

本研究は臨床研究に関する倫理指針（平成16年厚生労働省告示第459号）に基づき行われる。本研究では患者個人情報が取り扱われるため、情報保護の徹底が重要である。情報の抽出を行う際には、作業管理の徹底による個人情報保護、個人情報の漏洩防止対策を徹底する。集計の際に患者情報を施設外に持ち出す必要がある場合には、患者情報は匿名非連結化を行い、個人情報を除いた情報のみを扱う。以上に則り研究計画が策定された後、施設倫理委員会の審査を受ける。

C. 結果

2009年12月に帝京大学ちば総合医療センターの倫理委員会で承認された。目標症例数に向けて、現在症例登録中である。目標は、2009年度中であったが、残念ながら年度中には到達できなかった。

D. 考察

現在、我が国では高齢がん患者が急速に増加している。高齢がん患者に対する治療中のリハビリテーションの必要性は、世界的に認められているものの、我が国では未だ普及しているとは言えない。これは、がん患者に対するリハビリテーションの至適な手法が、未だ確立されていないためと考えられる。がん患者が身体機能を保つためのリハビリテーションには、単に強制的に体を動かすのではなく、「楽しみながら」自宅でも容易に運動を続けられることが必要と思われる。Wii®は、体を動かしながらゲームを楽しむことを目的として販売された、通常のビデオゲーム機である。医療用品でないが故に廉価で、幅広く普及しており、「楽しみながら」体を動かすには大変に優れたツールと考えられる。しかしながら、当然リハビリテーションへの使用は想定されておらず、まずは安全性の確認が必要である。先行研究についてはWii®は元来が市販のvideo gameなので、現時点での報告は限られている。しかしながら、ゲームのしすぎによる関節炎の報告が散見され、海外では脳梗塞などのリハビリにおけるWii®の有用性についての研究等が行われていた。

Wii®は一般向けのvideo gameであるため、従来のリハビリテーションが持つ、辛い・苦しいという観念をなくし、楽しくリハビリテーションを行える可能性がある。また、本研究の進行により国民にとって有用ながん医療体制構築が進むことにより、間接的な利益を

得られる可能性がある。想定される不利益としては、Wii®の過度の使用による関節炎などの報告が海外で散見されるが、従来のリハビリテーションにおける運動量設定を参考に実施すれば、回避可能と考えられる。

E. 結論

「楽しみながら」がん患者が身体機能を保つためのリハビリテーションの手段として、Wii®が適格性を有するかを検証する臨床試験を企画した。倫理委員会での承認を受け、現在症例登録を継続中である。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

1) Miura Y, Komatsu T, et al. Safety and effectiveness of rehabilitation for elderly patients with hematological malignancies who received intensive chemotherapies. 34th Congress of the European Society for Medical Oncology. Berlin, Germany. September, 2009.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
分担研究報告書

がん在宅医療・介護の研究

研究分担者 久保谷美代子(筑波記念病院 つくば訪問看護ステーション)
研究分担者 鞍馬 正江(筑波記念病院 つくば血液病センター)
研究支援者 高橋 雅美(筑波記念病院 つくば血液病センター)
研究協力者 軍司 佳子(筑波記念病院 つくば血液病センター)

研究要旨

1 年目

茨城県内の訪問看護ステーションが担がん患者に提供している看護の実態、および在宅化学療法の実施状況について明らかにすることを目的に、茨城県内の訪問看護ステーション管理者 97 名を対象に、訪問看護ステーションの属性、および高齢がん患者に提供したサービスの内容などについての調査を実施した。27 施設 (27.8%) から回答が得られ、在宅において化学療法が行われた事例は 1 例のみであった。外来化学療法を継続している事例や内服による化学療法を継続している事例は 14 例報告された。これらの事例を通じて、訪問看護ステーション看護師と外来看護師との連携や外来通院者の他の在宅ケアサービスとの連携に関しての問題点が明らかになった。

2 年目

医療と介護を必要とする高齢がん患者が、長期にわたり生活の質を維持した在宅療養生活を送るために重要な点を明らかにするため、多発性骨髄腫の 2 事例を詳細に調査した。その結果、患者本人および家族の情報の蓄積が社会資源の迅速な導入を促進すること、医療のバックアップとしての訪問看護の重要性や、在宅療養生活による廃用を予防し日常生活動作を維持するためのリハビリテーションの重要性が明らかになった。

3 年目

医療と介護を必要とする高齢がん患者が入院治療後円滑に在宅療養生活に入り、生活の質を低下させずに療養生活を継続するためには、様々な情報の連携を医療と介護の間で持つことが重要だが、その連携をどのように構築するかについて研究した。そして、医療の現場と介護生活の現場を繋ぐため、患者に関わる全てのプレーヤーが「がん連携用サーバー」を介して情報を共有する連携システムを提案した。

1 年目

A. 研究目的

訪問看護に関する報告は、疾患別や年齢別に提供されている看護についてなどの報告がある。しかしながら、個別性を重視し幅広い対象に対するケアを提供する、訪問看護ステーションの看護内容は多岐に渡る。また個々のステーションがもつ力量差に伴い提供される介護サービスに差異が生じる。

茨城県内の訪問看護ステーションが、担がん患者でサービスを受けている利用者

提供している看護の実態、および在宅化学療法の実施状況について明らかにすることを目

的に本研究を行った。

B. 研究方法

茨城県内訪問看護ステーション連絡協議会に入会している全訪問看護ステーションの管理者 97 名を対象に、自作の調査用紙を用いて郵送法にて調査した。

調査用紙の内容は、訪問看護ステーションの属性、および高齢がん患者に提供したサービスの内容など全 30 項目、うち 12 項目は在宅で化学療法を実施した利用者に対する質問項目であった。

倫理的配慮

本研究は実施前に帝京大学ちば総合医療セ

ンターおよび筑波記念病院の倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1) 回収状況

回収数は27施設より回答があり、回収率は27.8%であった。ステーションの経営母体は医療法人、医師会などであった(表1)。同一経営母体内に医療機関を併設しているところのべ13か所あり、そのほか介護老人保健施設、居宅介護支援事業所等を併設しているところのべ19か所であった。すべての訪問看護ステーションが特別管理加算および重症者管理加算の届け出をしていた。訪問看護ステーションの従業員の内訳は表2に、平成18年度利用者数については表3に示す。平成19年度9月期の患者数の内訳、および疾患については表4、表5に示す。また、同月に各ステーションへ発行された訪問看護指示書1093通のうち、約50%が同一法人内の発行であり、残りは他の病院、診療所が約25%ずつであった。

2) 在宅化学療法の実施状況について

27施設のうち、これまでに化学療法中の利用者がいた施設は9施設であり、経験した事例についてその詳細を尋ねた。

(1) 在宅での化学療法を実施した利用者のケア

在宅での化学療法を経験したステーションは1か所、1事例のみであった。以下、事例の詳細を示す。

在宅で化学療法を実施した事例は、胃がん患者に対して、2006年8月から1ヶ月間、本人の強い希望により化学療法が実施された。点滴による化学療法が実施されたが、そのレジメンについての回答は得られなかった。化学療法の処方箋の発行および薬剤の準備、薬剤投与は在宅主治医により実施された。担当した訪問看護ステーションの看護師は、点滴にて与薬されていた午前中、患者に付添い観察、看護をしていた。在宅化学療法を実施するにあたり、通常の見守り指示書以外に提示された指示書等はなく、特別な報告も実施していなかった。また、この患者に提供されていた医療・介護は、医療保険を利用した訪問看護が週2回と訪問医療であった。

(2) 外来通院で(点滴による)化学療法が行われた利用者へのケア

外来通院にて化学療法をしている患者の訪

問看護をした施設は4施設、8事例が報告された。

8例の疾患は、子宮がん2例、大腸がん、膵頭がん、乳がん、肺がん、肝細胞がん、慢性骨髄性白血病が各1例であった。これらの患者の通院困難(訪問看護をうけること)となった背景には、麻痺などの身体障害、病院への送迎者がいないことがあった。

化学療法後の副作用の観察、副作用に対する対処については、定期訪問時に観察し外来主治医に報告・相談、または訪問看護時に採血を実施し、その結果により外来受診を決定したという例も報告された。

しかし、化学療法に対して医師からは訪問看護指示書以外の詳細な指示はなく、また、外来(化学療法担当)看護師と訪問看護ステーション間の連携については、外来看護師から訪問看護ステーションに定期的実施、報告があるは0件だった。症状に変化がある時にのみ連絡があるとした施設が3か所、全く無いと答えたところも1か所あった。一方、訪問看護ステーションから外来(化学療法担当)看護師への連絡は定期的に行っている、が1か所、症状に変化がある時にのみ連絡している、が3か所であった。

化学療法を実施しているために発生する介護サービス利用時の問題点については、「病院医師、看護師との情報のやりとりが難しい」、「外来で行うために利用中のサービス(訪問入浴や訪問看護など)の日程調整が大変」、「副作用出現時に転倒が発生する」などが記載されていた。

