

分担研究報告書

地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究

研究分担者 大阪大学大学院医学系研究科 荒尾 晴恵

研究要旨

地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究のうち、本年度は、がん診療において望ましい連携についてがんの診断から看取りまでの時期毎に明らかにすること、及び地域包括ケアにおけるがん診療連携の障壁・問題点・課題について明らかにした。東葛北部医療圏の医療機関・介護施設・行政機関で勤務する対象者 22 名に半構成的面接を行い、面接内容を質的に分析した。対象者は、がん診療連携には、診療情報の共有、病院の機能分化の周知、生活を中心にすえた早期からの多職種で協働、地域における心理的サポートの場づくり、早期からの ACP 導入が必要と捉えていた。

A . 研究目的

地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究のうち、本年度の目的は、量的研究の前段階（アイテムプールの作成）として、地域包括ケアにおけるがん診療連携に関する医療従事者・介護従事者の考え方を探索した。

- 1 . がん診療において望ましい連携についてがんの診断から看取りまでの時期毎に明らかにする。
2. 地域包括ケアにおけるがん診療連携の障壁・問題点・課題について明らかにする。

B . 研究方法

1 . 対象者

東葛北部医療圏の医療機関・介護施設・行政機関で勤務するがん患者に関連した業務に携わる医師・歯科医師・看護師・薬剤師・理学療

法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員・行政職員

2. データ収集方法

対象者に文書による研究参加の同意を得て個別に半構造化面接を行った。面接内容は、レコーダーに録音した。

各回のインタビュー内容に基づき、適宜次にインタビューする職種（性別、経験年数、専門分野など）を決める理論的サンプリングを用いた。

3. 調査内容

1) 対象者の基礎情報

現在の職種、診療科や配属部署、現在の職種となつての経験年数、がん患者を担当した経験の有無、現在のがん患者担当の有無、現在訪問医療・介護などの在宅サービス提供の有無、地域包括ケアシステムの知識についての自信（1. とても自信がある ~ 4. 全く自信がない、の 4 段階で回答）

2)がん診療連携

(1)がん診療において望ましい連携について

診断前～診断時期（検査、告知、紹介）

診断後～抗がん治療中

抗がん治療終了後の経過観察中（がんが根治している、または病勢が抑えられている状況）

抗がん治療終了後から終末期・看取りまで(2)地域包括ケアにおけるがん診療連携の障壁・問題点・課題

4. データ分析方法

半構造化面接の録音から逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読み、地域包括ケアにおけるがん診療連携に関して、対象者が考える望ましいがん診療連携とがん診療連携の障壁・問題点・課題について、その背景を表現する語句や文章（意味単位；meaningful unites）を一文化した。次に、抽出した意味単位をコード化（Coding）し、それらのコードをまとめたサブカテゴリ、さらにそれを集約し、カテゴリを作成した。分析には質的研究分析ソフトMAXQDA(Light Stone社)を用いた。

5. 本研究の意義

地域包括ケアにおけるがん診療連携について、必要なこと、医療従事者・介護従事者・行政職員の考える現在の障壁や問題点、が明らかになることにより、今後の地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携を検討するための示唆を得ることができる。調査地域の医療従事者・介護従事者を対象とした同テーマに関する質問紙調査にあたり、基礎資料を得ることが出来る。

6. 倫理面への配慮

研究への参加は対象者の自由意志によるものとし、説明同意文書により研究の趣旨等説明し、研究参加への同意を得た。

C. 研究結果

1. 対象者の概要

1)対象者の人数は、22名であり、現在の職種は、医師2名、看護師6名、保健師3名、薬剤師1名、理学療法士3名、言語聴覚士1名、社会福祉士2名、介護支援専門員2名、その他2名であった。

2)診療科や配属部署は、緩和医療科、地域連携

相談室、相談支援センター、リハビリテーション科、医療福祉相談室、地域連携室、外来化学療法室、ICU、行政など様々であった。

3)現在の職種となつての経験年数は、平均で15.4年SDは±8.4年であった(最小4年から最大39年)。

4)がん患者を担当した経験の有無は、21名(95.5%)が有、1名(0.5%)が無かった。

5)現在のがん患者担当の有無は、15名(72.7%)が有と回答し、6名(27.3%)が無かった。

6)現在の訪問医療・介護などの在宅サービス提供の有無は、6名(27.3%)が有と回答し、16名(72.7%)が無かった。

7)地域包括ケアシステムの知識についての自信は、「全く自信がない」が4名(18.2%)、「自信がない」が3名(13.6%)、「自信がある」が9名(40.9%)、「とても自信がある」が4名(18.2%)であった。

2.がん診療連携

1)がん診療において望ましい連携について

(1)診断前～診断時期における望ましい連携

診断前～診断時期における望ましい連携については、表1に示すとおり9のカテゴリに集約された。

表 1. 診断前～診断時期における望ましい連携のカテゴリ

迅速な紹介システムの構築
かかりつけ医を中心とした診療体制の構築
施設の機能、役割に関する医療者側の理解促進
施設の機能、役割に関する患者側の理解促進
診断時から先を見据えた情報提供
診療情報の共有
早期からの地域における心理的サポートの場づくり
患者を包括的に捉える能力の獲得
患者を中心とした地域包括ケアを促進する人材の育成

【迅速な紹介システムの構築】

このカテゴリは、短時間かつダイレクトに、かかりつけ医からがん診療連携拠点病院へと紹介できるシステムの構築が必要であることについて語られていた。

【かかりつけ医を中心とした診療体制の構築】

このカテゴリは、かかりつけ医-がん診療連携

拠点病院-地域の連携ルートを確立することや、施設間連携におけるルールを構築する必要があることについて語られていた。

【施設の機能、役割に関する医療者側の理解促進】

このカテゴリは、医療者が病院の機能を理解できるよう、患者の受診のプロセスを明確にする仕組みづくりが必要であることについて語られていた。

【施設の機能、役割に関する患者側の理解促進】

このカテゴリは、患者が病院の機能を理解できるよう、がん診療連携拠点病院に受診するまでのプロセスを明確にし、がんの診断に至るまでの受診のプロセスを明示する仕組みづくりが必要であることについて語られていた。

【診断時から先を見据えた情報提供】

このカテゴリは、患者や家族に対して、診断時から今後の療養生活を見越した情報提供を行う必要があることについて語られていた。

【診療情報の共有】

このカテゴリは、がん診療連携拠点病院の受診時から地域や在宅医療サービスと、患者の診療情報の共有を行う必要があることについて語られていた。

【早期からの地域における心理的サポートの場づくり】

このカテゴリは、治療している病院以外にも、地域において不安や悩みを相談できる窓口やがんに関連する情報収集を行う場があることが望ましいと語られていた。

【患者を包括的に捉える能力の獲得】

このカテゴリは、各専門職者が患者の治療経過を包括的に捉えるために必要な能力を身に付けていく必要があることについて語られていた。

【患者を中心とした地域包括ケアを促進する人材の育成】

このカテゴリは、患者の治療経過を包括的に捉えることのできる専門職者を育成する必要があることについて語られていた。

(2)診断後～抗がん治療中における望ましい連携

診断後～抗がん治療中における望ましい連携については、表2に示すとおり11のカテゴリに集約された。

表2. 診断後～抗がん治療中における望ましい

連携のカテゴリ

かかりつけ医を中心とした診療体制の構築

治療時からの在宅サービスの導入

施設の機能、役割の明確化

施設の機能、役割に関する患者側の理解促進

医療機関とケアマネージャーの連携

診療情報の共有

受診・通院を支援するサービスの必要性

生活を中心にすえた多職種での協働

がん診療体制に関する住民への啓発

早期からのACPの導入

早期からの地域で心理的サポートの場づくり

【かかりつけ医を中心とした診療体制の構築】

このカテゴリは、抗がん剤治療中に変化がある患者の状態に対して、かかりつけ医や地域の医師による支援体制を整備することについて語られていた。

【治療時からの在宅サービスの導入】

このカテゴリは、がん治療中から、訪問看護などのサービスを平行して活用することが望ましいと語られていた。

【施設の機能、役割の明確化】

このカテゴリは、抗がん剤治療中におけるかかりつけ医、地域の医師とがん診療連携拠点病院の役割を明確にすることが必要であると語られていた。

【施設の機能、役割に関する患者理解の促進】

このカテゴリは、地域の病院とがん診療連携拠点病院の機能や役割を患者側にも理解してもらう必要性が語られていた。

【医療機関とケアマネージャーの連携】

このカテゴリは、治療を継続しながら生活するがん患者にとって、経済社会的な問題に対応する必要があるため、そのためには患者がかかっている医療機関とケアマネージャーが連携をとる必要性が語られていた。

