

200824024B

厚生労働科学研究費補助金
がん臨床研究事業

通院治療・在宅医療等、地域に根ざした医療システムの展開に関する研究

平成 18 ～ 20 年度 総合研究報告書

研究代表者 湯地 晃一郎

平成 21 (2009) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金
がん臨床研究事業

通院治療・在宅医療等、地域に根ざした医療システムの展開に関する研究

平成 18 ～ 20 年度 総合研究報告書

研究代表者 湯地 晃一郎

平成 21 (2009) 年 3 月

目 次

I. 総合研究報告	
通院治療・在宅医療等、地域に根ざした医療システムの展開に関する研究……	7
湯地 晃一郎	
(資料) 案ずるより任せるが吉 在宅医療	
(資料) ・7ステップでわかる・在宅医療ガイドブック	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表……	15
III. 研究成果の刊行物・別刷 ……	19

I . 総合研究報告

通院治療・在宅医療等、地域に根ざした医療システムの展開に関する研究

研究代表者 湯地 晃一郎 東京大学医科学研究所附属病院 内科

研究補佐 小松 恒彦 帝京ちば総合医療センター 第三内科

研究要旨

がん患者が希望する在宅・通院治療の実現のためには、在宅または通院治療の医療連携システムを整備し、高齢がん患者の生活の質を維持し、社会生活の継続を可能とすることが重要である。また、地域内の医療や看護、介護等の連携による通院治療・在宅医療の支援システムを構築し、患者・家族へ向けた情報のスムーズかつ的確な伝達を行い、地域社会・地域医療の信頼・連携を確立することも重要である。本研究では、(1)在宅医療を受けたがん患者の転帰に関する研究、(2)患者家族向け、医療者向けの円滑な通院治療から在宅医療への移行モデル普及啓発に関する研究、(3)在宅・通院治療についての啓蒙活動を行い、円滑な通院治療から在宅医療への移行モデル構築・検証、在宅・通院治療に関する医療連携システムの構築研究を行った。研究成果物として、医療関係者患者・家族の共通の相互理解とコミュニケーションに役立つ2種類の冊子、「案ずるより任せるが吉在宅医療」及び「〜7ステップでわかる〜在宅医療ガイドブック」を刊行した。

分担研究者

・小林 一彦

JR東京総合病院血液内科 主任医長

・川越 正平

あおぞら診療所 所長

・小松 恒彦

帝京大学ちば総合医療センター第三内科 准教授

・田中 祐次

東京大学医科学研究所

先端医療社会コミュニケーションシステム 特任助教

・中村 利仁

北海道大学大学院医学研究科

医療システム学分野 助手

・宮腰重三郎

東京都老人医療センター血液科 医長

・濱木 珠恵

東京都立墨東病院内科 医長

・児玉 有子

東京大学医科学研究所

先端医療社会コミュニケーションシステム 特任研究員

・山口 拓洋

東京大学医学部附属病院

臨床試験データ管理学 特任准教授

A. 研究目的

本研究は、がん患者が希望する在宅治療と通院治療を可能にするための医療連携システム及び患者支援システムの整備を目的とする。具体的には、がん患者が希望する在宅通院治療を円滑に実施するための在宅化学療法の医療連携システムの構築、がん患者・家族への在宅

医療啓蒙支援システムの構築等を目的とする。

我が国では、高齢者のがん患者の数が爆発的に増加しているが、現状では在宅通院医療は普及していない。日本における2000年の全がん死亡者数は29.5万人であり、そのうち病院・診療所で死亡した患者数が27.7万人(93.8%)、自宅で死亡した患者数が1.7万人(6.0%)であっ

た。がん患者に対するアンケート調査では、89%の人が自宅での死亡を希望していたが、実際は自宅での死亡を希望している患者のうち希望通り自宅で死亡した患者割合は29.6%に過ぎず、59.0%の人は病院等の施設で亡くなっている。

在宅通院医療が普及していない原因は、現在がん患者の在宅治療・外来通院治療の支援システムが十分に理解・整備されておらず、希望通りに在宅・通院治療が行われない点にある。高齢者がん患者が生活の質を維持しつつ在宅・通院治療を可能とするためには、啓蒙活動を行い、医療や訪問看護、介護、リハビリテーションなどの連携により、支援システムを構築することが必要である。

本研究では、がん患者が希望する在宅または通院治療の医療連携システムを整備することにより、高齢がん患者の生活の質を維持し、社会生活の継続が可能とすることを目標とした。同時に、地域内の医療や看護、介護等の連携による通院治療・在宅医療の支援システムを構築することで、地域社会・地域医療の信頼・連携が確立されることを目指した。それにより患者とその家族へ向けた情報のスムーズかつ的確な伝達が可能となり、患者・家族の啓発により不必要な入院が減り、在宅通院医療への理解と移行が進む。これにより、高齢者により占められる高額医療の低減が期待でき、医療経済の最適化が可能となる。また医療サービスの向上、医療サービスの均てん化も現実化すると予想される。

B. 研究方法

(1) 単一診療所における在宅医療の実態調査・転帰研究

2005年1月から2006年12月の2年間、千葉県松戸市あおぞら診療所に受診歴のある患者115名の死亡に関して、疾患、看取りの場所、看取りの場所に影響した因子について分析研究を行った。

(2) 全国10箇所在宅医支援診療所における在宅医療調査研究

2007年1月1日から12月31日までの期間に、全国10箇所の在宅医支援診療所(岩手県、栃木県、千葉県、東京都、福岡県、鹿児島県)において、対象医療機関の受診患者のうち、死亡、中断等により診療を終了した患者607名を対象に調査研究を行った。概要および疾患と転帰、受診期間の関連、入院により終了した患者の死亡場所について検討した。また、在宅療養開始時の在宅死の希望と疾患、転帰について検討した。

(倫理面への配慮)本研究は東京大学医科学研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

(3) 在宅医療に関する意識調査

在宅医療に関する意識調査として、①病院勤務医師に対する在宅医療への紹介状況、②広く国民に対する在宅医療についての知名度、希望状況、の2種類の調査研究を行った。

(4) 血液悪性腫瘍患者に対する在宅化学療法調査研究

悪性腫瘍患者に対する在宅化学療法に関するまとまった先行研究は乏しい。悪性リンパ腫患者の在宅化学療法を実施した症例について調査研究を行った。

(5) 病棟勤務医師向けの普及啓発モデル構築研究

研究成果を踏まえ、病院勤務医師向けの在宅医療導入に関する手引き、「案ずるより任せるが吉 在宅医療」を作成し、がん拠点病院に5000部を送付、各種シンポジウムで配布した。また具体的モデルとして、手引き導入前後の在宅医療導入数について検討した。

(6) 患者家族向けの普及啓発モデル構築研究

在宅医療導入のための問題点を抽出し、研究成果を踏まえ、啓蒙のためにパンフレット「7ステップでわかる・在宅医療ガイドブック」を

作成し、医療機関の地域連携室、在宅療養支援診療所、調剤薬局等に配布した。

C. 研究結果

(1) 単一診療所における在宅医療の実態調査・転帰研究

千葉県松戸市あおぞら診療所において在宅医療で死亡した患者について、疾患、看取りの場所、看取りの場所に影響した因子について分析研究を行った。在宅医療を受けた患者115例中、71例(61.7%)は医療機関外の自宅等で亡くなり、44例(38.3%)が医療施設で亡くなった。医療施設入院希望の理由は、疾病治療目的で入院する場合と、家族による介護の破綻から在宅療養の継続が困難になり、入院を希望する場合が存在した。在宅療養を支援する機能をもつ病院の整備や緩和ケア病棟のさらなる拡充が重要と考えられた。

(2) 全国10箇所在宅医支援診療所における在宅医療調査研究

607症例(男291、女316)の年齢中央値は81(0-104)歳、70歳以上548例(90%)であった。疾患内訳は担がん患者340例、脳梗塞後遺症患者93例、難病16例等であった。認知症レベルⅡ以上は288例、ADL自立度B-Cは385例であった。在宅療養日数の中央値は88日(0-3973, n=603)、終了理由は死亡350例(58%)、入院216例(36%)、転院22例、施設入所7例、外来移行3例、その他9例であった。転帰と在宅療養日数の比較では、76日(0-3973, n=349)、95日(0-2978, n=215)、57日(0-1274, n=21)、663日(217-1133, n=8)、137日(1-1180, n=3)、71日(4-147, n=9)であった。入院先は159例が急性期病院、ホスピス・緩和病床12例、療養型病床3例、有床診療所1例、入院後の転帰は167例が死亡(訪問終了日から死亡までの期間は中央値12日(0-109))、転帰不明は49例であった。死亡した患者336人のうち、在宅医療開始時に在宅死を希望していた患者は207人、そのうち

在宅死は170人であった。在宅死の希望「有」だったが入院により終了した37例のサブカテゴリー解析では、70歳未満(n=11)、担がん患者(n=24)、急変により入院(n=10)、独居者(n=5)、老々世帯者(n=5)、開始時のADLがⅡ以上(n=26)、認知症(n=10)であった。

担がん患者と非担がん患者の在宅療養日数比較では、47日(0-2712, n=346)、251日(0-3973, n=261)($p<0.001$)、担がん患者の144人は開始時に在宅死を希望し、非担がん患者で在宅死を希望していたのは63人($p=0.0013$)、自宅で亡くなった担がん患者は223人、非担がん患者127人($p=0.0001$)だった。

(3) 在宅医療に関する意識調査

国民に対し在宅医療に関する調査研究を行った。3512枚配布し、2008年1月末までに705人から回答を得た(回収率20.1%)。回答者の属性は男性377、女性327(不明10)、年齢中央値34歳(18-93)、職業は大学生33.2%、会社員29.2%、医療関係職者11.6%、その他主婦、無職、自営業者、教員等であった。在宅医療という言葉は、97.4%の回答者が知っていると答えた。

「ご自身がこれまでに「在宅医療」を受けたことがありますか」に対しては13名(1.8%)があると答えた。「ご家族がこれまでに「在宅医療」を受けたことがありますか」に対しては、98名(13.9%)があるであった。「在宅で医療を受けたい」という希望はありますか」に対しては64.9%が受けたいと答え、29.2%は希望していなかった。また、家族に「在宅医療」を勧めたいと思うかに対しては、62.4%が勧めたいであったが、家族の在宅医療を経験した98人のうちの21人(21.4%)は家族へは在宅医療を勧めないと回答した。回答者の89.6%は今後の自身の人生において在宅医療に関わることになると思う、と答えた。

(4) 血液悪性腫瘍患者に対する在宅化学療法

調査研究

在宅化学療法の事例研究においては、病院内の入院・外来で実施していた血液悪性腫瘍の化学療法を在宅で実施可能であることが示唆された。

(5) 病棟勤務医師向けの普及啓発モデル構築研究

病院勤務医師向けの在宅医療導入に関する手引き、「案ずるより任せるが吉 在宅医療」を作成、がん拠点病院に5000部を送付、各種シンポジウムで配布した。手引きでは本研究成果をわかりやすく図示した。

具体的なモデルとして、分担研究者のJR東京病院にて、本冊子配布ならびに、症例検討会にて在宅医療移行検討を行い、導入前後の在宅移行症例数を検討したところ、在宅移行症例が配布前16名/年から24名/年に増加したという結果が得られた。

(6) 患者家族向けの普及啓発モデル構築研究

在宅医療導入のための問題点を抽出し、研究成果を踏まえ、患者・家族の啓蒙のためにパンフレット「・7ステップでわかる・在宅医療ガイドブック」を作成し、医療機関の地域連携室、在宅療養支援診療所、調剤薬局等に配布した。

D. 考察

(1) 総括

病院勤務医、看護師、在宅医、患者家族、患者への調査研究を実施し、円滑な移行モデルの普及のために必要なのはシステムではなく異なった立場の、医療関係者・患者・家族の共通の相互理解とコミュニケーションであることが明らかとなった。共通理解を得るために必要なコミュニケーションツールとして、2種類の冊子、「案ずるより任せるが吉 在宅医療」及び「～7ステップでわかる～在宅医療ガイドブック」を刊行した。

病院勤務医師向けの「案ずるより任せるが吉

在宅医療」を作成、がん拠点病院に5000部を送付、各種シンポジウムで配布した。全32頁で、がん診療に携わる病院勤務医向けであるが、患者・家族を含めた、全ての人が読んでわかりやすい言葉・絵で説明し、必要十分な情報を厳選したため、冊子を見ながら、患者・家族向けに説明可能な内容とした。

病院勤務医向けの共通理解の醸成のため、データ提示・ホームページ提示を冊子内容に含めた。初年度・2年目までの研究結果で明らかになった、在宅医療に対する希望・実態に関する調査結果を図示し、研究成果を還元した。項目は、患者の望み、病院という療養環境、患者が希望する在宅看取り、患者相談の必要性、早期準備の必要性、家族の望みなど、である。調査結果から必要な項目を抽出後、科学的%を算出し、本冊子では図示で理解してもらえるように工夫した。本冊子は関係各所にて好評を得た。

具体的なモデルとして、分担研究者のJR東京総合病院にて、本冊子配布ならびに、症例検討会にて在宅医療移行検討を行ったところ、在宅移行症例の増加がみられた。

また、在宅医療と通院治療の円滑な医療連携システム・患者支援システムの構築のため、「・7ステップでわかる・在宅医療ガイドブック」のパンフレット(全16ページ)を作成し、医療機関の地域連携室、在宅療養支援診療所、調剤薬局等に配布した。

(2) 各論

在宅医療を受けた患者の死亡に関する研究では、在宅医療を受けた患者で医療機関外の自宅等で亡くなる事例が多く、在宅療養を支援する機能をもつ病院の整備や緩和ケア病棟のさらなる拡充が重要と考えられた。また、円滑な在宅療養継続には、在宅療養支援診療所のみならず、在宅医療を支援する医療機関(病床)や、24時間にわたる介護を提供する自宅以外の施設等の整備が重要であると考えられた。

国民に対する在宅医療に関する意識調査で

は、在宅医療推進のための整備が整ってきている現状においても、家族の在宅医療を体験者の21%が家族へ在宅医療を勧めたくないと思っているという結果が得られた。在宅医療供給者は、本結果を真摯に受け止める必要がある。在宅医療を支える家族のフォーマル、インフォーマルなサポート体制を整えることも重要であるが、今回の結果は住環境や家族の概念の変化を踏まえ、家族員の負担に頼らない在宅医療のシステムについても考えていかななくてはならないことが示唆された。

勤務医向けの在宅医療調査では、在宅医療への紹介を経験したものは59%にすぎず、在宅医療提供者と病院勤務医の間には在宅医療についての認識解離が存在することが示唆された。

通院治療から在宅医療の導入事例、あるいは在宅医療から入院治療への移行例で、在宅医療機関と急性期病院間のコミュニケーション・フィードバック不足が存在した。また、病院勤務医師の在宅医療に関する知識不足も抽出された。これは、急性期病院の勤務医が、在宅医療で可能な医療について知識を有さないというものである。さらに、患者・家族の在宅医療の知識不足も明らかとなった。これは、在宅医療開始前、不安が大きい、何をどこから始めていかわからない、患者・家族が二の足を踏む場合が多い点である。

患者・家族が希望する在宅医療・通院治療の円滑な連携モデルとして在宅化学療法について検討し、悪性リンパ腫患者の在宅化学療法について調査研究を行ったところ、在宅化学療法は実施可能であるものの、抗がん剤の投与方法の工夫・患者家族啓蒙教育・患者の選択・医療経済上非効率性などの問題点が明らかとなった。

E. 結論

がん患者が希望する在宅治療と通院治療を可能にするための調査研究を行い、在宅医療と通院治療の円滑な移行モデルの普及のため

に必要なのは、システムではなく異なった立場の、医療関係者・患者・家族の共通の相互理解とコミュニケーションであることが明らかとなった。研究成果を踏まえ、共通理解を得るために必要なコミュニケーションツールとして、2種類の冊子、「案ずるより任せるが吉 在宅医療」及び「7ステップでわかる・在宅医療ガイドブック」を刊行した。

F. 研究発表

1. 論文発表

高橋[松鶴] 甲枝, 井上範江, 児玉有子. 高齢者夫婦二人暮らしの介護継続の意思を支える要素と妨げる要素 介護する配偶者の内的心情を中心に, 日本看護科学会誌 26 (3): 58-66, 2006.

宮腰重三郎, 大田雅嗣. 高齢者に有終の美を一終末期ケアと緩和ケア, 疾患別にみた終末期・緩和ケアの実際. 老年医学 44 (11):1517-1524, 2006.

川越正平. 24時間365日体制を支えるチームアプローチと連携のあり方. 月刊 総合ケア 17 (1):33-38, 2007.

川越正平. 日本家庭医療学会・川越正平他編・在宅医療に必要な救急事態への備えと臨床決断、プライマリ・ケア救急、プリメド社: 286-292, 2007.

Kodama Y, Kami M, Yuji K, Kuboya M, Komatsu T. Feasibility and obstacles in home chemotherapy for malignant lymphoma. International Journal of Hematology 86 (5): 418-421, 2007.

児玉有子, 湯地晃一郎. 在宅医療という選択肢: 患者さんの退院時のフォローに活用してほしい冊子の紹介. Medicina 46 (1):169-171, 2009.

2. 学会発表

川越正平. 患者と家族を支える在宅ケアNPO 千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア 在宅ホスピス緩和ケア公開講座 講演 2006年8

月27日

児玉有子.メディカルリテラシーの向上-医療者の取り組み ナースの視点から 血液造血管器疾患の在宅化学療法を通して 長岡赤十字病院 講演 2006年10月25日

田中祐次.患者会の医療への参加 医療の質・安全学会 口演 2006年11月24日

松村有子,湯地和歌子,湯地晃一郎,田中祐次,児玉有子,西村有代,久住英二,門田哲哉,川口恭,戸矢理衣奈,齋藤英昭,上昌広.

院内フリーペーパー「ロハス・メディカル」を用いた外来患者向け臨床試験啓蒙の研究 日本臨床薬理学会 ポスター発表,2006年11月30日

児玉有子.悪性リンパ腫に対する在宅医療の試み 幹細胞移植フォーラム 講演 2006年11月30日

田中祐次,児玉有子.新医学 (Medicina Nova) 第26回日本看護科学学会学術集会 2006年12月3日

田中祐次,児玉有子.インターネットを用いた患者支援の検討 第26回日本看護科学学会学術集会 2006年12月3日

川越正平.24時間365日を支える在宅ケア-住み慣れた地域で暮らし続けるために- 医療と介護を支える在宅療養シンポジウム 滋賀県近江八幡市アクティ近江八幡 講演 2006年12月9日

川越正平.在宅ケアを支える全国診療所市民ネットワーク 松戸プレ大会 講演 2007年2月3日

川越正平.複数医師体制の在宅療養支援診療所が担うべき役割-研修機能や地域における24時間対応の中核機能、人材養成- 日本在宅医学会総会 在宅療養支援診療所ワークショップ 座長・講演 北海道札幌市北海道大学 2007年3月18日

児玉有子,小松恒彦,小林一彦,久住英二,上昌広,湯地晃一郎.悪性リンパ腫に対する在宅化学療法の試み 第5回日本臨床腫瘍学会学術集会 2007年3月23日

児玉有子.在宅医療を受けた患者の死亡場所

に関連する問題,第28回日本看護科学学会学術集会 第28回日本看護科学学会学術集会 2008年12月14日

児玉有子,木村幸博,太田秀樹,小野沢滋,平原佐斗司,鈴木央,中村幸奈,中野一司,川越正平.在宅療養患者の転帰に関する施設横断的検討.第11回日本在宅医学会大会 2009年3月1日

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Ⅱ．研究成果の刊行に関する一覧

書籍

発表者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
川越正平	在宅医療に必要な救急、 救急事態への備えと臨床決断	日本家庭医療学会	プライマリ・ケア 救急—即座の判断 が必要なとき	ブリメド社	東京	2007	286-292

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
高橋 [松嶋] 甲枝, 井上範江, 見玉有子	高齢者夫婦二人暮らしの介護継続の意思を支 える要素と妨げる要素 介護する配偶者の内 的心情を中心に	日本看護科学会誌	26(3)	58-66	2006
宮腰重三郎, 大田雅嗣	高齢者に有終の美を一終末期ケアと緩和ケア, 疾患別にみた終末期・緩和ケアの実際	老年医学	44(11)	1517-1524	2006
川越正平	24時間365日体制を支えるチームアプローチと 連携のあり方	月刊 総合ケア	17(1)	33-38	2007
Kodama Y, Kami M, Yuji K, Kuboya M, Komatsu T.	Feasibility and obstacles in home chemotherapy for malignant lymphoma.	International Journal of Hematology	86(5)	418-421	2007
見玉有子, 湯地晃一郎	在宅医療という選択肢, 患者さんの退院時の フォローに活用してほしい冊子の紹介	medicina	46(1)	169-171	2009

Ⅲ． 研究成果の刊行物、別刷り

56 救急事態への備えと臨床決断

- 在宅医療の現場において、救急事態に適切に対処するために表56-1のようなポイントがある。
- 在宅における救急事態を論じるにあたっては、問診や理学所見、そして機器を用いた診療情報収集だけでは十分とはいえない。
- 検査が十分に行えず、診断能力に限界があるなかで対応しなければならないからこそ、なすべき重要なポイントの多くが救急事態に遭遇する前に存在するといえる。患者ごとに予測可能な急性増悪や合併症、事故を想定しつつ、日頃から療養指導を行うことが肝要である。

●表56-1 在宅における救急事態に適切に対処するためのポイント

- | |
|-------------------------|
| ①在宅医療導入に際して把握すべき患者背景 |
| ②全身状態把握のためのルーチンワーク |
| ③救急事態への備え |
| ④在宅における診断能力の限界と臨床決断の重要性 |
| ⑤全身状態の診方 |

ポイント1 在宅医療導入に際して把握すべき患者背景

患者が生活する世帯の構成等の家族背景（最重要）

- ▶主介護者は誰なのか、適切なキーパーソンを選定したうえで（主介護者とは限らない）、その介護者やキーパーソンの理解力をも把握しておく必要がある。
 - ・1世帯あたりの平均構成人員は、全国的にみても年々低下する傾向が顕著であり、高齢者のみで構成される高齢者世帯も増加の一途をたどっている。これらを背景に、老老介護や独居（または日中独居）が社会問題化している。

家屋構造

- ▶玄関周囲のアプローチ、屋内の段差、ベッドから食卓やトイレまでの動線、浴室、手すりなどの家屋構造については、初回訪問時に把握するよう努めるとともに、適切なアドバイスを開始するべきである。

経済的問題

- ▶療養生活を支えてゆくにあたっては、経済的問題についても避けて通ることをしない。
- ▶プライバシーに配慮しつつも、家庭内の事情をある程度把握するとともに、活用可能な社会制度について適切なタイミングでアドバイスするべく努力する。

ポイント2 全身状態把握のためのルーチンワーク

身体診察

- ▶ 診察にあたっては、介助が必要であったとしても座位をとってもらう。
 - ・身のこなしを観察することができるとともに、寝たきり患者にとって重要な背部の聴診も容易となる。
- ▶ 一般的な血圧測定や胸部の聴診に加え、パルスオキシメータを用いて経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂)を測定する。
- ▶ 要介護者がトラブルを生じやすい皮膚(全身)や口腔内、四肢(とくに足部)、爪などの観察を習慣づける。
 - ・浮腫や末梢循環不全、湿疹や褥瘡、歯周病、白癬、蜂窩織炎、陥入爪などを見逃さない。
- ▶ 立位や歩行が可能な患者には、実際に立ち、歩いてもらうことが望ましい。
 - ・このとき、可能なら体重測定を行う。
- ▶ 定期的に測定された酸素飽和度や体重の値は、のちに生じうる肺炎や心不全、栄養状態の変化などに際して重要な判断材料となる。
- ▶ 同様に、正常所見や陰性所見を含む正確なカルテ記載を心がける。

問診

- ▶ 生活の基本となる食事、排泄、睡眠に関連した質問を投げかけるよう習慣づける。
 - ・「ごはんはおいしいですか?」、「お通じはきちんと出ていますか?」、「夜はよく眠れていますか?」など。
 - ・そのときどきの気候や直近のニュースなどを話題に取り上げるのも一法である。
- ▶ これらの問いには、できる限り患者自らの言葉で答えてもらう。
 - ・その目的は必ずしも答えそのものにあるのではない。むしろ、それらのやりとりのなかで患者の生活実態や、知的活動性、意欲、周囲への関心、家族のかわり方や心情をうかがい知ることにある。
- ▶ 身体所見に加え、このような会話を通じて、患者、家族との信頼関係を構築するとともに、患者の全体像とその変遷についての感触を日頃からつかんでおくことが重要となる。

ポイント3 救急事態への備え

起こりうる急性増悪や合併症、事故についての指導

- ▶ 在宅においては、医学知識を持ち合わせていない患者や介護者、またはホームヘルパーからの報告を手がかりにして患者の病態変化を察知しなければならない。
- ▶ だからこそ、どんな急性増悪や合併症、事故が起こりうるのか、そしてどんな場合に医療者に報告すべきかを、患者や介護者に日頃から指導しておくことがきわめて重要である。
 - ・たとえば、心不全や気管支喘息、誤嚥性肺炎など、臨床経過からある程度予

測可能な急性増悪や合併症発症については、起こりうる症状をあらかじめ説明しておく。

- ▶ また、家屋構造や障害に由来する転倒などの事故、装着している胃瘻や尿道カテーテルに関連したトラブルなど、予見可能なことも少なくない。
- ▶ このような患者ごとのリスクを事前に想定し、十分に説明のうえ、住宅改造をすすめたり、交換用の尿道カテーテルを自宅に預けておくなどの備えが有益である。

報告のタイミングやスピード感

報告してもらう際にとくに重要なのは、そのタイミングやスピード感である。

- ▶ 夜間や週末だからという遠慮から第一報が遅くなってしまった場合など、すでに重大な病態に陥ってしまっている恐れもあるため、「迷ったらとりあえず連絡」するように指導しておくことが肝要である。

・相談しやすい関係を構築することも医師の力量だということを意識したい。

- ▶ 在宅医療導入後はじめての問い合わせに対しては、軽微な変化であってもひとまず診療に赴いたうえで緊急性はないことを確認するのも一法である。

・患者、家族に上記のような経験を重ねてもらうことによって、在宅における24時間対応の実態への理解が深まる。

患者の真のニーズを追求する努力

- ▶ 患者・家族のニーズを把握することがきわめて重要である。

・しかしながら、単に患者や家族の言葉に耳を傾けるだけでは不十分である。

・患者はしばしば意欲障害や認知機能の低下を有しており、患者の口から発せられる言葉が真のニーズたりうるのかをよく吟味する必要がある。

・(デイサービスのような交流の場合は)「人見知りするので好きではない」といっていた患者が、カラオケをきっかけに喜んでデイサービスに参加するようになった、などという例は枚挙にいとまがない。

- ▶ 患者と家族の利害の対立にも注意する。

・患者が自宅で療養生活を続けたいと考えるのはごく自然な欲求かもしれないが、その希望は家族にとって肉体的にも、精神的にも、そして金銭的にも深刻な負担となる恐れもある。そこに、家族間の感情の軋轢や虐待が存在する場合もある。

・日頃から半ば介護放棄に近い劣悪な条件で生活している患者がなんらかの病態変化を生じた場合など、病態そのものは軽微であっても、これを機に入院やショートステイなどのサービスを利用し局面を打開するなどの戦略もありうる。

救急事態を想定しての話し合い

- ▶ 方針決定に際して、前述のような病態の重篤さや病態変化の速さだけを判断材料とすればよいということではない。

・悪性腫瘍の終末期にあり自宅で最期を迎えたいという目的のもと療養生活を送

っている患者の場合など、どんなに重篤な状態に陥ったとしてもその病態の重篤さだけで入院を判断することはない。

- ・高齢者、とくに寝たきり患者の場合、診断のみならず、病院を受診すること自体の困難さや、入院により生活環境を変化させることによりせん妄や転倒事故を生じる危険性等をも勘案する。
- ・患者にとって最も現実的で有益な方針を決定することができるように、患者、家族と十分な時間を共有しておく必要がある。そして、治療方針を決定するにあたっては、上記のような周囲の状況をもふまえて、患者の真のニーズをいかに引き出し、実現することができるかを追求することを忘れてはならない。

ポイント4 在宅における診断能力の限界と臨床決断の重要性

在宅における診断能力の限界

下記のように、在宅においては診断能力に限界があるといわざるをえない。

▶画像診断。

- ・在宅においても携帯型のX線装置や超音波などの検査が可能であるが、CTスキャン等の大型機器を要する患者検査を実施することはできない。

▶検体検査。

- ・地域により条件の違いはあるものの、外注する形でおおむね可能であろうが、アンモニアのように迅速な運搬や検体処理を要する項目は困難である。
- ・また、患者の協力なしに検体を採取することがむずかしい喀痰等の検査を実施するにあたっては困難を伴う場合も多い。

臨床決断の重要性—診断は困難だが決断は可能

- ▶上述のように在宅では正確な診断は困難な場合も多いが、だからといって治療自体が不可能だというわけではない。

たとえば、38℃の発熱、咳、痰を呈する患者の場合、気道感染症が疑われることは自明であろう。しかし、在宅という医療現場においては、診断が肺炎かどうか最も重要な判断基準だとは限らない。たとえ肺炎を生じていたとしても、全身状態が保たれており、介護する家族などの条件に恵まれれば、在宅で治療が可能な場合も少なくない。逆に、当初は咽頭炎や上気道炎等の医学的には軽度の病態であったとしても、それを契機に急速に全身状態の悪化や合併症の併発を生じる場合もときに経験する。重要なのは、正確な診断には至らないとしても、その気道感染症が生命や生活を支えるにあたってどの程度支障をきたすのかということである。その点を見極め、在宅での治療を継続するのか、それとも入院治療に切り替えるのかを決断する必要がある。

- ▶患者の希望を汲みつつ、「診断は困難だが決断は可能」ということを念頭に、それぞれの場面での最善の方針を決定することが重要である。

●表56-2 全身状態把握に有用な指標

食欲
意識の状態
身のこなし
体温
呼吸の仕方

では医学知識を持ち合わせていない患者や介護者、ホームヘルパーからの報告をもとに判断する以上、話はそう単純ではない。そもそも、バイタルサインを測定しようにも患者宅に測定機器がなければ不可能である。介護者の力量にもよるが、血圧や脈拍を正確に測定し報告してもらえることは少ない。

- ▶そこで、「体温」と「呼吸の仕方」に注目してもらうのが現実的であろう。
- ▶体温については測定の方法や部位が不適切であったり、予測式の電子体温計を用いているにもかかわらず測定時間が短すぎる場合など、実際より低い値がでてしまう恐れもある。そのような事情を理解したうえで、実際の体温が報告してもらった数値より低いことはないだろうという予想のもと、判断材料の一つとすることは可能である。
- ▶一方、呼吸数のカウントも、慣れていない介護者には困難である。そこで、あくまでも介護者やヘルパーの主観をもとに、「苦しそうに呼吸かどうか?」を報告してもらうことによって、病態把握の一助となる。

療養指導のポイント

- ▶裏を返せば、全身状態のバランスを維持するために、表56-2に掲げた項目についての的確な指導を日頃から行っておくことが肝要である。
- ▶食事をとれない場合、「二食までは許容範囲だが、三食続けて食べられない場合には、原因によらず輸液等の医療的介入が必要だ」などと具体的にアドバイスする。
- ▶水分摂取については、とくに高齢者は脱水に陥りやすいことから、日頃から飲水を励行することが望ましい。その場合、摂取すべき水分量は、体格の差はあれ1日におおよそ1000mLであるということを指導しておきたい。これに関連して、コップ1杯の水は約200mL、吸い飲み1杯は150mLなどと具体的に指導する。
- ▶排泄については、尿量は必要飲水量と同様に1日1000mL以上が望ましい。正確な尿量については、尿道カテーテルを留置している患者以外は把握困難だが、オムツの重みや排尿回数、尿の濃さなどから、いつもどおりの尿量が保たれているかどうかを推測する。
- ▶いずれの項目も日頃の状態と比較することの重要性を強調しておきたい。

「なんとなくおかしい、元気がない」"not doing well"

- ▶問診は不可能であり、身体所見をとるにあたってかなりの困難を伴う新生児科の医師が、救急で運ばれてきた新生児にどこまで侵襲的な精査を行うかを判断する際に最も重視するのが"not doing well"と称する直感であるという。在宅において寝たき

正確な理解は困難であっても「納得」を得る努力を怠らない

- ▶ 認知症を有する要介護高齢者は年々増えている。また、意識障害に陥っている患者はもちろんのこと、失語症など問診が困難な場合もある。患者のみならず、介護する家族の高齢化も進んでいる。病状説明に際しては、正確な理解を得たうえで治療方針についての合意や決定を行う必要があるが、救急事態に直面した場面においては、言葉を尽くしたとしても、うろたえた患者・家族に病態を正確に理解してもらうことは困難なことも多い。
- ▶ そこで重要になるのが、初診時より地道に築きあげてきた患者や家族と医師との信頼関係である。
- ▶ そして前述したように、起こりうる急性増悪や合併症、事故についての指導、救急事態を想定しての話し合い、患者の真のニーズを追求する努力などの「救急事態への備え」である。仮に、正確な理解は困難であったとしても、「納得」を得る努力を怠らないということを肝に銘じたい。

ポイント5 全身状態の診方—寝たきり患者が急にぐったりしたとき—

- ▶ 高齢者は一般に症状に乏しく、あったとしても非特異的な症状を呈することも多い。
 - ・ だからこそ、“療養日記”を関係者全員で記すとか、定期的に体重を測定するなどの情報蓄積を常日頃怠らないこと、そうすることによって介護者やホームヘルパーを含めたチームが状態変化を見逃さない戦略が重要である。
- ▶ 全身状態を把握するにあたって有用な指標を表56-2に掲げる。

全身状態を最も反映する指標としての「食欲」

- ▶ 表56-2に掲げた5項目はいずれも重要だが、全身状態を見極めるうえで最もたいせつな指標の一つあげるとしたら「食欲」であろう。
 - ・ たとえば、同じように咳と痰を呈する患者であっても、「38.5℃の発熱があるものの、三食食べることができている患者」と「37℃前半の微熱だが、食欲がなく食べられない患者」では、後者のほうが重篤な病態である可能性が高い。
- ▶ このように、急な病態変化を呈する患者には、「食事や水分がとれているか?」、「次の食事を食べたいと思うか?」を問うことが全身状態を把握するための大きな鍵となる。

「意識の状態」と「身のこなし」

- ▶ 次に重要なのが「意識の状態」や「身のこなし」である。
 - ・ 日頃清明な患者の意識が混濁しているならそれは看過できないし、いつもは車椅子に軽介助で移乗できる患者が、下半身に力が入らず移乗できないとしたら、その事実は重く受け止める必要がある。

「体温」と「呼吸の仕方」

- ▶ バイタルサインが全身状態把握に有益な情報であることはもちろんだが、在宅におい

り患者の全身状態を把握するにあたっては全く同様のことがいえる。

- ▶「食欲」、「意識の状態」、「身のこなし」、「体温」、「呼吸の仕方」などの指標をふまえたうえで「なんとなくおかしい、元気がない」という直感を磨くべく、臨床経験を積み重ねる必要がある。

時間軸を重視した病態把握

- ▶もう一つポイントをつけ加えるとすれば、「時間軸」の視点である。症状に乏しく、非特異的な所見しか認められない寝たきり患者の重症度を判断しかねる例は少なからずある。
- ▶その場合、6時間後、12時間後、そして24時間後の状態変化に着目する。この間に時間を追って徐々に状態が悪化するようなら、当然のことながら重篤な病態だと察知できる。
- ▶逆に24時間後、48時間後にも大きな変化を認めなかったり、しだいに改善をみるようなら、重篤な病態ではなかったということが判明することになる。

(川越正平)