

5. Educating patients and their families					
Coach patients and their families on how to employ medical procedures at home, e.g., disinfection of wounds, catheterization, and aspiration.	-0.145	-0.068	0.028	0.061	0.986
Assess prior to discharge that medications and care procedures will be continued by patients and their families at home.	0.193	-0.009	0.212	-0.151	0.683
Create an opportunity to assess prior to discharge that the families of patients will be able to change patients' diapers at home.	0.344	0.123	-0.245	0.035	0.629
Provide adequate information to patients and their families about predicted events and how to address them at home, e.g., what they should do if the condition suddenly changes.	0.195	0.006	0.062	-0.134	0.725
Make sure prior to discharge that the families of patients will be able to obtain materials required at home, including gauze bandages, disinfectants, and catheters.	0.036	0.052	-0.031	0.031	0.863

Table 3 Criterion-related validity

	Total score of the DIPPS	P
Experience of participating in a discharge conference		
Present (n = 49)	21.3 ± 4.0	0.03
Absent (n = 212)	17.1 ± 5.0	
Clinical experience of more than one patient per month and in charge of a discharge conference		
1 person or more (n = 170)	18.4 ± 4.2	0.03
None (n = 93)	17.0 ± 4.5	
Opportunity to receive undergraduate education in home care nursing		
Present (n = 190)	18.4 ± 4.1	0.06
Absent (n = 70)	16.8 ± 4.2	
Opportunity to receive education in home care or discharge planning within 1 year		
Present (n = 55)	19.3 ± 4.3	0.05
Absent (n = 206)	17.2 ± 4.0	
Opportunity to participate in clinical activity of home care nursing		
Present (n = 51)	18.8 ± 3.7	<0.001
Absent (n = 211)	16.2 ± 5.0	
Clinical experience of working as a home care nurse		
Present (n = 4)	25.9 ± 5.1	0.01
Absent (n = 258)	18.1 ± 4.2	

Data do not always sum up to 100% due to missing data.

II. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 付帯研究のまとめ

Table 4 Concurrent and discriminate validity

	Clinical Practice Proficiency Measurement Scale for Mid-career Nurses		
	Ability to contribute to development of the nursing team	Ability to provide quality care	Ability to encourage patient participation in medical care
Assessment of patients' daily life at home and services available	.32	.44	.49
Eliciting the preference of patients and their families regarding the place of care	.33	.44	.52
Simplifying nursing care in the hospital	.45	.51	.55
Cooperation with community health care workers	.31	.45	.53
Educating patients and their families	.30	.31	.45

Spearman's correlations between the subscales of the DIPPS and subscale scores of the Clinical Practice Proficiency Measurement Scale for Mid-career Nurses.

## 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出： OPTIM-studyによる複数地域・多職種による評価

### 要旨

地域における緩和ケアの普及は重要であり、複数地域の多職種による意見交換会は緩和ケアの向上に有用な可能性がある。本研究の目的は、1) 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、2) 話題とされた地域緩和ケアの課題を整理することである。

4 地域の医療福祉従事者336名が意見交換会に参加した。80%以上の参加者が全般的にとっても役に立った・役に立ったと回答した。50%以上が、「自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得る」、「自分の地域・施設に帰って実際に生かす」ことにとっても役に立った・役に立ったと回答した。課題は、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、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、制度・社会の問題の8領域40課題に整理された。

### Abstract

Quality palliative care is required in the community level and interaction among multidisciplinary practitioners from various regions might be useful for improving the community palliative care. The aims of the present study are 1) to evaluate the participant-perceived usefulness of the interactive conference of multidisciplinary multiregional healthcare practitioners, and 2) to clarify the areas to be improved in the community palliative care raised by the conference. A total of 336 multidisciplinary practitioners from 4 areas of Japan participated into the conference. Overall more than 80% of the participants evaluated the conference as very useful or useful; and more than half reported that the conference was very useful or useful to “get a concrete solution of the obstacles” and to “utilize the lessons though the conference as a means to improve quality of care in their own community”. The areas to be improved identified are; 1) develop an interactive networking among healthcare practitioners and/or organizations in the community; 2) develop system of quality and easily-available specialized palliative care service; 3) improve the knowledge and perception of medical professionals about palliative care and home care; 4) develop a collaborative care system between hospitals and community healthcare practitioners and/or organizations; 5) develop a collaborative care system among community healthcare practitioners and/or organizations; 6) optimize existing resources available in the community; 7) improve the perception of patients and the general public about palliative care, home care, and cancer; and 8) reevaluate the regulations, law, healthcare system, and financial or human resources at the social level.

### はじめに

地域を単位とした緩和ケアは、患者の quality of life の向上に有用な可能性が示唆されている<sup>1-6)</sup>。わが国においても地域の緩和ケアの取り組みがもたれ始めている<sup>7)</sup>。地域の緩和ケアを向上するには、複数の地域で意見交換の機会をもち、課題や解決策を共有することが役立つ可能性がある<sup>8-11)</sup>。しかし、これまで複数地域の多職種を対象として行われた意見交換会を評価した報告はない。また、複数地域を対象として我が国の地域緩和ケアの課題を整理した研究は報告されていない。したがって、複数地域の多職種の医療福祉従事者による意見交換会を評価し、意見交換会で話題とされた地域の緩和ケアの課題を整理することは価値があると思われる。

本研究の目的は、1) 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、2) 意見交換会で共通の話題とされた地域緩和ケアの課題を整理することである。

### 対象・方法

本研究は、地域介入の前後比較試験であ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) の一環として行われた<sup>12)</sup>。意見交換会は、研究対象地域 (山形県鶴岡市・三川町、千葉県柏市・流山市・我孫子市、静岡県浜松市、長崎県長崎市) の医療福祉従事者を対象に、地域緩和ケアの課題と解決策を共有することにより各地域の緩和ケアの向上の促進を目的として開催した。

1) 対象

4地域の医療福祉機関278施設に開催をアナウンスし、各地域約30名の参加者を募った。

2) 方法

(1) 意見交換会のプログラム

2年間に3回(2008年度は連続した2日間)の意見交換会を行った。内容は、4地域の状況に関するパネルディスカッション・発表のあと、小グループでのフォーカスグループ(以下FG)を行った。

(2) フォーカスグループ

FGは、1テーマについて8~12名で1時間、合計23グループを行った。1つのグループの参加者は複数の地域、多職種となるように設定した。テーマは、事前に4地域で共通した課題として挙げられた、緩和ケアの導入の時期や方法、早期からの緩和ケア、在宅療養に移行するバリア、退院支援・退院前カンファレンスの進め方、病院医師・看護師の在宅の視点、地域のがん診療のリソースを増やす方法、地域での患者情報の共有、医療者のバーンアウト、患者会を設定した。ファシリテーターが、テーマについての各地域の課題と解決策の発言を促した。

(3) 意見交換会の評価

参加者に質問紙を配布し、その場で回収箱に回収した。調査項目として、全般的有用性1項目(「意見交換会は総合的に役立ったか」)、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いかすこと、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顔の見える関係を作ること、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。

(4) 解析

質問紙の回答は度数分布を集計した。FGの録音内容はテキストデータ化し、Krippendorff, K.の方法論を参考に内容分析を行った<sup>10</sup>。地域緩和ケアの課題と解決策に関する1つの意味内容を含む文章を1単位とした。ひとつの文脈のなかに異なる意味内容を示す文章があった場合には、複数の単位とした。分割された単位の意味内容の類似性に従い、帰納的に分類・抽象化し、カテゴリー化した。カテゴリーを【】、小カテゴリーを[]で示した。2名の研究者が独立に内容分析を行った後、緩和

ケア領域における同様の研究経験を豊富に有する緩和ケア専門家(TM)のスーパービジョンをもとに、3名の合意が得られるまで議論を行った。分析はテーマごと、FGごとに行ったが、結果は同様であったためまとめて記載した。

参加者には研究の主旨などについて文章で説明を行い同意を得た。

結果

医療福祉従事者合計336名(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)が参加した。勤務場所は、一般病院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。質問紙は、合計296名(88%)から回収した。

意見交換会の評価(図1)

全般的有用性では、3回を通して、80%以上の参加者が「とても役に立った・役に立った」と回答した。

領域ごとの有用性では、70%以上の参加者が、「他の地域の状況をよく知ること」、「他の地域のメンバーとも悩みや問題を共有すること」、「顔の見える関係をつくること」に「とても役に立った・役に立った」と回答した。

地域緩和ケア普及のための課題

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カテゴリー、40の小カテゴリーに分類された(表1)。

1)【地域の「顔の見える関係」の構築】地域内の多職種で顔を合わせて情報共有やネットワークを構築する機会を指す。同じ地域内であっても交流が同職種や施設内に限られているため、[多職種間での交流]と[ノウハウを持っている施設と持っていない施設の交流]の重要性が指摘された。

2)【専門緩和ケアの利便性と質の向上】緩和ケアチームなど専門的緩和ケア利用可能性と診療の質を指す。特に、[外来患者への緩和ケアの専門家の支援]と[在宅患者への緩和ケア専門家の支援]が必要であ

ることが挙げられた。一方、[緩和ケア専門家へ紹介する時期や方法がわからない] 課題が抽出された。

- 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】医療福祉従事者の緩和ケア・在宅医療に関する認識・知識が十分でないことが挙げられた。オピオイドの使用方法や在宅で可能な治療といった知識に加えて、[緩和ケア・療養場所の重要性の認識] が十分ではない、[緩和ケア＝末期という認識] が課題として抽出された。
- 4) 【病院と地域との連携促進】病院と地域の医療福祉従事者との連携の必要性を指す。患者の退院にあたって、入院中から[自宅でも継続可能な医療・ケアへの変更]を行い、[地域医療者への早めの紹介・準備]をすること、退院前には[多職種による退院前カンファレンスの開催]、[予測される事態と対応の取り決め]を行い、[地域からの問い合わせ窓口と経路]を明確にしておくことが挙げられた。このほか、[退院支援の振り返りを継続的に行うシステム]や、[外来からの在宅リソースへの紹介]の必要性が挙げられた。
- 5) 【地域内の連携促進】地域の在宅療養に関わる医療福祉機関間の連携を指す。患者情報の共有が課題として挙げられ、病名などの変化しない[患者についての基礎的な情報の共有]と、時間単位で変わる病状など[患者についてのリアルタイムな情報の共有]とに整理された。
- 6) 【既存のリソースの最大利用】地域に存在するリソースを最大限利用することを指す。[最新・正確なデータベース]の存在・周知が挙げられた。特に、薬局・ケアマネジャー・医療社会福祉士に関する情報の必要性が挙げられた。
- 7) 【患者・市民の緩和・在宅ケアに関する認識】患者・市民の緩和・在宅ケアについての認識を指す。[在宅療養に関する認識]として、苦痛の心配、夜間対応、家族の負担が挙げられた。緩和ケアに関しては、[患者の緩和ケア＝末期の認識]、[患者の医療用麻薬に対する誤解]、[見放された感と抗がん治療中止の難しさ]が挙げられた。
- 8) 【制度・社会の問題】現場の努力では対応できない制度や社会的な問題を指す。マンパワーや資源の不足を主とする[他の業務との労働量のバランス・資源の不足]、独居など介護者がいない[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]、がん患者では病状進行が早いために運用が難しい[介護保険]などが挙げられた。

## 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地域のがん緩和ケアに関する意見交換会を評価した初めての研究である。本研究の重要な知見は、1) 意見交換会の参加者から見た有用性が示唆されたこと、2) 意見交換会で話題にされた地域緩和ケアの課題が整理されたことである。

有用性に関しては、意見交換会は、単に、「他の地域の状況を知る」、「顔の見える関係をつくる」のみならず、過半数の参加者が、「自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得る」、「自分の地域・施設に帰って実際に生かす」ことに役に立ったと回答した。地域の緩和ケアを進めるための解決策は当事者どうしのノウハウとして伝えられることが有用であることを示唆している。地域内、地域間などより効果的なプログラムについて比較研究の価値があると考えられる。

意見交換会で話題となった地域緩和ケアの課題は、8カテゴリー、40の課題に整理された。これらは、1地域で抽出された課題や、多数の緩和ケアに関わる医療福祉従事者が経験的に報告した課題と類似している<sup>8)11)</sup>。これらは、わが国の地域緩和ケアの共通の課題である可能性が高く、地域緩和ケアを向上するために必要なことについての示唆を得ることができる。

### 1) 地域の「顔の見える関係」の構築

地域内の交流が同職種や1施設内に限定されている一方で、職種や施設を超えて顔を合わせることにより、情報共有やネットワークを構築する機会が重要であると述べられた。質問紙調査においても、「顔の見える関係をつくる」ことを通じて、「自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得る」ことの有用性が高かった。したがって、多職種が少人数のグループで話し合う場を定期的に設けて「顔の見える関係」を構築していくことは、同一の職種や施設の中だけでは解決しない方法に気づき、同時に、連携の基盤となるネットワークを構築することにより地域緩和ケアの向上につながることを示唆される。

## 2) 専門緩和ケアの利便性と質の向上

専門緩和ケアに関して、入院患者を対象とした緩和ケアチームのみならず、外来・在宅の患者を対象とした専門家の支援体制と、紹介方法の明確化が課題として抽出された。国内外の実証研究において専門緩和ケアに紹介される時期が遅いことが示されていることを考えると<sup>12)</sup>、外来・在宅の患者に対して緩和ケア専門家が利用可能な状態を構築したうえで、適切な時期に紹介する方法を具体的に明らかにすることが重要である。

## 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

医療福祉従事者の緩和ケアと在宅療養に関する認識・知識の不足が抽出された。特に、地域の医療者にとっては医療用麻薬など緩和ケアに関する知識が、病院医療者にとっては在宅医療についての知識が不足していることが指摘された。医療者の知識を向上させる手段として講習会はしばしば行われる方法であるが、一方向性の講義による効果は限定的であり、相互交流的な方法が推奨されている<sup>13)</sup>。講義とグループディスカッションを組み合わせた教育介入の有用性が1地域において報告されている<sup>14)</sup>。本研究の結果から、地域の医療者には緩和ケアの内容を、病院医療者には在宅医療の内容を含む相互交流的な教育機会が有用と考えられる。また、緩和・在宅ケアの重要性は十分に認識されていなかったことから、知識の提供のみならず、「苦痛緩和や療養場所が患者にとって重要である」認識を内容に含める必要がある。

## 4) 病院と地域との連携促進

病院と地域との連携として、退院支援の重要性が示唆された。病院の退院支援が機能することは、在宅療養が可能となる重要な因子である<sup>15)</sup>。入院中に「自宅でも継続可能な医療・ケアへの変更」、「地域の医療福祉従事者への早めの紹介・準備」を行い、退院前に「多職種による退院前カンファレンスの開催」、「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」を確立するために、退院支援担当部署を設置したうえで、病院と地域の医療福祉従事者が定期的に振り返りを行うシステムが有用であることが示唆された。

## 5) 地域内の連携促進

地域内の連携促進の課題は、患者情報の共有として、

変化しない基礎的な情報の共有と、時間単位で変わる病状などのリアルタイムな情報の共有に整理された。前者は申し送り項目の共有を地域で行うことが有用であると考えられる。後者は、時間の単位で変わる情報を異なる事業所の複数の医療福祉従事者が共有する必要性を考えると、電話、FAXなど従来の手段での情報共有に加えて、電子化による情報共有が有用な可能性がある。

## 6) 既存の資源やシステムの最大利用

地域に存在するリソースを最大限利用していくためにデータベースに関する課題が挙げられた。既存のデータベースの問題点として、「あるのに知られていない」、「更新されていない」ことが挙げられた。情報を網羅しても更新・周知されなければ価値が乏しいため、データベースは網羅的にせず必要最小限とし、更新・周知に労力を費やすことが有用な可能性が示唆される。

## 7) 患者・市民の緩和・在宅ケアに関する認識の向上

患者・市民に対する正しい認識の必要性が示唆された。特に、在宅医療においては苦痛の心配、夜間対応、家族の負担が挙げられ、緩和ケアについては、「緩和ケア＝末期」という認識や医療用麻薬に対する誤解が挙げられた。これらはこれまでも繰り返し指摘されており<sup>16), 17)</sup>、正しい認識の普及が重要である。

本研究の限界として、研究目的が意見交換会の評価であるため、我が国の地域緩和ケアの課題を網羅的に整理したものではない。交流会が実際に患者・家族に与えた影響は測定されていない。

以上より、地域の緩和ケアの向上に有用であることが示唆される手段としては、1) 多職種でのグループワークなどによる顔の見える関係の構築、2) 緩和ケア専門家の外来・在宅での利用方法の工夫、3) 職種ごとに不足する知識と認識に焦点化した相互交流的な教育機会、4) 病院と地域の定期的な振り返りシステムによる退院支援の質の向上、5) 基礎的な患者情報とリアルタイムな情報共有の最大化、6) 必要最小限の正確な更新されたデータベースの周知、7) 患者・家族への情報提供を地域ごとに優先する課題から並行して行うことが必要であると考えられる。

## 文献

- 1) Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, *et al*: Quality of

- Life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 2001; 19: 3884-3894.
- 2) Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C, *et al*: Development, implementation, and process evaluation of a regional palliative care quality improvement project. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 483-95.
  - 3) Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, *et al*: Edmonton regional palliative care program: impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 1999; 161: 290-293.
  - 4) Gomez-Batiste X, Porta J, Tuca A, *et al*: Spain: the WHO demonstration project of palliative care implementation in Catalonia: results at 10 years (1991-2001). *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 239-244.
  - 5) ホスピス緩和ケア白書2008：緩和ケアにおける医療提供体制と地域ネットワーク. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
  - 6) 秋山美紀、的場元弘、武林亨、他：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* 2009; 4: 112-122.
  - 7) 井村千鶴、古村和恵、末田千恵、他：地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み－フォーカスグループの有用性. *緩和ケア* 2010; 20: 204-209
  - 8) 井村千鶴、古村和恵、末田千恵、他：地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み－フォーカスグループの有用性2. *緩和ケア* 2010; 20: 308-312.
  - 9) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, *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* 2008; 25: 412-418.
  - 10) Krippendorff K. Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1980. (三上俊治、椎野信雄、橋元良明 訳. メッセージ分析の技法―「内容分析」への招待. 初版. 東京：勁草書房；1989)
  - 11) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, *et al*: Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 2007; 10: 390-399.
  - 12) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, *et al*: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2637-44.
  - 13) O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, *et al*: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Collaboration* <http://www.thecochranelibrary.com>. 2007.
  - 14) 鄭陽、井村千鶴、野末よし子、他：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. *ペインクリニック* 2009; 30: 1553-1563
  - 15) 福井小紀子：入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現に関連する要因の検討. *病院管理* 2006; 43: 5-15.
  - 16) Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, *et al*: Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 306-316.
  - 17) 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> (2010年1月30日)

II. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 付帯研究のまとめ

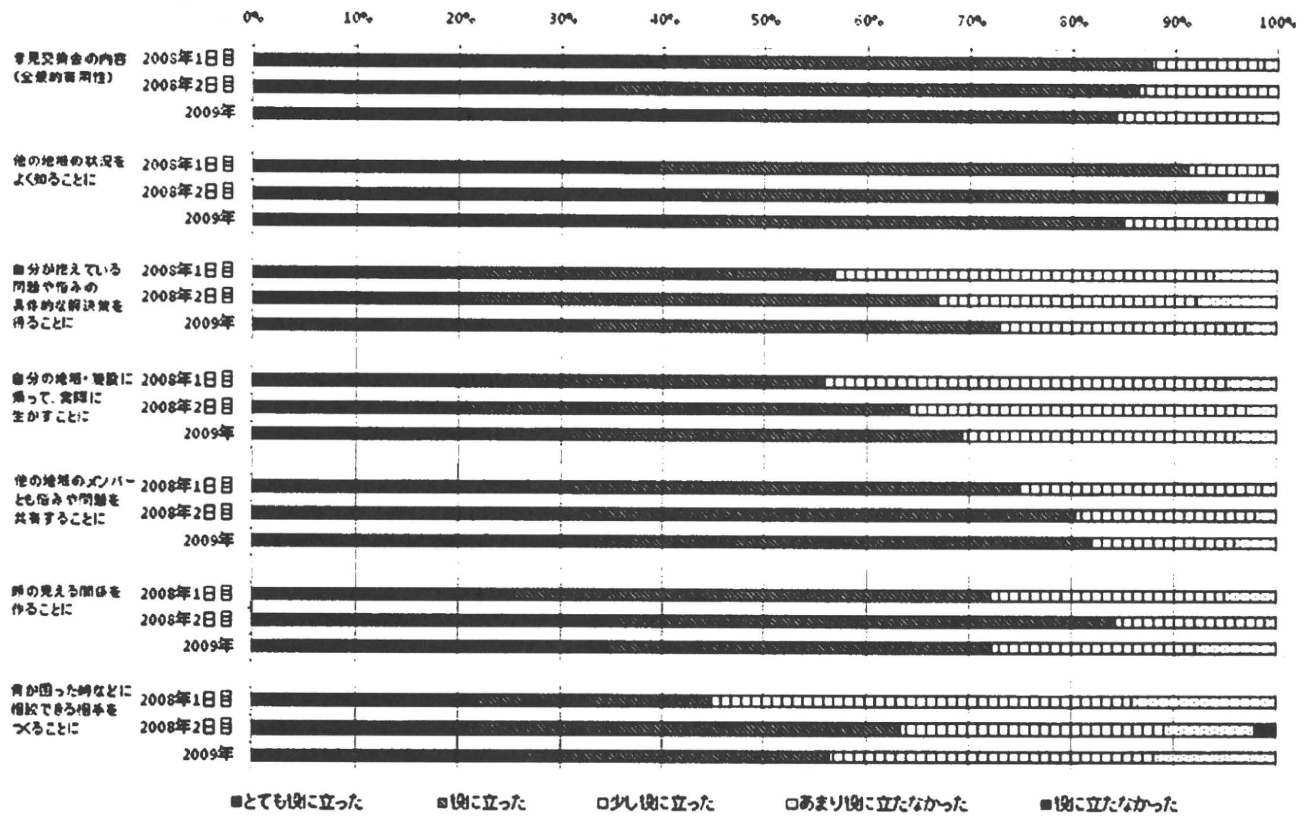
表1 地域緩和ケア普及のための課題

カテゴリー	小カテゴリー	代表的な項目
地域の「顔の見える関係」の構築	多職種間での交流 ノウハウを持っている施設ともっていない施設との交流	地域の交流会は数多くあるが多職種の交流がない、各職種バラバラに地域の情報を探している うまくいっている施設のノウハウが他の施設に伝わっていないため、改善につながらない
	医師の不参加 行政の不参加	交流会を開催しても、病院医師や診療所医師の参加が少ない 行政や保健所との連携が構築できていない
専門緩和ケアの利便性と質の向上	「顔が見えないことによるコミュニケーションの困難	電話やFAXなど相手の顔が見えない手段で連絡をとる場合、顔の見えない関係であると、コミュニケーションがスムーズに行かない
	外来患者への専門家の支援体制 在宅療養患者への専門家の支援体制	外来で麻薬処方された患者や告知後の精神的サポートなどが外来患者の支援体制がない がん患者が在宅療養するケースが増えて、在宅緩和ケアの需要が高いが支援体制がない
	緩和ケアに紹介する時期と方法 緩和ケアチームと主治医チームの協調	どのように患者・家族に緩和ケアを紹介したらいいか、どの時期に紹介したらいいか分からない 主治医と緩和ケア医の協力体制の構築が難しい
医療者の緩和ケア・在宅ケアに関する認識・知識の向上	緩和ケアに関する知識	がん患者は年間数人しかみないので緩和ケアのスキルに不安がある、徐放性麻薬製剤を破碎して投与している、制吐剤や下剤を使用しない、麻薬の換算量が間違っている
	病院医療者の在宅医療に関する知識	病院の医師や看護師はどのような治療や看護が在宅で可能なのかを知らない、「この患者は家に帰れない」と判断してしまう、 (医師や看護師が) 緩和ケアは「治療が終わった人が受けるもの」と思っている
	緩和ケア=末期という認識	患者が苦痛を訴えても医師や看護師によっては対応をしない、患者が医師に痛みを訴えても「筋肉痛だよ」と帰される
	緩和ケアの重要性の認識	病院の医療者が、患者や家族にどこで療養したいかを確認していない
地域医療者への早めの紹介・準備	療養場所の重要性の認識	疼痛の評価方法がバラバラである、緩和ケアのニードをスクリーニングする方法がない
	評価方法・スクリーニング方法	連絡が直前で調整が間に合わない、準備しないで退院し家族が困り果ててケアマネのところに駆け込んでくる
	在宅でも継続可能な医療・ケアへの変更	在宅ではできないケアや治療を指導されてくる(夜間の頻繁な体位変換など)、自宅での介護力を評価していない、
	地域からの問い合わせ窓口と経路	地域から病院に問い合わせる場合どこに問い合わせればよいかわからない、時間がかかる、医師と連絡がつかない、院内のルートが決まっていない
病院と地域との連携促進	多職種による退院前カンファレンスの開催	退院前カンファレンスが開かれていない、主治医が参加しないため、地域の医療福祉従事者が聞きたい質問や、抱えている問題が解決しない、保険薬局薬剤師の参加が少ない
	予測される事態と対応の取り決め	退院後予測されることと対応がきまっていない、緊急連絡先が共有されない
	病院と保険薬局との情報共有	薬局では患者の病名や受けている治療が分からない、お薬手帳や退院時服薬指導報告書が活用されていない
	外来からの在宅リソースへの紹介 退院調整の振り返りを継続的に行うシステム	外来通院中にADLが落ちて在宅リソースが必要な患者が多くいる 病棟看護師、退院調整看護師、ソーシャルワーカーが退院後の様子がわからないため振り返りや評価ができない
地域内の連携促進	患者についての基礎的な情報の共有	各施設間で連絡をとりあう際の書式が統一されておらず手間がかかる、患者に誰が何を提供しているのか分からない、わたしのカルテなどの情報共有ツールが活用されていない、患者が持つツールでは患者家族に見せられないこと(余命の予測など)を共有できない
	患者についてのリアルタイムな情報の共有	時間の単位で変わる情報を共有する方法がない、メールではプライバシーに不安がある、地域の電子カルテなどのイントラネットは経済的に負担である
	地域の相談窓口とコーディネーション機能	医療福祉従事者がどこに相談してよいかわからない問題を抱えているとき、相談先やコーディネーター機能を担う窓口が必要である
既存のリソースの最大利用	麻薬・在宅訪問できる薬局の情報	麻薬を取り扱っている、訪問薬剤指導ができる薬局が分からない、訪問看護師やケアマネジャーに知られていない
	データベースの存在・周知	地域の社会資源のデータベースが必要である、(データベースはあるが)どこにあるのか分からない
	最新・正確なデータベース ケアマネジャー・医療社会福祉士(MSW)の役割に関する情報	既存のデータベースは最新の情報ではない、現実と違うことが書いてある ケアマネジャー、ソーシャルワーカーの仕事内容があまり知られていない
患者・市民の緩和・在宅ケアに関する認識と知識	在宅療養に関する認識(苦痛の心配、処置の誤解、夜間対応、家族に負担)	苦しくなった時が不安だ、「がん患者なのに家で療養できるのですか」と言われる、「点滴ができるのですか」と言われる、夜間の対応が不安だ、家族に迷惑をかける
	見放された感と抗がん治療中止の難しさ	ずっと同じ先生に診てもらえると思っていたとショックを受ける、在宅では最新の治療を受けられない、抗がん治療の中止を決めることがつらい
	患者の緩和ケア=末期の認識	「緩和ケアはまだいいです」と言われる
	患者の医療用麻薬に対する誤解	「あとで効かなくなる」と処方より少なく飲んだりする、「最後の薬だからもう少し待ってくれ」という
制度・社会の問題	医療者への遠慮	痛みのことや自分の希望を医師に話してもいいのか迷っている患者も多い、医師や看護師が忙しそうだったから、痛みがひどくなるまで言えなかった
	他の業務との労働量のバランス・資源の不足	診療所医師や訪問看護師のマンパワーが足りない、緊急時や夜間・休日に対応できる医療機関がない、緊急性の高さで優先順位を下げざるおえない、「緩和ケアをする時間がありません」と病棟看護師に言われる
	介護力不足	単身者で介護者がいない、老老介護で介護者がいない、介護者が仕事を休めない(休むと解雇される)
	保険薬局からの医療用麻薬の調達 介護保険 経済的問題 緩和ケア病棟での入院基準	デッドストックがでると高額のため赤字になる、譲渡手続きは現実的ではない 認定前に患者がなくなることもある(急激に状態が悪化する) サービスはあっても利用するお金を払えない、民間保険の給付が在宅療養になるとなくなる 抗がん治療を続けたい人は緩和ケア病棟が使えない



Ⅱ. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 付帯研究のまとめ

図1 意見交換会の有用性



## 視 点

## 地域における緩和ケアの連携を促進する取組み—フォーカスグループの有用性

井村 千鶴<sup>\*1)</sup> 古村 和恵<sup>\*1)</sup> 末田 千恵<sup>\*2)</sup> 大木 純子<sup>\*3)</sup>  
 清原 恵美<sup>\*4)</sup> 野末よし子<sup>\*1)</sup> 赤澤 輝和<sup>\*5)</sup> 田村ひでみ<sup>\*5)</sup>  
 笹ヶ瀬容子<sup>\*5)</sup> 井上 聡<sup>\*4)</sup> 山岸 暁美<sup>\*6,7,8)</sup> 森田 達也<sup>\*1,9,10)</sup>

## ▶ 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<sup>1-6)</sup>。地域では複数の医療福祉機関が協働しているため，機能的に連携することが求められる。近年，地域ごとに緩和ケアに関する連携を促進するための取組みが持たれているが，一定の構造の介入を継続して行い，系統的に評価した研究報告は筆者らの知る限り存在しない。

本稿では，「地域の緩和ケアの連携を強化するためにまず何から着手したらいいか」という課題を得たがん診療連携拠点病院の緩和ケア担当部署が，地域の医療福祉従事者に呼びかけてフォーカスグループを行い，地域での連携を促進することを目的とした介入の1つとして，多職種会議を行った評価について2回に分けて記述する。

前半では，地域の緩和ケアの連携に関するフォーカスグループを用いた多職種会議の有用性の評価について述べ，後半では，フォーカスグループによって明らかにされた連携の課題と解決策を整理する。

## ▶ 対象・方法

2007～2008年の1年半の間に3回にわたって，浜松市内の医療福祉従事者を対象とした連携を促進するための連携会議を行い，2009年にフォローアップ会議を行った。あらかじめ「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)に参加している医療福祉機関すべてに案内を送った。

OPTIMプロジェクトの参加施設は，浜松市内のすべての病院，診療所，訪問看護ステーション，保険薬局，居宅介護支援事業所合計890の医療福祉機関あてに個別に郵送でアナウンスを行った後，説明会を行い参加者を募集した。説明会には97施設147名の参加があり，そのうち，45施設119名が「リンクスタッフ」として，52施設98名が「協力者」としてプロジェクトに参加することを同意したため，連携会議の案内を送付した。

## ① 連携会議

連携会議は2007年11月，2008年7月，11月に行った。各回とも前半で講義や施設紹介のパネルディスカッションを行い，後半でフォーカスグ

\*1) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター：Hamamatsu Cancer Support Center, Seirei Mikatahara Hospital [〒433-8558 浜松市北区三方原町3453]

\*2) 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科博士課程，\*3) 聖隷三方原病院 看護相談室，\*4) 聖隷三方原病院 ホスピス，\*5) 聖隷三方原病院 医療相談室，\*6) 慶応義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室，\*7) 東京大学大学院 医学系研究科，\*8) 国立がんセンター東病院 看護部，\*9) 聖隷三方原病院 緩和ケアチーム，\*10) 聖隷三方原病院 緩和支援治療科

ループを行った。

### 1. 各連携会議のプログラム

1回目の連携会議（180分）では、イントロダクション（10分）に続いて、疼痛の評価、および、地域の緩和ケアの概要についてのミニレクチャー（各20分）、フォーカスグループ（100分）と共有（20分）を行った。

2回目の連携会議では、イントロダクション（10分）の後、「私はわたし」「Xさんからの手紙」ゲームを行った（10分）<sup>7)</sup>。「私はわたし」ゲームでは、自己紹介カードに「得意なこと」「今がんばっていること」「みんなに知っておいてほしいこと」を記載、「Xさんからの手紙」ゲームでは、地域の施設または個人宛に「がんばっていること」「知りたいこと・困ったこと」を記載してもらった。「私はわたし」の内容は後日まとめて参加者にメールで配布し、「Xさんからの手紙」は宛先宛に手紙を送付した。次に、10施設（病院5、診療所3、訪問看護ステーション1、保険薬局1）から各施設の緩和ケアの現状について発表を行った（100分）。最後にフォーカスグループを行った（60分）。

3回目の連携会議では、イントロダクション（10分）の後、地域における緩和在宅医療資源の紹介（10分）を行い、リソースのスライドを資料として配布した。次に、フォーカスグループ（60分）と共有（40分）を行った。

### 2. フォーカスグループ

フォーカスグループでは、1グループの参加者を8～12名とし、ファシリテーター1名を指名した。最初に自己紹介を行い、司会者、書記、発表者を決めた。次に与えられた話題について付箋に自分の考えを記載して、模造紙に似た内容を分類しながら意見交換をした（図1）。最後に各グループで出た意見をそれぞれ発表して共有した。

フォーカスグループの話題は、1回目は、9つすべてのグループで共通して「浜松市においてがん患者にとって今求められている支援・サポートとは何か？」とした。「求められている支援・サポート」をなるべく多く挙げてもらうように促し

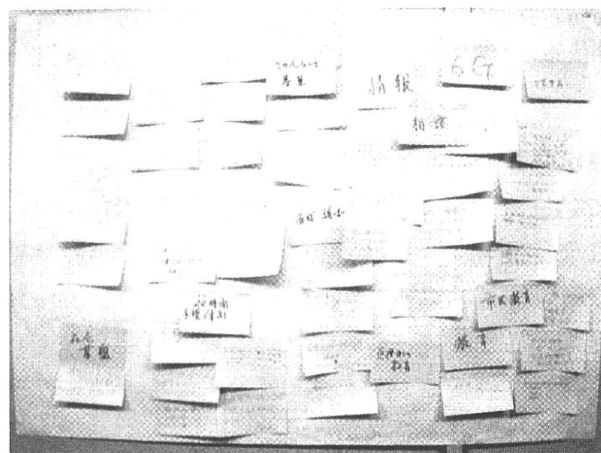


図1 フォーカスグループで作成する資料

た。

2回目では、地域連携に関するテーマを10挙げて、当日10グループに分かれてもらった。挙げたテーマは、病院薬剤師と保険薬局の連携、病院薬剤師と保険薬局の連携、診療所におけるがん医療の取り組み、入院可能な施設（ホスピス・療養病床など）の確保について考える、訪問看護師の負担感を軽減するための方法を考える、一般病院での緩和ケアの勧め方、早期から在宅サービスの利用を勧める方法を考える、病院スタッフと地域の医療福祉従事者が意思疎通をとる方法を考える、退院支援・調整、退院支援・調整、であった。それぞれ、「課題」と「解決策」をなるべく多く挙げてもらうようにした。

3回目では、浜松市の地域ごとに、北部から南部までを11グループに分けて「地域における連携の課題と解決策は何か？」とした。それぞれ、「課題」と「解決策」をなるべく多く挙げてもらうようにしたが、その地域で利用可能な方法について具体的に議論をしてもらった。

### ② フォローアップ会議

フォローアップ会議は、2009年に2回行った同様の連携会議のうち1回（2009年11月実施）を今回の解析では評価のために利用した。11グループに分かれて、連携の課題と解決策、および、患者・家族に対する具体的なサポートについて議論した。

## ▶ 評価

2回目と3回目の連携会議、フォローアップ会議の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、背景（職種、勤務場所、臨床経験年数、会議への参加回数）、会議の全般的有用性1項目（「今回の連携会議は総合的に役立ちましたか」）、領域ごとの有用性3項目（①一番困っていることを共有・相談すること、②連携の課題を知る・解決すること、③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件法で聞いた。また、フォーカスグループの時間を、「短かった」「ちょうどよかった」「長かった」でたずねた。

3回目の連携会議、および、フォローアップ会議では、「1年間で（2008年）2年間で（2009年）浜松地域のがん緩和在宅医療についての連携は進んでいると思いますか」（「とても進んでいる」～「進んでいない」の5件法）、「浜松地域のがん緩和在宅医療に関わる医療福祉従事者の間で顔の見える関係ができていますか」（「とてもそう思う」～「そう思わない」の5件法）、「がん緩和在宅医療の仕事で困ったことがある時に、助けになってくれる人があなたの周りに何人いますか」をたずねた。また、「患者と一緒にみている他の施設の担当者に電話で聞けるようになってきた」「患者と一緒にみている他の施設の医師とやりとりができるようになってきた」「患者に関わるいろんな職種で直接会って話す機会が増えてきた」「患者に関わるいろんな職種で集まって顔を見せ合う機会が増えてきた」「がん緩和在宅医療について、気軽に相談できる人が増えてきた」「困ったことを誰に聞けばいいのか、だいたい分かるようになってきた」「地域のがん緩和在宅医療に関わる誰がどのような仕事をしているか、だいたい分かるようになってきた」「がん患者の退院カンファレンスが充実して行えるようになってきた」「地域の生の情報を聞ける人が増えてきた」

「がん患者について、困った時にはまず電話してみようと思う人が増えてきた」について、それぞれ、「とてもそう思う」～「そう思わない」の5件法でたずねた（2009年のフォローアップ会議では回答量を減らすため一部の項目のみを聞いた）。

いずれの調査においても、参加者の同意のもとに匿名性に配慮して行った。

## ▶ 解析

量的データについては度数分布を集計した。質的データは内容分析を行い、1名の研究者が独立に内容分析したものを2名の緩和ケア専門家（医師1名、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分類した。

フォーカスグループの課題は地域連携に関する話題を分析の対象とし、重複したカテゴリーが多かったためグループを合計して解析した。

## ▶ 結果

3回の連携会議で、のべ319名が参加した。職種は、医師59名、看護師142名、薬剤師67名、介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）32名、ソーシャルワーカー9名、その他10名であった。勤務場所は、病院133名、診療所55名、訪問看護ステーション36名、保険薬局52名、居宅介護支援事業所31名、地域包括支援センター11名、その他1名であった。性別は女性65%、男性35%、平均臨床経験年数は16.0±9.0年であった。

フォローアップ会議では、106名が参加した。職種は、医師10名、看護師56名、薬剤師9名、ケアマネジャー18名、ソーシャルワーカー5名、その他8名であった。勤務場所は、病院58名、診療所3名、訪問看護ステーション13名、保険薬局8名、居宅介護支援事業所18名、施設2名、地域包括支援センター2名、その他2名であった。平均臨床経験年数は13.5±7.9年であった。

質問紙は2回目で67%（84/125）、3回目で81%（92/114）、フォローアップ会議で78%（83/106）から回収した。

II. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 付帯研究のまとめ

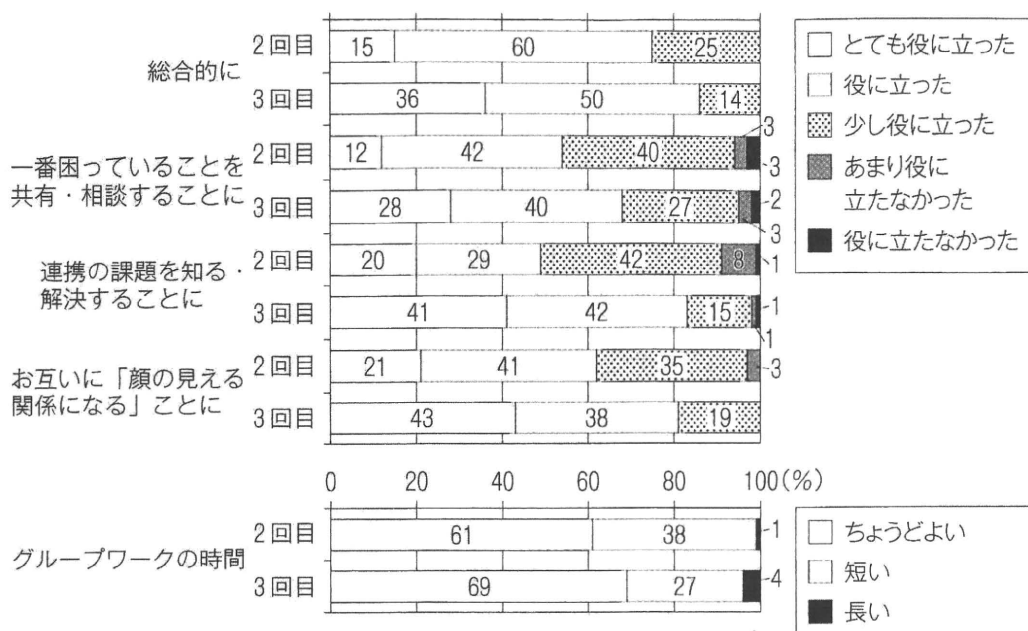


図2 連携会議の評価

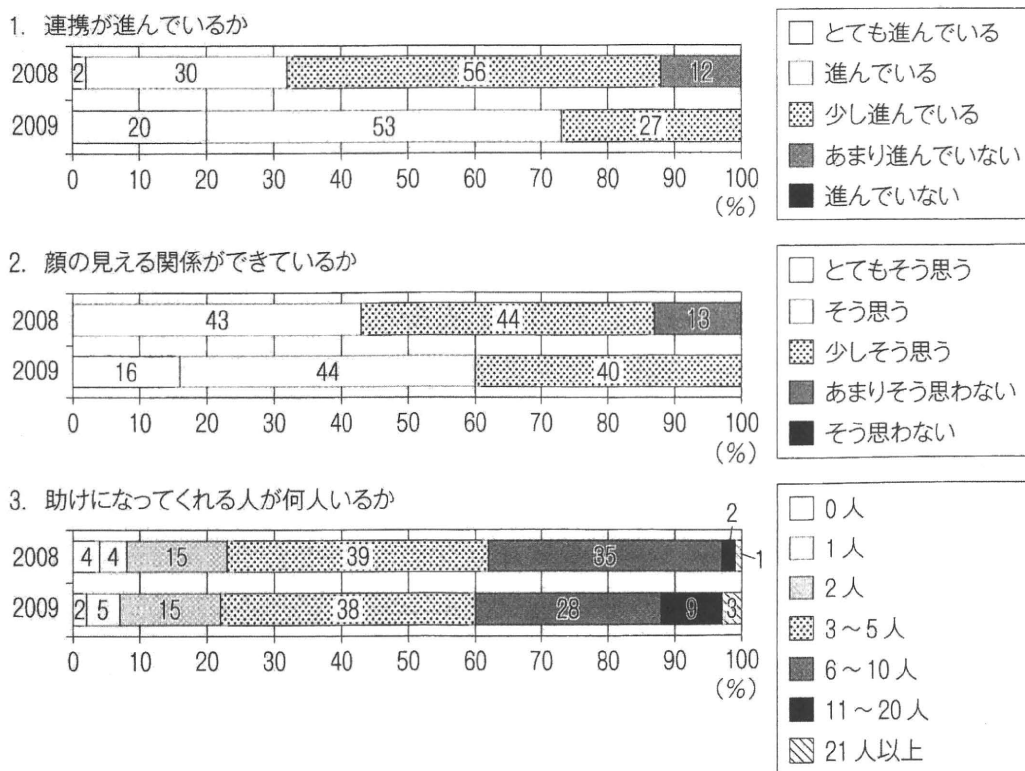


図3 全般的な連携の進捗の評価

① 連携会議の評価 (図2)

連携会議の評価は2回目では75%が全般的に「とても役に立った」「役に立った」と回答し、3回目では86%が「とても役に立った」「役に立った」と回答した。評価は3回目の方がより良かった。

た。

3回目では、「一番困っていることを共有・相談すること」に約70%の参加者が、「連携の課題を知る・解決すること」「お互いに顔の見える関係になること」に約80%の参加者が「とても役

II. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 付帯研究のまとめ

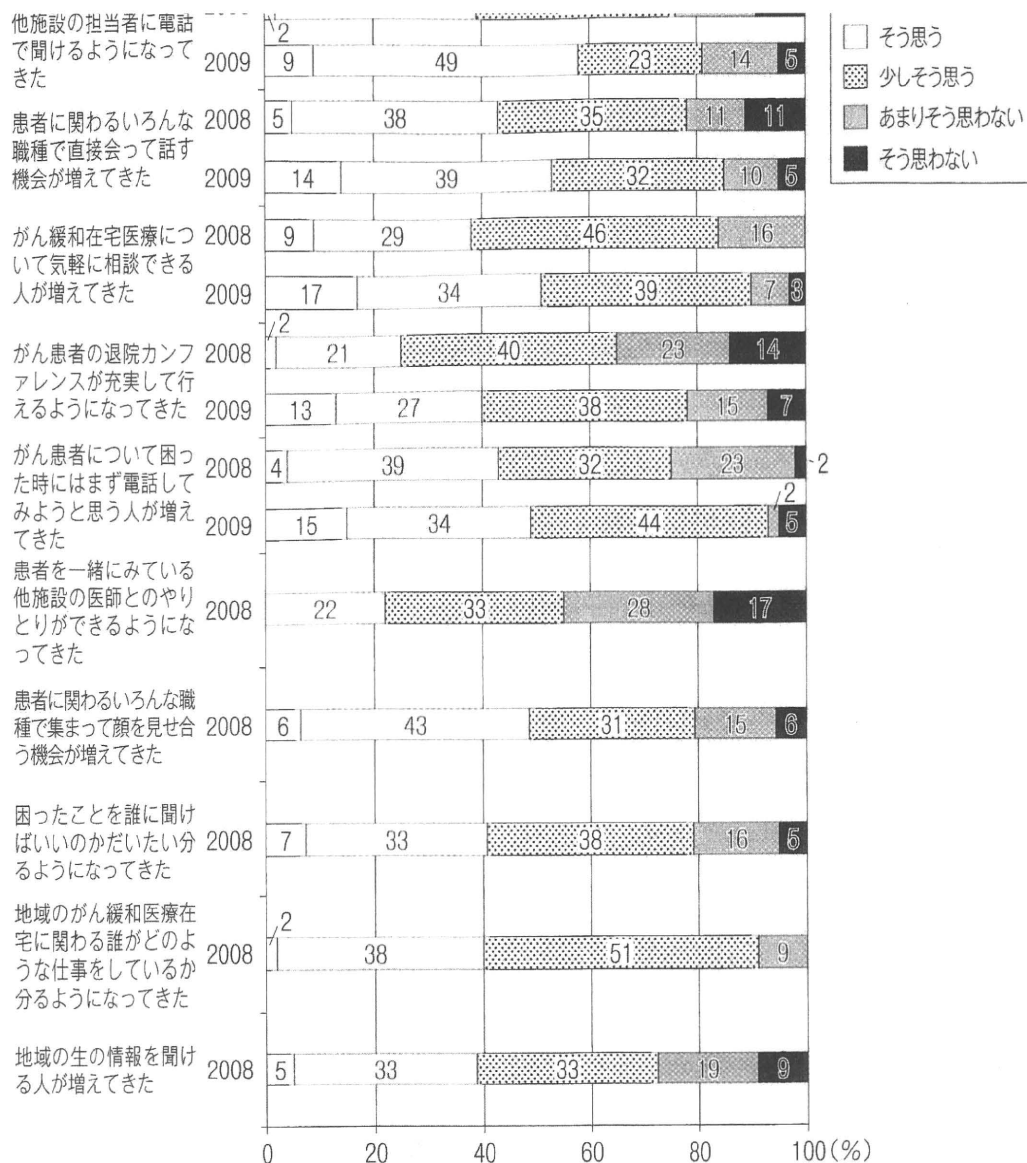


図4 連携の進捗状況の評価

に立った」「役に立った」と回答した。3回目では43%の参加者が、「お互いに顔の見える関係になること」に「とても役に立った」と回答した。グループワークの時間は70%が「ちょうどよい」であったが、30%は「短い」であった。

② 連携の進捗状況の評価

1. 全般的な連携の進捗状況の評価 (図3)

連携の進捗状況については、2008年の評価において、「浜松地域のがん緩和在宅医療についての連携は進んでいると思いますか」に対して、「とても進んでいる」「進んでいる」と回答したも

のは約30%であったが、2009年のフォローアップ会議の評価では、「とても進んでいる」「進んでいる」と回答したものが約70%であった。同様に、「顔の見える関係ができていると思いますか」に対して、「とてもそう思う」「そう思う」と答えたものは、2008年は約40%であったが、2009年は約60%であった。

「がん緩和在宅医療の仕事で困ったことがある時に助けになってくれる人の数」は、2008年に平均 $5.7 \pm 4.6$  (中央値, 5.0, 0~30) 人であったが、2009年には平均 $7.2 \pm 7.1$  (中央値, 5.0, 0~40) 人に増加する傾向にあった ( $p=0.15$ )。

## 2. 連携の進捗状況の評価 (図4)

連携の進捗に関する評価でも、2008年に比して2009年とでは「連携が進んでいる」と回答したものが多かった。2008年度では、「患者と一緒にみている他の施設の担当者に電話で聞けるようになってきた」「患者に関わるいろんな職種で集まって顔を見せ合う機会が増えてきた」「がん緩和在宅医療について、気軽に相談できる人が増えてきた」などについては、「とてもそう思う」「そう思う」参加者は約40%、「少しそう思う」参加者が約40%、「あまりそう思わない」「そう思わない」参加者が約20%であった。2009年度の評価では、それぞれ、「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものが約50～60%に増加した。

たとえば、「患者と一緒にみている他の施設の担当者に電話で聞けるようになってきた」と思う参加者は2008年には39%だったが2009年には58%、「患者に関わるいろんな職種で直接会って話す機会が増えてきた」と思う参加者は43%から53%、「がん緩和在宅医療について、気軽に相談できる人が増えてきた」と思う参加者は38%から51%、「がん患者の退院カンファレンスが充実して行えるようになってきた」と思う参加者は

23%から40%に増加した。

謝辞 本研究は、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」によって行われた。  
〔次号に続く〕

## 文 献

- 1) 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子, 他 編: 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. p.306-313, 日本看護協会出版会, 2007
- 2) 片山 壽: 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. p.102-199, 篠原出版新社, 2008
- 3) 宮崎和加子監: 在宅での看取りのケア—家族支援を中心に. p.30-35, 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. p.14-54, 日本評論社, 2007
- 5) 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—報告書. 2008
- 6) 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]
- 7) 國分康孝 監, 林 伸一, 飯野哲朗, 築瀬のり子, 他: エンカウンターで学級が変わるショートエクスサイズ集. 図書文化社, p.164-167, 1999

## 視 点

# 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性<sup>2)</sup>

井村 千鶴<sup>\*1)</sup> 古村 和恵<sup>\*1)</sup> 末田 千恵<sup>\*2)</sup> 大木 純子<sup>\*3)</sup>  
 清原 恵美<sup>\*4)</sup> 野末よし子<sup>\*1)</sup> 赤澤 輝和<sup>\*5)</sup> 田村ひでみ<sup>\*5)</sup>  
 笹ヶ瀬容子<sup>\*5)</sup> 井上 聡<sup>\*4)</sup> 山岸 暁美<sup>\*6,7,8)</sup> 森田 達也<sup>\*1,9,10)</sup>

本論文では、がん診療連携拠点病院の緩和ケア担当部署が地域の医療福祉従事者に呼びかけてフォーカスグループを行い、地域での連携を促進することを目的とした介入の評価についての後半部分として、フォーカスグループによって明らかにされた連携の課題と解決策を整理する。

### ▶ 結果 (前回の続き)

#### ③ フォーカスグループの結果

##### 1. 1回目

「がん患者にとって今求められている支援・サポートとは何か？」に対して9つのグループで、のべ332項目が挙げられた(表1)。

患者・家族に必要なサポートとして、「苦痛のケア・緩和ケアを行う」「安心して療養できる場所を確保する」「その人らしさを尊重した治療を行う」「精神的サポートを行う」「社会資源を活用する」「患者の相談窓口を充実する」「家族・遺族のサポートを行う」「教育・啓発活動を行う」ことが挙げられた。

医療者へのサポートとして、「医療者の知識の向上を促す、連携・情報共有を促す」「相談窓口を置く」ことが挙げられた。

##### 2. 2回目

10のグループで、のべ50項目の問題と65項目の解決策が挙げられた(表2)。

4グループ以上で認められた問題は「地域の医療福祉サービスへの依頼が遅い」であった。2グループ以上で認められた問題は、「病院医師・看護師の退院支援の重要性に関する意識が低い」「病棟・外来看護師と地域医療福祉従事者とのコミュニケーションが十分ではない」「病院看護師が在宅医療について知らない」「病院医師・看護師の社会資源に関する知識が少ない」「指示を受けようとしても主治医と連絡がつかないことが多い」「処方箋だけを持参されても、患者の診療情報が分からず、服薬指導が難しい」「麻薬は収益上、扱いにくい保険薬局が存在する」「介護保険に時間がかかる」であった。

\*<sup>1)</sup> 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター: Hamamatsu Cancer Support Center, Seirei Mikatahara Hospital [〒433-8558 浜松市北区三方原町3453]

\*<sup>2)</sup> 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科博士課程, \*<sup>3)</sup> 聖隷三方原病院 看護相談室, \*<sup>4)</sup> 聖隷三方原病院 ホスピス, \*<sup>5)</sup> 聖隷三方原病院 医療相談室, \*<sup>6)</sup> 慶応義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室, \*<sup>7)</sup> 東京大学大学院 医学系研究科, \*<sup>8)</sup> 国立がんセンター東病院 看護部, \*<sup>9)</sup> 聖隷三方原病院 緩和ケアチーム, \*<sup>10)</sup> 聖隷三方原病院 緩和支援治療科



Ⅱ. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 付帯研究のまとめ

表1 「がん患者にとって、いま求められている支援・サポートとは何か？」の結果

患者・家族に必要なサポート	
苦痛のケア・緩和ケア	連続性のある安定した緩和ケアが受けられる 麻薬の処方、痛みの管理を診療所で受けられる マッサージ、アロマセラピー、音楽等を用いた緩和ケア 症状に合わせたケア・副作用に対するケアが受けられる
安心して療養できる場所	入院・退院から在宅へのスムーズな移行 自宅での看取り・在宅療養へのサポート (困った時、緊急時に) すぐに入院・ショートステイできる場所
その人らしさの尊重	患者の生活に合わせた治療計画 (生活・仕事・学業を続けながら治療できる) 希望をもって治療ができる (仕事、旅行、希望する場所での最期) 納得して治療を受けられる (セカンドオピニオン、わがままがいえる)
精神的サポート	患者同士が話し合える、情報共有できる場所 不安、家族に話せないことへのサポート
社会的サポート (社会資源の活用)	高額な医療費へのサポート 家族支援が受けられない患者 (高齢者、独居等) へのサポート 器材の提供、遠方での治療補助 受け入れ先を増やし、患者が希望先を選択できる体制づくり 個人情報を守られるシステム
相談窓口	患者の話をきちんと聞いてくれる相談窓口 緊急時 (夜間・休日を含む) や困った時の相談窓口 24時間相談できる窓口 医師に相談できる窓口 治療の選択や生活、食事に関する相談窓口 最新の治療、補完・代替療法等の正確な情報提供ができる窓口 情報がとりやすい相談窓口
家族・遺族のサポート	家族の介護負担を減らす (疲労時のレスパイト施設、家事・育児支援) グリーフケア
教育・啓発	薬の自己管理・症状のセルフマネジメントに関する教育、がんに関する啓発
医療者に必要なサポート	
医療者の知識の向上	診断、治療、疼痛などの症状コントロールが適切に行われる 積極的治療から緩和ケア中心の医療へのギアチェンジのタイミング 症状、病態、今後の変化を具体的にきちんと説明できる知識を医療者が持つ 患者への積極的な関わり、きちんと話が聞ける、分かりやすいインフォームド・コンセント レスキューの使用法
連携・情報共有	同職種間、多職種間の連携 患者情報の共有 (病気のことを一から話さなくてもいい環境) 薬剤師の訪問薬剤指導・薬のデリバリー
相談窓口	スタッフが医療内容を質問できる相談窓口

表2 浜松のがん緩和医療における連携の課題と解決策

課題	解決策
<p>病院の退院支援が不十分なこと</p> <p>地域の医療福祉サービスへの依頼が遅い (n=4)                      &lt;理由&gt;                      ①患者・家族の意向                      ②予測を上回る病気の進行の速さ                      ③医療者のアセスメント不足</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「退院するかどうかわからないが、こんな患者さんがいるので」ということを早めに地域医療福祉従事者と共有する</li> <li>・訪問看護師など地域の医療福祉従事者が病棟へ出向く</li> <li>・院内の看護師間で連携をとり、外来でニーズをすくいあげる</li> <li>・スクリーニングを行う</li> <li>・クリニカルラダーレベルⅢ以上の看護師が、退院支援の必要な対象者に早い段階から関わり、早めに連絡する</li> <li>・担当看護師を決め、退院に向けた調整を行う</li> <li>・病棟で退院支援を行う看護師を育成する</li> </ul>
<p>病院医師・看護師の退院支援の重要性に関する意識が低い(病院によって違う、病院の中でも病棟によって差がある、退院カンファレンスの持ち方が違う、ケアマネジャーとの連携の重要性が認識されていない) (n=2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・OPTIMの集まりなどを通じて、病院医師・看護師と地域医療福祉従事者とがお互いの役割を共有できる機会を持つ</li> </ul>
<p>病棟・外来看護師と地域医療福祉従事者とのコミュニケーションが十分ではない (n=2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「顔の見える」コミュニケーションのために以下のことを行う</li> <li>①病棟で積極的にカンファレンスを開く</li> <li>②ケアマネジャーなど地域医療福祉従事者に、病院に来てもらえるように声をかける</li> <li>③病棟にケアマネジャーが来た時に、好意的な雰囲気を受け入れる</li> <li>・何か問題が生じた場合は、当事者間で話をする</li> <li>・病棟の担当看護師が地域の医療福祉従事者と直接連絡をとりながら退院支援を行う</li> <li>・ケアマネジャーや訪問看護師は、担当看護師がいる時を確認して来棟する</li> <li>・カンファレンスを担当看護師がいる時にできるよう調整する</li> <li>・退院カンファレンス後、サービスが入った時点で問題点などを病院にフィードバックする</li> </ul>
<p>病院看護師が在宅医療について知らない (n=2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスで症例を通じて学べるような機会をつくる</li> <li>・学生の訪問看護ステーションでの実習を充実させる</li> </ul>
<p>病院医師・看護師の社会資源(介護保険など)に関する知識が少ない (n=2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談窓口を周知し、活用できるようにしていく</li> <li>・勉強会など情報を得る機会をつくる</li> <li>・地域の医療福祉従事者と病院看護師が共に参加する勉強会を行う</li> <li>・医師が介護保険制度や主治医意見書について知ることができる機会をつくる</li> </ul>
<p>患者の希望が確認できていない (n=1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「どんなふうに過ごしたいか」を外来や病棟で確認する</li> <li>・患者の希望をサマリーに記載して申し送る</li> </ul>
<p>病院からの情報提供が依頼の初回のみで、その後継続されない (n=1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続の場合でも、退院カンファレンスを行う</li> <li>・退院カンファレンスができない場合でも、看々の連絡は必ずとるようにする</li> </ul>
<p>病院看護師は在宅のイメージができていないために、サマリーが役に立たない (n=1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サマリーの改善点をその都度直接病棟の担当者に連絡し、気づきを促す</li> </ul>
<p>退院カンファレンスに医師が参加できていない (n=1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスを行う時間帯の工夫(夜間など)を相談する</li> <li>・病棟からこの日の何時にお願いしたいという意向を伝える</li> </ul>
<p>外来患者の在宅サービス導入が難しい (n=1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来患者の在宅サービス導入を主治医に依頼する</li> </ul>
<p>緊急時の対応</p>	
<p>指示を受けようとしても主治医と連絡がつかないことが多い (n=2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・セカンドコールを決めておき、ファーストコールがだめな時はセカンドコールをするように依頼する</li> </ul>
<p>主治医が不在の場合の指示ルートがない、セカンドコールなど病院の指示ルールが外部からは分からない (n=1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師は科の中で、カンファレンスなどで情報を共有し合っているので、指導的立場(医長、部長)の医師に指示をもらう</li> <li>・確実に主治医と連絡を取れる窓口を病院内に確保する</li> </ul>

表2 つづき

<b>病院と地域医療福祉従事者との連携</b>	
病院への問合せの場合、病棟担当看護師は交代勤務なので連絡がとりづらい (n=1)	・ 病院内で病棟と連携室との連携を充実させ、地域からの問い合わせに対応できるようにする
自宅療養中にケアマネジャーが関わっていた患者が入院した時、情報提供したいが、病院の窓口がよく分からない (n=1)	・ 地域からの連絡窓口を各病院が明示していく
<b>地域医療福祉従事者間の連携</b>	
退院後のカンファレンスを行いたいが、ケアマネジャーがコーディネートしてくれない (n=1)	・ 連携会議などでケアマネジャーとの接点を多くし、顔のみえる関係づくりを行う
ケアマネジャーが、主治医や他のチームメンバーと一番やりとりする機会があり情報もたくさん持っていると思われるが、あまり共有できていない (n=1)	・ 退院カンファレンスでの顔合わせを活用し、その後サービス担当者会議などで連携を深める
医師と訪問看護ステーションとの連携はとれていても、ケアマネジャーが情報を得られないことがある (n=1)	・ 訪問看護師の訪問に同行したり、往診の時間に合わせて訪問してみる
<b>診療所</b>	
前病院との関係が悪くなってしまった患者で入院が必要になった時の受け入れ病院の調整が難しいため在宅診療を躊躇する (n=1)	・ 病院の相談支援センターを活用する
初診で入院歴がなく、在宅診療を希望する終末期の患者が受診した時、在宅診療を躊躇し、病院に回ってしまう (n=1)	
外来診療中や夜間に早急な対応ができないことがある (n=1)	・ 事前に家族と緊急時の対応について話し合っておく ・ まずは訪問看護師が対応する
鎮静になれていないので、意思決定をどうしたらいいか、どの薬をどの程度使ったらいいかが不安である (n=1)	・ 鎮静のガイドラインを活用する ・ 使い慣れている薬剤を使用する
終末期患者は往診してもらえないことが多い (n=1)	・ 相談支援センターを活用する
<b>保険薬局</b>	
処方箋だけを持参されても、患者の診療情報が分からず、服薬指導が難しい (患者が聞かれたくない、患者が来局しない) (n=2)	・ “お薬手帳” や “わたしのカルテ” を活用する (カルテのハードコピーや検査結果の資料があれば役立つ)
麻薬は収益上、扱いにくい薬局が存在する (n=2)	・ 麻薬管理についての法改正が望ましい (卸に返品、備蓄薬局を利用可能にするなど)
疼痛時指示の細かい内容が不明確なことが多い、病院に疑義紹介を行っても意図した回答が得られない (n=1)	・ 重ねて疑義紹介や電話を行う ・ 疑義紹介用紙のフォーマットを検討する
モニタリングレポート (外来の患者に対しての情報提供書) をだしても、病院側からの返事がないので病院側の対応状況が分からない (n=1)	・ モニタリングレポートに返信が必要・不必要かの欄を作り、必要な場合は記入を依頼する ・ 急ぐ場合には、疑義紹介で対応する
入退院した後の投薬の変更理由が保険薬局で分からない (n=1)	・ 退院指導書を書いたら、“お薬手帳” に挟む
複雑なオピオイド処方などに対応できない薬局がある (n=1)	・ OPTIMの集まりで情報や知識を得る
<b>訪問看護ステーション</b>	
状況の変化により訪問看護指示書の内容だけでは対処できない場合が多い (n=1)	・ 退院時のカンファレンスを確実にし、今後の方向性や連絡方法などを明確にしておく ・ 在宅用の指示のひな型を作成する
1時間の患者訪問の間に対応したい時に連絡が取れず、タイムリーに症状緩和やコーディネートができない (n=1)	・ 連絡が取れる病院の窓口から医師に連絡を入れてもらう
患者のこについて、主治医と話す機会がない (n=1)	・ 往診前の時間を有効利用して医師とのカンファレンスを行う
訪問看護師から医師への報告書について、返信義務がないので見ているか分からない (n=1)	
<b>ケアマネジャー</b>	
終末期患者の場合、診療所と病院だけで情報交換がすすみ、ケアマネジャーへの情報提供がなく計画が立てられない (n=1)	・ 退院カンファレンス、地域での情報共有を行う

Ⅱ. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 付帯研究のまとめ

表2 つづき

患者・家族の認識	
早期からの緩和ケアについて患者・家族への情報提供が不足している (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報提供を工夫する</li> <li>・相談窓口を紹介しておく</li> </ul>
患者・家族が在宅療養のイメージが持てなかったり、緊急時の対応などに対する不安がある (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院前に外泊を行う</li> <li>・退院後の対応について調整しておく (いつでも入院できる体制を整えておく)</li> </ul>
緩和ケアの知識・技術	
緩和ケアのスキルが十分ではない (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・OPTIMの集まりで知識・技術を増やしていく</li> <li>・各病院での取り組みを行う</li> </ul>
訪問看護師として、ギアチェンジ、終末期のケア、医療機器の管理、患者・家族への指導など自分たちの知識・技術に不安がある (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・OPTIMの症例検討会に参加する</li> </ul>
療養の場	
ホスピスを予約しても入れないので在宅を選択せざるをえないケースがある (n=1)	
介護保険制度	
介護保険に時間がかかる(手続き、申請後に急速に悪化する) (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医意見書の記載方法を工夫する (がん終末期で急速な変化が予測される不安定な状況にあることが分かるようにする)</li> </ul>