

OPTIM の成果を具体的にどのようにして施策に反映するか

聖隷三方原病院 副院長 森田達也

A 現状の緩和ケア地域連携体制の問題点

1 制度上の問題

- (1) 国のグランドデザインとがん対策の不一致。機能分化と連携・地域包括ケアのビジョンと、がん診療連携拠点病院に機能を集める？考えが不一致。機能分化の中では拠点病院は終末期ケアは扱わない方向（在宅・小規模病院で？なら地域を優先すべき）。終末期患者は急性期患者か（DPC コード）。
- (2) 地域緩和ケア（に限らずプライマリケア）を提供する医師（継続して診療する医師）に対するコンセンサスがなないこと。（英国系の国と比較した場合）GP（かかりつけ医師）がいないこと。今後もないことを前提にして考えるのでよいか（＝継続性はなくなるがフリーアクセスは保てる）。
- (3) 看護師の機能が拡充されない（途上である？）こと。（英米と比べた場合）マクミランナース・NP のような処方や処置の可能な看護師が地域にいないこと。いない前提で考えるのでよいか？
- (4) 有効なエビデンスのある施策が採用されるとは限らない（施策決定にエビデンスは反映されない）。

2 制度がどうあれ存在する問題

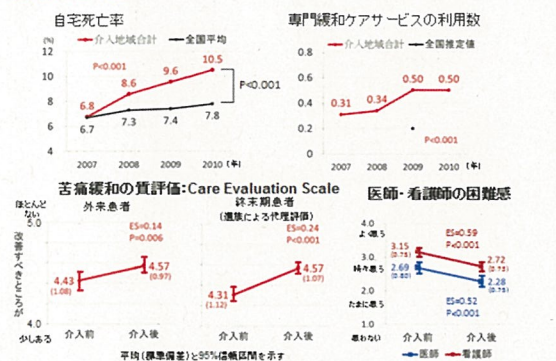
地域のリソースが最大化されていない（最大化される OPTIMize 仕組みがない）。

B OPTIM 研究から得られた結果

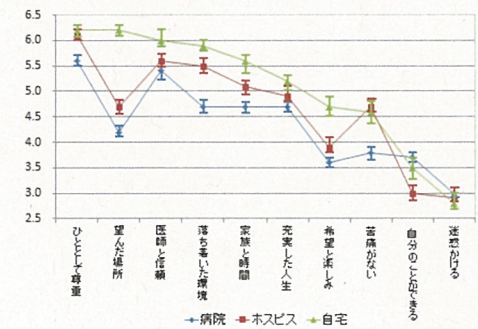
1 教育・ネットワーク・専門サービス・啓発を含む複合的な介入（OPTIMize）を実施すると、患者のアウトカムが改善する。ネットワークにより地域のリソースが最大利用される。地域のリソースは患者家族にとってはソーシャルキャピタル（社会関係資本）として機能する（Morita T, Lancet Oncol 2013; Kinoshita H, J Clin Oncol 2014）。地域拠点（事務局・コーディネーター機能）が必要。ただし、ソーシャルキャピタルは「制度化すると機能しなくなる」とも言われているらしいので、施策化がうまくいくかはわからない。患者を診る機能とコーディネーションする機能が同じとは限らない。後者は施設整備よりも、「ひと」の養成が必要そう。

2 制度上の問題について扱った研究ではない（地域緩和ケアチーム、急変時のレスパイト入院や hospital at home<短期間自宅で病院医療を提供>、特化型 vs 一般型など二次的検討はあるが主目的ではない）。

主要評価項目



場所によるQuality of lifeの違い



C 結果の施策への反映案

1 (どのような制度下でも) OPTIMize が必要。例：地域ごとの地域緩和ケアの機能のコーディネーションと計画の視覚化？（地域の特性を生かした様々なネットワークの構築、右図上）

<http://www.seirei.or.jp/mikatahara/activity/upimg/20140908113513269>

2 がん対策と医療グランドデザインの一致。

特に、機能分化>集約？、プライマリケア？、NP？

3 ? OPTIM で作成した各種マテリアル・ツールの再開？

4 ? 施策の検証する枠組みの設定？ (Morecare framework、右図下)

実施主体	実施内容	実施時期	実施状況
聖隷三方原病院	緩和ケアチームの設置	2011年	完了
聖隷三方原病院	緩和ケアチームの教育	2011年	完了
聖隷三方原病院	緩和ケアチームの連携	2011年	完了
聖隷三方原病院	緩和ケアチームの啓発	2011年	完了
聖隷三方原病院	緩和ケアチームの評価	2011年	完了
聖隷三方原病院	緩和ケアチームの改善	2011年	完了
聖隷三方原病院	緩和ケアチームの継続	2011年	完了
聖隷三方原病院	緩和ケアチームの拡大	2011年	完了
聖隷三方原病院	緩和ケアチームの持続	2011年	完了
聖隷三方原病院	緩和ケアチームの発展	2011年	完了

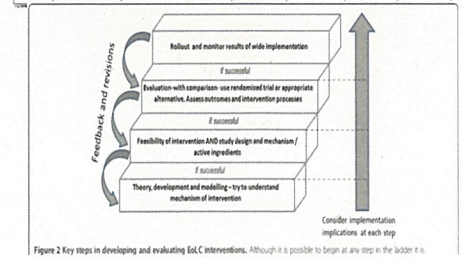


Figure 2 Key steps in developing and evaluating GIC interventions. Although it is possible to begin at any step in the ladder it is