(3) 内服薬による化学療法を実施した利用者のケア

外来通院にて化学療法をしている患者の訪問看護をした施設は4施設、6事例が報告された。6事例のがん病名は、脳腫瘍(2)、直腸がん、膀胱がん、胃がん、乳がんが各1であった。これらのひとりの通院困難(訪問看護をうけること)となった背景には、麻痺などの身体障害、意識障害などであった。在宅療養および内服による化学療法となった背景は、再発部位が手術不能な部位であった、手術適応にならなかった、手術後再発の事例の他、高齢者であり内服となった事例や点滴による治療の副作用が強くなり、途中で中止となったため内服に切り替わった事例があった。

D. 考察

茨城県内における訪問看護ステーションの

利用者および在宅化学療法の実態について、管理者 97 名を対象に自作の調査用紙を用いて郵送法にて調査した。在宅において化学療法を実施した事例が 1 例報告された。大腸がんや肝がんにおいては、在宅化学療法の実施事例が多く報告されているが、今回の対象地域においてはこれらの疾患は見られなかった。また本事例においても患者本人の強い希望により行われており、治療スタイルの一つとはまだ考えられていない実態がうかがえる。また、本症例においては在宅主治医が治療を実施しているが、その投与中は看護師が付き添い観察をしていた。在宅看護師が訪問した際に午前中の間滞在していたが、訪問看護師の平均滞在時間よりも長く滞在していた。本調査から推測される課題の 1 つは、高齢がん患者に対する在宅化学療法の提供が訪問看護ステーションにとっては非効率なケアである可能性である。

また、第二の課題は外来で化学療法を担当する看護師と訪問看護ステーションの看護師の連携についてである。一般的に現行のシステムにおいては医師、看護師間であるならば、「訪問看護指示書、在宅患者訪問点滴注射指示書」「特別訪問看護指示書、在宅患者訪問点滴注射指示書」が発行され、診療報酬も認められ、一定の情報交換がなされているが、看護師間の情報提供についての報酬はない。今回調査した各機関は同一医療機関（法人）内に設置されている場合が多かったため、看護師間の情報交換がアンフォーマルな形で実施されている可能性がある。しかし在宅において利用者が安全に治療を継続していくためには、看護職同士の連携をシステム化する必要がある。すなわち、どのような方法で、どのような情報交換を行い、その情報を活用していくかなど、今後の研究において、実行可能なシステムを開発し、コストに反映することが可能な在宅化学療法の提供モデルを示す必要がある。

また、訪問看護ステーションに従事する職員数を見ると平均 3.1 人であり、全国平均と比べ極端に少ない数ではないが、その少ない人数で多様な疾患を見なくてはならない背景がある。在宅看護はがん認定看護師が必須の現場ではないが、各職員が定期的に疾患や治療についての知識をアップデートできるような学習機関や時間の確保も在宅で安全に化学療法を遂行していく上では重要であろう。

最後に、化学療法と訪問看護ステーション

を含めた在宅サービスが融合する際の問題点として、外来で化学療法を受けるため、他のすでに導入されているサービスが受けられないことが生じた例が報告されている。この問題の解決には外来看護師と訪問看護師の調整も重要な役割を果たすと考える。現在も一人ひとりの対象者に対してカンファレンスが定期開催されているが、在宅サービスとの連携を考えると、治療も含めた利用者のスケジュール管理が重要と考える。更に、治療的要素が強い担がん患者の生活全体の調整は誰が責任を持つのか、その調整はどうするのか、その調整は従来どおりケアマネージャーで可能なのか、従来在宅医療の範疇を超えるメンバー（外来主治医）の積極的参加を促すにはどのような手段が考えられるか、などの点については、来年度以降検討される在宅化学療法の提供モデル構築の際には重要な視点となると考える。

E. 結論

茨城県内の訪問看護ステーションが化学療法を実施している患者に対してのケアに関する調査より、在宅化学療法提供モデル構築に必要な情報交換や提供システム構築のための重要な事項が明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
なし

2年目

A. 研究目的

高齢社会を迎え、がんと共存して生活する高齢者も増加している。血液がんである多発性骨髄腫は高齢者に多く、古典的な標準治療（MP療法）による生存期間は約2-4年とされる。一般に進行は緩徐で、治癒は稀だが病状が安定し、長期の在宅療養を継続することも少なくない。本研究では、要介護認定を受け長期に在宅療養していた多発性骨髄腫の高齢患者2例を対象とし、医療と介護の両方を必要とする高齢がん患者が生活の質(QOL)を維持した生活を送るために何が必要かを検討した。

B. 研究方法

1) 対象

【事例A】A氏：発症時74歳、男性。多発性骨髄腫IgA型stageⅢA。共働きの息子夫婦、孫2人と同居。

【事例B】B氏：発症時67歳、女性。多発性骨髄腫IgG型stageⅢA。夫と2人暮らし。息子と娘はそれぞれ県外に在住。

2) 方法

診療記録、訪問看護記録から調査を行った。病状、要介護度の変化と社会資源という視点で経年的に分析した。

C. 研究結果

1) 病状、要介護度の変化と社会資源

(1) 【事例A】

A氏は、2004年、腰椎圧迫骨折入院時に多発性骨髄腫が判明し、専門医師のいるT病院に転院した。病名や病状については、家族の希望により、A氏にはがんという言葉が使われず、予後についても説明を受けなかった。病状、要介護度および社会資源の経年的変化を図1に示す(図1①-⑧は表1を参照)。

2004年3月よりMP療法が開始され、3コース後に退院したが、疼痛が増強、抑うつ症状も出現したため再入院となった。麻薬系鎮痛剤や抗うつ剤の使用で症状が改善、MP療法が5コースまで行なわれ退院した。その後、外来でMP療法6コース目が行われた。

A氏は入院以前は生活面で自立していたため、家族も退院後に支援が必要だという認識はなく、社会資源の利用に消極的であった。しかし、介助者である息子の嫁が働いており日中独居となることから、主治医の勧めによ

り入院中に介護申請を行い、訪問診療と訪問看護(介護保険)を導入することとした。在宅生活開始時の状態は、要介護度1、認知症高齢者の日常生活自立度(以下、認知症自立度)Ⅱaであった。訪問看護等の導入により、日中独居であるA氏の体調管理や環境の問題等に対して適切な対応を取ることが可能になった(図1・表1-①)。

その後、A氏のうつ症状や褥瘡の悪化、疼痛の増強等により家族の負担が増大した。訪問看護師は外来を受診するよう助言、A氏は入院することとなった。訪問看護師の適切な提案によりA氏の状態は改善し、一時的に家族の負担も減ったため、家庭内の緊張状態が緩和された(図1・表1-②)。

2005年1月、A氏は要介護度2、認知症自立度Ⅱbとなり、訪問看護でも入浴全介助となったため、訪問看護師は通所介護での入浴利用を提案した。家族は、A氏の性格では通所介護になじめないと利用に消極的であったが、家族による入浴介助は難しく、通所介護での週3回の入浴を開始することとした。当初は、生活リズムの変化によるA氏の行動の変容に家族もしばらく慣れず、ストレスが増大した。しかし、徐々にA氏も通所を楽しみにするようになり、精神的にも安定してサービスを利用できるようになった。定期的な利用で清潔が保持され褥瘡も改善した。日中独居のA氏の状態の変化を訪問看護師が適切に判断し、サービス利用につながったことで、A氏の状態は改善された(図1・表1-③)。

2005年4月、A氏は腰痛が悪化し入院治療を希望した。訪問看護師の勧めで外来を受診、短期入院治療を提案されたが、通所介護に慣れたところであり生活リズムも落ち着いていたため、家族は在宅での疼痛コントロールを希望し、入院には至らなかった。訪問看護師は、A氏の痛みの訴えが精神的な安寧に左右されていると感じ、家族に在宅サービス増加や施設入所の検討を提案した。家族も施設入所を検討したが、疼痛コントロールで麻薬を使用していたため費用的に入所は困難であった。結局、家族は在宅ではなく通所利用の増加を希望し、通所リハビリテーションと短期入所の利用が追加された。訪問看護師はA氏の状態を悪化させないための提案を行っていたが活かされず、介助者側の状況が優先される結果となった。利用サービスが増えたことでA氏は介助してもらって安心感が得られ、痛みの訴えも軽減した。短期入所の利用は家族

にとってレスパイトとなったが、一方で、A氏は自分でできることも行わなくなり、ADLが低下した。ケアマネージャーは、短期入所の長期継続利用は元来依存的なA氏のADLを更に低下させる恐れがあると考えたが、家族にとってのレスパイト効果も大きく、その後も定期的に短期入所利用が続けられた。介助者の負担は軽減し、A氏も精神的な安寧は得られたが、A氏のセルフケア能力は改善せずADLは低下、その後要介護度は5になった(図1・表1-④⑤)。

