



地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価：OPTIM-study

木澤 義之¹⁾、梅田 恵²⁾、新城 拓也³⁾、石ヶ森一枝²⁾、奥山慎一郎⁴⁾、
木下 寛也⁵⁾、白髭 豊⁶⁾、井村 千鶴⁷⁾、野末よし子⁷⁾、森田 達也⁸⁾

1) 筑波大学 医学医療系 臨床医学域, 2) ㈱緩和ケアパートナーズ, 3) 社会保険神戸中央病院 緩和ケア病棟, 4) 鶴岡市立荘内病院 麻酔科, 5) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科, 6) 白髭内科医院, 7) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 8) 聖隷三方原病院 緩和和支持治療科

受付日 2012年2月23日 / 改訂日 2012年4月5日 / 受理日 2012年4月6日

本研究の目的は、緩和ケアの地域介入で使用された地域共通の緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの利用状況を明らかにすることである。介入地域における配布数、医師 706 名・看護師 2,236 名の質問紙調査、医療福祉従事者 80 名に対するインタビュー調査を分析した。配布数と使用頻度が多かったものは、マニュアル、看取りのパンフレットであった。医療者の体験としては、【経験や職種に限らず地域での共通認識がもてる】【あいまに経験的にしていたことが自信をもってできる】が最も多く挙げられた。マニュアルは、【必要な項目が網羅されている】【内容が凝集されていて携帯できる】【具体的で実践的である】と評価された。看取りのパンフレットは【口頭で説明しにくいことが絵で分かりやすい】と評価された。地域共通のマニュアルと看取りのパンフレットは地域全体で利用可能で、地域緩和ケアの向上に貢献することが示唆された。

Palliat Care Res 2012; 7(2): 172-84

Key words: 緩和ケア, 地域, 教育, ツール

緒言

わが国の医師と看護師の緩和ケアに関する知識や患者教育の技術が不十分であることが指摘されており、それらを向上させる手段が求められている^{1,2)}。一般的に用いられる方法は、マニュアルやガイドラインの配布、セミナー・講義、アウトリーチプログラムなどである。これまでに、印刷物の配布による効果は小さいが、パンフレットを用いた患者の個別性に対応した患者教育、少人数での双方向性の講義、アウトリーチプログラムが個々の患者では有効であることが示唆されている³⁻⁹⁾。一方、緩和ケアは地域全体で提供されるため、地域で共通のマニュアルや評価ツールを使用することが試みられている^{9,10)}。

カナダのエドモントン州では、出身の同じ緩和ケア専門家が Edmonton Symptom Assessment System を地域全体で運用し、オンタリオ州では地域プロジェクトの一環として Palliative Performance Scale と Edmonton Symptom Assessment System が運用された。これらの研究では、評価ツールは地域での緩和ケアの標準化に有用であることが示唆されているが、①対象が少人数の代表性のない集団に限られている、②マニュアルや評価ツールなど個別の評価は行われていない、③経験の詳細の分析が行われていない、などの限界がある。

また、わが国では同様の研究はない。したがって、地域で共通したマニュアルや評価ツールを使用した場合に、それがどの程度利用されたか、どのように利用されたか、どのような問題が

あり利用されなかったかを明らかにすることは、今後必要とされるマニュアルや評価ツールをつくるうえで役に立つと考えられる。

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムで作成された地域共通の緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの①地域での使用頻度を明らかにし、②どのように利用された(なかった)かを探索することである。最終的な目的は、地域を対象とした緩和ケアプログラムを進めるうえで必要とされるマニュアルや評価ツール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, 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ものである^{11,12)}。OPTIM プロジェクトは、4地域を対象とした地域介入による前後比較研究である。介入地域として、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域が対象となった。地域に対する介入として、①緩和ケアの標準化と継続性の向上(マニュアルなどの配布、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、③緩和ケア専門家による診療、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を柱とする複合介入、が行われた^{11,12)}。

倫理的配慮については、本研究のために設置された倫理委員

Corresponding author: 木澤義之 | 筑波大学 医学医療系 臨床医学域
〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1
TEL 029-853-3123 FAX 029-853-3123 E-mail: ykizawa@md.tsukuba.ac.jp

会での承認を得た。

① 定義

本研究では、緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートを「ツール」と定義した。

② 地域共通のツール

OPTIM プロジェクトでは、①緩和ケアマニュアル「ステップ緩和ケア」(冊子、ムービー、web)、②パンフレット(疼痛、呼吸困難など症状別 11 種類、家族用の看取りのパンフレット「これからの過ごし方について」の合計 12 種類)、③評価シート「生活のしやすさに関する質問票」、④疼痛の評価シート「疼痛の評価シート」「痛みの経過シート」を作製した¹³⁾。作成過程では、医師、看護師、薬剤師など多職種 50 名以上が参加した。

既存のマニュアル類と比較した新規性として、①評価(評価シート)・治療(マニュアル)・患者教育(パンフレット)の3つが連動する、②患者の個性に特化した情報を書き込んで使用するパンフレットである、③評価や治療をマニュアルに沿って実際に行っている場面をムービーとして含む、ように作成された。

「ステップ緩和ケア」の内容は、評価、症状マネジメントを中心として、持続皮下注射、コミュニケーションなど臨床場面でよく遭遇することを網羅的に含めた。症状マネジメントでは、評価→治療とケア→治療目標→Frequently Asked Questions (FAQ) という構造に従い、「症状を評価する、ステップに沿った治療を行う、パンフレットに沿ったケアを行う、治療目標が達成されなかった場合に FAQ を参照する、目安に沿って専門家にコンサルテーションする」と構造化された。

パンフレットは、症状別にすべて構造を統一し、医療者が患者と相談しながら患者個々に合わせて情報を書き込むように作成した。「症状の生活への影響を確認する、症状の原因を確認する、治療の目標を設定する、行う治療を説明する、ケアの工夫を説明する、症状の伝え方と医療者に連絡するタイミングを説明する、効果がなかった場合の対応を説明する」と構造化された。これは、症状緩和のためには、①一般的な情報提供では効果がなく、その患者の心配なことに焦点をあてた情報提供が必要である、②症状の伝え方や相談先の連絡方法を教育することが重要である、といった知見を反映させたものである^{7,8)}。

看取りのパンフレット「これからの過ごし方について」は、家族が安心して患者を看取ることができることを目的として作成した。内容は、家族が不安を体験する内容(死亡までの経過、苦痛の悪化、せん妄、死前喘鳴、輸液)について実証研究に基づいて作成した¹⁴⁾。

「生活のしやすさに関する質問票」は、患者の身体症状、精神症状、心理・社会的なニーズが包括的に評価できるように、信頼性・妥当性の確認されている M.D. Anderson Symptom Inventory 日本語版、Distress Thermometer, Support Team Assessment Schedule 日本語版から作成された¹⁵⁻¹⁷⁾。

各ツールは、地域からの求めに応じて研究班事務局から発送された。

評価・解析

本研究では 3 つのデータを利用した。詳細は他の論文に記載した^{18,19)}。

① 配布数

「ステップ緩和ケア」「ステップ緩和ケアムービー」「パンフレット(12 種類)」「生活のしやすさに関する質問票」それぞれについて、事務局から地域への配布数の 3 年間の合計値を集計した。配布数は、地域での利用数の指標として用いた。ツールごと、地域ごとに配布数を集計した。

② 医師・看護師対象の質問紙調査

4 地域の病院、診療所、訪問看護ステーションに勤務するがん診療に携わる医師、看護師を対象として、質問紙調査を行った。使用頻度に関する質問として、「ステップ緩和ケア」「パンフレット・生活のしやすさに関する質問票」「ステップ緩和ケアムービー」それぞれについて、「見たことがない」「見たことはあるが使っていない」「使用した」を聞き、集計した。

比較のために、OPTIM プロジェクトのホームページ(プロジェクトの活動内容やツールが電子媒体で閲覧・印刷できる)、「わたしのカルテ(患者所持型情報共有ツール)」の使用頻度に対する回答も集計した。臨床経験(医師:20 年未満・以上、看護師:10 年未満・以上)、がん患者診療数(10 名未満・以上)の 2 群で使用頻度に差があるかを χ^2 乗検定で比較した。

③ インタビュー調査

各地域において、介入の運営、立案や実施に関わったもの(コアリンクスタッフ)全員を対象としてインタビュー調査を行った。用いられたおもな質問は、「ツールで役に立った(立たなかった)ものはありますか。それはどうしてですか」であった。内容分析の技法に従って、逐語録化したテキストから、ツールに関する体験・評価とその理由を表現している部分を意味単位として抽出しコードをつけ、意味内容の類似性・相違性からカテゴリーを形成し、頻度を算出した²⁰⁾。

分析は緩和ケア医師(TM)と看護師(YN)が独立して行い、議論して一致させた。カテゴリーを【】、データ(発言)を[]で示す。

結果

① 配布数

4 地域すべてにおいて 2,000 部以上発送されたものはステップ緩和ケア、これからの過ごし方についてであった(図 1)。「ステップ緩和ケアムービー」「オピオイドの導入、突出痛のパンフレット」「生活のしやすさに関する質問票」は 1-2 地域で 2,000 部以上発送された。

② 質問紙調査

医師 1,763 名、看護師 3,156 名が対象となり、それぞれ、846 名(48%)、2,609 名(83%)から回答を得た。医師 706 名、看護師 2,236 名が有効回答であった。

