

図 7-1 在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅医療に係る施設基準の届出の有無	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅時医学総合管理料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無) ・ 在宅末期医療総合診療料に係る施設基準の届出 (有 ・ 無) 	
2 当該診療所の担当者氏名	
(1) 担当医	(2) 看護職員
3 24 時間対応体制に係る事項	
(1) 患者からの連絡を直接受ける体制: 対応体制 名で担当, 交代制 (有 ・ 無)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 担当者の氏名及び職種 ・ 連絡方法・連絡先 ・ 当該診療所内で確保 (有 ・ 無) ・ 担当医が直接対応 (有 ・ 無) 	
(2) 往診体制: 対応体制 名で担当, 交代制 (有 ・ 無)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 担当医及び連携保険医の氏名 	
(3) 緊急訪問看護体制: 対応体制 名で担当, 交代制 (有 ・ 無)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 担当看護職員及び連携看護職員の氏名, 所属先 	
* 交代制有りの場合は, それぞれ勤務割表の例を添付すること。	
4 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 氏名, 連絡先 ・ 資格, 主な業務内容 ・ 体制 (管理者 ・ 自施設の職員 ・ 院外の事業所等との連携 ・ その他) 	
5 連携保険医療機関等 (1)	
(1) 医療機関の名称	(3) 担当医の氏名
(2) 開設者名	(4) 連絡先

連携保険医療機関等 (2)	
(1) 訪問看護事業者の名称	(3) 担当看護職員の氏名
(2) 開設者名	(4) 連絡先
6 緊急時の入院体制 届出医療機関の入院施設 (有 ・ 無)	
(1) 連携保険医療機関の名称	
(2) 開設者名	(4) 担当医の氏名
(3) 所在地	(5) 緊急時の連絡先

[記載上の注意]

- 1 括弧内は, いずれか該当するものに○を記入する。
- 2 「3」について, それぞれ交代制有りの場合は, 勤務割表の例を添付すること
- 3 「5」及び「6」については, 他の保険医療機関等と連携して 24 時間対応体制や緊急入院体制を確保する場合に記入すること
- 4 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること

図7-2 緊急時の注意事項および連携体制についての説明文書

	平成 年 月 日
様	
	(所在地) 〇〇〇〇医院 院長 〇 〇 〇 〇 印 TEL 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
<p>あなたが安心して在宅療養を行えるよう本院では24時間連絡を受ける体制を整えております。緊急に連絡が必要になった場合は、(1)の電話番号等に御連絡下さい。</p> <p>また、本院は、連携医療機関等にあなたの療養上必要な情報を文書にて随時提供しており、24時間適切な往診、訪問看護および緊急時の入院が可能な体制を整備しています。</p>	
<u>(1) 患者さんからの連絡を直接受ける体制</u>	
往診・訪問看護などが必要な場合は、次へご連絡ください。	
〇〇〇〇医院 TEL 〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇 (24時間対応)	
(上記番号が話し中などの場合は 携帯〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇)	
担当者の氏名および職種 ※曜日ごとに変更がある場合は内容を記載	
<u>(2) 24時間往診体制</u>	
往診は、基本的に〇〇〇〇医院院長 〇〇〇〇が担当します。	
本院で往診不可能な場合は、連携先である △△△病院 〇〇〇〇医師が対応します。	
連携保険医療機関の名称 開設者名	
所在地	担当医の氏名 連絡先電話番号 連絡担当者
<u>(3) 24時間訪問看護体制</u>	
訪問看護は、〇〇〇〇医院の看護職員か、連携先である 〇〇〇訪問看護ステーションの職員にて対応します。	
・ 〇〇〇〇医院担当者	
職種・氏名	
・ 連携先の名称 開設者名	
所在地	担当看護職員の氏名 連絡先電話番号
<u>(4) 緊急時の入院体制確保</u>	
緊急に入院の必要が生じた場合は、本院か次の保険医療機関に入院できる体制を確保しています。	
連携保険医療機関の名称 開設者名	
所在地	担当医の氏名 緊急時の連絡先
<u>(5) 他の保険医療サービスおよび福祉サービスとの連携調整を担当する者</u>	
連絡先、氏名、資格、主な業務内容等	

