



一般社団法人 日本在宅医療連合学会
<https://www.jahcm.org/>



一般社団法人

日本在宅医療連合学会

Japanese association for home care medicine

ともに歩む がん在宅医療



ともに歩む がん在宅医療



はじめに	6
Chapter 1 ● がん疾患の在宅医療の魅力	7
Chapter 2 ● がん疾患の在宅医療の特徴とその対応	9
Chapter 3 ● 「二人主治医制」について	11
Chapter 4 ● 病院から在宅への移行に際しての留意点	
1 在宅医からの留意点 1	19
2 在宅医からの留意点 2	21
3 在宅医からの留意点 3	23
4 薬剤師からの留意点	25

Chapter 5 ● がん疾患の在宅医療に関わる スタッフの役割	
1 総論	29
2 医師の役割	32
3 看護師の役割	35
4 保険薬局薬剤師の役割	45
5 リハビリテーション専門職の役割	53
6 管理栄養士の役割	55
7 ソーシャルワーカーの役割	57
8 歯科医師・歯科衛生士の役割	59
Chapter 6 ● 好事例の紹介	
1 病診連携・診診協働の好事例	63
2 在宅医ネットワークの好事例	69
3 看取りの好事例	71
4 薬剤師介入の好事例	75
Chapter 7 ● 看取りにおける留意点	83
Chapter 8 ● 看取り後のグリーフケア	93
Chapter 9 ● 医療者のセルフマネジメント	97
執筆者一覧	101

Contents

ともに歩むがん在宅医療





はじめに

本小冊子「ともに歩むがん在宅医療」は、がん在宅医療人材育成事業が作成するテキスト3部作の1つである。小冊子作成の目的は、今後がんの在宅医療に関わりたいと考えている医師・歯科医師・看護師・薬剤師等を対象として、在宅医療関連職種の役割や在宅医療に特徴的な運用の仕組み・制度を概括し、在宅医療への理解を深めていただくことである。

まず病院から在宅へ、医療者の送り手・受け手の双方が配慮すべきことを記した。二人主治医制や医療・介護の連携、多職種の関わり、在宅看取り・グリーフケアなどは在宅医療ならではのテーマである。従来の入院・外来医療では経験することが少ない分野であり、在宅医療のイメージを膨らませていただけるように具体的な事例も提示することとした。

在宅医療には患者・家族の人間ドラマ、人生のクライマックスに医療者として関わり、プロデュースできるという面白さがある。病院から在宅へ円滑に移行でき、患者さんをご家族の穏やかな在宅療養を最後まで支えることができたとき、医療者が感じる達成感とよろこびは大きい。

本小冊子を通して、がんの在宅医療を俯瞰的に理解し、医療者が在宅医療の魅力を感じていただけるならうれしい。

谷水正人

Chapter 1

がん疾患の在宅医療の魅力

蘆野吉和

筆者が、がん疾患の在宅医療を始めたのは1987年のことである。公的病院の外科医として、がんの外科治療、抗がん剤治療、そして放射線治療など、治すための治療に取り組む過程で、どうしても頭を離れないのが、進行したがん患者が、痛みなどで苦しみながら、病院に長く入院したまま亡くなっている姿であった。

何か医師としてできることはないかと悩み、そこで始めたのが医療用麻薬等を積極的に使った疼痛治療など、現在は緩和ケアと呼ばれるケアである。痛みがとれるようになって、次に始めたのは、がん患者の在宅医療である。何もすることがないなら、せめて自宅に帰してあげたいとの思いで始めたのが「在宅ターミナルケア」であった。

当初は、自宅を病室にするつもりで、病院で行う治療を自宅にも持ち込んだが、それが間違いであることを教えられた。自宅では、「患者」が「主(あるじ)」で「医師」が「お客さん」であること、「患者」は自分なりの生活観や人生観をもった「人間」であること、医療は生活や人生を支援するためにあること、などなど多くのことを学んだ。

がん疾患の在宅医療は、患者の死で終了となる。その多くは短期間で亡くなり、在宅療養中、病状は刻々と変わり、通常は下り坂を転げ落ちるように悪化するのだが、その大切な時間を意義ある時間に変えられるかどうかは、患者および家族とのコミュニケーションをどのようにとるかにかかっている。ときに元気になったように思える時間もあり、悲喜こもごも、その時間経過のなかで1人ひとり違う「ものがたり」が綴られ、そして幕が降りる(看取りを迎える)。

人生は通常1回きり、看取りに関わる医療・介護職は多くの死を経験し、さまざまな人生を疑似体験することができる。これも、魅力的なことである。

在宅医療では、患者や家族の価値観、人生観、生活観を受け入れ、それを尊重することが求められる。なかなか受け入れがたい人も少なくないが、それでも、専門職として受け入れる態度で接すると、さまざまな価値観、人生観、生活観を体感できる。

在宅医療は多職種ケアである。自分1人ではできないことも、さまざまな職種の知恵を寄せ集めることで奇跡的な結果を出すことができる。ただし、目標を共有することがその前提となる。

約30年以上にわたり、さまざまな工夫を凝らし、独学で進んできた時代があるが、いまは多くの仲間がおり、さまざまな知恵が蓄積している。今回、その知恵をまとめる作業をしているが、ぜひ皆さんに仲間として一緒に学んでほしい。



がん疾患の在宅医療の特徴と その対応

城谷典保

刻々と変わる病状に対応することが大切

医療者は、がん患者が体と心の両面に心配ごとや悩みをかかえていることを理解する必要がある。また、がん患者の在宅医療には、医療に従事する専門職による医療・ケアと、家族によるケアがあることも理解しよう。

がん患者では、がんの進行にともなう病状の変化やその急変がしばしば生じる。なかでも「がん性疼痛」の発生頻度は高く、それを十分にコントロールすることが、がん在宅医療を実践するうえで極めて重要な要素である。次に頻度の高い症状は、「栄養不良」（体重減少と筋力低下）と「がん悪液質」（食欲不振と浮腫）である。医療者は、これらを含めた多種多様な病状に対応する知識や技能・技術を習得する必要がある。

多職種協働が在宅医療の基本

がん患者の在宅医療では、人生の最終段階をおだやかに過ごせるよう「QOL」を高める医療やケアを実践することも重要である。そのためには、多職種協働による専門職の役割分担が必要であることを忘れてはならない。

在宅療養を支える仕組みについて、わが国には、在宅療養支援診療所による365日24時間の訪問診療や往診が受けられる体制が整備されている。訪問看護ステーションによる訪問看護も併用できる。ケアマネジャーとの連携で介護サービスも受けられ、病院の緩和ケアチームや緩和ケア病棟との地域

連携により在宅で緩和ケアを受けることもできる。介護保険による有料老人ホームを利用したホスピスケアを受けることもでき、その場合も訪問診療は利用できる。このような社会的インフラが整備されていることを知識としてもつことが、がん在宅医療の「質」を担保することになる。

がん在宅医療を実践するための必要事項をまとめると、次のようになる。

1. 在宅医療の原則^{*1}を理解し実践する
2. 在宅医療の最終目標^{*2}を理解し実践する
3. 医療者は、それぞれの専門的知識と技術を習得して実践する
4. 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、管理栄養士等ならびに介護職による多職種協働（連携）で取り組むことを理解し実践する

*1：在宅医療の原則（理念）

- | | |
|------------------|----------------|
| ① 利用者本人および家族本位 | ⑥ 安全性と質の重視 |
| ② 信頼と尊敬に基づくケア | ⑦ 生命倫理の重視 |
| ③ 物語に基づくケア | ⑧ 継続性のあるケア |
| ④ 包括的評価に基づく全人的ケア | ⑨ 地域に根ざした統合的ケア |
| ⑤ 多職種協働によるケア | |

*2：在宅医療の最終目標

- ・ その人らしい生活や人生を可能な限り最期（人生の最終段階を含めて）まで継続できるよう支援すること
- ・ 人間としての尊厳を最期まで大切にすること

以上が、がん在宅医療の特徴を理解して実践するうえでの基本的な考え方といえる。



Chapter 3

「二人主治医制」について

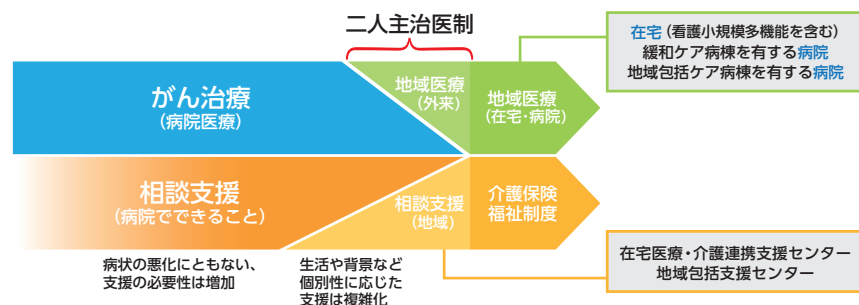
白髭 豊

病院専門医とかかりつけ医による「二人主治医制」

まず、がん患者に必要な医療や支援の提供体制として、的確で安全ながん治療と、包括的な相談支援を並行して提供する必要があることはいうまでもない。病状の悪化にともなって支援の必要性は増すが、相談支援にあたっては、患者の生活や社会的背景などの個別性を踏まえる必要があり、病状の悪化にともなって、一般論では答えづらい、複雑な支援を要する場合が多くなっていく傾向がある。

これらの支援すべてを病院が提供することは難しいので、地域の相談支援機関の活用（たとえば、在宅医療・介護連携推進事業の在宅医療・介護連携支援センター）がすすめられる。ベスト・サポーター・ケア（BSC）となったがん患者が地域に戻るにあたっては、在宅医療や介護保険サービス、または緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟を有する病院など地域の医療資源につながる（図表1）。

■ 図表1 がん患者に必要な医療や支援の提供体制

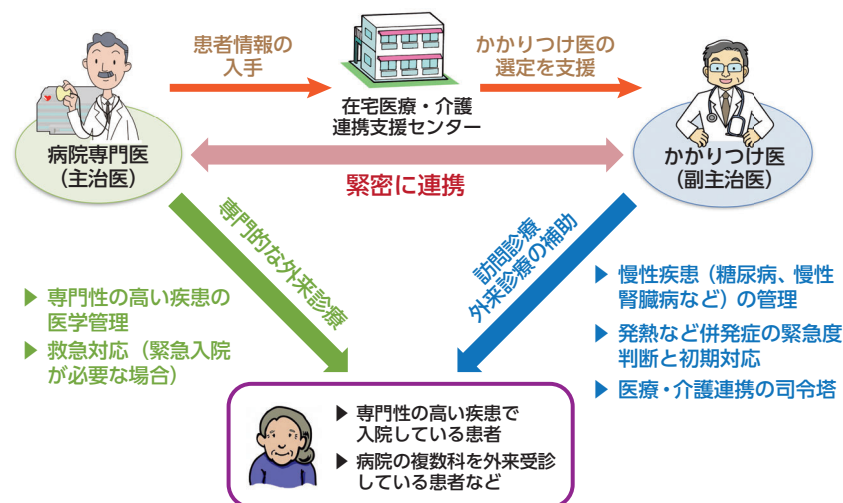


令和2年度 地域緩和ケア連携調整員研修「在宅医療の実態と病院に求める地域連携」あおぞら診療所 川越 正平先生提供¹⁾
© あおぞら診療所 All Rights Reserved

最終的にBSCと判断された段階に至って、はじめて地域の医療資源につながるという流れは、必ずしも最善の方法とはいえない。残された時間も限られるなかで、新しい医療者との信頼関係を構築したり、病状の変化に対応しながら医療や支援の体制を整えたりすることは容易ではないからだ。結果として、情報の混乱が生じたり、患者が望まない展開になったりしてしまう場合もある。

そのようなことを防ぐための方策として、がん治療中で通院可能なADLの段階から、病院専門医と地域のかかりつけ医との併診体制を整えておく、いわゆる「二人主治医制」が推奨される（図表2）。

■ 図表2 二人主治医制（病院専門医とかかりつけ医）



令和2年度 地域緩和ケア連携調整員研修「在宅医療の実態と病院に求める地域連携」あおぞら診療所 川越 正平先生提供¹⁾
© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター All Rights Reserved

がん治療中の患者が、治療を担当している病院専門医に加えて、もう1人の主治医としてかかりつけ医をもつ二人主治医制について、両者の役割分担の例を示す。2人目の「副主治医」としては、在宅医療に取り組んでいる診療所医師を選ぶことが望ましい。患者の納得を得るためには、たとえば、「糖尿病や慢性腎臓病（CKD）など、がんに合併している慢性疾患の管理は

専門外なので、そちらの管理をお願いしたい」と患者に説明するのがよいだろう。

二人主治医体制が整っていれば、その後に発熱など軽微なトラブルが生じた際のトリアージや、初期対応を担当してもらうことも可能になる。治療方針の決定や処方、原則としてそれまで通り、病院専門医が担当するのが混乱を生じないスムーズな役割分担といえるであろう。一方、バスや電車を乗り継いで1時間半もかけて通院している患者で、採血の結果、白血球が少なかったため、1週間後に予約を取り直すことにしたという場面は、がん診療の現場でままあることと思われる。このような場合に、たとえば、外来化学療法予定日の前日にかかりつけ医が採血検査を行い、その結果をがん治療を担当している病院に伝えることによって患者負担を軽減する方法などは、二人主治医制の効果的な活用例だ。

病院専門医と在宅緩和ケアに取り組むかかりつけ医との二人主治医体制が整っていれば、通院が難しくなり、治療の余地が乏しくなった場合に、必要に応じて訪問診療に移行することによって、両者の役割分担や主治医機能の軽重を切れ目なく受け渡すことも可能になる。

このように、がん診療チームに早い段階からかかりつけ医を加えておくことには、大きなメリットや可能性がある。

まとめると、専門性の高い疾患の医学管理については、それまで通り、病院専門医が担当し、慢性疾患の管理や発熱など、併発症の緊急性の判断や初期対応、そして、医療・介護連携の司令塔機能は地域のかかりつけ医が分担するというかたちが、二人主治医制のわかりやすいイメージであろう。

診療所同士の「二人主治医制」

在宅療養支援診療所は、24時間往診が可能な体制を確保することが要件とされる。この要件を、在宅専門でない診療所が1カ所で実現することは難しく、相互連携によるシステム構築が不可欠だ。

川越らは、わが国における診診連携システムの特徴を、▽設立の経緯と構成メンバーの規模▽副主治医の決定方法と患者情報共有▽副主治医の待機・臨時出勤と看護師との連携▽診療録作成と副主治医への報酬支払い——の4つのカテゴリーごとに類型化した²⁾ (図表3)。このモデルは、新たに診診連携グループの構築を行う場合に活用できる。

まず、設立の経緯として、有志の集まり、あるいは医師会などを母体とするかのいずれかがある。構成メンバーの規模は、5名以下の少人数か、20名以上の中・大規模グループに分けられる。中・大規模といっても、内部に形成された2～4人程度の小グループごとに機能していることが多い。

次に、副主治医の決定方法には、▽症例ごとに副主治医を決定する▽連携医師が担当する患者は他の連携医師が自動的に副主治医となる▽不在時にすべての患者を当番医師に委ねる▽曜日ごとに副主治医を決める▽訪問看護ステーション看護師が連携医師に出勤を要請する——などがある。患者情報共有の方法には、▽導入時に入手した診療情報を共有する▽バックアップを依頼するときに電話やショートサマリーで伝える▽定期的なサマリーを作成する▽訪問看護指示書をサマリーとして活用する▽患者用のメーリングリストを運用し副主治医にも参加してもらう▽氏名と住所、電話番号のみを共有する——などがある。最近では、地域の医療情報ネットワークを通して、電子カルテ情報そのものを副主治医と共有することも可能となってきた。



■ 図表3 診療所同士の二人主治医制の類型化

そして、副主治医の待機・臨時出動については、▽患者が副主治医に直接連絡する▽主治医診療所の看護師や事務員がいったん患者からの連絡を受け副主治医に連絡する▽不在時も主治医がファーストコールを受ける——という方法がある。主治医がファーストコールを受けるのは、休暇中の主治医が完全に解放されない点がデメリットである。

看護師との連携では、主治医の診療所の看護師が副主治医の臨時往診に同行する方法が望ましいが、診療所看護師が時間外対応できるとは限らない。副主治医が訪問看護ステーションの看護師と連絡をとる方法は、病状や考慮すべき背景などを詳しく把握できる。

最後に、診療録の作成は、主治医診療所の診療録に記載する場合と、副主治医診療所で新たに診療録を作成する場合がある。主治医診療所の診療録に記載する場合は、副主治医を主治医診療所の非常勤医と位置付けることになるため、あらかじめ保険医登録を行っておくことが望ましい。一方、副主治医診療所で診療録を作成する場合は、その診療内容を事後に主治医に報告する必要がある。また、診療報酬の一部負担金を副主治医診療所から請求する必要があるため、患者が混乱するおそれがある。

診診連携システムをより大きく発展させていくためには、副主治医への正当な報酬や評価が重要であろう。▽要した実働時間に1時間あたりで定めた報酬を乗じて支払う▽1回の臨時往診ごとに報酬を設定する▽実働がなくても待機料を支払う▽看取り1件ごとに報酬を支払う——などの方法があり得る。

<参考文献>

- 1) 川越正平. 在宅医療の実践と病院に求める地域連携. 令和2年度 地域緩和ケア連携調整員研修. 国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策情報センター.
- 2) 川越正平, 廣岡佳代, 白髭豊. 電話インタビュー調査に基づく在宅医療診診連携システムの類型化(OPTIM方式). 日本医事新報. 2011, 4565, p.87-92.

A 設立の経緯と構成メンバーの規模

1. 設立の経緯
 - a) 有志の集まり
 - b) 医師会等の組織を母体にする
2. 構成メンバーの規模
 - a) 概ね5名以下の少数
 - b) 20名以上の中～大規模グループ

B 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み

1. 副主治医の決定方法
 - a) 症例ごとに決定
 - b) 医師ごとに他の連携医師が自動的に副主治医になる
 - c) 不在時にすべての患者を一括して当番医師に委ねる
 - d) 曜日ごとに当番医師を決めておく
 - e) 訪問看護ステーション看護師が、連携医師に出動要請
2. 患者情報共有の仕組み
 - a) 導入時に入手した診療情報を共有
 - b) バックアップ依頼時に副主治医に電話やショートサマリーで伝える
 - c) 定期的に全患者のサマリーを作成する
 - d) 訪問看護指示書をサマリーとして利用
 - e) メーリングリストに副主治医も登録
 - f) 氏名と住所、電話番号のみの患者情報を共有
 - g) 電子カルテ情報そのものを副主治医と共有

C 副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携

1. 副主治医の待機・臨時出動
 - a) 患者側から副主治医へ直接連絡する
 - b) 主治医診療所で電話を受け、副主治医へ連絡
 - c) 不在時も主治医が連絡を受け、副主治医へ連絡
2. 看護師との連携
 - a) 主治医診療所看護師が副主治医の往診に同行
 - b) 訪問看護ステーション看護師が連携する
 - c) 看護師は関与しない(副主治医が単独で往診)

D 診療録の作成と副主治医への報酬支払い

1. 診療録の作成
 - a) 副主治医を非常勤医師として登録し主治医診療所の診療録に記載
 - b) 副主治医の診療所で新たな診療録を作成
2. 副主治医への報酬支払い
 - a) 実働1時間あたりで報酬を定める
 - b) 往診1件あたりで報酬を定める
 - c) (往診実働の有無にかかわらず) 1日ごとに定めた待機料を払う
 - d) 看取り1件あたりで報酬を定める



Chapter 4

病院から在宅への 移行に際しての留意点



患者の現在の病状と今後の見通しを考慮し、それらに対応できる在宅医や訪問看護ステーションが選定される必要がある。たとえば、輸血や胸腹水穿刺、オピオイド鎮痛薬が必要になる可能性がある場合、患者・家族の病状認識が不十分で不安が強い場合、家族背景（独居、母子家庭、障害者と同居、経済的問題等）が複雑な場合など、できる限り退院前カンファレンスに参加して、以下の情報を得ることが望ましい。

病院から在宅移行時に伝えてほしいこと

① 在宅移行を希望したのは誰か

・本人の強い希望 ・家族の希望 ・病院側の都合

② 主介護者を含む家族構成、家族支援の状況

嫁姑の関係性、キーパーソンの同居・別居、キーパーソンの就業状況、独居、日中独居、老老介護、認知介護、母子家庭、障害者との同居、経済的問題、小さい子供の同居の有無 など

③ 病院医師からの病状説明の内容と患者・家族の認識

・患者のいままでの治療歴、今後の治療計画
・病院での抗がん剤治療を継続するために在宅医がサポート（副作用観察、栄養管理や輸血、リハビリテーションなどを二人主治医制で実施）するのか、それとも積極的治療の終了、あるいは終末期での退院なのか
・告知の詳細、予後など告知内容を誰にどのように伝えたか、その理解はどの程度か

④ 体重、体重の変化、尿量、排便状態、食事内容と摂取量、採血・CTなどの検査結果

在宅側から「尿量は？」と尋ねたときに即答した病院スタッフに、バイタルサインや排泄、浮腫の有無、痛みの状況、元気があるかないか、全身倦怠感の有無などを詳細に確認する。できる限り栄養状態も把握する。食事量とともに、そのエネルギー量を確認することを忘れないようにする

⑤ 退院時の処方のすり合わせ

とくに在宅中心静脈栄養法（HPN）に必要な薬剤情報。病院とは異なり院外処方できない注射薬が多いため、院外処方できない注射薬に関しては自院にて退院前に準備する必要がある

⑥ 医療機器の手配や医療処置の情報

・在宅酸素機器、人工呼吸器（設定条件も確認）、HPNポンプ、携帯型ディスプレイ、スポンジ注射ポンプ、自己調整鎮痛法（PCA）機能付き携帯型精密輸液ポンプ、血糖測定器、吸引器、吸入器（在宅医の手持ちにないものは事前にレンタルする必要がある） など
・気管切開カニューレ、膀胱留置カテーテル、腎瘻カテーテル、胃瘻カテーテルの種類・サイズおよび最終交換日時、CVポートの種類（先端開口かスリットタイプかなど） など
・ストーマ装具の交換頻度や、使用物品のメーカー名・サイズ
・褥瘡の状態、入院中の処置方法や材料

⑦ ADLの情報

・入院中と自宅に戻ったときとはADLが大きく異なる。段差や障害物の多い環境で、トイレ・ポータブルトイレ、浴室への移動が可能かどうかを確認する
・電動ベッド、エアーマット、介助バー、歩行器、車いす、シャワーチェア、ポータブルトイレなどを、初回訪問時にある程度整えられるように準備しておく

⑧ 病院側で介護保険の手続きはどこまで行われたか

・介護保険の申請、認定調査は済んでいるか
・ケアマネジャーの調整は開始されているか
・コストについての説明はどこまで済んでいるか
・自宅環境整備は開始しているか（住宅改修など）
・身体障害者手帳の申請 など

在宅から入院時に伝えるべきこと

① 病状とそれに対する治療をどこまでやったか、病院に望む治療は何か

たとえば、胸腹水穿刺はできないので病院に依頼したい、疼痛コントロール不良となったため立て直しを依頼したい、病状理解ができておらず病院での治療を希望した など

② 患者・家族の病状認識の程度と、人生の最終段階をどこで療養したいと希望しているか

③ 訪問看護師のサマリー

家族やケアマネジャーと情報共有し 過不足なく準備

がん末期の患者が退院する際は、退院時共同指導を病院で実施することが多い。40歳以上の患者で、介護保険を申請して要介護または要支援と認定された場合は、患者の状態やニーズに対し、必要とする多職種との連絡調整等をケアマネジャーが行う。

介護サービス計画書(ケアプラン)は、認知症、脳血管障害後遺症、老衰など進行が緩徐な患者と、病態変化が急速ながん末期の患者では内容がまったく異なる。ケアマネジャーはバックグラウンドが多彩であるため、それぞれの地域に所属する、がん患者支援の経験が豊富なケアマネジャーに協力してもらえるとよい。



在宅移行時のチェックポイント

1 病院から自宅への移動手段の確認

- 自家用車：独歩、車いすに座ることが可能な患者
- 福祉タクシー：ベッド上に臥床している患者
※福祉タクシーは、病棟看護師、病診連携看護師などが家族と相談して手配することが多い

2 自宅で使用する福祉用具

※ケアマネジャーが福祉用具貸与・特定福祉用具販売事業所に依頼する

- 特殊寝台
3モーター式寝台(角度表示があるもの)
- マットレス
ウレタン(体圧分散)：ADLが自立している患者
ハイブリッドマットレス：座位保持、歩行可能～最期まで使用可能
エアーマット：寝返りを打てない患者
- チルトリクライニング式車いす：ベッド上に臥床している患者
- ポータブルトイレ、手すり、段差解消スロープ、シャワーチェア など

3 訪問サービス

- 訪問入浴介護：ベッド上に臥床している患者
※ケアマネジャーが訪問入浴介護事業所に依頼する
- 訪問介護：身体介護、生活援助、通院介助などのために、患者・家族が訪問介護を希望する場合
※ケアマネジャーが訪問介護事業所に依頼する

病院から自宅への移動手段と、特殊寝台およびマットレス以外は、自宅での生活を進めながら必要に応じて準備する。

薬物療法だけで疼痛の制御が難しい場合は 放射線治療を考慮する

放射線治療は、在宅で実施することはできないが、がん性疼痛の制御には有効である。有痛性骨転移などにはとくに有効性が高い。腫瘍の浸潤や圧迫による痛みの制御が、大量のオピオイド鎮痛薬を用いるなどしても薬物療法だけでは難しい場合には放射線治療を考慮する。

放射線治療を考慮する際の留意点

- ① 放射線照射部位が1、2カ所で済み、予後を考慮してもQOLの向上が期待できる場合には、がん診療連携拠点病院等の放射線治療医または病院担当医と積極的に相談する
- ② 在宅療養中の患者にとっての放射線治療は、適応にならないこともあるため、以下について十分配慮することが求められる
 - 現在の療養環境や本人の意向を尊重する
 - 普段から治療を行っている病院とよく連携がとれているか否かが、放射線治療を実施するかどうかの重要な判断要素になる
 - 連携先の病院の設備や体制によっても選択肢は異なる

また、病態によっては緊急で放射線治療を要する場合がある。たとえば、脊髄圧迫による麻痺、気道閉塞、上大静脈症候群、骨折、眼球圧迫による視力障害など、QOLを著しく損なう重篤な症状進行を抑制したいときに緊急の放射線照射の適応がある。とくに脊髄麻痺の場合は、両下肢にしびれ感などの前兆がみられてから麻痺発症当日中までに照射を開始しないと、しばしば完全麻痺まで進行してしまうため、治療のタイミングが効果を左右する。

ほかに、脳転移によるADL・認知機能低下および脳圧亢進の制御、皮膚転移自壊部の制御にも放射線治療は有効であり、血痰、腫出血などによる致死的な出血の止血にも有効な場合がある。

患者個々の在宅療養の環境などにもよるが、症状が進行したときの選択肢として、放射線治療の希望の有無を確認しておくといいかもしい。また、あらかじめ全身の骨転移をチェックしておくことができれば、緊急性を要する病態に対しても予防的対応が可能で、その場合は大いにQOLの改善が期待できる。



注射薬を投与されている患者の療養場所が、病院から在宅（個人宅もしくは施設）へ移行となる場合の留意点を以下に示す。

注射薬投与中の患者の留意点

「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の第二十条（「二 投薬」のト）に、「厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる」との記載があり、入院中に使用していた薬剤がすべて処方できるものではない。

以下の理由により、退院後すぐに患家周辺の保険薬局（以下、薬局）で対応することが困難である場合が多い。そのため、退院が視野に入った時点で薬局を選定し、連携することにより、退院処方を何日分にすればよいかなど細かい調整が事前にでき、薬剤のスムーズな供給が可能になる。

- 在宅中心静脈栄養法用輸液（高カロリー輸液）や医療用麻薬の無菌調製に対応できるのは、地方厚生（支）局に「無菌製剤処理加算」の届け出をしている薬局（自薬局に無菌室がある場合、もしくは無菌室の共同利用ができる場合）のみである。患家の周辺の薬局すべてが対応できるわけではなく、対応できる薬局はむしろ少ない
- もし、注射薬の調製ができるとしても、その薬局が薬剤師訪問サービスを実施していない場合や、注射薬が必要な医療依存度の高い治療に慣れていない場合などは対応できないことがある
- 薬剤師訪問サービスを実施している薬局であっても、午前・夕方の外来対応のなかで訪問をしている場合などもあり、訪問時間の調整などが必要である
- 注射薬は、患家周辺の薬局に常に在庫がある薬剤でないことが多い

- 在宅中心静脈栄養法用輸液もしくは医療用麻薬のために携帯型精密輸液ポンプを使用する場合、在宅医がポンプを有していれば早い対応も可能だが、ポンプをレンタルする場合は、レンタル業者と薬剤を処方する医療機関とで契約を結ぶ必要があり、時間を要することが多い。在宅医にレンタル業者を紹介する場合もある
- 入院中に使用していた医療材料についても、薬局に在庫のないものが多い。医薬品・医療品卸業者に発注してから納入まで1週間程度要するものもある。携帯型精密輸液ポンプの代替となる携帯型ディスポーザブル注入ポンプの納入にも時間がかかるため、退院前に薬局と入念に打ち合わせておく必要がある
- 入院中の処置は医療専門職である看護師が行うが、在宅では患者もしくは家族が行う場合も想定される。そのため、注射薬の投与ルートや交換頻度などを可能な限りシンプルにする必要があるが、退院前に情報共有することで、メインの輸液に注射薬を混合するなどの処方変更ができることも多い
- 患者が個人宅ではなく施設入居となる場合、個々の施設で対応可能な処置等が異なるため、できる限りその施設に合った処方に変更する必要がある
- 輸液セットやCVポート用のヒューバー針等は、院内処方と院外処方では対応が異なる

無菌調製が必要な場合、配合変化や安定性を考慮して、基本的に1週間分程度をまとめて調製することが多い。在宅中心静脈栄養法用輸液を冷所保存するために、冷蔵庫のかかなりのスペースを占めてしまうことにも留意する必要がある。

地域によっては、薬剤師会などが注射薬に対応できる薬局のデータベースなどを公開している場合がある。データベースなどがない場合でも、地域の薬剤師会に問い合わせると、対応可能な薬局を探せることがある。



Chapter ・ 5

がん疾患の在宅医療に関わる スタッフの役割



多職種連携・多職種協働とは

まずは、「多職種連携」「多職種協働」「チーム医療」などの言葉の意味を整理してみたい。

多職種連携

「患者や地域の問題を抽出し、その共通の問題を解決すべく、それぞれの専門職が多方面からアプローチすること」とされ¹⁾、主にチーム医療のつながりやネットワークシステムなどの「構造」の意味合いが大きい

多職種協働

「異なる専門性をもった職種が集まり、共有した目標に向けてともに働くこと」とされ²⁾、ともに働くことへのコンセプトやプロセスなどの「方法や内容」を意味する

チーム医療

「医療に従事する多種多様な医療者が、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」とされる³⁾

IPW (Interprofessional work)

「保健(行政)・医療・福祉の複数領域の専門職が活躍する臨床現場や地域において、それぞれの技術と役割をもとに、共通の目標を目指す連携協働」とされ⁴⁾、多職種連携と多職種協働の意味合いをあわせもつ

在宅医療もしくは在宅ケアは、「疾患」「機能や障害」「社会心理面」といった多面性があり、それぞれに応じた問題や障害が複雑に絡み合っている。医療以外の側面も多く、医療者以外の専門職もチームに加わることや、提供するものも医療に限らないことを考慮すると、在宅医療におけるチーム医療は、多職種連携と多職種協働の意味合いをあわせもつ「IPW」と同義と考えてもよいだろう。

多職種チームの種類について

多職種チームの種類をまとめたものはいくつかあるが、スポーツのチームにたとえたもの⁵⁾がわかりやすい。

リレー型

チームメンバーが同じフィールドに立つことはなく、バトンやたすきをつなぐように、情報を申し送ったら次の職種が関わる

テニス型

チームメンバーが同じフィールドに立つが、同時にプレーしない。情報のやり取りはしていても協働しないというイメージである

ヨット型

同じフィールドに立ち同時にプレーするが、リーダーの命令通りに動くことが要求される

サッカー型

メンバーが同じフィールドを共有し、各々の役割を果たす。目標に向かって情報をやり取りしつつ、直接そこに関わらない専門職も、他の専門職の動きに合わせて行動していくイメージである

がんのステージ、療養環境、チームの構成員などにより、多職種チームのかたちを変えていくことが望まれる場合もあるが、在宅医療における多職種チームはサッカー型であることが多く、速やかな情報共有と、それに対して各職種が備え、行動することが必要である。

連絡・連携ツールについて

速やかな情報共有が重要であるが、多職種チームは複数の事業所に所属している場合が多いため、連絡・連携ツールを用いる必要がある。

従来の連絡・連携ツールである「電話」「FAX」「連絡ノート」「書類」「カンファレンス」「連携パス」などは、それぞれにメリットとデメリットがある。最近ではICTを用いた連絡・連携ツールが使われることも多くなっているが、電子メールや公開型SNSは患者の個人情報保護の観点からも利用すべきではなく、非公開型SNSによる多職種連携システムを用いるべきである。

そのほかにも、さまざまなツールが利用できるようになっているが、取り扱う情報、情報共有するメンバー、情報のリアルタイム性などの状況に応じて、従来からあるツールも含めて適切なものを使っていく必要がある。

また、ICTを用いる場合でも、「顔の見える連携」があらかじめ構築されていることが望まれる。

<参考文献>

- 1) 大橋博樹. 在宅医療、多職種連携. 日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会テキスト. 2020, p.3-1~3-16.
- 2) 最近よく聞く多職種協働、欠かせない2つのスキルとは?. ジョブメドレー. 2016-11-18. <https://job-medley.com/tips/detail/507/>, (参照2021-3-25).
- 3) チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会報告書). 厚生労働省. 2010-3-19.
- 4) 大嶋伸雄. 用語の解説:IPW/IPE. リハビリテーション研究. 2009, vol.39, no.2.
- 5) 阿部能成. チーム再考—緩和ケアチームは、どのような種類のチームに属するか?. JSPM News Letter No.22. 2004.

チーム医療に必要な医師のスキルとは

「医師こそがチーム医療の要であり、場を作るのは医師の役割」とされ¹⁾、理想のチーム医療体制を構築するためには、医師のスキルが必要である。

ハードスキル

… 体系だった知識のこと

ゼネラルスキル

一般的に基礎能力ともいわれる、医師として知っておかなければならないスキルで、通常は臨床研修医制度などで学んでいるものである

スペシャルスキル

基礎能力に対して特殊能力といわれるが、医師においては専門医としての知識といえる。専門医制度などで学んでいるもので、医師によりその専門性は異なる

ソフトスキル

… 対人関係に関するスキル、ヒューマンスキルのこと

最近では医学部教育の一環で学ぶこともあるが、まだ教育体制は十分でなく、学んでいない世代も多い

コミュニケーションスキル

人と人の間で意思疎通を図る方法、技術、知識で、多職種連携・協働には欠かせないスキルである

リーダーシップ

チームを牽引する能力は、チーム医療を行うにあたって医師に求められるものである。より大きな視点に立ち、先々に起こることを見据えていくことが重要である

管理・運営スキル

目標を達成させるための手段を定めて管理・運営するスキル、マネジメントスキル。リーダーシップとは、必要な能力、立場、視点などが異なるが、医師としてはこれらをあわせもつことも望まれる

在宅医療を始めるにあたって

在宅医療を始めるにあたっては、医師の役割も含め、次のような事項を基礎知識として理解しておく必要がある。

訪問診療と往診の違い

- 訪問診療 … 事前に計画を作成したうえで行うもので、がん患者の場合は状況により訪問回数が異なる
- 往診 …… 患者側の求めに応じて行うもので、がん患者の場合は病状が急に悪化することも多く、迅速な対応が必要である

在宅で行うがん治療の特徴

- がんの治療は外科的治療、放射線治療、化学療法、緩和ケアなどがあり、在宅では緩和ケアが中心になることが多い。緩和ケアに関する診療報酬の加算には講習会の受講が必要である
- 緩和ケアのなかでも、がんにとまなうさまざまな身体や気持ちのつらさに対応する
- がん以外の基礎疾患についても定期的に経過確認し、全身状態の診察や検査なども行うため、患者のもつ疾患・病態などに幅広く対応する総合的な診療を行うスキルが求められる
- 最期の看取りを在宅で行うことが一般的で、予後予測や起こり得る状況への対応のほかに、自宅以最期を迎える患者・家族に対しての精神的ケアや亡くなったあとのケアも重要である

在宅医の医療連携

- 医療に関する情報収集および情報共有を行う。病院専門医のほかに、従前のかかりつけ医（本来なら、かかりつけ医と在宅医は同一であることが望まれる）、病状に応じた専門医などと連携する
- 情報収集・共有には、各種書類のほかにICTとして提供されている地域の医療連携システムを利用する方法もあり、あらかじめ病院と検討しておくとい

多職種との連絡・連携

- 多職種それぞれの役割や実施可能なことを、十分に把握しておく必要がある。法的にできないこともあるので注意が必要である
- 医療職とは指示書や診療情報提供書など、介護職とはケアマネジャーとの連携に用いる連絡票などの書類を用いることが多い。ほかに、介護保険の主治医意見書など多くの書類の作成が必要である
- 多職種との情報共有には、電話・FAX・連絡ノート・カンファレンスなどを利用するが、最近では医療・介護連携専用の非公開型SNSもあり、それらをチームメンバーの状況に応じて適切に利用する
- 多職種チームのリーダーおよびマネジャーとしての役割が必要である。各職種や患者・家族との関係性を鑑みて、訪問看護師やケアマネジャーにその中心的立場をまかせ、サポートにまわる方がよい場合もあるので適宜対応する

患者や家族への対応

- 多くの患者・家族は、はじめての経験であることが多い。安心して在宅医療および在宅での最期を迎えられるようにするための配慮は欠かせない
- 患者・家族のニーズに応える、疑問や質問に適切に答える、ときには、自分の感情に流されないように堪えて、患者・家族の信頼を得ることが重要である

<参考文献>

- 1) 小林利彦. チーム医療と医師のキャリア. リクルートドクターズキャリア.
https://www.recruit-dc.co.jp/contents_feature/no1606a/, (参照2021-3-25).



がん疾患の在宅医療に関わる看護師

がん疾患の在宅医療に関わる看護師には、病院や診療所など医療機関の看護師と、地域で活動する訪問看護師がいる。それぞれ、次のようなかたちで在宅医療を支えている。

● 医療機関の看護師

病院には、病棟や外来の看護師のほか、入退院支援を担当している看護師もいる。

医療機関の機能分化を促進する国の方針にともない、診療報酬で退院支援・調整が評価されるようになったことから、入退院支援部門に看護師を配置する病院は増えているが、患者の状況により、どの部門の看護師が在宅医療とつながる窓口となるかは異なる。患者の状況や希望によっては入退院を繰り返す場合もあるため、その患者にとっての窓口となる看護師を、退院前カンファレンスなどで確認しておく必要がある。

● 訪問看護師

訪問看護とは、訪問看護師等が居宅を訪問し、主治医の指示により、療養生活を送っている患者に看護サービスを提供するものである。

訪問看護師は、疾病または負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある人に対し、その人の居宅において療養上の世話または必要な診療の補助を行う。本人や家族の希望や思いを尊重し、在宅での療養生活を支援するとともに、健康の維持・回復やQOL向上、予防から看取りまでを支える看護を提供する。また、24時間の電話相談に応じ、必要時には緊急訪問による看護も行う。

訪問看護師は、訪問看護ステーション、医療機関等に所属している。

訪問看護ステーションのサービス内容とは

訪問看護ステーションには看護職員として、保健師、看護師、助産師（医療保険対象者のみ）、准看護師がいる。緩和ケアなど専門性の高い看護を提供できる訪問看護ステーションもある。

また、訪問看護の一環として、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションも提供できる。

訪問看護ステーションのサービス内容

- 健康状態の観察
- 病状悪化の防止・回復
- 療養生活の相談とアドバイス
- リハビリテーション
- 点滴、注射などの医療処置
- 痛みの軽減や服薬管理
- 緊急時の対応
- 主治医、ケアマネジャー、薬剤師、歯科医師との連携 など

訪問看護師は、食事や排泄等の療養上の助言を行い、健康状態の安定に努める。また、全身状態をアセスメント（バイタルサインチェック、心身の健康や障害の状態観察）し、状態に応じた助言や緊急対応、予防的支援を行う。さらに、医療的ケアが必要な場合は、主治医と連携し、医療処置や医療機器の管理・指導も行い、最期まで、その人らしく尊厳のある生活を送ることができるよう支援する。ただし、炊事・洗濯・買い物などの家事援助は基本的にしない。

医療機関の看護師との違いは、生活者の視点で、「場」に合わせ、エビデンスに基づいた医療や看護の実践および支援を行うことである。本人の治療や看護の経過を病院の医療者と情報共有し、在宅では医療を支えるチーム（主治医、薬剤師等）と生活を支えるチーム（ケアマネジャー、ホームヘルパー等）とも情報共有して支援を行う。

主治医と訪問看護の関係

訪問看護は医師の指示のもとで行うので、医師からの訪問看護指示書が必要である。訪問看護ステーションから、毎月、「訪問看護報告書」と「訪問看護計画書」を送付し、本人や家族の状況と訪問看護内容などについて情報提供する。

患者・家族と訪問看護の関係

訪問看護師は、本人や家族の希望や思いを確認し、心身の状態や家族の状況を考慮したうえで、看護計画を立て、同意を得て「治療(医療)と生活」を結びつけたケアを行う。患者だけでなく、家族や介護者の精神的負担・不安を考慮したケアや支援も行う。病状や疾病を観察したうえで、起こり得ることを予測し、予測したことを本人や家族に説明し、事前に準備することで安心につなげる。

また、看護師が不在のときでも適切なケアが継続されるように、家族や介護職にケア方法を伝えることで支援する。



訪問看護ステーション管理者に求められる能力

訪問看護ステーションには、それぞれの特徴や持ち味がある。各ステーションの運営管理を行い、スタッフ育成を行っているのは管理者(所長)であり、訪問看護ステーションの管理者(所長)である前によき看護師であることが求められる。

管理者(所長)には、①リーダーシップとヘッドシップ、②スタッフや多職種と連携するコミュニケーション力、③セルフコントロール力、自己統制力、④マネジメント力といった能力が必要である¹⁾。

地域緩和ケア訪問看護師と専門的緩和ケアの「看-看連携」

近年、がん患者を自宅で看取ることができるように政府が方針を示し、緩和ケアのさまざまな研修会が各地で実施されるようになった。しかし、筆者(片見)の経験では、緩和ケアや医療用麻薬の研修を数日受けたとしても、それだけで末期がん患者の在宅療養を支え、看取りまで継続して患者・家族が安心できるようにすることは必ずしも容易でない。筆者自身、医療用麻薬を用いた症状緩和に精通し、急速に変化する病状を適切に説明できる緩和医療専門医のもとで、6年間On-the-Job Training(OJT)を受け、1人ひとりの患者に対する個別的な在宅での看取りを積み重ねたことで、地域全体で取り組む緩和ケア(地域緩和ケア)を実践することができるようになった。

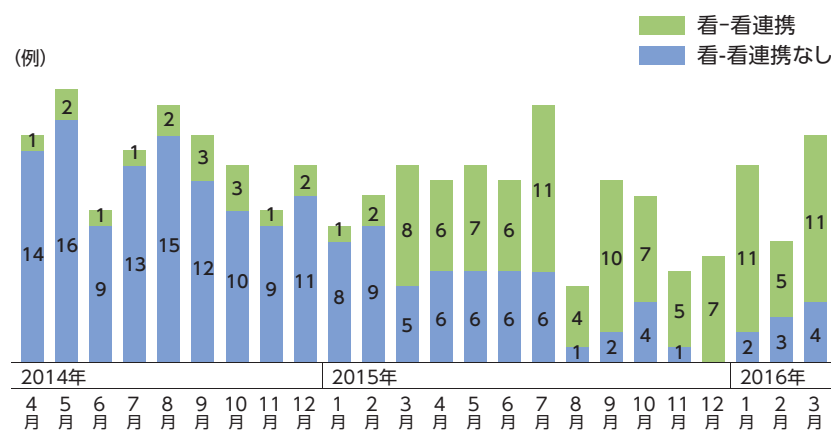
かつて筆者が専門的緩和ケアを担う訪問看護師として、緩和医療専門医とともに栃木県全域からの依頼に応じて地域緩和ケアを提供していた在宅専門診療所では、地域緩和ケアの推進を目的に、2014年4月から「看-看連携」に取り組んだ。連携したのは、地域緩和ケアの提供を希望する栃木県内の訪問看護ステーション43カ所である。ここでは、地域緩和ケアにおける看-看連携の重要性を紹介したい。

看-看連携のためにまず行ったのは、訪問看護ステーションで地域緩和ケアを担う訪問看護師の教育と役割を明確化し、人材育成を図るキャリア・ラダー²⁾の作成である。2014年4月から2016年3月までの2年間、このキャリア・ラダーを活用して人材育成に取り組み、在宅看取り289例で看-看連携を実践した。連携数は、2014年4月から2015年2月までは月1～3例であったが、その後の月は過半数で連携により看取りまで行った³⁾(図表1)。

2014年4月から2015年2月までの連携事例を通して、お互いの役割が見えてきた。

地域緩和ケアを担う訪問看護師の役割は、患者・家族の意思決定支援を行うケア計画を立て、患者・家族が望む生活に合わせて実践し、家族の介護負担に配慮しながら、患者・家族に受け入れられる関係を構築することである。また、進行がんの場合、死亡の2週間前くらいからさまざまな症状が出現することが多いが、そうした急速な変化にあわてる家族に代わって本人の訴えを正確にとらえ、アセスメントし、医師に伝えることも地域緩和ケアを担う訪問看護師の役割である³⁾。

■ 図表1 月別の在宅死亡数における「看-看連携」の割合の変化



一方、専門的緩和ケアを担う訪問看護師は、これから生じる「つらい症状や不安」などを予測し、トラブルに備えるアセスメントを行う役割を担う。

地域緩和ケアでは、各職種の役割の明確化が多職種連携を促進させることが調査により明らかになっている。また、OJTを重視した人材育成体制、そして、高い専門性をもつ看護師を在宅医療の現場に増やすことが、今後、わが国に地域緩和ケアを着実に普及させるうえで不可欠と考えられる⁴⁾。

看取りを経験して成長する訪問看護師

在宅での看取りの大変さはどこにあるのだろうか。筆者らは2019年、同じ法人に勤務し、看取りに関わっている訪問看護師95名を対象に調査した。質問紙は独自に作成し、プレテストを経て6項目の設問で具体的に聞いた。その結果、「困難」と感じているのは、①心情が揺れ動く家族のケア、②緊急訪問、③コミュニケーションという順であった。

患者は生活や価値観などが1人ひとり異なり、すべての症例が個別的であるため、本人の自己決定、意思決定支援に困難がともなうことは少なくない。専門的緩和ケアを担う訪問看護師(緩和ケア認定看護師)は、その人が表現する言葉を受け止め、本質的な苦痛や苦悩を探し求めるために言葉の真意を、病態や薬剤などの知識とコミュニケーションスキルを用いてアセスメントする。また、患者・家族に対して、言葉だけでは伝わりにくいホスピスマインドの真意を、行動や態度で丁寧に伝えることも重要である。

在宅での看取りを通して、これらの示唆を得た看護師では観察力が増してコミュニケーションにも変化がみられ、報告の内容が患者・家族を主体としたものになる。さらに、発想が柔軟になり、調整力が向上することも経験している⁵⁾。

認定看護師と「訪問看護基本療養費」

日本看護協会が認定する認定看護師は、特定の看護分野において「実践」「相談」「指導」の役割を果たす。なかでも、緩和ケアの専門研修を受けた看護師（緩和ケア認定看護師）が、他の訪問看護ステーションの看護師もしくは准看護師、または利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師もしくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合は、「訪問看護基本療養費」（Ⅰ）および（Ⅱ）の（ハ）12,850円（患者1人につき月1回限り）を算定できる^{6) 7)}。

緩和ケア認定看護師の活動実践

緩和ケア認定看護師の連携・協働について紹介する。

紹介元

- ① 病院のがん相談支援センター、患者サポートセンター等
- ② 病院や地域の緩和医療専門医
- ③ 地域の在宅医と訪問看護（特定看護師）
- ④ 本人、家族から直接の連絡

活動内容

- 入院中、外来通院中、自宅療養中などで「本人と家族」が介入を希望している場合は、まず、「地域の訪問看護師、ケアマネジャー、在宅医」も了解していることを確認する
- 訪問日を地域の訪問看護師と調整し、在宅医も同席できるときに一緒に訪問する

実践 1

患者・家族とのコミュニケーションを実践しているところを地域の訪問看護師に見せる。身体を触診しながら疼痛評価し、医療用麻薬を確認する。疼痛スケールのNRS (Numeric Rating Scale) や本人の表現する言葉で評価する。本人や家族がどのようにしたいか希望を聴取する

実践 2

医師とのやりとりを地域の訪問看護師に見せていく。医療行為の確認、内服薬の確認、家族の希望や不安などを確認し、対処に備える。症状増強の予測が可能のため、予測される症状に備え薬剤の処方も医師と相談する

実践 3

医師とのやりとりをもう一度、地域の訪問看護師と一緒に確認する。看護師の不安も聞く。相談はいつでも可能であることを伝える

実践 4

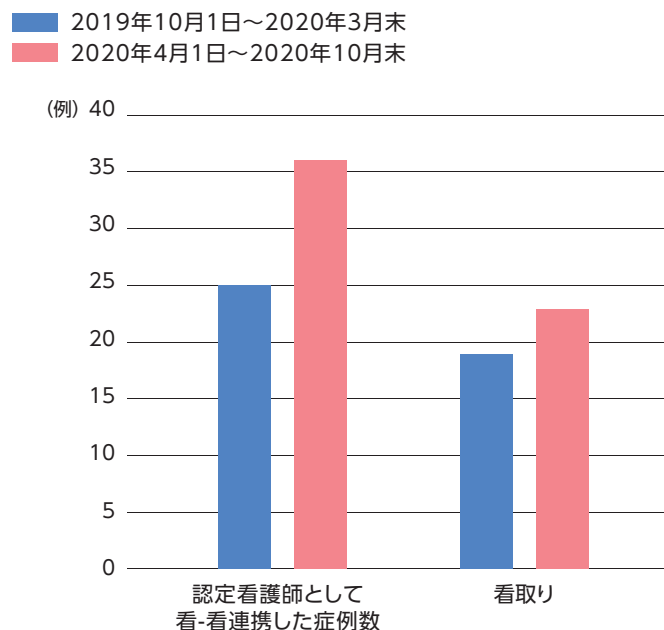
家族と契約する。認定看護師として契約するが、状態によっては2カ所目の訪問看護師としての契約もしておく。地域の訪問看護ステーションから依頼書を受け取り、認定看護師として、報告書を地域の訪問看護ステーションに提出する。連絡先を記載する

実践 5

実際の診療報酬明細書上は、認定看護師の訪問に関して医師の指示書が必要

■ 図表2

訪問看護ヴィーナス高根沢における地域の訪問看護ステーションとの連携状況



このような実践内容により、筆者は緩和ケア認定看護師としての立場で、地域の訪問看護ステーションと連携・協働し、看取りまで経験してきた。現在は、株式会社ヴィーナス医療統括マネージャーとして、2019年10月に開所した訪問看護ヴィーナス高根沢で活動している。ここでは、地域の訪問看護ステーション5カ所と連携・協働し、2020年10月31日現在、在宅看取り率は100%である⁸⁾。



<参考文献>

- 1) 角田直枝. 訪問看護師は“所長”で育つ!. 日本看護協会出版会. 2016, p.28-45.
- 2) 片見明美, 渡辺邦彦. practice note 実践の根拠と臨床知を巡る:在宅療養を希望するがん患者を支援する緩和ケア看護師 キャリア・ラダーの作成と運用. 月刊ナーシング. 2015, vol.35, no.2, p.96-100.
- 3) 片見明美, 渡辺邦彦. 栃木県における民間によるがん患者地域包括ケアの構築:地域におけるがん患者の看-看連携(第1報). ホスピスケアと在宅ケア. 2016, vol.24, no.2, p.115-118.
- 4) 片見明美. 地域緩和ケアの普及に向けて:地域緩和ケア;その現状と課題、展望:地域緩和ケアにおけるコーディネーションと専門性を生かす実践法. 在宅新療0-100. 2017, vol.2, no.9, p.817-822.
- 5) 片見明美. 地域緩和ケアの実践における課題. 第2回緩和医療学会 関東・甲信越支部学術大会シンポジウム. 2019.
- 6) 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者. 公益社団法人日本看護協会. <https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>, (参照2021-2-21).
- 7) 訪問看護業務の手引 令和2年4月版. 社会保険研究所. p.108-110.
- 8) 訪問看護ヴィーナス高根沢. 2019年10月1日開所から1年間の実績. 株式会社ヴィーナス.

薬剤等の供給と適正・効果的な薬物療法

在宅医療において保険薬局薬剤師（以下、薬局薬剤師）は、患者宅へ医薬品や医療・衛生材料等を届けるデリバリー機能と、在宅患者の薬物療法が適正・効果的に行われるように、患者・家族へのわかりやすい説明や、関係する職種への薬の説明や服薬方法の提案などを行う役割をもつ。

また、フィジカルアセスメント等の技術を用いて薬の効果や副作用の確認を行い、医師や多職種と情報を交換・共有し、継続して安心安全な薬物治療を提供できるように関わる。

「訪問薬剤管理指導」について

通院が困難な状態にある在宅療養患者に対して、薬局薬剤師が処方医からの指示と診療状況を示す文書等に基づき、薬学的管理指導計画を策定したうえで、患者宅を訪問し、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤の服薬状況・保管状況および残薬の確認などを行い、処方医に報告する。また、必要に応じてケアマネジャーや訪問看護師など多職種に対しても報告を行う。

患者が要介護認定を受けている場合は、原則として介護保険適用の「（介護予防）居宅療養管理指導」、認定を受けていない場合は、医療保険適用の「在宅患者訪問薬剤管理指導」として訪問する。

医師からの訪問薬剤管理の指示は、処方箋への記載、診療状況を示す文書（別紙様式11またはこれに準じた様式）により行われるが、口頭でも可能とされている。医師が保険薬局に対して文書による情報提供を行った場合は、「診療情報提供料（Ⅰ）」*が算定できる。

* 医科点数表 B009 診療情報提供料（Ⅰ）注3
保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する

図表1
別紙様式11

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医科 科 部

平成 年 月 日

紹介先医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名 印

患者氏名

患者住所

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

図表2 訪問薬剤管理指導の患者（利用者）負担額

利用料金（薬局薬剤師が行う場合）			
介護保険適用 （介護予防）居宅療養管理指導		医療保険適用 在宅患者訪問薬剤管理指導	
（1割負担の場合：訪問1回につき）		（1割負担の場合：訪問1回につき）	
単一建物居住者1人	509円	単一建物患者1人	650円
単一建物居住者2～9人	377円	単一建物患者2～9人	320円
単一建物居住者10人以上	345円	単一建物患者10人以上	290円
		※保険薬剤師1人につき週40回まで ※原則16Kmを超えての訪問は不可	

- 算定する日の間隔は6日以上あける
- 月4回（末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回）まで
- 麻薬管理が必要な場合は、上記料金に100円加算（1割負担の場合）

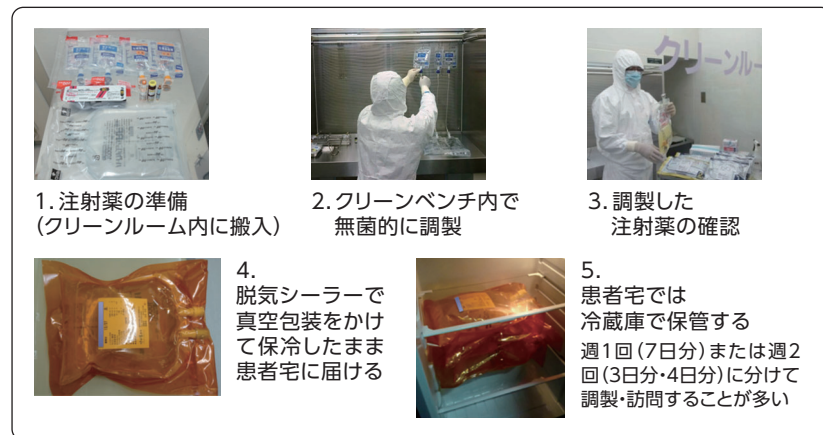
（2021年2月8日時点）

注射薬の無菌調剤が行える薬局の 「無菌製剤処理加算」

調剤料の「無菌製剤処理加算」は、地方厚生(支)局に届け出て、クリーンルームやクリーンベンチなどの設備を有し、在宅中心静脈栄養法用輸液(高カロリー輸液)の調製や、疼痛緩和に用いる医療用麻薬注射の携帯型精密輸液ポンプへの充填などを無菌的に行うことのできる保険薬局(以下、薬局)が算定できる。抗悪性腫瘍剤を調製するための安全キャビネットを有している薬局も、まだ数は少ないものの全国にある。

無菌製剤処理加算の施設基準に適合している薬局は1割弱と少なく、その内訳は、自局施設が約3割、他局施設の共同利用が約7割ともいわれている¹⁾。

■ 図表3 在宅中心静脈栄養法用輸液の無菌調製



地域で無菌調剤に対応できる薬局を探す手段としては、①「医療機能情報提供制度(医療情報ネット)」の検索(ただし、都道府県によって掲載内容が異なる)、②各地方厚生(支)局ホームページ「施設基準の届出等受理状況」の検索(薬局の「届出受理医療機関名簿」の「受理番号」欄に、「(薬菌)」と記されているのが無菌製剤処理加算の届出薬局)、③地域薬剤師会で在宅訪問対応薬局の情報を得る——の3つが挙げられる。

麻薬の取り扱いができる 「麻薬小売業者免許」をもつ薬局

ほとんどの薬局は「麻薬小売業者免許」を取得しているが、医療用麻薬の在庫品目数は薬局によって異なる。週末や連休中などは、医薬品卸業者からの納品までに時間を要することがあるため、使用が予測される薬剤の有無について事前に確認しておく。薬局は在庫の確認を定期的に行うことが重要である。

医療用麻薬注射の交付については、薬液が取り出せない構造で、かつ患者等が注入速度を変えることができないもの(携帯型精密輸液ポンプなど)に、必要に応じて生理食塩水等で希釈のうえ充填して手渡し場合に限るとされており、アンプルやプレフィルドシリンジの状態で患者・家族に手渡すことはできない。ただし、①患者より依頼を受け、さらに麻薬施用者から医療上の指示を受けた看護師が持参し、患者の施用を補助する場合、②麻薬小売業者が患者宅へ麻薬注射剤を持参し、麻薬施用者から医療上の指示を受けた看護師に手渡し場合——については、関係者間で十分な連携のうえ可能とされている²⁾。

不要となった麻薬の廃棄や回収は、それを販売した薬局に相談する。

■ 図表4 麻薬処方せん

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日	特記記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
変更不可	個々の処方せんについて、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。			
処方	Rp.1)【麻】モルヒネ塩酸注射液50mg 1%5ml 3管 Rp.2)【麻】モルヒネ塩酸注射液10mg 1%1ml 2管 Rp.3) 生理食塩液 20ml 5管 Rp.4) 携帯型ディスポーザブル注入ポンプPCA型 1個 携帯型ディスポーザブルポンプPCAタイプ(商品名)/(型番) 容量100mlタイプに、モルヒネ注17ml(170mg)を生食85mlで希釈充填(無菌調剤) 0.5ml/hrで持続皮下投与(8日分)、ポーラス量:1回0.5ml、ロックアウト時間:15分 訪問薬剤管理指導 以下余白			
備考	保険医署名(「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)		麻薬施用者 免許番号:〇〇-〇〇〇〇〇〇 患者住所:〇〇〇〇〇〇12-34	
調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号		
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	⑧	公費負担医療の受給者番号		

■ 図表5 主な医療用麻薬の持続注入ポンプの種類と特徴

携帯型ディスプレイ 注入ポンプ	PCA機能付 シリンジポンプ	PCA機能付携帯型 精密輸液ポンプ
NIPRO ／ シュアーフューザー®A PCAセット DIB ／DIB PCAシステム 大研医器 ／ クアデック®パルーンジェク ター® 200／300 PCAセット クリエートメディック ／ アキュフューザー® 等	TERUMO ／ テルフュージョン® 小型シリンジポンプ TE-361PCA トップ ／ トップシリンジポンプ TOP-5520 等	スミスマディカル・ジャパン ／ CADD Legacy® PCA JMS ／アイフューザープラス (i-Fusor TM Plus) NIPRO ／ ニプロ携帯形精密輸液ポンプ CAP-10 等
中～大容量	小～中容量	中～大容量
投与速度 0.5～6mL/hr 等 ボース投与量 0.5・1・3mL 等 ロックアウト時間 15・30・60・120分 充填量 50～300mL 特徴 ● 投与量、ロックアウト時間が 固定 ● 特定保険医療材料として処 方箋による交付が可能	充填量 TE-361PCA:5・10mLシリンジ、 TOP-5520:10・20・30・50mL シリンジ 特徴 ● 投与速度、ボース投与量、 ロックアウト時間の設定が可能 ● ポンプが高額 ● 消耗品が安価(シリンジ使用)	充填量 50～300mL 特徴 ● 投与速度、ボース投与量、 ロックアウト時間の設定が可能 ● ポンプが高額 ● 消耗品の専用カセットが高額

(製品は一例。仕様は各メーカーのホームページより：2021年3月末現在)

※在宅でもポンプを使用する場合は退院前に調整が必要です

地域にポンプのレンタル業者がない場合は、病院で使用しているものが在宅で使用できないことがあります

在宅患者への医療材料の供給や 分割販売・購入について

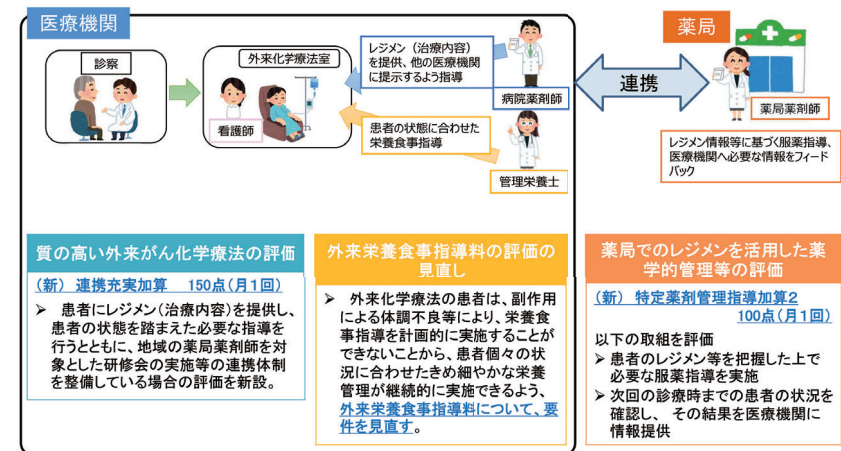
在宅療養指導管理料は、「必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する」³⁾とされている。在宅医療の普及にとともに、在宅療養中の患者の個性に応じて、必要な医療機器(医療材料)を供給することが求められていることから、特定の需要者の求めに応じて行う場合に限り、分割販売(在宅療養を行っている患者の状態に応じて必要な量の医療機器を小包装単位で供給すること)が認められている(「医療機器の分割販売について」、平成26年4月11日、薬食監麻発0411第3号)。

薬局は、管理医療機器販売の「みなし指定」を受けるが、高度管理医療機器を分割販売する場合は、高度管理医療機器販売業の許可が必要である。代金については、薬局から医療機関へ請求し合議で清算することとされている(薬局との連携による交付手段もある)。

病院薬剤師と薬局薬剤師の連携について

がん治療は、がんの種類や進行度にもよるが、退院後に外来がん化学療法を行い、再発した場合は入退院を繰り返したのち、在宅緩和ケアに移行することが少なくない。そのため、診療報酬上で「薬業連携」の評価が行われており(図表6・7)、2021年8月からは特定の機能を有する薬局の認定制度も始まる(図表8)。

■ 図表6 外来がん化学療法の質向上のための総合的な取り組み



出典：令和2年度診療報酬改定の概要(調剤)、厚生労働省保険局医療課

■ 図表7 薬局における対人業務の評価の充実

がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

▶ 薬局が患者のレジメン(治療内容)等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2 100点(月1回まで)

【対象患者】

連携充実加算を届け出ている保険医療機関で抗悪性腫瘍剤を注射された患者であって、当該保険薬局で抗悪性腫瘍剤や制吐剤等の支持療法に係る薬剤の調剤を受ける患者

【算定要件】

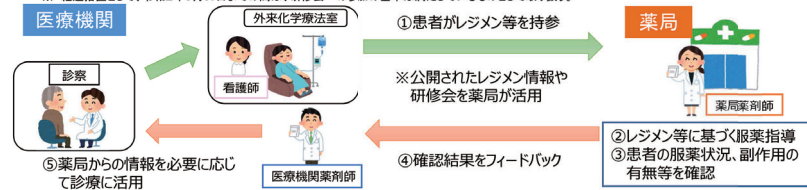
①レジメン(治療内容)等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、②電話等により、抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤の服用状況や副作用の有無等を患者等に確認し、③その結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合に算定する。

【施設基準】

(1) パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

(2) 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に年1回以上参加していること。

※ 経過措置として、令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。



出典：令和2年度診療報酬改定の概要(調剤)、厚生労働省保険局医療課

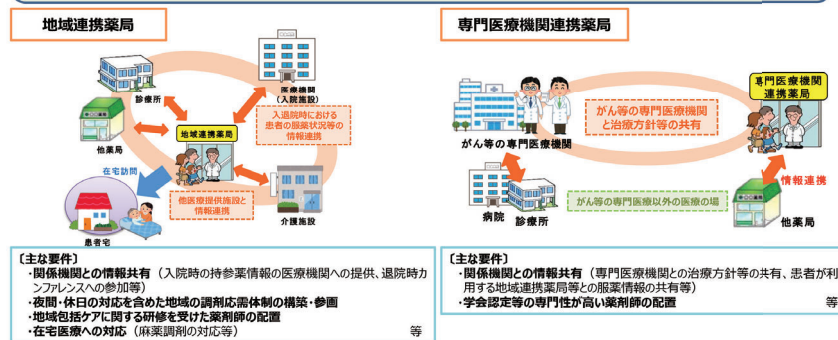
■ 図表8 特定の機能を有する薬局の認定

○ 薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化する中、患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とする。

- ・入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局(地域連携薬局)
- ・がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局(専門医療機関連携薬局)

患者のための薬局ビジョンの「かかりつけ薬剤師・薬局機能」に対応

患者のための薬局ビジョンの「高度薬学管理機能」に対応



【主な要件】
・関係機関との情報共有(入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等)
・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
・在宅医療への対応(麻薬調剤の対応等)

【主な要件】
・関係機関との情報共有(専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等)
・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置

出典：全国厚生労働関係部局長会議(令和3年1月)説明資料、厚生労働省医薬・生活衛生局

具体的な薬局の機能

〈薬機法施行規則上の制度〉

● 健康サポート薬局

- ・健康相談対応
- ・健康サポートに関する研修を修了した薬剤師の常駐
- ・地域住民に対する「お薬相談会」等の実施
- ・要指導医薬品等、衛生材料、介護用品等の供給

〈2021年8月1日施行の改正薬機法に基づく新制度〉

● 地域連携薬局

- ・患者の服薬情報等の一元的・継続的把握と指導
- ・患者の服薬情報等の処方医等への提供
- ・夜間・休日への対応
- ・在宅医療への対応
- ・医療機関等との情報連携、処方提案

● 専門医療機関連携薬局

- ・高度な薬学的管理のための薬剤師の専門性の確保(当初はがん領域のみ)
- ・専門医療機関との情報連携

専門医療機関連携薬局と地域連携薬局および、かかりつけ薬局との連携が重要であるが、現状では対応できる薬局が全国的にまだ少数であり、地域によっても状況が異なる。在宅医療のさらなる充実を目指し、実績を積み上げていくことが急務である。

＜参考文献＞

- 1) 安部好弘. 薬局薬剤師の業務について～薬剤師・薬局の現状と課題～. 第5回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会 資料2. 厚生労働省. 2020-12-18, p.34.
- 2) 医療用麻薬適正使用ガイダンス～がん疼痛及び慢性疼痛治療における医療用麻薬の使用と管理のガイダンス～. 厚生労働省. 2017-04.
- 3) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知). 別添1:医科診療報酬点数表に関する事項. 厚生労働省. 2020-03-05, p.217.

リハビリテーション専門職について

まず、ここでは国家資格を有する理学療法士・作業療法士、言語聴覚士を統合してリハビリテーション専門職と称する。

わが国における医学的リハビリテーション（以下、リハビリ）の専門職は、1965年に身分法が成立した理学療法士・作業療法士に始まり、その後、1997年に言語聴覚士法が成立した。言語聴覚士は、摂食・嚥下において歯科医師・歯科衛生士と交錯する場合もある。

がん患者のリハビリの特徴

原疾患の治癒が期待できない段階での緩和ケアでは、治療による後遺症・後遺障害への対応に加え、在宅療養を支援するためのリハビリ介入が求められる。患者が希望する日常生活活動をできる限り実現させることが主目的であり、患者に心地よい生活を提供することが副目的となる。

一般に、リハビリの主目的は「予後が月～週単位」の場合に設定され、副目的は「予後が週～日単位」の場合に設定される。これは、在宅緩和ケアの対象者が早晚、人生の最終段階を迎えるためである。

対象者が希望する活動を頻度順に列举すると、最も多いのは移動・歩行であり、次いで各種の日常生活活動、そして3番目がトイレ関連動作となる。

進行がん患者や進行期の慢性疾患患者では、病勢の進行による機能低下のみならず、低活動に起因する廃用症候群によっても移動・歩行に困難をきたすが、この場合は、栄養状態の改善と身体運動の組み合わせにより機能の改善が期待できる。

ところが、がん悪液質の場合は筋力・体力の低下が不可避であり、対象者が希望する活動の実現のためには、環境調整や自助具の導入が必要となる。機能低下や廃用症候群と外見的に類似しているが、介入の方向は異なる。

在宅緩和ケアにおけるリハビリ専門職の役割

一般に、基本動作の改善は理学療法的、自助具の工夫や環境改善は作業療法的と見られがちだが、在宅緩和ケアの生活支援において両者の境界は曖昧である。そのため、対象者の希望を前提条件として、より円滑な日常生活の実現に向け、旧来の枠組みにこだわらず努力する必要がある。

日々の積み重ねで目標を達成していく病院でのリハビリとは異なり、地域・訪問・在宅では介入頻度が週1回程度となる。専門職の直接介入による目標達成は困難な状況であり、自主訓練可能なメニューの提示や、家族および介護者への指導による間接的介入も必須のスキルとなる。

また、病院のリハビリ部門とは異なり、地域・訪問・在宅では専門職も単独で行動することが多く、職種横断的な対応（スキル・ミクス）が求められる。実臨床では、1人のリハビリ専門職がバイタルサインのチェック後、基本動作・応用動作を実施し、環境調整や自助具の使用を確認するが、介護保険の相談に応じることもある。個人的に守備範囲を超えると考えた場合は、同席していないチームメンバーに報告・連絡・相談する能力が求められる。

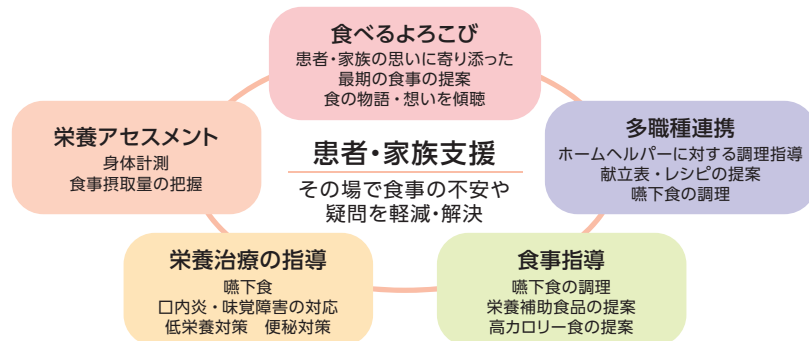


QOL向上につながる食事と栄養

在宅療養中のがん患者にとって食事・栄養は、生命維持に必要な栄養素を摂取することにとどまらず、「口から食べられる」ことが生きるよろこびにつながる。

管理栄養士は、患者個々の病態や症状に応じた適切な栄養の摂り方や食事を提案し、実践する役割を担う。療養生活においてつらく感じる食事についての不安や疑問を、その場で軽減あるいは解決することによって、患者と家族の療養生活を支え、QOL向上を図る。

■ 管理栄養士の在宅訪問によるがん栄養食事支援の実例



在宅栄養管理・食事療法と管理栄養士の役割

在宅医療における管理栄養士の役割とは、患者の療養環境を見直し、家族や周囲の人とともに、患者の現在の目標、そして患者が望むことを大切にしながら食事・栄養支援を実践することである。

患者・家族とともに最期まで、食べること・口にすることに寄り添う「食のサポート」を行うことは、治療の継続、副作用の軽減、目標に向かうための体力維持に有益である。そして、食べることで最期まで笑顔でいられた患者の思い出を家族に残すことができる。

以下に、在宅栄養管理・食事療法のポイントをまとめる。

- 1 患者の症状や病態を理解したうえで、栄養学的視点から栄養ケアプロセスに基づく栄養アセスメントを実施し、栄養・食事状態の把握と評価を行う
治療経過と食物・栄養関連の履歴から、身体的所見、栄養状態、栄養代謝と消化吸収能力、咀嚼嚥下機能を把握し、栄養食事療法を継続的に評価する。適正栄養量と適切な栄養投与経路、適正な食種・食形態と現在の栄養状態を、患者・家族と他の職種に説明する
- 2 経腸栄養、経静脈栄養の妥当性（病態別、症状別）について検討を行い、最適な栄養食事療法を提案する
病期や病態に応じた栄養ケアでは、積極的な栄養食事療法の時期には栄養補給量の目標を患者や多職種間で検討し、患者の負担にならない栄養食事療法を提案する
- 3 栄養アセスメントに基づき、問題解決につながる栄養投与経路や投与量、食事の工夫を提案・実施する
栄養状態の改善が困難な時期は、静脈経腸栄養と経口摂取の併用、「食いたい」あるいは「食べられる」という患者の気持ちに寄り添った食事の提供（経口摂取）などを多職種間で連携しながら提案する
食事摂取量や治療の副作用を把握し、負担の軽減に配慮した食事・調理法を提案するとともに、調理に必要な準備を行う
- 4 がんの進行や治療による栄養障害をアセスメントし、適切な提案と食事指導を行う
消化器症状、摂食嚥下機能低下への対応と、患者の心理面に配慮した栄養投与経路や食事の提案および必要な準備を行う
適正な食種・食形態を患者・家族および他の職種に説明し、食事と調理の指導を行う
- 5 人生の最終段階にある患者やその家族の思いに寄り添った提案を行う
「口から食べること」を目標に意思決定できる患者のサポートを行うとともに、「口から食べること」ができなくなった場合の栄養や食事の管理について患者・家族、多職種間で意思や情報を共有する
- 6 患者・家族の意向と希望に沿い、負担軽減にも配慮して「食べる」よろこびを支える
患者・家族の「食べる」ことへの意向を尊重し、患者の「食いたい」「食べられる」という思いを目標に、在宅で可能な食事・メニューを提案・準備する

社会福祉の立場で 患者・家族の人生に伴走的に関わる

ソーシャルワーカーは、医療、福祉、教育、行政機関等にて、ミクロからメゾ、マクロレベルを意識しながら、患者・家族の利益を追求していく専門職である。そのなかでも、保健医療機関に所属する医療ソーシャルワーカー（MSW）は、「保健医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行う」¹⁾とされている。

近年、在宅医療の推進、医療の進歩と多様化、人々の生活の多様化、制度の多様化、介護保険開始後の多職種協働の進展などといった変化がもたらされた結果、新たな経済的・心理的・社会的問題について、既述の業務を業としてきたMSWが、患者の居宅・居室、そして地域をフィールドにソーシャルワークを実践するようになってきている。

「在宅医療」というフィールドの特性と、それによってもたらされるMSWの特性を検討すると、以下のことを常に意識した状況の俯瞰およびソーシャルワークの実践が求められる。



- 1 患者の生活の場である自宅や地域で、患者の生活、人生という「線」に伴走的に関わり続ける
- 2 人生の最終段階に関わることが多く、患者の人生観や価値観に寄り添うことをより多く求められる
- 3 在宅医療のチームは、各職種の所属する組織（病院、診療所、訪問看護ステーション、介護事業所等）が異なる場合が多く、訪問時はその職種単独での訪問になることも多い。そのため、組織を超えた多職種との連携業務の割合が大きく、重要になる
- 4 1つの事例に存在するミクロの課題を、メゾおよびマクロの視点で地域の課題としてとらえ直して共有し、「まちづくり」も視野に入れた支援を展開させていくことも可能である

在宅療養においては、疾患以外に住環境、家族関係、社会資源の状況など、多様な要因が複雑に絡み合う。また、さまざまな職種が関わる在宅医療の現場で、MSWがどのように機能し得るかは、地域性、所属組織の特性、在宅医療チームのメンバーによって異なる。

1人ひとりの患者のためにできることを模索し、多角的かつ継続的に働きかけ、患者の自己実現をサポートすることを普遍的な目的とするMSWは、在宅療養を続ける患者とその家族、そしてそれを支える多職種チームに大いに貢献できる。

なお、ソーシャルワーカーの役割については、日本医療ソーシャルワーカー協会『在宅医療に関わるソーシャルワーカーの手引き』（2020年8月）より許諾を得て改変して述べた。

<参考文献>

- 1) 医療ソーシャルワーカーとは、公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会。
<https://www.jaswhs.or.jp/guide/socialwork.php>、(参照2021-3-27)

口腔内病変への対応や 義歯の調整などを行う歯科医師

がん治療で、歯科医師が直接関わる可能性があるのは口腔・頭頸部がんの患者であるが、がん疾患の在宅医療では、抗がん剤治療中に発生する口腔内病変への対応、悪液質による体重減少で起こる義歯不適合の改善など、生活を支える支持療法が基本となる。

口腔内の不具合や不快症状は、命に直接関わるような状況にならない限り、医療者も患者も後回しにしがちである。口腔以外の苦痛症状に注意やケアが集まりやすいからだ。また、口腔ケアは看護職や介護職も実施するが、口腔内を注視する機会が少ないため、病変を見落としてしまう可能性がある。

歯科医師が在宅医療に関わることで、口腔内の乾燥や粘膜のただれ、感染などによる口腔内の不快感や疼痛をやわらげることができる。また、しっかりと咬合、咀嚼することで口腔内は良好に機能し、自浄作用が働いて唾液の分泌が促進され、正常な嚥下反射が惹起される。義歯は発語と咀嚼だけでなく、表情形成、審美性などの社会性改善のためにも重要である。

進行したがん患者でも、多くは最期のぎりぎりまで経口摂取動作ができるので、最期まで「口から食べる」ことを支援する必要がある、そこに歯科が関わるのが重要である。



専門的口腔ケアや 口腔リハビリを行う歯科衛生士

口腔内は常在細菌が非常に多く、種類も豊富な部位であり、症状がなくても感染源となるような慢性感染病巣(歯周病等)が高い頻度で存在する。口腔内の衛生状態を良好に保ち、局所感染、全身感染を抑制する必要があり、そのためには患者や介護者が行う日常的な口腔ケアに加え、歯科衛生士による「専門的口腔ケア」の定期的な実施が必須である。その際、口腔衛生管理だけでなく、口腔周囲筋や舌のリハビリを行うことで、経口摂取能力の維持を図ることもできる。

口腔ケアを通して、がん患者の口腔の不快症状を少しでも取り除き、口腔内を良好な状態に維持することは、「食べる」「話す」ことを支えて在宅療養の質を高め、生きる力を支えることにもつながる。

「口腔健康管理」は、進行がん患者に最期まで行える医療的ケアである。動くことができなくなっても、最期まで自分の口から「食べ」、「会話」できることによりQOLが維持される。





Chapter ・ 6

好事例の紹介



「在宅ホスピスとちの木」 および「在宅ほすぴす」の活動

筆者は、栃木県立がんセンター緩和医療部に所属中の2003年、オーストラリアとニュージーランドで地域緩和ケア研修を受けた。オーストラリア南部にあるバララット市在住の緩和医療専門医が砂漠地帯で150kmも離れた患者宅へ訪問診療を行っているのに同行したことが、在宅医療の最初の経験だった。

帰国後は緩和ケア病棟で3年間勤務したのち、がん患者の在宅医療に特化した在宅専門診療所「在宅ホスピスとちの木」を、医療法人陽気会とちの木病院の1部門として2006年に開設。このとき、下都賀郡市医師会会長に相談すると、「末期がん患者の症状緩和ならぜひやってください」との言葉があり、関東信越厚生局にも了承され、がん性疼痛、呼吸困難、悪心・嘔吐など、がん末期の難治性の症状緩和を担当するために、“栃木県全域”から依頼を受けることができる診療所として認可された。

この診療所では2016年5月31日までの10年間に、常勤医師1名で1,224名のがん患者を在宅で看取った（在宅看取り率97%）。その間、田實武弥医師（現・穂波の郷クリニック：宮城県）を日本緩和医療学会専門医に、片見明美看護師（現・株式会社ヴィーナス医療統括マネジャー：栃木県）を日本看護協会の緩和ケア認定看護師に育てた。

その後、2017年に個人で「在宅専門診療所 在宅ほすぴす」（以下、在宅ほすぴす）を開業した。訪問診療ができる緩和医療専門医は栃木県内に筆者1人であり、専門的緩和ケアが必要な患者本人、その家族、主治医による県全域からの依頼に応えるというスタイルは、関東信越厚生局によって許可され継続している。そのため、筆者を知る病院医師や病診連携担当のがん専門看護師から、病院では症状緩和が限界という患者のみが紹介されてくる診療所になっており、前述の片見明美看護師とほぼ全例で協働している。

在宅ほすぴすにおける2017年4月1日から2020年12月31日までの在宅看取り患者は289名となっている（在宅看取り率97%）。紹介患者の81%はがん患者で、2017年は71%、18年は86%、19年は86%、20年は97%と年々増加している。

事例 1

在宅医 → 病院専門医 病診連携

肺がん末期の80代男性

神経因性膀胱で膀胱留置カテーテルを留置したところ、患者がカテーテルを思いきり引っ張ってしまったが抜けなかった。そのため陰部に痛みが生じ、家族から往診依頼があった。

訪問時、意識清明。本人に聞くと、カテーテルが気になって引っ張ったとのこと。バルーン内の生理食塩水を抜こうとするも抜けず、カテーテルは押すことも引くこともできない状況であったため、A病院泌尿器科のB先生に直接電話し、状況を伝えて対処法の助言を求めた。B先生からの「会陰部を触診すると、バルーンの膨らみがわかりますか？ 膨らみがあれば、その部分を細めの注射針で穿刺すると抜去できると思います」という助言に従い、隆起部を消毒して24G注射針で穿刺すると、バルーン内の生理食塩水が抜け、カテーテルを容易に抜去することができた。

事例 2

在宅医 → 大学病院内科 病診連携

肺がんの60代男性

ADLは自立していたが、急に転倒が多くなった。麻痺はなく、触覚、温痛覚も異常はみられず、歩行時呼吸困難もないことから、両下肢の深部知覚障害と考えられた。さらに、項部硬直、嚥下障害、無呼吸発作、排尿障害などがないため、両側頭頂葉の転移性脳腫瘍を疑った。

転移性脳腫瘍の有無を確認し、もし脳転移があった場合は、放射線治療の全脳照射の適応になると思われることを本人・家族に説明すると、造影MRI検査を受けることとなった。その結果、両側頭頂葉を含め、多発性転移性脳腫瘍が確認できた。全脳照射は適応と考えられたが、本人が希望しなかった。

事例 3

在宅医 → 紹介元病院婦人科医師

病診連携

子宮頸がんの60代女性

排尿量が少ないとの訴えあり。腰、背部触診を行うと、腎臓部が膨隆しているようであった。ポータブル超音波診断装置で水腎症を確認し、紹介元病院の婦人科医師に尿管ステント留置の適応を病院で検討してもらうよう依頼。尿管ステント留置後、在宅療養再開となった。

事例 4

在宅医 → 大学病院緩和ケア科教授

病診連携

肝細胞がん末期の50代男性

妻、娘3人との5人暮らし。妻と娘たちは、本人の希望をかなえるために在宅療養を選択していた。意識障害を含め髄腔内播種の徴候がそろい、まもなく看取りとなる段階で、妻が親族（本人の兄弟）に連絡したところ、「なんでこんな状況なのに入院していないんだ」と、妻と娘たちを罵った。本人の希望をかなえるためであることを医師が説明しても、親族は納得しなかった。

遺される家族が全員女性で、親族との力関係を考慮すると、本人が亡くなったあとのことが心配されたため、大学病院緩和ケア科のC教授に状況を説明し相談したところ、この患者は緩和ケア病棟の入院登録をしていなかったが、社会的事情を考慮し、入棟を許可してくれた。病院への移動中に呼吸停止することもあり得るため、在宅医も家族の車に同乗し、無事緩和ケア病棟へ入棟。同日深夜、緩和ケア病棟で永眠された。

事例 5

病院医師 → 在宅緩和医療専門医

緊急病診連携

甲状腺がん末期の50代男性

ひとり暮らし。大学病院頭頸科のD教授から、転移性肺腫瘍でがん性胸膜炎があり、胸水貯留のために呼吸困難がある患者について、「本日予約のない来院していない。1人で苦しんでいる可能性があるので往診してほしい」と、緊急の依頼があった。直ちに教えられた住所を尋ね、呼び鈴を鳴らすも応答なし。玄関の鍵は開いていた。ノックして「在宅ほすびすの医者です」と言いながら扉を開けると、患者は玄関にしゃがみ込み、呼吸困難で動けない状態であった。かすかな声で「苦しい」と言っていた。

左肺音が聴取できず、超音波検査を実施すると胸水貯留を認めた。オキノーム®散を服用してもらいつつ、処置できるスペースを探すも、全室ごみ屋敷状態であったため、患者を玄関の壁にもたれかけさせて胸腔穿刺を実施。約10分で胸水1ℓを排液すると、すぐに呼吸困難が消失し、動けるようになった。自分で事務手続きに必要な健康保険証の入ったバッグを2階へ取りに行き、「羽が生えたように楽になった」とのこと。D教授に状況を報告し、本人の希望で在宅療養を継続することとなり、最期まで自宅で過ごすことができた。



事例 6

かかりつけ医 → 地域緩和医療専門医

診診協働

慢性心不全末期の80代男性

呼吸困難が著明で在宅酸素療法中。

かかりつけ医の循環器内科専門医が、看取りのときが近づいており、息苦しさを緩和することもできないとして、本人と家族に入院をすすめたが、本人は「どんなに苦しくても入院しない」と意思が固かった。そのため、訪問診療を行う地域緩和医療専門医に依頼があり、当日21時に緊急で往診（初診）した。

かかりつけ医、訪問看護師の立会いのもと診察すると、患者は臥床していたが傾眠傾向で苦悶様顔貌であった。7ℓ用酸素濃縮器が稼働しており、騒音のため聴診は不能。呼吸困難は医療用麻薬でやわらぐことを本人と家族に説明すると、使用の了承が得られた。本人の衰弱の様子から残された時間は24時間以内の可能性もあり、迅速滴定（rapid titration）を行った。静脈ラインを確保し、モルヒネ注射薬10mgを生理食塩水9mℓで希釈して2mℓずつ投与し5分で評価した。3回目の投与5分後に呼吸困難がNRS（Numerical Rating Scale）：5／10に軽減し、全量投与すると呼吸困難はNRS：2／10まで軽減した。その後、持続静脈注射でモルヒネ注射薬20mg／日になるようにして経過観察。同夜、患者は久しぶりに熟睡でき、翌朝は「久しぶりに朝食を食べることができた」と笑顔が戻った。



事例 7

かかりつけ医 → 地域緩和医療専門医

診診協働

胃がんの80代女性

がん性腹膜炎、腹水貯留あり。腹部膨満、呼吸困難となったため、かかりつけ医の紹介により、夫から地域緩和医療専門医に電話依頼があった。かかりつけ医に確認し、症状緩和と病状説明を行うこととなった。酸素2ℓ／分の投与で酸素飽和度95％だったが、傾眠傾向で腹部膨満、呼吸困難を訴え、呼吸数36回／分と浅速呼吸になっていた。両下肢浮腫も著明であった。症状の内臓痛には医療用麻薬が有効と思われることを説明し、了承を得てオキノーム®散を投与。30分経過しても症状が緩和されないため、腹腔穿刺で腹水2ℓを排液したところ、腹部膨満、呼吸困難ともに軽減。オキシコンチン®錠とオキノーム®散の内服を開始すると、翌日は「おなかの張りも息苦しさも楽になった」と笑顔が戻った。しかし、血液検査の結果、血清アルブミンが1.5g／dℓ、NT-proBNPが2,621pg／mℓで低アルブミン性心不全の状態であることがわかったため、夫には看取りのアドバイスを行い、その夜、おだやかな表情で永眠された。かかりつけ医が死亡診断を行った。

事例 8

かかりつけ医 → 地域緩和医療専門医

診診協働

子宮頸がんの90代女性

がん性腹膜炎、左水腎症、右水尿管症。かかりつけ医が夏休みの間、非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）およびオピオイド鎮痛薬のトラマドール製剤を内服していたが、腹部疼痛が増強。日曜日であったが訪問看護師がかかりつけ医に報告し、かかりつけ医から地域緩和医療専門医に症状緩和と病状説明の依頼があった。

緊急で往診（初診）すると、患者はベッド上に臥床し、体力低下が著明で寝返りも打てない状況であり、下腹部痛（NRS：7～10／10）と悪心を訴えていた。内臓痛と評価し、医療用麻薬が効く可能性があることを説明し、了承が得られたため、オキシコンチン®錠10mg／日、オキノーム®散2.5mg／回でタイトレーションを開始。翌日、悪心は消失し、腹部疼痛も緩和された。

地区ごとにコーディネーターとなる医師が存在

長崎県長崎市は坂道が多く、在宅医療を行うには過酷な環境だが、診療所の密度は全国一高い。そこで、複数の診療所が協力して在宅医療を行う「長崎在宅Dr.ネット」(以下、Dr.ネット)を2003年3月に結成した¹⁾²⁾。

Dr.ネットでは、自宅療養を希望する入院患者に対し、事務局が窓口となって在宅主治医、副主治医を紹介する。具体的には、市内を5地区に分け、それぞれにコーディネーター(医師)を配置し、事務局から情報を伝達する。その後、コーディネーターから、個人情報に配慮した患者情報(疾患、居住地等)をメーリングリストでメンバーに周知し、手挙げ方式で主治医を決定する。主治医決定の作業を、Dr.ネットの中心的なメンバー医師が担っていることが、円滑に運営されている重要なポイントだ。

副主治医はあらかじめ診療情報を提供され、主治医不在時のバックアップをする。参加医師に、アンケート調査でDr.ネットが役立っている点を聞いたところ、「不在時に副主治医がいる安心感」を挙げた者が52%だった。一方、副主治医が実働することは少なく、副主治医の負担はそれほど大きくないこともわかった。

Dr.ネットでは、皮膚科、眼科、脳外科など専門性の高い診療科の医師も「協力医」として参加し、助言や往診を行う。病院医師も参加し、専門的な助言をしたり、在宅医療を導入する患者をDr.ネットに紹介したりする。

2021年1月現在、Dr.ネットには207名の医師が参加している。2019年12月までに、病院から事務局に主治医の斡旋を依頼された患者数は1,041名に及んだ。Dr.ネットには、主治医・副主治医の小グループが複数存在しており、全体での診療報酬や情報共有方法の取り決めはしておらず、それぞれのグループで独自のルールを決めている。



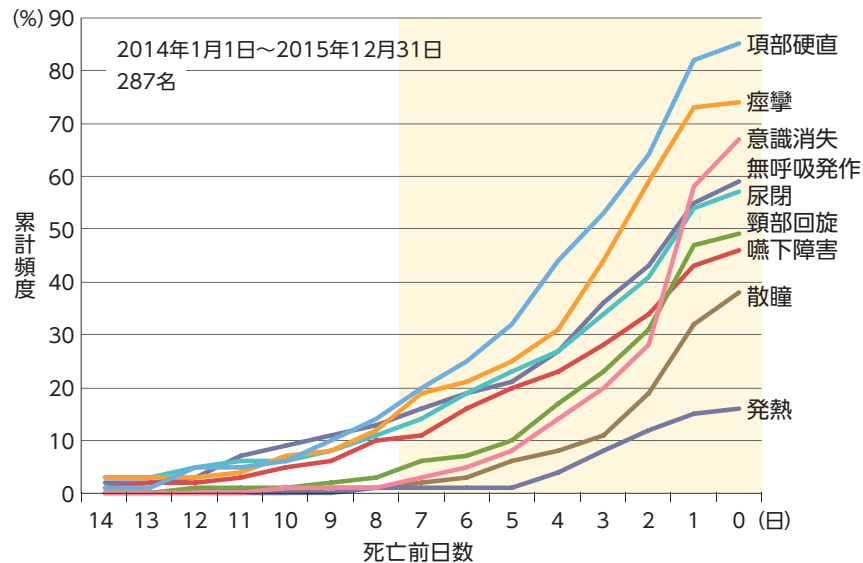
<参考文献>

- 1) 白髭豊, 藤井卓. 長崎在宅Dr.ネットによる地域医療連携. 日本医事新報. 2005, 4224, p.29-32.
- 2) 白髭豊. 開業医がよりよい医療連携、多職種連携を行うための課題. スーパー総合医地域医療連携・多職種連携. 岡田晋吾・田城孝雄編. 中山書店. 2015, p.42-51.

さまざまな症状があっても 十分な備えで在宅看取りが可能に

がん末期の患者が自宅に帰る場合、最初から自宅で「看取られる」「看取る」と決めている本人・家族は少ないかもしれない。では、どのような状況なら、下図のような症状が出現する時期を乗り越え、自宅で看取ることが可能になるのだろうか。

■ 図表1 進行がん患者にみられる神経学的所見



Watanabe et al. Hospice and Home Care 25: 50-53, 2017

たとえば、次のような症状があり、最期は病院に行くだろうといわれていた患者でも、最後の7日間、貼付薬、坐薬、速放性製剤など、少ない用量の医療用麻薬で症状緩和を図ることが可能であり、家族もそれに満足している場合、自宅で看取れるケースは多い。

- ① 骨髄性白血病末期の呼吸困難
- ② すい臓がん末期のむかつき、呼吸困難、痛み
- ③ 肝臓がん末期の腹部膨満、肝性脳症

がん末期は症状が強くなると予測し、多職種が入院を念頭に置いて家族ケアを行うケースは少なくない。予測される症状については、あらかじめ主治医に薬剤を処方してもらうなど、十分に備えたうえで多職種が連携・協働すると、自宅で無理なく過ごすことができ、最期までおだやかな状態を保ったまま自宅で看取ることが可能になる。

看取りの際に起こりやすい現象を理解

痛みがある、家族が落ち着かない、ナースコールが頻回などの場合は、下記のような看取りの際に起こりやすい現象に注意する必要がある。

看取りの際に起こりやすい現象

- 本人・家族の心情は最後まで揺れ動く
- 残される家族の満足度が評価尺度になる
- 看護師に陰性感情が起こりやすい

牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子 他. 看護における「巻き込まれ」の概念分析. 人間看護学研究. 2015, no.13, p.71-79.

本人・家族の心の揺らぎに 専門チームと協力して寄り添う

本人が「絶対入院しない」と決意していても、それはそのときの感情であることを認識する。時間の経過とともに症状が強くなり、身体の衰弱が進行すると本人や家族の心情はさらに揺らぎ、それは最期まで続く。

家族の心の揺れにともない、医療・介護職も揺らぐが、専門チーム（緩和ケア認定看護師と緩和医療専門医）の協力を得ることで、客観性や中立性を保つことができる。

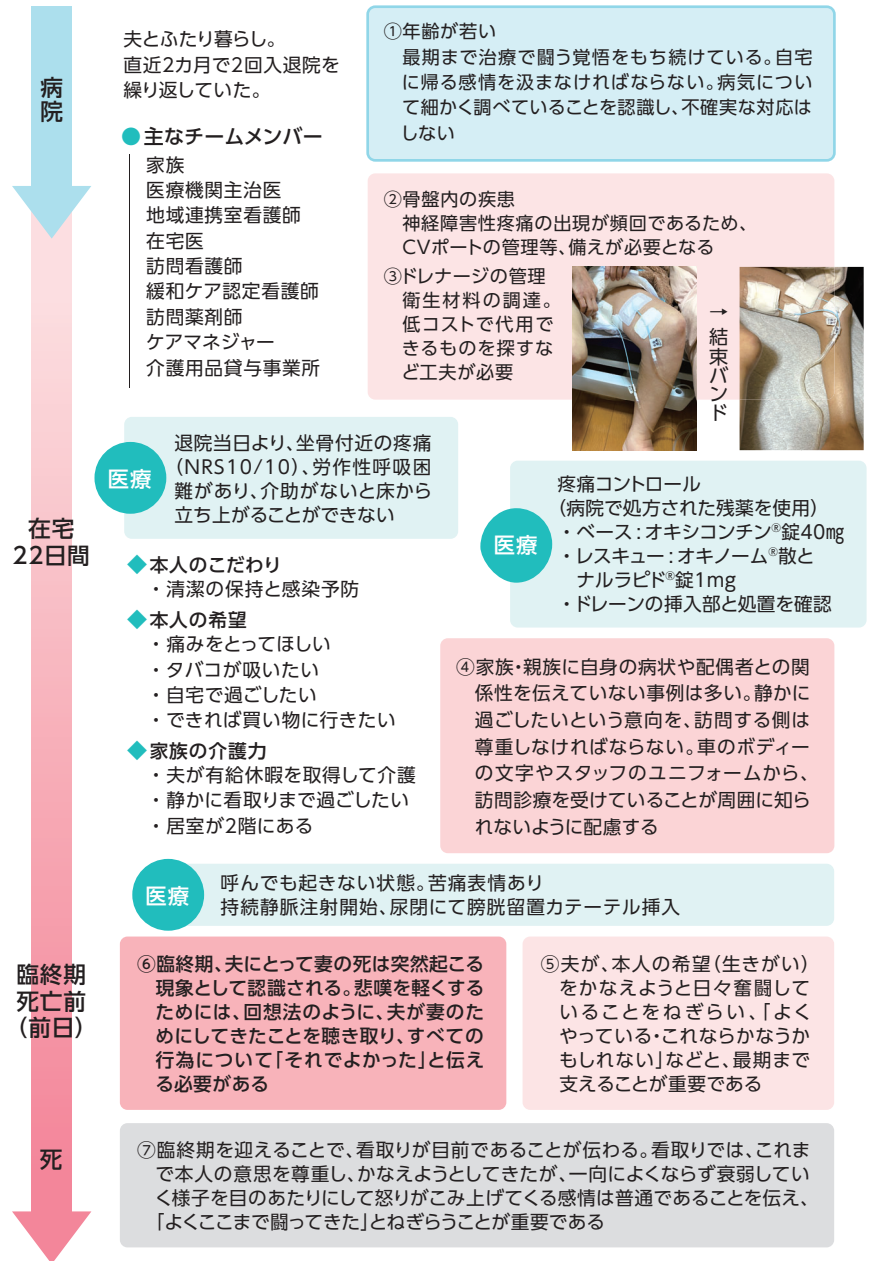
専門チームの介入は医療者の負担も軽くする

専門チームが介入することで、各職種のストレスを軽減することもできる。

専門チームと協働が望まれる事例

- ① 副反応が強い場合
- ② さらに強い痛みが想定される場合
- ③ 医療職が実践するときに不安がある場合
- ④ 病院で専門チームが関わっている場合
- ⑤ 未告知、または告知しても家族が納得していない場合
- ⑥ 家族内・親族を含めた調整が必要な場合
- ⑦ 腎不全による透析や、輸血をしている場合
- ⑧ 医師等、自身の専門性と違う場合（医療処置等）

事例 子宮頸がん末期で坐骨神経障害性疼痛のある40代女性



「おうちで過ごしたい思い」を多職種連携で支援

筆者が福島県福島市で2006年に開業した「けや木薬局」は、小さな個店薬局だが、無菌調剤設備を備え、在宅中心静脈栄養法用輸液や医療用麻薬注射の無菌調製にも対応している。医薬品の在庫数は約1,600品目、医療用麻薬は45品目。開局当初は常勤1名、非常勤1名の薬剤師と、事務員2名の体制だったが、現在は薬剤師4名と事務員4名で業務にあたっている。

外来患者数は月に約1,000名、在宅患者数は40～50名で個人宅の訪問が中心だ。在宅患者の6割以上ががん疾患で、年間20～30名の新規がん患者からの依頼がある。がん疾患以外では、認知症や慢性疾患の服薬管理困難例の相談が増えている。

在宅医療に関わるのは、①かかりつけの外来患者が在宅医療に移行するケース、②入院中の患者が在宅医療に移行するケース——の主に2つである。

②は、医療依存度が高い状態にある患者で、入院先の医療ソーシャルワーカーや訪問看護師、ケアマネジャー、在宅医から紹介され、相談内容は、医療用麻薬や注射薬等の管理方法や医療材料の供給が主となる。また、患者が利用していた薬局や自宅近くの薬局が、訪問ならびに麻薬管理、注射薬の取り扱いなどに対応できないという理由から相談を受けることもある。

訪問薬剤管理指導は、月あたり約90件、臨時の対応を含めると100件を超す。そして、全在宅患者の約7割、がん患者の約9割が最期まで自宅で過ごすことができている。

素敵な多職種の方々と連携を図りながら、「おうちで過ごしたい思い」を微力ながら支援している。当薬局の多職種連携は患者・家族がつないでくれた縁であり、深く感謝している。

以下に、当薬局、あけぼの薬局・坂本岳志、株式会社フロンティアファーマシー・前田桂吾、上永谷薬局（株式会社akホールディングス）・大野朋子の事例を紹介する。

事例 1

医療用麻薬の注射薬に関する症例①

大腸がんの50代男性

フェンタニル貼付薬16.8mgを10枚貼っても痛みがとれず、「錯乱状態で困っている。何かよい方法はないか?」との相談が、過去に処方箋を扱ったことのない在宅医よりあった。

その在宅医と患者宅で会い、フェンタニルの天井効果か、吸収に問題のある可能性が高いと伝え、この状態を改善するためには注射薬へのオピオイドスイッチングが必要であることを説明。フェンタニルの用量が多いため、数回に分けてモルヒネの持続皮下注に切り替えていくことを提案。投与量を計算して使用デバイスを提案し、麻薬処方箋の記載方法を在宅医に伝えた。

事例 2

医療用麻薬の注射薬に関する症例②

大腸がんの60代女性

入院してオピオイド注射薬の持続皮下注を行っていた患者が、急きょ自宅に帰ることが決まった。入院中は携帯型精密輸液ポンプを使用していた。

在宅医にポンプのレンタル業者を紹介し、ポンプを切り替えるタイミング（入院中、もしくは退院後に自宅で切り替え）などを調整。途切れることなくオピオイド注射薬の持続皮下注が行えるように、ポンプの手配が間に合わないことも想定して一時的な携帯型ディスポーザブル注入ポンプ使用の提案も含めて調整を行った。

事例 3

医療用麻薬の注射薬に関する症例③

すい臓がんの80代女性

内服困難から疼痛コントロール不良となり、オキシコドン注射液の持続皮下注への切り替えが必要になった。

在宅医に同行して患者宅を訪問し、持続皮下注を始めることと、携帯型ディスポーザブル注入ポンプおよびPCAボタンなどの使用方法について説明を行った。在宅医が患者・家族に不安なことや不明点がないかを確認したところ、「とくにない」との返答であったため、在宅医は先に患者宅を退出した。

しかし、薬剤師が持続皮下注に用いる薬剤以外の説明を行っているときに、家族が「本当にPCAボタンを押してよいのか？」と不安をもちた。何が心配なのか傾聴すると、持続皮下注（医療用麻薬の注射薬）への不安、PCAボタンを押すことにより「とどめを刺してしまうのではないか」という恐怖があった。しかし、「先生が注射薬の必要性について説明してくれたので、先生の前では不安を打ち明けることができなかった」ため、薬剤師に相談したとのことだった。そこで、時間をかけて家族の不安や恐怖の気持ちを傾聴し、説明を行ったところ不安が軽減し、それから1週間、在宅にて持続皮下注により疼痛コントロールができた。



事例 4

医療用麻薬の注射薬に関する症例④

肺がん末期の70代男性

新規で相談を受けた事例。内服困難でフェンタニル貼付薬（1日用）により疼痛コントロールを行っていたが、呼吸困難をとまなう苦痛が強いため、モルヒネ注射薬の持続皮下注に切り替えたいとの相談を在宅医から受けた。

在宅医が携帯型精密輸液ポンプを所有しておらず、また地域に取り扱う業者もないことから、携帯型ディスポーザブル注入ポンプによる投与方法について、下記の情報提供を行った。

- ①投与するモルヒネ注射薬への換算量
- ②使用する携帯型ディスポーザブル注入ポンプの提案
- ③麻薬処方箋の記載内容

フェンタニル貼付薬は、モルヒネ注射薬に切り替える12時間前にはがすように説明した。

保険薬局にて、モルヒネ注射薬を生理食塩水で希釈して携帯型ディスポーザブル注入ポンプに充填（無菌調製）し、切り替え時には訪問診療に立ち会い無事開始となった。

事例 5

医療用麻薬の注射薬に関する症例⑤

胃がん末期の70代男性

レスキュー薬のオキノーム®散が飲みにくいと家族より相談があった。

1包を10ml（お猪口半分程度）の水に溶かして飲んでもよいことと、口まで運ぶことが困難な場合は、溶かした薬をカテーテルチップの注射器に吸って飲ませてもよいことを説明したところ、問題なく内服できるようになり疼痛コントロールが改善した。

事例 6

内服薬に関する症例①

すい臓がんの50代男性

肝転移があり、フェンタニル貼付薬（1日用）2mgと、レスキュー薬としてオキノーム®散5mgを使用。年齢が若いこともあり妻が薬の管理をしていたが、在宅医より残薬がバラバラで把握できないため介入してほしいとの依頼があった。

患者宅を訪問してみると、在宅医の情報にはないNSAIDsや神経障害性疼痛治療薬、オプソ®内服液5mgおよび10mgなど、さまざまな薬剤があり、妻が本人の状態をみて内服させていたことが判明。薬を整理して在宅医に報告し、疼痛コントロールを含め内服薬を見直したことにより、適切な疼痛の評価が可能になった。

事例 7

内服薬に関する症例②

大腸がんの70代女性

フェンタニル貼付薬（1日用）をベース薬、オキノーム®散をレスキュー薬として使用していた。

介護をしていた友人から相談があり訪問。本人はかなり痛がっており、ほとんど話せないほどだった。オキノーム®散の内服状況を友人から聴取したところ、本人の希望で内服間隔は2時間あけているとのことだったので、1時間あれば何回でも内服可能であることを本人と友人に説明し、内服してもらった。在宅医にすぐに連絡して、状況とレスキュー薬の内服が頻回であることを報告。在宅医の緊急訪問となったが、到着したときには疼痛の軽度軽減が認められた。その後、ベース薬が増量された。

事例 8

多職種介入に関する症例

乳がん末期の70代女性

独居の患者で在宅緩和ケアを受けていた。軽度の認知症があるものの、経済状況や本人の性格、兄弟との関係などの問題から在宅で療養。一度、小火を出して騒ぎになったこともあった。

訪問看護師とケアマネジャーで、本人に関わる医療・介護職のほか、気にかけてくれる近所の住人や宅配販売の人にも協力をお願いし、それぞれが同時に患者宅に行かないよう訪問時間を調整した。薬剤師もそれに協力して幅広い連携で自宅看取りを支えた。



事例 9

複数の介入ポイントがあった症例

乳がんの40代女性

夫が農学系の研究者ということも影響してか、薬剤の使用に偏見があり、がん患者では免疫を向上させる必要があるため、アセトアミノフェン・NSAIDs等の解熱鎮痛薬は使用しない、オピオイド鎮痛薬は拒否といった状況であった。しかし、乳がん自壊創の持続した疼痛と悪臭が深刻で、自壊創の処置のたびに激痛ならびに出血がひどく、訪問看護師による処置も困難を極めたため、在宅医からもオピオイド鎮痛薬の使用をすすめたが、拒否が続いていた。

在宅医・訪問看護師からの相談を受け、まずは消臭・止血を目的にアルギン酸ナトリウム配合メトロニダゾール軟膏の使用を提案した。本人・家族には薬剤師より説明を行い、了承を得たのち、訪問看護師による処置が開始されると、消臭・止血軟膏が功を奏し、処置時の出血は抑えられるようになった。しかし、自壊創の疼痛は持続していた。

本人・家族が消臭・止血軟膏の効果を実感できたところに、薬剤師よりモルヒネを軟膏に混ぜることを提案。説明した直後は拒否されたが、軟膏としてモルヒネを使用する場合は体内にモルヒネの移行がほばないこと、自壊創表面のみに作用することなどを説明すると、本人・家族の了承が得られた。モルヒネ軟膏の使用が始まると、平時の持続的な痛みが緩和され、処置時の激痛も改善した。

さらにその後、薬剤師よりフェンタニル貼付薬の使用を提案（外用薬に対する抵抗感が少ないと判断したため）したところ、すんなり了承が得られたので在宅医に報告し、フェンタニル貼付薬が処方された。

以後、薬剤師からの提案を受け入れてくれるようになり、呼吸苦に対してモルヒネ注射薬の持続皮下注も導入することができた。

事例 10

その他の薬剤師の介入①

乳がんの80代女性

皮膚転移の自壊創に在宅医が白色ワセリンを処方継続中。自壊創の浸出液と臭気について家族が訪問看護師に相談し、訪問看護師から在宅医、在宅医から薬剤師という経路で依頼があった。

薬剤師が訪問看護師に同行して訪問し、皮膚の状態を確認。在宅医に自壊創の写真を送り、白色ワセリンをがん性皮膚潰瘍臭改善薬のロゼックス®ゲルに変更することを提案したところ、了承・処方され、浸出液と臭気の軽減がみられた。そのため、再度在宅医と相談してロゼックス®ゲルは中止し、白色ワセリンに変更した。

事例 11

その他の薬剤師の介入②

子宮がんの60代女性

モルヒネ注射薬の持続皮下注が開始されていた。

訪問時に本人には会えず、玄関での対応で妹は「我慢強い姉で、相当痛かったみたいです。急に痛みで苦しむようになり、意識もはっきりしなくなってしまったので、麻薬を開始するかどうかの判断は妹である私がしました。麻薬を使用しはじめたら、ずっと眠っていて、話すこともできません。このまま死んでしまったら……と思うと、自分が麻薬を使用するという判断をしなければ、姉はもっと自分の意志で生きられたのではないかと……と苦しんでいます」と涙された。それに対し薬剤師が、がんの強い痛みで医療用麻薬を使用することは当然であること、自分があなたと同じ立場であれば同じ決断をすること、医療用麻薬の副作用はほとんど対処できること、いままで痛みで睡眠が妨げられていたため、医療用麻薬の作用により痛みが楽になったことで睡眠不足を解消している可能性があることなどを説明すると、妹は安心したようだった。

Chapter 7

看取りにおける留意点

太田 緑

人の死に立ち会う者として

死は、いつか誰にでも訪れる。

死は、生きてきた人生の最後にあるもの。

在宅においては、本人(患者)だけでなく、家族や友人・知人も含めた関係性のなかで訪れる、人生の物語である。

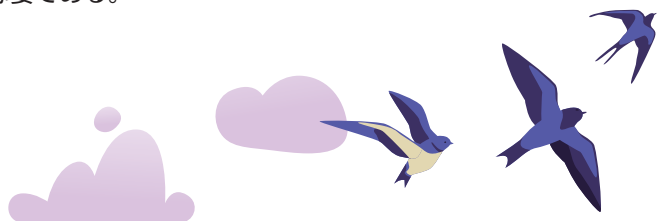
死について、「すべての生物に最終的に起こる生命作用の完全な停止」と、『ブリタニカ国際大百科事典』には書かれているが、決して「モノ」として扱われるべきではない。

そして、看取りは「死」という現象の一部を切り取ったようにして行われるケアではない。臨死期から死別後までの連続したケアが看取りである。

人生の最終段階のケアである看取りにおいては、本人・家族の尊厳を守り、きめ細かい配慮をしたうえで、常に擁護者や伴走者として関わる姿勢が重要である。

臨死期の本人・家族は、限られた時間のなかで、人生の振り返り(ライフレビュー)をしながら、どこで、誰と、どう過ごすのか、自分たちが人生で大事にしたいものは何か、望ましいと思える別れ(死=good death)とは何かを考え、重要な意思決定をしていくことになる。

医療者は、本人や家族が人生における重大な決断ができるように、見守り、支えていくことが必要である。



全人的苦痛を緩和するために多職種で支援する

人生の最終段階で、本人や家族は身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛、すなわち「全人的苦痛」を経験する。それらを緩和するためには、多職種で支援することが必要である。

以下にポイントをまとめた。

- 本人の苦痛症状を緩和し、家族が本人と安心して生活できるようにサポートする。死が近づくと、本人にはさまざまな苦痛症状がともなう。亡くなる2週間前には、多くの人に食欲不振、全身倦怠感、痛み、便秘、不眠などの症状が出現し、自分でトイレに行ったり食事をしたりという生活の基本動作が難しくなる

身体的苦痛は、自分らしい生活を送ることを困難にするため、積極的にコントロールする。また、身体的苦痛に関連して、精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛も強くなるため、多職種で全人的苦痛を緩和するケアを提供する

- 本人の希望と家族の意見が異なることもある。本人の意思を尊重し、人生で大事にしてきたことが守られるように寄り添う。本人の希望に沿った療養環境やサポート体制を整えるために多職種で連携し支援する
- 人の気持ちは揺れるものである。住み慣れた場所で最期まで過ごしたいと希望していても、苦しかったり、つらかったりすると、本人も家族も揺れる。人生の最終段階では、限られた時間を有意義に過ごせるように、本人・家族の身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなニーズを把握し、それらに対応する。そして、本人・家族の現状認識を確認し、わかりやすく説明し、本人・家族が「死」について語りあえるような環境づくりや支援を行う
- 医療職や介護職が、ケアの際に本人や家族から「死」について聞かれたり、意見を求められたりすることもある。そのときは職種に関係なく、逃げずにきちんと向き合う。そのための、医療職や介護職も日ごろから自己研鑽する

- 本人・家族がつらさや悲しみなどを言葉にできるように関わる。とくに、家族がかかえている「大切な人を失う」という不安や恐怖、別れのつらさ、悲しみ(悲嘆)を十分に理解し、感情を表出できるように支援する

予後を予測して支援する

看取りの時期は予後を予測することが必要である。限りある時間のなかで、どこで、誰と、どのように過ごしたいと考えているのかを確認し、本人・家族の意思決定を支援する。そのうえで、本人が有意義な時間を過ごせるように体調のコントロールも含めたサポートを行う。また、家族が心の準備できるように支援することが必要である。

以下にポイントをまとめた。

- 予後予測の結果を踏まえ、これから本人に起こり得る症状や日常生活での変化などを伝える。本人・家族の状況を観察し、十分に配慮したうえで説明を行う
- 家族が、本人の病状や病期をどのように認識しているのかを確認する。本人・家族は、死が避けられないと気づき、残された時間が少ないと説明を受けても、心のどこかで否定したり、淡い期待や希望をもち、「少しでも長く生きていたい(生きてほしい)」と願ったりするものである。そのような感情のなかにあっても、死が避けられないことを少しずつ受け止めたり、覚悟を決めて心の準備を行おうとしたりする。本人・家族の心情を理解し、寄り添いながら、お別れの準備ができるようにサポートする
- 本人の心残りを解決する支援を行う。身辺整理、遺言状の作成・遺産相談、墓参り、会いたい人と会うことや関係の修復、そのほかにも死装束や遺影の選択など、できるだけ本人の希望がかなえられるように多職種で支援する
- 適切なケアが行われるように多職種で話し合い、ケアの評価や見直しを行う

人は、自分に死が近いことを、自身の身体の変化から感じとることがある。そして、死への不安や恐れを感じ、自己効力感(コントロール感覚)やスピリチュアリティ(自律性・時間性・関係性)の喪失に苦悩し、ときには家族や友人、介護者などに対して、距離を置きたいという気持ちになることもある。

この時期、本人には多くの苦悩(スピリチュアルペインを含む)や不安があり、それぞれのニーズに合わせたケアを提供することが必要になる。本人・家族が孤独を感じないように多職種で関わり、話をよく聴き、寄り添う。本人・家族が自身で人生に向き合い、ライフレビューができるように支援する。

安楽を優先し、処置やケアの内容も見直す

看取りが近づいた時期は、本人のケアにもいくつかの留意点がある。安楽を優先し、処置やケアの内容を見直すことが必要である。

以下にポイントをまとめた。

- 本人の苦痛を最小限にするために、安楽な体位を工夫し、体位変換も本人・家族が可能な範囲で行えるように指導する。体圧分散用具は、早い時期から看取り期を念頭に置いて選択する。看取りが近くなった時期は、褥瘡の予防も重要だが、安楽を優先した体圧分散用具やクッション等の利用が必要になる。ケアの際は、骨突出部やその周囲の皮膚を多職種で観察し、情報を共有する。スキンケアにおいては、簡便で効果の高い方法を検討するとともに、失禁に対する管理も行う
- 看取りが近い時期には、発汗や失禁による皮膚の湿潤、脱水による皮膚乾燥等で、皮膚のバリア機能が低下し、褥瘡やスキンテア(皮膚裂傷)が起こりやすくなる。体位変換や保湿、保清も重要だが、寝具等の小さなしわによる圧迫や、とっさに手をつかんだ瞬間などに、思いがけないところに創(きず)ができたり、ケア自体が苦痛の原因になったりすることもある。苦痛の少ない体位変換の方法やポジショニングを工夫する、保清を部分的に行う、複数名で行うなどケアの内容を多職種で検討し、家族や介護スタッフが安全に清潔ケアを実施できるように指導する

- 安全にも配慮する。筋力低下、薬剤の影響や浮腫等によりふらつき、転倒のリスクが高くなることを考慮して環境を整える。誤嚥のリスクも高くなる。食事は、食形態やポジショニングなどに十分配慮する。家族に誤嚥のリスクを説明し、飲み込みが不安なときは無理をしないことや、安全な介助方法を家族や介護スタッフに指導する
- 口腔ケアも重要である。食事や水分などの経口摂取が減少すると唾液も減少し、口呼吸により口腔乾燥が起こると自浄作用も低下するため、定期的な口腔ケアを行い、保湿剤等を塗布して口腔乾燥を予防する。口腔ケアは、家族が比較的行いやすいケアなので、何かしてあげたいと思っている家族と一緒にケアを行い、苦痛が少ない方法を指導する。家族がケアに参加することは、のちのグリーフケアにもつながる
- 本人の苦痛を最小限に抑えて安楽に過ごせるようにするためには、いま行っている治療や処置、ケアを評価し、見直すことが重要である。ただし、看取りの時期に急に治療やケアを中止したり変更したりすると、本人・家族が見放されたと感じることがあるため、中止や変更の理由をきちんと説明し、そのことが死期を早めるわけではないことも伝える
- 本人の尊厳を守り、生活習慣や意向を尊重する。希望に沿うことと同様に、希望しないことは可能な限り避ける。自身で行うことができなくなった排泄行動や清潔ケアを行う場合は、本人の喪失感や負担をかけて申し訳ないという気持ちに配慮して、自尊心を損なわないように注意する
- 家族が行える安楽のケアとして、タッチングやマッサージ、気分転換のための音楽や語りかけ、軽い体位変換などを提案する

最期まで尊厳あるひとりの人として接する

意識レベルが低下しても、尊厳あるひとりの人間として敬意の念をもって接することが大切である。

以下にポイントをまとめた。

- 聴力は最期まで残るとされているので、家族にはやさしい口調で声をかけ、聞かせたくない内容は話さないようにアドバイスし、好きな音楽などを聴かせてあげることなどを提案する
- 最期まで本人の苦痛を緩和することを保証するために、本人の状況に合わせて使用中の薬剤や実施しているケアの評価を行い、見直しや中止も検討する。本人が苦痛を訴えることができないときは、そばで見ている家族の意見も聞きながら評価する
- 自然の経過として薬剤の内服ができなくなるため、薬剤は必要なもの※に限定し、投薬時の苦痛が少なく、家族やケアに関わる職種が実施可能な経路（直腸、経皮、皮下、静脈等）を選択する。また、さまざまな苦痛が出現したときすぐに使用できるように薬剤を事前に準備し、どのような状態のときにどの薬剤を使用すればよいか、家族に指導する。そのうえで、不安なときや困ったときにはいつでも医療者に相談ができるように、連絡先を伝えておく

※疼痛治療のための医療用麻薬（オピオイド鎮痛薬）は、最後まで必要であることが多いこと、急激な減量・中止は、退薬症状が出現することを考慮し、できるだけ適切な投与経路に変更する



家族のニーズと家族に対するケア

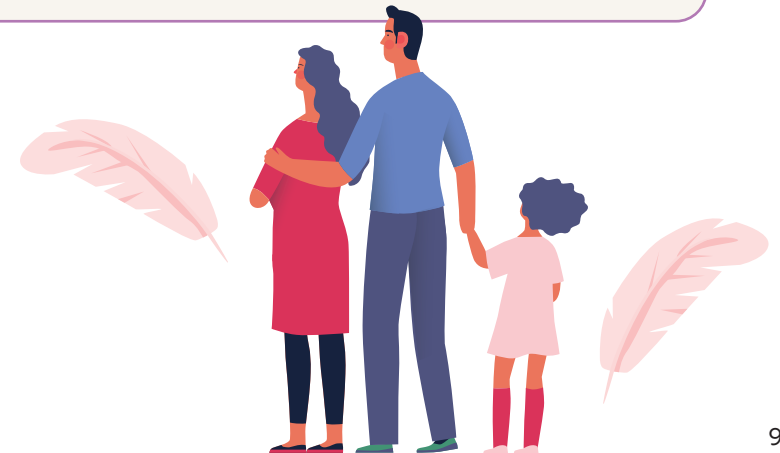
看取りの時期は家族もつらさをかかえているため、ニーズを理解し、丁寧なケアを行うことが必要である。

以下にポイントをまとめた。

- 家族は、本人がどのような状態にあるのか知りたい、苦痛を取り除いてあげたい、本人のそばにいたい、できることがあれば何でもしてあげたいと思っている。一方で、残された時間が少なくなっていると感じてつらさを募らせているが、それを本人には見せたくないと感じて感情を出せずにいる。緊張と不安に押しつぶされそうになりながらも頑張っている家族の気持ちを聞き出して受け止め、頑張りを認めてなぐさめたり、はげましたりしながら最期までサポートする
 - 今後予測される症状や経過を家族に説明し、不安を最小限にする。死が近づいた時期、予後1カ月となったくらいから食事が減り、1週間ほど前には傾眠がちとなって水分摂取量も減る。亡くなる数日から数時間前には死前喘鳴が聞かれたり、不穏状態になったりすることがある。なぜそのような症状が出現するのかを知ると、家族は安心するので、できるだけ丁寧な説明を行う
 - 家族の不安や疑問がのちのグリーフケアに影響することもあるため、何もしてあげられなかったという後悔をもたずに済むように支える。家族にはどんなに些細なことでも質問してよいことを伝え、たとえば、死前喘鳴の音が気になるときは、顔や身体を横に向けるなど体位の工夫で軽減することがあるなど、可能な範囲で対処法を教える
- 吸引してほしいと家族が希望する場合もあるが、吸引しても死前喘鳴は治まらないことが多く、頻回な吸引の刺激で出血などの別な苦痛が生じる可能性があること、本人の意識が低下しており、家族が考えるような苦しさはないことなどを説明する

- 手を握る、身体をさするなど、看取りの際に家族ができることを伝える。また、何もできなくても一緒にいるだけでよいことを伝える。可能であればケアへの参加を促し、「自分もやってあげることができた」と家族が思えるようにすることが大切だが、家族の負担も考慮する。疲労や不安で体調を崩すことがないように、十分に話を聞いたうえでケアやサポート体制を調整し、食事や休息、睡眠の時間が確保され、できるだけ通常の生活を送れるように支援する
- 会いたい人や会わせたい人がいるかを確認すると同時に、「遠い親戚」などの存在も確認しておく。普段は面会や支援・協力をすることがなく、また、本人・家族の思いや現在までの経過を知らない「遠い親戚」などが突然現れて、「なぜ病院に入院させない」「なぜ点滴をしていない」などと言い出し、本人・家族を責め立てておだやかな看取りまでの時間をこわすことのないようにする
- 在宅医や訪問看護師、介護スタッフなど、在宅での看取りに関わる職種と家族の間で、看取りの際の連絡方法や対応について事前に話し合い、決めておく
- 家族から連絡があった際は、必ず患者の状況を確認する。また、家族だけで看取することも可能であることやその方法も説明する*

※筆者が所属する訪問看護ステーションでは、看取りについての家族用パンフレットを作成している。死が間近に迫ったときの症状や亡くなったあとにどうすればよいか、連絡先などについてまとめてあり、家族に渡してあわてないように説明している



亡くなったあとの家族ケア

亡くなったあと(死亡確認後)の家族ケアも重要である。

家族は亡くなったという現実と直面し、悲嘆のプロセスが始まる。そこからの医療者の声かけや振る舞いは、残された家族の悲嘆に大きく影響するため、グリーフケアを意識したケアを行う必要がある。

以下にポイントをまとめた。

- 亡くなったとの連絡を受けたら、家族だけで本人と過ごす時間を確保し、お別れができるように配慮する。訪問までの時間は患者・家族、地域の状況によってケースバイケースだが、場合によってはすぐの訪問が必要なこともある
- 亡くなったことを家族に伝える際は、あわてずにゆっくりとした口調を心がける。礼をつくし、治療やケア中のできごとを振り返りながら、「お疲れさまでした」「よく頑張ってくださいね」など、本人(故人)や家族にねぎらいの言葉をかける
- 地域や家族の看取りの文化(慣習、風習など)にも配慮する。わからないときは家族に教えてもらう
- 本人に着せる衣装を選んでもらったり、エンゼルケアへの参加を促したりして、希望があれば一緒に行く。こうしたケアのすべてに参加してもらう必要はないが、化粧など家族ができることを、希望を取り入れながらともに行う
- エンゼルケアに参加してもらう場合は、重要なグリーフケアであることを念頭に置き、医療者がケアに携わらせてもらうことへの感謝を言葉で伝えながら敬意をこめてケアにあたる
- 死後硬直や顔貌、皮膚色の変化など、死亡後の身体に起こる変化を家族に伝える※

※筆者が所属する訪問看護ステーションでは、エンゼルケアで詰め物はせず、生前と同様に身体を拭き、排泄物の処理を行う。家族には、排泄物等で汚染した場合の対処方法も説明している。とくに、直近まで食事を摂取していた場合、消化管出血あるいは出血傾向があった場合、疾患により体液等の流出が予測される場合は、家族が困ることのないように配慮してケアを行う。暑い時期や暖房等で室温が高い場合は、細菌繁殖による腐敗と体液

による汚染を予防するために、腹部等を冷却することもある。エンゼルケアは、医療保険や介護保険の適用外であるため全額自己負担となるが、家族だけでは難しいとき、困ったときには連絡をもらうようにするなど配慮する

- 死別を経験した家族は、罹患率や死亡率が上昇することが知られている。悲嘆が強い場合は、専門家につなげてくれる相談窓口やサポート体制の情報を伝える
- 臓器提供や献体に関する意思を示したカード等を持っている場合は、本人の意思を尊重し、関係機関に連絡をとるための支援を行う
- 死後の法的な手続きや届出について説明する。その際、死亡診断書は市区町村役場に提出する前にコピーしておくことをすすめる(生命保険の請求時や、国民健康保険葬祭費支給の手続きなどでも必要になるため)

● 知っておきたい死後の手続き

死後は下記の法的手続きが必要となるため、行政への届出について家族に説明する。

死亡届(死亡診断書・死亡検案書)			
期 限	7日以内	提出先	市区町村役場(埋火葬許可証の発行)
年金受給停止手続き			
期 限	10日以内	提出先	市区町村役場または社会保険事務局
国民健康保険資格喪失届			
期 限	14日以内	提出先	市区町村役場
介護保険の資格喪失届			
期 限	14日以内	提出先	市区町村役場
世帯主の変更届			
期 限	14日以内	提出先	市区町村役場

Chapter 8

看取り後のグリーフケア

杉本由佳

遺された人にグリーフケアが必要な理由

悲嘆（グリーフ）とは、死別による喪失から生じる強い感情である。その感情は、ショック、悲しみ、怒り、混乱、信じられない気持ち、罪悪感と自責、後悔、不安、孤独感、無力感などで、しばしば身体的症状（思考・判断力の低下、集中力の低下等）をとともなう。

悲嘆の状態は時間とともに変化し、徐々に正常な状況へと戻っていく。これを「悲嘆のプロセス」という。故人のいない環境での新しい関係性や役割、そして生き方を構築する過程であり、また、「死者」としての故人と新しい絆を結ぶ過程であるともいわれる。

この過程を進んでいくための1つ1つの心の働きを悲嘆の仕事、すなわち「グリーフワーク」と呼ぶ。そして、グリーフワークを援助し、プロセスを支え見守るのが悲嘆のケア、すなわち「グリーフケア」である。

悲嘆からの回復に影響を与える一要因として、「レジリエンス」（回復力・復元力）が挙げられる。レジリエンスとは、厳しい状況にあっても、人間がもつ内的な力によってその状況を跳ね返して適応し、立ち直る力であり、その過程である。もとの状態に戻るのではなく、新しい環境に適応していくことであり、死別体験をきっかけに人間的に成長していくことも含まれる。



すみやかな対応が必要な「複雑性悲嘆」

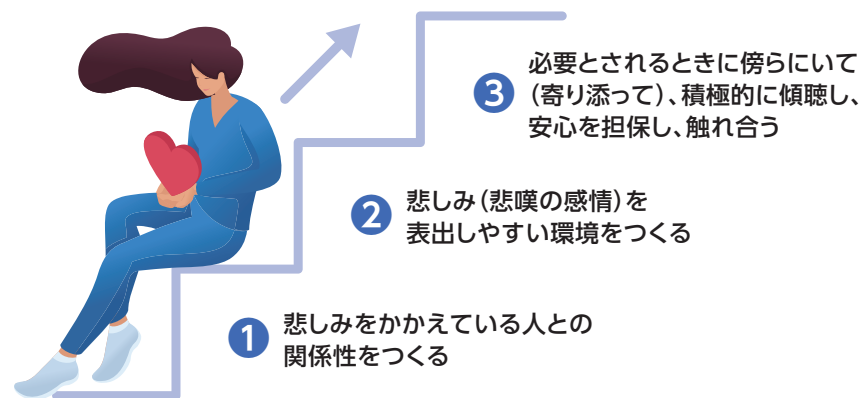
「複雑性悲嘆」とは、悲嘆が長期化したり、非常に強度であったり、悲嘆がプロセスの1つの段階に長くとどまったりする状況である。悲嘆は喪失に対する正常な反応だが、死別者の10～15%が複雑性悲嘆に陥るといわれている。

複雑性悲嘆は、悲嘆がうつ病やその他の精神疾患に進行する場合があります、すみやかに専門家に対応を依頼することも必要である。

グリーフケアの支援は順を追って行うことが大切

悲嘆は必ず生じる正常な反応であることを、医療者は理解する必要がある。時間がかかる場合もあるが、悲嘆反応を正常化できるよう、長期的に支援することが重要である。

具体的には、下記のように順を追って支援を行う。在宅医療において、①と②は在宅療養中から行っておくことが望ましい。



実際の支援内容は大きく4つに分けられる

実際の支援内容は下記の4つに分類される。それぞれの側面からの支援が途切れないことが重要である。

① 情緒的サポート

適切な時期に、その人の気持ちを尊重し受容・共感することなど

② 道具的サポート

食事、買い物、ゴミ出し、通院、経済面など日常生活の問題に対する直接的な援助

③ 情報のサポート

悲嘆や悲哀のプロセスなどについての知識の提供

④ 治療的介入

複雑性悲嘆などに対する専門的な介入

悲嘆のなかにある人を地域で支える

在宅療養中から家族の関わりを見つめ、とくに患者の死によって独居となり、ほかの家族からの支援が困難と予測される場合は、在宅医療チーム（在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等）が介入している間に環境整備をしておく。

また、民生委員などにあらかじめ連絡しておき、地域包括支援センター、地域コミュニティなどから適切な時期に支援が受けられるように依頼しておく。社会・福祉資源などについても、事前にケアマネジャーから情報提供しておくとうい。

在宅におけるグリーフケア

在宅療養中に家族との関わりから、家族が残された場合の悲嘆を推測し、適切なタイミングで声を聴くことがグリーフケアの第一歩となる。電話や訪問の際に話を聞くことで、悲嘆の強さや回復程度を把握することができる。

グリーフワークの進み具合をもとに、次の声かけのタイミングを見計らう。遺族会、ニュースレターなども効果があるようだ。遺族会にはすぐに参加できなくても、手紙などで気長に誘うと、数年を経て参加できるようになるケースもある。私たち医療者が、「患者さんにご遺族のことを忘れていません」という気持ちを伝えることも大切である。

誰もがおだやかな笑顔で生活できるように

いかなる環境・背景であっても、そして誰にとっても、“死”には大きな精神的变化がともなう。誰もひとり生きていくことはできない。恥ずかしがらずに誰かの手を借りる勇気を出せるように、医療者がその背中をそっと押してあげることが大切である。

また、核家族化が進むなかで、悲嘆に対して手を差し伸べられる地域やコミュニティをつくっていくことも必要である。言葉だけではなく心を寄せ、押し付けたり見返りを求めたりするのではなく、そっと支えよう。

医療者としても、ひとりの人間としても、故人や家族との出会いや思い出を大切にする姿勢がグリーフケアにつながっていく。そしていつか、誰もがおだやかな笑顔で生活できるようにすることがグリーフケアの目標である。

Chapter・9

医療者のセルフマネジメント

杉本由佳

在宅医療におけるセルフマネジメントの重要性

在宅医療では、それまでの病院医療とは異なり、患者個人の生命だけではなく、家族を含めた生活や人生を念頭において治療やケアを行う。患者宅の扉を開け、そのつど未知の世界に飛び込み、新たな環境で新たなチームをつくり、オーダーメイドの治療やケアを提供していく。はじめての環境で、はじめてのチームをつくり出すために、在宅医療に関わるスタッフは強い緊張・ストレスを経験する。

とくに、がん終末期の患者の場合は、初回訪問時の処置、ケアの分担、家族やスタッフへの指示などで、的確さ、敏速さ、コミュニケーション能力がすぐさま求められる。また、日に日に状況が変化していくことに対する治療やケアの選択、家族やスタッフの身体的・精神的苦痛への対応なども行っていく必要があり、強い緊張感を保ち続けることが求められる。そのためにも、医療者が「セルフマネジメント」（自己啓発、セルフケア等）によってレジリエンスを育むことはとても重要だ。さらに、チームや職場と連携し、また自分自身が積極的に家族や友人のサポートを受け、「バーンアウトシンドローム」（燃え尽き症候群）や「共感疲労」、「モラル・ディストレス」（道徳的苦悩）を予防していくことも大切である。



自己啓発をおこたらない姿勢が大切

在宅医療では個別性が重視され、療養環境（経済状況、家族構成、家族の愛情、住宅環境等）も多様であるため、病院とは異なりマニュアル化やクリティカルパスによる標準化が困難である。

したがって、臨床能力を上げ、死生観や価値観の相違を体験・理解し、多職種連携スキルやコミュニケーションスキルを身に付けることなどが重要になる。ほかの人の経験や意見を参考にしたり、学会や研究会に参加して新しい知識を学んだり、自分が行っている治療やケアがスタンダードなものからかけ離れていないか、危険がないかなど、自分の知識などを再評価することも大切である。

失敗は必ずあると考え、そのうえで事故が起きないように、細心の注意を払う能力を身に付けることが求められる。

自分の心と体、生活を守るセルフケアを

セルフケアとは、自分、家族、コミュニティの健康を促進し疾病を予防して健康を維持すること、そして病気や障害に適切に対応することである。その目標達成行為（セルフケア）を行うために求められる、複合的・後天的な力を「セルフケア能力」という。

医療者は、患者の病状の急変や看取り、家族間のトラブルなど、強い緊張や身体的・心理的ストレスの多い現場で活動しており、これらのストレスに対する個人的、集団的、組織的な能力を上げる工夫が必要不可欠である。たとえば、有効な気分転換法を自分のなかで確立する、体調管理をする、家族と過ごす時間を確保するなど個人レベルの対策や、チーム内、職場内、気の合う関係者との交流で気分転換を図ることなどが有効だ。気の合う人と勉強会や学会に参加するのもよいだろう。

バーンアウトシンдрロームを防ぐために

バーンアウトシンдрローム (burnout Syndrome) とは、長期にわたる対人援助過程において解決困難な問題に常にさらされた結果に生ずる極度の心身疲労と情緒の枯渇をきたした状態をいう。仕事に対する情熱を失ったり、仕事はもはや意味がなくなったという感覚をもったりする。

医療者のバーンアウトシンдрロームを予防するためには、以下のようなストレスや苦悩に対応できる力を養い、環境を整えることが大切である。

① 共感疲労 (compassion fatigue)

共感疲労とは、トラウマ (心的外傷) を負った人々をケアすることで、ケアをする側が2次的にトラウマを負うことを指す。つまり、当事者でないにもかかわらず、相手の気持ちに共感や同情するあまり、精神的な疲れをためてしまうことである

② モラル・ディストレス (道徳的苦悩: moral distress)

モラル・ディストレスとは、自分が倫理的に適切または正しいと思う行為の方針を、制度的な障害によってとることができないと感じる場面で起こる苦悩である。たとえば、人生の最終段階にある患者のQOL向上、苦痛の緩和、患者にとって害と思われる出来事を取り除くといった医療者としての責務を果たせないときの無力感、あるいは誰も自分の味方になってくれないと感じたときの苦悩などが挙げられる



レジリエンスを育むために

レジリエンスとは、逆境、トラウマ、悲劇、脅威、極度のストレス (家族関係の問題、健康問題、職場や経済的な問題) に直面するなかで、適応していくプロセスのことをいう。

在宅医療の場では、その家庭ごとにさまざまなストレスを経験する。コミュニケーションを築きにくい患者、暴言・暴力を振るう患者、セクシュアルハラスメントを行う患者なども、医療者がバーンアウトする引き金になる。一方、楽しいことももちろんあるが、そのような場合、濃厚に関わった患者を失ったときの医療者の悲嘆は大きい。

そこで、レジリエンスを身に付けることがとても重要になる。レジリエンスとは、「折れない心、立ち直れる力、向かっていく力」、そして「退ける力」ということができる。レジリエンスを育むためには経験や自己修復力も大切だが、最も重要なことは、自分と価値観が合い、心に共感してアドバイスをくれる仲のよい医療ケアスタッフをもつことだ。簡単なことではないが、医療者としての理念を強くもつこと、人も物も大切にできる心が、自分の周囲に適切な人材を育むことにつながる。

まずは職場環境の整備から

つらさをかかえた医療者に対し、個人の修復力や順応力に期待するだけではいつか力尽きてしまう。個人やその家族をも支える職場環境、つらさを表出できる雰囲気をつくることが理想だ。

つらさに気づいてくれる仲間をつくり、ともに学べる環境をつくっていこう。そのためには、まずはあいさつ、ささいな楽しい会話を大切にすること、そしてチームのリーダーとなる人の育成、スタッフに対する十分な経済的支援、困難な状況に陥ったときの危機管理体制の構築や協力体制などを整えることが重要である。

執筆者一覧（五十音順）

蘆野 吉和	山形県庄内保健所 所長 1. がん疾患の在宅医療の魅力
安部 能成	千葉県立保健医療大学 5-5. リハビリテーション専門職の役割
大石 春美	医療法人心の郷 穂波の郷クリニック 5-7. ソーシャルワーカーの役割
太田 緑	一般社団法人 緑の杜 みどりの風訪問看護ステーション 5-3. 看護師の役割 7. 看取りにおける留意点
川口 美喜子	大妻女子大学 家政学部 5-6. 管理栄養士の役割
串田 一樹	昭和薬科大学 4-4. 在宅移行：薬剤師からの留意点
白石 丈也	けや木薬局 5-4. 保険薬局薬剤師の役割 6-4. 薬剤師介入の好事例
白髭 豊	医療法人 白髭内科医院 3. 「二人主治医制」について 6-2. 在宅医ネットワークの好事例
城谷 典保	新横浜在宅クリニック 2. がん疾患の在宅医療の特徴とその対応
杉本 由佳	すぎもと在宅医療クリニック 4-1. 在宅移行：在宅医からの留意点 1 8. 看取り後のグリーフケア 9. 医療者のセルフマネジメント
高田 靖	高田歯科医院 5-8. 歯科医師・歯科衛生士の役割
田中 弥生	関東学院大学 5-6. 管理栄養士の役割
◎谷水 正人	独立行政法人 国立病院機構 四国がんセンター 院長 はじめに 4-3. 在宅移行：在宅医からの留意点 3
土屋 淳郎	医療法人社団創成会 土屋医院 5-1. スタッフの役割：総論 5-2. 医師の役割
西出 真悟	オレンジホームケアクリニック 5-7. ソーシャルワーカーの役割
片見 明美	株式会社ヴィーナス 5-3. 看護師の役割 6-3. 看取りの好事例
渡辺 邦彦	在宅ほすびす 4-2. 在宅移行：在宅医からの留意点 2 6-1. 病診連携・診察協働の好事例

◎は編集主幹

ともに歩むがん在宅医療

2021年3月31日発行 第1版

〈発行〉一般社団法人 日本在宅医療連合学会

〒113-0033 東京都文京区本郷3-2-7 お茶の水サニービル7F
TEL&FAX 03-5802-3490 E-Mail zaitaku@juntendo.ac.jp
URL <https://www.jahcm.org/>

©Japanese association for home care medicine. 2021 Printed in Japan
文書・イラストの無断掲載、複製、複写（コピー）、翻訳を禁じます。

※この冊子は、厚生労働省委託事業「令和2年度がん患者の在宅医療に従事する医療従事者育成事業」の助成を受けて作成しました。