

表1 患者・家族の背景 (n=244)

	n	%
<b>家族</b>		
年齢 (平均値±標準偏差)	59 ± 13	
性別		
男性	78	32
女性	162	66
付き添い頻度		
毎日	180	74
週4~6日	37	15
週1~3日	21	8.6
付き添いなし	1	0.4
患者との関係		
配偶者	107	44
子ども	96	39
婿・嫁	22	9.0
兄弟姉妹	9	3.7
親	4	1.6
その他	3	1.2
<b>患者</b>		
年齢 (平均値±標準偏差)	73 ± 11	
性別		
男性	148	61
女性	96	39
原疾患		
がん	237	97
肺	55	23
胃	38	16
大腸/直腸	28	12
膵臓	24	10
胆嚢/胆管	14	5.7
子宮/卵巣	14	5.7
肝臓	11	4.5
前立腺	9	3.7
膀胱/腎臓	7	2.9
乳房	6	2.5
食道	5	2.0
リンパ腫	4	1.6
原発不明	2	0.8
その他	20	8.2
がん以外	5	2.0
死亡場所		
病院	193	79
自宅	50	21
死亡後調査までの期間 (平均値±標準偏差, 月)	9.0 ± 4.1	
パンフレットを受けとった時期 (n=164*)		
1週間以内	38	23
約1~4週間	81	48
1カ月以上前	45	27
パンフレットを渡した医療者 (n=159*)		
医師	94	56
看護師	65	39
どの程度説明を受けたか (n=167*)		
詳しく説明を受けた	56	33
説明を受けた	82	49
少し説明を受けた	25	15
説明を受けていない	4	2.4

欠損値のため、合計が100%にならない項目がある。母数は244とした。

\*パンフレットを受けとった時期、渡した医療者、説明の程度の3項目については調査を行っていない施設もあるため、母数は168である。

副次評価項目であるパンフレットを用いて説明を受けた家族の体験について、表3に示す。2/3以上の回答者が「とてもそう思う」「そう思う」と回答したのは、「この先どのような変化があるのかの目安になる」「いろいろな症状や変化がなぜ起きているのかが分かる」「気持ちの準備をすることに役に立つ」「患者の状況と照らし合わせて現状を理解するのに役に立つ」「家族ができることやしてもよいことが分かる」「自分たちがどんな時に医師や看護師に相談したらよいか分かる」「他の家族に状況を伝えるために利用できる」「患者の苦しさが増した時の対応が分かる」の8項目であった。各項目に相当する代表的な自由記述を表4に示す。

② 有用性と家族の体験に影響する要因

患者・家族の背景として、家族の年齢、性別、付き添い頻度、患者との関係、患者の年齢、疾患、死亡場所、パンフレットを渡した職種、パンフレットを渡す際の説明によって、有用性に有意差はなかった (data not shown)。

パンフレットを渡された時期によって有用性に有意差はなかったが、パンフレットを渡された時期の評価には有意差が認められ (表5)、死亡1カ月以上前に渡された群で「遅すぎた」と回答したものが少なかった。

③ パンフレットの運用に関する自由記述内容

運用に関する記述は、71件抽出された。意味内容は、「たとえ役に立つものであっても、死を迎えることを前提としたパンフレットを受けとることは家族にはつらい体験で『認めたくない気持ち』があることを認識することが大事である」(n=19)、「受けとるタイミングは家族によって違うので、一律ではなくて家族ごとに配慮することが必要である」(n=20)、「パンフレットは、医師・看護師とのその都度の温かいコミュニケーションを補うものである」(n=32)に分けられた。

ある家族は、「最初は、パンフレットの内容が信じられず半信半疑で、“絶対大丈夫だ”と思いました。その反面、“半日後か明日に亡くなる可能性がある”と見た時はなんとも言えない複雑な心境になりました。パンフレットの内容はショックですが、とても役に立ちました」とパンフレットを受けとった後の精神的なケアが重要であることを示唆した。

ある家族は、「提示の時期は、1人ひとり異なり微妙だと思います」「ほとんど眠ったままの状態になってからこのパンフレットで説明を受けたので、もう少し早くもらえれば、心の準備もできたような気がします。先生としては、家族に気を遣いざりざりになったのかもしれませんが」と述べ、渡すタイミングを個別に検討する必要があることを示唆した。

また別の家族は、パンフレットを意味のあるものにするためには医師・看護師とのその都度の温かいコミュニケーションが不可欠であることを以下のように表現した。「パンフレットは、手渡してくれるお医者さまによって、効果が大きく違ってくると思いました」「パンフレットは、家族と看護師をつなぐツールとなるとさらに良いと思います。1度渡されておしまいではなく、きっかけに何度も確認し合うツールとして用いるとよい」「パンフレットはあくまでも補助的なもので、精神的な面をどれだけサポートできるかだと思います」「眠りにつく時間が長くなってからは、“何をしておけるといいのかが”は家族にとって貴重な情報だと思います。何かしてあげたいけど怖い、

表2 パンフレットの有用性

		n	%
パンフレットの有用性 (n=226)	とても役に立った	71	31
	役に立った	113	50
	少し役に立った	35	15
	役に立たなかった	7	3.1
ほかの家族への有用性 (n=235)	とても役に立つ	61	26
	役に立つ	140	60
	少し役に立つ	29	12
	役に立たない	5	2.1
パンフレットの分かりやすさ (n=234)	とても分かりやすい	61	26
	分かりやすい	159	68
	少し分かりにくい	11	4.7
	分かりにくい	3	1.3

欠損値を除いて%を算出した。

表3 パンフレットを用いて説明を受けた家族の体験

	とても そう思う	そう思う	少しそう思う	あまりそう 思わない	そう思わない
この先のような変化があるのかの目安になる (n=235)	57 (24)	141 (60)	34 (15)	3 (1.3)	0 (0.0)
いろいろな症状や変化がなぜ起きているのかが分かる (n=235)	47 (20)	131 (56)	49 (21)	7 (3.0)	1 (0.4)
気持ちの準備をすることに役に立つ (n=237)	55 (23)	123 (52)	44 (19)	12 (5.1)	3 (1.3)
患者の状況と照らし合わせて現状を理解するのに役に立つ (n=235)	54 (23)	121 (52)	47 (20)	10 (4.3)	3 (1.3)
家族ができることやしてもよいことが分かる (n=233)	48 (21)	124 (53)	47 (20)	11 (4.7)	3 (1.3)
自分たちがどんな時に医師や看護師に相談したらよいか分かる (n=234)	38 (16)	120 (51)	59 (25)	16 (6.8)	1 (0.4)
他の家族に状況を伝えるために利用できる (n=230)	44 (19)	111 (48)	54 (24)	13 (5.7)	8 (3.5)
患者の苦しさが増した時の対応が分かる (n=231)	43 (19)	112 (49)	55 (24)	13 (5.6)	8 (3.5)
せん妄の原因が分かる (n=210)	50 (24)	86 (41)	53 (25)	14 (6.7)	7 (3.3)
パンフレットを見ながら、医師や看護師に具体的に尋ねることができる (n=227)	35 (15)	111 (49)	57 (25)	18 (7.9)	6 (2.6)
せん妄の対処が分かる (n=211)	38 (18)	87 (41)	61 (29)	16 (7.6)	9 (4.3)
不安や心配が和らぐ (n=234)	29 (12)	111 (47)	70 (30)	16 (6.8)	8 (3.4)
家族からは医師や看護師に直接尋ねにくい、知りたいことが説明されている (n=227)	27 (12)	107 (47)	60 (26)	27 (12)	6 (2.6)
家族としてできることは十分にできたと感じられることに役に立つ (n=227)	35 (15)	93 (41)	63 (28)	23 (10)	13 (5.7)
疲労や悩みなど自分の思いが分かってもらえた気持ちがある (n=217)	26 (12)	88 (41)	61 (28)	31 (14)	11 (5.1)
いろいろな情報があり、かえって不安になる (n=232)	3 (1.3)	6 (2.6)	28 (12)	70 (30)	125 (54)
あまり知りたくない内容だと思う (n=227)	2 (0.9)	12 (5.3)	28 (12)	48 (21)	137 (60)
大切なことなのに紙上のこのように冷たく感じる (n=231)	2 (0.9)	4 (1.7)	24 (10)	64 (28)	137 (59)

表中 ( ) 内は、%を示す。欠損値を除いて%を算出した。

これが家族の思いだと思います。その意味でパンフレットが重要な情報源であると感じます。(医師が)とても詳しく説明して下さったのを覚えております。詳しい解説抜きでパンフレットだけでは準備はできないでしょう」などと述べた。

## 考 察

看取りの時期にパンフレットを渡された家族は、おおむねパンフレットは有用であったと評価し、病状変化の目安として利用したり、気持ちの準備をすることに役立つと感じていた。これは集中治療を受けている患者の家族に対して、前もっての話し合いと、小冊子を用いた医療者の対応により、家族の不安と抑うつなどの精神的負担を和らげることができたという報告<sup>5)</sup>

を支持する結果であった。

さらに、「他の家族に状況を伝えるために使用できる」との回答が多くみられた。終末期になると、これまでの経過や現在の状況を把握していない家族や親類が面会に来て、点滴をしないことや、現在の状況について理解できず、付き添っている家族を責める現象がある<sup>10)</sup>が、このような時に家族がほかの家族に説明をする時に役に立つ手段として評価されたと考えられる。

方、約5%の家族は「あまり知りたくない内容だと思う」「いろいろな情報があり、かえって不安になる」と回答していた。運用に関する自由記載からの分析でも、一律に配布するのではなく、医療者がタイミングをみてパンフレットを使用するか判断する必要があることが示唆される。また、パンフレット

表4 家族の体験の代表的な記述

1. この先どのような変化があるか分かる・いろいろな症状や変化がなぜ起きているのかが分かる
「パンフレットを読んだことにより、今の状態は病気の進行によるんだと受けとめることができました。食事を摂らないことや、起き上がったり手を動かしたりすることも納得して見守ることができました。最期の数日は、水も摂れない状態で、むくみのために点滴も控えていたが、患者が必ずしもその事で苦しんでいないことを知り、心の負担が減りました。すべての、最期を看取る家族に、このパンフレットが活用されると良いと思います」 「在宅にて看取ることができましたが、パンフレットがなかったら心の準備もできず、ただただ不安だらけの毎日を過ごしていたと思います。内容的にも本当に詳しくかみくだいてあるので、読みやすかったと思います。看護師さんからの説明と適切なアドバイスも受け、いずれどのような経過をたどるのか理解し、あわてず恐れず静かに見送ることができました。パンフレットは私にとって非常に有効であったこと、気持ちに余裕をもって介護できた事を心から感謝しております」
2. 気持ちの準備をすることに役立つ
「パンフレットはとても役に立ちました。まず渡され、内容を見た時、“もうそう長くはないのだ”と実感しました。頭では分かっている、それがいつなのか、死というものに対して考えないようにしていたので、これを渡されたということは、“覚悟しておかなきゃ！ってことだよ”と父と話すきっかけにもなりました」
3. 家族ができることやしてもよいことが分かる
「眠りにつく時間が長くなってからは、どんなことをしてあげるとよいのかは家族にとって貴重な情報かと思います。何かしてあげたいのに手を出すのが怖い、これが家族の思いだと思います。このようなパンフレットが情報源であることは良いことだと感じます」
4. 他の家族に状況を伝えるために利用できる
「これをいただいたことで、とても助かりました。親戚の人も一挙一動にうろたえて、医師に何度も説明を求めたり、私たちに何度も“どういふことだ。何かできることはないのか”と言っていたのですが、パンフレットをコピーして渡すと、少し落ちついてくれたと思います。私たち1人ひとりのことを考えてくださり、こうしたバックアップがなかったらとても乗り越えられなかったと思います」

表5 パンフレットを渡された時期別にみた有用性とパンフレットを渡された時期の評価

		1週間以内 (n=37)	1週間～1カ月 (n=80)	1カ月以上前 (n=44)	p値
パンフレットの有用性*	平均値	3.0 ± 0.82	3.2 ± 0.70	3.2 ± 0.76	0.28
	3以上の割合	81% (n=30)	83% (n=66)	82% (n=36)	
渡された時期の評価	ちょうどよい	75% (n=28)	70% (n=55)	89% (n=40)	0.035
	遅すぎた	24% (n=9)	29% (n=23)	2.9% (n=4)	

\*1「役に立たなかった」、2「少し役に立った」、3「役に立った」、4「とても役に立った」を示す。パンフレットを渡された時期に関する質問と有用性に関する質問の両方に回答した161例を解析対象とした。

は単に配布するのではなく、医療者が状況を説明する時の、あくまでも補助ツールであることを認識し、その都度の心情に配慮したコミュニケーションが重要である。

パンフレットを渡す時期については、本研究では、半数が死亡前1週間～1カ月に、25%が死亡前1週間以内、あるいは死亡1カ月以上前に渡されていた。患者の死亡1カ月以上前に配布された家族の方がそれ以降に配布された家族よりも「遅すぎた」と回答した割合が少なかったことや、パンフレットを受けとるのが「早すぎた」と回答した家族が2%以下であったことから、家族の状況によって、月単位の予後が見込まれている時点で配布することも念頭に置くことも必要かもしれない。

本研究の限界について述べる。まず、本研究は、臨床的な判断に基づいてパンフレットを配布した家族に対して行った調査であり、看取りの時期を体験したすべての家族を対象にして行った調査ではない。このため、パンフレットを配布する時点で、選択バイアスが働いている可能性がある。また、本研究は、患者の死後6カ月以上が経過した家族に対して行った調査で

あり、想起バイアスが生じている可能性もある。本研究でもパンフレットを配布されたこと自体を覚えていない家族も3.8%みられた。

本研究の結果からは、看取りを体験する家族に、『看取りのパンフレット』を用いて説明を行うことは、先々の見通しをつけて心構えができること、症状の原因や現状を理解することができること、家族ができることやしてもよいことが分かること、他の家族との情報共有ができることなどの理由から、パンフレットを渡す時期を患者・家族ごとによく検討し、単に渡すだけではなく十分にコミュニケーションをとることに注意することで、多くの家族にとって有用であることが示唆される。パンフレットの効果をより厳密に検証するためには、比較試験が必要である。

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「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」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

た方々に心より感謝いたします。

#### 文 献

- 1) Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 2004; 291: 88-93.
- 2) Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002; 43: 183-94.
- 3) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 579-89.
- 4) Namba M, Morita T, Imura C, et al. Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med* 2007; 21: 587-94.
- 5) Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al. Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 2010; 28: 142-8.
- 6) Lautrette A, Dermon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356: 469-78.
- 7) Gagnon P, Charbonneau C, Allard P, et al. Delirium in advanced cancer: a psychoeducational intervention for family caregivers. *J Palliat Care* 2002; 18: 253-61.
- 8) 大谷弘行. エビデンスに基づいた看取りのケア—看取りの支援小冊子の紹介. *臨看* 2010; 36: 1869-81.
- 9) Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH. Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Support Care Cancer* 2005; 13: 589-99.
- 10) Terry W, Olson LG, Wilss L, et al. Experience of dying: concerns of dying patients and carers. *Intern Med J* 2006; 36: 338-46.
- 11) Morita T, Ichiki T, Tsunoda J, et al. A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care* 1998; 15: 217-22.
- 12) Morita T, Ikenaga M, Adachi I, et al. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 557-65.
- 13) Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 320-8.
- 14) Morita T, Hyodo I, Yoshimi T, et al. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. *Ann Oncol* 2005; 16: 640-7.
- 15) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. The care strategy for family of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendation from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. *J Pain Symptom Manage* 2010; 40: 671-83.
- 16) Molloy DW, Clarnette RM, Braun EA, et al. Decision making in the incompetent elderly: "The Daughter from California syndrome". *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 396-9.

---

著者の申告すべき利益相反なし

---

## 短報

## OPTIM プロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化

白髭 豊<sup>1)</sup>, 野田 剛稔<sup>2)</sup>, 北條美能留<sup>3)</sup>, 後藤 慎一<sup>4)</sup>, 富安 志郎<sup>5)</sup>,  
 出口 雅浩<sup>6)</sup>, 奥平 定之<sup>7)</sup>, 安中 正和<sup>8)</sup>, 平山 美香<sup>9)</sup>, 吉原 律子<sup>9)</sup>,  
 船本太栄子<sup>10)</sup>, 五十嵐 歩<sup>11)</sup>, 宮下 光令<sup>12)</sup>, 森田 達也<sup>13)</sup>

1) 白髭内科医院, 2) 長崎市医師会, 3) 長崎大学病院 麻酔科・緩和ケアチーム, 4) 日本赤十字社長崎原爆病院 麻酔科・緩和ケア推進室, 5) 長崎市長市民病院 麻酔科・緩和ケアチーム, 6) 出口外科医院, 7) 奥平外科医院, 8) 安中外科・脳神経外科医院, 9) 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」長崎市医師会 長崎がん相談支援センター, 10) 長崎市医師会 保健福祉センター・訪問看護事業所, 11) 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究所, 12) 東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野, 13) 聖隷三方原病院 緩和ケア診療科

受付日 2011 年 12 月 27 日 / 改訂日 2012 年 3 月 5 日 / 受理日 2012 年 3 月 26 日

本研究の目的は、地域緩和ケアの介入研究が施行された地域において、各がん診療連携拠点病院から在宅診療への移行率の変化を明らかにし、病院医師・看護師の在宅の視点との関係を探索することである。病院医師・看護師対象の質問紙調査を行い、医師は 154 名、看護師 469 名を解析対象とした。在宅移行した患者数は、2007 年を 100 とした増加比で、A 病院 96.7%、B 病院 29.5%、C 病院 22.1%であった。在宅移行した患者数の増加比が多い病院では、「がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった」「自宅で過ごしたいか自分から尋ねるようにしていた」「容態が変わった時の対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった」「投薬など、患者・家族が自宅でもできるように入院中からシンプルにするようになった」などの在宅の視点に関する質問に対して「そう思う」と回答した頻度が有意に多かった。  
 Palliat Care Res 2012; 7(2): 389-94

Key words: 地域緩和ケア, 退院支援, 在宅診療

## 背景・目的

在宅で過ごすことは、患者の最も重要な希望の 1 つであり<sup>1,2)</sup>、患者が在宅で過ごす体制の整備が求められている<sup>3,4)</sup>。系統的レビューでは、患者の意思と全身状態、家族の意思と介護力、在宅ケアの利用可能性が在宅療養の決定要因であることが示されている<sup>5)</sup>。一方、わが国の全国研究では、それらに加え、時機を得た退院支援が要因であることが示された<sup>6)</sup>。

退院支援は、再入院や予後の改善を主要評価項目とした複数の無作為化比較試験で有効であることが示されており<sup>7,8)</sup>、わが国でも多くの実践書が出版されている<sup>9,10)</sup>。退院支援にあたっては、退院支援の専門職のみならず、病院の医療者の関与も重要である。しかし、病院の医療者は、職種間・職種内のコミュニケーション、役割の葛藤、時間の乏しさに加えて、「在宅の視点」のなさ、すなわち退院支援のために病院医療者に求められている役割のあいまいさや、病院外で行われる医療や制度についての知識の不足を体験していることが示唆されている<sup>11)</sup>。病院での医療が中心であるわが国の医療制度から考えて、病院医療者の在宅の視点に関する洞察を得ることは意義があると考えられる。

本研究の目的は、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」) が施行された 1 地域において、①プロジェクト前後での各がん診療連携拠点病院から在宅診療への移行率の変化を明らかにし、②各施設の病院医師・看護師の在宅の

視点と在宅診療への移行率との関係を探索することである。

## 対象・方法

本研究は、OPTIM プロジェクトの一部として行われたものである<sup>12,13)</sup>。OPTIM プロジェクトは、2008 年度より 3 年間実施された、4 地域を対象とした地域介入による前後比較研究である。介入地域として、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域が対象となった。対象疾患は悪性腫瘍である。主要評価項目は、quality of care、専門緩和ケアサービスの利用数、自宅死亡率である。地域に対する介入として、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②患者・家族に対する適切な知識の提供、③緩和ケア専門家による診療、④地域の緩和ケアの包括的なコーディネーションと連携の促進 (地域の相談窓口の設置、退院支援・調整プログラムの導入、地域多職種連携カンファレンス) を柱とする複合介入、が行われた。

本研究では、実施地域 4 地域のうち、データの取得が可能であった長崎地域を分析の対象とした。介入は地域全体に行われ、他の病院も参加しているが、本研究ではがん緩和ケアにおいて中心的な役割を果たすことが期待されている 3 つのがん診療連携拠点病院 (A 病院, B 病院, C 病院) を調査対象とした。

介入<sup>14)</sup>

退院支援を円滑にするために、各病院に退院支援部署を設置し、3 病院を含む地域全体の退院支援に関わるコアリンクナー

スを設置した(2008年29名,2010年35名)。3年間に9回延べ241名が、コアリンクナースのミーティングで各病院の退院支援・調整プログラムの改善を討議した。また、3つの病院の緩和ケアチームや地域連携室のカンファレンスに、在宅診療をしている医師・看護師がほぼ毎月参加した(A病院36回/3年、B病院268回/3年、C病院168回/3年)。さらに、C病院では病院看護師と訪問看護師が合同で退院支援講習会を開催した(3回、延べ156名)。

## 調査項目

3病院の地域医療連携室を対象に、2007～2010年に在宅診療を導入して退院となった患者数(取得可能性の点から、がん患者に限らず、すべての疾患を対象とした)を取得した。加えて、病院全体のみならず、緩和ケアチームの診療を経由して在宅移行するがん患者数の傾向をみるために、患者数が最も多く、傾向を安定して観察できると考えられたB病院において、緩和ケアチーム診療患者の転帰における在宅移行したがん患者の頻度を取得した。

OPTIMプロジェクトの副次的調査項目として行われた病院医師・看護師対象の質問紙調査のうち、「在宅の視点」に関連する調査項目を取得した。質問項目は、「実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった」などの意識の変化に関する項目、「在宅移行する患者では、容態が変わった時の対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった」などの実践に関する項目合計7項目について、「そう思わない」から「そう思う」の5段階で質問した(表1)。

質問項目は、探索的な目的であることをふまえ、「在宅の視点のある病棟看護尺度」を参考に作成した<sup>15)</sup>、「在宅の視点のある病棟看護尺度」とは、「患者・家族の今後の療養に関する意向の確認」「ケアの継続性の強化」「地域の医療者との連携」「退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施」「退院後の生活に関するアセスメント」の5つの下位尺度合計25項目からなる評価尺度である。

適格基準は、病院医師は、①がん診療に携わるすべての常勤医師(内科、外科、呼吸器科、消化器科、呼吸器外科、泌尿器科、乳腺科、耳鼻科、婦人科、血液内科、放射線治療科、臨床腫瘍科、化学療法科、緩和ケア科など、各調査施設におけるがん診療に携わる診療科)、②臨床経験年数が3年以上、③調査施設に1年以上勤務しているものとした。病院看護師は、①がん診療に携わるすべての常勤看護師(内科、外科、呼吸器科、消化器科、呼吸器外科、泌尿器科、乳腺科、耳鼻科、婦人科、血液内科、放射線治療科、臨床腫瘍科、化学療法科、緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科)、②臨床経験年数が3年以上、③調査施設に1年以上勤務しているものとした。

## 解析

OPTIMプロジェクト開始前の2007年を100として、患者数の増加比を算出した。医師・看護師調査の項目について、「ややそう思う」「そう思う」と回答したものの頻度を、3病院間で $\chi^2$ 検定を用い有意水準0.05で比較した。また、各病院間の対比較をBonferroni法による多重比較法にて検討した。すなわち、

有意水準を $0.05/3=0.0167$ とした $\chi^2$ 検定で、すべての対比較を行った。

## 結果

医師は239名が対象となり、174名(73%)から返送があり、欠損値など無効回答を除外した154名を解析対象とした。看護師は652名が対象となり、579名(89%)から回収があった。解析対象から、がん患者を看護した経験のないものを除外した469名を解析対象とした。

在宅診療を導入して退院となった患者数は、2007年、2008年、2009年、2010年それぞれ、A病院で6名、20名、28名、58名、B病院で65名、143名、168名、192名、C病院で14名、28名、31名、31名であった。2007年を100とした増加比では、A病院967%、B病院295%、C病院221%であった(図1)。B病院の緩和ケアチーム診療患者における在宅移行したがん患者の頻度は、2007年には7%であったが、2010年には22%に増加した(図2)。

医師・看護師調査では、在宅診療を導入して退院となった患者の増加率が最も多かったA病院では、次に多かったB病院と比較して、「在宅移行する患者では、容態が変わった時の対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった」(医師)など4項目で「ややそう思う」「そう思う」と回答した頻度が有意に多かった(表1)。また、最も少なかったC病院と比較して、「在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が自宅でもできるように、入院中からシンプルにするようになった」(看護師)など7項目で「ややそう思う」「そう思う」と回答した頻度が有意に多かった。B病院は、C病院と比較して、「自宅のトイレ、風呂、ベッドなどの環境についてアセスメントするようになった」(看護師)など5項目に「ややそう思う」「そう思う」と回答した頻度が有意に多かった。有意差のある項目は、医師よりも看護師に多くみられた。

## 考察

本研究の重要な知見は、①各病院での退院支援部署の設置と地域の退院支援・調整に関わるコアリンクナースのミーティング、緩和ケアチームや地域連携室カンファレンスへの在宅診療をしている医師や看護師の参加、病院看護師を対象とした退院支援の講習会などの介入によって、各がん診療連携拠点病院から在宅移行する患者数が増加する可能性が示されたこと、②地域全体に対して同じプロジェクトを行った場合でも、病院ごとに在宅移行した患者の増加率の差がありうること、③各施設の在宅移行した患者の増加率と病院医師・看護師、特に看護師の「在宅の視点」と関連がある可能性が示唆されたこと、である。

在宅移行する体制を構築するための介入として、本研究では、退院支援部署の設置や退院支援プログラムについての講習会のほかに、「在宅診療をしている医師・看護師の緩和ケアチームや地域連携室カンファレンスへの参加」が行われた。この介入はユニークなものであり、3年間を通じて定期的に実施された。これまでに、病院医療者が「在宅の視点」をもつためには病院内の研修では不十分であり、在宅診療・訪問看護ステーションでの実習、病院を退院した患者の自宅への訪問や電話連絡、地域の多職種でのデスカンファレンスを通して実際の

表1 病院医師・看護師の在宅の視点の変化

	看護師				医師			
	A病院 (n=146)	B病院 (n=207)	C病院 (n=116)	p	A病院 (n=25)	B病院 (n=98)	C病院 (n=31)	p
実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	76%	75%	60%	0.0035* <sup>2,3</sup>	88%	64%	71%	0.070
患者・家族が自宅で過ごしたいといった場合、できるだけ対応した	73%	65%	58%	0.030* <sup>2</sup>	100%	79%	97%	0.0031* <sup>1</sup>
自宅で過ごしたいか、自分から尋ねるようにしていた	64%	51%	48%	0.012* <sup>1,2</sup>	96%	72%	84%	0.027* <sup>1</sup>
在宅移行する患者では、容態が変わった時の対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった	51%	49%	34%	0.0075* <sup>2,3</sup>	88%	54%	55%	0.0066* <sup>1,2</sup>
在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が自宅でもできるように、入院中からシンプルにするようになった	64%	78%	47%	<0.0001* <sup>1-3</sup>	84%	62%	61%	0.11
退院後に必要な医療処置(傷の消毒、カテーテル管理、吸引など)について患者・家族に十分に説明するようになった	61%	73%	53%	0.0007* <sup>3</sup>	NA	NA	NA	
自宅のトイレ、風呂、ベッドなどの環境についてアセスメントするようになった	70%	78%	50%	<0.0035* <sup>2,3</sup>	NA	NA	NA	

%は、「ややそう思う」「そう思う」の合計。NA: 調査していない。太字は60%より大きい項目を表す。

\*<sup>1</sup>A病院 vs. B病院, \*<sup>2</sup>A病院 vs. C病院, \*<sup>3</sup>B病院 vs. C病院間に有意差がある(p<0.0167)ことを示す。

p値は3群間の比較を示す。

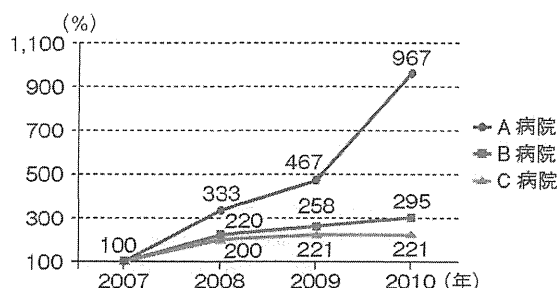


図1 がん診療連携拠点病院から在宅診療を導入した患者の増加比  
2007年を100とした場合の増加比

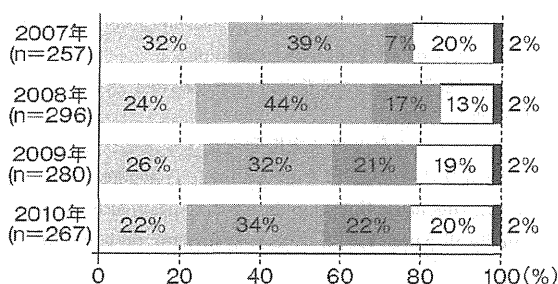


図2 B病院の緩和ケアチームの対象患者の転帰  
■死亡 ■退院(通院) ■退院(在宅診療に導入) □転院 ■その他

現場を体験することにより、意識や行動の変容がみられることが示唆されている<sup>16,17)</sup>。本研究では、「在宅医療者が病院の現場に参加することによって、「家に帰りたい患者がいれば、医療処置や看護ケアはアレンジ可能であること」「独居であっても、資源を最大限利用することで在宅に帰ることも不可能ではないこと」といった具体的な助言をすることで、「がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになる」認識を促進しえたと考えられる。

また、本研究では、地域全体に同じプログラムを実施したにもかかわらず、各病院から在宅移行した患者の増加率には病院間で差がみられた。この理由を詳細に明らかにすることは本研究の目的ではないが、介入は非常に限られた数の医師・看護師

チームによって行われたため、介入そのものの量や質のばらつきは小さいと考えられる。地域介入に代表される複雑な介入では、アウトカムそのものの変化は介入自体の差ではなく、運用の差の反映であることが示唆されている<sup>18,19)</sup>。本研究においても、病院間の差は各病院内の運用、すなわちプログラムが誰によって(管理上の立場にいる看護師 vs. 個々の看護師)、どのように(病院全体のシステムとして vs. 退院支援部署・病棟の取り組みとして vs. 個人の取り組みとして)行われたのかの違いによって生じた可能性がある。複雑な介入のアウトカム研究では、「なぜそのアウトカムが得られたのか」に関するプロセスの研究が重要であることが再認識された。

本研究の限界として、①因果関係を説明するようにデザイン

された研究ではないため、因果関係は明確にいない、②調査項目の信頼性・妥当性が厳密には確認されていない、③1地域の結果であるため、他の地域にあてはまるとは限らない、④介入は複合的に行われているため、どのように影響したかを評価することはできない、ことが挙げられる。

以上より、各病院での退院支援部署の設置と地域の退院支援・調整に関わるコアリクナーズのミーティング、在宅診療をしている医師や看護師の緩和ケアチームや地域連携室のカンファレンスへの参加、病院看護師を対象とした退院支援の講習会などの介入によって、病院により程度の差はあるが、病院医師・看護師、特に病院看護師が「実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うように」なり、「自宅で過ごしたいか、自分から尋ねるようにする」「在宅移行する患者では、容態が変わった時の対応や連絡方法をあらかじめ決めるようにする」「在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が自宅でできるような、入院中からシンプルにする」などの実践の変化が生じ、病院から自宅に戻ることのできるがん患者が増加する可能性が示唆された。

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「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の助成を受けた。

#### 文 献

- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer*, in submission.
- 片山 壽. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 篠原出版新社, 東京, 2008.
- 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編. ホスピス緩和ケア白書 2008. 2008.
- Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006; 332: 515-21.
- Fukui S, Fujita J, Tsujimura M, et al. Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. *Ann Oncol* 2011; 22: 2113-20.
- Phillips CO, Wright SM, Kern DE, et al. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA* 2004; 291: 1358-67.
- Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD004510.
- 宇都宮宏子 編. 病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例. 日本看護協会出版会, 東京, 2009.
- 篠田道子 編, 全国訪問看護事業協会 監. ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり. 日本看護協会出版会, 東京, 2007.
- Nosbusch JM, Weiss ME, Bobay KL. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *J Clin Nurs* 2011; 20: 754-74.
- 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 24-41.
- Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 412-8.
- 長崎地域. 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班. 平成 22 年度総括研究報告書 (研究リーダー 江口研二). 2011; 152-211.
- 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子. 「在宅の視点のある病棟看護尺度」の開発. *日本看護科学学会学術集会講演集* 2009; 29: 489.
- 伊藤山美子, 長田正子, 池垣淳一. 地域連携のための病院看護師たちの新たな試み—電話インタビューと地域での体験研修. *緩和ケア* 2009; 19: 143-6.
- 井村千鶴, 佐原千恵子, 梨田えり子, 他. 地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験. *緩和ケア* 22; 189-94, 2012.
- Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *BMJ* 2004; 328: 1561-3.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: a1655.

---

著者の申告すべき利益相反なし

---



## 短報

地域における多施設・多職種デスカンファレンス参加者の  
体験に関する探索的研究和泉 典子<sup>1,2)</sup>, 秋山 美紀<sup>3)</sup>, 奥山慎一郎<sup>1,4)</sup>, 難波 幸井<sup>5)</sup>,  
柏倉 貢<sup>1)</sup>, 富樫 清<sup>1,6)</sup>, 渋谷 美恵<sup>6)</sup>, 鈴木 聡<sup>1,6,7)</sup>1) 鶴岡市立荘内病院 緩和ケアチーム, 2) 同 内科, 3) 慶應義塾大学 総合政策学部,  
4) 同 麻酔科, 5) 鶴岡地区医師会訪問看護ステーションハローナース, 6) 緩和ケア  
サポートセンター鶴岡・三川, 7) 同 外科

受付日 2011 年 11 月 7 日 / 改訂日 2012 年 3 月 7 日 / 受理日 2012 年 4 月 3 日

本研究の目的は、地域における多施設・多職種デスカンファレンスに参加した地域の医療福祉従事者の体験を探索することである。地域緩和ケアチームが介入し自宅や施設での療養後に死亡したがん患者 3 症例のデスカンファレンス参加者のべ 56 名を対象に質問紙調査を行った。デスカンファレンスの感想と緩和ケアや看取りに関する考えについての自由記載を内容分析した結果、デスカンファレンスの有用性として【多職種との対話による相互理解】【今後の実践につながる気づき】【緩和ケアの学び】などが、問題点として【多職種との対話における障壁】などが抽出された。緩和ケアの実践の課題として【緩和ケアや看取りに取り組むための条件】【施設間・職種間連携】が抽出された。地域の緩和ケア専門家が地域の多施設・多職種との振り返りの場をつくることで、職種間の相互理解が深まり、連携の促進と緩和ケアの実践の変化につながる可能性が示された。

Palliat Care Res 2012; 7(2): 354-62

Key words: 緩和ケア, 地域, 多職種間連携, 在宅, カンファレンス

## 緒言

がん患者が望んだ場所で終末期を過ごすための地域連携体制の構築は重要である。鶴岡地域では、地域の緩和ケア普及を目的に、病院緩和ケアチーム医師や訪問看護師を含む地域緩和ケアチームを組織し、その活動として地域での多施設・多職種デスカンファレンスを行った。

デスカンファレンスとは、患者の死後に行う医療チームの話し合いで、ケアの評価や医療者の心の負担軽減に有用とされ、おもに病棟単位で看護師を中心に行われている<sup>2-4)</sup>。地域で行った多職種デスカンファレンスの報告は過去に 1 件のみで<sup>5)</sup>、連携の課題に対する解決策を見出す場と報告されたが、参加者の職種による体験の相違は示されていない。地域における緩和ケアでは、多施設の医療職と介護職が患者・家族に関わるため、職種の違いがチーム医療に与える影響を知ることは、多職種での緩和ケアの実践に役立つと思われる。

本研究の目的は、多施設・多職種デスカンファレンスに参加した地域の医療福祉従事者の体験について、医療職と介護職の相違を含めて探索し、多施設・多職種デスカンファレンスの意義やあり方を検討することである。

## 方法

## ① 対象

2011 年 5 月～11 月に、地域緩和ケアチームが開催した 3 回の多施設・多職種デスカンファレンスに参加した地域の 8 施設、10 職種の医療福祉従事者のべ 56 名を対象とした。

## ② 多施設・多職種デスカンファレンスの概要

地域緩和ケアチームが介入し、おもに自宅や介護施設で療養し死亡したがん患者 3 症例の多施設・多職種デスカンファレンスを行った(表 1)。

症例 1 は地域緩和ケアチーム医師が診療所医師と共に往診し、処方提案した症例、症例 2, 3 は入院中に病院緩和ケアチームが介入し、退院後も地域緩和ケアチームに属する病院緩和ケアチーム医師が施設や自宅に訪問し、相談に応じた症例であった。症例 1, 2 の死亡場所である介護施設は、急変を除く看取りの経験がなく、医療用麻薬の使用も初めてであった。

デスカンファレンスは地域緩和ケアチーム医師が進行し、参加者全員が発言できるよう促した。介護施設の 2 例では、カンファレンスの最後に約 20 分間、患者・家族向けパンフレット『医療用麻薬(モルヒネなど)を初めて使用するとき』と『これからの過ごし方』<sup>6)</sup>を用いて、医療用麻薬や看取りについて地域緩和ケアチーム医師が説明する時間を設けた。

Corresponding author: 和泉典子 | 鶴岡市立荘内病院 内科・緩和ケアチーム

〒997-8515 山形県鶴岡市泉町 4-20

TEL 0235-26-5111 FAX 0235-26-5176 E-mail: nizumi@bj8.so-net.ac.jp

表1 多職種デスカンファレンスの対象症例とカンファレンスの概要

	症例	病名	死亡場所	カンファレンス実施場所	参加職種・人数の内訳	施設数 職種数 参加人数	実施時刻
1	80歳代, 女性	大腸がん 多発肝転移	有料老人 ホーム	有料老人 ホーム	診療所医師1名, 訪問看護師2名 施設看護師1名, 介護福祉士6名 介護士・介護員4名, ケアマネジャー2名 緩和ケアサポートセンター看護師1名 緩和ケアサポートセンター相談員1名 地域緩和ケアチーム医師1名	4施設 6職種 (医療職6名, 介護職13名) 19名	平日 18時半 ~21時
2	90歳代, 男性	直腸がん 人工肛門造設後, 腹壁浸潤	介護老人 保健施設	介護老人 保健施設	施設担当医師1名, 施設看護師13名 介護福祉士6名, ケアマネジャー1名 社会福祉士1名, 事務員2名 緩和ケアサポートセンター看護師1名 地域緩和ケアチーム医師1名	2施設 6職種 (医療職16名, 介護職10名) 26名	平日 17時半 ~19時 45分
3	80歳代, 女性	大腸がん 空腸-横行結腸 バイパス術後 腹膜播種	病院 (死亡確認のみ, 死亡直前まで 自宅で療養)	訪問看護 ステーション	診療所医師1名, 訪問看護師3名 病院緩和ケアチーム医師1名 病院看護師1名, 訪問入浴看護師1名 保険薬局薬剤師1名, 作業療法士2名 理学療法士1名, ケアマネジャー1名 介護福祉士1名 地域緩和ケアチーム医師1名	5施設 7職種 (医療職12名, 介護職2名) 14名	平日 19時 ~21時

### ③ 調査方法

#### 1. 質問紙調査

デスカンファレンス終了後、参加者に無記名自記式質問紙を配布し、1週間以内に各施設での回収と提出を依頼した。質問内容は、参加者の年齢、性別、職種、経験年数、デスカンファレンスの感想と緩和ケアや看取りに関する考えについての自由記載とした。

#### 2. データ分析

参加者の年齢、性別、職種、経験年数は、項目ごとに度数分布と比率を算出した。自由記載は、内容分析<sup>7)</sup>を行った。「多施設・多職種デスカンファレンスに参加してどのように感じたか」を表す部分を1つの記録単位とし、記録単位の意味内容の類似性によりサブカテゴリー、カテゴリーとしてまとめ、「多施設・多職種デスカンファレンスの有用性と問題点」「多施設・多職種での緩和ケアの実践に関する課題」に分類した。また、医療職、介護職の記述内容を比較するため、サブカテゴリー、カテゴリーの記録単位数を算出した。

データ分析は筆頭著者が行い、質的研究を専門とする研究者1名、緩和ケア専門医1名のスーパービジョンを受け、合意が得られるまで検討した。

### ④ 倫理的配慮

本研究は「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」<sup>8,9)</sup>の一環として鶴岡地域で行われ、研究者の所属する鶴岡市立荘内病院内の倫理委員会の承認を得た。デスカンファレンスの参加者には、研究の趣旨や匿名性への配慮について口頭で説明し、同意を得た。

### 結果

3回のデスカンファレンスで、のべ48名(85.7%)の回答を得た。回答者の年齢は平均38±9.3歳で、経験年数は平均11±6.6年であった。職種の内訳は、医療職27名(医師3名、看護師20名、薬剤師1名、理学療法士1名、作業療法士2名)、介護職22名(ケアマネジャー4名、介護福祉士12名、介護員4名、社会福祉士1名、施設事務員1名)であった。看護師1名が2回のデスカンファレンスで回答した。

自由記載の分析で、124記録単位から「多施設・多職種デスカンファレンスの有用性と問題点」として28サブカテゴリーが抽出され、これらは有用性5カテゴリー、問題点2カテゴリーに分類された(表2)。また「多施設・多職種での緩和ケアの実践に関する課題」として9サブカテゴリーが抽出され、これらは2カテゴリーに分類された(表3)。

以下、サブカテゴリーは〔 〕、カテゴリーは【 】で示す。

#### ① 多施設・多職種デスカンファレンスの有用性と問題点(表2)

多施設・多職種デスカンファレンスの有用性として医療職、介護職共に最も強調されたのは、【多職種との対話による相互理解(n=39)】であった。その内容としては、〈医師や他職種の考えや思いを知ることができた〉〈他の施設職員の思いや意見を共有できた〉、介護職からは〈医師や看護師が身近に感じられた〉など、医師・他職種を含む記述が目立った。また、〈職種による視点の違いを知ることができた〉という職種の違いに関連した気づきも含まれた。

【今後の実践につながる気づき(n=22)】とは、〈患者・家族との関わりの大切さに気づいた〉などケアの内容のほか、〈多

表2 多施設・多職種デスカンファレンスの有用性と問題点

項目	記録単位の数 (n)		
	計	医療職	介護職
<b>有用性</b>			
【多職種との対話による相互理解】	39	22	17
医師や他職種の考えや思いを知ることができた	10	6	4
他の施設職員の思いや意見を共有できた	7	6	1
職種による視点の違いを知ることができた	5	3	2
医師の話を直接聞くことができた	4	3	1
経過中知らずにいた他職種のしてきたことや努力を知ることができた	3	1	2
自分の職種の役割を再認識できた	3	2	1
医師や看護師が身近に感じられた	2	0	2
医師や看護師の専門的な考えを聞くことができた	2	0	2
他職種の経験や悩みを知ることができ、自分も伝えることができた	2	0	2
他職種と顔を合わせて話げできた	1	1	0
【今後の実践につながる気づき】	22	8	14
多職種での振り返りが今後のケアや取り組みに活かせると感じた	11	5	6
行ってきたケアの良かった点、見直すべき点が明らかになった	7	3	4
患者・家族との関わりの大切さに気づいた	4	0	4
【緩和ケアの学び】	19	6	13
地域緩和ケアチーム医師の説明やパンフレットがわかりやすかった	6	2	4
がんの痛みなど緩和ケアに関する知識を得た	4	1	3
医療用麻薬に関する知識を得た	4	1	3
痛みの評価や治療の難しさを感じた	3	2	1
緩和ケアや終末期ケアに少し近づけた	2	0	2
【抱えていた思いの表出】	8	6	2
自分の意見や思いを素直に話すことができた	3	2	1
ありのままの言葉で話げできた	2	2	0
もやもやした思いを吐き出す場になった	2	1	1
経過中に出なかつた思いを表出する機会になった	1	1	0
【多職種との対話を促進する要素】	3	3	0
オープンに話せる場がよかった	2	2	0
全員が発言する機会があつてよかった	1	1	0
<b>問題点</b>			
【多職種との対話における障壁】	5	0	5
専門用語が難しかった	4	0	4
医師の前で話しにくいことがある	1	0	1
【不消化感】	3	1	2
不全感	2	1	1
自責感	1	0	1

職種での振り返りが今後のケアや取り組みに活かせると感じた)なども含まれた。

【緩和ケアの学び(n=19)】は、介護職(n=13)でしばしば強調されており、(地域緩和ケアチーム医師の説明やパンフレットが分かりやすかつた)〈緩和ケアや終末期ケアに少し近づけた)などが含まれた。

【多職種との対話を促進する要素(n=3)】とは、(オープンに話せる場がよかった)〈全員が発言する機会があつてよかった)というカンファレンスの雰囲気や進行に関する内容であつた。

一方、多施設・多職種デスカンファレンスの問題点として、

【多職種との対話における障壁(n=5)】が介護職のみから出され、(専門用語が難しかった)〈医師の前では話しにくいことがある)など医療職との障壁を表していた。

② 多施設・多職種での緩和ケアの実践に関する課題(表3) 多施設・多職種での緩和ケアの実践に関する課題として、【緩和ケアや看取りに取り組むための条件(n=13)】が挙げられ、(学習や話し合いの場が不足していると感じた)、(看取りに関する施設の方針決定と研修が必要と感じた)などが出された。

また、【施設間・職種間連携(n=12)】として、(病院との連携

表3 多施設・多職種での緩和ケアの実践に関する課題

項目	記録単位の数 (n)		
	計	医療職	介護職
<b>【緩和ケアや看取りに取り組むための条件】</b>	13	9	4
学習や話し合いの場が不足していると感じた	7	5	2
看取りに関わるスタッフの精神的ケアが必要と感じた	3	2	1
看取りに関する施設の方針決定と研修が必要と感じた	2	2	0
施設看取りは苦痛緩和がされないと難しい	1	0	1
<b>【施設間・職種間連携】</b>	12	8	4
他職種との連携や情報共有の重要性を感じた	5	2	3
病院との連携の難しさを感じた	3	2	1
施設看護師と訪問看護師の連携の必要性を感じた	2	2	0
(薬剤師が) 医師や看護師に比べて介護職との連携が不十分と感じた	1	1	0
医師とのコミュニケーションに工夫が必要と感じた	1	1	0

の難しさを感じた) (施設看護師と訪問看護師の連携の必要性を感じた) (薬剤師が) 医師や看護師に比べて介護職との連携が不十分と感じた) など、さまざまな連携の必要性が含まれた。

## 考 察

本研究は、地域で行った多施設・多職種デスカンファレンス参加者の体験について、医療職と介護職の相違を含めて探索した初めての研究である。

本研究で最も重要な点は、地域における多施設・多職種デスカンファレンスにより、多職種の相互理解が深まり、連携に関する気づきにつながることである。これは先行研究<sup>9)</sup>と同様の結果で、多職種が一堂に会することで他職種を知り、チームにおける自分の役割と他職種との連携のあり方が明確化することで、緩和ケアの実践が変化する契機になると考えられた。英国の Gold Standards Framework などの地域緩和ケアプログラムでは、緩和ケアの質の向上において、多職種のコミュニケーションが重要であり、定期的なミーティングが推奨されている<sup>10-13)</sup>。質の高いチームワークは、患者へのケアに加え、チームメンバーのメンタルヘルスにおいても有益である<sup>14)</sup>ことから、地域の多職種での振り返りの場をつくることは、地域の緩和ケア提供体制を新たに構築していく過程で有用と考えられた。

次に重要な点は、多職種カンファレンスで、専門用語や医師への遠慮が、介護職にとって障壁となりうることである。これは、先行研究<sup>9)</sup>で示されていない。多職種カンファレンスの進行役は、医療面について介護職の理解を助ける配慮が必要である。また、介護職の医師に対する障壁は、普段医師と話す機会が少ないためと推測される。このことは、多職種デスカンファレンスの有用性として、医師の話聞くことができたことを挙げた参加者が多いことから示唆される。医師が他職種とフラットな関係をもつことが良いチームワークにつながる<sup>10)</sup>ことから、多職種との話し合いに医師が加わるのが重要と考えられた。

また、教育の時間を設けた介護施設のデスカンファレンスは、特に介護職の学びにつながった。介護施設における緩和ケアでは、教育や専門家への相談経路の不足が障害となる<sup>15)</sup>ため、地域の緩和ケア専門家が、施設や職種を超えて緩和ケアの

教育と相談に応じる仕組みが必要と考えられる。

本研究の限界として、緩和ケアや看取りの経験が少ない医療福祉従事者が、1地域で行った多施設・多職種デスカンファレンスに参加した体験から得られた結果であり、一般化はできない。

以上より、地域の緩和ケア専門家を含む多施設・多職種デスカンファレンスを行うことで、地域の医療福祉従事者の相互理解が深まり、連携の促進と緩和ケアの実践の変化につながることを示された。

謝辞 本研究にご助言をいただいた聖隷三方原病院緩和と支持治療科 森田達也先生、早稲田大学大学院商学研究科専門職学位課程専任講師 西條剛央先生に深謝する。

## 文 献

- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- 安藤悦子, 吉田美也子, 岩田千波, 他. ホスピス・緩和ケア病棟におけるデスカンファレンスの機能—ホスピス・緩和ケア病棟師長の視点より. *死の臨床* 2010; 33: 126-32.
- 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目目すること. *日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ)* 2006; 37: 416-8.
- 星野江梨, 村田美佐子, 新井清乃, 他. 半構成的面接から明らかにするデスカンファレンス実施前後の看護師の意識変化. *日本看護学会論文集 (看護総合)* 2009; 40: 428-30.
- 井村千鶴, 野末よし子, 伊藤富士江, 他. 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. *緩和ケア* 2011; 21: 335-42.
- 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」. 医療者向けツール・資料 患者・家族用パンフレット [http://www.gankanwa.jp/tools/pro/index3.html#G]
- 舟島なをみ. 質的研究への挑戦, 第2版. 医学書院, 東京, 2007; 40-79.
- Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve

- palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 412-8.
- 9) 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 24-36.
- 10) Mahmood-Yousuf K, Munday D, King N, et al. Interprofessional relationships and communication in primary care: impact of the Gold Standards Framework. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 256-63.
- 11) Shaw KL, Clifford C, Thomas K, et al. Review: Improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med* 2010; 24: 317-29.
- 12) Munday D, Mahmood K, Dale J, et al. Facilitating good process in primary palliative care: does Gold Standards Framework enable quality performance? *Fam Pract* 2007; 24: 486-94.
- 13) Nikbakht-Van de Sande CV, van der Rijt CC, Visser AP, et al. Function of local networks in palliative care: a Dutch view. *J Palliat Med* 2005; 8: 808-16.
- 14) Firth-Cozens J. Celebrating teamwork. *Qual Health Care* 1998; 7(Suppl): s3-7.
- 15) Brazil K, Bédard M, Krueger P, et al. Barriers to providing palliative care in long term care facilities. *Can Fam Physician* 2006; 52: 472-3.
- 
- 著者の申告すべき利益相反なし
-

## 原著

地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・  
評価シートの評価：OPTIM-study木澤 義之<sup>1)</sup>, 梅田 恵<sup>2)</sup>, 新城 拓也<sup>3)</sup>, 石ヶ森一枝<sup>2)</sup>, 奥山慎一郎<sup>4)</sup>,  
木下 寛也<sup>5)</sup>, 白髭 豊<sup>6)</sup>, 井村 千鶴<sup>7)</sup>, 野末よし子<sup>7)</sup>, 森田 達也<sup>8)</sup>

1) 筑波大学 医学医療系 臨床医学域, 2) 緩和ケアパートナーズ, 3) 社会保険神戸中央病院 緩和ケア病棟, 4) 鶴岡市立荘内病院 麻酔科, 5) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科, 6) 白髭内科医院, 7) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 8) 聖隷三方原病院 緩和ケアサポートセンター

受付日 2012年2月23日 / 改訂日 2012年4月5日 / 受理日 2012年4月6日

本研究の目的は、緩和ケアの地域介入で使用された地域共通の緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの利用状況を明らかにすることである。介入地域における配布数、医師706名・看護師2,236名の質問紙調査、医療福祉従事者80名に対するインタビュー調査を分析した。配布数と使用頻度が多かったものは、マニュアル、看取りのパンフレットであった。医療者の体験としては、【経験や職種に限らず地域での共通認識がもてる】【あいまいに経験的にしていたことが自信をもってできる】が最も多く挙げられた。マニュアルは、【必要な項目が網羅されている】【内容が凝集されていて携帯できる】【具体的で実践的である】と評価された。看取りのパンフレットは【口頭で説明しにくいことが絵で分かりやすい】と評価された。地域共通のマニュアルと看取りのパンフレットは地域全体で利用可能で、地域緩和ケアの向上に貢献することが示唆された。

Palliat Care Res 2012; 7(2): 172-84

Key words: 緩和ケア, 地域, 教育, ツール

## 緒言

わが国の医師と看護師の緩和ケアに関する知識や患者教育の技術が不十分であることが指摘されており、それらを向上させる手段が求められている<sup>1,2)</sup>。一般的に用いられる方法は、マニュアルやガイドラインの配布、セミナー・講義、アウトリーチプログラムなどである。これまでに、印刷物の配布による効果は小さいが、パンフレットを用いた患者の個別性に対応した患者教育、少人数での双方向性の講義、アウトリーチプログラムが個々の患者では有効であることが示唆されている<sup>3-6)</sup>。一方、緩和ケアは地域全体で提供されるため、地域で共通のマニュアルや評価ツールを使用することが試みられている<sup>9,10)</sup>。

カナダのエドモントン州では、出身の同じ緩和ケア専門家がEdmonton Symptom Assessment Systemを地域全体で運用し、オンタリオ州では地域プロジェクトの一環としてPalliative Performance ScaleとEdmonton Symptom Assessment Systemが運用された。これらの研究では、評価ツールは地域での緩和ケアの標準化に有用であることが示唆されているが、①対象が少人数の代表性のない集団に限られている、②マニュアルや評価ツールなど個別の評価は行われていない、③経験の詳細の分析が行われていない、などの限界がある。

また、わが国では同様の研究はない。したがって、地域で共通したマニュアルや評価ツールを使用した場合に、それがどの程度利用されたか、どのように利用されたか、どのような問題が

あり利用されなかったかを明らかにすることは、今後必要とされるマニュアルや評価ツールをつくるうえで役に立つと考えられる。

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムで作成された地域共通の緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの①地域での使用頻度を明らかにし、②どのように利用された(なかった)かを探索することである。最終的な目的は、地域を対象とした緩和ケアプログラムを進めるうえで必要とされるマニュアルや評価ツールについての洞察を得ることである。

## 対象・方法

本研究は、OPTIMプロジェクト(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」)の一部として行われたものである<sup>11,12)</sup>。OPTIMプロジェクトは、4地域を対象とした地域介入による前後比較研究である。介入地域として、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域が対象となった。地域に対する介入として、①緩和ケアの標準化と継続性の向上(マニュアルなどの配布、医療者向け緩和ケアセミナー)、②患者・家族に対する適切な知識の提供、③緩和ケア専門家による診療、④地域の緩和ケアの包括的なコーディネーションと連携の促進を柱とする複合介入、が行われた<sup>11,12)</sup>。

倫理的配慮については、本研究のために設置された倫理委員

Corresponding author: 木澤義之

筑波大学 医学医療系 臨床医学域

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1

TEL 029-853-3123 FAX 029-853-3123 E-mail: ykizawa@md.tsukuba.ac.jp

会での承認を得た。

### ① 定義

本研究では、緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートを「ツール」と定義した。

### ② 地域共通のツール

OPTIM プロジェクトでは、①緩和ケアマニュアル「ステップ緩和ケア」(冊子、ムービー、web)、②パンフレット(疼痛、呼吸困難など症状別 11 種類、家族用の看取りのパンフレット「これからの過ごし方について」の合計 12 種類)、③評価シート「生活のしやすさに関する質問票」、④疼痛の評価シート「疼痛の評価シート」「痛みの経過シート」を作製した<sup>15)</sup>。作成過程では、医師、看護師、薬剤師など多職種 50 名以上が参加した。

既存のマニュアル類と比較した新規性として、①評価(評価シート)・治療(マニュアル)・患者教育(パンフレット)の3つが連動する、②患者の個性に特化した情報を書き込んで使用するパンフレットである、③評価や治療をマニュアルに沿って実際に行っている場面をムービーとして含む、ように作成された。

「ステップ緩和ケア」の内容は、評価、症状マネジメントを中心として、持続皮下注射、コミュニケーションなど臨床場面でよく遭遇することを網羅的に含めた。症状マネジメントでは、評価→治療とケア→治療目標→Frequently Asked Questions (FAQ) という構造に従い、「症状を評価する、ステップに沿った治療を行う、パンフレットに沿ったケアを行う、治療目標が達成されなかった場合に FAQ を参照する、目安に沿って専門家にコンサルテーションする」と構造化された。

パンフレットは、症状別にすべて構造を統一し、医療者が患者と相談しながら患者個々に合わせて情報を書き込むように作成した。「症状の生活への影響を確認する、症状の原因を確認する、治療の目標を設定する、行う治療を説明する、ケアの工夫を説明する、症状の伝え方と医療者に連絡するタイミングを説明する、効果がなかった場合の対応を説明する」と構造化された。これは、症状緩和のためには、①全般的な情報提供では効果がなく、その患者の心配なことに焦点をあてた情報提供が必要である、②症状の伝え方や相談先の連絡方法を教育することが重要である、といった知見を反映させたものである<sup>7,8)</sup>。

看取りのパンフレット「これからの過ごし方について」は、家族が安心して患者を看取ることができることを目的として作成した。内容は、家族が不安を体験する内容(死亡までの経過、苦痛の悪化、せん妄、死前喘鳴、輸液)について実証研究に基づいて作成した<sup>14)</sup>。

「生活のしやすさに関する質問票」は、患者の身体症状、精神症状、心理・社会的なニーズが包括的に評価できるように、信頼性・妥当性の確認されている M.D. Anderson Symptom Inventory 日本語版、Distress Thermometer, Support Team Assessment Schedule 日本語版から作成された<sup>15-17)</sup>。

各ツールは、地域からの求めに応じて研究班事務局から発送された。

## 評価・解析

本研究では 3 つのデータを利用した。詳細は他の論文に記載した<sup>18,19)</sup>。

### ① 配布数

「ステップ緩和ケア」「ステップ緩和ケアムービー」「パンフレット(12 種類)」「生活のしやすさに関する質問票」それぞれについて、事務局から地域への配布数の 3 年間の合計値を集計した。配布数は、地域での利用数の指標として用いた。ツールごと、地域ごとに配布数を集計した。

### ② 医師・看護師対象の質問紙調査

4 地域の病院、診療所、訪問看護ステーションに勤務するがん診療に携わる医師、看護師を対象として、質問紙調査を行った。使用頻度に関する質問として、「ステップ緩和ケア」「パンフレット・生活のしやすさに関する質問票」「ステップ緩和ケアムービー」それぞれについて、「見たことがない」「見たことはあるが使っていない」「使用した」を開き、集計した。

比較のために、OPTIM プロジェクトのホームページ(プロジェクトの活動内容やツールが電子媒体で閲覧・印刷できる)、「わたしのカルテ(患者所持型情報共有ツール)」の使用頻度に対する回答も集計した。臨床経験(医師:20 年未満・以上、看護師:10 年未満・以上)、がん患者診療数(10 名未満・以上)の 2 群で使用頻度に差があるかを  $\chi^2$  乗検定で比較した。

### ③ インタビュー調査

各地域において、介入の運営、立案や実施に関わったもの(コアリンクスタッフ)全員を対象としてインタビュー調査を行った。用いられたおこな質問は、「ツールに役に立った(立たなかった)ものはありますか、それはどうしてですか」であった。内容分析の技法に従って、逐語録化したテキストから、ツールに関する体験・評価とその理由を表現している部分を意味単位として抽出しコードをつけ、意味内容の類似性・相違性からカテゴリーを形成し、頻度を算出した<sup>20)</sup>。

分析は緩和ケア医師(TM)と看護師(YN)が独立して行い、議論して一致させた。カテゴリーを【】、データ(発言)を[ ]で示す。

## 結果

### ① 配布数

4 地域すべてにおいて 2,000 部以上発送されたものはステップ緩和ケア、これからの過ごし方についてであった(図 1)。「ステップ緩和ケアムービー」「オピオイドの導入、突出痛のパンフレット」「生活のしやすさに関する質問票」は 1-2 地域で 2,000 部以上発送された。

### ② 質問紙調査

医師 1,763 名、看護師 3,156 名が対象となり、それぞれ、846 名(48%)、2,609 名(83%)から回答を得た。医師 706 名、看護師 2,236 名が有効回答であった。

使用頻度として最も多かったものは、「ステップ緩和ケア」であり、医師の 45%、看護師の 37%が使用したことがあると回答した(表 1)。パンフレット・評価ツールは、看護師の 26%、医師の 19%が使用したことがあると回答した。一方、「ステップ緩和ケアムービー」、OPTIM プロジェクトのホームページ、「わたしのカルテ」を使用したことがあると回答したものはいずれも 20%以下であった。使用頻度は、医師・看護師とも年間

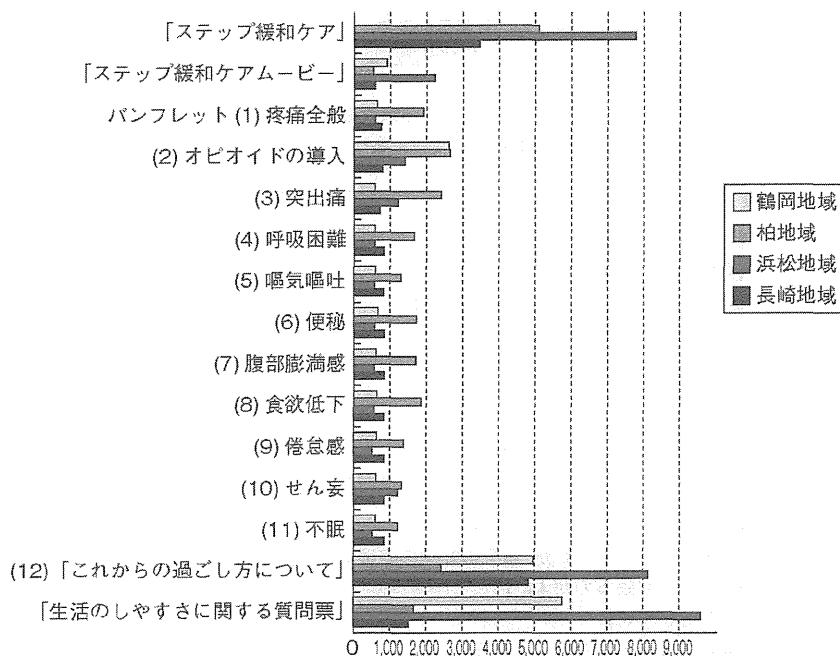


図1 ツールの配布数

表1 質問紙調査によるツールの使用頻度

	「ステップ緩和ケア」	パンフレット・評価ツール*	「ステップ緩和ケアムービー」	OPTIMプロジェクトのホームページ	「わたしのカルテ」
医師 (n=706)					
使用した	45% (n=312)	19% (n=132)	8% (n=57)	12% (n=81)	14% (n=96)
見たことがある	30% (n=205)	38% (n=259)	24% (n=163)	26% (n=176)	37% (n=255)
見たことがない	25% (n=170)	43% (n=296)	68% (n=467)	63% (n=430)	49% (n=336)
看護師 (n=2,236)					
使用した	37% (n=811)	26% (n=563)	6% (n=127)	6% (n=137)	16% (n=345)
見たことがある	32% (n=701)	27% (n=596)	18% (n=391)	17% (n=362)	33% (n=728)
見たことがない	31% (n=680)	47% (n=1,032)	76% (n=1,670)	77% (n=1,691)	51% (n=1,119)

\*患者・家族向けパンフレット, 生活のしやすさに関する質問票

のがん診療患者数が10名以上のもので10名未満のものに比べて有意に多く、看護師では臨床経験が10年以上のものと10年未満のものに比べて有意に多かった (data not shown)。医師の臨床経験では、差がなかった。

### ③ インタビュー調査

103名が対象となり、全員が承諾したが2名で予定が合わないなど実際上の理由で実施できなかったため、101名で調査が終了した。録音時間は135 = 39分であった。該当する回答のあったものは80名で、鶴岡13名、柏22名、浜松23名、長崎22名であった。職種は、病院看護師19名、訪問看護師・診療所・施設看護師17名、病院医師13名、診療所医師8名、保険薬局薬剤師6名、病院薬剤師5名、介護支援専門員5名、医療ソーシャルワーカー・事務職4名、その他3名であった。

最も多く述べられたことは、【経験や職種に限らず、地域での共通認識がもてる】【あいまいに経験的にしていたことが自信

をもってできる】ことであった (表2)。ツール別では、「ステップ緩和ケア」と「これからの過ごし方について」の肯定的な評価と体験が聞かれた。パンフレットは、疼痛、せん妄を使用した体験が述べられた。「生活のしやすさに関する質問票」は鶴岡地域と浜松地域の一部で継続使用されたと述べられた。「疼痛の評価シート」については述べられなかった。

#### 【経験や職種に限らず、地域での共通認識がもてる】

地域全体で同じツールを利用していることの価値が【共通言語】【共通の教科書】【ベース】【共通のツール】と表現された。同じ施設の同職種間、多職種間、異なる施設、異なる経験の医療福祉従事者間で同じツールを用いることで、コミュニケーションをとりやすくなることが述べられた。

【それぞれの医者がバラバラの治療というより、一貫した同じ緩和ケアを提供できる場所では、「ステップ緩和ケア」は非常に有効なツールになった。みんなが見ながら、これが効かなければ、次はこうと、経験の少ないスタッフでも同じように、



表2 教育ツールに関するインタビュー調査

	n
教育ツールについて	
【経験や職種に限らず、地域での共通認識がもてる】	27
【セミナーや事例検討と連動することでより役立つ】	5
【がん以外にも応用できる】	2
「ステップ緩和ケア」について	
【活用されている】	20
【必要な項目が網羅されている】	18
【内容が凝集されていて、携帯できる】	16
【具体的で、実践的である】	10
【緩和ケアチーム活動の助けになる】	5
【字が小さい】	2
「ステップ緩和ケアムービー」について	
【一目瞭然である】	11
パンフレット(症状別)について	
【説明しやすく、説得力がある】	14
【患者のためのものだが、自分の知識の整理になる】	9
【説明内容が残るのがよい】	8
【利用しにくい】	6
【登場人物が重症な病人である】	1
「これからの過ごし方について」	
【あいまに経験的にしていたことが自信をもってできる】	27
【家族の安心や準備につながる】	25
【口頭で説明しにくいことが絵で分かりやすい】	20
【渡す時期が難しい】	10
【家族全員で共通の認識をもてる】	5
【渡して終わりではなく、渡した後のケアが重要である】	4
【データに基づいているので説得力がある】	2
「生活のしやすさの質問票」について	
【運用が難しく、工夫が必要である】	10
【患者の希望を知るきっかけになる】	8
【患者の反応はさまざまである】	8
【多職種チームが関わるきっかけになる】	3
【患者の症状が数値で客観的に分かる】	2
【運用はしないが、聞き方や概念が参考になる】	2

在宅であまり緩和ケアに携わってなかった先生も継続して提供できるところで、みんなが同じものを持っているのは大きかった」(病院医師 097)

「電話で薬を変えようかって、先生もどうするって看護師に聞く場合もある。私たちが根拠ないものはいえないんで、これに書いてありますって、私たちがじゃなくて、この本に書いてありますっていうかたちで先生とお話しすることがありました。そういう意味ですごい使わせていただいています」(訪問看護師 020)

#### 1) 「ステップ緩和ケア」

「ステップ緩和ケア」の特徴として述べられたことは、①疼痛だけでなく、また症状だけでなく、臨床場面で出会うことが網羅されていること(【必要な項目が網羅されている】)、②内容がコンパクトにまとめられていて、病院内では白衣のポケットに在宅では往診・訪問靴に入れて携帯できること(【内容が

凝集されていて、携帯できる】)、③アルゴリズム、コンサルテーションの基準、薬品名・投与量、具体的なケアの方法などが明確に詳しく記載されていること(【具体的で、実践的である】)、が挙げられた。

内容として良かったものとして、せん妄、呼吸困難がしばしば挙げられた。また、緩和ケアチームの活動をするうえで、個々の推奨を記載しなくてもよくなり効率が良くなることや、診療の後ろ盾になるという点で、【緩和ケアチーム活動の助けになる】ことが語られた。「ステップ緩和ケアムービー」の利点としては、【一目瞭然である】ことが語られ、特に持続皮下注射、看取りの時期や症状評価のコミュニケーションについて挙げたものが多かった(表3)。

#### 2) パンフレット

パンフレットについては、図や具体的な数値も入っているの【説明しやすく、説得力がある】という意見と、【利用しに

表3 「ステップ緩和ケア」とパンフレットに関する評価

<p>1. 「ステップ緩和ケア」</p> <p>【必要な項目が網羅されている】</p> <p>〔現場でよく遭遇することは、たいてい書かれています。ものすごく詳しくはもちろん書かれてはいないけど、ちゃんと網羅されていて、分かりやすく書かれています。患者さんが困っている。どうしたらいいか困ってる医療者がいて、こういうふうに書いてあるから(たいていのことに対応できる)] (病院医師, 062)</p> <p>〔せん妄の激しいケースを初めて経験した時は、本当にもう「ステップ緩和ケア」をなめるように、非常に役立って、ちゃんと教科書通りに、本当に教科書通りステップでやったんですけど、そしたら、本当にちゃんと教科書通りになんとかなくてくださったのでとても自信ができました〕 (診療所医師, 071)</p> <p>【内容が凝集されていて、携帯できる】</p> <p>〔ポケットへ入るんです。A4サイズになると、なかなか持っていけない。このサイズは良いと思います。このサイズで詰められた情報量は非常に効率良く、質良くつめていただいた〕 (病院医師, 034)</p> <p>〔みんな持ってバッグに入れてます。ポケットサイズが持ち運びやすいし、確認がその場でできる。病院だったらその場で聞ける人もいますし、そこで調べることもできるんですけど、(訪問に)行った時に調べるってなかなかできないんで、これ1冊持っていると確認になる〕 (訪問看護師, 020)</p> <p>【具体的で、実践的である】</p> <p>〔処方例が書いてあるのはすごい。これを使うっていても、どう処方すればいいかがこれだとすぐ出てくる。こういう薬が良いらしいではなく、少なめから初めてくださいじゃなく、何ミリから始めてくださいと書いてある。忙しい中でも、調べて後でやりましょうじゃなく、その場ででも解決できる〕 (診療所医師, 005)</p> <p>〔本はいろんなことが書かれていますけど、細かくは書かれてない。麻薬はありますけれどみたいな、今までが、事細かくきちっと分かれて、これとこれを足せばうまくこういうふうに通るよという部分が事細かく書かれている。一般(病院)にいる私にしてみたら目から鱗でした〕 (診療所看護師, 023)</p> <p>【緩和ケアチーム活動の助けになる】</p> <p>〔主治医の先生に鎮痛補助薬の使い方伝える時、前は全部カルテにこうやって書いてたんですけど、これの何ページを見てみたいなかたちで書く通じるようになって、主治医が自信をもってできる〕 (病院医師, 062)</p> <p>〔有名な教科書を調べたり、インターネットで調べたりって、本当にいいか分からない。やったことはないから、本当にいいか。「ステップ緩和ケア」は言い方は悪いですけど、親方日の丸、いいはずだっていう後ろ盾として非常に良い〕 (病院医師, 007)</p> <p>【一目瞭然である】</p> <p>〔手技が載ってるのが一番です。こうやればいいって文章で書いてあっても、やっぱり不安で、みんなスタッフも。実際に手技が載っている動画があるのがすごく安心。初めてやる時に、こう刺せばいいんだとか、この辺りへ刺せばいいんだとか、そういうのが一番助かりました〕 (病院薬剤師, 021)</p> <p>〔看取りのケアに関しては、いついつの時期になったらそういう話をしていきたいと思います。目に見えて、もう見えるので、目で動いているのを見るのと机の上で勉強するのでは全然違う。自分たちに自信が入ってくる、リアルさというか、実感できるのが良かった〕 (医療ソーシャルワーカー, 027)</p>
<p>2. パンフレット</p> <p>【説明しやすく、説得力がある】</p> <p>〔患者さんが困ってる。こういう時はこうですよって書かれている。呼吸の苦しい時、排便コントロールとか、実践向けで書かれてることが、(看護師である)私たち向けじゃなくて患者さん用なのでそのまま使えて一番分かりやすい〕 (訪問看護師, 020)</p> <p>〔活字になってることで患者さんの納得の度合、信用の度合いが違ってくる。口で言うだけだと、麻薬使っても別に中毒になりませんよと言っても、「本当?」って。500人に1人以下ですと書いてあると、「本当だ」みたいな感じ〕 (病院医師, 018)</p> <p>〔本当にせん妄については、あるのとないのとでえらい違いです。気が触れたとか認知症になったって、そういう意識が(家族にある)。せん妄がこうこうこうですよって言って渡すと、ずうっと20~30分読んでいる人がいらっしやるんです。「せん妄がよくなくなってきましたね」って言うと、別に慌てないんですよ。パンフレットを渡す前と比べると全然慌てなくて、ちゃんと理解してくださって。言葉で言うだけでは伝わらないところが、目に見えるかたちで繰り返して読めるところはいい〕 (病院医師, 062)</p> <p>【患者のためのものだが、自分の知識の整理になる】</p> <p>〔みんなに使うのはなかなか難しい。状況によって。ただ、こういう言い方がいいとか参考にしました。言葉って難しいですよ、こういう言い回しがいいんじゃないかと(自分で参考にする)意味では非常に使えるものだった〕 (薬局薬剤師, 055)</p> <p>【説明内容が残るのがよい】</p> <p>〔いろいろお話をしていますけど、姿勢の工夫とか環境の整備とかちょっとしたアドバイスは、耳で聞いててもなかなか記憶に残らない。(パンフレットがあると)「ああ、そうやった、こういうふうにすればいいんだね」と(残りやすい)] (病院看護師, 033)</p>

表4 「これからの過ごし方について」の評価

<p>【あいまに、経験的にしていたことが自信をもってできる】</p> <p>〔10年選手ですと今まで体験として(していたこと)を、若いナースもパンフレットがあることでこういうことが予想されますよって言いやすくなった。今までは経験したから言える看護師としての体験として伝えてただけのことが、(根拠をもって)しやすくなった〕(病院看護師, 080)</p> <p>〔渡すことで、自分たちもこういうことをちゃんと押さえて話をしたり聞いたりしていかなきゃいけないのが分かる。自分たちの心構えにもなる。 (今まで) それぞれの力でやってたけど、確かめることができた、自信をもつことになった〕(訪問看護師, 100)</p>
<p>【家族の安心や準備につながる】</p> <p>〔変わっていく変化が絵で描いてあるので、慌てない。割と落ち着いて、最後まで落ち着いていられるところがあります。状況を冷静に過ごせる、ちゃんとその通り、落ち着いて〕(介護支援専門員, 099)</p> <p>〔点滴について言葉で言っても「ええ?」とか思われる時、見ていただいて、点滴せずに亡くなった方で「すごい楽に最後まで見ることができた」って言ったご主人がいました。「良かれと思ってやったことが逆だったんだってということが分かってすごい良かった。と〕(訪問看護師, 006)</p> <p>〔喉がごろごろする時、喘鳴。その時にこれは自然な経過の1つなんですよ、と絵を見て(対応すると)、「こういうことがあるんだ」って言われてました。「そうなんだ。自然のことですね」って理解いただいたことがあります〕(診療所看護師, 036)</p>
<p>【口頭で説明しにくいことが絵で分かりやすい】</p> <p>〔今までは説明の文章をつくってはいたんですけど、なかなか口で説明するだけでは家族の方も理解しにくかった。(パンフレットで)説明して、後になってじっくり読んで。お会いした時、「最後はこんなふうな感じだった、こうだった」だと(おっしゃる方も多いので)すごく有効だったと感じます〕(訪問看護師, 051)</p>
<p>【家族全員で共通の認識をもてる】</p> <p>〔「本当にこういうふうに入ったんだ、これがある、分かりやすくて、家族以外の親戚にも見ってもらって、こういうふうに進んでいくんだよって、家族が親戚の方に説明できてみんなで見守れた」っていう言葉が聞かれた〕(訪問看護師, 049)</p>
<p>【データに基づいているので説得力がある】</p> <p>〔緩和ケアに限らず患者さん向けのリーフレットをよくつくるけど、たいていは個人的な経験、どこかの本に載っていた内容を書いたり、そういうもの。すごいなと思ったのはしっかり調査された内容をベースにつくられている。数字が必要などころはしっかり数字が、実際に患者さんご家族が言われていることをベースにつくられている。一般的に、患者さんに説明するものをつくる時、こうした方がいいと思うところが出てくると思うんです。そうではなくて、本当に必要としている情報を提供するなら、実際に聞くことをやっとうえで、どういうことを説明するべきかを考えていく、確かに一番有効だろうと改めて思いました〕(病院医師, 062)</p>
<p>【渡す時期が難しい】</p> <p>〔渡すタイミングが難しく、なかなか統一は難しい。早すぎても家族が最後って思ってもないこともあったり、あまり具合が悪くなってからでも遅すぎるとか。渡すタイミングがすごい悩んで〕(病院看護師, 047)</p>
<p>【渡して終わりではなく、渡した後のケアが重要である】</p> <p>〔無造作に渡してゴミに捨てられたり家族が怒ったりしたケースもあった。こんなことを書いてあるのを渡された、ちゃんと説明もなくポンと渡されて。自分がこれを見せながら話をして腹を立てられたことはないです〕(病院医師, 056)</p> <p>〔始めはぎょっとするみたいだけど、たいていある程度経験のあるスタッフが、この言葉や話の説明を加えてるんで、「え? こんなことも」っていうのもスッと比較的受け入れてもらえたようです〕(病院看護師, 033)</p>

くい」という意見とがあった。後者のおもな理由としては、①検査など、その患者に必要でない情報があるので余計に不安になる可能性がある、②パンフレット自体を使うことが手間である、③すでに利用しているものがある、が挙げられた。1名の栄養士が、登場人物がすべてパジャマを着ており、重症の病人をイメージさせることを比較的状態の良い患者から指摘された体験を述べた。

【患者のためのものだが、自分の知識の整理になる】ことと、口頭では残らない説明内容が残るので後で読み返すなどできる(【説明内容が残るのがよい】)ことが挙げられた。特に、せん妄での有用性に言及したものが多かった(表3)。

### 3) 「これからの過ごし方について」

「これからの過ごし方について」は、良い体験として、【あいまに、経験的にしていたことが自信をもってできる】、死亡ま

までの経過、死前喘鳴、輸液、家族がしてもいいことが分かることによって【家族の安心や準備につながる】、絵が豊富なので【口頭で説明しにくいことが絵で分かりやすい】、医療者が直接説明していない家族に説明を受けた家族が説明するなど【家族全員で共通の認識をもてる】【データに基づいているので説得力がある】ことが語られた。一方、運用として、遅すぎもせず早すぎもせず【渡す時期が難しい】ことや、ただ渡すだけではかえって家族のケアにはならず【渡して終わりではなく、渡した後のケアが重要である】ことが語られた(表4)。

### 4) 「生活のしやすさの質問票」

「生活のしやすさの質問票」については、運用されている施設では【患者の希望を知るきっかけになる】、臨床心理士や緩

和ケアチーム、リハビリテーションなどの【多職種チームが関わるきっかけになる】、症状の強さが分かることで【患者の症状が数値で客観的に分かる】、といった効果が語られた。

「意外に何も言わなくても悩んでいる方とかがたくさんいらしたので、私たちが何か発見しやすい、きっかけになると分かりました。たとえば、毎日結構痛いつて言う方も、実はこういうこともつらかったんだって分かるきっかけになったこともあります。巡視で寝てると思っても、「横になっただけで寝てない」と言われる方もあった。気持ちのつらさが半分以上の方は、ちょっと注意して、書いてくださったのをきっかけにこちらとしても声かけがすごくしやすかった。何も聞くより、書いてくれた理由を聞くほうが聞きやすかった」(病院看護師, 085)

一方、【運用が難しく、工夫が必要である】【患者の反応はさまざまである】ことも多く語られた。難しさとしては、①高齢の患者は書けない・気持ちのつらさが書きにくいなど記入自体の難しさ、②書いても医師が対応しなければ患者がっかりする、③外来で看護師が関わる人員の余裕がないと医師では対応しきれない、④面倒さや負担から書くことを望まない・医師に遠慮して本当の心配は書けない、など患者が希望しないことが挙げられた。

工夫としては、①書ける人だけでもいいと思ってゆるやかに運用する、②医師に対応してもらうように看護師が間に入るようにする、③日曜日など患者が少ない時に慣れているスタッフだけで行う、④聞き取りで行う、⑤一度ではかえって分かりにくいので外来化学療法などで、繰り返して使う、⑥うまく対応できた事例を共有して看護師の意欲を維持する、⑦形式を簡単にする、ことが挙げられた。

## 考 察

OPTIM プロジェクトで作成した地域共通のツールのうち、最も利用されたものは「ステップ緩和ケア」であった。利用された要因として、緩和ケアの知識が向上するのみならず、地域全体の多職種の共通言語として利用され、円滑な連携が実現できることが認識されたためであると考えられた。内容面では、緩和ケアに関わるものが網羅されており、コンパクトで持ち歩けて、具体的に実践的であることが利用につながったと推測された。「ステップ緩和ケアムービー」は、利用頻度そのものは全体では低かったが、持続皮下注射やコミュニケーションなど、視覚情報として伝えた方がより理解しやすい内容を知ることが有用であった。

「これからの過ごし方について」のパンフレットもよく用いられた。利用された理由として、これまで経験的に行われていたが構造化したツールがなかったこと、口頭で説明することが難しく絵で理解できること、が理由と考えられた。家族への影響として、パンフレットをただ渡すだけではなく丁寧に対応することで、家族の安心や準備に貢献している印象が述べられた。これは、多施設で行われた遺族調査でも同様の知見が得られている<sup>21)</sup>。本研究では渡す時期に関する難しさが述べられたが、遺族調査では「もっと早く渡してほしい」との意見も多かったことから<sup>21)</sup>、今後、渡す時期を含めた運用方法を検討する必要がある。

一方、症状ごとのパンフレットや評価ツールはある程度は利

用され、説明しやすく説得力がある。説明内容が残る、患者の希望を知るきっかけとなるとの意見があったが、運用上の困難も示唆された。この理由として、すでに各施設で使用されているものがある、ツールを利用する時間や人員がないこと、パンフレットが情報提供ではなく患者の個別に合わせた患者教育のツールであるという認識が普及できなかったことが考えられた。

これらの知見は、カナダ・オンタリオ州での経験と一致している<sup>10)</sup>。すなわち、地域緩和ケアプロジェクトで最も有用と判断されたツールはマニュアルで、使用が簡便な Palliative Performance Scale のような評価ツールが共通言語として意思疎通に役立った。一方、Edmonton Symptom Assessment System のような複雑な評価ツールは、既存のものとの整合性や利用する労力が十分に確保されないなどのために、あまり有用とは評価されなかった。

本研究の限界として、職種別の検討を行わなかったこと、地域ごとの配布数の差をもたらした要因について調査できなかったことが挙げられる。

以上より、地域共通のツールは、緩和ケアの知識の向上に加えて、共通言語となることにより地域緩和ケアの向上に貢献すると考えられる。利用されるツールの条件は、①コンパクトで持ち歩け、網羅的・具体的・実践的なマニュアル、②視覚情報として伝えた方がより理解しやすい内容に関するムービー、③経験的に行われているが構造化したマテリアルがない領域のパンフレット(看取り、せん妄など)、④トレーニングや時間・労力を必要とせず使用が可能、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「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の助成を受けた。

## 文 献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 2007; 10: 390-9.
- 2) 江口研二, 森田達也, 宮下光令. 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. 日本医師会, 2008.3. [[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080903\\_3.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080903_3.pdf)]
- 3) Farmer AP, Légaré F, Turcot L, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3): CD004398.
- 4) Alvarez MP, Agra Y. Systematic review of educational interventions in palliative care for primary care physicians. *Palliat Med* 2006; 20: 673-83.
- 5) 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; (2): CD003030.
- 6) O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD000409.
- 7) Goldberg GR, Morrison RS. Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. *J Clin Oncol* 2007; 25: