

表3 多施設・多職種での緩和ケアの実践に関する課題

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

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

考 察

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

本研究で最も重要な点は、地域における多施設・多職種デスカンファレンスにより、多職種の相互理解が深まり、連携に関する気づきにつながることである。これは先行研究⁹⁾と同様の結果で、多職種が一堂に会することで他職種を知り、チームにおける自分の役割と他職種との連携のあり方が明確化することで、緩和ケアの実践が変化する契機になると考えられた。英国の Gold Standards Framework などの地域緩和ケアプログラムでは、緩和ケアの質の向上において、多職種のコミュニケーションが重要であり、定期的なミーティングが推奨されている¹⁰⁻¹²⁾。質の高いチームワークは、患者へのケアに加え、チームメンバーのメンタルヘルスにおいても有益である¹⁴⁾ことから、地域の多職種での振り返りの場をつくることは、地域の緩和ケア提供体制を新たに構築していく過程で有用と考えられた。

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

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

教育と相談に応じる仕組みが必要と考えられる。

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

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

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

文 献

- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- 安藤悦子, 吉田美也子, 岩田千波, 他. ホスピス・緩和ケア・病棟におけるデスカンファレンスの機能—ホスピス・緩和ケア病棟師長の視点より. *死の臨床* 2010; 33: 126-32.
- 吉木恵美, 松本奈津子. 終末期患者のデスカンファレンスにおいて看護師が目指すこと. *日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ)* 2006; 37: 416-8.
- 星野江梨, 村田美佐子, 新井清乃, 他. 半構成的面接から明らかにするデスカンファレンス実施前後の看護師の意識変化. *日本看護学会論文集(看護総合)* 2009; 40: 428-30.
- 井村千鶴, 野末よし子, 伊藤富士江, 他. 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの参加者の体験. *緩和ケア* 2011; 21: 335-42.
- がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」. 医療者向けツール・資料 患者・家族用パンフレット (<http://www.gankanwa.jp/tools/pro/index3.html#G>)
- 舟島なをみ. 質的研究への挑戦, 第2版. 医学書院, 東京, 2007; 40-79.
- Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve

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

著者の申告すべき利益相反なし

原著

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

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

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

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

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

Key words: 緩和ケア, 地域, 教育, ツール

緒言

わが国の医師と看護師の緩和ケアに関する知識や患者教育の技術が不十分であることが指摘されており、それらを向上させる手段が求められている^{1,2)}。一般的に用いられる方法は、マニュアルやガイドラインの配布、セミナー・講義、アウトリーチプログラムなどである。これまでに、印刷物の配布による効果は小さいが、パンフレットを用いた患者の個別性に対応した患者教育、少人数での双方向性の講義、アウトリーチプログラムが個々の患者では有効であることが示唆されている³⁻⁸⁾。一方、緩和ケアは地域全体で提供されるため、地域で共通のマニュアルや評価ツールを使用することが試みられている^{9,10)}。

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

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

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

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

対象・方法

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

倫理的配慮については、本研究のために設置された倫理委員

Corresponding author: 木澤義之 | 筑波大学 医学医療系 臨床医学域
〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1
TEL 029-853-3123 FAX 029-853-3123 E-mail: ykizawa@md.tsukuba.ac.jp

会での承認を得た。

① 定義

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

② 地域共通のツール

OPTIM プロジェクトでは、①緩和ケアマニュアル「ステップ緩和ケア」(冊子、ムービー、web)、②パンフレット(疼痛、呼吸困難など症状別11種類、家族用の看取りのパンフレット「これからの過ごし方について」の合計12種類)、③評価シート「生活のしやすさに関する質問票」、④疼痛の評価シート「疼痛の評価シート」「痛みの経過シート」を作製した¹³⁾。作成過程では、医師、看護師、薬剤師など多職種50名以上が参加した。

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

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

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

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

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

各ツールは、地域からの求めに応じて研究班事務局から発送された。

評価・解析

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

① 配布数

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

② 医師・看護師対象の質問紙調査

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

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

③ インタビュー調査

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

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

結果

① 配布数

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

② 質問紙調査

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

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

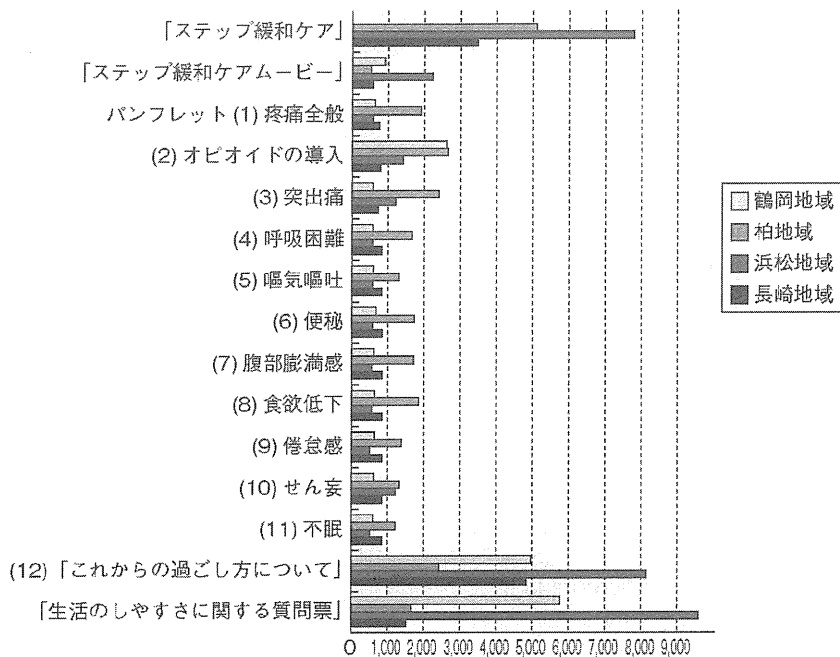


図1 ツールの配布数

表1 質問紙調査によるツールの使用頻度

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

*患者・家族向けパンフレット, 生活のしやすさに関する質問票

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

③ インタビュー調査

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

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

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

【経験や職種に限らず、地域での共通認識がもてる】

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

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

表2 教育ツールに関するインタビュー調査

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

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

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

1) 「ステップ緩和ケア」

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

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

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

2) パンフレット

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

表3 「ステップ緩和ケア」とパンフレットに関する評価

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

表4 「これからの過ごし方について」の評価

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

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

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

3) 「これからの過ごし方について」

「これからの過ごし方について」は、良い体験として、【あいま

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

4) 「生活のしやすさの質問票」

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

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

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

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

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

考 察

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

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

一方、症状ごとのパンフレットや評価ツールはある程度は利

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

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

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

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

謝辞 本研究は、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の助成を受けた。

文 献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 2007; 10: 390-9.
- 2) 江口研二, 森田達也, 宮下光令. がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査報告書. 日本医師会, 2008.3. [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080903_3.pdf]
- 3) Farmer AP, Légaré F, Turcot L, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3): CD004398.
- 4) Alvarez MP, Agra Y. Systematic review of educational interventions in palliative care for primary care physicians. *Palliat Med* 2006; 20: 673-83.
- 5) Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2): CD003030.
- 6) O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD000409.
- 7) Goldberg GR, Morrison RS. Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. *J Clin Oncol* 2007; 25:

- 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. 「看取りのパンフレット」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¹⁾, 松本 禎久¹⁾, 阿部 恵子²⁾, 宮下 光介³⁾, 森田 達也⁴⁾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) 鳥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 緩和と支持治療科

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^{1,2)}、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^{3,4)}。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⁵⁾、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⁶⁻¹¹⁾。

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⁶⁻⁹⁾。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自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^{12,13)}。柏地域とは、柏市、我孫子市、流山市を指す。

① 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

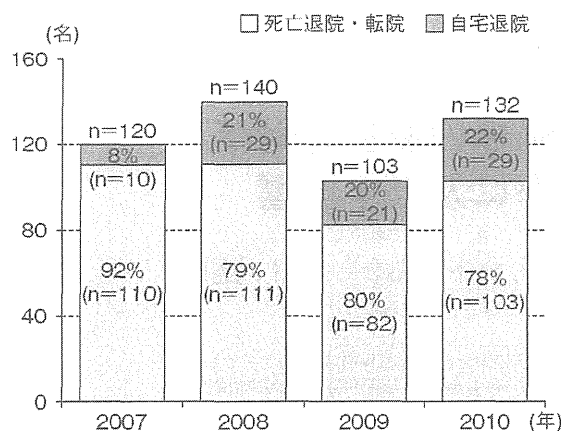


図1 緩和ケア病棟の入院患者に占める自宅退院した患者の割合
棒グラフの上の数値は入院患者を示す。

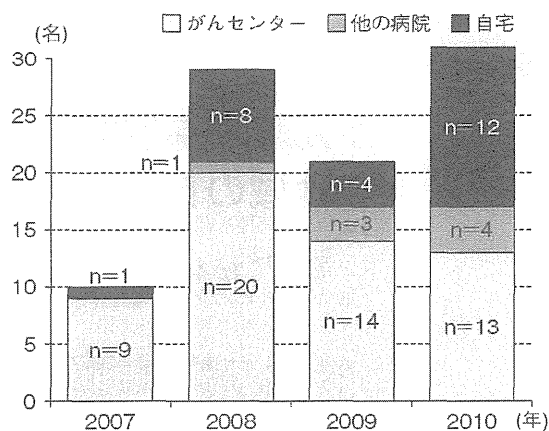


図2 緩和ケア病棟から自宅退院した患者の死亡場所

域の緩和ケアの包括的なコーディネーションと連携の促進を柱とする複合介入,が行われた^{12,13)}。

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取得了。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経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経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緩和ケア病棟を経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はほぼ同様である^{8,9,14)}。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^{7,8,15)}、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⁹⁾、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^{14,16)}。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^{17,18)}、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際. *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
-

「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と支持治療科部長

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年緩和と支持治療科部長に就任、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。

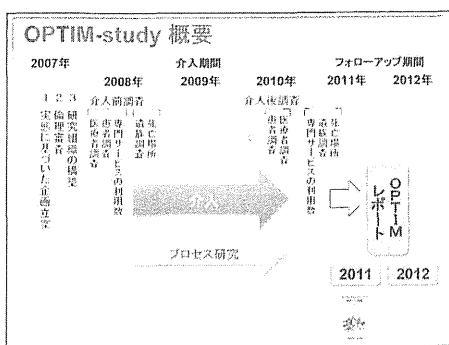
医師、看護師の4〜5割がプログラムに参加

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



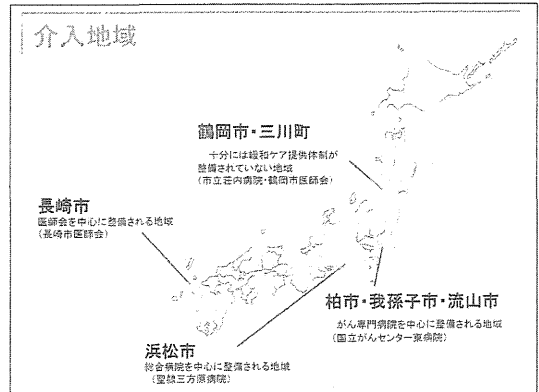
していったかという点、自宅死亡率については当時は総務省の人口動態統計から取得しました。現在は厚生労働省の統計局から取得可能になっています。専門緩和ケアの利用数の定義は難しかったので、この研究のためにデザインした定義を使って、緩和ケア病棟、院内緩和ケアチーム、地域緩和ケアチーム・在宅緩和ケア施設、緩和ケア外来を利用した患者数を集計しました。

患者の評価は、再発遠隔転移がある患者で、5大がん（乳がん、大腸がん、膵臓がん、肺癌、胃癌）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、早期緩和ケアと言われているような、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のは難しいので、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ため、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定し、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レベルでは約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ト・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

◎緩和ケアの技術が浸透していない

◎自宅・地域での連携体制が確立していない

◎緩和ケアの専門家がいない・利用可能ではない

◎緩和ケアに関する患者の認識が十分ではない

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

てはプロトコル上決まっているのは、相談窓口を確実に設置すること、多職種連携カンファレンスとしてグループワークを継続的に3年間実施することです。全職種150人位の人に集まってもらい、5人ずつに分かれて地域の課題を共有、記録して発表するというグループワークを実施しました。また、地域の緩和ケアチームの窓口を明確にする、などが介入の内容です。

7 ■ ベストナース 2012.7

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割合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に少ない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対して、「どういう変化がありましたか」「それはどうしてですか」という質問を行い質的に分析します。

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5.0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、柏地域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った。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。

緩和ケアサービスマスター利用数に関する詳細では、「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ようで、そういう所はどういう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。抗がん治療中の患者の割合は、増えたかという地域差があり、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

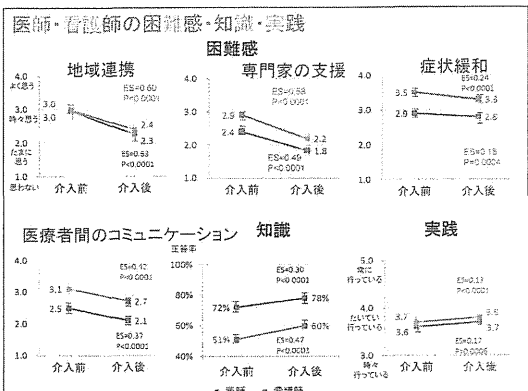
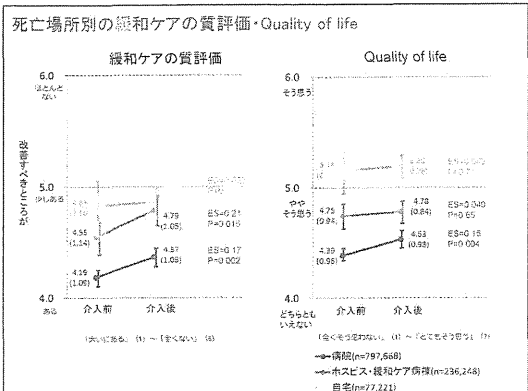
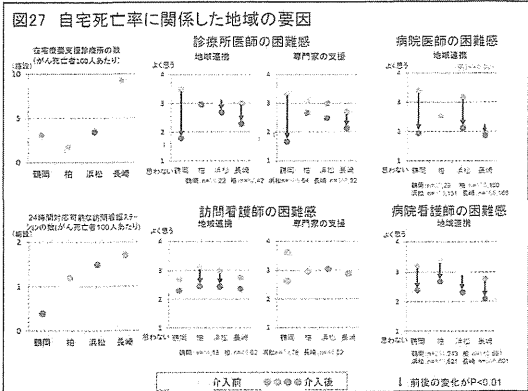
た。その理由は診る患者数は同じですが、介護面をみていた人は看護師が行かないようにしてヘルパーがみて、看護師は医療依存度の高い人だけを見ているという役割分担を行いました。また、鶴岡と浜松、長崎には在宅薬局ネットワークがあるので、訪問時の薬の管理を看護師の業務と切り離し、薬局に入ってもらい服薬管理をお願いする段取りをしました。数は少なくとも運用を変えることで、それに見合う対応を行う工夫が鶴岡のステーションでは行われていました。

緩和ケアサービスマスター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ようで、そういう所はどういう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。抗がん治療中の患者の割合は、増えたかという地域差があり、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

自宅死亡は患者の望む通りだったわけですが、その分介護負担は



も今まで依頼されていなかった人が依頼されるようになった。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、底上げみな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みたい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付けて、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、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うわけではないことを示唆しています。

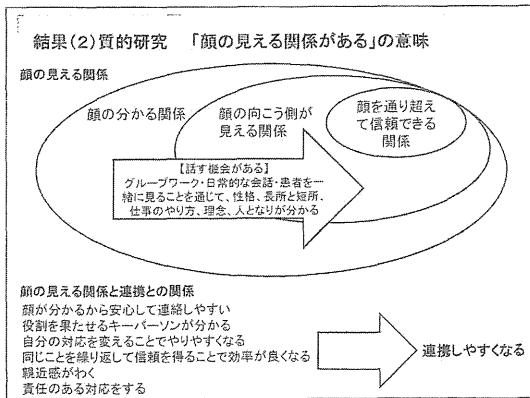
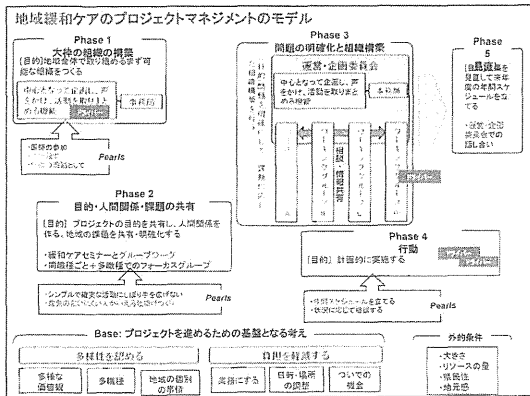
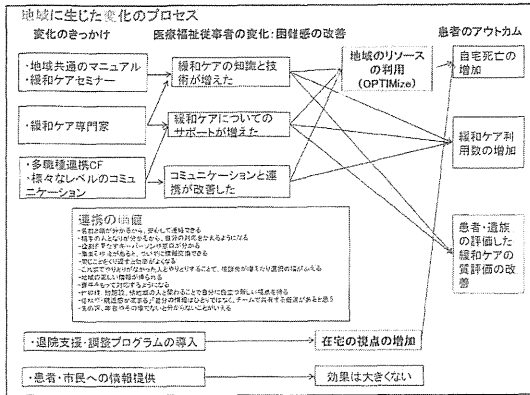
和ケアが比較的良くなっている結果が全体の結果を押し上げています。自宅は高止まりしています。医師・看護師調査に関する詳細は、示唆に富んでいるデータです。どんなことに困難感を感じているのかの分野別データです。地域連携、専門家の支援、症状緩和、医療者間のコミュニケーションという項目が立てられています。「ES」はeffect sizeといって変化の大きさを示す指標です。0.4より0.6という数字は中程度の変化があるという見方をします。特に変化したのは地域連携0.60、専門家の支援0.58、医療者間のコミュニケーション0.42、ネットワーク

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もよりますが、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



顔の見える関係と連携との関係
顔が分かるから安心して連絡しやすい
役割を果たせるキーパーソンが分かる
自分の対応を変えることでやりやすくなる
同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良い
親近感がよく責任のある対応をする

→ 連携しやすくなる

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記述は、『OPTIM Report2011 地域での実践』を間もなくがん診療連携拠点病院、在宅療養拠点などに対して送付します。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てほしい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の話をお願いします。

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」、両方をひと言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えました。

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わらぐ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、スキルを持つている人が地域にいることが分かる地域のリソースを踏まえて、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、最初に大卒の組織を作ります。その時たとえ