

今後増加していくがん患者を 地域で支えていくための 体制構築の方向性

～OPTIM studyの成果を踏まえて～

国立がん研究センターがん対策情報センター
がん医療支援研究部 加藤雅志

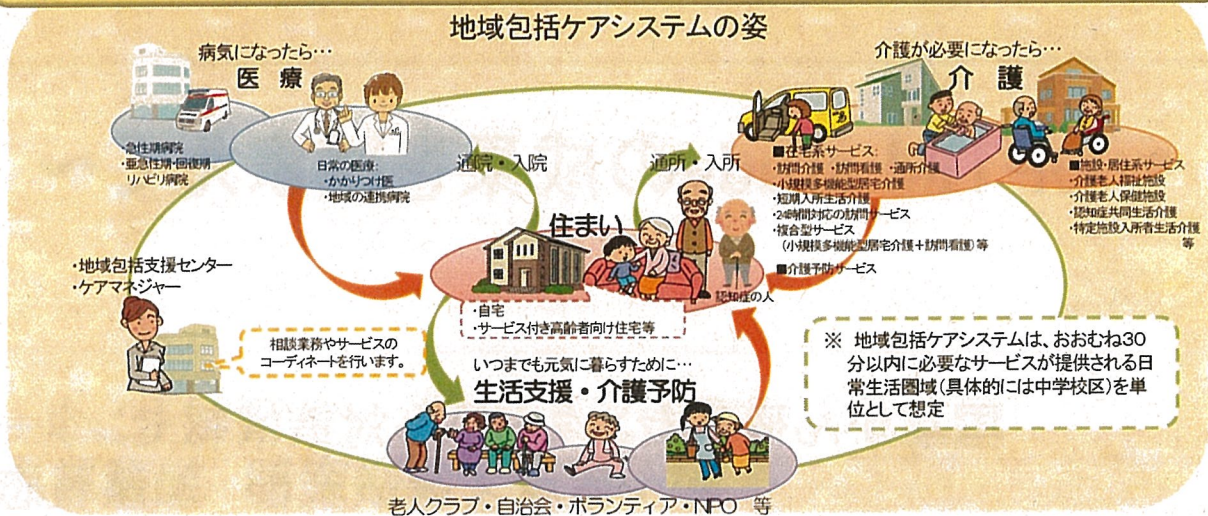
地域で患者を支える体制の必要性

日本では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行。
65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており(国民の約
4人に1人)、団塊の世代(約800万人)が75歳以上となる
2025年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加す
ることが見込まれている。

このため、厚生労働省では、2025年を目途に、高齢者の尊厳
の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣
れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが
できるよう、**地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包
括ケアシステム)**の構築を推進している。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



厚生労働省ホームページより

医療と介護の連携の必要性

疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要。

厚生労働省では、関係機関が連携し、**多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するための取組を推進**している。

在宅医療・介護の連携推進の方向性

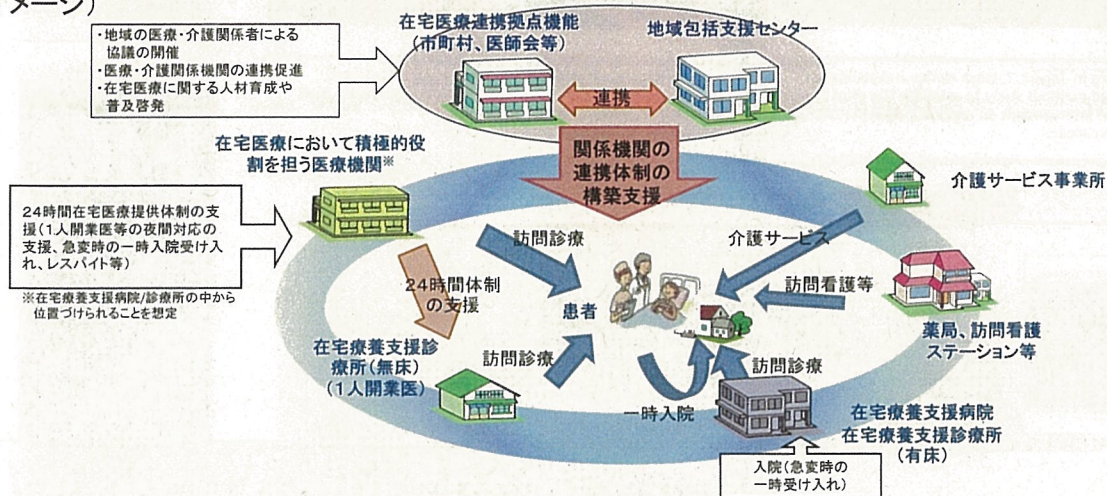
- 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の 関係機関(※)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。

