

あってもなくても直接個別の事例について相談することは必須であるとの考えを述べた。

診療所との相談について、参加者たちは、「病状もそうだし、距離もそうだし、患者との付き合いも含めて、いろいろなことを考えて受けるとか受けないとか返事をしてきている」、「ターミナル積極的に受けるとは書いてないが、ずっと見ていた人なら見てくれる」、「夜は見ないことになっているけど患者さんと訪問看護からお願いするとみてくれる場合もある」、「この事例は受けなくても次に同じような方をお願いしても受けてくれるとは限らない、実際に電話するとお盆が近いので今はちょっと無理とか」などと、個々の患者の紹介では病状、距離、患者との付き合い、時期、患者の希望など複数の要因が関与していることが述べられた。

訪問看護ステーションについても、「データベースに○が付いているからといって常時対応できるかというところではなくて、その時に見ている患者さんの重症な方の数とスタッフの健康とか人数とかを見ながらまだ大丈夫か、(今週は余裕がなく)責任もっては見れないかを判断している」、「あたってみないと分からないというのは不便だと思うけど、ケア度は同じ20人でも同じではないし、同じ1名でも時間時間で変わってしまうという要素がある」、「すぐ利用できるのか、この処置ができるのか、この患者の細かいことを知りたい(ので、結局データベースからはわからないから個別に相談している)」と時間時間で変わる患者の状況とスタッフの負担を考えながら検討していることを述べた。

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

複数の参加者は、データベースの○×(できるできない)自体が重要なのではないことを述べた。ある看護師は、「データベースなのかやりやすさの連携なのか、やらないことがいくら分かっていても仕方がない」と述べ、データベースを作ることに労力をかけるよりも、「できない」ことを「できる」ように連携していくことに労力をかけることの方が重要であると考えを示した。

他の参加者は、「今受けているのはA施設からだから受け方もわかるし返し方もわかる(からできる)。でも、同じ数がB施設から来たら(できないかもしれない)」、「2~3回一緒にやってみて初めて(本当に○なのか×なのか)分かる」、「組む相手によって違う経験を重ねていってで

きるかできないかを蓄積していくっていう感じなので、どこかに聞けばすべてわかるっていうのはたぶん違う」などと述べ、連携の状況によってデータベースの情報そのものが変わることと、変えていくことが重要であると述べた。

③ ロコミで情報を得る機会が重要である

参加者のほとんどが、「ロコミ」による情報を共有する機会の重要性を述べた。参加者たちは、「(データベースよりも、今回のようなみんなで集まる)会を残したい」、「情報交換の場があるといい、連絡会とか。できないのではなくてできることがあるのに(知る機会がないだけ)」、「(重要なのは)ネットワークです」と述べた。あるケアマネジャーは、ロコミの重要性を「訪問看護と隣室にあるので情報の共有がしやすいのでいろんな情報が聞けて助かる。例えば、一人暮らしの薬剤の管理ができない人にどこまで薬剤さんがかかわってくれるのかという(データベースではわからない情報が)分かる」と述べた。

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

リソースの情報の活用の仕方について、医療福祉従事者がいくら情報を持っていても、患者に還元することが難しいことを複数の参加者が述べた。例えば、「(ケアマネジャーは)患者と家族が選ぶというのが基本なので(こちらから言うことはできない)」、「立場上この先生がいいとかあの先生は今ひとつとかいうことは言えない」と、情報を知っていあつとしてもそれをどのように患者に還元したらいいかの葛藤が述べられた。

考察

本研究は、わたしたちの知る限り、緩和ケアの地域リソースデータベースの現状、課題、改善点を多職種のフォーカスグループによって明らかにした初めての研究である。

リソースデータベースは、「最低限の目安として役に立つ」にもかかわらず、「あるが知られていない」ことが参加者から述べられた。したがって、現在、既存のデータベースがある地域にお

