

在宅緩和ケアにおける、Team Careの問題 – 具体的な事例 –

医療法人社団パリアン クリニック川越 川越 厚

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
----	----------------	-------------------	-------	-------	--------------	-----------	-----------

I. チームの統合性 (Integration) の問題

I-1 治療病院とのチームワーク・治療病院の医師との連携

1	83 F 肺	A大学病院 B病院・B 診療所	①A大学病院がB病院を紹介。 ②B病院はB診療所を紹介 ③B診療所は診療開始したが、家族が断る ④当院へSOS発信(未受診のためA病院へ行くようアドバイス)。A病院当直医対応 ⑤再度A病院受診 ⑥A病院のPCTの担当医師怒る(患者と当院に！対して)	A病院は大学病院。B病院は一般病院で、B診療所とは同一法人。 ①A病院連携室はB病院の受け入れ拒否がないので(?)、積極的に紹介 ②B病院がB診療所を紹介したのは、患者・家族の意向のため。そもそも在宅希望。病院は遠方、実際の病院を見て断った。 ③患者・家族は在宅希望だが、B診療所医師は薬を置いていだけで、不安になり断った。 ④当院にSOSを出してきたのは親戚の紹介、長男がHPを見て当院を選択した。ただし未受診の状態だったので、A病院へ、とアドバイスした。 ⑤A病院再受診の理由は当院未受診のため。 ⑥担当医は事情を説明し、納得	治療病院と在宅医療機関との連携の問題 在宅希望の患者・家族に、医療機関が在宅医療機関を紹介しない問題 在宅医療機関が、治療病院に後方支援を必ず要求？する問題 なぜ、治療病院は最初から診療所につなげないのか？ 病院の都合を優先し、患者のことを全く考えていない 在宅医の医療レベル、チームレベルの問題も大きい	A病院が診療所を紹介しないのは、診療所に紹介すると必ず後方支援の保証(入院)と何かあった時の対応(自宅で対応できるはずではないか、というのが病院医師の主張)を求められるから。 A病院は末期がん患者を入院させるだけの余裕がないので、末期がん患者を積極的に受け入れる一般病院を紹介している。 (以上、A病院のPCTの医師から電話確認したこと)	A病院の対応(患者を無視した心ない紹介、あとは知らない)に対する強い怒り。 やっと自宅で安心して過ごせる、と (初回往診時の長男の言葉)。
2	72 M 舌	G病院(がん専門病院) A一般病院	妻予約・紹介状無しで当院外来受診。 急を要すと判断し、同日往診。 A病院を退院する際、連携室のSWIに当院を紹介されたとのこと。 アル中、認知症(?)の診断あり。	G病院(がん専門病院)の治療が終了し、A病院(一般病院)へ転院した。 G病院の連携室医師に「なぜ、最初から我々(在宅診療所)を紹介しなかったのか?」という質問をした。返事は「状況が悪くなったら自宅は無理。認知症があって一般病院での受け入れは難しい。この状況で受け容れる病院を探さなければならない。やっと見つけた病院だ」	困難事例の問題 "一般病院が受け入れない患者をどうすればよいか" 現在の地域におけるレベルでは、確かに在宅は不可能 困難事例を受け入れる在宅緩和ケアチームが必要	①G病院は在宅希望の患者を病院へ紹介 ②転院先の病院も対応に苦慮(夜間抑制あり) ③自宅ではまったく普通の意識状態。疼痛緩和(最終的にCSI使用)のみ、開始9日目に死亡	最初から受け入れてくれるクリニックが地域にあるならば、なぜ紹介してくれなかったのかと、患者の妻は憤っていた。 心配していたことも起きず、大変喜び、感謝(床に頭をつけて!)
3	76 F 悪性リンパ腫	C病院血液内科	骨髄をInvolveして貧血あり。輸血関係はB病院が受け持った。 10/18最後の輸血、以後当院一本で在宅ケアを続行(11/1死亡)。	B病院は地域の3次医療を担う基幹病院。 本人、家族の決断で10/18の血小板輸血を最後にB病院の治療は終了	治療病院と診療所の併診の問題(成功例) "重要なのは、治療方針の共有、責任分担の明確化"	B病院とは非常によい連携ができています。 病院の力が必要な時は、治療方針の共有、責任分担(退院後の在宅継続)の明確化などを図っている。	9/21B病院で幹部職員出席のもと(約100人)、当院の在宅ケアと連携に関する講演を持たせて頂いた

番号	年齢性別原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
4	● F 肺	D病院 E診療所	肺癌末期で通院困難。本人・夫は家での最期を希望し病院主治医に相談した。「家で死ぬるわけがない。入院しなさい」と強要。約2週間後、病院で死亡。	病院主治医に相談する前、夫は当院を受診。 「自宅以最期まで過ごすことは十分に可能である」と説明していた。	病院医師の、在宅緩和ケアに関する知識不足の問題 この病院の医師は在宅緩和ケアについての知識、地域の状況などについて知ろうともしない。	残念ながら、これがわが国の現状。次の例(No.5)も同一地域(川越コメント)	夫より電話あり。 「希望が叶わず残念。病院の医師に従わざるをえなかった。」
5	74 M 胃	D病院 E診療所	胃癌末期で本人・家族は家での最期を希望し病院主治医に相談したところ「家で死ぬるわけがない」と取り合わず。ケアマネに相談して在宅移行した。	病院主治医に紹介状を求めたところ、一年前の入院サマリーと「患者・家族は在宅を希望していない」というコメントの紹介状のみ。 最近の状況については不明。	患者・家族の在宅希望を、治療病院の医師が真摯に受け止めていない問題 ”病院主治医は患者の希望すら聞いていない”	病院自体も病院で最期を迎えさせるのは「良いこと」と認識している。最終的に在宅死を実現できたが、これが現状(川越コメント)	妻より「病院主治医には全く話を聞いてもらえなかった。」「この人は幸せだった。最期を自宅で迎えられて本当に良かった。」「もっと早くからお願いできれば良かった。」
6	77 F 肺	M病院	20XX/5 本人には家族なく、親族とも疎遠なので頼りたくないのも早めの緩和ケア手配を希望。入所中の介護系施設の看護師から当院を紹介されたが、M病院医師は緩和ケアは必要ないと情報提供せず	M病院治療医に情報提供を求めながら、呼吸症状や不安に対し通院にて緩和ケア併診。 20XX+2/5 抗がん剤治療は副作用がつかく、主治療医から逃れるように中止。親族も集まって相談。 5/29緩和ケア病棟入院、7/2永眠	がん治療医と、緩和ケア医の併診の問題 治療中止に至るまでの経過についての、治療病院の医師の説明はあいまいで、患者は不安が強かった。	「入所施設(介護系施設)では療養したくない」との希望は確認していたので、緩和ケア病棟の手配をしつつ通院管理で支援した症例	自分で見つけて行かないと緩和ケア施設は紹介してもらえないのか

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
I-2 他の在宅医との連携							
7	60代 F 肝	N県Drネットの診療所 A訪看護 ST	死亡前日：ナース訪問。臨死期であることを主治医にメール連絡。死亡当日：呼吸停止。しかし家族は主治医に連絡がつかず。→ナースへ連絡。N「救急車を呼ばないように」と言って、すぐ駆けつける。→やっとのことで医師の所在を探り当てた(その間約1時間、副主治医は最初から連絡とれず)。	A県の担当ナースより川越が直接ヒアリングした事例。ケースは主治医と共に訪看ステーションのナースが約3週間関わっていた。副主治医は病院の退院前カンファに同席していただい。連絡先も電話も教えてもらえず。最初から「夜呼ばれても行けない。家がわからないから」と言われていた。(看護師談)	主治医・副主治医制度(いわゆるドクターネット)のチームは本当に機能するのか ”残念ながら、このシステムがうまく機能しているという地域の話聞いたことがない”	問題例よりもうまくいっているところがあればその実情を聞くべき。インセンティブをつけて誘導するには慎重でなければならない。患者のためよりも、医師のためのシステムだと理解すべきではないか	呼吸停止しても連絡が取れない主治医に家族は不安、無責任だとひどく憤る。ナースや他の家族が慰めることになった。一生懸命やってきたナースも無力感を感じた。
8	82 F 肺	F病院 Gクリニック	病院主治医からの紹介で訪問診療を開始。前かかりつけ医に連絡すると、診療を中止して欲しいと言われ中断。一月後に救急車で入院し、病院から再度訪問の依頼を受け診療を開始した。	Gクリニックの医師は『最後まで診ます。最後はA病院に頼んでありますから』と <最後まで>が在宅看取りではなく、<入院の手配まで>という理解であった。	病院と連携する診療所の要件の問題 在宅看取りができない診療所を地域緩和ケアの担い手として、行政は支援しなければいけないのか？		

番号	年齢性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
I-3 チーム内の統合性の問題							
9	84 F 肺	在宅診療 所 訪問看護 ST	XX年10/18相談、往診。 オキシ開始 /10/27 訪看の際、制 吐座薬使用を家族にやっ てもらふことを勧めたら、 「それは看護師の仕事、 すぐ来てやってくれるの が約束でしょう」と反論さ れ、帰って所長に報告。 二人で医師に相談しアド バイス受ける。 /10/29 訪看時、娘の 前で座薬挿入実施。要領 を教えた。	患者は53歳独身の娘と二人暮らし 看護師は訪看パリアン就職後6M。臨床 経験は10年あるが、在宅は初めて。 「吐物の処理は全く苦にしないのに、な ぜ座薬を入れてくれないのか」が看護 師の疑問。 医師の指摘は、①相手は未経験の素 人、やったことのないことに不安を持つ のは当然②その不安をとるために… (略)。	問題が生じた時、すぐチームで対応 することに対する問題 本ケースは成功事例(日常的にこの ような対応をしている)	パリアンでは、家族の不安な どが強く、在宅ケアの存続に かかわるような場合には、そ の都度関係するスタッフ(主 に医師、看護師)でミニカン ファレンスを開いている	座薬の件はその後問題と ならず。 ただし病状の急激な進行 に対する娘の不安は強く、 些細なことで戸惑ってい る。
10	65 F 肝	F外部訪問 看護ST、F Z診療所	普段チームを組んでいな い訪問看護ステーション と連携して診療。 看護師訪問からの報告 内容が不十分な上に力量 も不明なため、医師の 訪問が増えてしまう。	緩和ケアの基本理念が理解されていな いため、看護から家族に状況や対応法 の説明などが難しい。 看護師への教育を同時進行で行っ た。	外部の訪看ステーションとの連携の 問題。 考えが徹底していないうえ、詳細か つ迅速な患者情報交換、きめ細かな 患者対応を行うことが困難	末期がんのように病状変化 の早い疾患の場合、院内訪 看と力量が同程度だったと しても、外部訪看と組むと医療 サービスの質は落ちてしま う。	
11	44 F 大腸	N訪問看護 ST S病院	20XX/4/6 訪問診療開 始。腹膜播種、亜腸閉 塞、腹水貯留あり。 連携訪問看護ステー ションの看護師が「なぜ 先生は腹水を抜いてくれ ないのでしょうか」と発 言。 チームの対応不一致 で、患者・家族の不安が 増幅。夫の仕事のやりくり がつかないこともあり 5/10 S病院緩和ケア病	腹水貯留はごく軽度であったが、若い ことも有りbody imageの変化に過敏で あった。 穿刺という手技の話を示す以上 に、精神的サポートが重要と在宅主治 医は考えていた。 医療者間で対応に対する有効なカン ファレンスができないまま、患者に不適 切な助言が伝わった	高品質のケアを提供するためには、 チーム内の意思統一が重要であるこ とを示す事例 このケースでは、治療目標の共有 がチーム内で出来ておらず、患者に 不要の不安を与えてしまった	患者の訴えをすべて医療技 術で解決するという短絡的な 考えは、緩和ケアの現場に そぐわない。 絶対的な方法が確立して いるわけではないので、さま ざまな要素を勘案しての治 療方針決定となる。その共有 を徹底するため、カンファ レンスが重要。	看護師さんには抜いてもら えば楽になると言われた のですが…

番号	年齢性別原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
12	37 F 胃	S病院 Z訪問看護 ST O医院	XX/6/7家族より在宅療養希望の電話連絡 6/9地域の訪看STに依頼し、協働で在宅ケア開始。 6/11 脳梗塞様症状出現。往診後、訪看に緊急訪問を指示。対応困難とのこと。やむをえず当法人の訪看STの訪問を調整し対応。その後訪看より、「今後の緊急対応が困難のため撤退したい」と連絡あり。 6/12永眠。	初回訪問時より、肝障害があり、シビアな状態。患者・家族とも覚悟あり、在宅死を希望。 訪看STは24時間対応体制を取っている。 当初、日頃チームを組む同一法人の訪問看護ステーションで受け入れなかったのは、患者数満員のため	看板上に偽りのある24時間ケアの問題 一体化していない医療機関と訪問看護ステーションの連携の問題 0:状態が安定している時だけの24時間対応？ 1:緊急対応ができない24時間体制？ 2:在宅がん患者に対応できるステーションが少ない？	0:在宅支援診療所と訪問看護ステーションの連携がとれていない。 1:がんの終末期に対応できるステーションが少ない。 2:介護保険枠で時間の縛りがあるために緊急対応を行っていく。	夫の声 「訪看STとO医院に一体感がないのが、どうしても垣間見えてしまう。不安だ。 O医院の訪看STが空き次第、ぜひ変更して欲しい」
I-4 薬剤師、その他の医療者との統合性の問題							
13			訪問服薬指導の内容	処方された薬、患者・家族への説明など共通理解あり。看護師がそのつど、Fax連絡している	在宅緩和ケアにおける薬剤師の関わり方	薬剤師も哲学、具体的なやり方を共有し、情報交換を密接に行うことが重要	
14	71 M 肺	U薬局、F Z診療所	患者家族の希望により、在宅緩和ケアに慣れない薬局と連携した。麻薬の知識が少なく、間違った指導をしたり、処方量のチェック機能などの役割が果たされない。		在宅緩和ケアに関わる薬局の条件とは？ 何処の薬局もが麻薬処方やコミュニケーション技術に習熟しているわけではない。	訪問薬剤管理指導を全ての薬局が行うように、という方針は無理がある	
15	76 M 胃	Y調剤薬局	訪問診療中で独居でもあり、一人では外出が困難になったため自宅に薬を薬剤師に届けてもらうことにした。 患者から『歩くのが大変になった』『食べられなくなった』という話を聞いた薬剤師は、訪問する度に入院を勧めていた。	訪問薬剤師は、ケアマネジャーの資格もあり、患者の心配をした対応であった。 患者は「入院しないと迷惑をかけることになるのか」と、いらぬ心配をすることになった。	ケアマネ独走の問題 患者の希望、主治医の意向を無視した発言が、患者を不安に陥れる。 チーム内でケアの哲学、具体的なやり方を共有していないために起こる問題。	統合性をとるために必要なエネルギーは非常に大きい 運用面の問題として片付けてよいのか、検討を要する(KKコメント)	

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
I-5 福祉との連携の問題							
16	78 F 肺	居宅介護 支援事業 所	XX/5/18死亡(在宅期間284)。 独居1b、認知症 。死亡約2週間前に夜間転倒、尿にまみれることがあり(朝のヘルパー発見)、在宅の限界と判断。医師を除いてケア会議を開き、その席で「家族がいるのに」と長男を責め、施設を探すことにした。医師へは事後報告。	ケアマネは独自の価値観(独居でかわいそう、家族がいるのになぜお金も出さない)で家族を責め、施設を探した。 ①患者は入院中拘束された経験があり、転院に際して家族も拘束の同意。 ②子供(男、女)は各家庭の事情があり経済的な援助もできない③死亡時傍に人がいないことがあることも同意していた。	ケアマネは在宅緩和ケアのコーディネーターとして適当か? 独居、認知症の最後の砦は在宅か?もしそうだとすれば、それを実現するための専門的なチームを地域に育てなければならない	ケアマネは診療所の外部組織に属する。チームの方針、これまでの家族とのやり取りを理解していない。また日々の細かな情報を共有していない。 このようなケースは少なくなった(チームケアを理解せずに勝手に動くケアマネはリストアップして、チームを組まないようにしている)	二人の子供は自宅で安らかに逝ったことを大変喜んだ。 後日、わざわざクリニックにまで感謝の挨拶に来られた。
17	88 F 肺	HI居宅介護支援、FZ診療所	まだ座位を保つことは可能であるため、本人の楽しみのためと家族のレスパイト目的にデイサービス利用を計画した。 ケアマネは医師に相談もなく、患者家族に現状では無理であると説明した。	ケアマネには、患者のQOLの意味や、現状でも引き受けてくれるデイサービス事業所があることを説明した。 しかし聞く耳を持たず。やむをえず、診療所のスタッフでレクリエーションに連れて行った。	ケアマネ独走の問題 ケアマネに末期がん患者の在宅ケアのアレンジが可能か? 癌末期の利用者の対応ができるケアマネは少ない。	癌末期の病態変化の早さや、時間の大切さ、QOLの意味などについての十分な知識、経験がないと癌末期のケアマネは務まらない。	
18	65 M 前立腺	LL居宅介護支援、LL訪問介護、FZ診療所	ヘルパーが患者の病状変化に気づき、ケアマネに連絡。それからしばらくして、ケアマネから診療所に連絡が来た。 結果的に、対応の遅れが出てしまった。	ケアマネが休みの日であったため、特に連絡が遅れた。	介護職がチームに入る問題。 ヘルパーとも医療チームが直接的な情報交換を行い、連携ができるようなシステムが必要。	ヘルパーはケアマネに連絡をし、その指示に従うような指導がなされている? 運用の問題で片付けてよいのか?(川越コメント)	
19	69 M 脳	M居宅介護支援事業所	脳腫瘍の患者。在宅看取りを家族は希望していた。 衰弱の進行に伴い摂食量が徐々に減少傾向にあったが、看取りも近くなっており、不安に対応しつつ、誤嚥しにくいものを選択して摂取してもらっていた。 担当のケアマネが不適切な発言を行い、妻の不安が増大し入院となった。	ケアマネージャーは看護師資格を持っていた。 彼女の不適切な発言とは、「1日の飲水は1500ml確保しなければ生命維持ができないから、飲めないなら点滴が必要」と言うこと。 在宅主治医の考えを聞かないで、勝手にこのような発言をした。	医療職(看護職など)のケアマネの独走問題 治療目標の共有が出来ていないまま、個人の考えを述べると、それだけで患者は不安に陥る	看護師は院内所属看護師が訪問し、目標共有ができていた。 在宅では、出入りする全ての職種が発する一つ一つ言葉が、患者と家族に大きな影響を与える。 医療職だけではなく、全メンバーに治療目標の共有が欠かせない	「水は1日1500ml飲まないでダメって言われました…このままだとすぐ死んでしまうのですか?」

番号	年齢性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
20	88 M S状 結腸	居宅介護 支援事業 所	医師が訪問を開始した時、すでに介護支援専門員が決まっていた。 ケアマネのアレンジ(指揮?)で食事の手配、ヘルパーの手配などが行なわれていた。	S状結腸の狭窄が強く、食事は医療の問題。しかし、ケアマネジャ、ヘルパーだけで対応していた。	医療の重要性が高い末期がん患者を医師抜きで、福祉職だけで対応しようとする問題 食事が直接・間接の原因で腸閉塞を発生あるいは増悪させた場合の責任は？	がん終末期は生活支援一つとっても医療的な関わりが大きい。この症例は特に病態として食事の問題は医療そのものである。このような患者に介護と医療が独立して動いていることが問題	
I-6 その他							
21	80 M 腎	社会福祉 士	患者には子供がいなく、91歳の認知症の姉と二人暮らし。姉は施設入所を希望しない。自分が死んだ後も、自宅での生活を継続することができるようにするため、後見人をたてて金銭管理を依頼した。しかし、後見人は甥に連絡し、施設入所の手続きを進めた。	経過中に姪に通帳を預けていたが、姪がそれを使い込んでしまった。そのことがあって、他の親類も信頼できない、という理由で患者は後見人を立てた。 91歳の認知症の姉は心不全で通院困難な状況であったが、家での生活は保たれていたため、訪問診療を継続していた	他職種との稀な連携の問題 生存中の本人の意志を福祉に託すことは出来ないのか		

番号	年齢性別原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
II 対応の迅速性（Quickness）の問題							
II-1 治療病院との連携に時間がかかったケース							
22	71 F 肝	A病院	10/13 家族から電話で訪問の依頼あり 2週間前に退院したが、外来通院ができず、主治医に相談したとのこと。 10/14 診療開始する前に自宅で死亡、検死となった	夫と二人暮らしであったが、夫は脳梗後遺症による要介護状態。 本人が通院できない状況になり、長男に連絡した。 長男はケアマネジャーに連絡し（10/12）、ケアマネジャーが当診療所を紹介した。 10/13に病院主治医に相談に行っている。	治療病院が患者を引きずり、在宅医と連携を組まない問題 なぜ、治療病院は在宅医とチームを組まないのか？ 自分たちの都合を優先し、患者のことを全く考えていない	このようなケースは最近少なくなったように思うが、地方にはまだあるのであろうか。東京では、大学病院の患者がこのような傾向にある。大学病院からの紹介患者は在院日数が有意に短い。（川越コメント）	
23	53 M 肉腫	K病院 S病院	XX/7/15 K病院相談支援センターから紹介あり。 当院相談外来 XX/8/7 退院 /9/1 S病院PCUI入院 /10/1 S病院にて永眠	相談外来受診から退院までの時間的ロス、嘔気のコントロール、精神科受診などに時間がかかったため さらに、本人と家族は在宅の自信を失い、S病院転院予定となった。 在宅を開始したのは、「やはり自宅に戻りたい」という言葉があったから。 S病院入院は既定路線	在宅移行ラグの問題 症状コントロールは病院でという御認識を患者・家族が持つことになる。 在宅での穏やかな時間が短くなる	緩和ケアを専門とする在宅医が関われば、退院までの時間的ロスを最小にすることが可能	
II-2 地域の別の主治医が関わっていて、適切な診療所への紹介時期が遅れたケース							
24	63 M 食道	X診療所 （かかりつけ医） B病院ER	XX/9/28 夕刻B病院ERより電話→家族相談外来受診（18:30頃）→往診（20:00）。10/4 死亡	XX/05/ 食道癌の診断。放射線化学療法（済生会中央）。以後紹介元の荒木医師が診察。 /09/28（本日）B病院ER受診（本人が治療を受けたいと言って）。	在宅とERとのチームワーク ERIに担ぎ込まれた末期がん患者をどうするか	食道癌で当初から胃浸潤、肝転移があり根治不能。	
25	71 M 大腸	G医院、F診療所	大学病院の外来と、近医で適宜点滴など受けていた。 体動困難になって当院在宅ケア開始。腹水著明に貯留した状況。 輸液の中止と利尿剤投与など緩和ケアを提供。 12日間で亡くなった。	もう数週間早くから関わっていられば、著明な腹水貯留による苦痛を回避することが可能であった。	緩和ケアに習熟していない医師の診療により、患者は苦痛を味わうことになる。	緩和ケアに習熟した専門チームに任せるべき。	「もっと早くから先生方に診てもらえば良かった。」

番号	年齢性別原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
26	72 F 乳	M病院、 K医院	手術を受けたM病院外来に通院していたが、病状進行のため1ヶ月間通院できない状態が続いた。 病院の医師はK診療所へ逆紹介したが、そこでは『麻薬処方ができない』と診療を拒否した。 半月後何も食べず動けなくなり、病院医師から当院に往診依頼があった。	緊急往診時、下顎呼吸、血圧測定不能。 1ヶ月以上インシュリン使用を使用しておらず、血糖値は599mg/dlだった 当院の在宅緩和ケアを受けて在宅した。	治療病院から在宅医療機関への連携の問題 逆紹介のタブー問題 なぜM病院は、通院困難になり、逆紹介したK医院が受け入れないとわかった段階で、直ちに、在宅緩和ケアのできる医療機関、あるいはチームに紹介しなかったのか？	当チームが行っている教育的在宅緩和ケア(緩和ケアに慣れていない診療所を指導し、その診療所と協働で在宅緩和ケアを行うこと:川越注)をすれば、麻薬の使用経験のないK医院でも穏やかな看取りの成功体験をすることができたはず。	「在宅緩和ケアのできる医療機関を早く知りたかった。とても不安だった。現在の状態を説明してくれる身近な医療者を求めている。自宅で旅立てたのがよかった。」
27	75 M 甲状腺	AC病院 Y医院	Y医院からTC病院を紹介し、そこで手術。しかし、両側肺転移・胸腰椎転移があり、TC病院はY医院に逆紹介した。 Y医院では訪問診療がなく、患者が通院できないため月一回家族が薬をもらいに行っていた。 痛みはあったが、1年以上モルヒネの増量もなく、患者は痛みで苦しんだ。 見かねた家族が当院を独自に探して往診を依頼してきた。	TC病院はがん診療拠点病院。 基本的に診療後は紹介元に自動的に返す(逆紹介タブー:川越注)。 紹介元がない時は、診療拠点病院を中心に作成したネットワークを用い、自宅近くの診療所を探してそこへ紹介する方式を採用している。 その場合、その診療所が緩和ケアに精通しているかどうかは考慮していない。	拠点病院を中心とした、ネットワーク作りの問題。 NW作りは難しい問題である。その不備のため患者は彷徨い、貴重な時間を浪費することになる。逆紹介タブーの問題、NWが患者視点に立ったものでない問題などのため、適切な医療機関へつながるまでに時間がかかる場合が多々ある。 なぜ、緩和ケアに精通している適切な医療機関あるいはチームに紹介しないのか？	この地域では、拠点病院が地域の診療所に呼びかけ、手を挙げた診療所をリストアップし、それをNW化する方式をとっている。 そこには、患者に対する高品質のケア提供という視点はなく、各地域の医療施設の意向(都合)を重視している。 地域の医療機関も患者が少ないため、引き受けている。(このような事情は、日本全国の共通現象と言って過言ではない:川越注)	「緩和ケアに精通し、在宅での療養を支援する診療所、連携する訪問看護ステーションがあるなら、なぜそういった情報を私たちに提供しないのか！」
28	● ● 肺	N診療所	XX年Y月 地域のN診療所から、当院へのSOSがあった。 当院の受け入れ能力が限界に達していたため、受け入れられなかった。	SOSの理由は、状態が不安定となり、緊急対応が難しくなってきたため。 病状が安定している間(医療は不要?)だけ、N診療所は訪問診療を行ってきた。	医療が必要になると、病院や他の医療機関へ投げ出す在宅医の問題 症状が安定している間だけ関わる在宅医。緩和ケア専門の診療所の働きを妨げている。	看取りまで支えるにあたり、患者、家族との人間関係を築く期間も必要である。 N診療所が在宅ケアを行うことは、患者にとって大きなデメリットとなる。 在宅看取り率が低い診療所は、診療報酬上の区別が必要だ。	

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
II-3 地域の福祉(ケアマネなど)からの紹介で対応が遅れたケース							
29	61 M 肝	地域包括 支援セン ター	XX/8/18相談依頼、19日 を予約。 /19 長女より断りの電 話。心配した当院の相談 員が家族、包括へ電話。 母が明かないので医師が B病院主治医、包括担当 者へ連絡。 /9/6 長女来院、往診 開始。疼痛5/10！ XY/1/31現在生存中。MT パッチ84mg(経口モヒ換 算1200mg)で疼痛緩和	①混乱、遅延の原因は包括の相談員 の勝手な判断(まだ外出できるから医 療は必要ない) ②包括相談員は医療職でない ③当院の相談員(看護師)では母があ かないので、医師が事情聴取。B病院 医師に確認後、至急相談に来るよう家 族へ勧めた ④元の主治医(病院医師)はケアマネ の勝手な判断に驚いていた！	医療を理解していない福祉(この場 合は地域包括)が医療連携に介在 し、医療の実施が遅れる問題 末期がん患者は必ず医療につな ぐ、ということを病院と診療所の間に 入る可能性の高い福祉職徹底しないと、同様の問題が起きる	患者は妻(60代肺気腫障害4 級車椅子生活)と二人暮ら し、生保。 構造的な制度問題もある が、相談員のPersonalityの 問題もある	お世話になっているケアマ ネから、「まだ在宅診療所 にかかる必要がない」と言 われた。 当初妻は「病院が安心」。 娘は「父が家にいたいと いっているのでいさせてや りたい」。在宅ケアが始 まって安心し、現在は落ち 着いた良い時を持っている
30	不明	地域包括 支援セン ター	在宅医療に詳しくない診 療所の医師が、地域包括 のケアマネに末期がん患 者の医療費について問い 合わせを行った。 ケアマネは費用などの 説明を行う際、患者から の質問をケアマネを通し て間接的に答えたが、結 局ケースに結びつかな かった。 患者や家族からの直接 の問い合わせや、医療機 関からの情報提供書など は最後までなかった。	医療費などの制度は、福祉関係者も正 確に理解しておらず、患者や家族にも 正確な情報が伝わらない。調整の仲介 を申し出るのはよいが、医療情報も曖 昧な調整でかえって時間を費やしてい る。	福祉系の専門員に、はたして医療内 容、診療報酬等の説明ができるかど うかという問題 在宅の複雑な医療費や、高額療養 費などの情報も正確に理解したコー ディネートが必要	昨今の不況状況下で、医療 費に対する患者の不安は大 きい。 提供される医療の内容、疾 患特性を踏まえての説明 は、地域包括支援センターで は無理である	

番号	年齢性別原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
II-4 チーム内の連携が悪く、対応が遅れたケース							
31			モルヒネの使用量が急激に増え、手持ちがなくなった(土曜日の午後)	同様のことは、経口摂取不能のためDDSの変更などでもあり	連携する調剤薬局の問題。 休日、夜間対応の必要あり		
32	82 M 血液	S病院 O医院 O訪看 Aケアマネ	独居の男性。要介護1、ヘルパー(ケアマネと同事業所)利用。 4月下旬より当方で介入、7月中旬まで安定して経過。 7月下旬より状態増悪、せん妄、転倒など介護の手が多く必要になった。 介護保険区分変更をAケアマネに依頼、ベッドやエアマットなどの手配等諸々看護師から伝えた8日中旬永眠	長女は仕事があり近所に在住。ケア会議を行った際、ケアマネは介入に積極的ではなかった。 長女、ヘルパー、看護師間でケアノートをつくり情報交換を行っていた。 しかし、ヘルパーと同事業所のケアマネに情報が伝わっていなかった模様。	きめ細かく、迅速対応が難しい介護保険制度の問題 医療に理解が薄い介護職との連携の問題 7月下旬、病状変化にあわせて看護師がケアマネにサービスの変更を依頼。 「またですか、こんなにしょっちゅう言われたことはない」 「休みなので週明けに対応する」と対応が遅かった。 またヘルパーも、「入院させなくてよいのか」と不安げであった。	がん患者には時間がないことをチームメンバーが認識していない がん患者の介護調整に慣れていないケアマネは、対応が後手後手になることが多々ある。 介護度が出るまで、介護環境の調整に着手しないことが多い。 ヘルパーも看取りの経験がない場合が多く、ヘルパー自身が不安になっている	長女、看取り時 「昨日要介護5と連絡を受けたばかり。訪問のお風呂に入れてあげたかったが、結局叶わなかった」
II-5 専門チームが関わり、迅速に対応できたケース							
33	81 M 食道	G(がん専門病院)、S病院のPCU、クリニック	10/10/13 S病院のPCUより緊急電話(19時)。「どうしても家に帰りたいという患者がいて、退院を強行しようとしている。家で診てほしい。」 10/14 往診・訪看開始	G病院は、家で過ごしたいと切望する患者をPCUに紹介。 入院となった患者は我慢できなくなって、夜半にS病院のPCUを強行退院した。	がん治療病院の地域連携の問題 「家で過ごしたい患者」を何故PCUに紹介するのか？ <u>G病院は、がん診療拠点病院の中心的存在である！</u> 決して例外的ケースではない	在宅切望の患者を病院へ紹介する。これが残念ながら病診連携の実態。そのために、在宅開始が遅れてしまう。	初回往診時、「もう入院の必要はない」と言うと、破顔でVサイン。家族も安心したと
II-6 専門チームが関わり、行き場のない患者に対応したケース							
34	84 M 咽頭	?→Y病院(一般病院)→クリニック	10/10/19 午後電話、夕相談 /10/20 初回往診、訪看 Opioid開始 /11/19 在宅死	病院、在宅でもこの患者の療養が困難な理由は ①アル中、②経度認知症、③夜中に抜け出す(煙草を買いに?)、④未告知(娘達の反対)故のEmotional pain、⑤呼吸苦、⑥老々世帯、妻病弱。妻を怒鳴る、など	病院でも弄ぶ末期がん患者をどうすればよいか、という問題 ①病院のルールを守らない、スタッフに暴言を吐くなどのため入院継続が難しい ②同一法人で患者宅近くの訪看ステーション、在支診があったが、そこでは受け入れを拒否	入院も難しい、在宅も専門チームが関わらないと困難。 在宅の専門チームを育てないで、このような困難ケースに対応できるだろうか？	娘の話:「昨日(相談日)より患者の表情が大変穏やかになり、落ち着いた。私たちもこのまま在宅を希望します」

番号	年齢 性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
III チームの効率（Efficacy）の問題							
III-1 病院での退院調整が無駄だったというケース							
35	82 M 白血 病	Q病院	10/4/14 Q病院連携室 より電話 16日 相談、往診 26日 死亡(在宅ケア11 日)	Q病院担当者の話では、指導にまだ数 日かかるので退院は(かなり)あとにな るとのこと。 「それはこちらでやるからできるだけ 早く返してください」、と伝えた。 それに応じて退院を早めてくれた。	病院での退院指導の問題 退院に向けての家族指導の在り方 の問題。 在宅にあった適切かつ、時間浪費 をしない指導が求められる	病院では胃ろう管理、吸引器 の使用法など、時間をかけ て細かく指導を受けた 家族はかえって不安を持つ ことになった。実際的な方法 を在宅で指導	御家族と一緒にお酒やTV を楽しみ、良き時を過ごさ れていた(クリニックK副院長談)
36	71 M 脳腫 瘍	G病院	9月27日(入院中)、退院後 の診療依頼あり。 9月30日、家族と面談。病状 は落ち着いており、退院前 に家族指導(中心静脈栄養 や呼吸管理など)をしてい た。 10月1日、自宅に酸素機器 やベッドを揃え、退院の準備 をしていた。病状が急変し、 退院はできなかった。	病院で準備したことは家族に指導をするよ りも退院後に自宅で	在宅移行の準備を病院が行い、そのた めに貴重な時間を費やす問題	生活支援を主目的とした在宅医 療は、単純な病院医療の延長 ではない。 家族に対する在宅医療の指導 は、在宅サイドが行うべき。それ が無駄なく、Speedyに在宅ケア を開始する秘訣である。	
37	70 M 腎	J病院 A地域包括 支援セン ター	20XX/9 J病院にて手 術、化学療法不応腎癌の 診断 J病院は、介護ベッドのみ を勝手に手配した。 患者家族が在宅医を探し に、地域包括支援セン ターへ行った。 地域包括から当院を紹 介。	J病院看護師は在宅医やケアマネー ジャーに引き継がないまま、直接福祉 用具業者にベッドを手配した。 後日介護保険上の手続きが行われて いないことが判明し、自費負担となった	病院連携窓口が在宅支援をする問 題 病院連携窓口が中途半端な在宅支 援をしたため、在宅開始後に混乱を 来したケース	退院後の介護連携なども含 めて、在宅緩和ケア医は地 域連携ができる。 病院で行う個別の手配は、 非効率	介護保険で借りれると聞 いたのに、自費になるのは 納得できない

番号	年齢性別原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
Ⅲ-2 よせ集め型のチームで効率が悪かったケース							
38	58 M 虫垂	地域の訪問看護ST	XX/5/29在宅開始。疼痛緩和のために、ポートを用いたクモ膜下モルヒネ持続注入 /7/29ポート刺入部の針が外れ、激痛で苦しむ。 /8/3死亡。塩モヒ使用量384mg/日(経口モルヒネ換算57600mg/日！)	たまたま常時連携を組む訪看STが一杯。医療レベルは高いと評判の地域の訪看STと協働 クモ膜下持続注入はレベル的に高過ぎた面もあるが、非常に医師としてはやりにくかった。トラブル(針が自然除去し激痛で苦しむ)への対応が遅れた	医療的に一定レベルに達していない看護師との連携の問題 医師は指導、問題対処などでかなり時間が取られ、しかもそれが後につながらない恐れがある。	シリンジポンプ、ポートの使用方法、トラブル対処法、塩モヒの経口換算など、指導に時間を取られた。 同じステーションと再度協働する機会あり。最初からの指導を繰り返すことになり、空しい思いであった。	看護師はよくやってくれ、在宅を選択してよかったが、看護師が質問に答えられなかったり説明が十分でなく、不安だった(妻談)
39	63 F 大腸	NS訪看、NS居宅介護支援、FZ診療所	病院からの退院時に病院の訪看とケアマネが退院後も対応することが決められていた。 緩和ケアの知識、技術、経験がなく、緩和ケアの質が低下した。 物品や採血献体の搬送のため、在宅医師や事務員が動員されることもあった。	当院看護師が、無償で患者宅に訪問し、現場で外部訪看に技術指導を行った。 訪看の24時間体制加算は一カ所のステーションしか申請できないので、完全な無料奉仕となった。	他の訪看ステーションと連携する問題 地域医療、緩和ケアの理解がない医療者によるサービス提供には問題が多い。 そのような医療者とチームを組む場合、非効率性である	緩和ケアに習熟し、情報交換が十分にできる、理念の統一されたチームが対応しないと患者サービスの質が落ちる	
40	89 F 肺	G病院 O内科 O訪看ST S居宅支援事業所 G病院緩和病棟	認知症があり日中独居の肺癌末期。 トイレに行けなくなった時、ケアマネが初めて患者を見てびっくり。 家族がヘルパーと入浴を依頼するも、自分の事務所のヘルパーは手配できないので入院を勧めた。	それまでケアマネはいつも患者に会わず、玄関で家族と話合っていた。 動けるうちはデイサービス、動けなくなったらヘルパーと、ケアマネは考えていたが、ヘルパーがすぐに手配できなかった。	ターミナル期に対応できないケアマネが関わる問題 毎月の訪問も本人に会っておらず、連携会議もできず、緩和ケアチームとして機能しなかった。 当チームではTHP(Total Health Promotor)がキーパーソンとなることをケアマネに伝えることが出来なかった。	在宅緩和ケアを理解できていないケアマネとチームを組むのは難しい。 初めてチームの一員として動く場合、在宅でのケアの本質について説明する機会が必要だと思った。	ケアマネの話を聞いて、在宅はもう無理と思った。 膀胱留置カテは入れてほしくなかったが、入院したらすぐにバルーンを入れられてしまった。ショックだった。
41	77 M 大腸	I訪問看護ST	20XX/12 直腸癌、脊椎転移、肺転移 I訪問看護STとの連携で訪問開始 20XX+1/1 自宅で看取り	患者の家族の求めがなくても、訪問入浴の前後はバイタル確認が必要と頻回の訪問を繰り返す。 医師の指示も確認せず、必要だからと家族に説明。 訪問看護師から医師への報告はバイタルのみで、会話内容などは皆無。	訪問入浴同行看護師との連携問題 本質的な訪問の目的を理解していない看護職が過剰な対応をすることで、かえって患者・家族の不安を助長。	癌末期という診断のみで、指示を確認せず明らかに過剰な訪問を繰り返す。 結果的に家族にとっては安心どころか、かえって不安を助長し、緊急電話対応も頻回となった。	

番号	年齢性別 原発	関係機関 ST=ステーション	問題の経過	経過の補足	問題テーマ 問題点	事例報告者コメント	患者と家族の声など
Ⅲ-3 その他							
42	63 F 大腸	NS訪看、 NS居宅介 護支援、F Z診療所	病院からの退院時に病院の訪看とケアマネが退院後も対応することが決められていた。 緩和ケアの知識、技術、経験がなく、緩和ケア提供の質は落ちてしまった。 物品や採血献体の搬送目的に医師や事務員が患者宅を訪問することもあった。	在宅診療所の看護師が、無償で患者宅に訪問し、現場で他機関の訪看に技術指導を行った。 訪看の24時間体制加算は一カ所のステーションしか申請できない。	複数の同一専門職が同時に関わる問題 この場合は、在宅の訪問看護と病院(他機関)の訪問看護 緩和ケアに習熟し、情報交換が十分にできる、理念の統一されたチームが対応しないと患者サービスの質が落ちる	二つの訪問看護が関わる必要性は全くない。 緩和ケア専門チームに所属する訪問看護にすべてをゆだねる方が効率的	
Ⅳその他 専門医とのチームを組まなければならない場合							
43	70 M 肺	医師、看護師	09/6/4在宅死(42日間の経過)。死後のケアの時、「辛い時、何かあったらこちらに連絡をなささい」と看護師が長男を慰めた。 その後担当看護師へ長男が頻りに電話し、事務所まで面会に来ることが数回あった。	患者は長男と二人暮らし。長男は独身、統合失調症 死別後の息子のケアのために、必要なチームを組まなかった失敗例であるカンファで今後の対策を協議した	専門医、専門職との連携の問題1(失敗例) 経過中、死後における専門医との連携、役割分担を行わなかった問題例である。特に患者の死後における息子のケアを考えていなかった。	最終的には精神科の主治医に事情を説明し、そちらになぐることができた。 それ以後は電話をかけたきたり、ステーションに姿を現すことはなくなった。	「父がお世話になった看護師にお礼を言いたいので、会わせてください」
44	67 F 肺	在宅医、看護師、保健師、精神科医師	経過中、在宅医が精神科医へ、訪問看護師が担当保険師へ連絡を取り、相談しながらケアにあたった。患者は統合失調症 10/10/28在宅死(経過24日) 患者の死後直ちに医師、保険師へ連絡し、患者にはそちらの診察、ケアを受けるように伝えた	患者は長男との二人暮らし。患者、長男、長男の彼女全てが統合失調症。その彼女も患者宅へ出入りしていた。 統合失調症でない二男が遠くないところに住んでいたが、ほとんど姿をみせなかった。 上記ケースの失敗を踏んだ、成功例	専門医、専門職との連携の問題2(成功例) 統合失調症の家族ケアなど、専門医や保険師などの協力をどのように得るか 統合失調症などの精神疾患患者の 地域ケア専門家とのチームワーク が今後の重要な課題と考えられる	患者の統合失調症の状態は、比較的よい。 本人、家族の在宅希望は強い。 入院先の問題もあり(通常の精神病院は受け入れ不可)、また病院受診を勧めても全く聞かずに持っていなかった。	金銭を巡っての長男、次男の確執があったようだ。 しかし、死亡直後は落ち着いていて、次男も大変感謝していた
45	60 M 肺	病院	10/31進行中のケース 呼吸苦緩和のための塩モヒ投与DDS(CSI→ポート)変更で、ポート設置のため1泊2日の入院	疼痛緩和に要する塩モヒ量がやや多く(現在5760mg/日)なり、皮下注での投与が困難となったため	病院とのチームワークの問題(成功例) ポート挿入に関する、病院の支援	このような場合、病院側は「開業医がひきとらないのでは」と心配するようだ	稼業を息子にバトンタッチするため、在宅を選択。本人フレンチ、息子和食