

201118052A

厚生労働科学研究費補助金
第3次対がん総合戦略研究事業

在宅がん患者・家族を支える医療・福祉の
連携向上のためのシステム構築に関する研究
(H 2 2 - 3 次がん一般 - 0 3 7)

平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山口 建

平成24(2012)年 5月

目 次

I. 総括研究報告

在宅がん患者・家族を支える医療・福祉の 連携向上のためのシステム構築に関する研究	5
山口 建	

II. 分担研究報告

1. 静岡がんセンターを中心とした医療連携モデルに関する研究	13
山口 建	
2. がん患者の就労支援に関する研究	17
野村 和弘	
3. 在宅での看取りモデルに関する研究	19
土居 弘幸	
4. 地域多職種チームによる在宅での看取りに関する研究	25
片山 壽	
5. 地域における多職種チーム医療に関する 医療経済学的分析に関する研究	39
濃沼 信夫	
6. 患者・家族を支援する医療・社会システムに関する 情報提供に関する研究	43
山口 直人	
7. 地域で共有されるべき患者診療情報と情報処方に関する研究	47
北村 有子	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌：外国語	51
雑誌：日本語	52
書籍：日本語	53

IV. 付録

がんマップ資料	57
---------	----

I. 総括研究報告

在宅がん患者・家族を支える医療・福祉の連携向上のためのシステム構築に関する研究

研究代表者 山口 建 静岡県立静岡がんセンター 総長

【 研究要旨 】

本研究の目的の第一は、患者と家族の暮らしを守ることを重視する「がんの社会学」の視点に立って、在宅医療を受けるがん患者とその家族を支えるため、病院と地域、それぞれの多職種チーム医療をシームレスに結ぶシステム構築を目指し、地域の特色を生かしたモデル地域作りを推進することである。目的の第二は、在宅がん患者・家族を支えるためのツール作りであり、本研究では特に、患者・家族の負担が大きい外来におけるがん薬物療法を対象に、“情報処方”のコンセプトに基づく“病態別・レジメン別がん治療説明書”を作成することである。

病院と在宅とをシームレスに結ぶシステム構築にあたっては、すでに、中核都市、中小都市、過疎地という地域医療事情が異なる全国3地域で、がん患者の診療や暮らしにとって最適な医療体制・医療連携に関する研究を進めてきたが、さらに、全国のがん診療連携拠点病院を対象としたアンケート調査の結果も踏まえ、外来部門のコーディネート機能の強化が重要であるとの結論に達した。そこで、この成果をもとに、静岡がんセンターの外来部門の再構築に着手した。

静岡がんセンターでは、電子カルテによる患者情報提供を基盤として、在宅緩和ケア、訪問看護ステーション、連携歯科医師、連携薬局などが参加する地域の多職種チーム医療が開始された。ウェブサイト上で「静岡県 あなたの街の がんマップ」による医療情報の提供も進められた。

医師会主導で在宅緩和ケアを実践する尾道方式では、地域の基幹病院と医師会との間のシームレスな在宅医療活動を実践しつつ、フランスを始め、国内各地の事例との比較を行いながら日本医師会との連携を深めた。

在宅医療を受けるがん患者・家族を支援するツール作りについては、“病態別がん治療説明書”として、がんの薬物療法を受ける患者を対象とし、食事の摂取、口腔粘膜炎、脱毛、眼の症状、リンパ浮腫に関する小冊子を作成、あるいは改訂し、全国の拠点病院等に配布し、ウェブサイトでも公開した。

本年度の研究によって、病院の多職種チーム医療と地域の多職種チーム医療とをシームレスに結ぶ医療連携システムでは、外来部門のコーディネート機能が重要な要素であることが明らかになった。また、患者・家族への情報提供には“情報処方”のコンセプトに基づく患者対象の小冊子の作成が有用と考えられた。

研究分担者

山口 建	静岡県立静岡がんセンター 総長	濃沼 信夫	東北大学 大学院 医学研究科 教授
野村 和弘	独立行政法人 労働者健康福祉機構 東京労災病院 病院長	山口 直人	東京女子医科大学 医学部 教授
土居 弘幸	岡山大学 医歯薬学総合研究科 教授	山下 浩介 (故人)	社会医療法人北斗 北斗病院 部長
片山 壽	社団法人尾道市医師会 会長	北村 有子	静岡県立静岡がんセンター研究所 主任研究員

A. 研究目的

研究では、がん対策基本法の理念に基づき、がん患者と家族の暮らしを守るという「がんの社会学」の視点に立って、病院と地域、それぞれの多職種チーム医療をシームレスに結ぶシステムを構築し、そこで必要となる患者の視点を重視した情報作りを行い、全国への普及を目指している。

本年度は、医療事情が異なる地域における最善の医療提供体制の検討を進める中で、静岡がんセンターでは、電子カルテによる患者情報の提供を基盤とした地域の多職種チーム医療を推進し、さらに、全国のがん診療連携拠点病院を対象としたアンケート調査結果を含め、医療連携における外来部門のあるべき姿を確立し、静岡がんセンターの外来部門の再構築に着手した。

また、広島県尾道では、郡市医師会主導での在宅緩和ケアを実践し、世界や国内の事例との比較を試みた。

在宅がん患者・家族を支えるためのツール作りについては、“病態別・レジメン別がん治療説明書”として、がんの薬物療法を受ける患者を対象とした副作用対策に関する冊子の作成に努めた。

B. 研究方法

1) 研究方針

がん患者の診療や暮らしにとって最善な医療体制を迫る研究を進め、前年度までの成果に基づき、外来診療と病院診療とをシームレスにつなぐシステムとして、病院の多職種チーム医療と地域の多職種チーム医療とを結ぶ医療連携システム構築の実現に向けた研究を進めた。

また、入院日数の縮減など、在宅で治療される患者や家族の負担が増しているが、それを和らげるためにも、在宅がん患者・家族を支えるためのツール作りが大切となる。本研究では、“情報処方”のコンセプトに基づく、がんの薬物療法を受ける患者を対象とした副作用対策に関する冊子の作成に努めた。

2) 静岡がんセンターを中心とした医療連携モデルの推進

静岡がんセンターを拠点として、地域の多職種チームの概念を固めるために、その中心的役割を担う病院外来機能について調査を進め、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションなどを結ぶ多職種チーム診療体制の概念を

固めた。

一方、診療に必要な患者情報については、病院、各科診療所、薬局、訪問看護ステーションで共有する“多職種チーム用患者診療情報”を定め、診療情報の共有には、ウェブサイトを介した情報提供が可能な電子カルテシステムの活用を図ることとした。

3) 尾道市医師会モデルの推進と標準化

尾道市医師会においては、地域の基幹病院と医師会との間のシームレスな在宅医療活動を実践し、また、フランスを始め、国内各地の事例との比較を行いながら、日本医師会との連携を深めた。この過程では、患者満足度の高い在宅での最期の看取りについても検討を進めた。

4) がん医療における病院外来機能についての検討

がん医療における病院外来機能は、全国のがん診療連携拠点病院などについてその重要性が増している。そこで、将来の外来機能のあるべき姿について検討を進めた。

5) “病態別・レジメン別がん治療説明書”の作成

抗がん剤治療を受ける患者への、「情報処方」のコンセプトに基づく情報提供モデルとして、がん患者・家族の悩みや負担のデータベース、在宅医療に移行するための患者診療情報、各種冊子やDVDなどをもとに、新たな“病態別・レジメン別がん治療説明書”の作成を目指し、まず、がんの薬物療法のレジメン別説明書の作成に着手した。

6) がん患者の就労支援に関する研究

労災病院、産業保健推進センター、地域産業保健推進センター、がん診療連携拠点病院、ハローワークなど 86 施設を対象に、がん患者の就労に関する取り組みについて調査したアンケート結果によれば、各施設での就労支援体制が遅れている事が判明したため、その対応策についての検討を進めた。

(倫理面への配慮)

本研究においては、研究対象者に対する危険性を生じる状況は想定されていない。個人を対象としたアンケート調査が必要になった場合には、その内容に応じて「疫学研究に関する倫理指針」か「臨床研究に関する倫理指針」に沿って研究計画を作成し、研究対象者に対する不利益を避け、人権上の擁護に配慮する。その場

合、研究計画については研究実施機関の倫理審査委員会の承認を得、さらに、研究参加者の自由意思での同意を得たうえで実施する。

C. 研究結果

1) 研究方針

本年度の研究成果、アンケート調査の結果などを基に、がん患者の診療に当たる外来診療と病院診療とをシームレスに結ぶシステムのイメージを固め、静岡がんセンターの外来機能を新たに構築するための「新外来構想」に着手した。地域の多職種チーム医療についても着実な進歩が見られた。また、外来医療充実に必要な医療情報の作成も進められた。

2) 静岡がんセンターを中心とした医療連携モデルの推進

静岡がんセンターでは、すでに「静岡県 あなたの街の がんマップ」をウェブサイトで公開している。これは、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局などを地図上で示すもので、市や町が行う医療福祉サービスについての情報提供ツール「静岡県内市町医療福祉サービス情報」も含まれている。さらに、地域における多職種チーム医療の担い手として、静岡がんセンターの電子カルテを共有する医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーションも認定された。

3) 一般総合病院と医師会との連携による在宅医療の推進と評価

尾道市医師会主導の在宅緩和ケアシステムでは、フランスのネットワーク型在宅緩和ケアシステム、及び、静岡県三島市、東京都台東区・大田区、沖縄県浦添地域、山形県鶴岡市医師会における在宅緩和ケア状況の調査を行い、尾道市医師会モデルとの比較検証を行った。これらの成果をもとに、地域医師会主導型在宅緩和ケアを日本医師会在宅医療推進協議会に提案し、日本医師会としての推進を目指した。

4) がん医療における病院外来機能についての検討

全国的な調査研究、あるいは、がん診療連携拠点病院、総合病院を対象とした「外来がん看護、外来部門に関する実態調査」の成果を踏まえた結果、がん患者の診療に当たる外来診療と病院診療とをシームレスに結ぶシステムにおいては、外来部門のコーディネート機能の強化が重要であることが明らかにされた。そこで、

静岡がんセンターをモデルに“患者家族支援センター”の創設などを骨子とした外来部門の再構築を図るための「新外来構想」に着手した。

5) “病態別・レジメン別がん治療説明書”の作成

“病態別・レジメン別がん治療説明書”としては、手術後のリンパ浮腫への対処法とともに、がんの薬物療法を受ける患者が、在宅で、様々な副作用を和らげるための自主的な努力や、実際に出現した副作用に対処するための情報セットを作成し、小冊子、あるいはウェブサイトでの公開を進め、現在までに、食事の摂取、口腔粘膜炎、脱毛、眼の症状、リンパ浮腫など5セットを完成、あるいは改訂した。

6) がん患者の就労支援に関する研究

がん患者に対する就労支援については、ほとんどの職業紹介、勤労者支援施設、がんセンターで就労支援体制が遅れている事が明らかにされた。そこで、地域の経済団体と協働で、がん患者の就労を支援する仕組みを稼働させた。

D. 考察

1) 研究方針

がん患者を対象に、病院医療と在宅医療とをシームレスに連携させたシステム構築の検討を進める中で、患者・家族の居住地を問わず、地域格差の少ない病院医療、在宅医療、医療福祉サービス、情報提供、就労問題に関するアドバイスなどを可能とする医療・福祉システムの概要を明らかにすることができた。また、その実践により、現状の医療資源を活用し、患者・家族・医療者にとって満足度の高いがん医療を目指すことが可能となる。このような研究は、がん対策基本法の基本理念である“がん医療の均てん”実現のために重要である。

2) 静岡がんセンターを中心とした医療連携モデルの推進

本年度の成果として、電子カルテの共有を基盤技術とした病院と地域をシームレスにつなぐ医療連携システムのプロトタイプを完成させた。このシステムには、外来での多職種チーム医療を構成する在宅緩和ケア担当医、連携歯科医師、訪問看護ステーション、連携薬局などが参加しており、その成果は、全国の拠点病院を中心とした医療連携に応用可能である。

本研究で開発を進める手法やツールは、それぞれ単独でも、地域格差是正のために重要な役

割を果たす。患者・家族は、地域における多職種チーム医療が実践されれば、必要な医療福祉サービスに容易に到達することができる。また、地域で標準化された患者診療情報を、病院と地域の多職種チームが共有することによって、シームレスな医療連携が実現する。このことは、地域における“がん難民”の発生を抑制する。

3) 一般総合病院と医師会との連携による在宅医療の推進と評価

尾道方式で実施されている在宅緩和ケア体制では、患者満足度の高い在宅での最期の看取りが実現されている。その標準化によって、医師会主導の地域モデルとして、全国的に普及することが期待される。

なお、静岡がんセンターを中心とする地域と尾道地域は、2011年度、内閣総理大臣により地域活性化総合特区に指定された。これらのモデルを活用することによって、地域格差が少なく、効率的な病院医療、在宅医療の実践が可能になるとともに、医療による地域の活性化を目指す取り組みが可能となった。

4) がん医療における病院外来機能についての検討

従来、高度がん専門医療機関も含め、入院治療が重視され、外来機能は、主として、新規患者の診断や治療終了後の患者の診療室での経過観察の場として、あまり、その重要性が顧みられてこなかったきらいがある。

病院医療と在宅医療とをシームレスに結ぶシステムでは、外来部門が運営の中心となるという結論に基づき、静岡がんセンターでは、外来部門の再構築を進め、個別化医療に対応する病床運用や在宅療養の効率化を進めている。具体的には、在宅医療と病院をつなぐハブ機能を持つ新外来構想の実現に着手し、患者家族支援センターの設置を進めているが、その体制が普及すれば、終末期緩和ケアも含め、患者・家族の満足度の高い診療体制が実現される。

5) “病態別・レジメン別がん治療説明書”の作成

“情報処方”というコンセプトのもとに、この研究で開発される“情報提供システム”や“病態別・レジメン別がん治療説明書”は、単に、患者・家族の支援のためだけではなく、地域格差是正、シームレスな外来診療と病院診療の連携、地域における多職種チーム医療などの実践において、重要な役割を果たす。

これらの情報は、まず、がん患者に適切な情

報を提供し、患者参加型医療の推進につなげることができる。また、病院の医療スタッフや相談支援センターや地域の多職種チーム医療スタッフが、現在投与されている薬物療法のレジメンにおける副作用やその対策を熟知することによって、良質な患者ケアの実践が可能となる。すでに、一部の情報セットは、全国の拠点病院で活用され、その重要性が確認されている。

6) がん患者の就労支援に関する研究

がん患者の社会復帰につながる就労に関する取り組みについては、各施設での就労支援体制が遅れている事が判明した。その対応策について、地域の各種団体を活用する試みの中で、沼津法人会でのがん患者就労支援が開始され、地域企業による雇用が進められつつある。現在の景気低迷のもとでこれらの活動はさらに重要性を増している。

E. 結論

がん患者や家族の視点を重視した、病院の多職種チーム医療と地域の多職種チーム医療とをシームレスに結ぶ医療連携システムでは、外来部門のコーディネート機能が重要な要素であることが明らかになった。その成果をもとに、外来に患者家族支援センターを設置し、患者に寄り添う体制を作り、また、医師会を中心とした診療体制の強化を進めるなど、具体的な実践に着手した。

同時に、患者・家族への情報提供も大切であるため、“情報処方”のコンセプトに基づく患者対象の小冊子の作成を進めた。

F. 健康危険情報

患者、家族は研究対象ではなく、明らかな健康危険情報はない。

G. 研究発表

1. 論文発表 雑誌(外国語)

1. Hogberg D, Koinuma N, et al., Use of oncology drugs in Japan, compared to France, Germany, Italy, Spain, Sweden, the UK and the USA: A comparison based on data from 1999 to 2009. *Journal of Public Health & Epidemiology.*, 3:471-477, 2011.

雑誌(日本語)

1. 山口建、がんとエビデンス がんと社会学、がん看護、17:117-122、2012
2. 山口建、患者さんと家族の悩みに寄り添う、がんサポート、108:10-11、2012
3. 山口建、知っておきたい 隣接医学あれこれ がん医療① 「口腔弱者」を考える、日歯広報、1549:7、2011
4. 山口建、知っておきたい 隣接医学あれこれ がん医療② 「口腔弱者」を救う新製品、日歯広報、1556:7、2012
5. 山口建、職種協働の組織を作る すべての医療従事者の成長を促す組織体系で多職種協働を実現、Nextage、21:8-9、2011
6. 野村和弘、山口建、他、がん患者治療中・治療後の職場復帰支援に関する社会資源の調査、日職災医誌(JJOMT)、59:255-262、2011
7. 濃沼信夫、がん薬物療法と患者負担、Critical Eyes on Clinical Oncology、39:11、2011
8. 濃沼信夫、抗癌剤治療の医療経済、臨床外科、66:6-15、2011
9. 石川睦弓、北村有子、【患者の語りがケアを紡ぐ】患者・家族の支援に活かす活動 「生の声」を活かした情報支援 「Web版がんよろず相談Q&A」サイトによる情報提供、緩和ケア、21:493-495、2011
7. 濃沼信夫、他、がんの経済難民を出さないために～技術革新に伴う患者負担の増大にどう対処するか～、医療白書 2011年度版 ～少子超高齢・人口減少時代における「国民課題」としての医療問題～、日本医療企画、東京都、44-54、2011
8. 石川睦弓、山口建、北村有子、他 (「がんの社会学」に関する合同研究班)、「がんよろず相談Q&A第7集 乳がん編④、静岡がんセンター編集、2011

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の出願
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

書籍(日本語)

1. 山口建、他、リンパ浮腫の概要 上肢(腕) 編 ～リンパ浮腫を理解するために～、静岡がんセンター編集、2012
2. 山口建、他、リンパ浮腫の概要 下肢(あし) 編 ～リンパ浮腫を理解するために～、静岡がんセンター編集、2012
3. 山口建、他、抗がん剤治療と眼の症状、静岡がんセンター編集、2011
4. 山口建、他、抗がん剤治療と脱毛ー治療中の生活を少しでも快適にー 改訂版、静岡がんセンター編集、2011
5. 山口建、他、放射線治療と脱毛ー治療中の生活を少しでも快適にー 改訂版、静岡がんセンター編集、2011
6. 野村和弘、がん罹患者の復職と健康管理、産業医の手引、東京都医師会、379-389、2011

II. 分担研究報告

静岡がんセンターを中心とした医療連携モデルに関する研究

研究分担者 山口 建 静岡県立静岡がんセンター 総長

【 研究要旨 】

本研究では、がん患者と家族の暮らしを守ることを重視した「がんの社会学」の視点に立って、病院と地域、それぞれの多職種チーム医療をシームレスに結ぶシステムを構築し、そこで必要となる患者の視点を重視した情報作りを目指している。

静岡がんセンターでは、電子カルテによる患者情報提供を基盤として、在宅緩和ケア、訪問看護ステーション、連携歯科医師、連携薬局などが参加する地域の多職種チーム医療が開始された。さらに、がん診療連携拠点病院を対象としたアンケート調査の結果も踏まえ、病院と在宅医療をシームレスに結ぶ連携には、地域の多職種チーム医療の整備と病院外来部門のコーディネート機能の強化が重要であるとの結論に達した。そこで、この成果をもとに、静岡がんセンターの外来部門の再構築に着手した。

在宅医療を受けるがん患者・家族を支援するツール作りについては、“病態別がん治療説明書”として、がんの薬物療法を受ける患者を対象とし、食事の摂取、口腔粘膜炎、脱毛、眼の症状、リンパ浮腫に関する小冊子を作成、あるいは改訂し、全国の拠点病院等に配布し、ウェブサイトでも公開した。

A. 研究目的

本研究では、がん対策基本法の理念に基づき、がん患者と家族の暮らしを守るという「がんの社会学」の視点に立って、病院と地域、それぞれの多職種チーム医療をシームレスに結ぶシステムを構築し、そこで必要となる患者の視点を重視した情報作りを行い、全国への普及を目指している。

本年度は、医療事情が異なる地域における最善の医療提供体制の検討を進める中で、静岡がんセンターでは、電子カルテによる患者情報の提供を基盤とした地域の多職種チーム医療を推進し、さらに、全国のがん診療連携拠点病院を対象としたアンケート調査結果を含め、医療連携における外来部門のあるべき姿を確立し、静岡がんセンターの外来部門の再構築に着手した。

在宅がん患者・家族を支えるためのツール作りについては、“病態別・レジメン別がん治療説明書”として、がんの薬物療法を受ける患者を対象とした副作用対策に関する冊子の作成に努めた。

B. 研究方法

1) 静岡がんセンターを中心とした医療連携モデルの推進

静岡がんセンターを拠点として、地域の多職種チームの概念を固めるために、その中心的役割を担う病院外来機能について調査を進め、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションなどを結ぶ多職種チーム診療体制の概念を固めた。

一方、診療に必要な患者情報については、病院、各科診療所、薬局、訪問看護ステーションで共有する“多職種チーム用患者診療情報”を定め、診療情報の共有には、ウェブサイトを紹介した情報提供が可能な電子カルテシステムの活用を図ることとした。

2) がん医療における病院外来機能についての検討

がん医療における病院外来機能は、全国のがん診療連携拠点病院などについてその重要性が増している。そこで、将来の外来機能のあるべき姿について検討を進めた。

3) “病態別・レジメン別がん治療説明書”の作成

抗がん剤治療を受ける患者への、「情報処方」のコンセプトに基づく情報提供モデルとして、がん患者・家族の悩みや負担のデータベース、在宅医療に移行するための患者診療情報、各種冊子やDVDなどをもとに、新たな“病態別・レジメン別がん治療説明書”の作成を目指し、まず、がんの薬物療法のレジメン別説明書の作成に着手した。

(倫理面への配慮)

本研究においては、研究対象者に対する危険性を生じる状況は想定されていない。個人を対象としたアンケート調査が必要になった場合には、その内容に応じて「疫学研究に関する倫理指針」か「臨床研究に関する倫理指針」に沿って研究計画を作成し、研究対象者に対する不利益を避け、人権上の擁護に配慮する。その場合、研究計画については研究実施機関の倫理審査委員会の承認を得、さらに、研究参加者の自由意思での同意を得たうえで実施する。

C. 研究結果

1) 地域の多職種チーム医療の構築

地域の多職種チーム医療については、診療所、歯科診療所、薬局について、電子カルテを閲覧可能な連携医師、連携歯科医師、連携薬局を設置し、訪問看護ステーションも加え、患者を中心に診療に当たる地域の多職種チーム診療体制の構築が進められた。

さらに、静岡がんセンターでは、すでに「静岡県 あなたの街の がんマップ」をウェブサイトで公開している。これは、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局などを地図上で示すもので、市や町が行う医療福祉サービスについての情報提供ツール「静岡県内市町医療福祉サービス情報」も含まれている。地域の多職種チーム医療実践において、これらのツールの活用が図られた。

2) がん医療における病院外来機能についての検討

医療事情が異なる地域における最善の医療提供体制の検討やがん診療連携拠点病院、総合病院を対象とした「外来がん看護、外来部門に関する実態調査」の結果などを基に、がん患者に対する外来診療と入院診療とをシームレスに結ぶシステムにおいては、外来部門のコーデ

ィネート機能の強化が重要であると結論づけた。

そこで、静岡がんセンターをモデルに、外来部門に“患者家族支援センター”を創設することなどを骨子とした外来部門の再構築を図るための「新外来構想」に着手した。

3) “病態別・レジメン別がん治療説明書”の作成

“病態別・レジメン別がん治療説明書”としては、手術後のリンパ浮腫への対処法とともに、がんの薬物療法を受ける患者が、在宅で、様々な副作用を和らげるための自主的な努力や、実際に出現した副作用に対処するための情報セットを作成し、小冊子、あるいはウェブサイトでの公開を進め、現在までに、食事の摂取、口腔粘膜炎、脱毛、眼の症状、リンパ浮腫など5セットを完成、あるいは改訂した。

D. 考察

1) 研究の目標と意義

がん患者を対象に、病院医療と在宅医療とをシームレスに連携させたシステム構築の検討を進める中で、患者・家族の居住地を問わず、地域格差の少ない病院医療、在宅医療、医療福祉サービス、情報提供、就労問題に関するアドバイスなどを可能とする医療・福祉システムの概要を明らかにすることができた。また、その実践により、現状の医療資源を活用し、患者・家族・医療者にとって満足度の高いがん医療を目指すことが可能となる。このような研究は、がん対策基本法の基本理念である“がん医療の均てん”実現のために重要である。

2) 静岡がんセンターを中心とした医療連携モデルの推進

本年度の成果として、電子カルテの共有を基盤技術とした病院と地域をシームレスにつなぐ医療連携システムのプロトタイプを完成させた。このシステムには、外来での多職種チーム医療を構成する在宅緩和ケア担当医、連携歯科医師、訪問看護ステーション、連携薬局などが参加しており、その成果は、全国の拠点病院を中心とした医療連携に応用可能である。

本研究で開発を進める手法やツールは、それぞれ単独でも、地域格差是正のために重要な役割を果たす。患者・家族は、地域における多職種チーム医療が実践されれば、必要な医療福祉サービスに容易に到達することができる。また、

地域で標準化された患者診療情報を、病院と地域の多職種チームが共有することによって、シームレスな医療連携が実現する。このことは、地域における“がん難民”の発生を抑制する。

3) がん医療における病院外来機能についての検討

従来、高度がん専門医療機関も含め、入院治療が重視され、外来機能は、主として、新規患者の診断や治療終了後の患者の診療室での経過観察の場として、あまり、その重要性が顧みられてこなかったきらいがある。

病院医療と在宅医療とをシームレスに結ぶシステムでは、外来部門が運営の中心となるという結論に基づき、静岡がんセンターでは、外来部門の再構築を進め、個別化医療に対応する病床運用や在宅療養の効率化を進めている。具体的には、在宅医療と病院をつなぐハブ機能を持つ新外来構想の実現に着手し、患者家族支援センターの設置を進めているが、その体制が普及すれば、終末期緩和ケアも含め、患者・家族の満足度の高い診療体制が実現される。

4) “病態別・レジメン別がん治療説明書”の作成

“情報処方”というコンセプトのもとに、この研究で開発される“情報提供システム”や“病態別・レジメン別がん治療説明書”は、単に、患者・家族の支援のためだけではなく、地域格差是正、シームレスな外来診療と病院診療の連携、地域における多職種チーム医療などの実践において、重要な役割を果たす。

これらの情報は、まず、がん患者に適切な情報を提供し、患者参加型医療の推進につなげることができる。また、病院の医療スタッフや相談支援センターや地域の多職種チーム医療スタッフが、現在投与されている薬物療法のレジメンにおける副作用やその対策を熟知することによって、良質な患者ケアの実践が可能となる。すでに、一部の情報セットは、全国の拠点病院で活用され、その重要性が確認されている。

5) 地域活性化総合特区としての取り組み

本研究班の総括研究者と研究分担者とが所属する静岡がんセンターを中心とする地域と尾道地域は、2011年度、内閣総理大臣により地域活性化総合戦略特区に指定された。これらのモデルを活用することによって、地域格差が少なく、効率的な病院医療、在宅医療の実践が可能になるとともに、医療による地域の活性化を

目指す取り組みが可能となった。

E. 結論

がん患者や家族の視点を重視した、病院の多職種チーム医療と地域の多職種チーム医療とをシームレスに結ぶ医療連携システムでは、地域の多職種チーム医療の構築と外来部門のコーディネート機能の強化が重要な課題であることが明らかになった。

静岡がんセンターでは、その成果をもとに、外来に患者家族支援センターを設置することを骨子とした新外来構想に着手した。

また、その実践において、重要な役割を果たす患者・家族への情報提供のために、“情報処方”のコンセプトに基づく患者対象の小冊子の作成を進めた。

F. 健康危険情報

患者、家族は研究対象ではなく、明らかな健康危険情報はない。

G. 研究発表

1. 論文発表

雑誌(日本語)

- ①. 山口建、がんとエビデンス がんと社会学、がん看護、17:117-122、2012
- ②. 山口建、患者さんと家族の悩みに寄り添う、がんサポート、108:10-11、2012
- ③. 山口建、知っておきたい 隣接医学あれこれ がん医療① 「口腔弱者」を考える、日歯広報、1549:7、2011
- ④. 山口建、知っておきたい 隣接医学あれこれ がん医療② 「口腔弱者」を救う新製品、日歯広報、1556:7、2012
- ⑤. 山口建、職種協働の組織を作る すべての医療従事者の成長を促す組織体系で多職種協働を実現、Nextage、21:8-9、2011
- ⑥. 野村和弘、山口建、他、がん患者治療中・治療後の職場復帰支援に関する社会資源の調査、日職災医誌(JJOMT)、59:255-262、2011

書籍(日本語)

- ①. 山口建、他、リンパ浮腫の概要 上肢(腕)編 ～リンパ浮腫を理解するために～、静岡がんセンター編集、2012

- ②. 山口建、他、リンパ浮腫の概要 下肢(あし)編 ～リンパ浮腫を理解するために～、静岡がんセンター編集、2012
- ③. 山口建、他、抗がん剤治療と眼の症状、静岡がんセンター編集、2011
- ④. 山口建、他、抗がん剤治療と脱毛ー治療中の生活を少しでも快適にー 改訂版、静岡がんセンター編集、2011
- ⑤. 山口建、他、放射線治療と脱毛ー治療中の生活を少しでも快適にー 改訂版、静岡がんセンター編集、2011
- ⑥. 石川睦弓、山口建、北村有子、他(「がんの社会学」に関する合同研究班)、「がんよろず相談Q&A第7集 乳がん編④」、静岡がんセンター編集、2011

H. 知的財産権の出願・登録状況

- 1. 特許の取得
なし
- 2. 実用新案登録
なし
- 3. その他
なし

がん患者の就労支援に関する研究

研究分担者 野村 和弘 独立行政法人労働者健康福祉機構 東京労災病院 院長

【研究要旨】

がん生存者の約30%が離職する実態が把握されている。彼等は、身体的、精神的弱者であるにもかかわらず職業復帰への支援は一般健康者と同様の手続きと選抜によらなければならない。その為、身体的・精神的就労弱者とされている。昨年度はこの現実を再認識する意味で就労社会資源について各事業所にアンケートを行い、殆どの職業紹介、勤労者支援施設、がんセンターでは就労支援体制が遅れている事が掘めた。今後、どう解決するかが両立支援研究に期待される事であるが、その端緒として今年度は療養中および職場に復帰した後も自身の診療データを常時携帯し、職場の産業医、地域医師と相談できるアプリケーション (PHR: personal health record) の開発を進めた。具体的には、USBメモリに診療データを保管することが可能なアプリケーションツールを開発するにあたり、診療データの内容を検討する。

A. 研究目的

がん生存者のがん再発に関する精神的な不安は、社会復帰に向けての様々な活動に影響を及ぼしており、現状ではまだまだ社会復帰に向けての活動や復帰後の生活向上を支援することがまだまだ難しいことが調査・分析によってわかった。今後、どう解決するかが両立支援研究に期待される事であるが、その端緒として今年度は療養中および職場に復帰した後も自身の診療データを常時携帯し、職場の産業医、地域医師と相談できるアプリケーション (PHR: personal health record) の開発を進めた。具体的には、USBメモリに診療データを保管することが可能なアプリケーションツール (PHR: personal health record) を開発するにあたり、診療データの内容を検討する。

B. 研究方法

【研究のための研究協力者】

- 1 研究主任 東京労災病院 院長 野村 和弘
- 2 東京労災病院 脳神経外科部長 氏家 弘
- 3 東京労災病院
職場復帰・両立支援研究センター
主任研究員 門山 茂

常時携帯を可能とし、ある程度の医師の診断を可能とする様な診療データについて、どのような情報を保管すべきかの検討を行った。

(倫理面への配慮)

個人情報、暗号化して保管する。
暗号化方式としては、AES 暗号化方式を採用する。鍵長は256ビット以上とする。

C. 研究結果

検討の結果、以下の情報を保管することとした。

※個人情報

患者の個人情報を暗号化して保存する。

※診療情報

患者が診療を受けた内容を保存する。

※診断画像情報

患者が画像診断を受けた内容を保存する。

※検査情報

患者が検査を受けた内容を保存する。

1. 個人情報

個人情報は以下の項目を保管する。

- ・氏名
- ・住所
- ・電話番号
- ・誕生日
- ・血液型

2. 診療日記

診療情報は以下の項目を保管する。

- ・診療日
- ・診療病院
- ・診療科目

- ・診断名
- ・処方箋

3. 診断画像情報

診断画像情報は、以下の項目を保管する。

- ・CT画像
- ・MR画像
- ・X線画像

4. 検査情報

検査情報は、以下の項目を保管する。

- ・血液学検査
- ・生化学検査
- ・免疫学検査
- ・細菌学検査
- ・バイタルデータ

D. 考察

今後、地方自治体の支援だけではなく、患者が勤務する産業医、および患者自身、そして患者家族ともネットを通じた新たな診療形態を築くと、今回我々が開発したPHRはさらに威力を発揮すると考えられた。

E. 結論

今回開発したPHRを実際に病院、医院、患者さんに利用していただいた結果、PHRの積極的な利用のためには、internet hospitalの設立が必要だと考えた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

雑誌(日本語)

- ① 野村和弘、門山茂、石川睦弓、山口建、がん患者治療中・治療後の職場復帰支援に関する社会資源の調査、日職災医誌(JJOMT)、59(5):255-262、2011
- ② 野村和弘、がん罹患者の復職と健康管理、産業医の手引(第8版)、東京都医師会、東京都、379-389、2011

2. 学会発表

- ① 野村和弘、東京労災病院の役割と中小企業への期待—東京労災病院からの地域連携メッセージ—、第15回おおた工業フェア、医工連携セミナー(大田区産業プラザ)、講演、2011.2.3、東京
- ② 野村和弘、期待される勤労者医療、第59回日本職業・災害学会学術大会、教育講演Ⅲ(講演)、2011.11.12、東京

- ③ 門山茂、野村和弘、嶋田紘、がん罹患勤労者を巡る意見、勤務医、産業医、企業のアンケート調査より、第59回日本職業・災害学会学術大会、労災疾病等13分野等医学研究報告、2011.11.12、東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

在宅での看取りモデルに関する研究

研究分担者 土居 弘幸 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 教授

【研究要旨】

住み慣れた居宅での看取りは、多くの地域住民が希望していることは各種調査で明らかとなり、国も在宅医療を推進し居宅系サービスの充実を図っている。しかしながら、現行制度が患者の視点に立ち、満足な看取りシステムとなっているかを地域ベースで検証した研究は見受けられない。

今回、我々は、地方都市の在宅療養支援診療所の活動実績をもとに調査した結果、一般的に在宅の看取りが困難とされるADL低下群が、逆に在宅死につながりやすいことが明らかとなった。この結果により、癌患者が「最期を自宅で迎えたい」と患者・家族が希望するならば、ADLが高度に低下した患者であっても、現行制度において「在宅死」を増やすことが可能であるといえる。医療関係者の認識さえ変わるならば、患者の希望に応える看取りシステムの構築は可能である

A. 研究目的

介護保険制度が導入され、在宅医療も診療報酬で加算されるなど在宅での看取りを支える社会システムが構築されつつある。しかしながら、在宅療養支援診療所が1万か所に増えながらも、在宅死の数は一向増えず頭打ちとなっている。在宅での看取りモデルシステムを構築するに当たり、制度上の問題点及び医療技術的な課題、患者家族の課題を明らかにするため、居宅系サービスが整っている地方中核都市における在宅療養支援診療所の活動をカルテと患者家族へのアンケート調査により評価した。

B. 研究方法

【研究実施医療機関】

人口約40万人の地方中核市における無床診療所が行っている訪問診療サービスを受けている患者を対象に在宅看取りの課題抽出を把握するためアンケートによる調査を行った。

当該医院は、常勤医師2名の無床診療所で、平日と土曜の午前を外来診療、平日の午後を訪問診療に充て、24時間365日対応している「在宅療養支援診療所」の指定を受けている。2007年7月1日から1年間の在宅看取り数が22名である。全国で年間20名以上自宅で看取った医療機関が全在宅療養診療所の約2%に過ぎないことから、同医院は積極的に在宅での看取りを行っている医療機関であることが分かる。

【研究デザイン】

本研究のデザインは、後ろ向きコホート研究。

【研究対象者】

対象は2006年4月1日から2011年3月31日までに訪問診療を開始された患者で229名。この内81名は自宅ではなく施設への訪問診療のため除外された。合計148名が今回の研究解析対象者とした。

【患者登録と訪問診療日数】

訪問診療開始日を登録日とした。対象者は2011年3月31日まで追跡された。アウトカムは在宅死の発生で、同時に観察終了とし、その期間を訪問診療日数とした。また、入院や入所、転医などで自宅への訪問診療が終了となった場合や観察期間終了日まで訪問診療が継続した場合には、その時点で打ち切り症例とし、そこまでを訪問診療日数とした。なお、いったん打ち切り症例となった患者でも、退院等で自宅への訪問診療を再開した場合、打ち切り前の訪問診療日数に再開日からの日数を加え、訪問診療日数とし、アウトカムの発生状況を評価した。

【独立変数】

独立変数は、訪問診療開始時のADLの状態で、介護保険の介護度判定に用いられ、世界的に用いられるFunctional Independence Measure (FIM)と高い相関があるとも言われる「障害高齢者の日常生活自立度」²⁰⁾(表1)に従い、ランクCに分類される患者を「ADL高度低下」とし、それ以外を「ADL非高度低下」とした。なお、

ランクCは「寝たきり状態」を表す。

先行文献等⁴⁾⁻¹⁸⁾を考慮し、在宅死の成立に影響を及ぼす可能性のある因子、すなわち、在宅死(看取り)の意思の有無、患者年齢、癌の有無、認知症の有無、介護可能な配偶者の有無を独立変数として加えた。

患者年齢は訪問診療開始時の満年齢で表し、75歳以上と75歳未満の2群に分類した。

認知症の有無は、介護保険の介護度判定に用いられ、Mini Mental State Examination(MMSE)と強い関連を認めるといわれる「認知症高齢者の日常生活自立度」²¹⁾(表2)に従い、介護を必要とする認知症を有するランクIII、IV、Mに分類される患者を「認知症あり」とし、それ以外を「認知症なし」とした。

アウトカムデータとして、各群の在宅死総数と入院等で訪問診療を中断再開後に在宅死を迎えた数、打ち切り者の数、訪問診療継続、終了者の数、そのうちわけ等を示した。各変数についての情報は、患者カルテより入手した。

【解析方法】

対象患者をADL高度低下群とADL非高度低下群の二群に分けた。各群について、患者背景として、各変数の記述統計を行った。

次に、在宅死成立因子と考えられる変数を独立変数とし、在宅死の発生を従属変数、訪問診療期間を時間情報として、それぞれの変数をCox比例ハザードモデルに投入して在宅死発生に対する粗ハザード比と95%信頼区間を求めた。これらの変数を全て、Cox比例ハザードモデルに投入して、在宅死発生に対する各独立変数の調整ハザード比と95%信頼区間を求めた。

(倫理面への配慮)

岡山大学倫理委員会の承認を得、実施した。

C. 研究結果

サブグループ解析

癌の有無は、在宅死成立因子として報告され、大きな影響を与えていることが予想されたため、サブグループ解析を行った。

癌患者と非癌患者によりグループ分けし、それぞれのグループで各変数をCox比例ハザードモデルに投入し、同様に在宅死発生に対する各変数の調整ハザード比と95%信頼区間を求めた。

また、「ADLが低下して死を迎えやすく在宅死しやすい」のは当然という考えもあり、在宅死だけでなく、施設死をアウトカムとした分析も併せて行った。

統計ソフトは、EpiInfo Version3.5.5を使用した。ハザード比は95%信頼区間で示し、1.0を挟まない場合を統計学的に有意差ありとした。

Results

記述的データ(表3)

148名の解析対象者の特徴を主変数であるADL高度低下群(59名)とADL非高度低下群(89名)の二群に分けて示す。ADL高度低下群には「在宅死(看取り)の意向」や認知症の患者割合が高かった。これに対しADL非高度低下群では生存期間も反映して明らかに往診期間が長期に渡っていた。

アウトカムデータ(表4)

解析対象者148名中、期間中、アウトカムである「在宅死」となった対象者は54名(36.5%)。このうち、ADL高度低下群で32名(54.2%)、ADL非高度低下群で22名(24.7%)であった。尚、入院等で定期訪問を一旦中止し、退院再開後、在宅死を迎えた患者は、ADL高度低下群で3/32(9.4%)、ADL非高度低下群で6/22名(27.3%)であった。

打ち切り症例は、148名中94名(63.5%)であるが、このうちADL高度低下群が27名(45.8%)、非高度低下群が67名(75.3%)であった。内訳はADL高度低下群では、観察終了日に訪問診療継続中が10名(37.0%)、病院死亡7名(25.9%)、入所7名(25.9%)、入院中1名(3.7%)、転医等2(7.4%)であった。非高度低下群では、観察終了日に訪問診療継続中が23名(34.3%)、病院死亡19名(28.4%)、入所13名(19.4%)、入院中5名(7.5%)、入院後入所が2名(3.0%)、転医等が5名(7.5%)であった。

単変量解析(表5)

「ADL高度低下」に対する「在宅死発生」の粗ハザード比は2.99で95%信頼区間は1.73-5.17と統計学的に有意な上昇を示していた。表のとおり、「癌」、「介護可能な配偶者」、「在宅死(看取り)の意思」が統計学的に有意な上昇を示していた。

多変量解析(表5)

上記変数を全てCox比例ハザードモデルに投入し多変量解析を行った。「ADL高度低下」の調整ハザード比は4.42で95%信頼区間は2.41-8.09、と統計学的に有意であった。また、「癌」の調整ハザード比が9.70、95%信頼区間4.71-20.0、「在宅死(看取り)の意思」の調整ハザード比が2.70、95%信頼区間1.49-4.90と

それぞれ統計学的に有意な上昇を示していた。一方、「介護可能な配偶者」の調整ハザード比は 1.71 で 95%信頼区間は 0.91-3.22 と、統計学的に有意差はなかった。

施設死(病院死を含む)アウトカムにした解析(表 6)

施設(病院を含む)死亡を従属変数とし、同様の独立変数を Cox 比例ハザードモデルに投入し多変量解析した。在宅死と異なり、「ADL 高度低下」の調整ハザード比は 1.53 で 95%信頼区間は 0.65-3.62 で統計学的に有意差はなかった。そして、「癌」の調整ハザード比は 9.81、95%信頼区間 4.46-21.6 と統計学的に有意な上昇を認めた。また、「在宅死(看取り)の意思」は調整ハザード比が 0.16、95%信頼区間 0.06-0.47、「認知症あり」の調整ハザード比、0.41、95%信頼区間が 0.18-0.91 と統計学的に有意な低下を示していた。

サブグループ解析

「癌」という因子が「在宅死」の成立に強い影響を与えることが示されたため、癌の有無により 2 つにグループを分けた。各グループで各変数を投入し、在宅死に対する調整ハザード比を求めた。

癌群(表 7-1)

「癌あり」のグループでは、「ADL 高度低下」の調整ハザード比が 5.64、95%信頼区間 2.47-12.91 であった。また、「介護可能な配偶者」の調整ハザード比が 2.90、95%信頼区間 1.22-6.89、「在宅死(看取り)の意思」の調整ハザード比が 3.27、95%信頼区間 1.43-7.51 と、統計学的に有意な上昇を示していた。

非癌群(表 7-2)

「癌なし」グループでは、「ADL 高度低下」の調整ハザード比が 11.96、95%信頼区間 3.39-42.15 であった。また、「年齢(75 歳以上)」の調整ハザード比が 9.34、95%信頼区間 1.49-58.53 と、統計学的に有意な上昇を示していた。

表 3 研究対象者の背景

項目	ADL 高度低下群 n=59	ADL 非高度低下群 n=89
年齢(歳)	79.97±12.81	77.82±11.90
75 歳以上(人)	39(66.1%)	64(71.9%)
未満(人)	20(33.9%)	25(28.1%)
性別(人)	男性 25(42.4%) 女性 34(57.6%)	男性 47(52.8%) 女性 48(47.2%)
介護可能な配偶者の有無(人)	あり 26(44.1%) なし 33(55.9%)	あり 31(34.8%) なし 58(65.2%)
癌の有無(人)	あり 20(33.9%) なし 39(66.1%)	あり 38(42.7%) なし 51(57.3%)
認知症有無(人)	あり 37(62.7%) なし 22(37.3%)	あり 30(33.7%) なし 59(66.3%)
在宅死(看取り)の意向の有無(人)	あり 32(54.2%) なし 27(45.8%)	あり 32(36.0%) なし 57(64.0%)
訪問診療期間(日)	第 1 四分位 17 中央値 66 第 3 四分位 268 (1-1665)	第 1 四分位 32 中央値 159 第 3 四分位 729 (2-1677)

表 4 アウトカムデータ

	ADL 高度低下群 (n=59)	ADL 非高度低下群 (n=89)
・在宅死	32/59(54.2%)	22/89(24.7%)
うち在宅再開後在宅死 3/32 名		うち在宅再開後在宅死 6/22 名
・打ち切り	27/59(45.8%)	67/89(75.3%)
訪問診療継続中	10/27(37.0%)	23/67(34.3%)
訪問診療終了	17/27(63%)	44/67(65.7%)
病院死亡	7(41.1%)	19(43.2%)
入所	7(41.1%)	13(29.5%)
入院中	1(5.9%)	5(11.4%)
入院後入所	0	2(4.5%)
転医等	2(11.8%)	5(11.4)

表 5 各変数のアウトカム発生に対するハザード比

変数	単変量解析			多変量解析		
	粗ハザード比	95%信頼区間	P 値	調整ハザード比	95%信頼区間	P 値
ADL	<u>2.99</u>	<u>1.73-5.17</u>	<u>0.000</u> 1	<u>4.42</u>	<u>2.41-8.09</u>	<u>0.0</u>
癌	<u>7.60</u>	<u>4.21-13.73</u>	<u>0.00</u>	<u>9.70</u>	<u>4.71-20.0</u>	<u>0.0</u>
認知症	1.19	0.70-2.03	0.52	0.93	0.52-1.65	0.80
介護可能な配偶者	<u>2.76</u>	<u>1.61-4.74</u>	<u>0.00</u>	1.71	0.91-3.22	0.10
在宅死(看取り)の意思	<u>3.19</u>	<u>1.80-5.68</u>	<u>0.00</u>	<u>2.70</u>	<u>1.49-4.90</u>	<u>0.00</u>
年齢	0.90	0.50-1.62	0.73	1.26	0.65-2.47	0.50

表 6 施設死(病院死を含む)をアウトカムとした解析

	調整ハザード比	95%信頼区間	P 値
ADL 高度低下	1.53	0.65-3.62	0.33
癌	<u>9.81</u>	<u>4.46-21.61</u>	<u>0.00</u>
認知症	<u>0.41</u>	<u>0.18-0.91</u>	<u>0.03</u>
介護可能な配偶者	1.40	0.64-3.02	0.40
在宅死(看取り)の意思	<u>0.16</u>	<u>0.06-0.47</u>	<u>0.0008</u>
年齢	1.51	0.70-3.23	0.29

表 7-1 サブグループ解析 癌群

	調整ハザード比	95%信頼区間	P 値
ADL 高度低下	<u>5.64</u>	<u>2.47-12.91</u>	<u>0.0</u>
認知症	0.77	0.36-1.68	0.52
介護可能な配偶者の有無	<u>2.90</u>	<u>1.22-6.89</u>	<u>0.02</u>
在宅死(看取り)の意思	<u>3.27</u>	<u>1.43-7.51</u>	<u>0.01</u>
年齢	0.51	0.23-1.11	0.09

表 7-2 サブグループ解析 非癌群

	調整ハザード比	95%信頼区間	P 値
ADL 高度低下	<u>11.96</u>	<u>3.39-42.15</u>	<u>0.00</u>
認知症	1.41	0.50-4.03	0.52
介護可能な配偶者	0.57	0.11-2.85	0.49
在宅死(看取り)の意思	1.43	0.53-3.89	0.48
年齢	<u>9.34</u>	<u>1.49-58.53</u>	<u>0.02</u>

D. 考察

本邦において在宅死の成立因子に関する報告は少ない。在宅療養支援診療所のデータを用いた報告でも、ADL 低下と在宅死の関連は指摘されていない。本研究の目的は在宅療養支援診療所のデータを用いて、在宅医療開始時の ADL 低下群が在宅死につながりやすいかどうかを検証することであったが、今回の結果からは訪問診療開始時の ADL 低下群ほど在宅死につながりやすいことが分かった。この結果は、癌、在宅死の意向、認知症、介護可能な配偶者などの既知の在宅死成立因子の影響を調整しても有意であった。

癌の有無で二群に分けたサブグループ解析では、ADL 低下と在宅死のつながりは非癌群ほど強い傾向がみられた。癌の末期の患者に対する在宅医療が進められているなか、非癌で寝たきりの患者を在宅で看取ることが可能であることを示す結果と考えられた。

また、その他の在宅死成立因子としては、多変量解析の結果、「癌」、「在宅死(看取り)の意思」が有意な因子であった。これらは、過去の文献と同様であった。

研究の限界

今回のデータは、一在宅療養支援診療所の 5 年間のデータを使用し、脱落者もなく追跡できている。ただし、在宅死成立因子を全て網羅しているわけではなく、海外では「入院ベッドの利用しやすさ」や「高収入」といった因子も挙げられている。交絡因子となり得るが、今回の検討には加えていない。

対象医療機関は中核市に存在し、介護医療資源が比較的利用しやすい地域であり、利用しづらければ、在宅死も困難になりうる。在宅医療を取り巻く環境が充実していない地域のデータが加われば、ADL と在宅死の関連も異なる可

能性があり得る。

また、対象医療機関は、午前中を外来診療、午後を訪問診療に充てる型の診療形態で、多くの診療所がこの形態と思われる。多数ではないが、訪問診療専門の診療所も存在し、こういった形態の診療所は在宅死の割合も異なることが予想され、結果が異なる可能性もある。在宅療養支援診療所のデータを使った在宅死成立因子の2編の先行論文はどちらも訪問診療専門医療機関であった。そして、内容は、本論文と異なり、ADLを検討要因に加えていない論文と在宅死とADLとの関連を認めないとする論文であった。訪問診療専門機関のデータを加えればADLと在宅死の関連も変化する可能性がある。

「ADLの高度に低下している在宅患者がそうでない在宅患者より死亡しやすく、在宅死しやすいということは当然」という指摘はあり得る。しかし、施設死(病院死を含む)をアウトカムとして、同様の条件及び変数で解析したところ、「ADL高度低下」と施設死に関連は認められなかった。このことは、ADLが高度に低下して在宅医療を開始した患者は、「自宅」という場所で看取られやすいという結論を支持する結果と考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

現時点ではない

2. 学会発表

日本老年医学会総会で発表予定