

診療所の看護師にやって欲しいことが頼めなかった」「落ち着いていて、来てもらわなくてもいいと思うときにも往診があった」「処方された薬の量が多く、経済的に負担だった」「本当は入院したかったが言い出せなかった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは、10%以下であった（表2）。

考察

本研究は、我々の知る限り、地域の多職種で議論し、患者に関わった多機関多職種についての遺族のそれぞれの評価、および、医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項について、実際に遺族の評価を得た初めての研究である。本研究の結果は、調査に参加した多機関にフィードバックされると共に、関わった多機関多職種で課題を共有し、改善策を具体的に議論するための基礎資料となった。

本研究で最も重要な点のひとつは、患者に関わった多機関多職種について、実際に遺族からみたそれぞれの評価が得られたことである。

診療所の医師、看護師の関わりは、遺族からみて、総じて肯定的に評価されていた。特に、遺族からみて、「必要な時に往診にきてもらえたこと」は、高く評価されていた。これまでに、在宅療養の障害のひとつとして、「急変時の対応に対する不安」が挙げられている^{4,10}。本研究の対象では、「いつでも対応してもらえる安心感」が得られており在宅療養を継続することができたと考えられた。一方、診療所の課題のひとつとして、「死亡後の残薬」、「死亡後どうすればいいかの説明や対応」といった死亡後のケアと、「往診時間が短く十分に医師と相談できない」ことが課題として挙げられた。今後、薬剤の処方の工夫や看取り後の看護師の役割についての見直し、十分に相談できたと患者家族が思えるように、チーム内での役割分担の検討を行っていくことがケアの改善につながると考えられる。

本研究は、我々の知る限り、がん患者の遺族からみた、介護支援専門員の評価を得た、初めての研究である。介護支援専門員の関わりは、「自宅での生活に支障がないように必要なものが準備された」「患者家族の希望を達成できるような配慮があった」などと総じて高く評価されていた。一方、課題として、「患者家族が介護支援専門員の役割を分からない」といった介護支援専門員の役割に関するものと、「介護支援専門員が患者の病状や治

療がよく分からない」ことが挙げられた。したがって、患者向けの介護支援専門員についてのより分かりやすい説明や冊子の利用、介護支援専門員に対するがんの進行による病状変化や予測される経過を含む教育プログラムの重要性が示唆される¹¹。

次に、保険薬局薬剤師の評価についても、我々の知る限り、我が国において、がん患者の遺族から評価を得た初めての研究である。本研究では、約60%の患者に訪問服薬指導が可能な保険薬局が関わっており、「薬剤師が関わっていないと困った」と回答したものは少なく、必要な患者には関わりがもたれていたと考えられる。特徴的であったことは、多くの家族は訪問服薬指導が必要な場合、かかりつけ薬局でなくてもよいと考えていたことである。この理由として、配達の実便性や、訪問服薬指導を受けることができる効果の評価が高かったと考えられる。これまでに在宅での薬物療法における患者家族のアドヒアランスが高くないことや¹²、がん疼痛に対する継続的な患者教育の有効性が示唆されている¹³。本研究の結果とこれらの知見から、保険薬局薬剤師が訪問服薬指導を行うことは患者の Quality of Life の向上のために有用であると考えられる。一方、保険薬局の課題として頻度が高かったことは、24時間の連絡体制が整備されていないことであった。1) 地域の保険薬局を対象とした調査において、在宅緩和ケアに参加しない理由として、24時間の対応が困難であること、休日の対応が困難であること、が挙げられた¹⁴。これらの知見から、在宅で最期を迎えるがん患者家族のニーズに添えていくためには、集約化またはネットワーク化により、地域全体で24時間対応できる保険薬局のシステム整備が必要であると考えられる。

本研究で2番目に重要な点は、医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項について、実際に遺族からみた評価が得られたことである。遺族調査では、医療福祉従事者から出された患者家族のケアについての懸念事項は、必ずしも多数の遺族の意見ではないことが示された。すなわち、1) 少数の患者家族の継続した評価であった、2) 「その時の」評価として耳にした医療福祉従事者がいたが経過全体をみると患者家族の継続した評価とは異なっていた、3) 患者家族の評価自体ではなく、医療福祉従事者の評価であった、のいずれかの可能性がある。これまでに、我が国で行われた終末期の Quality of Life に関する大規模な質的研究におい

て、患者、家族、医療者間で、重要と考えるものには差異があること¹⁵、医師や看護師と患者家族の評価は必ずしも一致しないことが示されている^{16,17}。地域では、異なる施設の医療福祉従事者がそれぞれに情報を取得することになるため、患者のその日の状況や、表現された評価の文脈の違いを十分に共有することは容易ではなく、「評価の違い」が職種間の葛藤になりやすいと思われる。本研究の結果から、患者家族からみたましいケアを提供するためには、医療福祉従事者の評価に相違がみられた場合には、医療福祉従事者の評価のみを判断の基準とするのではなく、当事者である患者家族の評価に立ち返り、多職種が議論するための基盤となる評価を得ることの重要性が示唆される。

本研究の限界として、遺族を対象としており、必ずしも患者の評価と一致しない可能性がある。また、ひとつの診療所で診療を受けた遺族が対象であり、地域全体の評価として一般化することはできない。

結論

ひとつの診療所で在宅死亡まで診療を受けた遺族の視点から、患者に関わった多機関多職種の評価が得られた。全般的に肯定的な評価が得られたが、いくつかの課題も明らかにされた。また、医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項については、必ずしも多数の遺族の意見ではないことが示唆された。本研究から、遺族に多職種の評価を得ることは、多職種で課題を共有してケアの改善を図るための基盤となり、地域における緩和ケアの質の向上に貢献する可能性が示唆される。

文献

- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18: 1090-1097, 2007
- Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al: Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol*. 18: 1539-1547, 2007
- 厚生労働省：終末期医療に関する調査等検討会報告書 ―今後の終末期医療の在り方について―. 2010年11月10日アクセス [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html]
- 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. 2010年11月10日アクセス [http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html]
- 宮下光令：緩和ケア これからの10年をみつめる 研究プロジェクト4 緩和ケアの質評価・実態調査. *緩和医療学* 10: 235-240, 2008
- Miyashita M, Morita T, Hirai K: Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol* 26: 3845-3852, 2008
- Zimmermann C, Burman D, Bandukwala S, et al: Nurse and physician inter-rater agreement of three performance status measures in palliative care outpatients. *Support Care Cancer*. 18: 609-616, 2010
- Steinhauser KE, Clipp EC, Hays JC, et al: Identifying, recruiting, and retaining seriously-ill patients and their caregivers in longitudinal research. *Palliat Med* 20: 745-754, 2006
- Tang ST, McCorkle R: Use of family proxies in quality of life research for cancer patients at the end of life: a literature review *Cancer Invest.* : 20: 1086-1104, 2002
- 佐藤一樹、宮下光令、森田達也：一般集団における終末期在宅療養の実現可能性の認識とその関連要因. *Palliat care Res* 2: 101-111, 2007
- 井村千鶴、古村和恵、野末よし子、他：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. *緩和ケア* 20(1): 92-98, 2010
- Paul C, Pharm D, Steven J, et al: Impact of a pharmacist-facilitated hospital discharge program. *Arch Intern Med* 169: 2003-2010, 2009
- Miaskowski C, Dodd M, West C, et al: Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *J Clin Oncol* 22: 1713-1720, 2004
- 赤井那実香、池田智宏、濱邊和歌子、他：在宅緩和ケアにおける薬局薬剤師の参画意識と現状. *日本緩和医療薬学雑誌* 1: 109-115, 2008
- Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al: Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage*. 31: 140-147, 2006

16. Laugsand EA, Sprangers MA, Bjordal K, et al: Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: a multicenter European study. Health Qual Life Outcomes. 8: 104, 2010

17. Sneeuw KC, Sprangers MA, Aaronson NK, et al: The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. J Clin Epidemiology 55: 1130-1143, 2002

表1 患者・遺族の背景

		n	%
患者背景			
年齢 (平均±標準偏差)		75±11	
性別	男性	53	55
	女性	43	44
原発部位	大腸・直腸	16	16
	胃	14	14
	肺	13	13
	膵臓	13	13
	肝臓	7	7.2
	血液	7	7.2
	子宮・卵巣	6	6.2
	頭頸部	5	5.2
	食道	3	3.1
	前立腺	3	3.1
	腎臓・膀胱	2	2.1
	胆のう・胆管	1	1.0
	その他	6	6.2
在宅での療養期間の中央値 (範囲)		21 (2-262)	
遺族背景			
年齢 (平均±標準偏差)		60±13	
性別	女性	69	71
	男性	28	29
関係	配偶者	47	49
	子供	37	38
	婿, 嫁	7	7.2
	兄弟姉妹	1	1.0
	その他	4	4.1
健康状態	よかった	27	28
	まあまあだった	53	55
	よくなかった	15	16
	非常によくなかった	1	1.0
副介護者の有無	あり	69	71
	なし	24	25
自宅での介護の経験	なし	77	79
	あり	20	21
欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある			

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 診療所の評価

	そう思わない	あまりそう思わない	少しそう思う	そう思う	とてもそう思う
診療所医師の対応					
早朝や夜間遅い時間でも往診してもらって助かった	2.1% (n = 2)	2.1% (n = 2)	3.1% (n = 3)	20% (n = 19)	69% (n = 67)
家族の意思や気持ちを大切にしてもらえた	1.0% (n = 1)	0% (n = 0)	5.2% (n = 5)	41% (n = 40)	51% (n = 49)
医師の関わりに満足だった	1.0% (n = 1)	1.0% (n = 1)	3.1% (n = 3)	43% (n = 42)	49% (n = 48)
必要な時に往診に来てもらえて安心だった	3.1% (n = 3)	3.1% (n = 3)	5.2% (n = 5)	38% (n = 37)	49% (n = 48)
患者の意思や気持ちを大切にもらえた	1.0% (n = 1)	1.0% (n = 1)	2.1% (n = 2)	46% (n = 45)	47% (n = 46)
熱心にみてもらえた	2.1% (n = 2)	2.1% (n = 2)	5.2% (n = 5)	52% (n = 50)	38% (n = 37)
患者の容態の変化に応じて、医師からタイミングよく説明を受けることができた	1.0% (n = 1)	4.1% (n = 4)	16% (n = 16)	49% (n = 48)	24% (n = 23)
医師から、余命について適切な説明を受けた	5.2% (n = 5)	7.2% (n = 7)	15% (n = 15)	46% (n = 45)	23% (n = 22)
主に介護していた方以外の家族も、医師から病状や治療内容について十分説明を受けることができた	4.1% (n = 4)	7.2% (n = 7)	14% (n = 14)	45% (n = 44)	20% (n = 19)
ゆっくりと話せる時間があつた	3.1% (n = 3)	4.1% (n = 4)	32% (n = 31)	40% (n = 39)	18% (n = 17)
落ち着いていて、来てもらわなくていい時と思うときにも往診があつた	54% (n = 52)	29% (n = 28)	6.2% (n = 6)	1.0% (n = 1)	5.2% (n = 5)
往診に来てもらう時間がわからなくて困つたがあつた	44% (n = 43)	27% (n = 26)	18% (n = 17)	4.1% (n = 4)	4.1% (n = 4)
担当医師がはっきり決まっていなかつたので困つた	59% (n = 57)	23% (n = 22)	8.2% (n = 8)	0% (n = 0)	4.1% (n = 4)
早朝や夜間遅い時間の往診が負担なときがあつた	47% (n = 46)	28% (n = 27)	7.2% (n = 7)	5.2% (n = 5)	3.1% (n = 3)
1回の往診の時間が短く、十分に医師と相談できなかつた	26% (n = 25)	34% (n = 33)	27% (n = 26)	8.2% (n = 8)	2.1% (n = 2)
診療所看護師の対応					
診療所の看護師の関わりに満足だった	3.1% (n = 3)	0% (n = 0)	6.2% (n = 6)	44% (n = 43)	40% (n = 39)
患者や家族の希望について、診療所の看護師と十分に話し合うことができた	2.1% (n = 2)	3.1% (n = 3)	19% (n = 18)	39% (n = 38)	31% (n = 30)
困つたことや心配なことを診療所の看護師に十分に相談できた	3.1% (n = 3)	2.1% (n = 2)	14% (n = 14)	42% (n = 41)	30% (n = 29)
患者にしてあげたいと思うことを診療所の看護師に十分に相談できた	3.1% (n = 3)	1.0% (n = 1)	21% (n = 20)	40% (n = 39)	27% (n = 26)
診療所の看護師から、からだの変化についてタイミングよく説明を受けることができた	1.0% (n = 1)	7.2% (n = 7)	19% (n = 18)	44% (n = 43)	22% (n = 21)
診療所の看護師と、家族ができることなど、介護の仕方について十分に相談できた	1.0% (n = 1)	7.2% (n = 7)	15% (n = 15)	48% (n = 47)	20% (n = 19)
担当看護師が決まっていなかつたので困つたことがあつた	36% (n = 35)	38% (n = 37)	12% (n = 12)	4.1% (n = 4)	1.0% (n = 1)
からだを拭くことなど、診療所の看護師にやって欲しいことが頼めなかつた	46% (n = 45)	31% (n = 30)	9.3% (n = 9)	7.2% (n = 7)	0% (n = 0)
療養の場所					
自宅で過ごす不安や困つたことを医師や看護師と十分に相談できた	3.1% (n = 3)	3.1% (n = 3)	12% (n = 12)	55% (n = 53)	20% (n = 19)
入院についても、必要などには医師や看護師と相談できた	5.2% (n = 5)	7.2% (n = 7)	9.3% (n = 9)	42% (n = 41)	10% (n = 10)
本当は入院したかったが言い出せなかつた	63% (n = 61)	11% (n = 11)	1.0% (n = 1)	2.1% (n = 2)	2.1% (n = 2)
看取りのケア					
亡くなった後、どうすればよいのか医師や診療所の看護師から十分に説明があつた	8.2% (n = 8)	14% (n = 14)	18% (n = 17)	37% (n = 36)	14% (n = 14)
亡くなった後、どうすればいいのかわらなかつた	48% (n = 47)	24% (n = 23)	9.3% (n = 9)	6.2% (n = 6)	7.2% (n = 7)
亡くなった後、看護師にそばにいてほしかつた	38% (n = 37)	35% (n = 34)	11% (n = 11)	6.2% (n = 6)	3.1% (n = 3)
薬剤					
余裕をみて多めに薬を出してもらっていて安心だった	1.0% (n = 1)	4.1% (n = 4)	16% (n = 16)	56% (n = 54)	15% (n = 15)
入院後や亡くなったあとに薬が余つて困つた	22% (n = 21)	21% (n = 20)	27% (n = 26)	18% (n = 17)	6.2% (n = 6)
薬の種類や量が急にかかわることが心配なときがあつた	34% (n = 33)	34% (n = 33)	16% (n = 16)	5.2% (n = 5)	1.0% (n = 1)
処方された薬の量が多く、経済的に負担だった	38% (n = 37)	36% (n = 35)	13% (n = 13)	4.1% (n = 4)	1.0% (n = 1)
診療所との連絡					
24時間連絡があつて助かつた	1.0% (n = 1)	1.0% (n = 1)	3.1% (n = 3)	34% (n = 33)	60% (n = 58)
看護師や事務員に連絡したことは、スムーズに医師に伝わつていた	2.1% (n = 2)	2.1% (n = 2)	4.1% (n = 4)	44% (n = 43)	45% (n = 44)
診療所に気軽に電話することができた	1.0% (n = 1)	2.1% (n = 2)	7.2% (n = 7)	46% (n = 45)	42% (n = 41)
電話がすぐにつながらなかつたことがあつた	54% (n = 52)	24% (n = 23)	6.2% (n = 6)	6.2% (n = 6)	5.2% (n = 5)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある

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3 居宅介護支援事業所の評価

	そう思わない	あまりそう思わない	少しそう思う	そう思う	とてもそう思う
自宅での生活に支障がないように、ベッドなど必要なものをタイムリーに準備してもらえたので安心だった	1.1% (n = 1)	3.3% (n = 3)	2.2% (n = 2)	34% (n = 31)	54% (n = 49)
介護支援専門員は、患者や家族の希望がかなうように配慮していた	2.2% (n = 2)	1.1% (n = 1)	5.6% (n = 5)	47% (n = 42)	39% (n = 35)
介護支援専門員は頼りがいがあった	2.2% (n = 2)	2.2% (n = 2)	11% (n = 10)	42% (n = 38)	37% (n = 33)
介護支援専門員の関わりに満足だった	2.2% (n = 2)	2.2% (n = 2)	4.4% (n = 4)	53% (n = 48)	33% (n = 30)
電話がすぐにつながって安心だった	2.2% (n = 2)	4.4% (n = 4)	8.9% (n = 8)	49% (n = 44)	30% (n = 27)
介護について困ったときに十分に相談できた	2.2% (n = 2)	5.6% (n = 5)	7.8% (n = 7)	51% (n = 46)	27% (n = 24)
介護支援専門員の訪問回数は適切だった	3.3% (n = 3)	6.7% (n = 6)	13% (n = 12)	46% (n = 41)	22% (n = 20)
診療所との連携はよかった	1.1% (n = 1)	4.4% (n = 4)	12% (n = 11)	47% (n = 42)	21% (n = 19)
介護支援専門員が何をする人なのかが分からなかった	42% (n = 38)	18% (n = 16)	26% (n = 23)	6.7% (n = 6)	2.2% (n = 2)
介護支援専門員に何を依頼できるのかがわからなかった	38% (n = 34)	19% (n = 17)	27% (n = 24)	11% (n = 10)	1.1% (n = 1)
病状や治療のことがよく分からないようで不安なときがあった	33% (n = 30)	34% (n = 31)	17% (n = 15)	6.7% (n = 6)	1.1% (n = 1)
対応が遅かった	54% (n = 49)	30% (n = 27)	4.4% (n = 4)	3.3% (n = 3)	1.1% (n = 1)
土曜・日曜に連絡がつかなくて困ったことがあった	50% (n = 45)	23% (n = 21)	13% (n = 12)	5.6% (n = 5)	0% (n = 0)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある

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4 保険薬局の評価

	そう思わない	あまりそう思わない	少しそう思う	そう思う	とてもそう思う
[薬剤師の訪問を受けていた] (n = 59)					
診療所との連携はよかった	3.4% (n = 2)	0% (n = 0)	10% (n = 6)	42% (n = 25)	32% (n = 19)
薬剤師から薬についての説明を受けて安心できた	1.7% (n = 1)	3.4% (n = 2)	19% (n = 11)	53% (n = 31)	17% (n = 10)
24時間連絡がついて安心だった	3.4% (n = 2)	12% (n = 7)	15% (n = 9)	39% (n = 23)	14% (n = 8)
薬が多い、足りないなど、困ったときにすぐに相談できた	3.4% (n = 2)	10% (n = 6)	12% (n = 7)	41% (n = 24)	12% (n = 7)
薬剤師の関わりに満足だった	0% (n = 0)	8.5% (n = 5)	15% (n = 9)	58% (n = 34)	8.5% (n = 5)
薬剤師に薬の仕分けや整理をやってもらって助かった	6.8% (n = 4)	19% (n = 11)	19% (n = 11)	24% (n = 14)	6.8% (n = 4)
関わってもらった薬局は、馴染みのかかりつけ薬局の方がよかった	44% (n = 26)	32% (n = 19)	6.8% (n = 4)	3.4% (n = 2)	3.4% (n = 2)
[薬剤師の訪問を受けていなかった] (n = 30)					
残った薬の処理に困った	20% (n = 6)	10% (n = 3)	20% (n = 6)	13% (n = 4)	6.7% (n = 2)
薬の配達をしてほしかった	37% (n = 11)	13% (n = 4)	10% (n = 3)	6.7% (n = 2)	3.3% (n = 1)
薬のことを聞きたかったが薬剤師が関わっていないで困った	47% (n = 14)	13% (n = 4)	3.3% (n = 1)	6.7% (n = 2)	0% (n = 0)
どこの薬局に頼めばいいのか分からなかった	50% (n = 15)	17% (n = 5)	3.3% (n = 1)	0% (n = 0)	0% (n = 0)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある

在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価

OPTIM 浜松

要旨

【目的】がん患者が在宅で過ごすためには在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション（以下、ステーション）とのよりよい連携が求められている。目的は在宅に特化した診療所と連携してケアを実施した利用者の遺族からみたステーションの評価を得ることである。

【方法】ひとつの診療所で在宅死亡まで診療を受けたがん患者の遺族を対象に郵送法による自記式質問紙調査を行った。倫理的配慮として返送は自由意志であることを明記し秘密保持に十分配慮した。

【結果】有効回答97名(75%)のうちステーションからの訪問を受けていたと回答したものは34% (n=33)であった。ステーション、および診療所との連携に対して全般的に肯定的な評価が得られた。特に「困ったことや心配なことを十分に相談できた、対応してもらえた」が高く評価されたが、「診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった」に対しては肯定的か否定的かで評価が分かれた。

【考察】ステーションの評価として特に精神的な支援は高い評価が得られているといえる。連携の評価もよかったが、課題として患者家族のニーズにより診療所とステーションの看護師の訪問頻度や役割分担が異なってくることが予測され、あらかじめ、連携方法を検討する必要性が示された。遺族に評価を得ることは職種間で課題を共有しケアの改善を図る基盤となり、地域における緩和ケアの質の向上に貢献する可能性が示唆される。

はじめに

がん患者が在宅で過ごすことは患者の希望のひとつであり^{1,2)}、がん患者が在宅で過ごすための体制を地域で整備していくことが求められている^{3,4)}。その中でも2006年に新設された在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション（以下、ステーション）が連携することは、がんや医療依存度の高い患者のみならず、最期の時まで在宅で過ごすことを望む患者のためには重要であるといわれている⁵⁻⁸⁾。よりよい連携を構築するためにケアの質と連携に関する評価を行うことは大切である。

これまでにステーションのケアの質の評価は利用者による満足度や家族による満足度研究^{9,10)}、他職種による評価¹¹⁾、在宅ターミナルケアの遺族評価¹²⁾はある。連携に関しては連携活動から訪問看護師の役割を明らかにした研究¹³⁾はある。しかし、特に在宅に特化した診療所（以下、在宅特化型診療）と連携を取る中でのステーションのケアの質について遺族から評価を得た研究はない。

本研究の目的は、在宅特化型診療所と連携してケアを実施した利用者の遺族からみたステーションの評価を得ることである。また、最終的な研究の目的は、遺族の評価をもとにして、ステーションと診療所の訪問看護で課題を共有し、連携方法について検討し改善につなげることである。

対象

調査対象は、当該診療所で在宅死亡まで診療を受けたがん患者の遺族のうち、以下の適格基準を満たすものを連続的に対象とした。適格基準は、1) 患者の死亡後6か月以上、1.5年以内の遺族、2) 患者の「キーパーソン」または「身元引受人」として診療録に記載されている家族1名、3) 患者の年齢が20歳以上、4) 遺族の年齢が20歳以上、である。除外基準として、1) 死亡時の状況から精神的に不安定なために研究の施行が望ましくないと担当医または看護師のいずれかが判断したもの、2) 死亡時の状況から認知症、精神障害、視覚障害などのために、調査票に記入できないと担当医が判断したもの、3) 患者ががんであることを伝えられていなかった遺族、4) 診療を受けていた時期の患者の住所が当該都市以外のものである。除外基準1)～3)は遺族の精神的負担を回避するために設定した。除外基準4)は、本研究の目的が1都市における在宅緩和ケアの課題に対する遺族の評価を得ることが目的であるため設定した。

遺族の評価は、必ずしも患者の評価と一致しないが、以下の点から、本研究では遺族を対象とすることが適切と考えた。1)患者は経過全体をみて判断することはできないが、遺族は死亡までの経過をみて判断できる、2)家族自身が緩和ケアの対象である、3)患者を対象とした場合、認知障害や全身状態の悪化のために、相当数が除外される¹⁴⁾、4)遺族の評価と患者の評価は精神状態については一致しにくい、サービスの評価では比較

的一致しやすい¹⁵⁾。

調査対象となった診療所は「在宅ホスピス」を標榜している地域の在宅特化型診療所であり、看取り数は地域のがん患者の在宅死亡数の約半数である。複数名の医師と訪問看護師が所属し、地域内のステーションと連携をとっているため調査対象とした。

方法

本研究は、郵送法による自記式質問紙調査である。2010年2月に対象者に対して、診療所から調査票と趣旨説明書を郵送し、郵送にて診療所への返送を依頼した。調査票の発送から1か月後に再送付を行った。倫理的配慮として遺族に心理的負担を与えないように、送付目的と自由意思による返送を明記し、初回発送時に回答を望まないと回答した遺族には再送付を行わないようにした。また、プライバシー保護や秘密保持に十分配慮して処理を行った。本研究は、聖隷三方原病院の倫理委員会の承認を受けた。

評価の質問項目は、診療所、居宅、保険薬局などの評価を含む項目について作成したが、本研究ではステーションに関する質問を用いた。質問項目は診療所とステーションの連携について評価を行う信頼性・妥当性のある評価手段は確立していないこと、および、本研究は両者が調査の過程と結果を共有することによって、今後のケアの改善を目的とする点から、フォーカスグループで作成した。フォーカスグループの参加者は、地域の多機関の多職種9名（診療所医師2名、診療所看護師1名、訪問看護師1名、介護支援専門員1名、保険薬局薬剤師2名、緩和ケア専門医師1名、緩和ケア認定看護師1名）であった。

評価の項目は、「訪問看護師の関わりに満足だった」「診療所の看護師とは別に、訪問看護ステーションが入っていてよかった」「困ったことや心配なことを十分に相談できた」「困ったことや心配なことを十分に相談できた」「診療所との連携はよかった」など14項目について、「そう思わない」から「とてもそう思う」の5件法で尋ねた。「診療所の看護師とは別に訪問看護ステーションが入っていてよかった」に対して「少しそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した者にどのようなことがよかったかを自由記述で求めた。

解析については、量的データは度数分布で集計した。質的データについては、記録された内容をテキストデータ化し、Krippendorff, K. の方法論¹⁶⁾を参考に内容分析

を行った。本研究では、訪問看護ステーションが入っていてよかった理由に関する1つのみ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。1名の研究者が独立に内容分析を行った後、2名の緩和ケア領域における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。

結果

研究期間中の死亡患者158名の対象者のうち135名が適格基準を満たした。除外された23名の理由は、診療を受けていた時期の患者の住所が当該都市以外のもの15名、患者が独居であったもの5名、患者または遺族が未成年であったもの3名、であった。適格基準を満たした135名に調査票を発送し、5名が宛先不明で返送され、98名から回答を得た。1名は回答拒否のため、97名を有効回答として解析した（有効回答率75%）。この中から診療所とは別に、ステーションから看護師の訪問を受けていたと回答したものは、34%（n=33）であり、訪問を受けていたステーションは6施設であった。対象者の背景を表1に示す。ステーションを利用していた患者としていなかった患者とでは背景には有意な差はなかった。

1. ステーションの評価

遺族からみたステーションの評価については、93%の遺族が、「訪問看護師の関わりに満足だった」と回答した（表2）。遺族の85%が「困ったことや心配なことを十分に相談できた」「困ったことや心配なことを十分に相談してもらえた」、70%前後が「患者や家族が望む過ごし方について話をすることができた」「家族ができることなど、介護の仕方について十分に相談できた」「緊急時には、すぐに対応してもらえた」に対して「とてもそう思う」または「そう思う」と回答した。「どんな時に連絡すればよいか分からなくて困った」に対しては、84%が「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した。一方、20%が、「24時間連絡がとれて安心だった」に対して「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した。

連携の評価については、86%が「診療所との連携はよ

かった」と回答し、「診療所と訪問看護ステーションの看護師のどちらに相談すればよいかわからなくて困ることがあった」に対して71%の遺族が「そう思わない」または「あまりそう思わない」と回答した。一方、74%が「診療所の看護師とは別に、訪問看護ステーションが入っていてよかった」に対しては「とてもそう思う」「そう思う」としたが、26%が「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した。

2. 診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった理由

「診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった」に対して「少しそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と20名が回答し、その中の11名からどのようなことがよかったかの自由記述が得られた(表3)。その内容は5つのカテゴリーに分けられた。「親身に思ってくれた」「社会とのつながりを感じた」「ちょっとした疑問にも相談にのってもらえた」などの【精神的な支援があった】、「入浴の世話をしてくれた」「自宅でできる方法を教えてくれた」の【療養上の世話に関する支援があった】、「決まった日時に必ず来てくれた」「診療所と合わせてみていただく回数が多かったので安心した」などの【予定された日時に頻繁にみてもらえた】、「診療所がすぐに対応できないときに対応してくれた」「遠慮なく連絡を取り合える関係になっていた」などの【緊急時や変化時の対応がよかった】、「どちらも同じような治療をしてくれた」の【連携が取れていた】であった。

考察

本研究は、我々の知る限り、患者に関わった在宅特化型診療所とステーションとが連携してケアを実施したステーションの評価について、実際に遺族の評価を得た初めての研究である。本研究の結果は、在宅療養支援診療所とステーションで課題を共有し、改善策を具体的に議論するための基礎資料となった。

ステーションの評価は、遺族からみて、看護師の関わりに満足度が高く、総じて肯定的であった。「困ったことや心配なことを十分に相談できた、対応してもらえた」は高く評価され、自由記述には【精神的な支援があった】が挙げられた。これは島内¹²⁾の研究と同様であり、ステーションのケアとして精神的な支援は高い評価を得

ているといえる。また、「患者や家族が望む過ごし方」についても高い評価が得られており、終末期ケアには特に重要だといわれる大切な最期の時の過ごし方についての支援も高く評価されたといえる。「介護の仕方について十分相談できた」も高く評価され、自由記述には【療養上の世話に関する支援があった】とあったが、これは、終末期の刻々と変化していく患者の状態に応じて看護師はその介護を担い、その方法を家族に伝えることが出来ていたといえる。

連携に関しても「診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった」「診療所との連携はよかった」と回答した遺族は多く、「どちらの看護師に相談すればよいかわからなかった」と回答した遺族は少なかった。自由記述からも【連携が取れていた】とあり、連携に関しても肯定的な評価であり、診療所との連携はよかったことが示された。

一方、「診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった」に関しては評価が肯定的か否定的かで大きく2つに分かれた。入っていてよかった理由には【精神的な支援があった】【療養上の世話に関する支援があった】【予定された日時に頻繁にみてもらえた】とあり、精神的な支援、療養上の世話の支援、定期的な頻繁な訪問を望む家族にはステーションの看護師も入ることを望んでいると考えられる。一方、少ない訪問頻度で良いと思っている患者家族には両方の看護師が入る必要性はあまり感じていないかもしれない。あらかじめ、患者家族のニーズをアセスメントし、訪問頻度や役割分担についての連携方法を検討する必要があると思われる。英⁵⁾は診療所と訪問看護とが連携を取る場合に医療者間の理念や目標のすり合わせ、どのような対応をしているかの確認とお互いで穴埋めをするという努力が不可欠であるといっており、診療所とステーションが連携する場合には両看護師の訪問頻度や役割分担などについて事例ごとに十分検討し、お互いの信頼関係をもとに掲げた目標に向けてケアに取り組むことが大切である。役割分担の際にはステーションの評価が高く、自由記述にも挙げられた精神的支援や療養上の世話に関する支援といった役割を担えるとよいとも言えよう。

「24時間連絡がとれて安心だった」については評価の低い遺族が見られた。それは、24時間体制に関しては医師の属する診療所の看護師の方が安心感があるのではないかと考えられる。しかし、「緊急時には、すぐに対応

してもらえた」と感じた遺族は多く、「どんな時に連絡をすればよいかわからなくて困った」遺族は少なかった。自由記述からも【緊急時や変化時の対応がよかった】での「診療所がすぐに対応できないときに対応してくれた」「遠慮なく連絡を取り合える関係になっていた」との回答があり、ステーションの緊急時の対応について遺族の評価は高い。他の^{9,12)}の研究でも緊急時対応については高い評価が得られている。緊急時には診療所と連携しながら早く対応できる方が対応する、あるいは患者家族はその緊急時の内容によってどちらかを選択して対応を依頼することもある。多くの報告⁵⁻⁹⁾からも診療所と連携するにあたりステーションの24時間対応が重要であるといわれており、本研究も同様でステーションの24時間対応は重要だといえる。

本研究の限界として、遺族を対象としており、必ずしも患者の評価と一致しない可能性がある。また、ひとつの診療所で診療を受けた遺族が対象であり、地域全体の評価として一般化することはできない。

結論

ひとつの在宅療養支援診療所で在宅死亡まで診療を受けた遺族の視点から、ステーションの評価が得られ、一般的に肯定的な評価が得られた。ステーションの評価として看護師の関わりに満足度が高く、特に精神的な支援は高い評価が得られ、患者家族が望む過ごし方や療養上の世話に関する支援も良い評価が得られていた。診療所とステーションとの連携に対しても高い評価が得られた。いくつかの課題も挙げられ、診療所とステーションが連携を取る場合には患者家族のニーズに合わせ、両看護師の訪問頻度や24時間対応を含む役割分担などについて十分検討する必要性が示された。役割分担の際にはステーションは精神的支援や療養上の世話に関する支援といった役割を担えるとよいともいえる。本研究から、遺族に評価を得ることは、職種間で課題を共有してケアの改善を図るための基盤となり、地域における緩和ケアの質の向上に貢献する可能性が示唆される。

文献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18: 1090-1097, 2007.
- 2) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al: Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol*. 18: 1539-1547, 2007.
- 3) 厚生労働省：終末期医療に関する調査等検討会報告書 ―今後の終末期医療の在り方について―、2010年11月10日アクセス [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>].
- 4) 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、2010年11月10日アクセス [<http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html>].
- 5) 英裕雄：診療所と訪問看護ステーションとの連携、緩和ケア、19(5), 417-418, 2009.
- 6) 堀川尚美：「訪問看護ステーションにおける在宅療養支援診療所との連携に関する研究」調査結果の概要、看護、59(13), 28-29, 2007.
- 7) 青木万由美、渡部啓子、吉崎由希子、他：在宅医療在宅療養のための訪問看護ステーションの役割、ホスピスケアと在宅ケア、16(3), 218-224, 2008.
- 8) 高橋直美、大竹まり子、赤間明子、他：診療所院長と訪問看護ステーション所長から見た双方の連携の現状および訪問看護に対する意向、日本在宅ケア学会誌、13(2), 58-66, 2010.
- 9) 小川恵子、島内節、河野あゆみ：在宅ターミナル期におけるがん患者の死別度の家族と看護職による訪問看護の評価、日本看護科学学会誌、21(1), 18-28, 2001.
- 10) 樋口京子、久世淳子、森扶由彦、他：高齢者の終末期ケアにおける「介護者満足度」の構造、全国訪問看護ステーションから、日本在宅ケア学会誌、7(2), 91-99, 2004.
- 11) 阿部三重子、石山明美、鈴木真祐美、他：医療保険福祉の他機関・他職種による一ステーションの訪問看護サービスに対する評価、日本看護学会論文集、地域看護、38, 25-27, 2008.
- 12) 島内節、小野恵子：遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価、日本在宅ケア学会誌、12(2), 36-43, 2009.
- 13) 原田光子、山岸春江：訪問活動における高齢療養者と家族のニーズに対する他職種との連携、日本地域看護学会誌、5(2), 61-69, 2003.
- 14) Steinhauser KE, Clipp EC, Hays JC, et al: Identifying,

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

- recruiting, and retaining seriously-ill patients and their caregivers in longitudinal research. *Palliat Med* 20: 745-754, 2006.
- 15) Tang ST, McCorkle R: Use of family proxies in quality of life research for cancer patients at the end of life: a literature review *Cancer Invest.* : 20: 1086-1104, 2002.
- 16) 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)。

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 背景

		全体 (n=97)	訪問看護		p
			あり (n=33)	なし (n=60)	
患者背景					
年齢 (平均±標準偏差)		75±11	76±11	74±11	.27
性別	男性	55% (n=53)	48% (n=16)	58% (n=35)	.32
	女性	44% (n=43)	52% (n=17)	40% (n=24)	
原発部位	大腸・直腸	16% (n=16)	15% (n=5)	18% (n=11)	.65
	胃	14% (n=14)	12% (n=4)	15% (n=9)	
	肺	13% (n=13)	15% (n=5)	13% (n=8)	
	膵臓	13% (n=13)	15% (n=5)	13% (n=8)	
	肝臓	7.2% (n=7)	3.0% (n=1)	8.3% (n=5)	
	血液	7.2% (n=7)	9.1% (n=3)	6.7% (n=4)	
	子宮・卵巣	6.2% (n=6)	9.1% (n=3)	5.0% (n=3)	
	頭頸部	5.2% (n=5)	6.1% (n=2)	5.0% (n=3)	
	食道	3.1% (n=3)	0% (n=0)	3.3% (n=2)	
	前立腺	3.1% (n=3)	0% (n=0)	3.3% (n=2)	
	腎臓・膀胱	2.1% (n=2)	6.1% (n=2)	0% (n=0)	
	胆管・胆のう	1.0% (n=1)	3.0% (n=1)	0% (n=0)	
	その他	6.2% (n=6)	6.1% (n=2)	6.7% (n=4)	
	在宅での療養期間の中央値 (範囲)		21 (2-262)	23 (2-262)	
遺族背景					
年齢 (平均±標準偏差)		60±13	60±13	59±14	.80
性別	女性	71% (n=69)	67% (n=22)	75% (n=45)	.39
	男性	29% (n=28)	33% (n=11)	25% (n=15)	
患者との関係	配偶者	49% (n=47)	42% (n=14)	50% (n=30)	.45
	子供	38% (n=37)	39% (n=13)	38% (n=23)	
	婿, 嫁	7.2% (n=7)	12% (n=4)	5.0% (n=3)	
	兄弟姉妹	1.0% (n=1)	3.0% (n=1)	0% (n=0)	
	その他	4.1% (n=4)	3.0% (n=1)	5.0% (n=3)	
健康状態	よかった	28% (n=27)	30% (n=10)	23% (n=14)	.17
	まあまあだった	55% (n=53)	61% (n=20)	55% (n=33)	
	よくなかった	16% (n=15)	6.1% (n=2)	20% (n=12)	
	非常によくなかった	1.0% (n=1)	3.0% (n=1)	0% (n=0)	
副介護者の有無	あり	71% (n=69)	76% (n=25)	68% (n=41)	.79
	なし	25% (n=24)	24% (n=8)	25% (n=15)	
自宅での介護の経験	なし	79% (n=77)	79% (n=26)	78% (n=47)	.96
	あり	21% (n=20)	21% (n=7)	22% (n=13)	

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある

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 訪問看護ステーションの評価

	そう思わない	あまりそう思わない	少しそう思う	そう思う	とてもそう思う
訪問看護師の関わりに満足だった	0% (n=0)	6.6% (n=2)	0% (n=0)	61% (n=19)	32% (n=10)
診療所の看護師とは別に、訪問看護ステーションが入っていてよかった	3.7% (n=1)	22% (n=6)	0% (n=0)	37% (n=10)	37% (n=10)
困ったことや心配なことを十分に相談できた	0% (n=0)	9.4% (n=3)	6.3% (n=2)	63% (n=20)	22% (n=7)
診療所との連携はよかった	0% (n=0)	3.3% (n=1)	10% (n=3)	63% (n=19)	23% (n=7)
からだの変化についてタイムリーに説明を受けることができた	0% (n=0)	6.5% (n=2)	36% (n=11)	36% (n=11)	23% (n=7)
患者や家族が望む過ごし方について話をすることができた	0% (n=0)	9.4% (n=3)	22% (n=7)	47% (n=15)	22% (n=7)
困ったことや心配なことに十分に対応してもらえた	0% (n=0)	3.1% (n=0)	13% (n=4)	66% (n=21)	19% (n=6)
家族ができることなど、介護の仕方について十分に相談できた	0% (n=0)	6.3% (n=2)	19% (n=6)	56% (n=18)	19% (n=6)
緊急時には、すぐに対応してもらえた	3.3% (n=1)	6.7% (n=2)	20% (n=6)	50% (n=15)	20% (n=6)
24時間連絡がとれて安心だった	6.7% (n=2)	13% (n=4)	17% (n=5)	43% (n=13)	20% (n=6)
診療所と訪問看護ステーションの看護師のどちらに相談すればよいのか分からなくて困ることがあった	39% (n=12)	32% (n=10)	23% (n=7)	3.2% (n=1)	3.2% (n=1)
担当看護師が決まっていなかったので困ることがあった	48% (n=15)	32% (n=10)	13% (n=4)	6.5% (n=2)	0% (n=0)
どんなときに連絡すればよいかわからなくて困った	32% (n=10)	52% (n=16)	13% (n=4)	3.2% (n=1)	0% (n=0)
訪問看護について説明をきいても、看護師に何をやってもらえるかが分からなかった	43% (n=13)	37% (n=11)	20.0% (n=6)	0% (n=0)	0% (n=0)

欠損値を除いた数を母数として計算した

表3 「診療所の看護師とは別に、訪問看護ステーションが入っていてよかった」の自由記述

カテゴリー	具体例
精神的な支援があった	親身に思ってくれて心から信頼できた 頼りになる存在だった 来てくれるだけでありがたかった 社会とのつながり、外の風を感じた 愚痴や世間話の相手になってくれた ちょっとした疑問にも相談ののってもらえた
療養上の世話に関する支援があった	入浴の世話もしてくれた 自宅でできる方法を教えてくれた
予定された日時に頻繁にみてもらえた	決まった日時に必ず来てくれた 来てくれる日がわかっていてよかった 定期的に訪問してもらえた
緊急時や変化時の対応がよかった	診療所と合わせてみていただく回数が多かったので安心した 診療所がすぐに対応できないときに対応してくれた 遠慮なく連絡を取り合える関係になっていた 変化への対応がすばやかだった
連携が取れていた	どちらも同じような治療をしてくれた

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の看護師を対象とした研修の評価

The primary aim of this study is to clarify the participant-perceived usefulness of the education program of palliative care for nurses working in the community. The education program was provided in a palliative care unit in the region, and questionnaire survey and a focus group were conducted. A total of 25 nurses received the program, and the participants rated the program as “very useful” as a whole in 76% and “useful” in 24%. In addition, 96% and 88% of the participants rated as very useful or useful for learning psychological care/communication skills and for developing a collaborative relationship; while 76% for learning symptom management. The content analysis of the focus group identified 7 themes: understanding about the palliative care unit, learning symptom management and communication skills, learning team building methods, reflecting the personal practice, changing the clinical practice, developing a collaborative relationship with staffs of the palliative care unit, and expanding the education program throughout the community. In conclusion, the education program of palliative care for nurses working in the community was perceived as useful by community nurses, and participants’ educational needs focused on developing a collaborative relationship among health care providers in the community.

緒言

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^{1,2}。しかし、地域の看護師は、緩和ケアにかかわる機会が多くない、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³。緩和ケアに関する地域の看護師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。

地域の看護師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るが、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示されている^{4,5}。End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) の看護師に対する教育の有用性が示唆されており⁶、わが国においても、End-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J) による教育プログラムが運用され始めている⁷。しかし、緩和ケア病棟において地域の看護師を対象とした研修のニーズや効果を評価した研究はない⁸⁻¹²。

本研究の目的は、地域の看護師のもつ緩和ケア病棟における研修についてのニーズ、および、ニーズに基づいた教育プログラムの有用性を評価することである。

方法

3年間の研究期間中、地域の看護師を対象とした研修

を行うことをアナウンスし、地域から希望者を募集した。地域からの参加者の研修に関するニーズは多様であることが予測されたため、事前に個別に15分程度のヒアリングを行ったうえで、個別にプログラムを作成した。主な研修方法は、緩和ケア病棟の看護師のケアを見学すること、カンファレンスへの参加、外来の見学であった。研修初日には、緩和ケア病棟の歴史や理念、病棟目標、病棟運営の方法、年間計画、教育プログラム、緩和ケアに関するマニュアルなどの各種ツール、病棟の利用状況についての説明を病棟課長が行った。また、研修中と研修終了時に2～3回、1回につき30～60分間、参加者と研修を担当した緩和ケア病棟の看護師とでふりかえりと議論をできる時間を設けた。研修期間は希望により5～10日間とした。

1. 質問紙調査による評価

研修に参加した看護師を連続的に対象として、研修終了後に、自記式質問紙調査を行った。調査項目は、参考となる先行研究が少ないため、予備的な質問紙調査と研究者の議論をもとに作成した。研修の有用性を全般的有用性1項目（「今回の研修の内容は総合的に役立ちましたか」）、領域ごとの有用性4項目（①症状マネジメントについて知ること、②精神的ケアや家族ケア、コミュニケーションについて知ること、③連携の課題〔退院時の情報の共有、緩和ケア病棟への入院など〕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）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、研修の改善点と意見を自由記述で得た。

倫理的配慮として、研究の趣旨等を口頭、および、文書で説明した。調査への回答をもって調査協力への同意とみなし、個人が特定できる情報は取得しなかった。

2. フォーカスグループインタビュー

研修に参加した看護師6名を対象としてフォーカスグループインタビューを行った。参加者は、がん診療連携拠点病院1名、一般病院2名、訪問看護ステーション1名、診療所2名であった。フォーカスグループインタビューは、研究者が事前に作成したインタビューガイドを用いて、半構成的に1回、90分間行った。質問項目は、参考となる先行研究が少ないため、研究者の議論をもとに作成した。研修に参加したことによる体験（「初めて分かったことや意外だったことはありますか」「研修に参加したことで変化したことはありますか」「どんな気持ちになりましたか」「どんな内容が役に立ちましたか」「改善点はありますか」）などについて質問した。

倫理的配慮として、事前に参加者に対して、研究の趣旨、参加は自由意思であること、参加に対し辞退の意思表示をした場合でも不利益は一切生じないこと、プライバシーは厳重に守られることなどを口頭、および、文書にて説明した。参加者の書面による同意を得て、録音を行った。

解析

量的データについては度数分布を集計し、「とても役に立った」の95%信頼区間を計算した。質的データについては、記録された内容をテキストデータ化し、Krippendorff, K. の方法論¹³を参考に内容分析を行った。本研究では、研修のニード、および、研修に参加したことによる体験に関する1つのみ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。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のもとに、3名の合意が得られるまで議論を行った。

研修のニードについてのデータは、カテゴリー名と単位数を記載し、研修に参加したことによる体験についてのフォーカスグループインタビューのデータは、カテゴリー名を記載した。

結果

3年間で看護師25名が研修に参加した。勤務場所は、がん診療連携拠点病院2名、一般病院10名、訪問看護ステーション9名、診療所4名であった。性別は女性100%、平均臨床経験年数は14(±5.6)年、過去1年間に関与しなくなったがん患者数は中央値6.0（範囲：0-40）であった。

研修前のヒアリングによる研修のニードについての内容分析を表1に示す。希望された研修内容は、症状マネジメントや精神的ケアに加えて「緩和ケア病棟で行われている医療や緩和ケア病棟での生活を知る」「緩和ケア病棟の在宅支援ベッドの利用方法を知る」といった「緩和ケア病棟を知る」ことと、「在宅移行の準備や在宅ケアについて知る」といった「緩和ケア病棟との連携について知る」という地域での緩和ケア病棟との連携に関するものがあつた。

1. 質問紙調査による評価

質問紙調査は25名に依頼し、25名（100%）から有効回答を得た。研修の全般的有用性について、参加者の76%が「とても役に立った」、24%が「役に立った」と評価した（表2）。さらに、領域ごとの有用性について「とても役に立った」「役に立った」としたものは、「精神的ケアや家族ケア、コミュニケーションについて知ること」96%、「お互いに顔の見える関係になること」88%、「連携の課題を共有すること」84%、「症状マネジメントについて知ること」76%であった。

2. フォーカスグループインタビュー

フォーカスグループインタビューでは、参加者の体験を表すカテゴリーとして【緩和ケア病棟を知る】【緩和ケアの知識や技術を学ぶ】【チームのあり方を学ぶ】【自分自身をふりかえる】【患者・家族へのケアが変化する】【緩和ケア病棟との連携に対する認識や実践が変化する】【さらにひろげていきたい】が抽出された（表3）。

【緩和ケア病棟を知る】とは、緩和ケア病棟での患者の生活や行われている医療やケアについて実感をもって

知ることを指す。参加者は、「どんなふうに患者さんが暮らしているのかをしっかりと見ることができた」（診療所看護師1）、「在宅と病院しか知らなくて、こういう亡くなり方、最期の場所があることを知った」（診療所看護師2）のように緩和ケア病棟を実感をもって知ることとして表現した。

【緩和ケアの知識や技術を学ぶ】とは、緩和ケアの知識やアセスメントに裏づけされたケアを学ぶことを指す。「ナースコールが頻回な患者さんに対して、すぐに対策というようになってしまいが、緩和ケア病棟では患者さんの心理や背景を含めてアセスメントされていた。ケアの裏づけや評価がされていると感じた」（病院看護師1）、「（自施設では経験しないような）いろいろな薬の投与の仕方があって、たくさん強い薬を使って、患者さんは穏やかに過ごされていた。在宅では、どのように情報を聞いて、評価して医師に伝えていけるのかが大切だと思う」（訪問看護師）、「一般病棟だと数字にとらわれがちで、ご家族も患者さんに話しかけるのではなく、モニターしか見ていないことがある。バイタルサインを全部測らなければならないのではなく、五感を使って観察ができていたと感じた」（病院看護師2）、「普段の何気ない声かけによって、患者さんやご家族の本音が出せることはとても勉強になった」（診療所看護師2）、「患者さんに負担をかけずにシーツや寝衣を伸ばすやり方や保清の仕方など技術が違っていると感じた」（病院看護師2）のようにケアの過程を理解することや緩和ケアの知識や技術を学ぶこととして表現された。

【チームのあり方を学ぶ】とは、「共通の目標」を達成するために協働し、看護師として積極的に発言するチーム医療を学ぶことを指す。参加者は、「それぞれがプロフェッショナルとして意見を言いあって、ひとつのものをつくりあげていくことを学んだ」（診療所看護師2）、「上下関係を感じる事がなく、悩んでいることに対してアドバイスや労いの言葉があった」（診療所看護師1）と表現した。

【自分自身をふりかえる】とは自施設や自分自身のあり方をふりかえる機会となることを指す。「なかなか他のひとのやり方を見ることはない。（自分を）ふりかえる機会になった」（病院看護師2）のように自分の「看護」や自分自身のあり方をふりかえる機会となったことが表現された。

【患者・家族へのケアが変化する】とは、患者の生き

方について話し合い、死を前にした患者やその家族に関わっていけるようになることを指す。参加者は、「知識が乏しく、精神的ケアも不慣れだった。回復して退院する患者さんがいる中で、死と向き合う患者さんとのコミュニケーションについて悩んでいた。（研修に参加したことで）身構えずに患者さんに寄り添えるようになったと思う」（病院看護師3）のように実践の中でケアが変化した体験を表現した。

【緩和ケア病棟との連携に対する認識や実践が変化する】とは、緩和ケア病棟を知ることで紹介や連携が容易になることを指す。参加者は、「緩和ケア病棟が、どんなところかを伝えられるようになったことが大きかった」（訪問看護師）、「研修の後に、患者さんに緩和ケア病棟を紹介できて、入院をお願いしたケースもあった。（研修に参加したことで）自分が感じたものがあって、情報があつたから伝えることができたと思う」（診療所看護師2）のように研修後も緩和ケア病棟とつながりながら連携していくこととして表現した。

さらに、再度の研修や、より実際のケアを多くみる機会をもつことなど、【さらにひろげていきたい】という意思が表現された。

考察

本研究は、われわれの知る限り、わが国で地域の看護師を対象とした緩和ケア病棟の研修を評価した初めての研究である。本研究により、地域の看護師の緩和ケア病棟における研修のニーズと、ニーズに基づいた教育プログラムの評価が得られた。

最も特徴であったことは、緩和ケア認定看護師など専門的な緩和ケアを提供する看護師の教育においては、症状マネジメントやコミュニケーションの評価などが重視されるが、地域の看護師では、「緩和ケア病棟に患者を紹介する立場である」ことから、「緩和ケア病棟を知る」ことや「緩和ケア病棟との連携について知る」ことがニーズや有用な体験として挙げられたことである。わが国の緩和ケア病棟を紹介する医師や看護師が緩和ケア病棟について「よく知らない」ことにより、患者の緩和ケア病棟に対する誤解が軽減できず、ふりかえると遺族からみて入院の時期が「遅すぎた」と評価されることが示唆されている¹⁴。実際に緩和ケア病棟に入院した後は、緩和ケア病棟に対する否定的なイメージは減り、肯定的なイメージは増えることから、地域の看護師にとっ

て「緩和ケア病棟を知る」ことや「緩和ケア病棟との連携について知る」ことは、患者に適切な時期に緩和ケア病棟を紹介することに通じると考えられる。

また、看護師は、終末期のがん患者や家族とのコミュニケーションにおいて、困難感をもちやすいことが指摘されている¹⁵。しかし、本プログラムでは、精神的ケアやコミュニケーションについては過半数が「とても役に立った」と回答した。フォーカスグループインタビューでは、参加者が緩和ケア病棟の看護師と患者・家族のやりとりを実際に見ることにより、具体的な関わり方を学び、患者や家族へのケアが変化した体験が述べられた。したがって、終末期の患者や家族への関わり方を実際に見て、精神的ケアやコミュニケーションに関する気づきを得るという点において、緩和ケア病棟での研修は有用な可能性がある。

一方、「症状マネジメントについて知ることは「とても役に立った」と回答したものは28%であった。この解釈としては、①参加者の多くが中小規模病院や訪問看護ステーション、診療所の看護師であるため、緩和ケア病棟で行われているようなオピオイドの非経口投与、複数の鎮痛補助薬や神経ブロックを複合させた複雑な症状緩和法を自施設にて行う機会が少ないこと、または、②「症状マネジメントについて知ることは」に関して今回の教育プログラムが有効ではなかったこと、が考えられる。フォーカスグループインタビューで、緩和ケア病棟で行われていた薬物療法は自施設では通常経験しないことが述べられているため、参加者が日常的にみる患者へ適用できるものが少なかったことが低い有用性となったと考えられる。一方、薬物療法だけではなく、具体的な「看護ケア」に関する学びが多く述べられていることから、今回の対象では複雑な薬物療法よりも非薬物療法が学びとなったことが示唆される。したがって、地域の看護師を対象とした緩和ケア病棟での研修では、参加者の施設で実施することの少ない複雑な薬物療法よりも、どの施設でも応用可能な患者の希望や安楽を考慮した看護ケアに焦点を当てた研修がより有用な可能性がある。

以上の知見から、地域における緩和ケア病棟の研修では、1) 実際に緩和ケア病棟で行われているケアを知り紹介や連携に生かすこと、2) 精神的ケアやコミュニケーションについての研修機会となること、3) 参加者の施設で実施可能な看護ケアの視点から症状マネジメントを学ぶ機会を設けること、が重要な役割になることが示

唆される。

本研究には以下の限界がある。緩和ケア病棟研修では、行われている医療に病棟による差がある可能性があるため、他の緩和ケア病棟に必ずしも一般化できない。また、研修に参加可能な人数に限界があり、母数が少ないため、本研究では95%信頼区間を示した。さらに、今回得られた知見をもとに、緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修が患者・家族にもたらした効果を評価する研究が必要である。

結語

地域の看護師の緩和ケア病棟における研修のニーズは、個別性が大きく、連携やコミュニケーションについての有用性が高かった。地域の看護師を対象とした研修では、症状マネジメントや精神的ケアを学ぶことと共に、地域における緩和ケア病棟という観点から、緩和ケア病棟を知ることや連携に関するニーズに応えていくことが重要であると考えられる。したがって、緩和ケア認定看護師など専門的な緩和ケアを学ぶことを目的とした看護師に対するプログラムとは異なる内容とする必要があると考えられる。

謝辞

本研究のとりまとめは、財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の支援により行われた。

文献

- 1) 片山壽. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 初版. 東京: 篠原出版新社; 2008: 102-199.
- 2) 宮崎和加子 監. 在宅での看取りのケア 家族支援を中心に. 初版. 東京: 日本看護協会出版会; 2006: 93-122.
- 3) 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> (2010年7月2日アクセス)
- 4) 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 1999; 282(9): 867-874.
- 5) Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et

- al: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (2): CD003030.
- 6) Malloy P, Ferrell BR, Virani R, et al: Evaluation of end-of-life nursing education for continuing education and clinical staff development educators. *J Nurses Staff Dev* 2006; 22(1): 31-36.
- 7) 竹之内沙弥香、田村恵子：監緩和ケアの教育と研修. 5.End-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラム. ホスピス緩和ケア白書編集委員会編：ホスピス緩和ケア白書 2009. 2009: 8-42.
- 8) 二見典子：がん緩和医療における看護師教育の現状と課題. *緩和医療学* 2006; 8(1): 27-36.
- 9) 道又元裕：認定看護師教育の現状と今後 臨床現場に必要とされる CEN の育成をめざして. *看護教育* 2005; 46(9): 744-754.
- 10) 松本俊子：緩和ケアにおける看護師の卒後研修の現状と展望 1. 認定看護師. ホスピス緩和ケア白書編集委員会編：ホスピス緩和ケア白書2006. 2006: 17-19.
- 11) 中村めぐみ：緩和ケアにおける看護師の卒後研修の現状と展望 2. 専門看護師. ホスピス緩和ケア白書編集委員会編：ホスピス緩和ケア白書2006. 2006: 20-23.
- 12) 原田秀夫：人材育成のための支援事業 2. (財) 笹川医学医療研究財団. ホスピス緩和ケア白書編集委員会編：ホスピス緩和ケア白書2006. 2006: 73-77.
- 13) 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)
- 14) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23(12): 2637-2644.
- 15) Sasahara T, Miyashita M, Kawa M, et al: Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliat Med* 2003; 17(6): 520-526.

表1 緩和ケア病棟における研修の希望

緩和ケアの知識や技術を学ぶ

- ・ 症状マネジメント（疼痛、呼吸困難、食欲不振、嘔気・嘔吐、吃逆、倦怠感、浮腫、せん妄など）について学ぶ（31）
- ・ 精神的ケアやコミュニケーション、家族ケアについて学ぶ（22）
- ・ オピオイドの導入のタイミングや薬剤の選択、副作用対策を学ぶ（6）
- ・ 症状評価の方法を学ぶ（5）
- ・ オピオイドを拒む家族への対応やオピオイドについての誤解を解く方法を学ぶ（2）
- ・ 緩和ケア導入のタイミングについて学ぶ（1）
- ・ 転倒のリスクがある場合のリスクマネジメントについて学ぶ（1）
- ・ 化学療法を受ける患者への対応について学ぶ（1）

緩和ケア病棟を知る

- ・ 緩和ケア病棟で行われている医療や緩和ケア病棟での生活を知る（9）
- ・ 緩和ケア病棟の在宅支援ベッドの利用方法を知る（6）
- ・ 緩和ケア病棟の歴史や理念について知る（4）
- ・ 緩和ケア病棟における看護師の役割を知る（4）
- ・ 緩和ケア病棟入院の対象や優先される条件、手続きについて知る（4）
- ・ 患者の緩和ケア病棟に対するイメージを知る（1）
- ・ 緩和ケア病棟のスタッフの死生観を知る（1）

緩和ケア病棟との連携について知る

- ・ 在宅移行の準備や在宅ケアについて知る（7）
- ・ 緩和ケア病棟と他施設との連携について知る（2）
- ・ 緩和ケア病棟とのよい連携のとり方を知る（1）
- ・ 介護力がない場合や経済的問題がある場合の対応を知る（1）

チーム医療について学ぶ

- ・ 医療チーム内の関係づくりやコミュニケーションについて学ぶ（4）
- ・ 医療チーム内での方針の決定のプロセスについて学ぶ（2）
- ・ スタッフの精神的サポートについて学ぶ（1）

看取りのケアについて学ぶ

- ・ 看取りにおける家族ケアについて学ぶ（1）
- ・ 終末期のモニタリングについて学ぶ（1）
- ・ エンゼルメイクについて学ぶ（1）

数値は単位数を指す。