

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2015 年度（後期）一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

「在宅緩和ケアにおけるケアマネジメントのあり方に関する研究」

申請者：本田 晶子

所属機関：訪問看護パリアン

提出年月日：平成 29 年 3 月 29 日

I. はじめに

家で過ごしたいと願う末期がん患者は、在宅で適切な緩和ケアを受けたいと望んでいる。家で適切な緩和ケアを受けるには、在宅緩和ケアのマネジメントが重要である。

介護保険制度ではケアマネジメントはケアマネジャーが行うとされていて(介護保険法 第7条5項)、在宅緩和ケアにおいてもその考え方が浸透している。しかし医療依存度が高く、また全人的な痛みに対し対応しなければならない末期がん患者のマネジメントは、介護保険の自立支援を目指したケアマネジメントとはその方法を異にしている。在宅緩和ケアの現場では、介護保険制度のケアマネジメント方法を忠実に守ろうとして、かえって在宅での緩和ケアを混乱させる事例もあり、適切な在宅緩和ケアを患者に提供できない一因ともなっている¹⁾。

介護保険制度のケアマネジメントと在宅緩和ケアにおけるケアマネジメントは、何が同じで何が違うのか。そのことを踏まえて、今ある制度の中でどのようにすれば適切なケアマネジメントができるかを明らかにし、早急に実践に移す必要がある。在宅緩和ケアを地域に根付かせ、だれでも望めば在宅で緩和ケアが受けられるようにするためにも、また、家で過ごす末期がん患者のQOLを高め尊厳を守るためにも、現状を踏まえた在宅緩和ケアのケアマネジメントモデルを作成し、広めていく必要があると考えている。

II. 研究の目的

本研究では、末期がん患者に在宅緩和ケアを提供する際のケアマネジメントの現状および問題点を、文献検討、質問紙調査およびフォーカスグループインタビュー²⁾を通して明らかにし、末期がん患者への望ましい在宅緩和ケアのケアマネジメントモデルを作成することを目的とした。

III. 研究の方法

1. 文献検討

末期がん患者の在宅療養に関する多職種連携、在宅末期がん患者のケアマネジメントに関する問題点を中心に過去10年間の国内外の文献検討を行った。

2. 在宅末期がん患者のケアマネジメントに関する調査

1) 質問紙調査

a. 対象

調査の対象は、現在13分割されている東京都の二次保健医療圏³⁾の中で筆者が所属する訪問看護ステーションが含まれる東部保健医療圏(墨田区、江東区、江戸川区)の全ての居宅介護支援事業所353ヶ所と訪問看護ステーション76ヶ所、計429ヶ所とした。

b. 方法

郵送による無記名自記式質問紙調査

c. 調査期間

平成2016年6月～7月

d. 調査項目

基本属性（職種、取得している国家資格、所属組織の形態）、事業所が受け持った末期がん患者数、ケアマネジャーあるいは訪問看護師が実際に受け持った在宅末期がん患者のケアマネジメント、末期がん患者の関係機関との連携のあり方、ケアマネジメントを行う上での問題点や改善点等（自由記載）

e. 分析方法

クロス集計及び自由記載から在宅末期がん患者のケアマネジメントに関する課題を抽出した。

2) フォーカスグループインタビュー

a. 対象者

墨田区内で在宅緩和ケアを行っている医師、がん診療連携拠点病院の医療ソーシャルワーカー、緩和ケア病棟の看護師、訪問看護師、居宅介護支援員、地域包括支援センターの相談員 10名から15名。

b. 実施場所・日時

医療法人社団パリアン研修室・平成28年7月22日（金）15時～17時半

c. 方法

以下の内容でフォーカスグループインタビューを実施した。

- ・末期がん療養者のケアマネジメントでうまくいった事例およびうまくいかなかった事例
- ・末期がん療養者が病院から自宅へ戻る際の関係機関への依頼方法
- ・在宅末期がん療養者のケアに携わる専門職から病院に望むこと
- ・理想的だと思われる末期がん療養者のケアマネジメントについて
- ・その他

d. 分析方法

フォーカスグループインタビューの内容はデータを逐語録として起こし、繰り返し読んだ。データは行ごと、段落ごとに読み、在宅末期がん患者のケアマネジメントに関する文章を抽出し、類似性に基づき内容をまとめ、サブカテゴリーを抽出した。さらに抽出したサブカテゴリーの類似性に基づきカテゴリー化し内容分析⁴⁾を行った。本文ではカテゴリーを【 】で、サブカテゴリーを「」、対象者の語りを（ ）で示した。

e. 倫理的配慮

本研究の調査・フォーカスインタビューにあたり医療法人社団パリアンの倫理審査委員会で審査を受け承認された。質問紙調査およびインタビュー対象者には研究概要の説明を文書で行い同意を得て実施した。本研究の対象者は個人が特定されないようナンバリングに変換して分析を行った。全てのデータは本研究以外には使用せず、鍵のかかる場所に3年間保管のち、破棄する。

IV. 結果

1. 文献検討

国内の文献は医学中央雑誌 WEB 版から[末期がん]、[在宅ターミナルケア]、[緩和ケア]、[ケアマネジメント]、[ケアマネジャー]、[訪問看護師]をキーワードとして検索を行った。その結果、5 件が在宅でのケアマネジメントに関連する文献であったが、在宅末期がん患者のケアマネジメントに関する文献は 2 件にとどまった。これらの文献からは、福祉系の介護支援専門員は終末期の患者に対する医療的判断を行うことが難しいことや医師との連携が苦手であることから、医療面の知識を持つ訪問看護師との連携が重要であること⁵⁾、訪問看護師は介護支援専門員と情報を共有し信頼関係を築くことが良好な関係を継続する上で大切であることなどが述べられていた⁶⁾。

また海外の文献では、ケースマネジメントがわが国のケアマネジメントと同義と考えられることやケアコーディネーションがケアマネジメントの一部と考えられるため、PubMed から[Care Coordination]、[Case Management]、[Palliative Care]、[Cancer Patient]をキーワードとして検索を行った。その結果緩和ケアに関するケアマネジメントの文献は 7 件が該当し、この内の 2 件が在宅末期がん患者へのケアマネジメントに関する文献であった。これらの文献からは終末期の患者に対する適切なケアマネジメントは再入院減少につながること^{7),8)}、緩和ケアの教育を受けたケアマネジャーは患者の苦悩への積極的な対応ができること⁹⁾、緩和ケアに特化した看護師、ソーシャルワーカーからなるケースマネジメントチームは患者中心のケアができ症状管理の改善、ケアに対する患者の満足が高まること、患者が望む社会資源の活用¹⁰⁾などが述べられていた。

これらの事から緩和ケアにおけるケアマネジメントでは、特に福祉系のケアマネジャーの場合、医療的知識を持つ看護師と連携が重要であること、適切なケアマネジメントは再入院を防ぐこと、専門職に対する緩和ケア教育が患者への積極的なケアマネジメントにつながることなどが分った。

2.在宅末期がん患者のケアマネジメントに関する調査結果

1) 質問紙調査

①回収率

質問紙は墨田区、江東区、江戸川区の全ての居宅介護支援事業所 353 ヶ所と訪問看護ステーション 76 ヶ所の計 429 ヶ所に送付した。あて先不明による返送の 3 ヶ所を除き、100 箇所から回答を得ることができた。回収率は全体で 23.5%、ケアマネジャーは 23.1%、訪問看護師（理学療法士 1 名を含む）は 25%であった。

②職種の内訳及び取得している資格

回答した職種はケアマネジャー（介護支援専門員）81 名（81%）、訪問看護師 18 名（1%）、理学療法士 1 名（1%）であった。ケアマネジャー 81 名のうち介護福祉士の資格を持つ者は 61 名、社会福祉士 15 名、栄養士 4 名、看護師 4 名、精神保健福祉士 3 名などで 8 割以上が福祉系出身者であった。また訪問看護師でケアマネジャーの資格を有する者は 18 名中 4 名であった。

③所属組織

ケアマネジャーの場合、常勤換算2名以下の居宅介護事業所は39名（48.1%）、3名以上の居宅介護事業者は42名（51.9%）であった。訪問看護師では常勤換算5人以下の訪問看護ステーションが13名（72.2%）、常勤換算6人以上の訪問看護ステーションが5名（27.8%）であった。理学療法士1名は常勤換算5人以下の訪問看護ステーションに所属していた。

