

## パス導入の効果データを見よう！

### 「在宅緩和ケア地域連携パス」運用効果について

(お話をうかがった方々)

高岡医療圏在宅・緩和医療懇話会 代表世話人 小関クリニック院長 小関 支郎先生

高岡医師会訪問看護ステーション 野田 美加先生(看護師)

ひばり訪問看護ステーション 殿村 美知子先生(看護師)

富山県済生会高岡病院 村上 望先生(診療部長・外科部長・内視鏡センター部長)

藤川 泰永先生(医療ソーシャルワーカー)

高島 留美先生(看護師)

雨宮 陽子先生(看護師)



(写真左から)

雨宮先生、高島先生、村上先生、小関先生、野田先生、殿村先生、藤川先生

1. 連携パス作成の背景
2. 地域連携推進を目的に懇話会を設立
3. 連携パスの作成にあたって
4. 在宅緩和ケア地域連携パスの特徴
5. 連携パス運用の実際
6. 印象に残っている使用例
7. 現場で実感する導入メリット
8. これまでの運用実績と成果
9. 今後の展望(課題・抱負)

#### 1. 連携パス作成の背景

小関先生 患者さんの約6割が在宅での最期を望んでいると言われますが、実際には病院で亡くなる方が約6割を占めている現状があります。その背景には、病院の医師は開業医に任せることに不安を持ち、開業医は24時間引き受けることに不安を持っている、また、患者さん自身も在宅を希望しつつも、家族の介護力を考えると「急変したらどうしよう」といった不安を抱えている事情があります。そうしたなか、全国で少しずつ先進的な取り組みが行われるようになり、「高岡地区

でも考えていかなければ…」と思っていた矢先に、富山県済生会高岡病院の村上先生から、「病院の緩和ケアチームが支援しますから、在宅にスムーズに移行できる形を考えましょう」とご提案いただきました。



小関クリニック  
小関先生

村上先生 がんを患って「余命が半年以下」と告げられた患者さんでは、6割以上の人が自宅での療養を希望するものの、最期の看取りは自宅よりも緩和ケア病棟やそれまで通った病院を選ぶという調査結果も出ています。ところが、富山県西部には緩和ケア病棟やホスピスがありません。しかし、今の医療行政を考えると、緩和ケア病棟やホスピスを増やすという方向性でもない。在宅療養を支える体制整備が急務とされるなかで、急性期病院として何かできることはないかと考え、小関先生にご相談申し上げたのです。



富山県済生会高岡病院  
村上先生

また、2007年から2011年までの5年間の当院における推移をみると、がん患者さんに緩和ケアチームが介入した割合が高まるに伴い、在宅移行率も有意に上がっています( $P=0.046$ 、 $\chi^2$ 検定)。緩和ケアチームが介入した190人のうち、在宅に戻れた方は94人で、戻れなかった人は96人。戻れなかった原因は、独居や老老介護など介護力の問題のほか、症状に対する不安があってタイミングを逃していたり、なかには「病院にいたほうが長生きできるのでは…」というご意見もありました。ところが、5年間のデータを解析すると、緩和ケアチームが介入してからお亡くなりになるまでの時間は、自宅に戻られた方のほうが有意に長かったのです(図1参照)。もちろん、背景も考え合わせなければなりません、少なくとも在宅に戻ることで寿命が縮むことはないわけです。そうした情報を伝え、不安な気持ちをやわらげることで、「自宅に帰りたい」という希望をかなえられるのではないかと考えました。

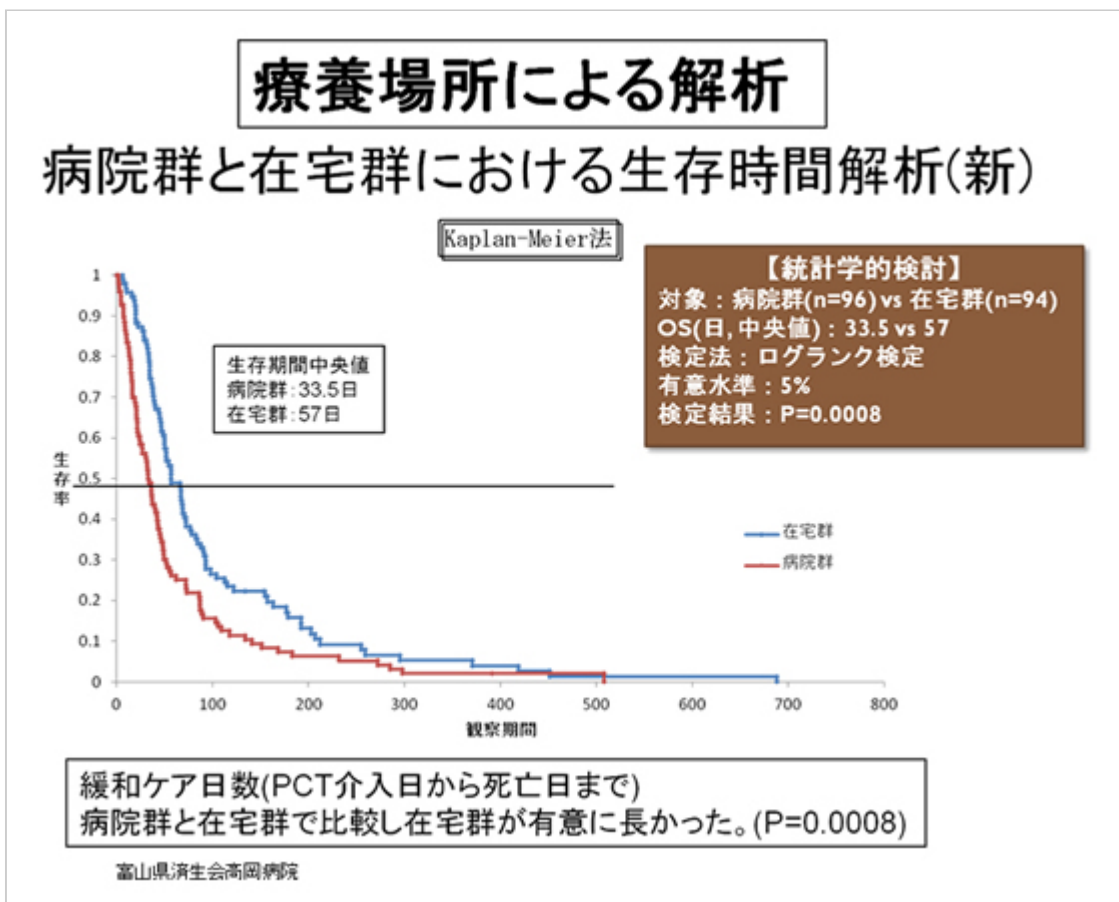


図1: 病院群と在宅群における生存時間解析

## 2. 地域連携推進を目的に懇話会を設立

**村上先生** 在宅・緩和医療の地域連携推進を目的とする「高岡医療圏在宅・緩和医療懇話会」（以下、懇話会）の第1回会合を行ったのが、2007年8月。まずは当院の緩和ケアチームが外に出て地域の支援をしようということで、08年から訪問診療を始めました。この懇話会には2つの大きなゴールがあり、一つは、医師、医療主導ではなく、多職種で在宅医療を考える場をつくるということ。もう一つは、1施設ではなく、高岡市、高岡医療圏、あるいは県全域にまで範囲を広げて情報を共有したいということです。いずれは連携パスを使って地域連携をさらに進めていこうということも、懇話会を設立した当初からの目的でした。

**小関先生** 懇話会を立ち上げたことで、医師、薬剤師、看護師、訪問看護師、ケアマネジャー、介護職、福祉用具専門相談員など、多職種で顔の見える関係を築けたことが大きいですね。そして連携パスをつくり、不安を安心に変えることで、多くの患者さんに緩和医療を利用しながら在宅で過ごせるチャンスをつくってあげられることが、一番の意義であると思っています。

## 3. 連携パスの作成にあたって

**村上先生** 2011年3月に懇話会の世話人会で在宅緩和ケア地域連携パスを作成することが承認され、その後、月に1回程度、作業部会を開催して作成に当たりました。当初、雛形を探しましたが、同じような思いでつくられているものが見当たらず、5大がんの連携パスを参考にしつつも、在宅緩和ケアの連携パスにはどれくらいのボリュームでどんな内容が求められるのか、前例があまりないなかで基本的にはゼロからつくっていきました。

作業部会では、病院の医師、看護師、薬剤師、栄養士、リハビリテーションスタッフ、医療ソーシャルワーカーのみならず、小関先生をはじめ、開業医の先生方、訪問看護師の皆さん、そして最終的な取りまとめの際はケアマネジャーや保険薬局の方々にもご参加いただき、各専門職の視点を反映させることができました。

