

平成 30 年 6 月 12 日現在

機関番号：35306

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2017

課題番号：26380832

研究課題名(和文)医療から福祉へと繋ぐ「がん末期包括ケアシステム」のモデル構築

研究課題名(英文) Construction of Model for Total Care System of Last Stage Cancer to Connect Medical Treatment and Nursing Treatment

研究代表者

武田 英樹 (TAKEDA, HIDEKI)

美作大学・生活科学部・准教授

研究者番号：90342237

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,100,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では以下の三項目に取り組んだ。第一に制度的課題についてである。介護保険制度と医療保険制度を持続可能な制度とするためには、財源的確保だけでなく、制度の仕組みを変えていく必要がある。第二にがん末期患者を受け入れる社会資源についてである。がん末期患者が住み慣れた地域で生活を継続させていくためには、介護サービスと医療サービスの柔軟な組み合わせが重要であるとともに、看取りに関わるスタッフの経験の蓄積と組織としてケアの方向性の一致が重要である。第三に市民のコミュニティづくりや意識啓発についてである。市民にとって医療福祉専門職と気軽に対話できる身近な場所を定着していくことが有益である。

研究成果の概要(英文)：Studies about three themes below. The first problem is about to become continuous system of insurance of the elderly care and medical insurance, it needs not only fund but change the construction. The second problem is the social resources of accept patients who are on last stage cancer. In the case that they still live in familiarized surroundings, flexible combination of nursery services and medical services is important and also it needs coincidence of advanced human skill and systematic terminal care. The third problem is about the making community of citizen and developing their consciousness. For the citizens, it is very beneficial to make the social function where they can talk freely with medical and nursery staff.

研究分野：社会学

キーワード：がん末期 ターミナルケア 介護保険 地域包括ケア 在宅ケア

## 1. 研究開始当初の背景

私たちは、人生の最期をどこで過ごすのか、どこを死に場所とするのか、その選択肢すらない時代を迎えるかもしれない。2030年、その人数は47万人にのぼると厚生労働省は推計している。その背景にあるのが1981年以降、日本で死因1位を不動のものとしているがん疾患である。2011年現在では4人に1人以上ががんで死亡しており、その割合は年々増加することは間違いない。

問題はがん多死社会到来に対して、がん患者の在宅療養の環境、そして看取りの環境が十分に整備できていないということである。たしかに政策的には、がん末期の在宅医療には医療保険で手厚い診療報酬が設定されている。これに加え、2006年4月より、40歳以上でがん末期と診断されれば、介護保険を利用できるようになった。いままさに医療と福祉の両輪でがん末期患者の在宅療養の基盤整備が進められている。

しかし、医療政策において、在宅療養支援診療所の設置を推進しても現実にその半数が看取りを行っていない状況にある。介護政策においても、がん末期の取扱いについて再三にわたり、各自治体に事務連絡を通達する等のがん末期取扱いに関する不備が顕在化してきている。

このような背景のもと、本研究代表者はがん末期に係る政策研究や地域医療と介護サービスの連携促進に関する研究を進めてきた経緯がある<sup>1)</sup>。この研究成果は参議院厚生労働委員会(2010年4月20日)でも取り上げられ、がん末期患者の介護保険利用が円滑に進んでいないことが指摘された。国会質問以降、現在までに3回、厚生労働省が各自治体に対して、がん末期に係る要介護認定や福祉用具貸与等の事務連絡を通達している。また、研究代表者の研究結果を受けて、兵庫県姫路市では、2010年度より「緊急の介護認定を必要とする末期がん等患者からの認定申請について」を施策化し、行政、医師会、介護サービス事業所等の連携により大きな成果をあげている<sup>2)</sup>。また、近年のがん末期に関する研究では、藤田らによる厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業の発表論文で、研究代表者の論文が被引用文献として複数活用されている<sup>3)</sup>。

今後、がん多死社会の到来が予測され、がん末期患者を医療だけで、さらには終末期を病院だけで支えることは困難である。「介護保険法」は、医療保険、年金保険、雇用保険、労働者災害補償保険などに続く5番目の公的社会保障制度である。1997年(平成9)年12月に成立してから20年以上が経過し、近年の要介護高齢者とその家族の安寧な生活は、介護保険がなければ維持できない状況がみてとれる。その一方で介護難民や介護離職など介護保険の機能不全が要介護高齢者とその家族の安寧な生活を脅かしている実態も社会問題となっている。そんな中、地域包

