

在宅緩和ケアに関する望ましいリソースデータベース とは何か？—多地域多職種を対象とした質的研究

山岸 暁美^{*1)} 赤澤 輝和^{*2)} 瀬尾利佳子^{*3)}
末田 千恵^{*4)} 古村 和恵^{*5)} 森田 達也^{*6)}

What is a Desirable Resource Database about Regional Palliative Care?—A Qualitative Study

Akemi Yamagishi, Terukazu Akazawa, Rikako Seo, Chie Sueda, Kazue Komura and Tatsuya Morita

Key words : 緩和ケア, リソース, 地域

● 緩和ケア 21 : 443-448, 2011 ●

背景・目的

近年、在宅緩和ケアのニーズが高まっている^{1,2)}。しかし、「在宅緩和ケアを提供する医師」など地域の利用可能なリソースが分からないことが患者側からみた在宅緩和ケア利用のバリアとしてしばしば挙げられる³⁾。その1つの解決策として、在宅緩和ケアに関わるリソースデータベース(以下、RDB)の作成が各地で行われている。医師会、行政などが地域の客観的な情報を取得し、在宅緩和ケアに関わるRDBとして公開している地域もある^{4~8)}。また、取材や自己申告による民間の情報冊子や、配布対象を限定した冊子も作成されている^{9~12)}。

しかし、在宅緩和ケアに関わるRDBについて、多地域・多職種を対象として課題等を明らかにした調査報告はない。したがって本研究の目的は、地域の医療福祉従事者からみた、在宅緩和ケアに

関する望ましいRDBとは何かを探索することである。

対象・方法

2つのフォーカスグループインタビューをそれぞれ別に実施した。一方は、1市に勤務する病院と地域の双方を含む医療福祉従事者17名(総合病院の医療ソーシャルワーカー〈以下、MSW〉4名、地域連携・相談支援担当看護師2名、診療所医師2名、診療所看護師1名、訪問看護ステーション看護師2名、保険薬局薬剤師3名、居宅介護支援事業所ケアマネジャー1名、地域包括支援センター社会福祉士・看護師2名)を対象とした。もう一方は、13地域の病院の地域連携担当者15名(MSW5名、地域連携・相談支援担当看護師6名、医師1名、事務職3名)を対象とした。

フォーカスグループを採用したのは、多職種での相互作用の結果、得られる知見を収集すること

^{*1)} 前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生教室 : Formerly Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University (〒160-8582 新宿区信濃町 35)

^{*2)} 聖隷三方原病院医療相談室, ^{*3)} 鶴岡協立病院地域医療連携室, ^{*4)} 法政大学大学院人間社会研究科,

^{*5)} 大阪大学大学院人間科学研究科, ^{*6)} 聖隷三方原病院緩和支援診療科

0917-0359/08/¥400/論文/JCLS

表1 在宅緩和ケアに関するリソースデータベースの現状、課題、改善点

カテゴリー	サブカテゴリー
リソースデータベースはあるが使途に限界がある	リソースデータベースはあるが知られていない (5) 情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない (6) 限られた職種しか使わない (9) リソースデータベースは最低限の目安としては役に立つ (18)
既存のリソースデータベースの内容には限界がある	リソースデータベースの更新が遅い (11) リソースデータベースを作れるだけの資源がない (8) 公開されている情報と実態とが違う (5) リソースデータベースの情報内容の定義があいまいである (10) 公開すると得意分野や能力に関する情報を記載できない (22)
既存のリソースデータベースにはないが必要な情報がある	できる・できないではなくて相談が可能か (4) 連絡先やファーストコンタクトの方法 (14) 診療の理念 (3)
ヒューマンネットワークの存在が前提である	リソースデータベース閲覧で完結することではなく、直接個別に相談することが必須である (21) できる・できないは実際に連携しながら変化していくものであり、変えていくことが大事である (7) 地域のリソースの状況について face-to-face で情報交換する機会が重要である (9) 患者が選ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない (3)

数値は単位数を示す

を目的としたためである。RDB を利用する医療福祉従事者として、診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなど、地域の医療福祉従事者と病院で地域連携に関わるものの両方を含むグループと、病院で地域連携に関わるものからなるグループを設定した。時間は 108 分、80 分であり、ファシリテーター 1 名（著者の 1 名）を置いて行った。

質問内容は、在宅緩和ケアの RDB の現状、課題、改善点（「今ある情報の中で利用するものはありますか?」「実際にそれらを利用したり共有していくうえで、良い点や改善点はありますか?」など）を用いた。発言内容は録音し、研究目的などについて文書同意を得た。

在宅緩和ケアの RDB の現状、課題、改善点に関する発言内容を意味ごとに区切り、2 名の研究者が緩和ケア専門医師 1 名のスーパービジョンのもとに合意が得られるまで内容分析を行った¹³⁾。カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは []、意味単位は「 」で表現し、意味単位の出現数はカ

ウントした。当初、グループ毎に分析したが、結果が類似していたため、併せて分析した。

結 果

合計 152 単位の意味単位から 6 のカテゴリーと 16 のサブカテゴリーが抽出された（表 1）。

【RDB はあるが使われていない】

参加者の地域には、行政や医師会などが作成した在宅医療を行う診療所などのリストがそれぞれのホームページで公開されおり、さらに民間が作成した RDB も存在した。

しかし、複数の参加者が「あること自体知らない人が多い」「こういうシステムがありますよと知らせがあっても忘れられる」などと、[RDB はあるが知られていない] ということを述べた。

【情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない】

作成した団体ごとに RDB がバラバラに公開されているため、「どこで RDB を見ることができ

るのが分からない」「RDBはあるが、欲しい情報へのたどり着き方を皆知らない」など、[情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない]ことが述べられた。

解決策として、「行政などがまとめてリンク集をつくって、案内してほしい」など、複数の参加者が、バラバラにある情報を集約し、周知するシステムの必要性に言及した。

【限られた職種しか使わない】

RDBは「限られた職種しか使わない」、すなわち、利用者は連携の担当者に限られていることを述べた。

【RDBは最低限の目安としては役に立つ】

RDBの役割としては、基礎的な情報として参考になる程度であるとした参加者が多かった。参加者は、「基本的、最低限のライン」「RDBは道具、目安のツール」などと評価した。ある参加者は、「項目はあまりいらぬ。前は（連携がうまくいかないのは）項目が少ないためと思っていたが、そうではない」などと、項目は網羅される必要はなく、最低限の目安があればいいと言及した。

【既存のRDBには限界がある】

参加者はRDBの以下の限界を挙げた。

【RDBの更新が遅い】

RDBの情報が古く、年1回の更新でも現状に追いつかないことを多くの参加者が述べた。「診療所は〇〇先生が来たから〇〇ができる」「××先生が移動したので××はできない」「実際は休業中の事業所が書いてあったりする」「ケアマネジャーは入れ替わりが激しい。1人医療が得意な人がいても、1人辞めたら、また一切受けなくなってしまう」とめまぐるしい地域のリソースに関する変化について述べた。

【RDBを作れるだけの資源がない】

地域によっては、そもそも、RDBを作れるだけの医療機関やサービスがないことが挙げられた。参加者は、「医療過疎地なので診療所自体が（数えられるくらいに）限られている」と述べた。

【公開されている情報と実態とが違う】

公開されている情報と実態とが違ふことが多くの参加者から指摘された。RDBは提供可能な診療やケアに○をつけるスタイルのものが多く、これに関して意見が2通りあった。

「公開が前提だから、実際には診ていなくても○が付いている」「利益がからんでくるので×はつけにくい」「1人しかいない日は×の時があっても、可能な日も多いので○をつけている」などという意見がある一方、「実際には行っているが、公開したら受け皿として担えない怖さがある（から○はつけない）」「自分ではできても、同僚ができるかを考えると○はつけにくい」などと述べた。

【RDBの情報内容の定義があいまいである】

RDBの情報内容や項目の定義があいまいであるとの意見が寄せられた。特に、「ターミナルが可能か」については複数の参加者が明確な定義自体が難しいことを指摘した。ある参加者は、「『ターミナル可』とあっても看取りにだけ対応するのか、呼吸困難など難しい症状緩和にも対応してくれるのか（複雑な病態に応じた個別性の高い判断が必要な対応も可能なのか）、○や×だけでは判断ができない」と述べた。

【公開すると得意分野や能力に関する情報を記載できない】

多くの参加者が、実際に必要だと思う情報は、施設や個人の得意分野や能力に関するものであり、RDBに記載することは難しいことを言及した。

参加者は、「（医師の）所属学会や専門医の情報が欲しい」「ケアマネジャーがせめて医療系か福祉系かを知りたい」「がんに強いケアマネジャー、精神疾患患者のプランを立てるのが上手なケアマネジャーがいるが、RDBに書くのは難しい」「がんに強い、糖尿病指導に力を入れている、処方箋を渡しているだけで訪問指導はしない、などの情報が分かるといい」「何をもって得意とするのかの評価は難しい」と述べた。複数の参加者は、「RDBを公開しないで、人と人のやり取りならばこのような情報は得やすいのではないか」という

意見を述べた。

【既存の RDB にはないが、有用と思われる情報がある】

RDB に掲載すると役立つ内容が挙げられた。

【できる・できないではなくて相談が可能か】

紹介する側の参加者も紹介を受ける側の参加者も、いずれもが、「○×（できるかできないか）」ではなく、「相談可能か」の情報が役に立つと述べた。患者を紹介する側の参加者は、「少しならでき、要相談という情報がほしい」「（サービス応需の）可能性はまったくないのか、交渉はチャンスがあるのかの情報がほしい」と述べた。患者の紹介を受ける側の参加者は、「8割くらいはいけます、2割はだめかもしれませんが、という具合の気持ちなので○と×の区別は難しい。があるといい」と述べた。

【連絡先やファーストコンタクトの方法】

複数の参加者が、電話番号などだけでは、具体的に相手先の誰に、いつ連絡を取ればいいのか分からないので「比較的連絡の取れる時間帯と連絡窓口となる人の情報が具体的にないと初めてでも相談しやすい」と述べた。

【診療の理念】

複数の参加者が、詳細な情報よりも「施設の方針や理念」が参考になると述べた。

【ヒューマンネットワークの存在が前提である】

すべての参加者が、RDB はそれだけで機能するものではなく、ヒューマンネットワークが前提として存在することの重要性を強調した。ある参加者は、「情報は（ネットワークを通じて）私の中に蓄積していく」と表現した。

【RDB 閲覧で完結することではなく、直接個別に相談することが必須である】

ほとんどの参加者が、RDB だけの情報では患者の紹介は成り立たないことを体験し、「直接話をしないとよりよい紹介にはならない」など事例について直接の相談が必須であると述べた。

参加者は、「病状もそうだし、距離もそうだし、患者との付き合いも含めて、いろいろなことを考えて返事をしてくれる」「ターミナルを積極的に受けるとは書いてないが、ずっと診ていた人なら最期まで診てくれる先生もいる」「この事例は受けても次同じような方も受けてくれるとは限らない、今週は△△の用事があるので無理という場合もある」「ご家族の性格などサマリーに書きにくいことも含めて相談している」など、個々の患者については病状、距離、病期、患者の希望や性格など複数の要因が関与しているため、紹介の際は担当者同士が直接相談することの重要性が述べられた。

ある参加者は「○が付いているから常時対応できるかということそうではない。その時の重症患者の数とスタッフの健康や人数をみながら判断している」「同じ1名でもケア度は同じではないし、時間で変わってしまう。患者の細かいことを知りたいので、個別に相談する必要がある」と時間の経過とともに変わる患者の状況とスタッフの負担を考えながら直接相談することの重要性を述べた。

【できる・できないは実際に連携しながら変えていくことが大事である】

複数の参加者は、○×自体が重要なのではないことを述べた。ある参加者は、「やらないことがいくら分かっても仕方がない」と述べ、RDB を作ることに労力をかけるよりも、できないことをできるように連携していくことに労力をかけることの重要性を強調した。

ほかの参加者も、「A 施設だと受け方も分かるし返し方も分かる（からできる）。でも、同じ数が B 施設から来たらやり方も分からないので（できない）」「組む相手によって違う経験を重ねてできるかできないかを蓄積していく」と述べ、連携の相手によって情報そのものも変わることを述べた。

【地域のリソースの状況について face-to-face で情報交換する機会が重要である】

参加者のほとんどが、face-to-face で情報交換

する機会の重要性を強調した。参加者は、「(RDBよりも) みんなで集まる会をしたい」「情報交換の場があるといい、できないのではなくて、知る機会がない」「(重要なのは) ネットワークです」と述べた。作成過程についても、「中央で画一的に作るよりも、地域で作っていく中でネットワークができていくことが大事」と複数の参加者が指摘した。

【患者が選ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない】

「患者と家族が選ぶというのが基本なので(こちらから提示しにくい)」と医療福祉従事者がいくらか情報をもっている、患者に還元することが難しいことも多く、葛藤があることを複数の参加者が述べた。

考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、在宅緩和ケアのRDBの現状、課題、改善点を多地域多職種フォーカスグループによって明らかにした初めての研究である。

RDBは、「最低限の目安としては役に立つ」が、地域内の各団体が別々に作成・開示・周知されているため、「あるが知られていない」「情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない」ことが参加者から述べられた。したがって、既存のRDBが有効に活用されるためには、作成した団体のホームページにそれぞれバラバラに掲載されているRDBの所在を行政などがまとめて1カ所で把握できるようにしたうえで、繰り返しそのRDBのありかを周知することが必要であると考えられる。

本研究で明らかにされた既存のRDBの限界としては、「RDBの更新が遅い」(人の移動や新規開設・廃業などの方が早く毎年更新しても間に合わない)、「公開されている情報と実態と違う」(利益上の問題のためできないと記載しにくい一方、対応可能な量を超えるかもしれないのでできるとも記載しにくい)、「RDBの情報内容の定義

があいまいである」(たとえばターミナルケアのどこまで対応できるのかを細分化してRDBに掲載することは不可能)、「得意分野や能力に関する情報を記載できない」(能力を記載する信頼できる評価手段が確立していない)であり、これらは公開されているRDBがもつ根本的な課題であることから、解消は難しいと思われる。

一方、既存のRDBにはないが必要な情報として、「できる・できないではなくて相談が可能か」「連絡先やファーストコンタクトの方法」が挙げられたことは注目に値する。また、ほとんどの参加者が、RDBに関わらず個別の相談が必須であると考えていることから、RDBを「詳細の情報を網羅する」ものではなく、「個別に相談するための最低限の資料を提供するツール」と考えることが必要とされていると考えられる。すなわち、RDBは、取得する情報項目を網羅的にすることに労力を費やすのではなく、必要最小限の数項目の情報(「往診、看取りの相談が可能か」「相談窓口と連絡方法」など)を確実に更新することによって、地域での相談の「きっかけ」として機能しやすくなるように見直すことに価値があると考えられる。

本研究を通じて繰り返し語られたことは、ヒューマンネットワークの重要性であった。RDBを構築する際には、「どのような内容のRDBを作成するか」という点に関心が集まりがちであるが、それ以上に「リソース情報を有効に利用するためのヒューマンネットワークをどう構築するか」が検討されなければならない。地域の多職種からなる連携カンファレンスは顔の見える関係を構築し、地域医療福祉従事者の情報共有に有用な可能性が示唆されている¹⁴⁾。在宅緩和ケアのRDBの活用を考える際には、RDBの情報内容以上に、「地域のヒューマンネットワークを促進する構造」を確実に構築することが重要である。

最後に、「患者が選ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない」という限界については、緩和ケアのみならずすべての医療に共通した問題である。情報を有する医療従事者の責

務と倫理について患者を含めた包括的な議論が必要であろう。

まとめ

複数地域の多職種を対象としたフォーカスグループによる質的研究により明らかになった在宅緩和ケアに関する望ましいRDBとは、網羅的な情報内容ではなく、「往診などの相談が可能か」や相談窓口など最低限の情報からなる確実に更新可能なRDBを作成すること、またRDBのインターフェイスは1つに集約し、それを周知徹底することと同時に、地域のヒューマンネットワークを促進することが重要であることが示唆された。

謝辞 本研究は、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」の一部として行われた。研究および分析にご協力いただいた皆様に心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) 片山 壽 監著：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。篠原出版新社，2008
- 2) 吉田利康：がんの在宅ホスピスケアガイド。p.00-00，日本評論社，2007
- 3) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト：対象地域に対する予備調査。2011年1月18日アクセス [http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html]
- 4) 社団法人松山市医師会：在宅医療に取り組む医療機関。2011年1月18日アクセス [http://www1.ehime.med.or.jp/mma/zaitaku/torikumi.html]
- 5) 独立行政法人福祉医療機構：WAM-NET。2011年1月18日アクセス [http://www.wam.go.jp/]
- 6) 静岡県立静岡がんセンター：静岡県—あなたの街のがんマップ。2011年1月18日アクセス [http://cancerqa.scchr.jp/shizuoka/ganmap/]
- 7) 藤田敦子：在宅緩和ケアの支援活動—NPO ピュアの取り組み。ホスピス緩和ケア白書編集委員会 編：ホスピス緩和ケア白書 2010—ホスピス緩和ケアにおけるボランティアとサポートグループの活動。p.70-73，2010
- 8) 石井須美子，稲 恒子，笠垣八重子，他：神戸市医師会在宅医療情報システム“逆紹介”を運用して。全国自治体病院協議会雑誌 46：703-705，2007
- 9) 福岡県在宅ホスピスをすすめる会 編：FUKUOKA 在宅ホスピスガイドブック—最後の時間を家で過ごす人のために。木星舎，2007
- 10) 在宅ホスピス協会：末期がんの方の在宅ケアデータベース。2011年1月18日アクセス [http://www.homehospice.jp/db/db.php]
- 11) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト：はままつがん緩和・在宅ケアマップ。浜松：緩和ケア普及のための地域プロジェクト；2010
- 12) 和田 努：在宅ケア医年鑑 2008 年版—在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本。同友館，2008
- 13) Krippendorff KH：Content Analysis：an Introduction to Its Methodology. Beverly Hills, CA：Sage Publications, 1980
- 14) 井村千鶴，古村和恵，末田千恵，他：地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性。緩和ケア 20：204-209，2010