**藤川先生** 本連携パスは、在宅での生活面を非常に意識していて、ご自宅がどんな構造なのか、どんな保険に入っているのか、要介護度はどの程度か、どういった事業所がかかわっているのかといった情報がトータルにわかる内容になっています。通常のパスが医学的な情報の管理・共有をメインとするのに対して、看護面、介護面により重きを置いているわけです。また、医療ソーシャルワーカーとしては経済面のご相談をいただくことが多いので、高額療養費制度や障害年金、医療費控除など、経済的な支援制度の情報を載せてほしいと提案し、掲載に至りました。



富山県済生会高岡病院  
藤川先生



富山県済生会高岡病院  
雨宮先生

**雨宮先生** 私たちは病院退院時に情報を提供する側ですから、パス作成にあたっては、やはり日頃から活用する機会が多い訪問看護師さんにとって使いやすいものにしたい、ということをもっと重視しました。

**野田先生** 訪問看護師の立場として要望したのは、連携パス導入以前に使っていた介護連絡ノート、ケアノートに記載していた内容を十分に書けるように自由記入欄を大きくとってほしい、パスのサイズそのものを大きくしてほしいということです。患者さん、ご家族の思いや生活の情報をしっかり書き留めたいという気持ちからお願いしました。



高岡医師会  
訪問看護ステーション  
野田先生



富山県済生会高岡病院  
高島先生

**高島先生** そうしたご意見を最大限に取り入れながら、もともと訪問看護師さんが使っていらっしゃる記録類のフォーマットにできるだけ近い形を検討し、バイタルなども記入しやすいように工夫していきました。

#### 4. 在宅緩和ケア地域連携パスの特徴

**村上先生** 本連携パスは、患者さんのプロフィールから始まり、診療情報共有書、説明・同意書、連携パス本体、経過記録表、自由記入欄、処方カード、経済的支援制度の説明——などで構成されています(図2参照)。

パス本体は、がん患者さんに特徴的な症状をマネジメントするための情報を共有できるよう、1990年代にイギリスで開発された在宅緩和ケアの情報共有ツール「STAS」を採用し、自覚症状の推移を、ケアに入った職種がスコアリングできるようになっています。スコアリングに慣れていないスタッフ向けに、評価のフローチャート、評価基準の説明も加えました。看護記録にあたる「経過記録表」では、バイタルサインや輸液、鎮痛剤などの使用状況を一覧で把握できるようにしました。医療者、介護福祉担当者はもちろん、ご本人、ご家族が気づいた点、心配ごとなどを自由に書いていただける「自由記入欄」も設けています。1年間の試験運用後に行ったアンケートに基づき、より使いやすく体裁を変更して現在に至っています。

**殿村先生** サイズは当初、B5版だったものをA4版に拡大していただき、とても開きやすくなったと思います。改訂後は自由記入欄もより広いスペースが確保され、たいへん活用しやすい形になりました(図3・4参照)。



ひばり訪問看護ステーション  
殿村先生



図2:パスの表紙および目次ページ



図3:サイズ変更



図4:レイアウト変更

## 5. 連携パス運用の実際

**野田先生** 患者さんごとに異なりますが、本連携パスはたいてい、テーブルの上などの記録しやすく見やすい所定の位置に置かれています。なかには自分で別表をつくって、情報を整理して書き写す方もいたり、使い方はいろいろです。ご家族からは、「自由記入欄に思いのたけを書くことで、心の整理ができる」とも聞きます。私たちも、書きながら、今日の状態、ケアの内容を再確認することができています。

また、患者さんやご家族の話のなかで大切だと思う言葉があると、同意を得たうえで記載し、次の訪問診療時に先生の目に留まるように赤線で囲んだりすることもあります。パス本体、経過記録表だけでは書ききれない部分を、自由記入欄に書き込んでいます。

**殿村先生** 私たち訪問看護師はケアに入ると毎回、記入を行います。患者さんやご家族も読まれるものですから、内容はもちろん、言葉遣いにも気を配っています。なかには「本人も読むので、これは書かないでほしい」とご家族が希望されるケースもあるなど、すべての事柄を記録できるわけではありませんので、配慮しながら書いています。

