

終末期癌患者に対して、総合的 QOL 指標の改善を目的として、

- ・1,000~1,500 mL/日 (400~600 kcal/日, 窒素 0 g/日)の維持輸液を行う【C】
- ・1,500 mL/日 (1,000 kcal/日, 窒素 5 g/日)の高カロリー輸液を行う【C】
- ・2,000 mL/日 (800 kcal/日, 窒素 0 g/日)の維持輸液を行う【D】
- ・2,000 mL/日 (1,600 kcal/日, 窒素10 g/日)の高カロリー輸液を行う【D】

推奨 R011

生命予後が1~2週間以下と考えられ、癌性腹膜炎による消化管閉塞のために経口的に水分摂取ができず、Performanse Status が3または4の終末期癌患者に対して、総合的 QOL 指標の改善を目的として、

- ・1,000~1,500 mL/日 (400~600 kcal/日, 窒素 0 g/日)の維持輸液を行う【D】
- ・1,000~2,000mL/日の高カロリー輸液 (800~1,600 kcal/日, 窒素 5~10 g/日)を行う【E】

推奨 R012

生命予後が1~2週間以下と考えられ、消化管閉塞以外の原因(悪液質や全身衰弱など)のために経口的に水分摂取ができず、Performanse Status が3または4の終末期癌患者に対して、総合的 QOL 指標の改善を目的として、

- ・1,000~1,500 mL/日の維持輸液 (400~600 kcal/日, 窒素 0 g/日)を行う【E】
- ・1,000~2,000 mL/日の高カロリー輸液 (800~1,600 kcal/日, 窒素 5~10 g/日)を行う【E】

解説

総合的 QOL 指標による患者の苦痛を primary end-point として輸液治療の効果を評価した介入研究は、全身状態の悪い患者を対象とした無作為化比較試験、比較的全身状態のよい患者を対象とした QOL 調査票を用いた前後比較研究などがある。

短腸症候群や放射線性腸炎を含む婦人科悪性腫瘍患者に対して在宅高カロリー輸液を行った研究では、とくに Karnofsky Performanse Status が40以上の患者において、QOL 指標が改善した。また、Rotterdam Symptom Checklist を用いた前後比較研究では、1~3ヵ月以上生存していた患者においては QOL が維持されていた。

このほかに、複数の症例報告において、在宅高カロリー輸液が、「患者・家族の満足」、「Performanse Status の維持」、「患者・家族から見た有用性」に役立ったと報告されている。

専門家合意によるガイドラインでは、在宅高カロリー輸液の適応となる全身状態の指標として、「予測される生命予後が40~60日以上」、「生命予後が3ヵ月以上、Karnofsky Performanse Status が40以上、Performanse Status が0から2」などとしている。

一方、より全身状態の悪化している患者を含む無作為化比較試験では、1,000 mL/日の維持輸液は、100 mL/日の輸液と比較して、全体的状態(global well-being)や全体的利益(overall benefits)の点からは有意差はなかった(図3)。また、輸液をまったく使用しなくとも死亡前の全般的安楽さ(comfort)は84%で維持できたとする報告や、脱水の程度と「安楽さ」とは相関しなかったとの観察的研究がある。

以上の知見から、輸液と総合的 QOL 指標(全般的快適さ、QOL, 満足度)についての臨床研究

対象：終末期がん患者51名
 介入：1,000mL輸液×2日 vs 100mL (sham control)
 測定：well-being (0-10), overall benefits (1-7)
 結果：全身倦怠感、全般的な心地よさに対しては効果がなかった

	輸液群	非輸液群	P
倦怠感	54%	62%	.77
Well-being	1.4±4.1	0.8±3.1	.30
Overall benefits	3.8±2.2	3.6±2.0	.20

図3 輸液が全般的快適さに与える影響についての無作為化比較試験 (Bruera E: J Clin Oncol 23: 2366-2371, 2005より)

対象：終末期がん患者226名
 介入：臨床判断による輸液治療の観察
 測定：客観評価による症状スコア(0:なし~2:苦痛あり)
 結果：死亡前1~3週間に1L/日以上輸液を受けている患者では胸水・腹水の悪化が多かった

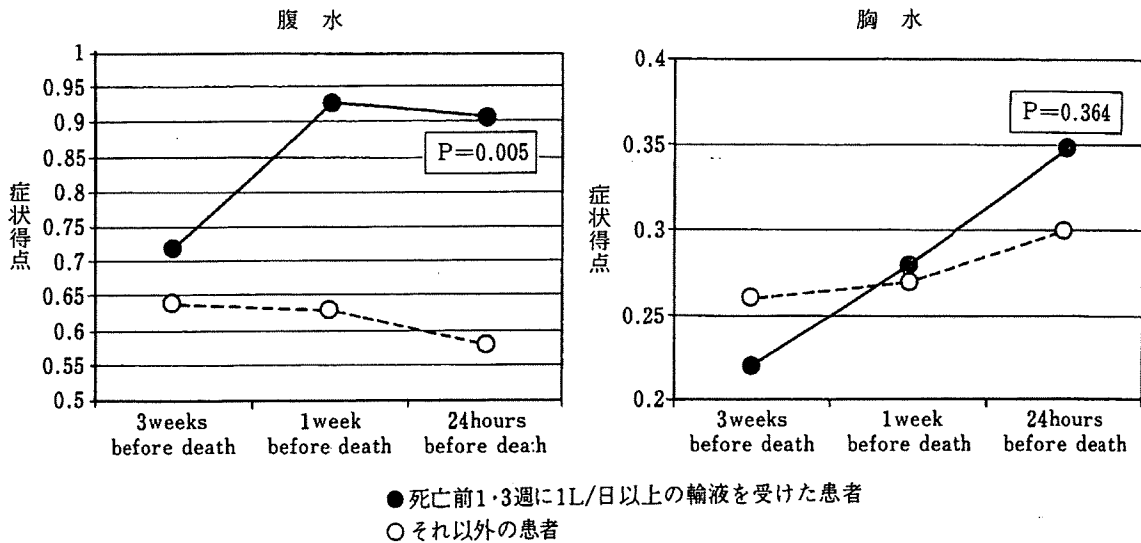


図4 死亡直前期腹水、胸水の経時的推移 (Morita T: Ann Oncol 16: 640-647, 2005より)

は少ないが、以下が示唆される。

①消化管閉塞により経口的水分摂取ができない患者のうち、数ヵ月の予後が見込め、Performanse Statusの低下が認められない場合には、1,500 mL/日(1,000 kcal/日、窒素 5 g/日)程度あるいは患者の活動量にみあった高カロリー輸液を行うことにより総合的QOL指標を改善させる可能性がある。

②死亡が数週間以内に生じることが明らかでPerformanse Statusの低下した患者においては、輸液治療単独で総合的QOL指標を改善する可能性は低い。

したがって、総合的QOL指標の改善を目的とする場合、生命予後が1~2ヵ月と予測される患者では、「1,000~1,500 mL/日の維持輸液」または「1,500 mL/日の高カロリー輸液」を推奨レベルCとした。「2,000 mL/日の維持輸液」は、水分過剰による体液貯留症状の悪化に見合うだけのQOLの向上を期待できないと考え、推奨レベルをDとした。「2,000 mL/日の高カロリー輸液」は、活動量からみた消費カロリーによっては有効

対象：終末期がん患者52名
 介入：皮下輸液1,000mL輸液 vs 輸液なし
 測定：口渴のNRS(0-10)
 結果：輸液はなくても看護ケアにより口渴は改善し、有意差はなかった

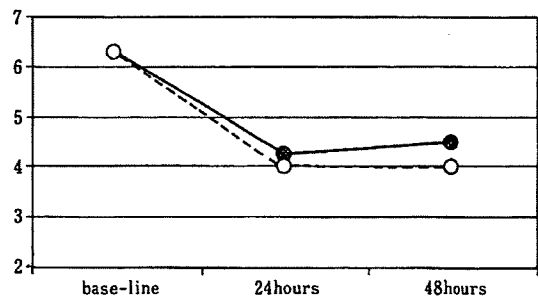


図5 終末期がん患者の口渴に対する輸液治療の無作為化比較試験 (Cerchietti L: Int J Palliat Nurs 6: 370-374, 2000より)

な場合があるかもしれないため、推奨レベルDとした。

一方、生命予後が1~2週間と考えられ、Performanse Statusが3または4の場合には、輸液治療単独による総合的QOL指標の改善は期待できないため、総合的QOL指標の改善を目的とした輸液治療は推奨されない。「1,000~

1,500 mL/日の維持輸液」は、悪液質や全身衰弱など消化管閉塞以外の原因のために経口的に水分摂取ができない場合には推奨レベルE、消化管閉塞の場合は大量の嘔吐など輸液治療が有用な場合もあるかもしれないので推奨レベルDとした。いずれの場合も、高カロリー輸液はQOLの向上を示す根拠がないうえに、代謝性合併症や体液貯留症状の悪化をきたす可能性があるため、推奨レベルEとした(図4)。また、終末期の口渴は看護ケアで改善することができ、輸液治療の苦痛緩

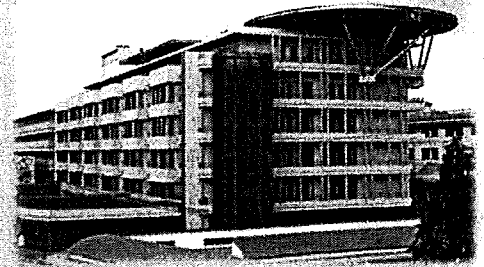
和の上積み効果がないことが示唆されている(図5)。

ま と め

日本緩和医療学会の作成した「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」の要旨を説明、一部抜粋した。本ガイドラインは、解説用のスライドとあわせて、日本緩和医療学会のホームページより無料でダウンロードできるため、詳細はガイドライン本文をご覧ください。

30年間のホスピスの歴史が 緩和ケアチームの基盤となっていた

現在は874床の総合病院であるが、1981年(昭和56年)に日本最初のホスピス(聖隷ホスピス)を併設した施設として名が知られている。日本の緩和ケアのモデルケースともいわれる本施設の緩和ケアチームについて、緩和と治療の普及と充実を図るために行った工夫や、現在の活動、今後の展望など、緩和と治療科部長・森田達也先生にお話を伺った。



立ち上げの経緯と4つのポイント

聖隷三方原病院は30年近いホスピスの経験を持ち、終末期における緩和と医療では長年にわたるノウハウの蓄積があった。他施設に比べれば緩和ケアに対する理解は高かったが、それでも緩和ケアチームの立ち上げにあたっては、院内の医師や看護師を対象に緩和ケアチームの必要性を評価するためのアンケート調査を行っている。その結果、院内緩和ケアの必要性が明らかとなり、2002年にはPilot phaseとして1年間の緩和ケアを実施した。この間121件の依頼があり、緩和ケアチームの活動継続と2003年の緩和と治療科の開設につながる。

森田医師は当緩和ケアチームの最大の特徴を、ホスピス・在宅ケアなどで豊富な経験を積んできた医師、看護師、薬剤師がスタッフとして参加していることとし、立ち上げ時の背景を次のように整理している。

- ・ホスピス20年、在宅ケア10年の実績があった。
- ・ホスピス入院の待機患者数が増加していた。(10~30名の患者さんが、入所まで40日待ちの状況になっていた。)
- ・化学療法中で緩和ケアを必要とする患者数が増加していた。
- ・Informalなmedical consultationは、すでに行われていた。(緩和ケアのアドバイスを求める他科の医師に対しては、相談に乗る形でサポートを行っていた。)

そして森田医師は、緩和ケアチームを立ち上げる際の留意点として4つのポイントを指摘している。

1. 緩和ケアチームはサポートチームに徹し、クライアントである主治医の治療方針を中心においたコンサルテーションを行う。
2. 自分がどんな治療を行いたいのかという気持ちは捨て、患者さんの望みを傾聴し、それが達成できる介入方法を計画する。
3. 院内におけるアクティビティーの高い人的資源を把握しておく。
4. コンサルテーションの受け入れられやすいところにチームの力を集中する。

現在の活動

現在の活動は、「主治医チームによる初期の緩和ケアが、患者さんの満足を得られなかったとき」に基準をおき、コンサルテーションを提供している。コンサルテーションでは、看護師がキーパーソンとなる。緩和専門医は、初診時の病態の判断およびプランニングを中心に行い、それでもなお苦痛が改善されなかった場合、あるいは病態の変化などで新たな苦痛が生じた場合の診察を行い、フォローアップは看護師が中心に行っている。また、看護師以外では薬剤師がキーパーソンになる場合が多い。薬剤師は、抗がん剤やオピオイドを投与する患者さんに直接会って服薬指導を行うが、その際に患者さんの状態を観察することによって緩和ケアの必要性をスクリーニングすることが可能である。



森田 達也 先生

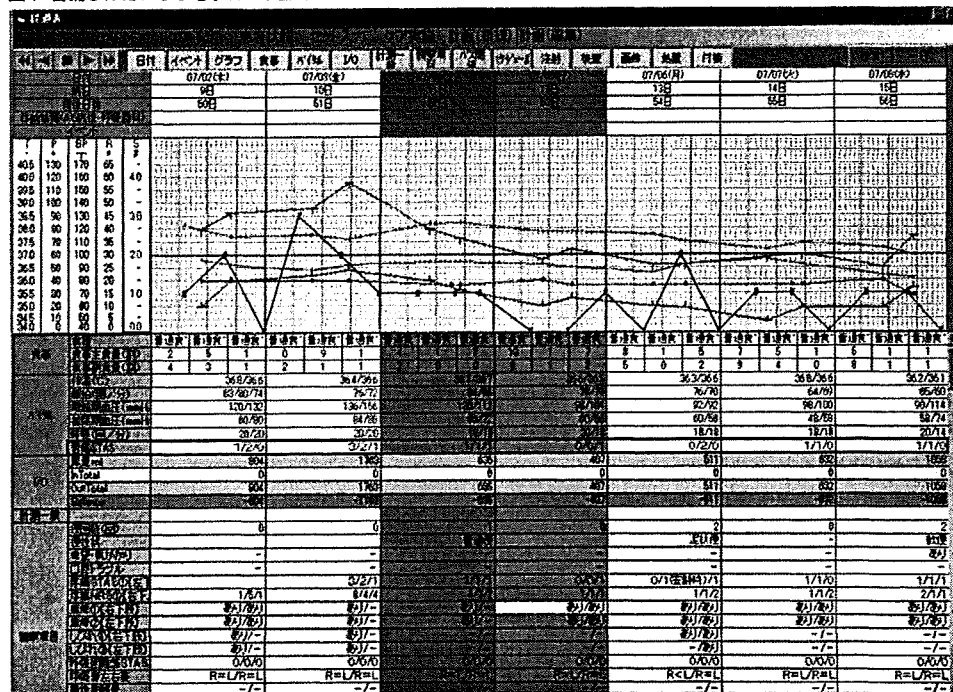
<緩和ケアチームの医師に求められる専門性>

緩和ケアチームの対象となった患者さんの平均予後は、2003年の71日に対し、2004年では155日と倍以上の増加がみられた。これは、コンサルテーションの対象が、終末期以外の患者さんにシフトしていることを示しており、緩和ケアチームが他科の信頼を得るようになったことにほかならない。森田医師は、緩和ケアチームが成功するために必要な条件の1つとして「依頼された科の医師を上回る専門性が必要」という。この場合の専門性とは、特定のがん

緩和ケアチームのメンバー構成

- 専任メンバー
 - ・緩和と治療科医師1名
 - ・緩和ケア認定看護師1名
- 兼任メンバー
 - ホスピス科医師、精神科医師、麻酔科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士、栄養士など多職種

図1 苦痛STASによる電子カルテ上でのスクリーニング



種に限らず早期から終末期まですべての経過を熟知していることであり、さらに、精神的な苦痛や身体的な苦痛に対して、どの時期にどのような対応を行えば適切な緩和ケアが可能かを決定する能力のことである。疼痛コントロールに関しては、がんの経過をみながらオピオイドなどの鎮痛薬や神経ブロックを至適タイミングで使い分けのできる知識と技術が必要ということになる(コラム「膵がんに対する腹腔神経叢ブロック」参照)。このことは緩和ケアの専門医制度が実現した場合の必要条件といえるかもしれない。

<苦痛の評価を日常的に行う>

緩和ケアが当たり前に行えるようになるには、血圧や体温などと同様に、苦痛の評価をルーチン化する必要があった。本施設では、従来の電子カルテに示されていた4つのバイタルである「体温」「脈拍」「収縮期・拡張期血圧」「呼吸」に、「苦痛STAS (Support Team Assessment Schedule)」を新たに加え、患者さんの苦痛を可視化することを実現した(図1)。このことにより、緩和ケアが必要な患者さんのスクリーニング、および緩和ケア施行後の評価を電子カルテ上で行うことが可能になった。

<緩和ケアチームは黒子に徹すること>

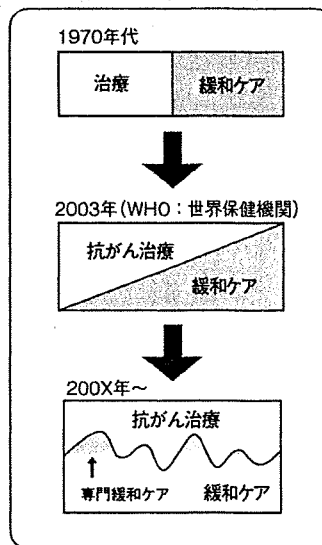
緩和ケアチームの仕事は患者さんの苦痛の緩和や、今一番望むことができるように手を尽くすことであり、疾患に対する治療ではない。緩和ケアチームの医師はコンサルテーションに徹することが必要である。したがって、主治医と患者さんのような密接な関係は成立せず、苦痛の緩和に成功しても患者さんとの関係は間接的であり、治療に対して積極的に関与できていないといった不全感を招くことも少なくない。多くの場合、緩和ケアの成功は、主治医に対する患者さんの信頼感の向上となって実を

結ぶ。森田医師は、緩和ケアチームの医師に必要な条件の1つとして、主治医がクライアントであることを受け入れ、主治医の黒子に徹することを強く指摘している。

今後の展望

森田医師は緩和ケアのパラダイムシフトに注目している。治療とケアを分けて考えていた時代には、緩和ケアは終末期だけに行われる医療だった。現在では、ケアは治療とともに始まり、治療手段が少なくなるに従ってその割合が大きくなっていく。しかしながら、緩和ケアは早期や終末期といった時期に対する医療ではない。苦痛に対する感受性は個人に

図2 がん治療と緩和ケアとの関係



によって大きく異なるため、苦痛があれば治療の最初から緩和ケアが必要であり、苦痛の少ない患者さんであれば終末期であっても専門緩和ケアへの紹介は必ずしも必要ではない。森田医師は将来の緩和ケアに関して、早期や終末期といった疾患の時期よりも、苦痛の出現にあわせた緩和ケアが実施され、治療や緩和ケアともにQOLの向上を目指すパラルレルケアヘシフトすると考えている(図2)。

森田達也, 他: 治療学 43(4): 112, 2009

膵がんに対する腹腔神経叢ブロック

膵がんの疼痛に腹腔神経叢ブロックが有効であることは、知識としてよく知られているが、施行時期については臨床判断が重要である。この治療は、時期を逸すると解剖学的にアルコールが分布するスペースが無くなるために効果が乏しくなる上、消化管閉塞を合併して処置後の蠕動亢進により強い腹痛を生じる場合がある。疼痛緩和の方法として腹腔神経叢ブロックの選択肢があることを患者さんに伝え、腹腔内にスペースがありイレウスを合併しないうちに実施することが大事である。



特集／がんのリハビリテーションと緩和ケア

緩和ケアチームの活動とリハビリテーション

森田達也*

Abstract 聖隷三方原病院は、1981年に我が国最初の施設ホスピスを開棟したのち、1992年には専門在宅ケアチームを組織した。さらに、2002年からは緩和ケアチームを運用し、現在、緩和ケア病棟、緩和ケアチームを有するがん診療連携拠点病院である。本論文では、聖隷三方原病院における緩和ケア、特に、一般病棟における緩和ケアを普及させるための緩和ケアチームと地域の緩和ケア普及のための活動を報告し、リハビリテーションとのかかわりを述べた。

Key words : 緩和ケア(palliative care), リハビリテーション(rehabilitation), がん(cancer)

緩和ケアチーム

1. 準備期間—2002年—

緩和ケアチームの発足にあたって、院内の医師・看護師を対象とした意識調査を行った¹⁾。その結果、緩和ケアチームに対する期待は、身体症状の緩和、精神的ケア、家族へのケア、療養場所の選択の支援であることが明らかになった(図1)。また、医師・看護師が緩和ケアを向上させるために有効と考えていることは、①緩和ケアの入院・外来での充実(緩和ケアチームの併診、外来での活動)、②広報(院内掲示、問診表の作成など)、③教育(講義、スキルトレーニング、ホスピス短期研修、デスカンファレンスなど)、および④システムの改善(専門病棟、時間の余裕など)であった。

1年間のpilot活動の結果、年間121名の依頼があり、活動の必要性が認められた(図2)。緩和ケア医師、認定看護師が専従とするチームを正式に組織した。

2. 初年度—2003年—

依頼件数は156件であった(図2)。緩和ケア病

棟の患者に比して緩和ケアチームの対象患者は、若く、PSがよいが、症状は強く、終末期ケア目的ではなく症状緩和目的で紹介された(表1)²⁾。すなわち、緩和ケア病棟と緩和ケアチームがみている患者層は重複してはいるが異なっており、緩和ケア病棟、緩和ケアチームのいずれもが必要とされていることが示唆された。

緩和ケアチームの診療前後1週間後にSTASを測定したところ、疼痛、嘔気、呼吸困難、不眠、不安など多くの症状で改善が認められた(表2)²⁾。また、医師・看護師の評価では、緩和ケアチームを「とても有用」としたものが70%以上であった(図3)¹⁾。

3. 変遷—2004~2007年—

2004年からはスタッフが増員され、緩和ケアチーム看護師が1.5名(2004年)、2名(2005年~)となった。2003年と2004年の対象患者の背景を比較したところ、緩和ケアチームへ紹介される患者の化学療法施行率が高まっており、疼痛のみならず精神的支援の依頼理由が増加していることが分かった(図4)³⁾。また、電子カルテシステムの導入にともなって、院内での緩和ケアの標準化が課題とされた。したがって、①化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポートの強化、②院内の緩

* Tatsuya MORITA, 〒433-8558 浜松市北区三方原町3453 聖隷三方原病院緩和支援治療科、部長

表 1. 緩和ケアチームとホスピスの患者背景

	緩和ケアチーム (n=111)	ホスピス (n=100)	P
PS			<0.001
≤2	20%	6%	
3	43%	28%	
4	37%	66%	
依頼目的			<0.001
苦痛緩和	95%	73%	
終末期ケア	25%	83%	
療養の場の提供	1.8%	25%	
症状(STAS)			
疼痛	2.3±1.2	1.1±1.1	<0.001
不安	0.71±1.2	0.35±0.70	0.008

表 2. 緩和ケアチーム診療後の症状変化(STAS)

	前	1週間後	P
疼痛	2.4±1.1	0.12±0.75	<0.001
嘔気	0.80±1.2	0.33±0.60	<0.001
呼吸困難	0.56±1.1	0.30±0.63	0.006
倦怠感	0.74±1.0	0.84±1.1	0.38
不眠	1.1±0.81	0.54±0.69	<0.001
不安	0.77±1.2	0.49±0.90	0.008
せん妄	0.42±0.74	0.38±0.71	0.48

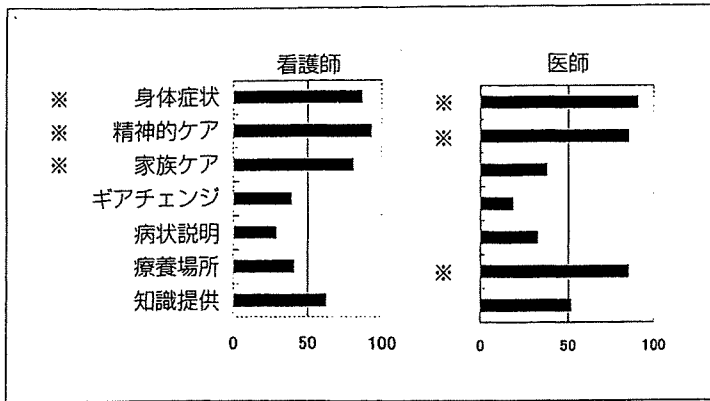


図 1. 緩和ケアチームに期待すること

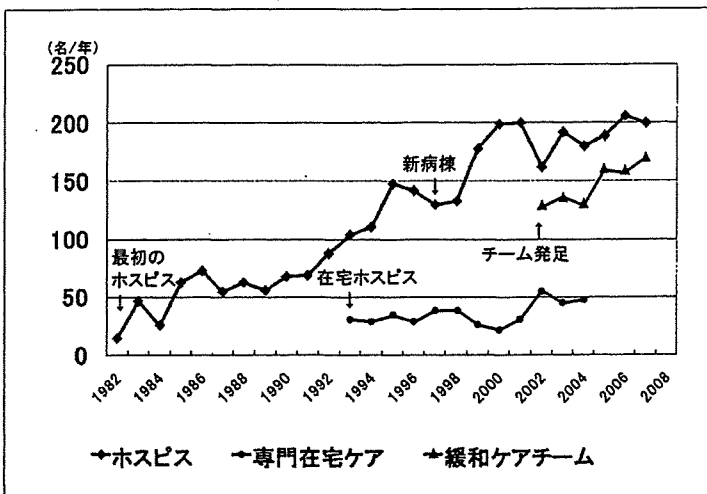


図 2. 緩和ケアグループ 診療患者数推移

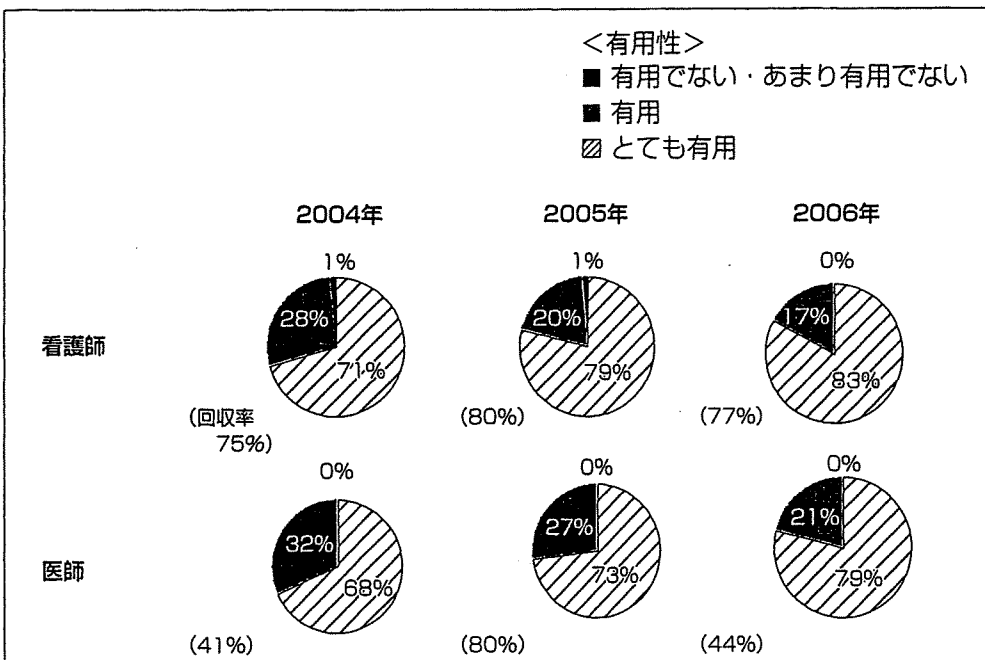


図 3. 医師・看護師からの評価

和ケアの標準化のためのツールの整備が次の目標であった。

- 1) 化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポート
化学療法法施行中の患者を対象として、化学療

法開始時に薬剤師がパンフレットと、「生活のしやすさによる質問票」を用いてニードスクリーニングを行うシステムを開始した(図5)⁴⁵⁾。NRS10段階評価の身体症状で6点以上、Distress thermometerで5点以上、または、「気がかり・相談

図 4.
緩和ケアチームに紹介される患者の依頼から死亡までの日数の変化 (文献3より引用)

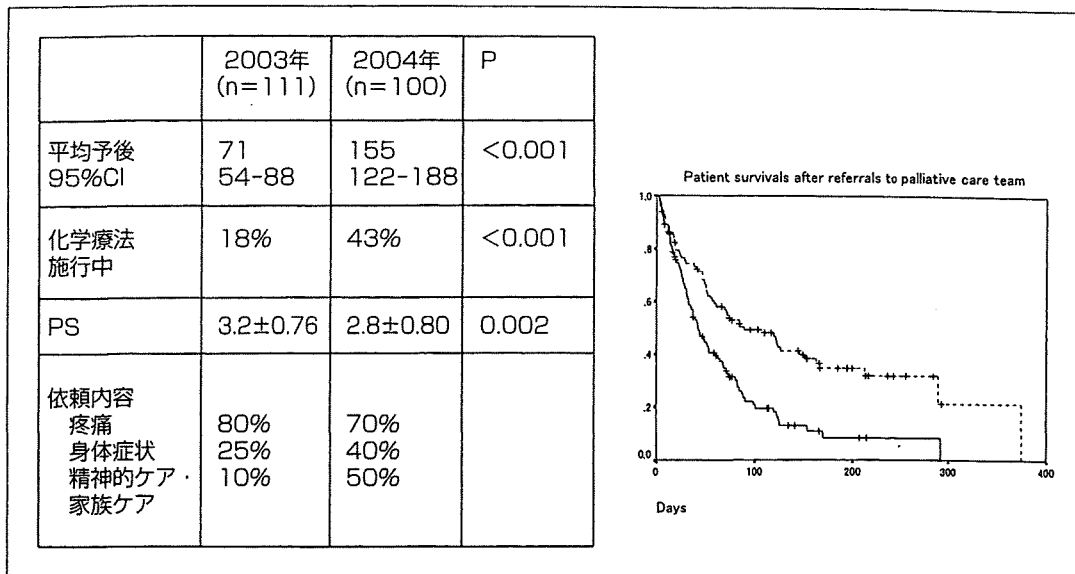


図 5.
化学療法施行中の緩和ケアニーズスクリーニングに用いる「生活のしやすさに関する質問票」

患者さま・ご家族へのサポートのご案内

聖隷三方原病院では診断から治療まで必要に応じて各種のサポート体制を整えています。

社会福祉法人 聖隷福祉事業団
聖隷三方原病院
（明） 11年聖隷聖徳総合病院開設院

気がかり・相談しておきたいこと

生活のしやすさに関する質問票

Open question

相談しておきたいことはありますか？

◆からどの症状……この1週間、平均してどれくらいの強さでしたか？

痛み(神経痛、腰痛、関節痛、頭痛、歯痛、心臓痛、けいれん、けいれん、けいれん)

吐き気

嘔吐

食欲不振

ねむけ(さとうじか)

だるさ(疲れ)

便秘・下痢 (〇をつけてください)

しびれやピリピリ感(痺)

口乾の程度(飲み・湿気・虫歯など)

なし あり 発熱: なし あり 不眠: なし あり

◆この1週間の全体の状態

◆全体の生活の質

○気持ちのつらさ
右の体温計に〇をつけてください。最もつらい10、最もつらい10、最もつらい10、最もつらい10、最もつらい10、最もつらい10、最もつらい10、最もつらい10、最もつらい10、最もつらい10

◆心配なこと、相談しておきたいこと

○病院での生活(食事・睡眠)

○家族との関係

○日常生活(家事・経済など)

◆病院には、〇〇L(生活の質)を改善する多くのチームがあります(英語)。
ご希望がございましたら診察・ご相談に伺います。

希望する 希望しない 希望は無いが、できることがあれば医師・看護師で相談して欲しい

したいこと」の open-ended question があるものを何らかの緩和ケアニーズがあると考えた場合に、専門緩和ケアサービスの対象患者は40%、何らかのサポートニーズのある患者が70%であった。現在、腫瘍センター・化学療法室を利用するすべての患者で用いて、患者の苦痛のスクリーニングを行っている。

2) 院内緩和ケアの標準化のためのツールの整備

Fifth vital sign (「5つめのバイタルサイン」)として苦痛を電子カルテの体温版に掲載し、STASを院内共通の評価基準とする看護観察項目を整備した(図6)。これによって、すべての入院患者に

おいて、バイタルサインと並んで苦痛の程度が電子カルテの体温版で視覚的に判断できるようになった。本システムにより、入院患者全員の苦痛をスクリーニングするシステムを持つことが可能となった⁶⁾。

4. まとめ

緩和ケアチームの活動は、特に緩和ケア病棟に入院していない患者の終末期ケアから活動をはじめ、徐々に、化学療法施行中の患者への緩和ケア・サポートの強化、緩和ケアの標準化ツールの普及に重点が移った。緩和ケアチームの活動としては一定の成果を挙げていると考えている。

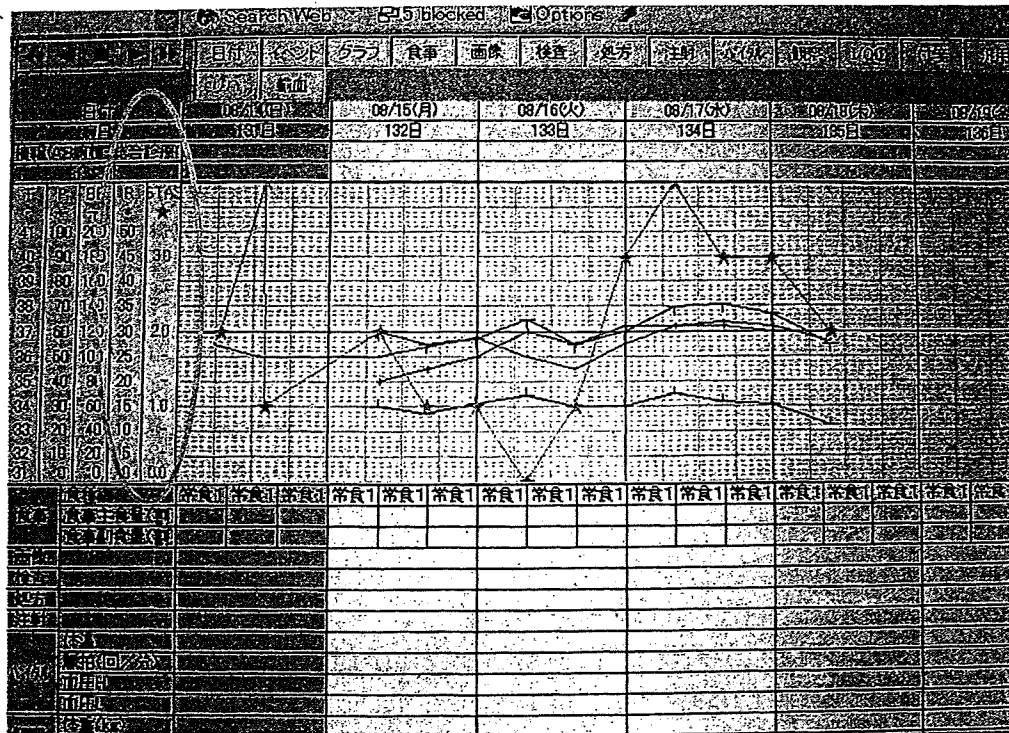


図 6. Fifth vital sign としての苦痛患者の苦痛の程度が電子カルテのバイタルサインと並んで表示される。

図 7. OPTIM プロジェクト

地域の緩和ケア普及のための活動

地域全体の患者を支援するために、地域全体に対する緩和ケアチームに取り組むことが課題であったが、「がん緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(平成 19 年度 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」)を浜松市で行うことを受けて、浜松市のがん診療拠点病院 4 病院をはじめ、多くの医療機関が参加して浜松市全域での緩和ケアを向上させる取り組みを行っている

(図 7)⁷⁾⁸⁾。緩和ケアチームとしては、① 毎月 1 回のレクチャーと少人数でのグループワークを取り入れた緩和ケアセミナーを行い、毎回 100~150 名の地域の医療従事者の参加を得ている。内容はビデオに撮影し、ホームページからみることができ、良好な評価を得ている(図 8)。また、② 地域の診療所に出向いて、在宅患者のカンファレンスを一緒に行い、往診に出かけるアウトリーチを月 1 回行っており、これも有用であるとの評価を得ている(図 8)。このほか、③ 地域の連携を促進するためのフォーカスグループやグループワークの

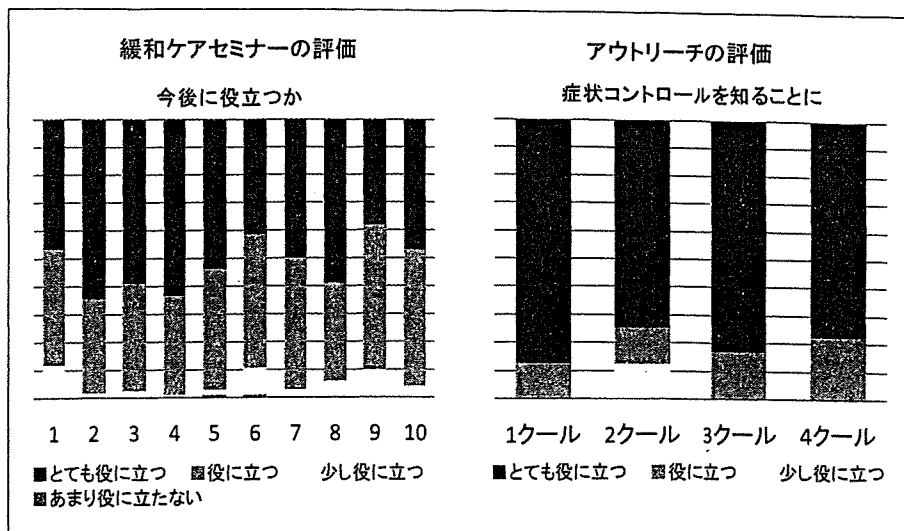


図 8. OPTIM プロジェクトの評価(一部)

骨転移部位の固定

「ぐらぐらしている」骨転移は固定しない限り痛い
どこがどのような時に痛い？

- ・手段方法：回転や回旋を伴わないような介助の介入

→ベッドギャッチアップ、平行移動での介助、タオルなどの利用など

- ・免荷や固定するための補助具や介護機器の使用：

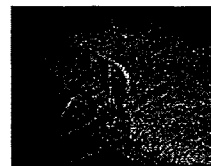
→脊椎コルセット、杖(T字杖、4点杖など)、歩行器、免荷装具、スタンディングバー、リクライニング車椅子



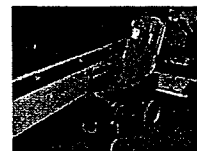
体幹コルセット



ベッド手すり



四点杖、ロフトランド杖



リクライニング車椅子

図 9. 骨転移痛に対する理学療法

開催, ④ 市民対象の講演会の開催など広範な活動を行っており, 詳細は研究班 HP (<http://www.gankanwa.jp/>) に随時報告されている。

これらの活動を通じて, すべての患者さんが適切な時期に緩和ケアサービスを受けられるようなシステムを, 院内のみならず地域全体に構築していくことが課題であると考えている。

緩和ケアチームとリハビリテーション

緩和ケアチームで診療している患者の約 30% をリハビリテーション(以下, リハ)科と併診して

いる。欧米では, 緩和ケア部門がリハ部門と同じこともある (department of supportive care and rehabilitation など)。緩和ケアチームからリハ部に依頼する主たる内容は, ① 骨転移痛に対する移動方法・装具の利用による鎮痛, ② 廃用性疼痛に対する理学療法による鎮痛, ③ 口腔カンジダ症など専門的な口腔ケア, ④ リンパ浮腫・静脈性浮腫に対する理学療法, ⑤ 「動きたい」希望をかなえるためのリハなどである。

1. 骨転移痛に対する移動方法・装具の利用による鎮痛

骨転移痛では、安静時の疼痛は薬物療法で比較的容易に緩和できるが、体動時の疼痛を緩和するために、疼痛時のレスキュー投与に加えて、移動方法・装具の利用による「痛くない動き方」の指導が不可欠である(図9)。

2. 廃用性疼痛に対する理学療法による鎮痛

Performance status の低下したがん患者には、廃用による関節や筋肉の疼痛がしばしば見られる。これらはオピオイドによる鎮痛はできないため、原因が評価されないままに薬物療法が行われるとせん妄などの精神症状を生じる。トリガーポイントブロックなどに加えて、理学療法による鎮痛を行っている。

3. 口腔カンジダ症など専門的な口腔ケア

がん患者は、経口摂取低下やステロイドの長期投与により、口腔カンジダ症など口腔内の疾患を合併することが多い。当院では、これらが認められた場合、リハ部において嚥下口腔を担当している歯科・口腔チームに依頼し、早期からの専門的治療を行っている。

まとめ

緩和ケアは、死を前にした患者だけでなく、苦痛のあるすべての患者が対象である。苦痛を緩和するための手段がリハであることも多い。当院は、リハ、緩和医療という2つの専門家がもともと豊富であった珍しい病院であると思われる。今後、緩和ケアチームとリハ専門家とのより広範囲な協働が全国的に必要となってくるであろう⁹⁾。

文献

- 1) 森田達也ほか：緩和ケアチームの評価とよりよい緩和ケアを提供するための改善策：ホスピス、在宅診療、緩和ケアチームのある総合病院における看護師・医師の意識調査。緩和ケア, 15 : 78-84, 2005.

(Summary) 緩和ケアチーム立ち上げ前の意識調査。

- 2) Morita T, et al : Palliative care team : the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage*, 29 : 458-465, 2005.
(Summary) 緩和ケアチームの活動1年目のオーデイト。
- 3) Morita T, et al : Trends toward earlier referrals to a palliative care team. *J Pain Symptom Manage*, 30 : 204-205, 2005.
(Summary) 緩和ケアチームに紹介される患者が「終末期」から「治療中」の患者が増えている。
- 4) Morita T, et al : Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy : an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer*, 16 : 101-107, 2008.
(Summary) 化学療法を受けているがん患者の緩和ケアのスクリーニングプログラムの結果。
- 5) Yamagishi A, et al : Symptom Prevalence and Longitudinal Follow-Up in Cancer Outpatients Receiving Chemotherapy. *J Pain Symptom Manage*, 2008 Sep 18. [Epub ahead of print]
(Summary) 化学療法を受けているがん患者の緩和ケアのニーズ調査。
- 6) Morita T, et al : Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system : a feasibility study. *J Pain Symptom Manage*, 35 : 430-436, 2008.
(Summary) 電子カルテの「5つ目のバイタルサイン」を用いたスクリーニングシステム。
- 7) Yamagishi A, et al : Palliative care in Japan : current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care*, 25 : 412-418, 2008.
(Summary) 全国4地域で行われているOPTIMプロジェクトの概要。
- 8) OPTIMのHPのアドレス：
<http://www.gankanwa.jp/>
- 9) Morita T, et al : Palliative care in Seirei Mikatahara General Hospital. *Nippon Rinsho*, 65 : 128-137, 2007.
(Summary) 聖隷三方原病院緩和ケアチームの邦文での活動報告のうち最近のもの。

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 山岸曉美^{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同緩和支援治療科,
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科博士課程
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」、

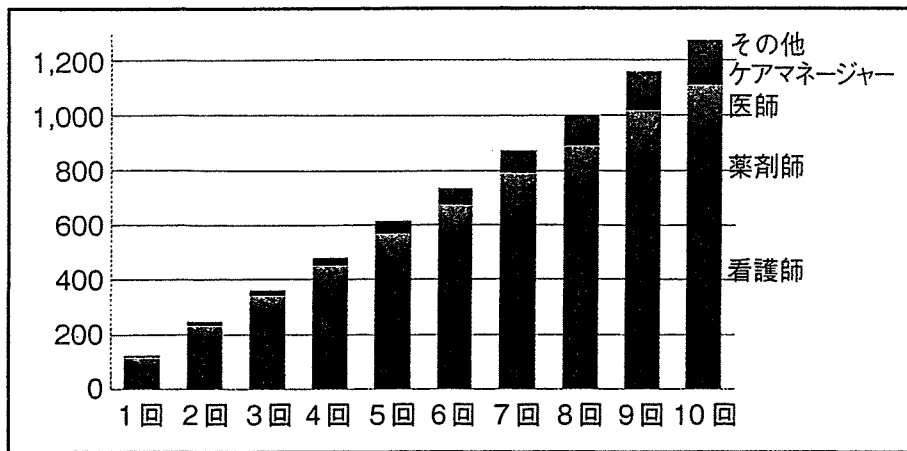


図1 緩和ケアセミナーの参加者数の変遷

「インターネットがない」、「参加しているの
 必要ない」、「興味がない」)をきいた。調査は
 参加者の同意の下に匿名性に配慮して行った。

3) 緩和ケアセミナーのフォーカスグループ による評価

緩和ケアセミナーに3回以上参加した14名
 によるフォーカスグループを行った。参加者は、
 病院医師1名、診療所医師1名、病院看護師8
 名、訪問看護ステーション看護師1名、ケアマ
 ネージャー1名、病院薬剤師1名、保険薬局薬
 剤師1名であった。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。

4) 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
 ビジョンの下に合意が得られるまで内容分析を
 行った。

II. 結 果

緩和ケアセミナーの参加者は年間累計1,273
 名であった(図1)。参加職種は、看護師
 55%、薬剤師19%、医師13%、ケアマネジャー
 5%であった。勤務場所は、病院60%、診療所
 11%、訪問看護ステーション11%、保険薬局
 8%、居宅介護支援事業所5%であった。臨床
 経験年数は平均13.4年であった。質問紙の回

収率は累計71%(942/1,273)であった。

参加者の評価を累計した全般的評価は、次回、
 「ぜひ参加したい」61%(n=550)、「できれば
 参加したい」39%(n=349)、「参加したくない」
 0%であった。

1) 講義の評価

講義の有用性では、10回中9回で90%以上
 が「とても役立つ・役立つ」と回答した(図
 2)。「とても役に立つ」が多かったものは、痛
 みの評価とオピオイド、突出痛、オピオイドの
 副作用、看取りのケア・在宅で使用できる薬物
 であった。一方、「とても役に立つ」が少なかっ
 たものは、嘔気嘔吐、家族ケアであった。

わかりやすさは、「とてもわかりやすい」、「わ
 かりやすい」と答えたものが、10回中7回で
 90%以上であった。一方、「とてもわかりやす
 い」が40%以下であったものは、緩和ケアで
 使用するツール、痛みの評価とオピオイド、嘔
 気嘔吐、スピリチュアルケアであった。

時間は、10回中7回では80%以上が「ちょ
 うどよい」であり、痛みの評価とオピオイド、
 呼吸困難では「短い」が20%以上であった。
 「長い」ものは6%以下であった。

難易度は、すべての回において80%以上が
 「ちょうどよい」であった。一方、嘔気嘔吐で
 は10%が「難しすぎる」と回答した。

2) グループディスカッションの評価

グループディスカッションの有用性では、10

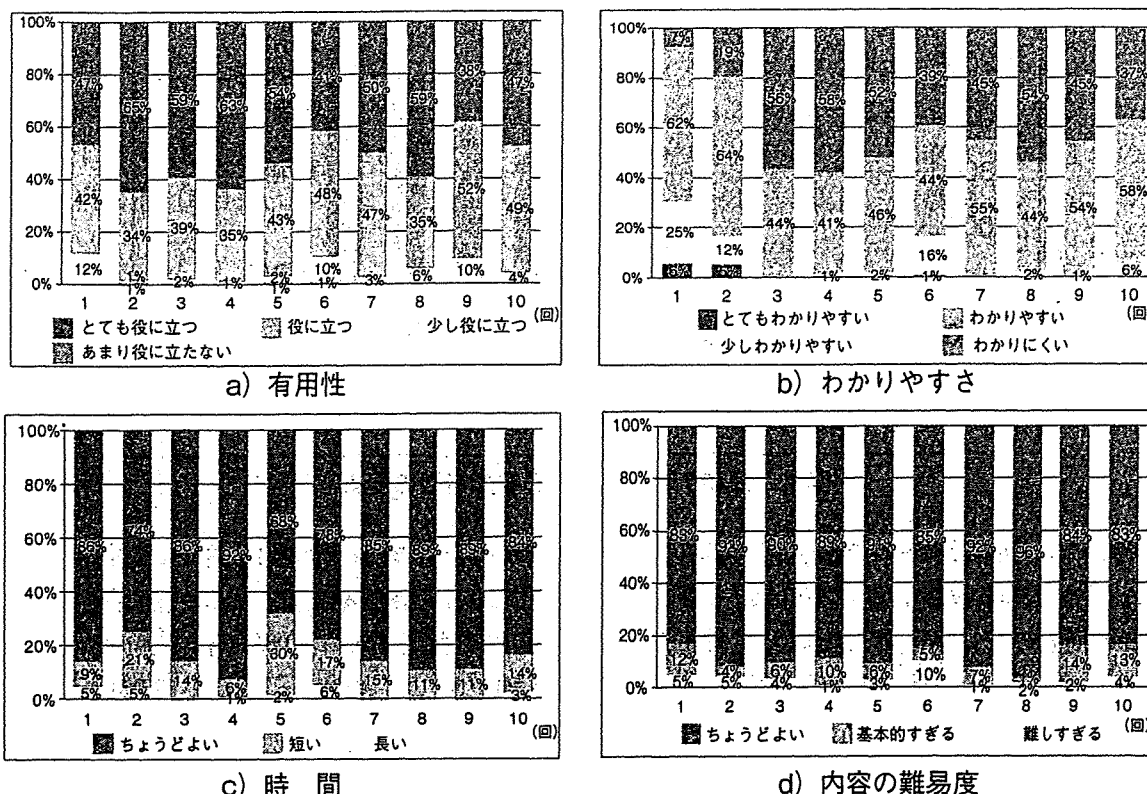


図2 講義の評価

回中9回で90%以上が「とても役立つ・役立つ」と回答した(図3)。

時間は、10回中9回で、65%以上で「ちょうどよい」であったが、16~32%で「短い」であった。一方、スピリチュアルケアでは約50%が「短い」と評価した。

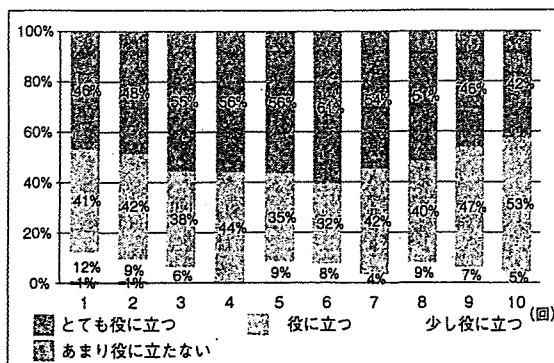
人数は、60%以上が「ちょうどよい」であったが、10回中5回で20%以上が「多い」と回答した。職種構成は、10回中9回で「適切」が70%以上であったが、「多職種の方がよい」が4回で20%以上であった。

評価が4.7点以上であったグループディスカッションのテーマは、短期入院でできる神経ブロックの紹介(レクチャー)、消化器症状のケアのコツ(パンフレットと実技)、ノバミンによる副作用：うつとアカシジアに気づく方法を知る(レクチャー)、息が止まりそうな時の症状緩和(症例検討)、早期から在宅サービスの利用を進めるアセスメントツールを考える(グループワーク)、訪問看護を紹介したが希望しないケースを通して早期に訪問看護を導入する方法を考える(症例検討)、認知症・腎不全

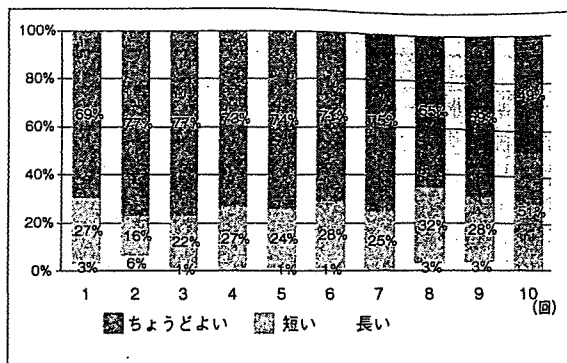
のある患者の痛みのマネジメント(参加者から提出された事例)、レスキューの使い方の指導と説明(パンフレットを用いたロールプレイ)、食べられなくなった患者に家族が点滴を希望する時(パンフレットを用いた症例検討)、家族の怒りへの対応(事例検討)、がん患者の口腔ケアのコツ(実技)、がん患者のケアに活かす呼吸理学療法(実技)、発生時軽く見えても悪化する褥瘡(実技)、スピリチュアルケアの実際(レクチャー)であった(表1)。

3) ホームページの評価

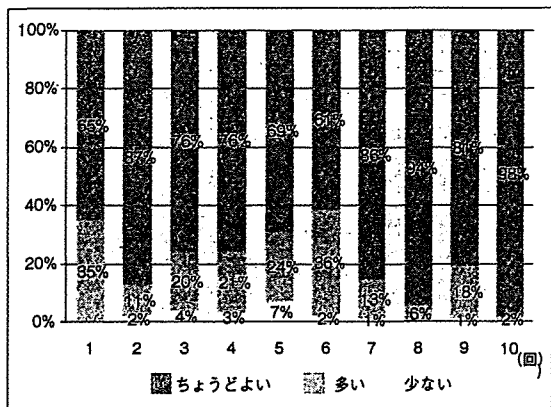
講義内容がホームページで公開後、960名中418名(44%)から回答を得た。ホームページを見たことがあるものは30%(n=124)であった(図4)。見たことがあるものの有用性は、「とても役に立つ」と「役に立つ」が91%であった。インターネットを見ていない理由は、「知らなかった」が約半数であった。「その他」の回答は「これから見る」、「見たいが時間が無い」であった。



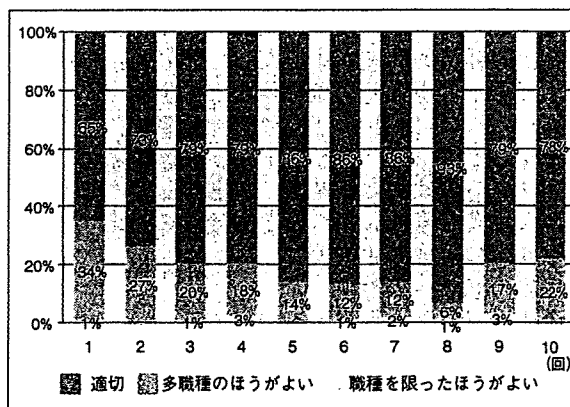
a) 有用性



b) 時間



c) 人数



d) 職種構成

図3 グループディスカッションの評価

4) フォーカスグループ

フォーカスグループでは、以下の評価が得られた。

「ロジスティクスに関する職種による評価の違い」

医師は、病院医師、診療所医師ともに、通常業務を終えるのが困難であり、平日夕方から参加することが難しいため、参加が可能な土曜日、日曜日の開催を希望した。一方、看護師、薬剤師は、平日夕方の設定時間での開催を希望していたが、「通常業務の後は大変」との評価もあった。

開催場所が浜松市の北部に位置し、南部からは1時間以上かかるため、市の中心部での開催を希望する意見や、主要病院や市の会議との重複などほかのミーティングと重複しているとの指摘があった。

「講義とグループディスカッションの組み合わせ

「わせはよい」

講義とグループディスカッションの組み合わせは、「バリエーションがあってよい」、「レクチャーだけだと身につかないと思うので事例検討はよい」、「小グループだと質問ができて話せるのでよい」などと評価されていた。

「交流の場でもある」

「緩和ケアの技術やスキルを学ぶ」という目的以外に、多くの参加者が、多職種でのディスカッションは、「地域で一緒に仕事をするメンバーの交流の場としても重要である」という意味づけをしていた。「セミナーをきっかけに今まで声をかけたことのない薬剤師に声をかけてきいたりするようになった」など、セミナーが単に知識の提供にとどまらず、地域での職種間の交流に役立っていると評価していた。参加人数の点からも、「多いと感じることがあるが、いろんな職種が来る方がいいからよい」と多職種によるメリットが多く挙げられた。

表1 グループディスカッションで扱ったテーマ

	テーマ	形態	ファシリテーター	評価得点
1 回目	終末期喘鳴への対応	症例検討	医師	4.0点
	誤嚥性肺炎を繰り返す患者の食へのニードと家族間調整	症例検討	看護師	4.4点
	ホスピスから前医へ戻り化学療法を再開した症例	症例検討	医師	3.9点
	希望を見い出すためのケア	症例検討	看護師	4.4点
	希死念慮を訴えた患者への対応	症例検討	医師	4.4点
	消化管閉塞症状にサンドスタチンが著効した症例	症例検討	医師	4.6点
	オピオイドによる嘔気(薬物療法と薬局との連携)	症例検討	医師	4.6点
	療養の場の選択に関する意思決定へのサポート	症例検討	看護師	4.3点
2 回目	退院時は病院での最期を希望していたが在宅で看取った患者・家族への支援	症例検討	看護師	4.2点
	院外薬局での患者情報不足に対する工夫	症例検討	薬剤師	4.4点
	社会的経済的問題が中心だった患者家族への支援	症例検討	MSW	4.6点
	オピオイド導入時の副作用などの説明	ロールプレイ	医師	4.5点
	フェンタニル使用中の患者の呼吸困難感にモルヒネを追加	症例検討	医師	3.8点
	オキシコンチンで嘔気のある体動時痛の患者にデュロテップへの変更と制吐剤、放射線、リハビリ	症例検討	医師	4.6点
	がん患者を家族に持つ子ども達への対応	症例検討	医師	4.3点
	家族への看取りの説明	ロールプレイ	医師	4.4点
	家族の怒りへの対処	症例検討	看護師	4.8点
	希死念慮を訴えた患者への対応	症例検討	医師	4.2点
「あとどれくらい生きられるのか」と聞かれた時の対応	ロールプレイ	看護師	4.2点	
3 回目	在宅で看取ったケース「訪問看護・往診医への移行の適切な時期の検討」	症例検討	看護師	4.1点
	家族の怒りへの対応	症例検討	看護師	4.8点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	MSW	4.4点
	看取りの時の家族のケア(せん妄)	ロールプレイ	医師	4.2点
	医療用麻薬を初めて使用する時の説明	ロールプレイ	医師	4.0点
	オピオイドローテーションの方法と計算	症例検討	医師	4.5点
	難治性疼痛に鎮痛補助薬を用いた事例	症例検討	医師	4.5点
4 回目	在宅でモルヒネの自己注射を用いて診療所・ステーションと疼痛管理をしている症例	症例検討	医師	4.6点
	自分の気持ちをなかなか表出しない患者さんへの対応	症例検討	看護師	4.6点
	不安が強い患者さんへのケア	症例検討	看護師	4.3点
	訪問看護を紹介したが希望しないケースを通して、「早期に訪問看護を導入する方法」を考える	症例検討	看護師	4.7点
	聖隷三方原病院の退院支援をよくする方法を考える	症例検討	看護師	4.5点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	MSW	4.5点
	オピオイドローテーション(基本編)	症例検討	医師	3.8点
	レスキューの使い方の指導と説明	ロールプレイ	医師	4.8点
	死亡直前に不穏になった患者の家族のケアと説明	ロールプレイ	医師	4.3点
5 回目	認知症、腎不全がある患者さんの痛みのマネジメント(参加者からのケース)	症例検討	看護師	4.7点
	リンパ浮腫への対応(家族指導・環境設定・マッサージ)	実技	作業療法士	4.4点
	予後を知りたいのに家族は伝えたくない時のかかわり	症例検討	看護師	4.6点
	食べられなくなった患者に家族が点滴を希望する時-胸腹水のある患者への輸液の適応と家族への説明-	症例検討	医師	4.8点
	食べられなくなった患者に家族が点滴を希望する時-輸液を行わないことが最善と考えられる場合の家族ケア-	症例検討	看護師	4.3点
	退院前カンファレンスの工夫と進め方	症例検討	看護師・ ケアマネジャー	4.5点
	呼吸困難のある患者の目標設定	ロールプレイ	医師・看護師	3.8点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	医師・看護師	4.2点
病院から地域への退院支援の課題	症例検討	看護師	4.3点	

	レスキューの使い方の指導と説明	ロールプレイ	医師	4.6点
	エンゼルメイク	実技	看護師	4.6点
6 回 目	短期入院でできる神経ブロックの紹介	症例検討	医師	4.8点
	ノバミンによる副作用(うつ病, アカシジア)の事例: 気づく方法を知る	症例検討	医師	4.8点
	退院前カンファレンスの工夫を考える	症例検討	看護師	4.5点
	地域連携の中でホスピスの上手な利用について考える	症例検討	医師・看護師	4.3点
	医師と看護師間のコミュニケーション-互いの認識のず れについて考える-	症例検討	医師	5.0点
	スピリチュアルケアの実際	レクチャー	看護師	4.7点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	医師	4.3点
	終末期がん患者の下肢リンパ浮腫のケア	実技	理学療法士・ 作業療法士	4.0点
がん患者のマウスケアのコツ	実技	歯科医師・ 歯科衛生士	4.7点	
7 回 目	神経障害性疼痛と鎮痛補助薬	症例検討	医師	4.3点
	消化器症状のケアのコツ(パンフレット, 胃管挿入の実演)	実技	看護師	5.0点
	宗教的ケアを考える(緩和医療とキリスト教の接点)	症例検討	牧師・医師	4.3点
	在宅ホスピスができることを知る	症例検討	診療所医師・看護師	4.5点
	がん患者の使える社会資源-事例を通して	症例検討	MSW	4.5点
	息が止まりそうな時の苦痛緩和	症例検討	医師	4.8点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	MSW	4.8点
	アメリカにおける子どものグリーフ・ケア-チャイル ド・ライフ・スペシャリストを招いて-	症例検討	CLS・医師	4.6点
	せん妄の治療とケア-入院中に生じたせん妄のアッセ メントとケア-	症例検討	医師	4.5点
	がん患者のケアにいかす呼吸理学療法	実技	理学療法士	4.8点
8 回 目	がん患者の口腔ケアのコツ(2回目)	実技	歯科医師・ 歯科衛生士	4.8点
	紹介された患者や家族との面談: SHAREを基本に認識 と希望を聞く	症例検討	医師	4.1点
	大切な人を失う家族の悲嘆のケアを考える	症例検討	看護師	4.5点
	緩和ケアにおけるステロイドの使い方	症例検討	医師	4.3点
	がん患者の使える社会資源-事例を通して	症例検討	MSW	4.0点
	化学療法の中止を話し合う時のコミュニケーション	症例検討	医師・看護師	4.5点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	MSW	4.3点
	緩和医療とキリスト教の接点: 精神的苦悩をどう考えど う関わるかのフリートーク	グループワーク	牧師・医師	4.0点
	エンゼルメイク 実演(2回目)	実技	看護師	4.3点
呼吸困難のケア: 肺理学療法士の視点による評価とア プローチ	実技	理学療法士・ 看護師	4.8点	
9 回 目	短期入院でできるブロックの紹介	レクチャー	医師	5.0点
	入院中に生じたせん妄の薬物療法とケア	症例検討	医師	4.6点
	事例を通じて介護保険制度の利用について知る	症例検討	ケアマネジャー	4.4点
	医師とのコミュニケーションのコツ(病院編・在宅編)	症例検討	看護師	3.8点
	息切れ, 息苦しさで困っている患者さんへの対応	ロールプレイ	医師	4.0点
	化学療法の中止を話し合う時-事例を通して考える-	症例検討	医師・看護師	4.6点
	早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える	グループワーク	MSW	4.5点
	気持ちのつらさに対するケアを考える	症例検討	看護師	4.1点
	地域包括支援センターの役割・機能を知る-事例を通 して-	症例検討	地域包括支援セン ター社会福祉士	4.3点
	発生時軽くみえても必ず悪化する褥瘡	実技	看護師	4.7点
10 回 目	こころのケア-精神的苦悩に対するケアを考える-	症例検討	医師・看護師・ 心理士	4.4点

セミナー実施時のタイトルのまま記載した。CLS: チャイルドライフスペシャリスト。「早期から在宅サービスの利用を勧めるツールを考える」は参加者から自発的なグループワークの申し入れがあったため毎回テーマとして入れた

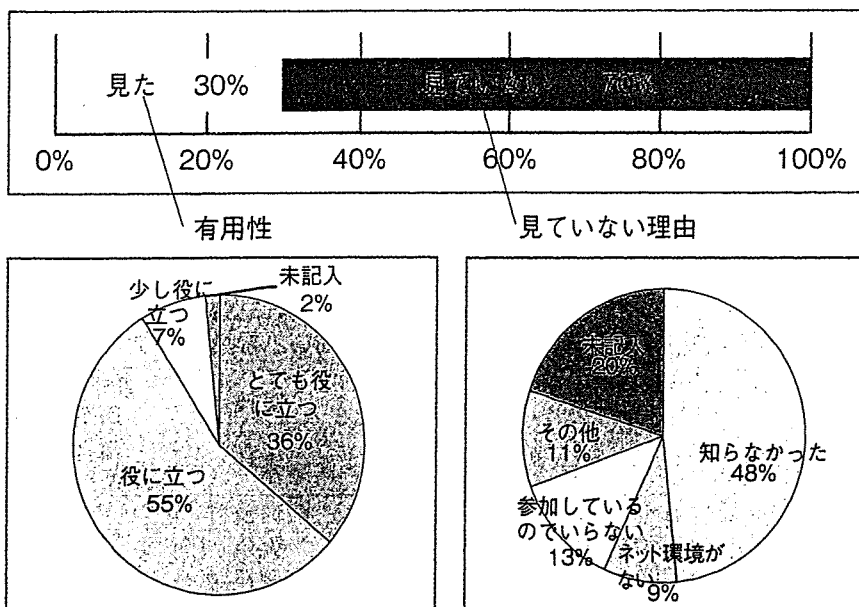


図4 ホームページの有用性

「机上の学問ではない実践を試せる場である」参加者の多くが、セミナーが実践と結びついている体験を述べた。例えば、「普段本で読んでも半信半疑でやっていることが、(実際にしている人と直接話せることで)裏づけが取れる」、「(本に書いてあってもやったことのない方法を)聞いたようにやってみたらうまくいった」、「今困っている症例について(事例検討で)出せてよかった」、「会が終わった後に専門としている医師や看護師に(直接今困っていることを)きけるのでうれしい」など、単に知識だけではなく、知識が実践と結びついていることを報告した。

「セミナー自体を自分の施設でやるやり方の参考になる」

ある参加者は、「セミナーを自分の病院でも行っていきたいので、やり方が参考になる」と述べ、セミナーの運営そのものを学習の対象としていた。

Ⅲ. 考 察

本研究は、筆者の知る限り、地域医療者を対象として系統的に一定期間繰り返して行われた

緩和ケアセミナーの有用性を評価した初めての報告である。本研究の結果、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を1年間行うことは地域医療者にとって有用であると評価され、いくつかの示唆が得られた。

参加者は、看護師が半数、薬剤師が20%、医師は13%であった。母数の違い、一般的にセミナーへの参加は看護師や薬剤師が多いためと考えられるが、平日夕方に医師が参加するのは難しいというロジスティクスの問題も挙げられた。1年間を通して職種構成に大きな変化はなく、難易度の評価は「ちょうどよい」が多かったため、今回のプログラムは参加者にとって目標は達成されていると考えられるが、医師を主たる対象としたセミナーを行う場合には休日に行うロジスティクスの工夫が必要であることが示唆される。国内においては、PEACEプログラムが行われるため、医師を主たる対象としたセミナーをPEACEプログラムで行い、医師も含めた多職種のセミナーとして平日夕方に実施する組み合わせは、地域全体の医療者を対象としたプログラムとして適切な可能性がある。この際、他に定期的に行われている地域のカンファレンスのスケジュールを把握して重複しないようにし、可能であれば開催場所が地域

の中で万遍なく実施できるように計画できればよいと思われる。

講義の内容では、わかりやすさが比較的良かったものは、緩和ケアで使用するツール、痛みの評価とオピオイド、嘔気・嘔吐、スピリチュアルケアであった。これらは、「耳慣れない評価ツール」を使用する、在宅では出会う頻度が必ずしも高くない（腸閉塞による嘔気嘔吐）、領域自体が必ずしも容易ではない（スピリチュアルケア）ことを反映していると考えられる。嘔気・嘔吐は「難しい」と回答したものが比較的多く、疼痛と比較して、体験する頻度が参加者全体としては必ずしも多くないことを反映している可能性がある。また、痛みの評価とオピオイド、呼吸困難では「時間が短い」評価が多く、多くの内容を含んでいたことを反映している。有用性が高かったものは、痛みの評価とオピオイド、突出痛、オピオイドの副作用、看取りのケア・在宅で使用できる薬物であり、地域で困難に生じる頻度が高いものであることが予測される。以上から、地域を対象として緩和ケアの講義を行う場合、疼痛の評価、オピオイド、突出痛、オピオイドの副作用、呼吸困難、在宅で使用できる薬物を含む看取りのケアを含むことは有用であり、複雑な評価尺度、嘔気・嘔吐、スピリチュアルケアなど参加者が不慣れであることが予測される領域を講義に含む場合には、時間を長くする、わかりやすい資料を作成するなど工夫をすることが必要であることが示唆される。

本プログラムでは、講義の内容を録画してホームページで見ることができるようを作成したが、参加者のうち、ホームページのビデオを見たことがある者は30%に過ぎなかった。ホームページを見たことがない理由は、毎回、アナウンスをしているにもかかわらず、半数が「知らなかった」であり、ホームページによる教育ツールの普及は、マテリアルの内容とともにそのアナウンス方法の充実さにも依存することが示唆された。

グループディスカッションは、総じて有用であると評価され、特に、レクチャーで得た知識

をより少人数で質問したり、実際の症例を通して強化する場とされていた。「時間が短い」と評価した参加者が多く、特に、スピリチュアルケアでは半数の参加者が「短い」と評価していた。また、人数は8~12名ではやや多く、多職種をさらに希望する傾向が一貫していた。すなわち、グループディスカッションを行う場合には、75分を標準と考えると精神的問題などを話し合う場合にはより長く設定し、また、人数を10人以下に抑えながらも多職種にするといった工夫が有用性をより高めると考えられる。

高い有用性を得たグループディスカッションのテーマには一定の傾向があった。すなわち、実技を含むもの（口腔ケア、理学療法、褥瘡）、特殊な知識を要領よく短時間に得られるもの（神経ブロック、ノバミンによる副作用に気づく方法、スピリチュアルケア）、ロールプレイなどでパンフレットなど具体的なツールを使用するもの（レスキューの使い方など）、倫理的問題や対応が難しい事例の症例検討（怒りへの対処、呼吸が止まりそうな時の症状緩和）、「早期からの在宅サービスの利用」に関係したものの、および、参加者が提示した困難事例であった。これらのテーマは参加者の関心が高く、地域でグループディスカッションを基にした緩和ケアセミナーを行う場合には積極的に取り入れることにより参加者はより有用であると感じられると思われる。

本プログラムにおいて、印象的であった現象は、セミナーそのものが地域医療者の「関係づくりの場」となったことである。フォーカスグループでは、緩和ケアセミナーは「交流の場でもある」という意味づけがされており、また、「机上ではない実践の場」として現在のケースについて相談したり知識を実践のものとして身近な人と共有したりした体験が報告された。また、グループディスカッションの経過中に、参加者から「グループワーク」として毎回同じテーマを扱いたいという自発的な交流の場を設けてほしいとの申し出があった（表1、「早期から在宅の利用を勧めるツールを考える」）。「セミナー自体を自分の施設で行うやり方の参