

201313026A

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25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山口 建

平成26(2014)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 29
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 45
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 47
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 49
北村 有子

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

- 雑誌：外国語 55
- 雑誌：日本語 55
- 書籍：日本語 56

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、どのような地域でも実践可能ながんの在宅医療システムの仕組みを検討することである。

本年度は、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、在宅がん患者を大きく二群に分け、がんを標的とした治療を継続している患者については病院が積極的に関与し、在宅での看取りを目指す場合には、地域の医療チームに全面的にゆだねることが望ましいと結論付けた。在宅がん患者の診療にあたる医療機関の役割分担を明確にすることで、がん医療の効率化が図られる。ここで、病院に設置される患者家族支援センターは、診療面のみならず、患者家族の精神的、社会的諸問題のケアに有用で、患者・家族満足度の向上につながるものと考えられた。

本研究では、患者・家族に必要な情報を積極的に提供するための情報処方についても研究を進めてきた。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。そこで、在宅でがんの薬物療法を受ける患者を支援するツールとして、処方別がん薬物療法説明書が重要と考え、乳がん、肺がん、胃がん、大腸がんを対象とした冊子を作成した。

終末期がん患者に対する在宅緩和ケアも本研究の主要なテーマである。在宅緩和ケアは、診療所を中心とする地域の多職種チームが主導することが望ましいが、老老介護あるいは独居のがん患者や認知症を合併するがん患者などが在宅での看取りを阻む要因となる。その解決策として看護師複数配置の小規模多機能居宅介護施設を活用した。この仕組みによって、12例の末期がん患者において良好な終末期緩和ケアが具体化できた。

さらに、これまでの研究成果を元に、岡山市全域における在宅医療のシステム化を開始し、急性期病院と地域包括ケアシステムとの連携を評価するための『地域包括ケアシステムの管理・運営』、『退院前調整』、『退院時ケアカンファレンス』を重視した指標をまとめた。

また、将来、本研究の成果を全国に普及させた場合の医療経済学的検討や情報提供の在り方についても基礎的な検討を行った。

なお、本研究においては、2003年度に、全国7885名のがん生存者を対象とした“がん生存者の悩みや負担に関する実態調査”を実施し、その成果は、全国のがん診療連携拠点病院等の相談支援センターに提供され、相談支援、情報提供のレベル向上に役立てられた。本研究では、がん対策基本法施行前後におけるがん患者の悩みや負担の変化を探る目的で、前回とほぼ同じ規模、設問様式でのアンケート調査を計画した。

研究分担者

山口 建	静岡県立静岡がんセンター 総長	片山 壽	片山医院 院長
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	濃沼 信夫	東北薬科大学 医療管理学 教授
土居 弘幸	岡山大学 医歯薬学総合研究科 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」の視点を持って、病院医療と在宅医療とをシームレスに結ぶシステムを構築し、各種ツールを開発し、全国的な普及を目指している。そのために、がん患者・家族の悩みや負担の調査を行い、その結果に基づいて悩みや負担の静岡分類を作成し、科学的な評価を可能としてきた。

地域連携システムとしては、すでに、静岡がんセンターを中心とした拠点病院中心のモデル、広島県尾道市医師会主導の中小都市モデル、北海道、十勝地区における過疎地型健康医療福祉複合体モデルについて検討し、地域事情をあまり考慮しない画一的な医療連携システムよりは、地域特性に基づくシステム構築が、在宅がん医療推進のために有用であることを明らかにした。

システムを効率的に運用する機能としては病院の外来機能が重要である。全国の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」の結果をもとに、新たな仕組みとして“患者家族支援センター”の整備を開始した。ここでは、病院と地域を結ぶ電子カルテシステム、地域医療機関・事業所を把握するための「静岡県 あなたの街の がんマップ」、近隣市町の医療福祉サービスを扱う「静岡県内市町医療福祉サービス情報」などが重要な支援ツールとなる。

在宅がん緩和医療を追求する広島県尾道市医師会システムでは、介護の担い手が自宅にいない数名の患者を一般の家屋に収容してケアを行う小規模多機能型居宅介護施設の運用が開始された。また、在宅がん患者・家族を支えるためのツールとして、“退院前、退院時患者ケアカンファレンス”の標準化を推進するためのチェックシートと評価表を作成し、有効性を検討した。

がんの薬物療法の多くは外来部門で実施されている。しかし、患者・家族に対する情報提供やケアは決して十分とは言えない。そこで、“情報処方”のコンセプトに基づき、副作用対処技術の確立、副作用別小冊子の作成、医療スタッフや患者・家族を対象とした副作用情報セミナーの開催、処方別説明書の作成などを行った。これらの情報は、病院の医療スタッフや相談支援センターの活動に有用であると同時に、がん患者ならびに地域の診療所医師に適切な情報を提供し、患者参加型医療の推進に役立つものと考えられる。

B. 研究方法

1) 研究体制

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について、開発されたツール、外来機能などについての研究を推進した。

分担研究者のうち、北村は、“情報処方”というコンセプトに基づき、がん薬物療法における副作用対策に関する情報提供についての研究を行った。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、“退院前、退院時患者ケアカンファレンス”の標準化を目指し、さらに、岡山市全域における在宅医療のシステム化を開始し、急性期病院と地域包括ケアシステムとの連携を評価するための『地域包括ケアシステムの管理・運営』、『退院前調整』、『退院時ケアカンファレンス』を重視した指標をまとめた。また、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の活用について情報収集を行った。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方法を検討した。野村は、山口（建）とともにがん患者の就労支援についての研究を進めた。山口（建）は、がん患者の悩みや負担に関する実態調査の計画を進めた。全国の拠点病院勤務の医療者で構成される班長協力者は、それぞれの地域事情を考慮しながら在宅医療モデルの評価を行った。

2) がんの在宅医療の基本となる考え方

静岡がんセンターを拠点とした在宅医療の経験に基づき、在宅患者への治療内容による明確な区別について検討した。また、地域の多職種チーム医療推進のために、新外来機能である“患者家族支援センター”の整備を進めた。このセンターにおいては、外来患者のうち、介入支援を必要とする患者をスクリーニングし、継続的なケアを開始した。

3) “処方別がん薬物療法説明書”の作成

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。そこで、在宅でがんの薬物療法を受ける患者を支援するツールとして、処方別がん薬物療法説明書の作成を進めた。処方別説明書は、現在、頻用されているがん薬物療法の約百種類の処方を最終目標として、患者が内容を理解し、医療スタッフが共有し、在宅医療に係わる地域の医療スタッフも容易に治療内容を把握できる説明書の作成を目指した。本年

度は、乳がん、肺がん、胃がん、大腸がんを対象とした冊子の作成を終えた。

4) 終末期在宅緩和ケアの強化

在宅終末期がん緩和医療を追求する広島県尾道市医師会システムでは、介護の担い手が自宅にいない数名の患者を一般の家屋に収容してケアを行う小規模多機能型居宅介護施設の運用が開始された。その長所、短所についての検討を進めた。

5) 岡山市全域の在宅医療の推進

岡山市全域の在宅医療において、在宅での質の高い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、自律的にシステムを維持し、高い在宅医療の質に資する地域医療福祉連携の客観的評価方法の開発を進めた。

6) がん患者の就労支援

がん患者の就労が困難である原因の多くは、がん再発への精神的不安と医療施設間の連携の不十分さによる。そこで、患者が自身の診療データを携帯・閲覧・追記するためのUSBソフトを考案し、有効性について検討した。

7) がん医療における医療経済学的分析

最新の統計資料を用いて、人的資本法により、がん罹患による経済的な逸失利益を部位別、年齢階級別等に算出した。

8) 患者・家族を支援するための情報提供

将来、本研究で作成されたがんの薬物療法の副作用対策に関する情報を、医療スタッフ、患者などに提供する手法について検討した。特に、我が国で作成された診療ガイドラインの中で、日本医療機能評価機構が実施するEBM普及推進事業(Minds)を対象として評価、分析した。

9) がん生存者の悩みや負担に関する実態調査

全国のがん診療連携拠点病院や患者会とともに、2003年度と同じ規模、設問様式で、がん患者、生存者、家族を対象に、身体的及び精神的苦痛や社会への適応状況などについて数千名を対象としたアンケート調査を実施することを計画した。調査結果については、10年以上の経過とがん対策基本法施行の影響を十分考慮した上で、分担研究者や研究協力者の意見を取り入れ分析し、患者・家族の悩みや負担の変化について、全国のがん診療連携拠点病院等に報告する予定である。本年度は、アンケート調査の内容について吟味を進めた。

(倫理面への配慮)

がん生存者の悩みや負担に関するアンケート調査については、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ため、「疫学

研究に関する倫理指針」に沿って研究計画を作成し、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計画とした。患者会など、アンケート調査実施機関で倫理審査委員会が設置されていない場合には、静岡がんセンターの倫理審査委員会にて代理審査を行う予定である。

C. 研究結果

1) がんの在宅医療の基本となる考え方

本年度は、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、在宅がん患者を大きく二群に分け、がんを標的とした治療を継続している患者については病院が積極的に関与し、在宅での看取りを目指す場合には、地域の医療チームに全面的にゆだねることが望ましいと結論付けた。在宅がん患者の診療にあたる医療機関の役割分担を明確にすることで、がん医療の効率化が図られる。

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、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であった。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ものと考えられた。

3) “処方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、投与される処方方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、使用頻度の高い百種類程度の処方別がん薬物療法説明書の作成を目標に作業を開始し、乳がん、肺がん、胃がん、大腸がんを対象とした冊子の作成を終えた。

4) 終末期在宅緩和ケアの強化

終末期在宅緩和ケアは、診療所を中心とする地域の多職種チームが主導することが望ましいが、老老介護あるいは独居のがん患者や認知症を合併するがん患者などが在宅での看取りを阻む要因となる。その解決策として看護師複数配置の小規模多機能居宅介護施設を活用した。この仕組みによって、12例の末期がん患者において良好な終末期緩和ケアが具体化できた。

5) 岡山市全域の在宅医療の推進

在宅医療は密室性が高く、多職種協働といっても、医師以外のスタッフが医師に意見を述べることは、時に困難を覚えることがあることから、多職種が共通の“物差し”により相互連携・多職種協働の考え方を相互に理解する必要がある。これらの課題やニーズを満たすため、岡山市全域において、5つの中核的急性期病院との連携により地域の在宅医療システムを構築する過程において、地域医療福祉連携の質を評価する自己点検票としての“物差し”を開発した。

6) がん患者の就労支援

がん患者に対する就労支援については、がんよろず相談を中心に地域の経済団体の協力を得て、就労支援を行い、20名中2名が、また、厚生労働省のがん患者等に対する就職支援モデル事業では、15名中2名が就労可能であった。後者においては、ハローワーク側のナビゲーターの寄り添う姿勢が重要であり、よろず相談側の相談員にとってハローワークとの連携は有効で、また、ナビゲーターにとっても病状理解が進むなどの長所が認められた。

一方で、今回、開発した Personal Health Record システムは、がん患者に対するフォローアップに有効で、患者と医療スタッフの認識のギャップを埋めることが可能と考えられた。

7) がん医療における医療経済学的分析

がん医療に要した費用は、心疾患、脳血管疾患の数倍であった。逸失利益に占める早期死亡の割合は、がんは 64.8%で、心疾患、脳血管疾患を大きく上回っており、がんの救命率の向上の重要性が窺えた。この割合を部位別にみると、胃がん 70.7%、大腸がん 58.9%、肺がん 73.0%、乳がん 53.6%、肝がん 77.1%であり、特に胃がん、肺がん、肝がん等での救命率の向上が課題と考えられた。

