

2020 年度下山班

「抗がん治療中の進行がん患者に対する在宅緩和ケアの
導入が遅くならないようにするための研究」

インタビュー調査 報告書

一般社団法人コミュニティヘルス研究機構

2021 年 3 月 25 日

もくじ

もくじ	2
I 研究方法	3
II 結果 (summary)	3
◆詳細の報告	5
1. 現状	5
2. 抗がん治療中に在宅診療を併診するために必要な総論	13
3. 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由	15
4. 抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法	28
5. 在宅診療の紹介をスムーズにする因子	40
6. 実際に連携するにあたって必要なこと	43
III 考察	53
IV 資料	54

I 研究方法

2021年1～2月にかけて、研究計画書（資料1）、インタビューガイド（資料2）にしたがってインタビュー調査を行った。

【対象】

対象となったのは、がん治療医5名、診療所医師4名、緩和ケア医4名、在宅専門医3名、退院支援看護師/MSW6名、病棟看護師3名、訪問看護師3名の合計28名であった。訓練を受けた在宅診療/訪問看護、緩和ケアの臨床経験のある看護師2名が、個別インタビューを6回、グループインタビュー（2～3名）を8回を行った。

【分析】

分析では、すべての会話を文字化し、thematic analysisを行った。出現数の算出は行わなかった。主要な関心として、「抗がん治療中の進行がん患者に対して在宅診療を並行して行うことは現状どのように行われているか、どのような阻害要因・促進要因があるか、今後在宅緩和ケアの導入が遅くならないようにするためにどのような方策がありうるか」とした。語られている内容は今回の質問に対しては飽和していると考えられた。結果をまとめることに主軸を置いたが、内容によっては、解釈しやすくなるように多少の推論や文献を加えて記載した。

II 結果 (summary)

回答で扱われたテーマを表1に示す。

大きなテーマとしては、現状、抗がん治療中に在宅診療を併診するために必要な総論、抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由、抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法、在宅診療の紹介をスムーズにする状態、実際に連携するにあたって必要なことが述べられた。

現状としては、在宅診療に入ってすぐ亡くなる患者が少なくないことを懸念しているものの、抗がん治療中から在宅診療を併診する患者は少ないことが確認された。現状で在宅診療を併用している患者は医療処置・体調管理が必要、受診のアクセスが悪い（遠隔、時間がかかる、休日）、PSがすでに悪い、受診・入院したくないといったわかりやすい理由がある場合であった。しかし、きっかけは何であれ、在宅診療が入ることによって結果的にコーピングや日々の疑問に対応でき、信頼関係を築く期間になることが経験されていた。

抗がん治療中に在宅診療を併診するために必要な総論としては、さまざまな原因を超えて在宅診療を利用するに至るには、「患者が認識できるはっきりしたメリットが必要を説明できることが必要である」ことが多くの参加者から強調して述べられた。

抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由は多くが挙げられたが、主なものは、保険適応の問題、費用・介護保険の問題、患者の病状悪化時の一般的な知識のなさ、患者の治療に対する認識・治療医に関する気持ち（患者の認知的、および情緒的認識と先延ばし）であった。

抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法として挙げられたものは、かかわっている人の意見をまとめて意思決定を支えていく仕組み、病院の外来で患者を特定すること、外来通院か訪問看護を入り口にする、患者向けのわかりやすい資料などであった。在宅医が緩和ケア外来を行うことには賛否があった。

在宅診療の紹介をスムーズにする状態としては、がんに限られたことではないが、病院の医師と在宅診療を行う医師が個人的にもよく知っていること及び、病院の医師や看護師が在宅の様子を実

際に体験したり見たりしていることが挙げられた。

実際に連携するにあたって必要なこととして、医師の役割分担、特にだれが意思決定の中心となるのかの明確化と、リアルタイムに患者情報を共有できる IT システム・正式に情報としくいことも共有できる体制が述べられた。

表Ⅰ 抗がん治療中の進行がん患者に対して在宅診療を並行して行うことに関する現状・阻害要因・促進要因・方策

I 現状 <ol style="list-style-type: none">1. 在宅診療を導入し、すぐに亡くなる患者が少ないことを懸念している2. 抗がん治療中から在宅診療を併診する患者は少ない。現状で在宅診療を併用している患者は、患者にも分かりやすい理由があった<ol style="list-style-type: none">1) 点滴・腹水ドレナージ・酸素・鎮痛等の医療処置が必要な場合2) 受診のアクセスが悪い場合3) PS がすでに悪い場合3. きっかけは何であれ、在宅診療が早期に導入されることで結果的にコーピングや日々の疑問等への対応が可能となり、看取りまでの信頼関係を築く期間が担保される
II 抗がん治療中に在宅診療を併診するために必要な総論 <p>患者が認識できる明確なメリットや必要性を説明できること</p>
III 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由 <ol style="list-style-type: none">1. 保険適応の問題2. 費用の問題3. 介護保険の問題4. 患者の病状悪化時の一般的な知識のなさ5. 患者の治療に対する認識・治療医に関する気持ち（患者の認知的、および情緒的認識と先延ばし）6. 通院間隔が短い7. 在宅医の考えが多様である8. 家に上がられるのが好まれない、医療処置のシンプル化の障害（がんに特異的ではない）
IV 抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法 <ol style="list-style-type: none">1. 多職種の意見を集約した上で、本人の意思決定を支えていく仕組みの構築2. 病院の外来治療中の患者を対象とする介入の仕組みの構築3. 外来通院か、訪問看護を入り口とし在宅診療を導入4. 在宅医が緩和ケア外来を行うことは賛否あり5. 患者向けの分かりやすい資料の活用6. その他（デフォルトの利用、紹介する側へのインセンティブ、紹介時期のガイドライン策定、研修医や医学生への教育）
V 在宅診療の紹介をスムーズにする因子 <ol style="list-style-type: none">1. 病院の医師と在宅診療を行う医師が個人的にもよく知っていること2. 病院の医師や看護師が在宅の様子を実際に体験したり見たりしていること
VI 実際に連携するにあたって必要なこと <ol style="list-style-type: none">1. 医師の役割分担 特に誰が意思決定の中心となるのかの明確化2. リアルタイムに患者情報を共有できる IT システム 正式に情報としくいことも共有できるネットワークと共創

詳細の報告

1. 現状

1) 在宅診療に入ってすぐ亡くなる患者が少ないことを懸念している

- 現状として、「在宅診療に入ってすぐ亡くなる患者が少ないことを懸念している」ことは、がん治療医と在宅医療の提供側の双方から表現された。
- 病院内における緩和ケアへの紹介は早くなっている傾向であるが、在宅医療の導入は抗がん治療を行わない状態となってから、すなわち ADL が低下してからの依頼がほとんどであること、在宅医療を開始してから死亡までの期間が短いこと、したがって信頼関係を構築することができずに、意義を見出しにくいとの意見があった。
- 一方、病院では早期から緩和ケアチームが併診し、状態を見て在宅診療に導入するのはスムーズにできていると思うとの意見もあった。

在宅移行が遅いのは、私たちが最も感じていることです。実際 BSC になってから在宅に紹介することがまだ多いので、紹介して数日以内に亡くなられたり、ドクターと患者さんの関係を築く前に亡くなられたりすると大変だったかなと、感じる人が多いです（がん治療医）

病気が進行してから紹介され、看取るだけの人が圧倒的に多いことがすごく困る。たまたま先週の土曜日に、病院の主治医から、「僕の患者さん、ちょっとそろそろ外来に通うのも大変そうになったから、週明け月曜日の僕の外来に来るから、先生にはこの後お願いしてもいいですか」という依頼を受けたんです。でも月曜日にその先生の外来に行けないくらいしんどくなって、結局その方、数日後の木曜日にお亡くなりになりました。先生方が想定していたよりも前に患者さんが亡くなってしまったわけです。もっと早くに声をかけてくだされば、もっといろんな話ができてもっと在宅支援できたのかなと思うんですよね。外来に通えないくらい弱ってしまっただけではなく、もうちょっと早い段階で声をかけて頂きたい。患者さんには、何しに来るのって言われても全然いい（診療所医師）。

予後1週間とかで訪問診療に入って、すぐ1週間後に亡くなっちゃったっていうと、なかなかやってる側の感覚としてもあれって…。非常にちょっと言葉悪いですけど、流れ作業的な？っていう患者さんの療養場所の意向なりがち。ホスピスの看護師さんも以前話してたんですけど、ホスピスに入ってほんと1週間で亡くなっちゃうと、ちょっと看護師さんのにもやりがいがないと。看護師さんも燃え尽きちゃったりとか、まあ医師はそこまで燃え尽きることはないんですけど、私が組んでいる看護師さんとかも結構すごく熱意があるので、本人の意向を聞きながらケアできる方がいいのだらうと思います。関係性を築きながら診療を行うという、つまり、ただ単に看取りっていう機能だけじゃなく、いわゆる地域で過ごしていくことを支えたいですよ、僕らとしては（在宅専門医）

若い人だと、急激に状況が進行して行って、訪問看護の依頼がきてから亡くなるまで、

ほんとにわずかな時間しかないんですね。患者さんが一番つらい時期からコミュニケーションを始めるでは遅い。診療を受けた時からつなげてもらって、コミュニケーションを取りながら、その人と一緒に治療を受けていくっていうような関わり方をしたいなって、いつも思っています。患者さんから訪問診療も受けたいんだっていうのは、なかなか先生に対して言いにくいことだと思うんですね。だから、看護師が間に入れば、そういった患者さんの気持ちを伝えていくっていう役割をとれる。訪問看護師を早めにいれてもらえればなと思っています（訪問看護師）

緩和ケア外来へは早く紹介してますが、在宅診療はあんまり早くなってる感じはないです。抗がん剤が効果がなく、やらないほうが良い段階、BSC（ベストサポータティブケア）に移行する時点で、在宅診療を入れるケースがほとんどです（がん治療医）

相談支援センターと緩和ケアセンターのナースが関わることで、私の外来に来てる患者さんが「ちょっとしんどいな」というタイミングで、在宅ケアへの移行に関しても比較的早い介入が取れるんです。僕たちが麻薬を使ってる患者さんのことは把握していますので、引継ぎなどの介入は早く取れますし、ちょっと落ちてきたなっていう時に、まずは訪問看護だけでも入れようかっていうところからの介入もできていると思います。しかし、化学療法中の患者さんの在宅医紹介というのは、今ちょっとしていませんね。外来に通院できる方は、外来で症状緩和もちゃんと行き、ちょっと通うのが難しくなった時点で化学療法の見切り時に重なることがやはり多いので、そうなったらスムーズに在宅医ドクターにつなぐという格好はできてると思います（緩和ケア医）

2) 現状で抗がん治療中から在宅診療を併診する患者は少ない。

現状で在宅診療を併用している患者は医療処置・体調管理が必要、受診のアクセスが悪い、PSがすでに悪い、受診・入院したくないといった、患者にもわかりやすい理由がある

- 現状で抗がん治療中から在宅診療を併診する患者は非常に少ないことが語られた。
- その理由として、化学療法を行っているということは全身状態がいい（通院できる）ということであること、比較的近郊の患者が多く通院にそれほど負担がかからないことが挙げられた。
- 一方、患者にはっきりとしたメリットが現在ある場合、すなわち、点滴・腹水ドレナージ・酸素・鎮痛などの医療処置や体調管理が必要な場合、受診のアクセスが悪い場合、PSがすでに悪い、受診・入院したくないといったわかりやすい理由がある場合には、患者への導入は容易であり、歓迎されることが述べられた。

抗がん治療中から在宅診療を併診する患者は、実は少なく、一人か二人ぐらいしか今思い浮かばないです（がん治療医）

ほとんどが抗がん剤治療終了後の紹介になりますね。直接、訪問診療を依頼する場合もありますが、併診から訪問診療へと移行していく場合とあります。しかし、化学療

法中の方の紹介はないです（がん治療医）

化学療法中の在宅緩和ケアの併診は、ちょっとイメージがつかないんですね。訪問診療の医師を化学療法中に入れてというのはあんまり記憶にない。肺がん領域であれば、原則抗がん剤治療というのは通院できる人、自分が通えるぐらいの元気さがないとできませんしね。分子標的薬だと、通院介助が必要な方でも治療を始めることがあるんですが、そういう方も治療をすれば奏功することも多く、また有害事象、外来化学療法に関しては基本通院でやっているというところですので、そもそも、この時点での在宅で緩和ケアの介入のメリットが考えにくいんですね。在宅で化学療法をするのであれば、訪問診療が入るメリットはあると思います。そういう点で外来化学療法を受けつつ通院をしつつ、在宅への緩和ケアのニーズがどの程度あるのかというところは、ちょっとイメージが僕はつかない……併診で通院、診療所にも併診で通ったらというような人がいたりするんだけど、往診っていう人はいませんね。近医にも通えないような状況でなおかつ外来化学療法をやっているような人って、いるんですかね（がん治療医）

全て化学療法が終わってから在宅に移行されるパターンが多かったので、抗がん剤治療中から訪問診療という形は今までなかったです（診療所医師）

いろいろ手を尽くしたけれど、もうあとはすることがなくなったっていう風に病院から言われて在宅へという流れの方がほとんどですね。逆にがんの地域連携パスのような6ヶ月に1回ぐらい定期フォローするけども抗がん剤の治療もないし定期的に腫瘍マーカーや診察をするだけという方もいらっしゃる。どちらか両極端で、この用語の定義にあるような、化学療法中の患者さんに訪問診療の併診のような状況はありませんね（診療所医師）

抗がん剤治療中から、在宅緩和ケアを依頼する時点で、たぶん抗がん剤治療は、ほぼ終了している症例の方が当院は多いと思いますので、そういうことはないかなと。…ちょっと古いのかもしれませんが、僕の知る範囲では抗がん剤治療が終わった後つなく、終わった後つないでる症例が多いんじゃないかなと、僕の範囲では理解をしています（緩和ケア医）

これは、地域によるかもしれませんが、待ち時間が長いとか距離が遠いとかないと通院は難しいでしょうね。うちの地域は、がん専門病院が近いから結構ギリギリまで何とか来てもらってるのかなという感じはします（がん治療医）

やっぱり処置が必要な状況、例えば腹水であるとかあとは経口摂取ができなくなって在宅でIVHしていただいたりだとかですね、……あとは……当院の場合だと結構遠方から通院されるかたも多いので、通院が難しくなってくると、在宅移行への

への促進因子になるのかなって思ってます。あとは患者さんやご家族が在宅医療を希望されるとか、そういうところがあれば担当医としても入れようかなとなるので、そういったところが促進因子になるのかなって思います（がん治療医）

促進するような要因は・・・家で過ごしたいっていう意向だったり、あとは在宅酸素、オピオイド、医療用麻薬ですね。高齢でなかなかお薬の管理が難しかったり、サポート力がない方・・・（がん治療医）

ADL が低下して通院が大変だったりとか、遠いけどもやっぱり抗がん剤の治療だけはうちに通うっていうパターンの場合ですと、訪問診療を導入してもらって、例えば痛み止めの処方をしていただいたりですとか、訪問診療だけではなくて、訪問看護を導入するっていうことは何例か経験をしています（退院支援看護師/MSW）

（1）点滴・腹水ドレナージ・酸素・鎮痛などの医療処置や体調管理が必要な場合

抗がん治療中でも在宅診療に導入されている状態として、点滴・腹水ドレナージ・酸素・鎮痛が主であったが、このほかに、服薬管理などの全般的な体調管理、麻痺に伴う排尿排便管理が挙げられた。体調管理の目的としては、がん治療の受診と受診のあいだで細かく体調管理をすることで、抗がん治療をよりうけやすくなる例があることが語られた。ただし、在宅診療であるか、訪問看護のみであるかは明確でないものがあつた。

在宅で中心静脈栄養を導入しながらの抗がん剤治療もしているっていう状況の方だと、中心静脈栄養の管理など医師だけでやっていくっていうのは大変なところもあり、そういう日常的な日常生活をサポートするっていうところで日常のかかりつけとして訪問診療、訪問看護入って頂きます。TPNになれば、それで訪問診療も併診という形、日常かかりつけとしての栄養管理をして頂きましょう（となる）。もう一つ他の要因としては、例えば疼痛コントロールに結構難儀なさってる方で日常細やかにいろいろ調整しなきゃいけないってことがあるようであれば、小回りのきく訪問診療を並行していきながら、がん治療は当院のがん治療として専門診として通院していただく場合もありましたね（退院支援看護師/MSW）。

途中途中で調子が悪くなった時に在宅の先生が対応してくださるのでそれは良かったという話は、よくお聞きします。今、訪問してるかたでも倦怠感がすごく強くて呼吸困難があつて、抗がん剤投与してるので食事も食べれなくなって…。在宅での点滴をして、そのおかげでお元気になられて。点滴の後の2～3日は、すごく元気なんだわってすごく喜んでみえますね（訪問看護師）

何人かお受けしています。・・・医療ケアに関しては、TPNの人がほとんどで、・・・麻薬管理しながら、放射線治療であつたり、抗がん剤治療を続けて通院されています（訪問看護師）

高カロリー輸液をされながら、通院してオプジーボ投与されてたり、副作用で食欲不振とか倦怠感が強い方、息子さんが毎回お仕事を休んでお母さんについていかれる方で、やっぱり吐き気とかが倦怠感がある方、肺がんで酸素吸入をしながら通院して抗がん剤治療をされている方とか、今現在そういう方に訪問させていただいています（訪問看護師）

腹水貯留の方、TPNの調整が必要な方などが多いですが、在宅医がその都度、利尿剤出してくださったりとか、受診までの間の細かな症状に対しても処置をしてくださるので安心という方も多いです。もともとホームドクターだった医師にお家に来てもらって日々の状況を診てもらえるっていうことで、在宅医が入ることで精神的にも落ち着かれて、これは安心材料だと思いますね（訪問看護師）

ファーストラインではなくてセカンドだとかサードで、そろそろBSCなんだけど、その段階で在宅の先生にサポートいただきたいとかかな。あるいは腹水貯留が著明に認められるので腹水だけ抜いて欲しいとか、あとはオピオイドを使った疼痛コントロールをお願いしたいとかっていう、いろいろな患者さんいらっしゃいますけれども、どっちかっていうとやはりかなり病気が進行してからの方が多いです……病院に行かなくても薬がもらえるのはいいとは言われます。特に腹水抜くかたは病院にわざわざ抜きに行かなくてもいいから楽だって言われます（診療所医師）

原発不明がんの患者さんで腹膜播種があって、化学療法中ではあるんですけども腹水のドレナージが、定期的に必要な状況で、比較的遠方からの通院なので腹水を抜きに来るだけに当院に来るのが抗がん剤と一緒にするのは日程的にも大変なので、在宅で抜いていただくということで在宅の先生に入っていて、化学療法をこちらでやりながら在宅の先生に腹水を抜いていただいたという経験があります（がん治療医）。

緩和ケア外来っていうのは結構できるだけ早い時点でコンサルして緩和ケアの先生との併診っていうのは結構行ってるんですけども、在宅緩和ケアの先生に依頼するっていうケースは、例えば在宅酸素が必要になりそうな方、実際導入が必要だった方だったり、または結構電話が頻繁に病院にかかってきて、なかなかその都度受診して診察っていうのが難しい場合だったり、できるだけ入院はしたくなくてお家で過ごしたいっていうような方に導入した経験があります（がん治療医）

独居で若干認知症がお有りになる方ですと、抗がん剤治療をやったあとの内服とかが上手く出来ないとか、そういう方がみえまして、自宅に戻られたあのお薬の確認だったり、あと副作用の確認をとるところと、あと抗がん剤を点滴、あのポートからやって、お持ち帰りになる方がみえますので、抜針とかそういう医療的な行為のお手伝いだったり、そういうのがあって開始になったケースがあります。あ

とは、やっぱり消化器系のがんの方ですと、栄養状態が悪くなって来るものですから、HPN を併用しながら抗がん剤に行かれるというようなケースで在宅の先生も入りながら体調を整えて次の抗がん剤に行くとかそういうケースは経験させていただいております（訪問看護師）

在宅の緩和ケアのメリットですよ。抗がん剤治療を続けていくためにも今の体力というか、生活を維持しなきゃいけないよってということとか、メリットがわかるっていうところがわかると思います。（退院支援看護師/MSW）

症状緩和を早期からきめ細かく行うことで、抗がん治療継続性が高まるんじゃないかなというふうには思いました。……がん治療医から言わせてもらうと、もし本当に在宅医がその疼痛とかトータルペインを診てくれて、早い段階から対応してもらってれば、もうちょっと抗がん治療って継続できるかもしれないなっていうのは思うところはありますけどね。と思います（がん治療医）

脳転移の、髄膜播種で脳転移がだんだんしてきた患者さんがいて、在宅医療を導入した時はまだそれほど麻痺などの症状はなかったんですけど、やっぱり日に日に悪くなっていったみたいで最終的に尿閉とおしっこが全然出なくなるような症状が出たんです。早めに在宅の医療が入ってたもんですから、バルーンとか入れていただいたりとかそういったこともあって、これがうちで全部やってたらきっと大変だったろうなと思います。それで介入していただくことで家にいる時間も長くなりましたし、非常に助かったっていう、そういう経験があります（がん治療医）

（2）受診のアクセスが悪い場合

受診のアクセスが悪い場合としては、遠方であり通院が困難な場合がまずあげられた。主たる治療はがん治療を行っている病院ではあるが、オピオイドが不足したときの処方や、下痢や発熱時の臨時的な対応を主にかけつけ医が対応していた。遠方以外では、待ち時間がないことや休日に対応していることが挙げられた。いずれも、在宅診療であるか、外来通院であるかが明確でないものがあつた。

がんセンターに行ってる患者さんで地元で簡単に見てもらおう先生がいたほうがいいという感じでなんか紹介があつて、そういう方を二人か三人いたかどうかぐらいです。そういう方を併診という形で見せてもらつて、結局そういう方たちで最終的に往診になったっていう方はあんまりないです。結局むこうで入院されてその後ホスピスに行かれたのかどうかは、わからないんです。在宅までたどり着いたっていう患者さんはいなかったです。麻薬は使ってた患者さんですね。一応 ADL は保たれてる患者さんで、それほど高齢の感じでもなくて、50代60代っていう感じの患者さんで、何かあればっていうことで病院のほうにかかった後に帰りにこつ

ちに寄るみたいな感じで、お話だけ聞いて必要なものがあればまた私の方から出したりということもありました。そういう感じで診てて、たまに麻薬の薬がちょっと足りなくなったから出してほしいということを依頼されて出したこともありました（診療所医師）

・・病院から1・2分のところにあるので、そういうところで主治医の先生がすぐ近くにいるのにうちの所にも併診で来るという形だと、患者さんが嫌がるのかなど。病院も近くにあるのに、訪問も必要なのか在宅も今必要なのかっていう風に思われるでしょうから、ちょっと入りづらい感じはあるかなと思います。遠くに通ってるような病院の患者さんはメリットも大きいということを説明して、段取りできるんじゃないかなとは思いますが。

基幹病院の処方にはやはり手を出すことはなかなかできないので、例えば臨時の下痢の対応とか発熱とか、そういったマイナーなトラブルに対する対応といった感じでした。基幹病院の先生と連携として、同じ土俵の上でっていうわけではなくて、あくまでも、臨時のケアであったり、あるいは以前からある高血圧とか糖尿病の治療を続けてるといったそんな状況でした（診療所医師）

明らかに患者さんが利益、メリットを感じられる場合は促進する因子になると思う。要はわざわざ来なくてもあるいは何かあった時に病院って24時間対応は難しいと思うので、夜でも土日でも対応してくださる先生がいれば安心だよなっていうので、それに納得というかそれを快く感じられるかたは促進する因子になると思います（診療所医師）

アクセスが病院だとすぐには行けなかったりとか、外来でずっと待たされるとかそういう話があるので、僕たちの場合は緊急往診も含めて、なるべくアクセスがしやすいような形でお伺いしているのとかですかね、喜ばれるのは。あと土日も特に呼ばれるときとかは喜ばれます（在宅専門医）

（3）PSがすでに悪い場合

PSがすでに悪い場合では、患者自身も自覚していることから、患者と相談して必要になりそうな在宅診療を導入した例があった。

主治医の先生としてはもう抗がん剤やってもそう効果はないよっていうことで緩和ケアだよっていう風にお話ししたんですけど、患者さんが残された治療がまだでも薬があるのであればできるだけやってやるだけのことはやってから死にたいっていう風に希望されて…。やってもどこまで効果があるかわかんないし、副作用で苦しむかもしれないよっていう話はした上で希望でやりました。通院はすごく大変そうでしたけど、家族が、やるだけの事やってよかったって満足感が得られているようなことを聞かせて頂いたので、やって良かったなって思いました。往診の先生にも入って

もらっていつも抗がん剤でいつ通院できなくなるかわからないから訪問の先生もつけておこうって話でした。(退院支援看護師/MSW)

3) きっかけは何であれ、在宅診療が早期に導入されることで、結果的にコーピングや日々の疑問への対応が可能となり、看取りまでの信頼関係を築く期間が担保される

- 医学処置などわかりやすい理由がきっかけであっても、在宅診療や訪問看護が入った場合、結果的に日々の疑問に対応したり、主治医の説明を補足して説明することで安心感を提供できることが語られた。
- その結果の積み重ねとして信頼関係を築くことができ、終末期の対応もスムーズになるとの意見があった。

(依頼は点滴のことでも)おうちに来た時に色々相談が細かい家での生活のことだったり、相談が割とスムーズに出来る。あとは、最近あったケースでは、体調が悪かった時に、受診をするべきか、このまま様子を見るべきかというところを自分で判断できない場合にご相談頂いたりして、細かい所の相談ができるので、助かったというのがご家族の方からお話を聞かせていただいております(訪問看護師)

主治医にはなかなかやっぱり聞きにくいとか、聞けないっていう部分をこちら側に聞かれて、主治医の意図ですね、こういう説明を受けたけど、それはこういう風な考え方で抗がん治療、例えばちょっと抗がん剤が難しいよっていうことを言われた時とかは、何で難しいって言われたかっていうことを主治医側はこうやって思うと思うよって形で説明したりとか、状態が落ちてきた時にこの次の主治医の外来では抗がん剤治療終了の相談が出るかもしれないよっていうことを事前に伝えたりとかで意思決定をする準備を促したりとか、意思決定後のサポートをしたりっていうところで、意思決定支援というところで、割と意義を感じてもらえることも多いかなと思います(在宅専門医)

より早期から緩和ケアの先生と繋がりを作ることで信頼関係を、急にもう今際の際で紹介されて信頼関係作れますかっていったらそれは結構在宅の先生も大変なことになっちゃうと思うので、そこまで悪くないうちから関係を作っていくことでよりスムーズにシームレスに繋いでいけるっていうのが理想は理想かなと思ってます。お金の面とか色々ハードルはあるとは思いますがそういう方向に向かってほしいなっていう風なのは、腫瘍内科医として思っているところではあります(がん治療医)

やっぱり早い時期から私たちが関わらせていただくことで、最期まで自宅でそれこそACPにも関わってくるかもしれないんですけど、自宅で過ごすことに不安を感じずに過ごせる方が、やっぱり多いんじゃないかなっていうのは、思ってます。なので、早く早い時期で関わることでなにが良いのかっていうと、なんかやっぱり人間同士

なので、その中に信頼関係が出来たりすることで、今までの状況を知ってくれてるこの人が、一緒にいてくれ、あのずっと来てくれるんだったら、このまま家にいてもいいかな、って思えたりとか、そういう部分にもつながってくるし、別に家じゃなくてもいいんですけど、なんて言うかな、早く関われば早く関わっただけ、お互いのことを知る機会が増えてくるので、それが最終的に自分の人生の最期をどこでどう過ごしたいかっていうのが、お互いに話し合うのにとってもスムーズになってくるんじゃないかなという気はしています。なので、いろんなケースがあるかと思うんですけど、必要な方には早い時期から関われると、最期がよりスムーズになっていくかなーという、まあ今までの経験上の予測ですけど（訪問看護師）

2. 抗がん治療中に在宅診療を併診するために必要な総論：

患者が認識できる明確なメリットや必要を説明できることが必要である

- 総論的には在宅医療を早く提供できることについては肯定的な意見であったが、抗がん治療を外来通院しているあいだに在宅診療を併用することについては、「患者が認識できるはっきりしたメリットが必要を説明できることが必要である」と多くの参加者が述べた。
- 患者にとってのメリット、病院（がん治療を行う施設）にとってのメリット、在宅診療を提供する側にとってのメリットが現状ではまだあいまいであり、患者にうまく説明できないという声が多かった。
- 例えば、地域連携パスでは、併診になることで、通院の負担も軽減したうえで同等の質の治療を受けられるメリットを説明しやすいことに比較して、「抗がん治療中からの在宅診療の開始」はメリットがあいまいであるとの意見があった。
- 抗がん治療中に在宅診療が加わることでどのような利益があるのかを明示したエビデンスがあることが、実臨床でうごく動機になると回答したがん治療医がいた。

メリットを聞かれるんですけど今やるメリットって何ですかって聞かれた時に成功体験がまだ少ないので実施するメリットを具体的に細かくお話しできない。今後増えてくればこんな方にこんなメリットがあってこんな方に早く導入することでメリットがあったっていう成功体験がドクターや看護師に増えてくれば具体的にメリットをご説明できると思うんですけども、経験も少ないことも原因の一つだと思います。在宅医の先生がどの時点でほんとは介入してほしいな、というポイントみたいなものがあつたらこの時に来ていただければこんなことができるよとか、具体的にメリットはと聞かれた時に在宅医の先生が考えられてるメリットみたいなものがわかると私達も説明しやすいかなと思うんですね（がん治療医）

患者さんにとってもみんなにとって良い流れにならないと普及もしないと思うので。やっぱりメリットがあつていいなと思うから普及すると思うんですね。定着しないってことは何か障壁があつたりシステムのwin-winな感じじゃない、患者さんにとってもドクター達にとってもメリットがないと普及しないと思うので……今、加算で収入が増える、いろいろあるんですけども、なかなか外来の時間でスムーズな

流れがとれないと加算だけだと患者さんのお金の負担は増えちゃうだけで、……加算というよりは実感として診療していく上でメリットを感じるシステムの方が普及はするのかなと思います（がん治療医）

訪問診療をした場合に訪問診療料を算定するのと、在宅時医学総合管理料までもし算定してしまうとかなり金額が高くなってしまいますので、抗がん剤の治療しながらこちらを支払いが生じるというのは患者さん側にとってそれを上回るメリットというか、そういうのが実感されればと思うんですけど、通院可能な時期においてはまだそこまでになっていないのかもしれないかなと思います（診療所医師）

主治医と副主治医みたいな感じでペアで手厚くケアしていきましょうっていうことが患者さんにとってどれくらいメリットとして感じてもらえるかということについて、がんの地域連携パスのことをお話したのですが、あれは基幹病院は半年に1回とか3ヶ月に1回だけの通院で済む、そのかわりかかりつけのところで毎月みてもらって「」が腫瘍マーカーの検査をしてもらう患者さんにとっては毎月毎月、遠方の基幹病院に行かなくても（のように、メリットがはっきりしていないと説明ができない、診療所医師）。

患者さんのADLとかパフォーマンスステータスが低下してくれば患者さんもそろそろ在宅での療養も必要かなと思われればいけると思うんですけど、確かに元気な時になかなか在宅にすすめるってのもやっぱり難しいですね。ADL とパフォーマンスによりますもんね（診療所医師）

医療者側としてはやはり医師が何で（在宅での？）緩和ケアがいるかっていうところをきちんとわかって、それをきちんと患者さんに説明できるっていったところは一つ要因として促進する要因になるかなと思います。あとそれは医師だけでは限らずやっぱり看護師もきちんと今何で（在宅での？）緩和ケアと当院での併診が必要なのかっていうところを患者さんに伝えれること、情報提供できるっていったところが促進要因になるかなと思います（退院支援看護師/MSW）

今お話ししたみたいに、この利用するというイメージがなかなかまだ出来てなくて、そういうことが利用できるという、そういうことすらまだちょっとなかなかこちら、皆さんにお伝えできてない、ということもあって、利用が進まないっていうところはあるのかなって思います（訪問看護師）

在宅の先生だと何してくれるの、みたいな患者さんの好みというか大病院志向的なところもあるのかなという風に思います。さっきの腹水とか、裏腹になると思うんですけど在宅医をいれるメリットですね、そういったところがどれだけ患者さんもそうですし、主治医のほうも治療医のほうもどう思うかっていうところにいれるメリ

ットっていうところが、いれなきゃいけない状況であれば全然なんですけれども、いれるメリットがどれぐらい感じられるかっていうところも、ちょっと痛みがあるぐらいで在宅の緩和ケアいれますかっていう風に言われるとなかなかモチベーションが患者さんも治療医も上がらないところがあったりするのかなという風に思いますので、というところも障壁にはなってくるかなという風に考えたところです（がん治療医）

我々のような治療医にとっては、腫瘍内科医の世界だとエビデンスエビデンスという風になってきたところなので、在宅緩和ケアをいれるとQOLが改善するだとか例えば救急の受診が減るだとか、何かメリットがあるよってところをエビデンスとして示していただくと、よりモチベーションが上がるのかなと・・・医療者のほうですね、我々治療医にとっては紹介してメリットっていうところがほしくて患者さんにとってのメリットっていうところでQOLが改善するだとか、救急の受診が減るだとか、早期に緩和ケア導入すると生存が良かったみたいのがありましたけれども、そういった生存が改善するだとか、そういうエビデンス的なところが出てくるとよりモチベーションが上がるみたいなのところがやっぱりありますので、エビデンスをつくっていくようなことがある程度あるんだと、そういうエビデンスがしっかりと積み上がってくると治療医としてはやっていこうかなっていうところが出てくるかなと思ってます。（がん治療医）

どういう人がどういうメリットがあるかってところが実はそう確立されてないのかなという気がします。・・・もうちょっと研究をしてこういう人にすごくメリットがあるからっていうのが明らかになったとこでピース的な素材を使って例えば医師みんなに普及してくとか、もちろん患者さんに対しても、っていうのは考えてもいいのかなって気がします。早期からの緩和ケアとかはもうある程度がんをやっている医師なら知ってはいると思うので（緩和ケア医）

3. 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由

1) がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、保険適応の問題がある

- 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、そもそも、外来にがん治療に通院している患者に在宅診療を行って保険請求できるのかという懸念が診療所医師から示された。
- この一方で、「外来通院中でも在宅診療が行えることを病院医師が知らない（必要ではない）ことがバリアになる」との考えも他の医師などから表現された。
 - これは、通院中の患者に対する在宅診療が現状グレーゾーンの保険診療であるため、意見がばらついているものと考えられる。

在宅というか訪問診療でやれるかというところちょっと難しいかなと思っているのが、訪問診療は通院困難な人に対して行うという前提があるので、毎月とか月2回、基

幹病院に通院してるのに訪問診療でいっても算定できるのかというところもあります（診療所医師）

訪問診療なのかあるいは往診、緊急往診なのかっていう・・・二つの方法があるんですけど、・・・計画的に往診をつなげていくことはやっちゃダメっていうようなたてつけになっているようですし、逆に訪問診療の方は計画的に診療していくっていう建前なんですけど、通院困難なものに限るとなっているので、もしレセプトの摘要欄に在宅緩和ケアが必要な状態であるという風に例えば記載すれば訪問診療も認められるっていう風になればそこはやりやすくなるのかなと思います（診療所医師）

あとはまずは医療者の間で併診できることを知らない人もいたりするのでそういう知識、情報共有じゃないですけど知識が深められるとみんなでいいのかなって思います（退院支援看護師/MSW）

やっぱり病院側の医者のおれだと思いますね、・・・抗がん治療やりながらも在宅がやれるっていう風なことをわかっていらっしゃる先生がいらっしゃれば、それこそ紹介が結構きたりして介入させてもらうことが多いんですけど、やっぱり障害となるというのは、逆に他の先生方で抗がん治療をやってるうちはうちにきなさいと、在宅医療の選択肢がそもそもない、先生から言われない限りはなかなかこちらには来ないことが多いと思うので、そこがかなり大きな要因じゃないかなという風には僕は思ってます（在宅専門医）

障壁となる要因ですけど、主治医の認識ができてないと外来で大丈夫じゃないかっていう認識だと提案すらしてくれないと思うので、主治医の認識がどうかってこと・・・（緩和ケア医）

がんセンターに通ってるんだったら在宅は必要ないじゃないっていうスタンスの先生も少なからずいるんですね。そうすると本当に緩和ケアとして完全にうちの病院からは、なるべくうちには来ないでそっちの先生にかかってねみたいな、そういうふうに誘導した方がいい先生もいるんですよ。なので、そこら辺が迷いどころというか、ちょっと前は多分、在宅に行くんだったら大きな病院にかかるのはもうやめなよねと思ってらっしゃる先生が多かったんですよ。だから、そこにのっってこっちは診療としてはもう来ないでねみたいな感じで、言わないといけない場面もあったんですね。で、ちょっとずつそういう先生減ってるんですけど、やっぱり元々がそうだったもんですから、こっちも診てあっちでも診てもらってっていうのが失礼にあたる時があるんですよ。そこが一番ちょっとどうしようかなと思う部分ですかね。患者さんの希望としてはどっちもかかりたい。だけど、向こうの先生はそう思っていらっしゃらない、そういうところですね（がん治療医）

2) 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、費用の問題がある

- 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、費用の問題が非常に多くの参加者が言及した。
- 高額医療費になっていない場合には費用そのものが上がることで、在宅診療では通常交通費が自費となること、高額医療費になっていたとしても、複数の機関にかかることでいったん支払ってから返金されるという制度であるため、一時的にでも支払うことそのものが経済的に苦しい場合が多いことが想定される。逆に言えば、費用を支払ってでも受けられる明らかなメリットを示すことが求められているといえる。

医療費がダブルでかかってくるので費用負担がかかります。で特に現役世代の3割負担のかたがやはり厳しいので、若い世代であればあるほどそこまでの蓄えや収入とかがない状況で出費の多い世代なので現役世代は、ひとりの患者の医療にそこまでかけれると言われるとちょっと厳しいということもありますし、元々経済的にかなり厳しい状況のかたも増えてらっしゃるので一か所だけのがんの治療をやるところがまず優先になってしまうのでっていう風で、それはいいわっていうふうでちょっとトーンダウンしちゃう可能性はあるかなっていうふうに思います（退院支援看護師/MSW）

障壁になるようなものとしては、費用面的な所が大きいのかなって思ってます、在宅医療も具体的にいくらかかるかってところは正確に知らないところであるんですけども、お金がかかる話になってきますので、そういうところはかなりバリアにはなりうるかなと、化学療法中だと逆に高額療養費とかにかぶってくるかもしれないので、そんなかかんないのかもしれないんですけど、費用面っていうところは大きいのかなっていう風に思います（がん治療医）

費用がかからないっていうことはサービスを受ける上であり得ない話なので、お金がかかるのは仕方がないかなっていうところなんですけれども、我々治療医もいくらかかるのって言われたら全然分かんないところなので、そのへんをクリアにして我々治療医とかあるいは患者さん家族とかにこれぐらいかかりますよっていうようなところが、はっきりと明示できるようになるといいのかなっていう風に思います（がん治療医）

若い方であれば、当然保険の負担割合だとかも大きいと思うのでそれに見合っただけのメリットとか効果を期待できるかどうかっていうのは、全然わからないと思いますね。治療中のかたであればまだまだよくなるつもりがあると、なかなかそこが緩和ケアってなっていくとお金がやっぱり一番大きいんじゃないでしょうか、制度でいうと。制度でいうと、そこじゃないかなと思います。金銭的な面がものすごく多くて実際によくもう来なくていいっていうのは言われることは結構あります。心配なのでこっちからは連絡して月に1回だけではなくて2回とか毎週とかっていう

んですけど、提案してもらえない、困ったら連絡するというところで、なかなかサービスに入れないことも少なくないです。お金の問題は結構あります（診療所医師）

どうしても在宅で診ると、在宅かん総合診療、あれが入ってしまうので、管理上は。それとダブルになると若い方とか負担が大きいというか。お金の問題は大きいかもしれないですね。それが一番だと思います・・・やはり若い方で結構負担が強いってというのはありますね。まあ、やっぱり負担は強いですね、3割負担とかでなると。ただそれはでもまあ、なかなか難しい問題っていうか。そう、だからちょっと解決がなかなか難しい問題でもあるので。（在宅専門医）

だいたい抗がん剤治療を受けられているかたは、高額医療になってくるので、その説明は私たち訪問看護がよくするんですけど、ここまで往診の先生にみてもらいと合算してもらえらるから、経済的には問題ないよってという説明はさせてもらっています。ただ訪問診療医の先生の交通費が高いと（自費負担になる）ので（費用が増える、訪問看護師）

訪問看護師を使うことで、これぐらいかかってしまうんだってという事で使い控えしちゃうかたがいらっしゃるかなと思うので、皆さん（高額療養費の）上限いってることもあるし、高齢者だと交通費ぐらいで終わるんだけどなってところがあるので、時々ですけど（訪問看護師）

訪問看護も別事業所になってくると支払いの回数が格段に増えて病院側と診療所側と訪問看護師さんと薬局っていう形で、現金の支払いっていうことがかなり頻度が増えてきて経済的に医療制度上の問題として自己負担額がきちんと支払いの段階でおさえられるような制度設計にならないと、その場のお金が厳しくなってるかたが多いですから、進行がんで抗がん剤治療をするまでやってきたけど厳しくなってるって前提なので、そこはすごく医療制度上の問題が大きいと思います。制度上、支払額がいろんな事業所が複数関わってもおさえられるような仕組みっていうのを考えていく必要があるのかなと思います（在宅専門医）

費用面でも負担が主科と緩和ケア科だとたぶん診療報酬は発生しない、同日他科だと発生しないんですけど、やっぱり新たに往診でいくとなると経済的な負担も増すってところはある（緩和ケア医）

よく問題になるのは同じ日に二つの医療施設がみると保険請求が難しくなったりしますよね。往診の先生にずらしてもらったりすることもあると思うんですけど、同一になったりすることもあると思うので、それはなんか国のほうがなんか調整することで何とかならんかなと思ったりはします（緩和ケア医）

障壁となる因子では、えっと、費用のことですよね。だいたい、訪問看護とか、自宅

に来ていただくっていうパターンの場合は、自分でこう身の回りのことが出来ないとか、そういう方が使うという、まあ利用、ご利用いただくという印象がまだまだ強いので、自分で何でもできる、通院も出来る状況で、訪問というものを利用するところに、費用の対価として、それがまあなかなかそこまで利用が、利用するだけの余裕というかそういうのもあると思うんですけど、特に若年の方っていうのは、やっぱり保険で3割がほとんどなので、やっぱり高いんですよ。抗がん剤も費用がとても高いので、この中で訪問をっていうのは、なかなか厳しいものがあるのかな、とは思っています。使いたい、利用したいけど、なかなかそこまで、自分の出来るところまで頑張るって方が多いんじゃないかな、とは思っています（訪問看護師）

若年者の人は、費用の面が非常にやっぱり、自分たちの生活のこともありますので、そこで、自分のためにどこまでお金が使えるかっていうところは、非常に難しいところになってくると、あと、限度額とかの証明書を取るまでの期間の何か月かがすごく大変という方もみえるでしょうし、あと、1回1回支払わなくちゃいけないってところの制度も多分あると思うので、そこらへんがもう少し緩和されると、もうちょっと使いやすくなるのかもしれないとは思っています（訪問看護師）

化学療法をやってて在宅、その併診ってお願いする場合に、受け手側の在宅クリニックが併診は嫌ですっていうふうで、断るクリニックも結構多くてなかなか併診を受けてくれる在宅クリニックが少なかった経験があります。今やってるクリニックは併診を受けてはいるんですけども併診を受けてくれる患者さんとかは、例えばご飯が食べれなくて点滴が必要とか、そういった医療行為がある人は結構受け入れがいいんですけど、もう何もないっていうか、お話を聞くだけとか痛みのコントロールとか、そういったのですとあんまり受け入れがないっていう印象です。その背景にはちょっと在宅クリニックの医療費がちょっと高いというのが、結構ネックかなとは思ってるんですけど。ちょっとその医療費が高いことで患者さんの方から断られるケースが結構多いですね。特に70歳未満の方は3割負担で高いので、断られるケースが多くて、併診OK、その点滴とかもなく併診を受けてくれる方は高齢の方がほとんど、お金に余裕のある方がほとんどという印象です（退院支援看護師/MSW）

やっぱりお金のところが大きいですかね。70歳未満の人だと、やっぱり医療費が高いので、在宅クリニックだと3割負担だと2回の診察だけで2万ちょっとかかるんですね。だからそんなにかかるんだったらいらんわという方がほとんどで・・・（退院支援看護師/MSW）

70歳未満の人はほとんどそんなにお金かかるならいいって、お金で断られるケースが多いですね。ただ、もうちょっと悪くなったらお願いするわっていうケースが多いので、やっぱり治療にお金かかるから断られるケースが本当に多くて、ほぼ断ら

れる、ほぼ90何パーセント断られるようなイメージですね(退院支援看護師/MSW)

3) 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、介護保険の問題がある

- 費用に関する問題と一部重複して、がん患者に対する介護保険の問題が語られた。昨年2月より、第2後お被保険者(40歳65歳未満)のがん患者から要介護認定申請があった場合、主治医意見書の特定疾病の記載が、▼がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)▼末期がん▼がん末期—などの記載のほかに、単に「がん」とされたものでも受理してよい。となっている
- 末期が見つからないと、訪問看護は介護保険による提供となり、しかし市町村によっては全身状態がよいため要支援にとどまることもあり、介護保険の枠では必要な訪問看護にいけないこと、および、これらの判断に医療機関間と行政間の差が大きいことが語られた。

訪問看護とかが、がん末期かがん末期じゃないかによって医療保険で入れるかどうかが変わってくるので、そういった面ではがん末期が治療中だと出せないという先生と、延命治療だから出せるよという先生と、その辺で定義が曖昧なのか、ちょっと制度上の問題なのかわかんないですけど、で、がん末期で医療で入れれば結構医療費とかも高齢者だったら上限で決まっているので、すんなり入りやすかったりとか、介護保険だとちょっと回数が決められたりとかで、ちょっと利用があんまりできなかったりとか、そういった制度上はあるのかな(退院支援看護師/MSW)

一番大きいのは介護保険の申請で、要支援とか付いてしまうと、にっちもさっちもいなくなっちゃうのが、一番大きいなというところはありますか。地域によって多分介護申請の、要支援要介護の認定の厳しさ、厳しさというか、本来この地域だったら要介護でついてくるけど、こっちだったら要支援だったということがあるんですよ……こういうばらつきというのを何とかならないのかなとちょっと思ったりしますね(がん治療医)

介護保険を使われるような時に介護認定をするような場合、結構その認定から決定されるまでに時間があったり、かかったりするんじゃないですかね。そういったタイムラグというかそういったものも一つ何か、もしかすると促進できてない問題点になっているのかなあ思ったりはしたんですね。大抵皆さん、在宅に変わる場合というのは介護保険を付けられる方が多いかと思うんですね。そこで時間がかかるとか、時間がかかるということも一つ制度上の問題なのか、どうかなというところがあります。本当にもう悪くなっておうちに帰らないといけないんだけど、おうちで何の用意もできてなければ、そこで在宅の緩和ケアに結びつくのがまた少し遅れてしまうのかなとか、そういったことが考えられるかなと思いました(退院支援看護師/MSW)

あとは（介護保険で）終末期ってつくかどうかによって（医療保険ではなくて）介護保険になってしまって、（介護保険の）限度額内でおさめようと思うと、ほんとはもう少し必要けど、制限しなきゃいけないっていう時もあります（訪問看護師）

若年層の医療制度上の問題はあって在宅緩和ケアでがんに限ると介護保険が利用できないような年齢40未満とか末期ってつきにくい、抗がん剤って進行中だと末期ってつけれるかどうかって主治医が抗がん剤治療していると主治医に決定権が出ちゃうと思うので、もし僕たちが在宅医療だけであれば40から65未満とかの微妙な年齢は、あえて末期をつけて全部医療保険にまとめるっていう手段もできると思うんですけど、抗がん剤治療をしてる時に進行がんで今後数ヶ月で抗がん剤できなくなって明らかな末期になるって分かってても、じゃあそれを主治医が末期じゃないよっていう形だとか抗がん剤やってるからっていうことで末期ってつけていいんですかって訪問看護に聞かれる時もあるので、そういったところはがん患者の進行スピードをきちんと意識した制度設計で介護認定もそうですけど、少し介護保険利用のハードルを下げたあげないと急激に状態が落ちた時に介護保険、介護的なサポートが追いつかないっていうことも経験するので、そこも制度上の問題があるかなと思います（在宅専門医）

4) 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、患者の病状悪化時の一般的な知識のなさがある

- 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、患者の病状悪化時の一般的な知識のなさを指摘する声もあった。
- すなわち、患者自身がいまどうかということは別として、がんであれば悪化した場合は急速に悪化する、悪化するとADLが低下するといったことが一般的な知識としてもない場合があると語られた。

今後どういう経過をたどるかというのをリアルになかなか想像できてないと、結局やはり病気が、まあどんな病気であれ進行をしてくると、ベッド上の生活になるわけですし、まあ食べれなくなるわけですし、あとトイレに行けなくなるとかですね、動けない、食べれない、とかですね、お風呂に入れないとか、色々いろんな問題が出てくるわけですね。あと人によっては痛みが出てくるとかですね、そういうふう、非常に一般的な死に向かってのプロセスっていうのが、リアルに想像できてないと何を依頼するのかわからないと。多分それが想像できるとこういう風になってくんだな、じゃあ動けなくなったらこうだとか、食べれなくなったらこうだとか、色々そういうのをサポートしていくんですけど、そこらへんのいわゆる今後おそろくどれくらいの期間の中で起きてくるだろうという、あくまでも一般論でいいんですけども、そういうのをちゃんと伝えるっていうのがあるといいのかなという気はしますね。そのそのイメージがつかないというか。まあ漠然と要は何とかですっ

て言われても、どういうプロセスを経てそうなるのかっていうのが、ちょっとわかりにくいというか（在宅専門医）

たとえ今元気だったとしても突然元気じゃなくなった時にこんなことをやれるよって知識はお持ちの方がいいのかなと思いますし、その方がやっぱり元気なうちでも安心して治療を受けれるかなって感じがします。……結構戸惑われる方も多いですよね、最初。それでも患者さん本人がもう動けないってなってくると、ご自宅での介護はほぼ不可能じゃないですか。お風呂に入れるのも無理だし、あるいはトイレの介助とかもちょっと不可能だし、かといって例えば70代のご夫婦であると、旦那さんががんで奥さまが介護ってなってくると、とてもじゃないけど体を動かすのもすごく大変ですよ。そういう状況になったら訳わからないけど、取りあえずお願いしようかなみたいな形になるんですけども、最初そのお願いしようかなという状況では、全く知識がない方も多いですよね。それが例えば元々お二人だから将来的にこうなるから、あらかじめこういう医療体制があってこういうふうに導入してくれるんだよみたいなレクチャーがあると、本当に、じゃあいざとなったら頼ればいいのねと、奥さま、例えばご家族も思えるかな。本当にそれは常々思っています（がん治療医）

患者側の要因としては病状理解がこういった形でされてるか、……今後の身体の状況がどう変化してくるか、動きにくくなってくることが想像できてくるような患者さん、説明を受けてるような患者さんだと、在宅医療っていうところにも準備として、受け入れが割としやすいのかなっていう風にも思います（在宅専門医）

5) 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、患者の治療に対する認識・治療医に関する気持ちがある

- 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、患者の治療に対する認識・治療医に関する気持ちも多く挙げられた。
- この詳細は、①根治できないというひととおりの説明を受けていたとしても治療は継続していることが希望になるという患者の認識（認知的、および情緒的認識のレベル）と、②患者にとっても主治医にとっても負担に感じる悪化したときにはなしは先に延ばす現象の結果（先延ばし）が混合しているようであった。
- 認知的な認識とは「治癒できない（進行する）」ことがことばとして認識されていること、情緒的認識とは感情をとまなっリリアルなこととして認識されていることを指す。
- 本現象は、以前は、「がん治療医から患者に説明が十分でない」と解釈される傾向があったものであるが、現代においてがん治療医が疾患が根治できないことに全く触れていないとは考えにくく、一通りの説明が行われていたとしても患者の希望によって病状がそのままに認知的にも、情緒的にも認知されるわけではないと想定される（Weeks JC. N Engl J Med. 2012;367:1616-25; Oishi T. Jpn J Clin Oncol. 2018;48:913-919）。

- しかもこのプロセスは、「患者と医師との共謀 (collusion)」という作業によって不都合なことが先送りにされるように維持されるとされている (The AM. BMJ. 2000;321:1376-81)。本インタビューでも、「主治医の先生がなかなかそういう話に切り出せないんじゃないかなと、で結局、後回しになってしまって」と回答したものがいた。主治医の説明不足ということだけでなく、患者と医師の双方の行動の結果であることが想定される。
- がん治療を行っている病院においては、治療を行っていることの希望、治療医との関係を失うことのおそれ (見捨てられるような感) に言及した回答も多かった。見捨てられ感とは関係なく、新しい医師と関係を作っていくことの大変さも挙げられた。

がんの専門病院だからこそだと思うんですが、ちょっとがんセンター以外のっていうとちょっとそろそろ見捨てられるような感じが、がんセンターに来ちゃいけないのかなって、大丈夫って言っても何かまた離れちゃう感じがたぶん徐々に移行して積極的な治療がしたいんだけど、という思いが結構患者さんあると思います (がん治療医)

まだその段階ではないと思いますって拒まれてしまうとか。医療者的にはもうそろそろ緩和とか在宅をいれてった方がいい時期だと思うんだけど、まだそんな段階ではないと思われてしまったりとか。……それがたぶん一番の問題なんだと思いますけどね。で、なかなか主治医の先生も在宅をいれられないっていうのはそのせいなんじゃないかなという気はしますけどね。病棟担当医の先生とかスタッフの方々の努力虚しく本人が受け入れてないってこともありますからね (診療所医師)

結構突然サポートが必要になるので患者さんの時間がない時に提案しても、ほんとは時間がない時に提案しないと間に合わなかったりご迷惑かけちゃうと思うんだけど、……必要性を患者さんが予想できない。術後経過が早い方って悪くなるのがあるかなっていう予想できるかもしれないんですけど、ゆっくりゆっくりできて突然スピードが上がるので体調不良の、そこがちょっと患者さんがこの先必要っていう実感が持ちにくいのが乳がんの特徴だと思う (がん治療医)

うち (がん専門病院) の先生の外来に通いたいっていうご希望があるかた、長年うちの外来に通ってきてもう先生に情が入っちゃってそういうかたは往診の先生だけじゃなくてうちの外来に通いたいっていう希望があります (退院支援看護師/MSW)

化学療法をやってますと、信頼関係的なところが医療者と患者さん家族と重要になってくるもんですから、患者さんが依存関係になってくるところもあるので在宅の先生を入れていきたいと思います感じになると、気をつけないと見捨てられ感とか、そういうところも発生しかねないところなので、そういうところも逆に障壁になってしまうのかなと、あと大病院志向というかがんセンター志向というか、大き

な病院でみてもらおうと安心、いろんな科もあるしみたいなどころもあって……
(がん治療医)

まだ治療ってことに重点を置いている場合ですね。まだ例えば病院では緩和ケアとか抗がん剤もそろそろおしまいになると思ってても、患者さん自身が治療っていうところかなり重点を置いているときにはなかなか受け入れが難しいところ……まあ見捨てられたみたいな感じで。それはコミュニケーションとって上手く受け入れてくれる人もいれば、なかなか受け入れが上手くいかない方もいらっしゃるの、それはちょっと致し方ないのかなという気はしますけれど(在宅専門医)

やっぱり自分の命の限界を考えたくないっていうかたがみえるので、そこで単刀直入には聞かないですけども、何気ない会話の中で聞いてっても、今は、みたいな感じだったりとか、そういう風に話題を避けられるみたいなかたもみえたりするので、もっと症状がどんどん進んで自分でもうダメだっていう風に受け入れられると……、最期の場所とかっていうのも具体的には聞けるんですけど、なぜ私たちがそういうところでないと聞けないかっていうと、……コミュニケーション(信頼関係)が出来てない時に、そういうことを話題にしようとしても、避けられちゃったりしちゃうので、やっぱりそういうためにも早めの訪問開始がいいと思います。結局私たちが訪問すると毎回なんかしらそういう話題をしたくてその人の支援をしたいと思うので、できるだけさりげなく話はするようにはしてるんですけど、すんなりいかない場合もあります(訪問看護師)

抗がん剤を特にやってるかただと、抗がん剤が(治癒ではなく)延命治療の意味ってことを理解しているかたであれば促進因子になると思うんですけど、逆に抗がん剤治療の意味をやっぱり誤解されてるかたもたくさんみえると思うので、そのへんも意思決定していきますけど、治りたいとかそういう延命治療としての抗がん剤ではなく、根治治療としての抗がん剤と誤解して治療を受けてるような進行がん患者さんだとかかなり障壁になる、今後のADLが低下することが見通せない、病状が悪化することが想像できないので、そこは大きな障壁になるかなという風に思っています。家族も同様だと思います……治療の意味が根治治療と誤解して抗がん剤をうけてるかたも、まだまだ多いと思うので、それがそもそも延命治療の意味だよっていう風に理解ができてるような患者さんと家族だと延命治療なんていつでもやっぱり状況が悪くなるから、その時に備えないといけないねっていう理解が割とされてるかたがいらっしゃるかなと思います(在宅専門医)

患者の抵抗感、新たな医療者が今後新しく介入するわけなので、自宅に来られてる事もそうですけど主治医以外の医療者が入ることで、またそこで関係構築しなきゃいけないっていう抵抗感も最初はあるんじゃないかなと思いますし、主治医が

軸になってやってくれるとは思いますが、そういったもう一人医者が入るなんて話をすると、もしかしたらこのまま私は見捨てられちゃうんじゃないかみたいなそういう気持ちをいただく患者さんもいるんじゃないかと思うので、そのあたりが障壁になるんじゃないかなと思いました（緩和ケア医）

主治医の先生も通院できてる患者さんに対して在宅緩和ケアを説明できるかどうかってなかなか難しいんじゃないかなと思います。患者さんにとってはそれをされるとそんなに悪いんじゃないかという風に危惧されるんじゃないかという風に主治医の先生が感じてしまうとなかなかそういう話に切り出せないんじゃないかなと。で結局、後回しになってしまって最後の帰れない状態になってから在宅緩和ケアが入るという形になってるんじゃないかなあと思います（診療所医師）

患者さんがやっぱり嫌がるからなのかもしれないし、ある日突然がんって一気に悪くなるのが圧倒的に多いのもっと早くに本当は紹介したいんだけどもなかなかそのタイミングを外来で何か話してても、つつい遅れてってというのはあるのかもしれませんが、たまにね月に1回か、みに来るから、向こうが許してくればその中でちょっとでも役に立つ、不安な時に気楽に電話ができる病院の先生ってなかなか電話しづらいと思うので、そういった存在でありたいなと思います（診療所医師）

あとはいずれ抗がん剤治療ができなくなるときがくると思うんですけど、これ先生なのかな、先生が患者さんに見通しをなかなか上手に伝えられてなくていきなり、はい、治療できなくなりました、みたいなパターンとかもあったりするので、先生側の問題なのかな、患者さんの今後の見通しっていうところを医療者がきちんと患者さんに説明してその上で在宅緩和ケアがあるよっていったところ（は、改善できるところかもしれない、退院支援看護師/MSW）。

6) 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として通院間隔が短いことがある
がん治療の特徴として、在宅診療を併用しにくい理由として、通院間隔が短い、例えば、毎週抗がん治療の点滴がある、輸血があるなどが挙げられた。

通院頻度が非常に高い方、通院のスペンが短いかた、血内とかなんかですとよく輸血が必要だということもあるんでしょうけれども、抗がん剤治療のメニューによっては本当に毎週通院とかがあったりとかするようなものとか、輸血したりとかってということやなんかで、通院の頻度があまりに高すぎて在宅が介入するスケジュール的な余地が取りにくいっていう風ですとそんなに病院にしょっちゅう来てるんだから別にいいじゃないかっていう意識になりやすかったりするので、なかなか利用者さん、家族さんの意識としては在宅緩和ケアの導入ということのメリット感がつかみにくい（退院支援看護師/MSW）

7) 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、在宅医の考えの多様性がある

- 抗がん治療中から在宅診療で併用しにくい理由として、在宅医の考えや診療体制が多様であることや、在宅医療を提供すること自体が難しいことを挙げた意見もあった。
- 特に、医療処置がない場合や、病院と併診する場合には在宅医療が入る必要がないと考える医師もいることが述べられた。
- 地域によっては在宅診療を行っている医師に限りがあり、専門知識のない抗がん治療中の患者の有害事象の対応にもかかわるのは現実的に大変ではないかとの指摘があった。
- 一方で、地域や時期によっては、在宅の医師が抗がん治療中の併診もふくめて積極的であるとの意見もあった。

何だろう、併診の難しさって、連携をとることもそうなんですけども、個々の開業医さんで、こうしたいああしたいという理念というか仕事のやり方というのか、そういったものがあると思うんですね。そこをやっぱりすごく気につけないといけないうところ、常に、どこの病院でも、例えば・・・病院さんの方から在宅に頼むときもそこはすごく配慮しなければいけないところかなと思うんですけど、その辺をいつもどうやってうまくみようかなというのが、ちょっと悩みですかね（がん治療医）

在宅の先生も本当に色々な先生がいて、本当に在宅専門でやってる先生もいれば、診療所で午前診と午後診の間にやってる先生もいるので、やっぱり在宅専門でやってる先生はある程度色々な症状緩和の処置とか、点滴というのができるんですけど、なかなか診療所を構えてる先生だと、時間もなかなか忙しくてできない。この、診療してる間は動けなかったりするんで、どうしても症状緩和のための点滴とかってなると、対応ができなかったりすると思うので、やれることやれないことが在宅の先生の中でも大きく差が出てるので、その辺はあるかなとは思いますがね。対応できる幅が在宅クリニックの中でも全然違うというのはあると思います（在宅支援看護師）

やっぱり点滴とかそういったのがあれば必ず受けてくれるかな、受けてくれるケースが多いんですけど、そういった点滴とかがない場合がほとんど併診は断られるケースが多いですね。在宅クリニック側の先生も在宅が入るのは本当に最後でしょうっていう考えの先生が多かったっていうのは経験としてありました（退院支援看護師/MSW）

在宅診療医が抗がん治療について知識を持ってて初期対応できるような、できればそういうようなことがあってくれるといいなと。化学療法の有害事象とかそういったものに対しても対応してもらえると、いいんじゃないかなと思うんですけど、ただ現実として在宅診療医はあまりそういうことを詳しくない人が多いので

……もしこれが抗がん治療中から併診ということになってくると、当院の周りの在宅の先生たち、結構少ない数ですごい頑張っておられるんですけど、さらに負担が増えちゃうんじゃないのかなという、そんなに多くはないと思うので在宅でがん治療を見ていただいている人は。さらに負担が増えるんじゃないのかなというところがちょっと心配です（がん治療医）。

先月あったのはえらい時だけ来て欲しいっておっしゃられた患者さんがいて、それでいったらえらい時だけ来てくれる先生なんていないよっていう風に言われてしまい、まあ確かにそんな都合のいい在宅医はいないのかなと思ったり（がん治療医）

地域によってはそもそも在宅医療や訪問看護の方がまずちょっと充足してない地域があって、そうすると導入どころじゃなくなってしまうので、そこは完全に障壁になってますね。ちょっと詳しく言うと、例えば・・・の方はちょっと医療の過疎地域がありまして、なかなかこういったところでの在宅導入って難しいなと思うところがあります（がん治療医）

在宅医の先生すごく増えてるし優しいですし・・・ハードルは昔よりは低いと思います。こんなことで紹介しちゃっていいのかなとか、そんな事でちょっとなんか申し訳ないのかなとか、そういう迷惑かけないのかなっていうそういう不安は、昔よりは減ってると思います（がん治療医）

8) がん患者に特異的ではない在宅診療を導入しにくい理由として、家に上がられるのが好まれない場合がある、医療処置のシンプル化の障害がある

この他、がん患者に特異的ではない在宅診療を導入しにくい理由として、家に上がられるのが好まれない場合がある、複雑な医療処置があることが挙げられた。

障壁面になるんですけど、患者さんが他の人が家の中に入ってくることに對する抵抗感があるかたってやっぱりいて、抗がん治療が終了されてて、もう PS も下がってきてるから通院が負担になるんじゃないかなと思ってても、やっぱり人が来るっていう所に抵抗感をいだかれる方はいる（緩和ケア医）

障壁となっているのは、さっきもお話した、やっぱりちょっと ADL がいいような状態ですと、患者さんがやっぱり拒絶をしてしまうということがまず 1 点と、もう一つはご家族の中で特に奥さまが家の中には絶対に人を入れたくないという方が中にいらっしゃるんですね。そうするとちょっと在宅を入れたくてもなかなか難しいなというところがありますかね（がん治療医）

逆にいろんなかたに来られたら嫌だとか、まだ病院の先生に話をすればいいだけだから誰か知らない人に家に来られるのは嫌だ、あるいはお金がかかるからやだっていうかたも中には少なからずいらっしゃるのは事実です（診療所医師）

食い違うっていうか在宅入れるのは家によそ者が入ってくるの嫌みたいなので、そういう風な感覚を持ってらっしゃるかたとかもいらっしゃるの
で……（がん治療医）

医療の処置に関していうと、大抵は家でも出来るんですけども、ただその病院だと例えば簡単にできることが、家だとそう簡単じゃないことっていうことが多々あって。例えば点滴を1日3回、例えば注射をするとかいうのだと、実際基本的に看護師さんとか1日基本1回訪問っていうのを原則にしてるんですけど、病院だと簡単に言い出せば24時間看護師さんいますので、出来るんですけど、そのちょっと病院の感覚でいると簡単ではあるんですけど、家だとなかなかちょっと大変とかです。あと制度上でいうと、例えば保険適応にならないとかです。例えば胃薬、胃薬っていうの注射を病院だと簡単にやるんですけど、点滴の中に入れてたりとかです。それを家でやろうとすると保険適応じゃないとかです。そういうのがあって、ちょっと家に帰るときには、シンプルにしてもらおうんですけども、痛み止めの注射も含めてですね。ちょっとその辺の患者さんもやっぱりそのあまりにも複雑なことだとなかなか家でやっぱり大変になっちゃうので、出来ないところは別にいいんですけど、極力シンプルに出来るように、上手く調整が出来ると、より良いのかなっていう気はします

4. 抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法

1) 多職種の意見を集約した上で、本人の意思決定を支えていく仕組みの構築

抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法として、かかわっている多職種の意見を集約し、本人の意思決定を支えていく仕組みがあるとよいとの意見が複数あった。

- 具体的な例として挙げられた仕組みとしては、一度入院として入院中に多職種でアセスメントする、医師以外の職種が情報をあつめて行動する、専門のチームを作る、など、多様であったが、共通するのは、「かかわっている専門職の意見を集めて意思決定を支えていく仕組み」であると考えられた。
- この前提として、現象学で言われるように、「異なる職種の人には違うことを言う」という前提があると思われるが（がん治療医には抗がん剤を続けたいというが、看護師にはこれいつまでやるのかなあというなど）、直接明確に言及したものはなく、臨床のうえでは意識されていない可能性があると考えられた。すなわち、それぞれの臨床家は患者からきいたことを「事実」として認識するため、自分以外のひとにどのようなことを言っているかを意見を持ち寄って知ることによってはじめて、患者が全体としてどのようなことを考えているのが把握できることが想定される。

(一度入院として入院中に多職種でアセスメントする)

(今後のことを調節しようと思うと)入院する事が実は多くって外来のその短期間の間に説明したり、外来って化学療法通院中ってとっても待ち時間も長いし、その後抗がん剤しないといけないので、帰る時間が夕方になってしまって、そこからお話っていうとタイミングを逸するんですね。話にだけ間に来るのが難しいので、何かちょっと調子が悪そうだなっていう時に、あっこの人在宅があった方がいいなと思ったらちょっと私は早めに入院を一旦して、お話を伺ったり、実際、家の何階に住んでて階段だよーとか、ベッドが2階でとか、現状しっかり看護師さん含めて退院調整室含めて患者さんの思いをゆっくり家族の思いをゆっくり聞くという意味で入院するってことは、やっぱり結構早く進みます(がん治療医)

(治療方針の複雑なことなど)ものすごい言語能力が高かったりとか、結構コミュニケーション能力が高い人はばっと聞きにいくんですけど、一般的な人は先生にどうって聞かれてまあまあですって言われて、まあじゃあとりあえずこのまるやとくねって言われて、でその2~3分で終わる。で、結局聞けないという方が多いので。そうすると、とりあえずまあ続いていますと、でも自分としてはやめたいと思っているんだけど、言えないとかですね。とりあえず診療時間が短いことによる、その問題。例えばその抗がん剤の治療で1日5~6時間病院にいる、と。ずっと検査の結果待ち。行って採血して、検査結果待ち、で点滴の部屋行って、点滴をして、ずっとこういて、最後こう様子見るとか、結構いるんですけど、医師と話すのは2~3分と。でも看護師さんも結局よく相談相手としてはあれなので、あんまり相談できず。その帰ってきて、病院の滞在時間はすごく長いんだけど、っていう事はよく聞きますね。実際、あまり聞けないと。これ、やめたいけど、やめていいのか、とか。ちょっと副作用強いから、量を減らせるのかとか。ちょっとなんかいろんな思いは持っていくんだけど、調子どうです、まあまあですって言って、それでばっしておしまいになっちゃう……だからどう先生、先生治療どうですかとか、先生にどう言われましたって聞いても、いや先生何も言わなかったです、という答えが結構多いですよ。何も言わなかったと。良いも悪いも何もない。だからそのとりあえず続けましょうと……多分医師も聞かれたら答えると思うんですけど。多分その聞かれる隙を与えないというか。忙しくて。まあ別に医師の問題っていうより、忙しくてそんなにじっくり相手が発言するまで、ずーっとじっくり待つみたいなことは多分出来ない。というのは、ちょっと感じますね。だからその辺の仕組み、いかにその患者さんの思いをどう伝えるかっていう仕組みがあって、それをそれで看護師さんが媒介していくとか、というのがあるといいかもしれない(在宅専門医)

抗がん剤治療を終末期でも治療効果がないかたにどこで終了を言っていただけを、患者さんって結構今は副作用が強くて、もう自分から終了したいっていうかたもみ

えるんですけど、やっぱり自分の命につながると思われて副作用がどんなに強くても抗がん剤をやめてしまうと自分の命が終わってしまうって思ってみえるかたもみえて、ターミナルギリギリまで副作用が出てのにも関わらず治療をずっと続けてみえるかたがみえるので、そのへんを病院の主治医の先生が、いかにご本人に説明していただいてご家族にも説明していただいて、どこで終了したほうがいいんだろうかとか、そういうのはしっかり見極めていただいて、でも無理だよってというのはちゃんと言っていて、本人が望まれたからっていつてずるずる、どうなのかなってという思いは今思ってます（訪問看護師）

（専門のチームを作る）

主治医にはなかなかやっぱり聞きにくいとか、聞けないっていう部分をこちら側に聞かれて、主治医の意図ですね、こういう説明を受けたけど、それはこういう風な考え方で抗がん治療、例えばちょっと抗がん剤が難しいよっていうことを言われた時とかは、何で難しいって言われたかっていうことを主治医側はこうやって思ってると思うよって形で説明したりとか、状態が落ちてきた時にこの次の主治医の外来では抗がん剤治療終了の相談が出るかもしれないよっていうことを事前に伝えたりとかで意思決定をする準備を促したりとか、意思決定後のサポートをしたりっていうところで、意思決定支援というところで、割と意義を感じてもらえることも多いかなと思います（在宅専門医）とっても大事なことなんですが、がん医療自体がすごく今複雑化されててそっちについてくのが精一杯なのでドクター達は。なのでちょっと声かけたらチームみたいなものがあるところか、がん医療自体がすごく今複雑化されててそっちについてくのが精一杯なのでドクター達は。なのでちょっと声かけたらチームみたいなものがあるところか、がん医療自体がすごく今複雑化されててそっちについてくのが精一杯なのでドクター達は。なのでちょっと声かけたら、お任せできるようなチームが、全員に普及しなくてもそういうチームがあると早いかなあと思います（がん治療医）

成功体験がある、いわゆるドクターとか地域連携の人とかですね、そういうのがあると多分、まあコミュニケーションがスムーズにいくんですけど、どうしても病院って医師も看護師もコロコロ変わる傾向があるので、長期間介在しないというか、なのでその辺の引継ぎっていうのがなされにくいので、そういう連携室みたいなのが入って、上手く翻訳というかですね、してくれるところが上手く入ってくれてると比較的スムーズにいくかな。別にそれは、在宅と病院の文化の違いというかその、の翻訳なので別に医療的な話というよりも制度的な話が多いような気がするんですけども。だからその辺は、長く勤めてくれる地域連携の人が鍵になるような気がします（在宅専門医）

結構時間が掛かる話なんでね、説明に。それを短い外来中に医師がやるっていうのは、正直現実的に無理だと思いますので、じゃあ誰がそれを行うのか、と。いう話に

なってくると思うんですね。本来いわゆる最近 ACP とかですね、色んなその話が出てきてるんですけど、それがやっぱりなされないと、意思決定に上手く役立たないとか、ただみんな忙しい。それって別に医師が話さなきゃいけない理由、話でもないと思うんですね。誰かが話せばいいと。そういうなんかこう病院の機能。パンフレットを渡して、それをちょっとこう話し合う場とかですね。まあ連携室も忙しいのかもしれませんが。ボランティアベースでもいいのかもしれませんがね、そういうの。そういうのはあるといいのかなっていう気はしますね（在宅専門医）

主治医は主治医で決定権持ってると思うんですけど、病院側からそういう紹介が出る時に在宅の調整の看護師さんであったりとか、病棟の看護師さんだったりとか、患者さんが相談しやすい人ですよ、医師に直接とかの手前で周りに相談できる人が増えるとやっぱり主治医も入ってくる情報が増えて変わるのかなと思うので、主治医教育だけじゃなくて主治医をサポートするメディカルスタッフに病院側だと特に在宅医療のこととか、緩和ケアのことが理解が進むと患者さんとか家族が困った時に誘導ができるのかなと思います（在宅専門医）

本人から言い出すことは難しいと思って、主治医と患者支援センターがこういうシステムがあって早めに導入したほうがいい、というようなことを背中を押してあげないと難しいんじゃないかなと思うので、周囲からの働きかけってのが促進因子になるって回答を準備してました（緩和ケア医）

促進因子としては、地域連携の方がどこの病院さんも進んできていますので、そういう意味で、地域でこんなサービスがあるという、そういうところの啓蒙活動をしていただけてる場合が多いので、それはとても促進因子になっているのかな、と思います（訪問看護師）

2) 抗がん治療中から在宅診療で併用していくには、病院の外来治療中の患者を対象として介入する仕組みの構築

- 抗がん治療中から在宅診療で併用していくには、病院の外来で患者を特定する必要があることが述べられた。
- がん治療を受けている患者は在宅診療側からは総数が把握できないため、病院から、しかも外来で患者を特定する必要がある。
- 一方、入院からの退院支援で行われる在宅診療・訪問看護との連携に比較すると、外来での連携では病院の窓口が誰になるかが必ずしも明確でないとの課題が述べられた。

やっぱりこちらとしては受け身の状態なものですから・・・・・・、今治療中だから外来治療中で一緒にみててくれということはほとんどないものですからそのあたり紹介する段階で早い段階で向こうから言ってこられればまだ痛みのコントロール

ールとかまだ必要がない状態で紹介されるのであれば、こっちも見れるんですけども、向こう次第って言ったら申し訳ないんですけど向こうがもう進めてほしいという在宅になるかもしれないのでそちらで一緒にやって欲しいってことであればやれないことはないかなという風に思うんですけど（診療所医師）

依頼も病院のほうからご依頼がこないとひろい上げれないのでどういう人が、どういう治療してるのか、地域にみえるのかっていうのは、PS のいい人だとケアマネージャーも入ってない場合が多いので、やはり病院からの依頼になると思います（訪問看護師）

外来の看護師と連携をするっていうところは大事にしている、例えば入院中にちょっとADLが落ちてきて病状も疾患も進行しててっていうことにあれば、病棟の看護師からとか退院支援看護師/MSWからも外来の看護師のほうにつなげて、………処置室とかで休まなきゃえらい状態とか急遽補液を受けなきゃいけない状況とかいうようなかたなんか引っ掛ける要素になるんじゃないかってところを外来の中で共有してこの人は今どんな状況だろうかっていうところを医師とも確認し合いながらっていうところはやりだしてはいたので、そういう取り組み、全部署ではないですけども、そういう取り組みができている外来もあたりとかするのでその土壌がどんどんどんどん作られて今こちらのほうにうまく情報連携して振ってもらえてるっていうところはあると思います（退院支援看護師/MSW）

入院されてる方に関しては非常にスムーズなケースが多いんですけど、外来の方っていうのは、なんとなく、どこに責任がある、どこがキーパーソンになるのかなっていうのが、ちょっとまだ不透明な部分があって、病院の中でも、病院によっては、連携室のところにご相談しても、うーんと、私たちは入院の方の連携が中心になるので、あなたは外来で、みたいに言われる病院さんもあったりするので、外来の方ってものすごく数が多いと思うんですけど、その人をいったいどこで誰が一番フォローしていくのかなっていうのは、きちんとしていかないと、外来でこれだけ治療が進んでくるのであれば、そこは、きちんとしていかないと、やっぱり情報共有がなかなか難しくなっちゃうのかな、とは思ってます。なので、こちらから情報を通院の時にあげる際も、もちろん先生、主治医の先生にもあげるんですけど、看護師間同士でやり取りをする場合に、外来のじゃあ誰に伝えればいいのかとか、そういう部分が少し不透明な部分もあって、そこらへんがもうちょっと、外来の人に対しても、少しきちんとしたシステムが出来るとやりやすいのかな、とは思ってます。……時々、化学療法科の看護師さん、その日の当番の看護師さんから電話がかかってきたりとか、じゃあこっちから伝えるときは、その日のそこに電話をして、その日この間お話しした看護師さんがみえるのかっていうと、またみえない場合もあったりするので、そこらへんをちょっと上手くもうちょっといけると、確かに情報共有が上手くいくのかなっていうのは、実際にやってて感じてます（訪問看護師）

3) 抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法として、外来通院か、訪問看護を入り口とし在宅診療を導入

- 抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法として、いきなり在宅診療ではなく、外来通院か、訪問看護を入り口にするとよいとの意見が多くきかれた。
- 診療所の場合はまず通院から、訪問診療の場合はまず訪問看護から導入してから在宅診療を相談することの有用性が述べられた。
- 訪問看護が先に入ることによって、医師の入るタイミング、患者にあう医師の想定などがしやすくなるとの意見があった。

いきなり在宅にってしまうっていうのは、ちょっとやはりハードルが高いのかなという気がするので先ほども言ったように通院できる方なのでとりあえずは外来に1回か2回来てもらったような状態で悪くなった時にまっすぐ行けるようにということであつないでおくとならば悪くなった時に訪問に移行しやすいのかなと、在宅の緩和ケアに移行しやすいのかなと（診療所医師）

通院してまた動けるうちは通ってねっていう話をしながら、頑張ってる通院してもらえてADLが落ちてきた時に在宅に切り替えるという症例はいくつかあります。本人のADLとパフォーマンスで切り替えるという形のほうが一般的ですかね。……いつでも行きますので本当に動けなくなったら行きますということをお伝えすれば、別にいつでも行きますと言えば安心して帰られてるっていうのがありがたいですね。……がんの患者さんに限らずっていうことであればかかりつけ医が通院から在宅まで幅広くみるって中では非常によくある状況でよく疾患の病態の進行するグラフみたいなものががんの場合は緩やかに下がって急にストーンと落ちて、そのままお迎えがくるっていうことが多いとされてますけど、それ以外の状況だと……よくあります。……通院から在宅へというのは割とスムーズに移行してるのかなと思います（診療所医師）

訪問看護が先に入ったりとかっていう風だと訪問診療って行きやすいので結構、あらかじめ症状が出てきてる人で心配な人は訪問看護からちょっとすすめてもらって本当に不安が多くなった時に在宅緩和ケアも訪問診療も入れるという形なのかなあと思いました。……訪問診療となるとやっぱり壁が高くなると思うんですけど訪問看護師さんとか他の介護事業者等が先に入っておいて準備をするという点ではまあ可能かなと、で我々の出番って結局はその本当に疼痛緩和をするためになるようなことが多いと思うんで、まずはやっぱり緩和ケアの中でも看護師とか介護事業所の中でそういう周りに身の回りを整えていくということから入ってければ……スムーズに入っていけるのかなというようなことはちょっと今思いますね（診療所医師）

訪問看護が先に入っていたら、一緒にあわせてみてもらったほうが、いろんな面で安

心だよっていう情報提供ができるんですけど、訪問看護が入ってないところで、訪問診療の先生をいれるってというのは、先生の判断がないといけないので、そこかなと思うのと。はじめるときの話のもっていきかたなんですけど、両方でみているから安心だよっていうところと、患者さんにとっては、あっもう訪問診療の先生に任せられるんだっていう不安っていうか、見捨てられた感も少しありながら、半分諦めてるのかなっていう、病状の変化に伴って紹介されると思うので、そこでマイナス因子というか、患者さんが気落ちしてしまうような要因になるのかなと思うんですけど、今はこんな時代でっていう微調整を「往診」の先生にみてもらってっていうアドバイスがうまくできれば、うまく両方でみていけるなって、いつも感じています（訪問看護師）

元々看護師がそこに入ればそういう併診っていうのを提案したりとかしやすくなるんですけど、それ自体が抗がん剤の治療をしてるかたで状態の良い時に受けてみえるかたの訪問看護の利用がほとんど無いので、そうじゃなくって副作用とか不安の多いかた、ちょっと ADL がいい状態でも訪問看護とかにそういう医療的管理、観察とか必要であれば早めにご依頼をいただくと、状態をみながら在宅医の先生も一緒にみてもらったほうがいいよとか、そういう提案ができるんじゃないかなと思います・・・お家の中に入ってこられる先生っていうことで、患者さんたちも抵抗がある様子もあるし、こういうタイプのかたには、こういうタイプの先生が合うんじゃないかなっていう、私たちだと分かるので、先生を選ぶというか、お願いしていくのに、地域の看護師にそれをゆだねてもらえるといいなと思います（訪問看護師）

4) 抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法として、在宅医が緩和ケア外来を行うことは賛否の意見があった。

- 一方、外来といっても、在宅医が緩和ケア外来を行うことは、賛否の意見があった。
- 否定的な理由は、在宅医で緩和ケアを専門としている人は多くないこと、患者の通院回数が増えることが挙げられた。
- 後者に関しては代替案として WEB 外来の案があった。賛成の理由としては、在宅緩和ケアの入り口になるということと、病院に人的リソースがない場合に在宅側で提供する地域もありうるということが述べられた。

がんセンターに治療に来たときに当院の緩和ケアの先生は曜日も合わせてくださったり、結構融通がきくので抗がん剤の待ち時間の間にお話し聞いてくれたりするんですね。在宅の緩和ケア外来（を設けても）また別の日に行かないといけないから、・・・外来もって言われると外来から受診される方はちょっと少なくなっちゃうのかもしれない。例えば、在宅の緩和ケア外来の先生が、がんセンターで外来きてくれれば同じ先生で一番いいと思うんですけど、それが実際難しいと思うので、そうなるとがんセンターの緩和ケア外来も受診し、在宅のケア外来も受診しとなるとちょっと難しいかもですね。・・・外来診療中で外来にかかれてるうち

は、がんセンターの中とか病院の中の緩和ケア外来でたぶんやり取りした方がスムーズという感じは患者さんの負担も少ないしってことですよね。乳がんの化学療法、週一のことが多いので毎週毎週、週一回がんセンターに来てると残りの週4日間のうちで他の病院もって結構大変みたいなんです。でがんセンターがんの専門病院なので他の循環器とか膠原病とか見れないので併存疾患があると一般の総合病院もかかりつつのがんセンターもきつつの、ってなると病院ばっか通うことになっちゃうかもしれないです。WEB診療とかどうなんだろう。WEBもいいかもしれないですね（がん治療医）

（診療所で）緩和ケアの外来をやるっていうのはなかなか難しいかなと思います。専門でもないし見れる範囲のっていうのは本当に狭いあいだしかないでなかなかいろいろなことをご対応できるっていうわけではないもんですから、大手を振って外来という風に立ち上げてまではなかなかできないかなという感じはしますね（診療所医師）

（診療所に）通院で緩和ケア外来ですか、・・・先生がやってみたいやつ。緩和ケア外来すごく大事だと思うんですけども、緩和ケアに至るまでの主治医がいるはずなんですよ、その先生から依頼を受けるべきじゃないかなと思うし、緩和ケアはやっぱり病院の先生が、そこだったら・・・先生なんかを中心にされてるのかな。そういう先生がやはりするのが一番スムーズかなと思いますけど。緩和ケアだけど単独でどっかだっていうのは難しいかなと思います（診療所医師）

そこまで必要性はそこまで感じないですかね（在宅専門医）

導入の敷居としていきなり家に来てもらうっていうのがハードルになることが多いので、やっぱり外来ぐらいでまずちょっと緩和ケアっていうことが何をしてくれるのかっていうことが分かってお互いコミュニケーションがとれるといきなり家にあがり込まれるよりは外来緩和ケアっていう形で窓口が増えて、その外来緩和ケアを提供してる医療者が状態が悪くなった時に在宅緩和ケアに、ここは家に行くっていう訪問診療の形を意味してますけど、在宅緩和ケアに移行できると継続性っていう意味でも、その後亡くなってからの「遺族」ケアっていう面でもすごく意味があるんじゃないかなと思いますし、そこは今在宅医療だけで専門クリニックとして在宅医療の在宅緩和ケアにしてもかなり進んでるところが多いと思うんですけど、外来の専門的な緩和ケアをきちんと提供した上で在宅に移行できるような仕組みが窓口が、より多くなると改善されるんじゃないかなっていう風に思ってます（在宅専門医）

病院側ができればそれが一番いいかなとは思ってますけど、現実的に専門的な緩和ケアのマンパワーが病院で緩和ケア病棟の入棟面談以外に自由に外来に来れるっていうアクセスの低さってまだあまりないと思うので、その時期では僕たちみたい

な在宅医が外来緩和ケアもきちんと提供できるっていうような仕組みづくりはすごく大事なかなと思います。もしかしたらこれがうまく病院側との交流もちゃんと進んで、患者さんにとっては一つの病院で完結すればそれはそれでいいと思うので、かつ外来緩和ケアで緩和ケアが導入されて外来緩和ケア医と在宅の緩和ケア医が密につながれるような流れになってくれば外来緩和ケアは病院で、在宅緩和ケアはそこから途中で引き継ぐ形で、はいるっていう風でもいいかなと思います。(病院と在宅の)両方(で緩和ケア外来を)やる必要はなくて、どちらかができてどちらもできてもいいっていうことです(在宅専門医)

5) 抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法として、患者向けの分かりやすい資料の活用

- 患者への啓発方法としては、抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法として、患者向けのわかりやすい(直感的、視覚的わかる)資料があるとよいとの意見も多かった。
- 資料に含まれるべき内容としては、抗がん治療と在宅診療を併用すると患者が得られる具体的なメリット、デメリット(費用を含む)、実際にどんなひとが診療するのかに関する顔の見えるような情報、在宅は最期だけではないこと、および、ADLが低下する過程や急に生じることの一般論を含む必要があるとの示唆があった。
- また、緩和ケアと在宅を別にして情報提供する必要があるとの意見があった。

患者さんへの啓発は在宅の緩和ケアをいれることのメリットっていうところを患者さんにもアピールしていく必要があるかなと、費用面はもちろんしっかりとこれぐらいかかるっていう所は分かりやすく明示する必要があると思いますし、通院の負担が減るだとか生活の質が改善するだとか、かかりつけ医的な役割を果たしてくれるだとか、そういうところがアピールできるといいのかなあという風には思いましたけれども(がん治療医)

乳がんの治療の時によく使うんですけども結構いろんな説明をしなくちゃいけない、例えば、抗がん剤で脱毛予防の期待があってね、こういうメリットがあってね、こんなことでお金がどれぐらいかかってねーとか、乳房の手術も胸をつくる手術っていうのがあって、こんな選択肢があってこんなメリット・デメリットお金の事だよっていうビデオ、DVDを作ってご説明してるんですね。待合いの時とか待ってる間とか採血やってる間にそういうビデオみたいなDVDみたいなものでお金の事を含めてこんなメリット具体的なこんなメリットがあるよ、とか。こんな先生方が実際の「お顔」を見たり見れなくてもこんな感じの雰囲気だよっていうような案内するビデオがあるととっても導入が楽かな(がん治療医)

患者さんやご家族のほうに対してはがんが進行するにあたって生活がこういう風に変わってくだろうと、でそういうときにどういうサービスやサポートが利用できるんだっていうことが割と早い段階からイメージがわくような形で情報提供していただくのがやはり重要なのかなと思います(診療所医師)

在宅医療とかっていう所って、特にがんのかたに関しては、すでに治療はなしとなった段階の在宅看取りのことを割とよく取り上げてるものはすごく多いと思うんですが、それもすごく大事なんですけれども実はそれは終わった人のことだよっていう捉え方をなされる可能性があるかなと思ひまして、ここで話が出てきてるように治療をやりつつ本来の緩和ケアっていうのは治療をやってるやってないではなくって苦痛症状があることに対しての症状の緩和、いろんな意味での緩和ってことが本来の役割ではあるので、それを看取りっていう意味だけではない形で在宅は取り組めるんだ、実践してるんだっていうことをもう少し出てくるといいかなっていう風に思います（退院支援看護師/MSW）

細かいところ気持ちが悪くなったらとかあるいは夜眠れなくてこういうことを考えるだとか、便秘だとか、色んな所をきめ細かく私達がサポートすべきなのかなと思うので、病院に通院だけではなくってお家の時に相談にのってくれる自分達も相談にはのるけれどもわざわざここに来るのも大変でしょっていうことで、上手にこういう人たちを活用したらっていうので、在宅と言いますかそういった方々、私だけじゃなくて進行もそうですし末期がんのかたもたくさんみてる在宅の看護師もいますし、ドクターもいますし、ケアマネもそういった知識もあるかたも大勢、ナースのケアマネもいらっしゃるので、とにかくどっかで在宅のそういった自分達だけで抱えないということがもっと啓発といいますか周知したらいいんじゃないかなと思います（診療所医師）

患者さんへ啓発ということは、確かに患者さんの誤解を解くということは必要だと思うんですけど、結局大病院志向っていうか、在宅の医者とか関わりだすと・・病院と縁が切れるんじゃないかとか、変な誤解はありますので、やっぱりそこはないんだよということを、多分その啓発ももちろん私たちもするんですが、告知からうちのスタッフが同席することは結構多いので、そういう伴走してる過程のところで見極めながら指導できるといいのかなと、その在宅との関わりが結構メリットがあって、逆にそのことで抗がん剤治療が続けられることがあるしというようなことを、理解が促進することが、医者だけじゃなくて病院あげてやっていけるといかなと思ってます。ただ、そこは本当になんのかんの言って大きい病院というのはやっぱりあるのと、ちょっと脱線しますけど、あんたはああいう大きい病院で働けなくなったから、そんなことやってるんでしょって在宅専門のドクターに言う患者さんも時にはいるっていうので、やっぱりそこら辺は社会的に改革していかないとしょうがないなというところではあります（緩和ケア医）

（状態が悪化したらのはなしは）多分それはちょっと時間がかかることなので、じっくり時間を取って、ちょっと話してあげないといけないんですけど、そのリソースが病院にない中で、どうやっていくのかという課題だと思いますね。リソースがないからやらないんじゃない、リソースをどういう風に確保していくのかという、

病床病棟の看護師がパンフレット渡して話すっていうのも方法なのかもしれないですけどね。その。個人的にはそこらへんがいいのかなって思ってますけどね。ちょっとパンフレット用意しといて、全部の説明するんじゃなくて、ちょっと渡してやっぱり読んどいてもらうのかな。対話を重ねる。口頭だけでは伝わりにくい。……なかなか厳しい話なので持ち出すのもシビアな話になってくる部分もあるので。だけどまあ一般論としてはこうですよ、とそれがどのくらいなのかは私も分かりませんが、みたいな感じでいけば比較的受け入れやすいのかもしれない（在宅専門医）

抗がん剤治療をしてるから在宅の先生にみてもらわなくてもいいんだわって考えて、元々がそういう考えをお持ちの先生もみえるので、そういうところをちゃんとお伝えしていただきたいっていうことと、患者さんも同じように抗がん剤治療をしてるから、そんな在宅の先生なんかまだみてもらわなくてもいいと思ってみえるかたもたくさんいらっしゃるんで、みてもらうとすごい助かるんだよとか、利点だよっていうのがあるんだよっていうのも広報していったほうがいいんじゃないかなと思います（訪問看護師）

患者側に関しては、これは今までも言ったみたいに在宅医療の理解と緩和ケアの理解とそれはちょっと切り離して教育をしていかないと在宅緩和ケアっていうとますますわからなくなってしまうので、在宅医療と緩和ケアってことをきちんとわけて啓発していく、そういった中で在宅医療とまた別で外来緩和ケアっていうこともやっていけるんだよっていうことが伝わっていくと患者さん側の緩和ケアへのハードルは少し下がるんじゃないかなっていう風な気がします（在宅専門医）

在宅サービスを使うってことが、自分の中でもう何も出来なくなった最後の道のりの一つという風に捉えられる方がまだまだ多くって、本当は併診していくと、今の時間がより有意義なものになっていくんじゃないかという風に思うんですけど、なかなかそういう風にはそこまでは考え、まだこちらも皆さんにお伝えできてない部分があって、なのでなかなかそういう、利用者さんというか患者さんたちの意識改革っていうのがやっぱり一番大切かもしれないと思います（訪問看護師）

患者さんへの啓発っていうところで、これ ACP 面談に含まれるかもしれませんが、リビングウィルっていうようなそういった本当に自分がこうしたい、最後はこうなりたいというようなお話を医療者の方からでもいいと思いますし、ちょっと意識の高い患者さまというのはそういうことを事前に計画立てられてる方もいらっしゃるって、そういった方はこういう相談支援センターの方にお越しいただいて、私は最後はこうやって治療もしないで在宅で過ごしたいんですけどおっしゃる患者さまもいらっしゃるって、そういった方に例えばこちらの方から在宅緩和ケアについ

てのお話というのはしやすいと思うんですね。なので、何かしら治療のそういった冊子を差し上げてちょっと最後のことを考えていただくようなきっかけ作りとか、そういったものが途中で必ずそこを通らないといけないっていうか、必ず患者さんがそれを手にしてとか、例えばビデオとかを見ていただいて目にさせていただくということが、結構大切になってくるんじゃないかなと思います。最後は例えばホスピスの病院に入られるとか、在宅で過ごす時の様子なんかも視覚的にわかりやすく伝えられるようなことができるといいのかなと思ったり（退院支援看護師/MSW）。

6) その他の抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法として、その他（デフォルトの利用、紹介する側へのインセンティブ、紹介 時期のガイドラインの設定、研修医や医学生への教育）

- その他の抗がん治療中から在宅診療で併用していく方法として、デフォルトの利用、紹介する側へのインセンティブ、紹介時期のガイドラインの設定、研修医や医学生への教育を挙げた意見があった。デフォルトは非がん患者では用いられているが、がん患者では使用しにくいと述べられた。

（デフォルトの利用）

がん患者さんじゃないほうが、それは聞きやすく、がんの患者さんじゃないほうが聞きやすいんですね。私たちも初めておじゃました時に、これはみんなに聞いているんですよっていうことで、簡単な ACP の用紙が、自分の最期の時をっていうところで、これはする、これは嫌だとか、自宅、病院とか、いろんな簡単なものを作って、申込書と同じような列で、順番にお出しして、皆さんに聞いて、みんな考えたいですよ、奥さんはとか、ご本人もあわせてご家族はどう思う、とかっていう風に当たり前のこととして聞いていくと、すごく最期の時のことも一緒に考えられるんですけど、本当に聞くタイミングが難しく、どういったかたかって理解するまでに時間がかかるのに、どんな思いでいらっしゃるかと、どんな風にこの人、人生を送ってきて、どんなところに価値をおいているってところが、分からないと、やっぱりそこが難しいところ、大変苦勞しています（訪問看護師）

（紹介する側へのインセンティブ）

紹介をお互いにしあうわけで病院のほうも治療医のほうも在宅のほうに紹介するわけなんですけれども、紹介することに対する例えばインセンティブというか加算みたいのがついたりするともしかしたら病院的にも連携するモチベーションにもしかしたらインセンティブ的なものがあるのかなってというのは思いました（がん治療医）

（紹介時期のガイドラインの策定）

特に医師の方に関しては多分今の時点ですと独断でこの状況だったら在宅医療

をという感じで、ちょっと導入してらっしゃる先生が大多数だと思うんですけど、ある程度このぐらいのライン、例えば食欲不振でもこんな感じだったら導入とか、あるいは呼吸不全だったら導入とか、そういったガイドラインじゃないですけどそれに近いような形のものがあると、そこの前後で在宅医療を入れようという判断がつくのかなって感じはあるんですね。そこを逃して、多分、悩まっちゃってる先生も時々見かけるので、そういった一律のある程度の基準がいいかなというふうに思っています（がん治療医）

（研修医や医学生への教育）

僕はプライマリーケアの一部だなんて思っていて緩和ケアは、その部分をやっぱり抜かして今の医学教育が進んできたのかなと思っていて、もうちょっと緩和ケアの教育っていうのが、例えばどこでやるのかって分からないんですけど、研修医が必須になるとか、全ての病院で、そういったような制度が必要になってくるんじゃないかなと思います。……研修医教育を充実させたほうが良いと思っていて、医学生教育でもいいんですけど、緩和ケアの講座自体が大学で無いと思えますし、研修の中で緩和ケアを研修できるかどうかって、どこの病院で研修したかによって変わってきちゃうので、人の死生教育っていう意味では研修医の時に興味があってもなくても、やっぱり一回そういう現場で研修を短期間でもすると、だいぶ普通の臨床医になってから違うと思うので、僕たちが病院でやってる時は、病院側と話し合って1年目の研修医を必ず緩和ケア科でローテーションするような仕組みを作ってたんですけど、そこで接点ができるとがん治療医にならなくても例えば「心不全」とか今そういった他のとこにいったとしても、どういう相談をできるっていう事が理解できるので、困った時に相談窓口になれる。だから初期教育として緩和ケアがきちんと位置づけられて入ってくると医師である以上そういう人の死生観とかには必ず触れるっていう意味では、そこの教育が最低限として重要なのかなと思います。興味がある人だけ関わられるシステムじゃなくて、興味がない人にも一定のセーフティネットできちんと教育が入るっていうことでは、医学部でもいいし、研修医でもいいですけど大事なかなという風に思いますね（在宅専門医）

5. 在宅診療の紹介をスムーズにする因子

1) 病院の医師と在宅診療を行う医師が個人的にもよく知っていること

- 病院の医師と在宅診療を行う医師が個人的にもよく知っていること紹介がスムーズに行くことが述べられた
- 一方で、がん治療の複雑化にともなってがん治療医は治療の up-date を行うので精一杯であることや、お互いに所属する学会が異なること、時間的に会う余裕はないので、現実的にすべての医師が顔の見える関係になることは難しいことも述べられた。

ここよくやってくれるからっていう風で、これについては僕がみるけど、ここについては痛みについては先生にお願いできるよ、本当にいい先生なんだ、みたいな風に先生が患者さんに説明すればもうちょっと在宅緩和ケアもスムーズに入っていけるのかなって思います。(でも)、専門の学会とかでっていう風になっていくのでなかなか在宅に関心のある先生でなければ在宅系のがんはがんでも在宅系のとかっていうことには治療をバリバリやってますっていう先生がのぞかれることはまずないでしょうし、学会参加もあまりないと思うので、そういったところは運用とかっていうところでは難しいところはあると思います。治療の先生方はどんどん進んでいくがん治療にそちらの勉強がとにかく大変でってご意見もあるので。そもそも交流が難しいかなって。一緒に会う機会がなかなかないと(退院支援看護師/MSW)

在宅の先生にお願いをしていくわけなんですけれども、どんな在宅の先生がいてどういう風な質の先生に当たるかというかお任せすることになるのかってというのは我々治療医からするとわかんないところなんですよね。どんな先生がいるかって。在宅の相談支援センターのかたとかはよく情報をご存知かなと思うんですけども、治療医からするとそういったところがなかなか見えないところなので、どういった先生がいらっやって私にとっても大事な患者さんをお任せするということになるので、正直言うと変な先生にあたると嫌だなと患者さんも思うと思うし、治療をしてる人間からしてもそういう風に思うところなんで、在宅医の見える化というか質が分かるようになってくるといいかなと。今回の件で調べてみたんですけども、在宅の専門医の先生とかっていうのはあんまりいらっやらないんですよ・・・日本在宅医療連合学会ってところの専門医ってのがあるみたいなんですけど、愛知県で22名しかいないっていうところなのでそれ以外の専門医じゃない先生もクオリティが高くやって頂いてる先生とかもいらっやるとは思うんですけども、そういったところが分かりにくいなっていうのが単純に思いましたね(がん治療医)

顔が見える関係、病院のカンファレンスじゃないですけども、そこに今のご時世なかなかそこに顔を出すことは難しいと思いますけれども、顔が見える関係、信頼関係そっからその人がこういう先生だよってことは患者さんにわかった上で紹介頂いて在宅に行くのがすごく好ましいのではないかなと思います(診療所医師)

理解を促す要因としてやっぱり(在宅の)緩和ケアってというのが誰がどういう緩和ケアを提供してくれるのかっていう、いわゆる顔の見える関係でやってくれる医療内容、在宅緩和ケアを提供できる医療内容ってことも(病院の医師が)理解してくれてるとより促進されるかなという風に思ってます(在宅専門医)

クリニックと主治医側も含めてが、顔の見える関係がうまくカンファとかでできるといいなということで、今うちの病院はWEBカンファみたいなのをやろうとしていて、実際僕らが今できてるのはあすなろ医院とだけなんですけれど、・・・診療所とは今定期的に週1回やり取りをしていて、もともと顔の見える人たちなんですけれど、実際の患者さんについてもかなり突っ込んだ話し合いはできるんですね（緩和ケア医）

促進する要因としては、そうですね、先生同士が、病院の治療する先生と在宅の先生がちょっとちゃんと連携してるんだよというのがわかると、比較的安心してお願いしたいっていうケースもあったことはあったので、治療してる先生がちゃんと連携するから大丈夫だよとか、その辺をちゃんとわかってもらうと促進する要因にはなるのかなと思います（退院支援看護師/MSW）

2) 病院の医師や看護師が在宅の様子を実際に体験したり見たりしていること

がんの特異的ではないが、在宅診療・訪問看護の紹介をスムーズにする要因として、病院の医師や看護師が在宅の様子を実際に体験したり見たりしていること（在宅の視点があること）が挙げられた。

あとやってるのは病棟看護師さんなので実際患者さんを見て、お家での様子とかそういうのがみれると今入院してる患者さんを目の前にして、そこが普通っていうか、そこで考えちゃうので患者さんが家に帰られたらどうなるんだろうっていうところをやっぱり分かんないと思うのかなって思うんですね（退院支援看護師/MSW）

医師が自分で訪問診療のあれを見たくて、自分でアポを取って個人的にアポを取って、こういう風に見学に行くけどどうって声がかかったので一緒に行きました。半日全部同行させていただいたりとかってことはしたことはありましたけれども、なかなか今どの部署もスタッフがそこまでやれる余力があると言われるとマンパワー的にも大変な部分はあると思います。連携とかシステムはかえられるかってなると顔の見える連携って本当に大事なところではあるんですけど、じゃあこの少ないマンパワーとこの業務の中でそれがどうやって効率的にできるかっていうところは、やるんだったら考えていかなきゃいけないだろうとは思いますが（退院支援看護師/MSW）

病院側にいると制度の理解ってなかなか勉強しにくかったり、実際理解が難しいこともあると思うので、そういう在宅の制度なり介護の制度とかっていう、もうちょっと病院側が在宅の現場がわかるような研修システムなりってところが必要なのかなという風に思いますね（在宅専門医）

病院の医師と在宅の医師がお互いにちょっとあんまりコミュニケーションがちょっと足りないだとか、在宅医さんがどんなふうなことをやってらっしゃるのがちょっとわかってない方もいらっしゃるということから、もう少しちょっとお互いが、双方の医師が理解を深め合うような、教育した方がいいって言うところとちょっとあれなんですけど、お互いが理解し合えるような機会があるといいのかなふうに（退院支援看護師/MSW）

6. 実際に連携するにあたって必要なこと

1) 実際に連携するにあたっては、医師の役割分担、特にだれが意思決定の中心となるのかの明確化が必要である

- 実際に連携するにあたっては、医師の役割分担、特にだれが意思決定の中心となるのかの明確化が必要であるとの指摘があった。
- 併診するようになってから抗がん治療に対する医師のとらえ方が違うことによってかえって患者に害をあたえるとの指摘があり、患者によっては医師間での考え方の統一が必要であることを示唆しているのかもしれない。
- 特に、意思決定においては、関係する医師が、がん治療医、在宅医、場合によってはさらにかかりつけ医、緩和ケア医と加わることになると、どの医師が意思決定の中心となるのかがあいまいになるとの指摘があった。
- 家庭医（GP制）のない我が国において誰が患者の主治医として機能するべきかという、がん治療に限らない大きな課題のあらわれとしてとらえられる。理想としては、ひとりのかかりつけ医が主治医として機能すればいいという意見がある一方、抗がん治療を中止する前後においては誰が患者の主治医かがあいまいになりやすいため現場が混乱しているという指摘があった。介護保険におけるケアマネジャーのような存在がないことが対比として語られた。
- また、特にがん患者を対象とするという点で、抗がん治療の有害事象の対応についてどちらがどのような対応ができるのかが明確になっていることも必要だが、抗がん治療の進歩が速いので実際上難しいのではないかとの意見があった。

（併診が）はじまってからだと、二人の先生の方針が違っていると間で患者さんがすごく戸惑ってしまって、私たちも対応に困るところがあります。先生同士の意見交換を密にしてもらわないと患者さんが困られるなということを感じます（訪問看護師）

それぞれのホームドクター、在宅緩和ケア医、主治医の役割分担的なところがやっぱり明確になることが大事なのかな。こういう状況だったらそれは在宅の先生に頼みましょうとか、そこはホームドクターでいいってなるのか、ここまでは主治医やっていてねっていうところを、どう役割分担をしてどう情報共有していくかってい

うところが難しいところではありますけど、役割を明確にしていくってところがやっぱり大事なのかなとは思いますが（緩和ケア医）

やっぱり病院の診療医と在宅の診療医とかがやっぱりコミュニケーションを取らないと、なかなかうまくいかないんじゃないかなというのは思います。特に役割分担っていう形で、この辺のところは在宅医の方でやると、こっちはもしなんかどこまで困ったら病院の方へとか、そういったような役割分担をするべくコミュニケーションをやっぱり取っていかないと、ちょっと難しいのかなというふうに思います。……抗がん治療をしている方からの意見としては、あのがんの症状だけではなくて、できれば化学療法の有害事象とかの対応、症状緩和、そういったものもできれば在宅緩和ケアでやっていただけると、われわれがん治療医の方からすると助かるなという気がします（がん治療医）

在宅じゃなくても併診してもらってるところで、そのかかりつけ医で対処的なところをやってもらえるといいなと思っても、なかなか逆にうまくいってないというような経験はしたりしてるのがあるので、在宅に限らず普段から早くそういう、早くとかかかりつけの先生たちとそういった情報交換というのは必要なのもしれないなと。一方で、肺がんの方、自分の肺がんのところていくと治療がどんどんダイナミックに変わっていて、呼吸器内科医ですら今開業された先生は多分ついていけないぐらい治療は変化してる。それは多分消化器系もいろんな所治療はどんどん変わってますので、そこが治療の情報共有ができるかなというところとか、なかなかその開業医さんからそういう治療に関するところを知りたい的な感じはないというところはあるので、そこは難しいかなと思ってます（がん治療医）

病院の診療医がどこまでのことをやって、在宅診療医がどこまでのことをやるのかという、なんかすり合わせとかそういうところがやっぱり必要になってくるのかなと。まあ、化学療法の一般的な嘔気だとかしびれとかそういうところまではやるけど、最近の分子標的薬の遅発性合併症とかそういうところまではちょっと無理だよとか、その辺のところは何かあれなんですかね、話し合いとかすり合わせが必要になってくるでしょうか。（がん治療医）

がんにも限らない、例えば心不全のことなんかでもそうだと思うんですけど、後は誤嚥性肺炎を繰り返すような患者さんのこともそうですけど、要は病院側のドクターが在宅側にまず何を期待するかとか、やっぱり何をしてほしいとかということ、まずお伝えしないといけないのと、逆に在宅の先生たちは自分たちが何を求められて何まではできた方がいいのかなというところ、やっぱりお互いが意見を出し合っすり合わせないと、なんかあそこに返すといつもまたすぐに戻ってくるとか、または無理難題言ってくるとか、そんなような行き違いが出るといけないので、医療者側に教育、双方が自分たちはまず何まではやろうと思うとか、また何が期待され

ているんだろうかとかということを経験というか、共有してここまでできた方がいいよねということを経験で共有できたらいいのかなってところがあります。だから、お互いが何をどの程度やってくれてるかどうかすらなのが、まだわかってないので。病院も病院ですごく過大な期待を在宅の方の先生にしてというような格好で、在宅の方は在宅の方でこのぐらいはちょっと病院から請け負うところ、そこを共有しないといけないのかなと思います（緩和ケア医）

先生たちの間では、どういう風に住み分けをされているのかっていうのが、ちょっと私にもはっきりわからない部分もあるんですけど、自分の主治医が誰なのかとか、内服の処方を誰がどうするのかとか、そこらへんがいつもちょっと制度上の中で、同じ日に同じところには受診できないのかもしれないとか、処方と同じ日に出来ないとか、多分なんかあるんじゃないかなと思うんですよ。そこらへんがあると、なかなか今日受診してきて調子悪いんだけど、っていうのに、いけるのかなってところだったりとか、そこらへんがもう少し融通がきいたりとか、そういうところはあるのかな（訪問看護師）

障壁となるような要因は、やっぱり先生が二人できると逆に全く違う意見の先生だと、余計、患者さんが嫌な気分になるっていうか、治療やってもしょうがないよ、治療やっても意味ないよみたいな考えの先生だと、ちょっと治療やってる先生と意見が違くと、より患者さんは混乱しちゃうかなっていうのはありましたね。併診は受けてくれたけども、その先生は治療は本当にしないほうがいいって考えの先生だったので、そんな治療しても意味ないから、そんな治療するお金があったら旅行行きなよみたいな感じでいうと、やっぱり治療を頑張ろうとしてる患者さんにとっては、ちょっと、そんな先生の話聞きたくなかったってような意見も聞いたことがあるので、それは障壁となるかなと思います（退院支援看護師/MSW）

在宅の先生は結構やっぱり治療をやっている大きな病院の先生のことを、やっぱり気にするっていうか、うまく言えないですけど上下関係があるような、そんな雰囲気ですかね。治療の先生は偉い先生で在宅の先生は先生の中でも下っ端じゃないですけど、そのような雰囲気があるのかなってのをちょっと感じてて、治療をやっている先生にすれば、なんか抗がん剤やっててちょっと調子が悪い時にもっと早く病院受診を勧めてくれればいいのっていうふうに考える先生もいれば、在宅側の先生にしてみれば、これぐらいは家で診ても良かったと思ってたのに、ちょっとわからんなみたいなどころもあるので、そういった先生同士の考え方の違いというか、そういったところが一番、コミュニケーション不足が一番なのかもしれないんですけど、そういったところの敷居が下がれば、もっと普及するのかな、しやすいのかなという気はしますね（退院支援看護師/MSW）

在宅緩和ケア医という風な言い方を在宅緩和ケアっていうことを言い方としてはしているところなんですけど、かかりつけ医としても役割も果たしていただけるのかなっていう風に思っていて、そこも含めてご対応頂けるとハードルが下がるのかなと、かかりつけ医がいて在宅の緩和ケア医がいて治療医がいてっていうとわけわかんなくなっちゃうと思うので、かかりつけ医的な役割も果たせるとももしかしたらいいのかなっていう風に思いました・・・・・・かかりつけ医みたいな先生がいてがんの治療はがんセンターでやって総合的なマネジメントはかかりつけの先生がやるっていうのが理想なんじゃないかなっていう風に、これ完全に個人の考え方ですけれども（がん治療医）

介護保険だとケアマネジャーとかいたりとかしますけど、若いがんの方だとそういうのがいないので。病院のから移行していく中で、キーパーソンですね、それが病院の主治医にあまりにも寄ってるんじゃないかな、気はしますよね。だけど病院の医師もそれだけのリソース、マンパワーがないとか。と、私、個人的には思ってます。だからそういう意味で別に病院の医師を全然攻める気にはならないですねえ。正直な話。大変そうだなと思って。だからほんとに、そう。治療がどんどん進化してるので、多分先生方も治療を覚えていって、どんどんやっていくことに精一杯っていうご意見もたくさん聞きます（在宅専門医）

ACP 的なところを誰が担っていくかっていうところがすごく難しいなと思っていて、・・・・・・治療中の基礎疾患の治療って結構開業医の先生にお願いすることがあって、ACP 的な所をホームドクターでどこまでやるのか治療医がどこまでやるのかって、やっぱりその患者さんの背景にある歴史をとらえられるのってホームドクターかなと思うんですけど、またたぶん日本の状況としてホームドクターと在宅緩和ケアの提供がまた別になってくるので、そこをどうやって切り替えるのかっていうところも、ホームドクターと在宅緩和ケアを提供するものと治療医と、そこに必要があれば緩和ケア医だと思うんですけど、そこがどうやってどこを担ってどうやって情報共有してその患者さんの生活歴をベースにした ACP、終末期の療養っていうのをどうやって話し合うのかっていうのがすごい混沌としていて結局最終的にすごい調子が悪くなってから、ACP っていうよりはエンドオブライフディスカッションになっちゃうっていう状況が続いてると思うので、ACP の進め方自体が、今いろいろと厚労省とかもやってますけど、そのビジョンがなんかあんまり見えないところがあって、そこなのかなとは思いますが（緩和ケア医）

ACP（をだれが主になって行うのか）はかなり大きな問題だと思ってます。・・・・・・ACP は緩和的な視点を持ってるというかその人の生活全体が見えてるっていう視点を持った医者がやったほうがいいので、しばしば主治医がやるよりもそうじゃない医師がやったほうがいいかもしれないと思うんですけど、じゃあ緩和ケアチームの医師がやればいいのかっていうと、それも主治医の反対が抵抗が大きいんですよね。

で、かかりつけの医師とかクリニックの先生が緩和的な視点も持っている先生がそのまま ACP やるっていうのはすごくいいなと思っていて、ただそのためにはもし例えば自分たちの病院で治療を受けてたらその情報もライブでわかっていないとできないと思うんですけど、わかる仕組みをもってやるっていうととってもいいと思うのでこの仕組みはすごく ACP に対して大きな可能性があるのかなと思うんですけど、なんか有効性というのをもうちょっと上手く示せていたり、もうちょっと普及にうまく繋げられるといいなと思います（緩和ケア医）

2) リアルタイムに患者情報を共有できる IT システムと、正式に情報としにくいことも共有できるネットワークを共創することが必要である

- 実際に連携するにあたっては、リアルタイムに患者情報を共有できる IT システム・正式に情報としにくいことも共有できる体制が必要であることについてほとんどの参加者が言及した。
- インタビュー対象の地域では、複数の地域で異なる地域連携システムが稼働していた。
- 情報共有の対象となるものとしては、主に、過去の診療記録、日々の臨機応変のやり取り、どのようなリソースがあるかのデータベースの3点について言及された。
- 診療記録については、リアルタイムに相互の診療記録（画像検査、血液検査）や看護記録が見えることによって患者に対応しやすくなることが述べられた。紙運用のやりとりでは、今日の検査結果などの直近の結果がみれず、かつ、事務作業量も増加することが指摘された。日々の臨機応変のやり取りでは、患者や家族の構成や性格など正式に情報としにくいこと（家族のだれがもっとも希望が多いか、患者にはこのように説明しているけれど本当のところはこう思っているなど）も、共有できる体制が望まれていた。
- 一方、共有の IT システムについては、二重記録、患者同意、電子カルテから見れない、パスワード管理、システム上の操作のしにくさ、地域ごとに区切られている、医師会に入っていないと DB に表示されない 訪問中は見れない、地域側の施設で IT 化に対応していない施設も少なくない、などが限界として挙げられた。
- 全体として、医療情報の IT 化は他分野に比較して非常に遅れていることが、「正直言って 10 年前と変わってますかっていったら、あんま変わってない」「医療現場ってなんか遅れるなっていう認識がすごくあって、この遅れをちゃんと他の分野並みにしていかないと今後ちょっと大変」などと表現された。

病院主治医と在宅主治医がまだちょっといまひとつつながりきれてないのが一つ課題になってて、・・・まだ緩和ケア室の看護師さんとは必ずみて頂いて返事も書いてくれるけど、担当医の先生からの返答ってなかなかもらえなくて、看護師さんから伝えてもらって間接的に聞くというパターンが多いんですね（診療所医師）

カルテの共有っていうお話もありましたけれども未だに連絡手段って電話とか FAX なんですよ、未だに FAX かよという風にたぶん他の業種から思われてんじゃないかなっていう風に思うんですけど、紹介状のやり取りが電子メールだったり

だとか、少なくともそれぐらいにはなるべきだと思いますし、電子カルテとかも雑多なメーカーが入ってるのでそれも非常に問題だと思うんですけど、なかなか情報の共有ができなかったというところにはなってくるので、うちですと「あいがん」ネットっていう仕組みがありまして、登録されている病院からは当院のカルテが閲覧できるシステムが導入されていましていろんな医療機関が診療所も含めて登録していただいて向こうの病院にかかっている患者さんがこちらにかかっている情報がある程度見れるような仕組みをとっていますのでそういったところがより広がってくるといいのかなと、もうちょっと病院と病院の連携をシステムティックにできるような仕組みっていうのは公的などが主動してやらないとたぶんうまくいかないと思いますので、大きなところが動いて欲しいなと、少なくとも電子カルテとか共通のデフォルトみたいなのを作って簡単に共有できるような形ですべきじゃないかなという風に強く思ってますけれども（がん治療医）

在宅の先生の検索システムというかチェックシステムとかそういうのを公的などが、例えば県とか市とかがそういう風なシステムを導入して登録してマッチングしてみたいなことができるよりシステムティックにできるのかなっていう風には思うところではありますけれども、全部、手作業、ひとつひとつ電話と紹介状を使ってあたってっていうところだと、あんまり効率的じゃないって思うので、そのへんこそ IT 技術とかを使ってできないのかなっていうところは思います。そういう在宅医の検索システムみたいなホームページとかもあるんですけど、全然コアな内容で、登録されてる先生はほとんどいないし、役に立ってないようなシステムがちょっとあるだけなので全然動いてないと思いますので、きちんとそういうのがどっか主動でちゃんとできるとより効率的なのかなと相談支援室のかたの負担軽減につながるんじゃないかなという風には思うところではあります。あとメールが飛んでって向こうの先生がオッケーとかって返事してくれるだけみたいな感じだと非常にスムーズかなと思いますね。その上でカルテの共有とかしてれば紹介状なんて本当に一言みたいな感じでもいけるかもしれないとは思いますが、いろいろとハードルが二段三段とあると思いますけど、理想はそういう形になるとより紹介のハードルはお医者さんとしても非常に下がるかなと・・・正直言って 10 年前と変わってますかっていったら、あんま変わってないですからね。（がん治療医）

・・・ネットっていううちでもカルテを見ることができると思うし、そこに僕から投稿することはないけれども、こんな状況だよっていうのはまだ治療中のかたであれば、終末期のかたでも情報は見ることができるとすごくありがたい、こっちの情報は向こうに送るしかないですけど向こうの情報はある程度の部分うちが見ることができると、それはすごくありがたいなと思います。・・・患者さんからするとあれにも書かなきゃいけないこれにも書かなきゃいけないっていうので同意書を書くのがちょっとめんどくさいみたいですが、そうすることですごくスムーズに今日の検査結果では例えば向こうの先生からの返事がリアルタイムに

くるわけではないので、すぐ渡していただければいいんですけど、先生も忙しいからその日の夕方、夜書いて次の日に送られてきたりもしますし、それがリアルでカルテさえ開ければ見れるのできれいな文章で書いてこられますよね、診療情報報告書とか SOAP 患者さんがこんなこと言ってたとかって覗けたり、ブロックされるところも当然ありますけど、そこはすごく助かります……なかなか主治医の先生に電話して話することできないので、お互い忙しいし先生の手を止めることになるから、でもそこでカルテ、文章を通してですけれどもそういった関係が保たれるのはすごくカルテをある程度のカルテ、データを出していただけるのはすごくありがたい（診療所医師）

本音レベルの話がちょっと見えないところがあって、要するに抗がん剤の治療を行っている中で、これはほんとに効くからやってるといところなのか、まあその患者さんの希望が強いからとりあえず一応やってるのか、とりあえずこれたぶん効かないだろうけど、とりあえず形だけやっとうかかな、とかですね、多分まあもう効かないからそろそろこれで最後にして、これで効かなかったら終わりにしよう、そういうなんかこういわゆる行間ですね。行間の思いが伝えてくれる先生もいれば、あまり良くわからない紹介状とか先生もいて、患者さんも良く分かっていないとかですね。その時に、まあどうしていくのかな、みたいな。今はどの治療の段階かということが見えにくいってことですよ（在宅専門医）。

時間的なリソースをこれ以上取られたくないと思っているので、なんか地域連携システムを作って書き込むとかですね、そういうのは正直あんまり動かないと思うんですね。だからあのそのリソースをあまりとられずにやれることからやれるといいのかなと思ってます。まあ、個人的には本音で、のところの思いをどう共有していくのかっていうところかなと思いますけどね。ようするに文面に書く話とちょっと本音的な話があると思うんですね。例えば患者さんにはこのくらいの予後の説明したけど、実際には自分はまだもう少し短いと思ってるとかですね。治療をやってるけど、これは難しいと思ってるとか。意外とこれ、この人は意外とまだいけるとかね……予後もう少しいけるんじゃないかなとかね。なんかそういうふう、本音ですよ……理解力が良くないから、まあまあこういう風に説明してますよ、とかね。色々あると思うんですけど。その辺はまあどういう風に共有していくのかっていうカギだと思いますけどね。なかなかその文章に残しにくいってところもありますね、そのあんまり本音レベルで書きすぎるとそれが患者さんに見えた場合に、とかいろいろリスクもありますから……連携室経由でもいいんですけど、こういう患者さんがいて、書面はこうです、と。だけどその医師の、なんだろう、本音、まあだいたいこういう風に考えてる患者さんですよ、みたいなのが、ふわぁと伝わってくると、私たちは、ああそういう人、分かりました、了解です、みたいな感じの心構えができる。ちょっと難しい人ですよ、とかね。まあ、色々あると思うんですけど。実は家族関係が悪いんですよ、とか。色々あると思う。本人はこうだけど、実は本人も奥さんもこ

うけど、長女がすごい抵抗して大変です、とか。意外とここはネックになるんじゃないのかな、とかね。(在宅専門医)

せっかくそういうツールがあるので、そういうのも活用できたらいいんじゃないかなと思います。やっぱり先生達同士の連携っていうのも診察の結果が在宅医の先生のところにこなかったり、こないのが反対に、訪問看護師のほうがご家族がこういう風に言われてましたよ、こういう風になったみたいですよ、胸水を抜いたみたいですよ、みたいな感じで報告をして、あっそうだったんだね、みたいな感じのこともあるので、そこもしっかり連携をとっていただきたいと思います(訪問看護師)

電子化にかかっているといます。紙ベースでのやり取りはもうかなり負荷が大きくてFAX待たないといけなかったりとか、FAXがきても紹介状が必要な情報が書かれてなかったりすると、それ以上の情報がひろえなくなったりするので、日々のカルテ情報まで開示してくれる形で病院側が連携を取ってくれると紹介状以外の情報とか看護記録とか、そういったところまでアクセスできるので、かなり得られる情報量が多くなるんですね。逆に紹介状しかこないとか相談員からの情報が少ないような連携の仕方だと得られる情報がかなり制限されるので、やっぱり継続性に問題が生じることが多いかなと思います。病院側の医療情報を開示してくれるような情報共有システムっていうところがすごく大事だと思います。開示度が病院によって違いがあるのでそこが問題かなと思っています……在宅側としてはケアマネも訪問看護師さんもSNSとか情報共有ツールが、まだ紙媒体だけの所も結構あるので、そこがもう少しICTがしっかり進んでこないと、使いこなす能力っていうところも進んでこないと結局相手先が紙ベースしかできませんって言われると、がん患者さんでかなり変化が速い人でも紙媒体でやり取りせざるを得なくて、情報が遅れて後手後手にどんどんまわっていくことが多いので、特にがん患者さんで不安定な状況にあることが多いので、きちんとSNSとかICTとかで情報共有がスムーズにいくような形、複数の事業所が、そういった形をとっていかないとがん患者さんの在宅緩和ケアっていうところでの患者さんとか家族の満足度が上がらないんじゃないかなという風に思ってます。……(公的な)ネットっていうやつだと、かなり利便性が悪いので、実際電子化されてるといってもシステムによってはオンタイムとか、僕たちがクリニック以外にいる時に情報が取りにくかったりっていうような問題が出てるので、システムがあっても、あえて……公式のシステムじゃないメディカルケアステーションとか、そういうような民間のシステムを使って連携してたりとかっていう現状もあるんですね(在宅専門医)

病院との紹介のやり取りをした病院は、クリニック側がその患者さんが入院してたら、カルテをライブで見ることができるとですよ、このライブで見れるってのがたぶん大事で一応オープンなカルテっていうのはいろんな病院がやってるんですけど、ライブで見れないと、こないだの昨日の検査結果がどうだったかとかが結

構大事なので、それはこの病院が割とうまくやってるなという風に思います。……緩和ケア外来やって近くの連絡取り合いながらサポートしてる業務も行ってますが、カルテのみだと読み取れない情報というか、訴えられない情報もあるので、外来の後に直接主治医に電話したりとか、そういったやり取りができると、こういったサポートもスムーズにできるかなと日々実感してますので、解決策がどうかってどこまで言えないですけど、直接連絡を取り合えるようなそういったシステムがあるとよりいいんだらうなっていう印象を持っています。じゃあどうしたらいいかっていうところまでは考えてないです（緩和ケア医）

結構みんな FAX とかでやり取りはしています。FAX 電話でやり取りはしていますが、なかなか密な情報共有というのはちょっと難しいかなと、書面での情報共有にはなるかなと思うので、そういったことがなかなかニュアンスが伝わりにくいか、そういうのはあるかと思うんですけど。あとは・ネットみたいなそういったので採血データが見れたりとか入院中の経過が見れたりとか、そういうのがいいなとは思いますが、なかなか自分のクリニックのカルテとまた別に見なきゃいけないかったりするんで、そういったのがめんどくさいというか、なかなか開かないっていうふうになっちゃうので、良いシステムはあるんだけど自分の所のカルテと連動してないので結局見ないっていうふうになってる点がありますね。……クリニックに戻ってパソコンから見てると、結構在宅だとほとんど回って外に出るので、なかなか見るのが難しいというところはありますかね。……あと・みたいなあって、そこは上手にやってるなと思ってんですけど、在宅側がこの人そろそろ入院したいっていったら病院の方がネット上で、じゃあ入院予約とりますって言って、ババツといついつ入院できますので来てくださいみたいな、それがネット上で全部やってるので、それはすごいな。そういう連携ができたらちょっといいなとは思いますが、なかなか病院によってその特徴があると思うので、いろんな広域になるのでそれは無理なんかなと思いますし、そういったのができるとより連携はしやすいのかなとは思いますが（退院支援看護師/MSW）

ネット社会ですので、例えば市民病院や大きな基幹病院というのはもっと情報を持っていて、自分の地域の訪問看護や訪問診療こういうところがやってますというのをすごくたくさん情報を持ってますね。当院はやっぱりいろんなところから患者さんが来られるんですけど、そういうような基幹病院が持っている情報は共有できてないんですよ、実は。うちのような病院とそういう地域の市民病院とかそういったところの情報というのは、おそらく共有可能だと思うんですけど、いつも思うんですけど、今ネット社会なので、そういった情報をネット上で例えばこの在宅が空いています。この訪問看護は空いていますみたいな感じで、すぐにわかるようなシステムがあると、多分もうちょっと普及もするかなと思います。……そういった

ものが病院同士である程度確立できるといいかなと思ってて、これは確か九州の福岡の方がお産の時に、十年前ぐらいから確かネットを活用しての、どこに今緊急でお産を受けれるところがあるとか、そういうネットワークを作ったという話があって、そういうのをもうちょっと医療現場で取り入れるべきなのかなという感じは、特に退院調整に関しては思っているところ（がん治療医）

今も例えばテレワークであったり、今もこうやってネットでつないでお話ができるという時代になってきてますので、在宅の先生と時間をたまにとってちょっと今どんな状況かっていうのを報告し合うという時間を、以前よりもっと設けやすくなってると思うんですね。ですので、そういったことも今後ちょっと時代の流れとしてもやっていた方がいいのかなと思っています。特にここで診療してここでいろんな診断を下すという状況が、手紙一本でもなかなか伝わらなかったりするんですね。また訪問診療の先生方も診療中にこんなことに気がついたというのをお手紙でかなりくださることはくださるんですけども、それもちょっとかなりお手数だなということと、伝えきれないところすごくたくさんありそうだなといつも思ってるので、本当は時間を設けてちょっとネット上でもなんでもいいと思うんですけども、会話をした方がいろんなことがスムーズに行くんじゃないかなというふうに思っています。・・・ネット自体は私はちょっとあまり……詳しくないんですけども、他の病院の方から診療録を見れるという状況ですので、やっぱり状況を把握しやすいという話はチラチラお伺い、外の病院の先生からして、やっぱりそういうところはメリットなんだなという風に思っています。ちょっと今のところはものすごくメリットだなというところまでは実感としては私の中ではちょっと違うかなというふうに思っていて、いまだと市役所とか官公庁も割とネットで連携している地域システムを作ろうとしているというふうにお伺いしていて、その仕組みもちらっとご紹介いただいたりという機会がプライベートであったりとかしたんですけど、そういったものを見ると医療現場ってなんか遅れてるなという認識がすごくあって、この遅れをちゃんと他の分野並みにしていけないと今後ちょっと大変だろうなという認識はありますね（がん治療医）

毎回毎回返信を書くのは結構大変・・・毎回くださるので丁寧にくださるので今日の診察した結果がどうで、治療方針は変わらなかったとかこんな症状があったのでこの薬を出しましたみたいなものが・・・終わってから溜まったものを書くっていうのが・・・再発してない方は結構パスっていうのがあって返事書かなくてもよくってチェックするだけみたいなシステムがあるので、地域連携すごく乳腺科では再発してない人は進んでるんですけども、・・・ちょっと失礼な返書じゃない返書を書こうと思うとそういう患者さんが増えるとちりも積もると結構負担が増えるのかな・・・（がん治療医）

Ⅲ 考察

本調査では当初用意した「抗がん治療中の進行がん患者に対して在宅診療を並行して行うことは現状どのように行われているか、どのような阻害要因・促進要因があるか、今後在宅緩和ケアの導入が遅くならないようにするためにどのような方策がありうるか」に対する医療従事者の回答はおおむね類似した内容で飽和が得られていると考えられる。

さらに詳細な研究のためには、今回明らかになった点のいずれか課題、および、想定地域（広域から患者が紹介される地域なのか患者があまり移動しない地域なのか）に焦点を絞った研究が必要であると思われる。

「抗がん治療中の進行がん患者に対する在宅緩和ケアの導入が遅くならないようにする」という観点から、本研究の結果からさらに研究・検討が必要な課題として示唆される領域を表2にまとめた。本研究結果を基盤にして想定しうる介入モデルの例として図1をまとめた。

表2 本研究から示唆されるさらに研究・検討が必要な課題

1. 抗がん治療中の患者に在宅診療を並行して行う場合の制度上の問題に対する研究班の立ち位置を明確にする。すなわち、がん治療のために通院している患者に訪問診療を行うことは現制度上問題がないと考えるのかを検討する。
2. 現状で在宅診療に導入されている理由となっている、①医療処置・体調管理が必要、②受診のアクセスが悪い、③PSがすでに悪い、④受診・入院したくない患者により確実にアプローチできる方法を検討する。例えば、上記に該当する患者を外来化学療法室でスクリーニングを行ってトリアージするなどの方法をとるなどが考えられる。
3. 現状で在宅診療に導入されていない患者を想定して、抗がん治療を受けている患者に在宅診療を行う場合のメリットとデメリット（費用を含む）を明確にし、患者に説明可能なものとする。
4. かかわっている人の意見をまとめて意思決定を支えていく仕組み、および、在宅診療の前に外来通院か訪問看護を入り口にする方法を具体化し、実施可能性や効果を検討する。
5. 患者の治療に対する認識・治療医に関する気持ち（患者の認知的、および情緒的認識と先延ばし）に対する有効な対応策があるかを検討する。
6. 複数名の医師が連携する体制として診療を行った場合に、各医師の役割分担、特にだれが意思決定の中心となるのかの明確化に関する検討を行う。
7. 介護保険、患者情報を共有できるITシステム・正式に情報としくいことも共有できる体制について現状や課題を共有する。

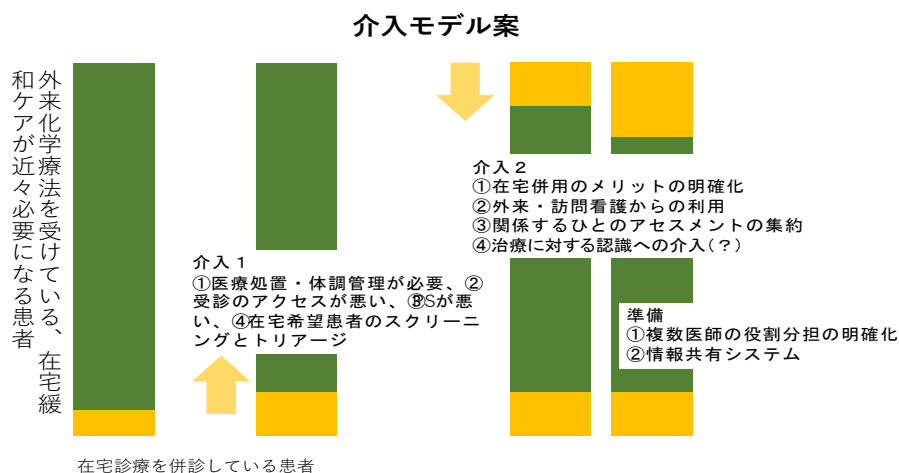


図1 介入モデル案

IV 資料（インタビューガイド）

「抗がん治療中の進行がん患者に対する在宅緩和ケアの導入が遅くならないようにするための研究」
インタビューガイド

本研究は、令和2年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）による「がん治療のどの時期にでも患者・家族や医療介護機関からアクセス可能な緩和ケアリソース情報を有する地域緩和ケアネットワークシステムの構築」（研究代表者：愛知県がんセンター 下山理史）における、「抗がん治療中の進行がん患者に対する在宅緩和ケアの導入が遅くならないようにするための研究」です。

抗がん治療と在宅緩和ケアを適切な時期に統合することには多くの課題があると考えています。本研究では、在宅緩和ケア導入のタイミングが早期に行える場合には何が関与しているのか（促進因子）、導入のタイミングが遅くなる場合には何が関与しているか（阻害因子）を調査し、抗がん治療と在宅緩和ケアの適切な統合のモデルを作りたいと考えています。なお、本研究では、抗がん治療終了後の患者を在宅緩和ケアへ移行することの促進因子/阻害因子ではなく、在宅緩和ケアを導入するタイミングが「早期に」行えることに対する促進因子/阻害因子に焦点を当てており、「早期」は亡くなる2ヶ月以上前を念頭としております。

テーマ	目的	質問内容
抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアを統合するうえで・・・	抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入することに関して・・・	
1. 経験、既知の改善方略	うまくいった経験や既に試みられている改善方法を同定すること	<p>あなたの所属する組織において・・・</p> <p>1. 抗がん治療中の患者に在宅緩和ケアが併診を開始できた経験はありますか？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・具体的に、例を挙げて・・・ ・何をを行ったことがよかったですか？ <p>2. 過去の実践と比べて、より早期に在宅緩和ケアが併診できるように試みていることはありますか？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・具体的に、例を挙げて・・・ ・何を変更しましたか？ ・どのような方法を用いて、試みていますか？

2. 促進因子と阻害因子	影響を与える因子（促進因子/阻害因子）を同定すること	3. あなたの所属する組織において、抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入するうえで、「促進するような要因」や「障壁となるような要因」は何ですか？ ・より具体的に・・・ ・例をあげて・・・
3. 潜在的な方略	将来的（潜在的）に改善できうるような方法や、早期の在宅緩和ケアを普及させうる方法を同定する。	あなたの所属する組織において、抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入するうえで・・・ 4. どのようなことを検討していますか？ ・より具体的に・・・ ・なぜその方法がよいと考えていますか？ ・進めるうえで、何をする必要がありますか？ 5. 今後、どのようなことを改善するとよいと考えられますか？ ・より具体的に・・・ ・なぜその方法がよいと考えていますか？ ・進めるうえで、何をする必要がありますか？
4. 制度	医療制度上の問題点を同定すること	6. 医療・保険制度のうえで、抗がん治療中からの導入を妨げるような因子は何だと思えますか？ ・医療・保険制度上のことで、実際に困っていることはありますか？ ・医療・保険制度上の問題を克服するために、実際に行っている工夫はありますか？
5. 教育	改善するために、医療者・患者の教育を要することを同定すること	7. 医療者側（個人のレベルでも、職種のレベルでも）に改善点や教育や研修を受けたい、受けた方がよい内容はありますか？ 8. 患者さんやそのご家族さんに啓発を行ったほうがいいことはありますか？
6. 体制	在宅緩和ケアの導入にあたり、地域連携の課題を同定すること	9. 地域(病院-在宅緩和ケア、もしくは在宅緩和ケア施設間)と連携するうえで、改善を要する点や工夫が必要な点はありますか？ 10. 地域の医療連携システム（情報共有システムなど）を利用するうえで、改善を要する点や工夫が必要な点はありますか？

7.その他	話しあわれていない重要な事柄について同定すること	抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入するうえで・・・ 11. 率直に何が大切と考えますか？ 12. あなたの所属する組織以外の組織（在宅側からみて病院側に、病院側からみて在宅側）について、どのようなことを行うとよいと考えますか？ 13. 他に話題にあげたほうがよい事柄はありますか？
-------	--------------------------	--

ご協力くださりまして、ありがとうございました。

（抜粋）

インタビューガイドの抜粋（質問の概要）

当日は以下の項目についてインタビューさせていただきます。なお、話の流れに応じて、臨機応変に質問の順序や内容を変更させていただきますのでご了承ください。

○用語の定義：インタビュー中は、用語を以下のように便宜的に使用します。

「抗がん治療中の進行がん患者」

- ・1人での通院は困難であるが、介護者の協力で、外来化学療法（内服、点滴を問わず）を受けている治癒が見込めない進行がん患者。
- ・患者の認識は問わず、医療者からは数ヶ月以内に治療継続が困難と予想される。
- ・医療者に伝わっているかは問わず、なるべく自宅で過ごすことを希望している。
- ・何らかの身体症状（食欲不振、倦怠感、嘔気、麻薬を必要とする痛みなど：がんによる症状や、抗がん治療の一時的な副作用を含む）を重篤ではないが有している。

「在宅緩和ケアの導入」

- ・訪問看護師のみではなく、在宅療養支援診療所などの医師も関わる、在宅での緩和ケアの介入が開始されること。

○質問の概要：以下の7項目です。

1. 実際に抗がん治療中から、在宅緩和ケアの併診を開始できた経験はありますか？
2. 抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を導入するにあたり、「促進するような要因」や「障壁となるような要因」は何ですか？
3. 抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を普及・促進するにあたり、どのようなことを改善するとよいと考えられますか？

4. 抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を普及・促進するにあたり、医療制度上の問題点で考えられることはありますか？
5. 抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を普及・促進するにあたり、医療者に教育した方がいいこと・患者へ啓発した方がいいことはありますか？
6. 抗がん治療中の進行がん患者に在宅緩和ケアの併診を普及・促進するにあたり、地域連携の問題点（施設間の連携もしくは情報共有システム）はありますか？
7. その他、話しあわれていない点について、考えられていることはありますか？