

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 6 月 4 日現在

機関番号：12601

研究種目：若手研究（B）

研究期間：2010～2011

課題番号：22790613

研究課題名（和文）終末期医療におけるエビデンスにもとづく退院支援の在り方に関する研究

研究課題名（英文）Evidence-based discharge planning for the end of life care.

研究代表者

山口 潔（YAMAGUCHI KIYOSHI）

東京大学・医学部附属病院・助教

研究者番号：20451817

研究成果の概要（和文）：

退院支援の技術構造は、①予後の予測、②機能的診断、③心理社会的診断、④社会資源の導入・調整、⑤意思決定支援、⑥家族・介護者支援という 6 領域があることが明らかとなった。退院支援の効果を測定する指標として、①患者・家族のセルフマネジメント能力の獲得、②再入院率の低下、③連携時の引き継ぎエラーの減少、④在宅での死亡割合の増加、⑤患者・家族の余命・生活機能・QOL の向上という 5 領域があることが明らかとなった。

研究成果の概要（英文）：

The techniques of the discharge planning are 1.speculation of the prognosis, 2. functional assessment, 3.psycho-social assessment, 4. coordination of the social capitals, 5. support for decision-making, and 6.support for the families and the caregivers. The outcomes of the discharge planning are 1. empowerment of the patients and families. 2. reduction of the frequent hospitalizations, 3.reduction of the transitional error, 4. increase of the mortality in home care setting, and 5.enhancement of the quality of life with the patients and the families.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2010 年度	1,600,000	480,000	2,080,000
2011 年度	1,400,000	420,000	1,820,000
年度			
年度			
年度			
総計	3,000,000	900,000	3,900,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：内科系臨床医学・内科学一般（含む心身医学）

キーワード：退院支援、医療連携、心理社会的支援、終末期医療、在宅支援外来

1. 研究開始当初の背景

超高齢社会の結果、本邦における年間死亡者数は、2040 年頃にはピークの 170 万人に達すると予測されている。ざっと退院患者の

10 人に 1 人が死亡退院となる計算になり、適切な終末期医療の確立は重要な課題である。

終末期医療においては、生物学的なケアだけでなく、心理的・社会的支援は欠かせない。

広井らは、本邦において患者に対する心理的・社会的な面でのサポートに関するアンケート調査結果を報告している（社会保険旬報,2001.9.21）。その結果、わが国の病院の現状において、患者に対する心理的・社会的な面でのサポートについて、96%が十分ではないと答えている。また、充実強化の必要が求められると考える職種については、ソーシャルワーカーの次に医師が来ている。

現在、私たちが当院で行っている退院支援は、心理的・社会的支援そのものである。急性期あるいは専門病院の医師による終末期患者に対する退院支援はいかにあるべきかというテーマは、極めてニーズが高く、患者・家族のQOLに大きく影響するものと考えられるが、効果的な退院支援に関するエビデンスの確立は遅れている。

2. 研究の目的

本研究では、終末期医療におけるエビデンスにもとづく効果的な退院支援の在り方を確立することを目的とする。期待される退院支援の効果として、平均在院日数の短縮化ばかりでなく、生命予後・機能的予後の改善、QOL・主観的幸福度の向上、介護負担の軽減など、より医学的な因子での改善がみられるようなものをめざし、退院支援の効果を評価するためのシステムを開発することも目的とする。

3. 研究の方法

文献的な検討に加えて、退院支援専門部署の医師が主治医とともに退院支援を行うというプロセスを通して、退院支援の技術構造や、効果的な退院支援の指標を検討した。

次に、現在主に入院患者に退院支援という文脈で提供されている心理社会的支援について、外来患者に同様に提供できるかどうかについて検討した。具体的には、「在宅支援外来」を創設し、当院の全診療科より紹介が

可能なシステムをつくり、実際に紹介を受けた外来患者を診察し、情報収集、実際の社会資源の調整を行った。平成22年7月～平成24年3月までに受診した計174例（男性94例、女性80例、平均年齢72.2歳）を解析の対象とした。

