

の検討を行う「相談支援機能プログラム委員会」(秋月俊哉〈千葉がんセンター〉, 志真泰夫〈筑波メディカルセンター病院〉), 市民・患者への緩和ケアの普及啓発を行う「普及啓発プログラム委員会」(的場元弘〈国立がん研究センター中央病院〉, 秋山美紀〈慶応大学〉), 地域連携について検討する「連携促進委員会」(川越正平〈あおぞら診療所〉), アウトカムの評価測定を行う「評価測定委員会」(宮下光令〈東北大学〉), ホームページ・情報管理を行う「ホームページ委員会」(山川宣〈六甲病院〉)である(現在の委員会名, 委員長・副委員長を記載)。このほか, リーダー補佐として森田達也(聖隷三方原病院), 事務局長として加藤雅志(国立がん研究センター)が, 対がん協会に設置された戦略研究推進室室(松村有子〈東京大学医科学研究所〉)の支援のもとに運営を行っている。

研究班では, 2007年に提示されたプロトコルの実施可能性や, わが国に還元すべき内容の検討を行い, 前後比較研究としてプロトコルを作成し倫理審査を受け, プロトコルの概要を英文誌に公開した<sup>21</sup>(図4)。同時に, 介入に必要なマニュアルなど各種マテリアルを全国の緩和ケア・在宅医療の専門家の協力のもとに作成した。

## プロジェクトの目的

OPTIMプロジェクトの目的の1つは, 緩和ケアプログラムの施行前後で, がん患者の自宅死亡, 緩和ケア利用数, QOLが向上するかを前後比較試験で検証することである。もう1つの重要な目的は, プロジェクトそのものの経過を通じて緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物や介入過程を作成することである(表1)。

つまり, OPTIMプロジェクトでは, 介入研究の結果としてアウトカムの変化を測定するとともに, 介入中に作成したさまざまなマテリアルや知見・ノウハウを集積することで全国の緩和ケアの普及に役立てることを目的とされたことが大きな特徴である。これは, 近年になって, 緩和ケアなどの複雑な介入(complex intervention)の研究では, 単に「アウトカムがどう変化したか」だけで

表1 目的

- |  |
|--|
| 1. 地域緩和ケアプログラムが, がん患者のQOLを向上するかを検証する                         |
| 2. 今後, 全国においてがん対策基本法に定められた緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物, 介入過程を作成する |

表2 対象・方法

デザイン	地域介入, 前後比較試験
主要評価項目	1) 在宅死亡 2) 緩和ケアの利用数 3) 患者評価による通院中のがん患者 QOL (Care evaluation Scale) 4) 遺族評価による終末期のがん患者 QOL (Care evaluation Scale)
副次評価項目	1) 地域医療者の困難感・知識 2) 地域の緩和ケアの質指標
介入	1) 緩和ケアの標準化と継続性の向上 2) 患者・家族に対する適切な知識の提供 3) 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション 4) 緩和ケア専門家による診療

なく, それが「なぜ生じたのか」「どのような介入過程を得てアウトカムが生じたのか」を解釈できるような質的研究が重要であることが強調されていることと同じ意図を持っている<sup>31</sup>。

## 対象・評価(表2)

試験デザインは, 当初提示されたクラスターランダム化比較試験は実施可能性に懸念があったため, 前後比較試験に変更された。2008年前半に介入前調査を行い, 2年間介入, 2010年後半から介入後調査を行うものである(図4)。試験デザインの変更は賛否が分かれるところと思われるが, 科学的厳密性よりも, 実施可能性と, 介入過程から生じる各種マテリアルや知見・ノウハウの集積がプロジェクトの最も重要な役割と考えられたためである。

介入地域は, 実際に研究協力者が得られる公募

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

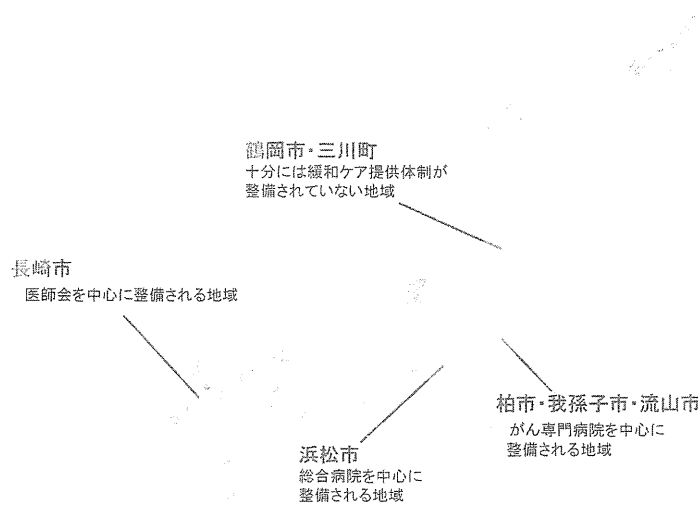


図5 介入地域

表3 過去に行われた緩和ケアの地域介入研究

	自宅死亡	緩和ケア 利用数	患者調査	遺族調査	介入期間	介入～解析 年数
Edmonton, Canada (Can Med AJ, 1999)	○	○	×	×	永続	7年
Catalonia, Spain WHO (JPSM, 2007)	○	○	258	×	20年	5年
Ontario, Canada (JPSM, 2009)	○	×	102	75	1年8カ月	7年
Trondheim, Norway* (Lancet, 2000; JCO, 2001)	○	○	434	180	2年8カ月	5年
OPTIM	○	○	846	1006	2年	4年

\*クラスターランダム化比較試験, その他: 前後比較試験

地域から、「緩和ケアが未整備な地域」として山形県鶴岡市が、「緩和ケアがある程度整備されている地域」として千葉県柏市・我孫子市・流山市（がん専門病院に研究責任者を置く地域）、静岡県浜松市（総合病院に研究責任者を置く地域）、長崎県長崎市（医師会に研究責任者を置く地域）がそれぞれ対象とされた（図5）。

評価項目は、設定されていた緩和ケア利用数、自宅死亡率に加えて、患者評価による通院中のがん患者 QOL と、遺族評価による終末期のがん患者 QOL を追加した。これは、緩和ケアの最終的なアウトカム指標は患者の評価であるので、患者自身の評価（終末期患者では遺族の代理評価）を取得することが必要であると考えたためである。

これまでに実施された海外の緩和ケアの地域介入研究では、自宅死亡、緩和ケア利用数が指標として用いられることが多かったが、大規模に患者、遺族といった利用者の評価を取得する研究としては世界で初めてのものである（表3）。また、副次評価項目として、地域医療者の困難感・知識や、地域の緩和ケアの質指標（quality indicator）も評価することとした。これらの測定項目は、信頼性・妥当性の確保された Care evaluation Scale や Good Death Inventory などが用いられ、それまでも国際的にも高く評価されているわが国の大規模調査の経験が活かされた<sup>4)</sup>。

患者調査の対象施設は、地域でがん診療を行っている 34 病院（11,033 床）のうち 23 病院（8,964

表 4 進行・遠隔転移のある外来がん患者の疼痛の有病率 (n = 859)

	なし	軽度 (1~3)	中程度 (4 to 6)	重度 (7 to 10)
Worst pain	43%	33%	12%	7.7%
Average pain	43%	37%	12%	2.7%
Least pain	51%	39%	4.3%	1.5%

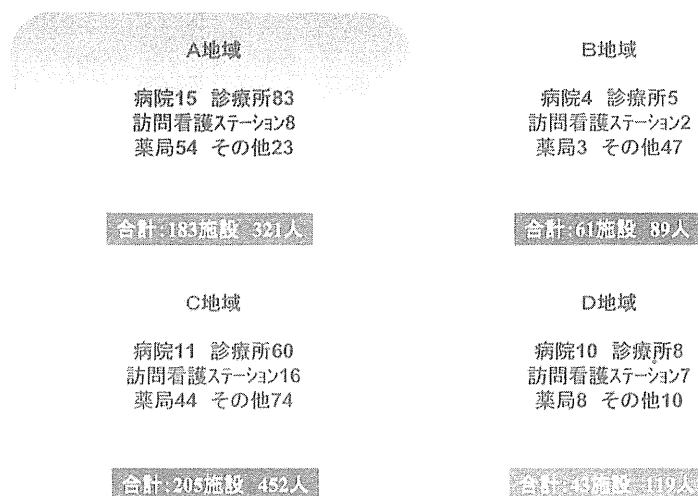


図 6 リンクスタッフ

床, 81%)であった。対象患者の適格基準は、①成人のがん患者で、原発が肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、大腸・直腸、乳腺、泌尿器、子宮卵巣のいずれかのもの、②再発または遠隔転移があるもの、③調査対象病院に外来受診しているもの、④がん告知を受けているもの、である。

