

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

紹介患者のうち、患者さんご家族への情報提供不足などがある（相談室スタッフ/ヒアリング）	が十分に周知されていない	イーロバックや浜松緩和ケア症例検討会への参加を促すなど、拠点病院のサポートセンター同士の連携をはじめた
相談記録が統一されていない（相談室スタッフヒアリング）	スタッフそれぞれが異なる3部門（地域医療連携室、看護相談室、医療相談室）から構成されているバーチャルな組織のため、別々のものを利用していた	OPTIM で作成した相談記録シートで統一した
浜松がんサポートセンターの存在があまり知られていなかった（相談室スタッフ/ヒアリング）		がん治療・緩和ケア啓発ボードに OPTIM のリーフレットや冊子と一緒に相談支援に関する冊子を置き、ボードの問い合わせ先を浜松がんサポートセンターと掲示し、また入手した情報について相談できる場所があるとわかるようにした。
地域の人からがんの相談のときにどこに相談してよいかわからなかった（相談室スタッフ/ヒアリング）	スタッフそれぞれが異なる3部門（地域医療連携室、看護相談室、医療相談室）から構成されているバーチャルな組織のため	直通電話番号を設けて問い合わせ先をひとつにした
地域で複数のがん患者会、家族会、遺族会などがあるが、それぞれの実務者が「どこが」「何を」「どのように」しているか把握していなかった（ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング）	実務者の情報交換の場がなかった	患者会・家族会・遺族会実務者ミーティングを開催することにした
地域カンファレンス		
症状緩和セミナーの参加者は医師・看護師・薬剤師であったので、連携会議に介護支援専門員やMSWなど非医療職に声をかけたが、「なんでいまさら」、「行ってもよかったのか」との声が聞かれた（介護支援専門員/ヒアリング）	当初、リンクスタッフの役割を「症状緩和ツールの普及」を中心に置いた。連携の部分で介護支援専門員などの福祉職に協力を依頼したいと考えていたが、その意図がうまく伝わっていなかったため	初回からリンクスタッフやセミナーに参加を依頼したほうが良い
地域のなかで、職種ごとの集まりはあっても多職種での集まりはないこと分かった（訪問看護師、介護支援専門員/ヒアリング）	多職種での集まりの意義が地域のなかで認識されていなかったため	多職種での集まりを定期的に行う構造をつくる
多職種が参加しやすい土曜の午後に設定し、参加者から参加しにくいとの声は聞かれなかった（ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング）	医師の参加をできるだけ多くするためには、平日の夜では難しいため	多職種カンファレンスは土曜日の午後の設定は悪くない

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

フォーカスグループは60分間では、課題の抽出までで、十分に具体的な解決策を挙げるところまでは達しなかった（ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング）	初めて顔合わせするメンバーでの話し合いで、各自が置かれている状況を共有するところに時間がかかっているため。また、現状の共有や情報を得たいというニーズが高い参加者が少なくないことも要因として挙げられる	フォーカスグループの時間は90分程度とする
プログラムは、地域の連携の課題と解決策についてのディスカッションを主たるものとした。さらに、ミニレクチャーやOPTIM進捗の報告、事例検討などを組み合わせ、参加者が関心もてるものになるよう工夫した。質問紙調査で全般的有用性は高かった	何か持ち帰れるものがなければ、参加者の満足度は低い	地域カンファレンスでは、ディスカッションとともにミニレクチャーなどを組み合わせる
当初職種ごとのフォーカスグループを行ったが、地区ごとのあつまりがほしいとの要望があった（調査票）	浜松市は広域なため、地域や病院によって課題が異なっていたり、他の地域で課題になっていることが別の地域では解決されていたりするため	課題解決のためには、職種ごと、地区ごとなど、いくつかの異なる切り口が必要である
フォーカスグループでは、付箋や模造紙を活用し、まとめはKJ法を用いることで、意見が出やすかった（ミーティング）	初めて顔合わせするメンバーもおり、意見が出しにくい場合もあるが、一旦自分の意見をまとめることで発言しやすくなる。また、共同作業を行うことでグループのコミュニケーションが促進されることが考えられる	フォーカスグループでは、付箋や模造紙を活用し、まとめはKJ法を用いてみる
多職種が集まることができることへの評価が高かった（介護支援専門員ほか/企画ミーティング、ヒアリング）	他に多職種で集まれる機会がなく、多職種と知り合い、情報交換、交流できる場がないため	地域でのカンファレンスを継続できるようにする
地域カンファレンスのなかでフォーカスグループを繰り返すと、課題や解決策がより具体的なものへ変化してくる（ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング）	参加者のなかで課題や解決策がより具体的で、実践に活かせるものになってくるため	フォーカスグループを複数回行うことは有用な可能性がある
地域のあつまりから、自発的に集まるグループもできた（診療所看護師/ヒアリング）	多職種が集まる場を提供することで、次のステップへと発展していくことができるため	地域のコーディネーションにおいては、多職種が交流できる場を提供することが重要である
地域リソースの共有		
地域で利用できるリソースが共有できているかどうかわからない（地域の医療福祉従事者/フォーカスグループ）		「地域で利用できるサービスの情報共有を考える」のテーマでフォーカスグループインタビューを行う

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

生々しい情報リソースマップ作成するのは大変 (ステアリングメンバー/ステアリングメンバーミーティング)	掲載同意の取得、施設提供原稿と印刷 会社依頼原稿とのデータ照合、印刷会 社依頼原稿と編集原稿のデータ照合 などに労力がかかる	企画・編集・発行を主に担当するのはやめて おいたほうがいい?
--	---	-----------------------------------

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

(2008～2009年)

出張緩和ケア研修とかねて、在宅がん患者を多く見ている診療所に月1回アウトリーチプログラムを行った。診療所医師、訪問看護師、地域の看護師、薬剤師、介護支援専門員をふくむカンファレンスに地域緩和ケアチームが同席し、難治症例の往診に同行した。2008年～2009年の2年間で22回行った。詳細は資料8に示す。この他に、浜松がんサポートセンターが窓口となり、緩和ケアに関する相談を受けた。

表8 地域緩和ケアチームの診療症例数

	2008年	2009年 (2009年4月～2010年2月)
相談件数	58件	39件

2) 出張緩和ケア研修

(2008～2009年)

地域からの依頼に応じて、以下の講演会などをおこなった。

	内容 (講師)	実施主体	参加者
年間12回 (上記)	アウトリーチでのカンファレンス (森田達也 藤本亘史 井村千鶴)	OPTIM、診療所	診療所医師・看護師・地域医療福祉従事者 20名
2008年6月4日	がん性疼痛の治療と地域連携 (森田達也)	静岡ファーマシューティカル研究会	薬剤師 95名
2008年8月23日	浜松における地域緩和ケアプロジェクトとOPTIM標準テキストにしたがったがん性疼痛治療 (森田達也)	浜松オンコロジーフォーラム	医師・看護師・薬剤師 80名
2008年8月27日	アウトリーチでのカンファレンス (天野功二 井村千鶴)	引佐赤十字病院	病院医師・看護師 5名
2008年9月11日	フェンタニールによるがん性治療のコツ よくある・困った場面での工夫 (森田達也)	製薬会社	医師・看護師・薬剤師 120名 (医師 80名)
2008年10月22日	アウトリーチでのカンファレンス (森田達也 藤本亘史 井村千鶴)	社会保険浜松病院	病院医師・看護師・薬剤師 20名
2008年12月16日	がんになっても安心して過ごせるまちづくりをめざして	中区地域包括支援センター	介護支援専門員 50名

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

	(井村千鶴、赤澤輝和)		
2009年1月20日	がんになっても安心して 過ごせるまちづくりをめざし て (井村千鶴、赤澤輝和)	北区地域包括支援 センター	介護支援専門員・施設 職員 48名
2009年1月23日	アウトリーチでのカンファレ ンス (天野功二 井村千鶴)	浜松医科大学医学 部附属病院	病院医師・看護師 10 名
2009年1月30日	アウトリーチでのカンファレ ンス (天野功二 井村千鶴)	浜松医科大学医学 部附属病院	病院医師・看護師 10 名
2009年2月19日	がんになっても安心して 過ごせるまちづくりをめざし て (井村千鶴、赤澤輝和)	地域包括支援セン ター安間	介護支援専門員 25名
2009年3月14日	終末期をその人らしく過ごす ために・緩和ケアとは・(鄭 陽)	浜松市介護支援専 門員連絡協議会・ 浜松市介護サービ ス事業者連絡協議 会の共同開催	介護支援専門員・介護 員など 350名
2009年3月20日	地域に緩和ケアをひろげるた めに (井村千鶴)	静岡県西部総師長 会	看護師 80名
2009年4月8日	地域から求められる役割と心 地よい生活のために出来るこ と～ターミナル期のケアを通 して考える～ (福田かおり)	八生会施設管理者 研修会	医師・看護師・介護支 援員・介護員 70名
2009年4月15日	大切なひとをなくす家族の 悲嘆のケア (井村千鶴)	診療所	看護師・医師 10名
2009年6月29日	癌性疼痛 (鄭陽・福田かおり)	聖隷三方原病院看 護部	看護師 37名
2009年8月4日	呼吸器症状 (鄭陽・福田かお り)	聖隷三方原病院看 護部	看護師 34名
2009年9月5日	痛み止め (パース・レスキュー) の使 い方、オピオイドローテーシ ョン、医師との連携について (森田達也) がん緩和ケア (井村千鶴)	訪問看護全体研修 会	訪問看護師 65名
2009年9月28日	消化器症状 (鄭陽・福田かお り)	聖隷三方原病院看 護部	看護師 31名
2009年10月21日	がん性疼痛の治療：保険薬局	浜松市薬剤師会	薬剤師 50名

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

	薬剤師にできる実践的なスキルを身につける（森田達也）		
2009年10月26日	精神症状（鄭陽・福田かおり）	聖隷三方原病院看護部	看護師 34名
2009年10月30日	がん性疼痛マネジメントのコツ 突出痛の対応、フェンタニルの上手な使い方、神経ブロックのタイミング（森田達也）	臨床麻酔科学会	医師 100名
2009年11月9日	がん性疼痛の治療：保険薬局薬剤師にできる実践的なスキルを身につける（森田達也）	浜松市薬剤師会	薬剤師 100名
2009年11月13日	がん患者さんの診療場面でよく使われる医学用語（森田達也）	中区地域包括支援センター	介護支援専門 71名
2009年11月16日	コミュニケーションスキル（鄭陽・福田かおり）	聖隷三方原病院看護部	看護師 38名
2009年12月14日	看取りのケア（鄭陽・福田かおり）	聖隷三方原病院看護部	看護師 29名
2010年1月23日	チームで寄り添う・支えるケア～聖隷ホスピスにおけるチームによる緩和ケアの紹介（福田かおり）	NPO法人がんの子どもへのトータルケア研究会静岡	医師・看護師 40名

3) 専門緩和ケアに関わるノウハウの提供：ホスピス病棟での研修
 (2008～2009年)

地域の医療機関の看護師を対象としたホスピスでの研修を行った。緩和ケアに関する既存の教育プログラム、および、文献から教育プログラムを作成し、1～2週間のホスピス病棟での体験研修を個別の希望に応じて行った。参加者は以下の通りであった。評価の詳細は資料9を参照。

表9 ホスピス病棟での体験研修受講者

	2008年	2009年
受講者	17名	6名

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
 提供なし

5) その他のトライアル：緩和ケアチームの合同カンファレンス
 (2009年)

地域内の5つの緩和ケアチームでの緩和ケアのスキルの向上のため、難治性症状の緩和ケアについての症例検討会を行った。検討された症例は以下のとおり。あわせて、各病院での緩和ケアのシステムの向上について毎回30分ほど情報交換と共有を行った。

表10 緩和ケアチーム合同カンファレンス

	主な事例
5月20日	肺がん、頸椎転移の神経障害性疼痛：鎮痛補助薬の使い方 直腸がん、陰部痛：ブロック、鎮痛補助薬の使い方 肺がん、イレウス：医療用麻薬の使い方 胃がんの嘔気：制吐剤の使い方、ケアの工夫 腰椎転移による左下肢痛：オキシコンチン導入後3日間のフォローアップ
8月26日	嚥下に伴う痛み：痛みのマネジメント 妊娠合併原発不明がん患者の疼痛・不安、スピリチュアルペイン：症状マネジメント、心理的支援、家族ケア 便秘に対する対応の工夫 肺がん、骨転移で両下肢直達牽引中の患者：療養の場のコーディネート 子宮肉腫の臀部から下肢の痛み：痛みのマネジメント
11月19日	原発不明がんのせん妄：セデーションの適応と薬剤の使い方、ケアの工夫 S状結腸がん患者の倦怠感、下肢の浮腫：薬物療法、ケアの工夫 嚥下障害があり胃管が入っている場合の医療用麻薬の使い方 頭頸部がん、頸部リンパ節転移のスキンケア：Mohs' pasteによる処置
2010年2月17日	乳がん再発、骨転移の患者：精神的苦痛への対応 胃がん術後再発、腹膜播種の嘔気・嘔吐への対応：薬物療法 卵巣がん、終末期の患者：意思決定能力の評価 胃がん術後再発、腹膜播種の患者：主治医への関わりについて

6) その他のトライアル：ホスピスのレスパイト入院
 (2008~2009年)

ホスピス27床のうち2床を在宅支援のためのベッドとして2008年4月より運用開始した。通常の予約入院と別枠で、「在宅で見ている患者さんに何かあったとき・介護が困難になったとき」に1週間以内に入院できるベッドとして、カンファレンスでアナウンスを行なった。利用患者数は以下のとおりであった。評価は資料11を参照。

表 11 ホスピスのレスパイト入院利用患者数

	2008年	2009年 (2009年4月～2010年2月)
利用患者数	17名 (27件) 経路 診療所：7名 病院：(自施設) 7名 (他施設) 3名 目的 症状緩和：6名 (7件) 介護困難：11名 (20件) 転帰 退院：13名 入院継続・死亡：4名	14名 (21件) 経路 診療所：8名 病院：(自施設) 2名 (他施設) 4名 目的 症状緩和：4名 (5件) 介護困難：10名 (16件) 転帰 退院：12名 入院継続・死亡：2名

7) 考察

(注意) アウトリーチ、ホスピス病棟での研修、ホスピス病棟のレスパイトプログラムにかかわる事象・解釈・ノウハウ/解決策については資料 8, 9, 10 も参照

事象	解釈	ノウハウ/解決策
コンサルテーション		
とびこみの相談で何をどうしていいかわからなかった (主治医も知らない人で介護支援専門員も知らない人で) (ステアリングメンバー)	はじめての経験だから	ケースについて、チームでカンファレンスを行って、主治医の先生がどんな人か (知りあいの医師に聞いて情報なし、ステアリングメンバーがちょっと知っている先生)、病気はなにか、などを多人数で情報を得て対応した。結局腫瘍センターに入院
依頼件数が少ない (ステアリングメンバーミーティング)	困っている事例が少ない (複雑な事例は全て特化型診療所)、主に見ている病院 (緩和ケアチームがある) との間で解決されている、知られていない、知られていても何をしてくれるのかが分からない (領域をおかされるのではないかな) などがある	労力もかかるのでどこにも相談できない人に対応できるようにPRをする程度を考えている
初めて相談を受ける症例では、電話やFAXのみで実際に患者を診ないと、アセスメントや推奨が難しいと感じる (ステアリングメンバー)	相談をする医療福祉従事者のアセスメントが入ったうえでの相談内容となるため	・可能な限り、実際に患者を一緒にみることができるようになる。また、コンサルテーションを受ける側のスキルを向上させる ・患者を診ていた紹介元の病院の緩和ケアチームに依頼できるようにする
相談を受けて、実際に経験がないケース (Mohs' paste による処置など) もあった (ステアリングメンバー)	1 施設の経験だけでは不足するものがあるため	・地域の他の緩和ケアチームにも相談する ・緩和ケアチーム合同カンファレンスでディスカッションする

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

フォーマルな相談ではなく、インフォーマルな相談が多い（ステアリングメンバー）	相談をするためには、ある程度相手を知っていて、相談できると思えることが重要であるため	相談できるひとができるだけ多くいて（各病院の緩和ケアチームのメンバーなど）、選択できるとよい
アウトリーチ		
事前に問題を明確にしておく予定ではじめたが、実施すると依頼者が問題の明確化ができないう場合が多かった（ステアリングメンバー）	アウトリーチをうける側から見て、事前に、問題を明確にしておくことは難しいため	アウトリーチ前に必ずしも依頼内容を明確にしなくてもよいことにし、いってみて一緒に考えることとした
事前に問題を明確にしておく予定ではじめたが、アウトリーチ期間中にその問題を直接取り扱うことがなかった（ステアリングメンバー）	そのときの症例の相談が中心になり、かつ、相互に時間がないから。移動中の車の中で事例の話をすると思っていただけ、世間話のほうが多かった（おいしいお店とか個人の話）	アウトリーチ前に必ずしも依頼内容を明確にしなくてもよいことにし、いってみて一緒に考えることとした
10名程度の多人数で訪問することが患者・家族にとって負担になるのではないかと懸念があった（ステアリングメンバー）	多人数で往診した経験がなかったこと、病棟での回診で人数が多いと患者や家族がびっくりすることがあったため	依頼者は対象の選定と患者・家族への事前の説明と相談を行えば、多人数であっても大丈夫である
当初は症状マネジメントに関する話題が多かったが、経過とともに、心理社会的問題や家族の問題を取り扱うことが多くなった	症状マネジメントが少しずつ理解でき、実践できるようになると、他の問題にも目が向けられ、患者をトータルに捉えられるようになってくるため	最初は身体的問題/症状マネジメントなど依頼者が優先したい問題、一番困っている問題に応じていくところから始める
カンファレンスでは、情報の共有のみが多くなってしまうと、有用性が低く評価される傾向がある (ステアリングメンバー/ミーティング)	教育的に関わることが参加者の満足感を高めることにつながる	カンファレンスでは、緩和ケアチームが学びや気づきを促進するようにはたらきかけを行う
実際の診療の場面をみることが学びにつながっている（地域の医療福祉従事者/フォーカスグループ）	カンファレンスで話し合ったことを実際に見ることで、より学びが深まる	カンファレンスだけではなく、実際の診療場面を共有できるようにする
アウトリーチは、緩和ケアの知識・技術を獲得する場としてだけでなく、地域の他の医療福祉従事者との情報交換や交流の場となっていた (ステアリングメンバー/ミーティング)	ケースを通じてディスカッションされる内容は、連携に関わる課題も多く含まれるため	地域のなかで行うアウトリーチでは、連携をすすめるコーディネーションも重視する
取り上げられる事例では、他の病院の緩和ケアチームが関わっている事例も多くある（ステアリングメンバー/ミーティング）	患者・家族をよく知る医療者が診ることが双方にとってメリットが大きい可能性がある	可能な範囲で、複数の病院の緩和ケアチームが参加できるように働きかける

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

専門緩和ケアに関わるノウハウの提供		
ホスピス研修		
前年の経験から、申し込みした看護師によって動機や研修目的がばらばらであり、これまでにうけていた「認定看護師」の研修とは異なる懸念があった（ステアリングメンバー）	それぞれに背景も異なり、研修の目標もさまざまという状況であり、ひとつのプログラムでは対応しきれないため	ひとり一人のニーズを研修開始前に確認・共有する。さらに、ひとつのプログラムに限定せず、ニーズに合わせた研修を提供する
個々のニーズに応じていく難しさを感じていた（ステアリングメンバー）	短期間で、個々のニーズが異なるため	可能な限り、ふりかえりを行う時間を確保する
病棟のみならずホスピス外来の見学の希望もあった（看護師/ヒアリング）	研修する看護師は、実際に外来に紹介する機会があるため	希望に応じて外来の見学も取り入れる
症状マネジメントについて知ることについての有用性は高くなく、精神的支援、家族ケア、さらに連携に関わるものについての有用性が高かった（質問票）	連携に関する有用性が高かった理由は、地域の看護師は、患者・家族にホスピスを紹介する立場にあるためと考えられる	研修の中で、連携に関するディスカッションができる機会をつくる
研修により、今後行っていくことが明らかになったとの声があった（地域の看護師/質問票）	自施設で緩和ケアを推進していく立場にあったため	研修の目的の確認やふりかえりを行う時に、自施設での取り組みについて考えられる機会をつくる
研修で得た知識・技術を伝達し、今後へ役立たいとの評価があった（質問票）	ホスピス研修で得られる新たな知識・技術（特に看護ケア）があったため	実践で活かせる看護技術などを見ることが出来る機会を多くもてるようにする
研修の目的が必ずしも明確になっている場合ばかりではない（地域の看護師/フォーカスグループ）	ホスピスに足を踏み入れることが初めての研修生も多いため	提供できるものを事前に提示することも行なってみる
ホスピスでの研修は役立ったとの評価が多かったが、自施設の状況にあわせて活かしていくという部分で課題も抱えていた（地域の看護師/フォーカスグループ）	一般病棟や地域では人・物・時間が制限される場合も多いため	研修後も共有やサポートできる場があるとよいかもしれない（2回目の研修を受けるなどを含む）
研修後、自施設に帰って学んだことを伝えることの難しさもあったが、講義を依頼してつなげることができた研修生があった（地域の看護師/フォーカスグループ）	地域の看護師を対象とした研修には、知識・技術の獲得のみならず、新たなつながりや連携を生む働きがある	研修後にもつながる関わりをおこなう
研修は、自施設を見直す好機となっていた（地域の看護師/フォーカスグループ）	他の施設や他の看護師のケアをみることができる機会が少ないため	研修生のニーズにあわせて、できるだけ実践をみる事ができるプログラムとする
ホスピスのレスパイト利用		
家族にとっては役立っているよう。患者は「いきたくない」ことがある（ホスピス看護師/ヒア	患者自身の気持ち（入院したくない）の尊重と家族の負担をやわらげるこ	現在方法が見つかっていない。インタビュー調査等で評価を行う

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

リング)	との間で葛藤が生じている可能性、 「ホスピスにいったら最後」の可能性 がある	
入院の目的（検査・リハビリテーションなど） があることが患者にとってよい影響を及ぼすよ うである（医師/インタビュー）	レスパイトは家族にとっての休養と いう意味合いが大きい	入院にあたり、患者にとっての目的を共有す る
ホスピススタッフはレスパイト入院の意味を見 出しにくい（看護師/フォーカスグループ、イン タビュー）	患者・家族にとってのレスパイト入院 の意味を理解し、実感できる場が少ないため	・患者・家族の評価をフィードバックする ・在宅にもどってからの様子を共有する ・ホスピススタッフと地域医療福祉従事者が 直接電話などで連絡をとりあう、カンファレ ンスを行う
症状は落ち着いているが、ケアの比重が大きい 患者が多く、看護師の負担感がある（ホスピス 看護師/ヒアリング）	患者は、ずっと見守りが必要であったり するため。それだけ家族の負担が大 きいということも意味している。 ホスピス看護師は、死が近い患者のケ アを行いながら、ケア度の高いレスパ イト入院の患者をみる身体的・精神的 負担が大きい	ボランティアの協力を得る
再度の利用だと看護師の負担感が減少し、スト レスも少ない（ホスピス看護師/ヒアリング）	患者を知ることができ、どこに支援の ニーズがあるのかが分かるため	複数回の利用もすすめる
再度の利用の場合、看護師は在宅の生活にあわ せたケアができるようになってきている（ホス ピス看護師/ヒアリング）	ホスピス看護師は、在宅に戻る患者の 経験が少なく、どのようなケアが望ま しいのかが当初わからなかった。事例 を重ね、患者との関係ができてくる と、生活背景を念頭に入れた支援がで きるようになってきたため	看護師が在宅の視点をもてるようになり、か つ、患者をわかると、ケアが提供しやすくな る（複数回利用できる）
決められた入院期間での症状マネジメントは医 師の負担となる場合がある（医師/インタビュ ー）	症状が変化・悪化していく中で、症状 マネジメントに時間を要したり、困難 な症例もあるため	フレキシブルな対応がとれるかどうかを話 し合える場をつくる
予定された入院期間で退院するのか、入院を延 長するのかの判断が難しい事例では、患者・家 族、および、医療者のストレスが大きい（医師・ 看護師/インタビュー）	がん患者では、病状の悪化を伴うこと が多い	関係者がオープンに話し合える場を持てる ようにする
レスパイトベッド（在宅支援用ベッド）を確保 することで他の入院患者が入れなくなる状 況が懸念された（医師/ミーティング）	ホスピス待ちの患者が多い	（現在までに大きな問題は生じていない。今 後も継続して評価する）
緩和ケア外来		

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

院内の患者と、浜松市外の患者がほとんどであった（診療時間がかかるため現在の患者数より増えると対応できない）（ホスピス看護師・医師/ヒアリング）	主に見ている病院で対応されている、知られていない、知られていても何をしてくれるのが分からないなどがある	
緩和ケア外来とホスピス外来の混同がある（ホスピス看護師/ヒアリング）	外部からは、その役割の違いが見えにくく、周知されていないため	周知の継続、ホスピス外来の担当者と地域の医療福祉従事者がディスカッションできる場をつくる
外来医師から「まるなげ」の患者がいる（ホスピス医師・看護師/ヒアリング）	主治医機能を持たない緩和ケア外来の役割が共通認識されていないため	症例検討会で、担当者と地域の医療福祉関係者とがディスカッションできる機会をつくる
ホスピス内にあるため、「まだホスピスにかかりたくない」と患者から拒否されることがある（ヒアリング）	主治医機能を持たない緩和ケア外来の役割が共通認識されていないため	症例検討会で、担当者と地域の医療福祉関係者とがディスカッションできる機会をつくる
曜日などがことなるため、通院中の患者が複数の外来を受診することが負担になり、患者から拒否されることがある（ステアリングメンバー）	通院が負担になる	通院が負担になる患者は外来で緩和ケアチームが併診とし、無理に緩和ケア外来を勧めない
症状マネジメントが必要な患者には、早い時期に入院対応などできている（ホスピス看護師/ヒアリング）	専門緩和ケアにつながることで対応が早いため	症状マネジメントが必要な場合、緩和ケア外来は有用である
土・日曜日や夜間の対応が難しく、課題である。病棟対応は難しい現状がある（ホスピス看護師/ヒアリング）	限定された曜日・時間での対応だけではニーズに応えられない場合があるため	<ul style="list-style-type: none"> ・依頼先に推奨を記したものを送る ・緊急時にも対応できるような仕組みをつくるか、否かを検討する

IV 組織マネジメント

浜松地域のプロジェクトの組織の特徴は、「非公的な (informal な) 関係」にもとづいた研究組織で可能な組織をまずつくり、必要に応じて、公的な機関やプロジェクト中に参加したメンバーの自由意思に基づいて組織を作ったことである。したがって、「組織図」のようなものが存在せず、複数のチームが並列して目的に応じて形成した。プロジェクトの意思決定は、関連する複数のチームの意見に基づき、プロジェクトの地域担当者を中心とした数名のステアリングメンバーで週1回半日ミーティングで行った。

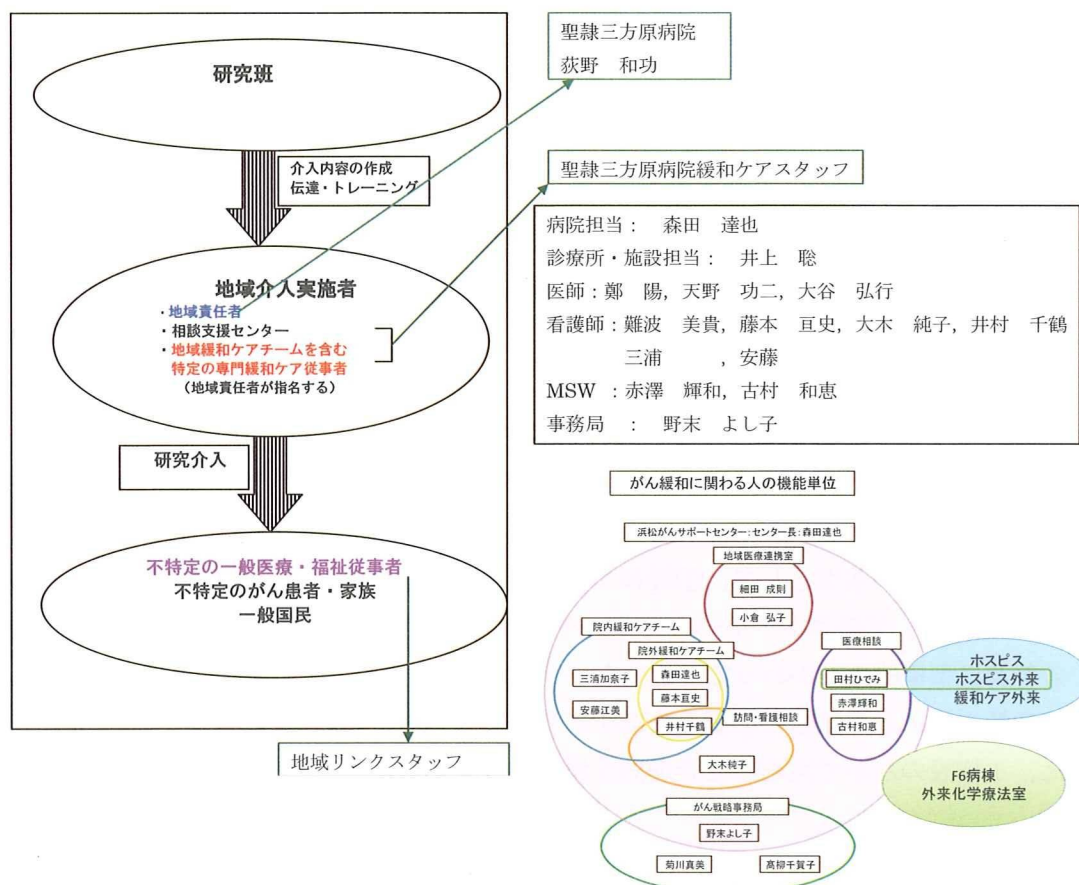
この理由は、浜松地域では、複数のがん診療連携拠点病院があり、医師会も複数の医師会が政令指定都市への移行で合併したばかりである、大規模な民間病院があるなど、「いろいろな出身のひと」が入り混じって仕事をする地域であるため、「地域全体を把握している一元した構造」がもともとなく、今回のプロジェクトでも構築することが難しかったことがあげられる。

メリットは臨機応変に意思決定ができることであり、デメリットは組織を通さなければいけない活動に制限が見られる場合があったことが考えられる。

1 プロジェクト立ち上げ (2007年)

1) 立ち上げのための組織

- ・ 浜松地域における運営組織は、プロジェクト開始前 (2007年) に、プロジェクトの担当機関である聖隷三方原病院内に 10名ほどからなる運営委員会を置いて企画立案を行った。



- ・ 当初は、地域全体に関わるプロジェクトであるため、聖隷三方原病院以外の職員を加える案もだされたが、参加が想定されるメンバーの中には10km以上離れた地域に居住する者が多くいたため、1) ミーティングを持つ時間的余裕が十分でないこと、2) 参加者の労力が強くなることを考慮し、聖隷三方原病院のスタッフのみで構成することとした。

図4 プロジェクト立ち上げのための運営委員会（開始時）



2) リンクスタッフ・研究協力者の応募

リンクスタッフの定義

- ・ リンクスタッフは、「プロジェクトの内容を理解し、所属する施設において、プロジェクトの推進・普及を行う」役割とした。具体的には、①介入の負担は負わない、②セミナーや会議は自由参加である、③施設調査の負担が生じる、とした。

リンクスタッフをおく施設の選定とリンクスタッフの選定

- ・ 選択にあたり、まず既存のヒューマンネットワークを活用した。地域全体を俯瞰し、プロジェクトを動かしていくうえで特に重要と考えられる医療福祉機関を選定した。
- ・ リンクスタッフの基準として、①緩和ケアを専門とする医師・看護師（専門看護師、認定看護師）・薬剤師、②緩和ケアチームのメンバー、③組織のなかで学習会を主催するなど緩和ケアの普及に積極的にかかわっているスタッフ、④相談・支援を行う部署に所属するスタッフ、⑤管理的立場にあり組織に影響を及ぼすことができる者、のいずれかに該当する者とした。また、1施設のなかで実務者と管理的立場にある者の両者を入れることが必要と考え、依頼した。

リンクスタッフへのアプローチ

- ・ 各施設で緩和ケア普及に関して意欲があり、かつ、組織を動かしていくことができるメンバーと、非公式に知り合いから個別に訪問して連絡をとった。もともとある程度面識があった場合もあり、まったく初めて訪問した場合もあった。
- ・ 依頼の際には、プロジェクトの内容や目的を説明し、地域のなかでともに活動をおこなっていきたい旨を伝えた。また、リンクスタッフとなった場合のタスクが実際以上にある印象を持つ者が多かったため前述の通りであることを明確にし、負担感の軽減を図った。
- ・ 全てのがん診療拠点病院を含む主要な医療福祉機関にリンクスタッフを見出すことができた。

研究協力者の応募

- ・ プロジェクトの開示を目的とした説明会を、地域の医療福祉従事者を対象に行い、リンクスタッフと研究協力者の募集を行った。浜松市内 890 の医療福祉機関、行政機関に案内を郵送し、97 施設 147 名の参加があった。45 施設 119 名がリンクスタッフとしてプロジェクトに参加することを同意した。
- ・ 研究協力者は、積極的に推進・普及は行わないがプロジェクトが主催するセミナーや症例検討会に参加するメンバーとして、募集を行った。52 施設 98 名の同意が得られた。
- ・ 各施設の状況に応じて E-mail、FAX（少数）による連絡とした。

3) プロジェクトの運営

- ・ セミナーなどのたびにリンクスタッフと研究協力者の追加登録を依頼した。2007 年末のリンクスタッフの数は 113 名、研究協力者の数は 100 名であった。
- ・ プロジェクトで意思決定を迅速に行う必要が高いことが多く、2007 年に策定した研究組織で意思決定を行っているうちに時間に余裕がなくなることが多くなった。したがって、2007 年の運営委員会に加えて、同一組織の同一の室内でコミュニケーションがとれる最小限の人数を「ステアリングメンバー」とし、週 1 回半日ミーティングを行うこととした。メンバーは、森田達也（聖隷三方原病院 緩和支援診療科）、野末よし子（聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター）、井村千鶴（聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター）、赤澤輝和（聖隷三方原病院 医療相談室）、古村和恵（聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター）、前堀直美（レモン薬局）であった。薬局の状況については院内では把握できないため、聖隷三方原病院から徒歩圏内にある在宅緩和医療に熱心な薬局薬剤師に依頼した。ステアリングチームでは、研究地域担当者がプロジェクトの進行に必要な役割を分担し、メンバーに割り振るかたちで進行した。ステアリングチームで行った内容を運営委員会で報告した。

2 プロジェクトの運営（2008 年）

- ・ セミナーなどのたびにリンクスタッフと研究協力者の追加登録を依頼した。2008 年末のリンクスタッフの数は 140 施設 358 名（リンク協力者という区別をなくした）であった。
- ・ プロジェクトが地域全体に及ぶにあたって、地域全体での企画を立てる必要があったため、「OPTIM 企画チーム」を組織した。OPTIM 企画チームの構成員は、佐々木 一義（県西部

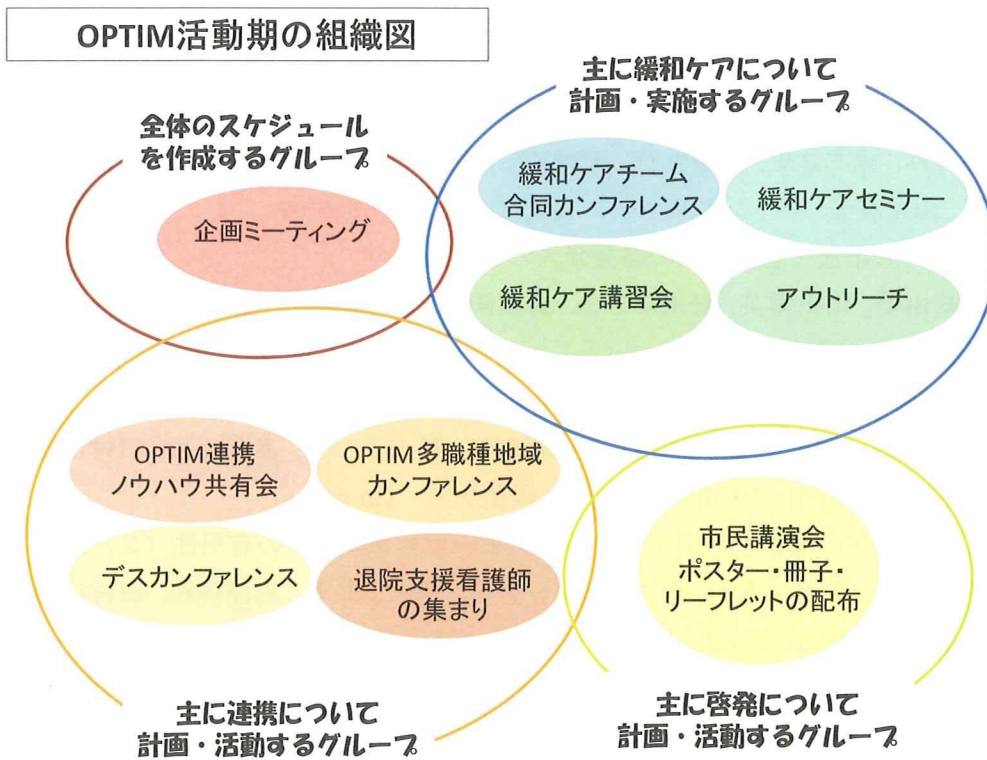
浜松医療センター) 佐原 千恵子 (県西部浜松医療センター) 山田 博英 (聖隷浜松病院) 名倉 桂古 (聖隷浜松病院) 井上 聡 (聖隷三方原病院) 佐久間 由美 (聖隷三方原病院) 大木 純子 (聖隷三方原病院) 笹ヶ瀬 容子 (聖隷三方原病院) 田中 達郎 (浜松医科大学医学部附属病院) 福本 和彦 (浜松医科大学医学部附属病院) 増田 順子 (浜松医科大学医学部附属病院) 鈴木 留美 (JA 静岡厚生連遠州病院) 請井 ちひろ (JA 静岡厚生連遠州病院) 熊谷 純一 (くまがい内科・消化器科クリニック) 細田 修 (坂の上ファミリークリニック) 藤島 百合子 (藤島クリニック) 井ノ口 佳子 (訪問看護ステーション住吉) 佐藤 泉 (訪問看護ステーション住吉) 鳥山 講子 (訪問看護ステーション細江) 松井 順子 (聖隷ケアプランセンター和) 西尾 かをる (聖隷ケアプランセンター細江) 佐藤 文恵 (きちつと居宅介護支援事業所) 藤川 晴海 (地域包括支援センター細江) 板倉 称 (浜松市役所) 二宮 貴至 (浜松市精神保健福祉センター) 曾布川 美登理 (薬局フォーリア) 前堀 直美 (レモン薬局 三方原店) 森田 達也 (OPTIM) 井村 千鶴 (OPTIM) 伊藤 富士江 (OPTIM) 赤澤 輝和 (OPTIM) 野末 よし子 (OPTIM) であり、地域全体を見渡せる組織の管理に携わっているもの (理事など) を中心に依頼した。

- ・ 2009年の企画を立てるために、2008年末12月～2月の3回にわたって、プロジェクトの企画立案をするるとともに、2009年間に、年間6回のミーティングを持ち、プロジェクトの企画と評価に関して討議を行った。
- ・ プロジェクトの主要な意思決定は、ステアリングチームが、企画チームなど関連するメンバーのスーパービジョンを受けて行った。ステアリングチームは、2007年と同様、週1回半日ミーティングを行った。メンバーは、森田達也 (聖隷三方原病院 緩和支援治療科)、野末よし子 (聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター)、井村千鶴 (聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター)、赤澤輝和 (聖隷三方原病院 医療相談室)、前堀直美 (レモン薬局) であった。

3 プロジェクトの運営 (2009年)

- ・ セミナーなどのたびにリンクスタッフと研究協力者の追加登録を依頼した。2009年末のリンクスタッフの193施設 407名であった。
- ・ プロジェクトの主要な意思決定は、ステアリングチームが週1回半日ミーティングを行い、企画チームなど関連するメンバーのスーパービジョンを受けて行った。メンバーは、森田達也 (聖隷三方原病院 緩和支援治療科)、野末よし子 (聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター)、井村千鶴 (聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター)、赤澤輝和 (聖隷三方原病院 医療相談室)、伊藤富士江 (聖隷三方原病院 看護相談室)、前堀直美 (レモン薬局) であった。
- ・ 2008年に立てた企画に基づき、複数のチームができたが、それらは、重複しているが組織図としては形成されず、リベラルネットワークであった。
- ・ 2010年の企画を立てるために、2009年末12月～1月の2回にわたって、プロジェクトの企画立案をした。

図5 OPTIM活動期の組織図



V 各種研究報告

- 資料1 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性。
鄭陽, 井村千鶴, 野末よし子, 赤澤輝和, 古村和恵, 森田達也, 大木純子, 清原恵美, 井上聡, 田村ひでみ, 藤本亘史, 大谷弘行, 天野功二, 佐久間由美, 加藤亜沙代, 福田かおり, 末田千恵, 山岸暁美. *ペインクリニック* 30(11):1553-1563,2009.
- 資料2 緩和ケアについての市民・患者対象の啓発介入の実態調査。
赤澤輝和, 川崎由美, 山田博英, 野末よし子, 倉田園子, 井村千鶴, 伊藤富士江, 森田達也. (submitted)
- 資料3 地域における緩和ケアの連携を促進するためのフォーカスグループの有用性(1)。
井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 大木純子, 清原恵美, 野末よし子, 赤澤輝和, 田村ひでみ, 笹ヶ瀬容子, 井上聡, 山岸暁美, 森田達也. *緩和ケア* (in press)
- 資料4 地域における緩和ケアの連携を促進するためのフォーカスグループの有用性(2)。
井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 大木純子, 清原恵美, 野末よし子, 赤澤輝和, 田村ひでみ, 笹ヶ瀬容子, 井上聡, 山岸暁美, 森田達也. *緩和ケア* (in press)
- 資料5 望ましい緩和ケアに関する地域リソースデータベースとは何か? : 多職種を対象とした質的研究。
赤澤輝和, 野末よし子, 井村千鶴, 伊藤富士江, 森田達也. (in preparation)
- 資料6 理論的サンプリングに基づくがん在宅緩和医療の課題と解決策に関する診療所医師を対象とした訪問調査。
伊藤富士江, 井村千鶴, 森田達也. (submitted)
- 資料7 浜松市1000件の調査に基づくがん患者さんご家族の声。
- 資料8 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性。
藤本亘史, 井村千鶴, 野末よし子, 細田修, 小野宏志, 井上聡, 森田達也. *癌と化学療法* (in press)
- 資料9 地域における緩和ケア病棟の役割: 緩和ケア病棟における地域医療者の研修の評価。
清原恵美, 井村千鶴, 福田かおり, 井上聡, 森田達也. (submitted)
- 資料10 ホスピスにおける在宅支援ベッド運用についての検討。
白土明美, 井上聡, 井村千鶴, 清原恵美, 森田達也. 第14回日本緩和医療学会総会. 2009.6.19~20 大阪
- 資料11 浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査。
井村千鶴, 古村和恵, 野末よし子, 赤澤輝和, 森田達也. *緩和ケア* 20(1):92-98,2010.
- 資料12 2009年度、2010年度年間計画表

資料1 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性。
鄭陽, 井村千鶴, 野末よし子, 赤澤輝和, 古村和恵, 森田達也, 大木純子, 清原恵美, 井上聡, 田村ひでみ, 藤本亘史, 大谷弘行, 天野功二, 佐久間由美, 加藤亜沙代, 福田かおり, 末田千恵, 山岸暁美. ペインクリニック 30(11):1553-1563,2009.

地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性

紹介

Introduction

鄭陽¹ 井村千鶴² 野末よし子²
赤澤輝和³ 古村和恵² 森田達也^{1,4,5}
大木純子⁶ 清原恵美¹ 井上聡¹
田村ひでみ³ 藤本亘史⁴ 大谷弘行¹
天野功二⁷ 佐久間由美⁸ 加藤亜沙代⁸
福田かおり¹ 末田千恵⁹ 山岸暁美^{10,11,12}

¹聖隷三方原病院ホスピス, ²同浜松がんサポートセンター
³同医療相談室, ⁴同緩和ケアチーム, ⁵同緩和と支持治療科,
⁶同看護相談室, ⁷同臨床検査科, ⁸同腫瘍センター
⁹国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所博士課程
¹⁰慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室
¹¹東京大学大学院医学系研究科
¹²国立がんセンター東病院看護部

要 旨

本研究の目的は、講義にグループディスカッションを取り入れた緩和ケアセミナーが参加者にとって有用かを明らかにすることである。地域医療者を対象として、月1回、2時間、緩和ケアセミナーを10回にわたって行い、質問紙調査とフォーカスグループにより評価した。参加者は1,273名であった。有用性では、10回中9回で90%以上が「とても役立つ」・「役立つ」と回答した。評価が高かったテーマは、実技を含むもの、特殊な知識を短時間に得られるもの、パンフレットなど具体的なツールを使用するもの、倫理的問題や対応が難しい事例の症例検討、在宅サービスの利用に関係したものであった。フォーカスグループでは、「講義とグループディスカッションの組み合わせはよい」、「交流の場としても重要である」との意見が抽出された。講義とグループディスカッションを組み合わせたセミナーは、参加者から有用で、交流の場としても重要であると評価されていた。
(ペインクリニック 30: 1553-1563, 2009)

キーワード：疼痛、緩和ケア、地域

背 景

疼痛緩和を含む緩和ケアは緩和ケア病棟、院内緩和ケアチームを超えて、地域での普及が求

〈Introduction〉

Participant-perceived usefulness of palliative care multidisciplinary workshop for regional health care workers

Yo Tei, et al

Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital

められている¹⁻³⁾。しかし、地域の医療者は、緩和ケアにかかわる機会がそれほど多くない、専門的なトレーニングを受けたことがない、相談できる専門家が身近にいないことなどから、緩和ケアに関する自信は低い^{4,5)}。緩和ケアに関する地域医療者の知識や技術を向上させることは、地域における緩和ケアの普及に有用な可能性がある。

地域医療者の緩和ケアの知識や技術を向上させる手段として、緩和ケアに関する講習会、ア

ウトリーチプログラム、専門施設での研修などが考えられる。講習会はしばしば行われる方法であり、系統的レビューでは、一般的な一方向性の講義による講習会では効果は限定的であり、相互交流的 (interactive) な方法が勧められている^{6,7)}。

わが国においては、医師を対象とした「医師に対する緩和ケア教育プログラム」(PEACEプログラム)、看護師を対象とした「看護師に対する緩和ケア教育」(ELNEC)などの運用が始められているが、現在のところ、その有用性の実証研究はない⁸⁻¹²⁾。また、地域がん診療連携拠点病院を中心として地域の緩和ケアにかかわる職種に対して緩和ケアの知識や技術を向上させることが課題とされているが、その具体的な方法や効果は明示されていない。したがって、本研究において、講義とグループディスカッションを複合させた緩和ケアセミナーの有用性について報告することは意義があると思われる。

本研究の目的は、i) 緩和ケアセミナーが参加者にとって有用であったかを明らかにすること、ii) よりよい緩和ケアセミナーのあり方について質的に探索することである。

I. 対象・方法

1) 緩和ケアセミナー

緩和ケアセミナーは、月1回平日18:45から20:45まで10回にわたって行った。

前半45分で医師20~30分、看護師15~25分の講義を行った。講義の内容は、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)で作成された「ステップ緩和ケア」やパンフレットにしたがって行った (<http://www.gankanwa.jp/region/hamamatsu/>)。講義内容は、①緩和ケアで使用するツール、②痛みの評価とオピオイド、③突出痛、④オピオイドの副作用、⑤呼吸困難、⑥嘔気・嘔吐、⑦せん妄・不眠・精神症状、⑧看取りのケア・在宅で使用できる薬剤、⑨家族ケア、⑩スピリチュアルケアであった。毎回の講義内容をビデオに撮影したものをホームページで公開し、メール

とFAXでアナウンスした。

後半75分ではグループディスカッションを行った。1グループ8~12名になるようにグループを設定し、1つのグループに1名のファシリテーター (医師、看護師、ソーシャルワーカー) を置いた。扱ったテーマは表1のとおりである。1~9回までは複数のグループを作り、当日15名以下になるように人数調整を行った。10回目は事例に沿って同じテーマでディスカッションし、グループの人数を8~12名に固定した。

2) 緩和ケアセミナーの質問紙による評価

毎回終了後に参加者に質問紙を配布し、回収箱に回収した。調査項目は、①背景 (職種、勤務場所、臨床経験年数)、②講義の有用性 (「とても役に立つ」、「役に立つ」、「少し役に立つ」、「あまり役に立たない」、「役に立たない」)、③講義のわかりやすさ (「とてもわかりやすい」、「わかりやすい」、「少しわかりにくい」、「わかりにくい」)、④講義の時間 (「短かった」、「ちょうどよかった」、「長かった」)、⑤講義の内容の難易度 (「もっと発展的な内容がいい (基本的すぎる)」、「ちょうどよい」、「もっと基本的な内容がいい (難しすぎる)」)、および、⑥グループディスカッションの有用性 (「とても役に立つ (5点)」、「役に立つ (4点)」、「少し役に立つ (3点)」、「あまり役に立たない (2点)」、「役に立たない (1点)」)、⑦時間 (「短かった」、「ちょうどよかった」、「長かった」)、⑧人数 (「多い」、「ちょうどよかった」、「少ない」)、⑨職種構成 (「もっと多職種の方がよい」、「適切だった」、「もっと職種を限った方がよい」とした。また、緩和ケアセミナー全体の評価のために、「次回も緩和ケアセミナーに参加しようと思いますか」(「ぜひ参加したい」、「できれば参加したい」、「参加したくない」)をきいた。講義内容をホームページで公開してからは、ホームページを見たことがあるか、ある場合の有用性 (「とても役に立つ」、「役に立つ」、「少し役に立つ」、「あまり役に立たない」、「役に立たない」)、ない場合の理由 (「知らなかった」、