

200824004B

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18年度～20年度 総合研究報告書

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	
	.....	1
(資料) 在宅緩和ケアのための地域連携マニュアル		
	.....	5
II. 研究成果の刊行物・別刷	.....	141
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	.....	143

総合研究報告書

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お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。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。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を刊行した。

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  
東京大学医科学研究所附属病院内科助教

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。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を類型化して、円滑な運営のための要件を抽出する。地域内の各機関がお互いの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

初年度は、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(都心部)、静岡地区(静岡東部)、岡山地区(岡山市)、愛媛地区(松山市)長崎地区(長崎市)の本研究班分担研究者、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、地区担当者記入による質問票で調査し、各々の地域における現状の課題を検討した。上記のうち、2地区は在宅医療担当者を核としたグループで、他の5地区は、都道府県がん診療連携拠点病院・地域基幹病院を中心に連携医療機関との診療連携モデルとなるグループである。1地区は医師会に在宅医療実行委が設置され、診療所同士の連携による緩和医療グループである。グループの運営の工夫として、専従3名からなる基幹病院の緩和ケア看護支援センターを軸に地区緩和ケアのトリアージを行うシステム、同一グループ内の医療スタッフで、患者情報をリアルタイムに共有できるITシステム、担当医・副担当医とペアで24時間在宅医療を行うシステムなどが実施されている。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。各地区での不足要素は多岐にわたっており、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

夫を必要である。在宅医の早期参加のための最初の集まり(きっかけ)の形態と組織上の運営方法について工夫する必要があるようになった。

2年目からは、在宅緩和医療の研究対象エリアをさらに広げて、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。各グループにおける現状での課題を整理するために、工場での製品品質管理や業務改善に利用される特性要因図(フィッシュボーン図)作成プロセスを導入した。各エリアスタッフによる特性要因図での検討では、地域における診療連携の困難さ(医療事情)、介護と看護との役割分担の不明確さ、高齢者としての老老介護破綻、医療スタッフの燃え尽きなどが討議され、医療者の意識、医療者間の関係、患者家族の構成や経済的・心理的負担、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、役割分担や連携のない医療機関の混在、市民の受診行動の不均一性などから、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議も、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。グル

ープ内での情報共有システムとしてITの活用は非常に有用であるが、セキュリティ確保の専用サーバーなど設備投資が必要となる。さらに介護施設や調剤薬局などのネット環境のインフラ整備、在宅医療に関する情報システムのマスター整備（標準化作業）を早急に進める必要があることなどが明らかとなった。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。

（シンポジウム記録資料参照）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。どの類型化されたモデルにおいても、グループをまとめるリーダーシップを有する緩和専門医師、地域事情に明るい緩和専門の看護師の存在、関係者間の緊密な連絡と信頼が必要である。お互いの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

A Yamagishi, T Morita, K Eguchi, et al.

Palliative Care in Japan: Current status and a nation-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; 25(5) 412-418 2008

T Okuyama, C Endo, K. Eguchi, et al

Cancer patient's reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: a study of Japanese patients with lung cancer: Psycho-Oncology 2007

##### 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

がんと向き合う からだの科学253 199-201, 2007

##### 江口研二

在宅がん緩和医療のあり方 特集 緩和医療 医薬ジャーナル 43 2013-6 2007

N. Seki, K. Uematsu, R. Shibakuki, K. Eguchi

Promising New Treatment Schedule for Gefitinib,  
J Clin Oncol 24:29. 3212-3, 2006

T. Seto, N. Seki, K. Uematsu, T. Tanigaki, S.  
Shioya, T. Kobayashi, S. Uemura, K. Eguchi  
Gefitinib-induced lung injury successfully tre  
ated with high-dose corticosteroids. Respirol  
ogy, 2006; 11, 113-6

R. Shibakuki, T. Seto, K. Uematsu, K. Shimizu,  
N. Seki, M. Nakano, H. Ishii, M. Ohta, K. Eguc  
hi,

Pulmonary adenocarcinoma associated with SAPHO  
Syndrome difficult to differentiate from multi  
ple bone metastasis. Internal Medicine 45: 54  
3-6, 2006

Morita S, Kobayashi K, Eguchi K, Matsumoto T,  
Shibuya M, Yamaji Y  
quality of life data in advanced stage 9, 243-5  
5, 2006

江口研二 緩和医療の期待と現実-そして今後 総  
合臨床55; 520-2, 2006

江口研二: 本邦における肺がん臨床試験の実際・肺  
がんの臨床試験

におけるインフォームドコンセント、呼吸器科、7  
巻5号 Page460-465、2005.