## 6. 印象に残っている使用例

**野田先生** 「自由記入欄」に書ききれずに、別の用紙に書いてくださった方もいました。「家族で協力してなんとかポータブルトイレに座らせることができた」などと、生活の様子が時系列にぎっしりと書かれたメモを見ながら、「こういうときに痛みがあったのですね」、「このときは、お母さんの言葉がちゃんと聞けたのですね」などと、私たちがコメントを加えます。本連携パスは、患者さんやご家族と一緒に生活を振り返ったり、これからのことを話す材料として役立っていますし、思いが詰まった貴重な記録となっています。

**殿村先生** 一例一例が心に残っているのですが、先日、在宅医の先生に相談をした際、問題点をきちんと整理した上で、どう対処すべきかを連携パスにも書いていただきました。ご家族、患者さんにもお伝えすることができましたし、それ以降、皆が同じ方向を向いてケアに取り組むことができるようになりました。

**藤川先生** 私が拝見したなかでとても印象的だったのは、患者さんの表情がイラストで添えられていたケースです。悲しい顔、うれしい顔などをご家族が絵で表現されていたんですね。日ごとの

患者さんの様子、お気持ちが端的に伝わり、自由記入欄ならではの表現方法としてすばらしいなと思いました。



**高島先生** 患者さんが再入院されたときに、これまでの記録を読み返すと、「イチゴが食べられた！」と赤字で書いてあり、訪問看護師さんが「よかったね」とコメントされているのを見つけました。できないことが多くなるなかで、イチゴを一粒でも食べられたことが患者さんにとって大きな喜びになっていることを改めて実感するとともに、連携パスがコミュニケーションを深める場になっていると感じました。ほかにも、患者さんがご自宅でどんなにがんばっていたのか、その人らしさが感じられる、心温まる文章がたくさんあります。

## 7. 現場で実感する導入メリット

**野田先生** 以前は、退院された患者さんは病院との間に距離をお感じだったと思います。それは私たちも同じでした。でも、懇話会や連携パスの運用を通して、「つながっている」という意識が私たちのなかでも高まってきたことで、看護する側が安心できるようになり、それは患者さん、ご家族にも伝わっているのではないのでしょうか。

**殿村先生** 済生会高岡病院の場合は、退院前に必ずカンファレンスが開かれ、関係スタッフ一同が顔を合わせます。そうすると、「これから在宅でみていこう」という一体感が高まり、私たちも安心できます。自宅で療養したいと願いつつ、いざ退院となると「見放されたのでは？」と感じてしまいがちな患者さんやご家族にも、連携パスを通してスタッフの一体感を感じていただけていると思います。

また、文章化することは、流れを客観的にとらえるという意味でとても有用です。これまでの経過を把握した上で、自信を持ってご家族にお話しできるようになりました。

訪問看護師はどの職種よりも頻回に患者さん宅を訪問しますが、ご家族との関係構築が難しいケースでは、「空回りしていないか」と孤独に感じることもあります。そんなときに先生や薬剤師さん、ヘルパーさんが1行でもコメントを書いてくださっていると、「独りではないんだ」と孤独感から解放されるのです。そのおかげでしょうか、私たちの訪問看護ステーションでは、がん患者さんの在宅看取り率がとても上がっています。

**藤川先生** 退院時のカンファレンスにおいて、医師が参加できなかったりすると医療情報がしっかり提供されないという問題が起こり得ます。しかし、この在宅緩和ケア連携の取り組みでは、必ず関係する全機関のスタッフが一堂に会してカンファレンスを開くようにしており、連携パスを使い、医療情報も含めてしっかり情報を共有した状態で在宅に移行できているので、よい形で顔の見える連携ができていていると思います。

**高島先生** 以前は、入院中の患者さんから「家に帰ったら介護が心配」、「慣れた看護師、医師と離れるのは不安」、「病院だったらナースコールを押せば来てくれるけど…」などと言われても、病院スタッフは、不安を取り除くような言葉を返せないことが多かったと思います。しかし、連携パスを通じて顔の見える連携が進み、看護師同士のコミュニケーションも深まってく

ると、「訪問看護師さんも、先生も来てくれて、しっかりみてもらえるからご自宅でも安心ですよ」と自信を持って答えられるようになりました。私たちスタッフの意識が変わったことで、「在宅は大丈夫」ということを患者さんに伝えられるようになったのです。



