

難しい」、「麻薬は収益上扱いにくい保険薬局が存在する」、「介護保険に時間がかかる」であった。

3) 3回目

11のグループでのべ110項目の問題と89項目の解決策が挙げられた(表3)。4グループ以上で認められた問題は、「病院医師・看護師の退院支援の重要性に関する意識が低い」、「病院が各診療所の特徴がわからない(実際に可能なことと公開されていることが違う)」、「地域から病院と連絡をとりたい時連絡がとれない(窓口がわからない、タイムリーでない)」、「地域での入院設備が不足している(ホスピスの待機期間中の生命予後が数カ月以上ある場合、認知症による精神症状がある場合、独居・老老介護患者)」、「患者に自分の診療情報を自分で管理するという意識がない」であった。3グループ以上で認められた問題は、「緊急時に対応する責任部署がわからない(夜間、休日、往診医師と連絡が取れないとき)」、「病院で緊急時に対応となった場合、待ち時間が長くて行くのが大変」、「保険薬局薬剤師が診療情報を入手できず、適切な服薬指導が行えていない(お薬手帳には診療情報や説明内容は記載されない、わたしのカルテは普及率が低い、もっていても患者が薬局で見せない)」、「往診をしてくれる開業医が少ない(24時間対応ではない)」、「ケアマネジャーの能力にばらつきがあるため、相談が集中している」、「介護保険の申請から認定に時間がかかる」、「患者が保険薬局、ケアマネジャー、急性期病院の役割を知らない」であった。

考察

本研究は、著者らが知る限り、わが国では、地域を対象としてがん在宅緩和ケアの連携を促進するための構造的な介入を評価した初めての研究である。本研究の重要な知見は、連携会議の有用性が示唆されたことと、地域における連携の課題の整理ができたことである。

第一に、フォーカスグループを繰り返して行う連携会議は、参加者の約90%から「とても有用・有用」と評価されており、お互いに顔の見える関係になり、連携の課題を知り、一番困っていることを共有することに有用であると評価された。また、3回の会議後に、連携会議の参加者の約30%が連携が「進んでいる」、約60%が「少し進んでいる」と評価し、「患者を一緒にみている他

の施設の担当看護師に電話できけるようになってきた」、「患者に関わるいろんな職種で直接会って話す機会が増えてきた」、「がん緩和在宅医療について、気軽に相談できるひとが増えてきた」といった評価も約40%で「そう思う」、約40%で「少しそう思う」であった。フォーカスグループであげられる問題からみても、2回目では、「退院支援の重要性に関する意識が低い」、「病棟・外来看護師と地域医療福祉従事者とのコミュニケーションが十分ではない」、「保険薬局薬剤師が診療情報を入手できず、適切な服薬指導が行えない」のようにあいまいな漠然とした問題が挙げられたが、3回目ではより具体的な問題が挙げられた。たとえば、「病院が各診療所の特徴がわからない」のは往診をしている診療所はわかるが「実際に可能なことと公開されていることが違う」と問題点が明確化された。また、「ケアマネジャーの能力にばらつきがあるため、相談が集中している」、「退院後の評価がフィードバックされないので改善点が分かりにくい」、「初回の退院カンファレンスは開かれるが、入退院を繰り返している患者の場合情報が少ない」、「退院前カンファレンスが時間どおり行われず、待ち時間が長い」などの実際の運用上の課題が挙げられるようになったことは、退院カンファレンスを行う機会が増えていることを反映していると考えられる。さらに、「保険薬局薬剤師が診療情報を入手できず、適切な服薬指導が行えていない」は、「お薬手帳には診療情報や患者への説明は記載されない、わたしのカルテは普及率が低い、もっていても患者が薬局で見せない」、「患者に自分の診療情報を自分で管理するという意識がない」と問題が明確化されたことは、お薬手帳やわたしのカルテなど患者所持型の情報共有ツールの運用を図った結果と思われる。これらは総合的に見て、十分とは言えないながらも、地域全体でのがん緩和在宅医療における連携を進めようとしていることを示唆していると考えられる。

この研究の2つめの重要な点は、地域連携における問題点と課題を整理したことである(表4)。課題は、当事者の運用で解決できるものとして、1) 病院の退院支援、2) 病院と地域との情報共有、3) 地域内での情報共有、4) 地域でのリソースの情報、5) ケアマネジャーへの支援、6) 患者・家族への啓発、7) 基盤となる顔の見える関係の構築に分けられた。制度の改善が必要なものとしては、診療報酬制度(わたしのカルテなど患者の診療情報の自己管理や診療情報の院外への提供への報酬など)、介護保険の見直し、麻薬取扱法、消防法に関するものが挙げられた。

これらは浜松地域のみならず全国の緩和医療の問題であることが推測されるため、医療、福祉、行政を含めた包括的な対処が必要である。

今回の知見で特徴的であったことは、同じ地域でもある場所で「解決されていること」でもある場所では「解決されていない」と表現されることであった。たとえば、「往診してくれる医師がいない・薬局がない」という意見がある一方で、「往診や在宅の服薬指導を行いたい紹介がない」、「医師会のホームページをみれば書いてある」という意見が同一のフォーカスグループで話し合われた。地域での課題を解決していくためには、「ノウハウを持っている」経験者と経験の少ない多職種が接触できる機会がなるべく多く設けられていることが重要であると考えられる。