(※)在宅療養を支える関係機関の例

- ・地域の医療機関（定期的な訪問診療の実施）
- ・在宅療養支援病院、診療所（有床）（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
- ・訪問看護事業所（医療機関と連携し、服薬管理や点眼、褥瘡の予防、浣腸等の看護ケアの実施）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。

(イメージ)



厚生労働省ホームページより

地域でがん患者を支えていくための課題

- 地域包括ケアは、今後増加していく認知症高齢者の生活を支えていくことを中心に想定されたシステムであり、**終末期にあるがん患者を地域の中で支えていく体制は別途検討する必要がある。**
- がんに関して、医療と介護の連携を進めていくためには、**広範囲から患者が集まるがん拠点病院（2次医療圏レベルから都道府県レベル、都市部では県境を越える）と、患者の生活の場である地域の在宅医療と介護サービス（中学校区域レベルから市町村レベル）との連携を促進していく必要があるが、地域にある既存のネットワークでは対応できないこともある。**
そのため、**がん診療と地域の間で連携の断絶が生じる。**
- また、がん患者の終末期を適切に対応していくためには、**在宅医療従事者や福祉関係者は、一定の知識や経験を要する。**
- 地域でがん患者を支えていくための体制を構築していくためには、それぞれの地域が、**地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**

第3次対がん総合戦略研究事業（がん対策のための戦略研究） 「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(OPTIM-study)



<http://gankanwa.umin.jp/>

目的・方法

目的

地域緩和ケアプログラムを行うと何が変わるのか？ それはなぜか？

デザイン

全国の4地域を対象とした前後比較研究＋プロセス研究

主要評価項目

- 1) 在宅死亡
- 2) 緩和ケアの利用数
- 3) 患者評価による通院中のがん患者QOL (Care evaluation Scale)
- 4) 遺族評価による終末期のがん患者QOL (Care evaluation Scale)