括ケアシステムの推進が求められ、医療と福祉の連携による在宅ケアの確立が各自治体の課題となっている。

## 2. 研究の目的

本研究の目的は、がん末期患者を医療から福祉へと繋ぐ「がん末期包括ケアシステム」のモデルを構築する事にある。

本研究の目的を達成するために次の4項目についてのアプローチが必要となる。医療保険と介護保険を併用する上で、がん末期の取扱いに関する制度上の課題を明らかにする。がん末期患者が介護サービスと医療サービスを併用していく上、社会資源の課題を明らかにする。市民のコミュニティづくりや意識啓発についての課題を明らかにすることである。

## 3. 研究の方法

### (1) 制度上の課題分析：財政面

地域包括ケア推進に向けた在宅医療・在宅福祉の現状について、財政面と医療福祉人材面においての分析を行った。分析は主に、国、行政機関等の公表資料および先行文献をもとに、介護保険制度や医療保険制度の財政面での膨張状態を中心に整理した。

### (2) 社会資源の課題分析

小規模多機能型居宅介護事業所のスタッフに対するアンケート調査

ホームホスピスの運営に関するヒヤリング

介護サービスおよび医療サービスに関する運営協議会などの運営状況に関する分析

### (3) 市民のコミュニティづくりや意識啓発についての課題

医療福祉カフェみんくるカフェの運営状況の分析とその効果についてのスタッフへのヒヤリング

## 4. 研究成果

### (1) 医療保険と介護保険に関する制度上の課題

国民の日常生活全般でみると、日本の社会保障制度の主軸は社会保険であるといえる。日本の社会保険制度の財源は被保険者からの保険料と公費の組み合わせで賄われている。近年の社会保障給付費の増加は、国民の生活を支える重要な制度であることを示す一方で、国民の経済的負担を大きくする指標にもなる。

社会保障の給付抑制を図り、在宅医療および在宅療養を促進していくための鍵が地域包括ケアである。がん末期も介護保険の対象となり、現在では医療保険と介護保険の両面からの支援が受けられる疾患となっている。両制度は民間保険のように被保険者の保険料のみで賄われている状態ではなく、近年の財政上の問題は深刻といえる。不足分を公費負担だけではなく、保険料の引き上げで賄う状況において、今後も上がり続けることが見込まれる。これに対して、実際にこの保険料

を支払っていくことが可能なのかという問題が出てきている。それは、保険料の滞納やサービスの利用抑制などの形で顕著化してきている。

介護と医療の現場においては、市民の課題として、自身がどこで最期を迎えるかという課題が浮上してきている。死亡場所として自宅でも病院でも施設でも困難な人が47万人もできるのではという推計が出されている<sup>4)</sup>。

市民の意識も、健康であれば住み慣れた自宅で住み続けたいと思う一方で、病気で入院すれば完治するまで病院で療養したいというものが多く、在宅医療、在宅介護を基盤にした地域包括ケアの推進には、市民の不安を解消する環境整備と意識啓発が必要といえる。

しかし、地域包括ケアを推進していくにも在宅医療、在宅介護を支える医師、看護師、介護福祉士などの医療福祉の専門職不足も深刻な問題となっている。外国人労働者の受け入れも進められているが日本の高齢化の流れに追いついていない。国内での専門職養成においても、現時点で既にどの業界でも過不足が指摘されているマンパワーを今後の少子化社会において、確保していくことは難しいといえる。

また、がん末期は2006(平成18)年に「特定疾病」として新たに介護保険の対象に追加されたが、いくつかの制度上の問題点があった。問題が指摘された後、相次いで厚生労働省から3つの事務連絡がだされている。

2010(平成22)年4月30日には、厚生労働省老健局老人保健課より「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」が出された。主な内容は 暫定ケアプランの作成について、 要介護認定の実施について、 入院中からの介護サービスと医療機関等との連携について、 主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示について、 区分変更申請の機会の周知について、である。

2010(平成22)年10月25日には、厚生労働省老健局振興課から「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」が出された。主な内容は 指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費の算定について、 介護認定審査会が付する意見について、である。

2011(平成23)年10月18日には、厚生労働省老健局老人保健課から「末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について」が出された。主な内容は 「末期がん患者の認定状況調査」の結果、 末期がんの利用者に対する要介護認定等について、迅速な二次判定に向けた取り組みの重要であること、 末期がんの利用者に対する迅速な要介護認定等を行えるよう関係機関等との連携体制の構築や、暫定ケアプランの適切な活用といった取り組みが重要であることについての指摘、についてである。

