

11 . 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)

- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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)

- ・ 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
- ・ 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 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

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）

- ・個人情報とは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

- 地域医師会単位
- 急性期病院を中心とした地域単位
- 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）
- 町村単位
- 市における地域単位（5万人未満）
- 上記よりも大きな地域単位

《評点》： ～ 1点、 0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

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

《評点》： すべて揃って

1点、 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

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

《評点》： ， 0点、 1点、 2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

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

《評点》： ， 1点、 ， 0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

- 2か月に1回以上
- 定期的ではないが年に3～5回
- 年に1～2回

《評点》： 2点、 1点、 0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

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

《評点》： ～ 1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

- 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
- 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》： 1点、 0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

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

《評点》： ～ 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

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
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

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

特に対応していない

《評点》： ， 1点、 5点、 0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

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
特に行っていない

《評点》： 1点、 2点、 0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

市町等のHPで開示
各施設で閲覧可能
開示していない

《評点》： ， 1点、 0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

住民参加型の各種イベントの開催
住民参加型ではない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
地域の基幹病院が地域住民対象に講演会等を開催

特に行っていない

《評点》： 2点、 ， ， 1点、 3点、 0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

論文として発表している

学会発表している

行政との協力で発表している

特に行っていない

《評点》： 2点、 ， 1点、 0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

院長直属の組織となっている

室長は病院の幹部会議のメンバーである
上記以外である

《評点》： ， 2点、 0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

病院の全職員に必要な助言を直接行うことができる

病院運営会議等に問題点を提起できる。

《評点》： ， 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

スタッフに医師がいる

スタッフに病棟師長・副師長経験者がいる

《評点》： ， 1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
4名以上
2～3名
1名

《評点》： 2点、 1点、 0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

近隣の診療所医師と定期的な会合を持っている。

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

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

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

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》： 2点、 1点、 0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

診療情報、治療方針について在宅医と意見交換ができる

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

サービス担当者会議には医師が参加していない

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》： 2点、 2点、 0点、 0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

病態急変時の対応について行い共通の認識がある

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

病態急変時の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、 1点、 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。

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

終末期の対応について共通の認識を持っている

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

終末期の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、 1点、 0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

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

退院後の方針について助言を得ている。

事務的な引き継ぎを行っている

《評点》： 2点、 , 1点、 0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
病態急変時の対応について行い共通の認識がある
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
病態急変時の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、 1点、 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。

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
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
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》： 2点、 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。

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
終末期の対応について共通の認識を持っている
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
終末期の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、 1点、 0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
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

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》： 2点、 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。

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
終末期の対応について共通の認識を持っている
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
終末期の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、 1点、 0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。
地域医療支援病院のような共同診療体制がある
退院時ケアカンファレンスに両者が参加している
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
特にないが、随時、意見交換が可能である
特にない

《評点》： , 2点、 1点、 , 0点

【評価のポイント】

一般的には が行われているが、 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。
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
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》： 2点、 0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
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。
特にない

《評点》： 2点、 0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
病態急変時の対応について共通の認識を持っている
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。
病態急変時の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、 1点、 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。

3-4. 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
終末期の対応について共通の認識を持っている
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
終末期の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、 1点、 0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
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
特にない

《評点》： 2点、 0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
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
特にない

《評点》： 2点、 0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
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
行っていない

《評点》： 2点、 0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
病態急変時の対応について共通の認識を持っている
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。
病態急変時の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、 1点、 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。

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

終末期の対応について共通の認識を持っている

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

終末期の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、 1点、 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
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
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
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》： 2点、 1点、 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

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

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

病態急変時の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、 1点、 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

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

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

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》： 2点、 1点、 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

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

病院・在宅の医師が参加は、たまにある
病院・在宅の医師が参加は、通常ない

《評点》： 2点、 1点、 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

- ・適宜参加している
- ・参加することは無い

《評点》： 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
すべて相互理解が得られている
すべて相互理解が図られているとは言えない。

《評点》： 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
病態急変時の対応について共通の認識を持っている
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。
病態急変時の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、1点、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
終末期の対応について共通の認識を持っている
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
終末期の対応について意見交換をしていない

《評点》： 2点、1点、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

- 医療情報ネットワークシステム積極的に活用している
- 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
特にない

《評点》： , 1点、 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
地域連携室等の長

特に協議記録をとっていない

《評点》： 2点、 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

- 可能である
- 協議記録を患者/家族に開示していない
記録が無い

《評点》： 2点、 0点、 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

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

《評点》： 2点、 1点、 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

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

《評点》： 2点、 1点、 0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享受できる状況にある。

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の自宅が無理ならプラン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。

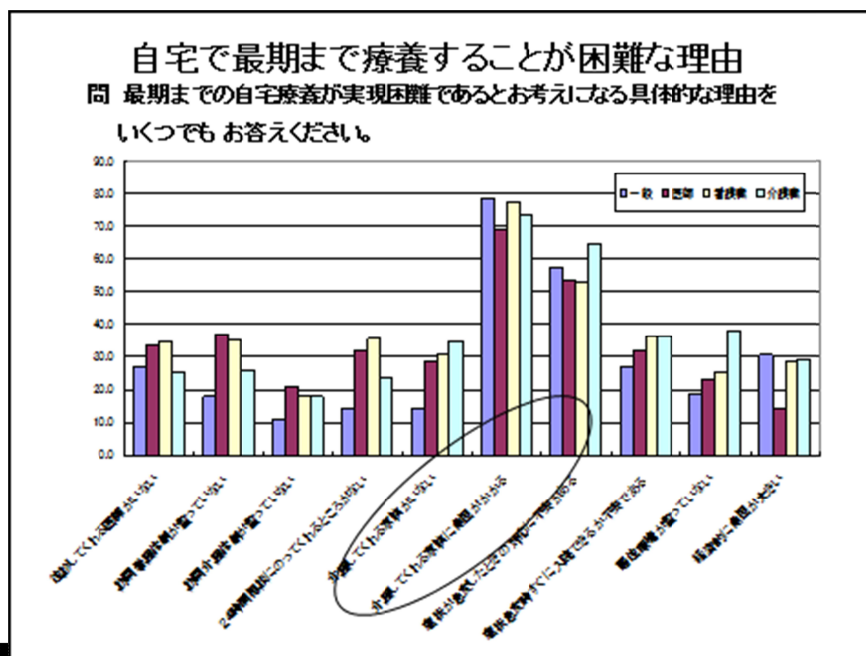


Fig-1

・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。

・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。

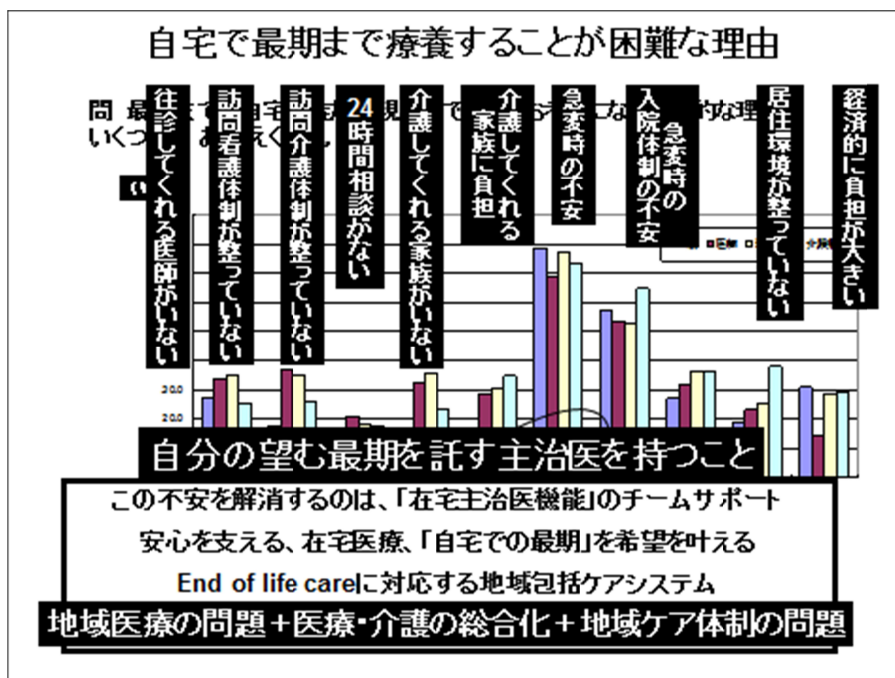


Fig- 3

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少ない**】「**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。コーディネートのベテラン杉田師長（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