**兩宮先生** 週1回、病院からも往診にうかがっていますが、なかなかゆっくりと時間をとることができないため、10分か20分程度の短い時間で、私たちが行っていない間の情報を把握しなければなりません。もちろん事前に情報をいただくこともありますが、連携パスを見れば訪問看護師さんの記録、ご家族の記載などを一気に確認できるので、とても便利です。こちらからも伝えたいことを記載できますし、書いた内容は必ず見てもらえるという安心感があります。

## 8. これまでの運用実績と成果

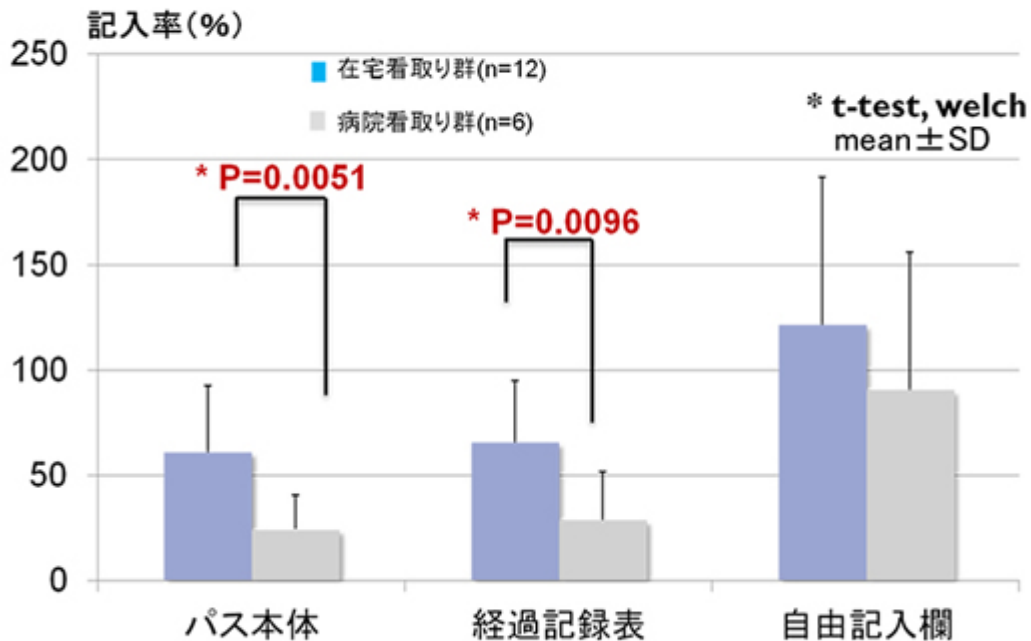
**村上先生** 運用を始めた2011年10月から12年12月末までの使用実績は30例。このうち1例は当院とは別の病院を退院された患者さんで、4例は現在も在宅療養中です。亡くなられた26名のうち、17名が在宅看取り、9名が病院看取りでしたから、在宅看取り率は65.4%です。在宅看取り率に関係する因子を統計解析したところ、パス本体、経過記録表への記入率(=延べ記入回数÷在宅療養日数)が高いほど、在宅看取り率が高いという結果が得られました。記入率に着目したのは、「ケアの密度」の代理指標として数値化できると考えたからです。さらに、当院の緩和ケアチームが介入して在宅に戻られた患者さんのうち、在宅看取りとなった患者さんについて分析したところ、連携パスの使用が在宅看取り率を有意に上昇させていることもわかりました。緩和ケアチームの介入、連携パスの使用が連携を強め、在宅での看取りを後押ししていると考えられます(図5・6参照)。

また、当院での推移を見ると、緩和ケアチームがなかった2006年、がん患者さんにおける在宅看取り率は1.7%でした。緩和ケアチームが立ち上がった2007年には10%強になり、連携パスの運用を開始した2011年10月から翌年9月までの1年間では16%近くにまで、有意に上昇しました(P=0.013、T検定)。ちなみに、日本緩和医療学会が行った「OPTIM-study(緩和ケアプログラムによる地域介入研究)」における介入地域の平均在宅看取り率は10.5%、また、国内でも非常に在宅看取り率が高いといわれる仙台ではおよそ17%だそうです。これらの数値と比べても、単一施設においてこの5年間で在宅看取り率を15%以上も向上できたことは、一つの成果と言えると思います。



# パスを利用した症例の看取り場所別記入率の比較

記入率: 延べ記入回数(重複含む) ÷ 在宅療養日数



富山県済生会高岡病院

2012年9月時点

図5: パスを利用した症例の看取り場所別記入率の比較

## 在宅看取り群における 在宅看取りへの影響因子

### 【統計学的検討】

検定法: 多重ロジスティック回帰分析  
症例数(N): 93  
目的変数: 看取り場所 (病院vs 在宅)  
因子の選択法: 減増法 (P<0.2)  
有意水準: 5%

| 説明変数(因子)            | P値      | オッズ比  | 95%信頼区間          |
|---------------------|---------|-------|------------------|
| 介入時PS               | 0.45    | 2.05  | -2.59 ~ 0.91     |
| 緩和ケア研修会修了<br>在宅医の関与 | 0.0069* | 0.69  | 0.20 ~ 1.21      |
| 地域連携パスの使用           | 0.0263* | 2.28  | -5.10 ~ -0.69    |
| 在宅パス本体記入率           | 0.0461* | 10.9  | -27.0 ~ -3.34    |
| 緩和ケア日数              | 0.24    | 0.002 | -0.0017 ~ 0.0073 |

平成24年9月までの解析

富山県済生会高岡病院

図6: 在宅看取り群における在宅看取りへの影響因子

小関先生 感触としては、コミュニケーションの取りやすい患者さん、ご家族の場合、記入率も高くなるように感じています。お互いに言いたいことを言えるフランクな関係を築くことができれば、パスの記入率も高くなり、在宅看取りにつながりやすくなる側面があるのかもしれない。

## 9. 今後の展望(課題・抱負)

**藤川先生** 先ほども申し上げたように、本連携パスは特に看護・介護を意識してつくられています。退院前の合同カンファレンスでは、ケアマネジャーさんや介護職の方にもパスの記入について説明、お願いをしていますが、書くことに抵抗があったり、他の書類との兼ね合いなどで、まだ書いていただけないケースもあります。今後、介護福祉関係者に対する広報活動がもっと必要かなと感じています。

**野田先生** 看護師としては、食事や排泄、清拭など生活に関する部分をもっと連携パスに落とし込みたいという思いがあります。現在は文章で記載していますが、統一できる部分はチェックリスト化するなど、簡単に書き込めるフォーマットができるとうれしいですね。そもそも訪問看護記録自体、施設ごとに書式が異なり、統一されていません。現状では患者さんのご自宅でパスを書いて、事務所に戻ってまだ別の書類を書くという手間が発生していますので、運用を重ねていくうちに、IT化も含め、効率化を図るよい方法が見つければと期待しています。

**殿村先生** 済生会高岡病院だけにとどまらず、せめて高岡医療圏内で統一のパスが使えるようになればよいですね。現在は、他の病院から終末期の患者さんを依頼された際も、パス本体と経過記録表、自由記入欄のページをコピーして活用してもらいながら、他の在宅の先生方にも本連携パスを紹介しています。統一の指標がなければ見落としも生じやすいですし、野田先生もおっしゃっていたように、在宅で書いて、事務所でも書いてという作業をいずれは一本化できるとありがたいです。そうすれば、どの訪問看護ステーションでも活用されるようになると思います。



**小関先生** 事務が増えることは、実務者にとってやはり負担になります。ただ一方で、診療報酬、介護報酬制度との兼ね合いもありますから、制度が求める書式を満たしつつ統一化を図らなければならないという難しさもあります。ITを用いて複数の書類間で情報を一元化するなど、負担感を軽減できる仕組みを考えていかなければなりません。

また、せっかく非常に有用な連携パスができていますので、もっと多くの施設に活用していただけるよう、懇話会を通じてアピールしていきたいと思っています。

**村上先生** 在宅緩和ケアは地域完結が求められる領域で、病院はあくまでも支援する役割ですから、この連携パスは、地域に必要性を感じてもらわなければ育たないでしょう。運用を重ねるごとにご家族やご遺族も含めて忌憚のないご意見をいただき、地域の皆さまが有用と感じるものへとブラッシュアップしていく必要があります。

当院単独のパスではなく、できれば富山県内統一のパスに発展してほしいですし、広く他の地域にも参考にいただければなお、うれしいですね。そのためには懇話会をはじめ、高岡医療圏、富山県、さらに学会等を通じて全国に向けて成果を発信することが、私たちの役割だと考えています。

