

在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究
在宅医の早期参加による意義と問題点の検討

分担研究者 医療法人社団修生会さくさべ坂通り診療所 大岩孝司

研究要旨

前年度の研究で在宅緩和ケア医が早期に関わることが、在宅緩和ケアの質の向上と密接な関連がある事を報告した。今年度は、在宅医が早期に関わることの意義と問題点を明らかにすることを目的とした。

早期という概念をより明確にすることを含めて千葉県がんセンターと在宅緩和ケアの診療を行っているさくさべ坂通り診療所・宍戸内科医院との間でモデル診療を行った。在宅緩和ケアの立場から早期と言うことを考える要因としては、①残された時間、②ADL、③抗がん治療などとの関わりがあげられる。昨年度の報告で在宅緩和ケア開始時のADLの状況が、療養の質を規定する要因として重要であることを明らかにした。今年度は早期という概念を再構築する中で、緩和ケア／在宅緩和ケアががん治療全体の中で果たす役割について明らかにすることを試みた。早期からの関わりを、抗がん治療で根治できなくなった時期からとしたが、この段階ではまだ抗がん治療行っていることが多い。必然的に病院での抗がん治療のあり方が、①提供する在宅緩和ケアの質とどう関わるのか、②在宅主治医と病院主治医の連携のあり方、という事が問題となる。

モデル診療からは以下のことが明らかになった。

- 1) 患者が抗がん治療の意義と治療効果、病状との関わりを認識することと、在宅療養における患者の状況、ケアの質は大きく関わる。
- 2) 在宅緩和ケア医の早期からの関わりのためには、医師を中心としたケアチームは、緩和ケアの概念の見直しを始め、提供するケアの質の高さが必要である。病院主治医側には在宅緩和ケアに関する認識の深まりと理解が求められる。
- 3) 在宅緩和ケア医が抗がん治療施工中からの関わる事が望ましい方向といえる。そのことが質の高い在宅緩和ケアをもたらすためには、病院主治医と在宅緩和ケア主治医が一体となったチームを形成することが要請される。

早期から在宅医の参加が可能になることによって、在宅緩和ケアの意義の再構築が求められると共にその広がりをもたらされる可能性が示された。いわゆる抗がん治療のあり方と在宅緩和ケアの質には深い関わりがあり、緩和ケアががん治療の一貫であるという視点が重要である。

在宅での看取りの割合は、在宅緩和ケアの質の高さの反映であり、早期からの関わりを模索しても、臨死期に入院を余儀なくされる事態が生じてはその意義が半減する。在宅緩和ケアの継続のために特に重要な場面は、訪問開始前後と死亡前1週間の関わりである。「在宅療養を始める人に」と「家族にだからできること（いわゆる看取りパンフ）」という2種類を作成し、在宅緩和ケア移行、臨死期の在宅緩和ケア継続に資する試みを行った。

A. 研究目的

- 1) 在宅早期移行のシステム構築のための問題点の検討、在宅医の早期からの関わりがもたらすもの
- 2) 在宅の受け入れシステム構築のための試み

B. 研究方法

1) モデル診療

在宅早期移行のシステム構築のための問題点を明らかにするために、千葉県がんセンターと在宅医療機関によるモデル診療を行った。この際、在宅緩和ケア医受診後の患者に対する診療手順については、従来から行われている日常診療に何ら変更を加えない事とした。

【研究期間】

平成 19 年 4 月 - 平成 20 年 02 月

【研究対象】

対象患者を次の 2 群に分けた。非モデル診療群の設定は、モデル診療群の傾向がより明確になるように比較対照をすることを目的とした。

①モデル診療群

千葉県がんセンターの患者で、研究計画を文書で説明し、了解が得られ、訪問診療を施行した症例。居住地域は、A 地区（緑区を除く千葉市）、B 地区（佐倉市、四街道市、八千代市、八街市）に分けた。

②非モデル診療群

同時期にさくさべ坂通り診療所で訪問診療を行った、モデル診療群以外の症例

【診療機関および役割】

①診療機関

A 地区：さくさべ坂通り診療所
(診療所内に訪問看護チーム)

B 地区：宍戸クリニック
(外部機関の訪問看護チーム)

②診療方法

i) チームケアでの診療

原則は訪問開始の手順（表-1）に準じた。医師・看護師を中心としたケアチームによる訪問診療及び訪問看護

表-2 はさくさべ坂通り診療所の診療体制を示したものである。訪問頻度、多職種に参加については各チームの判断によるものとした。

ii) 各医療機関の診療方法及び役割

・さくさべ坂通り診療所

原則としては 1 回/週の訪問診療と 3 回/週の訪問看護での診療。

・宍戸内科医院

1 回/週の訪問診療と 2 回/週の訪問看護での診療

・千葉県がんセンターの役割

①在宅移行患者の抽出・誘導

②在宅緩和ケア継続が困難な時の受け入れ
(緊急・レスパイトの受け入れの確保)

【研究項目】

①在宅移行及び継続の問題点

・患者及び家族に対するアンケート調査

患者：半構造化面接技法（資料-1）

家族：アンケート用紙記入法（資料-2）

②在宅療養の質的評価

・在宅死率、完結率の評価

在宅完結率・在宅死率の算定は以下による

$$\text{在宅完結率} = b / a - c$$

$$\text{在宅死率} = b / \{ a - (c + d) \}$$

項目内容

a : 訪問症例数

b : 在宅死症例数

c : 訪問診療継続症例数

d : 中断後 2 週間以上の生存例数

③中断例から見た在宅緩和ケアの早期参加に関する問題点

④症例検討から見た問題点の検討

抗がん治療継続中の 2 症例の経過をまとめ、問題点を検討した

2) パンフレット作成（2 種類）

在宅緩和ケア移行及び継続のための対策として、以下のパンフレットを作成した。

①在宅診療のご案内（資料-3）

②家族にだからできること（いわゆる看取りパンフレット）（資料-4）

3) 在宅緩和ケアの受け入れ側の基盤整備

千葉県在宅医懇話会設立の目的と実績報告

（倫理面の配慮）

本研究を実施するに当たり、患者家族に対して文書により研究内容の提供・理解と同意を受けた。実際の研究内容は日常診療の形式、内容に何ら変更を加えないことを前提として行った。また本研究の内容は、関係する施設の倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果と解説

1) 背景因子

【症例】

①登録症例

さくさべ坂通り診療所 36 例、宍戸内科医院 10 例で、合計は 46 例であった。このうち、1 例は研究計画の承諾書を確認できなかったため除外した。従って登録患者は合計 45 例であった。

②家族面談症例数／訪問診療実施症例

登録患者 45 名(さくさべ坂通り診療所 36 例、宍戸内科医院 9 例)の全てに家族面談を行った。在宅緩和ケアに移行したのは 41 例(さくさべ坂通り診療所 34 例、宍戸内科医院 7 例)であった。

③在宅緩和ケア移行率

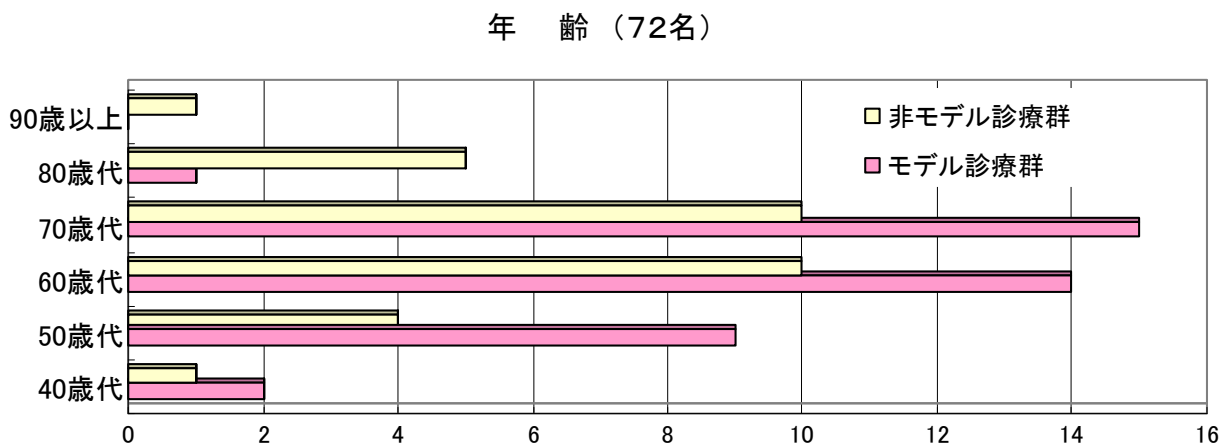
さくさべ坂通り診療所 94.4 % (34 例／36 例)、宍戸内科医院 77.7% (7 例／9 例)で、合計 91.1% (41 例／45 例)であった。

【訪問症例背景】

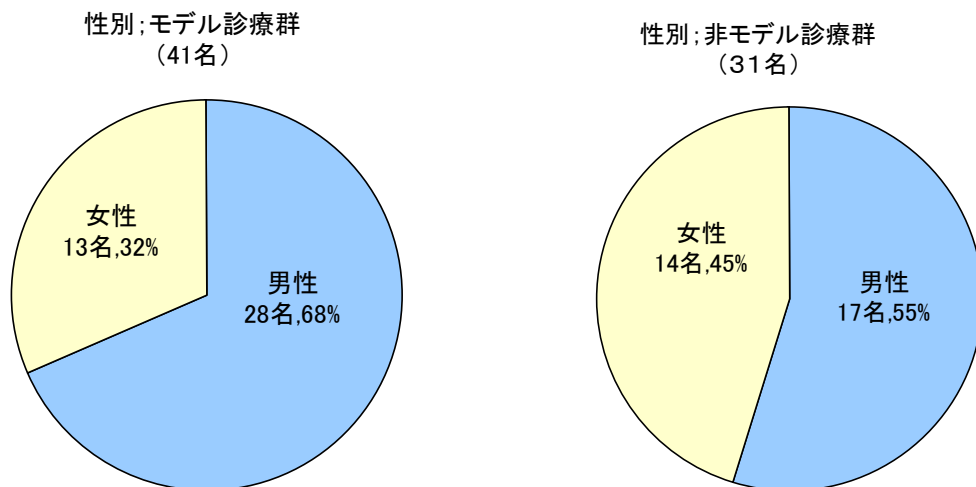
①年齢：両群共に 60 代、70 台が多い傾向は同じであった。しかしモデル診療群に若年者が多い傾向があり、80 歳代以上の高齢者は殆ど居なかった。これは非モデル診療群の訪問患者とは明らかに異なった傾向であった。(図-1)

②性別：モデル診療群では、男性がほぼ 70% を占めており、非モデル診療群は全体としては男女ほぼ半数であるなど、傾向が異なった。(図-2)

(図-1) 年齢



(図-2) 性別症例数

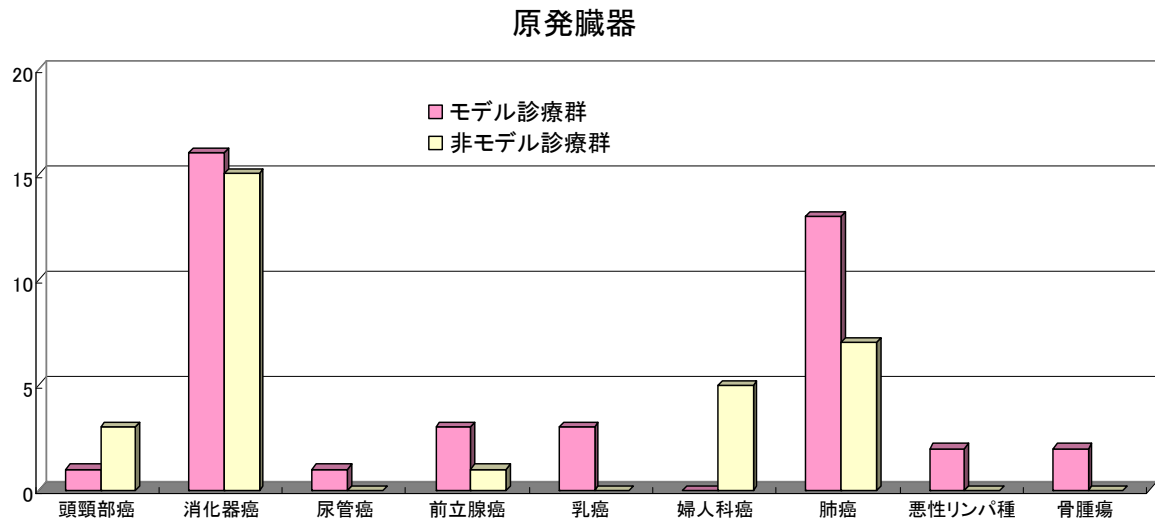


③原発臓器別頻度

肺癌、消化器癌が多い傾向は明らかで、全体のほぼ90%を占めた。モデル診療群、非モデル

診療群に大きな違いはなかったが、モデル診療群には婦人科癌の患者がいなかった。(図-3)

(図-3) 原発臓器別頻度



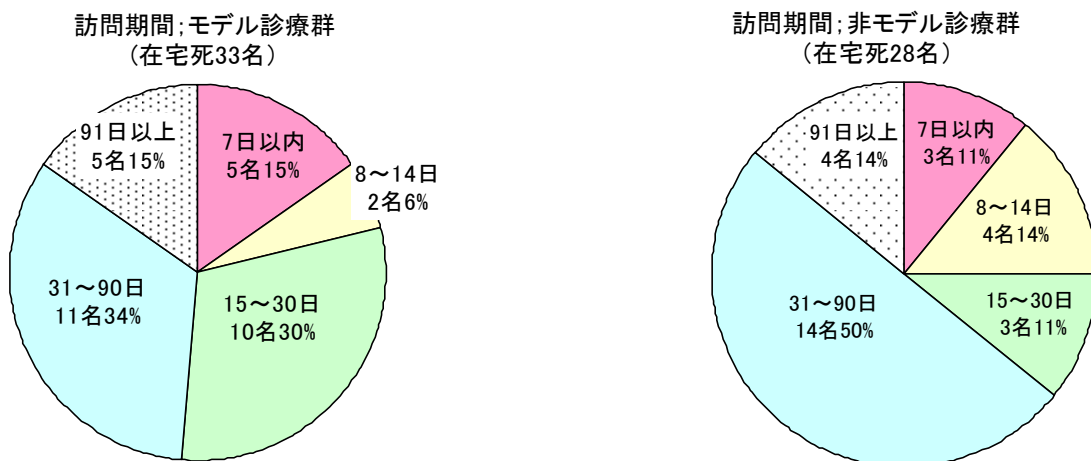
④訪問期間

モデル診療群の中間値は30日で、非モデル診療群はそれぞれ40日だった。訪問期間が30日以内の占める割合は、モデル診療群は51%、

非モデル診療群は36%であり、モデル診療群に訪問期間が短い傾向にあった。

(図-4)

(図-4) 訪問期間



【背景因子小括】

今回のモデル診療群は、がん専門病院での治療を受けていた症例という、やや特殊な要因があり、そのことが年齢・性別において非モデル診療群など従来の患者層とは若干異なっていた。このような傾向は、早期からの関わりという視点に立つと、問題点がむしろ浮き彫りになる可能性はあると考えた。

【患者・家族へのアンケート】

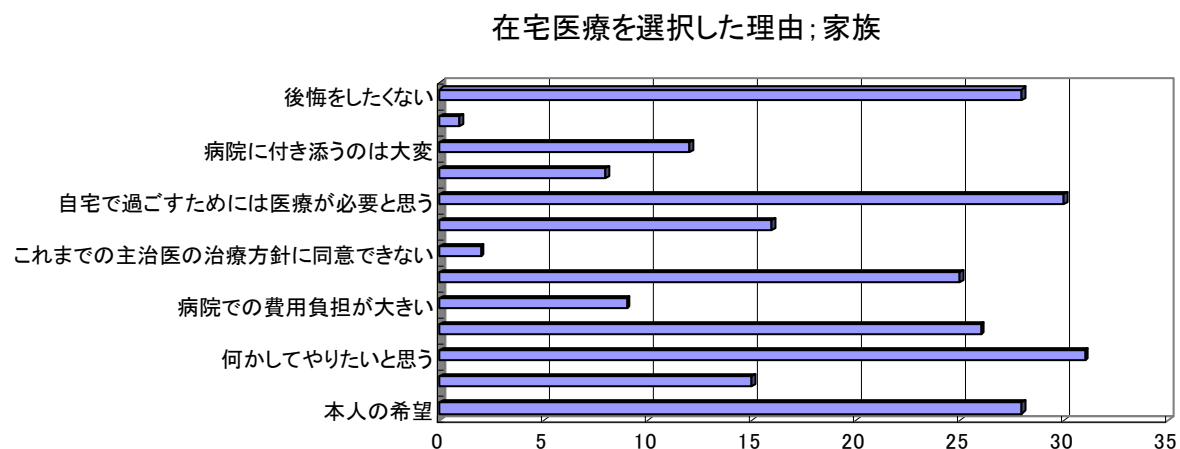
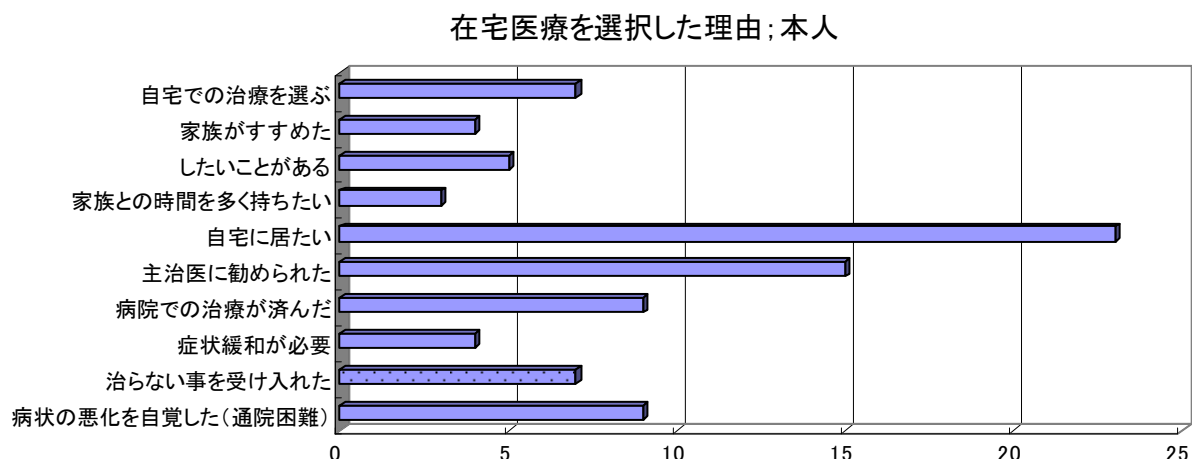
①在宅医療を選択した理由（複数選択）

患者の在宅緩和を選択した理由は、自宅に居たいが23例と最も多かった。しかし、治らない事を受け入れた7例、自宅での治療を選ぶ7例、

症状緩和が必要4例、したいことがある5例と具体的な積極的な理由を示した症例は少なく、自宅に居たいは、必ずしも在宅医療を選択したとは言い切れない。主治医に勧められたが15例、病状の悪化を自覚した（通院困難）が9例と漠然とした理由も多かった。家族の在宅医療を選択した理由は、何かしてやりたいと思う31例、自宅で過ごすためには医療が必要と思う30例、本人の希望28例、後悔をしたくない28例、残された時間をともに過ごしたい26例と、家族の思いの強さが浮き出ている傾向が見られた。

（図-5）

（図 5- 1）在宅緩和ケアを選択した理由

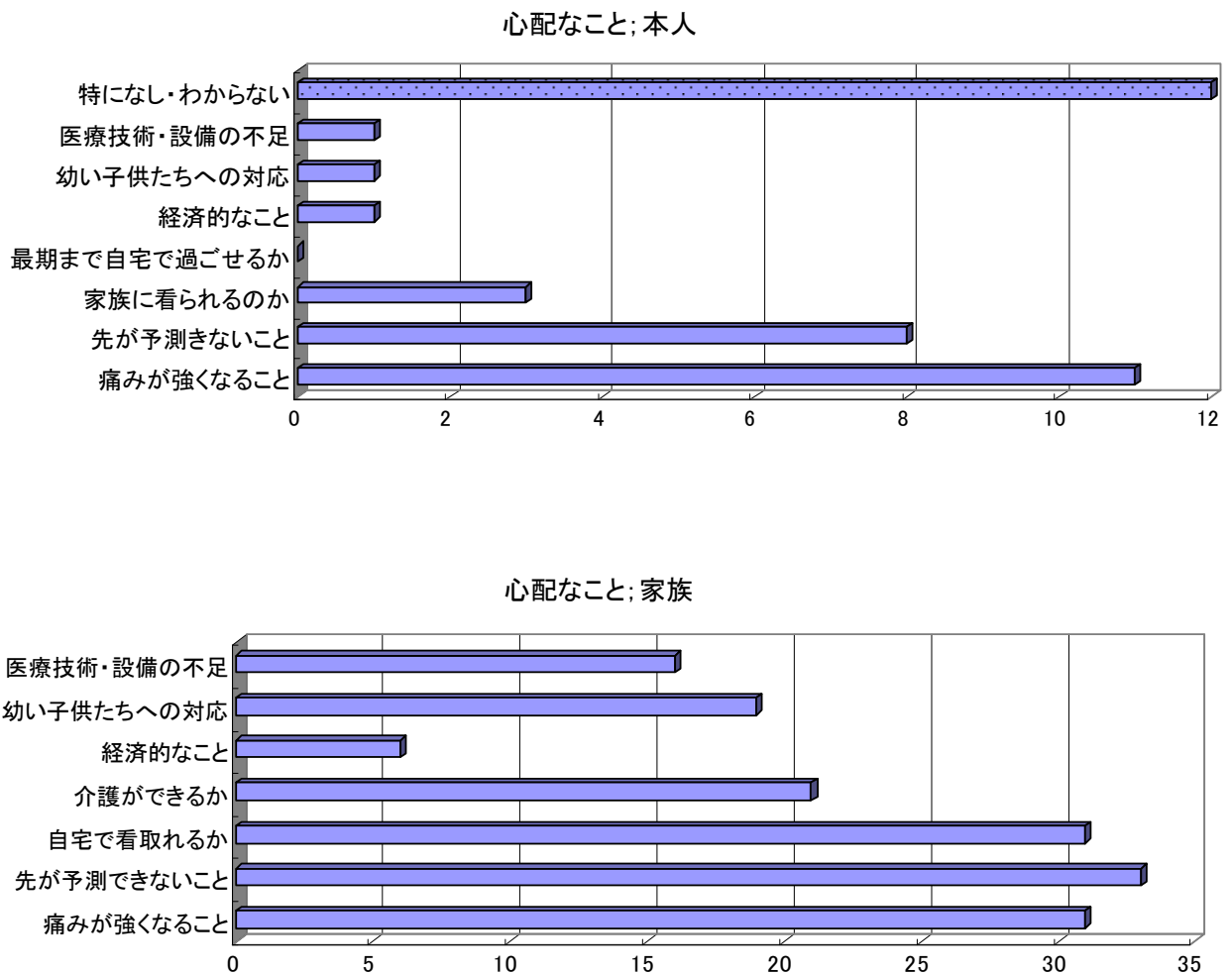


②在宅緩和ケアの心配なこと・期待すること

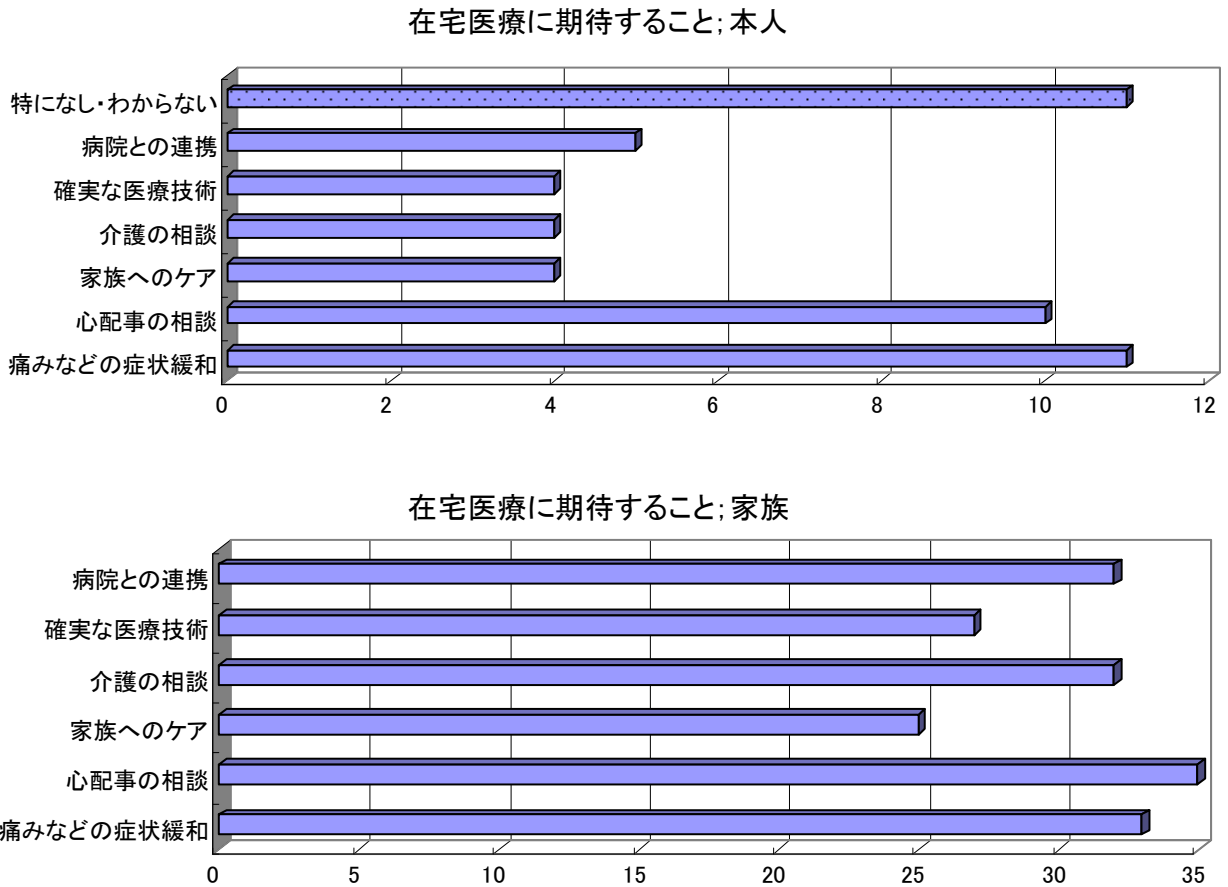
家族は在宅に対して、心配なこと、期待することなどを持っていた。これからどうなるか予測ができないこと、痛みが強くなること共に、自宅で看取ることができるのか、介護の問題は大丈夫かと在宅緩和ケア継続のために解決する必要のある、現実的な心配事をあげている。それに対して患者自身のアンケートで、在宅療養で、「心配なこと」「期待すること」は『何もない』、あるいは『わからない』が12症例で最も

多かった。初回訪問の時にこの様な対応をする患者の全員が、在宅緩和ケアに対する思い、不安を感じることもない、投げやりともとれる言葉が聞かれるほどに脱感性、思考停止の状態であった。在宅緩和ケアに期待することは、心配なことを解決してくれる方向のケアであり、心配なことがわからない人は、期待することもないことになる。「期待すること」は『ない』、あるいは『わからない』が11例と最も多かった。(図-6、7)

(図-6) 在宅緩和ケアで心配なこと



(図-7) 在宅緩和ケアに期待すること

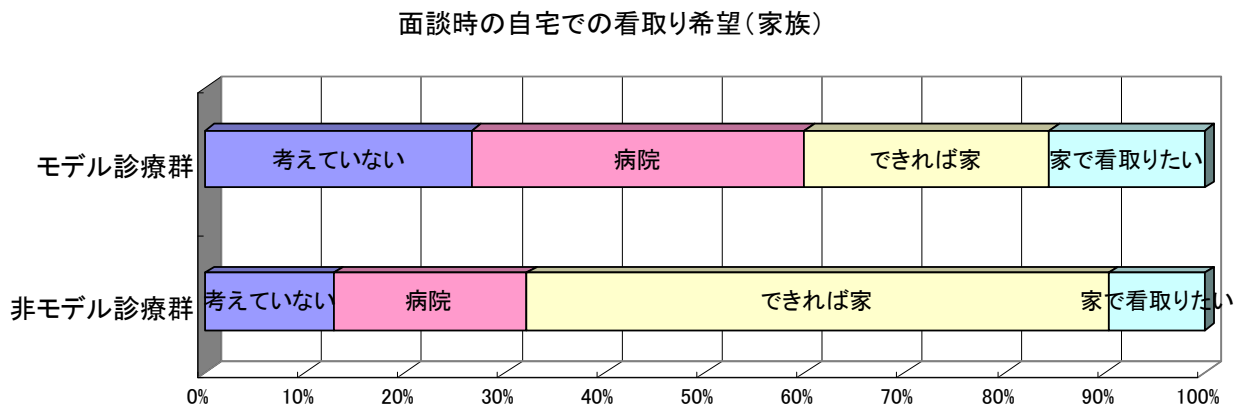


③最後の療養場所

訪問診療開始前の面談では、積極的に家で看取るとことを明確に表現していたモデル診療群家族は17%にすぎない。出来れば家で看取りたい、つまり家で看取ることにはこだわらないとい

う消極的な家族も含めて42%である。58%は家で看取るとは全く考えていなかった。非モデル診療群の家族は全体としては68%が在宅での看取りを希望していた。(図-8)

(図-8) 面談時の自宅での看取り希望 (家族)



【小括】

このアンケートで特徴的なことは、患者の在宅緩和ケアに対して心配なこと、期待していることが何もない、わからないという思考停止の状態の患者多かったということである。このことが今回のモデル診療が、病院の在宅緩和ケア移行への誘導という面が強いことによるのか、抗がん治療との関わりなのか、つまりギアチェンジへの抵抗感によるものなのか、がん専門病院で治療を受けてきた患者に特徴的なものなのかを検討する必要がある。患者本人には、最後まで自宅に居たいかということの意思確認は、行わなかった。その理由は、訪問診療開始の時点で在宅緩和ケアについて考えていないという患者が多く、最後の療養場所というテーマで話しを進めることが困難であったことによる。この傾向は、在宅緩和ケアが開始された後も継続され、モデル診療群に在宅緩和ケア中断例が多い。これらの結果は、モデル診療群においては、在宅緩和ケアを開始したのは、患者自身の選択ではなかった事が推測される。このことが自宅での看取りを希望する家族が少ないことへの反映でもありと考えられる。

3) 転帰

【在宅完結率及び在宅死亡率】

①在宅完結率

モデル診療群 : 78.6% (33/43-1)

非モデル診療群 : 93.3% (28/31-1)

②在宅死亡率

モデル診療群 : 89.1% {33/(43-1-5)}

非モデル診療群 : 96.5% {28/(31-1-1)}

各項目の症例数

	モデル診療群	非モデル診療群
a; 訪問症例数	43例	31例
b; 在宅死症例数	33例	28例
c; 継続症例数	1例	1例
d; 中断症例数	7例	1例

【在宅緩和ケア中断例】

モデル診療群での中断症例数は7例であった。症例1-5の5例はさくさべ坂通り診療所の症例、症例6-7の2例は宍戸内科医院の症例であった。非モデル診療群の中断は2例であった。

(表-3) 在宅緩和ケア中断症例

	病名	性別・年齢	訪問期間	中断理由	中断希望	転帰
症例1	肺癌	♂・67	85 (3)	緊急連絡	不可抗力	病院死
症例2	食道癌	♂・66	47 (17)	病院主治医	本人希望	病院外来
症例3	肺癌	♀・69	6	病院主治医	本人希望	緩和死
症例4	前立腺癌	♂・73	22	在宅泌尿器科医	本人希望	転医在宅
症例5	乳癌	♀・73	111	病院主治医	本人希望	転医・在宅死
症例6	肺癌	♀・54	11	自宅改築で緩和入院	本人希望	緩和死
症例7	膵癌	♂・48	16	レスパイト入院	本人希望	緩和死
症例①	肺癌脳転移	♂・66	23	独居・病状悪化	家族希望	緩和死
症例②	膵臓癌	♀・78	42	病状悪化	家族希望	病院死

このうち症例2, 3, 5の3例は、在宅緩和ケアへの移行を了解したものの、抗がん治療中止を受け入れられないという思いが強く、自身の主治医は病院主治医であるという意識が変わらなかった。症例4は開業泌尿器科医との並診を行った症例であるが、患者の医療に対する期待は、膀胱留置カテーテルの管理のみであり、必要時の泌尿器科医の往診を希望された。共通して言えることは在宅緩和ケアを病院治療の単なる補完的なものという認識であったということ、在宅移行の希望が本人ではなく家族だったということである。このことは先のアンケート

結果で、患者本人が自宅に帰って困ること、在宅に期待することがわからないとした割合が多かったことにも繋がっている。残りの1例(症例1)は、臨死期に緊急連絡先の電話番号を間違えたために連絡がとれず、救急車を呼んだものである。

非モデル診療群の2例のうち、症例①は実質独居であったが、ADLの縮小に伴い遠方に居住する家族の希望に本人も従い入院となったものである。症例②は同居をしていない家族が臨死期に来院し、慌てて救急車を要請したもので、病院到着時には死亡していた。

4) 症例提示

化学療法施工中で、病院主治医と在宅主治医の連携が有効であった症例を呈示し、在宅医の早期からの関わりの一つのあり方を示す。

【症例1】 63歳 男性 大腸癌・肝転移

①在宅移行の経過

開腹下大腸部分切除施行後に、抗がん化学療法（FOLFOX）施行し、二回目の化学療法終了後に退院し訪問を開始した。

②在宅療養を希望した理由

抗癌剤は通院でないと出来ないと聞いていたので、訪問してくれる所があれば安心と考えていた。しかし在宅医療のことが病院には全く伝わらず、退院になることは想定していなかった。

③訪問開始時の状態

意に沿わない形での退院、在宅医との関わりに見捨てられた思いでいた。苦痛症状としては頑固な嘔気に悩まされ、動くにより増悪した。また倦怠感が著しく、時に背部痛、腰痛を認めた。患者自身が退院後には3日目位で外を歩くことを考えていたが、実際には下肢浮腫や腰痛のため立ち上がるのが大変であるなど、ADLの縮小した状況であった。力が思ったより落ちていることに気づき、病気の進展を実感することになった。病状については全て告知されていたが、治療については「やってみないとわからない」言われていたので、早く治療を開始したいという思いが強かった。

③訪問開始後の状況

退院時の苦痛症状が軽快するまでは、不本意な退院という思いが強くなり、冷静な判断力を失い、抗がん剤を中断する方向で考えていた。退院は決して見捨てられたということではなく、がん治療の質、生活の質を考えると在宅療養のシステムはむしろ望ましい形であること、在宅医と病院主治医との連携の中で並診をする予定であることを伝え、理解を求めた。同時に苦痛症状の理由、全身状態の低下について事実に基づいた説明をし、ADLの改善の可能性は十分にあることも伝えた。そのうえで化学療法については効果をきちんと評価をすることが大事であり、効果がなければ止め、効果が有れば継続することが良いことなど、化学療法を行う際の基本的な視点を繰り返し伝えた。訪問開始1ヶ月後に口内炎高度、舌カンジダ発症の副作用を認めたが、抗真菌剤の投与で軽快した。腰痛、下肢痛については持病である脊椎管狭窄が原因である可能性が高く、がんの進展とは別であること

を伝えることで、身体的な症状を冷静に受け止めることができた。その後、反復する口内炎などの副作用を始め、自律神経失調を思わせる身体症状、更には排便調整不調に伴う不快感などの苦痛症状が、ケアチームとの関わりの中で緩和され、化学療法の継続が可能となった。下肢浮腫の軽減、腫瘍マーカーの低下などと共に、全身状態及びADLの改善が見られるなど、化学療法の効果が明らかで良好な結果が得られることになった。化学療法はしびれの強さから一時休止する事はあったが、現在まで1年にわたって順調に継続している。

【診療形態】

1) 訪問開始から1ヶ月

訪問診療1回/週、訪問看護3回/週

2) 2ヶ月-7ヶ月

訪問診療1回/2週、訪問看護1回/2週

3) 8ヶ月以後

外来通院1回/2週、訪問看護1回/2週

④症例1の小括

訪問開始時化学療法を受けていたが、その副作用の辛さに、治療に対する疑念、混乱が見られて抗がん剤の継続をほぼ断念する方向にあった。しかし、1)在宅緩和ケアつまり在宅医が関わる意義を理解すること、2)抗がん剤治療の効果を冷静に評価すること、3)嘔気・しびれなどの副作用は、治療をきちんと行えば苦痛症状の緩和が得られる事を伝えることで、状況を冷静に判断することができるようになり、化学療法の継続が可能となった。この間、在宅緩和ケアの診療形態の変化はあるが、病院主治医と在宅医との役割分担が機能するなど円滑な並診を行うことができた。このことは患者の治療、病状に対する不必要な不安が軽減する事に大いに資することになった。結果としては化学療法の効果が顕著であり、良好なQOLが得られただけでなく、明らかな延命に繋がっている。在宅医だけではなく、訪問看護の役割も大きく、一体になって対応することで、在宅緩和ケアの質がより高まったことを強調したい。

【症例2】 67歳 男性 悪性リンパ腫（大細胞型びまん性）

①在宅移行の経過

化学療法（CHOP）を5コース行って、6コース目のがん性髄膜炎のため歩けなくなり、髄注をして退院。

②在宅療養を希望した理由

化学療法準備のための退院であり、在宅療養は、次回化学療法までの間のケアという認識で受け入れた。病状悪化の時は入院と考えていた。

③訪問開始時の状態

下肢の痛み、しびれなどの苦痛症状は髄注後に軽快。下肢の不全麻痺のため、歩行やや困難などADLの縮小が見られていた。しかし、次回化学療法に対する期待が大きく、在宅緩和ケアを受け入れているとは言えなかった。

④訪問開始後の状況

訪問開始2週後に、短期間入院をして化学療法施行した。退院後は白血球減少症（900）に対して、G-CSF、抗生剤の投与を行うと共に、次第に増強する下肢の痛み、しびれの症状緩和と治療を行った。訪問開始1.5ヶ月後に複視、嚥下困難などの症状が出現し、癌性髄膜炎の再燃と診断しステロイド内服を開始すると共に、全脳照射のため入院加療を行った。約2週間の入院加療後に再度在宅緩和ケアを再開した。病状の進行と共に、次第に全身状態の低下が明らかになり、退院後1ヶ月で死亡した。この間再退院後は、病状悪化に際しても自宅療養を継続する意思を明確に示すようになった。

⑤診療形態

1) 6.01-6.19

訪問診療1回/週、訪問看護3回/週

2) 6.20-6.22:入院

化学療法

3) 6.23-7.29

訪問診療1回/2週、訪問看護1回/2週

4) 7.30-8.15

入院、全脳照射

5) 8.15-9.09

訪問診療1回/週、訪問看護3回/週

6) 9.09 : 死亡

【症例2の小括】

在宅緩和ケアの開始後も化学療法施工中であったが、訪問期間中に脳転移症状の再燃が質の高い在宅緩和医療・ケアを提供するため

顕著となった。急遽病院主治医との連携で、全脳照射ため入院し、治療終了2日後に退院し、訪問診療・看護を再開した。主治医は化学療法の継続は困難で中止の方向で考えていたが患者本人は継続に期待をつないで葛藤していた。全脳照射後は、病院主治医と連絡を取りながら化学療法再開は困難であることを伝えることに努めた。患者も次第に自身の病状、抗がん治療の再開の困難なことを受け入れ、自宅で穏やかな最後を迎えた。在宅緩和ケアのなかで、抗がん治療を行いながら、原疾患の進展あるいは化学療法の副作用による苦痛症状の緩和に対する治療を行うと同時に、抗がん治療の意義、効果などについて率直に伝えることで、抗がん治療と緩和ケアが一体となったケアを提供することになった。その結果、患者自身が治療の内容、療養の場所について冷静に判断できるようになり、上記結果に繋がった。

3) 千葉県在宅医懇話会

在宅緩和ケアの受け入れ側の基盤整備の試みとして、千葉県在宅医懇話会を設立運営した。在宅緩和ケアの普及充実のためには、システムの構築と同時に受け皿になる人材の活用・育成が急務である。在宅緩和ケアに関わる医師が殆どいないという現状打開の方策を策定することが急務であった。しかし、実際の診療だけではなく、緩和ケアに関する講演会、研修会に医師の参加が極めて少ないということもまた厳然とした事実である。在宅療養の質の向上の担い手は開業医であるということの基本にして、開業医を中心とした医師が多く参加できることを考えることが、在宅緩和ケアの実効をあげるための第一歩であると強く認識している。その上で訪問看護師などの多職種と連携することを目的とした。

【運営】

開業医が主体をなして運営している。また世話人及び研究協力員が実際の企画・運営を行っている。運営に当たる主な構成員は、代表世話人の大岩孝司（分担研究者）および世話人の沖田伸也（分担研究者）、渡辺敏（主任研究者）ら9人の、合計10人である。

【活動目標】

①がん在宅緩和医療・ケアを中心の話題とし、開業医の親睦・情報交換・医療連携を図る。
②医療・福祉の多職種と連携して、具体的なプログラムの策定、ネットワーク構築を行う。に、実務的な事柄を中心に研鑽し、実践プロ

グラムを策定すること、高齢者、難病などの在宅医療・ケアを実際に行っている開業医の在宅緩和医療・ケア支援のプログラムを策定する地域中核病院・病院緩和ケアチームとの連携を模索し、地域ネットワーク策定の支援をする

- ③在宅医を中心に、看護・介護・福祉・薬剤の職種を対象に、研修事業を、市民・患者を対象に啓蒙活動を行う

④実績

i) 活動状況

千葉県在宅医懇話会が正式発足以来、平成19年9月から平成20年2月まで、合計3回の研究会、研修会を行った。参加者総数は298人(第1回:92名、第2回:106名、第3回:100名)、平均99人であった。医師は122名(第1回:35名、第2回:37名、第3回:50名)、であった。次第に開業医参加が増えている。看護師の参加も増え、151名(第1回:57名、第2回:57名、第3回:37名)となっている。

ii) メーリングリスト

・構成メンバー

千葉県在宅医懇話会の会員を中心に、在宅緩和ケアに関心のある医療・看護職である。通常のメールアドレスメンバー以外に、メーリングリスト上で問題になった事柄について、助言してもらう専門家(メーリングリストアドバイザー)の参加を依頼した。現在、各専門医医師、看護師の総計は19人になっている。

・活動状況

メーリングリスト上の投稿数は116件で、次第に活発な議論が行われている。その具体的な内容は診療・看護に関すること、薬剤の使い方、患者紹介、医療連携(待機医)など多岐に渡っている。

D. 考察

前年度の報告書で在宅緩和ケア医が患者のどのような状況から関わるかと言うことを、訪問患者を外来通院中及び入院中の2群に分け、ADLの変化、コミュニケーションの維持などの要因を評価することでその意義を検討した。その結果ADLが維持されている状況で訪問を開始した場合には死亡直前までADLの維持がされ、最後までコミュニケーションが取れる可能性が高いことがわかった。つまり、より早期の、患者自身の状態が良好な時に在宅医が関わることで、在宅緩和医療の質の向上と密接な関連がある可能性が有るという結論を得た。

この結果に基づき今年度は、より早期に在宅医が関わることの意義を再検証し、同時にそのことの問題点を明らかにするために、在宅移行を積極的に進めるモデル診療を行った。今回の研究は、早期という意味をあらかじめ規定しないで、研究を進める中で早期の意味するもの、およびその意義を再構築することを意図した。従来ならば在宅移行を考えなかった時期の患者を積極的に対象症例に含めることとした。

早期への在宅医への移行推進のための方法は、1①患者・市民への啓蒙、②病院の積極的な誘導が考えられる。今回は後者の方法を行うことで検討することとした。従来、千葉県がんセンターをはじめとする病院から紹介される在宅緩和ケア診療移行対象患者の殆どは、①患者の強い希望があったから、②通院が難しくなったから、③患者、医療側に拘わらず抗がん治療を完全に断念してからであった。更に在宅医療機関に移行するまでの手順として、病院側が在宅移行の準備を整えてからということであった。しかし今回のモデル診療では、①は当然のこととして、②通院が十分可能な時期の患者も、③外来化学療法施工中であっても、患者に在宅の選択肢があることを医療側が積極的に提案し、在宅医療機関に移行した。その際には病院側では在宅移行の準備(退院調整、在宅緩和ケアのオリエンテーション)をせずに、在宅医療機関にその殆どの部分を委ねることとした。

今回のモデル診療のデザインから、従来の診療対象患者とは異なり、在宅緩和ケアを一つの選択肢として受け入れても良いが、あまり関心を示さず、いずれは緩和ケア病棟に入院と考えている症例を多く含むことになる事が予想された。結果は予想通りであったが、訪問開始時に患者の意識に踏み込んでみると事前に想定していない別の局面を認識することになった。在宅緩和ケアを開始するに当たって、30%近くの患者がケアチームから提供されるケアに対して、「心配なことはない、期待することがない」、「わからない」と応えている。在宅緩和ケアに対して何ら思いをはせることがないという事では決してなく、明確なイメージを持つことができなかったという事実である。いわば思考停止の状態といっても良いほどに、自身を見失った状況の患者が多かったのである。モデル診療の患者の多くが、何故思考停止に、少なくとも今後の療養場所・内容について自身が判断できない状況になってしまったのかを考察してみる。今回の研究計画が、在宅緩和ケア移行が病院の強い誘導で行われたことも大きな要因の一つといえ

る。しかしそれ以上に病院でのがん治療の経過の中に、大きな問題が内在している。がん専門病院にはがん治療により強い関心を持ち、追求する人が集まることになるし、病院側も狭義の抗がん治療の優先度を高く設定している傾向が伺える。化学療法などの抗がん治療の適応がないにも拘わらず、治るための抗がん治療を断念できないと言う患者群である。その背景には、病気が治らない、死が現実のものとなっているという事を受け入れられないと言うことがある。この認識を構成する要因としては患者・家族側の願望と、治療側(主治医)の対応が大きく影響している。抗がん治療に根治性を期待できなくなっても、がんそのものの完治をもたらす可能性はないこと、状況によっては行っている抗がん剤治療の効果が期待できない事などに関わる適切な情報が提供されていない、あるいは十分に伝えることができない事が多い。このことは患者・家族との面談、診療の経過の中で明らかになっている。少なくともがん治療医である病院主治医は患者・家族に医療側の意図が伝わっていないことが多い事実を銘記すべきである。具体的には「先生から治らない」と言われているが、それでも辛い治療をしると言うのだから、「これをやれば大丈夫と思って頑張ってきた」という話をされる患者・家族が少なくない。がん治療とは、がんという病気そのものを見つめ、がんそのものに対する治療の側面と同時に、がんという病を患い死と直面した人の抱えている苦悩に対する治療の二つの要因に対して、同時的に対応することが重要なのである。残念ながら多くのがん治療は、後者の部分に対する配慮が殆どなされていない。問題が死と関わることであれば、本来抱えている疾病の解決が保証されない限り、その人の苦悩は継続することになる。提供される医療の意義を十分に納得していても、結果としてその効果を実感できなければ受けてきた医療行為を前向きに整理することが困難になる。まして自身の十分な認識に基づかない医療依存の強い患者にとって、その結果は自明のことである。多くの場合、医療側は患者のこのような思いとは関係なく、決められたスケジュールで、病院のペースで治療のプログラムが進行していく。苦悩している患者の思考の速度と治療スケジュールの速度の間に生じる乖離が増大することが、患者自身の論理的な思考を困難にする。それに加えて、がんの進展あるいは治療の副産物である痛み・嘔気などの苦痛症状は、患者の苦悩を一層増悪する。患者は退行現象とも言うべき状況に陥り、思考停

止をする事で、無意識下に自己防衛を図るのである。この様な状況の中では、在宅緩和ケアへの移行そのものが難しい。移行できたとしても、在宅医がこれらの問題の解決を図りながら、在宅緩和ケアの質の向上を得ることには大きな困難が伴い、その継続が困難になることが少なくない。

在宅医療機関と地域の中核病院と一体となった形での在宅緩和医療の推進を意図するのであれば、従来言われてきたギアチェンジに代表されるように、がん治療と緩和ケアは別物であるという概念を根本的に変えることが重要である。病院のがん治療医は、この様な視点にたつてがん治療の体系の見直し、再構築が必要である。同時に在宅緩和ケア医側は、看取りの要因の強いケアから、がん治療についての認識を深めて病院主治医側との共同作業がより早期に可能となるように考えることが必要となる。緩和ケアとは、この様に死と直面し、苦悩する事に対して、患者の病状・治療内容にかかわらず支援することである。このような筆者の現状分析、今後の方向についての推論が、妥当で有るかどうかを検討するために、癌治療医・緩和ケア医・精神腫瘍医・看護師などの多様な視点の中で、分析を深める必要がある。

以下では、抗がん治療継続中の群についての関わりを症例の検討を通して考察をすることにする。報告をした2症例は、病院主治医と在宅主治医の役割分担が明確で、治療方針、患者の基本的な状況を共有できたことが、成功の大きな要因である。在宅主治医としては在宅緩和ケアを提供すると同時に、化学療法に関しては、セカンドオピニオン役を担う事と、状況に応じて副作用に対する治療を行った。一方、病院主治医は、化学療法を行うと同時に、在宅緩和ケアの部分についての評価をすると言う役割を担い、それぞれがうまく機能した。症例1では、外来化学療法を円滑に進めるための役割をはたし、症例2では化学療法を中止することを受け入れる事が出来るようにする役割を担うこととなった。また症例2は、病院主治医との連携の中で緩和放射線治療である全脳照射を迅速に施行し、早期に在宅緩和ケアに復帰するなど、抗がん治療と在宅緩和ケアが一体となった治療環境の構築ができたのである。在宅医が早期に関わるという流れが定着して、病院主治医と在宅緩和ケアとの間の垣根がなくなり、地域という視点で一体化した治療環境を構築する事が望まれる。

今回のモデル診療ではいわゆる退院調整、在宅移行への準備を全て在宅緩和ケア医側が行うこととした。その理由としては、1) 在宅緩和ケアの経験のない人が、患者・家族にその意義を伝えることは困難なこと、2) また移行の準備をしても実際の在宅緩和ケアでは役に立たない事が多く、準備をし直す必要が少なくなかったこと、3) 結果として在宅移行に不要な時間を費やすことになり、時間切れのため在宅緩和ケアが始まる前に亡くなる事が少なくないこと、などからである。さらにこのモデル診療の蓄積のなかで、病院スタッフが在宅緩和ケアの実情と移行の実態を実感することで、病院側の在宅緩和ケアに関する認識が深まり、在宅移行能力が高まることが期待された。在宅移行の主体を在宅医側にしたことの成果は、初回家族面談の在宅移行率から明らかであった。病院の在宅移行のシステムを構築する際にも、施設側だけの視点だけで捉えることなく、在宅緩和ケア医側を含めた一体化したシステムを考えることの重要性を示している。

モデル診療群の家族の殆どは在宅死を希望していなかった。従っていわゆる在宅死率がかなり低下することが予想されたが、実際には従来と変わらない結果が得られた。このことは一部の患者をのぞくと在宅死とは、在宅移行に至るまでの治療の経過も大きな要因ではあるが、それ以上に日常のケアの役割が大きいことを示している。日常のケアの第一歩が、家族との面談である。ここで、家族とケアチームが在宅完結を目指すという目標を共有できれば、家族がチームの一員として機能できることを意味している。家族を含めたチームケアの準備が整うことで、在宅緩和ケアがスタートする。

在宅緩和ケア継続の大きなバリアーの一つが臨死期である。昨年の報告書の中でも触れたが、急変が意味する実際的な場面の多くは、この臨死期の患者の変化にある。この様な状況におけるケアのスキルアップ、平均化を図る事は、在宅緩和ケアの質の向上に重要である。我々はその一助にするために、「家族にだからできること」という、いわゆる看取りのパンフレットを作成した。しかし活用するためには、更に解決しなければならない問題も多い。今回は関わるスタッフが十分に理解・活用できたとは言えないことより、有用であるという感触はあるものの、客観的な評価をする段階まで至らなかった。

E. 結論

在宅医の早期参加のもたらす問題と意義を検討するためにモデル診療を行った結果、以下

のことが明らかになった。

- 1) 病院での抗がん治療のあり方が、在宅緩和ケアの質と密接な関係があることが明らかになった。
- 2) 在宅緩和ケア医の早期からの関わりのためには、在宅側には、高い質のケアの提供と共に、緩和ケアの概念の再構築、病院側には在宅緩和ケアの理解と同時に、根治の期待できない抗がん治療の再構築が必要であることが明らかになった。
- 3) 在宅緩和ケアの広がりのためには、病院、在宅と仕分けをするのではなく、地域という視点で病院主治医と在宅緩和ケア主治医が一体となったチームを形成すること求められる。
- 4) 「在宅診療のご案内」と「家族にだからできること」の2つのパンフレットを作成した在宅緩和ケア移行期、臨死期においてケアの質を高める上での有効性についての客観的な評価が必要である。

G. 研究発表

論文発表

1. 大岩孝司, 鈴木喜代子: よりよい在宅終末期医療を進めるために. Medical Practice 25(1):97-102, 2008

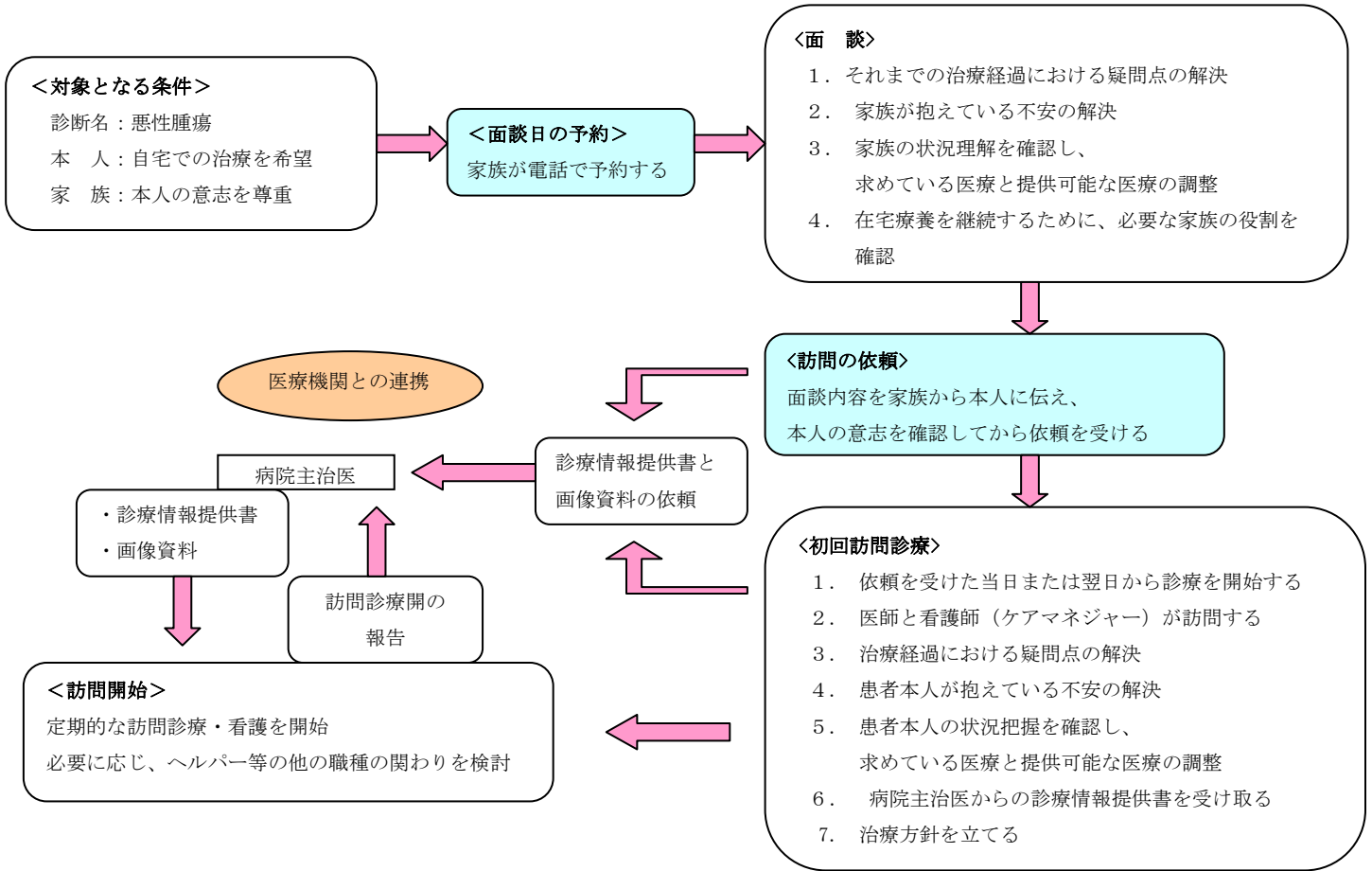
学会発表

1. 岡田順子、鈴木喜代子、牧野裕子、奥村ひとみ、森下絵里、金玲純、大岩孝司: 在宅ホスピスケアにおける予防的グリーンケアの可能性～遺族インタビューから要因分析の試み～. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6、岡山
2. 奥村ひとみ、岡田順子、鈴木喜代子、牧野裕子、森下絵里、金玲純、大岩孝司: 独居がん患者に対する在宅の継続を可能にするための生活支援. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6、岡山
3. 森下絵里、岡田順子、牧野裕子、金玲純、奥村ひとみ、鈴木喜代子、大岩孝司、藤田伸輔: アセスメント力の向上に役立つSTAS-Jの有効活用. 第8回千葉緩和医療研究会. 2008.2、千葉

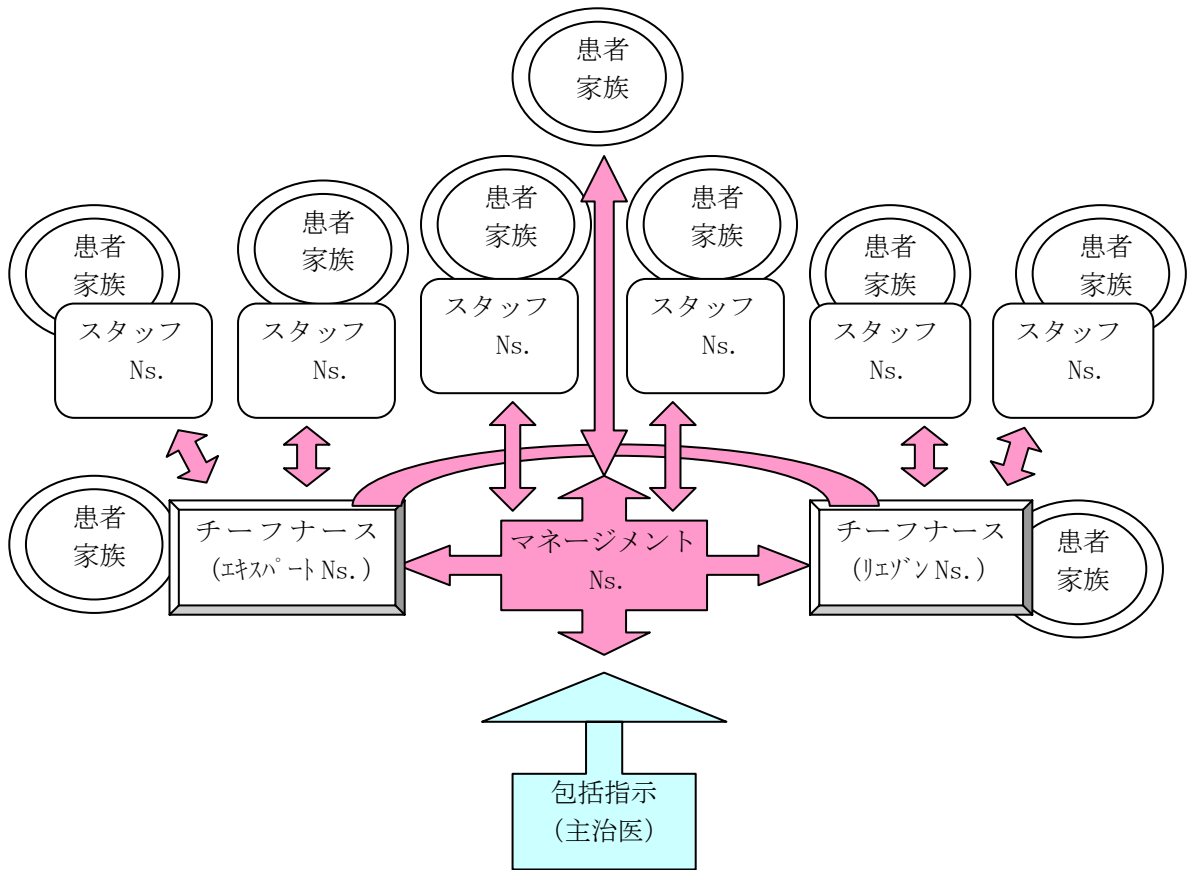
H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他

表－1；診療手順



表－2；さくさべ坂通り診療所の診療体制



資料－ 1 ； 患者用質問紙

* 訪問開始時のインタビューで（こちらの評価で記載）

氏 名：

初回訪問日：

1. 在宅医療を選択した理由

- | | | |
|----------------------|----|-----|
| ①病状の悪化を自覚した（通院困難） | はい | いいえ |
| ②治らない事を受け入れた | はい | いいえ |
| ③症状緩和が必要だった | はい | いいえ |
| ④病院での治療が済んだ | はい | いいえ |
| ⑤主治医に勧められた | はい | いいえ |
| ⑥病院での費用負担が大きい | はい | いいえ |
| ⑦自宅に居たい | はい | いいえ |
| ⑧家族との時間を多く持ちたい | はい | いいえ |
| ⑨したいことがある | はい | いいえ |
| ⑩家族が自宅での生活をすすめた | はい | いいえ |
| ⑪具合が悪くなった時に自宅での治療を選ぶ | はい | いいえ |
| ⑫子供たちの準備ができるようにする | はい | いいえ |
| ⑬家計を維持するために働く | はい | いいえ |
| ⑭今後の配偶者の生活を考える | はい | いいえ |
| ⑮その他： | | |

2. 心配なこと

- | | | |
|---------------|----|-----|
| ①痛みが強くなること | はい | いいえ |
| ②先が予測できないこと | はい | いいえ |
| ③最期まで自宅で過ごせるか | はい | いいえ |
| ④家族に看られるのか | はい | いいえ |
| ⑤経済的なこと | はい | いいえ |
| ⑥幼い子供たちへの対応 | はい | いいえ |
| ⑦医療技術・設備の不足 | はい | いいえ |
| ⑧その他： | | |

3. 在宅医療に期待すること

- | | | |
|------------|----|-----|
| ①痛みなどの症状緩和 | はい | いいえ |
| ②心配事の相談 | はい | いいえ |
| ③家族へのケア | はい | いいえ |
| ④介護の相談 | はい | いいえ |
| ⑤確実な医療技術 | はい | いいえ |
| ⑥病院との連携 | はい | いいえ |
| ⑦その他： | | |

資料－２；家族用アンケート用紙

*面談の前に記載をおねがいします。

1. 在宅医療を選択した理由

- | | | |
|-----------------------|----|-----|
| ①本人の希望 | はい | いいえ |
| ②病院で過ごさせたくない | はい | いいえ |
| ③何かしてやりたいと思う | はい | いいえ |
| ④残された時間をともに過ごしたい | はい | いいえ |
| ⑤病院での費用負担が大きい | はい | いいえ |
| ⑥病院に居ても治療がない | はい | いいえ |
| ⑦これまでの主治医の治療方針に同意できない | はい | いいえ |
| ⑧主治医から退院するように言われた | はい | いいえ |
| ⑨自宅で過ごすためには医療が必要と思う | はい | いいえ |
| ⑩子供たちの準備ができるようにする | はい | いいえ |
| ⑪病院に付き添うのは大変 | はい | いいえ |
| ⑫自宅での看取りの経験がある | はい | いいえ |
| ⑬後悔をしたくない | はい | いいえ |
| ⑬その他： | | |

2. 心配なこと

- | | | |
|-------------|----|-----|
| ①痛みが強くなること | はい | いいえ |
| ②先が予測できないこと | はい | いいえ |
| ③介護ができるか | はい | いいえ |
| ④自宅で看取れるか | はい | いいえ |
| ⑤幼い子供たちへの対応 | はい | いいえ |
| ⑥経済的なこと | はい | いいえ |
| ⑦医療技術・設備の不足 | はい | いいえ |
| ⑧その他： | | |

3. 在宅医療に期待すること

- | | | |
|------------|----|-----|
| ①痛みなどの症状緩和 | はい | いいえ |
| ②心配事の相談 | はい | いいえ |
| ③家族へのケア | はい | いいえ |
| ④介護の相談 | はい | いいえ |
| ⑤確実な医療技術 | はい | いいえ |
| ⑥病院との連携 | はい | いいえ |
| ⑦その他： | | |