

References

1. Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J (2004) The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliat Med* 18:202–216
2. Morita T, Miyashita M, Shibagaki M et al (2006) Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manag* 31:306–316
3. Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, Sjøgren P (2009) Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. *Scand J Caring Sci* 23:190–208
4. Ward SE, Goldberg N, McCauley VM et al (1993) Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain* 52:319–329
5. Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, Emanuel EJ (2001) Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet* 357:1311–1315
6. Yates PM, Edwards HE, Nash RE et al (2002) Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia. *J Pain Symptom Manag* 23:393–405
7. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S (2000) Concerns of Japanese hospice inpatients about morphine therapy as a factor in pain management: a pilot study. *J Palliat Care* 16(4):54–58
8. Morita T, Akechi T, Ikenaga M et al (2005) Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23:2637–2644
9. Fadul N, Elsayem A, Palmer JL et al (2009) Supportive versus palliative care: what's in a name?: a survey of medical oncologists and midlevel providers at a comprehensive cancer center. *Cancer* 115:2013–2021
10. Miyashita M, Hirai K, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y (2008) Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer* 16:217–222
11. Sanjo M, Miyashita M, Morita T et al (2008) Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manag* 35:275–282
12. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y (2009) Late referrals to palliative care units in Japan: nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manag* 38:191–196
13. Gomes B, Higginson IJ (2006) Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *Br Med J* 332:515–521
14. Higginson IJ, Sen-Gupta GJ (2000) Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med* 3:287–300
15. Ministry of Health, Labor, and Welfare. Place of end-of-life care. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8d8.html>. Accessed 8 March, 2011 (In Japanese)
16. Fukui S, Fukui N, Kawagoe H (2004) Predictors of place of death for Japanese patients with advanced-stage malignant disease in home care settings: a nationwide survey. *Cancer* 101:421–429
17. Sanjo M, Miyashita M, Morita T et al (2007) Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18:1539–1547
18. Foreman LM, Hunt RW, Luke CG, Roder DM (2006) Factors predictive of preferred place of death in the general population of South Australia. *Palliat Med* 20:447–453
19. Brazil K, Howell D, Bedard M, Krueger P, Heidebrecht C (2005) Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill. *Palliat Med* 19:492–499
20. Funk L, Allan D, Stajduhar K (2009) Palliative family caregivers' accounts of health care experiences: the importance of "security." *Palliat Support Care* 7:435–447
21. Milberg A, Strang P (2000) Met and unmet needs in hospital-based home care: qualitative evaluation through open-ended questions. *Palliat Med* 14:533–534
22. Milberg A, Strang P, Carlsson M, Börjesson S (2003) Advanced palliative home care: next-of-kin's perspective. *J Palliat Med* 6:749–756
23. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, et al. (2011) A scale for measuring feelings of support and security about cancer care in a region of Japan: a potential new endpoint of palliative care. *J Pain Symptom Manag* (in press)
24. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M et al (2008) Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 25:412–418
25. Uki J, Mendoza T, Cleeland CS, Nakamura Y, Takeda F (1998) A brief cancer pain assessment tool in Japanese: the utility of the Japanese Brief Pain Inventory–BPI-J. *J Pain Symptom Manag* 16:364–373
26. Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Maeyama E, Tsuneto S, Shima Y (2004) Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manag* 27:492–501
27. Miyashita M, Morita T, Hirai K (2008) Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol* 26:3845–3852
28. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y (2008) Palliative care in Japan: shifting from the stage of disease to the intensity of suffering. *J Pain Symptom Manag* 36:e6–e7
29. Tang ST (2003) When death is imminent: where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. *Cancer Nurs* 26:245–251
30. Gott M, Seymour J, Bellamy G, Clark D, Ahmedzai S (2004) Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliat Med* 18:460–467
31. McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA (2007) Feeling like a burden: exploring the perspectives of patients at the end of life. *Soc Sci Med* 64:417–427
32. Akazawa T, Akechi T, Morita T et al (2010) Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: a categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manag* 40:224–234

がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために 取り組んでいることと課題

木下 寛也^{*1} 渡邊 敏^{*2} 小笠原鉄郎^{*3} 橋本 淳^{*4} 松尾 直樹^{*5}
三宅 智^{*6} 森田 達也^{*7}

(*Jpn J Cancer Chemother* 39(10): 1527-1532, October, 2012)

What Do Cancer Centers do to Improve Community Palliative Care?: Hiroya Kinoshita^{*1}, Satoshi Watanabe^{*2}, Tetsuo Ogasawara^{*3}, Atsushi Hashimoto^{*4}, Naoki Matsuo^{*5}, Satoshi Miyake^{*6} and Tatsuya Morita^{*7} (^{*1}Dept. of Palliative Medicine and Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital, East, ^{*2}Division of Palliative Medicine, Chiba Cancer Center Hospital, ^{*3}Dept. of Palliative Care, Miyagi Cancer Center, ^{*4}Dept. of Palliative Medicine, Aichi Cancer Center Aichi Hospital, ^{*5}Dept. of Palliative Care, Saitama Cancer Center, ^{*6}Dept. of Palliative Medicine, Tochigi Cancer Center, ^{*7}Dept. of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital)

Summary

This study's purpose was to gain insight into practical strategies for improving community palliative care in Japan. Focus groups were held involving physicians, medical social workers, and nurses of 6 cancer centers, and the collected data were qualitatively analyzed. A total of 19 categories were examined. They were related to 1) education for medical health care professionals about palliative care, 2) public education about palliative care, 3) specialized palliative care service, and 4) constructing a community palliative care network. Additionally, 7 categories related to medical and social systems were analyzed. The list proposed in this study may be effective for systematically understanding approaches to improve community palliative care. The implementation of nationwide focus groups which rapidly disclose their results may contribute to improving regional palliative care at a national level. Key words: Palliative care, Cancer center, Community palliative care (Received Dec. 28, 2011/Accepted Feb. 22, 2012)

要旨 本研究の目的は、がん専門病院が地域緩和ケアの向上のためにやっていること、課題、解決策を収集することにより、地域緩和ケアを向上させる方策の具体的な工夫に関する洞察を得ることである。六つのがん専門病院の医師、医療ソーシャルワーカー、看護師を対象としたフォーカスグループを行い、質的分析を行った。緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進についての取り組みとして合計19カテゴリーが、現場では有効な解決策が見当たらない課題として合計7カテゴリーが同定された。本研究で作成されたリストは各活動を行う上での工夫を系統的に整理することに役立つと考えられる。さらに、同様のフォーカスグループを全国的に行いその結果を迅速に公開する仕組みを作ることは、全国水準での地域緩和ケアの向上に貢献する可能性がある。

^{*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} 千葉県がんセンター・緩和医療科

^{*3} 宮城県立がんセンター・緩和ケア部

^{*4} 愛知県がんセンター愛知病院・緩和ケア科

^{*5} 埼玉県立がんセンター・緩和ケア科

^{*6} 栃木県立がんセンター・緩和医療部

^{*7} 聖隷三方原病院・緩和支援治療科

連絡先: 〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1 国立がん研究センター東病院・緩和医療科・精神腫瘍科
木下 寛也

緒 言

地域での緩和ケアの普及が求められている^{1,2)}。地域での緩和ケアを普及するために、がん専門病院を含むがん診療連携拠点病院は中心的な役割を担うことが期待されている。わが国の緩和ケアの課題として、医師や看護師の緩和ケアの知識・技術が不十分であること、患者・家族・住民の緩和ケアの認識が適切ではないこと、専門的な緩和ケアを提供する体制にないこと、地域で緩和ケアを提供するための連携体制が構築されていないことがあげられている³⁾。それぞれに対して、緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進が行われており、国のレベルとしては、PEACEプロジェクト、オレンジバールンプロジェクト、緩和ケアチームの保険適応などの対応が具体的にとられている⁴⁾。一方、地域のがん診療連携拠点病院ごとにも様々な取り組みが行われており、取り組み上で様々な工夫が行われていると考えられる。地域や施設を越えて地域緩和ケアを普及するための方策を共有することは、他の地域でうまくいっている方法から学んだり、新しい方法を取り入れたりすることに有用な可能性がある⁵⁾。しかしこれまでに、がん専門病院が地域緩和ケアの普及のためにどのような取り組みをしているかを複数地域の担当者を対象として収集した研究はない。本研究では、がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために行っていること、課題、今後の解決策を収集することにより、地域緩和ケアを向上させる方策の具体的な工夫に関する洞察を得ることである。

I. 対象・方法

六つのがん専門病院の医師、医療ソーシャルワーカー、看護師を対象としたフォーカスグループを行った。参加者の構成は、医師6名(全員が緩和ケア担当医)、医療ソーシャルワーカー6名、看護師が5名(退院支援・地域連携担当看護師4名、緩和ケア病棟師長1名)であった。職種別に三つのグループに分け、「がん専門病院として地域緩和ケアの四つの側面(緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進)のそれぞれについて今取り組んでいること、課題、今後の解決策を尋ねた。フォーカスグループは180分行い、録音したものを逐語記録とした。逐語記録は延べ176,562語であった。

最初に、臨床心理士2名が独立して緩和ケア医師(MK)の助言の下に、「緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進について、今取り組んでいること、課題、

今後の解決策」が述べられた部分を意味単位として抽出し、意味内容の類似性から分類し、カテゴリを作成した。次に、緩和ケア領域での研究の経験の豊富な緩和ケア医師(TM)のスーパーバイズの下に議論して一致させた。今取り組んでいること、課題、今後の解決策については、それぞれが一体となって語られていることが多かったため、分析では四つの側面ごとに取り組んでいることと解決策をまとめてカテゴリ化した。解決策が提示されなかったものは、まとめて「現場では有効な解決策が見当たらない課題」として分類した。本研究の目的はテーマの収集であるため、カテゴリの数の集計は行わなかった。取り組み・解決策の背景や理由が語られている場合には、(～のため)と表記して明確化した。データを「**]**」、カテゴリを「**【**」で示した。

研究参加者に自由意思での参加であることなどについての同意を文章で得た後に、解析は個人情報秘匿に留意して行われた。

II. 結 果

緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進についての取り組みとして合計19カテゴリが、現場では有効な解決策が見当たらない課題として合計7カテゴリが同定された。

緩和ケアの知識の普及のための取り組みとしては、院内の勉強会などの【勉強会を行う】が主であったが、内容や方法の様々な工夫があげられた(表1)。多くの施設が、【すでにあるものを利用する】ことの重要性について言及した。すなわち、独自に研修会や講演会を行うのではなく、すでにある研修会を利用する、院内の勉強会を地域に公開することによって負担を減らしながら同じ程度の効果を得られることが語られた。また【内容を工夫する】では、特に看護教育において、カリキュラムがスケジュールに沿って行われることや、修了証を準備することが看護師のモチベーションになることが述べられた。方法も講義のみではなく、グループワーク、事例検討、病棟での実習など様々な方法をとることが必要であると述べられた。地域の緩和ケアの向上という点では、【診療所医師のアシストをする訪問看護師や保険薬局薬剤師を対象とする】ことが意識されていた。すなわち、通常の診療所医師は1年間に体験するがん患者の頻度が少ないと考えられるため、診療所医師よりもむしろ訪問看護師や保険薬局薬剤師の緩和ケアの知識を向上することで、チーム全体としての緩和ケアの知識・技術の向上を行うことが重要であるとの考えが述べられた。

患者・家族・住民への啓発のための取り組みとしては、

表1 緩和ケアの知識の普及のための取り組み

<p>【勉強会を行う】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチームが中心に院内の勉強会を行う ・リンクナースで主催して勉強会を行う ・リンクスタッフどうしの交流会を行う <p>【すでにあるものを利用する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護協会の e-learning を行っている ・新しく企画するよりも既存のものに組み込んでいく ・院内の勉強会を地域に対して公開して行っている <p>【内容を工夫する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常的に経験することを扱う ・看護師のラダーに沿って方法（講義やグループワークなど）を変える ・基礎編、応用編それぞれに修了証をだす。認定看護師の受験に対応できるようにする ・講義だけでなく、事例紹介、事例についてのディスカッションを中心にする ・講義だけでなく、病棟での見学・実習を組み合わせる ・1年分で内容が網羅できるようにスケジュールをあらかじめ決めて行っている <p>【診療所医師のアシストをする訪問看護師や保険薬局薬剤師を対象とする】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（年間の体験数の少ない診療所医師へ具体的な提言ができるように）訪問看護師への教育を行っている ・病院の緩和ケア認定看護師が訪問看護ステーションにでかけて出前講義を行っている ・（年間の体験数の少ない診療所医師へ具体的な提言ができるように）保険薬局薬剤師への教育を行っている ・保険薬局薬剤師の勉強会では、診療所医師も一緒に参加を依頼する
<p>カテゴリーに相当する代表的な項目を示す</p>

表2 患者・家族・住民への啓発のための取り組み

<p>【マテリアルを作成する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ポスター、ホームページを作成する ・新聞に掲載を依頼する <p>【既存のマテリアルを活用する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・NHK小冊子「ホスピスってなあに？」を設置する ・緩和ケアに関する書籍を設置する ・「患者必携」を活用する <p>【公開講座やイベントを行う】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市民公開講座を行っている ・がん予防・化学療法中などのための健康料理教室を行っている <p>【既存のイベントや活動に参加する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市民の健康イベントで講演や相談ブースをだしている ・中学生など向けの命の授業などに参加する ・市民の集まりに病院職員がボランティアとして参加する <p>【患者会を行ったり、患者会と連携する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者会や患者サロン、遺族会を行う ・患者会との懇談会を行う ・患者会に場所を提供して運営は患者会に依頼する <p>【病院施設を公開する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院全体を知ってもらうオープンキャンパスを行う ・院内図書館を自由なスペースとして開放する <p>【日々の臨床を「啓発」であるにとらえる】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今の介護世代が高齢化社会の患者になるので、介護者が自宅でもできたと思える体験を積めるように意識している
<p>カテゴリーに相当する代表的な項目を示す</p>

ポスターなどの【マテリアルを作成する】、【既存のマテリアルを活用する】、【公開講座やイベントを行う】、【既存のイベントや活動に参加する】といった一般的な啓発活動が述べられた（表2）。加えて、多くの施設で、患者会との多様な連携、すなわち自施設で患者会を行うばかりではなく、患者会の運営についての懇談会を行ったり、

場所の提供を行い運営は患者会に任せるなど多様な方法が【患者会を行ったり、患者会と連携する】として語られた。この他、大学のオープンキャンパスなど【病院施設を公開する】ことも啓発活動としてあげられた。一方、「今の介護世代が高齢化社会の患者になるので介護者が自宅でもできたと思える体験を積めるように意識してい

表 3 緩和ケアの連携の促進のための取り組み

<p>【病院からの退院支援を強化する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスを行う ・(退院前カンファレンスを行う時間調整がたいへんなので) サマリーを細かく書く, 出席できる医師や看護師が状況を聞いていくことで対応する ・退院時のサマリーに外来で継続看護をして欲しいことをリストしている ・(患者の見捨てられた感じを減らし, 自宅での生活のイメージをもつために) 退院後に病棟看護師が患者の自宅に行く ・医療福祉相談, 看護相談, 地域連携を一つの部署にする <p>【外来での在宅支援を強化する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(外来での在宅移行が多いため)「退院調整看護師」を「在宅支援選任看護師」と名称を変える ・医師1名, 看護師2名を専従とするサポーターセンターを設置し, 治療早期からのかかりつけ医師の紹介など在宅リソースへのつなぎをしている ・外来で専従の看護師が困っていそうな人に積極的に声をかけている <p>【在宅療養中の患者の情報共有とバックアップベッドの確保を行う】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師と患者の状況について書面など公式なものにかかわらず情報交換をこまめに行う ・在宅にいる患者の緊急時の対応ベッドとして緩和ケア病棟を常に1~2床空けている <p>【病院医師・看護師が在宅を念頭に置いた診療やケアができるように教育プログラムを作る】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内のセミナーや教育課程に, 緩和ケアのみではなく, 退院支援に関する内容を含む ・病棟看護師が訪問看護ステーションに実習に行く ・(在宅看護がカリキュラムに入っていないなかった時期の看護師に在宅の視点がないことが多いので) 師長・副師長が訪問看護実習をする <p>【地域で一緒にみた患者の経過を共有する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護を受けた患者の写真を病棟看護師や医師にみせる <p>【病院スタッフと地域スタッフとの情報交換の場を増やす】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(診療所医師の特徴を知って患者に合う診療所を紹介できるように) 訪問看護ステーション看護師と病院看護師・地域連携室で会う機会を増やしている ・(お互いをよく知るために) 在宅医懇話会・ピースプロジェクトなどを利用して集まりをもつ ・地域緩和ケアに関心のある医療福祉従事者のメーリングリストを運営している ・医師会とがん専門病院とで会合をもっている ・診療所医師・看護師を緩和ケア病棟で実習・研修する
--

カテゴリーに相当する代表的な項目を示す

る」のように, 特に啓発活動というのではなく【日々の臨床を「啓発」である」とらえる】意見もあった。多くの参加者が患者・家族に対する「緩和ケアの啓発」の困難について述べ, 「患者がいちばん否定したいことを受け入れるのは難しい」, 「医療者よりも患者や家族の拒否感が大きい」などと表現した。

専門的な緩和ケアの提供のための取り組みとしては, 多くはあげられなかったが, 【緩和ケア病棟の役割を見直す】として, 「(より多くの患者が使用できるように) 緩和ケア病棟は長期の療養場所ではないが緊急入院は受けられることを説明し, 短期入院の方針としている」, 「長期療養を希望する場合には, がん専門病院以外のホスピスを紹介している」ことがあげられた。また, 地域連携パスの一環として【緩和ケア専門家へのホットラインを設置】したが, 利用は少ないとの意見があった。

緩和ケアの連携の促進のための取り組みとして, 退院前カンファレンスを行うなどの【病院からの退院支援を強化する】, 外来に専従の人員を配置したり専門部署を作るなどの【外来での在宅支援を強化する】, 在宅療養中の患者のサポートとして【在宅療養中の患者の情報共有

とバックアップベッドの確保を行う】, および【病院医師・看護師が在宅を念頭に置いた診療やケアができるように教育プログラムを作る】があげられた(表3)。また, 地域でのネットワークを作る取り組みとして, 自宅に帰った患者の自宅での様子を写真で報告する仕組みを作るといった【地域で一緒にみた患者の経過を共有する】や, 各種ミーティング・メーリングリスト・現場での研修を通じて【病院スタッフと地域スタッフとの情報交換の場を増やす】ことがあげられた。

一方, 現場では有効な解決策が見当たらない課題としては, 【経済的負担】, 【医療福祉従事者の負担】, 【在宅医療を提供する医師・看護師の不足】, 救急搬送時の問題として【急な状態悪化時の対応】, 必要な時に患者情報をやり取りできない【個人情報保護】, 新しく作成したツールは運用するのが難しい【ツールの運用の難しさ】があげられた(表4)。

このうち, 【在宅医療を提供する医師・看護師の不足】については, 現場では「一人ずつ開拓している」, 「新しい先生よりも確実な先生と組んで地域でもできるという感覚を増やす」, 「診療所医師5名くらいでチームとして

表4 現場では有効な解決策が見当たらない課題

【経済的負担】
・医療費が高く、本来必要な医療やサービスを受けられない
・在宅療養は時間で費用が違うため患者が長い時間のコミュニケーションを希望しないことがある
【医療福祉従事者の負担】
・スタッフの疲弊が激しい
・集まりは夕方からになるため仕事が終わらないか、時間外になる
【在宅医療を提供する医師・看護師の不足】
・在宅診療を行う医師の総数が変わらないので負担が偏っている
・在宅医療のスキルのある医師は人気があるので偏っていく
・かかりつけ医師がいる患者が少なく、病院医師がかかりつけのことが多い
・診療所は立場が弱く患者からの不満があると意欲が落ちる
【急な状態悪化時の対応】
・急な状態悪化時に救急搬送される
【個人情報の保護】
・個人情報保護のため訪問看護ステーションからでは病院から（患者に直接聞けない）情報を入手できない
・FAXが確実に相手に届くかわからないので情報を聞けないことがある
【療養場所の不足】
・（質の高い療養場所がないため）緩和ケア病棟から転院は難しい
・（療養場所がないため）緩和ケア病棟が療養病床のようになる
・（緩和ケア病棟がないため）緩和ケア病棟の待ち日数が長く、入れない患者がいる
・（大学の系列が違うため）療養場所が見つからない
・地域により差が大きく、人口とリソースの比率が一致していない
【ツールの運用の難しさ】
・緩和ケアや医療用麻薬についてのパスを作ったが、作るところまではよいが運用が進まない

カテゴリーに相当する代表的な項目を示す

連携している」、「病院から医師や看護師が在宅を行う診療所や訪問看護ステーションの立ち上げを行い軌道に乗ったら地域で雇用した職員に渡す」、「訪問看護ステーションは休日がないので）人手が足りない時は病院看護師と交代する」などといった取り組みがあげられたが、実績や質に合わせた診療報酬上の評価などの対応がないと解決は難しいとの意見が多かった。また、【療養場所の不足】についても、緩和ケア病棟だけの問題ではなく、地域全体の療養場所の不足・偏在、機能に応じて適切な利用がされていないという観点から語られた。

Ⅲ. 考 察

本研究では、いくつかの注目に値する地域緩和ケアの普及のための工夫が認められた。

一つには、【すでにあるものを利用する】ことである。現在、がん診療連携拠点病院の役割として、医療者対象の研修会や市民対象の講演会をそれぞれ行うことが求められているが⁴⁾、実際に、研修会や講演会を新しく講習会を企画・実施することは必ずしも効率的でないとい今回の研究対象は考えていた。元来施設内で行われている研修会を地域に公開することや、患者会をサポートする形や市民イベントへの参加など、もともとある仕組みを上手に利用できる位置付けが必要な可能性があると考えられる。

二つには、教育の方法として講義のみならずグループワーク、事例検討、実習など様々な方策がとられていた。一般的に教育方法としては一方向的な講義よりも双方向的な手段が有効であるが、地域緩和ケアではグループワークがより有効と体験されることや、職種やテーマによって体験する有用性が異なることが示唆されている^{6,7)}。どのような対象にどのような教育方法がよいのかについて、各地域での知見を系統的に収集することによって、最も効果的な教育方法を明らかにすることが求められていると考えられる。

三つには、【診療所医師のアシストをする訪問看護師や保険薬局薬剤師を対象とする】方策は注目し得る。診療所の医師はすべての疾患の患者を診察するため、年間に診療するがん患者は必ずしも多くないが、訪問看護ステーションではがん患者の診療経験が平均して多い⁸⁾。地域では診療所、訪問看護ステーション、保険薬局などが一定の単位として機能する場合が多く、職種ごと（特に診療所医師）にプログラムを提供するのではなく、訪問看護師と保険薬局と診療所医師を一つのチームとしてがん緩和ケアの知識や技術を提供するプログラムを検討する価値があると考えられる。

四つには、多彩な啓発活動が行われている割には効果が実感されていないことである。これまでに、この数年で全国調査でも緩和ケアに関する認識にはあまり変化は

みられないこと⁴⁾、講演会によって一時的に緩和ケアの認識は変化するが時間経過とともに元に戻ること^{9,10)}、緩和ケアに関する冊子などは広く配布するより、対象となる患者の多いところでより効率的に配布されることが確認されている¹¹⁾。緩和ケアに関する啓発については、広く薄く行う活動よりも、臨床のなかで体験を蓄積することや、対象患者に絞った対応など活動の評価と方針の見直しが必要なのかもしれない。

五つには、がん専門病院においても退院支援など地域連携の取り組みが積極的に行われていることである。取り組みは、① 臨床活動としては退院前カンファレンスと外来での在宅支援の充実、② 教育活動としては病院内での医師・看護師への在宅の視点についての教育、③ 地域連携のネットワーク作りの三つに分けられた。特に、外来での在宅支援について人員や体制の増員などが必要になることが示唆される。また工夫として、有効な教育のためには病院看護師が訪問看護ステーションなど在宅医療の現場を体験することと、在宅がカリキュラムに入っていない時期に教育を受けた可能性の高い師長クラスに対する教育の重要性が述べられた。これらの地域連携の取り組みについては、現在定まった方法は提示されておらず、各施設の取り組み方を系統的に蓄積することが重要であると考えられる。

六つには、課題としてあげられたものはがん緩和医療に限らないことがほとんどであったことである。療養場所の確保、在宅診療を行う主治医（かかりつけ医師）機能、経済的問題、個人情報と患者情報のチームでの共有などはがん緩和医療にかかわらない問題であり、がん医療を越えた枠組みでの議論が必要であることが示唆される。

本研究の限界として、限られた施設のフォーカスグループによる意見なので一般化はできない。

結 論

地域の緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進に取り組む上での工夫が施設ごとに行われており、本研究で作成されたリストをみることで各活動を行う上での工夫を系統的に整理することに役立つと考えられる。さらに、同様のフォーカスグループを全国的に行いその結

果を迅速に公開する仕組みを作ることは、全国水準での地域緩和ケアの課題や改善のための工夫を共有することを通じて、わが国の地域緩和ケアの向上に貢献する可能性がある。

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。調査実施に当たり、ご協力いただいた国立がん研究センター東病院・臨床開発センター・精神腫瘍学開発部の丹下亜土さん、林響子さんに心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, *et al*: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18(6):1090-1097, 2007.
- 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* 2012 Jan 24. [Epub ahead of print]
- 3) 下山直人, 森田達也: わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画 Ver. 1. 厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」, 主任研究者: 下山直人「緩和ケアのグランドデザイン作成に関する研究」, 分担研究者: 森田達也, 2007.
- 4) 加藤雅志: II. がん対策基本法後にホスピス緩和ケアはどう変わったか—成果と残された課題—.(財)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, pp6-12.
- 5) 山岸暎美, 森田達也, 古村和恵・他: 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出—OPTIM-Studyによる複数地域・多職種による評価—. *癌と化学療法* 38(11):1839-1895, 2011.
- 6) 鄭 陽, 井村千鶴, 野末よし子・他: 地域における譚義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. *ペインクリニック* 30(11):1553-1563, 2009.
- 7) 末田千恵, 山岸暎美, 鈴木 聡・他: どのような緩和ケアセミナーが求められているか: 4,188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因. *ペインクリニック* 32(8):1215-1222, 2011.
- 8) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, *et al*: Providing palliative care for cancer patients: The views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2011 Jun 22. [Epub ahead of print]
- 9) 古村和恵, 山岸暎美, 赤澤輝和・他: 市民の緩和ケアに対するイメージの変化. *緩和ケア*: in press.
- 10) Sato K, Miyashita M, Morita T, *et al*: The long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolongation treatment, and knowledge about palliative care. *J Palliat Care* 25(3):206-212, 2009.
- 11) 赤澤輝和, 川崎由実, 山田博英・他: 緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいか? *緩和ケア* 21(2):221-225, 2011.

短報

遺族調査に基づく自宅死亡を希望していると推定されるがん患者数

森田 達也¹⁾, 宮下 光令²⁾, 井上芙蓉子³⁾, 佐藤 一樹²⁾,
五十嵐 歩⁴⁾, 五十嵐美幸⁵⁾, 山口 拓洋⁶⁾, 橋本 修二⁷⁾

1) 聖隷三方原病院 緩和と支持治療科, 2) 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, 3) 東北大学病院, 4) 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 高齢者看護・ケアシステム開発学分野, 5) 東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 老年保健看護学分野, 6) 東北大学大学院 医学系研究科 医学専攻 医学統計学分野, 7) 藤田保健衛生大学 医学部 衛生学講座

受付日 2012年7月10日 / 改訂日 2012年7月30日 / 受理日 2012年8月2日

本研究の目的は、全国4地域を対象とした緩和ケアの普及に関する地域介入研究で取得された実際の死亡場所と死亡数、遺族調査のデータをもとに、自宅死亡を希望していると考えられるがん患者数の推定を行うことである。死亡場所・死亡数のデータは人口動態統計などの資料から収集した。遺族調査は全国4地域52施設の遺族1,137名を対象として実施された。「自宅死亡の希望推定数」を、自宅死亡した患者で遺族が患者はそれを望んでいたと推測した数、および一般病棟・緩和ケア病棟で死亡した患者で、遺族が患者は自宅で死亡することを望んでいたと推測した数から求めた。自宅死亡の希望推定数は、対象地域ではがん死亡の32.8% [95%信頼区間: 31.7, 33.9] であり、全国数値に基づくと11.1万人(がん死亡の31.2% [95%信頼区間: 31.1, 31.4])であった。

Palliat Care Res 2012, 7(2): 403-7

Key words: 自宅死亡, 緩和ケア, がん

背景・目的

がん患者にとって、望んだ場所で療養生活を送ることは最も重要な希望の一つである¹⁾。一般市民やがん患者を対象とした調査では、がん患者の約50%が自宅を希望する療養場所や死亡場所として望んでいることが示唆されているが、実際の自宅死亡率は2010年で7.8%であり、患者が自宅で過ごす体制の整備が求められている²⁻⁶⁾。

自宅死亡率がどの程度であれば患者の希望が満たされるかを推定することは、求められる患者数に応じた医療計画を設定するために重要である。しかし、療養場所の希望は患者の状態によって変わるため、一般市民や状態の良いがん患者を対象とした調査から見積もられる希望は実際の希望と必ずしも一致しない^{7,8)}。一方、代理評価や想起バイアスによる限界があるものの、遺族調査により療養場所の希望が実際に達成されたかを評価することは国際的にしばしば行われる方法である^{9,10)}。これまでにわが国で行われた遺族調査では、対象が緩和ケア病棟の遺族に限られており、自宅死亡を望む患者数を推定することはできなかった¹¹⁻¹³⁾。

本研究の目的は、地域介入研究で行われた地域全体の遺族調査をもとにして、自宅死亡を希望しているがん患者数の推定を行うことである。

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ものである^{14,15)}。OPTIMプロジェクトは、4地域(鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域)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、quality of care, 専門緩和ケアサービスの利用率、自宅死亡率であり、地域に対する介入として複合介入が行われた。

研究の倫理的・科学的妥当性は、本研究のために設置された倫理委員会および参加施設の倫理委員会の承認を得た。本研究では、取得された数値のうち、死亡場所・死亡数、遺族調査のデータの一部を利用した。

調査方法

① 死亡場所と死亡数

4地域を対象として、2010年のがん死亡総数、自宅死亡数、病院・診療所での死亡数を人口動態統計から取得した。4地域に存在するすべてのホスピス・緩和ケア病棟(4つの都道府県認可の緩和ケア病棟と1つの認可を受けていない緩和ケア病棟)の2010年の死亡数を各施設から取得し、「緩和ケア病棟死亡数」とした。人口動態統計から取得した病院・診療所での死

Corresponding author: 森田達也

聖隷三方原病院 緩和と支持治療科

〒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.seirci.or.jp

表1 遺族調査による死亡場所ごとの「望んだ場所で最期を迎えられた」「自宅を希望していた」割合

死亡場所	「望んだ場所で最期を迎えられた」			「自宅を希望していた」
	「まったくそう思わない」「そう思わない」「ややそう思わない」	「どちらともいえない」	「ややそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」	
一般病院 (n=668)	241 36.1% [32.4, 39.9]	161 24.1% [20.9, 27.4]	244 36.5% [32.9, 40.3]	182 27.3% [23.9, 30.8]
緩和ケア病棟 (n=248)	70 28.2% [22.7, 34.3]	48 19.4% [14.6, 24.8]	127 51.2% [44.8, 57.6]	57 23.0% [17.9, 28.7]
自宅 (n=221)	4 1.8% [0.5, 4.6]	4 1.8% [0.5, 4.6]	204 92.3% [88.0, 95.5]	—

%は母数を死亡場所とした割合と95%信頼区間を示す。太字は、自宅死亡の希望推定数の算出に用いる数値を示す。

亡数から、緩和ケア病棟死亡数を引いたものを「一般病棟死亡数」とした。

次に、全国の2010年のがん死亡総数、自宅死亡数、病院・診療所での死亡数を人口動態統計から取得した。全国の都道府県認可を受けたホスピス・緩和ケア病棟の2010年の死亡数を日本ホスピス緩和ケア協会の統計から取得し、「緩和ケア病棟死亡数」とした。人口動態統計から取得した病院・診療所での死亡数から、緩和ケア病棟死亡数を引いたものを「一般病棟死亡数」とした。

② 遺族調査

地域のがん患者の遺族を病院、診療所の死亡者から同定した。病院については、各地域に存在する病院54病院のうち精神科病院、リハビリテーション病院、療養型病院など20病院を除外し、がん患者を診療していると考えられる34病院を対象施設とした。そのうち、21病院(鶴岡4病院、柏6病院、浜松6病院、長崎5病院)が調査に参加した。診療所について、がん患者の在宅診療を行っていると考えられる診療所を地域の医療情報から同定し、参加を依頼した。病院・診療所合わせて、52施設が対象となった。調査対象となった病院の病床数は対象病院の81%(8,964/11,033床)、がん患者の死亡数総数に占める調査対象となった死亡数の割合は40%(2,212/5,546)であった。

調査対象施設で、または調査対象施設で診療を受けて自宅で死亡したがん患者の遺族を対象として、郵送法による質問紙調査を行った。

遺族の適格基準は、①死亡時20歳以上のがん患者の遺族で、遺族の年齢が20歳以上、②原発が肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、大腸・直腸、乳腺、腎臓・前立腺・膀胱、子宮・卵巣のいずれか、③2010年4月1日～2011年3月31日に患者が死亡したもの、④居住地が調査対象地域、⑤遺族にがんの病名告知がされている、⑥入院・訪問診療の開始から死亡までの期間が3日以上、である。

除外基準は、①遺族が同定できない・いない、②認知症、精神疾患の理由のため質問紙を理解できないと考えられる、③調査に回答することが遺族の精神的苦痛が大きいと担当医が判断したもの、④死亡原因が治療関連死、がんと関連しない合併症によるもの、⑤死亡場所が集中治療室、⑥主治医が異動・不在のため調査可否の判断ができない、とした。

調査項目は、Care Evaluation Scale、Good Death Inventoryなどであった¹⁴⁾。Good Death Inventoryは項目に「望んだ場所で最期を迎えられた」という設問を含み、「とてもそう思う」「そう思

う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「ややそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」の7件法で回答を求めた¹⁶⁾。また、「まったくそう思わない」「そう思わない」「ややそう思わない」と回答した遺族に対して、遺族の推定による望んでいた死亡場所を「病院」「ホスピス・緩和ケア病棟」「自宅」「その他」のいずれかで尋ねた。

解 析

最初に、遺族調査をもとに、病院死亡、緩和ケア病棟死亡、自宅死亡ごとに、Good Death Inventoryの「望んだ場所で最期を迎えられた」という項目に対する回答の分布、「望んだ場所で最期を迎えられた」と回答しなかった一般病棟、緩和ケア病棟の遺族の、遺族の推測による望んでいた死亡場所として自宅と回答したものの割合、95%信頼区間を算出した。

次に、「自宅死亡の希望推定数」を以下の3つの合計として求めた。①(人口動態統計から取得された自宅死亡数)×(遺族調査により自宅で死亡した遺族が「望んだ場所で最期を迎えられた」に「ややそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した割合)、②(一般病棟死亡数)×(遺族調査により一般病棟で死亡した遺族が「望んだ場所で最期を迎えられた」に「ややそう思わない」「そう思わない」「とてもそう思わない」と回答したもののうち、望む死亡場所として「自宅」を挙げた割合)、③(緩和ケア病棟死亡数)×(遺族調査により緩和ケア病棟で死亡した遺族が「望んだ場所で最期を迎えられた」に「ややそう思わない」「そう思わない」「とてもそう思わない」と回答したもののうち、望む死亡場所として「自宅」を挙げた割合)。

結 果

適格基準を満たした遺族2,212名のうち436名が除外基準に該当し、1,776名に発送された。あて先不明が48名、回答拒否が82名であり、1,137名から回答を得た(有効回収率66%)。

一般病院で死亡した患者の遺族668名のうち36.1%が「望んだ場所で最期を迎えられた」に「ややそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」と回答し、182名(全体の27.2%)が自宅を希望していた死亡場所として挙げた(表1)。緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族248名のうち28.2%が「望んだ場所で最期を迎えられた」に「ややそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」と回答し、57名(全

表2 自宅死亡の希望推定数

	介入地域		全国	
	実測数	自宅死亡を希望していると推定される数(百人)*	実測数	自宅死亡を希望していると推定される数(万人)*
一般病院死亡数	4,357	11.8	293,978	7.9
緩和ケア病棟死亡数	471	1.1	25,438	0.59
自宅死亡数	581	5.4	27,508	2.5
合計	5,546	18.2 [17.6~18.8] 32.8% [31.7, 33.9]	353,499	11.1 [11.0~11.1] 31.2% [31.1, 31.4]

*表1から得られた一般病院死亡数に27%, 緩和ケア病棟死亡数に23%, 自宅死亡数に92%を乗じて算出。

[]内は95%信頼区間を示す。

体の23.0%)が自宅を希望していた死亡場所として挙げた。自宅で死亡した患者の遺族221名のうち92.3%が「望んだ場所で最期を迎えられた」「ややそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した。

自宅死亡の希望推定数は、対象地域ではがん死亡の32.8% [95%信頼区間: 31.7, 33.9] であり、全国数値に基づくと11.0万人(がん死亡の31.2% [95%信頼区間: 31.1, 31.4])であった(表2)。

考 察

本研究の重要な知見は、わが国で初めて遺族調査の視点から、自宅死亡を希望していると推定されるがん患者の数を求めたことである。

本研究では、がん死亡の31%が自宅を死亡場所としていたと推定された。これは、以下の先行研究の結果に近い数値であった。①一般市民の調査で44%が自宅を希望する場所と選択した⁹⁾、②がん患者を含む一般市民を対象とした調査で、「最期まで自宅」を希望する回答は約10%、「なるべく自宅で過ごし、必要があれば入院する」回答は約50%であった。複数の実態調査で1度在宅療養に移行した患者のうち実際に再入院を必要とした患者は約50%であることから^{17,18)}、後者の半数である25%と「最期まで自宅」を希望する回答を加えると35%である^{5,9)}、③一般市民を対象とした調査で、「家族の負担が軽減され専門家の診療が受けられるならば自宅で過ごしたい」回答が40%であった⁵⁾。

本研究の限界として、①遺族の推測による回答と患者の実際の希望とが一致していなかった可能性があること、②回答していない遺族の回答による影響が分からないこと、③地域の調査対象となっていない比較的小規模な病院の遺族の意見は分からないこと、④調査地域では在宅特化型診療所が含まれること、⑤調査地域の緩和ケア病棟の1つが認可を受けた緩和ケア病棟ではないこと、である。しかし、患者自身の希望を明確に知ることが調査の実施可能性のみならず、患者自身の希望が状況や患者自身の体験により変化するため難しいことから、遺族調査による推計には価値があると考えられる。

以上より、遺族調査に基づくと、自宅死亡を希望しているがん患者の数は、がん死亡の30%前後であると推定された。

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. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- 2) Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 140-7.
- 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—緩和ケアにおける医療提供体制と地域ネットワーク. 2008.
- 5) 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* 2012; 20: 2575-82.
- 6) Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, et al. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: a population-based nationwide survey. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42: 882-92.
- 7) Munday D, Petrova M, Dale J. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. *BMJ* 2009; 339: b2391.
- 8) Agar M, Currow DC, Shelby-James TM, et al. Preference for place of care and place of death in palliative care: are these different questions? *Palliat Med* 2008; 22: 787-95.
- 9) Bell CL, Somogyi-Zalud E, Masaki KH. Factors associated with congruence between preferred and actual place of death. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 591-604.
- 10) Bell CL, Somogyi-Zalud E, Masaki KH. Methodological review: measured and reported congruence between preferred and actual place of death. *Palliat Med* 2009; 23: 482-90.
- 11) Brogaard T, Neergaard MA, Sokolowski I, et al. Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliat Med* 2012 May 14 [Epub ahead of print]
- 12) Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, et al. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 412-6.

- 13) Sato K, Miyashita M, Morita T, et al. Family member perspectives of deceased relatives' end-of-life options on admission to a palliative care unit in Japan. *Support Care Cancer* 2012; 20: 893-900.
- 14) 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.
- 15) 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 Med* 2008; 25: 412-8.
- 16) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 486-98.
- 17) 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.
- 18) 木下寛也, 松本禎久, 阿部恵子, 他. 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. *Palliat Care Res* 7: 348-53, 2012.

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
最も大きいと体験すること: OPTIM-study森田 達也¹⁾, 井村 千鶴²⁾, 野末よし子²⁾, 鈴木 聡³⁾, 渋谷 美恵⁴⁾,
木下 寛也⁵⁾, 原田久美子⁶⁾, 白髭 豊⁷⁾, 平山 美香⁸⁾, 江口 研二⁹⁾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, 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 2011年1月11日/改訂日 2012年5月14日/受理日 2012年6月15日

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムの参加者にとって「最も大きかった」と体験されたことを明らかにすることである。緩和ケアの地域介入が実施された地域において中心的に関わった101名を対象としたインタビュー調査を行い、96名から回答が得られた。最も大きかったことは、【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】(n=61; [つながりができた] [連携の大切さを知った] など)、【緩和ケアの知識と技術が向上した】(n=18; [知識とサポートがあることで自信をもって対応できた] など)、【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】(n=10)、【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】(n=4)、【自分の役割に役立つ体験ができたこと】(n=2)、【患者・家族の満足が得られた】(n=1)であった。地域緩和ケアプログラムの最も大きい影響は連携の促進、次に、緩和ケアの知識と技術の向上である。
Palliat Care Res 2012; 7(2): 209-17

Key words: 緩和ケア, 地域, 在宅ケア, 連携

緒言

わが国では、地域での緩和ケアの普及が求められている¹⁻⁴⁾。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⁵⁻⁸⁾。これらの地域緩和ケアプログラムでは、医療者対象の教育、地域緩和ケアチームや緩和ケア病棟の設置、地域の統一したトリージングセンターを含む複合介入が行われた。地域緩和ケアの介入研究のアウトカムとしては、患者の療養・死亡場所を含む quality of life や家族の満足度などが用いられるが⁹⁻¹³⁾、プロセスに関する研究では参加者に最も意味があったと認識されることに「ネットワークの構築」があることが示唆されている⁵⁻⁸⁾。

地域緩和ケアプログラムのどのようなことが参加者にとって意味があったと認識されるかについて洞察を得ることは、実際に地域緩和ケアプログラムを施行する際のプログラムを設定する時に役立つと考えられる。一方、わが国では、各地域で地域緩和ケアの活動が行われているが¹⁻⁴⁾、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参加者にとって、「最も大きかった」と体験されたことを明らかにすることである。最終的な目的は、それによって、地域緩和ケアプログラムに求められていること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^{14, 15)}。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ションと連携の促進 (相談窓口の設置、退院支援・調整プログラムの増入、地域多職種カンファレンス)、が行われた。介入は、これまでに明らかにされている緩和ケアのバリア (医療者の知識・技術の不足、患者・家族の緩和ケアについての知識の不足、緩和ケア専門家の不足、地域での多職種連携の不足) が改善することを目的として策定された¹⁵⁾。

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各地域で介入を担当した

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

表 1 地域緩和ケアプログラムに参加したことで一番大きかったこと

	n
1. 【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】	61
[つながりができた]	51
[連携の大切さを知った]	6
[専門家と協働する体験・体制ができた]	4
2. 【緩和ケアの知識と技術が向上した】	18
[知識とサポートがあることで自信をもって対応できた]	7
[緩和ケアは末期のことだけではないと思うようになった]	4
[緩和ケアの新しい知識を得た]	4
[患者の価値観や意思を大事にするようになった]	3
3. 【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】	10
[自分のやりがいや価値を見出した]	3
[(薬剤師としての) 役割が分かった]	2
[(病院医師・看護師として) 自宅での生活を考えるようになった]	2
[(緩和ケア認定看護師として) 地域を支える役割を自覚した]	2
[(がん治療を担当する医師として) 死を考えた診療をするようになった]	1
4. 【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】	4
5. 【自分の役割に役立つ体験ができた】	2
6. 【患者・家族の満足が得られた】	1

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。インタビュー調査の主目的は、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ことである。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「最も大きなこと」、⑤推奨、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。「最も大きなこと」とは、プロジェクトの参加者にとって、プロジェクトに参加したことで最も大きかった、意味があった、価値があったと感じられたことと概念化した。質問は、「プロジェクトに参加したことで一番大きかったことはなんですか」を用いた。

対象者は「各地域において介入の運営、立案や実施に関わった者」全員であり、地域の責任者が同定した。面接は、看護師2名が緩和ケア領域の研究経験の豊富な医師と緩和ケア認定看護師のスーパービジョンを受けて行った。時期は介入最終年度後半(2010年10月-2011年3月)に行った。合計103名が対象となり、全員が調査を承諾したが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。

5名で時間の都合やインタビュー実施者の意図的でない理由(聞き忘れ)によって該当する質問が行われなかったため、96名を分析対象とした。内容分析の技法に従って、逐語録化したテキストから「プロジェクトに参加したことで最も大きかったこと、意味があったこと、価値があったこと」を表現している部分にコードをつけ、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¹⁶⁾。1つの回答を分析単位とし、1つの回答に2つの意味を含む場合も1つの単位として扱い、サブカテゴリーごとの度数を計算した。サブカテゴリーを[],カテゴリーを【 】、データ(発言)を「 」で示した。

頻度の多かったカテゴリー2つについて、地域、勤務場所(病院 vs. 診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局など病院以外)、職種(医師・看護師・薬剤師などの医療職 vs. 介護支援専門員・医療ソーシャルワーカーなどの福祉職)の頻度を χ^2 検定(Fisherの直接法)で比較した。計算はIBM SPSS Statics 19を使用した。

結果

対象となった96名の職種は、病院看護師26名、訪問看護師・診療所・施設看護師18名、病院医師12名、診療所医師9名、介護支援専門員7名、保険薬局薬剤師8名、病院薬剤師5名、医療ソーシャルワーカー5名、栄養士2名、作業療法士1名、病院事務職1名、地域包括支援センター職員(介護支援専門員)1名、行政保健師1名であった。臨床経験の中央値は20年(3-40年)で、85名が10年以上であった。地域は、鶴岡地域14名、柏地域27名、浜松地域44名、長崎地域11名であった。

最も大きかったこととして、96名中61名(64%、[95%信頼区間: 53, 73])が【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】を挙げ、18名(19%、[12, 28])が【緩和ケアの知識と技術が向上した】、10名(10%、[6, 18])が【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】を挙げた。4名(4%、[2, 10])は【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】と回答し、2名(2%、[1, 7])が【自分の役割に役立つ体験ができた】、1名(1%、[0, 6])が【患者・家族の満足が得られた】と回答した(表1)。

【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】【緩和ケアの知識と技術が向上した】の頻度は、地域、勤務場所により有意な差はなかったが、福祉職では前者が、医療職では後者が多い傾向にあった(表2)。

表2 地域、勤務場所、職種による差

	ネットワークが増え、連携の重要性を実感した	p	緩和ケアの知識・技術が向上した	p
地域		0.41		0.26
鶴岡地域 (n=14)	79% (n=11)		21% (n= 3)	
柏地域 (n=27)	59% (n=16)		26% (n= 7)	
浜松地域 (n=44)	64% (n=28)		23% (n=10)	
長崎地域 (n=11)	82% (n= 9)		9.1% (n= 1)	
勤務場所		0.39		0.68
病院 (n=51)	63% (n=32)		24% (n=12)	
地域* (n=45)	71% (n=32)		20% (n= 9)	
職種**		0.054		0.28
医師・看護師・薬剤師 (n=78)	62% (n=48)		24% (n=19)	
介護支援専門員・医療ソーシャルワーカー (n=13)	92% (n=12)		7.7% (n= 1)	

*診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局など病院以外の施設

**表記した以外の職種があるため合計が96にならない

【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】

51名が、[つながりができた]ことを最も大きなこととして述べた。[つながりができた]ことは、「ネットワーク」「多職種の連携」「多職種の方とつながり」「資源者との関係」「人との出会い」「いろいろな人と知り合えた」「顔見知りになる」「顔の見える関係」「顔の見える仲間」「ひと」「コネクション」「人脈」などと表現された。

[つながりができた]こととその良かった影響として、相談先が増える、実際に解決につながる、顔が分かるだけで安心して声をかけやすくなる、患者に具体的に紹介できる、患者の情報が連続したものになる、患者に対応するうえで重要なこととしたことがやりとりできる、正式な場所でなくついでに開ける機会がある、生の声が聞ける、地域全体で解決策を探すようになる、地域全体のネットワークの基盤になることといった仕事上の効果のほか、1人ではない負担感が和らぐ、病院と地域間・医療と福祉間の心理的な壁が取り払われることといった精神的な効果が語られた(表3)。精神的な効果は、「励まされた」「楽しいと思える」「同じ思いでいられる」「一緒にできる」「守ってくれる人がいる」「孤独ではない」「安心できる」などと表現された。

つながりをつくるためのきっかけとしては、多くの対象者がプログラムの設置した多職種で行ったグループワークを挙げ、このような機会がなければ日常の臨床では出会う機会がないことが語られた。

「(大きいことは)いろんな人と知り合えたこと。(通常の)研修へ行っても受けるだけですよね。一緒に話をしたりはあまりないです。1人ずつ発言はあっても、グループワークとかはない。ましてや多職種となるとさらにない。話し合う機会があったのがその後の仕事のしやすさにつながってる」(訪問看護師, 011)

「OPTIMがなければ、紹介状だけのやりとりだったかもしれないです。早い段階で顔見知りになれました。スタッフが一堂に会することはないので」(病院医師, 062)

3名はネットワークが増えることそのものよりも、チームで協働することの重要性そのものについて[連携の大切さを知っ

た]と述べた。

「一番大きかったこと、やっぱり連携です。職種はもちろん、看護期間でも、1つのことをやるには本当にもうみんな連携しないと難しい。退院支援にしても、治療にしても全部、1人で抱えるのは負担になってしまうし知識もないので、連携の大切さは大きいと思います。1人じゃなく、経験と知識を合わせるとうごく大きくなるのを感じます」(病院看護師, 001)

[専門家と協働する体験・体制ができた]ことについて、アウトリーチプログラムを受けた看護師は専門家との協働による体験で知識に厚みができたことを述べ、在宅に移った患者を病院が共にフォローアップすることを経験した訪問看護師は患者のみならず医療者にとっての安心感を述べた。

「(緩和ケアの)先生の説明の仕方は一番大きかった。実際見させていただいてハッというのと、患者さんにどう考えていったらいいか、すぐその場で答えを出してくださった。見るだけ、聞いているだけでも知識の積み重ねになって。(緩和ケア認定)看護師が事例を通してこの時はこういうやり方もありますと知識として入ったのは、すごく大きかった」(訪問看護師, 068)

「在宅を支える中に、入院元の病院も関わっていただくのはすごく大きかった。その後フォローもしていただいているのは、本当に、患者さんと家族の方だけでなく、すべての方にとってすごく大きいと思っています」(訪問看護師, 050)

【緩和ケアの知識と技術が向上した】

【緩和ケアの知識と技術が向上した】こととして、系統づけられたマニュアルや緩和ケアセミナーを通じて、これまでに経験的に行っていたことの根拠や裏づけを知ることで自信をもって行えるようになったことが述べられた。

「一番大きいこと、患者さんと向き合えるようになったと思います。表面的にやったことの理由と裏づけが分かってきた。スキルを実際に見たり聞いたり、やってみて自分のものになってきている。少し自信ないのはそういうところだと気づけた」(病院看護師, 094)

「(大きいことは)がん患者さんに対する接し方が多少自信を

表3 [つながりができた] ことと影響

1. 相談先が増える	<p>「一番大きかったのは、いろんな職種の方と知り合えたことです。つながりができたので、何か困った時にここに聞けばいいっていう、今後の仕事をしていくうえで、非常に強力な力、困ったらあそこに聞いたら多分こうなる、そういうのがたくさんできた」(保険薬局薬剤師, 055)</p> <p>「人のつながりが増えたことが、一番大きかったと思います。病院職員なんてちっぽけな存在ですけど、地域の薬剤師さんとながってたり、ケアマネジャーさんとながってたり、診療所の先生とながったりで、いろんな方とながっていると、いろんな知識が(増える)。常日頃から聞ける人が増えたことは、ちっぽけだった人がいろんな頼れる仲間がいることで力がついたような感覚になります」(医療ソーシャルワーカー, 044)</p>
2. 実際に解決につながる	<p>「一番私が見て大きいのは、つながりです。つながりは大きい。多職種がつながれることがすごく大きくて、つながっていることで実際の場面で問題解決につながることができるところが大きい」(介護支援専門員, 099)</p>
3. 顔が分かるだけで安心して声をかけやすくなる	<p>「先生とお顔は見てても、どうお話ししたらいいかわからないので、なかなか声を、いつもお世話になってますって声すらかけづらい。何回か顔見知りになるとご挨拶できるっていう違いがある」(訪問看護師, 048)</p>
4. 患者に具体的に紹介できる	<p>「一番大きかったのは、直接会ってお話ができる機会が得られたのは大きいと思います。私が患者さんでも、紹介してくれる先生ってどういう人なんだろうって不安はあると思うんですけど、紹介する人が知っているよ、お願いしたことがあるよって言葉1つで、安心になる。すごく大きな財産になったと思います」(医療ソーシャルワーカー, 026)</p>
5. 患者の情報が連続したものになる	<p>「一番大きいのは、自分の施設以外の人たちと知り合えたこと。自分がみてる患者さんがほかに行った時、こんなこと言ってたよとか、今こんな状況ですよと情報をもらえる。今までだと細切れの情報しかなかった(こと)の抜けてる部分を補える。途切れてしまってた情報が、連続した情報に変わった」(病院医師, 097)</p>
6. 患者に対応するうえで重要なちょっとしたことがやりとりできる	<p>「ちょっと難しい患者さん、性格で。訪問看護師さんでもどう接したらいいのかわからない。でも、それはこういうことだから、こういう思いでこうしてたからそうなっていると思うよって伝えることができる」(病院看護師, 093)</p>
7. 正式な場所ではなく、ついでに聞ける機会がある	<p>「(大きいのは)いろんな職種の人と顔見知りになれたことです。少人数グループでお話する機会をずいぶん設けていただいたので、帰る道すがらで話をしたり、ちょっとした機会がもてるようになったのが大きかった。学校みたいなキチッと正式なルートで話をすると、ちゃんとしたことしか聞けないですけど、(ついでに)話をするとこんなことも知らないのってことも聞ける」(病院薬剤師, 021)</p>
8. 生の声が聞ける	<p>「〇〇病院だとこうするって新しい方法を知ることができる。全国のネットワークでも知ることはできるけど、『正直効きませんよ』とか『ちょっといまいちだと思っ』ってなかなか言えないでしょう。でも、身近で使ってる人たちがいるとダイレクトな感触が聞けるので良い」(病院医師, 101)</p>
9. 地域全体で解決策を探すようになる	<p>「自分の病院だけで考えるんじゃなくて、地域のほかの在宅とかホスピスとか、全体として考えていく印象ができた。(地域には)いろんな取り組みをしているところがある、うちではできないことをやってみることを聞いたんで、うちだけで解決できないのは分かってはいたんですけど、実感として感じられた」(医療ソーシャルワーカー, 092)</p>
10. 地域全体のネットワークの基盤になる	<p>「地域の問題って緩和のことだけじゃないわけです。救急とか認知症の介護の問題とかいろんな問題の中で仕事をしているので、(OPTIMが)きっかけでそれぞれの人たちが携わっていることとか困っていることを知ることができる。がん以外のことでも、地域の医療を良くする取り組みやすさに大きな影響がある」(病院医師, 056)</p>
11. 1人ではない負担感が和らぐ	<p>「自分自身のことなんですけど、ほかの病院とか地域の方々と交流できて、経験も浅いので情報を得たりつながりができたことが一番大きかったです。非常にありがたい、助かってるというか、心強いです」(緩和ケア認定看護師, 088)</p>
12. 病院と地域間、医療と福祉間の心理的な壁が取り払われる	<p>「医療スタッフのことも在宅スタッフのこともすごく理解が深められたことは良かったし、私の中でもあったかもしれない壁が少し取れたかもしれない」(介護支援専門員, 091)</p> <p>「本当に分からない病院の人たちが研修にきたらすごくいるじゃないですか。意外とみんな気さくでフレンドリーで、雲の上の人じゃなかったっていう感覚。(名前は)知ってましたけど、こんなに砕けた先生だと思わなかったです。そういうことが大きかった。壁が取り払われたことがうれしくて、スタッフがいろんな先生、いろんな部署とできるようになったことがとても大きくてありがたかった」(訪問看護師, 065)</p>

もってできることです。マニュアルができてから、ちょっと疑問をもったら必ずここに戻る。これを10年ぐらい前に一般の先生方が理解してたら、もっと良くなってた気はします。ある程度はみんな頭に入っているけど、システムだったマニュアルはあんまりなかった」(診療所医師, 003)

「緩和ケアは末期のことだけではないと思うようになった」ことは、患者に情報を提供する立場の医師や医療ソーシャルワーカーと、紹介を受けるホスピス病棟看護師との両方から述べられた。きっかけは研修と直接話をするのであった。

「緩和医療に関して、私自身間違った認識をもっておりましたので、考えを改めさせていただいたことと、新しい知識、緩和とは何かを非常に学ばせていただいています。相談員の立場とすれば情報提供するのが業務ですので、間違った知識を伝えるわけにはいきません。オプティムで教えていただいた情報、最新の情報が非常に大きい」(医療ソーシャルワーカー, 082)

「一番大きなことは、(ホスピスに)面談に来られる方の表情が違います。紹介してくださる方が言うてくださると思うんです。最後の場所より、今この時期にどこで過ごすかの選択肢としてホスピスがあるって、送る側にとってみれば、(ホスピスで受けられる)ケアを研修とか連携の中で(徐々に知り合っているから)、自分の言葉で伝えてくださっているんじゃないでしょうか。そういう効果があったと思います」(ホスピス病棟看護師, 032)

このほか、新しいツールなどを通じて「緩和ケアの新しい知識を得た」ことや、患者の個性に配慮して「患者の価値観や意思を大事にするようになった」ことが挙げられた。

「一番大きかったのは、在宅で看取りをする方への援助の仕方。これ(『これからの過ごし方について』)ですね。どう準備していくか、自分の中で整理ができて、この時期だからやること、今やるのが、以前より整理できて、的確になったと思います」(病院看護師, 078)

「一番大きいこと、患者さんのニーズに向き合うことが、症状にしても心にしても看取りにしても療養先にしてもまずは大切なこと、そこが一番学ばれたこと、本当に人それぞれ違う。深いところまで思いを聞かないと本当にしたいことがうまく提供できない、それが一番の学び」(病院看護師, 085)

【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】

4名は連携と緩和ケアの知識・技術それぞれが関係し合っていることを【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】と述べた。

「一番かどろかは分からない。大きく2つ感じるのが、1つは連携。チーム医療は絶対に連携がとても必要で、オプティムのいろいろ(なプログラム)が連携にすごくつながっている。もう1つが知識、技術。自分自身の知識もあるけど、周りの人にどう活かしてもらおうか、どうつなげていくか」(病院看護師, 083)

【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】

プログラムに関わることで、【自分のやりがいや価値を見出した】ことが一番大きかったと3名が述べた。特に、薬剤師は他の職種と関わることで求められている【役割が分かった】ことを挙げた。

「自分のこれからの仕事を決められたことです。向いてる仕

事って気づかせてくれた。自分はこうやって大丈夫って与えてくれたことが最も大きかった部分です。そういう仕事に巡り会えた、実感できた」(診療所医師, 005)

「一番大きい(ことは、)多職種の方とつながりをもてて、薬剤師って何をすべきか、根本的なことをしっかり考えるきっかけになったのが一番かと。自分が何をしなくちゃいけないのか、患者さんにどう責任をもつべきか、ちょっとあやふやな部分がしっかりもてる方向になってきた」(保険薬局薬剤師, 054)

また、病院医師・看護師は地域のスタッフと関わることで【在宅での生活を考えるようになった】ことを述べ、緩和ケア認定看護師は患者1人ひとりに対するケアの質を考えるだけでなく地域全体の緩和ケアを向上させる【地域を支える役割を自覚した】ことを述べた。

「大きなこと、最初からここ(病院)でしか働いていないから、井の中の蛙になってたと思うので、在宅を考えるきっかけになったというのが一番です」(病院医師, 067)

「視野を広げなければいけない。今まで個の(緩和ケアの)質の向上を目指していたんですけど、標準(的な緩和ケア)の均てん化の意味の大きさをすごく感じる。目の前にいる人だけではなくて、もっともっと地域の役割が専門領域で働く人間としては求められていると気づいた」(緩和ケア認定看護師, 058)

【自分の役割に役立つ体験ができた】としては、退院支援看護師が退院支援・調整プログラムを導入した体験を、行政保健師が地域でのプロジェクトの進め方の体験が一番大きかったこととして述べた。また、1名が直接【患者・家族の満足が得られた】ことを大きかったこととして挙げた。

考 察

本研究では、地域緩和ケアプログラムの参加者が体験した「最も大きかったこと」が明らかにされた。

最も重要な知見は、地域、勤務場所、職種を問わず、96名中61名がネットワーク・連携に関わることを最も大きなこととして挙げたことである。これは当初の介入の意図が緩和ケアの知識・技術の向上を含む4領域が均等に目的とされていたことと対照的であったが、Gold Standard Frameworkをはじめとするわが国以外の各国の地域緩和ケアプログラムの評価とも非常によく一致している⁵⁻⁸⁾。Gold Standard Frameworkの概念的枠組みで最も基盤となるものとして、地域の医療福祉従事者間のネットワークの確保(C1: communication)が挙げられているように、地域緩和ケアプログラムにまず求められること、効果として認識されるのは、「地域内での医療福祉従事者間のコミュニケーションの改善」であると考えられる。これは、OPTIMプロジェクトの医療者を対象とした質問紙調査の分析や1地域で行われた複数の研究の結果とも一致している¹⁷⁻²⁰⁾。すなわち、地域を対象とした緩和ケアプログラムを行う場合にまず念頭に置かなければならないことは、地域単位でのネットワークであり、ネットワークを増やすような介入方法、特に多職種での少人数ずつのグループワークや事例検討を用いることが有用であることが強く示唆される。

次に、大きかったと認識されたことは、緩和ケアの知識と技術の向上であった。これは介入目的からして当然であるが、本

研究から示唆された重要な知見は、それまであいまいであった緩和ケアが目に見えるものとして構造化して提供されたことにより、自信をもって対応できたと多くの参加者が述べたことである。地域への緩和ケアの知識と技術の普及では、緩和ケアの内容を「学習しうるものとして構造化して提供する」ことが重要であると考えられる。対象者の職種で大きかったと体験することが異なっていたことは、福祉職は特にネットワーク・連携を、医療職はネットワーク・連携に加えて緩和ケアの知識と技術に関心があることを反映していると考えられる。

興味深いのは、プロジェクトの体験を個人の生活史や職業の役割の上に位置づけた参加者も少なくなかった。多職種との協働やこれまでに体験していなかった幅広い経験によって、個人の人生での役割や価値を認識したり、専門職としての位置づけを洞察することができたと述べられた。これらは、アウトカム研究では測定することが難しい領域であるが、個人的な認識が地域緩和ケアプログラムを維持するための動機に関わるため重要であると考えられる。

本研究の限界として、OPTIM 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への効果を評価するものではない。解釈は他の研究と合わせて行う必要がある。

以上より、地域緩和ケアプログラムの参加者に最も大きく感じられることは、連携の促進、次に、緩和ケアの知識と技術の向上であると考えられる。少人数での多職種でのグループワーク・事例検討会と、構造化されて目に見えるものとして提供される緩和ケアの教育プログラムが両輪の手段とな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

- 山口龍彦, 原 一平, 壺井康 一, 他. IX. 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.
- 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦. X. 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.
- 加藤恒夫. X. 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.
- 片山 壽. X. 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.
- 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.
- Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. *J Palliat Care* 2007; 23: 143-53.
- Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. *Aust J Rural Health* 2009; 17: 263-7.
- 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.
- Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 888-93.
- Ringdal GI, Jordhøy MS, Kaasa S. Family satisfaction with end-of-life care for cancer patients in a cluster randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 53-63.
- Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, et al. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 2001; 19: 3884-94.
- Fassbender K, Fainsinger R, Brenneis C, et al. Utilization and costs of the introduction of system-wide palliative care in Alberta, 1993-2000. *Palliat Med* 2005; 19: 513-20.
- Dudgeon DJ, Knott C, Eichholz M, et al. Palliative Care Integration Project (PCIP) quality improvement strategy evaluation. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 573-82.
- 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.
- 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.
- 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)
- 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.
- 鄭 陽, 井村千鶴, 野末よし子, 他. 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. *ペインクリニック* 2009; 30: 1553-63.
- 清原恵美, 井村千鶴, 梨田えり子, 他. 地域における緩和ケア病棟の役割—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価. *死の臨床* 2011; 34: 110-5.
- 井村千鶴, 藤本亘史, 野末よし子, 他. 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. *癌と化学療法* 2010; 37: 863-70.

著者の申告すべき利益相反なし

短報

患者所持型情報共有ツール『わたしのカルテ』の評価：
OPTIM-study

森田 達也¹⁾, 古村 和恵²⁾, 佐久間由美³⁾, 井村 千鶴⁴⁾, 野末よし子⁴⁾,
木下 寛也⁵⁾, 白髭 豊⁶⁾, 山岸 暁美⁷⁾, 鈴木 聡⁸⁾

1) 聖隷三方原病院 緩和と支持治療科, 2) 大阪大学大学院 人間科学研究科 臨床死生物学・老年行動学研究分野, 3) 聖隷三方原病院 看護部, 4) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 5) 国立がん研究センター-東病院 緩和医療科, 6) 白髭内科医院, 7) 前慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室, 8) 鶴岡市立荘内病院 外科

受付日 2012年5月7日 / 受理日 2012年5月28日

本研究の目的は、患者所持型情報共有ツール『わたしのカルテ』の利用状況を明らかにすることである。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40名に対するインタビュー調査、事例を分析した。年間平均1,131冊が配布され、15%の医師、16%の看護師が使用した。医療者の体験としては、現状として【一部では使われているが全体には広がらない】、効果として【患者の自己コントロール感が上がる】【医療福祉従事者間の情報共有になる】、普及しない理由として【患者にとって利益がない・負担が大きい】【関係する地域の職種すべてが使用する必要がある】ことが挙げられた。11病院で運用が試みられたが、3年間継続した運用ができたのは2病院のみであった。わが国の多くの地域において、患者所持型情報共有ツールを短期間に地域全体に普及させることの実施可能性は低いことが示唆された。

Palliat Care Res 2012; 7(2): 382-8

Key words: 緩和ケア, 地域, 患者所持型情報共有ツール

緒言

地域全体でのがん緩和ケアの普及のために、患者情報の共有が求められている^{1,2)}。地域で利用できる電子カルテなどの情報共有手段のある地域以外では、紙媒体の患者所持型情報共有ツールはその1つである。『お薬手帳』はおもに薬剤についての情報を共有するための手段であるが、薬剤以外の患者の病状、病歴、緊急時の対応などの患者情報を共有する手段として、紙媒体の患者所持型情報共有ツールの利用が国内外でしばしば行われている³⁻¹³⁾。患者所持型の情報共有ツールは、情報を自分で管理したいという患者には医療者が積極的に関与するならば自己コントロール感が改善するなどの効果がみられる。しかし、情報共有という観点からは、患者自身が希望しないこと、地域全体の医療関係者に運用を周知することは困難であることが示唆されている³⁾。

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で統一した患者所持型情報共有ツール『わたしのカルテ』の使用経験を記述することにより、地域で患者情報を共有するための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, 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ものである^{14,15)}。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、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。

患者所持型情報ツール

「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」のための介入の一部として、『わたしのカルテ』が地域内での患者情報の共有と患者自身の自己コントロール感の向上の目的として作成された。内容は、①基本的な患者情報(病名、病状、かかっている医療機関など)、②患者の意向(大切にしていること、病状説明・療養場所の希望、心肺蘇生の希望など)、③診療記録、の3部構成とした。大きさについては、小さいものにする意見と資料を挟めるようにする意見の両方があったが、資料を挟めるようにA4判とした。

各地域の研究責任者が、参加施設で運用を促した。

Corresponding author: 森田達也 | 聖隷三方原病院 緩和と支持治療科
〒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.scirei.or.jp

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^{16,17)}。

① 配布数と医師・看護師の利用頻度

利用の指標として、地域への配布数の3年間の合計値を集計した。また、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い、『わたしのカルテ』を「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」に対する回答を集計した。

② 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。用いられたおもな質問は、「介入で使用されたツールに役に立った・立たなかったものはありますか。それはどうですか」であった。

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、『わたしのカルテ』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¹⁸⁾。分析は緩和ケア医師と看護師1名が独立して行い、もう1名の看護師を含めた3名で議論して一致させた。

以下、カテゴリーを【】、データ(発言)を[]で示す。

③ 事例研究

『わたしのカルテ』を運用したすべての病院から、経過の記述を文章で取得した。鶴岡地域では1病院の限定した診療科で、浜松地域では1病院の限定した診療科と1病院のすべての診療科で断続して運用した。

そのうち、1施設の事例を記述した。

結果

① 配布数と医師・看護師の利用頻度

3年間での配布数は、延べ13,574冊(鶴岡地域2,350冊、柏地域3,339冊、浜松地域6,634冊、長崎地域1,251冊)、年間各地域平均1,131冊(死亡がん患者数は1,387名)であった。

質問紙調査は医師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。医師では、「使用した」14%(n=96)、「見たことがある」37%(n=255)、「見たことがない」49%(n=336)であった。看護師では、「使用した」16%(n=345)、「見たことがある」33%(n=728)、「見たことがない」51%(n=1,119)であった。

② 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名は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分39分であった。該当する回答のあったものは40名であった(鶴岡6名、柏15名、浜松13名、長崎6名；病院・訪問・診療所看護師19名、病院・診療所医師7名、病院・保険薬局薬剤師5名、介護支援専門員・医療

ソーシャルワーカー・事務職・栄養士9名)。

使用経験に関する発言はほとんどが浜松地域のものであり、他の3地域では「あまり使用しなかった」ことが述べられた。語られた内容は、現状として【一部では使われているが全体には広がらない】、効果として【患者とのコミュニケーションのきっかけとなる】【患者の自己コントロール感が上がる】【医療福祉従事者間の情報共有になる】、普及しない理由として【患者にとって利益がない・負担が大きい】【関係する地域の職種すべてが使用する必要がある】【既存の類似のものがある】ことであった(表1)。

要約すると、自らの情報を整理して知ろうとする一部の患者では有用で、患者の自己コントロール感が向上し、医療福祉従事者間の情報共有も進む。しかし、多くの患者では、実感できる利益がなく、記入や記録を整理する作業そのものが負担となることや、1施設だけで取り組んでも他の施設で使用した時に意義が知られていないと使う意欲がなくなること、『お薬手帳』や各施設ですでに存在するノートや電子カルテなどがあるため普及しないことが語られた。

③ 事例研究

4地域のうち少なくとも11病院で『わたしのカルテ』の運用が試みられたが、9病院では3年間継続した運用ができなかった。その理由は、対象者が広範囲にわたるため関係者で統一した運用ができない(患者が見せても医療関係者が知らないことが起きる、書いたものをフォローする時間がない)、患者自身が記入や管理を望まない、地域の電子カルテなど他のツールがあるので情報共有の目的では必要ない、がん患者に限定して運用できない、などであった。

3年間を通しての運用が可能であった2病院のうち1病院の事例を示す。この病院では、最初に、関係者でのフォーカスグループを行い、①外来通院中の病院と保険薬局間での抗がん治療についての情報、②病院から在宅療養になる時の病院と地域医療福祉従事者間での患者の病状(生じうる変化とその対応)と自宅に帰ってからの生活の情報、③在宅療養中の地域医療福祉従事者間での患者の病状・希望の情報、を共有することを目的とした。具体的には、①については、入院患者が説明を受けた抗がん治療の治療説明書を医師または看護師が挟んで患者に保険薬局に持っていくことを依頼する、②については、退院支援・調整プログラムの一環として、抗がん治療の治療説明書、退院時に患者に渡す退院シート(生じうる変化とその対応、連絡先などが記載されたもの)、入院中の看護計画書を病棟看護師が挟んで患者に渡す、③については、患者の自宅に『わたしのカルテ』を置いて、地域医療福祉従事者が書き込むことを行うように働きかけた。

運用は思うように進まなかったため、患者、病院医師・看護師、診療所医師・看護師、訪問看護師、病院薬剤師・保険薬局薬剤師にヒアリングを行ったところ、患者からは「(薬局に)持って行ったが知らないようだった、薬の説明は希望しない、病名を薬剤師に知られたくない」、保険薬局薬剤師からは「がん患者かどうか分からないのに声をかけるのがためらわれる。説明を希望しない患者がいる」、訪問看護師からは「『わたしのカルテ』に情報が挟まっていることを知らなかった」、診療所医師・看護師からは「本当に共有したい情報は、患者の読めるところには書けないことが多い。情報共有のために診療記録と別に記

表1 『わたしのカルテ』の評価

1. 現 状
<p>【一部では使われているが全体には広がらない】</p> <p>〔すごく活用してる人と、そうじゃない人の差が大きい。繰り返しの人が毎回持ってくるかというところでもなくて、抗がん剤治療をやっている患者さんは、検査データとかお薬の説明の用紙とかすごくいっぱい入れて活用している方もいるんですよ。『わたしのカルテ』持ってるからこれに挟んどとか、穴を開けてとか、でも、自分でファイルを作る患者さんも〕(浜松地域, 緩和ケアチーム看護師)</p>
2. 効 果
<p>【患者とのコミュニケーションのきっかけとなる】</p> <p>〔しっかり書いてくださってる方は、つらい話でも聞きたいですとか書いてくれてそれで話を広げるきっかけになる。私が役に立って思ったのは、1回退院してまたちょっと入ってまた退院になった時、あれがあると一緒に振り返るには本当に良くて、家で困らなかったとか聞き返せたので、本当にあそこに綴じて一緒に見れて良かった〕(浜松地域, 病院看護師)</p>
<p>【患者の自己コントロール感が上がる】</p> <p>〔検査データとか諸々も全部入れてもらって、自分で採血データを気にされる方は本当に多くて、私たちが忘れてると、「コピーしてきてちょうだい」って言われる方がほとんど、本当に多かった。その方々はデータを見て、前はこれで良くなったとか私たちに説明できるぐらいの方もいっぱいみえて、データが比べられたりとかしていい〕(浜松地域, 病院看護師)</p>
<p>【医療福祉従事者間の情報共有になる】</p> <p>〔どんな質問したとか、お薬をお渡ししたとか、患者さまの検査結果とかです、そういうものが1つにまとめられていることで、過去にどういうことをしたとまとめられて分かるのがまず良いこと。緊急の時、先生とか看護師さんがどのように説明しているか、説明内容も1つにまとめられているので対応しやすい。保険薬局は処方せんの内容しか患者さまの情報を得ることがなかなかできないので、たとえば、退院された時にどういう説明をされているかを詳しく、何か治療方針の変化があった時どのように説明されているかがまとまるので、そうすると先生の考えが分かるので対応しやすい〕(浜松地域, 保険薬局薬剤師)</p> <p>〔状態が分かる、その時の状態が分かるので把握しやすいといえますか、その時の状況が分かる。先生の方もこういうことがあるんですか、個人的な自転車の運転を中止しましたとかコメントも残してあったり、こういうことを言ってきましたみたいなものがある〕(鶴岡地域, 訪問看護師)</p>
3. 普及しない理由
<p>【患者にとって利益がない・負担が大きい】</p> <p>〔記録をするのもなかなか本人がするのが面倒という人とかいるので、訪問へ行ってる時は、ほとんど今日の状況を書いて、家族の方に見てもらって、それからデイケアに行く時はそれを持ってって、デイケアの人が書いて、診察の時は先生がそれを書いてとかっていうふうに〕(鶴岡地域, 訪問看護師)</p>
<p>【関係する地域の職種すべてが使用する必要がある】</p> <p>〔患者さんっていっぱいもらいますよね。これ以外にもいっぱい、本当にその場で説明してても(意義を理解することは1度では)難しく、持っていくっていうことの認識がなかなかもない。地域の薬局さんがどこでも対応してくれているわけではなかったの、そうすると、これを持ってって、これは何ですかってなりかねないんで、よっぽど診察で先生が「これに書いときましょね。薬局でも見せてくださいね」とこれを見て説明して、薬局でもこれを見て説明するっていう(ことがないと普及するのは難しかったと思う)〕(浜松地域, 病院薬剤師)</p>
<p>【既存の類似のものがある】</p> <p>〔いろんな手帳が多すぎなんです。健康手帳みたいなものもあり、『お薬手帳』を今はがんばっていっぱい多いんです。本当は何か総合的なものが1個あればいいんでしょう、全部の職種が張れるような。どっかで国とかでまとめて、本当は何か1個あればいいのかと思うんですけど、『お薬手帳』も何冊も持ってこられる方がいて〕(柏地域, 病院薬剤師)</p>