

表1 実践の自己評価

	とても減ると思う/ 減ると思う	変わらないと 思う	増えると思う	とても増える と思う
医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しないことをはっきりと説明をする	0% (n=0)	5.8% (n=15)	54% (n=141)	38% (n=99)
患者や家族が医療用麻薬を使用するとよくないと思っている時、過去にきっかけとなった体験があるかを聞く	0% (n=0)	3.1% (n=8)	61% (n=158)	35% (n=91)
患者や家族から不安の表出があった時、説明をするのではなく、「苦しいですね」、「心配ですね」など感情に焦点をあてた受け答えをする	0.4% (n=1)	4.6% (n=12)	60% (n=155)	35% (n=90)
患者・家族が伝えようとしているメッセージは何かを考えながら話を聴く	0.4% (n=1)	4.2% (n=11)	63% (n=163)	32% (n=84)
家族に質問をする時、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問をする	0% (n=0)	6.5% (n=17)	62% (n=160)	32% (n=82)
患者に質問をする時、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問をする	0% (n=0)	6.9% (n=18)	62% (n=160)	31% (n=81)
「家族としてどう見てあげたいと思っているか」を聞く	0% (n=0)	2.7% (n=7)	69% (n=180)	28% (n=72)
患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーが保てる場所で話をする	0% (n=0)	11% (n=29)	61% (n=159)	27% (n=70)
患者・家族の希望が現実的ではなくても「できません」と否定せず、「できるといいですね」など、気持ちを支えるように対応する	0% (n=0)	5.4% (n=14)	70% (n=182)	24% (n=63)
患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認する	0% (n=0)	7.7% (n=20)	69% (n=178)	23% (n=59)
医療用麻薬の使用や病状の進行のために眠気が出てコミュニケーションが十分に取れなくなるのが予測される時は、家族にコミュニケーションを取れる時間が限られていることを伝える	0% (n=0)	6.2% (n=16)	72% (n=186)	20% (n=52)
患者・家族が心の準備ができていないと思う時、「もしよくならなかつたら」を用いて、「もし悪くなったとしても後悔しないためには今何をしておいたらいいか」を早めに聞くようにする	0.4% (n=1)	3.8% (n=10)	77% (n=199)	19% (n=48)

欠損値のため合計が100%にならない箇所がある

知識については、「医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない」など9項目について、「正しい」「間違っている」「わからない」で尋ねた<sup>11)</sup>。

参加者の背景については、職種、勤務場所、臨床経験年数、OPTIM主催のセミナーへの参加回数を尋ねた。

倫理的配慮として、対象者の自由意思に基づき、匿名性に配慮して行った。

## ② セミナー参加者が重要であると認識したケアの収集

フォーカスグループで挙げられた、① 気持ちをわかってもらえたと思えるためのケア、② 生きる希望を持ちながら、かつ、心残りもないためのケア、③ 苦痛をやわらげ、かつ、医療用麻薬についての誤解もないためのケア、を記録した付箋の内容を分析対象とした。

表2 緩和ケアの知識

	正解	不正解	わからない
医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない〔正〕	97% (n=251)	1.9% (n=5)	0.8% (n=2)
「しておいた方がよいことについて早い時期に相談にのる」, 「代替療法の相談にのる」ことで、家族が「希望を持ちながら、心の準備ができる」と思えることに役立つ〔正〕	97% (n=251)	0% (n=0)	0.8% (n=2)
「何もすることがない」というかわりに「今後の達成可能な目標を具体的に言う」ことで、終末期のコミュニケーションについての満足度が上がる〔正〕	94% (n=245)	0.4% (n=1)	3.1% (n=8)
がん患者の呼吸困難はモルヒネでやわらげることができる〔正〕	94% (n=245)	2.3% (n=6)	1.5% (n=4)
緩和ケアの対象は、根治的治療法のない患者のみである〔誤〕	94% (n=243)	2.3% (n=6)	2.7% (n=7)
医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる〔誤〕	90% (n=234)	3.8% (n=10)	5.0% (n=13)
患者の息苦しさと酸素飽和度は比例する〔誤〕	85% (n=222)	5.4% (n=14)	8.1% (n=21)
痛みに関して医療用麻薬を定期的に使用している場合、呼吸困難を緩和するために医療用麻薬を追加すると、呼吸抑制が起こりやすい〔誤〕	85% (n=220)	6.5% (n=17)	6.9% (n=18)
主治医が予測した予後より、実際の予後は短いことが多い〔正〕	84% (n=217)	8.5% (n=22)	7.7% (n=20)

欠損値のため合計が100%にならない箇所がある

〔 〕内は質問内容の正誤を示す

### 3) 解析

量的データは度数分布を集計した。質的データについては、内容分析を行った<sup>12)</sup>。ケアに関する1つの意味内容を含む文章を1単位とし、分割された意味単位の類似性に従い、帰納的に分類、抽象化し、カテゴリー化した。2名の研究者が独立に内容分析を行った後、緩和ケア領域における同様の研究経験を豊富に有する緩和ケア専門家(T. M.)のスーパービジョンを基に、3名の合意が得られるまで議論を行った。以下、カテゴリーを【 】で、サブカテゴリーを< >で、具体的な表現を「 」で示した。

## Ⅲ. 結 果

緩和ケアセミナーは4回実施し、参加者は延べ274名であった。質問紙は260名(95%)から有効回答を得た。職種は、看護師75%(n=194)、介護支援専門員10%(n=27)、医師5.8%(n=15)、薬剤師3.1%(n=8)、医療ソーシャルワーカー0.4%(n=1)、その他4.6%(n=12)であった。勤務場所は、一般病院55%(n=144)、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム13%

(n=34)、居宅介護支援事業所10%(n=27)、訪問看護ステーション7.3%(n=19)、診療所6.9%(n=18)、保険薬局2.3%(n=6)、その他4.2%(n=11)であった。平均臨床経験年数は12±8.7年、OPTIMのセミナーへの参加回数は中央値1(範囲:1~18)であった。

### 1) 緩和ケアセミナーの評価

「総合的に役に立ったか」に対して、96%(n=250)が「とても役に立った」「役に立った」と回答した。領域ごとに、「とても役に立った」「役に立った」と回答したものは、それぞれ、「気持ちをわかってもらえたと思えるようにサポートする方法を知る・考えること」(93%)、「生きる希望を持ちながら、かつ、心残りもないようにサポートする方法を知る・考えること」(92%)、「苦痛をやわらげ、かつ、医療用麻薬についての誤解もないようにサポートする方法を知る・考えること」(92%)であった。

実践の自己評価については、12項目のうち11項目において、90%以上が「とても増えると思う」「増えると思う」と回答した(表1)。緩和ケアの知識の正答率は、緩和ケアセミナー

表3 「気持ちをわかってもらえたと思える」ためのケア

カテゴリー	サブカテゴリー
患者・家族が伝えようとしているメッセージを聴く	<ul style="list-style-type: none"> <li>・タイムリーに一人ひとりの気持ち（不安や気がかり、困っていること、つらいこと、対応して欲しいことなど）を聴く（120）</li> <li>・十分にコミュニケーションできる環境（時間・場所・雰囲気・態度）を整える（17）</li> <li>・援助的コミュニケーションを用いてキーワードやサインをキャッチする（10）</li> <li>・解決のみを目標とはせず、気持ちをわかろうと関わる（7）</li> <li>・身体的なアプローチを通じて気持ちをわかろうと関わる（1）</li> <li>・患者・家族が話せるようになるまで待つ（1）</li> </ul>
ありのままの患者・家族を受け入れそばにいる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・そばにいる存在となり、寄り添う（44）</li> <li>・ありのままの患者・家族を受け入れる（23）</li> <li>・患者・家族が頑張ってきたこと・頑張っていることを認め、ねぎらう（37）</li> <li>・共感的支持的に関わる（19）</li> </ul>
コミュニケーションをとり信頼関係を構築する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自ら声をかけコミュニケーションを継続する（18）</li> <li>・日々の関わりを積み重ね、信頼関係を築いていく（12）</li> <li>・笑顔で、安心感や大切に思う気持ちが感じられるよう関わる（3）</li> <li>・医療福祉従事者自身の気持ちを伝えていく（2）</li> </ul>
一緒に考えサポートを保証する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サポートの準備があること・一人ではないことを伝える（22）</li> <li>・一緒に考え、ともに最善の方法を見つけていく（10）</li> <li>・サポートできる具体的な内容を伝えていく（3）</li> </ul>

サブカテゴリーの（ ）内の数値は単位数を示す

後では85～95%であった（表2）。

① セミナー参加者が重要であると認識した  
ケア

フォーカスグループで収集されたケアの内容分析では、合計1,013の意味単位から21のカテゴリーが抽出された。

i) 「気持ちをわかってもらえたと思える」  
ためのケア

349の意味単位から【患者・家族が伝えようとしているメッセージを聴く】、【ありのままの患者・家族を受け入れそばにいる】、【コミュニケーションをとり信頼関係を構築する】、【一緒に考えサポートを保証する】の4つのカテゴリーが抽出された（表3）。

参加者から最も多く挙げられたケアは、〈タイムリーに一人ひとりの気持ち（不安や気がかり、困っていること、つらいこと、対応して欲しいことなど）を聴く〉ことであった。参加者は、患者・家族の苦しみや気がかりに焦点を当て、「何かをしようとするのではなく、聴くこ

との重要性をわかって関わる」ケアに言及した。さらに、患者・家族の生き方を尊重し、そばにいる存在となるケアが挙げられた。多くの参加者は、「患者・家族の頑張りを認める」、「患者・家族のゆらぎに添う」のように【ありのままの患者・家族を受け入れそばにいる】ケアを挙げた。

ii) 「生きる希望を持ちながら、かつ、心残りもない」ためのケア

353の意味単位から、【患者・家族の価値観や人生についてわかろうとする】、【希望についてともに考え、何をしておけば心残りがないかを話し合う】、【希望を支持し実現できるように一緒に取り組む】、【患者・家族の病状認識を知り、心の準備に合わせた関わりを行う】、【患者・家族のコミュニケーションを促進する】、【家族の力をサポートする】、【身体や心の苦痛をやわらげる】、【チームをコーディネートする】、【医療福祉従事者自身が希望を維持する】の9つのカテゴリーが抽出された（表4）。

表4 「生きる希望を持ちながら、かつ、心残りもない」ためのケア

カテゴリー	サブカテゴリー
患者・家族の価値観や人生についてわかろうとする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・価値観やこれまでの生き方を知る (8)</li> <li>・人生や家族にとっての存在の意味, 病気体験の意味について話し合う (5)</li> </ul>
希望についてともに考え、何をしておけば心残りがないかを話し合う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族が何を望み、どこでどのように過ごしたいのかとその理由を知る (77)</li> <li>・どうすれば心残りがないか、やっておきたいこと・話しておきたいことを話し合う (40)</li> <li>・希望となるもの(病気が良くなるかもしれないという希望を持つこと・治療・今できること・代替療法)を支え、見守っていく (38)</li> <li>・希望となるものを一緒に見い出していく (9)</li> <li>・病気がよくなった時・悪くなった時についての考えを聞く (5)</li> </ul>
希望を支持し実現できるように一緒に取り組む	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小さな具体的で達成可能な目標設定をサポートする (13)</li> <li>・希望を実現するための患者の気持ち・考え・選択を支持する (10)</li> <li>・希望を実現できるよう、タイムリーに必要な情報提供を行う (6)</li> <li>・やっておきたいこと・希望する療養場所・希望する最期が達成されるよう障害を取り除いていく (22)</li> <li>・患者・家族の個別の希望をケアに取り入れる (1)</li> </ul>
患者・家族の病状認識を知り、心の準備に合わせた関わりを行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予後を知ることについての意向や病状認識を確認し、現状や今後の見通し、対処を伝える (25)</li> <li>・現実を受けとめていくことをサポートする (8)</li> <li>・患者・家族が現実を受け入れることと希望を持つことの両方の気持ちを持っていることをわかりながら関わる (2)</li> </ul>
患者・家族のコミュニケーションを促進する	患者・家族が気持ちを共有し、ともに過ごす時間をサポートする (20)
家族の力をサポートする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が患者を支えられる(本人らしく生きることを支える、家族がやってあげられることができる)ようサポートする (19)</li> <li>・家族の負担に配慮(休める声かけや環境整備、家族が気持ちを共有できる場の紹介、利用できる社会資源の紹介など)する (23)</li> </ul>
身体や心の苦痛をやわらげる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状マネジメントを行う (8)</li> <li>・精神的苦痛をやわらげる (5)</li> </ul>
チームをコーディネートする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつ、だれが、どのように関わるのか役割分担を行う (5)</li> <li>・共通の認識を持ち、チームで関わる (2)</li> </ul>
医療福祉従事者自身が希望を維持する	医療福祉従事者自身が希望を失わない (2)

サブカテゴリーの ( ) 内の数値は単位数を示す

参加者は、〈価値観やこれまでの生き方を知る〉、〈人生や家族にとっての存在の意味、病気体験の意味について話し合う〉ことを通じて、一人の人間としての患者をわかろうと関わるケアを挙げた。さらに、多くの参加者は、患者・家族と希望について話し合い、希望を育み、維持していこうとするケアを挙げた。参加者は、「希望の背景を知る」ことや「良くなりたく

という気持ちをわかろうと関わる」、「患者自身が納得できる(過程を歩める)よう様々な試みを行うことを支持する」のように、〈希望となるもの(病気が良くなるかもしれないという希望を持つこと・治療・今できること・代替療法)を支え、見守っていく〉ケアを挙げた。また、参加者は、〈どうすれば心残りがないか、やっておきたいこと・話しておきたいこと

表5 「苦痛を緩和し、かつ、医療用麻薬についての誤解がない」ためのケア

カテゴリー	サブカテゴリー
医療用麻薬に対する誤解や不安の背景をわかってもらう	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療用麻薬に対する誤解や不安の背景にある過去の体験など理由を尋ねる (29)</li> <li>・無理に誤解を解こうとするのではなく、医療用麻薬に対する不安や葛藤を受けとめる (12)</li> </ul>
医療用麻薬を使用するか使用しないかについて望むケアについて話し合う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの医療用麻薬に関連した体験から、どのようなケアを望むかを聞く (1)</li> </ul>
気持ちに配慮しながら正しい情報を伝える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療用麻薬や医療用麻薬に関連した体験に関する正確な情報を伝える (75)</li> <li>・これまでに使用してきた薬の種類や薬の効果を一緒に確認する (4)</li> </ul>
医療用麻薬の副作用に見える身体状況の変化は、医療用麻薬のためではなく、病状が進行しているためであることを説明する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の状況をどう捉えているかを聞く (10)</li> <li>・医療用麻薬のせいではなく、病状が進行しているために変化が起ることを伝える (7)</li> </ul>
医療用麻薬の使用に関する意思決定ができ、家族が自分を責める気持ちにならないようサポートする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状や予測される状況、選択肢を患者・家族が理解できるように具体的に伝える (47)</li> <li>・苦痛の緩和の方法について、患者・家族の意思が尊重されることを保証しながら、一緒に考え不安をやわらげる (11)</li> <li>・医療用麻薬を使うことを決めたことで家族が自分を責める気持ちにならないように関わる (3)</li> </ul>
患者・家族のコミュニケーションを促進する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族が気持ちを共有し、ともに過ごす時間をサポートする (35)</li> <li>・患者・家族が同じ気持ちで同じ目標に向かえるようサポートする (8)</li> <li>・大切にしたいこと、患者が家族に望むことを共有できる場を作る (5)</li> </ul>
家族の力をサポートする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族背景を理解してサポートする (15)</li> <li>・家族が患者のためにできることを伝え、一緒に考える (11)</li> <li>・家族の心身の負担に配慮する (10)</li> <li>・家族の悲嘆をケアする (4)</li> </ul>
チームをコーディネートする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共通の認識をもちチームで関わる (20)</li> <li>・いつ、だれが、どのように関わるのか役割分担を行う (3)</li> <li>・患者・家族と医師の橋渡しをする (1)</li> </ul>

サブカテゴリーの ( ) 内の数値は単位数を示す

を話し合う)、〈小さな具体的で達成可能な目標設定をサポートする)、〈病気が良くなった時・悪くなった時についての考えを聞く〉ケアに言及した。ケアの具体的な内容としては、「早めにやっておきたいことを話し合う」、「家族は先々の予測が難しく、今がその時であることを伝えていく」、「病気をどうしたいかだけでなく、一日一日をどう過ごしていきたいかを話し合う」、「最大限の努力をしても『もし、状態が悪くなったとしたら』どうしたいかを聞く」などが挙げられた。

さらに参加者は、〈現実を受けとめていくことをサポートする〉ケアとともに、〈患者・家族が現実を受け入れることと希望を持つことの両方の気持ちを持っていることをわかりながら関わる〉ケアを挙げた。

### iii) 「苦痛をやわらげ、かつ、医療用麻薬についての誤解もない」ためのケア

311の意味単位から【医療用麻薬に対する誤解や不安の背景をわかってもらう】、【医療用麻薬を使用するか使用しないかについて話し合う】、【気持ちに配慮しながら

正しい情報を伝える】、【医療用麻薬の副作用にみえる身体状況の変化は、医療用麻薬のためではなく、病状が進行しているためであることを説明する】、【医療用麻薬の使用に関する意思決定ができ、家族が自分を責める気持ちにならないようサポートする】、【患者・家族のコミュニケーションを促進する】、【家族の力をサポートする】、【チームをコーディネートする】の8つのカテゴリーが抽出された(表5)。

多くの参加者は、「なぜそう思うのか不安の背景を聞く」、「医療用麻薬に関連した近親者の体験を聞く」のように、医療用麻薬に対する誤解を解くだけでなく、背景にある不安や葛藤に焦点を当てるケアを挙げた。さらに参加者は、医療用麻薬に関する説明について、「病状の変化は医療用麻薬のせいではないことをはっきりと説明する」、「自信を持って伝える」、「誰が何を使って、どのように説明するかを工夫する」のように、患者・家族の不安や葛藤に配慮したケアを挙げた。また、「具体的な選択肢を提示する」、「可能な対処について一緒に考える」のように、様々な選択肢を持ち、決定を家族のみに任せるのではなく、一緒に考え負担を分け合うケアが挙げられた。

#### IV. 考 察

本研究は、われわれの知る限り、患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの有用性を評価した初めての研究である。

本研究で重要な知見の一つは、患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーは、参加者が患者・家族の求めるケアを実践しようとする意思を促進する可能性が示唆された点である。この解釈としては、患者・遺族調査で「患者・家族が求めていること」が実際の生の声として確認できたこと、実際の事例を通じて具体的にどのようにケアに取り入れるかを議論したことにより、あいまいな形ではなく具体的なケアの指針を得られたためと考えられる。患者・家族が求める緩和ケアを提供していくためには、知識の獲得を目的とした講義のみならず、

実際の患者・家族の評価、医療福祉従事者に求められるケアについてのグループワークを含む教育プログラムが有用であることが示唆される<sup>13)</sup>。

本研究でもう一つの重要な知見は、患者・遺族調査の結果を知った参加者が重要だと考えた具体的なケアが収集された点である。「生きる希望を持ちながら、かつ、心残りもない」ためのケアでは、患者・家族の価値観の尊重を保証すること、希望を支持し達成可能な目標設定をサポートすること、患者・家族の心の準備に合わせた情報提供、現実を受け入れることと希望を持つことの両方の気持ちを理解することが含まれた。これらは、これまでに患者・家族、医療福祉従事者を対象とした研究から重要とされたケアと類似しており<sup>14-17)</sup>、今後、「生きる希望を持ちながら、心残りもない」ように過ごせるためのケアの体系化が求められる。また、本研究では、日々の生活に焦点を当てることによって希望を見い出していくケアが多く挙げられた。希望を維持するためには、医療的な側面のみならず、日々の生活の視点から行うケアの重要性が示唆される<sup>15)</sup>。

一方、「苦痛をやわらげ、かつ、医療用麻薬についての誤解もない」ためのケアでは、正しい知識や情報を提供することとともに、不安や葛藤の背景を知ること、医療用麻薬の使用に関する意思決定の負担を分け合うこと、具体的な選択肢を提示することが挙げられた。これまでに、医療用麻薬についての負のイメージが患者の精神的負担となることが示されている<sup>18)</sup>。これらから、医療用麻薬の使用に関わる不安や葛藤は、単に知識の提供のみで解決されるものではなく、医療者が具体的な複数の選択肢を持ち、患者・家族の不安や葛藤に配慮することがより重要である可能性が示唆される。

本研究には、以下の限界がある。参加者を対象とした実践の自己評価や知識の評価は、緩和ケアセミナー直後の評価であり、長期的な効果や患者・家族にもたらされた効果を評価することはできない。今後、これらの課題を明らかにする研究が必要である。

## 結 論

本研究では、患者・遺族調査の結果を基にした緩和ケアセミナーの評価と、参加者が重要であると認識したケアが収集された。患者・遺族調査の結果をフィードバックするように策定された緩和ケアセミナーは、参加者から有用と評価され、患者・家族の求めるケアを実践しようとする意思を促進することに有用な可能性が示唆された。

## 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ががん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班により行われた。プログラムの企画、運用にあたり、ご協力をいただきました皆様に心よりお礼を申し上げます。

## 文 献

- 1) 片山 壽：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。東京、篠原出版新社、2008、102-199
- 2) 厚生労働省：「終末期医療に関する調査」結果。2011年6月1日アクセス [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf]
- 3) 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」対象地域に対する予備調査。2011年6月1日アクセス [http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html]
- 4) 木澤義之、宮下光令、佐藤一樹、他：地域の医療機関に勤務する医師の緩和ケアに関する知識・実践・困難感は？ 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」介入前調査から：OPTIM-study。第15回日本緩和医療学会学術大会抄録集。東京、2010
- 5) 木澤義之：Ⅱ緩和ケアの教育と研修。3。日本緩和医療学会PEACEプロジェクトーがん診療に携わるすべての医師が基本的な緩和ケアを実施できるように。(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2009)。大阪、2009、24-30
- 6) 竹之内沙弥香、田村恵子：Ⅱ緩和ケアの教育と研修。5。End-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラム。(日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団ホスピス緩和ケア白書編集委員会・編：ホスピス緩和ケア白書2009)。大阪、2009、8-42
- 7) 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* 26 : 3845-3852, 2008
- 8) 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」プロジェクト対象地域の情報。浜松地域(静岡)研究成果・資料。2011年1月28日アクセス [http://gankanwa.jp/region/hamamatsu/materials.html]
- 9) Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al: The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: Reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med* 13 : 427-437, 2010
- 10) Morita T, Murata H, Hirai K, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: A validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage* 34 : 160-170, 2007
- 11) Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al: The palliative care knowledge test: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med* 23 : 754-766, 2009
- 12) Krippendorff K: Content analysis. (An Introduction to Its Methodology). Beverly Hills, Sage Publications, 1980. (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明・訳：メッセージ分析の技法ー「内容分析」への招待。東京、勁草書房、1989)
- 13) Shaw EA, Marshall D, Howard M, et al: A systematic review of postgraduate palliative care curricula. *Palliat Med* 13 : 1091-1108, 2010
- 14) Clayton JM, Butow PN, Arnold RM, et al: Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer* 103 : 1965-1975, 2005
- 15) Clayton JM, Hancock K, Parker S, et al: Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: A systematic review. *Psychooncology* 17 : 641-659, 2008
- 16) Reinke LF, Shannon SE, Engelberg RA, et al: Supporting hope and prognostic information: Nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses. *J Pain Symptom Manage* 39 : 982-992, 2010
- 17) Yoshida S, Hirai K, Morita T, et al: Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. *J Pain Symp-*

tom Manage 41 : 594-603, 2011  
18) Reid CM, Gooberman-Hill R, Hanks GW: Opioid analgesics for cancer pain: Symptom control for the living or comfort for the dying?: A qualitative study to investigate the factors

influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. Ann Oncol 19 : 44-48, 2008

(2011. 8. 受付)

※ ※ ※



# 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価

【目的】在宅に特化した診療所と連携してケアを実施した訪問看護ステーションについて遺族から評価を得る。

【方法】診療所で在宅死亡まで診療を受けたがん患者の遺族 135 名を対象に自記式質問紙調査を行った。

【結果】有効回答 97 名 (75%) のうち、訪問看護ステーションの訪問を受けていたと回答したものは 33 名 (34%) であった。93% が「訪問看護師の関わりに満足だった」、86% が「診療所との連携はよかった」と回答した。「診療所の看護師とは別に訪問看護ステーションが入っていてよかった」に対しては 74% が「そう思う」「とてもそう思う」であったが、26% は「そう思わない」「あまりそう思わない」であった。

【考察】評価は全般的によかったが、患者家族のニーズの違いにより診療所と訪問ステーションの訪問頻度や役割分担を患者ごとに検討する必要性が示唆された。

佐藤泉<sup>1)</sup> 小野宏志<sup>2)</sup>  
細田修<sup>2)</sup> 青木茂<sup>2)</sup>  
井村千鶴<sup>3)</sup> 佐藤文恵<sup>4)</sup>  
前堀直美<sup>5)</sup> 小坂和宏<sup>6)</sup>  
森田達也<sup>3)</sup>

- 1) 訪問看護ステーション細江
- 2) 坂の上ファミリークリニック
- 3) 聖隷三方原病院浜松がんサポートセンター
- 4) きちっと居宅介護支援事業所
- 5) レモン薬局三方原店在宅・緩和医療室
- 6) どんぐり薬局

## はじめに

がん患者が在宅で過ごすことは希望の1つであり、がん患者が在宅で過ごすための体制を地域で整備していくことが求められている。2006年に新設された在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション(以下、ステーション)がよい連携をもつことは、がんや医療依存度の高い患者のみならず、最期の時まで在宅で過ごすことを望む患者の希望を叶えることにつながる。よりよい連携がもたれているかを確認するためには、ステーションのケアの質と連携に関する評価を行うことが大切である。

これまでに行われたステーションのケアの質の評価には、患者による満足度や家族による満足度、他職種による評価、在宅ターミナルケアの遺族評価、または、連携活動における訪問看護師の役割を明らかにした研究がある。しかし、在宅に特化した診療所(以下、在宅特

化型診療所)と連携をとるなかでのステーションのケアの質について遺族から評価を得た研究はない。本研究の目的は、在宅特化型診療所と連携してケアを実施したステーションのケアの質について、遺族から評価を得ることである。また、最終的な目的は、遺族の評価をもとにステーションと診療所とで課題を共有し、連携方法について検討し改善につなげることにある。

## 対象

調査対象は、当該診療所で在宅死亡まで診療を受けたがん患者の遺族のうち、以下の適格基準を満たすものとした。

- ① 患者の死亡後6〜18か月の遺族
- ② 患者の「キーパーソン」または「身元引受人」として診療録に記載されている家族
- ③ 患者の年齢が20歳以上
- ④ 遺族の年齢が20歳以上

除外基準は、①死亡時の状況から精神的に不安定なために研究の施行が望ましくないと判断したもの、②死亡時の状況で認知症・精神障害・視覚障害などがあると判断したもの、③患者ががんであることを伝えられていなかったもの、④診療を受けていた時期の患者の住所が当該都市以外のもの、である。

調査対象とした診療所は「在宅ホスピス」を標榜している在宅特化型診療所であり、看取り数は市内のがん患者在宅死亡数の約半数である。複数名の医師と看護師が訪問を行ない、かつ、必要に応じて地域内のステーションとも連携をとっている。

診療所からの訪問看護とステーションの連携のとり方は、訪問頻度や介護度が高い・介護力が低い場合などに診療所から依頼があり、ステーションが必要に応じた頻度と内容で訪問し、診療所は週1回程度、ステーションより少ない頻度で主に診療の補助として訪問し

ている場合が多い。在宅末期医療総合診療料を算定する場合には訪問頻度や内容は同様となるよう調整している。緊急時の対応は、その緊急時の状況に応じて連絡をとり合いどちらかが対応している。緊急時に両方が対応できるように、定期の訪問内容をお互いその日のうちに報告している。

### 方法

本研究は、郵送法による自記式質問紙調査である。2010年2月に対象者に対して、診療所から調査票と趣旨説明書を郵送し、郵送にて診療所への返送を依頼した。なお、聖隷三方原病院の倫理委員会承認を受けた。

評価の質問項目は、多職種9名からなるフォーカスグループで作成した。診療所・居宅介護支援事業所・保険薬局などの評価を含む項目について作成したが、本研究ではステーションに関する質問のみを分析した。

評価の項目は、「訪問看護師の関わりに満足だった」など14項目について、「そう思わない」から「とてもそう思う」の5件法で尋ねた。また「診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった」に対して「少しそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した遺族に、どのようなことがよかったかを自由記述で求めた。

解析については、量的データは度数分布で集計した。質的データについては、記録された内容をテキストデータ化し内容分析を行った。すなわち、ステーションが入っていてよかった理由に関する意味内容を抜き出し、類似性に従って帰納的にカテゴリー化した。カテゴリー化の際には緩和ケア専門家のスーパービジョンを受けた。

### 結果

研究期間中の死亡患者158名のうち135名が対象となった。これらの対象者のうち97名から回

答を得た(有効回答率75%)。このなかから「診療所とは別にステーションから看護師の訪問を受けていた」と回答したものは33名(34%)であった。この調査に参加の同意が得られたステーションは5施設であった。

対象となった患者は男性16名、女性17名、病名は大腸(15%)、肺(15%)、すい臓(15%)、胃(12%)が多く、在宅での療養期間の中央値は23(範囲・2〜262)日であった。遺族は、平均年齢60±13歳で、男性11名、女性22名、患者との関係は配偶者14名、子13名などであった。

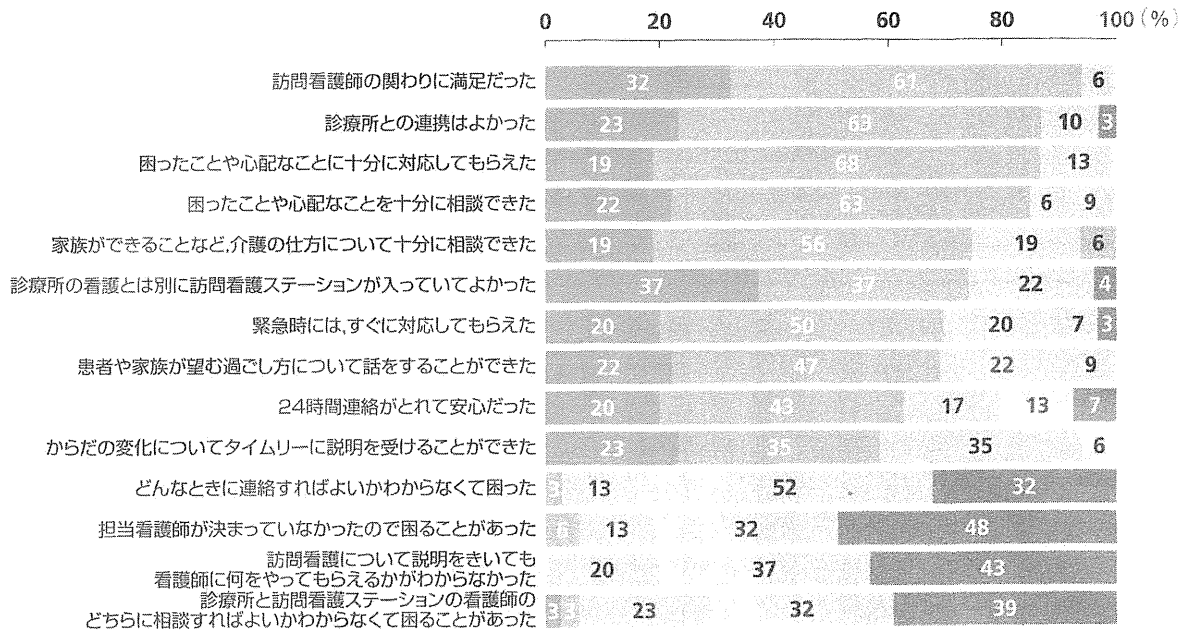
ステーションを利用していた患者と、していなかった患者とでは、背景に有意な差はなかった。

### ステーションに対する評価(図)

遺族からみたステーションの評価では、「訪問看護師の関わりに満足だった」に対して、93%の遺族が「そう思う」「とてもそう思う」と回答した。遺族の85%が

## 図④ 在宅特化型診療所と連携するステーションに対する評価

■ とてもそう思う ■ そう思う ■ 少しそう思う ■ あまりそう思わない ■ そう思わない



「困ったことや心配なことを十分に相談できた」「困ったことや心配なことに十分に対応してもらえた」に対して肯定的で、70%前後が「患者や家族が望む過ごし方について話をすることができた」「緊急時には、すぐに対応してもらえた」「家族ができることなど、介護の仕方について十分に相談できた」に対して肯定的だった。

「どんなときに連絡すればよいかわからなくて困った」に対しては、84%が「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した。

連携についての評価は、86%が「診療所との連携はよかった」と回答し、「診療所とステーションの看護師のどちらに相談すればよいかわからなくて困ることがあった」に対して71%が「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した。一方、「診療所の看護師とは別に訪問看護ステーションが入っていてよかった」に対しては74%が「そう思う」「とてもそう思う」と回答したが、26%が「そう思わ

ない」「あまりそう思わない」と回答した。

診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった理由

「診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した20名のうち11名から、どのようなことがよかったかについての自由記述が得られた(表)。その内容は次の5つのカテゴリーに分けられた。

①「親身に思ってくれて心から信頼できた」などの【精神的な支援があった】

②「入浴の世話もしてくれた」などの【療養上の世話に関する支援があった】

③「診療所と合わせてみていただく回数が多かったので安心した」などの【予定された日時に頻繁にみてもらった】

④「診療所がすぐに対応できないときに対応してくれた」などの【緊

表④「診療所の看護師とは別に、訪問看護ステーションが入っていてよかった」の自由記述

カテゴリー	具体例
精神的な支援があった	親身に思ってくれて心から信頼できた／頼りになる存在だった／来てくれるだけでありがたかった／社会とのつながり、外の風を感じた／愚痴や世間話の相手になってくれた／ちょっとした疑問にも相談にのってもらえた
療養上の世話に関する支援があった	入浴の世話もしてくれた／自宅でする方法を教えてくれた
予定された日時に頻繁にみてもらえた	診療所と合わせてみていただく回数が多かったので安心した／決まった日時に必ず来てくれた／来てくれる日がわかっていてよかった／定期的に訪問してもらえた
緊急時や変化時の対応がよかった	診療所がすぐに対応できないときに対応してくれた／遠慮なく連絡をとり合える関係になっていた／変化への対応がすばやかかった
連携がとれていた	どちらも同じような治療をしてくれた

考察

本研究は、在宅特化型診療所と連携してケアを実施したステーションの評価について実際に遺族の評価を得た、われわれが知るかぎり初めての研究であり、診療所とステーションの間で課題を共有し、改善策を具体的に議論するための基礎資料となった。

ステーションへの評価は、看護師の関わりに満足度が高く、総じて肯定的であった。「困ったことや心配なことを十分に相談でき

た」「困ったことや心配なこと十分に対応してもらえた」が高く評価され、自由記述には「精神的な支援があった」があげられた。これは島内の研究と同様であり、ス

テーションのケアとして精神的な支援は高い評価を得ていると言える。

また、「患者や家族が望む過ごし方について話をするのができた」についても高い評価が得られており、終末期ケアには特に重要である。大切な最期の時の過ごし方に関する支援も高く評価されたとと言える。

「緊急時にはすぐに対応してもらえた」に対しても肯定的であり、「どんなときに連絡すればよいかわからなくて困った」との回答は少なかつた。自由記述には「緊急時や変化時の対応も高い評価が得られており、どんなときに連絡すればよいかも理解されている」といえる。これは、他の研究からも同様の評価が得られている。

また、「家族ができることなど、介護の仕方について十分に相談できた」も高く評価され、自由記述には「療養上の世話に関する支援があった」とあつたが、これは、終

末期の刻々と変化していく患者の状態に応じて看護師がその療養上の世話を担い、その方法を家族に伝えることができていたことを示すとと言える。

連携に関しても「診療所との連携はよかった」と回答した遺族は多く、「診療所とステーションの看護師のどちらに相談すればよいかわからなくて困ることがあつた」は少なかつた。自由記述からも「連携が取れていた」とあり、診療所との連携はよかったことが示された。

一方、「診療所の看護師とは別に訪問看護ステーションが入っていてよかった」に関しての評価は分かれ、全患者に対して一様に両方の看護師が入ることがよいとは言えないことを示唆していると考えられる。入っていてよかった理由には「精神的な支援があった」「療養上の世話に関する支援があった」「予定された日時に頻繁にみてもらえた」などがあり、「精神的な支援」「療養上の世話の支援」

「定期的な頻繁な訪問」を望む家族は、診療所の訪問看護に加えてステーションが入ることを望んでいるのではないかと考えられる。一方、少ない訪問頻度でよいと思っ

ている患者家族は、両方の看護師が入る必要性はあまり感じていないかもしれない。

英は、診療所と訪問看護とが連携をとる場合に医療者間の理念や目標をすり合わせ、どのような対応をしているかを確認し、お互いで穴埋めをするという努力が不可欠であると述べている。診療所とステーションが連携する場合には、両看護師の訪問頻度や役割分担などについて事例ごとに患者家族のニーズを十分検討し、お互いの信頼関係をもとに、掲げた目標に向けてケアに取り組むことが大切である。その際、ステーションは、評価が高く自由記述にも挙げられた「精神的支援」や「療養上の世話に関する支援」といった役割を担えるとも言えよう。

本研究の限界として、遺族を対

象としており、必ずしも患者の評価と一致しない可能性がある。また、1つの診療所で診療を受けた遺族が対象であり、地域全体の評価として一般化することはできない。

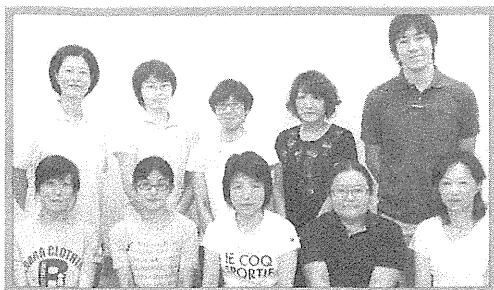
結論

1つの在宅療養支援診療所で在宅死亡まで診療を受けた遺族の視

点から、ステーションの評価が得られ、ケアの質や診療所との連携に関して全般的に肯定的な評価が得られた。特に「精神的な支援」の評価が高かった。一方、課題もあげられ、診療所とステーションが連携をとる際には患者家族のニーズに合わせ、事例ごとに両看護師の訪問頻度や役割分担などについて十分検討することの必要性が示された。

文献

- \*1 Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol*. 18: 1090-1097, 2007.
- \*2 厚生労働省: 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について, 2004. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>(2011年11月10日アクセス)
- \*3 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」対象地域に対する予備調査, 2008. <http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html>(2011年11月10日アクセス)
- \*4 英治裕: 診療所と訪問看護ステーションとの連携, 緩和ケア, 19(5): 417-418, 2009.
- \*5 堀川尚美: 「訪問看護ステーションにおける在宅療養支援診療所との連携に関する研究」調査結果の概要, 看護, 59(13): 28-29, 2007.
- \*6 青木万由美, 渡部啓子, 吉崎山希子, 他: 在宅医療 在宅療養のための訪問看護ステーションの役割, ホスピスケアと在宅ケア, 16(3): 218-224, 2008.
- \*7 小川恵子, 島内節, 河野あゆみ: 在宅ターミナル期におけるがん患者の死別後の家族と看護職による訪問看護の評価, 日本看護科学学会誌, 21(1): 18-28, 2001.
- \*8 樋口京子, 久世淳子, 森扶山彦, 他: 高齢者の終末期ケアにおける「介護者満足度」の構造, 全国訪問看護ステーションから, 日本在宅ケア学会誌, 7(2): 91-99, 2004.
- \*9 阿部三重子, 石山明美, 鈴木真祐美, 他: 医療保険福祉の他機関・他職種によるステーションの訪問看護サービスに対する評価, 日本看護学会論文集, 地域看護, 38: 25-27, 2008.
- \*10 島内節, 小野恵子: 遺族による在宅ターミナルケアのサービス評価, 日本在宅ケア学会誌, 12(2): 36-43, 2009.
- \*11 原田光子, 山岸春江: 訪問活動における高齢療養者と家族のニーズに対する他職種との連携, 日本地域看護学会誌, 5(2): 61-69, 2003.



ステーションのスタッフ(前列左から3人目が筆者)

佐藤泉 (さとういずみ)

訪問看護ステーション細江

〒433-8105 静岡県浜松市北区三方原町 3453 聖隷三方原病院内1階

本研究から、遺族の評価を得ることは、職種間で課題を共有してケアの改善を図るための基盤となり、地域における緩和ケアの質の向上に貢献する可能性が示唆される。

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班により行われた調査をはじめ、ご協力をいただいた皆さまに心より感謝いたします。

## 原著

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森田 達也<sup>1)</sup>, 野末よし子<sup>2)</sup>, 花田芙蓉子<sup>3)</sup>, 宮下 光令<sup>3)</sup>,  
鈴木 聡<sup>4)</sup>, 木下 寛也<sup>5)</sup>, 白髭 豊<sup>6)</sup>, 江口 研二<sup>7)</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) 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) 鶴岡市立荘内病院 外科, 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) 帝京大学医学部 内科学講座  
腫瘍内科

受付日 2011 年 11 月 15 日 / 改訂日 2011 年 12 月 11 日 / 受理日 2011 年 12 月 26 日

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムが行われた地域の医師・看護師の体験した変化を収集することである。OPTIM プロジェクト介入後の医師 1,763 名、看護師 3,156 名に対する質問紙調査の回答 706 件、2,236 件を対象とした。自由記述の内容分析を行い、それぞれ 327、737 の意味単位を同定した。好ましい変化として、【チーム医療と連携が進んだ】(【相談しやすくなった】【名前と顔、役割、考え方が分かるようになった】など)、【在宅療養が普及した】(【在宅移行がスムーズになってきた】など)、【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】が挙げられた。意見が分かれた体験として、【病院医師・看護師の在宅の視点】【活動の広がり】【患者・家族・市民の認識】が挙げられた。地域緩和ケアプログラムによるおもな変化は、チーム医療と連携、緩和ケアの意識と知識や技術の向上、在宅療養の普及であると考えられた。  
Palliat Care Res 2012; 7(1): 121-35

Key words: 緩和ケア, 地域, 在宅ケア, 連携

## 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>。地域を対象とした緩和ケアプログラムが行われた時に、地域に生じた過程を理解することは、地域での緩和ケアの普及を行ううえで重要な洞察を得ることに通じうる。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対象の緩和ケアプログラムを受けた医療福祉従事者の体験や自覚した変化についての研究が報告されている<sup>5-8)</sup>。

たとえば、イギリスの Gold Standard Framework の評価に関する質的研究のレビューでは、参加者が最も体験したことは、症状コントロールや患者への直接の影響よりも、医療従事者間のコミュニケーションとコーディネーションが良くなったことであると繰り返して報告された<sup>5)</sup>。これまで問題を感じていても話し合うきっかけがなかったことが、Gold Standard Framework という枠組みと権威 (authority) が与えられ話さすきっかけとなったことが最も「重要な変化」として指摘され、正式な形でなくても (informal に) 連絡し合うことが増えたことが重要な変化として体験されると報告されている<sup>5)</sup>。また、終末期ケアや患者・家族の苦痛・希望している療養場所に意識が向くようになったこと、症状コントロールの技術が向上したこと、チームとして働くようになったこと、緩和ケアの専門家と連絡をとりやすくなったこと、枠組みが与えられているが地域に応じてアレンジして使用できることも挙げられている<sup>5)</sup>。

これらはほかの国からの研究でも一致した知見であり<sup>6-8)</sup>、地域を対象とした緩和ケアプログラムにおいて、最も重要な成果として医療福祉従事者に認識されることは、症状コントロ

ルそのものよりも、地域単位での多職種ネットワークの構築であることが示唆される。一方、わが国では、さまざまな地域対象の緩和ケアプログラムが行われているが、緩和ケアプログラムの行われた地域での医師・看護師の体験に関する系統的な研究は報告されていない<sup>1-4)</sup>。

本研究の目的は、わが国で実施された地域介入プログラムの一環として行われた医師・看護師調査の結果をもとに、地域の医療福祉従事者の体験した変化を収集することである。

## 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」) の副次解析である<sup>9,10)</sup>。

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) を柱とする複合介入が行われた。

主要評価項目は、患者の quality of care、専門緩和ケアサービスの利用数、自宅死亡率である。副次的評価項目として、地域の医師・看護師の体験した変化を明らかにするために、①医師・

看護師に対する質問紙調査の量的解析、②4地域のリンクスタッフを対象としたインタビュー調査、③質問紙調査の自由記述の分析、の3つの方法を採用した。①は地域全体への効果を代表性のある方法で取得することを目的とし、②は「どのように変化を生じたのか」について量的研究では得られない洞察を得ることを目的とした。本研究は③に相当し、質問紙調査の項目に必ずしも設定されていない意見を収集することを目的として、医師・看護師に対する質問紙調査の自由記述の内容分析を行った。質問紙調査は、介入後の2011年1月に行われた。

調査項目は、知識・困難感・実践についての評価尺度に加えて、「地域のがん患者に対する緩和ケアについて、この3年間で変わったこと、変わらなかったこと、今後の課題」について自由記述を得た。

医師の適格基準は、病院医師は、①がん診療に携わるすべての常勤医師(内科、外科、呼吸器科、消化器科、呼吸器外科、泌尿器科、乳癌科、耳鼻科、婦人科、血液内科、放射線治療科、臨床腫瘍科、化学療法科、緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科)、②臨床経験年数が3年以上のもの、③調査施設に1年以上勤務しているものとした。診療所医師は1診療所の医師1名に対して調査票を送付した。

看護師の適格基準は、病院看護師は、①がん診療に携わるすべての常勤看護師(内科、外科、呼吸器科、消化器科、呼吸器外科、泌尿器科、乳癌科、耳鼻科、婦人科、血液内科、放射線治療科、臨床腫瘍科、化学療法科、緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科)、②臨床経験年数が3年以上のもの、③調査施設に1年以上勤務しているものとした。訪問看護ステーション看護師は、すべての常勤看護師とした。

地域でがん患者を多く診療していると考えられる病院として、23病院(鶴岡3病院、柏7病院、浜松8病院、長崎5病院)の参加が得られた。適格基準を満たした対象者は医師1,763名、看護師3,156名であり、それぞれ、846名(48%)、2,609名(83%)から回収を得た。回収された回答のうち、すべての回答に記載がないもの、過去1年間に診療した、または、看取りを行ったがん患者がいないと回答したもの、地域での勤務経験が1年未満と回答したもの、臨床経験が2年以下のもの(医師)を除外し、医師706名、看護師2,236名から有効回答を得た。

## 解 析

自由記述の中で、「地域のがん患者に対する緩和ケアについて、この3年間で変わったこと、変わらなかったこと、今後の課題」に相当する記載を意味単位(ユニット)として抽出し、意味内容の類似性・相違性からカテゴリーを作成した<sup>1)</sup>。データを「」、小カテゴリーを「[]」、大カテゴリーを「【】」で示した。

分析は1名の看護師と1名の緩和ケア医師とで独立して行い、議論により一致させた。カテゴリーに相当するユニットの数を計算した。その後、大カテゴリーごとに「変化のきっかけ」を表現している部分を同定、収集したものを記述した。

## 結 果

医師、看護師の調査から、それぞれ327、737の意味単位を同定した。記述内容は、好ましい体験、意見の分かれた体験、課題

に分けられた。

### ① 好ましい体験

好ましい体験として、【チーム医療と連携が進んだ】【在宅療養が普及した】【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】【自信や達成感を感じた】が挙げられた。

#### 1. チーム医療と連携が進んだ

【チーム医療と連携が進んだ】ことは、[相談しやすくなった][直接会って話し合う機会や情報交換する機会が増えた][名前と顔、役割、考え方が分かるようになった][ネットワークが増えた][チームでみていこうと思うようになった][信頼関係や仲間意識ができた]ことが語られた(表1)。ある回答では、「これまでなんの接触もなかった人たちとプロジェクトを通じて1本のコードとして結びつくことができた」と述べられた。看護師は特に、「気兼ねや遠慮が減った」「こわくなくなった」のように連絡や相談をする時に精神的な負担が減ったことをしばしば述べた。医師では、「相談できる場所があることで診療の余裕につながる」「1人で抱えこまず燃え尽き症候群や過労が回避できた」のように自分の負担の軽減がしばしば挙げられた。

きっかけとして、①役割を担う人ができて認識できたこと(部署ができた、連携のマネジメントをする職種ができた、窓口がみえてきた、緩和ケアや退院支援の専門チームが上手にアピールした)、あるいは②プロジェクトのグループワークや研修会、退院前カンファレンス、診療所で行ったカンファレンス、懇親会などさまざまな機会が直接話すことや、紹介した後の返事や訪問、電話、メールなどによって、相談できる雰囲気徐々にできていったことが挙げられた。加えて、看護師は、緩和ケアチームや退院支援看護師を介して医師と相談しやすい、リンクスタッフを介して相談しやすいなど、役割のある看護師を介して医師や他の職種と相談しやすくなったことを述べた。

#### 2. 在宅療養が普及した

【在宅療養が普及した】については、[在宅で過ごすことが普通になってきた][在宅医療のリソースが増えた][在宅移行がスムーズになってきた][在宅療養に向けて退院カンファレンスが行われるようになった]ことなどが語られた(表2)。特に、在宅療養を行う地域の診療所や訪問看護ステーションが増えてきたことや、関係者間での連携が進むことで、状態の厳しい患者でもタイミングを逃さずに迅速に在宅療養へ移行できることが述べられた。

きっかけとして、実際に在宅に移行する患者を体験したり、実際に在宅医療の現場を見に行くこと、あるいは、プロジェクトで知り合うことによって地域のリソースを知るようになることによって、①誰がどのように患者に関わるかが分かることで患者・家族に具体的に説明できるようになること、②医療福祉従事者が「無理」と思わずに「相談してみよう」と思うようになること、が挙げられた。システム上でのきっかけとしては、①病院に緩和ケアチームや退院支援の部署ができたこと、②病院の意識が変わったこと、が挙げられた。

#### 3. 緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた

【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】こととしては、[緩和ケアの知識や技術が増えた][早い時期から緩和ケアや在宅医療を意識するようになった][緩和ケアの専門家からのサポートが増えた]ことが挙げられた(表3)。

表1 医師・看護師の感じる好ましい体験(1)—【チーム医療と連携が進んだ】

サブカテゴリー (ユニット数; 医師, 看護師)	例	
	医師	看護師
「相談しやすくなった」 (n=30, 46)	「部署ができたので相談しやすくなった」「窓口ができて、誰に相談したらことが進むか理解できた」「研修会に出席して直接話す機会があり、誰にでも相談できるようになった」「電話やメールでの連絡が気楽にできるようになった」	「連絡が気兼ねなく、相談できるようになった」「ささいなことで違うかもしれないからやめておこうと思うことはなくなりました」「以前なら『分かりません』『外来受診させてください』だったのが、主治医や担当の方と直接話ができる」
「直接会って話し合う機会や情報交換する機会が増えた」 (n=11, 21)	「退院前カンファレンスで情報の共有とともにディスカッションの場ができた」「在宅に依頼した患者のその後の経過を聞くことが増えた」	「退院前カンファレンスで、直接話し合うことが増えた」「アドレス交換を行い、情報交換が頻繁に行える」
「名前と顔、役割、考え方が分かるようになった」 (n=8, 27)	「相手の受けとり方、考え方が分かる」「日常のやりとりは事務的でも、相手の受けとり方・考え方が分かるのでスムーズに連携できる」「種々の会合で直接お会いし、本当に顔の見える関係となった」	「考えが分かり、話す時にどの程度話したらよいか分かり、関わりやすくなった」「相手の立場や考えをふまえて話を進めやすくなった」
「ネットワークが増えた」 (n=7, 16)	「選択肢が広がっている」「近くの診療所と診療連携ができた」	「横のつながりができて、連携しやすくなった」「緩和ケアに熱心に取り組んでいる方が大勢いることが分かった」
「チームでみていこうと思うようになった」 (n=4, 11)	「多職種で治療方針を考えるようになり、たいへん助かっている」	「在宅支援担当看護師が助けてくださる」「緩和ケアの専門看護師と退院調整ナースの助けを得て、看護師で相談しながら、ケアを行える」
「信頼関係や仲間意識ができた」 (n=1, 11)	「理念を共有できる仲間が増えた」	「『他事業所の人』から、『一緒にケアをする人』という風に意識が変わってきた」「協力して皆で一緒に、という意識が高まった」

きっかけとしては、①マニュアルやビデオなどのプロジェクトで作成したマテリアル、②講習会、特に実践に即したロールプレイや多職種でのグループワーク、③実際に緩和ケアチームと患者と一緒に診療した経験、④実際に診療していなくても同じチームとしてメーリングリストやカンファレンスでの患者に関するやりとりをみることで、挙げられた。ある医師は、「(前の病院より)緩和ケアが進んでおり、一緒に患者を診ることで自分の知識がずいぶん増えた」と述べ、講習会ばかりではなく、専門家との共同診療など日常診療の中で緩和ケアについての知識や技術の共有が行われていることが述べられた。このほかに、医師では、「(チームを組んだ)薬剤師に忠告を受けている」といったコメディカルとの関わりがきっかけとなったとする意見があり、看護師ではリンクスタッフから教えてもらっている」のようにリンクスタッフの役割が指摘された。

## ② 意見の分かれた体験

意見の分かれた意見として、【病院医師・看護師の在宅の視点】【活動の広がり】【患者・家族・市民の認識】がみられた(表4)。

【病院医師・看護師の在宅の視点】については、【病院医師・看護師に在宅の視点が増えた】とする意見と、「病院医師・看護師に在宅の視点が不足している」とする意見とがみられた。

【活動の広がり】についても、「広がりが限られた」とする意見と【地域全体におよんだ】との意見に分かれた。また、【変

わった実感はない】【関わりが少ない・期間が短く変化を感じない】【アナウンスが届かない】という意見もしばしば挙げられ、地域内での施設間の差、施設内での診療科や病棟での差、個人による差、医療施設と福祉施設との差、都市部と周辺部での差、がん患者を経験する頻度による差、大学や診療所など大きい組織内での周知の難しさなどが指摘された。

【患者・家族・市民の認識】についても、「医療者の認識は変わったが、患者・家族の認識はまだである」との意見と、「患者・家族の安心感を感じる」「患者・家族・市民の意識が徐々に変化した」との意見とに分かれた。特に、「医療者の認識は変わったが、患者、特に家族の認識がまだである」との内容が多かった。

## ③ 課題

課題としては、「続けること・広げること」と、「忙しき・スタッフのケア」「質の向上」が最も挙げられた。多くの対象者がプロジェクトを継続することの重要性を指摘していた。「広げること」の対象としては、病院、外来、非がん、小児、希少がん、困難症状、福祉施設など広範囲に広げることが述べられた。リソース、システムに関しては、介護力のなさが最も挙げられた。看護師においては、「看護師がどれだけがんばっても、医師の指示がなければできないこともある」といった、医師と看護師の権限の違いに関する課題が多く挙げられた(表5)。



表2 医師・看護師の感じる好ましい体験(2)—【在宅療養が普及した】

サブカテゴリー (ユニット数; 医師, 看護師)	例	
	医師	看護師
[在宅で過ごすことが普通になってきた] (n=4, 30)	[在宅で過ごすことが特別でないことが医療者、患者、家族に浸透してきた]	[自宅で最期を看取ることがほぼ0であったが、自宅で亡くなる人がみられるようになった]「ホスピス待ちの方で、在宅で亡くなる方が増えてきた]
[在宅医療のリソースが増えた] (n=11, 22)	[1年目に受けてくれなかった先生が往診を受けてくれた]「在宅をサポートする薬局が増えた]	[緩和ケアのできる診療所や訪問看護ステーションが増え、在宅療養を勧めやすくなった]「前は訪問看護ステーションに断られることもあったが、3年間は断られず困らなかった]
[在宅移行がスムーズになってきた] (n=8, 24)	[自宅退院を希望した患者をその日に帰宅させることができた]	[形式的な段取りをふまなくても、すぐに在宅へ向け準備できる。『一日もムダにたくない』とみんなが思える]「以前は状態に悪い方にはもっと早く対応してほしいと思っていたが、今は受け入れ対応がとて早くなった]「介護保険導入が早くできるようになった]
[在宅療養に向けて退院カンファレンスが行われるようになった] (n=2, 16)	[カンファレンスが設定され、開かれるようになった]	[直接顔を見て話が聞けると、思いや考えが捉えやすいし、用紙を見るより分かりやすく安心できる]「カンファレンスを退院前に行うことで、困った時にどこに連絡したらいいかが分かる]
[在宅患者が必要な時の救急搬送がスムーズになった] (n=1, 0)		

表3 医師・看護師の感じる好ましい体験(3)—【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】【自信や達成感を感じた】

サブカテゴリー (ユニット数; 医師, 看護師)	例	
	医師	看護師
[緩和ケアの知識や技術が増えた] (n=14, 43)	[麻薬について医療者間では誤った認識は少なくなった]「知識が増えた]「マニュアル化して定着してきた]	[知識がかなり広まって、福祉職の人でも、医療用麻薬などについて分かっている状況ができあがった]「痛みの評価の仕方が分かり、増量など医師に自信を持って報告して、医師を動かせるようになった]「疼痛の評価スケールを使うようになった]「違う職種とのグループワークで、実践に活かせる具体的なアイデアがとても参考になった]
[早い時期から緩和ケアや在宅医療を意識するようになった] (n=9, 30)	[緩和ケアを積極的に行おうと思うようになった]「早い段階での在宅ケアを視野に入れることが多くなった]	[苦痛に以前よりも視点を置き、ケアを行うようになった]「以前は麻薬を死亡直前まで使用せず、苦痛で亡くなる方を何人もみてきたが、疼痛ケアは早くなり、すごく変わった]
[緩和ケアの専門家からのサポートが増えた] (n=14, 25)	[疼痛コントロールを、緩和ケアの専門医師に相談させてもらい、有用なアドバイスをいただくことができた]「緩和ケア専門のチームがあるおかげで、疼痛管理の質がかなり向上した]	[緩和ケアを専門とするスタッフが増え、相談できる環境になった]「緩和ケアチームにいつでも支援が受けられると思えば、何でもできるし、安心して行える]「専門家が地域に出て関わりを持ち、現状に即した専門性の部分を広めたことが良かった]
[自信や達成感を感じた] (n=2, 10)	[今後医師として、何十年働か分からないが、基礎を築くことができた]	[多くの方が懸命に向き合っていることを感じ、自分も精一杯応えようと思うようになった]「いつ・どんな状況でも受け入れたいと積極的に思うようになった]

表4 医師・看護師の感じた意見の分かれた体験

カテゴリー サブカテゴリー(ユニット数)	例	
	医師	看護師
<b>【病院医師・看護師の在宅の視点】</b>		
[病院医師・看護師に在宅の視点が増えた] (n=9, 26)	「どの地区にどんな先生がいてどう依頼をすればいいのかが分かってきた」「地域だけでなく、患者の症状や性格も加味してあの先生にお願いしよう」と検討できるようになった」「自分の言葉に説得力をもたせることができるようになった」	「在宅に戻った際の生活まで考える動きが普通になってきた」「トイレのポータブルの高さや手すりの位置が分かることで病棟でも自宅に近いイメージでリハビリを行うことができた」
[病院医師・看護師に在宅の視点が不足している] (n=1, 10)	「病院医師の在宅医療への関心がまだ低く、これをどう高めていくかが今後の大きな課題となるだろう」	「病棟看護師が在宅での看護を理解していないことが多く、ジレンマを感じる」
<b>【活動の広がり】</b>		
[広がりに限られた] (n=15, 30)	「診療所の医師や看護師は無理だからと見向きもしないことがある」「在宅医療に本気で取り組んでいる診療所と、片手間でやっていて調子が悪いと救急搬送になる診療所とがある」「大学の系列の違う医局は無視されている」「病院医師の考え方に差が大きい」「病院からの紹介が集中してしまっている」	「同じ地域でも病院によって意識の差が大きい」「病院内でも、病棟間で温度差がある」「係で指定されるので、興味があっても関われなかったり、係の人があまり興味がないことがある」
[変わった実感はない] (n=14, 13)	「介護施設での終末期がん患者の受け入れ状況については、おそらく3年間でほとんど変わっていない」「地域医療での変化は、個人的には、ほとんど状況は変わらない」	「当地区では波及効果が少ないと感じている」
[関わりが少ない・期間が短く変化を感じない] (n=8, 16)	「期間が短く、実感がない」「がん患者を在宅で診るということが少ないので、自身の診療は変わらない」	「がん患者の担当になったことがないので変化は分からない」「緩和ケアの対象になる患者が少ない病棟で、たくさんある情報も活用できなかった」
[アナウンスが届かない] (n=8, 13)	「アナウンスが一般の医師まで届かない」「大学で参加していたが病院の中でプロジェクトについて知らされることはなかった」「印刷物が一度も送られてこなかった」	「地域支援のチームや、講演会があることを知らなかった」「もう少し積極的に広報活動しないと、末端の看護師まで認知されない」
[地域全体におよんだ] (n=6, 10)	「地域全体の緩和力が上昇している」	「福祉系の方は『医療のことは分からなくて…』と言われる方も多かったが、最近をよく学んでいる方も増えた」
<b>【患者・家族・市民の認識】</b>		
[医療者の認識が変わったが、患者・家族の認識はまだまだである] (n=15, 21)	「医療者ががん治療と緩和ケアは両立すると考えていても、患者さんは緩和ケア=終末期医療と思っている」「医療サイドの方は大分周知されてきたが、患者・家族に伝えていく必要がある」「家族から『こんな状態だと病院においてほしい』といわれることが多い」	「がん患者を在宅でみるのは困難という意識は強い」「医療関係者には、がん緩和ケアなどという言葉が浸透してきていると感じるが、一般の方の認知が低い」
[患者・家族・市民の意識が徐々に変化した] (n=3, 7)	「住民への緩和ケアの内容が、徐々にではあるが浸透してきた」	「がん患者から緩和ケアという言葉の意味を聞かれたり、地域に浸透していると思った」「緩和ケアということばを使う患者・家族が格段に増えた」
[患者・家族の安心感を感じる] (n=5, 4)	「患者・家族の希望がかなうことが多くなり、喜ばれている」「以前は病院から見捨てられる感じで診療していた患者がこの数年はなくなった」「患者・家族の安心感・落ち着きが以前に比較して良くなった」	「在宅へ移行した患者さんは多く、どなたも『良かった』との感想をいただいた」「在宅での看取りが増え、ご本人・ご家族から感謝されることも多い」

[患者・家族が在宅を希望しない] (n=3, 6)	「在宅緩和ケアを勧められて、悪く言うと何も分からないまま在宅療養が開始されるケースが増加している」「在宅医療の良さが強調されるあまり、条件が十分でないまま退院させられることがないか心配している」	「在宅調整ができていないのに退院するケースが多く、家族が準備ができていないなか、短期間で亡くなることも多い」「ふりかえるとどの人(本人、家族、医療者)の思いが強く帰ってきたのかと疑問に感じる場合が増えている」
[患者と家族の意思の違う時の対応] (n=1, 4)	「患者さんの希望と家族の希望が同一でない時の対応は難しい」	「本人が自宅に帰りたいと望んでも家族の受け入れができない」

表5 医師・看護師の感じた課題

	課題	医師	看護師
続けること・広げることに関するもの (n=33, 84)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・続けることが大事である</li> <li>・広げることが大事である</li> <li>    病院医師・病院看護師に(広げる)</li> <li>    外来患者に(広げる)</li> <li>    がん以外の緩和ケアや小児に(広げる)</li> <li>    少ないがんや、呼吸困難など困難症状に(広げる)</li> <li>    病院の指導者に(広げる)</li> <li>    医療過疎地域に(広げる)</li> <li>    施設に(広げる)</li> <li>    告知されていない患者に(広げる)</li> <li>    (痛みだけでなく)眠気と鎮痛のバランスに(広げる)</li> <li>    もっと広い地域リソースの把握に(広げる)</li> <li>    経過が速く、間に合わない患者に(広げる)</li> <li>    グリーフケアに(広げる)</li> <li>    デスカンファレンスに(広げる)</li> </ul>	<p>13</p> <p>4</p> <p>6</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>32</p> <p>27</p> <p>5</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>
忙しさ・スタッフのケアに関するもの (n=19, 30)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・忙しく緩和ケアに時間が割けない</li> <li>・緩和ケアに関わるスタッフのケアが必要である</li> </ul>	<p>18</p> <p>0</p>	<p>28</p> <p>2</p>
質の向上に関するもの (n=9, 33)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・質を向上したい</li> </ul>	<p>9</p>	<p>33</p>
リソースの不足に関するもの (n=34, 63)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護力がない、家族の負担が大きい</li> <li>・在宅を行う診療所の総数と質の向上が必要である</li> <li>・人的資源が全般的に足りない</li> <li>・訪問看護師の総数と質の向上が必要である</li> <li>・緩和ケア病棟が必要である</li> </ul>	<p>11</p> <p>8</p> <p>7</p> <p>5</p> <p>3</p>	<p>24</p> <p>18</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>4</p>
システムの見直しに関するもの (n=18, 36)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアチームの動き方を検討する必要がある</li> <li>・麻薬が多く煩雑・在庫が増える</li> <li>・経済的負担が大きい</li> <li>・より簡便な地域システムが必要である</li> <li>・夜間・休日の対応が手薄である</li> <li>・マニュアルなどツールの継続発行が必要である</li> <li>・チューブ類など物流の問題がある</li> <li>・若年者に介護保険が使用できる必要がある</li> <li>・医師と看護師の権限の違いがある</li> </ul>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>7</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>15</p>

## 考 察

本研究は予備的な研究であるが、地域緩和ケアプログラムが行われた地域の医療福祉従事者の体験する変化をある程度推定することができる。本研究の意義は、質問紙調査の量的研究ではあらかじめ設定されていない項目を捕うことにより、プロジェクトの効果をより適切に解釈するためのデータを与えるものである。

本研究の最も重要な結果は、地域対象の緩和ケアプログラムで医療福祉従事者にも体験されることが、チーム医療と連携に関することであることが示唆されたことである。これは、Gold Standard Frameworkをはじめとする各国で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<sup>5-9)</sup>。「緩和ケアを地域に普及する」と考えると、症状コントロールに重きを置いたプログラムを策定する場合があるが、Gold Standard Frameworkでも症状コントロールは3段階目に位置づけられているように、「地域緩和ケアプログラム」にまず求められること、そしてプログラムの効果として認識されるのは、「地域内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1地域で行われた複数の研究の結果からも示唆される<sup>12-14)</sup>。地域医療者を対象とした緩和ケアセミナーの有用性として参加者から挙げられたものは、知識や技術の向上のみならず、「地域の医療福祉従事者の交流の場となる」ことであった<sup>12)</sup>。緩和ケア病棟で行われた参加型の研修においても、地域の医療従事者にとって有用であったことは、身体症状コントロールの方法よりもむしろ、自分が地域で実際に受け持つ患者に説明するために「緩和ケア病棟を知る」ことや「連携上の課題について知る」ことであった<sup>13)</sup>。さらに、地域の診療所を対象とした緩和ケアチームによるアウトリーチプログラムの評価でも、専門的な緩和ケアの知識や技術にあわせて、「地域での連携での機会となること」に役立ったことが挙げられている<sup>14)</sup>。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ングであり、ネットワークングを増やすような介入方法が用いられる必要があることが強く示唆される。

このほかに本研究で認められたこととして、【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】ことが肯定的な体験として表現された。これも欧米圏での先行研究とも一致しており<sup>5-9)</sup>、地域対象の緩和ケアプログラムでは、終末期ケアや患者・家族の苦痛・希望している療養場所に意識が向くようになる、症状コントロールの技術が向上するなどの効果が体験されると考えられる。

【活動の広がり】に地域や施設、個人によって差があること、あるいは、患者・家族に対する影響が医療者に対する影響よりもあいまいに表現されることも、先行研究と一致している<sup>5-9)</sup>。地域緩和ケアプログラムでは、個々の患者や施設に対する介入と異なり、地域の医療福祉従事者への広く薄い教育的介入や連携を強める介入が地域全体に薄く実施されることが多い<sup>15)</sup>。したがって、患者自身への効果は直接的でなく、地域内での影響にばらつきが生じると考えられる。患者のアウトカムをより確実に改善するプログラムの策定を目的とするのであれば、患者レベルでの介入プログラムの設定とその検証がより望ましいことが示唆される<sup>16,17)</sup>。

本研究で挙げられた課題は、これまでも挙げられているものが多いが<sup>18,19)</sup>、地域のプロジェクトが進んだためにより課題として鮮明となった、という特徴がある。たとえば、外来患者のサポートのための連携、がん以外の緩和ケア、医療過疎地域でどのように体制をつくるのか、頭頸部がんなど稀少がん、施設での看取り、質の向上などは、がん患者の緩和ケア体制が整っていく中で、「次に」目指されるものとして語られている。地域での緩和ケアの提供体制は範囲が大きく、数年間で体制が整えられることはないと考えられるため、継続することが重要であり、地域ごとに継続可能性のある提供体制を構築していくシステムが不可欠であることがうかがえる。

本研究の限界として、質問紙調査の自由記述の分析であるため、解釈は他の研究と合わせて行う必要がある。また、本研究ではデータが薄いため、病院医療者と地域医療者の比較の視点での分析を行わなかった。より深い洞察を得るためには、立場の違いによる比較を今後の研究では行う必要がある。

以上より、地域緩和ケアプログラムで生じる医師・看護師が体験するおまな変化は、チーム医療と連携、緩和ケアの意識と知識や技術の向上、在宅療養の普及であると考えられた。病院医師・看護師の在宅の視点、活動の広がり、患者・家族・市民の認識については、体験のされ方はまちまちであった。課題としては、続けること・広げることに関するもの、忙しさ・スタッフのケアに関するもの、質の向上に関するもの、リソースの不足に関するもの、システムの見直しに関するものに分けられた。地域を対象とした緩和ケアプログラムでは、対象となる医療福祉従事者が最も求めている可能性が高い「地域での連携を促進するプログラム」を基盤とするべき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

- 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.