

- 1792-801.
- 8) Allard P, Maunsell E, Labbé J, et al. Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *J Palliat Med* 2001; 4: 191-203.
  - 9) Fainsinger RL, Bruera E, MacMillan K. Innovative palliative care in Edmonton. *Can Fam Physician* 1997; 43: 1983-6, 1989-92.
  - 10) Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C, et al. Development, implementation, and process evaluation of a regional palliative care quality improvement project. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 483-95.
  - 11) 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.
  - 12) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 2.
  - 13) 厚生労働科学研究 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』[<http://www.gankanwa.jp/>]
  - 14) 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.
  - 15) Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al. Development of an impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 91-9.
  - 16) Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al. Japanese version of the MD Anderson Symptom inventory: a validation study. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 1093-104.
  - 17) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). *Palliat Support Care* 2004; 2: 379-85.
  - 18) 森田達也, 野末よし子, 花田芙蓉子, 他. 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化: OPTIM-study. *Palliat Care Res* 2012; 7: 121-35.
  - 19) 森田達也, 井村千鶴, 野末よし子, 他. 地域緩和ケアプロジェクトに参加した医療福祉従事者がもっとも大きいと体験すること: OPTIM-study. *Palliat Care Res*, in press.
  - 20) Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications, Beverly Hills, 1980. (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明 訳. メッセージ分析の技法 「内容分析」への招待. 勁草書房, 東京, 1989)
  - 21) 大谷弘行, 森田達也, 松尾直樹, 他. 「看取りのパフレット」を用いた終末期せん妄のケアに対する遺族評価: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集. 2011; 274.
- 
- 著者の申告すべき利益相反なし

## 短報

がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が  
地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響木下 寛也<sup>1)</sup>, 松本 禎久<sup>1)</sup>, 阿部 恵子<sup>2)</sup>, 宮下 光令<sup>3)</sup>, 森田 達也<sup>4)</sup>1) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科, 2) 島根大学医学部附属病院 緩和ケアセンター,  
3) 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, 4) 聖隷三方原病院 緩和ケア治療科

受付日 2012 年 2 月 7 日 / 改訂日 2012 年 3 月 16 日 / 受理日 2012 年 4 月 4 日

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムが実施された地域において、在宅支援の役割を強化した緩和ケア病棟での自宅退院率、自宅退院した患者の自宅死亡率、地域のがん患者の自宅死亡合計数に占める割合を明らかにすることを通じて、緩和ケア病棟の運営方針が地域がん患者の自宅死亡率にもたらす影響に関する洞察を得ることである。2007年から2010年にかけて、緩和ケア病棟の自宅退院率は8%から22%に、自宅退院したがん患者の自宅死亡率は10%から41%に増加した。しかし、地域のがん患者の自宅死亡率は6.8%から8.1%と増加の程度は全国平均と変わらず、地域のがん死亡数を母数とした緩和ケア病棟入院患者の割合、地域のがん自宅死亡数を母数とした緩和ケア病棟を経由して自宅死亡した患者の割合は10%以下であった。地域全体で在宅療養を支援する体制を構築するためには、地域全体での在宅で緩和ケアの提供できる医療福祉リソースの拡充が必須である。

Palliat Care Res 2012; 7(2): 348-53

Key words: 地域緩和ケア, 緩和ケア病棟, 在宅死

## 背景・目的

在宅で過ごすことは、患者の最も重要な希望の一つであり<sup>1,2)</sup>、がん患者が在宅で過ごすための体制を地域全体に整備していくことが求められている<sup>3,4)</sup>。一般的に、ホスピス・緩和ケア病棟の役割は、終末期ケア、症状緩和、在宅支援であり<sup>5)</sup>、これまで終末期ケアに重点がおかれていたわが国の緩和ケア病棟においても、在宅支援に焦点をあてた活動がみられている<sup>6-11)</sup>。

これらの活動報告では、①緩和ケア病棟の在宅支援機能の強化、②退院支援・在宅療養調整、③外来や電話でのサポート、④入院が必要な場合の入院場所の確保、⑤カンファレンスなど地域連携の促進を行うことにより、緩和ケア病棟からの退院患者の増加、自宅死亡患者の増加、緩和ケア病棟の平均在院日数の短縮がみられることが示されている<sup>6-9)</sup>。これらの知見は、緩和ケア病棟が在宅支援の役割を担うことにより、地域全体のがん患者が在宅療養できることに貢献する可能性を示唆しているが、実際に、地域全体の自宅がん死亡率にどの程度変化を生じたのかをあわせて検討した研究はない。

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムが実施された1地域において、在宅支援の役割を強化したがん専門病院緩和ケア病棟での自宅退院率、自宅退院したがん患者の自宅死亡率、地域のがん患者の自宅死亡合計数に占める割合を明らかにすることである。最終的な目的は、これらを地域でのがん患者の自宅死亡率の変化とあわせて解釈することを通じて、緩和ケア病

棟の運営方針が地域がん患者の自宅死亡率にもたらす影響に関する洞察を得ることである。

## 対象・方法

本研究は、地域緩和ケアの介入研究である OPTIM プロジェクトが実施された4地域(鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域)のうち、がん専門病院の緩和ケア病棟のある柏地域を対象として行った<sup>12,13)</sup>。柏地域とは、柏市、我孫子市、流山市を指す。

## Ⅰ 介 入

調査対象地域には国立がん研究センター東病院(以下、がんセンター)があり、緩和ケア病棟が設置されている。地域内に他の緩和ケア病棟は存在しない。OPTIM プロジェクトの一環として、緩和ケア病棟の在宅療養支援の役割として、①入院時に患者・家族に対して症状が軽減した場合には退院になることに同意を得る、②入院早期から自宅への退院を念頭においた治療・ケア計画を立てる、③地域の在宅リソースと連携関係を構築し、カンファレンスや個別の連絡を積極的にとり合う、④外来でのフォローアップを細かく行うために緩和ケア外来を毎日設定する、などの運営方針を変更した。運営方針の変更は、2007年1月から企画され、その後1年をかけて徐々に行われた。

OPTIM プロジェクトによる介入は、2008年から2010年にかけて、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

Corresponding author: 木下寛也 | 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科

〒277-8577 千葉県柏市柏の葉 6-5-1

TEL 04-7133-1111 FAX 04-7131-4724 E-mail: hikinosh@east.ncc.go.jp

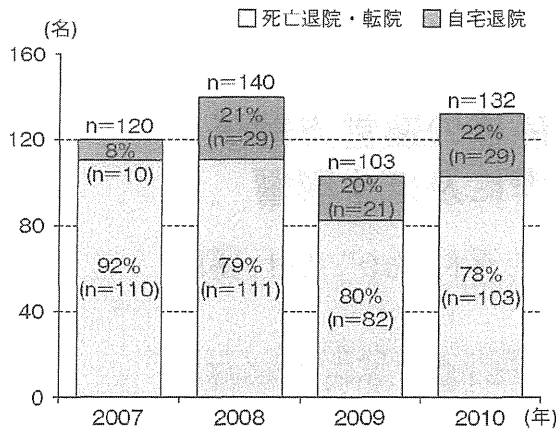


図1 緩和ケア病棟の入院患者に占める自宅退院した患者の割合  
棒グラフの上の数値は入院患者を示す。

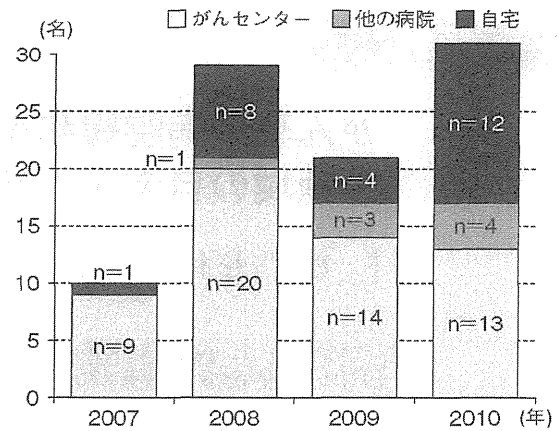


図2 緩和ケア病棟から自宅退院した患者の死亡場所

域の緩和ケアの包括的なコーディネートと連携の促進を柱とする複合介入, が行われた<sup>12, 13)</sup>。

## ② 評価・解析

OPTIM プロジェクトの主要評価項目として, 人口動態統計の目的外使用申請から取得した, 柏地域のがん患者の自宅死亡率を用いた。比較のために, 全国平均および OPTIM プロジェクトが行われた他の3地域のがん患者の自宅死亡率を計算した。

次に, 2007年から2010年までの緩和ケア病棟の入院患者数の実数(複数入退院したものは1名), 自宅退院した患者数を取得した。さらに, 自宅退院した患者全員について, 退院後から2012年1月までの転帰(自宅死亡, がんセンターで死亡, 他の病院で死亡, 生存)を調べた。また, 生存していた患者を除外して, 自宅退院した患者の死亡場所を集計した。いずれも, 研究目的から, 柏市・我孫子市・流山市に住民票のある患者を対象とした。緩和ケア病棟の入院患者に占める柏市・我孫子市・流山市の患者の割合をそれぞれ求めた。

さらに, 柏地域のがん死亡合計数を母数, 緩和ケア病棟入院患者数を子数として「地域のがん死亡数を母数とした緩和ケア病棟入院患者の割合」を, および柏地域のがん自宅死亡合計数を母数, 緩和ケア病棟を自宅退院して自宅で死亡した患者数を子数として「地域のがん自宅死亡数を母数とした緩和ケア病棟を經由して自宅死亡した患者の割合」を年ごとに計算した。

## 結果

### ① 地域のがん患者の自宅死亡率の推移

柏地域のがん患者の自宅死亡率の推移は, 2007年6.8%(100名)から2010年8.1%(129名)であった(増加率29%)。全国平均のがん患者の自宅死亡率は, 2007年6.7%(22,623名)から2010年7.8%(27,508名)であった(増加率22%)。OPTIM プロジェクトが行われた柏地域以外の3地域のがん患者の自宅死亡率は, 2007年6.7%(248名)から2010年11.4%(452名)であった(増加率82%)。

### ② 緩和ケア病棟の入院患者に占める自宅退院した患者の割合と死亡場所

がんセンターの緩和ケア病棟の入院患者数に占める自宅退院した患者の割合は, 2007年には8%であったが, 2008-2010年には約20%に増加した(図1)。

緩和ケア病棟から自宅退院した患者の累計95名のうち, 3名が観察期間中に生存していたため, 死亡場所が確定したものは92名であった。自宅死亡した患者の割合は, 2007年には10%(1/10; 95%信頼区間2.0-41%)であったが, 2010年には41%(12/29; 95%信頼区間25-59%)であった(図2)。

緩和ケア病棟の入院患者のうち, 柏地域以外に居住する患者の割合は, 63%(2007年), 59%(2008年), 61%(2009年), 60%(2010年)であった。

### ③ 地域のがん患者・自宅死亡患者に占める緩和ケア病棟の診療割合

「地域のがん死亡数を母数とした緩和ケア病棟入院患者の割合」は, 2007年から2010年まで約7-8%と大きな変化がなく, 「地域のがん自宅死亡数を母数とした緩和ケア病棟を經由して自宅死亡した患者の割合」は, 2010年でも約9%であった(表1)。

## 考察

本研究の重要な知見は, ①緩和ケア病棟が在宅支援の役割を強めることで自宅退院患者数が増加する, ②地域との連携によって緩和ケア病棟を退院した患者の約半数が自宅死亡を達成することができる, しかし, ③緩和ケア病棟を經由した患者が地域全体のがん自宅死亡率に占める割合は10%以下である, ことである。

緩和ケア病棟の自宅退院率については, 病棟の地域における役割がさまざまであり単純に比較できないが, 本研究で得られた20%前後の自宅退院率は全国平均より高く, 在宅支援に努めている緩和ケア病棟からの先行研究の数値とほぼ同様である<sup>8, 9, 14)</sup>。緩和ケア病棟でも, 地域での役割によっては, 入院時の

表 1 地域のがん患者に占める緩和ケア病棟の診療割合

	2007年	2008年	2009年	2010年
柏地域のがん死亡合計数(名)	1,471	1,514	1,557	1,596
柏地域のがん自宅死亡合計数(名)	100	105	120	129
緩和ケア病棟入院数(名)	120	140	103	132
緩和ケア病棟を経由して自宅死亡した患者数(名)	1	8	4	12
地域のがん死亡数を母数とした緩和ケア病棟入院患者の割合(%)	8.2	9.2	6.6	8.3
地域のがん自宅死亡数を母数とした緩和ケア病棟を経由して自宅死亡した患者の割合(%)	1	7.6	3.3	9.3

同意、入院後の治療・ケア計画、地域の医療福祉資源との連携により、一定の自宅への退院は可能であることが示唆される。

いったん自宅に戻った患者の自宅死亡率の全国平均値は55%、がん専門病院の緩和ケア病棟の報告でも約半数であり<sup>7,8,15)</sup>、本研究の約40%は相応である可能性が高い。また、在宅支援に努めたがん専門病院の緩和ケア病棟の報告では全死亡の12%が自宅死亡であると報告しており<sup>9)</sup>、本研究でも約8%程度と相応である。自宅死亡を達成する要因は、患者・家族の希望、在宅療養での医療福祉リソース、退院支援であることが示されている<sup>14,16)</sup>。くわえて、本研究ではOPTIMプロジェクトの介入として退院前カンファレンスなどの退院支援は十分に行われたと想定されることから、患者が再入院となった理由は、患者・家族の希望、または在宅療養での医療福祉リソースの不足であったと考えられる。

本研究の最も大きな知見として、がん専門病院の緩和ケア病棟が地域全体のがん自宅死亡率に占める割合は約8%程度であることが示唆された。この理由として、①緩和ケア病棟の入院患者は当該地域以外からの患者が過半数を占める、②地域の他の医療機関で診療を受けている、③緩和ケア病棟を経由せずに在宅医療に移行する、ことが考えられる。しばしば言及されることであるが<sup>17,18)</sup>、地域全体に在宅で緩和ケアを提供する体制を考える場合には、現在のがん診療連携拠点病院を中心として進められている病院からの退院支援、緩和ケア病棟の役割の見直しのみでは不十分であり、在宅で緩和ケアの提供できる在宅療養での医療福祉リソースを拡充することを含めた地域医療全体の構築という枠組みで、緩和ケアを考える必要があると思われる。

本研究の限界として、1)地域の研究であるため、他の地域にあてはまるとは限らない、測定可能な自宅死亡率を指標としたが患者の希望や患者の quality of life は検討していない、ことが挙げられる。

以上より、がん専門病院の緩和ケア病棟が在宅支援の役割を強めることで緩和ケア病棟からの自宅退院患者数と自宅死亡患者数が増加するものの、地域全体のがん自宅死亡率に占める割合は非常に小さいことが示された。地域全体で在宅療養するがん患者を支援する体制を構築するためには、地域全体での体制の構築、特に在宅で緩和ケアの提供できる医療福祉リソースの拡充が必須であると考えられる。

## 文 献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- 2) 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*, [epub ahead of print]
- 3) 片山 壽 監著. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 篠原出版新社, 東京, 2008.
- 4) 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.
- 5) National Cancer Patient Experience Survey Programme-2010: national survey report. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH\_122516]
- 6) 山岸聡子. 切れ目のない緩和ケアの提供—サポーター型ケアセンターにおける「サポート外来」の現状と課題. *看護管理* 2010; 20: 476-9.
- 7) 坂下美彦, 木村由美子, 柴田純子, 他. がん患者の在宅医療連携後の療養場所. 第15回日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集. 2010; 198.
- 8) 谷水正人, 成本勝広, 高岡聖子, 他. 緩和ケア病棟における地域との連携. *緩和ケア* 2009; 19: 419-22.
- 9) 小笠原利枝. 地域における緩和ケア病棟の役割—在宅医療機関との連携の試みと活動の実例. *緩和ケア* 2009; 19: 116-9.
- 10) 博多百合子, 丸口ミサエ, 志真泰夫. 緩和ケア病棟における電話サービスによる在宅支援. *癌と化療* 2000; 27(Suppl 3): S693-6.
- 11) 柴田岳三. 地域における緩和ケア病棟の役割—西胆振在宅ホスピス・ネットワークの構築と連携. *緩和ケア* 2009; 19: 112-5.
- 12) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 2012; 11:2.
- 13) 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.

- 14) 日本ホスピス緩和ケア協会. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設 2009 年度アンケート結果. 2010.
- 15) 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.
- 16) Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006; 332: 515-21.
- 17) 大岩孝司. 在宅緩和ケアの意義と現状—さくさく坂通り診療所の取り組み. *緩和ケア* 2010; 20: 194-8.
- 18) 川越 厚. 緩和ケア診療所を中心とした, 地域連携ネットワークシステムの構築 (3)—PCC を中心とした地域ネットワークシステム. *緩和ケア* 2009; 19: 475-81.
- 
- 著者の申告すべき利益相反なし
-

# 1. 特別講演

## 「緩和ケア地域介入研究〈OPTIM-study〉が

## 明らかにしたこと・明日への示唆」

聖隷三方原病院緩和支援治療科部長

森田達也氏

森田氏は1992年京都大学卒業。聖隷三方原病院ホスピス医長を経て、05年緩和支援治療科部長に就任、現在に至っています。12年4月からは京都大学医学部臨床教授も務めています。

今回の特別講演では07年にスタートした厚生労働科学研究費補助金・第3次対がん総合戦略研究

### 日本の緩和ケアの課題に即した介入

OPTIM-studyを行った背景は、日本の緩和ケアの課題としてよく言われる①緩和ケアの知識・技術が浸透していない、②緩和ケアに関する患者の認識が十分ではない、③地域での連携体制がない、④緩和ケアの専門家が利用可能で

事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(OPTIM-プロジェクト)がこれまでに明らかにしたこと、示唆するものを報告。その中で、森田氏は多職種連携と様々なレベルのコミュニケーションが緩和ケア普及の重要なポイントとなり、患者のアウトカムにつながっていることを明らかにしました。

はない」という現状があります。

地域緩和ケアプログラムは07年に策定されました。今各地で行われているようなプログラムを先にやってみて、やった結果どういった変化が地域全体で生じてくるのかを見るのが研究の一つの目的です。二つ目の目的が、変化が起きただけではなく、その変化がどうして起きたのかが分かるような記述をしていくことで、全国の緩和ケアの普及に役立てることです。

08年に前調査として地域全体の患者や住民に対する調査を行って、その後3年間、地域の介入とプロセスの記述という手法の研究を実施しました。10年から11年にアウトカム測定を行い、現在はフォローアップの最終年度であり、年度内にOPTIMレポートの最終版が出版されるスケジュールです。

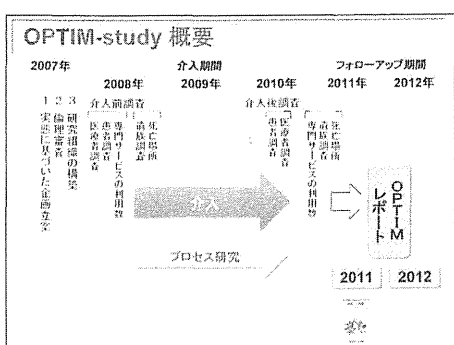
### 医師、看護師の4〜5割がプログラムに参加

具体的な対象と方法は、介入地域は鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域の4地域です。鶴岡はまだ十分な緩和ケアの体制がない地域という設定です。柏と浜松、長崎はある程度体制はありますが、実施主体が柏はがんセンター、浜

松は総合病院、長崎は医師会がそれぞれ中心になって行っています。そうした違いによってどんな変化が出てくるかを検証しました。

主要評価項目は自宅死亡率、専門緩和ケアサービスの利用数、患者と遺族の苦痛緩和の質評価です。苦痛緩和の質評価の方法はCare Evaluation Scaleの身体的・精神的ケアドメインです。「つらい症状にすみやかに対処している」「苦痛がない」「望んだ場所で過ごせている」などを「はい・いいえ」で答えてもらい緩和ケアの評価を行うものです。

その他の項目として患者の痛みの強さとか、遺族の介護負担感、医師や看護師の困難感、住民の緩和ケアの知識などを見えていきました。アウトカムをどうやって取得

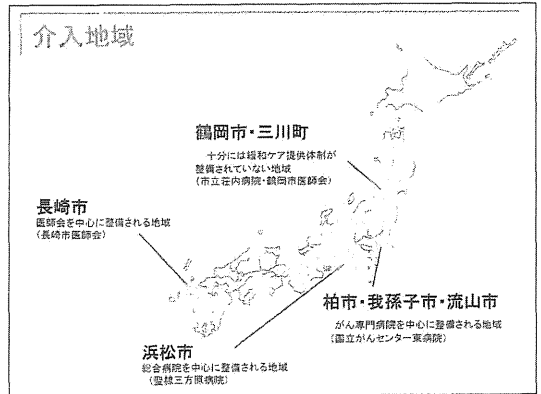


していったかという点、自宅死亡率については当時は総務省の人口動態統計から取得しました。現在は厚生労働省の統計局から取得可能になっています。専門緩和ケアの利用数の定義は難しかったので、この研究のためにデザインした定義を使って、緩和ケア病棟、院内緩和ケアチーム、地域緩和ケアチーム・在宅緩和ケア施設、緩和ケア外来を利用した患者数を集めました。

患者の評価は、再発遠隔転移がある患者で、5大がんに婦人科と泌尿器科のがん患者、地域の主な病院に通院している患者としました。どちらかというと、これらの患者は終末期という感じではなく、早期緩和ケアとされているような、遠隔転移はあるけれども比較的元気に通院している患者を対象に質問紙調査を行っています。終末期の患者は患者自身を対象とすることは難しいので、遺族の代理評価を行う手法が日本は比較的確立している、地域全体で亡くなった患者のうち自宅で亡くなった人と病院で亡くなった人、緩和ケア病棟で亡くなった人を同等し、遺族に質問紙を送って回答を得ました。

医師・看護師は、がん診療に関わっていることが想定される病院の医師・看護師、診療所医師、訪問看護ステーション看護師を対象としました。

最終的な数は患者が1000名前後、遺族1000名前後、医師1000名前後、看護師2000名前後の地域からのサンプリングが可能でした。施設は前調査39施設、後調査52施設、病院はベッド数で80%をカバーするサンプリングが可能でした。遺族は地域全体のがん患者の約40%をカバーできました。鶴岡のような患者が比較的移動しない地域では70%くらいのサンプリングが可能ですが、首都圏で色々な地域に移動する割合は約3割しかカバーできていません。具体的な介入ですが、最初に述べた日本の緩和ケアの課題に応じて、それぞれに対応したプログラ



- ### アウトカム研究: 主要・副次評価項目
- 主要評価項目
- 1) 自宅死亡率
  - 2) 専門緩和ケアサービスの利用数
  - 3) 通院中のがん患者による苦痛緩和の質評価\*
  - 4) 遺族による終末期がん患者の苦痛緩和の質評価\*
- \*: Care Evaluation Scaleの身体的・精神的ケアドメイン  
[つらい症状にすみやかに対処している]「苦痛がない」「望んだ場所で過ごせている」など
- 副次評価項目
- 1) 死亡場所、自宅療養期間
  - 2) 患者のquality of life、疼痛、満足度
  - 3) 遺族の評価による終末期がん患者のquality of life、疼痛、満足度、遺族の負担感
  - 4) 医師の緩和ケアの知識・困難感・実践
  - 5) 看護師の緩和ケアの知識・困難感・実践
  - 6) 患者の緩和ケアの知識・認識・安心感
  - 7) 遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感
  - 8) 患者・遺族の緩和ケアの準備性
  - 9) 住民の緩和ケアの知識・認識・安心感・準備性
  - 10) 地域の緩和ケアの質指標

- ### 介入
- 予備調査、文献調査、地域の介入実施者との協議によって、複合的な地域介入プログラムを策定・実施
- 1) 緩和ケアの技術・知識の向上  
・マニュアルなどの配布  
・緩和ケアセミナー
  - 2) がん患者・家族への情報提供  
・市民対象講演会  
・リーフレットなどの配布
  - 3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進  
・地域多職種連携カンファレンス  
・相談窓口
  - 4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供  
・地域緩和ケアチーム

ムを組んでいます。予備調査、文献調査、地域の介入実施者との協議によって複合的な地域介入プログラムを策定・実施しました。緩和ケアの技術・知識の向上ではマニュアルなどの作成・配布、緩和ケアセミナーの開催、がん患者・家族へは市民対象講演会やリーフレットの作成・配布。地域連携につい

00人位となりました。介入に必要なコストは、医師がこの作業を何時間行えばいくらかという計算方法があり、それに基づいて算出すると1地域当たり約5000万円かかっています。内訳は7割が人件費、人件費の中身を見ると組織運営つまり運営事務局にかかる経費が一番多く、次いで相談支援センターにかかる経費です。小規模に行うために専従事務局だけを設置する場合は諸経費を含めておそらく1000万円、運営母体と事務局の両方を専従で設置すると3500万円程度という試算です。

こういう介入を行えば地域の何割をカバーできるかを示したのが「介入への曝露」といい、医師・看護師の4〜5割が少なくとも1回はこのプログラムに参加してい

#### プロセス研究

- 1) 記述  
各地域で実施された介入の詳細を記述する
- 2) 課題と解決策の系統的整理  
各地域で行われた多職種連携カンファレンスの内容・フィールドノートから、地域のがん緩和ケアに関する課題と解決策を収集し、質的に分類する
- 3) インタビュー研究  
各地域のリンクスタッフ100名を対象としたインタビュー調査により、「なぜ、どのような変化が生じたのか」を質的に分析する

るということになりました。患者側は人口規模が比較的少ない15万人の鶴岡地域では6割くらいに認知、柏や長崎は広く拡散してしまうので3割の認知になりました。以上がアウトカム研究の方法です。

プロセス研究は、一つは各地域で実施された介入の詳細を記述しました。二つ目は課題と解決策の系統的整理です。グループワークをすると課題がたくさん出ます。それに対する解決策を収集し、現場でできること、都道府県行政でできること、国ができることというリストを作って、厚労省に渡します。三つ目はインタビュー研究です。各地域で主に介入に関わってきた人たちに對して、「どうい

### 在宅死亡率、 専門サービス利用数、 質評価などで大きく改善

アウトカム研究の結果です。自宅死亡率は、全国平均がこの期間中6.7%から7.8%に増加、約20%の変化です。介入4地域全体では6.8%から10.5%へ、約1.6倍の伸び

率を示しました。柏地域を除いて3地域で同じ結果が見られました。介入の特徴は、何も新しく作っていないことです。何かを新たに建てたとか、新しい支援者を作ったということではなく、地域のネットワークとエデュケーションだけをソフトに介入した結果、アウトカムの変化が見られる、これが大きな特徴です。

専門緩和ケアサービスの利用数は介入前は31%だったものが、介入後には50%になっています。苦痛緩和の質評価では、患者・遺族ともいい方向に動いています。「改善すべきところがほとんどない」状態が50なので、外来患者が4.43から4.57、終末期患者の遺族代理評価が4.31から4.57への改善は、ほとんど天井値に近いところの改善効果があると思われる。

私たちが大きな変化を予想していなかったのが医師・看護師の困難感でした。軽減率がどの地域も非常に高い結果となりました。困難感とは一人でどこまでやればいいのか分からない、誰と連携したらいいのか分からない、困った時にどこに相談したらいいのか分からないなどの項目で採点するのですが、4地域がほぼ同じ水準から

から同じ水準に改善しています。たとえば、長崎地域は地域連携が進んでいる地域として対象となつたにも関わらず、地域全体をサーベイランスしてみると、抱えている困難が他地域とあまり変わりません。地域の一部の連携は進んでいたかもしれないけれど、地域全体でならしてみると介入前はあまり変わりませんでした。

自宅死亡の詳細を見ると、自宅死亡率が上がっているだけではなく、実際に自宅で亡くなった方々は自宅を希望していたわけですから、無理に自宅に行くようなプロジェクトではなく、患者の意思に添っていった、そのようになっていくことが分かります。緩和ケア病棟についてこういう見方をすると、場所としては望まれていない人が多い。全国調査でもそういう傾向があります。「やむを得ず」とか「仕方なく」という遺族の回答が多く、これは今後の医療の在り方を考える切っ掛けになると思います。

自宅療養期間は遺族に聞きました。死亡前1カ月間に自宅にいた期間を見ると、介入前後で減ってきてはいますが、約4割の人が一度も自宅に帰れず、病院に入院しっぱなしでした。自宅死亡率に関



係した地域の要因を色々な方法で分析している中の一部ですが、北海道は在宅療養支援診療所のがん死亡者100人当たりの数が非常に少ない。自宅死亡率が上がった地域は診療所の変化が大きく、鶴岡では診療所医師の困難感がプロジェクト開始前は最も高かったのですが、開始後は最も低くなりました。地域連携で小さな単位で密に組んだ結果でもありますが鶴岡の診療所側、地域側の変化も非常に大きかったといえます。

一方、訪問看護ステーションは、鶴岡の人口当たり訪問看護ステーションは最も少ないにも関わらず、在宅死亡を61・6倍、他の地域よりも増やすことができました。

緩和ケアサービス利用数に関する詳細では、「緩和ケアに関して困った時に相談できる専門家がいますか」の質問に「いません」と

回答した人の比率を中規模以上の病院、小規模病院、診療所別に表しています。大きい病院ではだんだん充足されてきていることが分かるのですが、小規模病院や診療所でもまだアクセスできない部分があるので、そういう所にどういふふうにアプローチしていくかが今後の課題です。

緩和ケアチームに紹介された患者の総数は増えていきます。早期からの緩和ケアができていくかどうかを見るために、紹介された患者の背景を見ました。抗がん治療との地域差があり、どちらかというとOPTIMプロジェクトの間は、早期に依頼されたというより

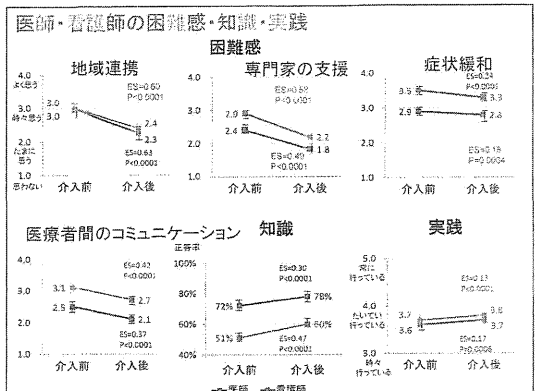
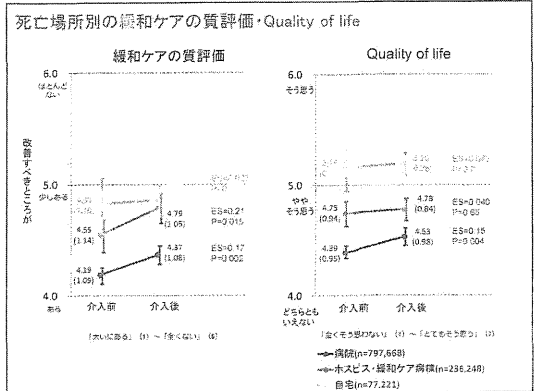
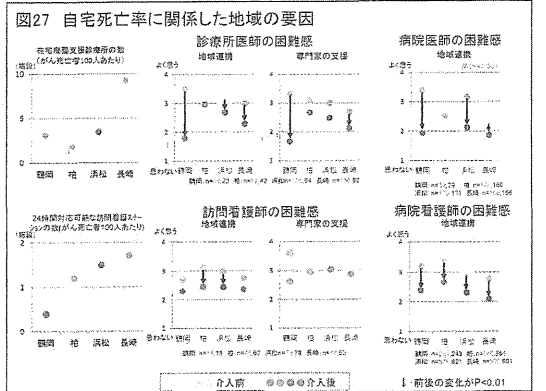
た。その理由は診る患者数は同じですが、介護をみていた人は看護師が行かないようにしてヘルパーがみて、看護師は医療依存度の高い人だけを見ろという役割分担を行いました。また、鶴岡と浜松、長崎には在宅薬局ネットワークがあるので、訪問時の薬の管理を看護師の業務と切り離し、薬局に入ってもらい服薬管理をお願いする段取りをしました。数は少なくとも運用を変えることで、それに見合う対応を行う工夫が鶴岡のステーションでは行われていました。

緩和ケアサービスマニュアルに関する「緩和ケアに関する困った時に相談できる専門家がいますか」の質問に「いません」と

回答した人の比率を中規模以上の病院、小規模病院、診療所別に表しています。大きい病院ではだんだん充足されてきていることが分かるのですが、小規模病院や診療所でもまだアクセスできない部分があるので、そういう所にどういふふうにアプローチしていくかが今後の課題です。

緩和ケアチームに紹介された患者の総数は増えていきます。早期からの緩和ケアができていくかどうかを見るために、紹介された患者の背景を見ました。抗がん治療との地域差があり、どちらかというとOPTIMプロジェクトの間は、早期に依頼されたというより

たわけですが、その分介護負担は



も今まで依頼されていた人が依頼されなくなった。その結果、依頼数が増えています。依頼理由を見ると多様になってきており、疼痛以外の身体症状や精神症状で依頼されるケースが増えています。

患者・遺族の評価に関する詳細では、患者の評価は相対的に見てそれほど悪くありません。約1/2割が苦しかったり、対処が不十分と言っていますが、総数として見ると通院患者については比較的今の状態に満足している人が多い。プロジェクト全体では「非常に不満足」と言っていた人の比率が減っています。満足している人がより満足しているわけではなく、底上げみたいな効果になっていくことが予測されます。終末期患者については、全体的に変化量が大きくなってアウトカム全体が好ましい方向に向かっていきます。全体として2割くらいもう少し満足できる余地を残している印象です。

### アウトカム研究のまとめ

- 1 地域緩和ケアプログラムは実施可能で約半数が参加。
- 2 自宅死亡率が増加(4地域中3地域)。患者の希望に沿ったものであり、介護負担の増加もなかった。診療所の要因がアウトカムを規定した
- 3 専門緩和ケア利用数が増加(4地域中3地域)。早期からの緩和は明らかではなかったが、対象(依頼理由)が広がり、緩和ケアチーム・外来で増加が大きかった
- 4 外来患者ではもともと質評価が良かったのが多少底上げされた。終末期患者では質評価、quality of lifeとも小さいながらも改善した。病院、緩和ケア病棟で改善が見られ、自宅では高い水準で変化がなかった
- 5 医師・看護師の困難感、特に、地域連携、専門家の支援に関する困難感が改善した。プロジェクトへの参加が多いほど改善が大きかった。

### プロセス研究(3)インタビュー研究

- 対象・方法  
地域コアリンクスタッフ(地域で介入の企画・実施に関わった人)  
103名に依頼101名で実施
- 質問項目
- ①プロジェクトに参加した目的
  - ②体験とその理由
  - ③プログラムの有用性とその理由
  - ④最も大きなこと「一番大きかったことはなんですか」
  - ⑤推奨「同じ職種、他職種の方にすすめていただくことは何かありますか」
  - ⑥組織構築の評価と改善点
- 解析  
テーマ分析(内容分析)

### 最も大きなこと「一番大きかったことはなんですか」

【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】	62
【緩和ケアの知識と技術が向上した】	18
【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】	10
【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】	4
【自分の役割に役立つ体験ができた】	2
【患者・家族の満足が得られた】	1

増加するものではない。診療所の要因が最も大きいので、プロジェクトの前にそこに働きかける。薬局と訪問看護ステーションの力をつけて、個々の医師が負担感を感じなくてもマネジメントできるような体制を作ることの一つの手であり、また、複数の診療所医師が共同するなどして診療所要因の底上げを図る

どうだったのかを見ると、介入前後に変化はありません。自宅の介護負担感が一番低く、その程度の介護ですむ人が自宅に帰っている面もあるのですが、病院になると自宅の家事等もやって付き添いもする、付き添いから帰ってもまた病院から呼び出されるという具合に、必ずしも入院しているから家族の負担が減るといっわけではないことを示唆しています。

和ケアが比較的良くなっている結果が全体の結果を押し上げています。自宅は高止まりしています。医師・看護師調査に関する詳細は、示唆に富んでいるデータです。どんなことに困難感を感じているのかの分野別データです。地域連携、専門家の支援、症状緩和、医療者間のコミュニケーションという項目が立てられています。「EAS」は effect size といって変化の大きさを示す指標です。0.4、0.6 という数字は中程度の変化がある、0.2 だと小さい変化があるという見方をします。特に変化したのは地域連携 0.60、専門家の支援 0.58、医療者間のコミュニケーション 0.42、ネットワーク

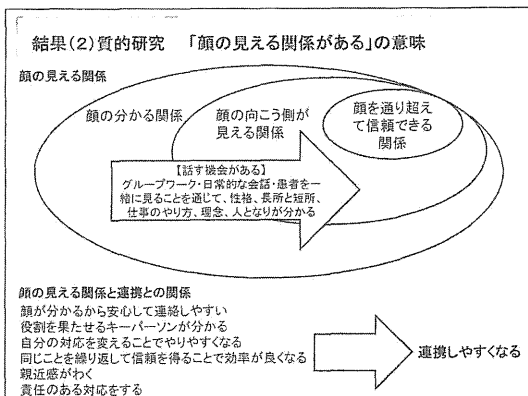
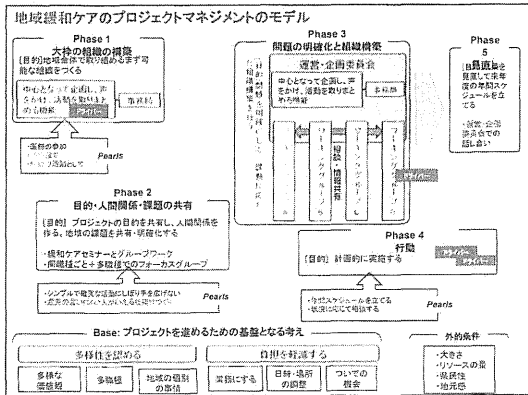
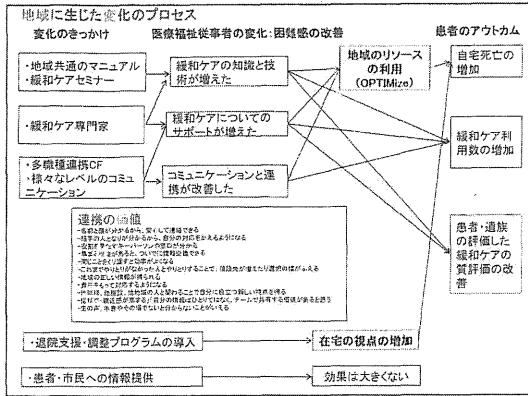
に関する指標の変化が一番大きい。これを医師のプロジェクトへの参加の有無により比較すると、緩和ケアセミナーや多職種連携カンファレンスに参加した医師は、回数が多いほど困難感がだんだん減少し、知識が向上しています。アウトカム研究のまとめです。

1. 地域緩和ケアプログラムは実施可能で実施してみると、デリバリーの方法によりありますが、約40%の医師・看護師が参加するものと思われる
2. 自宅死亡率の増加は4地域中3地域で見られたので、ある程度各地域でも見られるのではないかと、それは患者の希望に沿ったものであり、介護負担も著明に

3. 外来患者ではもともと質評価が良かったものが多少底上げされた。終末期患者では質評価、QOLとも小さいながら改善した。場所別では病院、緩和ケア病棟で改善が見られ、自宅では高い水準で変化がなかった
4. 医師・看護師の困難感、特に地域連携、専門家の支援に関する困難感が改善した。プロジェクトへの参加が多いほど改善が大きかった

### 従事者間のコミュニケーション改善がアウトカムに影響

プロセス研究のうち地域で何が



フェイズ2では、グループワークを繰り返す中で地域の課題が分かってくる。地域の課題が整理されていくフェイズでは、同時に誰がどんなことを考えているのかが分かって

あったかについての具体的な記述は、「OPTIM Report2011 地域での実践」を問もなくがん診療連携拠点病院、在宅療養拠点などに對して送付します。200ページを超える資料になっています。また、ウェブ上にも公開します。地域の状態に合わせてここをとれば少し前進するのではという組み立てに役立つと思います。

インタビュアー研究は、①プロジェクトに参加した目的、②体験とその理由、③プログラムの有用性とその理由、④最も大きなこと「一番大きかったことはなんですか」、⑤推奨「同じ職種、他職種の方にすすめることは何かありますか」、⑥組織構築の評価と改善

善点」を質問しました。②が研究の主ですが、まだ分析が終わっていないので④の話をします。

プロジェクトに参加してみても「一番大きかったことは何ですか」という質問です。ほとんどの人が「ネットワークが増え、連携の重要性を実感した」と回答、次いで「緩和ケアの知識と技術が向上した」、両方をひとりで表現する人も多く「連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった」、そして、「両方が両輪のようだった」と振り返る人がいました。

ネットワーキングするようになってから、具体的なことをイメージしながら説明できるので、相談しやすくなったという医師が

多かったです。ネットワーキング自体が多くの方面に影響していると思いました。

わざわざ会議に集まるなど正式な場所ではなく、「ついでに」色々なことが解決できる機会が増えてきたので非常に良かったという声も多く聞かれます。「一人ではない負担感が和らぐ」という声は、同職種間の相互補助ネットワークができるので心強いということ。ケアマネジャーにもかなりの数プロジェクトに参加してもらいましたが、医療と介護・福祉のハードルがやっけていくうちに低くなっていきます。

地域に起きた変化を図示すると、変化の切っ掛けは、地域共通

のマニュアルや緩和ケアセミナーもありますが、通してみても一番大きかったのは多職種連携カンファレンスです。自由に言い合えるネットワークや場が多様に設置されています。その結果、スキルを持っている人が地域にいたことが分かる地域のリソースを踏まえ、この地域でできる最大限のことが達成できるようになります。

それが患者のアウトカムにつながっていきます。

インタビュアー研究の「組織構築の評価と改善点」について話します。4地域とも似たような組織になってきたのですが、最初に大枠の組織を作ります。その時たとえば、病院薬剤師が組織の活動に入

きます。その時のグループワークのポイントは、「意見が言いにくい人が、言える仕掛け」と多くの人が言っていました。ファシリテーターをやや発言できるケアマネジャーにやってもらい、いつもしゃべり過ぎる医師には、事前にあまりしゃべらないようにと声を掛けておくなどします。付箋に書くことを書いてもらい貼っていく方法は、割とどの地域でも採用しています。短時間でみんな同じ意見を持っていると分かって、意見が言い出しにくい人も言えるようになることがあります。

課題が整理されると、運営委員会の下にワーキンググループみたいなものを作って解決していきます。行動する時は年間スケジュールを立てることが重要です。3月に主な人が集まって来年度はこういう順番に取り組むというスケジュールを立て、メンバー全員に説明します。こういったポイントがプロジェクトマネジメントのインタビューから分析されました。一連の研究をしている間に参加していた人たちのほとんどが「顔の見える関係ができて良かった」とよく言いました。「顔の見える関係」とは何を意味しているのか、それができるとどうしているかが分からなかったため、質問紙調査とインタビュー調査を行っています。

インタビューの質的研究では、最初の段階では「顔の分かる関係」があつて、同じ地域で働いていても、15万人都市の鶴岡でも分らない人の方がまだ多い。他都市は60万人を超えているのでほとんど分らない。名前は見ることがあるけれど誰が誰か分からないのです。そこで、まず「顔が分かる関係」になります。ただ、「顔が分かる」だけでは連携が取りにくい状態であることにあまり変わりがなく、しばらく色々なカンファレンス等で発言を聴いていると人となりが分かるようになっていきます。それが「顔の向こう側が見える関係」です。それを繰り返していくと、一部の人たちが信頼できるグループに分かれていきます。

面白いと思っただのは調査対象となった人たちのほとんどが、連携するために「顔を通り超えて信頼できる関係」は必要がないと言いうことです。全員が信用できるようにはなかなかなるものではないし、価値観が違う者同士が共存して地域は成り立つのだから、真ん中の価値観や人となりが分かれば連携はできるということ。それがどうしてなのか、聴いてみました。一つ目は、今までは困ったことが出ても誰に相談すればいいのか分からなかったり、「どこそこに相談してください」とは言われるけれど、相談しても結局らちが明かないことが多かった。しかし、プロジェクトに取り組んでいるうちに、本当のところ誰に相談すればいいかが解決するのかが分かってきたので、あまり困らなくなった。

### プロセス研究のまとめ

- 1 各地域で地域の緩和ケアプログラムが進んでいった(すずまなかった)詳細を地域の文脈のもとに記述を行った。各地域の特殊性を踏まえながら、それぞれの地域での地域緩和ケアを進めるうえでの洞察を得ることに役立つ
- 2 インタビュー調査により、地域緩和ケアプログラムがアウトカムに変化を及ぼした理由を探索した。地域緩和ケアプログラムは、緩和ケアの知識・技術の向上、専門家からの支援、コミュニケーションと連携の改善、特に、地域内の医療福祉従事者のコミュニケーションの改善を通じて既存の資源を最大利用(optimize)することと在宅の視点を持つことによって、地域緩和ケアのアウトカムを向上させる可能性が示唆された
- 3 地域の医療福祉従事者間の「コミュニケーション」がよくなることで患者アウトカムに影響することが示唆された

### イギリスのGold Standard Framework

・2000年にThomas K(緩和ケアに熱心を持ったGP)によって枠組みが設定  
 ・国策に採用され、70%以上のGP districtで採用

#### 概念的枠組み: 7つのC

- C1 Communication  
 地区の患者で「1年以内に亡くなったとしても驚かない」(surprise question)のリストを作成、定期的にGPとDNがミーティングを行う
- C2 Coordination  
 患者1名に1名のコーディネーターを決める
- C3 Control of symptoms  
 マクミランサポートのもとに症状緩和
- C4 Continuity  
 休日・夜間の対応を用紙に書いて関係者で共有
- C5 Continued learning  
 デスカンファレンスなどで知識を共有
- C6 Carer support  
 家族・医療福祉従事者のサポート
- C7 Care of the dying  
 看取りのパス(LCP)を導入

Shaw KL. Palliat Med 2010; 24: 317-329

### 地域緩和ケアプログラムを行っても残る課題と対策: まとめ

バリア	対策
<b>緩和ケアの質評価</b> 1) 対応しても苦痛が緩和しない 2) 診察や相談に十分な時間がない	1) 担当医が対応して最相しない場合の専門緩和ケアへの確実な対応 2) 緩和困難な苦痛に対する開発研究 3) 臨床現場の物理的なリソースの充実
<b>専門緩和ケアサービスの受診</b> 1) 主治医から受診をすすめられない 2) 困ることがなかった・知らなかった	1) 担当医に患者の苦痛が具体的に伝わるシステム(目で見える問診票など) 2) 紹介すれば対応が可能な項目や紹介方法が明確に伝わるアナウンス
<b>自宅死亡</b> 1) 予想より早く進む病状 2) 十分な苦痛緩和 3) 介護力の不足 4) 急変時・夜間の対応	1) 早い時期からの同意・相談を始める枠組み 2) 苦痛が悪化した場合緩和が得られる体制 3) 社会的資源の介護力の確保 4) 24時間体制の地域ごとの空欄(グループ)
<b>疼痛</b> 1) 痛みの程度に応じて異なる理由	1) より専門的なケアへのアクセス

二つ目は、相手は変わらないので、相手によって自分の対応を変えることで連携を進めていき、患者にとって必要なことをだんだん進めていけるようになってきた。三つ目は効率が良くなるという

ことです。同じ人たちと組んで、同じことを繰り返していくとごく短時間で終了するようになり、非常に仕事がしやすくなった、と話しています。

プロセス研究をまとめると、

1. 各地域で地域の緩和ケアプログラムが進んでいった（進まなかった）詳細を地域の文脈のもとに記述した冊子ができた

2. インタビュー調査により、地域緩和ケアプログラムがアウトカムに変化を及ぼした理由を探索した。地域緩和ケアプログラムは、緩和ケアの知識・技術の向上、専門家からの支援もあるが、一番大きく効いているのは従事者間のコミュニケーションの改善。誰が何をやっているのが分かって、人となり分かった。それによって、地域の既存の資源を最大限利用することができるようになった。小さい地域でもそうだが、大きい地域で自分たちは連携はある程度うまくいっていると思ってる人たちが、資源を把握していると思ってる人たちですら、「実際にやってみると知らないことがたくさんあった」と、ふと言ったのが印象的だった

3. 地域の医療・福祉従事者間のコミュニケーションが良くなるこ

とが、患者のアウトカムに影響することが示唆された

外国の論文を踏まえて話すところでも全く同じことで、イギリスのトーマス・ケリーというGP (General Practitioner 家庭医) が00年に一般緩和ケアを進めていくために出したフレームワークGSF (Gold Standard Framework) が国策に採用されました。C1からC7までを順番にやっていたいままというものです。先見の明があるプログラムだと思います。C1がコミュニケーションです。

「地区の患者で1年以内に亡くなっても驚かない患者」のリストをホワイトボードに書いて、地域の訪問看護師と開業医、ケアマネジャーが週に1回ミーティングを行うことを始めました。最初の目標はそういう人たちを早めに発見して予防的に意思決定していくことでした。現在、評価の時期に入っていて、「それをやった結果何が良かったですか」をインタビュー調査や質問紙調査で実施しました。そこでは、医療者間のコミュニケーションが良くなったことが最大の成果に挙げられています。イギリスだけではなくオーストラリア、オランダ、カナダでも似たようなプログラムがいっぱい

ありますが、全く同じ結果です。何をするかはそのネットワークに委ねられて臨機応変にできる方が良くて、ヒューマンネットワークをどんどん増やしていく方に力をかける方がいい。各国のここ4〜5年間のレビューではほとんどすべてそういう結論になりつつあります。

### 早期に相談を始める枠組みが

### 自宅死希望を実現

地域プロジェクトを実施してこういう感じになるという見取図を私たちは作りましたが、それでもまだ不十分だったと言う人がいます。「医師はからだの苦痛をやわらげるのに努めているか」の質問に「それでもなかった」と回答した人に「それはどうしてですか」と患者・遺族に、また似た質問を医師・看護師に行きます。これを行うことによってひと通りのプログラムが終わった時になお残る問題を同定していくことができま

す。患者・遺族から見ると理由は、「対処してもらえない」「質問されなかった」というのは少数で、「何かやってくれているのだけれども苦痛が取れない」が6割

くらいあり、「十分な時間がない」が3割でした。医師・看護師側の回答も似たような感じで「時間が少ない」がほとんどを占め、「対応したけれど苦痛がやわらげられなかった」が主な理由に挙げられています。

まとめと将来への示唆は、緩和ケアの質評価は外来患者、終末期患者の遺族とも15〜20%程度が改善が必要と評価しています。どうしてそうだったかの患者・遺族・医師・看護師の見解はおおむね一致しており、少なくともこの調査上は「医師や看護師の配慮がない」や「医師や看護師が対応してない」ということではなく、「対応しても苦痛が緩和しない」「診察や相談に十分な時間がない」が主な理由として挙げられました。

時間がないという問題には、物理的リソースを充実させるような方策しかないと思います。緩和については担当の医師が対応して緩和しない場合は、もっと専門サービスにアクセスする方法が増えれば何とかできる部分は一部あるかもしれません。

ただ、他にある研究を一部照合してみると、こういう患者の実際の苦痛は全身倦怠感や体動時の呼

## 緩和と支持治療

# 森田 達



吸困難感、食欲低下、浮腫による足にだるさなどです。麻薬製剤を少し増やせば解決するようなものではないことが6〜7割を占めています。それらに対して私たちは今あまり緩和する手段を持っていません。緩和困難な苦痛に対する新規治療の研究開発をしていかなければ、この2割はそうは減らないのではないかと思います。

「からだの苦痛が少ないですか」と質問し、「苦しい」と回答した時に「緩和ケアの専門家の診療を受けていますか」と聞いて、「受けていない」と答えた人に「受けていないのはどうしてですか」と理由を聴いています。苦しいと答えた人の約3割が受けていないのですが、「生活に支障をきたすほどではない」とか、化学療法中の人が多いと思いますが「しばらくするとおさまると説明され

た」と、症状があるからその時にすぐ対応が必要なのではないということがあります。患者・遺族側の「受診をすすめられていない」とか「受診方法がわからない」、医師側では「困ることがなかった」や「知らなかった」というところは、まだアプローチのしようが少しあるかもしれません。

「望んだ場所で最期を迎えられましたが」で「いいえ」と回答した遺族に実際に亡くなった場所ごとに「では、どこで亡くなられた」と思われていましたか」を聞きました。これはほとんどが「自宅」でした。遺族からみた自宅で過ごせなかった理由は、「苦痛緩和ができていない」が一番。「病状が予想よりも早く進んだ」は遺族の目からも医師・看護師から見ても非常に大きい理由になっています。あるいは「急変、夜間の対

応が心配だった」が挙げられました。少なくとも調査上「医師から在宅の説明を聞かなかった」という人はほとんどおらず、「診療所がなかった」という人はそれ自体はなく、とりあえず説明は聴きますが、その次にステップが進みません。

自宅死亡を希望する患者の希望を実現するために、さらに一歩進めていく必要があることは、国際的にも注目されている終末期ケアの対象となる患者に対して早い時期から相談を始める枠組みです。アメリカと日本以外の先進国はGPの医師がその役割を担っています。日本でこういう相談を始める枠組みを誰が担っていくのかが問題になってきます。

プログラムが終わってもまだ残る課題は、がん緩和ケアを超えている内容が多いのですが、この国のプライマリケアをどういうふうに見ていくのか、この課題を考慮に提案して終わることになります。

### より負担の少ない

#### OPTIMIZE strategy

#### 抽出は可能

まとめです。当初、緩和ケアの

プログラムだから疼痛などの話が中心になるのだらうと思っていたのですが、やり始めてグループワークしてすぐに分かるのは、ほとんど連携の問題であることです。連携やコミュニケーションの問題が解決して、誰かに聞けば分かるという体制さえ作られてしまふと、個々の人の緩和ケアそのものの知識はそれほど必要がないことが分かります。24時間体制も一人で対応しなくても、ポイントポイントで対応すれば何とかなるという体制ができて、それほど負担感がなくなってきました。したがって、コミュニケーションと連携が一番のポイントになります。これは世界的にもそうであろうと思います。このプログラムでより負担の少ないエッセンスとして、OPTIMIZE strategyは抽出することができらうと思えます。絞ってやるなら、①組織を作る、②専門家へのアクセスを構築する、③緩和ケアに関する基礎的な知識と技術を伝えあう、④患者・患者に近い医療者への情報提供、⑤連携の課題の解決する枠組みの構築。

組織を推進する事務局、責任者は必須です。事務局は専従でなくてはなりません。事務能力の高い

人に担当してもらったのはすごく  
ありがたかったです。次は専門家  
へのアクセスを構築することで  
す。私がこの地域で相談を受ける

人ですと名乗り出てメーリングリ  
ストなりを作ればいいのですが、  
それだけでは機能しません。「つ  
いでに会う機会」が必要です。鶴

は非常によく使います。たとえば  
痛みで入院してきて緩和ケアチー  
ムの専門の医師がすぐに注射をつ  
けるとい話になってしまおうと、

岡地域を見ていて思ったのは、緩和ケアの専門家と認識されるわけではないことです。皮膚科の医師が在宅患者を診た時、その医師から見た緩和ケアの専門家は庄内病院の外科の医師だったりします。患者が1人退院するとプチメーリングリストを作って、患者1人当たり病院医師、主治医、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、役所の人が入って情報交換。そこにアクセスすれば専門家のサポートがある。必ずしも我々緩和ケア専門家が思う緩和ケア専門家と、世の中で求められるという緩和ケア専門家は違うという認識も少し必要だと思います。

③は地域全体を見ると一人で解決する必要があらることはあまりありません。在宅の視点という言葉薬をプロジェクトチームは非常によく使います。たとえば痛みで入院してきて緩和ケアチームの専門の医師がすぐに注射をつけるとい話になってしまおうと、注射を自宅で使えるように可能な在宅医を探する必要があります。そうではなく、最初から自宅に帰れる人なら、貼り薬と内服薬だけで対応するなど入院した時から在宅でできる治療を考える必要があります。そのためには、緩和ケア専門家が非専門家に教えるという枠組みではなく、ある事例を通して在宅ではこういうエッセンスがあるということを緩和ケア専門家が教えてもらう。両方のセッティングの経験がある医師がリーダーシップをとってプログラムを作るのがいいと思います。

④は啓発に関することです。住民対象の啓発は非常に効果がなくて、効果があるくらいやろうとすると、非常にコストがかかります。参加した人は認識が変わりましたが、それを60万都市でやるとうとすると、何億円や何千万円になります。細く長く、そうすぐには効果は出ないけれど、というのを狙っているならいいけれど、短期間で即効的にと考えると、まづ必要としている患者、患者のそばに人だけにフォカスを当てて方法がいいと思います。

### まとめ: Pitfalls (1)

- ・年間計画を立てること、意思決定をする部門とワーキングチームを作ることでマネジメントしやすくなる
- ・多職種のコミュニケーションを増やすために多職種グループワークが有効
- ・地域での多職種のカンファレンスは、お互いの役割などのみならず、感情レベルでの理解を深め、実践を変化させることに役に立つ可能性がある
- ・マテリアルでは、地域共通の実践マニュアルは同じ認識を持つために有用。パンフレット・ツールは各施設ですでに使用しているものと統一しにくい
- ・看取りのパンフレットは、変化の理由と予測がわかること、家族がしていることがわかること、他の家族に説明内容を伝えることを通じて家族の役に立つ
- ・緩和ケアセミナーは、がん特有の症状の知識・技術のニーズに加えて、「交流の機会」としての価値があるため、グループワークの有用性が高い
- ・アウトリーチは院内チームと同様の緩和ケアの問題の解決と関係づくりに有用

### まとめ: Pitfalls (2)

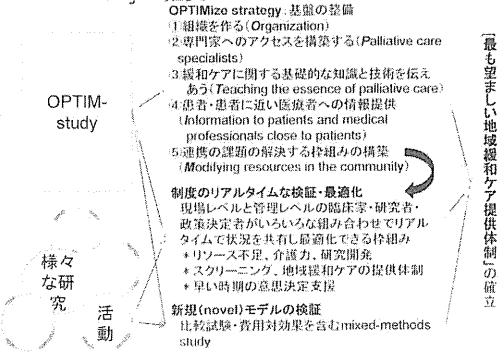
- ・病院医師・看護師の「在宅の視点」は施設の自宅退院率と関係し、「在宅の視点」を得るための看護師合同研修会、退院支援プログラム、アウトリーチが有用である
- ・退院前カンファレンスは家族にとって「在宅療養を始めるにあたっての安心感」を提供し、肯定的に評価されている
- ・行政と地域医療福祉従事者で協力することで介護保険の認定までの期間を短縮できる
- ・患者情報共有ツールはコミュニケーションや自己コントロール感を高めるが、患者は価値を感じにくく、医療者全員が価値を理解しないと普及しにくい
- ・望まれるリソースデータベースとは、網羅的なデータベースではない。往診の相談が可能か、連絡先を含めた最小限の更新可能なデータベースと、地域のヒューマンネットワークの構築が必要である
- ・地域緩和ケアチームのニーズはあるが、「フル装備」は必要ない。「接触を増やす機会」が必要であり、定着には時間がかかる
- ・緩和ケア病棟のレスパイト入院は、「長い目で見た在宅療養」に必要。運用には関係者の意思疎通が必要
- ・啓発は、一斉配布は効果がよくない。より対象を絞り対象者のいる場所・患者に接する医療福祉従事者への集中が必要

### まとめ

- 1 地域緩和ケアプログラムは、緩和ケアの知識・技術の向上、専門家からの支援、特にコミュニケーションと連携の改善を通じて既存の資源を最大利用(optimize)することと在宅の視点を持つことによって、地域緩和ケアのアウトカムを向上させる可能性が示唆された。
- 2 このプログラムのうちエッセンスのみを抽出したものの(OPTIMIZE strategy)はどのような制度・体制下でも利用可能で、制度や医療資源の再構築を行わずに実施可能であるため全国で行う価値がある。
- 3 並行して、迅速に個々の課題を最適化し、研究課題を明確にするために、現場レベルと管理レベルの臨床家・研究者・政策決定者がいる組み合わせでリアルタイムに状況を共有し最適化できる枠組みを作ることが必要である。
- 4 効果的に緩和ケアのデリバリーを行う体制を明確にするために、組織の再構築ともなう新規介入の効果について比較試験・費用対効果を含むmixed-methods studyで検証する必要がある

Reported in the OPTIM Report 2012. Coming soon (March 2013)

### OPTIM-studyの推奨



## 短報

患者・遺族調査から作成した医療者向け冊子  
「がん患者さん・ご家族の声」山田 博英<sup>1)</sup>, 小田切拓也<sup>2)</sup>, 津村 明美<sup>3)</sup>,  
井村 千鶴<sup>4)</sup>, 宮下 光令<sup>5)</sup>, 森田 達也<sup>6)</sup>1) 聖隷浜松病院 緩和医療科, 2) 聖隷三方原病院 ホスピス科, 3) 静岡県立静岡がんセンター  
看護部, 4) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 5) 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, 6) 聖隷三方原病院 緩和支援治療科

受付日 2012年2月27日 / 改訂日 2012年3月26日 / 受理日 2012年3月27日

本研究の目的は、患者・遺族調査の結果から患者・家族の医療者への要望を明らかにし、「医療者が気を配ること」をまとめた冊子の作成過程を記述することである。浜松市内の複数の医療施設の進行がん患者、遺族それぞれ550名、632名を対象とした質問紙調査を行い、337名、432名から回収を得た。その回答から、がん治療・緩和ケアの意見・要望に関する自由記述の内容分析を行った。378の意味単位が分析対象となり、医療者に対する要望として6つのカテゴリー（【気持ちに寄り添って一緒に考えてほしい】【希望する場所で過ごせるようにしてほしい】【苦痛が最小限になるように努力してほしい】【後悔しないように、話しておきたい・やってあげたいことができるようにしてほしい】【生きる希望を支えてほしい】【医療用麻薬についての不安を和らげてほしい】）が得られた。これらに対して、医療者ができる工夫や工夫の根拠となる情報を含めた冊子を作成できた。

Palliat Care Res 2012; 7(1): 342-7

Key words: 緩和ケア, ニード, 教育

## 緒言

緩和ケアの重要なアウトカムの一つは、患者・家族の quality of life や満足度である<sup>1)</sup>。患者・家族が、何をもちて良いケアを受けられたと感じるかは個人によって異なるため<sup>2,3)</sup>、患者・家族の意見を聞くことは重要である。わが国では、これまでに多くの調査研究が行われてきたが<sup>4,5)</sup>、「どの点に気を配って医療者はケアを行えばいいか」の指針として調査結果をまとめたものはほとんどない<sup>6)</sup>。

本研究の目的は、患者・家族の声に基づく医療者対象のセミナーの準備として、①患者・遺族調査の結果から患者・家族の医療者への要望を明らかにし、②「医療者が気を配ること」をまとめた医療者向けの緩和ケアに関する冊子の作成過程を記述することである。

## 対象・方法

本研究は、地域介入の前後比較研究である 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」)の一部である<sup>7,8)</sup>。介入前調査として行われた質問紙調査による患者・遺族調査のうち、浜松地域の対象者の自由記述を分析対象とした。

患者調査の対象施設は、がん診療を行っている8病院であり、

2007年12月～2008年3月までに対象施設で外来受診をした患者のうち、次の適格基準を満たすものとした。①がんに対する診療が主たる目的で外来受診している、②浜松市に居住している、③原発部位が肺・胃・食道・肝臓・胆嚢・膵臓・結腸・直腸・乳腺・泌尿器・子宮・卵巣である、④再発・遠隔転移を有する、⑤20歳以上、⑥告知されている。

遺族調査の対象施設は、がん診療を行っている7病院と協力の得られた診療所5施設であり、2007年4月～2008年3月までに対象施設で死亡した患者の遺族のうち、次の適格基準を満たすものとした。①患者が調査施設の一般病棟・緩和ケア病棟で、または診療所から在宅診療を受け自宅で死亡した、②患者が浜松市に居住している、③原発部位が肺・胃・食道・肝臓・胆嚢・膵臓・結腸・直腸・乳腺・泌尿器・子宮・卵巣である、④入院または在宅診療開始から死亡までの期間が3日以上、⑤患者・遺族が20歳以上、⑥遺族が告知されている。

調査項目は、受けた医療に対するもので50問程度であった。自由回答の質問として「あなたのご経験から、がん治療や苦痛を和らげる治療に関する地域での改善点や課題につきまして、お考えがございましたらご記入いただければ幸いです」(患者)、「あなたのご経験から、がん治療や苦痛を和らげる治療に関して不十分であったり、改善が必要とお感じになった点、また良かった点につきまして、お考えがございましたらご記入いただければ幸いです」(遺族)の教示文のもとに、A4用紙1ページ分の空欄に自由記述を求めた。

Corresponding author: 森田達也

聖隷三方原病院 緩和支援治療科

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

TEL 053-436-1251 FAX 053-438-2971 E-mail: tmorita@sis.scirci.or.jp



表1 患者・遺族調査にみられた医療者への要望

【気持ちに寄り添って一緒に考えてほしい】	127
[分かりやすく、安心できる説明をしてほしい]	44
[あたたかで、親切な態度でゆっくりと接してほしい]	36
[つらい気持ちや負担を聞いて、分かってもらえたと感じたい]	32
[意思決定を共有してほしい]	12
[いつでも連絡をとれるようにしてほしい]	3
【希望する場所で過ごせるようにしてほしい】	41
[ホスピスに安心して待たずに入れるようにしてほしい]	26
[家で安心して過ごせるようにしてほしい]	15
【苦痛が最小限になるように努力してほしい】	39
[がんによる苦痛を納得がいくように和らげてほしい]	29
[治療の副作用を和らげる方法を充実させてほしい]	6
[不要な検査や処置はしないでほしい]	4
【後悔しないように、話しておきたい・やってあげたいことができるようにしてほしい】	23
[したいことができるように限られた時間をタイミング良く教えてほしい]	19
[家族ができることを教えてほしい]	4
【生きる希望を支えてほしい】	20
[希望のもてる言い方と態度で、希望を支えてほしい]	14
[代替療法の相談に乗ってほしい]	6
【医療用麻薬についての不安を和らげてほしい】	12
[望ましくない症状の原因を説明してほしい]	7
[麻薬による影響をあらかじめ相談してほしい]	5
【医療制度や社会の仕組みを見直してほしい】	116

## 分析

自由記述のうち、がん治療・緩和ケアに関する希望・要望の記入されているものを分析対象とした。自由記述から意味単位として抽出し、意味内容の類似性・相違性から分析し、カテゴリを作成した<sup>9)</sup>。以下、カテゴリを【】、サブカテゴリを[ ]、データを「」で示す。

分析は、1名のがん看護専門看護師と1名の緩和ケア医師とで独立して行い、もう1名の緩和ケア領域の研究経験の豊富な緩和ケア医師のスーパービジョン下に議論し、一致させた。サブカテゴリに相当する意味単位の数を計算した。対象にかかわらず、配慮するべきことを抽出することが目的であるため、患者、遺族の回答をまとめて分析した。

## 結果

患者は550名が適格基準を満たし、337名(61%)から有効回答を得た。遺族は632名が適格基準を満たし、432名(72%)から有効回答を得た。自由記述に記入があったのは、89名、216名であった。自由記述の回答から、合計378意味単位(患者98、遺族280)が分析対象となり、7つのカテゴリ、16のサブカテゴリが抽出された(表1)。このうち【医療制度や社会の仕組みを見直してほしい】を除いた6カテゴリを医療者への要望とした。

### ① 患者・家族の医療者への要望

最も多かったのは、【気持ちに寄り添って一緒に考えてほし

い】であった。おもに、病状説明([分かりやすく、安心できる説明をしてほしい])、全般的な態度([あたたかで、親切な態度でゆっくりと接してほしい])、共感的対応([つらい気持ちや負担を聞いて、分かってもらえたと感じたい])が挙げられた。

病状説明については、頻度、分かりやすさ、納得のいく内容、意向(どの程度まで聞きたいのか)への配慮、タイミング(突然ではないこと)、最新の情報、正確さ、数値ではなく全体像の説明、将来の見通し、在宅医療や緩和ケアの情報、個人差への配慮、大部屋でのプライバシーの配慮、セカンドオピニオンのいやすさの重要性が記載された。

全般的な態度としては、医師や看護師に望む態度として、「あたたかさ・思いやり・心の込もった」(vs. 冷たい)、「親切・情をもって・嫌な顔をせず」(vs. 事務的)、「やさしさ」(vs. きつい)、「親に対するように・献身的」「信頼・誠意」「人格を認める」「ゆったりと」(vs. 病室にこない)などと表現された(表2)。共感的対応の重要性は、「気持ちを分かしてほしい」「不安を和らげること・精神的ケア・精神的支えがほしい」などと表現された(表2)。

【苦痛が最小限になるように努力してほしい】については、患者調査ではおもに[治療の副作用を和らげる方法を充実させてほしい]、遺族調査ではおもに[がんによる苦痛を納得がいくように和らげてほしい]と記述された。疼痛に対しては、不十分であるとする意見もある一方で、肯定的な意見も多くみられた。しかし、疼痛以外の症状、だるさ、咳、咯痰、嘔気が十分緩和されなかったとの記載が複数あった。

【後悔しないように、話しておきたい・やってあげたいことができるようにしてほしい】として、[したいことができるよ

表2 「気持ちに寄り添って一緒に考えてほしい」に関する代表的な自由記述

1. [あたたかで、親切的な態度でゆっくりと接してほしい]
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「病院関係者、とりわけ医師や看護師の誠意や親切が、患者にとって何よりの慰めと思う」(患者)</li> <li>・「至れり尽せりというのはこういうことかと思われるほどの心配りの行き届いた人たちに囲まれた。先生には、実の親に対するような態度で、ただただ感心するばかりでした。優しく親切で、心配りたっぷりの皆様によくしていただきました」(遺族)</li> <li>・「診察の時にもっと患者の顔を見、身体に触って診てほしかった。毎回コンピューターを見て何かを打ち込んでいる先生の姿しか浮かんできません。今思い出しても悔しくてなりません」(遺族)</li> <li>・「介護のやり方のきつい方がいて、患者が可哀相に感じました。感情移入しないことが大事なのか分かりませんが、死期の迫っている者に対しては優しくしてほしいと思いました」(遺族)</li> </ul>
2. [つらい気持ちや負担を聞いて、分かってもらえたと感じたい]
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「治療法も人それぞれ違います。先生も大変ですが、患者はいろいろなことを思い、悩んでいます。精神的なことが一番必要だと思っています。薬や検査・治療に加え、心のケアが大切に思います」(患者)</li> <li>・「看護師の方が直接、私の気持ちを聞いてくださることがよくあったと思います。“苦勞していることを察してくれている”と、気持ちが楽になりました」(遺族)</li> <li>・「若い看護師、薬剤師、少しも家族の気持ち、本人の気持ちが分かっていないと思った。ほんの少しのことが家族本人にはこたえる」(遺族)</li> </ul>

うに限られた時間をタイミング良く教えてほしい」との記載が多くみられた。「思っていたより早かったので心残りがある」「ずっと付き添ってあげられなかった」などと表現された。一方、十分な準備ができた表現としては、「家族も時間の許す限り足を運んでくれた」「自宅療養で店をやりながらほとんどの時を一緒に過ごすことができた」などと表現された。内容としては、療養場所(【希望する場所で過ごせるようにしてほしい】)が多く指摘された。

【生きる希望を支えてほしい】としては、【希望のもてる言い方と態度で、希望を支えてほしい】ことが多く挙げられた。方法として、何かできることはないかと考える態度、リハビリテーションなど残された機能を大事にする、代替療法の相談にのることが挙げられた。ある患者は、「教えられなくても患者も分かっています。それでも可能性を信じ、希望をもって病と闘っているのです。悲観的な態度で診察されると不安になり、気持ちも落ちこみます。統計は単なる統計で、個別の患者にすべてあてはまるわけではないはずで、良くなりたいという患者の気持ちに添っていただきたい」と記述した。ある遺族は、「がんというだけで最初からダメと決めつけて患者と向き合っていたのではつらい。患者は心の底ではダメかもと覚悟している」と記述し、希望のもてる態度の必要性を表現した。

【医療用麻薬についての不安を和らげてほしい】としては、【望ましくない症状の原因を説明してほしい】と、【麻薬による影響をあらかじめ相談してほしい】が挙げられた。前者としては、医療用麻薬の投与後に状態が悪化したことの原因がはっきりしないことが「病状が急に悪くなったのか、モルヒネをたくさん使用したからそうなったのか分からない」などと表現された。後者としては、医療用麻薬を投与した後に予期せず会話ができなくなった体験として、「モルヒネで痛みは和らぎましたが、意識が混濁したのでちゃんとお別れができなかった」などと語られた。

## ② 医療者向けパンフレットの作成

調査結果から、①気持ちに寄り添って一緒に考えてほしい、②苦痛が最小限になるように努力してほしい、③後悔しない

ように、話しておきたい・やってあげたいことができるようにしてほしい(希望する場所を含む)、④生きる希望を支えてほしい、⑤医療用麻薬についての不安を和らげてほしい、の5つのカテゴリーそれぞれに対して、医療者ができる工夫や工夫の根拠となる情報を含めた冊子を作成した(以下のアドレスから入手可能: <http://www.seirei.or.jp/optim/material/index.html#chap02>)。

作成は、浜松地域の緩和ケア従事者18名(医師10名、看護師7名、薬剤師1名)で行い、8名(がん治療医3名、緩和ケア医2名、精神科医2名、心理士1名)の外部評価を受けて修正した。

## 考 察

患者・遺族調査の結果をもとに、医療者が気を配るべきことをまとめた冊子を作成した。配慮すべきこととして、①患者・家族の気持ちへの共感、②苦痛の緩和、③心残りが少ないような配慮、④希望を支えること、⑤医療用麻薬の説明、が同定された。これらは、患者が最も希望していることの1つに「分かてもらえると感じる」とあるとするわが国の終末期がん患者を対象とした研究結果と一致している<sup>10)</sup>。また、患者にとって重要なことは、準備をしつつも希望をもつことであるとする国内外の知見とも一致している<sup>11,12)</sup>。身体症状としては、疼痛は緩和されていたとの意見があった。一方で、倦怠感や化学療法副作用の緩和が不十分であるとの意見がみられたことは、疼痛に対する治療は改善されつつあるが、他の身体症状の緩和がまだ十分とはいえない状況を示唆していると考えられる<sup>13)</sup>。医療用麻薬による生命予後への心配や、意識が低下することの懸念が挙げられたことは、緩和ケアは症状を緩和するだけではなく、患者や家族が納得できる症状緩和、特に可能なくぎり意識を保ちつつ症状緩和を行うことが必要であることを再認識させるものである<sup>13,14)</sup>。本研究で作成した冊子により、患者・家族の声に基づいたセミナーが実施可能となった。今後、一般的なセミナーとの効果の比較検証などが可能である。

本研究の限界は、自由記述の分析であるため、一般化の可能性に限界があることのほか、入院患者が対象に含まれていない

ため、意向が反映されていない可能性があること、患者からの自由記載が比較的少なかったため、患者の意見のすべてを反映することができなかった可能性があることである。これらの点を捕うために今後必要な研究としては、入院患者と外来患者の両方を対象とした代表性のある聞き取り調査が有用と考えられる。

謝辞 本研究は、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の助成を受けた。本研究において冊子の作成に協力をいただいた、佐々木 義先生、吉川陽子様、番匠千佳子様、名倉桂占様、塩野州平様、井上聡先生、鄭陽先生、藤本亘史様、伊藤富士江様、田中達郎先生、福本和彦先生、川口知香様、鈴木留美先生、鷺津潤爾様、大岩早苗様に感謝します。

#### 文 献

- 1) World Health Organization. National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines, 2nd ed. WHO, Geneva, 2002.
- 2) Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, et al. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 2000; 132: 825-32.
- 3) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- 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* 2008; 26: 3845-52.
- 5) 占村和恵, 宮下光令, 木澤義之, 他. 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821名の自由記述からの示唆. *Palliat Care Res* 2011; 6: 237-45.
- 6) 内富庸介, 藤森麻衣子 編. がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか. 医学書院, 東京, 2007.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) Krippendorff K. Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Sage Publications, Beverly Hills, 1980. (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明 訳. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. 勁草書房, 東京, 1989)
- 10) 森田達也, 赤澤輝和, 難波美貴, 他. がん患者が望む「スピリチュアルケア」—89名のインタビュー調査. *精神医* 2010; 52: 1057-72.
- 11) Clayton JM, Hancock K, Parker S, et al. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. *Psychooncology* 2008; 17: 641-59.
- 12) Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1278-88.
- 13) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese nationwide region-based multicenter survey. *J Pain Symptom Manage* 43: 503-14.
- 14) Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, et al. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet* 2001; 357: 1311-5.

---

著者の申告すべき利益相反なし

## 原著

## 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が 地域連携のために同職種・他職種に勧めること

森田 達也<sup>1)</sup>, 井村 千鶴<sup>2)</sup>, 野末よし子<sup>2)</sup>, 鈴木 聡<sup>3)</sup>, 渋谷 美恵<sup>4)</sup>,  
木下 寛也<sup>5)</sup>, 原田久美子<sup>6)</sup>, 白髭 豊<sup>7)</sup>, 平山 美香<sup>8)</sup>, 江口 研二<sup>9)</sup>

1) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科, 2) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 3) 鶴岡市立荘内病院 外科, 4) 鶴岡市立荘内病院 地域医療連携室, 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) 国立がん研究センター東病院 精神腫瘍学開発部 がん患者・家族総合支援センター, 7) 白髭内科医院, 8) 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」社団法人長崎市医師会 長崎がん相談支援センター, 9) 帝京大学医学部 内科学講座

受付日 2012年1月16日 / 改訂日 2012年2月25日 / 受理日 2012年3月22日

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムの体験者が「同職種・他職種に勧めたいこと」を収集することである。地域緩和ケアプログラムが実施された地域の介入に中心的に関わった101名を対象としたインタビュー調査を行い、89名から回答が得られた。合計107の意味単位を取得した。勧められたことは、【職種にかかわらず勧めること】(n=59)として、【多職種カンファレンスに参加してネットワークを増やす】[相手の置かれている状況をまずよく理解する] [1人で抱え込まず勇気を出して誰かを探す] [できないと決めてかからないで可能性を探す] [がんばりすぎない]などが挙げられた。職種別では、【保険薬局に関すること】【介護支援専門員に関すること】が多く挙げられた。地域緩和ケアプログラムの体験者が勧めることを学ぶことにより、地域緩和ケアを向上させる方策についての洞察を得ることができた。

Palliat Care Res 2012; 7(1): 163-171

Key words: 緩和ケア, 地域連携, 多職種協働

### 緒言

地域での緩和ケアの普及が求められている<sup>1-4)</sup>。これまでに、イギリスの Gold Standard Framework をはじめとして、オランダ、オーストラリア、カナダなどで実施された地域緩和ケアプログラムについての研究が報告されている<sup>5-8)</sup>。地域緩和ケアプログラムの体験者が、個人的にどのような洞察を得て、どのようなことを同職種や他職種に勧めたいと思っているかを知ることが、全国の地域緩和ケアを向上させる方策を得ることに役立つ可能性がある。わが国では、各地域で地域緩和ケアプログラムの活動が行われているが<sup>1-4)</sup>、同様の研究はない。

本研究の目的は、わが国で実施された地域緩和ケアプログラムの体験者が、「今回の経験から同職種・他職種に勧めたい」と思っていることを収集することである。最終的な目的は、それによって、全国の地域緩和ケアを向上させるための方策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, 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」)の一部として行われた<sup>9,10)</sup>。OPTIM プロジェクトは、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域の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。主要評価項目は、患者の評価による quality of care, 遺族の評価による 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 (マニュアルの配布, 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 (リーフレットの配布, 市民講演会), ③緩和ケア専門家による診療 (地域緩和ケアチームの設置), ④地域の緩和ケアの包括的なコーディネートと連携の促進 (相談窓口の設置, 退院支援・調整プログラムの導入, 地域多職種カンファレンス), が行われた。介入は、介入実施手順書を原則として地域の現状に即して行えるように規定された。

OPTIM プロジェクトでは、地域介入のプロセスを明らかにするために、①地域で行われたことの詳細な記述, ②各地域で同定された地域緩和ケアの課題と解決策の系統的な収集と分析, ③プロジェクトに参加した医療福祉従事者の体験とその理由を知るための各地域で介入を担当したリンクスタッフを対象としたインタビュー調査, を行った。本研究は、後者のインタビュー調査の分析結果の一部である。

インタビュー調査では、半構造化面接として、①プロジェクトに参加した目的, ②体験とその理由, ③プログラムの有用性とその理由, ④最も大きかったこと, ⑤同職種・他職種に推奨・勧めたいこと, ⑥組織構築の評価と改善点, などについて質問し、回答を録音した。「推奨・勧めたいこと」は、地域緩和ケア

Corresponding author: 森田達也

聖隷三方原病院 緩和支援診療科

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

TEL 053-436-1251 FAX 053-438-2971 E-mail: tmorita@sis.scirci.or.jp