使用頻度として最も多かったものは、「ステップ緩和ケア」であり、医師の 45%、看護師の 37%が使用したことがあると回答した(表 1)。パンフレット・評価ツールは、看護師の 26%、医師の 19%が使用したことがあると回答した。一方、「ステップ緩和ケアムービー」、OPTIM プロジェクトのホームページ、「わたしのカルテ」を使用したことがあると回答したものはいずれも 20%以下であった。使用頻度は、医師・看護師とも年間

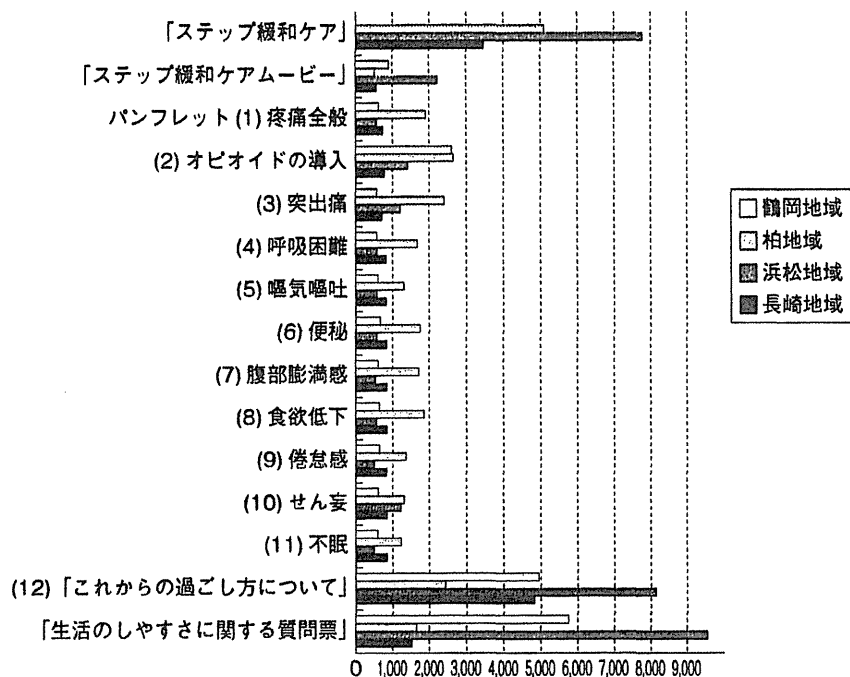


図1 ツールの配布数

表1 質問紙調査によるツールの使用頻度

	「ステップ緩和ケア」	パンフレット・評価ツール*	「ステップ緩和ケアムービー」	OPTIMプロジェクトのホームページ	「わたしのカルテ」
医師 (n=706)					
使用した	45% (n=312)	19% (n=132)	8% (n=57)	12% (n=81)	14% (n=96)
見たことがある	30% (n=205)	38% (n=259)	24% (n=163)	26% (n=176)	37% (n=255)
見たことがない	25% (n=170)	43% (n=296)	68% (n=467)	63% (n=430)	49% (n=336)
看護師 (n=2,236)					
使用した	37% (n=811)	26% (n=563)	6% (n=127)	6% (n=137)	16% (n=345)
見たことがある	32% (n=701)	27% (n=596)	18% (n=391)	17% (n=362)	33% (n=728)
見たことがない	31% (n=680)	47% (n=1,032)	76% (n=1,670)	77% (n=1,691)	51% (n=1,119)

*患者・家族向けパンフレット、生活のしやすさに関する質問票

のがん診療患者数が10名以上のもので10名未満のものに比べて有意に多く、看護師では臨床経験が10年以上のもので10年未満のものに比べて有意に多かった (data not shown)。医師の臨床経験では、差がなかった。

③ インタビュー調査

103名が対象となり、全員が承諾したが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。録音時間は135 ± 39分であった。該当する回答のあったものは80名で、鶴岡13名、柏22名、浜松23名、長崎22名であった。職種は、病院看護師19名、訪問看護師・診療所・施設看護師17名、病院医師13名、診療所医師8名、保険薬局薬剤師6名、病院薬剤師5名、介護支援専門員5名、医療ソーシャルワーカー・事務職4名、その他3名であった。

最も多く述べられたことは、【経験や職種に限らず、地域での共通認識がもてる】【あいまいに経験的にしていたことが自信

をもってできる】ことであった(表2)。ツール別では、「ステップ緩和ケア」と「これからの過ごし方について」の肯定的な評価と体験が聞かれた。パンフレットは、疼痛、せん妄を使用した体験が述べられた。「生活のしやすさに関する質問票」は鶴岡地域と浜松地域の一部で継続使用されたと述べられた。「疼痛の評価シート」については述べられなかった。

【経験や職種に限らず、地域での共通認識がもてる】

地域全体で同じツールを利用していることの価値が【共通言語】【共通の教科書】【ベース】【共通のツール】と表現された。同じ施設の同職種間、多職種間、異なる施設、異なる経験の医療福祉従事者間で同じツールを用いることで、コミュニケーションをとりやすくなることが述べられた。

【それぞれの医者がバラバラの治療というより、一貫した同じ緩和ケアを提供できる場所では、「ステップ緩和ケア」は非常に有効なツールになった。みんなが見ながら、これが効かなければ、次はこうと、経験の少ないスタッフでも同じように。

表2 教育ツールに関するインタビュー調査

	n
教育ツールについて	
【経験や職種に限らず、地域での共通認識がもてる】	27
【セミナーや事例検討と連動することでより役立つ】	5
【がん以外にも応用できる】	2
「ステップ緩和ケア」について	
【活用されている】	20
【必要な項目が網羅されている】	18
【内容が凝集されていて、携帯できる】	16
【具体的で、実践的である】	10
【緩和ケアチーム活動の助けになる】	5
【字が小さい】	2
「ステップ緩和ケアムービー」について	
【一目瞭然である】	11
パンフレット(症状別)について	
【説明しやすく、説得力がある】	14
【患者のためのものだが、自分の知識の整理になる】	9
【説明内容が残るのがよい】	8
【利用しにくい】	6
【登場人物が重症な病人である】	1
「これからの過ごし方について」	
【あいまいに経験的にしていたことが自信をもってできる】	27
【家族の安心や準備につながる】	25
【口頭で説明しにくいことが絵で分かりやすい】	20
【渡す時期が難しい】	10
【家族全員で共通の認識をもてる】	5
【渡して終わりではなく、渡した後のケアが重要である】	4
【データに基づいているので説得力がある】	2
「生活のしやすさの質問票」について	
【運用が難しく、工夫が必要である】	10
【患者の希望を知るきっかけになる】	8
【患者の反応はさまざまである】	8
【多職種チームが関わるきっかけになる】	3
【患者の症状が数値で客観的に分かる】	2
【運用はしないが、聞き方や概念が参考になる】	2

在宅であまり緩和ケアに携わってなかった先生も継続して提供できるところで、みんなが同じものを持っているのは大きかった] (病院医師 097)

【電話で薬を変えようかって、先生もどうするって看護師に聞く場合もある。私たちも根拠ないものはいえないんで、これに書いてありますって、私たちがじゃなくて、この本に書いてありますっていうかたちで先生とお話することがありました。そういう意味ですごい使わせていただいています】(訪問看護師 020)

1) 「ステップ緩和ケア」

「ステップ緩和ケア」の特徴として述べられたことは、①疼痛だけでなく、また症状だけでなく、臨床場面で出会うことが網羅されていること(【必要な項目が網羅されている】)、②内容がコンパクトにまとめられていて、病院内では白衣のポケットに在宅では往診・訪問鞆に入れて携帯できること(【内容が

凝集されていて、携帯できる】)、③アルゴリズム、コンサルテーションの基準、薬品名・投与量、具体的なケアの方法などが明確に詳しく記載されていること(【具体的で、実践的である】)、が挙げられた。

内容として良かったものとして、せん妄、呼吸困難がしばしば挙げられた。また、緩和ケアチームの活動をするうえで、個々の推奨を記載しなくてもよくなり効率が良くなることや、診療の後ろ盾になるという点で、【緩和ケアチーム活動の助けになる】ことが語られた。「ステップ緩和ケアムービー」の利点としては、【一目瞭然である】ことが語られ、特に持続皮下注射、看取りの時期や症状評価のコミュニケーションについて挙げたものが多かった(表3)。