8) 患者・家族を支援する医療・福祉システムに関する全国的な情報提供

診療ガイドラインは科学的に有効性が評価された結果が推奨に反映されていることが求められるが、同時に、医療者と患者の意思決定を支援することが求められており、患者中心という視点で作成することが必要である。

そこで、本研究の成果を患者・家族に正確に伝えるためには、専門知識を有する医療スタッフのみが理解可能な用語、形式を可能な限り用いず、また、必要に応じて、用語解説

などの支援を行うことが必要と考えられた。

9) がん生存者の悩みや負担に関する実態調査
アンケート調査の内容は、前回、2003年度との比較のため、大部分を同様の設問としたが、過去、10年間のがん医療、患者家族支援の変化に応じて、がんの薬物療法やがん患者の就労支援についての設問を充実させた。

D. 考察

1) がんの在宅医療の基本となる考え方

在宅がん患者・家族を支える医療連携システムにおいては、がんを標的とした治療を継続している患者については病院が積極的に関与し、在宅での看取りを目指す場合には、地域の医療チームに全面的にゆだねることを明確に区別せねばならない。このように、在宅がん患者の診療にあたる医療機関の役割分担を明確にすることで、がん医療の効率化が図られる。ここで、病院に設置される患者家族支援センターは、診療面のみならず、患者家族の精神的、社会的諸問題のケアに有用で、患者・家族満足度の向上につながるものと考えられた。

2) “処方別がん薬物療法説明書”の作成

在宅抗がん治療の対象となるがん患者には、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。

本年度は、外来診療として実施されるがんの薬物療法を対象に研究を進めた。“在宅がん薬物療法”に伴う副作用は、自宅で過ごすがん患者・家族に大きな負担を強いる。その軽減のため、本研究で、“情報処方”というコンセプトのもと作成された、患者・家族や医療スタッフが共有する“座右の書”となる処方別説明書は、患者・家族の悩みや負担の改善に役立つ。作成に当たっては、がん薬物療法実施件数では全国トップクラスの静岡がんセンター病院の多職種チームが参加し、さらに、がん患者団体、がん患者支援団体の意見も聴取し、患者参加型医療のためのツールを目指している。作成された説明書は、順次、ウェブサイトで公開され、全国の医療機関で活用される。

3) 終末期在宅緩和ケアの強化

終末期在宅緩和ケアについては、尾道市、岡山市、静岡がんセンターの経験を合わせ、有効なシステム構築に努め、そのノウハウは全国に発信され、地域格差の是正に役立てられている。

在宅での看取りを目指す患者の場合、シームレスな医療連携には退院前・退院時ケアカンファレンスの実施が必要で、在宅医療に移行する患者・家族の不安を和らげるために重要な役割を果たしている。

また、家族の介護力が乏しい患者の看取りには、小規模多機能型居宅介護施設が様々な利点を有する。

4) 岡山市全域の在宅医療の推進

岡山市で開発された地域医療福祉連携の質を評価する技術は、自らが関与する地域システムの現状を関係者が相互に把握・理解し、課題の解決へ向け共通認識を持って地域システムの向上を図るために有効と考えられた。

5) がん患者の就労支援

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が多く、できるだけ、離職を防ぐ努力が必要と考えられた。今回、開発された Personal Health Record システムは、患者が不必要に自信を失うことを防ぐという観点からも重要と考えられる。

一方、今回、検討を進めた二つの方法で、少数ながら就労機会を得た患者が認められた。今後、患者、医療スタッフ、ハローワーク、地域行政機関、地域経済団体などの協働作業によって、社会の関心も高まり、支援が進み、成功例が増えていくものと考えられる。

6) がん医療における医療経済学的分析

がんによる逸失利益の算定は、がん医療の経済的評価となるとともに、医療資源投入の合理性を示すものとなる。今回、直接の算定はできなかったが、その改善のためには、胃がん、肺がん、肝がん等での救命率の向上が課題であり、本研究で推進している地域の多職種チーム医療において、その重要性を意識した取り組みが必要と考えられた。

7) 患者・家族支援のための全国的な情報提供

日本医療機能評価機構が実施する EBM 普及推進事業 (Minds) などで提供されている診療ガイドラインは、医療スタッフにとって有効であるが、ケアオプションに関する内容は、専門知識を有する医療スタッフのみが理解可能な用語、形式で記述されており、これらを患者や家族が理解するためには、用語解説などの支援が必要であることが明らかとなった。

8) がん生存者の悩みや負担に関する実態調査

新たなアンケート調査を行うことによって、がん医療の進歩、患者・家族の意識変化、がん対策基本法施行の影響などに基づく、がん患者・家族の悩みや負担の変化を捉えることが可能となる。

また、近年、相談件数が増加し、対応に難渋することが多い“在宅がん薬物療法”、“終末期在宅緩和ケア”、“がん患者の就労支援”の三課題について、全国的に情報が収集され、この結果、有効な相談支援・情報提供・ツールの開発・医療現場での活用に関する研究を進めることが可能となる。

さらに、全国のがん診療連携拠点病院での相談支援と情報提供において、がん患者の悩みや負担の実態変化を把握し、対応に難渋する課題についてのノウハウを入手することが期待される。

E. 結論

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、在宅がん患者を大きく二群に分け、がんを標的とした治療を継続している患者については病院が積極的に関与し、在宅での看取りを目指す場合には、地域の医療チームに全面的にゆだねることが望ましいと明確に区別する必要がある。

連携に必要な仕組みやツールとして、在宅で積極的な治療を実践している患者に対しては、病院主導のもと、在宅の患者ケアを積極的に行う患者家族支援センターが重要であることを明らかにした。

患者・家族に必要な情報を積極的に提供するための情報処方については、がん薬物療法の副作用対策としての支持療法の確立と普及を推進するため、処方別がん薬物療法説明書が重要と考え、乳がん、肺がん、胃がん、大腸がんを対象とした冊子を作成した。

終末期がん患者に対する在宅緩和ケアについては、看護師複数配置の小規模多機能居宅介護施設の活用により12例の末期がん患者において良好な終末期緩和ケアが具体化できた。

岡山市全域における在宅医療のシステム化については、急性期病院と地域包括ケアシステムとの連携を評価するための『地域包括ケアシステムの管理・運営』、『退院前調整』、『退院時ケアカンファレンス』を重視した評価表を作成した。

がん対策基本法施行前後におけるがん患者の悩みや負担の変化を知り、近年増加している“在宅がん薬物療法”、“終末期在宅緩和ケア”、“がん患者の就労支援”の三課題の実態を探るため、2003年度に実施した“がん生存者の悩みや負担に関する実態調査”をほぼ同じ規模、同じ設問で実施するための計画を進めた。

F. 健康危険情報

アンケート調査実施時には疫学研究倫理指針に基づいて実施する。そのほかには、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. Inoue S, Doi H, et al., Social cohesion and mortality: a survival analysis of older adults in Japan, *Am J Public Health*, 103:60-66, 2013.
2. Kawagoe S, Tsuda T, Doi H., Study on the factors determining home death of patients during home care, A historical cohort study at a home care support clinic. *Geriatric Gerontology International*, 13:874-880, 2013.
3. Koinuma N., Proposal for the breakdown of increased cancer health care cost and its improvement. *Jpn J Clin Oncol*, 43:351-356, 2013.

【雑誌(日本語)】

1. 山口建、WOC看護と多職種チーム医療、日本創傷・オストミー・失禁管理学会会誌、17:228-234、2014
2. 山口建、がん対策の強化 がん診療拠点病院の課題と展望、公衆衛生、77:961-967、2013
3. 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
4. 山口建、がんよろず相談を続けて、三田評論、1163:8-9、2013
5. 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—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
6. 片山壽、尾道市医師会から—超高齢地域に必要な在宅医療から統合ケアへの展開—、*Geriatric Medicine*、51:525-529、2013
7. 片山壽、在宅医療のすすめ/訪問診療の実際と在宅主治医の役割、臨床と研究、90:422-427、2013
8. 濃沼信夫、パスの学術史、日本クリニカルパス学会誌、15:153-156、2013
9. 濃沼信夫、日本の医療 どう変える、東北医学会雑誌、125:29-31、2013

10. 山口直人、ラジオ波電磁界に対する IARC 発がん性評価、携帯電話端末使用と脳腫瘍リスクに関する疫学研究を中心に、*日本衛生学雑誌*、68:78-82、2013
11. 山口直人、がんの疫学 UPDATE、*東京女子医科大学雑誌*、83:14-22、2013
12. 山口直人、脳腫瘍と携帯電話、*Clinical Neuroscience*、31:1145-1146、2013

【書籍(日本語)】

1. 山口建、他、抗がん剤治療と末梢神経障害、*静岡がんセンター編集*、2013
2. 山口建、がん患者の就労支援—がんの社会学の視点から、*勤労者医療研究④ がん治療と就労両立支援、労働者健康福祉機構*、東京都、27-33、2013
3. 片山壽、超高齢社会に必要な end-of-life-care、*広島県*、2014

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

II. 分担研究報告

分担課題名 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 】

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、在宅がん患者を大きく二群に分け、がんを標的とした治療を継続している患者については病院が積極的に関与し、在宅での看取りを目指す場合には、地域の医療チームに全面的にゆだねることが望ましいと結論付けた。在宅がん患者の診療にあたる医療機関の役割分担を明確にすることで、がん医療の効率化が図られる。ここで、病院に設置される患者家族支援センターは、診療面のみならず、患者家族の精神的、社会的諸問題のケアに有用で、患者・家族満足度の向上につながるものと考えられた。

本研究においては、2003年度に、全国7885名のがん生存者を対象とした“がん生存者の悩みや負担に関する実態調査”を実施し、その成果は、全国のがん診療連携拠点病院等の相談支援センターに提供され、相談支援、情報提供のレベル向上に役立てられた。本研究では、がん対策基本法施行前後におけるがん患者の悩みや負担の変化を探る目的で、前回とほぼ同じ規模、設問様式でのアンケート調査を計画した。

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」の視点を持って、病院医療と在宅医療とをシームレスに結ぶシステムを構築し、各種ツールを開発し、全国的な普及を目指している。そのために、がん患者・家族の悩みや負担の調査を行い、その結果に基づいて悩みや負担の静岡分類を作成し、科学的な評価を可能としてきた。

地域連携システムとしては、すでに、静岡がんセンターを中心とした拠点病院中心のモデル、広島県尾道市医師会主導の中小都市モデル、北海道、十勝地区における過疎地型健康医療福祉複合体モデルについて検討し、地域事情をあまり考慮しない画一的な医療連携システムよりは、地域特性に基づくシステム構築が、在宅がん医療推進のために有用であることを明らかにした。

システムを効率的に運用する機能としては病院の外来機能が重要である。全国の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」の結果をもとに、新たな仕組みとして“患者家族支援センター”の整備を開始した。ここでは、病院と地域を結ぶ電子カルテシステム、地域医療機関・事業所を把握するための「静岡県 あなたの

街の がんマップ」、近隣市町の医療福祉サービスを扱う「静岡県内市町医療福祉サービス情報」などが重要な支援ツールとなる。

B. 研究方法

1) がんの在宅医療の基本となる考え方

静岡がんセンターを拠点とした在宅医療の経験に基づき、在宅患者への治療内容による明確な区別について検討した。また、地域の多職種チーム医療推進のために、新外来機能である“患者家族支援センター”の整備を進めた。このセンターにおいては、外来患者のうち、介入支援を必要とする患者をスクリーニングし、継続的なケアを開始した。

2) がん患者の就労支援

がん患者の就労について、二種類の支援システムの効果を検証した。

3) がん生存者の悩みや負担に関する実態調査

全国のがん拠点病院や患者会とともに、2003年度と同じ規模、設問様式で、がん患者、生存者、家族を対象に、身体的及び精神的苦痛や社会への適応状況などについて数千名を対象としたアンケート調査を実施することを計画した。調査結果については、10年以上の経過とがん対策基本法施行の影響を十分考慮した上で、分担研究者や研究協力者の意見を取り入れ分析し、患者・家族の悩みや負担の変化について、

全国のがん診療連携拠点病院等に報告する予定である。本年度は、アンケート調査の内容について吟味を進めた。

(倫理面への配慮)

がん生存者の悩みや負担に関するアンケート調査については、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ため、「疫学研究に関する倫理指針」に沿って研究計画を作成し、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計画とした。患者会など、アンケート調査実施機関で倫理審査委員会が設置されていない場合には、静岡がんセンターの倫理審査委員会で代理審査を行う予定である。

C. 研究結果

1) がんの在宅医療の基本となる考え方

本年度は、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、在宅がん患者を大きく二群に分け、がんを標的とした治療を継続している患者については病院が積極的に関与し、在宅での看取りを目指す場合には、地域の医療チームに全面的にゆだねることが望ましいと結論付けた。在宅がん患者の診療にあたる医療機関の役割分担が明確にすることで、がん医療の効率化が図られる。

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、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であった。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ものと考えられた。

3) がん患者の就労支援

がん患者に対する就労支援については、がんよろず相談を中心に地域の経済団体の協力を得て、就労支援を行い、20名中2名が、また、厚生労働省のがん患者等に対する就職支援モデル事業では、15名中2名が就労可能であった。後者においては、ハローワーク側のナビゲーターの寄り添う姿勢が重要であり、よろず相談の側の相談員にとってハローワークとの連携は有効で、また、ナビゲーターにとっても病状理解が進むなどの長所が認められた。

4) がん生存者の悩みや負担に関する実態調査
アンケート調査の内容は、前回、2003年度との比較のため、大部分を同様の設問としたが、過去、10年間のがん医療、患者家族支援の変化に応じて、がんの薬物療法やがん患者の就労支援についての設問を充実させた。

D. 考察

1) がんの在宅医療の基本となる考え方

在宅がん患者・家族を支える医療連携システムにおいては、がんを標的とした治療を継続している患者については病院が積極的に関与し、在宅での看取りを目指す場合には、地域の医療チームに全面的にゆだねることを明確に区別せねばならない。このように、在宅がん患者の診療にあたる医療機関の役割分担を明確にすることで、がん医療の効率化が図られる。ここで、病院に設置される患者家族支援センターは、診療面のみならず、患者家族の精神的、社会的諸問題のケアに有用で、患者・家族満足度の向上につながるものと考えられた。

2) がん患者の就労支援

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が多く、できるだけ、離職を防ぐ努力が必要と考えられた。

一方、今回、検討を進めた二つの方法で、少数ながら就労機会を得た患者が認められた。今後、患者、医療スタッフ、ハローワーク、地域行政機関、地域経済団体などの協働作業によって、社会の関心も高まり、支援が進み、成功例が増えていくものと考えられる。

3) がん生存者の悩みや負担に関する実態調査
新たなアンケート調査を行うことによって、がん医療の進歩、患者・家族の意識変化、がん対策基本法施行の影響などに基づく、がん患者・家族の悩みや負担の変化を捉えることが可能となる。

また、近年、相談件数が増加し、対応に難渋することが多い“在宅がん薬物療法”、“終末期在宅緩和ケア”、“がん患者の就労支援”の三課題について、全国的に情報が収集され、この結果、有効な相談支援・情報提供・ツールの開発・医療現場での活用に関する研究を進めることが可能となる。

さらに、全国のがん診療連携拠点病院での相談支援と情報提供において、がん患者の悩みや負担の実態変化を把握し、対応に難渋する課題についてのノウハウを入手することも期待される。

E. 結論

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、在宅がん患者を大きく二群に分け、がんを標的とした治療を継続している患者については病院が積極的に関与し、在宅での看取りを目指す場合には、地域の医療チームに全面的にゆだねることが望ましいと明確に区別する必要がある。

連携に必要な仕組みやツールとして、在宅で積極的な治療を実践している患者に対しては、病院主導のもと、在宅の患者ケアを積極的に行う患者家族支援センターが重要であることを明らかにした。

がん対策基本法施行前後におけるがん患者の悩みや負担の変化を知り、近年増加している“在宅がん薬物療法”、“終末期在宅緩和ケア”、“がん患者の就労支援”の三課題の実態を探るため、2003年度に実施した“がん生存者の悩みや負担に関する実態調査”をほぼ同じ規模、同じ設問で実施するための計画を進めた。

F. 健康危険情報

アンケート調査実施時には疫学研究倫理指針に基づいて実施する。そのほかには、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、WOC看護と多職種チーム医療、日本創傷・オストミー・失禁管理学会会誌、17:228-234、2014
- ②. 山口建、がん対策の強化 がん診療拠点病院の課題と展望、公衆衛生、77:961-967、2013
- ③. 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
- ④. 山口建、がんよろず相談を続けて、三田評論、1163:8-9、2013

書籍(日本語)

- ①. 山口建、他、抗がん剤治療と末梢神経障害、静岡がんセンター編集、2013
- ②. 山口建、がん患者の就労支援—がんの社会学の視点から、勤労者医療研究④ がん治療と就労両立支援、労働者健康福祉機構、東京都、27-33、2013

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

分担課題名 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福祉機構 東京労災病院 顧問・名誉院長

【 研究要旨 】

現在がん生存者の離職率は約30%である。また一度離職すると社会復帰は困難となりその後の生活向上は望めない状況にあることがこれまでの調査と分析でわかっている。社会復帰困難の原因の一つは、がん再発への精神的不安と医療施設間の連携の不十分さによるところが大きい。そこでこれらの欠陥を改善するため、患者が自身の診療データを携帯・閲覧・追記するためのUSBソフトを考案した。このUSBソフトに必要なデータを保管し、医師や介護関係者と病状について認識を共有するシステム「PHRシステム」を構築し、その効果を研究した。

A. 研究目的

PHRの導入と携帯により、患者は出張先や旅行先での体調急変にも迅速かつ的確な診療が受けられるようになる。このことによりがん生存者の心理的不安が軽減されることを実証するとともに、PHRシステムの精度をより向上させる。

B. 研究方法

USBを常時携帯するには、患者・医師・家族など介護に関わる者の誰もが扱いやすいことが重要である。そこでPHRシステムをそれぞれの立場からの試用してもらい、適正なデバイス、インターフェイス、プログラムを検証した。

(倫理面への配慮)

- ・個人情報暗号化して保管する。
暗号方式としてはASE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

患者が自身の生体データ・画像データなどの診療結果を閲覧・追記し、本人の同意のもと、主治医以外の医師に開示できるシステムとソフトウェアを開発した。

各種電子カルテ内の医療情報をUSBに瞬時に登録するシステム構築が急務であったが、今年度は東京労災病院で使用している富士通電子カルテとの互換性を確立し、医師がその日の診療内容を電子カルテに登録した後、最小限の操作でデータ移行が可能になった。

D. 考察

健康状態の最新情報をいつでも・どの医師にも提供できることにより、就労中の体調不良に迅速な対応ができる。そのため患者の不安が軽減し、積極的な復職・社会復帰に繋がると考える。

出張先等で初めて掛かる医師でも、主治医と同じ認識から診断を開始できるのが最大の利点である。

今後は医師間でリアルタイムに画像や意見を交換できる機能を搭載させ、より利便性を追求する。

E. 結論

PHRシステムは、がん患者に対するフォローアップに極めて有効であることがわかった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分担課題名 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質の高い看取りの推進には、病院から在宅へシームレスに繋げる多職種協働が必須であり、病院における“退院時ケアカンファレンスの質”並びに“地域における多職種協働の質”がすべての鍵を握っている。在宅医療は密室性が高く、多職種協働といっても、医師以外のスタッフが医師に意見を述べることは、時に困難を覚えることがあることから、多職種が共通の“物差し”により相互連携・多職種協働の考え方を相互に理解する必要がある。これらの課題やニーズを満たすため、岡山市全域において、5つの中核的急性期病院との連携により地域の在宅医療システムを構築する過程において、地域医療福祉連携の質を評価する自己点検票としての“物差し”を開発した。

本評価票は、自分が関与する地域システムの現状を関係者が相互に把握・理解し、課題の解決へ向け共通認識を持って地域システムの向上を図るための“物差し”であって、他地域・施設との比較を行うためのものではない。

A. 研究目的

がん患者の在宅での質の高い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、自律的にシステムを維持し、高い在宅医療の質に資する地域医療福祉連携の客観的評価方法を開発する。

B. 研究方法

在宅医療のモデル地域として、欧米からも高い評価を得ている「尾道方式」が展開されている尾道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った。

岡山市は、地域包括ケアシステムを地域においてどのように構築すべきか検討を重ねた結果、御津医師会の取り組みに着目し、多職種から成るメンバー（医師会、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、栄養士、地域包括支援センター、保健センター、地域連携室スタッフ、病院医師、退院調整看護師、行政）が主体となって地域包括ケアシステムを構築するという方法論で、全市的に地域システムづくりを推進してきた。岡山市には、御津医師会が属する北区北地域の他に、北区中央地域、中区地域、東区地域、南区西地域、南区南地域の計6つの福祉行政地域があり、これら6つの地域

において多職種によって構成される前述の多職種が「地域コア会議」を其々設置し、地域ごとに幅広く関係職種を集め、ワールドカフェ方式により、多職種が地域の課題などについて協議し、“顔が見える関係”を構築してきた。小職は6地域すべての「地域コア会議」のメンバーとして助言者の役割を果たし、急性期病院の院長、看護部長、事務局長、診療部長、病棟師長、医師、看護師、地域連携室事務スタッフ並びに地域の介護支援専門員、訪問看護師、介護事業所長、地域包括支援センター長等へのインタビューを通じて、下記の評価方法をまとめたものである。

（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ずべて匿名のものであった。

C. 研究結果

以下が、がん患者を含む在宅療養患者を地域で看取る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、地域で自律的にシステムを維持する必要な要件をどの程度満たしているか評価する自己点検票としての“物差し”である。

《在宅医療連携の運営・管理》

1. 在宅医療連携に関する実務関係者による協議会

1-1. どのような地域単位で設置されているか

- ① 地域医師会単位
- ② 急性期病院を中心とした地域単位
- ③ その他市町村より小さな地域単位
(地域包括支援センター単位など)
- ④ 町村単位
- ⑤ 市における地域単位(5万人未満)
- ⑥ 上記よりも大きな地域単位

《評点》：①～⑤1点、⑥0点

【評価のポイント】

地域全体へ目配りが行き届く人口規模が望ましい。

1-2. 上記の協議会の構成はどのようなメンバーか

- ① 医師会
- ② 歯科医師会
- ③ 薬剤師会
- ④ ケア・マネジャー
- ⑤ 病院地域連携室
- ⑥ 訪問看護ステーション
- ⑦ 訪問介護事業者
- ⑧ 介護施設事業者
- ⑨ 栄養士会
- ⑩ 病院幹部医師

《評点》：①②③④⑤⑥⑦⑧⑨すべて揃って1点、⑩が加わればプラス1点、

【評価のポイント】

地域の病院の幹部医師が参加することによって地域医療連携が病院全体の優先課題として位置づけられることとなる。

1-3. 協議内容

- ① 一般的な情報交換
- ② 問題症例・モデル症例などのケース検討
- ③ 苦情等に関する協議
- ④ その他連携推進に関する協議
- ⑤ 地域だけでは解決困難な課題解決へ向けた検討

《評点》：①、④0点、②1点、③⑤2点

【評価のポイント】

地域における課題を解決する機能を具備することが重要である。

1-4. 協議会の開催頻度

- ① 毎月1回
- ② 2か月に1回
- ③ 定期的ではないが年に3～5回
- ④ 年に1～2回

《評点》：①、②1点、③、④0点

【評価のポイント】

実際的に機能する妥当な回数が必要である。

1-5. 協議会として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

- ① 2か月に1回以上
- ② 定期的ではないが年に3～5回
- ③ 年に1～2回

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

関係団体による研修の相互乗り入れ等の工夫すれば、相当数の研修会の開催が可能である。

1-6. どこが事務局機能を有するか

- ① 地域医師会(個別診療所を含む)
- ② 急性期病院
- ③ 地域包括ケア支援センター
- ④ 社会福祉協議会・NPO等
- ⑤ 市町村担当課
- ⑥ その他

《評点》：①～⑥1点

【評価のポイント】

責任の所在を明確化する必要がある。

2. 地域包括ケアに関する苦情処理

2-1. 地域住民からの苦情をどこが受けているか

- ① 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、市町担当課などが対応している
- ① 特に苦情処理受付組織はなく、行政が一般的な相談とともに受けている

《評点》：①1点、②0点

【評価のポイント】

地域システムの改善には必須の機能である。病院の機能評価としての実証済である。

2-2. 苦情処理及び対応について

- ① 記録が保存されている
- ② 定期的な内部レビューがある
- ③ 地域協議会で検証されている
- ④ 行政が必要な情報を入手できる

《評点》：①～⑤各1点

【評価のポイント】

苦情処理の適切な対応ができていなければ、苦情を聞くだけでは意味が無い。

2-3. 問題事業者（医師を含む）が明らかな場合の地域協議会の対応

- ① 医師会、看護協会、福祉施設等関係業種へ通報するが、問題事業者に個別指導しない
- ② 行政、地域包括支援センターへ通報するが、問題事業者に個別指導しない
- ③ 医師会、看護協会等関係業種、行政などへ通報し、いずれかが問題事業者に個別指導を行っている
- ④ 特に対応していない

《評点》：①、②1点、③5点、④0点

【評価のポイント】

苦情処理の適切な対応ができていなければ、苦情を聞くだけでは意味が無い。

3. 透明性・説明責任・評価

3-1. 地域包括ケアシステムの評価について

- ① 行政及び関係者からなる評価委員会を設置
- ② 市民オンブズマン制度等による評価
- ③ 特に行っていない

《評点》：①1点、②2点、③0点

【評価のポイント】

地域システムの評価に最低限必要な事項である。

3-2. 関係事業者の業務・経営報告書の開示

- ① 市町等のHPで開示
- ② 各施設で閲覧可能
- ③ 開示していない

《評点》：①、②1点、③0点

【評価のポイント】

地域住民が施設を選択する際に必要な情報である。特に経営の健全性は重要。

4. 啓発普及

4-1. 地域住民への活動

- ① 住民参加型の各種イベントの開催
- ② 住民参加型ではない各種イベントの開催
- ③ 市町などの広報を活用
- ④ 各事業者による広報活動 など
- ⑤ 地域の基幹病院が地域住民対象に講演会等を開催

⑥ 特に行っていない

《評点》：①2点、②、③、④1点、⑤3点、⑥0点（其々を加点合計）

【評価のポイント】

在宅医療についての住民への広報は、行政よりも地域の基幹病院自身が行うことが最も効果的である。

4-2. 活動実績の発表

- ① 論文として発表している
- ② 学会発表している
- ③ 行政との協力で発表している
- ④ 特に行っていない

《評点》：①2点、②、③1点、④0点
其々を加点し合計する）

【評価のポイント】

学際的な視点で、自身の活動をまとめることは、より客観的な自己評価が可能となる。

《退院前調整

（ケア・カンファレンスを含まない）》

1. 病院地域連携室

1-1. 院内の位置づけについて

- ① 院長直属の組織となっている
- ② 室長は病院の幹部会議のメンバーである
- ③ 上記以外である

《評点》：①、②2点、③0点、

【評価のポイント】

地域連携は、病院経営の最も重要な柱であることから、その実態に則した位置づけが必要である。

1-2. 病院地域連携室の権限について

- ① 病院の全職員に必要な助言を直接行うことができる
- ② 病院運営会議等に問題点を提起できる。

《評点》：①、②各2点

【評価のポイント】

上記と同様。

1-3. 病院地域連携室スタッフについて

- ① スタッフに医師がいる
- ② スタッフに病棟師長・副師長経験者がいる

《評点》：①、②1点、

【評価のポイント】

地域連携の重要性を考慮するならば、相応しい人事が必要である。

1-4. 病院地域連携室の専従スタッフの数

- ① 4名以上
- ② 2～3名
- ③ 1名

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

病院の規模にもよるが200床以上の病院では、最低3名の専従スタッフが必要。

1-5. 活動内容

- ① 近隣の診療所医師と定期的な会合を持っている。
- ② 他の病院の地域連携室と定期的な会合を持っている。

《評点》：①、②1点

【評価のポイント】

独善的な運営を避けるために必要な会合である。

2. 介護支援専門員

2-1. 病院医師との連携について

- ① 病院主治医が患者への病状説明の際等に同席することができる
- ② 診療情報、治療方針について退院時ケアカンファレンスで情報を得ている
- ③ 診療情報、治療方針について医師から情報を得ていない

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

患者への病状説明と言う重要な局面において、病院医師とのコミュニケーションが可能であることが多職種協働実践の重要なポイントである。介護支援専門員の業務内容を病院医師が理解しているならば、この重要性を認識しているはずである。

2-2-1. 在宅医師との連携-I

- ・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
- ① 診療情報、治療方針について在宅医と意見交換ができる
- ② 診療情報、治療方針についてサービス担当者会議で情報を得ている

- ③ サービス担当者会議には医師が参加していない
- ④ 診療情報、治療方針について医師から情報を得ていない

《評点》：①2点、②2点、③0点、④0点

【評価のポイント】

在宅医との連携も同様である。

2-2-2. 在宅医師との連携-II

- ・病態急変時の対応について
- ① 病態急変時の対応について行い共通の認識がある
- ② 病態急変時の対応について意見交換はしたが共通認識には至っていない
- ③ 病態急変時の対応について意見交換をしていない

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

特に在宅看取りを希望している患者さんに対しては、必須の事項である。

2-2-3. 在宅医師との連携-III

- ・終末期の対応について考え方を共有できているか
- ① 終末期の対応について共通の認識を持っている
- ② 終末期の対応について意見交換はしたが共通認識には至っていない
- ③ 終末期の対応について意見交換をしていない

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

在宅医療の基本事項である。

2-3-1. 病院看護師との連携-I

- ・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
- ① 入院中の医療情報・方針について把握し、退院後の方針について考え方を共有している
- ② 退院後の方針について助言を得ている。
- ③ 事務的な引き継ぎを行っている

《評点》：①2点、②、1点、③0点

【評価のポイント】

考え方を共有できる「連携」が望ましい。

2-3-2. 病院看護師との連携-II

・病態急変時の対応について

- ① 病態急変時の対応について行い共通の認識がある
- ② 病態急変時の対応について意見交換はしたが共通認識には至っていない
- ③ 病態急変時の対応について意見交換をしていない

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

特に在宅看取りを希望している患者さんに対しては、必須の事項である。

2-4-1. 訪問看護師との連携-I

・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

- ① 適宜意見交換を行い、病態急変時の対応について共通の認識を持っている
- ② 適宜意見交換を行っているが、病態急変時の対応について共通の認識を持っていない

《評点》：①2点、②0点

【評価のポイント】

特に在宅看取りを希望している患者さんに対しては、必須の事項である。

2-4-2. 訪問看護師との連携-II

・終末期の対応について考え方を共有できているか

- ① 終末期の対応について共通の認識を持っている
- ② 終末期の対応について意見交換はしたが共通認識には至っていない
- ③ 終末期の対応について意見交換をしていない

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

在宅医療の基本事項である。

2-5-1 介護事業者との連携-I

・どのような情報を共有しているか
・病態急変時の対応について共通の認識を持っているか

- ① 適宜意見交換を行い、病態急変時の対応について共通の認識を持っている

- ② 適宜意見交換を行っているが、病態急変時の対応について共通の認識を持っていない

《評点》：①2点、②0点

【評価のポイント】

特に在宅看取りを希望している患者さんに対しては、必須の事項である。

2-5-2 介護事業者との連携-II

・終末期の対応について考え方を共有できているか

- ① 終末期の対応について共通の認識を持っている
- ② 終末期の対応について意見交換はしたが共通認識には至っていない
- ③ 終末期の対応について意見交換をしていない

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

在宅医療の基本事項である。

3. 病院医師・在宅医師相互の連携

3-1-1. 組織的連携 I

・かかりつけ医とどのような診療連携をおこなっているか。

- ① 地域医療支援病院のような共同診療体制がある
- ② 退院時ケアカンファレンスに両者が参加している
- ③ 定期的に病院が地域のかかりつけ医を対象とした研修会を開催している
- ④ 特にないが、随時、意見交換が可能である
- ⑤ 特にない

《評点》：①、②2点、③1点、④、⑤0点

【評価のポイント】

一般的には③が行われているが、①②が望ましい。

3-1-2. 組織的連携 II

・病院医師が在宅医を患者・家族に紹介しているか、紹介が可能か。

- ① 病院医師が在宅医と連携を取っており、在宅医と信頼関係を構築している
- ② 在宅医の情報を持っておらず地域連携室に任せている

《評点》：①2点、②0点

【評価のポイント】

退院の際には、責任を持って転院・退院先を推薦できることが主治医の責務である。

3-2. 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

① 退院前後に必要な協議が可能であり、必要に応じ病院からのフォローがある。

② 特にない

《評点》：①2点、②0点

【評価のポイント】

病態急変時の対応を考慮するならば、医師として当然の事項である。

3-3. 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

① 病態急変時の対応について共通の認識を持っている

② 病態急変時の対応について問題であるとの共通認識はある。

③ 病態急変時の対応について意見交換をしていない

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

特に在宅看取りを希望している患者さんに対しては、必須の事項である。

3-4. 終末期の対応

- ・終末期の対応について考え方を共有できているか

① 終末期の対応について共通の認識を持っている

② 終末期の対応について意見交換はしたが共通認識には至っていない

③ 終末期の対応について意見交換をしていない

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

在宅医療の基本事項である。

4. 病院看護師・訪問看護師相互の連携

4-1-1. 組織的連携

- ・病棟内に在宅看護を支援する組織・人財が配置されているか

① 病棟内に在宅看護を支援する組織・人財が配置されている

② 特にない

《評点》：①2点、②0点

【評価のポイント】

在宅医療との連携が進んでいる病院では当然の配置となっている。

4-1-2

- ・在宅看護から看護情報がフィードバックされる仕組みがあるか

① 在宅看護から看護情報がフィードバックされる仕組みがある

② 特にない

《評点》：①2点、②0点

【評価のポイント】

これも在宅医療との連携が進んでいる病院では当然の仕組みとなっている。

4-2. 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

① 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

② 行っていない

《評点》：①2点、②0点

【評価のポイント】

在宅医療連携の基本である。

4-3. 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

① 病態急変時の対応について共通の認識を持っている

② 病態急変時の対応について問題であるとの共通認識はある。

③ 病態急変時の対応について意見交換をしていない

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

特に在宅看取りを希望している患者さんに対しては、必須の事項である。