

統括研究報告書

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

研究代表者：松本 禎久 国立がん研究センター東病院 緩和医療科

研究要旨

超高齢社会において、がん診療連携拠点病院を中心としたがんに限定した連携体制では不十分であり、地域完結型の包括的ながん診療連携体制が必要となる。一方で、包括的ながん診療連携モデルは乏しく、地域包括ケアシステムを基盤としたがん診療連携モデルの構築が必要である。

本研究では、地域包括ケアシステムを基盤とした診断・治療・併存症の治療・終末期ケアまでを含む包括的ながん診療連携モデルの開発を行うことを目的とする。令和1年度は、医療・介護・行政の専門職を対象とした質的研究および質問紙調査による量的研究およびがん患者遺族を対象とした家族内葛藤に関する質問紙研究を実施した。地域包括ケアシステムの知識に自信がある専門職の割合は38.7%と低く、79.0%が地域包括ケアシステムは住民に周知されていないと考えている現状が明らかになった。また、地域包括ケアにおけるがん診療連携において、望ましいシステムや体制に専門職が重要と考えている要因を明らかにした。また、専門的緩和ケアサービスで亡くなったがん患者の遺族の38.0%が少なくとも1つの家族内葛藤を経験したことが明らかになった。

本研究の結果をもとに、地域包括ケアシステムを基盤とした診断・治療・併存症の治療・終末期ケアまでを含む包括的ながん診療連携モデルの構築に関する提言を作成することが可能となったと考える。

A. 研究目的

本研究では、地域包括ケアシステムを基盤とした診断・治療・併存症の治療・終末期ケアまでを含む包括的ながん診療連携モデルの開発を行うことを目的とする。

医療・介護・行政の専門職を対象とした質的研究 (I) および質問紙調査による量的研究 (II) においては、医療・介護・行政の専門職を対象に研究を行い、地域包括ケアシステムに対する認識および地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携を構築する上で優先度の高い課題などを明らかにする。

また、がん患者遺族を対象とした家族内葛藤に関する質問紙調査による量的研究 (III) では、専門的緩和ケアサービス (緩和ケア病棟・緩和

ケアチーム・在宅) で亡くなったがん患者の遺族が感じていた家族内葛藤の頻度および内容を明らかにする。

B. 研究方法

B-I. 医療・介護・行政の専門職を対象とした質的研究

1. 対象者

千葉県東葛北部医療圏の医療機関・介護施設・行政機関で勤務しており、がん患者の支援に関わる医師・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たうえで、個別に半構造化面接調査を実施した。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、現在の職種での経験年数、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以下の①～④について尋ねた。

- ① 診断前～診断時期（検査、告知、紹介）
- ② 診断後～抗がん治療中
- ③ 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）
- ④ 抗がん治療終了後から終末期・看取りまで

4. データ分析方法

面接内容を録音し、録音データをもとに逐語録を作成した。逐語録より、地域で生活するがん患者へのケアを行う際の望ましい連携について語られた場合、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。

6. 倫理面への配慮

研究への参加は対象者の自由意思によるものとし、説明同意文書により研究の主旨を説明し、研究参加への同意を得た。

B-II. 医療・介護・行政の専門職を対象とした質問紙調査による量的研究

1. 対象

2020年3月に地域包括ケアシステム構築モデル例となっている柏市内で勤務する医療・介護・行政の専門職を対象とした。質的研究を行った千葉県東葛北部医療圏においても、市町村によって、地域包括ケアに対する取り組み方の差が大きいことから、地域包括ケアが積極的に進められている地域のみを対象とする方がさらなる課題が明らかになると考えられたため、柏市内で勤務する医療・介護・行政の専門職のみを対象とすることとした。

2. 方法

自記式質問紙票を郵送し、回答を得た。

質問紙票は前年度までに実施した質的研究の結果を基に質問項目を作成した。質問紙は、「対象者背景」「住民への普及・啓発・教育について」「医療職・介護職への普及・啓発・教育について」「各施設や組織に期待すること」「地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に望ましい方法や内容について」「地域包括ケアにおけるがん診療連携において、中心的役割を担う職種などについて」「がん患者の非がん疾患の治療について」「地域包括ケアにおけるがん診療連携における望ましいシステムや体制について」「地域包括ケアにおける自助・互助について」といった項目にそれぞれ小項目を作成し、対象者背景を除く質問項目数は290項目となった。

「回答は7件法（1:全くそう思わない～7:非常にそう思う）とした。1-3を“いいえ”、4を“どちらでもない”、5-7を“はい”とまとめ、“はい”の割合を算出した。また、“はい”の割合のうち、5:ややそう思うを除いた、6:そう思う～7:非常にそう思うをまとめ、割合を算出し、70%以上を“強い認識”の項目とした。

3. 倫理面への配慮

本調査は医療・介護・行政の担当職員に対する心理的負担を伴わない質問紙調査であるため、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」による倫理審査は不要であると判断され、研究を実施した。

個人情報および診療情報などのプライバシーに関する情報は、個人の人格尊重の理念の下厳重に保護され慎重に取り扱われるべきものと認識

して必要な管理対策を講じ、プライバシー保護に務めた。

B-III. がん患者遺族を対象とした家族内葛藤に関する質問紙調査による量的研究

1. 対象者

2017年7月現在における日本ホスピス緩和ケア協会会員である、一般病院・緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア病棟、および在宅でホスピス・緩和ケアを提供する診療所のうち、本研究への参加に同意した施設を対象とし、各施設にて2018年1月31日以前に死亡した患者のうち、選択基準を満たす死亡者数が80名を連続的に後ろ向きに同定し対象とした。

2. 方法

調査は、自記式質問紙による郵送調査として行った。

3. 倫理面への配慮

東北大学倫理委員会で審査し承認された後に、調査を実施した。調査データは、個人が同定できない状態で、東北大学内で管理した。

C. 研究結果

C-I. 医療・介護・行政の専門職を対象とした質的研究

1. 対象者の概要

1) 対象者88名は、医師24名(27.3%)、看護師17名(19.3%)、社会福祉士8名(9.1%)、介護支援専門員8名(9.1%)、薬剤師7名(8.0%)などの職種で構成された。概要は表1に示す。