いては、データベースが有効に活用されるための周知方法を検討する必要がある。本研究では、データベースが作成した団体のホームページにばらばらに掲載されていることが普及を阻害する可能性が示唆されたため、地域の緩和ケアに関するリソースデータベースが1か所で把握できるリンク集や、各団体から関連するデータベースをまとめて1つの冊子などにして繰り返しアナウンスすることが有用な可能性がある。

本研究で明らかにされた既存のデータベースの限界と改善点は重要であると考えられる。限界としては、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を記載できないことが挙げられた。一方、既存のデータベースにない「ほしい情報」として、「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、連絡方法、診療の理念が挙げられた。「データベースの更新が遅い」(人の移動や新規開設などの方が早く毎年更新しても間に合わない)、「公開されている情報と実態と違う」(利益上の問題のためできないと記載しにくい一方、対応可能な量を超えるかもしれないのでできると記載しにくい)、「得意分野や能力に関する情報を記載できない」(能力を記載する評価手段が確立していない)ことは公開を前提としたリソースデータベースがもつ根本的な課題であり、解消は難しいと思われる。そのうえで、「ほしい情報」として、「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」や連絡方法が複数の参加者から提案されたことは注目に値する。リソースデータベースをすべての情報を網羅するものではなく、「個別に相談するための最低限の資料を提供するツール」と考えることが現場で必要とされていると考えられる。すなわち、リソースデータベースは、必要最小限の情報(例えば、診療所では、「往診、看取りをする可能性があるかどうか」のみ)を的確に更新し、かつ、相談する時に重視する内容(例えば、「〇〇地域の患者さんの希望にはなるべくこたえたい」など)と相談方法を重要な情報として記載するように見直すことを検討する価値があると考えられる。

本研究を通じて繰り返し語られたことは、ヒューマンネットワークの重要性であった。それは、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に分類された。緩和ケアの地域リソースを最大化するための方策を考える際には、「どのようなデータベースを作成するか」という点に関心が集まりがちであるが、それ以上に、「リソースの情報を有効に利用できるためのヒューマンネットワークをどう構築するか」が検討されなければならない。地域の多職種からなる管理レベル、現場レベルの2チャンネルの連携のカンファレンスは「顔の見える関係」を構築し、地域医療福祉従事者の情報共有に有用な可能性が示唆されている^{5, 6}。緩和ケアの地域リソースデータベースの構築を考える際には、どのような方法で地域のヒューマンネットワークを促進する構造を作るかを同時に検討することが重要である。

最後に、「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」ことが情報を患者に還元するうえでの限界として挙げられた。これは緩和ケアのみならずすべての医療に共通した問題である。情報を有する医療従事者の責務と倫理について患者を含めた包括的な議論が必要であろう。

まとめ

地域の多職種を対象としたフォーカスグループによる質的研究により、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。

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」の一部として行われた。

文献

- 1) 片山壽監：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。東京：篠原出版新社；2008。
- 2) 宮崎和加子監：在宅での看取りのケア 家族支援を中心に。東京：日本看護協会出版会；

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

2006.

- 3) 吉田利康：がんの在宅ホスピスケアガイド．東京：日本評論社；2007.
- 4) 大木純子，古村和恵，野末よし子，他：がん患者に今求められる支援・サポートとは ～地域医療者のブレインストーミングの結果から～：OPTIM STUDY．第13回日本緩和医療学会学術大会，静岡；2008
- 5) 井村千鶴，古村和恵，末田千恵，他：地域における緩和ケアの連携を促進するためのフォーカスグループの有用性（1）．緩和ケア，in press.
- 6) 井村千鶴，古村和恵，末田千恵，他：地域における緩和ケアの連携を促進するためのフォーカスグループの有用性（2）．緩和ケア，in press.

資料6 理論的サンプリングに基づくがん在宅緩和医療の課題と解決策に関する診療所医師を対象とした訪問調査.

伊藤富士江, 井村千鶴, 森田達也. (submitted)

要旨

本調査の目的は、1都市のがん在宅緩和医療の課題と解決策を診療所医師の視点から探索することである。理論的なサンプリングに基づき 27 施設の診療所医師に訪問によるインタビュー調査を実施し、内容分析を行った。調査対象となった診療所の 89% (n=24) の医師が、「在宅療養を希望する地域の患者・家族のために貢献したい」と述べた。診療所医師は、がん患者の在宅療養を支えるための課題と解決策として、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築 (n=14)、②バックベッドの確保 (n=6)、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制 (n=6)、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備 (n=14)、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備 (n=3)、⑥制度上の問題の解決 (n=2) が重要であると述べた。地域のがん在宅緩和医療を促進するために、地域で取り組む必要のある解決策が収集された。

Key Words

緩和ケア、地域、在宅

はじめに

緩和ケアは、病院の緩和ケア病棟や緩和ケアチームを超えて、地域全体への普及が求められている¹⁻⁵。今後、がん患者数が増加する、患者・家族の「家にいたい」という希望が増える、自宅で可能な症状緩和手段が増える、政策的な誘導が行われるなどの理由により、在宅で最期を迎えるがん患者が増えることが予測される。がん患者が安心して過ごせるための体制を地域全体で整備していくことは重要である。

がん患者の在宅療養を支えるために、医師会が中心となって整備した尾道方式、有志の診療所

医師が構築したネットワークから発展した長崎のドクターネット、診療所に緩和ケアに関する相談機能を持つ岡山モデルなどさまざまな取り組みが行われている⁶⁻⁸。一方、「連携体制が十分に構築されていない」地域の診療所医師から見たがん在宅緩和医療の課題と解決策を明らかにした実証研究はほとんどない^{9, 10}。山形県鶴岡市で行われた研究では、診療所医師からみた在宅がん緩和医療の課題として、疼痛管理など手技への不安、入院場所の確保、専門医への相談、紹介のタイミングなどが挙げられた⁹。大阪府豊中市で行われた訪問調査では、バックベットの確保が最も挙げられたという¹⁰。これらはいずれも課題は収集しているが「解決策」については収集していない。また、連携プロジェクトが行われる前の調査であるため、医師の意見は実際に患者をやり取りした経験よりも「推測」をもとにしている可能性がある。さらに、地域によって緩和ケアの資源には違いがあるため、緩和ケア病棟や緩和ケアチームがある地域に当てはまるとはいえない。したがって、地域連携のプロジェクトが行われている、緩和ケア病棟や緩和ケアチームがある地域において、診療所医師から見たがん在宅緩和医療の課題と解決策を収集することには意義があると考えられる。

本研究の目的は、診療所医師から見たがん在宅緩和医療の課題と解決策を探索的に収集することである。

対象・方法

本研究は、地域の緩和ケアを普及することを目的とした3年間のプロジェクトである「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM)の中間地点である2008年秋に行われた。

1 対象

本研究では、理論的なサンプリングに基づいて調査施設を同定した。すなわち、1)「がん患者の訪問診療をしており、地域の多職種ネットワークに参加している診療所」としてOPTIMに登録している診療所、2)「がん患者の訪問診療をしているが地域の多職種ネットワークに参加していない診療所」として3か所の訪問看護ステーションの情報により「訪問診療を行っているがOPTIMに登録していない」診療所、および、3)「訪問診療をしていない地域の診療所」をそれ

ぞれ任意に抽出し、回答内容が飽和した時点で抽出を終了した。

一定の基準にもとづく全数調査を行わなかった理由は、1) 診療所全体ではなく設定された条件の診療所の見解を知ることが目的である、2) 在宅診療をしている診療所は在宅療養支援診療所の届け出をしていないため「在宅療養支援診療所」に基づく基準は実態と異なる可能性がある、3) 基準に該当するすべての診療所にアプローチすることは実際的に不可能である、ためである。

2 方法

調査は、調査担当の看護師が、診療所医師に 30 分程度のインタビューを行い、内容を記載した。録音は行わなかった。調査前に、調査担当者は、診療所に関する情報を医師会や各診療所のホームページから得た。次に、電話にて連絡をとり、調査の目的・概要を説明後、調査諾否の返事を得た。訪問時に、調査の目的、方法、調査結果を OPTIM で共有することなどについて文書で説明し、口頭同意を得た。

調査項目は、医師 1 名、看護師 2 名、医療ソーシャルワーカー 1 名からなるフォーカスグループにより作成した。主な調査項目として、「地域のがん在宅緩和医療の課題と解決策、がん患者の在宅での看取りを可能とする連携やシステム」について自由に意見を求め、がん患者の診療の現状や意向などについて質問した。

3 解析

質的データは 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

1 都市の 29 ヶ所の診療所に調査の依頼を行い、27 ヶ所 (93%) の診療所から同意が得られた。背景は、男性 93% (n=27)、女性 7% (n=2) であった。がん患者の往診・訪問診療の経験がある医師は 97% (n=28) であり、各診療所における年間のがん患者の看取り数は 0~10 名であっ

た。

対象となった診療所の89% (n=24) の医師が、「住み慣れた地域で在宅療養を希望する患者・家族に貢献したい」と述べた。診療所医師は、がん患者の在宅療養を支えるために、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築 (n=14)、②バックベットの確保 (n=6)、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制 (n=6)、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備 (n=14)、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備 (n=3)、⑥制度上の問題の解決 (n=2)、が必要であると回答した。

1 在宅医療に取り組む意思

診療所の89% (n=24) の医師が在宅療養を希望する患者を診療する意思があることを述べた。19% (n=5) の医師は、在宅療養患者を診るために、「人数を制限する」、「引き受けるときに患者・家族にできることを明確にする」といった工夫を行っていた。ある医師は、「往診は10人が限界、自分で(引き受ける数を)制限している」と述べた。ある医師は、「往診できる回数に限界があることを患者・家族が了解してくれれば診ていきたい」と述べた。

一方、11% (n=3) の診療所の医師は、早朝から夜間に及ぶ外来診療の忙しさ、訪問診療を引き受けることで他の患者を診る責任を果たせないこと、他の役割を担っているなどの理由により訪問診療は困難であると述べた。医師は、「今まで診てきた患者さんを定期的に見ていくのが精一杯で断っていることもある。往診を掲げて、片手間にやるのであればやらないほうがいい。きちんとやりたい」、「妊婦以外すべての病気の診察を行っている。往診もやっていたことがあるが、今は(他の優先する業務とのバランスから、やりたいが)難しい」と述べた。

2 在宅療養中の患者を診る負担、診療所と診療所の連携

60% (n=16) の医師が、「在宅医療に取り組むために負担を軽減する方法が必要である」と述べた。訪問診療を行っている診療所のほとんどが、医師1名で外来診療に加え、訪問診療の役割

も担っており、患者を24時間ひとりで診ていく負担の大きさを述べた。医師たちは、「理想とかけ離れている。責任を果たせなくて申し訳ない」、「日中の外来診療中の対応は難しい」などと現状とあるべき姿との間での葛藤を述べた。

在宅医療に貢献したいと考える診療所の88%（調査対象全体の52%、n=14）が、個別に、あるいはネットワークにより連携したいと考えていた。医師たちは、「信頼できる先生はたくさんいるが、みんなおひとりのため頼みにくい」、「自分からお願いはしにくい、ネットワークをつくれればとてもやりやすい」、「リーダーシップをとるひとがいるのであれば是非協力したい」、「今後連携したい医師がいるが自らはまだ声をかけていない」と話し、ネットワークとリーダーシップの重要性を述べた。

また、一部の診療所同士で、ゆるやかな連携が進んでいることも述べられた。4つの診療所では、「すでに連携している診療所がある」と述べ、不在時に他の診療所医師に対応を依頼する、専門分野で振り分けをして互いに紹介するなどの工夫が行われていた。

一方、4名の医師は連携することの難しさについてもふれた。医師たちは、「患者さんやご家族の気持ちを考えると代行をたてる難しさがある」、「(診診連携は) 難しい。意見の違いもあるし、他の医師に診てもらうのは申し訳ない。人任せにできないし、自分の責任として抵抗がある」、「無理なら増やさなくていいし、ひとりが心地よい」などと述べた。

3 バックベッド

22% (n=6) の医師が、バックベッドが確保できていることが重要であると述べた。医師たちは、「バックベッドがきちんと確保してあれば、一時的に家に居たいひとを診ることができる」、「バックベッドの保証を必ずしてもらいたい」と述べた。

一方、7.4% (n=2) の医師から、バックベッドが確保されていないために困難を感じた体験があったと述べられた。ある医師は、「病院が満床なのは理解できる」ので、「バックベッドはひとつの病院のみならず、地域全体として取り組むべきである」と述べた。

4 緩和ケアの知識・技術

診療所医師が在宅診療を依頼される患者では、症状緩和で難渋する症例は少ないと述べたが、22% (n=6) の医師は、緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制の重要性について述べた。医師たちは、緩和ケアチームや緩和ケアチームの診療所への訪問について、「痛みのコントロールは、病院の緩和ケアチームに何かあれば聞いている」、「(緩和ケアについては) 助言を受けながら対応していきたい」と述べた。6名の医師は、緩和ケアの知識・技術についての不安について、「ある程度の麻薬処方は大丈夫だが、困難なケースは自信がなく、病院へお願いしたことがある。相談ができ、アドバイスがもらえれば助かる」、「点滴をする必要があったが(皮下輸液の方法を知らなかったので) 静脈ラインが取れずに困った」と話した。また、死亡診断書の記載方法に関する懸念(「24時間以内に診療していないと記載できない」)も述べられた。

5 病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備

52% (n=14) の医師から、病院と診療所との連携の必要性について述べられ、病院と診療所とのコミュニケーション、および、在宅療養の準備に分けられた。

1) 病院と診療所とのコミュニケーション

15% (n=4) の医師は、病院と診療所とのコミュニケーションに言及した。医師たちは、「病院に紹介する時期を相談したい」、「かかりつけ医師としてできるだけ患者を診ていきたい(ので、病院と相談したい)」、「(相談したいが) 病院の医師は忙しいと思うので連絡を躊躇する」、「家族が病院に行くことを希望しても、看取りだけで病院にお返しするのはとても悪い」と述べた。

2) 在宅療養の準備

48% (n=13) の医師から、在宅に移行する時の在宅療養の準備を工夫することへの要望があった。具体的には、医療資材の準備と在庫、紹介時期の病院主治医との直接のコミュニケーション、病院スタッフの在宅についての知識の乏しさに基づく再調整、最期について病院での患者との相談の不十分さ、および、紹介時期が遅いことであった。

30% (n=8) の医師から診療所で個別に医療資材を準備したり、変更になるたびに在庫を抱えることの負担が述べられた。

15% (n=4) の医師が、紹介時の病院医師との連絡を密にしたいとの希望が述べられた。ある医師は、「依頼され紙面上の情報だけだったので、主治医に問い合わせをしたが、連絡がとれなかった。主治医と直接連携をしていかないと状況が分からない」と述べた。

15% (n=4) の医師からは、病院のスタッフが在宅医療について知らないことで再調整が必要になるという課題も挙げられた。ある医師は、「毎日点滴してもらえると説明され、家族が紹介状を持ってきた。実際には毎日往診には行けない。病院では簡単だけど、在宅では簡単ではないことについて、病院医師への教育が必要だ」と述べた。

また、「最期どうするかが話し合われていないこと」や、紹介の時期が遅いことがそれぞれ1名から挙げられた。

一方、病院スタッフと地域医療福祉従事者とで行う退院前カンファレンスに参加したことがある19% (n=5) の医師は、退院前カンファレンスが有用であると評価していた。「聞きたいことを聞けたし、どんな患者さんか顔をみることでよかったです」、「退院前カンファレンスは充実していてよかったです。可能な限り参加していきたい」などと述べた。

6 在宅療養を支える地域の社会資源

11% (n=3) の医師が、在宅療養を支える地域の社会資源の整備が必要であると述べた（訪問看護ステーション, n=2; 介護力の確保, n=2）。

7 制度

2名の医師が診療報酬上や在宅療養支援診療所の届け出基準が厳しいことを挙げ、1名の医師は自宅で死亡した患者の検案や救急搬送のルールについて言及した。

考察

本調査は、地域連携のプロジェクトがある程度行われた時期の診療所医師から見たがん在宅緩和医療の課題と解決策を収集した初めての研究である。課題と解決策として、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築、②バックベットの確保、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備、⑥制度上の問題の解決、が重要であると述べられた(表1)。テーマは、「課題」としてもプロジェクトによって「改善されている経験」としても語られた。

診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築

多くの医師が、外来診療に加え、訪問診療の役割をひとりで担う負担を述べ、診療所と診療所とが連携することにより負担を軽減するべきだと述べた。これは連携プロジェクトが開始される前の地域の調査では具体的には見られていない知見であり、実際に患者の診療を体験することにより蓄積される解決策であると考えられる^{7,9-10}。今回特徴的であったことは、医師によって連携に関する意向が異なっていたことである。すなわち、他の診療所医師と連携して患者を診ていきたい医師と、連携は難しいと考える医師とがあり、連携の意思がある診療所のなかでは、一部の診療所医師の間で自発的な連携が生まれていることが述べられた。したがって、医師の状況や価値観を尊重することを前提として、「連携することによって負担を減らして在宅医療を行えると考える」診療所に対しては、自由意思に基づいて連携できるネットワーキングが有用であると考えられる。具体的には、「連携を希望する診療所」の名簿やメーリングリストを立ち上げ、不在時の代行医師の相談、主治医・副主治医の決定、難しい事例についての相談などを行うゆるやかなネットワークが有用な可能性がある。

バックベットの確保

調査のなかで、実際にバックベットがなくて困ったという医師は少なかったが、バックベットの重要性については多くの医師が指摘した。在宅現場において緊急入院の依頼を病院から断られ

た場合、在宅医師の信頼が損なわれることが指摘されている¹⁰。本調査では、頻度は少なかったが、在宅療養している患者の入院が「医学的に救急入院の必要性がない」、「満床である」（実際に救急患者も受け入れられない）との理由で救急や入院相談で断られることがあることが示唆された。診療所同士の連携に加えて、必要時すぐに病院が対応できるように、バックベッドを確保する仕組みが必要であると考えられる。

在宅患者のバックベッドを確保する取り組みとして、各病院と医師会との申し合わせにより「在宅療養患者の緊急入院を引き受けることは優先度の高い病院の責務である」認識の現場への周知があげられる。医師の意見にあったように、すでに実際に満床のために入院患者自体を受け入れられない病院が生じていることを考えると、患者・家族に渡す「入院保証のカード」¹¹など各施設ではなく地域全体でバックベッドを確保する手段も必要かもしれない。

緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制

緩和ケアの知識・技術については、紹介患者は複雑な症状マネジメントを必要としない患者が多いが、複雑な症状緩和の場合は緩和ケアチームに相談することが有用である体験をしていることが述べられた。これは、プロジェクトが行われる前に行われたある調査において、「緩和ケアの知識や専門家からの支援」がもっとも大きい懸念とされたことと対照的であった⁹。一部の診療所ではある程度の緩和ケアに関する知識と専門家によるバックアップ体制が構築されつつあると考えられた。

今後、さらに、緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制を向上するには、紹介元の病院の緩和ケアチームに連携室を経由して相談する経路の周知、医師をサポートする地域の看護師や薬剤師の緩和ケアの臨床能力を向上させるセミナー、地域全体で利用できる緩和ケアに関するワンアクセスのホットライン¹⁰、あるいは、在宅で困る場面が多い緩和ケアの工夫や自宅での死亡確認に関する知識を掲示するなどが必要である。内容としては、内服できなくなった場合の経皮吸収薬への変更方法、内服のオピオイドが使用できない場合に製剤によっては経直腸で使用できること、静脈投与できない場合に皮下輸液をすることができること、鎮静が必要な場合に

経静脈・皮下投与できなくても坐薬で対応できること、死亡診断書作成に関する手続きの整理などが含まれると考えられる。

病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備

本研究では、診療所医師から見て、病院とのコミュニケーションと在宅療養の準備についての課題が多く挙げられた。この背景には、病院医師が診療所医師と直接コミュニケーションをとる機会が極めて少ないこと、病院医師・看護師の在宅医療についての知識の少なさ、病院での退院支援が不十分であることなどが考えられる。一方で、連携プロジェクトにより積極的に施行されている退院前カンファレンスに参加したことがある医師からは、退院前カンファレンスが役に立っているとの評価も得られ、プロジェクトが効果を示していることが示唆される。調査期間中に、病院の連携室と地域医療福祉従事者を含む退院支援プログラムの質の向上、診療所医師と病院医師を含めた退院前カンファレンス、病院の医師・看護師に対する在宅医療の教育、地域でのデスクカンファレンスなどが施行された¹²。その結果、「地域の連携が進んでいる」と地域医療者の多くが回答していることから¹³、これらの介入は病院と診療所とのコミュニケーションや在宅療養の準備を促進するうえで有効である可能性があると考えられる。

一方、今回最も多かった意見のひとつは、「医療資材の準備・在庫を抱える負担」であり、実際に患者のやりとりが行われていることを反映していると考えられる。この課題は、調査期間中にはプロジェクトによって介入されていない課題であったため、医療資材について病院と診療所で負担を分け合う方法を相談する機会が必要であると考えられる。

在宅療養を支える地域の社会資源・制度の整備

本研究では、訪問看護ステーションのマンパワー不足、在宅療養を実現するための介護力の確保、自宅死亡の検案や救急搬送のルールなどが課題として挙げられた。患者・家族の在宅療養の希望を達成するためには、地域の看護・介護力を最大化する方法や制度を検討する広汎な仕組みが必要であると考えられ、「(がん緩和)在宅医療ネットワーク協議会」などの組織の必要性が示

唆される。

本研究の限界として、本研究の対象は、一部の調査に限られている。したがって、調査に参加していない診療所医師の意見は反映されておらず、現状や課題が過大評価されていたり、過小評価された可能性がある。

まとめ

診療所医師の視点からみた1都市におけるがん在宅緩和医療の課題と解決策が整理された。調査対象となった診療所の約90%の医師が、「在宅療養を希望する地域の患者・家族のために貢献したい」と考えていた。そのために、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築、②バックベットの確保、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備、⑥制度上の問題の解消、が重要であると述べた。診療所訪問によるインタビュー調査は、「その地域における課題と解決策」を抽出することに有用である可能性がある。

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。

文献

- 7) 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子, 他編: がん患者の在宅療養サポートブック 退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント. 東京: 日本看護協会出版会, 2007.
- 8) 片山壽監: 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 東京: 篠原出版新社, 2008.
- 9) 宮崎和加子監: 在宅での看取りのケア 家族支援を中心に. 東京: 日本看護協会出版会, 2006.
- 10) 吉田利康: がんの在宅ホスピスケアガイド. 東京: 日本評論社, 2007.

- 11) 大木純子, 古村和恵, 野末よし子, 他: がん患者に今求められる支援・サポートとは ～地域医療者のブレインストーミングの結果から～: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会学術大会, 静岡, 2008
- 12) 片山壽: 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア 5. [尾道市] 在宅緩和ケアチームと患者本位の地域医療連携. ホスピス緩和ケア白書 2008; 68-72, 2008.
- 13) 白髭豊: 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア 7. [長崎市] 地域緩和ケアネットワークの試み. ホスピス緩和ケア白書 2008;78-82, 2008.
- 14) 加藤恒夫: 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア 4. [岡山市] 支持療法と緩和ケアの地域連携. ホスピス緩和ケア白書 2008; 63-67, 2008.
- 15) 秋山美紀, 的場元弘, 武林亨, 他: 地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査. Palliative Care Research 4 (2) ;112-122,2009.
- 16) 林昇甫: 病院と地域緩和ケアネットワーク 2. [豊中市] 地域がん診療連携拠点病院としての地域緩和医療の取り組み. ホスピス緩和ケア白書 2008;47-52, 2008.
- 17) 袴田光治: 医師会と5病院で地域共通連携パスを運用—静岡市がん疾患地域連携協議会(S-NET) .Medical ASAHI ; 26-27, 2008.
- 18) 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」<http://gankanwa.jp/>
(2009/12/30 アクセス)
- 19) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 他: 地域における緩和ケアの連携を促進するためのフォーカスグループの有用性.緩和ケア (in press) .

表1 診療所医師から見た地域のがん在宅緩和医療の解決策

診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築

- ・ネットワーク
- ・リーダーシップの存在

バックベッドの確保

- ・各病院と医師会との申し合わせと、各病院の現場への周知
- ・退院時にバックベッドを確実に確保する施設ごとの取り組み
- ・患者・家族に渡す「入院保証」カード

緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制

- ・紹介元の病院の緩和ケアチームに連携室を経由して相談する方法の周知
- ・医師をサポートする看護師や薬剤師対象の緩和ケアセミナー
- ・地域全体で利用できる緩和ケアに関するワンアクセスのホットライン
- ・在宅で困る場面が多い緩和ケアの工夫や自宅での死亡確認に関する知識を医師会のホームページなどに掲示

病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備

- ・病院の連携室と地域医療福祉従事者を含む退院支援プログラムの質の向上
- ・診療所医師と病院医師を含めた退院カンファレンス
- ・紹介時に病院医師と診療所医師とで直接コミュニケーションをとる
- ・病院の医師・看護師が在宅医療を体験する教育
- ・地域の医療福祉従事者から病院へのフィードバック
- ・医療資材について病院と診療所で負担を分け合う方法を相談する機会

在宅療養を支える地域の社会資源の整備

- ・「(がん緩和)在宅医療ネットワーク協議会」など地域の看護・介護を最大化する協議の機会
- ・自宅死亡の検案や救急搬送のルール作り

資料6 (2) 「同内容の地域向け報告書」

緩和ケア普及のための地域プロジェクト
OPTIM

「浜松市のがん在宅医療に関する中間報告書」

本報告書は、2007～2009年の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 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)の活動の一部をもとに、浜松市のがん在宅緩和医療の現状を分析したものである。人口動態統計からみた浜松市のがん患者の在宅死亡の変化、浜松市のがん患者の遺族調査の結果、診療所医師を対象とした訪問調査の結果をもとに、今後、必要とされる浜松市のがん在宅緩和医療について整理した。

本報告書が浜松地域のよりよい地域医療の構築のための、基礎的な資料の一部になれば幸いです。

調査をはじめ、貴重なお時間をいただきご協力をいただいているみなさまにこそより感謝いたします。

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
「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」
聖隷三方原病院 緩和支援診療科 森田達也
連絡先：〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453
電話：053-436-1251 (内線2043) FAX：053-439-1380 (直通)

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

目次

I. 要約	2 ページ
II. まとめと提案	3 ページ
III. 資料	
1) 浜松市におけるがん患者の在宅死亡数 (資料1)	5 ページ
2) 遺族調査 (資料2)	7 ページ
3) 診療所の個別訪問によるがん在宅医療の現状の整理 (資料3)	10 ページ