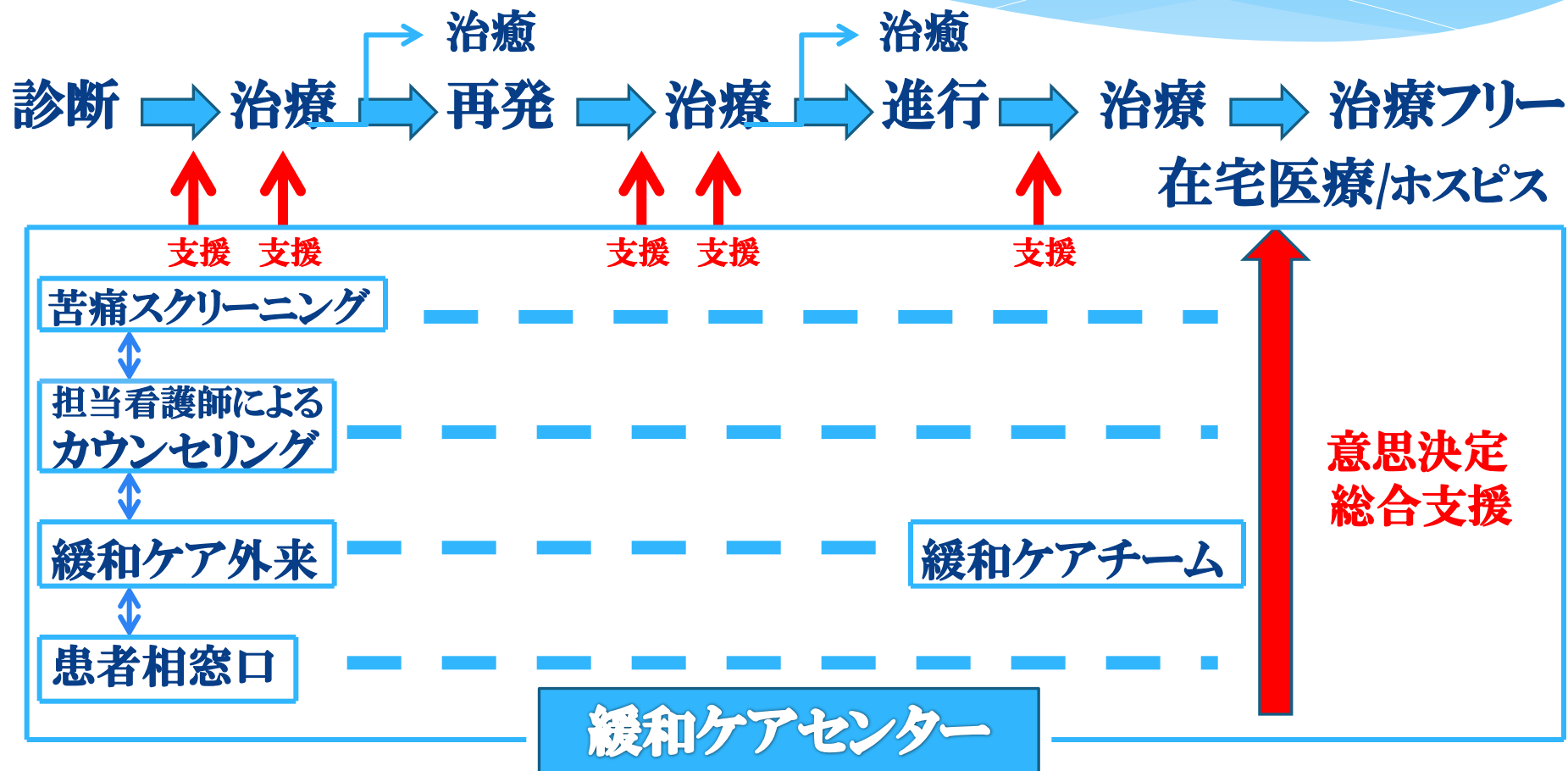


医療チームからみた  
意思決定支援と地域連携

東京大学医科学研究所附属病院

岩瀬 哲

# がんの自然史と意思決定支援



# がん拠点病院の 多職種協働の図

病棟主治医

外来主治医



緩和ケアセンター

ジェネラルマネージャ

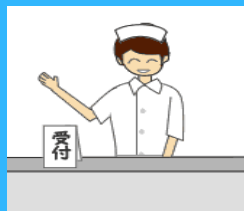
緩和ケア外来

緩和ケアチーム

- ・緩和ケア医
- ・精神科医/心療内科医
- ・看護師
- ・薬剤師
- ・心理士 etc



ソーシャルワーカー



患者相談窓口



地域包括支援センター



外来の患者さんと家族  
院外の患者さんと家族

# 在宅事例の多職種協働

専門職	主な仕事	活動場所
がん治療医(主治医)	治療適応判断、緊急対応	外来、病棟
ソーシャル・ワーカー(SW)	保険申請指導、地域リソースの情報管理、ケア・マネージャ・地域包括支援センターとの連携	外来、病棟
緩和ケア専従看護師	カウンセリング、意思決定支援、家族ダイナミクスの評価、情報管理(在宅への情報提供)	外来、病棟
ジェネラル・マネージャ(看護師)	多職種協働のマネジメント、情報の集約と分析、苦痛スクリーニングの実施と管理	病院
緩和ケア医	身体症状緩和、意思決定支援、専門職(整形外科医、理学療法士、歯科衛生士など)との連携	外来、病棟
精神科医/心療内科医	精神症状緩和、意思決定支援	外来、病棟
薬剤師	在宅で使用できる薬剤の選定、服薬指導	病棟(外来)
心理士	傾聴(患者/家族)、精神症状担当医との連携	病棟(外来)
ケア・マネージャ	在宅医、訪問看護ステーション選定、SWとの連携	病院、在宅
在宅医	在宅での苦痛緩和、緊急対応	在宅
訪問看護師	在宅看護、家族指導	在宅
患者相談員	専門職紹介	相談窓口

# 地域連携に必要なこと

- \* 多職種が協働して事例に対応できる体制を構築する.
- \* 事例の正確な情報を共有するために、事例をフレーミングする枠組みや記述する言葉を持つ.
- \* 患者中心のコミュニケーションを実践する.
- \* 地域のリソースを知る.

# 医療チームからみた在宅事例分類 (東大医科研分類)

## \* 単純型 (Simple)

= 比較的簡単に理解できる - easily knowable

## \* 複雑型 (Complicated)

= 単純ではないが理解可能な範囲 - not simple, but still knowable.

## \* 複合型 (Complex)

= 十分には理解できないが、それでもある程度予測可能なレベル  
- not fully knowable, but reasonably predictable.

## \* 無秩序型 (Chaotic)

= 理解も予測も不可能な領域 - neither knowable nor predictable.

Martin C, Sturmberg P: General practice—Chaos, complexity and innovation.  
Med J Aust 183(2):106-109, 2005 改変

# 医療チームからみた在宅事例分類 (東大医科研分類)

## \* 単純型:

- ・家族サポートあり
- ・身体/精神の症状コントロール良好

## \* 複雑型:

- ・家族サポートあり
- ・コントロールすべき身体/精神症状が複数あり

例: 大腸がん, 肝転移, 糖尿病, 心房細動, うつ病, せん妄をもつ患者さん  
において、最も意味のあると思われる夜間せん妄の治療薬を選ぶ。

# 医療チームからみた在宅事例分類 (東大医科研分類)

## \* 複合型:

- 複雑問題に加えて、個別性の高い要因が多く影響している。
- 時間軸や地域性も関与し、一般的な対応方法を絞り込むことができない。

例) 生活保護、大腸がん、肝転移、糖尿病、心房細動、うつ病、せん妄があり、アルコール問題、家族問題を抱えている患者さんに対する最もよいケアは何かを考える。



# 医療チームからみた在宅事例分類 (東大医科研分類)

## \* 無秩序型:

- 問題群がコントロール不能な問題を多く含み、それらが無秩序にからみあっているため、今後の展開を予測することができない。
- 良い対応方法は、問題が落ち着いたあとの「振り返り」でしか見出すことができない。

例) 独居の患者さんで社会的に孤立しており、法的・家族的問題を抱え、大腸がん、肝転移、糖尿病、心房細動、うつ病、せん妄、慢性腎不全があり、アルコール問題の悪化により生じた危機的状況をどうマネジメントするかを考える。

# 在宅事例

## 東大医科研分類と意思決定支援

- **単純型: 15%強**  
患者さんと家族の意思決定支援はスムーズにできる。
- **複雑型: 50%**  
患者さんと家族の意思決定支援には時間を要する。
- **複合型: 30%**  
患者さんと家族の意思決定支援が難しい。
- **無秩序型: 5%弱**  
患者さんと家族の意思決定支援は極めて難しい。

# 東大医科研分類と地域連携

- **単純型: 15%強**

主治医とソーシャル・ワーカー、緩和ケア専従看護師で対応可能.

- **複雑型: 50%**

緩和ケア医, 薬剤師の介入が必要. 精神科医/心療内科医, 心理士などの多職種が協働して対応できる体制(緩和ケアセンター)が望まれる.

- **複合型: 30%**

緩和ケア医, 緩和ケア専従看護師, 薬剤師の介入が必要不可欠.  
精神科医/心療内科医, 心理士などの多職種が協働して対応できる体制(緩和ケアセンター)が必要.

- **無秩序型: 5%弱**

多職種協働の体制(緩和ケアセンター)が必要不可欠

# 東大医科研分類と地域連携

主治医＋ソーシャルワーカー(SW)＋緩和ケア(PC)専従看護師  
＋緩和ケア医＋薬剤師＋精神科医/心療内科医＋心理士  
＋ etc.

無秩序型

主治医＋SW＋PC専従看護師＋緩和ケア医  
＋薬剤師＋精神科医/心療内科医＋心理士

複合型

主治医＋SW＋PC専従看護師  
＋緩和ケア医＋ etc.

複雑型

主治医＋SW＋PC専従看護師

単純型

# 意思決定支援から在宅医療への流れ

0. 主治医が治療適応なしと判断
1. 患者と家族が療養場所を相談
  - ↓ 主治医、緩和ケア医、緩和ケア専従看護師が意思決定を支援
2. 患者と家族が在宅を希望
  - ↓ ソーシャル・ワーカーが保険申請等、家族を指導
  - ↓ ケア・マネージャ、在宅医、訪問看護ステーションの選択
3. 患者の病態、必要なケア、家族のダイナミクスを評価
  - ↓ 緩和ケア医、緩和ケア専従看護師が行うが、必要に応じて、他専門職(薬剤師、精神科医/心療内科医、心理士)と協働
4. 在宅医、訪問看護師に情報提供
  - ↓ 緩和ケアに関する情報提供書の作成、在宅医、訪問看護師、ケア・マネージャとの退院前カンファレンスの実施
5. 在宅医療の開始と緊急入院体制の維持

# 意思決定支援 まとめ

- 患者さんの意思決定支援は、診断時から必要。
- 治療前、治療中の意思決定支援は、担当看護師によるカウンセリングで見出される。また、患者相談窓口が利用できることをアナウンスする。
- 患者さんの意思決定は、主治医のみならず、多職種（緩和ケア医、緩和ケア専従看護師、精神科医/心療内科医）で支援することができる。
- 患者さんが主治医の治療適応判断を受け入れられないとき、患者さんの意思決定支援は難しい。
- 療養場所の意思決定は、病態、時間軸、地域性など、多くの関係因子が存在するので、主治医のみならず多職種で協働して支援する。

# 地域連携 まとめ

- 在宅医療では、特定の個人・家族・地域すべてに関わるため、事例は複雑～複合的な構造をもつことが多い。
- 複雑～複合的な構造をもつ事例は、院内外の多職種が協働しないと質の高い在宅医療が実現しない。
- 多職種が協働するためには、事例の情報を漏れなく正確に共有する必要がある。
- 多職種で正確な情報を共有し、相互理解していくために医療チームは、事例をフレーミングする枠組みや記述する言葉を持つ必要がある。