

200925059A

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に  
関するバリアの分析とその解決策に関する研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渡辺 敏

平成22(2010)年 4月

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に  
関するバリアの分析とその解決策に関する研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渡辺 敏

平成22(2010)年 4月

## 目 次

### I. 総括研究報告

- がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に  
関するバリアの分析とその解決策に関する研究 -----3  
渡辺 敏

### II. 分担研究報告

1. 在宅緩和医療の推進に関するがん治療施設側の取り組み（緩和ケア病棟、  
および在宅支援部門を含むサポーターケアセンターの活動） -----9  
山岸聡子、木村由美子、坂下美彦、渡辺 敏
2. 在宅移行における問題点の検討に関する研究 -----12  
木下寛也
3. 在宅医の立場から（千葉県在宅医懇話会活動を通して） -----16  
沖田伸也
4. 在宅緩和ケアにおける退院前カンファレンスの意義に関する研究 -----18  
浮谷勝郎
5. 患者家族の在宅緩和ケア導入に対する意識調査 ～病院で最期を迎えた患者  
の家族へアンケート調査を実施し在宅緩和ケア導入のバリアを考える～ -----21  
大木信子
6. 介護支援の立場から -----36  
河野秀一
7. 介護体験者の声を活用した緩和ケアのイメージバリアの解消に向け  
た研究 -----45  
藤田敦子
8. 千葉県安房地域における看取りの場の動向に関する調査 -----51  
関根龍一
9. 在宅療養への移行に関するバリアの解決に向けた取り組み  
～住民向けのリーフレット作成を通して～ -----56  
児玉賀洋子、神林綾子
10. がん患者に対する終末期緩和ケア前の病診連携提供体制に関するバリアの  
分析とその解決策に関する研究 -----75  
野本靖史
11. 在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスの開発 -----76  
浜野公明
12. 在宅緩和ケア推進におけるがん治療担当側の取り組み -----80  
木村秀幸
13. 連携のためのネットワークづくり  
－西胆振在宅ホスピス・ネットワークの取り組み－ -----83  
柴田岳三

- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----89

# I. 総括研究報告書

課題名 がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関する  
バリアの分析とその解決策に関する研究

研究代表者 渡辺 敏 施設名 千葉県がんセンター 職名 緩和医療科部長

## 研究要旨

課題のバリアを以下の3点の未熟と定義し、それらの克服に向けて各分担研究が進行した。まずがん治療遂行途上からの緩和医療学的介入の具体化に関して、千葉県がんセンターにおいては今年度から発足したサポータティブケアセンター構想のもと、緩和的介入を要する院内および外来症例に対する専門ナースによる早期拾い上げが具体化した。次に在宅緩和ケアの易遂行性の追求に関しては、緩和ケア病棟のバックベッド化が確立し、一方在宅医側に対しては、地域医師会との在宅緩和ケア連携パス構築に関する研究が開始された。そして、在宅療養による緩和ケアの優位性について一般市民への広報的活動の必要性に関しては、従前からの市民公開講座の開催、リーフレットの作成(改訂)・配布などの事業が継続された。

### <分担研究者氏名・所属施設>

木下寛也, 国立がんセンター東病院  
児玉賀洋子, 千葉県市川健康福祉センター  
(同施設内研究協力者: 神林綾子)  
沖田伸也, クリニック“あしたば”  
柴田岳三, 医療法人母恋日鋼記念病院  
木村秀幸, 岡山済生会総合病院  
大木信子, 国保匝瑳市民病院  
河野秀一, 渋谷区医師会ひがし健康プラザ  
藤田敦子, NPO 法人千葉・在宅ケア市民ネット  
ワークピュア  
浮谷勝郎, 医療法人社団恵隆会浮谷クリニック  
野本靖史, 船橋市立医療センター  
関根龍一, 亀田総合病院  
浜野公明, 千葉県がんセンター  
(千葉県がんセンター内研究協力者: 山岸聡子、  
木村由美子、坂下美彦)

### A. 研究目的

平成18年度から3年計画で遂行された、がん臨床研究「課題名: 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」(以下、前研究)から、(1)がん治療遂行途上からの緩和医療学的介入の具体化、(2)在宅緩和ケアの易遂行性、(3)在宅療養による緩和ケアの優位性についての一般市民への広報的活動の必要性、の3点が要検討項目として本研究に引き継がれた。今回の課題となる「バリア」を上記3点の未熟性とし、これらの解決への方策を追求するための研究が計画された。

### B. 研究方法 C. 研究結果 D. 考察

分担研究者個々の個別的専門的研究のかたちで研究が進行している。方法・結果・考察を概説する。詳細は個々の分担研究報告書を参照されたい。

### <がん治療施設側の問題>

がん治療遂行途上からの緩和医療学的介入に関して、千葉県がんセンターにおいては、治療病棟入院事例に対する緩和ケア支援チーム介入態勢、および、通院によるがん治療遂行中の症例に対する緩和医療科外来と治療担当科との併診態勢がすでに確立しているが、さらに、患者側の様々な苦悩をスクリーニングしまたトリアージする機能を持った看護外来や、在宅支援部門も包含した「サポータティブケアセンター」を本年(平成21年)4月から稼働させた。この活動状況に関しては、本報告書内の山岸(研究協力者)らの研究報告を参照されたい。また在宅移行後の緊急時入院病床の確保も重要であるが、千葉県がんセンターの場合は緩和ケア病棟を第一選択として受け入れる体制が確立した。

### <在宅訪問診療の易遂行性について>

在宅医の底辺拡大には、訪問診療を容易にする仕組みを構築する必要があり、上記バックベッド確保も部分的に関与する。さらに同時に関わる、訪問看護部門、介護支援部門の良質化も

重要である。

在宅療養支援診療所の活動状況についての調査研究が木下（分担研究）によりすすめられた。その報告のなかで、「千葉県において支援診療所は、2006年から2009年までの間にあまり増加していない。支援診療所の自宅看取り数は確実に増加しており、一定の役割を担っていると考えられる。しかし、支援診療所のうち3分の1は自宅看取り数が0であり、機能していない可能性のある支援診療所が多いことが推測される。」と結論した。

一方、支援診療所として手挙げしてはいなくかつ在宅看取りを実践している開業医も少なからず存在しており、この部分のサポート体制の整備を大きな目的の一つとして、浜野（分担研究）により在宅緩和ケア地域連携パス構築に関する研究が開始された。

前研究から引き継がれた、「千葉県在宅医懇話会」活動に関しては、その現況・問題点を沖田（分担研究）が報告した。懇話会参加在宅医数の伸び悩みと上記木下報告にある支援診療所数の非増加との関連を推察し、さらに訪問看護部門の縮小傾向を危惧している。行政側の、がん診療施設側の整備という視点から在宅側の整備への視点へといった意識の変革を要望した。

そのほか、県内・県外各地域（木村：岡山、柴田：北海道西胆振地区）での地域性を踏まえた各分担研究者による研究が遂行された。千葉県内に関しては、浮谷（市川地区）は、症例の出元である、地域拠点病院との退院前カンファレンスの重要性を結論した。野本（船橋地区）は、地元在宅医への調査活動の状況を報告した。関根（安房地区）は、緩和ケアチームおよび訪問診療部門を有する拠点病院を基盤とした活動から、病診・病病連携システム構築の重要性を結論した。

訪問看護、および介護支援部門においては、大木は、病院側ナースの立場でがん終末期患者およびその家族への調査を行い、以下の結論を導いた。「在宅緩和ケアを推進していく上でのバリアは微妙に個人々々ことになっており、その微妙な部分にどれだけ寄り添えるかが問われている。また、家族といってもそれぞれの立場によって想いは異なりそれぞれ個々に関わりを持つ必要がある。一方また家族力に恵まれない場合は、それぞれが置かれている環境をおのず

と受け入れて自分の要望をコントロールしていくようで、医療者側としては可能な限り選択肢の幅を狭めず関っていく必要がある。」

河野は介護の立場から、日々現場で業務を展開している介護支援専門員に対する調査から、以下のごとく結論した。「在宅緩和ケアの易遂行性を追及する第一歩として、ご本人・ご家族の希望を確認しチームで共有する事、起こり得る状態変化や出て来るであろう気持ちの変化を伝える事、そしてその対応をチームで共有する事、これらを移行時に実践できれば、その後のケア遂行、そして最終的にはご本人が希望する在宅で最期を迎えられるところに繋がると考える。加えて、ケース終了時に振り返る意味やそれを表出できる場も重要である。流れの結果として在宅で最期を迎えたという事ではなく、在宅で最期を迎えたいと希望する人の思いをチーム全体で共有し、必ず叶えられる移行が出来る体制作りをすることによって、在宅緩和ケアの易遂行、つまりは在宅で最期を迎えられてこそ在宅緩和ケアが完結するという概念で、介護支援専門員の支援実践が出来るものと考えられる。」

#### <一般市民への広報的活動>

次に、患者・家族を含めた一般市民側に関する部分であるが、在宅医療の優位性についての広報に関しては、一般支援団体（藤田・分担研究）および健康福祉センターー保健所ー（児玉・神林、分担研究）による公開講座開催、その際のアンケート調査から住民側の意識調査が随時行われ、医療側にフィードバックされた。それぞれリーフレットを作成（改訂）し、広報的関わりを補強した。ただし、リーフレットに関して児玉らは、「リーフレットの完成と配布がゴールではないことを忘れてはならない。例えば、各種制度が“申請主義”の形態をとっており、患者・家族に“優しい制度”ではないために、制度の利用にあたり、患者・家族はさまざまな機関に連絡をしなければならぬ等の問題がある。制度を改正することは非常に困難であるが、各機関の連携・横のつながりによって、こうした問題の解決に向かえるよう、今後関係機関と連絡をとりながら、行政機関としてできることを模索していく必要がある。」と結んでおり、その仲立ちとしての役割においてより緻密な配慮が要求されている。

以上の活動に加え、今年度終盤から「在宅緩和ケア支援センター」構想が実体化した。県内在住者からの主として電話による相談への対応、および IT 環境下でのホームページによる情報提供などを業務としている。本構想の知名度はいまだ十分ではなく、これの広報、そして良質化もあわせて推進していく予定である。

#### (倫理面への配慮)

在宅緩和ケア地域連携パス構築に伴った患者情報共有のためのツール作成、および一部の事例検討においては個人情報の管理が重要となる。十分な配慮を持って研究を遂行する予定である。

#### E. 結論

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの分析とその解決策に関する研究を行った。がん治療施設側の要点は、早期からの緩和医療供給体制の整備、およびバックベッドの確保である。在宅医側においては、スキルアップとともに連携体制の整備が必須であり、そのシステム化が底辺拡大につながると思われ、その一助として在宅緩和ケアの地域連携パス構築を企図した研究を開始した。そして患者・家族・一般市民側に対しては、在宅での療養の優位性、およびその実現のための啓蒙・広報事業が重要であり、従来に関わりに加え、今後は「在宅緩和ケア支援センター」構想の具体化・良質化を追求していく予定である。

#### F. 健康危険情報

現行の臨床業務をより良質化することを目的とした研究であり、特記すべき項目はない。

#### G. 研究発表

個々の分担研究、および巻末目録を参照。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

##### 1. 特許取得

なし。

##### 2. 実用新案登録

なし。

##### 3. その他

なし。

## II. 分担研究報告書

平成21年度 分担研究報告書

分担課題名：在宅緩和医療の推進に関するがん治療施設側の取り組み（緩和ケア病棟、および在宅支援部門を含むサポーターティブケアセンターの活動）

研究協力者：山岸聡子、木村由美子、坂下美彦、千葉県がんセンターサポーターティブケアセンター  
研究代表者：渡辺 敏、千葉県がんセンター 緩和医療科部長

研究要旨

がん専門病院においては DPC の導入のもと、入院期間の短縮に伴い外来での抗がん剤治療が著しく増加している。診療科の外来シフトに応じた看護力の移行は遅れているため、外来看護が治療な患者への対応に追われ、緩和ケアへの対応が困難となっている。計画的な緩和医療の提供が不十分なため、対症療法を目的とした緊急入院が多い現状があり、早期からの緩和医療の提供と在宅への円滑な移行を図ることを目的に、「サポーターティブケアセンター」が設立された。サポーターティブケアセンターには、外来患者を対象とした「サポート外来」と入院患者を対象とした「サポートチーム」、在宅療養調整部門の「在宅支援部」がある。本活動の1年間を振り返り、課題とともに報告する。

また、外来、そして在宅医療へのシフトの流れのなかで、バックベッドとしての緩和ケア病棟の役割を付加する。

A. 研究目的

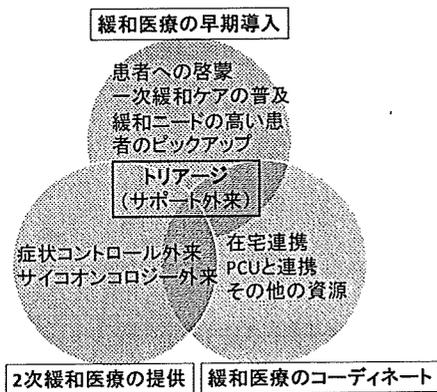
サポート外来の活動を明らかにし、今後の課題を検討する。

B. 研究方法

サポーターティブケアセンター（図1）開設後、カルテから患者のPS、支援のきっかけ、支援内容を抽出し単純集計した。

図1

サポーターティブケアセンターの役割



C. 研究結果

活動の内容は、前日、カルテから緩和ケアの必要な患者をスクリーニングする。スクリーニングの Key Word は、身体症状（痛みや食欲不振、PS の低下など）、気持ちのつらさ、急激に病状が悪化している、サポートが乏しい、医療者が困っているなどであり、それらの記載がカルテにあれば、リストアップをする。外来当日の朝、診療科や通院化学療法室の看護師と連携を取り、患者や家族へ支援の調整を行っている。患者や家族と直接関わったときには、各部署へ報告しカルテの記載を行い、他のスタッフと情報を共有できるようにしている。翌外来日の確認を行い、継続的に支援する。

今年度2月までの支援患者数は320名。支援開始時のPSは、2以下は247名（77%）、3以上が73名（23%）であった。

支援のきっかけは、専任の看護師によるカルテ情報からのスクリーニングが58名（18%）、外来看護師からの依頼が150名（47%）であった。

（倫理面への配慮）

個人が特定されないようデータ化した。

支援のきっかけ	人数 (人)
診療科	150
カルテ	58
外来通院化学療法室	22
サポートチームから継続	28
夜間の電話相談	8
相談室	4
その他	50

支援開始時の主な内容は、緩和ケアや療養環境の情報提供が 99 件 (18%)、症状マネジメントが 128 件 (23%)、精神的支援が 138 件 (25%)、家族への支援が 21 件であった。サポート外来からの連携は、緩和外来が 21 名、在宅支援部が 5 名であった。

活動内容	総数
気持ちのケア (傾聴)	138
症状マネジメント	128
情報提供	99
社会支援強化	82
家族支援	65
意思決定	12
その他	24

#### D. 考察

PS の段階別割合から、日常生活の支障が少ない時期、つまり早期からの緩和ケアの導入がなされていると言える。支援のきっかけとして、外来看護師からの依頼が予想以上に多かったことから、情報をキャッチしながらも業務が多忙なため十分な支援が行えず、サポート外来でのケアの提供と支援体制の調整を期待して連携している現状が窺え、今後も外来看護師とのスムーズな連携が必須であると考え。また、能動的な支援の効果として、外来通院患者が抱えている潜在的な心身の問題に気づき、症状マネジメントの早期導入や在宅療養環境の調整につなげて、生活の質を高める一助につなげる

ことが出来たといえる。今後は、家族も支援の対象として更に注目し、活動を継続させていくことが重要であると考え。

#### E. 結論

PS が 0 から 2 と、日常生活の支障が少ない時期から関わったことは、比較的日常生活の自立した、早期からの緩和ケア導入が実現しているといえる。

外来看護師からの支援依頼が多かったことから、看護師は情報をキャッチしながらも業務が多忙なため十分な支援が行えず、サポート外来でのケアの提供と支援態勢を期待している現状がうかがえた。

多岐にわたる支援内容があったことから、サポート外来の看護師が能動的にかかわることで、外来通院患者が抱えている潜在的な心身の問題に気づき、症状マネジメントの早期導入や在宅療養環境の調整につなげて、生活の質を高める一助につながっている。

1 年間の活動であり、今後も継続した活動の振り返りと、体制の見直しが必要である。

#### <補足>

在宅療養支援のための緩和ケア病棟のバックベッド化について。

がん診療専門病院内に存在する当緩和ケア病棟への入棟に関して、その経緯は、約半数弱が院内からの転棟 (一部他施設からの転院も含む)、半数強が外来からの入院である (表 1)。

(緩和ケア病棟への総入棟数の増加は在院日数の短縮化と表裏をなし、病棟開設当初の平均在院日数：19 日であったが、現在は 15 日程度となっている。)

(表 1)	入棟	うち外来から
H19年	309 例	152 例 (49.2%)
H20年	339 例	196 例 (57.8%)
H21年	408 例	225 例 (55.1%)

この外来からの緩和ケア病棟への入院のうち、既に地域の在宅医への連携が確立している割合は、在宅支援部の活動により徐々に増加し、現在は 6 割強が在宅医既連携となっている (表 2)。緩和ケア病棟からの在宅移行例は言うにおよばず、一般病棟から地域在宅医との連携を

確立した上での在宅移行の事例が増加していることを示している。

表(2)	外来から入棟	既連携数(%)
H19年前期	65例	7例(10.8%)
後期	87例	29例(33.3%)
H20年前期	101例	41例(40.6%)
後期	95例	50例(52.6%)
H21年前期	109例	56例(51.4%)
後期	116例	73例(62.9%)

F. 健康危険情報  
特になし

G. 研究発表  
1. 論文発表

- ①坂下美彦、渡辺 敏：緩和医療供給体制について、木村秀樹編、がん診療ハンドブック（第二版）、東京：永井書店、2010年3月刊行予定
- ②山岸聡子：がん専門病院の緩和ケア病棟におけるリハビリテーション・アプローチ、がん緩和ケアに活かすリハビリテーション・アプローチ、2010年3月臨時増刊号
- ③渡辺 敏、大木信子、藤田敦子、ほか：「在宅における症状コントロール、在宅緩和ケアにおける地域連携、家族へのケア、ほか」、千葉県健康福祉部健康づくり支援課編、千葉県在宅緩和ケアプログラム、千葉、2010年3月刊行予定。

2. 学会発表

- ①山岸聡子ほか：サポーターケアセンターにおける「サポート外来」の現状と課題、第24回日本がん看護学会総会、2010.02.14、静岡市、示説
- ②渡辺 敏、山岸聡子ほか：緩和ケア病棟短日入院の意味するもの、第33回日本死の臨床研究会年次大会、2009.11.7、名古屋、示説
- ③渡辺 敏：がん診療連携拠点病院としての緩和医療供給体制の改革、第71回日本臨床外科学会総会、2010.11.19、京都、示説
- ④坂下美彦、渡辺 敏ほか：緩和ケア病棟でのレスパイト入院、第14回日本緩和医療学会学術大会、2009.06.19、大阪、示説

⑤木村由美子ほか：外来通院のがん患者における在宅連携の現状、第24回日本がん看護学会総会、2010.02.13、静岡市、示説

⑥山岸聡子：いま求められる看護師の役割—緩和ケア認定看護師として—、第45回日本胆道学会学術集会、2009.9.20、千葉市、シンポジスト

H. 知的財産権の出願・登録状況

- 1. 特許の取得  
なし
- 2. 実用新案登録  
なし
- 3. その他

平成21年度 分担研究報告書

分担課題名 在宅移行における問題点の検討に関する研究

研究分担者 木下 寛也 国立がんセンター東病院 緩和医療科 医長

研究要旨

在宅療養支援診療所の現状と緩和ケア病棟で症状が緩和され在宅に移行した患者の転帰について検討した。千葉県においては2006年から2008年に在宅療養支援診療所数は僅かしか増加していなかった。自宅看取り数は2006年度において993名であったが、2008年度には1,412名と大幅に増加し、在宅療養支援診療所は一定の役割を果たしていると考えられた。国立がんセンター東病院緩和ケア病棟において2008年6月から2009年5月に入院した患者316名のうち、自宅に退院した患者は55名(17.4%)で、そのうち自宅療養を継続し自宅で死亡した患者は13名であった。

A. 研究目的

がん医療において、入院期間の短縮化、化学療法の外来化が進み、さらに一般国民の意向調査においては、がんが進行しても可能な限り在宅を希望する方の割合は6割を越える。このような状況においては、がん患者・家族が安心して在宅で過ごせる医療提供体制の構築が急務である。

しかし、在宅療養を支える役割を期待されている在宅療養支援診療所(以下支援診療所)の機能は未だ不十分である。本研究においては先行研究に引き続き千葉県における在宅支援診療所の現状について検討を行った。

また、緩和ケア病棟(以下PCU)も従来の看取りを中心とした役割から、在宅療養の障害となる症状緩和の役割に範囲を拡大しつつある。当院においては近年特にその傾向が強く、PCUにおいても平均在院日数は短縮されてきている。今回は、国立がんセンター東病院PCUか自宅に退院した患者の看取り場所と、その特徴を検討した。

B. 研究方法

1. 千葉県における支援診療所の現状

先行研究においては、千葉県社会保険事務局に支援診療所の届け及び、支援診療所に係る報告書の情報開示請求を行い、データ集計を行った。2008年10月1日より、社会保険事務局で行っていた業務が地方抗逝去に移管されたため、本研究においては関東信越厚生局千葉事務所に情報開示請求を行い、開示されたデータの集計を行った。

2. PCUから居宅に退院した患者の看取り場所

2008年6月から2009年5月までに当院PCU入院歴のある患者のうち、居宅へ退院した患者についてカルテの後ろ向き調査を行った。

(倫理面への配慮)

支援診療所に関するデータについては個人情報に伴わない情報であるため、倫理審査委員会での承認は要しないと判断した。

C. 研究結果

1. 千葉県における支援診療所の現状

2009年10月1日時点で、229診療所が支援診療所として届出受理されていた。2008年7月1日から2009年6月30日までに支援診療所が自宅で看取りを行った患者数に関しては、0名が81施設、1~4名が65施設、5~9名が33施設、10~14名が10施設、15~19名が5施設、20~29名が7施設、230~39名が5施設、40名以上が9施設であった。先行研究の過去とデータと合わせて表1、2、図1に記載する。

2. PCUから自宅に退院した患者の看取り場所

2008年6月から2009年5月までに入院した患者は、316名いた。そのうち、在宅退院した55名(17.4%)。そのうち、看取りの場所が、在宅(以後在宅死)であったのは、13名、当院PCU(以後PCU死)であったのが29

名、他院が5名、その他が18名であった。在宅死のうち、最後の入院から死亡までの平均在宅日数は、52.9日であった。PCU死の平均在宅日数は、38日であった。また、死亡日前1か月の平均在宅日数については、在宅死では、23.5日、PCU死では、12.6日であった ( $p < 0.05$ )。また、在宅死では、全例訪問診療、訪問看護の介入が行われていたが、一方、PCU死では、訪問診療、訪問看護の介入が行われていたのは29名中17名、訪問看護のみの介入は、5名、両方の介入が行われていなかったのが、7名であった。

#### D. 考察

千葉県において支援診療所は、2006年から2009年までの間にあまり増加していない。支援診療所の自宅看取り数は確実に増加しており、一定の役割を担っていると考えられる。しかし、支援診療所のうち3分の1は自宅看取り数が0であり、機能していない可能性のある支援診療所が多いことが推測される。

緩和ケア病棟の役割の一つとして、症状を可能な限りコントロールし、在宅療養へつなぐことを揚げられる。今回、PCUから退院した患者の経過を後ろ向きに追跡した。当院PCUにおいては退院した患者において、訪問診療、訪問看護の導入にて最後まで在宅療養を継続した患者も2割程度はいたが、最終的に病院で亡くなる患者が大半であり、今後この原因を調べていく必要があると考えられた。

#### E. 結論

支援診療所の現状とPCUから退院した患者の転帰について検討を行った。支援診療所の在宅看取り数は2006年から2008年において、増加していた。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

#### G. 研究発表

##### 論文発表

1. 木下寛也：脳転移認知障害患者の緩和ケア。腫瘍内科 3: 551-555, 2009
2. 木下寛也：家族とのコミュニケーション・スキル。続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル p140-148: 藤森麻衣子, 内富庸介編。医学書院。東京, 2009.

3. 木下寛也：家族ケア 実践のポイント。緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門 p322-327: 小川朝生, 内富庸介編。医業ジャーナル 大阪, 2009.

##### 学会発表

1. 木下寛也, 小川真夫, 他：緩和医療科外来新規受診患者の内訳について：第14回日本緩和医療学会学術大会。2009.6, 大阪
2. 木下寛也：ワークショップ 1 明日からすぐに役立つプロの技～気持ちのつらさ(抑うつ)へのベストプラクティス 精神症状の評価。第22回日本サイコオンコロジー学会総会。2009.10, 広島

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

図1. 在宅療養支援診療所 年間自宅看取り数（千葉県）

年間自宅看取り数	2006年	2007年	2008年
0名	74施設	57	81
1-4名	58	46	65
5-9名	26	26	33
10-14名	15	10	10
15-19名	4	3	5
20-29名	4	9	7
30-39名	3	3	5
40名以上	4	5	9

2006年：2006.7.1-2006.6.30 2007年：2007.7.1-2008.6.30 2008年：2007.7.1-2008.6.30

図1. 在宅療養支援診療所 年間支度看取り数（千葉県）

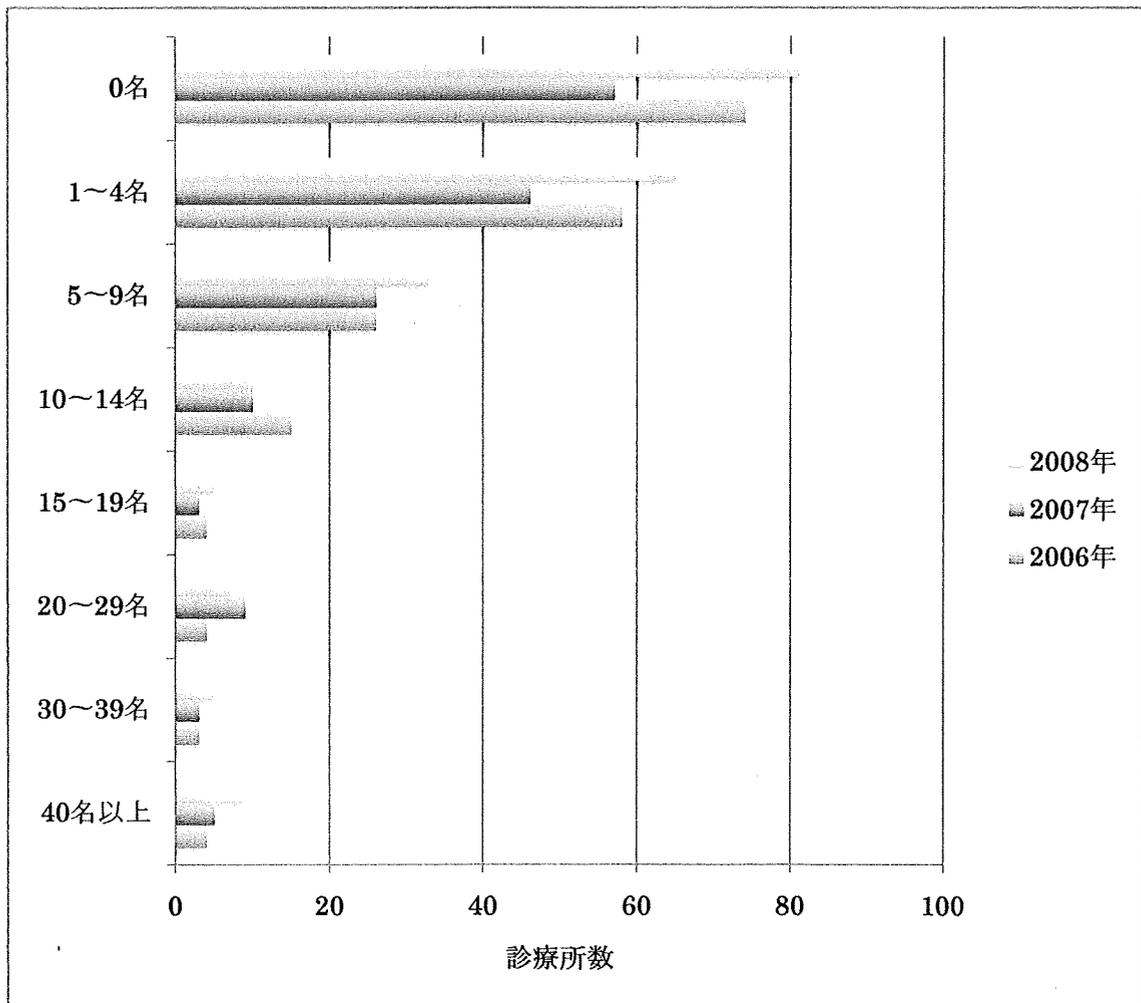


表 2. 在宅療養支援診療所総数 自宅看取り総数（千葉県）

	2006 年	2007 年	2008 年
在宅療養支援診療所総数	207	211	229
自宅看取り総数	993	1049	1412

## 研究要旨

在宅緩和ケアの仕組みの良質化を企図した「千葉県在宅医懇話会」活動の現況を紹介し、今後への課題を概説する。

### A. 総説

人生の最後にふさわしいところはどこか？それは人さまざまだろうが、どこであれ安らかな最後を目ざしたい。安らかであることが人生の最後に相応しい。多くの人がそれを我が家に求めるのは当たり前だろう。しかしそれを支える仕組みはまだまだ不十分である。

千葉県在宅医懇話会は発足して2年半になるが、県下の在宅医療を行う、医師、看護師、薬剤師等で構成された自主的な集まりである。これまで地域で在宅緩和ケアが広がることを目指し、ケアのスキルアップと情報交換を行ってきた。

平成21年度の会の活動状況は、6月7日第4回研修会(参加者65名)、9月20日第3回総会(参加125名)、12月20日第5回研修会(参加者66名)が主なものであるが、そのほかにメーリングリストによる情報交換、意見交換が行われている。集会での話題や討論の内容は常に多くの現在的問題が提示され興味深く課題の多いものである。ここではその一端を垣間見ながら、在宅緩和医療の現状について述べてみたい。

昨年9月の第3回総会では千葉県の在宅緩和ケアの今後についてディスカッションされた。がん対策基本法が発足し、その中でがん拠点病院を中心に病院から在宅へという流れをいかに作れるかが模索されている。しかし、実際の現場ではどうなっているのか？

地域中核病院におけるがん診療の例が示されたが、それは医療関係者の誰もが経験したものであった。すなわち、がんが発見されると地域の中核病院に紹介され、その後治療やケアは主治医中心となる。根治不能となったとき、緩和ケアが必要となっても紹介医や在宅医に移行する患者は少なく、主治医が抱えてしまわざるを得ない病院が多い。そして、いよいよ通院が困難となった時は入院することになるが、病床に余裕がなかったり、本人家族が希望したりする場合にのみ在宅医

に紹介するという流れである。WHOの指針にあるごとく早期からの緩和ケアの導入は「理想」になってしまっている。

安心できる在宅移行システムがないために、自ら患者の看取りまで責任を持とうとしている主治医も少なくない。それはすなわち、病院内では、主治医が在宅緩和ケアの存在を知らないことや、患者の視点から在宅に移行できる仕組みを作ろうとする病院の姿勢が欠如していることに起因する。一方、在宅では在宅緩和ケアができる医師・診療所や訪問看護センター・ケアマネ等が圧倒的に少ないことが阻害要因となっている。紹介できる医師がいなければ積極的に在宅を勧める雰囲気にならないだろうし、病院全体が以前同様ならば主治医は緩和ケアを想起しないだろう。それまで主治医に治療を託し治ることを願ってきた患者や家族は、当然今までの主治医に診てほしいし、病院を離れたくもないだろう。また抗癌剤治療にすがらざるを得ないかもしれない。すなわち、病状の好転がないと、心身や生活に先の見えない不安が大きく降りかかってくるため、そうする外に選択の余地がない。そのような状況にある患者が多く存在していることが示された。

在宅緩和医からの報告では以下のような紹介があった。適切なケアによってがんの終末期は必ずしも痛みを伴わないで済む、痛みがあっても在宅療養のほうが痛みがずっと緩和されることが多い。だから落ち着いていれば、自然の結果として自宅で最期を迎えることができますよ、と初回訪問時に説明すると、治療が見込めず最後は痛みを伴うものと思っていた家族の大半が、面談前「最期は入院を」と考えていたのに面談終了時には「最後まで家にいたい」と希望に転じる、と。これは前述の家族や本人の抱えるはかり知れない不安が軽減したことを物語っている。多くの不安や苦痛を取り除く質の高い緩和ケアができれば在宅で安心して死ぬこともできる。しかしなが

ら、ケアをする側も不安を抱え混乱すれば、患者の希望に沿えないまま満足のいかぬ結果になってしまう場合も多い。いろいろなレベルでいろいろなやり方で実践されているのが在宅緩和ケアの現状だろう。質の高いケアの経験を共有し、さらに患者・家族の視点に即したケアを追及していく必要がある、と思われた。

また、千葉県のがん在宅死の実情がほとんど分からないことが報告された。そもそも、緩和ケアを担う医師や看護師、そのほかのスタッフが圧倒的に少ない。在宅医療の関係者は、みなスキルアップあるいはパワーアップを求めているが、それ以前に在宅医療に関心が乏しい厳しい現状におかれているのである。在宅療養支援診療所についても千葉県の新規登録は極めて少ない。看取りを積極的にする在宅療養支援診療所はむしろ減っている（平成 20 年木下報告）。従って在宅看取りの多い診療所は機能飽和に近づいている。訪問看護ステーション数も同様であり、看護師が不足 24 時間看取り体制を取り下げ規模縮小しているところもある。千葉県在宅医療懇話会の会員数が足踏み状態であるのは、そのような状況を反映しているように思われる。

平成 19 年 4 月がん対策基本法が発進して以来、がんの予防および早期発見とがん医療の均てん化、がん患者の QOL 向上が目指されてきたが、それは主にごん拠点病院を中心に整備・確立が進められてきた。「がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの分析とその解決策に関する研究」という今研究も、病院緩和ケアの整備を念頭に計画されたものと思われるが、それが役に立つためには在宅医療機関の整備が並行して進められなければ機能しないと考える。すなわち、病院の緩和ケアと在宅緩和ケアが車の両輪として動くシステム作りを当初から考慮していかないと、実践で役立つものにならないと危惧している。また、病院内での整備も患者の視点に立って進めていかなければならない。とくにがん治療の早期から緩和ケアを導入できるシステム作りが是非とも望まれる。

## B. 健康危険情報

特に無し

## C. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

## 2. 学会発表

なし

## D. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許の取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

平成21年度 分担研究報告書

分担課題名 在宅緩和ケアにおける退院前カンファレンスの意義に関する研究

研究分担者 浮谷勝郎(市川市医師会・浮谷クリニック)

協力研究者 東京歯科大学市川総合病院(医師・歯科医師・MSW・看護師)

市川市医師会員 市川市歯科医師会員 訪問看護師 介護支援専門員

研究要旨

療養者自身の選択や家族の希望、また医療経済情勢の影響など様々な事情で、最期の時を住み慣れた我が家で過ごす末期がん患者の方が増加している。今回我々は入院中の患者が、在宅生活に復帰する際、退院前カンファレンスを行うことによってより円滑な在宅生活への移行の可能性を調査した。調査方法は退院前カンファレンスを行い、それに対し事例検討会を開催し問題点や解決策を検討した。カンファレンスは平成20年11月5日から平成22年2月26日の間に33件について行った。また退院前カンファレンスを行った事例に関係した医師会員および東京歯科大学市川総合病院(以下市川総合病院)の医師に対してアンケート調査を行った。アンケートにより患者の在宅移行に関して退院前カンファレンスは非常に有効であるが現実には開催に際して多くの障害があることが判明した。しかし退院前カンファレンスを行った症例は円滑に在宅生活に移行ができ、またその後の経過も病院医師・在宅担当医師(以下在宅医)が緊密な連携を取ることが可能であるため良好な在宅生活を送ることが可能となった。

A. 研究目的

我が国の年間死亡者数は約110万人であるが、がんによる年間死亡者数は約34万人に到達し、原因別死亡順位は昭和56年以来第1位に位置し増加傾向を続けている。一方疾病構造の変化、医療技術や寿命の限界、価値観の多様化、生き方の選択、国の医療費削減政策の影響のもとで、住み慣れた家庭・地域において最期の時をすごそうと考える方々も増加している。しかしがん治療を終えて在宅で療養することになった患者・家族の多くは大きな不安を抱えて家庭での生活を送ることになる。また在宅医療を受け持つことになった医師も、患者・家族の疾病や生活をどのように支えていけばよいか同じように不安を抱えながら関わりを持つこととなる。

今回我々は在宅医療を行う市川市医師会員と地域のがん診療連携拠点病院である市川総合病院の医師と協力し、退院前カンファレンスを行った。退院前カンファレンスを行うことで医師間の連携が強固になり、また多職種における情報共有も可能となった。結果的に患者の在宅生活への移行時に存在する様々な問題点が明らかとなり、一つ一つの問題点を解決することにより在宅生活への移行が円滑になった。

B. 研究方法

まず市川市医師会と市川総合病院の在宅医療およびがん緩和ケアを担当する関係者を中心にモデル地区会議を開催し課題を抽出した。

大きな問題点として挙げられたものは病院主治医・看護師と在宅医・訪問看護師の間で十分に情報が共有されていないこと、緩和ケアに対する知識不足、多職種との連携体制の不備であった。これを解決するために市川総合病院を退院する末期がんの患者に対して退院前カンファレンスを行った。

退院前カンファレンスは病院のソーシャルワーカー(以下MSW)が企画し、病院医師・医師会員・MSW・病院看護師・訪問看護師・介護支援専門員などが参加した。退院前カンファレンスの後、患者および家族を交え再度在宅移行への話し合いを行った。

平成20年11月5日から平成22年2月26日の間に33例の退院前カンファレンスを行った。

【退院前カンファレンスで検討された事項】

- ・ 病名、病状、経過、転移の有無、予後
- ・ 画像、検査データ
- ・ 緩和ケアに対する話し合い
- ・ 本人や家族への告知の有無

- ・ 本人、家族の思いや不安
- ・ 在宅移行への問題点
- ・ 家族構成や介護力の問題
- ・ 退院後の生活の在り方、今後の方向性
- ・ 経済的問題
- ・ 介護保険申請
- ・ バックベッドの問題、レスパイト入院
- ・ ADL、食事、排泄 など

これらの事例に対し平成 21 年 3 月 10 日および平成 22 年 3 月 3 日に事例検討会を開催し。

事例検討会には 60 名を超える関係者が参加し各事例に対し詳細な検討が加えられた。同時に退院前カンファレンスを行った医師会員および市川総合病院の医師にアンケート調査を行った。

### C. 研究結果

#### 【アンケート調査の回答】

#### ①退院前カンファレンスを行って良かった点（在宅医）

- ・ 患者の性格、家族や隣人の情報など文章にはあらかじらい背景を知ることができた。
- ・ 画像を見ることにより、病状を深く理解することができた。
- ・ 病院医師と共に面談することにより患者、家族と信頼関係が深まり、連携が強くなった。
- ・ 病院医師の今までの治療姿勢や意図が伝わり、今後の在宅生活への参考となった。
- ・ 看護スタッフから日常生活の情報を聞くことにより在宅生活におけるケアがスムーズになった。
- ・ 患者に対する看護スタッフの対応方法、理解度を知ることにより訪問看護の指示が的確になった。