本研究の限界として、評価は会議の参加者からのみ得ているので、連携会議が患者・家族や地域全体に及ぼした効果は直接評価されておらず有効であったと結論づけることはできない。

まとめ

フォーカスグループを用いた連携会議は、地域医療福祉従事者から有用と評価され、連携が促進されていることが示唆された。地域連携の課題は、病院の退院支援、病院と地域との情報共有、地域内での情報共有、地域でのリソースの情報、ケアマネジャーへの支援、患者・家族への啓発、基盤となる顔の見える関係の構築、および、制度の改善が必要なことに整理された。今後、連携によって患者・家族や地域全体にもたらされた効果を評価する研究が必要である。

謝辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金第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「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」によって行われた。

表1 「がん患者さんにとって、いま求められている支援・サポートとは何か？」の結果

患者・家族に必要なサポート	
苦痛のケア・緩和ケア	連続性のある安定した緩和ケアが受けられる 麻薬の処方、痛みの管理を診療所で受けられる マッサージ、アロマセラピー、音楽等を用いた緩和ケア 症状に合わせたケア・副作用に対するケアが受けられる
安心して療養できる場所	入院・退院から在宅へのスムーズな移行 自宅での看取り・在宅療養へのサポート (困った時、緊急時に) すぐに入院・ショートステイできる場所
その人らしさの尊重	患者の生活に合わせた治療計画 (生活・仕事・学業を続けながら治療できる) 希望をもって治療ができる (仕事、旅行、希望する場所での最期) 納得して治療を受けられる (セカンドオピニオン、わがままがいえる)
精神的サポート	患者同士が話し合える、情報共有できる場所 不安、家族に話せないことへのサポート
社会的サポート (社会資源の活用)	高額な医療費へのサポート 家族支援が受けられない患者 (高齢者、独居等) へのサポート 器材の提供、遠方での治療補助 受け入れ先を増やし、患者が希望先を選択できる体制づくり 個人情報を守られるシステム
相談窓口	患者の話をきちんと聞いてくれる相談窓口 緊急時 (夜間・休日を含む) や困った時の相談窓口 24時間相談できる窓口 医師に相談できる窓口 治療の選択や生活、食事に関する相談窓口 最新の治療、補完・代替療法等の正確な情報提供ができる窓口 情報がとりやすい相談窓口
家族・遺族のサポート	家族の介護負担を減らす (疲労時のレスパイト施設、家事・育児支援) グリーフケア
教育・啓発	薬の自己管理・症状のセルフマネジメントに関する教育、がんに関する啓発
医療者に必要なサポート	
医療者の知識の向上	診断、治療、疼痛などの症状コントロールが適切に行われる 積極的治療から緩和ケア中心の医療へのギアチェンジのタイミング 症状、病態、今後の変化を具体的にきちんと説明できる知識を医療者がもつ 患者への積極的な関わり、きちんと話が聞ける、わかりやすいインフォームド コンセント レスキューの使用法
連携・情報共有	同職種間、多職種間の連携 患者情報の共有 (病気のことを一から話さなくてもいい環境) 薬剤師の訪問薬剤指導・薬のデリバリー
相談窓口	スタッフが医療内容を質問できる相談窓口

表2 浜松のがん緩和医療における連携の課題と解決策

課題	解決策
病院の退院支援が不十分なこと	
地域の医療福祉サービスへの依頼が遅い (n=4) <理由> ①患者・家族の意向 ②予測を上回る病気の進行の速さ ③医療者のアセスメント不足	<ul style="list-style-type: none"> ・「退院するかどうかわからないが、こんな患者さんがいるので」ということを早めに地域医療福祉従事者と共有する ・訪問看護師など地域の医療福祉従事者が病棟へ出向く ・院内の看護師間で連携をとり、外来でニーズをすくいあげる ・スクリーニングを行う ・クリニカルラダーレベルⅢ以上の看護師が、退院支援の必要な対象者に早い段階から関わり、早めに連絡する ・担当看護師を決め、退院に向けた調整を行う ・病棟で退院支援を行う看護師を育成する
病院医師・看護師の退院支援の重要性に対する意識が低い(病院によって違う、病院のなかでも病棟によって差がある、退院カンファレンスのもち方が違う、ケアマネジャーとの連携の重要性が認識されていない) (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・OPTIMのあつまりなどを通じて、病院医師・看護師と地域医療福祉従事者とがお互いの役割を共有できる機会をもつ
病棟・外来看護師と地域医療福祉従事者とのコミュニケーションが十分ではない (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・「顔の見える」コミュニケーションのために以下のことを行う ①病棟で積極的にカンファレンスを開く ②ケアマネジャーなど地域医療福祉従事者に、病院に来てもらえるように声をかける ③病棟にケアマネジャーが来た時に、好意的な雰囲気で見入れる ・何か問題が生じた場合は、当事者間で話をする ・病棟の担当看護師が地域の医療福祉従事者と直接連絡をとりながら退院支援を行う ・ケアマネジャーや訪問看護師は、担当看護師がいるときを確認して来棟する ・カンファレンスを担当看護師がいるときにできるよう調整する ・退院カンファレンス後、サービスが入った時点で問題点などを病院にフィードバックする
病院看護師が在宅医療について知らない (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスで症例を通じて学べるような機会をつくる ・学生の訪問看護ステーションでの実習を充実させる
病院医師・看護師の社会資源(介護保険など)に関する知識が少ない (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口を周知し、活用できるようにしていく ・勉強会など情報を得る機会をつくる ・地域の医療福祉従事者と病院看護師がともに参加する勉強会を行う ・医師が介護保険制度や主治医意見書について知ることができる機会をつくる

