

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

### プロセス研究のまとめ

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

### イギリスのGold Standard Framework

- ・2000年にThomas K(緩和ケアに関心を持ったGP)によって枠組みが設定
- ・国策に採用され、70%以上のGP districtで採用
- ・概念的枠組み: 7つのC
  - C1 Communication 地区の患者で「1年以内に亡くなったとしても驚かない」(surprise question)のリストを作成、定期的にGPとDNがミーティングを行う
  - C2 Coordination 患者1名に1名のコーディネーターを決める
  - C3 Control of symptoms マタミランサポートのもとに症状緩和
  - C4 Continuity 休日・夜間の対応を電話に書いて関係者で共有
  - C5 Continued learning デスカンファレンスなどで知識を共有
  - C6 Carer support 家族・医療福祉従事者のサポート
  - C7 Care of the dying 看取りのパス(LCP)を導入

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

### 地域緩和ケアプログラムを行っても残る課題と対策・まとめ

バリア	対策
<b>緩和ケアの質評価</b>	
1) 対応しても苦痛が緩和しない	1) 担当医が対応して観測しない場合の専門医緩和ケアへの確実な対応
2) 診察や相談に十分な時間がない	緩和困難な苦痛に対する調査研究 2) 臨床現場の物理的なリソースの充実
<b>専門緩和ケアサービスの受診</b>	
1) 主治医から受診をすすめられない	1) 担当医に患者の苦痛が具体的に簡便に伝わるシステム(目で見える問診票など)
2) 困ることがなかった・知らなかった	2) 紹介すれば対応が可能な項目や紹介方法が明確に伝わるアナウンス
<b>自宅死亡</b>	
1) 予想より早く進む病状	1) 早い時期からの同意・相談を始める仕組み
2) 不十分な苦痛緩和	2) 苦痛が悪化した場合緩和が得られる体制
3) 介護力の不足	3) 社会的資源の介護力の確保
4) 急変時・夜間の対応	4) 24時間体制の地域ごとの整備(グループ)
<b>疼痛</b>	
1) 痛みの程度に応じて異なる理由	1) より専門的なケアへのアクセス

す。行動する時は年間スケジュールを立てることが重要です。3月に主な人が集まって来年度はこういう順番に取り組みというスケジュールを立て、メンバー全員に説明します。こういったポイントがプロジェクトマネジメントのインタビューから分析されました。一連の研究をしている間に参加していた人たちのほとんどが「顔の見える関係ができて良かった」とよく言いました。「顔の見える関係」とは何を意味しているのか、それができるとどうしているのかが分からなかったたので、質問紙調査とインタビュー調査を行っています。

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

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

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

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

プロセス研究をまとめると、

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

2. インタビュー調査により、地域緩和ケアプログラムがアウトカムに変化を及ぼした理由を探索した。地域緩和ケアプログラムは、

緩和ケアの知識・技術の向上、専門家からの支援もあるが、一番大きく効いているのは従事者間のコミュニケーションの改善。誰が何をやっているのが分かって、人となりが分かった。それによって、地域の既存の資源を最大限利用することができるようになった。小さい地域でもそうだが、大きい地域で自分たちは連携はある程度うまくいっていると思ってる人たち、資源を把握していると思ってる人たちですら、「実際やってみると知らないことがたくさんあった」と、ふと言ったのが印象的だった

3. 地域の医療・福祉従事者間のコミュニケーションが良くなるこ

とが、患者のアウトカムに影響することが示唆された

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

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

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

### 早期に相談を

### 始める枠組みが

### 自宅死希望を実現

地域プロジェクトを実施してこういう感じになるという見取図を私たちは作りましたが、それでもまだ不十分だったと言う人がいます。「医師はからだの苦痛をやわらげるのに努めているか」の質問に「それでもなかった」と回答した人に「それはどうしてですか」と患者・遺族に、また似た質問を医師・看護師に行きます。これを行うことによってひと通りのプログラムが終わった時にお残る問題を同定していくことができます。患者・遺族から見ると理由は、「対処してもらえない」「質問されなかった」というのは少数で、「何かやってくれているのだけれども苦痛が取れない」が6割

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

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

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

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

森田 達



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

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

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

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

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

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

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

より負担の少ない

OPTIMIZE strategy

抽出は可能

まとめです。当初、緩和ケアの

プログラムだから疼痛などの話が中心になるのだろうと思っていたのですが、やり始めてグループワークしてすぐに分かるのは、ほとんど連携の問題であることです。連携やコミュニケーションの問題が解決して、誰かに聞けば分かるという体制さえ作られてしま

うと、個々の人の緩和ケアそのものの知識はそれほど必要がないことが分かります。24時間体制も一人で対応しなくても、ポイントポイントで対応すれば何とかなるという体制ができると、それほど負担感がなくなってきました。したがって、コミュニケーションと連携が一番のポイントになります。これは世界的にもそうであろうと思います。このプログラムでより負担の少ないエッセンスとして、OPTIMIZE strategy は抽出することができらるだろうと思います。

絞ってやるなら、①組織を作る、②専門家へのアクセスを構築する、③緩和ケアに関する基礎的な知識と技術を伝えあう、④患者・患者に近い医療者への情報提供、⑤連携の課題の解決する枠組みの構築。

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

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

### まとめ: Pitfalls (1)

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

### まとめ

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

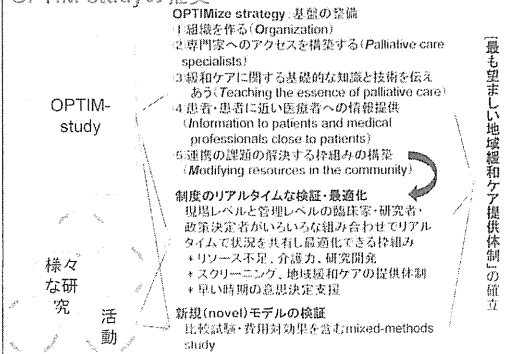
Reported in the OPTIM Report 2012. Coming soon (March 2013)

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

### まとめ: Pitfalls (2)

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

### OPTIM-studyの推奨



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

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

③は地域全体を見ると一人で解決する必要があらうことはあまりありません。在宅の視点という言葉はプロジェクトチーム痛みで入院してきて緩和ケアチームの専門の医師がすぐに注射をつけるという話になってしま

注射を自宅で使えるように可能な在宅医を探さなければなりません。そうではなく、最初から自宅に帰れる人なら、貼り薬と内服薬だけで対応するなど入院した時から在宅でできる治療を考える必要があります。そのためには、緩和ケア専門家が非専門家に教えるという枠組みではなく、ある事例を通して在宅ではこういうエッセンスがあるということを緩和ケア専門家が教えてもらう。両方のセッティングの経験がある医師がリーダーシップをとってプログラムを作るのがいいと思います。

④は啓発に関することです。住民対象の啓発は非常に効果がなくて、効果があるくらいやろうとすると、非常にコストがかかりました。参加した人は認識が変わりましたが、それを60万都市でやろうとすると、何億円や何千万円になります。細く長く、そうすぐには効果は出ないけれど、というのを狙っているならいいけれど、短期間で即効的に考えると、ま

## 短報

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

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

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

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

Key words: 緩和ケア, ニード, 教育

## 緒言

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

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

## 対象・方法

本研究は、地域介入の前後比較研究である OPTIM プロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」)の一部である<sup>7,8)</sup>。介入前調査として行われた質問紙調査による患者・遺族調査のうち、浜松地域の対象者の自由記述を分析対象とした。

患者調査の対象施設は、がん診療を行っている8病院であり、

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

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

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

Corresponding author: 森田達也

聖隷三方原病院 緩和支援治療科

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

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

表1 患者・遺族調査にみられた医療者への要望

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

## 分析

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

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

## 結果

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

### ① 患者・家族の医療者への要望

最も多かったのは、【気持ちに寄り添って一緒に考えてほし

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

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

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

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

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

表2 【気持ちに寄り添って一緒に考えてほしい】に関する代表的な自由記述

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

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

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

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

## ② 医療者向けパンフレットの作成

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

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

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

## 考 察

患者・遺族調査の結果をもとに、医療者が気を配るべきことをまとめた冊子を作成した。配慮すべきこととして、①患者・家族の気持ちへの共感、②苦痛の緩和、③心残りが少ないような配慮、④希望を支えること、⑤医療用麻薬の説明、が同定された。これらは、患者が最も希望していることの1つに「分かってもらえると感ずること」があるとするわが国の終末期がん患者を対象とした研究結果と一致している<sup>10)</sup>。また、患者にとって重要なことは、準備をしつつも希望をもつことであるとする国内外の知見とも一致している<sup>11)12)</sup>。身体症状としては、疼痛は緩和されていたとの意見があった一方で、倦怠感や化学療法の副作用の緩和が不十分であるとの意見がみられたことは、疼痛に対する治療は改善されつつあるが、他の身体症状の緩和がまだ十分とはいえない状況を示唆していると考えられる<sup>13)</sup>。医療用麻薬による生命予後への心配や、意識が低下することの懸念が挙げられたことは、緩和ケアは症状を緩和するだけではなく、患者や家族が納得できる症状緩和、特に可能なかぎり意識を保ちつつ症状緩和を行うことが必要であることを再認識させるものである<sup>2,3,14)</sup>。本研究で作成した冊子により、患者・家族の声に基づいたセミナーが実施可能となった。今後、一般的なセミナーとの効果の比較検証などが可能である。

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

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

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

#### 文献

- 1) World Health Organization. National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines, 2nd ed. WHO, Geneva, 2002.
- 2) Steinhilber KE, Clipp EC, McNeilly M, et al. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 2000; 132: 825-32.
- 3) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- 4) Miyashita M, Morita T, Hirai K. Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol* 2008; 26: 3845-52.
- 5) 古村和恵, 宮下光令, 木澤義之, 他. 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821名の自由記述からの示唆. *Palliat Care Res* 2011; 6: 237-45.
- 6) 内富庸介, 藤森麻衣子 編. がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか. 医学書院, 東京, 2007.
- 7) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 412-8.
- 8) 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. *ホスピス緩和ケア白書* 2011. 2011; 24-41.
- 9) Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications, Beverly Hills, 1980. (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明 訳. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. 勁草書房, 東京, 1989)
- 10) 森田達也, 赤澤輝和, 難波美貴, 他. がん患者が望む「スピリチュアルケア」—89名のインタビュー調査. *精神医* 2010; 52: 1057-72.
- 11) Clayton JM, Hancock K, Parker S, et al. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. *Psychooncology* 2008; 17: 641-59.
- 12) Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, et al. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1278-88.
- 13) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese nationwide region-based multicenter survey. *J Pain Symptom Manage* 2008; 43: 503-14.
- 14) Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, et al. Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet* 2001; 357: 1311-5.

---

著者の申告すべき利益相反なし



## 原著

地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が  
地域連携のために同職種・他職種に勧めること森田 達也<sup>1)</sup>, 井村 千鶴<sup>2)</sup>, 野末よし子<sup>2)</sup>, 鈴木 聡<sup>3)</sup>, 渋谷 美恵<sup>4)</sup>,  
木下 寛也<sup>5)</sup>, 原田久美子<sup>6)</sup>, 白髭 豊<sup>7)</sup>, 平山 美香<sup>8)</sup>, 江口 研二<sup>9)</sup>1) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科, 2) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 3) 鶴岡市立荘内病院 外科,  
4) 鶴岡市立荘内病院 地域医療連携室, 5) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科, 6) 国立がん研  
究センター東病院 精神腫瘍学開発部 がん患者・家族総合支援センター, 7) 白髭内科医院, 8) 「緩和ケア普及のた  
めの地域プロジェクト」社団法人長崎市医師会 長崎がん相談支援センター, 9) 帝京大学医学部 内科学講座

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

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

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

Key words: 緩和ケア, 地域連携, 多職種協働

## 緒言

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

本研究の目的は、わが国で実施された地域緩和ケアプログラムの体験者が、「今回の経験から同職種・他職種に勧めたい」と思っていることを収集することである。最終的な目的は、それによって、全国の地域緩和ケアを向上させるための方策についての洞察を得ることである。

## 対象・方法

本研究は、OPTIMプロジェクト(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」)の一部として行われた<sup>9, 10)</sup>。OPTIMプロジェクトは、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域の4地域を対象とした地

域介入による前後比較研究である。主要評価項目は、患者の評価による quality of care、遺族の評価による quality of care、専門緩和ケアサービスの利用数、自宅死亡率である。

地域に対する介入として、①緩和ケアの標準化と継続性の向上(マニュアルの配布、医療者向け緩和ケアセミナー)、②患者・家族に対する適切な知識の提供(リーフレットの配布、市民講演会)、③緩和ケア専門家による診療(地域緩和ケアチームの設置)、④地域の緩和ケアの包括的なコーディネーションと連携の促進(相談窓口の設置、退院支援・調整プログラムの導入、地域多職種カンファレンス)が行われた。介入は、介入実施手順書を原則として地域の現状に即して行えるように規定された。

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

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

Corresponding author: 森田達也

聖隷三方原病院 緩和支援診療科

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453

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

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<sup>1)</sup>。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。

「(勧めることは、)いろいろな人と仕事の面で交流をもちましょうってことです。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、こうしたらいかが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いる。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す]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
<b>【職種にかかわらず勤めること】</b>	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
<b>【保険薬局に関すること】</b>	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
<b>【介護支援専門員に関すること】</b>	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
<b>【診療所医師に関すること】</b>	7
[チームを使って診療すればできる]	7
<b>【訪問看護師に関すること】</b>	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
<b>【地域医療者に関すること】</b>	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
<b>【病院スタッフに関すること】</b>	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)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、排泄だったら排泄、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ふ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、薬で分から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。ただセットするの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、おとなしいのでね、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いいと思います。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人ひとりの個別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、個別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する]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。すべてに応え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。開かりがあった時、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くて、他の地域のもを真似したり、使ったり。1からつくりあげようとするのが大変なので、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でもよいので、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)。こまごまや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。自分分らないのであれば、『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きましょう』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、大事な仕事ですわって話をしたい』(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で迷った。『(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、排便是いつ、おしっこ回数、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。言っただけだと、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往診医、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みつけて、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ほどのようなことを同職種・他職種に勧められ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<sup>5-8, 12)</sup>、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], 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, 特に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

- 山口龍彦, 原 一平, 壺井康一, 他. 各地域におけるがん対策基本法の前後の取り組み—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. 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. 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. 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.
- 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.
- 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.
- 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.

---

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<sup>1)</sup>, 野末よし子<sup>2)</sup>, 井村 千鶴<sup>2)</sup>

1) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科, 2) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター

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知りたい分かる」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】【顔を通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<sup>1-6)</sup>。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的な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<sup>6)</sup>。

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.seirci.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ほしい分かる	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ほしい分かる	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)の一般的な役割がほしい分かる	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ほしい分かる	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ほしい分かる	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、相手がどんな情報が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がほしい分かる	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<sup>7)</sup>。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次元のみを行った。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 しているか知りたい分かる	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、自分以外の職種の動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知りたい分かる	0.50
在宅で過ごすがん患者にどんな職種が関わることが分かる	0.42
がん患者に関わる職種の一般的な役割が知りたい分かる	0.41

Spearman の  $\rho$  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、役割が分かる】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知りたい分かる」「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、仕事ぶりとかポリシーとか、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な」(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、価値観が違くなっていうことも、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など、気持ち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など予想がつくんです。(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(人となりが分かる関係)】	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ことに
【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そのものよりも、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ね。難事例だけけれど、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んです」(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なと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分えてくるので、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ちよ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。価値観が違っててもやり方を変えれば(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、あの人にお願いと10かかるのに、この人だったらもうツールカーで分かるような、これだけいけ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、生半可なことで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、ごめんなさい。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するようにな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<sup>8,9)</sup>。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<sup>9)</sup>。

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<sup>10)</sup>。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<sup>10-13)</sup>。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・人となりが分かる、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

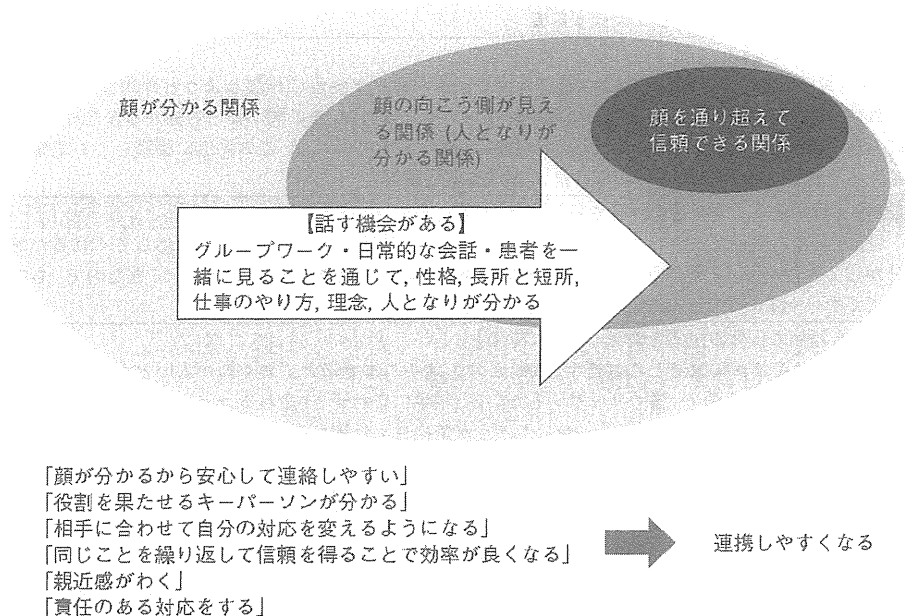


図1 顔の見える関係と連携との概念的枠組み

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、人となりが分かるようになる。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、顔がわかるだけでなく、考え方や価値観、人となりが分か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、顔の見える関係の定義・定量を行うための尺度開発や、顔の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) 黒瀬正子. “顔の見える関係” 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. 日本医事新報 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—顔の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—

- 地域連携は顔の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、地域の中でより顔の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)—顔の見える関係と信頼. 地域連携 入院支援 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