

表1 対象背景

	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域	合計
病院看護師	0	3	12	1	16
訪問・診療所看護師	5	2	5	3	15
病院医師	1	3	6	1	11
診療所医師	1	2	5	1	9
介護支援専門員	1	3	3	2	9
地域連携・退院支援看護師	0	2	4	2	8
保険薬局薬剤師	2	2	3	1	8
病院薬剤師	1	3	1	0	5
医療ソーシャルワーカー	0	1	2	0	3
栄養士	0	2	0	0	2
作業療法士	1	0	0	0	1
病院事務職	1	0	0	0	1
行政保健師	0	1	0	0	1
合計	13	24	41	11	89

プログラムの体験者が得た個人的な洞察を知ることが全国の地域緩和ケアを向上させる方策につながりうるとの前提に立ち、「今回の経験から同じ職種、他職種の方に勧めたいことは何かありますか」との質問で収集された。

対象者は「各地域において地域介入の運営、立案や実施に関わったもの」全員であり、地域の介入責任者が同定した。合計103名が対象となり、全員がインタビュー調査を承諾したが、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。インタビューの平均時間は135分±39分であった。

本研究のために、101名の逐語記録のうち、推奨の質問に対する回答のあった89名を分析対象とした。内容分析の技法にしたがって、逐語録化したテキストから、「今回の経験から同職種・他職種に勧めたいこと」を表現している部分を意味単位としてコードをつけ、意味内容の類似性・相違性からサブカテゴリー、カテゴリーを形成した¹³⁾。分析では、内容とともに、どの職種がどの職種に勧めているのかの視点をもって行った。サブカテゴリーごとの度数を計算した。以下、サブカテゴリーを【】、カテゴリーを【】、データ(発言)を「」で示す。

結果

対象となった89名の背景を表1に示す。臨床経験の中央値は20年(3-40年)であった。

合計107の意味単位を取得した。【職種にかかわらず勧めること】が最も多く59件であり、職種別では【保険薬局に関すること】が17件、【介護支援専門員に関すること】が8件と多かった(表2)。

①【職種にかかわらず勧めること】

多くの参加者が、勤務場所や職種を問わず、[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]ことを勧めた。

「(勧めるとは、)いろいろな人と仕事の面で交流をもちましようってことです。緩和ケアは多職種でいろいろな人で協力して関わらなきゃいけないから、孤立してはいけません。患

者さんの居場所は動くから、地域での連携って当然で、地域のいろいろな現象をよく知って情報交換をして、協力して進めていくのが大事」(病院医師, 087)

「(他の地域に勧めることは、)内容は同じにはできないかもしれないけど、合同カンファレンスとか一緒に勉強会をしたりとか、つながりをつくる機会だけ、場さえあれば、その後、患者さんに非常に還元できるものがいっぱい増えてくる」(病院看護師, 088)

個人ができる連携の要点として、[相手の置かれている状況をまずよく理解すること、[1人で抱え込まず勇気を出して誰かを探す]こと、栄養士・リハビリテーションスタッフ・鍼灸師など[まだ関わっていない職種に声をかける]ことが述べられた。

【相手の置かれている状況をまずよく理解する】

「(地域連携を良くするために勧めることは、)自分の情報、要求も出して、でも、人のことも聞いて、相互理解。病院だったら他部門と相談する会ができるけど、地域も同じ1つの組織と考えれば、問題があれば話し合う場(をつくる)。問題を投げっぱなしじゃなくて、こうしたらいいかですかと改善点も出していく。相手のことをまず知る場をつくる。他の職種のことをよく知らない人が多いのはびっくりしたので、相手は自分を知らないのを前提にした方がいい」(病院事務職, 043)

【1人で抱え込まず勇気を出して誰かを探す】

「窓口になりそうなどところと、まず連絡をとってみる。1人で悩んでたり、1人で解決しないといけないと思ってる方が多いかな。どこかに相談に乗ってくれる人がある。電話をかけたら迷惑かと思ってる方が多いけど、私は電話(のモニタリング)をするようになって、みんな全然迷惑がってはない(ことが分かった)」(病院看護師, 060)

患者へのケアという点では、[患者の価値観をよく理解して伝え合う]ことと、[できないと決めてかからないで可能性を探る]ことが述べられた。

表2 地域緩和ケアプログラムの経験から地域連携を進めるために同職種・他職種に勤めること

	n
【職種にかかわらず勤めること】	59
[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]	16
[相手の置かれている状況をまずよく理解する]	4
[1人で抱え込まず勇気を出して誰かを探す]	6
[患者の価値観をよく理解して伝え合う]	6
[できないと決めてかからないで可能性を探す]	3
[基盤となる正確な知識をもつ]	11
[視点を変えたり, 視野を広げる]	4
[まだ関わっていない職種に声をかける]	3
[がんばりすぎない]	4
[できることから少しずつする]	2
【保険薬局に関すること】	17
[(保険薬局から)参加したいので声をかけてほしい]	7
[(他の職種から)アピールしてチームに加わってほしい]	6
[患者の気持ちや生活を考えた服薬指導をする]	4
【介護支援専門員に関すること】	8
[医療職も患者を支えるチームの一員として大事だと思っていることを知る]	4
[医療のことは詳しくなくても患者のために一緒に行動する]	4
【診療所医師に関すること】	7
[チームを使って診療すればできる]	7
【訪問看護師に関すること】	5
[病院と率直にやりとりし合って改善していく]	4
[普通の言葉を使う]	1
【地域医療者に関すること】	4
[(自宅から入院になった場合に)自宅での様子についての情報をすぐに共有する]	3
[診療所と訪問看護で情報を統一してから病院に伝える]	1
【病院スタッフに関すること】	7
[在宅の視点をもつ]	4
[退院支援をシステムとして整える]	2
[地域でのホスピス・緩和ケア病棟の役割を見直してみる]	1

【患者の価値観をよく理解して伝え合う】

「緩和ケアは特別と思ってる方も多い。症状コントロールは専門性があるけど、(そのほかには)普段の日常のケアをその人の価値観に沿って整えてるだけなので、誰でもできる。難しく考えないで、排せだったら排せ、今のこの人にどうすればいいんだろうと単純に考えること」(ホスピス病棟看護師, 060)

「本人と家族がどういうことを望んでいるかをきっちり把握して、本人と家族のその思いをきっちりケアマネジャーさんとか私たち(訪問看護師)、ドクターで伝達(し合う)」(訪問看護師, 084)

【できないと決めてかからないで可能性を探す】

「在宅で暮らしたい方を支えるところでの限界を自分たちでつくらないように。第1例をつくるのが大切で、1例ができれば、(後は)簡単じゃないですか。臓器移植した、1例目はすごいけど、8例、へえそんなんだっていうぐらい(驚かない)。多種多様な暮らし方が出てきてるけど、こちらがあきらめて無理っていわないで、第1例をどうつくっていくかの工夫をみんなですていく」(介護支援専門員, 077)

医療福祉従事者の専門性については、[基盤となる正確な知識をもつ]ことと、[視点を変えたり, 視野を広げる]機会の重要性が語られた。方法としては、共通のパンフレットやマニュアルと、研修会に参加して感じられるものが語られた。

【基盤となる正確な知識をもつ】

「まず知識。医学的な知識をもってしゃべるのとそうじゃないのでは違うので、『ステップ緩和ケア』とか、一般的な知識が分かるもの。すごい分かりやすくできてるんで、ソーシャルワーカーもちゃんと勉強して相談にあたる」(医療ソーシャルワーカー, 092)

「伝達ですむこともあるけれど、やっぱり研修(には)出た方がいい。私たち(訪問看護師)が知識を得ることは、ケアそのものに反映する。私たちがダウンしてないとみられないから、私たちが伸びることが、利用者さんを最後まで援助できることにつながるって実感しました。講義(のすべて)が伝達できるわけでは)ないので行くべき、みんな」(訪問看護師, 065)

【視点を変えたり視野を広げる】

「外に出てみると、いろいろなことに出会える。自分の仕事で大変なものも分かるけど、そこを1歩出てみれば違う視野が広

表3 【保険薬局に関すること】

1. [参加したいので声をかけてほしい]
<p>(訪問看護師に)「お薬の専門家なので薬のことは任せてもらいたいです。ドクターとやりとりはすぐできるので、薬で分かんないことがあったら、本当はドクターに聞きたいけど、薬剤師を使ってもらう。ただセットするなら誰でもできるけど、薬剤師ってこの薬はなんの薬で他の薬と大丈夫かってチェックしながらセットする(役割がある)。存在感が少ないので、おとなしいのね、薬剤師は。お尻たたいてもらいたいかな」(保険薬局薬剤師, 098)</p> <p>「医療材料の供給。薬局に依頼していただければかなりできる。一番大きいのは、薬に関するいろんなことがなくなる分、それぞれの職種(の本来の仕事)に使う時間が有効に使える」(保険薬局薬剤師, 039)</p> <p>「他の職種の方とお話する機会が第一歩と思いました。薬剤師はそういうのが苦手な職種と思うので、ぜひ参加していただきたいと思います。薬剤師が一番不完全燃焼な職種かと思うんで、逆にうまく使えると地域の伸びしろはある」(保険薬局薬剤師, 054)</p>
2. [アピールしてチームに加わってほしい]
<p>「知られてない部分もあるので、こういうことができますよっていうのをアピールしてもらおうと思います。退院前カンファレンスに入ったりしますよと、今まで経験がなかった。本当にそこまでやってくださってるところもあるんだ(と思った)。アピールしてもらおうのがいい」(医療ソーシャルワーカー, 092)</p>
3. [患者の気持ちや生活を考えた服薬指導をする]
<p>「コミュニケーション学として伝える。『指導』という言葉がいけないと思うけど、投薬だけではなく、患者さんがどんな気持ちで飲むのか、どんな気持ちで点滴を受けるのか。そういう気持ちを知って一言そえることで患者さんが安心できる」(保険薬局薬剤師, 016)</p> <p>「薬理作用だけを考えると難しいので、患者さん1人ひとりの個性性を考えながら服薬指導をしてもらいたい。薬の作用とか副作用とかだけではなくて、生活のリズムとか。服薬時間もベストな時間はあったとしても、生活ではその時間に服薬することが難しいこともあるので、ベターな時間でいかに効果が出るか、個性のある服薬指導をしてもらえればいい」(病院医師, 097)</p>

がって、自分の仕事の深みも出てくるなって、本当に」(診療所看護師, 051)

「2カ所のステーションが入ると大変だっていう、もめるって。ケアマネジャーも自分のところでやった方が楽って。決してそうではない、いろんな人が入ることによって手間がかかるところもあるけど、良さもあるので、ぜひいろいろ乗り合いをして、組み合わせさせてやったらすごくいい」(訪問看護師, 011)

個人の精神的健康への気遣いとして、[がんばりすぎない]ことや、最初から完全なものを目指さない[できることから少しずつ]ことも挙げられた。

[がんばりすぎない]

「できることには限りがあります。みんな背負わない方がいいし、役割で長けたところとできないところがあるので(できる範囲のことをやればよい)」(保険薬局薬剤師, 016)

「あまり深く入り込みすぎない方がいい。すべてに 대응しようとすると疲れて嫌になってしまう人もいます。一定のものを outsourcing できなくても、とりあえず継続して続けていけることを目指した方がいい」(病院薬剤師, 053)

[できることから少しずつする]

「できることから1歩ずつです。関わりがあった時、それ駄目って言わないで、その中でこれだったらできるって関わっていく。できることから始める」(保険薬局薬剤師, 055)

「1からつくりあげようとしないう。他の地域のものを実践したり、使ったり。1からつくりあげようとするとうまい大変なので、良いものは使わせてもらって変えていけばいい」(病院薬剤師, 053)

②【保険薬局に関すること】

職種別では【保険薬局に関すること】が最も多く、保険薬局薬剤師からは、薬剤師が参加することで服薬の確認など専門性を活かした関わりができること、他職種が薬剤師の整理にかけている時間を他のことにあてられること、自分たちからは声をかけにくいことが[参加したいので声をかけてほしい]と述べられた(表3)。

一方、保険薬局薬剤師以外の職種からは、できることが分りにくいのもっと[アピールしてチームに加わってほしい]と述べられた。また、患者に対することとして、[患者の気持ちや生活を考えた服薬指導をする]ことの重要性が述べられた(表3)。

③【介護支援専門員に関すること】

介護支援専門員に対しては、同じ介護支援専門員を中心に、[医療職も患者を支えるチームの一員として大事だと思っていることを知る]ことと、医療についての苦手意識があってもそのままよいので、医療職と対立したり恐れるのではなく、[医療のことは詳しくなくても患者のために一緒に行動する]ことが勧められた(表4)。

④【診療所医師に関すること】

診療所医師に対しては、訪問看護や保険薬局などいろいろな地域にあるネットワークを使えば、思ってるよりも負担なく緩和ケアが提供できることが[チームを使って診療すればできる]として述べられた。

「患者さんが1人で苦しんでいる、主治医も分かんなくて苦しんでいることは、ネットワークの時代なので避けられるの

表4 【介護支援専門員に関すること】

<p>1. [医療職も患者を支えるチームの一員として大事だと思っていることを知る]</p> <p>『医療者もケアマネジャーさんのことも理解してくださってきてるよ』って伝えたい。連携を強めることによって、スピーディーにことが運べる。ターミナルの方は本当に急いでやらなきゃいけないので、皆さんの協力を得ながらやると、手間を省いて、患者さんとご家族の手を煩わさない方法で進めていける」(介護支援専門員, 004)</p> <p>『(他の)ケアマネジャーさんに相談したけど、管轄外ですと言われる』と、うちのヘルパーさんたちが(言う)。ここまですって線引きをされてるのかな。でも、その方の生活には線引きはないわけ、時間の制限もないわけで。医療と福祉、介護が別ってというのは、私たちが分けてるだけ、自分が分からないのであれば、『自分では分からないけど、本人さんがこういうご相談をなさってます』ってつないであげる(ことが大事だと伝えたい) (介護支援専門員, 040)</p> <p>〔ケアマネジャーの役割は)『大切なんでがんばって一緒にやってみましょう』ってお伝えしたいです。在宅でみることは、病気をみるじゃなくて、社会を支えることになると思うので、大事な仕事ですなって話をしたい) (訪問看護師, 068)</p>
<p>2. [医療のことは詳しくなくても患者のために一緒に行動する]</p> <p>「もう少し前向きに。医療職じゃないと難しいっていうより、関わってみると、逆に医療職じゃないから、患者さんと家族もこんなこと聞いちゃっていいかしらって話ができるわけです。医療者じゃないから、いいところもあって本来の価値がある。危ない時期に、『今から銀行へ行ってきていいかしら』とかお医者さんには聞かないですよ) (介護支援専門員, 099)</p> <p>『医療の敷居が高い』と自分からアプローチしない人もいる。こういう(連携の)機会を利用して、自分たちも資質を上げていかないとついていけなくなっちゃう。連携って、連携しようって(すぐ)できるものじゃない。一生懸命っていうか、事例を通じてとか、交流する機会を通じて、自然にできるのが連携だと思うので、人に頼ってないで自分たちで動いていかなきゃね) (介護支援専門員, 010)</p>

で、ぜひみんな(やってみてほしい) (診療所医師, 018)

⑤ 【訪問看護師に関すること】

訪問看護師に対しては、同じ訪問看護師から、病院と直接やりとりすることで迅速に問題点を改善していった体験を挙げて[病院と率直にやりとりし合って改善していく]ことが勧められ、病院看護師からもフィードバックを求めていることが語られた。また、訪問看護師から、介護支援専門員やヘルパーとのやりとりを含めて専門用語を使わない[普通の言葉を使う]ことが勧められた。

【病院と率直にやりとりし合って改善していく】

「(退院してきた時に)93%の酸素濃度が、通常なのか、今悪いのか判断できなかったの迷った。『(次回から)直近の検温表を1週間分つけてほしい』って頼んだんです。そしたら、(病院の)看護師さんが『そうですよね』って。検温表があれば、排便はいつ、おしっこの回数、熱、一目で分かるので異常なのか判断できる。それはすごく良くて、言っていけば、実践してくれる。言い続ける」(介護支援専門員, 091)

「帰った人がどう過ごしてるか聞けるとありがたいです。こっち(病棟)から電話したら、きっと快く電話をとってくれるんですけど、訪問看護師さんの1日の仕事の流れが分からないので、いつ電話するか分からないので電話しにくかったり。言っていただくと、家に帰ってどうだったか知りたくない人はいないと思うので、すごくありがたい」(病棟看護師, 085)

⑥ 【地域医療者に関すること】

診療所、訪問看護ステーション、介護支援専門員など地域の医療福祉従事者に対して、病院スタッフから、退院した時と同じように再入院になった時に自宅での様子を迅速に知らせること([自宅での様子についての情報をすぐに共有する])や、[診療所と訪問看護で情報を統一してから病院に伝える]ことが勧められた。

⑦ 【病院スタッフに関すること】

病院スタッフに対しては、プロジェクトを通して地域と関わった病院のスタッフから病院のスタッフへ、[在宅の視点をもつ][退院支援をシステムとして整える][地域でのホスピス・緩和ケア病棟の役割を見直してみる]ことが勧められた。

「システム化、まだ退院支援調整システム化がない病院があれば、非常にこれは楽だったよって言いたい。ツールを使って、細かいところは自分の病院のスタイルに少しずつ変化させていけばいいので」(退院支援担当看護師, 033)

「病棟は、退院支援の係ができて、この付箋を退院を考えるなら貼り付けて、介護申請はどうか、ケアマネジャーさんの名前や住診医、付箋を見れば分かる感じにした。週に1回退院調整のカンファレンスをやって、入院時の書類で退院後に医療が必要な人を見つけて、情報収集したり、連絡したりができるようにしてくれた。システム的に入れ込んでもらえると、知識がない人間でもやれる」(病棟看護師, 085)

考 察

本研究は、地域緩和ケアプログラムを体験した医療福祉従事者はどのようなことを同職種・他職種に勧めるかを収集した点で特徴がある。

最も重要な知見は、すべての職種が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ことを最も勧めたことである。これは国内外の研究で、地域緩和ケアプログラムの最も大きな成果として認識されるものが「ネットワークの構築」であることを反映しており^{5-8,12)}、ネットワークを構築していくことが大きな恩恵をもたらすことを体験した表れであると考えられる。

本研究で特徴的であったのは、実際に連携していくうえでのいくつかの要点となる「個人のできる心構え」を述べた参加者が多かったことである。すなわち、①自分の主張をする前に

[相手の置かれている状況をまずよく理解する], ②誰か手助けしてくれる人は必ずいるので[1人で抱え込まず勇気を出して誰かを探す], ③地域の眠っている知恵やリソースを探して[できないと決めてかからないで可能性を探す], ④ネットワークは継続するものであるので長く続けるために[がんばりすぎない], ⑤地域のことは領域が広いので[できることから少しずつする], ⑥訪問看護師として[病院と率直にやりとりし合って改善していく][普通の言葉を使う], ⑦病院看護師として[退院支援をシステムとして整える], ことは経験からいえることであり, 経験を積んだ同じ職種からの提案は説得力があると考えられる。本研究でほとんどの体験者がかたちのある体制やシステムそのものについて言及せず, 連携の心構えを勧めたいこととして挙げたことは, 医療福祉従事者の連携に関する心構えを研究し, 体系化することが地域連携をうまく進める方法を見出すために有益な可能性を示している。

次に, 特徴的な知見は, 職種別で保険薬局と介護支援専門員に関するものが多かったことである。これらはいずれの地域においても, 医師と看護師の連携が先行した結果の次の課題として認識されていると考えられる。保険薬局では, 「関わりたい」保険薬局があるが, 他職種は「どういふことに関わってもらえばいいかわからない」, そして, 薬剤師が自発的に連携の声をかけていくのは不得手であるという構造が語られた。介護支援専門員では, 医療に苦手意識があることが多いが, 他職種は医療のことは相談しながら介護支援専門員としての専門性でチームに関わってほしいと思っている構造が語られた。いずれの職種もがん緩和ケアのチームに不可欠な存在でありながら, 連携をとることに困難やとまどいを双方が感じていることが示唆される。今後, 保険薬局と介護支援専門員が多職種と連携するための, 特有用な方法を具体的に実施し, 評価する研究が必要である。

また, 本研究で挙げられたほとんどのことはがん緩和ケアに特異的なことは少なかった。がん以外, 緩和ケア以外の場面での地域連携にもあてはまることが多いと考えられることから, 地域緩和ケアの向上を考えるためには, がんに限定しない枠組みが望ましいことが示唆される。

本研究の限界として, プロジェクトに密接に関わった参加者のみを対象としているため地域全体の意見を代表するものではない。限られた地域, 職種を対象とした質的研究であるので一般化できるとは必ずしもいえない。解釈は他の研究と合わせて行う必要がある。

地域緩和ケアプログラムの体験者が同職種・他職種に勧められることを収集し, 全国の地域緩和ケアを向上させるうえでその洞察を得た。

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) 山口龍彦, 原 平, 壺井康一, 他. 各地域におけるがん対策基本法の前と後の取り組み—1. 緩和ケアに対する高知県の取り組み. 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; 51-4.
- 2) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—1. 東京都における在宅緩和ケアの連携. 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; 77-80.
- 3) 加藤恒夫. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—2. 岡山市における緩和ケアの地域連携—緩和ケア岡山モデル. 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; 81-7.
- 4) 片山 壽. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—3. 尾道市における在宅緩和ケアと地域医療連携. 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; 88-94.
- 5) 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* 2011; 24: 317-29.
- 6) Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. *J Palliat Care* 2007; 23: 143-53.
- 7) Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. *Aust J Rural Health* 2009; 17: 263-7.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) Krippendorff K. Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Sage Publications, Beverly Hills, 1980. (二上俊治, 権野信雄, 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)
- 12) 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.

著者の申告すべき利益相反なし

短報

地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か？

森田 達也¹⁾, 野末よし子²⁾, 井村 千鶴²⁾

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

受付日 2011 年 10 月 27 日 / 改訂日 2012 年 2 月 1 日 / 受理日 2012 年 2 月 20 日

「顔の見える関係」の概念と地域連携への影響を探索することを目的として、多職種の医療福祉従事者 207 名を対象とした質問紙調査と、5 名を対象としたインタビュー調査を行った。「顔の見える関係がある」の項目は、「名前と顔、考え方が分かる」「施設の理念や事情が分かる」「性格、つきあい方が分かる」「具体的に誰がどのような仕事をしているかだいたい分かる」と 0.7 以上の相関を示した。インタビュー調査では、「顔の見える関係」とは【顔が分かる関係】【顔の向こう側が見える関係】【顔を乗り越えて信頼できる関係】の 3 つを含んでいた。顔の見える関係が地域連携に及ぼす影響として、【連絡しやすくなる】【誰に言えば解決するかや役割が分かる】【相手に合わせて自分の対応を変えるようになる】【効率が良くなる】【親近感を覚える】【責任を感じる】が抽出された。顔の見える関係の概念と影響についての予備的知見を得た。

Palliat Care Res 2012; 7(1): 323-33

Key words: 緩和ケア, 地域, 連携, 顔の見える関係

背景・目的

近年、わが国において、「顔の見える関係」が地域連携において重要であることが地域医療、診診連携、看看連携、救急医療、ソーシャルワーク、地域包括ケアなど多くの領域でしばしば述べられ、緩和ケア領域においても強調されるようになってきた¹⁾。しかし、その概念や地域連携との影響についての研究はほとんどない。

本研究の目的は、「顔の見える関係」の概念と地域連携への影響を探索し、今後の研究を計画するうえで有用と考えられる知見を提供することである。

対象・方法

本研究は、質問紙調査とインタビュー調査を組み合わせる探索的に行われた。

① 質問紙調査

本研究では、がん緩和医療についての地域連携の程度を定量する尺度開発のために行われた質問紙調査を再解析した (unpublished study, 2011 年 12 月)。

質問項目は、がん緩和医療の地域連携が良いことを示すと考えられる項目を多職種の医療福祉従事者 5 名のインタビュー調査と研究者の議論により設定した (表 1)。各項目について、「1: そう思わない」から「5: とてもそう思う」までの 5 段階で質問した。項目の 1 つに、「地域でがん患者に関わっている人たちの顔の見える関係がある」が含まれている。

2 地域で合計 4 回行われた緩和ケアに関する講演会に参加した多職種の医療福祉従事者 207 名 (病院看護師 31%、病院医

師 18%、ケアマネジャー 14%、訪問看護師 7.2%、診療所医師 5.3%) に回答を求めた。

② インタビュー調査

5 名の医療福祉従事者を対象として 30 分~1 時間の半構造化面接によるインタビュー調査を行った。おもな質問項目は、「顔の見える関係とは何か」「顔の見える関係があることはどのように連携のしやすさに影響するか」を用いた。インタビューは筆頭著者が行い、録音した。

対象者は、「顔の見える関係がない状態からある状態への変化」を体験しているものが望ましいと考え、緩和ケア地域プログラムの実施地域において 3 年間地域連携のための多職種プログラムに参加したものとした⁹⁾。

10 名程度を念頭にインタビューを開始して、consistent comparison analyses の概念的枠組みに従ってインタビューと解析を同時に行った。5 名のインタビューが終了したところで、大きく異なる意見が新しく生じなくなったため終了した。

研究にあたっては、参加者の自由意思に基づいて匿名性に配慮して行った。

解析

質問紙調査については、まず、因子分析 (Promax 回転) により妥当な因子構造を探索した。スクリープロットを参考にして、複数の因子数の解析を行い、最も解釈がしやすい因子解を決定した。次に、「地域でがん患者に関わっている人たちの顔の見える関係がある」という項目と、各因子に含まれる項目の合計得点 (下位尺度得点)、および、「地域でがん患者に関わっている人たちの顔の見える関係がある」が含まれる下位尺度の各項目

Corresponding author: 森田達也 聖隷三方原病院

〒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.seirei.or.jp

表1 地域連携の評価尺度の因子構造

【地域のリソースが具体的に分かる】	
がん患者が利用できる地域の医療資源やサービスが分かる	1.06
地域でがん患者が利用できる介護サービスがだいたい分かる	0.99
がん患者が利用できる地域の医療資源やサービスについて、具体的に患者や家族に説明できる	0.89
地域でがん患者の訪問服薬指導をよく行っている薬局がだいたい分かる	0.55
がん患者に関わる職種(特に、訪問看護師、ケアマネジャー、保険薬局薬剤師)の一般的な役割がだいたい分かる	0.49
地域でがん患者をよくみている訪問看護ステーションが分かる	0.48
地域でがん患者をよくみているケアマネジャーが分かる	0.47
地域でがん患者を往診してくれる医師が分かる	0.45
在宅で過ごすがん患者にどんな職種が関わるかが分かる	0.43
【地域の関係者の名前と顔・考え方、役割が分かる】	
地域でがん患者に関わっている人の性格、つきあい方が分かる	1.05
地域でがん患者に関わっている施設の理念や事情が分かる	0.88
地域でがん患者に関わっている人の、名前と顔、考え方が分かる	0.84
地域でがん患者に関わっている人たちについて、具体的に誰がどのような仕事をしているかだいたい分かる	0.81
地域でがん患者に関わっている人たちの「顔の見える関係」があると思う	0.79
地域でがん患者に関わっている人たちの顔を思い浮かべられる	0.72
がん患者に関わる、自分以外の職種の動き方が実感をもって分かる	0.60
がん患者に関わる、地域の他の職種の困っていることがだいたい分かる	0.49
【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携が良い】	
在宅に移行するがん患者については、退院時にカンファレンスや情報共有をしっかりと行っている	1.01
在宅に移行するがん患者の退院前カンファレンスが行えていると思う	0.91
退院や入院の時に、相手がどんな情報を必要としているかを考えて申し送りをしたり、情報提供を行ったりしている	0.84
がん患者の治療やケアについて、病院と地域で相談ができています	0.79
退院するがん患者では、急に容体が変わった時の対応や連絡先を決めている	0.79
【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】	
患者と一緒にみている他の施設の医師や看護師とやりとりができる	0.94
一緒にみている患者のことで連絡をとる時に、躊躇せずに連絡ができる	0.84
患者と一緒にみている他の施設の関係者に知りたいことを気軽に聞ける	0.83
他の施設の関係者と情報交換が気軽にできる	0.75
一緒にみている患者のことで連絡のとりやすい時間や方法が分かる	0.70
【地域の相談できるネットワークがある】	
がん患者に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのかわからない	1.01
がん患者に関わることで困った時には、まず電話してみようと思う人がいる	0.94
がん患者に関わることで、気軽に相談できる人がいる	0.91
がん患者に関わることで困った時に、相談しようかと思う選択肢がいろいろある	0.76
【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】	
がん緩和ケアの地域連携に関する、持って行き場のない課題や気持ちを共有する場がある	0.96
がん緩和ケアの地域連携に関する、課題や困っていることを共有し話し合う機会がある	0.94
普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある	0.69
がん患者に関わるいろいろな多職種で直接会って話す機会がある	0.55

回転後の因子負荷量を示す

との相関係数 (Spearman's rho) を求めた。

インタビュー調査については、記録された内容をテキストデータ化し、Krippendorffの方法論を参考に内容分析を行った²⁾。顔の見える関係とは何か、どのように地域連携に影響するのかについて語られている意味内容を1単位とした。分割された単位の意味内容の類似性に従い、帰納的に分類・抽象化し、カテゴリー化した。カテゴリーの作成は1次元のみ行った。緩和ケア医1名(TM)と看護師1名(YN)が独立に分析を行い、

合意が得られるまで議論を行った。対象者の発言は「」で、カテゴリーを【】で示した。

結果

① 質問紙調査

35項目の探索的因子分析では、【地域のリソースが具体的に分かる】【地域の関係者の名前と顔・考え方、役割が分かる】

表2 「顔の見える関係がある」との相関

「顔の見える関係がある」が含まれない下位尺度の得点との相関	
地域のリソースが具体的に分かる	0.68
他の施設の関係者と気軽にやりとりができる	0.67
地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	0.65
地域の相談できるネットワークがある	0.54
退院前カンファレンスなど病院と地域との連携が良い	0.53
「顔の見える関係がある」が含まれる下位尺度の他の項目との相関	
地域でがん患者に関わっている人たちについて、具体的に誰がどのような仕事を しているかだいたい分かる	0.87
地域でがん患者に関わっている人たちの顔を思い浮かべられる	0.83
地域でがん患者に関わっている人の性格、つきあい方が分かる	0.80
地域でがん患者に関わっている人の、名前と顔、考え方が分かる	0.77
地域でがん患者に関わっている施設の理念や事情が分かる	0.76
がん患者に関わる、自分以外の職種の働き方が実感をもって分かる	0.56
がん患者に関わる、地域の他の職種の困っていることがだいたい分かる	0.50
在宅で過ごすがん患者にどんな職種が関わるかが分かる	0.42
がん患者に関わる職種の一般的な役割がだいたい分かる	0.41

Spearman の ρ を示す

【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携が良い】【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】【地域の相談できるネットワークがある】【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】の6つの因子が抽出された(表1)。「顔の見える関係がある」の項目は、【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】の因子に含まれた。

「顔の見える関係がある」は各下位尺度の得点と0.5-0.6台の相関を示したが、項目では、「名前と顔、考え方が分かる」「施設の理念や事情が分かる」「性格、つきあい方が分かる」「具体的に誰がどのような仕事をしているかだいたい分かる」「顔を思い浮かべられる」と0.7以上の相関を示した(表2)。

② インタビュー調査

対象者の背景は、総合病院の退院支援・地域連携担当看護師1名、訪問看護ステーションの副所長1名、在宅支援入院を実施しているホスピス病棟医師1名、在宅移行患者が入院する総合病院の腫瘍センター病棟看護師長1名、訪問服薬指導を実施している保険薬局薬剤師1名であった。

1. 顔の見える関係とは何か

顔の見える関係には、少なくとも3つの区別があると語られた(表3)。すなわち、①会ったこともない人たちの顔がとりあえず分かるようになること、②どういう考え方をする人で、どういう人となりかが分かるようになること、③信頼感をもって一緒に仕事ができるようになること、の3つを含むことが語られた。これらのカテゴリー名を、それぞれ、【顔が分かる関係】【顔の向こう側が見える関係(人となり分かる関係)】【顔を通り超えて信頼できる関係】とした。

対象者は、【顔が分かる関係】と【顔の向こう側が見える関係】との区別を次のように語った。

「顔の見える関係というのはただ、名前と顔が分かるとか、

そういうことだけではなくて、仕事ぶりとかボリシーとか、相手の良いところも悪いところもっていうか、もう中身まで見えて、仕事のスタンスとか患者さんの対応が分かることです。中まで見えるみたい(対象1, 保険薬局薬剤師)

「顔の見える関係になるというのは、名前とかどこの誰それさんということを知っている関係ではなくて、その人となりが分かったということだと思います。この人はすごく話しやすいし頼みやすいとか親近感をもつことも、逆に、ちょっととつつきにくいとか、価値観が違うなっていうことも、話をすることで人となりが分かって、一緒にやっていけるかいけないかが分かることだと思います」(対象3, 医師)

【顔を通り超えて信頼できる関係】では、相手のことが分かるだけではなく、対応してくれることが予測でき、心が通じているような感じから信頼感が得られることが語られた。

「この人たちにお願ひすれば反応が返ってくるという期待があるのだと思います。結局、この人にはいくら伝えたって無理だと思えば、その人の顔を知っていて何回会っていたとしても、連絡したりしないけど、反応がある、手ごたえがあるから、この人とだったらやりとりができると思える」(対象3, 医師)

「患者さんを一緒にみて、お互いの仕事の仕方が分かって、あの人のケアはこんなケアをするって思い浮かんで、対応が予測できる。『予測できる関係』(顔の見える関係にはある)」(対象4, 病棟看護師)

「ビジュアルとして話している姿が思い浮かびながら話ができるんです。こんな顔して話しているだろうと、気持ちが伝わってくるんです。こうしゃべっているんだけど背景にはいろんなことを思いながら話しているだろうと予想がつくんです。(それで)安心して信頼できる」(対象5, 訪問看護師)

2. 顔の見える関係になるきっかけ

顔の見える関係を深めていくきっかけとして、①地域で行わ

表3 顔の見える関係とは何か・顔の見える関係はどのように地域連携に影響するか：インタビュー調査

顔の見える関係の内容に相当するカテゴリー	定義
【顔が分かる関係】	会ったこともない人たちの顔がとりあえず分かるようになること
【顔の向こう側が見える関係(人となりが見える関係)】	どういう考え方をする人で、どういう人となりが分かるようになること
【顔を通り越えて信頼できる関係】	信頼感をもって一緒に仕事ができるようになること
顔の見える関係の地域連携への影響に関連するカテゴリー	定義
【連絡しやすくなる】	顔が分かる・知り合いになることで電話やメールなどの連絡をとる時のきがねやこわさが減ること
【誰に言えば解決するかや役割が分かる】	問題を解決できる人は誰か、その人の役割が何か分かること
【相手に合わせて自分の対応を変えるようになる】	問題は同じでも相手の人となりが分かるので自分が対応を変えるようになること
【効率が良くなる】	お互いの仕事の仕方などをよく知ることでもっとも仕事する時の効率が良くなること
【親近感を覚える】	紹介状など事務的なことにも親しみを感じる
【責任を感じる】	責任をもって対応しようと思うようになること

れたカンファレンスでのグループワークやグループワーク後の日常的な会話・懇親会での会話、②患者と一緒にみることで挙げられた。グループワークでは、グループワークのテーマのものよりも、話す内容や態度、語調などから判断していることが語られ、会ったり一緒に仕事をしている回数ではないことが語られた。特に、①性格や人間性、長所と短所(得意なことと苦手なこと)、お互いの事情や専門性、仕事のポリシーや仕事ぶり・やり方を知ること、②実際に患者と一緒にみた時に親身にしてくれた・助かったと思えた経験、③仲間内での評判、が挙げられた。

患者と一緒にみた時の体験、弱みを知り合うことの重要性が以下のように語られた。

「(すぐに退院調整や準備をしてくれると)すごく助かるじゃないですか。すごく助かったなって感じが出て、今度その人がなにか頼まれた時はなんとか助けてあげたい、何か力になってあげたいと思うことの積み重ねが顔の見える関係になると思います」(対象2, 退院支援看護師)

「難波事例を経験した人は事例が少なくても分かり合えると思った。『そのステーションだったら引き受けてくれるかもしれない』という勝手な思いがあるけれども、それに『直接(病棟から)頼むのってよくよくの事情があるよね』って言うてくれるんですよ。難波事例だけでも、すごく帰ってきた人たちと一緒に帰った経験で信頼関係って早くできると思っただけです」(対象4, 病棟看護師)

「弱み強みが分かる、みせられるのが(良い)関係ですね。人を好きになる時って、その人の良いところばかりじゃなくて嫌いどころも好きになるじゃないですか。弱いところを含めて信頼していくという(ことが顔の見える関係だと思います)」(対象1, 保険薬局薬剤師)

3. 顔の見える関係はどのように地域連携に影響するのか

顔の見える関係が地域連携に及ぼす影響として、【連絡しやすくなる】【誰に言えば解決するかや役割が分かる】【相手に合わせて自分の対応を変えるようになる】【効率が良くなる】【親近感を覚える】【責任を感じる】という6つのカテゴリーが抽出された(表3)。しかし、これらは、ほとんどの対象者によって、顔の見える関係そのものの表現であるのか、原因であるのか、結果であるのかは意識されていなかった。参加者は表

4のように述べた。

考 察

本研究は予備的な研究であるが、近年、しばしば重要性が言及される「顔の見える関係」の概念と地域連携への影響を探索した研究としては、われわれの知るかぎり、緩和ケア領域において初めての研究である。

最も重要な知見は、顔の見える関係は幅のある意味をもって使用・理解されていることが示唆されたことである。

顔の見える関係とは何かについて、量的研究では、「顔が見える関係がある」項目は、【地域の関係者の名前と顔・考え方、役割が分かる】の因子に含まれ、「名前と顔、考え方が分かる」「施設の理念や事情が分かる」「性格、つきあい方が分かる」「具体的に誰がどのような仕事をしているかだいたい分かる」と高い相関を示した。一方、インタビュー調査では、顔の見える関係とは、少なくとも、①会ったこともない人たちの顔がとりあえず分かるようになること、②どういう考え方をする人で、どういう人となりが分かるようになること、③信頼感をもって一緒に仕事ができるようになること、の3つの内容をもって語られていた。以上より、顔の見える関係とは、単に、名前と顔が分かるという関係ではなく、考え方や価値観、人となりが分かる、さらには、信頼感をもって一緒に仕事ができるという意味で使用されることが示唆される。

また、顔の見える関係が地域連携に与える影響については、量的研究では、【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】【地域の関係者の名前と顔・考え方、役割が分かる】【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】【地域の相談できるネットワークがある】【地域のリソースが具体的に分かる】【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携が良い】と中程度の相関を有していた。一方、質的研究では、【連絡しやすくなる】【誰に言えば解決するかや役割が分かる】【相手に合わせて自分の対応を変えるようになる】【効率が良くなる】【親近感を覚える】【責任を感じる】という文脈で語られていた。以上の結果は、顔の見える関係は、安心して連絡しやすくなる、役割を果たせるキーパーソンが分かる、相手に合わせて自分の対応を変える、同じことを繰り返したり信頼を得ることで効率が良くなる、責任をもった対応をする、といった影響を及ぼすことで

表4 顔の見える関係が地域連携に及ぼす影響

1. 【連絡しやすくなる】	「3人専門の先生がいると、私は、顔が見えているから**先生に相談しようかと思うんですよ。それは、人間性とか、話しやすさとか、親身になってくれるとか。誰に聞いたって分かるんだけど、誰にどういう風に相談しようかなって思った時に、顔が見えていれば、この先生に相談しても気楽に答えてくれるなど分かるんです」(対象2, 退院支援看護師)
2. 【誰に言えば解決するかや役割が分かる】	「顔の見えた相手がどういう仕事をしていてどういう役割をしていて、何に対応してくれるかが分かってきたので、こういうときはあの人に連絡すればいいとかがすごく分かってきたので、ものすごくやりやすくなりました」(対象1, 保険薬局薬剤師)
3. 【相手に合わせて自分の対応を変えるようになる】	「この人はここが得意でここは苦手とか、この人はここまで伝えておくのがよいとかそういうことが大分みえてくるので、書くサマリーもだいぶ(相手に合わせて)変わる。やり方も、流れを組み立ててもらったところに私たちが乗ったほうが気持良く仕事ができる方と、こちらで細かくアセスメントをしてつき合わせたほうがいい方がいる。価値観が違ってやり方を変えれば(連携は)良いので、相手によってやり方を変えている」(対象4, 病棟看護師)
4. 【効率が良くなる】	「かかえこみじゃないけど、自分には相談できる人がいっぱいいて、これはこの人にとって振り分けながら仕事をするのはすごく効率が良いと思います。何かお願いしたいことが、あの人にお願すると10かかるのに、この人だったらもうツールで分かるような、これだけいえばあとは分かってもらえるという感じ」(対象2, 退院支援看護師)
5. 【親近感を覚える】	「紹介状をもらった時に顔を浮かべながら読むっていうのは、それだけでも違うかなと思う。あの先生がこんな紹介状をくれたんだと読むだけでもイメージしながら読めるから、親近感がある。イメージ付きの文章になっている、手紙みたいな感じ」(対象3, 医師)
6. 【責任を感じる】	「電話だと、どっちかという無責任なことも平気で言えちゃうじゃないですか。無責任。だけど顔が見えるとお互いに責任感も強くなるので、生半可なことはできないという感じ。自分も中途半端なことではできないと思うし、今度反対の立場として断れない、真実味っていうのか、困っているんだと分かるので、口約束よりは顔約束」(対象2, 退院支援看護師) 「今までは顔が知らない人から電話がかかってきたら、『いや、ちょっとできません』と思うんですけど、顔が見えてて依頼されたら『ああ、ごめんさい。こういう事情で行けないんだよね、他の**に紹介しようか』とか、ちゃんと理由をつけた対応できるようにできるようになりました」(対象1, 保険薬局薬剤師)

地域連携に変化を与えることが示唆される^{8,9)}。これらの少なくとも一部は、ネットワーク形成における社会学の知見と一致している⁹⁾。

特記すべきは、これらの影響は、しばしば「顔の見える関係」そのものを指す表現として語られることも多かったことである。これは、わが国の文献において、顔の見える関係は、施設の実情がよく分かる、互いの診療レベルがよく分かる、信頼関係を築く、相談できる安心感を得た、断れなくなった、多少の無理も聞きやすくなる、相手の特徴を把握する、といった文脈でさまざまに語られていることと一致する¹⁻⁶⁾。一方、国際的に、地域緩和ケアプログラムのプロセス面での成果は重要な関心テーマである。これらでは、最も医療福祉従事者に重要であると認識された効果として、医療福祉従事者間のコミュニケーションの改善(お互いを知ることができた、気軽に話せるようになった、地域での役割が分かった)が共通して挙げられているが、顔の見える関係のようなキーワードは抽出されていない¹⁰⁻¹³⁾。すなわち、地域緩和ケアにおいて医療福祉従事者間の

コミュニケーションの改善は最も重要なテーマであるが、わが国においてはそれが「顔の見える関係」という言葉で表現されてはいるものの、十分に概念化され掘り下げられてはいないと考えられる。

限界として、本研究は、異なる目的のために作成された質問紙の2次解析や、理論形成を目的としない質的研究であるため、知見は予備的である。

本研究より、以下のことが示唆された。まず、「顔の見える関係がある」とは、①名前と顔が分かる、②考え方や価値観・人となり分かる、③信頼感をもって一緒に仕事ができる、という少なくとも3つの内容を含む(図1)。次に、顔の見える関係があることは、地域連携が良いことを構成する要素の1つであり、単に相手の名前と顔が分かることではなく、安心して連絡しやすくなる、役割を果たせるキーパーソンが分かる、相手に合わせて自分の対応を変える、同じことを繰り返したり信頼を得ることで効率が良くなる、責任をもった対応をすることを通じて、連携を円滑にする機能を意味している。そして、顔の見え

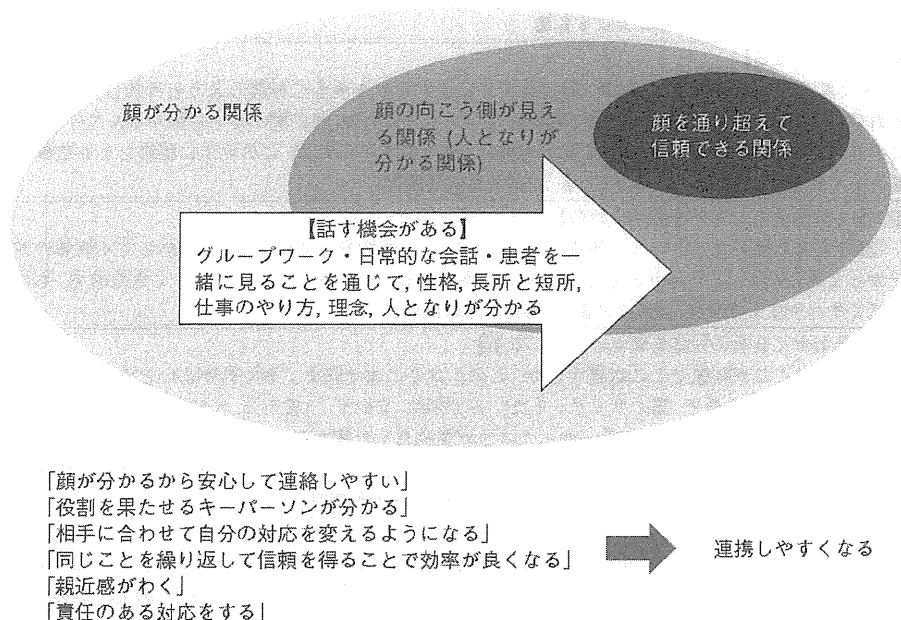


図1 顔が見える関係と連携との概念的枠組み

る関係を促進する要素は、地域の中で話す機会があることであり、具体的には、グループワーク・日常的な会話・患者と一緒にいることを通じて、性格、長所と短所、仕事のやり方、理念、人となりが見えるようになる。図1の矢印は、話す機会によってこれらの過程が進むことを示す。すなわち、地域連携を促進するためには、顔がわかるだけではなく、考え方や価値観、人となりが見えるような多職種小グループでの話し合う機会を継続的に地域の中に構築することが有用であると考えられる。

本研究の知見は、今後、顔が見える関係の定義・定量を行うための尺度開発や、顔が見える関係がどのように地域連携に影響するのかの理論形成を目的とした、より精密な質的研究を行ううえで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) 黒瀬正子. “顔が見える関係” が結ぶ看護連携. 看護 2007; 59: 47-50.
- 2) 概説 地域医療連携—医療制度改革の重要課題に—「医療の質」の向上と医療費適正化策として. 日本醫事新報 2005; 4247: 2-5.
- 3) 藤井麻由美, 熊倉俊一, 小林祥泰, 島根の地域医療をめぐる課題と今後の取り組み—地域医療支援コーディネータ修士課程1年次を終えて. 島根医学 2010; 30: 218-24.
- 4) 引間正彦. メディカルコントロールの現状と課題—顔が見える関係の構築を目指して. 救急医療ジャーナル 2008; 16: 74-9.
- 5) 天野宏一, 田中真由美. ソーシャルワーカーと地域連携—地域連携は顔が見える関係づくりから. GPnet 2004; 51: 23-7.
- 6) 伊賀浩樹. 兵庫県神戸市住吉・御影あんしんすこやかセンター 地域包括支援センターは、地域の中でより顔が見える関係づくりを推進し、よろず相談ができる体制づくりを. GPnet 2008; 55: 18-27.
- 7) Krippendorff K. Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Sage Publications, Beverly Hills, 1980. (二上俊治, 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)
- 8) 秋山美紀. 連携事例で学ぶ担当者必須の対人関係スキル (第4回)—顔が見える関係と信頼. 地域連携 入退院支援 2010; 1(5): 49-51.
- 9) 小笠原浩一, 島津 望. 地域医療・介護のネットワーク構想. 千倉書房, 東京, 2007.
- 10) 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.
- 11) Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. J Palliat Care 2007; 23: 143-53.
- 12) Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. Aust J Rural Health 2009; 17: 263-7.
- 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.

著者の申告すべき利益相反なし

短報

在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所と
ドクターネットは相互に排他的か？森田 達也¹⁾, 野末よし子²⁾, 宮下 光令³⁾, 小野 宏志⁴⁾,
藤島百合子⁵⁾, 白髭 豊⁶⁾, 川越 正平⁷⁾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) 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) 坂の上ファミリークリニック, 5) 藤
島クリニック, 6) 白髭内科医院, 7) あおぞら診療所

受付日 2012年1月31日 / 改訂日 2012年2月16日 / 受理日 2012年2月16日

本研究の目的は、在宅特化型診療所とドクターネットの両方が存在する1都市におけるがん患者の自宅死亡率の推移を明らかにすることを通じて、在宅特化型診療所とドクターネットの地域緩和ケアにおける役割についての洞察を得ることである。緩和ケアの地域介入研究が行われた1地域でがん患者の自宅死亡率を2007年から2010年まで取得した。自宅死亡率は、2007年の7.0%から2010年には13.0%に増加した。自宅死亡総数に占める在宅特化型診療所の患者の割合は49%から70%に増加したが、在宅特化型診療所以外の診療所が診療したがん患者の自宅死亡数も63名から77名と減少しなかった。在宅特化型診療所と一般の診療所のドクターネットは排他的に機能するものではなく、両方のシステムが地域に存在することにより自宅で過ごすがん患者の緩和ケアの向上に寄与する可能性が示唆された。

Palliat Care Res 2012; 7(1): 317-22

Key words: 緩和ケア, 地域, 在宅特化型診療所, ドクターネット

緒言

地域での緩和ケアの普及が求められており、診療所が在宅緩和ケアに果たす役割は重要である^{1,2)}。

イギリス、オーストラリアなど家庭医制度が採用されている多くの国では、緩和ケアを提供する中心となる医師は家庭医であり、看護師を中心としたホスピスチーム、電話を主とする地域緩和ケアチームによるコンサルテーション、ホスピス・緩和ケア病棟でのレスパイトケアなどが協働して提供されている^{3,4)}。

一方、わが国における在宅がん患者の診療形態は地域によって多様である⁵⁾。在宅特化型診療所(外来診療は付加的で在宅診療を主たる業務とする診療所)、一般の診療所(通常の外來診療を主たる業務として行いながら比較的少人数の往診患者を受けもつ診療所、以下、従来型診療所)、病院の在宅診療部門やサテライト診療所が担当するものなどがある。さらに、連携形態としても、ドクターネット(複数の診療所が提携して診療するもの)、緩和ケア支援診療所や診療所の在宅サポートチーム(中核となる診療所が他の診療所を支援する)など多くの形態がある⁶⁻¹⁰⁾。これは、わが国の医療制度には地域住民のプライマリケアに一義的に責任をもつ家庭医が制度化されていないことを反映して、地域ごとに多様な診療形態がとられてきた結果であると考えられる。

近年の論点の1つに、診療所での緩和ケアを提供するために

どのような形態がふさわしいかがあり、在宅特化型診療所と、従来型診療所のドクターネットの優劣について論じられることがある¹¹⁾。論点は、実施可能性、24時間対応、診療の質、自宅死亡の達成などであるが、これまで、実際の数値をもとに論じられている報告はほとんどない。浜松地域は、近年、在宅特化型診療所とドクターネットの両方が活動している地域であり、がん患者の自宅死亡率を継続的に取得している。

本研究の目的は、在宅特化型診療所とドクターネットのいずれもが存在する1都市におけるがん患者の自宅死亡率の推移を明らかにすることを通じて、在宅特化型診療所とドクターネットの役割について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^{12,13)}。

OPTIMプロジェクトは、4地域を対象とした緩和ケアの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。主要評価項目は、患者の 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、2008年から2010年にかけて、緩和ケアの標準化と継続性の向上、患者・家族に対す

Corresponding author: 森田達也 聖隷三方原病院

〒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.seirei.or.jp

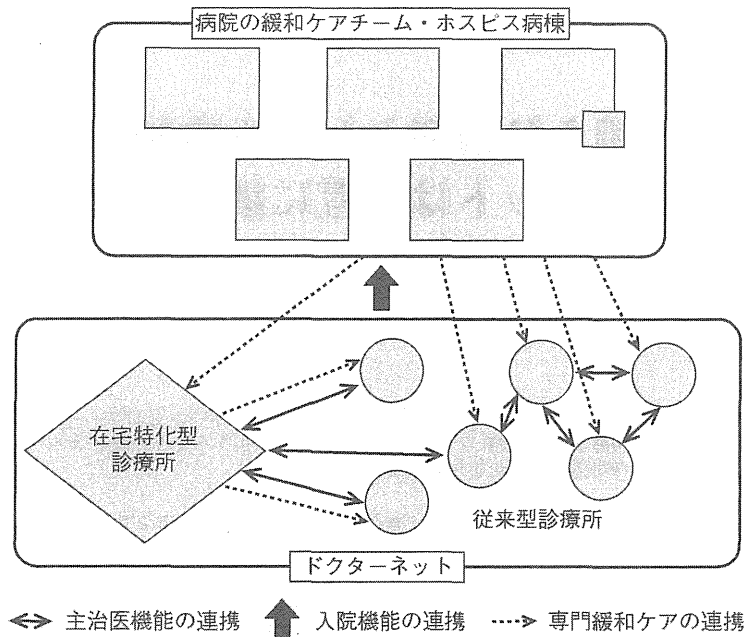


図1 在宅特化型診療所, ドクターネット, 病院との診療における連携体制

る適切な知識の提供, 緩和ケア専門家による診療, 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。

調査項目・調査方法

総務省人口動態統計の目的外使用申請を行い, がん患者の自宅死亡率を2007年から2010年まで取得した。あわせて, 地域の在宅特化型診療所1施設におけるがん患者の自宅死亡数を診療記録より取得した。従来型診療所におけるがん患者の自宅死亡数は, 人口動態統計から取得したがん患者の自宅死亡数から, 在宅特化型診療所の診療記録から取得した死亡数を除いたものとした。比較のため, 全国でのがん患者の自宅死亡率, ドクターネットによる診診連携体制を中心としてプロジェクトが行われた長崎地域の自宅死亡率の推移を算出した。

浜松地域における在宅特化型診療所, ドクターネット, 病院との診療における連携体制¹⁴⁾

浜松地域において, 在宅特化型診療所はOPTIMプロジェクト前の2005年から常勤医師1名で活動を開始し, 2006年から診療所看護師が訪問看護を開始した。2009年に常勤医師2名となり, 患者数に応じて, 比較的固定している常勤的非常勤医師2名を含む医師で診療を行った。

ドクターネットは, OPTIMプロジェクトが進む中で診療所同士の連携を強化する希望が高まったため, 浜松市医師会が中心となって2009年から2010年にかけて発足した。在宅医療における診診連携を目的として5名の世話人がおかれており, その1名が在宅特化型診療所の医師である。参加診療所は, 2010年発足時には25診療所, 2010年11月には41診療所であった。

一方, 病院は, 4つのがん診療連携拠点病院と1つの総合病

院に, 合計5つの緩和ケアチームと1つのホスピス病棟がある。緩和ケアチームは「緩和ケアチーム合同カンファレンス」で連携するとともに, メールによる「緩和ケアホットライン」を設置した。緩和ケアホットラインは, 地域からの緩和ケアに関する質問に対して1つのメールアドレスに送付すると, 同時に5つの緩和ケアチームすべてに共有されるものである。また, ホスピス病棟は「ホスピスの利用を考える会」を開催して地域での利用の改善を図るとともに, 自宅患者のレスパイト入院を行った。

在宅特化型診療所, ドクターネット, 病院との医師の診療面における連携の具体的な内容を図1に示す。連携として, 主治医機能の連携, 入院機能の連携, 症状緩和が困難な場合の専門緩和ケアの連携の3つが実施された。主治医機能の連携とは, ドクターネット内の従来型診療所→従来型診療所, 在宅特化型診療所→従来型診療所間で行われ, 主治医機能を交代するものである。専門緩和ケアの連携は, 必要な時に受診, 紹介状やメール・電話による相談として行われた。また, 病院の緩和ケアチームが定期的に診療所に訪問して行うアウトリーチプログラムが在宅特化型診療所に対して行われた。

それぞれの連携は, 機能のみならず, お互いに連絡しやすい, 価値観が類似している, 地理的条件が近いなど個々の状況に応じてゆるやかに臨機応変に行われた(たとえば, 図1において左2つの従来型診療所は在宅特化型診療所と連携, 中央の従来型診療所は主治医機能においては在宅特化型診療所に加えて他の従来型診療所とも連携するが専門緩和ケアについては病院と連携する, 右3つの従来型診療所は主治医機能においては相互に連携し専門緩和ケアについては病院と連携するなど柔軟な連携が行われたことを示す)。

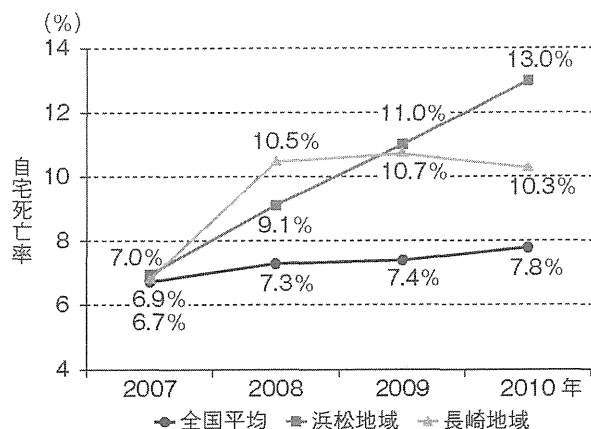


図2 自宅死亡率の推移

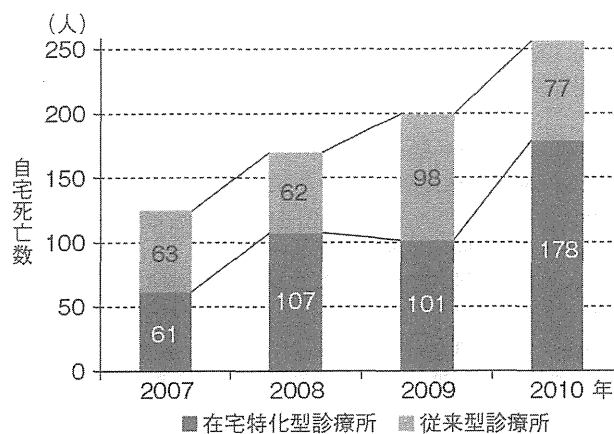


図3 在宅特化型診療所と従来型診療所のがん患者の自宅死亡数の推移

結果

浜松地域におけるがん患者の自宅死亡率(死亡数)は、2007年に7.0%(124名)であったが、2010年には13.0%(255名)に増加した(増加率:106%、図2)。この間、全国での自宅死亡率は6.7%(22,623名)から7.8%(27,508名)であり(増加率:22%)、長崎地域の自宅死亡率は、2007年には6.9%(95名)であったが、2010年には10.3%(151名)であった(増加率:59%)。

がん患者の自宅死亡数のうち、在宅特化型診療所、従来型診療所で診療を受けた患者数を図3に示す。がん患者の自宅死亡数に占める在宅特化型診療所の患者の割合は、2007年には49%であったが、2010年には70%に増加した。しかし、従来型診療所が診療したがん患者の自宅死亡数も、2007年の63名から、2009年は98名、2010年は77名と増加していた。

考察

本研究は、1都市におけるがん患者の自宅死亡率の推移を通じて地域のがん緩和ケアにおける診療所のあり方について洞察をもたらすものである。

第1に、地域全体でのがん患者の自宅死亡率は、3年間という短期間に約2倍に増加した。増加の原因を特定することは対照地域が設定されていないため方法論的に不可能であるが、想定される理由として、①病院から自宅への退院支援・調整プログラムの普及や「希望があれば帰ることは可能である」との病院医師・看護師の認識の変化、②在宅特化型診療所の存在による診療可能な患者数の増加、③診療所同士の連携による主治医機能の連携、④専門緩和ケアについての在宅特化型診療所と病院からの従来型診療所への支援、などが考えられる。特に、ドクターネットによる診診連携を基盤として同プロジェクトが行われた長崎地域と比較した場合にも自宅死亡率の上昇がやや多かったことから⁹⁾、緩和ケアチームのアウトリーチを受けた在宅特化型診療所による診療可能な患者数の増加と、従来型診療所への主治医機能と専門緩和ケアの両面からの支援が自宅死亡率の上昇の要因になったと推測される。

第2に、在宅特化型診療所が診療する患者数が増加したとしても、従来型診療所が診療する患者数は減少せず、むしろやや

増加していた。在宅特化型診療所ができることで自宅患者のほとんどを寡占するようになるとの懸念がしばしばあるが、浜松地域においてはこの現象は顕著にはみられなかった。想定される理由として、①患者や家族が信頼しているかかりつけ医にみてほしい、②在宅特化型診療所の医師の方針が患者・家族と必ずしも一致しない、③在宅特化型診療所は広範囲をカバーするためより近くの診療所を選択する、④従来型診療所も在宅診療を熱心に行っている、⑤在宅特化型診療所と連携することで従来型診療所ががん患者を診療しやすくなる、⑥訪問看護師や保険薬局薬剤師などチームとして緩和ケアの技術が向上することで対応が可能になる、など複数の理由が考えられる。

本研究の限界として、1地域における研究であるので他の地域に当てはまるとはかぎらないこと、患者・家族の quality of life を評価したものではないこと、3年間の数値であり今後変化する可能性があること、個々の連携の状況(ドクターネットの診療数、在宅特化型診療所が従来型診療所を支援して診療した患者数など)に関するデータを取得できなかったことが挙げられる。

以上より、在宅特化型診療所と従来型診療所間のドクターネットは相互に排他的に機能するものではなく、両方のシステムが地域に存在することで自宅で過ごすがん患者の緩和ケアに寄与する可能性が示唆された。このモデルが他のモデル(複数の在宅特化型診療所のみで地域を担当する、地域ごとに割りつけられた従来診療所が地域を担当する、病院からの在宅診療部門が加わるなど)と比較してどのようなアウトカムや費用対効果をもたらすのかについては、他地域を含めた比較研究が必要である。

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」の助成を受けた。

文献

- 1) 片山 壽 監著. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア, 第1版. 篠原出版新社, 東京, 2008.
- 2) 特集: 地域医療連携実践ガイドブック. 治療 2008; 90 (Suppl): 654-1378.

- 3) Clark D. The development of palliative medicine in the UK and Ireland. Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, et al eds. Textbook of Palliative Medicine. Hodder Arnold, London, 2006; 3-11.
- 4) Lickiss JN. The development of palliative medicine in Australia/New Zealand. Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, von Gunten CF eds. Textbook of Palliative Medicine. Hodder Arnold, London, 2006; 49-57.
- 5) 田城孝雄. 地域医療計画と在宅医療. 治療 2008; 90 (Suppl): 1300-10.
- 6) 岡部 健. IV. 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア. 1. [名取市] 医療・福祉・介護の連携した在宅緩和ケアチーム. 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」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2008. 2008; 53-6.
- 7) 片山 壽. 尾道市医師会：開業医の機動力を示す地域医療連携・カンファレンス. 日本医師会雑誌 2010; 139 (Suppl): S284-7.
- 8) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦, 他. 要町病院・要町ホームケアクリニック：在宅療養連携病院としての役割. 日本医師会雑誌 2010; 139 (Suppl): S296-9.
- 9) 白髭 豊. IV. 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア. 7. [長崎市] 地域緩和ケアネットワーク構築の試み. 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; 78-82.
- 10) 川越正平, 廣岡佳代, 白髭 豊. 電話インタビュー調査に基づく在宅医療診療連携システムの類型化 (OPTIM 方式). 日本医事新報 2011; 4565: 87-92.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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. [Epub ahead of print]
- 14) 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. 浜松における地域がん緩和ケアの取り組み—OPTIM プロジェクト中間報告. [<http://www.seirei.or.jp/optim/report/index.html>]

著者の申告すべき利益相反なし

外来患者のがん疼痛に対する保険薬局薬剤師の電話モニタリング・受診前アセスメントの効果

原著

Original Article

前堀直美¹⁾ 水上有紀子¹⁾
安達三郎²⁾ 永江浩史³⁾
藤本巨史⁴⁾ 森田達也⁵⁾

¹⁾レモン薬局三方原店

²⁾レモン薬局

³⁾聖隷三方原病院泌尿器科

⁴⁾聖隷三方原病院緩和ケアチーム

⁵⁾聖隷三方原病院緩和支援治療科

要 旨

目的は、薬局薬剤師が行う鎮痛のモニタリングの有用性を明らかにすることである。薬局に受診したがん患者 57 名を対象とし、薬剤師が電話でモニタリングを行った。100 件のうち、疼痛マネジメントの問題は 74% で同定できた。内訳は、鎮痛不十分 (44%)、嘔気 (20%)、眠気 (14%)、便秘 (8%)、精神症状 (3%) であった。介入は、「医師の指示内で指導」が 62% (レスキューの指導、副作用対策薬の指導など)、「医師と連絡を取り新しい指示を得て指導」が 22% などであった。モニタリングにより、疼痛 STAS、疼痛 NRS のいずれも有意に低下した。薬局からの電話モニタリングを行うことにより外来患者の鎮痛の向上が得られる可能性が示唆された。(ペインクリニック 33: 817-824, 2012)

キーワード：がん、疼痛マネジメント、薬局

I. 背景・目的

疼痛はがん患者の主要な苦痛の一つであり、しばしば十分に治療されていない¹⁾。わが国においても、外来の進行がん患者の約 20% が中程度以上の疼痛を有している²⁾。がん疼痛の主たる治療はオピオイドを中心とした薬物療法であるが³⁾、有効に緩和するためには、患者個々に応じたモニタリングや教育が重要であることが複数の無作為化比較試験で示されている⁴⁻¹⁰⁾。

近年、がん疼痛の緩和治療は外来で開始されることが多くなったため、保険薬局が患者の窓

口となることが多い。しかし、保険薬局では、処方医からの患者情報が得られないことや、1つの薬局でオピオイドを扱う経験が少なく知識が不十分であることから、オピオイドの服薬指導を行っている保険薬局は約半数にすぎない¹¹⁾。薬剤師が服薬指導に加わることは患者の鎮痛の質を向上させる可能性があるが¹²⁾、わが国では、外来がん患者の疼痛のモニタリングを保険薬局が行った有効性に関する実証報告はない。

本研究の目的は、外来通院中のがん患者がオピオイドの治療を受ける時に、保険薬局から電話でモニタリングを行うことの有用性を明らかにすることである。有用性の評価項目としては、①薬局で把握した疼痛マネジメントの問題とその対応、および、②モニタリング前後での疼痛の強さの変化を用いた。

〈Original Article〉

Effect of telephone follow-up from community pharmacy on pain intensity of outpatient cancer patients

Naomi Maehori, et al

Lemon Pharmacy, Mikatahara Branch

II. 対象・方法

1つのがん診療連携拠点病院に隣接している保険薬局に受診したがん患者のうち、適格基準を満たす患者を連続的に対象とし、薬剤師があらかじめ作成した調査用紙に従って患者のモニタリングを行った。

患者の適格基準は、①がん疼痛に対する鎮痛薬（非オピオイド鎮痛薬、オピオイド鎮痛薬、または鎮痛補助薬）の処方のある患者、②鎮痛薬の処方が開始または変更されたもの、または、疼痛のSTAS（support for team assessment schedule 日本語版）¹³⁾が2以上、③緩和ケアチームが関わっている患者、または、泌尿器科を受診している患者（病院から保険薬局に情報提供を行う手順に協力が得られた診療科のため）とした。本研究の目的は、保険薬局で鎮痛治療を受けているがん患者全体に対する電話モニタリングの有用性を評価することであるため、オピオイドを導入する時期に対象を限ることはしなかった。

モニタリングに当たっては、患者の同意を得て日常臨床の一環として行い、前向きに記録したデータを後向きに集計した（retrospective cohort 研究）。

1) モニタリング

モニタリングは、緩和医療を専門とする医師による2時間のモニタリングの訓練を受けた保険薬局の薬剤師2名（女性、経験年数20年と9年）が行った。いずれも病院勤務の経験があり、1名は研究施設の緩和ケアチームの薬剤師として2年間の勤務経験があった。

病院と保険薬局で病状の共有を行うために、①担当医が患者の同意を得て、診察内容を記載したカルテのハードコピーを患者に持参させた、また、②薬剤師が必要と判断した場合には、病院の外来看護師・緩和ケアチーム看護師に電話で直接連絡をして病状の確認をした。

1名の患者に対して2週間を1件のモニタリングと定義した。同一患者において1件のモニ

タリングが終了後に、再び新しい症状の悪化や投薬の変更のために適格基準を満たした場合には新しいモニタリングとして1件とした。

初診時（初回の保険薬局への来局時）に、疼痛のSTAS、疼痛（最大、最少）の numeric rating scale (NRS)¹⁴⁾を記録し、患者の医療用麻薬についての不安、服薬方法を確認した。電話で症状や服薬状況のモニタリングを行うことの同意を得られた患者に対して、初診時から48時間以内に電話でモニタリングを行った。モニタリングでは、疼痛のSTAS、疼痛（最大、最少）のNRS、嘔気、眠気のSTAS、排便の有無、および、精神症状（幻覚、または、混乱が認められるものと定義）を口頭で確認し、記録した。

患者の症状に合わせて、必要と考えた介入を行い、介入内容として、「医師の指示の範囲内で指導したこと」、「医師と連絡を取り新しい指示を得て指導したこと」、「予定外受診を勧めた」のいずれかの有無を記録した。前2者については、行った内容を自由記述で記録した。

レスキュードーズを使用していない場合には、その理由を開かれた質問で確認し、「処方があることを知らなかった」、「使ってはいけないと思っていた」、「副作用があり使いたくない」、「複数ありどれを使えばいいかわからない」、「投与間隔がわからない」、「その他」のいずれかに分類して記録した。

2) 受診前来局

電話モニタリングの結果、症状が不安定で担当医師の受診前に保険薬局への来局に同意した患者を対象として、「服薬指導報告書」または「お薬手帳」を使い、主治医への在宅中の状況報告と処方提案を行った。

処方提案として推奨した内容として、「定期的なオピオイドの増量」、「定期的なオピオイドの開始」、「副作用対策薬の新規処方」、「副作用対策薬の追加・変更処方」、「オピオイドの変更」、「レスキュー投与量の変更、新規処方」、「残薬調整」から選択した。

同日の来局の際に、推奨した内容が実施されたかどうかを確認した。

表 1 患者背景

平均年齢	68 ± 13 歳	原疾患	
性別 [男性]	67% (n = 38)	膀胱・前立腺・腎臓	37% (n = 21)
[女性]	33% (n = 19)	大腸・直腸	14% (n = 8)
緩和ケアチームの診療	81% (n = 46)	肺	11% (n = 6)
		膵臓・胆管・胆のう	11% (n = 6)
		乳腺	11% (n = 6)
		胃	8.9% (n = 5)
		その他	11% (n = 6)
ECOG の performance status		疼痛 (最大) NRS 平均値 ± 標準偏差	7.2 ± 2.0
0	7.0% (n = 4)	0	0% (n = 0)
1	81% (n = 46)	1 ~ 3	7.0% (n = 4)
2	11% (n = 6)	4 ~ 6	21% (n = 12)
3	3.5% (n = 2)	7 以上	74% (n = 42)
4	0% (n = 0)		
疼痛 STAS 平均値 ± 標準偏差	2.6 ± 0.77	疼痛 (最小) NRS 平均値 ± 標準偏差	3.7 ± 2.0
1	11% (n = 6)	0	5.3% (n = 3)
2	23% (n = 13)	1 ~ 3	46% (n = 26)
3	61% (n = 35)	4 ~ 6	42% (n = 24)
4	7.0% (n = 4)	7 以上	8.8% (n = 5)

STAS : support for team assessment schedule, NRS : numeric rating scale

Ⅲ. 解 析

把握した「疼痛マネジメントの問題」とその対応について度数を集計した。「疼痛マネジメントの問題」とは、「疼痛 STAS ≥ 3, 嘔気 STAS ≥ 3, 眠気 STAS ≥ 3, 便秘が 3 日以上ない, または, 精神症状があるもの」と定義した。対応については、「医師の指示の範囲内で指導したこと」、「医師と連絡を取り新しい指示を得て指導したこと」、「予定外受診を勧めた」の度数分布を算出した。また、「レスキュードーズを使用していない理由」の度数分布を算出した。介入内容の自由記述について、1 名の臨床研究の経験が豊富な緩和医療を専門とする医師 (TM) のスーパービジョンの下に 2 名の薬剤師が独立して内容分析を行い、カテゴリーを一致させたものの頻度を計算した。

モニタリング前後での疼痛の強さの変化については、各回のモニタリング前後、および、1 名の患者での初診時と最終のモニタリング時の疼痛の STAS と疼痛 (最大, 最小) の NRS の平均値を Wilcoxon の符号順位検定で比較した。精神症状のために疼痛 NRS が評価できなかった患者では、last observation carried forward (LOCF) 法によって欠損値を介入前の値に置き換えた。

解析は SPSS ver. 11.5 (IBM 社製) を用いた。

Ⅳ. 結 果

適格基準を満たす患者 57 名のうち、すべての患者から同意が得られ、延べ 100 件の電話モニタリングを行った。モニタリングを行った理由は、「鎮痛薬の処方開始または変更されたもの」が 46 件 (開始 27 件, 変更 29 件)、鎮痛

表2 疼痛マネジメントの問題と対応 (100件)

内 訳		
疼痛マネジメントの問題	疼痛 STAS \geq 3	44% (n=44)
	嘔気 STAS \geq 3	20% (n=20)
	眠気 STAS \geq 3	14% (n=14)
	便通が3日以上ない	8% (n=8)
	精神症状	3% (n=3)
対 応		
医師の指示の範囲内で指導した	レスキューの使用法の指導	39% (n=39)
	副作用対策薬の服薬方法の指導	17% (n=17)
	服薬時間の指導	11% (n=11)
	飲酒、市販薬など生活の指導	5% (n=5)
	医師と連絡を取り、新しい指示を得て指導した	22% (n=22)
増 量	増 量	8% (n=8)
	減量・中止	8% (n=8)
	レスキュードーズ薬・量の変更	4% (n=4)
	副作用対策薬の新規処方・変更	2% (n=2)
予定外受診を勧めた	12% (n=12)	

項目は重複がある。STAS：support for team assessment schedule

薬の開始や変更を伴わない「疼痛のSTASが2以上のもの」が44件であった。オピオイドの初回投与の患者27件では、25症例で制吐剤が処方され、18症例で下剤が処方されていた。

患者1名あたりのモニタリング回数の中央値は1件（範囲：1～7回）であった。1件のモニタリング期間中に、中央値2回（範囲：1～7件）の電話連絡を行い、1回の電話連絡に必要とした時間は中央値5分（範囲：1～10分）であった。

患者背景を表1に示す。患者の全身状態は、performance statusが2以下の患者がほとんどであった。疼痛のSTASは89%が2以上、疼痛（最大）のNRSは74%が7以上であった。

1) 薬局で把握した疼痛マネジメントの問題とその対応

① モニタリング

モニタリング期間中に、何らかの「疼痛マネジメントの問題がある」とされたものは74%

(74件)であった。60% (60件) では1つの問題、13% (13件) では2つの問題、1% (1件) では3つの問題が同定された。最も多かったものは、鎮痛が不十分 (44%) であり、次に、嘔気 (20%)、眠気 (14%) であった (表2)。

鎮痛が不十分の患者のうち、処方されているレスキューが使用されていないものは23件 (52%, 23/44) であった。レスキューを使用していない理由は、「使ってはいけないと思っていた」39% (9件)、「複数ありどれを使えばいいかわからない」17% (4件)、「副作用があり使いたくない」17% (4件)、「投与間隔がわからない」13% (3件)、「処方があることを知らなかった」4% (1件)、「もったいない」(1件)、「効果がない」(1件) であった。

薬剤師が行った介入は、「医師の指示の範囲内で指導した」62%、「医師と連絡を取り新しい指示を得て指導した」22%、「予定外受診を勧めた」12%であった (表2)。最も多かった介入は、「レスキューの使用法の指導」39%、

表3 受診前アセスメントで推奨された内容 (48件)

受診前アセスメントで推奨された内容	
副作用対策薬の新規処方	35% (n=17)
定期的なオピオイドの増量	33% (n=16)
レスキュー投与量の変更・新規処方	15% (n=7)
オピオイドの変更	8.3% (n=4)
残薬調整	8.3% (n=4)
定期的なオピオイドの開始	4.2% (n=2)
副作用対策薬の追加・変更処方	4.2% (n=2)

項目は重複がある

表4 モニタリング前後での疼痛の変化

	各モニタリングの前後 (100件)			患者あたりの初回評価と最終評価 (58症例)		
	前	後	p	前	後	p
疼痛 STAS 平均値±標準偏差	2.3±0.87	1.8±0.83	<0.001	2.6±0.77	1.7±0.80	<0.001
0, 1	22% (n=22)	49% (n=49)		10% (n=6)	48% (n=28)	
2	27% (n=27)	28% (n=28)		22% (n=13)	33% (n=19)	
3	47% (n=47)	22% (n=22)		60% (n=35)	17% (n=10)	
4	4% (n=4)	1% (n=1)		6.9% (n=4)	1.7% (n=1)	
疼痛 (最大) NRS 平均値±標準偏差	6.4±2.3	4.9±2.4	<0.001	7.2±2.0	4.6±2.6	<0.001
疼痛 (最小) NRS 平均値±標準偏差	3.4±1.8	2.7±1.8	0.002	3.8±2.0	2.5±1.8	0.002

STAS : support for team assessment schedule, NRS : numeric rating scale

「副作用対策薬の服薬方法の指導」17%であった。

② 受診前来局

受診前来局は30名に勧められ、26名から合意が得られた。延べ59件実施され、48件(81%)で何らかの処方提案が行われた。

推奨した内容として、多かったのは、副作用対策薬の新規処方35%、定期的なオピオイドの増量33%、レスキュー投与量の変更・新規処方15%であった(表3)。提案全体の73%(35件)が、同日の処方に反映された。

2) 疼痛の強さの変化

各モニタリングの前後、患者の初回と最終評

価のいずれにおいても、疼痛STAS、疼痛(最大)NRS、疼痛(最小)NRSのいずれも有意に低下した(表4)。患者の初回と最終評価の比較において、疼痛STASが1以下、2以下の患者は、初回はそれぞれ10%、32%であったが、モニタリング終了時にはそれぞれ48%、81%であった。

V. 考 察

本研究は、われわれの知る限り、わが国の保険薬局によるがん疼痛の電話モニタリングの有用性を示唆した最初の研究報告である。外来で