田仲曜, 永島浩子, 奥山徹, 江口研二: 肺癌の緩和  
医療 保険医療

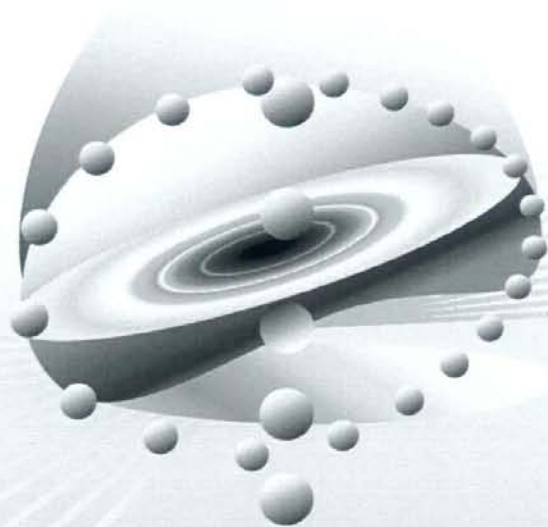
となった癌緩和ケアチームとは、日本胸部臨床64巻  
1号 Page22-30、2005.

## 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

# 在宅緩和ケアの ための 地域連携ガイド



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

## 序文

今年は食の安全を脅かすニュースが頻発していましたが、週末や祭日などには家族連れやカップル、老若男女でにぎわうグルメが街にあふれています。また、平日のオフィス街の食堂や夜の街にも日本の味の多彩さは目を見張るものがあります。そうした個人の嗜好がいつそう磨かれる現代にあって、がんの療養生活の選択にあたっては、まったくといってよいほど選択の余地が与えられていないのが現状です。

医療現場の認識の問題、人的リソース、技量、知識、行動、情報整備などさまざまな問題が絡み合って、療養の質の向上が遅れていると判断されます。がん緩和医療＝終末期医療でなく、がんという診断がついた早期の時点から、患者・家族に対する緩和・支持療法を担当する医療分野です。多職種、多方面の専門家の意見を集約してチーム医療を実行し、患者の日常生活動作（activity of daily living；ADL）を低下させる症状を予防・軽減せしめ、患者の希望する質の高い生活（quality of life；QOL）を維持させる医療です。

2006年に成立したがん対策推進法をもとに、2007年に国のがん対策推進計画が策定されました。この中の大きな柱のひとつに、がん患者・家族の療養の苦痛を軽減させることが挙げられます（がん対策基本法第16条）。この実現には、がん緩和医療専門家を育成すること、一般医療スタッフの緩和医療に関する知識を充実させること、がん診療連携拠点病院を核として地域がん診療連携体制を充実させることが盛り込まれています。

2008年には、都道府県がん対策推進計画が策定されましたが、緩和医療整備の厚労省予算は2008年度7億円で、理念の実現を目指すにはとても十分とはいえない状況です。都道府県がん診療拠点病院および地域がん診療連携拠点病院には、地域がん緩和医療の質の向上を目指し、地元の医療機関・介護機関スタッフを対象とした各種の研修セミナーなどを開催することが義務化されています。しかし、知識詰め込み型座学セミナーでは、緩和医療の実践力養成に限界があります。なんらかの形式で地域連携成功事例のノウハウを体験学習することが必要となっています。

また、乳がん、肺がんのみならず多くの難治がんに対して、抗体薬や経口分子標的薬などの治療法が次々に出現し、通院化学療法の普及が進み、従来の「苦しい、効かない、長期入院」といった抗がん剤治療のあり方は急速に変貌しています。がんの治療はせずに終末期の安らかな看取りを目指すというコンセプトで誕生した緩和ケア病棟は、患者・家族からがん治療継続と緩和ケアの両立を要望されることも多くなりました。緩和ケア外来の運営、在宅療養緊急時の後方病床としての役割、介護家族レスパイトのための一時入院などの役割など、緩和ケア病棟に期待される役割が変化しているこれには診療報酬なども含め抜本的な共通認識の変革が必要です。



地域連携成功の秘訣として、がん緩和医療に精通し、か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、グループの核となる医師と、緩和医療に経験豊富で地域医療事情に精通する相談支援センター看護師との存在が鍵であり、また医療・介護機関などの定期的な連絡会議などで「お互いの顔の見える関係」を構築していることです。24時間の在宅緩和医療を実現するには、複数医師のグループと診療内容に関する協力医（支援グループ）の存在が必要です。

病院間あるいは医療者間の摩擦から生じる地域診断連携の困難さ、介護・看護の役割分担の不明確さ、介護者高齢化による老老介護破綻、医療スタッフの燃え尽きなど課題は多く存在します。一律の地域がん緩和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と考えます。「顔の見える連携」により効果的な地域ネットワークを構築する必要があります。

誰でもどこでも安心して受けられるがん緩和医療を目指して、患者が自ら希望する療養場所の選択肢を増やすことを実現させたいと思います。本書は、厚生労働省研究班のメンバーを中心に、がん診療の中核の病院、地域医師会、在宅緩和医療専門医師などの地域医療を積極的に実践しているスタッフが、そのノウハウをわかりやすくまとめたものです。ぜひ、現在これらの課題に取り組んでいる専門家のアドバイスを利用して、これから自分たちの地域で療養に関する連携の輪を少しでも広げていただければ幸いです。

また、現実に地域連携をすでに実践している方々には本書の内容にご意見も多いことと思います。ぜひ小生宛にメールをいただければ幸いです。また、行政面の変化も早くなっています。今後、もっと使いやすいガイドを目指していく予定です。

2008年11月

帝京大学医学部内科学講座／帝京がんセンター・腫瘍内科 江口 研二

(E-mail: keguchi@med.teikyo-u.ac.jp)

## 編集にあたって

「進行がん患者の訪問診療を依頼されたが、1人で診療していくにはどうしたらいいのだろうか?」「24時間の訪問看護を行っているけれど、がん患者はあまり依頼されたことがないので連携をどのようにとったらいいかわからない」というように、連携を模索する医療者の方々に役に立てていただくのが、このガイドです。

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、療養場所の選択に悩む状況になると連携の普遍的なノウハウを容易に得ることは困難となります。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、在宅緩和ケアへつなげることが可能になってきました。そして、それぞれの地域で特色ある連携が構築され、最前線の地域医療において地域ごとのニーズに合った成果を得ています。

この「在宅緩和ケアのための地域連携ガイド」の目的は、3つに集約されます。まず、がん診療に関係する医療者（病院側・在宅側双方）に在宅医療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、病院側も時間や場所の調整をしていただき、医療者間の顔の見える関係性を構築するために1人ひとりの患者の退院支援・退院調整に取り組んでいただくことです。

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などに出席される大変さは、十分に知ってのうえでのお願いです。その結果、多職種によるチームアプローチを通して、真の意味でのチーム医療構築に関心をもていただけると信じています。そのような願いで、このガイドブックは作成されています。

「家で看取ること」は、それそのものが目的ではありません。患者や家族に、療養の場所に関して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と思っています。「がん患者」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す。

なお、この地域連携ガイドは2008年4月の診療報酬などの改定を踏まえて作成しました。また、「ステップ緩和ケアガイド」(研究班のホームページ <http://www.gankanwa.jp/>)、日本医師会監修の2008年版「がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会のホームページ <http://www.med.or.jp/>)を手元にお持ちの方々、またはホームページをご覧になれる方々を対象として執筆されています。随時、参照してください。

2008年11月

在宅地域連携ガイド委員会 松本 武敏

## 目次

序文	3
編集にあたって	5
<b>第1章 在宅緩和ケアと地域連携</b>	9
[A] 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	9
[B] 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	11
[C] 医師だけでなく、多職種チームで関わる	12
[D] 相談や入院がいつでもできる病院と連携する	13
[E] 継続して患者・家族を支える	14
<b>第2章 在宅緩和ケアにおける診療所の役割</b>	15
[A] 在宅医療と在宅療養支援診療所	15
[B] 在宅訪問診療の実際	20
[C] 在宅緩和ケアを支える診療所の分類	21
<b>第3章 在宅緩和ケアの実際—在宅療養支援診療所のモデルケース</b>	26
[A] 先発-完投型の在宅ホスピスケア —さくらクリニック（兵庫県尼崎市）	26
[B] Dr. ネットの活用と緊急時の対応体制の確立 —白髭内科医院（長崎県長崎市）	28
[C] 「在宅ホスピス」から「コミュニティケア」へ —にのさかクリニック（福岡県福岡市）	29
[D] 地域で最期まで過ごせる“街角のホスピス”実践のために —あおぞら診療所（千葉県松戸市）	32
[E] 在宅への移行のための地域連携システムの構築 —大阪北ホームケアクリニック（大阪府大阪市）	34
【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	40
<b>第4章 在宅におけるがんの症状コントロールのポイント</b>	41
[A] 症状コントロールの基本	41
[B] 内服できなくなった場合の症状コントロール	42
[C] 症状が変化した場合の症状コントロールのための備え	43
[D] 在宅における持続皮下輸液の実際	44

<b>第5章</b> 退院支援・退院調整の考え方と実際	45
[A] 病院からの退院支援	45
[B] 退院支援プログラムとその活用	49
<b>第6章</b> 病診および診診連携と多職種連携	62
[A] 地域連携の現状とあり方	62
[B] 病院と診療所との連携	66
[C] 診療所同士の連携	68
[D] 訪問看護ステーションとの連携	75
【コラム】訪問診療・訪問看護中の駐車違反の緩和を	81
[E] ケアマネジャーと医療機関との連携	82
[F] 保険薬局と医療機関との連携	87
<b>第7章</b> 知っておきたい法律と制度	95
[A] 麻薬の取り扱い（麻薬及び向精神薬取締法）	95
[B] 医行為をめぐる法的な解釈	98
[C] 看取りと医師法	102
[D] 在宅時医学総合管理料	104
[E] 居住系施設への在宅医療	106
[F] 退院調整に対する診療報酬	108
[G] 衛生材料や保険医療材料の供与	109
[H] 居宅療養管理指導	110
[I] 意見書記載のポイント	112
[J] 在宅療養支援診療所の届出	114
<b>第8章</b> 情報システムの利用	119
[A] がん在宅チームケアでネットワーク化された情報共有を行う意義	119
[B] 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	125
用語集	128
索引	132

## 第1章

## 在宅緩和ケアと地域連携

「つらさをやわらげる」のが、緩和ケアである。それが病院にいるときであろうと、在宅にいるときであろうと、すべての時期で「がん患者」にとって重要であることに変わりはない。患者や家族にとって「がん」という病が、患者のすべてではなく身体の一部であると認識できれば、それまでの人生や周囲の人たちとの関係性のなかで生活していく選択肢が自由にあることで、安心を得られるであろう。

命の大切さを考えるとき、簡単には解決できない状況を乗り越えるための多くの知恵を借りる地域連携が、医療者側の努力として求められている。地域連携を構築していくことで、患者や家族にとっての困難な山登りに一緒になって前向きに取り組んでいけるであろう。より登りやすい登山ルートを調べたり、重いリュックを背負ってあげたり、そして杖になってあげたりすることも時には必要であろう。

病院と在宅との狭間にいる患者を診ていくための助けになる5カ条について、述べてみたい。

## 在宅で患者を診るための5カ条

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. 相談や入院がいつでもできる病院と連携する
5. 継続して患者・家族を支援する

## A

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。在宅側は、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。

## 1 病院から事前に患者情報を入手する

これまでの診断・治療など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の見通し  
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いえる。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。

## 2 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も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いえる。

家族が現状をどう理解しているのか、どのような希望をもっているのか  
患者本人が現状をどう理解しているか、どのような希望をもっているのか  
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の共通認識

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のズレについて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も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。

## 3 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。



## 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



### 1 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。後述のように、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。患者や家族からの相談は、医学的にみれば緊急性が高くはない場面も多い。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。もちろん、診療が必要な事態と判断した場合は、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。

### 2 病院で可能な治療が在宅でも可能になってきた

末梢静脈路からの輸液や尿道カテーテル留置、酸素吸入などが在宅でも実施できるようになってきた。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、病院で可能な治療は在宅でも可能だということができる。

ただし、在宅においては介護する家族が混乱をきたさないように、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。第4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、可能だからとい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いって、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いえない。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ことも可能にする医療”を提供する必要がある。



## 医師だけでなく、 多職種チームで関わる



### 1 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证することは、医療を提供する側にとっても容易なことではない。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構築することが望ましい。

#### 多職種連携のための工夫

1. 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
2. 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は駆けつけられない午後の時間帯は、医師が臨時往診する
3. 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

### 2 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、医療処置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。訪問看護師は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う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。

### 3 在宅に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患者宅に赴き、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。

### 4 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歳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い、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。



## 相談や入院がいつでもできる 病院と連携する



### 1 入院が必要になった場合の病院との連携

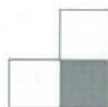
急激な病態変化や合併症の併発により、入院治療が必要と在宅医が判断した場合、具体的にどの病院に入院を依頼するかという点について、在宅療養開始前に退院前カンファレンスなどの場で相談しておくべきである。紹介元の病院や近隣の緩和ケア病棟との連携が最も望ましいが、それぞれの地域ごとで事情は大きく異なるだろうことから、一般病院を含めて現実的な受け入れ先をあらかじめ想定しておく必要がある。入院した場合、再び退院して在宅療養に復帰することを念頭に、前述の退院時共同指導のため病院に足を運ぶことはきわめて意義が大きい。

## 2 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うるがゆえに、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もち、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。



## 継続して患者・家族を支える



### 1 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。

導入初期の症状コントロールはとりわけ丁寧に行う  
起こりうる病態や予後を予測し、必要な手立てへの準備や心構えをしておく  
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  
症状変化に際して速やかに臨時訪問する

### 2 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いえる。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。

〔松本武敏・川越正平〕

## 第2章

在宅緩和ケアにおける  
診療所の役割

## 在宅医療と在宅療養支援診療所



## 1 在宅医療の役割と歴史的経緯

在宅医療とは、病院での入院、診療所の外来に次ぐ第3の医療である。医療を生活の場（家庭・地域）で提供するという特殊性がある。患者の希望する生活を継続・実現するための後方支援医療ということもできよう。医療を提供するうえで、高度先進医療を含む専門性の高い医療分野、24時間看護体制、画像診断など、病院での入院や外来通院に任せなければならない領域があるのは論を待たない。

しかしひとたび、医療的に診療所での守備範囲と考えられ、在宅移行が可能であると判断される状況となれば、できる限り速やかに在宅への移行を促して、本来の生活の場で療養を続けてもらいたいものである。なぜなら、本来の生活の場に戻ることで、入院中に減退していた食欲が戻り、普段の生活を再開することなどで生活の質（QOL）を維持した時間がもてる場合をしばしば経験するからである（図2-1、2）。患者の家族も、入院生活のバックアップのための病院通いと自宅での生活維持で、普段の生活が分断されるものだが、自宅療養をすることで、家事をしながら、患者の様子をみるのが可能となる（図2-3）。

図2-1 「がん=入院」のイメージ



図2-2 生活の質を高め、その人らしい暮らしが可能



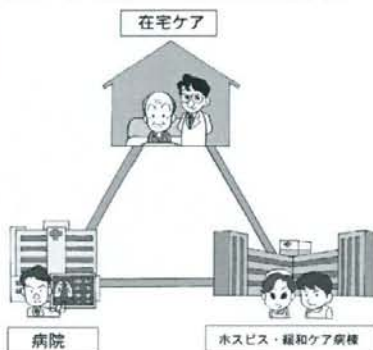
図2-3 在宅は癒しの場



図2-4 在宅における多職種連携



図2-5 末期がん患者の地域医療連携



この際、医療提供側も、元来生活している場で提供する医療であるから、病院での入院・施設での療養よりも繊細な対応が必要である。洗面、衣類の脱ぎ着、排泄、入浴、食事など日常生活の全体を考えれば、どのような重症患者であっても1日のなかで医療の比率はそれほど高くない。患者を支えるうえでは、医療職よりも、むしろヘルパー、ケアマネジャーが重要な役割を担う。医療職のなかでは、訪問看護師が重要な役目を担う。したがって、在宅医療では、関連職種との連携（多職種連携）はきわめて大切となる（図2-4）。

一方、がん緩和ケアにおけるあるべき姿は、オーストラリアのホスピス三角形に示されるように、在宅ケア、ホスピス・緩和ケア病棟、病院の三者が連携を行い、患者が望む最適の場所でケアを受けサービス間の移行がスムーズに行えることである（図2-5）。厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について」（2004年7月）によると、自分が痛みを伴う末期状態（死期が6カ月程度より短い期間）の患者となった場合に、一般国民が希望する療養の場所については、6割の人は、なんらかの形で自宅療養したいと考えていることがわかった。

しかし、実際には、わが国においてがん患者が在宅で死を迎えたケースは、2006年の統計では、わずか7.0%にしかすぎない。すなわち、実際の死亡場所が患者・家族の希望に沿って