

表1 医師・看護師の感じる好ましい体験(1)—【チーム医療と連携が進んだ】

サブカテゴリー (ユニット数; 医師, 看護師)	例	
	医師	看護師
[相談しやすくなった] (n=30, 46)	「部署ができたので相談しやすくなった」「窓口ができて、誰に相談したらことが進むか理解できた」「研修会に出席して直接話す機会があり、誰にでも相談できるようになった」「電話やメールでの連絡が気楽にできるようになった」	「連絡が気兼ねなく、相談できるようになった」「ささいなことで違うかもしれないからやめておこうと思うことはなくなりました」「以前なら『分かりません』『外来受診させてください』だったのが、主治医や担当の方と直接話ができる」
[直接会って話し合う機会や情報交換する機会が増えた] (n=11, 21)	「退院前カンファレンスで情報の共有とともにディスカッションの場ができた」「在宅に依頼した患者のその後の経過を聞くことが増えた」	「退院前カンファレンスで、直接話し合うことが増えた」「アドレス交換を行い、情報交換が頻繁に行える」
[名前と顔、役割、考え方が分かるようになった] (n=8, 27)	「相手の受けとり方、考え方が分かる」「日常のやりとりは事務的でも、相手の受けとり方・考え方が分かるのでスムーズに連携できる」「種々の会合で直接お会いし、本当に顔の見える関係となった」	「考えが分かり、話す時にどの程度話したらよいか分かり、関わりやすくなった」「相手の立場や考えをふまえて話を進めやすくなった」
[ネットワークが増えた] (n=7, 16)	「選択肢が広がっている」「近くの診療所と診療連携ができた」	「横のつながりができて、連携しやすくなった」「緩和ケアに熱心に取り組んでいる方が大勢いることが分かった」
[チームでみていこうと思うようになった] (n=4, 11)	「多職種で治療方針を考えるようになり、たいへん助かっている」	「在宅支援担当看護師が助けてくださる」「緩和ケアの専門看護師と退院調整ナースの助けを得て、看護師で相談しながら、ケアを行える」
[信頼関係や仲間意識ができた] (n=1, 11)	「理念を共有できる仲間が増えた」	「『他事業所の人』から、『一緒にケアをする人』という風に意識が変わってきた」「協力して皆で一緒に、という意識が高まった」

きっかけとしては、①マニュアルやビデオなどのプロジェクトで作成したマテリアル、②講習会、特に実践に即したロールプレイや多職種でのグループワーク、③実際に緩和ケアチームと患者と一緒に診療した経験、④実際に診療していなくても同じチームとしてメーリングリストやカンファレンスでの患者に関するやりとりをみることで、挙げられた。ある医師は、「(前の病院より)緩和ケアが進んでおり、一緒に患者を診ることで自分の知識がずいぶん増えた」と述べ、講習会ばかりではなく、専門家との共同診療など日常診療の中で緩和ケアについての知識や技術の共有が行われていることが述べられた。このほかに、医師では、「(チームを組んだ)薬剤師に忠告を受けている」といったコメディカルとの関わりがきっかけとなったとする意見があり、看護師ではリンクスタッフから教えてもらっている」のようにリンクスタッフの役割が指摘された。

② 意見の分かれた体験

意見の分かれた意見として、【病院医師・看護師の在宅の視点】【活動の広がり】【患者・家族・市民の認識】がみられた(表4)。

【病院医師・看護師の在宅の視点】については、[病院医師・看護師に在宅の視点が増えた]とする意見と、[病院医師・看護師に在宅の視点が不足している]とする意見とがみられた。

【活動の広がり】についても、[広がりが限られた]とする意見と「地域全体におよんだ」との意見に分かれた。また、[変

わった実感はない] [関わりが少ない・期間が短く変化を感じない] [アナウンスが届かない] という意見もしばしば挙げられ、地域内での施設間の差、施設内での診療科や病棟での差、個人による差、医療施設と福祉施設との差、都市部と周辺部での差、がん患者を経験する頻度による差、大学や診療所など大きい組織内での周知の難しさなどが指摘された。

【患者・家族・市民の認識】についても、[医療者の認識は変わったが、患者・家族の認識はまだままだである]との意見と、[患者・家族の安心感を感じる] [患者・家族・市民の意識が徐々に変化した]との意見とに分かれた。特に、「医療者の認識は変わったが、患者、特に家族の認識がまだである」との内容が多かった。

③ 課題

課題としては、[続けること・広げること]と、[忙しさ・スタッフのケア] [質の向上] が最も挙げられた。多くの対象者がプロジェクトを継続することの重要性を指摘していた。[広げること]の対象としては、病院、外来、非がん、小児、希少がん、困難症状、福祉施設など広範囲に広げることが述べられた。リソース、システムに関しては、介護力のなさが最も挙げられた。看護師においては、「看護師がどれだけがんばっても、医師の指示がなければできないこともある」といった、医師と看護師の権限の違いに関する課題が多く挙げられた(表5)。

表2 医師・看護師の感じる好ましい体験(2)—【在宅療養が普及した】

サブカテゴリー (ユニット数; 医師, 看護師)	例	
	医師	看護師
[在宅で過ごすことが普通になってきた] (n=4, 30)	[在宅で過ごすことが特別でないことが医療者, 患者, 家族に浸透してきた]	[自宅で最期を看取ることがほぼ0であったが, 自宅で亡くなる人がみられるようになった]「ホスピス待ちの方で, 在宅で亡くなる方が増えてきた」
[在宅医療のリソースが増えた] (n=11, 22)	[1年目に受けてくれなかった先生が往診を受けてくれた]「在宅をサポートする薬局が増えた」	[緩和ケアのできる診療所や訪問看護ステーションが増え, 在宅療養を勧めやすくなった]「前は訪問看護ステーションに断られることもあったが, 3年間は断られず困らなかった」
[在宅移行がスムーズになってきた] (n=8, 24)	[自宅退院を希望した患者をその日に帰宅させることができた]	[形式的な段取りをふまなくても, すぐに在宅へ向け準備できる。『一日もムダにたくない』とみんなが思える]「以前は状態に悪い方にはもっと早く対応してほしいと思っていたが, 今は受け入れ対応がとても早くなった」[介護保険導入が早くできるようになった]
[在宅療養に向けて退院カンファレンスが行われるようになった] (n=2, 16)	[カンファレンスが設定され, 開かれるようになった]	[直接顔を見て話が聞けると, 思いや考えが捉えやすいし, 用紙を見るより分かりやすく安心できる]「カンファレンスを退院前に行うことで, 困った時にどこに連絡したらいいかが分かる」
[在宅患者が必要な時の救急搬送がスムーズになった] (n=1, 0)		

表3 医師・看護師の感じる好ましい体験(3)—【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】【自信や達成感を感じた】

サブカテゴリー (ユニット数; 医師, 看護師)	例	
	医師	看護師
[緩和ケアの知識や技術が増えた] (n=14, 43)	[麻薬について医療者間では誤った認識は少なくなった]「知識が増えた」[マニュアル化して定着してきた]	[知識がかなり広まって, 福祉職の人でも, 医療用麻薬などについて分かっている状況ができあがった]「痛みの評価の仕方が分かり, 増量など医師に自信を持って報告して, 医師を動かせるようになった」[疼痛の評価スケールを使うようになった]「違う職種とのグループワークで, 実践に活かせる具体的なアイデアがとても参考になった」
[早い時期から緩和ケアや在宅医療を意識するようになった] (n=9, 30)	[緩和ケアを積極的に行おうと思うようになった]「早い段階での在宅ケアを視野に入れることが多くなった」	[苦痛に以前よりも視点を置き, ケアを行うようになった]「以前は麻薬を死亡直前まで使用せず, 苦痛で亡くなる方を何人もみてきたが, 疼痛ケアは早くなり, すごく変わった」
[緩和ケアの専門家からのサポートが増えた] (n=14, 25)	[疼痛コントロールを, 緩和ケアの専門医師に相談させてもらい, 有用なアドバイスをいただくことができた]「緩和ケア専門のチームがあるおかげで, 疼痛管理の質がかなり向上した」	[緩和ケアを専門とするスタッフが増え, 相談できる環境になった]「緩和ケアチームにいつでも支援が受けられると思えば, 何でもできるし, 安心して行える」[専門家が地域に出て関わりを持ち, 現状に即した専門性の部分を広めたことが良かった]
[自信や達成感を感じた] (n=2, 10)	[今後医師として, 何十年働くか分からないが, 基礎を築くことができた]	[多くの方が懸命に向き合っていると感じ, 自分も精一杯応えようと思うようになった]「いつ・どんな状況でも受け入れたいと積極的に思うようになった」

表4 医師・看護師の感じた意見の分かれた体験

カテゴリー サブカテゴリー(ユニット数)	例	
	医師	看護師
【病院医師・看護師の在宅の視点】		
[病院医師・看護師に在宅の視点が増えた] (n=9, 26)	「どの地区にどんな先生がいてどう依頼をすればいいのかが分かってきた」「地域だけでなく、患者の症状や性格も加味してあの先生にお願いしようかと検討できるようになった」「自分の言葉に説得力をもたせることができるようになった」	「在宅に戻った際の生活まで考える動きが普通になってきた」「トイレのポータブルの高さや手すりの位置が分かることで病棟でも自宅に近いイメージでリハビリを行うことができた」
[病院医師・看護師に在宅の視点が不足している] (n=1, 10)	「病院医師の在宅医療への関心がまだ低く、これをどう高めていくかが今後の大きな課題となる」	「病棟看護師が在宅での看護を理解していないことが多く、ジレンマを感じる」
【活動の広がり】		
[広がりが限られた] (n=15, 30)	「診療所の医師や看護師は無理だからと見向きもしないことがある」「在宅医療に本気で取り組んでいる診療所と、片手間でやっていて調子が悪いと救急搬送になる診療所とがある」「大学の系列の違う医局は無視されている」「病院医師の考え方に差が大きい」「病院からの紹介が集中してしまっている」	「同じ地域でも病院によって意識の差が大きい」「病院内でも、病棟間で温度差がある」「係で指定されるので、興味があっても関われなかったり、係の人があまり興味がないことがある」
[変わった実感はない] (n=14, 13)	「介護施設での終末期がん患者の受け入れ状況については、おそらく3年間でほとんど変わっていない」「地域医療での変化は、個人的には、ほとんど状況は変わらない」	「当地区では波及効果が少ないと感じている」
[関わりが少ない・期間が短く変化を感じない] (n=8, 16)	「期間が短く、実感がない」「がん患者を在宅で診るということが少ないので、自身の診療は変わらない」	「がん患者の担当になったことがないので変化は分からない」「緩和ケアの対象になる患者が少ない病棟で、たくさんある情報も活用できなかった」
[アナウンスが届かない] (n=8, 13)	「アナウンスが一般の医師まで届かない」「大学で参加していたが病院の中でプロジェクトについて知られることはなかった」「印刷物が一度も送られてこなかった」	「地域支援のチームや、講演会があることを知らなかった」「もう少し積極的に広報活動をしなないと、末端の看護師まで認知されない」
[地域全体におよんだ] (n=6, 10)	「地域全体の緩和力が上昇している」	「福祉系の方は「医療のことは分からなくて…」と言われる方も多かったが、最近をよく学んでいる方も増えた」
【患者・家族・市民の認識】		
[医療者の認識が変わったが、患者・家族の認識はまだである] (n=15, 21)	「医療者ががん治療と緩和ケアは両立すると考えていても、患者さんは緩和ケア＝終末期医療と思っている」「医療サイドの方は大分周知されてきたが、患者・家族に伝えていく必要がある」「家族から『こんな状態だと病院においてほしい』といわれることが多い」	「がん患者を在宅でみるのは困難という意識は強い」「医療関係者には、がん緩和ケアなどという言葉が浸透してきていると感じるが、一般の方の認知が低い」
[患者・家族・市民の意識が徐々に変化した] (n=3, 7)	「住民への緩和ケアの内容が、徐々にではあるが浸透してきた」	「がん患者から緩和ケアという言葉の意味を聞かれたり、地域に浸透していると思った」「緩和ケアということばを使う患者・家族が格段に増えた」
[患者・家族の安心感を感じる] (n=5, 4)	「患者・家族の希望がかなうことが多くなり、喜ばれている」「以前は病院から見捨てられる感じで診療していた患者がこの数年はなくなった」「患者・家族の安心感・落ち着きが以前に比較して良くなった」	「在宅へ移行した患者さんは多く、どなたも“良かった”との感想をいただいた」「在宅での看取りが増え、ご本人・ご家族から感謝されることも多い」

<p>[患者・家族が在宅を希望しない] (n=3, 6)</p>	<p>「在宅緩和ケアを勧められて、悪く言うと何も分からないまま在宅療養が開始されるケースが増加している」「在宅医療の良さが強調されるあまり、条件が十分でないまま退院させられることがないか心配している」</p>	<p>「在宅調整ができていないのに退院するケースが多く、家族が準備ができていないなか、短期間で亡くなることも多い」「ふりかえるとどの人(本人, 家族, 医療者)の思いが強く帰ってきたのかと疑問に感じる場合が増えている」</p>
<p>[患者と家族の意思の違う時の対応] (n=1, 4)</p>	<p>「患者さんの希望と家族の希望が同一でない時の対応は難しい」</p>	<p>「本人が自宅に帰りたいと望んでも家族の受け入れができない」</p>

表5 医師・看護師の感じた課題

	課題	医師	看護師
<p>続けること・広げることに関するもの (n=33, 84)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・続けることが大事である ・広げることが大事である 病院医師・病院看護師に(広げる) 外来患者に(広げる) がん以外の緩和ケアや小児に(広げる) 少ないがんや、呼吸困難など困難症状に(広げる) 病院の指導者に(広げる) 医療過疎地域に(広げる) 施設に(広げる) 告知されていない患者に(広げる) (痛みだけでなく)眠気と鎮痛のバランスに(広げる) もっと広い地域リソースの把握に(広げる) 経過が速く、間に合わない患者に(広げる) グリーフケアに(広げる) DESCカンファレンスに(広げる) 	<p>13</p> <p>4</p> <p>6</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>32</p> <p>27</p> <p>5</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>忙しさ・スタッフのケアに関するもの (n=19, 30)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・忙しく緩和ケアに時間が割けない ・緩和ケアに関わるスタッフのケアが必要である 	<p>18</p> <p>0</p>	<p>28</p> <p>2</p>
<p>質の向上に関するもの (n=9, 33)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・質を向上したい 	<p>9</p>	<p>33</p>
<p>リソースの不足に関するもの (n=34, 63)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護力がない, 家族の負担が大きい ・在宅を行う診療所の総数と質の向上が必要である ・人的資源が全般的に足りない ・訪問看護師の総数と質の向上が必要である ・緩和ケア病棟が必要である 	<p>11</p> <p>8</p> <p>7</p> <p>5</p> <p>3</p>	<p>24</p> <p>18</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>4</p>
<p>システムの見直しに関するもの (n=18, 36)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチームの動き方を検討する必要がある ・麻薬が多く煩雑・在庫が増える ・経済的負担が大きい ・より簡便な地域システムが必要である ・夜間・休日の対応が手薄である ・マニュアルなどツールの継続発行が必要である ・チューブ類など物流の問題がある ・若年者に介護保険が利用できる必要がある ・医師と看護師の権限の違いがある 	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>7</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>15</p>

考 察

本研究は予備的な研究であるが、地域緩和ケアプログラムが行われた地域の医療福祉従事者の体験する変化をある程度推定することができる。本研究の意義は、質問紙調査の量的研究ではあらかじめ設定されていない項目を補うことにより、プロジェクトの効果をより適切に解釈するためのデータを与えるものである。

本研究の最も重要な結果は、地域対象の緩和ケアプログラムで医療福祉従事者におもに体験されることが、チーム医療と連携に関することであることが示唆されたことである。これは、Gold Standard Frameworkをはじめとする各国での地域緩和ケアプログラムの評価とも非常によく一致している⁵⁻⁸⁾。「緩和ケアを地域に普及する」と考えると、症状コントロールに重きを置いたプログラムを策定する場合があるが、Gold Standard Frameworkでも症状コントロールは3段階目に位置づけられているように、「地域緩和ケアプログラム」にまず求められること、そしてプログラムの効果として認識されるのは、「地域内での医療福祉従事者間のコミュニケーションの改善」であると考えられる。これは、OPTIM プロジェクトの1地域で行われた複数の研究の結果からも示唆される¹²⁻¹⁴⁾。地域医療者を対象とした緩和ケアセミナーの有用性として参加者から挙げられたものは、知識や技術の向上のみならず、「地域の医療福祉従事者の交流の場となる」ことであった¹²⁾。緩和ケア病棟で行われた参加型の研修においても、地域の医療従事者にとって有用であったことは、身体症状コントロールの方法よりもむしろ、自分が地域で実際に受け持つ患者に説明するために「緩和ケア病棟を知る」ことや「連携上の課題について知る」ことであった¹³⁾。さらに、地域の診療所を対象とした緩和ケアチームによるアウトリーチプログラムの評価でも、専門的な緩和ケアの知識や技術にあわせて、「地域での連携での機会となること」に役立ったことが挙げられている¹⁴⁾。すなわち、地域を対象とした緩和ケアプログラムを行う場合にまず念頭に置かなければならないことは、地域単位でのネットワークであり、ネットワークを増やすような介入方法が用いられる必要があることが強く示唆される。

このほかに本研究で認められたこととして、【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】ことが肯定的な体験として表現された。これも欧米圏での先行研究とも一致しており⁵⁻⁸⁾、地域対象の緩和ケアプログラムでは、終末期ケアや患者・家族の苦痛・希望している療養場所に意識が向くようになる、症状コントロールの技術が向上するなどの効果が体験されると考えられる。

【活動の広がり】に地域や施設、個人によって差があること、あるいは、患者・家族に対する影響が医療者に対する影響よりもあいまいに表現されることも、先行研究と一致している⁵⁻⁸⁾。地域緩和ケアプログラムでは、個々の患者や施設に対する介入と異なり、地域の医療福祉従事者への広く薄い教育的介入や連携を強める介入が地域全体に薄く実施されることが多い¹⁵⁾。したがって、患者自身への効果は直接的でなく、地域内での影響にばらつきが生じると考えられる。患者のアウトカムをより確実に改善するプログラムの策定を目的とするのであれば、患者レベルでの介入プログラムの設定とその検証がより望ましいことが示唆される^{16,17)}。

本研究で挙げられた課題は、これまでも挙げられているものが多いが^{18,19)}、地域のプロジェクトが進んだためにより課題として鮮明となった、という特徴がある。たとえば、外来患者のサポートのための連携、がん以外の緩和ケア、医療過疎地域でどのように体制をつくるのか、頭頸部がんなど稀少がん、施設での看取り、質の向上などは、がん患者の緩和ケア体制が整っていく中で、「次に」目指されるものとして語られている。地域での緩和ケアの提供体制は範囲が大きく、数年間で体制が整えられることはないと考えられるため、継続することが重要であり、地域ごとに継続可能性のある提供体制を構築していくシステムが不可欠であることがうかがえる。

本研究の限界として、質問紙調査の自由記述の分析であるため、解釈は他の研究と合わせて行う必要がある。また、本研究ではデータが薄いため、病院医療者と地域医療者の比較の視点での分析を行わなかった。より深い洞察を得るためには、立場の違いによる比較を今後の研究では行う必要がある。

以上より、地域緩和ケアプログラムで生じる医師・看護師が体験するおもな変化は、チーム医療と連携、緩和ケアの意識と知識や技術の向上、在宅療養の普及であると考えられた。病院医師・看護師の在宅の視点、活動の広がり、患者・家族・市民の認識については、体験のされ方はまちまちであった。課題としては、続けること・広げることにに関するもの、忙しさ・スタッフのケアに関するもの、質の向上に関するもの、リソースの不足に関するもの、システムの見直しに関するものに分けられた。地域を対象とした緩和ケアプログラムでは、対象となる医療福祉従事者が最も求めている可能性が高い「地域での連携を促進するプログラム」を基盤とするべきであると考えられる。

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「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の助成を受けた。

文献

- 1) 山口龍彦, 原 一平, 壺井康一, 他. IX. 各地域におけるがん対策基本法の前と後の取り組み: 1. 緩和ケアに対する高知県の取り組み. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「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 2011. 2011; 51-4.
- 2) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク: 1. 東京都における在宅緩和ケアの連携. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「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 2011. 2011; 77-80.
- 3) 加藤恒夫. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク: 2. 岡山市における緩和ケアの地域連携—緩和ケア岡山モデル. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「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 2011. 2011; 81-7.
- 4) 片山 壽. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク: 3. 尾道市における在宅緩和ケアと地域医療連携. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「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 2011. 2011; 88-94.

- 5) Shaw KL, Clifford C, Thomas K, et al. Review: Improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med* 2011; 24: 317-29.
- 6) Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. *J Palliat Care* 2007; 23: 143-53.
- 7) Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. *Aust J Rural Health* 2009; 17: 263-7.
- 8) Nikbakht-Van de Sande CV, van der Rijt CC, Visser AP, et al. Function of local networks in palliative care: a Dutch view. *J Palliat Med* 2005; 8: 808-16.
- 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: 412-8.
- 10) 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「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 2011. 2011; 24-36.
- 11) Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications, Beverly Hills, 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. 東京, 勁草書房, 1989)
- 12) 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: 1553-63.
- 13) 清原恵美, 井村千鶴, 梨田えり子, 他. 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. *死の臨床* 2011; 34: 110-5.
- 14) 井村千鶴, 藤本亘史, 野末よし子, 他. 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. *癌と化学療法* 2010; 37: 863-70.
- 15) Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 888-93.
- 16) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42.
- 17) Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, et al. The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med* 2004; 164: 83-91.
- 18) 山岸暁美, 森田達也, 古村和恵, 他. 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. *癌と化学療法* 2011; 38: 1889-95.
- 19) 古村和恵, 宮下光令, 木澤義之, 他. 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望: 821名の自由記述からの示唆. *Palliat Care Res* 2011; 6: 237-45.

著者の申告すべき利益相反なし

Original Research

Changes experienced by physicians and nurses after a region-based palliative care intervention trial: the OPTIM-study

Tatsuya Morita¹⁾, Yoshiko Nozue²⁾, Yoko Hanada³⁾, Mitsunori Miyashita³⁾
Satoshi Suzuki⁴⁾, Hiroya Kinoshita⁵⁾, Yutaka Shirahige⁶⁾ and Kenji Eguchi⁷⁾

1) Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital, 2) Hamamatsu Cancer Support Center, Seirei Mikatahara General Hospital, 3) Division of Palliative Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine, 4) Department of Surgery, Tsuruoka Municipal Shonai Hospital, 5) Department of Palliative Medicine and Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital, East, 6) Shirahige Clinic, 7) Division of Medical Oncology, Teikyo University School of Medicine

The primary aim of this study was to collect the views of physicians and nurses in the regions where community-based palliative care intervention trial, the OPTIM-study, was performed. A content analysis of free comments of the questionnaire survey was conducted. Questionnaires were mailed to 1,763 physicians and 3,156 nurses after the intervention, and 706 and 2,236 responses were obtained, respectively. A content analysis identified 327 free comments from physicians and 737 from nurses. As favorable effects, the categories [Multidisciplinary teams and community networks were established] [Home-based care is widespread] [Medical knowledge and skills are acquired just as those involved in palliative care] emerged. The main effects of the community palliative care program included the establishment of multidisciplinary teams and community networks, development of home-based care, and increasing knowledge, skills, and awareness about palliative care.
Palliat Care Res 2012; 7(1): 121-35

Key words: palliative care, community, home-based care, network

Table 1 Favorable effects of community intervention on physicians and nurses (1)—[Multidisciplinary teams and community networks were established]

Sub-categories (Number of subjects: physician, nurse)	Physician	Nurse
[Smooth communication] (n=30, 46)	“Establishment of the palliative care unit facilitated smooth communication”, “As the palliative care unit was established, I knew who to consult”, “I had a chance to talk directly to people involved in palliative care in the workshop, which encouraged me to talk to anyone in later practice”, “I become able to call or e-mail health care workers involved in palliative care”	“I become able to contact and consult other health care providers about patients”, “I don’t hesitate to ask and discuss even a small matter”, “Now, I know how to contact to primary physician or health care workers in charge of patients”
[Increased opportunities to talk directly and share information among colleagues] (n=11, 21)	“Multidisciplinary case conferences before patients’ discharge provided me with a place for discussion and sharing information among colleagues”, “I have more chances to hear about patients transferred to home-based care”	“I have more chances to discuss directly with people involved in palliative care at multidisciplinary case conferences”, “Frequent information-sharing became possible after exchanging our e-mail addresses”
[I know the name, face, roles, and views of people associated with cancer care in the community] (n=8, 27)	“I know how people involved in care would perceive matters and think”, “Despite business-like communication, I can smoothly work with people involved in a patient’s care, because I know their personality”, “Since I had a chance to meet other health care workers at various meetings, I could establish real ‘face-to-face relationships’ with them”	“Because I know how other health care workers think and their level of understanding, I can smoothly communicate with them”, “Meetings run more smoothly, because I understand the situation and views of other health care workers”
[Palliative care network has been expanded] (n=7, 16)	“More alternative care approaches are developed”, “Mutual cooperation is achieved with local clinics”	“Horizontal relationships facilitated smooth cooperation”, “I could understand that there are many people eagerly engaged in palliative care”
[I started to consider a team-based approach] (n=4, 11)	“A multidisciplinary team approach helps me decide treatment plans”	“A nurse who is in charge of supporting home-based care helps me a lot”, “Integrated nursing care can be provided while discussing with palliative care nurses and nurses who coordinate discharge planning”
[Trusted relationships and a feeling of fellowship are developed] (n=1, 11)	“I got to know many people I can share ideas with”	“The awareness I had for people ‘working in other facilities’ was changed to ‘colleagues in the same region’”, “I achieved an increased awareness of cooperation”

Table 2 Favorable effects of community intervention on physicians and nurses (2) — [Home-based care is widespread]

Sub-categories (Number of subjects: physician, nurse)	Physician	Nurse
[Home-based care has become well-known as a common treatment option] (n=4, 30)	"Health care providers, patients, and family members started to understand that home-based care is not a unique option"	"More patients started to receive home-based care until the last moment of their lives", "A growing number of patients waiting for hospice care die at home"
[A care network has been developed] (n=11, 22)	"A doctor who refused to make home visits in the first year agreed from the second year", "More pharmacies support home-based care"	"Since more clinics and home-based care providers have started to provide palliative care services, more patients are encouraged to begin home-based care", "After the project started, home-based care providers did not refuse the management of patients requiring palliative care"
[Smooth transition to home-based care] (n=8, 24)	"A patient who required transfer to home-based care could be discharged on that day"	"Smooth transition is possible without taking any formal action. Every nurse tries not to waste patients' time", "Hospital discharge arrangements between hospital and community care services can be made faster than before", "Long-term care insurance has started to be applied much earlier than before"
[Discharge planning conferences for patients making a transition to home-based care] (n=2, 16)	"Multidisciplinary case conferences have started to be held"	"Multidisciplinary case conferences give me comfort because I can understand the personality of people involved in palliative care", "Discharge planning conferences help me know who to contact when I have a problem regarding patients"
[Emergency transfer of patients receiving home-based care became smooth] (n=1, 0)		

Table 3 Favorable effects of community intervention on physicians and nurses (3)—[Medical knowledge and skills are acquired just as those involved in palliative care] [I felt confident and a sense of accomplishment]

Sub-categories (Number of subjects: physician, nurse)	Physician	Nurse
[Palliative care knowledge and skills are increased] (n=14, 43)	"Misconceptions regarding narcotic drugs among physicians decreased", "Medical knowledge is increased", "Palliative care knowledge has become necessary for all physicians"	"Along with the spread of palliative care, even people engaged in welfare facilities started to accumulate knowledge on narcotic drugs", "As I learned how to assess pain of patients, I can now ask physicians to increase the dose of medication with confidence", "I started use pain-rating scales", "I obtained practical ideas at a multidisciplinary workshop, which was very helpful"
[I started to consider palliative or home-based care from the early stages of treatment] (n=9, 30)	"I started to have a positive attitude toward palliative care", "I started to think about the possibility of home-based care from the early stages of treatment"	"I pay attention to a patient's pain when providing care", "Since narcotic drugs were not used before the end-stage in conventional treatment, I saw many patients die in pain. Pain management has greatly improved"
[Increasing support from palliative care specialists] (n=14, 25)	"I received some useful advice on pain management from palliative care specialists", "The palliative care team has greatly contributed to the improvement of pain management"	"I can now ask about a patient's care anytime, since palliative care specialists have increased", "We are supported by the palliative care team, and this gives me a sense of security in care", "Community involvement disseminated technical knowledge to local care facilities"

Table 4 Favorable and unfavorable effects of community intervention on physicians and nurses

Categories Sub-categories (Number of subjects: physician, nurse)	Physician	Nurse
[Home care perspectives of hospital physicians and nurses]		
[Home care perspectives have been adopted by hospital physicians and nurses] (n=9, 26)	"I understood what types of physician work in the community and how to communicate with them", "I consider not only the living area, but also conditions and characteristics of the patient when choosing a local physician", "I became able to talk in a convincing manner"	"I provide hospital care in consideration of the home environment of patients", "Home care perspectives, such as the height of a toilet seat and handrail location, allowed me to provide rehabilitation for patients in a setting close to each patient's real home environment"
[Home care perspectives need to be adopted by hospital physicians and nurses] (n=1, 10)	"Not many hospital physicians are interested in home care. How to increase their interests would be a future problem"	"I often feel perplexed that many hospital nurses do not understand home-based nursing"
[Expansion of activities]		
[Limited expansions] (n=15, 30)	"Some local physicians and nurses avoid requests to provide home care", "There are local physicians who strive to provide home care. However, some physicians do not work diligently and send patients back to the hospital by ambulance if their condition deteriorates", "Physicians who belong to a different university affiliate are usually disregarded", "There are conceptual gaps among hospital physicians", "Most hospital referrals are concentrated to a single clinic"	"There is a significant difference in awareness of home care even among hospitals in the same region", "There is a gap in the level of concern among wards in a hospital", "Since a nurse in charge of patients has to be involved in their home care, I cannot participate in care even if I wish to"
[I don't feel any change] (n=14, 13)	"I have not seen any change in the acceptance status of terminal cancer patients at nursing facilities over the past three years", "I personally feel no change in local medical service"	"I don't feel any effects in our district"
[Less involvement/The intervention period was too short to feel the effects] (n=8, 16)	"The intervention period was too short to feel the effects", "My clinical practice did not change, because I rarely see cancer patients receiving home care"	"I don't feel any change, because I am never involved in the care of cancer patients", "Since few patients received palliative care on our ward, I have not had a chance to utilize the useful information given to us"
[I did not receive a project announcement] (n=8, 13)	"The project announcement was not made to general physicians", "Our hospital participated in the project, but I personally have not heard about this", "I've never received a project brochure"	"I've never heard of local support teams and lecture meetings", "Active promotion is needed to disseminate information to all nurses"
[The project involved the entire community] (n=6, 10)	"Community palliative care has been developed"	"People working in welfare facilities started to have medical knowledge"

[Recognition of patients, families, and the general public]		
[The recognition of home-based care has changed in health care professionals, but not in patients and their families] (n=15, 21)	"Even though physicians consider that cancer treatment and palliative care can be performed at the same time, most patients think that palliative care means end-of-life care", "Home-based care started to be well-recognized for physicians, but it needs to be further publicized for patients and their families", "Patients' families often prefer to keep the patient hospitalized for safety"	"Most families believe that it is difficult to take care of cancer patients at home", "Palliative care for cancer patients became popular among health care providers, but not among the general public"
[The awareness of patients, families, and the general public has gradually changed] (n=3, 7)	"Palliative care has been gradually understood by patients and families"	"Some cancer patients ask me about palliative care", "More families talk about palliative care"
[I am aware of a sense of security in patients and their families] (n=5, 4)	"Patients and their families are satisfied with treatment, because it has allowed them to realize their wishes", "The number of patients who look depressed and hopeless decreased over the past few years", "I am aware of a greater sense of security and peace in patients and their families"	"Many patients were discharged and transferred to home-based care, and all of them are satisfied with it", "More patients choose to die at home, and I often receive appreciation from patients and families"
[Patients and families do not wish to receive home-based care] (n=3, 6)	"There are many patients who were recommended and started home-based care without careful consideration", "Since the advantages of home-based care are stressed too strongly, it makes me concerned that some patients may be discharged without enough preparation"	"There are many patients who are discharged before appropriate care coordination. Some patients died shortly after discharge, because their families were not ready to take care of them", "It is often questionable who (patient, family, health care providers) actually decided to shift to home-based care"
[A gap in thinking between patients and their families] (n=1, 4)	"It is difficult when there is a gap in thinking between patients and their families"	"Some families refuse to accept the patient, even if he/she wishes to return home"

Table 5 Future tasks based on the experience of physicians and nurses

		Physician	Nurse
The program needs to be continued and disseminated (n=33, 84)	- It is important to continue	13	32
	- It is important to disseminate to:		
	hospital physicians and nurses	4	27
	outpatients	6	5
	non-cancer patients or children receiving palliative care	4	2
	treatment of small cancer tumors or dyspnea	3	1
	school instructors	1	2
	rural areas facing decreasing access to healthcare service	1	1
	healthcare facilities	1	0
	patients who have not been told of their disease	0	4
	reduce sleepiness and pain	0	4
	understand community resources	0	2
	patients with rapid progression	0	2
bereavement follow-ups	0	1	
death, grief, and bereavement conference	0	1	
Busyness/Care provided by health care workers (n=19, 30)	- Too busy to engage in palliative care	18	28
	- Health care workers involved in palliative care need to be supported	0	2
Quality improvement (n=9, 33)	- Care quality needs to be improved	9	33
Lack of care resources (n=34, 63)	- Lack of care resources, Too great a care burden on family members	11	24
	- The number of clinics providing home care and care quality need to be increased	8	18
	- Insufficient human resources	7	8
	- The number of visiting nurses and care quality need to be increased	5	9
	- A palliative care ward should be established	3	4
A re-examination of the system (n=18, 36)	- Palliative care strategies should be reconsidered	3	7
	- Too many narcotic drugs make the work complicated and cause a stock volume increase	3	3
	- Too high an economic burden	3	2
	- The community network should be simplified	1	4
	- Shortage of nurses during the night and weekend	3	1
	- The care manual should be updated and revised	2	2
	- Distribution problems regarding medical supply	2	1
	- Nursing care insurance should cover young patients	1	1
	- Differences in roles and authority between physicians and nurses	0	15

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—

山岸 暁美*¹ 森田 達也*² 古村 和恵*³ 末田 千恵*⁴ 白髭 豊*⁵
 木下 寛也*⁶ 秋月 伸哉*⁷ 鈴木 聡*⁸ 加藤 雅志*⁹ 江口 研二*¹⁰

〔Jpn J Cancer Chemother 38(11):1889-1895, November, 2011〕

Problems and Potential Solutions of Regional Palliative Care: A Trial of the Multiregional and Multidisciplinary Conference in the OPTIM Study: Akemi Yamagishi*¹, Tatsuya Morita*², Kazue Komura*³, Chie Sueda*⁴, Yutaka Shirahige*⁵, Hiroya Kinoshita*⁶, Nobuya Akizuki*⁷, Satoshi Suzuki*⁸, Masashi Kato*⁹ and Kenji Eguchi*¹⁰ (*¹Dept. of Nursing, Seirei Christopher University, *²Dept. of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital, *³Graduate School of Human Science, Graduate School of Medicine, Osaka University, *⁴Hosei University Graduate School of Social Well-Being Studies, *⁵Director, Shirahige Clinic, *⁶Dept. of Palliative Care, National Cancer Center East, *⁷Chiba Cancer Center, Psycho-Oncology Division, *⁸Tsuruoka City Shonai Hospital, *⁹National Cancer Center, *¹⁰Division of Medical Oncology, Dept. of Internal Medicine, Teikyo University School of Medicine)

Summary

Quality palliative care is required at the community level, and interaction among multidisciplinary practitioners from various regions might be useful for improving community palliative care. The aims of the present study are: 1) to evaluate the participant's-perception of the usefulness of the interactive conference of multidisciplinary multiregional healthcare practitioners, and 2) to clarify the areas needing to be improved in community palliative care, raised in the conference. A total of 336 multidisciplinary practitioners from 4 areas of Japan participated in the conference. Overall, more than 80% of the participants evaluated the conference as very useful or useful; more than half reported that the conference was very useful or useful to "obtain a concrete solution for the obstacles" and to "utilize the lessons though the conference as a means to improve quality of care in their own community." The identified areas needing improvement are: 1) developing an interactive networking among healthcare practitioners and/or organizations in the community; 2) developing a system of high-quality, easily-available specialized palliative care service; 3) improving the knowledge and perception of medical professionals concerning palliative care and home care; 4) developing a collaborative care system between hospitals and community healthcare practitioners and/or organizations; 5) developing a collaborative care system among community healthcare practitioners and/or organizations; 6) optimizing existing resources available in the community; 7) improving the perception of patients and the general public about palliative care, home care, and cancer; and 8) to reevaluate the regulations, laws, healthcare system, and financial or human resources at the social level. Key words: Palliative care, Community, Home, Cancer (Received Dec. 28, 2010/Accepted Mar. 16, 2011)

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、地域の顔のみえる関係の構築、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。

*¹ 前 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室
 *² 聖隷三方原病院・緩和と支持治療科
 *³ 大阪大学大学院・人間科学研究科
 *⁴ 法政大学大学院・人間社会研究科
 *⁵ 白髭内科医院

*⁶ 国立がんセンター東病院・緩和ケア科
 *⁷ 千葉県がんセンター・精神腫瘍科
 *⁸ 鶴岡市立荘内病院
 *⁹ 国立がんセンター中央病院
 *¹⁰ 帝京大学医学部・内科学講座

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¹⁻⁶⁾。わが国においても地域の緩和ケアの取り組みがはじめられている⁷⁾。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⁸⁻¹¹⁾。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わ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。

I. 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¹²⁾。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・発表の後、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。一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あげられた、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生かすこと、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顔のみ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作ること) 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の方法論を参考に内容分析を行った¹⁰⁾。地域緩和ケアの課題と解決策に関する一つの意味内容を含む文章を1単位とした。一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下に、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。

II. 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%、20~30 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。

1. 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」、「顔のみえる関係を作ること」に「とても役に立った・役に立った」と回答した。

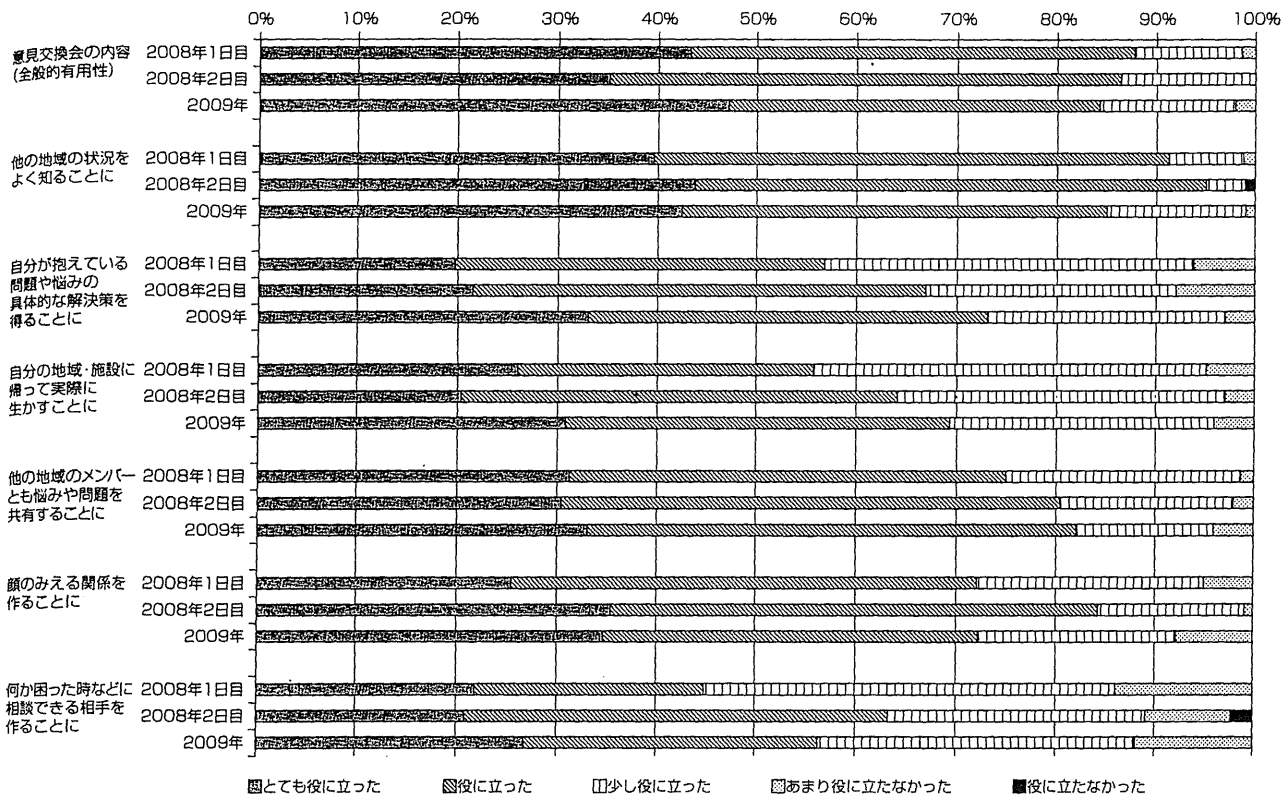


図1 意見交換会の有用性

2. 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「顔のみえる関係」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[ノウハウをもっている施設とも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あげられた。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あげられた。オピオイドの使用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。患者の退院に当たって、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あげられた。この他、[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]の必要性があげられた。

5) 【地域内の連携促進】

地域の在宅療養にかか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あげられ、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・周知があげられた。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あげられた。

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、家族の負担があげられた。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]があげ

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「顔のみえる関係」の構築	多職種間での交流	・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
	ノウハウをもっている施設ともっていない施設との交流	・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	・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
	行政の不参加	・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	顔がみえないことによるコミュニケーションの困難	・電話やFAXなど相手の顔がみえない手段で連絡をとる場合、顔のみ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	・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外来患者の支援体制がない
	在宅療養患者への専門家の支援体制	・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	・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わからない
医療者の緩和ケア・在宅ケアに関する認識・知識の向上	緩和ケアチームと主治医チームの協調	・主治医と緩和ケア医の協力体制の構築が難しい
	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
	緩和ケア＝末期という認識	・（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
	緩和ケアの重要性の認識	・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
	療養場所の重要性の認識	・病院の医療者が、患者や家族にどこで療養した方がいいかを確認していない
病院と地域との連携促進	評価方法・スクリーニング方法	・疼痛の評価方法がバラバラである、緩和ケアのニーズをスクリーニングする方法がない
	地域医療者への早めの紹介・準備	・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へ駆け込んでくる
	自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ようかわからない、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
	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決まっていない、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わからない、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	・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
退院調整の振り返りを継続的に行うシステム	・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	

表1 つづき

大カテゴリー	小カテゴリー	代表的な項目
地域内の連携促進	患者についての基礎的な情報の共有	<ul style="list-style-type: none"> 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わからない, 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, 患者がもつツールでは患者家族にみせられないこと(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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 医療福祉従事者がどこに相談してよいかかわからない問題を抱えている時, 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	<ul style="list-style-type: none"> 麻薬を取り扱っている, 訪問薬剤指導ができる薬局がわからない, 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	<ul style="list-style-type: none"> 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)どこにあるのかわからない
	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	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 患者の医療用麻薬に対する誤解	<ul style="list-style-type: none"> 「緩和ケアはまだいいです」と言われる 「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
	医療者への遠慮	<ul style="list-style-type: none"> 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いえなかった
制度・社会の問題	他の業務との労働量のバランス・資源の不足	<ul style="list-style-type: none"> 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を得ない, 「緩和ケアをする時間がありません」と病棟看護師にいわれる
	介護力不足	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 認定前に患者が亡くなることもある(急激に状態が悪化する)
	経済的問題 緩和ケア病棟での入院基準	<ul style="list-style-type: none"> 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

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速いために運用が難しい [介護保険] などがあげられた。

Ⅲ. 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み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」、「顔のみえる関係を作る」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、多数の緩和ケアにかか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^{8,11)}。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「顔のみえる関係」の構築

地域内の交流が同職種や一施設内に限定されている一方で、職種や施設を越えて顔を合わせるにより、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、「顔のみえる関係を作る」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「顔のみえる関係」を構築していくことは、同一の職種や施設のなかだけでは解決しない方法に気付き、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¹²⁾、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上で、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¹³⁾。講義とグループディスカッションを組み合わせさせた教育介入の有用性が一地域において報告されている¹⁴⁾。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¹⁵⁾。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上で、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あげられた。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」ことがあげられた。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、家族の負担があげられ、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あげられた。これらは、これまでも繰り返し指摘されており^{16,17)}、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、わ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ことが挙げられる。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みえる関係の構築、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。

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」により実施した。介入4地域の研究協力者およびデータ整理のサポートをくださった中村香織さんに感謝申し上げます。

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* 19: 3884-3894, 2001.
- 2) Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C, *et al*: Development, implementation, and process evaluation of a regional pal-

- liative care quality improvement project. *J Pain Symptom Manage* 38: 483-495, 2009.
- 3) Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, *et al*: Edmonton regional palliative care program: impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 161: 290-293, 1999.
- 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* 24: 239-244, 2002.
- 5) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団: 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. 2008.
- 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 Res* 4: 112-122, 2009.
- 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* 20: 204-209, 2010.
- 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* 20: 308-312, 2010.
- 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* 25: 412-418, 2008.
- 10) Krippendorff K: Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1980. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待。(三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明・訳), 初版, 勁草書房, 東京, 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* 10: 390-399, 2007.
- 12) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, *et al*: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23: 2637-2644, 2005.
- 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* 30: 1553-1563, 2009.
- 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* 43: 5-15, 2006.
- 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* 31: 306-316, 2006.
- 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)