④2015年の1年間に関わった末期がん患者数（表1.）

ケアマネジャーの所属する介護支援事業所が対応した末期がん患者数では0人が16カ所（20%）、1人が20カ所（25%）、2-3人15カ所（19%）、4-5人が12カ所（15%）で5人以下が全体の8割を占めた。しかし1年間に40名以上の末期がん患者への対応を行った事業所も2ヶ所あった。この2カ所はケアマネジャーが医師や訪問看護師との連携を密にとっていた。

訪問看護ステーションでは対応した末期がん患者0人が5カ所（26%）、1-5人が4カ所（21%）、6-10人が4カ所（21%）、11-20人3カ所（16%）20-40人2カ所（11%）であった。

表1. 所属機関が1年間に関わった末期がん療養者数

職種 療養者数(人)	ケアマネジャー	訪問看護師
0	3	0
1	20	2
2	8	0
3	7	1
4	10	1
5	3	0
6	4	1
9	1	0
8	5	1
9	1	2
10	1	0
11~20	4	3
21~30	0	1
31~40	2	1
74	0	1

⑤受け持った末期がん療養者（1名）の事例について

質問紙調査では、回答したケアマネジャーあるいは訪問看護師が2015年に受け持った末期がん療養者から1名を選び、在宅でのケアマネジメントに関する質問にも回答してもらった。

i. 受け持った末期がん療養者の性別・年齢（表2、表3）

ケアマネジャーあるいは訪問看護師が受け持った末期がん療養者から1名を選んで記載してもらった。回答したのは80名であった。末期がん療養者80名の性別は男性が47名、女性33名であった。年代は80代が最も多く27名、次いで70代が20名、60代15名、50代8名などであった。

表2. 受け持った療養者の性別

男性	47人
女性	33人

表3. 受け持った療養者の年代

年代	40代	50代	60代	70代	80代	90代以上	不明
人数(人)	4	8	15	20	27	4	2

ii. 療養者の依頼元（表4.）

ケアマネジャーあるいは訪問看護師がどこから末期がん療養者の依頼を受けたかについて尋ねたところ、ケアマネジャーは、地域包括支援センターが最も多く19名、次いで、療養者が入院していた医療機関あるいは往診医が17名、療養者本人あるいは家族が12人、訪問看護ステーションが7名などであった。訪問看護ステーションでは医療機関あるいは往診医からの依頼が8名、ケアマネジャーが6名、地域包括支援センターが1名であった。ケアマネジャーは末期がん療養者本人あるいは家族からの依頼もあったが、訪問看護ステーションは関係機関からのみの依頼であった。

表4. 紹介ルート

	ケアマネジャー n=65	訪問看護師 n=15
入院していた医療機関	13	4
往診医	4	4
地域包括支援センター	19	1
ケアマネジャー	1	6
訪問看護ステーション	7	0
療養者・家族	12	0
不明・無効	9	0

iii. 在宅末期がん療養者のケアマネジメントの中心者（表5.）

受け持った在宅末期がん療養者を誰が中心になってケアマネジメントしたかについての質問では、ケアマネジャーの場合、34名（52.3%）がケアマネジャーと訪問看護師の共同であったと回答してい

た。次いでケアマネジャーが17名(26.2%)、訪問看護師が6名(9.2%)、ケアマネジャー・訪問看護師・地域包括支援センターとの共同が6名(9.2%)などであった。

訪問看護師の場合は、ケアマネジャーと訪問看護師との共同が6名(40.0%)、訪問看護師が3名(20.0%)、ケアマネジャーが1名(6.7%)、地域包括支援センターの1名(6.7%)などであった。いずれの職種でも最も多かったのはケアマネジャーと訪問看護師と一緒にケアマネジメントを行ったという回答が最も多かった。しかし2番目に多かったのはケアマネジャーの場合はケアマネジャーが、訪問看護師の場合は訪問看護師が単独でそれぞれ中心だったと回答していた。

表 5. 事例におけるマネジメントの中心者

	ケアマネジャー n=65	訪問看護師 n=15
ケアマネジャー	17	1
訪問看護師	6	3
地域包括支援センター	0	1
ケアマネジャーと訪問看護師	34	6
ケアマネジャーと地域包括支援センター	6	1
その他	2	3

iv. 望ましいと考える末期がん療養者の依頼ルート (表 6.)

末期がん療養者の望ましい依頼ルートについてはケアマネジャーの場合、病院から直接の依頼を希望したのは記載のあった56名中33名(59%)であった。病院から直接の依頼を希望したケアマネジャー33名のうち約半数の17名は、実際に受け持った療養者のケアマネジメントを訪問看護師と共同で行っていた。ケアマネジャーのみで療養者のマネジメントを行ったのは12名であった。また56名中19名(34%)が末期がん療養者の依頼は訪問看護師を通してからケアマネジャーに依頼して欲しいと回答していた。このうち約7割の16名は実際に受け持った療養者のケアマネジメントを訪問看護師と一緒に実施していた。ケアマネジャーのみでマネジメントを実施していたのはわずか1名だけだった。

ケアマネジャーが訪問看護師と共同でケアマネジメントをする理由として、訪問看護師の医療の視点と福祉職出身が多いケアマネジャーの介護の視点両者による意見交換や相談で療養者・家族への支援がスムーズにまた迅速にできることが自由記載で示されていた。

訪問看護師の場合は、記載のあった15名のうち13名(87%)が病院や往診医から直接依頼を受け、訪問看護師からケアマネジャーにつなげたいと考えていた。このうち半数は、実際に受け持った療養者のケアマネジメントをケアマネジャーあるいは多職種と共同で実施していた。訪問看護師からは関係職種との連携がスムーズな調整、サービスの提供につながったと自由記載で示されていた。

表 6. 望ましいと考える依頼ルート

	ケアマネジャー n=65	訪問看護師 n=15
病院から直接ケアマネジャーへ	33	1
訪問看護師からケアマネジャーへ	19	13
病院がケアマネと訪問看護師へ	4	1
不明	9	0

v. 療養者の転帰とケアマネジャー・訪問看護師の連携について（表 7.）

a) 死亡した療養者について：

受け持った在宅末期がん療養者の転帰について尋ねたところ、有効な回答が得られた 73 名のうち、61 名が既に死亡し、12 名は療養中であった。死亡した 61 名のうち 41 名は自宅で死亡した。このうちケアマネジャーと訪問看護師が連携していた 29 名（70.1%）が自宅で死亡した。ケアマネジャーと訪問看護師が連携した 29 名のうち病院等からケアマネジャーが連絡を受け、訪問看護師につなげたのは 20 名、訪問看護師が先に連絡を受け、ケアマネジャーにつないだのは 8 名であった。また自宅で死亡した療養者を受け持っていたケアマネジャー 35 名のうち、今後訪問看護師との連携を希望するケアマネジャーは 27 名（77.1%）で、このうち 17 名（63%）は訪問看護師が病院や往診医から先に連絡を受け、ケアマネジャーにつなぐことを希望していた。自宅で死亡した療養者を受け持っていた訪問看護師 6 名では 4 名がケアマネジャーとの連携を希望し、希望した看護師全てが病院や往診医から連絡を受け、ケアマネジャーにつなげたいと考えていた。

医療機関で死亡した療養者は 19 名でケアマネジャーが受け持っていたのは 15 名だった。この内一般病棟で死亡したのは 12 名、緩和ケア病棟で死亡した療養者は 3 名だった。訪問看護師が担当した療養者 4 名は全て緩和ケア病棟で亡くなった。

入院死亡者 19 名のうち、ケアマネジャーと訪問看護師の両方がかかわったのは 7 名、36.8%で、自宅で死亡した療養者にケアマネジャーと訪問看護師が連携した割合（70.1%）の約半分とどまった。ケアマネジャーの場合は 15 名中 4 名（26.7%）が訪問看護師と、また訪問看護師では 4 名中 3 名（75%）がケアマネジャーと連携をとっていた。また今後訪問看護師との連携を希望するケアマネジャーは入院死亡した療養者 15 名のうちの 8 名（53.3%）で、これも自宅で死亡した療養者を受け持ったケアマネジャーの 77.1%より少なかった。訪問看護師との連携を希望する 8 名のケアマネジャーのうち病院あるいは地域包括支援センターから自分が先に連絡を受け、訪問看護師につなげたいと希望していたケアマネジャーは 6 名であった。訪問看護師では 4 名中 3 名がケアマネジャーとの連携を希望し、全員が病院から先に依頼を受け、ケアマネジャーにつなぐことを希望していた。

以上のことから、自宅で死亡した療養者（70.1%）の方が入院死亡した療養者（36.8%）よりケアマネジャーと訪問看護師が連携する割合が高いことがわかった。また訪問看護師との連携を望むケアマネジャーのうち、自宅で死亡した療養者を受け持ったケアマネジャーの方が、末期がん療養者の依頼は訪問看護師から受けたいと希望する割合（63%）が入院死亡した療養者を受け持ったケアマネジ

ヤー（25%）より高かった。訪問看護師では自宅死亡、入院死亡に関わらず全員が医療機関や医師からの依頼を受け、ケアマネジャーにつなぎたいと希望していた。

b) 療養中の療養者について：

療養中の療養者は12名でこのうち9名が自宅療養を継続していた。このうちケアマネジャーと訪問看護師が連携していたのは6名（66.6%）であった。今後、ケアマネジャーと訪問看護師の連携を希望しているのは7名（77.7%）であった。訪問看護師はわずか2名であったが、2名ともケアマネジャーと連携をしており、今後も連携を望んでいた。

表 7. 療養者の転帰および連携について

転帰	場所	人数	事例提供職種	人数	ケアマネと看護師が連携した（再掲）	ケアマネと看護師の連携希望あり（再掲）
死亡 61人	自宅	41	ケアマネジャー	35	25	27
			看護師	6	4	4
	一般病棟	12	ケアマネジャー	12	4	6
			看護師	0	0	0
	緩和ケア病棟	7	ケアマネジャー	3	0	2
			看護師	4	3	3
不明	1	ケアマネジャー	1	0	0	
療養中 12人	自宅	9	ケアマネジャー	7	4	5
			看護師	2	2	2
	一般病棟	2	ケアマネジャー	0	0	0
			看護師	2	2	1
	緩和ケア病棟	1	ケアマネジャー	1	0	0
			看護師	0	0	0

不明 3 無効 4

vi. 退院前の情報共有

a) 退院前カンファレンス（図 1.）

退院前カンファレンスを実施したのは訪問看護師で6名（33.3%）、ケアマネジャーで25名（38.4%）と全体のおおよそ1/3が退院前カンファレンスを実施していて、両者に大きな違いはなかった。

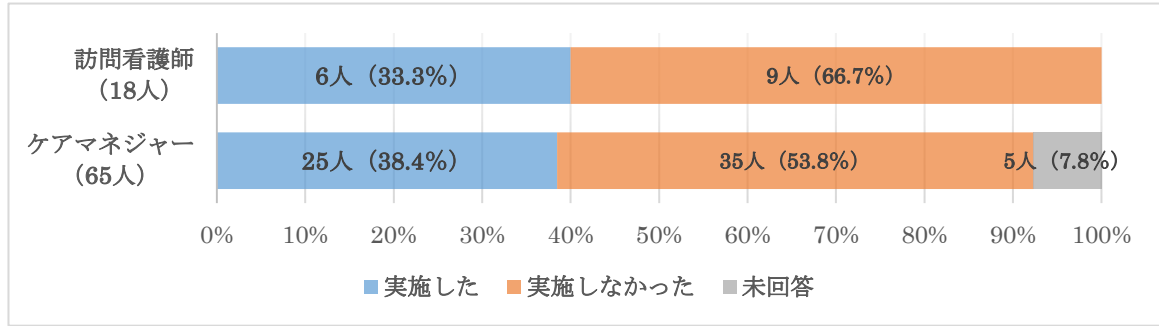


図 1.退院前カンファレンスの実施の有無

b) 電話連絡 (図 2.)

受け持った末期がん療養者の退院前の情報共有を電話連絡で実施したのは訪問看護師で 12 人 (80%)、ケアマネジャーで 42 人 (64.6%) であった。

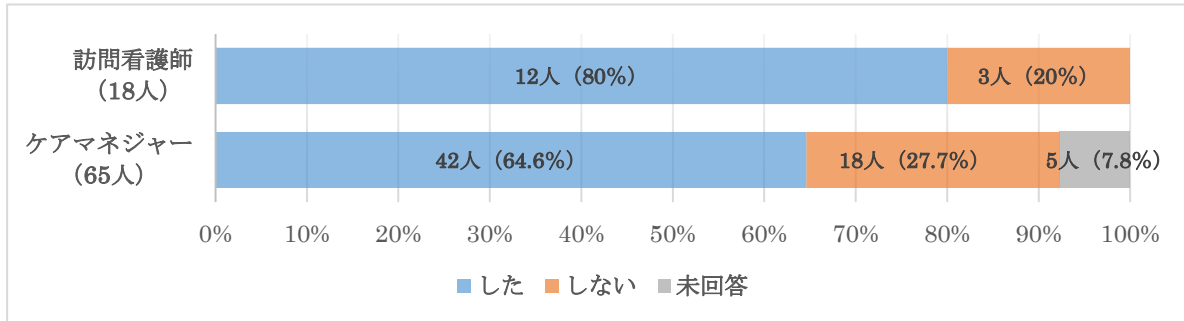


図 2. 電話連絡の有無

vii. 退院後の情報共有方法 (図 3.)

退院後情報共有をどのような方法で実施したかについては、ほとんどのケアマネジャーが 58 人 (89.2%)、訪問看護師が 14 人 (93.9%) とほとんどが担当者会議を行っていた。看護サマリーはケアマネジャーで 38 人 (58.5%)、訪問看護師は 11 人 (73.3%)、情報提供書はケアマネジャーが 27 人 (41.5%)、訪問看護師が 9 人 (60%) であった。在宅末期がん療養者の情報共有については複数の方法で行われていることがわかった。

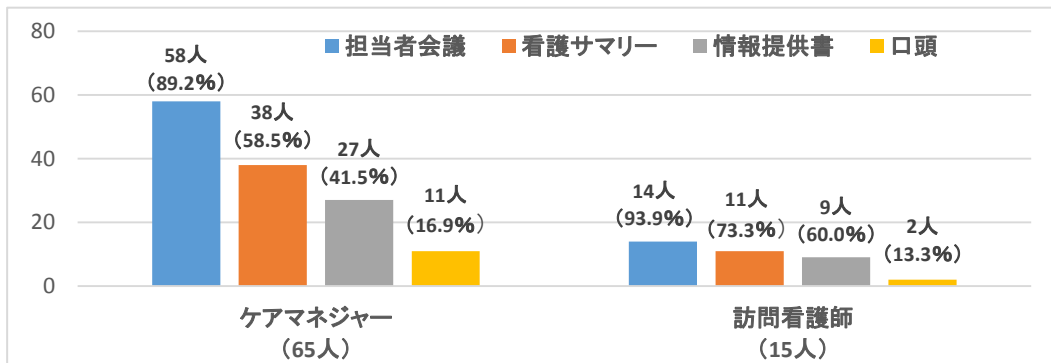


図 3. 退院後の情報共有方法(複数回答)

viii. 介護保険申請者と退院前カンファレンス実施状況（表 8.）

介護度のわかっている末期がん療養者の退院前カンファレンスについてみると、退院前カンファレンスの実施頻度は 30%程度であった。参加者についてみると介護度にかかわらず、ケアマネジャーはほとんどの退院前カンファレンスに参加していた。一方訪問看護師は介護度が高い療養者での参加率が高く、要介護 4、5 の療養者の退院カンファレンスにはすべて参加していた。末期がん療養者でも介護度が低いと訪問看護師の退院前カンファレンスへの参加は低くなる傾向にあった。

表 8. 療養者の介護度と退院前カンファレンスの実施状況・訪問看護師の参加状況

介護度	人数(人)	退院前カンファレンスの実施	訪問看護師の参加
1	10	3	1
2	9	2	2
3	10	3	2
4	9	3	3
5	6	4	4

ix. 地域包括支援センターとの関わり（図 4.）

ケアマネジャーと訪問看護師が受け持った末期がん療養者を支援する上で、地域包括支援センターとのかかわりがあったかどうかについて尋ねたところ、介護保険の申請のかかわりが最も多く、ケアマネジャーでは 22 人（3.8%）、訪問看護師では 3 人（20%）であった。次に多かった関わりが在宅サービスの紹介で、ケアマネジャーが 20 人（30.8%）、訪問看護師で 3 人（20%）であった。数は少ないが受け持った末期がん療養者が未認定か要支援の時のケアマネジメントをしたのがケアマネジャーで 5 人（7.7%）、訪問看護師で 2 人（13.3%）いた。

ケアマネジャーの方が訪問看護師よりも地域包括支援センターと関わる頻度が高かった。これは地域包括支援センターが介護保険法に基づき設置された機関であることから、ケアマネジャーの方が連携しやすいのではないかと考えられた。

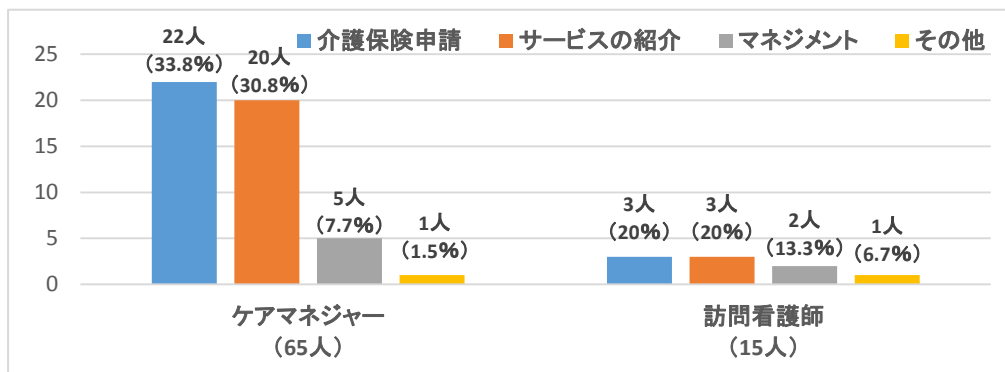


図 4. 地域包括支援センターとのかかわり(複数回答)

x. 自由記載について

a) 末期がん療養者の退院に際しての病院との連携について

末期がん療養者が病院から自宅に戻る際の連携について尋ねたところ、連携を開始する時期が遅いこと、療養者や家族（介護者）の情報が十分に得られないこと、病院スタッフの在宅療養に関する知識不足や意識が低いことが挙げられた。また訪問看護師からはケアマネジャーを通して連絡がくると医療面での情報が少ないため直接病院からの直接の連絡を望む意見があった。しかしケアマネジャーからは訪問看護師から連絡を受けると介護保険上の情報が得にくいという意見があった。

b) 在宅ケアチームの情報共有について

在宅ケアチームの情報共有については、ケアマネジャーと医療者（医師・訪問看護師）との密なコミュニケーション、連携によりスムーズなサービスの提供ができるという意見があった。ケアマネジャーからは連携の難しさ、理解しづらい医療専門用語や略語を問題と挙げていた。訪問看護師からはケアマネジャーも末期がんに関する知識がある程度必要であることが挙げられていた。

c) 受け持った末期がん療養者のケアのケアマネジメントで良かったこと、不都合だったこと

自分が受け持った末期がん療養者のケアマネジメントで良かったことについて、ケアマネジャーは訪問看護師から医療面の情報や意見があるとサービスの調整がうまくいくこと、往診医、訪問看護師との連携がスピーディーなサービス導入につながり療養者・家族、そしてケアマネジャー自身も安心すること、自宅での看取りの際には訪問看護師や医師がケアマネジメントの中心になるとスムーズな対応ができることを挙げていた。逆に不都合だったこととしては、訪問看護師が介護保険に関する知識が少ないため困ったこと、末期がん療養者の病状の進行が早く、他職種と連携する時間がなかったこと、連携しても時間が不足し意思統一ができなかったことなどが挙げられた。

訪問看護師はよかったこととして、ケアマネジャーとの連携がスムーズな情報共有、サービスの調整につながることを挙げていた。介護の視点でケアマネジャーが患者・家族支援をしてくれることを挙げていた。不都合だったこととしては経過の早い在宅末期がん患者への理解が十分でないケアマネジャー、特に福祉職出身のケアマネジャーがマネジメントすることで必要なサービスをすぐに導入できないこと、療養者・家族が病状を理解していないケアマネジャーに不安を抱くことが挙げられた。

d) 地域包括支援センターの在宅末期がん療養者へのかかわりについて

ケアマネジャーも訪問看護師も地域包括支援センターは療養者や家族への社会資源や介護保険等の適切な情報提供と、必要に応じてサービスや行政、他職種につながるような支援を望んでいた。ケアマネジャーはこれに加え、ケアマネジャーの相談役としての役割を望んでいた。訪問看護師は末期がん療養者の特徴・経過を理解しているスタッフの存在を望んでいた。

e) 在宅末期がん療養者のケアマネジメントについて

ケアマネジャーは、医療分野での知識・経験のないケアマネジャーが少ないことから、末期がん療養者のケアマネジメントの全てを行うことは困難としている。また経過の早い末期がん療養者へのアセスメントやサービスの調整が追いつかないことも問題としていた。ケアマネジャーとしては往診医や訪問看護師など連携が必要な職種との役割分担、調整を図っていきたいとする意見があった。また末期がん療養者ではADLがあまり低下していないことから、制度面では介護保険の申請をしても介護度

が低いこと、認定に時間がかかることも問題としていた。地域資源については24時間対応できる往診医や訪問看護ステーションとの調整がなかなかできないこと、吸引に対応できる訪問介護事業所が少ないことも問題としていた。

訪問看護師からは、24時間対応できると掲げる訪問看護ステーションにレベルの差がること、末期がん療養者の症状コントロールができれば在宅での見取りが可能であること、緩和ケアが専門にできる在宅医が少ないことが挙げられた。またケアマネジャー、訪問看護師の両方から一人暮らしの方が自宅での看取りを希望された場合の対応が難しいという意見があり、ここに在宅末期がん療養者のケアマネジメントの問題、ケアマネジャーを含む介護職と医師・看護師など医療者側との連携の問題などが集約されており、これらを解決することにより一人暮らしの末期がん療養者の自宅での看取りが可能になると考えられた。

2) フォーカスグループインタビュー

① 対象者

在宅緩和ケアを行っている墨田区内の医師2名、東京都がん診療連携拠点病院のMSW1名、緩和ケア病棟の看護師1名、訪問看護師2名、居宅介護支援事業所のケアマネジャー2名、地域包括支援センターの相談員1名の計9名であった。

② インタビュー内容の分析結果 (表9.)

本結果を説明ではカテゴリーを【 】で、サブカテゴリーを「」、対象者の語りを()で示した。

在宅緩和ケアにおけるケアマネジメントについて、【在宅緩和ケアのケアマネジメントは高齢者の自立支援の方法と異なる】【在宅緩和ケアのケアマネジメントは訪問看護師とケアマネジャーの協働が望ましい】【在宅での緩和ケアは24時間対応する在宅緩和ケアチームに担ってほしい】【地域には緩和ケアができる医師がいる】【病院と在宅の医師同志の十分な連携が必要である】【かかりつけ医は緩和ケアができず対応できなくなったら緩和ケアができる医師に依頼してほしい】【24時間責任をもって対応していない在宅療養支援診療所もある】【訪問看護にばらつきがある】【在宅移行時、病院がどこに紹介するかは状況によりさまざまである】【病院の医師は病状を患者・家族に正しく伝えてほしい】【病院スタッフも在宅緩和ケアについて学んでほしい】【意見書は入院時は病院の医師が退院後は在宅医が速やかに書いてほしい】【地域包括支援センターは相談窓口が主たる役割、実際のケアマネジメントは専門の事業所へ紹介してほしい】【末期がんと診断されれば自動的に要介護2に認定してほしい】【総合事業を末期がん患者が使うことには是非がある】【担当者会議は柔軟に考えて開く必要がある】【区民へ在宅緩和ケアの周知を図る必要がある】【在宅緩和ケアの病院からの移行モデルとチーム構築モデルがほしい】の17カテゴリーが抽出された。これらのカテゴリーをさらにまとめると、①在宅緩和ケアマネジメントの方法、②在宅緩和ケアチーム、③病院と在宅との連携、④介護保険、⑤地域包括支援センターの関わり、⑥住民への周知、のいずれかまたは複数に関することであった。

