

厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
分担研究報告書

地域におけるがん緩和ケア提供体制のあり方についての研究

研究分担者 森田達也
聖隷三方原病院緩和支援治療科 副院長

研究協力者 山谷佳子
国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援部 特任研究員

研究要旨

本研究では、がん終末期における地域連携について、先駆的に連携システムの整備を行っている地域を訪問し面接調査を実施することで、地域におけるがん緩和ケアの提供体制づくりのための具体的な取り組みや、課題点を収集することを目的とした。15 都道府県 17 地域(二次医療圏)、30 名の医療者を対象に電話または対面で面接調査を実施し、(1)地域におけるがん緩和ケア連携の状況、(2)がん緩和ケア連携推進のために行ってきた取り組み、(3)地域におけるがん緩和ケア連携の課題、の3点についてカテゴリーの抽出を行った。

A . 研究目的

がん医療において、がん拠点病院等のがん治療施設と地域の在宅医療・介護との連携体制の構築が求められている。本研究では、がん終末期における地域連携について、先駆的に連携システムの整備を行っている地域を訪問し面接調査を実施することで、地域におけるがん緩和ケアの提供体制づくりのための具体的な取り組みや、課題点を収集することを目的とした。

B . 研究方法

個別ないしフォーカスグループによる面接調査を行った。調査対象地域は、平成24年度に厚生労働省が実施した在宅医療連携拠点事業において、積極的な取り組みを行った地域、また、地域緩和ケア連携に先駆的に取り組んでいる地域として分担研究者からの推薦を受けた地域の中から選出した。15都道府県17地域(二次医療圏)、30名の医療者を対象に電話または対面で面接調査を実施した。対象者の背景を表1にまとめる。

表1 対象者背景

地域 (17ヶ所)	東北2、北陸2、関東4、東海2、近畿1、四国1、九州沖縄5
施設 (25ヶ所)	拠点病院10、非拠点病院2、在宅3、訪問看護2、医師会6、行政1、福祉1
職種	医師10、看護師7、SW(ケアマネ含む)9、保健師1、事務(行政)3

調査時間は60分～90分程度であった。主な調査項目は、(1)地域におけるがん緩和ケア連携の状況、(2)がん緩和ケア連携推進のために行ってきた取り組み、(3)地域におけるがん緩和

ケア連携の課題とした。

得られた録音はすべてテキスト化した後、内容分析を行い、上記3点についてカテゴリーを作成した。

なお、調査実施に際しては、事前に口頭にて、調査の目的・意義、調査の方法、調査への参加の自由、個人情報の取扱い、調査組織について説明を行い、書面にて同意を得た。

C . 研究結果

地域緩和ケア連携ネットワーク構築の具体的な取り組みとして、「顔の見える関係づくり」「体制作り」「地域づくり」の3段階に分けられた。

1 . 顔の見える関係づくり

顔の見える関係づくりにおいては、日常業務における「一つ一つのケースを通した着実な関係づくり」や既存のネットワークを活用し、「継続的な勉強会やイベントを通した関係づくり」という土台があり、そこに「堅苦しくない交流の場を設ける工夫」や「急性期病院の医療者と地域の医療者がお互いのカンファレンスに参加し合う」などの工夫がされ、顔の見える関係が構築されていた。

2 . 体制作り

体制作りにおいては、まず「連携体制の構築」の中で、どこと連携をとるのかという連携先として、医師会や行政、地域の基幹病院や薬剤師、地域包括支援センターを巻き込むという意見が出ていた。さらに連携手法の工夫として、拠点病院側としては、院内連携の強化や退院前カンファレンスが上がり、在宅医療者では、在宅の様子を紹介元の病院へ報告する、地域包括支援センターを巻き込み医療と介護をつなぐなどの工夫も見られた。また、職種ごとのつながりの活用が有効なものとしてあげられた。このような「連携体制の構築」を土台とし、「地

域の連携体制整備を担う組織づくり」が行われていた。組織として実際には、部会や研究会、～ネットワークと称され、その組織の中では、会議や勉強会・症例検討会・研修会の開催、活動報告や医療福祉従事者の情報共有支援が行われていた。また、そのような組織を運営していく上での工夫として、多職種・複数人での運営や世話人に有力者に入ってもらう、事務局の正式な位置づけや事業費等を活用し財源を確保する、また地域内の研修やカンファレンスの調整や広報を行っていた。

3. 地域づくり

地域づくりとして、まずは地域の課題を把握することから始まる。「ニーズの把握・困りごとの抽出」において、各職種へのヒアリングや市民からのヒアリングを研修会や講演会においてアンケートで行い、課題の検討を行っていた。それらをもとに、システムの整備を行い、地域連携パスや在宅緩和パスの導入、リソースマップ・カンファレンスシート・ケアマネージャー用の事例集・ご当地ルールなどの「地域連携に必要なツールの作成」や、電子カルテの共有システム、アウトリーチ体制、治療医と緩和ケア医の併診体制、在宅での主治医・副主治医制などの「複数の医療機関が関わるシステムの整備」を行っていた。さらに、連携時に必要な在宅依頼時のシステムづくりや、医療者間のホットライン整備、バックベットの整備、市民からの相談窓口の設置、患者会ネットワークの支援なども行われていた。

また、地域づくりに重要な点として教育・啓発があげられた。「医療福祉従事者への教育」としては、多職種連携を促しながら急性期病院の医師や看護師に、在宅医療の必要性や看取りの状況を知ってもらうことや、地域の医師に在宅医療の啓発やスキルアップ研修を行う、行政向けの研修を行う、介護職へ実地での教育があった。在宅医療の経験豊富な施設が在宅医や看護師の体験研修を受け入れるなど実践的に行われているものや、医学生や看護学生のうちに講義の中に在宅医療や緩和ケアについて取り入れるなどがあげられた。「市民向けの啓発」においては、市民公開講座やシンポジウム、患者サロンの開催、医療従事者が地域のイベント等に参加するがあった。また、このような取り組みの効果研究や公表などもあげられた。

地域緩和ケア連携の仕組みをつくるにあたっての課題としては、各職種が他の職種の仕事について知識がない、福祉の側から医療へつなげる敷居が高い、実際に顔を合わせて連携するにはマンパワーが不足している、患者・家族の緩和ケアに関する知識が不足している、面識が

できても価値観の違いからスムーズな連携が阻害されるという意見があげられた。

D. 考察

地域におけるがん緩和ケアの連携体制構築のために、各地域において様々な取組みがなされていた。多職種が顔合わせる場の設定、勉強会の開催、合同のカンファレンスや共通カルテの活用など、申請者らが過去に行った「緩和ケアプログラムによる地域介入研究(OPTIM-Study)」において重要であると報告された取組みと共通する内容が複数抽出された。一方で、緩和ケア連携の課題には、地理的な条件、地域のリソースとその特性、患者や住民の意識などの地域差が大きく、全国において画一的な体制整備を行うのではなく、各地域がその特徴や状況を的確に把握した上で、対策を検討することが重要であると考えられた。

E. 結論

地域におけるがん緩和ケアの連携体制整備として、複数の地域に共通する内容と、地域によって異なる内容が抽出された。地域緩和ケア連携調整員育成の際には、本調査から得られた結果を参考に、参加者が自地域における課題を把握し、解決策を検討することが有用であると考えられる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし