

ネットワーキングを密にすることによって専門家へのいろいろなレベルでのアクセスを構築する (Palliative care specialists), ③一方向性の知識の伝達ではなく, 病院の医療者も在宅医療を知ることができるように, 緩和ケアに関するその地域で行なわれている情報や技術を伝えあう (Teaching the essence of palliative care), ④広範囲な普及啓発は労力に見合う効果が得られにくいと考えられるため, より対象を絞って希望する患者・患者に近い医療者への情報提供を行なう (Information to patients and medical professionals close to patients), ⑤連携の課題の解決する多様な枠組みの構築 (Modifying resources in the community) を行なうことが必要である。同職種間, 多職種間の多様なネットワークが変化しながら地域を網目のようにカバーすることがまずは必要である。OPTIM-study では, OPTIMIZE strategy の手順や地域緩和ケアの組織構築を行なうマネジメントについてもまとめている⁵⁾。

ネットワーキングの価値は, おそらく, 緩和ケアに留まらない。一人一人がもつ情報量が著しく多く変化が速くなっている現代では, 散発的に開催される「〇〇審議会」や「〇〇協議会」による効果は限定されている。日常的に行なわれているさまざまなネットワーキングが, 自動的により広範囲なネットワーキングになる枠組みが必要であるだろう (図6)。

OPTIM プロジェクトは, これまで「エビデンス」がほとんどなしに行なわれてきたわが国の緩

和ケア政策に判断を行なうための基盤となる情報を与えるものである。今後, OPTIM レポートを検討の基盤として, 他の研究知見もあわせながら, 根拠にもとづいた政策決定・制度設計 (evidence-based policy) が評価可能なかたちで行なわれることを期待したい。

注

本原稿は, 筆者の執筆時点での個人的な見解を述べたものであり, OPTIM-study の正式な見解ではありません。正式な見解はOPTIM レポート2012 (2013年3月公開予定) をご覧ください⁵⁾。

文 献

- 1) Yamagishi A et al: Palliative care in Japan : current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care*, 25 (5) : 412-418, 2008.
- 2) Morita T et al: A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach : Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care*, 11 : 2, 2012.
- 3) Craig P et al: Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337 : a1655, 2008.
- 4) Shaw KL et al: Review : improving end-of-life care : a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med*, 24 (3) : 317-329, 2010.
- 5) <http://gankanwa.umin.jp/index.html>

原著

「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発

森田 達也¹⁾, 井村 千鶴²⁾

1) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科, 2) 同 浜松がんサポートセンター

受付日 2012 年 8 月 30 日 / 改訂日 2012 年 9 月 12 日 / 受理日 2012 年 9 月 21 日

本研究の目的は、緩和ケアに関する地域連携を評価する評価尺度の信頼性・妥当性を検証することである。476 名の医療福祉従事者を対象として 25 項目からなる「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」を開発した。内的一貫性は良好であった。因子分析により 7 因子 (他の施設の関係者と気軽にやりとりできる, 地域の他の職種の役割が分かる, 地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる, など) が同定された。Palliative care Difficulties Scale の地域連携に関する困難感と有意な逆相関が認められた。地域連携の全般的評価, 多施設多職種対象の研修会の参加回数, 困った時のサポートとなる人の数, 地域での臨床経験年数との間に有意な関連があった。「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」は、緩和ケアに関する地域連携を評価する尺度となりうることが示唆された。

Palliat Care Res 2013; 8(1): 116-26

Key words: 緩和ケア, 連携, 地域, 評価

背景・目的

緩和ケアの地域での普及が求められている¹⁾。地域を対象とした緩和ケアでは、個々の症状緩和についての知識・技術の向上と同じように、あるいは、それ以上に、地域の医療福祉従事者間の連携を促進することが最も重要な課題であることが示されている²⁻⁸⁾。したがって、緩和ケアに関する地域の医療福祉従事者間の連携の程度を評価する方法が必要であるが、国内外においてこのような評価尺度はほとんどない⁹⁻¹¹⁾。カナダで行われた系統的レビューでは、継続性 (continuity) 概念の評価手段に関する研究から、1 患者あたりの治療の継続性について評価する手段はあるものの、同時に多職種が地域で関わる場合の連携を評価する手段は今のところないと結論づけた⁹⁾。

近年、患者の視点からの多職種連携を評価する尺度が提示されているが、患者による評価は地域全体での評価という点で実施可能性が課題となりうる¹⁰⁾。わが国で開発された Palliative care Difficulties Scale は、緩和ケアに関する医療者の困難感を定量することが可能であるが、地域連携に関する項目は 3 項目と少なく、地域全体の多職種での詳細な評価は目的とされていない¹¹⁾。したがって、地域の医療福祉従事者からみた連携を評価する尺度を開発することは意義があると考えられる。

本研究の目的は、がん緩和ケアに関する地域の医療福祉従事者間の連携を評価する評価尺度を開発し、信頼性・妥当性を検証することである。

対象・方法

評価尺度開発の標準的な方法に従った尺度開発を行った¹²⁾。

□「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」(プロトタイプ)の開発

測定概念は、「在宅で過ごすがん患者に関わる医療福祉従事者からみた連携の良さ」とした。

連携の概念枠組みは Leutz の概念的枠組みに従った¹³⁾。Leutz は、医学系論文のほとんどで連携 (integration, continuity, coordination, collaboration, partnership, linkage) が十分に概念化されずに使用されていることを指摘し、連携 (integration) を 3 つの水準に分けて概念化した。すなわち、治療・ケアや情報が完全に地域内で一元化されている「完全な集約」(full integration)、治療やケアは個々の施設で行われ情報が個々の施設が保有するが、どういう時にどこに受診するかなどのコーディネーションを行う明確な責任部署がある「コーディネーション」(coordination)、集約もコーディネーション機能も明確にはされていないが、地域のどこで何が行われているのかについての認識が共有されている「緩やかな連携」(linkage) の 3 つを区別した。本研究では、「緩やかな連携」(linkage) を評価の対象とした。また、環境と原疾患によって連携の評価が異なる可能性があると考え、対象を「在宅で過ごすがん患者」に限定した。

アイテムプールは、①連携に関する評価尺度の項目^{2-5, 9-11)}、②多職種を対象としたインタビュー調査、を基に作成した。前者では、「integration, continuity, coordination, collaboration, partnership, linkage」「palliative care, end-of-life, hospice, terminally ill, cancer, neoplasms」「region, community」を検索語として緩和ケア領域における地域医療福祉従事者の連携を評価する項目に関する文献を検索した。後者では、地域緩和ケアプログラムが行われた 1 地域での多職種 (医師, 看護師, 薬剤師, 介護支援専門員, 医療ソーシャルワーカー) を対象として、「在宅で過ごすがん患者に関わる時に連携が良い (良くない)」こととはどう

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

いうことかを質問した。質問内容は録音し、内容分析を行った。10名を目標にインタビューを開始したが、5名のインタビューが終了したところで語られる内容に新しいカテゴリーがみられなくなったため、調査を終了した。

以上をもとに、7つの下位尺度を想定した35項目の評価尺度(プロトタイプ)を作成した。作成後に、インタビュー調査の対象となった5名に重要な内容がすべて含まれているかを確認した。

② 調査対象・調査項目

1. 対 象

地域で開催された緩和ケアに関する講演会や研修会の参加者を対象として、匿名性、研究への参加が自由意思であることなどを口頭と文章で説明したうえで、評価尺度(プロトタイプ)の記載を依頼した。

2. 調査項目

「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」に加えて、①地域連携の全般的評価(「あなたの地域では在宅で過ごすがん患者に関わる医療福祉従事者の連携は良いと思いますが」に対して、「とても良い(1)」から「悪い(5)」の5段階)、②サポートの数(「あなたの地域で在宅で過ごすがん患者について困ったことがある時に、助けになってくれる人があなたの身の回りにはすぐに思いつくだけで何人いますか」に対する人数)、③Palliative care Difficulties Scaleの地域連携の困難感に関する下位尺度¹⁾、④多施設・多職種対象の研修会への過去3年間の参加回数(「1つの施設に限ったものではなく地域の複数施設から複数の職種の参加者があるカンファレンス・講演会・交流会」：なし、1回、2回、3～5回、6～9回、10回以上)、⑤属性(職種、地域での臨床経験年数)、を求めた。

Palliative care Difficulties Scaleは、がん緩和ケアを行ううえでの地域連携の困難感を、「病院、診療所、訪問看護ステーション、介護支援専門員などの間で情報共有が難しい」「がん患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい」「がん患者が在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション、介護支援専門員などの間でのカンファレンスがない」の3項目について、「思わない(1)」から「非常によく思う(5)」の5段階で質問するものである¹⁾。項目得点の平均値を尺度得点とするため、尺度得点は1点～5点を取り、得点が高い方が困難感が高いことを意味する。

③ 信頼性・妥当性の検証

1. 欠損値

15%以上の欠損値のある項目を除外する目的で、各項目の欠損値の度数分布を算出した。

2. 項目の確定

Promax回転による因子分析を行い、想定した7因子と固有値、スクリープロットの結果を参考に解釈可能ないくつかの因子構造を求めた。因子負荷量が0.6以下の項目と意味が重複する項目を削除し、7下位尺度25項目からなる「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」を作成した。

3. 信頼性

内的一貫性を評価するためにCronbachの α 係数を全体、および、下位尺度ごとに算出した。また、質問紙に回答した対象者のうち任意の20名に対して24時間期間をあけて同じ調査票

表1 対象者背景 (n=476)

	n
職種	
病院医師	16% (n=77)
診療所医師	4.8% (n=23)
病院看護師	43% (n=204)
訪問看護師	3.8% (n=18)
病院薬剤師	5.0% (n=24)
保険薬局薬剤師	2.3% (n=11)
介護支援専門員	6.3% (n=30)
その他*	12% (n=57)
地域での臨床経験年数	11.4 (8.6) 年
サポートの数	
0人	5.9% (n=28)
1～4人	30% (n=142)
5～10人	29% (n=137)
11人以上	9.7% (n=46)
地域での多施設多職種向け研修会	
参加したことがない	13% (n=63)
1回/3年間	6.9% (n=33)
2回	8.0% (n=38)
3～5回	20% (n=94)
6～9回	12% (n=59)
10回以上	28% (n=135)

欠損値のため、合計は100%にならない。

* 医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、地域包括支援センター職員、施設看護師、診療所看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、教員、栄養士、医療事務

の回答を依頼した。評定者内信頼度として、回答の一致度を合計得点の級内相関係数(intra-class correlations)で求めた。

4. 併存的妥当性

併存的妥当性について、Palliative care Difficulties Scaleと合計得点、各尺度得点との相関を順位相関係数(Spearmanの ρ)により評価した。

5. 基準関連妥当性

地域連携を評価するうえでの基準関連妥当性として明確なものはない。本研究では、基準関連妥当性として、地域連携の全般的評価を「とても良い」「良い」「どちらかといえばよい」「どちらかといえば悪い」「悪い」の3群にわけて、合計得点の平均値の比較を一元配置分散分析で行った。Post-hoc testとしては、Scheffe法を用いた。有意水準は0.01とした。

6. 既知集団妥当性

既知集団妥当性として、①多施設多職種対象の研修会の参加回数を「なし、1回(0～1回)」「2回、3～5回(2～5回)」「6～9回、10回以上(6回以上)」の3群に分けて、合計得点の平均値の比較を一元配置分散分析で行った。Post-hoc testとしては、Scheffe法を用いた。有意水準は0.01とした。②サポートの数が5人以上あるものと5人未満のものの2群に分けて、合計得点、各尺度得点を比較した。③地域での臨床経験年数が10年以上のものと10年未満のものの2群に分けて、合計得点、各尺度得点を比較した。

すべての統計解析は、IBM SPSS Statistics 19を用いて行った。

表2 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」(プロトタイプ)

項 目	因子負荷量
【他の施設の医療福祉従事者と気軽にやりとりができる】	
患者と一緒にみている他の施設の関係者に知りたいことを気軽に聞ける*	0.87
患者と一緒にみている他の施設の医師や看護師とやりとりができる	0.92
一緒にみている患者のことで連絡をとる時に、躊躇せずに連絡ができる*	0.92
一緒にみている患者のことで連絡のとりやすい時間や方法が分かる*	0.86
他の施設の関係者と情報交換が気軽にできる	0.82
【地域の他の職種の役割が分かる】	
在宅で過ごすがん患者にどんな職種が関わるかが分かる	0.85
がん患者に関わる職種(特に、訪問看護師、ケアマネジャー、保険薬局薬剤師)の一般的な役割がだいたい分かる*	0.84
がん患者に関わる、地域の他の職種の困っていることがだいたい分かる*	0.73
がん患者に関わる、自分以外の職種の動き方が実感をもって分かる*	0.61
【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】	
地域でがん患者に関わっている人の、名前と顔、考え方が分かる*	0.81
地域でがん患者に関わっている施設の理念や事情が分かる*	0.88
地域でがん患者に関わっている人の性格、つきあい方が分かる*	0.96
地域でがん患者に関わっている人たちの「顔の見える関係」があると思う	0.76
地域でがん患者に関わっている人たちについて、具体的に誰がどのような仕事をしているかだいたい分かる	0.77
地域でがん患者に関わっている人たちの顔を思い浮かべられる	0.69
【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】	
がん者に関わるいろんな多職種で直接会って話す機会がある*	0.79
普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある*	0.86
がん緩和ケアの地域連携に関する、もっていき場のない課題や気持ちを共有する場がある	0.96
がん緩和ケアの地域連携に関する、課題や困っていることを共有し話し合う機会がある*	0.93
【地域の相談できるネットワークがある】	
がん患者に関わることで、気軽に相談できる人がいる*	0.95
がん患者に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのかだいたい分かる*	0.97
がん患者に関わることで困った時には、まず電話してみようと思う人がいる*	0.90
がん患者に関わることで困った時に、相談しようかと思う選択肢がいろいろある	0.84
【地域のリソースが具体的に分かる】	
地域でがん患者を往診してくれる医師が分かる*	0.72
地域でがん患者をよくみている訪問看護ステーションが分かる*	0.78
地域でがん患者をよくみているケアマネジャーが分かる*	0.75
地域でがん患者の訪問服薬指導をよく行っている薬局がだいたい分かる*	0.73
地域でがん患者が利用できる介護サービスがだいたい分かる*	0.93
がん患者が利用できる地域の医療資源やサービスが分かる*	0.95
がん患者が利用できる地域の医療資源やサービスについて、具体的に患者や家族に説明できる*	0.84
【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携がよい】	
在宅に移行するがん患者の退院前カンファレンスが行えていると思う	0.96
退院や入院の時に、相手がどんな情報を必要としているかを考えて申し送りをしたり、情報提供を行ったりしている*	0.85
在宅に移行するがん患者については、退院時にカンファレンスや情報共有をしっかりと行っている*	0.98
退院するがん患者では、急に容体が変わった時の対応や連絡先を決めている*	0.84
がん患者の治療やケアについて、病院と地域で相談ができている	0.77

*最終の評価項目(25項目)として採用した項目。数値は各因子の因子負荷量を示す。複数のドメインに0.3以上の因子負荷量をもつ項目は、「がん患者に関わる、地域の他の職種の困っていることがだいたい分かる」「がん患者に関わる、自分以外の職種の動き方が実感をもって分かる」の2つであり、【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】への因子負荷量がそれぞれ0.36, 0.37であった。

結 果

延べ8回の講演会や研修会に参加した医療福祉従事者476名が対象となった。対象者の背景を表1に示す。対象の約40%

が病院看護師であった。

項目ごとの欠損値は11~13%で15%を超える項目はなかった。

因子分析の結果では、6因子または7因子が妥当と考えら

表3 度数分布, 内的一貫性と併存的妥当性

尺 度	平均 (標準偏差)	Cronbach の α	Palliative care Difficulties Scale との相関*
下位尺度			
他の施設の関係者と気軽にやりとりできる	2.8 (1.0)	0.88	-0.38
地域の他の職種の役割が分かる	3.1 (0.92)	0.86	-0.26
地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる	2.3 (1.0)	0.94	-0.32
地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	2.6 (1.0)	0.93	-0.36
地域の相談できるネットワークがある	3.0 (1.1)	0.94	-0.30
地域のリソースが具体的に分かる	2.8 (1.1)	0.95	-0.35
退院前カンファレンスなど病院と地域の連携が良い	3.1 (1.0)	0.90	-0.45
合計得点	2.8 (0.83)	0.97	-0.43

* Palliative care Difficulties Scale の地域連携に関する困難感の下位尺度との相関係数 (Spearman の ρ) を示す。すべて $p<0.001$

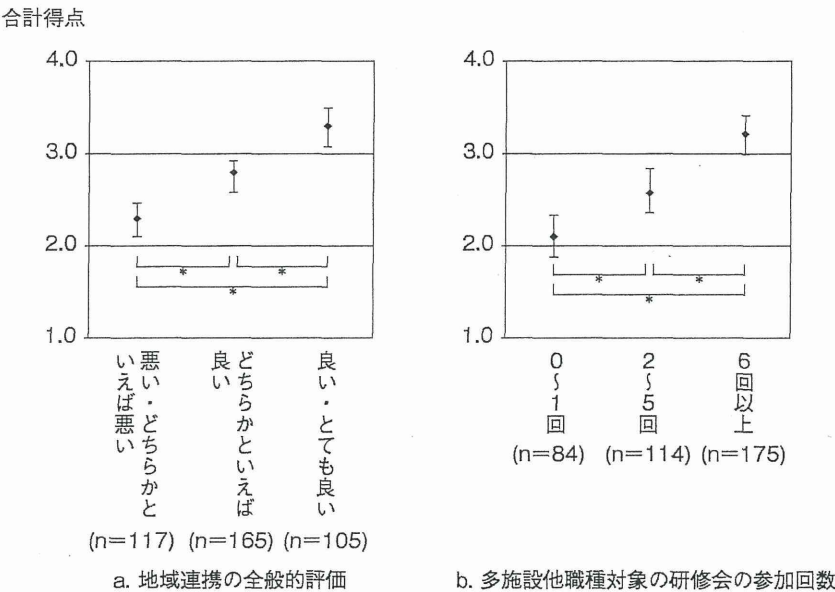


図1 地域連携の全般的評価と研修会参加回数との関連

* $p<0.001$

れ, より解釈がしやすかった7因子を採用した(表2). 7因子は, 「他の施設の関係者と気軽にやりとりできる」「地域の他の職種の役割が分かる」「地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」「地域の相談できるネットワークがある」「地域のリソースが具体的に分かる」「退院前カンファレンスなど病院と地域の連携が良い」とした. 因子負荷量や意味上の重複を検討し, 10項目を削除し7下位尺度25項目からなる「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」を作成した(採用した項目を表中に*で示す).

25項目の「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の内的一貫性は, 下位尺度ごと, 全体ともに Cronbach の α 係数が 0.86 以上であった(表3). 再試験法による合計得点の級内相関係数は 0.78 であった.

Palliative care Difficulties Scale の地域連携に関する困難感の

下位尺度との相関では, 「退院前カンファレンスなど病院と地域の連携が良い」下位尺度との相関が-0.45, 合計得点との相関が-0.43であった(表3). この他の下位尺度では, -0.30 前後の弱い逆相関がみられた.

基準関連妥当性として, 地域連携の全般的評価の3群間でいずれの群間にも合計得点に有意差がみられた($p<0.001$, 図1).

既知集団妥当性として, 多施設多職種対象の研修会の参加回数の3群間でいずれの群間にも合計得点に有意差がみられた($p<0.001$, 図1). また, サポートとなる人が5人以上いると回答した群では5人未満の群に比較して, すべての下位尺度と合計得点が有意に高く, 地域での臨床経験年数が10年以上の群では未満の群に比較して, 4つの下位尺度と合計得点が有意に高かった(表4).

表 4 既知集団妥当性

尺 度	サポートの数			地域での臨床経験年数		
	<5 人 (n=170)	≥5 人 (n=183)	p	<10 年 (n=167)	≥10 年 (n=196)	p
下位尺度						
他の施設の関係者と気軽にやりとりできる	2.4±0.91	3.3±0.87	<0.001	2.5±1.0	3.0±1.0	<0.001
地域の他の職種の役割が分かる	2.8±0.93	3.6±0.77	<0.001	2.9±0.95	3.3±0.86	0.001
地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる	1.9±0.90	2.8±0.90	<0.001	2.0±1.0	2.5±1.0	<0.001
地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	2.1±0.97	3.1±0.92	<0.001	2.5±1.1	2.7±1.1	0.044
地域の相談できるネットワークがある	2.7±1.1	3.7±0.88	<0.001	2.9±1.1	3.2±1.1	0.016
地域のリソースが具体的に分かる	2.3±0.97	3.9±0.90	<0.001	2.6±1.1	2.9±1.1	0.010
退院前カンファレンスなど病院と地域の連携が良い	2.8±1.0	3.5±0.86	<0.001	3.0±1.0	3.1±1.0	0.27
合計得点	2.4±0.70	3.3±0.66	<0.001	2.6±0.82	2.9±0.84	0.001

考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、地域の医療福祉従事者からみた緩和ケアの地域連携の良さを定量する評価尺度を開発したわが国で初めての研究である。尺度特性としては、信頼性、因子妥当性、妥当性（併存的妥当性、基準関連妥当性、既知集団妥当性）の点からは十分であると考えられた。

因子妥当性としては、尺度概念を構築する際に設定した 7 因子構造が妥当と考えられた。7 因子とは、「他の施設の関係者と気軽にやりとりできる」「地域の他の職種の役割が分かる」「地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる」「地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」「地域の相談できるネットワークがある」「地域のリソースが具体的に分かる」「退院前カンファレンスなど病院と地域の連携が良い」である。これらを、本研究と同じ時期に行われた質的研究により抽出されたわが国の地域介入プログラムで生じた連携の変化と比較する^{13,14)}。

「連携の変化」として抽出された項目のうち、今回作成した評価尺度に対応する概念は、順に、①安心して相談ややりとりができるようになる、躊躇せずに相談ややりとりができるようになる、②互いの役割やその重要性が分かるようになる、③名前と顔、人となりが分かるようになる、互いの考え方や状況が分かるようになる、④みんなで集まる機会が増え、ついでに相談ややりとりができるようになる、正式な場所でなくついでに聞ける機会がある、⑤窓口や役割が分かるようになり、誰に相談すればよいかが分かるようになる、相談先が増える、⑥地域のリソースが分かり、患者に具体的に紹介できる、⑦退院前カンファレンスするようになる、緊急時の連絡先を決めておくようになる、である。すなわち、介入研究の結果として質的研究から示唆された変化の多くが今回作成した尺度に含まれていることから、今回の評価尺度は、感度の点からも地域の連携の変化を測定できる可能性が高いと考えられる。

一方、介入研究で生じた変化として抽出されたが今回評価尺度に含まれなかった概念としては、①生の声を聞き、本音のやりとりができる、②地域全体で解決策を探すようになる、地域全体を意識した緩和ケアの実践を考えるようになる、③ 1 人ではない負担感が和らぐ、連帯感・信頼感が高まる、④責任を

もった対応をするようになる（無理がきくようになる）、⑤同じことを繰り返すことで効率が良くなる、がある^{6,13)}。これらは、今後の尺度開発において追加や変更することが必要になる可能性があると考えられる。

併存的妥当性としては、緩和ケアに関する困難感との弱い逆相関が示された。Palliative care Difficulties Scale の地域連携に関する項目は、退院前カンファレンスや情報共有など病院と地域との連携を質問している。したがって、今回作成した尺度の「退院前カンファレンスなど病院と地域の連携が良い」下位尺度との相関は中程度であったが、この他の下位尺度とは相関はしたが程度は弱かった。これは、今回作成した尺度が、病院と地域間の連携にとどまらず、地域内の多様な連携を評価していることを示していると考えられる。すなわち、本尺度は、Palliative care Difficulties Scale の地域連携下位尺度よりも広範囲な地域連携の評価を行うことが可能であると考えられる。

基準関連妥当性として、地域の医療福祉従事者の地域連携に関する全般的評価の 3 段階を尺度合計得点が良く弁別できたことは、今後の尺度の利用の価値の高さを示唆するものである。すなわち、本尺度得点は、①理論値が 1～5 点で実際の平均値が 2.8 点（標準偏差 1 点）と天井効果もなく分布が正規分布に近い、②連続変数として扱える、③解釈可能な下位尺度を有していることから、緩和ケアの地域連携全般に加えて、より詳細な分析を計量的に行うことが可能である。また、既知集団妥当性の点からも、サポートの人数、地域での臨床経験年数に加えて、多施設・多職種対象の研修会の参加回数と明瞭な関連があった。

本研究にはいくつかの限界がある。設問を「在宅で過ごすがん患者」に限定したため、非がんや施設を含む地域全体の連携を評価する場合には信頼性・妥当性は確認されていない。対象者は任意の講演会や研修会に参加したものであり、地域の代表性のある集団とはいえない。対象者の多くが病院看護師であるため、施設の介護福祉職など対象者の背景が違う場合には調査項目の一部は妥当ではないかもしれない。

にもかかわらず、本研究で作成された「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」は緩和ケアに関する地域連携を評価する尺度として信頼性・妥当性の初めて確認された尺度である。今後、本研究を用いた観察的研究や介入研究、非がん患者・施設など

を含めた環境での有用性の研究などが可能である。

謝辞 本研究の一部は、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」によって行われた。本研究の考察を記載するうえで助言をいただいた国立がん研究センター東病院 小川朝生先生、日本赤十字看護大学 福井小紀子先生に感謝します。

文 献

- 1) 片山 壽 監著. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 篠原出版新社, 東京, 2008.
- 2) 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* 2010; 24: 317-29.
- 3) Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. *Aust J Rural Health* 2009; 17: 263-7.
- 4) 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.
- 5) Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. *J Palliat Care* 2007; 23: 143-53.
- 6) 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最も大きいと体験すること: OPTIM-study. *Palliat Care Res* 2012; 7: 209-17.
- 7) 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, 2012.
- 8) 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? *Palliat Care Res* 2012; 7: 323-33.
- 9) Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare. [http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf]
- 10) Uijen AA, Schellevis FG, van den Bosch WJHM, et al. Nijmegen Continuity Questionnaire: development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 1391-9.
- 11) Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al. The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med* 2010; 13: 427-37.
- 12) Mokkink WLB, Terwee CB, Patrick DL, et al. COSMIN checklist manual. [http://www.cosmin.nl/the-cosmin-checklist_8_5.html]
- 13) Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q* 1999; 77: 77-110.
- 14) 厚生労働科学研究費補助金 (第3次対がん総合戦略研究事業)「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班. OPTIM Report 2011 ―地域での実践 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書. 2012.

著者の申告すべき利益相反なし

Original Research

A measure to quantify the quality of communication and cooperation among health care providers in a region

Tatsuya Morita¹⁾ and Chizuru Imura²⁾

1) Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital, 2) Hamamatsu Cancer Support Center, *ditto*

The primary aim of this study was to investigate the reliability and validity of a measurement tool to quantify the quality of communication and cooperation among health care providers in a region. A total of 476 health care professionals were enrolled. For the 25-item scale, the internal consistency was excellent. Factor analyses identified 7 underlying factors, such as easy communication with health care providers in other institutions, understanding the role of other disciplines in the region, and knowing the face, name, and the way of thinking. The total score had weak negative but significant correlations with the cooperation subscale of the Palliative care Difficulties Scale. The total score was also significantly associated with the general evaluation of communication and cooperation in the region, the number of participations in whole-region multidisciplinary conferences, the number of persons to whom the respondent could ask about palliative care in the region, and clinical experience in the region. In conclusion, this scale can measure the quality of communication and cooperation among health care providers in a region with acceptable reliability and validity.

Palliat Care Res 2013; 8(1): 116-26

Key words: palliative care, cooperation, region, measurement

Table 1 Subjects' background (n=476)

	n
Occupation	
Hospital physician	16% (n=77)
Family physician	4.8% (n=23)
Hospital nurse	43% (n=204)
Visiting nurse	3.8% (n=18)
Hospital pharmacist	5.0% (n=24)
Pharmacist prescribing prescription drugs	2.3% (n=11)
Health care manager	6.3% (n=30)
Other *	12% (n=57)
Years of clinical experience in the community	11.4 (8.6) years
Number of support providers	
0 persons	5.9% (n=28)
1~4 persons	30% (n=142)
5~10 persons	29% (n=137)
More than 11 persons	9.7% (n=46)
Participation in multidisciplinary workshops in the community	
Never	13% (n=63)
1 time/3 years	6.9% (n=33)
2 times	8.0% (n=38)
3~5 times	20% (n=94)
6~9 times	12% (n=59)
More than 10 times	28% (n=135)

Percentages may not sum to 100% because of missing values.

* Medical social worker, clinical psychotherapist, comprehensive community support center worker, nursing home nurse, clinic nurse, health nurse, physiotherapist, occupational therapist, teacher, nutritionist, medical clerical worker

Table 2 "A measurement scale to evaluate regional cooperation regarding palliative care" (prototype)

Items	Factor loadings
[I can smoothly communicate with medical and welfare workers in other facilities]	
I can easily ask about the patient to people working at other facilities *	0.87
I can communicate with physicians and nurses of other facilities	0.92
I don't have to hesitate when contacting people involved in the care of the patient *	0.92
I understand what is the best way and when is the best time to contact people working at other facilities about the patient *	0.86
I have no problem sharing information with people working at other facilities	0.82
[I understand other occupational roles of people working in the community]	
I understand what types of job are involved in cancer patients receiving home-based care	0.85
I roughly understand the general roles of health care professionals associated with cancer care (visiting nurse, health care manager, pharmacist prescribing prescription drugs) *	0.84
I roughly understand the problems arising in other jobs associated with cancer care in the community *	0.73
I fully understand the actual work of people involved in cancer care *	0.61
[I know the face, name, and characteristics of people associated with cancer care in the community]	
I know the name and way of thinking of people associated with cancer care in the community *	0.81
I understand the principles and current status of the facility associated with cancer care in the community *	0.88
I know the characteristics of and how to deal with people associated with cancer care in the community *	0.96
I think that "face-to-face relationships" have been established among people associated with cancer care in the community	0.76
Regarding people associated with cancer care in the community, I roughly understand what they actually do	0.77
I can recall the faces of people involved in cancer care in the community	0.69
[I have an opportunity to discuss matters with other health care workers in the community]	
I have an opportunity to meet and talk with other health care workers involved in cancer care *	0.79
I have an opportunity to gain new perspectives and acquaintances through contacting other health care workers with whom I have little contact in everyday life *	0.86
I have someone to talk to about problems and feelings regarding community networks of palliative care for cancer patients	0.96
I have an opportunity to share and discuss problems and difficulties regarding community networks of palliative care for cancer patients *	0.93
[I am connected to community care networks]	
I have someone to ask about a cancer patient *	0.95
I know the best person to ask about cancer patients in the community *	0.97
I have someone to call when I have a problem regarding a cancer patient	0.90
I have some people who may be helpful when I have a problem regarding a cancer patient	0.93
[I specifically understand community resources]	
I know physicians who can make home visits for cancer patients in the community *	0.72
I know the visiting nurse service which most frequently provides care for cancer patients in the community *	0.78
I know the health care manager who most frequently provides care for cancer patients in the community *	0.75
I roughly understand nearby pharmacies which most frequently provide visiting guidance for drug administration for cancer patients in the community *	0.73
I roughly understand care services that can be used for cancer patients *	0.93
I understand the community medical resources and services that can be used for cancer patients *	0.95
I can specifically explain to patients and their family members about the community medical resources and services that can be used for cancer patients *	0.84
[A good network is maintained between the hospital and community, such as having a conference before hospital discharge]	
We are successfully conducting conferences before hospital discharge for patients transferring to home-based care	0.96
Upon discharge and admission, I discuss and provide necessary information for those involved in the patient's care *	0.85
A conference is conducted before hospital discharge to share information on the patient when transferring to home-based care *	0.98
We decide on coping strategies for sudden changes in the course of the disease and a place to contact *	0.84
Treatment and care plans for cancer patients are fully discussed between the hospital and community	0.77

* The items that were adopted as a final measurement scale. The values indicate factor loadings for each factor

Table 3 Frequency distribution, internal consistency, and concurrent validity

Scale	Mean (standard deviation)	Cronbach' s α	Correlation with the Palliative care Difficulties Scale *
Subscales			
I can smoothly communicate with people working in other facilities.	2.8 (1.0)	0.88	−0.38
I understand other occupational roles of people working in the community.	3.1 (0.92)	0.86	−0.26
I know the face, name, and characteristics of people associated with cancer care in the community.	2.3 (1.0)	0.94	−0.32
I have an opportunity to discuss matters with other health care workers in the community.	2.6 (1.0)	0.93	−0.36
I am connected to community care networks.	3.0 (1.1)	0.94	−0.30
I specifically understand community resources.	2.8 (1.1)	0.95	−0.35
A good network is maintained between the hospital and community, such as having a conference before hospital discharge.	3.1 (1.0)	0.90	−0.45
Total score	2.8 (0.83)	0.97	−0.43

* Correlation coefficient (Spearman' s ρ) with the difficulty subscales of the Palliative care Difficulties Scale is indicated. $p<0.001$ for all.

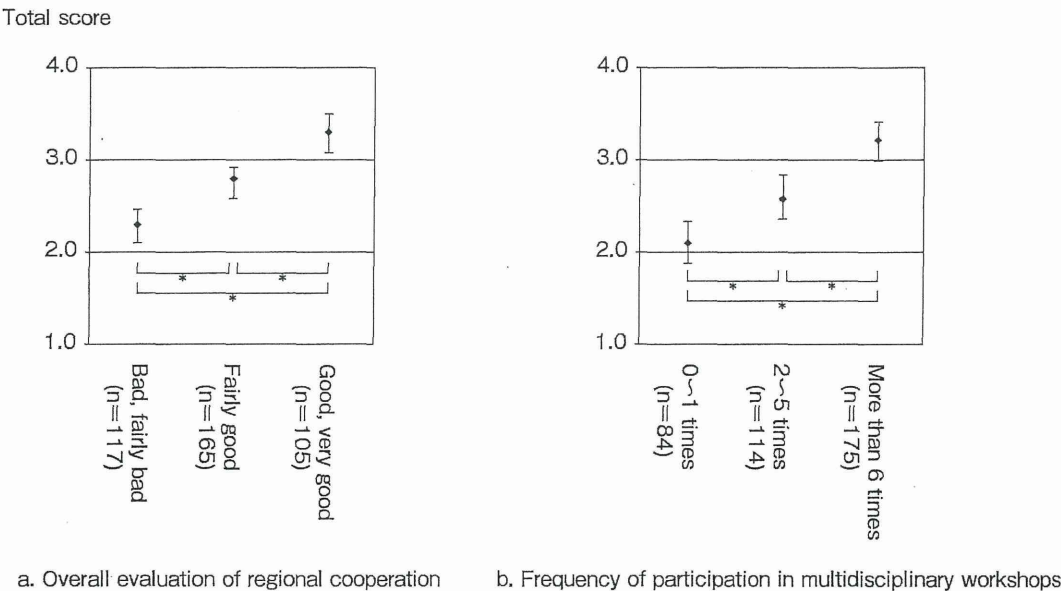


Fig. 1 Correlation between overall evaluation of regional cooperation and frequency of participation in multidisciplinary workshops