副次評価項目

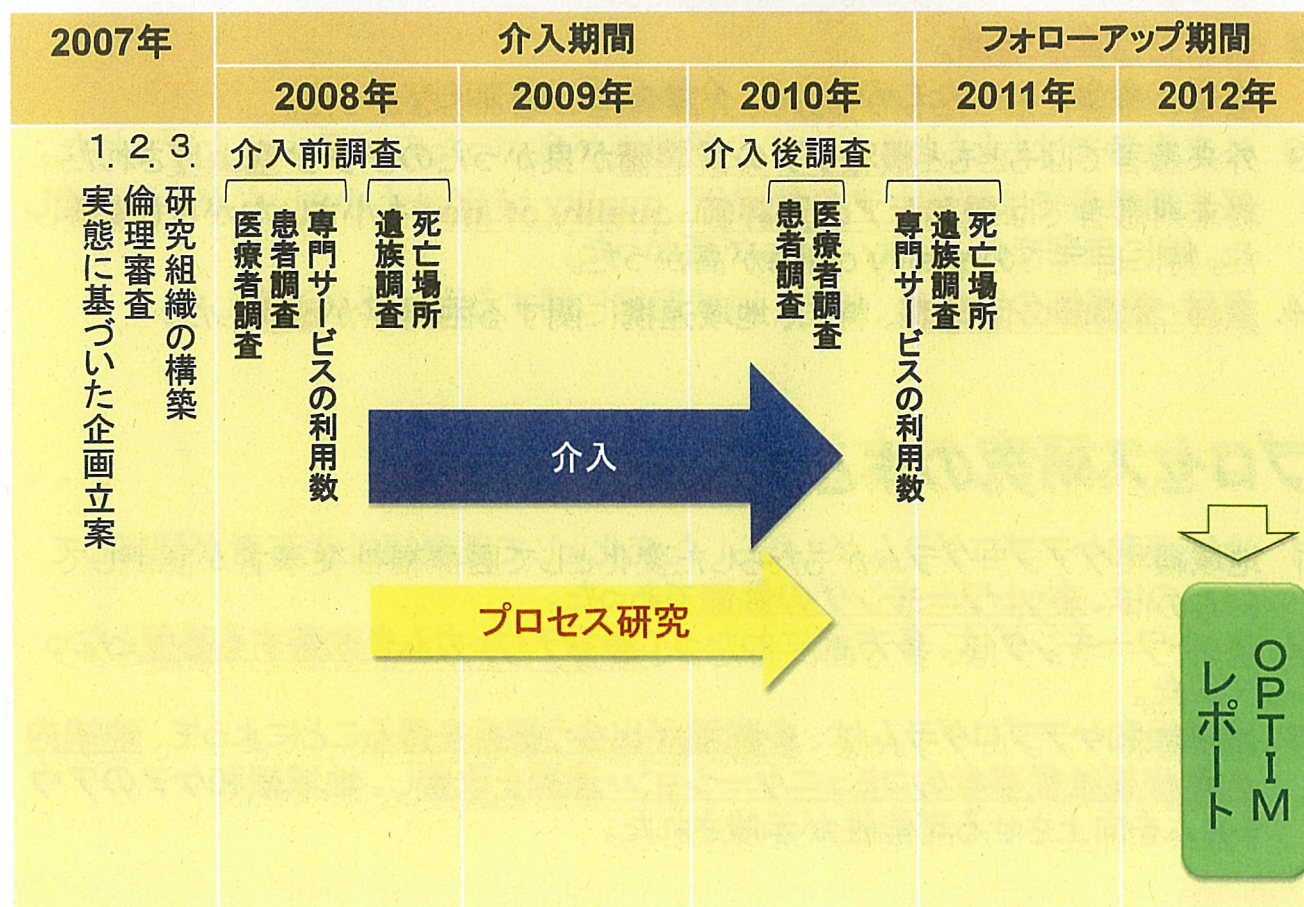
- 1) 地域医療者の困難感・知識
- 2) 地域の緩和ケアの質指標 など

介入

予備調査、文献調査、地域の介入実施者との協議によって、複合的な地域介入プログラムを策定・実施

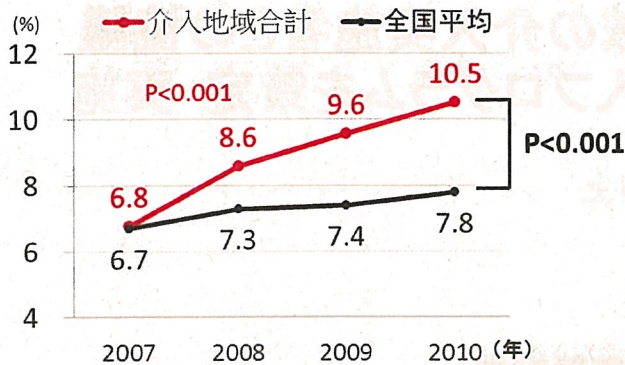
- 1) 緩和ケアの技術・知識の向上
 - ・マニュアルなどの配布
 - ・緩和ケアセミナー
- 2) がん患者・家族・住民への情報提供
 - ・市民対象講演会
 - ・リーフレットなどの配布
- 3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進
 - ・地域多職種連携カンファレンス
 - ・相談窓口
- 4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供
 - ・地域緩和ケアチーム