2) パンフレット

パンフレットについては、図や具体的な数字も入っているの【説明しやすく、説得力がある】という意見と、【利用しに

表3 「ステップ緩和ケア」とパンフレットに関する評価

1. 「ステップ緩和ケア」
<p>【必要な項目が網羅されている】</p> <p>【現場でよく遭遇することは、たいてい書かれています。ものすごく詳しくはもちろん書かれてはいないけど、ちゃんと網羅されていて、分かりやすく書かれています。患者さんが困っている。どうしたらいいか困ってる医療者がいて、こういうふうに見えるから(たいていのことに対応できる)] (病院医師, 062)</p> <p>【せん妄の激しいケースを初めて経験した時は、本当にもう「ステップ緩和ケア」をなめるように、非常に役立って、ちゃんと教科書通りに、本当に教科書通りステップでやったんですけど、そしたら、本当にちゃんと教科書通りになんかなくてくださったのでとても自信ができました】 (診療所医師, 071)</p>
<p>【内容が凝集されていて、携帯できる】</p> <p>【ポケットへ入るんです。A4サイズになると、なかなか持っていけない。このサイズは良いと思います。このサイズでつめられた情報量は非常に効率良く、質良くつめていただいた】 (病院医師, 034)</p> <p>【みんな持ってバッグに入れてます。ポケットサイズが持ち運びやすいし、確認がその場でできる。病院だったらその場で聞ける人もいますし、そこで調べることもできるんですけど、(訪問に)行った時に調べるってなかなかできないんで、これ1冊持ってると確認になる】 (訪問看護師, 020)</p>
<p>【具体的で、実践的である】</p> <p>【処方箋が書いてあるのはすごい。これを使うっていても、どう処方すればいいかがこれだとすぐ出てくる。こういう薬が良いらしいではなく、少なめから初めてくださいじゃなく、何ミリから始めてくださいと書いてある。忙しい中でも、調べて後でやりましょうじゃなく、その場でもう解決できる】 (診療所医師, 005)</p> <p>【本はいろんなことが書かれていますけど、細かくは書かれてない。麻薬はありますけれどみたいな、今までが、事細かくきちっと分かれて、これとこれを足せばうまくこういうふうに助かるよという部分が事細かく書かれている。一般(病院)にいる私にしてみたら目から鱗でした】 (診療所看護師, 023)</p>
<p>【緩和ケアチーム活動の助けになる】</p> <p>【主治医の先生に鎮痛補助薬の使い方を伝える時、前は全部カルテにこうやって書いてたんですけど、これの何ページを見てみたいなかたちで書くと通じるようになって、主治医が自信をもってできる】 (病院医師, 062)</p> <p>【有名な教科書を調べたり、インターネットで調べたりって、本当にいいか分からない。やったことはないから、本当にいいのかわからない。「ステップ緩和ケア」は言い方は悪いですけど、親方日の丸、いいはずだっていう後ろ盾として非常に良い】 (病院医師, 007)</p>
<p>【一目瞭然である】</p> <p>【手技が載ってるのが一番です。こうやればいいって文章で書いてあっても、やっぱり不安で、みんなスタッフも、実際に手技が載っている動画があるのがすごく安心。初めてやる時に、こう刺せばいいんだとか、この辺りへ刺せばいいんだとか、そういうのが一番助かりました】 (病院薬剤師, 021)</p> <p>【看取りのケアに関しては、いついつの時期になったらそういう話をしていきたいなのが入ってて、視覚的に、目に見えて、もう見えるので、目で動いているのを見るのと机の上で勉強するのでは全然違う。自分たちに自信が入ってくる、リアルさというか、実感できるのが良かった】 (医療ソーシャルワーカー, 027)</p>
2. パンフレット
<p>【説明しやすく、説得力がある】</p> <p>【患者さんが困ってる。こういう時はこうですよって書かれている。呼吸の苦しい時、排便コントロールとか、実践向けで書かれてることが、(看護師である)私たち向けじゃなくて患者さん用なのでそのまま使えて一番分かりやすい】 (訪問看護師, 020)</p> <p>【活字になってることで患者さんの納得の度合、信用の度合いが違ってくる。口で言うだけだと、麻薬使っても別に中毒になりませんよと言っても、「本当？」って、500人に1人以下ですと書いてあると、「本当だ」みたいな感じ】 (病院医師, 018)</p> <p>【本当にせん妄については、あるのとないのとでえらい違いです。気が触れたとか認知症になったって、そういう意識が(家族にある)。せん妄がこうこうこうですよって言って渡すと、ずうっと20~30分読んでいる人がいらっしやるんです。「せん妄がよくなくなってきましたね」って言うと、別に慌てないんですよ。パンフレットを渡す前と比べると全然慌てなくて、ちゃんと理解してくださって。言葉で言うだけでは伝わらないところが、目に見えるかたちで繰り返して読めるところはいい】 (病院医師, 062)</p>
<p>【患者のためのものだが、自分の知識の整理になる】</p> <p>【みんなに使うのはなかなか難しい。状況によって、ただ、こういう言い方がいいとか参考にしてみました。言葉って難しいですよ、こういう言い回しがいいんじゃないかと(自分で参考にする)意味では非常に使えるものだった】 (薬局薬剤師, 055)</p>
<p>【説明内容が残るのがよい】</p> <p>【いろいろお話をしますけど、姿勢の工夫とか環境の整備とかちょっとしたアドバイスは、耳で聞いててもなかなか記憶に残らない。(パンフレットがあると)「あ、そうやった、こういうふうにする方がいいんだね」と(残りやすい)】 (病院看護師, 033)</p>

表4 「これからの過ごし方について」の評価

<p>【あいまいに、経験的にしていたことが自信をもってできる】</p> <p>〔10年選手ですと今まで体験として(していたこと)を、若いナースもパンフレットがあることでこういうことが予想されますよって言いやすくなった。今までは経験したから言える看護師としての体験として伝えてただけのことが、(根拠をもって)しやすくなった〕(病院看護師, 080)</p> <p>〔渡すことで、自分たちもこういうことをちゃんと押さえて話をしたり聞いたりしていかなきゃいけないのが分かる。自分たちの心構えにもなってる。(今まで)それぞれの力でやってたけど、確かめることができた、自信をもつことになった〕(訪問看護師, 100)</p>
<p>【家族の安心や準備につながる】</p> <p>〔変わっていく変化が絵で描いてあるので、慌てない。割と落ち着いて、最後まで落ち着いていられるところがあります。状況を冷静に過ごせる、ちゃんとその通り、落ち着いて〕(介護支援専門員, 099)</p> <p>〔点滴について言葉で言っても「ええ?」とか思われる時、見ていただいて、点滴せずに亡くなった方で「すごい楽に最後まで見ることができた」って言ったご主人がいました。「良かれと思ってやったことが逆だったんだっていうことが分かってすごい良かった」、と〕(訪問看護師, 006)</p> <p>〔喉がごろごろする時、喘鳴。その時にこれは自然な経過の1つなんですよ、と絵を見て(対応すると)、「こういうことがあるんだ」って言われてました。「そうなんだ、自然のことですね」って理解いただいたことがあります〕(診療所看護師, 036)</p>
<p>【口頭で説明しにくいことが絵で分かりやすい】</p> <p>〔今までは説明の文章をつくってはいたんですけど、なかなか口で説明するだけでは家族の方も理解しにくかった。(パンフレットで)説明して、後になってじっくり読んで、お会いした時、「最後はこんなふうな感じだった、こうだった」だと(おっしゃる方も多いので)すごく有効だったと感じます〕(訪問看護師, 051)</p>
<p>【家族全員で共通の認識をもてる】</p> <p>〔「本当にこういうふうだったんだ、これがあるって、分かりやすくて。家族以外の親戚にも見てもらって、こういうふうに進んでいくんだよって、家族が親戚の方に説明できてみんなで見守れた」っていう言葉が聞かれた〕(訪問看護師, 049)</p>
<p>【データに基づいているので説得力がある】</p> <p>〔緩和ケアに限らず患者さん向けのリーフレットをよくつくるけど、たいていは個人的な経験、どこかの本に載っていた内容を書いたり、そういうもの。すごいなと思ったのはしっかり調査された内容をベースにつくられている。数字が必要なところはしっかり数字が。実際に患者さんとご家族が言われていることをベースにつくられている。一般的に、患者さんに説明するものをつくる時、こうした方がいいと思うところが出てくると思うんです。そうではなくて、本当に必要としている情報を提供するなら、実際に聞くことをやったらうえで、どういうことを説明するべきかを考えていく、確かに一番有効だろうと改めて思いました〕(病院医師, 062)</p>
<p>【渡す時期が難しい】</p> <p>〔渡すタイミングが難しく、なかなか統一は難しい。早すぎても家族が最後って思ってもないこともあったり、あまり具合が悪くなってからでも遅すぎるとか。渡すタイミングがすごい悩んで〕(病院看護師, 047)</p>
<p>【渡して終わりではなく、渡した後のケアが重要である】</p> <p>〔無造作に渡してゴミに捨てられたり家族が怒ったりしたケースもあった。こんなことを書いてあるのを渡された、ちゃんとした説明もなくポンと渡されて。自分がこれを見せながら話をして腹を立てられたことはないです〕(病院医師, 056)</p> <p>〔始めはぎょっとするみたいだけでも、たいていある程度経験のあるスタッフが、この言葉や話の説明を加えてるんで、「え? こんなことも」っていうのもスッと比較的受け入れてもらえたようです〕(病院看護師, 033)</p>

くい」という意見とがあった。後者のおもな理由としては、①検査など、その患者に必要でない情報があるので余計に不安になる可能性がある、②パンフレット自体を使うことが手間である、③すでに利用しているものがある、が挙げられた。1名の栄養士が、登場人物がすべてパジャマを着ており、重症の病人をイメージさせることを比較的状态の良い患者から指摘された体験を述べた。

【患者のためのものだが、自分の知識の整理になる】ことと、口頭では残らない説明内容が残るので後で読み返すなどできる(【説明内容が残るのがよい】)ことが挙げられた。特に、せん妄での有用性に言及したものが多かった(表3)。

3) 「これからの過ごし方について」

「これからの過ごし方について」は、良い体験として、【あ

いまに、経験的にしていたことが自信をもってできる】、死亡までの経過、死前喘鳴、輸液、家族がしてもいいことが分かることによって【家族の安心や準備につながる】、絵が豊富なので【口頭で説明しにくいことが絵で分かりやすい】、医療者が直接説明していない家族に説明を受けた家族が説明するなど【家族全員で共通の認識をもてる】【データに基づいているので説得力がある】ことが語られた。一方、運用として、遅すぎもせず早すぎもせず【渡す時期が難しい】ことや、ただ渡すだけではかえって家族のケアにはならず【渡して終わりではなく、渡した後のケアが重要である】ことが語られた(表4)。

