

「地域連携の課題」 聖隷三方原病院緩和支援診療科 森田達也 (第3回緩和ケア専門委員会提出資料)

発言要旨

【現状の理解】

地域がん緩和ケアの在り方は各地域によって多様であり、全国にそのまま適用可能な形態を確立することはできていないように思える。既存のシステムには、「そこにある（他の場所では再現できない）理由」が存在していることが多い（もしどこでも可能なら一つの形態がどこにでも普及しているはず？）。

例：病院が取り組んでいる場合 亀田、佐久、島田市民など
 在宅特化型診療所が取り組んでいる場合 岡部医院、川越クリニック、仙台往診クリニックなど
 医師会が取り組んでいる場合 尾道、長崎など
 在宅特化型診療所と医師会が協力して取り組んでいる場合 浜松など

【その理由】

地域での緩和ケアはがんに限らない。「かかりつけ医」（いわゆる General practitioner）の議論が不可分である。我が国では、専門医が開業して「かかりつけ医」になるのが一般的なため、地域住民の予防や終末期医療を目指すとは限らない。したがって、地域ごとに独自のやり方を見つけていくしかない。

【提案（1）形態でなく機能が重要である】

地域ごとにいろいろな在り方があるのは「独自の望ましいやり方」を見つけていった結果なのだろう。したがって、そこから、「必要な機能」、「機能を果たす形態のリスト」は整理することができる。「よい形態」を議論するときには、「形態」よりも「機能」について論じるべきである（資料1）

【提案（2）現在可能なこと】

現在の枠組みの中で、地域連携を進めるためのキーワードは、「多職種・多水準からなる（形式的ではなく実働できる）プロジェクトチームと事務局」、「価値観や考え方がわかる顔の見える関係とヒューマンネットワークの構築」、「地域ごとのリソースの最大利用（optimize）」、「病院への退院支援プログラムの導入」、「緩和ケアについての基礎的な知識の取得機会と困ったときのコンサルテーション機能」などである（資料2）。これによって既存の資源はさらに活用され、地域の在宅療養数の増加、医療者の困難感の低下、患者のQOLの向上などの効果がある地域は多いだろう（資料3）。これらは、当面の「最低限の目標」になると思われる。実際にあたっては、「だれがプロジェクト・事務局をするか」のところで、既存の関係性や利害が反映されたりして結局は実働しにくい組織になってしまう可能性もあるかもしれない（形態は同じでも機能しないかもしれない）。

【提案（3）中長期的に必要なこと】

一方、現在の枠組みの中で対応できないことは、

- 1) (負担をかけるという価値観のために) 自宅で過ごすことを希望しない患者の質の高い療養場所の確保
- 2) 家族が自分の生活と両立できる程度の安価な介護力の確保
- 3) 在宅診療を担う医師の不在 (医師数総数の不足、かかりつけ医が魅力のある仕事としてとらえられていない?)
- 4) (特に非がんの患者について) 胃瘻・誤嚥性肺炎などの治療をどこまで行うのがよいのかの豊かな死についての国民的合意の不足

である。これらについては、上記資料2の対応では対応することはできない。(行われているのではあろうが) 制度上の改正や国民的議論が必要である

さらに、どのような枠組みが「もっとも望ましいのか」は、検討の基盤となるデータが定期的にモニタリングされるシステムやコホートなどが必要で、継続して取り組める「能力のある」研究機関が必要である。でなければ、全国の真実を反映しているかどうかすらわからない意見に右往左往することになり、中長期的な戦略を失う。

添付資料

- 1 地域で行うことを標準化するということの定義に関する論文の要旨
- 2 「地域緩和ケアのすすめ方」素案(図表は省略)
- 3 OPTIMプロジェクト 介入効果途中経過

付記(1)

話題提示者は地域連携が専門ではなく、地域連携の当事者でもないため、意見の吟味は必ずしも十分でない可能性があります

付記(2)

連携には以下の区別があることを意識しないと、何の話をしているのかわかりやすくなりやい

1) 疾患

すべての疾患
がん

2) 患者の場所

自宅(+施設)のを中心とした連携
自宅、施設、病院などすべての連携

3) 連携主体

病院—地域の連携
地域内の多職種間の連携(診療所—訪問看護ステーション—薬局—居宅介護保険事務所など)
地域内の同職種内の連携(診療所同士、訪問看護ステーション同士など)

4) 内容

管理者レベル(制度・仕組み)

個々の患者の静的な情報の共有(退院時の申し送り、お薬手帳など)

個々の患者の時間単位の情報の共有(朝診療した医師が昼間に訪問する看護師に施設を超えて刻々と変わる情報を共有する方法)

複雑な介入においては、介入の機能とプロセスを標準化するべきであり、内容そのものを規定するべきではない
 In complex interventions, the function and process of the intervention should be standardized not the components themselves.

これによって、地域の実情にあわせた介入を行うことができ、より効果を上げることができる
 This follows the form to be tailored to local conditions.

例

| Principles of interventions | Definition: by form | Definition: by function |
|--------------------------------------|--|---|
| To educate patients about depression | All sites distribute the same written patient information kits | All sites devise ways to distribute information tailored to local literacy, language, culture, and learning styles. |

緩和ケアの地域連携でいえば、「在宅支援療養所がこれこれ」とか「地域医療支援病院がこれこれ」という議論をするのではなく、「主治医対応として24時間対応できる機能はこれこれ」とか「専門的なケアを受けれる機能はこれこれ」とか「家族が疲れたときに介護をかわれる機能はこれこれ」と議論しないと、地域の実情、効果の点からかい離れた議論になりやすい

例

| 機能の定義 | 実際に地域によって可能な形態のリスト | 浜松市都市部で可能なもの | 浜松市郊外（山間部）で可能なもの |
|--------------|--|---------------------------------|------------------|
| 主治医機能の24時間対応 | 在宅特化型診療所 診療所同士のネットワーク 病院 診療所・病院のネットワーク | 在宅特化型診療所 診療所同士のネットワーク | 診療所・病院のネットワーク |
| 専門的緩和ケアのアクセス | 在宅特化型診療所 病院へのコンサルテーション ペインクリニック診療所 メンタルヘルス診療所・保健所 | 在宅特化型診療所 病院へのコンサルテーション | 病院へのコンサルテーション |
| 家族が疲れたときの対応 | 有床診療所 ショートステイ 緩和ケア病棟 在宅診療用支援病院 （地域医療支援）病院 | ショートステイ 緩和ケア病棟 （地域医療支援）病院 | （地域医療支援）病院 |

資料2 「地域緩和ケアのすすめ方」素案（以下、本文中の図表は省略）

*OPTIMレポートの一部の原案ですので今後修正される可能性が高いものです

概要（図1）

プロジェクトをすすめるためには、I) 組織構築を中心とした準備、II) プロジェクトの計画と実施、その後、III) 評価と計画の再検討の3段階を定期的に評価しながら反復する。

手順

I 準備

プロジェクトを行う準備には、1) プロジェクトチームを作る、2) プロジェクトの目的・方針を決定する、3) 参加施設を募ることが含まれる。

1 地域のリソースを把握し、プロジェクトを運用するチーム（プロジェクトチーム）をつくる

達成目標【2か月】 多職種・多水準からなるプロジェクトチームができる

プロジェクトを思い立った人は、まず、地域にどのようなリソースがあるのかを把握し、プロジェクトチームを構築しなければならない。プロジェクトチームを構築する場合に重要な点は、1) 多職種で行うこと、2) 組織上マネジメントにかかわる役割にいる人と現場にいる人の両方を含める（多水準である）こと、が重要である。

公的なものか有志のものかを決める

プロジェクトを最初から公的なものとして運用するか、まず有志のものとして運用するかは地域によって事情が異なる。公的にプロジェクトチームを作ることのメリットは集団としての成果や議論がしやすくなること、プロジェクトを永続させられることであるが、デメリットとして意思決定が迅速にしにくくなりがちであることが挙げられる。有志のものとしてプロジェクトチームを作ることのメリットは、機敏に動けることであるが、地域全体にかかわる課題についての取り組みの効率が良いとは言えないことがある。ほとんどの地域においては、公的であっても有志のものであっても構築可能な範囲から行い、発展させていくことが現実的である。

地域のリソースを把握する

チームが公的なものであれ有志によるものであれ、まず、地域緩和ケアについて影響力のある人物や組織（stakeholder）を把握することが重要である。その地域で長い期間活動している場合には地域にどのような組織があり、だれがどのような役割を果たしているかはおのずとわかるだろう。

しかし、そもそもプロジェクトを始める時点で「誰が何をしているのかが全体像がわからない」からプロジェクトを始めるという場合も少なくない。プロジェクトへの参加職種としては、少なくとも、がん患者の診療数が多い病院の緩和ケア担当者・地域連携担当者、診療所、訪問看護ステーション、保険薬局、居宅介護支援事業所が必要である。したがって、地域の緩和ケアの向上するためのプロジェクトを行う趣旨を説明するために、がん診療連携拠点病院、がん診療連携拠点病院以外のがん患者をよく見る病院、医師会、訪問看護ステーション協会、薬剤師会、居宅介護支援事業所協議会などを訪問し、プロジェクトチームに加わるのに適切な人を推薦してもらい、プロジェクトチームへの参加を依頼する。「組織上マネジメントにかかわる役割にいる人と現場にいる人の両方を含める」ように配慮することが重要である。この時点で、「知り合いの知り合い」などにより、意欲のある集団ができる。

もし地域に、在宅医療に特化した診療所（在宅ホスピス）やがん診療に特化した診療所（オンコロジークリニ

ック)、がん患者を多く見ている訪問看護ステーションや居宅介護支援事務所、在宅医療に力を入れている保険薬局がある場合は、個別に声をかけたほうがよい。さらに、可能であれば、病院の外科や呼吸器科などの主治療科、地域包括支援センター、行政、歯科診療所、リハビリテーション、ヘルパー事業所など関連職種にも参加を求めてもよいが、最初から組織を大きくすると運営方法を決めるだけで時間と労力を必要とすることとのバランスで検討する必要がある。

一方、この時点で、それまでにあった「施設と施設との事情」や「個人と個人の事情」（競合関係にある、協力関係を構築してこなかったなど）のために、「全員の参加」は難しくなることがある。しかし、それでもなお、プロジェクトの趣旨に賛同の得られる施設や個人を進める。

プロジェクトチームを作る

最終的に、プロジェクトチームの名簿と連絡手段を作成する（表1）。連絡手段としては、顔と顔の見える会議に加えて、メーリングリストを作成することが最も便利である。地域の大きさにもよるが、人数が10～20名程度が効率的に議論のできる最大人数であり、プロジェクトチームは多くても30名以下にするほうが意思決定が円滑になる。

表1 プロジェクトチームの構成例（がん緩和ケアに特化したプロジェクトの例を示す）

| | |
|-----------------|----------------------------------|
| がん診療連携拠点病院 A | 緩和ケア担当医師 緩和ケア担当看護師 地域連携担当者 |
| がん診療連携拠点病院 B | 緩和ケア担当医師 地域連携担当者 |
| 病院 A | 緩和ケア担当看護師 地域連携担当者 |
| 診療所 | 診療所医師（医師会理事） |
| 診療所（在宅ホスピス） | 診療所医師 診療所看護師 |
| 訪問看護ステーション A | 訪問看護師（協議会理事） |
| 訪問看護ステーション B | 訪問看護師 |
| 居宅介護保険事務所 A | ケアマネジャー（協議会理事） |
| 居宅介護保険事務所 B | ケアマネジャー |
| 保険薬局 A | 薬局薬剤師（薬剤師会理事） |
| 保険薬局 B（在宅中心の薬局） | 薬局薬剤師 |
| 地域包括支援センター | 介護保険福祉士 |

*多職種、多水準になっていることに注意

2 プロジェクトの目的・方針を決定する

達成目標【1か月】 プロジェクトチームで集まり、目的と意思疎通の方法が決まる

プロジェクトチームができたなら、顔を合わせて、1) チームの目的を共有し、2) 事務局機能をだれが行うかなど意思疎通の方法を決める。

プロジェクトチームは、今後数年間（あるいは永続的に）、「地域の緩和ケアの課題に取り組むための企画を行う」ことを目的として活動することの合意を得る。必ずしもすべての企画を自分たちが行わなくてもいいことや、ほかの団体との関係も明確にしておく。

さらに、ある程度活動内容が決まる場合には、「活動内容ごと」にチームを決めておく（教育の担当、情報提供・啓発の担当、地域連携の担当、退院支援の質の向上の担当など）。立ち上げの年度では、「何をやっていいかわからない」状態であることも多いので、その場合は、「今後課題を明らかにして企画を立案する」ことの合意と、今後の日程予定を得、プロジェクトの進捗を見て組織を柔軟に構築していく。

いずれにしろ、プロジェクトの円滑な進行のためには事務局の存在などの意思疎通の方法は欠かせない。メーリングリスト管理、名簿管理、会場の確保などを行う事務局を確保することが必要である。

3 プロジェクト参加施設を募る

達成目標【2か月】 プロジェクトチームで目的、意思疎通の方法を決める

比較的大きな地域を対象としたプロジェクトの場合は、閉鎖的にならないように心がける。プロジェクトの立ち上げの段階で、がん患者の診療数の多い病院、診療所、訪問看護ステーション、保険薬局、居宅介護支援事業所の全数に郵送などでプロジェクトの案内を行い、説明会をおこなう。説明会でプロジェクトに参加するかどうかを確認し、参加を希望した施設では参加者の氏名、施設名を記入してもらい、「プロジェクト参加者」の名簿とメーリングリストを作成する。比較的小さな地域では、このプロセスはすでに「プロジェクトチーム」を作る段階でなされていることがある。

組織的な活動が可能な地域では、リンクスタッフを施設からの推薦や命名で決めて活動を具体的に依頼する。リンクスタッフを組織することで、プロジェクトのみならずやりとりが日常的になることで、臨床、教育面での連携も促進される。

II プロジェクトの計画を立てて実施する

1 地域緩和ケアの課題を収集し、優先順位をつける

達成目標【2か月】 多職種・多水準で行うフォーカスグループにより、地域の緩和ケアの課題が整理・共有される

地域の課題は地域に特徴的なものも多い。そのため、プロジェクトで扱う課題の概要を把握するために、プロジェクトの初回には、参加者またはプロジェクトチームでフォーカスグループによる「地域緩和ケアの課題の整理」を行うとよい。フォーカスグループでは、はじめて会うメンバーが多い時はみんなの前で意見を言いにくかったり、医療職でない参加者は発言しにくかったりするので、平等に意見が出せる工夫が必要である。例えば、最初の10分間ほどで各自「地域のがん緩和ケアに関する課題は何か？」を黄色い付箋に、「課題を解決する方策は何か？」を赤い付箋に書き込み、それを模造紙に張り付けながら5～6人の小グループ単位で話し合いを40分ほど行い、その後グループごとに発表する、という段取りを踏むことで、地域の課題を網羅的に共有することができる。

2 地域緩和ケアの課題に対応する計画を立てて実施する

達成目標【1年】 課題のうち実施可能で優先するものを選択し、計画を立てて実施する

このようにして整理される地域の課題としてよくみられるものは、「基盤となる顔の見える関係の構築」、「緩和ケアの技術・知識の向上」、「病院と地域との連携の促進」、「地域内の連携の促進」、「地域内のリソースの最大利用」、「緩和ケア専門家・相談窓口へのアクセスの確保」、「患者・家族の緩和ケアについての認識の向上」など

である。このなかから、優先して行うべきで、かつ、実施可能な課題を選択して対応する。

最終的にまとめた企画は、「年間予定表」にして地域に開示、配布するとわかりやすい。

1) 基盤となる「顔の見える関係」の構築 (図2)

地域によっては、「病院の医師・看護師・薬剤師だけ」「医師だけ」「看護師だけ」「薬剤師だけ」「ケアマネジャーだけ」「理事だけ」のように職種や水準を限定した集まりはあっても、多職種・多水準(マネジメントに参加するものと現場のもの両方が参加している)で顔を合わせて話す機会がない。

この解決のためには、1) マネジメントに参加するものと現場のものうち地域で重要な役割を担っているものが参加する10~30名以下のカンファレンスと、2) 現場レベルの多職種がなるべく多く集まる100~200名程度のカンファレンスの両方が必要である。

前者は、プロジェクトチームのミーティングが相当することになる場合が多い。すでに多職種・多水準のカンファレンスがある場合には既存のカンファレンスを利用する。

後者は、プロジェクトが地域のがん患者にかかわるなるべく多くの医療福祉従事者に呼び掛ける。地域での交流があまりない時期で話題の設定が難しい場合には、地域内外で講師を依頼して講演を40分ほど行い、そのあと、小グループに分かれてグループワークや症例検討会を行うとよい。会の目的は「顔の見える関係」づくりにあるので、講演やグループワークの内容自体はどのような職種でも話し合えるものであれば何でもよい。同じテーマであると話し合いに変化がなくなってくるので、参加者の希望を入れながら随時話し合う内容を変化する。少人数ずつ話し合い、情報交換できる場を設けることが重要である。徐々に「顔の見える関係」ができてくると、ヘルパー事業所、ボランティア、施設、葬儀社、民間タクシー会社などさらに連携をとっている対象を広げていくようにする。

地域の大きさによっては、複数のカンファレンスが並行して構築されてもよい。緩和ケア、がん医療、在宅、地域連携など複数の切り口がある。いずれも、多職種、多水準になるように配慮する。

2) 緩和ケアの技術や知識の向上 (図3)

緩和ケアの技術や知識も日進月歩である。毎年のように新しい薬剤が発売され、ケアの方法も変わっていく。一般的に、診療所や訪問看護ステーションでは年間に担当するがん患者の総数が少ないため、緩和ケアの技術や知識に自信を持ちにくい。今日「一般的な緩和ケア」の知識は書籍などで豊富にあるが、「実際の症例」に対して、「具体的・実践的な」技術と知識のサポートが求められている。

この解決のためには、1) 地域多職種向けの緩和ケアセミナーを行うこと、2) 職種ごと・施設ごとに行われているセミナーを地域で公開・アナウンスして行うことが必要である。可能な場合、3) 地域のほかの施設に専門家が出席してセミナーを行うこと(出張緩和ケア講習)や、さらに、4) 臨床活動に参加する緩和ケアチームのアウトリーチプログラムも有用な可能性がある。

まず、地域の多職種を対象とした緩和ケアの講習会、しかも、講師に看護師を含めたグループワークなど体験型の講習会が必要である。地域対象のセミナーでは、参加者の多くが看護師となることから、医師が講師を務めると薬物療法や病態の内容になりがちのため、「看護師としてできること」を伝えることのできる看護師を講師に含むことが重要である。また、学会や製薬メーカー主催などで開催される一方向性の講演会と異なり、グループワークや「エンゼルメイクの仕方・リンパマッサージの仕方」など実際の討論や手技を少人数で行うことでより具体的な事例に即した技術と知識を得ることができる。

医師の参加が少ない場合には、緩和ケアのみならず、「がん診療による集まり」、「在宅医療の集まり」のような医師が多く参加する機会を設定・利用し、集まりの時に一緒に緩和ケアに関する短時間の情報提供を行うこと

でより多くの医師を対象に情報提供を行うことができる。あるいは、医師会の生涯教育講座に組み込むなど既存の対象を医師に限定した機会を利用するとよい。

あわせて、どの地域でも職能団体や施設ごとに教育研修プログラムが行われているが、地域の医療福祉従事者に公開・アナウンスされていることが少ない、または、地域に公開されてはいるが徹底されてアナウンスされていないため知られていないことがある。したがって、各病院や各職能団体で行われているセミナーや講習会を地域の医療福祉従事者に公開してアナウンスを徹底して行うことにより、セミナーを新しく主催しなくても、地域全体の緩和ケアの技術や知識を向上することに貢献することができる。この場合、プロジェクトで構築したメーリングリストなどの連絡方法を使用する。

緩和ケア専門家が比較的豊富な地域では、緩和ケア専門家の出張講習や緩和ケアチームのアウトリーチプログラムが有用である可能性がある。地域医療者にとっては緩和ケアの技術と知識を「実際の事例を通して」体験しながら身に着ける機会となり、緩和ケアチームにとっては緩和ケアに在宅の視点を取り入れることを学ぶ機会になる。講演会ではなく、各施設に出向いて行う出張講習やアウトリーチプログラムは、「顔の見える関係」の構築や、今後の相談の閾値を下げることに役立つ。

また、緩和ケア病棟で地域の医療従事者の研修を行うことも知識や技術の提供に貢献できる。地域からの参加者の場合、緩和ケア病棟で行われている難治性の症状緩和の知識や技術そのものよりも、「どのようなことが行われているか」を知り今後の連携に生かすという目的も多いことに注意してプログラムを組む必要がある。

地域によっては、他の地域の専門家からのアウトリーチ（講演だけでなく、実際に臨床活動に参加する）ことにより、講演だけではわからない実践を学ぶ機会となる。

地域で統一したマニュアルやパンフレットの配布も知識の整理という意味では有効な方法として挙げられやすいが、「短期間に地域中で使用される」ようにはなかなかならない。患者に使用するには、まず、使用する医療者が内容をよく理解しなければならないことと、すでに既存のマニュアルやツールで使用しやすいものを各施設で使っていることが多いためである。したがって、多くの地域において、マニュアルやパンフレットを地域で統一して作成することは労力に比較して効果が限られるため、既存のものを十分に利用することをまず検討し、「不足しているものを追加する」ほうがよいと考えられる。一方、地域で調査を行った場合には、その結果から「臨床では何に注意することが重要か」をまとめた冊子を作成し、それにそったセミナーをおこなったり配布する方法もある。

3) 病院と地域との連携の促進 (図4)

「顔の見える関係」があまりない地域では、「病院から在宅に戻る準備が十分ではない」ことが大きな課題のひとつとして挙げられるだろう。病院の医師や看護師には「在宅の視点」が乏しいことが指摘されている。例えば、骨転移で「病棟で生活している分には痛みはないから疼痛コントロールができています」患者であっても、自宅に戻れば入浴、排泄、食事など活動量が増えるので病院にいる間に自宅での生活を評価しなければならない。生活する状態が変わるのであれば、ベッド、杖、介護支援などを入院中から準備しておく必要がある。あるいは、入院中は朝昼夕に加えて12時間ごとの内服があっても薬剤師が服薬を管理すれば問題はない。しかし、自宅に戻ると時間ごとの管理は容易ではないのでなるべくシンプルに朝・昼・夕・寝る前だけにして患者が自分で管理できることを確かめておく必要がある。このような在宅の視点のある緩和ケアが求められている。

これを解決するためには、1) 各病院への退院支援プログラムの導入と質の向上と、2) 「患者を紹介する側」（地域の各病院の連携担当者など）と、「患者の照会を受ける側」（診療所・訪問看護ステーション・保険薬局・居宅介護支援事業所など）の実務者レベルで連携上の問題を共有する機会が必要である。このほかに、3) 在宅での患者の経過を病院・関係者が共有できる構造を作ることや、4) 在宅スタッフの病院へのアウトリーチプロ

グラムも有用な可能性がある。

前者としては、退院前カンファレンスを確実に実行していくことと、各病院で退院支援プログラムを導入し教育を行うことが重要である。退院支援プログラムは、個々の病院の教育課程に組み込まれることが多いが、入院中から自宅で試行可能な医療・看護ケアにする、早期から在宅スタッフに声をかける、自宅での生活のアセスメントとサービスの導入、患者・家族の意思の確認、患者・家族への指導などが柱となる。

後者としては、病院の退院支援看護師・病棟看護師・MSW と、地域の医療福祉従事者で定期的に実務レベルの集まりを持つことで課題と解決をしていくことができる。特に、看護師間のネットワークの構築のために看看連携のネットワークで退院支援の質の向上を議論することも有効である。

退院支援看護師は病院に1名しかいない場合も多く、抱えている課題を共有できる同じ立場のものがいないときもある。そのような場合は、地域の退院支援看護師で、「退院支援看護師の会」や「看護師どうしの会」を定期的に行い、それぞれのプログラムを持ち寄って学びあったり、課題の共有や情緒的な支援を得ることができる。

このほかに、在宅での患者の経過を病院・関係者で共有する構造を作ることも有用である。例えば、患者が自宅に帰った後の様子を写真や文字で伝えるシートを作成して病棟や主治医に届くようにしたり、患者の死亡後に多施設・多職種で振り返りを行う地域デスクカンファレンスを行うことにより、病院スタッフは「帰せてよかった」「今度はこういうことに気を付けよう」という在宅の視点についての学びを得る機会になる。

地域スタッフが比較的豊富な地域では、地域スタッフが病院の連携室のカンファレンスに参加したり、緩和ケアチームや外科の回診に同行することで、「この状態では帰ることはできない」という病院スタッフの意識を変えることができる。例えば、単身者でも自宅看取りは可能であるし、注射薬のオピオイドは在宅でも使用できるようにアレンジが可能であることを実際の事例を通して病院スタッフが知ることができるようになる。また、在宅で可能な医療手技、在宅の医療資源情報、在宅医の情報などが共有され、在宅に向けた調整が効率的に行えるようになる。

4) 地域内の連携の促進 (図5)

連携が十分でないのは病院-地域間だけではなく、地域内の連携も課題として挙げられる。地域内の連携としては、「同職種内の連携」と「多職種間の連携」がある。同職種内の連携とは、ひとり診療所の身体的・精神的負担を軽減するための診療所同士のネットワーク、保険薬局のネットワーク、訪問看護ステーション同士の役割の分担などが挙げられる。

多職種間の連携とは、在宅主治医・訪問看護ステーション・ケアマネジャー・保険薬局薬剤師間での患者の情報の共有、ケアマネジャーの感じる敷居の高さなどがしばしば挙げられる。

これを解決するためには、1) 同職種ごとのネットワークを強めることと、2) 個々の臨床場面で患者情報を多職種で共有する機会を増やすことが重要である。

前者としては、診療所同士のネットワークであるドクターネット、在宅薬局のネットワーク・麻薬や機材などの管理・破棄システム、病院医師と診療所医師とのカンファレンスなどが挙げられる。これらは、「紹介を受ける機能」が注目されがちであるが、むしろ、同じ体験しているものの情報交換・共有・システム構築としての機能が重要である。地域によっては、訪問看護ステーションの照会エリアの重複を少なくすることで効率的に患者を支援することができるように訪問看護を受けている患者のマッピングを行うことも役に立つかもしれない。

後者としては、「顔の見える関係」が基盤とし、サービス調整会議や事例カンファレンスを行う、診療情報提供書や病院からの看護サマリーを患者の同意を得てからケアマネジャーや保険薬局などに共有する、状況が変わった場合には関係している施設に電話やFAXなどで臨機応変に連絡をすることが重要である。地域によっては、「プチメーリングリスト」を患者ごとに作成して、関係している施設に情報を一斉に送信・共有する取り組みも

有効と感じられる場合もある。地域に電子カルテがある場合にはその活用により情報共有を行うことができるので、選択肢が増える。

いずれも、「繰り返してチームを組む」ことで、「小さい機能単位」を重複しながら連携のしやすいチームを作っていくことが目的となる。

5) 地域内のリソースの最大利用 (図6)

「地域内にどのようなリソースがあるのかわからない」こともしばしばあげられる。「往診してくれる医師がわからない」、「訪問服薬指導する薬局がわからない」などである。これは一見、「往診する医師の一覧表」などのデータベースを作成すれば解決すると考えられがちだが問題はより複雑である。

公開される前提では実際の内容を記載できない(「往診することを公開することで患者が多くなると今行っている診療を責任もってできなくなるので、公開するものには往診はしないとしている。ただ、地域の患者さんやずっとかかっている患者さんの往診は責任をもってしたい)、測定できない情報が重要である(「痛みが強いなど症状のつよい患者さんや点滴などすぐに対応してくれる患者さんは得意。じっくり気持ちを聞いてほしい方は得意)、情報そのものが担当者の移動などで月の単位で変わってしまう、できるできないよりも相談可能かどうかを知りたいがデータベースにはない、などが既存のデータベースの問題として挙げられる。

また、データベースがあっても、項目が多すぎて更新されず、かつ、医師会や薬剤師会など複数のデータベースがあちこちにあるために個々の医療福祉従事者にどこになにがあるのかを周知することは容易ではない。

この問題を解決するためには、地域のリソースの情報を扱う場合に目に見えるデータベースだけではなく、データベースと人のネットワークの両方を構築することが重要である。すなわち、1) 公開するデータベースの情報の内容は限定し、周知と更新に労力をかける(網羅的なデータベースは公開するものとしては作成しない)。内容には、「できる・できない」ではなく、相談先を明記することとあわせて、2) オープンにできない、目まぐるしく変わる情報を共有できるような地域の集まりの機会を可能な限り増やす、ことが必要である。

6) 緩和ケア専門家・相談窓口へのアクセスの確保 (図7)

「在宅や地域からの緩和ケアの専門家へのアクセスができない」ことも課題としてしばしばあげられる。現在、わが国では、緩和ケア専門家は、緩和ケア病棟、または、中核病院の緩和ケアチームとして機能していることがほとんどであり、病院に受診できない患者に対して緩和ケアの専門家が診療を行うシステムはない。

これを解決するための方法は、何らかの「地域緩和ケアチーム」の機能を地域に持たせることである。「地域緩和ケアチーム」とは、「緩和ケアの専門家にアクセスしやすい方法で連絡が取れる機能」であり、わが国の現状から、地域によって機能は同じでも形態は異なると考えられる。緩和ケア専門家が病院ではなく、地域に存在する場合(在宅ホスピスなど)もあるので、地域にある緩和ケア専門家を最も有効に利用するにはどのような体制が望ましいかという視点で、各地域ごとに「地域緩和ケアチームの機能」を構築することが望ましい。

例えば、1) ある一つの病院の緩和ケアチームが地域緩和ケアチームとして機能する、2) 複数の緩和ケアチームや在宅診療所に緩和ケアの専門家が存在する場合にはそれらの緩和ケア専門家にまとめてアクセスできるメールなどを窓口とする、3) 病院の緩和ケアチームや在宅診療所に個別に連絡する、などが考えられる。

いずれも、「まったくわからない相手に相談する」という文化はわが国にはないと思われるので、ここでも、「顔の見える関係」が存在することが重要である。「地域緩和ケアチーム」が形としてあるかどうかは重要なのではなく、地域で緩和ケアに関して困ったことが生じた場合には、だれかがそれに対応できる状態になっているかどうかのほうが重要である。すなわち、緩和ケアチームをおおやけには設定していなくても個別に連絡が取れる状態であればそれでもよい(ただし、この場合は、個別に連絡が取れない患者や医療者がいた場合にどこに相談す

ればいいかが明らかにされていることは必要だと考えられる)。

複数の緩和ケアチームがある場合、あるいは、緩和ケアチーム内の多職種連携が十分に機能していない場合には、地域緩和ケアチームを設定する前に、まず、それぞれの緩和ケアチームの情報交換とケアの質の向上のためのカンファレンスを設定し、連携体制を確立する必要がある。

また、「緩和ケア病棟に申し込んでも入院までに時間がかかる」地域では、緩和ケア病棟の病床のいくつかを在宅支援ベッドとして待ち期間を短くして運用することにより、自宅での症状緩和・介護負担に対する短期的な支援を行うことができる。

一方、相談機能についても、「困ったときに相談する窓口がない」ことが課題としてしばしばあげられる。現在、地域がん診療拠点病院の相談室は地域からの相談を受けることが機能とされているが、地域についての情報を十分に持っていない、人員が少ない、地域からは相談に行きにくい（敷居が高い）、在宅に関する対応は遅くなるなどの問題で十分に機能していない場合もある。

これを解決するための方法は、地域の中核となる病院の相談機能を充実させていくことのほかに、院外に相談機能を置く方法がある。

病院の相談機能を充実させるためには人員の充足とともに、相談員が「顔の見える関係」を積極的に構築し自分の持っている情報の質と量を増やすとともに、「わからないことはだれに聞いたらわかりそうか」を知るためのネットワークを構築する機会を増やすことが必要である。院外に相談機能を置いた場合には、院内での相談とは異なり「ほかの施設に受診している患者の相談」を受けることが多くなるため、各施設の相談員との連携と、認知度を上げるために相談機能があることの情報提供が重要である。

7) 患者・家族の緩和ケアについての認識の向上 (図8)

患者・家族が緩和ケアや在宅医療について適切ではない認識を持っていることも課題として挙がる。例えば、「緩和ケアを受けると末期だ」、「がんでは家では生活できない」、「麻薬を使うと中毒になる・体に良くない」などである。

患者・家族への情報提供・啓発活動としては、対象をしぼって短期的な効果を目的として行う活動と、対象をしぼらずに長期的な効果を期待して行うものとを区別する必要がある。短期的な効果を期待する場合には、「関心を持っている対象」に情報提供を行うことが重要であり、「関心がない」対象に情報提供しても認識や行動は変わりにくい。

前者には、がん患者を対象として「緩和ケアを受けたからと言って終末期ではないこと」、「在宅でも生活できること」、「緩和ケアチームや相談窓口があること」を情報提供することが含まれる。後者には、市民全体を対象として、「在宅で過ごす文化があること」、「死について考えることでより良く生きることができること」について話し合うことが含まれる。

したがって、がん患者の認識の向上のためには、対象を絞って、1) 該当する患者・家族の多いところで情報提供を行うリーフレットなどを設置することと、2) 患者・家族に接する医療福祉従事者に情報提供・教育を行うことが必要である。加えて、広い対象に、長期的に市民全体に講演会などを継続することが必要である。

情報提供の手段は、前者では、がん患者を対象とした場合には、病院のがん診療を行う病棟や外来に情報を集約した情報提供のためのコーナーを作成する、講演会の後援団体ががん診療拠点病院を依頼する、患者会にアナウンスするなど対象に届くような手段をとることが選択になる。後者では、新しく講演会や資料を作成することは容易ではないので、すでに地域にある方法（行政や医師会が行っている講演会、市民対象の健康イベントなど）を利用するほうがよい。地域によっては、地域のコミュニティや自治体ごとに集会や健康についての集まりなど

が定期的に行われている場合があり、そこに出張講習会を行うことが有用である。啓発活動はプロジェクトのみで実施するのではなく、ほかの団体と相談して、実施場所を提供する、合同で開催する、後援を対象の多い団体にむけて依頼する、地元で知られている人から情報提供してもらうなどの工夫が重要である。

3 プロジェクトの評価を行い、新しい年度の計画を立てて実施する

達成目標【2か月】 プロジェクトチームでフォーカスグループを行い、評価に基づいて次年度の計画が策定する

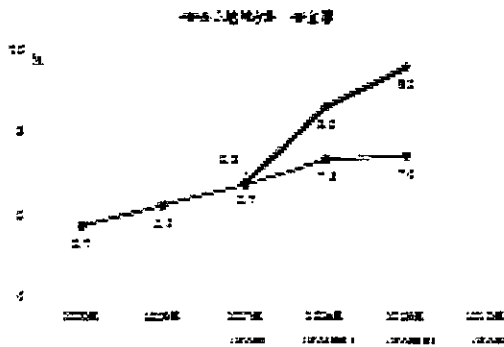
1年間のプロジェクトが終了したら、プロジェクトチームで評価を行う。評価は、期間中に行ったならばアンケート調査や聞き取り調査の結果を参考とするが、少なくとも、プロジェクトチームでのフォーカスグループを行うとよい。

今年度達成されたので終了するもの、継続するもの、新しい課題として取り組むものを設定する。特に連携に関する話題は、年度によって優先する課題が異なることが多いため、年度によって対応する人や内容を変える必要がある。

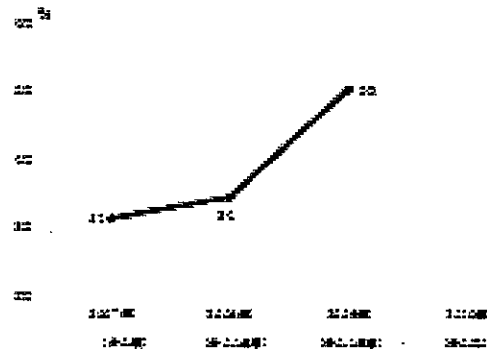
「がん」を対象として地域連携をすすめた場合、内容が徐々にがん以外のことになることが多い。たとえば、施設での看取り、神経難病や小児、貧困者の生活の問題などである。地域にとって重要な課題を設定し、その課題に取り組むことのできる組織を臨機応変に構築していく。

資料3 OPTIMprojectの評価(途中経過)

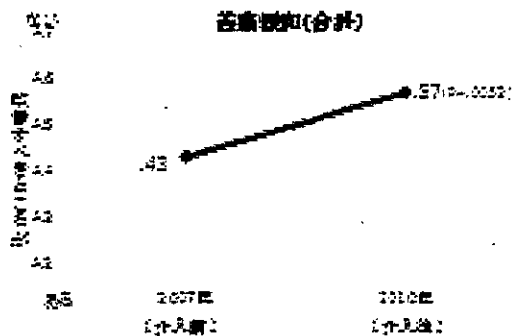
自宅死亡率



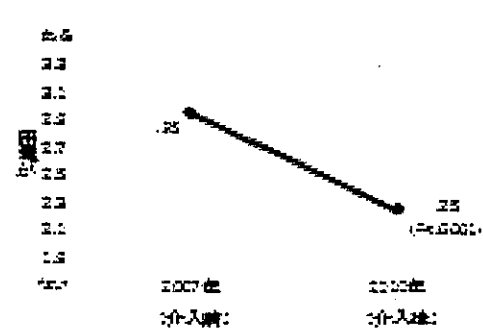
専門緩和ケアサービスの利用数



患者の緩和ケアの評価



医師の困難感(地域連携)



<質問項目>

- ・がん患者が、在宅療養に行きやすいための、病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で十分な連携が図れている。
- ・がん患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい。
- ・病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で情報共有が難しい。

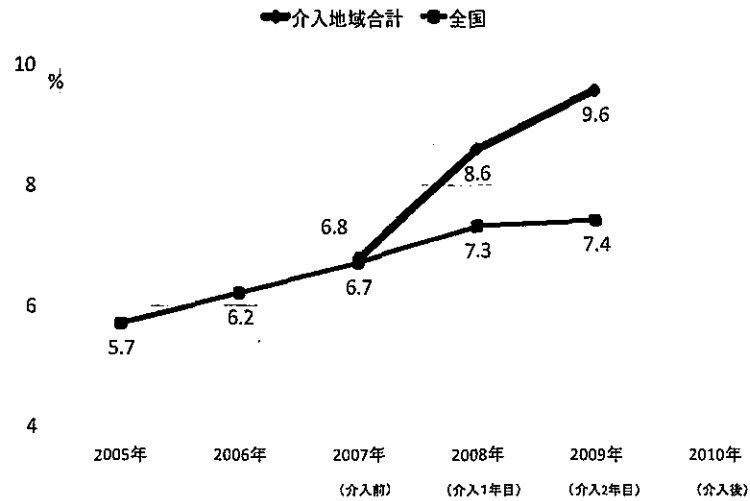
・現在の地域の資源を最大化する短期的な介入により、がん患者の自宅死亡が増え、緩和ケアの利用が増え、患者の苦痛緩和の評価がよくなり、医師・看護師の困難感(地域連携に関する困難感を含む)が改善する可能性が示唆された

・特に、医療者の困難感の改善が大きかった (Effect size, 5.0)

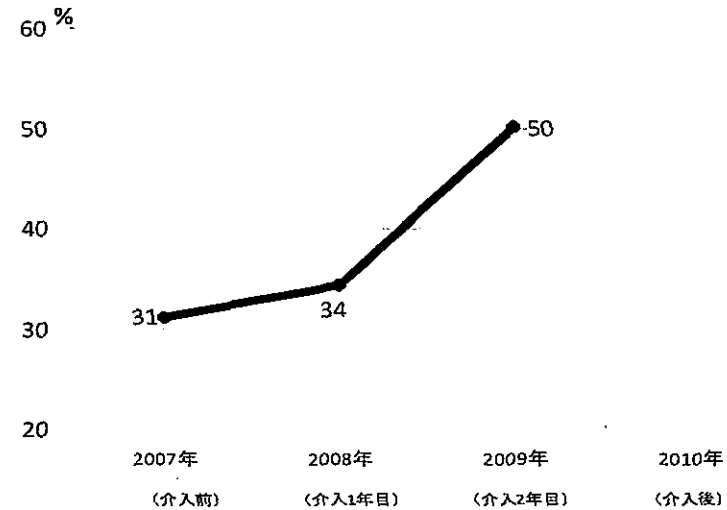
・解釈には慎重な解析を有するため、最終的な結果の提示には早くても2年後になる

資料3 OPTIMprojectの評価(途中経過)

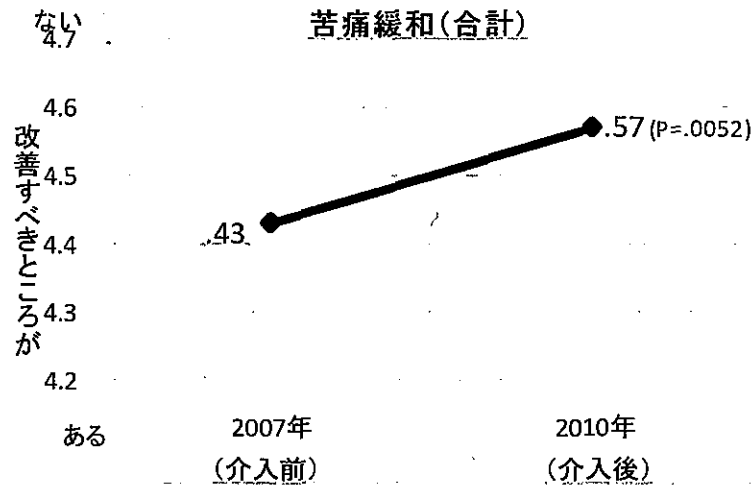
自宅死亡率



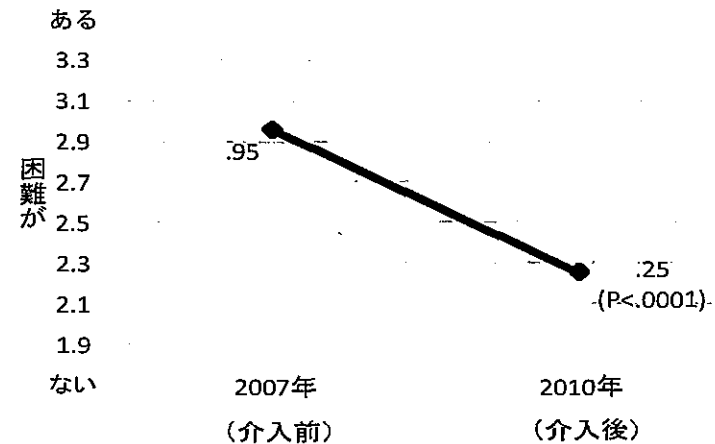
専門緩和ケアサービスの利用数



患者の緩和ケアの評価



医師の困難感(地域連携)



<質問項目>

- ・がん患者が、在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間でのカンファレンスがない
- ・がん患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい
- ・病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で情報共有が難しい