

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価相貌研究事業）  
分担研究報告書

市民参加型地域緩和ケアシステム「家で死ねるまちづくり」の開発と評価

Ⅱ－５． 地域包括的緩和ケアシステムの概念枠組み

|       |        |                             |
|-------|--------|-----------------------------|
| 主任研究者 | 小松 浩子  | 聖路加看護大学看護学部 教授              |
| 分担研究者 | 川越 博美  | 訪問看護パリアン スーパーバイザー、聖路加看護大学教授 |
| 分担研究者 | 山田 雅子  | 聖路加看護大学看護実践開発研究センター 教授      |
| 分担研究者 | 大久保菜穂子 | 聖路加看護大学看護実践開発研究センター 准教授     |
| 研究協力者 | 内田千佳子  | 聖路加看護大学21世紀COE研究員           |

研究要旨：

本研究は、家で死を迎えたいと望む市民が当たり前にか家で最期のときを過ごすことができる地域を創るため市民が参加し専門職や行政との協働によるヘルスプロモーションに基づいた地域包括的緩和ケアシステムモデル（「家で死ねるまちづくり」）を開発することを目的としている。特に地域緩和ケアシステムが地域に根ざした実効性のある組織として機能するために、①訪問看護ステーションを中心とした市民参加型在宅ケアチームを組織すること、②新しいシステムの開発を専門職と協働しつつ、在宅緩和ケアを必要とする本人や家族のニーズに対し、活躍することができる市民の育成に焦点をあてて研究を推進してきた。これらの研究成果に基づき、地域包括的緩和ケアシステムモデル（「家で死ねるまちづくり」）を構築するための、構成要素と概念枠組みを提示した。

今年度は昨年度作成した構成要素の先行要素、構造要素、プロセス要素、アウトカム要素に新たな要素が加えられた。これらの構成要素に基づき、家で死を迎えたいと望む市民が当たり前にか家で最期のときを過ごすことができる地域を創るため市民が参加し専門職や行政との協働によるヘルスプロモーションに基づいた地域包括的緩和ケアシステムモデル（「家で死ねるまちづくり」）開発の基盤となる概念枠組みを考案した。

「地域包括的緩和ケアシステム」の構成要素の分析およびそれらに基づく概念枠組の考案を通して、1) 社会変動に伴い、わが国に広がるさまざまな面を包含した地域格差（健康格差、経済格差、教育格差など）を念頭におき、地域包括的緩和ケアシステムのグランドデザインを描く必要があること、2) すでに利用できる制度、施設・機関の強みと弱みを再アセスメントし、それを補強・強化して、効率的に新しい地域医療システムとすること、③住み慣れた家で死ぬことができる町づくりには、そこで生活を営む住民の力を動員できる地域力アップの必要性があること、が課題として挙げられた。

## A. 目的

本研究は、家で死を迎えたいと望む市民が当たり前で家で最期のときを過ごすことができる地域を創るため市民が参加し専門職や行政との協働によるヘルスプロモーションに基づいた地域包括的緩和ケアシステムモデル（「家で死ねるまちづくり」）を開発することを目的としている。

## B. 方法

本研究では特に地域緩和ケアシステムが地域に根ざした実効性のある組織として機能するために、①訪問看護ステーションを中心とした市民参加型在宅ケアチームを組織すること、②新しいシステムの開発を専門職と協働しつつ、在宅緩和ケアを必要とする本人や家族のニーズに対し、活躍することができる市民の育成に焦点をあてて研究を推進してきた。これらの研究成果に基づき、地域包括的緩和ケアシステムモデル（「家で死ねるまちづくり」）を構築するための、構成要素（表1）と概念枠組み（図1）を提示した。

## C. 結果

### 1) 地域包括的緩和ケアシステムの構成要素

Donabedian(1988)による

structure-process-outcome modelに基づき、在宅緩和ケアチーム基準作成、ボランティアグループ活動組織化、フォーカスグループインタビュー、国際比較研究および文献レビューの結果から抽出した「市民参与型地域包括的緩和ケアシステム」の構成要素を表1にまとめた。

市民参与型地域包括的緩和ケアシステム開発の先行要素として、高齢化社会、所得格差などの格差社会、がん対策基本法の施行などによるがん・緩和医療推進、地域医療格差などのほか、平成20年度より改訂となる在宅療養支援診療所ならびに訪問看護に関する診療報酬改訂などが加わった。また、文部科学省が推進する「がんプロフェッショナル養成プログラム」による緩和医療専門職者の育成推進があげられた。

ケアシステム開発を推進する構造的要素としては、がん患者数ならびにがんによる死亡者数の増加、がん医療の地域格差や健康格差を受ける人々、などがあげられる。また、社会変動のなかで離職や経済的危機にいたる人々、社会生活の多様化から人々の生き方の多用性が増していることがあげられた。構造的要素に含まれるケア提供者側の要素として、がん緩和医療の地域格差による医療者の偏在、地域緩和医療に携わる医療者（医師・看護師）の量と質の不足、地域緩和医療を支えるボランティアの量と質の不足、があげられた。さらに、ボランティアグループ活動の組織化を通し、地域行政担当者および地域住民のリーダーが加わる必要性が明らかになった。システムの要素としては、がん診療拠点病院の整備、在宅療養支援診療所の増加、在宅療養支援にかかわる診療報酬および介護保険の改定、その一方で在宅療養支援を推進するためのソフトウェア（診療所および訪問看護ステーション、病院—診療所—訪問看護ステーション等の連携システム）の整備の遅れ、などがあげられる。ボランティア活動の組織化が実際にすすむ中で、地域に現存するネットワークや緩和ケアを学べるシステム、

地域活動を興し、維持する資金が重要な要素としてあげられた。介護システムの弱体化や介護に従事するスタッフの不足などが現状の問題として浮上している。

プロセス的要素としては、現行の在宅療養支援システムの理解促進、療養の場の移行に関する意思決定の支援、在宅療養を支えるセルフケアの能力の向上、地域緩和医療の調整的な役割を担うケアコーディネーターの開発、地域緩和医療に携わる医師・看護師、ボランティアの能力向上、地域緩和医療の質保証、チームアプローチ（連携・協働、調整、包括的ケア）に必要な医療者、ボランティアの能力開発、地域包括的緩和ケアセンターの推進、地域連携を支える診療報酬、介護保険点数の見直し、新しい地域緩和ケアの創生へむけての行政への働きかけ、などが含まれる。フォーカスグループインタビューの分析結果からは、さらに、緩和医療にかかわる多様な人材間の相互理解、そのために、緩和ケアチームの基準が整備されること、チームにかかわる人材において役割・機能が明確化されることの重要性が示された。ボランティアなど新たな役割を担い地域で活動を行っていくために行政担当者の緩和ケアに関する理解がすすむことの重要性をもあげられた。併せて、行政、医療、地域住民が集い、活動を興し・継続していく組織が必須である。

アウトカム要素としては、患者および家族の視点から、尊厳と安らぎに満ちた最期のときがもてることを不可欠な要素としてあげた。その他、地域緩和医療に対する満足度の向上、QOLの向上、疼痛緩和、症状コントロールの向上、家族介護者の負担感減少、在宅死の認識の深まりと増加、ヘル

スボランティアの増加、緩和医療専門医の増加などをケア提供の視点から加えた。さらに、地域に根付いた緩和ケアへの取り組みにより個々の生きかたの尊重など倫理的関心の高まりがもたらされると考えた。また、緩和ケアの質向上とともに緩和ケアチーム内のメンバー間で連携、協働する能力が向上することもあげられる。地域緩和医療に携わる看護師の増加、地域緩和医療に携わる医療者の能力向上、地域緩和医療費の減少、がん患者グループホームや特化型（がん専門）訪問看護ステーションなど新たなケアシステムの構築、在宅死を支えるヘルシーコミュニティとしての具体的な政策提言、などがあげられる。これらをまとめたものとして、在宅死を支えるヘルスコミュニティとしての地域力向上が重要なアウトカムとして示される。

## 2) 地域包括的緩和ケアシステムを組織化するための概念枠組み

前述した構成要素に基づき、家で死を迎えたいと望む市民が当たり前前に家で最期のときを過ごすことができる地域を創るため市民が参加し専門職や行政との協働によるヘルスプロモーションに基づいた地域包括的緩和ケアシステムモデル（「家で死ねるまちづくり」）開発の基盤となる概念枠組みを考案した（図1）。

家で死を迎えるために不可欠な主要要素は、わが国の緩和ケアを推進する現行の医療システム（人、制度、多様な医療施設や診療・ケア基準、教育システムなど）ならびに福祉・介護システム（人、制度、多様な介護施設や介護サービス、教育システムなど）である。さらに、構

成要素の分析結果からは、地域力と言い表すことのできる主要要素がみいだされた。地域力は、医療施設から患者が住みなれた家にもどり、日々の生活を家族と共に行っていく上で必要とされる、地域に備えられている人材、制度、ネットワーク、地理的・文化的資源などを表すものである。地域包括的緩和ケアシステムは、この3つの主要要素が、それぞれの地域の特性を背景に、それぞれの要素がもつとも強みが活かされ、「家で死を迎えたいと望む人々が当たり前で最期のときを尊厳と安らぎに満ちて過ごす」ことを可能にできる状況を組織的に創りだすことができるよう、医療、福祉・介護、地域力が有する人材、制度、組織、システムが効果的に連携や協働するケア提供システムとして機能することが求められる。これらの3つの主要要素を一つのビジョンのもとに、効果的に組織化を推進するためには、個人内（患者、家族、医療者、市民）において、また個人間（患者－医療者、患者－患者、患者－家族、患者－知人など）において、さらには、文化的・環境的文脈を含むコミュニティにおいて、地域緩和ケアに関する理解が浸透し、専門職者や患者・家族のみならず、患者・家族と地域で暮らす人々との間で、地域緩和ケアに関する情報、知識、資源などについて効果的にやり取りされ、係わり合いや参加により、助け合いや支え合いの機運、実際上の助力、支え合いネットワークが促進される必要がある。そのためには、個人、個人間、コミュニティのレベルにおいて、制度や人材を集約し、効率的に機能する具体的なケアを

推進する組織が必要である。現時点では、地域における訪問看護ステーションがその中心的役割を担っていけると考えられる。

最終年度は、この概念枠組みを基盤とし、市民参加による地域包括的緩和ケアシステムモデルを構築するために、東京都S区のある地域に焦点をあて、そこですでに、ボランティアとの協働を開始している訪問看護ステーションを中心に、その地域を含むアクションリサーチを展開する。

#### D. 考察

「地域包括的緩和ケアシステム」の構成要素の分析およびそれらに基づく概念枠組の考案を通して、下記のような、課題が浮かび上がってきた。

ひとつには、社会変動に伴い、わが国に広がるさまざまな面を包含した地域格差（健康格差、経済格差、教育格差など）を念頭におき、地域包括的緩和ケアシステムのグランドデザインを描く必要がある。そのためには、まず、その地域で暮らす人々の生の声を集積し、それぞれの地域がもつ cons と pros を多面的にアセスメントすることが不可欠である。また、地域の声を集積する過程で、そこに集う人々は、その地域の緩和ケアシステム構築に何らかの貢献をする人材であることを忘れてはならない。地域づくりに向けての話しあいの過程で、医療システムおよび福祉・介護システムの地域的な特徴、それらをうまく補い合える地域力を見出し、弾力的で融通のきくケア提供モデルの構造的、機能的要素を積み上げていく必要がある。

2つ目には、医療システムとして、病院、診療所、訪問看護ステーション、保健センターなど、福祉・介護システムとして、介護保険制度、介護サービスシステムなど、すでに利用できる制度、施設・機関の強みと弱みを再アセスメントし、それを補強・強化して、効率的に新しい地域医療システムとすることも忘れてはならない。ことに、これらが組織的にどのように連携や協働を行っていくことができるか、そのために、改善や強化をすべ点は何か、どのようなネットワークが具体的にできるのかになどを、詳細に検討する必要がある。これらの組織の機能を強化し地域連携システムとして住民が効率的に利用することができるよう、地域の特徴に応じて、訪問看護ステーション内に、地域包括的緩和ケアセンターの機能を補充したりすることも一つのアイデアとなるであろう。

3つ目には、住み慣れた家で死ぬことができる町づくりには、そこで生活を営む住民の力を動員できる地域力アップが求められる。その鍵は、教育とパートナーシップにある。住民を対象にした緩和ケアの啓発教育を、口コミネットワークなどを介して、草の根運動として継続的に実施していく。その発信源は訪問看護ステーションばかりでなく、地域の医療施設、福祉・介護施設全てが担えるものである。その認識をするためには、まず、医療者自体に対して地域緩和ケアの重要性に関する教育を流布していく必要がある。また、行政との協働により、地域の学校や企業において、ヘルスボランティアとして活躍できる地域生涯学習のシステムづくりが必要といえる。

そして、新に作られるケアシステムが住民にとって質の高い地域緩和ケアを提供できているかを、継続的に評価する質保証システムを含めることを忘れてはならないだろう。

川越(2004)は、地域ごとに在宅ホスピス・緩和ケアの拠点となる施設の必要性を指摘している。その機能として、家で死を迎える人々にとって、尊厳が守られることの重要性を含んでいる。市民参与型地域包括的緩和ケアシステムを開発する上で、ボランティアの積極的参与などにより、当事者の立場から必要とされるケアを創出することが、ある意味で人生の最期のときを迎える人々の尊厳の保持にもつながることが期待できる。

都内A区において、地域緩和ケア基準（評価指標）および市民および行政との協働モデルを骨子とし、専門職、市民、行政担当者が equal partnership を結びながら、地域包括的緩和ケアシステムモデルを計画的・継続的にアクションリサーチを実施し、同時にモデルの有用性の評価を行う。

## E. 結論

地域包括的緩和ケアシステムの開発をめざし、ケアシステムの構成要素の分析とそれらに基づく概念枠組みの考案を行った。概念枠組みの主要要素として、医療システム、介護システムのほか、地域力という特徴的な要素がみいだされ、それは、地域緩和ケアの推進、持続可能性をもたらす上で、不可欠と考えられる。

## F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

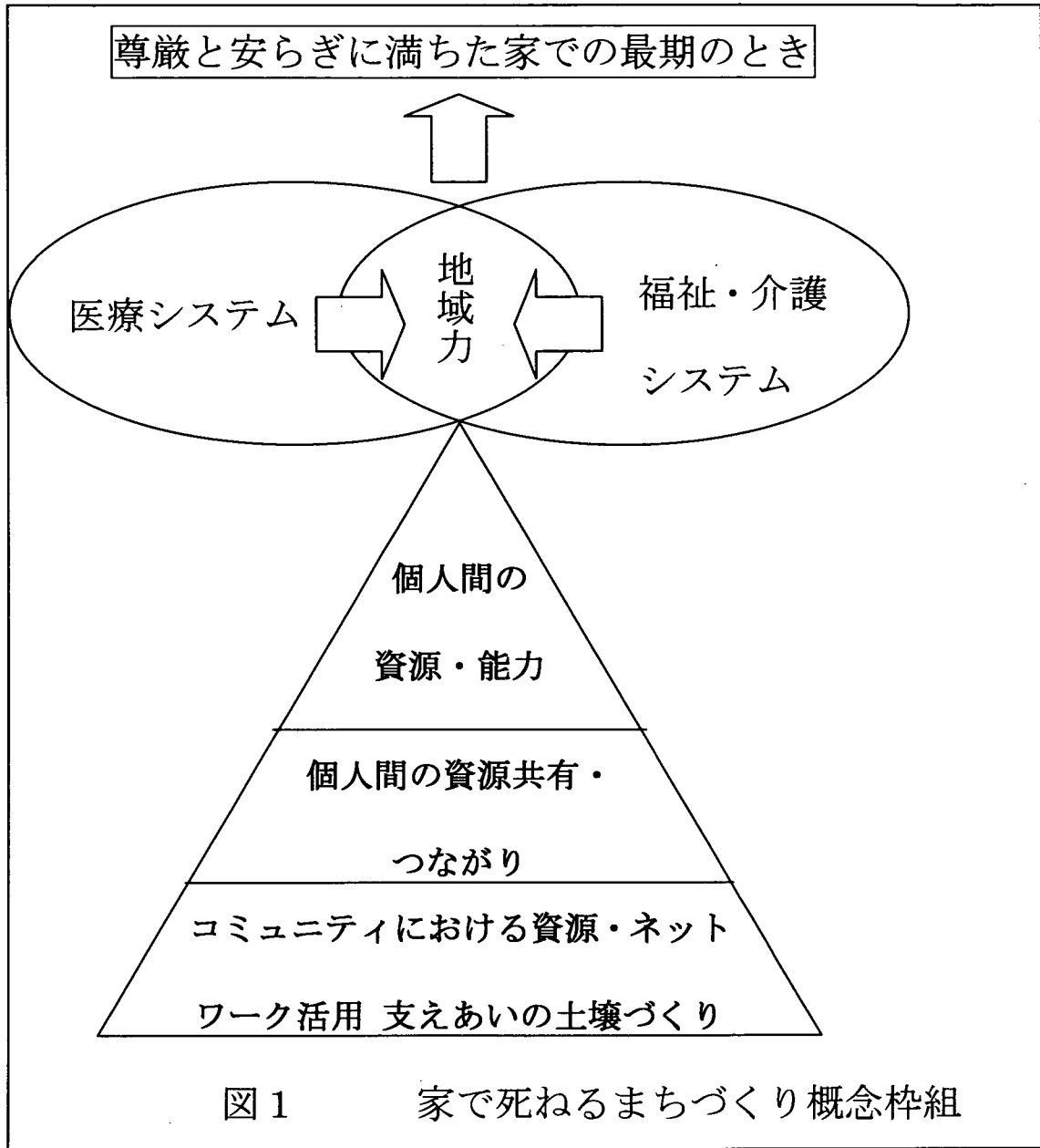
なし

表 1. 地域包括的緩和医療システムの構成要素

| Antecedents  | Structure   | Process   | Outcome   |
|--|---|---|---|
| <p>&lt;Environment&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅死の希望:10%</li> <li>65歳以上の高齢者の割合:18%</li> <li>所得格差など格差社会</li> <li>がん診療拠点病院の増加</li> </ul> <p>&lt;Political&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>がん対策基本法によるがん医療の均てん化の推進、在宅緩和医療の推進</li> <li>介護保険制度の改正</li> <li>在宅療養支援診療所の推進、診療報酬改正</li> <li>地域行政の脆弱化</li> <li>訪問看護診療報酬改正</li> </ul> <p>&lt;Health professions&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア専門医の教育、プログラム開発途上</li> <li>がんプロフェッショナル養成プログラムによる緩和ケア専門職の養成促進</li> </ul> | <p>&lt;Patients/Family&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>がん患者の増加</li> <li>がん患者の高齢化</li> <li>多重がん患者の増加</li> <li>がん医療格差を受けの人々</li> <li>多様な生き方</li> <li>社会変動に翻弄される人々</li> </ul> <p>&lt;Provider characteristics&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所に携わる医師の不足</li> <li>がん緩和医療の地域格差による医療者の偏在</li> <li>訪問看護師の不足</li> <li>介護スタッフの不足</li> <li>地域緩和医療を支えるボランティア、ボランティアコーディネーターの不足</li> <li>地域の行政担当者、地域住民のリーダー</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>療養の場移行への意思決定</li> <li>在宅療養を支えるセルフケア能力の向上</li> <li>在宅療養支援のためのリソースの活用</li> <li>在宅療養支援システムの住民の理解促進</li> <li>医療者、保健・福祉に携える専門職者、ボランティアとの情報の共有、共通理解</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>尊厳と安らぎに満ちた最期の時</li> <li>在宅緩和医療に対する満足度の向上</li> <li>QOLの向上</li> <li>疼痛緩和の向上</li> <li>家族介護者の負担感の減少</li> <li>家族適応の促進</li> <li>在宅死の認識の深まりと増加</li> </ul> |
| <p>&lt;Health professions&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア専門医の教育、プログラム開発途上</li> <li>がんプロフェッショナル養成プログラムによる緩和ケア専門職の養成促進</li> </ul>  | <p>&lt;Provider characteristics&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所に携わる医師の不足</li> <li>がん緩和医療の地域格差による医療者の偏在</li> <li>訪問看護師の不足</li> <li>介護スタッフの不足</li> <li>地域緩和医療を支えるボランティア、ボランティアコーディネーターの不足</li> <li>地域の行政担当者、地域住民のリーダー</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Team approach の能力向上</li> <li>緩和医療に携わる医師、看護師の専門能力の向上</li> <li>ボランティア、ボランティアコーディネーターの育成</li> <li>緩和医療にかかわる多様な人材間での相互理解</li> <li>在宅緩和ケアの質の向上</li> <li>緩和ケア基準の整備</li> <li>緩和ケアチームの役割・機能の明確化</li> <li>地域緩和医療推進の調整的役割を担うケアコーディネーターの誕生</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ヘルスボランティアの増加</li> <li>緩和医療専門医の増加</li> <li>在宅緩和医療に携わる訪問看護師の増加</li> <li>倫理的な関心の向上</li> <li>緩和ケアの質向上</li> <li>緩和ケアチームで連携・協働できる能力向上</li> </ul>         |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  | <p>&lt;System characteristics&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院－在宅療養支援診療所－訪問看護ステーションの連携システムの遅れ</li> <li>● 在宅療養支援診療所の増加</li> <li>● 在宅療養支援を推進するための介護保険改正</li> <li>● 在宅療養支援診療報酬の改正</li> <li>● 40歳以上のがん患者に対する介護保険の導入枠拡大</li> <li>● 介護保険システムの弱体化</li> <li>● ボランティアマネージメントの必要性</li> <li>● 地域に現存するネットワーク</li> <li>● 地域において緩和ケアを学べるシステム</li> <li>● ボランティアに対する人々の躊躇</li> <li>● 地域活動をおこし、維持する資金</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアの質評価システムの開発</li> <li>● 病院－在宅療養支援診療所－訪問看護ステーションの地域連携システム化</li> <li>● 地域連携を支える診療報酬の見直し</li> <li>● 介護保険導入によるダイケアシステムへの発展</li> <li>● 地域緩和ケア専門職者の継続教育システムの開発</li> <li>● テム開発</li> <li>● 地域緩和ケアセンターの開発</li> <li>● 行政担当者の緩和ケアに関する理解</li> <li>● 行政・医療・地域住民が集う場・機会</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 緩和ケア医療費の削減</li> <li>● 在宅死を支えるヘルスコミュニケーションとしての具体的な政策提言</li> <li>● 在宅死を支えるヘルスコミュニケーションとしての地域力向上</li> <li>● 地域緩和ケア評価システムの開発と質保証</li> <li>● 新たなケアシステムの誕生(特化型(がん専門)訪問看護ステーション、がん患者グループホーム)</li> </ul> |
|--|--|---|---|





厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧

学会発表

1. Naoko Okubo, Chikako Uchida, Hiroko Komatsu, Hiromi Kawagoe, Essential components of the comprehensive community palliative care system with citizen involvement in Japan, International Conference on Community Health Nursing Research, Spain, 2007.
2. 大久保菜穂子、内田千佳子、大金ひろみ、川越博美、対象者のニーズを取り入れた終末期における健康教育プログラムの質的評価、第5回日本ヘルスプロモーション学会、2007.
3. 内田千佳子、大久保菜穂子、大金ひろみ、川越博美、最期まで自宅ですごすことができた末期がん在宅療養者を支援したチームの特性、第5回日本ヘルスプロモーション学会、2007.
4. 大久保菜穂子、内田千佳子、大金ひろみ、川越博美、家で死ねるまちづくりに向けた市民向け講座の教育内容の評価、第5回日本ヘルスプロモーション学会、2007.
5. 大久保菜穂子、菱沼典子、高橋恵子、内田千佳子、石川道子、松本直子、鈴木久美、市民主導型健康生成のための市民ボランティア育成講座の評価、第66回日本公衆衛生学会、2007.
6. Health information service activities at nursing college in Japan : Evaluation of community-based activities, Keiko Takahashi, Michiko Hishinuma, Cichiko Ishikawa, Naoko Okubo, Naoko Matsumoto, Chikako Uchida, Eri Yamaoka, Masako Yamada, Keiko Indo, The 6<sup>th</sup> International Nursing Conference, Korea, 2007.

論文発表

1. 矢ヶ崎香、小松浩子、外来で治療を続ける再発乳がん患者が安定した自分へ統合していく体験、日本がん看護学会誌、21(1)、57-65、2007.
2. Hiroko Komatsu, Empowerment and Harmony in Cancer Nursing, Journal of Japanese Society of Cancer Nursing, 21(2), 87-91, 2007.
3. Naoko Okubo, Michiko Hishinuma, Keiko Takahashi, Chikako Uchida, Michiko Ishikawa, Naoko Matsumoto, Kumi Suzuki, Evaluation of Health Education Program for Active Citizens, Bulletin of St. Luke's College of Nursing, 34, 2008.