表1. 対象者の職種(n=88)

職種	n (%)
医師	24(27.3)
看護師	17(19.3)
社会福祉士	8(9.1)
介護支援専門員	8(9.1)
薬剤師	7(8.0)
理学療法士	7(8.0)
保健師	5(5.7)
歯科医師	5(5.7)
介護福祉士	2(2.3)
作業療法士	1(1.1)

言語聴覚士	1(1.1)
その他	3(3.4)

2) 対象者の所属施設について、表2に示す。

表2. 対象者の所属施設(n=88)

地域包括ケアにおける位置づけ	所属施設	n (%)
医療	がん診療連携拠点病院	26(29.5)
	一般病院	18(20.5)
	クリニック	5(5.7)
	歯科医院	3(3.4)
	薬局	3(3.4)
生活支援・介護予防	市役所	6(6.8)
	地域包括支援センター	4(4.5)
	保健所	1(1.1)
介護	訪問診療専門クリニック	6(6.8)
	居宅介護支援事業所	6(6.8)
	訪問看護ステーション	4(4.5)
	介護施設	4(4.5)
	訪問リハビリステーション	2(2.3)

対象者のうち、地域包括ケアシステムの「医療」は、がん診療連携拠点病院26名(29.5%)、一般病院18名(20.5%)に所属している対象者が多かった。また、「生活支援・介護予防」では、市役所6名(6.8%)、地域包括支援センター4名(4.5%)、保健所1名(1.1%)であった。「介護」では、訪問診療専門クリニック、居宅介護支援事業所がそれぞれ6名(6.8%)であった。

3) 対象者の現在の職種での平均経験年数±標準偏差(以下、SD)は、17.2±SD8.7年(範囲:1~39年)であった。

4) 対象者のがん患者を担当した経験の有無について、87名(98.9%)が有と回答し、無と回答したのは1名(1.1%)のみであった。

5) 対象者の現在のがん患者担当の有無について、72名(81.8%)が有と回答し、16名(18.1%)が無と回答した。

2. 地域で生活する終末期がん患者へのケアを行う際の望ましい連携

地域で生活する終末期がん患者へのケアを行う際の望ましい連携を支援するための望ましい診療連携は、113のコードから30のサブ

カテゴリ、4つのカテゴリに集約された。

終末期がん患者を支える地域包括ケアのシステム作りに関わる望ましい連携として、円滑な連携を行うために連携の舵取りを行う施設や医療者を特定するといった【施設・医療者の役割の明確化】、早期からタイムリーな情報連携を達成するための【患者の診療情報の共有】が明らかとなった。また、地域で終末期がん患者への質の高い直接ケアを提供するための望ましい連携には、【患者・家族の希望に沿った療養環境の整備】や、病状の進行を見据えた【地域における看取りの体制の構築】があった（表3）。

表3. 地域で生活する終末期がん患者を支援するための望ましい診療連携

カテゴリ	サブカテゴリ
施設・医療者の役割の明確化	施設の役割機能を活かした連携体制の構築
	連携の中心的役割を担う職種の明確化
	地域における医療介護従事者の役割の理解の促進
	主治医と在宅医の役割分担
	在宅医を中心とした地域の医療・介護連携
	在宅看取りの担当医の明確化
患者の診療情報の共有	早期からの診療情報の共有
	タイムリーな情報共有を可能にする連携方法の確立
	拠点病院と地域の情報共有システムの構築
	患者を包括的にとらえるための多職種での情報共有
	ケアの質の向上に向けた患者情報の共有
	情報連携の中心的役割を担う人材の確保
地域における看取りの体制の構築	早期からの病院と地域の連携体制の構築
	生活に医療を組み入れた在宅で完結できる看取りの体制
	緩和ケアにいつでもアクセスできる連携体制の構築
	緊急時対応に関する連携システムの構築
	患者家族への看取りを見据えた情報提供
	家族の介護力に合わせた支援の調整
	終末期ケアを提供する人材の充足
	患者の身体機能維持に向けた医療の提供
	既存の社会資源の積極的な活用
	活用できる社会資源の充足
	地域のインフォーマルサポートの活用
	遺族に対する心理的サポート

沿った療養環境の整備 患者・家族の希望に	患者家族の希望を支える医療・介護連携
	患者家族の希望を支える地域の医療連携
	患者家族の希望を支える早期からのACPの実施
	患者家族の希望に応じた療養場所の調整
	有効な治療の手立てがなくなった患者家族へのフォローアップ
患者家族を支えるチームの目標の共有	

3. がん患者の終末期移行が円滑に進むための望ましい支援

がん患者の終末期移行が円滑に進むための望ましい支援について、11 サブカテゴリ、5カテゴリに集約された。対象者は各々の立場において【がん診断時から患者に寄り添える関係性の構築】を礎に、【がん診断時から患者と繰り返し行う終末期に関する対話】と【患者の終末期移行により生じる揺れる思いの共有】が必要と捉えていた。また、それらを支える【患者家族と共に目標に向かうための職種間連携】と【地域で終末期に関する対話ができる風土づくり】が必要と捉えていた（表4）。

表4. がん患者の終末期移行が円滑に進むための望ましい支援

カテゴリ	サブカテゴリ
がん診断時から患者に寄り添える関係性構築	がん診断時から患者を包括的に捉えて寄り添う人材の確保
	先を見据えて行う早期からの患者家族との関係性構築
がん診断時から患者と繰り返し行う終末期に関する対話	がん治療中に時期を見極めて行う終末期移行に関する対話
	繰り返し行う終末期の療養生活に関する対話
	かかりつけ医が患者と行うエンド・オブ・ライフディスカッション
患者の終末期移行により生じる揺れる思いの共有	患者家族の終末期に関する本音の共有
	患者家族の揺れる思いを拠点病院から地域に繋ぎ受け止める
患者家族と共に目標に向かうための職種間連携	地域全体で意思決定支援を行うための早期からの医療従事者間の関係性構築
	地域全体で意思決定を支えるための多職種協働
地域で終末期に関する対話ができる風土づくり	地域の医療・介護従事者がエンドオブ・ライフディスカッションを行える風土づくり
	早期から患者家族の終末期に関する対話を支えるための情報提供

4. 終末期がん患者の在宅療養において必要とされる地域との連携体制

終末期がん患者の在宅療養において必要とされるがん診療病院と地域の医療・介護施設との連携体制については、25のサブカテゴリ、4のカテゴリに集約された(表5)。

がん診療病院の医療従事者が捉える終末期がん患者の在宅療養において必要とされる地域の医療・介護施設との連携体制では、治療時から終末期を見据えて患者・家族の希望を捉え、患者・家族の希望や背景に応じた療養場所や支援の調整を行う【ACPの早期の実施による療養場所の決定と調整】が必要とされていた。

表5. 終末期がん患者の在宅療養において必要とされるがん診療病院と地域の医療・介護施設との連携体制

【ACPの早期の実施による療養場所の決定と調整】	
サブカテゴリ	患者家族の希望を支えるための早期からのACPの実施
	患者の希望に応じた療養場所の調整
	家族の介護力に合わせた支援の調整
【治療時からの地域との医療連携】	
サブカテゴリ	早期からのがん診療病院と地域の医療・介護施設との連携体制の構築
	患者・家族の希望を支える医療と介護の連携
	患者・家族の希望を支える地域との医療連携
	主治医と在宅医の役割分担
	在宅医を中心とした地域の医療・介護施設との連携
	地域における医療・介護施設の役割の明確化
	施設の役割機能を活かした連携体制の構築
	施設間連携の中心的役割を担う職種の明確化
	情報連携の中心的役割を担う人材の確保
【患者の状況に応じてタイムリーに情報共有できる連携体制】	
サブカテゴリ	タイムリーな情報共有を可能にする連携方法の確立
	がん診療病院と地域の情報共有システムの構築
	早期からの診療情報の共有
	患者の希望を実現するための情報共有
	患者の身体機能に応じた医療の提供
	緩和ケアにいつでもアクセスできる連携体制の構築
	緊急時の対応に関する連携体制の構築
【生活に医療を組み入れた在宅で完結できる看取りに向けた支援】	
サブカテゴリ	治療ができなくなった患者・家族へのフォローアップ
	患者・家族への看取りを見据えた情報提供
	生活に医療を組み入れた在宅で完結できる看取りの体制

終末期ケアを提供する人材の充実
在宅看取りの担当医の明確化
終末期に活用できる施設の充足

さらに、患者の在宅療養を充実させるための【治療時からの地域との医療連携】を基盤にした連携体制の構築が必要とされていた。このような連携体制を構築するためには、患者の在宅療養における医療・介護施設の機能や医療・介護従事者の担う役割を明確にすることが望まれ、各施設やそれぞれの職種がもつ役割機能を活かした支援により患者・家族の希望を支えるための連携体制が必要とされていた。望ましい連携を行うためには、がん診療病院と地域の情報共有システムの構築や患者の希望を実現するために、治療状況や身体機能などの【患者の状況に応じてタイムリーに情報共有できる連携体制】が必要とされていた。また、終末期へ移行していく中で、【生活に医療を組み入れた在宅で完結できる看取りに向けた支援】が重要視され、終末期ケアを充実させるための連携体制が必要とされていた。

5. 地域の医療・介護従事者によるがん治療中からの緩和ケアのための医療連携

地域の医療・介護従事者によるがん治療中からの緩和ケアのための医療連携について、21サブカテゴリ、7カテゴリに集約された。がん治療中のがん診療連携は、拠点病院は【拠点病院との連携によるがん医療と緩和ケアの統合】を基盤としていた。その基盤を支えるために、地域医療機関の医療・介護従事者は【拠点病院と地域医療機関のがん診療の役割分担】と【身体変化しやすいがん患者へのタイムリーながん診療のための体制構築】を必要としていた。さらに、拠点病院と地域医療機関のいずれの医療・介護従事者も、患者支援のために、【がん治療を支えるための拠点病院の医療従事者との診療情報の相互共有】をもとに、【がん主治医と連携した副作用症状対応】と【拠点病院から継続する終末期を見据えた意思決定支援】を行うことを重要と捉えていた(表6)。

表6. 対象者の所属施設で分類した地域の医療・介護従事者によるがん治療中からの緩和ケアのための医療連携

対象者の所属施設	カテゴリ	サブカテゴリ
拠点病院	拠点病院との連携によるがん医療と緩和ケアの統合	一般病院と拠点病院が連携して提供する高度がん医療
		拠点病院から地域病院に繋いで継続したがん治療を提供するためのシステム構築
地域医療機関・施設	拠点病院と地域医療機関のがん診療の役割分担	がん治療中から緩和ケアを提供し地域医療機関に繋ぐ
		包括的ケアに向けた拠点病院と地域医療機関の役割分担
地域医療機関・施設	拠点病院への患者の集中を緩和するための地域病院でがん治療を提供する体制	がん治療中に地域医療機関の担う役割に関する拠点病院からの情報提供
		拠点病院への患者の集中を緩和するための地域病院でがん治療を提供する体制
拠点病院もしくは地域医療機関・施設	身体変化しやすいがん患者へのタイムリーながん診療のた	患者自身が自身の持つ医療機関に診療情報を提示する体制
		地域医療機関が診療情報を得るための情報共有システムの構築
拠点病院もしくは地域医療機関・施設	がん治療を支えるための拠点病院の医療従事者との診療情報の相互共有	地域医療機関が患者の診療情報を必要時に得られる体制の構築
		地域で治療後のフォローアップを行うためのがん主治医から地域医療従事者への治療内容の情報提供
拠点病院もしくは地域医療機関・施設	がん主治医と連携した副作用症状対応	拠点病院の多職種が提供する包括的な診療情報
		地域で患者の治療相談を行うためのがん主治医から地域医療従事者への診療情報の提供
拠点病院もしくは地域医療機関・施設	がん主治医と連携した副作用症状対応	がん治療充実に向けた地域医療機関から拠点病院への患者情報の提供
		地域医療従事者による拠点病院医療者への主体的な情報収集
拠点病院もしくは地域医療機関・施設	がん主治医と連携した副作用症状対応	がん主治医と連携して地域医療従事者が主体となって行う副作用症状対応
		拠点病院の医療従事者と地域医療従事者が協働して行う支持療法
拠点病院もしくは地域医療機関・施設	がん主治医と連携した副作用症状対応	地域医療従事者ががん主治医への副作用対応に関するフィードバック
		かかりつけ医が副作用症状対応を行うための診療範囲に関するがん主治医との事前相談
拠点病院もしくは地域医療機関・施設	がん主治医と連携した副作用症状対応	がん治療から地域の医療従事者への副作用症状対応に関する知識の提供
		拠点病院からの患者が終末期を見据えたことで揺れ動く思いの情報提供
拠点病院もしくは地域医療機関・施設	がん主治医と連携した副作用症状対応	拠点病院からの患者が終末期を見据えたことでの意思決定支援
		地域医療機関で継続して行う終末期を見据えた意思決定支援

6. がん治療期の患者の療養生活を支えるための望ましい連携

分析の結果、53 のコード、16 のサブカテゴリ、5 のカテゴリ【治療中の患者により良いケアを提供するためのがん診療連携拠点病院と地域の医療機関の連携】、【終末期ケアへのスムーズな移行のためのがん診療連携拠点病院と地域の医療機関の連携】、【治療継続を支えるための地域の医療従事者による心身の細やかなケア】、【患者・家族の療養生活を支えるための社会資源の充足】、【誰もが等しく支援を受けられる新たな資源の構築】に集約された(表7)。

表 7. がん治療期の患者の療養生活を支えるための望ましい連携

カテゴリ	サブカテゴリ
治療中の患者により良いケアを提供するためのがん診療連携拠点病院と地域の医療機関の連携	治療はがん診療連携拠点病院で行い、治療に伴う体調変化は地域の医療機関で対応する連携
	治療中の不安に対するがん診療連携拠点病院と地域の医療機関での連携
	安全に治療を実施するためのがん診療連携拠点病院と地域医療施設従事者間の情報共有
	患者の状態に合わせてタイムリーに必要な療養支援を行うための情報共有とシステム構築
	患者が最適な治療を受けられるためのがん診療連携拠点病院と地域の医療・介護従事者との顔の見える関係性の構築

終末期ケアへのスムーズな移行のためのがん診療連携拠点病院と地域の医療機関の連携	治療終了後～地域での終末期ケアへのスムーズな移行のための治療中からの地域医療従事者の関わり
治療継続を支えるための地域の医療従事者による心身の細やかなケア	在宅看取りを実現するためのがん治療中からのがん診療連携拠点病院と在宅医療機関の連携
患者・家族の療養生活を支えるための社会資源の充足	治療開始前からの不安に対する地域の医療従事者によるサポート
誰もが等しく支援を受けられる新たな資源の構築	ADL を維持して治療継続ができるための地域でのリハビリテーション
	病院外のがん相談支援センターの設置
	治療に伴う苦痛を相談できる場所の設置や電話サービス
	医療従事者やボランティアによる外来通院の付き添いや院内移動の付き添い
	がんサバイバー同士がつながり支え合う機会の提供
	終末期ケアへの迅速な移行のための介護保険適応外の患者への公的支援以外の支援の充実
	介護保険適応外の患者が治療中の体調変化に対して必要な医療や支援を受けられる体制の構築
	家族の負担を軽減させるためのデイサービスなどの提供

C-II. 医療・介護・行政の専門職を対象とした質問紙調査による量的研究

柏市内の 687 施設 904 名の医療・介護・行政の専門職に対して質問紙が送付され、410 名(45.4%)から有効回答を得た。

C-II-1) 回答者背景

回答者の背景は、平均年齢(標準偏差)は 47.1 ± 11.0 で 56.6%が女性であった。職種は多い順に介護支援専門員 94 名、薬剤師 68 名、看護師 65 名、医師 39 名、歯科医師 31 名、介護福祉士 24 名、理学療法士 18 名、社会福祉士 14 名、作業療法士 13 名、訪問介護員 7 名、言語聴覚士 4 名であった。勤務先は多い順に病院 89 名、居宅介護支援事業所 77 名、調剤薬局 61 名、診療所・医院 47 名、居宅サービス事業所 37 名、介護保健施設 25 名、地域密着型サービス事業所 20 名、訪問看護ステーション 17 名、地域包括支援センター 17 名、行政機関 10 名、であった。勤務年数は 64.1%が 10 年以上であった。89.0%ががん患者の担当経験を有し、54.6%が現在も担当しており、46.8%が在宅サービスを自身で提供していた。地域包括ケアシステムの知識に対する自信があると回答したものは 38.7%であった。

C-II-2) 住民に啓発・教育すべき内容

地域包括ケアシステムが地域住民に周知されていると回答したものは7.4%、がん診療連携やがん治療のサポート体制が住民に周知されていると回答したものは6.0%であり、周知されていないと回答したものはそれぞれ79.0%、77.1%であった。

住民への啓発や教育が地域包括ケアにおけるがん診療連携の推進に有用と回答したものは83.1%であった。

地域包括ケアにおけるがん診療連携の推進のために、住民に対して啓発・教育する内容として有用と強く認識されていたのは、“地域の病院でのフォローアップ体制”、“がんに罹患していることを周囲の人に伝えて支援してもらうこと”、“介護サービスの導入”、“緩和ケア”、“終末期の経過や看取り”、“人生の最期の迎え方を話し合うこと”、“医療や介護についての正しい情報の取得方法”であった。

C-II-3) 住民に啓発・教育するためのセッティングや方法

住民への啓発や教育を行うためのセッティングや方法としては、多くの項目で有用と回答する医療者が多く、“がん体験者や家族による話”、“関係する医療機関・介護施設・専門職・行政が協働して行う啓発”においては90%以上の回答者が有用と回答した。しかし、有用と強く認識された項目はなかった。

C-II-4) がん治療を行う病院の医療者、もしくは、がん治療を行う病院以外の医療者、介護職に対する啓発・教育すべき内容

医療者への普及・啓発・教育が有用であると専門職が強く認識する項目は、“終末期がん患者の急速に低下する身体機能”、“終末期の病状悪化への対応法”、“地域包括ケア”、“他の医療職との連携方法”「他施設・他職種との情報共有の有用性”、“在宅療養および在宅療養のサポート体制”、“在宅での看取りケア”、“患者の生活を中心に捉えた病状や状況の説明の必要性”、であり、がん拠点病院で勤務する医療者への普及・啓発・教育については“地域の医療資源について”、“地域の介護資源について”、“他の医療職の役割について”、“他の介護職との連携方法について”、も強く認識されていた。

介護職への普及・啓発・教育が有用であると専

門職が強く認識する項目は、“終末期がん患者の急速に低下する身体機能”、“終末期の病状悪化への対応法”、“他の医療職との連携方法”、“他の介護職との連携方法”、“他施設・他職種との情報共有の有用性”、“在宅療養および在宅療養のサポート体制”、“在宅での看取りケア”、“高齢者施設での看取りケア”、“患者の生活を中心に捉えた病状や状況の説明の必要性”、であった。

C-II-5) がん拠点病院に期待すること

強く認識（期待）されている項目は、“必要時に入院できる体制”、“患者の自宅での状況・服薬状況を考慮した処方”、“患者の負担の少ないスムーズな受診システム”、“補完代替療法も含めたがん治療の提供”、“地域の医療職・介護職からの相談窓口の統一”、“かかりつけ医との十分な連携”、“治療中からの専門的な緩和ケア提供”、“早期からのアドバンス・ケア・プランニング”、“早期からの地域・在宅医療との連携”、“在宅医療に関して患者への十分な情報提供”、“各拠点病院の地域との連携体制の標準化”、“地域の医療職・医療機関・施設への情報発信”、“地域の専門職に対する研修”、“地域の専門職による症状コントロールを支援する体制”であった。

C-II-6) がん拠点病院以外に期待すること

強く認識（期待）されている項目は、“施設の機能に合わせたがん患者の受け入れ”、“がんの有無にかかわらず患者の受け入れ”、“標準治療の遵守”、“非がん疾患の診療”、“緩和ケアに関するがん拠点病院との連携”であった。

C-II-7) かかりつけ医や訪問診療医に期待すること

強く認識（期待）されている項目は、“非がん疾患のフォローアップ”、“かかりつけ医を中心とした診療体制の構築”、“がん治療医と連携したがん治療後のフォローアップ”、“多職種と連携した在宅療養支援の質の向上”、“がん医療に苦手意識のあるかかりつけ医のサポート”であった。

C-II-8) 歯科医師に期待すること

強く認識（期待）されている項目は、“がん患者への継続的な関わり”、“摂食嚥下の評価

と介入”、“口腔ケアに関する啓発”であった。

C-II-9) 医師会・歯科医師会・薬剤師会に期待すること

強く認識(期待)されている項目は、“医師・歯科医師・薬剤師に対する教育支援”、“地域の医療資源に関する情報の提示”、“がん診療連携に関する住民への啓発”、“施設の機能・役割に関する啓発”、“医師会レベルで連携したがん診療体制”であった。

C-II-10) 地域包括支援センターに期待すること

強く認識(期待)されている項目は、“地域包括支援センターを窓口にした多職種連携”、“身体的サポートの場に関する情報提供”、“病気を地域で支えあえる関係づくりを担うこと”、“地域包括ケアシステムの質向上のための仕組みづくり”、“入院中からの病院との連携”であった。

C-II-11) 緩和ケア病棟に期待すること

強く認識(期待)されている項目は、“患者の状況に合わせた迅速な患者の受け入れ”、“患者の柔軟な受け入れ”、“レスパイト入院の受け入れ”、“今後の療養生活を見越した患者の身体機能の維持”、“地域包括ケアシステムの質向上のための仕組みづくり”であった。

C-II-12) 高齢者向け施設に期待すること

強く認識(期待)されている項目は、“他施設との診療・生活情報の共有”、“医療ができる高齢者向け施設の充足”、“医療と連携した看取り体制の構築”、“患者の状態の医療機関へのフィードバック”、“施設入所までの迅速化”、“高齢者向け施設スタッフのスキルアップ”、“高齢者向け施設スタッフの看取り教育”であった。

C-II-13) 行政に期待すること

強く認識(期待)されている項目は、“行政による地域包括ケアにおける連携調整”、“住民に向けた地域包括ケアシステムに関する情報発信”、“住民に向けた各施設の役割に関する情報発信”、“各職種の活動のバックアップやスキルアップ支援”、“関わる人々の顔の見える場の提供”、“市町村間で連携した地域包

括ケアの提供”、“地域の情報共有システムの一元化”であった。

C-II-14) 地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に望ましい方法や内容

ほとんどの項目において90%以上が有用と回答されていたが、そのうち強く認識(期待)されている項目は、“切れ目のない連携体制についての話し合い”、“事例検討を通じた情報や考え方の共有”、“がん拠点病院と、がん拠点病院以外の病院やかかりつけ医が協働したがん医療の提供”、“がん治療中も継続する、患者とかかりつけ医との関わり”、“がん治療医とかかりつけ医がお互いの診療範囲を共有すること”、“在宅移行の適切なタイミングの共有”であった。

C-II-15) 地域包括ケアにおけるがん診療連携において、中心的役割を担う職種

強く認識(期待)されている職種は、がん拠点病院の窓口としては“緩和ケア医”、“ソーシャルワーカー”、がん診療連携全体の主導的・中心的な役割としては“緩和ケア医”、“がん治療医”、“かかりつけ医”、“訪問診療医”、患者が在宅ケアを受けることになった際の主導的・中心的な役割としては“訪問診療医”、“かかりつけ医”、“訪問看護師”であった。

C-II-16) 地域包括ケアにおけるがん診療連携において求められる人材・職種

9強く認識(期待)されている人材・職種は、“地域包括ケアシステムにおけるがん診療連携の中心的役割を担う人材・職種”、“患者の状態に合わせて病院や施設の選択を行う役割を担う人材・職種”、“施設間の連携を中心的に進める役割を担う人材・職種”、“がん診断時から地域包括ケアを調整する役割を担う人材・職種”、“地域において患者を包括的にとらえ支援・調整する役割を担う人材・職種”であった。

C-II-17) 地域の多職種が介入を開始するタイミング

“がん診断の早期”と回答したものは、48.7%であった。強く認識(期待)されている項目は、“患者が在宅ケアを受けることになった際”であった。

C-II-18) がん治療の時期において、がん患者の非がん疾患を診療する医師

がん診断時～抗がん治療中は、強く認識(期待)されている医師はみられず、経過観察中(抗がん治療終了後)や抗がん治療終了後～終末期では「かかりつけ医」「訪問診療医」が強く認識(期待)されていた。

C-II-19) 地域包括ケアにおけるがん診療連携における望ましいシステム

強く認識(期待)されている項目は、“がん治療医と非がん疾患治療医の連携体制”、“患者の医療に関する地域での情報共有システム”、“患者の生活や介護に関する地域での情報共有システム”、“多職種でのタイムリーな連絡手段”、“地域におけるがん患者・家族に対する心理的なサポート体制”、“抗がん治療後の患者ががん治療病院から紹介元病院へ戻ることができる体制”、“地域の施設や病院が、抗がん治療後の患者をスムーズに受け入れできる体制”、“若年がん患者に対する地域包括ケアシステムを利用したサポート体制・制度”、“がん患者の急速な身体機能低下に備えた迅速な連携システム”、“高齢者向け施設での急な状態変化が生じた時に対応する体制”であった。

C-II-20) 地域包括ケアにおける自助・互助

勤務している地域において住民の自助・互助は進んでいると回答したのは 39.7%であったが、86.8%はがん診療連携においても自助・互助が重要であると回答した。

C-III. がん患者遺族を対象とした家族内葛藤に関する質問紙調査による量的研究

1721 名のがん患者遺族に対して質問紙が送付され、1084 名(63.0%)から返送があり、回答拒否を除いた有効回答は 908 名(83.8%)であった。患者の平均年齢は 75.2 ± 11.4 で 54.5%が男性であった。また、原発巣として肝・胆・膵がもっとも多く、続いて肺が多かった。回答した遺族の平均年齢は 62.7 ± 12.0 で 34.5%が男性であった。

本研究では Outcome-Family Conflict scale (OFC scale、8 項目)を用いて家族内葛藤を評価した。OFC scale の平均は 13.1 ± 4.6 (最大:40)で、「ご自身が本来果たすべき役割を

十分にしていない家族の方がいると思うことがあった」については、「とても良くあった」「よくあった」「時々あった」と回答した遺族が 23.5%であった。また、10.9%の遺族が「患者様が残された時間をどこで過ごすかについて意見が合わないことがあった」については、「とても良くあった」「よくあった」「時々あった」と回答した遺族が 10.9%であった。そして、38.0%の遺族が OFC scale 8 項目のうち、少なくとも 1 項目で「とても良くあった」「よくあった」「時々あった」と回答した。

D. 考察

本研究では、地域包括ケアにおけるがん診療連携において、医療・介護・行政の専門職が認識する現状や重要と考える事項や期待する事項を質的および量的に調査し、地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に有用な知見が得られた。また、がん患者の遺族が感じていた家族内葛藤の頻度や内容が明らかになった。

医療・介護・行政の専門職を対象とした質的研究では、88 名の個別インタビューデータをもとに、5 つの研究課題、①地域における看取りの体制構築に向けた望ましいがん診療連携、②がん患者を支援する医療・介護従事者が捉える望ましいがん患者の終末期移行支援、③がん診療病院の医療従事者が捉える終末期がん患者の在宅療養において必要とされる連携体制、④地域の医療・介護従事者によるがん治療中からの緩和ケアのための医療連携、⑤地域包括ケアシステムにおけるがん治療期の患者の療養生活を支えるための望ましい連携、について分析を行った。結果として、早期からの ACP 実施、治療時からの地域との医療連携を基盤にした連携体制づくり、情報共有のシステム構築などが必要となることが示唆された。

医療・介護・行政の専門職を対象とした質問紙調査による量的研究では、実際に患者を担当した回答者であっても、地域包括ケアシステムの知識に自信があると回答したものは 38.7%と低値であり、地域包括ケアシステムおよびがん治療のサポート体制が住民に周知されていると回答したものはそれぞれ 7.4%、6.0%と極めて低値であった。一方で、住民への啓発や教育

が地域包括ケアにおけるがん診療連携の推進に有用と回答したものは 83.1%と高値であった。住民への啓発や教育方法のセッティングや方法としては、多くの項目で有用と回答されていた。これらの結果から、専門職および住民への普及・啓発・教育は現状では不十分であり、様々なセッティングや方法で、専門職および住民への普及・啓発・教育を行っていくことが地域包括ケアにおけるがん診療連携の推進に重要であると考えられる。

また、本研究の結果から、各施設や組織、専門職それぞれに期待される役割が明らかになった。それぞれの施設・組織・専門職がお互いの役割を認識し協働することが、地域包括ケアにおけるがん診療連携の推進に重要であると考えられる。

地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に望ましい方法や内容、システムにおいては、多くの項目において 90%以上が有用と回答されていたが、そのうち特に強く重要とされている項目をまとめると、「切れ目のない連携」「情報や考え方の共有」「がん治療医、かかりつけ医のお互いの診療範囲を共有した協働・連携」「地域におけるがん患者・家族に対する心理的なサポート」「がん患者の急速な身体機能低下に備えた迅速な連携」「高齢者向け施設での急な状態変化が生じた時の対応」などと考えられる。これらの内容を意識した実践的な取り組みが地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に重要となると考えられる。

がん患者遺族を対象とした家族内葛藤に関する質問紙調査による量的研究では、専門的緩和ケアサービスを利用して亡くなったがん患者の遺族の 38.0%が何らかの家族内葛藤を経験していることが明らかになった。また、家族の中に本来果たすべき役割を十分にしていない家族がいると感じることが多いことや、療養場所について家族内で葛藤を経験した家族もいることが明らかになった。

家族内葛藤の頻度については、我が国の緩和ケア病棟 71 施設で亡くなったがん患者の遺族を対象として行われた先行研究で遺族の 42.2%が何らかの家族内葛藤を経験していたとする結果とも一致している。さらに、肺がん患者の遺族のうち 35%が家族内葛藤を経験していたとする海外の先行研究の結果とも一致お

り、がん患者の家族における家族内葛藤の頻度は少なくないため、ケアスタッフは積極的に家族内葛藤の評価や介入に関わっていく必要性があることを示唆する。

地域によって医療・介護の環境は異なり、地域包括ケアの形も様々であるが、本質としては重要な項目は変わらないと考えられ、本研究結果をもとにした提言を作成し、それぞれの地域に合わせた望ましい地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に役立つことを期待したい。

E. 結論

本研究では、地域包括ケアにおけるがん診療連携において、医療・介護・行政の専門職が認識する現状や重要と考える事項や期待する事項を明らかにした。また、専門的緩和ケアサービスを利用した遺族の 38.0%が少なくとも 1 つの家族内葛藤を経験し、療養場所について、家族内で葛藤を経験した家族もいることが明らかになった。わが国のそれぞれの地域において、地域包括ケアシステムを基盤とした診断・治療・併存症の治療・終末期ケアまでを含む包括的ながん診療連携モデルの構築は喫緊の課題であり、本研究の結果に基づいた提言を行うことが重要であると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
1. Matsuoka H, Iwase S, Miyaji T, Kawaguchi T, Ariyoshi K, Oyamada S, Satomi E, Ishiki H, Hasuo H, Sakuma H, Tokoro A, Shinomiya T, Otani H, Ohtake Y, Tsukuura H, Matsumoto Y, et al. Additive Duloxetine for Cancer-Related Neuropathic Pain Nonresponsive or Intolerant to Opioid-Pregabalin Therapy: A Randomized Controlled Trial (JORTC-PAL08). *J Pain Symptom Manage* 58(4): 645-653, 2019.
2. Higashibata T, Tagami K, Miura T,

- Okizaki A, Watanabe YS, Matsumoto Y, et al. Usefulness of painDETECT and S-LANSS in identifying the neuropathic component of mixed pain among patients with tumor-related cancer pain. *Support Care Cancer* 28(1): 279-285, 2020.
3. Mori M, Yamaguchi T, Matsuda Y, Suzuki K, Watanabe H, Matsunuma R, Kako J, Imai K, Usui Y, Matsumoto Y, et al. Unanswered questions and future direction in the management of terminal breathlessness in cancer patients. *ESMO Open* 5: e000603, 2020.
 4. Mori M, Morita T, Matsuda Y, Yamada H, Kaneishi K, Matsumoto Y, et al. How successful are we in relieving terminal dyspnea in cancer patients? A real-world multicenter prospective observational study. *Support Care Cancer*, Epub ahead of print.
 5. 松本禎久. ホスピス・緩和ケア病棟、在宅緩和ケアとの連携. 勝俣範之, 東光久, 後藤 悌, 白井敬祐, 高野利実, 森雅紀, 山内照夫編. *がん診療スタンダードマニュアル:がん薬物療法からサポーターティブケアまで*. pp 564-569, 2019. シーニュ, 東京.
 6. 松本禎久, 井上裕次郎. 緩和医療特論. *がん治療認定医教育セミナーテキスト第 13 版*. pp 85-91, 2019. 一般社団法人日本がん治療認定医機構, 東京.
 7. 川島 夏希, 久永 貴之, 浜野 淳, 前田 一石, 今井 堅吾, 坂下 明大, 松本 禎久, 他. せん妄を呈した進行がん患者における苦悩の実態: 多施設前向き観察研究. *Palliat Care Res* 14: 237-243, 2019.
 8. 上原優子, 松本禎久, 佐藤哲観. トラマドール. *YORi-SOU がんナーシング*. 9(3): 286-289, 2019.
 9. 上原優子, 松本禎久, 佐藤哲観. コデイン. *YORi-SOU がんナーシング*. 9(3): 294-296. 2019.
2. 学会発表
 1. 三浦智史, 松本禎久, 小杉和博, 上原優子, 山本里江, 白井優子, 井上裕次郎, 夏目まいか. 抗がん治療中から緩和医療科を受診する患者に特徴的な症状は何か? ポスター. 第 116 回日本内科学会総会・講演会 (名古屋), 2019 年 4 月 26-28 日.
 2. Matsumoto Y, Uehara Y, Mizushima A, Nozato J, Miyamoto S, Mori M, Nishi T, Kizawa Y, Morita T. Prevalence and predictors of burnout and psychological distress among physicians in specialty training in palliative care: A Japanese nationwide study. Poster. 16th World Congress of the European Association for Palliative Care, 23-25, May 2019, Berlin.
 3. 松本禎久, 上原優子, 森雅紀, 西智弘, 野里洵子, 宮本信吾, 木澤義之, 森田達也. 緩和ケア医を志す若手医師における燃え尽きおよび心理的苦痛の割合と予測因子: 全国大規模調査. 口演/ポスター. 第 24 回日本緩和医療学会 (横浜), 2019 年 6 月 21-22 日.
 4. 東端孝博, 田上恵太, 三浦智史, 沖崎歩, 渡邊有希, 松本禎久, 森田達也, 木下寛也. 進行がん患者における神経障害性疼痛のスクリーニングツールの妥当性の検証. ポスター. 第 24 回日本緩和医療学会 (横浜), 2019 年 6 月 21-22 日.
 5. 桑本麻美, 篠崎剛, 村田長子, 關本翌子, 松本禎久, 林隆一. 頭頸部癌の終末期の疼痛および不眠・不穏への薬剤投与に関する観察研究. ポスター. 第 24 回日本緩和医療学会 (横浜), 2019 年 6 月 21-22 日.
 6. 清水陽一, 前田一石, 林章敏, 松本禎久, 井上彰, 高野真優子, 石垣和美, 升川研人, 宮下光令. 緩和ケア病棟に入院中の終末期がん患者の家族介護者のレジリエンスと精神的健康の関連の検討. ポスター. 第 24 回日本緩和医療学会学術大会 (横浜), 2019 年 6 月 21-22 日.
 7. 松倉聡, 古田 達之, 奥野 憲司, 松本 禎久, 石橋 正樹, 古賀 友之, 織田 暁寿. 柏モデルにおける意思決定支援のガイドライン作りについて. シンポジウム. 第 1 回日本在宅医療連合学会大会 (東京), 2019 年 7 月 14-15 日.
 8. Higashibata T, Tagami K, Miura T, Okizaki A, Watanabe YS, Matsumoto Y, Morita T, Kinoshita H. Usefulness of painDETECT and S-LANSS in identifying the neuropathic component

- of mixed pain among patients with tumor-related cancer pain. Poster. 13th Asia Pacific Hospice Conference, 1-4 August 2019, Surabaya, Indonesia
9. Miwa Aoki, Harue Arao, Yoshihisa Matsumoto et al. Achieving optimal coordination of community-based integrated care systems in Japan for supporting patients with terminal cancer living in their local communities. The 13th Asia Pacific Hospice and Palliative Care Conference (APHC 2019), Aug1-4 2019, Surabaya, Indonesia
 10. 華井明子, 全田貞幹, 松岡豊, 山口拓洋, 安部正和, 島津太一, 中谷直樹, 藤森麻衣子, 松本禎久, 宮路天平, 内富庸介. 日本がん支持療法研究グループ Japan Supportive, Palliative and Psychosocial Oncology Group (J-SUPPORT) の取り組みと実績: 2016-2019. 第4回日本がんサポーターケア学会学術集会 (青森), 2019年9月6-7日.
 11. 松本禎久. 進行肺がん患者に対するスクリーニングを組み合わせた看護師主導による治療早期からの専門的緩和ケア介入プログラムの開発 (J-SUPPORT1603) . シンポジウム. 第32回日本サイコロジ学会総会 (東京), 2019年10月11-12日.
 12. Terada T, Kosugi K, Nishiguchi Y, Miura T, Fujisawa D, Uehara Y, Kawaguchi T, Izumi K, Takehana J, Matsumoto Y. Determinant of cancer patients telling their own cancers to minor children: A cross-sectional web-based survey for online cancer community. Poster. ASCO Supportive care in oncology symposium, 25-26 October 2019, San Francisco, CA.
 13. Matsumoto Y, Kaasa S. Current status and future directions of ESMO Designated Centers: A global perspective. Oral(Educational session). ESMO Asia congress, 22-24 November 2019, Singapore.
 14. Usui Y, Kosugi K, Nishiguchi Y, Miura T, Fujisawa D, Uehara Y, Kawaguchi T, Izumi K, Takehana J, Matsumoto Y. Parenting experiences of cancer patients with minor children and their conversations about the possibility of death: A cross-sectional web-based survey for the online cancer community. Oral (Mini Oral Session). ESMO Asia congress, 22-24 November 2019, Singapore.
 15. Yuki M, Kosugi K, Nishiguchi Y, Miura T, Fujisawa D, Uehara Y, Kawaguchi T, Izumi K, Takehana J, Matsumoto Y. Factors associated with economic burden among cancer patients with minor children: A cross-sectional web-based survey of an online cancer community. Poster. ESMO Asia congress, 22-24 November 2019, Singapore.
 16. 井上裕次郎, 小杉和博, 西口洋平, 三浦智史, 藤澤大介, 上原優子, 川口崇, 泉夏代, 竹鼻淳, 松本禎久. 18歳未満の子どもをもつがん患者を対象とした、子どもに関する相談相手の現状と追加の相談相手の希望に関するウェブ調査. ポスター. 日本緩和医療学会第2回関東・甲信越支部学術大会 (東京), 2019年11月24日.
 17. 間城絵里奈, 荒尾晴恵, 松本禎久 他 がん患者を支援する医療・介護従事者が捉える望ましいがん患者の終末期移行支援第2回緩和医療学会関西支部学術大会, 2019年10月, 和歌山
 18. 青木美和, 荒尾晴恵 他 地域における看取りの体制構築に向けた望ましいがん診療連携. 第43回日本死の臨床研究会年次大会, 2019年11月3-4日, 神戸
 19. Erina Mashiro, Harue Arao, Yoshihisa Matsumoto et al. Medical coordination for palliative care during cancer treatment by community-based health and nursing care providers in Japan: a qualitative study. The 6th International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science, Feb 28-29 2020, Osaka, Japan
 20. Yasuyo Sugiura, Harue Arao, Yoshihisa Matsumoto et al. Achieving optimal coordination for livelihood support of patients with cancer treatment living in their communities by medical and nursing care workers in Japan: A

qualitative study. The 6th International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science, Feb 28-29 2020, Osaka, Japan

21. Yuri Takei, Harue Arao, Yoshihisa Matsumoto et al. Coordination system requirements for in-home care of patients with terminal cancer, from the perspective of health care providers: a qualitative study. The 6th International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science, Feb 28-29 2020, Osaka, Japan

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
3. その他
なし

