわないとのことですが、FAXで薬局に行くのはOKだけど、例えば他の方法、電子メールとかで薬局に処方指示がいくのはまずいのですか？

(A) 曖昧なのではないでしょうか。法的にきちんとしてない部分があることと、電子カルテの要件に関しても、発生源で医師が電子カルテの場合には、医師の権限で発行しなくてはいけないという文書あります。在宅場所に適応した時に、医者は外にいますので、発行責任をどうするかという問題は、病院内の電子カルテに関しての法律が作られていますので、いくつか詰めなくてはいけない問題は残っているということです。例えば、外部で、リモートアクセスなどで内部に入り、その取り組みも行っていますが、発生源入力カバーできます。残念ながら、まだ通信インフラが十分ではありません。全ての場所で、リモートアクセスで、サーバーダイレクトアクセスでやれないので、2次的にメールで確認する作業が発生しています。特に行政系の方々に現場に合わせた形で、法規をきちんと調整していただきたいという意味合いです。

(Q) 施設での看取りですが、診断書の作成や報酬に関しては施設の医師と、在宅医師との分担役割の境はどこですか？

(A) 基本的に在宅診療ができるところで行っております。介護施設は医師のかかわ

り方、要するに契約医師がいるところや、いないところまであります。例えば、グループホームでは、在宅と同じになっています。死亡診断は当然その場で書きますから、電子カルテであればその場で死亡診断書作成することは十分可能です。

(Q) NPO ピュアの藤田です。宮城の場合は保健所をベースとした宮城方式というのが有名で長かったのですが、そちらとはどのような関係性を築いておられますか？

(A) 行政は、現場のニーズをよくくみ取って支援することが成功のポイントです。個別の、「頑張るぞ」と言っている医者や東ねたものを、宮城県が後ろから後押ししようというシステムです。

### 拠点病院としての四国がんセンターにおける

#### 在宅緩和ケア支援体制の構築状況

国立病院機構四国がんセンター 谷水 正人

拠点病院で緩和ケアチームと相談支援センターは義務化されています。緩和ケア病棟は、353の中の50施設に設けられているという状況です。そのことについて少し進めていきたいと思います。拠点病院に求められている緩和ケアチームは、指定要件が厳しく、専任の医師、専従の看護師が配置されることが義務化されていきます。かなりのことが今後整備されていくだろうと思います。緩和ケアチームが居宅における緩和ケアをきちんとサポートしなさいという言葉も入っておりますし、緩和ケアに関する相談協力体制を進めることが求められています。緩和ケアに関する調査報告による、四国がんセンターの点数です。大体は平均点です。緩和ケアチームがどう活動していくかということなのですが、緩和ケアチームと名称がある以上、本来コンサルテーション型が想定されています。しかし病院の状況によっては臨機応変な対応が必要だと思っております。我々自身は、アドバイスに徹するというのはナンセンスと思われました。病棟医師は、疼痛コントロールに関しては問題意識があまり高くなく、漫然とそれなりに出来ていると思っております。ここの辺りは看護師との間にギャップがありますし、病棟看護師を含めて医療依存度の高い患者さんの退院調整に関しては悩んでいます。緩和ケアチームは、紹介がない患者さんをサポートするというのも大切です。紹介がない患者さんこそ大きな問題があるわけですから。紹介されたという段階で、多くは解決します。紹介がない患者さんへの対応がきちんとシステムの中に入っていないと、チーム活動は機能しないと思います。

それから、在宅の問題です。平成17年まで、我々には相談支援センターや在宅サポート部門がありませんでしたので、緩和ケアチームがサポートしていかないとはいけません。実際に緩和ケアチームがサポートをして、疼痛コントロールももちろん伸びていますが、在宅サポートの需要が極めて大きいということを確認できました。平成15年の時には、大体10%ぐらいの患者さんが在宅で最終的に亡くなられていましたが、17年の時点で20%ぐらいまで上げることができていました。

### 【病院内緩和ケア病棟の役割】

緩和ケア病棟は18年の4月に開設されました。25床および専任医師は1名で始まっております。拠点病院の緩和ケア病棟ですから、緩和ケアが必要な患者さんはいつでも入院できるということは当然だと思います。また、緩和ケア病棟が症状コントロールの場所だということも当然です。他の例をみると、在宅患者さんが緩和ケア病棟の入院待ちの間に亡くなるという事例が数多く見受けられるように思いました。我々はそういうことがないようにしました。緩和ケア病棟は症状コントロールの場所ですから、退院の目標を立てるのは当然です。他方、しばらく療養が必要な場合は生活の場を手配するというサポートも用意しなければ、実際の現場は支えきれないと思います。我々が緩和ケア病棟の入院の対象としたのは、まずはきちんと話ができていて患者さんです。症状コントロールが必要な患者さんは治療中であっても受け入れます。

よく問題になるのが、医療的には積極的治療を控えた方が良いと主治医も考えているけれども、緩和ケアへの中々ギアチェンジができない患者さんです。それも受け入れましようというスタンスをとりました。この問題は一見患者さんの問題に見えますが、実は主治医の問題で、きちんとした話をできていないということが問題なのです。受け入れますと表明すると、主治医は自分の問題だということにすぐ気づきます。我々の緩和ケア病棟、19年度を見ていただくと、ほとんどの患者さんは、いったん在宅に帰られて、あとは入退院を繰り返しながら過ごされます。入院期間というのは中央値13日と長くありません。緩和ケア病棟の相談支援センター開設後の19年の時に緩和ケア外来で対応した患者408名のうち、緩和ケア病棟で亡くなったのが204名です。あと他病院で死亡した方は23名。在宅で亡くなられた方35名。これは12%ぐらいに当たります。在宅の体制が整うと、在宅で終末を迎えられる患者さんも出てくると思います。緩和ケア病棟の入院施設、とくに拠点病院が担うべきは、在宅患者さんの救急対応です。かかりつけ医から、あるいは訪問看護ステーションから連絡があった時に、すぐ対応が出来る場所として機能すべきだと思います。他方には安らかな療養とか終末を支える場所も必要です。今の社会ではコミュニティが崩壊しているという状況があります。拠点病院には、救急対応としての緩和ケア病棟が必要だと考えます。

### 【相談支援センターの活動】

次はがん相談支援情報センターです。指定要件には、きちんと連携体制を整えること、在宅の患者さんをサポートすることということが十分読み取れます。これが我々の点数ですが、平均ぐらいです。相談対応だけではなくて、退院調整とか在宅療養支援とか、医療連携とかというようなことに対する対応が必要です。これは入院時にスクリーニングする退院調整連携バスです。大体20%ぐらいの患者さんがスクリーニングに引っかかり、ケアカンファレンスまで持っていけないと在宅移行が難しいという患者さんが3-7%の割合で生じております。これは入院の計画書ですが、退院の目標を、主治医もきちんと把握するということが必要です。相談支援センターが、患者支援と医療連携の要であって、地域連携には院内連携も院外連携も重要です。生活を包括的に捉える看護の専門性や、地域医療に対する実践、相談、調整における看護の役割というのは、非常に大きなウエイトを占めます。我々は地域の医療者を掘り起こし、育てるという意識を



持って活動していかないと、地域が育たないと考えて活動しております。調整する組織は、第五次医療制度改革の中にきちんと書かれています。概念として書かれていますけれども、具現化したものとして相談支援センターが存在すると考えております。江口班のテーマの中でもいろいろなパターンが出てきたと思います。拠点病院は必ず備えるべきです。松山市医師会の在宅医療部のデータベースは平成16年のものです。最近再調査を行いまして、まもなく更新されます。地域の講習会あるいは研究会といったものを、定期的に関くということは非常に重要です。コメディカルと一緒にやる会、在宅医の先生だけで集まる会とかに地域医師会が積極的に関与して、現在も運用されております。

### 【松山市での連携】

松山市医師会中心の動きでしたが、いよいよ県全体の動きになってきました。医師会に主導してもらい、大学病院が実務を担当するという形で医療連携室の研究会が立ち上がりました。これが4疾患5事業における連携の調整役となるということです。この時に注意しないといけないのは、大学病院が中心にネットワークを作りますからよろしくなどの言い方で医師会に呼びかけたりするのは禁忌です。研究会を立ち上げるのは各病院、基幹病院ができると思うのですが、主導するのはあくまでも医師会だというスタンスが大切です。これを間違えると潰されます。初期から、早期からの介入という意味では、やはり治療している時からという意味です。連携パスが非常に大事になってくるのですが、連携パスで患者さんに分かっていたきたい点は、病院に通院する人もかかりつけ医を持ちましょうということです。治療の段階から、フォローの段階から2人主治医制を進めていかないと、きちんとした話ではできていかないと思います。これは実際の連携におけるフローチャートです。退院して、外来通院しながらある段階で主治医が判断して、拠点病院と連携の医療機関とをきちんと繋ぐようにコーディネートし、患者さんにも説明する、こういった介入調整が重要になってくるだろうと思っております。参考ですが、難病コーディネーターは、外来の主治医の診察の時に横で話を聞いておりますが、合いの手を入れながら、両者を通訳するというのをやっています。また普段はJRやバイクで移動し、保険所の職員と合流して、患者さんのところを訪問してケースカンファレンスをしています。こういった動きをする人が難病コーディネーターにおります。こういったコーディネートがないと、患者さんの側から安心して連携にのるか、在宅に移行するとかいうようなことはなかなか難しいと思っております。私自身はがん医療連携の中にも取り入れていきたいと思っております。広い意味では、調整する組織です。相談支援センターの人間が座して、病院の中に留まることなく、地域に出て行くという形。医療者の間を繋ぐ患者さんをサポートするといった調整する組織のあり方こそを、きちんと整理して提案していくということが必要になってくると思っております。ということで、きっと何とかできると確信しています。

(Q) どうもありがとうございました。東京都の荒川区の東日暮里で在宅専門のクリニックをしている山下と申します。拠点病院の役割というのが非常によく分かりまして、本当にありがとうございました。四国がんセンターの緩和病棟は何床でしょうか？入棟

を待っている間に亡くられる方がいらっしゃるのでしょうか？

(A) 25床です。待機中の市では必ず2ベッド空床にしています。昼間に入院がある時には夜間のために他病棟にできるだけお願いして、夜間は必ず2ベッド開けておきます。

(Q) 理想的に、各拠点病院に、必ずこういう緩和病棟というのは必要だという先生の理想理念をお聞きしましたが、理想として何床持っておればいいとお考えでしょうか？

(A) それぞれ救急体制がしっかりしているところは、一晩、要は救急で見てくれると思いますので、それほど必要ではないと思います。病院の緩和ケアを、地域における緩和医療の中心的な活動を担うことができるという意味で、そういった機能を持つところは緩和ケア病棟として必要と思います。地域に開いた緩和ケア病棟でないといけないでしょう。

(Q者追加のコメント) ありがとうございます。結局私たちが在宅専門でやっている時に、お願いをした時にすぐに面倒見ていただけるのは、私たちにとってはありがたいです。私たちにとっても安心してやっていけることなので、地域によって理想の病床数は違うとは思いますが、必ずベッドを空けておくような形でやっていただけたらともありがたいなと思います。

(Q) 難病コーディネーターを雇うお金は、正規社員として雇えるというのはどういう形ですか？

(A) 今は研究費や、あるいは業務委託で行っています。今は正規雇用ができないので、このようにしたらできるということを示すのが研究班ではないかと思っています。

(Q) ホスピスの診療報酬体系がありますね。先生の運営される緩和ケア病棟の診療体系の中で、今後どのような調整をしないといけないのでしょうか。

(A) 院内に緩和ケア病棟を持つことは今の報酬体系の中でもかなり病院全体の動きを変えていきますので、僕自身は現行でもそれほど無理なことではないだろうと思っています。

#### 在宅医側から見た緩和ケア地域連携のコツ

白髭内科医院 白髭 豊

安中外科・脳神経外科医院 安中 正和

最初に私が症例を提示させていただきます。安中と申します。よろしく申し上げます。

当院は開業してまだ3年ぐらいの、在宅も始めてそんなにはないですが、長崎でこういうことを、僕は仲間に支えられてこんなこともやっていますという一例を紹介したいと思います。

#### 【事例】

肝臓がんの末期の患者さんに腹膜透析を導入して、ご家族、ご本人が満足した療養生活ができた症例です。右きろく部痛を主訴に大学病院受診したところ肝臓がんが見つかりました。すでに肋骨、腰椎に転移があったこと、末期腎不全状態だったということで、手術、化学療法の適用はないということなり、本人が強く在宅を希望されました。長崎大学地域連携室より我々がやっている長崎在宅Drネットに紹介があり、私が主治医、別の開業医が副主治医となりました。今回、末期腎不全もあるということで協力医という形で、腎臓内科専門医にも参加をしていただきました。退院時カンファレンスを、病院側が病棟主治医、病棟ナース、緩和ケアチーム、地域連携室、在宅側が我々主治医、副主治医、腎臓内科医、訪問看護ステーション、ケアマネージャー等が集まり行いました。その中で、現状では、数か月の予後であり、腎不全はいつ透析になってもおかしくない状態、急変もありえるということをお話していただきました。家族は、お父さんが勝手に帰りたいと言っているだけで、そのわがままに付き合うということでした。家族としては、不安が強い印象でした。まずは、頑張っていきましょうということで、とりあえず自宅退院となりました。

簡単な経過ですけど、最初のうちは1泊旅行や散歩をしていましたが徐々に全身状態が悪化しました。

尿量も徐々に減少し、呼吸不全も出現しました。もうギリギリの状況だったということで、リスクはありますが、透析を導入しますかともう1回確認しました。患者本人、家族とも希望したので、在宅による治療が可能な腹膜透析を選択しました。透析用カテーテル挿入術を行った翌日ですが、非常に反省しなくてはいけないのですが、早めに対応すべきだったと思っていますが、急変して心肺停止になりました。ただし5分ぐらいだったので、緊急血液透析をして、全身状態は改善しました。全身状態も落ち着いたところで、退院ということになりましたが、家族と病院側、ソーシャルワーカー等での話し合いではホスピスへの転院という流れになっていました。今後の在宅のイメージができてないこと、家族の負担が大きいということが主な理由でした。我々がちょっと待ってください、我々にも話をさせてほしいと病院に要望しました。そこで、在宅主治医、副主治医、訪問看護師、全部が集まり、再度話をしたところ、家族は自宅に連れて帰るという決意をしました。この時我々は、24時間対応する在宅ドクターネットもありますし、迅速な対応ができていシステムがあるということを説明して、安心して家に帰りましょうと説明しました。実際は医師だけでは対応できませんし、もちろん訪問看護ステーションがないとこういう症例は絶対に対応できません。重要なのは訪問看護師さんの働きでした。家族へのケアをしっかりともらいました。これが非常に良かったです。もう一つのポイントは、私は全く腹膜透析には関与していません。関与しなくていいという、腎臓内科の先生から言われて、腹膜透析は外側から見ているだけ、眺めているだけという状態でした。これが、非常に主治医の負担感を軽減しました。

私はIVHの管理、疼痛管理、糖尿病の管理、緩和ケアのみに集中できました。腎臓内

科の先生が週一回か二回往診をしていただいて、透析のメニューを調整していただきました。この透析で尿毒症を回避できました。食事もしっかり食べ、水分飲んだ、など、時間が増えたことで、家族との時間を持つことが可能となりました。順調に経過はしていましたが、肺炎によって永眠されました。

この症例に関しては、肝臓がん余命3カ月ということだったので、透析導入が必須であったということと、腹膜透析を導入したことで在宅が可能となりました。長崎在宅ドクターネットを利用した主治医、副主治医の存在、さらに協力医である腎臓内科専門医、訪問看護ステーションの連携が非常に有用であったと思います。私にとっては、とにかく透析には全く関与することなく、疼痛緩和をなどの緩和ケアが十分実施できたと思っています。

今、ここで紹介させていただいた症例の最大のポイントは、患者さんとその御家族が、再入院の時、全く在宅療養は無理だと思っていたのを、在宅医側からアプローチすることで、協力して克服できたことです。それから、在宅になってからの医療連携を協力医という形で腎臓内科医、そして訪問看護ステーション等が協力したということで、紹介させていただきました。

#### 【長崎市医師会を中心とした活動】

私どもは一昨年の春から診療所の医師と看護師が長崎大学の緩和ケアカンファレンスに出席しています。これにより、診療所の医師にとっては最新の緩和医療の知見を非常に分かりやすく教えてくれるレクチャーを聴くことができ、症例提示からも多くを学びとることができます。大学のスタッフにとっても診療所の医師が発言することで、在宅の視点を得ることができますので、在宅に移行する症例が出てきています。「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」に長崎が参加させていただいていますが、参加が決まった平成20年の春からは長崎市内3つ全ての拠点病院へ緩和ケアカンファレンスにメンバーをフィックスで定期的に出席させていただいています。さらにこの緩和ケアカンファレンスのレポートをドクターネットのメーリングリストに流しています。もちろん個人情報は特定できない形ですが、在宅を希望している症例、在宅療養の希望があるけれども、本人、家族に迷いがある症例、そして病院主治医が在宅の移行に不安を感じている症例等のメールを緩和ケアカンファレンスのレポートとして流しています。これは実際のやりとりの実例ですが、「昨日の緩和ケアカンファレンスの報告です」ということで、40歳代の男性、食道がん、という形で症例を挙げています。術後回復して、経口摂取可能となつて、母親と二人暮らしであるとか、40歳代の女性で、子宮がん術後で今、帰らないともう時間がないというような情報を流しますと、翌朝の朝には6時から3時間で主治医・副主治医どちらでも可能であるとか、いきますというメールが本当に流れております。一番大切なことはとにかく患者さん、家族の療養場所を含めたご希望を病院スタッフと、在宅スタッフが共有することだと思っております。入院中より、私ども在宅側からアプローチを行うことで、患者、家族の背中を押すことができることもしばしば経験しております。それから、医療依存度が高くても重篤でも、これが病院の先生方の誤解が非常に多いところだと思うのですが、これだけの医療処置があるから退院できないということはないと思っていまして、在宅向けのアレ