

201220035A

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24年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山口 建

平成25(2013)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	15
山口 建	
2. がん患者の就労支援に関する研究	19
野村 和弘	
3. 在宅での看取りモデルに関する研究	21
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	33
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	37
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	41
北村 有子	

## III. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌：外国語	47
雑誌：日本語	47
書籍：日本語	49

# 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 】

本研究の第一の目的は、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」を基盤として、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。そこで、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地域を分析し、いずれにも共通する在宅がん患者・家族を支える医療連携システムの基本的な考えとして、①病院が主導する在宅抗がん治療と診療所を中心とした在宅終末期緩和ケアとを明確に区別する、②病院における多職種チーム医療と地域における多職種チーム医療を構築し、両者をシームレスの結ぶ連携を確立する、という二点が重要と考えた。

がん薬物療法は在宅で実施される抗がん治療の代表であり、その副作用対策としての支持療法の確立と普及は、在宅抗がん治療の質の向上に必須である。そのため、これまでに確立された支持療法を冊子にまとめ、それを教材としたセミナーを、医療スタッフ、患者・家族、製薬企業の医療情報担当者などを対象に実施し、普及を図った。

また、患者・家族に対し、情報処方というコンセプトの元に、薬物療法に関する支持療法についての情報提供を目的として、使用頻度の高い100種類程度のレジメン別薬物療法説明書の作成作業を開始した。

在宅終末期ケアを目標とする尾道方式については、システム構築、“退院前・退院時患者ケアカンファレンス”の運用、重要な伝達事項などが明確にされ、全国的に地域での実践が可能か否かを検討することが可能となった。また、在宅医療に準じる新たな試みとして、小規模多機能型居宅介護施設の活用が図られた。その上で、我が国の家族状況を鑑み、在宅での看取りの実践のため、“看取り休暇”の創設が必要と考えられた。

研究分担者

山口 建	静岡県立静岡がんセンター 総長
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 顧問・名誉院長
土居 弘幸	岡山大学 医歯薬学総合研究科 教授
片山 壽	片山医院 院長
濃沼 信夫	東北大学 大学院 医学系研究科 教授
山口 直人	東京女子医科大学 医学部 教授
北村 有子	静岡県立静岡がんセンター研究所 研究部長

A. 研究目的

本研究では、がん対策基本法の理念のもと、がん患者と家族の暮らしを守るという「がんの社会学」の視点を持って、病院と地域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に沿った情報作りを行い、全国への普及を目指している。

病院と在宅医療とをシームレスに連携させるシステムとして、静岡がんセンターを中心としたモデルにおいては、病院と地域を結ぶ情報共有のための電子カルテシステムが稼働し、さらに、病院が認定した連携先である医師、歯科医師、訪問看護ステーション、薬局が活動を開始し、すでに構築された「静岡県 あなたの街の がんマップ」、「静岡県内市町医療福祉サービス情報」なども活用しながら、病院と地域医療との機能分担がほぼ確立された。

そこで、本年度の研究では、全国のがん拠点病院を対象とした「外来がん看護、外来部門に関する実態調査」の結果を参考に、外来部門の再構築を行い、シームレス化と効率化と患者満足度の向上を目指し、全国的な普及を目指すこととした。

中小都市での広島県尾道市医師会在宅がん緩和ケアは、終末期緩和ケアの理想像を追求するなかで、フランスのネットワーク型在宅緩和ケアに関する調査結果を生かし、システムの改善に努め、さらに、家族の支援が得られない患者の終末期緩和ケアへの小規模多機能型居住介護施設の活用についても検討を加えた。また、北海道、十勝地区における保健医療福祉複合体モデルは、過疎地での在宅医療を考える上で参考になった。

本研究のもう一つの柱は、在宅がん患者・家族の支援である。現在までに、“情報処方”のコンセプトに基づき、がん治療に伴う副作用、合併症、後遺症などに関する患者向け、医療スタッフ向け医療情報集の作成を進め、リンパ浮腫、食事の摂取、口腔粘膜炎、脱毛、眼の症状などに関する小冊子を作成し、全国の拠点病院等に配布し、ウェブサイトでも公開してきた。本年度は、外来診療として実施されることが多い、がん薬物療法における支持療法の確立につとめ、また、全国への普及を図り、様々な機会でのセミナーを開催し、情報提供を進めた。

さらに、そのためのツールとして、がん薬物療法のレジメン別の副作用情報と対処法に関する冊子の作成を開始した。これらの情報は、診療現場や相談支援センターでの医療スタッフの活動に有用であるとともに、がん患者に必要な情報を提供し、理解を深め、患者参加型医療の推進に役立つものと思われる。

本研究によって、在宅医療のモデル地域作り、がん薬物療法における支持療法の確立と普及、“情報処方”のツール作りなどが進み、医療機関のレベルや地域の状況にかかわらず、最善のがん診療と医療福祉サービスを提供するシステム構築が可能となることが期待される。

## B. 研究方法

### 1) 研究方針

研究代表者である山口（建）は、本研究を統括し、静岡がんセンターを拠点とするモデルの検討、外来機能の検討、がん薬物療法の支持療法の普及などについての研究を進めた。研究分担者のうち、北村は、“情報処方”に関する研究を行い、レジメン別がん薬物療法説明書の作

成を開始した。片山と土居は、尾道市立病院と尾道市医師会とが実践している在宅医療モデルの研究を進め、その全国的な普及について検討した。さらに、片山は、家族による支援が困難な患者の最期を看取るため、小規模多機能型居宅介護施設を活用する手法について検討を進めた。濃沼は、地域における多職種チーム医療について医療経済学的な分析を行い、山口（直）は、研究成果を全国の地域に情報提供する準備を進めた。野村は、がん患者の就労支援についての研究を進めた。本研究班では、全国の拠点病院勤務の医療スタッフやがん患者会、がん患者支援団体を班長協力者とし、研究活動への助言などを得ている。

### 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

静岡がんセンターを拠点とした地域の多職種チーム医療推進のために、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具体化に取り組んできた。本年度は、病院外来で診療を受ける患者を対象に、より積極的な情報提供やケアを実践する“患者家族支援センター”について、その機能と患者・家族との関係、さらには、地域の診療所、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推進についても検討した。

### 3) がんの薬物療法の支持療法の確立と普及

がんの薬物療法における支持療法の確立と普及についての方針は、第一ステップとして、様々な診療科におけるレジメンにより出現する副作用、合併症、後遺症を整理し、それぞれの対策を確立すること、第二に、副作用別にスタッフ、患者・家族が理解を深めるための冊子を作成すること、第三に、近年、臨床応用が始まった分子標的薬などについて、新たな副作用についての情報収集に努めること、第四に、学会、講演会などの機会に、支持療法の全体像を公開し、医療スタッフ、患者・家族、製薬企業などから、内容、表現方法などの意見を収集すること、第五に、患者に必要な情報は、治療に用いられるレジメンに関するものに限定されるという視点から、レジメン別・患者向け・薬物療法説明書を作成し、その冊子に基づき、病院等で薬物療法の実践に当たるすべての医療スタッフ、患者、家族、在宅医療を担当する医療スタッフが効率的な支持療法の実践に努めることである。

本年度は、主に、第四、第五のステップについて検討を進めた。

#### 4) “レジメン別がん薬物療法説明書”の作成

本年度は“情報処方”のコンセプトに基づき、これまでに作成してきた“疾患別・診療行為別がん医療情報”を活用しながら、上記、第四のステップに基づき、がんの薬物療法を受ける患者のため、“レジメン別がん薬物療法説明書”の作成を開始した。その作成に当たっては、病院の医療スタッフや相談支援センターの担当者の意見を聴取するとともに、がん患者会、支援団体の意見も聞き、情報の適正化を図り、患者参加型医療の推進につなげることを目標としてきた。

#### 5) 尾道市医師会モデルの推進と標準化

尾道市立病院と尾道市医師会とが実践している在宅終末期緩和ケアシステムの研究を進め、その全国的な普及を目的に、“退院前、退院時患者ケアカンファレンス”の標準化に関する情報収集に努めた。また、海外、国内の事例を参考に、全国への普及可能なシステムについて検討した。さらに、家族による支援が困難な患者の最期を看取るため、小規模多機能型居宅介護施設を活用する手法について検討を進めた。

#### 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の現状について、ハローワーク、産業保健推進センター、がん拠点病院等を含む協力施設を対象に、情報提供としてどのような項目を盛り込むのかの検討を進めた。また、静岡がんセンターでは、がんよろず相談を中心に、地域の経済団体と協力して就労支援の活動を進めた。

#### (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した。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した。

### C. 研究結果

#### 1) がんの在宅医療の基本となる考え方

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地域を分析し、在宅がん患者・家族を支える医療連携システムの構築を検討した。その結果、すべてに共通する基本的考え方としては、①診療所が中心となる在宅終末期緩和ケアと病院が主導する在宅抗がん治療（手術療法、放射線療法、薬物療法）を明確に区別して考える、②病院における多職種チーム医療と地域における多職種チーム医療を構築し、両者をシームレスの結ぶ連携を確立する、という二点が重要と考えられた。

#### 2) “患者家族支援センター”の有用性

病院外来で診療を受ける患者を対象に、より積極的な情報提供やケアを実践する“患者家族支援センター”について検討し、その活用が、治療後あるいは治療中の患者の身体的、精神的、社会的諸問題に関わるケアに重要な役割を果たすことを明らかにした。センターでは、初診時あるいは診療中に支援が必要な患者をふるい分け、在宅時には患者・家族と地域医療スタッフとセンターとの間で密な連携を結ぶことが可能となった。

#### 3) がんの薬物療法における支持療法の確立と普及

現在、がん医療の現場で実施されているがん薬物療法において、必要な支持療法の項目は、①インフォームド・コンセント、②治療開始前の準備・ケア、③医療費の制度と手続き、④抗がん剤血管外漏出時、⑤インフュージョンリアクション、⑥感染症対策、⑦血液障害、⑧悪心・嘔吐、⑨口腔粘膜炎、⑩食事の工夫、⑪脱毛ケア、⑫眼の障害、⑬皮膚・爪障害、⑭心臓障害、⑮神経障害、⑯自宅療養時の注意事項、⑰無効時のインフォームド・コンセント、⑱緩和ケアに移る準備、などにまとめられた。

そこで、上記の項目について、これまでに蓄積された対処法をまとめ、がん薬物療法における支持療法のためのセミナーを、半日～一日をかけて、医療スタッフを対象としたがん関係学会である日本緩和医療学会、日本がん看護学会、創傷オストミー失禁管理学会など、また、患者・患者支援団体を対象とした患者家族集中勉強会、がん社会学合同班会議など、そして、製薬企業の医療情報担当者を対象とした説明会において実施し、その内容についての意見を収集した。

4) “レジメン別がん薬物療法説明書”の作成  
外来で実施されるがん薬物療法では、投与されるレジメンの副作用等について患者・家族に積極的な情報提供を行うことが医療の質の向上に必須である。そこで、全国に普及させることを目的に、使用頻度の高い100種類程度のレジメン別薬物療法説明書の作成を目標に作業を開始した

#### 5) 尾道市医師会モデルの推進と標準化

在宅での看取りを希望する患者に対しては、“終末期ケア”と“死の質”の向上を目指し、全面的に地域の多職種チームにケアをゆだねることが望ましい。そのための手段として、病院の医療チームから地域の医療チームにシームレスにつながるための“退院前・退院時患者ケアカンファレンス”が重要な役割を果たすことが明らかにされた。この“カンファレンス”には、患者・家族、病院の多職種チーム、地域の多職種チームが出席し、伝達すべき重要事項としては、治療方針、看護方針、病態急変時の対応、終末期ケアの考え方、患者本人の意向の再確認などがあげられた

#### 6) 小規模多機能型居宅介護施設の活用

新たな試みとして、家族の介護力が乏しいがん患者の終末期ケアのために、数名の患者に対応可能な小規模多機能型居宅介護施設が有用であった。その運用には、看護師と地域の多職種医療チームが必要とされた。

#### 7) “看取り休暇”の創設

核家族化が進む我が国において、在宅での看取りの実践には、“看取り休暇”の創設が有効と思われた。

#### 8) 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、就労に関する個人情報容易に提供できるシステムの開発を行った。また、がんよろず相談を中心に地域の経済団体の協力を得て、最就労支援を行ったが、最終的な結果は、20名中1名と、非常に困難な事業であることが明らかとなった。

### D. 考察

#### 1) 在宅がん患者・家族を支えるシステム

##### 構築の基本的考え

在宅がん患者・家族を支える医療連携システムについての基本的考えとして、①病院が主導

する在宅抗がん治療と診療所を中心とした在宅終末期緩和ケアとを明確に区別して考える、②病院における多職種チーム医療と地域における多職種チーム医療を構築し、両者をシームレスの結ぶ連携を確立する、という二点が重要であった。そして、その実践に当たっては、関係者が、必要な知識を得、技術的にも習熟できるよう、できるだけ研修機会を持つことが必要と考えられた。

