

切れ目のない連携体制について（厚生労働省ヒアリング資料 聖隷三方原病院 森田達也）

論点：緩和ケアに対するアクセスをいかに高めるか？

I OPTIM 研究の知見

1 全体の知見

- ・OPTIMIZE strategyにより、患者・家族の緩和ケアの質評価・quality of lifeが改善、医療福祉従事者の困難感が改善、患者の希望に沿って家族の介護負担も増加しない自宅死亡が増加することが確認された（図1上）。
- ・OPTIMIZE strategyとは、新しいリソースを設定しうるのではなく既存のリソースをネットワーキングにより最大化する方法である（図1下）。
- ・ネットワーキングが地域緩和ケアプログラムのもっとも重要なコンポーネントであることは諸外国の研究結果とも一致している（図2上）
- ・ネットワーキングを中心としたOPTIMIZE strategyは全国で（他の負担を減らして）実施する価値があるだろう（手引きのひな形はすでに作成されている：OPTIMレポート2012総括草稿「地域緩和ケアプロジェクトに関わる人たちへ」）
- ・OPTIMIZE strategyは現場のネットワーキングのみならず、全国レベルでの制度設計にもリアルタイムな解決手段を与えうる（図2下）
- ・「エビデンス」にもとづいて制度・政策的課題と整理と方策の推奨を行った：「がん緩和ケアの課題の系統的整理」、policy implication（OPTIMレポート2012、「policy implication」）

2 地域からの緩和ケアに対するアクセスに関する知見

- ・地域緩和ケアチームへの依頼は一定数あり、地域で生じた緩和ケアに関する困難な問題が潜在的にあることがうかがえる。しかし、地域緩和ケアチームへの依頼は、「ついでを介した相談」が多い（図3上）
- ・地域全体のネットワーキングを増やすことで、（緩和ケアの専門家に関わらず、「そのことに詳しいだれか」が対応することで）患者の抱えている問題の迅速な・多い選択肢からの・チームでの対応が可能となる（図3下）
- ・地域緩和ケアチームが機能するためにはネットワーキングが前提である

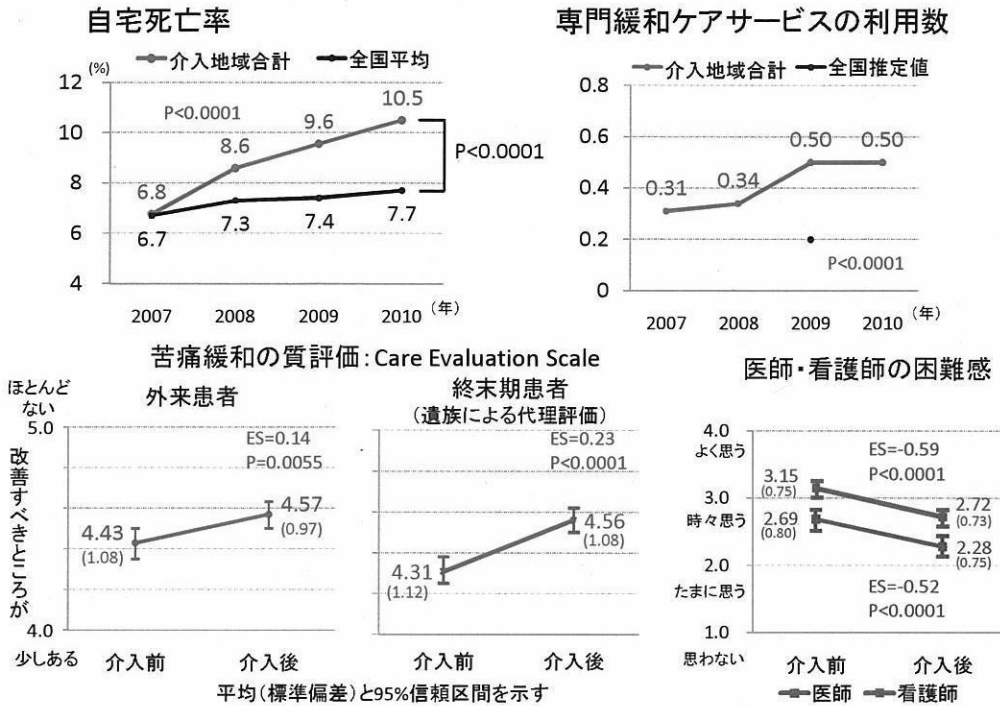
II 施策上の要点

表 「苦痛が十分に緩和されない患者が必要な時に専門緩和ケアサービスを受けられるためにはどうしたらいいか」に対する推奨

【必要な機能】地域の緩和ケアの専門家へのアクセスを最大化するとともに、専門緩和ケアサービスを必要とする患者が必ず地域のどこかで診療を受けられる機能（OPTIMIZE strategyのP）		
必ず行うべきこと	できれば行えばいいこと	行うべきではないこと
1 ネットワークを改善することで地域の緩和ケアの専門家へのアクセスを最大化する 2 「さいごのとりで」としての地域緩和ケアチーム（群）を地域で指定する	1 苦痛のスクリーニングとともに「どういうときにどこに紹介するのか」を具体的に記載した用紙の有用性を検証する	1 ネットワーキングを行わずに「形式だけの」地域緩和ケアチームを設置する 2 地域緩和ケアチーム（群）に症状緩和目的ではない入院機能を持たせる 3 がん診療連携拠点病院にのみ専門緩和ケアを提供する機能があることを前提とする

図1 地域緩和ケアプログラムの効果とエッセンスとなる介入

主要評価項目



OPTIMize strategy

①組織を作る(Organization)

- ・地域の課題をリアルタイムで多職種・多レベルで共有し、解決する枠組みを設定できる機能

②専門家へのアクセスを構築する(Palliative care specialists)

- ・地域の緩和ケアの専門家へのアクセスを最大化し、専門サービスを必要とする患者が診療を受けられる機能

③緩和ケアに関する基礎的な知識と技術を伝えあう(Teaching the essence of palliative care)

- ・基本的な緩和ケアの知識や技術を伝え合う機能

④患者・患者に近い医療者への情報提供(Information to patients and medical professionals close to patients)

- ・情報を必要としている対象と医療福祉従事者に不足している情報提供を行う機能

⑤連携の課題を解決する枠組みの構築(Modifying resources in the community)

- ・多職種・多レベルでのグループワークで課題を抽出した後に、重点的に解決する必要のある課題ごとにワーキングチームを構築する機能

特に、

- ・効率的・効果的な退院支援・調整プログラムを整備する
- ・地域のリソースについて、データベースをつくり更新する

図2 ネットワーキングの重要性に関する各国の研究要約とネットワーキングを生かした制度設計の枠組み

表1 各国での地域緩和ケアプログラムの評価

UK	オーストラリア	オランダ	カナダ
プログラムがきっかけとなり、医療者間のコミュニケーションがよかった	チームカンファレンスは、個々の患者の意思決定よりも、「お互いを知ること(linkage)」になった	気軽に話せるようになった、地域ごどのようなリソースがあるのかわかった、組織間の問題の解決が早くなった	プログラムをきっかけに、「誰もが気になっていたこと」を共有するチームができた
枠組みなので現場に合うように変更できる	新しいツールや情報を長期間維持するのは難しい	何をするかはネットワークにゆだねられている	そこにあるリソースを使用する
緩和ケアやチーム医療についての認識の改善、専門家との意思疎通の改善			

図2 制度のリアルタイムな検証・最適化のための枠組み

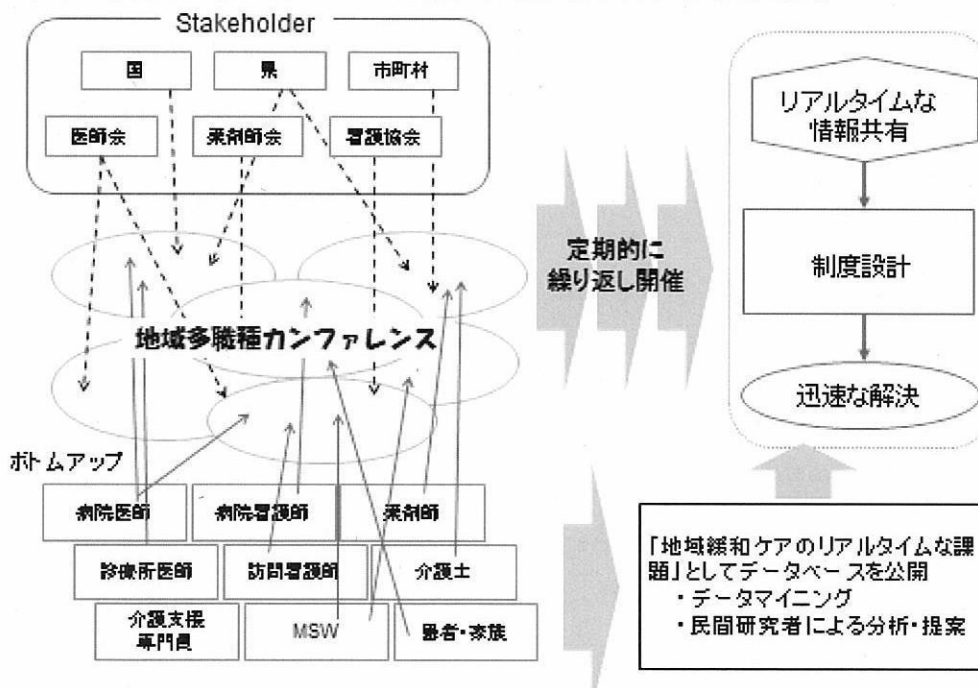


図3 地域緩和ケアチームの評価

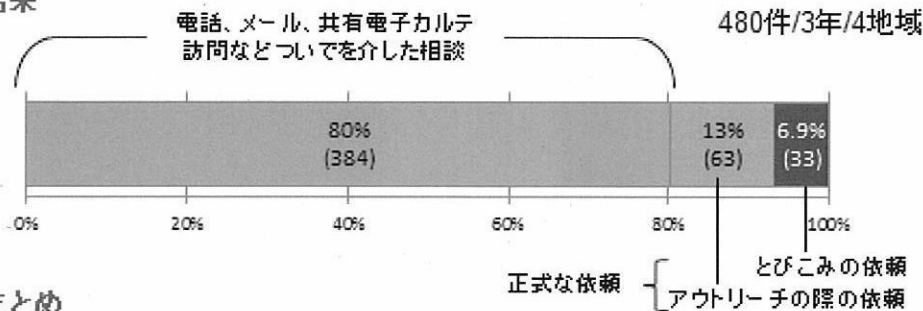
地域緩和ケアチーム

目的 地域緩和ケアチームの運用上の問題についての洞察を得る

方法

- 1) 地域緩和ケアチームに紹介された経路をデータベースから集計
- 2) 地域緩和ケアチーム担当者のフォーカスグループ

結果



まとめ

- ・地域緩和ケアチームのニーズはあるが、フル装備は必要ない
- ・「接触を増やす機会」が必要であり、定着には時間がかかる

Teunissen SOC. Support Care Cancer 2007; 15: 577-582

【つながりができネットワークが広がった】のプロセス

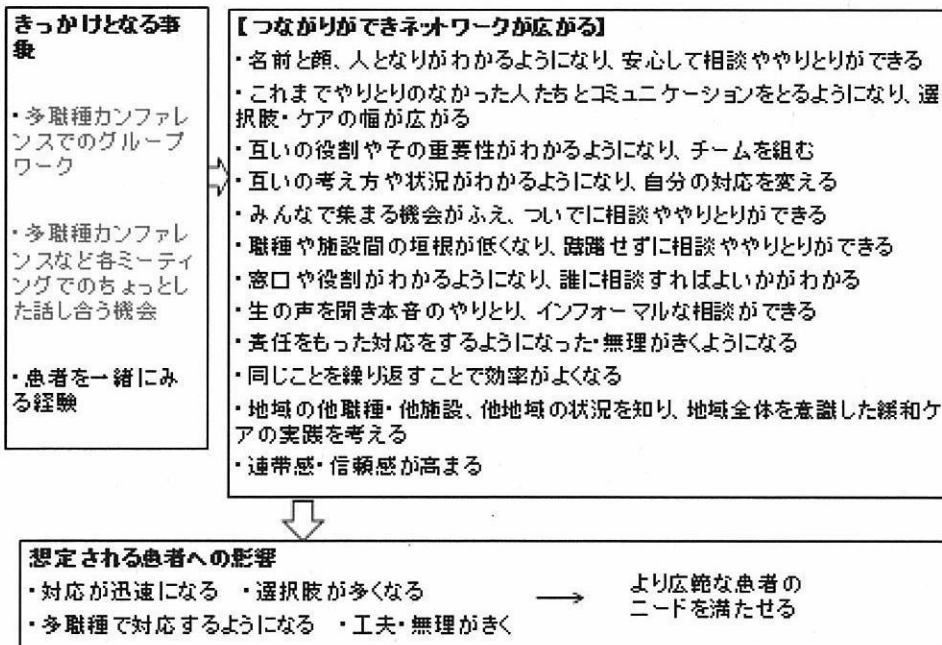
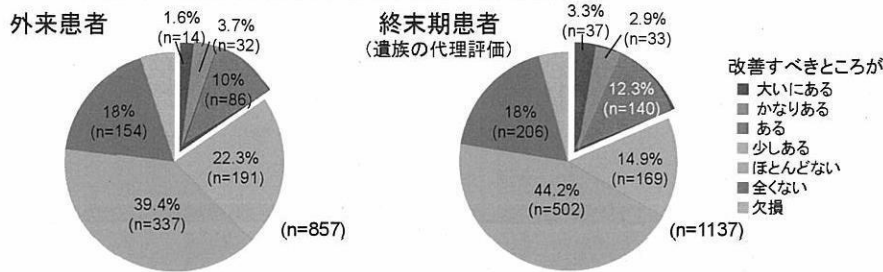


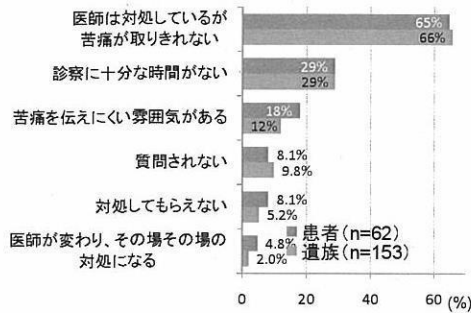
図4 臨床研究が必要な理由：「医師が対応していないから」ではない

緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由

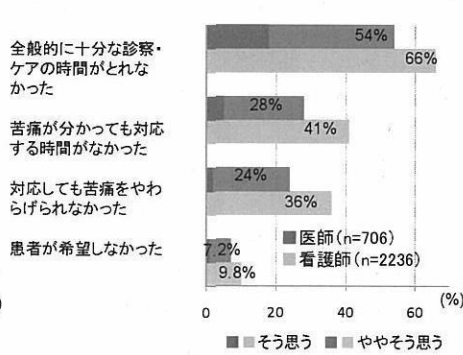
「医師はからだの苦痛をやわらげるのに努めている」



患者・遺族からみた緩和ケアに改善が必要な理由

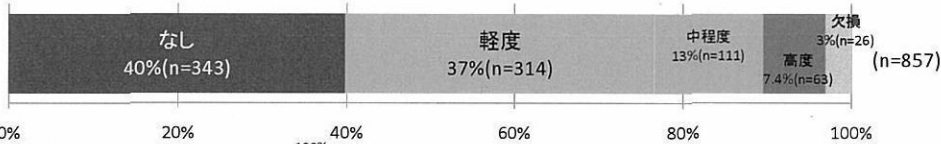


医師・看護師からみた不十分な緩和ケアの要因

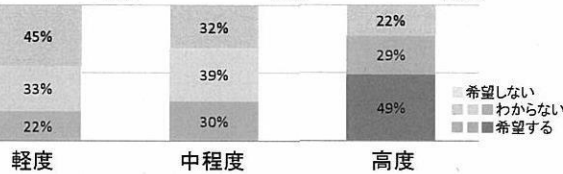


(理由を挙げた患者・遺族を母数とした)

外来がん患者の痛みの治療



痛みの治療を希望する程度



痛みの治療を希望しない理由

