

いる病院、地域で得られた変化(良かったこと、悪かったこと)を明らかにする、②研修会の企画・運営上の問題点とその改善方法を明らかにする、③研修会の内容(細かい内容ではなくて大枠)、教育マテリアルの問題点とその改善方法を明らかにする。

2. 討論のためのグループ分け

36名を1グループ6名ずつ、6グループに分けた。グループ分けは、事前に収集した情報をもとに、所属施設、性別、専門診療科、居住地域などの属性が偏らないように配慮して行った。

3. ワークショップでの討論の方法

以下のような手順でブレインストーミングを行った。

①グループで検討課題を明確化し共有した。

②個々人が問題点(緩和ケア研修会の企画と運営の問題点および教育マテリアルの問題点)を1行程度の文章でカードに記入、これを意見が出なくなるまで続けた。なお、討議の途中で新しいアイデアが出る可能性を考え、カードを追加記入することも許容した。

③6名全員が記入したカードをすべて並べ、同じ種類の内容と考えられるカードをまとめてカテゴリ名を付与し、それぞれのカテゴリの関連図を作成した。問題点を抽出したのちに、それぞれの問題点について改善方法を検討した。

4. グループと討議内容

3つのテーマについて、それぞれ2グループに分けて討議を行った。グループA, B: 緩和ケア研修会を通じて得られたもの(個人、組織、地域)、グループC, D: 研修会の企画と運営の問題点とその改善方法、グループE, F: 研修会に使用するマテリアルの問題点とその改善方法とした。各グループにはそれぞれ2名のファシリテーターが同席し、1名が司会、もう1名が記録係として討議の様子を観察・記録した。

5. 討議内容の発表

グループで討議しカテゴリ化された結果は即座にプレゼンテーションスライドを作成し、同日行われたPEACE指導者フォーラムにおいて、グループ担当のファシリテーターが発表した。カテゴリ化されたプロダクトは回収し、討議の記録とともに研究者による分析の参考とした。

③ 分析

本研究では、上記のプロセスで行われたグループC, Dにおける研修会の企画と運営の問題点およびグループE, Fにおける研修会に使用する教育マテリアルの問題点を、討論でブレイン・ストーミングに用いられた参加者の意見が書かれたカードを再構成し質的に分析した。このプロセスは3名の研究者によって行われた。

まず、ワークショップにおいてカテゴリ化された意見を1度ばらばらにして、再度カテゴリ化する作業を行った。ブレインストーミングで出されたすべての意見について内容を確認しコード化を行った。1つのコードの大きさは、それだけでも意味を理解することが可能な最小の単位である単語や分節あるいは文章とした。

次に、抽出されたコードのうち、共通の意味内容を持つものを集めてカテゴリとした。カテゴリの整理・分類作業は3名の研究者が個別に行い、その後3名でカテゴリの整理・分類が適切かどうか検討することを繰り返した。一致しない項目については3名の研究者間で話し合って合意を得た。カテ

ゴリー化作業の際には、カードに書かれた意見、つまりワークショップの参加者の意見を明確化するために、ワークショップでの討論の記録も参考にした。抽出されたすべてのコードが作成されたカテゴリに分類されたことを3名の研究者が個別に再確認し、相違点について確認して最終案とした。

④ 倫理的配慮

研究の趣旨、データの取り扱い、プライバシーの保護についてワークショップ開始前に口頭で説明し参加者全員の同意を得た。

1. 成績

ワークショップの対象者の年齢は33-65歳(平均45.8歳)、男性30名、女性6名、1都1道2府15県から参加しており、すべて緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会を修了した医師である。参加者の専門背景は、緩和医療(ケア)科15名、内科6名、外科4名、麻酔科7名、精神科4名であった。

コードは178個抽出され、企画の問題点として4つのカテゴリ、運営の問題点として6つのカテゴリ、内容・マテリアルの問題点として6つのカテゴリに分類された(表1-3)。以下、カテゴリを【 】、サブカテゴリを〈 〉、対象者の意見を「 」で示す。

2. 企画の問題点(表1)

企画の問題点として最も意見が多かったカテゴリは【連携上の問題点】であり、これはさらに〈都道府県との連携が困難〉(医師会との連携が困難)〈拠点病院間の連携が困難〉(院内の連携が困難)の4つのサブカテゴリに分類された。〈都道府県との連携が困難〉であることには、「都道府県のサポートが貧弱である」「都道府県との事務手続きが煩雑である」ことなどが含まれていた。〈拠点病院間の連携が困難〉であることには「開催日の調整が難しいこと」「研修会形式の意見の不一致(単位型で行うか一般型で行うか)」が挙がっていた。〈院内の連携が困難〉であることには、「病院幹部の理解不足」「院内スタッフの理解不足」が含まれた。

2つ目のカテゴリは【開催基準の問題点】であった。このカテゴリは「開催が拠点病院に集中する」といった〈開催施設の偏り〉〈開催の人的負担〉〈研修会の形式の問題(一般型か単位型か)〉(2日間以上の日程確保が困難)の4つのサブカテゴリに分類された。

3つ目のカテゴリは【参加者集めの問題点】であった。このカテゴリは「研修会の意義が伝わっていない」ため〈院外参加者が集まらない〉と、「(がん拠点病院であるにもかかわらず)院内医師の理解が得られない」ため〈院内医師が参加しない〉の2つのサブカテゴリに分けられた。

4つ目のカテゴリは【コメディカルに参加に関する問題点】である。これは「コメディカルから参加についての問い合わせの対応に苦労した」などの意見を含むものである。

3. 運営の問題点(表2)

運営の問題点として、第1に【運営の負担】がカテゴリ化された。このカテゴリは「謝金」「交通費」などの〈経費の負担〉と、〈資料準備の負担〉の2つのサブカテゴリに分けられた。

2つ目のカテゴリは【参加者の問題点】であった。これは「参加者間でモチベーションや経験・知識レベルに差がある」といった個々人の〈参加者間の差〉と、〈全体的な盛り上がり

表1 企画の問題点

カテゴリー	サブカテゴリー	内容(例)
連携上の問題点	都道府県との連携が困難	都道府県のサポートが貧弱である
	医師会との連携が困難	医師会(開業医)の希望に期日を合わせられない
	拠点病院間の連携が困難	研修会形式の意見の不一致(単位型で行うか一般型で行うか)
	院内の連携が困難	病院幹部の理解不足
開催基準の問題点	開催施設の偏り	開催が拠点病院に集中する
	開催の人的負担	多くの人手が必要
	研修会の形式の問題 (一般型か単位型か)	同じ都道府県内で開催形式についての意見が分かれる
	2日間以上の日程確保が困難	2日間の日程を確保するのは難しい
参加者集めの問題点	院外参加者が集まらない	研修会の意義が伝わっていないため参加者が集まらない
	院内医師が参加しない	がん診療連携拠点病院であるにも関わらず院内医師の理解が得られない
コメディカルの参加に関する問題点		コメディカルから参加についての問い合わせの対応に苦労した

表2 運営の問題点

カテゴリー	サブカテゴリー	内容(例)
運営の負担	経費の負担	講師に対する謝金, 交通費の負担
	資料準備の負担	研修会資料の準備に手間がかかる
参加者の問題点	参加者間の差	参加者間でモチベーションや経験・知識レベルに差がある
	全体的な盛り上がり欠ける	全体的に盛り上がらない雰囲気の研修会がある
運営スタッフの問題点	事務職の無理解	施設事務職の理解がなく協力が得られない
	運営スタッフの確保が困難	運営を手伝うスタッフを集めるのが難しい
ファシリテーターの問題点	ファシリテーターの能力差	ファシリテーターの質にばらつきがある
	ファシリテーターの確保が困難	依頼されるファシリテーターが偏っていて負担になっている
	精神腫瘍指導者の不足	都道府県内に精神腫瘍のファシリテーターが少ない
中途退出者の問題点		中途退出者の取り扱いに苦労する
修了証のインセンティブの問題点		研修会の修了に何かしらのインセンティブがほしい

に欠ける)という研修会全体の雰囲気の問題の2つのサブカテゴリーに分けられた。

3つ目として【運営スタッフの問題点】が挙げられた。〈事務職の無理解〉〈運営スタッフの確保が困難〉の2つのサブカテゴリーに分けられた。

4つ目は【ファシリテーターの問題点】であった。このカテゴリーは〈ファシリテーターの能力差〉〈ファシリテーターの確保が困難〉〈精神腫瘍指導者の不足〉の3つのサブカテゴリーに分類された。

5つ目は【中途退出者の問題点】であり、これには「中途退出者の取り扱いに苦慮する」といった意見が含まれていた。

6つ目として【修了証のインセンティブの問題点】がカテゴリー化された。修了証にインセンティブを求める意見がいく

つか挙がっていた。

4. 内容・教育マテリアルの問題点(表3)

内容・教育マテリアルの問題点は6つのカテゴリーに分類された。

1つ目として「プレテストを項目ごとに分けて使用できるようにしてはどうか」といった【プレテスト・ポストテストに関する問題点】がカテゴリー化された。

2つ目のカテゴリーは【スライドに関する問題点】であり、次の3つのサブカテゴリーに分けられた。「出典を明確に」といった〈スライドの内容に関するもの〉、「スライドノートに考え方を示したほうがいい」といった〈スライドノートに関するもの〉、「一般名と商品名が混在している」といった〈薬剤名に関するもの〉が挙げられた。

表3 内容・教育マテリアルの問題点

カテゴリー	サブカテゴリー	内容(例)
プレテスト・ポストテストに関する問題点		プレテストを項目ごとに分けて使用できるようにしてはどうか
スライドに関する問題点	スライドの内容に関するもの	出典を明確にしたほうがよい
	スライドノートに関するもの	スライドノートに考え方を示した方がよい
	薬剤名に関するもの	一般名と商品名が混在している
DVDに関する問題点		緩和ケア概論のDVD内容が終末期に偏っている
教育法に関する問題点		会場で議論を深めることが難しい
マテリアルの使用法に関する問題点		スライドの改変の自由度がない
教育マテリアルの拡充に関する問題点	多職種向け教育マテリアル	医師以外の職種用のモジュールやシナリオが必要である
	追加モジュール	放射線治療、倦怠感、鎮静、輸液、認知症などのモジュールを望む

3つ目は【DVDに関する問題点】であり、これには「緩和ケア概論のDVD内容が終末期に偏っている」「オピオイドを開始するときのDVDの使用意義が明確ではない」などの意見が含まれていた。

4つ目として【教育法に関する問題点】がカテゴリー化された。これには「会場で議論を深めることが難しい」といったことや、「ロールプレイをうまく運営できない」などの意見が含まれていた。

5つ目は【マテリアルの使用法に関する問題点】である。これには「スライドの改変の自由度がない」といった意見が含まれていた。

6つ目として【マテリアルの拡充に関する問題点】が挙げられた。このカテゴリーは〈多職種向け教育マテリアル〉(追加モジュール)の2つのサブカテゴリーから成っている。医師以外の職種用のモジュールやシナリオが必要であるという意見、追加モジュールとして放射線治療、倦怠感、鎮静、輸液、認知症の緩和ケアなどを望む意見が含まれていた。

考 察

今回、われわれは日本緩和医療学会が行っているPEACEプロジェクトに基づいた緩和ケア研修会における企画・運営の問題点および教育マテリアルの問題点を、ブレインストーミングを行い、その内容を質的に分析することにより明らかにした。

企画に関する問題点として、緩和ケア研修会の企画責任者は企画時に都道府県、医師会、拠点病院間、院内それぞれとの連携の問題を抱えていた。このような連携の問題点に対しては、都道府県との話し合いを密に行っていくこと、また他都道府県や他施設の現況、取り組みを共有し参考としていくことで状況を改善することができると考えられる。

開催に多くのファシリテーターを必要とすること、緩和ケア研修会の研修時間数が長く、開催の日程確保が難しいことなど、あらかじめ定められた緩和ケア研修会の開催指針自体が原因となっている問題点も明らかとなった。

緩和ケア研修会の内容は、その目的である「がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得し、

がん治療の初期段階から緩和ケアが提供される」ために、必要と考えられて作成されているものであり、単純に時間数を減らすなどの対処で緩和ケア研修会を簡単に開催する、などの安易な指針の緩和は慎むべきであるが、e-Learningによる研修を組み合わせて実際に集合研修を行う時間の短縮を図る、プログラムの選択の自由度を増して参加者のニーズに合った研修会を行うなど、開催に関わる指導者の負担を減らし、学習効果を増すような開催指針の改訂は必要であろう。

運営の問題点として、研修会の開催者はさまざまな問題を抱えていることが明らかになった。運営をすることの金銭的・人的負担、参加者やスタッフの経験やモチベーションの差、ファシリテーターの能力差などが挙げられていた。

PEACEプロジェクトの重要な目的の1つが「緩和ケア研修会の開催支援」である。具体的には指導者の育成、教育マテリアルの提供、開催ノウハウの提供などが行われている。指導者のさらなる育成による人的負担の軽減、教育マテリアルの追加や改善など、さらに現場のニーズに合った開催支援をしていくことが望まれる。

緩和ケア研修会の修了に何かしらのインセンティブを求める人が多かった。この点に関しては2010年度診療報酬改定により、緩和ケア診療加算、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者カウンセリング料、緩和ケア病棟入院料の4種の診療報酬については「緩和ケアに関する研修を修了していること」が施設基準となり、実際に緩和ケア研修会の修了証にインセンティブがついた¹⁰⁾。

内容・マテリアルの問題点として、主としてPEACEプロジェクトで作成されているマテリアルについての問題点も明らかとなった。プレテスト・ポストテスト、スライド、DVDといったマテリアルの内容に関する点、使用法や教育法に関する点などである。この点に関してPEACEプロジェクトでは指導者研修会修了者のメーリングリストなどを通して、地域での緩和ケア研修会で挙げた意見や疑問を随時吸い上げて、即座に教育マテリアル改善につなげる作業を続けている。また、要望の多かった緩和ケア研修会の内容の充実に関しては2010年8月にその第1歩として追加モジュールを新規に公開した。追加モジュールは、特にEnd-of-Life careに関わる知識や技術、基本的な態度に関して標準プログラムのモジュールを補うも

のとして作成され、「倦怠感」「包括的アセスメント」「治療・ケアのゴールを話し合う」「アドバンス・ケア・プランニング」「輸液と栄養」「苦痛緩和のための鎮静」「死が近づいたとき」の7つモジュールより成り立っており、指導者研修会修了者であればホームページから教育マテリアルをダウンロードして使用可能である。教育マテリアルの追加・改善を望む意見は多いため、今後も迅速かつ適切な対応が必要と考えられる。

本研究によって緩和ケア研修会における企画・運営および学習資料のさまざまな問題点が抽出された。PEACEプロジェクトなどによって開催や教育マテリアルの提供など種々のサポートが行われているが、開催者である研修会指導者の物理的・心理的負担はいまだに大きいことが明らかとなった。また、問題点や学習者のニーズやレベルもさまざまであることから、一律の開催指針や学習資料でカバーすることが困難であると考えられる。これら研修会の問題点の改善方法として以下の6つのことが挙げられる。

①研修会のプログラムを必須項目と選択項目に分け、学習者のニーズに応じて研修内容を自由に選択できるようにすること

②e-Learningによる参加者の事前学習を組み合わせることで、研修会の日程の短縮を図ること

③研修会の開催運営の負担を減らすため、指導者の育成を続けること

④フォローアップ研修会の開催などを通して、ファシリテーターの質の維持を図ること

⑤学習者のニーズやレベルに合わせて使い分けができるように、モジュールを追加し学習資料の改善を図ること

⑥上記を組み込んだ開催指針の改訂を行うこと

本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は緩和ケア研修会を開催している指導者研修会修了者であり、実際の学習者である地域の緩和ケア研修会参加者から直接集約された意見ではない。また、任意参加であるワークショップにおける対象者の意見を集約したものであり、年齢、経験、緩和ケア研修会への関わり方の軽重などの参加者背景の統制が行われなかったことから、緩和ケア研修会指導者全体の意見を反映していない可能性がある。

今後は指導者を対象とする評価に加えて、緩和ケア研修会参加者を対象とした研修会の評価を行い、その結果をもとに継続的にプログラムや教材の改善を図る作業が必要である。

謝辞 本研究は、厚生労働科学研究費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」、厚生労働省委託事業「平成20年度がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業」(2008年5月9日付け健発0509004号)、「日本緩和医療学会PEACEプロジェクト」事業評価の一環として行われたものである。研究にご協力いただいた方々に心より感謝いたします。

文献

- 1) Furstenberg CT, Ahles TA, Whedon MB, et al. Knowledge and Attitudes of Health-Care Providers Toward Cancer Pain Management: A Comparison of Physicians, Nurses, and Pharmacists in the State of New Hampshire. *J Pain Symptom Manage* 1998; 15: 335-349.
- 2) Morita T, Akechi T, Sugawara Y, et al. Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 2002; 20: 758-764.
- 3) Cherny NI, Catane R. Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: report on a survey by the European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. *Cancer* 2003; 98: 2502-10.
- 4) Low J, Cloherty M, Wilkinson S, et al. A UK-wide postal survey to evaluate palliative care education amongst General Practice Registrars. *Palliat Med* 2006; 20: 463-9.
- 5) 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知。
- 6) 日本緩和医療学会PEACEプロジェクト [cited 2010 Dec 28]; [<http://www.jspm-peace.jp/>]
- 7) 山本 亮. がん診療に携わるすべての医師のための緩和ケア研修会—PEACEプロジェクト開発の経緯、現状と課題. *緩和ケア* 2009; 19 (Suppl): 119-123.
- 8) 木澤義之. がん対策基本法後の緩和ケア教育—PEACEプロジェクトの実践を通して. *緩和ケア* 2010; 20: 18-22.
- 9) 小西洋子, 細川豊史, 神林祐子, 他. 「京都府がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の評価. *Palliat Care Res* 2010; 5: 152-161.
- 10) 山田祐司. 緩和ケアに関連した2010年度診療報酬改定について—病院の視点から. *緩和ケア* 2010; 20: 489-491.

Current problems with project management and learning materials of a palliative care education program for physicians based on the Cancer Control Act

Yasushi Abe¹⁾, Ryo Yamamoto²⁾ and Yoshiyuki Kizawa³⁾

1) Department of Palliative Care, Asahikawa Medical University Hospital, 2) Department of General Medicine, Saku Central Hospital, 3) Institute of Clinical Medicine, Graduate School Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

Background: In order to improve physicians' competence of palliative care, the PEACE project, a palliative care education program for physicians based on the Cancer Control Act, has been conducted throughout the country since 2008. The effectiveness and limitations of the current project management techniques and learning materials have not been determined. This study aimed to explore current problems with the PEACE project and to seek corrective strategies. **Method:** A workshop was held with 36 participants who had finished PEACE faculty-development programs, and involved brain-storming with physicians. The results of brain-storming sessions were qualitatively analyzed. **Results:** Most problems identified related to the burden, to the host, of holding the faculty-development program workshop. In addition, some problems related specifically to the individual host site or community involved. **Conclusion:** One strategy to improve these problems is to incorporate e-Learning to both expand the program and reduce the burden on the host site. In addition, workshop materials could be improved to include additional modules and revised guidelines. *Palliat Care Res* 2011; 6(2): 143-149

Key Words: palliative care, post-graduate education, neoplasm, qualitative research

Table 1 Problems with the project

category	subcategory	contents (example)
Problems of co-operation	Co-operation with administration is difficult	Administrative support is poor
	Co-operation with the medical association is difficult	It is difficult to match schedules with the medical association (practitioner)
	Co-operation between regional cancer centers is difficult	There is disagreement in workshop design between regional cancer centers
	Co-operation within the hospital is difficult	There is a lack of understanding by hospital executives
Problems of workshop criteria	Bias of holding facilities	The workshop is organized to focus on regional cancer centers
	Host staff requirements	A lot of manpower is needed
	Problems of workshop pattern (general type or credits type?)	Opinions about the workshop pattern are divided within the one prefecture
	Difficulty in securing a schedule of two or more days	To secure a two-day schedule is difficult
Problems of participant recruitment	Poor external recruitment	There are few participants because the significance of the workshop has not been adequately communicated
	Poor internal recruitment	Doctors within the hospital do not understand the significance of the workshop despite there being a regional cancer center
Problems concerning the participation of co-medical personnel		It is difficult to deal with enquiries about participation from co-medical personnel

Table 2 Problems with project management

category	subcategory	contents (example)
High management requirement	High expenditure	There are insufficient rewards for teachers, and a high burden of transportation costs
	High degree of material preparation	It is difficult to prepare the workshop material
Problems of participant	Differences between participants	There are differences in levels of motivation, knowledge and experience among the participants
	Lack of overall upsurge	Some workshops are lacking in overall motivation
Problems of management staff	Lack of clerk's understanding	Clerks do not co-operate because they do not understand the significance of the workshop
	Co-operation with management staff is difficult	It is difficult to attract staff to assist in the workshops
Problems of facilitator	Differences in ability of the facilitator	Facilitator quality varies
	Securing the facilitator is difficult	Facilitator requests are skewed
	Lack of psycho-oncologists	There are few psycho-oncology facilitators within the prefecture
Problems of participant discontinuation		It is difficult to cope with the participant discontinuation
Problems of incentive for the diploma		An incentive for completing the workshop is needed

Table 3 Problems with the project contents and materials

category	subcategory	contents (example)
Problems of pretest and posttest		It has been proposed that the pre-test is used separately for each item
Problems of presentation slides	Problems of contents	The source of slide content should be clearer
	Problems of slide notes	Concepts could be illustrated better in slide notes
	Problems of drug names	Common names and brand names should not be mixed
Problems of the DVD		DVD content in "Introduction to Palliative Care" is biased toward the end of life
Problems of teaching skill		It is difficult to deepen discussions in current venues
Problems of material use		There are many restrictions on slide use
Problems of material addition	Material for other professionals	Modules and materials for co-medical participants are needed
	Additional modules	We would like to create additional modules, for example, radiotherapy, fatigue, sedation, fluids and dementia.

どのような緩和ケアセミナーが求められているのか： 4,188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に 影響する要因

原 著

Original Article

末田千恵¹⁾ 山岸暁美²⁾
鈴木 聡³⁾ 木下寛也⁴⁾
鄭 陽⁵⁾ 白髭 豊⁶⁾
木澤義之⁷⁾ 森田達也⁸⁾

¹⁾法政大学大学院人間社会研究科

²⁾前慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

³⁾鶴岡市立荘内病院

⁴⁾国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科

⁵⁾聖隷三方原病院 ホスピスコ

⁶⁾白髭内科医院

⁷⁾筑波大学大学院 人間総合科学研究科

⁸⁾聖隷三方原病院 緩和支援診療科

要 旨

研究の目的は、複数地域で地域多職種を対象に行われた緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因を抽出することである。4地域で開催されたセミナー53回の参加者6,174名のうち4,188名(68%)から評価を得た。「とても役に立つ」、「役に立つ」と回答したものは91%、「少し役に立つ」、「あまり役に立たなない」、「役に立たない」と回答したものは8.7%であった。有用性の評価に有意に影響していたのは、内容(症状を扱ったもの)、形態(講義とグループワークの組み合わせ)、講師(看護師を含む)、参加者の臨床経験年数、職種であった。地域対象の緩和ケアセミナーでは、症状緩和をテーマとして看護師を講師に含む講義とグループワークを組み合わせたものが有用であった。

(ペインクリニック 32 : 1215-1222, 2011)

キーワード：緩和ケア，地域，教育，疼痛

I. 背 景

疼痛緩和を含む緩和ケアは、緩和ケア病棟、院内緩和ケアチームを超えて、地域での普及が求められている¹⁻³⁾。しかし、地域の医療者は、

緩和ケアにかかわる機会がそれほど多くない、専門的なトレーニングを受けたことがない、相談できる専門家が身近にいないことなどから、緩和ケアに関する自信は低い^{4,5)}。緩和ケアに関する地域医療者の知識や技術を向上させることは、地域における緩和ケアの普及に有用な可能性があり、地域がん診療連携拠点病院を中心として地域の緩和ケアにかかわる職種に対して緩和ケアの知識や技術を向上させることが課題とされている。地域医療者の緩和ケアの知識や技術を向上させる手段として、緩和ケアに関する講習会、アウトリーチプログラム、専門施設

〈Original Article〉

What factors influence on participant-reported usefulness of palliative care workshop for regional health care workers?

Chie Sueda, et al

Hosei University Graduate School of Social Well-being Studies

表 1 緩和ケアセミナーの内容 (53 回)

内 容	(回数)	形 態	(回数)
疼 痛	12	講義とグループワーク	36
呼吸器症状	6	講義のみ	17
消化器症状	3		
皮膚・排泄のケア	2	講 師	
せん妄	3	医師のみ	27
精神的ケア・家族のケア	7	看護師のみ	5
看取りのケア	3	医師と看護師	15
地域の資源	7	医師と薬剤師	3
その他*	10	その他**	3

*：高カルシウム血症，栄養，評価尺度やツール

**：看護師と医療ソーシャルワーカー，薬剤師と臨床心理士，介護福祉士と理学療法士

での研修などが考えられる。講習会はしばしば行われる方法であり、系統的レビューでは、一般的な一方向性の講義による講習会では効果は限定的であり、相互交流的 (interactive) な方法が勧められている^{6,7)}。

わが国においては、医師を対象とした「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」(PEACE プログラム)、看護師を対象とした「看護師に対する緩和ケア教育」(ELNEC) などの運用が始められているが^{8,9)}、現在のところ大規模な有用性の実証研究はほとんどない¹⁰⁻¹³⁾。これまでに、講義にグループディスカッションを取り入れた双方向性の緩和ケアセミナーの有用性について評価した 1 地域の経験では、参加者にとって、講義とグループディスカッションの組み合わせの有用性が高く評価され、内容では、実技を含む形態、特殊な知識を短時間に得られる形態、パンフレットなど具体的なツールを使用する形態、倫理的問題や対応が難しい事例の症例検討、早期からの在宅サービスの利用に関係した形態などの評価が高かった¹³⁾。しかし、これは 1 地域での 1 つの方法の報告であり、多地域の複数の方法を比較した研究はない。多地域で行われた緩和ケアセミナーの有用性の評価に与える要因を明らかにすることは、今後、各地域で行われる地域を対象とした緩和ケアセミナーの計画を立てる上で価値があると考えられる。

本研究の目的は、多地域で地域の多職種を対

象に行われた緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因を抽出することである。

II. 対象・方法

1) 緩和ケアセミナー

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM プロジェクト) の介入の一部として、2008 年～2009 年の 2 年間に全国の 4 地域で地域の多職種向けに緩和ケアセミナーが行われた。緩和ケアセミナーは、相互交流的に年 1 回以上、多職種を対象として行うことを規定したが、内容、講師などの具体的な方法については各地域で決定した。

2 年間に合計 53 回のセミナーが開催された (表 1)。地域では、A 地域 17 回、B 地域 17 回、C 地域 14 回、D 地域 5 回であった。内容は疼痛が最も多く、精神的ケア・家族のケア、地域の資源、呼吸器症状、消化器症状、せん妄、看取りのケアなどであった。形態としては、講義とグループワークを組み合わせたものが 68%、講義のみのものが 32% であった。講師は医師のみが 51%、医師と看護師が 28% であった。セミナーの時間は 60 分から 90 分であった。

2) 緩和ケアセミナーの質問紙による評価

毎回終了後に参加者に質問紙を配布し、回収箱に回収した。調査項目は、背景 (性別、年齢、職種、勤務場所、勤務場所での職種、臨床経験

年数)に加えて、緩和ケアセミナー全体の有用性を「とても役に立つ(5)」、「役に立つ(4)」、「少し役に立つ(3)」、「あまり役に立たない(2)」、「役に立たない(1)」の選択回答により調査した。

講義については、講義の有用性、時間(「短かった」、「ちょうどよかった」、「長かった」)、わかりやすさ(「とてもわかりやすい」、「わかりやすい」、「少しわかりにくい」、「わかりにくい」)、難易度(「もっと発展的な内容がいい(基本的すぎる)」、「ちょうどよい」、「もっと基本的な内容がいい(難しすぎる)」)を調査した。グループワークについては、時間(「短かった」、「ちょうどよかった」、「長かった」)を調査した。調査は、参加者の同意の下に、匿名性に配慮して行った。

Ⅲ. 解 析

緩和ケアセミナー全体の有用性を主要評価項目とし、セミナーの方法(地域、内容、形態、講師)、参加者の背景(性別、年齢、勤務場所での職種、臨床経験年数)による差をStudentのt検定、 χ^2 検定、または、一元配置分散分析(ANOVA, post-hoc testはSheffe testを用いた)で検定した。背景要因は、その要因を含むセミナーが複数地域で複数回行われたものを比較の対象とした。すなわち、セミナーの内容では、疼痛、呼吸器症状、消化器症状、皮膚・排泄のケア、せん妄、精神的ケア・家族のケア、看取りのケア、地域の資源を検討した。講師は、医師のみ、看護師のみ、医師と看護師、医師と薬剤師を検討した。参加者の背景では、職種、勤務場所、勤務場所での職種のうち、勤務場所での職種を検討した。有意水準は $p=0.01$ に設定した。複数の背景要因の影響を測定するために、参加者を「とても役に立つ」または「役に立つ」と回答したものと、「少し役に立つ」、「あまり役に立たない」、「役に立たない」と回答したものと2群に分け、ステップワイズ法(変数増加法、尤度比)によるロジスティック回帰分析を行った。統計解析は、Statistical Pack-

age for the Social Sciences ver. 9.0を使用した。

Ⅳ. 結 果

53回の緩和ケアセミナーの参加者は累計6,174名であり、そのうち4,188名(68%)から質問票を回収した。そのうち、グループワークのあるセミナーの参加者は2,680名であった。参加者の職種は、看護師が約半数で、薬剤師、医師、介護支援専門員などであった。勤務場所は、病院が約40%と最も多かった(表2)が、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム、診療所、居宅介護支援事業所、保険薬局など多様であった。勤務場所での職種は、病院看護師が最も多く約30%であったが、訪問看護ステーション看護師、居宅介護支援事業所、保険薬局薬剤師、病院薬剤師、診療所医師、病院医師、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム看護師など多様であった。臨床経験年数は10年以下が約30%であった。

1) 緩和ケアセミナーの評価

全般的な有用性は、「役に立つ」、「とても役に立つ」と回答したものがそれぞれ44%、47%であった(表3)。講義についても、「役に立つ」「とても役に立つ」と回答したものは合わせて約90%であった。

講義の時間は約80%が「ちょうどよかった」としたが、13%は「短かった」と回答した。分かりやすさは、「とても分かりやすい」、「分かりやすい」と答えたものが約90%であった。内容の難易度は86%が「ちょうどよかった」と回答し、「もっと発展的な内容がよい」と「もっと基本的な内容がよい」は、いずれも10%以下であった。グループワークの時間は約70%が「ちょうどよかった」としたが、30%は「短かった」と回答した。

2) 緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因

全般的な有用性に有意差があったのは、地域、

表2 対象者背景 (n=4,188)

性別		勤務場所での職種	
男性	19.6% (n=820)	病院看護師	28.3% (n=1,186)
女性	67.6% (n=2,832)	訪問看護ステーション看護師	10.7% (n=447)
年齢		居宅介護支援事業所介護福祉 専門員	7.7% (n=321)
20代	14.1% (n=590)	保険薬局薬剤師	6.5% (n=271)
30代	20.6% (n=862)	病院薬剤師	6.1% (n=255)
40代	22.4% (n=939)	診療所医師	5.9% (n=245)
50代以上	21.1% (n=882)	緩和ケア病棟・緩和ケアチ ーム看護師	5.1% (n=214)
職種		病院医師	5.1% (n=212)
看護師	51.0% (n=2,136)	診療所看護師	2.7% (n=112)
薬剤師	15.1% (n=632)	病院医療ソーシャルワーカー	2.2% (n=94)
医師	13.4% (n=560)	緩和ケア病棟・緩和ケアチ ーム医師	2.0% (n=83)
介護福祉専門員	8.3% (n=348)	緩和ケア病棟・緩和ケアチ ーム薬剤師	1.9% (n=80)
医療ソーシャルワーカー	2.7% (n=112)	臨床経験年数	
保健師	1.6% (n=69)	0~5年	16.9% (n=709)
栄養士	0.5% (n=20)	6~10年	15.5% (n=650)
その他	6.4% (n=267)	11~15年	9.8% (n=412)
勤務場所		16~20年	11.8% (n=494)
一般病棟	43.2% (n=1,809)	21~25年	9.2% (n=386)
訪問看護ステーション	12.6% (n=527)	26~30年	6.7% (n=282)
緩和ケア病棟・緩和ケアチ ーム	9.8% (n=412)	31年以上	5.1% (n=213)
診療所	8.9% (n=373)		
居宅介護支援事業所	7.6% (n=320)		
保険薬局	6.4% (n=270)		
その他	9.0% (n=375)		

内容（皮膚排泄のケア，地域の資源を扱ったセミナーは，疼痛などの症状を扱ったセミナーに比較して有用性が低い），形態（講義とグループワークを組み合わせたセミナーは，講義のみのセミナーより有用性が高い），講師（講師に看護師が含まれるセミナーは，医師のみが講師のセミナーに比較して有用性が高い），臨床経験年数（26年以上の臨床経験のある参加者では有用性が低い）であった（表4）。また，勤務場所での職種では，診療所医師，訪問看護ステーション看護師，緩和ケアチーム薬剤師で有用性が高く，診療所看護師，病院看護師で有用性が低かった（図1）。

多変量解析では，セミナーの内容が疼痛などの症状緩和であること，形態が講義とグループワークを組み合わせたセミナーであることが有用性の独立した決定因子として抽出された（表5）。

V. 考 察

本研究は，筆者の知る限り，多地域の地域医療者を対象として行われた緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因を同定した初めての研究である。総じて緩和ケアセミナーは有用であると評価されていたが，有用性はセミナーの方法によって異なっており，今後，各地域での緩和ケアセミナーを計画するにあたって役に立つと考えられるいくつかの示唆が得られた。

全般的な有用性は，内容が症状緩和に関するセミナー，講義とグループワークを組み合わせたセミナー，講師に看護師が含まれるセミナーで高かった。

地域の資源や皮膚・排泄のケアに比較して症状緩和に関するセミナーで有用性の評価が高かったのは，地域に公開されるセミナーで緩和

表3 緩和ケアセミナーの評価 (n=4,188)

		全体	講義
有用性	とても役に立つ	47.4% (n=1,697)	41.8% (n=1,602)
	役に立つ	43.8% (n=1,567)	47.1% (n=1,803)
	少し役に立つ	7.0% (n=251)	9.3% (n=354)
	あまり役に立たない	1.2% (n=44)	1.2% (n=46)
	役に立たない	0.5% (n=18)	0.6% (n=22)
	欠損値	14.6% (n=611)	8.6% (n=361)
講義時間	短かった	13.0% (n=488)	
	ちょうどよかった	81.5% (n=3,049)	
	長かった	5.5% (n=206)	
	欠損値	10.5% (n=441)	
講義のわかりやすさ	とてもわかりやすい	43.2% (n=1,552)	
	わかりやすい	49.6% (n=1,781)	
	少しわかりにくい	5.9% (n=213)	
	わかりにくい	1.3% (n=48)	
	欠損値	14.2% (n=594)	
講義の内容の難易度	もっと発展的な内容がいい (基本的すぎる)	9.4% (n=328)	
	ちょうどよい	86.1% (n=3,019)	
	もっと基本的な内容がいい (難しすぎる)	4.6% (n=160)	
	欠損値	16.3% (n=681)	
グループワークの時間	短かった	29.3% (n=567)	
	ちょうどよかった	67.5% (n=1,309)	
	長かった	3.2% (n=62)	
	欠損値	53.7% (n=2,250)	

各項目の%は欠損値を除いた母数での%を示す

ケアに関わるものは一般的なことに比べて少ないこと、「緩和ケアセミナー」に対して期待をして参加したことの反映であると考えられる。また、症状ごとで、疼痛、呼吸器症状、消化器症状、せん妄、精神的ケア・家族のケア、看取りのケアで大きな差は見られなかったため、疼痛のみならず、疼痛以外の身体症状、精神症状、看取りのケアなどいずれかの領域についてセミナーで扱うことが期待されていると考えられる。

講義だけから構成されるセミナーよりも、講義とグループワークを組み合わせたセミナーで有用性の評価が高かったのは、1地域での先行研究と一致した結果である¹³⁾。地域で行うセ

ナーの場合、グループディスカッションは、地域医療者の「関係づくりの場」として機能し、机上ではない実践の場として現在のケースについて相談したり、知識を実践のものとして身近な人と共有したりすることが示唆されている¹³⁾。本研究でも、グループディスカッションが設定されているセミナーでは有用性が高く、約30%の参加者が「時間が短い」と回答した。このことから、地域を対象としたセミナーでは、講義のみならず、グループワークを設定することが有用性を高めるために必要であることが強く示唆される。

講師に看護師が含まれるセミナーで有用性が

表4 セミナー対象者の背景ごとの有用性

	要因	多群比較	有用性 (平均±標準偏差)	Post-hoc testで 有意差がある群
地域	地域 A	p<0.001	4.1±0.81	vs. B, C, D
	地域 B		4.3±0.58	vs. C
	地域 C		4.4±0.55	
	地域 D		4.4±0.62	
内容	疼痛	p<0.001	4.4±0.55	
	呼吸器症状		4.3±0.70	
	消化器症状		4.4±0.55	
	皮膚排泄のケア		4.1±0.76	注1
	せん妄		4.4±0.55	
	精神的ケア・家族のケア		4.3±0.57	
	看取りのケア		4.4±0.56	
	地域の資源		4.2±0.63	注2
形態	講義とグループワーク	p<0.001	4.1±0.82	
	講義のみ		4.4±0.56	
講師	医師のみ	p<0.001	4.2±0.77	
	看護師のみ		4.4±0.58	vs. 医師のみ
	医師と看護師		4.4±0.58	vs. 医師のみ
	医師と薬剤師		4.3±0.58	
参加者の性別	男性	p=0.077	4.3±0.70	
	女性		4.3±0.70	
参加者の年齢	20代	p=0.019	4.2±0.76	
	30代		4.3±0.72	
	40代		4.3±0.68	
	50代以上		4.2±0.70	
参加者の 臨床経験年数	1~10年	p=0.001	4.4±0.60	
	11~25年		4.4±0.59	
	26年以上		4.3±0.62	vs. 1~10年, 11~25年

注1：vs. 疼痛, 呼吸器症状, 消化器症状, せん妄, 精神的ケア・家族のケア, 看取りのケア

注2：vs. 疼痛, せん妄, 精神的ケア・家族のケア, 看取りのケア

高かったことは、参加者の半数が看護師であるため、医師や薬剤師が講師を務めた場合の病態や薬物療法の情報よりも、看護ケアについての話題が求められたことを反映していると考えられる。多職種を対象としたセミナーでは、参加職種の視点での講義を行うことのできる同職種が講師として参加することが望ましいと考えられる。

一方、参加者の属性では、26年以上の臨床経験のある参加者や、診療所看護師、病院看護師で有用性が低い一方、経験年数の少ない参加者や、診療所医師、訪問看護ステーション看護師、緩和ケアチーム薬剤師で有用性が高かった。また、医療ソーシャルワーカーや介護支援専門員は参加数は少なかったが、参加したものの有用性は他の職種に比較して低くなかった。こ

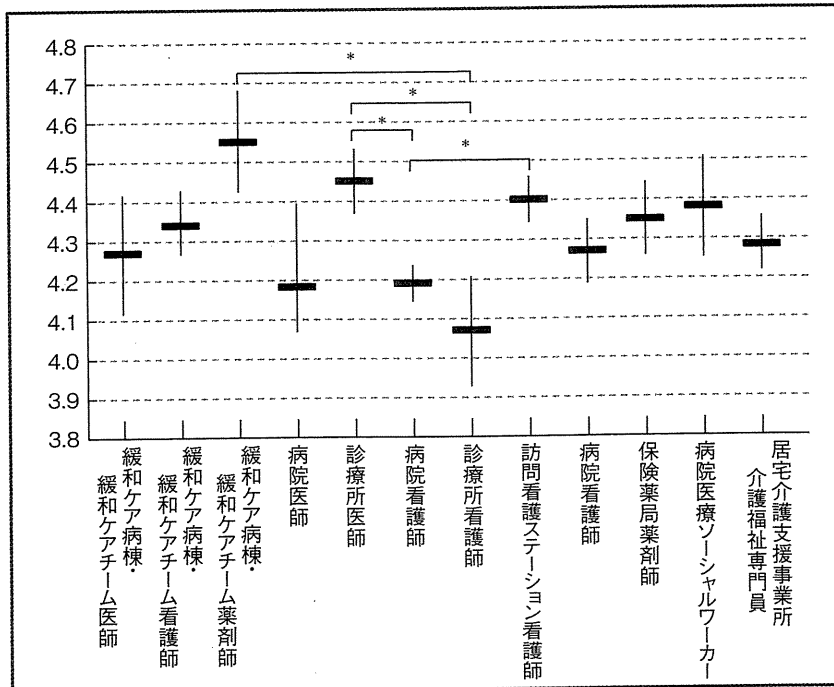


図1 勤務場所での職種による有用性の評価

勤務場所での職種ごとの有用性の平均値と95%信頼区間を示す。多群間で有意差がある ($p < 0.001$)。

* : Post-hoc test で有意差がある2群を示す (緩和ケアチーム薬剤師 vs. 診療所看護師, 診療所医師 vs. 病院看護師, 診療所医師 vs. 診療所看護師, ステーション看護師 vs. 病院看護師)

表5 有用性を目的変数とした多変量解析の結果

内容	要因	Odds比 [95%信頼区間]	p値
			$p = 0.001$
	疼痛	7.9 [2.8~22]	$p = 0.007$
	呼吸器症状	6.0 [2.0~18]	$p = 0.001$
	消化器症状	2.5 [1.3~9.5]	$p = 0.016$
	皮膚・排泄のケア	0.63 [0.27~1.5]	$p = 0.30$
	せん妄	20.0 [4.4~89]	$p < 0.001$
	精神的ケア・家族のケア	3.8 [1.5~9.6]	$p = 0.004$
	看取りのケア	4.6 [1.5~8.9]	$p = 0.009$
	地域の資源 (対照)	1.0	
形態	講義とグループワーク	1.7 [1.6~8.9]	$p = 0.003$
	講義のみ (対照)	1.0	

参加者を「とても役に立つ」または「役に立つ」と回答したものと、「少し役に立つ」、「あまり役に立たない」、「役に立たない」と回答したものの2群に分けた場合のOdds比と95%信頼区間を示す

れらは、診療所医師、訪問看護ステーション看護師、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員などでは、緩和ケアに関する最新の知識を得る機会が多くないことを示唆していると考えられ、定期的に地域対象に緩和ケアセミナーを行うことに価値があると考えられる。

本研究の限界として、本研究は緩和ケアセミナーの効果を有用性の点から評価したものであり、セミナーが参加者の知識や実践、および、患者のアウトカムに変化をもたらしたかを評価することはできない。これらの課題は、今後、明らかにされるべきである。また、評価は質問票の任意の提出により行ったため、未回答の参加者の意見は反映されていない。さらに、セミナーはそれぞれ個別に計画されたため、測定されていない要因の交絡があり得る。方法の厳密な比較は比較対照群を設定した研究で結論づけられるべきである。

まとめ

地域の多職種を対象とした緩和ケアセミナーは総じて有用であると評価されたが、特に、内容が疼痛などの症状緩和であること、形態が講義とグループワークを組み合わせたセミナーであること、講師に看護師が含まれることが有用性を決定することが示唆された。地域対象の緩和ケアセミナーでは、疼痛、呼吸器症状、消化器症状、せん妄、精神的ケア・家族ケア、看取りのケアなどをテーマとした、講師に看護師を含む講義とグループワークを組み合わせたセミナーを定期的に行うことが有用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がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」により行われた。

文献

- 1) 片山 壽・著・監修：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。東京、篠原出版新社、2008

- 2) 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子, 他・編：がん患者の在宅療養サポートブック 退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント。東京、日本看護協会出版会、2007
- 3) 吉田利康：がんの在宅ホスピスケアガイド。東京、日本評論社、2007
- 4) 日本医師会：がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査-報告書-。東京、日本医師会、2008
- 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。http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html
- 6) 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 282: 867-874, 1999
- 7) O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al: Continuing education meetings and workshop: Effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Collaboration. http://www.thecochrane library.com. 2007
- 8) 木澤義之：Ⅱ緩和ケアの教育と研修。3. 日本緩和医療学会 PEACE プロジェクト-がん診療に携わるすべての医師が基本的な緩和ケアを実施できるように-。(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2004 編集委員会・編：ホスピス緩和ケア白書2009)。大阪、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、2009、24-30
- 9) 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。(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2004 編集委員会・編：ホスピス緩和ケア白書2009)。大阪、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、2009、38-42
- 10) 丸本美幸, 平岡充江, 大和浩之, 他：中国労災病院の緩和ケアの現状～緩和ケア研究会・緩和ケア学習会の活動状況～。中国労災病院医誌 13: 80-82, 2004
- 11) 小西洋子, 神林祐子, 岡田耕二, 他：「京都府がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」成果の評価について。第14回日本緩和医療学会学術大会, 大阪, 2009
- 12) 小穴正博, 林 裕家, 大井裕子, 他：地域ホスピス・緩和ケア研修セミナーの有用性の検討。第14回日本緩和医療学会学術大会, 大阪, 2009
- 13) 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

(2011.3.受付)

緩和ケアをどのように紹介し、 どのように導入するか

木澤 義之

ポイント

- ★基本的な緩和ケアはすべての医療従事者が提供するべき基本的診療能力である。
- ★専門的緩和ケアへの紹介は、病期や抗がん治療の有無と関係なく、緩和困難な苦痛が存在するときに考慮する。
- ★緩和ケアを紹介するときに、「もう何もできないから」と言わないこと。

がん対策基本法の成立とそれに基づくがん対策推進基本計画の実施にあたり、緩和ケアの推進はその大きな達成目標の1つとなった。この5年の間に多くの緩和ケアチームが、がん診療拠点病院を中心に設置され、その数は500を超えている¹⁾。また、緩和ケア病棟の数は217施設4,317床で(2011年9月1日現在)、上昇の一途をたどっている²⁾。さらに、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修が全国各地で進められ、日本緩和医療学会を中心としてPEACEプロジェクトが実施され、全国に2万人の研修会修了者が輩出している。この状況は10年前では考えられないことであり、緩和ケアを实践するインフラストラクチャーは十分ではないが整いつつあるとあってよいであろう。

しかしながら、緩和ケアの導入にあたっては、「治療をあきらめた」「終末期」「死に行くところ」「何もすることができない」というネガ

ティブなイメージが、紹介する医師にも患者にもあることがわかっている^{3,4)}。本稿では、緩和ケア、特に専門的緩和ケアサービスである緩和ケアチーム、緩和ケア病棟をどのように紹介し、そのサービスを導入するかについて述べる。

緩和ケアの分類

緩和ケアは、専門家だけが行うわけではない。緩和ケアの定義としては、世界保健機関の定めたものが最もよく使用されているが、筆者は端的にいうと“苦痛の緩和”と“death and dying”であると考えている。英国のNHS(National Health Service)は表1のように緩和ケアを分類している⁵⁾。

基本的緩和ケアの実施

通常、基本的緩和ケアは患者・家族を担当する主治医と受持ち看護師を中心に行われる。自分の受持ち患者がもし腹痛を訴えたとしたら、話を聞き、身体診察をし、必要な検査を行い、原因をアセスメントして、必要な苦痛の緩和を行うことは多くの医師が日常診療の一部として、すでに行っているものである。事実、基本的な緩和ケアに関する能力を適切に習得していれば、日常起こる問題の大半には対応が可

きざわ よしゆき：筑波大学医学医療系 ☎ 305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1

能である。基本的な緩和ケアを提供する能力の向上のためには、がん診療拠点病院などで行われている緩和ケア研修会に参加したり、同研修会のためのテキスト⁶⁾などを通読することをまずお勧めしたい。

治療開始時から一貫して治療の経過をオーバービューする Hope for the Best, Prepare for the Worst!

抗がん治療と基本的な緩和ケアを実践し、目の前の患者・家族に最善の医療を提供するために、常に治療の目標を明確化し、起こりうる病状の変化をあらかじめ予想しながら対処し、説明していくことが必要である。突然、抗がん治療を中止して緩和ケアの導入を告げられたら、多くの患者は「見捨てられた」と感じるかもしれない。これらのコミュニケーションは点ではなく線で、つまり1つのプロセスとして、初診時から終診時まで療養生活の経過を通じて連続的に行うことが望ましい。

例えば、「治療の目標は何か」「どのようなことを目標にどんな治療をしていくのか」「期待できる最善の結果は何で、どれくらいの確率で起こるか」「多くの場合どのような経過をたどるのか」「もし、治療がうまくいかなかった場合どのような経過をたどるのか、それはどの程度の確率で起こるのか」「治療がうまくいかなかった場合どのような対処が必要か、患者・家族としてはどんな準備を行うのが望ましいのか」などについてが代表的なものである。

これらのコミュニケーションを通じて大切なことは、希望を維持しつつ、現実的な対処を促すことであり、キーワードは「最善を期待し、最悪に備える」こと⁷⁾である。常に医療従事者は、あなたのことを心配して、最善の経過をたどるようにできる限りのことを考え、そして最

【表 1】 緩和ケアの分類

	主たる提供者	内容と対象
一次緩和ケア	すべての医療従事者	Common な問題に対する基本的な緩和ケア
二・三次緩和ケア	緩和ケアに専門的に従事する医療従事者	複雑な症状緩和や終末期の諸問題、研究、教育

悪の事態に備える対処をしていることを伝え、そのうえで、患者家族と一緒に、病気をもちながらもできる限り充実した生活を送ることができるよう、お互いによい方法を探していきたいと考えていることを常に伝えていくのがよいと考えられている。

このような医療を実践することが望ましいわけであるが、実際には時間の制約から困難なことが多い。特に外来診療をしながらの場合には、がん専門看護師や緩和ケア認定看護師などの専門・認定看護師にフォローアップを依頼したり、緩和ケアチームのメンバーを上手に利用するのも1つの方法である。

専門的緩和ケアの紹介と導入

緩和ケアチームにコンサルテーションしてみる

抗がん治療の有無にかかわらず、基本的な緩和ケアを行っても症状コントロールが難しいとき、意思決定支援が必要なときには、緩和ケアチームへのコンサルテーションを考慮するとよい。患者も、紹介する医師も「緩和ケア」という言葉に良いイメージをもっていないことが明らかとなっている。緩和ケアは、「治療をあきらめないと受けられない」と誤解されていることも多いので、患者には「現在の苦痛を緩和するために、治療をもっと楽に続けられるために、毎日の生活をよりよくするために、症状緩和の

専門家に相談に乗ってもらいましょう」と紹介するのがよいかもしれない。また、施設にもよるが、前述した治療早期からの意思決定の支援や、治療・療養の場所の選択の支援を目的としたコンサルテーションにも対応できる緩和ケアチームが近年増えてきている。

緩和ケア病棟を紹介する

日本で行われた緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族調査の結果から、遺族の50%は、紹介された時期について、「もっと早く受診したかった」または「もう少し早く受診したかった」と評価し、「受診が遅かった」と回答した遺族の特徴として、緩和ケアが寿命を短くするという思い、主治医とあらかじめ相談できないこと、家族の悲嘆、入院治療が同定された⁸⁾。また、抗がん治療中止に関するコミュニケーションについて、約20%の遺族が「改善の必要がある」と評価し、70%は「とてもつらかった」と述べた。

文献上推奨されているコミュニケーションスキルについては、「心配や気持ちを聞いてもらえた」「心の準備に合わせて説明してもらえた」とする回答は半数以下であった。また、「もう何もできません」と言われた遺族が約20%いた。患者のつらさと関連する要因として、「何もすることはない」と話す、予後を限られた数字で(幅や可能性でなく)言う、今後の目的を具体的に言う、つらい気持ちを聞く、質問できる雰囲気がある、心の準備に合わせて説明する、治療についての最新の知識があることが同定された⁹⁾。

以上の知見から、緩和ケア病棟へは、適切な時期に(早めに)紹介すること、また紹介にあたっては「もう何もできない」から紹介するのではなく目的を具体的に言うこと、予後を限られた数字で伝えるのではなく、幅をもった不確実

なものとして説明すること、家族の心の準備に合わせて気持ちを聞きながら説明することなどが必要であると考えられる。

以下にコミュニケーション例を示す。

緩和ケアの紹介、療養場所の選択に関するコミュニケーションのポイント

A: 患者さんの気持ちの準備ができていることを確かめたうえで、今後どのような場所で療養したいかを訪ねることが重要である。「将来の可能性として、調子が悪くなったときにどうするか」として尋ねる。

B: 緩和ケア病棟には、①治療を行わない、②入院すると退院できない、③死を待つところ、④高額である、などの誤解がある場合があるので、実際の状況に応じて説明する。具体的には、「積極的に緩和ケアを行う場である」ことを伝え、「治療がないから」「治療をやめる」「積極的な治療はしない」「対症療法のみ」「何もしない」のような否定的な言葉を用いないことが重要である。

C: 在宅ケアも取りうる選択肢の1つとして示すことが重要である。地域の状況に合わせて可能なこと、メリットやデメリットなどについて告げる。

D: 今までに診療していた場所以外での療養を紹介すると、「見放され感」を感じる場合がある。あくまで、患者・家族にとって一番よい場所で療養することができるように一緒に考えるという姿勢をとることが重要である。

患者・家族との対話例

「ところで、将来の可能性として、調子が悪くなったときにどこでどのように療養していくかについて何か話し合われていますか?(A)」

「“緩和ケア病棟”についてご存じですか？……この地域では〇〇病院にあるのですが、緩和ケア病棟は痛みや体や心のつらさに対処することが専門の病棟です。緩和ケア病棟で治療を受けるメリットは、専門の訓練を受けた医師と看護師がいること、個室が多く環境がよいこと、などがあります。デメリットとしては、主治医と病院が今までと変わって緩和ケア病棟の医師になることが一番大きい点です。入院費用は高いと思われがちですが、保険が適用されますし、個室料を除けば一般病院の入院と大きくは変わりません。(B)」

「緩和ケア病棟に入院する方は大きく3つに分けられます。1つは体の具合が非常に悪く、看取りを目的とされた方です。2つめは、つらい症状があってそれをよくするために入院し、よくなって退院される方です。3つめはご家庭や体の状況によって比較的長期の入院が必要な方です。体の調子が悪くて入院された場合は、症状が落ち着いたら退院してお家に帰ることができます。(B)」

「もう1つの選択肢は、お家にいたまま、在宅の医師や看護師さんに診てもらう方法です(C)。ご自宅の近くには24時間365日対応が可能な訪問看護ステーションもありますし、よく知っている往診をしてくれるお医者さんがいらっしゃいますので十分お家でもやっていけます。つらい症状がある場合でも専門家と協力しながらお家で症状をとることもできます。」

「皆さんでよく相談して、ご本人に一番いい方法を一緒に決めていければよいと思っています(D)。また、1回ご意向を決められたらもう変えられないというわけではありません。例えば一旦在宅ケアの方向で決めたからといって、その後緩和ケア病棟に入院できなくなるという

わけではありません。いつでも状況に応じて決め直すことが可能です。」

おわりに

緩和ケアの導入と、紹介について概説した。生命の危険に直面した患者・家族とコミュニケーションをとり、医療を提供することは困難と感じる医療従事者も少なくないが、医療従事者にとって多くの人間の人生と価値観を知り、学ぶことができる貴重な時間であり、仕事である。「あらかじめ、もしもの時のことについて」希望を持ちながら、最悪の事態に対して予防的に対処していくことを、患者・家族とともに学んでいきたい。

文献

- 1) 木澤義之：平成22年度厚生労働科学研究費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、総括・分担研究報告書。
- 2) NPO法人日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ、<http://www.hpcj.org/list/relist.html>(last accessed 1. Sept. 2011)
- 3) Morstad Boldt A, et al : Perceptions of the term palliative care. J Palliat Med 9 : 1128-1136, 2006
- 4) Fadul N, et al : Supportive versus palliative care : What's in a name? ; A survey of medical oncologists and midlevel providers at a comprehensive cancer center. Cancer 115 : 2013-2021, 2009
- 5) Guidance on Cancer Services Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual, National Health Service, London, 2004, available from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.pdf>(last accessed 1. Sept. 2011)
- 6) 日本医師会(監修), 木澤義之, 森田達也(編) : がん緩和ケアガイドブック, 青海社, 2010
- 7) Brody JD : Hope for the best, and prepare for the worst. Ann Intern Med 139 : 791-792, 2003
- 8) Morita T, et al : Late referrals to specialized palliative care service in Japan. J Clin Oncol 23 : 2637-2644, 2005
- 9) Morita T, et al : Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. Ann Oncol 15 : 1551-1557, 2004

Q7

オピオイド② モルヒネ

回答：筑波大学大学院
人間総合科学研究科

きざわよしゆき
木澤義之

point

- モルヒネはがんに伴う強い痛みがある時に用いる代表的なオピオイドである。
- 腎不全患者にモルヒネを投与することは避けるべきである。
- モルヒネ投与時には、副作用対策とレスキュードーズの処方をお忘れなく。

Q モルヒネは歴史が古いと聞いていますが、いつから使われているのですか？

A モルヒネの元であるアヘンは、シュメール人によるその使用記録が紀元前3000年ごろに記載された石板に残されています。また紀元前1550年ごろにエジプト人によって著された『エーベルス・パピルス』にも使用記録が残されているといわれており、メソポタミアからエジプトに伝えられたアヘンは、古代ギリシャ、ローマ時代に始まり18世紀の欧州でも医薬品として広く用いられていた記録が残っています。アヘンの有

効成分の抽出に成功したのは、フランスのドローネ（1803）で、純粹結晶として単離に成功したのがゼルチュルネル（1805）です。ゼルチュルネルはその物質を、ギリシャ神話の眠りの神ヒュプノスの息子モルペウス（Morpheus）にちなんで「Morphium モルヒネ」と名付け、1817年『アヘンの主成分Morphiumについて』を発表しています。このように、モルヒネは鎮痛に古くから用いられている薬剤です。

Q モルヒネはどんな時に使ったらよいのでしょうか？ がん疼痛の緩和を目的としたモルヒネの適応は？

A 教科書的には、がんに伴う強い痛みがある時に適応になると考えてよいと思います。強い痛みかどうかの判断がつかぬ場合は、まず非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAIDs）を定期的に投与し、それでも改善

しない痛みに対してはオピオイドの適応があると考えてよいと思います¹⁾。どのオピオイドをまず投与するかについては定められたものではありませんが、モルヒネは強い疼痛に対するオピオイドとして最も頻繁に使用される

オピオイドとされており²⁾、オピオイドの適応があれば投与を考えてよい薬剤であると

いってよいと思います。

Q モルヒネ投与の禁忌はありますか？

A 添付文書上は重篤な呼吸抑制のある患者、気管支喘息発作中の患者、重篤な肝障害のある患者、慢性肺疾患に続発する心不全の患者、痙攣状態にある患者、急性アルコール中毒の患者、アヘンアルカロイドに対し過敏症の患者、出血性大腸炎など細菌性下痢の患者には投与が禁忌とされています³⁾。

また、モルヒネの代謝物である M6G は腎不全患者において体内に蓄積することが知られており、過鎮静や呼吸抑制の原因になりうるため、腎不全患者への投与は原則禁忌であると考えてよいです。したがって、腎不全患者にはオキシコドンやフェンタニルを第一選択にするとよいと思います。

Q モルヒネの投与開始時に注意すべきことはありますか？

A モルヒネ投与開始時に注意することは大きく分けて2つあります。

一つ目は副作用対策を十分に行うことです。モルヒネの副作用の主なものとして、便秘、吐き気、眠気、かゆみ、排尿困難などがよく知られています。そのなかでも最も頻度が高く、ほぼ全員に起こるのが便秘です。便秘になる理由は、モルヒネの消化管蠕動抑制作用により糞便の大腸内通過時間が延長し、便中の水分が少なくなり便が硬くなること、消化管蠕動が抑えられること、肛門括約筋が緊張することが理由として挙げられます。筆者は酸化マグネシウムやラクツロースなどの浸透圧下剤をモルヒネ投与と同時に投与を開始し、それでも改善しない場合はセンナやピコスルファートナトリウムなどの投与を行います。また必要に応じて坐剤や浣腸などを併用します。また、下剤の投与量は自己調節ができるように看護師や家族とともに十分に服薬指導を行うことが重要です。次に問題になるのが嘔気と眠気です。嘔気は約 30~40%

の患者にモルヒネ投与開始時(通常約1週間)に起こる副作用です。現在まで、制吐薬の予防的投与を推奨するだけの根拠はありませんが、一度嘔気が起こると、患者はその後モルヒネの内服に消極的となる傾向があるため、あらかじめモルヒネ処方時に嘔気が出たら、ただちに対処できるよう、制吐薬の処方が推奨されます¹⁾。また、NCCN ガイドラインではオピオイド投与で嘔気の既往のある患者には、予防投与が推奨されています。制吐薬としては従来よりプロクロルペラジン、メトクロプラミド、ハロペリドールなどが使用されています。また、投与初期に眠気が起こることがありますので、これも十分に患者家族に説明しておく必要があります。

もう一つ注意しなければいけないことは、患者が痛み止めやモルヒネに対してネガティブな思いを持っていることが多いことです。「痛み止めは体に悪い」「モルヒネは、最後の薬である」「モルヒネを飲むと気がおかしくなる」「モルヒネを飲むと寿命が縮む」などの