

## 在宅医観点のがん患者診療の研究

研究分担者 川越正平 あおぞら診療所 所長

研究協力者 児玉有子 東京大学医科学研究所 先端医療社会コミュニケーションシステム 特任研究員

### 研究要旨

本研究は在宅療養支援診療所を受診する患者の背景および紹介医療機関、並びに治療や診断をした医療機関からみた患者動態の実態と地域差について明らかにすることを目的とする。研究初年度は先行研究として分担研究者が所属する施設で調査を行い、2年目以降は全国11の在宅支援診療所を対象とし、研究を進めた。最終的な対象患者数は925名（男485、女434、不明6）、年齢中央値は80歳であった。担がん患者は390人であった。がん患者の62%はがん拠点病院での診断や診察を受けていた。またこのがん拠点病院で診断や診察を受けた患者のうち80%の患者はがん拠点病院からの紹介で在宅医療に移行していた。がんの診断や治療をした医療機関と自宅との距離の中央値は5.5kmであった。

### A. 研究目的

在宅医療の推進には円滑な患者紹介がかかせない。在宅医療の開始に関しては、退院時共同指導料で診療報酬でも手当てされ、在宅と病院との連携、移行推進が図られている。しかしながら、在宅療養支援診療所にて在宅医療を受ける患者の患者動態については不明なことが多い。

在宅療養支援診療所を受診する患者の背景および紹介医療機関、治療や診断をした医療機関からみた患者動態の実態と地域差について明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。

研究初年度は分担研究者が所属する診療所で先行研究を行い、次年度より以下に示す全国11の在宅医療支援診療所にて調査を行った。なお、研究結果は平成20年度報告書に示すものと同一である。

### B. 研究方法、倫理面への配慮

調査機関：11箇所の在宅医療支援診療所  
対象：2007年1月1日から12月31日までの期間

に対象医療機関を受診した新患者

調査項目：患者プロフィール（年齢、性別、疾患、在宅医療開始時のADLの状況、認知症のレベル、住まい、在宅医療開始の背景、訪問看護の利用の有無）、患者の居住地の郵便番号、患者が在宅医療を受ける直前にかかっていた医療機関と主病名の診断を受けた医療機関、それぞれの所在地の郵便番号、患者が当診療所へアクセスするための仲介者等である。ADLの状況および認知症のレベルは、厚労省通知によるADL自立度判定基準、痴呆度判定基準により分類した。

分析方法：郵便番号をもとに、それぞれの在宅支援診療所とのおおよその距離を推定する。

倫理的配慮：本研究は東京大学医科学研究所倫理委員会の承認を得て実施した。

### C. 研究結果

#### C-1 対象者の医学的背景

対象患者は925名（男485、女434、不明6）、年齢（図1）の中央値は80歳（0-102）で

あった。主病名3つをICD-10分類した内訳(延べ数)を表1に、がん患者の内訳(延べ数)を表2に示す。がん患者(390名)のうち、43人は脳血管疾患後遺症を、5人は難病を合併していた。担当がん患者の年齢中央値は77歳(2-102, n=390)、脳血管疾患後遺症患者の年齢中央値は82歳(22-102)であった。対象者の在宅医療開始時のADL(表3)や認知症のレベルについては表4に示す。

#### C-2 患者の住まい

対象者の85%は自宅に住み、グループホーム(n=43, 4.6%)、有料老人ホーム(n=24, 2.5%)等であった(図2)。

対象者の居住地と在宅療養支援診療所との距離の中央値は4.45km(0.4-34.4, n=916)であった(図3、表5)。患者の居住地の郵便番号を元にした模式図を4~13に示す。

#### C-3 紹介元医療機関

在宅支援診療所と紹介元医療機関(前医)との距離の中央値は4.4km(0-592.8, n=823)であった(図14)。担当がん患者の紹介元医療機関と在宅支援診療所間の距離の中央値は4.4km(0-582.1, n=235)、非担当がん患者では4.2km(0-592.8, n=236)であった。

#### C-4 診断や治療を受けた医療機関

在宅療養支援診療所と患者が主病名の診断や治療を受けた医療機関との距離の中央値は5.5km(0-1192.7, n=471)であった(図15)。担当がん患者の診断や治療を受けた医療機関と在宅支援診療所間の距離の中央値は6.7km(0-1192.7, n=235)、非担当がん患者では4.89km(0-592.8, n=236)であった( $p=0.0119$ )。年齢によるサブカテゴリー解析では、75歳未満7.55km(0-1192)、75歳以上4.76km(0-592.8)であった( $p<0.001$ )。

#### C-5 在宅療養患者の患者動態(表6)

がん患者390名のうち、がん拠点病院での診断や治療などを経たのちに在宅医療を開始した人は243人(62.3%)であった。243人中200人(82.3%)は、直接がん拠点病院から在宅紹介された患者であった。

#### D. 考察

今回の調査は、どのような疾患であっても在宅医療の対象になり得ることを示した。しかしながら、今後より在宅医療の展開が促進されるためには、議論すべき何点かの問題がある。

研究の特徴的な結果として、在宅医療に至ったがん患者の多くが、がん拠点病院を経由、またはがん拠点病院から直接在宅医療へ紹介されて(移行して)いることがある。これは、がん拠点病院医において、近年地域連携など方策や運用の整備がすすみ、その他の医療機関にくらべ、非常に在宅への移行がし易い環境が整っているのかもしれない。その一方で、高齢や認知症などの合併等を理由に手術や化学療法への適応外とされ、在宅に移行されている事例も多い。高齢者の治療を受ける機会の喪失がないかについての追加調査が必要である。

また、がんは遠くまで診断や治療に出かけていると予想していたが、その距離はこれまでの研究よりもさらに短い5.5kmであったことは非常に興味深い。今回の対象地域には地方の中心都市が多く含まれていたため、比較的がん拠点病院に近い、アクセスしやすい患者が多く対象に含まれていたと考えられる一方で、集約化が進みがん医療が受けられる医療機関に偏りが生じている結果を示すものかもしれない。在宅医療も含め、がん医療の均てん化(バランス)をどのように保つかはさらなる国民的議論が必要である。

また、年齢によりその距離に差があることは、加齢による行動範囲の縮小や受療行動の変化、健康観の変容などが影響しているのかもしれない。この点についても追加の調査が必要である。

患者の居住地と在宅支援診療所の距離には地域により、差が見られた。B地域、C地域、D地域(福岡市内、東京23区内)と言った地域ではもっとも遠くても3.8~13kmであるが、E地域、G地域(盛岡や鴨川と言った地域)では30km以上の距離を往診しているケースもあった。地域の事情にそれぞれの診療所が対

応、カスタマイズした結果と考えられる。後者の様な広範囲かつ人口密度の少ないエリアをカバーするためにはいくつかの工夫が必要である。まずE地域、G地域の診療所は他の診療所に比べ、常勤医師数が多いことがあげられる。複数の医師で多くの患者宅の訪問することや、訪問看護ステーションと電子カルテを通じて綿密な情報交換、スタッフ間の信頼関係、レベルの把握などを行い、適切な医療が行き届く体制が整えられていることがあげられる。E地域、G地域で対象となった医療機関は、広範囲、低い人口密度という診療所経営にとっては悪条件であっても、国内においても先駆的取り組みを積極的に実施している医療機関でもあり、このような施設は今後過疎地域における在宅医療、在宅がん緩和医療推進のモデルになると考える。

本研究は限られた施設を対象とした研究であり、予期せぬバイアスが存在している可能性が有る。さらに、詳細な動向を得るためには、調査項目の検討を行い、大規模な調査を実施する必要が有る。

## E. 結論

在宅療養支援診療所における患者動態として、在宅医療を受けるがん患者の62%はがん拠点病院を受診していること、がん患者の約半数はがん拠点病院での入院や通院直後から直接、在宅医療を開始していることが分かった。

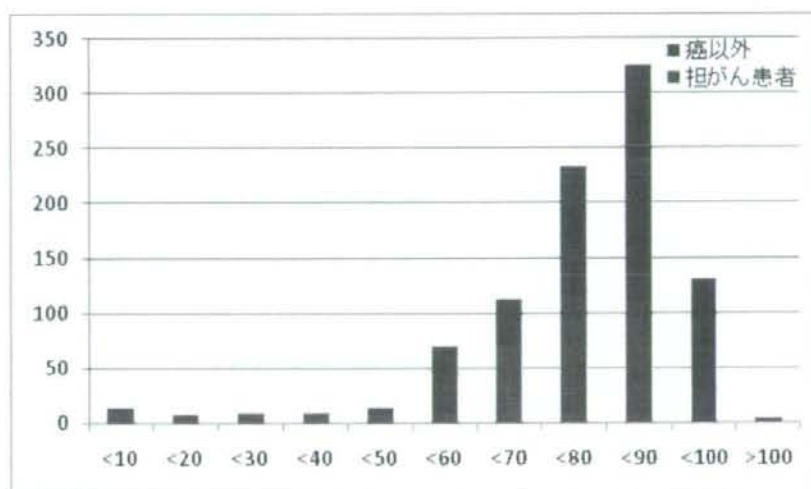


図1. 対象者の年齢分布

表1 主病名(重複有り)

ICD-10 分類	n
A00-B99 感染症および寄生虫症	30
C00-D48 新生物	589
D50-D89 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	29
E00-E90 内分泌, 栄養および代謝疾患	107
F00-F99 精神および行動の障害	168
G00-G99 神経系の疾患	241
H00-H59 眼および付属器の疾患	12
H60-H95 耳および乳様突起の疾患	5
I00-I99 循環器系の疾患	457
J00-J99 呼吸器系の疾患	127
K00-K93 消化器系の疾患	77
L00-L99 皮膚および皮下組織の疾患	19
M00-M99 筋骨格系および結合組織の疾患	174
N00-N99 尿路性器系の疾患	77
O00-O99 妊娠, 分娩および産じょく(褥)	0
P00-P96 周産期に発生した病態	2
Q00-Q99 先天奇形, 変形および染色体異常	11
R00-R99 症状, 徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	103
S00-T98 損傷, 中毒およびその他の外因の影響	72
V00-Y98 傷病および死亡の外因	0
Z00-Z99 健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	17

表2 部位別にみた悪性新生物

悪性新生物の部位	n
口唇, 口腔及び咽頭の悪性新生物(C00-C14)	15
消化器の悪性新生物(C15-C26)	165
呼吸器及び胸腔内臓器の悪性新生物(C30-C39)	96
骨及び関節軟骨の悪性新生物(C40-C41)	1
皮膚の黒色腫及びその他の皮膚の悪性新生物(C43-C44)	7
中皮及び軟部組織の悪性新生物(C45-C49)	6
乳房の悪性新生物(C50)	15
女性生殖器の悪性新生物(C51-C58)	19
男性生殖器の悪性新生物(C60-C63)	19
腎尿路の悪性新生物(C64-C68)	16
眼, 脳及びその他の中枢神経系の部位の悪性新生物(C69-C72)	4
甲状腺及びその他の内分泌腺の悪性新生物(C73-C75)	5
部位不明確, 続発部位及び部位不明の悪性新生物(C76-C80)	193
リンパ組織, 造血組織及び関連組織の悪性新生物(C81-C96)	18
独立した(原発性)多部位の悪性新生物(C97)	0
上皮内新生物(D00-D09)	1
良性新生物(D10-D36)	1
性状不詳又は不明の新生物(D37-D48)	8

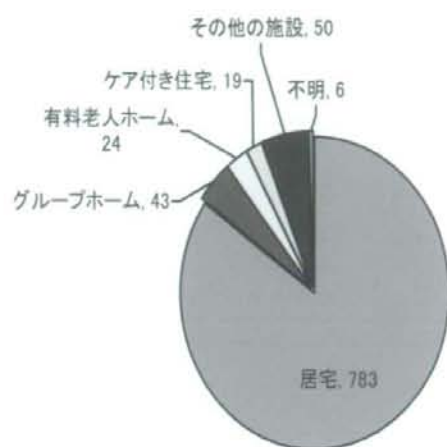


図2 患者の住まい

表3 ADLの状況

ランク	n
自立	8
J1	32
J2	50
A1	78
A2	134
B1	128
B2	125
C1	138
C2	133
不明	99

表4 認知症の状況

ランク	n
自立	276
I	124
IIA	62
IIB	102
IIIA	76
IIIB	50
IV	131
M	16
不明	88

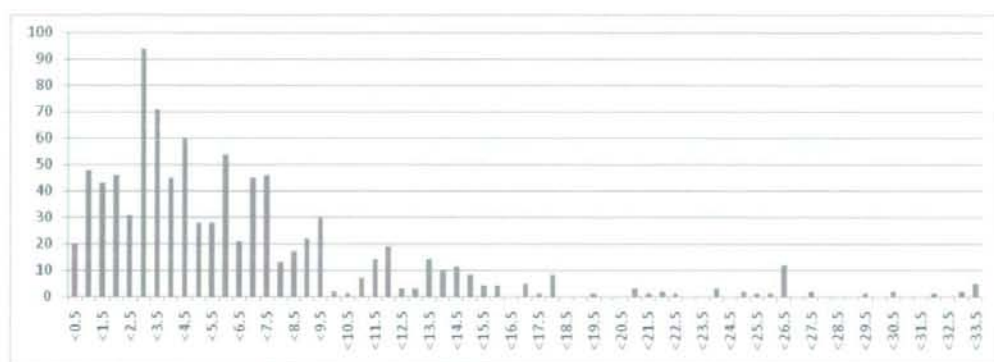


図3 在宅療養支援診療所と患者の住まいとの距離の分布

表5 地域毎の在宅療養支援診療所と患者の住まいとの距離

地域	中央値(範囲)
A	5.7(1.5-19)
B	3.2(0.53-13)
C	2(0.48-5)
D	1.6(0.7-3.8)
E	9.9(0.54-34.4)
F	5.6(0.59-21.2)
G	8.3(1.8-30)
H	6.6(0.52-26)
I	3.4(0.5-26)
J	2.5(0.4-11.9)



図4 A診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号)赤線の円はA地域の患者宅と診療所の中央値



図5 B診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はB地域の患者宅と診療所の中央値

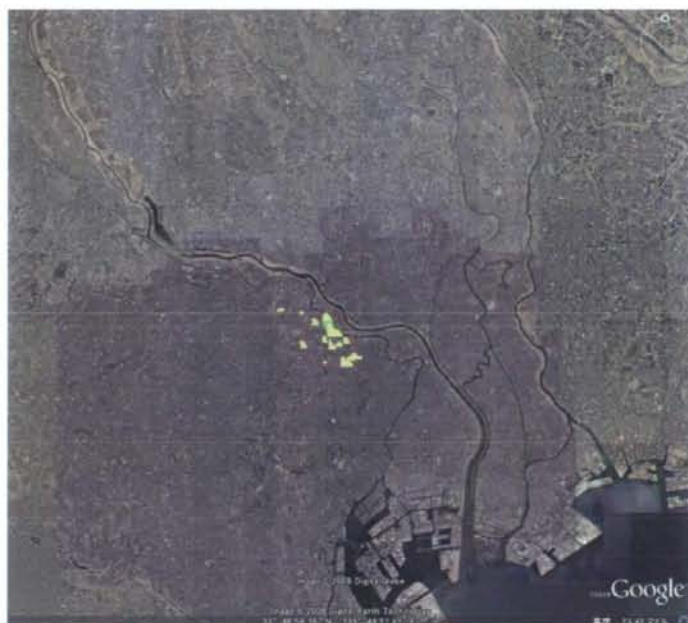


図6 C診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はC地域の患者宅と診療所の中央値



図7 D診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はD地域の患者宅と診療所の中央値



図8 E診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はE地域の患者宅と診療所の中央値





図9 F診療所の受診患者の居住地域  
 緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はF地域の患者宅と診療所の中央値



図10 G診療所の受診患者の居住地域  
 緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はG地域の患者宅と診療所の中央値



図11 H診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はH地域の患者宅と診療所の中央値



図12 I診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はI地域の患者宅と診療所の中央値



図13 J診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はJ地域の患者宅と診療所の中央値

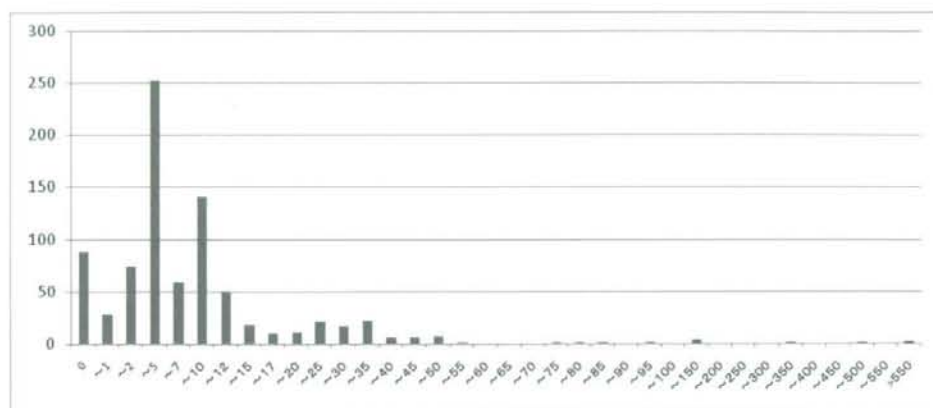


図14 紹介元医療機関と在宅支援診療所の距離 (n=823)

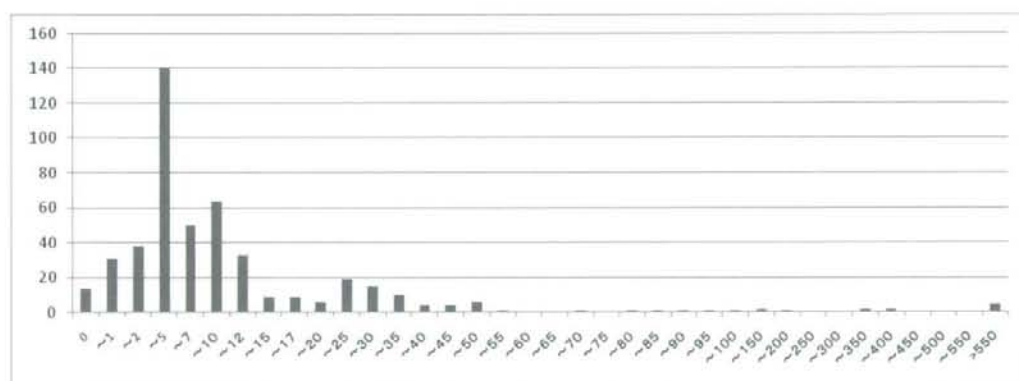


図15 診断、治療をした医療機関 (n=471)

表6 がん患者の患者動態

在宅に至るまでの患者動態	n
がん拠点病院を1施設入院／通院後在宅開始	168
一箇所目のがん拠点病院で診断・治療後、自宅近くなどの別のがん拠点病院で入院／通院での治療後に在宅医療開始	7
がん拠点病院で診断／治療後に、その他の医療機関での入院／通院治療を経て在宅医療開始	43
その他の医療機関でがん発見・診断(・治療)され、がん拠点病院で治療(入院・通院)後、在宅医療開始	25
その他の医療機関1施設に入院／通院後在宅開始	72
その他の医療機関を2箇所以上入院／通院後在宅開始	64
紹介状無での在宅療養開始	11

## がん患者心理学の研究

研究分担者 林 邦雄 枚方公済病院血液内科 医員

研究協力者 児玉有子 東京大学医科学研究所 先端医療社会コミュニケーションシステム 特任研究員

### 研究要旨

分担研究者は、hematologist - oncologist として造血器悪性疾患の臨床現場で診療に従事してきた。本研究では、血液内科の臨床を基軸に、まずは造血器悪性疾患の診療体制のための研究に着手し、ついで、がん臨床で避けては通れない「死」に関して、がん在宅医療の現状を分析した。研究最終年にこれらのいずれの臨床現場にも、そして、患者・医療者双方にも共通したバックグラウンドとして構築されるべき心理学的裏付けについて考察した。

### A. 研究目的

がん臨床の現場から臨床研究の推進を考えたとき、課題は多い。昨今、深刻化する医療体制の崩壊、そして、「死」の受容に関する患者・家族への心理的アプローチは特に重要な課題と認識されつつある。「死」の現場として病院の役割は言うまでもないが、在宅医療におけるがん診療の実情の把握も重要である。様々な新規治療法が開発され、それを実際の現場にいかに関与して導入できるか。病院-在宅医療、そしてその両方の現場の背景としてのがん心理学研究を行ったので報告する。

### B. 研究方法

#### (1) 中核病院の現場から

平成18年1月から6月までに、大阪府和泉市、岸和田市及び枚方市に所在する血液内科中核医療機関を受診した造血器悪性疾患患者(急性白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫)を対象に、患者居住地(郵便番号或いは町名)を調査した。

対象疾患とした急性白血病、悪性リンパ腫及び骨髄腫は既に年齢階級別罹患率が明らかである(日本対がん協会編、「がんの統計」、2005)。

#### (倫理面への配慮)

患者動態調査に関しては、匿名非連結化された調査票を用いて、郵便番号情報のみを収集した。本研究計画は平成18年11月、東京大学医科学研究所倫理審査委員会にて承認された。

#### (2) 在宅がん診療の現場から

全国の10箇所の在宅医支援診療所から調査協力が得られた。(岩手県(盛岡市)、栃木県(小山市、栃木市)、千葉県(松戸市、鴨川市)、東京都(大田区、北区)、福岡県(福岡市)、鹿児島県(鹿児島市))。

2007年1月1日から10月31日まで期間に対象医療機関を受診した新患者を対象とした。患者属性(年齢、性別、疾患、在宅医療開始時のADLの状況、認知症のレベル、住まい、在宅医療開始の背景、訪問看護の利用の有無)、患者の居住地の郵便番号、患者が在宅医療を受ける直前にかかっていた医療機関の所在地の郵便番号、患者が当診療所へアクセスするための仲介者について調査した。

本分担研究では悪性疾患を有する症例対象とし、主にADL及び認知症の状況及び在宅医

療開始の背景について解析を行った。ADLの状況および認知症のレベルは、厚生省通知によるADL自立度判定基準、痴呆度判定基準により分類した。

### (3) がん心理学研究

Spiritual Careやその意味に関連する著書や論文を考証し、一方でアメリカのホスピスやChaplaincyの現状を視察した。

名簿：アメリカ、サンフランシスコに於いてSpiritual Careに関係する人との面談

1. Kelley Mullin, MPH, Hospice by the Bay, Provider Relations Liaison

2. Jan Parkin, Executive Director, Diocesan House at Gracw Cathedral

3. Mary Schroeder, Program director, Maitri Hospice

4. Will Hocker, Sojourn Chaplaincy at San Francisco General Hospital

5. Mitchell D. Feldman, MD, MPhil, Professor of Medicine, UCSF Director of Faculty

Mentoring, University of California, San Francisco

### C. 研究結果

#### (1) 中核病院の現場から

調査対象者は3病院合わせて594人であった。それぞれの病院について市町村別に患者居住地を集計し、年間罹患率と比較するために、1年間単位人口(10万人)当たりの患者数を算出し地図上に図示した(図1)。

病院所在地及び隣接する市町村からの患者割合はA病院で83%、B病院で98%、C病院で91%であった。

#### (2) 在宅がん診療の現場から

調査対象症例の属性を表1に示す。全対象症例は298人で、男性168人(56%)、女性130人(44%)であった。年齢は11~102歳に分布し、その中央値は78歳であった。住居形式は、全症例の94%が居宅であった。

ADLは平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知に準拠し集計した。屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つレベル(ランクB)が31%、日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要するレベル(ランクC)が27%、屋内での生活は

A) 和泉市の血液内科中核医療機関



B) 岸和田市の血液内科中核医療機関



図1. 中核病院の現場から

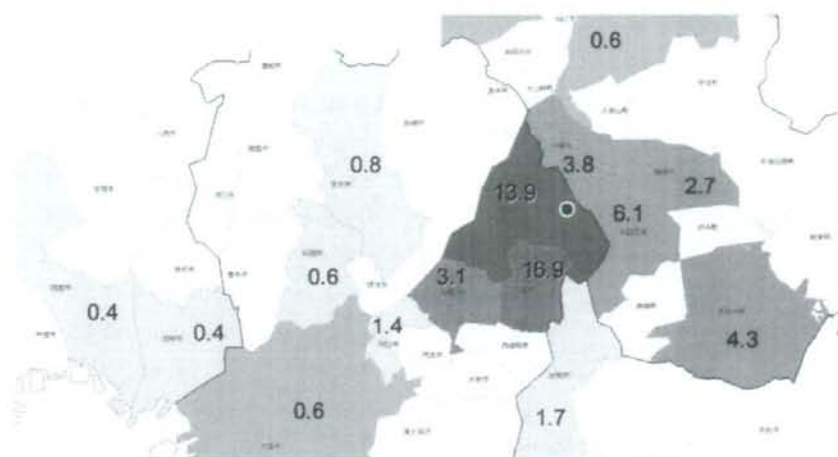


図1. 患者動態調査

急性白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫の新規罹患者の居住地を市町村別に集計し図示した。数値は年間10万人当たりの人数を示す。赤丸は病院所在地を示す。

表1. 調査対象症例の属性

性別	男	168人	(56%)
	女	130人	(44%)
年齢	分布	11-102歳	
	中央値	78歳	
住居形式	居宅	279人	(94%)
	有料老人ホーム	6人	(2%)
	ケア付住居	2人	(1%)
	特別養護施設	1人	(0%)
	不明	10人	(3%)

表2. 患者・家族の背景

患者・家族の背景	該当数	
通院困難	244	(82%)
患者・家族の在宅診療の希望	74	(25%)
老々世帯(日中独居・高齢者のみ世帯を含む)	63	(21%)
退院後や外来のサポート	7	(2%)
前医とのトラブル	6	(2%)
経済的理由	3	(1%)

おおむね自立しているが、介助なしには外出しないレベル(ランクA)が22%、何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出するレベル(ランクJ)が13%であった。52%の症例で痴呆症を認め、そのうち32%は何らかの介護或いは専門治療が必要な状態で

あった。

患者・家族の背景として、研究事務局にて集計し主要な内容について類型化し表2に示した。何らかの要因で医療機関に通院することが困難である症例は82%であった。患者・家族が明確に在宅診療の希望を有していたのは

25%であった。日中独居や高齢者のみ世帯を含む、所謂、老々世帯は21%であった。

### (3) がん心理学研究

#### 死を前にして

病院死が増加した現在、終末期医療のあり方を考える必要が生じてきている。そして漸く日本でも「緩和医療」という形で終末期の医療が考えられる様になってきた。

#### 死に対する日本医療

日本緩和医療学会は各地で「緩和ケア研修会」を開催し、その普及に努力している。厚労省も医政局が中心となり終末期医療のあり方に関する懇談会を開き、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を発表している。厚労省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」は、③大切な概念としてリビングウィルを使っているが、①医療費増大を招く高額な蘇生医療を出来るだけ抑制するにはどうすればよいか、あるいは②蘇生医療を中止させる事を正当化するために専門家委員会をどのように有効に生かすかなどの終末期医療の終焉に焦点が絞られている。このガイドラインは終末期の患者ではなく、医療費の増大を憂慮している様に読める。⑤十分な情報提供と説明を重要な原則としているが、情報しかも科学的情報は患者や家族が判断するための心の支えとしては非常に弱いものであるという認識がない。また医療の持つ不確実性、予測不能性には全くふれられていない。

#### アメリカにおける終末期医療

アメリカのトップテンホスピタルが毎年選出される。医療技術は勿論、評判、死亡率、看護の数や技術、専門家の評価などに基づいて選出される。2007年と2008年では1病院が入れ替わっただけだったので、この2年間でトップテンに選ばれた11施設であった。

Religious, Spiritual あるいは Chaplaincy いずれかがある施設は11施設のうち8施設(72%)である。Medical schoolでのSpiritualityのカリ

キュラムの普及を振り返ると、1994年は12校の内17校、1998年には39校、2004年には84校とその学校数は増加している。さらにHolistic medicineは Complementary and alternative medicine という別のコースでSpiritualityも教授されている。これについて53校で調査された結果では、64%はspirituality, 信仰、宗教をその教育の中に含んでいるとの事である。

#### Religious Care, Spiritual Care, Chaplaincy は何か?

Religious Careにおいては信仰が心の支えになるし、Chaplaincyにおいては訓練を受けたChaplainが心の支えとなる。Spiritualityは理解が難しい概念であるが、ここでは特定の宗教、宗派の考え方ではなく、人間の存在の意味を問い各人固有の意味を発見する事に価値を置く治療と考えるのが一般的である。医療技術の進歩とその実践、病院施設やそのシステムが優れているTop ten Hospitalsは同時に、Religious Care, Spiritual Care, Chaplaincyを実践していることに注目したい。そのようなアメリカのHospiceの具体例について考察した。(詳細は平成20年度分担報告書を参照されたい)

#### D. 考察

##### (1) 中核病院の現場から

適切な診療体制を検討するために、患者動態調査に取り組んだ。本年度は京阪奈地区の3つの血液内科中核医療機関において調査を遂行した。調査結果に示すが如く、3病院ともに病院所在地及び隣接市町村を居住地とする患者が80%以上を占めた。これは、大都市近郊の血液内科診療圏モデルとして適切であるのは都道府県単位のような広域診療圏ではなく、近隣市町村単位の診療圏を想定する必要があることを示唆している。

##### (2) 在宅がん診療の現場から

悪性疾患を有し且つ、在宅療養支援診療所を受診した症例について生活自立レベルや痴呆



症の状態、患者・家族の背景に着眼して調査した。

居宅における診療が多数を占めていた。これは悪性疾患における在宅診療が担う役割として、終末期医療及び緩和医療と深く関連することが示唆される。

ASLレベルに関する調査からは全症例の80%で何らかの介助が必要なレベルにあることが明らかとなった。19%は寝たきりの状態であった。従って、訪問診療のみならず、訪問看護師やホームヘルパー、在宅入浴サービスなどの多様な在宅医療サービスを積極的に導入する必要性が示された。

認知症を有する患者は約半数存在し、在宅診療の現場では、悪性疾患による全身状態の低下のみならず認知症をも含有し総合的に患者を診療する必要性が浮き彫りとなった。

患者・家族の背景の背景として、所謂「老々世帯」が21%と、一定の割合を占めていることが明らかとなった。この問題は核家族化が進行するにつれ益々重要になると思われる。私の臨床経験では、老々世帯の場合、社会的な長期入院に至る傾向があったが、今回の調査では、適切に地域の医療資源を投入すれば、たとえ老々世帯であっても在宅診療が可能であることを示唆している。

### (3) がん心理学研究

Spiritual Careについて文献学的検討とアメリカのHospiceの現実を知ることにより、宗教的文化的背景の違いを越えた人間の心の論理とリアリティこそSpiritual Careの根本であることが明確になった。日本においてSpiritual Careが生まれてこない理由は、ターミナルケアに対する見当違いの政府の施策、学会を指導する人の哲学・思想の乏しさなど大きな妨げになっているし、また保険点数として評価されない治療と言う医療経済的問題も重要な背景である。病院は技術的仕事を行う場だけではなく、人間を診(観、看)る場であるという文化の構築こそ現実的な課題であると考えられる。

### E. 結論

造血器悪性疾患の発症とそれに対する診療体制を科学的に検討することは適切な診療体制の構築の基盤となる。地域の医療資源を効果的に投入することにより在宅医療を推進することが望まれる。Spiritual Careを実践してゆく上で医療者或いは研究者は、技術的な視点のみならず、総合的・統合的に人間を診(観、看)るという視点で日常診療或いは研究を行うべきである。

厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
研究分担者報告書

医療施設間情報伝達手段の実態調査

研究分担者	中村利仁	北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野	助教
研究協力者	瀧田盛仁	東京大学医科学研究所	
研究協力者	前沢政次	北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野	教授
研究協力者	古本尚樹	同 大学院博士課程	
研究協力者	佐藤松治	同 助手	
研究協力者	松浦亨	同 助教授	

研究要旨

医療施設の間では様々な情報交換が行われる。患者の移動先を決定するための情報は、医師や看護師のそれぞれあるいは地域医療連携室等の院内部署に収集が任されており、他方、広報活動などの実態は必ずしも明らかでない。

平成18年度は医療機関及び保健所などを訪問して広報資料などの提供を依頼し、これを分析した。

平成19年度は徳島県に於いて診療所開業医を対象とした実態調査を行った。

平成20年度は北海道内のがん拠点病院に対して実態調査を行った。

A. 研究目的

医療施設の間では様々な情報交換が行われる。患者情報はもちろんであるが、患者の移動を決定するための診療科、設備、医療機能、特定の疾患の診断・治療が可能であるか否かの情報のやりとりも行われていると考えられる。平成17年6月の医療法等の改正により、都道府県を通して、国民及び患者に対しての情報提供が医療機関に義務づけられたが、他医療機関での診療が適切な状況になった患者の移動を決定するための情報は、医師・看護師など職員個人や、地域医療連携室等の院内部署に収集が任されており、他方、自院の情報を提供するための広報活動などの実態は必ずしも明らかでない。患者の自己決定に当たって医療機関の情報が広く共有されるべき事はもちろんであるが、医療・医学分野での背景情報は甚だ大きいという理由で、医療専門職が直接に情報交換することによってしか患者の移動に影響しえない情報もあると考えられる。本研究は、こ

の医療専門職間の情報のやりとりを明らかにすることによって、患者の移動の更なる適正化に寄与することを目的としている。

【平成18年度】

B. 研究方法

平成18年度は実態として印刷物等によってどのような情報のやりとりが行われているのか、医療機関、保健所等から作成している広報誌や施設情報の印刷物の提供を受けた。

C. 研究結果

報告書作成の現時点で5箇所を訪問済みで、6部の冊子の提供を受けた。2部はイラストや写真を多用して、字組も緩やかで、主として患者と地域住民への提供を目的として作成したものと考えられた。うち冊子Aは××健康福祉センター作成のもので、所在地、開設曜日時刻、職員数内訳、検診等の提供する検診・予防接種等サービスの内容、トレーニングルームなど

の設備、他院による巡回診療の日程、等の医療機能情報を提供している。冊子Bは〇〇病院作成のもので、医師の専門診療分野と思われるE型肝炎についてのコラム、給食サービスがNSTサポートチームの認定を受けたという情報、リハビリテーション職員によるコラムが掲載されていた。新年度老人保健施設の開設予定も記載されていた。冊子CおよびDは同一の大規模医療機関の定期的発行物で、院内の診療状況を広く紹介すると共に、入院・外来別患者数統計、今後の経営方針、院内行事、保育園などの職員向け院内サービスについての記載もあり、主として院内職員を対象とし作成されているものと考えられる。記載に専門用語が多用されており、患者や市民が読むことは想定されていないものと思われる。ただし、中央診療部門や各診療科からの状況報告も有り、通年して読んでいけば医療機能に関する情報が豊富に得られるものと考えられる。冊子Eは統計データ、FおよびGは施設概要と題されている。冊子Eは主として診療科・病棟毎の患者数・平均在院日数、検査・手術・処置件数等が記載されている。また、各種承認・指定状況が記載されており、提供可能な医療サービスが明示されており、医療機能についての情報が得られる。冊子FおよびGは施設概況であり、本来は行政資料として作成されたものと考えられる。冊子Fは施設平面図が添付されていることを除けば、冊子Eとほぼ同じ構成であり、同様の情報が得られる。冊子Gは三つの関連する医療機関の情報を網羅したものである。冊子Fと同様の情報の他に、沿革や財務諸表、職種別平均給与まで記載されている。収集した冊子の表紙を添付する。

#### D. 考察

印刷物としては、医療機関が発行するものの他に、地域の医療情報を網羅的に紹介した出版物が販売されているが、提供されている医療サービスの内容にまで踏み込んだものはあまりない。各医療機関が作成する必要があると考え

るが、少なくとも他の医療機関への情報提供を目的として作成されたものはこれまであまり見られなかった。今回の資料収集でも相当するものはなかった。これまで医局や学会地方会などを通じた個人的なネットワークが、その必要を生じさせなかったのかも知れない。しかし既に、患者や地域住民を対象とした広報誌が必要によって発行されていると同様に、地域の他医療機関を対象にした広報活動が行われる必要が生じている。印刷物だけで医療専門職が患者の移動先を決定あるいは勧めることはありそうにないから、存在をアピールする程度の役割が期待できるのみではある。収集した冊子の中では、最初から専門職を対象として作成されているという意味で、本来院内向けに作成されたと考えられる冊子CおよびDが参考になるかも知れない。

#### E. 結論

院内広報向けに作成された冊子CおよびDが、医療専門職間の医療機能情報の交換に資する可能性があると考えた。今後、印刷物だけでなく、ホームページの事例収集と分析を行い、さらに受け手側として利用している情報源の調査、先行研究の分析と、定量的調査が必要であると考えられる。検討していきたい。

#### 【平成19年度】

#### B. 研究方法

2007年12月に徳島県医師会の全会員872人に対し調査用紙を郵送し、124人より回答を得た。回答率は14.2%であった。調査対象の85.5%が診療所であった。そのうち、64.5%は無床診療所、21.0%は有床診療所であった。調査用紙は研究事務局(東京大学医科学研究所探索医療ヒューマンネットワークシステム部門上昌広及び松村有子)にて回収し集計した。

#### C. 研究結果

調査結果を図1及び図2に示す。患者紹介において紹介元医療施設の医師が考

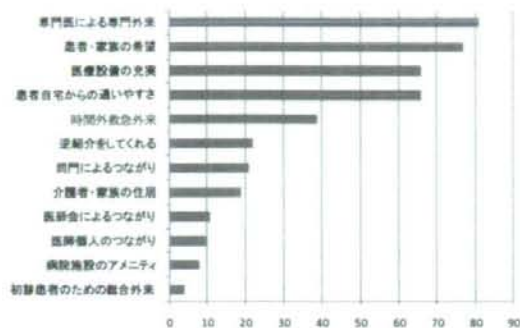


図1. 患者紹介において紹介元医療機関の医師が考慮する因子

回答は複数選択とし、実数を集計した。

慮する因子として、最も多数であったのは紹介先医療施設の専門性であった(図1)。次いで、患者・家族の希望、医療設備の充実、患者自宅からの通いやすさ、時間外救急対応の順であった。同門や医師会、医師個人といった医師間ネットワークに関する項目は概して低位置を占めた。

本調査の患者紹介における自由意見欄を図2に集約した。問題点として最も多数を占めたのは、個別の患者紹介における医療施設間の情報伝達に関する内容であった。特に、患者紹介後の治療経過等に関する連絡や、紹介の受け入れ可否に関する情報について円滑でないとの意見が多かった。

#### D. 考察

医療施設間の情報伝達に関する研究の2年目として、本年度は個別の患者紹介に着目し、主に開業医を対象とした調査を施行した。

患者紹介において医師が考慮する因子として、紹介先医療施設の専門性や患者・家族の希望が多数であったのは当然として、医師間ネットワークに関する項目が低順位であったことは注目される。この結果からは、医師会や大学医局、さらには医師個人のネットワークという何からの既に構築された情報ネットワークより、むしろ個別の紹介毎に紹介先を検討している実態が示唆された。この実態は、自由意見欄の

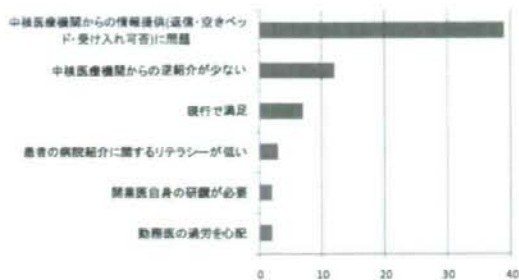


図2. 患者紹介における問題点

自由記述欄の意見を研究事務局にて検討し、図中の項目を作成しその実数を集計した。

集計(図2)においても説明される。即ち、医療施設間の情報伝達に問題意識を有する医師が多い傾向であった。また、この調査が地域医療の最前線を担う開業医を対象としていることを考慮すると、地域の医療資源について精通していることが期待される医療者自身が、地域医療資源に関する情報を不十分とし情報提供を求めており、その背景には医療情報の基盤ネットワークが欠如していることが考察される。

調査地域が限定されていることや主な対象が開業医であることは、本調査の有用性を限定する。しかし、患者紹介の多くの割合を、開業医から中核医療機関への紹介を占める(竹内賢吾氏の分担研究を参照)ことを考慮すると、実態に即した結果が得られたものと考えられる。同様な調査を他の地域においても実施したいと期待される。

本年度からの研究から、個別の患者紹介に関する情報伝達は円滑ではなく、その背景には、基盤となる情報ネットワークシステムが確立していないことが示唆された。今後、医療施設間の基盤となる情報伝達システムの構築が望まれる。

#### E. 結論

主に開業医を対象とし、個別の患者紹介に関する調査を行った。有機的に作動している医療施設間の情報ネットワークシステムが欠如し