

Fig. 13 条件4～6 (クリニカルパスがある場合)

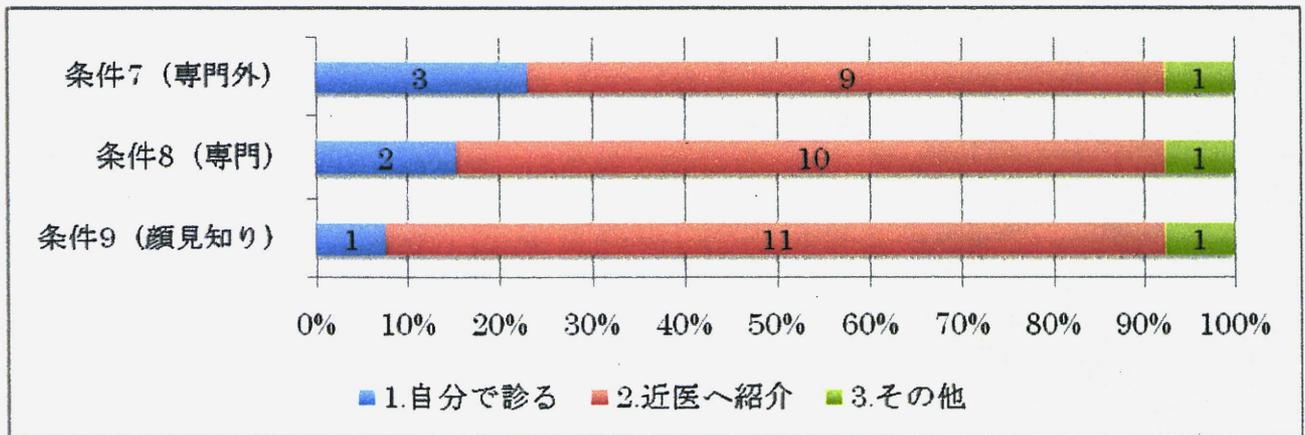


Fig. 14 条件7～9 (クリニカルパス かつ ダブル主治医)

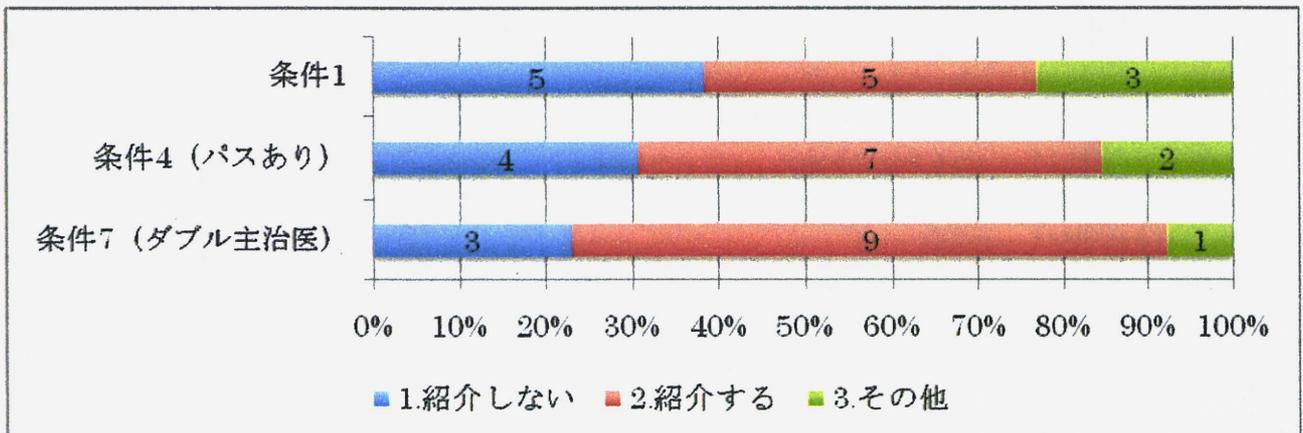


Fig. 15 専門外の近医との連携条件

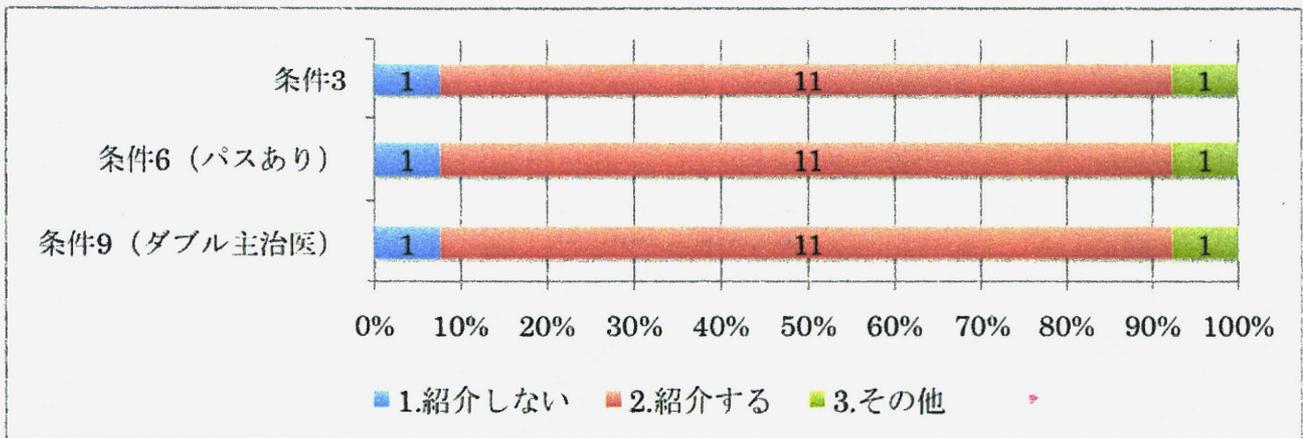


Fig. 16 専門範囲 かつ 良く知っている近医との連携条件

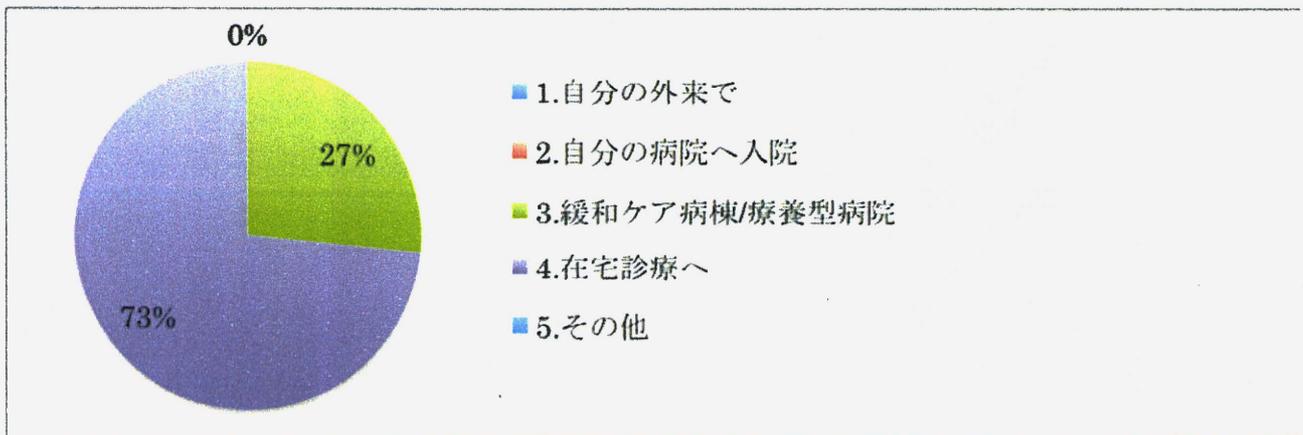


Fig. 17 がん診療医の終末期在宅療養希望患者に対する意見

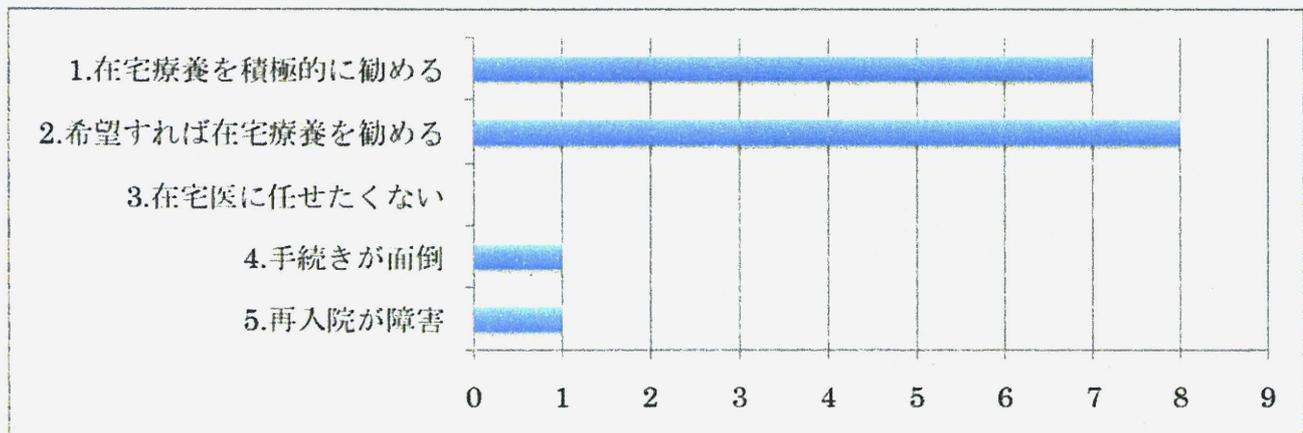


Fig. 18 がん診療医の終末期在宅療養に対する意識 (n=13)

【がん治療地域連携についてのアンケート】

(医師会診療所医師用)

がん治療を行った患者さんに対する、がん治療後の地域連携についてのアンケートです。このアンケートは船橋市医師会に所属されている診療所の先生のうち、内科、外科、婦人科、泌尿器科を標榜されている先生に送らせていただいております。今後のがん治療連携の発展に役立てますので、お忙しいところ申し訳ございませんがよろしく願いいたします。

このアンケートの中に書かれている状況は、先生に必ずしもあてはまるものではありませんが、もし、そういう状況だったらどうしたいかと言うことを考えてアンケートにお答えください。

回答は、あてはまるものに○印をお付けください。また、必要などころではお手数ですがご記入をお願いします。

I. まず、先生についての質問です。

問1 先生の医師としての経験年数は？

1. 1～5年 2. 6～10年 3. 11～15年 4. 16～20年
5. 21～25年 6. 25～30年 7. 31～35年 8. 36年以上

問2 先生の診療科は？(標榜科ではなく専門とされている科に○を付けてください。複数可)

1. 外科 2. 内科 3. 泌尿器科 4. 産婦人科
5. 消化器科 6. 呼吸器科 7. 乳腺科 8. その他 ()

II. 続いて、がん治療が終わった後の患者さんの経過観察についての質問です。この状況は、ある例を示しています。このような状況の場合どうしたいかを考えてお答えください。

「患者さんは一通り治療が終わりました。しばらくは入院や大きな検査は必要なく、1か月に1回、外来で採血・レントゲン検査・内服抗がん剤の投与を行うことになりました。患者さんは、医療センターは遠いし、待ち時間も長いので

で近くの診療所の先生に診てもらいたいと言っています。この患者さんは普段先生にはかかっておらず、また、先生はこの患者さんのがんについては専門ではありません。(消化器専門の先生に対する肺がん、産科が専門の先生に対する子宮がんなど)」

問3 先生は今後どうされたいですか？

1. 患者さんの希望通り自分が診てあげたい
2. 専門外なので断りたい
3. その他 ()

「同じ状況ですが、この患者さんは普段先生にはかかっておりませんが、先生はこの患者さんのがんについてよく知っています。」

問4 先生は今後どうされたいですか？

1. 患者さんの希望通り自分が診てあげたい
2. がんのことは治療した病院の先生が責任を持った方がよい
3. その他 ()

「同じ状況ですが、この患者さんは別の病気で普段から先生にお世話になっておりますが、先生はこの患者さんのがんについては専門ではありません。(消化器専門の先生に対する肺がん、産科が専門の先生に対する子宮がんなど)」

問5 先生は今後どうされたいですか？

1. 患者さんの希望通り自分が診てあげたい
2. 専門外なので断りたい
3. その他 ()

「同じ状況ですが、この患者さんは別の病気で普段から先生にお世話になっており、かつ、先生はこの患者さんのがんについてよく知っています。」

問6 先生は今後どうされたいですか？

1. 患者さんの希望通り自分が診てあげたい
2. がんのことは治療した病院の先生が責任を持った方がよい
3. その他 ()

Ⅲ. Ⅱと同じ状況ですが、きちんとしたクリニカルパスが作成されていて、検査や、投薬スケジュール、注意点、病院との連携が定められており、基本的にそれに沿って診療しますが、その結果については病院の先生に報告をする必要があります。

「患者さんは一通り治療が終わりました。しばらくは入院や大きな検査は必要なく、1か月に1回、外来で採血・レントゲン検査・内服抗がん剤の投与を行うことになりました。患者さんは、医療センターは遠いし、待ち時間も長いので近くの診療所の先生に診てもらいたいと言っています。この患者さんは普段先生にはかかっておらず、また、先生はこの患者さんのがんについては専門ではありません。(消化器専門の先生に対する肺がん、産科が専門の先生に対する子宮がんなど)」

問7 先生は今後どうされたいですか？

1. クリニカルパスを使用して患者さんの希望通り自分が診てあげたい
2. 専門外なので断りたい
3. その他 ()

「同じ状況ですが、この患者さんは普段先生にはかかっておりませんが、先生はこの患者さんのがんについてよく知っています。」

問8 先生は今後どうされたいですか？

1. クリニカルパスを使用して患者さんの希望通り自分が診てあげたい
2. がんのことは治療した病院の先生が責任を持った方がよい
3. その他 ()

「同じ状況ですが、この患者さんは別の病気で普段から先生にお世話になっておりますが、先生はこの患者さんのがんについては専門ではありません。(消化器専門の先生に対する肺がん、産科が専門の先生に対する子宮がんなど)」

問9 先生は今後どうされたいですか？

1. クリニカルパスを使用して患者さんの希望通り自分が診てあげたい
2. 専門外なので断りたい
3. その他 ()

同じ状況ですが、この患者さんは別の病気で普段から先生にお世話になっており、かつ、先生はこの患者さんのがんについてよく知っています。」

問10 先生は今後どうされたいですか？

1. クリニカルパスを使用して患者さんの希望通り自分が診てあげたい
2. がんのことは治療した病院の先生が責任を持った方がよい
3. その他 ()

IV. IIIと似た状況です。きちんとしたクリニカルパスが作成されていて、検査や、投薬スケジュール、注意点、病院との連携が定められており、基本的にそれに沿って診療可能ですが、その結果については病院の先生に報告をする必要があります。

「患者さんは一通り治療が終わりました。1か月に1回、外来で採血・レントゲン検査・内服抗がん剤の投与を行うことになりました。また、6か月に1回、少し大きな検査（CTやRI検査など）が必要となりました。患者さんは、医療センターは遠いし、待ち時間も長いので近くの診療所の先生に診てもらいたいと言っています。そのため、6か月ごとの大きな検査は医療センターで行い、その間の1か月に1回の検査や薬の処方は近医に任せる方法があります。この患者さんは普段先生にはかかっておらず、また、先生はこの患者さんのがんについては専門ではありません。（消化器専門の先生に対する肺がん、産科が専門の先生に対する子宮がんなど）」

問11 先生は今後どうされたいですか？

1. クリニカルパスを使用して1か月毎に自分が診、6か月毎に医療センターで診る方法を取る
2. 専門外なので断りたい
3. その他 ()

「同じ状況ですが、この患者さんは普段先生にはかかっておりませんが、先生はこの患者さんのがんについてよく知っています。」

問12 先生は今後どうしますか？

1. クリニカルパスを使用して1か月毎に自分が診、6か月毎に医療センタ

一で診る方法を取る

2. がんのことは治療した病院の先生が責任を持った方がよい

3. その他 ()

「同じ状況ですが、この患者さんは別の病気で普段から先生にお世話になっておりますが、先生はこの患者さんのがんについては専門ではありません。(消
化器専門の先生に対する肺がん、産科が専門の先生に対する子宮がんなど)」

問13 先生は今後どうされたいですか？

1. クリニカルパスを使用して1か月毎に自分が診、6か月毎に医療センタ
ーで診る方法を取る

2. 専門外なので断りたい

3. その他 ()

同じ状況ですが、この患者さんは別の病気で普段から先生にお世話になって
おり、かつ、先生はこの患者さんのがんについてよく知っています。」

問14 先生は今後どうされたいですか？

1. クリニカルパスを使用して1か月毎に自分が診、6か月毎に医療センタ
ーで診る方法を取る

2. がんのことは治療した病院の先生が責任を持った方がよい

3. その他 ()

V. 今までのシチュエーション、質問を踏まえて自由な意見をお書きください。

問15 患者さん側の問題として地域連携を妨げる点がありましたらお書きくだ
さい。

()

問16 がん診療を行っている医師側の問題として地域連携を妨げる点がありま
したらお書きください。

(
)

問17 患者さんを受け地域診療所の先生側の問題として地域連携を妨げる点がありましたらお書きください。

(
)

VI. 続いて、再発し抗がん剤もかなり投与されましたが効果がなく副作用の方が大きく抗がん剤投与は中止することになりました。余命 6 か月と考えられる状況になってしまいました。このような状況になったらどうしたいかを考えてお答えください。

「痛みは薬でかなり抑えられています。しかし、体力が低下して食事も少ししか取れません。また、家族に支えてもらえればなんとかトイレに行くこともできます。しかし、外来通院はかなり厳しい状況です。患者さんはなるべく自宅で過ごしたいと言っています。」

問18 この場合どのようにされたいですか？

1. 訪問診療（往診）をしてあげたい
2. 往診は難しいので外来診療なら行う
3. 訪問診療を行っている知り合いの先生を紹介する
4. 病院への入院を勧める
5. その他（
）

在宅緩和ケアについてお尋ねします。往診可能な診療所の医師、訪問看護ステーションの看護師、居宅介護事業所の介護士、薬剤を配達する調剤薬局の薬剤師など多数の人の助けを借りて患者さんは自宅で過ごすことができます。24時間医師や看護師に連絡を取ることもできますし、電動ベッドやポータブルトイレなどのレンタルもできます。最後は家族に看取られることも可能です。ま

た、必要時には連携しているベッドのある病院にいつでも入院できることを保証しています。

問19 在宅緩和ケアについてどのように考えておられますか？（複数回答可）

1. 在宅緩和ケアを患者さんと家族に積極的に勧めたい
2. どちらかという在宅緩和ケアは勧めない
3. 在宅緩和ケアを積極的に行いたい
4. どちらかという在宅緩和ケアには興味がない
5. 入院から在宅に移行するには手続きがかなり面倒である
6. 入院か在宅継続かの見極めが難しい
7. 24時間365日連絡可能というのは困難である
8. 在宅診療を行っている診療所間での連携が重要である
9. 在宅診療に特化した診療所の開設を望む
10. 訪問看護ステーション、介護事業所などとの連携が難しい
11. その他自由意見（

）

最後までご回答いただきありがとうございました。この結果は分析し、厚生労働省班会議にて報告する予定です。なお、各診療所の情報が特定されるようなデータ処理はいたしません。

船橋市立医療センター 緩和ケア内科 野本靖史

【がん治療地域連携についてのアンケート】

(医療センター医師用)

がん治療を行った患者さんに対する、がん治療後の地域連携についてのアンケートです。今後のがん治療連携の発展に役立てますので、お忙しいところ申し訳ございませんがよろしくお願いいたします。

このアンケートの中に書かれている状況は、先生に必ずしもあてはまるものではありませんが、もし、そういう状況だったらどうしたいかということを考えてアンケートにお答えください。

回答は、あてはまるものに○印をお付けください。また、必要などころでは記入してください。

I. まず、先生についての質問です。

問1 先生の医師としての経験年数は？

1. 1～5年 2. 6～10年 3. 11～15年 4. 16～20年
5. 21～25年 6. 25～30年 7. 31～35年 8. 36年以上

問2 先生の診療科は？

1. 消化器外科 2. 消化器内科 3. 呼吸器外科 4. 呼吸器内科
5. 乳腺科 6. 泌尿器科 7. 産婦人科 8. 外科系
9. 内科系 10. 答えたくない

II. 続いて、治療が終わった後の患者さんの経過観察についての質問です。この状況は、ある例を示しています。このような状況になったらどうしたいかを考えてお答えください。

「患者さんは一通り治療が終わりました。しばらくは入院や大きな検査は必要なく、1か月に1回、外来で採血・レントゲン検査・内服抗がん剤の投与を行うことになりました。患者さんは、医療センターは遠いし、待ち時間も長いので近くの診療所の先生に診てもらいたいと言っています。この先生は紹介元の先生、高血圧や糖尿病などで普段かかりつけの先生、風邪などの時かかる近医で、がん専門医ではありません。」

問3 先生は今後どうしますか？

1. 患者さんを説得して自分で診てあげたい
2. 詳しい診療情報書を書いて患者さんの希望通り近医で診てもらおう
3. その他 ()

「同じ状況ですが、近医はこの患者さんのがんの種類について良く知っている先生（胃がん-消化器科，肺がん-呼吸器科，前立腺がん-泌尿器科，子宮がん-産婦人科など）ですが、先生とは普段顔見知りではありません。」

問4 先生は今後どうしますか？

1. 患者さんを説得して自分で診てあげたい
2. 詳しい診療情報書を書いて患者さんの希望通り近医で診てもらおう
3. その他 ()

「さらに、同じ状況ですが、近医はこの患者さんのがんの種類について良く知っている先生で、かつ、先生がその先生の顔や経験をよく知っている先生です。」

問5 先生は今後どうしますか？

1. 患者さんを説得して自分で診てあげたい
2. 詳しい診療情報書を書いて患者さんの希望通り近医で診てもらおう
3. その他 ()

Ⅲ. Ⅱと同じ状況ですが、きちんとしたクリニカルパスが作成されていて、近医はそのパスに基づいて診療計画を立てるものとします。また、その結果については報告を受けるなどして先生は知ることができます。

「患者さんは一通り治療が終わりました。しばらくは入院や大きな検査は必要なく、1か月に1回、外来で採血・レントゲン検査・内服抗がん剤の投与を行うことになりました。患者さんは、医療センターは遠いし、待ち時間も長いので近くの診療所の先生に診てもらいたいと言っています。この先生は紹介元の先生、高血圧や糖尿病などで普段かかりつけの先生、風邪などの時かかる近医で、がん専門医ではありません。」

問6 先生は今後どうしますか？

1. 患者さんを説得して自分で診てあげたい
2. 詳しいクリニカルパスを作成し患者さんの希望通り近医で診てもらおう
3. その他 ()

「同じ状況ですが、近医はこの患者さんのがんの種類について良く知っている先生（胃がん-消化器科，肺がん-呼吸器科，前立腺がん-泌尿器科，子宮がん-産婦人科など）ですが、先生とは普段顔見知りではありません。」

問7 先生は今後どうしますか？

1. 患者さんを説得して自分で診てあげたい
2. 詳しいクリニカルパスを作成し患者さんの希望通り近医で診てもらおう
3. その他 ()

「さらに、同じ状況ですが、近医はこの患者さんのがんの種類について良く知っている先生で、かつ、先生がその先生の顔や経験をよく知っている先生です。」

問8 先生は今後どうしますか？

1. 患者さんを説得して自分で診てあげたい
2. 詳しいクリニカルパスを作成し患者さんの希望通り近医で診てもらおう
3. その他 ()

IV. IIIと似た状況です。きちんとしたクリニカルパスが作成されていて、近医はそのパスに基づいて診療計画を立てるものとします。また、その結果については報告を受けるなどして先生は知ることができます。

「患者さんは一通り治療が終わりました。1か月に1回、外来で採血・レントゲン検査・内服抗がん剤の投与を行うことになりました。また、6か月に1回、少し大きな検査（CTやRI検査など）が必要となりました。患者さんは、医療センターは遠いし、待ち時間も長いので近くの診療所の先生に診てもらいたいと言っています。そのため、6か月ごとの大きな検査は医療センターで行い、その間の1か月に1回の検査や薬の処方近医に任せる方法があります。この先生

は紹介元の先生、高血圧や糖尿病などで普段かかりつけの先生、風邪などの時かかる近医で、がん専門医ではありません。」

問9 先生は今後どうしますか？

1. 患者さんを説得し毎月自分で診てあげたい
2. 詳しいクリニカルパスを作成し普段は近医で診てもらい、6か月毎に医療センターで診る方法を取る
3. その他 ()

「同じ状況ですが、近医はこの患者さんのがんの種類について良く知っている先生（胃がん-消化器科、肺がん-呼吸器科、前立腺がん-泌尿器科、子宮がん-産婦人科など）ですが、先生とは普段顔見知りではありません。」

問10 先生は今後どうしますか？

1. 患者さんを説得して毎月自分で診てあげたい
2. 詳しいクリニカルパスを作成し普段は近医で診てもらい、6か月毎に医療センターで診る方法を取る
3. その他 ()

「さらに、同じ状況ですが、近医はこの患者さんのがんの種類について良く知っている先生で、かつ、先生がその先生の顔や経験をよく知っている先生です。」

問11 先生は今後どうしますか？

1. 患者さんを説得して自分で診てあげたい
2. 詳しいクリニカルパスを作成し普段は近医で診てもらい、6か月毎に医療センターで診る方法を取る
3. その他 ()

V. 今までのシチュエーション, 質問を踏まえて自由な意見をお書きください。

問12 患者さん側の問題として地域連携を妨げる点がありましたらお書きください。

(

)

問13 がん診療を行っている医師側の問題として地域連携を妨げる点がありましたらお書きください。

(

)

問14 患者さんを受け地域診療所の先生側の問題として地域連携を妨げる点がありましたらお書きください。

(

)

VI. 続いて、再発し抗がん剤もかなり投与されましたが効果がなく副作用の方が大きく抗がん剤投与は中止することになりました。余命 6 か月以下と考えられる状況になってしまいました。このような状況になったらどうしたいかを考えてお答えください。

「痛みは薬でかなり抑えられています。しかし、体力が低下して食事も少ししか取れません。また、家族に支えてもらえればなんとかトイレに行くこともできます。しかし、外来通院はかなり厳しい状況です。患者さんはなるべく自宅で過ごしたいと言っています。」

問15 この場合どのようにしたいですか？

1. 自分の外来を何とか受診してもらおう

2. 自分の病院に入院してもらう
3. 緩和ケア病棟あるいは療養型の病院に入院してもらう
4. 在宅診療を行っている診療所の先生に依頼する
5. その他 ()

在宅緩和ケアはどのようなものかご存じですか？緩和ケアに精通した往診可能な診療所の医師，訪問看護ステーションの看護師，居宅介護事業所の介護士，薬剤を配達する調剤薬局の薬剤師など多数の人の助けを借りて患者さんは自宅で過ごすことができます。24時間医師や看護師に連絡を取ることもできますし，電動ベッドやポータブルトイレなどのレンタルもできます。最後は家族に看取られることも可能です。また，必要時には連携しているベッドのある病院にいつでも入院できることを保証しています。

問16 在宅緩和ケアについてどのように考えていますか？

1. 在宅緩和ケアについて患者さんと家族に積極的に勧めたい
2. 患者さんが希望されれば勧めたい
3. どちらかという在宅療養の先生には任せたくない
4. 入院から在宅に移行するには手続きがかなり面倒である
5. いつ再度入院希望となるかわからないのが問題点である
6. その他自由意見 ()

最後までご回答くださりありがとうございました。この結果は分析し，厚生労働省班会議にて報告する予定です。

緩和ケア内科 野本靖史

分担課題名 在宅緩和ケア推進におけるがん治療担当側の取り組み

研究分担者 木村 秀幸 岡山済生会総合病院副院長・ホスピス長

研究要旨：終末期にあるがん患者が住み慣れた家で過ごすことができるためには、まず、症状コントロール（特に疼痛）ができていることが大切である。院内でのがん疼痛セミナーを 3 回／年行い、医療者側の知識は広められたと考えられる。緩和ケアチームが活動を強化してから、在宅に帰る患者が増加した。緩和ケア病棟並びに緩和ケアチームと在宅医との連携は、緩和ケア病棟医と在宅医の増加で退院前ケアカンファレンスがしやすくなった。しかし、緩和ケア病棟のバックアップベッドとしては限りがあるので、一般病棟の利用が不可欠になる。その時に、患者・家族からの夜間休日の直接の相談体制の確立が課題であることが明らかになった。

A. 研究目的

がん治療後再発し、最終的には死に至る患者に対する入院緩和ケアは、緩和ケア病棟を中心に最近かなり行われるようになってきた。しかし、残された大切な時を住み慣れた家で過ごすという在宅ホスピスケアはまだ拡がりを見せていない。本研究では、主に終末期にあるがん患者とその家族が安心して家で過ごせるようなシステムの構築を緩和ケア病棟とがん治療病棟の側からの視点で調査を行い、支援方法の開発と確立を目的とする。

この研究により、終末期にある患者とその家族が残された大切な時を住み慣れた自宅で平穏に過ごすことができ、患者の死後も家族の心の平安につながり、医療者の満足感も高まることが期待される。

B. 研究方法

緩和ケア病棟退院前ケアカンファレンスの頻度と、緩和ケア病棟医の人数と在宅医の要件などの観点から緩和ケア病棟からの退院患者数の変化を調査して検討した。また、在宅死亡者の調査も行った。

（倫理面の配慮）

患者・家族へはインフォームドコンセントを得て行った。

C. 研究結果

緩和ケア病棟医が 1.5 人だった平成 20 年、2.5 人になった平成 21 年、そして 3.5 人になった平成 22 年を比較すると、退院前ケアカンファレンスは平成 20 年は 8 件、平成 21 年は 16 件、平成 22 年は 15 件であった。そして、当院以外に往診医が依頼で来たのは平成 20 年 12 件、平成 21 年 13

件で、平成 22 年は 24 件と増加していた。それに伴い在宅移行患者数は平成 20 年 19 人 24 回、平成 21 年 25 人 32 回、平成 22 年 23 人 38 回と増加していた。退院患者のその後は、平成 20 年は他病棟入院中が 1 人、他院入院死亡 1 人、緩和ケア病棟再入院死亡 17 人。平成 21 年は他院入院死亡 1 人、緩和ケア病棟再入院死亡 24 人。平成 22 年は再入院中 1 人、在宅生存中が 6 人、緩和ケア病棟再入院死亡 14 人、自宅で死亡 1 人、今まで住んでいた老人ホームで死亡 1 人であった。

D. 考察

岡山済生会総合病院における年間死亡者 696 人中がん死は 395 人、そのうち緩和ケア病棟で 131 人、一般病棟で 264 人が死亡している。緩和ケア病棟からの生存退院は 44 人で、退院前カンファレンスに在宅医の出席率は増えたと言ってもまだ低く、夜間休日の対応に不安を感じる患者家族が多かった。

平成 21 年度から緩和ケアチームを充実させて、緩和ケア病棟を経由しないで在宅ケアに繋げる試みをしている。また、緩和ケア病棟も従来通りに在宅ケアの橋渡しをしている。その中で浮かび上がってきたのは、一般病棟から緩和ケアチームの支援で在宅に帰られた患者さんは、地域のかかりつけ医に症状コントロールしてもらっていても、夜間や休日は連絡しにくく、また病院側も緩和ケアチームにダイレクトに連絡がつく体制をとっていなかったため、困った時に不安になって、救急外来を受診する事が多くなっていた。緩和ケア病棟を経由した患者さんは、夜間でも休日でも緩和ケア病棟に相談の電話をかけてこられてい

るので、救急外来の受診は少なかった。平成 22 年度に岡山市で往診専門のクリニックができたのを機に連携がとり易くなり、在宅死も少しずつではあるが可能になってきた。今年度に 1 人が自宅で、1 人が老人ホームで看取られている。また、緩和ケア外来に紹介された 1 人はそのまま自宅を希望され、往診クリニックと連携して自宅で過ごすことができた。そして、今まででは再入院しなければ症状のコントロールに困るケースも長期間自宅で過ごせるようになってきている。

往診クリニックやグループで診療しているところは休日でも対応力があるものの、ひとりで診療されている医師からは夜間休日の対応が困難との返事が多い。それを一般病棟から在宅に戻すと、再入院が増え、そのままの院内死亡につながっている。

また、一人で診療しているかかりつけ医と往診医の橋渡しをすることで、在宅で過ごすことができたケースもでてきた。この面からも調整する必要性が感じられた。

平成 20 年度から、緩和ケアリンクナースの制度を正式に発足させ、疼痛以外の症状コントロールの方法を学べるようにした。発足時に何に取り組みたいかというアンケートをとったところ、症状コントロールについて学びたい希望が 11/13 であったが、その次が在宅ケア（地域連携）についてであった。

少しずつ勉強を重ねているが、相談件数は増えているものの、在宅支援にはなかなか至っていない。在宅ホスピスケアに向けて、当院の緩和ケア病棟が関与し始めて数年経過しているが、地域で訪問診療を引き受けてくれる医師も年々少しずつではあるが増えてきている。しかし、病院と地域の医師と訪問看護ステーションの間の連携が今一つ十分でないことが上げられていた。往診医の不足から、今までのように在宅医療に熱心な地域の医師ばかりでなく、依頼先を拡げた結果、連携がスムーズでないという問題も浮上していた。そこで、今年度は、まだ在宅緩和ケアに不慣れな診療所や訪問看護ステーションに対しては、事例検討会などを通じて、顔の見える関係を構築に務めている。緩和ケア病棟からの手厚い支援が必要であることも分ったので、在宅ケアを想定した準備を緩和ケアチームが担う方向で進めている。院外のみならず院内のがん治療医に対しても在宅ケア推進のための支援が必要と思われる。

今までの緩和ケア病棟は、病院の中で看取りを最大限良くしていこうという方向性

にあった。しかし、これは、医療者の視点に立ったところが多く、患者・家族の視点で見ると、病院は（緩和ケア病棟といえども）家族が居ることを前提にしてない点が少なくない。医療者（医師や看護師）と患者・家族の間にある想いのギャップを埋め、視点を変える必要を感じる。平成 21 年 9 月からがん患者サロンを毎月開催している。そこで今年度から冒頭の 15~20 分間のミニ講義で痛みに対する薬の使い方や、症状コントロールの方法について解説している。今まで、患者本人に対しては薬剤師が外来で説明しているが、家族にまではできていない。次回はご家族同伴でといってももう自分が分っているから必要ないと断られることも多かった。

そして、がん患者家族に対する支援を拡げる方策として、今後、院内で定期的に家族（と患者）を対象とした症状緩和（特に疼痛緩和）の講座ばかりではなく、患者・家族間で想いを伝え合うことのできるコミュニケーションのセミナーも開き、地域の病院にも定期的に患者・家族を対象とした出前セミナーを行うことの重要性が示唆されたと同時に、地域の診療所並びに院内のがん診療医に対しても夜間休日のさらなる支援体制の確立が重要であることが示唆された。

E. 結論

がん終末期患者の在宅ケアを推進するためには、症状がコントロールされていることが必須条件であるので、医療者への症状コントロールの実際の普及が大切であり、病院の医師をはじめとする医療者に終末期に至る前からの緩和ケア科・緩和ケアチームとの並行した診療の実施と患者家族に対する支援並びに地域の診療所と院内のがん治療医に対する支援、特に夜間休日の支援体制の整備が重要であることが明らかになった。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 学会発表
なし
2. 論文発表
なし

H. 知的財産権の出現・登録状況（予定含）

なし

平成22年度 分担研究報告書

分担課題名 道央圏(札幌市および札幌以北を除く札幌二次医療圏:北広島市、恵庭市、千歳市)緩和医療(在宅緩和ケア)の実態に関する研究

研究分担者 柴田 岳三 施設名 緩和ケアクリニック・恵庭 職名 医師

研究要旨

4年間にわたり北海道西胆振地域において、在宅ホスピスに関する地域連携について研究してきた。この度、筆者は道央圏に位置する恵庭市において、在宅緩和医療を専門とするクリニックを開業した。人口22万人を擁するこの地域には、いわゆる総合病院がなく、がん治療を積極的に標榜している病院も少ない。ホスピス・緩和ケア病棟はなく、在宅療養支援診療所もわれわれが開業する前には存在せず、現在は我々の1施設のみである。したがって、当地域は緩和ケア、在宅医療のきわめて乏しい地域であることが推測されていた。

我々は、この地域で緩和ケア、在宅医療を進めるための地域連携を図るに当たって、まずこの地域の実態を知ることが重要であると考えた。在宅ホスピスを推進するためには、その指標として訪問看護の導入が必須であると判断し、訪問看護ステーションへのアンケートによる実態を調査することから始めた。

A. 研究目的

札幌2次医療圏の中であって、札幌市およびその北部を除く道央地域(北広島市、恵庭市、千歳市)における緩和ケア、在宅医療の地域連携を進めるにあたっては、在宅ホスピスの実態を知ることが必要であることと判断した。在宅ホスピスを進めるに当たっては、その指標として訪問看護の導入が必須であると判断した。本研究の目的はこの地域におけるその実態を知ることである。

B. 研究方法

道央地区において、訪問看護ステーションは、北広島市に1施設、恵庭市に1施設、千歳市に4施設ある。これらのステーションにアンケート用紙を郵送し、実態を調査した。その他の資料は、北海道保健福祉部保健医療局健康推進課が発効している「北海道がん登録状況(2006年度版)」を参照した。

(倫理面への配慮)

本研究においては個人名など倫理的に問題となる事柄はないので、特別な対応はとらなかった。

C. 研究結果

訪問看護ステーション6施設にアンケート用紙を郵送したが、5施設から返答があった(回答率83.3%)。その結果、これら5施設の合計は、①訪問看護依頼件数397件、②そのうちがん患者数36件、③、②のうち在宅での看取り患者数3件などとなっていた(表1)。

D. 考察

緩和ケアクリニック・恵庭(以後当科と記す)が恵庭に開業してから1年が経過した。その間に多くの問題点が明らかとなり、今後推し進めなければならない問題点も見えてきた。

まず道央地区(札幌市およびそれ以北を除く札幌二次医療圏で、北広島市、恵庭市、千歳市などが含まれる)は千歳保健所管内で、人口は約22万人、北海道の典型的な大都市郊外の医療圏である。緩和ケア・在宅医療関連施設については、積極的がん治療を行っている中核病院は2~3施設だが、地域がん診療連携拠点病院はない。ホスピス緩和ケア病棟もなく、診療加算受理施設のいわゆる緩和ケアチームもない。在宅療養支援診療所は私たちの開業で、1施設となった。以上のように、緩和ケア、在宅医療に関してはほとんど顧みられることのない地域であった(表2)。

さらにこの地域の実態を知るために、訪問看

護ステーションの在宅がん治療に関する関与について調査した。訪問看護ステーションを選択した理由は、病院側からの調査では在宅ホスピスに関する実態が見えてこないこと。在宅ホスピスを意識していれば、訪問看護ステーションが何らかの関与をしている可能性が高いとの考えからである(文献1、2)。アンケート結果によると2009年度1年間に訪問したがん患者は36名で、そのうち看取りまでとなった患者は3名であった。この地域では約450名程ががんのために亡くなっているため、この3名は0.7%弱となる。我が国の在宅でのがん患者の死亡率は約7%(2004年)、北海道が2.5%となっており、この地域のがん患者在宅死がいかに少ないかがわかった。

千歳保健所管内のがん患者受療動向によると、道央地区患者の半数あるいはそれ以上が入院であっても通院であっても札幌で医療を受けている(表3)。恵庭市や千歳市などの道央地域は、札幌市内から30~40キロメートル離れており、車で約1時間ほどの距離にある。若くて元気のある人、ある程度大変でも治る見込みがある人であれば、医療環境のよい札幌で治療を受けることはある意味ではうなずける。しかしながら、病態が末期となってきた場合、あるいは足の便もままならない高齢者が待ち時間や処方待ちの時間なども含め、半日、一日かけて札幌まで通院することは非常な苦痛となることもある。北海道では、札幌以外の地域はどこでも似たような問題を抱えている。札幌2次医療圏の医療完結率は99%を超えている。だが道央圏のそれをみたとき、地域医療の実態が見えてくる。いつでも、どこでも、誰でも最高のがん医療を受けることが出来るためには、医療が地域で完結しなければならないことも必要条件の一つとなる。そのためには我々が連携をとり、その地域の実情に即した緩和ケア、在宅医療を推し進める必要がある。

E. 結論

道央地区は、緩和ケア、在宅医療に関して施設面においても、連携体制面においても非常に希薄な地域であることが判明した。

この地域のがん患者の約半数が札幌市内で医療を受けていた。したがって入院・通院自給率も半数程度であった。

がん患者の在宅死は極めて少なく(推定在宅死亡率<3/455、0.7%以下、ただし北広島市を除く)、在宅ホスピスとしての在宅医療はほとんど存在していないことがわかった。

我々は日々の診療の中で、患者や家族の中に在宅で最後を迎えたい(迎えさせてあげたい)との強い希望が存在していることを感じており、今後早急に在宅医療の体制を整える必要がある。そのためには、この地域においても北海道西胆振地域で構築したようなネットワークづくりが急務である。

参考文献

- 1) 柴田 岳三：西胆振在宅ホスピス・ネットワークの取り組み、Community Care 2010-2, P. 28-32, 2010
- 2) 川越 厚：在宅ホスピスケアを始める人のために、p12、医学書院、東京、1999

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

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

表1. 道央地区の訪問看護St.実績 (2009年度)

	千歳保健所 (北広島市を除く)	(参考) 室蘭保健所 (2008)
1. 訪問看護依頼件数	397	380
2. 1. のうちがん患者数	36	81
3. 2. のうち在宅看取り 数	3	18
4. 2. のうち入院患者数	16	40
*管内の人口	22万人	21万人
*管内がん死者数	445 (2006年)	727 (2006年)