

地域多職種チームによる在宅での看取りに関する研究

研究分担者 片山 壽 社団法人 尾道医師会 会長
(岡山大学医学部臨床教授、片山医院 院長)

【 研究要旨 】

推計では2040年に年間総死亡者数が約160万人になり、将来は超高齢社会とともに「2人に1人はがんで亡くなる」ことが示されている。尾道市の平成24年2月末現在、高齢化率30.71%で、高齢がん患者の数は急増している現状がある。高齢者のがんは比較的に自覚症状が少なく多くは診断時には進行していて手術不能で化学療法に耐えられないにも関わらず、病院側の様な治療により副作用で苦しむ患者も多く、緩和ケアへの説明と介入が遅れている。早期に判断して、段階的なICを丁寧に行い、家族とのコミュニケーションからend-of-life-careについての希望を勘案するべきである。

ここでの病院主治医と在宅主治医のコミュニケーションに基づく在宅緩和ケアへの移行を含めた可能性を示さねばご本人も家族も在宅での豊かな死について、選択する機会を失ってしまう。

この「高齢がん多死時代」に対して世界一の高齢国家が社会保障の最重要ポイントとしての政策技術・給付体系の改革と、それに対応できる在宅主治医の在宅緩和ケアチームや、重度者の在宅End of life care (終末期ケア)の地域統合的なシステム化が重要である。

また、この課題は医療システムの整備とともに、同一方向の社会システムの整備に向けた「望む最期・豊かな死」に関しての国民的議論を誘発するメディアの良識が不可欠である。

それには社会保障の最重要課題をend of life careの全年齢給付に絞り込み、介護保険はがんを含んだend of life care給付で医療保険との互換性に配慮し、フランスのような看取り休暇の制度化や多様な支援的給付などの抜本的な見直し、この問題を後押しせねばならない。

がん終末期の患者、cancer survivorの支援が国民的議論としてEnd of life careの本質論に至ったときに、このシステム構築の研究は、福祉の原点回帰も含め、「共助・互助」の新・地域ケアの創生につながり、近未来の超高齢国家のあるべき姿を明確にして、方向性を示す波及効果を内包している。

A. 研究目的

1. 全国の医師会単位での在宅医療への取り組みを複数方向から取材することで、在宅主治医のモチベーションと地域医療連携の現状から在宅緩和ケアのシステム化を阻害している課題を分析し、継続的な研修と介入によりend-of-life-careの理解から在宅チーム医療への対応力の向上を試みる。
(三島市医師会・那覇市医師会)
2. End of life careの概念を導入することにより「がんになっても」「がんになったからこそ」自分の人生の最期を意義ある時にする人生設計と理解が進み、がん生存者(cancer survivor)の最重要メッセージを国民が認識するために必要な手法を開発。
3. フランスのように日本においても緩和ケア、
4. 看取り休暇を法制化(1999年6月9日法：緩和ケアを必要とするすべての患者にその権利を認めた法律。終末期家族看取り休暇を規定、その後、レオネット法2005)する政策の動きをつくるために必要な法制化の手順(2002年のコンシュネール法)などと、対応する医療政策・給付の方向性と現場の解離がないか、フランスの現場取材をもとに検証する。
5. 日本で高いQOD(quality of death)を実現するend of life careという認識を醸成することで国民的議論を構築する、家で豊かな死を希望するがん患者と家族政策の検討(フランスの終末期家族の看取り休暇手当て規定)を行う。
5. 在宅緩和ケアの重要性を地域医療の再編チーム化、地域医療連携の推進手法として最

- 上位に位置づける。
6. 在宅緩和ケアはチーム医療であり多職種協働 (multidisciplinary care) で、end of life care の患者と家族を支援するゴールが「豊かな死」と設定すべき。
 7. 在宅医療が非がん患者のチーム医療においても重症管理を訪問看護とともに可能にする技術レベルに達していることが同時進行的に行えねばならないので、従来になく在宅チーム医療研修を新設する。
(拠点整備に並行)
 8. がん患者を治療する拠点病院医師 (病院主治医) が適切なインフォームドコンセントを行った上で地域の在宅主治医と連携し、患者の家に帰りたい希望を実現させる在宅緩和ケア移行退院前カンファレンスの効果を検証して、DPC 項目や制度・給付体系に適応する。(IC~end-of-life-care 書式の電子化を含む)
 9. 家族が end of life care の理解とともに家族の絆を確認する安楽な看取りを希望する意向を在宅主治医と双方向に確認できる文書を考案する。
 10. 在宅緩和ケアにおいて経済的理由で看取りが行えない低所得者に留意した政策を次期改定で介護保険と在宅医療を合わせた end of life care 給付を創設する。
 11. あくまで日本全国どこにでも普及可能な実践モデルを示すために、統合的医療連携サービス提供体制の整備と、独居患者など困難な環境に対応するフレキシブルな在宅での看取りの「場」の実践を合わせて研究する。(小規模多機能型居宅介護など)
 12. 超高齢化、認知症の急増、家族問題など含め、end of life care に向けての成年後見制度以外の意思表示 (希望) を確認する文書 (仏の事前指示書など) の法制化。
 13. フランスとの比較研究が継続できるので、Social science の切り口からと Primary care 領域に及んだ意見交換を行う。モントリオールはマクギル大学との交換取材をパリのクロード教授が提案してくれているので、日本の医療の特徴を生かした開業医のチーム医療と地域医療連携を再認識する。
 14. 地域の拠点病院、がんセンターの地域医療連携機能を直接取材・評価して、自宅でのがん患者の看取りについての配慮の実態と関与する職種の機能と能力を分析する。

B. 研究方法

1. 尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムを

体験した家族から「豊かな死」の客観評価を行い、がん患者を自宅での在宅緩和ケアで看取った家族の体験から本音をシンポジウムで語ってもらい、この市民講座の連続開催で市民的議論を誘発する。

「豊かな死」を迎えるための市民公開講座

がんでも自宅での最期が実現できる在宅緩和ケアの理解に向けて

尾道市の高齢化率は 30.47% となり、高齢の末期がん患者さんが増えています。尾道市医師会では JA 尾道総合病院・尾道市立市民病院・公立みつぎ総合病院と連携した在宅医療の体制を整備して「在宅緩和ケア」のシステム化を進めています。

今回は実際に家族を看取った人の体験談を交えて「豊かな死」について語り合う講座とセミシンポジウムを企画しました。

日時 平成 24 年 2 月 4 日 (土曜日)

13:30~16:00

場所 尾道国際ホテル 2 階「慶安の間」

基調講演

演題 **在宅緩和ケアチームが叶える「豊かな死」**

講師 岡山大学医学部臨床教授

片山医院 片山 壽

座長 中国新聞社客員論説委員

山内 雅弥

シンポジウム

1. ご主人を看取った経験から

安田 良華さん

(サポート：在宅主治医・片山 壽・

コメンテーターを兼ねる)

2. 在宅緩和ケアと訪問看護ステーション

尾道市医師会訪問看護ステーション

管理者 三藤 浩子

3. がん診療連携拠点病院の主治医に必要なこと

JA 尾道総合病院緩和ケアチーム

石川 哲大

指定発言 肺がんの父の希望を叶えるために在宅緩和ケアで看取った満足

尾道市職員 (学校教育課) 壺岐 悦子さん

主催 広島県地域保健対策協議会・

地域ケア促進専門委員会 尾道市医師会

.....

広島県地域保健対策協議会・地域ケア促進専門委員会は片山が 2000 年から委員長を務めているが、20 を超える委員会の中で委員長が広島大学医学部以外はこの委員会のみであり、在宅

医療推進を基軸にした地域ケア体制の構築を県行政と協働して1996年から行っている。構成メンバーは県医師会、地域医師会8か所の担当理事、看護協会、広島大学、県立大学、県歯科医師会、社会福祉協議会、保健所、県医療対策課、健康福祉局で構成して、事務局は県医師会である。当委員会では毎年のテーマの決定を行い、県内4か所でシンポジウムを開催する地域医師会を選定し、予算補助を行う。

最近では連続して、在宅緩和ケア、がん患者とend-of-life-care、地域医療連携をテーマとして、県内未整備地域を中心に開催している。

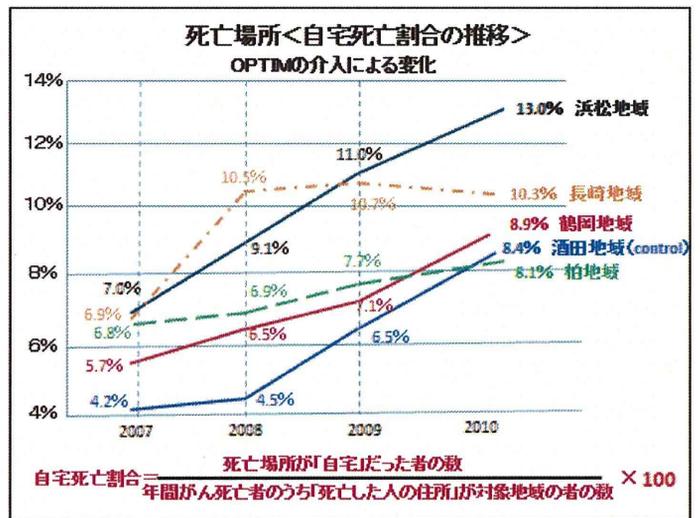
今年度は昨年の鎌田實先生との市民公開講座・シンポジウムに続いての企画であったが、今回は、市民から大きな反響があり、聴講されたがん患者(Cancer survivor)の方が渡辺貞夫のコンサートを3月8日に中田美術館で開催することにつながり、この方が冒頭の挨拶でがん患者であることに触れられた。この美術館の創設者は片山が在宅緩和ケアで自宅看取りを行った。

2012年度の日本緩和医療学会総会にも、安田さんと片山でパネリストを務め、医療費負担の誤解を解消も含めた在宅緩和ケアの真実を訴えて国民的議論の誘発を行う。

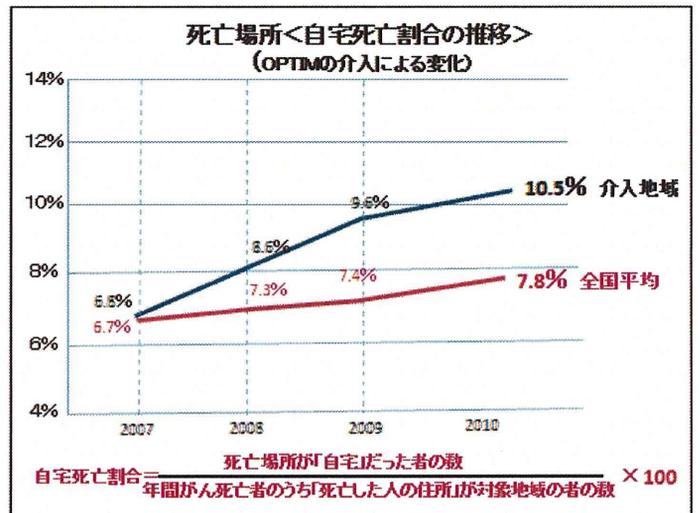
緩和ケア、豊かな死をテーマとした市民公開講座で共同研究者の土居弘幸教授と岡山大学緩和医療学松岡教授と共同開催している。

2. 全国の特徴的な活動を行っている地域医師グループや地域医師会の取材を行い、在宅緩和ケアへの取り組みの多様性と困難な状況を研究して医師会単位でのユニット構成の可能性を検証する。

(1) OPTIM に未整備地域として参加した鶴岡地区医師会の中目千之会長を2011年12月10日、11日訪問取材を行い2日に及ぶ議論を行い、在宅緩和ケアへの取り組みとIDリンクによる多職種の情報共有システムを実際に見聞した。



このグラフにある4か所以外に非介入地域として鶴岡の北に隣接する酒田地区医師会が、鶴岡の伸びに伴って8.4%までキャッチアップしている点が興味深い。



～ 医歯薬学総合研究科公開セミナー ～
高齢者・在宅・緩和医療コース

“癒し、癒されて”
幸せな死を看取りたい

人間だれもが避けては通れない「死」。私たちは、どのように臨むのか。医療再生の視点から、地域における「幸せな看取り」を考える。

かたやま ひさし

特別講師: **片山 壽 先生 尾道市医師会会長**



昭和24年生まれの団塊の世代。生家は片山医院(110年前に開業)。昭和59年、祖父・菊松氏、父・健次氏と続く片山医院の三代目院長を継ぐ。平成12年、尾道医師会会長就任後、第三の医療と謳われる在宅医療を、尾道市全域に医師会総力をあげて推進している。厚生労働省歴代幹部らが足しあぐ通い、「尾道方式」に学びつつ医療政策を展開してきた。今や、米國、フランスの医療界も注目する地域医療の真のリーダーである。平成20年から岡山大学医学部臨床教授。

日時: 2012年 **1月28日** (土) 15時30分～17時30分

場所: 岡山大学 医学部 臨床第一講義室

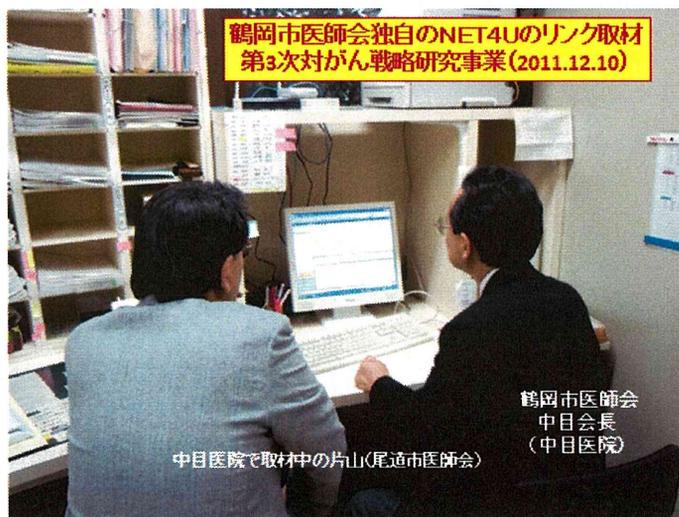


入場無料

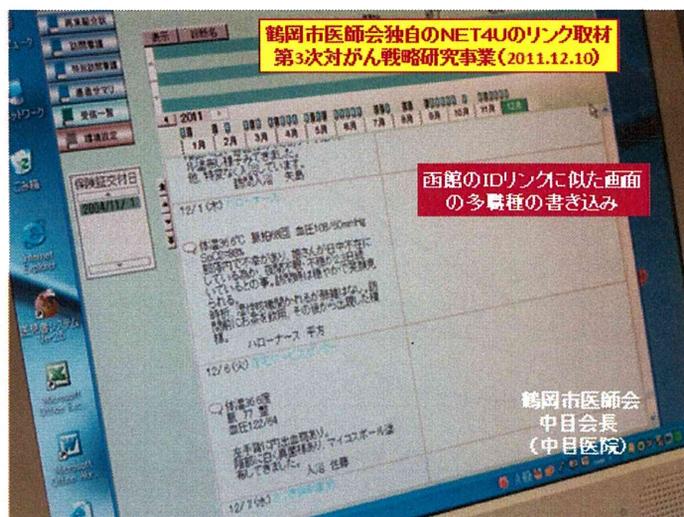
【主催】
 岡山大学大学院
 医歯薬学総合研究科

【問合せ先】
 医歯薬学総合研究科
 疫学・衛生学分野: 岡、矢部
 TEL: 086-235-7173

これは岡山大学附属病院で、片山の大学院講義を拡大して、3年連続して開催している在宅



(中目医院での NET 4 U と在宅医療・在宅緩和ケアの事例取材風景)



左) 在宅での多職種の書き込みがある NET 4 U 画面

右) 中目会長と片山の意見交換

鶴岡地区におけるOPTIMプロジェクトの取り組みの経緯と実績
鶴岡市医師会中目会長へのインタビュー (2011.12.10:鶴岡市)

- 1)開業医に退院前カンファレンスの重要性を認識してもらう
 1年間、担当する在宅主治医へ毎回、出席要請の電話を(中目会長)が行った。
- 2)庄内プロジェクト実施中に名の緩和ケア専門医が市民病院に赴任。外まで緩和ケア外来病室への緩和ケアチームの診療で取りこしを行った結果、効果が現れた。
- 3)病棟看護部が訪問看護と訪問看護士同行し、在宅医療の現場を初めて体験した。その後、病棟でのがん患者への対応に大変役立った。
- 4)地域緩和ケアチーム(緩和ケア専門医等)による在宅主治医との同行訪問診療は思ったほど回数は多くなく、不成功に終わった。対策の検討が必要とされた。
- 5)4つのWorking Group に分けたことが、全体の動きを加速させた。
 ・組織図参照

第3次対がん戦略研究事業2011 片山 吉

鶴岡地区医師会は尾道市医師会と同様に機能の高い医師会立訪問看護ステーションと医師会立介護老人保健施設を設置して系統的に在宅医療支援システムを運営しリハビリター

ションスタッフも含めた多職種協働モデルは類似している。

OPTIM に未整備地域として参加したことで、医師会会長が率先して会員への働きかけが行われたことは昨年の日本緩和医療学会総会で発表されたことである。特に退院前カンファレンスの実践に集中して医療園を地域医療連携モードに動かす手法は正しきものである。

鶴岡地区には全国に先進している NET 4 U という独自開発の地域医療連携 ICT ツールが稼働しているのが、中目医院で実物を見せてもらったが、函館の岡田晋吾先生の講演で見た ID リンクに似ている印象がある。訪問看護師などの書き込みが見やすいレイアウトになっていて、処方などの検索も容易であった。

届いたばかりとのことであった OPTIM の検証結果の中間報告を見せてもらいプリントアウトをいただいたので片山が PPT として作成した

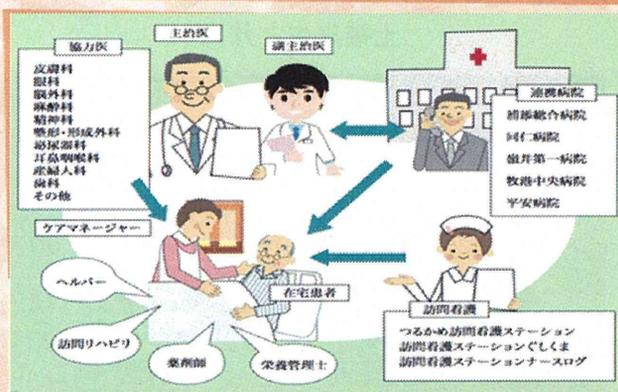
のが前のページの2枚のグラフであるが、2008年度では酒田地区との差は大きかったが、2010年には鶴岡と肩を並べる数値まで急速な伸びを示しているのは注目に値する部分である。これは、柏で辻哲夫先生が実践している柏市医師会での在宅医療推進の研修プログラム開発に通じるところであり、多様な研修形態の可能性の事例といえる。

(2) 沖縄・浦添地域の独自のチーム医療を展開してきた山里将進先生を2011年11月26日に取材・意見交換を行ったが、那覇市医師会在宅医療担当理事の喜納先生、那覇市医師会の在宅療養支援診療所の協議会を編成した平良先生にも、山里先生の取り組みを那覇に導入したい意向があるので同席してもらった。

沖縄の在宅医療の課題

1. 在宅療養支援診療所が圧倒的に不足している(医師会、自治体のバックアップが必要)
2. 公的病院のバックアップや連携の強化も課題
3. 地域毎のネットワークづくり
4. 退院前カンファレンスやサービス担当者会議への参加率を高める為、連携室やケアマネージャーとの連携の強化が必要
5. 在宅医療・介護のスキルアップの為の研修会を増やす(緩和ケア研修会、ターミナルケア研修会など)
6. 在宅医療・介護のマイブの向上の為、事例検討会や研究会を積み重ねる
7. 居住系施設との連携の強化も重視する
8. 医療保険や介護保険の改善が必要

浦添市在宅医療ネットワークの仕組み



浦添市在宅医療ネットワーク 平成23年度事業計画

1. 訪問診療支援事業
 - ① 組織体制の強化—事務局業務のルーチン化
 - ② 正会員、準会員の拡大を図る
 - ③ 職種連携の強化を図る
(各科クリニック、訪問看護ステーション、調剤薬局との連携を強化する)
2. 医療情報交換事業
 - ・ 診療情報交換会を開催する
3. 事例検討会
 - ・ 22年度に引き続き事例検討会を2月に1回開催する
 - ・ 習熟者、後進医師、後進衛生士、介護支援専門員、理学療法士、薬剤師などの協同学会も開催する
4. 広報・会員増強
 - ・ 広報活動の強化としてチラシやパンフレットを作成し、医療機関窓口などに置く
 - ・ 浦添市医師会のホームページ内の在宅医療ネットワークのコーナーの内容を充実させる
5. 在宅研修会(日本医師会主催)への参加者を増やす取り組みを行う
6. 番組、ビデオ(OVD)などを購入し、会員への貸出を行う
7. 胃内視鏡の共同購入と共同使用
8. 衛生材料、注射器等の共同購入

山里先生からまとめとして第19回ホスピス在宅ケア研究会(H23.7.17)のPPTをいただいたので、許可を得て3点ほど集約を提示する。



地域単位での在宅緩和ケアチームの標準化を目指して結果を出している内容を片山基準で評価して、地域医療のプロポーシオンとの相関、開業医のチーム化の内容、訪問看護ステーションの力量、総合連携力の評価を多様な類型から片山が取材、インタビューを集約する。沖縄において浦添市を中心にチームで在宅緩和ケアに取り組んで実績をあげている山里医師

は沖縄のリーダーであるので、その手法を取材し比較検討する。

浦添で在宅チーム医療を推進している先駆者・山里先生、那覇市医師会在宅医療担当理事喜納美津夫先生、沖縄初の在宅療養支援診療所協議会を立ち上げた那覇の平良朝秀先生と沖縄の住民特性も含めての意見交換を行ったが、病院の理解が進んでいないことは同年5月に那覇市医師会の招請で講演した際に6つの病院長から感じられた。浦添では山里先生のリーダーシップで病院医師を在宅チームに巻き込むこともある優れた手法を実践している。山里先生から実際に新里先生（勤務医：緩和ケア）とのチーム事例なども取材できた。

那覇市医師会でも喜納理事と平良先生を中心に在宅医療を進めていくことで、開業医に対して片山の小規模勉強会の連続開催など介入を求められたので、次年度の研究に加える。

沖縄のチーム医療体制の特徴

沖縄のがん診療連携拠点病院は琉球大学医学部付属病院のがんセンターが中心であるがここに緩和ケア病棟はない。緩和ケア病棟は3か所、国立病院機構沖縄病院（300床）アドベンチストメディカルセンター（宗教関係：キリスト教）オリブ山病院（キリスト教）と歴史的にキリスト教との関係が深いように思える。

浦添の在宅医療ネットワーク3年目で、長崎の白髭先生のDRネットが始めた。浦添総合病院（300床）には緩和ケア病棟はないが、緩和ケアチームはある。

新里先生（消化器外科）が山里先生の副主治医として在宅緩和ケアに関与することがある。患者さんの家に近い主治医を決めて、副主治医で入る。麻酔科医師の平良先生が在宅緩和ケアのペインコントロールを行う。浦添は歯科医師が熱心で在宅医療を行う。

尾道市医師会に2003年に招聘したちゅうざん病院の湧上先生はいまもNSTで活躍している。

介護老人福祉施設で臨床栄養士を育成している、PT、ST、歯科衛生士も配置して「しらゆりの苑」のPEGの全廃を行いつつあり。ほかの介護老人福祉施設からは抵抗があり。施設長が仕切るのでいやがる。抱え込みの問題はある。訪問看護ステーションが閉鎖してしまったのが残念であるとのこと。山里先生は44卒。那覇市の在宅医療状況の調査をして訪問看護ステーションを作った。

- (3) 市川市医師会の在宅医療支援への取り組み、特に医師会訪問看護ステーションの機能を中心に行った土橋正彦先生（現千葉県医師会副会長・元市川市医師会長）

（取材日 2011年12月22日 市川市）



土橋先生と片山



市川市医師会訪問看護ステーション

日本医師会の共同利用施設検討委員会で一緒に委員を務めているが、地域医師会の開設した訪問看護ステーションと在宅医療のモデルで、1996年から尾道市医師会と市川市医師会がよく比較された。市川の特徴は土橋先生が進めた医師会訪問看護ステーションが在宅医療・ケア関連備品を備蓄して医師会員の在宅医療をサポートするという初の取り組みは尾道市医師会も早くから参考にして、医師会訪問看護ステーションに喀痰吸引器10台やパルスオキシメーター（24時間計測もあり）多数、IVH用のキャスター、モニター、カテーテル各種など消耗品まで備蓄して、在宅療養者の経済的負担、開業医の負担を軽減している。

市川市医師会の 1996 年の抽出した在宅医療の課題と地域医療支援センターの内容は以下の如くである。

在宅医療における医療経済上の問題と課題

1. 吸引器等の医療機器が高価、衛生管理や保守が不適切
2. 医療材料は、単品購入が困難・最新の医療材料の入手困難在庫が生じて不経済（吸引カテーテル、胃チューブ、バルーンカテなど）
3. じょく創など処置が多いとガーゼ類の消耗が多い
4. 適切な医療材料の選択と使用
5. 医療保険で賄い切れない医療材料が多く、医療機関や家族の経済的負担が大きい

市川市医師会 地域医療支援センターの事業内容

1. 往診医・専門医の紹介
2. 喀痰吸引器の貸出・メンテナンス・滅菌
3. 医療材料の提供・滅菌
4. 医療機器の貸出
5. 在宅ケア図書とビデオの貸出・閲覧
6. 保健医療福祉関係者への研修施設提供
7. 医療廃棄物の適正処理システムの運営

必要なことは、在宅医療の進まない地域では医師会訪問看護ステーションが在宅医療拠点であり研修拠点でもあるべきで、地域の在宅緩和ケアや看取りのカギを握るべきであり、急性期病院の看護との交流を日常的に行うべきである。

この点、介護保険給付対象から訪問看護を医療に全部移すことが在宅医療の標準化に繋がる

(4) 東京都医師会：野中博会長取材 (2011年11月6日)

東京都医師会の取り組みとして、大都市モデルでどのように在宅緩和ケアネットワークを構築するかについて、広域で行政を含めた大規模な取り組みとして東京都医師会会長に就任された野中 博先生に取材を行った。

野中先生は浅草医師会で 16 年の地域医師会長経験をもち、自身、親の跡を継ぎ浅草で開業医として、在宅医療に長年従事してきた経験をもつ。特に有床診療所をベースに地域のあらゆる患者に対応してきたので、現場感覚をもった手法は行政からも大きく評価され、各団体との交渉は定評がある。

いま、東京都では自治体とのコラボの調整を

行いながら、大都市医師会として各区の医師会のサポート体制も考えている。中でも自分の有床診療所の機能を拡大して緩和ケア専門医を雇用して在宅緩和ケアを開始している取り組みは先駆的である。

(5) 大田区の地域に限定しての在宅緩和ケアの取り組みとして大森医師会・鈴木医院の鈴木中央先生(2011年12月17日)を取材して、日本最大医師会単位と大都市の特徴、小規模地域で親(鈴木壮一先生：在宅医療先駆者)に引き継いでフレキシブルな在宅緩和ケアを行っている開業医の二面を取材した。

在宅医療推進のための会(勇美財団)事務局長であり、大田区を中心に在宅緩和ケアを展開して、東京都の若手在宅緩和ケア医のリーダー的な役割、大森医師会との在宅緩和ケアのコラボの仕掛けを片山行なった場合に医師会が変化するかどうか、現場の話を通して比較検討を行なう。医師会長と副会長は前向きであるが、会員が在宅医療自体に熱心でない特徴がある。

東京都の難しさ、優位点など。鈴木荘一先生の息子さんで代替わりの特徴として、医院のベテラン看護スタッフの在宅医療技術は次世代への教育環境となっていることを片山との共通点で一致、他にも2代目、3代目の医師が脈々と在宅医療～在宅緩和ケア～看取りを行なっている要素を分解すると診療所の在宅看護力の大きさがわかる。

片山の持論を証明する鈴木医院の内容、長崎の白髭医院も同様。これをひとつの企画にまとめることで考えが一致した。24年度に尾道で「地域と在宅医療を支える診療所看護力の会」を開催する予定である。

(6) 三島市医師会

(会議8月11日、研修1回目:11月5日、2回目:1月21日)

三島市医師会への継続的関わりによる在宅医療推進計画

三島市医師会池田純介会長より、依頼を受けて、片山が2011年8月11日三島市医師会に出向き(写真)、依頼の内容を確認した。池田会長と関副会長と医師会館で面談したが、医療圏として在宅医療が不十分であるとのことであった。

人口13万、会員数も200名を超えているが在宅療養支援診療所は5箇所のみとのことであるが、医師会訪問看護ステーションの対応力はあるとのことであった。あと、地域医療連携の状況では、社会保険病院との連携がもっとも可

能性が高いとのことで、順天堂長岡病院とは連携がしにくいとのこと。静岡県立静岡がんセンターとの連携は、現状では困難で今後の課題であるとのことであった。



医師会として在宅医療体制の推進をしたいので、片山を講師に会員研修を継続的に行っていきたいとのことであるので、まず、30人以下の少人数から開始して、徐々に理解が進んだら訪問看護ステーションや社会保険病院の医師や看護師も加えたいとのことであった。

1回目は2011年11月5日16:30ごろから行い小生の80分の講演と質疑応答を行なった。

2回目は2012年1月21日16:30から開始、社会保険病院医師や看護師、訪問看護ステーションにがんセンターの連携室長が参加された。ここでも全工程90分の講演と質疑応答であったが、若干、淡白な印象であった。この回は会食を一緒にしていろいろと聞きたいとの池田会長の所望であったので、1時間ほど付き合っている話を話したが、在宅医療について熱心な医師もいることがわかった。

会長は熱心に在宅緩和ケアに取り組みたい意向だが、医師会員にアピールする方法論について、地域医療連携をベースにしたいとのことであったので、目標は静岡県立静岡がんセンターの近接医師会として三島市民の在宅緩和ケアから看取りについて対応していきたいとのことであった。

次年度は静岡県立静岡がんセンターの退院調整と在宅緩和ケアでの自宅での最期の理解を取材して、三島市医師会の受け皿整備の手法について参考にしたい。

3. フランスの在宅入院制度とネットワーク型の2種類を取材して、同時にPPTで片山の在宅緩和ケア現場のプレゼンテーションを行い、比較検討で意見交換を行った。コーディネートにはドミニク・クロード先生(Social scienceの重鎮)のお世話になり、通訳・制度プレゼンは松田晋哉先生のご協力をいただいた。

2011年9月のフランス在宅入院制度調査 (パリ) 尾道市医師会方式との比較

現在、先進国が抱える大きな課題に超高齢社会に向かいながら総死亡者数の増加に政策的に対応するend-of-life-careの体制整備が急務である。それには一方で在宅医療のシステム化が急性期医療との地域医療連携により介護との包括的に行われ、急性期医療の効率を向上させながら高齢者に豊かな死を提供する社会システムの構築が必要である。

第3次体がん戦略研究事業の一環で、片山が22年度研究報告書に記載したフランスの在宅入院制度と尾道市医師会方式に類似している保健ネットワークの在宅医療への取り組みを比較検証した。

調査施設及び調査協力者

Tarnier 病院・パリ病院協会在宅入院部門

Vacelet 医師 (パリ病院協会在宅入院部門・

コーディネーター医師)

Birabent 氏 (パリ病院協会在宅入院部門・

理学療法士)

Sablonnières 氏 (パリ病院協会在宅入院部門・

理学療法士)



Tarnier 病院・パリ病院協会在宅入院部門



Tarnier 病院・パリ病院協会在宅入院部門



保健ネットワーク・Agekanonix
Caen 大学医療社会学教授
Dominique Claudet 氏が同行 (パリ郊外)

調査内容について

1. 在宅入院制度

フランスの在宅入院制度は HAD

(Hospitalization à domicile) と呼ばれるもので、1970 年 12 月 31 日病院法によって導入された。ちなみに、在宅入院という概念を最初に提案し、また制度化したのはフランスである。

HAD の当初の目的はがん患者の post-acute 医療を在宅で行うことで、入院期間を短縮し、がん治療の入院待ち患者数の減少と医療費の適正化を図ることであった。その後、1986 年 5 月 12 日保健省通達により、精神患者を除くすべての post-acute 患者が HAD の対象となり、2000 年 5 月 30 日雇用連帯省通達でリハビリテーション医療も含まれることとなった。

現在の HAD の基本的枠組みを定めているのはこの 2000 年 5 月 30 日雇用連帯省通達である。この通達によると HAD は「病院勤務医及び開業医によって処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ決められた期間に（患者の状態により更新可能）、医師及びコメディカル職によるコーディネートされた継続性のある治療を居宅で行うサービス」と定義されている。図 1 はその概要を示したものである。

在宅入院サービスは在宅入院組織により提供される。多くの場合、在宅入院組織は病院組織の一部として組織されており、コーディネート担当医師と看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど他職種から構成されている。HAD において中心的な役割をはたしているのは、多くの場合調整担当医師 (Médecin coordonateur) であるが、広い地域の大人数を担当するパリの場合、調整看護師 (Infirmière coordonatrice) との協力のもとにサービスの調整が行われる。

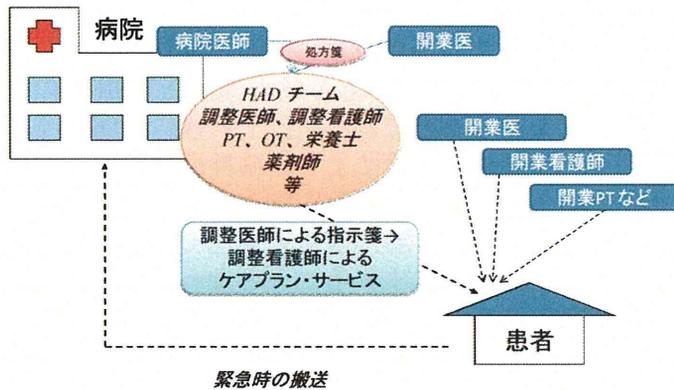
調整担当医師になるためには医学部を卒業し、医師としての初期研修を終えた後、大学で 1 年間の教育を受け大学ディプロマを取得しなければならない。現在、このディプロマを出しているのはパリ大学とグルノーブル大学の 2 か所である。他方、調整担当看護師になるための資格は特に定められていない。現在、その研修の制度化に向けて検討が行われているとのことである。

在宅入院を実施する手続は以下のとおりである。まず、開業医及び病院医師から調整担当医師に在宅入院の処方箋が送られる。調整担当医師は患者の状況を分析した後、在宅入院の対象となると判断した場合、在宅入院の調整を行う。パリ病院協会の場合は、調整担当医師の指示箋を受けて調整看護師は HAD が必要となる患

者に対して、在宅入院のケアプラン作成、入院時からの退院調整、他の在宅サービスの調整、患者や患者家族の相談などを行う。

図1 フランスにおける在宅入院制度

(Hospitalization à Domicile: HAD)



在宅入院制度は入院前在宅入院 (HAD a priori) と入院後在宅入院 (HAD posteriori) に区分されるという。前者は古典的な在宅入院で、典型例としてはハイリスク妊婦を対象としたものがある。この場合、患者の在宅にモニタリング機器が持ち込まれ、それを遠隔で病院の医師・看護師が監視する。そして、リスクが高いと判断された場合、すぐに病院に搬送され通常入院になるというシステムである。入院後在宅入院 (HAD posteriori) は手術後の管理やがん患者の在宅化学療法、脳梗塞後の在宅リハビリなどを多職種の協働のもとで行うものである。現在、約 50% の在宅入院は病院に所属する在宅入院部門によって提供されているが、残りの半分は非営利組織の独立した在宅入院事業者 (ベッドを持たない) によって提供されている。

HAD は入院医療の一環であり、その病床数は地方医療計画 (SROS) によって規定されている。予定されたレベルまで病状が回復し、「入院医療」が必要ないレベルになると「退院」し、その後は必要に応じて開業医や開業看護師の往診や自立給付制度 (APA: 日本の公的介護保険制度に相当) による在宅介護サービスを受けることになる。

フランス政府は HAD の推進に積極的で、2000 年の 4000 床を 8000 床まで増やすことを計画している。そのためかつては 1 床の HAD の創設は 2 床の一般病床閉鎖を必要としていたが、そのような規定は現在は廃止されている。

HAD の支払いは 1 日あたり定額で行われている。推進のために比較的有利な点数設定がされ

ている。しかしながら、患者の病態によって必要なサービスは異なることから、現在、主傷病、副傷病及び ADL 依存度の組み合わせによる診断群分類 (groupes homogène de prise en charge: GHPC) の開発が行われており、将来的にはこれを用いた 1 日あたり定額払い方式への移行が予定されている。

ところで、在宅入院制度は診療報酬上、通常入院と同様の評価を受けているため、疾病金庫にとっては高いサービスになっているという批判がある。特に、近年、長期の継続的管理を必要とする高齢者の在宅入院制度利用が増加しており、それが本当に「入院医療」の対象として適切なのかということが議論されている。このような問題に対処するために現在フランスでは *Maintien à domicile* (在宅維持=在宅ケア) という概念が提案され、*Maintien à domicile*、*Maintien à domicile en réseau* (ネットワーク型在宅ケア)、*Service des Soins Infirmier à domicile (SSIAD)* (在宅看護サービス) の 3 つの形態で事業展開がなされている。ここで在宅看護サービス組織による在宅ケア (SSIAD) について説明する。SSIAD は多くの場合非営利民間組織によって提供される在宅サービスであり、高齢者及び障害者に対する看護師及びホームヘルパーによる看護・介護ケアをその中心とするものである。提供組織は社会活動及び福祉法典 (Code de l' action sociale et des familles) に規定される社会事業者及び社会医療事業者に位置づけられており、一般の医療事業者とは異なる位置づけとなっている。サービスに対する報酬は医療保険から支払われている。現在は人数に比例した予算制になっているが、社会実験の後、重症度に応じた 1 件当たり包括払い方式に移行することになっている。我が国の介護保険における給付に近い。

なお、在宅入院は制度的にはターミナルケアにも対応することになっているが、実際には在宅入院部門としてターミナルケアを行うことは少なく、入院医療の枠組みで行われることが一般的であるとのことであった。

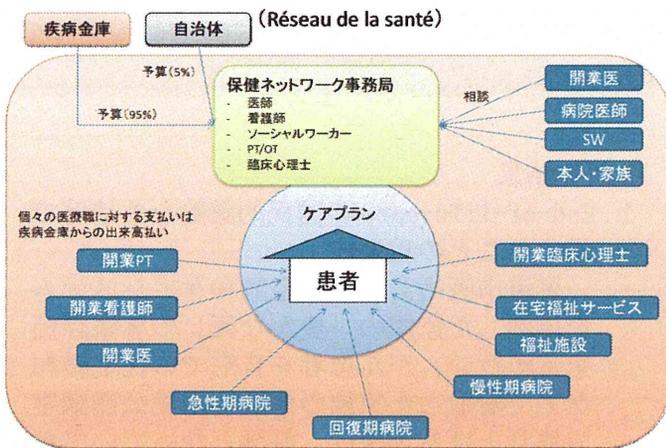
2. 保健ネットワーク (Réseau de la Santé)

高齢者や障害者のニーズは複雑であり、こうした問題に総合的に応えるためには種々のサービスを調整する仕組みが必要となる。フランスでは過去 20 年にわたりこの目的のために保健ネットワークの構築が進められてきた。

図 2 は保健ネットワークの概要を示したものである。保健ネットワークは地域の種々の医療

関係者・福祉関係者から構成される。全体をコーディネートするのは保健ネットワーク事務局であり、ここには医師、看護師、OT/PT、臨床心理士、ソーシャルワーカーが勤務している。事務局スタッフの職務は対象者のヒアリングとサービスの調整であり、利用者に対する直接的な医療・福祉サービスは提供していない。この調整機能に対して、疾病金庫及び自治体から報酬が支払われる。

図2 フランスにおける保健ネットワーク



ネットワークの目的は、対象者の持つ複雑なニーズに総合的なサービスを提供し、できる限り患者を在宅でケアすることである。ただし、図2からも明らかなように病院や福祉施設などの施設サービス提供者もネットワークに所属しており、必要に応じてそうしたサービスが提供されるようになっている。

サービスの開始は、主治医や自治体のソーシャルワーカーあるいは患者及びその家族からの相談による。相談を受けた保健ネットワーク事務局担当者が内容を分析し、必要なサービスの調整を行う。ここで我が国のケアカンファレンスと異なる点は、いわゆるケアマネジャーは存在せず、対象者のニーズに応じて事務局の各職種の合議によって提供されるサービスが決まっていくことである。サービスはネットワークに所属している独立した事業者によって提供される。これらの提供者のサービスはそれぞれをカバーする財源（医療の場合は疾病金庫による出来高払い）によって賄われる。提供されているサービスの内容は対象者ごとに3ヶ月に1回程度開催される事務局内部の検討委員会で議論され、必要に応じてサービス内容の修正が行われる。

現在、保健ネットワークは、医療分については毎年国民議会で議決される医療保障支出目標（ONDAM）の対象となっており、通常の医療

サービスとは別に予算化されている。保健ネットワークの対象疾患・状況は種々であり、老年医学的問題、糖尿病、がん患者、障害者など多様である。福祉領域に関わるサービスについては自治体の負担によって提供される。

ターミナルケアについては、在宅入院制度と同様、在宅でのターミナルケアを実現できる体制にはまだなっていないということであった。

3. 尾道市医師会方式との比較

表1 尾道方式とフランスの在宅入院制度及び保健ネットワークとの比較

	尾道方式	在宅入院制度	保健ネットワーク
キーパーソン	在宅主治医 ケアマネジャー	調整担当医師 調整担当看護師	ネットワーク事務局(多職種)
モデルタイプ	プライマリケアモデル ネットワークモデル	医療機関モデル 複合体モデル(施設ベース)、 ただし近年ネットワーク型も増 加している)	プライマリケアモデル ネットワークモデル
カバー領域			
-急性期	Yes	Yes	Yes
-回復期・慢性期	Yes	Yes	Yes
-ターミナルケア	Yes	Yes(稀)	Yes(稀)
-認知症ケア	Yes	Yes	Yes
-リハビリテーション	Yes	Yes	Yes
-ADLケア	Yes	No	No
かかりつけ医の参加	必須	必須	必須
ケアカンファレンス	定期的開催		
-参加者	全職種+患者・家族	担当者のみ	担当者のみ
調整に対する報酬	なし~部分的	医療保険	医療保険+自治体予算

表1に尾道市医師会方式とフランスの在宅入院制度及び保健ネットワークとの比較を示した。尾道方式では在宅主治医とケアマネジャーを中心として、急性期病院を含めて地域の関係者がケアカンファレンスでの情報を共有することで、総合的なサービスが提供されるネットワークモデルとなっている。医療が積極的にかかわることで在宅での看取りも可能になっている点が特徴である。フランスの保健ネットワークの総合性と類似点が多いと言える。ただし、保健ネットワークの場合、全体の調整を誰が行うかという責任の所在が不明確であり、各利用者の状況に応じて各職種がばらばらにかかわっており、尾道市医師会方式に比較すると若干総合性に欠ける印象がある。

他方、在宅入院制度の場合、調整担当医師の指示箋をもとに調整担当看護師がケアプランを作成する方式がパリ地域では一般的になっている。ただし、在宅入院はあくまで入院医療であり、総合的な在宅ケアという点においては保健ネットワークの方が優れていると言える。また、パリ以外の地域では調整担当看護師がいない場合が多く、この場合調整担当医師が在宅入院の内容を調整することになる。この場合、総合的な対応は必ずしも容易ではない。継続的な在宅ケアを実現するという目標のために、

徐々に在宅維持制度 (Maintien à domicile) に重点が移りつつあり、開業看護師による在宅看護、在宅看護サービス組織による在宅ケア (SSIAD)、保健ネットワークによる在宅ケアが増加している。

わが国の尾道市医師会方式と比較すると、フランスでは調整そのものが評価の対象となっていることが特徴である。我が国の介護保険におけるケアマネジメント的なものを医療や社会医療にも取り入れ、それに対して報酬を支払うことで、連携に基づく総合的なケア体制を導入しているのである。ただし、こうした報酬設定にあたっては調整機能を持たせることで、パフォーマンスがどのように変わるのかという評価を行っていることは重要である。

具体的には、在院日数の短縮や再入院の減少、さらには患者満足度の向上などがあったと報告されている。尾道市医師会方式は医療と介護とを総合的に調整する方式となっているが、この調整機能をどのように経済的にも評価するのかという方法論に加えて、その効果に関する検証を具体的なデータをもとに行うことが、その制度化のためには必要であると考えられる。

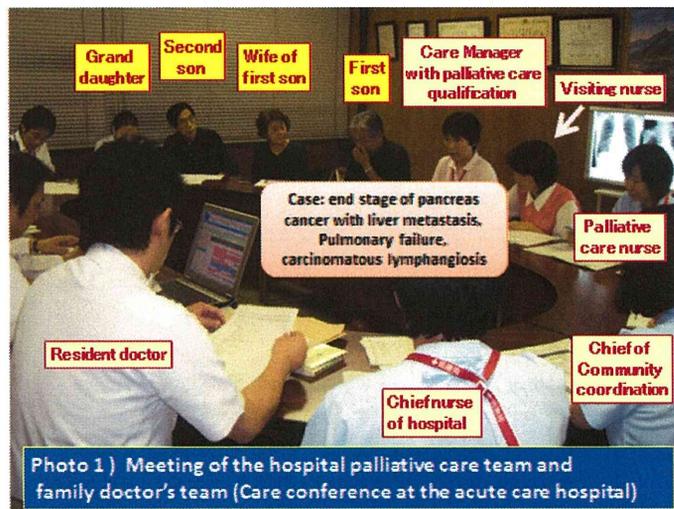


Photo 1) Meeting of the hospital palliative care team and family doctor's team (Care conference at the acute care hospital)

C. 研究結果

1. End-of-life-care の国民的議論を各地域で進めることの重要性

尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムを体験した家族の「豊かな死」の客観評価を毎年行い、がん患者を自宅での在宅緩和ケアで看取った家族の体験を市民公開講座で取り上げる手法は、好評となっていてがん経験者 (Cancer survivor) や家族が末期癌の市民など参加が増えているので継続して行う。

問題点を抱える家族には病院での IC が適切でないという訴えが比較的多い。

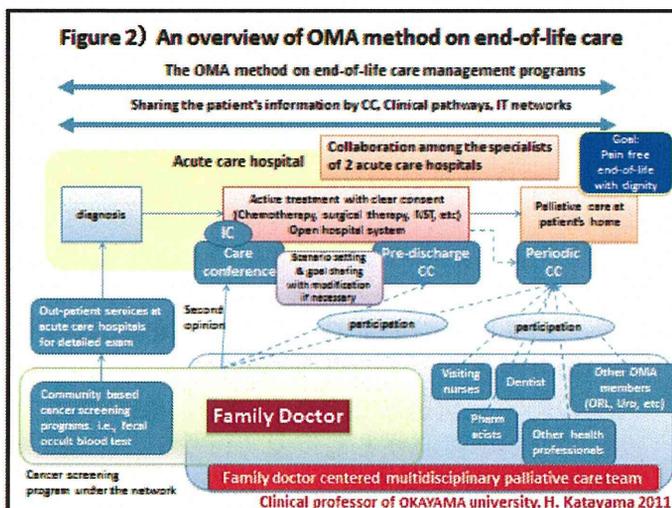
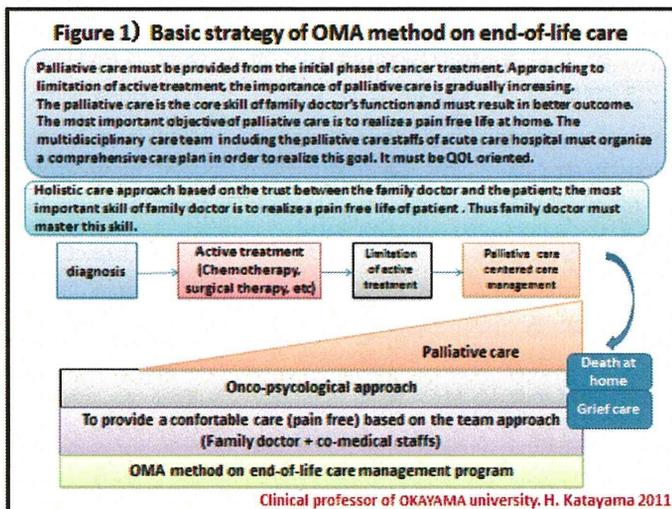
また、急性期病院での退院前カンファレンスは経験した市民から大きな評価があった点は、がんという不安からの希望につながるという意見があったことは、大きな手応えとなっている。

2. 各地区医師会の取り組みの多様性を公開する必要性

沖縄、鶴岡、市川、大田区、浅草の各地域において、かなり独創的な手法が基本を参考にして在宅緩和ケアが標準化する気配を見せていることは重要である。

やはり、地域医師会単位の取り組みと中心的に理論と実際を示すことができるリーダーが必要となっている。ただし国が定める研修や在宅医療拠点整備事業で前に進むものではない。

在宅医療へのキャッチアップの必要性を自覚した医師会が機能を向上できるか、その研修手法にはいくつかのモデルがあり、柏市医師会との比較を今後行っていく。



3. フランスでの取材は双方向の交流につながって発展的な方向にある。

フランスの取材では、片山が実際に在宅緩和ケアの現場のPPTや概念図を多く見せるところ特にGrief careの評価は高く「在宅主治医がここまでやるのは素晴らしい、フランスではできない」とか「チーム医療が素晴らしい」「急性期病院での退院前カンファレンスは一度見てみたい」と大きな反響があった。いままで取材は来ても日本での進んだ取り組みを聞いたことがなかったので、大変印象深いとのことであった。次年度も継続して、尾道の多様な現場の取り組みを紹介してほしいとのことであった。多職種協働がカンファレンスで見えることが大きな評価を得ている。

フランスは皆保険制度で給付の多様性に工夫が見られ、日本に導入したい。

D. 考察

急性期病院への End-of-life-care の思想の定着と家族機能の理解・支援

急性期病院の医師、看護スタッフは入院がん患者と家族の意向を理解して、院内の相談機能にアクセスできるように、院内システムを更新しなくてはならない。

ここで超高齢者が入院患者の多くを占めるようになってきている現実において、がん治療の選択やICにおいて、end of life care に深く配慮した院内チームケアが求められるが、これは将来的な地域がん拠点病院や急性期病院の必須の機能となる。

ここでは病院主治医等が在宅主治医との地域医療連携により可能になる在宅緩和ケアなど、「家に帰る選択肢」を提供すべきであり、患者・家族のend of life care、QODの向上に最善を尽くすべきである。

ここで、在宅主治医をもつことができれば、end of life care にむけて機能分担することができるが、在宅チーム医療・在宅緩和ケアの標準化の遅れや、在宅療養支援診療所の連携不足、訪問看護ステーションの弱小化については、受け皿としての在宅緩和ケアが地域医療としてシステム化されていない地域差が生じていることは憂慮すべき問題である。在宅医療の整備が進んでいる地域ではカンファレンスの開催は標準化が進み、無い地域は在宅医療自体が動いていない現状がある。

今後の超高齢化を考えればend of life care の実践として「在宅看取り」を一定のゴールに設定して、地域医療を再編するべきである。

退院前カンファレンスは病院と在宅をつなぐ、face to face の情報集約、医療の継続性のみならず、リハビリテーション、NST

(Nutrition support team) など、病院内のチーム化 (multidisciplinary care) の自己評価にもつながり、象徴的な領域として院内緩和ケアチームと在宅緩和ケアチームがバトンタッチを行う退院時緩和ケアカンファレンスがある。

E. 結論

在宅緩和ケアのシステム化の前段階に在宅医療の標準化が必要であるが、開業医のチーム化を目指した在宅療養支援診療所の定義が再検討されたが、方向性に問題がある。

地域がん診療拠点病院、地域医療支援病院の在宅主治医支援機能を明確化するべきであり、在宅緩和ケアへの移行から地域での自宅看取りのチーム医療を誘発が重要である。

必要な医療現場の意識改革は地域医療連携であり、全職種で end of life care に向けての専門性を連携学とともに修正する必要がある。ここで cancer survivor の提言を地域ごとに「がんの社会学」として end of life care の国民的議論が必須である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

研究分担者 濃沼 信夫 東北大学大学院医学系研究科 教授

【 研究要旨 】

わが国の cost of cancer を米国 NIH の方式で算定することにより、がん患者に必要なサービスを提供する医療・福祉システムの構築を含む、がん医療の資源投入の経済的な意義について検討した。cost of cancer の総額は、医療費 2 兆 9,557 億円、入院による逸失利益が 3,814 億円、外来受診による逸失利益が 1,452 億円、早期死亡による逸失利益が 6 兆 7,639 億円で、合計 10 兆 2,462 億円である。部位別では、肺がんが 1 兆 6,983 億円で最も多く、次いで大腸がん、胃がん、肝がんなどの順である。がん患者一人当たりの cost of cancer は、直接費用が 195 万円、間接費用が 480 万円で、合計 675 万円である。また、国民一人当たりの cost of cancer は、各 2.3 万円、5.7 万円で、合計 8.0 万円である。

A. 研究目的

本研究は、病院と地域における多職種チームが、詳細ながん患者の診療情報を共有し、がん患者に必要な医療福祉サービスを提供する先進的な医療・福祉システムを構築するための経済面の課題を明らかにし、その解決策を検討することを目的とする。初年度は、がんの医療費構造を検討したが、本年度は最新のデータを用いてわが国の cost of cancer を算定する。

B. 研究方法

公表されている統計資料 (2010 年国勢調査、同年人口動態統計、同年簡易生命表、2008 年患者調査、2010 年賃金構造基本統計調査、2009 年国民医療費) を用いて、わが国の最も新しい cost of cancer を試算した。入院、外来通院、早期死亡による逸失利益の算出は、米国 NIH の算定方式と同じ、Human Capital Approach (人的資本法) によった。

(倫理面への配慮)

既存の公表データを用いるので、倫理的な課題は生じない。

C. 研究結果

がん医療費 (一般診療医療費) は、200 年 (2.1 わが国の最も新しい cost of cancer の総額は、医療費 2 兆 9,557 億円、入院による逸失利益が 3,814 億円、外来受診による逸失利益が 1,452 億円、早期死亡による逸失利益が 6 兆 7,639 億円で、合計 10 兆 2,462 億円

である。部位別にみると、肺がんが 1 兆 6,983 億円で最も多く、次いで、大腸がんの 1 兆 3,807 億円、胃がんの 1 兆 3,264 億円、肝がんの 8,242 億円、乳がんの 6,278 億円などの順である。

がん患者一人当たりの cost of cancer は、直接費用が 195 万円、間接費用が 480 万円で、合計 675 万円である。部位別では、肺がんが 1,296 万円、胃がんの 623 万円、大腸がんの 588 万円、乳がんの 355 万円などの順である。また、国民一人当たりの cost of cancer は、直接費用 2.3 万円、間接費用 5.7 万円で、合計 8.0 万円である。

D. 考察

国民医療費には、これまでがんの部位別医療費が公表されていなかったが、最新の 2009 年のデータでは、胃、肺、大腸、肝、乳房の 5 部位に限り公表された。部位別医療費を推計するため、社会医療診療行為別調査、患者調査を用いてきたが、公表データを用いることで、より正確な部位別の cost of cancer を算定することが可能となった。

cost of cancer は、がんの医療費 (直接費用 direct cost) と、入院や外来通院などの療養 (morbidity cost) や、余命よりも早期の死亡 (mortality cost) で生じる、本来得られるはずの労働生産性の経済的損失 (逸失利益) を間接費用 (indirect cost) を合計したものである。

わが国の cost of cancer は約 10 兆円で、GDP の 2% の規模に上り、がんによる社会的損失を減少させるためには、地域における医療・福祉システムの構築など、有効ながん対策であれば、多くの資源投入を行うことも社会経済的に許容されることが示唆される。

E. 結論

わが国の cost of cancer の総額は、医療費 2 兆 9,557 億円、入院・外来受診による逸失利益が 5,266 億円、早期死亡による逸失利益が 6 兆 7,639 億円で、合計 10 兆 2,462 億円である。部位別では、肺がんが 1 兆 6,983 億円で最も多く、次いで大腸がん、胃がんの順である。がん患者一人当たりの cost of cancer は、直接費用が 195 万円、間接費用が 480 万円で、合計 675 万円である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

雑誌(外国語)

- ①. Koinuma N, Wilking N. E, Jonsson B, Hogberg D: The burden of cancer in Japan, the United States, France, Germany, Italy, Spain, Sweden, and the United Kingdom. *J Clin Oncol*. 29:2011 (suppl; abstr 1569)
http://www.asco.org/ASCOv2?Meetings/Abstracts?&vmview=abst_detail_view&confID=102&abstractID=81619,
- ②. Koinuma N: The Economic Burden Which Affects the Medical Decisions in Cancer Patients. 8th World Congress on Health Economics. 2011.06.
(<http://ihe2011.abstractsubmit.org/presentations/2275/>)
- ③. Koinuma N, Ito M: Economic burden of cancer patients receiving molecular-targeted therapy, 70th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association, Proceedings: 417, 2011.
- ④. Koinuma N: The burden of Cancer in Japan. 19th Seoul International Cancer Symposium, Proceedings: 21-23, 2011.
- ⑤. Koinuma N, Ito M: Changes in cancer treatment for economic reasons. 23rd International Congress on Anti-cancer treatment, Abstract book: 301, 2012.

(日本語)

- ① 濃沼信夫、伊藤道哉、金子さゆり: 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. 東京. 日本医療企画 44-54, 2011.
- ② 濃沼信夫: がん薬物療法と患者負担. *Critical Eyes on Clinical Oncology*. 39:11, 2011.
- ③ 濃沼信夫: 分子標的治療の経済的課題. 第 4 回日本肝がん分子標的治療研究会 プログラム・抄録集. 25, 2011.
- ④ 濃沼信夫、伊藤道哉: 経済的理由によるがん薬物治療の変更. *日癌治* 46(2): 714, 2011.
- ⑤ 濃沼信夫: がんの医療費. 大腸がん化学療法と患者負担. *大腸がん Frontier*. 4(4): 10-20, 2011.

2. 学会発表

- ① Koinuma N, Wilking N. E, Jonsson B, Hogberg D: The burden of cancer in Japan, the United States, France, Germany, Italy, Spain, Sweden, and the United Kingdom. ASCO Annual 2011 Meeting, Chicago USA, 2011.6.4.
- ② 濃沼信夫: 分子標的治療の経済的課題. 第 4 回日本肝がん分子標的治療研究会. 東京. 2011.06.18.
- ③ Koinuma N: The Economic Burden Which Affects the Medical Decisions in Cancer Patients. 8th World Congress on Health Economics, Toronto, Canada, 2011.7.11.
- ④ 濃沼信夫、伊藤道哉、金子さゆり: 薬物治療におけるがん患者の経済的負担. 第 49 回日本医療・病院管理学会. 東京. 2011.08.20.
- ⑤ Koinuma N, Ito M: Economic burden of cancer patients receiving molecular-targeted therapy, 70th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association. 名古屋. 2011.10.05.
- ⑥ 濃沼信夫、伊藤道哉: 経済的理由によるがん薬物治療の変更. 第 49 回日本癌治療学会. 名古屋. 2011.10.29.
- ⑦ Koinuma N (Invited Lecture): The burden of Cancer in Japan. 19th Seoul International Cancer Symposium. Seoul National University, Seoul, Korea. 2011.11.29.

- ⑧ 濃沼信夫：医療経済からみた対策の効果。第15回北海道Helicobacter pyloriフォーラム。札幌。2011.12.03.
- ⑨ 濃沼信夫：がん化学療法における患者負担。最適医療からの脱落を防ぐために。第11回石川がん化学療法懇話会。金沢。2011.12.04.
- ⑩ Koinuma N, Ito M: Changes in cancer treatment for economic reasons. 23rd International Congress on Anti-cancer treatment. Paris, France. 2012.01.31.

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

分担研究者	山口 直人	東京女子医科大学	主任教授
研究協力者	佐藤 康仁	東京女子医科大学	
研究協力者	清原 康介	東京女子医科大学	
研究協力者	吉田 雅博	国際医療福祉大学	

【 研究要旨 】

癌の診療ガイドラインを診療現場で遭遇する臨床上的問題の解決に際して意思決定の支援を行う診療支援システムの中で活用するための具体的な方法を検討した。本年度は、CQ単位の診療ガイドラインを対象として、必要とするCQを検索する方法を検討した結果、CQの文章を構成する単語をPatient, Intervention, Comparison, OutcomeのPICOをカテゴリとして整理することで検索の効率を高めることが可能であることが明らかとなった。また、「予防」、「診断」、「治療」という3テーマで予め絞り込みを行うことで検索の効率を向上できることが明らかとなった。

A. 研究目的

根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine; 以下、EBM) を採用して診療の質を向上する取り組みが進められており、学会、研究会等が中心となってEBMの考え方に基づく診療ガイドラインの作成が積極的に進められている。特に、がん診療においては、日進月歩の研究成果を診療現場に普及するための切り札として診療ガイドラインに大きな期待が寄せられている。

全国のがん診療において診療ガイドラインを活用するための試みとして、インターネットによる情報提供が重視されており、例えば、公益財団法人日本医療機能評価機構のEBM医療情報サービスMINDSでは、20部位のがんについて、医療提供者向けの診療ガイドラインが掲載されている (平成24年3月25日現在)。

診療ガイドラインが作成され始めた当初は、教科書的に網羅的に記述する体裁が多かったが、臨床上的問題 (Clinical Question; 以下、CQ) に対する意思決定を重視すべきという考え方から、CQを単位として、それに対する推奨、根拠となるエビデンスを示す診療ガイドラインが増えている。

CQ単位の診療ガイドラインは、診療支援 (Clinical Decision Support) としての活用 に大きな期待が寄せられているが、インターネットによる情報提供の形態は、現状では、ハードコピーと同様のhtml形式あるいはPDF形式

となっており、診療現場での活用には限界がある。

そこで本分担研究では、CQ単位の診療ガイドラインを診療支援システムにおいてオンラインで情報提供することをめざし、それに適した方法を検討することを目的として研究を進めた。特に、診療現場で臨床上的問題に遭遇した際に、その問題に最も関連の深いCQを診療ガイドラインから検索して、診療現場で診療ガイドラインを参照するための具体的方法を検討することを研究目的とした。

B. 研究方法

CQ単位となっている肝癌、口腔癌、子宮体癌、大腸癌、胆道癌、膀胱癌、膵癌の診療ガイドラインを対象として、診療現場の臨床上的問題から検索を通じて、最も関連の深いCQを見つけ出すための方法を検討した。

具体的には、第一段階として、文章としてのCQを構成する単語を抽出し、CQの内容を最も的確に表現する単語の組み合わせを検討した。次に、第二段階としては、それらの単語を分類して整理するためのカテゴリを検討した。そして、第三段階としては、カテゴリ別に単語を指定した場合に、求めるCQを抽出できるかどうかを検討した。

以上の第一段階～第三段階を単位として検討を進め、第三段階で明らかとなった改善すべき問題を整理して、第一段階に戻るといった繰り返

返しによって、最適な検索方法を検討した。

C. 研究結果

CQ から抽出された単語を分類整理するためのカテゴリとしては、EBM の基本的な考え方である PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome) の 4 カテゴリが最適であることが明らかとなった。

第一段階～第三段階による検索方法の検討結果を胆道癌の診療ガイドラインを例に示す。図 1 には胆道癌の診療ガイドラインから抽出された単語を PICO カテゴリ別示した。抽出された単語数は、Patient:29 単語、Intervention: 29 単語、Comparison:18 単語、Outcome: 29 単語であった。この単語数は、その中から一つを選択するには多すぎるため、PICO に基づく選択の前に何らかの絞り込みが必要であることを示している。そこで PICO による検索の前に様々な絞り込みの試行を行った結果、CQ のテーマとして「予防」、「診断」、「治療」のいずれであるかを選択できるようにすること、さらに、キーワードを入力しての絞り込みの機能を追加することで、PICO の各カテゴリについて、5~10 単語程度が検索対象となることが明らかとなり、実用に十分に耐え得ることが明らかとなった。

実際の検索では、①癌の部位の選択、②テーマとして「予防」、「診断」、「治療」のいずれかを選択、③キーワードの入力をまず行い、検索を実施する。例えば、胆道癌の例では、診療ガイドラインは 37 の CQ で構成されているが、②で「治療」を選択することで、25 の CQ まで絞り込まれる。

D. 考察

本分担研究では、CQ 単位で構成される癌の診療ガイドラインを対象として、自分の診療に最も関係の深い CQ を検索する方法について検討を行った。その結果、PICO のカテゴリ別にキーワードを抽出しておくことによって、効果的な検索を実現できることがアキ r かつとなった。

通常検索では、単数あるいは複数のキーワードを入力して検索を実行するが、診療ガイドラインの場合には、入力した単語が診療ガイドラインの中に存在するかどうか不明のまま、キーワード検索を行うことは非効率である。本研究で検討した、いわゆるファセット検索は、候補の単語の中から、自分が必要とする単語を選択することによって確実な検索が可能であり、限られた CQ で構成される診療ガイドラインの検索方法として有効であることが明らかとな

った。

今後は、実際に診療現場で本検索方法を使用して、有効な検索ができるかどうか実証的な検討を進める必要がある。

E. 結論

癌の診療ガイドラインを診療現場で遭遇する臨床上的問題の解決に際して意思決定の支援を行う診療支援システムの中で活用するための具体的な方法を検討した。本年度

F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

G. 研究発表

なし

図1 胆道癌の診療ガイドラインから抽出された単語

Patient	Intervention	Comparison	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> 全て 胆管拡張型 肝・胆管合流異常 胆管非拡張型 無症候性胆石 胆嚢ホリブ 黄疸 腹痛 血液異常 胆道癌 胆嚢癌 乳頭部癌 胆管炎 広範囲切除 肝門部胆管癌 肝門浸潤 肝門部悪性閉塞 術前胆道ドレナージ 発熱 外瘻 転移 肝切除 黄疸肝 上中部胆管癌 肝門部・上部胆管癌 門脈浸潤 肝門部胆管癌 胆嚢摘出 十二指腸乳頭部癌 	<ul style="list-style-type: none"> 全て 予防的胆嚢摘出 肝外胆管切除 胆嚢摘出術 胆道癌 検診 診断 ファーストステップ 超音波検査 血液検査 セカンドステップ CT MRI MRCP 胆管癌 直接胆道造影 胆嚢癌 EUS MDCT 乳頭部癌 乳頭部腫瘍 組織生検 IDUS 術前胆道ドレナージ 経皮経肝胆道ドレナージ 内視鏡的胆道ドレナージ 観血的ドレナージ 片側肝葉ドレナージ 抗菌剤 ドレナージ 	<ul style="list-style-type: none"> 全て 全て 未施行 乳頭部癌 診断 セカンドステップ US CT 両側肝葉ドレナージ 切除 腹腔鏡下胆嚢摘出術 膵頭十二指腸切除術 支持療法 姑息手術 抗腫瘍剤 手術 姑息的治療 放射線治療 胆道ステント プラスチックステント 	<ul style="list-style-type: none"> 全て 胆道癌 予防 胆嚢癌 診断 胆管癌 局在 進展度 結節 結節浸潤型胆管癌 鑑別 乳頭部癌 遠隔転移 リンパ節転移 合併症 死亡 肝切除 肝再生促進 減黄 解熱 術後 予防的抗菌薬 機能回復 生命予後 残肝予備能 生存率 遺残 胆汁漏出 ort site recurrence PSR

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

研究分担者 北村有子 静岡県立静岡がんセンター 主任

【 研究要旨 】

患者・家族にとって必要で、信頼できる情報を、患者・家族が理解できる形式と量に整えて、情報セットとして提供する際の課題について、医療関係者の聞き取りから検討した。

部位・治療（抗がん剤レジメン）別に提供する際の課題として、(1)患者・家族の求める情報は、個々の状況により千差万別であること、(2)正確な情報を伝えることは重要だが、一方で、不確かでも患者にとって意味のある情報提供が必要と考えられ、それらの情報の収集と判断が求められること、(3)提供する内容と方法は相互に関係するので、効果的かつ応用のきく方法を整えること、が挙げられた。

個々の患者・家族に必要な情報の選択と入手には、患者・家族の積極的な参加が欠かせない。患者・家族が解決すべき問題に対応するために必要な情報を整理し、今後、数種類の情報セットの作成を試みる。

A. 研究目的

がんに関する情報は膨大で、患者・家族は、自分自身にどの情報が必要か、どれが正確か、選びきれない状況にある。

患者・家族が判断したり、行動したりするためには、医療関係者と患者・家族が情報を共有する必要があると考える。

患者・家族にとって必要で、信頼できる情報を、患者家族が理解できる形式と量に整えて、情報セットとして提供する際の課題について検討した。

B. 研究方法

がんの部位や治療内容、病気に対応した情報の整理・提供にあたって、患者の視点を重視して、がんの部位・治療別、具体的には、抗がん剤レジメン別に、標準化してまとめることとし、この場合の課題について、医師、薬剤師、看護師、医療ソーシャルワーカー等への聞き取りをもとに分析を行った。

(倫理面への配慮)

個人情報には取り扱わない。

C. 研究結果

一般に、患者・家族は、抗がん剤治療に同意しても、用法用量や副作用についての理解は難しく、薬の使い方を説明する前に、まず不安や誤解を解消するほうが、その後の説明の理解を

得られやすいとの意見があった。

治療の効果、副作用頻度などの数字の扱いについて、例えば「A薬を使った5人の患者に重篤な皮膚障害がみられ、薬の副作用と考えられる」という場合に、500人あるいは5,000人のうちの5人なのか、分母の大きさによって、情報判断を誤ってしまう場合があることや、700人を調査した結果について、分かりやすいように、「100人中〇人」と表現することで、情報が変化してしまう危険性の指摘があった。

また情報の内容について、病気や治療に関することだけでなく、医療費や福祉サービス等の暮らしの情報が挙げられた。

抗がん剤治療時に、自分自身ができる対処法（食事の工夫、口腔ケア、脱毛時の心構えや対処法等）を知り、自分で実際に行うことで、自己コントロール感が高まるとの意見もあった。

情報量については、最低限の内容から詳細な内容まで幅広いこと、提供のタイミング・回数や、インターネットや対面といった方法により、情報提供の効果や、受け手である患者・家族の負担が変化するので、これらの相互の影響を検討する必要性が挙げられた。

また、患者・家族が求める情報のなかには、医療関係者があまり重要と考えていなかった内容や、科学的に明らかでない情報があり、これらの情報の収集と、掲載するかどうかの判断の問題が指摘された。