

4-4. 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》：① 2点、② 1点、③ 0点

【評価のポイント】

在宅医療の基本事項である。

5. 患者・家族との相互理解

5-1. 患者/家族の思いについて

・患者/家族の様々な思いが理解されているか

- ① 患者/家族の様々な思いがすべてのサービス提供者間で理解されているか相互に確認し合い、患者/家族の様々な思いをチーム全体として理解するよう努めている
- ② 患者/家族の様々な思いをそれぞれのサービス提供者が理解しようとしている
- ③ 患者/家族の様々な思いは、サービス提供者間で共有されていない

《評点》：① 2点、② 1点、③ 0点

【評価のポイント】

サービス提供者とは医師を含めてであり、チームで医師の認識を確認することが、今後の地域連携の発展につながる。

5-2. 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サービス提供者と共通の認識を持っている
- ② 病態急変時の対応についてサービス提供者と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》：① 2点、② 1点、③ 0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。

5-3. 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サービス提供者と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サービス提供者と共通認識には至っていない
- ③ 終末期の対応についてサービス提供者と意見交換をしていない

《評点》：① 2点、② 1点、③ 0点

【評価のポイント】

在宅医療の基本事項である。

《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

別紙のチェックシートを参照

2. 参加メンバー

2-1. 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、リハビリスタッフ、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

① 基本的には病院・在宅の両医師が参加することになっている

② 病院・在宅の医師が参加は、たまにある

③ 病院・在宅の医師が参加は、通常ない

《評点》：① 2点、② 1点、③ 0点

【評価のポイント】

医師が参加したくなるような内容であるかどうか重要であり、単に出席を強要するものではない。但し、院内においてどの程度重要であるかの位置づけが肝である。

2-2. 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

① 適宜参加している

② 参加することは無い

《評点》：① 2点、0点

【評価のポイント】

地域医療連携の中心的活動が“退院時ケアカ

ンファレンス”であることから、病院の経営者の出席は、病院経営上基本的活動である。

3. 協議内容

3-1. 下記の事項について病院・在宅側サービス事業者の相互理解が図られているか

- ・診療情報/治療方針
- ・看護情報/看護方針
- ・介護方針
- ・患者/家族の思いについて

- ① すべて相互理解が得られている
- ② すべて相互理解が図られているとは言えない。

《評点》：① 2点、0点

【評価のポイント】

上記のどれか一つでも欠けることなどあってはならないと肝に銘ずること。

3-2. 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》：① 2点、②、1点、③ 0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。

3-3. 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》：① 2点、② 1点、③ 0点

【評価のポイント】

在宅医療の基本事項である。

3-4. サービス提供者間の相互理解を図るため、どのような工夫がなされているか

- ① 医療情報ネットワークシステム積極的に活用している
- ② 医療情報ネットワークシステムはないが、電話・Fax・メールを常時活用している
- ③ 特にない

《評点》：①、② 1点、③ 0点

【評価のポイント】

ICTの長所・短所を理解した運用を行うこと。

4. 退院時ケアカンファレンスの協議記録

4-1. 協議記録並びに記録の管理責任者は誰か

- ① 地域連携室等の長
- ② 特に協議記録をとっていない

《評点》：① 2点、② 0点

【評価のポイント】

今後の活動の改善を考えるならば、記録することは必須である。

4-2. 患者/家族が協議記録を閲覧することは可能か

- ① 可能である
- ② 協議記録を患者/家族に開示していない
- ③ 記録が無い

《評点》：① 2点、② 0点、③ 0点

【評価のポイント】

医療の透明性を確保する観点からは情報開示は当然のマナーである。

5. 退院時ケアカンファレンスの評価

5-1. 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

- ① 病院幹部会で適宜行っている
- ② 地域連携室が適宜行っている
- ③ 特に行っていない

《評点》：① 2点、② 1点、③ 0点

【評価のポイント】

独善的なものとならぬよう、Peerレビューを行うべきである。

5-2. 関係者がそれぞれ評価をフィードバックするシステムを有しているか

- ① 病院の方針として関係者がPDCAで実施している
- ② 地域連携室が内部で行っている
- ③ 個人の裁量で行っている

《評点》：①2点、②1点、③0点

【評価のポイント】

教訓をシェアするスキームが重要である。

D. 考察

厚生労働省の在宅医療連携拠点事業が全国100か所以上で展開されており、地域における在宅医療の拠点が整備されつつある。しかしながら、これらの多くは、一部の医療機関と福祉施設の連携にとどまっており、市町の全域をカバーする取り組みとはなっていない。

尾道市では、尾道医師会が中心となって市の全域をカバーする地域包括ケアシステムを構築しており、先駆的な医師会のリーダーシップにより、全市民が地域の何処においても在宅医療のサービスを楽しむことができる状況にある。

岡山市の地域医師会である御津医師会は、「尾道方式」を岡山市においても展開すべく、数年前から片山壽尾道医師会長を招聘し、尾道方式を学びつつ、多職種協働を基本に地域の関係職種のキーパーソンらと「地域コア会議」を設置し会合を重ね、真に機能する地域包括ケアシステムの構築を目指し検討を進めて来た。

地域連携という言葉自体は明瞭であるが、具体的な活動についてイメージするものは実に千差万別である。在宅医療推進に携わって来られた、在宅医療を直接的に担う関係者は、高齢社会における“医療の在り方”について、キュア一辺倒からケアの視点からも医療を捉えなおし実践しているが、急性期病院においては、いかなる高齢者へも“キュアへの飽くなき挑戦”という価値観が支配的であった。

退院時ケアカンファレンスは、こうした両者のギャップを解消する重要な機会であり、社会保障国民会議が提唱する「医療と福祉の一体化」を地域で実践する中心的な活動として位置付けられるものである。

急性期病院からの退院時に、「患者の居宅」を退院先として病院が責任を持って提案することは、患者・家族にとって在宅療養を理解し、関心を持つ有用な機会となり、患者・家族の真の願いを充足させるものとなる。

