

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。

**浜松市
1000件の調査に基づく
がん患者さん
ご家族の声**

●2006年4月から2011年3月の期間に浜松市の全地域で「がん患者さんの介入研究(OPTIMプロジェクト)」が行われています。
●2008年に行われた調査結果から、患者さん・ご家族の声と医療者が対応できるところをまとめました。

①このリーフレットは、浜松市全域でがん患者を受けられる患者さん・ご家族の満足度が上がることを願い作成いたしました。
②本リーフレットの内容を日常診療での工夫に取り入れることにより、医師や看護師が大きな負担を感じることなく、患者さんやご家族の要望に応じた医療を進めていくことにつながると考えております。
③リーフレットはプロジェクトの一環として、2010年に発行。浜松市の主な病院でも流通を持ります。
④「医療者」の中、医師は年々多くなり、患者さんご家族の要望に「応じてくれない(応じられない)」状態にあります。ご一読いただければ幸いです。
⑤ご不明な点やご意見は各病院の緩和ケアチームにご連絡ください。

①ご意見を伺いたい方たちへ
②の成書 発行先

全書 編集・発行 緩和ケア推進のための地域プロジェクト (浜松大学医学部 がん緩和ケアセンター) 発行先 423-8558 浜松市中央区三丁3番54-2 数直三看護学院 OPTIM推進事務局 TEL:053-434-1261(代表) FAX:053-434-1360(相談)

浜松市がん医療センター、数直三看護学院、数直三看護学院、浜松医科大学医学部附属病院、遠州病院、緩和ケアチーム OPTIM

Contents

I 浜松地域の調査結果
2006年 浜松市のがん患者さんご家族の調査結果 P02
自由記述 P03

II 患者さん・ご家族への対応のポイント
①何か「心配ごと」の解消があったときのポイント P05
②何かの身体症状を訴えられたときのポイント (化学療法の前向きを含む) P06
③「病気で困ることは診察せんか」といわれたときのポイント P07
④ 終末期のがん患者さんを認識したときのポイント P08
⑤ 最終的ご遺言について相談するときのポイント P09
⑥ 医療者側を救済するときのポイント P10

III OPTIM (緩和ケア普及のための地域プロジェクト) とは P12

IV サマリー P13

V 患者さん・ご家族の声 P14

明日からの診療に活かせる工夫を
もりこみました。
ぜひご一読下さい。

I 浜松地域の調査結果

① がん患者さんが受けられた
医療に関するアンケート調査

患者さんご家族が、がん緩和医療の課題を明らかにするために、浜松市全域で調査が行われました。

② 対象・方法

緩和医療に該当する患者さんご家族を連続的にサンプリングして、郵送法による質問紙調査を行いました。

③ 調査期間

2006年4月～5月に浜松市内の8病院内の外科、消化器内科、呼吸器内科など一般の病棟に実施しているがん患者さん(再発・再発後転移がなされた)

④ 調査方法

2007年4月～2008年3月に市内の7病棟の外科、消化器内科、呼吸器内科など一般の病棟、ホスピス病棟、または在宅で亡くなったがん患者さんご家族

⑤ 調査項目

Care Evaluation Scale, Good Death Inventory など信頼性・妥当性の高められた Quality of Life の評価尺度を用いて評価しました。
(項目例)
①医師は、患者さんのつらさや不安に十分に対応していた
②医師は、患者さんつらさや不安への対応に十分な対応ができていた
③患者さんの不安や心配をよわらせるように医師や看護師は対応していた

⑥ 量的調査のまとめ

患者さんに対しては、549件の調査票を発送し、337件(61%)から回収されました。
ご遺族に対しては、602件の調査票を発送し、432件(72%)から回収されました。
回収された場所は、一般病棟313名、ホスピス病棟90名、在宅39名でした。

40%の患者さんご遺族が、「身体的苦痛の緩和」、「精神的ケア」に改善が必要と考えていることがわかりました。

⑦ 自由記述のまとめ

自由記述を「内容分析」という方法で分析した結果、患者さん・ご家族の要望として、①「患者・家族の気持ちに寄り添って、一緒に考えてほしい」、②「患者・家族が後悔しないように、話しておきたい」、③「医療者側を救済してほしい」ということがわかりました。

⑧ 患者さん・ご家族の要望

- ① 患者・家族の気持ちに寄り添って、一緒に考えてほしい**
- 「家族で話を聞いたのは、どう聞いてあげようかということでした。本人の言葉をどう聞いてあげようか分かりませんでした。でも、先生や看護師の人が本人だけでなく、家族もサポートして下さることで、母を助けてあげることができました」
- 「患者さんは苦しいので、医師から話を聞いてもらえると嬉しい」
- 「患者の死時は、本人でなければわからないと思います。一生懸命に診てもらって、医師からも説明が分かりました。『お悔しいです』、『お悔しいです』と聞いて、分かってもらえて嬉しい限りです。お悔しいです、お悔しいです、お悔しいです、お悔しいです、お悔しいです」

⑨ 患者さん・ご家族の要望

- ② 患者・家族が後悔しないように、話しておきたい**
- 「よく話を聞いたら聞いて下さるよと聞いて、聞いてもらいました。少しは楽なように話を聞かされたので、お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです」

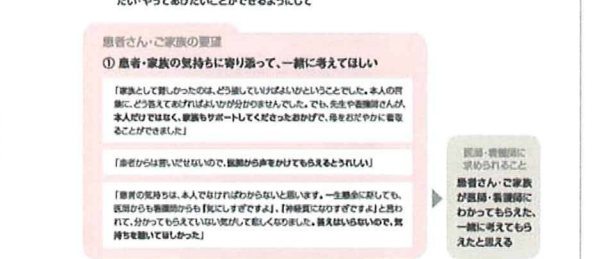
- 「病気がつら、話しやすいこととは思いませんでしたが、この後どうなっていくかという話も聞かされたので、お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです」

- 「家族が聞き取りやすかったので、自宅で話さなかったことが残念です。自宅で話さず後悔が残ったこと、お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです」

- 「家族が聞き取りやすかったので、自宅で話さなかったことが残念です。自宅で話さず後悔が残ったこと、お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです。お悔しいです」

I 浜松地域の調査結果

① 量的調査のまとめ



② 自由記述のまとめ

自由記述を「内容分析」という方法で分析した結果、患者さん・ご家族の要望として、①「患者・家族の気持ちに寄り添って、一緒に考えてほしい」、②「患者・家族が後悔しないように、話しておきたい」、③「医療者側を救済してほしい」ということがわかりました。

① 患者さん・ご家族の要望
② 患者さん・ご家族の要望
③ 患者さん・ご家族の要望

II 患者さん・ご家族への対応のポイント

患者さん・ご家族の要望

③ 苦痛が最小限になるように努力してほしい

「だるさやむくみがかつかないでほしい」が、よく聞かなくてもいる。専ら苦しみや不安で悩んでおられることと認識しています。

「私が入院をやっていくとき、お薬などの治療を自分で受けることができたい」とおっしゃいました。副作用がかなり苦しくつらい思いをしました。治療と一緒に、副作用に對しての対応やサポートがもっとあるといいと思われています。

医師・看護師に
求められること
患者さん・ご家族
が身体的苦痛(化
学療法の前作用を
含む)が最小限に
なるように医師・
看護師が努力し
てくれたらと思える

患者さん・ご家族の要望

④ 生きる希望を支えてほしい

「食事やサプリメントなど、ご本人にとって、いいと思うことは何でもやってください」というお言葉で、本人の希望を尊重することなく扱ってくださったことがありがたかったです。

「代償療法を薦めてもらえず、「やっても無意味」といわれて、目的のための治療なのか分からなくなりました。がんに対する希望はできなくて患者の希望によるように扱ってほしい」

医師・看護師に
求められること
患者さん・ご家族
が医師・看護師に
「生きる希望」を
支えてもらえたと
思える

患者さん・ご家族の要望

⑤ 医療用麻薬についての不安をやわらげてほしい

「お薬が効かなかったとき、もっとお薬は量を増やしたが効果が弱くなってしまいました。そのお薬の使い分けが、もっと教えてもらえたらいいと思います」

「麻薬にモロトキをつけないでほしい」とおっしゃいましたが、うっかり量が増えなくなりました。そのお薬の分けが、量が増えなくなりました。そのお薬の分けが、量が増えなくなりました。

医師・看護師に
求められること
ご家族が、医療用
麻薬のせいでの状
態が強化された上
で調整せずにすむ
こと(麻薬麻薬につ
いての疑問をなく)

Point 1 何か「心配ごと」の訴えがあったときのポイント

要望 患者さん・ご家族の気持ちに寄り添って、一緒に考えてほしい

**そのために
このような工夫があります**

- 患者さん・ご家族の「心配ごと」には、病状以外にもさまざまなことがあります。訴えに耳を傾け、一緒に考えようとする姿勢が何より大切なことになり、医師と互いに解決する必要がある場合、看護士や薬剤師のスタッフなどと一緒に対応しましょう。
- 「・・・はいはいですすね、一緒に考えたいと思えます」とお言葉から伝え、適切な情報は迅速に早期にご相談ください。

たいへんな場面に一緒に相談のついでにできる人がいるのです。声をかけてください。

- がん相談支援センター 緩和ケア支援室
- 緩和ケアセンター がん相談支援センター
- 看護士方支援センター がん相談支援センター
- がん相談支援センター がん相談支援センター
- がん相談支援センター がん相談支援センター

「何かやられることはおぼつかないか」「何か心配なことはありますか？」など日々の関わりがなかで、医師から時々声をかけてください。

メモ 医師がかけられる要望は、患者さんに強く影響することがあります

心の安らぎになる言葉の例

- 「がんは怖い病気ですが、ご本人が心配されていることは、私たちも一緒にお考えさせていただきます。何かご心配なことがあれば、いつでもおっしゃってください。一緒に考えさせていただきます。」
- 「がん治療は辛いですが、ご本人が心配されていることは、私たちも一緒にお考えさせていただきます。何かご心配なことがあれば、いつでもおっしゃってください。一緒に考えさせていただきます。」
- 「がん治療は辛いですが、ご本人が心配されていることは、私たちも一緒にお考えさせていただきます。何かご心配なことがあれば、いつでもおっしゃってください。一緒に考えさせていただきます。」

支えられない言葉の例

- 「何もできることはありません。」
- 「あとのほうです。」
- 「(モロトキ)は副作用の副作用です。」
- 「お薬が効かないのでお薬を増やします。」
- 「お薬を増やしてもいいと思います。」
- 「お薬を増やしてもいいと思います。」
- 「お薬を増やしてもいいと思います。」

まとめ

- 40%の患者さん・ご家族が、「身体的苦痛の緩和」「精神的ケア」に改善が必要と回答しています。
- 具体的な要望として多かったものは、以下の内容です。
 - 患者さん・ご家族の気持ちに寄り添って、一緒に考えてほしい
 - 患者さん・ご家族が「無意味なし」ようにしてほしい
 - お薬が効かない・やってもお薬を増やしてほしい
 - 苦痛が最小限になるように努力してほしい
 - 生きる希望を支えてほしい
 - 医療用麻薬についての不安をやわらげてほしい

4

II 患者さん・ご家族への対応のポイント

Point 2 何かの身体症状を訴えられたときのポイント (化学療法の前作用を含む)

要望 苦痛が最小限になるように努力してほしい

**そのために
このような工夫があります**

- 痛みなどの慢性的な治療にはマニュアルが活用できます。地域連携マニュアル「ステップ緩和ケア」は緩和ケアチームから入手可能です。
- 複雑な事例は、緩和ケアチームへの早期の相談をご検討ください。他患や浮腫など、緩和が難しい症状でも、「何か工夫できることはないか」を必ずしも必ずしも「何か工夫できることはないか」と思えるように、緩和ケアチームに紹介してみてください。
- 「何が起きているのか」を専門にしているチームがあります。相談してみてください。

緩和ケアチーム
緩和ケアチームが、お薬を処方しています

- 緩和ケアセンター 緩和ケアチーム
- 緩和ケアセンター 緩和ケアチーム
- 緩和ケアセンター 緩和ケアチーム
- 緩和ケアセンター 緩和ケアチーム

化学療法の前作用も「何かお薬を処方してください」とおっしゃることがあります。

腫瘍・食欲不振では

- 副作用
 - 副作用の発生
 - 副作用の発生
 - 副作用の発生
- 副作用
 - 副作用の発生
 - 副作用の発生
 - 副作用の発生
- 副作用
 - 副作用の発生
 - 副作用の発生
 - 副作用の発生

Point 3 「何かできることはありませんか」といわれたときのポイント

要望 生きる希望を支えてほしい

**そのために
このような工夫があります**

- がん治療を行わないことは、「何もしないこと」ではありません。「何もできません」とお言葉から、「できること」(緩和ケアチームの役割)をお話してみてください。
- 「何かご心配なことはありますか？」など日々の関わりがなかで、医師から時々声をかけてください。

Evidence 国内の大規模調査で分かった有難いコミュニケーション

調査項目	緩和ケアチームが 活用している割合	緩和ケアチームが 活用していない割合
「何もすることがない」というかわりに「今後の達成可能な目標を具体的にいう」ことが伝えられている。	3.5	3.9
「何もすることがない」というかわりに「今後の達成可能な目標を具体的にいう」ことが伝えられている。	0.47	3.1
「何もすることがない」というかわりに「今後の達成可能な目標を具体的にいう」ことが伝えられている。	0.34	

メモ 緩和ケアとは?

「生命を脅かす病状に伴って生じる苦しみや不安を緩和し、患者さんの生活の質を向上させるためのアプローチである」(WHO)

緩和ケアとは、がん治療だけでなく、「緩和ケア」にも含まれる「緩和ケア」も含まれます。緩和ケアとは、がん治療だけでなく、「緩和ケア」にも含まれる「緩和ケア」も含まれます。

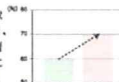
6

III OPTIMとは (緩和ケア普及のための地域プロジェクト)

Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model

●厚生労働科学研究費によって2008～2010年、全国の4地域で行われている緩和ケア普及のプロジェクトです。

●2008年「高機能の緩和に関する改善すべきところが『ほとんどない』『全くない』(満足)と答えた患者さん、ご家族は60%です。70%以上を目標にしています。



●前後で患者さんとご家族にアンケート調査などが行われ、効果が評価されます。

●詳しくはホームページをご覧ください。



<http://www.gankanwa.jp/>

●患者さんご家族からみたケアの質
●専門緩和ケアの利用状況
●死亡の場所
が評価対象になります。

OPTIMの診療支援ツール

●OPTIMでは、さまざまなツールが作成されています。ご関心をもっていた先生方は、各病院の緩和ケアチームまたは、OPTIM緩和ケア専用にお問い合わせください。

IV サマリー

2008年に行われた浜松地域のがん患者さんご家族の調査から、以下の要因と対応の指針が明らかになりました。

- Point 1** 何か「心配ごと」を伝えられたとき
 患者 不安の気持ちに寄り添って一緒に考えてほしい
 医師・看護師にできる工夫
 1) 「…はたいいんですよ、一緒に考えたいと思います」と伝え、看護師や医師のスタッフなどと一緒に対応する。
 2) 「何か力になれることがあれば」と距離を声をかける。
- Point 2** 何かの身体症状を伝えられたとき
 (化学療法の前準備を含む)
 患者 医師が最小限になるように努力してほしい
 医師・看護師にできる工夫
 1) 痛みなどの症状は薬でコントロールしながら行う。
 2) 緩和ケアチームは、早めに緩和ケアチームへ紹介する。
 3) 化学療法の副作用も「何か対応を考えた」と伝えるように対応する。
- Point 3** 「何かできることはありますか」といわれたとき
 患者 できる希望を伝えてほしい
 医師・看護師にできる工夫
 1) がん治療を行わないことは、「何も無いこと」ではないので、「何もできない」とは書かない。「できること」(達成可能な今後の希望)の表現を添える。
 2) 代替案については、「大切な生きる希望」になっていることがあるので、「するしない」ではなく、選択肢に添える。
- Point 4** 終末期のがん患者さんを担当したとき
 患者 家族が「後悔しない」(死にたい)や「やっとながりたい」(生き残りたい)のようにしてほしい
 医師・看護師にできる工夫
 1) 患者さんやご家族との関係には、看護師の役割を強調する。
 2) 「ご家族が持っているよりも看護師の存在が早く来ること」を早めに説明して、予備的な準備を促す。「家族として何をすべきか」をたずねる。
 3) 状態が悪くなってから医師を頼る。緩和ケアを使用するときは医師が話し合う可能性を説明する。
- Point 5** 緩和ケアを希望する場所を希望するときに
 患者 緩和ケアを希望する場所を希望してほしい
 医師・看護師にできる工夫
 1) 患者さんご家族に、早めに今後の希望する緩和ケア場所を。医学的に「できる」だけでなく、「患者さんご家族が希望で進めることを希望しているか」を把握して、在宅希望があれば、遠隔支援体制を早期に連絡する。
 2) ホスピスに強いイメージをもつ患者さんご家族には、専門の相談員を紹介する。
- Point 6** 医療用麻薬を処方するとき
 患者 医療用麻薬についての不安をやらせてほしい
 医師・看護師にできる工夫
 1) 状態悪化の対応を伝え、医療用麻薬のために状態が悪化しているのではないことをしっかりと説明する。
 2) 「医療用麻薬が生命予後を短くするわけではない」ことをはっきり伝える。

V 患者さん・ご家族の声

患者は、いろいろなことを考え、悩んでいます。なぜ自分が病気になったのかと、原因を考えます。病名の由来に加え、心のケアがとても大切だと感じます。一番よかったことは、主治医の先生と相談ができたことです。夫のことや母のことなど、いろいろな疑問を一緒に考えてくださいました。先生が私の主治医でよかった。本当に感謝しています。がんという病は体の治療だけでなく、精神的なケアが一番の薬です。がんが治らなると分かってから、緩和ケアを受けてもらえたことが何よりの助けになりました。

抗がん剤治療を受けていたとき、副作用でとても辛い思いをしました。吐き気が強く、ほとんど何も食べられませんでした。子どもたちのために食事をつくらなくてはなりません。夫も苦労をかけた。肉死の治療だけでは、副作用に苦しむのが嫌だったので、緩和ケアを受けるようにお願いしました。地域でのサポートがそういうところにもあるととても助かります。

医師から積極的な緩和ケアが勧められ、とても不安になりました。緩和ケアは緩和ケアであって、すべての患者に当てはまるわけではないです。よくわかりたいという気持ちで寄り添っていただけたと思います。代替療法に対する理解もなく、サプリメントなども勧められているように感じます。患者の希望を尊重せず、強硬にのってほしいと思います。

「もう治療がありません」と言われたまま、先生は黙って下を向かれました。私たちに申し訳ない気持ちでいられたのだと思います。その後、夫と一緒に決断することを決めました。家に帰ってからは、診療所の先生や看護師さんたち、とてもよくしてくれました。こんないい場所をもちえたら、早く家に帰ればよかったと思いました。病院の先生方に、とても感謝しています。治療がないことは、先生の責任ではありません。むしろ、どんな緩和ケアがあるかを早めに伝えてもらえると、患者・家族はいろいろ考えられると思います。

父の意識が戻る時、少しでも言葉があれば話を聞かすことを本人に頼んでくださいました。ただ、父も家族もつらさをやわらげることを望んだとはいえず、薬をほとんど使用することによる副作用もあって、薬を飲むことも怖くなるわけではなかったと受け止めてくれたと思います。

夫が先生を信頼していたので、家族は安心して話を聞きました。先生や看護師さんが、いつも話を聞いてくれてくださったことが、とてもありがたかったです。また、書類だけの話ではなく、話を聞いてくださったことがよくありました。「個別にしていることをしてきている」と知りたくになりました。

ホスピスは「死に向かっている」というイメージが、ホスピスへ行くことを躊躇させていました。もっと早くホスピスに移っていたら、夫と一緒に過ごせる時間が増えたことができたと思います。ホスピスが本人にとって良いところではないことを、緩和ケアの先生が説明してくださるといいと思います。



先生が本人に希望を聞いてくださいました。父は「日付がわからないから薬に困りたい」と言いました。そして、お父さんがいろいろ準備をしてくださり、父を連れて帰ることができました。感謝の気持ちでいっぱいです。

病院でなければいい治療は受けられないと思っていました。「まだ眠れるうちにいい場所」と言われたときは、とてもショックでした。「何かあったら病院に聞いていいよ」と背中を押してくれました。痛みがひどいことが一番心配でしたが、家に帰ってからも診察してくれる先生がしっかりと見てくれたからと感謝しています。家に帰る決心をしました。家に帰っても診察と同じように緩和ケアが受けられると聞いてもらえたことも、とても安心でした。遠征して診察をしてくださる先生や訪問看護師さんたちに感謝になりました。先生がしっかりと見てくれて、少しずつ動けなくなると、家に帰ってこれたことと感謝しています。

私の母が亡くなる2日前に、先生からお別れの時が近づいているというお話をされました。私は、母が死んでしまおうとが怖がられませんでした。母が亡くなる瞬間に、先生が説明されたように涙が頬を伝った(注:涙)になりました。でも、母が亡くなる瞬間に、先生が説明されたように涙が頬を伝った(注:涙)になりました。母に感謝の言葉を言いました。死にたいと思わなかった母にも感謝することができ、母の心を最後に満たされたことができています。それは、「お母さんが亡くなるまで、目が覚めなくても、お別れの声はちゃんと聞こえていますよ」という先生や看護師さんのアドバイスのおかげでした。本当にありがとうございました。

ホスピスは「死に向かっている」というイメージが、ホスピスへ行くことを躊躇させていました。もっと早くホスピスに移っていたら、夫と一緒に過ごせる時間が増えたことができたと思います。ホスピスが本人にとって良いところではないことを、緩和ケアの先生が説明してくださるといいと思います。

※掲載された内容はあくまで事例であり、一般的な治療法や緩和ケアの方法を指しているものではありません。

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)

要約

地域での緩和ケアの普及が求められている。地域医療者を対象としたアウトリーチプログラムはその手段として考えられるが、我が国において有用性に関する研究はない。本研究の目的は、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依頼内容、推奨内容、有用性を明らかにすることである。アウトリーチは、1つの在宅支援診療所を対象として、月1回ずつ12回、緩和ケア専門医1名、緩和ケア認定看護師1～2名が診療所で行われている多職種カンファレンスに参加し、患者の往診に同行した。対象患者は44例であり、23例に往診を行った。44例に合計141件の問題（身体・薬剤の問題63%【疼痛26%】、精神・スピリチュアルな問題18%、家族の問題6.4%、療養場所の問題6.4%）が同定され、合計113件の推奨が行われた。参加者の全般的評価は、「とても役に立った」71%、「役に立った」29%であった。「症状マネジメントについて知ること」、「顔の見える関係になること」に役立つとの回答が期間を通して高く、後半では「精神的支援や家族ケア・コミュニケーションについて知ること」、「連携の課題を共有すること」に役立つとの回答が増加した。フォーカスグループでは、「選択肢が広がりあきらめなくなる」、「実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションを身につける」、「患者や家族が肯定的である」、「連携ができる」、「かかわっている患者の情報を共有してケアに生かせる」、「相談内容が症状から包括的なことになってくる」、「もっとひろげたい」と評価された。緩和ケアチームによるアウトリーチは地域医療者から有用と評価されていた。今後、アウトリーチの患者への効果を評価する研究が必要である。

The primary aim of this study is to clarify the participant-evaluated usefulness of outreach program of palliative care team. A palliative care team participated into community conference and clinical activity in collaboration with community home care clinic once a month during one year. The palliative care team reviewed 44 patients, and gave 113

recommendations for 141 problems identified. The problems included; physical symptoms (63%, including pain in 26%), psychological/spiritual issues (18%), family problems (6.4%), and the coordination of location of death (6.4%). Participants rated outreach problem as “very useful” in 71% and “useful” in 29%. Usefulness for advising symptom control and developing collaborative relationship was high during the study periods, and usefulness for advising psychological care/communication and coordination of location of death gradually increased. In conclusion, outreach program of palliative care team could be useful for health care professionals in community home clinic, and could contribute to better outcome for cancer patients in home.

背景

緩和ケアは緩和ケア病棟、院内緩和ケアチームを超えて、地域での普及が求められている¹⁻⁵。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^{6,7}。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。講習会はしばしばおこなわれる方法であるが、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ることがしめされている^{8,9}。一方、アウトリーチサービスは、地域で中心となるがまだその診療に関するスキルが十分ではない診療機関に専門家が定期的に訪問して一緒に診療することにより、地域の中心となる診療機関を増やしていこうとする活動をさす。アウトリーチは、複数の医学領域での有効性が示されており^{10,11}、緩和ケア領域においてもアウトリーチサービスの有効性が示唆されている¹²⁻¹⁵。しかし、国内では私達の知る限り緩和ケア領域におけるアウトリーチの有用性を評価した研究はない。

本研究の目的は、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依頼内容と依頼内容に対する推奨内容、および、有用性を明らかにすることである。

対象・方法

1つの在宅支援診療所を対象として、1年間月1回、緩和ケア専門医1名、緩和ケア認定看護師1～2名が診療所で行われている地域医療者との合同の多職種カンファレンスに参加し、その後2～3名の患者の往診に同行した。カンファレンスは13:30から15:00まで、診療所の医師・看護師・連携している保険薬局の薬剤師に加えて、参加を希望した病院、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局の医療福祉従事者合計10～20名で行った。往診は15:00から17:00～19:00まで、患者の同意の上、カンファレンスに参加した医療福祉従事者10名前後が患者の自宅に訪問した。緩和ケアチームは、カンファレンスと往診の際に口頭で議論に参加するとともに、終了後48時間以内に検討の対象となった患者の緩和ケアに関して、緩和ケア専門医と緩和ケア認定看護師が「Recommendation summary」（患者の治療やケアについて評価と推奨される治療を要約したもの）を診療所医師にメールで送付した。

相談を受けた患者に対して、「緩和ケア相談シート」にしたがって¹⁶、患者背景（年齢、性別、原疾患、ECOGのPerformance status、原疾患、抗がん治療の有無）、検討した項目（身体/薬剤の問題、精神/スピリチュアルな問題、家族の問題、療養場所に関する問題など9カテゴリー32項目）、推奨した内容を記録し、集計した。

（1）質問紙による評価

3回のアウトリーチを1クールとし、1クール終了ごとに、診療所の参加者に質問紙を郵送し回収した。評価の対象者は、診療所の医師2名、看護師5名、連携する保険薬局の薬剤師1名であった。調査項目は、アウトリーチの有用性を全般的有用性1項目（「今回のアウトリーチの内容は総合的に役立ちましたか」）、領域ごとの有用性5項目（①症状マネジメントについて知ること、②精神的支援や家族ケア・コミュニケーションについて知ること、③退院時の情報の共有、

ホスピスへの入院など連携の課題を共有することに、④お互いに顔の見える関係になること)について、「とても役に立った」、「役に立った」、「少し役に立った」、「あまり役に立たなかった」、「役に立たなかった」の5件法できいた。アウトリーチの時間を、「短かった」、「ちょうどよかった」、「長かった」でたずねた。

(2) フォーカスグループによる評価

アウトリーチのカンファレンスに3回以上参加した多職種の医療福祉従事者10名によるフォーカスグループを行った。参加者は、診療所医師2名、診療所看護師2名、連携する保険薬局薬剤師1名に加えて、地域医療者との合同の多職種カンファレンスに参加した訪問看護ステーション看護師3名、介護支援専門員1名、保険薬局薬剤師1名であった。面接は研究者(C.I.)が半構造化面接によって行い、アウトリーチに参加した目的、体験(「どのようなことがわかりましたか」、「どういう気持ちになりましたか」、「意外だったことや参加して初めて分かったことはありますか」)、有用性、改善点などの質問を行った。発言は参加者の文書による同意を得てテープに録音した。

(3) 在宅死亡患者数

アウトリーチ開始前12か月と開始後12か月の在宅死亡患者数を集計した。

解析

量的データについては度数分布を集計した。質的データは、1名の研究者が緩和ケア専門医師1名と緩和ケア認定看護師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。

結果

1) 患者の評価

1年間に12回、4クールのアウトリーチを行った。対象となった患者は44例であり、そのうち23例の往診に同行した。患者背景は、平均年齢67.6(±12.3)歳、性別は男性39%(n=17)、女性61%(n=27)であった。ECOGのPerformance statusは、2 5%(n=2)、3 59%(n=26)、4 36%(n=16)であった。原発は、胃23%(n=10)、大腸18%(n=8)、子宮・卵巣18%(n=8)、肝臓9%(n=4)、その他(肺、乳房、甲状腺)であった。抗がん治療は全例で行われていなかった。

44例について、合計141件の問題が同定された(表1)。カテゴリでは、身体・薬剤の問題が63%と最も多く、次いで、精神・スピリチュアルな問題18%、家族の問題6.4%、療養場所の問題6.4%であった。項目では、疼痛が26%と最も多く、次いで、嘔気、呼吸困難・咳・痰、不安、不穏・せん妄、家族の不安が多かった。

推奨は、44例に対して合計113件(2.6件/例)が行われた(表2)。カテゴリでは、身体・薬剤の問題が64%と最も多く、次いで、精神・スピリチュアルな問題への助言13%、療養場所の問題への助言8.8%、家族の問題への助言7.1%であった。身体・薬剤の問題に関する推奨は109件行われ(表3)、多かったものは、オピオイドの開始・増量、向精神病薬の開始・増量、ステロイドの使用であった。

2) 参加者の質問紙による評価

質問紙は全員から回収した。参加者の4回の評価を累計した全般的評価は、「とても役に立った」71%(n=22)、「役に立った」29%(n=9)であった(母数31)。アウトリーチの時間は、「短かった」6%(n=2)、「ちょうどよかった」84%(n=26)、「長かった」10%(n=3)であった。

領域別の評価は、「症状マネジメントについて知ること」、「顔の見える関係になること」に役立つとの回答が期間を通して高かった(図1)。「精神的支援や家族ケア・コミュニケーションについて知ること」、「連携の課題を解決すること」に役立つとの回答は、前半の2回では比較的低かったが、後半の2回では高くなる傾向にあった。

3) 参加するフォーカスグループの評価

フォーカスグループで得られた意見は、「選択肢が広がりあきらめなくなる」、「実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションの方法を身につける」、「患者や家族が肯定的である」、「連携ができる」、「かかわっている患者の情報を共有してケアに生かせる」、「アウトリーチの相談内容が症状から包括的なことになってくる」、「もっとひろげたい」にカテゴリー化された。

(1) 選択肢が広がりあきらめなくなる

参加者は、できることの幅が広がり、まだできるという気持ちでケアにあたれるようになったと述べた。ある看護師は、「在宅だとこれは限界だもんね、ここまでだろうねと思ってきたこととが、実は、もうちょっと考えればできることがあるんだってことを思い出した。看護の姿勢が全然変わりました、あきらめない看護をするようになった」と述べた。

具体的には、①在宅で可能な工夫を最大限すること、②薬物療法や全身状態を改善する治療はなくても患者や家族の希望をかなえるための最大限の努力をすること、③病院と連携することで実際に利用可能な選択の幅を広げることができることが挙げられた。

「患者や家族の希望をかなえるための最大限の努力をすること」に関して、ある看護師は、「こんな状態で帰ってきてなんのためについていう気持ちもあったけど、それでも帰りたい理由があるはずだと（アウトリーチで）話題になって、何だろうって思ったら『お茶の道具を整理したいから』って。患者の希望と病態を把握することで「いまやるタイミングなんだ」とケアを集中してできて家族もよかった」と、「なににもできないかもしれない状況」でも何か目的を見出して達成する過程をアウトリーチで体験したことを述べた。「病院と連携することで実際に利用可能な選択の幅を広げること」については、肛門痛の患者に神経ブロックの適応について提示した経験をした介護支援専門員は、「在宅じゃできないから話に出さないのではなく、本人に話してみて、やるやらないは患者の自由で『選べる』のはいい」と述べた。

(2) 実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションを身につける

参加者は、実際の患者で症状緩和やコミュニケーションがうまくいくことを体験することによ

って自分の臨床に生かせると評価した。

症状緩和について、ある医師は、「ステロイドで合併症もあったので慎重でしたが、すごいよくなったことを体験して積極的に使っていいんだと（思った）」と述べた。

コミュニケーションについて、ある薬剤師は「病院だと『上から目線』だけど、（アウトリーチで医師が）すごく患者さんの目線に合わせて病状を話しているところを見て自分もそうしたい」と述べた。ある看護師は、「患者さんが何を思っているかを無理のないようにうまく聞ける、自分は聞けてないところを次は聞いてみよう（と感じました）」などと、コミュニケーションを「実際に見る」ことで自らの臨床に広げる有用性を述べた。

ある看護師は、「私の利用者さんのために来たんですけどほかのケースのことも聞けるのはすごくメリットがある。今後そういう人にかかわるときにどうやったらいいのかっていうヒントが得られる」と述べ、かかわっている患者だけではなく、かかわっていない患者に対しても有用であると述べた。

（3）患者や家族が肯定的である

多くの参加者がアウトリーチ前には多人数で訪問することに危惧があったと表現したが、実際にアウトリーチを受けた患者はおおむね肯定的な評価をし、やりがいになると述べた。ある看護師は、「意外なのは患者さんが喜ぶんですよ。（実際に）行くまでは何をしに来るんだというのがあるんですけど、よかったって言ってくれるんですよ。患者さんやご家族がよかったって言うてくれるからよかったって思います」と述べた。違う参加者は、「多人数で最初はえってびっくりするけど、何か救われるっていうか、気持ちを大事にしてもらえるっていうか、見てて思います、表情もすごく穏やかになる」と述べた。患者や家族が肯定的な評価をする理由として、「行き詰っている時にいろいろな視点から見てもらって次にすすめる感じがある」、「違う目線で話をする人が来るのが新鮮」、「（多勢でいくことで）自分を注目してくれて大事にされていると思える」からではないかと述べた。

(4) 連携ができる

多くの参加者が、アウトリーチは緩和ケアの知識や技術の向上だけに役立つのではなく、地域の関係者の「顔の見える関係」作り、役割を知る場、情報交換の場、精神的なサポートを得る場として非常に重要であると述べた。

参加者は、「連携室通して連絡してもなかなか難しいけど、顔を合わせて会うことが多いから相談がしやすくなっている、それが一番いい」、「訪問看護はこういうことやって医師はこう処方をしてケアマネさんはこうしているというのがすごく明確になって、相談は誰にしたほうがいいと分かるようになってきた」、「保険薬局を利用することがすごく多くなりましたし、薬局がここまで動いてくれるんだというのがわかって助かっています」、「同じ職場以外の同職種の人や、違う職種の人に会えて気軽にいろいろなことを相談できる」、「一人じゃなくていっしょに頑張れる仲間がいると思えることがとても心強い」と述べた。

(5) かかわっている患者の情報を共有してケアに生かせる

多くの参加者が、今かかわっている患者の情報（病態、精神的な状態、家族の情報）やかかわっている医療福祉従事者についての情報を共有し、ケアに生かせると評価した。

参加者は以下のように述べた：「その人がやりたいことは何で、どうやって症状コントロールが具体的にできるのかそこをみんなで考えられる、同じ目標に向かえることがすごくいい」、「どんな病状かわからないで訪問するのが当たり前と思ってたけど、情報を得て訪問に行くとなんか見方も変わるし看護の方針も立てやすい」、「目的を共有することで、患者さんが亡くなったときも、さびしいな、これで終わりではなくて、これができるまで振り返れる、それは必要だと思います」、「自分たちが行き詰っている時に、客観的な視点というのか、看護ではこういうふうにかかけをしてみたら、と助言をもらえるのがすごくいい」。

(6) アウトリーチの相談内容が症状から包括的なことになってくる

アウトリーチの対象患者を選択していた看護師が、アウトリーチの対象としたい患者の問題が

期間中にかわってきたことを、「最初は痛みや呼吸困難など症状が中心だったが、徐々に精神的なことや家族のことが多くなっていった」と述べた。その理由として、「患者さんのいろんなことを考えて、痛みだけを緩和するんじゃない、いろんな背景を含めてすべて一緒に悩んで相談していくというのがわかってきた」と視点が症状から患者全体に及んできたと述べた。

また、「自分たちでは解決できないことを、悩みを共有できるっていうか、訪問看護師さんは長くかかわっている患者さんの『ひとの歴史』を教えてもらえてとてもいい」と、地域というチームの中で考えるようになったと述べた。

(7) もっとひろげたい

診療所のスタッフからは開始当初の戸惑いと地域関係者が多く参加してくれるようになったことへの驚きが聞かれた。開始から参加していた医師は、「うちにきてもらってもなんか恥ずかしい。でも、やっていることが(専門家から見て)どうか教えてほしいという気持ちもあって(始めた)。最初はちょっとレクチャーに来てもらえればいいくらいで、こんなにおおきくなるとはおもっていなかった」と述べた。継続できた原因として、「話しやすい」ことが繰り返して挙げられた。

参加者はアウトリーチプログラムを広げたいという希望を述べ、「相手があることだから難しい」としつつも、①ほかの診療所にも声をかけてみたい、②病院の看護師や医師が参加できるか声をかけてみたい、③他の職種(栄養士、皮膚・排泄ケア認定看護師)にも来てほしい、④看護師だけでのアウトリーチに取り組みたい、⑤がん以外の他の疾患の患者さんにもしたい、⑥カンファレンスだけでも参加しやすい夜間に行きたいと述べた。

4) 在宅死亡患者数

アウトリーチを受けた診療所の在宅死亡患者は64名から110名に増加した。

考察

本研究は、著者らの知る限り、わが国で緩和ケアチームの地域へのアウトリーチを評価した初

めての研究である。アウトリーチプログラムは実施可能であり、参加者から高い有用性を得た。

扱われた問題は、初期には疼痛が多かったが、徐々に、精神・スピリチュアルな問題や、家族の問題、療養場所の問題も扱われるようになり、フォーカスグループでも抽出された。推奨された内容は、身体的なものでは、オピオイドの開始・増量、向精神病薬の開始・増量、ステロイドの使用がおおかった。これらは、院内緩和ケアチームや欧米における地域緩和ケアチームにおける依頼内容の傾向と同様であるため、我が国の地域での緩和ケアチームの依頼内容と院内緩和ケアチームの依頼内容とに大きな差はないことが示唆される^{17,18}。疼痛、および、精神的問題やコミュニケーションの問題は、アウトリーチを受ける医療者のもっとも希望する領域であることから^{12,14}、地域へのコンサルテーションにあたるには、疼痛と精神的問題の両方に対応できるチームが必要とされていると考えられる。

アウトリーチについて参加者からみた有用性を見た研究はほとんどないが、看護師による緩和ケアのアウトリーチを評価した予備的な研究では、参加した看護師の90%が何らかの役に立ち、77%が「自分の看護実践になんらかの影響を受けた」と評価している¹⁴。特に、「自分たちのしていることの裏付けや自信になる」、「緩和ケアチームの持っている知識や技術が困難な事例に役に立つ」と述べている。本研究では、70%が「とても役に立った」、30%が「役に立った」と回答したことから有用性は高いと考えられる。フォーカスグループでは、「選択肢が広がりあきらめなくなる」、「実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションの方法を身につける」、「連携ができる」、「かかわっている患者の情報を共有してケアに生かせる」といったいずれも肯定的な意見が挙げられた。特に、講義など一方向的な教育方法と異なり、実際の現場での患者とのやり取りを見るという点において、「選択肢が広がりあきらめなくなる」、「実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションの方法を身につける」という「実感を伴う」効果がアウトリーチプログラムにあると考えられる。

本研究で特徴的であると思われたことは、初期には、「症状マネジメントについて知ること」の有用性が高かったが、後半では、「精神的支援や家族ケア・コミュニケーションについて知ること」の有用性が増加したことであり、フォーカスグループでの参加者の実感としても語られた。これ

は、プログラムの前半では症状緩和や薬物療法の検討をすることで時間が費やされるが、アウトリーチを繰り返すことで、薬物療法について共通の認識が得られると、次に、精神的問題を検討する時間が生まれ、より包括的な問題をチームが扱うようになることを示唆している。

本研究では、「連携ができる」、「かかわっている患者の情報を共有してケアに生かせる」という「連携」にかかわる効果がフォーカスグループで繰り返して語られた。地域における緩和ケアの普及は単に症状緩和やコミュニケーションの技術の普及で改善されるものではなく、患者にかかわっている職種間の連携と、患者の情報共有が重要であることを示唆している。病院内においては患者の情報（病態、精神的な状態、家族の情報）やかかわっている職種についてのリアルタイムの情報を得ることが可能であるが、地域でこれらの情報を共有することは容易ではなく、アウトリーチプログラムがその機会を提供したと考えられる。アウトリーチプログラムを通じて知り合った地域の医療福祉従事者が、その後、「顔の見える関係」を作り、お互いの役割を知り、ほかの患者についても相談や連携を始めるきっかけとなっていることがフォーカスグループから示唆された。これらは、地域での緩和ケアの教育活動を考えるときの主要なアウトカムのひとつとして、連携の促進が含まれるべきであるということを示唆する。

本アウトリーチプログラムは、質問紙調査とフォーカスグループの結果から、総じて成功したと考えられる。今後、ほかの診療所への展開、病院の看護師や医師の参加、栄養士などの参加、看護師のアウトリーチの実施、がん以外の他の疾患の患者での実施などが次のプログラムで検討されるべきである。アウトリーチプログラムを成立させる条件として、1) 参加者の希望をあらかじめ評価しておくこと、2) 目的を明確にすること、3) 信頼関係を築くこと、4) 時間をかけて何回も繰り返して重要なメッセージを反復すること、5) フォローアップを行うこと、5) 参加者が自発的に参加できるようにし技術を「わかちあう」ようにして代わりにやっってしまうこと、などが挙げられている^{11,14}。本プログラムでもこれらの原則を事前に理解してプログラムが行われており、今後ほかのアウトリーチプログラムでの実施可能性が検討されるべきである。

本アウトリーチでは患者家族の評価を正式な形では行っていないが、フォーカスグループでは、患者家族にとってもよい影響を与えたとの肯定的な意見が多く聞かれた。特に、比較的多人数で

患者を訪問することが患者にどのような負担をもたらすかが懸念されたが、今回の経験では、「みんなで見ている」という安心感につながっていることも示唆された。患者評価は今後の研究に含まれる必要がある。

在宅死亡患者が増えたことがアウトリーチプログラムの成果であるとは単純には解釈できないが、緩和ケアの技術やスキルの提供が終末期の症状コントロールの選択肢を多くしたことに加え、連携が進んだ結果として紹介患者の増加をもたらした可能性があると考えられる。

本研究の限界として、アウトリーチプログラムは、在宅支援診療所1ヵ所を対象とした評価であり、一般化はできない。患者・家族に及ぼした効果は評価されておらず、アウトリーチが患者・家族にとって有効であったと結論づけることはできない。

まとめ

地域の専門緩和ケアサービスによるアウトリーチは地域医療者から有用と評価されていた。アウトリーチの対象となる問題は、身体・薬剤の問題（疼痛、嘔気、呼吸困難）、精神・スピリチュアルな問題（不安、不穏・せん妄）、家族の問題、療養場所の問題であった。アウトリーチの初期には「症状マネジメントについて知ること」、「顔の見える関係になること」に役立つとの評価が多く、徐々に「精神的支援や家族ケア、コミュニケーションについて知ること」、「連携の課題を共有すること」に役立つとの評価が増えていった。今後、アウトリーチの患者に対する有用性を評価する研究が必要である。

謝辞

本研究のとりまとめは、財団法人笹川医学医療研究財団の支援により行われた。

文献

- 1) 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子・他(編集): がん患者の在宅療養サポートブック 退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント. 日本看護協会出版会, 2007.

- 2) 片山壽 (監修/執筆) : 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 篠原出版新社, 2008.
- 3) 宮崎和加子 (監修) : 在宅での看取りのケア 家族支援を中心に. 日本看護協会出版会, 2006.
- 4) 吉田利康: がんの在宅ホスピスケアガイド. 日本評論社, 2007.
- 5) 大木純子, 古村和恵, 野末よし子・他: がん患者に今求められる支援・サポートとは ～地域医療者のブレインストーミングの結果から～: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会学術大会, 静岡, 2008.
- 6) 日本医師会: がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査. 2008.
- 7) 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」対象地域に対する予備調査. <http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html>.
- 8) Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, et al: Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 282(9): 867-874, 1999.
- 9) O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Collaboration. <http://www.thecochranelibrary.com>. 2007.
- 10) Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, et al: Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings (Review). The Cochrane Collaboration. <http://www.thecochranelibrary.com>. 2007.
- 11) Soumerai SB, Avorn J: Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. JAMA 263(4):549-556, 1990.
- 12) Broadbent A, McKenzie J: Wagga Wagga specialist outreach palliative medicine service: a report on the first 12 months of service. Aust J Rural Health 14(5):219-224, 2006.
- 13) La Fosse H, Schwartz CE, Caraballo RJ, et al: Community outreach to patients with AIDS at the end of life in the inner city: reflections from the trenches. Palliat Support

- Care 2(3):305-314, 2004.
- 14) Sharp J, Oldham J: Developing a palliative care outreach service. Nurs Stand 18(32):33-37, 2004.
- 15) Abernethy AP, Currow DC, Hunt R, et al: A pragmatic 2 x 2 x 2 factorial cluster randomized controlled trial of educational outreach visiting and case conferencing in palliative care-methodology of the Palliative Care Trial [ISRCTN 81117481]. Contemp Clin Trials 27(1):83-100, 2006.
- 16) 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」: 緩和ケアチーム登録シート. <http://www.gankanwa.jp/tools/pro/pdf/entry.pdf>.
- 17) Morita T, Fujimoto K, Tei Y: Palliative care team: the first year audit in Japan. J Pain Symptom Manage 29(5):458-465, 2005.
- 18) Schrijnemaekers V, Courtens A, Kuin A, et al: A comparison between telephone and bedside consultations given by palliative care consultation teams in the Netherlands: results from a two-year nationwide registration. J Pain Symptom Manage 29(6):552-558, 2005.

表1 患者の問題 (n=141)

身体/薬剤の問題	63% (n=89)	疼痛	26% (n=37)
		嘔気嘔吐	7.1% (n=10)
		呼吸困難・痰・咳	6.4% (n=9)
		口腔の問題	4.3% (n=6)
		腹満感	2.8% (n=4)
		食欲低下	2.1% (n=3)
		便秘	2.1% (n=3)
		倦怠感	1.4% (n=2)
		薬剤の選択/投与量または 投与経路の変更	1.4% (n=2)
		オピオイドの副作用	0.7% (n=1)
		その他(発熱、浮腫)	8.5% (n=12)
精神/スピリチュアルな問題	18% (n=26)	不眠	6.4% (n=9)
		不穏・せん妄	6.4% (n=9)
		不安	5.0% (n=7)
		スピリチュアルな問題	0.7% (n=1)
家族の問題	6.4% (n=9)	不安・抑うつ・悲嘆・負担	6.4% (n=9)
療養場所に関する問題	6.4% (n=9)	緩和ケア病棟・ホスピスの 入院	2.1% (n=3)
		在宅	2.1% (n=3)
		転院	2.1% (n=3)
がんの診断・治療に関する問題	2.8% (n=4)	診断・治療に関する理解と 選択	2.1% (n=3)
		医療者とのコミュニケー ションにおける困難	0.7% (n=1)
倫理	1.4% (n=2)	倫理的問題	1.4% (n=2)
その他	1.4% (n=2)	医療者間のコミュニケー ション	1.4% (n=2)

表2 推奨された内容 (n=113)

身体/薬剤の問題への助言*	64% (n=72)
精神的ケア (不安・抑うつ・悲嘆・不穏・せん妄) への助言	13% (n=15)
スピリチュアルケア への助言	0.9% (n=1)
療養場所に関する問題への対応	8.8% (n=10)
家族の問題 (不安・抑うつ・悲嘆・精神的負担) への助言	7.1% (n=8)
がんの診断・治療への助言	2.7% (n=3)
医療者とのコミュニケーションへの助言	0.9% (n=1)
倫理的問題への対応	0.9% (n=1)
医療者間へのコミュニケーションへの助言	1.8% (n=2)

* : 詳細を表3に示す