遺族調査の対象施設は、患者調査の対象施設に加えて、在宅死亡患者を診療している診療所合計39施設であった。対象患者の適格基準は、①原発が肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、大腸・直腸、乳腺、泌尿器、子宮卵巣の死亡したがん患者の遺族、②がん告知を受けているもの、である。

介入前調査では、患者、遺族とも約1,000名の評価が取得できた。これは、世界最大規模の地域介入研究であると同時に、わが国で初めての大規模な患者調査である(表3)。本プロジェクトでは、研究成果の迅速な還元という観点から、介入前調査の結果も日本緩和医療学会などで公開した後に順次学術論文を作成している。

たとえば、本研究によって、初めて患者自身を

対象として、わが国での疼痛の有病率(進行・遠隔転移のある外来がん患者の疼痛の有病率)が明らかにされた(表4)。これまでわが国では、「どれくらい患者が痛みを体験しているか」の指標として、患者の評価とは一致しないことが指摘されている医師や看護師による代理評価に基づく「除痛率」しかなかった。本研究により、初めて国際比較が可能な数値が入手されたことになる。

## 介 入

介入は、①緩和ケアの標準化と継続性の向上(マニュアルの配布や医療者向け講演会など)、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や市民向け講演会など)、③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション(相談センターの設置や地域多職種カンファレンスなど)、④緩和ケア専門家による診療(地域緩和ケアチームの設置など)を柱とした。必須な介入を「○○対象に○○の内容を含む講演会を年○回以上行

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

<p>〈目的〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各地域の緩和ケア普及のための課題について共有し、解決策を見つける</li> </ul>	
<p>〈対象〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・4地域の医療福祉従事者 336名/2回</li> </ul>	
<p>〈方法〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・少人数のグループで、設定したテーマで討論した</li> <li>・終了後に自記式アンケートを実施した</li> </ul>	
<p>〈結果〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各地域の緩和ケア普及のための課題を共有することにより、可能な解決策を集積した。</li> <li>・約90%が「とても役に立った・役に立った」と評価した。</li> <li>・約70~90%が他の地域の状況をよく知ること、自分の地域・施設で実際に生かすこと、地域メンバーと問題を共有すること、顔の見える関係をつくること、自分が抱えている問題を解決することに「とても役に立った・役に立った」と評価した</li> </ul>	

図7 4地域合同意見交換会<sup>5)</sup>

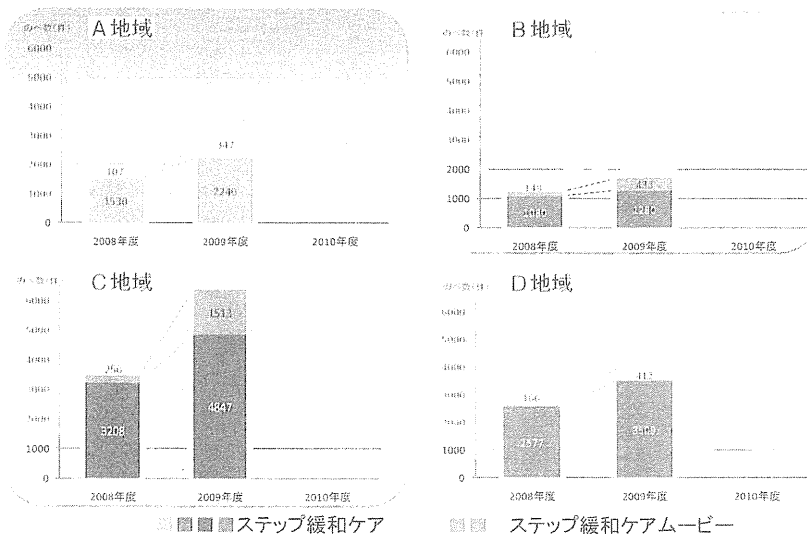


図8 緩和ケアマニュアルの配布数

う」などと手順書を作成してあらかじめ定めた。個々の介入は、地域の事情に合わせて柔軟に実施できるようにした代わりに、相当な労力をかけて実際に行われた介入内容について実施回数、人数、方法などを定期的に記録した。

2009年までに各地域で必須の介入として行われたことのうちいくつかを簡単に紹介する。

各地域では、まず、介入を実施するために、地域ごとに多組織多職種のリンクスタッフが配置された(図6)。リンクスタッフは、地域での臨床

活動を行いながらプロジェクトの活動に参加するとともに、年に数回、「4地域合同意見交換会」によって地域を超えて集まりプロジェクトの有効な進め方について討論を続けた(図7)<sup>5)</sup>。

「緩和ケアの標準化と継続性の向上」のために、各地域に緩和ケアのマニュアルである「ステップ緩和ケア」、患者用パンフレット、包括的な症状評価ツールである「生活のしやすさに関する質問票」、マニュアル・患者用パンフレットに沿った実際の診療場面を示した「ステップ緩和ケアム

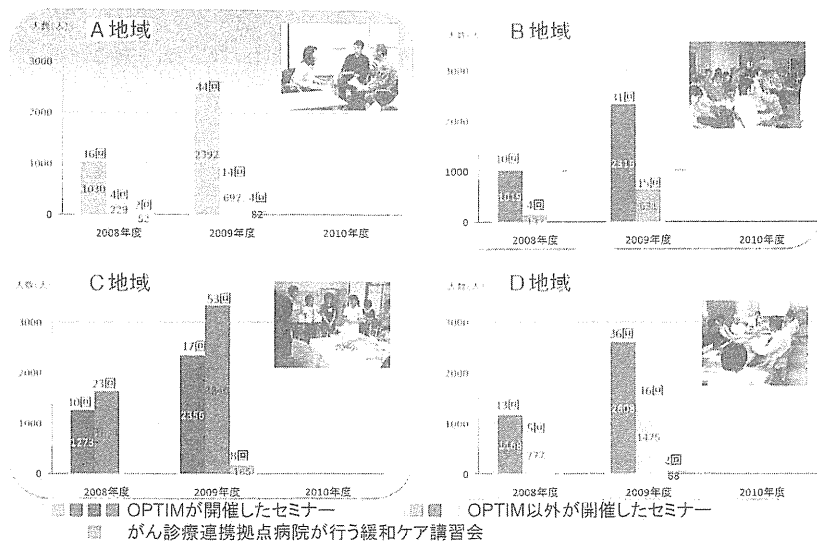


図9 医療者向け講習会の開催回数と参加人数

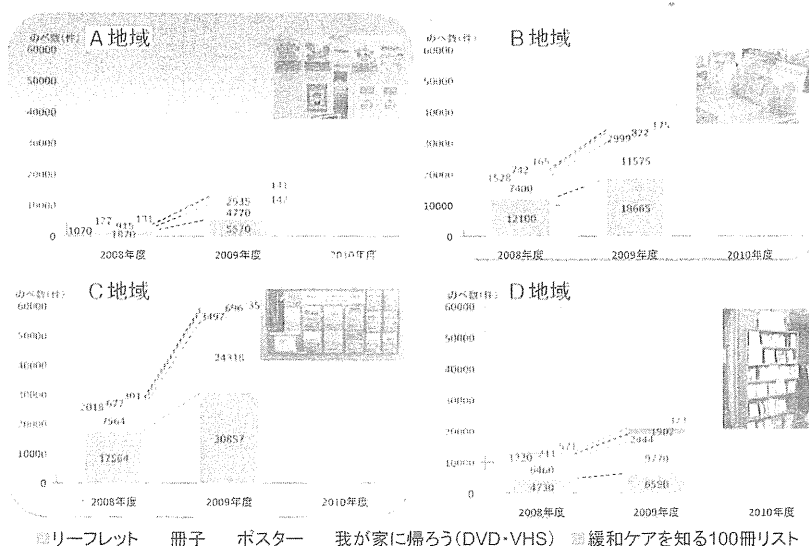


図10 患者向けリーフレットの配布数

ビー」などが配布された(図8)。緩和ケアに関する知識と技術の向上を目的とした講習会が医師、看護師、薬剤師など多職種向けに行われた(図9)。

「患者・家族に対する適切な知識の提供」のために、各種患者向けリーフレット・冊子が地域全体に配布され、ポスターが掲示、また、「緩和ケアを知る100冊」が地域の図書館に設置された(図10)。市民を対象として、緩和ケアや在宅医療についての講演会が行われた(図11)。

「地域の緩和ケアの包括的なコーディネーショ

ン」としては、各地域に相談支援センターが設置され、退院支援・調整プログラムの導入と退院前カンファレンスを行うことが強調して行われた。また、地域の連携の課題を抽出し解決策を得るために、医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーなど多職種からなる「地域多職種カンファレンス」が行われた(図12)。

「緩和ケア専門家による診療」としては、地域緩和ケアチームが設置され、地域で生じている緩和ケアの困難事例についての相談を受けたり、定期的に他施設を訪問するアウトリーチプログラム

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

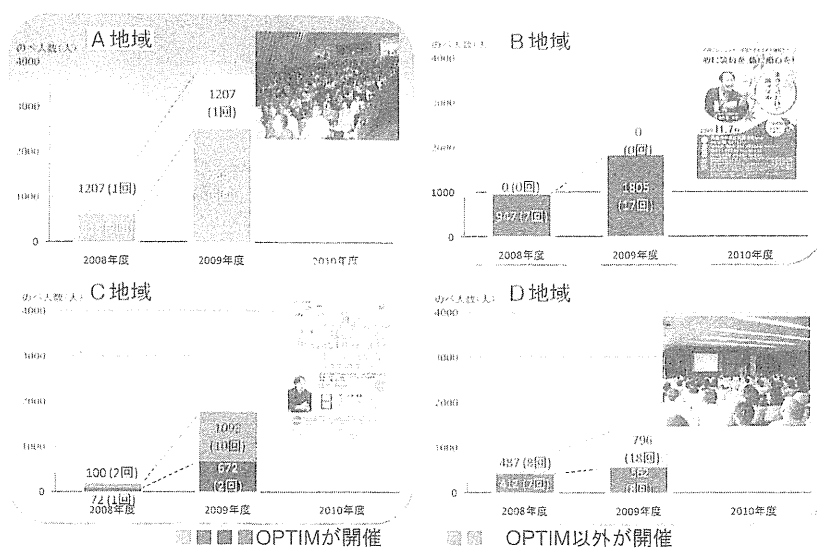


図 11 市民対象講演会

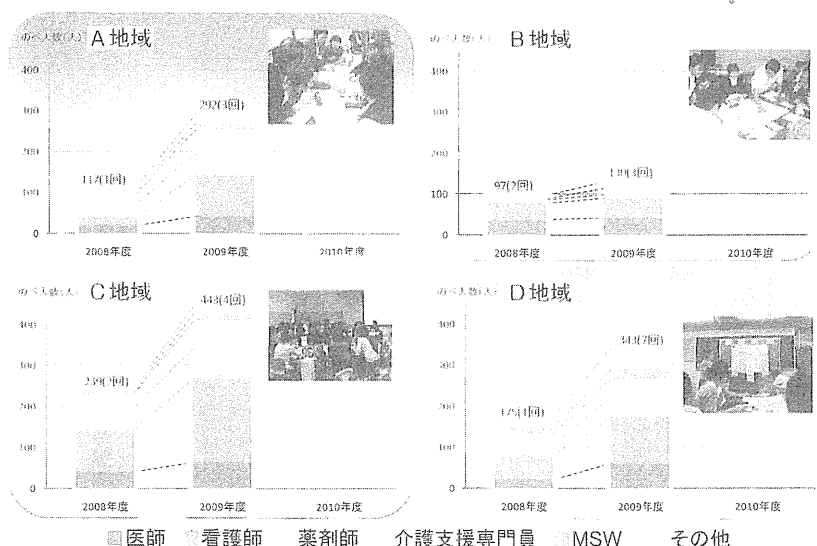


図 12 地域多職種カンファレンス

が行われた。

このほか、地域ごとに地域多職種カンファレンスで抽出された課題を解決するための取り組みとして、地域スタッフが病院連携室に向向いて行うハイリスクカンファレンス、地域の病院の連携担当者と地域の医療福祉従事者の実務ミーティングである連携ノウハウ共有会、施設をまたいだデスカンファレンス、情報の申し送りを行う地域連携促進シート、診療所同士のドクターネット、保険薬局同士の薬局ネット、介護保険の短縮化、地域

のリソースの口コミ情報の冊子、データベースの作成、地域の緩和ケアチームすべてに連絡が取れる緩和ケアホットラインなど多くの取り組みが行われた。

### アウトカム

2010年12月現在、介入後調査のうち、2009年までの死亡場所、緩和ケア利用数の集計が終了し、患者調査が終了した。2010年の死亡場所、

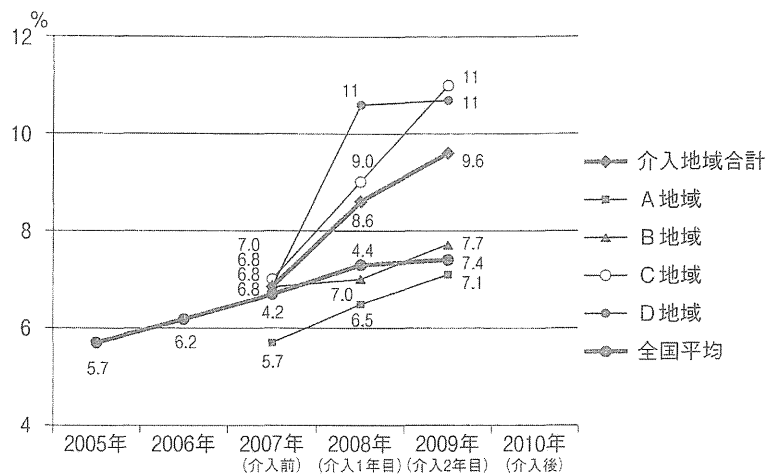


図13 自宅死亡率

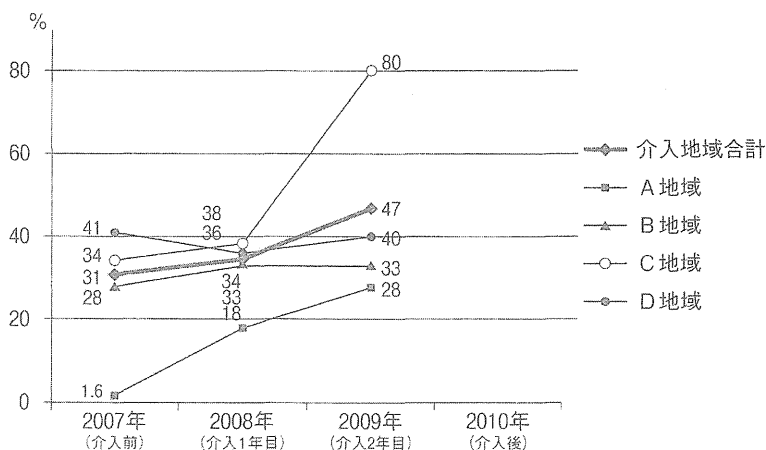


図14 緩和ケア利用数

緩和ケア利用数、医療者調査、遺族調査はまだ取得されていない。

自宅死亡率については、介入前の全国平均値が6.7%、2009年が7.4%と、+0.7%（10%の増加）であった。それに対し、OPTIM介入地域全体では、6.8%から9.6%と、+2.8%、介入前と比べて41%増加した（全国平均と比較して4倍の増加率であった、図13）。地域ごとの介入前と比較した増加率では、13%、25%、57%、62%であり、3地域で全国平均の倍、2地域で約6倍の増加を認めた。増加が認められた地域では、それまでに存在しなかった病診、多職種、診診などの地

域ネットワークの構築が認められた。

緩和ケア利用数については、介入前の31%から47%に増加した（図14）。「緩和ケアが未整備な地域」では、2009年に「緩和ケアが整備されている地域」の介入前の数値とほぼ同じの約30%に達した。「緩和ケアが整備されている地域」1地域では介入前の34%から80%に増加した。利用されている専門緩和ケアサービスとして頻度が高いのは、緩和ケアチーム（50%）、緩和ケア病棟（22%）、緩和ケア外来（17%）であり、緩和ケアチームと緩和ケア外来が増加した（図15）。緩和ケア利用数の増加した地域では、抗が

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

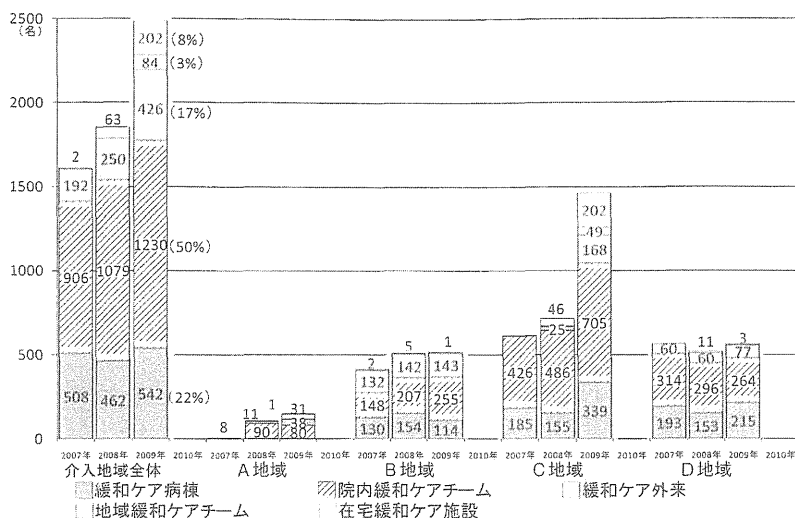


図 15 専門緩和ケアサービスのサービスごとの利用数

**■問題点・バリア**

- ・病院から在宅への連携がうまくいったか評価の場所がない
- ・患者・家族には継続不可能なことを退院時に指導されてくる場合も多い
- ・在宅で、ケアに関してどこまでの手技が可能か、よく分からない
- ・診療情報提供書や看護サマリーに在宅スタッフの欲しい情報がないことも多い
- ・入院中のことで問い合わせたいことがある時、誰に連絡していいのかわからない
- ・病状や介護力を理由に医療者が在宅は無理と判断してしまっている場合も多い
- ・最期の数日の退院では、患者・家族と在宅スタッフの信頼関係構築の時間が確保できないので、もう少し早めに退院支援をしてほしい

**■解決策**

- ・在宅での患者の経過を病院にフィードバックし、改善する構造を作る
- ・在宅で実施可能な医療・看護を入院中から行う
- ・連携の窓口を明確にする
- ・医療の必要性ではなく「患者が帰りたいかどうか」を軸に評価を行う
- ・早めに在宅スタッフに紹介するよう心がける
- ・連携の質向上のための会を定期的に持つ
- ・困難事例や初めてがんをみる在宅医療者に引き継ぐ際などは退院前カンファレンスを積極的に開催する

**地域 A**

- 退院支援プログラム導入
- ハイリスクカンファレンス

**地域 B**

- 退院支援プログラム導入
- 連携ノウハウ共有会
- 地域デスカンファレンス

**地域 C**

- 退院支援プログラム導入
- 地域連携促進シートの運用

**地域 D**

- 退院支援プログラム導入
- 看看連携プロジェクト
- 地域がん症例検討会

図 16 地域緩和ケアの収集された課題と解決策 (例)

ん治療中の患者、performance status の良い患者、疼痛以外の症状や精神的サポートでの依頼が増加しており、「早期からの緩和ケア」が行われていることが示唆された。これらの指標はアウトカム研究のエンドポイントであると同時に、地域を単位としてどれくらいの患者がどのような緩和ケアサービスを利用しているかを経年的に把握したわが国で初めてのデータであるほか、「早期からの緩和ケア」が実施されているのかを把握できる現在わが国で設定されている唯一のコホートで

ある。

このように、OPTIM プロジェクトでは、単にアウトカムの変化だけではなく、わが国の緩和ケアの実態を把握し、生じている現象を解釈する大規模なコホートとして活用することが期待される。

### 今後の予定

OPTIM プロジェクトは開始当初の相当な困難



表5 OPTIM レポートの内容 (一部を抜粋)

<p>総括</p> <p>A. OPTIM 研究のまとめ</p> <p>B. Clinical implication : 地域の緩和ケアを進めるプロジェクトチームへ</p> <p>C. Policy implication : 地域緩和ケアを進めるための行政への提言</p>
<p>OPTIM プロジェクトの概要と結果</p> <p>A. OPTIM プロジェクトの背景と目的</p>
<p>B. 対象と方法</p>
<p>C. 介入 : OPTIM プロジェクトで行われたこと</p> <p>1) 4 地域で行われたこと : 概要</p> <p>2) 各地域で行われたこと</p>
<p>D. OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を変えたか? アウトカム研究</p> <p>1) 主要な結果 : 自宅死亡, 緩和ケアの利用数, 患者・遺族からみた緩和ケアの評価の変化</p> <p>2) 死亡場所・在宅期間の変化</p> <p>3) 専門緩和ケアサービス利用数の変化</p> <p>4) 患者から見た緩和ケアの評価の変化</p> <p>5) 遺族から見た緩和ケアの評価の変化</p> <p>6) 医師の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の変化</p> <p>7) 看護師の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の変化</p> <p>8) 患者・遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感の変化</p> <p>9) 患者・遺族・市民の緩和ケアの準備性の変化</p> <p>10) 地域の緩和ケアの quality indicator の変化</p> <p>11) 住民の緩和ケアの知識・認識・安心感の変化</p>
<p>E. OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を明らかにしたか? プロセス研究</p> <p>1) 地域緩和ケアの課題と解決策</p> <p>2) 4 地域 100 名のコアリンクスタッフの経験と示唆</p> <p>3) 4 地域のプロジェクトチームの経験と示唆</p> <p>4) 4 地域のプロジェクト実施者の立場から : OPTIM プロジェクトで達成されたことと今後の課題</p>
<p>F. 付帯研究</p> <p>1. 緩和ケアの技術・知識の向上に関するもの</p> <p>1) 作成したマテリアルの趣旨と一覧</p> <p>2) マニュアル・症状評価ツールに関する研究</p> <p>疼痛のパンフレット</p> <p>看取りのパンフレット</p> <p>せん妄のパンフレット</p> <p>「生活のしやすさによる質問票」による緩和ケアスクリーニングの評価</p> <p>地域緩和ケア介入のためのホームページの効果</p> <p>3) 緩和ケアのセミナーに関する研究</p> <p>多職種対象の緩和ケアセミナーについての評価 (4 地域)</p> <p>患者・遺族調査に基づいた緩和ケアセミナーの評価</p> <p>2. 患者・家族・住民への情報提供に関するもの</p> <p>1) 作成したマテリアルの趣旨と一覧</p> <p>2) リーフレット・冊子・ポスターを用いた啓発介入に関する研究</p> <p>リーフレット・ポスターなどの一斉配布の現況調査</p> <p>病院内のどこで, どんなリーフレット・冊子が持って帰られるか</p> <p>3) 図書を用いた啓発介入に関する研究</p> <p>4) 講演会による啓発介入に関する研究</p> <p>5) 患者会などによる啓発介入の効果</p> <p>6) 栄養・料理に関する情報提供に関する研究</p>

表5 (つづき)

- 
3. 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進
    - 1) 作成したマテリアルの趣旨と一覧
    - 2) 地域緩和ケアの相談支援に関する研究
      - 病院内・地域内の相談支援の内容と転帰 (4 地域)
      - 院内・院外の相談支援センターの相談内容の比較
    - 3) 退院支援・調整プログラムに関する研究
      - (1) 患者・家族アウトカムに関する研究
        - 退院前カンファレンスの患者・家族からみた有用性
        - 退院支援プログラムの効果についての遺族調査
        - 病棟看護師による退院患者に対するテレフォンプォローアップの評価
        - 退院調整・ハイリスクカンファレンスの成果と課題
      - (2) 医師・看護師への教育に関する研究
        - 病院看護師の在宅の視点の評価方法の開発
        - 病院看護師の在宅の視点の測定：縦断研究 (4 地域)
        - 訪問看護実習による病棟看護師の体験
    - 3) 患者所持型情報共有ツールに関する研究
      - わたしのカルテの評価
      - 地域連携連絡シートの運用・評価
    - 4) 多職種連携カンファレンスに関する研究
      - 多地域・多職種での連携促進カンファレンスの効果
      - 地域連携ノウハウ会とデスクカンファレンスの効果
      - 地域で行う困難事例カンファレンスの評価
    - 5) 地域のリソース情報を共有する方策についての研究
      - 地域のリソースデータベースの評価 (2 地域)
    - 6) 地域緩和ケアにおける診療所の機能に関する研究
      - 診療所訪問による診療所の連携の課題と解決策
      - 診療所同士の連携方策についての評価
      - 地域多職種で「今聞きたいこと」を遺族に聞く在宅ホスピスでの調査
    - 7) 地域緩和ケアにおける訪問看護ステーションの機能に関する研究
      - 訪問看護ステーションの守備範囲のプロットニングによるリソースの有効利用に関する研究
      - 在宅ホスピスと連携する訪問看護ステーションの役割に関する研究
    - 8) 地域緩和ケアにおける薬局の機能に関する研究
      - 病院と保険薬局が行う外来がん患者の電話モニタリングの効果
      - 在宅における薬局の課題と解決策
      - 在宅がん患者の遺族による保険薬局の評価
    - 9) 地域における緩和ケア病棟の機能についての研究
      - 緩和ケア病棟の在宅支援ベッドの患者・家族からみた評価
      - 緩和ケア病棟における地域医療者を対象とした緩和ケア体験実習の効果
    - 10) がん緩和ケアにおける介護保険・ケアマネジャーの役割に関する研究
      - ケアマネジャーのがん緩和ケアに対する困難感に関する研究
      - ケアマネジャーの教育ニーズに関する研究
      - 介護保険のがん患者への適応の問題と手続きの迅速化による効果
      - 在宅がん患者の遺族によるケアマネジャーの評価
    - 11) がん緩和ケアにおける施設の役割に関する研究
  4. 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供に関する研究
    - 1) 作成したマテリアルの趣旨と一覧
    - 2) 地域緩和ケアチームに関する研究
      - 地域緩和ケアチームの相談内容と運用 (4 地域)
    - 3) アウトリーチプログラムに関する研究
      - 地域緩和ケアチームによるアウトリーチプログラムの有用性
  5. 実態調査に関するもの
-