OPTIM-study 概要

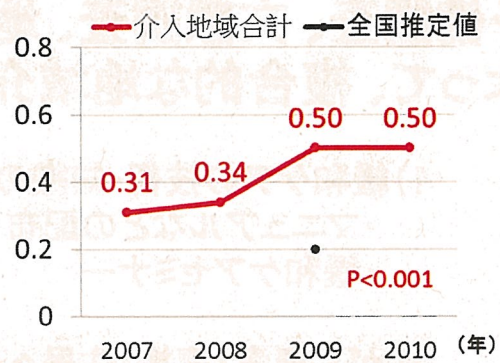


前後比較研究結果(主要評価項目と医師・看護師の困難感)

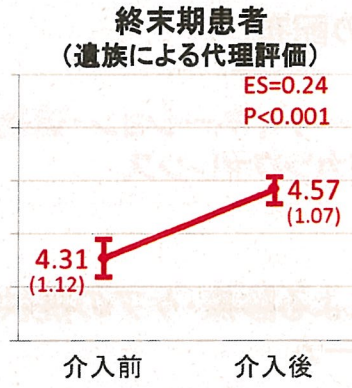
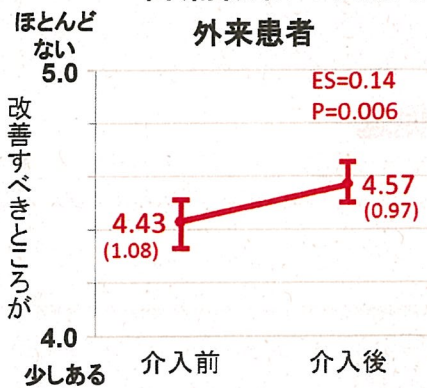
自宅死亡率



専門緩和ケアサービスの利用数

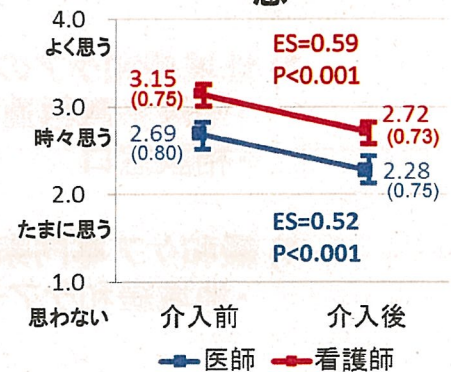


苦痛緩和の質評価: Care Evaluation Scale



平均(標準偏差)と95%信頼区間を示す

医師・看護師の困難感



アウトカム研究のまとめ

- 1 地域緩和ケアプログラムは**実施可能**である。
- 2 **自宅死亡率が増加**。
患者の希望に沿ったものであり、介護負担の増加もなかった。
- 3 外来患者ではもともと**緩和ケアの質評価**が良かったのが多少**底上げ**された。
終末期患者では**緩和ケアの質評価、quality of life**とも小さいながらも**改善**した。特に自宅でのquality of lifeが高かった。
- 4 **医師・看護師の困難感**、特に、地域連携に関する困難感が**改善**した。

プロセス研究のまとめ

- 1 地域緩和ケアプログラムがもたらした変化として医療福祉従事者が認識していたのは、**ネットワーキングの価値**であった。
- 2 ネットワーキングは、多方面にわたって**患者アウトカムを改善する基盤**となっていた。
- 3 地域緩和ケアプログラムは、**多職種が出会う機会を得る**ことによって、**地域内の医療福祉従事者のコミュニケーション・連携を改善**し、地域緩和ケアのアウトカムを向上させる可能性が示唆された。

地域でがん患者を支える体制を構築していくために

OPTIMIZE strategy: 地域緩和ケアの基盤整備 既存のリソースをネットワークで最大活用する

①組織を作る (Organization)

地域緩和ケアコーディネーターと地域事務局機能の整備のもと、地域緩和ケアについて話し合う組織を作る

②専門家へのアクセスをネットワークと可視化により改善する (Palliative care specialists)

③緩和ケアに関する知識と技術を(一方的にではなく相互に)伝えあう (Teaching the essence of palliative care)

④(広く薄い啓発活動ではなく、実際に必要としている)患者・患者に近い医療者にしぼった情報提供 (Information to patients and medical professionals close to patients)

⑤連携の課題を解決する枠組みの構築 (Modifying resources in the community)

- ⑤-1 基盤となる「顔の見える関係」の構築
- ⑤-2 病院と地域との連携の促進
- ⑤-3 地域内の連携の促進
- ⑤-4 地域内のリソースの最大利用



「最も望ましい地域緩和ケア提供体制」の確立

(OPTIM Report 2012より作成. <http://gankanwa.umin.jp/>)

① 組織を作る

1. 「地域緩和ケアコーディネーター」の配置

地域のがん医療と緩和ケアに関する施設間連携を促進するための活動を行う。
次項の地域緩和ケアの事務局で中心的に活動することが想定される。

注: 「地域緩和ケアコーディネーター」とは、地域内の緩和ケアに関連する医療福祉機関、職能団体等が円滑に連携できるよう、関係者間を調整する者。地域の緩和ケアの状況を把握している看護師や社会福祉士などが想定される。

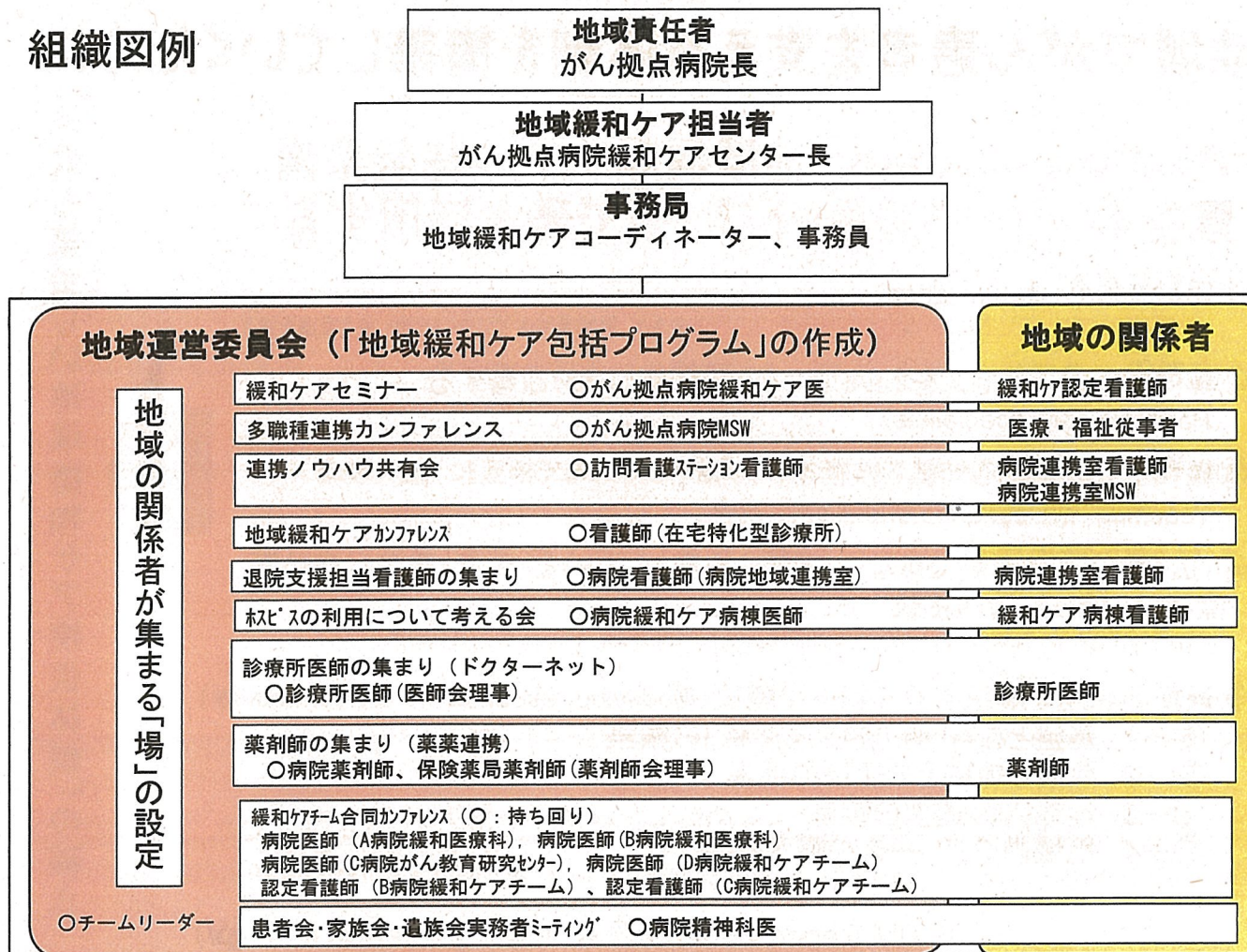
2. 地域緩和ケアに関する事務局機能の設置

地域の関係者が集まる「場」の設定、地域の緩和ケアに関する情報の収集と提供、地域の関係者が協力して取り組む共同計画である「地域緩和ケア包括プログラム」の立案・作成・周知・進捗管理などを行う。

注: 「場」とは、地域の施設管理者等が地域緩和ケアに関して話し合う会議や、現場の多職種が集まる定期的なカンファレンス、医療従事者向けの勉強会など、地域内の関係者が顔と顔を合わせる機会のことを意味する。目的に応じて、地域に複数種類の「場」が設けられる。

【参考】「地域緩和ケアコーディネーター」を育成し、全国の取り組みの好事例などの情報を共有したり、地域の活動を支援するための中央機能も別途整備する。

組織図例



② 専門家へのアクセスをネットワークと可視化により改善する

■よくみられる問題点・バリア

- 地域で生じる緩和ケアに関する問題についてコンサルテーションを受ける専門家がいない
- 痛みのコントロールが難しい場合、患者が在宅を望んでも病院に送るしかない
- 困ったときに相談する窓口がない。どこに相談したらいいかわからない

■解決策

- 緩和ケア専門家と地域の医療福祉従事者が気軽に話せる、ついでにの機会に話せるネットワークを多くする
- 最後のとりでとして緩和ケア専門家にアクセスできる体制を構築する
- 病院の相談機能を充実する、院外に相談機能を置く

OPTIM地域で構築されたシステム

共通	・地域緩和ケアチーム ・相談窓口
地域独自のもの	
鶴岡	・電子カルテ上での相談 ・院内プロジェクト地域緩和ケア症例検討会（緩和チームと地域とのCF）
柏	・院外の相談窓口
浜松	・アウトリーチの時のついでにの相談 ・ホスピスの利用について考える会 ・緩和ケア病棟の在宅支援ベッド ・地域の緩和ケア専門家からなる緩和ケアホットライン
長崎	・プッチML上での相談 ・院外の相談窓口



③ 緩和ケアに関する知識と技術を(一方的にではなく相互に)伝えあう

■よくみられる問題点・バリア

- 個々の医師・看護師によって、疼痛、看取りの対応など緩和ケアの技術や知識に差がある
- 在宅では、がん患者と接する機会が少ない。一般的な勉強はしていても、実際の経験が少ないために不安があり、自信が持てない
- 教科書に書いてあることは知っているが、実際の患者に何がいいか自信がない
- 小規模な訪問看護ステーションや病院などは、研修に人を出す余裕がない

■解決策

- 多職種向けの緩和ケアセミナーを行う
- 同職種向けの緩和ケアセミナーを行う
- 既存のセミナーを公開して行う
- 既存の仕組み(医師会の生涯教育、がん診療を行う医師のカンファレンス、薬剤師会の教育研修など)を利用して行う
- 地域の施設に出向いてセミナーを行う(出張緩和ケア研修)
- 緩和ケアチームのアウトリーチプログラム
- 緩和ケア病棟で実習をする
- 地域外からのアウトリーチを受ける
- 地域に既存のものがないマニュアルを作る

OPTIM地域で構築されたシステム

共通	・緩和ケアセミナー ・地域共通マニュアル・パンフレット
地域独自のもの	
鶴岡	・がん専門病院のセミナーの公開 ・リンクスタッフ主催のセミナー
柏	・がん専門病院のセミナーの公開 ・リンクスタッフ主催のセミナー
浜松	・病院の院内セミナーの公開 ・緩和ケアチームによるアウトリーチ ・他地域からのアウトリーチ ・緩和ケア病棟での研修 ・調査を臨床に生かす冊子の作成
長崎	・対象を医師に限定した医師会の勉強会 ・施設職員を対象とした講習会



④ (広く薄い啓発活動ではなく、実際に必要としている)患者・患者に近い医療者にしぼった情報提供

■よくみられる問題点・バリア

- 患者・家族が「緩和ケアを受けると末期だ」と思っている
- 患者・家族が「がんでは家では生活できない」と思っている
- 患者・家族が「麻薬を使うと中毒になる・体に良くない」と思っている

■解決策

(対象をしぼって行う活動)

- 該当する患者・家族の多いところで情報提供を行うリーフレットなどを設置する
- 患者・家族に接する医療福祉従事者に情報提供・教育を行う

(広い対象に行う活動)

- もともと地域にある方法(市民講座など)、地域のコミュニティ単位の出張講演会

OPTIM地域で構築されたシステム

共通	・リーフレットなどの設置 ・市民講演会 ・図書館の設置 ・患者会・家族会
地域独自のもの	
鶴岡	・市民の健康イベントへの参加 ・緩和ケアコンサート ・寸劇を用いた出張講演会 ・地元のメディアへの記事の依頼
柏	・市民の健康イベントへの参加 ・相談センターを活動場所として提供
浜松	・がん患者を対象とした「啓発ボード」 ・市民の健康イベントへの参加
長崎	・市民の健康イベントへの参加 ・医師会の市民健康講座と共催 ・自治体演奏会への出張講演会



⑤-1 基盤となる「顔の見える関係」の構築

■よくみられる問題点・バリア

- 問題に対して具体的にどうするかを施設、職種を超えて話し合う場がない
- 地域の情報が施設、職種を超えて伝わってこない
- 病院スタッフ、在宅医療スタッフが一堂に会す機会がない
- 現場の人だけだと「ぐちの言い合い」になってしまう、管理レベルの人だけだと現場のことが伝わらない
- お互いを知らないのでは、問い合わせにくい
- 実は解決している問題でも解決する方法の情報が伝わらない



■解決策

2つのコミュニケーションの場を設ける

1. 管理レベルと現場レベルが一堂に会する10～30人のカンファレンス
 - プロジェクトチームの会議
2. 現場レベルの多職種が一堂に会する100～200人のカンファレンス
 - 多職種でのグループワークや症例検討会

OPTIM地域で構築されたシステム

- | | |
|----|----------------------------------|
| 共通 | 1 プロジェクトの運営委員会
2 多職種地域カンファレンス |
|----|----------------------------------|

地域独自のもの

鶴岡 南庄内緩和ケア推進協議会

柏 リンクスタッフが主催の地域カンファレンス

浜松 OPTIM企画チーム

長崎 まちなかラウンジ

⑤-2 病院と地域との連携の促進

■よくみられる問題点・バリア

- 病院から急に在宅に戻ってくる・打ち合わせがない
- 診療情報提供書や看護サマリーに在宅スタッフの欲しい情報がない
- 自宅で患者・家族にはできないことを退院時に指導されてくる
- 病院に問い合わせたいことがある時、誰に連絡していいのかわからない
- 病状や介護力を理由に医療者が在宅は無理と判断してしまっている
- 在宅スタッフが病院と連絡とりにくい・窓口がわからない・部署関係がわからない
- 在宅への連携がうまくいったか評価の場所がない



■解決策

-病院に退院支援部署を作り、退院支援・調整プログラムを導入する

- * 退院前カンファレンス
- * 入院中から自宅で可能な医療・看護ケアにする
- * 早期から在宅スタッフに声をかける
- * 自宅での生活のアセスメントとサービスの導入
- * 患者・家族の在宅意思の確認
- * 患者・家族への入院中に行っていた処置の指導
- 退院支援の向上のための実務者の会を定期的に持つ
- 在宅スタッフの病院へのアウトリーチプログラム
- 在宅での経過を病院・関係者が共有できる機会を作る

OPTIM地域で構築されたシステム

- | | |
|----|--------------|
| 共通 | ・退院支援プログラム導入 |
|----|--------------|

地域独自のもの

鶴岡 ・地域看看連携検討会、医療と介護の連携研修会

柏 ・地域連携促進シート

浜松 ・連携ノウハウ共有会
・退院支援看護師の会

長崎 ・退院支援についての病院看護師と訪問看護師の合同研修会
・在宅スタッフが緩和チームと連携室のカンファレンスに参加

⑤-3 地域内の連携の促進

■よくみられる問題点・バリア

同職種間の連携

- 在宅主治医、1人だけで、24時間365日のフォローは難しい
- 在宅担当薬局が必要な場合にだれが担当できるのかわからない
- 訪問看護ステーションで人員が足りない

多職種間の連携

- 在宅主治医、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、保険薬局薬剤師間での患者の情報の共有をする機会が少ない
- ケアマネジャーは医療の予測が難しく、がんに対する敷居が高い

■解決策

- 在宅医師・保険薬局・訪問看護ステーションのネットワークをつくる
- サービス調整会議・診療情報提供書・電話・メールなどで臨機応変に情報を共有する
- ITでの情報共有を行う(患者ごとのプチメーリングリスト、電子カルテ)
- 患者所持型情報共有ツールの普及は難しい
- ケアマネジャーへの支援と配慮

OPTIM地域で構築されたシステム

共通	・サービス調整会議・カンファレンス、診療情報提供書・電話・メールなどで臨機応変に情報共有
地域独自のこと	
鶴岡	・病院医師と診療所医師の関係構築 ・訪問看護ステーションのマッピング ・Net4U(電子カルテ)での情報共有
浜松	・浜松ドクターネット(医師)、P浜ねっと(薬剤師) ・在宅特化型診療所で行うカンファレンス
長崎	・ドクターネット(医師)、P-ネット(薬剤師) ・訪問服薬指導のビデオ ・プチMLでの情報共有

⑤-4 地域内のリソースの最大利用

■よくみられる問題点・バリア

- 「地域で利用できるリソース(診療所、保険薬局など)がわからない」
- データベースはあるが周知されておらず、情報が古い
- 本当に必要な情報はオープンにできない、目まぐるしく変わる情報である
- データベースは、「できる」「できない」ではなく、「相談可能か」「窓口はだれでいつ連絡すればいいか」を記載してほしい

■解決策

- ・「公にできる」定型のリソース情報の内容は限定し、更新・周知する。相談先を明記する
- ・「公にできない」情報をヒューマンネットワークで得られるシステムをつくる

OPTIM地域で構築されたシステム

共通	・リソースデータベースと複数のカンファレンスでの情報交換
----	------------------------------

地域独自のこと

- 鶴岡 ・データベースをNet 4Uに公開
- 柏 ・オープンな情報と公にできない情報の2段階のリソースデータベース
- 浜松 ・「ロコミ情報」のリソースマップ



1. 並行の動機の内訳 1-1

並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

並行の動機の内訳 1-1

並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

並行の動機の内訳 1-1

並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1

1. 並行の動機の内訳 1-1