第8章

情報システムの利用



がんの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



1 はじめに

岡部医院（当院）が実践してきた WHO（世界保健機関）基準の緩和ケアでは、患者とその家族に対して、全人的なサポートを行うことを目標としている。これを実現するため、医師、看護師、ソーシャルワーカーをはじめ、さまざまな職域の人材を登用し、チームを組んで患者と家族のニーズに対応している。訪問するがんの患者数は年間 300 名弱で、これらの方々が宮城県名取市と仙台市を中心とした地域に散在している。

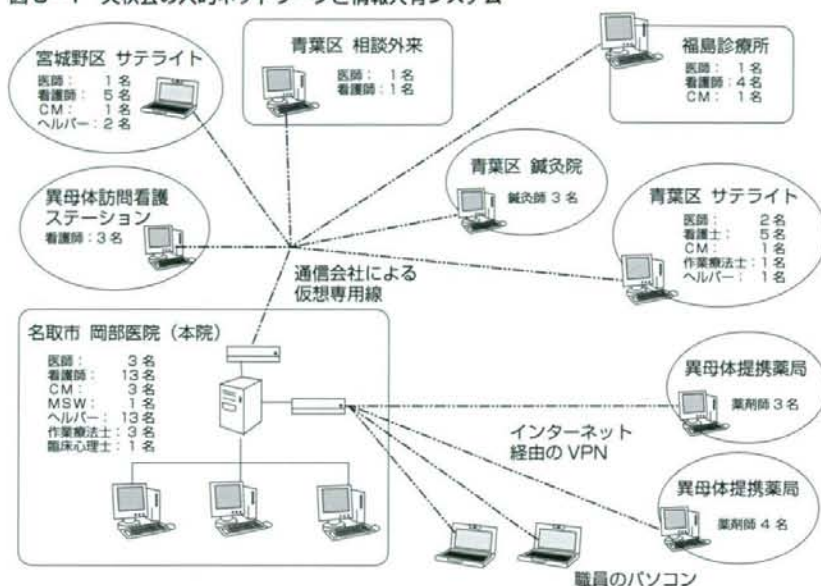
この地域で緩和ケアを継続的に実施しようとする時、伝統的な電子カルテや紙カルテの運用では、即時性、空間性の面で問題があることは開業当初から明白であった。さらに、従事している領域が、患者個々の人生にとって重大な局面の医療・介護のケアであるため、刻々と変化する病状や容態に、標準化した処置や投薬を適用するだけでは済まされない。患者を取り囲む家族の状況が支援体制に大きな影響を与えることもある。患者が在宅であることと、緩和ケアに関して全人的なサポートを行うことの 2 つを両立させるため、ネットワーク化された医療や介護の情報（以下、ケア情報）の共有システムを独自に開発し、試用してきた。

2 爽秋会の人的ネットワークと情報共有システム

図 8-1 のように、当院の本院は宮城県名取市に所在する。本院のほかに、福島県福島市に診療所 1 カ所、仙台市青葉区に緩和ケア相談外来 1 カ所、同青葉区と宮城野区に 1 カ所ずつサテライトがあり、診療・看護・介護活動の拠点として機能している。経営母体は異なるが、相互協力体制が確立している薬局が名取市と仙台市にそれぞれ 1 カ所、訪問看護ステーションが柴田郡大河原町に 1 カ所ある。

人員は基本的に図 8-1 のように配置されているが、医師は拠点に対して絶対的な帰属はない。看護師とヘルパーは、基本的に患者宅に最寄りの拠点からケアの提供を行う。ケアマネジャーと医療相談員は、各拠点の近隣にある紹介元の病院や、患者のご自宅または療養先の家族

図8-1 爽秋会の人的ネットワークと情報共有システム



のお宅などを移動してさまざまな調整を行う。作業療法士と鍼灸師は、必要に応じてスタッフが分散しながらサービスエリアをカバーする。臨床心理士は、仙台市を拠点にカウンセリングなどの活動を行い、定期的に福島市を訪問している。福島市には診療所が1カ所あり、医師、看護師、ケアマネジャーが福島市の南部地域をカバーしている。

本院のケア情報共有システムのデータベースは名取市の岡部医院に設置されており、名取市に勤務する50名あまりの職員がLANで接続し、情報の閲覧や入力を行っている。仙台市、福島市の分院やサテライトの職員は、通信会社の仮想専用線サービスを利用して、LANに近い通信速度で本院のサーバーにつなぎ情報の共有ができるようになっている。

スタッフは訪問を続けた結果、本来自分が属する拠点から離れることがあっても、最寄りの拠点に立ち寄ることにより、自分や他のスタッフが入力した情報をリアルタイムで見ることができるようになっている。医師が院外で業務を行う場合は、データ通信カードなどを利用して、仮想プライベートネットワーク*¹⁾ 経由で、サーバーに接続し、情報の閲覧などが可能になっている。異なる経営母体に属する薬局のスタッフもVPNを利用して、本院のデータベースに接続し、自分たちが担当する患者の情報を閲覧することができる。過去においては病院の建物に看護室という場があり、カルテを通して他のスタッフと同時同所で患者情報の共有が可能であった。がんの在宅チームケアでは“同時異所”で情報の共有を成立させる方法論が必要

*¹⁾ 仮想プライベートネットワーク (virtual private network) の頭文字をとり、“VPN”とも呼ばれ、誰にでも傍受される可能性のあるインターネットを利用しながらも、拠点間の通信に暗号化を行い、情報をやり取りする技術である。外部拠点から本院に接続をする場合は、この方法を用いて情報の漏洩を防いでいる。

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りますが、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。

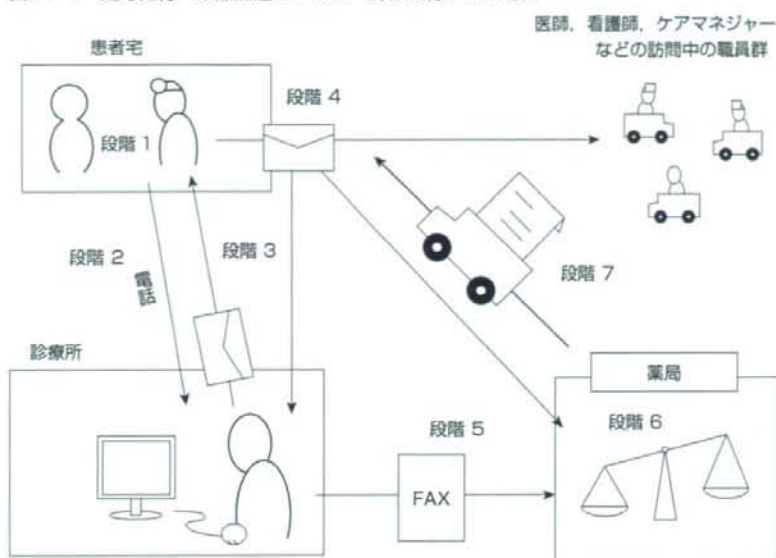
表8-1 処方発行・薬品配達プロセスの比較

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に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っ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.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

あ行

- ▶ **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も、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。

在宅

- ▶ **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に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** 連続携帯式腹膜透析 (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

- 図
 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
 園
 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
 園
 衛生材料……………109, 111
 エンゼルケア……………128
 園
 大阪北ホームケアクリニック……………34
 園
 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
 園
 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
 園
 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
 園
 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
 園
 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
 園
 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
 のにさかクリニック……………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
㊦	
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
㊧	
看取り	102
身の回りのケア	48
㊨	
メーリングリスト	75, 121
㊩	
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
㊪	
予期的悲嘆	86

㊫	
リハビリテーション	70
㊬	
レスキュー	43, 130
連携保険医療機関	116
レスバイト入院	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ェイン 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（さくらクリニック 院長）

詫摩 和彦（たぐま医院）

二ノ坂保喜（いのさかクリニック 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