にもかかわらず、世界最大規模の地域緩和ケアの介入研究として進捗している。現在、予定されていた介入はほぼ終了し、介入過程の詳細な記録から地域緩和ケアの課題と解決策が収集・分類されている（図16は一例）。50を超える付帯研究については、すでにその一部は学術論文として出版されている。また、地域の福祉医療従事者100名を対象としたインタビュー調査により、プロジェクトで生じた介入経過を明らかにする研究も並行して行われている。

今後、2011年にアウトカムの数値を取得し、2012年にすべての結果を解析する。研究結果は、「OPTIMレポート」としてアウトカムの変化のみならず、各地域で実際に行われた介入過程の詳細な記述、および、介入に当たって作成されたマテリアル・知見・ノウハウとあわせて報告する予定である（表5）。

近年、全国各地で類似した取り組みは行われているが、OPTIMプロジェクトのユニークな点は、「取り組み」のみならず、地域全体の死亡場所、緩和ケア利用数、外来患者のQOL、死亡患者の遺族から見たQOL、医療者の困難感や知識などが、同時に、系統的に収集されていることである。この規模で、同時にこれらの指標を経時的に取得したものは国際的にも存在しない。

アウトカム研究を通じて「OPTIMプロジェクトは地域緩和ケアの何を変えたか？」を整理し、プロセスの研究を通じて「OPTIMプロジェクトで何が各地域で行われたか」を詳細に記述し、「OPTIMプロジェクトは地域緩和ケアの何を明らかにしたか？」を考察する。そのうえで、「地域の緩和ケアを進めるプロジェクトチームにとってのclinical implication」と「地域緩和ケアを進めるための行政にとってのpolicy implication」をまとめる予定である。地域の緩和ケアを進めるうえで、どのような介入がどのような結果をもたらすと予測されるのか、地域緩和ケアを向上させる課題と解決策は何かを、実際の量的、質的双方の

データに基づいて考察し、単に、「(数値が)上がった・下がった」ということではなく、全国のどこの地域にでも何かしら有益な情報をまとめることを通じて全国への還元としたいと考えている。

注意 本論文は、OPTIMプロジェクトの進捗状況を筆者の意見として紹介したものであり、プロジェクトの意見を代表したものではありません。また、今回示した結果や解釈については今後研究班で検討するものであり、修正や変更がある可能性があります。

謝辞 OPTIMプロジェクトの実施に当たり、ご協力をいただいているみなさま全員にこころより感謝します。あわせて、2007～2009年のプロジェクトの立ち上げ前後で特に尽力いただいた山岸暁美先生（現 厚生労働省医政局在宅医療推進室、聖隷クリストファー看護大学非常勤講師）に感謝します。

#### 文 献

- 1) Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al: A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 356: 888-893, 2000
- 2) 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* 25: 412-418, 2008
- 3) Lewin S, Glenton C, Oxman AD: Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ* 339: b3496, 2009
- 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* 26: 3845-3852, 2008
- 5) 山岸暁美, 森田達也, 古村和恵, 他: 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出: OPTIM-Studyによる複数地域・多職種による評価. *がんと化学療法* (in press)

## 地域における緩和ケア病棟の役割

—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価—

聖隷三方原病院 看護部

清原恵美

同 浜松がんサポートセンター

井村千鶴

同 ホスピス

梨田えり子

同 ホスピス

福田かおり

同 浜松がんサポートセンター  
緩和ケアチーム、緩和支持治療科

森田達也

同 ホスピス

井上 聡

### Palliative Care Education Program for Nurses Working in the Community —The Role of the Palliative Care Unit—

Emi Kiyohara<sup>1)</sup>, Chizuru Imura<sup>2)</sup>, Eriko Nashida<sup>3)</sup>, Kaori Fukuta<sup>3)</sup>, Tatsuya Morita<sup>2,4,5)</sup>, Satoshi Inoue<sup>3)</sup>

1) Department of Nursing, Seirei Mikatahara General Hospital

2) Hamamatsu Cancer Support Center, *ditto*

3) Seirei Hospice, *ditto*

4) Palliative Care Team, *ditto*

5) Department of Palliative and Supportive Care, *ditto*

#### Abstract

The primary aim of this study was to clarify the perceived usefulness of a palliative care education program for nurses working in the community. The education program was provided in a palliative care unit in the region, and a questionnaire survey and focus group were conducted. A total of 25 nurses participated in the program, and 76% of the participants rated the program as “very useful” overall, while 24% rated it as “useful.” In addition, 96% and 88% of the participants rated as “very useful” or “useful” for learning psychological care/communication skills and for developing a collaborative relationship, and 76% rated it as “very useful” or “useful” for learning symptom management.

The content analysis of the focus group identified 7 themes: understanding of the palliative care unit, learning symptom management and communication skills, learning team-building methods, reflecting personal practice, changing clinical practice, developing a collaborative relationship with the staff of the palliative care unit, and expanding the education program throughout the community. In conclusion, the education program of palliative care for nurses working in the community was perceived as useful by community nurses, and participants' educational needs focused on developing a collaborative relationship among health care providers in the community.

*Key Words* : palliative care unit, palliative care, education program

#### 緒言

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<sup>1),2)</sup>。しかし、地域の看護師は、緩和ケアに関わる機会が多くない、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<sup>3)</sup>。緩和ケアに関する地域の看護師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る。

地域の看護師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るが、方向性の講義による講習会では、効果は限定的であることが示さ

キーワード：緩和ケア病棟、緩和ケア、教育プログラム

れている<sup>4), 5)</sup>。End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) の看護師に対する教育の有用性が示唆されており<sup>6)</sup>、わが国においても、End-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J) による教育プログラムが運用され始めている<sup>7)</sup>。しかし、緩和ケア病棟において地域の看護師を対象とした研修のニーズや効果を評価した研究はない<sup>8)~12)</sup>。

本研究の目的は、地域の看護師のもつ緩和ケア病棟における研修についてのニーズおよびニーズに基づいた教育プログラムの有用性を評価することである。

## 方法

3年間の研究期間中、地域の看護師を対象とした研修を行うことをアナウンスし、地域から希望者を募集した。地域からの参加者の研修に関するニーズは多様であることが予測されたため、事前に個別に15分程度のヒアリングを行ったうえで、個別にプログラムを作成した。おもな研修方法は、緩和ケア病棟の看護師のケアを見学すること、カンファレンスへの参加、外来の見学であった。研修初日には、緩和ケア病棟の歴史や理念、病棟目標、病棟運営の方法、年間計画、教育プログラム、緩和ケアに関するマニュアルなどの各種ツール、病棟の利用状況についての説明を病棟課長が行った。また、研修中と研修終了時に2~3回、1回につき30~60分間、参加者と研修を担当した緩和ケア病棟の看護師とで振り返りと議論をできる時間を設けた。研修期間は希望により5~10日間とした。

### 1. 質問紙調査による評価

研修に参加した看護師を連続的に対象とし、研修終了後に、自記式質問紙調査を行った。調査項目は、参考となる先行研究が少ないため、予備的な質問紙調査と研究者の議論をもとに作成した。研修の有用性を全般的有用性1項目（「今回の研修の内容は総合的に役立ちましたか」）、領域ごとの有用性4項目（①症状マネジメントについて知ること、②精神的ケアや家族ケア、コミュニケーションについて知ること、③連携の課題〔退院時の情報の共有、緩和ケア病棟への入院など〕を共有すること、④お互いに顔が見える関係になること）について、「とても役に立った」「役に立った」「少し役に立った」「あまり役に立たなかった」「役に立たなかった」の5件法で聞いた。また、研修の改善点と意見を自由記述で得た。

倫理的配慮として、研究の趣旨等を口頭および文書

で説明した。調査への回答をもって調査協力への同意とみなし、個人が特定できる情報は取得しなかった。

### 2. フォーカスグループインタビュー

研修に参加した看護師6名を対象としてフォーカスグループインタビューを行った。参加者は、がん診療連携拠点病院1名、一般病院2名、訪問看護ステーション1名、診療所2名であった。フォーカスグループインタビューは、研究者が事前に作成したインタビューガイドを用いて、半構成的に1回、90分間行った。質問項目は、参考となる先行研究が少ないため、研究者の議論をもとに作成した。研修に参加したことによる体験（「初めて分かったことや意外だったことはありますか」「研修に参加したことで変化したことはありますか」「どんな気持ちになりましたか」「どんな内容が役に立ちましたか」「改善点はありますか」）などについて質問した。

倫理的配慮として、事前に参加者に対して、研究の趣旨、参加は自由意思であること、参加に対し辞退の意思表示をした場合でも不利益は一切生じないこと、プライバシーは厳重に守られることなどを口頭および文書にて説明した。参加者の書面による同意を得て、録音を行った。

## 解析

量的データについては度数分布を集計し、「とても役に立った」の95%信頼区間を計算した。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、Krippendorff, K.の方法論<sup>13)</sup>を参考に内容分析を行った。本研究では、研修のニーズおよび研修に参加したことによる体験に関する1つのみの意味内容を含む文章を1単位とした。1つの文脈のなかに異なる意味内容を示す文章があった場合には、複数の単位とした。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。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(TM)のスーパービジョンをもとに、3名の合意が得られるまで議論を行った。研修のニーズについてのデータは、カテゴリー名と単位数を記載し、研修に参加したことによる体験についてのフォーカスグループインタビューのデータは、カテゴリー名を記載した。

表1 緩和ケア病棟における研修の希望

緩和ケアの知識や技術を学ぶ
・症状マネジメント（疼痛、呼吸困難、食欲不振、嘔気・嘔吐、吃逆、倦怠感、浮腫、せん妄など）について学ぶ（31）
・精神的ケアやコミュニケーション、家族ケアについて学ぶ（22）
・オピオイドの導入のタイミングや薬剤の選択、副作用対策を学ぶ（6）
・症状評価の方法を学ぶ（5）
・オピオイドを拒む家族への対応やオピオイドについての誤解を解く方法を学ぶ（2）
・緩和ケア導入のタイミングについて学ぶ（1）
・転倒のリスクがある場合のリスクマネジメントについて学ぶ（1）
・化学療法を受ける患者への対応について学ぶ（1）
緩和ケア病棟を知る
・緩和ケア病棟で行われている医療や緩和ケア病棟での生活を知る（9）
・緩和ケア病棟の在宅支援ベッドの利用方法を知る（6）
・緩和ケア病棟の歴史や理念について知る（4）
・緩和ケア病棟における看護師の役割を知る（4）
・緩和ケア病棟入院の対象や優先される条件、手続きについて知る（4）
・患者の緩和ケア病棟に対するイメージを知る（1）
・緩和ケア病棟のスタッフの死生観を知る（1）
緩和ケア病棟との連携について知る
・在宅移行の準備や在宅ケアについて知る（7）
・緩和ケア病棟と他施設との連携について知る（2）
・緩和ケア病棟とのよい連携のとり方を知る（1）
・介護力がない場合や経済的問題がある場合の対応を知る（1）
チーム医療について学ぶ
・医療チーム内の関係づくりやコミュニケーションについて学ぶ（4）
・医療チーム内での方針の決定のプロセスについて学ぶ（2）
・スタッフの精神的サポートについて学ぶ（1）
看取りのケアについて学ぶ
・看取りにおける家族ケアについて学ぶ（1）
・終末期のモニタリングについて学ぶ（1）
・エンゼルメイクについて学ぶ（1）

数値は単位数を指す。

## 結果

3年間で看護師25名が研修に参加した。勤務場所は、がん診療連携拠点病院2名、一般病院10名、訪問看護ステーション9名、診療所4名であった。性別は女性100%、平均臨床経験年数は14（±5.6）年、過去1年間に関与し亡くなったがん患者数は中央値6（範囲：0～40）であった。

研修前のヒアリングによる研修のニーズについての内容分析を表1に示す。希望された研修内容は、症状マネジメントや精神的ケアに加えて「緩和ケア病棟で行われている医療や緩和ケア病棟での生活を知る」「緩和ケア病棟の在宅支援ベッドの利用方法を知る」といった「緩和ケア病棟を知る」ことと、「在宅移行の準備や在宅ケアについて知る」といった「緩和ケア病棟との連携について知る」という地域での緩和ケア病棟との連携に関するものがあつた。

## 1. 質問紙調査による評価

質問紙調査は25名に依頼し、25名（100%）から有効回答を得た。研修の全般的有用性について、参加者の76%が「とても役に立った」、24%が「役に立った」と評価した（表2）。さらに、領域ごとの有用性について「とても役に立った」「役に立った」としたものは、「精神的ケアや家族ケア、コミュニケーションについて知ること」96%、「お互いに顔の見える関係になること」88%、「連携の課題を共有すること」84%、「症状マネジメントについて知ること」76%であった。

## 2. フォーカスグループインタビュー

フォーカスグループインタビューでは、参加者の体験を表すカテゴリーとして【緩和ケア病棟を知る】【緩和ケアの知識や技術を学ぶ】【チームのあり方を学ぶ】【自分自身を振り返る】【患者・家族へのケアが変化する】【緩和ケア病棟との連携に対する認識や実践が変化する】【さらに広げていきたい】が抽出された（表3）。

【緩和ケア病棟を知る】とは、緩和ケア病棟での患者の生活や行われている医療やケアについて実感をもって知ることを指す。参加者は、「どんなふうに患者さんが暮らしていけるのかをしっかりと見ることができた」（診療所看護師1）、「在宅と病院しか知らなくて、こういう亡くなり方、最期の場所があることを知った」（診療所看護師2）のように緩和ケア病棟を実感をもって知ることとして表現した。

【緩和ケアの知識や技術を学ぶ】とは、緩和ケアの知識やアセスメントに裏づけされたケアを学ぶことを指す。「ナースコールが頻回な患者さんに対して、すぐに対策というようになってしまいがち、緩和ケア病棟では患者さんの心理や背景を含めてアセスメントされていた。ケアの裏づけや評価がされていると感じた」（病院看護師1）、「（自施設では経験しないような）いろいろな薬の投与の仕方があって、たくさんの強い薬を使って、患者さんは穏やかに過ごされていた。在宅では、どのように情報を聞いて、評価して医師に伝えていけるのが大切だと思う」（訪問看護師）、「一般病棟だと数字にとらわれがちで、ご家族も患者さんに話しかけるのではなく、モニターしか見ていないことがある。バイタルサインを全部測らなければならないのではなく、五感を使って観察ができていてと感じた」（病院看護師2）、「普段の何気ない声かけによって、患者さんやご家族の本音が出せることはとても勉

表2 緩和ケア病棟における研修の有用性

	役に 立たなかった	あまり役に 立たなかった	少し 役に立った	役に立った	とても 役に立った
総合的に	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	24% (n=6)	76% (n=19) [56~89%]
お互いに顔の見える関係になることに	0% (n=0)	4.0% (n=1)	8.0% (n=2)	24% (n=6)	64% (n=16) [44~80%]
精神的ケアや家族ケア、コミュニケーションについて知ること	0% (n=0)	0% (n=0)	4.0% (n=1)	36% (n=9)	60% (n=15) [41~77%]
連携の課題を共有することに	0% (n=0)	0% (n=0)	16% (n=4)	32% (n=8)	52% (n=13) [33~70%]
症状マネジメントについて知ること	0% (n=0)	0% (n=0)	24% (n=6)	48% (n=12)	28% (n=7) [14~48%]

[ ]:95%信頼区間

表3 緩和ケア病棟における研修に参加したことによる体験

緩和ケア病棟を知る	<ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア病棟での患者の生活や行われている医療・ケアを知る</li> <li>緩和ケア病棟を実感をもって知る</li> <li>おだやかさや自由さを感じる</li> <li>緩和ケア病棟についての患者・家族のイメージ（治療がない、死を待つところ）を知る</li> </ul>
緩和ケアの知識や技術を学ぶ	<ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメントに裏づけされた数値だけに頼らないケアを学ぶ</li> <li>症状マネジメントや精神的ケアについて学ぶ</li> <li>日常のコミュニケーションのなかで患者・家族と信頼関係を築いていく方法を学ぶ</li> <li>早期からの緩和ケアについての課題を感じる</li> </ul>
チームのあり方を学ぶ	<ul style="list-style-type: none"> <li>上下関係なくタイムリーに相談や支え合いができていることを感じる</li> <li>目標を達成するために看護師もプロフェッショナルとして発言するチーム医療を学ぶ</li> </ul>
自分自身を振り返る	<ul style="list-style-type: none"> <li>自施設で行っているケアを見直す機会となる</li> <li>自分が行っているケアを見直す機会となる</li> </ul>
患者・家族へのケアが変化する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の生き方について話し合えるようになる</li> <li>身構えずに死を前にした患者に寄り添えるようになる</li> <li>家族に自ら言葉をかけ関わっていくようになる</li> </ul>
緩和ケア病棟との連携に対する認識や実践が変化する	<ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア病棟を自施設のスタッフや患者・家族に紹介しやすくなる</li> <li>緩和ケア病棟の相談窓口や連携のとり方が分かるようになる</li> <li>緩和ケア病棟の対象となる患者や優先される条件が分かるようになる</li> <li>緩和ケア病棟について伝えることや選択肢に入れることの難しさを感じる</li> <li>研修後も緩和ケア病棟とつながり学んでいきたいと考えるようになる</li> </ul>
さらに広げていきたい	<ul style="list-style-type: none"> <li>再度研修の機会をもつ、研修の職種をひろげるなど、より個別のプログラムを希望する</li> <li>実際のケア（入院、エンゼルメイクなど）をもっとみたいと思う</li> <li>よりスタッフと対話し考え方を共有したい</li> </ul>

強になった」(診療所看護師2)、「患者さんに負担をかけずにシーツや寝衣を伸ばすやり方や保清の仕方など技術が違ふと感じた」(病院看護師2)のようにケアの過程を理解することや緩和ケアの知識や技術を学ぶこととして表現された。

【チームのあり方を学ぶ】とは、「共通の目標」を達

成するために協働し、看護師として積極的に発言するチーム医療を学ぶことを指す。参加者は、「それぞれがプロフェッショナルとして意見を言い合って、1つのものをつくりあげていくことを学んだ」(診療所看護師2)、「上下関係を感じる事がなく、悩んでいることに対してアドバイスや労いの言葉があった」(診療所看護師1)と表現した。

【自分自身を振り返る】とは自施設や自分自身のあり方を振り返る機会となることを指す。「なかなか他の人のやり方を見ることはない。(自分を)振り返る機会になった」(病院看護師2)のように自分の「看護」や自分自身のあり方を振り返る機会となったことが表現された。

【患者・家族へのケアが変化する】とは、患者の生き方について話し合い、死を前にした患者やその家族に関わっていけるようになることを指す。参加者は、「知識が乏しく、精神的ケアも不慣れだった。回復して退院する患者さんがいる中で、死と向き合う患者さんとのコミュニケーションについて悩んでいた。(研修に参加したことで)身構えずに患者さんに寄り添えるようになったと思う」(病院看護師3)のように実践の中でケアが変化した体験を表現した。

【緩和ケア病棟との連携に対する認識や実践が変化する】とは、緩和ケア病棟を知ることで紹介や連携が容易になることを指す。参加者は、「緩和ケア病棟が、どんなところかを伝えられるようになったことが大きかった」(訪問看護師)、「研修の後に、患者さんに緩和ケア病棟を紹介できて、入院をお願いしたケースもあった。(研修に参加したことで)自分が感じたものがあって、情報があったから伝えることができたと思う」(診療所看護師2)のように研修後も緩和ケア病棟とつながりながら連携していくこととして表現した。

さらに、再度の研修や、より実際のケアを多くみる

機会をもつことなど、【さらに広げていきたい】という意思が表現された。

## 考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、わが国で地域の看護師を対象とした緩和ケア病棟の研修を評価したはじめての研究である。本研究により、地域の看護師の緩和ケア病棟における研修のニーズと、ニーズに基づいた教育プログラムの評価が得られた。

最も特徴的であったことは、緩和ケア認定看護師など専門的な緩和ケアを提供する看護師の教育においては、症状マネジメントやコミュニケーションの評価などが重視されるが、地域の看護師では、「緩和ケア病棟に患者を紹介する立場である」ことから、「緩和ケア病棟を知る」ことや「緩和ケア病棟との連携について知る」ことがニーズや有用な体験として挙げられたことである。

わが国の緩和ケア病棟を紹介する医師や看護師が緩和ケア病棟について「よく知らない」ことにより、患者の緩和ケア病棟に対する誤解が軽減できず、振り返ると遺族からみて入院の時期が「遅すぎた」と評価されることが示唆されている<sup>14)</sup>。実際に緩和ケア病棟に入院した後では、緩和ケア病棟に対する否定的なイメージは減り、肯定的なイメージは増えることから、地域の看護師にとって「緩和ケア病棟を知る」ことや「緩和ケア病棟との連携について知る」ことは、患者に適切な時期に緩和ケア病棟を紹介することに通じると考えられる。

また看護師は、終末期のがん患者や家族とのコミュニケーションにおいて、困難感をもちやすいことが指摘されている<sup>15)</sup>。しかし、本プログラムでは、精神的ケアやコミュニケーションについては過半数が「とても役に立った」と回答した。フォーカスグループインタビューでは、参加者が緩和ケア病棟の看護師と患者・家族のやりとりを実際に見ることにより、具体的な関わり方を学び、患者や家族へのケアが変化した体験が述べられた。したがって、終末期の患者や家族への関わり方を実際に見て、精神的ケアやコミュニケーションに関する気づきを得るという点において、緩和ケア病棟での研修は有用な可能性がある。

一方、「症状マネジメントについて知ること」は「とても役に立った」と回答したものは28%であった。この解釈としては、①参加者の多くが中小規模病院や

訪問看護ステーション、診療所の看護師であるため、緩和ケア病棟で行われているようなオピオイドの非経口投与、複数の鎮痛補助薬や神経ブロックを複合させた複雑な症状緩和法を自施設にて行う機会が少ないこと、または②「症状マネジメントについて知ること」に関して今回の教育プログラムが有効ではなかったこと、が考えられる。フォーカスグループインタビューで、緩和ケア病棟で行われていた薬物療法は自施設では通常経験しないことが述べられているため、参加者が日常的にみる患者へ適用できるものが少なかったことが低い有用性となったと考えられる。

一方、薬物療法だけでなく、具体的な「看護ケア」に関する学びが多く述べられていることから、今回の対象では複雑な薬物療法よりも非薬物療法が学びとなったことが示唆される。したがって、地域の看護師を対象とした緩和ケア病棟での研修では、参加者の施設で実施することの少ない複雑な薬物療法よりも、どの施設でも応用可能な患者の希望や安楽を考慮した看護ケアに焦点を当てた研修がより有用な可能性がある。

以上の知見から、地域における緩和ケア病棟の研修では、①実際に緩和ケア病棟で行われているケアを知り紹介や連携に生かすこと、②精神的ケアやコミュニケーションについての研修機会となること、③参加者の施設で実施可能な看護ケアの視点から症状マネジメントを学ぶ機会を設けること、が重要な役割になることが示唆される。

本研究には以下の限界がある。緩和ケア病棟研修では、行われている医療に病棟による差がある可能性があるため、他の緩和ケア病棟に必ずしも一般化できない。また、研修に参加可能な人数に限界があり、母数が少ないため、本研究では95%信頼区間を示した。さらに、今回得られた知見をもとに、緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修が患者・家族にもたらした効果を評価する研究が必要である。

## 結 語

地域の看護師の緩和ケア病棟における研修のニーズは、個別性が大きく、連携やコミュニケーションについての有用性が高かった。地域の看護師を対象とした研修では、症状マネジメントや精神的ケアを学ぶこととともに、地域における緩和ケア病棟という観点から、緩和ケア病棟を知ることや連携に関するニーズに応え



ていくことが重要であると考えられる。したがって、緩和ケア認定看護師など専門的な緩和ケアを学ぶことを目的とした看護師に対するプログラムとは異なる内容とする必要があると考えられる。

#### 謝辞

本研究のとりまとめは、財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の支援により行われた。

#### 文 献

- 1) 片山 壽. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 初版. 東京: 篠原出版新社; 2008: 102-199.
- 2) 宮崎和加子 監. 在宅での看取りのケア—家族支援を中心に. 初版. 東京: 日本看護協会出版会; 2006: 93-122.
- 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 [http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html] (2010年7月2日アクセス)
- 4) 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 1999; 282(9): 867-874.
- 5) Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2001; (2): CD003030.
- 6) Malloy P, Ferrell BR, Virani R, et al: Evaluation of end-of-life nursing education for continuing education and clinical staff development educators. J Nurses Staff Dev 2006; 22(1): 31-36.
- 7) 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. 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. 初版. 東京: 青海社; 2009: 8-42.
- 8) 二見典子: がん緩和医療における看護師教育の現状と課題. 緩和医療学 2006; 8(1): 27-36.
- 9) 道又元裕: 認定看護師教育の現状と今後 臨床現場に必要とされる CEN の育成をめざして. 看護教育 2005; 46(9): 744-754.
- 10) 松本俊子: 緩和ケアにおける看護師の卒後研修の現状と展望—1. 認定看護師. 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 2006. 初版. 東京: 青海社; 2006: 17-19.
- 11) 中村めぐみ: 緩和ケアにおける看護師の卒後研修の現状と展望—2. 専門看護師. 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 2006. 初版. 東京: 青海社; 2006: 20-23.
- 12) 原田秀夫: 人材育成のための支援事業—2. (財) 笹川医学医療研究財団. 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 2006. 初版. 東京: 青海社; 2006: 73-77.
- 13) Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Beverly Hills, CA: 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—「内容分析」への招待. 初版. 東京: 勁草書房; 1989)
- 14) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. J Clin Oncol 2005; 23(12): 2637-2644.
- 15) Sasahara T, Miyashita M, Kawa M, et al: Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. Palliat Med 2003; 17(6): 520-526.

## 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会と デスカンファレンスの参加者の体験

井村 千鶴<sup>\*1)</sup> 野末よし子<sup>\*1)</sup> 伊藤富士江<sup>\*1)</sup> 赤澤 輝和<sup>\*2)</sup> 森田 達也<sup>\*1, 3)</sup>

*Participants' Experience of the Resource Coordination Meetings and Death Conferences  
in the Community for Improving Regional Palliative Care*

Chizuru Imura, Yoshiko Nozue, Fujie Itou, Terukazu Akazawa and Tatsuya Morita

Key words : 緩和ケア, 地域, 連携

● 緩和ケア 21 : 335-342, 2011 ●

### はじめに

がん患者が、自分が望んだ場所で過ごすことは重要である。なぜならば、がん患者が望んだ場所で過ごすことは、患者にとって望ましい quality of life (QOL) の要素となるからである<sup>1)</sup>。患者が望んだ場所で過ごせるために、療養場所の意思決定に関わる患者・家族への支援、療養場所が移行する時のコーディネーション、医療福祉従事者間のコミュニケーションの重要性が強調されている<sup>2-7)</sup>。浜松地域においては、地域の医療福祉従事者 239 名によるフォーカスグループを用いた議論の結果、「退院支援を含む地域の医療福祉従事者の連携」が地域の緩和ケアの主要な課題の 1 つとして明らかにされた<sup>8)</sup>。

この課題を解決するための介入として、地域でがん患者を多くみている病院の地域連携担当者と、地域の医療福祉機関の実務担当者からなる

「連携ノウハウ共有会」と、地域の多職種で行う「デスカンファレンス」を企画した。これまでに、これらに類似した取り組みは各地で行われているが、緩和ケア領域において、参加者の体験を明らかにした実証研究はない。したがって、地域の緩和ケアの連携の課題を解決するために企画されたカンファレンスの、参加者の体験を明らかにすることには、意義があると考えられる。

本研究の目的は、地域の緩和ケアにおける「退院支援を含む地域の医療福祉従事者の連携」の課題を解決するために行った「連携ノウハウ共有会」と「デスカンファレンス」の参加者の体験を明らかにすることである。

\*1) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター : Hamamatsu Cancer Support Center, Seirei Mikatahara General Hospital (〒433-8558 浜松市北区三方原町 3453)

\*2) 健康科学大学 健康科学部福祉心理学科, \*3) 聖隷三方原病院 緩和和支持治療科 0917-0359/11/〒400/論文/JCOPY

## 方 法

### ④「連携ノウハウ共有会」と「デスカンファレンス」

「連携ノウハウ共有会」は、退院支援を含む地域の緩和ケアの連携の課題を共有したうえで、具体的な解決策を考えることを目的として行われた。参加者は、6つの病院の地域連携担当者19名（医師1名、看護師11名、医療ソーシャルワーカー7名）と、地域医療福祉従事者9名（診療所看護師2名、訪問看護師5名、介護支援専門員1名、保険薬局薬剤師1名）であった。2009年5月から12月の期間に6回、1回あたり60分～90分、平日の夜に開催された。主たる内容は、各病院で行っている退院支援プログラムやツール・教育プログラムの学び合い、病院と地域が必要とする情報項目の共有、退院後の振り返りの方法についての議論であった。各施設での現状と課題を挙げながら、工夫していることや改善できることを議論した。

「デスカンファレンス」は、患者の死亡後に事例の振り返りを行うことにより、連携の課題を共有し、具体的な解決策を考えることを目的として行われた。連携ノウハウ共有会において、デスカンファレンスの目的と進め方について、共通の認識を得た後に開始した。参加者は、事例に直接関わった医療福祉従事者10名程度である。2009年8月から2010年3月の期間に8回、1回90分、平日の夜に各施設持ち回りで、担当施設で開催された。内容は、事例で生じた課題と解決策についての議論および関わったメンバーそれぞれの気持ちの共有であった。

### ⑤ フォーカスグループインタビュー

「連携ノウハウ共有会」については、参加者8名（診療所看護師1名、訪問看護師・介護支援専門員1名、訪問看護師1名、保険薬局薬剤師1名、病院の退院支援担当の看護師1名、医療ソーシャルワーカー1名、一般病棟看護師2名）を対象として、フォーカスグループインタビューを行った。

「デスカンファレンス」については、参加者10名（診療所医師1名、診療所看護師1名、訪問看護師2名、介護支援専門員1名、病院の退院支援担当の看護師1名、医療ソーシャルワーカー1名、一般病棟看護師2名、緩和ケア病棟看護師1名）を対象としてフォーカスグループインタビューを行った。2つのフォーカスグループに重複して参加した者は、1名であった。

フォーカスグループインタビューは、研究者が事前に作成したインタビューガイドを用いて、半構成的に各1回、90分間行った。質問項目は、参考となる先行研究が少ないため、3名の予備的なインタビューと研究者の議論をもとに作成した。カンファレンスに参加したことによる体験（「初めて分かったことや意外だったことはありますか」「参加したことで変化したことはありますか」「どんな気持ちになりましたか」「どんな内容が実践に役立ちましたか」「参加したことで、得たものはありますか」）などについて、それぞれ質問した。インタビュー内容は、参加者の同意を得て録音を行った。

倫理的配慮として、事前に参加者に対して、研究の趣旨、参加は自由意思であること、参加に対し辞退の意思表示をした場合でも、不利益は一切生じないこと、プライバシーは厳重に守られることなどを口頭および文書にて説明し、書面で研究参加の同意を得た。

### ⑥ 解 析

記録された内容をすべてテキストデータ化し、カンファレンスに参加したことによる体験に関して語られた部分を抽出し、1つの意味内容を表すユニットに分割した。分割されたユニットごとに、類似した内容を帰納的に分類・抽象化し、カテゴリー化した。研究者2名が独立に内容分析<sup>2)</sup>を行ったあと、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（TM）のスーパービジョンをもとに、3名の合意が得られるまで議論を行った。以下、【 】大カテゴリー、〈 〉小カテゴリー、「 」参加者の表現を示す。

表1 フォーカスグループインタビューの内容分析の結果

連携ノウハウ共有会のフォーカスグループ	デスカンファレンスのフォーカスグループ
<p>お互いにより理解し合える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・お互いに工夫していることや努力していること、悩み、課題を共有できる (n=8)</li> <li>・いろいろな職種の人たちや各施設が、地域の中で、どんな役割を果たしているのかが分かる (n=5)</li> </ul>	<p>お互いにより理解し合える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一人ひとりが苦労して一生懸命考えていたことが分かる (n=2)</li> <li>・どのような価値観でどのように考えてケアを提供したのかが分かる (n=3)</li> <li>・自分だけではなく、他のメンバーも同じような気持ちをもっていたことが分かり、連帯感や気遣いを感じる (n=5)</li> <li>・どういう職種がどんな仕事や役割を果たしているのかが分かる (n=3)</li> <li>・フィードバックや話し合いがないことで生じるももんとした気持ちがやわらぐ (n=3)</li> <li>・いろいろな人と顔の見える関係になれる場である (n=1)</li> </ul>
<p>ケアに対する考え方や実践が変化する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分が普段できていない部分や改善できる点があり、次にどうしたらよいかのヒントや気づきを得る (n=50)</li> <li>・会で得たものをさらに広げていきたい (n=25)</li> </ul>	<p>ケアに対する考え方や実践が変化する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分が普段できていないことが分かり、次にどう関わったらよいかのヒントや気づきを得る (n=28)</li> <li>・包括的、客観的に振り返り、学びを得る (n=10)</li> <li>・カンファレンスを発展的に広げていきたい (n=21)</li> </ul>
<p>新しい知識や生きた情報を得ることができる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援プログラムや在宅医療に関わる知識、ツールを得ることができる (n=4)</li> <li>・連携に関わる地域の生きた情報を得ることができる (n=2)</li> </ul>	<p>患者・家族をより理解できる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分のみでない時期の在宅や病院での患者・家族の様子を実感をもって知ることができる (n=8)</li> <li>・自分では聞くことができない患者・家族の生の声をさまざまな角度から聞くことができる (n=5)</li> </ul>
	<p>参加する負担がある</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・参加を数回が高いと感じ、責められるような、忘れたいことを思い出させるつらさを感じやすい (n=7)</li> <li>・時間の確保やコーディネーションが簡単ではない (n=2)</li> </ul>

数値は分類されたユニットの数を指す。

## 結果

研究期間中に、2つのカンファレンスに、のべ275名が参加した。

### ④「連携ノウハウ共有会」

参加者の体験を表すカテゴリーとして、【お互いにより理解し合える】【ケアに対する考え方や実践が変化する】【新しい知識や生きた情報を得ることができる】が抽出された(表1)。

【お互いにより理解し合える】とは、互いの悩みや課題、役割を分かることを指し、2つの小カテゴリーが含まれる。

〈お互いに工夫していることや努力していること、悩み、課題を共有できる〉ことは、「それぞれの工夫や努力していることを聞くことができた。困っていることや悩んでいることは、(他施設も)そう変わらないことが共有できた」(病棟看護師1)、「患者さんが入院する時に、病院がどういった情報がなくて悩んでいるのか、この会に