

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

- ・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
- ・緩和ケア病棟を実感をもって知る
- ・おだやかさや自由さを感じる
- ・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

緩和ケアの知識や技術を学ぶ

- ・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
- ・症状マネジメントや精神的ケアについて学ぶ
- ・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
- ・早期からの緩和ケアについての課題を感じる

チームのあり方を学ぶ

- ・上下関係なくタイムリーに相談や支え合いができていくことを感じる
- ・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

自分自身を振り返る

- ・自施設で行っているケアを見直す機会となる
- ・自分が行っているケアを見直す機会となる

患者・家族へのケアが変化する

- ・患者の生き方について話し合えるようになる
- ・身構えずに死を前にした患者に寄り添えるようになる
- ・家族に自ら言葉をかけ関わっていくようになる

緩和ケア病棟との連携に対する認識や実践が変化する

- ・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
- ・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
- ・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
- ・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
- ・研修後も緩和ケア病棟とつながり学んでいきたいと思うようになる

さらに広げていきたい

- ・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
- ・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
- ・よりスタッフと対話し考え方を共有したい

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ふと感じた」(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き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.

## 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会と デスカンファレンスの参加者の体験

井村 千鶴<sup>\*1)</sup> 野末よし子<sup>\*1)</sup> 伊藤富士江<sup>\*1)</sup> 赤澤 輝和<sup>\*2)</sup> 森田 達也<sup>\*1, 3)</sup>

*Participants' Experience of the Resource Coordination Meetings and Death Conferences  
in the Community for Improving Regional Palliative Care*

Chizuru Imura, Yoshiko Nozue, Fujie Itou, Terukazu Akazawa and Tatsuya Morita

Key words : 緩和ケア, 地域, 連携

● 緩和ケア 21 : 335-342, 2011 ●

### はじめに

がん患者が、自分が望んだ場所で過ごすことは重要である。なぜならば、がん患者が望んだ場所で過ごすことは、患者にとって望ましい quality of life (QOL) の要素となるからである<sup>1)</sup>。患者が望んだ場所で過ごせるために、療養場所の意思決定に関わる患者・家族への支援、療養場所が移行する時のコーディネーション、医療福祉従事者間のコミュニケーションの重要性が強調されている<sup>2-7)</sup>。浜松地域においては、地域の医療福祉従事者 239 名によるフォーカスグループを用いた議論の結果、「退院支援を含む地域の医療福祉従事者の連携」が地域の緩和ケアの主要な課題の 1 つとして明らかにされた<sup>8)</sup>。

この課題を解決するための介入として、地域でがん患者を多くみている病院の地域連携担当者として、地域の医療福祉機関の実務担当者からなる

「連携ノウハウ共有会」と、地域の多職種で行う「デスカンファレンス」を企画した。これまでに、これらに類似した取り組みは各地で行われているが、緩和ケア領域において、参加者の体験を明らかにした実証研究はない。したがって、地域の緩和ケアの連携の課題を解決するために企画されたカンファレンスの、参加者の体験を明らかにすることには、意義があると考えられる。

本研究の目的は、地域の緩和ケアにおける「退院支援を含む地域の医療福祉従事者の連携」の課題を解決するために行った「連携ノウハウ共有会」と「デスカンファレンス」の参加者の体験を明らかにすることである。

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

\*2) 健康科学大学 健康科学部福祉心理学科, \*3) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科  
0917-0359/11/¥400/論文/JCOPY

## 方 法

### ①「連携ノウハウ共有会」と「デスカンファレンス」

「連携ノウハウ共有会」は、退院支援を含む地域の緩和ケアの連携の課題を共有したうえで、具体的な解決策を考えることを目的として行われた。参加者は、6つの病院の地域連携担当者19名（医師1名、看護師11名、医療ソーシャルワーカー7名）と、地域医療福祉従事者9名（診療所看護師2名、訪問看護師5名、介護支援専門員1名、保険薬局薬剤師1名）であった。2009年5月から12月の期間に6回、1回あたり60分～90分、平日の夜に開催された。主たる内容は、各病院で行っている退院支援プログラムやツール・教育プログラムの学び合い、病院と地域が必要とする情報項目の共有、退院後の振り返りの方法についての議論であった。各施設での現状と課題を挙げながら、工夫していることや改善できることを議論した。

「デスカンファレンス」は、患者の死亡後に事例の振り返りを行うことにより、連携の課題を共有し、具体的な解決策を考えることを目的として行われた。連携ノウハウ共有会において、デスカンファレンスの目的と進め方について、共通の認識を得た後に開始した。参加者は、事例に直接関わった医療福祉従事者10名程度である。2009年8月から2010年3月の期間に8回、1回90分、平日の夜に各施設持ち回りで、担当施設で開催された。内容は、事例で生じた課題と解決策についての議論および関わったメンバーそれぞれの気持ちの共有であった。

### ②フォーカスグループインタビュー

「連携ノウハウ共有会」については、参加者8名（診療所看護師1名、訪問看護師・介護支援専門員1名、訪問看護師1名、保険薬局薬剤師1名、病院の退院支援担当の看護師1名、医療ソーシャルワーカー1名、一般病棟看護師2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。

「デスカンファレンス」については、参加者10名（診療所医師1名、診療所看護師1名、訪問看護師2名、介護支援専門員1名、病院の退院支援担当の看護師1名、医療ソーシャルワーカー1名、一般病棟看護師2名、緩和ケア病棟看護師1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。2つのフォーカスグループに重複して参加した者は、1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、半構成的に各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、3名の予備的なインタビューと研究者の議論をもとに作成した。カンファレンス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」「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」「どんな内容が実践に役立ちましたか」「参加したことで、得たものはありますか」）などについて、それぞれ質問した。インタビュー内容は、参加者の同意を得て録音を行った。

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、書面で研究参加の同意を得た。

### ③解 析

記録された内容をすべてテキストデータ化し、カンファレンスに参加したことによる体験に関して語られた部分を抽出し、1つの意味内容を表すユニットに分割した。分割されたユニットごとに、類似した内容を帰納的に分類・抽象化し、カテゴリー化した。研究者2名が独立に内容分析<sup>9)</sup>を行ったあと、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。以下、【 】大カテゴリー、〈 〉小カテゴリー、「 」参加者の表現を示す。

表1 フォーカスグループインタビューの内容分析の結果

連携ノウハウ共有会のフォーカスグループ	デスカンファレンスのフォーカスグループ
<p>お互いにより理解し合える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・お互いに工夫していることや努力していること、悩み、課題を共有できる (n=8)</li> <li>・いろいろな職種の人たちや各施設が、地域の中で、どんな役割を果たしているのかが分かる (n=5)</li> </ul>	<p>お互いにより理解し合える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一人ひとりが苦勞して一生懸命考えていたことが分かる (n=2)</li> <li>・どのような価値観でどのように考えてケアを提供したのかが分かる (n=3)</li> <li>・自分だけではなく、他のメンバーも同じような気持ちをもっていたことが分かり、連帯感や気遣いを感じる (n=5)</li> <li>・どういう職種がどんな仕事や役割を果たしているのかが分かる (n=3)</li> <li>・フィードバックや話し合いがないことで生じるもんもんとした気持ちがやわらぐ (n=3)</li> <li>・いろいろな人と顔の見える関係になれる場である (n=1)</li> </ul>
<p>ケアに対する考え方や実践が変化する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分が普段できていない部分や改善できる点があり、次にどうしたらよいかのヒントや気づきを得る (n=50)</li> <li>・会で得たものをさらに広げていきたい (n=25)</li> </ul>	<p>ケアに対する考え方や実践が変化する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分が普段できていないことが分かり、次にどう関わったらよいかのヒントや気づきを得る (n=28)</li> <li>・包括的、客観的に振り返り、学びを得る (n=10)</li> <li>・カンファレンスを発展的に広げていきたい (n=21)</li> </ul>
<p>新しい知識や生きた情報を得ることができる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援プログラムや在宅医療に関わる知識、ツールを得ることができる (n=4)</li> <li>・連携に関わる地域の生きた情報を得ることができる (n=2)</li> </ul>	<p>患者・家族をより理解できる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分のみでない時期の在宅や病院での患者・家族の様子を実感をもって知ることができる (n=8)</li> <li>・自分では聞くことができない患者・家族の生の声をさまざまな角度から聞くことができる (n=5)</li> </ul>
	<p>参加する負担がある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・参加を数居が高いと感じ、責められるような、忘れたいことを思い出させるつらさを感じやすい (n=7)</li> <li>・時間の確保やコーディネーションが簡単ではない (n=2)</li> </ul>

数値は分類されたユニットの数を指す。

## 結果

研究期間中に、2つのカンファレンスに、のべ275名が参加した。

### ●「連携ノウハウ共有会」

参加者の体験を表すカテゴリーとして、【お互いにより理解し合える】【ケアに対する考え方や実践が変化する】【新しい知識や生きた情報を得ることができる】が抽出された(表1)。

【お互いにより理解し合える】とは、互いの悩みや課題、役割を分かることを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

〈お互いに工夫していることや努力していること、悩み、課題を共有できる〉ことは、「それぞれの工夫や努力していることを聞くことができた。困っていることや悩んでいることは、(他施設も)そう変わらないことが共有できた」(病棟看護師1)、「患者さんが入院する時に、病院がどういった情報がなくて悩んでいるのか、この会に

来るようになって課題が分かった」(診療所看護師)のように、互いの「努力」や「悩み」「課題」を共有し合うこととして表現された。

また、〈いろいろな職種の人たちや各施設が、地域の中でどんな役割を果たしているのかが分かる〉ことは、「この会で、看護師さんやケアマネジャーさんが、どんなことをしているのかがよく分かった」(保険薬局薬剤師)、「それぞれの施設が、どんな役割を果たしているのかが分かる貴重な会だったと思う」(訪問看護師)のように、互いの「役割」を理解しあうこととして表現された。

【ケアに対する考え方や実践が変化する】とは、療養場所の移行に関わるケアについて、新たな気づきを得て、思考が変化し、行動が変容していくことを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

変化の具体的な内容としては、お互いに連絡を取り合うようになる (n=9)、身体面だけでなく、患者の生活や経済面など、より包括的な内容を情報交換できるようになる (n=6)、連携の課題を明確にできるようになる、在宅移行のために必要なケアや連携について分かるようになる、情報提供用紙などツールの改善を行うようになる (各 n=5)、退院前カンファレンスの回数や医師の参加が増え、内容が充実してくる (n=4)、退院前カンファレンスの重要性を実感する (n=3)、患者・家族にとって在宅移行が簡単なことではなくケアが重要であることが分かる、患者・家族の意向を早目に共有できるようになる、ケアが継続される申し送りをするようになる (各 n=2)、その他 (n=7) が述べられた。

〈自分が普段できていない部分や改善できる点分かり、次にどうしたらよいかのヒントや気づきを得る〉ことは、「家族の介護疲れとか、胃瘻のトラブル時にどうするように(病院で)説明されているか、退院時サマリーにまったく書いていなかった。病棟で何をしたかのサマリーで満足していた。相手が必要な情報を書かなければいけないと感じた」(一般病棟看護師 1)のように、療養場所の移行に伴うケアや連携について、改善で

きる点分かり、次につながるヒントや気づきを得るという考え方の変化として表現された。

さらに、「在宅独自のかたちがあって、病院と同じようにガーゼを使ってできないことがある。他のもので代用してとか、より具体的にお互いに伝えるようになった」(診療所看護師)、「以前は、なぜ在宅に帰ってきたんだろうと思うこともあったが、退院前カンファレンスによって、こういう理由で帰らなかったんだと分かるようになった」(診療所看護師)のように、在宅医療側もヒントや気づきを得て実践が変化することとして表現された。

〈会で得たものをさらに広げていきたい〉ことは、「病院の組織にも理解してもらわないといけない。次は広げていくためのノウハウを知りたい」(退院支援担当の看護師)のように、会を継続し、さらに広げていきたいという意思として表現された。

【新しい知識や生きた情報を得ることができる】とは、参加者が退院支援や、在宅で行われている医療や介護について知り、地域の連携に関わる生きた情報を得ることを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

〈退院支援プログラムや在宅医療に関わる知識、ツールを得ることができる〉ことは、「大きい病院は、パスや指導のパンフレットが進んでいる。自施設は、まだツールがきちんとできていないので、資料としてもらったのがすごい収穫だった」(一般病棟看護師 1)、「ドレッシング材など、在宅に必要な資材を訪問看護師さんが持っていないことは、意外だった。どこから払い出すのかの知識が役に立った」(保険薬局薬剤師)のように、新しい知識やツールを得て、退院支援や在宅医療に対する理解を深めることとして表現された。

また、〈連携に関わる地域の生きた情報を得ることができる〉ことは、「病院の窓口が、みんな分かったことが大きな収穫だった。困ったらそこに連絡すれば、(適切な部署に)つなげてくれることが分かった」(訪問看護師)のように、地域の連携に関わる生きた情報ネットワークを得るこ

ととして表現された。

### ④「デスカンファレンス」

参加者の体験を表すカテゴリーとして、【お互いにより理解し合える】【ケアに対する考え方や実践が変化する】【患者・家族をより理解できる】【参加する負担がある】が抽出された(表1)。

【お互いにより理解し合える】とは、互いの苦勞や価値観、気持ち、役割を理解することを指し、6つの小カテゴリーが含まれる。

〈一人ひとりが苦勞して一生懸命考えていたことが分かる〉ことは、「病棟がものすごく苦勞をして調整してくれていたことが、初めてその時に分かった」(介護支援専門員)、「病棟の看護師さんも苦勞の連続だったことが分かった」(訪問看護師1)のように、互いの「苦勞」や状況を理解することとして表現された。

また、〈どのような価値観でどのように考えてケアを提供したのかが分かる〉ことは、「(患者さんは)亡くなってしまったけれど、皆さんがどう考えて看護や医療を提供していたのかが見えてきた」(訪問看護師1)のように、互いの「価値観」や行われたケアの過程を理解することとして表現された。

さらに、〈自分だけではなく、他のメンバーも同じような気持ちをもっていたことが分かり、連帯感や気遣いを感じる〉ことは、「私が思っていることと、関わってくれたスタッフの方と、そんなに気持ちの隔たりがなかったというふうに感じた」(介護支援専門員)のように、互いに「気持ち」を表現することにより、「連帯感」や「ひとりではない感じ」をもつことや、精神的な負担に対する気遣いを感じることをして表現された。

〈どういう職種がどんな仕事や役割を果たしているのかが分かる〉ことは、「ヘルパーさんは、訪問看護師さんやケアマネジャーさんより長い時間、患者さんの生活をみて、ご家族とも接していて、関わりがとてもよかったことが分かった。ヘルパーさんの役割は、とても重要だと思った」(退院支援担当の看護師)のように、いろいろな

職種の「役割」やその重要性が分かることとして表現された。

参加者は、カンファレンスに参加することにより、〈フィードバックや話し合いがないことで生じるもんもんとした気持ちがやわらぐ〉ことや、〈いろいろな人と顔の見える関係になれる場である〉と感じることを表現した。ある参加者は、「私たちがやったケアが在宅に帰ってからどう影響したのかが分からなくて、フィードバックがないことで、やりっぱなしというか、もんもんとした気持ちがあった。改めてそれぞれの立場から意見を言い、改善し合うということで、お互いにケアの評価もできた」(緩和ケア病棟看護師)と表現した。

【ケアに対する考え方や実践が変化する】とは、新たな気づきを得て、考え方が変化し、行動が変容していくことを指し、3つの小カテゴリーが含まれる。

変化の具体的な内容としては、休日の対応など退院支援のシステムや教育の不足な点に気づく、病院と地域および地域内の情報共有の不足に気づく(各n=3)、情報共有の内容が患者の生活を含み包括的で具体的になる、患者だけではなく家族や周囲への配慮の大切さが分かる、レスパイトの事例を含む地域内でのカンファレンスが増える、うまくいった中でも課題がみえてくる(各n=2)、早目に情報共有を行うようになる、在宅や他施設で対応可能な範囲が分かる、患者を全人的にみる大切さが分かる(各n=1)、その他(n=11)が述べられた。

〈自分が普段できていないことが分かり、次にどう関わったらよいかのヒントや気づきを得る〉ことは、「連絡を取り合いながら連携していくことが、とても重要だと分かった」(一般病棟看護師1)、「がんの患者さんは、ぎりぎりのところまでみんな悩んで、今しかないと思った時が帰りどき。そこで調整できるのがケアマネジャーの力量になってくると思う」(介護支援専門員)のように、ケアを振り返り、次に生かせるヒントや気づ



きを得ることとして表現された。

また、〈包括的、客観的に振り返り、学びを得る〉ことは、「若い子から経験豊富な人まで参加したが、みんな出てよかったと言っていたので、参加すれば何かもって帰れると思う」（一般病棟看護師1）、「後悔することはたくさんあったが、勉強になった点もとても多かった」（医療ソーシャルワーカー）などと、「初めから終わりまでひとつでみることができる」「行ったケアが患者・家族にとって本当はどうだったのか、少し引いてみるができる」「客観的な評価を得る」など学びを得ることとして表現された。

さらに、「(亡くなった後だけではなく) 入退院している時にカンファレンスをもてたら、もっとケアに反映されたかもしれない」（緩和ケア病棟看護師）のように、デスカンファレンスを行うことにより、経過途中のカンファレンスの重要性にも気づき、〈カンファレンスを発展的にひろげていきたい〉という意思へとつながっていくことが表現された。

【患者・家族をより理解できる】とは、自分のみていない時期や場所での患者・家族の様子を知り、全体像を捉え直すことを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

〈自分のみてない時期の在宅や病院での患者・家族の様子を実感をもって知ることができる〉ことは、「サマリーでのやりとりもあったが、やはり直接顔を合わせることで、在宅での患者さん・ご家族の状況がよく分かった」（一般病棟看護師2）、「私たちケアマネジャーはしょっちゅう呼ばれるわけではないので、非常に短い信頼関係の中で動いている。亡くなる瞬間の様子やご家族の様子が初めてその時に分かった」（介護支援専門員）のように、自分のみてない患者・家族の様子を実感をもって感じることで表現された。参加者が互いに直接対話することにより、患者・家族の様子を、より具体的にイメージできたことが繰り返し表現された。

さらに、〈自分では聞くことができない患者・

家族の生の声をさまざまな角度から聞くことができる〉ことは、「たとえばうまくいったと思っても、患者さんから本音を言ってもらえない部分はあって、建前みたいなことを言われてしまうこともある。看護師さんやケアマネジャーさんに本音を話していれば、カンファレンスで聞くこともできる」（診療所医師）、「家族の後悔というのは（自分では）気づくケースではなく、デスカンファレンスでなければ聞けなかった」（医療ソーシャルワーカー）のように、患者・家族の「思い」を自分以外の職種から多面的に聞き、より患者・家族を理解することとして表現された。

【参加する負担がある】とは、デスカンファレンスに参加する精神的負担や時間の確保、コーディネーションについての負担があることを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

〈参加を敷居が高いと感じ、責められるような、忘れたいことを思い出させるつらさを感じやすい〉ことは、「後悔とか、嫌な、忘れたいことを思い出させるようなところを感じやすいのかもしれない」（一般病棟看護師1）のように、当初、参加することに負担を感じ、精神的なつらさを感じやすいこととして表現された。しかし、「決して責めるつもりで、事例を出しているわけではないことが伝わった」（一般病棟看護師2）と、相手を思いやり、「できていなかった」ではなく、「こういうふうにはできる」のように、改善点の提示の仕方が工夫されていた体験が表現された。

## 考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、地域の緩和ケアの連携の課題を解決するために行ったカンファレンスに参加した医療福祉従事者の体験を明らかにした初めての研究である。

本研究で最も重要な点は、2つのフォーカスグループで、「お互いにより理解し合える」というテーマが語られたことである。このカテゴリーには、互いの役割や価値観、気持ちを理解すること

が含まれていた。これは、参加者が具体的な事象や事例について、書面や大規模・形式的な集まりではなく、直接コミュニケーションをとることにより生まれる効果であると考えられる。この結果と、これまでに臨床の立場から多く提言されてきた「顔の見える連携」の重要性<sup>10,11)</sup>から、連携を促進するためには、互いの「役割」を知ることだけではなく、「価値観」や「気持ち」を理解しあうコミュニケーションの機会が重要であることが示唆される。

本研究で次に重要な点は、「実践が変化する」というテーマが2つのフォーカスグループで、繰り返し語られたことである。本研究では、当事者同士が集まり、双方向性に議論することが、気づきから実践の変化への原動力になっていることが示唆された。この結果と、行動変容を生じるには、一方向性の講義ではなく双方向性のワークショップが必要であるという知見から<sup>12,13)</sup>、当事者同士が集まって話し合う機会を多くもつことは、「顔の見える関係」を構築するのみならず、実践を改善することに有効であることが期待される。

特徴的であったことは、デスカンファレンスのフォーカスグループで、「自分のみでない時期の在宅や病院での患者・家族の様子を実感をもって知ることができる」というテーマが語られたことである。これは、病院内で行われるデスカンファレンスでは報告されていない現象である<sup>14,15)</sup>。その理由は、地域では多施設のより幅広い連携が展開されること、自らが行ったケアがその後どのように影響したかを知る機会が少ないことが考えられる。したがって、地域で患者に直接関わった多施設多職種が一堂に会して小さな単位で振り返りを行うことは、自分が直接関わっていない時期の患者・家族をより理解し、行ったケアや連携を評価して、次につながる示唆を得るという意味をもつと考えられる。

一方、連携ノウハウ共有会は、知識やツール、情報を得て、連携の課題に対する解決策を議論できる場として体験されていた。地域の課題は、「ある場所では解決されているにも関わらず、別

の場所では解決されていない」現象が生じるため、ノウハウを共有しながら解決していく方法の有用性が示唆されている<sup>8)</sup>。今回の研究においても、職種や施設を限定しない多職種で、ノウハウを共有することにより、他の場所で解決されている方法を取り入れていく体験が述べられた。したがって、地域の連携の課題を解決していくために、多施設の当事者が集まるノウハウを提供し合える機会をつくっていくことの重要性が示唆される。

本研究には以下の限界がある。本研究は、少数例を対象とした質的研究であるため、一般化することはできず、患者・家族への効果は評価できない。また、職種別の分析は対象となった職種の対象数が少ないため行わなかった。今後、得られた知見をもとに参加者や患者・家族を対象とした量的研究が可能となる。

## おわりに

本研究では、「連携ノウハウ共有会」と「デスカンファレンス」に参加した医療福祉従事者の体験が明らかにされた。

連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスは、地域の中で多職種が出会い、より理解し合い、連携の課題に対する解決策を共に見出していく場として体験されていた。連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスは、地域の緩和ケアを促進し、連携の課題を解決していくことに貢献できる可能性がある。

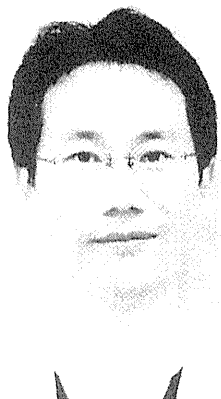
今後、2つのカンファレンスを通じて顔の見える関係の構築を継続し、連携ノウハウ共有会によるシステムの改善、デスカンファレンスによる個々の事例で生じた課題の改善をシステムとして継続、評価することが重要である。

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 がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班により行われた。

## 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) Gomes B, Higginson IJ : Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer : systematic review. *BMJ* 332 : 515-521, 2006
- 3) 福井小紀子 : 入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関する要因を明らかにした全国調査. *日本看護科学会誌* 27 : 92-100, 2007
- 4) 福井小紀子 : 入院中の末期がん患者の在宅移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関連性の検討—在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次分析の結果. *日本看護科学会誌* 27 : 48-56, 2007
- 5) 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5月10日アクセス [<http://gan-kanwa.jp/tools/pro/survey.html>]
- 6) 林 昇甫 : 病院と地域緩和ケアネットワーク 2. [豊中市] 地域がん診療連携拠点病院としての地域緩和医療の取り組み. *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* 2008. p.47-52, 2008
- 7) Murray MA, Fiset V, Young S, et al : Where the dying live : a systematic review of determinants of place of end-of-life cancer care. *Oncol Nurs Forum* 36 : 69-77, 2009
- 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ためのフォーカスグループの有用性. *緩和ケア* 20 : 417-422, 2010
- 9) 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. p.21-39, 勁草書房, 1989)
- 10) 片山 壽 監著 : 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. p.2-18, 篠原出版新社, 2008
- 11) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦 : 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア—2. [東京都] 在宅緩和ケアにおける医療・看護・介護の連携. *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* 2008. p.57-59, 2008
- 12) Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A et al : Continuing education meetings and workshops : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009
- 13) 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
- 14) 青木由美子, 堀内さおり, 滝沢由紀子 : 倫理的な視点を取り入れたデスカンファレンスの検討—デスカンファレンス用紙の分析をとおして. 第38回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ) : 224-226, 2007
- 15) 吉木恵美, 松本奈津子 : 終末期患者のデスカンファレンスにおいて看護師が注目すること. 第37回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ) : 416-418, 2006

# 緩和ケア普及のための地域プロジェクト — 浜松地域のあゆみと今後の課題



Tatsuya Morita

森田 達也

聖隷三方原病院緩和支援治療科 部長

1967年生まれ。京都大学医学部卒業。聖隷三方原病院緩和支援治療科部長、京都大学医学部臨床准教授、国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部外来研究員。2007年からは地域緩和ケア普及のためのOPTIMプロジェクトを多くの協力者を得て実施。

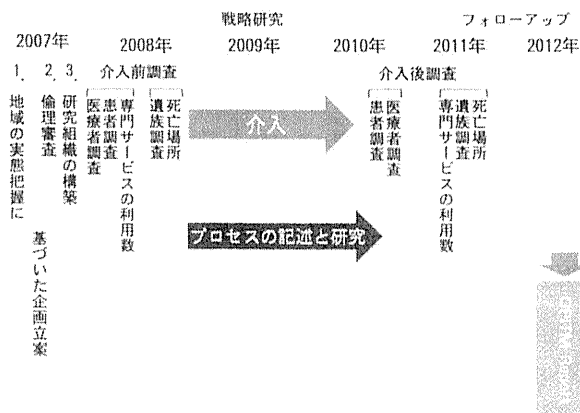
聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター  
井村千鶴、野末よし子、赤澤輝和、伊藤富士江

## OPTIMプロジェクトの概要

OPTIMプロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model、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」)は、2005年から毎年2領域ずつ行われている戦略研究の一部である。「戦略研究」は、日本では大規模な臨床研究がなかなか成功しない経緯から、「国民的ニーズが高く確実に解決を図ることが求められている研究課題」について、大規模研究を完遂して迅速に国民に還元することを目的として策定された。がんにおける戦略研究は2006年に設定され、乳がんの予防と、緩和ケアが設定された。緩和ケアが課題として選択された背景として、我が国ではがん患者から見たquality of life・緩和ケアの質の評価が不十分であることや、希望する場所で最期を迎えられる患者が少ないことから、がん対策基本法での重点領域と位置付けられたことが背景にあげられる。

OPTIMプロジェクトでは、2007年に研究プロトコルの作成と倫理審査などを行い、2008年に介入前調査、2008～2010年に介入、2010年から介入後調査を行った。2012年度末までに解析を終了する予定である(図1)<sup>1-3</sup>。試験デザインは、地域

図1 OPTIMプロジェクト 概要



を対象とした前後比較試験であり、評価項目は自宅死亡率、緩和ケア利用数、患者調査・遺族調査に基づく患者のquality of lifeである(表1)。これらの測定項目は、信頼性・妥当性の確保されたCare evaluation ScaleやGood Death Inventoryなどが用いられ、それまでに国際的にも高く評価されている日本の大規模調査の経験が生かされた<sup>4</sup>。

OPTIMプロジェクトの特徴的な点として、アウトカムの変化のみならず、プロジェクトそのものの経過を通じて緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物や介入過程を作成することを目標としたことがある。つまり、介入研究の結果

表1 OPTIMプロジェクトの目的・方法・介入

<b>目的</b>
1 地域緩和ケアプログラムが、がん患者のquality of lifeを向上するかを検証する
2 全国において緩和ケアに取り組んでいく際に資する成果物、介入過程を作成する
<b>デザイン</b>
地域介入による前後比較試験
<b>主要評価項目</b>
1) 自宅死亡率
2) 緩和ケアの利用数
3) 通院中のがん患者の緩和ケアの質評価やQOL (患者評価)
4) 終末期のがん患者の緩和ケアの質評価やQOL (遺族評価)
<b>副次評価項目</b>
1) 地域医療者の困難感・知識
2) 地域の緩和ケアの質指標
<b>介入</b>
1) 緩和ケアの技術・知識の向上
2) がん患者・家族・住民への情報提供
3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進
4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供

としてアウトカムの変化を測定するとともに、介入中に作成した様々なマテリアルや知見・ノウハウを集積することで全国の緩和ケアの普及に役立てることを目的とされたことが大きな特徴である。これは、近年になって、緩和ケアなどの複雑な介入(complex intervention)の研究では、単に「アウトカムがどう変化したか」だけでなく、それが「なぜ生じたのか」「どのような介入過程を得てアウトカムが生じたのか」を解釈できるような質的研究が重要であることが強調されていることと同じ意図を持っている<sup>5)</sup>。OPTIMプロジェクトは、これまでに行われた緩和ケアの地域介入研究として国際的にも最大規模の地域介入研究であると同時に、わが国ではじめての大規模な患者・家族・医療者を網羅したコホートでもある(図2)。

この論文では、OPTIMの対象地域の一つである浜松地域において行われたプロジェクトの概要のうち特に地域連携に

図2 過去に行われた緩和ケアの地域介入研究

	自宅死亡	緩和ケア利用数	患者調査	遺族調査	介入期間	介入から解析の年数
Edmonton, Canada (Can Med A.J, 1999)	○	○	×	×	永続	7年
Catalonia, Spain WHO (JPSM, 2007)	○	○	258	×	20年	5年
Ontario, Canada (JPSM, 2009)	○	×	102	75	1年8カ月	7年
Trondheim, Norway* (Lancet, 2000; JCO, 2001)	○	○	434	180	2年8カ月	5年
OPTIM	○	○	846	1006	2年	4年

\*: クラスターランダム化比較試験、その他: 前後比較試験

関することを紹介する。浜松地域は人口80万人、面積1500km<sup>2</sup>の大きな都市であるが、医療資源としては中央部に偏在しており、「日本の縮図」ともいわれている。

## プロジェクト期間中の活動

プロジェクトでは、3年間を通して、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、④緩和ケア専門家による診

図3 OPTIM 3年間で行われたこと

		2008年	2009年	2010年(予定)
組織構築	企画ミーティング	3回	3回	2回
	緩和ケアの技術・知識の向上	緩和ケアセミナー 10回(1273名)	7回(1083名)	5回
緩和ケアの技術・知識の向上	マニュアル/パンフレット配布	3464/25179部	2896/9474部	
	がん患者・家族・住民への情報提供	市民公開講座 1回(72名)	1回(600名)	1回
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	ポスター・冊子等配布	28124部	34599部	
	多職種連携カンファレンス	2回(239名)	2回(204名)	1回
	連携ノウハウ共有会	—	6回	3回
	困難事例カンファレンス	—	8回	7回
	緩和チーム合同カンファレンス	—	4回	5回
	退院支援担当看護師のあつまり	—	—	4回
	患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング	—	—	3回
	がん緩和ケアに関わるがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議	1回	1回	—
	診察ネットワーク	—	診療所訪問報告書	浜松在宅ドクターネット
	薬薬ネットワーク	—	P浜ねっと	P浜ねっと
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	アウトリーチ	16回	11回	12回
	緩和ケアホットライン	—	—	5病院共通ホットライン
	ホスピス在宅支援ベッド	2床	2床	2床

療・ケアの提供、という4本柱から成る地域介入が行われた(図3)。

「緩和ケアの技術・知識の向上」としては、「ステップ緩和ケア」と呼ばれるマニュアルなど各種マテリアルの配布と、医療福祉従事者を対象とした緩和ケアセミナーが行われた。マテリアルでは特に「ステップ緩和ケア」、「生活のしやすさに関する質問票」(患者の緩和ケアニーズをスクリーニングするツール)、「これからの過ごし方について」(看取りの時期の家族のためのパンフレット)が使用された。緩和ケアセミナーでは、グループワーク、ロールプレイ、デモンストレーションなどを含む体験型セミナーが企画された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」では、リーフレット・ポスターなどの配布、市民公開講座、「緩和ケアを知る100冊」の図書館への設置が行われた。ポスターは浜松地域で作成し、図書は市立図書館21施設に設置された。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、地域の多職種の顔の見える関係をつくるためのカンファレンスが通年行われた。並行して、年度ごとに明らかとなった課題を具体的に解決するためのワーキンググループが随時設定され、2009年度、2010年度と年々設置されたワーキンググループが増加した。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームの設置と、アウトリーチが行われた。アウトリーチは、在宅ホスピスを標榜する診療所に3年間を通して定期的に行われた。ホスピス病棟では在宅支援のための病床を運用した。

## 1 プロジェクトの準備と立案

2007年度に、「根回し」として、今回のプロジェクトにおいて中心的な役割を担う浜松地域の医療福祉機関・施設へプロジェクトの責任施設の医師・看護師・MSW(以下、ステアリングメンバー)で個別に説明を行い、内諾を得た。次に、地域全体へプロジェクト開始を告知し、協力施設を募るために、890の医療福祉機関・行政機関に案内状を郵送して、プロジェクトについての説明会を開催した。閉鎖的なプロジェクトにならないように地域全体

に呼び掛けることを意図した。プロジェクトの説明会には97施設147名の参加を得た。その後、連絡方法を確立するため登録申込書を参加者に送付し、リンクスタッフとして45施設119名、研究協力者として52施設98名から同意を得た。リンクスタッフと研究協力者を対象にメーリングリストを作成した。

2008年度の計画を立てるために、2007年度末に32施設70名によるグループワークで、「がん患者に今求められる支援・サポートとは」というテーマについて話し合われた。7名ずつのグループに分かれ、付箋を使用して討論が行われた。ステアリングメンバーを中心としてその結果を整理し行動計画案が策定された。2008年以降、リンクスタッフ・研究協力者のうち地域の多職種組織のマネージメントする立場にいるものと現場のスタッフ合計約30名からなる「企画ミーティング」を設け、企画についてのブレインストーミングを行った結果をステアリングチームで組み上げて次年度の活動計画案が策定された。

## 2 緩和ケアの技術・知識の向上

ポケット版の緩和ケアマニュアルである「ステップ緩和ケア」、ステップ緩和ケアの実践が映像で示された「ステップ緩和ケアムービー」、各症状ごとに作成された患者家族用パンフレットなどの配布を行うとともに、緩和ケアセミナーを開催した。3年間でセミナーは約20回行われ、のべ約3000名が参加した。マニュアルやパンフレットの配布数は約6万部であった。

2008年度の緩和ケアセミナーでは、「ステップ緩和ケア」にそった系統的な講義が年10回行われた。形式としては、一方向的な講義でなく講義とグループワークを組み合わせ、講義は医師と看護師など複数の職種が行った。また、グループワークのテーマに実際の事例やロールプレイなど実践的な内容が盛り込まれた。評価としては、10回中9回で90%以上の参加者が「とても役に立つ」、「役に立つ」と回答した<sup>6)</sup>。

## 3 がん患者・家族・住民への情報提供

緩和ケアに関するリーフレット・ポスター・冊子などを市内約350施設(公民館・市役所など行政施設104カ所、病院・保険薬局など医療施設140カ所、福祉・介護施設、浜松市立図書館)に設置した<sup>7)</sup>。特にがん患者数の多いと考えられる2つの病院において、ポスターや冊子をばらばらに置くのと患者にとって目につきにくいことから、がん治療などの冊子もまとめた「啓発ボード」を作成した。評価として、「持ち帰り数」を調べたところ、人通りの多いところでは合計数では多く持ち帰られていたが、「通行量」で補正した「通行した人1名あたりの持ち帰り数」は、がん患者が多い場所で最も多かった<sup>8)</sup>。すなわち、情報を必要としている人が多い場所に設置することが効率という点では最もよいことが示唆された。

#### 4 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進

地域連携としては、まず、「顔の見える関係づくりと課題の共有」のために、2008年から「多職種連携カンファレンス」を行った<sup>9-11)</sup>。カンファレンスでは、小グループに分かれて連携の課題について話し合いを行った。第4回までの多職種連携カンファレンスを終えた時点で行ったアンケート調査では、「連携が進んでいる」「患者に関わるいろいろな職種で直接会って話す機会が増えてきた」などと答えた参加者が増加した<sup>9)</sup>。

グループワークを通して抽出された地域連携に関する課題と解決策を整理すると、当事者の運用で解決できるものとしては、大きく「病院の退院支援」「病院と地域との情報共有」「地域内での情報共有」「地域でのリソースの情報」「介護支援専門員への支援」「患者・家族への啓発」「基盤となる顔の見える関係の構築」の7つに分けられた10, 11)。さらに、制度に関するものとしては、「診療報酬」「介護保険」「法改正」の3つがあった。連携に関する課題は広範囲にわたるため、現場レベルとしては、多方面にわたる課題のうち「手のつけやすいところから、同時に」解決していくことが重要であると思われた。

したがって、個々の課題の解決のために、2009

#### 図4 地域連携の促進：カンファレンスの変遷

多職種連携カンファレンス \* 地域が多職種100名/回で顔の見える関係づくり・課題の共有  
企画ミーティング \* 地域が多職種30名でのプロジェクトの活動方針の決定



##### 連携ノウハウ共有会

\* 病院の連携担当者、診療所看護師、訪問看護ステーション看護師、介護支援専門員、保険薬局薬剤師、など30名  
\* 具体的な問題解決・情報共有  
退院支援プログラムの共有・申し送り項目の統一  
地域の情報(在宅調剤する保険薬局など)を共有

##### 困難事例カンファレンス

\* 事例にかかわった多施設の当事者の振り返り 10名

がん緩和ケアに関するがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議  
\* 介護保険の迅速化

緩和ケアチーム合同カンファレンス \* 5病院の緩和ケアチームで難治例の検討

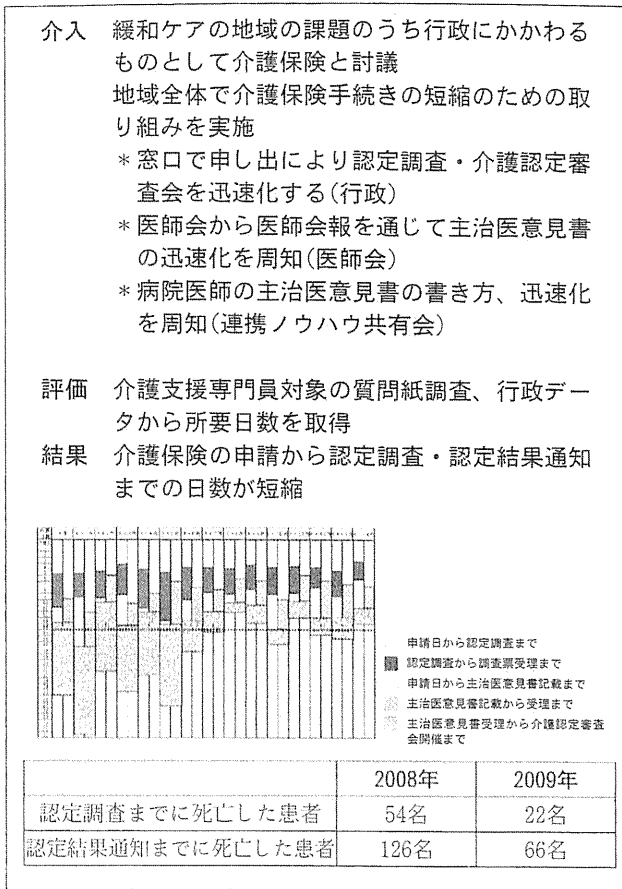
退院支援担当看護師のあつまり  
患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング  
ホスピスの利用について考える会

年から、連携ノウハウ共有会(病院の退院支援部署の実務者と地域とのカンファレンス)、困難事例カンファレンス(地域で生じた困難事例についての多施設にまたがるデスクカンファレンス)、緩和ケアチーム合同カンファレンス(地域の5つの緩和ケアチームの合同のカンファレンス)、退院支援担当看護師のあつまり(地域の退院支援看護師の集まり)、浜松市との会議(介護保険の迅速化についての会議)、P浜ねっと(在宅服薬指導を行う保険薬局のネットワーク)、浜松在宅ドクターネット(在宅診療を行う診療所のネットワーク)、患者会家族会遺族会実務者ミーティング(地域にある患者会家族会遺族会の担当者の集まり)などが次々に設定された(図4)。これらの多くの設定はその時その時の必要から生まれたものである。

##### (1) 連携ノウハウ共有会

連携ノウハウ共有会は、抽出された地域の連携の課題を実際に解決していくために、2009年度から設定された。病院側からは地域連携・退院支援調整を行うMSW・看護師が、地域側からは在宅ホスピス看護師、訪問看護ステーション看護師、介護支援専門員、保険薬局薬剤師など、現場で実務を担う人たちが参加した。2008~9年にかけては、各施設の退院支援プログラムをもちあわせて学びあうとともに、病院から自宅に帰る患者の申し送り項目としてどのような項目が適切かを共有した。最初は「看護記録の統一」をしようとしたが、それぞれの病院で伝統的になれた形式があるので、画一的統一は目的とせず、「必要な項目」を話し合い各施設の退院支援プログラムに反映させた。

図5 行政との協力による介護保険の手続きの短縮化



### (2) 介護保険の手続きの短縮化

2008年度に課題の抽出をしていくなかで、行政でなければ解決できない問題として、介護保険があげられた。介護保険の手続きに時間がかかりすぎ、多くのがん患者の認定が間に合っていないというものだった<sup>12,13</sup>。OPTIMプロジェクトをひとつのきっかけに、「がん緩和ケアに関するがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議」が開催され、介護保険申請の運用の工夫を中心に話し合われた(図5)。市と医療福祉機関・医師会が協力し、1) 要介護認定申請の際、「がん終末期の患者であること」を市の窓口伝えることにより、認定調査日を早めに設定する、2) 主治医意見書を数日以内に記載するように診療所と病院の医師に周知する、3) 調査票および主治医意見書の取得から介護認定審査会までの期間を通常よりも短縮する、などの取り組みが地域全体で進められた。診療所医師に対しては、主治医意見

書の提出期限を早めることが医師会会報上で伝達された。病院医師に対しては、各病院の連携室や書類作成を行っている責任部署から、主治医意見書の記載例を申請書類といっしょに医師に渡すなどの対策が取られた。その結果、「認定調査を待っている間に死亡したがん患者」は半減した。

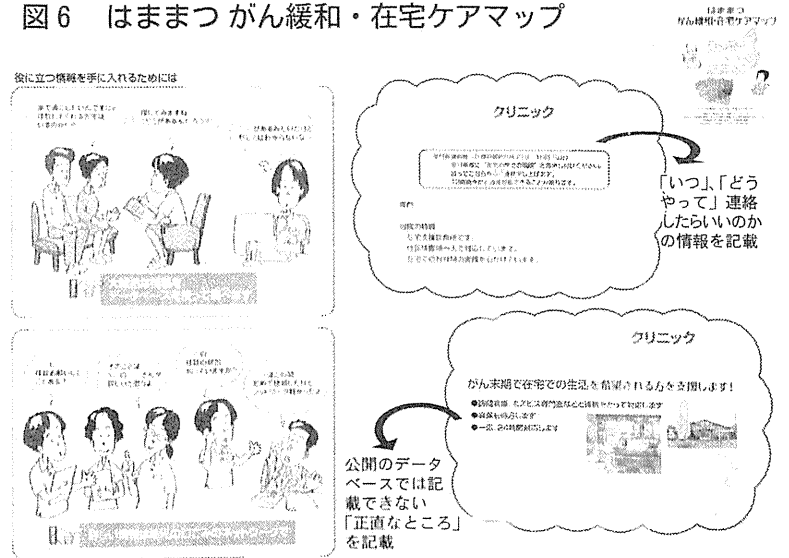
### (3) 地域でのリソースの情報

多職種連携カンファレンスでは、「浜松地域のどの診療所や薬局などが緩和ケアや在宅ケアにどの程度取り組んでいるのかを具体的に(公開されているインターネットからの情報では得られない生々しい情報を)知りたい」という声が多く挙げられた。そこで、浜松地域の資源について、「緩和ケアにこのように取り組んでいる」という生々しい情報を施設ごとに紹介する『はままつがん緩和・在宅ケアマップ』を作成した(図6)。これは、「情報として公開される〇×のついた一覧表」では、実際の連携に必要な情報としては不足であることから、人と人のネットワークで蓄積していく情報の補助として使用することを想定したものである。

### (4) ドクターネット

しばしば挙げられた課題として、診療所医師が負担なく、かつ、医師と連絡がつかないという理由だけで入院することのないように、診療所同士の連携を進めることが話題にあげられた14。診療所同士の連携を強めるために「浜松在宅ドクターネット」が立ち上げられ約60名が参加した。主治医・副主治医の決定、在宅診療での物品や工夫(輸

図6 はままつがん緩和・在宅ケアマップ





## 図7 浜松在宅ドクターネット

<p><b>会員構成</b></p> <p>1) 会員医師 40名 在宅療養患者の主治医として治療にあたる診療所医師</p> <p>2) 協力医 21名 皮膚科、眼科など診療所医師、または、病院に勤務する医師</p>
<p><b>活動内容</b></p> <p>1) 会員名簿の作成・会員への配布</p> <p>2) 連携のツールとしてのメーリングリストの維持 * 診療所医師同士の連携 副主治医の決定、代行医師の相談、情報交換、物品や資材・薬剤の貸借など</p> <p>3) 顔の見える関係の構築</p> <p>4) 病院の連携部門への周知</p>
<p><b>実際のやりとり</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 副主治医の依頼</li> <li>・ 休診日の交代医師の依頼</li> <li>・ 物品の融通</li> <li>・ 自宅で輸血するときの手順のノウハウの提供</li> <li>・ 在宅での注射器のレンタルモデルの意見交換</li> </ul>

血の方法、資材の管理)をするときの仕方などについて情報交換が行われている(図7)。

### 5 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供

地域からの相談を受ける地域緩和ケアチームの設置、緩和ケアチームが定期的に診療所でカンファレンスと同行往診をするアウトリーチプログラム、ホスピス病棟の在宅支援ベッドの運用を行った。アウトリーチプログラムは、緩和ケアチームが特定の医療機関に定期的に出張で共同の診療を行うことである。浜松市では、3年間に合計5施設(診療所2施設、病院3施設)を対象に行われ、在宅ホスピスを標榜する1診療所に対しては累計30回以上のアウトリーチが行われた。平日の午後から訪問し、診療所や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所など診療所以外のスタッフも交えてカンファレンスを行い、患者宅に多職種の5~10名で訪問した。2008年には、44名の患者についてカンファレンスを行い、23名に往診した。全体として141件の問題点が抽出され、65%が身体的な問題で最も多く、次いで精神的な問題が19%と多かった15。当初は身体的苦痛の話題が多かったものの、徐々にこころのケアや家族へのケアといった話題が増え、話題が包括的なものになったこ

とが示唆された。フォーカスグループでは、「選択肢が広がりあきらめなくなる」、「実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションを身につける」、「患者や家族が肯定的である」、「連携ができる」、「かかわっている患者の情報を共有してケアに生かせる」、「相談内容が症状から包括的なことに変わってくる」などの評価が得られた。

## プロジェクト前後での浜松市の地域緩和ケアの指標の変化：中間報告

調査が終了している2009年度までの在宅死亡率、緩和ケア利用数の変化について中間報告を示す。

### 1 自宅死亡率

プロジェクト開始前(2007年)の浜松市の自宅死亡率は7.0%(125名)ではほぼ全国平均と同じであったが、2008年には9.0%(169名)、2009年には11%(200名)に増加した(図8)。これは、がん死亡患者総数に占める割合としては4%の増加であるが、プロジェクト前からの増加率でみると全国平均では10%の増加に過ぎないものが、57%の増加率(全国平均の約6倍)である。診療所の類型別に見ても、在宅ホスピスを標榜している診療所でのがん患者死亡数が62名から102名に増えている一方、在宅ホスピス以外の診療所での死亡数も63名から98名へと増加していた。

自宅死亡率のみならず、実際の患者家族を対象とした調査でも、2008年のがん患者の遺族を対象とした質問紙調査で、在宅で最期を迎えられた場合は、「望んだ場所で最期を迎えられた」と回答された方が病院やホスピスよりも多かった。

図8 全国・浜松市のがん自宅死亡率

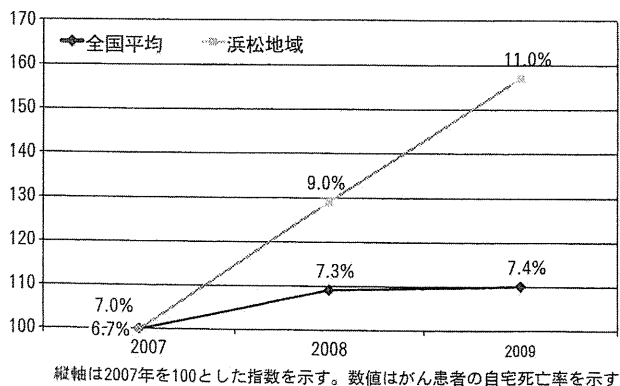
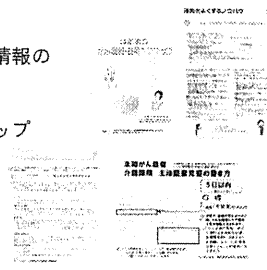


図9 OPTIMプロジェクトを通じて達成されたとと思われること

<ol style="list-style-type: none"> <li>1 地域の緩和ケアに取り組む意欲のある仲間のつながり 個人個人の「顔の見える関係」と、500名のメーリングリスト</li> <li>2 緩和ケアセミナーを通じての知識の強化</li> <li>3 介護保険手続きの迅速化</li> <li>4 地域連携のカンファレンスを設定していくプロセスの構築</li> <li>5 連携ツールの作成           <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院する時に受け渡してほしい情報の項目のリスト</li> <li>・連携をよくするノウハウ</li> <li>・はままつがん緩和・在宅ケアマップ</li> <li>・介護保険主治医意見書の書き方</li> <li>・浜松在宅ドクターネット</li> <li>・浜ねっとP</li> <li>・緩和ケアホットライン</li> <li>・ホスピスの在宅支援ベッド</li> </ul> </li> </ol>	
---	---

以上のことからあわせて、10～20%の在宅死亡率の上昇は患者の希望ともおおむね一致しており、プロジェクト期間中の在宅死亡率の変化は、患者の視点からは好ましい方向への変化であると考えられる。

## 2 緩和ケア利用数

緩和ケア利用数とは、地域にある専門緩和ケアサービスの診療を受けた患者数(のべ数)と、地域でのがん死亡患者を母数としたときの比を表す。緩和ケア利用数は、2007年、2008年には、それぞれ、浜松市全体で、600名、700名であり、これはがん患者死亡者を母数とした比では34%、38%であった。2009年には、専門緩和ケアサービスを利用された患者はのべ1463名に増加し、がん患者死亡者との比で80%まで上昇した。全国の利用数が20～30%台であると推測されることから<sup>16)</sup>、浜松市においては緩和ケアの利用が促されていると考えられる。

## まとめ：3年間に達成されたことと今後の課題

プロジェクトは途中であり、各種調査結果をみなければ総合的な評価はできないが、浜松地域におけるOPTIMプロジェクトは一定の成果を収めたと考えている。

具体的に達成されたと考えていることは、1) 地域の緩和ケアに取り組む意欲のある仲間のつな

がり、2) 緩和ケアセミナーを通じての知識の強化、3) 介護保険手続きの迅速化、4) 地域連携のカンファレンスを設定していくプロセスの構築、および、5) 各種の連携ツールの作成である(図9)。OPTIMプロジェクトで構築された連携体制が今後も継続していけるような枠組みを構築しており、さらに、それぞれの連携ツールを上手に使用することで地域全体の緩和ケアの向上に努めたい。

一方、OPTIMプロジェクトでは解決されなかった問題もあり、医療以外の福祉、非がん患者の終末期医療、お薬手帳などの情報共有と薬業連携と、制度の関することが主である。これらについては、さらに枠組みを広げた検討が必要になるであろう。

## 文献

1. 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.
2. 山岸暁美, 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト がん対策のための戦略研究「OPTIMプロジェクト」. *緩和ケア* 18:248-250,2008.
3. 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. *ホスピス緩和ケア白書* 2011, in press.
4. 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(23):3845-3852,2008.
5. Lewin S, Glenton C, Oxman AD. Use of qualitative methods alongside randomized controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ* 339:b3496,2009.
6. 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.
7. 赤澤輝和, 野末よし子, 井村千鶴, 森田達也. 緩和ケアについての市民・患者対象の啓発介入の実態調査. *Palliat Car Res* 5: 171-174,2010.
8. 赤澤輝和, 川崎由実, 山田博英, 野末よし子, 井村千鶴, 森田達也. 緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいのか? 緩和ケア, in press.
9. 井村千鶴, 古村和恵, 木田千恵, 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.

- 10.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.
- 11.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3. 緩和ケア 20:417-422,2010.
- 12.井村千鶴, 古村和恵, 野末よし子, 赤澤輝和, 森田達也. 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 20:92-98,2010.
- 13.井村千鶴, 野末よし子, 伊藤富士江, 赤澤輝和, 森田達也. がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果. 緩和ケア 21:102-107,2010.
- 14.伊藤富士江, 井村千鶴, 森田達也. がん在宅緩和医療の課題と解決策に関する診療所医師を対象とした訪問調査. 緩和ケア 20:641-647,2010.
- 15.井村千鶴, 藤本巨史, 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 37:863-870,2010.
- 16.木澤義之. 厚生労働科学研究補助金（がん臨床研究事業）「緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班 平成20年度研究報告書. 緩和ケアチームの活動の実態に関する全国調査.