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model
 OPTIM Study

患者の希望が確認できていない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・「どんなふうに過ごしたいか」を外来や病棟で確認する ・患者の希望をサマリーに記載して申し送る
病院からの情報提供が依頼の初回のみで、その後継続されない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・継続の場合でも、退院カンファレンスを行う ・退院カンファレンスができない場合でも、看看の連絡は必ずとるようにする
病院看護師は在宅のイメージができていないために、サマリーが役に立たない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーの改善点をその都度直接病棟の担当者に連絡し、気づきを促す
退院カンファレンスに医師が参加できていない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスを行う時間帯の工夫 (夜間など) を相談する ・病棟からこの日の何時にお願いしたいという意向を伝える
外来患者の在宅サービス導入が難しい (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・外来患者の在宅サービス導入を主治医に依頼する
緊急時の対応	
指示を受けようとしても主治医と連絡がつかないことが多い (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・セカンドコールを決めておき、ファーストコールがだめなときはセカンドコールをするように依頼する
主治医が不在の場合の指示ルートがない。セカンドコールなど病院の指示ルールが外部からはわからない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は科の中で、カンファレンスなどで情報を共有しあっているため、指導的立場 (医長、部長) の医師に指示をもらう ・確実に主治医と連絡を取れる窓口を病院内に確保する
病院と地域医療福祉従事者との連携	
病院への問合せの場合、病棟担当看護師は交代勤務なので連絡がとりづらい (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院内で病棟と連携室との連携を充実させ、地域からの問い合わせに対応できるようにする
自宅療養中にケアマネジャーが関わっていた患者が入院したとき、情報提供したいが、病院の窓口がよくわからない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域からの連絡窓口を各病院が明示していく
地域医療福祉従事者間の連携	
退院後のカンファレンスを行ないたいが、ケアマネジャーがコーディネイトしてくれない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・連携会議などでケアマネジャーとの接点を多くし、顔の見える関係づくりを行う
ケアマネジャーが、主治医や他のチームメンバーと一番やりとりする機会があり情報もたくさん持っていると思われるが、あまり共有できていない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院カンファレンスでの顔合わせを活用し、その後サービス担当者会議などで連携を深める
医師と訪問看護ステーションとの連携はとれていても、ケアマネジャーが情報を得られないことがある (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師の訪問に同行したり、往診の時間に合わせて訪問してみる
診療所	
前病院との関係が悪くなってしまった患者で入院が必要になった時の受け入れ病院の調整が難しいため在宅診療を躊躇する (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の相談支援センターを活用する

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model
 OPTIM Study

初診で入院歴がなく、在宅診療を希望する終末期の患者が受診したとき、在宅診療を躊躇し、病院にまわしてしまう (n=1)	
外来診療中や夜間に早急な対応ができないことがある (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に家族と緊急時の対応について話し合っておく ・まずは訪問看護師が対応する
鎮静になれていないので、意思決定をどうしたらいいか、どの薬をどの程度使ったらいいかが不安である (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・鎮静のガイドラインを活用する ・使い慣れている薬剤を使用する
終末期患者は往診してもらえないことが多い (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援センターを活用する
保険薬局	
処方箋だけを持参されても、患者の診療情報がわからず、服薬指導が難しい (患者がきかれたくない、患者が来局しない) (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・お薬手帳やわたしのカルテを活用する (カルテのハードコピーや検査結果の資料があれば役立つ)
麻薬は収益上、扱いにくい薬局が存在する (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬管理についての法改正がのぞましい (卸に返品、備蓄薬局を利用可能にするなど)
疼痛時指示の細かい内容が不明確ことが多い。病院に疑義紹介を行っても意図した回答が得られない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・かさねて疑義紹介や電話を行う ・疑義紹介用紙のフォーマットを検討する
モニタリングレポート (外来の患者に対しての情報提供書) をだしても、病院側からの返事がないので病院側の対応状況がわからない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングレポートに返信が必要・不必要かの欄を作り、必要な場合は記入を依頼する ・急ぐ場合には、疑義紹介で対応する
入退院した後の投薬の変更理由が保険薬局でわからない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院指導書を書いたら、お薬手帳にはさむ
複雑なオピオイド処方などに対応できない薬局がある (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・OPTIMのあつまりで情報や知識を得る
訪問看護ステーション	
状況の変化により訪問看護指示書の内容だけでは対処できない場合が多い (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時のカンファレンスを確実にしない、今後の方向性や連絡方法などを明確にしておく ・在宅用の指示のひな型を作成する
1時間の患者訪問の間に対応したい時に連絡が取れず、タイムリーに症状緩和やコーディネートができない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡が取れる病院の窓口から医師に連絡を入れてもらう
患者のことについて、主治医と話す機会がない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・往診前の時間を有効利用して医師とのカンファレンスを行なう
訪問看護師から医師への報告書について、返信義務がないので見ているか分からない (n=1)	
ケアマネジャー	