#### 2) “抗がん治療中あるいは経過観察中の患者”を対象としたシステム構築

この群には、具体的には、手術後で経過観察中の患者、放射線治療中あるいは治療後で経過観察中の患者、がん薬物治療中あるいは治療後で経過観察中の患者などが含まれる。この場合、抗がん治療を行う病院、医療機関が中心となって診療を行う必要がある。たとえ、在宅で、普段は地域の診療所の診療を受けていても、複雑な抗がん治療のすべてを診療所が担うことは不可能であるためである。従って、シームレスな連携の中で、病院は、患者・家族に適切な指示を与え、地域の診療所や訪問看護ステーションなどに必要な処置等について依頼する。現在では、このような連携は、診療依頼などは医療連携室が担い、診療内容の細部については、担当医や担当看護師と、地域の医療スタッフが案件ごとに連絡しあう体制が一般的である。しかし、この体制は、非効率的であり、積極的な医療スタッフか否か、あるいは、積極的な患者・家族か否かで、医療サービスに大きな差が出てしまう。その一つの解決策として“患者家族支援センター”についての検討が進められた。

#### 3) “患者家族支援センター”の運用

静岡がんセンターの“患者家族支援センター”は、初診時あるいは診療中に支援が必要な患者をふるい分け、在宅時には患者・家族と地域医療スタッフとセンターとの間で密な連携を結ぶことが可能となる。同様な対応は、外来でがんの薬物療法を実施する“通院治療センター”でも別途、行われている。センターの機能には、患者・家族への積極的なアプローチと必要なカウンセリングも含まれている。2013年3月より、センターの運用が始まり、その活用は治療後あるいは治療中の患者の身体的、精神的、社会的諸問題に関わるケアに重要な役割を果たすことが明らかとなった。

#### 4) がん薬物療法における支持療法の確立と普及

これまでの抗がん治療は、がんという病変を叩くことに全力を挙げ、がん医療のスタッフは、抗がん治療に伴う合併症、副作用、後遺症に対しては、「がんを治すためには致し方がない」という姿勢で望んできた。しかし、がん治療の歴史の中で、“患者のQOLの向上”が重視されるようになり、手術に関しては“低侵襲手術”の技術と術後ケアが、また、放射線治療の分野でも“粒子線治療”、“強度変調放射線治療”、“小線源療法”などのピンポイントの照射技術と後遺症対策が進化した。

がん薬物療法の分野でも、通常、用いられてきた殺細胞性の抗がん剤以外に、ホルモン療法や分子標的薬など、比較的、副作用・後遺症が緩和された薬剤が開発され、臨床応用されて、QOLの改善に役立てられている。しかし、殺細胞性抗がん剤は今も広く用いられ、ホルモン剤、分子標的薬も新たな副作用を引き起こしており、積極的な副作用対策を講じることは、がんの薬物療法を受ける患者のQOL向上にとって極めて重要である。

静岡がんセンターでは開設以来 10 年以上にわたり、がん薬物療法における支持療法の確立を目標に、腫瘍内科医のほか、総合診療部門の副作用対策専門医、歯科・口腔外科医、歯科衛生士、がん専門看護師、がん関連認定看護師、がん専門薬剤師、リハビリテーション技師、栄養士、がんよろず相談担当者、患者図書館専任看護師などの、がん診療における多職種チーム医療の構成員の育成に努めてきた。本研究班では、これらの人材を活用し、がんの薬物療法に関与する多職種チームによるがん薬物療法における支持療法を推進し、その全国的な普及に取り組んできた。

本年度は、五つに分けたステップのうち、主に、これまでに確立してきた支持療法の内容を、医療スタッフ、患者・家族、製薬企業の医療情報担当者に提示し、意見を求めることが行われた。各種学会のプログラムの中で、半日～一日がかりで、ほぼすべての支持療法項目を普遍的に情報提供することは、かつて例がなく、セミナー会場は常に満席の状態であり、がんの薬物療法に関わる医療スタッフの関心がうかがわれた。一方、患者・家族向けのセミナーは、一日がかりでは長すぎて、内容を十分には把握できない傾向が見られ、十分な準備のもと、わかりやすい説明書が必要と考えられた。

#### 5) “レジメン別がん薬物療法説明書”の作成

手術や放射線治療の場合とは異なり、がんの薬物療法では、その副作用対策において患者・家族の関与が大きい。そこで、正確でわかりやすい説明書が患者・家族の理解を深め、不安感を和らげ、有害事象に適切に対処するために有用である。

本研究班では、これまで“情報処方”のコンセプトに基づき、がん治療に伴う副作用、合併症、後遺症などに関する患者向け、医療スタッフ向け医療情報集の作成を進め、リンパ浮腫、食事の摂取、口腔粘膜炎、脱毛、眼の症状などに関する小冊子を作成し、全国の拠点病院等に配布し、ウェブサイトでも公開してきた。

この活動の一環として、本年度より、がんの薬物療法についてのレジメン別の副作用情報と対処法に関する冊子の作成を開始した。モデルとして、乳がん、胃がん、肺がんについてのレジメンを選び、作成中である。これらの情報は、診療現場や相談支援センターでの医療スタッフの活動に有用であるとともに、がん患者に必要な情報を提供し、理解を深め、患者参加型医療の推進に役立つものと思われる。

#### 6) 尾道市医師会モデルの推進と標準化

尾道市医師会で実践されている終末期在宅緩和ケアモデルでは、病院の医療チームから地域の医療チームにシームレスにつながるための“退院前・退院時患者ケアカンファレンス”が重要な役割を果たしている。このモデルの構築状況と、“カンファレンス”への出席者、伝達されている重要事項が今回、明確にされ、全国的に、地域の状況がこのモデルのような形での運用が可能な否か、評価することが可能となった。

#### 7) 在宅がん医療における小規模多機能型居宅介護施設の活用

新たな試みとして、家族の介護力が乏しいがん患者の終末期ケアのために、少数の終末期患者を小規模多機能型居宅介護施設に受け入れるシステムが試された。その運用に当たっては、在宅終末期緩和医療に習熟した医師と、急性疾患看護の経験がある複数名の看護師が欠かせないが、このような条件の下では、有効に働くシステムであることが明らかにされた。

#### 8) 看取り休暇の必要性

在宅での看取りを実践するには、家族が応分の負担をせねばならない。しかし、核家族化が進む我が国において、離れて暮らす家族や共働

き子ども夫婦が、在宅での医療の一端を担うには、様々な工夫が必要となる。今後、このような状況で、家族にとって“看取り休暇”の創設が必要であるとの提案がなされた。

#### 9) 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、離職後の再就労は困難な事業であり、できるだけ、離職を防ぐ努力が必要と考えられた。

#### E. 結論

がん医療における在宅医療を考えるには、①病院が主導する在宅抗がん治療と診療所を中心とした在宅終末期緩和ケアとを明確に区別して考える、②病院における多職種チーム医療と地域における多職種チーム医療を構築し、両者をシームレスの結ぶ連携を確立する、という二点が重要と考えられた。

病院主導の抗がん治療における在宅医療では、病院に設置された“患者家族支援センター”が有用であった。

がん薬物療法は在宅で実施される抗がん治療の代表である。その副作用対策としての支持療法の確立と普及は、在宅抗がん治療の質の向上に必須である。そのため、これまでに確立された支持療法を冊子にまとめ、それを教材としたセミナーを、医療スタッフ、患者・家族、製薬企業の医療情報担当者などを対象に実施し、普及を図った。

また、患者・家族に対し、情報処方というコンセプトの元に、薬物療法に関する支持療法についての情報提供を行うため、使用頻度の高い100種類程度のレジメン別薬物療法説明書の作成を目標とした作業を開始した。

在宅終末期緩和ケアを目標とする尾道方式については、システム構築、“退院前・退院時患者ケアカンファレンス”の運用、重要な伝達事項などが明確にされ、全国的に地域での実践が可能か否かを検討することが可能となった。また、在宅医療に準じる新たな試みとして、小規模多機能型居宅介護施設の活用が図られた。その上で、我が国の家族状況を鑑み、在宅での看取りの実践のため、“看取り休暇”の創設が必要と考えられた。

#### 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. Koinuma N., Proposal for the breakdown of increased cancer health care cost and its improvement., Jpn J Clin Oncol 43:351-356, 2013.
2. Watanabe T, Koinuma N, et al., Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2010 for the treatment of colorectal cancer. Int J Clin Oncol, 17:1-29, 2012.

###### 雑誌(日本語)

1. 山口建、がん患者支援とがんサバイバーのQOL 1. がんサバイバー支援—患者・家族を支援するがんよろず相談、産科と婦人科、80:165-171、2013
2. 山口建、「がんの社会学」と「よろず相談」、三田評論、1163:8-9、2013
3. 山口建、レギュラトリーサイエンスと抗がん剤、臨床薬理 Jpn Clin Pharmacol Ther, 43:173-174、2012
4. 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
5. 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
6. 山口建、“病気の研究”と“患者の研究”、KANI、39:8、2012
7. 山口建、静岡県立静岡がんセンターの歩み、静岡県医師会報、1491:8-11、2012
8. 山口建、人類を守る新しい哲学は何処に?、厚生福祉、5924:9、2012
9. 山口建、知っておきたい 隣接医学あれこれ がん医療⑤ 「食べるということ」、日歯広報、1563:7、2012
10. 山口建、知っておきたい 隣接医学あれこれ がん医療④ 「医科歯科連携」、日歯広報、1562:7、2012
11. 山口建、知っておきたい 隣接医学あれこれ がん医療③ 「口腔ケアとチーム医療」、日歯広報、1560:7、2012
12. 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
13. 野村和弘、期待される勤労者医療、日職災医誌(JJOMT)、60:115-124、2012

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>14. 片山壽、松田晋哉、地域包括ケアシステムをどのように具体化するのかーイギリスの Clinical Commissioning Group フランスの Reseau de la santé 日本の尾道市医師会モデルの比較、社会保険旬報、2525:10-16、2013</p> <p>15. 片山壽、在宅医療が可能にする終末期の变革、Geriatric Medicine、50:1415-1418、2012</p> <p>16. 片山壽、在宅緩和ケアと在宅医療連携、大阪保険医、544:4-11、2012</p> <p>17. 片山壽、在宅医療と病院 地域医療連携が可能にする地域包括ケアシステム、病院、71:196-199、2012</p> <p>18. 山口直人、診療ガイドラインを使いこなすため、薬事、54:1945-1948、2012</p> <p>19. 小島原典子、山口直人、他、日本の科学的根拠に基づく診療ガイドライン作成の現況、日本プライマリ・ケア連合学会誌、35:195-203、2012</p> | <p>H. 知的財産権の出願・登録状況</p> <p>1. 特許の出願<br/>なし</p> <p>2. 実用新案登録<br/>なし</p> <p>3. その他<br/>なし</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 書籍(日本語)

1. 辻哲夫、山口建、他、被災地から始まる高齢社会のコミュニティづくり、食べる生きる力を支える3-3.11の記録 震災が問いかけるコミュニティの医療-歯科医師会からの提言、中央公論新社、東京都、223-279、2012
2. 辻哲夫、山口建、他、生きる力を支える医療、食べる 生きる力を支える1 歯科医師会からの提言「生活の医療」、中央公論新社、東京都、27-47、2012
3. 山口建、他、抗がん剤治療と皮膚障害、静岡がんセンター編集、2012
4. 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
5. 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
6. 片山壽、地域医療連携を重視した医師会の事業計画と理論の整備：尾道市医師会の取り組み、超高齢社会、中央経済社、東京都、97-119、2012
7. 片山壽、梶本章、“連携”から“統合”へと進化し続ける元祖地域包括ケア「尾道方式」、医療白書2012、日本医療企画、東京都、76-89、2012

## 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】

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地域を分析し、いずれにも共通する在宅がん患者・家族を支える医療連携システムについての基本的な考えとして、①病院が主導する在宅抗がん治療と診療所を中心とした在宅終末期緩和ケアとを明確に区別して考える、②病院における多職種チーム医療と地域における多職種チーム医療を構築し、両者をシームレスに結ぶ連携を確立する、という二点が重要と考えられた。

がん薬物療法は在宅で実施される抗がん治療の代表であり、その副作用対策としての支持療法の確立と普及は、在宅抗がん治療の質の向上に必須である。そのため、これまでに確立された支持療法を冊子にまとめ、それを教材としたセミナーを、医療スタッフ、患者・家族、製薬企業の医療情報担当者などを対象に実施し、普及を図った。

A. 研究目的

本研究では、がん対策基本法の理念のもと、がん患者と家族の暮らしを守るという「がんの社会学」の視点を持って、病院と地域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に沿った情報作りを行い、全国への普及を目指している。

病院と在宅医療とをシームレスに連携させるシステムとして、静岡がんセンターを中心としたモデルにおいては、病院と地域を結ぶ情報共有のための電子カルテシステムが稼働し、さらに、病院が認定した連携先である医師、歯科医師、訪問看護ステーション、薬局が活動を開始し、すでに構築された「静岡県 あなたの街の がんマップ」、「静岡県内市町医療福祉サービス情報」なども活用しながら、病院と地域医療との機能分担がほぼ確立された。そこで、本年度は、全国のがん拠点病院を対象とした「外来がん看護、外来部門に関する実態調査」の結果を参考に、外来部門の再構築を行い、シームレス化と効率化と患者満足度の向上を目指し、“患者家族支援センター”の検討を進めた。

本研究のもう一つの柱は、在宅がん患者・家族の支援である。現在までに、“情報処方”のコンセプトに基づき、がん治療に伴う副作用、合併症、後遺症などに関する患者向け、医療スタッフ向け医療情報集の作成を進め、リンパ浮腫、食事の摂取、口腔粘膜炎、脱毛、眼の症状

などに関する小冊子を作成し、全国の拠点病院等に配布し、ウェブサイトでも公開してきた。本年度は、外来診療として実施されることが多い、がん薬物療法における支持療法の確立につとめ、また、その全国的な普及を図るために様々な機会を利用してセミナーを開催するなど、情報提供を進めた。

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た地域の多職種チーム医療推進のために、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具体化に取り組んできた。本年度は、病院外来で診療を受ける患者を対象に、より積極的な情報提供やケアを実践する“患者家族支援センター”について、その機能と患者・家族との関係、さらには、地域の診療所、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推進について検討した。

2) がんの薬物療法の支持療法の確立と普及

がんの薬物療法における支持療法の確立と普及についての方針は、第一ステップとして、様々な診療科におけるレジメンにより出現す

る副作用、合併症、後遺症を整理し、それぞれの対策を確立すること、第二に、副作用別にスタッフ、患者・家族が理解を深めるための冊子を作成すること、第三に、近年臨床応用が始まった分子標的薬などについて、新たな副作用についての情報収集に努めること、第四に、学会、講演会などの機会に、支持療法の全体像を公開し、医療スタッフ、患者・家族、製薬企業などから、内容、表現方法などの意見を収集すること、第五に、患者に必要な情報は、治療に用いられるレジメンに関するものだけでよいという視点から、レジメン別・患者向け・薬物療法説明書を作成し、その冊子に基づき、病院等で薬物療法の実践に当たるすべての医療スタッフ、患者、家族、在宅医療を担当する医療スタッフが効率的な支持療法の実践に努めることと考えた。その上で、本年度は、主に、第四のステップについて検討を進めた。

#### (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した。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した。

### C. 研究結果

#### 1) がんの在宅医療の基本となる考え方

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地域を分析し、在宅がん患者・家族を支える医療連携システムの構築を検討した。その結果、すべてに共通する基本的考えとしては、①診療所が中心となる在宅終末期緩和ケアと病院が主導する在宅抗がん治療(手術療法、放射線療法、薬物療法)を明確に区別して考える、②病院における多職種チーム医療と地域における多職種チーム医療を構築し、両者をシームレスの結ぶ連携を確立する、という二点が重要と考えられた。

#### 2) “患者家族支援センター”の有用性

病院外来で診療を受ける患者を対象に、より積極的な情報提供やケアを実践する“患者家族支援センター”について検討し、その活用が、

治療後あるいは治療中の患者の身体的、精神的、社会的諸問題に関わるケアに重要な役割を果たすことを明らかにした。センターでは、初診時あるいは診療中に支援が必要な患者をふるい分け、在宅時には患者・家族と地域医療スタッフとセンターとの間で密な連携を結ぶことが可能となった。

#### 3) がんの薬物療法における支持療法の確立と普及

現在、がん医療の現場で実施されているがん薬物療法において、必要な支持療法の項目は、①インフォームド・コンセント、②治療開始前の準備・ケア、③医療費の制度と手続き、④抗がん剤血管外漏出時、⑤インフュージョンリアクション、⑥感染症対策、⑦血液障害、⑧悪心・嘔吐、⑨口腔粘膜炎、⑩食事の工夫、⑪脱毛ケア、⑫眼の障害、⑬皮膚・爪障害、⑭心臓障害、⑮神経障害、⑯自宅療養時の注意事項、⑰無効時のインフォームド・コンセント、⑱緩和ケアに移る準備、などにまとめられた。

そこで、上記の項目について、これまでに蓄積された対処法をまとめ、がん薬物療法における支持療法のためのセミナーを、半日～一日をかけて、医療スタッフを対象としたがん関係学会である日本緩和医療学会、日本がん看護学会、創傷オストミー失禁管理学会など、また、患者・患者支援団体を対象とした患者家族集中勉強会、がんの社会学合同班会議など、そして、製薬企業の医療情報担当者を対象とした説明会において実施し、その内容についての意見を収集した。

### D. 考察

#### 1) 在宅がん患者・家族を支えるシステム構築の基本的考え

在宅がん患者・家族を支える医療連携システムについての基本的考えとして、①病院が主導する在宅抗がん治療と診療所を中心とした在宅終末期緩和ケアとを明確に区別して考える、②病院における多職種チーム医療と地域における多職種チーム医療を構築し、両者をシームレスの結ぶ連携を確立する、という二点が重要と考えられた。また、これらを実現するためには、病院、地域の医療スタッフが必要な知識を得、技術を習得するための研修機会を増やすことが必要とされた。

## 2) “抗がん治療中あるいは経過観察中の患者”を対象としたシステム構築

この群には、具体的には、手術後で経過観察中の患者、放射線治療中あるいは治療後で経過観察中の患者、がん薬物治療中あるいは治療後で経過観察中の患者などが含まれる。この場合、抗がん治療を行う病院、医療機関が中心となって診療を行う必要がある。たとえ、在宅で、普段は地域の診療所の診療を受けていても、複雑な抗がん治療のすべてを診療所が担うことは不可能であるためである。従って、シームレスな連携の中で、病院は、患者・家族に適切な指示を与え、地域の診療所や訪問看護ステーションなどに必要な処置等について依頼する。現在では、このような連携は、診療依頼などは医療連携室が担い、診療内容の細部については、担当医や担当看護師と、地域の医療スタッフが案件ごとに連絡しあう体制が一般的である。しかし、この体制は、非効率的であり、積極的な医療スタッフか否か、あるいは、積極的な患者・家族か否かで、医療サービスに大きな差が出てしまう。その一つの解決策として“患者家族支援センター”についての検討が進められた。

## 3) “患者家族支援センター”の運用

静岡がんセンターの“患者家族支援センター”では、初診時あるいは診療中に支援が必要な患者をふるい分け、在宅時には患者・家族と地域医療スタッフとセンターとの間で密な連携を結ぶことが可能となる。同様な対応は、外来でがんの薬物療法を実施する“通院治療センター”でも別途、行われている。センターの機能には、患者・家族への積極的なアプローチと必要なカウンセリングも含まれている。2013年3月より、センターの運用が始まり、その活用は治療後あるいは治療中の患者の身体的、精神的、社会的諸問題に関わるケアに重要な役割を果たすことが明らかとなった。

## 4) がん薬物療法における支持療法の確立と普及

これまでの抗がん治療は、がんという病変を叩くことに全力を挙げ、がん医療のスタッフは、抗がん治療に伴う合併症、副作用、後遺症に対しては、「がんを治すためには致し方がない」という姿勢で望んできた。しかし、がん治療の歴史の中で、“患者のQOLの向上”が重視されるようになり、手術に関しては“低侵襲手術”の技術と術後ケアが、また、放射線治療の分野でも“粒子線治療”、“強度変調放射線治療”、

“小線源療法”などのピンポイントの照射技術と後遺症対策が進展した。

がん薬物療法の分野でも、通常、用いられてきた殺細胞性の抗がん剤以外に、ホルモン療法や分子標的薬など、比較的、副作用・後遺症が緩和された薬剤が開発され、臨床応用されて、QOLの改善に役立てられている。しかし、殺細胞性抗がん剤は今も広く用いられ、ホルモン剤、分子標的薬も新たな副作用を引き起こしており、積極的な副作用対策を講じることは、がんの薬物療法を受ける患者のQOL向上にとって極めて重要である。

静岡がんセンターでは開設以来10年以上にわたり、がん薬物療法における支持療法の確立を目標に、腫瘍内科医のほか、総合診療部門の副作用対策専門医、歯科・口腔外科医、歯科衛生士、がん専門看護師、がん関連認定看護師、がん専門薬剤師、リハビリテーション技師、栄養士、がんよろず相談担当者、患者図書館専任看護師など、多職種チーム医療の構成員の育成に努めてきた。本研究班では、これらの人材を活用し、がんの薬物療法に関する多職種チームによるがん薬物療法における支持療法を推進し、その全国的な普及に取り組んできた。

本年度は、五つに分けたステップのうち、主に、これまでに確立してきた支持療法の内容を、医療スタッフ、患者・家族、製薬企業の医療情報担当者に提示し、意見を求めることが行われた。各種学会のプログラムの中で、半日〜一日がかりで、ほぼすべての支持療法項目を普遍的に情報提供することは、かつて例がなく、セミナー会場は常に満席の状態であり、がんの薬物療法に関わる医療スタッフの関心がうかがわれた。一方、患者・家族向けのセミナーは、一日がかりでは長すぎて、内容を十分には把握できない傾向が見られ、十分な準備のもと、わかりやすい説明書が必要と考えられた。

## E. 結論

がん医療における在宅医療を考えるには、①病院が主導する在宅抗がん治療と診療所を中心とした在宅終末期緩和ケアとを明確に区別して考える、②病院における多職種チーム医療と地域における多職種チーム医療を構築し、両者をシームレスの結ぶ連携を確立する、という二点が重要と考えられた。

病院主導の抗がん治療における在宅医療では、病院に設置された“患者家族支援センター”が有用であった。

がん薬物療法は在宅で実施される抗がん治療の代表である。その副作用対策としての支持療法の確立と普及は、在宅抗がん治療の質の向上に必須である。そのため、これまでに確立された支持療法を冊子にまとめ、それを教材としたセミナーを、医療スタッフ、患者・家族、製薬企業の医療情報担当者などを対象に実施し、普及を図った。

#### 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、がん患者支援とがんサバイバーのQOL 1. がんサバイバー支援—患者・家族を支援するがんよろず相談、産科と婦人科、80:165-171、2013
- ②. 山口建、「がんの社会学」と「よろず相談」、三田評論、1163:8-9、2013
- ③. 山口建、レギュラトリーサイエンスと抗がん剤、臨床薬理 Jpn Clin Pharmacol Ther、43:173-174、2012
- ④. 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
- ⑤. 山口建、「病気の研究」と「患者の研究」、KANI、39:8、2012
- ⑥. 山口建、静岡県立静岡がんセンターの歩み、静岡県医師会報、1491:8-11、2012
- ⑦. 山口建、人類を守る新しい哲学は何処に?、厚生福祉、5924:9、2012
- ⑧. 山口建、知っておきたい 隣接医学あれこれ がん医療⑤ 「食べるということ」、日歯広報、1563:7、2012
- ⑨. 山口建、知っておきたい 隣接医学あれこれ がん医療④ 「医科歯科連携」、日歯広報、1562:7、2012
- ⑩. 山口建、知っておきたい 隣接医学あれこれ がん医療③ 「口腔ケアとチーム医療」、日歯広報、1560:7、2012
- ⑪. 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

#### 書籍(日本語)

- ①. 辻哲夫、山口建、他、被災地から始まる高齢社会のコミュニティづくり、食べる生きる力を支える3-3.11の記録 震災が問いかけるコミュニティの医療-歯科医師会からの提言、中央公論新社、東京都、223-279、2012
- ②. 辻哲夫、山口建、他、生きる力を支える医療、食べる 生きる力を支える1 歯科医師会からの提言「生活の医療」、中央公論新社、東京都、27-47、2012
- ③. 山口建、他、抗がん剤治療と皮膚障害、静岡がんセンター編集、2012
- ④. 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
- ⑤. 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

#### 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】

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を平成24年度から進めてきた。現在PHR (Personal Health Record) という個人が管理する電子カルテを開発し、個人の生涯に渡る医療内容を電子カルテに保存できるようになった。平成24年度の計画は、情報提供としてどのような項目を盛り込むのかの検討と、USBメモリーを用いた情報交換システムの開発である。開発したPHRを患者に保有させ、自宅にそれに対応するタブレットを配置し、自身の医療データの自己管理、家族とのスカイプを利用した情報交換を試みている。この基本的なネットワークの構築に加えてさらに、それらを統括するinternet hospitalの構築も将来考えている。

A. 研究目的

Cancer survivorは社会復帰することによって再発予防のために外来通院による治療継続が必要となることが多く、他の病気等で通院した場合やかかりつけでない医師に受診する場合でも病歴や服薬などの情報をその都度伝えなければいけない。また、PHRにCancer survivor自身の病気の血液生化学情報、画像をいれ、さらに日々の血圧や体重などのバイタルサインを入力することにより、cancerの進行や、再発について客観的に知ることができ、かつ体調管理も容易になるので、社会復帰後の活動範囲は広がる。

B. 研究方法

患者自身が日々の記録の入力や画像閲覧が行いやすいよう、PHRの試用テストを繰り返し模索していく。医師が電子カルテからPHRへの情報を入力しやすいように、各種の電子カルテからデータをPHR並行するためのインターフェースを作成する。PHRを実際にcancer survivorとその家族に使用してもらい、interviewによってPHRの持つ社会復帰の貢献度を検討する。

(倫理面への配慮)

個人の医療情報が入ったPHR(USBメモリー)なので、紛失や盗難などの危険を避けるため暗証番号入力にて開くように設定、また紛失時や災害などで、PHRを失った患者に対して対応できるよう、個人情報管理センターにも飛ばせるよう構想している。

C. 研究結果

24年の申請書からの研究結果はCancer survivorの通院歴、処方歴、今までの画像、生化学データ情報を管理閲覧できるソフトウェアを作成し患者に試用段階である。

このPHRはがん患者に留まらず、全ての人に必要な病院にかかった履歴記録情報としても利用され得る。

D. 考察

現段階でのPHRでは情報量に限界がある。若年のcancer patientも考慮し、将来多くなる情報をクラウドで管理する必要がある。

実際にPHRを持っていて安心できると評価いただいているが、自身の健康管理ツールとして使用している方が高齢者に少ないので、コンピュータ使用を好まない患者のためにタブレットからのPHR閲覧も構築中である。

E. 結論

Cancer survivorの医療情報を保持、携帯できるPHRは出来ているが、複数課題も残る。①情報量に限りのあること、②医師による電子カルテからPHRへの情報入力の単純化などである。

G. 研究発表

1. 論文発表

雑誌(日本語)

- ① 野村和弘、期待される勤労者医療、日職災医誌(JJOMT)、60:115-124、2012

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 】

がん患者の在宅における看取りの推進には、病院から在宅へシームレスに繋がる連携が必須である。その最良の機会が、病院における「退院時ケアカンファレンス」であることが、これまで本研究活動で明らかになった。複数の病院の「退院時ケアカンファレンス」に、複数回立ち会い、関係者（患者家族を含む）へのヒアリングを行い、モデル的な「退院時ケアカンファレンス」の要件を明らかにした。さらに、地域における医療福祉連携を推進する観点からも、地域単位で誰が、何を、どのように検討し調整すべきか、その責任をどの機関が担うべきかについても、多職種の見識集約を行い、地域で確立すべき「在宅での看取りシステム」の要件についても明らかにした。

A. 研究目的

がん患者の在宅での看取りシステムを構築するため、地域で確立すべき重要事項を明らかにするとともに、さらに地域で自律的にシステムを維持する必要な要件を提示する。

B. 研究方法

在宅医療のモデル地域として欧米から高い評価を得ている尾道方式を実践している市内二つの急性期病院、並びに在宅医療を推進しようとしている複数地域の急性期病院の「退院時ケアカンファレンス」に参加し、関係者（患者家族を含む）へのインタビューを行い、その結果に基づき、急性期病院の地域連携室スタッフと協議し必要事項をまとめた。

さらに岡山市の在宅医療推進を目的とする複数の会議（医師会、多職種連携会議等）の場を活用し、上記目的達成のための見識集約を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、臨床研究・疫学研究ではなく、得られた個人情報はすべて匿名のものであった。

C. 研究結果

以下が、がん患者の在宅での看取りシステムを構築するため、地域で確立すべき重要事項であり、さらに地域で自律的にシステムを維持する必要な要件である。

【地域包括ケアシステム・チェックシート】

◀病院における退院前調整

（ケア・カンファレンスの直前を含む）▶

1. 病院地域連携室（地域包括ケア関連業務に限定）

○院内の位置づけ

- ・病院の基幹的組織となっているか
- ・専従スタッフは何名か
- ・退院時ケアカンファレンスについて、どのような調整権限を有するか

2. 介護支援専門員

○病院医師との連携

- ・診療情報、治療方針について病院主治医から情報を得ることができるか
- ・どのような方法で得ているか

○在宅医師との連携

- ・どのような情報を共有しているか
- ・意見交換をどのように行っているか
- ・病態急変時の対応について共通の認識を持っているか
- ・End of Life Care の考え方を共有できているか

- 病院看護師との連携
  - ・事前に病院を訪問し意見交換を行っているか
  - ・どのような情報を共有しているか

- 訪問看護師との連携
  - ・どのような方法で意見交換を行っているか
  - ・病態急変時の対応について共通の認識を持っているか
  - ・End of Life Care の考え方を共有できているか

- 介護事業者との連携
  - ・どのような情報を共有しているか
  - ・どのような方法で意見交換を行っているか
  - ・病態急変時の対応について関係者が共通の認識を持っているか
  - ・End of Life Care の考え方を共有できているか

### 3. 病院医師・在宅医師相互の連携

- 組織的連携
  - ・かかりつけ医との共同診療体制ができているか

- 診療情報・治療方針
  - ・在宅医が事前に病院医師と必要な協議が可能か
  - ・退院前に在宅医が必要と判断した検査・処置を求めることができるか
  - ・退院後、在宅医が病院医師にどのようなコンサルテーションが可能か

- 病態急変時の対応
  - ・病態急変時の対応について共通の認識を持っているか
  - ・End of Life Care の考え方を共有できているか

### 4. 病院看護師・訪問看護師相互の連携

- 組織的連携
  - ・病院内に在宅看護を支援する組織・人材が配置されているか
  - ・在宅看護から看護情報がフィードバックされるしくみがあるか

- 看護情報
  - ・訪問看護師が事前に病院を訪問し、病院看護師と必要な協議を行っているか

- 病態急変時の対応
  - ・病態急変時の対応について共通の認識を持っているか
  - ・End of Life Care の考え方を共有できているか

### 5. 患者・家族との相互理解

- 病態急変時の対応
  - ・病態急変時の対応について関係者が共通の認識を持っているか
  - ・End of Life Care の考え方を共有できているか

### 【退院時ケアカンファレンスチェックシート】

#### 1. 事前の調整

先の地域包括ケアシステム・チェックシートを参照

#### 2. 参加メンバー

- どのような職種・職位の者が構成メンバーとなっているか
  - ・病院側：医師、看護師、薬剤師、MSW、事務
  - ・在宅側：医師、看護師、薬剤師、訪問介護事業者、その他の介護サービス事業者、民生委員 など

○病院長、看護部長、事務部・局長はどのような頻度で参加しているか

#### 3. 協議内容

- 下記の事項について病院・居宅系サービス事業者の相互理解が得られているか
  - ・診療情報/治療方針
  - ・看護情報/看護方針
  - ・介護方針
  - ・病態急変時の対応について、再入院の要件について相互理解が得られているか
  - ・End of Life Care について患者、家族、在宅医、病院幹部との相互理解はどうか

- 相互理解を得るため、どのような工夫がなされているか
  - ・ICT 情報システム
  - ・多職種協働研修会・会合
  - ・業種別の定期的な研修会・会合

#### 4. カンファレンス日時の設定

##### ○開催日時の調整

- ・カンファレンスの出席は各職種毎に院内でのような優先順位となっているか  
(医師、看護師、薬剤師、MSW、事務等)

##### ○日時の調整に苦慮することはあるか、その理由は何か

##### ○協議時間は何分か

#### 5. 協議記録

##### ○協議記録並びに記録の管理責任者は誰か

##### ○患者/家族が協議記録を閲覧することは可能か

#### 6. 退院時ケアカンファレンスの評価

##### ○退院時ケアカンファレンスをどのように評価しているか

##### ○関係者がそれぞれフィードバックするシステムを有しているか

#### 【地域包括ケアシステムの運営・管理】

#### 1. 地域包括ケアシステムに関する関係者による協議会

##### ○どのような地域単位で設置されているか

- ・二次医療圏単位、急性期病院を中心とした地域単位など

##### ○上記の協議会の構成はどのようなメンバーか

##### ○協議内容

- ・一般的な情報交換、苦情等に関する協議、問題症例・モデル症例などのケース検討
- ・その他連携推進に関する協議等

##### ○協議会の開催頻度

##### ○地域包括ケアに関する研修活動をどのような頻度で行っているか

##### ○どこが事務局機能を有するか

- ・地域医師会、急性期病院、地域包括ケア支援センター、社会福祉協議会等
- ・市町担当課

#### 2. 相談・苦情処理

##### ○どこが受けているか

- ・地域医師会、病院（地域連携室）、地域包括ケア支援センター、社会福祉協議会  
民生委員、市町担当課

##### ○苦情処理及び対応について

- ・記録が保存されているか
- ・定期的な内部レビューがあるか
- ・地域協議会で報告されているか
- ・行政が必要な情報を入手できるか

##### ○問題事業者が明らかな場合の対応

- ・医師会、看護協会等関係業種へ通報し、問題事業者を個別指導
- ・行政へ通報し監査・指導 など

#### 3. 透明性・説明責任・評価

##### ○地域包括ケアシステムの評価について

- ・行政及び関係者からなる評価委員会を設置
- ・市民オンブズマン制度等による評価

##### ○関係事業者の業務・経営報告書の開示

- ・市町等のHPで開示
- ・各施設で閲覧可能

#### 4. 啓発・普及

##### ○地域住民への活動

- ・各種イベントの開催、市町などの広報を活用、各事業者による広報活動 など

#### D. 考察

現在、厚生労働省の補助金により「在宅医療連携拠点事業」が実施されており、「在宅」そのものが、死期が近い高齢者には、最良の環境、“特効薬”であることが一般的な認識になりつつある。それらの報告等によれば多職種連携が着実に地域に進展していると思われる。

しかしながら、尾道市のシステムと比較するならば、急性期病院との組織的連携が極めて希薄である実態が浮かび上がってきた。即ち、一病院との連携システムは出来上がっているが、地域全体の急性期医療との連携が、システムとして機能していないのが殆どであった。在宅医療が地域医療システムとして地域住民全体をカバーするには、在宅医療・地域包括ケア関係者だけの多職種連携では不十分である。

また、在宅における「がんの緩和ケア」については、痛みのコントロールについての専門的

な支援が必須であり、かかりつけ医の多くが、地域単位でコンサルテーションシステムの構築を求めている。がん拠点病院が主催する「緩和ケア講習」は、岡山県では、疼痛管理の認識を新たにしている内容のものであり、実践的な内容とはなっていない。さらに、患者の“痛み”について正しく訴えを把握するためには、主治医だけの努力では不十分であり、多職種間のコミュニケーションによって初めて主治医が患者の訴えを的確に把握できることが判明した。

地域医療の視点に立つならば、地域の救急医療から看取りまでのシームレスな医療提供体制が必要であり、在宅医療・地域包括ケアが期待されている役割を担うことによって、救急医療自体が強化される構図が明らかとなった。

上記に加え、在宅医療・地域包括ケアが地域で機能するには、「医療と何か」、「医療そのもの」に対する急性期医療関係者の意識改革が上記の課題解決の本質論であると言える。具体的には、下記の医師法第一条に明確に規定されている医師のミッションに忠実であることにほかならない。

#### 【医師法第一条】

医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。

(補足) “掌る”とは、すべての辞書で第一目の意味は「職務・任務として取り扱う。役目としてそのことに当たる」とある。「支配する。管理下に置く」は、二番目の意。

複数の地域でヒアリングを重ねる中、どの地域でも共通な問題が、老健・特養以外の居宅系民間老人施設では、看取りについては対応しないという暗黙の取り決めがあったことである。死期が近づいたと判断したならば、病院への入院が望ましいという入居者への“指導”がなされていた。特にチェーン店で顕著であったことは、患者・家族が希望し、かかりつけ医が責任を持って往診するからと施設側に“看取り”を求めても「会社の方針なので出来ません」と一蹴されるという実態であった。こうした実態は、入居者の人権にも関係する問題であり、今後の研究課題としたい。

#### E. 結論

在宅緩和ケアは、がん患者の最も重要な看取りシステムであり、超高齢社会における地域医療の要とも言える。

在宅での看取りシステムの構築には、急性期病院の医師のみならず経営者たる院長をはじめ幹部職員が、在宅医療・地域包括ケアについて正しい認識を持ち、医療に対する意識改革を図る必要がある。

こうした意識改革に基づく急性期医療と在宅医療・地域包括ケアの連携は、地域の救急医療体制の強化にもつながる。

これらを地域で実現する格好の機会が、急性期病院における「退院時ケアカンファレンス」であり、さらにそこで浮かび上がった症例の課題、地域システムの課題を多職種で協議し打開策を検討する「地域ケア会議」の構築が急がれる。

本分担研究では、「退院時ケアカンファレンス」、「地域ケア会議」等の運営に関する基本的な要件を明示した。このガイドラインが、地域の実情に添った地域のガイドライン作成の一助となることを期待する。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

##### 【雑誌(外国語)】

1. Kawagoe M., Doi H. et al, Study on the factors determining home death of patients during home care: A historical cohort study at a home care support clinic, 2012 Japan Geriatrics Society, doi: 10.1111/ggi.12018

##### 2. 学会発表

1. 土居弘幸、訪問診療患者の在宅死成立因子の研究：在宅療養支援診療所の後ろ向きコホート研究、第54回日本老年医学会学術集会・総会、2012.6、東京