4) 「生活のしやすさの質問票」

「生活のしやすさの質問票」については、運用されている施設では【患者の希望を知るきっかけになる】、臨床心理士や緩

和ケアチーム、リハビリテーションなどの【多職種チームが関わるきっかけになる】、症状の強さが分かることで【患者の症状が数値で客観的に分かる】、といった効果が語られた。

【意外に何も言わなくても悩んでいる方がたくさんいらしたので、私たちも何か発見しやすい、きっかけになると分かりました。たとえば、毎日結構痛いって言う方も、実はこういうこともつらかったんだって分かるきっかけになったこともあります。巡視で寝てると思っても、「横になってるだけで寝てない」と言われる方もあった。気持ちのつらさが半分の方は、ちょっと注意して、書いてくださったのをきっかけにこちらとしても声かけがすごくしやすかった。何もなく聞くより、書いてくれた理由を聞くほうが聞きやすかった】(病院看護師, 085)

一方、【運用が難しく、工夫が必要である】【患者の反応はさまざまである】ことも多く語られた。難しさとしては、①高齢の患者は書けない・気持ちのつらさが書きにくいなど記入自体の難しさ、②書いても医師が対応しなければ患者ががっかりする、③外来で看護師が関わる人員的余裕がないと医師では対応しきれない、④面倒さや負担から書くことを望まない・医師に遠慮して本当の心配は書けない、など患者が希望しないことが挙げられた。

工夫としては、①書ける人だけでもいいと思ってゆるやかに運用する、②医師に対応してもらるように看護師が間に入るようにする、③日曜日など患者が少ない時に慣れているスタッフだけで行う、④聞き取りで行う、⑤一度ではかえって分かりにくいので外来化学療法室などで、繰り返して使う、⑥うまく対応できた事例を共有して看護師の意欲を維持する、⑦形式を簡単にすること、などが挙げられた。

考 察

OPTIM プロジェクトで作成した地域共通のツールのうち、最も利用されたものは「ステップ緩和ケア」であった。利用された要因として、緩和ケアの知識が向上するのみならず、地域全体の多職種の共通言語として利用され、円滑な連携が実現できることが認識されたためであると考えられた。内容面では、緩和ケアに関わることが網羅されており、コンパクトで持ち歩けて、具体的に実践的であることが利用につながったと推測された。「ステップ緩和ケアムービー」は、利用頻度そのものは全体では低かったが、持続皮下注射やコミュニケーションなど、視覚情報として伝えた方がより理解しやすい内容を知ることにより有用であった。

「これからの過ごし方について」のパンフレットもよく用いられた。利用された理由として、これまで経験的に行われていたが構造化したツールがなかったこと、口頭で説明することが難しく絵で理解できること、が理由と考えられた。家族への影響として、パンフレットをただ渡すだけではなく丁寧に対応することで、家族の安心や準備に貢献している印象が述べられた。これは、多施設で行われた遺族調査でも同様の知見が得られている²¹⁾。本研究では渡す時期に関する難しさが述べられたが、遺族調査では「もっと早く渡してほしかった」との意見も多かったことから²¹⁾、今後、渡す時期を含めた運用方法を検討する研究を行う必要がある。

一方、症状ごとのパンフレットや評価ツールはある程度は利

用され、説明しやすく説得力がある、説明内容が残る、患者の希望を知るきっかけとなるなどの意見があったが、運用上の困難も示唆された。この理由として、すでに各施設で使用されているものがある、ツールを利用する時間や人員がないこと、パンフレットが情報提供ではなく患者の個別に合わせた患者教育のツールであるという認識が普及できなかったことが考えられた。

これらの知見は、カナダ・オンタリオ州での経験と一致している¹⁰⁾。すなわち、地域緩和ケアプロジェクトで最も有用と判断されたツールはマニュアルで、使用が簡便な Palliative Performance Scale のような評価ツールが共通言語として意思疎通に役立った。一方、Edmonton Symptom Assessment System のような複雑な評価ツールは、既存のものとの整合性や利用する労力が十分に確保されないなどのために、あまり有用とは評価されなかった。

本研究の限界として、職種別の検討を行わなかったこと、地域ごとの配布数の差をもたらした要因について調査できなかったことが挙げられる。

以上より、地域共通のツールは、緩和ケアの知識の向上に加えて、共通言語となることにより地域緩和ケアの向上に貢献すると考えられる。利用されるツールの条件は、①コンパクトで持ち歩け、網羅的・具体的・実践的なマニュアル、②視覚情報として伝えた方がより理解しやすい内容に関するムービー、③経験的に行われているが構造化したマテリアルがない領域のパンフレット(看取り、せん妄など)、④トレーニングや時間・労力を必要とせず使用が可能、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「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) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 2007; 10: 390-9.
- 2) 江口研二, 森田達也, 宮下光令. 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. 日本医師会, 2008.3. [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080903_3.pdf]
- 3) Farmer AP, Légaré F, Turcot L, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3): CD004398.
- 4) Alvarez MP, Agra Y. Systematic review of educational interventions in palliative care for primary care physicians. *Palliat Med* 2006; 20: 673-83.
- 5) Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2): CD003030.
- 6) O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD000409.
- 7) Goldberg GR, Morrison RS. Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. *J Clin Oncol* 2007; 25:

- 1792-801.
- 8) Allard P, Maunsell E, Labbé J, et al. Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *J Palliat Med* 2001; 4: 191-203.
 - 9) Fainsinger RL, Bruera E, MacMillan K. Innovative palliative care in Edmonton. *Can Fam Physician* 1997; 43: 1983-6, 1989-92.
 - 10) Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C, et al. Development, implementation, and process evaluation of a regional palliative care quality improvement project. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 483-95.
 - 11) 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.
 - 12) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 2.
 - 13) 厚生労働科学研究 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』[<http://www.gankanwa.jp/>]
 - 14) 大谷弘行. エビデンスに基づいた看取りのケア—看取りの支援小冊子の紹介. *臨看* 2010; 36: 1869-81.
 - 15) 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* 2005; 29: 91-9.
 - 16) Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al. Japanese version of the MD Anderson Symptom inventory: a validation study. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 1093-104.
 - 17) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). *Palliat Support Care* 2004; 2: 379-85.
 - 18) 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.
 - 19) 森田達也, 井村千鶴, 野末よし子, 他. 地域緩和ケアプロジェクトに参加した医療福祉従事者がもっとも大きいと体験すること: OPTIM-study. *Palliat Care Res*, in press.
 - 20) 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)
 - 21) 大谷弘行, 森田達也, 松尾直樹, 他. 「看取りのパンフレット」を用いた終末期せん妄のケアに対する遺族評価: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集. 2011; 274.
-
- 著者の申告すべき利益相反なし



How work community-standard palliative care manuals, patient education tools, and assessment tools? : OPTIM-study

Yoshiyuki Kizwa¹⁾, Megumi Umeda²⁾, Takuya Shinjo³⁾, Kazue Ishigamori²⁾,
Shinichiro Okuyama⁴⁾, Hiroya Kinoshita⁵⁾, Yutaka Shirahige⁶⁾,
Chizuru Imura⁷⁾, Yoshiko Nozue⁷⁾ and Tatsuya Morita⁸⁾

1) Division of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, 2) Palliative Care Partners,
3) Palliative Care Unit, Shakaihoken Kobe Central Hospital, 4) Department of Anesthesiology, Tsuruoka
Municipal Shonai Hospital, 5) Department of Palliative Medicine and Psycho-Oncology, National Cancer
Center Hospital, East, 6) Shirahige Clinic, 7) Hamamatsu Cancer Support Center, Seirei Mikatahara General
Hospital, 8) Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital

The aim of the present study was to examine the current use of a palliative care manual, brochures for patients, and assessment tools designed for the regional intervention study. A questionnaire survey (706 physicians and 2,236 nurses) and interviews (80 health care professionals) were conducted. The tools health care professionals most frequently used were the manual and brochures for families of imminently dying patients. Health care professionals experienced [shared understanding as a region level despite the clinical experience and specialty] and [increased confidence in palliative care they had practiced without clear evidence]. The manual were positively evaluated because they "cover all necessary information", "come in an easy-to-carry-around size", and "provide specific and practical advice". Health care professionals valued the brochures for families of imminently dying patients, because illustrations were very helpful as oral explanation was difficult. This study suggests that the manual and brochures for families of imminently dying patients could serve to improve region-based palliative care.
Palliat Care Res 2012; 7(2): 172-84

