

一人の患者を診療所のかかりつけ医(主治医)と病院医師(主治医)が連携して診療して行くシステムである。脳卒中、癌、虚血性心疾患、心房細動、慢性閉塞性肺疾患、慢性腎機能障害、糖尿病の7疾患で病診連携インターネットシステムが稼働している。

②在宅療養支援病院

在宅療養支援診療所は地域ごとに偏在しており、在宅医療を提供するための環境が不十分であるため、「在宅療養支援病院」が提案され、2008年から導入された。2008年現在、全国で北海道、秋田県、千葉県、岐阜県、静岡県、鳥取県、広島県、大分県、鹿児島県、宮崎県(2箇所)の9道県に10病院に存在する。在宅療養を担当した合計患者数は10~407件、在宅看取り件数は0~2件であり施設に応じて異なるようである。

③在宅医療支援病棟

国立長寿医療センターでは、「地域ケア体制の整備」のモデル事業の一環として、2009年4月に在宅医療支援病棟が開設された。在宅医療支援病棟で「在宅復帰支援」と「在宅継続支援」による在宅医療の推進を目的としている。入院目的として、治療、調整、胃ろう交換、レスパイト、看取り目的があげられ、入院する患者は、肺炎などの急性疾患が多く、救急入院の割合が多いことが報告されている。

2. 介入地域訪問

OPTIM開始以降、地域ミーティングなどを通じて顔が見えるようになった結果、受け皿となる訪問看護ステーションが見つからなくて困るという事態が生じなくなった、連携が取りやすくなったとの意見が聞かれた。また、病院のカンファレンスに診療所医師が参加することで、早期から在宅に関する情報を提供できることがうかがえた。

D. 考察

今回の調査を通じて、診診連携のネットワークは、地域によってその大きさは異なるが、各地域において、既存の資源、ネットワークを活かし、ネットワークが有機的に稼働するよう様々な取り

組みが行われていることがうかがえた。また、病診連携に関しては、在宅継続支援に向けたモデル事業等が行われている。これらは限られた施設のみで提供されているが、今後の病診連携のあり方を考える上での基礎的資料になるとうかがえる。

OPTIM地域介入の開始により、地域において顔が見える関係が構築され、その結果地域連携が促進されていることがうかがえた。情報共有等においては施設間によって方法が異なる点等があるが、それぞれの施設間の連携ツールや取り決めのひな型を何パターンか提示することで、新たな連携・信頼関係の形成を容易にし、今までの連携を改善するきっかけとなると考えられる。

E. 結論

本研究を通じて、ネットワークの構築、患者情報の共有など各地域における地域連携の様々な取り組みが明らかとなった。今後も地域連携に関する情報を収集し、モデルとなりうる情報の構築を進めるとともに、連携ツールや取り決めのひな型を何パターンか呈示できるよう調査・研究等をすすめていく必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

松本篤, 川越正平. 地域連携医療 在宅がん緩和医療を推進するポイント. 治療学. 43 (4) 408-413, 2009

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究報告書

緩和ケアに関する情報の市民への普及に関する研究

研究分担者 的場元弘 国立がんセンター中央病院緩和医療科 医長

研究要旨

緩和ケア普及のための地域プロジェクトに参加している4地域において、一般市民を対象に緩和ケアに関する普及啓発を行うことで、地域での緩和ケアに対する認知度の上昇と緩和ケアシステムの利用状況の改善を目的に、各地域のがん緩和ケアサポートセンター、医療機関、市役所、保健所などにおいて、3つ折りリーフレット、A5判小冊子、ポスター、DVDなどのマテリアルの配布または掲示、あるいは供覧および「緩和ケアを知るための100冊」、市民向けの緩和ケア関連の講演会を実施した。ただちに緩和ケアに関する情報を必要としている市民は多くないものの、毎年一定数のがんに罹患するため、新たながん患者や家族、友人などが新たに緩和ケアに関する情報を必要とする人口は毎年一定数出現すると考えられ、継続的な情報提供が必要と考えられた。

A. 研究目的

緩和ケア普及のための地域プロジェクトに参加している、山形県（鶴岡市・三河町地域）、千葉県（柏市・我孫子市・流山市地域）、静岡県（浜松市地域）、長崎県（長崎市地域）の4地域において、一般市民に対して緩和ケアについての誤解を解き、がん医療における県環ケアの実際と、各地域での取り組みについての情報が広くいきわたることを目的とした。

B. 研究方法

平成21年度は、平成20年度に引き続き、一般市民向けのマテリアルとして、3つ折りリーフレット「つらい時期を上手に過ごす」、A5判小冊子「あなたの地域の緩和ケア」、ポスター4シリーズ、DVD「我が家へ帰ろう」、VHS「我が家へ帰ろう」、「緩和ケアを知るための100冊リスト」を各地域のがん緩和ケアサポートセンター、医療機関、市役所、保健所などにおいて配布または掲示、あるいは供覧することとし、3つ折りリーフレット、A5判小冊子およびDVDについては地域での市民向け講演会などでの配布も併せて行うこととした。ポスターについては昨年度に続き掲示場所の拡大をおこなった。DVDやVHSについては供覧を行った場所、あるいは配布数をモニタした。これらのマテリアルについては、各地域の利用状況を把握するため、1年間の利用状況について集計を実施するここととした（平成21年度については平成21年4月から平成22年3月末まで）。配布などによるマテリアルの不足状況については、次年度増刷要望とした。補充数量を含めて利用状況をモニタすることとした。

また、「緩和ケアを知るための100冊」については、「緩和ケアを知るための100冊リスト」を各地域の希望する形で配布または閲覧できるようにした。また、市民を対象にした、緩和ケアに関する講演会については、テーマと開催頻度についてモニタすることとした。また、4地域の普及啓発の担当者を対象としたフォーカスグループインタビューを実施して、各地域の普及啓発の方法についてモニタすることとした。市民に対する、緩和ケアに関する情報の市民への普及の効果については、本研究班の「評価測定委員会」において調査することとした。

（倫理面への配慮）

本研究においては、患者個人に関する個人情報の取扱いはない。また、がん患者及び家族の心情等にも配慮し、特定の病態やがん種について倫理上問題のなる内容とならないように配慮した。また、各地域担当者を通じて、地域ごとに啓発にかかわるマテリアルの内容について倫理面を含めた問題についての確認の上利用することとし、実際の利用についても各地域の判断にゆだねた。

C. 研究成果

【三つ折りリーフレット(冊)：つらい時期を上手に過ごす】

鶴岡地域4565、柏地域1800、浜松地域13292、長崎地域1700。合計配布数は21417枚であった。

【A5版小冊子(冊)：あなたの地域の緩和ケア】

カッコ内は次年度増刷希望数

鶴岡地域3175、柏地域3110(1500)、浜松地域16752、長崎地域1700。合計配布数は24734冊であった。

【DVD(枚)：我が家へ帰ろう】

鶴岡地域80、柏地域90、浜松地域12、
長崎地域15。合計配布数は197枚であった。

【VHS(本)：我が家へ帰ろう】

鶴岡地域0、柏地域52、浜松地域12、
長崎地域0。合計配布数は57本であった。

【ポスター(枚)：4シリーズ】

鶴岡地域1471、柏地域1224、浜松地域1479、
長崎地域1620。合計配布数は5794枚であった。

【緩和ケアを知るための100冊リスト(冊)】

カッコ内は次年度増刷希望数

鶴岡地域10、柏地域1331(2000)、浜松地域52、
長崎地域10。合計配布数は1403冊であった。

フォーカスグループインタビューの結果、各地域での掲示場所の実態、各マテリアルの問題点、改善点が明らかとなり、地域のメディアを積極的に活用するなど地域毎にそれぞれの対策が検討された。

D. 考察

今年は地域への2年目であり、各地域においてのマテリアルの配布場所および配布方法は昨年度後半に引き続き、地域ごとの傾向や特色、工夫が見られた。マテリアルの配布または掲示、あるいは供覧に際して、特に大きな問題は発生しなかったが、ポスターや冊子、リーフレットなどの設置に適した場所にはすでに他の目的の配布物が置かれているなど、場所の制約が大きく設置が難しいといった意見が聞かれた。このほか地域によっては、サポートセンターを周知する目的でステッカーや文具等の小物を独自に作成するなどの動きも見られ、地域にあった広報活動の必要性も示された。

一般市民に対する啓発活動は、がんに関連した情報に関心がある場合とない場合で大きく異なる。前者は、情報を集める動機があり、また集めようとする情報も比較的明確である。一方、ほとんどの市民は、健康ブームといわれる現在においても“がん”という疾患や“緩和ケア”などの情報に対する関心の程度は低く、一律な普及啓発活動では情報が浸透しにくい。一方、毎年30万人以上ががんで死亡している状況にあることから、多くの市民が家族や友人などのがんを体験していると考えられることから、年度ごとのマテリアルの媒体の形式や内容の変更を短期間に行うよりも、継続して一定の情報を発信することが効果的であると考えられる。

E. 結論

本研究においては、一般市民を対象にしていることから、リーフレットや小冊子、ポスターによる意識の喚起、DVDなどのマテリアルを継続的に提供し、また、「緩和ケアを知るための100冊」の設置や市民向け講演会を提供することが長期的には効果的と考

えられる。また、職場環境などでもこれらの情報が得られるような仕組みの必要性が明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表

秋山美紀、的場元弘、武林亨、中目千之、松原要一『地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査』Palliative Care Research 第4巻2号, pp. 112-122, 2009,

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

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）

研究報告書

評価測定に関する研究

研究分担者 宮下光令 東北大学医学系研究科保健学専攻
研究協力者 佐藤一樹 東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻

研究要旨

プロジェクトの効果検証のための介入後調査として、専門緩和ケアサービス利用数調査、がん患者の死亡場所調査、地域の緩和ケアの質指標調査を実施した。各調査は、研究計画書に基づき円滑に遂行され、プロジェクトの有効性の評価のための介入後1年目のデータが得られた。

A. 研究目的

本プロジェクトによる地域での実践が緩和ケアの質の向上に有効であったのかを評価し、今後の全国的な普及につなげていくためには、介入効果の適切な評価が不可欠である。評価測定委員会の本年度の目的は、プロジェクトの有効性評価のための、介入後1年目の調査を実施することである。

B. 研究方法

1. 年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用数

【対象】調査対象は、本研究対象地域において専門緩和ケアサービスを提供している、鶴岡地域1施設、柏地域2施設、浜松地域6施設、長崎地域6施設とした。

【方法】施設調査担当者に対し、2008年度（2008年4月～2009年3月）に専門的緩和ケアを受けた当該地域に居住するがん患者について、匿名化された一覧表の作成を依頼し、情報を得た。専門緩和ケアサービスの利用数を年間がん死亡者数で除し、年間がん患者死亡数で補正した専門緩和ケアサービスの利用数として百分率で計算した。

2. がん患者の死亡場所

【対象】地域の全がん死亡患者

【方法】厚生労働省に対し、人口動態調査に係る調査票情報の目的外使用を申請し、2008年（2008年1月～2008年12月）の本研究対象地域および全国におけるがん患者の死亡場所の情報を得た。また、本研究対象地域の緩和ケア病棟の調査担当者に対し、2008年に緩和ケア病棟で死亡した当該地域に居住するがん患者数の集計を依頼し、情報を得た。

人口動態統計に基づき、第10回修正国際疾病障害死因分類（ICD-10）の「悪性新生物」（ICD-10コード C00-C97）に該当する死亡者の、死亡したところの種別、居住地（都道府県符号、市町村符号）、性、年齢、死亡したとき（年月）、死亡の原因（簡単分類）を把握した。

3. 地域の緩和ケアの質指標調査

【測定項目】地域の緩和ケアの質指標である以下の項目とした。

- 1) オピオイドの利用性
- 2) 地域医療者の支援・教育
- 3) 在宅支援機関の利用性
- 4) 専門的なトレーニングを受けた医療者の存在
- 5) 専門的緩和ケアを行うリソースの利用性

【方法】オピオイドの利用性については、県に対し公文書開示請求を申請し、本研究対象地域における2008年（2008年1月～2008年12月）のオピオイド処方量、麻薬免許を所得している診療所の医師数、麻薬を扱える保険薬局の数の情報を得た。地域の医療者の支援・教育については、本プロジェクトにより設置された相談支援センターに対し調査票を配布し、本研究対象地域における2008年の緩和ケアに関する講習会の回数、緩和ケアに関するネットワークの情報を得た。在宅支援期間の利用性については、厚生局に対し行政文書開示請求を申請し、本研究対象地域における2008年の在宅療養診療所の数、24時間対応できる訪問看護ステーションの数、在宅療養支援診療所による在宅看取り数の情報を得た。また、日本ホスピス緩和ケア協会の年次大会資料より、2008年度の緩和ケア病棟の入院患者数と死亡退院数の情報を得た。専門的なトレーニングを受けた医療者の存在につ

いては、日本緩和医療学会に対し情報提供を依頼し、本研究対象地域における2008年の日本緩和医療学会に所属している医師の数の情報を得た。また、日本看護協会のホームページより、本研究対象地域における2008年のがん看護専門看護師、精神看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛緩和認定看護師の数の情報を得た。日本病院薬剤師会のホームページより、本研究対象地域における2008年のがん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師の数の情報を得た。専門的緩和ケアを行うリソースの利用性については、日本ホスピス緩和ケア協会年次大会資料より、本研究対象地域における2008年の緩和ケア病棟のベッド数の情報を得た。また、相談支援センターに対し調査票を配布し、本研究対象地域における2008年の緩和ケアチームの数、緩和ケア外来の回数、コンサルテーションの窓口の数の情報を得た。本研究対象地域の緩和ケア病棟に対し調査票を配布し、2008年の緩和ケア病棟の入院待ち日数が14日以上であった患者の割合に関する情報を得た。本研究対象地域の緩和ケアチームに対し調査票を配布し、2008年の緩和ケアチームの利用待ち時間が48時間以上であった患者の割合に関する情報を得た。地域の緩和ケアの質指標それぞれの項目について年間がん死亡者数で除し、年間がん患者死亡数で補正した地域の緩和ケアの質指標として比で計算した。

(倫理面への配慮)

各調査は戦略研究によって開催される倫理審査の承認の後に実施した。調査施設が必要と判断した場合には、調査施設の施設内倫理委員会による倫理審査を受け、承認の後に実施した。

C. 研究結果

介入期間中であるため、本報告書では研究結果の詳細は示さない。

1. 年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用数

対象地域において2008年度に専門緩和ケアを受けた患者の人数は、以下の通りであった。

- ・緩和ケア病棟：462名
- ・緩和ケアチーム：1089名
- ・地域緩和ケアチーム：61名
- ・緩和ケア外来：197名

2. がん患者の死亡場所

対象地域における2008年のがん患者の死亡場所は、死亡者数が5408名で、病院が4735名(87.6%)、診療所が107名(2.0%)、老人保健施設が10名(0.2

%)、老人ホームが54名(1.0%)、自宅が465名(8.6%)、その他が37名(0.7%)であった。

3. 地域の緩和ケアの質指標調査

対象地域における2008年の地域の緩和ケアの質指標に関してデータを得た。

D. 考察・結論

各調査は、研究計画書に基づき円滑に遂行された。本年度実施された介入後調査により、プロジェクトの有効性評価のための介入後1年目のデータを得ることができたと考えられる。

来年度の課題は、本年度と同様の方法により専門緩和ケアサービス利用数、がん患者の死亡場所、地域の緩和ケアの質指標に関して継続的にデータを得ることに加え、介入後の患者調査、医療者調査を実施し、介入後データを得ることである。

E. 結論

介入後調査として、専門緩和ケアサービス利用数、がん患者の死亡場所調査、地域の緩和ケアの質指標調査を実施した。各調査は、研究計画書に基づき円滑に遂行され、プロジェクトの有効性の評価のための介入後1年目のデータが得られた。

F. 研究発表

論文発表

1. Miyashita M, Yasuda M, Baba R, Iwase S, Teramoto R, Nakagawa K, Kizawa Y, Shima Y. Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: A hospital-based palliative care team setting. *Eur J Cancer Care*. (in press)
2. Sugiura M, Miyashita M, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Matoba M, Sano M, Shima Y. Analysis of Factors Related to the Use of Opioid Analgesics in Regional Cancer Centers in Japan. *J Palliat Med*. (in press)
3. Ando M, Morita T, Miyashita M, Sanjo M, Shima Y, Kira H. Effects of Bereavement Life Review Therapy on Spirituality, Anxiety and Depression. *J Pain Symptom Manage*. (in press)
4. Akazawa T, Akechi T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y, Furukawa TA. Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: A categorization of care strategies based

- on bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage.* (in press).
5. Choi JE, Miyashita M, Hirai K, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer.* (in press)
 6. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The Palliative Care Knowledge Test (PCKT): the reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med.* (in press)
 7. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The Palliative Care Self-reported Practices Scale (PCPS) and the Palliative Care Difficulties Scale (PCDS): reliability and validity of 2 scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med.* (in press)
 8. Ando M, Kawamura R, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Okamoto T, Shima Y. Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology.* (in press)
 9. Sasahara T, Miyashita M, Umeda M, Higuchi H, Shinoda J, Kawa M, Kazuma K. Multiple evaluation of a hospital-based palliative care consultation team in a university hospital: Activities, patient outcome, and referring staff's view. *Palliat Support Care.* 2010; 18: 1-9.
 10. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. Care for Imminently Dying Cancer Patients: Family Members' Experiences and Recommendations. *J Clin Oncol.* 2010; 28(1): 142-8.
 11. Shinjo T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. Care for the Bodies of Deceased Cancer Inpatients in Japanese Palliative Care Units. *J Palliat Med.* 2010; 13(1): 27-31.
 12. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai K, Kawamura R, Mitsunori M, Sato K, Shima Y. Religious Care Required for Japanese Terminally Ill Patients With Cancer From the Perspective of Bereaved Family Members. *Am J Palliat Med.* 2010; 27(1): 50-4.
 13. Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Sato K, Shima Y, Uchitomi Y. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2009; 37(6): 1019-26.
 14. Miyashita M, Arai K, Yamada Y, Owada M, Sasahara T, Kawa M, Mukaiyama T. Discharge from a palliative care unit: prevalence and related factors from a retrospective study in Japan. *J Palliat Med.* 2009; 12(2): 142-9.
 15. Miyashita M, Narita Y, Sakamoto A, Kawada N, Akiyama M, Kayama M, Suzukamo Y, Fukuhara S. Care burden and depression in caregivers caring for patients with intractable neurological diseases at home in Japan. *J Neurol Sci.* 2009; 276: 148-52.
 16. Sato K, Miyashita M, Morita T, Suzuki M. Long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life prolongation treatment, knowledge about palliative care. *J Palliat Care.* 2009; 25(3): 206-12.
 17. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. Late Referrals to Palliative Care Units in Japan: Nationwide Follow-up Survey and Effects of Palliative Care Team Involvement After the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage.* 2009; 38(2): 191-6.
 18. Fukahori H, Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, Eguchi K. Administrators' Perspectives on End-of-Life Care for Cancer Patients in Japanese Long-Term Care Facilities. *Support Care Cancer.* 2009; 17(10): 1247

19. Misawa T, Miyashita M, Kawa M, Abe K, Abe M, Nakayama Y, Given CW. Validity and reliability of the Japanese version of the Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA-J) for community-dwelling cancer patients. Am J Hosp Palliat Med. 2009; 26(5): 334-40.
20. Okishiro N, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y. The Japan HOSpice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study): views about legalization of death with dignity and euthanasia among the bereaved whose family member died at palliative care units. Am J Hosp Palliat Med. 2009; 26: 98-104.
21. Sanjo M, Morita T, Miyashita M, Shiozaki M, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. Caregiving Consequence Inventory: A measure for evaluating caregiving consequence from the bereaved family member's perspective. Psychooncology. 2009. 18(6): 657-66.
22. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Kimura F. Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. J Pain Symptom Manage. 2009; 37(5): 823-30.
23. Kusajima E, Kawa M, Miyashita M, Kazuma K, Okabe T. Prospective evaluation of transition to specialized home palliative care in Japan. Am J Hosp Palliat Med. 2009. 26(3): 172-9.
24. Morita T, Murata H, Kishi E, Miyashita M, Yamaguchi T, Uchitomi Y. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. J Pain Symptom Manage. 2009; 37(4): 649-58.

3. その他
特記すべきことなし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし

地域緩和ケア普及のための課題抽出

—4地域・多職種の医療福祉従事者のフォーカスグループによる地域緩和ケア普及のための課題抽出—

研究分担者：武林 亨

研究要旨

地域を単位とする緩和ケアの普及が求められているが、複数地域の多職種を対象として課題を整理した研究はない。本研究の目的は、複数地域の多職種の医療福祉従事者によるフォーカスグループ（FG）により、地域緩和ケアの普及のための課題を抽出し整理すること、意見交換会の有用性を評価することである。地域緩和ケア普及のための課題として、地域の「顔の見える関係」の構築、専門緩和ケアの利便性と質の向上、医療福祉従事者の緩和ケア・在宅ケアに関する認識と知識の向上、病院と地域との連携の促進、地域内の連携の促進、既存のリソースの最大利用、患者・市民の緩和ケア・在宅ケアに関する認識の向上、制度・社会の問題の改善の8領域に整理された。参加者の83 - 91%が、意見交換会は全般的に有用であったと評価した。地域で緩和ケアを普及させていく手順を明確にしていくための基礎資料を得た。

A. 研究目的

2007年より地域緩和ケアのモデルを検証するために進められている「緩和ケアプログラムによる地域介入研究；OPTIMプロジェクト」の介入4地域の医療福祉従事者を対象に、地域緩和ケアの課題を抽出し、情報を共有するために「意見交換会」を開催した。本研究の目的は、複数地域の多職種の医療福祉従事者によるフォーカスグループ（FG）により、地域緩和ケアの課題を抽出し整理すること、複数地域の多職種による意見交換会の有用性を評価することである。

B. 研究方法

【対象】OPTIMプロジェクトに参加している医療福祉機関278施設に意見交換会の開催をアナウンスし、各地域30名前後（合計150名）の参加者を募った。

【方法】意見交換会は、2年間に2回（2008年度は2日間、2009年度は1日間）行った。いずれも4地域の状況に関するパネルディスカッションを行い、その後、小グループでのFGを行った。FGのテーマは、各地域からのヒアリングにより共通して課題として挙がっていた「がん患者の在宅療養移行」「緩和ケアの導入」「地域の機関間の情報共有」を設定した。各グループは、1テーマについて8～12名で1時間、1名のファシリテーターのもとにフォーカスグループを23グループ行い設定された課題を抽出した。参加者に文書で説明を行い、同意を得たうえで録音した。意見交換会の評価は、終了後に参加者に質問紙を配布し回収箱に回収した。調査項目として、意見交換会の全般的有用性1項目（「意見交換会は総合的に役立ったか」）、および領域ごとの有用性6項目（①他の地域の状況をよく知ること、②自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得ること、

③自分の地域・施設に帰って実際に活かすこと、④他の地域のメンバーとも悩みや問題を共有すること、⑤顔の見える関係をつくること、⑥何か困った時などに相談できる相手をつくることに役に立ったか）について、「とても役に立った」から「役に立たなかった」の5件法で尋ねた。

【解析】録音したFGの内容はテキストデータ化し、地域緩和ケア普及のための課題について述べている部分を抽出した。抽出した部分は、内容分析によって、意味内容ごとにカテゴリー化した。2名の研究者が独立して内容分析をした後、緩和ケア専門医師のスーパービジョンをもとに、一致するまで討議した。FGを行った3テーマそれぞれについて分析を行ったが、カテゴリーが重複したため、まとめて分類した。質問紙の回答は度数分布を集計した。

C. 研究成果

合計336名の4地域の医療福祉従事者が参加した。職種は、看護師152名、医師67名、薬剤師47名、ソーシャルワーカー31名、ケアマネジャー22名、その他17名であった。勤務場所は、病院103名、緩和ケア病棟・チーム85名、訪問看護ステーション35名、診療所33名、保険薬局27名、居宅介護支援事業所19名、その他33名であった。性別は、女性67%、男性33%、臨床経験年数は10年未満23%、10～20年35%、20年～30年33%、30年以上9%であった。

また、地域緩和ケア普及のための課題として、合計131項目が抽出され、8領域40の課題に分類された。

1. 地域緩和ケア普及のための課題

1) 地域の「顔の見える関係」の構築

同じ地域内であっても交流が同職種や一機関内に

限られていることから「多職種による交流」や、「ノウハウを持っている施設と持っていない施設との交流」が課題として挙げられた。

2) 専門緩和ケアの利便性と質の向上

がん治療や医療用麻薬を用いた緩和治療が外来で行われているから、「外来患者への緩和ケアの専門家の支援」の必要性が、在宅療養しているがん患者が増加していることから「在宅患者への緩和ケアの専門家の支援」や「緩和ケアに紹介する時期と方法」が抽出された。

3) 医療福祉従事者の緩和ケア・在宅ケアに関する認識と知識の向上

緩和ケアと在宅療養についての適切な知識が不足していることが最も多く挙げられた。また緩和ケアと療養場所の重要性を医療者が十分に認識していないことや、緩和ケアや在宅医療の認識についての課題が抽出された。

4) 病院と地域との連携促進

患者の退院にあたっては、「自宅でも継続可能な医療・ケアへの変更」を行い、「地域の医療福祉従事者への早めの紹介・準備」をすることや退院前には「多職種による退院前カンファレンスの開催」また「予測される事態と対応の取り決め」「地域からの問い合わせ窓口と経路」を明確にしておく必要性が挙げられた。

5) 地域内の連携促進

病名、病状などの「患者についての基礎的な情報の共有」を多施設間で効率よく行うこと、および病状が時間単位で変わるようなときに「患者についてリアルタイムな情報の共有」に整理された。

6) 既存のリソースの最大利用

既存のリソースを最大利用するために、データベースの存在が知られている必要性和「最新・正確なデータベース」の重要性が挙げられた。

7) 患者・市民の緩和・在宅ケアに関する認識

在宅ケアについては、夜間対応、家族への負担といった「在宅療養に関する認識」が多く挙げられた。緩和ケアに関しては、「緩和ケア＝末期の認識」「医療用麻薬に対する誤解」「見放された感と治療中止の難しさ」が挙げられた。

8) 制度・社会の問題

マンパワー不足を主とする「他の業務との労働量のバランス・資源の不足」が最も多く挙げられ、介護力不足」、薬局間譲渡や返却が難しい「保険薬局

からの医療用麻薬の調達」、がん患者の病状の進行と制度が一致しない「介護保険」などが挙げられた。

2. 意見交換会の評価

2008年度の1日目は83名、2日目は106名、2009年度は107名(回収率はそれぞれ81、88、93%)より回答を得た。全般的有用性では、2008年83%(1日目)、89%(2日目)、2009年91%が「とても役に立った・役に立った」と回答した。

D. 考察

本研究は、複数地域の多職種の医療福祉従事者によるフォーカスグループ (FG) により、地域緩和ケア普及のための課題を抽出するための構造的な介入を評価したわが国では初めての研究である。本研究の重要な知見は、地域緩和ケア普及のための8領域40の課題が抽出されたこと、複数地域の多職種による意見交換会の有用性が示唆されたことである。

1) 地域の‘顔の見える関係’の構築

地域の多機関多職種が一堂に会し、地域の課題についてフォーカスグループなどを通じて話し合う場を設け「顔の見える関係」を構築していくことが重要であると考えられる。

2) 専門緩和ケアの利便性と質の向上

外来がん患者では精神的支援や消化器症状の緩和ケアニーズが高く、治療抵抗性の苦痛を生じやすいことから、外来・在宅の患者へ緩和ケアの専門家からの支援体制を確立することは重要であると考えられる。

3) 医療福祉従事者の緩和・在宅ケアに関する認識・知識の向上

地域・病院の双方の医療者を対象とし、各々が必要としている学習内容を含む相互交流的な講習会や参加型の教育機会など設定することが必要である。また苦痛の緩和、療養場所の選択を含めた教育が重要である。

4) 病院と地域との連携促進

病院の退院支援・連携部署が機能することは、在宅療養移行の重要な影響因子であることが報告されており、退院支援専門部署の設置が有用である。

5) 地域内の連携促進

患者情報を電子化し、多機関の医療福祉従事者がタイムリーに共有できるシステムの有用性が報告されているため、地域の多機関でリアルタイムに患者情報を共有できる手段の導入を検討する必要がある。

6) 既存の資源やシステムの最大利用

データベースに掲載する内容は必要最小限の項目とし、正確なものに更新したうえで、地域に分かりやすい方法で周知することが重要であると考えられる。

7) 患者市民の緩和・在宅ケアに関する認識の向上
「緩和ケア＝末期」や医療用麻薬に対する誤解はこれまでも繰り返し指摘されており、正しい認識の普及が重要である。患者への啓発と同じように医療者への啓発も重要であると考えられる。

8) 制度・社会の問題

医療用麻薬に関しては、備蓄薬局からの譲渡や卸への返品を可能とすることで問題解決が図れる。また終末期がん患者は急激に状態が悪化し認定前に死亡する患者もいることから、申請時から要介護度2とする方策をとることでコストを抑制できる可能性がある。

E. 結論

地域緩和ケアを普及させていくための8領域40の課題が抽出された。これらの課題は、緩和ケアの普及レベルや医療システム、人口、地域特性も異なる複数地域の医療福祉従事者の視点から得られたものであり、わが国において共通性の高い課題であると考えられる。今後同定された課題に対する「解決策」を収集することにより、地域で緩和ケアを普及させていく手順を明確にすることが可能になると考える。

■この他、当研究班では、各地域における介入の担保となるデータの収集、取り組まれている下記プログラムの評価を行っている。

在宅の視点のある病棟看護尺度開発、病棟の視点のある病棟看護ベンチマーク調査、わたしのカルテ（患者所持型情報共有ツール）の有用性評価、退院支援に関する教育ニーズ、退院患者へのテレフォンプォローアップ、在宅医療者が病院のケースカンファに参加することの有用性評価、病棟看護師の在宅の視点を養成するための訪問看護ステーション研修の有用性評価

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 山岸暁美、森田達也、古村和恵、末田千恵、木下寛也、白髭豊、秋山美紀、秋月伸哉、武林亨、加藤雅志、江口研二、地域で緩和ケアを普及させるために取り組むべき課題は何か？、緩和医療学会(submitted).

2. 学会発表

- 1) 山岸暁美、森田達也、古村和恵、末田千恵、木下寛也、白髭豊、秋山美紀、秋月伸哉、武林亨、加藤雅志、江口研二、地域で緩和ケアを普及させるために取り組むべき課題は何か？、緩和医療学会(2010年発表予定).
- 2) 山岸暁美、久部洋子、山田雅子、在宅視点のある病棟看護尺度の開発、日本看護科学学会(2009).
- 3) 山岸暁美、末田千恵、古村和恵、山田雅子、川越正平、森田達也、在宅視点のある病棟看護の実態、医療マネジメント学会(2010年発表予定).
- 4) 末田千恵、山岸暁美、中村香織、山田雅子、古村和恵、川越正平、森田達也、病棟看護師の退院支援に関する教育ニーズ、医療マネジメント学会(2010年発表予定).
- 5) 古村和恵、山岸暁美、森田達也、末田千恵、川越正平、秋月伸哉、永江浩史、富樫清、江口研二、「わたしのカルテ」の運用課題と有用性に関する多地域・多施設インタビュー調査、緩和医療学会(2010年発表予定).

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

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
緩和ケアプログラムによる地域介入研究
Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model
OPTIM Study

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

「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」

Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model
OPTIM

【案】

鶴岡地域

目次

- I はじめに
- II 介入前の地域の緩和ケア提供体制の状況と問題抽出
 - 1 地域の医療資源のレビュー
 - 2 地域の問題点の把握
- III 介入プロセスの記述とその評価 2008～2009年
 - 1 緩和ケアの標準化
 - 1) 緩和ケアに関する診療ツールの普及
 - 2) 医療者対象のセミナー
 - 3) その他のトライアル
 - 2 がん患者・家族・地域住民への情報提供
 - 1) リーフレット・冊子・ポスターの配布・掲示
 - 2) 映像メディアの視聴
 - 3) 図書（緩和ケアを知る 100冊）の設置
 - 4) 講演会の開催
 - 5) 地域メディアの活用
 - 3 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション
 - 1) 緩和ケアに関する地域の相談機能および適切な専門緩和ケアの判断と紹介機能を持つ窓口の設置
 - 2) 退院支援
 - 3) 私のカルテ
 - 4) 地域カンファレンスの開催
 - 5) 地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援
 - 4 緩和ケア専門家による診療およびケアの提供
 - 1) コンサルテーション
 - 2) 出張緩和ケア研修
 - 3) 専門緩和ケアに関わるノウハウの提供
 - 4) 専門緩和ケアサービスのノウハウブックレットの提供
- III 組織マネジメント
- IV 各種研究報告
- V 文献

I はじめに

緩和ケアの地域単位での普及は、患者・家族の quality of life の向上のために重要である。

緩和ケアを普及するための方策として、1) 地域で共通した症状緩和ツール、緩和ケアに関する講習会などによる「緩和ケアの標準化と継続性の向上」、2) パンフレット・冊子・ポスター・図書・講演会などによる「患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供」、3) 地域を対象とした緩和ケアチーム・緩和ケア外来・緩和ケア病棟のアセスの向上による「専門緩和ケアサービスの利用の促進」、および、4) 地域の代表者による会議・患者の情報共有ツール・地域リソースの情報共有ツール、相談窓口による「地域緩和ケアの包括的なコーディネート」が有効な可能性がある。OPTIM-study では、これらの介入を行い、患者・家族のアウトカムが改善するかを評価する。

一方で、これらの介入を地域の実情に合わせてどのように実施するかについても、介入が実際に地域で運用される際には非常に重要であるが、緩和ケアプログラムをどのように地域で実施させるか、バリアは何か、成功させる要因は何か、どのようなプロセスをたどってプログラムをその地域に導入するのかについての系統的な研究はない。ある介入が科学的に有効あるいは有効であることが強く仮定されていたとしても、それをどのように臨床現場に普及させるか、を研究することなしに患者アウトカムの改善は見られないという立場から、近年、イギリスを中心にプロセス研究が行われるようになってきた。

本調査報告書の目的は、OPTIM-study で設定されたプログラムを実際に導入する過程を記述し、他の地域で実施可能かつ有用な情報を提供することである。

II. 介入前の地域の緩和ケア提供体制の状況と問題抽出

地域では緩和ケアに関する治療・ケアの標準化がない状況で、それぞれの医師・看護師など医療・福祉従事者に委ねられている状況である。緩和ケアの質が一定していない。

急性期病院であるため、色々の健康レベルの患者がいる。どの患者にも平等なケアを提供したい思いを持ちながらも、治療・ケアは重症・急性期の患者中心となり、終末期患者への関わりは不十分な現状

*PCT 介入について

病院内では、治療中心とした医療が行われていることが多い。多職種と連携をとるためには、主治医を通し、依頼書を介して連絡を取り合う必要があるが、意思疎通がスムーズでない。

1. 地域の医療資源のレビュー

鶴岡地域の人口は 139,047 人、面積は 1311.15 km² である。医療機関数は、2009 年 1 月時点で、病院 9 (一般病院 4、リハビリテーション病院 2、残りは精神科と産婦人科) と診療所 91 (うち在宅療養支援診療所 14) である。地区内には、がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、ホスピスはいずれも存在しない。地区内唯一の中核病院である市立病院 (520 床：一般病床 510 床、人間ドック 10 床) では、2005 年に院内緩和ケアチームが発足し、2008 年 4 月に緩和ケア外来が開設された。4 介入地域において、鶴岡地域は、緩和医療資源が十分でない地域と定義された。

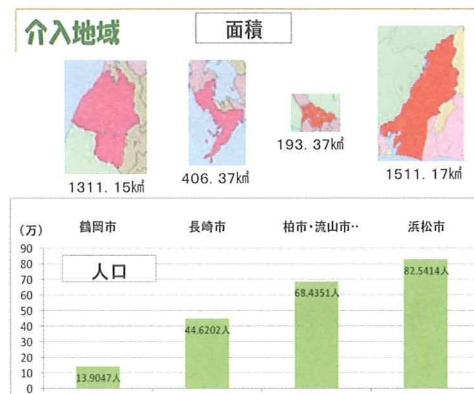


表1 鶴岡地域の医療資源

がん専門病院	なし
がん診療連携拠点病院	なし
がん患者の治療を積極的に行っている病院	荘内病院・協立病院・斎藤胃腸病院・宮原医院
療養型病院、リハビリテーション病院	2か所
在宅支援診療所	14か所
年間20人以上のがん患者を在宅診療している診療所	なし
在宅緩和ケアについての診療所のネットワーク	なし
訪問看護ステーション	ハローナース（医師会立）、きずな（協立病院）
年間20人以上のがん患者の在宅死をみている訪問看護ステーション	ハローナース・きずな
保険調剤薬局	49か所
在宅での服薬指導が可能な保険調剤薬局	2か所
緩和ケア病棟	なし
緩和ケアチーム	荘内病院

2. 地域の問題点の把握 2008年前期

地域の病院、診療所、訪問看護ステーション、保険薬局、福祉施設等の緩和ケア提供状況（リソース）がわからない。また、医療福祉従事者や患者・家族、一般市民の緩和ケアに関する認識が把握されていない。

地域で、設置主体の異なる医療福祉従事者が一堂に会し、問題を共有し検討する機会が少ない。個々の施設同士での情報交換はあっても、地域横断的まで図られていない。

(1) プロセスの記述

1) 予備調査

地域の市民（がん患者を含む）、医療者を対象とした質問紙調査を行い、地域の緩和ケアの課題を明らかにした。結果は、OPTIM 評価測定委員会報告書参照。

2) 開業医への調査

各種研究報告参照。

3) 地域医療福祉従事者へのヒアリング：2008年10月

地域医療従事者対象に地域の介入進捗状況および現状のバリアを明らかにし、次の段階のアクションプランに反映させることを目的としたヒアリングを行った。対象者の職種は、荘内病院地域連携室スタッフおよび緩和ケアチーム、協立病院緩和ケア医師・看護師・連携室スタッフ、訪問看護師、病棟看護師（2病院）、地域研究担当者である。方法は、半構造化面接とした。結果および考察は、表2に示した。

表2：地域医療福祉従事者へのインタビュー結果とアクションプランへの反映点

バリア	解釈	アクションプランへの反映
<ul style="list-style-type: none"> - 専門医へのコンサルテーションシステムや、難治事例の疼痛マネジメントのサポートシステムがない - 在宅医療従事者の医療手技に関する不安が大きい <p>(診療所医師・訪問看護 St ; Int)</p>	<p>これまで鶴岡地域のがん患者の治療・療養は、病院で完結していた。がん患者が在宅で療養することは少なく、診療所医師が、がん医療に携わる機会はほとんどなかった。専門医に相談できる体制があれば、在宅医療従事者の実施可能性が上がるのがインタビューや予備調査から示唆された。</p>	<p>■診療所医師の学習ニーズを満たす研修会の開催 「学習機会があれば実施可能であると思うので事前に知識を深めたい」「麻薬管理・栄養管理など即戦力になる勉強会にはぜひ参加したい」というように、在宅緩和医療に求められる技術や知識の習得機会を望む声が多く聞かれた。具体的には、持続皮下注を含む疼痛管理が圧倒的に多く、次いで、精神サポート、呼吸コントロール、食事や栄養管理、嚥下・口腔ケア等の学習の希望があった。</p> <p>■専門緩和ケアへの相談窓口の設置 地域の医療者が専門緩和ケアにアクセスできる体制を構築する必要がある。緩和ケアサポートセンターがその窓口を担い、荘内病院 PCT および新しく編成する地域 PCT が実際の相談にあたる</p>
<ul style="list-style-type: none"> - 患者や家族が病院で治療を受けるものだと思う (地域連携室) - 病人を家に置いておくことについて近所の目を気にする (診療所医師・地域連携室) - 緩和ケア=終末期ケアと思っている患者・家族が多い (PCT 看護師 ; Int) 	<p>医療は病院で受けるもの、緩和ケア=終末期ケアといった地域住民の通念が根強く残っている。こうした地域特性を踏まえて、患者の家族や住民を啓発し、緩和ケア・在宅医療への理解を高めることも、地域緩和ケア提供体制構築のために重要である。</p>	<p>■一般市民および患者・家族に対する有効な啓発内容の精選 緩和ケアとは何かということ、がんになっても過ごしたい場所で過ごせること、地域医療者がその意向をサポートすること、過ごしたい場所で自分らしい生き方ができることの尊さ、自宅でも病院と同等の医療が受けられること等を啓発していく。</p>
<ul style="list-style-type: none"> - 病院のバックアップ体制あるのか、連携体制がとれるのか 不安である (診療所医師・訪問看護 St・ケアマネージャー ; Int) 	<p>急変時のバックベッドやレスパイトなどは、在宅療養の継続や安心に不可欠である。地域緩和ケア提供体制構築のために、病院・診療所・訪問看護ステーション・各種福祉施設などが、何を担えるのか、何を担ってほしいのかを明らかにする必要がある。</p>	<p>■地域連携カンファレンスの開催 地域連携カンファレンスを年に1-2回開催し、以下をディスカッションする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域として、がん患者をいかに支えるかの方針 ・ 患者の意向を重視した医療のあり方および連携のありかたの検討 ・ 24時間・365日対応可能な地域緩和ケア提供体制のありかたの検討
<ul style="list-style-type: none"> - 病院から在宅療養移行のタイミングが遅すぎる (診療所医師 ; Int) - 終末期医療・ケアは、患者・家族の人間関係が不可欠である。最期の数日だけで人間関係を構築し、よい医療を提供するのは至難の業である (診療所医師 ; Int) - 患者は最後まで聞きたい、ギリギリまで治療を受けたいのでは (病棟看護師 ; Int) 	<p>患者が望む療養場所で過ごすことは QOL 向上に強い相関があることが明らかになっている。病院スタッフは、患者の療養場所の意向を早めに確認し、在宅療養を望む場合は、早めに在宅医療従事者と連携できる体制を構築することが必要である。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - 在宅緩和ケアを診療所医師一人で担うことは困難 (診療所医師 ; Int) - グループ診療できるといいが、休みたい時期はみな同じことが多いので、人に頼みづらい (診療所医師 ; Int) - 急変時の対応が不安だという家族の声が多い (連携室スタッフ ; Int) 	<p>ソロプラクティスの診療所医師を支えるシステムが必要である。グループ診療、併診制、2人主治医制なども含め、24時間・365日、がん患者を地域で支えることが可能な体制を検討する必要がある。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - 病院スタッフは、在宅療養に関するイメージがつかない (地域連携室 ; Int) - 患者が家に帰った後、どんなことで困るかがよく分からない (病棟看護師 ; Int) 	<p>退院にまつわる問題は、病院スタッフから手が離れた後に起こる問題であることから、非常に見えにくい問題である。</p>	<p>■退院支援・調整機能の充実 退院支援・調整部門が病院スタッフへの啓蒙・教育をすると同時に、病院・在宅医療をつなぐコーディネーターとして機能する。</p> <p>■病棟・在宅医療スタッフの体験交流・意見交換・症例検討会の実施</p>
<ul style="list-style-type: none"> - 病院に紹介した患者のその後の経過に関する連絡が不足している (診療所医師 ; Int) - がん告知が病院できちんとされておらず診療所医師が戸惑う場合がある (診療所医師 ; Int) 	<p>地域完結型のがん医療への転換期。患者がどこで過ごしたいかという意向を支えられるシステムが必要である。2008年4月より荘内病院にも Net4U のシステム導入。双方向にカルテ内容・検査データの閲覧が可能になった。情報共有ツールを利用して、連携を促進する。</p>	<p>■病診連携、特に情報共有の促進 Net4U 活用を促進する。 病院に診療所医師が紹介した患者の場合、病院医師が診療所医師に紹介した場合の治療・療養方針の決め方、患者の意向の共有の方法などを地域カンファレンスで検討する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> - 在宅緩和医療を担う診療所医師が少ない (地域連携室スタッフ ; Int) - 在宅リソースに関する具体的な情報がない (病院医師・病棟看護師 ; Int) 	<p>質問紙調査で在宅緩和医療の提供は不可能とする診療所も、訪問インタビューの結果、近くの医師に頼まれたり、自院のかかりつけ患者が在宅に戻った場合には、在宅緩和医療を提供したいと考えている診療所医師が多い。耳鼻咽喉科、泌尿器科、小児科、整形外科、皮膚科、眼科といった分野の医師が、地域のがん患者を専門家の立場から具体的にサポートする意欲が高い。こうしたリソースデータベースには載らないような情報が、現場では実は役立つことが多い。</p>	<p>■緩和ケアサポートセンターが地域の医療福祉資源の状況を俯瞰 サポートセンターは、地域の医療福祉提供体制を俯瞰し、情報を把握、更新しておく。</p>

(2) 考察

地域緩和ケア提供体制を構築するにあたってのバリアは、1) 地域の緩和ケアサポートシステム、2) がん患者をこの地域でいかに支えるかの方針、3) 医療に関する住民の意識、4) 病院スタッフの在宅への視点、5) 患者情報および治療方針共有、6) 地域の緩和ケアに関する情報の集約、の6点が抽出された。

また鶴岡地域で推進していくための具体的に取り組むべき課題として、以下の9点が抽出された。1) 診療所医師の学習ニーズを満たす研修会の開催、2) 専門緩和ケアへの相談窓口の設置、3) 地域連携カンファレンスの開催（地域として、がん患者をいかに支えるかの方針・患者の意向を重視した医療のあり方および連携のありかたの検討・24時間・365日対応可能な地域緩和ケア提供体制のありかたの検討を含む）、4) 一般市民および患者・家族に対する有効な啓発内容の精選、6) 退院支援・調整機能の充実、7) 病棟・在宅医療スタッフの体験交流・意見交換・症例検討会の実施、8) 病診連携、特に情報共有の促進、9) 緩和ケアサポートセンターが地域の医療福祉資源の状況を俯瞰。

がん患者の在宅療養に対する意識調査

地域の基幹病院である荘内病院より、どうして早期から地域へ退院させられないのか、どうすれば早期から退院させられるのか、を荘内病院の医師、看護師等に意識調査し、その浮かび上がった課題についての方策を立て、退院支援・調整の円滑化を図ることを目的に調査した。

- ◆ 調査期間 : 平成21年3月23日 ~ 3月31日
- ◆ 調査対象者: 病院医師、看護師、薬剤師、リハビリ技師、臨床心理士
- ◆ アンケート回収率: 回答者 361名
内訳・・・病院医師: 25名(医師全体の33%) 看護師: 312名(看護師全体の84%) 薬剤師: 14名(薬剤師全体の77%) リハビリ技師: 9名(リハビリ技師全体の90%) 臨床心理士: 1名
- ◆ アンケート結果は別添ファイルのとおり。
~ アンケート結果からの考察 ~
 1. 患者、家族が在宅療養を希望した場合、希望を叶えてあげたいと思っている。(ほぼ100%)
 2. 希望を叶えるためには、どんなサポートシステムが必要か?
 - ・ 困った時に相談できる場所があること
 - ・ 処置が必要な患者をスムーズに受け入れる診療所施設があること
 - ・ 家族が介護できるサポート体制があること
 3. 病院では地域の医療資源(診療所、介護サービス、訪問看護等)の情報入手が困難と思っている。(80%)
 - ・ 在宅医療で、診療所の対応可能なこと、不可能なことがわからない。(90%)
 - ・ 処置が必要な患者を受け入れる診療所、施設が少ないと思っている。(95%)
 - ・ 患者を診療所に紹介するタイミングがわからない。(74%)
 - ・ 患者、家族へ診療所に紹介すると行きたがらないと思う。(64%)
 - ・ 患者、家族へ診療所に紹介すると「病院から見放された」と思われやすい。(73%)

◎病院では診療所や施設の情報入手困難

- ・ 在宅主治医への依頼は、知っている医師や信頼できる医師に依頼している現状がある。

⇒ 地域リソースの公開、病院主治医と診療所医師との交流が必要

- ・ 診療所側では在宅主治医としてかかわらないとプロジェクトに関心がもてないことが考えられる。

⇒ 在宅主治医を特定するのではなく、割り振ることができないか？

< 具体的な方策の実施 >

- ・ 医療機関リソースデータベースの作成（公開済）
- ・ 病院勤務医と医師会との懇談会（6/5）
- ・ 南庄内在宅医療を考える会の設立（9/2）

■医療機関リソースデータベース

データベースを作成するにあたり、平成20年12月に91診療所へアンケート調査を行い、74診療所より回答いただきました。「鶴岡地区医師会」のホームページより容易に多くの医療情報を検索できるシステムとなっています。作成元は株式会社ストローハットです。これについては、利用促進のための活動も行なっており、鶴岡協立病院での医師、看護師、事務職員への説明や荘内病院の医局会においても説明を行なった。

III 介入プロセスの記述とその評価 2008～2009年

1. 緩和ケアの標準化

1) 緩和ケアに関する診療ツールの普及

(1) プロセスの記述

・ ステップ緩和ケア

ステップ緩和ケアは、荘内病院全医師、協立病院では医師と診療所など部署に配布、診療所医師一部に配布。

荘内病院では、職員リストを基に病院医師の他に看護師、薬剤師に配布した。また、新たに採用となった医師、看護師、薬剤師にもその都度配布。

・ 患者・家族パンフレット

患者・家族パンフレットに関しては、スキルアップ研修会や各機関の院内勉強会等で、どのように患者に説明したらよいかなども含め、まずは看護師の教育ツールとして活用していくよう働きかけた。

「これからの過ごし方」については訪問看護ステーションを中心に活用された。

・ 各種評価ツール

生活のしやすさ質問票は、荘内病院のPCTがかかわった症例中心に、また協立では外来および病棟で活用

2009年9月～

荘内病院では化学療法室を中心に活用を開始した。外来化学療法室看護師が患者が化学療法治療来院時に、記入の仕方を説明シートに基づき説明した。

患者が生活のしやすさ質問票を記入し提示しても、外来診察時は医師に時間的余裕がなく対応が難しく指示がでることが少なかった。外来化学療法室から外来問題点が出され検討した。

「緩和ケア外来の受診運用（マニュアル）について」を作成し、生活のしやすさ質問票から患者をリストアップし、緩和ケア外来でサポートできる体制とした。（資料1）

(2) 考察

ステップ緩和ケアについては、医師・薬剤師は常に持参し参考にしているが、看護師はPCTやリンクナースなど限られた職員となっている。

ステップ緩和ケアムービーは貸し出し用 DVD プレーヤーがあり、貸し出し可能だったため入院棟での学習会などに活用されていた。質問があった場合は、具体的でわかり易く紹介しやすいものであるが、活用が少なく啓発不足。

患者・家族パンフレットは医師の治療方針が組み込まれ、患者家族から誤解が生じるのではないかと、また患者個人について記入しながらの説明は、説明者が限られるなどの意見があり、見直しが必要である。

2) 医療者対象のセミナー

(1) プロセスの記述

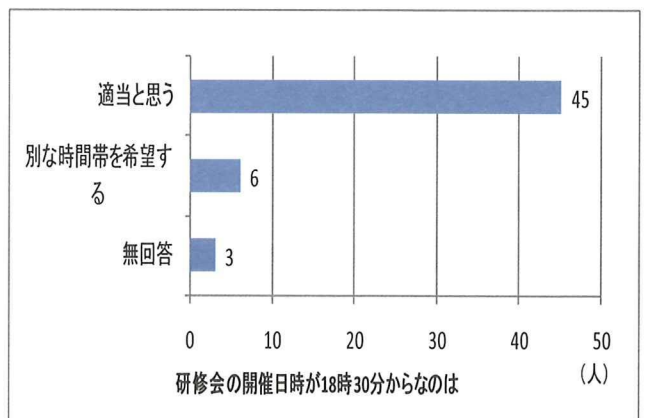
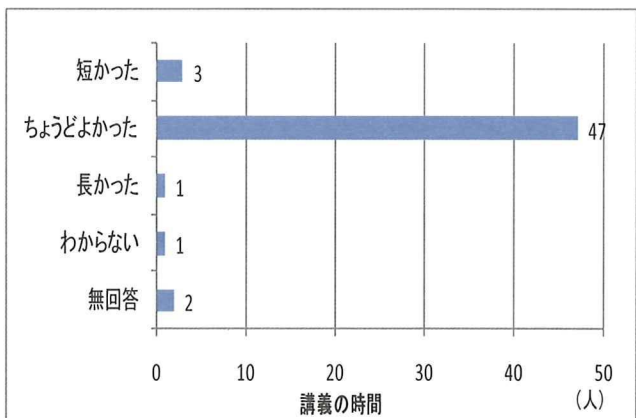
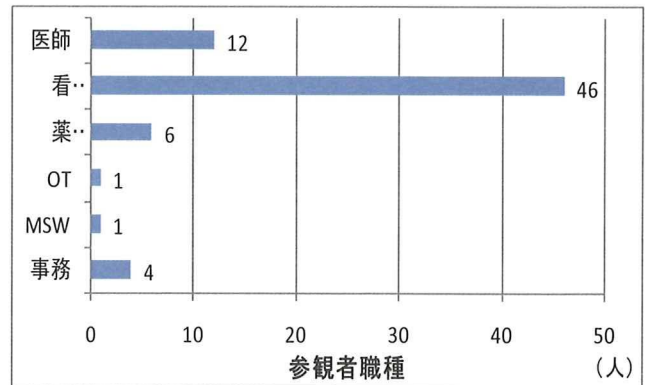
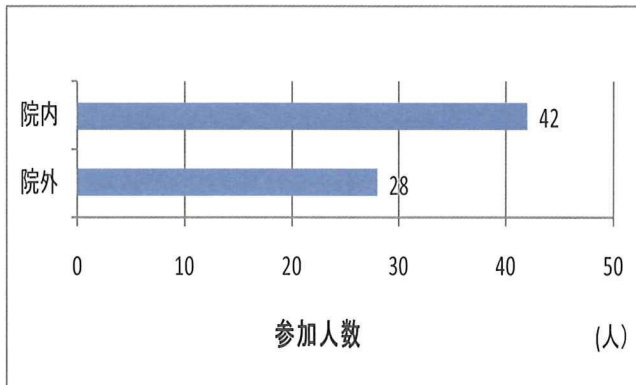
【医療者教育・標準化】

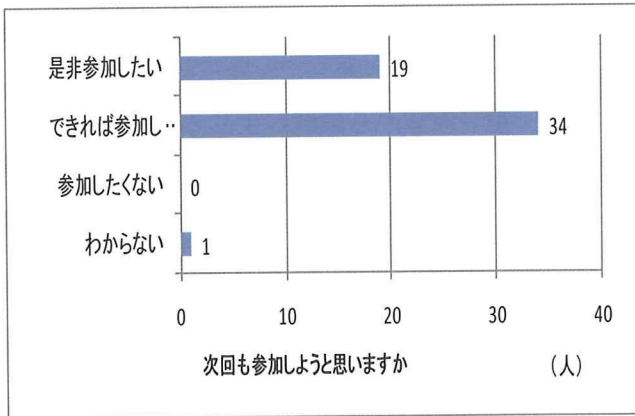
■2007年 平成19年度

12月14日 第1回緩和ケア・スキルアップ研修会 (資料2)

テーマ オピオイドについて

講師 鶴岡市立荘内病院 医師 鈴木 聡 先生 薬剤師 阿部 和人 先生



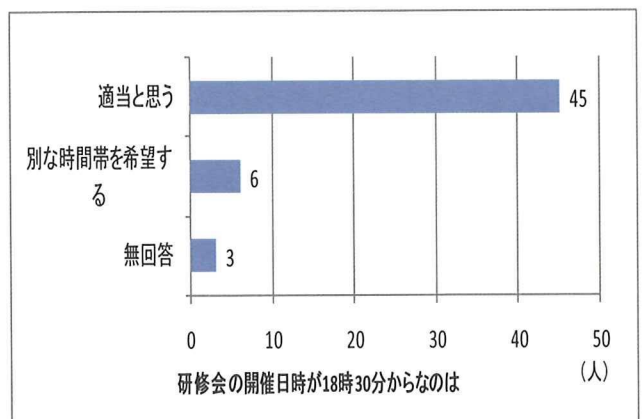
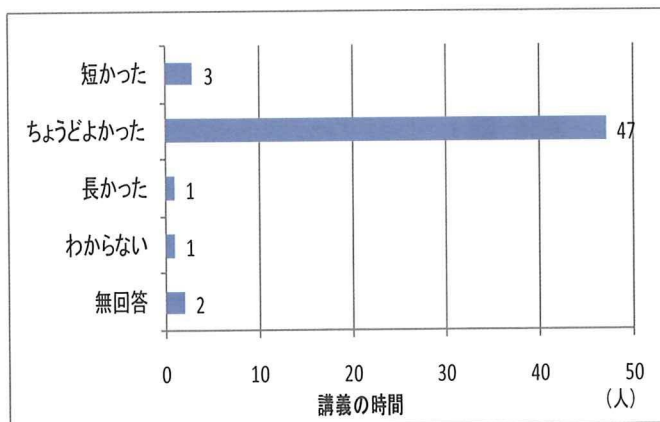
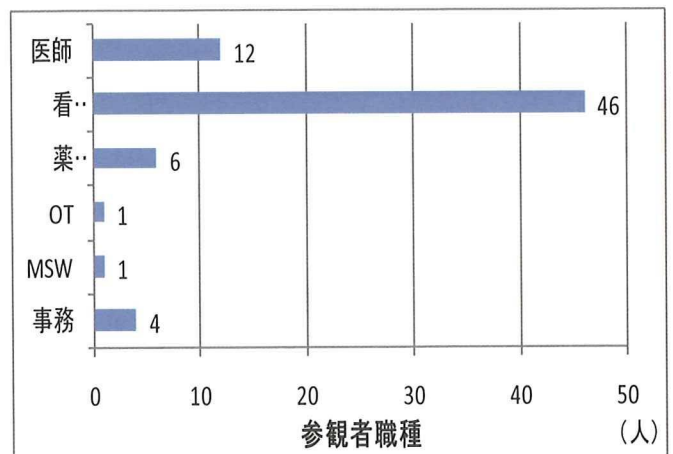
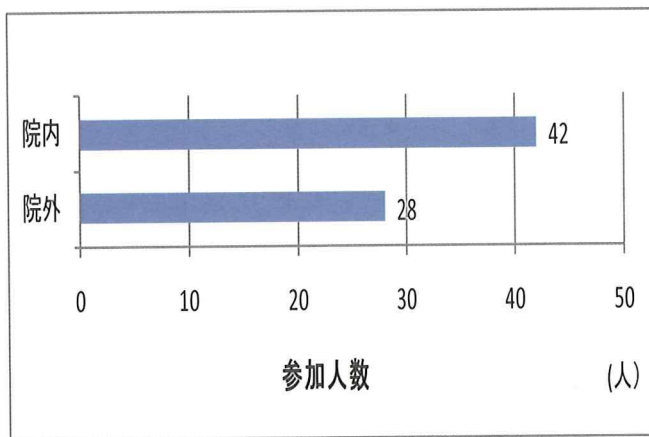


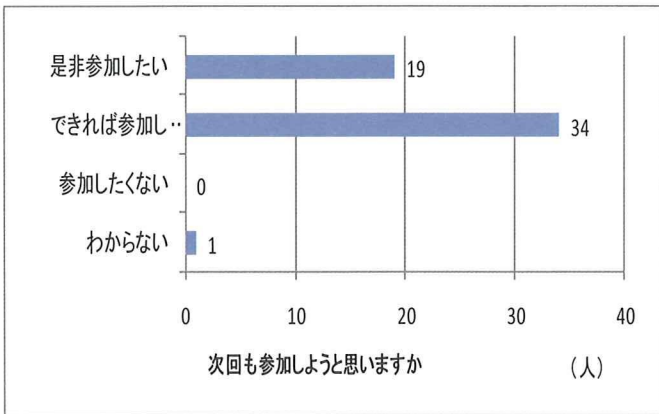
■2008年

3月4日(水) 第2回緩和ケア・スキルアップ研修会 (資料3)

テーマ オピオイドの使い方

講師 鶴岡市立荘内病院 医師 鈴木 聡 先生 薬剤師 阿部 和人 先生





■2008年 平成20年度

4月18日(金) 第3回緩和ケア・スキルアップ研修会 (資料4)

テーマ 痛み以外の身体症状に対するマネジメント

講師 鶴岡協立病院 内科部長補佐 高橋 美香子先生 庄内病院 外科主任医長 鈴木 聡先生