2006年7月、A氏の認知症自立度はⅢaとなり、精神的に不安定になった。腰痛の悪化で通所介護や短期入所を利用できない日も増え、訪問看護師の緊急訪問も増加した。度々繰り返す左鼠径ヘルニアに混乱したり、日中独居時に薬剤管理ができず疼痛や排便のコントロールも難しくなった。床上安静が必要であったが、家族は「歩いてトイレに行けないようなら家には置いておけない」と、オムツの使用やそれに伴う訪問介護の導入を拒否した。A氏のADLはかなり低下していたが適切な社会資源を導入できず、A氏の状況は改善されなかった(図1・表1-⑥)。

8月、認知症自立度Ⅳとなり更にADLが低下し、家族が在宅生活の継続に不安を持つようになり、できるだけ短期入所を利用するようになった。A氏は食欲も低下し衰弱が進んでおり、施設側も対応に不安を持ったため、ケアマネージャーが訪問看護師と主治医に相談した。A氏は入院することになり、MP療法や輸血が行われた(図1・表1-⑦)。退院後は在宅ではなく短期入所を利用していたが、衰弱が進み、夜間不穏になる等、施設で対応できなくなったため自宅へ戻った。ケアマネージャーは再度訪問介護の導入を家族に提案し、週2回訪問介護を利用することになった。A氏は病院や施設ではほとんど全介助だったが、自宅に戻ってからは自力で食べるなど自主性も出て、一時期は落ち着いて生活していた。原病の悪化でA氏の衰弱は進んでいたが、訪問介護が導入されたことで体調変化に迅速に対応でき、ケアマネージャーや訪問看護師への連絡もスムーズに行われ、一時的にA氏の状況は改善された。しかし、1ヶ月後に原病の進行で永眠された(図1・表1-⑧)。

(2)【事例B】

B氏は、1997年に多発性骨髄腫と診断され、1999年K病院にて放射線治療を受けた。病名、

病状の進行度、服用薬剤名については、夫と共に告知と十分な説明を受け、理解されていた。病状、要介護度および社会資源の経年的変化を図2に示す(図2①-⑫は表2参照)。

1999年12月、入院していたK病院から、専門医がおり自宅に近いT病院に転院、退院後訪問診療と訪問看護を導入し、在宅療養がスタートした。在宅生活開始時の状態はほぼ寝たきりだが認知障害はなかった。2000年1月より在宅にてMP療法が4クール行われ、部分寛解となった。介助者である夫は社会資源について自ら積極的に情報を収集し、訪問看護、ホームヘルプ、有償ボランティア・サービスを組み合わせ、平日は毎日サービスが介入するようケア計画を作成した。B氏は、2000年4月介護保険制度開始時に要介護度4の認定を受け、それまで利用していたサービスを引き続き介護保険制度上のケア計画に組み込んで利用した。サービスを積極的に利用することにより夫の負担は軽減された(図2・表2-①)。

2000年8月、疼痛で座位も難しい状態であったB氏に、整形外科医がマックスベルト装着を提案した。マックスベルトにより疼痛が緩和され、短時間の座位も可能になった。ベルトを装着しての歩行練習や外出など、少しずつ活動範囲を拡大することができた(図2・表2-②)。

入浴で疼痛緩和を実感していたB氏は、2001年4月、介護保険制度の住宅改修費を利用して浴室をバリアフリーに改修し、入浴回数を増やせるようにした。訪問入浴週1回の他、訪問看護時に入浴や足浴を行っていたが、改修により自宅での安全な入浴が可能となり、更に訪問介護でも入浴介助できるようになった。これにより、疼痛緩和のための環境が改善された(図2・表2-③)。

その後、多発性骨髄腫は寛解となり比較的安定した状態を維持、外来通院も可能となった。訪問看護で体調管理や疼痛コントロールを行いながらADLを拡大し、要介護度が3に改善された(図2・表2-④)。

2001年12月に夫の入院が決まり、一時はB氏の預かり先も検討されたが、友人の手伝いを確保し、在宅生活を続けることが可能になった。夫の入院期間中は通常通り訪問看護を利用し、体調管理を行った。早めの調整でスムーズに在宅生活が続けられた(図2・表2-⑤)。

2003年多発性骨髄腫が再燃し、MP療法や

VAD 療法が行われた (図 2・表 2-⑥)。その後、両大腿骨頸部骨折で入院して手術を行い、要介護度が 4 に悪化した。退院時、理学療法士の家屋訪問で提案されたバスボードや屋内用シルバーカーを利用し、スムーズに在宅生活に移行した。また、入院時から行っていたリハビリテーションを在宅でも継続することとし、週 1 回訪問看護によるリハビリテーションを開始した。訪問リハビリテーションではなく訪問看護のリハビリテーションを利用したことで、訪問看護師と理学療法士の情報の共有が迅速に行われ、病状に即した安全なリハビリテーションが可能となった (図 2・表 2-⑦)。

リハビリテーションの効果を実感した B 氏は、2004 年 2 月からリハビリテーションを週 2 回に増加した。リハビリテーションの増加は B 氏のセルフケア能力を更に高め、B 氏は、疼痛がありながらも薬剤でコントロールして自らも歩行練習等を継続し、ADL が拡大、その後要介護度が 3 に改善した (図 2・表 2-⑧)。

B 氏は、疼痛が入浴等の温熱効果で緩和されることから、それまで主に訪問看護で行っていた入浴介助を訪問介護でも行い、回数を増加させることで、疼痛緩和を図ることとした。訪問看護師の入浴介助時にヘルパーを同席させ、直接介助のポイントを引き継いでもらったので、疾患に関わる体調管理等も含めて、安全な入浴介助についての情報がヘルパーに正しく伝達された。これにより、B 氏は安心して訪問介護による入浴介助を受けられるようになり、疼痛もより緩和され、QOL が更に向上した (図 2・表 2-⑨)。

2005 年 10 月、夫の体調不良で B 氏は家事量が増加し疲労を感じ始め、ケアマネージャーに相談し、有償ボランティア・サービスを追加で導入した。夫はその後入院したが、有償ボランティア・サービスや、近所や親戚の支援を得て在宅生活を継続した。B 氏は、夫の入院が長期になる場合は短期入所を利用できるようにケアマネージャーに手配を頼む等、状況の変化を想定した準備も行った。定期的に訪問している訪問看護師もケアマネージャーと情報交換して在宅生活を支援した。B 氏は、夫の入院という予想外の状況においても、訪問看護師やケアマネージャーに相談しながら社会資源を利用して、体調を悪化させずに在宅生活を維持した (図 2・表 2-⑩)。

2006 年 7 月、看護師が同行する長距離旅行に参加した。B 氏はケアマネージャーと理学

療法士に相談して早めに車椅子をレンタルし、計画的な訓練を行って長距離の外出に備えた。B 氏は、旅行に参加する目標を得たことで更に前向きに生活することができ、また、その準備を早期から行ったことで、当日の旅行もゆとりをもって臨めた。「旅行ができる」という自信を持てたこともあり、B 氏の QOL は更に向上した (図 2・表 2-⑪)。

その後、要介護度も 2 に改善し、比較的安定した在宅生活を送っていたが、持続する疼痛の緩和を目的として、2007 年 2 月に緩和ケア専門外来への通院を開始した。そこで、疼痛の原因がリンパ管浮腫である可能性を指摘され、麻薬を中止、薬剤も変更され、マッサージによるケアが追加された。その結果、疼痛がより軽減した。B 氏は、あらかじめ訪問看護師や理学療法士にそれらの情報を伝え、体調の変化に迅速に対応してもらえるよう準備したため、その後の体調管理がスムーズに行われた (図 2・表 2-⑫)。

2) 事例 A と事例 B の相違点

事例 A と事例 B について、(1) 介助者の状況、(2) 社会資源の利用、(3) 在宅での医療的ケア、(4) ADL 維持、という 4 点を整理したものが表 3 である。

(1) 介助者の状況

事例 A の主たる介助者である長男の嫁は仕事を持ち、かつ子育て中であり、時間的にも精神的にも余裕がなかった。そのため、介護負担感が非常に大きかった。一方、事例 B の介助者である夫は、当初家事が苦手であったこともあり、社会資源について自ら情報収集し、利用可能なサービスを積極的に利用したため、介護負担感は小さかった。

(2) 社会資源の利用

事例 A では発症前 A 氏が自立していたため、A 氏も家族も社会資源を利用する視点を持つことができず、体調の悪化や家庭内の緊張が限界に達してようやくサービスを導入する「後手型」であった。それに対して、事例 B は、状況が悪化する前に B 氏や夫が自ら利用可能な社会資源を選択し、迅速に導入する「先手型」であった。

(3) 在宅での医療的ケア

事例 A では、週 1 回の訪問看護が他サービス利用との関係で不定期になることもあり、病状管理が不十分であったが、事例 B では訪問看護を週 2～3 回利用し、疼痛や薬剤の効果・副作用について迅速に対応してもらえるようケア計画を策定した。

(4) ADL 維持

事例 A において家族は患者に「自分でできることはできるだけ自分でして欲しい」と希望していたが、患者にそのような意識はなく、家族も専門職による自立のための指導や機能維持訓練が必要だという認識はなかった。それに対し、事例 B では、患者に「動かないと動けなくなる」という意識があり、理学療法士によるリハビリテーションを積極的に行い、ADL を拡大した。

D. 考察

医療と介護を要する高齢がん患者が QOL を維持した在宅生活を送るためには、以下の点が重要であると考えられる。

1. 社会資源の迅速な導入／患者および家族の情報の蓄積

事例 A では、患者や家族から社会資源を利用する提案はあまりなされていない。それに対して、事例 B では、患者や家族が自ら積極的に情報を収集し、利用可能な社会資源の導入をケアマネージャーらに提案している。社会資源を迅速に活用するためには、事例 B のように患者や家族が正しい情報を持っていることが重要である。できれば、在宅生活が始まる前に情報収集を開始すると、よりスムーズに移行できる。しかし、実際には、事例 A のように「社会資源を利用しよう」という認識がなく、退院して初めて生活の変化に直面し、「どうしたらいいかわからない」という状況に陥る場合も多い。このような患者や家族に対しては、知識を増やして、社会資源を利用するイメージを持ってもらうよう、関わっている専門職が意識的に情報を提供して社会資源を取り込む働きかけを行い、具体的な社会資源の導入に結びつけることが重要である。

2. 訪問看護の重要性

多発性骨髄腫の患者は、在宅生活においても、疼痛コントロール、定期的な血液検査や全身状態の観察、薬の効果・副作用についての観察や主治医へのフィードバック等が必要であり、定期的な医療のケアが不可欠である。標準的な治療法である MP 療法は内服治療のため在宅に行うことが可能であるが、その場合も体調等の変化について医療の視点が欠かせない。特に、疼痛コントロールは在宅生活の QOL を大きく左右するため、細やかな対応が必要である。訪問看護が導入されることで、在宅生活における医療的なケアがより確実に遂行されることになる。事例 B では、ケ

ア計画の中で訪問看護を中心的なサービスとして配置したため、疼痛を含め体調の変化に迅速に対応することができていた。この場合、訪問看護師が、体調変化や薬の効果等を主治医に適宜報告する等、医師と訪問看護師の連携が取られていたことも重要な点である。事例 A では、訪問看護は導入されていたが、訪問看護師のアドバイスも十分活かされなかった。また、不定期になることもあったため、細やかな対応は難しい状態であった。事例 B のように訪問看護を重要なサービスとしてケア計画に位置付けることで、生活の中で一定の医療のバックアップが得られ、安心した在宅生活ができると考えられる。定期的かつ確実な訪問看護の介入が重要である。

また、訪問看護は、医療系でない他職種（訪問介護のヘルパーや福祉系ケアマネージャー等）に対して医療の視点から情報を提供し、場合によっては指導する役割も担っている。事例 B では、訪問看護師が訪問介護のヘルパーに入浴介助の手順や病状に関わる注意点を指導する等、医療の情報提供・指導の役割もこなした。要介護認定を受けている高齢がん患者は介護保険の様々なサービスを利用するため、医療系でない他職種が多く関わることになる。在宅という枠組みの中で連携する各職種にとっても、医療の正しい知識を持つ訪問看護は重要な役割を担っているといえる。

3. リハビリテーションの重要性

事例 B では、大腿骨骨折による入院時のリハビリテーションを機に、退院後も訪問看護のリハビリテーションとして理学療法士による定期的なリハビリテーションが継続され、ADL の改善に貢献した。注目すべき点の一つは、通所ではなく訪問によるリハビリテーションを利用したことである。リハビリテーション計画では、多発性骨髄腫による病状の注意点を十分考慮したプログラムを作成することが重要であるが、訪問リハビリテーションは生活環境に即した個別性の高いものであり、通所では難しいきめ細やかな対応が可能である。また、易感染性を心配する患者や家族も多いため、訪問を利用する方が安心感を得られるという利点もある。

事例 B において注目すべき点のもう一つは、訪問リハビリテーションではなく、訪問看護によるリハビリテーション（訪問看護 7）を利用したことである。訪問看護師と理学療法士が同一事業所から派遣されているため、患者の病状等について情報交換が非常にスムー

ズであり、より安全な機能訓練が可能となった。患者や家族にとっても、訪問看護師と理学療法士がつながっていることで、それぞれのスタッフに何度も同様の説明をする必要がなくなり、負担が軽減された。訪問看護によるリハビリテーションの利用は、病状を管理しながらリハビリテーションを行う必要がある患者にとって、情報共有の迅速性という点で非常に有用だといえる。しかし、費用の面から考えると、訪問リハビリテーションと訪問看護によるリハビリテーションでは点数が異なり（訪問リハビリ：1日500点、訪問看護7（30分以上1時間未満）：830単位）、訪問看護によるリハビリテーションの方が割高であることや、訪問看護の回数を超えてリハビリテーションを行うことができない等、利用しやすいサービスとは言い難い。情報共有の重要性を強く認識していないと訪問看護によるリハビリテーションの利用には結びつかない。病状管理が必要な患者の在宅におけるリハビリテーションが安全かつ十分に行われるためには、訪問看護によるリハビリテーションの意義を評価し、点数等も含めてより利用しやすいように改善する必要があると思われる。

以上のように、訪問看護やリハビリテーションを中心に、各々にとって必要な社会資源を選択し迅速に導入するためには、専門職のみならず、患者本人や家族がより多くの正しい情報を持ち、自ら社会資源の利用を判断できる土台があることが望ましい。しかし、現状では、情報に到達する術さえ知らない患者や家族も多い。今後は、患者や家族に、患者の入院中から退院後の在宅療養生活をイメージしてもらい、退院後の「医療の視点での継続的ケア」と「ADL維持のためのリハビリテーション」の重要性を医療者の側から伝えるための具体的な方法を検討し、実践することを予定している。

E. 結論

医療と介護を要する高齢がん患者がQOLを維持した在宅生活を送るためには、医療のバックアップを確実に受けることと、生活に即した機能低下予防訓練を行うことが重要であると明らかになった。また、ADLが低下しやすい高齢がん患者が適切な社会資源を速やかに導入するためには、患者や家族が社会資源等の情報をできるだけ早期に蓄積し始めることが重要であると判明した。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

「訪問看護ステーションにおけるがん治療への関わりの実態」久保谷美代子、児玉有子、分島るり子、井上範子 第28回日本看護科学学会学術集会 2008年12月14日 福岡

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

なし

表1 [事例 A]社会資源の介入による環境・ADL の変化

| 時期 | 状態 | 対応 | | 結果/ADL の変化 |
|----|-----------------------------------|----------|-------------------------------------|--|
| | | 提案者 | 支援内容/社会資源 | |
| ① | 2004.8 退院 | 医師 | 訪問診療、訪問看護の導入 | ○病状の管理、環境の確認 |
| ② | 2004.10 精神的に不安定になり 家族の負担増大 | 訪問看護師 | B 氏の状態・家族の緊張状態を受け、診察を受けるよう助言 | ○入院し適切な治療 ○家族の疲労を回復 |
| ③ | 2005.1 自宅での入浴が全介助に | 訪問看護師 | ケアマネージャーに相談、入浴のため通所介護3回/週利用へ | ○褥瘡改善、本人楽しみに ×生活リズムの変化で家族のストレスアップ |
| ④ | 2005.4 腰痛増減を繰り返し、 本人入院治療を希望 | 訪問看護師 | 受診を提案→受診、短期入院治療も提案される | ×本人の希望は受け入れられず、 家族の希望優先 |
| | | 長男/長男の嫁 | 通所介護に慣れたので在宅の継続を希望 | |
| ⑤ | 2005.5 腰痛の訴え継続 | 訪問看護師 | 施設入所の検討や在宅サービス増加を提案、家族は毎日通所介護の利用を希望 | ○精神的安寧が確保される ○短期入所が家族のレスパイトに ×自力で可能なことも行わなくなりADL が低下 |
| | | | 通所リハビリ1回/週開始 | |
| | | | 短期入所2~3回/月開始 | |
| ⑥ | 2006.7 疼痛増強し、短期入所・通所介護をキャンセル | ケアマネージャー | 訪問看護への連絡増加 訪問介護導入を勧めるが家族が希望せず | ×ADL 低下しているが、適切な支援を追加できず |
| ⑦ | 2006.8 ADL 低下/家族が在宅生活に不安 | ケアマネージャー | 訪問看護師・医師に相談 入院→短期入所を利用 | ×食欲、ADL 低下 |
| ⑧ | 2006.8 短期入所で対応困難になり在宅へ | ケアマネージャー | 再度訪問介護導入を勧める→ 訪問介護2回/週開始 | ○日中生活の安全が確保 ○食事量の増加 ×訪問介護導入の遅れ |

3年目

A. 研究目的・背景

がんと診断された患者は、まず診断された病気の病期と年齢などを考慮し適切な入院治療を計画的に行い、退院後は外来通院によりその後の経過観察または必要な治療を続ける。がん患者が高齢の場合、選択できる治療方法は限られるが適切な入院治療を行い、退院後も一定水準の在宅生活が保証されれば、「在宅で治療を継続する」という選択をすることができる。しかし、現在介護を必要とする高齢がん患者は、在宅治療の選択を断念するケースが多い。それは、在宅生活の主たる介護者である家族力頼みであり、また治療継続による金銭的な負担増や、在宅生活への医療者または医療の知識を持つ介護者の関与が乏しいなどの状況を憂慮するためだと考えられる。

そこで平成19年度より、まず現在のがん医療における医療と介護の連携を困難とす

る要因と、その解決に関する研究を行った。連携を困難とする要因として、1) がん患者に関わる医療者・介護者に、患者をとりまく医療・介護サービスの全体像の把握がなされていない、2) 多職種が関わるが故に責任の所在が不明瞭である、3) 十分な情報を共有するためには退院調整や退院後のグループミーティングなどが必要だが、それにより双方の負担が増す、4) 医療側・介護側双方の知識不足、等が挙げられた。また、これらの現状について患者とその家族も把握していないことも、更に困難にしている要因であると考えた。

我々は昨年度、要介護認定を受け長期間在宅で治療を続けていた多発性骨髄腫の患者の事例を比較検討した。その結果、患者・患者家族からの社会資源に関する積極的な情報収集と、在宅生活の中で医療面での管理を「訪問看護」という医療者に委ねることにより、生活の質(QOL)を下げずに在宅治療を継続することができる可能性を導き出した。このことを踏まえ、理想的な在宅治療を誰もが実現できるようにするためには、医療者と介護関係者の間で、患者に関する情報を円滑に連携するためのツールが必要であると考えた。

* 介護保険ではサービスを利用する患者を「利用者」と呼ぶが、ここでは「患者」で統一した

B. 方法

昨年度の研究から導き出された「現場で必要とされる情報」や、現在介護を利用している高齢がん患者の在宅生活で訴えられている現場での問題点を列挙した。また、それぞれの現場で使用されている書類形態やどのような情報が求められているのかを調査した。そして、それらの情報が医療施設内から在宅生活へ切れ目なく繋げるために有用なツールを作製した。

C. 研究結果

医療と介護の連携を困難としている要因を排除するために、「どのように情報共有を行えば円滑に連携が構築できるのか」という点と、「何を共有すべきか」という点から解析を行った。

まず患者とその家族が退院前後に必要な情報を列挙した。

- ①退院後在宅で続ける外来化学療法の予定表(クリティカルパス)
- ②パスに従って在宅治療で服用する薬剤の情報、服薬管理
- ③再発・薬剤の副作用・疼痛コントロールを考慮した体調管理と注意事項
- ④在宅で患者が必要とする社会資源
- ⑤理想的な社会資源(介護サービス)利用の例、介護保険の利用の仕方
- ⑥患者の介護サービス利用予定表(ケアプラン)
- ⑦患者の緊急時に指示を仰ぐべき医療・介護責任者

①～③の情報は医療者の中心であるがんの主治医から得られるものであるが、医療者は④～⑦についての情報も共有する必要があると考えられた。逆に、介護関係者、特に介護の中心であるケアマネージャーは④⑤⑥の情報を提供できるが、その他①②③⑦についても情報を共有すべきである。また患者家族は、②～⑤のような在宅で必要になる知識・サービスや利用できる制度などの情報を、退院前にできるだけ多く得ておくことが重要である。さらに、在宅生活を送る間、常に変動するこれらの情報が提供され続け得続けるためには、患者に関わる者全ての情報を繋ぐ場所がなければ成り立たないと考えた。

そこで、具体的には

- ・ 退院後の在宅生活をより具体的にイメージさせるため、在宅療養で必要となる情報が得られる冊子を作製し、患者が入院中に

患者・家族に渡す

- ・ 医療者の主たる管理者であるがんの主治医が患者の在宅での体調管理やリハビリを含めた介護サービスの状況を把握でき、また、介護関係者も医療情報や治療・服薬スケジュールを理解し共有するための連携システムを構築する
- という2つの方法を利用することを考えた。

1) 患者・家族へ在宅療養に関する情報提供するための冊子作製

先に①～⑦まで挙げた項目のうち、患者とその家族が在宅療養生活をスタートさせる前に知ってほしい項目は

- ① 退院後在宅で続ける外来化学療法の予定表(クリティカルパス)
- ② パスに従って在宅治療で服用する薬剤の情報、服薬管理
- ③ 再発、薬剤の副作用、疼痛管理を考慮した、体調管理に関する注意事項
- ④ 在宅で患者が必要とする社会資源
- ⑤ 理想的な社会資源(介護サービス)利用の例、介護保険の利用の仕方

である。高齢のがん患者を抱える家庭の状況を想定し、家族への情報提供はIT媒体の利用を避け、これらを冊子にまとめて退院前に患者とその家族に説明を行い渡すこととした。また、昨年度の研究から、在宅療養生活に訪問看護師が関わることによって医療面での管理が継続され、よりQOLを保ちやすくなる可能性が示唆された。このことから、特に在宅生活維持のための介護サービスの中に訪問看護を定期的に取り入れる事の重要性について理解を求めることにした。

2) 在宅治療で情報共有するための連携システムの構築

要介護認定を受けた高齢がん患者の在宅生活に関わる全ての医療・介護職(図1)間で、がん連携用サーバーを介して情報を共有する連携システムを構築した。システムの概要を(図2)に示す。システムの詳細は、研究分担者中田が報告する。システム開発は、(株)モザイク社と共同で行った。

サーバーはがん治療を行う基幹病院に設置し、インターネットを通じて各施設と接続することを前提とした。サーバーを介したシステム構築の利点は、1) 患者の在宅がん医療・介護に関する情報がサーバーにアクセスするだけで得られる、2) 高度な指示や大量な情

報の入力を必要とする医師やケアマネージャーはパソコンを使用し入出力でき、紙媒体での煩雑な処理を必要としない、3) 携帯電話などのモバイルを活用しITに不慣れな医療介護職でも容易に使用できる、また現場に出ている時にも情報のやりとりが可能である、等である。

システムを構築するに当たり、まず、医療側プレイヤーの中心をがん治療に携わる医師、介護側プレイヤーの中心を介護プログラムの策定にあたるケアマネージャー、医療と介護を繋ぐ役割を訪問看護師に設定した。

退院後在宅に移る場合、プレイヤーは以下の情報を常に把握していることが望まれる。

- ① 退院後在宅で続ける外来化学療法の予定表(クリティカルパス)
- ② パスに従って在宅治療で服用する薬剤の情報、服薬管理
- ③ 再発、薬剤の副作用、疼痛管理を考慮した、体調管理に関する注意事項
- ⑥ 患者の介護サービス利用予定表(ケアプラン)
- ⑦ 患者の緊急時に指示を仰ぐべき医療・介護責任者

基本的に医療側の情報①②⑦は、がんの主治医が使用する電子カルテから必要最低限の情報を抽出する形をとった。在宅で外来化学療法による治療を継続するためには、通院のスケジュールと在宅での薬剤服用スケジュールの管理は重要である。ケアマネージャーがケアプランを作製する際に通院の予定を把握し易くするため、医療側情報①はカレンダー機能で表示されるようにした(図3)。また②について患者の家族・介護サービス提供者は、治療のための抗がん剤、疼痛管理のための麻薬等の服用が正しく確実に実行されるかどうかを見守り確認できるよう、各日の予定表上に服用予定薬剤を表示できるようにした(図4)。薬剤表示は、薬剤の写真を表示することにより、薬剤名のみでは理解できない非医療者にもわかりやすいようにした。

⑥のケアマネージャーが記入するケアプランは、医療スケジュールが表示されるカレンダー機能上で共有できるようにした。それによって、介護サービスの管理をするケアマネージャーは、医療に関する予定を把握しつつケアプランを立てることができる。医療者も、カレンダーでケアプランを確認することで、治療プランを変更する際などに配慮することもできるし、患者が利用している介護サービ

スに対しての注意事項を申し送る手配をすることも可能になる。介護サービス提供者が行ったサービスは、実施確認を入力することにより実施記録が残り、自動的に報告書を作成できるように設定した。実施確認は携帯モバイルを用いて現場で行うこともできる。ケアマネージャーは実施記録を見ることで、予定通り患者の生活がケアされていることが確認できる。

また、コミュニケーション機能を用いて患者に関する情報をプレーヤー間で容易に共有できるようにした。現場で患者の体調に問題点があった場合などには、このコミュニケーション機能を使えば、介護サービス提供者は現場でケアマネージャーや医療者の意見を聞くことができる。また、介護サービス提供者が緊急に医療者の指示を必要とする場合にも、緊急対応希望のメールを送れば、指名された医療者がコミュニケーション機能で状況を確認し、迅速に対処することができる。患者とその家族が連携システムに加わっている場合は、患者家族が患者の急変に気がついた場合などにも、⑦によって責任の所在が明確に表示されるようになっているので、誰に指示を仰げばよいかかわかる。

D. 考察

がんと診断された高齢の患者は、現在のDPC 包括医療システムに従うと、「原病の治療が終了すると同時に退院」することになり、治療終了直後に在宅療養生活をスタートさせなければいけない。そして、退院直後から医療の知識が乏しい家族や介護サービス提供者が在宅治療の管理者となることは、介護を必要とする患者とその家族にとっては精神的にもかなり負担である。患者は介護を受けて在宅生活を維持しなければいけない上、さらに体調管理、服薬管理、治療効果・副作用を観察、疼痛管理、緊急時の対応など医療的な対処までを、主たる介護者となる家族と介護サービス提供者が担わなければならないのである。

実際に、これまでは医療側と介護側との情報のやりとりが密でなかったため、介護の現場で

- ・ 外来通院予定日にも介護サービスの予定が入っていた
- ・ デイサービスの利用者が持参した薬剤がいつもの物と異なっており、変更されたのか間違っているのかわからない

- ・ 在宅での体調変化に介護者が全く対処できない、または不適切な処置を行う
- ・ 在宅で服用されたはずの薬剤が寝具の中から発見された

など、がん患者には起こって欲しくないトラブルが数多く報告されている。これらのトラブルの原因は、知識と情報の共有がうまくいっていなかったためと考えられる。

通常医療者側、特にがんの主治医は、退院後の患者の在宅生活に積極的に関わろうという意識をあまり持っていない。DPCシステムが導入された後はなおさら「予定通りの退院」が重要である。そして、そのため退院後の在宅療養での体調管理は重要となるが、通院の機会以外には医療者の目が入りにくい。疼痛コントロールについても患者や家族は知識も情報も少なく、痛みの変化が重要な意味を持つことも理解していないため、患者は多少の痛みの強度の変化も次回の通院まで我慢して過ごすことが多い。在宅治療も疼痛コントロールも、薬剤を処方するところまでが医療者の責任と考えているので、その後適切に治療や麻薬が服用されているかまでの配慮は通常医療者にはない。というよりも、きちんと服薬管理できそうにない患者は、初めから治療対象者と考えないのが常である。

患者とその家族側を考えても、原病や治療方針についての医療的な情報を充分理解する余裕もなく、且つ、「介護を必要とするがん患者の在宅療養生活とはどのようなものなのか」を具体的にイメージすることは困難である。そのような情報・知識不足の状態では、治療方針が選択されてしまうことは好ましくない。

しかし、もし体調変化がすぐに相談できるような医療者との関わりが在宅でも保たれていれば、誰もが安心して在宅で治療を継続することも、疼痛コントロールを続けることもでき、より苦痛の少ない療養生活が自宅で送れるはずである。例えば、現場で患者の介護生活に関わる訪問看護師が在宅での体調管理を担ってくれば、医療者として患者の変化に最も気がつきやすい立場にいるのでとても有用である。また、介護サービス提供者も知識や情報共有のシステムさえ整えてあげれば、確認業務のレベルでも充分体調管理に寄与できる。デイサービスなど自宅外での介護サービス提供者も、今まではがん治療中（抗がん剤または麻薬服用）の患者となると受け入れを躊躇していたが、同じように患者の病気に

関する情報を共有していれば、安心して患者を預かることができるはずである。このように、介護の現場でも患者の医療情報が切れ目なく共有できる環境を整えることで、介護を必要とするがん患者にとって円滑に在宅治療へ移行することが容易になると予想できる。

近年 IT の技術が普及し、がんの専門医が所属しているレベルの病院内では一般的に、電子カルテによって患者の検査結果、入院中のバイタル管理、治療のクリティカルパスなどの情報が管理され、病院内の医療者間で情報を共有している。また、介護保険制度を利用する介護側プレイヤーの施設では、介護ソフトを利用している施設もあり、それを利用してプレイヤー間で情報の共有を図っている場合もある。しかし、医療側と介護側はそれぞれ独自のシステムを運用しており、両者を繋いで情報をやりとりするシステムが存在しないことが今までの問題点であった。現在でもその部分での情報のやりとりはやはり紙媒体で行うか、または何人もの人を介して行われている。

今回提案したシステムの新しい点は、それら医療保険制度内のプレイヤーと介護保険制度内で活動するプレイヤーを、制度を超えて繋ごうと試みていることである。このシステムを運用すれば、患者の QOL を保って在宅で介護を受けつつ治療を継続できる環境を整備することになり、スムーズな退院を促すことにもつながる。介護関係者も患者家族も、常に医療者とも繋がっていることで、不安無く在宅で患者の介護生活に関わることができる。主治医にとっても患者にとっても、要介護というだけで治療の継続をあきらめる必要はなくなり、選択肢は増える。さらに、訪問看護師がプレイヤーに加わり情報を共有することで患者の QOL が保たれれば、がんの主治医も緊急に対処する可能性も減ることになる。煩わしい紙媒体での情報のやりとりを介さずに患者に関われるため、現状で言われている「介護現場の疲弊状態」を解消することにも貢献できると期待される。

また、このシステムを用いれば、さらにこのプレイヤーに地域医療者、たとえば地域診療所・クリニックや往診を実施する地域医が加わることも容易にできる。そうすれば、在宅生活でもより充実した医療面での管理が行われ、専門医のいる大病院から離れた場所でも治療を続けられるというメリットがある。

このシステムの問題点としては、医療機関

で使用される電子カルテ情報やケアマネージャーが作製するケアプラン等の書類に必要な情報の入力が必要な点である。再入力するとなれば作業は増えるため、それぞれの現場で使用しているシステムから情報を取り込むことを想定しているが、その場合セキュリティ面が問題になる。今後連携用サーバーに安全に情報を取り込む仕組みが課題として残されている。この問題をクリアした後、実際の現場で試行しつつより円滑な情報の共有を構築できるよう研究を進めたい。また、よりスムーズな連携を考えた場合、高齢患者とその家族にも利用できるレベルのモバイルが活用されれば、患者とその家族も医療・介護への理解が高まり、自主的に患者の在宅生活を管理できるようになることも期待される。

[結論]

がん患者が自宅で QOL を保ちながら療養生活を送るために、がん患者へ在宅生活に必要な情報を冊子で渡し、さらに患者に関わるプレイヤー全てをがん連携サーバーで繋ぐ医療・介護連携システムを利用して在宅でも情報の共有を行うことを提案した。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

「電子カルテを使用した全オーダー対応型がん化学療法クリティカルパスの作成」
小松恒彦、鞍馬正江、木村優子 第 11 回
医療マネジメント学会学術総会（2009 年 6 月）

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん患者看護における地域医療連携の研究

研究分担者 児玉有子 東京大学医科学研究所

研究要旨

1年目

茨城県内における医療と介護の連携モデル構築ために必要な基礎的情報収集として、他地域（3地域）における各職種間の連携におけるトラブル問題点についてのヒアリングを実施した結果、介護スタッフとの連携に関連した問題、退院調整に関する問題、レスパイト施設に関する問題が語られた。

患者参画型医療への試みとして施設患者会の設置し、患者会への参加が病棟スタッフへ及ぼす影響について検討した。病棟看護師が「患者会」に参加することは、退院後の患者の状況・生活・考えを知ることができ有用であるが、看護師が私的な時間を長時間割いて「患者会」へ参加するという参加方法について、検討の必要性が示唆された。

通院医療と在宅医療、介護と連携より円滑にするために整えなくてはならない点として、在宅療養を支えるスタッフの連絡調整会議のあり方の検討、およびレスパイト施設の充実を図ることが明らかとなった。また、病棟看護師が「患者会」に参加することは、看護師の負担増となる可能性があることがSF-36の結果から明らかになった。

2年目

在宅化学療法の先進国であるフランスの現状分析を通して、本研究班で確立を目指す在宅化学療法のモデルについての検討に必要な情報収集のため、在宅医療提供者、高齢者医療およびホスピスケアの専門医、スタッフ看護師からの聞き取り調査を実施した。フランスでの在宅化学療法を安全に行うための手順や治療方針の決定には、患者の治療に関わる地域の医療者も含めた複数医療者の議論が必ず開かれること、および高齢者医療や緩和ケアにおける予告告知の重要性が示された。

3年目

本研究の目的は、モデル地域（A地域）におけるがん医療と介護の連携パスの作成に向け、モデル地域の現状分析とパスにもりこむべき項目を抽出することである。これまでに紹介されている地域連携パスの多くは、検査結果共有ノートの域であり、医療者間、医療者と患者・家族、そして介護職者との連携についての項目が設けられていない。病院に勤務するあらゆる医療者が地域連携に関心を持ち、取り組めるよう、地域連携の項目をパスに盛り込む必要があることが確認された。

1年目

A. 研究目的

本研究では、茨城県内におけるがん医療に関する医療と介護の連携モデルを構築することが目標の一つである。今年度の研究においては、他地域における各職種間の連携におけるトラブル問題点についてのヒアリング調査を実施した。また、様々な患者へ渡す説明文やクリティカルパスの内容への助言者として「患者会」の協力は有用な手段となると考え、書患者参画型医療への試みとして、施設患者

会の設置を試み、患者会への参加が病棟スタッフへ及ぼす影響について検討した。

B. 研究方法

1) 他地域における実態についてのヒアリングについて

対象：茨城県内における訪問看護ステーション管理者、A地域在宅支援診療所医師、B地域在宅支援診療所医師、C地域在宅支援診療所医師。方法：面接により、それぞれの対象者から地域における在宅医療に従事するな

かで、職種間の連携、異職種間の連携に関する問題点について自由に語ってもらった。(倫理的配慮) 対象者には本研究で使用することを説明し、口頭での了解を得た。

2) 患者会への参加が病棟スタッフに及ぼす影響について

対象：筑波記念病院血液内科病棟に勤務する看護師 22 名。調査方法：「患者会」の参加前および、「患者会」開催し、終了後に SF-36 による quality of life(QOL)の測定を行った。さらに、患者会終了後に「患者会」参加に関するアンケートを実施した。分析方法：SF-36 は有効回答例のみを分析の対象とし、参加者・非参加者の比較は t 検定で行った。参加に関するアンケートは単純集計および自由記述部分は内容の類似性を研究者が判断し分類した。(倫理的配慮)「患者会」への参加および研究への参加は自由意志であること、協力しないことによる不利益は一切受けないことを伝え、同意が得られた看護師を本研究の対象とした。

C. 研究成果

1) 他地域における実態についてのヒアリングについて

3 名からのヒアリングでは、介護スタッフとの連携について多くの問題点が語られた。内容としては患者のプライバシー保護に関する問題、頻回な介護スタッフの受けもち交代、医療職以外のケアマネージャーの転職(事務所替え)の多さや介護ビジネスとの癒着等であった。

また、ヘルパーと看護職の教育背景の違いから対象者への接し方、とくに「自立支援」ということ考え方の差が目立ちチームとしての関わり方の調整に非常に困難を感じる、ということや、医学的バックグラウンドのないケアマネージャーにおいては、在宅医療、介護、看護についての理解、想像力が乏しく調整機能を果たせていない、調整会議ではうまくいっていることしか語られず調整会議本来の意味をなしていない、などの問題点もあった。B 地域においては病院からの紹介において問題を抱えていた。開業して半年ということも影響しているかもしれないが、退院時共同指導を受け入れてもらえない、病院側の退院日決定が突然で在宅を支える様々な調整がなされないうちに退院となるケースの存在が明らかになった。また、3 地域共通してレスパイト入院する施設が無いことが語られた。

2) 患者会への参加が病棟スタッフに及ぼす影響について

「患者会」への参加看護師は、13 名であった。

参加前の身体的健康度(PCS)は中央値 52.41 (36.99-65.55) (n=17)、精神的健康度(MCS)は 40.79 (18.59-54.05) (n=18)であった。

参加後の PCS は、参加者 46.36 (35.05-58.00) (n=10)、非参加者 51.22(30.47-56.90)(n=8)。MCS は、参加者 31.27(31.67-47.16)(n=10)、非参加者 43.08(35.00-49.56)(n=7)であり、MCS は「患者会」への参加者が非参加者に比べ有意な低下が認められた ($p<0.05$)。

「患者会」への参加に関するアンケートでは、「患者会」への参加後仕事に対するモチベーションに変化がありましたか、という問いに対して参加者のうち約 4 割は仕事へのモチベーションが上がったと答えた。

これからも参加したいかとの問いには、大半が毎回あるいは時々参加したいと答えた。

「患者会」へ参加した感想の自由記述では、『家族の気持ちを聞くことが出来た。』や『退院してからの患者、家族が抱えている不安が(生の声を聞くことで)少しだが理解でき、入院中の方が退院する際の指導又は声かけに役立てられるように思う。』など、今後の看護に生かしたいとコメントしていたものが 10 名いた。また、『入院中の辛い状況を見ることばかりなので、退院されて元気に生活されている姿を見て、とても感動しました。患者様だけでなく自分たち自身の励みになってよい機会だと思いました。』『退院後の元気な姿を見て、元気がもらえるように思います。』『元気に生活をしているということが実際に見られて、とてもうれしいです。』『入院中に聞けなかった患者さんの思いなども聞けてとても勉強(自分自身への刺激)になりました』など、自分自身への励みや患者の今の様子を見ることができてうれしかった、参加してよかったなどの回答をしたものが 7 名いた。

D. 考察

他地域における職種間の連携におけるトラブル問題点についてのヒアリング、および患者会への参加が病棟スタッフへ及ぼす影響について検討した。

他地域でのヒアリングの結果から、本研究班が学び活用しなくてはならないこととして 2 つの点をあげる。

まずは在宅療養を支えるスタッフの連絡調整会議のあり方である。本来ならばこの会議の場で各職種が共同で解決しなくてはならない問題点について協議される場であるべきであるが、先行している他地域においても十分に機能していないことが伺えた。ライセンス上の問題など地域では解決できないことも多く含まれるが、各職種の連携を円滑にするには欠かせない場であることを再認識し、本研究班のモデルを構築する際にはその運営方法についても整理し、提示する必要がある。

次に、レスパイト施設についてである。レスパイト施設としては有床診療所や療養型病床が適していると言われるが、このような施設は現状では数が少なく対応困難な場合が多い。本研究班で取り組む地域においてはこれから再構築する部分も多いので、レスパイト施設をも視野に入れたモデルの構築の重要性が再確認された。

患者会への参加が病棟看護師へ与える影響については、特記すべきこととして、患者会に参加した看護師で MCS スコアが有意に低下していたことである。スコアの低下は、「患者会への「業務」としての参加が負担になっている」という本音を引き出した可能性があると考えられる。自主的な患者の集まりである「患者会」からは様々な情報を知りえるポテンシャルが高いが、現行の方式である看護師が私的または業務の時間を長時間割いて「患者会」へ参加するという参加方法について、検討の必要性が示された。

今後はヒアリングの結果を生かし、具体化のため情報収集と該当地域におけるモデル作りを始めるとともに、「患者会」の協力による説明文やクリティカルパスの作成と効果について検討する。

E. 結論

在宅療養を支えるスタッフの連絡調整会議のあり方、およびレスパイト施設の充実を図ることが通院医療と在宅医療、介護と連携より円滑にするために整えなくてはならない点であることが示唆された。また、病棟看護師が「患者会」に参加することは、退院後の患者の状況・生活・考えを知ることができ有用であるが、看護師の負担増となる可能性があり、「業務」として参加する場合は、参加形式の再検討必要な事が明らかとなった。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当無し

2. 学会発表

安達さゆり、児玉有子、鶴見幸子他、「患者会」の病棟勤務ナースへの影響、日本看護学会総会、2007.10.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

2年目

A.研究目的

在宅化学療法の先進国であるフランスにおいて視察ならびに当事者たちと意見交換を通じて、今後本研究班で確立を目指す在宅化学療法モデルについての検討を行った。

B.研究方法

フランス（パリ市内）で在宅医療を提供している Hospitalisation A Domicile とフランスの高齢者医療およびホスピスケアの専門医、スタッフ看護師からの聞き取り調査を実施した。

C.研究結果

1) パリの在宅医療について

Hospitalisation A Domicile (HAD: 在宅入院連盟; Paris) に勤務する医師と看護師からヒアリングした。

(1) HAD Paris の概要

HAD Paris は小児から終末期および周産期（分娩は除く）の患者に対して在宅で病院と同等の医療を提供している医療機関。パリとその近郊が担当エリアであり、820人の患者の受け入れが可能である。医師は15名、登録訪問看護師は300人、医療行為はできないが身の回りの世話を担当する看護助手が150人で、820人の患者をみている。担当の範囲を成人は17のセクターに、小児は2つのセクターに、産科は全地域を1つのセクターとして分担している。

HAD 以外にパリで在宅医療を提供している機関には民間非営利団体のサテライトサービスがあり、1200人を受け入れている。

(2) HAD を受診する患者の背景

成人は全ての診療科を扱うが、抗がん剤治療、在宅ホスピス・ケア、ターミナル・ケア、複雑なガーゼ交換、高齢者のケア、神経疾患等がメインで、3~4割ががん患者である。小児はがん（特に白血病）および小児糖尿病とその教育を、産科は分娩以外、主に高リスク妊婦の産前産後のケアを担当しています。

(3) HAD に働く医師の役割

HAD で医師は820床に15人であるが、医師の主な役割が在宅医療のコーディネートである。医師は適切な医療行為を適切なタイミングで実施するように在宅看護師に指示し、自分自身で患者宅へ出向くことはほとんどない。日本の在宅医療とは大きく異なる点である。

HAD の医師は全員がHAD と他の医療機関

を掛け持ち、半日はHAD、残りの半日は高度専門化した医療機関に勤務することが義務づけられている。これは、フランスの医師の勤務形態としては標準的であり、ほとんどの医師が1つの医療機関専属ではなく、2つ以上の職場を掛け持ちしている。

(4) HAD の登録訪問看護師について

登録訪問看護師は専従の職員であるが、専門看護師や認定看護師の資格は不要とされている。採用の条件は、何らかの疾患に対する専門的対応ができることや他の病院での勤務経験があることが望ましいとされているが、フランスでも看護師不足が深刻化しており、採用に厳格な限定条件はさだめていない。HAD の採用担当者が採用試験を通じて、ある分野での経験、知識、判断力、技術を兼ね備えていると判断すれば、HAD で働くことが可能である。しかしながら、HAD では採用後に長時間のトレーニングを義務づけており、これを修了した看護師だけが一人で患者宅に出向くことができる仕組みを用意している。

(5) 在宅化学療法開始のための病院内での準備

在宅化学療法を受ける場合の初回治療は必ず入院（医療機関内）で行われ、投与経路であるポートが造設（在宅での投与は持続点滴に限定されているため）された後、初回投与が行われる。在宅での化学療法が想定される患者の病院内での初回抗がん剤投与にはHAD 訪問看護師が立ち会うことが決まっている。このような手順を通じ、訪問看護師と病院のコミュニケーションを円滑するような配慮がされていた。

在宅化学療法のレジメンは、初回入院時に病院の腫瘍専門家により作成された治療の全過程を規定した処方箋が作成される。この処方箋には抗がん剤のレジメンだけでなく、副作用への対処も記載され、全クルールの処方箋が初回に作られる。処方箋では、すべての行程が2時間以内に終了するように配慮され、病院での初回投与で大きなトラブルが発生しなければ、在宅での化学療法に移行する。フランスではほとんどの抗がん剤が在宅で投与可能だが、公立病院の腫瘍専門医を対象に実施したアンケート調査の結果もとに、在宅での投与が禁止されている薬剤もある。

(6) 在宅での（2コース目以降の）化学療法実施の手順

処方箋が、病院の腫瘍専門医とHAD の医師双方が共通ソフトを通して電子共有しており、

事前の検査データを確認した医師が実施可のサインと実施指示を出すことが可能なシステムが整えられている。これは、化学療法のタイミングを逃さず実施するために、処方した腫瘍専門医以外に HAD の担当医が化学療法を開始できるように配慮した結果である。

実施許可の確認を受け、訪問看護師は在宅化学療法における抗がん剤のミキシングやポートへの刺入・抜去のすべての行程を担当する 2009 年 1 月 1 日からは、化学療法開始から終了までの 2 時間、看護師が立ち会うことが法的に義務づけられる。また、以前は、患者宅で訪問看護師が抗がん剤をミキシングしていたが、2009 年 1 月 1 日以降は、特定の病院で集中的に抗がん剤を無菌的に調剤し、各家庭に輸送するシステムに切り替えられる予定である。

在宅での化学療法実施後の副作用に対しての薬物療法は、初回に発行されている処方箋に沿って、担当看護師の判断で対応している。同じ薬の投与は、2 回まで看護師の判断で使用してよいが、連続して 3 回以上使用する場合には、HAD に待機している医師に連絡をとり、その指示を仰ぐことになっている。

(7) パリにおける在宅医療のコスト

HAD の費用は DRG で一人 1 日 180 ユーロまたは 280 ユーロと定められている。抗がん剤を使用した場合には、これらに薬剤費用が出来高払いで追加される。ただ、この 180 または 280 ユーロは全額 HAD へ支払われるため、病院の腫瘍専門医が在宅での化学療法に関与しても、今のところ対価は支払われていない。かなりの高額であるが、通院に使用する医療搬送車両の往復代金を考えれば、低額な設定になっている。

2) フランスの高齢者医療

Hopital Broca (高齢者専門病院; Paris) の入院患者平均年齢 86 才。アルツハイマー、脳血管障害、大腿骨骨折が主な主病であり、それらの約 20% が担がん患者である。フランスでも高齢がんの割合が多く、60% が 65 才以上、2020 年には 70% が 70 才以上と推計されている。

フランスにおける (高齢) がん患者の治療は 2005 年に制定されたレオニティ法で決められた手順に従い勧められる。地区ごとにがんの専門病院があり、そこでは毎週 1 回、地区内医療者であれば誰が参加可能な症例カンファランス開かれている。担当患者がいれば

関わる医療者は必ず出席 (代理可) することになっている。このカンファレンスにおいて、がん患者の治療方針が決定される。このカンファランスでは参加者が全員平等な立場で議論することが規定されており、その結果決められた方針はほとんどの場合免責されることになっている。

高齢者専門医は、がんだけでなく、高齢がん患者多病、副病が多い特徴やその人の ADL や痴呆の程度、家族の協力体制や理解等を総合的に判断してがん治療の決定に助言する立場と主治医立場として参加することが多い。

3) フランスの緩和・終末期医療状況

Hopital Paul Brousse (病院内ホスピス; Paris) は、「日常をそのままに」過ごせるようスタッフも患者や家族から open space で食事するなど随所に工夫を凝らしていた。他の病室に比べると部屋も広く、家族が泊まれるスペースやキッチンなども用意されているが、日本の様な高級、特別に美しいイメージからはほど遠い、質素な環境である。

平均在院日数は 15 日、しかし中央値は 8 日 (ほとんどが死亡退院で、残り 10% がレスパイト入院の後自宅退院した患者である。入院は 30% が急性期病院からの入院、20% は自宅からである。患者の 98% は担がん患者で、残り 2% は人工呼吸器管理中の神経難病の患者である。

フランスの医療供給体制下では、病院内ホスピス・緩和病棟は非常にまれで、全国に 800 床しかない。そのため、病院内ホスピス・緩和病棟への入院は社会的、家族的条件が悪い患者が優先されている。

Hopital Paul Brousse のホスピス・緩和病棟は入院 10 床、外来 1 床である。スタッフは、医師はフルタイム換算で 4 名、看護師 15 名、心理療法士 1 名、クラーク 1 名、助手 8 名で担当し、さらにこれのチームで病院全体の緩和ケア促進のためのモバイルチームも兼任している。ホスピス病床は患者: スタッフが 1: 2 で配置 (医師 2.5 人、看護師 9 人、助手 10 人、心理療法士 1 人、ヘルパー 3.5 人: 2008 年 3 月 5 日に仏厚生省通達) するよう努力目標がされている。ホスピス緩和病床の入院費用は、1 入院につき (期間に関わらず) 8000 ユーロである。フランスのターミナルケアは 1999 年ターミナルケア患者権利法が制定後発展し、2008 年にはホスピス倍増計画が発表されている。

フランスは多民族国家であることから、公的機関において宗教カラーを出してはならない規定がある。したがって、このホスピスには一切宗教色はなく、(患者が個人の信仰により宗教家を呼ぶことは許可されている。) 医学・医療基盤、社会保障が土台からフランスのホスピスは成り立っていた。

ホスピス緩和ケアを勧めていくなかで、大切にしていることは「予後の告知」である。病名告知は日常化したがるが、まだ予後についての明確な告知ができない医療者が多い。患者家族もそれを聞きたがろうとしない。しかしながら、予後、予測される展開を患者や家族と共有するために、家族に伝えるのが医療者にとって最大の困難であり、かつ最重要な仕事である。

D. 考察

フランスでの在宅医療、高齢者医療、ホスピス緩和ケアの現状を分析し、本研究で構築する医療と介護の連携のモデルについて、いくつかの示唆が得られた。

まず、在宅化学療法の実施についてである。フランスでは、ごく一般的に在宅で化学療法が実施されていた。また施行者にも特別の限定をせずに実施されていることは非常に興味深い。本研究班においても在宅化学療法の実施に向け準備をしているが、その際のシステムづくりに、このHAD および関連機関がとっているシステムは非常に参考になる。特に最終実施者とならず看護師のHAD 就職後、化学療法が一人で実施できるまでのトレーニングについて今後の追加調査が必要である。

次に、レオニティ法に基づいて開かれるカンファランスについてである。日本の在宅医療の促進の中でも開業医のがん拠点病院でのカンファランスへの参加の例はあるが、フランスでは治療方針決定の段階から、他の医療機関医師の関わりがあることは示唆に富む。日本では、一人またはごく少数の医療者と患者家族間で方針が決められることが多いが、フランスでは多くの医療者の参加のもと協議されている。これは、今後地域連携を考える面で非常に参考にあるシステムである。

フランスのホスピスの方針である、予後の告知については、今後日本においても、患者、医療者双方が参加し国民的議論を重ねる必要がある。

E. 結論

フランスでの在宅化学療法を安全に行うための手順や高齢者医療、緩和ケアにおける予後告知の重要であることが示された。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

3. その他

1) 児玉有子、パリの在宅医療－在宅での化学療法の提供、日経メディカルオンライン、2008年10月31日

(<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/opinion/mric/200810/508369.html>)

2) 児玉有子、パリからのレポート「パリの在宅医療－在宅での化学療法の提供」、週刊がん もっといい日 Vol.131. 2008年10月31日

(<http://www.gekkan-gan.co.jp/index08.10.31.htm#1>)

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし