

参考資料③

「がんのお悩み相談サロン」相談記録用紙

相談日	年 月 日 ()			相談時間	～	まで
相談者				関係		
患者名	男・女			年 月 日生	歳	
住所				電話		
受診歴	有・無	ID	主病名	主治医		
相談分類						
相談内容				担当者の対応		
				相談終了時の相談者の状況・反応		

平成22年度 分担研究報告書

分担課題名 介護保険事業実績と地域包括支援センター業務からの考察

研究分担者 河野 秀一 施設名 渋谷区医師会
 渋谷区ひがし健康プラザ地域包括支援センター
 職名 主任介護支援専門員

研究要旨

在宅ケア＝介護保険サービスという理解は広くされてきているが、実際にはどのような状況になっているのかを、介護保険事業実績のデータにより検証した。そのデータと、介護保険申請窓口である地域包括支援センターの申請時の対応を照らし合わせ、在宅ケアの易遂行性のバリアになっているものが無いかを考察した。制度上様々な条件があり、それが在宅ケアに移行する際の支障となると感じるが、それは介護保険申請時に、在宅での生活を望む方の思いや希望を伺いそれに添う対応を行えば、支障にならずスムーズに在宅ケアが行なえるのではないかと。又、その際にその方の希望が介護保険ではないものでアジャストするのであれば、その情報を提供し選択して頂くという対応も必要になってくる。申請窓口での対応が機械的なものではなく、その方の思いに添ったものになれば、在宅ケアへの移行がスムーズになり、在宅ケアへの易遂行に繋がると考える。

A. 研究目的

在宅ケアを行っていく上で、介護保険サービスを利用していく事は、広く理解されてきたと思われる。しかし、現場ではがん末期の方の介護保険申請が有効なサービス利用に繋がっているのか。申請をしてサービスを利用しない若しくは申請からの流れがマッチしていないのではないかとという疑問が生ずる。在宅ケアの易遂行性のバリアになっているものではないかという事を検証する為に、介護保険事業のデータから分析し考察する。

B. 研究方法

- ◇介護保険事業実績を全国・東京都・渋谷区別に調査・分析(厚生労働省・東京都・渋谷区のホームページより)
- ◇日々の地域包括支援センター窓口対応との照らし合わせ
- ◇昨年度実施した介護支援専門員へのアンケート結果(資料添付)との関連付け

(倫理面への配慮)

個人情報特定されるものではないので、倫理面での問題はない。

C. 研究結果

まず、介護保険新規申請してから認定が下りるまでの期間を調査した。2009年10月～2010年5月の新規申請の実績として、

東京都	35.7日
渋谷区	32.8日

となっている。いずれも、「申請から30日以内に認定結果が出る」とされている日数を超えているのが分かる。

又、非該当率は

	一次判定	二次判定
東京都	7.0%	2.7%
渋谷区	19.2%	7.9%

であった。最終的に区の非該当率が都に比べ約3倍になっている。因みに、渋谷区の新規申請数は21年度で2,163件であった。

渋谷区の介護認定審査会開催数は平成21年度で253回、審査件数は同じく平成21年度で8,721件であり、1回の審査会で平均約35件審査判定を行っている。

渋谷区の認定者数を見ると、平成22年3月末で第1号認定者が7,180人(97.7%)、第2号認定者が169人(2.3%)となっている。

介護度別認定者数割合は平成22年3月末で、

要支援1	19.0%
要支援2	17.1%
要介護1	16.0%
要介護2	14.5%
要介護3	11.8%
要介護4	10.6%
要介護5	11.0%

となっている。要支援1・要支援2・要介護1のいわゆる軽度認定が、52.1%と認定者総数の半分以上を占めている事が分かる。

介護保険サービス受給者（サービスを利用している認定者）については同じく平成22年3月末で、

	居宅	地域密着	施設
第1号	4,282人	243人	992人
第2号	97人	0人	10人

となっており、介護保険サービス利用率（全認定者数に対するサービス受給者の割合）は、

	認定者	受給者	利用率
第1号	7,180人	5,517人	76.8%
第2号	169人	107人	63.3%

となっている。全サービス受給者中居宅サービスの利用率は、

	受給者	居宅利用	割合
第1号	5,517人	4,289人	77.7%
第2号	107人	97人	90.7%

となっている。

利用しているサービス種別を給付額割合で見ても。

厚生労働省平成19年度介護事業状況報告では、居宅サービスについて多い順に

通所介護	13.5%
訪問介護	10.4%
通所リハビリ	5.8%
短期入所生活介護	3.9%
特定施設	3.4%
福祉用具・住宅改修	3.3%
訪問看護	1.9%
短期入所療養介護	0.9%
夜間対応型訪問介護	0.9%
訪問入浴	0.8%
居宅療養管理指導	0.4%
訪問リハビリ	0.2%

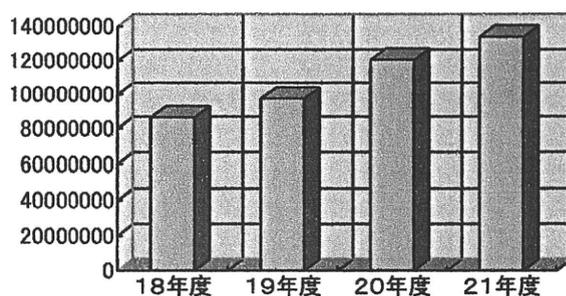
となっている。全給付額中、在宅は約49%、施設は約44%、地域密着型約7%であった。渋谷区の場合平成21年度では同じく多い順に

訪問介護	15.5%
特定施設	13.3%
通所介護	8.1%
福祉用具・住宅改修	3.8%

短期入所・療養含む	3.5%
訪問看護	2.6%
訪問入浴	1.6%
居宅療養管理指導	1.4%
訪問リハビリ	1.1%
通所リハビリ	0.9%
夜間対応型訪問介護	0.01%

となっている。全給付額中、在宅は約51.8%、施設は約34.6%、地域密着型は約4%であった（残り約10%は、その他として統計上高額介護サービス費や審査支払手数料で計上されていた）。全国と渋谷区を比べると、利用サービスの割合に大きな違いが見られた。

又、渋谷区のサービス種別の年度推移を見てみる。特に居宅療養管理指導の給付額の推移は、2号の特定疾病にがん末期が追加された平成18年度～21年度の推移をみると



となっており、給付サービス中一番高い伸び率であった。

D. 考察

まず、新規申請してから認定が下りるまでの期間が、渋谷区の場合32.8日かかるという事を考える。原因は不明であるが、申請件数が多く審査会に時間が掛かる事が原因の一つと考えられる。渋谷区の場合は、新規申請時にかん末期という事であれば、早ければ当日に区の調査員が連絡を取り、当日若しくは翌日に調査を行う事がある。これは、厚生労働省からの通達を下に、がん末期の申請者は時間的に限られた状態であるので、事務手続きを早急に進めサービスが利用できるよという事での対応である。よって、がん末期の新規申請者の認定は、データは無いが32.8日より恐らく早いと思われる。昨年のケアマネージャーへのアンケートで、申請した時の状態と結果が出る頃

の状態が変わっていて、結果が出てすぐに区分変更を行わなければいけないという回答があったが、それは介護保険制度を根本から変えないと解決しないものであると考える。

渋谷区の場合、介護保険の申請窓口は地域包括支援センターとなっている。ご本人若しくはご家族が申請に来た際には、我々相談員は申請の理由や現在の状態、現在困っている事や利用したいサービス等を伺い、介護保険申請からサービス利用までの流れやサービス内容（介護保険・区で行なっているサービス）等を説明する。入院している場合は、既に病院の医療相談室等で説明を受けている事も最近多くなっている。特にがん末期のケースは、具体的に退院日や利用したいサービス、患者さんによっては訪問医や訪問看護・ケアマネージャーが決まっている事が多く、申請とそれ以降の流れがスムーズに進む場合が多い。

利用したいサービスの多くが、ベッドやエアマット・車イス・歩行器等の福祉用具レンタルで、申請し退院と同時に導入したいというケースがある。基本的には、認定が下りてからのサービス利用という事になるが、前出の通り結果が出るまでに32.8日掛かるので、結果が出る前に暫定的に利用する事も少なくない。しかし、認定度でサービスによっては制限を受ける事がある。特に福祉用具レンタルについて、ベッドやエアマット・車イスについては、原則的に要介護2以上で利用出来るという条件がある。認定が要支援1・2や要介護1といういわゆる軽度認定の場合、認定調査の項目若しくは主治医意見書、担当者会議での必要性の合意が得られれば保険給付で利用できる物であるが、もし、上記のような福祉用具の利用を希望し、認定結果が下りる前に暫定で利用している場合、軽度認定が下りて、認定調査項目でも主治医意見書でも担当者会議でも必要性の合意が得られない場合は、保険給付は認められず自費での利用となる。ベッドについては約1万5千円、車イスについては約5千円程度になり、その負担は少ない。そのようなケースが頻繁にある訳ではないが、前項の統計で渋谷区の場合要支援1～要介護1の認定者が52.1%に上っているので、可能性としては高い。申請にいらした際にそれをお伝えして、ご理解して頂く必要がある。しかし、がん末期のように限られた時間で自宅に戻りたいという希望があり、例えば身

体が辛いのでベッドを利用して安楽に生活したいと思って介護保険申請に来たが、上記のような長々とした説明をされると「介護保険サービスは利用したい時に出来ない」と思われても仕方が無い。実際に、そのような事を言われる事もある。よって、我々相談員が窓口での対応の際に、「何を一番に考えているのか」「どのような理由で介護保険を申請されるのか」「何を利用したいのか」という部分を重点的に聞く事にしている。自宅で限られた時間をお過ごしになる準備段階で、その限られた時間を制度の煩雑な手続きに費やして欲しくないという思いがある。ご本人や家族の想いと具体的な希望を伺う事で、それが叶う方法等を情報提供し、自宅で有意義な時間を過ぎて頂きたいと考えている。それが、在宅ケアへのスムーズな移行の一環であるという考えでもある。最近では各種サービス事業所で、介護保険で利用が制限されている部分を自費で利用出来る様にしたサービスの提供を行なう所が出てきた。費用の面では、保険で利用するより自己負担は多くなるが、利用制限や利用までの時間が掛からないという特長がある。前出の福祉用具レンタルでは、いわゆる軽度者の利用が制限されているベッドについて、月約二千円前後で提供している業者が多くなってきた。例えば退院して自宅に戻るに当って、布団を敷いて床からの動作が困難なので、ベッドさえあれば動作が安全にでき、生活の質が確保されるので、ベッドのレンタルのみを希望して介護保険の申請に来られた場合には、その様な業者が提供している自費レンタルベッドの情報を提供し、それ以外を介護保険で望んでいなければ認定結果を待ち、その後の煩雑な事務手続きに時間を取られるよりは、介護保険申請をしないという選択をご本人が行う事もある。これは決して介護保険申請やサービス利用を制限するという事ではない。また、経済的な事情等生活背景も考慮しなければいけないので、全ての方に当てはまる訳ではない。生活保護の場合は、自費利用となると金銭的負担が大きいのでその他の方法を検討しなければならない。地域包括支援センターは介護保険申請の窓口ではあるが、特に時間の限られたがん末期の患者さんだからこそ機械的に申請を受けるのではなく、その時のその方の思いや生活背景を伺い、その思いに合ったものがあるのであれば、生活背景を考慮しながら保険給付か

否かを問わず幅広く情報提供し、説明してご本人に選択して頂く相談支援が必要であると考え。「取り敢えず申請」をして32.8日を待つ頂くより、ご本人の想いを伺い希望を明らかにする相談支援を窓口で行い、それに沿った情報を提示し選択して頂く事で、思い通りの在宅生活・在宅ケア＝在宅ケアの易遂行が出来るのではないかと考える。

渋谷区の場合、認定結果によってサービス利用の流れも変わってくる。基本的に、要支援の場合は地域包括支援センターが担当し、要介護の場合は居宅介護支援事業所のケアマネージャーが担当する。但し、居宅介護支援事業所によっては、要支援も担当出来る所があり、その際は地域包括支援センターから委託という形で担当することになる。しかし、介護保険報酬は要介護に比べると半分以下になり、担当件数が制限されている為、要支援を担当する事は費用対効果の視点からも難しい。

例えば、病院を退院するにあたり介護保険申請をすると同時に要介護1以上が出ると予測して暫定的にサービスを利用する為に居宅介護支援事業所のケアマネージャーをセッティングし、退院前のカンファレンスに出席してアセスメントをし、担当者会議を開催し、サービス調整をしてケアプランを作成し自宅に戻り、訪問してモニタリング等を行なって、32.8日後に出た結果が要支援であった場合、要支援を担当出来ないケアマネージャーは介護報酬の請求が出来ない＝報酬がないという事になる。結果が出た時点で、居宅介護支援事業所のケアマネージャーから地域包括支援センターの担当に替わるという事になり、ご本人・ご家族に混乱を招く事態になる。極端に言うと、在宅ケアが停滞する可能性にもなる。これを防ぐ為には、やはり申請時の対応が重要になる。がん末期の方が申請した時点では、生活動作がある程度自立している場合が多く、要支援の認定がされる場合が多い。主治医意見書によりがん末期で不安定状態にある事が明らかであれば、審査会により要介護状態になる可能性もあるが、現状ではがん末期という事だけで要介護になるという確証はない。よって、サービス利用をすぐに希望しており暫定的な利用をする場合で、要支援なのか要介護なのかどちらかの認定も予測できる場合は、①要支援も担当できる事を事前に確認したケアマネージャーを選ぶ②地

域包括支援センターが相談支援の一環として病院を訪問し、カンファレンス等に参加する等して、ご本人の状態を確認し、要支援・要介護どちらの認定が出ても対応できるようにするといった策が必要になると考える。①については、地域包括支援センターで要支援も担当できる地域のケアマネージャーを把握するようにしているので、情報として発信できるようにしている。現に最近では、病院の退院調整を担当する部署から事前にその情報を求められる事も多くなってきている。これらが広がれば、地域ネットワークの構築にも繋がり、在宅ケアへのスムーズな移行が、地域で達成でき得ると考える。

又、状態によっては、非該当という認定にもなる得る。前項の新規申請非該当率を見ると、一次判定で19.2%、二次判定で7.9%となっており、一次判定と二次判定の差11.3%分が二次判定である審査会により、要支援1以上の認定になったという事になるが、最終的に7.9%の非該当率なので、21年度の新規申請者数2,163名を当てはめると約170名が申請をしても非該当という事になる。渋谷区は東京都に比べると非該当率が高くなっているが、要因としては区が行なっている高齢者サービスの利用要件が、介護保険申請になっているものがある事が大きいと思われるが、東京都の非該当率の2.7%という数字を見ても、やはり「取り敢えず申請」をしたという事もあると考えられる。がん末期の方の非該当率や2号非保険者の特定疾病別の認定度のデータがないが、やはり申請時の対応がキーになると考える。在宅で生活を送れる時間が限られているので、支援にもスピードは求められるが、限られた時間だからこそ機械的に行うのではなく、その方の想いを伺い、その時に優先されるべき事を見立て、適切なタイミング（その方が在宅で生活をしたいと思う時）で適切な量（その方が必要としている事や今後考えられる事）の支援を、効率良く（その方が在宅で限られた時間を思い通りに過ごせる）行う事が必要であると考える。

認定者のサービス利用率を見てみる。データではサービスとして居宅・施設・地域密着に分けて利用率を出している。1号被保険者は76.8%、2号非保険者は63.3%となっている。前述したように、渋谷区の場合は区の高齢者サ

サービスの利用要件が介護保険申請になっているものがあり、その利用を希望する為に申請して認定されたという事もあるので、利用率としてはこのような数字になっている。2号被保険者については、特定疾病別のデータがないのがん末期の方が申請をしてサービスを利用しているかどうかははっきりした事は言えない。しかし、次のデータにある全サービス受給者中の居宅サービス利用率は2号被保険者では、90.7%という高い数字になっている事を見ると、1号被保険者に比べると、在宅でのサービス利用を目的として申請した事が明らかである。サービス利用率が100%になれば理想的なのであろうが、現実としてそれはあり得ない。しかし、ここでも申請時の相談対応により有効なサービス利用になるものと考え。これは、がん末期の方に限らずだが、制度の存続や保険料等にも影響してくる事だと考える。

サービス給付額から見たサービス種別の利用状況は、東京都と渋谷区に大きな違いが見られた。地域の特徴として、独居者や高齢者世帯が多いという事や経済的な事情により、特に特定施設（有料ホーム等）の利用割合が多くなっている。これまでの現場での業務から、がん末期の方が利用するサービスは、このデータでは給付額割合の低いサービスを必要としている場合が多いと考える。訪問看護は医療保険での対応が大半になるので、介護保険での利用は少なくなるが、福祉用具レンタルや訪問入浴・訪問リハビリ・居宅療養管理指導がそれである。それ以外を利用しないという事ではなく、やはり生活背景（家族構成等）により違ってくるし、サービスの単価も違う為単純に利用者が少ないという事でもない事は前置きして考察したい。高齢者の介護では、どちらかというとならなくなってから、それを補う為にサービスを利用する事が多い。その流れは緩やかで、アセスメントをして支援者側が利用者に提案してサービス利用が始まる。しかし、がん末期の方は、時間的にも限られており自身で希望される場合が多い。そのセッティングはスピードを求められる事が多く、昨年地域のケアマネージャーに行ったアンケートの中でも「サービス調整に終始した」「展開が速く戸惑った」という回答があった。がん末期のケースは高齢者の要介護者に比べると圧倒的に少なく、高齢者の支援に慣れているケアマネージャーにとっ

ては、限られた時間で在宅生活を送りたいと希望されるがん末期の方のマネジメントが「特別」と感じている。脳血管疾患や認知症・廃用症候群といった介護が必要となる疾患がもたらす生活への支障というものは、経験や研修から理解は深いのがん末期という事になると今後起こりうることやそれがもたらす生活への支障の理解が、経験が少ないという事もあり薄いのかもしれない。よって、確かにスピードが求められてはいるが、実はその薄さがよりスピードを求められていると感じるのかもしれない。しかし、多職種が関わるチームで動いており、特に医療職が必ずと言って良い程在宅ケアの場合は居るので、チーム間連携を取ることでそれは解消できると考える。次のデータを見ると、居宅療養管理指導はがん末期が特定疾病に入った平成18年度からその給付額がその他のサービスに比べると大きく伸びている。がん末期患者のみが利用しているというデータではないので一概には言えないが、これまで自宅に戻れなかった方が戻れるようになっていくということであろう。

E. 結論

誤解の無いように、介護保険制度そのものを否定したい訳でも、申請やサービス利用を制限したい訳でもない。現在ある制度の中で、その方の想いや希望に添っていけるかを考え、時には制度ではない事を提供していく事も必要なのではないかという事を前置きして以下の様に結論付けた。

- ・介護保険そのものや介護保険サービスが在宅ケアへの易遂行性のバリアになっている訳ではなく、その申請時の対応による。

- ・「在宅ケアへの易移行」＝介護保険申請若しくは介護保険サービスの利用という機械的な流れではなく、その時にその方の思いと希望に添う支援を行ない、それが介護保険以外のもので叶うのであれば、それらの情報提供や決定をサポートしていく事が重要である。時には、介護保険申請や利用をしない選択肢も考えられ、地域包括支援センターの役割でもあると考える。

- ・申請時の相談支援対応＝地域包括支援センター若しくは介護保険申請担当窓口の相談支援対応ー適切なタイミングで適切な量の支援を効率よく行う事ーが、その後の在宅ケアへのス

ムーズな移行及び易遂行性に大きく影響する。

・その地域での在宅ケアの入り口として、地域包括支援センターは、様々な情報源としての役割を果たす。それが地域ネットワークの構築にも繋がる。

在宅ケアの入り口である地域包括支援センター・介護保険申請担当窓口は、機械的な窓口ではなく、より状況に添った支援の窓口として機能していきたい。

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

資料 平成21年度 アンケート

Q1. 在宅以外で最期を迎えたケースは、当初在宅死を希望していたか

- ・ぎりぎりまで在宅を希望していたが、最期までとは話していなかった
- ・希望していない
- ・自宅見取りを希望していたが、病院にて死亡
- ・状況によりどちらでも。痛みの軽減優先で病院にて死亡
- ・主介護者は当初在宅死を強く希望されていた
- ・認知症で意思疎通が困難な為不明であった

Q2. 在宅で最期を迎えられなかった理由

- ・退院そのものが病院から勧められてのものであった
- ・痛みの恐怖や孤独感が大きく、専門職に囲まれた環境で安心を求めた
- ・気持ちでは在宅での看取りを希望していても、現実を目の前にした時の介護者の負担（精神的・肉体的）が大きかった一同様回答あり
- ・主介護者が在宅死ではなく、病院に行かせたいと方針が変わった
- ・独居の限界

【解説】Q1とQ2は連動している質問であり、この1年間に担当したケースと限定して質問している。本人の希望と言うよりは、家族・介護者の希望であり、家族・介護者の不安・負担感により在宅での死を迎えられなかった現状もある。

Q3. 在宅死を迎えたケースは当初から在宅死を希望していたか

希望していた

- ・患者が高齢であったため、家族が本人には告知せず、家族は在宅死を希望
- ・配偶者も高齢であったため在宅を希望
- ・本人は入院は絶対に嫌だと言っていた。家族はかなり迷っていた

希望していない

- ・希望はしていなかったが、結果的に在宅期間が10日程度であったため、自宅で看取りができた
- ・そんなに悪いと家族は退院時理解しておらず、在宅死も病院に戻ることも考えていなかった

【解説】

この質問もこの1年間に限定したものである。希望していなかったが、結果的に在宅で最期を迎える事になったというケースが実際にはある。

Q4. 患者ご本人やご家族が在宅で訴えた不安や心配事・時期・対応

- ・医療処置について、本人の状態が変化するたびに本人家族の移行が変わったり揺れたりする
- ・家族一急変時の対応
- ・本人一家族に迷惑をかけていないか？負担になっているのではないか
- ・病院から自宅に戻って直後、痛みが出るのではないかという心配。痛みを抑えるために使う薬への不安。医師や看護師に確認し、聞き忘れないように紙に書いて聞くようアドバイスした
- ・在宅死を選ばれた介護者の疲労感があり、ご本人をどこかに入れて欲しいと訴えた。訪問介護を入れることで身体的援助を行い、介護者の負担を減らした
- ・痛みに対する不安
- ・家族への感謝や家族関係不仲については、代弁者として機能し、時々言葉を操作しながら双方に伝える。脚色をすることで関係が良くなる事が明らかな場合は行う
- ・亡くなる1週間前、点滴・酸素吸入は延命処置になるのかという質問
- ・自宅で看取ると決めていても、いざその時期が近づいたり、本人が苦しさを訴えたりした際など、本当にこれでよいのかと不安になり相談がある。他の情報を提供しつつも傾聴することを心がけた

- ・在宅に戻って1ヶ月頃、状態が変化した時にどうしたら良いか分からない。いつまで頑張れば良いのか分からない。緊急時の対応の確認、家族が今以上頑張らなくて済むようなサービスの配慮、関係者への報告、在宅以外の選択の相談

【解説】

状態の変化時に不安が表出する。また、在宅で最期を迎えるという気持ちにも揺らぎが生じる。

Q5. 在宅が優れている点は？

- ・住み慣れた環境で、自分が共に生活してきた

家族・家具等に囲まれて安心・リラックスできるのではない

- ・家族ライクの介護が出来る
- ・本人らしい生活のままでできる
- ・自分のいつもの物に囲まれているから。反対に全て持ち込めて家族がいるならそれでもよいのかも。ただ、自宅は本人中心、病院は医療者中心、これは大きい
- ・家族が関わる。自由、それなりの生活ができる
- ・安息の場、家族団らん、食事
- ・入院費がかからない
- ・ご本人の意思が尊重される。普段どおりの生活ができる
- ・24時間家族がそばにいてくれる（寄り添う人がいる）
- ・自分の人生の思い出の物と一緒に過ごせる（安心感がある）
- ・介護者の負担は大きくなるが、住み慣れた環境の中で今までの生活を感じながら、その方らしい時間の流れで“生活”していく事ができるから
- ・痛みのコントロールで自分らしく生活が出来る。そのことにより痛みも軽くなると思う。家族といつも一緒にいられることで、精神的に安定できる。
- ・病院の方が安心だという利用者も多いので、自宅が良いとも言い切れないが、自分らしい終末を迎えることが出来る場合が多いことだと思う

【解説】

Q4以降は、この1年間に限らず介護支援専門員のこれまでのキャリアから記述してもらったものである。

住み慣れた環境で、慣れた人・物に囲まれて生活することが、安息や精神的安定をもたらし、その人らしく生活ができるので、在宅のほうが良いと実感している。しかし、病院という空間に人・物があれば、在宅と同じように安定できる環境になるのではという意見もある。また、痛みのコントロールの重要性が挙げられている

Q6. ターミナルケースは他のケースと比べて難しさを感じるか

感じる

- ・短い時間の中でその方そして家族が何を望ん

でいるかを理解し、その状況にあった対応をしていかなければならない

- ・理解のある医療関係者・サービス事業者を探す事
- ・状態悪化が早く区分変更のタイミングが難しい
- ・感情移入が過度になる傾向がある。通常のケースでは「お断り」できる要望も応えたくなくなる。わがままや保険外の要求が「最期のお願い」に感じる。方法的に難しいというより性格的な難しさ
- ・癌＝死という病気の重さ
- ・家族は不安を抱え、その解消・軽減は医療に求めている。在宅では家族が主体となるが、家族は看護・介護の知識も経験もない。精神的負担を抱え、身体的負担が加わる状態や環境となるが、自分達（介護支援専門員）はサービス調整に注力して終わる。
- ・対症療法が自宅に必要な場合があり、家族のショックが大きい（腹水穿刺）
- ・本人、家族の精神的フォロー。その後のグリーフケア。介護支援専門員としてはケースが終了しているが、どこまで関わればよいかという気になる
- ・介護認定の結果が出るまでに時間がかかり、結果が出る前に状態変化が進み、初回の認定結果が出てもまた区分変更を出すことになり、また結果が出るまでに時間がかかってしまう
- ・症状の進行が早すぎて、準備が後手に回ってしまう
- ・ターミナルだからという事だけで他と比べてものすごく難しいとは感じないが、ごく短期間の家族の焦りが大きい時に関わりが難しい
- ・末期で退院してくると体力の低下が時間と共に容態の変化が早いので、退院時のカンファレンスが大切となる

感じない

- ・難しいとは感じない。サービスをセッティングしてもすぐに終了となるので大変さはある

【解説】

制度的な面やサービス設定だけではなく精神的な支えをしなければいけないという部分での難しさが挙がっている。対極的に、精神的な支援が出来ず、サービスのセッティングのみに終始してしまうことも理由に挙がっている。

Q7. ターミナルケースが終了した時の感想

- ・安堵感とこれで本当に良かったのかと思う
- ・最大限の支援が出来たか？精神的なケアは充分であったのか？家族の関わりは良かったのか？と反省させられる事が多い
- ・力が抜ける
- ・サービスが追いつかず、家族の心の支えになれたかといったようなやり残し感がある
- ・家族が充分介護したという満足感があつたので支援者側としても達成感があつた
- ・残念。これで良かったのかと悩む
- ・バタバタで終わり、何だったのだろうと感じたことがある
- ・穏やかな表情に家族共に良かったと共感した
- ・ケアマネとしての役割を果たしたという達成感や支援経過についての反省
- ・協働してくれた他機関や事業所への感謝の思い
- ・家族が在宅死を選んでよかったとおっしゃるのを聞いて、とても穏やかな気持ちになった
- ・放心状態、虚無感。ご本人・ご家族の望む最期を迎えられたのか心配になった。きちんと支援できていたのだろうか不安にもなった

【解説】

揺らぎや葛藤という気持ちが多い。達成感を感じつつも反省したり、様々な気持ちの表出がある。

Q 8. ケースが終了してから、連携したチームで振り返りのカンファレンスを行った事があるか

ないの回答がほとんど

ある

- ・カンファレンスは無いが、担当のナースと振り返りを電話で行った
- ・事例発表するため、ナースと話し合いをしたことがある
- ・カンファレンスと言う程のことではなく、担当看護師との話し合いは何度かある（ケアの方法やグリーフケアについて）

【解説】

振り返りの機会がないという回答が多いのは、時間的に難しいという事が理由の一つでもあると思われる。あつた場合は、全て担当看護師と行っている。

Q 9. 今後もターミナルケースを担当したいと

思うか

思う

- ・依頼があれば受けるが、準備をして受け入れても1ヶ月の給付で終了する場合はほとんどで、ターミナル加算があれば良いと考えている
- ・元々在宅ホスピス等に関心があつてこの仕事を選んだという事もあるので、認知症や精神等よりは自分にとってはやりがいを感じる
- ・人の死を経験することで、家族や自身の命・関係を大切にしたいと改めて思えるから
- ・必要とする人があれば・・・
- ・新規でターミナルケースを受けるのと担当してきたケースがターミナルとなるのでは思入れが変わる。担当したくないとは全く思わない。
- ・たくさんの経験をする中でよりよい支援の方法を提供していきたい
- ・在宅で最期まで生活したいという思いを少しでも支えていければと思いこの仕事を始めたので

思わない

- ・今のところ力量不足
- ・介護保険サービスは適さず、支援に無理が多い

【解説】

今後も担当したいという記述が多かつた。担当したいと思わないという記述では、介護保険制度自体の問題が挙げられている。担当したいという記述の中でも、加算があれば良いという制度に対する改善点が指摘されている。

Q 10. ターミナルケースを担当するにあつて、介護支援専門員として必要なものは何か

- ・支援チーム作り
- ・本人・家族への精神的サポート
- ・決断力
- ・価値観の公平性
- ・フットワーク
- ・知識の豊富
- ・資質
- ・本人・家族の思いを受容し、支えようとする姿勢
- ・信頼できる医療関係者やサービス事業所とのつながり
- ・調整役となり支援体制を整備する
- ・良い医師と看護師を提案する

- ・不安を取り除く為の正しい情報提供
- ・中心は家族の介護力なので介護力の強化を図る
- ・連携、担当者会議
- ・家族が自宅で看取る意思の確認
- ・心配り
- ・サービス事業所や地域資源との良好な関係
- ・心構え
- ・度胸
- ・自分自身常に死や最期をどうしたいかを考えておくこと
- ・必要な物やサービスを的確に判断できる
- ・本人の変化についていける

【解説】

言葉は違っても同じような意味のものが必要であると認識している。他職種との関係性や連携・意思の確認やサポートというような実態として分かり易いものと、決断力や度胸・価値観というような抽象的なものが挙げられている。

Q11. 病院に入院しているターミナル期の患者さんが、最期は自宅で迎えたいと望んでいる場合、スムーズに在宅療養へ移行する為に必要な事は何か

- ・家族間の話し合いが大切
- ・介護支援専門員としてはいくつかの選択肢が必要
- ・本人、家族にどのような病状説明が行われているか。きちんとした病状説明—複数回答
- ・病院と自宅の違いを分かっているか
- ・家族の覚悟、人間関係や他の協力度合い
- ・病院の担当医や複数の家族との複数回の話し合い。病院によっては、主治医と家族だけで決め、院内の連絡が不十分で言う事が異なる場合があり、不信感を抱いての退院となったケースがあった。退院時は病院側にもキーパーソンとなる人が必要
- ・絶大な信頼を置ける医師の存在—複数回答
- ・本人の希望の変化を迎え入れるような「戻る場所」の提案（バックベツト）
- ・介護する人の気持ちの変化に冷静に対応していく
- ・病院でのカンファレンスの開催。その後一時外泊の実施。介護力や在宅医との連携の確認をする為
- ・本人、家族、病院関係者、在宅関係者が一緒に今後の生活について話し合う時間

- ・キーパーソンの存在
- ・家族の介護力を確認した上で連携がとれるか
- ・各自の役割分担の確認は必須
- ・医療ソーシャルワーカーが本人家族の移行や思いをしっかりと聞いていること。その上で、ソーシャルワーカーが適切にアセスメントでき、ある程度の在宅支援の方向性を決めた上で、在宅の支援チームと協働できる事

【解説】

Q1～Q10で質問し記述してきた事が凝縮されている。これまでケースを実践してきた中で、不足していた事や上手くいかなかった事が、必要であると感じていることが分かる。特に、病状の説明や病院でのカンファレンスの開催（複数回）、信頼の置ける医師・看護師の存在を挙げている介護支援専門員が多い。

Q12. ご親族、ごく身近な方でターミナルケアを経験した事があるか。ある場合、その経験が現在の業務に対し影響を及ぼしているか。

【ある】

- ・本人家族への心配りがより親身に出来る
- ・義母を自宅で看取り、チームワークの大切さや本人の意志の確認など
- ・実母を在宅にて看取った（食道がん）。利用者家族の気持ちがよく分かり業務に役立っている
- ・父は入院後一度も家に戻らないまま亡くなったので、在宅に戻りたいと希望される利用者さんへは特に支援していきたいと思う
- ・大きく影響あり。患者の状況や年齢にもよるが、残された時間は伝えてあげた方が良く思っていることや、残りの時間が分かっているにも関わらず協力的にならない家族に憤りを感じ易い。こうあるべきという思いが強い
- ・父。離れて暮らしていたが、亡くなる3週間前に急変、2～3日介護、回復、再度3日前から介護に関わった掛かりつけ医師と話し合い、子供3人の考えが一致
- ・ターミナルではなく、別の在宅死の経験の方が大きい
- ・結局、家族の多数が病院との事で病院になってしまった。それでよかったのかも

【解説】

身近で経験した死が、業務に何かしらの影響を与えている事が分かる。特に家族としての気持ちにより添えるという部分で影響が大きい。

分担課題名 末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する研究
病院と在宅の連携体制並びに保険者調査

分担研究者 藤田 敦子 NPO法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア代表

研究要旨

在宅療養への移行期におけるバリアとして「介護保険サービス」に関する問題があり、全国がん対策患者委員は、国に対して改善を求め、厚生労働省より、2本の通知が出されているが、実際にバリアは解消されているのだろうか。本年度は、在宅がん緩和ケアQ&Aの配布、在宅緩和ケア公開講座においてアンケート調査、また、全国介護保険者調査を行い（今年度は調査のみ。報告は次年度行う）、在宅療養移行期におけるバリアの分析と解決策を図るものとする。

背景

がん患者が在宅療養へ移行するとき介護保険サービスは重要な資源となるが、全国がん患者委員が集まった「がん政策サミット2010春」において、「要介護1となり、福祉用具が使えなかった。認定が間に合わず、亡くなった」などの指摘があり、国へ改善を求める要望を出し、「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」、「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」の2本の通知が出ている。

A. 研究目的

介護保険サービスにおける在宅療養移行期における問題点を明らかにし、その解決を図ることを目的とする。

1. 医療者、介護者、一般市民の意識調査
2. 介護保険提供に関する保険者調査

B. 研究方法

研究方法としては、NPO法人活動に関わりながら行う実践研究を主とした。

- 1) 医療者ならびに患者、一般市民向け講演会において、在宅がん緩和ケアQ&Aを配布した。
- 2) 在宅緩和ケア公開講座において、出席者に、自記式質問紙を配布した。
- 3) 全国保険者に対して、自記式質問紙を郵送した。
(倫理面への配慮)
個人情報を伴わない情報であるため倫理審査会の承認は要しないと判断した

C. 研究結果

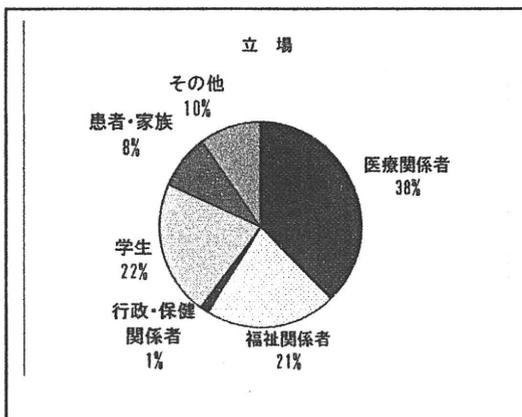
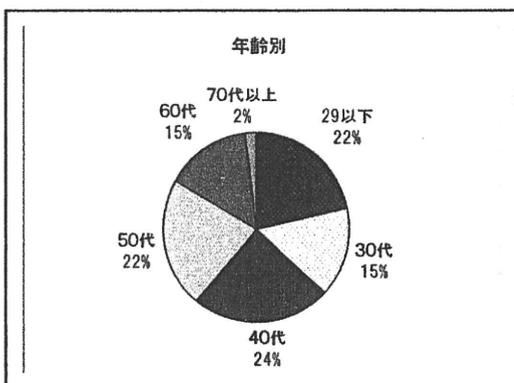
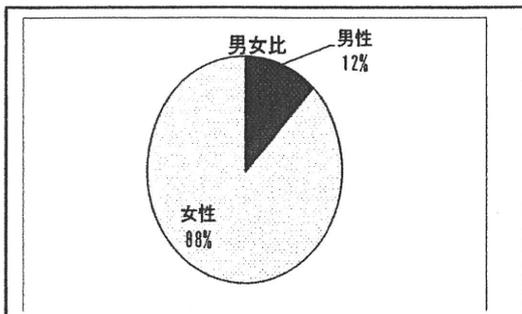
1) 医療者ならびに患者、一般市民向け講演会等において、在宅がん緩和ケアQ&Aを配布 3,597枚

- | | |
|------------------------------|--------|
| a. 4月10日～12日 | 50枚 |
| がん政策サミット2010春 | |
| b. 7月4日 | 200枚 |
| 在宅緩和ケア公開講座 | |
| c. 7月10日～11日 | 600枚 |
| 日本ホスピス・在宅ケア研究会
全国大会 in 鳥取 | |
| d. 8月4日 | 20枚 |
| うらやす市民大学 | |
| e. 9月18日～19日 | 50枚 |
| リレーフォーライフちば | |
| f. 10月9日～10日 | 40枚 |
| 在宅ホスピス協会岐阜大会 | |
| g. 10月18日～30日 | 300枚 |
| 日本癌治療学会（京都） | |
| h. 11月6日～7日 | 100枚 |
| 死の臨床研究会年次大会 in 岩手 | |
| i. 11月7日～8日 | 20枚 |
| がん政策サミット2010秋 | |
| j. 12月19日 | 50枚 |
| 横浜がんチャリティコンサート | |
| k. 1月23日 | 50枚 |
| 千葉大学市民公開講座 | |
| l. 2月8日 | 30枚 |
| うらやす市民大学 | |
| n. 2月20日 | 450枚 |
| 平成22年度在宅がん緩和ケアフォーラム | |
| m. 3月6日 | 40枚 |
| 緩和ケアを考える集い（島根県大田） | |
| o. 12月～1月 | |
| 全国介護保険者 | 1,597枚 |

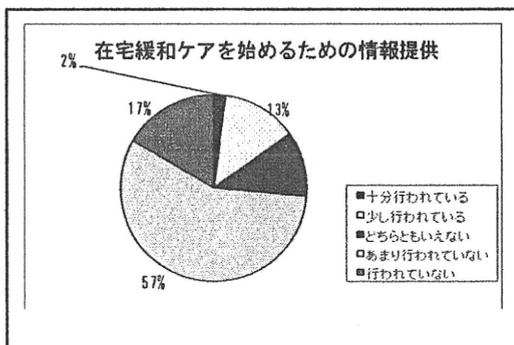
2) 在宅緩和ケア公開講座において、出席者に、自記式質問紙を配布

アンケート調査結果を記す。
回答145名/参加者200名
回答率 72.5%

1. 回答者について



2. 在宅緩和ケアを始めるための情報提供 (行政において)



3. 千葉県がんセンターの緩和ケア病棟の動き (3つまで)

(回答の多い順に記載)

在宅療養を相談できる組織がある	79人
待たずに、緩和ケア病棟にすぐ入ることができる	73人
在宅療養を始めた後に再び入棟できる	67人
緩和ケア外来があり、入棟する前に痛みのケアが始められる	58人
在宅医を紹介してくれる	40人
在宅に戻る意思を入棟時に確認してくれる	22人
その他	6人

4. 医師会と地域の中核病院との連携について

行うべき 87%
行う必要はない 1%
どちらともいえない 12%

5. 介護保険を「がん」に適した形にするための考え (3つまで)

ヘルパーの24時間巡回や介護職によるデイホスピスを可能にする	67人
がん末期と申請されたら要介護認定に関わらず福祉用具を貸与できる	64人
医師意見書に「がん末期」と記されたら、要介護2または3にする	62人
がん末期と申請された場合には、「疼痛コントロール」に○をする	37人
主治医意見書を記載する医師への介護関連の講義を緩和ケア研修に組み入れる	26人
ケアマネジャーへ新たな加算を設ける	20人
認定に関わらず福祉用具の貸与できるよう、市町村の特例とするよう条例を制定	17人
厚生労働省通知「迅速化」が図れているか調査を行う	6人
その他	5人

6. グリーフケアも含む家族のケアを推進について

推進すべき 58%
推進したほうがいい 41%
どちらでもいい 1%

3) 末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査

がん患者が適切な介護保険サービスを受けることができるよう、平成22年度の末期がん患者に対する2つの通知以後の介護保険サービスの提供状況を調査し、バリアの分析とその解決策を図るため、全国市区町村等の介護保険者に郵送式自由記載調査を行った。

アンケート配布数	1597件
回収数	997件
回収率	62.4%

それぞれの質問に自由記載を設けたところ、たくさんのご意見を頂戴した。回答は「研修を行った」であるが、「説明をした」と自由記載されているものもありすべての項目で、自由記載の分析を必要としたため、今年度は調査のみとし、次年度に報告をする。

1. 第2号被保険者の特定疾病の表示について

利用者に配布する冊子において、がんをどのように表示をしているかを聞いたところ、半数の保険者は「末期」の言葉を用いていない。

なかには、特定疾病の記載のないパンフレットを使用している保険者が51件、冊子を作成や配布をしていない保険者が17件あった。このことは、主治医の判断や知識が患者の今後を左右することを意味している。

1. がん末期	447件	44.9%
2. がん（医学的知見…）	373件	37.3%
3. がん	49件	4.9%
4. その他（自由記載）	104件	10.5%
5. 未回答	24件	2.4%

その他 104件内訳	
記載なし、表示なし	51件
作成、配布してない	17件
1と2を二つ記載	10件
末期がん	10件
がん（がん末期）	6件
特になし	8件
不明	2件

筆者は、「末期」の言葉が、患者の心理的にも、医療者の判断においても、バリアの一因になっているのではないかと考えている。また、制度ができた当時と現状が一致していないのではないか。このことは、保険者からも同様の回答が複数寄せられていた。（一部、記載する）

がんの表示に関する自由記載

・申請受付や認定調査時に言葉を選びながら行っているが、末期がんという言葉の表現が適切であるか、その場で対応に迷うケースがある

・申請時に本人が末期がんであるという情報はなかなか得にくく、その後主治医意見書が回収になってから初めて知ったというケースが多い。

・医師が家族や本人に末期という言葉を使わないので本当の状況が伝わってこない

・末期がんのとらえ方が、本人・家族と主治医との間で異なることが多く、迅速なサービスにつなげていない

・2号は特定疾病で末期がんと言ってくれるが、1号は言わないことが多い。逆に末期がんを本人は言うが何回も更新し末期かどうか分からない人もいる。

2. 厚生労働省からの通知Vol.150に関する対応

次年度に報告する。

3. 末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について

平成22年11月において、要支援1、2及び要介護1と判定された末期がんの方からの申請は250件であり、そのうち、却下されたのは1件のみであった。通知にあった「認定審査会が付する意見があった」のは14件であった。

自由記載で、「介護認定審査会として付する意見として具体的にどのような意見を付することを想定されるのかを厚生労働省に質問をしたが、回答をもらっていない」との記載があった。

4. 自由記載

多くの意見が記されていて、次年度の報告では、カテゴリーに分けて報告を行いたい。

この自由記載では、保険者から多くの貴重な意見が出ている（一部記載）。

① 迅速な対応を必要とする対象は？

また、余命半年の末期がんと、1か月以内に死亡する末期がん、調査時にすでに危篤状態の末期がんと複数の末期がんの状態がある。迅速な対応を必要とするケースを定める必要がある。中には、末期がんとされているのに、2年以上更新しており、困惑しているケースもある。

② 病院側の対応

病院から安易に介護保険申請を進められている。

在宅の準備が全くできないまま強引に帰ってくるのではなく、時間をかけて説明をしたり相談を受けたりでき十分な体制の整備を考えていくべき。

抗がん剤を投与できているうちは末期と書けないとか、まだ末期の告知をしていないので（本人に）書けないと意見書に記入してもらえない。

③ 意見書の確認体制

ソーシャルワーカーがいる場合は情報の把握も容易にできるが申請時に医師表示を確認できる体制づくりが必要。

④ 従来とは別枠の仕組み

ベッド、車椅子の利用がほとんどなので、迅速に借りれる新しい枠組みを求める声、また介護保険でなく医療で対応ができないかとの意見が複数ある。

一定の介護度を定めるべきでないかという意見が複数ある。

現在の仕組みの中で、末期がんへの対応を検討すること自体、保険者には多大な負担である。

別枠でのスキームを構築するべきであるという意見が複数ある。

現在、厚生労働省内の検討会で話し合われているが、チーム医療のあり方や終末期医療のあり方も含めて考えていく必要があるだろう。

2件の末期がん等の方への通知だけでは、問題の解決に至ってはいない。在宅側、また保険者のみで解決できない問題ではないことが、多くの意見から浮かび上がっている。今後、まとめていく。

5. 保険者について

がんの在宅療養に関する一般向け講演会の開催、がんに特化した公の相談窓口がん対策に関する条例の制定を聞いた。

がん対策は都道府県を中心に行われている。市町村においては、検診を行う窓口は動いているが、ほかの窓口には、ほとんど情報が届いていないのではないかと。また講演会も開催地は関心を持っているが、他市の介護保険窓口では把握ができていなかった。

D. 考察

1) がん緩和ケアリーフレット配布の目的は、緩和ケアのイメージを変えること、病院医療職に在宅へ移行時に必要なチェック項目を知ってもらうこと、そして患者・家族、一般市民に、家に帰ることは家で死ぬことだけでなく、最期の時を何をして過ごすか、大事にしていることは何だったか、それを考えてもらうことである。次年度も引き続き、講演とセットし同様の試みを行っていく。

2) 千葉県がんセンターでの緩和ケア病棟の話、在宅看取りを行った家族の話聞いた後に、アンケート調査を行ったが、求められるサービスとして「相談できる機関」が一番求められていた。

渡辺班前年度の報告では、在宅療養期間や患者と家族の在宅の理解力の差が、在宅療養中絶の因子になっていた。

3) 介護保険サービスの提供に関する調査では、医療と福祉の連携の要として、行政も大事な要素であることが、今回の介護保険者調査からわかった。今回は、調査結果として概要を記したが次年度に詳しい報告書を作成し、今後に向けた提言も行う。

E. 結論

医療と福祉の連携、地域包括ケアが推進されていく中、がん患者への在宅療養に関する情報提供をさまざまな媒体を使って進めていくべきである。

また、厚生労働省で行われている会議では、がんの介護保険について話し合われてはいない。がんは国民の死亡率1位であり、今後、第1号保険者においても介護保険サービスに占める割合は増加してくるだろう。早急に話し合いの場を作っていく必要がある。

また「終末期医療のあり方に関する懇談会」においても述べたが、人生の集大成としてのターミナルケアはどうあるべきかを考えていくべきではないか。

最後に「末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査」にご協力くださった保険者の皆様に感謝申し上げます。

F. 健康危険情報

特になり

G. 研究発表

(1) 論文発表

藤田敦子：在宅ケア市民ネットワークピュア—学生との連携による看取り文化の再生。広井良典、小林正弥著、コミュニティ。東京：勁草書房。221-228, 2009

藤田敦子：在宅緩和ケアの支援活動—NPOピュアの試み。(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団発行。ホスピス緩和ケア白書2010。東京：青海社。70-73, 2010. 3

千葉県在宅緩和ケアプログラム策定ワーキング部会編(部会長：渡辺 敏、部員：大木信子、藤田敦子ほか)：千葉県在宅緩和ケアプログラム。千葉県健康福祉部健康づくり支援課発行。2010. 3

藤田敦子：家に帰ろう！緩和ケアをもっと身近に。ホスピスケアと在宅ケア;18(2)277, 2010. 5

藤田敦子：「家で最期まで暮らせるまち」を市民・患者の参画で。死の臨床;33(2)203, 2010. 10

(2) 学会発表

藤田敦子：在宅緩和ケア支援組織の働き～自律を支える～。第16回在宅がん緩和ケア公開講座。講演, 千葉, 2010. 7

藤田敦子：家に帰ろう！緩和ケアをもっと身近に。日本ホスピス・在宅ケア研究会第18回鳥取大会。ポスター, 鳥取, 2010. 7

藤田敦子：自分らしく最後まで暮らしたい。うらやす市民大学校。講演, 千葉浦安, 2010. 8

藤田敦子：これが本当のスピリチュアルコーディネーター。第13回日本在宅ホスピス協会全国大会 in 岐阜。パネルディスカッション, 岐阜, 2010. 10

藤田敦子：家で暮らせるまちを市民・患者の参画で。第34回日本死の臨床研究会年次大会。パネルディスカッション, 岩手, 2010. 11

藤田敦子：自分らしく最後まで暮らしたい。うらやす市民大学校。講演, 千葉浦安, 2011. 2

藤田敦子：がんでも、安心して地域で過ごせるように。平成22年度在宅がん緩和ケアフォーラム。パネルディスカッション, 千葉, 2011. 2

藤田敦子：患者と家族を支える力～自律への支援～。緩和ケアを考える集い。講演, 島根県大田,) 2011. 3

(3) その他

NHK いっとうろっけん。在宅緩和ケアフォーラム in 千葉市。2011. 2

チバテレビ 6時のニュース。在宅緩和ケアフォーラム。2011. 2

平成22年度 分担研究報告書

分担課題名 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
住民向けへのリーフレット作成を通して

研究分担者 久保 秀一 千葉県市川健康福祉センター (市川保健所) 長
研究協力者 小山 早苗 千葉県市川健康福祉センター 地域保健福祉課
研究要旨

研究班において在宅緩和ケアに関するバリアのひとつとして「地域住民への周知不足」が挙げられていたので、地域住民へわかりやすい形でがんの在宅緩和ケアを理解してもらうために、平成19年度に住民向けリーフレット「在宅療養への準備」を作成した。これを平成21年度に改定し、「市川市民・浦安市民のためのがんハンドブック」を作成した。今回、このハンドブックが、がんと告知された時に住民にとって役立つものかどうかを調査し、さらに住民向けリーフレットの向上を図ることとした。民生委員、児童委員など地域活動を積極的に行っている人にリーフレットの内容に関する調査をした。また、がん拠点病院には、患者に対しどのような資料を利用しているのかを調査した。リーフレットの内容に関しては、おおむね良好な結果であったが、治療費に関する項目では、難しい、情報量が少ないという指摘があった。がん拠点病院の利用している資料としては、国立がんセンターが出している資料が多かった。今後は、患者それぞれのニーズにあった情報提供をどうするかという課題に取り組む予定である。

A. 研究目的

千葉県では、保健・医療・福祉の連携の推進を目的として「千葉県在宅がん患者緩和ケアネットワーク指針」を策定した。県内13カ所の県健康福祉センター(県型保健所)では、連携を推進するために、連絡調整会議の開催や、地域住民への周知などを行ってきた。調整会議は平成20年度をもって終了した。そして、次には「地域住民への周知」・「がん診療連携拠点病院の支援」を図ることを推進の主要課題とした。そして、在宅療養を含めたがんケアのわかりやすい総合的なリーフレットを作成し関係機関へ配布をおこなった。そこで、実際に配布したリーフレットが、がんと告知された時に住民にとって役立つものなのかどうか、今後は、患者・家族に必要な情報をどのようにすれば的確に周知できるかを目的として研究調査をすることとした。

B. 研究方法

1. 作成した患者・家族向けリーフレットを管内の民生・児童委員(230名)、市川市母子保健推進委員(89名)、市川市食生活改善委員、浦安市保健推進委員(29名)、浦安市食生活改善推進委員(28名)に配布し、無記名自記式調査票に回答をしてもらい回収した。
調査期間および回収期間：平成22年12月28日から平成23年1月31日

2. 管内の2カ所、2次医療圏が同じ1カ所、東京都の1カ所の合計5カ所の地域がん診療連携拠点病院にがん患者さんに病院が説明するときどのような資料を使うかの調査票を送り、記入してもらい回収した。

調査期間：平成22年7月1日から8月31日
回収期間：平成22年9月1日から9月30日

(倫理面への配慮)

無記名自記式の調査票のため、個人が特定されることはない。

C. 研究結果

リーフレットについての調査では、民生・児童委員など464名に配布して349名から回答をえた。回答率は75%であった。60~69歳が55%をしめていた。自身あるいは家族ががんであった人が55%であった。健診の状況に関しては、71%の人が毎年受けていた。今回のリーフレットについて、「わかりやすさ」、「情報量」、「役に立つか」の3項目について、リーフレットの各項目にわけて訊いた(図1)。「わかりやすさ」では、治療費用、高額医療、療養制度について、「やや難しい」「難しい」と答えた人は、それぞれ28%、38%、38%であった。良いという評価が一番高かったのは、連絡先の一覧であった。「情報量」については、「少ない」という回答があったのは、治療費用で28%、高

額医療で21%であった。「役に立つ」の項目で“あまり役に立たない”“役に立たない”の回答が多かったのが治療費用で治療費用が14%、セカンドオピニオンが10%であった。逆に、「とても役に立つ」という回答が多かった項目は、がんに関する相談の窓口で39%、在宅療養に関する相談で39%、相談先一覧で34%であった。

地域がん診療連携拠点病院が患者さんにどのような資料を使っているかについての調査は、図2に書いてある通り、“国立がんセンターの冊子”が全病院で利用され、80%がよく利用していると答えていた。病院独自のがんの冊子を利用しているところも60%あった。また、病院の施設説明資料も80%の病院で利用されていた。

D. 考察

リーフレットに関しては、がん治療に関わる費用の項目で、もっとわかりやすくという要望が多く、役立っている項目として、在宅療養、がんに関する相談窓口、連絡先一覧であった。費用に関することは、がんに関心ないし家族がかかるまでよくわからないし、制度が複雑という面もあると考えられる。そのため、次回、改定するときには、医療費に関する項目をより充実する必要がある。また、在宅療養に関する項目に役立つという評価が多かったことから、在宅療養については、今後も地域住民へ広報が必要と考えられる。

がん診療連携拠点病院では、がん患者・家族に説明資料として、国立がんセンター発行の資料が全病院で利用されていた。

E. 結論

当センターで配布した資料は概ね役立っているという評価を得た。その中では、地域の連絡先を書くところがとくに評価が高く、医療費に関わる部分が多めにわかりやすく書く必要が指摘されている。今後は、その様な視点での改定を考えていく必要がある。

また、がん診療連携拠点病院で利用している資料としては、国立がんセンター作成のものが多く、国立がんセンターの資料が全体像を示すとすれば、当センターのリーフレットは簡便さと地域情報を伝える資料という位置づけができる。そのため、今後は、わかりやすく短いメッセージと地域情報という2つの視点にたつて

修正版の発行等を考慮する必要があると思われる。

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

3 もしも「がん」と告知された場合、このハンドブックの内容は役に立つと思いますか。
それぞれの項目について、あてはまるところに「○」をつけてください

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	目次	従事者”との付き合い方 医師・看護師などの“医療	痛みを我慢しない	『セカンドオピニオン』 の活用について	がんに関する相談	在宅療養に関する相談	治療にかかる 費用について	高額な医療費について	高額療養費制度について	医療費控除について	連絡先一覧
とても役に立つ											
役に立つ											
あまり役に立たない											
役に立たない											

4 このハンドブックは、がんになった時に必要と思われる内容を1冊にまとめて作成しました。今後、それぞれの項目の内容を別々に（リーフレットのように）作成し、知りたい内容や治療段階等に応じ、“その時に必要な情報”を自由に選べる形にすることも検討しています。

今後のハンドブックの形として、どのようなものが望ましいと思いますか。あてはまるものに「○」をつけてください。

- () すべての内容が1冊にまとまったものが望ましい。
- () それぞれの項目が別々に作成され、必要な項目だけを選べるものが望ましい。
- () その他 ()

5 ハンドブックをお読みいただいた感想を御記入ください。



御協力ありがとうございました。
1月31日までに返信用封筒にて返送してください