

れている<sup>4),5)</sup>。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<sup>6)</sup>、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<sup>7)</sup>。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<sup>8)~12)</sup>。

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。おもな研修方法は、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振り返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、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、④お互いに顔の見える関係になること）について、「とても役に立った」「役に立った」「少し役に立った」「あまり役に立たなかった」「役に立たなかった」の5件法で聞いた。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<sup>13)</sup>を参考に内容分析を行った。本研究では、研修のニーズ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。1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をもとに、3名の合意が得られるまで議論を行った。研修のニーズ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。

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。

## 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年間に関与し亡くなったがん患者数は中央値6（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ズ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」とことと，「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】【自分自身を振り返る】【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】【さらに広げていきたい】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け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ちで，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，たくさんの強い薬を使って，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」（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

表2 緩和ケア病棟における研修の有用性

	役に 立たなかった	あまり役に 立たなかった	少し 役に立った	役に立った	とても 役に立った
総合的に	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	24% (n=6)	76% (n=19) [56~89%]
お互いに顔の見える関係になることに	0% (n=0)	4.0% (n=1)	8.0% (n=2)	24% (n=6)	64% (n=16) [44~80%]
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	0% (n=0)	0% (n=0)	4.0% (n=1)	36% (n=9)	60% (n=15) [41~77%]
連携の課題を共有することに	0% (n=0)	0% (n=0)	16% (n=4)	32% (n=8)	52% (n=13) [33~70%]
症状マネジメントについて知ること	0% (n=0)	0% (n=0)	24% (n=6)	48% (n=12)	28% (n=7) [14~48%]

[ ]:95%信頼区間

表3 緩和ケア病棟における研修に参加したことによる体験

緩和ケア病棟を知る	<ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア病棟での患者の生活や行われている医療・ケアを知る</li> <li>緩和ケア病棟を実感をもって知る</li> <li>おだやかさや自由さを感じる</li> <li>緩和ケア病棟についての患者・家族のイメージ（治療がない、死を待つところ）を知る</li> </ul>
緩和ケアの知識や技術を学ぶ	<ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメントに裏づけされた数値だけに頼らないケアを学ぶ</li> <li>症状マネジメントや精神的ケアについて学ぶ</li> <li>日常のコミュニケーションのなかで患者・家族と信頼関係を築いていく方法を学ぶ</li> <li>早期からの緩和ケアについての課題を感じる</li> </ul>
チームのあり方を学ぶ	<ul style="list-style-type: none"> <li>上下関係なくタイムリーに相談や支え合いができていこうを感じる</li> <li>目標を達成するために看護師もプロフェッショナルとして発言するチーム医療を学ぶ</li> </ul>
自分自身を振り返る	<ul style="list-style-type: none"> <li>自施設で行っているケアを見直す機会となる</li> <li>自分が行っているケアを見直す機会となる</li> </ul>
患者・家族へのケアが変化する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の生き方について話し合えるようになる</li> <li>身構えずに死を前にした患者に寄り添えるようになる</li> <li>家族に自ら言葉をかけ関わっていくようになる</li> </ul>
緩和ケア病棟との連携に対する認識や実践が変化する	<ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア病棟を自施設のスタッフや患者・家族に紹介しやすくなる</li> <li>緩和ケア病棟の相談窓口や連携のとり方が分かるようになる</li> <li>緩和ケア病棟の対象となる患者や優先される条件が分かるようになる</li> <li>緩和ケア病棟について伝えることや選択肢に入れることの難しさを感じる</li> <li>研修後も緩和ケア病棟とつながり学んでいきたいと考えるようになる</li> </ul>
さらに広げていきたい	<ul style="list-style-type: none"> <li>再度研修の機会をもつ、研修の職種をひろげるなど、より個別のプログラムを希望する</li> <li>実際のケア（入院、エンゼルメイクなど）をもっとみたいと思う</li> <li>よりスタッフと対話し考え方を共有したい</li> </ul>

強くなった」(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うと感じた」(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合って、1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。

【自分自身を振り返る】とは自施設や自分自身のあり方を振り返る機会となることを指す。「なかなか他の人のやり方を見ることはない。(自分を)振り返る機会になった」(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振り返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、情報があっ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、【さらに広げていきたい】という意思が表現された。

## 考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、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はじめての研究である。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。

最も特徴的であったことは、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、振り返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<sup>14)</sup>。実際に緩和ケア病棟に入院した後では、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<sup>15)</sup>。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」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ともに、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: II 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. 初版. 東京: 青海社; 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 臨床現場に必要なとされる 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. 初版. 東京: 青海社; 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. 初版. 東京: 青海社; 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. 初版. 東京: 青海社; 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.

## 臨床現場が必要とする緩和ケアを提供するために 院内外の“ゆるやかなネットワーク”づくりに力を注ぐ

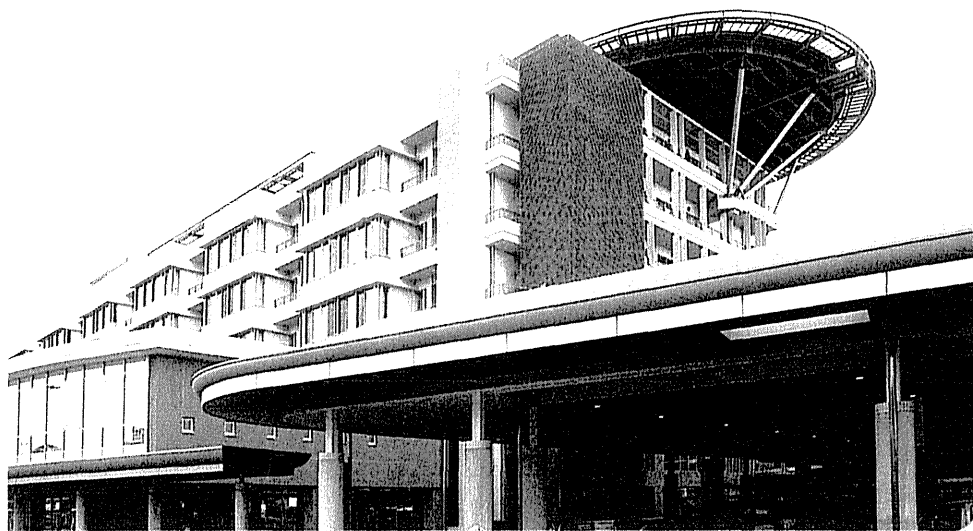
社会福祉法人 聖隷福祉事業団

### 総合病院 聖隷三方原病院 (静岡県 浜松市)

聖隷三方原病院が「緩和ケアチーム」を立ち上げたのは全国的にも早く 2003 年のことである。

同病院では、コンサルテーション型を基本に、患者さんの悩みや症状に対してそのつど必要な職種を編成し、対応してきた。

また、近年は厚生労働省の研究事業にも積極的に参加し、地域における継続的な緩和ケアのあり方を模索している。



写真ご提供：聖隷三方原病院

#### 痛みの状況や緩和ケアの内容を可視化し 主治医も取り組める体制を構築

聖隷三方原病院は、1981年に日本で初めてのホスピスを開設した医療機関としてつとに知られ、2003年にはいち早く「緩和ケアチーム」を立ち上げている。その中心的な役割を果たしているのが同時に開設された「緩和支援治療科」である。日本ではあまりなじみのない診療科名だが、“Palliative & Supportive Care”を日本語に置き換えたもので、命名にあたっては「治癒しない患者さんのケアだけでなく、治癒する患者さんの治療の下支えも行い、患者さん一人ひとりのQOLを高める」という意味が盛り込まれている。

緩和ケアチームの創設期よりコア・メンバーとして活躍している緩和支援治療科部長の森田達也氏は、同チームの特徴として次の3つを挙げている。まず1つ目は、主治医の治療方針にそぐわない介入はしないこと。2つ目は経験豊富な勤務15年以上の医師や看護師がコア・メンバーとして活動しているため、院内の事情に精通し、各部署の責任者とも顔見知りで

コンタクトを取りやすいこと。そして、3つ目はコア・メンバーの医師が緩和医療の専門家なので、主治医よりも疼痛や苦痛の緩和やケアに関する知識とスキルがあることだ。これは、緩和ケアチームがコンサルテーション型を基本とし、活動していることとも関連する。

「当院で働いている医師の多くは、3～4年で異動するため、緩和ケアチームが稼働していない病院に赴任することもあります。そういう病院でも、それぞれの医師が基本的な緩和ケアを自ら提供できるようにしておくことが大事だと考えたからです」と、森田氏はコンサルテーション型を採用した狙いを説明する。



緩和支援治療科 部長 森田 達也 氏

「緩和ケアは、時期の早い遅いではなく患者さんが何かで苦しんでいる時に提供されるべきです」

コンサルテーション型を実践するにあたり、緩和ケアチームでは初診評価シートや疼痛評価シートを作成し、痛みの状況やそれに依拠して提供される“緩和ケアの内容が可視化できる”ように努めてきた。その結果、主治医も積極的に疼痛管理に取り組んでいるという。「最近では、疼痛管理そのものよりも疼痛管理の評価をしてほしいという依頼が増えてきました」と、森田氏は手応えを感じている。また同病院では、このような医師を支援するため、緩和ケアチームが作成した症状緩和ケアマニュアルやオピオイドの処方電子カルテ上で閲覧できるシステムを導入している。

### がん看護に携わる看護師らを中心に 患者さんへの働きかけに努める

さらに同病院では、がん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師、がん化学療法看護認定看護師らが中心となり、医師のサポートやケアが必要な患者さんに適切に緩和ケアチームが介入できるような働きかけにも努めている。「主治医一人で抱え込んでしまわないように、苦痛を取ることに難渋していたり、患者さんに緩和ケアのサポートを切り出せずに困っていたりする医師には緩和ケアチームとの調整を積極的に働きかけるようにしています」と、腫瘍センターのがん看護専門看護師 佐久間由美氏は語る。



腫瘍センター がん看護専門看護師  
佐久間 由美氏  
「気軽に相談できる雰囲気も大切です」

また、外来化学療法室では来院した患者さん全員に対して、看護師が毎回「生活のしやすさに関する質問票」を実施し、患者さんの状態を継続的に把握し、問題が見つかった場合にはすぐに主治医に報告す

るシステムが2007年から稼働している(図1)。この質問票は緩和ケアチームが作成したもので、当初は緩和ケアに関する質問項目のみであったが、化学療法室の看護師からの提案により、現在では副作用を確認できる項目や退院支援に関する項目も追加されている。

「この質問票によって、患者さんの悩みや想いを引き出しやすくなり、患者さんがいま最も気にかけていることを把握できるようになりました」と、森田氏は評価する。

現在では、化学療法室だけでなく腫瘍センターの病棟やその他の外来でも使用されている。腫瘍センター がん化学療法看護認定看護師の加藤亜沙代氏は、質問票の活用が院内に広まってきたことを評価しつつも「質問票の点数には表れてきませんが、非常に大きな問題を抱えている患者さんがいらっしゃいます。そのような患者さんにいかに気付き、主治医や緩和ケアチームに繋いでいくのが私たち看護師の役割であり、課題です」と話す。



腫瘍センター がん化学療法看護認定看護師  
加藤 亜沙代氏  
「質問票は患者さんの生活にも視点が向いているのが良い点ですね」

### 患者さんやご家族、主治医の意思を最優先し緩和ケアチームはサポートに徹する

このような体制が構築された今、緩和ケアチームが依頼を受ける患者さんは、主治医が自分たちの手には負えないと判断した困難事例が中心になる。森田氏は、緩和ケアチームがかかわる際のポイントとして、その患者さんの悩みや症状に対し、そのつど必要な職種を編成できることを挙げる。特にコアメンバーだけでは解決しにくい困難事例の場合、このような関わりが重要な鍵を握る。

図1 生活のしやすさに関する質問票

#### Step 1

生活のしやすさに関する質問票

22歳 08月24日 00歳 00歳 25歳 00歳

① 生活のしやすさに関する質問票

② 生活のしやすさに関する質問票

③ 生活のしやすさに関する質問票

4 生活のしやすさに関する質問票

5 生活のしやすさに関する質問票

6 生活のしやすさに関する質問票

7 生活のしやすさに関する質問票

8 生活のしやすさに関する質問票

9 生活のしやすさに関する質問票

10 生活のしやすさに関する質問票

11 生活のしやすさに関する質問票

12 生活のしやすさに関する質問票

13 生活のしやすさに関する質問票

14 生活のしやすさに関する質問票

15 生活のしやすさに関する質問票

16 生活のしやすさに関する質問票

17 生活のしやすさに関する質問票

18 生活のしやすさに関する質問票

19 生活のしやすさに関する質問票

20 生活のしやすさに関する質問票

21 生活のしやすさに関する質問票

22 生活のしやすさに関する質問票

23 生活のしやすさに関する質問票

24 生活のしやすさに関する質問票

25 生活のしやすさに関する質問票

26 生活のしやすさに関する質問票

27 生活のしやすさに関する質問票

28 生活のしやすさに関する質問票

29 生活のしやすさに関する質問票

30 生活のしやすさに関する質問票

#### Step 2 : スクリーニングテンプレート

生活のしやすさに関する質問票

目的: 体位、苦痛なし

目的: 目的が2以上なので、患者の苦痛と確認し対応した

この24時間では体位が一番悪い時はどれくらい改善されましたか(%)

【痛み】 7以上なので

医師に報告し薬の調整について相談した

緩和ケアチームに介入してもらうように調整した

その他(マッサージ、温熱療法などの対応方法)

【吐気】 7以上なので

【だるさ】 7以上なので

【食欲不振】 7以上なので

【副作用の体り】 7以上なので

【吐瀉】 7以上なので

#### Step 3 : カルテ

生活のしやすさに関する質問票

体の症状

体の症状が2以上なので、患者さんの苦痛を確認し対応した

◆「痛み」7以上なので、医師に報告し薬の調整について相談した

緩和ケアチームに介入してもらうように調整した



「そのためには、院内に“ゆるやかなネットワーク”を築いておくことが何よりも大事です。もともと当院では、どの分野においても横断的チームがよく機能している風土がありました。緩和ケアチームに関してもコア・メンバーが院内の事情に精通し、各部署の責任者ともコンタクトを取りやすいという強みを生かし、スムーズな横の連携が行われていると思います」と、森田氏は説明する。つまり、同病院ではコア・メンバーを核に院内のスタッフ全員が緩和ケアチームの一員だということでも過言ではないのだろう。

また、患者さんにかかわる際の注意点として、森田氏は次の点を指摘する。それは、患者さんやご家族の意思を最優先することだ。医師や看護師からサポートの依頼を受け、患者さんのもとに出向いてみると、患者さん自身は緩和ケアチームの支援を必要としていないことがある。「患者さんに断られたら、直接的な関わりは中止し、医師や担当看護師に対する支援のみに徹します。緩和ケアチームが患者さんのもとに出向くことで、患者さんやご家族のつらさや不安が増すような状況だけは何としても避けたいからです」と、森田氏は言い切る。このような対応の背景にも、緩和ケアチームはあくまでもサポート部門であるという方針が貫かれている。

「患者さんやご家族だけでなく、主治医や担当看護師など現場が必要とする支援を、いかに的確に提供できるか。そこに緩和ケアチームの存在意義があると思います。これは、緩和ケアチームのあり方を求め、試行錯誤を繰り返す中で行き着いた1つの答えです」と、森田氏は話す。

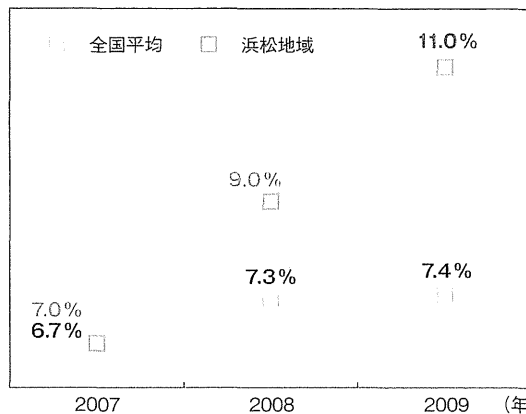
### 3年間の研究事業がきっかけとなり 地域で「顔の見えるネットワーク」を築く

一方、森田氏らは2008年から3年間、国の研究事業である「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」にも参加し、地域(在宅)における継続的な緩和ケアのあり方を模索してきた。この研究事業で明らかになったのは地域でも“ゆるやかなネットワーク”づくりが重要であるということだった。

「研究事業を開始した当初は地域に疼痛コントロールの技術を普及すればよいと考えていましたが、実際には“顔の見えるネットワークづくり”に対するニーズが強かったのです。診療所の医師や訪問看護師、ケアマネジャーらと話し合ってみると、お互いに何ができるのか、誰が何を担当しているのか知らないことに気づいたのです」(森田氏)。研究事業では、地域の医療福祉関係者が誰でも参加できる「浜松多職種カンファレンス」をはじめ、「連携ノウハウ共有会」「困難事例カンファレンス」など、地域連携を促進する事業を実施し、がん緩和医療に関心のある医療福祉関係者500人が参加するメーリングリストも構築した。これらが“顔の見えるネットワークづくり”に役立ったという。

地域における役割分担が明確になるにつれ、病院側も“この患者さんは誰に依頼すれば自宅に戻れるのか”がわかるようになった。同時に、“自宅で療養できる状態で退院させてほしい”という地域のニーズを受け入れ、在宅視点の医療やケア—注射薬の麻薬を内服薬や貼り薬に変更するなど—に取り組むようになった。「院内に在宅の視点が持ち込まれたのは非常に大きかったです。病棟看護師のケアの内容もずいぶん変わりました」と、佐久間氏も評価する。

図2 全国・浜松市のがん在宅死亡率\*



\*がん患者の全死亡のうち、自宅で死亡した患者さんの割合(%) OPTIM 報告 2010

今後の課題は、分業化時代の中で、患者さんやご家族が抱えているつらい気持ちを、誰がどのように支えていくのかを検討することだ。「患者さんは職種に関係なく、話しやすい医療者を選んで心の支えにしている」と森田氏。佐久間氏も「緩和ケアに携わる者は、どの職種であっても患者さんを支えるスタンスを持ち、コミュニケーション・スキルを身につけることが必要です」と話す。これは緩和ケアにかぎらず医療人としての根幹にかかわるテーマだが、現状では体系的に教育を受ける場がないため、このような教育支援をすることも、緩和ケアチームに求められる役割の1つなのかもしれない。

全国的に緩和ケアが普及してきつつあるとはいえ、そのあり方をめぐり、どの医療機関も試行錯誤の真っ只中にある。それは聖隷三方原病院も例外ではない。しかし、“ゆるやかなネットワーク”をキーワードに、臨床現場から真に求められる緩和ケアのあり方をめざして進化を続けている——。





## 在宅緩和ケアに関する望ましいリソースデータベース とは何か？—多地域多職種を対象とした質的研究

山岸 暁美\*<sup>1)</sup> 赤澤 輝和\*<sup>2)</sup> 瀬尾利佳子\*<sup>3)</sup>  
末田 千恵\*<sup>4)</sup> 古村 和恵\*<sup>5)</sup> 森田 達也\*<sup>6)</sup>

*What is a Desirable Resource Database about Regional Palliative Care?— A Qualitative Study*

Akemi Yamagishi, Terukazu Akazawa, Rikako Seo, Chie Sueda, Kazue Komura and Tatsuya Morita

Key words : 緩和ケア, リソース, 地域

● 緩和ケア 21 : 443-448, 2011 ●

### 背景・目的

近年,在宅緩和ケアのニーズが高まっている<sup>1,2)</sup>.しかし,「在宅緩和ケアを提供する医師」など地域の利用可能なリソースが分からないことが患者側からみた在宅緩和ケア利用のバリアとしてしばしば挙げられる<sup>3)</sup>.その1つの解決策として,在宅緩和ケアに関わるリソースデータベース(以下,RDB)の作成が各地で行われている.医師会,行政などが地域の客観的な情報を取得し,在宅緩和ケアに関わるRDBとして公開している地域もある<sup>4~8)</sup>.また,取材や自己申告による民間の情報冊子や,配布対象を限定した冊子も作成されている<sup>9~12)</sup>.

しかし,在宅緩和ケアに関わるRDBについて,多地域・多職種を対象として課題等を明らかにした調査報告はない.したがって本研究の目的は,地域の医療福祉従事者からみた,在宅緩和ケアに

関する望ましいRDBとは何かを探索することである.

### 対象・方法

2つのフォーカスグループインタビューをそれぞれ別々に実施した.一方は,1市に勤務する病院と地域の双方を含む医療福祉従事者17名(総合病院の医療ソーシャルワーカー〈以下,MSW〉4名,地域連携・相談支援担当看護師2名,診療所医師2名,診療所看護師1名,訪問看護ステーション看護師2名,保険薬局薬剤師3名,居宅介護支援事業所ケアマネジャー1名,地域包括支援センター社会福祉士・看護師2名)を対象とした.もう一方は,13地域の病院の地域連携担当者15名(MSW5名,地域連携・相談支援担当看護師6名,医師1名,事務職3名)を対象とした.

フォーカスグループを採用したのは,多職種での相互作用の結果,得られる知見を収集すること

\*<sup>1)</sup> 前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生教室 : Formerly Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University (〒160-8582 新宿区信濃町 35)

\*<sup>2)</sup> 聖隷三方原病院医療相談室, \*<sup>3)</sup> 鶴岡協立病院地域医療連携室, \*<sup>4)</sup> 法政大学大学院人間社会研究科,

\*<sup>5)</sup> 大阪大学大学院人間科学研究科, \*<sup>6)</sup> 聖隷三方原病院緩和支援治療科

0917-0359/08/¥400/論文/JCLS

表1 在宅緩和ケアに関するリソースデータベースの現状、課題、改善点

カテゴリー	サブカテゴリー
リソースデータベースはあるが 使途に限界がある	リソースデータベースはあるが知られていない (5) 情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない (6) 限られた職種しか使わない (9) リソースデータベースは最低限の目安としては役に立つ (18)
既存のリソースデータベース の内容には限界がある	リソースデータベースの更新が遅い (11) リソースデータベースを作れるだけの資源がない (8) 公開されている情報と実態とが違う (5) リソースデータベースの情報内容の定義があいまいである (10) 公開すると得意分野や能力に関する情報を記載できない (22)
既存のリソースデータベース にはないが必要な情報がある	できる・できないではなくて相談が可能か (4) 連絡先やファーストコンタクトの方法 (14) 診療の理念 (3)
ヒューマンネットワークの存在 が前提である	リソースデータベース閲覧で完結することはなく、直接個別に 相談することが必須である (21) できる・できないは実際に連携しながら変化していくものであり、 変えていくことが大事である (7) 地域のリソースの状況について face-to-face で情報交換する 機会が重要である (9) 患者が選ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない (3)

数値は単位数を示す

を目的としたためである。RDB を利用する医療福祉従事者として、診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなど、地域の医療福祉従事者と病院で地域連携に関わるものの両方を含むグループと、病院で地域連携に関わるものからなるグループを設定した。時間は108分、80分であり、ファシリテーター1名（著者の1名）を置いて行った。

質問内容は、在宅緩和ケアのRDBの現状、課題、改善点（「今ある情報の中で利用するものはありますか？」「実際にそれらを利用したり共有していくうえで、良い点や改善点はありますか？」など）を用いた。発言内容は録音し、研究目的などについて文書同意を得た。

在宅緩和ケアのRDBの現状、課題、改善点に関する発言内容を意味ごとに区切り、2名の研究者が緩和ケア専門医師1名のスーパービジョンのもとに合意が得られるまで内容分析を行った<sup>13)</sup>。カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは[ ]、意味単位は「 」で表現し、意味単位の出現数はカ

ウントした。当初、グループ毎に分析したが、結果が類似していたため、併せて分析した。

## 結果

合計152単位の意味単位から6のカテゴリーと16のサブカテゴリーが抽出された（表1）。

### 【RDBはあるが使われていない】

参加者の地域には、行政や医師会などが作成した在宅医療を行う診療所などのリストがそれぞれのホームページで公開されており、さらに民間が作成したRDBも存在した。

しかし、複数の参加者が「あること自体知らない人が多い」「こういうシステムがありますよと知らせがあっても忘れられる」などと、[RDBはあるが知られていない]ということ述べた。

[情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない]

作成した団体ごとにRDBがバラバラに公開されているため、「どこでRDBを見ることができ

るのが分からない」「RDBはあるが、欲しい情報へのたどり着き方を皆知らない」など、[情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない]ことが述べられた。

解決策として、「行政などがまとめてリンク集をつくって、案内してほしい」など、複数の参加者が、バラバラにある情報を集約し、周知するシステムの必要性に言及した。

【限られた職種しか使わない】

RDBは【限られた職種しか使わない】、すなわち、利用者は連携の担当者に限られていることを述べた。

【RDBは最低限の目安としては役に立つ】

RDBの役割としては、基礎的な情報として参考になる程度であったとした参加者が多かった。参加者は、「基本的、最低限のライン」「RDBは道具、目安のツール」などと評価した。ある参加者は、「項目はあまりいらぬ。前は（連携がうまくいかないのは）項目が少ないためと思っていたが、そうではない」などと、項目は網羅される必要はなく、最低限の目安があればいいと言及した。

【既存のRDBには限界がある】

参加者はRDBの以下の限界を挙げた。

【RDBの更新が遅い】

RDBの情報が古く、年1回の更新でも現状に追いつかないことを多くの参加者が述べた。「診療所は〇〇先生が来たから〇〇ができる」「××先生が移動したので××はできない」「実際は休業中の事業所が書いてあったりする」「ケアマネジャーは入れ替わりが激しい。1人医療が得意な人がいても、1人辞めたら、また一切受けなくなってしまう」とめまぐるしい地域のリソースに関する変化について述べた。

【RDBを作れるだけの資源がない】

地域によっては、そもそも、RDBを作れるだけの医療機関やサービスがないことが挙げられた。参加者は、「医療過疎地なので診療所自体が（数えられるくらいに）限られている」と述べた。

【公開されている情報と実態とが違う】

公開されている情報と実態とが違うことが多くの参加者から指摘された。RDBは提供可能な診療やケアに○をつけるスタイルのものが多く、これに関して意見が2通りあった。

「公開が前提だから、実際には診ていなくても○が付いている」「利益がからんでくるので×はつけにくい」「1人しかいない日は×の時があっても、可能な日も多いので○をつけている」などという意見がある一方、「実際には行っているが）、公開したら受け皿として担えない怖さがある（から○はつけない）」「自分はできても、同僚ができるかを考えると○はつけにくい」などと述べた。

【RDBの情報内容の定義があいまいである】

RDBの情報内容や項目の定義があいまいであるとの意見が寄せられた。特に、「ターミナルが可能か」については複数の参加者が明確な定義自体が難しいことを指摘した。ある参加者は、「『ターミナル可』とあっても看取りにだけ対応するのか、呼吸困難など難しい症状緩和にも対応してくれるのか（複雑な病態に応じた個別性の高い判断が必要な対応も可能なのか）、○や×だけでは判断ができない」と述べた。

【公開すると得意分野や能力に関する情報を記載できない】

多くの参加者が、実際に必要だと思う情報は、施設や個人の得意分野や能力に関することであり、RDBに記載することは難しいことを言及した。

参加者は、「（医師の）所属学会や専門医の情報が欲しい」「ケアマネジャーがせめて医療系か福祉系かを知りたい」「がんに強いケアマネジャー、精神疾患患者のプランを立てるのが上手なケアマネジャーがいるが、RDBに書くのは難しい」「がんに強い、糖尿病指導に力を入れている、処方箋を渡しているだけで訪問指導はしない、などの情報が分かるといい」「何をもって得意とするのかの評価は難しい」と述べた。複数の参加者は、「RDBを公開しないで、人と人のやり取りならばこのような情報は得やすいのではないか」という

意見を述べた。

### 【既存の RDB にはないが、有用と思われる情報がある】

RDB に掲載すると役立つ内容が挙げられた。

[できる・できないではなくて相談が可能か]

紹介する側の参加者も紹介を受ける側の参加者も、いずれもが、「○×（できるかできないか）」ではなく、「相談可能か」の情報が役に立つと述べた。患者を紹介する側の参加者は、「少しならでき、要相談という情報がほしい」「(サービス応需の)可能性はまったくないのか、交渉はチャンスがあるのかの情報がほしい」と述べた。患者の紹介を受ける側の参加者は、「8割くらいはいけます、2割はだめかもしれません、という具合の気持ちなので○と×の区別は難しい。がある」と述べた。

[連絡先やファーストコンタクトの方法]

複数の参加者が、電話番号などだけでは、具体的に相手先の誰に、いつ連絡を取ればいいのか分からないので「比較的連絡の取れる時間帯と連絡窓口となる人の情報が具体的にないと初めてでも相談しやすい」と述べた。

[診療の理念]

複数の参加者が、詳細な情報よりも「施設の方針や理念」が参考になると述べた。

### 【ヒューマンネットワークの存在が前提である】

すべての参加者が、RDB はそれだけで機能するものではなく、ヒューマンネットワークが前提として存在することの重要性を強調した。ある参加者は、「情報は（ネットワークを通じて）私の中に蓄積していく」と表現した。

[RDB 閲覧で完結することはなく、直接個別に相談することが必須である]

ほとんどの参加者が、RDB だけの情報では患者の紹介は成り立たないことを体験し、「直接話をしないとよりよい紹介にはならない」など事例について直接の相談が必須であると述べた。

参加者は、「病状もそうだし、距離もそうだし、患者との付き合いも含めて、いろいろなことを考えて返事をしてくれる」「ターミナルを積極的に受けるとは書いてないが、ずっと診ていた人なら最期まで診てくれる先生もいる」「この事例は受けても次同じような方も受けてくれるとは限らない、今週は△△の用事があるので無理という場合もある」「ご家族の性格などサマリーに書きにくいことも含めて相談している」など、個々の患者については病状、距離、病期、患者の希望や性格など複数の要因が関与しているため、紹介の際は担当者同士が直接相談することの重要性が述べられた。

ある参加者は「○が付いているから常時対応できるか」というとそうではない。その時の重症患者の数とスタッフの健康や人数をみながら判断している」「同じ1名でもケア度は同じではないし、時間で変わってしまう。患者の細かいことを知りたいので、個別に相談する必要がある」と時間の経過とともに変わる患者の状況とスタッフの負担を考えながら直接相談することの重要性を述べた。

[できる・できないは実際に連携しながら変えていくことが大事である]

複数の参加者は、○×自体が重要なのではないことを述べた。ある参加者は、「やらないことがいくら分かっていても仕方がない」と述べ、RDB を作ることに労力をかけるよりも、できないことをできるように連携していくことに労力をかけることの重要性を強調した。

ほかの参加者も、「A 施設だと受け方も分かるし返し方も分かる（からできる）。でも、同じ数が B 施設から来たらやり方も分からないので（できない）」「組む相手によって違う経験を重ねてできるかできないかを蓄積していく」と述べ、連携の相手によって情報そのものも変わることを述べた。

[地域のリソースの状況について face-to-face で情報交換する機会が重要である]

参加者のほとんどが、face-to-face で情報交換

する機会の重要性を強調した。参加者は、「(RDBよりも) みんなで集まる会をしたい」「情報交換の場があるといい。できないのではなくて、知る機会がない」「(重要なのは) ネットワークです」と述べた。作成過程についても、「中央で画一的に作るよりも、地域で作っていく中でネットワークができていくことが大事」と複数の参加者が指摘した。

### 【患者が選ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない】

「患者と家族が選ぶというのが基本なので(こちらから提示しにくい)」と医療福祉従事者がいくら情報をもっている、患者に還元することが難しいことも多く、葛藤があることを複数の参加者が述べた。

## 考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、在宅緩和ケアのRDBの現状、課題、改善点を多地域多職種フォーカスグループによって明らかにした初めての研究である。

RDBは、「最低限の目安としては役に立つ」が、地域内の各団体が別々に作成・開示・周知されているため、「あるが知られていない」「情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない」ことが参加者から述べられた。したがって、既存のRDBが有効に活用されるためには、作成した団体のホームページにそれぞれバラバラに掲載されているRDBの所在を行政などがまとめて1カ所で把握できるようにしたうえで、繰り返しそのRDBのありかを周知することが必要であると考えられる。

本研究で明らかにされた既存のRDBの限界としては、「RDBの更新が遅い」(人の移動や新規開設・廃業などの方が早く毎年更新しても間に合わない)、「公開されている情報と実態と違う」(利益上の問題のためできないと記載しにくい一方、対応可能な量を超えるかもしれないのでできるとも記載しにくい)、「RDBの情報内容の定義

があいまいである」(たとえばターミナルケアのどこまで対応できるのかを細分化してRDBに掲載することは不可能)、「得意分野や能力に関する情報を記載できない」(能力を記載する信頼できる評価手段が確立していない)であり、これらは公開されているRDBがもつ根本的な課題であることから、解消は難しいと思われる。

一方、既存のRDBにはないが必要な情報として、「できる・できないではなくて相談が可能か」「連絡先やファーストコンタクトの方法」が挙げられたことは注目に値する。また、ほとんどの参加者が、RDBに関わらず個別の相談が必須であると考えていることから、RDBを「詳細の情報を網羅する」ものではなく、「個別に相談するための最低限の資料を提供するツール」と考えることが必要とされていると考えられる。すなわち、RDBは、取得する情報項目を網羅的にすることに労力を費やすのではなく、必要最小限の数項目の情報(「往診、看取りの相談が可能か」「相談窓口と連絡方法」など)を確実に更新することによって、地域での相談の「きっかけ」として機能しやすくなるように見直すことに価値があると考えられる。

本研究を通じて繰り返し語られたことは、ヒューマンネットワークの重要性であった。RDBを構築する際には、「どのような内容のRDBを作成するか」という点に関心が集まりがちであるが、それ以上に「リソース情報を有効に利用するためのヒューマンネットワークをどう構築するか」が検討されなければならない。地域の多職種からなる連携カンファレンスは顔の見える関係を構築し、地域医療福祉従事者の情報共有に有用な可能性が示唆されている<sup>14)</sup>。在宅緩和ケアのRDBの活用を考える際には、RDBの情報内容以上に、「地域のヒューマンネットワークを促進する構造」を確実に構築することが重要である。

最後に、「患者が選ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない」という限界については、緩和ケアのみならずすべての医療に共通した問題である。情報を有する医療従事者の責

務と倫理について患者を含めた包括的な議論が必要であろう。

## まとめ

複数地域の多職種を対象としたフォーカスグループによる質的研究により明らかになった在宅緩和ケアに関する望ましいRDBとは、網羅的な情報内容ではなく、「往診などの相談が可能か」や相談窓口など最低限の情報からなる確実に更新可能なRDBを作成すること、またRDBのインターフェイスは1つに集約し、それを周知徹底することと同時に、地域のヒューマンネットワークを促進することが重要であることが示唆された。

**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」の一部として行われた。研究および分析にご協力いただいた皆様に心よりお礼申し上げます。

## 文献

- 1) 片山 壽 監著：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。篠原出版新社，2008
- 2) 吉田利康：がんの在宅ホスピスケアガイド。p.00-00，日本評論社，2007
- 3) 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。2011年1月18日アクセス〔<http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html>〕
- 4) 社団法人松山市医師会：在宅医療に取り組む医療機関。2011年1月18日アクセス〔<http://www1.ehime.med.or.jp/mma/zaitaku/torikumi.html>〕
- 5) 独立行政法人福祉医療機構：WAM-NET。2011年1月18日アクセス〔<http://www.wam.go.jp/>〕
- 6) 静岡県立静岡がんセンター：静岡県—あなたの街のがんマップ。2011年1月18日アクセス〔<http://cancerqa.scchr.jp/shizuoka/ganmap/>〕
- 7) 藤田敦子：在宅緩和ケアの支援活動—NPO ピューアの取り組み。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 2010—ホスピス緩和ケアにおけるボランティアとサポートグループの活動。p.70-73，2010
- 8) 石井須美子，稲 恒子，笠垣八重子，他：神戸市医師会在宅医療情報システム“逆紹介”を運用して。全国自治体病院協議会雑誌 46：703-705，2007
- 9) 福岡県在宅ホスピスをすすめる会 編：FUKUOKA 在宅ホスピスガイドブック—最後の時間を家で過ごす人のために。木星舎，2007
- 10) 在宅ホスピス協会：末期がんの方の在宅ケアデータベース。2011年1月18日アクセス〔<http://www.homehospice.jp/db/db.php>〕
- 11) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト：はままつがん緩和・在宅ケアマップ。浜松：緩和ケア普及のための地域プロジェクト；2010
- 12) 和田 努：在宅ケア医年鑑 2008 年版—在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本。同友館，2008
- 13) Krippendorff KH：Content Analysis：an Introduction to Its Methodology. Beverly Hills, CA：Sage Publications, 1980
- 14) 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

やさしく学べる

# 最新緩和医療

Q&A

江口 研二  
余宮きのみ

- 
- 痛みに対する評価や治療はどのようにしたらよい？
  - 呼吸困難や消化器・尿路系症状などといった身体的症状への対策は？
  - 気持ちのつらさや倦怠感などの精神症状を訴える患者への対応は？
  - 予後予測や、終末期患者への輸液、看取りや遺族ケア、患者とのコミュニケーションなど、実際のケアにおける注意点は？
  - 緩和ケアにおける看護師・薬剤師の役割は？
  - 臓器別がんごとの、緩和ケアにおける特徴は？
-

# Q24

## 予後予測

回答 聖隷三方原病院  
ホスピス科、緩和支援治療科

おだぎりたくや もりたつや  
小田切拓也, 森田達也

### point

担当医師の予後予測は、しばしば楽観的になりがちである。

PaP score, PPI などのスケールを用いて、より精度の高い予後予測を行うことができる。

予後を伝える際には、患者の意向を確認し、コミュニケーションに留意をする。

### 終末期がん患者の予後をうまく予想できません……

終末期がん患者 1563 人の系統的レビューでは、担当医師の予後予測はしばしば実際の予後より長くなることが知られています（平均推定予後 42 日、実際の平均予後 29 日、誤差 1 週以内は 25%、4 週以上過大に予測が 27%、平均して予測より予後は

30% 短い<sup>1)</sup>。また医師—患者関係が長いほど、予後予測は外れやすいとの報告もあります<sup>2)</sup>。

以上より、担当医師の予後予測は実際の予後より長くなる傾向があるといわれています。

### がん患者の予後を予測する方法はありますか？

初期がん患者の予後予測については、病期、ホルモン受容体の有無などによって、各疾患ごとに 5 年生存率などが調べられています。一方、終末期がん患者の予後予測方法については、以下の指標がよく使用されます。

1 Palliative Prognostic Score (PaP score)<sup>3)</sup>

主治医の予後予測を、客観的因子で補正し

ます。中期的な生命予後予測を行うことができます（表 1, 2）。

2 Palliative Prognostic Index (PPI)<sup>4)</sup>

客観的な指標のみを用い（採血は不要）、短期的な予後予測を行います。

表 3 にて合計点が 6.5 点以上の時、予後 3 週間未満である確率は感度 83%、特異度 85% です。合計点が 4 点以上の時、予後 6 週間未満である確率は感度 79%、特異度 77% です。



表1 Palliative Prognostic Score (PaP score)

主治医の予後予測をもとに、客観因子で補正する血液検査が必要 中期的な生命予後の予測もある程度可能		
臨床的な予後の予測	1～2週	8.5
	3～4週	6.0
	5～6週	4.5
	7～10週	2.5
	11～12週	2.0
	>12週	0
	食欲不振	あり
なし		0
Karnofsky Performance Scale	10～20*	2.5
	≥30	0
呼吸困難	あり	1.0
	なし	0
白血球数 (/mm <sup>3</sup> )	>11000	1.5
	8501～11000	0.5
	≤8500	0
リンパ球 (%)	0～11.9	2.5
	12～19.9	1.0
	≥20	0

\*：自分のことができず入院が必要、疾患が進行している、重症・精神的な治療が必要。

(文献5より引用)

表2 PaP score と予後

得点	30日生存確率	生存期間の95%信頼区間
0～5.5点	>70%	67～87日
5.6～11点	30～70%	28～39日
11.1～17.5点	<30%	11～18日

(文献5より引用)

表3 Palliative Prognostic Index (PPI)

客観的な指標のみ 短期の予後予測 (中期予測には向かない)		
Palliative Performance Scale	10～20	4
	30～50	2.5
	≥60	0
経口摂取量*	著明に減少 (数口以下)	2.5
	中程度減少 (減少しているが数口よりは多い)	1.0
	正常	0
浮腫	あり	1.0
	なし	0
安静時呼吸困難	あり	3.5
	なし	0
せん妄	あり (原因が薬物単独、臓器障害に伴わないものは含めない)	4.0
	なし	0

\*：消化器閉塞のため高カロリー輸液を施行している場合は0点とする。

(文献4より引用)

## 終末期がん患者はどのような経過をたどりますか？

がんにかかわらず一般的な終末期の経過として、

- ①突然死
- ②徐々に衰弱し変化が早まり死を迎える
- ③徐々に衰弱し急変する
- ④長期間ゆっくりと衰弱する

の4パターンがあります。がん患者においては2番目のパターン、すなわち月～年単位で徐々に衰弱し、月～週単位で変化が速くなる

ことが典型的といわれています<sup>6)</sup>。

外来がん患者の死亡前6ヵ月間において、7882人のPalliative Performance Scale (PPS: ADLの評価; 表4)と、10752人のEdmonton Symptom Assessment Scale (ESAS: 症状の評価)の推移を調べたところ、PPSは徐々に悪化し、最後の1ヵ月で急速に悪化しました。ESASでは、呼吸困難、眠気、well-being、食思不振、倦怠感が次第に悪化し、最後の1ヵ月間で顕著となりました(図1)<sup>7)</sup>。

表4 Palliative Performance Scale (PPS)

	起居	活動と症状	ADL	経口摂取	意識レベル
100	100%起居している	正常の活動が可能 症状なし	自立	正常	清明
90		正常の活動が可能 いくらかの症状がある			
80		いくらかの症状はあるが努力すれば正常の活動が可能			
70	ほとんど起居している	何らかの症状があり通常の仕事や業務が困難	時に介助	正常 または 減少	清明 または 混乱
60					
50	ほとんど座位か横たわっている	著明な症状がありどんな仕事もすることが困難	しばしば介助	減少	清明 または 混乱 または 傾眠
40	ほとんど臥床		ほとんど介助		
30	常に臥床		全介助		
20				数口以下	
10				マウスケアのみ	傾眠または昏睡

(文献3より引用)

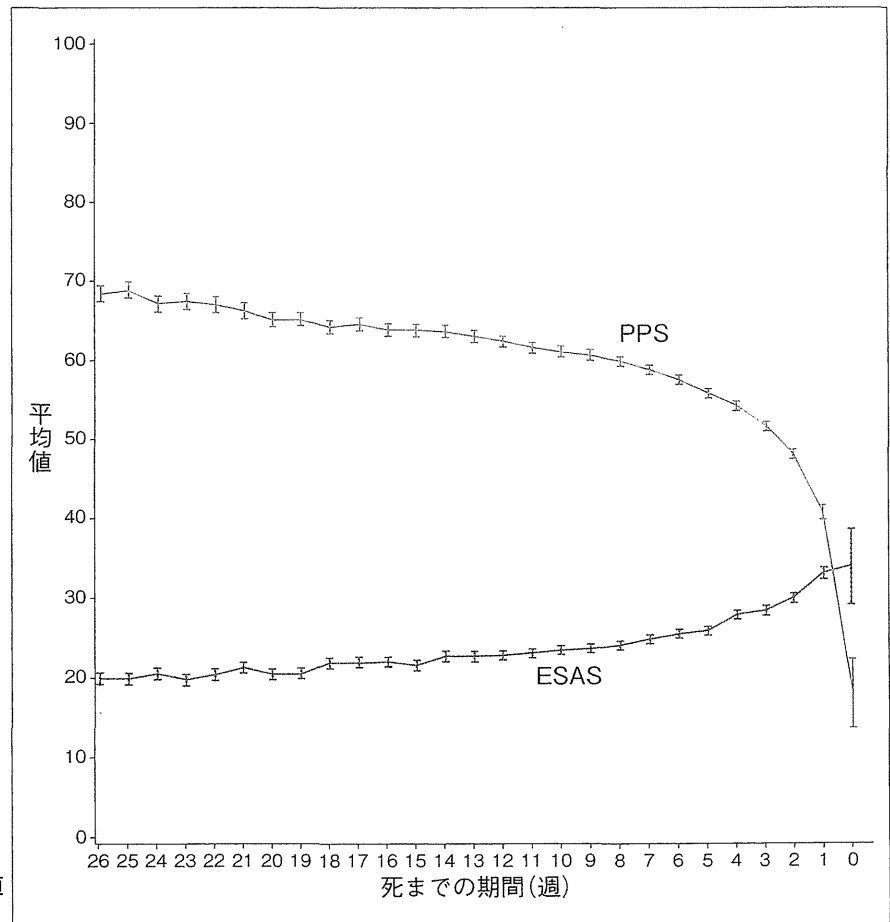


図1 終末期のPPS, ESAS値の推移 (文献7より引用)



## 推定予後を本人に伝える必要はありますか？

日本人 529 人の外来がん患者に、医師に求める説明内容について 5 段階（強く望む、望む、どちらともいえない、望まない、強く望まない）で訊いたところ、予後について“強く望む～望む”率は 50%，“望まない～強く望まない”率は 30%でした。また自分だけに悪い情報を伝えてほしいを“強く望む～望む”率は 13%，“望まない～強く望まない”率は 64%でした。一方、悪い情報をまず家族に伝えてほしいを“強く望む～望む”率は 7.5%，“望まない～強く望まない”率は 70%でした<sup>8)</sup>。

全国調査にて 2548 人の一般人と、緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の遺族 513 人に、質問紙調査にて「良い死」(good death)に必要なことを訊いたところ，“死を考えずに生きること”を一般人 85%、遺族 88%，“死につつあることを知らずに死ぬこと”を一般人 53%、遺族 53%，“悪い情報を知らされず

にいること”を一般人 44%、遺族 42%が選びました<sup>9)</sup>。

以上より、患者のすべてが予後を知りたいと思っているわけではなく、知らないことを希望する者も少なくありません。

一方、予後予測を知ることが患者・家族にとって有用になりうる理由として、以下のことが挙げられています<sup>10)</sup>。

- ・患者、家族が治療の選択に参加できる。
- ・患者、家族が余命を知ることによって生活上の問題を扱うことができる。
- ・患者が人生の実存的、スピリチュアルな問題を扱うことができる。

以上より、患者が予後を知りたいと希望しているか、知ることによってどのようなメリットがあるかを、医療チーム全体で評価して判断することが必要です。



## どのようにして予後を伝えますか？

一般的なコミュニケーションの詳細については、本誌の を参照してください。ここでは予後告知のコミュニケーションについて述べます。

緩和ケア病棟で亡くなったがん患者の遺族 666 人を対象とした全国調査によると、86.3%の遺族が予後告知を受けましたが、60.1%は予後告知方法の改善が必要と感じていました。改善方法として、以下の項目が挙げられています<sup>11)</sup>。

- ・「もう何もできない」とはいわない。

- ・患者の意思を尊重する。
- ・必要としている量の情報を提供する。
- ・最新の治療について知り、継続して診療の責任をもつことを伝えることで、希望を維持する。
- ・家族の考えに配慮し、心の準備に合わせて説明することで、将来の備えに役立てる。
- ・患者の希望と求める情報を確認する。
- ・平均 12 ヶ月ということは、50%以上は 12 ヶ月以上生存する意味である、と説明する。

・以下の3例を示す。

：半分が6ヵ月～2年（平均の半分～2倍）生存する。

：10%が3年以上（平均の3～4倍）生存する。

：10%が2～3ヵ月以内（平均の1/6）に亡くなる。

Kielyらは、例えば統計上予後12ヵ月が予想される患者に対する予後告知方法として、以下を提案しています<sup>12)</sup>。

以上より、患者・家族の求める情報や想いに配慮しながら、予後の内容は幅をもって伝えることが推奨されます。

#### [文 献]

- 1) Glare P, Virik K, Jones M et al : A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 327 : 195-198, 2003
- 2) Christakis NA, Lamont EB : Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients : prospective cohort study. *BMJ* 320 : 469-472, 2000
- 3) Campos S, Zhang L, Sinclair E et al : The Palliative Performance Scale : examining its inter-rater reliability in an outpatient palliative radiation oncology clinic. *Support Care Cancer* 17 : 685-690, 2009
- 4) Morita T, Tsunoda J, Inoue S et al : The Palliative Prognostic Index : a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 7 : 128-133, 1999
- 5) Glare PA, Eychmueller S, McMahon P : Diagnostic accuracy of the palliative prognostic score in hospitalized patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 32 : 4823-4828, 2004
- 6) Glare PA, Sinclair C, Dowling M et al : Predicting survival in patients with advanced disease. In : "Oxford Textbook of Palliative Medicine 4<sup>th</sup> ed" eds. Hanks G, Cherny NI, Christakis NA et al. Oxford University Press, Oxford, pp81-110, 2010
- 7) Seow H, Barbera L, Sutradhar R et al : Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol* 29 : 1151-1158, 2011
- 8) Fujimori M, Akechi T, Morita T et al : Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology* 16 : 573-581, 2007
- 9) Miyashita M, Sanjo M, Morita T et al : Good death in cancer care : a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090-1097, 2007
- 10) Maltoni M, Caraceni AT, Modonesi C : Prognostic indicators of survival. In : "Text book of Palliative Medicine" eds. Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C et al. Hodder Arnold, London, 965-975, 2006
- 11) Yoshida S, Hirai K, Morita T et al : Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. *J Pain Symptom Manage* 41 : 594-603, 2011
- 12) Kiely BE, Tattersall MHN, Stockler MR : Certain death in uncertain time : informing hope by quantifying a best case scenario. *J Clin Oncol* 16 : 2802-2804, 2010