【受診・通院を支援するサービスの必要性】

このカテゴリは、高齢者や独居の患者が、受診や通院をする際に活用できるサービスの必要性が語られていた。

【診療情報の共有】

このカテゴリでは、かかりつけ医、地域の医師とがん診療連携拠点病院が診療連携を行っていくためには、診療情報を共有する必要があることが語られていた。

【生活を中心にすえた多職種での協働】

このカテゴリでは、がん治療を進めるにあたり、これまで地域で暮らしてきた患者の情報を多職種で共有して治療を行っていくことが望ましいということが語られていた。

また、高齢者では早期から多職種で関わる必要性が語られていた。

【がん診療に関する住民への啓発】

このカテゴリでは、治療を継続しながら就業できることなどについての情報を一般市民にも啓発していくことが望ましいと語られていた。

【早期からの ACP の導入】

このカテゴリは、がん治療の開始時より、今後の生活や療養場所、治療について予め患者の意向を明確にしておくことが望ましいと語られていた。

【早期からの地域で心理的サポートの場づくり】

このカテゴリでは、治療中から患者が暮らす地域において、心理的支援が受けられる場があると望ましいと語られていた。

(3) 抗がん治療終了後の経過観察中における望ましい連携

抗がん治療終了後の経過観察中における望ましい連携については、表 3 に示すとおり 12 のカテゴリに集約された。

表 3. 抗がん治療終了後の経過観察中における望ましい連携のカテゴリ

かかりつけ医を中心とした診療体制の構築
施設の機能、役割に関する医療者側の理解促進
施設の機能、役割に関する患者側の理解促進
迅速な在宅移行システムの必要性
診療情報の共有
治療後の継続的なフォローアップ体制の構築
診療および生活情報に関する情報システムの構築
今後の見通しに関する情報提供
がん患者の就労支援
地域における身体的サポートの場づくり
早期からの地域で心理的サポートの場づくり
患者家族に対する相談の場づくり

【かかりつけ医を中心とした診療体制の構築】

このカテゴリは、経過観察中はかかりつけ医が中心になって診療を行い、適切な時期にがん

診療連携拠点病院へ紹介できる診療体制の構築が必要であることについて語られていた。

【施設の機能、役割に関する医療者側の理解促進】

このカテゴリは、経過観察中の病状悪化に備えてがん診療連携拠点病院とかかりつけ医の役割を明確にしておくことの必要性が語られていた。

【施設の機能、役割に関する患者側の理解促進】

このカテゴリは、緊急時の窓口についてがん診療連携拠点病院から患者へ情報提供する必要性が語られていた。

【迅速な在宅移行システムの必要性】

このカテゴリは、がん治療終了後速やかにがん診療連携拠点病院からかかりつけ医へ紹介することが望ましいことが語られていた。

【診療情報の共有】

このカテゴリは、がん診療連携拠点病院と患者を取り巻く地域の関係者における経過観察中の情報共有の必要性と情報共有の難しさが語られていた。

【治療後の継続的なフォローアップ体制の構築】

このカテゴリは、がん治療終了後における身体機能の継続的な観察の必要性が語られていた。

【診療および生活情報に関する情報システムの構築】

このカテゴリは、患者の日常生活を理解するためにがん診療連携拠点病院とかかりつけ医が情報共有できるシステムを構築する必要性が語られていた。

【今後の見通しに関する情報提供】

このカテゴリは、治療後の身体や生活の変化の見通しについて、患者や家族に説明しておくことが望ましいと語られていた。

【がん患者の就労支援】

このカテゴリは、患者が就労について相談できる場があることが望ましいと語られていた。

【地域における身体的サポートの場づくり】

このカテゴリは、治療終了後に患者の身体機能を維持するために、地域においてリハビリのサービスがあることが望ましいと語られていた。

【早期からの地域で心理的サポートの場づくり】

このカテゴリは、地域におけるがん治療後の心理的サポートの必要性やピアサポートの場を

提供する必要性について語られていた。

【患者家族に対する相談の場づくり】

このカテゴリは、患者や家族が生活上の困難を相談できる場の必要性について語られていた。

(4)抗がん治療終了後から終末期・看取りまでの望ましい連携

抗がん治療終了後から終末期・看取りにおける望ましい連携は、表4に示すとおり12のカテゴリに集約された。

表4. 抗がん治療終了後から終末期・看取りにおける望ましい連携のカテゴリ

生活を中心にすえ、多職種で協働する終末期、看取り

在宅看取りに向けた体制構築

診療情報の共有

早期からの地域との診療連携

看取りを行うチーム力の向上

早期からのACP導入

患者家族の意向にそった療養の場所

地域医療連携センター活用の推進

地域での心理的サポートの場づくり

緩和ケアに対する患者への啓発

医療職・介護職の看取り能力、調整能力の向上

遺族への支援体制

【生活を中心にすえ、多職種で協働する終末期、看取り】

このカテゴリでは、患者や家族の意向にそった終末期を支えるために、早期から多職種で情報共有をすること、チームで協働することの必要性が語られていた。

【在宅看取りに向けた体制構築】

このカテゴリでは、在宅看取りが行われる場合には、早期から患者を中心とした支援体制を構築する必要性が語られていた。

【診療情報の共有】

このカテゴリでは、緩和ケアの提供状況や患者のADLなどを関わる人々で共有できることが望ましいと語られていた。

【早期からの地域との診療連携】

このカテゴリでは、かかりつけ医を中心とした診療体制を早期から構築する必要性が語られていた。

【看取りを行うチーム力の向上】

このカテゴリでは、患者に関わり職種間で情報を共有し、患者と良好な関係形成を行うことが必要であると語られていた。

【終末期の在り方に関する患者と家族の意思決定支援】

このカテゴリでは、患者や家族の終末期の受け止めについて理解したうえで、意思決定について多職種で関わる必要性が語られていた。

【患者家族の意向にそった療養の場所】

このカテゴリでは、終末期をどこで過ごしたかの患者と家族の意向を把握する必要性が語られていた。

【地域医療連携センター活用の推進】

このカテゴリは、調査対象地域がもつ、地域医療連携センター地域医療連携センターをかつようすることで終末期や看取りの体制整備に役立つ可能性について語られていた。

【地域での心理的サポートの場づくり】

このカテゴリは、治療が中止となった患者の心理的サポートを地域で行う必要性について語られていた。

【緩和ケアに対する患者家族への啓発】

このカテゴリは、緩和ケアがどのようなものかについての理解が進まない現状から、患者家族への緩和ケアの啓発を進めていく必要性が語られていた。

【医療職・介護職の看取り能力、調整能力の向上】

このカテゴリでは、終末期の患者と家族の状況に応じたコミュニケーション能力を、医療職、介護職者が習得する必要性について語られていた。

【遺族への支援体制】

このカテゴリでは、地域包括支援センターを遺族が相談できるように活用する必要性について語られていた

(2)地域包括ケアにおけるがん診療連携の障壁・問題点・課題

地域包括ケアにおけるがん診療連携の障壁・問題点・課題については、表5に示すとおり21のカテゴリに集約され、さらにそれらは5つの大カテゴリに集約された。以下、大カテゴリを示す。

診療連携体制上の問題 では、【情報共有システム（診療・生活情報）の未構築】、【施設間の連携体制の未構築】、【地域との診療連携の遅れ】、【早期からの多職種の介入の難しさ】が示された。

地域包括ケアシステム運営上の問題 では、【地域包括ケアシステム対象者把握の難しさ】

【地域包括ケアシステム外の患者の支援の難しさ】、【現行の医療費、診療報酬制度による診療連携の限界】、【地域包括ケアシステムにおける地域格差】が示された。

表 5. 地域包括ケアにおけるがん診療連携の障壁・問題点・課題

<p>大カテゴリ：診療連携体制上の問題</p> <p>カテゴリ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報共有システム(診療・生活情報)の未構築 ・施設間の連携体制の未構築 ・地域との診療連携の遅れ ・早期からの多職種への介入の難しさ
<p>大カテゴリ：地域包括ケアシステム運営上の問題</p> <p>カテゴリ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム対象者把握の難しさ ・地域包括ケアシステム外の患者の支援の難しさ ・現行の医療費、診療報酬制度による診療連携の限界 ・地域包括ケアシステムにおける地域格差
<p>大カテゴリ：地域・在宅支援上の問題</p> <p>カテゴリ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅移行、調整の遅れ ・在宅支援の未充足 ・地域で看取る体制の不足 ・地域で患者を見守る体制の不足
<p>大カテゴリ：医療者の問題</p> <p>カテゴリ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域資源の把握不足 ・職種内での知識・技術の不足 ・介護職の看取り教育の不足 ・患者・家族への説明不足 ・悪い情報(予後など)の伝え方の難しさ ・マンパワーの不足 ・ACPを進める役割の不足
<p>大カテゴリ：患者・住民の問題</p> <p>カテゴリ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の機能・役割に対する患者・住民の認識不足 ・住民への死の準備教育の不足

地域・在宅支援上の問題 では、【在宅移行、調整の遅れ】、【在宅支援の未充足】、【地

域で看取る体制の不足】、【地域で患者を見守る体制の不足】が示された。

医療者の問題 では、【地域資源の把握不足】、【職種内での知識・技術の不足】、【介護職の看取り教育の不足】、【患者・家族への説明不足】、【悪い情報(予後など)の伝え方の難しさ】、【マンパワーの不足】、【ACPを進める役割の不足】が示された。

患者・住民の問題 では、【施設の機能・役割に対する患者・住民の認識不足】、【住民への死の準備教育の不足】が示された。

D. 考察

1. 望ましいがん診療連携

本研究では、望ましいがん診療連携について4つの時期(診断前～診断時期、診断後～抗がん治療中、抗がん治療終了後の経過観察中、抗がん治療終了後から終末期・看取りまで)に分けて調査を行ったが、いずれの時期にも共通していたことは、診療情報の共有と地域における心理的サポートの場づくりであった。さらに、診療連携にあたっては、かかりつけ医を中心とした診療体制を構築することが必要であった。

がんの治療が、複数の施設で行われることにより、患者の医療情報、診療情報、生活情報を多職種が共有することが、スムーズな診療連携につながると考えられた。

また、がん治療を行う施設の機能や役割に関して、機能分化が図られているが、患者や家族には周知が至らず、スムーズな施設間の移行が行えていない。医療者や患者に病院の機能分化について理解を促す教育や情報提供が必要である。

さらに、がんと診断されたときから、地域で心理的サポートが行える場づくりの必要性が示唆されていた。がんという疾患が「死」をイメージすることから、診断時からの心理的支援が必要とされるという特性をもつ。そのため、診断時からの継続した地域での支援体制のこうつきが求められていた。がん治療が中止となつて後に、地域で支援を始めるのではなく、診断時から心理的支援が行えれば、医療者や介護職とも顔の見える関係が構築され、信頼関係の構築は図れると考えられた。

2. 医療職、介護職のがん診療連携に関する能

力向上

いずれの時期においても医療者、介護者がどのように関わるかで、診療やケアの質が変わるため、医療職、介護職者の能力向上のための支援を行うことが必要とされていた。

3. その他

3. 患者家族への ACP の導入

がんと診断とされたときから、どのような生活をしたいか、どのような治療をうけたいか、どこで過ごしたいかについて ACP を導入し、患者と家族が、先を見据えて計画を立てることが必要であった。

4. 研究の限界

本調査は、様々な職種を対象としており、それぞれの専門的な立場からの面接内容となっており、データの飽和には至っていないと考えられる。今後対象者を増やして、現状を明らかにする、あるいは職種ごとの分析も検討する必要がある。

E. 結論

望ましいがん診療連携には、診療情報の共有、地域における心理的サポートの場づくり、病院の機能分化の周知、早期からの ACP 導入が必要である。

F. 健康危険情報

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

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし