

Table 3 Characteristics of coping strategies after bereavement

No.	Item	Factor loading			Score ^a (0–4)		Gender comparisons			Correlations					
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	<i>M</i>	(SD)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i> < <i>F</i>	Age of the bereaved (years)		Time since bereavement (years)		GHQ28 (0–84)	
										<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Factor 1': Distraction ($\alpha=0.77$)					2.57	(0.43)	-3.26	<0.01**	M < F	0.13	<0.01**	0.14	<0.01**	-0.30	<0.01**
19	Do physical exercise	0.65	0.02	0.03	2.74	(0.93)	-2.44	0.02*	M < F	0.18	<0.01**	0.05	0.14	-0.32	<0.01**
16	Play my role in daily life	0.58	0.13	-0.09	3.23	(0.81)	-0.92	0.36		-0.07	0.06	0.05	0.14	-0.24	<0.01**
15	Go out for change of pace	0.57	-0.03	-0.02	2.55	(0.91)	-0.39	0.70		0.05	0.14	0.07	0.04*	-0.32	<0.01**
12	Spend time paying little attention to details	-0.56	0.19	0.19	1.51	(0.96)	-3.56	<0.01**	M < F	-0.04	0.25	-0.07	0.06	0.43	<0.01**
17	Keep a regular life	0.55	0.09	-0.10	3.10	(0.85)	-2.84	<0.01**	M < F	0.09	0.01*	0.05	0.13	-0.29	<0.01**
28	Search for my purpose in life	0.54	-0.17	0.27	2.58	(1.06)	-1.00	0.31		0.05	0.13	0.12	<0.01**	-0.31	<0.01**
14	Do what I like to do as much as possible	0.52	0.01	-0.12	2.81	(0.97)	-0.83	0.41		0.22	<0.01**	0.14	<0.01**	-0.33	<0.01**
18	Assume an air of cheerfulness	0.46	0.04	0.08	2.86	(0.99)	-2.03	0.04*	M < F	0.10	<0.01**	0.07	0.04*	-0.12	<0.01**
11	Devote myself to my job or something else	0.40	0.01	0.01	2.48	(1.09)	-2.43	0.02*	M < F	-0.10	<0.01**	0.04	0.26	-0.10	<0.01**
27	Accept the real situation of spousal death	0.37	-0.09	0.21	2.68	(1.05)	-2.58	0.01*	M < F	0.09	0.01*	0.10	0.01*	-0.16	<0.01**
20	Avoid worrying about trivial matters	0.35	0.02	0.04	2.57	(0.97)	-0.11	0.91		0.01	0.79	0.03	0.46	-0.21	<0.01**
32	Have a casual conversation with others	0.33	0.18	0.12	2.67	(0.99)	-7.33	<0.01**	M < F	0.01	0.74	0.05	0.16	-0.19	<0.01**
13	Don't seek for any support and try to do everything by myself	0.29	0.05	-0.23	2.91	(0.99)	4.57	<0.01**	M > F	0.06	0.09	0.05	0.15	0.02	0.64
31	Avoid communication with others	-0.17	-0.09	0.10	1.28	(1.14)	-0.11	0.91		0.13	<0.01**	0.02	0.58	0.13	<0.01**
Factor 2': Continuing Bonds ($\alpha=0.79$)					2.50	(0.63)	-4.94	<0.01**	M < F	0.04	0.33	-0.08	0.05	0.19	<0.01**
3	Look back on memories of the deceased	0.05	0.85	-0.18	2.66	(0.92)	-2.84	<0.01**	M < F	0.06	0.09	-0.12	<0.01**	0.14	<0.01**
4	Have inner conversations with the deceased	0.01	0.79	-0.07	2.73	(1.07)	-3.25	<0.01**	M < F	0.09	0.01*	-0.08	0.03*	0.15	<0.01**
2	Talk about the deceased	0.13	0.64	-0.04	2.51	(0.90)	-4.16	<0.01**	M < F	0.02	0.68	-0.04	0.24	-0.02	0.67
6	Keep a photograph or possessions of the deceased beside me	0.07	0.49	-0.05	3.02	(1.21)	-1.80	0.07		0.03	0.46	0.01	0.98	0.07	0.08
9	Keep the deceased's possessions as they stand	-0.14	0.46	-0.04	2.65	(1.03)	1.62	0.11		0.03	0.46	-0.05	0.19	0.17	<0.01**
7	Live up to the wishes of the deceased	0.24	0.43	0.10	2.64	(1.12)	-3.34	<0.01**	M < F	0.08	0.02*	-0.06	0.10	-0.10	0.05

Table 3 (continued)

No.	Item	Factor loading			Score ^a (0–4)		Gender comparisons			Correlations					
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	M	(SD)	t	p	M < F	Age of the bereaved (years)		Time since bereavement (years)		GHQ28 (0–84)	
										r	p	r	p	r	p
8	Search for ways to meet/feel the deceased	-0.13	0.42	0.17	1.31	(1.14)	-0.80	0.42		0.07	0.06	-0.03	0.40	0.20	<0.01**
5	Visiting the cemetery or offering regularly at the family altar	0.16	0.40	-0.08	3.60	(0.73)	-3.06	<0.01**	M < F	0.08	0.02*	0.02	0.52	-0.01	0.95
22	Cry alone	-0.34	0.39	0.20	1.48	(1.11)	-8.49	<0.01**	M < F	-0.21	<0.01**	-0.10	0.01*	0.39	<0.01**
Factor 3': Social Sharing/Reconstruction ($\alpha=0.74$)					1.29	(0.46)	-5.88	<0.01**	M < F	0.09	0.02*	-0.01	0.81	0.01	0.08
29	Make my bereavement experience contribute to others	0.18	-0.09	0.56	1.71	(1.09)	-0.06	0.95		-0.03	0.47	0.05	0.20	-0.08	0.03*
36	Seek for support from widows/widowers	-0.20	-0.03	0.50	0.73	(0.99)	-6.47	<0.01**	M < F	0.03	0.36	-0.01	0.57	0.08	0.04*
30	Make contribution to social activity with the cherished desire of the deceased	0.10	0.07	0.46	1.38	(1.08)	1.92	0.06		0.02	0.54	-0.02	0.53	-0.11	<0.01**
25	Make sense of death and life	0.19	-0.03	0.45	2.34	(1.04)	-1.09	0.28		0.01	0.76	-0.01	0.77	-0.03	0.40
21	Talk about my feelings	0.26	0.08	0.45	1.97	(0.98)	-5.08	<0.01**	M < F	0.06	0.10	0.01	0.71	-0.19	<0.01**
26	Make sense of my psychological states or coping strategies after bereavement	0.22	-0.03	0.45	2.36	(1.03)	-1.54	0.13		0.04	0.23	-0.02	0.55	-0.08	0.03*
23	Cry in the presence of other people	-0.29	0.26	0.42	0.92	(0.90)	-7.18	<0.01**	M < F	-0.09	0.01*	-0.07	0.05	0.18	<0.01**
34	Seek for mental support from professionals	-0.17	-0.10	0.37	0.39	(0.83)	-0.62	0.53		0.06	0.10	0.04	0.23	0.11	<0.01**
35	Seek for social support from the government	-0.09	-0.07	0.34	0.26	(0.64)	-2.07	0.04*	M < F	0.11	<0.01**	0.03	0.42	0.02	0.67
24	Write down my feelings	-0.01	0.19	0.33	1.18	(1.13)	-3.40	<0.01**	M < F	0.12	<0.01**	0.01	0.73	0.05	0.14
33	Seek for emotional support from families/friends	0.13	0.19	0.33	2.15	(1.15)	-8.81	<0.01**	M < F	0.12	<0.01**	0.02	0.63	-0.07	0.05
38	Seek for legal/financial support from professionals	-0.08	-0.11	0.32	0.60	(0.97)	-3.63	<0.01**	M < F	-0.05	0.17	-0.05	0.18	0.04	0.31
10	Inquire of acquaintance about the story of the deceased	-0.01	0.31	0.32	1.42	(0.97)	-2.83	<0.01**	M < F	0.06	0.08	-0.02	0.63	0.03	0.48
1	Avoid the situation that reminds me of the deceased	-0.21	-0.24	0.26	1.29	(1.08)	-1.90	0.06		0.01	0.86	0.01	0.99	0.17	<0.01**

Table 3 (continued)

No.	Item	Factor loading			Score ^a (0–4)		Gender comparisons		Correlations					
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	<i>M</i>	(SD)	<i>t</i>	<i>p</i>	Age of the bereaved (years)		Time since bereavement (years)		GHQ28 (0–84)	
									<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
37	Seek for support from religious rite	0.04	0.08	0.23	0.64	(1.11)	−0.04	0.97	0.13	<0.01**	0.01	0.88	0.03	0.40
	Percentage of total variance	13.36	8.47	4.30										
	Cumulative percentage of total variance	13.36	21.83	26.13										
	Correlation matrix with factor 1'	–	0.11	0.29										
	Factor 2'	–	–	0.44										

An exploratory factor analysis using the maximum-likelihood method with promax rotation was employed. Factor loadings >0.40 are in boldface. Student's *t* test and Pearson's correlation coefficient were used. Factor means are in boldface.

M mean, *SD* standard deviation

^a Possible range, 0 to 4. Higher scores indicate greater frequency

p*<0.05, *p*<0.01

Table 4 Factors associated with psychological states after bereavement: hierarchical multiple regression analysis

Variables	Psychological states after bereavement					
	F1		F2		F3	
	Anxiety/Depression/Anger		Yearning		Acceptance/Future-oriented feelings	
	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Step 1: deceased patients' characteristics	0.02		0.03		0.06**	
Time since cancer diagnosis to death (months)						0.09*
Liver cancer						0.11**
Step 2: bereaved spouses' characteristics	0.06**		0.06**		0.06**	
Time since bereavement (years)					-0.12**	
Education ^a					-0.08*	
Physical illness under treatment ^b						-0.08*
Involvement in patient end-of-life care ^c					-0.07*	
Step 3: coping strategies after bereavement	0.18**		0.34**		0.22**	
F1' Distraction		-0.36**		-0.06**		0.41**
F2' Continuing bonds		0.29**		0.57**		-0.14**
F3' Social Sharing/Reconstruction				0.12**		0.25**
R^2	0.26**		0.43**		0.34**	
Adjusted R^2	0.23**		0.40**		0.31**	
F	(31, 561) = 6.60**		(31, 554) = 13.3**		(31, 562) = 9.48**	

Beta values indicate standardized regression coefficients that were statistically significant on the final step.

^a Coded as: 0 = ≥ 10 years; 1 = ≤ 9 years

^b Coded as: 0 = absence; 1 = presence

^c Possible range, 1 to 4. Higher scores indicate greater involvement

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

bereaved spouses because this study was conducted in one hospital and only included the bereaved whose spouses had died there. In addition, we had crucial methodological bias because 883 patients were excluded when the primary doctors' division heads disagreed over the invitation to this study for the family members. Second, we failed to identify the response rate due to a lack of the exact number of patients with a spouse at the time of death. Therefore, we estimated that the response rate was 28 % by using the approximate ratio of vital statistics in Japan [1]. Third, this was a cross-sectional study, and we could not determine the causality between psychological states and coping strategies. Fourth, it remains possible that there was a recall bias in answering the question about utilization frequency of coping strategies because it was such a long period for a retrospective report by the bereaved who had lost their partner several years earlier.

Acknowledgments We are deeply grateful to all the bereaved who participated in our survey. We thank Yutaka Nishiwaki for his cooperation with this study, Hiroshi Igaki for his comments on the legal aspects of conducting this study, and Chie Onoue, Masako Ikeda, and Yoshiko Tomita for their research assistance. This research was supported in part by Grants-in-Aid for Cancer Research and the Third-Term Comprehensive 10-Year Strategy for Cancer Control from the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.

Conflict of interest The authors have no financial relationship with the organization that sponsored the research (disclosures—none). The authors have full control of all primary data and agree to allow the journal to review their data if requested.

References

1. Ministry of Health and Welfare of Japan (2007) Vital statistics of Japan.
2. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y (2010) Care for imminently dying cancer patients: family

- members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 28 (1):142–148
3. Bradley EH, Prigerson HG, Carlson MD, Cherlin E, Johnson-Hurzel R, Kasl SV (2004) Depression among surviving caregivers: does length of hospice enrollment matter? *Am J Psychiatry* 161(12):2257–2262
 4. Kris AE, Cherlin EJ, Prigerson HG, Carlson MD, Johnson-Hurzel R, Kasl SV, Bradley EH (2006) Length of hospice enrollment and subsequent depression in family caregivers: 13-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry* 14(3):264–269
 5. Zisook S, Devaul RA, Click MA Jr (1982) Measuring symptoms of grief and bereavement. *Am J Psychiatry* 139(12):1590–1593
 6. Jacobs S, Kasl S, Ostfeld A, Berkman L, Charpentier P (1986) The measurement of grief: age and sex variation. *Br J Med Psychol* 59 (Pt 4):305–310
 7. Fauschingbauer T, Zisook S, DeVaul R (1987) The Texas revised inventory of grief. In: Zisook S (ed) *Biopsychosocial aspects of bereavement*. American Psychiatric Press, Washington, pp 111–124
 8. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF III, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, Frank E, Doman J, Miller M (1995) Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 59(1–2):65–79
 9. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH (1997) Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 154(7):904–910
 10. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds CF III, Maciejewski PK, Davidson JR, Rosenheck R, Pilkonis PA, Wortman CB, Williams JB, Widiger TA, Frank E, Kupfer DJ, Zisook S (1999) Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 174:67–73
 11. Field NP, Gal-Oz E, Bonanno GA (2003) Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse. *J Consult Clin Psychol* 71(1):110–117
 12. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF III, Shear MK, Newsom JT, Jacobs S (1996) Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiatry* 153(11):1484–1486
 13. Boelen PA, van den Bout J, de Keijser J (2003) Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *Am J Psychiatry* 160(7):1339–1341
 14. Boelen PA, van den Bout J (2005) Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: a confirmatory factor analysis study. *Am J Psychiatry* 162(11):2175–2177
 15. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, Carr D, Nesse RM (2002) Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months post-loss. *J Pers Soc Psychol* 83(5):1150–1164
 16. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, Prigerson HG (2007) An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA* 297 (7):716–723
 17. Klass D, Goss R (1999) Spiritual bonds to the dead in cross-cultural and historical perspective: comparative religion and modern grief. *Death Stud* 23(6):547–567
 18. Lazarus R, Folkman S (1984) *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York
 19. Folkman S (2001) Revised coping theory and the process of bereavement. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H (eds) *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. American Psychological Association, Washington, pp 563–584
 20. Stroebe M, Schut H, Stroebe W (2007) Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370(9603):1960–1973
 21. Boelen PA, van den Bout J, van den Hout MA (2003) The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 34(3–4):225–238
 22. Bonanno GA, Papa A, Lalande K, Zhang N, Noll JG (2005) Grief processing and deliberate grief avoidance: a prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the People's Republic of China. *J Consult Clin Psychol* 73(1):86–98
 23. Lalande KM, Bonanno GA (2006) Culture and continuing bonds: a prospective comparison of bereavement in the United States and the People's Republic of China. *Death Stud* 30(4):303–324
 24. Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA (2006) Sense-making, grief, and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death Stud* 30(5):403–428
 25. Neimeyer RA, Baldwin SA, Gillies J (2006) Continuing bonds and reconstructing meaning: mitigating complications in bereavement. *Death Stud* 30(8):715–738
 26. Stroebe M, Stroebe W, Schut H, Zech E, van den Bout J (2002) Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *J Consult Clin Psychol* 70 (1):169–178
 27. Yamamoto J, Okonogi K, Iwasaki T, Yoshimura S (1969) Mourning in Japan. *Am J Psychiatry* 125(12):1660–1665
 28. Asai M, Fujimori M, Akizuki N, Inagaki M, Matsui Y, Uchitomi Y (2010) Psychological states and coping strategies after bereavement among the spouses of cancer patients: a qualitative study. *Psychooncology* 19(1):38–45
 29. Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T, Yoshikawa E, Matsuki H, Hirabayashi E, Uchitomi Y (2001) Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol* 31(5):188–194
 30. Goldberg DP (1972) *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, London
 31. Nakagawa Y, Daibou I (1985) Japanese version GHQ. *Psychological Health Questionnaire Manual*. Nihon Bunka Kagakusha, Tokyo
 32. Endler NS, Parker JD (1990) Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 58(5):844–854
 33. Furukawa T, Suzuki-Moor A, Saito Y, Hamanaka T (1993) Reliability and validity of the Japanese version of the coping inventory for stressful situations (CISS): a contribution to the cross-cultural studies of coping. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 95(8):602–621
 34. Chou C, Bentler PM (1995) Estimates and tests in structural equation modeling. In: Hoyle RH (ed) *Structural equation modeling: concepts, issues, and applications*. Sage, Thousand Oaks
 35. Nunnally J (1978) *Psychometric theory*, 2nd edn. McGraw-Hill, New York
 36. Zisook S, Shuchter SR (1991) Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 148(10):1346–1352
 37. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF III, Shear MK, Day N, Beery LC, Newsom JT, Jacobs S (1997) Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 154(5):616–623
 38. Ferraro KF, Mutran E, Barresi CM (1984) Widowhood, health, and friendship support in later life. *J Health Soc Behav* 25(3):246–259
 39. Stroebe M, Schut H (2001) Models of coping with bereavement: a review. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H (eds) *Handbook of bereavement research: consequence, coping, and care*. American Psychological Association, Washington, pp 375–403
 40. Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie DP, O'Neill I (2006) Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am J Psychiatry* 163(7):1208–1218


 原著

地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が 地域連携のために同職種・他職種に勧めること

森田 達也¹⁾, 井村 千鶴²⁾, 野末よし子²⁾, 鈴木 聡³⁾, 渋谷 美恵⁴⁾,
木下 寛也⁵⁾, 原田久美子⁶⁾, 白髭 豊⁷⁾, 平山 美香⁸⁾, 江口 研二⁹⁾

1) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科, 2) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 3) 鶴岡市立荘内病院 外科,
4) 鶴岡市立荘内病院 地域医療連携室, 5) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科, 6) 国立がん研
究センター東病院 精神腫瘍学開発部 がん患者・家族総合支援センター, 7) 白髭内科医院, 8) 「緩和ケア普及のた
めの地域プロジェクト」社団法人長崎市医師会 長崎がん相談支援センター, 9) 帝京大学医学部 内科学講座

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

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

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

Key words: 緩和ケア, 地域連携, 多職種協働

緒言

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

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

対象・方法

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

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

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

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

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

Corresponding author: 森田達也 | 聖隷三方原病院 緩和支援診療科
〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453
TEL 053-436-1251 FAX 053-438-2971 E-mail: tmorita@sis.seirei.or.jp

表1 対象背景

	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域	合計
病院看護師	0	3	12	1	16
訪問・診療所看護師	5	2	5	3	15
病院医師	1	3	6	1	11
診療所医師	1	2	5	1	9
介護支援専門員	1	3	3	2	9
地域連携・退院支援看護師	0	2	4	2	8
保険薬局薬剤師	2	2	3	1	8
病院薬剤師	1	3	1	0	5
医療ソーシャルワーカー	0	1	2	0	3
栄養士	0	2	0	0	2
作業療法士	1	0	0	0	1
病院事務職	1	0	0	0	1
行政保健師	0	1	0	0	1
合計	13	24	41	11	89

プログラムの体験者が得た個人的な洞察を知ることが全国の地域緩和ケアを向上させる方策につながりうるとの前提に立ち、「今回の経験から同じ職種、他職種の方に勧めたいことは何かありますか」との質問で収集された。

対象者は「各地域において地域介入の運営、立案や実施に関わったもの」全員であり、地域の介入責任者が同定した。合計103名が対象となり、全員がインタビュー調査を承諾したが、2名で予定が合わないなど実際上の理由で実施できなかったため、101名で調査が終了した。インタビューの平均時間は135分±39分であった。

本研究のために、101名の逐語記録のうち、推奨の質問に対する回答のあった89名を分析対象とした。内容分析の技法にしたがって、逐語録化したテキストから、「今回の経験から同職種・他職種に勧めたいこと」を表現している部分を意味単位としてコードをつけ、意味内容の類似性・相違性からサブカテゴリー、カテゴリーを形成した¹⁾。分析では、内容とともに、どの職種がどの職種に勧めているのかの視点をもって行った。サブカテゴリーごとの度数を計算した。以下、サブカテゴリーを【】、カテゴリーを【】、データ(発言)を「」で示す。

結果

対象となった89名の背景を表1に示す。臨床経験の中央値は20年(3-40年)であった。

合計107の意味単位を取得した。【職種にかかわらず勧めること】が最も多く59件であり、職種別では【保険薬局に関すること】が17件、【介護支援専門員に関すること】が8件と多かった(表2)。

①【職種にかかわらず勧めること】

多くの参加者が、勤務場所や職種を問わず、[多職種カンファレンスに参加してネットワークを増やす]ことを勧めた。

「(勧めることは,)いろいろな人と仕事の面で交流をもちましようってことです。緩和ケアは多職種でいろいろな人で協力して関わらなきゃいけないから、孤立してはいけません。患

者さんの居場所は動くから、地域での連携って当然で、地域のいろいろな現象をよく知って情報交換をして、協力して進めていくのが大事」(病院医師,087)

「(他の地域に勧めることは,)内容は同じにはできないかもしれないけど、合同カンファレンスとか一緒に勉強会をしたりとか、つながりをつくる機会だけ、場さえあれば、その後、患者さんに非常に還元できるものがいっぱい増えてくる」(病院看護師,088)

個人ができる連携の要点として、[相手の置かれている状況をまずよく理解する]こと、[1人で抱え込まず勇気を出して誰かを探す]こと、栄養士・リハビリテーションスタッフ・鍼灸師など[まだ関わっていない職種に声をかける]ことが述べられた。

【相手の置かれている状況をまずよく理解する】

「(地域連携を良くするために勧めることは,)自分の情報、要求も出して、でも、人のことも聞いて、相互理解。病院だったら他部門と相談する会ができるけど、地域も同じ1つの組織と考えれば、問題があれば話し合う場(をつくる)。問題を投げっぱなしじゃなくて、こうしたらいかがですかと改善点も出していく。相手のことをまず知る場をつくる。他の職種のことをよく知らない人が多いのはびっくりしたので、相手は自分を知らないのを前提にした方がいい」(病院事務職,043)

【1人で抱え込まず勇気を出して誰かを探す】

「窓口になりそうなところと、まず連絡をとってみる。1人で悩んでたり、1人で解決しないといけないと思ってる方が多いかな。どこかに相談に乗ってくれる人がいる。電話をかけたなら迷惑かと思ってる方が多いけど、私は電話(のモニタリング)をするようになって、みんな全然迷惑がってはない(ことが分かった)」(病院看護師,060)

患者へのケアという点では、[患者の価値観をよく理解して伝える]ことと、[できないと決めてかからないで可能性を探す]ことが述べられた。

表2 地域緩和ケアプログラムの経験から地域連携を進めるために同職種・他職種に勤めること

	n
【職種にかかわらず勤めること】	59
[多職種カンファレンスに参加してネットワークを増やす]	16
[相手の置かれている状況をまずよく理解する]	4
[1人で抱え込まず勇気を出して誰かを探す]	6
[患者の価値観をよく理解して伝え合う]	6
[できないと決めてかからないで可能性を探す]	3
[基盤となる正確な知識をもつ]	11
[視点を変えたり、視野を広げる]	4
[まだ関わっていない職種に声をかける]	3
[がんばりすぎない]	4
[できることから少しずつする]	2
【保険薬局に関すること】	17
[(保険薬局から)参加したいので声をかけてほしい]	7
[(他の職種から)アピールしてチームに加わってほしい]	6
[患者の気持ちや生活を考えた服薬指導をする]	4
【介護支援専門員に関すること】	8
[医療職も患者を支えるチームの一員として大事だと思っていることを知る]	4
[医療のことは詳しくなくても患者のために一緒に行動する]	4
【診療所医師に関すること】	7
[チームを使って診療すればできる]	7
【訪問看護師に関すること】	5
[病院と率直にやりとりし合って改善していく]	4
[普通の言葉を使う]	1
【地域医療者に関すること】	4
[(自宅から入院になった場合に)自宅での様子についての情報をすぐに共有する]	3
[診療所と訪問看護で情報を統一してから病院に伝える]	1
【病院スタッフに関すること】	7
[在宅の視点をもつ]	4
[退院支援をシステムとして整える]	2
[地域でのホスピス・緩和ケア病棟の役割を見直してみる]	1

【患者の価値観をよく理解して伝え合う】

「緩和ケアは特別と思ってる方も多い。症状コントロールは専門性があるけど、(そのほか)は) 普段の日常のケアをその人の価値観に沿って整えてるだけなので、誰でもできる。難しく考えないで、排泄だったら排泄、今のこの人にどうすればいいんだろうと単純に考えること」(ホスピス病棟看護師, 060)

「本人と家族がどういうことを望んでいるかをきっちり把握して、本人と家族のその思いをきっちりケアマネジャーさんとか私たち(訪問看護師)、ドクターで伝達(し合う)」(訪問看護師, 084)

【できないと決めてかからないで可能性を探す】

「在宅で暮らしたい方を支えるところでの限界を自分たちでつくらないように。第1例をつくるのが大切で、1例ができれば、(後は) 簡単じゃないですか。臓器移植した、1例目はすごいけど、8例、へえそんなんだっていうぐらい(驚かない)。多種多様な暮らし方が出てきてるけど、こちらがあきらめて無理っていわないで、第1例をどうつくっていくかの工夫をみんなですていく」(介護支援専門員, 077)

医療福祉従事者の専門性については、[基盤となる正確な知識をもつ] ことと、[視点を変えたり、視野を広げる] 機会の重要性が語られた。方法としては、共通のパンフレットやマニュアルと、研修会に参加して感じられるものが語られた。

【基盤となる正確な知識をもつ】

「まず知識。医学的な知識をもってしゃべるのとそうじゃないのでは違うので、『ステップ緩和ケア』とか、一般的な知識が分かるもの。すごい分かりやすくできてるんで、ソーシャルワーカーもちゃんと勉強して相談にあたる」(医療ソーシャルワーカー, 092)

「伝達ですむこともあるけれど、やっぱり研修(には)出た方がいい。私たち(訪問看護師)が知識を得ることは、ケアそのものに反映する。私たちがダウンとしてないとみられないから、私たちが伸びることが、利用者さんを最後まで援助できることにつながるって実感しました。講義(のすべて)が伝達できるわけ(は)ないので行くべき、みんな」(訪問看護師, 065)

【視点を変えたり視野を広げる】

「外に出てみると、いろいろなことに出会える。自分の仕事で大変なものも分かるけど、そこを1歩出れば違う視野が広

表3 【保険薬局に関すること】

1. 【参加したいので声をかけてほしい】
<p>〔訪問看護師に〕「お薬の専門家なので薬のことは任せてもらいたいです。ドクターとやりとりはすぐできるので、薬で分かんないことがあったら、本当はドクターに聞きたいけど、薬剤師を使ってもらう。ただセットするなら誰でもできるけど、薬剤師ってこの薬はなんの薬で他の薬と大丈夫かってチェックしながらセットする(役割がある)。存在感が少ないので、おとなしいのでね、薬剤師は、お尻たたいてもらいたいかな」(保険薬局薬剤師, 098)</p> <p>「医療材料の供給。薬局に依頼していただければかなりできる。一番大きいのは、薬に関するいろんなことがなくなる分、それぞれの職種(本来の仕事)に使う時間が有効に使える」(保険薬局薬剤師, 039)</p> <p>「他の職種の方とお話する機会が第一歩と思いました。薬剤師はそういうのが苦手な職種と思うので、ぜひ参加していただきたいと思います。薬剤師が一番不完全燃焼な職種かと思うので、逆にうまく使えると地域の伸びしろはある」(保険薬局薬剤師, 054)</p>
2. 【アピールしてチームに加わってほしい】
<p>「知られてない部分もあるので、こういうことができますよっていうのをアピールしてもらおうといいと思います。退院前カンファレンスに入ったりしますよと、今まで経験がなかった。本当にそこまでやってくださってるところもあるんだ(と思った)。アピールしてもらおうがいい」(医療ソーシャルワーカー, 092)</p>
3. 【患者の気持ちや生活を考えた服薬指導をする】
<p>「コミュニケーション学として伝える。『指導』という言葉がいけないと思うけど、投薬だけではなく、患者さんがどんな気持ちで飲むのか、どんな気持ちで点滴を受けるのか。そういう気持ちを知って一言そえることで患者さんが安心できる」(保険薬局薬剤師, 016)</p> <p>「薬理作用だけを考えると難しいので、患者さん1人ひとりの個性を考えながら服薬指導をしてもらいたい。薬の作用とか副作用とかだけではなくて、生活のリズムとか。服薬時間もベストな時間はあったとしても、生活ではその時間に服薬することが難しいこともあるので、ベターな時間でいかに効果が出るか、個性のある服薬指導をしてもらえればいい」(病院医師, 097)</p>

がって、自分の仕事の深みも出てくるなって、本当に」(診療所看護師, 051)

「2カ所のステーションが入ると大変だっていう、もめるって。ケアマネジャーも自分のところでやった方が楽って。決してそうではない。いろんな人が入ることによって手間がかかるところもあるけど、良さもあるので、ぜひいろいろ乗り合いをして、組み合わせさせてやったらすごくいい」(訪問看護師, 011)

個人の精神的健康への気遣いとして、[がんばりすぎない]ことや、最初から完全なものを目指さない[できることから少しずつ]ことも挙げられた。

【がんばりすぎない】

「できることには限りがあります。みんな背負わない方がいいし、役割で長けたところとできないところがあるので(できる範囲のことをやればよい)」(保険薬局薬剤師, 016)

「あまり深く入り込みすぎない方がいい。すべてに応えようとすると疲れて嫌になってしまう人もいます。一定のものを outsizing なくとも、とりあえず継続して続けていけることを目指した方がいい」(病院薬剤師, 053)

【できることから少しずつする】

「できることから1歩ずつです。関わりがあった時、それ駄目って言わないで、その中でこれだったらできるって関わっていく。できることから始める」(保険薬局薬剤師, 055)

「1からつくりあげようとしなくていい。他の地域のを真似したり、使ったり。1からつくりあげようとするすとすごい大変なので、良いものは使わせてもらって変えていけばいい」(病院薬剤師, 053)

【2】【保険薬局に関すること】

職種別では【保険薬局に関すること】が最も多く、保険薬局薬剤師からは、薬剤師が参加することで服薬の確認など専門性を活かした関わりができること、他職種が薬剤の整理にかけている時間を他のことにあてられること、自分たちからは声をかけにくいことが【参加したいので声をかけてほしい】と述べられた(表3)。

一方、保険薬局薬剤師以外の職種からは、できることが分りにくいのもっと【アピールしてチームに加わってほしい】と述べられた。また、患者に対することとして、[患者の気持ちや生活を考えた服薬指導をする]ことの重要性が述べられた(表3)。

【3】【介護支援専門員に関すること】

介護支援専門員に対しては、同じ介護支援専門員を中心に、[医療職も患者を支えるチームの一員として大事だと思っていることを知る]ことと、医療についての苦手意識があってもそのままよいので、医療職と対立したり恐れるのではなく、[医療のことは詳しくなくても患者のために一緒に行動する]ことが勧められた(表4)。

【4】【診療所医師に関すること】

診療所医師に対しては、訪問看護や保険薬局などいろいろな地域にあるネットワークを使えば、思ってるよりも負担なく緩和ケアが提供できることが【チームを使って診療すればできる】として述べられた。

「患者さんが1人で苦しんでいる、主治医も分かんなくて苦しんでいることは、ネットワークの時代なので避けられるの

表4 【介護支援専門員に関すること】

1. 【医療職も患者を支えるチームの一員として大事だと思っていることを知る】

「『医療職もケアマネジャーさんのことも理解してくださってきてよ』って伝えたい。連携を強めることによって、スピーディーにことが運べる。ターミナルの方は本当に急いでやらなきゃいけないので、皆さんの協力を得ながらやると、手間を省いて、患者さんとご家族の手を煩わさない方法で進めていける」(介護支援専門員, 004)

「『(他の) ケアマネジャーさんに相談したけど、管轄外ですと言われる』と、うちのヘルパーさんたちが(言う)。ここまでって線引きをされてるのかな。でも、その方の生活には線引きはないわけ、時間の制限もないわけで。医療と福祉、介護が別ってというのは、私たちが分けてるだけ。自分が分からないのであれば、『自分では分からないけど、本人さんがこういうご相談をなさってます』ってつないであげる(ことが大事だと伝えたい)」(介護支援専門員, 040)

「(ケアマネジャーの役割は)『大切なんでがんばって一緒にやってきましょう』ってお伝えしたいです。在宅でみることは、病気をみるじゃなくて、社会を支えることになると思うので、大事な仕事ですなって話をしたい」(訪問看護師, 068)

2. 【医療のことは詳しくなくても患者のために一緒に行動する】

「もう少し前向きに。医療職じゃないと難しいっていうより、関わってみると、逆に医療職じゃないから、患者さんと家族もこんなこと聞いていいかしらって話ができるわけです。医療者じゃないから、いいところもあって本来の価値がある。危ない時期に、『今から銀行へ行ってきていいかしら』とかお医者さんには聞かないですよ」(介護支援専門員, 099)

「『医療の敷居が高い』と自分からアプローチしない人もいる。こういう(連携の)機会を利用して、自分たちも資質を上げていかないとついていけなくなっちゃう。連携って、連携しようって(すぐ)できるものじゃない。一生懸命っていうか、事例を通じてとか、交流する機会を通じて、自然にできるのが連携だと思うので、人に頼ってないで自分たちで動いていかなきゃね」(介護支援専門員, 010)

で、ぜひみんな(やってみてほしい)」(診療所医師, 018)

⑤ 【訪問看護師に関すること】

訪問看護師に対しては、同じ訪問看護師から、病院と直接やりとりすることで迅速に問題点を改善していった体験を挙げて「病院と率直にやりとりし合って改善していく」ことが勧められ、病院看護師からもフィードバックを求めていることが語られた。また、訪問看護師から、介護支援専門員やヘルパーとのやりとりを含めて専門用語を使わない「普通の言葉を使う」ことが勧められた。

【病院と率直にやりとりし合って改善していく】

「(退院してきた時に)93%の酸素濃度が、通常なのか、今悪いのか判断できなかったので迷った。『(次回から)直近の検温表を1週間分つけてほしい』って頼んだんです。そしたら、(病院の)看護師さんが『そうですよね』って。検温表があれば、排便はいつ、おしっこ回数、熱、一目で分かるので異常なのか判断できる。それはすごく良くて、言っていけば、実践してくれる。言い続ける」(介護支援専門員, 091)

「帰った人がどう過ごしてるか聞けるとありがたいです。こっち(病棟)から電話したら、きっと快く電話をとってくれるんですけど、訪問看護師さんの1日の仕事の流れが分からないので、いつ電話するか分からないので電話しにくかったり。言っていただけると、家に帰ってどうだったか知りたくない人はいないと思うので、すごくありがたい」(病棟看護師, 085)

⑥ 【地域医療者に関すること】

診療所、訪問看護ステーション、介護支援専門員など地域の医療福祉従事者に対して、病院スタッフから、退院した時と同じように再入院になった時に自宅での様子を迅速に知らせること(『自宅での様子についての情報をすぐに共有する』)や、「診療所と訪問看護で情報を統一してから病院に伝える」ことが勧められた。

⑦ 【病院スタッフに関すること】

病院スタッフに対しては、プロジェクトを通して地域と関わった病院のスタッフから病院のスタッフへ、「在宅の視点をもつ」[退院支援をシステムとして整える][地域でのホスピス・緩和ケア病棟の役割を見直してみる]ことが勧められた。

「システム化、まだ退院支援調整システム化がない病院があれば、非常にこれは楽だったよって言いたい。ツールを使って、細かいところは自分の病院のスタイルに少しずつ変化させていけばいいので」(退院支援担当看護師, 033)

「病棟は、退院支援の係ができて、この付箋を退院を考えるなら貼り付けて、介護申請はどうか、ケアマネジャーさんの名前や往診医、付箋を見れば分かる感じにしてた。週に1回退院調整のカンファレンスをやって、入院時の書類で退院後に医療が必要な人を見つけて、情報収集したり、連絡したりができるようにしてくれた。システムの入れ込んでもらえると、知識がない人間でもやれる」(病棟看護師, 085)

考 察

本研究は、地域緩和ケアプログラムを体験した医療福祉従事者はどのようなことを同職種・他職種に勧めるかを収集した点で特徴がある。

最も重要な知見は、すべての職種が多職種カンファレンスに参加してネットワークを増やすことを最も勧めたことである。これは国内外の研究で、地域緩和ケアプログラムの最も大きな成果として認識されるものが「ネットワークの構築」であることを反映しており^{5-8, 12)}、ネットワークを構築していくことが大きな恩恵をもたらすことを体験した表れであると考えられる。

本研究で特徴的であったのは、実際に連携していくうえでのいくつかの要点となる「個人のできる心構え」を述べた参加者が多かったことである。すなわち、①自分の主張をする前に

[相手の置かれている状況をまずよく理解する], ②誰か手助けしてくれる人は必ずいるので[一人で抱え込まず勇気を出して誰かを探す], ③地域の眠っている知恵やリソースを探して[できないと決めてかからないで可能性を探す], ④ネットワークは継続するものであるので長く続けるために[がんばりすぎない], ⑤地域のことは領域が広いので[できることから少しずつする], ⑥訪問看護師として[病院と率直にやりとりし合って改善していく][普通の言葉を使う], ⑦病院看護師として[退院支援をシステムとして整える], ことは経験からいえることであり, 経験を積んだ同じ職種からの提案は説得力があると考えられる。本研究でほとんどの体験者がかたちのある体制やシステムそのものについて言及せず, 連携の心構えを勧めたいこととして挙げたことは, 医療福祉従事者の連携に関する心構えを研究し, 体系化することが地域連携をうまく進める方法を見出すために有益な可能性を示している。

次に, 特徴的な知見は, 職種別で保険薬局と介護支援専門員に関することが多かったことである。これらはいずれの地域においても, 医師と看護師の連携が先行した結果の次の課題として認識されていると考えられる。保険薬局では, 「関わりたい」保険薬局があるが, 他職種は「どういふことに関わってもらえばいいかわからない」, そして, 薬剤師が自発的に連携の声をかけていくのは不得手であるという構造が語られた。介護支援専門員では, 医療に苦手意識があることが多いが, 他職種は医療のことは相談しながら介護支援専門員としての専門性でチームに関わってほしいと思っている構造が語られた。いずれの職種もがん緩和ケアのチームに不可欠な存在でありながら, 連携をとることに困難やとまどいを双方が感じていることが示唆される。今後, 保険薬局と介護支援専門員が多職種と連携するための, 特に有用な方法を具体的に実施し, 評価する研究が必要である。

また, 本研究で挙げられたほとんどのことはがん緩和ケアに特異的なことは少なかった。がん以外, 緩和ケア以外の場面での地域連携にもあてはまることが多いと考えられることから, 地域緩和ケアの向上を考えるためには, がんに限定しない枠組みが望ましいことが示唆される。

本研究の限界として, プロジェクトに密接に関わった参加者のみを対象としているため地域全体の意見を代表するものではない。限られた地域, 職種を対象とした質的研究であるので一般化できるとは必ずしもいえない。解釈は他の研究と合わせて行う必要がある。

地域緩和ケアプログラムの体験者が同職種・他職種に勧められることを収集し, 全国の地域緩和ケアを向上させるうえでの洞察を得た。

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

文献

- 1) 山口龍彦, 原 一平, 壺井康一, 他. 各地域におけるがん対策基本法の前と後の取り組み—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.
- 2) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—1. 東京都における在宅緩和ケアの連携. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 77-80.
- 3) 加藤恒夫. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—2. 岡山市における緩和ケアの地域連携—緩和ケア岡山モデル. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 81-7.
- 4) 片山 壽. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—3. 尾道市における在宅緩和ケアと地域医療連携. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 88-94.
- 5) Shaw KL, Clifford C, Thomas K, et al. Review: improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med* 2011; 24: 317-29.
- 6) Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. *J Palliat Care* 2007; 23: 143-53.
- 7) Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. *Aust J Rural Health* 2009; 17: 263-7.
- 8) Nikbakht - Van de Sande CV, van der Rijt CC, Visser AP, et al. Function of local networks in palliative care: a Dutch view. *J Palliat Med* 2005; 8: 808-16.
- 9) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 412-8.
- 10) 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 24-41.
- 11) Krippendorff K. Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Sage Publications, Beverly Hills, 1980. (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明 訳. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. 勁草書房, 東京, 1989)
- 12) 森田達也, 野末よし子, 花田芙蓉子, 他. 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化: OPTIM-study. *Palliat Care Res* 2012; 7: 121-35.

著者の申告すべき利益相反なし

Original Research

Suggestions and recommendations from health care professionals involved in regional palliative care program

Tatsuya Morita¹⁾, Chizuru Imura²⁾, Yoshiko Nozue²⁾, Satoshi Suzuki³⁾,
Mie Shibuya⁴⁾, Hiroya Kinoshita⁵⁾, Kumiko Harada⁶⁾, Yutaka Shirahige⁷⁾,
Mika Hirayama⁸⁾ and Kenji Eguchi⁹⁾

1) Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital, 2) Hamamatsu Cancer Support Center, Seirei Mikatahara General Hospital, 3) Department of Surgery, Tsuruoka Municipal Shonai Hospital, 4) Discharge Department, Tsuruoka Municipal Shonai Hospital, 5) Department of Palliative Medicine and Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital, East, 6) Department of Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital, East, 7) Shirahige Clinic, 8) Nagasaki Cancer Support Center, Nagasaki Medical Association, 9) Division of Medical Oncology, Teikyo University School of Medicine

The aim of this study is to collect the suggestions and recommendations of health care professionals involved in the regional palliative care program (OPTIM-study). A total of 101 multidisciplinary health care professionals who participated in the intervention program were interviewed, and 107 meaningful units were obtained from 89 valid interviews. The responses were categorized into "suggestions regardless of profession" (n=59), including "Participate in a multi-disciplinary conference to expand the network of people", "Try to understand the situation of others", "Seek support from others when you cannot solve the problem by yourself", "Pursue all possibilities before giving up", and "Do not try too hard". As suggestions to those engaged in each profession, "Suggestions to community pharmacies" and "Suggestions to care managers" are frequently described. An examination of suggestions by the participants in the regional palliative care program could provide some insights to improve community palliative care. *Palliat Care Res* 2012; 7(1): 163-171

Key words: palliative care, region, interdisciplinary cooperation

Table 1 Subject backgrounds

	Tsuruoka	Kashiwa	Hamamatsu	Nagasaki	Total
Hospital nurses	0	3	12	1	16
Community nurses	5	2	5	3	15
Hospital physicians	1	3	6	1	11
Family physicians	1	2	5	1	9
Care managers	1	3	3	2	9
Discharge nurses	0	2	4	2	8
Community pharmacists	2	2	3	1	8
Hospital pharmacists	1	3	1	0	5
Medical social workers	0	1	2	0	3
Dieticians	0	2	0	0	2
Rehabilitation staff	1	0	0	0	1
Hospital clerk	1	0	0	0	1
Administrative nurse	0	1	0	0	1
Total	13	24	41	11	89

Table 2 Suggestions by participants in the regional palliative care intervention program

	n
[Suggestions regardless of profession]	59
[Participate in a multi-disciplinary conference to expand the network of people]	16
[Try to understand the situation of others]	4
[Seek support from others when you cannot solve the problem by yourself]	6
[Understand patients' values and share them with other professionals]	6
[Pursue all possibilities before giving up]	3
[Acquire accurate basic knowledge]	11
[Have a different viewpoint and broaden your perspective]	4
[Invite health care professions not involved in the program]	3
[Do not try too hard]	4
[Do what you can, however small it is]	2
[Suggestions to community pharmacies]	17
[(Community pharmacies) Invite us to participate]	7
[(Other professionals) Present their strengths to join the team]	6
[Administration guidance taking into consideration patients' feelings and lives]	4
[Suggestions to care managers]	8
[Medical professionals view care managers as important members of a team to support patients]	4
[Collaboration for patients as non-medical professionals]	4
[Suggestions to physicians of clinics]	7
[Value multi-disciplinary care]	7
[Suggestions to home—visit nurses]	5
[Discuss with hospital staff without hesitating to make improvements]	4
[Speak using common and general terms]	1
[Suggestions to medical professionals in the community]	4
[(From home care to hospitalization) Promptly share information on a patient's condition at home]	3
[Clinic and home-visit care staff work together to convey consistent information to a hospital]	1
[Suggestions to hospital staff]	7
[Have a viewpoint of home care]	4
[Develop a system for supporting discharge]	2
[Review the role of a hospice in the community]	1

Table 3 Suggestions to community pharmacies

1. [Invite us to participate]

"We would like to ask home-visit nurses to consult pharmacists as specialists of drugs. They can ask us about drugs when physicians are not available because we often contact them. Nurses can also prepare drugs. However, pharmacists always pay attention to the risk of interaction between drugs as well as the pharmacological properties of each one. We also consider whether a drug is really necessary for a patient, or if the prescription should be reviewed, etc. Since pharmacists are quiet and do not usually assert themselves, it is good for us to be able to interact with other medical professionals."(Pharmacist of a health insurance-covered pharmacy, 098)

"If requested, pharmacies will supply a variety of medical materials. This will help other medical professionals save time by reducing the burden of a number of drug-related tasks."(Pharmacist of a health insurance-covered pharmacy, 039)

"It is important to communicate with other medical professionals if you participate in a care program in another area. Pharmacists may not be good at or avoid developing that type of relationship. However, they can contribute a great deal to the development of the community by participating in the program and fulfilling their potential."(Pharmacist of a health insurance-covered pharmacy, 054)

2. [Present their strengths to join the team]

"We would like to know more about their efforts and strengths. Some of us still do not know what they can do. This was my first time to work together with them in a pre-discharge conference, and I was impressed with their work." (Medical social worker, 092)

3. [Administration guidance taking into consideration patients' feelings and lives]

"Emphasis should be placed on communication rather than guidance. This applies to everything including drug administration. Try understanding how patients feel when they take drugs and receive infusions. Talking to patients while considering their feelings makes them feel at ease."(Pharmacist of a health insurance-covered pharmacy, 016)

"When providing administration guidance, take into account the individuality of patients. If you pay attention only to pharmacological and adverse effects, and ignore the rhythms of the lives of patients and their families, it will not work well. If it is difficult for some patients to take drugs at the most desirable time due to their lifestyle, you may advise them of the second best time to maintain the efficacy of the drugs as much as possible."(Hospital physician, 097)

Table 4 Suggestions to care managers

1. [Medical professionals view care managers as important members of a team to support patients]

"Care managers should know that medical professionals are beginning to understand them. Close cooperation with other specialists increases work efficiency. When providing care for a terminally-ill patient in particular, it is important to work effectively in collaboration with medical professionals to comfort the patient and families."(Care manager, 004)

"Home helpers from our center were told by a care manager that 'It is not our job'. Perhaps, she (he) draws a clear line between their work and others. However, you cannot draw a line or set a time limit in care recipients' lives. Boundaries we establish between medical, welfare, and nursing care mean nothing to them. If a care recipient consults you and you do not know what to do, you should convey it to other staff to share the problem with them." (Care manager, 040)

"Care managers play an important role. Let us work together supporting each other. What I would like to tell them is that their work is difficult but challenging. By providing care, instead of medical treatment, for patients at home, they are supporting society itself."(Home-visit nurse, 068)

2. [Collaboration for patients as non-medical professionals]

"Let us think positively, and take advantage of not being a medical professional. Patients and their families feel free to ask you anything just because you are not a health care specialist. That is why you can help them in various ways. Nobody asks a physician's permission to go to a bank in the neighborhood when their family member is receiving treatment."(Care manager, 099)

"Some staff do not approach a problem just because they are not allowed to practice medicine. Unless you utilize these opportunities for collaboration and enhance your qualifications, it will become more difficult for you to work together with them. If you are not prepared, you cannot cooperate with others when you are required to do so. We should stop relying on others, and take action to learn from case examples and seek as many opportunities for cooperation as possible."(Care manager, 010)

がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために 取り組んでいることと課題

木下 寛也^{*1} 渡邊 敏^{*2} 小笠原鉄郎^{*3} 橋本 淳^{*4} 松尾 直樹^{*5}
三宅 智^{*6} 森田 達也^{*7}

[*Jpn J Cancer Chemother* 39(10):1527-1532, October, 2012]

What Do Cancer Centers do to Improve Community Palliative Care?: Hiroya Kinoshita^{*1}, Satoshi Watanabe^{*2}, Tetsuo Ogasawara^{*3}, Atsushi Hashimoto^{*1}, Naoki Matsuo^{*3}, Satoshi Mlyake^{*6} and Tatsuya Morita^{*7} (^{*1}Dept. of Palliative Medicine and Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital, East, ^{*2}Division of Palliative Medicine, Chiba Cancer Center Hospital, ^{*3}Dept. of Palliative Care, Miyagi Cancer Center, ^{*4}Dept. of Palliative Medicine, Aichi Cancer Center Aichi Hospital, ^{*5}Dept. of Palliative Care, Saitama Cancer Center, ^{*6}Dept. of Palliative Medicine, Tochigi Cancer Center, ^{*7}Dept. of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital)

Summary

This study's purpose was to gain insight into practical strategies for improving community palliative care in Japan. Focus groups were held involving physicians, medical social workers, and nurses of 6 cancer centers, and the collected data were qualitatively analyzed. A total of 19 categories were examined. They were related to 1) education for medical health care professionals about palliative care, 2) public education about palliative care, 3) specialized palliative care service, and 4) constructing a community palliative care network. Additionally, 7 categories related to medical and social systems were analyzed. The list proposed in this study may be effective for systematically understanding approaches to improve community palliative care. The implementation of nationwide focus groups which rapidly disclose their results may contribute to improving regional palliative care at a national level. Key words: Palliative care, Cancer center, Community palliative care (Received Dec. 28, 2011/Accepted Feb. 22, 2012)

要旨 本研究の目的は、がん専門病院が地域緩和ケアの向上のためにやっていること、課題、解決策を収集することにより、地域緩和ケアを向上させる方策の具体的な工夫に関する洞察を得ることである。六つのがん専門病院の医師、医療ソーシャルワーカー、看護師を対象としたフォーカスグループを行い、質的分析を行った。緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進についての取り組みとして合計19カテゴリーが、現場では有効な解決策が見当たらない課題として合計7カテゴリーが特定された。本研究で作成されたリストは各活動を行う上での工夫を系統的に整理することに役立つと考えられる。さらに、同様のフォーカスグループを全国的に行いその結果を迅速に公開する仕組みを作ることは、全国水準での地域緩和ケアの向上に貢献する可能性がある。

*1 国立がん研究センター東病院・緩和医療科・精神腫瘍科

*2 千葉県がんセンター・緩和医療科

*3 宮城県立がんセンター・緩和ケア部

*4 愛知県がんセンター愛知病院・緩和ケア科

*5 埼玉県立がんセンター・緩和ケア科

*6 栃木県立がんセンター・緩和医療部

*7 聖隷三方原病院・緩和支持治療科

緒 言

地域での緩和ケアの普及が求められている^{1,2)}。地域での緩和ケアを普及するために、がん専門病院を含むがん診療連携拠点病院は中心的役割を担うことが期待されている。わが国の緩和ケアの課題として、医師や看護師の緩和ケアの知識・技術が不十分であること、患者・家族・住民の緩和ケアの認識が適切ではないこと、専門的な緩和ケアを提供する体制にないこと、地域で緩和ケアを提供するための連携体制が構築されていないことがあげられている³⁾。それぞれに対して、緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進が行われており、国のレベルとしては、PEACE プロジェクト、オレンジバールンプロジェクト、緩和ケアチームの保険適応などの対応が具体的にとられている⁴⁾。一方、地域のがん診療連携拠点病院ごとにも様々な取り組みが行われており、取り組む上で様々な工夫が行われていると考えられる。地域や施設を越えて地域緩和ケアを普及するための方策を共有することは、他の地域でうまくいっている方法から学んだり、新しい方法を取り入れたりすることに有用な可能性がある⁵⁾。しかしこれまでに、がん専門病院が地域緩和ケアの普及のためにどのような取り組みをしているかを複数地域の担当者を対象として収集した研究はない。本研究では、がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために行っていること、課題、今後の解決策を収集することにより、地域緩和ケアを向上させる方策の具体的な工夫に関する洞察を得ることである。

1. 対象・方法

六つのがん専門病院の医師、医療ソーシャルワーカー、看護師を対象としたフォーカスグループを行った。参加者の構成は、医師6名(全員が緩和ケア担当医)、医療ソーシャルワーカー6名、看護師が5名(退院支援・地域連携担当看護師4名、緩和ケア病棟棟長1名)であった。職種別に三つのグループに分け、「がん専門病院として地域緩和ケアの四つの側面(緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進)のそれぞれについて今取り組んでいること、課題、今後の解決策を尋ねた。フォーカスグループは180分行い、録音したものを逐語記録とした。逐語記録は延べ176,562語であった。

最初に、臨床心理士2名が独立して緩和ケア医師(MK)の助言の下に、「緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進について、今取り組んでいること、課題、

今後の解決策」が述べられた部分を意味単位として抽出し、意味内容の類似性から分類し、カテゴリーを作成した。次に、緩和ケア領域での研究の豊富な緩和ケア医師(TM)のスーパーバイズの下に議論して一致させた。今取り組んでいること、課題、今後の解決策については、それぞれが一体となって語られていることが多かったため、分析では四つの側面ごとに取り組んでいることと解決策をまとめてカテゴリー化した。解決策が提示されなかったものは、まとめて「現場では有効な解決策が見当たらない課題」として分類した。本研究の目的はテーマの収集であるため、カテゴリーの数の集計は行わなかった。取り組み・解決策の背景や理由が語られている場合には、(～のため)と表記して明確化した。データを「」で示し、カテゴリーを【】で示した。

研究参加者に自由意思での参加であることなどについての同意を文章で得た後に、解析は個人情報秘匿に留意して行われた。

II. 結 果

緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進についての取り組みとして合計19カテゴリーが、現場では有効な解決策が見当たらない課題として合計7カテゴリーが同定された。

緩和ケアの知識の普及のための取り組みとしては、院内の勉強会などの【勉強会を行う】が主であったが、内容や方法の様々な工夫があげられた。表1 多くの施設が、【すでにあるものを利用する】ことの重要性について言及した。すなわち、独自に研修会や講演会を行うのではなく、すでにある研修会を利用する、院内の勉強会を地域に公開することによって負担を減らしながら同じ程度の効果を得られることが語られた。また【内容を工夫する】では、特に看護教育において、カリキュラムがスケジュールに沿って行われることや、修了証を準備することが看護師の動機づけになることが述べられた。方法も講義のみではなく、グループワーク、事例検討、病棟での実習など様々な方法をとることが必要であると述べられた。地域の緩和ケアの向上という点では、【診療所医師のアシストをする訪問看護師や保険薬局薬剤師を対象とする】ことが意識されていた。すなわち、通常の診療所医師は1年間に体験するがん患者の頻度が少ないと考えられるため、診療所医師よりもむしろ訪問看護師や保険薬局薬剤師の緩和ケアの知識を向上することで、チーム全体としての緩和ケアの知識・技術の向上を行うことが重要であるとの考えが述べられた。

患者・家族・住民への啓発のための取り組みとしては、

表1 緩和ケアの知識の普及のための取り組み

<p>【勉強会を行う】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアチームが中心に院内の勉強会を行う ・リンクナースで主催して勉強会を行う ・リンクスタッフどうしの交流会を行う <p>【すでにあるものを利用する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護協会のe-learningを行っている ・新しく企画するよりも既存のものに組み込んでいく ・院内の勉強会を地域に対して公開して行っている <p>【内容を工夫する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常的に経験することを扱う ・看護師のラダーに沿って方法（講義やグループワークなど）を変える ・基礎編、応用編それぞれに修了証をだす。認定看護師の受験に対応できるようにする ・講義だけでなく、事例紹介、事例についてのディスカッションを中心にする ・講義だけでなく、病棟での見学・実習を組み合わせる ・1年分で内容が網羅できるようにスケジュールをあらかじめ決めて行っている <p>【診療所医師のアシストをする訪問看護師や保険薬局薬剤師を対象とする】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(年間の体験数の少ない診療所医師へ具体的な提言ができるように) 訪問看護師への教育を行っている ・病院の緩和ケア認定看護師が訪問看護ステーションにでかけて出前講義を行っている ・(年間の体験数の少ない診療所医師へ具体的な提言ができるように) 保険薬局薬剤師への教育を行っている ・保険薬局薬剤師の勉強会では、診療所医師も一緒に参加を依頼する

カテゴリーに相当する代表的な項目を示す

表2 患者・家族・住民への啓発のための取り組み

<p>【マテリアルを作成する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ポスター、ホームページを作成する ・新聞に掲載を依頼する <p>【既存のマテリアルを活用する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・NHK小冊子「ホスピスってなあに？」を設置する ・緩和ケアに関する書籍を設置する ・「患者必携」を活用する <p>【公開講座やイベントを行う】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市民公開講座を行っている ・がん予防・化学療法中などのための健康料理教室を行っている <p>【既存のイベントや活動に参加する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市民の健康イベントで講演や相談ブースをだしている ・中学生など向けの命の授業などに参加する ・市民の集まりに病院職員がボランティアとして参加する <p>【患者会を行ったり、患者会と連携する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者会や患者サロン、遺族会を行う ・患者会との懇談会を行う ・患者会に場所を提供して運営は患者会に依頼する <p>【病院施設を公開する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院全体を知ってもらうオープンキャンパスを行う ・院内図書館を自由なスペースとして開放する <p>【日々の臨床を「啓発」としてとらえる】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今の介護世代が高齢化社会の患者になるので、介護者が自宅でもできたと思える体験を積めるように意識している

カテゴリーに相当する代表的な項目を示す

ポスターなどの【マテリアルを作成する】、【既存のマテリアルを活用する】、【公開講座やイベントを行う】、【既存のイベントや活動に参加する】といった一般的な啓発活動が述べられた(表2)。加えて、多くの施設で、患者会との多様な連携、すなわち自施設で患者会を行うばかりではなく、患者会の運営についての懇談会を行ったり、

場所の提供を行い運営は患者会に任せるなど多様な方法が【患者会を行ったり、患者会と連携する】として語られた。この他、大学のオープンキャンパスなど【病院施設を公開する】ことも啓発活動としてあげられた。一方、「今の介護世代が高齢化社会の患者になるので介護者が自宅でもできたと思える体験を積めるように意識してい

表 3 緩和ケアの連携の促進のための取り組み

<p>【病院からの退院支援を強化する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスを行う ・(退院前カンファレンスを行う時間調整がたいへんなので) サマリーを細かく書く、出席できる医師や看護師が状況を聞いていくことで対応する ・退院時のサマリーに外来で継続看護をして欲しいことをリストしている ・(患者の見捨てられた感じを減らし、自宅での生活のイメージをもつために) 退院後に病棟看護師が患者の自宅に行く ・医療福祉相談、看護相談、地域連携を一つの部署にする <p>【外来での在宅支援を強化する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(外来での在宅移行が多いため) 「退院調整看護師」を「在宅支援選任看護師」と名称を変える ・医師1名、看護師2名を専従とするサポーターセンターを設置し、治療早期からのかかりつけ医師の紹介など在宅リソースへのつなぎをしている ・外来で専従の看護師が困っていきそうな人に積極的に声をかけている <p>【在宅療養中の患者の情報共有とバックアップベッドの確保を行う】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師と患者の状況について書面など公式なものにかかわらず情報交換をこまめに行う ・在宅にいる患者の緊急時の対応ベッドとして緩和ケア病棟を常に1~2床空けている <p>【病院医師・看護師が在宅を念頭に置いた診療やケアができるように教育プログラムを作る】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内のセミナーや教育課程に、緩和ケアのみではなく、退院支援に関する内容を含む ・病棟看護師が訪問看護ステーションに実習に行く ・(在宅看護がカリキュラムに入っていなかった時期の看護師に在宅の視点がないことが多いので) 師長・副師長が訪問看護実習をする <p>【地域で一緒にみた患者の経過を共有する】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護を受けた患者の写真を病棟看護師や医師にみせる <p>【病院スタッフと地域スタッフとの情報交換の場を増やす】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(診療所医師の特徴を知って患者に合う診療所を紹介できるように) 訪問看護ステーション看護師と病院看護師・地域連携室で会う機会を増やしている ・(お互いをよく知るために) 在宅医懇話会・ピースプロジェクトなどを利用して集まりをもつ ・地域緩和ケアに関心のある医療福祉従事者のメーリングリストを運営している ・医師会とがん専門病院とで会合をもっている ・診療所医師・看護師を緩和ケア病棟で実習・研修する
--

カテゴリーに相当する代表的な項目を示す

る」のように、特に啓発活動というのではなく【日々の臨床を「啓発」である」とらえる】意見もあった。多くの参加者が患者・家族に対する「緩和ケアの啓発」の困難について述べ、「患者がいちばん否定したいことを受け入れるのは難しい」、「医療者よりも患者や家族の拒否感が大きい」などと表現した。

専門的な緩和ケアの提供のための取り組みとしては、多くはあげられなかったが、【緩和ケア病棟の役割を見直す】として、「(より多くの患者が使用できるように) 緩和ケア病棟は長期の療養場所ではないが緊急入院は受けられることを説明し、短期入院の方針としている」、「長期療養を希望する場合には、がん専門病院以外のホスピスを紹介している」ことがあげられた。また、地域連携パスの一環として【緩和ケア専門家へのホットラインを設置】したが、利用は少ないとの意見があった。

緩和ケアの連携の促進のための取り組みとして、退院前カンファレンスを行うなどの【病院からの退院支援を強化する】、外来に専従の人員を配置したり専門部署を作るなどの【外来での在宅支援を強化する】、在宅療養中の患者のサポートとして【在宅療養中の患者の情報共有

とバックアップベッドの確保を行う】、および【病院医師・看護師が在宅を念頭に置いた診療やケアができるように教育プログラムを作る】があげられた(表3)。また、地域でのネットワークを作る取り組みとして、自宅に帰った患者の自宅での様子を写真で報告する仕組みを作るといった【地域で一緒にみた患者の経過を共有する】や、各種ミーティング・メーリングリスト・現場での研修を通じて【病院スタッフと地域スタッフとの情報交換の場を増やす】ことがあげられた。

一方、現場では有効な解決策が見当たらない課題としては、【経済的負担】、【医療福祉従事者の負担】、【在宅医療を提供する医師・看護師の不足】、救急搬送時の問題として【急な状態悪化時の対応】、必要な時に患者情報をやり取りできない【個人情報保護】、新しく作成したツールは運用するのが難しい【ツールの運用の難しさ】があげられた(表4)。

このうち、【在宅医療を提供する医師・看護師の不足】については、現場では「一人ずつ開拓している」、「新しい先生よりも確実な先生と組んで地域でもできるという感覚を増やす」、「診療所医師5名くらいでチームとして

表4 現場では有効な解決策が見当たらない課題

【経済的負担】
・医療費が高く、本来必要な医療やサービスを受けられない
・在宅療養は時間で費用が違うため患者が長い時間のコミュニケーションを希望しないことがある
【医療福祉従事者の負担】
・スタッフの疲弊が激しい
・集まりは夕方からになるため仕事が終わらないか、時間外になる
【在宅医療を提供する医師・看護師の不足】
・在宅診療を行う医師の総数が変わらないので負担が偏っている
・在宅医療のスキルのある医師は人気があるので偏っていく
・かかりつけ医師がいる患者が少なく、病院医師がかかりつけのことが多い
・診療所は立場が弱く患者からの不満があると意欲が落ちる
【急な状態悪化時の対応】
・急な状態悪化時に救急搬送される
【個人情報の保護】
・個人情報保護のため訪問看護ステーションからでは病院から（患者に直接聞けない）情報を入手できない
・FAXが確実に相手に届くかわからないので情報を聞けないことがある
【療養場所の不足】
・（質の高い療養場所がないため）緩和ケア病棟から転院は難しい
・（療養場所がないため）緩和ケア病棟が療養病床のようになる
・（緩和ケア病棟がないため）緩和ケア病棟の待ち日数が長く、入れない患者がいる
・（大学の系列が違うため）療養場所が見つからない
・地域により差が大きく、人口とリソースの比率が一致していない
【ツールの運用の難しさ】
・緩和ケアや医療用医薬品についてのパスを作ったが、作るところまではよいが運用が進まない

カテゴリーに相当する代表的な項目を示す

連携している」、「病院から医師や看護師が在宅を行う診療所や訪問看護ステーションの立ち上げを行い軌道に乗ったら地域で雇用した職員に渡す」、「訪問看護ステーションは休日がないので）人手が足りない時は病院看護師と交代する」などといった取り組みがあげられたが、実績や質に合わせた診療報酬上の評価などの対応がないと解決は難しいとの意見が多かった。また、【療養場所の不足】についても、緩和ケア病棟だけの問題ではなく、地域全体の療養場所の不足・偏在、機能に応じて適切な利用がされていないという観点から語られた。

Ⅲ. 考 察

本研究では、いくつかの注目に値する地域緩和ケアの普及のための工夫が認められた。

一つには、【すでにあるものを利用する】ことである。現在、がん診療連携拠点病院の役割として、医療者対象の研修会や市民対象の講演会をそれぞれ行うことが求められているが¹⁾、実際に、研修会や講演会を新しく講習会を企画・実施することは必ずしも効率的でないと今回の研究対象は考えていた。元来施設内で行われている研修会を地域に公開することや、患者会をサポートする形や市民イベントへの参加など、もともとある仕組みを上手に利用できる位置付けが必要な可能性があると考えられる。

二つには、教育の方法として講義のみならずグループワーク、事例検討、実習など様々な方策がとられていた。一般的に教育方法としては一方向的な講義よりも双方向的な手段が有効であるが、地域緩和ケアではグループワークがより有効と体験されることや、職種やテーマによって体験する有用性が異なることが示唆されている⁶⁾。どのような対象にどのような教育方法がよいのかについて、各地域での知見を系統的に収集することによって、最も効果的な教育方法を明らかにすることが求められていると考えられる。

三つには、【診療所医師のアシストをする訪問看護師や保険薬局薬剤師を対象とする】方策は注目し得る。診療所の医師はすべての疾患の患者を診察するため、年間に診療するがん患者は必ずしも多くないが、訪問看護ステーションではがん患者の診療経験が平均して多い³⁾。地域では診療所、訪問看護ステーション、保険薬局などが一定の単位として機能する場合が多く、職種ごと（特に診療所医師）にプログラムを提供するのではなく、訪問看護師と保険薬局と診療所医師を一つのチームとしてがん緩和ケアの知識や技術を提供するプログラムを検討する価値があると考えられる。

四つには、多彩な啓発活動が行われている割には効果が実感されていないことである。これまでに、この数年で全国調査でも緩和ケアに関する認識にはあまり変化は

みられないこと⁴⁾、講演会によって一時的に緩和ケアの認識は変化するが時間経過とともに元に戻ること⁹⁾¹⁰⁾、緩和ケアに関する冊子などは広く配布するより、対象となる患者の多いところでより効率的に配布されることが確認されている¹¹⁾。緩和ケアに関する啓発については、広く薄く行う活動よりも、臨床のなかで体験を蓄積することや、対象患者に絞った対応など活動の評価と方針の見直しが必要なのかもしれない。

五つには、がん専門病院においても退院支援など地域連携の取り組みが積極的に行われていることである。取り組みは、①臨床活動としては退院前カンファレンスと外来での在宅支援の充実、②教育活動としては病院内での医師・看護師への在宅の視点についての教育、③地域連携のネットワーク作りの三つに分けられた。特に、外来での在宅支援について人員や体制の増員などが必要になることが示唆される。また工夫として、有効な教育のためには病院看護師が訪問看護ステーションなど在宅医療の現場を体験することと、在宅がカリキュラムに入っていない時期に教育を受けた可能性の高い師長クラスに対する教育の重要性が述べられた。これらの地域連携の取り組みについては、現在定まった方法は提示されておらず、各施設の取り組み方を系統的に蓄積することが重要であると考えられる。

六つには、課題としてあげられたものはがん緩和医療に限らないことがほとんどであったことである。療養場所の確保、在宅診療を行う主治医（かかりつけ医師）機能、経済的問題、個人情報と患者情報のチームでの共有などはがん緩和医療にかかわらない問題であり、がん医療を越えた枠組みでの議論が必要であることが示唆される。

本研究の限界として、限られた施設のフォーカスグループによる意見なので一般化はできない。

結 論

地域の緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進に取り組む上での工夫が施設ごとに行われており、本研究で作成されたリストをみることで各活動を行う上での工夫を系統的に整理することに役立つと考えられる。さらに、同様のフォーカスグループを全国的に行いその結

果を迅速に公開する仕組みを作ることは、全国水準での地域緩和ケアの課題や改善のための工夫を共有することを通じて、わが国の地域緩和ケアの向上に貢献する可能性がある。

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。調査実施に当たり、ご協力いただいた国立がん研究センター東病院・臨床開発センター・精神腫瘍学開発部の丹下亜土さん、林響子さんに心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18(6):1090-1097, 2007.
- 2) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al: Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 2012 Jan 24. [Epub ahead of print]
- 3) 下山直人, 森田達也: わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画 Ver. 1. 厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」主任研究者: 下山直人「緩和ケアのグランドデザイン作成に関する研究」, 分担研究者: 森田達也, 2007.
- 4) 加藤雅志: II. がん対策基本法後にホスピス緩和ケアはどう変わったか—成果と残された課題—. (財)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, pp6-12.
- 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—. *癌と化学療法* 38(11):1889-1895, 2011.
- 6) 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(11):1553-1563, 2009.
- 7) 末田千恵, 山岸暁美, 鈴木 聡・他: どのような緩和ケアセミナーが求められているか: 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. *ペインクリニック* 32(8):1215-1222, 2011.
- 8) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al: Providing palliative care for cancer patients: The views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2011 Jun 22. [Epub ahead of print]
- 9) 古村和恵, 山岸暁美, 赤澤輝和・他: 市民の緩和ケアに対するイメージの変化. *緩和ケア*: in press.
- 10) Sato K, Miyashita M, Morita T, et al: The long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolongation treatment, and knowledge about palliative care. *J Palliat Care* 25(3):206-212, 2009.
- 11) 赤澤輝和, 川崎山実, 山田博英・他: 緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいか? *緩和ケア* 21(2):221-225, 2011.