Key words: palliative care, community, education, tools

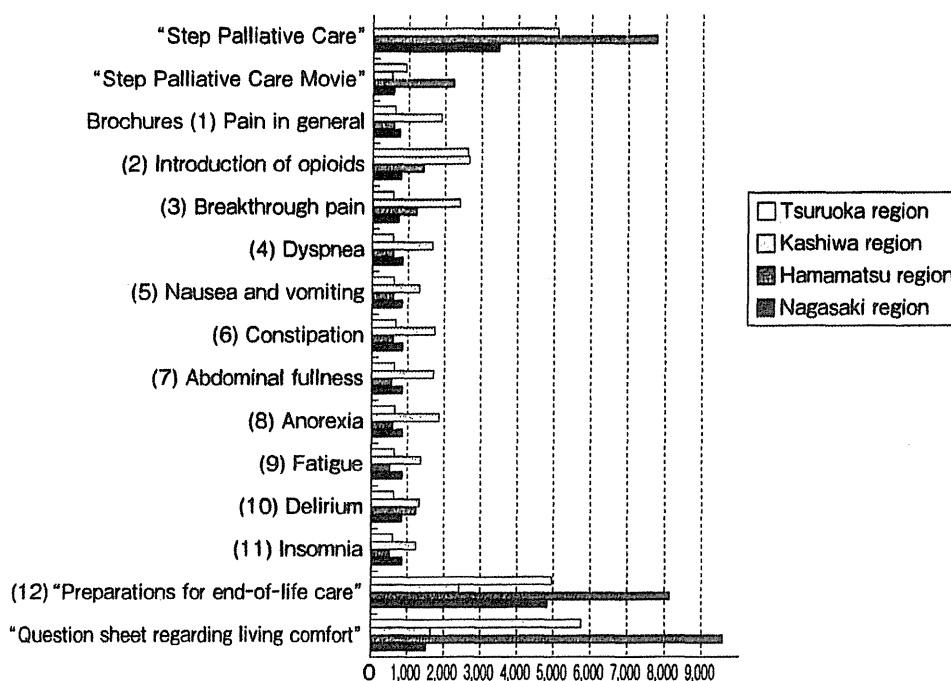


Fig. 1 The numbers of tools distributed/requested

Table 1 Opportunities to use tools - from the results of a questionnaire survey

	"Step Palliative Care"	Brochures for patients/ Assessment tool *	"Step Palliative Care Movie"	Website of the OPTIM project	"My Medical Chart"
Physicians (n=706)					
I have used it	45% (n=312)	19% (n=132)	8% (n=57)	12% (n=81)	14% (n=96)
I have seen it	30% (n=205)	38% (n=259)	24% (n=163)	26% (n=176)	37% (n=255)
I have never seen it	25% (n=170)	43% (n=296)	68% (n=467)	63% (n=430)	49% (n=336)
Nurses (n=2,236)					
I have used it	37% (n=811)	26% (n=563)	6% (n=127)	6% (n=137)	16% (n=345)
I have seen it	32% (n=701)	27% (n=596)	18% (n=391)	17% (n=362)	33% (n=728)
I have never seen it	31% (n=680)	47% (n=1,032)	76% (n=1,670)	77% (n=1,691)	51% (n=1,119)

*Brochures for patients/Preparations for End-of-Life Care/A question sheet regarding living comfort

Table 2 The results of an interview survey regarding educational tools

	n
[Educational tools]	
[They promote shared understanding in the community regardless of experience and profession]	27
[More effective when introduced in seminars and discussions of case examples]	5
[Application in areas other than cancer care]	2
["Step Palliative Care"]	
[Most hospital staff use it]	20
[Necessary information is covered]	18
[An easy-to-carry-around size including condensed, valuable information]	16
[Specific and practical]	10
[Useful for palliative care team activities]	5
[Written with small characters]	2
["Step Palliative Care Movie"]	
[Advantage of images and movies]	11
[Brochures for patients]	
[They are useful and convincing when explaining to patients]	14
[Although they are designed for patients, they also help me review my knowledge]	9
[Patients remember what are described]	8
[It is difficult to use them]	6
[Characters are ill persons]	1
["Preparations for end-of-life care"]	
[I was able to conduct procedures with confidence without relying on only experience]	27
[Helping families achieve a sense of reassurance and prepare]	25
[Illustrations were helpful when it was difficult to explain to patients]	20
[Difficult to determine the appropriate time to hand over a brochure]	10
[Common understanding among family members]	5
[You should not just give a brochure and leave. Caring for families is important]	4
[Validity and persuasiveness based on data]	2
["Question sheet regarding living comfort"]	
[As it is difficult to operate it, considerations are required]	10
[It allows us to learn patients' requests and wishes]	8
[The responses of patients varied]	8
[It motivates Inter-professional teams]	3
[Symptoms of patients are expressed as numbers in an objective manner]	2
[Although I do not plan to operate it, its questions and concept are useful]	2

Table 3 Assessment of "Step Palliative Care" and brochures for patients

1. "Step Palliative Care"

[Necessary information is covered]

"This material covers a wide variety of cases that often occur in clinical settings. Although they are summaries, descriptions of numerous cases are provided, and they are easy to understand. It is very useful because it presents very specific examples and advice for health professionals." (Hospital physician, 062)

"When I treated a patient with severe delirium for the first time, I read the "Step Palliative Care" repeatedly, and conducted procedures step by step as instructed in it. It was very useful and helped me develop confidence." (Clinic physician, 071)

[An easy-to-carry-around size including condensed, valuable information]

"The manual is small enough to fit in your pocket, unlike an A4-sized one, and you can carry it around. Nevertheless, it includes a large amount of quality information." (Hospital physician, 034)

"All my colleagues have this manual in their bag. Coming in a pocket size, it is easy to carry around, and you can refer to it wherever you go. If you are in the hospital, you can ask someone or do a search. This is very helpful when you visit patients." (Home visit nurse, 020)

[Specific and practical]

"I am impressed that it describes prescription examples. Most manuals state only the names of recommended drugs and that the first dose should be small, and you will have to look it up and determine it on your own. This manual specifies the first dose and provides solutions." (Clinic physician, 005)

"Other books do not provide detailed information, only stating: "Narcotic drugs may be effective", for example. This manual describes therapeutic methods using specific drugs. As a nurse working in a clinic, I was very impressed." (Clinic nurse, 023)

[Useful for palliative care team activities]

"When instructing an attending physician on the use of analgesic adjuvants, I used to write down specific procedures on a medical chart. Now, I can add, "Also refer to Page XX of this manual", and attending physicians conduct procedures with confidence." (Hospital physician, 062)

"I suspect that information provided in renowned textbooks and on the Internet is reliable. I am not sure whether they are really effective because I have not tried them before. However, 'Step Palliative Care' is reliable as it is government-initiated." (Hospital physician, 007)

[Advantage of images and movies]

"Videos of procedures are provided in the 'Step Palliative Care Movie'. Staff, myself included, had not been assured using manuals with only texts. Prior to conducting specific procedures for the first time, we learn how to perform them while watching movies. It was very helpful." (Hospital pharmacist, 021)

"A video provides advice regarding end-of-life care and an appropriate time to explain it to the families of patients. There is much difference between learning from these visual materials and just reading books. Videos of procedures are as real as those in actual settings, and learning using them provides us with a sense of confidence." (Medical social worker, 027)

2. Brochures

[Easy-to-understand and convincing]

"Specific situations encountered in clinical practice, e.g., dyspnea and bowel control, and solutions are presented. As the brochure was originally written for patients, not for us (nurses), it is very useful and easy-to-understand." (Home-visit nurse, 020)

"Printed materials such as this brochure effectively convince patients. It is difficult for us to put them at ease by only providing a verbal explanation: "A narcotic medicine will not cause intoxication". Reading a description: "only less than one in five hundred people", they would feel reassured." (Hospital physician, 018)

"The brochure makes a significant difference when providing the family of a patient with an explanation of delirium. Without it, family members would become confused, thinking that the patient has developed a mental disorder or dementia. I give them the brochure, saying, "It is a symptom of delirium, as described here", and they read it carefully - 20 to 30 minutes in some cases. Family members who have received and read the brochure would not become upset. They clearly understand my explanation: "There has been an improvement in the symptom of delirium". It is difficult for them to understand only by listening to an explanation. They can read this visual material any time and repeatedly." (Hospital physician, 062)

[The brochure, designed for patients, also helps me organize my knowledge]

"What is described in this brochure may not apply to all patients, depending on the situation. It helps me provide explanations to patients and their families because choosing and using appropriate words can be very difficult. In this sense, it was very useful." (Pharmacist, 055)

[Patients and families remember explanations]

"As a nurse, I often provide family members with explanations. However, it is difficult for them to remember pieces of advice regarding the posture of a patient and environmental arrangement. What they learned while looking at the brochure remains in their memory, and they can easily remember instructions and advice described in it." (Hospital nurse, 033)

Table 4 Assessment of "Preparations for end-of-life care"

[I was able to conduct procedures with confidence without relying on only experience]

"I have been working as a nurse for ten years, and I sometimes conducted procedures without knowing why they were necessary. Using the brochure as evidence, I was able to explain, with confidence, about expected outcomes and reasons to young nurses." (Hospital nurse, 080)

"I realized that we are required to completely understand what is written in the brochure before explaining and listening to the families of patients. It also helped me prepare for end-of-life care, review my work, and build my confidence." (Home-visit nurse, 100)

[Helping families achieve a sense of reassurance and prepare]

"Illustrations in the brochure show changes patients go through in their last hours. It helped families stay calm and deal with the situation while holding their composure." (Care manager, 099)

"Using the brochure with illustrations, it was easier to explain about infusions to the families of patients. A family member said, 'My wife did not suffer at all in her last hours. I realized that something done with good intentions could produce an undesirable result.' " (Home-visit nurse, 006)

"When wheezing, or a death rattle, occurred in a patient, I explained that it was a normal phenomenon to his/her family, showing them an illustration. Then, they said, 'We understand. This is not unusual, is it?'" (Clinic nurse, 036)

[Illustrations were helpful when it was difficult to explain to patients]

"Existing brochures included few illustrations, and the families of patients often had difficulty understanding our explanations. As for the new brochure, several families carefully read it after listening to an explanation. A family member told me, 'What is written here about the last hours of a patient was true'. I think that the brochure is useful." (Home-visit nurse, 051)

[Common understanding among family members]

"A family member told me, 'The patient in his/her last hours was exactly as described in the brochure. It helped us explain to relatives and improved their understanding of the procedures' ". (Home-visit nurse, 049)

[Validity and persuasiveness based on data]