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model
 OPTIM Study

終末期患者の場合、診療所と病院だけで情報交換がすすみ、ケアマネジャーへの情報提供がなく計画が立てられない (n=1)	・退院カンファレンス、地域での情報共有を行う
患者・家族の認識	
早期からの緩和ケアについて患者・家族への情報提供が不足している (n=1)	・情報提供を工夫する ・相談窓口を紹介しておく
患者・家族が在宅療養のイメージがもてなかったり、緊急時の対応などに対する不安がある (n=1)	・退院前に外泊を行う ・退院後の対応について調整しておく (いつでも入院できる体制を整えておく)
緩和ケアの知識・技術	
緩和ケアのスキルが十分ではない (n=1)	・OPTIM のあつまりで知識・技術をふやしていく ・各病院での取り組みを行う
訪問看護師として、ギアチェンジ、終末期のケア、医療機器の管理、患者・家族への指導など自分たちの知識・技術に不安がある (n=1)	・OPTIM の症例検討会に参加する
療養の場	
ホスピスを予約しても入れないので在宅を選択せざるを得ないケースがある (n=1)	
介護保険制度	
介護保険に時間がかかる (手続き、申請後に急速に悪化する) (n=2)	・主治医意見書の記載方法を工夫する (がん末期で急速な変化が予測される不安定な状況にあることがわかるようにする)

表3 浜松の各地域それぞれにおける緩和医療の課題と解決策

課題	解決策
病院の退院支援が不十分なこと	
病院医師・看護師の退院支援の重要性に関する意識が低い (n=4)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院にプロジェクトや部署をつくる ・退院カンファレンスを実施する ・在宅退院できた症例を集め事例集を作って配布する
病院が各診療所の特徴（行える処置、麻薬管理）がわからない（実際に可能なことと公開されていることが違う） (n=4)	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医マップ（浜松市医師会）を活用する ・訪問看護ステーションで情報を得る ・担当する訪問看護ステーションが決まっている場合、連携をとりやすい診療所を選定する
病院での処置をそのまま行えると思っているため、必要な準備を予測できない（患者・家族が自宅で処置や介護ができない） (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院カンファレンスで相談する ・昼のカンファレンスに地域の医療従事者に参加してもらう ・病院看護師による指導を徹底する ・地域の医療者に「ここまで指導したからここからお願いします」との書式をつくる
連携をとる地域機関（診療所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションなど）への連絡が遅い (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院の決定前から（退院できなくなるかもしれない）積極的に情報交換する ・早期からスクリーニングを行う
病院内で相談できない（部署がない、相談するタイミングが分からない、気軽に相談できない；特に困難事例） (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援のマニュアル化を行う ・スクリーニングやアセスメントを行う
病院の退院支援の質の向上	
退院後の評価がフィードバックされないので改善点が分かりにくい (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・症例検討会を合同で行う ・「訪問看護連絡票」を用いる
ケアマネジャーには退院看護サマリーが渡されないため、患者情報が入手できず、調整が困難になる (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護サマリー等の情報提供書を患者の了解を得たうえで、ケアマネジャー、訪問看護師、保険薬局薬剤師に渡す
退院カンファレンスが時間どおり行われず、待ち時間が長い (n=1)	
「今しかない」場合、退院後の支援体制や方向性が統一されないまま退院になる (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院カンファレンスと看護サマリーにより情報共有を行う ・患者情報を共有できるノートやわたしのカルテを使う
初回の退院カンファレンスは開かれるが、入退院を繰り返している患者の場合情報が少ない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・再入院患者でも退院カンファレンスを行う
緊急時の対応	
緊急時に対応する責任部署がわからない（特に、夜間、休日、往診医師と連絡が取れないとき） (n=3)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時に、緊急時の対応先を決め、わたしのカルテに記入し連絡する (n=3) ・連絡先がわからない場合は、病院の代表に連絡し救急対応する ・緊急時に対応する窓口を地域につくる
病院で緊急時に対応となった場合、待ち時間が長く、病院まで行くのが大変 (n=3)	<ul style="list-style-type: none"> ・可能な限り往診できる診療所を紹介する

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model
 OPTIM Study

疼痛時のまず行う指示が明確でない (n=1)	・退院時に、臨時指示を決め、わたしのカルテに記入する
病院の「ギアチェンジ」	
病院医師・看護師が「ギアチェンジ」に困難を感じている (n=1)	・緩和ケアチームが機能する組織づくりを進める ・外来で緩和ケアチームの介入が困難な場合、保険薬局の薬剤師が一端を担う
病院と地域内での情報共有	
訪問看護ステーション・ケアマネジャーから病院と連絡をとりたい時連絡がとれない（窓口がわからない、タイムリーでない） (n=4)	・病院ごとに相談窓口を明確にする ・わたしのカルテに入院病棟、外来の主科と看護師への連絡方法を書き込んでおく ・外来看護師が退院カンファレンスに出席する
保険薬局薬剤師が診療情報を入手できず、適切な服薬指導が行えていない（お薬手帳には診療情報や病状説明は記載されない、わたしのカルテは普及率が低い、もっていても患者が薬局で見せない、問い合わせでも断られる） (n=3)	・外来医師・看護師がわたしのカルテにははさんで、薬局で見せてもらうように説明する ・退院カンファレンスに保険薬局薬剤師をよぶ ・医療者からの積極的な働きかけが必要である
わたしのカルテがうまく活用されていない（患者が持ちたがらない、渡されていない） (n=2)	・医師・看護師・ケアマネジャーの関わりをわたしのカルテに書き、情報をはさむ ・患者に持参してもらうように依頼する。もっていない場合、病院でもらってほしいと伝える ・患者・家族が書けない場合は、医療者が代わりに書く
ホスピス待機中の病状変化がホスピスに伝わらない (n=1)	・変化があった場合、家族や開業医、訪問看護師からホスピスに直接連絡を入れてもらう
患者にかかわっている地域の職種（ケアマネジャー・訪問看護ステーション、薬局）がわからないため、誰に連絡するか分からない (n=1)	・わたしのカルテに記入する ・患者にかかわっている職種を記載したメモを持ってもらう
地域内での情報共有	
地域の医療者間（診療所・ケアマネジャー・訪問看護ステーション）での情報共有・連携ができない (n=2)	・OPTIMの多職種間で顔を合わせる機会に参加する ・職種間でほしい情報のひな型を作成する ・地域の共有電子カルテ
ケアマネジャーが診療所に連絡をとる時、敷居が高く感じて躊躇する (n=1)	・OPTIMで顔の見える関係づくりを行っていく
診療所	
往診してくれる開業医が少ない (n=3) （往診を承諾してもなかなか往診してくれない、24時間対応ではない、患者・家族と「あわない」、頭頸部腫瘍をみるのが難しい場合がある）	・一緒に仕事をしやすい診療所を自分で開拓していく ・往診をしていない医師でもかかりつけ患者で往診を引き受けることがあるので依頼する ・24時間体制ではなくても患者はよい場合があるので依頼してみる ・OPTIMから声かけを行う ・病院医師が往診にでる
在宅診療を行う医師は複数いるが、多くの患	

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model
 OPTIM Study

者を抱えており、個々の患者に十分対応できない (n=1)	
医師会など会合にてでない開業医と連携のとり方がわからない (n=1)	
長期休暇など医師に連絡がつかないことがある (n=1)	・診療所同士での代理主治医を決めてもらう
訪問看護ステーション	
依頼しても、対応の不慣れさや混雑を理由に断らざるを得ない場合がある (n=1)	・2つ以上のステーションが対応しても報酬が得られやすいように制度をかえる
訪問看護ステーションに薬の相談があり答えられない (n=1)	・在宅支援を行っている保険薬局に相談する
ケアマネジャー	
ケアマネジャーの能力にばらつきがある（アセスメント不足で訪問看護を入れるときに入っていない、最新の情報が入りにくい）ため、相談が集中している (n=3)	・訪問看護ステーションに相談してもらう ・研修を行う
保険薬局	
保険薬局で在宅患者の服薬指導、薬剤管理、配達をしているが、あまり利用されていない (n=2)	・近くの診療所医師に個別に案内する
保険薬局が訪問しても、家に入ることを拒否される、患者に情報提供を断られるため、有効な服薬指導ができない (n=2)	・患者・家族と関係がとれているケアマネジャーや看護師と一緒にいく
麻薬の備蓄がない保険薬局に処方箋が持ち込まれた時の対応が困難である (n=1)	・麻薬を確保している薬局のリストを作成し、病院・保険薬局に配布する ・麻薬が処方された病院で薬局を紹介できるようにする ・麻薬の取り扱いに関する制約をなくし他の薬剤と同じように備蓄薬局を利用できるような制度にする
地域連携のために薬剤師が医療者から何を求められているかわからない (n=1)	・OPTIMの多職種会議に参加する
地域包括支援センター	
地域包括支援センターのスタッフが、がん患者を担当する経験があまりないため、予測した対応や他施設との情報共有ができない。(n=2)	・OPTIMの多職種会議に参加する
病院・診療所が、地域包括支援センターの役割を把握していない (n=1)	・OPTIMの多職種会議に参加する
鍼灸	
鍼灸とほか機関の連携が不足している (n=1)	・パンフレットを使用した広報を行う ・鍼灸師に緩和ケアの知識の普及を行う ・OPTIMの多職種会議に参加する
病院を受診していると鍼灸での保険請求がで	・診療報酬の見直し

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業
 緩和ケアプログラムによる地域介入研究
 Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model
 OPTIM Study

きない (n=1)	
入院施設	
地域での入院設備が不足している（ホスピスの待機期間中の生命予後が数カ月以上ある場合、認知症による精神症状がある場合、独居・老老介護患者、麻薬使用、再入院）(n=4)	<ul style="list-style-type: none"> ・療養型病院や施設でのがん患者の受け入れを継続して依頼していく ・アパートなど居住系施設の新設が望ましい ・麻薬以外の鎮痛方法をまず行う ・相談窓口をつくる ・地域内で相談できるようにOPTIMの多職種会議に参加して気楽に開ける関係をつくっていく ・地域の情報を収集・公開する
地域に医療機関そのものがない（開業医、ステーション）、施設、全体的に頼む場所が少ない (n=1)	
救急医療の問題	
診察・死亡のため救急搬送を要請した場合、心肺蘇生を了解しないと搬送できない (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> ・救急隊と話し合いを行う ・なるべく往診できる診療所を紹介する
介護保険制度	
介護保険の申請から認定に時間がかかる (n=3)	<ul style="list-style-type: none"> ・市などと話し合う ・病院など医療機関に早めの申請の手順化を行う ・病院から患者・家族に早めの申請を声かけしていく
患者・家族の認識	
自分の診療情報を自分で管理するという意識がない (n=4)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の診療情報を自分で管理することの重要性を啓発する ・「わたしのカルテ」を使用したことで報酬がつく
保険薬局、ケアマネジャー、急性期病院の役割分担を知らない (n=3)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険薬局を決めておく重要性や、介護保険の仕組み、地域の社会資源を把握しておく重要性を教育する「患者教室」を行う ・早期から今後予想される経過を伝える
往診医や訪問看護師など多くの医療者が自宅にくることを負担に感じる患者がいる (n=1)	
患者の治療・療養を継続的にコーディネートしている職種がない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療コンシェルジュのような職種を考える
患者・家族が在宅の医療処置（HPNなど）や看取りに不安が大きい (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族に教育を行う
地域での遺族ケア	
地域の遺族ケアを行う機関がない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉センターが遺族会、遺族カウンセリングの立ち上げを考えていく
緩和ケアの技術	
医師によって、麻薬の使用方法に差がある（「なるべく使わないほうがいいですよ」）(n=1)	

表4 地域の連携に関する課題のまとめ

I 当事者の運用で解決できるもの

1 病院の退院支援

- ・ 病院職員に対して退院支援の重要性をカリキュラムやプロジェクトとして立ち上げる
- ・ 医療の必要性ではなく「患者が帰りたいかどうか」を軸に評価を行う
- ・ 退院カンファレンスを行う（時間どおりに、再退院でも）
- ・ 在宅の患者には在宅でも実施可能な医療・看護を入院中から行う
- ・ 退院前の患者・家族への指導を病院と地域で分担して行い申し送る
- ・ はやく地域医療者に紹介することを心がける
- ・ スクリーニングなどアセスメントツールの運用、ラウンドを行う
- ・ 退院日は平日に設定する
- ・ 退院時に必要な情報（今後予測される変化と対応、症状悪化時の対応、緊急時の連絡先）と優先順位の低い情報（経過の詳細）を区別するフォーマットや意識化を行う
- ・ 院内の病棟、外来、連携部署、専門チームとで容易に意思疎通を図る構造をつくる
- ・ 地域から患者の経過を病院にフィードバックし改善する構造をつくる
- ・ 外来から発生した事例にも対応できる体制を構築する
- ・ 「訪問看護連絡票」やデスクカンファレンスを地域で行い改善が継続できる仕組みをつくる

2 病院と地域との情報共有

- ・ 病院ごとに院内の地域への情報窓口を明確化する
- ・ 患者ごとにどのような方法で情報を共有するかを決める
- ・ 連絡を取り合うことをお互いに意識する
- ・ 外来患者の診療情報はお薬手帳やわたしのカルテに追加記載して患者所持とし、重要性を患者に啓発する

3 地域内での情報共有

- ・ メール、FAX、患者ノートなど既存の方法の最大化を行う
- ・ サービス担当者会議をなるべく行う
- ・ 連絡を取り合うことをお互いに意識する
- ・ 同意を得たうえで、診療情報提供書や看護サマリーをケアマネジャーや薬剤師とも共有する

4 地域でのリソースの情報

- ・ 各業種団体の公的な情報源を利用して一般的な情報を得る
- ・ 個別の情報は公的な情報源に記載されないため、人のネットワークから情報を得る
- ・ 連携の取りやすい診療所・在宅支援を行っている薬局をひとつずつ開拓していく
- ・ 多職種会議やカンファレンスで直接情報を得る
- ・ ホスピスの在宅支援用ベッドを利用する
- ・ 在宅での服薬指導のできる保険薬局を開示する
- ・ 療養型病院、福祉施設などとも情報共有を行っていく

5 ケアマネジャーへの支援

- ・ 研修会や、ケアマネジャーを知っている訪問看護師などが個別に相談を行う

6 患者・家族への啓発

- ・ 主治医と急性期病院、保険薬局やケアマネジャーの役割についての啓発
- ・ 自分の診療情報を自己管理すること（「わたしのカルテ」など）の重要性の啓発
- ・ 自宅でIVHを行うことや死亡までみることも可能であることの啓発

7 基盤となる顔の見える関係の構築

- ・ 地域の多職種が集まれる機会を維持する

II 制度の改善が必要なもの

診療報酬

- ・ 複数の訪問看護ステーションが同一患者をケアしやすくなる診療報酬とする
- ・ 患者の診療情報の自己管理（「わたしのカルテ」など）や、診療情報の院外への提供（処方箋）に診療報酬をつける

介護保険

- ・ 介護保険はがんの進行性の患者の場合当初より要介護2以上とする
- ・ 実際患者の介護の人手がない場合に介護保険で家事支援が行えるようにする

法改正

- ・ 麻薬管理について通常の備蓄薬局と同じ流れを可能とする麻薬規制法の改正
- ・ 心肺蘇生を希望しないが投薬を希望する患者、ほかに手段がなく病院で死亡確認をせざるを得ない患者が患者の意思表示があれば救急隊を利用できる行政命令、または、消防法の改正

資料5 望ましい緩和ケアに関する地域リソースデータベースとは何か？：多職種を対象とした質的研究.

赤澤輝和, 野末よし子, 井村千鶴, 伊藤富士江, 森田達也. (in preparation)

要旨

緩和ケアを地域で提供するためには、地域で利用できる緩和ケアのリソースを最大利用できることは重要である。地域の医療福祉従事者からみた望ましい緩和ケアの地域リソースデータベースとは何かを探索することを目的として、地域の多職種17名を対象としたフォーカスグループの内容分析をおこなった。7つのカテゴリーが抽出された：1) 地域のリソース情報を共有する難しき、2) データベースはあるが知られていない、3) データベースは最低限の目安として役に立つ、4) 既存のデータベースには限界がある (①データベースの更新が遅い、②データベースを作れるだけの資源がない、③公開されている情報と実態と違う、④データベースの情報の定義があいまいである、⑤得意分野や能力に関する情報を記載できない)、5) 既存のデータベースにない「ほしい情報」がある (「できるかできないか」ではなくて相談が可能なかどうか、連絡先、診療の理念)、6) ヒューマンネットワークが大事である (①データベースのとおりにはならないので、直接個別に相談することは必須である、②できるできないは実際に連携しながら変わっていくし、変えていくことが大事である、③口コミで情報を得る機会が重要である)、7) 患者が選ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない。望ましい緩和ケアの地域リソースデータベースとは、最低限の正確な情報が迅速に更新される相談方法を含むリソースデータベースと、ヒューマンネットワークを促進する機会の組み合わせであることが示唆された。

背景・目的

緩和ケアは病院内だけでなく、地域全体で提供されることが求められている¹⁻⁴。地域でがん患者を支えるためには、その地域で利用できる緩和ケアの資源（リソース）を最大利用できることは重要である。

地域のリソースを最大化利用するための1つの方法として、地域で得られるリソースのデータ

ベースを作成することがしばしば行われている。しかし、これまでに、緩和ケアの地域リソースデータベースについて実際に地域の多職種を対象として課題や望ましい点を明らかにした実証研究はない。本研究の目的は、地域の医療福祉従事者からみた、望ましい緩和ケアの地域リソースデータベースとは何かを探索することである。

対象・方法

1 地方都市に勤務する医療福祉従事者17名を対象としてフォーカスグループインタビューを実施した。参加者は、総合病院の医療ソーシャルワーカー4名、地域連携・相談支援担当看護師2名、診療所医師2名、診療所看護師1名、訪問看護ステーション看護師2名、保険薬局薬剤師3名、居宅介護支援事業所ケアマネジャー1名、地域包括支援センターの社会福祉士・看護師2名の合計17名であった。

質問内容は、地域での緩和ケアに携わるにあたって、緩和ケアの地域リソースデータベースの現状、課題、改善点である。質問項目としては、体験する困難や（「何か情報がないために困ったことはありますか？困ったことがあったらそのときはどうしていますか？」）、リソースデータベースについての体験と改善点（「今ある情報の中でよく利用するものはありますか？」、「実際にそれらを利用したり共有していく上で、よい点や改善点はありますか？」、「必要な情報はどのようなもので誰が必要としていますか？」）などを用いて自由に求めた。発言内容は録音し、研究目的などについて参加者から文書同意を得た。

発言内容を意味ごとに区切り、1名の研究者が緩和ケア専門医師1名と緩和ケア認定看護師1名のスーパービジョンのもとに合意が得られるまで内容分析を行った。

結果

フォーカスグループインタビューは108分行い、テキスト化したデータは37112文字であった。

抽出された7つのカテゴリーは以下のとおりである：1) 地域のリソース情報を共有する難しさ、2) データベースはあるが知られていない、3) データベースは最低限の目安として役に立

つ、4) 既存のデータベースには限界がある (①データベースの更新が遅い、②データベースを作るだけの資源がない、③公開されている情報と実態と違う、④データベースの情報の定義があいまいである、⑤得意分野や能力に関する情報を記載できない)、5) 既存のデータベースにな
い「ほしい情報」がある (「できるかできないか」ではなくて相談が可能なのかどうか、連絡先、
診療の理念)、6) ヒューマンネットワークが大事である (①データベースのとおりにはならない
ので、直接個別に相談することは必須である、②できるできないは実際に連携しながら変わっ
ていくし、変えていくことが大事である、③口コミで情報を得る機会が重要である)、7) 患者が選
ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない。

1) 地域のリソース情報を共有する難しさ

多くの参加者が「地域の緩和ケアのリソース情報を得ることのむずかしさ」に言及した。特に、
「往診をしてくれる医師を見つけること」が難しいことを複数の参加者が述べ、ある経験豊富な
訪問看護師は「往診できる医師を知らないかという相談をよく受ける」と述べた。

2) データベースはあるが知られていない

調査年において、調査地域には、少なくとも、医師会の作成した在宅医療を行う医師のリスト、
行政機関の作成した訪問看護ステーション、保険薬局、居宅介護支援事務所、介護用品取扱施設
のリストがそれぞれ作成した組織のホームページで公開されていた。しかし、複数の参加者が、
地域にあるリソースデータベースを知らないか、知っていても実際に見ることはあまりないと述
べた。ある参加者は「いろいろあるらしいのは知っているけどどこから見たらいいかわからない
し、どのページを見たらいいかわからないのでリンク集があるといい」と述べた。

3) データベースは最低限の目安として役に立つ

リソースデータベースの役割としては、基礎的な情報として参考になる程度とした参加者が多
かった。参加者は、例えば、「基本的な最低限のライン、どこからいってもこの辺ではその先生に

たどりつく、そういう意味では共通のものになってよい」、「(一覧表には) 当然のことながら限界がある」、「(データベースは) ないよりあったほうがいい」、「全部信用するんじゃなくて便利な点だけ取り出して使う」、「往診している、していないとかベースとして役に立つ」などと評価した。

4) 既存のデータベースには限界がある

参加者はこれらのリソースデータベースの限界について、①更新が遅い、②データベースを作れるだけの資源がない、③公開されている情報と実態と違う、④データベースの情報の定義があいまいである、⑤得意分野や能力に関する情報が記載できない、ことを挙げた。

①データベースの更新が遅い

参加者の多くが、リソースデータベースの情報が古いと述べた。特に、業種によっては年1回の更新でも不足することが述べられた。ある参加者は、「(ケアマネジャーは) 入れ替わりが激しいし、事業所で一人得意な人がいても一人やめてしまったらそれでがらっとかわってしまう」と述べた。

②データベースを作れるだけの資源がない

地域によっては、そもそも、情報を作る前に医療機関やサービス自体がないことが述べられた。

③公開されている情報と実態と違う

公開されている情報と実態が違うことが多くの参加者から指摘された。内容としては、公開が前提のデータベースでは「○がつきやすい」というものと、逆に、「○をつけにくい」というものがあった。「○がつきやすい」の述べた参加者は、「公開が前提だからだと思っただけで、実際には診ていないところでも診ているように○が付いている(ことがある)」、「利益がからんでくるので×はつけにくい」、「一応届けは出しているのでデータベースでは○になるが、実際に一人しかいないと日中在宅に行くわけにはいかない」などと述べた。一方、受ける側の立場の参加者は、

「(実際には行っているが、行っていることを) オープンにしたら受け皿として担えるかという怖さがある」、「○をつけて自分はできるけど、一緒に組む訪問看護ができるかどうかまで考えると○はつけにくい」などと述べた。

④データベースの情報の定義があいまいである

データベースの情報そのものの定義があいまいであるとの意見が寄せられた。ある看護師は、「『ターミナル○』と書いてあっても看取りにだけ対応できるのか、痛みや呼吸困難など難しい症状になっても対応してくれるのか、データベースの○×だけでは判断ができない」と述べた。ある診療所医師は、受ける側の立場から、「胃婁○×とだけ聞かれても、自分で新しく交換はしないけれども、例えば末期の患者さんなら胃婁があってもなくても交換しないでいっしょなので、状況によって○とか×とかは違うと思う」と述べた。

⑤得意分野や能力に関する情報を記載できない

複数の参加者が、実際に必要だと思う情報は、その施設の得意分野や能力に関することだと思うが、それをデータベースに公平に記載することは難しいだろうと述べた。参加者は、「ケアマネジャーがこういう分野が得意とかを出している情報があるといい。せめて、医療系か福祉系か」、「(保険薬局については)、がんに強い薬局とか、糖尿病に力を入れているとか、処方箋を渡しているだけとか、そういうことが本当はわかるといいんだろうけど、何をもって得意とするのか評価は難しいと思う」と述べた。さらにある看護師は、「最近お付き合いする薬剤師さんは家の中の動線にあわせて薬をセットしてくれる。ここまで薬剤師さんってやるんだという驚きがある。他の在宅の人も薬剤師さんとお付き合いしていると思うのですが、すごく輝くような仕事してくれる人と、薬渡しているだけとかいうときとがあるけど、(情報としてはデータベースにはあげられない)」と述べ、データベースに記載できる情報としては難しいことを表現した。

5) 既存のデータベースにない「ほしい情報」

既存のデータベースに掲載してもらえると役立つ内容として、①できるかできないかではなくて相談可能なかどうか、②連絡方法、③診療の理念が挙げられた。

① 「できるかできないか」ではなくて相談が可能なかどうか

複数の参加者が、「○×（できるかできないか）」ではなく、「相談可能なかどうか」を記載してほしいと述べた。例えば、参加者たちは、「少しならできる、要相談、とかそれがほしい。可能性は全くないのか、交渉は受けてくれるチャンスがあるのか、そういうレベルの情報がほしいです」、「△があるといい」、「8割くらいはいけますよ、ただ、2割はだめかもしれませんとか、五分五分です、とか・・・現実はそのような気持ちなので○と×の区別は難しい」と述べた。

②連絡先

複数の参加者が、相手先にいつ連絡を取ればいいかが分からないので、「比較的電話に出れる時間帯と連絡窓口の人」の情報がほしいと述べた。

③診療の理念

ある参加者は、「施設の理念とか、治療方針とか、そういうことが書いてあると、○×よりもむしろお願いするかどうかとかの判断がしやすい」と述べた。

6) ヒューマンネットワークが大事である

すべての参加者が、リソースデータベースはそれだけで機能するものではなく、ヒューマンネットワークの重要性を認識していた。ヒューマンネットワークを利用することをしばしば参加者は、「情報は頭の中に（私の中に）蓄積していく」と表現した。ヒューマンネットワークとしては、①データベースのとおりにはならないので、直接個別に相談することは必須である、②できないは実際に連携しながら変わっていくし、変えていくことが大事である、③口コミで情報を得る機会が重要であることが述べられた。

①データベースのとおりにはならないので、直接個別に相談することは必須である

ほとんどの参加者が、データベースの通りにはならないことを体験しており、データベースが