

であり、上に説明したシステムの構築が必要となった。

当院では、ケア情報共有サーバーのほかに、専用の電子メールサーバーをインターネット上に用意しており、すべての職員のメールアドレスを登録している。さらに、メーリングリスト^{*2)}を職域や看護チームごとに作成し、患者ごとにメール送信の宛先を使い分けている。メーリングリストの内容は、患者担当者の異動などにより常に変化する。

3 在宅におけるジレンマ—患者さんの居る場所と情報の保管場所

在宅緩和ケアでは、患者のご自宅には医師、看護師をはじめ、ケアマネジャー、ヘルパーなどさまざまな人々が入り出すが、これらは必ずしも同一事業体に属するわけではない。医師が記載する診療録は、法的に指定されている保存場所、つまり医師の属する診療所へ持ち帰られなければならない。ただし、これでは経営母体が違う看護師、ケアマネジャー、ヘルパーなどが、重要な情報を見ることができなくなる。

その対処としてよく行われるのは、患者宅にも同じ情報が転載された“連絡帳”のようなものを用意することである。医師のみならず、すべての職域のスタッフが実施事項や予定などを記載する。連絡帳は、チームケアに関わるすべての情報が記載された媒体として、患者さんのご自宅に保管されることとなる。

ところが、このように情報源が患者宅になってしまうと、ケアを実施する担当者は、患者宅に訪問しないと現状を知ることができなくなり、業務遂行の負担が増えるとともに情報の同時性が破綻する。ここにも患者のケア情報が一元管理され、関係したスタッフが必要に応じて自由に閲覧することのできるネットワーク化された情報共有サーバーの必要性が生まれる。

4 薬品の配達にかかる時間の比較

ネットワーク化された情報共有は、定期的に発生する医薬品の配達においても患者のQOLの維持・増進に役立ち、さらにサービス提供側の負担を減らす効果がある。「処方発行・薬品配達プロセスの比較」(表8-1)では、患者宅を訪問した医師が、患者の容態の変化があると診断し、新しい処方を発行することになった場合、どのようなプロセスで医薬品が患者宅に届けられるのかを、「情報共有がない場合」と「情報共有がある場合」で記述した。また、「処方発行・薬品配達プロセス：情報共有がある場合」(図8-2)では、表8-1の「情報共有がある場合」のプロセスを図解した。

チーム間で情報共有がある場合は、医師が、処方内容を承認するメールを送信した時点で、担当看護師チームや担当調剤薬局などに最新情報が伝わる。調剤薬局は、この時点では処方箋を受信しているわけではないが、正式に調剤を始めるまでの下準備を進行させることができる。情報共有がない場合では、医師が自院に戻り、手配した処方の内容を確認してから、はじめて薬局に依頼がかかる。情報共有がない場合とある場合では、日常に行われる医薬品の配達

*2) 一斉同報通信を行いやすくするために、個々のメールアドレスの集合体に特別な名前が付与されているメールアドレス。

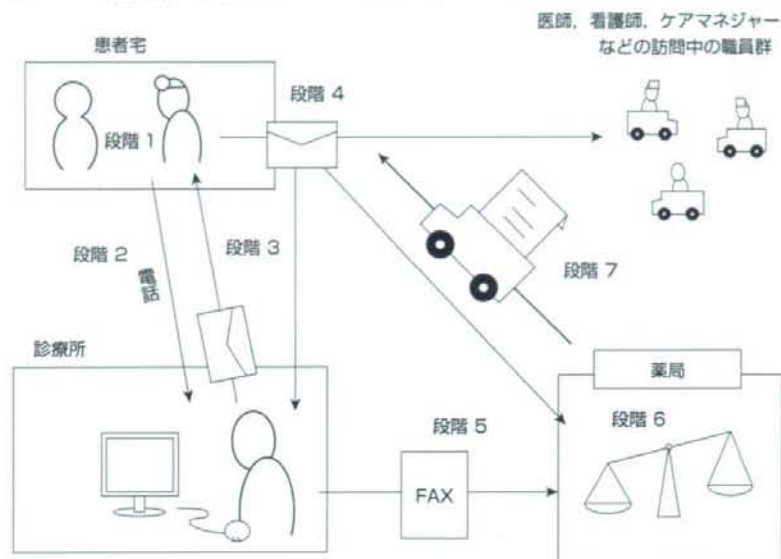
表 8-1 処方発行・薬品配達プロセスの比較

段階	時間帯	情報共有がない場合	情報共有がある場合
1	午前	医師が患者宅を訪問。容態の変化を認め、処方の内容を変更すると判断する。	
2		電話で自診療所のクラークのひとりに、新しい内容の処方を連絡し、作成を指示する。	
3		クラークが処方レコードを作成し、医師が帰ってくるのを待つ。	クラークが処方レコードを作成し、電子メールを生成し、医師に送信する。
4			医師が電子メールを受け取り、承認の返信を行う。担当の薬局や訪問中で別の場所にいる看護師、必要に応じて他の職域のスタッフに同報送信を行う。
5			クラークが処方の印刷を行い、薬局にファックスする。
6			薬局が調剤を開始する。
7	午後		調剤が完了する。いくつかの訪問先が貯まった時点で外出する。患者宅を訪問し、服薬指導を行う。
8	夕方	診療所へ戻り、クラークが作成した処方の内容を確認する。	
9		クラークが処方を印刷し、薬局にファックスする。	
10	夜間	調剤が完了する。	
11	翌日昼	患者を訪問し、服薬指導を行う。	

に半日程度の差異があることが想像される。配達に緊急性を伴う場合は、医師の予定に変更が生じるとともに、スタッフ全員への新情報伝達にかなりの労力を要する。

ここで特筆したいのは、クラークから医師に送信されるメールは、クラークが手打ちで入力したものではなく、データベースから直接、自動的に生成されるようになっていることである。この仕組みで、クラークの代行作業の内容を、医師が即座に確認できるとともに、患者ケアの最新情報が関係者全員に伝達されやすくなる。指示に関しても同様の仕組みを運用することができ、また、医師や看護師がデータベース上に記録を書く場合も、電子メールが生成さ

図8-2 処方発行・薬品配達プロセス—情報共有がある場合



れ、関係者に内容が即座に伝わる*3)。

5 メディスのマスターと国際生活機能分類の採用

当院のデータベースには、財団法人医療情報システム開発センター (<http://www.medis.or.jp>) が公開している標準マスターを積極的に取り入れるべく、現在、これらのデータベースの改訂作業を進めている。院内で使われる緩和ケアの用語を統一し、他の診療情報システムとデータの互換性を提供することがおもな目的である。

がんの在宅緩和ケアでは、患者の容態に応じて入退院が繰り返されるため、外部提携先と患者背景情報や医療記録などをやり取りする必要がある。また、本来は、さまざまな介護業務のシステムとも互換性がとれている必要がある。そこで、当院では医療情報システム開発センターの「電子保存された診療録情報の交換のためのデータ項目セット」の採用を進めている。

さらに、在宅ならであるが、国際生活機能分類 (ICF) で患者 QOL の評価を実施することができるようシステムを開発する必要があると判断している。厚生労働省が2002年にWHOの原本を日本語化した「国際生活機能分類」は、「全国民の保健・医療・福祉サービス、社会システムや技術のあり方の方向性を示唆するもの」*4) であり、このコード体系を利用する意義としては、

*3) 当院では、患者の診療開始時に、電子メールを運用することのメリットを説明し、患者の承諾をいただいでからケア情報の配信を実施する。

*4) 厚生労働省のホームページより引用 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>)

表2 チームケアの成績(2007年1月1日～12月31日)

在宅がん	自宅死亡	210名
	介護施設死亡	18名
	小計	228名
在宅良性	自宅死亡	16名
	介護施設	17名
	小計	33名
在宅死亡者数合計		261名
転医死亡者数合計		30名
全死亡者数		291名

①障害や疾病を持った人やその家族、保健・医療・福祉などの幅広い分野の従事者が、ICFを用いることにより、障害や疾病の状態についての共通理解をもつことができる。

②さまざまな障害者に向けたサービスを提供する施設や機関などで行われるサービスの計画や評価、記録などのために実際的な手段を提供することができる。

③障害者に関するさまざまな調査や統計について比較検討する標準的な枠組みを提供することができる。

などがある*4)。

特に、がんの在宅緩和ケアでは、当院の支援は患者個人の医療的側面のみにとどまらず、介護を行う患者の家族にまで及ぶこともあるので、当院ではその重要性に注視し、活用方法を模索している。患者ケアを実施する際は、当然のことながら、患者のQOLを評価し、そのデータを蓄積するのだが、医療系は現在、ICD(国際疾病分類)を中心としたマスターが揃いつつある。一方、患者QOLのもう一つの重要な要素である生活・介護系の評価を行う整理されたマスターは、現在、国際機能生活分類しかない。このマスターが発展しないと、患者個人のQOLの向上や介護保険制度の合理的な評価を行うことができない。

6 おわりに

このシステムを試用しながら実施したがんの在宅緩和ケアの成績は、表8-2の通りであった。

表8-2の成績は、在宅の緩和ケアに存在するジレンマに対応するため、さまざまな役割のスタッフの間で情報がスムーズに、立場に応じて公平に流れるように業務の合理化を試みた結果ではないかと思う。医療情報システムは、常に合理性と遵守すべきルールとのバランスで成り立っている。しかし、われわれの患者さんは、非合理で非条理的な“死”と向き合っている。

在宅でこのような方々を全人的にサポートするためには、合理化すべきはさらに合理化して、ケア提供者側で患者さんの相談にゆっくり対応できるような時間的リソースを十分に確保する必要がある。

がんの在宅緩和ケアを世の中に普及させるための課題としては、何にも増してコンピュータシステムの標準化である。ここに述べたように、電子化された情報をすべての職域で、異空間で共有することができれば、がん患者に対するチームケアのクオリティはより高くなる。その反対に、情報共有になんらかの制限があると、個別の患者ケアが主体となった排他的チームが形成されてしまう。このようなチームでは、チーム独自のローカルな論理がケアの主体となってしまう、より多くの患者のQOLの維持・向上という社会の大目標からずれてしまうことがある。経営母体の違いを超えて、患者様を支えるすべての職域に対して適時、適宜、空間を超えてケア情報が提供できるような標準的で、かつ経済的なシステムが稼働すれば、その地域でがんの在宅緩和ケアがいつそう普及すると思われる。

[岡部 健・伊藤 盟]



在宅がん緩和医療における インターネット情報の探し方



1 はじめに

医療に限らず、すべての情報はインターネットに集約化される時勢である。インターネットからは在宅がん緩和医療に関しても、さまざまなタイムリーな情報を知ることができる。本稿では、臨床医の立場で在宅がん緩和医療に関してヒントとなる情報の検索方法を整理する。

インターネットによる情報検索を、①検索サービスから情報を検索する、②書籍、文献を検索する、③在宅医、在宅がん緩和医療に関する情報を検索する、に分けて整理する。

①を理解すれば、②、③に限らず、すべての情報は芋づる式に得られる。

2 インターネットの検索サービス

検索サービスは、検索エンジンと呼ばれるコンピュータプログラムを利用して、インターネット上の公開データを探索・整理し、ユーザーに提供しているサービスである。Google (<http://www.google.co.jp/>) が世界でもっともよく利用されており、わが国ではYahoo Japan もよく利用されている (<http://www.webcreate.ga-pro.com/search.html>)。経験的な満足度から筆者自身はGoogleを多用しているが、検索エンジンの最適化 (Search Engine Optimization) による差はわずかであり、手がかりとなる情報を得るにはどれも不足はない。検索の仕組みはロボット型とディレクトリ型に分けられているが、近年は前者が主流である。下記にGoogle

を例にロボット検索のポイントをあげる。

①キーワード入力枠に単語を空白（半角または全角）で区切って入力する。入力したすべての単語を含むページが検索される（and 検索）。左側ほど重要な語句を入れることがコツである。

②検索オプションを利用すれば or 検索、除外検索、特定ファイルタイプの検索、サイト内検索なども指定できる。

③一連のフレーズは、空白がなくても最小単位の単語に分解されて検索される。フレーズを1つの連続した語句として検索する方法を知っておくと便利である。すなわち、調べたいフレーズをそのまま「」（半角ダブルクォーテーション）でくくって検索する。在宅医療について全般的に知りたいとき「在宅医療とは」で検索すると、定義に絞った検索が可能である。「在宅医療の実態」で検索するのと、「在宅 医療 実態」で and 検索するのでは、結果が異なる。初めは曖昧なキーワードしかわからなくても、それを手がかりに何度か検索を試みて、検索結果からより絞り込んだキーワード、適切なキーワードに換えて検索を繰り返すと、目的にあった検索結果を得ることができる。

3 インターネットで書籍、文献を検索する場合の有用サイト

- ① Books.or.jp サービス：<http://www.books.or.jp/>
- ② PubMed：<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/> 文献検索の定番
- ③ 国立情報学研究所の学術コンテンツポータル：<http://ge.nii.ac.jp/genii/jsp/index.jsp>
- ④ 医学中央雑誌刊行会：<http://www.jamas.gr.jp/>
- ⑤ JDream II, 科学技術文献情報データベース：<http://pr.jst.go.jp/jdream2/>
- ⑥ 文献情報のレビュー：医療情報サービス Minds (マインズ)：<http://minds.jcqh.c.or.jp/>

UpToDate：<http://www.uptodate.com/>

その他多くの文献（フルテキスト）がフリーアクセスとなっている。フリーアクセス、フリージャーナル、文献検索サービス、無料などをキーワードとして検索してみたい。

4 在宅医、在宅がん緩和医療に関する情報サイト、メーリングリスト

- ① 日本ホスピス・在宅ケア研究会：<http://www.hospice.jp/index.html>
- ② 末期がんの方の在宅ケアデータベース：<http://www.homehospice.jp/db/db.php>
在宅医療助成 勇美記念財団ホームページ、在宅医紹介：<http://www.zaitakuiryoyuumizaidan.com/main/doctor.php>
- ③ WAM NET：<http://www.wam.go.jp/> の医療から病院・診療所情報 在宅医療で探す。
- ④ がん情報サービス：<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/index.html> 国立がんセンターのがん情報サービスの充実ぶりには目を見張る。
- ⑤ 在宅医療メーリングリスト：在宅医療のメーリングリストは活発である。下記は医療関係

者限定であり、会員からの紹介により入会することができる。日本各地の在宅医療をリードする医師が参加しており、在宅医療に関して困った問題などにも懇切丁寧なアドバイスを受けることができる。

a) 在宅主治医メーリングリスト：参加者数約 400 名、主催者 英 裕雄（新宿ヒロクリニック）、管理者 松本豊正（浅岡クリニック）。

b) 在宅ケアネット鹿児島メーリングリスト：参加者数約 480 名、主催者・管理者 中野一司（医療法人ナカノ会）<http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/carenet.html>

⑥「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（2007年4月施行）により都道府県のホームページなどを通じた医療情報の提供がすでに開始されている。今後、充実されていく情報として注目しておきたい。

5 おわりに

インターネット情報は流動的であり、利用者は上記にとらわれることなくタイムリーな情報検索に努めていただきたい。インターネット情報が、よりよい在宅がん緩和医療に結びつけば幸いである。

参考文献

- 1) 村瀬澄夫 監修、丸山康孝 著：医療情報収集のための Google 活用ガイド。中山書店、2008

（谷水正人）

用語集

和 文

お行

- ▶ **エンゼルケア** 「死後の処置」「死化粧」と同義語ではあるが、亡くなった人の容姿を整えることで人間としての尊厳を守るための処置でもある。また、家族と一緒に行うことで遺族ケアにつなげることもできる。
- ▶ **オピオイドローテーション** あるオピオイドを使用した際、副作用が制御不可能、増量しても鎮痛効果が不十分、あるいはその両方の状況がある場合など、またはその他の理由で他のオピオイドに変更することをオピオイドローテーションと呼んでいる。また、経口摂取が不可能となり、剤形の違う別の種類のオピオイドに変更することも広義の意味でのオピオイドローテーションである。世界的に市販されているオピオイドとして、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニル、hydromorphone、propoxyphene、methadone、levorphanol、meperidine、hydrocodone などがある。それぞれのオピオイドの交叉耐性が不完全であるために、1種類のオピオイドに耐性が生じて、別のオピオイドに変更することで有効な効果を得ることができることが注目されている大きな理由である。

か行

- ▶ **開放病床** 開放型病床とも呼ぶ。病院の施設、機能の開放の一環として、病床の一部を診療所のかかりつけ医に開放し、病院の医師と共同して診療を行う。退院後は、引き続き、かかりつけ医のもとで治療を受ける。
- ▶ **活動性せん妄** せん妄とは、急性に発症し、意識、注意、知覚の障害が出現し、日内変動を示す症候群で、過活動型（過活動性）、低活動型（低活動性）、混合型に分類される。過活動型せん妄では、興奮、錯乱、声高、易刺激性、衝動行為、不眠症、夜間徘徊、了解不能などを示す。一方、低活動型せん妄では、無表情、無気力、昼間の過眠・傾眠、的外れ応答、認知症、記憶力低下、失禁などを示す。混合型せん妄では、過活動型せん妄と低活動型せん妄を1日のうちに反復発症し、昼間に過眠を呈し、夜間に興奮状態を示すことが多い。
- ▶ **がん悪液質** がん悪液質とは、「宿主の消耗状態による体重減少を引き起こす混合性代謝異常と栄養摂取、吸収、利用障害を示す臨床症候群」と定義されている。その原因はまだ十分には解明されていないが、摂取栄養量の減少と悪液質誘発物質の存在が重視されている。
- ▶ **グリーフケア** 大切な人を亡くした人がその悲嘆（grief）を乗り越え、死別に伴う苦痛や環境変化などを受け入れようとする過程を支援することを示す。
- ▶ **ケア付き住宅** 1人暮らしの高齢者、高齢者のみの世帯、または身体障害者のある人々が安心して生活できるよう設備・構造・サービスなどが配慮され、緊急時の医療サービスやソーシャルワーカーのサービス、日常的各種ケアサービスが提供される住宅。

- ▶**後方ベッド** バックアップベッドとも呼ぶ。在宅で療養している患者が緊急入院できる病床を示す。後方ベッドを確保していることが、在宅療養支援診療所の指定要件の1つとなっている。また、2008年に改定された診療報酬では、緩和ケア病棟が後方ベッドとして機能することが認可の指定要件にもなっている。

退院

- ▶**在宅緩和ケア** 自宅あるいは居宅において、終末期緩和ケアを提供する支援システムの総称。在宅ホスピスケアと呼ぶこともあるが、いずれも公的な定義づけはまだない。病院を含めた施設での緩和ケアと異なり、医療支援だけではなく生活支援が必要不可欠であり、医療介護福祉との密接な連携体制が必要である。
- ▶**在宅療養支援診療所** 在宅医療における中心的な役割を担う診療所として、2006年4月の診療報酬改定で新設された制度である。診療報酬において厚遇されているが、24時間365日応需体制（電話連絡および往診）をとること、必要に応じて地域の病院に入院できる体制が確保されていること、他職種（訪問看護ステーション、ケアマネジャーなど）と連携していることなどが要件とされている（114頁参照）。
- ▶**在宅療養支援病院** 特に過疎地域などでは地域の中核病院（自治体病院など）が訪問診療を行い、在宅医療を支えている地域が多いが、この活動を評価するものとして2008年4月の診療報酬改定で新設された制度である。在宅療養診療所と同様の要件に加え、半径4km周囲に診療所がないことが要件として加えられている（115頁参照）。
- ▶**サービス担当者会議** ケアカンファレンスと同義語。要介護者・要支援者とその家族、介護支援専門員、利用者のサービス提供に関連する指定居宅サービス事業所の担当者から構成される。介護支援専門員によって課題分析された結果をもとに、要介護者と家族に提供されるサービス計画を協議し、本人の了承を経てサービス提供につなげる。
- ▶**事前約束指示** 病院や在宅などで、看護師が患者の病態の変化に応じて現場で適切に対応できるように、患者に起こりうる病態の変化に応じた指示を医師が事前しておくことを事前指示あるいは事前約束指示と呼ぶ。指示の内容は、薬剤の投与量の調節などで、在宅では訪問した看護師が患者の病態に合わせ、指示された範囲内で調整するものである。従来、このような事前指示については賛否があったが、厚生労働省医政局長通知（2007年12月28日）「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」において、医師の負担の軽減策として推奨されている。
- ▶**持続皮下輸液** 輸液製剤を皮下組織に持続的に注入する輸液方法。通常、24Gのテフロン針を用いて、胸部上部、腹部、大腿上部などに、生理的食塩水、維持輸液（ソリタ T3 など）、5%ブドウ糖液などを通常自然落下で注入する。在宅での脱水の補正に簡便で管理が容易な方法であり、特に緩和ケア領域では評価されつつある。

退院

- ▶**退院前カンファレンス** 退院時共同指導ともいう。退院前にこれまで関係してきた医療関係者と今後関係する職種（診療所医師、訪問看護ステーション看護師、ケアマネジャー、保険

薬局薬剤師など)および患者と介護者(家族を含む)が一堂に会し、病状(現在の病状や今後の予測される病状)や治療あるいは処置方法についての情報を共有し、退院後必要な医療や介護の提供方法やその役割分担について確認しあう。

- ▶ **地域完結型医療** 地域の医療機関が連携して役割を分担し、医療を完結させることを目標とする医療体制で、2007年に施行された第5次医療法改定の重点項目のひとつである。
- ▶ **地域連携クリティカルパス** 地域連携クリニカルパスとも呼ぶ。2007年に施行された第5次医療法改定の重点項目のひとつである地域完結型医療を具体的に実現するツールとして利用を促している。急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いる。診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにする。その内容としては、施設ごとの治療経過に従って、診療ガイドラインなどにに基づき診療内容や達成目標等を診療計画として明示するようになっている。
- ▶ **デイホスピス** 通所型ホスピスとして、在宅で過ごす患者が、日中、家族以外とも過ごせる居場所を提供し、患者の心身のリフレッシュと癒しの場となること、介護者どうしの出会いの場となること、介護者が休息の時間をとることができることなどを目的に運営される。しかし、医療保険においては、診療報酬上の手当てはないため、その運営にはボランティアが大きな役割を占めている。

は行

- ▶ **悲嘆のプロセス** 大切な人との死別に伴う一連の情緒的反応のことであり、段階理論としてさまざまなモデルが提唱されている。しかし、悲嘆反応の現れ方は個人個人により独特なものであり、独自のやり方で遺族が悲しみという自分自身の感情を受け入れられるようにすることが、最も重要である。悲嘆のプロセスは自立のプロセスでもある。肉親との依存関係を絶たれた個人の心理的、社会的、経済的自立という大きなチャレンジの機会でもある。悲嘆のプロセスに要する期間は、配偶者の場合で1~2年、子供の死の場合は2~5年といわれているが、大幅な個人差と多様性がある。
- ▶ **ホスピス三角形** ホスピストライアングルとも呼ぶ。現在、オーストラリアで確立されている地域緩和ケアの体制で、病状や患者・家族の希望に応じて、在宅(自宅および居宅)、ホスピス/緩和ケア病棟、急性期病院/一般病棟の3つの緩和ケア提供の場が設定されており、お互いに連携して同質のホスピスケアが受けられるようになっている。

ろ行

- ▶ **レスキュー** 突発した痛みに対して使用する速効性のオピオイド製剤のことを示す。がん性疼痛に対する薬物療法においては、通常、定時薬とともにレスキュー薬が常備される。
- ▶ **レスパイト入院** レスパイトケアとも呼ぶ。レスパイト(respite)とは、本来は息抜き、小休止、休息という意味で、レスパイトケアとは、在宅介護などで介護者が疲弊してしまうことを防ぐため、あるいは介護者が一時的に介護不能な状況(病気や用事など)となった場合に、病院に患者を一時的に入院させることをいう。

欧 文

- ▶ **ADL** 日常生活動作 (activities of daily living) の略で、食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起きなど、日常の生活を送るために必要な基本動作のことで、身体活動能力や障害の程度を図るうえで重要な指標のひとつとなっている。
- ▶ **CAPD** 連続携行式腹膜透析 (continuous ambulatory peritoneal dialysis) の略語。通常、自宅で、腹腔に留置したカテーテルを通して透析液を注入し、腹膜を介して透析を行う方法である。現在、透析患者の約3%が腹膜透析を行っている。
- ▶ **HOT** 在宅酸素療法 (home oxygen therapy) の略語。自宅に酸素供給機を設置し、必要時あるいは24時間、酸素吸入をしながら生活が可能となる治療法で、1985年に医療保険が適用された。現在、日本全国で約10万人強が利用していると推定される。
- ▶ **HPN** 在宅中心静脈栄養輸液 (home parenteral nutrition) の略語。1985年に医療保険の適応となったが、当初は施設承認が必要であり、適応疾患も炎症性腸疾患 (潰瘍性大腸炎やクローン氏病) や短腸症候群 (手術などで小腸や大腸を大量切除) などの良性疾患に限られていた。しかし、1986年には届け出制となり、1992年には適応が拡大され、悪性疾患も適応に含まれるようになった。さらに、1993年には開業医でも行うことができるようになり、1994年には届け出制が廃止され、適応疾患のしほりもなくなり、現在に至っている。現在の保険適応は、「原疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者」となっている。
- ▶ **IADL** 手段的日常生活動作 (instrumental activity of daily living) の略で、ADLを基本にした日常生活上の複雑な動作のことを示す。電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬の管理、金銭の管理など日常生活動作 (ADL) ではとらえられない高次の生活機能の水準を測定するもので、特に在宅生活の可能性を検討する場合はIADLが重要な指標になるとされている。
- ▶ **NST 回診** 栄養サポートチーム (nutrition support team) が栄養状態不良な患者をチェックするため病棟を回診すること。通常、週1回行っている場合が多い。
- ▶ **QOL** quality of life (クオリティ・オブ・ライフ) の略語。一般に人の生活の質、すなわちある人がどれだけ人間らしい望み通りの生活を送ることができているかを計るための尺度として働く概念である。

索引

和文

- あおぞら診療所……………32
 アセスメントシート……………55
 アセトアミノフェン……………41
- 医学中央雑誌刊行会……………126
 意見書記載……………112
 医行為……………98
 医師法……………98, 102
 医療材料……………111
 医療情報サービス Minds ……126
 医療ソーシャルワーカー……………47, 67
 医療保険……………77
 医療保険給付……………52
 医療用麻薬……………19, 42
 医療連携……………73
 胃瘻造設患者……………46
 インターネット情報……………125
 インフォームド・コンセント……………64
- 衛生材料……………109, 111
 エンゼルケア……………128
- 大阪北ホームケアクリニック……………34
- 介護職……………100
 介護福祉士……………13
 介護保険……………17, 76, 88, 112
 開放病床……………128
 顔の見える関係づくり……………79
 科学技術文献情報データベース……………126
 かかりつけ医……………102
 かかりつけ薬局……………92
 家事……………49
 仮想プライベートネットワーク……………120
 家族との面談……………10
 家族への配慮……………86
 活動性せん妄……………128
 看護師の業務……………99
 患者情報……………10
 がん悪液質……………128
 がん情報サービス……………126
 がん診療連携拠点病院……………66
- カンファレンス……………45
 緩和外来……………33
 緩和ケアカンファレンス……………66, 67
 緩和ケアチーム……………67, 86
 緩和ケア病棟……………19
 緩和ケア普及のための地域プロジェクト……………66
- 居住系施設……………19, 89, 106
 居住系施設入居者等訪問看護・指導料……………106
 居宅療養管理指導……………110
 緊急訪問……………11
 緊急訪問看護……………78
- 熊本在宅ドクターネット……………71
 グリーフケア……………14, 128
 グループ診療……………68
 グループプラクティス……………63
- ケアカンファレンス……………65
 ケア付き住宅……………128
 ケアプラン……………83
 ケアマネジャー……………13, 82
- 合同カンファレンス……………80
 国際生活機能分類 (ICF) ……123
 国立情報学研究所の学術コンテンツポータル……………126
 コミュニケーション……………47, 64
 コンサルテーション……………14
- サービス担当者会議……………83
 在宅医療……………15, 87, 95, 106
 在宅医療移行計画書……………56
 在宅医療推進協議会……………66
 在宅医療専門診療所……………22, 62
 在宅医療のネットワーク……………71
 在宅がん緩和医療……………125
 在宅患者訪問栄養食事指導料……………107
 在宅患者訪問診療料……………106
 在宅患者訪問薬剤管理指導料……………88, 107
 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料……………106
 在宅緩和ケア……………9, 21, 40, 82, 129
 在宅ケアネット鹿児島メーリングリスト……………127
 在宅サービス……………51

- 在宅時医学総合管理料……………20, 104, 110
 在宅主治医メーリングリスト……………127
 在宅チームケア……………119
 在宅服薬支援……………88
 在宅訪問診療……………20
 在宅訪問薬剤管理指導……………92
 在宅ホスピス……………30
 在宅看取り数……………62
 在宅療養……………9, 20
 在宅療養支援拠点……………24
 在宅療養支援診療所
 ………………17, 23, 26, 65, 114, 129
 在宅療養支援診療所の分類……………22
 在宅療養支援病院……………114, 129
 さくらいクリニック……………26
 サービス担当者会議……………129
 サポート薬剤師……………92
- ㊦
- 事前約束指示……………129
 持続皮下輸液……………44, 129
 死体検案書……………103
 死亡診断書……………102
 従来型診療所……………21, 28, 63, 68
 症状緩和の評価……………52
 症状コントロール……………14, 41
 情報共有システム……………119
 処方発行……………122
 白髭内科医院……………28
 人的ネットワーク……………119
 診療所医師……………80
 診療情報提供書……………34
- ㊧
- 清輝橋グループ……………68
 仙台往診クリニック……………63
- ㊨
- ソロプラクティス……………63
- ㊩
- 退院カンファレンスシート……………58
 退院カンファレンスの流れ……………57
 退院シート……………60
 退院支援……………20, 45, 47
 退院支援指導加算……………109
 退院支援・調整スクリーニングシート……………54
 退院支援・調整プログラム フロートシート
 ………………53
 退院支援プログラム……………49
 退院時共同指導……………10
 退院時共同指導加算……………109
 退院時共同指導料……………108
 退院時リハビリテーション指導料……………108
- 退院前カンファレンス……………9, 35, 65, 83, 129
 退院前在宅療養指導管理料……………108
 退院前訪問指導料……………108
 退院調整……………45, 48, 108
 退院調整看護師……………52
 退院調整カンファレンス……………61
 多職種チーム……………12
 多職種連携……………12, 16, 72
 たんの吸引……………100
- ㊪
- 地域医療連携……………16, 62
 地域完結型医療……………130
 地域ネットワーク……………30, 65
 地域連携……………9
 地域連携クリティカルパス……………65, 109, 130
 地域連携室……………67
 地域連携診療計画管理料……………109
 地域連携診療計画退院時指導料……………109
 チームカンファレンス……………61
 駐車違反……………81
 調剤業務……………87
 鎮静……………43
- ㊫
- デイホスピス……………130
- ㊬
- 疼痛緩和……………98
 特定施設併設型……………25
- ㊭
- 長崎在宅 Dr. ネット……………28, 66, 71, 73
- ㊮
- 24時間の緊急訪問……………11
 にのさかクリニック……………29
 日本ホスピス・在宅ケア研究会……………126
- ㊯
- パートナーシップ……………14
- ㊰
- P-ネット (長崎薬剤師在宅医療研究会) ……91
 皮下輸液……………44
 悲嘆のプロセス……………130
 病院・診療所における麻薬管理マニュアル……………96
 病院との連携……………13
 病院併設型……………24
- ㊱
- 福祉サービス……………116
- ㊲
- ヘルパー……………13, 100
- ㊳
- 訪問看護……………52, 81
 訪問看護師……………12, 33
 訪問看護ステーション……………20, 33, 75

訪問診療	81
訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書	90
訪問薬剤管理指導のプロセス	91
保健医療サービス	116
保険医療材料	109
保健師助産師看護師法	98
保険調剤	89
保険薬局	87, 97
ホスピス三角形	16, 130
目	
末期がんの方の在宅ケアデータベース	126
麻薬及び向精神薬取締法	88, 95
麻薬管理	95
麻薬小売業者	97
麻薬の管理供給	94
麻薬の取り扱い	95
罂	
看取り	102
身の回りのケア	48
罌	
メーリングリスト	75, 121
罌	
薬剤師	13, 89
薬剤師法	87
薬品配達プロセス	122
薬局における麻薬管理マニュアル	96
罌	
予期的悲嘆	86

罌	
リハビリテーション	70
罌	
レスキュー	43, 130
連携保険医療機関	116
レスパイト入院	130

欧文

A型→従来型診療所	
ADL	131
All in One型(One Stop型)	23, 62
B型→在宅医療専門型診療所	
Books. or. jp サービス	126
C型→All in One型	
CAPD	131
D型→病院併設型	
E型→特定施設併設型	
Google	125
HOT	130
HPN	130
IADL	130
NST回診	130
Pub Med	126
QOL	130
STAS-J	36
WAM NET	126
Yahoo Japan	125

執筆者一覧

〔編集担当〕（在宅地域連携ガイド委員会：執筆順）

- 江口 研二（帝京大学医学部内科学講座 教授〈編集代表責任者〉）
松本 武敏（メディカルケアセンターファイン 緩和ケア医長）
川越 正平（あおぞら診療所 院長）
白髭 豊（白髭内科医院 院長）
菊地 信孝（岡部医院 非常勤医師）
山田 雅子（聖路加看護大学看護実践開発研究センター センター長・教授）
中島 朋子（東久留米白十字訪問看護ステーション 所長）
鈴木 信行（鈴木医院 院長）

〔執筆協力〕（執筆順）

- 田城 孝雄（順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授）
桜井 隆（さくらいクリニック 院長）
詫摩 和彦（たくま医院）
二ノ坂保喜（にのさかクリニック 院長）
白山 宏人（大阪北ホームケアクリニック 院長）
宇都宮宏子（京都大学医学部附属病院地域ネットワーク医療部 看護師長）
佐藤 涼介（佐藤医院 院長）
田島 和周（田島医院 院長）
大山 章久（オランダ坂薬局）
岡部 健（医療法人社団爽秋会 理事長）
伊藤 盟（医療法人社団爽秋会 IT 事業部）
谷水 正人（独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 外来部長）
盧野 吉和（十和田市立病院 院長）

緩和ケアのための地域連携ガイド

2008年12月26日 発行

非売品

発行 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」班

編集 在宅地域連携ガイド委員会
編集代表責任者：江口研二

制作 株式会社 青海社

分担研究報告書

「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する検討」
—十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—

研究分担者 蘆野吉和 十和田市立中央病院 病院長

研究要旨

がん終末期における在宅医療の普及に向けた地域緩和ケア支援ネットワーク（以下ネットワークと呼ぶ）の構築は高齢化が進み、多死の時代（特にがんによる死亡の著明な増加が見込まれる時代）を迎える地域社会にとって重要な課題である。現在、全国的にいくつかの地域においてその構築に向けての試みが始まっているが、地域の医療状況、医療資源や介護資源の充実度などによりネットワーク構築のための戦略は当然異なることが予想される。

筆者は今回、青森県十和田市とその周辺市町村（以下十和田地域と略す）をモデル地区とし、この地域におけるネットワークシステム構築のためアクションプランを策定した。アクションプランの第一段階は地域中核病院における緩和ケア提供体制の確立、第二段階は病院医師と地域の医療（看護と薬局）介護福祉の連携体制の確立、第三段階は地域住民への啓発活動、第四段階は地域開業医の参加であり、現在第三段階にある。また、「十和田・上北地域緩和ケア支援ネットワーク協議会」を設置し、関係する職種が定期的に集まり問題点を話し合う体制を構築した。2008年1月から12月までの在宅ホスピスケア症例は71名、同年の在宅死は72名で比較的順調に体制の整備が進んでいる。

A. 研究目的

在宅ホスピスケアの普及のためには、地域の医療介護福祉そして住民の有機的な連携による緩和ケア支援システムの構築が必要であるが、そのモデルとなる地域は全国的に少ない。そこで、緩和ケアや在宅医療がこれまでほとんど提供されておらず、また、医療連携や医療介護の連携体制が整備されていない地域において、この支援システムを構築することを目的として、地域中核病院が中心となってシステム構築を行うアクションプランを作成し、実践した。

B. 研究方法

モデル地区は青森県十和田市とその周辺町村。この地域のアクションプラン実施以前における特徴は、人口約10万人に中核病院が1施設あり、病院完結型の医療を行い、がん医療を行っているものの緩和ケア提供体制は皆無であった。また、十和田市内の開業医は高齢化および多忙な外来診療により訪問診療はほとんど行っておらず、がん終末期および非がん疾患の終末期の患者は病院死がほとんどであった。しかし、周辺町村においては、従来型の訪問診療が開業医によっておこなわれていた。

そこで、筆者が院長として赴任した直後の2006年1月より、在宅ホスピスケアの地域支援ネットワーク構築の試みを開始した。そのアクションプランは、4段階とし、第一段階は病院における緩和ケア提供体制の確立、第二段階は病院医師と地域の医療（看護と薬局）介護福祉の連携体制の確立、第三段階は

地域住民への啓発活動、第四段階は地域開業医の参加による地域完結型の緩和ケア提供体制の確立である。

今回の研究においては、第二段階として病院医師と地域の医療（看護と薬局）介護福祉の連携体制の確立を目指し、①病院における包括的がん医療を担当する部門「がん総合診療部門」を開設し、②病院緩和ケアチームと地域訪問看護ステーションおよび保険薬局との連携による在宅ホスピスケアを開始した。

1) がん総合診療部門の開設

病院から適切な時期に在宅医療側へ円滑に患者を紹介する部門として2007年10月に「がん総合診療部門」を開設した。この「がん総合診療部門」は特に進行したがん患者の初診、治療（手術、化学療法、放射線治療）の調整、治療（化学療法）、緩和治療、リンパ浮腫治療、がん治療に係る情報の提供、緩和ケア（症状緩和治療、在宅ホスピスケアを含む）に係る情報の提供、セカンドオピニオン、在宅医療を担当する部門であり、がん治療、緩和ケア、在宅ホスピスケアにかかわってきた筆者を中心に緩和ケアチームが担当している。

2) 訪問看護ステーション、保険薬局、介護支援事業所との連携

2007年10月より、それまで病院内の訪問看護部門および薬剤部門との連携で行っていた在宅ホスピスケアを、すべて地域内の訪問看護ステーションおよび保険薬局との連携で行うこととし、退院時には可

能な限り病院内で担当者（担当看護師、医師、緩和ケアチーム専従看護師、ケアマネージャー、訪問看護師、薬局薬剤師）が集まってケアカンファレンスを開催した。なお、外来から直接在宅に移行した患者や急いで退院した患者については自宅でケアカンファレンスを開催した。

3) 十和田・上北地域緩和ケア支援ネットワーク協議会の設置

在宅ホスピスケアにおける医療介護福祉の連携を強化する目的で、2008年11月に十和田・上北地域緩和ケア支援ネットワーク協議会を開設した。この協議会では各職種が一同に会して、連携における具体的な問題点を提示し、検討した。

C. 研究成果

1) がん総合診療部門の開設

がん総合診療部門は開設以来、外来、入院、在宅を担当してきたが、次第に患者数も増え、現在担当している患者数はおよそ、外来40名/週、入院10名前後/日、在宅10名前後/日である。初診として紹介される患者は週3～5名程度で、紹介先は院内診療科の他、青森県内の中核病院（青森市、八戸市）で、患者の多くは十和田地域に居住している地域住民であるが、放射線治療や疼痛治療やリンパ浮腫治療のように地域外からの受診も少なくない。この部門の開設は2007年10月であるが、開設とともに在宅ホスピスケアの症例が増え、また、在宅死も増えている。現在外来で通院している患者の多くは進行したがんを持っており、がん治療（化学療法および放射線治療）と並行して緩和治療や在宅医療の情報を提供することで、病状の変化に応じた適切な支援体制を組むことが可能となっている。

2) 訪問看護ステーション、保険薬局、介護支援事業所との連携

2007年10月以来連携した事業所の数は、訪問看護ステーション9施設、保険薬局は15施設、居宅介護支援事業所は31施設であった。訪問看護ステーションはすべて24時間体制であり、連携した患者数は93症例であった。保険薬局と連携した患者数は50症例で、経口薬、貼付薬のみならず、医療用麻薬を含めた注射薬（中心静脈輸液製剤、モルヒネ注、サンドスタチン、リンデロン注など）の調剤なども担当した。なお、地域内の保険薬局の25施設が麻薬の取り扱い、訪問薬剤指導が可能な体制を整備し、うち20施設が24時間対応可能、4施設がクリーンベンチを設置し注射薬の調剤が可能な体制を整備している。

居宅介護支援事業所において担当したケアマネージャーの人数は57名で、ケアマネージャーと連携した患者数は77症例であった。

2008年1月以降の在宅ホスピスケア症例数は1月5例、2月5例、3月5例、4月9例、5月8例、6月3例、7

月4例、8月8例、9月9例、10月10例、11月3例、12月2例、合計71例であった。このうち在宅死は65例。

3) 十和田・上北地域緩和ケア支援ネットワーク協議会の設置

2008年9月2日に協議会結成のための準備会を開催し、同年12月に地域医師会（上十三医師会）を交えた協議会を設置した。協議会の開催日時は第1回2008年12月16日、第2回2009年2月11日。協議会ではこれまでの連携症例における問題点や取り組むべき課題について検討を行っているが、ケアカンファレンスの重要性を指摘する意見が特に多かった。

D. 考察

がん終末期の在宅医療はまだ普及せず、多くのがん患者は病院で亡くなっているのが現状である。しかし、病院は治療の場であって生活の場ではなく最後の人生を終えるには全く場違いな空間であること、地域社会にとって大切な看取りを行う場としても相応しくない空間であること、病院の多忙な医療従事者の大きな業務負担となっていること、そして、今後多死の時代を迎え、特にがん死亡者が大幅に増えることが予測されていることなどから、がんの在宅医療の普及は緊急の課題である。しかし、現状では病院医療提供側、在宅医療提供側、介護支援機関側、地域住民側などに多くの課題があり、その課題を地域の実情にあわせて解決策を立てる必要がある。

すでに筆者は他地域においてがん終末期の在宅医療を実践し、多くの課題は解決可能であることを実感しており、その経験をもとに、今回、新たな地域において在宅医療普及のための地域緩和ケア支援ネットワーク構築のアクションプランを作成し実践している。

その第一段階である病院内での緩和ケア提供体制の整備はおおよそ達成し、第二段階である地域での緩和ケア提供体制の構築のため、病院医師である筆者が中心となりネットワークづくりに取り組み始めている。約1年の経過の中で、約70名に対し在宅ホスピスケアが提供され、そのうち65名が在宅死となっており、地域内の多くの職種が実践の中で在宅ホスピスケアを学んだことになっている。現在、十和田・上北地域緩和ケア支援ネットワーク協議会を立ち上げ、定期的に症例検討を合同で行うことで、顔の見える関係性の確立と、新たな問題点の抽出を行いネットワーク構築を進めていく予定である。

E. 結論

がんを扱う急性期病院においては、がん治療医への緩和ケア教育および在宅ホスピスケアを念頭においた緩和ケアチームの活動など緩和ケア提供体制の整備をすすめるとともに、適切な時期に在宅医療側に移行させる調整部門の設置が必要不可欠である。

また、在宅医療側では地域内の医療介護福祉そし

て地域住民の連携を視野において地域支援ネットワークの構築が重要で、地域によっては、中核となる病院の緩和ケアチームのスタッフが地域の訪問看護ステーション、保険薬局、介護支援事業所などと連携することでネットワークが構築される可能性が示唆された。

F. 研究発表

1. 書籍

① 蘆野吉和 看取りを通じた地域づくり 明日の在宅医療 第3巻 p131-151 : 中央法規出版(株) 2008年9月

② 蘆野吉和 在宅ホスピスケアにおける地域ネットワークの構築 在宅ガイドブック 田城孝雄 編著 p126-131 : 中外医学社 2008年11月

③ 蘆野吉和 がんの在宅医療総論 在宅ガイドブック 田城孝雄 編著 p178-182 : 中外医学社 2008年11月

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

該当なし 予定なし

2. 実用新案登録

該当なし 予定なし

3. その他

特記すべきことなし

分担研究報告書

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

研究分担者 川越 正平 あおぞら診療所 上本郷 院長

研究協力者 瀧田 盛仁 東京大学医科学研究所探索医療
ヒューマンネットワークシステム部門 大学院生

研究要旨

在宅緩和医療を推進する上で、病院死亡症例との比較において在宅死亡症例の特徴を詳細に検討することは重要である。そこで、悪性疾患が直接死因となり死亡した症例について単一施設で retrospective に調査したので報告する。あおぞら診療所上本郷では、2007年7月から2008年6月までの1年間に悪性疾患が直接死因となって死亡した症例は30例であった。このうち、19例(63%)が在宅死亡であった。この30例について、在宅死亡群と病院死亡群に分けて解析を行ったところ、患者本人及び家族の在宅死亡の希望、初診時 Performance Status、前医での化学療法・放射線療法の施行に関して、有意差($P < 0.05$)を認めた。在宅診療において、オピオイドの新規導入やローテーションが行われていた。今後、在宅医の早期介入や病院主治医との連携が課題である。

A. 研究目的

平成18年にがん対策基本法(<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>)が制定され、それに基づき厚生労働省は平成19年6月にがん対策基本計画(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0615-1.html>)を策定した。これらによると、がん患者に対する、場所や時間を問わない切れ目のない医療の提供が唱われている。また、緩和医療については治療早期からの介入、がん患者の家族に対するケアも求められている。従って、がん患者の居宅療養における医療提供機能として、在宅緩和医療は益々重要となっている。

このように近年、がん緩和医療における在宅医療の重要性が徐々に周知され、例え全身状態が不良な状態であっても、自宅で過ごすことを選択する患者が増えつつある。このような場合、在宅療養支援診療所と中核医療機関との円滑な連携が重要であると同時に、治療早期からの在宅医の併診による在宅緩和医療の提供が望まれる。

また、居宅における麻薬運用の緩和、介護保険のサービス拡充・運用の弾力化などにより、制度面から在宅緩和医療を支援する動きがある。患者・家族の希望を認識しつつ、これらの運用上の支援が効果的に医療現場に活用され、がん患者の生活の質が向上しているか検証する必要がある。そこで、在宅療養支援診療所を受診したがん患者症例について詳細な検討を行ったので報告する。

B. 研究方法

あおぞら診療所上本郷を受診し、2007年7月1

日から2008年6月30日の間に悪性疾患が直接死因となって死亡した症例を研究対象とした。同診療所で保存されている診療記録をもとに表1の項目を retrospective に調査し、統計解析した。2群間の検定には Fisher 検定を、生存曲線は Kaplan-Meier 法をそれぞれ用いた。統計ソフトは JMP7.0.1(SAS Institute Inc)を使用した。

表1. 調査項目

調査項目
年齢、性別、結婚の有無、同居人数、主介護者の性別、原発巣、病名告知、在宅死の希望(本人及び家族)、在宅診療期間、生存期間、Performance Status、在宅診療期間中の化学療法・放射線療法、前医での化学療法・放射線療法、認知症の有無、訪問看護の導入、介護保険、日常生活自立度、初診時疼痛コントロール状況、オピオイド処方ステロイド処方

(倫理面への配慮)

本研究においては、人体から採取された試料は用いていない。本研究においては、患者の個人情報に接するため、個人情報保護の徹底が重要である。研究員による情報の抽出を行う際には、研究員に対して、教育・作業管理の徹底による個人情報保護、情報の漏洩防止対策を徹底した。その後集計の際には匿名非連結化により個人情報を除いた情報のみを扱った。この匿名非連結化されたデータを研究員が解析・総括した。従って、研究事務局に収集されるデータは既に匿名非連結化されたものであり、研究事務局において個人情報は一切扱わなかった。匿名非連結化された調査データは当研究解析利用のみのために保持し、これを第三者に情報提供しない。なお、文部科学省・厚生労働省の疫学研究に関する倫理指針(平成19年8月16日改正)に基づき、被験者に対するインフォームド・コンセントは必要ない。本研