

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てもらったことにした。 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。」

患者	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。」
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	<p>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。 埒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</p>	<p>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)では埒があ 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！</p>	<p>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、ということをも病院と診療所の間 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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>
31	不明	地域包括 支援セン ター	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<p>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</p>	<p>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</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
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	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つて、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	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う、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)
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。 7/8/3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。	シリジジポンプ、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時間体制加算は一方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	訪問看護ST	20XX/12 直腸癌、脊椎転移、肺転移 1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 "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、何かあったらこちらに連絡をしない」と看護師が長男を慰めた。その後担当看護師へ長男が頻繁に電話し、事務所まで面会に来るこ	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、そちらにつながることができた。 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
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

第 18 回 がん対策推進協議会意見提出用紙

委員名：郷内 淳子

< 1. 患者・家族への支援体制について >

課 題	対 応 案
<p>【がん診療連携拠点病院内 相談支援センターについて】</p> <p>1. 都道府県によって補助金額がバラツキがある現状では、相談支援センターの運営についての質の担保が保たれているか疑問がある。</p> <p>2. がん患者や家族の相談の要請は・身体的苦痛・精神的苦痛・社会的/経済的苦痛が複雑に絡み合っている場合が多い。 現状のスタッフの配置において、心のケアに十分対応できるスタッフが全国でどれくらい揃っているか、その場合どんな職能スタッフが担当しているのか可視化が進んでいない。 また、在院日数の短縮化により退院後の自宅療養に不安を抱える患者が大幅に増えている。「退院調整」業務が病院内でしっかりできているか？施設ごとのバラツキがあってはがん難民の温床になりかねない。</p> <p>【拠点病院以外の医療機関での相談支援の必要性】</p> <p>1. 現状で拠点病院のない空白医療圏においても、相談支援活動は重要であり、県内の地域格差の解消には絶対に必要。 一部の県では、非拠点病院であっても県からの財政支援を受けて地域の病院内で「がん相談室」を設置しているところもある。</p>	<p>1. 国が指定する「がん診療連携拠点病院」については、全国一律で10分の10の、つまり補助金ではなく「交付金」を渡していただきたい。スタートラインで格差を生まない施策を望みます。</p> <p>2. 相談支援センターのスタッフに</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ がん看護専門[認定]看護師 ○ 臨床心理士（精神科医師の補完的役割） ○ MSW（経済的相談、医療費助成助言） ○ ケアマネージャー（医療と介護の橋渡し） <p>これらのスタッフの常勤を指定要件にする。 相談支援センターのスタッフは院内の「退院調整」看護師との連携を密に行い、特に独居、単身者などの在宅支援もカバーしてほしい。</p> <p>1. 都道府県独自の財政支援を行い、拠点病院の空白域にも「がん相談室」を配置してほしい。 地域の保健福祉事務所や保健師が積極的に介入して、地方のがん患者の「医療と介護」の切れ目のない支援を充実してほしい。</p>

都市部は医療資源も情報も豊富にあるが、中小規模の町村部でも高度な医療は無理でも、相談支援や緩和ケア、心のケアが受けられる環境が必要だが、病院単独での運営は難しい。

2. 都道府県独自の拠点病院制度を設けている県で、十分な相談支援の場が財政的裏付けをもって実施されているか疑問がある。

【患者会・患者支援団体などの社会資源の活用】

1. 民間の患者会、患者団体の活動を病院とうまく連動させて協働する動きは各地で広まっているが、相変わらず都道府県により取組みに濃淡がある。

相談支援の場は病院だけに限らない。かえって病院ではいやだ、という患者や家族の意見もある。

病院の外で行う相談支援には、実績と信用のある患者団体との協働が必要。

2. 都道府県独自の拠点病院制度にも、行政主導で相談支援業務を実施してもらいたい。

1. 病院側も地元の信頼のおける団体との協働をもっと推進すべき。

プロ・サポーター（医療者、企業、行政）とピア・サポーター（患者、体験者、家族、遺族、市民）に求められるそれぞれの役割を確認し、対話を進めながら患者支援を行う「場作り」を行政は主導すべき。

相談支援にかかるコストを誰が負担するのか？零細な患者団体だけで担うのは無理がある。病院にもそれほどの経営的ゆとりはもはやない。

県民の誰もが罹患するリスクのある「がん」という観点から、広く薄く社会で負担する（行政の義務化）仕組みを作る。

第 18 回 がん対策推進協議会意見提出用紙

委員名：郷内 淳子

＜2. 情報提供体制について＞

課 題	対 応 案
<p>【拠点病院など医療機関での情報提供】</p> <p>1. 相談支援センターには、拠点病院内の医療情報のみならず「在宅療養」「通院治療」についての幅広い生活支援の要素を含めた情報提供が求められている。少なくとも都道府県ごとに県内の医療資源の情報の共有や在宅緩和ケアへの移行などの相談をできるネットワークがなければならない。都道府県がん診療連携協議会が十分に機能しているか？</p> <p>すでに取組みが進んでいる県とまだ着手していない県では、相談支援や情報提供の質に大きな格差が生まれている。</p> <p>2. 経済的負担についての情報提供は十分か？</p> <p>がん患者が多く利用するといわれる「高額療養費制度」について、知らずに全額を払う患者もいる。助成制度は公平に利用されるべきで、特に入院時から申請手続きが必要な同制度について、医療者は患者に十分説明するべき。</p> <p>従来対象外だった「外来診療」にも「現物給付化」が認められることになったことも、しっかり患者に情報提供されなければならない。</p>	<p>1. 都道府県ごとに行政の予算で、「県内のがん医療資源、在宅療養支援の診療所や訪問看護ステーション、在宅薬剤師、外来化学療法施設、患者会、患者支援団体」など患者が必要とする情報を整理したものを無料で配布してもらいたい。</p> <p>国立がん研究センターが作成した「患者必携」は原則無償で配布されるべき。患者は治療費負担に苦しんでおり、公正な情報にまでお金をかけるゆとりはない。</p> <p>民間にはあらゆるがん情報が氾濫しているが、根拠のないものも多い。</p> <p>2. 入院時から退院にむけた「がん療養」のパンフレットなどを都道府県ごとに作成し、各病院が共通に患者に配布する。</p> <p>基本的に資料は無償とする。</p>

3. 「がん難民」と呼ばれるような、これ以上治療ができなくなった患者へのサポート、情報提供が十分でなく、ややもすると患者は藁をもすがר思いで、根拠のない民間療法などに走るケースが多数見られる。

自院で治療の継続が困難になった患者をどのように、次へ繋ぐのか医療者や医療機関で明確な方針がないところが多い。

『ギア・チェンジ』に際して、主治医ひとりで患者と接することで「見放された感」や「拒絶された感」を患者が抱かないように、日頃からチーム医療の中で、緩和や看護の視点で患者を包括的に支える体制がどこの病院でもできているか？

3. 『ギア・チェンジ』に際しての医療側の明確な指針を策定し、患者にも十分理解できるように説明する。

治療計画を説明する最初から、想定されるリスクを十分に患者に説明すること。

インフォームド・コンセントの丁寧な実施。

家族へのケアも同時に行ってほしい。

第18回 がん対策推進協議会意見提出用紙

委員名：埴岡 健一

<1. 患者・家族への支援体制について>

課 題	対 応 案
<p>【A 総論】</p> <p><input type="checkbox"/>ゴール設定</p> <p>○適切な長期目標設定ができていない。</p> <p><input type="checkbox"/>目標設定</p> <p>○適切な中期目標設定ができていない。</p> <p><input type="checkbox"/>評価尺度</p> <p>○アウトカム指標に関して適切な評価尺度と計測方法ができていな</p>	<p>○適切な長期目標設定を行う。</p> <p>分野目標例「すべてのがん患者およびその家族が、質の担保された切れ目のない相談支援を受けられるネットワークが構築され、からだ（治療／ケア／介護）、こころ、生活など、全般的な問題が発生しにくいようになっていると同時に、発生した問題の速やかな解決が提供できている」</p> <p>○適切な中期目標設定を行う。</p> <p>例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期目標を計測するアウトカム評価尺度が決まり、恒常的な計測が行われている。 ・長期目標のアウトカム評価を向上させると考えられる対策パッケージが作成され、アウトプットとアウトカムを計測しつつ、実施されている。 ・長期目標に関してアウトプット目標が達成されると同時に、一定のアウトカム効果が確認されている。 <p>○アウトカム指標に関して適切な評価尺度と計測方法を設定する。</p>

い。

□課題と対応策のマッピング

○患者・家族等が持つ問題や悩みと、提供されている支援の現状が十分に分かっていない。

○課題と対応策に関するマップがないため、議論の共通土俵ができていない。

評価指標：患者満足度：患者・家族の医療・ケアと情報提供に関する満足度（計測方法：患者・家族満足度調査）

参考指標1. 情報到達度：患者・家族が顕在的／潜在的に必要なとしている情報の、患者・家族への到達率…等（計測方法：患者・家族満足度調査）

参考指標2. 医療提供者満足度：医療提供者が、患者・家族に必要な情報が提供できていると考えている率…等（計測方法：医療提供者意識調査）

そのために下記の調査を実施する。

・患者（受益者）サイド

例：全国統一で定点観測的に患者・家族満足度調査を行う

・医療提供者サイド

例：全国統一に定点観測的に医療提供者意識調査を行う（多職種を対象に、質の高い医療などが提供できているか、その環境にあるかなどを聞くもの）

○患者・家族等が持つ問題や悩みと、提供されている支援の現状を把握する。

・患者（受益者）サイド

例：全国統一で定点観測的に患者・家族満足度調査を行う（再掲）

・医療提供者サイド

例：全国統一で定点観測的に医療提供者意識調査を行う（多職種を対象に、質の高い医療などが提供できているか、その環境にあるかなどを聞くもの）（再掲）

○課題と対応策のマップを作成し、議論の共通土俵を作る。

例：その際、下記のような切り口に留意する。

・課題の領域：からだ（治療）、こころ、生活の3つの側面

・対象：患者、サバイバー、家族等、支援者等

・患者フェーズ：がん疑い期、診断告知期、初期治療決定期、初期治療後、経過観察期、再発治療期、維持期、看取り期・・・等

- ・がん種の対象：成人がん、5大がん、稀少がん、小児がん…等
 - ・支援の提供者の区分：プロ（医療提供者等）、ピア（患者経験者・支援者等）
 - ・提供場所・ルート：センター（がん情報センターなど）、地域（県等の単位の地域包括センター等）、現場（治療やケアが行われているところ。拠点病院、治療病院、診療所、相談支援センター、サロンなど）
 - ・対策の側面：予算措置、診療報酬措置、法令等改正等
 - ・対応を行う主たる当事者：国、地方自治体、学会、職能団体、ナショナルセンター、医療機関、患者団体、患者支援者、ピア…等
- *以下、下記の表に基づいて、各論の課題と対策について記述する。（相談支援は、下記の整理表のように、3つの領域に対して、プロとピアの両面から、3つのチャンネルで提供しなければならないといった、重層的なものであるとの理解が重要）

		I	II	III
		からだ（医療／ケア）	こころ	生活
1	センタ	プロ ◎	プロ ◎	プロ ◎
	ー	ピア △	ピア ○	ピア △
2	地域	プロ ○	プロ ○	プロ ○
		ピア △	ピア ○	ピア △
3	現場	プロ ◎	プロ ◎	プロ ◎
		ピア △	ピア ○	ピア △

◎とても重要、○重要、△必要

○課題と対応策の役割分担に関する案とコンセンサスができていない。

○課題と対応策の役割分担に関する案とコンセンサスを形成する。

【B 各論】

個別の課題と対応案については、右上の表の分類によって右下表のように、とりまとめる。

《個別説明》

1 センター領域（全国統一的に展開する内容）（国立がん研究セン

《総括表》

対応策の総括表は下記のとおり。

* 番号は、提案書の中の施策 ID 番号

* 施策名は、末尾の「施策リスト」参照

* 施策概要は、別紙の「施策概要」参照

* 出典：平成 23 年度がん対策に向けた提案書（がん対策推進協議会 2010 年 3 月 31 日）

		I	II	III
		からだ(医療/ケア)	こころ	生活 A-46, A-51, A-52, A-53, C-27
1	センター	プロ ◎ A-44, A-45, A-50	プロ ◎ A-50	プロ ◎ A-50
		ピア △	ピア ○	ピア △
2	地域	プロ ○ A-48	プロ ○ A-48	プロ ○ A-48
		ピア △ A-48	ピア ○ A-48	ピア △ A-48
3	現場	プロ ◎ A-54, C-5	プロ ◎ A-49, A-54, C-5	プロ ◎ A-49, A-54, C-5
		ピア △	ピア ○ A-49	ピア △ A-49

凡例=◎とても重要、○重要、△必要

・ 全般の評価に関する施策

A47

《個別説明》

注記：全般にプロによる医療・ケア提供としての支援とピアによるサポートとしての支援の両面を強化する必要があるが、前者の質の担保ができないと後者だけによるカバーはできないため、別途、医療従事者の育成の分野において、相談支援人材の育成と体制について有効な施策を決める必要がある。

1 センター領域について

ターなどが主たる役割を果たす領域)について

- ・定評ある相談回答の方法、ノウハウ、コンテンツが不足している

□2 地域領域（主に都道府県単位など）について

- ・ワンストップで広い相談に応じられる（あるいは適切な窓口に分けるトライアージができる）窓口がない
- ・掛かっている医療機関とは別の中立的な相談ができる窓口がない

□3 現場領域（主に掛かっている、あるいは近隣の拠点病院、診療病院、診療所など医療機関もしくは支援提供窓口など）について

- ・医療機関の相談支援体制が弱い。人員の配置と教育が不足している。
- ・相談支援の質が低い、または質が担保されていない。

□4 生活に関する領域について

- ・経済的負担を感じる患者・家族が増えている。

下記の対策を実施する。

- がん相談全国コールセンターの設置 [A-44]
- 「がん患者必携」の制作および配布 [A-45]
- がん経験者支援部の設置 [A-50]

□2 地域領域について

下記の対策を実施する

- 地域統括相談支援センターの設置 [A-48]

□3 現場領域について

下記の対策を実施する

- 相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート [A-49]
- 「がん診療医療機関必携（仮）」の作成・配布 [A-54]
- がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織（ベンチマーキングセンター）の設置 [C-5]（再掲）

★別途、拠点病院制度の改革（要件、質の管理、財源の確保）によって支援体制を強化することが必要。

□4 生活に関する領域について

下記の対策を実施する

- 外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成 [A-46]
- 社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長 [A-51]
- 高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大 [A-52]
- 長期の化学療法に対する助成 [A-53]
- がん患者の就労・雇用支援 [C-27]

以上

第18回 がん対策推進協議会意見提出用紙

委員名：埴岡 健一

< 2. 情報提供体制について >

課 題	対 応 案
<p>患者・家族への情報提供体制全般については、「1. 患者・家族への支援体制について」において記載した。ここでは情報の収集、整備、公表などについて補足する。</p> <p>○標準的な治療（ケア）に関するガイドライン等が整備されていない</p> <p>○治療（ケア）の機能や質に関する情報等が整備されていない</p> <p>○治療（ケア）の均てん化を促進する情報の普及体制が整備されていない</p>	<p>○標準的な治療（ケア）に関するガイドライン等を整備する 下記の対策を実施する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト [A-36] ・副作用に対する支持療法のガイドライン策定 [A-37] ・診療ガイドラインの推進 [B-16] ・診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置 [C-25] <p>○治療（ケア）の機能や質に関する情報等を整備する 下記の対策を実施する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・DPC データや臨床指標の開示 [B-15] <p>その他、地域がん登録、院内がん登録関係の一連施策も別途、必要。</p> <p>○治療（ケア）の均てん化を促進する情報の普及体制を整備する 下記の対策を実施する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・セカンドオピニオンの推進 [B-17] ・ベンチマーキング（指標比較）センターによる標準治療の推進 [A-35] <p style="text-align: right;">以上</p>

44