"Although our hospital sometimes prepares palliative care and other leaflets for patients, they usually contain what individual physicians and nurses experienced and citations from the literature. I was impressed to know that the brochure is based on survey results, numerical data, and the opinions of patients and their families. In general, only the views of health professionals are reflected in these leaflets for patients. However, to provide patients with information that they really require, it is important to listen to them and consider what the leaflet should describe." (Hospital physician, 062)

[Difficult to determine the appropriate time to hand over a brochure]

"It is difficult to determine the appropriate time to hand a brochure to the families of patients. It may vary from family to family. Some families may believe that the patients will not pass away soon. On the other hand, if I present it to family members at the last minute, they may become confused. It is really difficult to determine the timing." (Hospital nurse, 047)

[You should not just give a brochure and leave. Caring for families is important]

"You are not supposed to hand over a brochure to the family of a patient without providing a detailed explanation. Some family members threw it away or became angry, saying, 'Hospital staff gave me this awful stuff without explaining what it is for'. From my experience, family members do not become angry if you explain to them what is written in it." (Hospital physician, 056)

"At first, they appeared to become frightened. However, after listening to an explanation of terms and procedures, with which most families had been unfamiliar, provided by experienced staff, they eventually understood." (Hospital nurse, 033)

地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が最も大きいと体験すること: OPTIM-study

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, 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 2011年1月11日 / 改訂日 2012年5月14日 / 受理日 2012年6月15日

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムの参加者にとって「最も大きかった」と体験されたことを明らかにすることである。緩和ケアの地域介入が実施された地域において中心的に関わった101名を対象としたインタビュー調査を行い、96名から回答が得られた。最も大きかったことは、【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】(n=61; [つながりができた] [連携の大切さを知った] など)、【緩和ケアの知識と技術が向上した】(n=18; [知識とサポートがあることで自信をもって対応できた] など)、【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】(n=10)、【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】(n=4)、【自分の役割に役立つ体験ができたこと】(n=2)、【患者・家族の満足が得られた】(n=1)であった。地域緩和ケアプログラムの最も大きい影響は連携の促進、次に、緩和ケアの知識と技術の向上である。
Palliat Care Res 2012; 7(2): 209-17

Key words: 緩和ケア, 地域, 在宅ケア, 連携

緒言

わが国では、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⁾。これらの地域緩和ケアプログラムでは、医療者対象の教育、地域緩和ケアチームや緩和ケア病棟の設置、地域の統一したトリアージセンターを含む複合介入が行われた。地域緩和ケアの介入研究のアウトカムとしては、患者の療養・死亡場所を含むquality of lifeや家族の満足度などが用いられるが⁹⁻¹³⁾、プロセスに関する研究では参加者に最も意味があったと認識されることに「ネットワークの構築」があることが示唆されている⁵⁻⁸⁾。

地域緩和ケアプログラムのどのようなことが参加者にとって意味があったと認識されるかについて洞察を得ることは、実際に地域緩和ケアプログラムを施行する際のプログラムを設定する時に役立つと考えられる。一方、わが国では、各地域で地域緩和ケア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参加者にとって、「最も大きかった」と体験されたことを明らかにすることである。最終的な目的は、それによって、地域緩和ケアプログラムに求められていること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, 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^{14, 15)}。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、これまでに明らかにされている緩和ケアのバリア(医療者の知識・技術の不足, 患者・家族の緩和ケアについての知識の不足, 緩和ケア専門家の不足, 地域での多職種連携の不足)が改善することを目的として策定された¹⁵⁾。

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各地域で介入を担当した

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 地域緩和ケアプログラムに参加したことで一番大きかったこと

	n
1. 【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】	61
【つながりができた】	51
【連携の大切さを知った】	6
【専門家と協働する体験・体制ができた】	4
2. 【緩和ケアの知識と技術が向上した】	18
【知識とサポートがあることで自信をもって対応できた】	7
【緩和ケアは末期のことだけではないと思うようになった】	4
【緩和ケアの新しい知識を得た】	4
【患者の価値観や意思を大事にするようになった】	3
3. 【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】	10
【自分のやりがいや価値を見出した】	3
【(薬剤師としての) 役割が分かった】	2
【(病院医師・看護師として) 自宅での生活を考えるようになった】	2
【(緩和ケア認定看護師として) 地域を支える役割を自覚した】	2
【(がん治療を担当する医師として) 死を考えた診療をするようになった】	1
4. 【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】	4
5. 【自分の役割に役立つ体験ができた】	2
6. 【患者・家族の満足が得られた】	1

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。インタビュー調査の主目的は、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ことである。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「最も大きなこと」、⑤推奨、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。「最も大きなこと」とは、プロジェクトの参加者にとって、プロジェクトに参加したことで最も大きかった、意味があった、価値があったと感じられたことと概念化した。質問は、「プロジェクトに参加したことで一番大きかったことはなんですか」を用いた。

対象者は「各地域において介入の運営、立案や実施に関わった者」全員であり、地域の責任者が同定した。面接は、看護師2名が緩和ケア領域の研究経験の豊富な医師と緩和ケア認定看護師のスーパービジョンを受けて行った。時期は介入最終年度後半(2010年10月～2011年3月)に行った。合計103名が対象となり、全員が調査を承諾したが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。

5名で時間の都合やインタビュー施行者の意図的でない理由(聞き忘れ)によって該当する質問が行われなかったため、96名を分析対象とした。内容分析の技法に従って、逐語録化したテキストから「プロジェクトに参加したことで最も大きかったこと、意味があったこと、価値があったこと」を表現している部分にコードをつけ、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¹⁶⁾。1つの回答を分析単位とし、1つの回答に2つの意味を含む場合も1つの単位として扱い、サブカテゴリーごとの度数を計算した。サブカテゴリーを[], カテゴリーを【 】、データ(発言)を「」で示した。

頻度の多かったカテゴリー2つについて、地域、勤務場所(病院 vs. 診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局など病院以外)、職種(医師・看護師・薬剤師などの医療職 vs. 介護支援専門員・医療ソーシャルワーカーなどの福祉職)の頻度を χ^2 検定(Fisherの直接法)で比較した。計算はIBM SPSS Statics 19を使用した。

結果

対象となった96名の職種は、病院看護師26名、訪問看護師・診療所・施設看護師18名、病院医師12名、診療所医師9名、介護支援専門員7名、保険薬局薬剤師8名、病院薬剤師5名、医療ソーシャルワーカー5名、栄養士2名、作業療法士1名、病院事務職1名、地域包括支援センター職員(介護支援専門員)1名、行政保健師1名であった。臨床経験の中央値は20年(3～40年)で、85名が10年以上であった。地域は、鶴岡地域14名、柏地域27名、浜松地域44名、長崎地域11名であった。

最も大きかったこととして、96名中61名(64%、[95%信頼区間: 53, 73])が【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】を挙げ、18名(19%、[12, 28])が【緩和ケアの知識と技術が向上した】、10名(10%、[6, 18])が【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】を挙げた。4名(4%、[2, 10])は【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】と回答し、2名(2%、[1, 7])が【自分の役割に役立つ体験ができた】、1名(1%、[0, 6])が【患者・家族の満足が得られた】と回答した(表1)。

【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】【緩和ケアの知識と技術が向上した】の頻度は、地域、勤務場所により有意な差はなかったが、福祉職では前者が、医療職では後者が多い傾向にあった(表2)。

表2 地域、勤務場所、職種による差

	ネットワークが増え、連携の重要性を実感した	p	緩和ケアの知識・技術が向上した	p
地域		0.41		0.26
鶴岡地域 (n=14)	79% (n=11)		21% (n= 3)	
柏地域 (n=27)	59% (n=16)		26% (n= 7)	
浜松地域 (n=44)	64% (n=28)		23% (n=10)	
長崎地域 (n=11)	82% (n= 9)		9.1% (n= 1)	
勤務場所		0.39		0.68
病院 (n=51)	63% (n=32)		24% (n=12)	
地域* (n=45)	71% (n=32)		20% (n= 9)	
職種**		0.054		0.28
医師・看護師・薬剤師 (n=78)	62% (n=48)		24% (n=19)	
介護支援専門員・医療ソーシャルワーカー (n=13)	92% (n=12)		7.7% (n= 1)	

*診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局など病院以外の施設

**表記した以外の職種があるため合計が96にならない

【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】

51名が、[つながりができた]ことを最も大きなこととして述べた。[つながりができた]ことは、「ネットワーク」「多職種の連携」「多職種の方とつながり」「資源者との関係」「人との出会い」「いろいろな人と知り合えた」「顔見知りになる」「顔の見える関係」「顔の見える仲間」「ひと」「コネクション」「人脈」などと表現された。

[つながりができた]こととその良かった影響として、相談先が増える、実際に解決につながる、顔が分かるだけで安心して声をかけやすくなる、患者に具体的に紹介できる、患者の情報が連続したものになる、患者に対応するうえで重要なちょっとしたことがやりとりできる、正式な場所ではなくついでに開ける機会がある、生の声が聞ける、地域全体で解決策を探すようになる、地域全体のネットワークの基盤になることといった仕事上の効果のほかに、1人ではない負担感が和らぐ、病院と地域間・医療と福祉間の心理的な壁が取り払われることといった精神的な効果が語られた(表3)。精神的な効果は、「励まされた」「楽しいと思える」「同じ思いでいられる」「一緒にできる」「守ってくれる人がいる」「孤独ではない」「安心できる」などと表現された。

つながりをつくるためのきっかけとしては、多くの対象者がプログラムの設置した多職種で行ったグループワークを挙げ、このような機会がなければ日常の臨床では出会う機会がないことが語られた。

「(大きいことは)いろいろな人と知り合えたこと。(通常の)研修へ行っても受けるだけです。一緒に話をしたりはあまりないです。1人ずつ発言はあっても、グループワークとかはない。ましてや多職種となるとさらさない。話し合う機会があったのがその後の仕事のしやすさにつながってる」(訪問看護師, 011)

「OPTIM がなければ、紹介状だけのやりとりだったかもしれないです。早い段階で顔見知りになれました。スタッフが一堂に会することはないですから」(病院医師, 062)

3名はネットワークが増えることそのものよりも、チームで協働することの重要性そのものについて[連携の大切さを知

た]と述べた。

「一番大きかったこと、やっぱり連携です。職種はもちろん、看護師間でも、1つのことをやるには本当にもうみんなで連携しないと難しい。退院支援にしても、治療にしても全部、1人で抱えるのは負担になってしまうし知識もないので、連携の大切さは大きいと思います。1人じゃなく、経験と知識を合わせるとすごく大きくなるのを感じます」(病院看護師, 001)

「専門家と協働する体験・体制ができた」ことについて、アウトリーチプログラムを受けた看護師は専門家との協働による体験で知識に厚みが増えたことを述べ、在宅に移った患者を病院が共にフォローアップすることを経験した訪問看護師は患者のみならず医療者にとっての安心感を述べた。

「(緩和ケアの)先生の説明の仕方は一番大きかった。実際見させていただいてハアッというのと、患者さんにどう考えていったらいいか、すぐその場で答えを出してください。見てるだけ、聞いてるだけでも知識の積み重ねになって、(緩和ケア認定)看護師が事例を通してこの時はこういうやり方もありますと知識として入ったのは、すごく大きかった」(訪問看護師, 068)

「在宅を支える中に、入院元の病院も関わっていただくのはすごく大きかった。その後フォローもしていただいているのは、本当に、患者さんと家族の方だけでなく、すべての方にとってすごく大きいと思っています」(訪問看護師, 050)

【緩和ケアの知識と技術が向上した】

【緩和ケアの知識と技術が向上した】こととして、系統づけられたマニュアルや緩和ケアセミナーを通じて、これまでに経験的に行っていたことの根拠や裏づけを知ることで自信をもって行えるようになったことが述べられた。

「一番大きいこと、患者さんと向き合えるようになったと思います。表面的にやったことと理由と裏づけが分かってきた。スキルを実際に見たり聞いたり、やってみて自分のものになってきている。少し自信ないのはそういうところだと気づけた」(病院看護師, 094)

「(大きいことは)がん患者さんに対する接し方が多少自信を

表3 [つながりができた] ことと影響

1. 相談先が増える	「一番大きかったのは、いろんな職種の方と知り合えたことです。つながりができたので、何か困った時にここに聞けばいいっていう、今後の仕事をしていくうえで、非常に強力な力、困ったらあそこに聞いたら多分こうなる、そういうのがたくさんできた」(保険薬局薬剤師, 055) 「人のつながりが増えたことが、一番大きかったと思います。病院職員なんてちっぽけな存在ですけど、地域の薬剤師さんにつながったり、ケアマネジャーさんにつながったり、診療所の先生とつながったりで、いろんな方につながると、いろんな知識が(増える)。平日頃から聞ける人が増えたことは、ちっぽけだった人がいろんな頼れる仲間がいることで力がついたような感覚になります」(医療ソーシャルワーカー, 044)
2. 実際に解決につながる	「一番私ที่ได้大きいのは、つながりです。つながりは大きい。多職種がつながれることがすごく大きくて、つながっていることで実際の場面で問題解決につながることができるところが大きい」(介護支援専門員, 099)
3. 顔が分かるだけで安心して声をかけやすくなる	「先生とお顔は見てても、どうお話ししたらいいかわからないので、なかなか声を、いつもお世話になってますって声すらかけづらい。何回か顔見知りになるとご挨拶できるっていう違いがある」(訪問看護師, 048)
4. 患者に具体的に紹介できる	「一番大きかったのは、直接会ってお話ができる機会が得られたのは大きいと思います。私が患者さんでも、紹介してくれる先生ってどういう人なんだろうって不安はあると思うんですけど、紹介する人が知っているよ、お願いしたことがあるよって言葉1つで、安心になる。すごく大きな財産になったと思います」(医療ソーシャルワーカー, 026)
5. 患者の情報が連続したものになる	「一番大きいのは、自分の施設以外の人たちと知り合えたこと。自分が見てる患者さんがほかに行った時、こんなこと言ってたよとか、今こんな状況ですよと情報をもらえる。今までだと細切れの情報しかなかった(ことの)抜けてる部分を捕える。途切れてしまってた情報が、連続した情報に変わった」(病院医師, 097)
6. 患者に対応するうえで重要なちょっとしたことがやりとりできる	「ちょっと難しい患者さん、性格で。訪問看護師さんもどう接したらいいのかわからない。でも、それはこういうことだから、こういう思いでこうしてたからそうになっていると思うよって伝えることができる」(病院看護師, 093)
7. 正式な場所でなく、ついでに聞ける機会がある	「(大きいのは)いろんな職種の人と顔見知りになれたことです。少人数グループでお話する機会をずいぶん設けていただったので、帰る道すがらで話をしたり、ちょっとした機会がもてるようになったのが大きかった。学校みたいなキチッと正式なルートで話をすると、ちゃんとしたことしか聞けないですけど、(ついでに)話をするとこんなことも知らないのってことも聞ける」(病院薬剤師, 021)
8. 生の声が聞ける	「〇〇病院だとこうするって新しい方法を知ることができる。全国のネットワークでも知ることはできるけど、『正直効きませんよ』とか『ちょっといまいちだと思っ』ってなかなか言えないでしょう。でも、身近で使ってる人たちがいるとダイレクトな感触が聞けるので良い」(病院医師, 101)
9. 地域全体で解決策を探すようになる	「自分の病院だけで考えるんじゃなくて、地域のほかの在宅とかホスピスとか、全体として考えていく印象ができた。(地域には)いろんな取り組みをしているところがある、うちではできないことをやってみることを聞いたんで、うちだけで解決できないのは分かっていたんですけど、実感として感じられた」(医療ソーシャルワーカー, 092)
10. 地域全体のネットワークの基盤になる	「地域の問題って緩和のことだけじゃないわけです。救急とか認知症の介護の問題とかいろんな問題の中で仕事をしているので、(OPTIM が)きっかけでそれぞれの人たちが携わっていることとか困っていることを知ることができる。がん以外のことでも、地域の医療を良くする取り組みやすさに大きな影響がある」(病院医師, 056)
11. 1人ではない負担感が和らぐ	「自分自身のことなんですけど、ほかの病院とか地域の方々と交流できて、経験も浅いので情報を得たりつながりができたことが一番大きかったです。非常にありがたい、助かってるといっうか、心強いです」(緩和ケア認定看護師, 088)
12. 病院と地域間、医療と福祉間の心理的な壁が取り払われる	「医療スタッフのことも在宅スタッフのこともすごく理解が深められたことは良かったし、私の中でもあったかもしれない壁が少し取れたかもしれない」(介護支援専門員, 091) 「本当に分からない病院の人たちが研修にきたらすごくいるじゃないですか。意外とみんな気さくでフレンドリーで、雲の上の人じゃなかったっていう感覚。(名前は)知ってましたけど、こんなに砕けた先生だと思わなかったです。そういうことが大きかった。壁が取り払われたことがうれしくて、スタッフがいろんな先生、いろんな部署とできるようになったことがとても大きくてありがたかった」(訪問看護師, 065)

もってできることです。マニュアルができてから、ちょっと疑問をもったら必ずここに戻る。これを10年ぐらい前に一般の先生方が理解してたら、もっと良くなってた気はします。ある程度はみんな頭に入っているけど、システムだったマニュアルはあんまりなかった」(診療所医師, 003)

[緩和ケアは末期のことだけではないと思うようになった]ことは、患者に情報を提供する立場の医師や医療ソーシャルワーカーと、紹介を受けるホスピス病棟看護師との両方から述べられた。きっかけは研修と直接話をするのであった。

「緩和医療に関して、私自身間違った認識をもっておりましたので、考えを改めさせていただいたことと、新しい知識、緩和とは何かを非常に学ばせていただいています。相談員の立場とすれば情報提供するのが業務ですので、間違った知識を伝えるわけにはいきません。オプティムで教えていただいた情報、最新の情報が非常に大きい」(医療ソーシャルワーカー, 082)

「一番大きなことは、(ホスピスに)面談に来られる方の表情が違います。紹介して下さる方が言うてくださると思うんです。最後の場所より、今この時期にどこで過ごすかの選択肢としてホスピスがあるって、送る側にとってみては、(ホスピスで受けられる)ケアを研修とか連携の中で(徐々に知り合っているから)、自分の言葉で伝えてくださっているんじゃないでしょうか、そういう効果があったと思います」(ホスピス病棟看護師, 032)

このほか、新しいツールなどを通じて[緩和ケアの新しい知識を得た]ことや、患者の個別性に配慮して[患者の価値観や意思を大事にするようになった]ことが挙げられた。

「一番大きかったのは、在宅で看取りをする方への援助の仕方。これ『これからの過ごし方について』ですね。どう準備していくか、自分の中で整理ができて、この時期だからやること、今やるのが、以前より整理できて、的確になったと思います」(病院看護師, 078)

「一番大きいこと。患者さんのニーズに向き合うことが、症状にしても心にしても看取りにしても療養先にしてもまずは大切なこと、そこが一番学べたこと。本当に人それぞれ違う。深いところまで思いを聞かないと本当にしたいことがうまく提供できない、それが一番の学び」(病院看護師, 085)

【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】

4名は連携と緩和ケアの知識・技術それぞれが関係し合っていることを【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】と述べた。

「一番かどろかは分からない。大きく2つ感じるのが、1つは連携。チーム医療は絶対に連携がとても必要で、オプティムのいろいろ(なプログラム)が連携にすぐつながっている。もう1つが知識、技術。自分自身の知識もあるけど、周りの人にどう活かしてもらおうか、どうつなげていくか」(病院看護師, 083)

【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】

プログラムに関わることで、[自分のやりがいや価値を見出した]ことが一番大きかったと3名が述べた。特に、薬剤師は他の職種と関わることで求められている[役割が分かった]ことを挙げた。

「自分のこれからの仕事を決められたことです。向いてる仕

事って気づかせてくれた。自分はこうやって大丈夫って与えてくれたことが最も大きかった部分です。そういう仕事に巡り会えた、実感できた」(診療所医師, 005)

「一番大きい(ことは、)多職種の方とつながりをもてて、薬剤師って何をすべきか、根本的なことをしっかり考えるきっかけになったのが一番かと。自分が何をしなくちゃいけないのか、患者さんにどう責任をもつべきか、ちょっとあやふやな部分がしっかりもてる方向になってきた」(保険薬局薬剤師, 054)

また、病院医師・看護師は地域のスタッフと関わることで[自宅での生活を考えるようになった]ことを述べ、緩和ケア認定看護師は患者1人ひとりに対するケアの質を考えるだけでなく地域全体の緩和ケアを向上させる[地域を支える役割を自覚した]ことを述べた。

「大きなこと。最初からここ(病院)でしか働いていないから、井の中の蛙になってたと思うので、在宅を考えるきっかけになったというのが一番です」(病院医師, 067)

「視野を広げなければいけない。今まで個の(緩和ケアの)質の向上を目指していたんですけど、標準(的な緩和ケア)の均てん化の意味の大きさをすごく感じる。目の前にいる人だけではなくて、もっともっと地域の役割が専門領域で働く人間としては求められていると気づいた」(緩和ケア認定看護師, 058)

【自分の役割に役立つ体験ができた】としては、退院支援看護師が退院支援・調整プログラムを導入した体験を、行政保健師が地域でのプロジェクトの進め方の体験が一番大きかったこととして述べた。また、1名が直接【患者・家族の満足が得られた】ことを大きかったこととして挙げた。

考 察

本研究では、地域緩和ケアプログラムの参加者が体験した「最も大きかったこと」が明らかにされた。

最も重要な知見は、地域、勤務場所、職種を問わず、96名中61名がネットワーク・連携に関わることを最も大きなこととして挙げたことである。これは当初の介入の意図が緩和ケアの知識・技術の向上を含む4領域が均等に目的とされていたことと対照的であったが、Gold Standard Frameworkをはじめとするわが国以外の各国の地域緩和ケアプログラムの評価とも非常によく一致している⁵⁻⁸⁾。Gold Standard Frameworkの概念的枠組みで最も基盤となるものとして、地域の医療福祉従事者間のネットワークの確保(C1: communication)が挙げられているように、地域緩和ケアプログラムにまず求められること、効果として認識されるのは、「地域内での医療福祉従事者間のコミュニケーションの改善」であると考えられる。これは、OPTIMプロジェクトの医療者を対象とした質問紙調査の分析や1地域で行われた複数の研究の結果とも一致している¹⁷⁻²⁰⁾。すなわち、地域を対象とした緩和ケアプログラムを行う場合にまず念頭に置かなければならないことは、地域単位でのネットワークであり、ネットワークを増やすような介入方法、特に多職種での少人数ずつのグループワークや事例検討を用いることが有用であることが強く示唆される。

次に、大きかったと認識されたことは、緩和ケアの知識と技術の向上であった。これは介入目的からして当然であるが、本

研究から示唆された重要な知見は、それまであいまいであった緩和ケアが目に見えるものとして構造化して提供されたことにより、自信をもって対応できたと多くの参加者が述べたことである。地域への緩和ケアの知識と技術の普及では、緩和ケアの内容を「学習しうるものとして構造化して提供する」ことが重要であると考えられる。対象者の職種で大きかったと体験することが異なっていたことは、福祉職は特にネットワーク・連携を、医療職はネットワーク・連携に加えて緩和ケアの知識と技術に関心があることを反映していると考えられる。

興味深いのは、プロジェクトの体験を個人の生活史や職業の役割の上に位置づけた参加者も少なくなかった。多職種との協働やこれまでに体験していなかった幅広い経験によって、個人の人生での役割や価値を認識したり、専門職としての位置づけを洞察することができたと述べられた。これらは、アウトカム研究では測定することが難しい領域であるが、個人的な認識が地域緩和ケアプログラムを維持するための動機に関わるため重要であると考えられる。

本研究の限界として、OPTIM 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への効果を評価するものではない。解釈は他の研究と合わせて行う必要がある。

以上より、地域緩和ケアプログラムの参加者に最も大きく感じられることは、連携の促進、次に、緩和ケアの知識と技術の向上であると考えられる。少人数での多職種でのグループワーク・事例検討会と、構造化されて目に見えるものとして提供される緩和ケアの教育プログラムが両輪の手段とな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「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. IX. 各地域におけるがん対策基本法の前後の取り組み—1. 緩和ケアに対する高知県の取り組み. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 51-4.
- 2) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—1. 東京都における在宅緩和ケアの連携. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 77-80.
- 3) 加藤恒夫. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—2. 岡山市における緩和ケアの地域連携—緩和ケア岡山モデル. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 81-7.
- 4) 片山 壽. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—3. 尾道市における在宅緩和ケアと地域医療連携. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会 編. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 88-94.
- 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) Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 888-93.
- 10) Ringdal GI, Jordhøy MS, Kaasa S. Family satisfaction with end-of-life care for cancer patients in a cluster randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 53-63.
- 11) Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, et al. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 2001; 19: 3884-94.
- 12) Fassbender K, Fainsinger R, Brenneis C, et al. Utilization and costs of the introduction of system-wide palliative care in Alberta, 1993-2000. *Palliat Med* 2005; 19: 513-20.
- 13) Dudgeon DJ, Knott C, Eichholz M, et al. Palliative Care Integration Project (PCIP) quality improvement strategy evaluation. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 573-82.
- 14) 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.
- 15) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 2.
- 16) 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)
- 17) 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
- 18) 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* 2009; 30: 1553-63.
- 19) 清原恵美, 井村千鶴, 梨田えり子, 他. 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. *死の臨床* 2011; 34: 110-5.
- 20) 井村千鶴, 藤本亘史, 野末よし子, 他. 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. *癌と化学療法* 2010; 37: 863-70.

著者の申告すべき利益相反なし

Original Research

What is the greatest impact of the regional palliative care program?: the OPTIM-study

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) Department of Discharge Planning and Community Coordination, Tsuruoka Municipal Shonai Hospital, 5) Department of Palliative Medicine, National Cancer Center Hospital, East, 6) Department of Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital, East, 7) Shirahige Clinic, 8) Nagasaki City Medical Association, Nagasaki Cancer Support Center, 9) Division of Medical Oncology, Teikyo University School of Medicine

The purpose of this study was to identify the greatest impact of the regional palliative care program on community health care professionals. Interviews were conducted involving 101 people who became involved in the intervention program implemented in 4 areas across Japan, and 96 valid responses were collected. The following were cited as the greatest impact: [I developed a network of people, and realized the importance of collaboration] (n=61; "I was able to develop an interpersonal relationship" and "Now I understand the significance of collaboration"), [My knowledge and skills regarding palliative care were improved] (n=18; "Knowledge and support helped me respond to patients with confidence" and "I have come to think that there is more to palliative care than terminal care"), [I rediscovered my role through a wide variety of experiences] (n=10), [Both collaboration and palliative knowledge/skills meant a lot to me] (n=4), [What I experienced in this program will help me play my role] (n=2), and [Patients and their families became satisfied] (n=1). The community palliative care program was most effective in facilitating collaboration, and helped participants develop knowledge and skills concerning palliative care.
Palliat Care Res 2012; 7(2): 209-17

Key words: palliative care, community, home care, linkage

Table 1 Experiences that meant most to participants in the community palliative care project

	n
1. [I developed a network of people, and realized the importance of collaboration]	61
[I was able to develop an interpersonal relationship]	51
[Now I understand the significance of collaboration]	6
[I collaborated with other health professionals, and a collaborative system was established]	4
2. [My knowledge and skills regarding palliative care were improved]	18
[Knowledge and support helped me respond to patients with confidence]	7
[I have come to think that there is more to palliative care than terminal care]	4
[I acquired knowledge concerning palliative care]	4
[I have come to respect patients' values and intentions]	3
3. [I rediscovered my role through a wide variety of experiences]	10
[I identified a worthy challenge and my values]	3
[I realized my role (as a pharmacist)]	2
[I have come to review my lifestyle at home (as a hospital physician and nurse)]	2
[I realized my role to support community care (as a certified palliative care nurse)]	2
[I have come to think about the issue of death (as a physician in charge of cancer care)]	1
4. [Both collaboration and palliative knowledge/skills meant a lot to me]	4
5. [What I experienced in this program will help me play my role]	2
6. [Patients and their families became satisfied]	1