最終的に得られた知見をもとに、患者・家族用、医療者用のパンフレットを作製した。

4. 研究成果

在宅支援外来受診患者の解析結果について、まず、受診目的を表1に示す。医療連携の需要がある対象疾患は、進行がん、認知症、神経難病その他の難病であることがわかった。特に全174例中139例（80%）ががん関連であり、当院の場合の在宅支援はがんが最も需要が高い。認知症関連25例（14%）、障害関連11例（6%）が続く。がん治療終了後の緩和医療連携137例において導入した主な社会資源は、在宅療養支援診療所（+病院）が49例、病院の緩和ケア外来が88例（入院する場合一般病棟59例、緩和ケア病棟29例）であった。

表1. 在宅支援外来の受診目的内訳

1. がん関連：139例	
治療終了後の緩和医療連携	137例
治療中の訪問診療導入（併診）	2例
2. 認知症関連：25例	
訪問診療導入	12例
訪問看護・介護導入	5例
認知症介護施設紹介	5例
精神科関連施設紹介	2例
家庭内虐待の疑い（相談）	1例
3. 障害関連：11例	
訪問診療・リハ導入（併診）	6例
障害認定（肢体不自由）	3例
療養病床の紹介	1例

在宅支援外来での実際の支援の結果より、退院支援の技術構造は、①予後の予測、②機能的診断、③心理社会的診断、④社会資源の導入・調整、⑤意思決定支援、⑥家族・介護者支援という6領域があることが明らかとなった。これらのさまざまな評価および介入結果の情報を、連携先へ伝え、情報提供することが効果的であることがわかった。また、効果的な退院支援が行われているかどうかを測定する指標として、①患者・家族のセルフマネジメント能力の獲得、②再入院率の低下、③連携時の引き継ぎエラーの減少・関係機関の信頼関係の向上、④在宅での死亡割合の増加・医療資源の有効活用、⑤患者・家族の寿命の延長・生活機能・QOLの向上という5領域があることが明らかとなった。

医師の心理社会的支援への関わりであるが、心理社会的支援が必要な患者については、ある程度拾い出すことはできているが、支援の依頼を専門部署に提出すれば（あるいは在宅支援外来に紹介すれば）終わりという認識で止まっている医師が多い。専門部署の担当者（医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師）とどのように役割分担し、医師としてどのような役割を担えばよいかについての認識をもってもらうための教育が必要であることが示唆された。

在宅支援外来の効果の検証であるが、その後の予後調査により、がん治療終了後の緩和医療連携に関する介入を行った137例中、調査の時点で70例が亡くなっていることがわかった。最期の看取りの場であるが、自宅で亡くなった例が13例（19%）、紹介先病院で亡くなった例が47例（67%）、当院で亡くなった例が10例（14%）となっている。がん患者の在宅での死亡割合は2008年の全国統計で7.3%とされており、介入の結果在宅での死亡割合が増加している可能性が示唆さ

れる。

以上の結果から、特に医師の役割に注目し、予後の予測、意思決定支援を促進するツールとして、患者・家族説明用および医療従事者用のパンフレットの開発を行った。終末期医療に関する需要が高い①がん、②認知症という疾患ベースのものと、③医療連携全般を概説する計3種類である。また、機能診断を促進するツールとして、OCR技術、Excelマクロを利用した高齢者総合的機能評価のシステムの開発を行った。

がん・認知症に関する説明用パンフレットでは、がん・認知症の経過、状態からの予後の予測、利用できる社会資源とそれぞれの特徴、療養の場の決定について、急変時の対応についての項目を解説した。医療連携に関するパンフレットでは、医療連携の意義、病院の機能分化とそれぞれの特徴、在宅医療、介護保険・障害者自立支援サービスの利用、介護施設、経済的問題の対応についての項目を解説した。

機能診断を促進するツールとしては、具体的には、長谷川式認知症スケール、ミニメンタルテスト、Geriatric depression scale、Barthel index、Lawton IADL scoreといった機能評価スケールについて、結果を記入した用紙をOCRで読み取りするためのシステムや、Excel上に入力し、カルテなどに保存するシステムの開発を行った。

以上の評価と介入の結果を、連携先と情報提供することが重要である。医療連携情報提供書としてまとめた。具体的な項目を表2に示す。ただし、項目の標準化と効果の検証については今後の課題である。

本研究で明らかになった重要な点の一つとして、退院支援における医師の役割はとて大きいということである。適切な退院支援は、医師による予後の予測や、意思決定支援にお

けるコミュニケーション能力に依存する。今回、医師が患者・家族教育を行うことを支援するツールを作成したが、まず、医師自身が基本的な退院支援の理念・方法を理解するための教育システムが必要であり、今後の課題である。東京大学では、これらをテーマとした講義を、医学部4年生に対して、2010年より老年医学の講義の中で行っている。さらなる検討を加え、医師の卒前・卒後教育の中での必須化を求めていきたい。

表2. 医療連携情報提供書の項目

氏名、生年月日・年齢、住所、連絡先

1. 心理・社会的問題：

職業、家族構成、key person、家屋環境、告知状況やその理解度、今後の治療の希望、急変時の対応、療養の場の希望。家族・介護者の性格や希望。

2. 経済・制度的な問題：

保険・年金の種別、難病・手帳の有無、要介護度、公的サービスの利用状況と担当者、経済状況。

3. 日常生活機能・精神機能：

ADL（がんの場合はPS）、HDS-R・MMSE、問題行動・精神症状の有無。麻痺など運動障害、視力・聴力障害、その他の障害の有無。

4. 医療・看護上の問題：

感染症、薬剤アレルギー、血液型、医療処置、リハビリ、緩和ケア、栄養摂取状況。

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7件）

1. 山口 潔. 海外の高齢運転者対策の動向. Geriatric Medicine (老年医学) 50:145-149, 2012. 査読無.

2. 山口 潔. 認知症と生活習慣. 臨床検査 56:75-79, 2012. 査読無.

3. 山口 潔. 施設の種別と提供できる医療の違い. 内科 108:1196-1200, 2011. 査読無.

4. 山口 潔. 認知症とサルコペニア. Modern Physician 31:1335-1338, 2011. 査読無.

5. 山口 潔. 老年内科標榜をめざして. 9. 認知所機能障害 - 原因とその鑑別疾患 - 老年症候群各論⑤. 日本医事新報 4574:44-47, 2011. 査読無.

6. 山口 潔. その他の治療可能な認知症. 認知症の最新医療 1.132-139, 2011. 査読無.

7. 山口 潔. 主治医と主治医以外の医師との連携がとれとおらず、薬剤性パーキンソニズムの診断に時間を要した一例. Geriatric Medicine (老年医学) 49:837-839, 2011. 査読無.

〔学会発表〕（計2件）

1. 山口 潔 他3名. 日本医療マネジメント学会. 医師による「在宅支援外来」の現状報告. 2011年6月24日. 京都市勧業館みやこめっせ.

2. 山口 潔, 他9名. 認知症患者の死亡原因の解析. 第30回日本認知症学会学術集会. 2011年11月12日. タワーホール船堀

〔図書〕（計1件）

1. 山口 潔. 株式会社メジカルビュー社. 健康長寿診療ハンドブック - 実地医家のための老年医学のエッセンス. 2011年. 総ページ数: 163ページ.

〔産業財産権〕

○出願状況（計0件）

○取得状況（計0件）

〔その他〕

ホームページ等：なし

6. 研究組織

(1) 研究代表者

山口 潔 (YAMAGUCHI KIYOSHI)

東京大学・医学部附属病院・助教

研究者番号：20451817

(2) 研究分担者・連携研究者 なし