

I. 要約

1) 浜松市におけるがん患者の在宅死亡数（資料1）

総務省統計の目的外使用申請を行い、浜松市のがん患者の在宅死亡数を把握した。浜松市全体で2007年は1795名、2008年は1869名のがん死亡があった。そのうち在宅で死亡したがん患者は、2007年には7.0%（125名）であったが、2008年には9.0%（169名）に増加した。これは、全国平均（6.7%、2007年；7.3%、2008年）と比べて増加率が高かった。

地域別では、浜北区でもともと9～10%と高かった。天竜区では減少していた。それ以外の中区、東区、西区、北区で増加しており、南区でやや増加していた。北区での増加が顕著であった。在宅ホスピス・在宅緩和医療を掲示している診療所でのがん在宅死亡数は増加していたが、それ以外の診療所でもがん在宅死亡数は減少していなかった。在宅ホスピス・在宅緩和医療を掲示している診療所は、これまで在宅がん患者を引き受ける診療所の少なかった地域や、麻薬の持続注射を必要とするなどより重症な患者の受け皿となっていることが示唆された。

以上より、浜松市での、在宅でのがん患者は全体として増加する傾向にあると見込まれた。

2) 遺族調査（資料2）

遺族調査の結果、在宅で死亡した患者の遺族では、「体の苦痛が少なく過ごせた」、「望んだ場所で過ごせた」、「希望すれば、自宅で最期まで過ごすことも可能だ」、「病院と同じように苦痛を和らげることができる」などの肯定的な回答が多く、「急な変化があったときや夜間に対応できない」、「家族への負担が大きい」との否定的な回答が少なかった。

希望するがん患者が自宅で過ごすことは、患者や家族からよい評価を得ていると考えられた。

3) 診療所の個別訪問によるがん在宅医療の現状の整理（資料3）

浜松市内の診療所27施設に個別訪問を行い、がん患者の在宅診療の現状と解決策について分析した。多くの診療所の医師が地域の在宅医療に貢献したい意思があり、そのために、診療所医師は、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築、②バックベットの確保、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備、⑥制度上の問題の解決が必要であると考えていた（資料3 表1）。

II. まとめと提案

1) 自宅で最期を迎える患者数の見積もり

患者・家族の希望、自宅でも疼痛緩和が可能な手段の増加、および、政策誘導により、国際的、全国的な傾向として、今後、がん患者の10～20%程度が在宅死亡することが予想される。「希望しない患者」が在宅に「無理やり退院させられる」ことはあってはならないが、「自宅を希望する患者」の受け入れ態勢を整備することは重要であると考えられる。

今後数年間の浜松市のがん死亡数を約2000人と考えると15%として約300名の在宅がん患者の受け入れ態勢があればひとまず安心と考えられる。そのためには、たとえば、在宅ホスピス・在宅緩和医療を掲げる診療所で150名、やや在宅患者数の多い診療所で10名×3～5=30～50名、かかりつけの近隣の患者でなるべく自宅を希望する患者を見る診療所で2～4名×20～30=40～120名でネットワーク化されることが目標であると考えられる。

2) 具体的な提案

多方面にわたる活動が必要であり、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）終了後もいろいろな課題を分担して行っていく必要があると考えられる。資料3報告書の表1に診療所医師の求める具体的な取り組み案を示した。

なかでも、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築、②バックベットの確保、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備が必要であると考えられる。

① 診療所の医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所の連携体制の構築

公的な連携構築体制をつくることも意義があると考えられるが、連携構築体制を希望しない医師もいることを考えると、まずは、有志のあつまりを中心として、医師会の協力を得ながら、20～30人規模のメーリングリストを立ち上げ、主治医・副主治医の相談、不在時の代行医師の相談をできるようにすることが最初の目標となると思われる。

② バックベットの地域全体での確保

患者・家族に渡すカードや、退院時にバックベットを確実に確保する施設ごとの取り組みも考えられるが、まずは、各病院（救急部を含む）と医師会との申し合わせとして、「在宅療養をお願いした患者のバックベットの確保が病院として重要な役割である」ことの認識の合意と、「各病院の救急・入院相談現場への周知の徹底」を行うのが最初の一步ではないかと考えられる。

③ 病院が疼痛など専門的な治療のバックアップを行う体制

浜松市内には5つの緩和ケアチームがあるため、5つの緩和ケアチームの医師（緩和医療学会暫定指導医、専門医）および看護師（緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師など）に直接患者の相談ができる地域共有の窓口を作成し、「浜松緩和ケアホットライン」とする。これにより、自宅にお願いし

た後、麻薬の使用方法等で困らなくなる体制を整えることができる。

あわせて、医師会の協力を得て、紹介元の病院の緩和ケアチームに連携室を經由して相談する方法の周知、および、在宅で困る場面が多い緩和ケアの工夫や自宅での死亡確認に関する知識の一覧を浜松市内の緩和ケアチームで協力して作成し、医師会のホームページや医師会ウイークリーで案内を行うことも有用な可能性があると考えられる。

④ 病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備

2008～2009年にかけて緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）で行った活動を継続する。すなわち、病院の連携室と地域医療福祉従事者を含む情報と連携ノウハウ共有のカンファレンス、「退院カンファレンス」の実施、病院の医師・看護師が在宅医療を体験する教育、地域の医療福祉従事者から病院スタッフへのフィードバック（デスクカンファレンスなど）を継続して行う。

OPTIMで手がついていない課題として、「医療資材の準備・在庫を抱える負担」の問題が今回多くの診療所医師から挙げられたため、医師会と各病院との話し合いにより、利用頻度の少ない医療資材の貸し出しなどの方法を検討する機会があってもよいと思われる。

⑤ 在宅療養を支える地域の社会資源の整備

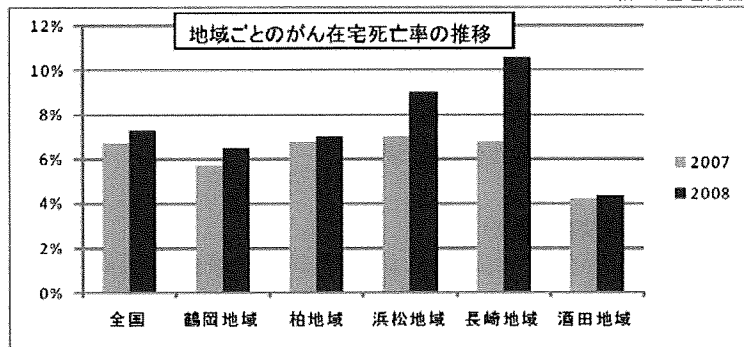
地域全体での看護・介護を最大化する工夫の検討、自宅死亡の検案や救急搬送のルールの整備を行うために、施設管理者と実務者からなる「(がん緩和)在宅医療ネットワーク協議会」などを立ち上げることが選択肢になるが実現可能性、実効性については本報告書の作成時点では不明である。

資料1 浜松市におけるがん患者の在宅死亡数

1. 全国 「緩和ケア普及のためのプロジェクト」 介入地域での比較

	2007		2008	
全国	22,747/338,381	6.7%	25,080/344,838	7.3%
鶴岡地域	29/510	5.7%	37/571	6.5%
柏地域	100/1470	6.8%	106/1519	7.0%
浜松地域	125/1795	7.0%	169/1869	9.0%
長崎地域	95/1389	6.8%	153/1449	10.6%
酒田地域	23/548	4.2%	27/608	4.4%

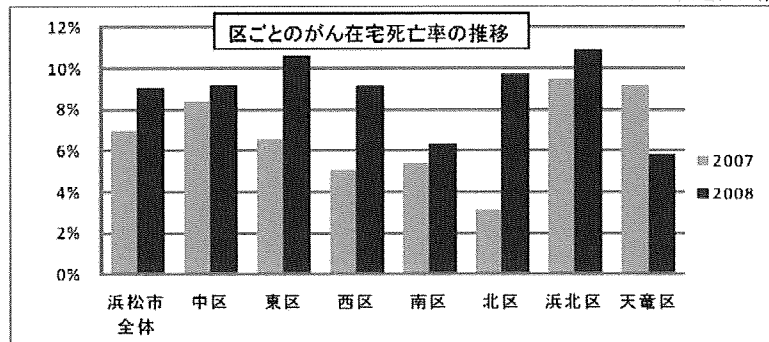
(がん在宅死亡数/がん死亡数)



2. 浜松市 区ごとのがん在宅死亡数の比較

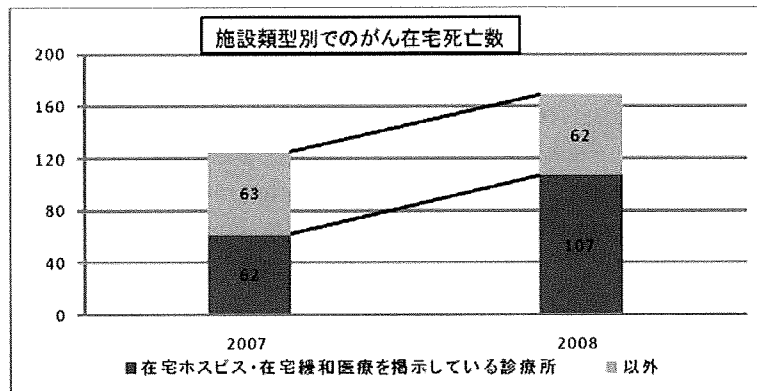
	2007		2008	
浜松市全体	125/1795	7.0%	169/1869	9.0%
中区	35/417	8.4%	52/568	9.2%
東区	12/181	6.6%	28/264	10.6%
西区	9/177	5.1%	24/264	9.1%
南区	10/184	5.4%	14/224	6.3%
北区	5/161	3.1%	22/227	9.7%
浜北区	14/147	9.5%	22/202	10.9%
天竜区	8/87	9.2%	7/120	5.8%
浜松市1~3月	32/441	7.3%	-	-

(がん在宅死亡数/がん死亡数)



3. 浜松市 診療所の類型別でのがん在宅死亡数

	2007	2008
浜松市	125	169
在宅ホスピス・在宅緩和医療を掲示している診療所	62	107
以外	63	62



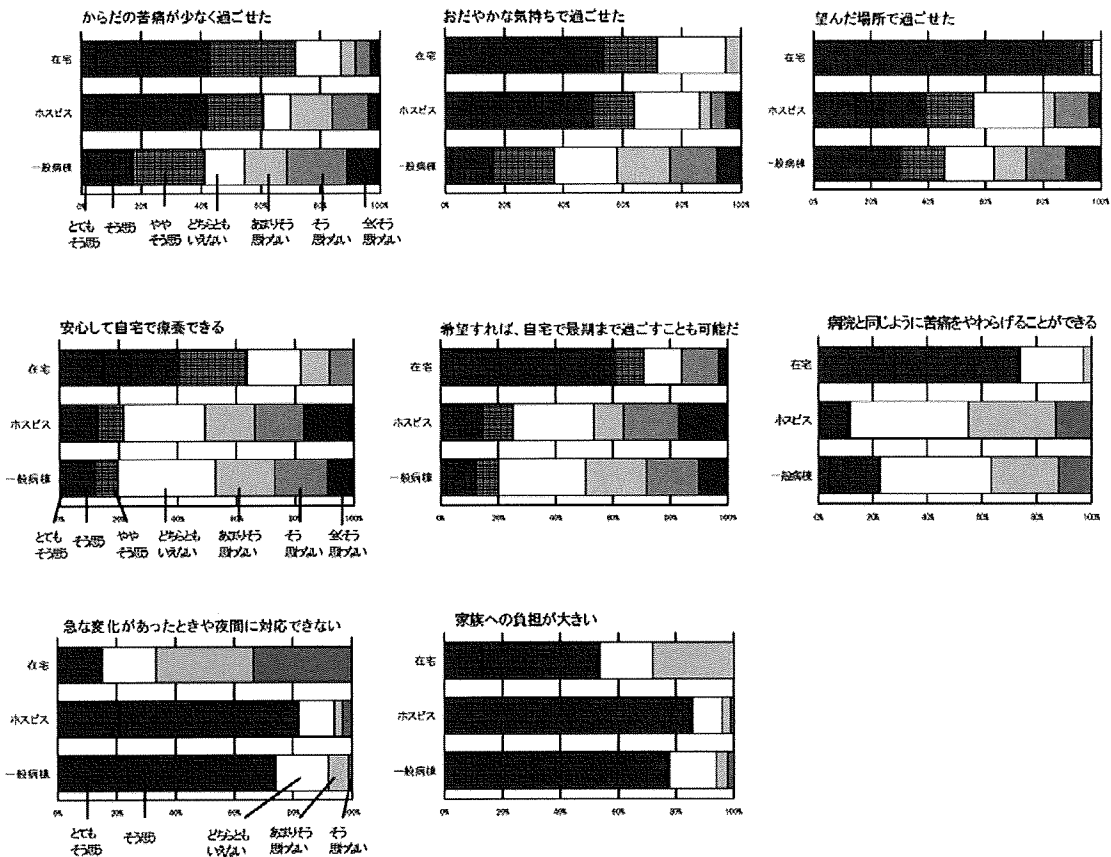
資料2 遺族調査

1. 対象・方法

2008年の浜松市内の7病院で死亡したがん患者の遺族313名、ホスピスで死亡した患者の遺族80名、および、4診療所の往診で自宅死亡したがん患者の遺族39名を対象とした質問紙調査を行った(回収率72%)。

2. 結果

在宅で死亡した患者の遺族では、「体の苦痛が少なく過ごせた」、「穏やかな気持ちで過ごせた」、「望んだ場所で過ごせた」と回答した家族が多かった。また、「安心して自宅で療養できる」、「希望すれば、自宅で最期まで過ごすことも可能だ」、「病院と同じように苦痛を和らげることができる」と回答した家族が多く、「急な変化があったときや夜間に対応できない」、「家族への負担が大きい」と回答した家族が少なかった。



3. 自由記述にみられる在宅がん患者の遺族の声

自由記述は以下のようなものが見られた（匿名性に配慮して再構成した）。

発病とともに私達家族は全員が一つになり、いずれ遠くない日に旅立つ母をどうしてあげる事が一番いいのかと悩みました。在宅介護の大変な事も考えましたが「自分の家にいたい」という気持ちを第一に考え家族で決めたことを、今は間違いでなかったと思います。苦痛、治療については、在宅診療での医師の献身的な治療と家族に対しての心遣いにはとても感謝し、母の望み通りの「自宅での最期」ができたことと思います。そして、母の最期の顔が、安らかで幸せそうな顔であったことを、家族みんなは信じております。本当にありがとうございました。

私達の場合は、自宅での介護が一週間ほどでした。私達親子は先生をととても信頼していました。精神的にも先生に非常に助けをもらい、朝でも夜でもいつでも駆けつけていただき、こんな先生が世の中に大勢いたら良いのと思いました。良かったことは先生が担当だったことです。母も同じことを言っていました。

最後まで「良くなりたい」と化学療法に本当によく耐えがんばった母でした。化学療法が不可能になってからは在宅を強く望み、訪問医の先生のおかげで母の家族の願いがかないました。先生や看護師さんにどれだけ精神的にも救われたことか、本当に感謝しています。無我夢中の介護の日々でしたが、不安を少しでも軽くしてくれようと心をくわいて下さったり、はげまして下さったりした先生がありが良かったです。地域の先生のおかげでございます。

地域にこのような在宅ケアがあるという事を知りませんでした。私の友人が教えて下さり区役所に出向きました。親切な対応をしていただき、家族共々感謝の中で主人を看取ることができ、本当に幸せでした。至れり尽くせり、筆舌にはつくせない程お世話になり、感謝、感謝です。“昼の上で死にたい”とよく世間で聞く言葉です。それが叶ったのですから本人も本望だったと思っています。

先生、看護師さんにお世話になることができ、本人も家族も本当に良かったです。あのよう安心して過ごすことができるなら、もっと早く退院することを考えれば良かったという思いです。ケアに関してもさることながら、精神的な支え（本人、家族）をたくさんいただきましたこと、心より感謝しています。

大変満足しています。近くにすばらしい医院があった事は、わが家にとって本当に幸運なことであったと感謝しています。患者の不安は最初とても大きく、その不安な気持ちを支える者にとっても、大きな不安がありました。それを見事に医師、看護師の方々がタイミングをはずすことなく、支えてくれた事がうれしかったし、すばらしい医療だと思いました。電話も24時間対応してくれて、些細なことでもていねいに対応したり、往診してくれたことは忘れません。

我家の場合は発病がわかった時点で、本人が本を何冊か読み、当初から緩和ケアを視野に入れていまし

た。本人の強い希望で、自宅療養、最期も自宅でという事を家族も受け入れていましたが、当初ほんとうにできるのか非常に不安でした。でも、初めて先生に会った時、大丈夫ですよ、いつでも往診できますよという一言ともう一つ、呼吸の苦しくなっている時期に入っていました。本人が旅行に行きたいけど無理かなと言うと、先生はすぐ対応して下さい、行きたいと思った時にすぐ行った方がいいですよと酸素ポンペの手配をすぐにやって下さいました。24時間酸素吸入をしている状態でしたが、最後の旅行をする事ができました。そのことで、困った事やわからない事は、相談しながらやればできるかもしれないと安心しました。家が商売をやっているのですが、自宅療養ということで、店も営業しながら最期の時までほとんどの時間一緒に過ごすことができ、ほんとに良かったと思っています。

往診には平服で見えられ、温かな心使いに家族同様の親近感を感じました。献身的で、私共の会話等にはゆったりとした時間を取って下さった先生、そしてスタッフの皆様にお世話になり、安らかな旅立ちでした。ほんとうに有難く感謝しております。ただ、これは大変難しい事とは思いますが、もう少し早い段階で在宅医療に出会っていたら良かったのにと感じております。

十分な介護が出来て大変良かった。患者自身も精神的に落ち着いた日々を過ごすことが出来たと思う。親族一同の手本になった。

家内の最後約〇ヶ月間を自宅、そして家族と共に過し得た事は、本人はもとより家族も大変良かったと思っています。在宅緩和ケアが受けられたからです。総合病院で全力の治療を受けたと思いますし、本人自身も回復への努力をいたしました。今回お世話になった在宅緩和ケアは、想像以上に素晴らしいものだと思います。苦しむ患者にとっては今日での最高のシステム・内容だと思いますので、一層推進を願いたいと思います。

医療が在宅へという流れにあるようだが、現在の在宅医療の限界を患者や家族にあらかじめきちんと説明してほしい。幾つかの選択肢の中でそれぞれの限界を知った上で在宅医療を選んだなら、私たちは多分納得できる。自宅での最期は父が望んでいたことだろうと思いつつも、そこまで考えた上で覚悟していなかった私は、急変した時点で病院に運ぶべきであったか今も時々思い返している。

資料3 浜松市におけるがん在宅緩和医療の課題と解決策に関する 診療所医師を対象とした訪問調査

要旨

本調査の目的は、浜松市におけるがん在宅緩和医療の課題と解決策を診療所医師の視点から探索することである。浜松市の27施設の診療所医師に訪問によるインタビュー調査を実施し、得られたデータの内容分析を行った。調査対象となった診療所の89% (n=24)の医師が、「在宅療養を希望する地域の患者・家族のために貢献したい」と述べた。診療所医師は、がん患者の在宅療養を支えるために、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築 (n=14)、②バックベッドの確保 (n=6)、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制 (n=6)、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備 (n=14)、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備 (n=3)、⑥制度上の問題の解決 (n=2)が必要であると述べた。地域のがん在宅緩和医療を促進するために、地域で取り組む必要のある解決策が収集された。

I. 背景

緩和ケアは、病院に設置される緩和ケア病棟や緩和ケアチームを超えて、地域全体への普及が求められている¹⁵。今後、がん患者の絶対数が増加する、患者・家族の「家にいたい」という希望が増える、自宅で可能な鎮痛など症状緩和の手段が増える、あるいは、入院から在宅への政策的な誘導が行われるなどの理由により、在宅で最期を迎えるがん患者が増えることが予測されている。総務省人口動態統計による浜松市のがん患者の死亡数は、2007年は1795名、2008年は1869名であった。そのうち、在宅での死亡は2007年には7.0% (125名)であったものが2008年には9.0% (169名)に増加している。今後も在宅での死亡の増加が予測され、在宅療養を希望するがん患者が安心して過ごせるための体制を地域全体で整備していくことは重要であると考えられる。

がん患者の在宅療養を支えるために、国内においては、医師会が中心となって整備した在宅医療の一環としてがん緩和ケアにも取り組む尾道方式、有志の診療所医師が負担を減らすために主治医・副主治医として構築したネットワークから発展した長崎のドクターネット、地域の診療所の中に緩和ケアに関する相談機能を持つ診療所を有する岡山モデルなど、さまざまな連携の取り組みが行われている⁶³。これらは、それぞれ、各地域の「そこにしかない」特徴から生じたシステムであるという側面がある。一方、浜松市を含む、地域の診療所医師から見たがん在宅緩和医療の課題と解決策を明らかにした研究はほとんどない^{9,10}。

II. 目的

本研究は、2007年から浜松市において実施されている厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 (緩和ケア普及のための地域プロジェクト; OPTIM)の一環として、診療所医師から見た、浜松市におけるがん在宅緩和医療の課題と解決策を探索的に収集することを目的として行われた。

III. 対象

本研究では、浜松市におけるがん在宅緩和医療の課題と解決策について、以下の理論的なサンプリングに基づいて調査対象施設を同定した。まず、がん患者の訪問診療をしており、かつ、地域の多職種ネットワークの情報を得ている診療所医師の意見を得るために、OPTIM に登録している診療所を対象とした。次に、がん患者の訪問診療をしているが地域の多職種ネットワークに参加していない診療所医師の意見を得るために、地域の3か所の訪問看護ステーションからの情報により、「がん患者の訪問診療を行っているがOPTIM に登録していない」診療所を対象とした。最後に、訪問診療をしていない地域の診療所医師の意見を得るために、「周囲に訪問診療を行っている診療所がない」地域の診療所を対象とした。

一定の基準にもとづく全数調査ではないサンプリング法を用いた理由は以下のとおりである。1) 本研究は探索的研究であり、知見の一般化可能性は主たる目的ではない。2) 基準を作成したとしてもすべての診療所にアプローチすることは実際的に不可能である。3) 調査年(2009年)において、浜松市には在宅療養支援診療所の届け出をしている診療所は66診療所である一方、在宅診療をしている診療所は必ずしも在宅療養支援診療所の届け出をしていないため、「在宅療養支援診療所」を基準とした基準の作成は実態と異なる可能性がある。4) 在宅診療を実際に行っているか、行っていない地域で診療しているなど設定された立場からの意見を収集することが目的である。

IV. 方法

1 調査方法

調査は、調査担当者である看護師が、診療所医師に30分程度のインタビューを行い、内容を記載した。録音は行わなかった。

調査前に、調査担当者は、診療所に関する情報を整理した。すなわち、OPTIM参加登録の有無、OPTIM主催のセミナーや会議への参加の有無、医師会のホームページで公開されている内容(訪問診療の可否、在宅療養支援診療所の標榜の有無、麻薬の対応の可否、対応可能な医療処置、看取りの対応の可否)、各診療所のホームページで公開されている内容(往診・訪問診療の可否、24時間対応の可否、在宅療養支援診療所の標榜の有無)、OPTIMで作成した診療所データベースの内容(往診・訪問診療の可否、麻薬の対応の可否、対応可能な医療処置、看取りの対応の可否)についての情報を得た。

次に、対象施設に、電話にて連絡をとり、調査の目的・調査の概要を説明後、調査諾否の返事を得た。対象施設との日程の調整を行い、診療所を訪問した。訪問時に、調査の目的、方法、内容、および、調査により得られた結果をOPTIMで共有することについて文書で説明し、口頭同意を得た。

2 調査内容

医師1名、看護師2名、医療ソーシャルワーカー1名からなるフォーカスグループにより調査項目を作成した。主な調査項目として、「地域のがん在宅緩和医療の課題と解決策、がん患者の在宅での看取りを可能とする連携やシステム」について自由に意見を求めた。このほか、がん患者の診療の現状と対応可能ながん患者数、往診・訪問診療、看取りの現状と意向、麻薬の処方・対応可能な医療処置、24時間対応・対応可能な時間帯、対応可能な地域、連携のある医療福祉機関(病院、診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局)について質問した。

3 解析

調査により得られた量的データは度数分布を集計した。質的データは、1名の研究者が緩和ケア専門医師1名と緩和ケア認定看護師1名のスーパービジョンのもとに合意が得られるまで内容分析を行った。

V. 結果

1 対象の背景

浜松市内の29カ所の診療所に調査の依頼を行い、27カ所(93%)の診療所から同意が得られた。そのうち調査時点でOPTIMに登録している診療所は3施設であった。対象者の背景は、男性93%(n=27)、女性7%(n=2)であった。がん患者の往診・訪問診療の経験がある医師は97%(n=28)であり、ほとんどの医師が在宅での看取りを行っていた。各診療所における年間のがん患者の看取りは0~10名であった。診療所の場所は、天竜区7%(n=2)、浜北区11%(n=3)、北区26%(n=7)、中区19%(n=5)、西区11%(n=3)、東区11%(n=3)、南区15%(n=4)であった。

2 診療所医師からみた浜松市のがん在宅緩和医療の課題と解決策

調査対象となった診療所の89%(n=24)の医師が、「住み慣れた地域で在宅療養を希望する地域の患者・家族のために貢献したい」と述べた。診療所医師は、がん患者の在宅療養を支えるために、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築(n=14)、②バックベットの確保(n=6)、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制(n=6)、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備(n=14)、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備(n=3)、⑥制度上の問題の解決(n=2)、が必要であると回答した。

1 在宅医療に取り組む意思

調査対象となった診療所の89%(n=24)の医師が在宅療養を希望する患者を診る意思があることを述べた。19%(n=5)の医師は、在宅療養を希望する患者を診るために、人数を制限する、または、引き受けるときに患者・家族にできることを明確にするといった工夫を行っていると述べた。ある医師は、「往診は10人が限界、自分で(引き受ける数を)制限している」と述べた。また、ある医師は、「患者・家族が往診できる回数に限界があることを了解してくれれば、診ていきたい」と述べた。「がん患者の訪問診療をしているが地域の多職種ネットワークに参加していない診療所」のうち多くの診療所がこの訪問調査をきっかけにOPTIMに登録の意思を示した。

一方、11%(n=3)の診療所の医師は、早朝から夜間に及ぶ外来診療の忙しさや、訪問診療を引き受けることで他の患者を診る責任を果たせないことや他の役割を担っていることなどの理由により訪問診療は困難であると述べた。ある医師は、「今まで診てきた患者さんを定期的にみていくのが精一杯で、断っていることもある。往診を掲げてしまうと無理な状況になる。片手間にやるのであれば、やらないほうがいい。きちんとやりたい」と述べた。また、過疎地域の地域医療を担う医師は、「妊婦以外、すべての病気の診察を行っている。往診もやっていたことがあるが、今は(他の優先する業務とのバランスから、やりたいが)難しい」と述べた。

2 在宅療養中の患者を診る負担、診療所と診療所の連携

60% (n=16) の医師が、「在宅医療に取り組むために負担を軽減する方法が必要である」と述べた。訪問診療を行っている診療所のほとんどが、医師1名で外来診療に加え、訪問診療の役割も担っており、医師たちは、患者を24時間ひとりで診ていく負担の大きさを述べた。医師たちは、「365日、24時間は無理。理想とかけ離れている。責任を果たせなくて申し訳ない」、「日中の外来診療中の対応は難しいことが多い」などと現状とあるべき姿との間での葛藤について述べた。

在宅医療に貢献したいと考える診療所の88%、調査対象全体の52% (n=14) が、個別あるいはネットワークにより連携したいと考えていた。医師たちは、「信頼できる先生はたくさんいるが、みんなおひとりのため、(自分からは)頼みにくい」、「自分からお願いするのはお願いしにくい、輪番制などネットワークをつくれば、とてもやりやすい」、「リーダーシップをとるひとがいるのであれば、是非協力したい」、「今後連携したい医師がいるが、自らはまだ声をかけていない」と話し、ネットワークとリーダーシップの重要性を述べた。

また、一部の診療所同士で、ゆるやかな連携が進んでいることも述べられた。4つの診療所では、「すでに連携している診療所がある」と述べ、不在時に他の診療所医師に対応を依頼する、専門分野で振り分けをして互いに紹介する、などの工夫が行われていた。

一方、4名の医師は、連携することに慎重な意見について述べ、連携の難しさについてもふれた。ある医師は、患者・家族の立場から、「患者さんやご家族の気持ちを考えると、代行をたてる難しさがある」と述べた。医師たちは、「(診診連携は) 難しいと思う。意見の違いもあるし、他の医師に診てもらうのは申し訳ない。人任せにできないし、看取ってもらうことには、自分の責任において抵抗がある」、「(診診連携は) 難しい。チームワークは必須であるし、信頼関係が必要だと思う」、「(診診連携について) 無理なら増やさなくていいし、ひとりが心地よいときが多い」などと述べた。

3 バックベッド

22% (n=6) の医師が、在宅療養を可能とする要素のひとつとして、バックベッドがきちんと確保できていることが重要であると述べた。医師たちは、「バックベッドがきちんと確保してあれば、一時的に家に居たいひとを診ることができる」、「バックベッドの保証を必ずしてもらいたい」と述べた。

一方、7.4% (n=2) の医師から、バックベッドが確保されていないために困難を感じた体験があったと述べられた。ある医師は、「病院が満床なときがあるのは理解できる」ので、「バックベッドの確保はひとつの病院のみならず、地域全体として取り組むべき課題である」ことを述べた。

4 緩和ケアの知識・技術

診療所医師が在宅診療を依頼される患者では、全般的には、症状緩和で難渋する症例は比較的少ないと述べた。しかしながら、22% (n=6) の医師たちは、緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制の重要性について述べた。医師たちは、緩和ケアチームや緩和ケアチームの診療所への訪問について、「痛みのコントロールは、病院に緩和ケアチームがあり、何かあれば聞いている」、「緩和ケア対象の患者さんがいれば、助言を受けながら対応していきたい」と述べた。6名の医師からは、緩和ケアの知識・技術についての不安が述べられた。ある医師は、「ある程度の疼痛管理や麻薬処方は大丈夫だが、麻薬の導入時期や疼痛コントロールが困難なケースは自信がなく、病院へお願いしたケースもある。

相談ができ、アドバイスがもらえれば助かる」と話した。また、「坐薬や貼布剤ではどうしても疼痛コントロールがつかず、病院に戻したケースがある」、「点滴をする必要があったが（皮下輸液の方法を知らなかったので）静脈ラインが取れずに困った」と述べた医師もいた。死亡診断書の記載方法に関する懸念（「24時間以内に診療していないと記載できない」）も述べられた。

5 病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備

52% (n=14) の医師から、病院と診療所との連携の必要性について述べられ、病院と診療所とのコミュニケーション、および、在宅療養の準備に分けられた。

1) 病院と診療所とのコミュニケーション

15% (n=4) の医師は、病院と診療所とのコミュニケーションに言及した。医師たちは、「病院との会話が無い」、「病院に紹介する時の時期を相談したい」、「かかりつけ医師としてできるだけ継続して患者を診ていきたい（が、病院と十分に相談できない）」、「病院の医師は忙しいと思うので連絡を躊躇する」、「最終的に家族が病院に行くことを希望した場合、看取りだけで病院にお返しするのは、とても悪い気がする」、「（診ることが可能な患者の）人数に余裕があれば受け入れていきたいが、受け入れができる時とできない時がある。一度断ると診てもらえないと病院に思われるのではないかと心配する」と述べた。医師たちは、「病院側に開業医の意見を吸い上げてもらって、ちょっとでも助けてもらえたらよい」、「病院で不足しているところや開業医で不足しているところ、患者からみた不足な部分を話し合いたい」と述べた。

2) 在宅療養の準備

48% (n=13) の医師から、在宅に移行する時の連携を強化することへの要望があった。具体的には、医療資材の準備と在庫、紹介時期の病院主治医との直接のコミュニケーション、病院スタッフの在宅についての知識の乏しさに基づく再調整、最期について病院での患者との相談の不十分さ、および、紹介時期が遅いことであった。

30% (n=8) の医師から診療所で個別に医療資材を準備したり、変更になるたびに在庫を抱えることの負担が述べられた。

15% (n=4) の医師が、紹介時の病院医師との連絡を密にしたいとの希望が述べられた。ある医師は、「がん患者を依頼されたが、紙面上の情報だけだったので、主治医に問い合わせをしたが、連絡がとれなかった。主治医と直接連携をしていかないと患者・家族の状況が分からない」と述べた。

15% (n=4) の医師からは、病院のスタッフが在宅医療について知らないことで再調整が必要になるという課題も挙げられた。ある医師は、「がんの末期の患者の紹介で、毎日点滴してもらえると説明され、家族が紹介状を持ってきた。実際には、毎日往診には行けない。病院では簡単だけど、在宅では簡単ではない。病院で医師への教育が必要だ」と述べた。

「最期どうするかが話し合われていないこと」や、「紹介の時期が遅いこと」がそれぞれ1名から挙げられた。ある医師は、「早い時期に開業医につなげてほしい。患者と信頼関係ができて、精神的支援ができる。悪くなって急に来られても、患者・家族も不安だと思う」と早期からの紹介の重要性を述べた。

一方、病院スタッフと地域医療福祉従事者とで行う退院カンファレンスに参加したことがある 19%

(n=5)の医師は、退院カンファレンスが有用であると評価していた。「聞きたいことを聞けたし、どんな患者さんか顔をみるのができたのでよかった」、「(ある病院の)退院カンファレンスは充実していてよかった。可能な限り参加していきたい」などと述べた。

6 在宅療養を支える地域の社会資源

11% (n=3)の医師が、在宅療養を支える地域の社会資源の整備が必要であると述べた。

2名の医師は訪問看護ステーションのマンパワーが不足していることについて、「訪問看護ステーションも不足していて、いっぱいと言われる。マンパワーの不足も分かるから無理に頼めない」と述べた。2名の医師は「介護力があるなら往診はする」と述べ、介護力を地域全体で整備していくことの必要性を述べた。

また、ある医師は、自宅で死亡した患者の検案や救急搬送のルールが明確でないことを挙げ、地域全体でルールを整備する必要があると述べた。

7 制度

2名の医師が、診療報酬上が低いことや在宅療養支援診療所の届け出基準が厳しいことを在宅診療のバリアとして挙げた。

VI. 考察

本調査により、浜松市におけるがん緩和在宅医療の課題と解決策が収集された。調査の対象となった多くの診療所医師は、「地域の在宅医療に貢献したい」と考えていた。そのために、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築、②バックベッドの確保、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備、⑥制度上の問題の解決、が必要であると述べた。特に、診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築、バックベッドの確保、緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制、病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備をあげた医師が多く、これらの解決が必要であると考えられる。

診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築

多くの医師が、外来診療に加え、訪問診療の役割を医師ひとりで担う負担を述べた。365日24時間をひとりの医師で対応する困難さは、在宅医療のなかでしばしば取り上げられる課題であり、診療所同士の連携の重要性が示唆されている⁹。今回の調査で特徴的であったことは、医師によって診療所と診療所の連携に関する意向が異なっていたことである。すなわち、他の診療所医師と連携して患者を診ていきたい医師と、連携は難しいと考える医師とがあった。連携の意思がある診療所のなかでは、一部の診療所医師の間で自発的なゆるやかな連携が生まれていることが述べられた。

したがって、それぞれの医師の状況や価値観を理解したうえで、「連携することによって負担を減らして在宅医療を行える」と考える診療所に対しては、診療所同士が自由意思に基づいて連携できるネットワークが有用であると考えられる。

具体的には、「連携を希望する診療所」の名簿やメーリングリストを自由意思に基づいて立ち上げ、

不在時の代行医師の相談、病院から依頼を受ける場合の主治医・副主治医の決定、難しい事例についての相談などを行うネットワーク機能が有用な可能性がある。

また、診療所と診療所との連携のネットワークについては、リーダーシップをとっていく医師の不在が課題の解決を難しくしていることが指摘された。現在、浜松市内においては、医師会、および、浜松市内の有志の診療所医師が構築してきた「浜松在宅緩和医療をすすめる会」がある。これらの組織が連携してリーダーシップをとれば、連携ネットワークが実現する可能性は高いと考えられる。この場合、多くの診療所医師が、がんの在宅医療という枠組みではなく、在宅医療全般という枠組みで課題を捉えていたため、連携のネットワークでは、がんのみならず、非がんも含めた枠組みを検討することが有用かもしれない。

具体的な取り決めや手順は長崎のドクターネットなど先駆した診診連携の方法が参考になると考えられる⁷。長崎のドクターネットでも、「有志の集まり」から発足した。副主治医は主治医不在時の対応をするが患者は主治医に戻すことや、副主治医が診療した場合の診療報酬についての取り決めをしている。また、主治医となる医師のみならずがん診療で時に必要とされる泌尿器科医、婦人科医、耳鼻科医、皮膚科医、麻酔科医、精神科医などが協力医師として参加し、また、各病院の連携担当医師や緩和ケアチームの医師も病院医師として参加している。実際の稼働では、訪問看護ステーションなどと協力し、夜間状態が悪化した場合に坐薬などで対応できるようにあらかじめ説明・指示をしておけば、副主治医が急に診療を依頼されることは想像よりもはるかに少なく、「安心のため」という意味合いも多いという。これらの先駆したシステムを参考にして、浜松市に最もあった連携方法を構築していく必要がある。

バックベットの確保

調査のなかで、実際にバックベットがなくて困ったという医師は少なかったが、バックベットの重要性については多くの医師が指摘した。在宅現場において緊急入院の依頼を病院から断られた場合、在宅医師の患者・家族からの信頼が損なわれることが指摘されている¹⁰。診療所同士の連携に加えて、患者・家族が希望する場合には、診療所と病院の連携により、必要時すぐに病院が対応できるように、バックベットを確保する仕組みが必要であると考えられる。

地域によっては、「必要時には必ず入院できる」ことを示すカードを患者に渡している地域もある¹¹。浜松市においては、救急システムが稼働しており、救急搬送を断られる事態は生じないと考えられるが、在宅療養している患者の入院が「医学的必要性がない」、「救急の対象ではない」、「満床である」（実際に救急患者も受け入れられない）との理由で救急や入院相談で断られることがあることが示唆された。

今後、在宅患者のバックベットを確保する取り組みとして、各病院と医師会との申し合わせにより「在宅療養患者の緊急入院を引き受けることは優先度の高い病院の責務である」認識の現場への周知、退院時にバックベットを確実に確保する施設の取り組み（自施設で入院をとることを原則とするが、満床で救急患者も入院できない場合には必ず入院できる2次医療機関を患者・家族と相談しておく）があげられる。医師の意見にあったように、実際に満床のために入院患者自体を受け入れられない病院が生じる時期があることを考えると、患者・家族に渡す「入院保証のカード」¹¹など各施設ではなく地域全体でバックベットを確保する手段も検討する必要があるのかもしれない。

緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制

緩和ケアの知識・技術については、紹介患者は複雑な症状マネジメントを必要としない患者が多いが、緩和ケアに関して困る状況が時々あり、複雑な症状緩和の場合は緩和ケアチームに相談することが有用であることが述べられた。一部の診療所では、OPTIM プロジェクトによってある程度の緩和ケアに関する知識と専門家によるバックアップ体制が構築されつつあると考えられた。

今後、さらに、緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制の質を向上するには、紹介元の病院の緩和ケアチームに連携室を経由して相談する経路の周知、地域全体で利用できる緩和ケアに関するワンアクセスのホットライン（「緩和ケアホットライン」）¹⁰、医師をサポートする地域の看護師や薬剤師の緩和ケアの臨床能力を向上させるための緩和ケアセミナーの継続、あるいは、在宅で困る場面が多い緩和ケアの工夫や自宅での死亡確認に関する知識を医師会のホームページに掲載するなど、専門的な知識・技術をバックアップする簡便な体制が必要である。

内容としては、内服できなくなった場合の経皮吸収薬への変更方法や、内服のオピオイドが使用できない場合に、製剤によっては経直腸で使用できること、静脈投与できない場合に皮下輸液をすることができると、鎮静が必要な場合に経静脈・皮下投与できなくても坐薬で対応できることなど、緩和ケアの「ちょっとした」専門的な知識があれば、在宅でより長く過ごせる患者はいると考えられる。これには、死亡診断書作成に関する手続きの整理（「24時間以内に診療していないと死亡診断書が書けない」という誤解の解消）も含まれる。

病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備

本研究では、診療所医師から見て、「病院とのコミュニケーション」と「在宅療養の準備」についての課題が挙げられた。この背景には、病院医師が診療所医師と直接コミュニケーションをとる機会が極めて少ないこと、病院医師・看護師の在宅医療についての知識の少なさ、病院での退院支援が不十分であることなどが考えられる。一方で、OPTIM プロジェクトにより積極的に施行されている退院カンファレンスに参加したことがある医師からは、退院カンファレンスが役に立っているとの評価も得られ、プロジェクトで行われている介入が効果を示していることが示唆される。

調査期間中に、①各病院の連携担当者が各診療所の特徴や意向についての情報を共有し、診療所医師の意向を十分に確認しながら調整を行っていく体制の強化（2009年から開始した病院の連携担当者と地域医療福祉従事者のノウハウと情報の共有カンファレンス）、②診療所医師と病院医師を含めた退院カンファレンス、③病院の医師・看護師が在宅医療を体験する教育システム、④退院後、訪問看護ステーションなど地域の医療福祉従事者から病院スタッフへのフィードバック（デスクカンファレンスなど）などが施行された¹²。プロジェクト開始前に比べて「地域の連携が進んでいる」と地域医療福祉従事者の多くが回答していることから¹³、これらの介入は病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備を促進するために有効である可能性があり、プロジェクト終了後も継続する価値があると考えられる。

一方、今回最も多かった意見のひとつは、「医療資材の準備・在庫を抱える負担」であり、実際に患者のやりとりが行われていることを反映していると考えられる。この課題は、OPTIM プロジェクトによって介入されていない課題であったため、今後、医療資材について病院と診療所で負担を分け合う方法を相談する機会が必要であると考えられる。

在宅療養を支える地域の社会資源の整備

本研究では、診療所が連携する訪問看護ステーションのマンパワー不足、在宅療養を実現するための介護力の確保、自宅死亡の検案や救急搬送のルールが課題として挙げられた。

よって、患者・家族の在宅療養の希望を達成するためには、地域の看護・介護力を最大化する方法を検討する仕組みや、自宅死亡の検案や救急搬送のルールを整備する仕組みが必要であると考えられる。これは、市全体で検討されるべき課題であり、地域の主要な関連機関が参加する「(がん緩和)在宅医療ネットワーク協議会」のような組織の必要性が示唆される。

本研究の限界

本研究の対象は、一部の調査に限られている。したがって、調査に参加していない診療所医師の意見は反映されておらず、現状や課題が過大評価されていたり、過小評価された可能性がある。

VII. まとめ

診療所医師の視点からみた浜松市におけるがん在宅緩和医療の課題と解決策が整理された。調査対象となった診療所の約90%の医師が、「在宅療養を希望する地域の患者・家族のために貢献したい」と考えていた。そのために、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築、②バックベッドの確保、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備、⑥制度上の問題の解消、が必要であると述べた。今後、これらの解決策を含む顔の見える関係づくりを基盤とした連携システムの構築が必要であると考えられる。中心となる実施主体別に課題を整理したものを表2に示す。

謝辞

本報告書は「緩和ケア普及のためのプロジェクト」(OPTIM)の一環として行われた調査研究を論文としてまとめたものを地域への報告のために記述を具体的に変更・修正したものである。

文献

- 1) 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子, 他編: がん患者の在宅療養サポートブック 退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント. 東京: 日本看護協会出版会; 2007.
- 2) 片山壽監: 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 東京: 篠原出版社; 2008.
- 3) 宮崎和加子監: 在宅での看取りのケア 家族支援を中心に. 東京: 日本看護協会出版会; 2006.
- 4) 吉田利康: がんの在宅ホスピスケアガイド. 東京: 日本評論社; 2007.
- 5) 大木純子, 古村和恵, 野末よし子, 他. がん患者に今求められる支援・サポートとは ～地域医療者のブレインストーミングの結果から～: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会学術大会, 静岡; 2008
- 6) 片山壽: 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア 5. [尾道市] 在宅緩和ケアチームと患者本位の地域医療連携. ホスピス緩和ケア白書 2008; 68-72, 2008.
- 7) 白髭豊: 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア 7. [長崎市] 地域緩和ケアネットワークの試

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業
緩和ケアプログラムによる地域介入研究
Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model
OPTIM Study

- み. ホスピス緩和ケア白書 2008;78-82,2008.
- 8) 加藤恒夫: 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア 4. [岡山市] 支持療法と緩和ケアの地域連携. ホスピス緩和ケア白書 2008; 63-67,2008.
 - 9) 秋山美紀, 的場元弘, 武林亨, 他: 地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査. Palliative Care Research 4 (2) ;112-122,2009.
 - 10) 林昇甫: 病院と地域緩和ケアネットワーク 2. [豊中市] 地域がん診療連携拠点病院としての地域緩和医療の取り組み. ホスピス緩和ケア白書 2008;47-52,2008.
 - 11) 袴田光治: 医師会と5病院で地域共通連携バスを運用—静岡市がん疾患地域連携協議会(S-NET). Medical ASAHI ; 26-27,2008.
 - 12) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」<http://gankanwa.jp/> (2009/12/30 アクセス)
 - 13) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進するためのフォーカスグループの有用性.緩和ケア (in press) .

表1 診療所医師から見た浜松市のがん在宅緩和医療の解決策

診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築

- ・ネットワーク機能
連携を希望する診療所の名簿やメーリングリストを自由意思に基づいて立ち上げ、不在時の代行医師の相談、病院から依頼を受ける場合の主治医・副主治医の決定、難しい事例についての相談などを行う
- ・リーダーシップをとっていく個人や機関の存在

バックベットの確保

- ・各病院の救急部と医師会との申し合わせと、各病院の救急現場への周知
- ・退院時にバックベットの確保に確保する施設ごとの取り組み
自施設で入院をとることを原則とするが、満床で救急患者も入院できない場合には必ず入院できるように、あらかじめ2次医療機関と患者・家族と相談しておくなど
- ・患者・家族に渡すカード

緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制

- ・紹介元の病院の緩和ケアチームに連携室を経由して相談する方法の周知
- ・地域全体で利用できる緩和ケアに関するワンアクセスのホットライン（「緩和ケアホットライン」）
- ・在宅で困る場面が多い緩和ケアの工夫や自宅での死亡確認に関する知識を医師会のホームページなどに掲示
- ・医師をサポートする看護師や薬剤師対象の緩和ケアセミナー

病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備

- ・病院の連携室と地域医療福祉従事者を含む情報とノウハウ共有のカンファレンス
各病院の連携担当者が各診療所の特徴や意向についての情報を共有し、診療所医師の意向を十分に確認しながら調整を行っていく体制の強化
- ・診療所医師と病院医師を含めた退院カンファレンス（紹介時に病院医師と診療所医師とで直接コミュニケーションをとる）
- ・病院の医師・看護師が在宅医療を体験する教育
- ・地域の医療福祉従事者から病院スタッフへのフィードバック
デスカンファレンス・困難事例カンファレンスなど
- ・医療資材の準備・在庫を抱える負担について、病院と診療所との話し合いの機会

在宅療養を支える地域の社会資源の整備

- ・「（がん緩和）在宅医療ネットワーク協議会」
地域の看護・介護を最大化する工夫の検討、自宅死亡の検案や救急搬送のルールの整備など地域全体にかかわることの協議

表2 浜松市におけるがん在宅医療についての提案：取り組み主体別

- 1 診療所が中心に行い、運用に病院の協力が必要と考えられること
診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築
- 2 医師会と病院との間での相談が必要と考えられること
 - ・がん在宅患者が希望した時にバックベッドが確実に確保されるための、各病院と医師会との申し合わせと各病院の救急・入院相談など現場への周知や、患者・家族に渡す「入院保証」カード
 - ・医療資材の準備・在庫を抱える負担についての病院と医師会との話し合い・取り決め
 - ・自宅死亡の検案や救急搬送のルールの整備
- 3 がん診療連携拠点病院など病院が中心に行い、運用に医師会の協力が必要と考えられること
緩和ケアに関する知識・技術をバックアップするための方策：
 - ・紹介元の病院の緩和ケアチームに連携室を経由して相談する方法の周知
 - ・地域全体で利用できる緩和ケアに関するワンアクセスのホットライン（「緩和ケアホットライン」）
 - ・在宅で困る場面が多い緩和ケアの工夫や自宅での死亡確認に関する知識を医師会のホームページなどに掲示
 - ・医師をサポートする看護師や薬剤師対象の緩和ケアセミナーなど
- 4 がん診療連携拠点病院など病院が声をかけ、地域全体の多職種の協力が必要と考えられること
病院で行う在宅療養の準備をよくしていくための取り組み：
 - ・病院の連携室と地域医療福祉従事者を含む情報とノウハウ共有のカンファレンス
 - ・退院カンファレンスなど各病院の退院支援プログラムの向上
 - ・病院の医師・看護師が在宅医療を体験する教育
 - ・地域の医療福祉従事者から病院スタッフへのフィードバックなど
- 5 行政の関与が必要と考えられること
 - ・地域の看護・介護を最大化する工夫の検討など地域全体の複数の団体にかかわることを協議するための、「(がん緩和)在宅医療ネットワーク協議会」などの設置