これらの事務連絡はがん末期患者に対す

る要介護認定に関する課題について指摘を受けたことへの対応である。

【図書】

## (2) 社会資源の課題

本研究では、看取りの大きな対象となるがん末期と介護保険について触れた上で、小規模多機能型居宅介護に実施した看取りに関する調査を実施した。

小規模多機能型居宅介護は、地域密着型サービスに位置付けられ、「通い」を中心としながら、「訪問」や「泊まり」を組み合わせサービスを提供する。中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援することを目的に2006(平成18)年に制度化されたものである。介護費の加算として「看取り連携体制加算」が算定できることから、小規模多機能型居宅介護は軽度者だけでなく、終末期の要介護者に対する看取りの場所としての機能を果たすことが期待されている。これは住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるといった地域包括ケアを実現していく上で柔軟性のあるサービス形態といえる。

しかし、看取りの拠点となるにはいくつかの課題を抱えているといえる。今回の調査で明らかになったこととして、スタッフはがん末期患者などの看取りの経験が少ないということ、さらに組織として看取りに関するケアの方向性の一致が図られていないということである。多くの事業所で看取り体制は組んでいるものの、スタッフ間での看取りに対する考え方に統一性がないことが危惧される。人の死に寄り添うケアは死を迎える本人だけでなく、家族にも大きな影響を及ぼすことになる。またスタッフにとっても介護が人の人生に寄り添う社会的価値の高い仕事であることを感じ取る過程でもある。看取りは方向性一つで場に流れる時間の質が大きく変わるのである。そして、小規模多機能型居宅介護が看取りの拠点と成るには、地域で看取りに対して考える時間をもつ発信者となることも必要である。看取りの実績を地域で共有していくことは、「自宅で最期を迎えたい」という願望が「この事業所を利用すれば自宅で最期を迎えられる」といった確信へと変わり、その事業所が地域密着型としてその地域の看取り文化を構築していくことに繋がるのではないだろうか。

【雑誌論文】

## (3) 市民のコミュニティづくりや意識啓発についての課題-カフェ型対話的アプローチから-

カフェ型ヘルスコミュニケーションとは近年、ワールドカフェなどのカフェ型による対話的アプローチが医療、福祉分野での研修手法として用いられることが多くなっている。こうしたカフェ型の対話的アプローチは「参加者全員での自由で主体的な対話が

行われること、専門家と非専門家や、異なる職種間など越境的な参加者の間でも対話が可能になること、などを特徴とする<sup>5)</sup>。カフェ型の対話的アプローチの効果としては、自由な対話により、参加者のポジティブな認知変容に影響を及ぼしている可能性について音山らが示唆している<sup>6)</sup>。また、孫によるカフェ型ヘルスコミュニケーションの効果について、対話を通じた学習機会の提供やヘルスリテラシーの向上や当事者への理解が進むこと、専門職への心理的距離を縮める効果について示唆していることに加え、この効果が医療や健康に関する意思決定の質を向上させ、理想的な共同意思決定へとつながるとしている<sup>7)</sup>。

### がん末期とカフェ型ヘルスコミュニケーション

既述の効果からは、地域においてカフェ型ヘルスコミュニケーションの機会が増えることによって、がん末期患者の在宅ケア促進に向けた医療と福祉の連携促進の場としての活用だけでなく、がん末期において患者や家族が在宅ケアを考えるきっかけや医療福祉従事者への相談プロセスへの行動を促進することになると推測される。すでに島根県浜田市では、家庭医が「みんくるカフェ浜田店」において「終の住み処について」「地域医療」、島根県雲南市の「みんくるcaféイズモ」では、「地域づくりの医療」、兵庫県姫路市「みんくるカフェ姫路」では「最期を迎える覚悟 緩和ケアを体験して」などのテーマで医療福祉職と市民の対話を通して、地域医療や終末期ケアなどについての意識啓発が図られている。筆者が参加している「みんくるカフェ姫路」においても、「家族で終末期のことを話す機会やきっかけはなかなかないが、こういった催しがきっかけとなって家族内で話題にしやすい」といった意見があった。さらに「がん末期」についてのテーマを設定することで、医療現場において医療福祉従事者にはなかなか話せないことを気軽に話せる環境を創りだすことが期待できる。

#### みんくるカフェとは

みんくるカフェとは「みんながくる場」から文字を抜いたものである。「医療や健康をめぐる話題について市民・患者と医療福祉専門職がともに参加して対話を行い、互いに学び合うカフェ型ヘルスコミュニケーション活動」であり、東京大学大学院医学系研究科の孫大輔氏が主宰する活動である。2010年8月より開始し、2014年11月現在で50回以上のイベントを開催し、全国の医療福祉従事者の間でこの取り組みへの関心が高まりをみせている。2015年1月現在で10回の「健康・医療みんくるファシリテーター育成講座（以下、ファシリテーター育成講座）」が開催され150名を超える修了生を輩出している。本ファシリテーター育成講座の修了生たちがみんくるカフェネットワークに参加し、情報

交換を行うとともに、北海道から九州までの全国各地で20を超える団体が設立され、修了生がファシリテーターとなって、継続的にみんくるカフェを運営している。



### みんくるカフェTの概要

#### -1 目的

一般市民が医療福祉従事者と医療や福祉をテーマに気軽に話せる場をつくることによって、対話を通じた市民と医療福祉従事者の関係性を構築し、市民にとって医療福祉従事者が身近な存在になること、さらには地域の医療や福祉に関する情報発信の場として、市民が気軽に情報に触れることのできる場の実現を目指す。

#### -2 スタッフ構成および運営回数

「みんくるカフェT」は、医師、看護師、医療福祉系大学教員、福祉系学生などのスタッフにより運営されている医療福祉カフェであり、2015年7月に第1回を開催した。医師や同法人の看護師の有志とM大学の教員・学生の有志により、現在7名のスタッフが核となり運営をしている。代表を医師が務め、事務局をM大学教員が務めている。ファシリテーター育成講座の修了スタッフは、医師1名、看護師1名、医療福祉系大学教員1名の計3名である。

運営は年4回程度の開催を見込んでいる。

-3 第1回みんなくるカフェTの概要

- 1) 事業名 : みんなくるカフェT
  - 2) 事業内容 : 医療福祉カフェ
  - 3) 第1回開催日 2015年7月4日(土)15時30分~17時30分
  - 4) 場所 : 地域のカフェ
  - 5) 対象・定員 : 対象 一般市民 定員第1回 20名程度
  - 6) 参加費 : 500円(ドリンク・お菓子代の実費として)
  - 7) 主催 : みんなくるカフェT
  - 8) 共催 : M大学、Tクリニック
  - 9) 事務局 : M大学
- 【雑誌論文】

#### 【引用文献】

- 1) 姫路市介護サービス第三者評価機構(2008)「末期がん患者が十分な介護サービスを受けるための介護認定システム確立について 医療から福祉へ患者をどう繋げるか」フランスベッド・メディカルホームケア研究助成報告書。
- 2) 武田英樹、藤田益伸、山野敬子、北野充、田中洋三(2011)「がん末期患者に対する要介護度の未認定防止に向けた施策の効果検証」『ホスピスケアと在宅ケア』19(3)351-357。
- 3) 藤田敦子(2013)「末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査結果について」『ホスピスケアと在宅ケア』21(1) pp.18-28。
- 4) 厚生労働省ライブチャット〔USTREAM〕(2012.3.5)平成24年度診療報酬改定説明会(医療課長説明)。
- 5) 孫大輔「カフェ型ヘルスコミュニケーションによる市民参加型の健康づくり 対話が可能にする変容的学習」臨床作業療法 Vol.12No.1, 17, 2015。
- 6) 音山若穂、利根川智子、井上孝之他「保育者養成における実習指導への対話的アプローチの導入に関する基礎研究」群馬大学教育実践研究 29, 219-228, 2012。
- 7) 孫大輔「カフェ型ヘルスコミュニケーションによる市民参加型の健康づくり 対話が可能にする変容的学習」臨床作業療法 Vol.12No.1, 17, 2015。

#### 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計2件)

武田英樹、市民と専門職が繋がるカフェ型ヘルスコミュニケーションの実践、査読無、美作大学・美作短期大学部紀要、Vol.61、2016、119-124

武田英樹、関孝敏、小規模多機能型居宅介護は地域における看取りの拠点に成り得るか、査読無、地域ケアリング、Vol.20 No.3、

2018、68-71

〔学会発表〕(計0件)

〔図書〕(計1件)

〔監修〕三原博光〔編者〕新井康友、原田由実子〔共著者〕三原博光、新井康友、原田由実子、矢野明宏、武田英樹他、関西学院大学出版会、超高齢社会における高齢者介護支援、2015、228

〔産業財産権〕

出願状況(計0件)

名称：  
発明者：  
権利者：  
種類：  
番号：  
出願年月日：  
国内外の別：

取得状況(計0件)

名称：  
発明者：  
権利者：  
種類：  
番号：  
取得年月日：  
国内外の別：

〔その他〕  
ホームページ等

#### 6. 研究組織

(1) 研究代表者  
武田 英樹 (TAKEDA Hideki)  
美作大学生活科学部准教授  
研究者番号：90342237

(2) 研究分担者  
関 孝敏 (SEKI Takatoshi)  
北海道大学文学研究科 名誉教授  
研究者番号：30105647

(3) 連携研究者  
( )

研究者番号：

(4) 研究協力者  
( )