

第 3 回緩和ケア専門委員会 各委員からの意見書

専門委員会意見提出用紙

委員名：志真 泰夫

課題	対応案
<p>地域における緩和ケアの提供体制をどうするか</p> <p>● 緩和ケアチームの課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）は緩和ケアチームを設置することが要件に含まれている。拠点病院の緩和ケアチームは専任の身体症状の緩和に携わる医師（専従であることが望ましい）、精神症状の緩和に携わる（専任であることが望ましい・常勤であることが望ましい）、専従の看護師を配置することが必須要件になっている。 ・ 平成 19 年から 21 年に行われた「がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査」（以下、調査）によれば、「緩和ケアチームに専従の看護師が配置されている」施設は 88%、しかし「緩和ケアチームに専従の医師が配置されている」施設は 47%、「常勤の精神症状に緩和に携わる医師が配置されている」施設は 68%、にとどまっている。 ・ 緩和ケア診療加算を届け出ている拠点病院は 23%（80 施設/351 施設）にすぎない。 ・ 緩和ケア診療加算を算定できる緩和ケアチームの要件 	<p>● 緩和ケアチームに関する提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケアチームに関する提案として、現在主に入院患者を対象としている緩和ケアチームは入院患者だけでなく、コンサルテーション機能のひとつとして地域から紹介される症状の緩和が困難な外来患者に対応する。 ・ したがって、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟を有する医療機関に「緩和ケア専門外来」の開設をすすめるため、健康保険の診療報酬等の面からの奨励策を検討する。 ・ 調査では「緩和ケアチームは少なくとも週に 3 日以上、チームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている施設」は<緩和ケア診療加算を算定している施設>では 93%、<算定していない施設>では 71%、また、「地域の患者が受診できる緩和ケア外来があり、年間 10 人以上を診療している」施設でも<算定している施設>では 76%、<算定していない施設>では 54%と大きく開きがある。

は拠点病院の要件と異なっているため届け出数が少ない。

- ・ 調査では「緩和ケアチームは少なくとも週に3日以上、チームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている」施設は77%にとどまっている。
- ・ 理由として、緩和ケアに専従する医療者が十分に確保されていないことが要因の一つと考えられる。
- ・ 医師の専任、看護師の専従に関して、緩和ケアチームの実態を都道府県等が把握していない可能性がある。
- ・ 拠点病院は入院中の患者だけでなく拠点病院を退院し在宅療養している患者や地域の他の医療機関において治療やケアを受けている患者に対しても緩和ケアを提供することが求められる。
- ・ 拠点病院は外来において緩和ケアを提供する機能を持つことが要件であるが、「地域の患者が受診できる緩和ケア外来があり、年間10人以上を診療している」施設は59%にとどまっている。
- ・ 拠点病院では緩和ケアを提供する外来が十分に整備されていない。
- ・ このような状況では、地域において全てのがん患者が必要な時に緩和ケアを受けられる体制ができているとは言えない。

- ・ 「常勤の精神症状の緩和に携わる医師が配置されている」施設は<算定している施設>では99%であるのに対し、<算定していない施設>では59%である。
- ・ 緩和ケア診療加算では専従および専任の常勤医師が必須であることから、緩和ケア診療加算を算定できる施設は緩和ケアの診療体制が充実しており、このような差が出ている。
- ・ しかし、現在の健康保険の施設要件では全ての拠点病院で緩和ケア診療加算を取得することは困難と考えられる。主たる理由として緩和ケアに専従で携わる医師を雇用する負担が考えられる。
- ・ 拠点病院が地域に充実した緩和ケアを提供するためには、現状の「緩和ケア診療加算」を改善し、拠点病院の経済的負担を軽減することが必要である。

●在宅療養支援診療所の課題

・東京都では聖ヨハネホスピスケア研究所に「在宅緩和ケア支援センター」を委託して、2007年に連携体制づくりのためのアンケート調査を行った。それによると、都内の在宅療養支援診療所（以下、支援診療所とする。調査対象1,118施設、回答485施設、回答率43%）の現状は、年間在宅看取り数 0人；52%、1から5人；34%、と半数の支援診療所では在宅看取りの経験がなく、80%以上の支援診療所が年間5人以下の経験であることが明らかとなった。

・一方、訪問診療を主として専門的に在宅医療を提供する在宅療養支援診療所が全国各地で増えてきている（宮城県 岡部医院、東京都 川越クリニック、ケアタウン小平クリニック、神奈川県 めぐみ在宅クリニック 熊本県 熊本ホームケアクリニック、ひまわり在宅クリニックなど）。

・在宅療養支援診療所は、専門的に在宅医療を提供する診療所（以下、専門支援診療所）と外来診療の傍ら少数例の患者を見る診療所（以下、一般支援診療所）の2つに分化してきている。

・「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」（以下、OPTIM）の遺族調査で評価された在宅で死亡した患者のQOL（quality of life）は病院で死亡した患者にく

●在宅療養支援診療所に関する提案

- ・在宅療養支援診療所に関する提案としては、訪問診療を主な機能とする「専門支援診療所」を制度として設けて、従来の在宅療養支援診療所の制度を拡充する。
- ・「専門支援診療所」は、在宅療養支援診療所のネットワークを作り、「専門的知識・技術を提供するための連携」と「24時間体制を維持するための連携」を行う。
- ・「一般支援診療所」は、「24時間体制を維持するための連携」を目的とした地域ネットワークを作ることとを奨励し、そのための方策を立てる。
- ・「24時間体制を維持するための連携」と、「専門的知識・技術を提供するための連携」を区別する（参考資料）。
- ・拠点病院と在宅療養支援診療所の連携は、専門支援診療所のみ依存した地域ネットワークではその診療所が機能しなくなった場合に地域全体の機能が低下することになり、専門支援診療所とのネットワークと一般支援診療所とのネットワークの両方を作ることが望まれる。

らべて高かった。

- ・ 浜松地域では、専門支援診療所が診療している患者数が増加すると同時に一般支援診療所のネットワークで診療している患者数も増加している（参考資料）。

●緩和ケア病棟の課題

- ・ 再発・進行がん患者が抗がん治療（がん化学療法等）を終了して在宅療養を継続している場合、多くの患者は抗がん治療を受けた医療機関に通院していることが多い。
- ・ 再発・進行がん患者が苦痛の増強や家族負担の増大などが理由で在宅療養が困難になった場合、多くの患者は通院している医療機関に入院する。
- ・ 地域の急性期病院は入院すること自体が難しいことや長期入院が難しいこともあり、その段階ではじめてホスピス・緩和ケア病棟への相談がなされる。
- ・ そのために、ホスピス・緩和ケア病棟の多くは再発・進行がん患者が「死亡前1～2か月入院するための終末期ケア」と「在宅が困難な長期療養患者のための終末期ケア」の役割を担っている。
- ・ ホスピス・緩和ケア病棟は、2009年度にがん患者の全死亡者数344,105人のうち3,140人、7.4%を看取っている（参考資料）。
- ・ 同時に「ホスピス・緩和ケア病棟への遅すぎる照会」

●緩和ケア病棟に関する提案

- ・ 緩和ケア病棟は、地域における重症で緊急性の高い患者のための「質の高い終末期ケア、症状マネジメント、レスパイトケアを担う役割」と「在宅療養が困難な長期療養患者のための質の高い終末期ケア」を担う役割をもつ。
- ・ 「質の高い終末期ケア、症状マネジメント、レスパイトケアを担う役割」を果たすためには、地域の在宅療養支援診療所、病院の緩和ケアチームとの連携（ネットワーク）が不可欠である。
- ・ 緩和ケア病棟の平均在院日数をみると、30日未満23%、60日未満67%、60日以上10%となり、30日以上の割合が77%となる（参考資料）。
- ・ がん診療連携拠点病院に設置された緩和ケア病棟は、全ての緩和ケア病棟数の27%であり、平均在院日数からみると30日未満が38%となる（参考資料）。
- ・ がん診療連携拠点病院以外に設置された緩和ケア病棟は、全ての緩和ケア病棟数の73%であり、平均在院日数からみると30日未満が18%となる（参考資

という問題もすでに指摘されている。

- ・ そこで、ホスピス・緩和ケア病棟が地域における患者の支援病床の役割を果たし、円滑な入院ができるような運用を行う必要がある。地域における緩和ケア病棟の役割を考える場合には、地域で①質の高い終末期ケア、②症状マネジメント、③レスパイトケア（介護者の休息のためケア）を提供できる施設をどう確保するか、という枠組みで考える。
- ・ しかし、現状で緩和ケア病棟だけを地域緩和ケアの提供体制で「質の高い終末期ケア、症状マネジメント、レスパイトケア」を担う施設として位置づけたとしても、実際には在宅療養困難な長期療養の患者が多く、地域の需要に応えきれない可能性がある。

●地域緩和ケアネットワーク、緩和ケアの地域連携の課題

- ・ 緩和ケアチームを始めいわゆる「専門緩和ケアサービス」の利用状況についての全国データはない。
- ・ 4地域で取得されたOPTIMの最新のデータでは、専門緩和ケアサービスが未整備な地域で緩和ケアチームなどの整備を行うと死亡患者比で利用率は1%から30%

料)。

- ・ したがって、今後、がん診療連携拠点病院に設置された緩和ケア病棟は、緩和ケアの地域連携の要として運営することが期待される。
- ・ 一方、がん診療連携拠点病院以外に設置された緩和ケア病棟は、「在宅療養が困難な長期療養患者のための質の高い終末期ケア」を担う役割が期待されるが、緩和ケア病棟での死亡者数は全がん死亡患者の7.8%に過ぎず、今後は、「在宅療養が困難な長期療養患者のための質の高い終末期ケア」を担う役割は療養型病床や介護施設などもこの枠組みに入れて考える必要がある(参考資料)。
- ・ 療養型病床や介護施設で「質の高い終末期ケア、症状マネジメント、レスパイトケア」がなりたつためには、まず職員への教育、看護師配置の見直し、在宅医療の外付けなどが必要である。

●地域緩和ケアネットワークに関する提案

- ・ 拠点病院を中心として地域緩和ケアを推進するためには、在宅療養に移行する患者に対して積極的に地域医療者との合同カンファレンスが行われることが望ましい。
- ・ 拠点病院が地域緩和ケアの中心となり、地域の緩和

程度に上昇する。一方、専門緩和ケアサービスのある地域で地域介入プログラムを実施すると、34%から80%程度になる

- ・ 専門緩和ケアサービスの形態としては、緩和ケアチームがもっとも多い形態（50%）で、次いで、緩和ケア外来、緩和ケア病棟である。
- ・ 在宅での「専門緩和ケアサービス」（緩和ケア専門在宅診療所、地域緩和ケアチーム）も10%程度である。

ケア体制のコーディネーションをすることが必要であり、地域の病院、診療所及び訪問看護ステーションと緩和ケアに関する地域連携について話し合う会議を定期的に行うなどして、地域の医療者や行政の連携を取る必要がある。

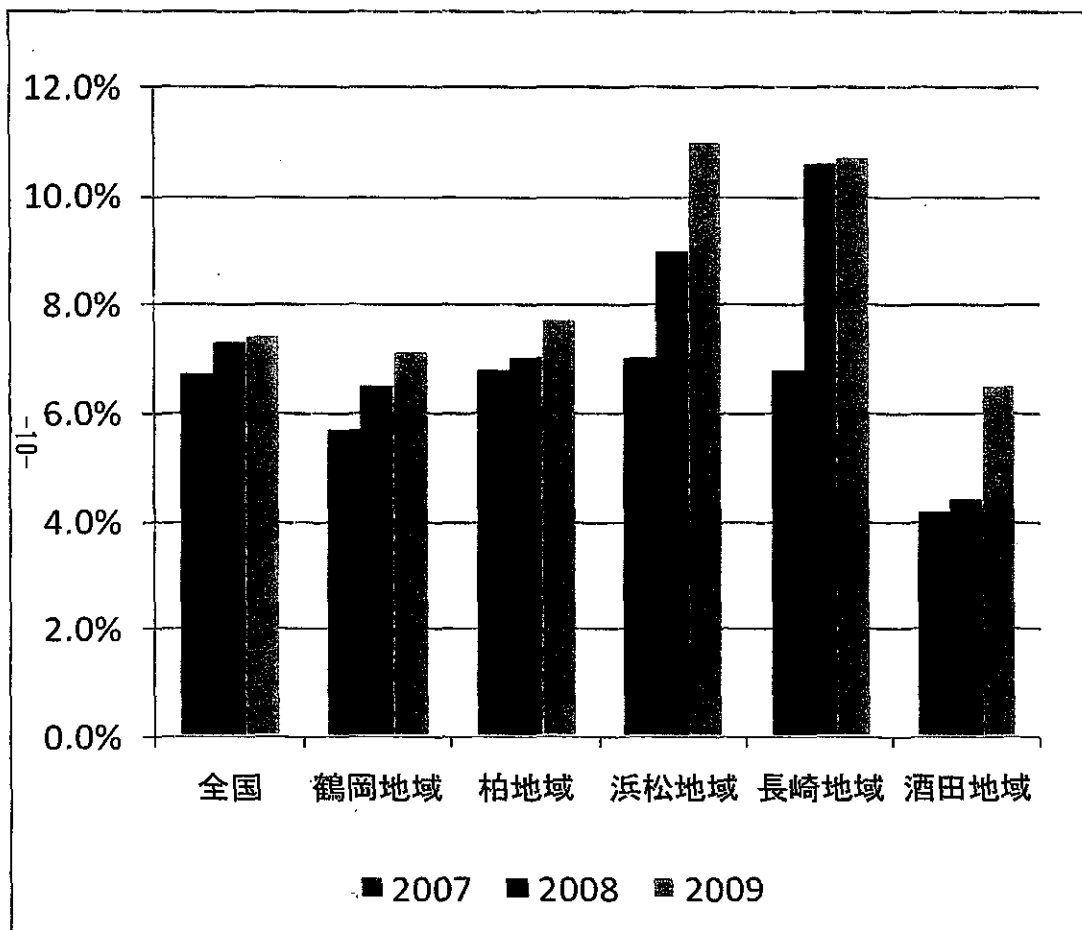
- ・ これらの実現のためにも、拠点病院は緩和ケアを担当する医療ソーシャルワーカーを配置することが望ましい。
- ・ また、病院の緩和ケアチームが必要に応じて地域からのコンサルテーションに対応する体制があることが必要である。
- ・ これを達成するために、地域によっては、複数の病院の緩和ケアチームが共同してひとつの窓口として機能するような体制をとることも考えられる。
- ・ 地域に専門緩和ケアを提供する診療所がある場合には、このような診療所が「地域緩和ケアチーム」として機能することが望ましい。
- ・ 地域緩和ケアネットワークは地域の状況によって違いがあるがある。その地域にある医療資源をもとに利用しやすいシステムで、運用できるやり方が望ましい。
- ・ たとえば、地域の病院の緩和ケアチームの合同の窓口、地域の緩和ケア専門診療所などが「地域緩和ケ

アチーム」として機能できればよい。

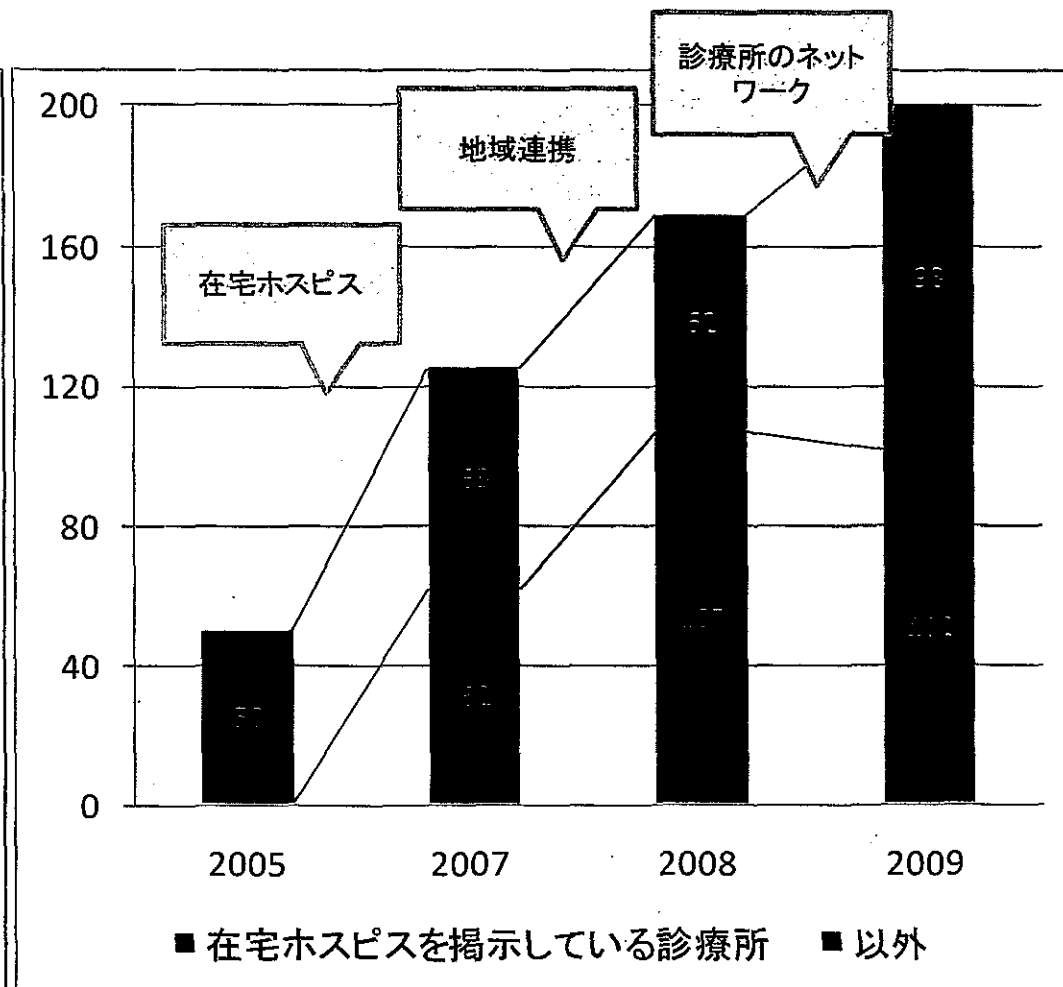
- ・ 少なくとも地域の医療機関が連携を取り、専門緩和ケアサービスが必要とされる時に紹介や診療支援、入院などを行える体制を確保しておかなければならない。
- ・ 今後は、WHO が提唱している一次、二次、三次の地域緩和ケアネットワークの考え方や英国の Gold Standards Framework (GSF) を参考にして、わが国の実情に合った地域緩和ケアネットワークが構想される必要がある（参考資料）。

参考資料1: 在宅死亡率と診療所の累計

地域ごとのがん在宅死亡率の推移



浜松市診療所の類型別でのがん在宅死亡数



2 : 緩和ケアリソースから見た診療所の連携 浜松地域モデル

拠点病院の緩和ケア
チーム

在宅専門支援診療所

専門技術のための連携

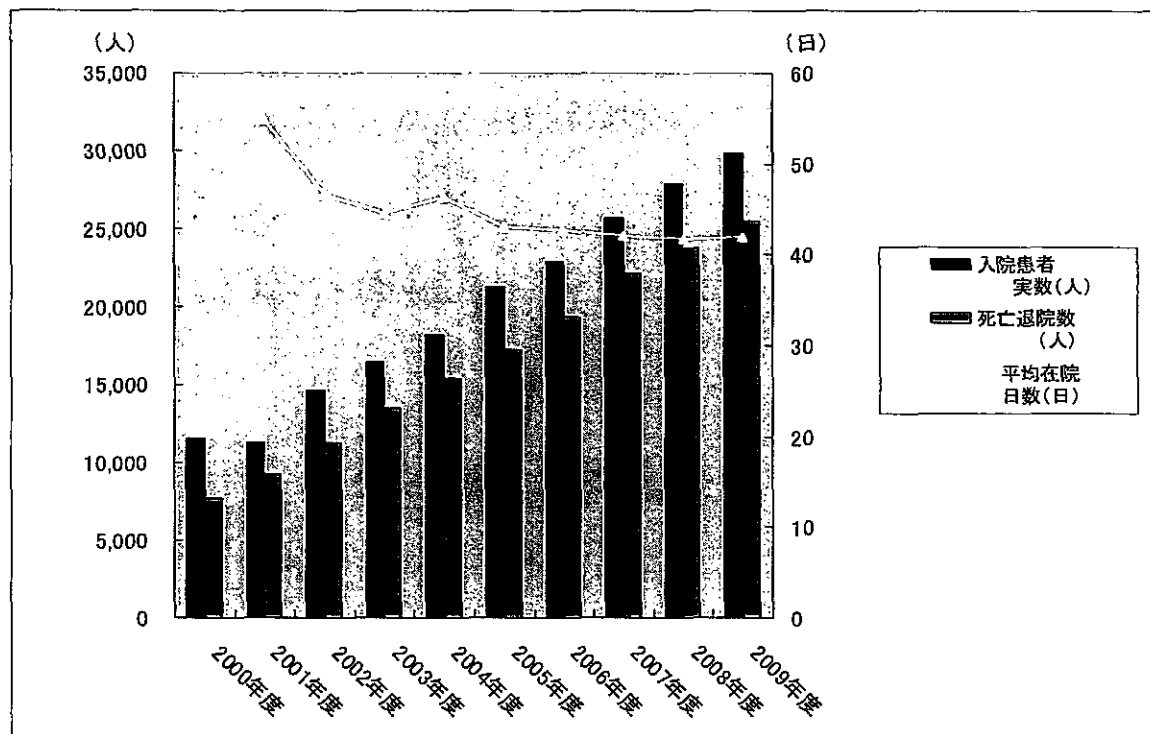
24時間体制を維持するた
めの連携

Drネット診療所

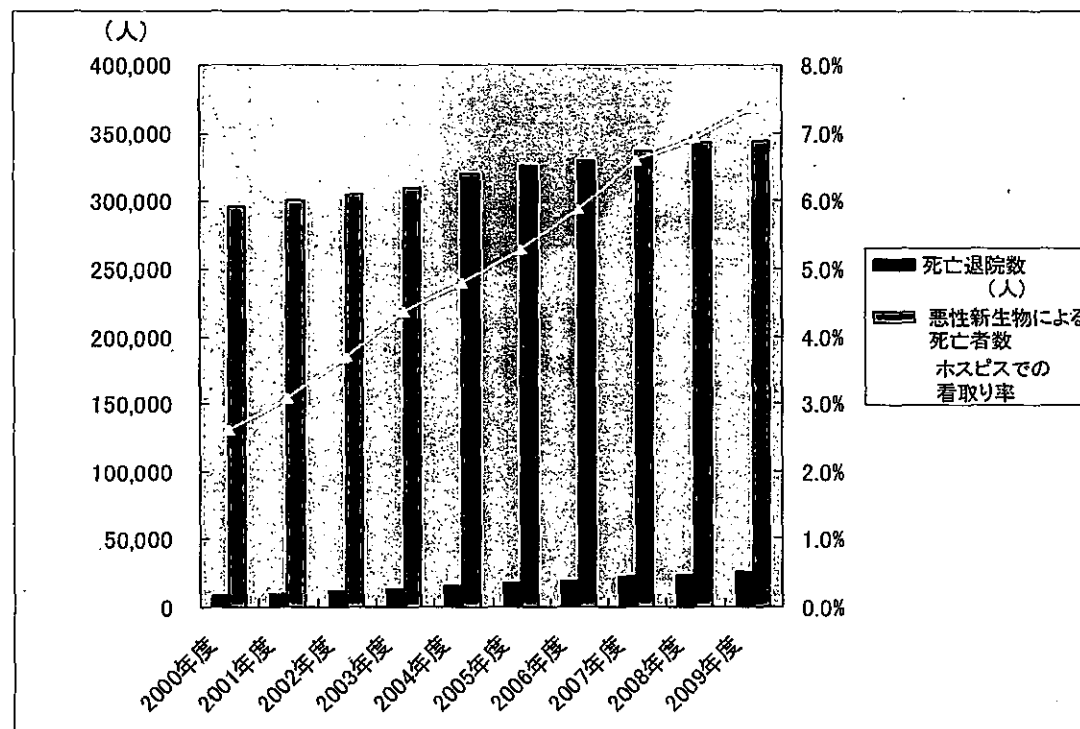
Drネット診療所

Drネット参加診療所
90名/40診療所

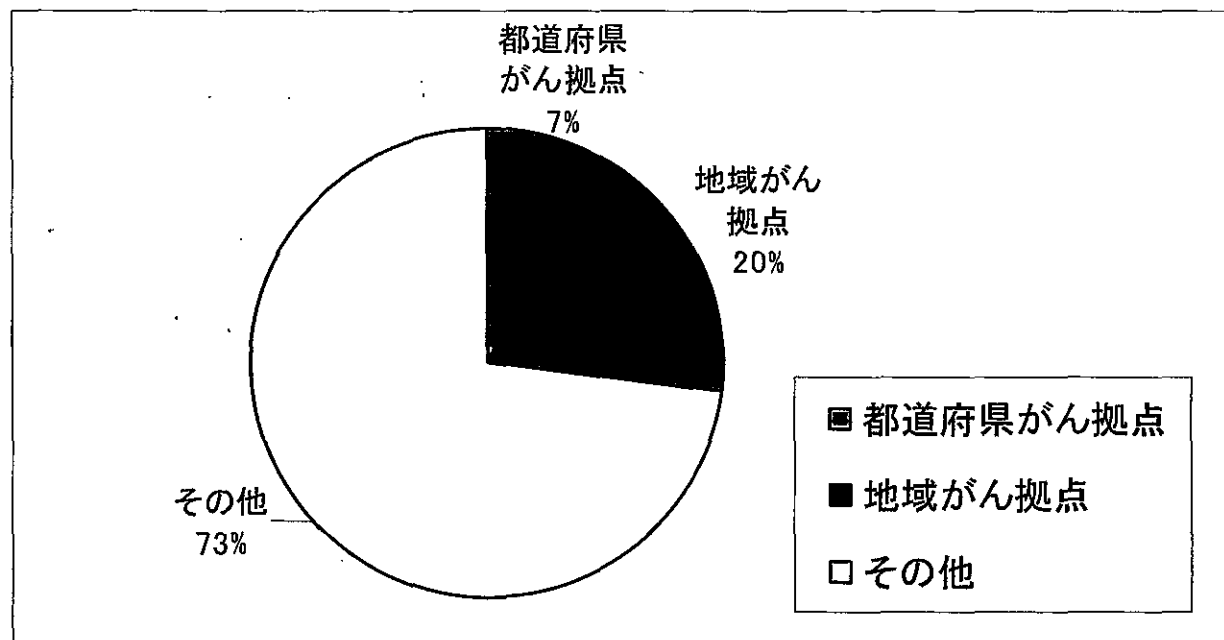
3:ホスピス緩和ケア病棟の 入退院患者数と平均在院日数の推移



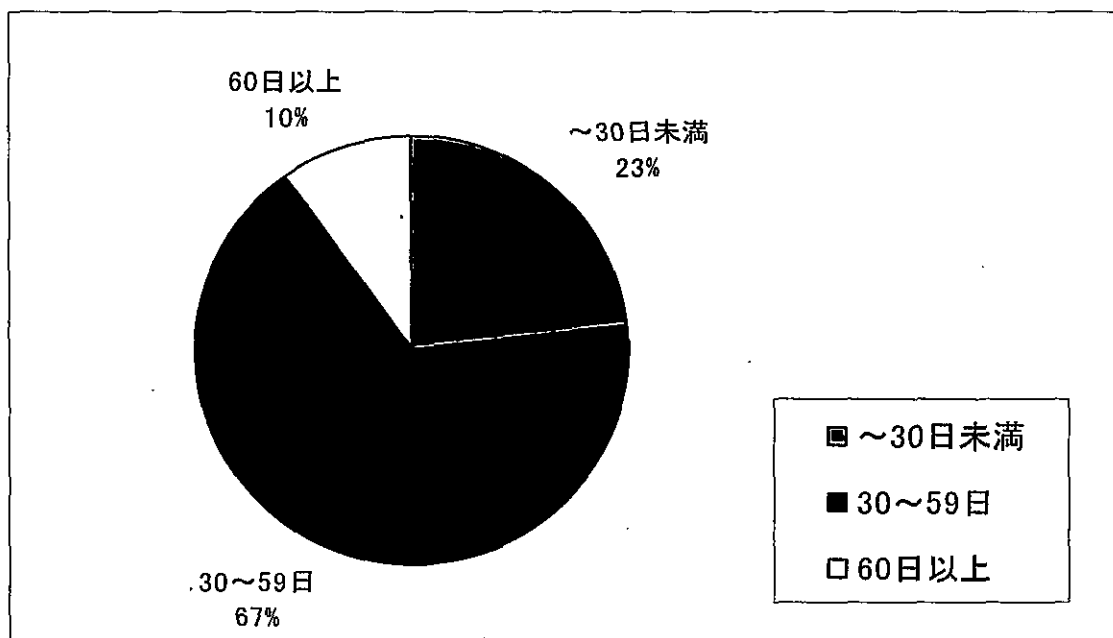
4:ホスピス緩和ケア病棟における がん患者の看取り率



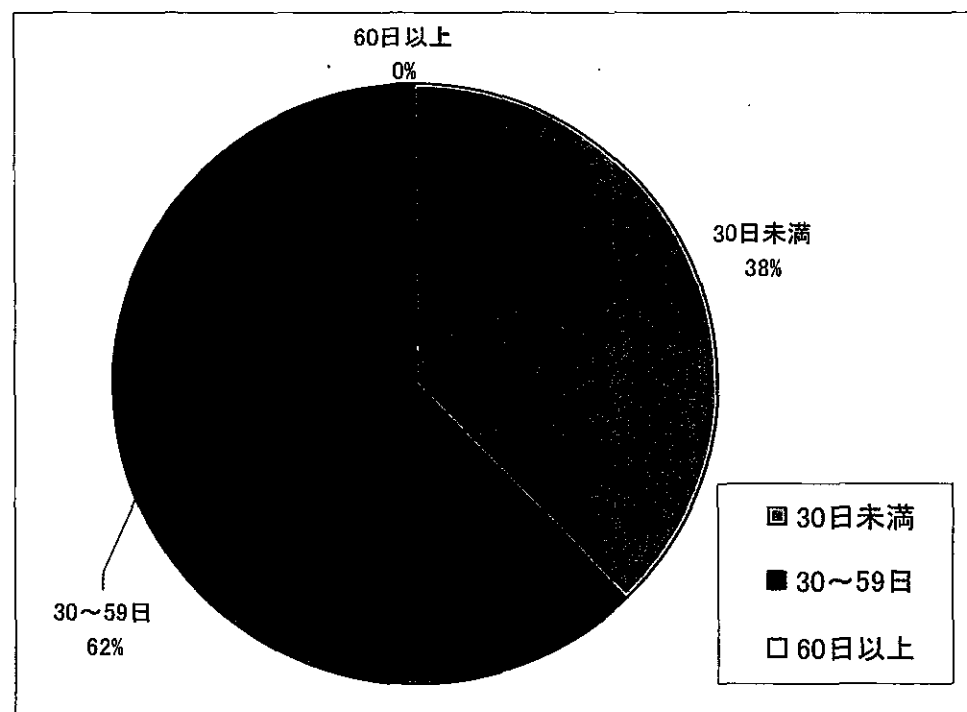
5:2009年度ホスピス緩和ケア病棟におけるがん診療連携拠点病院の割合



6:2009年度ホスピス緩和ケア病棟 平均在院日数



7:2009年度がん診療連携拠点病院 の施設における平均在院日数



8:2009年度がん診療連携拠点病院以外の施設における平均在院日数

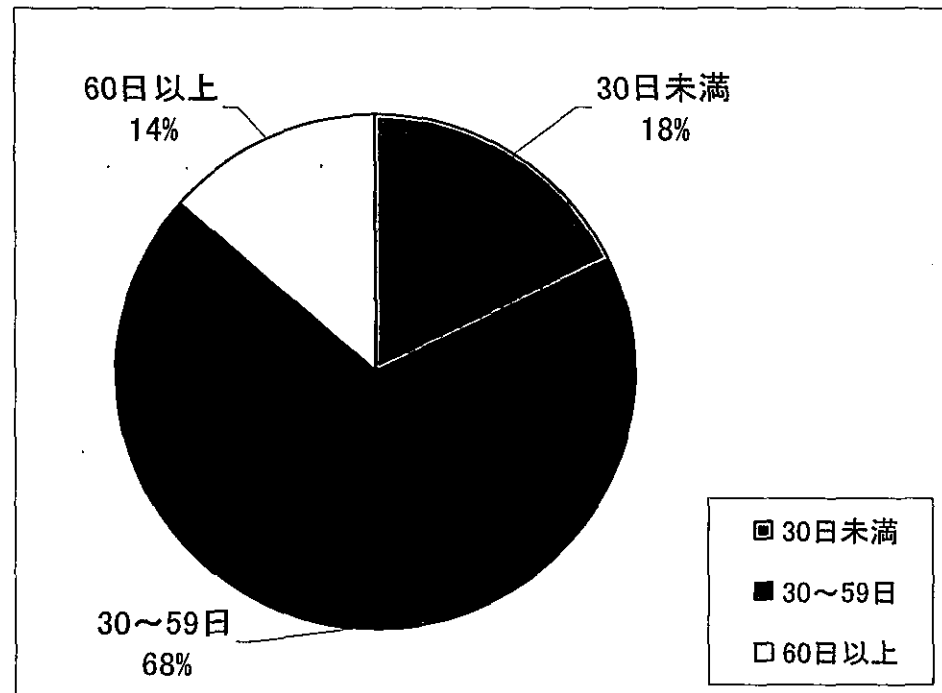
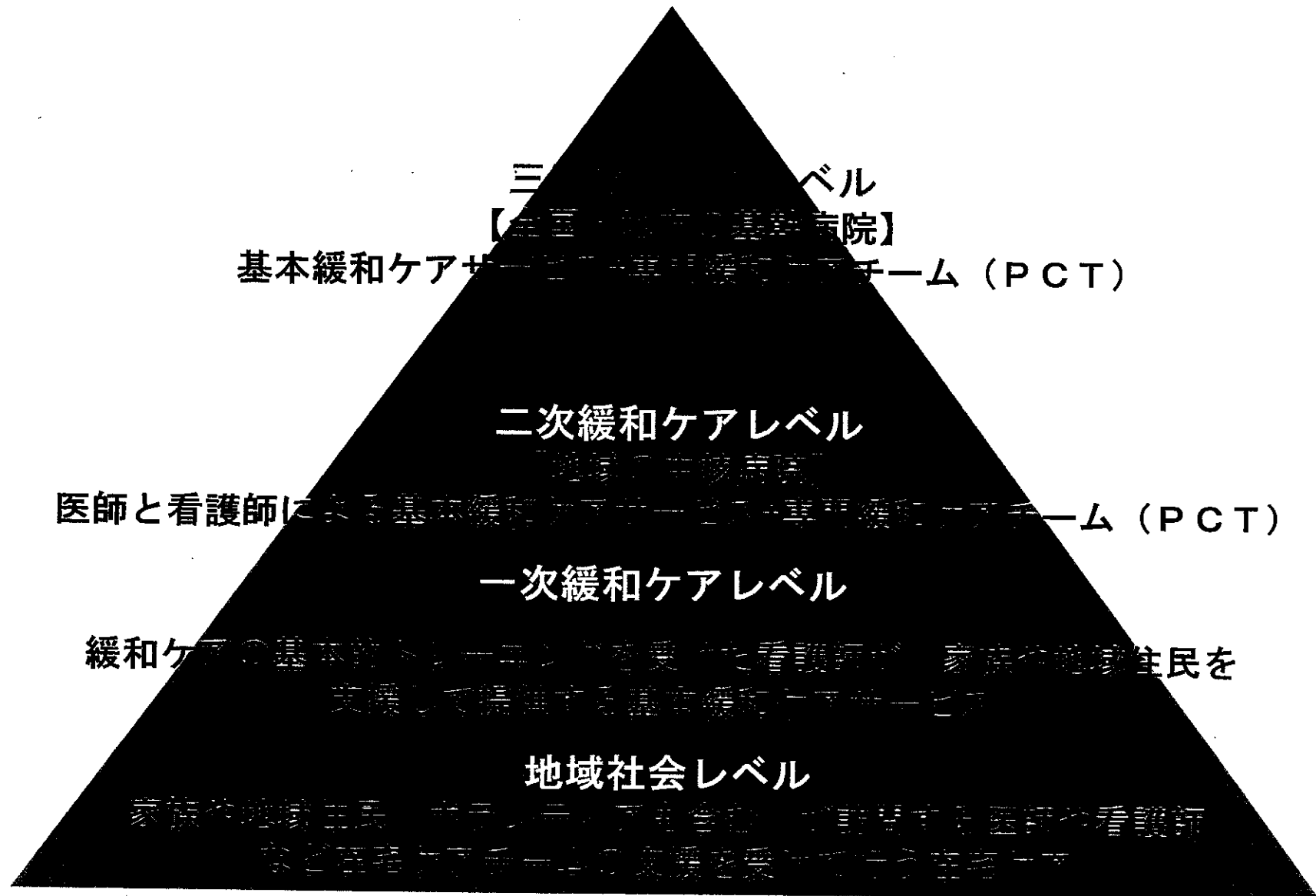


図8 地域緩和ケアネットワーク

Palliative Care (Cancer Control ; Knowledge into Action.
WHO Guide for Effective Programmes 2007)



英国Gold Standards Frameworkの普及システム

National Health Service(NHS)
(国レベル)

GSF中央チーム

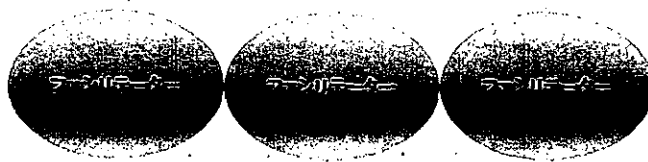
■GSF中央チーム

*タスク:各地域のGSF推進や円滑な実施を支援。
(例:Webサイトでの情報提供・ワークショップの開催・電話相談・ニュースレターの発行・診療支援のための様々なツールの提供)

Primary Care Trust(PCT)
(地域レベル)

Primary Care Trust(PCT)

人口10-20万人ごとの医療圏。
税を財源とし、管轄される医療圏の診療所医師・訪問看護師・保健師などによって提供される医療をすべて把握している。



■GSFファシリテーター

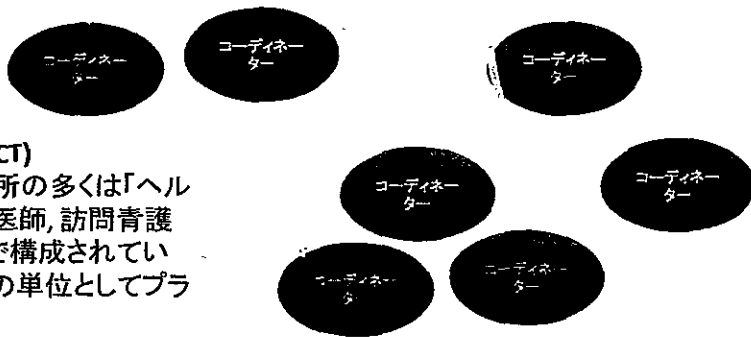
中央チームから教育を受けたGPや看護師などが各PCTに雇用され、配置される。PHCTのコーディネーターの指導等を実施する。

- *タスク
- ・実践のプロセスに関する監査とフィードバック
 - ・ディスカッションやコンセンサス形成のファシリテーション
 - ・計画立案、責任の割り当て
 - ・教育機会の提供
 - ・実践開発・プロトコール管理・データ収集

Primary Health Care Team(PHCT)
(診療所レベル)

Primary Health Care Team(PHCT)

GPがグループ診療を行う診療所の多くは「ヘルスセンター」と呼ばれ、多職種(医師、訪問看護師、保健師、各種療法士など)で構成されている。このヘルスセンターを一つの単位としてプライマリケアが運営されている。



■GSFコーディネーター

通常は訪問看護師がコーディネーターを担う。GSFでは、コーディネーターがその役割をうまくこなせるように様々なツール(practice co-ordination toolkit)が用意されている。

- *タスク
- ・各ケアチームのコーディネート
 - ・チームミーティングの開催
 - ・PCTのGSFファシリテーターの協力の下、各PHCTがGSFを実施できるように機能する。

■GSFの特徴

- もとは地域で行われていた取組が国家レベルに応用されたものである。
- これまでの知見やベストプラクティスをもとに策定された教育ツールによる人材育成(診療所レベルの草の根リーダーを養成)。
- 地域のファシリテーターが教育活動を展開するため、地域の医療従事者のレベルやニーズに合った進め方が可能。
- 最初からすべてを要求するのではなく、STEP1からSTEP3にわけ段階的にレベルの向上を目指す。
- 患者のみではなく、家族へのサポートにも主眼をおいたプログラム。

専門委員会意見提出用紙

委員名： 丸口ミサエ

課題	対応案
<p>●急性期治療病院での治療のあり方、在宅ケアへの依頼の仕方において次のような問題が非常に多い。(依頼する側の問題が多い)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がんが進行していく場合の患者・家族への説明が十分されず、何時までも治療の期待が持てるような説明がされている。 ・治療の効果が期待できなくなった時に、患者・家族の期待、希望にどこまで応え続けるのか、(自宅に戻れない、緩和ケア病棟にも移れない) ・転院先の病院は入院ベッドの確保としか考えられてない、 ・退院前から症状緩和もされてない、病院での医療をそのまま自宅でも継続するような状況で退院日になっている(一人の患者に高カロリー輸液、側管からの注射、多量の内服薬、各種ドレーンが留置など)、【ハイテク在宅医療の功罪】 ・退院前のカンファレンスでの在宅ケアを受け持つ医師からの助言、申し入れを聞かない(在宅ケアの理解がない)、 ・予後1週間くらいで訪問看護に丸投げされる、 ・退院後からの訪問看護では、信頼関係も築きにくいことがある、 ・なかなか訪問看護指示書が出されない、 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 療及び療養の場所に関する患者・家族の意思決定のための医療に関する相談を受ける人(医師・看護師)が必要である。 緩和ケアチーム 相談支援センター(看護師) 2. 緩和ケアチームの活動の強化 <u>1、2は専門・認定看護師の相談機能への加算が必要</u> 3. 退院前の外泊中に訪問看護が入れるようにする。 4. 医師の許可を得て、<u>MSW や看護師からでも訪問看護の指示書が出せるようにしてほしい</u> (独居の化学療法中の患者、外来で再発の説明をした患者には、早めに指示書を出す医師がいて、非常にうまく連携がとれている。)

5. 緩和ケア病棟は終末期がん患者のケアの場として地域におけるキーステーションとして、次の機能を持たせ、そこに加算する。

症状緩和を行い、訪問看護を依頼し在宅ケアにつなぐ役割、連携した診療所、訪問看護ステーションから依頼の入院の受け入れ。

加算

患者のケア

訪問看護ステーションと連携した教育体制を組む
地域へのコンサルテーションを行う

課題	対応案																						
<p>がんと認知症（せん妄）の問題</p> <p>病院、緩和ケア病棟、在宅でも、どこでも見てくれない。看れない。</p> <p><u>宮崎のグループホーム【かあさんの家】での看取り</u></p> <p>（資料提供：白十字訪問看護ステーション所長 秋山正子氏）</p> <p>看取った年齢 （30名）</p> <table data-bbox="358 622 739 853"> <tr><td>60歳代</td><td>1</td></tr> <tr><td>70歳代</td><td>6</td></tr> <tr><td>80歳代</td><td>14</td></tr> <tr><td>90歳代</td><td>6</td></tr> <tr><td>100歳代</td><td>3</td></tr> </table> <p>看取りまでの入居期間 （30名）</p> <table data-bbox="358 957 739 1236"> <tr><td>一週間以内</td><td>2</td></tr> <tr><td>3週間以内</td><td>6</td></tr> <tr><td>3ヶ月以内</td><td>7</td></tr> <tr><td>1年以内</td><td>7</td></tr> <tr><td>3年以内</td><td>4</td></tr> <tr><td>3年～5年</td><td>4</td></tr> </table>	60歳代	1	70歳代	6	80歳代	14	90歳代	6	100歳代	3	一週間以内	2	3週間以内	6	3ヶ月以内	7	1年以内	7	3年以内	4	3年～5年	4	<p>認知症患者のケアの施設・整備が必要</p>
60歳代	1																						
70歳代	6																						
80歳代	14																						
90歳代	6																						
100歳代	3																						
一週間以内	2																						
3週間以内	6																						
3ヶ月以内	7																						
1年以内	7																						
3年以内	4																						
3年～5年	4																						

入居者の病名 (55名)

がんで認知症	20
認知症	13
脳血管障害	10
呼吸器疾患	6
神経難病	3
腎不全	1
その他	2

現入居者	17
看取り	30
退去者	8

入居者の経過 (30名)

看取りまで	30
病院にて死去	3
自宅にて死去	2
他施設にて死去	1
回復して退去	2

課題	対応案
<p>●訪問看護の問題</p> <p>◆介護保険の限界があり、訪問看護が必要な人に訪問看護サービスを組み込めない。介護保険の使い控えなどの事態がおこっている。重篤で、医療処置が必要な人、試験外泊、一時退院、看取り、退院直後などの患者に必ずしも訪問看護が依頼されていない。</p> <p>◆退院日の訪問看護算定が、現在は「特別管理加算対象者」のみに限定されている。訪問が必要な患者への訪問が制限されている。</p> <p>◆1日2回以上訪問が必要な場合でも、「同一日に訪問看護ステーション2カ所が入れない」ルールがあり、訪問頻度の確保が困難になる。(小規模事業所が多い現状では、同一日に2カ所からの訪問の算定ができることが必要である。)</p>	<p>1. 介護保険の利用限度額外の扱い{(居宅療養管理指導)と同様}や、医療保険の「特別訪問看護指示書」(毎日、2週間訪問可能)を必須にする</p> <p>2. 訪問看護料を訪問1回ごとでなく、包括払いもあり得る。(ガイドラインや条件をつけて) 「例えば、〇週間、丸目で〇点、現場の即時判断で、必要に応じた訪問看護サービスを提供など」</p> <p>1. この対象限定を外す</p> <p>1. 小規模事業所が多い現状では、同一日に2カ所からの診療報酬の算定ができることが必要である。</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名：川越 厚

「地域連携を含めた緩和ケアについて・在宅緩和ケアの在り方について」

課題	対応案
<p>根本課題：</p> <p>在宅をふくめ、緩和ケアを必要とする末期がん患者に対する Safety net が十分整備されていない</p> <p>社会情勢として、がん死は増加の一途をたどっている。一方、在宅緩和ケアの実施困難ケースが増加している。</p> <p>以下、“在宅緩和ケア推進”という現行の戦略を継続するという前提に立ち、いま現場で問題となっている課題を掲げた課題：</p> <p>I. 末期がん患者の臨床的特性*1 (資料 1-1.2) を考慮した効果的な対策が講じられていない。形だけが整えられている*2</p> <p>具体的には：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) “寄せ集め型チーム*3”の形をとって在宅緩和ケアを提供するため、チームの統合性、スピード性、効率性に問題があり、高品質のサービス提供が難しい 2) 在宅緩和ケアを開始するまでに様々な Time lag*5 が存在する (資料 1-4.5)。特に病院と在宅医療機関との間に福祉が介在する介護保険下の病診連携は、末期がん患者に残された貴重な時間を浪費する大きな 	<p>根本課題に対する対応案：</p> <p>末期がん患者に対する戦略的・戦術的支援を根本的に見直す</p> <p>問題解決の方向の大きな柱である“在宅緩和ケア推進”が本当に適切なのか、をしかるべき場で審議、決定する</p> <p>対応案：</p> <p>I. 制度改正を含めた抜本的な見直しを行う</p> <p>がん患者を対象とした在宅緩和ケアと、非がんの高齢者を対象とした在宅ケアを区別する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 在宅緩和ケアを専門とする“一体化型チーム*4”を評価し、制度支援する (資料 1-3、一体型チームの例) 2) 介護保険制度を見直し、少なくとも末期がん患者に関しては福祉介在を見直す*6

原因となっている

Ⅱ. 現行の在宅緩和ケア供給体制では、在宅困難事例^{*7}に対応できない。がん治療終了後のフォロー体制に大きな影響力を持つ治療病院（特に医師、連携室の職員など）から見て、信頼に足る診療所が地域に育っていない^{*8}（資料1-6、事例）

Ⅲ. 在宅緩和ケアの普及、整備状況などを示す客観的なデータが存在しない

- 1) 在宅緩和ケアを行っている診療所などの施設基準がそもそも存在しない^{*10}
- 2) 在宅緩和ケアの普及状況を示す指標^{*11}が確立していない
- 3) そのため、国、都道府県、市町村レベルでの在宅緩和ケアに対する有効な目標設定、整備計画を立てることが非常に困難となっている

Ⅳ. 現場の実態が、立法・行政の方に十分届いていない。

Ⅴ. 在宅緩和ケアを提供する医療機関、訪問看護機関、薬局など、患者目線に立った有益情報が提供されていない

Ⅵ. 研修医以上のレベルでの在宅緩和ケア教育が適切な場で、適切に行われていない

Ⅱ. 困難事例に対応する緩和ケア専門チーム（緩和ケアを専門とする診療所と一体化した訪問看護ステーション）を地域に展開し、これからの時代にふさわしい新しいシステムを構築する^{*9}

Ⅲ. 客観的なデータの収集を可能にするシステムを確立し、そのデータに基づく各自治体レベルの対策を立てる

- 1) 在宅緩和ケアを行う医療機関の施設基準を明確にし、その普及状況を在宅緩和ケアの充実と評価するような評価体系を整備する
- 2) 在宅死率を正式な指標に位置づける
施設基準を満たす診療所の普及を在宅緩和ケアの普及と位置づける
- 3) それぞれの自治体レベルでの緩和ケア整備の評価を、在宅死率、在宅緩和ケアの施設基準を満たす診療所の数を指標にする

Ⅳ. 政策的に影響力の大きい戦略研究などは、さまざまな視点からの厳密な評価を行う。その上で制度化を検討する

Ⅴ. 医療機関に関してはいくつか情報発信の好事例があるので、患者サイドへ繰り返してPRする。訪問看護機関、薬局などの在宅緩和ケアに関する情報発信を適当な形で促す。

Ⅵ. 専門的、かつ高度の教育が可能となるような診療所、カリキュラムを整備する

- * 1: がん/非がん患者の最大の違いはケアの期間が短いこと。PCC 協議会の集計ではがん患者 (n=5936) の平均生存期間は 68.8 日 (中央値 32 日)、非がん患者 (n=608) の平均生存期間は 662.8 日 (中央値 331 日) であった。がん患者の 10 数パーセントは 1 週間以内、26%は 2 週間以内に死亡している。平均年齢 (70.2/85.3 歳) も有意に若い。
- * 2: がん患者と非がん患者とが在宅ケアの対象として、制度上同列に扱われている。そのために様々なひずみが生じ、結果的に患者サイド・サービス提供サイドに大きな不利益を与えている
- * 3: 在宅ケアのチームアプローチは、それぞれ別個に存在する、通常所属が異なる専門機関 (診療所、訪問看護ステーション、薬局、ヘルパーステーションなど) が即席のチームを組む、という形をとっている (これが“寄せ集め型チーム”の意味)。これは介護保険下の地域ケアの基本的な枠組みであるが、その枠組みの中に在宅緩和ケアが組み込まれている。そのため、チームアプローチにとって最も重要なチームとしての一体性、統合性、迅速性、効率性などに問題があり、結果的に提供するケアの質が落ちている。また費用対効果の点でも無駄が多い。
寄せ集め型チームは現行の介護保険制度におけるチームアプローチの基本枠組みであるが、高齢者の在宅ケアはともかくとして、それとは異なる臨床特性を持つ末期がん患者の在宅緩和ケアには、不似合いなシステムである。
- * 4: 在宅緩和ケアに関しては、むしろ高品質のサービスを提供するチーム (医師、訪問看護師が一体化したチーム＝一体化型チーム) があらかじめ地域に存在し、患者が出現するとすぐそのチームが対応するという形が望ましい。現行の地域サービスの基本方針は、寄せ集め型チームをそのままにして、専門職の底上げ、チーム間連携の改善、サービス提供のマニュアル化などをおこなって、提供するサービスの質を向上する、ということである。しかし、こと末期がん患者を対象とする場合は、これを改める必要がある。
- * 5: その他さまざまな原因に基づく、病院内の Time lag、在宅医療機関の開始 Time Lag などがある。
- * 6: 末期がん患者に関しては、病診が直接連携を取るシステムにインセンティブをつけるべきである。その他の原因による Time lag は一部を除いて、運用の問題として解決できると考えている
- * 7: 家族の介護力が弱いケース (独居世帯、高齢者世帯、特に夫婦とも認知症、介護する家族が統合失調症など)、家族調整が難しいケース (離婚直前の家庭、子供が引きこもりなど)、金銭的に困窮しているケース (生保ではないがぎりぎりな生活状況にあるケースなど)、医療処置が難しいケース (モルヒネの硬膜外あるいはクモ膜下持続注入

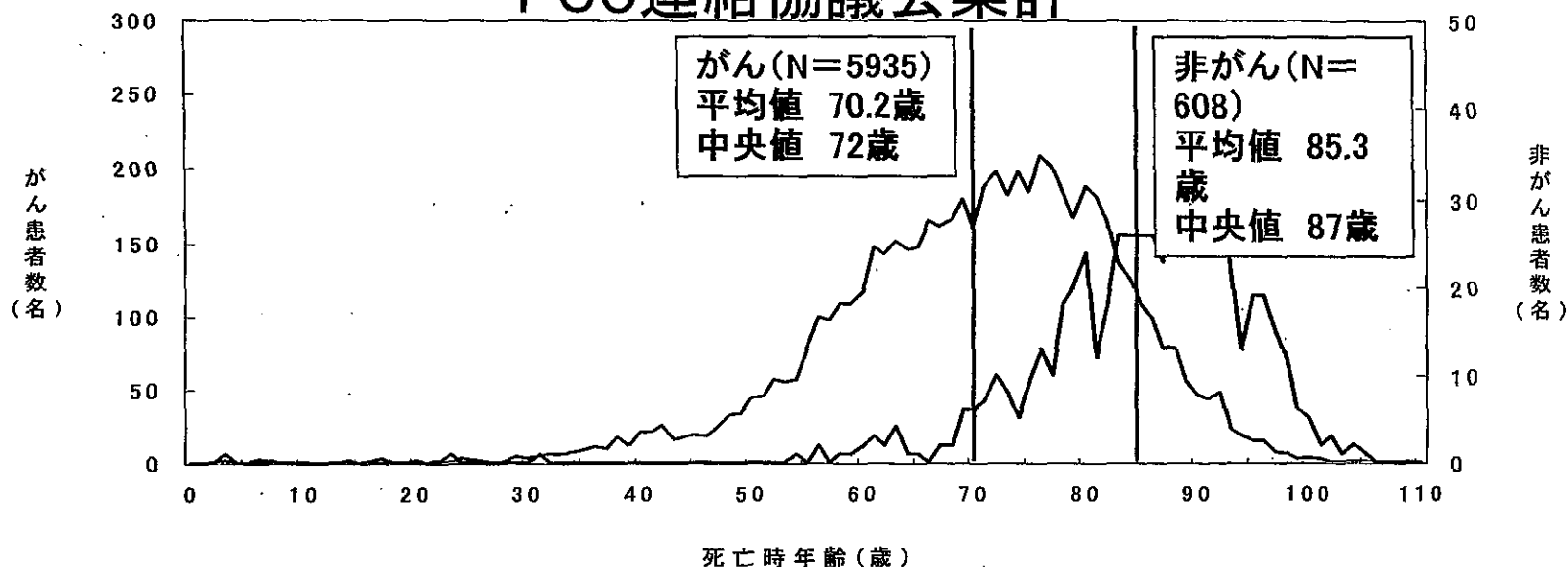
ケースなど)、若い患者など

- * 8：厳格な 24 時間体制を取らず、簡単なことでもすぐ病院に投げ出す診療所があまりにも多いため、がん治療病院が最初から在宅をあてにしなくなっている、という現象が現実には起きている
- * 9：Easy Case は地域の一般の診療所に委ね、困難事例は専門チームが担うという形で、末期がん患者に対する Safety net を充実する
- * 10：在宅医療支援診療所（在支診）は主に 24 時間ケアを厳密に行っているが、それは在宅緩和ケアを行っているという保証にはならない
- * 11：現在最も有用な指標はがん在宅死率。ただし国レベルの在宅死率は公表されているが、都道府県、市町村などのデータは公表されていないし、個人情報保護の壁があって集計が困難。在宅療養支援診療所の数は、現段階では参考にならない
- * 12：現場の実情とはほど遠い形で、在宅緩和ケアの制度整備が行われてきたし、これからもその恐れがある

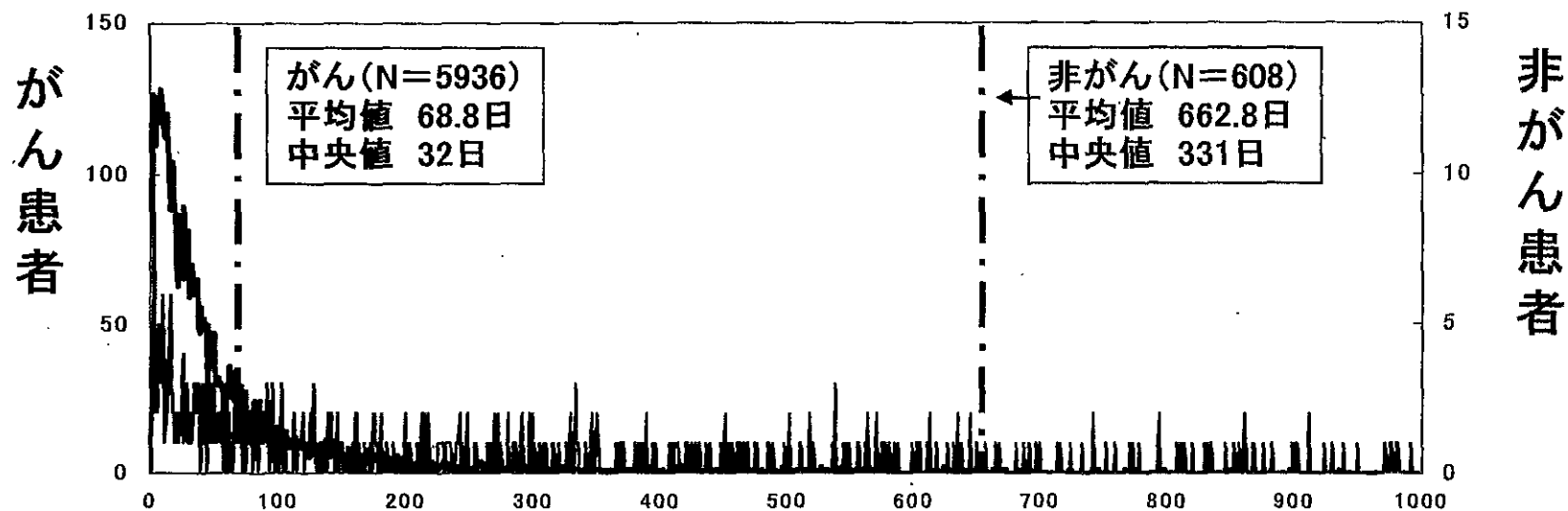
がん／非がん患者の年齢分布

資料 1-1(川越)

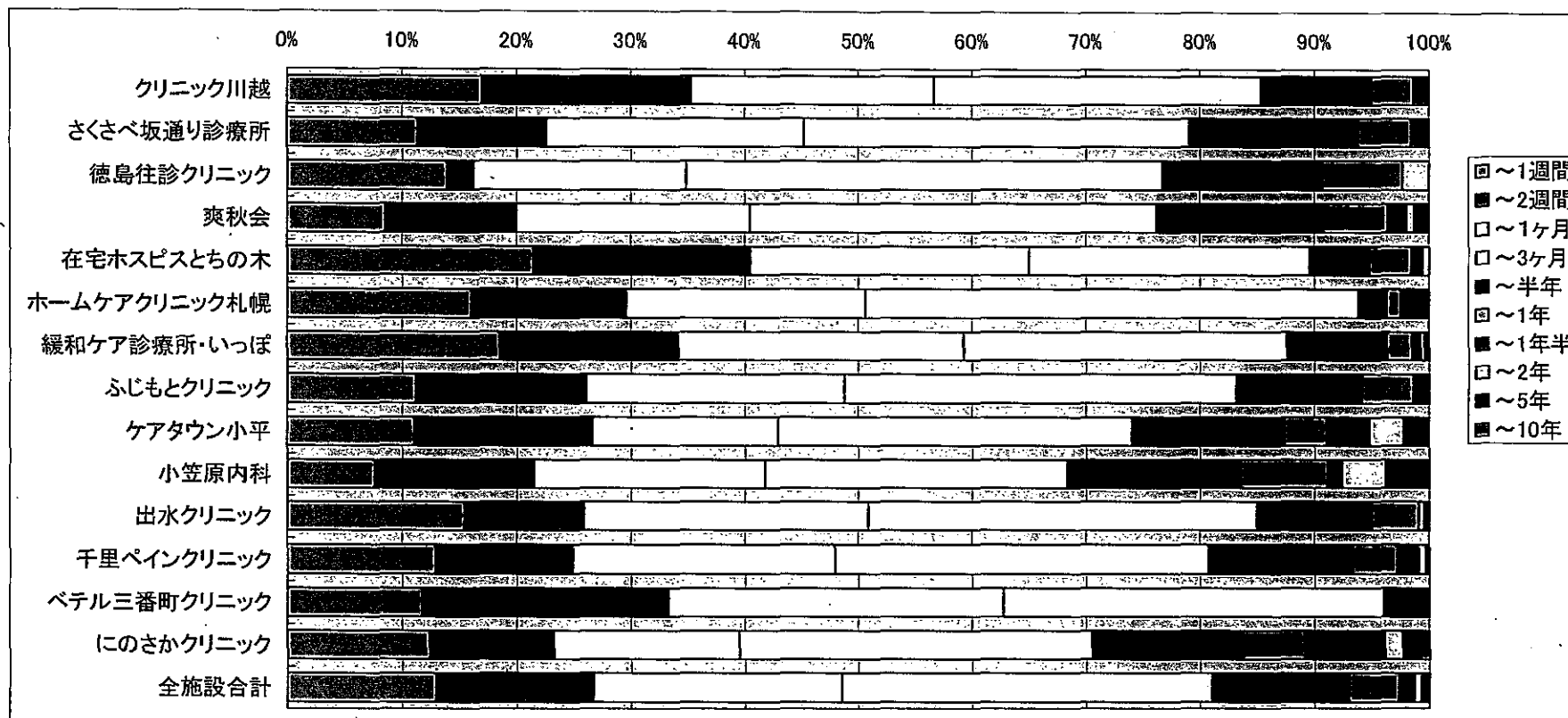
PCC連絡協議会集計



がん／非がん患者の在宅生存期間



在宅緩和ケア開始から死亡までの 期間別頻度



(PCC連絡協議会集計)

在宅緩和ケア専門チーム(HPCT) 一体化型チームのイメージ図

緩和ケア
(支援)
診療所
(PCC)

ケアの哲学
実践PRGMを
共有する、
一体化した
チーム

緩和ケア
(支援)
訪問看護
機関
(PCNS)

PCC=Palliative Care Clinic HPCT=Home Palliative Care Team
PCNS=Palliative Care Nurse Station

Time Lagの問題

資料 1-4(川越)

死亡

緊急対応

4

緊急事態

初回往診

③

②

相談外来

①

①: 退院調整

Lag

②: 在宅移行

Lag

③: 在宅開始

Lag

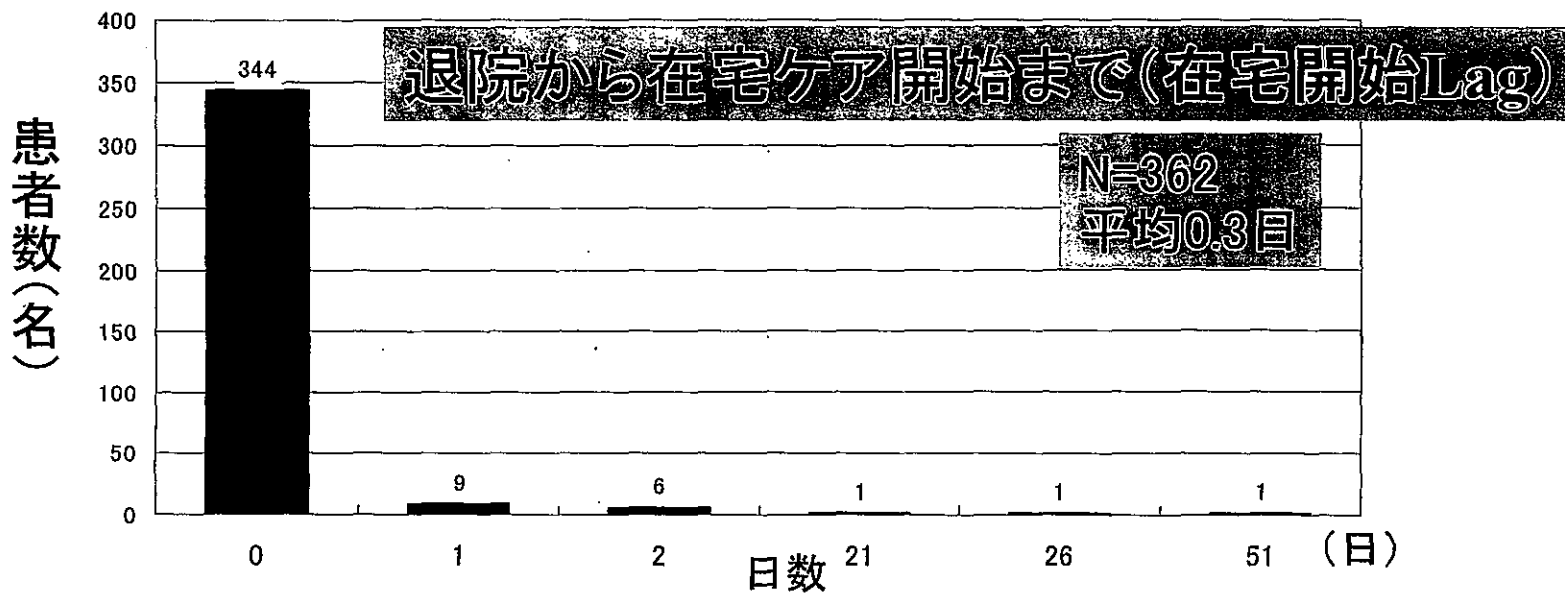
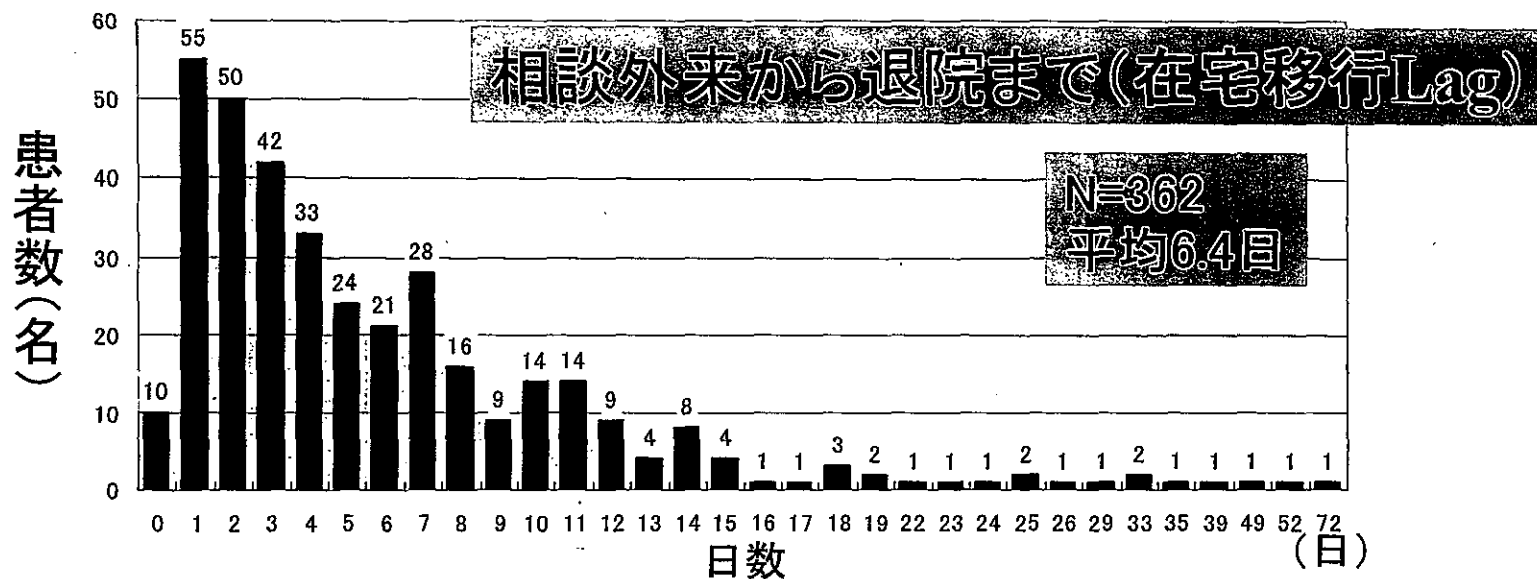
④: 在宅対応

Lag

相談外来から開始までの日数

資料 1-5(川越)

2003/7~2010/6 相談時入院患者



このケースをどう考えるか？

83歳女性,乳がん。在宅希望のケース

10/4 A病院(大学病院)→B病院(PCU)紹介。“入院したくない”、キャンセル
 A病院→C病院(一般病棟)紹介、受診したが“在宅希望”のため断る
 C病院→D診療所(C病院と同一法人)紹介。薬を置いていくだけの
 医療なのでD診療所を断る

10/6/2 嘔吐のためA病院を受診→C病院受診を再度勧めた

6/3 当院へ電話相談(この段階で当院未受診)→A病院受診を勧めた

6/4 A病院受診。PCT担当医師怒る。「診療所を紹介した覚えなし」と

夕方、“紹介状”を持って当院相談外来受診。在宅ケア開始

“当院への紹介状に書かれた内
 容”

<p>備 考 (患者に関する留意事項)</p>	<p>A病院 は患者さま(とくに癌患者)が緊急入院や療養を希望されても期待に えられないので、緊急対応が可能で緩和ケアも提供していただける一般病院を紹介 しています。ホスピスを希望される方は、A病院 では「まれ」です。<u>患者さまが 在宅を希望されたときは、在宅医から緊急のバックアップを要求されるので、こち らとしては一般病院を紹介する以外に選択肢がありません。今後ともご指導くださ い。</u></p>
--------------------------------------	---

在宅緩和ケアにおける、患者・家族への支援体制の問題 一目次-

医療法人社団バリアン クリニック川越 川越 厚

問題点	番号	問題テーマ・問題点	
I. 患者・家族を支援するためには、サービスを提供するチームの統合性も重要だということ	I-1 治療病院と診療所との連携。 "治療病院の医師と在宅医との統合した形のサービス提供は、患者・家族支援の基本"	1	患者・家族が在宅を希望しているのに、治療病院が最初から診療所とチームを組まない理由 病院の都合を優先し、患者のことを支援するという視点が欠けるとこのようなことが起きる 安易に病院力に頼ろうとする、在宅医の責任も大きい
		2	これからますます増加する、困難事例への支援 "一般病院が受け入れない患者をどうすればよいか" "在宅は受け皿となり得るか" 現在の地域における支援体制では、在宅で受け容れることも難しい 困難事例を受け入れる、在宅緩和ケアチームの誕生が必要である
		3	治療病院と在宅緩和ケア診療所が連携しがん患者を支援する(成功例) -併診の問題- "重要なのは、治療方針の共有、責任分担の明確化"である
		4	病院医師の、在宅緩和ケアに関する知識不足が原因で生ずる、患者支援上の問題 多くの病院の医師は在宅緩和ケアについての知識、地域の状況などの情報に疎い
		5	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"とこのケースの家族は憤っていた
		6	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、患者は悩み続ける。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。
	I-2 他の診療所との連携	7	主治医・副主治医制度(いわゆるドクターネット)が、末期がん患者と家族を本当に支援するか、という問題 このシステムは完全に医療者視点。統合性、迅速性、効率性を要求される在宅緩和ケアの支援体制に向いていない
		8	在宅緩和ケアを担う診療所の要件。安易に病院に頼らない診療所を制度支援すべきである 逆に、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?
	I-3 チーム内の統合性 "統合性のとれたケアは、在宅緩和ケアの大原則。患者・家族支援の基本である"	9	在宅で問題が生じた時、すぐに対応することが患者・家族の安心につながる 本ケースは成功事例であるが、日常的にこのような対応することが患者・家族の支援になる
		10	外部の常時連携していない訪看ステーションとの連携は、質の高い緩和ケアを提供できない 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
		11	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最重要課題である 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 ケアの概念、実際のやりかたの共有は、在宅緩和ケアの大原則であり、患者・家族支援の基本である
		12	在宅緩和ケアには、厳密かつ確実な24時間支援体制が必須である。看板に偽りのある24時間ケアは在宅患者を支援するどころか、かえって不安にする恐れがある 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 在宅緩和ケアにふさわしくない24時間ケアとは、①責任体制が厳格でないもの②リアルタイムに患者情報を把握していないもの③緊急出動を厭わないもの④状態が安定している時だけの24時間対応、などである。
	I-4 薬剤師、その他の医療者との統合性も重要課題	13	薬剤師の関わりは、在宅緩和ケアにおける患者・家族支援に大きな意義を持っている
		14	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優れているわけではない。関わり方は非常に重要である
		15	介護保険範囲の介護支援専門員には、在宅緩和ケアのマネジメントは難しい。 ケアマネの独走(患者の希望、主治医の意向を無視した発言やアレンジ)が、患者をしばしば不安に陥れる。 医療が大きな位置を占める在宅緩和医療では、ケアマネジメントはケアマネが行うのは適切でない
	I-5 福祉との連携の問題 "在宅緩和ケアは両者の有機的な連携が不可欠"	16	独居などの在宅緩和ケアが難しいケースでは、ケアマネにコーディネートを押し付けるのは酷である。 本ケースは、独居、認知症の最後の砦は在宅か、という問題を提起している。 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
		17	足の速い在宅緩和ケアでは、ケアマネ主導のケースマネジメントは患者・家族の支援になるか? 癌末期の利用者の対応ができるケアマネは少ないし、彼らをふさわしい専門職に育てるにはあまりにも無駄が多い。
		18	医療と福祉の連携は重要であるが、非常に難しい問題が多々ある。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。
		19	医療職(看護職など)のケアマネは減少傾向にあるが、その独走も時として問題になる 治療目標の共有が出来ていない状態で、ケアマネ(看護師)が個人の考えを述べると、それだけで患者は不安に陥る
	I-6 その他	20	医療の重要性が高い末期がん患者を医師抜きで、福祉職だけで対応できない。 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?
		21	他職種との稀な連携も、時として患者を支援する 生存中の本人の意志を福祉に託すことは出来ないのか

問題点	番号	問題テーマ・問題点	
II. 対応の 迅速性の 問題 ”短期 勝負の在宅緩和ケアでは、無駄なTime Lagが患者・家族に多大の不利を与える”	II-1 治療病院との連携に時間浪費は許されない	22 なぜ、初診時死亡診断というようなことになったか？ 患者サイドの問題：最期まで化療を希望 治療サイドの問題：①治療病院とPCUとの連携が取れていなかった②PCUは2ヶ月も患者に関わっていなかった③PCUと当院とが最後まで連携をとっていなかった	
	23	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もうとしないのか？ 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	
	24	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。 足が末期がん患者にとって、在宅移行へ無駄な時間を費やすことは、在宅での穏やかな時間を短くする	
	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	25	ERが末期がん患者の最終的なSafety netとして機能している問題。 在宅のSafety netを確実にするため、ERをも支える専門チームが在宅に育つべきである。
		26	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。 肉体的な苦痛の緩和は、医師に求められるイロハである
		27	治療病院から在宅医療機関への紹介の問題。 逆紹介のタブーを打破せよ。 なぜM病院は、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？
		28	拠点病院を中心とした、ネットワーク(NW)作りは、本当に患者・家族を支援するのに役立っているのか。 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、形だけのNWは患者視点に立ったものでないため、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と治療病院は連携して患者と家族を支援しないのか。
		29	医療が必要になる！と、病院や他の医療機関へ丸投げする診療所の問題 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、患者・家族の支援を妨げている。
	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	30	医療を理解していない福祉(この場合は地域包括)が病院と診療所との間に介在し、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に徹底しないと、患者サイドに多大な不利益を与える
		31	福祉系の介護支援専門員が、医療内容、診療報酬等の説明をするのは難しい 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ター(基本的に看護職が担うべき)が必要
	II-4 チーム内の連携が悪く、対応が遅れたケース	32	連携する調剤薬局の問題。 在宅緩和ケアは24時間365日対応が原則。休日、夜間対応する薬局を積極的に評価する必要あり
		33	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は、患者・家族の苦しみに目をつぶることになる 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。
	II-5 専門チームが関わり、迅速対応したケース	34	がん治療病院の地域連携は、患者・家族の思いを大切にしているか？ 「家で過ごしたい患者」を何故PCUに紹介するのか？ A病院は、わが国のがん診療拠点病院の中心的存在である！これは、決して例外的なケースではない
	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	35	病院でも手に余る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、在支診があつたが、そこでは受け入れを拒否

問題点		番号	問題テーマ・問題点
Ⅲ 効率よく、 患者・家 族を支援 する	Ⅲ-1 病院で の退院調 整は問題 があるこ とを示す ケース	36	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、適切かつ時間的な口をしない指導が求められている
		37	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
		38	病院連携窓口で在宅支援をするのが、本当に家族支援となっているのか？ 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たしたケース
	Ⅲ-2 現行の、 よせ集め 型のケア チームは 在宅緩和 ケアに不 向きであ る	39	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 在宅緩和ケアでは、チームを組む具体的な相手の専門職としての実力がないと、十分な患者・家族支援ができない 在宅における現行のチーム編成は、そこで初めて結成されるチームなので、高品質のケアを提供することが難しい
		40	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
		41	ターミナル期に対応できないケアマネが、チームの一員として関わる問題 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。
		42	複数の機関の同一専門職が関わると、ケアの質で問題となることが多い。 訪問入浴同行看護師と、在宅緩和ケアチームとの連携の問題。 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
	Ⅲ-3 その他	43	複数の同一専門職が同時に関わる問題 この場合は、病院の訪問看護と在宅の訪問看護 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
	Ⅳ その他 患者・家 族の支 援のため に、専門 医療職 (医師、 保健師な ど)との 協働が不 可欠な ケース	Ⅳ-1-1) 統合失調 症の家族	44
Ⅳ-1-2) 統合失調 症の患者、 統合失調 症の家族		45	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
Ⅳ-1-3) ポート挿入 に関する、 病院の支 援		46	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

在宅緩和ケアにおける、患者・家族への支援体制の問題 - 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
----	----------------	-------------------	-------	-------	--------------	-----------	-----------

1. 患者・家族を支援するためには、サービスを提供するチームの統合性をもっとも重要だということ

I-1 治療病院と診療所との連携。 ”治療病院の医師と在宅医との統合した形のサービス提供は、患者・家族支援の基本”

1	83 F 肺	A大学病院 B病院・B診療所	<p>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病院の緩和ケアチーム(PCT)の担当医師怒る(患者と当院に！対して)</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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)</p>	<p>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)。</p>
2	72 M 舌	A病院(がん専門病院) B一般病院	<p>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SWに当院を紹介されたとのこと。 アル中、認知症(?)の診断あり。</p>	<p>A病院(がん専門病院)の治療が終了し、B病院(一般病院)へ転院した。 B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。認知症があったら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ぬ。やっと見つけた病院だ」</p>	<p>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</p>	<p>①A病院は在宅希望の患者を病院へ紹介 ②転院先のB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</p>	<p>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！)。</p>
3	76 F 悪性リンパ腫	A病院血液内科	<p>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)。</p>	<p>A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</p>	<p>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”</p>	<p>A病院とは日ごろから非常によく連携ができています。 A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。</p>	<p>A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の機会を頂き、お互いの理解を深めることができた</p>

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	A病院 B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。「家で死ねるわけが ない。入院なさい」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。 「自宅で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	A病院 B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「家で死ねるわけがな い」と取り合わず。 ケアマネに相談して在宅 移行した。	A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」というコメントの返事のみ。 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 ”A病院の主治医は、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つ 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	A病院	20XX/5 本人には家族 がなく、親族とも疎遠。親 族を頼りたくないで早め 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、A病院医師は緩 和ケアは必要ないと情報 提供せず	A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、通院しても らいながらにて緩和ケア併診。 20XX+2/5 抗がん剤治療は副作用が つらく、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 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 他の診療所との連携 “統合性、迅速性、適切性が要求される在宅緩和医療では、異なる診療所との連携は大変難しい課題”							
7	60代 F 肝	A県Drネットの診療所 B訪看看護ST	死亡前日：看護師訪問。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。 →看護師へ連絡。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県の担当看護師より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看護師が約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け。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) 後日、「このシステムは絶対に広げてはならない」という強烈な言葉を、地元の別の訪問看護師から間接的に耳にした	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が聞いたことがない” 主治医・副主治医制度は、時間的な余裕があり、医療依存度が低い非がんケースで有用かもしれない。	問題例はともかく、むしろ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 在宅緩和ケアに関しては、決して好事例ではない	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。 看護師や他の家族が慰めることになった。一生懸命やってきた看護師も無力感を感じた。
8	82代 F 肺	A病院 B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。	B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？		
I-3 チーム内の統合性 “統合性のとれたケアは、在宅緩和ケアの大原則。患者・家族支援の基本である”							
9	84代 F 肺	A在宅診療所 B訪問看護ST(Aと同一法人)	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を受ける。 /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B訪看ST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が重要であることを示すケース 本ケースは好事例に属するが、日常的にこのような対応を取ることが重要。 そのためには、医師と看護師が密接な連携関係にあることが重要	A診療所とB訪看ST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
10	65 F 肝	A訪看ステーション (外部訪問看護ST) B診療所	普段チームを組んでいないA訪看STとB診療所が連携して在宅緩和ケアを提供。 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。	A訪看STの看護師は緩和ケアの基本理念を理解していないため、看護師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、B診療所医師は同時進行で行った。	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、細かい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、日ごろからチームを組む院内訪問看護師と力量が同程度だったとしても、外部の訪看STと連携すると、医療サービスの質は落ちる。	
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病院緩和ケア病棟入院。6/16永眠。	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、在宅緩和ケアの哲学にそぐわない。 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。	N訪看STの看護師さんからは、「抜いてもらえば楽になるのよね」と言われたのですが...
12	37 F 胃	A病院 B訪問看護ST(普段チームを組まない、別法人のステーション) C医院	XX/6/7家族よりC医院へ、在宅療養希望の電話連絡 6/9地域のB訪看STに依頼し、協働で在宅ケアを開始。 6/11 脳梗塞様症状出現。往診後、B訪看ST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。 B訪看STは24時間対応体制を取っているとの届け出をしている。 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、患者数が多く手一杯だったため	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時間対応なのか? 1:緊急対応ができない24時間体制なのか? 2:在宅がん患者に対応できるステーションが少ない。	0:在宅療養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、緊急対応を行いきにくい。	夫の声 「B訪看STとC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。C医院の訪看STが空き次第、ぜひ変更して欲しい」

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
I-4 薬剤師、その他の医療者との統合性も重要課題 “医師と看護師の間ほどの密な連携は必要ないが、重要であることに変わりはない”							
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 診療所	患者家族の希望により、在宅緩和ケアに慣れてい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	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ようことにした。 患者から『歩くのが大変になった』『食べられなくなった』という話しを聞いた薬剤師は、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割く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	

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 “在宅緩和ケアは両者の有機的な連携が不可欠”							
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。医師はそれまでの関わりの中で、以下のことを把握していた。そのことは訪問看護師にもケアマネにも伝えてあった、 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トとして適当か？ 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かった(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 対応の迅速性の問題 ” 短期間勝負の在宅緩和ケアでは、無駄なTime Lagは患者・家族に多大の不利益を与える”							
II-1 治療病院との連携に時間浪費は許されない							
22	59 M 腎	A病院 B病院(がん専門病院)PCU	10/7/7 A病院(一般病院、PCUあり)相談外来受診*1 /9/7 B病院からA病院へ紹介*2 /9/8 B病院よりTel(14:00)→往診(18:30)→死亡診断(19:00)*3	*1 この時、B病院(がん専門病院)で化療中。患者フォローの中心はB病院。 *2 A,B両病院はこの間連絡をとっていない。 *3 B病院のPCUはBedの都合で、緊急入院ができなかった	なぜ、初診時死亡診断というようなことになったか？ 患者サイドの問題；最期まで化療を希望 治療サイドの問題：①治療病院とPCUとの連携が取れていなかった②PCUは2ヶ月も患者に関わっていなかった③PCUと当院とが最後まで連携をとっていなかった	PCUは入院するまで外来管理をし、緩和ケア診療所と連携しない傾向がある。 本ケースは、外来化療期間中の関連医療機関(化療実施病院、PCU、在宅医療機関)の連携が難しいことを示している。複数の医療機関が関わる形での緩和ケアは、非常に難しい。	「思い余ってのお願いでした。急な経過に驚きましたが、警察沙汰にならなくてよかったです」(妻)。 「私の時も、息子のようにお願いします」(同居する母)
23	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)	
24	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PCUに入院 /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は、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							
25	63 M 食道	A診療所(かかりつけ) B病院ER C病院	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(C病院)。以後A診療所の医師が診察。 /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 ER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。	
26	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
27	72 F 乳	M病院 K診療所	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『麻薬処方できない』と診療を拒否した。半月後何も食わず動けなくなり、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死した。	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病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病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。」
28	75 M 甲状腺	AC病院 Y医院	Y医院からA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、A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。	A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(NW)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、引き受けていない。(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！」
29	● ● 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)からの紹介までに時間がかかり、対応が遅れたケース							
30	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
31	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	年齢性別原簿	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 ”在宅緩和ケアに携わるチームにとって、チーム内連携は最重要条件”							
32		薬局	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		
33	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月中旬永眠。	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 ”在宅緩和ケア専門チームはこれからの最重要検討課題”							
34	81 M 食道	A病院(がん専門病院)、S病院のPCU、クリニックK	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	A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? A病院は、がん診療拠点病院の中の心的存在である! 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 ”II-5と同じ”							
35	84 M 咽頭	?→Y病院(一般病院)→クリニックK	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	病院でも手に余る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 効率よく、患者・家族を支援する							
III-1 病院での退院調整が無駄だったというケース “在宅緩和ケアのことは在宅の専門チームに任せるとい、新しい発想が必要”							
36	82 M 白血病	Q病院 クリニックK	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。 それに応え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)
37	71 M 脳腫瘍	A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。	
38	70 M 腎	J病院 A地域包括支援センター	XX年9月 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 現行の、よせ集め型のチーム体制は在宅緩和ケアに不向きである”現行のチーム体制は、経過が長期に及ぶ非がん患者に適している”							
39	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問STが手一杯。医療レベルは高いと評判の地域の訪問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(針が自然抜きし激痛で苦しむ)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てくれなかったり説明が十分でなく、不安だった(妻談)
40	63 F 大腸	NS訪問、NS居宅介護支援、FZ診療所	病院からの退院時に病院の訪問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、現場で外部訪問に技術指導を行った。 訪問の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。	他の訪問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	
41	89 F 肺	A病院 O診療所 O訪問ST S居宅支援事業所 A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、玄関で家族と話し合っていた。 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。
42	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							
43	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つ 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た ねる方が効率的	
Ⅳその他 ” 患者・家族の支援のために、専門医療職（医師、保健師など）との協働が不可欠なケース”							
44	70 M 肺	A診療所 A訪看ST	09/6/4在宅死(42日間 の経過)。死後のケアの 時、「辛い時、何かあつた らこちらに連絡を下さい」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	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、そちらにつ なぐことができた。 それ以後は電話をかけてき 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、 合わせてください」
45	67 F 肺	A診療所 A訪看ST 保健師 B病院(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 保健師へ連絡を取り、相 談しながらケアにあたつ 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、保健師へ連絡し、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、長女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 や保健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 も全く聞く耳を持っていなかつ 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
46	60 M 肺	A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

専門委員会意見提出用紙

委員名： 余宮きのみ

課題	対応案
<p>【病院側の課題】</p> <p>① 病院の医療者が、「患者がどのような療養を希望しているのか」を理解していないことに大きな課題がある。適切なタイミングで、患者に「どこでどのような診療を受け、療養したいのか」「何を大切に療養していきたいのか」などをきちんと尋ね、患者の療養の希望を理解してはじめて、患者の希望に沿った地域連携をタイミングよく、適切に行うことができる。しかし、現状では、患者の希望を尋ねることが十分行われておらず、医療者の価値観や病院の事情（ベッドコントロールなど）で、患者の療養が方向づけられている傾向がある。その結果、患者が見捨てられたという思いを持つようになり、紹介元と紹介先との良好な連携関係が阻害されている。また地域連携のタイミングが遅すぎるため、本来の患者の希望がかなえられないことが多い。患者は亡くなっていかれるので、医療者は問題を感じつつも同じ過ちを繰り返していることも多い。</p> <p>② 緩和ケアチームや相談支援センターが患者・家族の希望を理解したり、地域連携の機能を持っているが、十分機</p>	<p>病院の医療者は、「患者・家族」と「連携する医療機関」と良いコミュニケーションをとることが求められる。この最低限必要とされることをどのように実現すべきか、以下。</p> <p>① 医師、看護師、薬剤師などの医療スタッフが、治療を検討するとき、患者の個別性を十分理解することの重要性を教育する（少なくとも、がん診療連携拠点病院の医師、薬剤師は、緩和ケア研修会を必修する。また同病院の看護師も ELNEC-Jなどを必修化するなど）ただし、これらの研修会だけでは不足であり、質の高い緩和ケアチームの活動が必要である。</p> <p>② 緩和ケアチームへの紹介は主治医だけでなく、患者や看護師の希望によって受診できるようにするのが必要。緩和ケアチームと主治医との関係性は、患者にとっても重要であるため、このことを全国統一で明文化するのが望ましい。</p> <p>上記のことを実現した場合、医師の中にも抵抗感を感じる可能性がある。緩和ケアチームがうまく機能するた</p>

能が発揮できていない。特に緩和ケアチームにいたっては、主治医が紹介しないと緩和ケアチームを受診できないシステムの病院が多い。死亡直前になって緩和ケアチームが介入し、今までの療養が患者の希望に沿ったものではなかったことが明らかになることも多い。水面下には、必要にもかかわらず緩和ケアチームを受診できない患者・家族も非常に多いと考えられる。

- ③ 患者が適切に緩和ケアチームの受診をすることができない要因として、受診には主治医による依頼が必須となっていることや、患者・家族が苦痛や希望をうまく主治医に伝えられていない現状があげられる。また主治医に、患者の希望を把握するコミュニケーションの能力が低いこともあげられる。
- ④ がん対策基本法により緩和ケアチームが多くできたが、今後は緩和ケアチームの技術向上が必要である。緩和ケアチームの質の向上のためにも活動の活性化が必須である。緩和ケアチームの質は、必ずしも依頼件数に依存はしないが、依頼件数が少なすぎる施設はその活動の実態や質が疑われる。
- ⑤ がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームは、緩和ケア加算を取れない病院もある。そのため、院内の理解も得られにくい可能性がある。
- ⑥ 患者数に対する病院に従事するソーシャルワーカーの

めにも、各施設の医師、看護師、薬剤師、事務などの職種のプロップが、緩和ケアについて深く理解していることが必要である。これらのプロップの、緩和ケアについての研修をさらに推進する必要がある。おそらく、「医師のための緩和ケア研修会」の履修だけでは不十分なことは明らかで、継続的な働きかけが必要である。

- ③ 患者が自らの苦痛や希望について表明し、医療者に伝わりやすいように、患者自身が苦痛や希望を記載できるものを作成し、活用するようにする（見本は作成してもいいが、地域性や病院の性質によって好ましい形態は異なる可能性があり、内容は各施設にまかせるなど）
- ④ 緩和ケアチームの質の向上に、医師のための緩和ケア研修会で形成されている緩和ケアチーム医師、看護師、薬剤師のネットワークを利用できないか。
- ⑤ 緩和ケアチーム加算がとれない緩和ケアチームの原因を検討し、対策を講じる。不足している職種（精神科医師など）については、非常勤でも低額にして加算可能にするなど。

数が不足しているため、地域連携に支障をきたしている可能性がある。

【在宅診療側の課題】

- ① 緩和ケアのできる医師が少ない
- ② 緩和ケアの研修をするための機会の不足
- ③ 医師の絶対的な不足のため、緩和ケアに手が回らない

- ① がん患者の診療を行った場合、加算など、診療報酬上での利点が生じるようにする（単なる高血圧症の患者を診るのとでは、要する時間に大きな差が生じるため）。
- ② 緩和ケア病棟や緩和ケアチーム、すでにごがん緩和ケアの診療をおこなっている診療所で、開業医が研修できるシステムを作る（休診にする負担を最小限にする配慮が必要。むしろ顔の見える関係を築くことで、診療連携や継続的な学びに結びつくことが第一と考え、1日研修×2位でも可能とする）。または、逆に緩和ケア病棟医師などが診療所を訪問し開業医が検収しても良いことにするなど。
- ③ 訪問看護ステーション、訪問介護事業所、調剤薬局の有効な活用（これらのスキルをアップさせることで、医師でなければならない医療行為以外は、これらが行う）

【介護が必要となった段階での在宅の課題】

① 一人暮らし、または介護者が働いている場合には、在宅医療の環境が整っていたとしても、介護者の不在から入院が必要となる。転倒時の対処や排泄時の介助など、訪問介護による数時間の対応では在宅療養できないため。

- ① このような患者が在宅療養するには、i. 家族ががんになった場合の介護休暇の自由度を広げる、または介護休暇期間を延長する、ii. 訪問介護の更なる充実、iii. 入院施設の確保などが対策として考えられる。
- ② この中で、入院施設の確保は比較的現実的と考えられる。緩和ケア病棟の施設基準は満たさないが、がん終末期のケアが行える施設基準を作り、施設の認定をする。そうすることで、終末期ケアができる施設の情報公開となる。施設の緩和ケアの質の向上、緩和ケア病棟の入院待ちの患者への対応が可能となる。

委員名：前川 育

課題	対応案
<p>①県や地域によっては、在宅で緩和ケアのできる医師（開業医）が少ない</p> <p>②訪問看護ステーション・訪問介護事業所のレベルは？</p> <p>③病院・開業医・訪問看護ステーションの連携は？</p> <p>④自宅で過ごすで、家族への遠慮と共に、 痛みのコントロール・緊急時の不安が大きい（患者）</p> <p>⑤自宅で看ることへの不安 マン・パワーの不足（家族）</p> <p>⑥近年、増えていると思われる一人暮らしのがん患者へのサポートが難しい</p> <p>⑥患者・家族が、各自で在宅緩和ケアをするクリニックを探さないといけないケースがある。</p> <p>⑦「病院よりも在宅で過ごす方が良い」と、家族はそれに捉われ、自宅で看ることが出来なかった場合、自分を責める。在宅は良いのかもしれないが、地域医療の受け入れ体制が万全ではない。</p>	<p>情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すべての都道府県で、在宅緩和ケアの可能な医師（クリニック・診療所）の名簿を作成する <p>育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅緩和ケアのできる開業医と訪問看護師を早急に育成ネットワーク ・在宅医同士のネットワークの構築（患者を一人の医師が診るのではなく、協力体制が必要） ・在宅医と病院の緩和ケアチーム、及び緩和ケア病棟とのネットワーク ・在宅医と訪問看護師・ケアマネージャー間の連携 ・病院の地域連携室と地域の開業医との連携を密に <p>☆在宅にこだわらず、患者自身が希望するところ（病院・施設・自宅など）、どこでも安心して緩和ケアを受けるとのできる体制作り→選択肢を増やす</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名： 秋山美紀

第三回 地域連携を含めた緩和ケアについて・在宅緩和ケアの在り方について

課題	対応案
<p><在宅を担う診療所の格差></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅緩和ケアについては、在宅スーパー看取り診療所がある都市部と、そうでない地方とに大きな開きがある。(全国約1万か所の在宅療養支援診療所のうちの3割以上が看取り数0である。) ● 全ての地域で患者が望む場所で療養できるためには、各地域に緩和ケアを提供する診療所を育て、診療所の在宅医療に関する負担感を軽減しながら24時間対応を実現する必要がある。 ● 多くの診療所医師の多くは、開業してから経験したことのない手技(疼痛緩和含む)への不安が大きく、緩和ケア全般に関する知識が不足している。 ● 多くの診療所医師は、介護保険制度に関する関心・知識が不足している。また、地域内の在宅医療や介護サービス資源の情報も不足している。 <p><連携体制(介護含む)について></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 患者も診療所医師も、いざという時の病院や専門医バックアップ体制など連携に対して不安を持っている。 ● 家族の負担を減らすためにもレスパイト用のベッドが必要であるが、麻薬を用いている患者を受け入れてくれる介護施設が少ない。 	<p><在宅を担う診療所の格差></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所の要件を明確にし、そのスキルアップ、質の均てん化を進める。 ● がん診療連携拠点病院をはじめとするがん診療を行う病院、地区医師会等が中心となり、①地域で学習会の開催により診療所医師のスキルアップ、②病院医師と在宅医との関係構築の推進、③がん診療を行う病院による診療所のバックアップ体制の確立や相談機能の設置、④必要に応じたグループ診療体制の構築等を行う必要がある。 ● 地域に在宅ケアの拠点をつくり(場合によっては地域包括支援センター等が代替)、一般診療所医師に対して、在宅医療に関する制度(医療保険・介護保険)の知識普及を行う。 <p><連携体制(介護含む)について></p> <ul style="list-style-type: none"> ● がん診療を行う病院が、一次的な痛みのコントロール等、在宅がん患者をバックアップできる体制を整える。 ● 地域で、在宅患者を一時的に支えるレスパイトベッド(介護施設・療養病床等を含む)を確保する。

- 医療者とケアマネの間で、顔を合わせて相談する機会が不足している。
- ケアマネージャー側の医療ケアに関する関心・知識が不足している
- 地域包括支援センターのコーディネーション機能が不足している。
- 地域内の在宅医療や介護サービス資源の情報が不足している。
- 多くの地域で訪問看護師不足の問題を抱えており、退院できない理由のひとつとなっている。小さいステーションでは24時間対応ができないところもある。

<在宅医療における医薬品・医療材料に関する課題>

- 無菌調剤が必要な注射調剤に対応してくれる薬局が近隣にない場合がある。
- 不要となった抗がん剤や麻薬等の廃棄の確認ができない。
- PCA ポンプ等の在宅医療機器の確保やコスト負担が難しい場合がある。
- 在宅用医療・衛生材料の包装単位が大きく、使用頻度の低い材料では無駄や不良在庫が発生する。

<患者・家族・市民について>

- 在宅移行は、患者・家族の理解と心構えが必要であるが、緩和ケアおよび在宅ケアに関する情報が全般的に不足しており、様々な

- 医療・介護間の連携体制の強化、顔の見える関係づくりの場を設ける。
- 地域内に在宅ケアの拠点を立てて、居宅介護施設や介護施設等へのアウトリーチ（教育）を行う。（場合によっては地域包括支援センターがその役割を担う）
- 地域の在宅ケアの拠点が、医療と介護がシームレスにつながるよう、情報集約と情報発信等の事業を行う。
- 地域として在宅医療資源を把握した上で、最適配置を検討し改善を図っていく必要がある。

<在宅医療における医薬品・医療材料に関する課題>

- 在宅医療を支える保険調剤薬局と病院薬局の連携を強化する。
- 在宅の多職種での連携体制をつくり、麻薬管理や廃棄を行えるようにする。
- 地域の在宅ケアの拠点において、PCA ポンプ等の在宅医療機器の確保と貸し出しを行う体制を整える。
- 在宅医療・衛生材料の包装単位を小さくするよう、企業協会へ働きかける。

<患者・家族・市民について>

- 患者や家族への緩和ケアの正しい知識、地域の在宅医療資源および制度の周知徹底を図る。

不安を抱えている。

- 急な容態変化でうろたえ救急車を呼んでしまうことが多い。
- 介護疲れ等の際に一次的に預けられる施設がないことが、在宅療養を妨げる一要因になっている。

- 各地域において効果的な方法（講演会、リーフレット等）で市民啓発を推進する。
- 各病院に相談窓口を充実させる。相談窓口は、地域の在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等と連携を強化する。

専門委員会意見提出用紙

委員名： 大西 秀樹

課題	対応案
<p>がん診療連携拠点病院と地域との連携を含めた早期からの緩和ケアの提供体制の構築における精神心理的苦痛に関する課題</p> <p>★抗がん治療中</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>外来での精神心理的苦痛に対する支援体制が整っていない</u> 抗がん治療中には、患者・家族は4人に1人が抑うつ・不安症状を抱えつつ治療を受けている。抗がん治療が入院から外来に移行するなかで、外来および地域において患者・家族の精神心理的苦痛に対する支援体制を整備する必要があるが、整っていない。 ・ <u>プライマリケアを担う内科医師はうつ病が診断できない</u> がんにうつ病が多く合併することが明らかになっており、身体治療とともにうつ病への治療が必要であることがすでに知られている。しかし一般病院内科医がうつ病を診断できたのはわずか1割との調査結果が示すとおり、日本のプライマリケアはうつ病の診断・治療を担っていない問題 	<p>患者家族の療養生活の質の向上を図るためには、身体症状と並行して精神心理的問題への対応方法を構築する必要がある。</p> <p>地域連携を含め、抗がん治療中の早期から患者家族に適切な精神心理的支援を提供するために以下の対応が望まれる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床 <ol style="list-style-type: none"> 1) 拠点病院の整備 <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>すべてのがん診療連携拠点病院に常勤の精神腫瘍医・コンサルテーション精神科医を配置する</u> 専任の精神科医が参加した緩和ケアチームのほうが、精神心理的苦痛に対する診療の質が高いことが明らかになっている。まず全てのがん診療連携拠点病院に常勤の精神科医を配置し、精神心理的ケアを提供する体制を整え、均てん化を図ることが必要である。 ・ <u>拠点病院緩和ケアチームと地域の精神科診療所との連携体制を構築する</u>

がある。新規がん患者のうつ病は年間 10 万人にのぼり、その 80%が見落とされている。がん患者の自殺率は一般人口の 2 倍以上で、年間 1200-3000 人のがん患者が不幸にも自殺により亡くなっている（がん患者の自殺率 0.2-0.5% から推計）。がん患者の自殺を予防し、うつ病への適切な治療を提供するためにはがん診療連携拠点病院に常勤の精神腫瘍医を配置し、地域の医療者への教育活動と地域との連携支援が必須である。

・ 相談支援センターでの精神心理的支援体制が整備されていない

社会的問題を抱えた患者家族の 60%以上が同時に心理的問題にも直面しているが、相談支援センター相談員に対してうつ病をはじめとする精神心理的苦痛をアセスメントする技能や支援方法に関する教育がなされていない。相談支援センターが機能しておらず、患者家族の抱える問題が放置されている。

・ 特に家族を対象とした支援が必要

外来治療に移行することにより、従来病院が担っていた介護を家族が担わなければならない。家族への身体・精神的負担は増している。外来では患者に遠慮をして家族は相談をできないため、家族を対象とした支援が必要である。

・ がん診療連携拠点病院に、患者と家族、遺族が利用できる精神腫瘍科の外来を開設する

・ 相談支援センター相談員が社会的問題とともに精神心理的苦痛を同定できるような支援ツールを開発する

2) 地域医療への普及

・ がん診療連携拠点病院が地域医療者向けに精神症状緩和に関する教育研修会を年 1 回以上開催する

在宅医や訪問看護師が精神症状に不慣れである。普及を図るためにも教育機会の提供が必要である。

・ 精神症状に関するテキスト「これだけは知っておきたいがん医療における心のケア」を在宅医・訪問看護師・ケアマネージャー向けに改訂し、研修会資料として提供する

2. 教育

1) 拠点病院の整備

・ 精神腫瘍医の育成

都道府県がん診療連携拠点病院が、地域のがん診療連携

地域連携については、抗がん治療中のケアが問題である。在宅緩和ケアという、終末期の看取りのイメージが先行するが、今までの意向調査が明らかにしているように患者・家族がまず望んでいるのは、「できるだけ苦痛を抑えて、家で安心して過ごせる期間を長くもつ」ことである。「在宅での看取り」だけを考える緩和ケアでは対応できない。

★在宅緩和ケアにおける精神心理的苦痛の課題

- ・ 地域病院・在宅医療における精神心理的苦痛に関して継続的に支援する体制が整っていない

終末期にはがん患者の50-80%にせん妄が生じる。全国で年間27万人がせん妄を併発して亡くなるが、そのほとんどが見落とされている。がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームでも症状コントロールが適切に提供されていない。また、地域の療養型病院や訪問看護、ケアマネージャーなど医療・介護領域ではうつ病・せん妄のケアに対応できず、在宅に移せない状況がある。

- ・ 在宅医や訪問看護師、ケアマネージャー、薬剤師を対象とした精神症状緩和に関する実践的な技能研修が必要である。特に医師以外の職種への基本教育は、当初のがん対策基本計画で取り上げられていない。

拠点病院、総合病院精神科医を対象に、精神腫瘍医を育成する教育研修コースを設置する。

- ・ がん医療に携わる医師への実践的な精神症状緩和に対する教育の実施

現在 PEACE 研修会が実施されているが、うつ病やせん妄に臨床で対応するには不十分である。入院患者の30%以上、終末期で80%に出現するせん妄に対応するために、臨床で実践できるための臨床研修が必要である。

- ・ がん医療に携わる看護師への精神心理的苦痛に対する基本教育の実施

看護師に対する精神心理的苦痛に対する教育研修会を開催する。ELNEC は終末期のエンドオブライフケアに焦点を当てている。抗がん治療中の患者・家族の問題となるうつ病や不安を対象とした臨床プログラムを実施する。

- ・ がん医療に携わる薬剤師への精神心理的苦痛に対する基本教育の実施

患者家族を苦しめるせん妄の原因に、不適切な薬剤使用があげられる。抗がん治療中の患者・家族の問題となるせん妄等を対象とした臨床プログラムを実施する。

・ 遺族の問題が基本計画に取り上げられていない

配偶者の喪失（がん患者では20万人/年）は、うつ病の最重度の危険因子である。遺族はうつ病の発症が高いこと、死亡率が上昇することが知られており、専門的な支援体制が必要である。精神心理的苦痛は看取りで終わるのではない。

・ 相談支援センター相談員に対する精神心理的苦痛に対する基本教育の実施

全国のがん診療連携拠点病院において相談員が、精神心理的問題を同定し、適切に対応できることを目的に、教育研修を実施する。（現在は60分の講義しかなく不十分である）

相談支援センターが、患者・家族を対象にサポートプログラムを提供できるように教育研修を実施する。

・ 在宅医療と連携のとれる精神科医の育成

在宅医との連携を図るために相互研修を実施し、精神腫瘍科外来と在宅医が連携し、必要な場合往診を含めた共同診療がおこなえるようにする。

2) 地域医療への普及

・ 在宅医を対象とした精神症状緩和に関する実地研修をおこなう

がん診療連携拠点病院が、在宅医を対象に、うつ病・せん妄への適切な対応ができるように、実践に即した教育研修を実施する。

(第3回 専門委員会追加資料)

緩和ケア領域における精神医療の重要性について

大西秀樹

本委員会における唯一の精神科専門医、精神腫瘍医の立場から精神医学の重要性に関する専門的な意見をお伝えしたいと思います。

皆様方ご承知の通り、緩和医療において精神医学、精神腫瘍学の重要性はその重要性を増しつつあります。

精神疾患は有病率が高く、多くのがん患者が精神的な問題で苦悩しております。精神疾患が適切に治療されないままですと、患者さんは精神症状に苦しむのみならず、治療方針の選択にも影響が出て、自殺の可能性も高まるなど不利益を被ることが知られております。これらが配慮されがん対策推進基本計画（平成19年6月）におきましても「精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備する」（8ページ）と、精神医学、精神腫瘍学の重要性が強調されております。

精神医学的な介入はがん患者さんの抱える苦悩を少しでも軽減するために欠くことのできない医療手段なのです。

私たち精神腫瘍学の専門家は、日常の臨床で多くの患者さんを診察、治療しております。患者さんの精神的な診察は、専門的な教育を受け、多くの臨床経験をかさねた専門医でも難しいことが多く、専門家臨床現場に不可欠な存在だと思います。常勤の精神科腫瘍医で対応が可能な精神症状も多いことから、非常勤の精神科医では十分な対応は困難でしょう。今後は常勤の精神腫瘍医を医療現場に配置することが大切だと考えます。

知識、技能の教育も欠くことが出来ません。精神腫瘍の専門家は、緩和領域の学会、精神科領域の学会、緩和研修会などでも精神腫瘍学の教育に従事し、わが国の緩和医療領域における精神腫瘍学の知識と技能の向上および均てん化に努めてまいりました。学生、若手医師に対しても教育の場を設け、将来を担う医師の教育も行っております。

現在、このようにして診療活動、教育、育成を地道に行うことで、我が国の緩和医療における精神腫瘍学は発展してまいりました。この作業を怠たり、身体症状の緩和を先行しますと、現在イギリスで生じているような慢性的に心のケアの不足した状態になりかねません。

我が国の緩和医療の向上のために本委員会が少しでも寄与できればと考え、専門家の立場から意見をお伝えする次第です。

専門委員会意見提出用紙

委員名：東口高志

課題	対応案
<p>1. わが国の人口動態から20～30年後にはおよそ50万人の死亡者が増加する（内、がんによる死亡者数は約20万人）。一方、この10年間で約1,000もの病院が減少している。すなわち50万人の患者の命が路頭に迷うことになる。この現状の認知が不十分で対応が遅れている。</p> <p>2. 在宅医療享受の環境整備が不十分</p> <p>① 在宅診療所・在宅医が圧倒的に少ない</p> <p>② 在宅看護体制の未整備</p> <p>③ 在宅医療での栄養管理体制がない</p> <p>④ 在宅医療での疼痛ケアおよび症状制御の方法が未確立</p> <p>⑤ 在宅医療を支援するシステムが不十分</p> <p>⑥ 地域連携がシステム化されていない</p> <p>3. 在宅医療へのツール確立が不十分</p> <p>① 急性期病院から在宅医療への移行が少ない</p> <p>② 急性期病院から在宅医療への移行での問題点が多い</p> <p>③ 急性期、慢性期、介護施設、在宅などの療養の場所に関する患者側に選択肢が少なく、また医療者が把握していない（提示力がない）</p> <p>④ 健康保険と介護法の使い方の認知が不十分</p>	<p>1. わが国限られた医療資源の中で、いかに質の高い医療および患者ケアを実践できるかを早急にまとめあげる必要があり、広い範囲から人材を求めプロジェクトを組んで対応する必要がある（緩和ケアはその中心に位置する）。</p> <p>2. 在宅医療環境整備をさらに推進</p> <p>① 医師の卒然卒後教育：緩和ケア講義・研修ルーチン化＋在宅医療実習の実施</p> <p>② 在宅医療に関する健康保険・介護保険の整備</p> <p>③ 在宅症例の救急受け入れ態勢の整備</p> <p>*：“在宅緩和ケア終末期受入連携加算(案)”の新設など 在宅緩和ケア対象症例を医療施設が終末期に受け入れた場合には、1000点/日を最高7日間まで加算する 但し診療報酬改正が困難な場合にはがん拠点病院の設置基準に組み入れるなどの対応が必要</p> <p>3. 在宅医療への移行ツールを確立してシームレスな対応を構築</p> <p>① 急性期病院の地域連携をさらに強化：完全に face to face 体制を整える</p> <p>② 院内で移行ツールを明確として周知徹底をはかる</p> <p>③ 院内スタッフへ在宅医療実習を義務付ける</p>

4. 地域連携・地域医療振興の全体像が不透明
- ① がん診療連携拠点病院の地域連携構築が過渡的あるいは不十分
 - ② 地域の医療資源の把握が不十分かつ合理的な活用方法が未確立
 - ③ がん相談所機能が未整備
 - ④ 拠点病院あるいは中核病院と医師会との関係が希薄
 - ⑤ 地方自治体での医療連携指導が不透明
5. わが国の医療の将来に対するビジョンが見えないあるいは不明確

- ④ 相談所機能を活性化して療養の場所に関する選択肢を明確として医療者側が対応を設定（可能ならばパス化）
 - ⑤ がん診療連携拠点病院のがん治療に携わる医師の緩和ケア研修の取得義務化
4. 各自治体での情報ネットワークの構築
- ①がん拠点病院あるいは中核病院や専門病院が中心となって顔の見えるスタンスで勉強会・研修会の開催
 - ②各県単位などの地域で緩和ケアに関する研究会・情報ネットワークを構築
 - ③がん治療に関するネットワークに緩和ケア医の参加を求める
5. 50万人の患者の命に対する医療対応の明確な指針の作成

専門委員会意見提出用紙

参考人名： 福井トシ子

課題	対応案
<p>●がん患者の在宅療養を推進しているも、どのように推進していくかは、各病院に任されている状態にあり、患者のニーズと現実が乖離している。</p> <p>がん治療の進歩を背景に、進行がんであっても抗がん剤治療などを継続しながら、在宅療養を長期に行うことが可能となっている。</p> <p>一方で、外来で抗がん剤治療を継続しているも、進行がん患者は病状の進行に伴い、新たな症状の出現や悪化、ADLの低下などの問題を生じる。</p> <p>外来通院中のがん患者に対して、病状や症状増悪をふまえて、必要な情報の提供、療養の場での意思決定支援などを含めたあらかじめの医療連携調整を行うことは、病状悪化のため入院療養を必要としたがん患者を減少させ、通院が継続できる患者が増加する可能性がある。</p> <p>がんという病を抱えていても、可能な限り、在宅で、自分らしい生活を続けるとは、すべての患者の共通した願いである。</p> <p>このように通院中のがん患者に対してあらかじめの医療連携調整を行うことは、がん患者・家族のQOLの維持向上が可能となる。また副次的に、病院病床を積極的ながん治療に有効に活用することが可能となり、国の医療費削減も可能となる。</p>	<p>地域の資源を踏まえた医療連携調整（医療連携コーディネーター）による、通院療養支援をシステム化する。</p> <p>あらかじめ医療連携調整をすることで、がん患者・家族の不安を軽減することができ、安心感を高めQOLの向上が期待できる。また、医療連携調整を行うことで、連携先の訪問看護ステーションや在宅支援診療所は、十分な事前準備を図ることができ、連携の質が向上する。医療連携調整を行う病院の医療連携部門も、調整のための時間に猶予があるため、十分な調整を行うことができ、例え対象患者が一時入院になったとしても、退院調整を短時間でを行うことが可能になる。</p> <p>がん診療連携拠点病院に退院調整部門を配置している病院は、100%に近い。退院調整の内容と、進行がん患者の在宅療養維持調整の技術は共通性が高く、外来通院中の医療連携調整独自の調整技術は標準化が可能であり、看護師への研修・教育により、技術の成熟度を担保することができる。日本がん看護学会では、これらの医療連携調整技術の標準化に取り組んでおり、平成23年度から、研修事業を開始する予定である。</p> <p>進行がん患者が増悪する症状から一時入院せずとも症状緩和が図れる状況を作ることで、患者のQOLの維持向上が期待できる。進行がん患者は、今後の療養についての不安を抱えるものであり、身体状況の変化に応じて心理状況も変化する。変化に応じて、療養先を在宅から入院に容易に変更でき得る環境をあらかじめ作ることが、患者・家族の安心につながる。</p> <p>在宅や通院で療養が困難な状態にあるときに、一時的に、急性期病院ではなく、緩和ケアを中心とした療養支援を可能とする小規模施設の増加も望まれる。</p>