【在宅緩和ケアのケアマネジメントは高齢者の自立支援と異なる】

在宅緩和ケアは、介護保険による高齢者ケアと同じ場で、同じ専門職が、同じサービスを使って提供されている。しかし実際はケアの方法もケアマネジメントの方法も異なっている。「急変することが多い」また症状の変化が激しく在宅期間が短いことも違いの一つである。「何かあった時はかけつけてくれる訪問看護が必要」といった在宅での24時間の医療の関わりが必須である。「ケアマネジャーが高齢者の自立支援のマネジメントと異なることを理解し、緩和ケアチームの一員として機能すればうまくいく」と考えられる。しかし実際には、ケアマネジャーは、高齢者の自立支援のケアマネジメントを教育されており、在宅緩和ケアのケアマネジメントをすることには能力の限界がある。

【在宅緩和ケアのケアマネジメントは訪問看護師とケアマネジャーの協働が望ましい】

在宅緩和ケアの理想のケアマネジメントは「医療のマネジメントは医療者が介護保険サービスのマネジメントはケアマネジャーがマネジメントする」形であろう。ケアマネジメントにおいて医療と福祉の代表格である訪問看護師とケアマネジャーが協働してケアマネジメントをすれば患者・家族にとって最適なケアマネジメントができる。ケアマネジメントにおけるこの協働は、一朝一夕にできることではないが「事例を重ねて良いケアマネジメントができるようになる」と考えられる。現場でより多くの事例を積み重ねていくことがケアマネジメントにおいて、訪問看護師とケアマネジャーの協働をスムーズにすると思われる。

【在宅での緩和ケアは24時間対応する在宅緩和ケアチームに担ってほしい】

在宅緩和ケアのマネジメントにおいて、医療につなぐは「在宅緩和ケアチームが重要」である。病院も「在宅緩和ケアチームが組める医師に紹介している」「在宅緩和ケアチームをつくりそこにつなげようとしている」と在宅緩和ケアチームを意識して紹介している。また「チームが組めていない時は医師に負担がかかる」など医師にとっても在宅緩和ケアをチームで行うことはメリットが大きい。インタビューを受けた人の事業所がある「墨田区では緩和ケアチームは充足している」ようで、在宅緩和ケアチームは地域へ徐々に普及していつていることが伺える。また「良い在宅緩和ケアチームは痛みをとるだけではない」「24時間対応できるチーム」が必要である。在宅緩和ケアは24時間365日対応し、身体的な痛みだけではなく全人的なケアが要求されている。

【地域には緩和ケアができる医師がいる】

地域には「在宅でも十分な疼痛コントロールができる」医師がいて、病院でできる緩和ケアは在宅でも可能である。

【病院と在宅の医師同志の十分な連携が必要である】

(在宅医は病院の医師とのパイプ役になりたい) と思っている。しかし現状では病院の医師と在宅医の連携は十分ではなく(病院医師と在宅医は十分な連携をとってほしい) という声もある。

【責任をもって24時間対応していない在宅療養支援診療所もある】

【訪問看護にばらつきがある】

24時間いつでも対応することを謳っている在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションでもケアの内容にばらつきがあり、必ずしもPRしている通りのケアをしているとは限らない。

【かかりつけ医は緩和ケアができず対応できなくなったら緩和ケアができる医師に依頼してほしい】

病院は「かかりつけ医への信頼が強い時はかかりつけ医を主治医」にするようにしているが、中には「緩和ケアができないかかりつけ医」もいる。かかりつけ医に戻した場合、「対処できない医師はその時点で在宅緩和ケアができる医師に依頼してほしい」とケアマネジャーや訪問看護師は望んでいるが、「対処できなくなるとすぐに入院させてしまう医師がいる」らしい。(かかりつけ医が末期がんへの対応ができないのに患者を手放ささない)とか(家族が希望してかかりつけ医に頼むが、結果的には苦しんでいる)などかかりつけ医に末期がん患者のケアを依頼することの問題点もあげられている。(かかりつけ医は本来のかかりつけ医の役割を果たしてほしい)本来のかかりつけ医の役割は何かを模索しながらその役割を果たしてほしい。

【在宅移行時、病院がどこに紹介するかは状況によりさまざまである】

末期がん患者が在宅での緩和ケアを望んだとき、「病院からは在宅緩和ケアチームにつないでいる」「紹介元へ戻すことを原則にしている」「すでにケアマネジャーがついている場合はそのケアマネジャーに戻す」といった連携方法をとっている。またケアマネジャーを探すときは「適切なケアマネジャーを訪問看護師に探してほしい」と思っている。地域の情報をよく知っている訪問看護師に緩和ケアを理解したチームが組めるケアマネジャーを探してほしいと思っている。また在宅移行時の問題もこのカテゴリーにふくまれており、「退院までに時間がかかる」ことがあげられている。その理由は(意志決定に時間がかかっている)(サービスの調整に時間がかかっている)などがあげられる。家に帰った患者さんの多くは、(早く家に帰れば良かった)と在宅での生活に満足するとともに、早く退院できなかったことを悔いていたことが分かる。

【病院の医師は病状を患者・家族に正しく伝えてほしい】

すでに治療法がなく在宅に移った患者に「病院の医師は治療ができないことをきちんと伝えてほしい」と在宅スタッフは思っている。在宅で病状が進むと入院すれば何とかなると在宅のスタッフを信頼しなくなる。「病状を正しく理解していない患者・家族が多い」のは病院での病状説明に問題があるかもしれない。もう治療できないと分かっていたら「遺族はもっと早く家に連れて帰りたかった」と後悔している。そのためにも正しい病状を主治医には伝えてほしい。

【病院スタッフも在宅緩和ケアについて学んでほしい】

在宅へ移行の意思決定を支援する「病院の医師は在宅緩和ケアについて良く分かっていない」また医師だけではなく「病院内で在宅緩和ケアについて学び共有してほしい」看護師もソーシャルワーカーも在

在宅緩和ケアについて良く知ってほしい。病院に責任を転嫁するだけではなく「在宅からも在宅緩和ケアについてアピールする必要がある」。

【意見書は入院中は病院の医師が退院後は在宅医が速やかに書いてほしい】

介護保険申請のための医師の意見書は速やかに書いてほしい。「入院中に申請した方が良いので病院の医師が書く」方が良いが、「病院の医師は生活面の細かいことまで意見書に書けない」というハンディがある。一方「在宅医の方が意見書の書き方を知っている」が退院後に書くことになるために申請が遅くなってしまふ。意見書に末期と記入されていないと、末期がんのサービスが受けられないことがあるので、「意見書には末期と書いてほしいが、治療法が進歩して難しいこともある」だろう。

【地域包括支援センターは相談窓口が主たる役割、実際のケアマネジメントは専門の事業所へ紹介してほしい】

「地域包括支援センターは相談窓口でありサービスが必要なときはケアマネや医療につないでほしい」（先走ってベッドだけ入れることがある）（分かってない在宅緩和ケアのマネジメントをしようとする）「末期がん患者に対して役割を示してほしい」 そうでなければ（地域包括支援センターが何でもしてくれるところ）と理解される。また地域包括支援センターから病院へ「地域包括支援センターにケアマネジメントを丸投げする病院がある」が「全て地域包括支援センターに丸投げしないで病院でもマネジメントをしてほしい」という要望がある。

【末期がんと診断されれば自動的に要介護2に認定してほしい】

末期がん患者は急に介護保険を申請しなくてはならない状況になり、「介護保険未申請で退院することも多い」のが現状であり。介護保険審査結果がでても「病状の進行が早いのですぐに区分変更申請が必要となる」。もし「末期がん患者が自動的に要介護2に認定」されれば、区分変更申請を繰り返すことが減り「審査会の負担が減る」「病院の看護師は申請の時期を迷わないで済む」「ケアマネはケアプランが立てやすい」「福祉用具特にベッドがすぐに必要になる」ので末期がん患者には必需品であるベッドの搬入がスムーズになるなど患者にとってもサービス提供者にとっても行政いとしてもメリットが大きい。

【総合事業を末期がん患者が使うことには是非がある】

病状は深刻でもADLが高く要支援の判定しか出ない時は、「区の総合事業と介護保険サービスを組み合わせる方法もある」（総合事業では訪問介護と通所介護が利用できる）。（ベッドは売り込みが激しく、自費でも介護保険なみの費用で借りることができる）。しかし反対に「区の総合事業は介護予防のためのサービスなので末期の人には使わない方が良い」という意見もある。