本自己点検票は、急性期病院と在宅医療側が高齢者への医療について共に考える共通の“物差し”になると考える。

E. 結論

岡山市内の中核的な複数の病院と在宅医療関係者による症例検討会を通じて、在宅医療（在宅緩和ケア）を推進するため、急性期病院が求められていることは下記の4点である。

1. 死について、看取りについて、患者・家族とよく話し合い、療養の選択肢の一つとして在宅医療を責任持って提案できること。
2. 病状について患者・家族が真に納得できるまで説明すること。或いは、十分には納得されていない実状を認識すること。忙しいことを理由に挙げる者がいるが、それは理由にはならないと認識すること。
3. 予後についての説明は、在宅側の理解を得た上で説明すること。
4. 医療の限界を自覚し、急性期病院においても臨床倫理の考え方に基づいた医療を提供すること。即ち、急性期病院においては、キュアの提供に留まらず、ケアの視点を有すべきこと。

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、どのような対応をすべきか数値化した評価方法を開発した。この評価方法を在宅緩和ケアに従事するすべての職種が共有することにより、在宅医療の質の向上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
 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. 平成24年6月
第54回日本老年医学会学術集会・総会
「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」

分担課題名 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 片山医院 院長

1. 本年度の研究成果

昨年度に引き続き在宅での看取りの困難さと超高齢化の問題は同一課題であり、統合ケアによるチームアプローチのみでは解決できない点に絞って、介護保険給付サービスとの一体化の可能性を追求した。高齢癌患者の急増が高齢化率32.5%に達した尾道市の特徴であり超高齢世帯も同様に多く、その患者家族の介護力の実情はend-of-life-care（以下、EOLC）としての看取りを困難にしている。平成22年国勢調査をもとに25年3月5日に集計された中国四国地域人口10万人以上、20都市の高齢化率比較で、最も高かったのは尾道市であり、唯一30%を超えていた。

25年度は地域医療連携と筆者の在宅緩和ケアの実務の中で以下の課題に対して効果と研究を行った。

- (1) 超高齢地域で全国平均を15年先行
- (2) 超高齢癌患者の急増と在宅緩和ケアの重要性
- (3) 超高齢世帯の介護力
- (4) 地域で暮らす最期とプランBの地域資源の活用
- (5) 医療と介護の統合によるEOLCモデルの構築
- (6) 在宅主治医のコミッショニング機能の高度化
- (7) 主治医変更など患者家族の選択肢に影響を確認
- (8) コーディネーターの役割を果たす地域の看護師の相談機能の充実

本研究を通して超高齢社会における医療・介護の課題解決の重要なKeyは在宅医療と在宅緩和ケアといえるので、医療モデルの転換に対して国策として、最重要課題と認識すべきである。

中でも(4)の「プランB」とは、がんの終末期で病院から自宅に戻って最期を迎えたい患者の希望を可能な形で実現するために自宅に近い看護管理型小規模多機能居宅介護（以下、小規模）を用意して、がん拠点病院から退院前カンファレンスを行うように計らう在宅主治医のコミッショニング機能が在宅緩和ケアのチーム医療と同時に最適のEOLCを実現することになる。プランAの自宅で無理ならプランBの小規模であり、看護資源もAでは訪問看護、Bでは小規模に配置された看護スタッフと在宅主治医、チーム医の看護スタッフということになる。ここでは外付け在宅チーム医療が医療保険給付、小規模は介護保険給付の地域密着サービス拠点であるので、一体的給付でEOLCを行うことが英国では大きく評価されたが、日本の現状のケ

アマネジャーはEOLCにはまったく役割を果たせていない。

また、急性期病院の意識もまだまだ在宅医療への選択肢の説明などはまったく認識が不足しているので、今後はがん拠点病院の相談機能への強い指導が求められる。

NHKが尾道で行っているEOLCに強い関心を寄せて番組作りに筆者の密着取材を中心で行うことで、超高齢者医療とがんの問題を描いたのが、3月19日にEテレで放映された30分番組、ハートネットTV「最期まで地域で過ごしたい～チームで支える広島尾道」であり、強い反響があり、在宅緩和ケアについてさらに続編を作成することに決定した。

英国は仏と同様に日本と同じEOLCへの議論が高まっていて、共通の政策課題になっている。2013年4月よりNHS改革の中心であるCCG (Clinical Commissioning Groups) と仏のRDS (Reseau de la sante) と尾道市医師会方式とは共通部分があり、EOLC重視は同一であるので、産業医科大学公衆衛生学の松田晋哉教授とチームで比較研究を継続している。

2. 研究成果の意義及び今後の発展性

超高齢社会の在宅緩和ケアシステムの構築

日本には介護保険制度あり、医療・介護の統合ケアへ

在宅医療は原則チーム医療であり、必要な専門家による編成で地域連携と多職種協働が効果的に機能して、ゴールはご本人が望む機能回復や生活支援から在宅緩和ケアを含む終末期までEOLCを計画的に行うものである。

特徴は退院CCの継続により急性期病院の在宅医療への理解が進み、患者本位の高いレベルの連携機能から在宅主治医と同調して、介護保険を含んだ地域資源への視点をもつに至ることである。

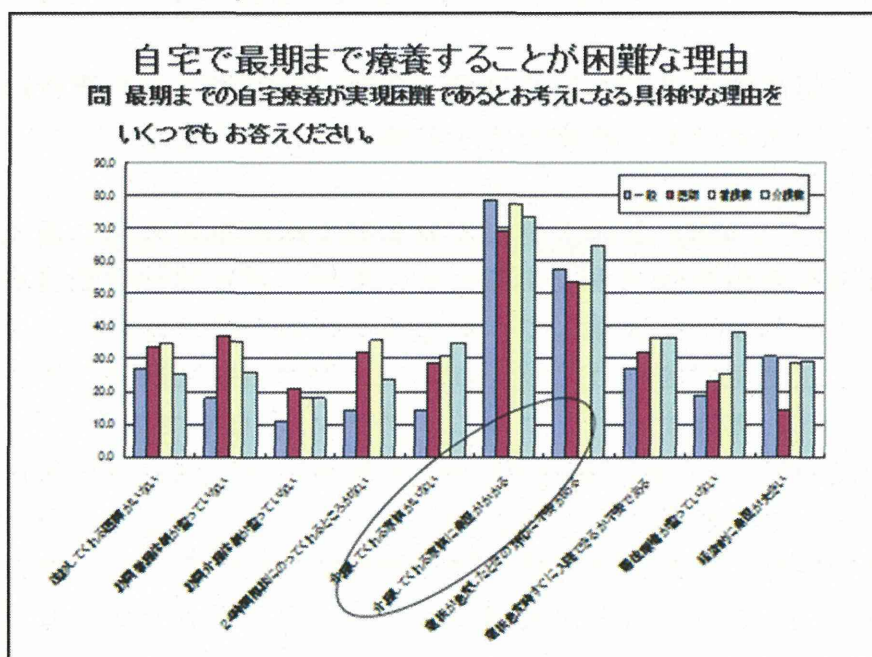


Fig-1

①. 自宅で最期まで療養することが困難な理由

Fig-1 は厚生労働省が行った平成 16 年の終末期に関する意識調査である。これだけの不安が明らかになった理由は、分類すれば【在宅医療が整備されていない】ゆえに【訪問看護】の不安、【地域医療連携の未整備】ゆえに【急変時の入院体制・不安】、【訪問介護】まで不安となると介護保険給付への知識・ケアマネ不在、あるいは力量不足、更には介護保険申請の有無、という点まで浮かび上がってくる。

中重度者を例にとってこのスライドで筆者が伝えたいメッセージは「まず、在宅主治医を持つこと」で医療への不安を除去して、在宅医療を受けた場合、訪問看護は在宅主治医の指示書で標準装備、24 時間の相談も在宅主治医と訪問看護でカバーできる。急変時はもとより、日常の変化において急性期病院を含めた適切な医療資源に在宅主治医の連携機能でアクセスして、必要なら入院、ここまでは介護保険以前でも在宅医療が整備されていれば可能であった。介護保険によりケアプランがケアマネによって個別に作成されるので、能力のあるケアマネであれば必要に応じて訪問介護以外にも数々のサービスをパッケージに入れることができるはずである。

②. 関係者がカンファレンスをしない地域は高齢者が不幸になっている

この原因に信頼する在宅主治医を持っていないことと、決めていても在宅主治医が CC をしないことが不幸の始まりである。2014 年の今日に至っても、2000 年当時と問題が変わっていないことに愕然とするが、このハードルを越えずに声高に「地域包括ケアシステムが全てを解決する」というのは滑稽といえる。

在宅主治医が悪いのか、ケアマネジャーが悪いのか、の問題ではないが、やはり、在宅医療は日本の大課題であることには間違いない。さらに【多職種協働の推進】も空虚に聞こえるのは、チームができないで野球ができるかと同じである。尾道での CC の標準化は 2000 年 5 月の調査で 97.6% の利用者 (N=422) に実施され、中でも要支援は 100% であった。CC が行われていれば Fig-3 の問題は左側 5 項目は解消するが、これは、CC を在宅主治医医療機関で行うからであり、病院の退院前 CC と連動するからである。

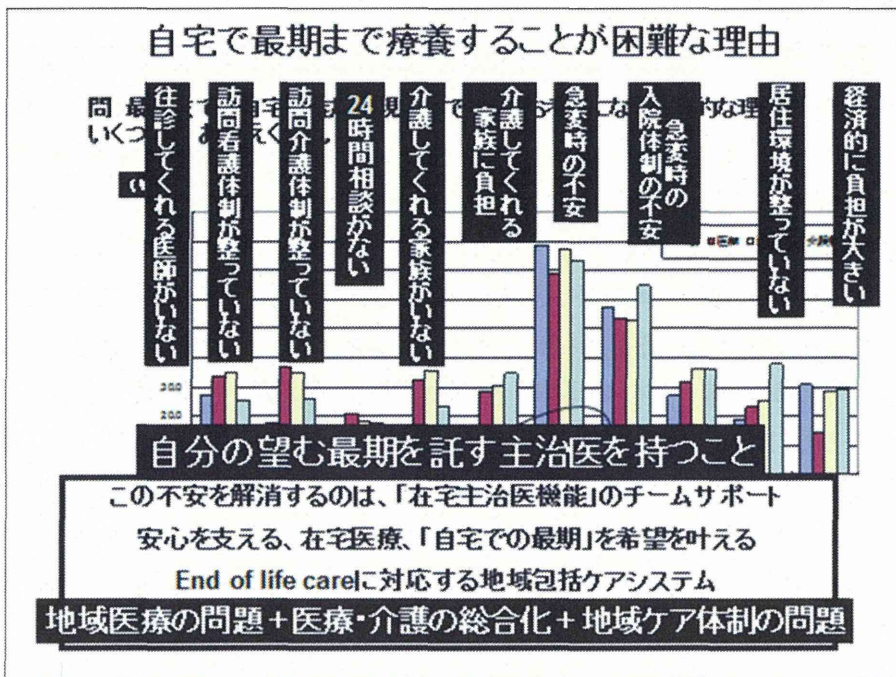


Fig-3

当初から在宅医療とのコラボを考えた介護保険の適正利用の手段が尾医方式 CC であり、Fig-10 の LTC チャートの如く、CC to CC、カンファの連続の設計であるので在宅主治医の機能も向上し「緩やかな仲間意識」即ちチームの構成が、現場で良い結果を連続して利用者を守っていることが 13 年間の実績から明らかであり、介護保険を使いこなし、在宅緩和ケア、重度認知症まで対応して地域医療の高度化が実現している。

急性期、亜急性期、回復期のすべての病院と開業医のコラボに介護サービス、地域福祉、ボランティアまでが CC の構成員となり、中でも病院の管理栄養士、薬剤師、理学療法士らの意識は大変に高くなってきた。

これが超高齢社会に突入して 17 年を経過した尾医医療圏の超高齢者医療モデルであり、ベテラン看護配置の小規模多機能居宅介護で外付け在宅チーム医療を展開して成果を上げている。

これは超高齢社会の切り札として 2 年間で 20 名近い在宅緩和ケアの看取り、重度認知症のケア・神経難病 (ALS) の患者さんの尾道復帰を叶えたりしているが、超高齢者世帯のがん患者さんの退院先として、介護者のサポートを行いながら良質の ELC を実現している。また、ここでは Fig-3 の右側 2 項目、居住環境、経済的負担と真ん中の【介護してくれる家族がない】「介護してくれる家族に負担」を解消する。

3. 地域の介護保険資源を在宅医療空間として有効活用

重度認知症を合併する重度の高齢癌患者に在宅緩和ケア・統合ケア

重症乳がん患者、重度認知症を看護管理の小規模多機能居宅介護（以下、小規模）で在宅チーム医療

独居の超高齢者が施設入所で認知症がある場合など、がんの発見が遅れることは多いので、島嶼部や中山間地域からの紹介で、著しい進行癌になってから在宅主治医の依頼を受けることも多く対策が必要である。

事例は島嶼部から依頼を受けた治療不能乳癌で激しい炎症の皮膚転移、骨転移を含む全身転移で在宅緩和ケアの必要な重度認知症の方が小規模に入所されたときに外科チーム医の長澤医師と往診したところである photo (1)、photo (2) は JA 病院の乳癌専門医、佐々田医師から伝授されたモッズペーストを塗布して左乳房全面に拡大した病巣の治療を行っている。認知症薬剤が不適切で筆者がリセットして苦しがるご本人に疼痛緩和の薬剤処方も変更した。

photo (3) は入所翌日、市民病院で在宅主治医からの 4 日間オーダー短期入院での退院前 CC である。市民病院に依頼した全身評価とリザーバー造設が完了したので、この後、直ちに小規模に再入居する CC である。中核病院の専門性を引き出すオーダー入院ともいえる。コーディネートにベテラン杉田師長（片山医院）、看護師の管理者とで 3 名の看護スタッフをもつ小規模「びんご倶楽部高須」の看護・介護スタッフとケアマネが小規模の管理者と看護スタッフが、参加して情報共有を行っている。



Photo (1)

入所即、チームで外科医と往診



photo (2)

モッズペーストを塗布する長澤医師

医師は病院の呼吸器外科・肺癌専門医の川真田部長、皮膚科上田医師に病棟スタッフが、在宅主治医（筆者）とチーム医の長澤医師と並んでいる。ここに長男さん（故人）のお嫁さん、お孫さんが同席されている。この方は介護老人福祉施設に入所していたが、多数の病院に入院治療を断られた事実があるので、ここまでのご苦勞は大変であったと伺った。

Photo (3) は ELC と地域医療「看護」介護連携の CC でもあり、超高齢社会で急性期病院の退院カンファレンスが示す超高齢者医療の方向性であり、超高齢「社会」の変化とフレキシブルな医療提供の必要性の一例である。

自宅の代わりに看護管理型・小規模で在宅緩和ケアを在宅主治医（筆者）が、長年のチームの長澤医師と行うことで、この方にはやっと安心できる ELC の環境に落ち着いたと、「一日でも長く生きてほしい」と言われたご家族に感謝された。リザーバー造設はご本人が摂食不可能な状態であったことと厳しい全身状態の改善、在宅緩和ケアの薬剤投与も含めた意図があった。川真田部長に短期入院を直接依頼したときに、火曜日入院、金曜日に退院 CC で専門医の転移を含めた乳癌評価、全身状態、栄養状態、リザーバー造設についてオーダー内容を提示しての短期入院であり、超高齢社会では病院の専門医の技術を短期集中で提供してもらうことが、地域医療連携に必要な手法となるであろう。

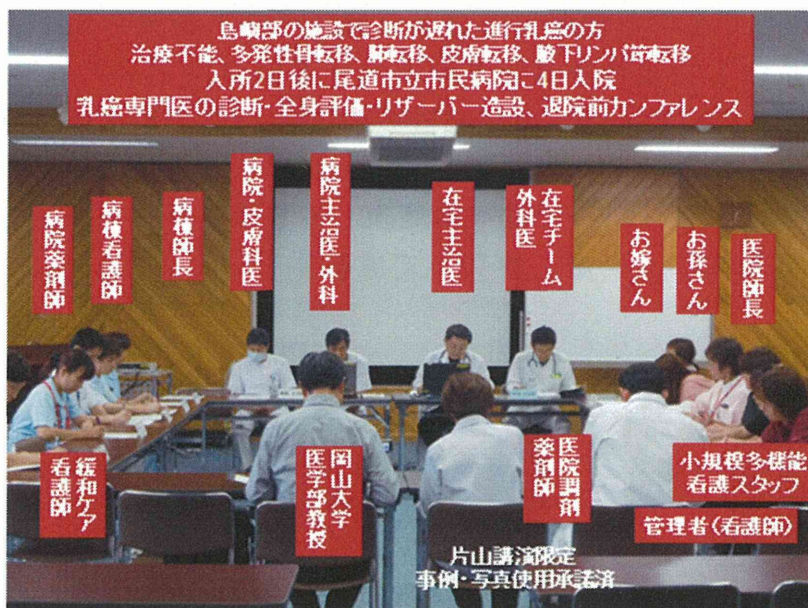


photo (3)

在宅医療もチーム医療であればあらゆる知識を注入するので、乳癌の激しい皮膚所見に JA 病院の乳癌専門医からモッズペーストを教わって、チーム医の薬剤師が調合して大変良い結果でご家族、ご本人に感謝された。

photo (4)、(5) は CC の方であるが筆者の往診時、認知症治療も奏功し全身の痛みもなく食事もできている笑顔のご本人である。筆者は 2007 年から非常勤講師として岡山大学医学部で緩和医療学の講義を担当している、一方、臨床教授として毎年大学院を使って 2008 年から「在宅緩和ケアが可能にする豊かな死」の市民公開講座を開催している。緩和ケア技術や処方術も開業医は「耳学問の重要さ」として医師会での勉強会や事例検討も重ねて行っている。

小規模で外付け在宅チーム医療で本格的な在宅緩和ケア・全身管理を開始して著明な改善を得ることができた笑顔である。在宅医療と介護保険給付のコラボであるが、看護管理者の佐古田看護師（福山医療センター出身）と中根看護師（公立みつぎ総合病院出身）の急性期病院を経験したベテラン看護が現場を支え、医院の杉田師長との医院在宅看護・小規模の看護の合体で可能になる看護連携がここにある。小規模は全国に配備されているので、在宅医療が外付けでコラボして「みなし有床診療所」の如く展開できれば、「地域で解決する超高齢者医療・介護の統合拠点」となりうるはずである。また、医療機能の弱体化地域の共通課題は看護力確保である。医師不足より看護師不足の方が深刻で病床閉鎖を防ぐことができない地域の課題解決のひとつの手法であり、潜在看護師の現場復帰の場所としても、超高齢社会における「地域看護の実際」として看護の広域の実力と在宅医療を誘導して奥の深さを見せつける統合ケアの拠点にできる。ただし、大きなハードルは小規模では看護スタッフの直接の医療行為は認められていないので、点滴など在宅医療で訪問看護が主治医の指示で行う手技はできない。この小規模モデルの特徴は「専門性の高い看護管理下のケア」に外付けで「経験豊かな在宅チーム医療」が入っていることであり、主治医の医院の看護力が強力ということである。



photo (4) 往診時
良好な緩和で笑顔、認知症も良好な状態

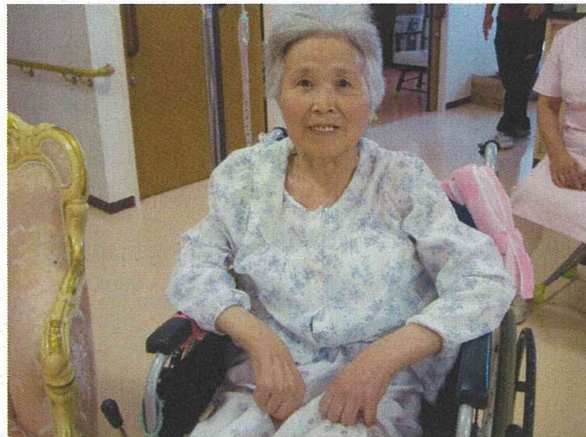


photo (5)
在宅主治医とイベントに参加して笑顔



photo (6)

良好な経過、チーム皆でご本人と記念撮影・取材中の筒井孝子先生

在宅緩和ケアで痛みを除去して、モッズペーストの乳癌治療も認知症治療も奏功すればこのような穏やかな表情で、楽しい会話ができるご本人であった。Photo(6)は、継続取材に来られた筒井孝子先生と他の在宅緩和ケアの患者さんのポータブル胸部レントゲン撮影に来たチーム外科医の長澤医師と技師と同行した学生にこの方の奥さん、スタッフ一同の達成感のある一枚である。

この時点から、この小規模は一般の小規模ではなく、ホスピスを超える在宅緩和ケア・認知症治療拠点に変貌している。

超高齢社会の地域医療が担う責任を示す象徴的な風景
The OMA method on end of life care management programs



片山講演限定
事例・写真使用承諾済

残された時間の少ないがん患者さんの安楽な時間のマネジメント
在宅主治医の独創性と協働するケア空間が必要

photo (7)

超高齢世帯と家族介護力支援に介護保険を活用

尾道市医師会（OMA）で2006年に設置したOMA・EOLCシステム検討委員会では自宅での看取りを目標に、在宅緩和ケアを中心に整備を進めてきたが、ご本人の希望があっても、家族に看取られることが困難な場合が見えてきたのは、後期高齢者割合が55%を超えるという有無を言わせない現実の世界がそこにある。

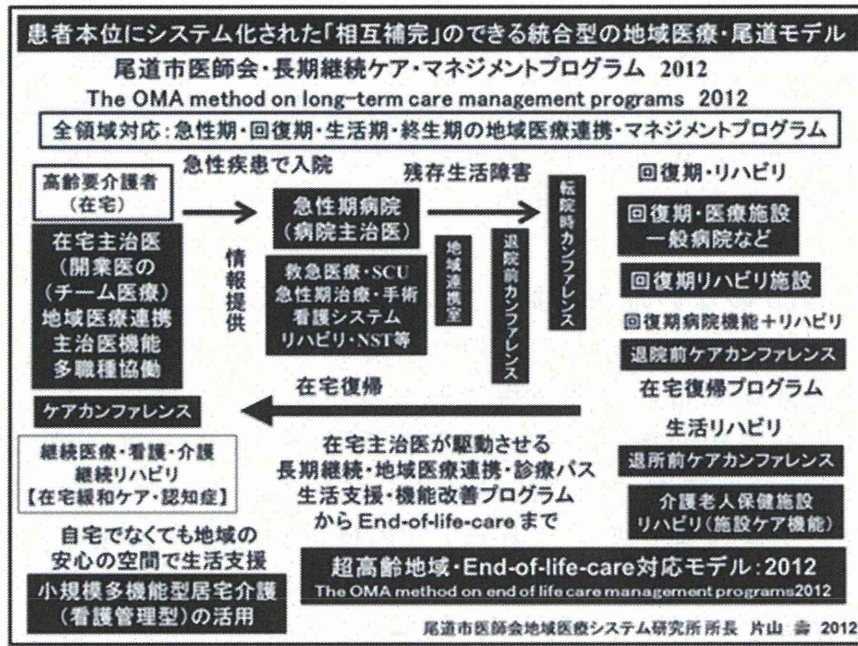


Fig-4 The OMA method on long-term care management programs 2012

出典：尾道市医師会地域医療システム研究所 所長 片山 壽 2012

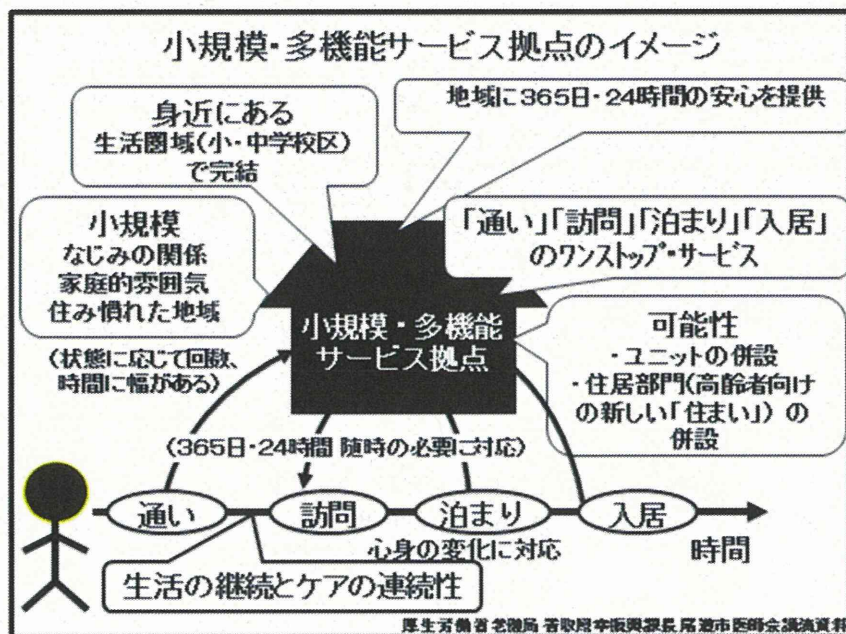


Fig-5 厚生労働省が示した小規模多機能型居宅介護のイメージ

出典：厚生労働省老健局 香取照幸振興課長 尾道講演資料 2004

Fig-4 は 1999 年に作成した地域医療のシステム化に向けた連携チャートで各時点でのチーム医療とケアの統合が 14 年を経過した尾道では医師会モデルとして可能になっている。高齢化率 32.2%を超えた当地では、超高齢世帯の増加や認知症の増加、超高齢癌患者の増加に対応した改訂版の 2012 年モデルをここに示すが、家族介護力低下への対策を含んだ在宅医療と介護保険の統合次世代モデルである。

Fig-5 は厚生労働省が示した地域密着サービスの目玉として示した小規模多機能型居宅介護（以下、小規模と略）のイメージであるが、図 1）2012 年モデルの在宅側の左下に加わった尾道市内の民間看護管理型小規模の活用実績と、2011 年の尾医定時総会で将来的な OMA 方式の展開に必要として、定款に加えた「医師会事業としての医療強化型小規模の設置運営」と目的が一致するものである。

End of life care のない地域包括ケアシステムはない

超高齢社会・病院でなく地域での看取りの選択肢へ

超高齢世帯と認知症世帯の増加が現実のものとなったときに、高齢がん患者が自宅での最期を望んでも家族介護の困難さが阻害要因となることは必至である。

ここで、厚生労働省の調査で全国的に機能していないという結果の出ている小規模に看護師を配置して医療強化型とすれば、「外付け在宅チーム医療」の実践の場として、高齢癌患者に認知症を合併したあらゆる重症患者に対応することができる。目的は超高齢社会で困難となっているご本人の希望を叶える EOLC であり、在宅緩和ケアによる「豊かな死」「看取り」である。介護保険給付の地域密着サービスであるので、自治体も関係した地域医療と介護の統合型新拠点であり、超高齢社会での「地域包括ケアシステム」の拠点になりうることを示したい。中山間・島嶼部をもつ尾道周辺地域での実情が明らかになってきたが、高齢化に伴う人口減少は流出だけが原因ではなく、認知症などで施設等に「取り残された高齢者」に癌が発症しても、診断治療が適切になされないという暗部が存在している。

尾道では自宅療養の困難な超高齢癌患者さんが入居して、家族が通って可能な時間に一緒に過ごすことができる遠隔介護の場としての小規模であり、この「びんご倶楽部・高須」では、ベテラン 2 名の看護配置がなされて、地域看護の実力を見せつけている。2014 年 4 月には緩和ケア病棟勤務歴のある優秀な看護師が加わる。ここでは入居者はすべて在宅主治医を持ち、在宅医療など診療に責任を持つことが利用の条件となっている。

地域看護の拠点化から在宅医療拠点に「小規模多機能居宅介護・看護管理型」

（仮称・Fig-6）

在宅主治医の関与があるので、家族の意向に合わせフレキシブルに対応して「看取りはやはり自宅」という展開も可能である。一連のコーディネーターは在宅主治医であるということは、在宅主治医医療機関の看護スタッフが必然的に協働することで、さ

らなる看護力の集約とともに医療と看護と介護のコラボが EOLC で実現する。

また、多職種協働で人生の最期を支え、生活の継続から穏やかな死へ向かうことで、緩和ケア病棟でなくホスピスでもない「安心の空間」として、ボランティア拠点となり、医師・学生・住民への教育的空間となっている。

また、外付け在宅医療の導入に最適であるのは、自宅でなく 24 時間介護があり在宅医療を敬遠する開業医にもプレッシャーの軽減が可能であるのは、看護のサポートがあるからである。次の段階として、重度褥瘡の処置を皮膚科開業医と外科医が手術をしたり、頭頸部癌の在宅緩和ケアや気管切開部を耳鼻科開業医に管理してもらうなど、チーム医療の導入ができるので在宅主治医の育成に最適である。

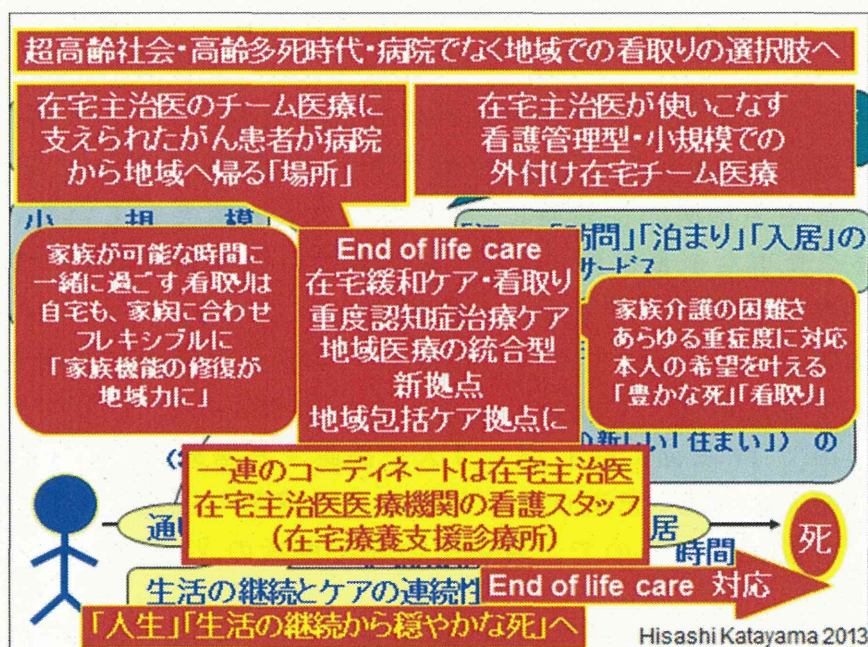


Fig-6 超高齢社会の切り札看護管理型・小規模多機能居宅介護(片山 壽・2011)

事例：耳鼻科医との連携、喉頭癌の高齢癌患者さんの end-of-life-care

喉頭癌末期の方の個人情報・写真使用承諾をいただいているので、この小規模での在宅緩和ケアの事例を提示する。Photo(1)は JA 病院での退院 CC であるが自宅に戻るが超高齢世帯で介護力に課題があるので、在宅主治医の判断で、まず自宅トライアルがプラン A で訪問看護が関与、プラン B として小規模を用意した。病院と在宅のスタッフに加え、カンファには訪問看護と小規模の看護スタッフも参加しているのは、ELC のマネジメントプログラムとして組み込んでいるからであり、この風景が統合ケアのモデルを示している。いうまでもなく、病院から耳鼻科主治医、部長、在宅のベテラン耳鼻科医、宮野医師が在宅主治医と出席してご家族と同席している。スクリーンには電子カルテの画像が投影されて、病院と在宅の耳鼻科連携の場面でもありご家族の安心は大きい。



Photo(1)
JA 病院退院 CC・耳鼻科チーム医と



photo(2)
小規模に往診・在宅緩和ケアで安定

いったん自宅に戻ったが、気管切開部の不安が介護者にあり、3時間後にプラン B で用意した小規模での EOLC として、在宅緩和ケアを継続することになった。Photo(2) は安心の空間で在宅主治医の往診時に、知り合いの人と談笑しているいいお顔のご本人で、痛みはなく食事も全量摂取できる。左の女性は 2 年前に自宅で膵癌のご主人を在医（筆者）の在宅緩和ケアで看取った経験をもっている。

Photo(3) は退院 CC にも在宅主治医と出席した耳鼻科開業医の宮野医師と筆者が、喉頭ファイバーで腫瘍の増大を確認している入居後約 1 か月目のチーム医療である。ビデオカメラ経由で TV 画面に映し出し 2 人で確認する宮野方式であるが、彼とは 20 年近くチームを組んでいる。元東京女子医大耳鼻科講師で医局長を務めたベテランで高い技術と知識を備えているので、数多くの在宅患者の VE での摂食嚥下機能評価も行っている。

この方の後に進行した頸部がんの認知症患者さんを、この小規模で在宅主治医の長澤医師とのチームで看取っている。10 年以上、在宅医療で数々の困難事例や長期にわたる事例をチームで経験しているので、皆が絶大な信頼をおいているベテラン耳鼻科医である。



Photo (3)
耳鼻科チーム医との共同診療



photo (4)
チーム耳鼻科と腫瘍の増大を確認



Photo(5)

小規模での在宅緩和ケアモニタリング CC



photo(6)

耳鼻科の在宅主治医と病院主治医が並ぶ

超高齢社会、地域再生の医療介護には独創性が必要

このような経験を積んだ開業医のチーム医療が在宅医療の本質であり、尾医が進めた地域医療連携と在宅チーム医療が進化を継続できる理由であるが、photo(5) (6) が 2012 統合モデルの象徴といえる退院後カンファである。小規模に集合した JA 病院の耳鼻科部長、病院主治医、病院看護、在宅チームは内科（筆者）、耳鼻科、外科、泌尿器科、薬剤師、医院師長らが、ご本人とご家族を囲んでいる。ご本人もご家族も大変に喜ばれた 15 分の急性期病院・在宅緩和ケア・介護の統合カンファであった。

この介護保険給付の小規模に急性期病院チーム、在宅医療チーム、小規模チームがご家族、ご本人と一同に会して在宅緩和ケアの CC を行っていることは、2000 年から CC を標準化した尾道市医師会の地域医療が 12 年の年月を経て、見事に超高齢社会の end-of-life-care を最高レベルで実現しているわけである。

急性期医療と双璧をなす位置まで在宅チーム医療が到達せねば、この外付け在宅緩和ケアはできない。



Photo(7)

小規模でのモニタリング CC 終了後、ご本人を囲んで ELC カンファでもある
 病院：病院主治医（耳鼻科）、耳鼻科部長、診療部長、がん相談看護師、病棟看護師
 在宅：ご本人、奥さん、長男さん夫妻

在宅主治医、耳鼻科医、泌尿器科医、外科医、医院師長、薬剤師、管理者

5年程度前から在宅緩和ケアのカンファで在宅主治医医療機関に病院医師・スタッフが参加することは多くあるが、小規模で数々の高度療養管理、看取りを行うようになった。超高齢世帯の介護力には困難が多いので、認知症とがん患者の生活期から EOLC（終末期）を支える大きな家族機能支援の拠点となっている。

このような CC が標準化すれば、超高齢がん患者さんが地域包括ケアシステムを誘発していることになる。



Photo (8)

保育園児の定期訪問



photo (9)

幼児の手を取っているご本人

Photo (8)、photo (9) は地域の保育園との共同企画での定期訪問であるが、超高齢者には幼児のもつ魅力は治療効果があるといえるほどである。Photo (9) は在宅緩和ケアで亡くなる2日前の風景である。また、この入居者が大腿骨頸部骨折で急性期病院に入院、手術、回復期リハビリ転院、回復期からCCで復帰する先はこの小規模ですべて在宅主治医がコーディネートを行う。開業医が在宅医療チームで使いこなすには、看護管理がベースにあるこの看護管理型（未制度化）小規模が最適であり、大規模居住系の閉鎖的な大雑把なケアは介護保険を危うくしている。

しかし小生が日曜日に在宅緩和ケアを小規模で行っていることで、見学を希望する急性期病院看護師は多く、隣市の日赤の緩和ケア病棟の看護師が4月から就職した。30歳前に在宅緩和ケアを行いたいとの希望であり、他にも希望者が控えている。

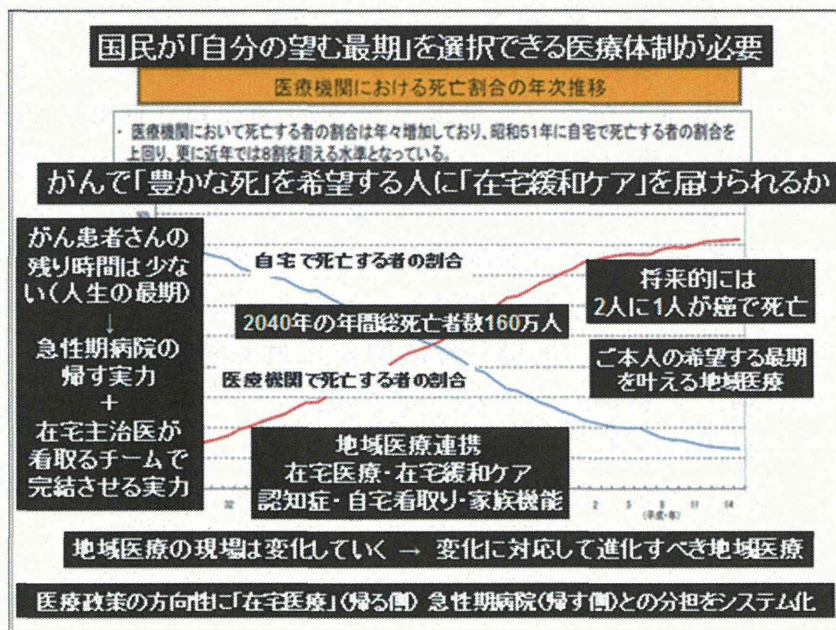


Fig-7

急性期病院の責務、エンド・オブ・ライフ・ケア

これは、いかに、がん治療に関与する急性期病院のすべての医療関係者に、「患者本位」の視点が欠落していたかと言っても過言ではない。専門性の高いがん治療は、まさに急性期を先鋭化させる部分であり、国民にとっても治療の高度化がもたらす良好な予後は最も望むところである。

さらに家に帰り終末期を迎えたい「がん患者」は全体の80%が希望を内包しているという事実から、患者のこの最期の希望を叶えることのできる、究極の患者本位の終末期対応の地域医療として在宅緩和ケアの標準化が急務といえる。ここでの一方の課題は、開業医が「最期まで見事に診きる」在宅主治医になりうるか、在宅緩和ケアで安らかな最期を提供できるかということである。

この点からも、在宅医療の整備は我が国の医療モデルを患者本位に引きつけて転換する重要な手法であり、そこに必然的に求められるものは地域医療連携を可能にする

急性期病院と開業医のチーム医療であるが、ここでの看護連携の重要性は一方の主軸である。

今後、在宅緩和ケアはそのシンボリスティックな領域として、患者本位の EOLC を可能にする地域医療の評価尺度になるはずである。

尾道市医師会在宅緩和ケアシステム 2007 の基本理念

尾道市医師会在宅緩和ケアシステム 2007 の基本理念として、以下の整理を行っている。

「緩和ケアは積極的治療と同時に提供されるべきであり、治療が限界になったときにその重要性が増していく。主治医機能の究極の技術領域であり結果が求められる。診断時から必要なケアとして緩和ケアはあるべきで、在宅を基本にチーム (multidisciplinary care) で対応すべきである。退院前 (緩和) CC が、目に見える継続ケアとして集約的な場面となる。主治医と患者の関係は「信託」なくして緩和ケアは成立しない。そこには、痛みをとる、ことが必須の要件であり、全人的ケアの技術が求められる。」

筆者自身の経験から、在宅緩和ケアで経験する患者の「生きる喜び」は医療者に力を与え、凝縮した時間で確実に医師の魂を救済し、全人的ケアの習得から患者本位の医療者に変貌させる力をもっている。医師、特に開業医は現場の患者さんとの繋がりの中から、個別の事例を通して得がたい生涯学習の機会を得ているのである。

医療のあるべき姿と「かけがえのない価値」が見えにくくなっている昨今、我が国の医療の再生に向けて「患者本位」の哲学が地域医療の底流に存在していることを実証したい。

3. 倫理面への配慮

使用した写真はすべて使用許可を直接確認している。

4. 発表論文(当該研究事業の研究成果に関するもの) 2013年度分

雑誌 日本語

1. 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、2525:10-16、社会保険旬報、2013
2. 片山 壽、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』特集 / 高齢者医療における在宅医療の新しい展開 2013年 5月
3. 片山 壽、特集 / 在宅医療のすすめ/訪問診療の実際と在宅主治医の役割 / 月刊「臨床と研究」 2013年 4月

書籍 日本語

1. 片山 壽、超高齢社会に必要なend-of-life-care 2014.3 メディアーツ

分担課題名 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 東北薬科大学 教授

【研究要旨】

研究目的：がんの医療・福祉システムの経済的評価に向け、がん医療のcost of cancerについて検討した。

研究方法：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するとともに、心疾患、脳血管疾患についても同様の算出を行って比較検討した。

結果と考察：わが国の2011年のcost of cancerは、医療費が3兆1,831億円、受療による逸失利益が5,025億円、早期死亡による逸失利益が6兆7,979億円で、合計10兆4,835億円であり、GDPの2.1%に相当した。年齢階級別にみると、0～14歳が全体の0.5%、15～44歳が6.1%、45～64歳が37.8%、65歳以上が55.6%、70歳以上（再掲）が40.0%、75歳以上（再掲）が25.1%であり、cost of cancerの半分までは高齢者で占められていた。cost of cancerは、心疾患、脳血管疾患のcost of diseaseの数倍であり、がん対策の重要性が経済面からも窺えた。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。

結論：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と考えられた。

A. 研究目的

病院と地域における多職種チームが、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・福祉システムの経済的評価に向け、がん医療のcost of cancerについて検討した。

B. 研究方法

最新の統計資料を用いて、がん罹患による経済的な逸失利益（医療費 medical expenditure + 受療コスト morbidity cost + 早期死亡のコスト mortality cost）を、がんの部位別、年齢階級別等に算出した。算出方法は、人的資本法（Human Capital Approach）によった。

（倫理面への配慮）

既存の公表データを用いて算出したので、倫理的な課題は生じない。

C. 研究結果

わが国の2011年のcost of cancerは、医療費が3兆1,831億円、受療（入院+外来）による逸失利益が5,025億円、早期死亡による逸失利益が6兆7,979億円で、合計10兆4,835億円であった。性別では、男性6兆6,552億円、女性3兆8,283億円で、性比は6:4であった。

国民1人当たりでは82,031円、65歳以上では195,746円であった。国民1人当たりの逸失利益を性別にみると、男性107,024円、女性58,345円、65歳以上では、各303,761円、115,537円であった。

cost of cancerを年齢階級別にみると、0～14歳が492億円（全体の0.5%）、15～44歳が6,435億円（6.1%）、45～64歳が3兆9,668億円（37.8%）、65歳以上が5兆8,240億円（55.6%）、70歳以上（再掲）が4兆1,902億円（40.0%）、75歳以上（再掲）が2兆6,323億円（25.1%）であった。同じく部位別にみると、胃がん1兆