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

労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「**地域看護の実践**」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
良好な状態
ベントに参加



photo (5)

で笑顔、認知症も
在宅主治医とイ
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。



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

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ト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。

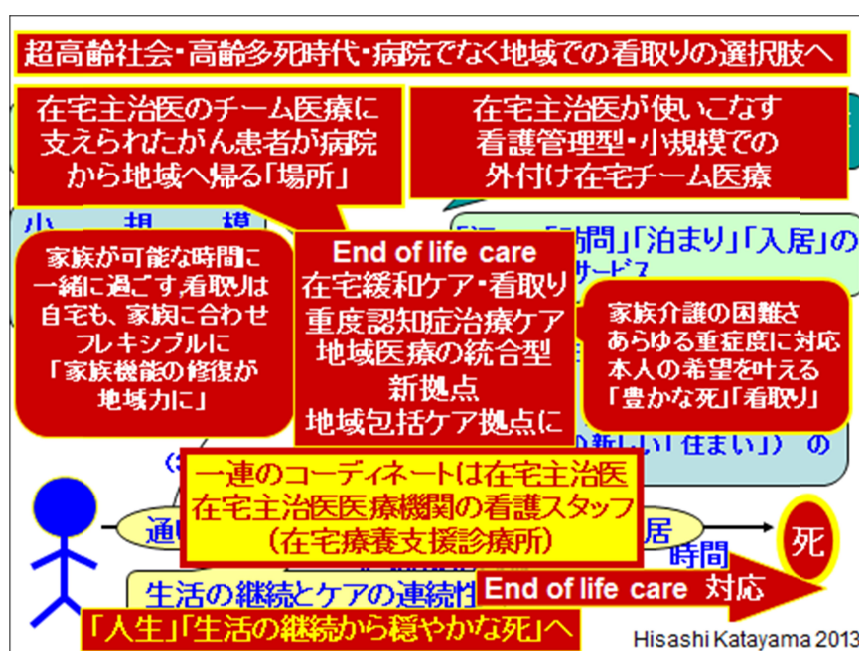


Fig-6 超高齢社会の切り札看護管理型・小規模多機能居宅介護(片山 壽・2011)

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。

急性期医療と双壁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)



photo (9)

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。

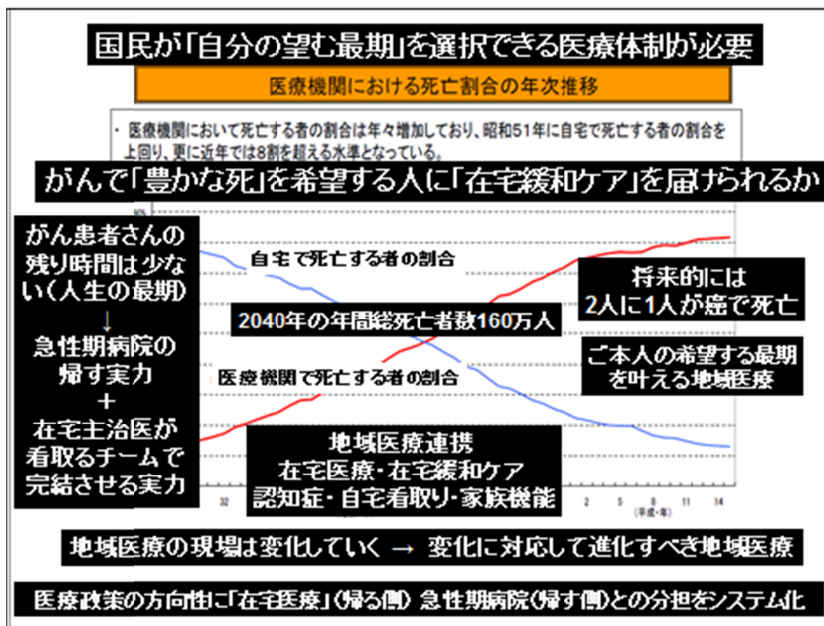


Fig-7

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

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 Réseau 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 瀧沼 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

3,041 億円(男性9,460 億円、女性3,581 億円)、大腸がん 1 兆 4,546 億円(各 9,244 億円、5,301 億円)、肺がん 1 兆 7,520 億円(各 1 兆 3,244 億円、4,276 億円)、乳がん 6,474 億円、肝がん 7,819 億円(各 5,927 億円、1,892 億円)であった。

早期死亡による逸失利益(mortality cost)が、逸失利益に占める割合(がん患者の救命に至らない逸失利益の割合)は、全がんで 64.8%であった。これをがんの部位別にみると、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%である。

心疾患、脳血管疾患について同様に算出すると、cost of disease は、各 4 兆 3,253 億円(男性 2 兆 8,109 億円、女性 1 兆 5,144 億円)、3 兆 7,293 億円(男性 2 兆 1,853 億円、女性 1 兆 5,438 億円)であった。早期死亡による逸失利益が逸失利益に占める割合は、各 56.0%、41.7%であった。

D . 考察

わが国の cost of cancer (10 兆 4,835 億円)は、GDP の 2.1%に相当し、がんとともに主要な死因である心疾患、脳血管疾患における cost of cancer の各 2.4 倍、2.8 倍であり、経済的観点からもがん対策の重要性が窺える。がんによる国民の逸失利益を最小化するため、がん対策に多くの資源を投入することの合理性も読み取れる。

がんの場合、逸失利益に占める早期死亡の割合が 64.8%を占めており、心疾患や脳血管疾患における死亡による逸失利益の割合を大きく上回っている。特に肝がん、肺がん等では、がんの早期発見とともに、がん罹患しても死に至らないような治療法の一段の進歩が望まれる。

がんの部位別にみると、国民医療費で支出が多いのは、大腸がん(5,283 億円)、肺がん(4,070 億円)、胃がん(3,267 億円)の順であるが、cost of cancer では、肺がん(1 兆 7,520 億円)、大腸がん(1 兆 4,546 億円)、胃がん(1 兆 3,041 億円)の順である。死亡逸失利益が大きい(従って cost of cancer が大きくなる)肺がん、胃がんの救命率の向上が課題であることがわかる。

米国では、2009 年の場合、がんの医療費は 866 億ドル、医療費以外の逸失利益は 1,300 億

ドルで、cost of cancer は 2,166 億ドル(約 21 兆 6,600 億円)である(National Institutes of Health 推計)。米国では、がんは心疾患に次いで多い死因であり、国民の 4 人に 1 人ががんで死亡するとされる(American Cancer Society)が、cost of cancer はわが国の約 2 倍であり、がんは社会経済的にも極めて大きな負担になっている。

E . 結論

がんによる逸失利益(医療費 + 受療で失われる利益 + 早期死亡で失われる利益)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考えられた。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

- 1) Koinuma N: Proposal for the breakdown of increased cancer health care cost and its improvement. Jpn J Oncol 43(4). 351-356. 2013
- 2) 濃沼信夫: パスの学術史. 日本クリニカルパス学会誌 15(3), 153-156(2013)
- 3) 濃沼信夫: 肺がん治療と医療費. 日医雑誌 142, 70. 2013
- 4) 濃沼信夫: 日本の医療 どう変える. 東北医誌 125, 29-31. 2013

2 . 学会発表

- 1) Koinuma N: Economic burden of cancer patients by site, stage and employment status, 72nd Annual Meeting of the Japanese Cancer Association. Yokohama, 2013. 10
- 2) 濃沼信夫: がん分子標的治療における患者の経済的負担. 第 51 回日本癌治療学会. 京都. 2013. 10
- 3) Koinuma N: Economic burden of cancer patients in molecular target therapy. 6th International Conference on Drug Discovery & Therapy. Dubai, United Arab Emirates. 2014. 2

分担課題名 **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**

【 研究要旨 】

我が国で公表された診療ガイドラインが、患者と医療者による診療上の意思決定を支援できているかどうかを検討することを目的とした。具体的には、患者にも理解可能な形式で推奨が提示されていることが支援の条件であると考えた。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) が作成方法の面から信頼性が高いとして評価選定し、公開している 67 の診療ガイドライン (12 のがん診療ガイドラインを含む) を対象として、その推奨の提示形態を分析したところ、67 ガイドラインの中で臨床上の疑問をクリニカルクエスチョン (CQ) と推奨という形式でまとめているのは 43 ガイドライン (64%)、12 のがんガイドラインでは 9 ガイドライン (75%) であった。CQ 形式の 43 ガイドラインが取り上げる CQ 数は 1,511 であったが、複数の医療行為の選択肢から最適解を選ぶ形式のものが 1,016CQ (82%) であった。さらに、これらの中で、患者と医療者が十分な協議を行って意思決定を行うようなケアオプションに関する CQ は 826 (67%)、医療行為の中のプロセスの最適化に関する CQ が 190 (15%) であった。ただし、ケアオプションに関する CQ のほとんどは、専門知識を有する医療者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。

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求められる。

A. 研究目的

米国医学協会 (institute of Medicine) は、2001 年の報告書「Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century」において、医療の質を向上させるためのポイントとして、医療が「安全であること (safe)」、「有効であること (effective)」、「時機を得たものであること (timely)」、「効率的であること (efficient)」、「公平なものであること (equitable)」に加えて、「患者中心であること (patient-centered)」を挙げている。そして、同報告書では、「患者中心であること」を、「患者個人の希望、ニーズ、価値観を尊重し、それらに応える医療を提供すること、そして、患者の価値観に導かれてすべての臨床上の判断が行われることを確かなものとする」と説明している。同協会が 1990 年に公

表した報告書「Clinical Practice Guidelines, Directions for a New Program」にもあるように、診療ガイドラインが目指すのは、「患者と医療者による意思決定を支援すること」であるから、「患者中心であること」は、診療ガイドラインの中心に位置づけられるべきものであることがわかる。

そこで、本年度の研究では、我が国で公表された診療ガイドラインにおいて、患者にも理解可能な形式で推奨が提示されることで診療ガイドラインが患者と医療者による診療上の意思決定を支援する目的を達成できているかどうかを検討することを目的とした。

B. 研究方法

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) が作成方法の面から信頼性が高いとして評価選定し、公開している 67 の診療ガイドライン(12 のがん診療ガイドラインを含む)を対象として、臨床的な問題の提示とそれに対する推奨の提示の形態を分析した。

C. 研究結果

67 ガイドラインの中で臨床上の疑問をクニカルクエスション (CQ) という形式でまとめているのは 43 ガイドライン (64%)、12 のがんガイドラインでは 9 ガイドライン (75%) であった。

CQ 形式の 43 ガイドラインが取り上げる CQ 数は 1,511 であり、内訳は、疫学 28 (2%)、病因病態 240 (16%)、診断 278 (18%)、治療 935 (62%)、予防 20 (2%) であった。疫学、病因病態は、一般的な知識を問う形式であるのに対して、診断、治療、予防の CQ では、一般知識を問う CQ は 227 (18%) であるのに対して、複数の医療行為の選択肢から最適解を選ぶ形式の CQ が 1,016 (82%) であった。さらに、これらの中で、患者と医療者が十分な協議を行って意思決定を行うようなケアオプションに関する CQ は 826 (67%)、医療行為の中のプロセスの最適化に関する CQ が 190 (15%) であった。ただし、ケアオプションに関する CQ のほとんどは、専門知識を有する医療者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。

D. 考察

我が国では、診療ガイドラインは、医療の質の向上を目指して作成と整備が進み、2004 年からは、日本医療機能評価機構 Minds が作成された診療ガイドラインの普及に努めてきた。診療ガイドラインはエビデンスに基づいていて、その推奨が診療の有効性を科学的に評価した結果に基づくことが重視されてきた。一方、本年度の研究で取り上げたように、医療の質の議論は、科学的な有効性のみでは不十分であり、患者中心であること、そして、医療者と患者の意思決定を支援することが重要である。

がん診療ガイドラインの内容を医療者のみでなく、患者、家族が理解できることは、がん診療において患者中心医療を実現するために不可欠である。我が国で診療ガイドラインの開

発と普及の推進が始まって十数年が経過し、がん診療の中で診療ガイドラインの重要性は増している。今後、診療ガイドラインが実臨床の現場で活用されるためには、患者と医療者が協議して行う意思決定に関する内容については、医療者のみでなく、患者、家族が理解可能な内容で提示することが重要であり、そのために必要な条件を精査して診療ガイドラインの開発と公開方法に活かしてゆくことが求められている。

E. 結論

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求められる。

F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

G. 研究発表

論文

- (1) 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(2): 78 -82, 2013
- (2) 山口直人．がんの疫学 UPDATE．東京女子医科大学雑誌．83:14-22, 2013
- (3) 山口直人．脳腫瘍と携帯電話．Clinical Neuroscience. 31:1145-1146, 2013.

分担課題名 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 研究部長

【 研究要旨 】

抗がん剤レジメン別の情報セットを効率的に作成・管理するための共通書式の枠組みを作成し、その汎用性について検討した。

コンセプトに基づき、冊子構成の流れや書きぶりを検討し、4種類のレジメンの情報セット案を比較して、各副作用症状の説明には、6項目“頻度”“機序”“程度の目安”“日常生活の過ごし方と工夫”“副作用の回復の見通し”“このような時は病院に連絡”に統一を図った。患者の行動には、知識や患者の気持ちも関与しており、セルフケア促進には、知識獲得も必要と考えた。一方、分子標的薬などに特徴的な副作用症状の記述を共通の内容に定めてしまうと、レジメンに特有の情報が強調されない不都合があり、一般論（共通）と特徴を併記することとした。

内容に対する見解を多職種間で統一することは簡単ではないが、多くの医療者の理解を得てはじめて現場で活用できる。特に、副作用症状の評価、病院へ連絡を要する基準について、多職種間の統一を図る必要があると考える。

A．研究目的

「情報処方」を、治療にあたって患者が知っておかなければならない情報を的確に提供することと定義する。

治療に対する患者の主体性向上は、副作用対策の積極的な実施による副作用症状の軽減や、治療完遂率の上昇につながる。主体性を引き出すには、患者が知っておかなければならない情報に、患者が知りたい情報を加味した情報提供が重要と考える。

提供に向けて、第一に、患者・家族にとって分かりやすいことが大切である。第二に、運用上、医師・薬剤師・看護師・コメディカルの多職種が現場で使用しやすく、情報更新が容易であることが必要である。

そこで、多様な抗がん剤レジメン別の情報セットを効率的に作成・管理するための共通書式の枠組みを作成し、その汎用性について、研究者間で検討した。

B．研究方法

前年度作成した情報セット案に加え、新たに2種類の情報セット案を作成し、記載項目・内容の標準化や、汎用性について検討を行った。

（倫理面への配慮）

個人情報を取り扱わない。

C．研究結果

(1) 情報セット案作成

情報セット案「シスプラチン・TS-1療法」、
「FOLFFOX(mFOLFFOX6)+ベバシズマブ療法」を作成した。この2種類のレジメンを選択した理由は、シスプラチンは併用の多い薬剤であり、「FOLFFOX(mFOLFFOX6)+ベバシズマブ療法」は皮下埋め込み型ポートに関する追加説明が必要で、かつ分子標的薬を含むレジメンであることから、記載項目の汎用性の検討に適していると考えたためである。

「治療効果」における専門用語（生存期間、無増悪生存期間中央値、奏効率など）は、専門用語に説明をつけて用いる版と、平易な表現に置き換えた版を作成した。

(2) 共通書式の枠組みの汎用性

作成した4種類の情報セット案を検討し、共通書式の枠組みは、

- ・はじめに
- ・診断
- ・治療法
- ・治療効果
- ・治療スケジュール
- ・使用する薬
- ・副作用
- ・注意
- ・医療費
- ・患者さんからの質問・疑問

- ・連絡先
- ・副作用メモ

とした。

各項目には、どのような内容を記載するかの基準も設けた。

「はじめに」の項目は、情報処方コンセプトを伝えるとともに、冊子の利用手引きとして、患者・家族がどのタイミングで、どの項目を参照すればよいかを説明した。

「治療効果」の項目では、詳細内容を後に確認できるように、引用文献を明記した。また引用文献の基準を定めた。

また、副作用症状は、4種類の情報セット案を合計して41つになった。各副作用症状の説明では、前年度には作成していなかった「副作用の回復の見通し」を追加し、最終的に、

- ・頻度
- ・機序
- ・程度の目安
- ・日常生活の過ごし方と工夫
- ・副作用の回復の見通し
- ・このような時は病院に連絡

の6項目を基本とし、自覚症状がある副作用については「主な症状」を追加で記載するよう、統一を図った。

「日常生活の過ごし方と工夫」は特に、行動を具体的に記載し、全体を通して、語尾を「○ ○してください」に統一した。

6項目以外に、副作用症状の対処に必要な知識、例えば「カツラを選ぶポイント」などは、コラムとして記載した。

また、各副作用症状の導入部分に、副作用一覧の表を改良した。具体的には、全体像が把握しやすいように、「患者さんが自覚することができる副作用」と「検査でわかる副作用」の2つに分け、次に臓器別（全身、消化器、神経、皮膚など）に区分し、さらに出現時期順に並べた。一般的にどの時期にピークがくるのか視覚的に把握しやすいよう、山型の図を工夫した。副作用名、出現時期のほか、頻度も示した(図1)。

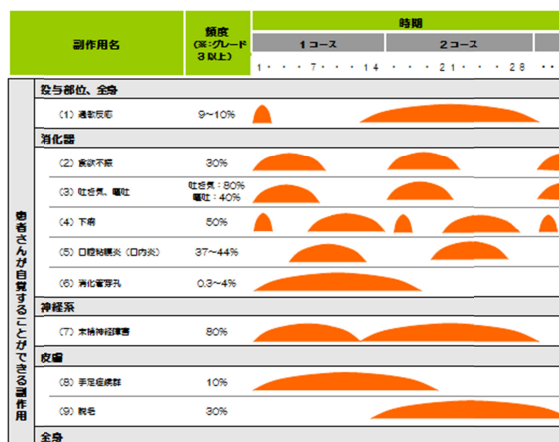


図1. 副作用症状の一覧 (一部)

D. 考察

多様な治療内容に対応できる冊子構成、かつ多職種が活用しやすい枠組みを検討した。汎用性については、「全ての患者に当てはまるわけではないが、一般に想定される患者の状態とニーズに対応できる」ことを目標に検討した。なぜなら、全てまたはほとんどの患者に該当する内容を考えると抽象的な表現になり、具体的な行動が伝わりにくいからである。汎用性を意識したひな型を作成するにあたっては、ひな型の項目と掲載内容の基準を決定する、各診療科の意見を尊重しつつ、共通化という広い観点のバランスをとる、を念頭に置いて進めた。

作成した4種類を比較してみて、分子標的治療薬などに特徴的な副作用が増加しており、副作用症状の記述を、共通の内容に定めてしまうと、レジメンに特有の情報が強調されない不都合が考えられた。また、薬剤によっては、副作用症状に対する一般的対処と逆の対処が必要な場合がある。そこで、一般論と異なる場合の記載は、一般論を記述した後に当該療法の特徴を追加する形が最適と考えた。この一般論(共通)と特徴の併記は、読み手への内容の伝わり方だけでなく、管理上のメリットもある。適切な情報提供のために随時、情報更新が必要となるが、それぞれがオリジナルの内容の場合、修正にあたってかなりの時間と労力を要する。しかし、共通部分の修正であれば、一斉に比較的簡単に行うことが可能である。

また、コンセプトに基づき、患者が自宅で実践・管理できるように構成の流れや書きぶりを検討した。患者の行動には、知識や患者の気持ちも関与しており、セルフケア促進には、知識獲得も必要と考えた。そこで、副作用対処に6項目を設定し、また設定した既存項目に当てはまらないが、必要な情報については、任意に追加できるように、最後にコラム枠を設けて、柔軟

に対応できるようにした。

内容に対する見解を多職種間で統一することは簡単ではないが、多くの医療者の理解を得てはじめて現場で活用できるだろう。

有害事象の評価・報告には、CTCAE（有害事象共通用語基準）がスタンダードとして用いられている。これに準じて、医師、薬剤師、看護師よりさらに幅広い職種、そして患者・家族と副作用症状の評価を共有することで、チーム医療の推進と、患者・家族の治療に対する理解向上を図ることができると考える。今後、副作用症状の重症度評価について、共通のものさしを作成・利用することを検討したい。

E．結論

副作用症状とその対処について、多職種間そして患者・家族で、共通の捉え方ができれば、チームワーク構築、セルフケア向上、自己コントロールに役立つと考える。特に多職種間の統一を図る必要のある項目は、副作用症状の評価、病院へ連絡を要する基準であると考ええる。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

なし