【担当者会議は柔軟に考えて開く必要がある】

「担当者会議は家族に負担がかからないよう配慮する」ことが大切で。退院直後は医療処置や医師からの説明が優先される。その場で担当者会議をして契約を結ぶ作業をすると家族は混乱してしまうこ

とがある。余命が限られた人の担当者会議は「必要性を考えて柔軟に開いてほしい」。

【区民へ在宅緩和ケアの周知を図る必要がある】

「元気な時から病気になったらという話を区民にする」ことが大切で、予防の話と合わせて自分の死についても考える機会をつくる必要がある。「区民へ周知するためにパンフレットを作れば良い」という意見があるが、「行政がつくるパンフレットは具体性に欠ける」という指摘もある。

【在宅緩和ケアの病院からの移行モデルとチーム構築モデルがほしい】

在宅緩和ケアは、それぞれがもつ知識や経験で行っているところが多いが「在宅緩和ケアをどのように行うか墨田区モデルがほしい」「在宅緩和ケアチームをつくるモデルがほしい」「病院から在宅につなぐモデルがほしい」という意見がある。何でもモデルやマニュアルを作り、その通りやればだれでもできるというこの頃の風潮を懸念しつつも、一つの指針としてのモデル構築の必要がある。

表 9. インタビュー内容のカテゴリー化

サブカテゴリー	カテゴリー
ケアマネが先行してマネジメントをしない	在宅緩和ケアのケアマネジメントは高齢者の自立支援の方法と異なる
ケアマネは退院前から関係を作っておくことを希望している	
高齢者自立支援のケアマネジメントの方法と違うことを理解しておく必要がある	
看護師がケアマネジメントの中心になりケアマネと協働する	在宅緩和ケアのマネジメントは訪問看護師とケアマネジャーの協働が望ましい
医療のマネジメントは医療者にまかせケアマネは介護保険サービスのマネジメントをする	
看護師は役割をわきまえたケアマネとチームを組みたい	
家族の介護負担を軽減するマネジメントが必要	
ナースの資格を持ったケアマネはケアマネに徹してほしい	
医療サービスが入るのを拒否する患者さんがいる	
事例を重ねて良いケアマネジメントができるようになる	
キーパーソンを決めてマネジメントする必要がある	

サブカテゴリー	カテゴリー
在宅での緩和ケアはチームケアが重要	在宅での緩和ケアは 24 時間対応する 在宅緩和ケアチームに担ってほしい
みな在宅緩和ケアチームを創りそこに繋げようとしている	
チームが組めていない時は医師の負担が大きくなる	
墨田区では在宅緩和ケアチームは充足している	
良い在宅緩和ケアチームは痛みをとるだけではない	
24 時間対応できるチーム。特に訪問看護の 24 時間ケアは重要	
病院は在宅緩和ケアチームが組める医師を紹介してほしい	
在宅でも十分な疼痛コントロールができる	地域には緩和ケアができる医師が いる
在宅緩和ケアができる医師は墨田区は充足している	
病院の医師と在宅医は十分な連携をとってほしい	病院と在宅の医師同志の連携が重要
在宅療養支援診療所でも 24 時間対応しない所がある	責任をもって 24 時間対応していない 在宅療養支援診療所もある
訪問看護も能力にばらつきがある	訪問看護にばらつきがある
緩和ケアができないのに患者を離さない医師がいる	かかりつけ医は緩和ケアができず対 応できなくなったら緩和ケアができ る医師に依頼してほしい
症状が進んで対処できなくなるとすぐ入院させてしまう医師 がいる	
対処できない医師はその時点で在宅緩和ケアができる医師に 依頼してほしい	
緩和ケアができないかかりつけ医がいる	
かかりつけ医への信頼が強い場合はまず当面かかりつけ医を 主治医に	
病院からは在宅緩和ケアができる医師につなぎたい	在宅移行時、病院がどこに紹介するか は状況によりさまざまである
病院からは在宅緩和ケアができるチームにつないでいる	
病院は紹介元へもどすことを原則としている	
病院は既にケアマネがついている場合はそのケアマネへ戻す	
病院は適切なケアマネを訪問看護師に探してほしいと思っ ている	
ケアマネを選ぶための秘密のリストを持っている	
病院は地域の在宅ケア情報をもっと取っておくべき	

サブカテゴリー	カテゴリー
病状を正しく理解していない患者・家族がいる	病院の医師は患者・家族に病状を正しく伝えてほしい
病院の医師は治療ができないことをきちんと伝えてほしい	
遺族はもっと早く家に連れて帰りたかったと	
病状の説明は理解できるまで繰り返しきちんとしてほしい	
院内で在宅緩和ケアについて学び共有してほしい	病院スタッフも在宅緩和ケアについて学んでほしい
病院の医師は在宅での緩和ケアについて良く分かっていない	
在宅からも在宅緩和ケアについてアピールする必要がある	
意見書は入院中申請した方が良いので病院の医師が書く	意見書は入院中は病院の医師が退院後は在宅医が速やかに書いてほしい
在宅医の方が意見書の書き方を知っているが、申請が遅くなる	
病院の医師は生活面の細かいことまで意見書に書けない	
意見書に「末期」と書いてほしいが治療法が進歩して難しいことがある	
地域包括支援センターにマネジメントを丸投げする病院がある	地域包括支援センターは相談窓口が主たる役割、実際のケアマネジメントは専門の事業所へ紹介してほしい
全て地域包括に投げないで病院でもマネジメントをしてほしい	
地域包括支援センターは相談窓口でありサービスが必要なときはケアマネや医療につないでいる	
末期がん患者に対して役割をはっきり示してほしい	
要支援の末期がん患者はケアマネと地域包括両方が関わるので複雑	
地域包括支援センターの役割をきちんとPRしてほしい	
末期がんと診断されれば自動的に要介護2に認定してほしい	末期がんと診断されれば自動的に要介護2に認定してほしい
自動的に要介護2に認定されれば審査会の負担が減る	
自動的に要介護2に認定されればケアマネがプランを立てやすい	
病棟の看護師は介護保険申請について詳しく知らない	
自動的に要介護2に認定されれば病院の看護師は申請の時期を迷わないですむ	
末期がん患者には福祉用具特にベッドがすぐに必要になる	
介護保険未申請で退院することも多い	
要介護が高すぎると自己負担増になる	
病状の進行が早いのですぐに区分変更申請が必要になる	
経過が早く認定結果がでないまま死亡となることがある	

サブカテゴリー	カテゴリー
区の総合事業と介護保険サービスを組み合わせる方法もある	総合事業を末期がん患者に使うことには是非がある
区の総合事業は介護予防のためのサービスなので末期の人には使わない方が良い	
担当者会議は家族に負担がかからないよう配慮する	担当者会議は柔軟に考えて開く必要がある
担当者会議は必要性を考え柔軟に開いてほしい	
区民へ周知するためのパンフレットを作れば良い	区民へ在宅緩和ケアの周知を図る必要がある
行政がつくるパンフレットは具体性に欠ける	
元気な時から病気になったらという話を区民にする	
町の中の支え合いを広めていく	
病院から在宅につなぐモデルがほしい	在宅緩和ケアの病院からの移行モデルとチーム構築モデルがほしい
在宅緩和ケアチームをつくるモデルがほしい	
在宅緩和ケアどのように行うか墨田区モデルがほしい	

V. 考察

本研究の質問紙調査とフォーカスグループインタビューの分析結果から、在宅緩和ケアにおける、病院から在宅への移行モデルと在宅でのケアマネジメントモデル（図 5）を作成した。そのモデルに基づき実践をし、本研究の考察とする。

1. 病院から在宅への移行モデルと在宅でのケアマネジメントモデル

このモデルでは、病院が在宅緩和ケア希望者を状況により次の4パターンに分けて在宅の関係機関に紹介することになる。

- ① かかりつけ医がいる場合はかかりつけ医に戻すが、緩和ケアが困難になったときは速やかに在宅緩和ケアができる医師につなぐことがこの場合の必要なポイントである。困難だと判断するのは、かかりつけ医自身のときもあれば、退院時に病院が判断する、あるいはケアの途中でケアマネジャーや訪問看護師が判断することもある。何より本人・家族が専門の医師を望んだら在宅緩和ケア医を紹介する必要がある。現状ではかかりつけ医から在宅緩和ケア医というルートがうまく機能していないために、患者が痛みや他の症状で苦しんだり、不必要な入院や救急車の要請をしたりすることが推察される。
- ② 在宅サービス利用がない場合は、在宅緩和ケア医に迷わずつなぐ。
- ③ すでに訪問看護師がついている場合は、その訪問看護師につなぎ在宅緩和ケア医とチームを組んでもらう。
- ④ すでにケアマネジャーがついている場合はそのケアマネジャーにつなぎ、在宅の医療サービスについては、病院が情報提供し、在宅緩和ケア医につながるよう配慮する。

このモデルの中心になっているのは在宅緩和ケア医である。そして在宅緩和ケア医は、訪問看護師やケアマネジャーと共に在宅緩和ケアチームをつくりケアにあたることが最も重要である。在宅緩和ケア医には在宅緩和ケアチームをつくり、チームのリーダーとしてチームの運営にあたることが求められている。在宅緩和ケアチームが実際にケアにあたることになったら、ケアマネジメントは訪問看護師とケアマネジャーが協働して行い、刻々と変化する患者の状態を把握しながら、患者・家族の要望を聞きながら、実際にチームを動かすことが求められる。在宅緩和ケアチームのリーダーである医師と相談しながら、医療と福祉をつなぎ、このチームの中心的働きをするのは訪問看護師であろう。

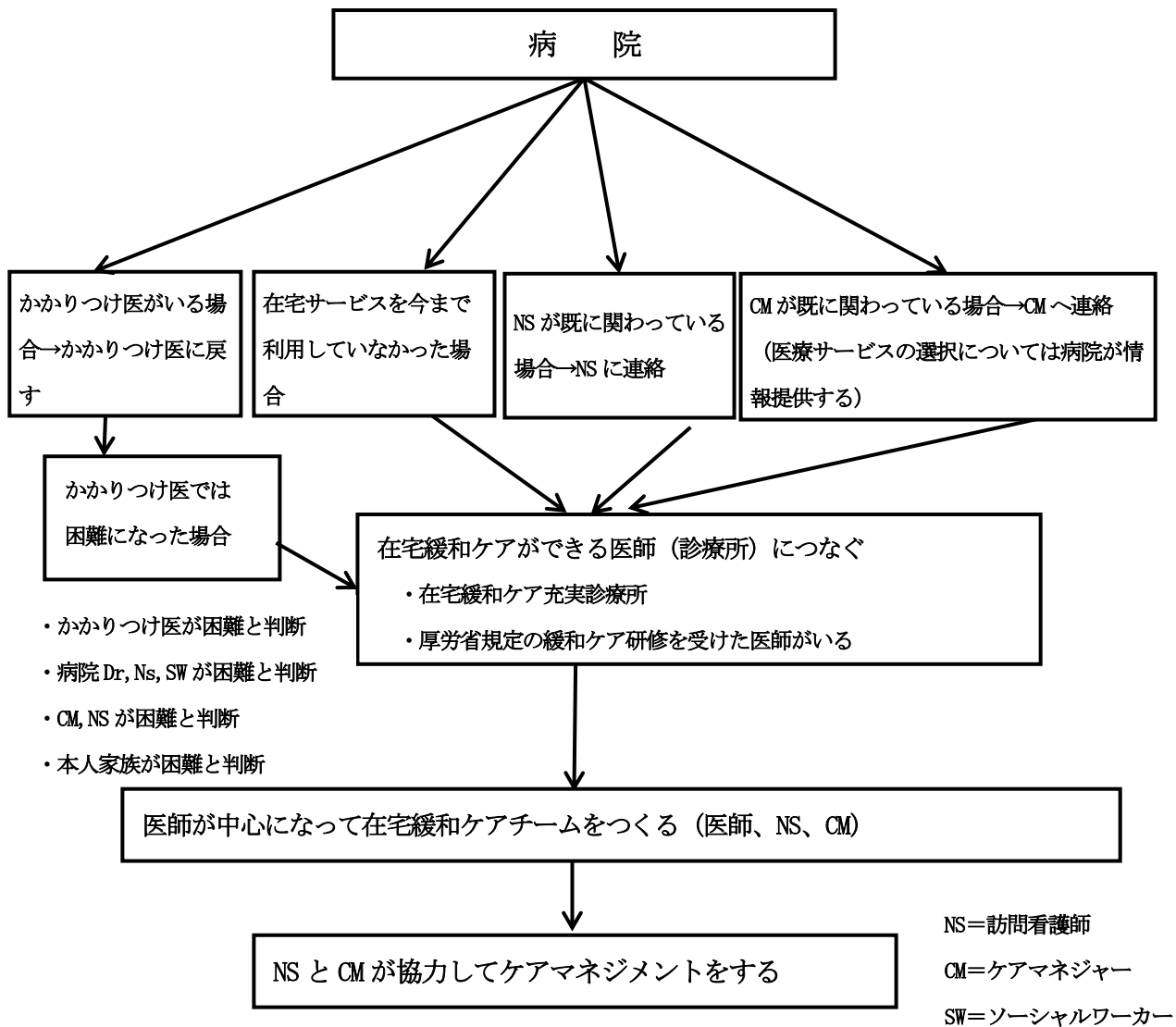


図5 病院から在宅への移行モデルと在宅でのケアマネジメントモデル

2. 病院から在宅への移行モデルと在宅でのケアマネジメントモデルの実践

ここで作成したモデルをもとに、末期がん療養者への実践を行い、考察を加えた。

1) 実践事例

事例①：かかりつけ医がいる場合

・A氏，80歳代・女性，肝がん，独居，在宅ケア期間10日
 がん罹患前より数十年来かかりつけ医が関わっていた。A氏と家族が、かかりつけ医と「縁を切りたくない」と希望したため、退院後は再び戻された。病状進行に伴い、かかりつけ医への通院が困難になった時点で在宅緩和ケア医へ移行となり、訪問診療・訪問看護が開始となった。既に関わっていたケアマネジャー，ヘルパーと在宅緩和ケアチームをつくり、情報共有を行いながら支援した。肝がんに伴う疼痛に対しては、貼付剤の医療用麻薬で緩和を図り、疼痛増強などの緊急時には早朝に訪問するなど、24時間医療者が対応した。独居ではあったが、最期まで自宅で過ごすことができた。

事例②：ケアマネジャーがついている場合

・B氏，80歳代・女性，膀胱がん，独居，在宅ケア期間20日

入院前より関わっていたケアマネジャー・ヘルパーとは「長い付き合いだから」と本人が希望したため、退院に際し病院からケアマネジャーへ連絡があった。膀胱がん末期の独居ではあるが、本人が在宅療養を望んだことから、医療に関しては当クリニック・訪問看護が病院より紹介された。ケアマネジャーとは退院前から連絡をとり、入院前の生活状況や提供されていた介護サービス等の情報を共有した。退院後、B氏は血尿や浮腫などがんの進行に伴う症状や、急激なADL低下を認めたため、苦痛緩和を図り、清潔・排泄ケア等を行った。また、看護師はB氏の状況や提供されている医療・対応についてケアマネジャーと密に連絡をとり、ヘルパーを含め関わるチームメンバーが方針やケア方法を統一できるよう努めた。最期は、朝、訪問したヘルパーが呼吸停止しているところを発見し、連絡を受けて医療者が死亡診断・死後のケアを行った。

2) モデルを実践したことによる考察

上記の症例は、いずれも独居の末期がんではあるが、本人の意向に沿い最期まで自宅で過ごすことができた。こうした末期がん患者への在宅緩和ケアにおいては、病院から地域へつなぐ際のケアマネジメント、及び地域におけるケアマネジメントが重要であることが示唆された。