#### ②退院前カンファレンスを行って良かった点（病院医師）

- ・ 電話、メール、手紙でなく直接会って話ができるためより深い意見交換、情報共有、説明ができる。
- ・ 「顔の見える関係」により、在宅医・家族・多職種との連携が深まった。
- ・ 在宅生活での問題点が明らかになった。
- ・ 在宅生活への移行がスムーズになった。
- ・ 患者・家族の安心につながった。
- ・ 急変時などに迅速な対応が可能となった。

#### ③退院前カンファレンスを行う際の問題点（在宅医）

- ・ カンファレンス開催の日時調整が難しい。

- ・ 多職種を同時に集合させることが困難。
- ・ 病院医師の在宅医療に対する理解度の差やズレを感じる。
- ・ 退院前カンファレンスの継続性に不安がある。
- ・ 出席可能な一部の人のツールにならないよう地区全体の連携につなげる必要がある。

#### ④退院前カンファレンスを行う際の問題点（病院医師）

- ・ 院内業務が多忙で時間の確保が困難。
- ・ 多職種が参加するため時間調整が難しい。
- ・ 看護スタッフ、MSWの負担が大きく心苦しい。
- ・ 告知の問題を含め退院前カンファレンスに家族の同席は考慮すべき課題である。

#### ⑤問題点の改善策（在宅医）

- ・ 就業時間をさけて開催する。
- ・ 問題点をあらかじめ情報共有し、カンファレンスの時間を短縮する。
- ・ MSWの篤志に頼らず、院内事業として確立するよう希望する。
- ・ 各医療機関に専門の部署と場所を確保して時間調整などを行う。
- ・ 病院医師が在宅生活への理解度を高める必要がある。
- ・ 看護スタッフも共有できるパスを作ることでカンファレンスの代わりになるのではないか？

#### ⑥問題点の改善策（病院医師）

- ・ あらかじめ問題点、協議事項を明らかにし十分な準備をしておく。
- ・ 退院前カンファレンスの夜間開催はやむを得ないと思う。
- ・ 電話、メールをつかったカンファレンス。
- ・ 在宅医が決まった時点で早めに日程を調整するとある程度時間が作れる。
- ・ 時間、労力の負担が増えるので保険点数報酬を考慮する必要があるのでは？

#### ⑦その他の意見（開業医）

- ・ MLなどにより情報交換が出来ると良い。
- ・ 市川市には 24 時間対応できる訪問看護ステーションが十分ではなく、在宅緩和ケアが満足に出来ていると思えない。ステーションや訪問看護師を増やす必要がある。

#### ⑧その他の意見（病院医師）

- ・ どの時点で在宅医へ連絡すべきか？
- ・ 在宅医に依頼することにより見捨てられるとの不安感あり。

- ・全ての症例について対応ができない。

#### D. 考察

市川市は人口約 47 万人の町であり、約 240 の開業医が診療している。またベッド数 100 床以上の病院は 9 施設である。今回その中でがん診療連携拠点病院である市川総合病院と市内の 8 医療機関が、在宅緩和医療推進のため在宅で緩和ケアを希望する入院中の患者に対して退院前カンファレンスを行った。症例数は 33 例のうち最後まで在宅生活を続けた方は 18 名、市川総合病院で亡くなられた方は 8 名、その他の病院やホスピスに転院されて亡くなられた方は 3 名、現在療養中の方は 4 名であった。多くの方が在宅生活を長く続けることができたのは、病院医師と在宅医との緊密な関係が構築されたことにより得られた結果である。地域の大きさや病院の規模を考えれば症例数は少なく感じられるが、転帰を見る限り退院前カンファレンスは在宅生活へ移行するために非常に有効なものと考えられる。

病院医師や在宅医に対して行ったアンケート調査の結果では退院前カンファレンスの必要性を感じる意見が大半を占めた。訪問看護師や介護支援専門員など在宅生活を支える人への聞き取りでも、退院前カンファレンスにより在宅生活への円滑な移行が可能となったと報告があった。また患者側の利点として病院医師が退院前カンファレンスに参加することにより患者・家族から「病院の医者に見放された」という印象を与えない効果もある。

この試みは一地域のわずかな試みであるが実際に行ってみると数々の問題点が明らかになった。幸いにも地域の中核病院と医師会が協力することによって短期間のうちにある程度の結果が得られたが、今後この活動を継続することによって「住み慣れた地域の在宅緩和医療が受けられるような」地域を構築し、またモデルケースとして全国に発信できるよう希望する。地域で行うということ、地域の中核病院と多くの医師が参加していくことが今後の地域医療発展を進めて行くことだろう。

#### E. 結論

##### 【効果】

・病院医師と在宅医との意見交換の場を提供したことにより末期がん患者の医療を中心とした在宅生活への取り組みや考え方などを相互確認し、面識を深めることにより連携の基礎が

構築できた。

・医師会立訪問看護ステーション、居宅介護支援事業など、市川市医師会における在宅医療への取り組みを市川総合病院の医師ばかりでなく多職種在宅生活を支える人たちに紹介し、利用方法などの情報提供ができた。

・事例検討会を実施することにより、様々な課題が抽出され今後の方向性が明らかになった。

##### 【課題】

・地域の社会資源の情報を収集し医療機関、福祉、介護事業者、患者、家族に提供できるシステムの構築が必要である。

・退院前カンファレンスの開催は患者の状態を把握するために有用であり定着が求められる。ただし、多忙な医師にとって全ての症例に対してカンファレンスを行うことは困難な状況である。

・病院医師、病院看護師に在宅医療の現場を経験してもらい共通の価値観・認識を得る必要性を痛感した。

##### 【今後の方向性】

がん患者が家族とともに住みなれた地域で安心して在宅生活を継続しながら適切な緩和ケアを受け、最後まで自分らしい生活を維持するためには、地域の様々な社会資源の緊密な連携（ネットワークシステム）を構築することが必要である。このためには地域で標準的在宅がん緩和ケアを提供するための普遍的なプログラムを策定することが求められる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許の取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし