

表2 症状・心理社会的ニード・相談希望の頻度

	頻度 (%)		
	中等度	重度	合計
身体症状			
疼痛	12.3	5.1	17.4
しびれ	5.8	3.1	8.9
眠気	7.4	1.8	9.2
倦怠感	12.5	3.0	15.5
呼吸困難	5.6	1.6	7.2
食欲	6.0	3.0	9.0
嘔気	2.8	0.9	3.7
嘔吐	1.2	0.2	1.4
口腔内症状	3.2	1.4	4.6
気持ちのつらさ			15.6
睡眠障害			5.4
心理社会的ニード			
病状			7.2
経済面			0.7
日常生活			1.6
通院			0.9
専門サービスへの相談希望			
緩和ケア			3.5
医療相談			0.2
在宅支援			0.4
身体症状緩和のニード			
0: 症状なし / 1: 現在の治療に満足している			77.0
2: それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい			16.6
3:我慢できないことがしばしばあり対応してほしい			5.6
4:我慢できない症状がずっと続いている			0.8

疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲、嘔気は MDASI-J 従って測定し、4~6 が中等度、7~10 が重度とした。

嘔吐、口腔内症状は CTOAE v3.0 日本語訳に従って測定し、grade 2 が中等度、grade 3 が重度とした。気持ちのつらさは、5点以上を症状ありとした。

睡眠障害は、「眠れない」を症状ありとした。

にも記載がないもののうち 45% では自由記載欄に記載があった。

● 身体症状緩和ニードと身体症状の強さの関連

身体症状緩和ニードは、16.6% が 2 (それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい)、5.6% が 3 (我慢できないことがしばしばあり対応してほしい)、0.8% が 4 (我慢できない症状がずっとつづいている) であった (表 2)。

いずれかの身体症状の強さが中等度もしくは重度であることに対して、身体症状緩和ニードの強さの異なる cut-off 値で感度および特異度を検討した (表 4)。cut-off を 3 以上とした場合、中等度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、それぞれ、0.21, 1.00, 重度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、0.43・0.98 であった。一方、cut-off を 2 以上とした場合、中等度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、0.53, 0.90 であった。重度以上の症状の有無に対する感度は、0.68, 0.82 であった。

● 専門サービスへの相談希望の頻度

緩和ケア・医療相談・在宅支援の各サービスへの相談希望は、それぞれ 3.5%、0.2%、0.4% であった (表 2)。このうち、緩和ケアサービスへの相談を希望する人では、すべての症状、心理社会的ニードの項目で中程度以上の症状またはニードがある比率が高かった (表 5)。

考 察

本研究は、「生活のしやすさ質問票 第 3 版」を用いて外来化学療法患者の症状およびニードを調査した初めての研究である。本研究で示された重要な結果は 3 つある。

まず 1 つ目の重要な結果は、外来化学療法患者の頻度の高い症状が確認された。今回、頻度が多かった症状は、疼痛・倦怠感・気持ちのつらさであった。この 3 つの症状は同様の患者群を対象とした先行研究においても頻度が高いと報告されており^{4,7,8)}、外来化学療法患者を担当する医療チームはこの 3 つの症状に対する評価と対応を行っていくことが、特に重要な役割であると考えられる。

2 つ目の重要な結果は、身体症状緩和のニードをスクリーニングするための、1 項目の質問の有用性が示唆された。今回の調査では、身体症状緩和ニードの cut-off を 2 (それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい) 以上とした場合、重度以上の症状強度の有無に対する感度は 0.68, 特

表3 対象者背景とおもな症状の頻度との関係

	年 齢			性 別		
	≤ 75	≤ 75	p	男性	女性	p
	(n=2263) % (n)	(n=591) % (n)		(n=1533) % (n)	(n=1321) % (n)	
おもな身体症状						
疼痛	18.4 (356)	13.9 (66)	0.001	19.8 (257)	14.8 (165)	0.004
しびれ	8.5 (165)	10.1 (48)	0.237	12.1 (156)	5.1 (57)	< 0.001
眠気	8.6 (171)	11.6 (56)	0.042	10.8 (141)	7.4 (86)	0.032
倦怠感	15.2 (312)	16.9 (86)	0.642	18.8 (260)	11.7 (138)	0.055
呼吸困難	6.8 (137)	9.0 (46)	0.084	8.8 (121)	5.3 (62)	0.220
食欲	9.2 (187)	8.2 (42)	0.238	11.4 (156)	6.2 (73)	0.337
気持ちのつらさ	14.4 (308)	20.7 (108)	< 0.001	16.2 (232)	14.9 (184)	0.124

	原発巣			p
	肺 (n=839) % (n)	消化器 (n=1280) % (n)	乳腺 (n=578) % (n)	
おもな身体症状				
疼痛	14.3 (93)	19.4 (216)	14.5 (74)	0.070
しびれ	5.8 (38)	12.2 (132)	5.8 (31)	< 0.001
眠気	9.4 (64)	11.2 (124)	5.4 (29)	0.074
倦怠感	17.5 (128)	18.6 (213)	6.5 (35)	< 0.001
呼吸困難	10.5 (75)	7.8 (89)	2.4 (13)	< 0.001
食欲	10.6 (76)	11.8 (135)	2.0 (11)	< 0.001
気持ちのつらさ	14.8 (117)	16.7 (198)	14.2 (76)	0.557

疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲は中等度以上の割合、
気持ちのつらさは5以上の割合。

異度は0.82であった。これまでの先行研究の結果より、症状の強さと、治療のニードはそれぞれ異なる概念であり、症状の強さと治療への満足度が必ずしも一致しないことが報告されており¹⁴⁻¹⁷⁾、この結果はそれらの報告と合致している。すなわち、身体症状緩和のニードがある患者では、いずれかの身体症状が重度である一方で、症状の強さが重度であっても、身体症状緩和を希望しない患者が少なくないことが、今回の研究でも示された。

これは、①治療薬による副作用や薬物依存に対する誤解に起因する恐れや「訴えの少ない方がよい患者」という考えが症状緩和へのバリアとなること¹⁸⁾、②症状の強さが強くても、症状が時間経過で改善することが分かっており、一過性であるため、症状緩和の希望が強くない場合もあることが考えられる。このような症状の強さは強いが、症状への対応のニードは高くない患者では、注意深くフォローアップをしていく必要がある。そのため、症状の強さだけでなく、症状緩和のニードに関する質問を用いることで、より臨床的に重

表4 身体症状緩和ニードの cut-off と身体症状の有無に対する感度・特異度

身体症状緩和ニードの cut-off		中等度以上* の身体症状 の有無	重度以上** の身体症状 の有無
1/2	(感度)	0.53	0.68
	(特異度)	0.90	0.82
2/3	(感度)	0.21	0.43
	(特異度)	1.00	0.98

*疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲、嘔気、嘔吐、口腔内症状のいずれかの身体症状が中等度以上のもの

**疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲、嘔気、嘔吐、口腔内症状のいずれかの身体症状が重度以上のもの

MDASI-Jの症状は4~6が中等度、7~10が重度、CTCAE v3.0日本語訳の症状はGrade 2が中等度、Grade 3が重度とした。

要な情報が得られると考えられる。

3つ目の重要な結果は、外来化学療法患者では医療相談や在宅療養支援サービスへの相談希望はほとんどみられなかった一方で、一定の割合で緩和ケアサービスへの相談希望があることが分かっ

表5 緩和ケア相談希望と症状および心理社会的ニードとの関係

	緩和ケアサービスへの相談希望		p
	あり(n=99) % (n)	なし(n=2,745) % (n)	
各身体症状			
疼痛	63.9 (62)	15.5 (360)	< 0.001
しびれ	24.1 (21)	8.3 (192)	< 0.001
眠気	40.2 (37)	8.0 (190)	< 0.001
倦怠感	52.6 (50)	14.1 (348)	< 0.001
呼吸困難	27.7 (26)	6.4 (157)	< 0.001
食欲	30.9 (30)	8.1 (199)	< 0.001
嘔気	14.0 (13)	3.3 (81)	< 0.001
嘔吐	5.3 (5)	1.2 (30)	0.009
口腔症状	15.1 (14)	4.3 (107)	< 0.001
身体症状緩和ニード	90.7 (88)	20.4 (508)	< 0.001
気持ちのつらさ	64.3 (63)	13.8 (353)	< 0.001
睡眠障害	14.7 (14)	5.0 (122)	< 0.001
心理社会的ニード			
病状	47.5 (47)	5.8 (159)	< 0.001
経済面	6.1 (6)	0.5 (15)	< 0.001
日常生活	11.1 (11)	1.3 (35)	< 0.001
通院	13.1 (13)	0.5 (13)	< 0.001

疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲は中等度以上の割合。

身体症状緩和ニードは2以上の割合。

気持ちのつらさは5以上の割合。

睡眠障害は、「眠れない」の割合。

心理社会的ニードは、「有り」の割合。

た。これは、外来化学療法に通院できている患者群では比較的ADL（日常生活活動）が保たれており、今回の調査でも、経済面、日常生活、通院に関する心理社会的ニードは、それぞれ0.7～1.6%と少なかったことと合致している。一方、今回の対象において、患者から緩和ケアサービスへの相談希望は3.5%であったが、これは年間99件に相当し、多くはないが無視できない割合であった。さらに、緩和ケアサービスへ相談を希望する例では、希望しない例と比較して、特定の症状のみならず、すべての症状および心理社会的ニードの頻度が、有意に高いことが示された。

このことから、緩和ケアサービスを希望する患者は、複雑な身体・心理・社会的ニードをもっていることが指摘できる。また、緩和ケアサービスへの紹介は遅れる傾向にあることから考えて¹⁹⁾、複雑なニードをもった患者をより早期にスクリーニングできることは、有用であると考えられる。

相談希望があるが、希望が伝わらないために緩和ケアサービスの介入が遅れてしまうことを避けるためにも、外来化学療法中から緩和ケアサービスへの相談希望をスクリーニングすることは、有用であると考えられる。

本研究ではいくつかの限界がある。まず、1施設での調査であり、他施設の外来化学療法患者に対して、今回の結果があてはめられない可能性がある。次に、すべての外来化学療法患者が調査されているわけではないため、結果は完全には代表性がない可能性がある。しかし、回答していない患者は、全体の2%と非常に少なく、結論に影響はしないと考えられる。また、がん種・病期など、背景因子がさまざまである患者群を含んでおり、同一患者による複数の回答を含んでいるため、がん種割合の異なる治療環境では、今回の結果を一般化できない可能性がある。しかしながら、外来化学療法の適応はさまざまで、今後も適応が広がっていく可能性がある。

3つ目に、外来化学療法は比較的長期間にわたることが多いため、同一患者でも時期によって症状やニードが変化することが予測される。したがって、外来化学療法の場面では、そのような不均一な患者群におけるニードを認識することが、質の高い支持治療にとって不可欠であるため、重大な限界にはならないと考えられる。4つ目として、一部の調査項目が独自に開発したものである点がある。しかしながら、これらの項目は既存の標準性が検討されたものを基に開発され、かつ嘔吐回数など客観的な指標に関する評価であり、今回の研究結果に大きな影響は与えないと考えられる。

結 論

本研究では、外来化学療法患者が抱える主要な症状は、疼痛・倦怠感・気持ちのつらさであること、身体症状緩和ニードのスクリーニング方法として、1項目の質問が有用であること、複雑なニードを抱えている患者は多くはないが、緩和ケアサービスを希望することが分かった。「生活のし

やすさ質問票 第3版」は外来化学療法患者の症状・ニーズのスクリーニングツールとして有用であることが示された。今後は、今回の結果および生活のしやすさ質問票 第3版の有用性が、一般化できるかを多施設研究で検討する必要がある。

謝辞 本研究は、平成22年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん患者のQOLを向上させることを目的とした支持療法のあり方に関する研究」の助成を受け実施された。

文献

- 1) Earle CC, Neville BA, Landrum MB, et al : Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 22 : 315-321, 2004
- 2) Bang SM, Park SH, Kang HG, et al : Changes in quality of life during palliative chemotherapy for solid cancer. *Support Care Cancer* 13 : 515-521, 2005
- 3) Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ : Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncol* 24 : 3490-3496, 2006
- 4) Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, et al : The physical and psycho-social experiences of patients attending an outpatient medical oncology department : a cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 8 : 73-82, 1999
- 5) Schonwetter RS, Roscoe LA, Nwosu M, et al : Quality of life and symptom control in hospice patients with cancer receiving chemotherapy. *J Palliat Med* 9 : 638-645, 2006
- 6) Whitmer KM, Pruemer JM, Nahleh ZA, et al : Symptom management needs of oncology outpatients. *J Palliat Med* 9 : 628-630, 2006
- 7) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al : Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy : an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 16 : 101-107, 2007
- 8) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al : Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* 37 : 823-830, 2009
- 9) Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al : Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory : a validation study. *J Pain Symptom Manage* 26 : 1093-1104, 2003
- 10) Japanese translation of common terminology criteria for adverse events (CTCAE), and instructions and guidelines. *Int J Clin Oncol* 9 (Suppl 3) : 1-82, 2004
- 11) Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al : Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 97 : 2605-2613, 2003
- 12) 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* 29 : 91-99, 2005
- 13) Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al : Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma : a pilot study. *Cancer* 82 : 1904-1908, 1998
- 14) Beauregard L, Pomp A, Choinière M : Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anaesth* 45 : 304-311, 1998
- 15) Beck SL, Towsley GL, Berry PH, et al : Core aspects of satisfaction with pain management : cancer patients' perspectives. *J Pain Symptom Manage* 39 : 100-115, 2010
- 16) Carlson J, Youngblood R, Dalton JA, et al : Is patient satisfaction a legitimate outcome of pain management? *J Pain Symptom Manage* 25 : 264-275, 2003
- 17) Ward SE, Gordon DB : Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management : a longitudinal view of one setting's experience. *J Pain Symptom Manage* 11 : 242-251, 1996
- 18) Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, et al : Patient-related barriers to cancer pain management : a systematic exploratory review. *Scand J Caring Sci* 23 : 190-208, 2009
- 19) Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, et al : Late referrals to palliative care units in Japan : nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage* 38 : 191-196, 2009

どのような緩和ケアセミナーが求められているのか： 4,188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に 影響する要因

原 著

Original Article

末田千恵¹⁾ 山岸暁美²⁾
鈴木 聡³⁾ 木下寛也⁴⁾
鄭 陽⁵⁾ 白髭 豊⁶⁾
木澤義之⁷⁾ 森田達也⁸⁾

¹⁾法政大学大学院人間社会研究科

²⁾前慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室

³⁾鶴岡市立荘内病院

⁴⁾国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科

⁵⁾聖隷三方原病院 ホスピス科

⁶⁾白髭内科医院

⁷⁾筑波大学大学院 人間総合科学研究科

⁸⁾聖隷三方原病院 緩和支援治療科

要 旨

研究の目的は、複数地域で地域多職種を対象に行われた緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因を抽出することである。4地域で開催されたセミナー53回の参加者6,174名のうち4,188名(68%)から評価を得た。「とても役に立つ」、「役に立つ」と回答したものは91%、「少し役に立つ」、「あまり役に立たない」、「役に立たない」と回答したものは8.7%であった。有用性の評価に有意に影響していたのは、内容(症状を扱ったもの)、形態(講義とグループワークの組み合わせ)、講師(看護師を含む)、参加者の臨床経験年数、職種であった。地域対象の緩和ケアセミナーでは、症状緩和をテーマとして看護師を講師に含む講義とグループワークを組み合わせたものが有用であった。

(ペインクリニック 32: 1215-1222, 2011)

キーワード：緩和ケア, 地域, 教育, 疼痛

I. 背 景

疼痛緩和を含む緩和ケアは、緩和ケア病棟、院内緩和ケアチームを超えて、地域での普及が求められている¹⁻³⁾。しかし、地域の医療者は、

緩和ケアにかかわる機会がそれほど多くない、専門的なトレーニングを受けたことがない、相談できる専門家が身近にいないことなどから、緩和ケアに関する自信は低い^{4,5)}。緩和ケアに関する地域医療者の知識や技術を向上させることは、地域における緩和ケアの普及に有用な可能性があり、地域がん診療連携拠点病院を中心として地域の緩和ケアにかかわる職種に対して緩和ケアの知識や技術を向上させることが課題とされている。地域医療者の緩和ケアの知識や技術を向上させる手段として、緩和ケアに関する講習会、アウトリーチプログラム、専門施設

〈Original Article〉

What factors influence on participant-reported usefulness of palliative care workshop for regional health care workers?

Chie Sueda, et al

Hosei University Graduate School of Social Well-being Studies

表1 緩和ケアセミナーの内容 (53回)

内 容	(回数)	形 態	(回数)
疼 痛	12	講義とグループワーク	36
呼吸器症状	6	講義のみ	17
消化器症状	3		
皮膚・排泄のケア	2	講 師	
せん妄	3	医師のみ	27
精神的ケア・家族のケア	7	看護師のみ	5
看取りのケア	3	医師と看護師	15
地域の資源	7	医師と薬剤師	3
その他*	10	その他**	3

*：高カルシウム血症，栄養，評価尺度やツール

**：看護師と医療ソーシャルワーカー，薬剤師と臨床心理士，介護福祉士と理学療法士

での研修などが考えられる。講習会はしばしば行われる方法であり，系統的レビューでは，一般的な一方向性の講義による講習会では効果は限定的であり，相互交流的 (interactive) な方法が勧められている^{6,7)}。

わが国においては，医師を対象とした「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」(PEACEプログラム)，看護師を対象とした「看護師に対する緩和ケア教育」(ELNEC)などの運用が始められているが^{8,9)}，現在のところ大規模な有用性の実証研究はほとんどない¹⁰⁻¹³⁾。これまでに，講義にグループディスカッションを取り入れた双方向性の緩和ケアセミナーの有用性について評価した1地域の経験では，参加者にとって，講義とグループディスカッションの組み合わせの有用性が高く評価され，内容では，実技を含む形態，特殊な知識を短時間に得られる形態，パンフレットなど具体的なツールを使用する形態，倫理的問題や対応が難しい事例の症例検討，早期からの在宅サービスの利用に関係した形態などの評価が高かった¹³⁾。しかし，これは1地域での1つの方法の報告であり，多地域の複数の方法を比較した研究はない。多地域で行われた緩和ケアセミナーの有用性の評価に与える要因を明らかにすることは，今後，各地域で行われる地域を対象とした緩和ケアセミナーの計画を立てる上で価値があると考えられる。

本研究の目的は，多地域で地域の多職種を対

象に行われた緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因を抽出することである。

II. 対象・方法

1) 緩和ケアセミナー

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)の介入の一部として，2008年～2009年の2年間に全国の4地域で地域の多職種向けに緩和ケアセミナーが行われた。緩和ケアセミナーは，相互交流的に年1回以上，多職種を対象として行うことを規定したが，内容，講師などの具体的な方法については各地域で決定した。

2年間に合計53回のセミナーが開催された(表1)。地域では，A地域17回，B地域17回，C地域14回，D地域5回であった。内容は疼痛が最も多く，精神的ケア・家族のケア，地域の資源，呼吸器症状，消化器症状，せん妄，看取りのケアなどであった。形態としては，講義とグループワークを組み合わせたものが68%，講義のみのものが32%であった。講師は医師のみが51%，医師と看護師が28%であった。セミナーの時間は60分から90分であった。

2) 緩和ケアセミナーの質問紙による評価

毎回終了後に参加者に質問紙を配布し，回収箱に回収した。調査項目は，背景(性別，年齢，職種，勤務場所，勤務場所での職種，臨床経験

年数)に加えて、緩和ケアセミナー全体の有用性を「とても役に立つ(5)」、「役に立つ(4)」、「少し役に立つ(3)」、「あまり役に立たない(2)」、「役に立たない(1)」の選択回答により調査した。

講義については、講義の有用性、時間(「短かった」、「ちょうどよかった」、「長かった」)、わかりやすさ(「とてもわかりやすい」、「わかりやすい」、「少しわかりにくい」、「わかりにくい」)、難易度(「もっと発展的な内容がいい(基本的すぎる)」、「ちょうどよい」、「もっと基本的な内容がいい(難しすぎる)」)を調査した。グループワークについては、時間(「短かった」、「ちょうどよかった」、「長かった」)を調査した。

調査は、参加者の同意の下に、匿名性に配慮して行った。

Ⅲ. 解 析

緩和ケアセミナー全体の有用性を主要評価項目とし、セミナーの方法(地域、内容、形態、講師)、参加者の背景(性別、年齢、勤務場所での職種、臨床経験年数)による差を Student の t 検定、 χ^2 検定、または、一元配置分散分析(ANOVA, post-hoc test は Sheffe test を用いた)で検定した。背景要因は、その要因を含むセミナーが複数地域で複数回行われたものを比較の対象とした。すなわち、セミナーの内容では、疼痛、呼吸器症状、消化器症状、皮膚・排泄のケア、せん妄、精神的ケア・家族のケア、看取りのケア、地域の資源を検討した。講師は、医師のみ、看護師のみ、医師と看護師、医師と薬剤師を検討した。参加者の背景では、職種、勤務場所、勤務場所での職種のうち、勤務場所での職種を検討した。有意水準は $p=0.01$ に設定した。複数の背景要因の影響を測定するために、参加者を「とても役に立つ」または「役に立つ」と回答したものと、「少し役に立つ」、「あまり役に立たない」、「役に立たない」と回答したものと2群に分け、ステップワイズ法(変数増加法、尤度比)によるロジスティック回帰分析を行った。統計解析は、Statistical Pack-

age for the Social Sciences ver. 9.0 を使用した。

Ⅳ. 結 果

53回の緩和ケアセミナーの参加者は累計6,174名であり、そのうち4,188名(68%)から質問票を回収した。そのうち、グループワークのあるセミナーの参加者は2,680名であった。参加者の職種は、看護師が約半数で、薬剤師、医師、介護支援専門員などであった。勤務場所は、病院が約40%と最も多かった(表2)が、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム、診療所、居宅介護支援事業所、保険薬局など多様であった。勤務場所での職種は、病院看護師が最も多く約30%であったが、訪問看護ステーション看護師、居宅介護支援事業所、保険薬局薬剤師、病院薬剤師、診療所医師、病院医師、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム看護師など多様であった。臨床経験年数は10年以下が約30%であった。

1) 緩和ケアセミナーの評価

全般的な有用性は、「役に立つ」、「とても役に立つ」と回答したものがそれぞれ44%、47%であった(表3)。講義についても、「役に立つ」「とても役に立つ」と回答したものは合わせて約90%であった。

講義の時間は約80%が「ちょうどよかった」としたが、13%は「短かった」と回答した。分かりやすさは、「とても分かりやすい」、「分かりやすい」と答えたものが約90%であった。内容の難易度は86%が「ちょうどよかった」と回答し、「もっと発展的な内容がよい」と「もっと基本的な内容がよい」は、いずれも10%以下であった。グループワークの時間は約70%が「ちょうどよかった」としたが、30%は「短かった」と回答した。

2) 緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因

全般的な有用性に有意差があったのは、地域、

表2 対象者背景 (n=4,188)

性別		勤務場所での職種	
男性	19.6% (n=820)	病院看護師	28.3% (n=1,186)
女性	67.6% (n=2,832)	訪問看護ステーション看護師	10.7% (n=447)
年齢		居宅介護支援事業所介護福祉 専門員	7.7% (n=321)
20代	14.1% (n=590)	保険薬局薬剤師	6.5% (n=271)
30代	20.6% (n=862)	病院薬剤師	6.1% (n=255)
40代	22.4% (n=939)	診療所医師	5.9% (n=245)
50代以上	21.1% (n=882)	緩和ケア病棟・緩和ケアチー ム看護師	5.1% (n=214)
職種		病院医師	5.1% (n=212)
看護師	51.0% (n=2,136)	診療所看護師	2.7% (n=112)
薬剤師	15.1% (n=632)	病院医療ソーシャルワーカー	2.2% (n=94)
医師	13.4% (n=560)	緩和ケア病棟・緩和ケアチー ム医師	2.0% (n=83)
介護福祉専門員	8.3% (n=348)	緩和ケア病棟・緩和ケアチー ム薬剤師	1.9% (n=80)
医療ソーシャルワーカー	2.7% (n=112)	臨床経験年数	
保健師	1.6% (n=69)	0~5年	16.9% (n=709)
栄養士	0.5% (n=20)	6~10年	15.5% (n=650)
その他	6.4% (n=267)	11~15年	9.8% (n=412)
勤務場所		16~20年	11.8% (n=494)
一般病棟	43.2% (n=1,809)	21~25年	9.2% (n=386)
訪問看護ステーション	12.6% (n=527)	26~30年	6.7% (n=282)
緩和ケア病棟・緩和ケアチーム	9.8% (n=412)	31年以上	5.1% (n=213)
診療所	8.9% (n=373)		
居宅介護支援事業所	7.6% (n=320)		
保険薬局	6.4% (n=270)		
その他	9.0% (n=375)		

内容（皮膚排泄のケア，地域の資源を扱ったセミナーは，疼痛などの症状を扱ったセミナーに比較して有用性が低い），形態（講義とグループワークを組み合わせたセミナーは，講義のみのセミナーより有用性が高い），講師（講師に看護師が含まれるセミナーは，医師のみが講師のセミナーに比較して有用性が高い），臨床経験年数（26年以上の臨床経験のある参加者では有用性が低い）であった（表4）。また，勤務場所での職種では，診療所医師，訪問看護ステーション看護師，緩和ケアチーム薬剤師で有用性が高く，診療所看護師，病院看護師で有用性が低かった（図1）。

多変量解析では，セミナーの内容が疼痛などの症状緩和であること，形態が講義とグループワークを組み合わせたセミナーであることが有用性の独立した決定因子として抽出された（表5）。

V. 考 察

本研究は，筆者の知る限り，多地域の地域医療者を対象として行われた緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因を同定した初めての研究である。総じて緩和ケアセミナーは有用であると評価されていたが，有用性はセミナーの方法によって異なっており，今後，各地域での緩和ケアセミナーを計画するにあたって役に立つと考えられるいくつかの示唆が得られた。

全般的な有用性は，内容が症状緩和に関するセミナー，講義とグループワークを組み合わせたセミナー，講師に看護師が含まれるセミナーで高かった。

地域の資源や皮膚・排泄のケアに比較して症状緩和に関するセミナーで有用性の評価が高かったのは，地域に公開されるセミナーで緩和

表3 緩和ケアセミナーの評価 (n=4,188)

		全 体	講 義
有用性	とても役に立つ	47.4% (n=1,697)	41.8% (n=1,602)
	役に立つ	43.8% (n=1,567)	47.1% (n=1,803)
	少し役に立つ	7.0% (n=251)	9.3% (n=354)
	あまり役に立たない	1.2% (n=44)	1.2% (n=46)
	役に立たない	0.5% (n=18)	0.6% (n=22)
	欠損値	14.6% (n=611)	8.6% (n=361)
講義時間	短かった	13.0% (n=488)	
	ちょうどよかった	81.5% (n=3,049)	
	長かった	5.5% (n=206)	
	欠損値	10.5% (n=441)	
講義のわかりやすさ	とてもわかりやすい	43.2% (n=1,552)	
	わかりやすい	49.6% (n=1,781)	
	少しわかりにくい	5.9% (n=213)	
	わかりにくい	1.3% (n=48)	
	欠損値	14.2% (n=594)	
講義の内容の難易度	もっと発展的な内容がいい (基本的すぎる)	9.4% (n=328)	
	ちょうどよい	86.1% (n=3,019)	
	もっと基本的な内容がいい (難しすぎる)	4.6% (n=160)	
	欠損値	16.3% (n=681)	
グループワークの時間	短かった	29.3% (n=567)	
	ちょうどよかった	67.5% (n=1,309)	
	長かった	3.2% (n=62)	
	欠損値	53.7% (n=2,250)	

各項目の%は欠損値を除いた母数での%を示す

ケアに関わるものは一般的なことに比べて少ないこと、「緩和ケアセミナー」に対して期待をして参加したことの反映であると考えられる。

また、症状ごとで、疼痛、呼吸器症状、消化器症状、せん妄、精神的ケア・家族のケア、看取りのケアで大きな差は見られなかったため、疼痛のみならず、疼痛以外の身体症状、精神症状、看取りのケアなどいずれかの領域についてセミナーで扱うことが期待されていると考えられる。

講義だけから構成されるセミナーよりも、講義とグループワークを組み合わせたセミナーで有用性の評価が高かったのは、1地域での先行研究と一致した結果である¹³⁾。地域で行うセ

ナーの場合、グループディスカッションは、地域医療者の「関係づくりの場」として機能し、机上ではない実践の場として現在のケースについて相談したり、知識を実践のものとして身近な人と共有したりすることが示唆されている¹³⁾。本研究でも、グループディスカッションが設定されているセミナーでは有用性が高く、約30%の参加者が「時間が短い」と回答した。このことから、地域を対象としたセミナーでは、講義のみならず、グループワークを設定することが有用性を高めるために必要であることが強く示唆される。

講師に看護師が含まれるセミナーで有用性が

表4 セミナー対象者の背景ごとの有用性

	要因	多群比較	有用性 (平均±標準偏差)	Post-hoc testで 有意差がある群
地域	地域A	p<0.001	4.1±0.81	vs. B, C, D
	地域B		4.3±0.58	vs. C
	地域C		4.4±0.55	
	地域D		4.4±0.62	
内容	疼痛	p<0.001	4.4±0.55	
	呼吸器症状		4.3±0.70	
	消化器症状		4.4±0.55	
	皮膚排泄のケア		4.1±0.76	注1
	せん妄		4.4±0.55	
	精神的ケア・家族のケア		4.3±0.57	
	看取りのケア		4.4±0.56	
	地域の資源		4.2±0.63	注2
形態	講義とグループワーク	p<0.001	4.1±0.82	
	講義のみ		4.4±0.56	
講師	医師のみ	p<0.001	4.2±0.77	
	看護師のみ		4.4±0.58	vs. 医師のみ
	医師と看護師		4.4±0.58	vs. 医師のみ
	医師と薬剤師		4.3±0.58	
参加者の性別	男性	p=0.077	4.3±0.70	
	女性		4.3±0.70	
参加者の年齢	20代	p=0.019	4.2±0.76	
	30代		4.3±0.72	
	40代		4.3±0.68	
	50代以上		4.2±0.70	
参加者の 臨床経験年数	1~10年	p=0.001	4.4±0.60	
	11~25年		4.4±0.59	
	26年以上		4.3±0.62	vs. 1~10年, 11~25年

注1：vs. 疼痛, 呼吸器症状, 消化器症状, せん妄, 精神的ケア・家族のケア, 看取りのケア

注2：vs. 疼痛, せん妄, 精神的ケア・家族のケア, 看取りのケア

高かったことは、参加者の半数が看護師であるため、医師や薬剤師が講師を務めた場合の病態や薬物療法の情報よりも、看護ケアについての話題が求められたことを反映していると考えられる。多職種を対象としたセミナーでは、参加職種の視点での講義を行うことのできる同職種が講師として参加することが望ましいと考えられる。

一方、参加者の属性では、26年以上の臨床経験のある参加者や、診療所看護師、病院看護師で有用性が低い一方、経験年数の少ない参加者や、診療所医師、訪問看護ステーション看護師、緩和ケアチーム薬剤師で有用性が高かった。また、医療ソーシャルワーカーや介護支援専門員は参加数は少なかったが、参加したものの有用性は他の職種に比較して低くなかった。こ

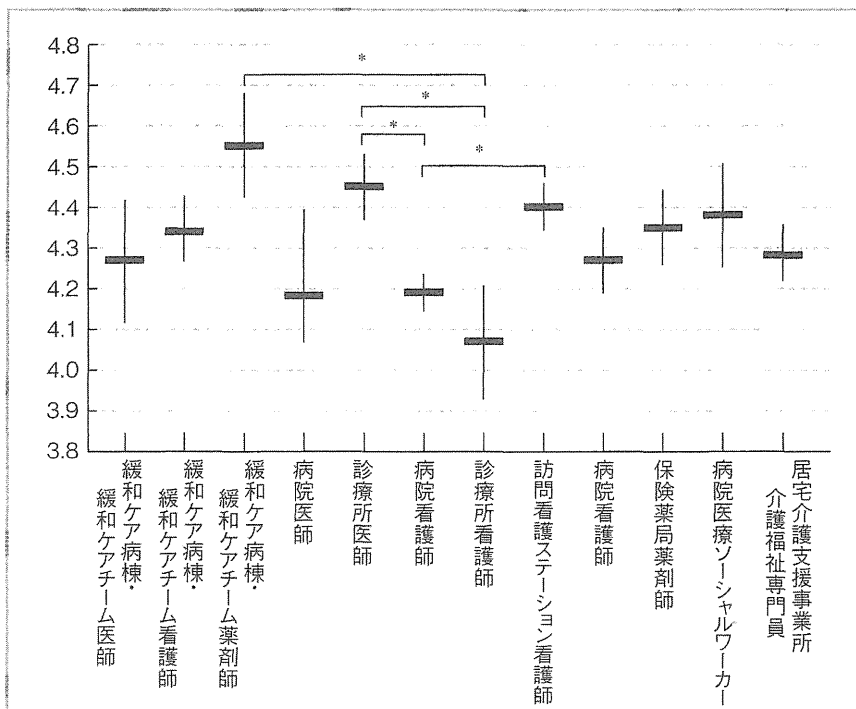


図1 勤務場所での職種による有用性の評価

勤務場所での職種ごとの有用性の平均値と95%信頼区間を示す。多群間で有意差がある ($p < 0.001$)。

* : Post-hoc test で有意差がある2群を示す (緩和ケアチーム薬剤師 vs. 診療所看護師, 診療所医師 vs. 病院看護師, 診療所医師 vs. 診療所看護師, ステーション看護師 vs. 病院看護師)

表5 有用性を目的変数とした多変量解析の結果

内容	要因	Odds比 [95%信頼区間]	p値
			$p = 0.001$
	疼痛	7.9 [2.8~22]	$p = 0.007$
	呼吸器症状	6.0 [2.0~18]	$p = 0.001$
	消化器症状	2.5 [1.3~9.5]	$p = 0.016$
	皮膚・排泄のケア	0.63 [0.27~1.5]	$p = 0.30$
	せん妄	20.0 [4.4~89]	$p < 0.001$
	精神的ケア・家族のケア	3.8 [1.5~9.6]	$p = 0.004$
	看取りのケア	4.6 [1.5~8.9]	$p = 0.009$
	地域の資源 (対照)	1.0	
形態	講義とグループワーク	1.7 [1.6~8.9]	$p = 0.003$
	講義のみ (対照)	1.0	

参加者を「とても役に立つ」または「役に立つ」と回答したものと、「少し役に立つ」、「あまり役に立たない」、「役に立たない」と回答したものと2群に分けた場合のOdds比と95%信頼区間を示す

れらは、診療所医師、訪問看護ステーション看護師、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員などでは、緩和ケアに関する最新の知識を得る機会が多くないことを示唆していると考えられ、定期的に地域対象に緩和ケアセミナーを行うことに価値があると考えられる。

本研究の限界として、本研究は緩和ケアセミナーの効果を有用性の点から評価したものであり、セミナーが参加者の知識や実践、および、患者のアウトカムに変化をもたらしたかを評価することはできない。これらの課題は、今後、明らかにされるべきである。また、評価は質問票の任意の提出により行ったため、未回答の参加者の意見は反映されていない。さらに、セミナーはそれぞれ個別に計画されたため、測定されていない要因の交絡があり得る。方法の厳密な比較は比較対照群を設定した研究で結論づけられるべきである。

まとめ

地域の多職種を対象とした緩和ケアセミナーは総じて有用であると評価されたが、特に、内容が疼痛などの症状緩和であること、形態が講義とグループワークを組み合わせたセミナーであること、講師に看護師が含まれることが有用性を決定することが示唆された。地域対象の緩和ケアセミナーでは、疼痛、呼吸器症状、消化器症状、せん妄、精神的ケア・家族ケア、看取りのケアなどをテーマとした、講師に看護師を含む講義とグループワークを組み合わせたセミナーを定期的に行うことが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」により行われた。

文献

- 1) 片山 壽・著・監修：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

- 2) 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子, 他・編：がん患者の在宅療養サポートブック 退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント。東京、日本看護協会出版会、2007
- 3) 吉田利康：がんの在宅ホスピスケアガイド。東京、日本評論社、2007
- 4) 日本医師会：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-。東京、日本医師会、2008
- 5) 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。http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html
- 6) Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, et al: Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 282: 867-874, 1999
- 7) O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al: Continuing education meetings and workshop: Effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Collaboration. http://www.thecochrane library.com. 2007
- 8) 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-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 2004 編集委員会・編：ホスピス緩和ケア白書 2009)。大阪、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、2009, 24-30
- 9) 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 2004 編集委員会・編：ホスピス緩和ケア白書 2009)。大阪、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、2009, 38-42
- 10) 丸本美幸, 平岡充江, 大和浩之, 他：中国労災病院の緩和ケアの現状～緩和ケア研究会・緩和ケア学習会の活動状況～。中国労災病院医誌 13: 80-82, 2004
- 11) 小西洋子, 神林祐子, 岡田耕二, 他：「京都府がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」成果の評価について。第14回日本緩和医療学会学術大会, 大阪, 2009
- 12) 小穴正博, 林 裕家, 大井裕子, 他：地域ホスピス・緩和ケア研修セミナーの有用性の検討。第14回日本緩和医療学会学術大会, 大阪, 2009
- 13) 鄭 陽, 井村千鶴, 野末よし子, 他：地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性。ペインクリニック 30: 1553-1563, 2009

(2011.3.受付)

在宅緩和ケアに関する望ましいリソースデータベース とは何か？—多地域多職種を対象とした質的研究

山岸 暁美*¹⁾ 赤澤 輝和*²⁾ 瀬尾利佳子*³⁾
末田 千恵*⁴⁾ 古村 和恵*⁵⁾ 森田 達也*⁶⁾

What is a Desirable Resource Database about Regional Palliative Care?— A Qualitative Study

Akemi Yamagishi, Terukazu Akazawa, Rikako Seo, Chie Sueda, Kazue Komura and Tatsuya Morita

Key words : 緩和ケア, リソース, 地域

●緩和ケア 21:443-448, 2011 ●

背景・目的

近年、在宅緩和ケアのニーズが高まっている^{1,2)}。しかし、「在宅緩和ケアを提供する医師」など地域の利用可能なリソースが分からないことが患者側からみた在宅緩和ケア利用のバリアとしてしばしば挙げられる³⁾。その1つの解決策として、在宅緩和ケアに関わるリソースデータベース(以下、RDB)の作成が各地で行われている。医師会、行政などが地域の客観的な情報を取得し、在宅緩和ケアに関わるRDBとして公開している地域もある⁴⁻⁹⁾。また、取材や自己申告による民間の情報冊子や、配布対象を限定した冊子も作成されている⁹⁻¹²⁾。

しかし、在宅緩和ケアに関わるRDBについて、多地域・多職種を対象として課題等を明らかにした調査報告はない。したがって本研究の目的は、地域の医療福祉従事者からみた、在宅緩和ケアに

関する望ましいRDBとは何かを探索することである。

対象・方法

2つのフォーカスグループインタビューをそれぞれ別々に実施した。一方は、1市に勤務する病院と地域の双方を含む医療福祉従事者17名(総合病院の医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)4名、地域連携・相談支援担当看護師2名、診療所医師2名、診療所看護師1名、訪問看護ステーション看護師2名、保険薬局薬剤師3名、居宅介護支援事業所ケアマネジャー1名、地域包括支援センター社会福祉士・看護師2名)を対象とした。もう一方は、13地域の病院の地域連携担当者15名(MSW5名、地域連携・相談支援担当看護師6名、医師1名、事務職3名)を対象とした。

フォーカスグループを採用したのは、多職種での相互作用の結果、得られる知見を収集すること

*¹⁾ 前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生教室: Formerly Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University (〒160-8582 新宿区信濃町 35)

*²⁾ 聖隷三方原病院医療相談室, *³⁾ 鶴岡協立病院地域医療連携室, *⁴⁾ 法政大学大学院人間社会研究科,

*⁵⁾ 大阪大学大学院人間科学研究科, *⁶⁾ 聖隷三方原病院緩和支援診療科

0917-0359/08/¥400/論文/JCLS

表1 在宅緩和ケアに関するリソースデータベースの現状、課題、改善点

カテゴリー	サブカテゴリー
リソースデータベースはあるが用途に限界がある	リソースデータベースはあるが知られていない (5) 情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない (6) 限られた職種しか使わない (9) リソースデータベースは最低限の目安としては役に立つ (18)
既存のリソースデータベースの内容には限界がある	リソースデータベースの更新が遅い (11) リソースデータベースを作れるだけの資源がない (8) 公開されている情報と実態とが違う (5) リソースデータベースの情報内容の定義があいまいである (10) 公開すると得意分野や能力に関する情報を記載できない (22)
既存のリソースデータベースにはないが必要な情報がある	できる・できないではなくて相談が可能か (4) 連絡先やファーストコンタクトの方法 (14) 診療の理念 (3)
ヒューマンネットワークの存在が前提である	リソースデータベース閲覧で完結することではなく、直接個別に相談することが必須である (21) できる・できないは実際に連携しながら変化していくものであり、変えていくことが大事である (7) 地域のリソースの状況について face-to-face で情報交換する機会が重要である (9) 患者が選ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない (3)

数値は単位数を示す

を目的としたためである。RDBを利用する医療福祉従事者として、診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなど、地域の医療福祉従事者と病院で地域連携に関わるものの両方を含むグループと、病院で地域連携に関わるものからなるグループを設定した。時間は108分、80分であり、ファシリテーター1名（著者の1名）を置いて行った。

質問内容は、在宅緩和ケアのRDBの現状、課題、改善点（「今ある情報の中で利用するものはありますか？」「実際にそれらを利用したり共有していくうえで、良い点や改善点はありますか？」など）を用いた。発言内容は録音し、研究目的などについて文書同意を得た。

在宅緩和ケアのRDBの現状、課題、改善点に関する発言内容を意味ごとに区切り、2名の研究者が緩和ケア専門医師1名のスーパービジョンのもとに合意が得られるまで内容分析を行った¹³⁾。カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは[]、意味単位は「 」で表現し、意味単位の出現数はカ

ウントした。当初、グループ毎に分析したが、結果が類似していたため、併せて分析した。

結果

合計152単位の意味単位から6のカテゴリーと16のサブカテゴリーが抽出された(表1)。

【RDBはあるが使われていない】

参加者の地域には、行政や医師会などが作成した在宅医療を行う診療所などのリストがそれぞれのホームページで公開されており、さらに民間が作成したRDBも存在した。

しかし、複数の参加者が「あること自体知らない人が多い」「こういうシステムがありますよと知らせがあっても忘れられる」などと、[RDBはあるが知られていない]ということ述べた。

【情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない】

作成した団体ごとにRDBがバラバラに公開されているため、「どこでRDBを見ることができ

るのが分からない」「RDBはあるが、欲しい情報へのたどり着き方を知らない」など、[情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない]ことが述べられた。

解決策として、「行政などがまとめてリンク集をつくって、案内してほしい」など、複数の参加者が、バラバラにある情報を集約し、周知するシステムの必要性に言及した。

【限られた職種しか使わない】

RDBは【限られた職種しか使わない】、すなわち、利用者は連携の担当者に限られていることを述べた。

【RDBは最低限の目安としては役に立つ】

RDBの役割としては、基礎的な情報として参考になる程度であるとした参加者が多かった。参加者は、「基本的、最低限のライン」「RDBは道具、目安のツール」などと評価した。ある参加者は、「項目はあまりいらぬ。前は（連携がうまくいかないのは）項目が少ないためと思っていたが、そうではない」などと、項目は網羅される必要はなく、最低限の目安があればいいと言及した。

【既存のRDBには限界がある】

参加者はRDBの以下の限界を挙げた。

【RDBの更新が遅い】

RDBの情報が古く、年1回の更新でも現状に追いつかないことを多くの参加者が述べた。「診療所は〇〇先生が来たから〇〇ができる」「××先生が移動したので××はできない」「実際は休業中の事業所が書いてあったりする」「ケアマネジャーは入れ替わりが激しい。1人医療が得意な人がいても、1人辞めたら、また一切受けなくなってしまう」とめまぐるしい地域のリソースに関する変化について述べた。

【RDBを作るだけの資源がない】

地域によっては、そもそも、RDBを作るだけの医療機関やサービスがないことが挙げられた。参加者は、「医療過疎地なので診療所自体が（教えられるくらいに）限られている」と述べた。

【公開されている情報と実態とが違う】

公開されている情報と実態とが違うことが多くの参加者から指摘された。RDBは提供可能な診療やケアに○をつけるスタイルのものが多いが、これに関して意見が2通りあった。

「公開が前提だから、実際には診ていなくても○が付いている」「利益がからんでくるので×はつけにくい」「1人しかいない日は×の時があっても、可能な日も多いので○をつけている」などという意見がある一方、「実際には行っているが）、公開したら受け皿として担えない怖さがある（から○はつけない）」「自分はできても、同僚ができるかを考えると○はつけにくい」などと述べた。

【RDBの情報内容の定義があいまいである】

RDBの情報内容や項目の定義があいまいであるとの意見が寄せられた。特に、「ターミナルが可能か」については複数の参加者が明確な定義自体が難しいことを指摘した。ある参加者は、「『ターミナル可』とあっても看取りにだけ対応するのか、呼吸困難など難しい症状緩和にも対応してくれるのか（複雑な病態に応じた個別性の高い判断が必要な対応も可能なのか）、○や×だけでは判断ができない」と述べた。

【公開すると得意分野や能力に関する情報を記載できない】

多くの参加者が、実際に必要だと思う情報は、施設や個人の得意分野や能力に関することであり、RDBに記載することは難しいことを言及した。

参加者は、「（医師の）所属学会や専門医の情報が欲しい」「ケアマネジャーがせめて医療系か福祉系かを知りたい」「がんに強いケアマネジャー、精神疾患患者のプランを立てるのが上手なケアマネジャーがいるが、RDBに書くのは難しい」「がんに強い、糖尿病指導に力を入れている、処方箋を渡しているだけで訪問指導はしない、などの情報が分かるといい」「何をもって得意とするのかの評価は難しい」と述べた。複数の参加者は、「RDBを公開しないで、人と人のやり取りならばこのような情報は得やすいのではないか」という

意見を述べた。

【既存の RDB にはないが、有用と思われる情報がある】

RDB に掲載すると役立つ内容が挙げられた。

【できる・できないではなくて相談が可能か】

紹介する側の参加者も紹介を受ける側の参加者も、いずれもが、「○×（できるかできないか）」ではなく、「相談可能か」の情報が役に立つと述べた。患者を紹介する側の参加者は、「少しならでき、要相談という情報がほしい」「（サービス応需の）可能性はまったくないのか、交渉はチャンスがあるのかの情報がほしい」と述べた。患者の紹介を受ける側の参加者は、「8割くらいはいけます、2割はだめかもしれません、という具合の気持ちなので○と×の区別は難しい。があるといい」と述べた。

【連絡先やファーストコンタクトの方法】

複数の参加者が、電話番号などだけでは、具体的に相手先の誰に、いつ連絡を取ればいいかが分からないので「比較的連絡の取れる時間帯と連絡窓口となる人の情報が具体的にないと初めてでも相談しやすい」と述べた。

【診療の理念】

複数の参加者が、詳細な情報よりも「施設の方針や理念」が参考になると述べた。

【ヒューマンネットワークの存在が前提である】

すべての参加者が、RDB はそれだけで機能するものではなく、ヒューマンネットワークが前提として存在することの重要性を強調した。ある参加者は、「情報は（ネットワークを通じて）私の中に蓄積していく」と表現した。

【RDB 閲覧で完結することはなく、直接個別に相談することが必須である】

ほとんどの参加者が、RDB だけの情報では患者の紹介は成り立たないことを体験し、「直接話をしないとよりよい紹介にはならない」など事例について直接の相談が必須であると述べた。

参加者は、「病状もそうだし、距離もそうだし、患者との付き合いも含めて、いろいろなことを考えて返事をしてくれる」「ターミナルを積極的に受けるとは書いてないが、ずっと診ていた人なら最期まで診てくれる先生もいる」「この事例は受けても次同じような方も受けてくれるとは限らない、今週は△△の用事があるので無理という場合もある」「ご家族の性格などサマリーに書きにくいことも含めて相談している」など、個々の患者については病状、距離、病期、患者の希望や性格など複数の要因が関与しているため、紹介の際は担当者同士が直接相談することの重要性が述べられた。

ある参加者は「○が付いているから常時対応できるかというところではない。その時の重症患者の数とスタッフの健康や人数をみながら判断している」「同じ1名でもケア度は同じではないし、時間で変わってしまう。患者の細かいことを知りたいので、個別に相談する必要がある」と時間の経過とともに変わる患者の状況とスタッフの負担を考えながら直接相談することの重要性を述べた。

【できる・できないは実際に連携しながら変えていくことが大事である】

複数の参加者は、○×自体が重要なのではないことを述べた。ある参加者は、「やらないことがいくら分かっていても仕方がない」と述べ、RDB を作ることに労力をかけるよりも、できないことをできるように連携していくことに労力をかけることの重要性を強調した。

ほかの参加者も、「A 施設だと受け方も分かるし返し方も分かる（からできる）。でも、同じ数が B 施設から来たらやり方も分からないので（できない）」「組む相手によって違う経験を重ねてできるかできないかを蓄積していく」と述べ、連携の相手によって情報そのものも変わることを述べた。

【地域のリソースの状況について face-to-face で情報交換する機会が重要である】

参加者のほとんどが、face-to-face で情報交換

する機会の重要性を強調した。参加者は、「(RDBよりも) みんなで集まる会をしたい」「情報交換の場があるといい。できないのではなくて、知る機会がない」「(重要なのは) ネットワークです」と述べた。作成過程についても、「中央で画一的に作るよりも、地域で作っていく中でネットワークができていくことが大事」と複数の参加者が指摘した。

【患者が選ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない】

「患者と家族が選ぶというのが基本なので(こちらから提示しにくい)」と医療福祉従事者がいくら情報をもっていても、患者に還元することが難しいことも多く、葛藤があることを複数の参加者が述べた。

考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、在宅緩和ケアのRDBの現状、課題、改善点を多地域多職種フォーカスグループによって明らかにした初めての研究である。

RDBは、「最低限の目安としては役に立つ」が、地域内の各団体が別々に作成・開示・周知されているため、「あるが知られていない」「情報が体系化されておらず必要な情報にアクセスできない」ことが参加者から述べられた。したがって、既存のRDBが有効に活用されるためには、作成した団体のホームページにそれぞれバラバラに掲載されているRDBの所在を行政などがまとめて1カ所で把握できるようにしたうえで、繰り返しそのRDBのありかを周知することが必要であると考えられる。

本研究で明らかにされた既存のRDBの限界としては、「RDBの更新が遅い」(人の移動や新規開設・廃業などが早く毎年更新しても間に合わない)、「公開されている情報と実態と違う」(利益上の問題のためできないと記載しにくい一方、対応可能な量を超えるかもしれないのでできるとも記載しにくい)、「RDBの情報内容の定義

があいまいである」(たとえばターミナルケアのどこまで対応できるのかを細分化してRDBに掲載することは不可能)、「得意分野や能力に関する情報を記載できない」(能力を記載する信頼できる評価手段が確立していない)であり、これらは公開されているRDBがもつ根本的な課題であることから、解消は難しいと思われる。

一方、既存のRDBにはないが必要な情報として、「できる・できないではなくて相談が可能か」「連絡先やファーストコンタクトの方法」が挙げられたことは注目に値する。また、ほとんどの参加者が、RDBに関わらず個別の相談が必須であると考えていることから、RDBを「詳細の情報を網羅する」ものではなく、「個別に相談するための最低限の資料を提供するツール」と考えることが必要とされていると考えられる。すなわち、RDBは、取得する情報項目を網羅的にすることに労力を費やすのではなく、必要最小限の数項目の情報(「往診、看取りの相談が可能か」「相談窓口と連絡方法」など)を確実に更新することによって、地域での相談の「きっかけ」として機能しやすくなるように見直すことに価値があると考えられる。

本研究を通じて繰り返し語られたことは、ヒューマンネットワークの重要性であった。RDBを構築する際には、「どのような内容のRDBを作成するか」という点に関心が集まりがちであるが、それ以上に「リソース情報を有効に利用するためのヒューマンネットワークをどう構築するか」が検討されなければならない。地域の多職種からなる連携カンファレンスは顔の見える関係を構築し、地域医療福祉従事者の情報共有に有用な可能性が示唆されている¹⁴⁾。在宅緩和ケアのRDBの活用を考える際には、RDBの情報内容以上に、「地域のヒューマンネットワークを促進する構造」を確実に構築することが重要である。

最後に、「患者が選ぶのが基本なので情報があっても医療者から指定はできない」という限界については、緩和ケアのみならずすべての医療に共通した問題である。情報を有する医療従事者の責

務と倫理について患者を含めた包括的な議論が必要であろう。

まとめ

複数地域の多職種を対象としたフォーカスグループによる質的研究により明らかになった在宅緩和ケアに関する望ましいRDBとは、網羅的な情報内容ではなく、「往診などの相談が可能か」や相談窓口など最低限の情報からなる確実に更新可能なRDBを作成すること、またRDBのインターフェイスは1つに集約し、それを周知徹底することと同時に、地域のヒューマンネットワークを促進することが重要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が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」の一部として行われた。研究および分析にご協力いただいた皆様に心よりお礼申し上げます。

文献

- 1) 片山 壽 監著：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。篠原出版新社，2008
- 2) 吉田利康：がんの在宅ホスピスケアガイド。p.00-00，日本評論社，2007
- 3) 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1月18日アクセス [http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html]
- 4) 社団法人松山市医師会：在宅医療に取り組む医療機関。2011年1月18日アクセス [http://www1.ehime.med.or.jp/mma/zaitaku/torikumi.html]
- 5) 独立行政法人福祉医療機構：WAM-NET。2011年1月18日アクセス [http://www.wam.go.jp/]
- 6) 静岡県立静岡がんセンター：静岡県—あなたの街のがんマップ。2011年1月18日アクセス [http://cancerqa.scchr.jp/shizuoka/ganmap/]
- 7) 藤田敦子：在宅緩和ケアの支援活動—NPO ピュアの取り組み。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2010—ホスピス緩和ケアにおけるボランティアとサポートグループの活動。p.70-73，2010
- 8) 石井須美子，稲 恒子，笠垣八重子，他：神戸市医師会在宅医療情報システム“逆紹介”を運用して。全国自治体病院協議会雑誌 46：703-705，2007
- 9) 福岡県在宅ホスピスをすすめる会 編：FUKUOKA在宅ホスピスガイドブック—最後の時間を家で過ごす人のために。木星舎，2007
- 10) 在宅ホスピス協会：末期がんの方の在宅ケアデータベース。2011年1月18日アクセス [http://www.homehospice.jp/db/db.php]
- 11) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト：はままつがん緩和・在宅ケアマップ。浜松：緩和ケア普及のための地域プロジェクト；2010
- 12) 和田 努：在宅ケア医年鑑2008年版—在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本。同友館，2008
- 13) Krippendorff KH：Content Analysis：an Introduction to Its Methodology。Beverly Hills, CA：Sage Publications, 1980
- 14) 井村千鶴，古村和恵，末田千恵，他：地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性。緩和ケア 20：204-209，2010

V. 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

森田 達也

(聖隷三方原病院 緩和支援診療科)

経緯

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」) は、2005年から毎年2領域ずつ行われている「戦略研究」の一部である。

「戦略研究」は、わが国では大規模な臨床研究がなかなか成功しない経緯から、「国民的ニーズが高く確実に解決を図ることが求められている研究課題」について、大規模な研究を完遂して国民に迅速に還元することを目的として設定され

た。従来の一般公募による厚生労働科学研究費補助金とは別に、厚生科学審議会科学技術部会の意見を踏まえながら行われるものである。これまでに、糖尿病、自殺など国家的に重要な健康問題が課題に設定されてきた。がんにおける戦略研究は2006年に設定され、乳がんの予防と、緩和ケアが設定された。

緩和ケアが課題として選択された背景として、わが国ではがん患者からみた quality of life (QOL)・緩和ケアの質の評価が不十分であること (図1) や、希望する場所で最期を迎えられる患者が少ないことから (図2)、がん対策基本法での重点領域と位置づけられたことが挙げられる。

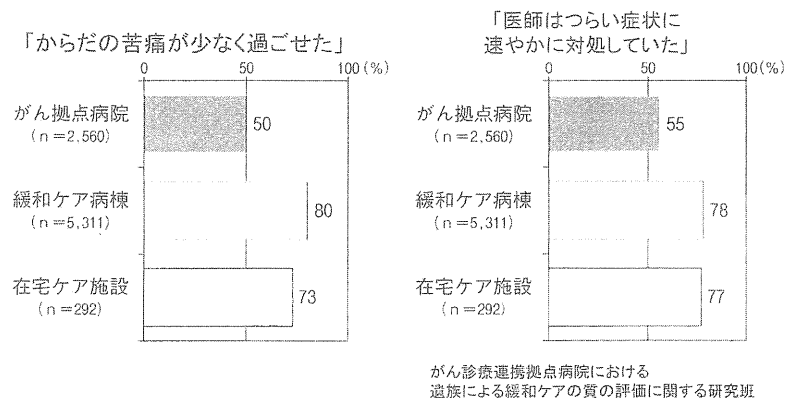


図1 がん患者の遺族による quality of life, 緩和ケアの質の評価

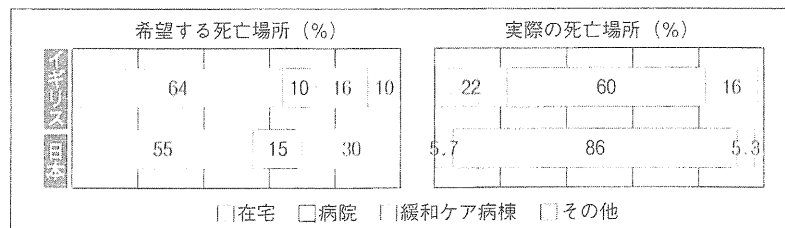


図2 がん患者の死亡場所

V. 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

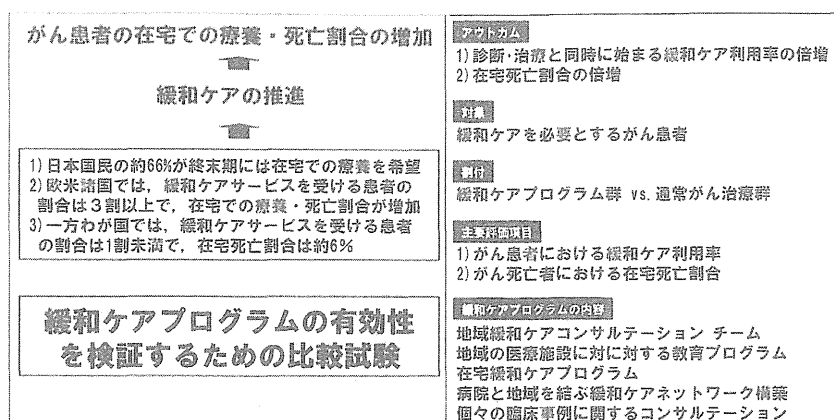


図3 「がん対策のための戦略研究の概要」として当初策定されたプロトコール

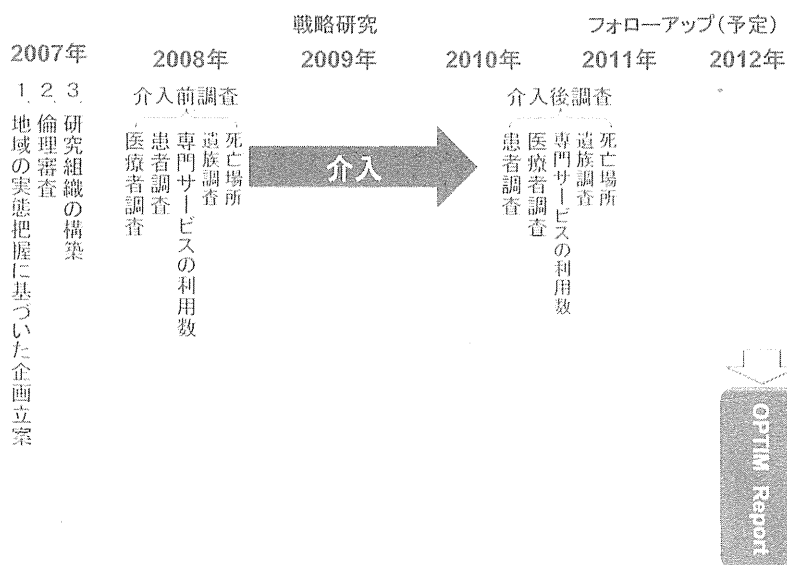


図4 OPTIM プロジェクト概要

戦略研究が他の研究と異なる点は、主要な目的や介入が枠組みを決定する委員会で設定され、その後研究班に提示されることである。研究班は、毎年、研究が当初の設定された目的に見合うように進められているか、研究班「外」に設置された運営委員会、評価委員会など複数の機関からモニタリングを受ける。緩和ケアの戦略研究では、当初、緩和ケアの利用数と在宅死亡率を主要評価項目とする無作為化クラスターランダム化比較試験を行うこととして設定された(図3)。無作為化クラスターランダム化比較試験とは、緩和ケアプログラムを行う市町村と、行わない市町村

を無作為に割りつけて、地域単位でのアウトカムを比較するものである。ノルウェーで行われた類似の研究がプログラム策定の参考とされたと考えられる¹⁾。

その後、江口研二リーダー(当時日本緩和医療学会理事長)をもとに、「All Japan体制」で課題に取り組むために研究班が組織された。研究班構成は、マニュアルの作成などを行う「臨床教育プログラム委員会」(木澤義之<筑波大学>、森田達也<聖隷三方原病院>、梅田恵<緩和ケアパートナーズ>、新城拓也<社会保険神戸中央病院>)、相談支援センターと地域緩和ケアチームの機能