病院から地域へつなぐ際には、モデルで示した主に4つのパターンが考えられた。症例のように、かかりつけ医がいる場合、患者・家族はこれまで築いた医療者との関係性を大切にしたいという思いがあり、病院側としても新たな医療サービスを紹介するというより、紹介元のかかりつけ医へ戻す傾向にあった。しかし、末期がん患者の場合、多様な症状への対応や医療用麻薬の適切な使用、緊急時の対応等、かかりつけ医では対応困難な状況が多いといえる。A氏の場合も、亡くなる前10日間は、がん性疼痛の増強を認めたり、深夜・早朝に緊急訪問の要請があったりした。医師をはじめとする在宅緩和ケアチームが関わっていたからこそ、緊急入院に至ることなく、最期まで自宅で過ごすことができたのだと考える。そのため、病院は地域につなぐ際、単に紹介元へ返すのではなく、患者にとって必要な緩和ケア・医療サービスが提供されるかを見極め、適切な医療者へとつなぐことも重要である。また、A氏の場合は、通院困難になった時点で緩和ケア医へ移行となったが、在宅緩和ケアチームが関わった期間はわずか10日だった。かかりつけ医から緩和ケアのできる医師へつなぐ時期を誰が、いつ判断するか、医師間の連携や役割分担については、地域におけるケアマネジメントの課題でもあると考える。

また、事例②のようにケアマネジャーがついていた場合、病院は退院前まで関わっていたケアマネジャーと連携を図っていた。同時に、退院後の医療サービスについては、病院が緩和ケアのできる医師につなぎ、情報提供された。そのため、B氏の場合も、訪問看護師とケアマネジャーが退院前から連絡をとり、自宅での生活環境やサービスを調整した。退院後、亡くなるまでの20日間、B氏は血尿や浮腫、急なADL低下が早い経過で生じ、刻々と状況が変化した。末期がん患者においては、訪問看護師がケアマネジャーと協働することで、起こりうる病態や生活への影響を予測した迅速で柔軟なケアマネジメントができたと考える。

事業所や職種の異なる在宅緩和ケアチームでは、患者に関する情報やチームとしての方針、緊急時の連絡方法や具体的なケア方法などをチームメンバーで共有することが重要である。訪問看護師は、在宅移行後の限られた時間の中で、患者・家族と関係を築きつつ、信念を共有できる緩和ケアチームをつくることに努めていた。そのために、訪問看護師は医療者として患者の病態をアセスメントし、症状を緩和するとともに、連絡ノートや電話、ケア会議などを通して福祉との連携を図っていた。

今回、モデルを展開した症例は、いずれも独居の末期がん患者ではあるが、本人の意向に沿って最期まで自宅で過ごすことができた。このような事例を積み重ねることで、病院に対しては、たとえ独居の末期がん患者であっても、在宅緩和ケアのできる医療者へと適切につなぐことで地域においても十分に対応できることを周知していきたいと考える。また、地域では、福祉との協働が欠かせないため、互いの役割を理解し合い、チームを組める仲間を増やしていきたいと考える。

3. モデル以外の考察

最後にこのモデルでは描ききれなかった考察を述べる。

- ① 介護保険制度での自立支援を前提として教育されているケアマネジャーの意識は、在宅緩和ケアであっても、まだまだケアマネジャーが中心となってケアマネジメントしてチームを動かすことである。質問調査では、看護師と協働できたことで良いケアマネジメントができたことを実感しているケアマネジャーもいるが、在宅緩和ケアにおいても自分がチームの核となりケアプランをたてチームの運営をすることが重要だと思っているケアマネジャーもいることが明らかになった。今後ケアマネジャーに対する在宅緩和ケアの教育が急がれる。
- ② 在宅緩和ケアにおける地域包括支援センターの役割を明確にして周知し、どこの地域包括支援センターに相談しても同じように対応できるようにする必要がある。
- ③ 住民に在宅緩和ケアについて周知することが必要である。いろいろな方法があると思うが住民自身が病になった時、死に直面した時のことを日頃から考えられるよう事業を企画することが望まれる。
- ④ 介護保険制度に望むこと。介護保険制度は、もともと高齢者の自立支援を目指し、そのためにサービスを作り、組み立てることを主とした制度である。不治の病をもって死に向かっている人のケアはこの介護保険制度にそぐわない点が多々ある。その中でも特に強調したいのは、高齢者ケアはADL向上を、在宅緩和ケアはQOL向上をめざしている点である。何でもADLで測られる介護保険サービスにQOLをめざしている在宅緩和ケアはそぐわないことが分かる。しかし在宅ケアである以上介護保険制度の中でサービスを組み立てなければならない現状を鑑みて、ここで要望したいのは、「末期と診断された時点で要介護2と判定」してもらいたい。そうすれば、介護保険審査会の負担、病院での介護申請に関わるスタッフの迷い、ケアプランの立て難さ、必要な介護用品を使えない等々の問題が一挙に解決できるものとする。介護保険制度の中で、高齢者の在宅ケアと同じ土俵で在宅緩和ケアを提供しなければならないなら、末期がんは自動的に介護保険2という考え方は、在宅での緩和ケアを求める人への思いやりとなり、在宅緩和ケアを広める起爆剤になるものと思われる。死に逝く人への思いやりは日本の文化が高いという指標にもなると考えている。

VI. おわりに

本研究では、質問紙調査で、在宅緩和ケアにおけるケアマネジメントの現状を把握し、グループディスカッションでは在宅緩和ケアのケアマネジメントの在り方を探った。その結果、在宅緩和ケアの移行モデルと、ケアマネジメントモデルを示すことができた。そして本モデルに則りいくつかの実践を試みた。モデルを検証するまでに至っていないが、今後このモデルがより精選され多くの地域で使われることを望んでいる。また在宅緩和ケアを人々が受けやすくするための介護保険制度の問題点もいくつか提起した。在宅緩和ケアを発展させるために、介護保険制度のマイナーチェンジをすれば良いのか、根本的に在宅での高齢者ケアと在宅緩和ケアを分けて考え制度設計をし直さなければならないのか今後の大きな課題であろう。

謝辞

アンケート及びフォーカスグループインタビューにご協力いただきました医師、看護師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカーの皆様にご心よりお礼申し上げます。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の「在宅医療研究への助成」より助成を受けました。

引用文献

- 1) 中谷久恵(2010). がん患者の尊厳ある看取りを支援する在宅ケアマネジメントの実証的研究、科学研究費補助金研究成果報告書.
- 2) 安梅勅江(2004). ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法、医歯薬出版株式会社.
- 3) 東京都福祉保健局(2013) 東京都保健医療計画（平成 25 年 3 月改定）第 3 部資料編第 1 章二次保健医療圏別保健医療の概況
- 4) Krippendorff, K (1989) 三上俊治、橋元良明、椎野信雄訳、メッセージ分析の技法―「内容分析」への招待. 東京. 勁草書房.
- 5) 内田陽子、中谷久恵、島内節(2009). エンド・オブ・ライフニーズと在宅ケアマネジメントの実践、*Kitakanto Medical Journal*, 59,337-344.
- 6) 須田由紀、佐藤悦子他 (2014). 訪問看護師が持つ介護支援専門員との連携に関する認識の実態, 山梨県立大学看護学部紀要, 14, 21-30.
- 7) Abernethy PA, Currow DC. et al (2013). Delivery strategies to optimize resource utilization and performance status for patients with advanced life-limiting illness: Results from the “Palliative care trial”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(3), 488-506.
- 8) Thomas RE, Wilson DM et al (2014). Examining end-of-life case management: Systematic review, *Nursing Research and Practice*, Volume 2014 (2014), Article ID 651681, 14 pages
<http://dx.doi.org/10.1155/2014/651681>

- 9) Howell DM, Sussman J. et al. (2008). A mixed-method evaluation of nurse-led community-based supportive cancer care, *Support Care Cancer*, 16, 1343-1352.
- 10) Head BA, LaJoie S, et al (2010). Palliative care case management: increasing access to community-based palliative care for Medical recipients, *Prof Case Managemnt.* 15(4), 206-217.

参考文献

- ・川越博美ほか（1998）：「在宅ホスピスケアの基準」についての解説、*臨床看護*、24（7）、1125-1129
- ・廣岡佳代ほか（2012）：在宅末期がん患者の介護保険サービスの利用状況と課題、*訪問看護と介護*、17（7）、608-612.
- ・Yates P,(2015). What can we do to improve the coordination of care for cancer patients?, *Cancer Nursing*, 38(3), 248-249.
- ・一般財団法人 日本介護支援専門員協会（2012）.利用者が自分らしく豊かに生活するためのケアマネジメント 訪問看護の上手な利用例 平成24年3月, 一般財団法人 日本介護支援専門員協会.
- ・東京都福祉保健局（2011）.東京都がんの緩和ケア提供体制等の実態調査 報告書 平成23年3月, 東京都福祉保健局.