

早期・円滑な在宅移行や地域における連携

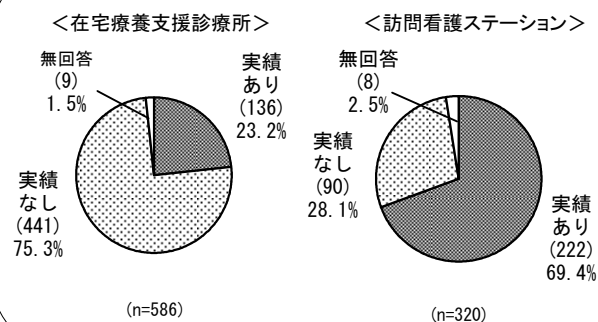
在宅療養への移行に向けた準備が不十分

現状・課題等

実態調査から見た現状・課題

- ①在宅療養・在宅医療の視点を持った退院準備がされていない
- *患者を退院させる時期が遅い
 - *在宅に帰ってすぐに亡くなる方が多く、QOLの確保、医療者と患者・家族の信頼関係の構築が難しい
 - *退院時に病院から病状や予後についての説明が不十分で、患者・家族が理解していない。
- ②がん患者の退院時カンファレンスが不十分
- *がん患者退院時カンファレンスの参加実績について訪問看護ステーションが約7割参加実績があるのに対し、在宅療養支援診療所は2割（報告書64頁、76頁）

退院時カンファレンス参加状況



*在宅療養支援診療所では、在宅での看取り数（平成21年度の1年間）が少ないほど、がん患者の退院時カンファレンスの参加実績が低い。（報告書64頁）

【カンファレンス参加状況（参加実績あり）】

- ◆1人以上5人未満：約2割
- ◆5人以上10人未満：約6割
- ◆10人以上40人未満：約9割
- ◆50人以上：10割

*がん患者退院時カンファレンスの参加実績（平成21年度1年間）がある薬局は回答者全体のわずか1.3%。
また、薬局が他の医療機関との連携で困っていることの第1位が「カンファレンスに関する問題」（退院時カンファレンスに参加したいが難しい等）（報告書91頁、93頁）

課題に関する要因等

在宅移行が遅くなる要因

- ・病院で、全身状態や予後を考慮せずに積極的治療を限界まで継続する場合がある。
- ・病院で在宅療養のイメージをもてないために在宅移行自体を躊躇する。
- ・病院の医療者が症状緩和が在宅でも可能であることについての理解が不足している。
- ・患者・家族の理解を得るのに時間がかかる（患者・家族が、在宅に移行することに不安がある。）

在宅移行を早めることの効果や必要性

- ・在宅へ戻って間もなく亡くなる状況を減らし、家族に囲まれながら有意義な時間や、残された時間をどのように過ごすかを考える時間を与えることができる。
- ・患者・家族との信頼関係を構築する時間ができる。

在宅移行に向けた必要な取組（準備）

- ・積極的治療をどこまで行うか、どの時点で退院が可能であるか等について、病棟カンファレンスあるいは、カンサーボードを行い、総合的に検討する。
- ・入院後、なるべく早期に患者・家族に在宅療養の意思を確認し、在宅療養について、具体的な情報提供を行う（主治医だけでなく、看護師や退院調整担当者等が同席することが望ましい）
- ・退院後に予測される症状の変化とそれに伴う医療の必要性について検討し、退院後必要な医療・介護サービスの提供方法について選択肢を準備する。
- ・退院調整部門が中心となり、病院医療関係者、在宅医療・福祉の関係者、患者・家族による退院時カンファレンスを開催し、患者・家族の希望などについて共通認識を持ち、在宅移行における問題の解決を図る。

病院での病状や予後について説明が十分されていない要因

- ・コミュニケーションスキルの問題で、説明をしても理解されていないことがある
- ・医師がバッドニュースを含む正確な情報を伝えることを躊躇することがある。
- ・医師が忙しいため、十分な説明がされていないことがある。

がん患者の退院時カンファレンスを開催する（参加する）ことの効果

- ・在宅移行における問題点を解決することや、入院中から病院と在宅スタッフの連携を患者・家族に示すことで、患者・家族の不安の軽減につながる。
- ・一同が顔を合わせ話し合うことにより、入院中に在宅に向けて調整しておくべきことなどの具体的なことが明らかになる。
- ・また、患者・家族、医療者間で共通認識を持つことができる。
- ・病院と在宅医療従事者、患者と在宅医療従事者等の相互の信頼が培われる。

基本的考え方（あるべき姿）（案）

がん患者が住みなれた環境で家族に囲まれながら、できるだけ有意義な時間を過ごすためにも、病院において、在宅療養の視点を持った早期の在宅移行に向けた準備を行う必要がある。
そのためには、計画的にカンファレンス等を開催し、準備を進めていくことが重要である。

《医療者間でのカンファレンス》

退院に対して共通した認識をもつためには、まずは、医療者間で治療に関する大まかな経過についての見通しを確認し、その見通しの中のどの時点で退院が可能であるかについて検討する必要がある。
また、在宅移行を意識し、退院後にも必要となる医療の継続については、患者のQOLを重視した方法を検討する必要がある。

《患者・家族の在宅療養に関する意思確認》

退院に対して患者・家族、病院医療者間で共通認識を持つために、なるべく早期に患者・家族の在宅療養の意思を確認し、在宅療養について、具体的な情報提供を行う。
また、主治医に対して質問ができない、主治医の説明が理解できないという患者・家族もいるため、看護師、退院調整担当者等が同席し、相手の理解度に応じて追加説明を行うなど、より患者・家族に近い存在として時間をかけて支援することが望まれる。

《院内退院前カンファレンス》

院内退院前カンファレンスにより、退院後に予測される症状の変化とそれに伴う医療の必要性について検討し、退院後必要な医療・介護サービスの提供方法について選択肢を準備する。
【メンバー】退院調整担当者（看護師、MSW等）、緩和ケアチーム、主治医、病棟看護師等
【例】退院後必要となる薬剤、麻薬の処方箋を扱うことのできる薬局、医療機器、在宅医、訪問看護ステーション、居宅介護事業所等の決定等

《退院時カンファレンス》

円滑な在宅移行を行うためには、退院調整部門が中心となり、病院医療関係者、在宅医療・福祉の関係者、患者・家族による退院時カンファレンスを開催し、入院中に在宅に向けて調整しておくべきことや、退院後に予測される症状の変化と対応、患者・家族の希望などについて共通認識を持ち、在宅移行における問題解決をすることが必要である。
患者・家族を取り巻く関係者が顔を合わせ話し合うことにより、相互の信頼関係が培われ、患者・家族の不安の軽減にもつながる。

対応策（案）

退院調整担当者の配置・教育

- ◆ 退院調整担当者の配置・教育
在宅への早期・円滑な移行を実現するためには、以下の役割を担う退院調整担当者の配置と教育が必要である
- ・退院にあたり、患者・家族のニーズにあった在宅療養生活の実現のために、医療ニーズ及び社会生活のニーズを総合的にアセスメントし、必要かつ適切な医療・看護・介護・福祉等の社会資源が提供されるよう、院内医療関係者や在宅医療従事者等と調整・協働し、在宅療養生活の準備を行う。
- ・患者・家族が安心して在宅に移行できるよう、患者・家族の意向を汲み、患者・家族の視点に立ったわかりやすい説明をするなど、より患者・家族に近い存在として支援を行う。

顔の見える関係づくり

- ◆ 在宅の視点のある在宅移行を行うためには、紹介する側（病院医療従事者）と紹介を受ける側（在宅医療従事者）の実務者レベルでの顔の見える関係を構築し、連携上の問題を共有する機会等を設ける。

病院医療従事者に対する教育

- ◆ 病院医療従事者を対象とした在宅緩和ケアや在宅医療に関する教育
在宅療養をイメージしながら、在宅移行への準備ができるよう、在宅医療従事者による病院医療従事者を対象とした研修や、在宅療養の現場を経験する機会を設ける。
- ◆ コミュニケーション技術に関する教育
患者の置かれている状況や気持ちを理解し、がん医療において悪い知らせを伝える際のコミュニケーションスキルに関する知識を得る

⇒具体的内容等については、第3回で検討

がん患者の在宅療養を支える人材・医療資源の不足

現状・課題等

実態調査から見た現状・課題

- ①在宅医1人では24時間対応等の負担が大きい
 - *在宅療養支援診療所の常勤医師：平均1.32人
常勤医師が1人の診療所：全体の約8割（報告書59頁）
 - *在宅で看取ったがん患者数が比較的少ない層では、「人手不足」が在宅緩和ケア実施にあたって障害と感じている。（報告書67頁）
- ②訪問看護師の人員不足・確保が困難
 - *訪問看護ステーションが、在宅緩和ケア実施にあたって障害と感じていることで最も多い意見は、「看護師の確保」に関すること
 - ・24時間対応するための常勤看護師の確保が難しい
 - ・急な人員が必要となるターミナルの場合、看護師確保が困難等（報告書78頁）
- ③オピオイド製剤調剤実績のある薬局が少ない
訪問服薬指導を行っている薬局が少ない
 - *「オピオイド製剤を取扱っている」と回答のあった薬局は約7割。そのうち、オピオイド製剤の1ヶ月平均調剤件数が、
0件の薬局：約2割
0件から2件未満の薬局：約5割（報告書84頁、85頁）
 - *「訪問服薬指導を実施している」と回答のあった薬局は、約3割（報告書89頁）

課題に関する要因等

がんの在宅医療の特性

- ・病状の変化が速い。急変が多い。頻回に呼び出されることが多い ⇒ 365日24時間対応
- ・慣れないオピオイドや鎮痛補助薬の種類が多い。
- ・医療処置が多い
- ・家族ケアを含めた精神的ケアが大事

利用者側からみた場合、オピオイドを取扱っている薬局は不足しているのか

- ・利用者の居住する地域によっても異なるため、地域での取り扱い薬局の実数を把握し、営業時間、定休日時間外における対応を含めた実態を把握する必要がある。
- ・症状変化があった場合には、急ぎの新規の薬剤を必要とする場面も生じるため、夜間や休日も含めた緊急訪問を実施できる体制整備が必要。

オピオイド製剤の訪問服薬指導を行う効果や必要性

- ・オピオイドを内服している患者はADLが低下していることが多く、直接本人が薬局に取りに来れない事が多い。また、家族が働いている方が多く、時間内に麻薬を扱っている薬局に行けないこともある。
- ・鎮痛効果が十分にみられたという評価も必要だが、薬剤師が関わることによって、副作用の早期発見・対応が可能となる。

基本的考え方(あるべき姿)(案)

《診療所と訪問看護ステーションとの連携》

- *診療にあたっては、生活を見据えた医療・ケアを患者に一貫して提供すること、家族も含めて支えるという視点が不可欠である。365日24時間の対応も、訪問看護ステーションと連携をすれば、過度の負担なく、切れ目のない適切な医療を在宅でも提供することができる。

《同職種の連携》

- *限りある資源を有効活用し、身体的・精神的負担を軽減するためには、地域の実情に応じた、診療所同士のネットワーク、薬局同士のネットワーク、訪問看護ステーション同士のネットワークを構築し、365日24時間対応の体制を維持することが望まれる。

対応策(案)

多職種・同職種の連携構築に向けた検討

- ◆長崎などの先行事例を参考に、地域の実情に応じたネットワークの構築に向けた検討を行う。（参考資料4、5 参照）

医療資源の把握

- ◆ネットワーク構築に向けた検討をするにあたっては、地域にどのような資源があり、どのような資源が不足しているのかなど、地域の医療資源の実態把握を行うことが必要である。

顔の見える関係づくり

- ◆安心して連携をするためには、カンファレンスや症例検討会等を通じて、考え方の共通認識を持ち、また、顔の見える関係を構築することが必要である。

在宅医療や緩和ケアへの関与

現状・課題

実態調査から見た現状・課題

- ①緩和ケアや在宅医療に参入したいが、機会が少ない（薬局、歯科診療所、がん患者）
- ②病院での治療や経過について、在宅医療を担う機関（薬局、訪問看護ステーション、歯科診療所等）では共有することができない。

課題に関する要因等

在宅医療や緩和ケアにおける薬局、歯科診療所、がん患者の役割

【薬局】

服薬方法の指導や副作用の説明、定期的な残薬の確認や麻薬の廃棄方法指導などを含め、在宅で必要な薬剤をトータルに管理する役割を担う。

【歯科診療所】

がん末期患者は口腔の問題（感染、味覚障害など）を抱えることが多い。摂食・嚥下障害や口腔内清潔保持、口腔粘膜炎、口腔乾燥などへの適切な対応と指導ががん患者のQOLの向上に資する。

【専門診療科】

褥瘡対策や疼痛、出血を伴う皮膚転移が問題となることが多く、皮膚科の専門的介入が必要。また、泌尿器科はバルーンなど排尿機能、耳鼻科や眼科は、認知症やせん妄を増悪させないために感覚神経を維持など、状況に応じて専門分野からの支援が必要などがある。

【がん患者】

がん体験者が同様の苦痛や不安を経験したという共感をもって、がん患者やその家族の悩みや不安を受けとめることにより、相談者の心の支えとなる。

病院での治療や病状経過の情報を共有することの必要性や効果

- ・在宅では、医療は生活を支えるための医療である。そのため、病院での治療や病状の経過はもちろんのこと、インフォームド・コンセントの内容と本人・家族の理解度、受容度等を理解した上で、患者・家族のケア、指導を行うことは、QOLの向上と適切な医療の提供へと繋がる。

基本的考え方(あるべき姿)(案)

- *患者が希望する場所で安心して療養できるようにするためには、療養場所が変わっても、切れ目のない緩和ケアが提供できる体制が必要である。
- *そのためには、薬局、歯科診療所、専門診療科、がん患者等を含む多職種が必要に応じて連携して対応していくことが求められる。

対応策(案)

地域におけるコーディネート機能の充実

- ◆在宅療養において、患者の病状や希望にあった医療やケアを提供するためには、地域に医療・介護、自治体のサービス等を熟知したコーディネート機能を備えた窓口を設置し、病院と在宅、在宅医療従事者間等の調整を行い、つなげていくことが必要である。

医療資源の把握

- ◆限りある資源を有効活用し、供給側と需要側を結びつけるためには、地域にどのような医療資源があり、どこで何ができるのかを把握し、地域の医療機関間等で情報を共有することが必要である。

顔の見える関係づくり

- ◆安心して連携をするためには、カンファレンスや症例検討会等を通じて、考え方の共通認識を持ち、また、顔の見える関係を構築することが必要である。
- ◆個々の臨床場面での患者の情報を多職種で共有する機会を増やす。

地域連携クリティカルパスの活用

- ◆病院から在宅まで、切れ目なく緩和ケアを提供するためには、患者の病院での治療や病状経過、緩和ケアに関する情報等を医療者間で共有することが必要である。そのためには、地域連携クリティカルパスや患者情報を共有できるツール等を活用し、情報の共有化を図る。