* $p<0.001$

Table 4 Known-group validity

Scale	Number of support providers			Years of clinical experience in the community		
	<5 (n=170)	≥5 (n=183)	<i>p</i>	<10 years (n=167)	≥10 years (n=196)	<i>p</i>
Subscales						
I can smoothly communicate with people working in other facilities.	2.4±0.91	3.3±0.87	<0.001	2.5±1.0	3.0±1.0	<0.001
I understand other occupational roles of people working in the community.	2.8±0.93	3.6±0.77	<0.001	2.9±0.95	3.3±0.86	0.001
I know the face, name, and characteristics of people associated with cancer care in the community.	1.9±0.90	2.8±0.90	<0.001	2.0±1.0	2.5±1.0	<0.001
I have an opportunity to discuss with other health care workers in the community.	2.1±0.97	3.1±0.92	<0.001	2.5±1.1	2.7±1.1	0.044
I am connected to community care networks.	2.7±1.1	3.7±0.88	<0.001	2.9±1.1	3.2±1.1	0.016
I specifically understand community resources.	2.3±0.97	3.9±0.90	<0.001	2.6±1.1	2.9±1.1	0.010
A good network is maintained between the hospital and community, such as having a conference before hospital discharge.	2.8±1.0	3.5±0.86	<0.001	3.0±1.0	3.1±1.0	0.27
Total score	2.4±0.70	3.3±0.66	<0.001	2.6±0.82	2.9±0.84	0.001

特集 サイコオンコロジーの現在

がん患者のこころのケアと地域ネットワーク*
—OPTIM-studyの知見から—

● 森田達也** / 山岸暁美***

Key Words: palliative care, region, network

はじめに

がん患者は診断から抗がん治療、緩和ケアを受ける経過で多くの施設を受診する。患者が複数のサービスを利用することによるケアの一貫性のなさ(fragmentation)は国際的な課題となっており、地域全体でがん患者を支える仕組みづくりが求められている。

OPTIM-study (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」)は、国際的にも最も最大規模の緩和ケアプログラムの地域介入研究であり、「何が変わるか」(アウトカム研究)とあわせて、「変化はなぜ生じたのか」(プロセス研究)をあわせて行うmixed-methods studyとして行われた^{1)~3)}。本論文では、OPTIM-studyで明らかになった主要な知見についてまとめ、がん患者のこころのケアや社会全体への展開の可能性を述べる。

プロジェクトの目的

OPTIMプロジェクトの1つの目的は、緩和ケ

アプログラムの施行前後で、がん患者の在宅死亡、緩和ケア利用数、quality of lifeが向上するかを前後比較試験で検証することである。もう1つの重要な目的は、プロジェクトそのものの経過を通じて緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する介入過程を明らかにすることである。

つまり、OPTIMプロジェクトでは、介入研究の結果としてアウトカムの変化を測定するとともに、介入中に作成したさまざまな知見を集積することで全国の緩和ケアの普及に役立てることを目的とされたことが大きな特徴である。これは近年になって、緩和ケアなどの複雑な介入(complex intervention)の研究では、単に「アウトカムがどう変化したか」だけでなく、それが「なぜ生じたのか」、「どのような介入過程を経てアウトカムが生じたのか」を解釈できるような質的研究が重要であることが強調されていることと同じ意図を持っている。

対象・評価

試験デザインは、前後比較試験とプロセス研究を組み合わせたmixed-methods studyが用いられた⁴⁾⁵⁾。2008年前半に介入前調査を行い、2年間介入、2010年後半から介入後調査を行うものである。介入地域は、「緩和ケアが未整備な地域」

* Improving the network among healthcare professionals and psychosocial care to cancer patients—An insight from the OPTIM-study.

** Tatsuya MORITA, M.D.: 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院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〕; Department of Palliative and Supportive Care Division, Seirei Mikatahara General Hospital, Hamamatsu, Shizuoka 433-8558, Japan.

*** Akemi YAMAGISHI, R.N., Ph.D.: (前)慶應義塾大学大学医学部衛生学公衆衛生学教室; Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Keio University, Tokyo, Japan.

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

評価項目は、設定されていた緩和ケア利用数、在宅死亡率に加えて、患者評価による通院中のがん患者QOLと、遺族評価による終末期のがん患者QOLを追加した。これは、緩和ケアの最終的なアウトカム指標は患者の評価であるので、患者自身の評価(終末期患者では遺族の代理評価)を取得することが必要であると考えたためである。これまでに実施された海外の緩和ケアの地域介入研究では、在宅死亡、緩和ケア利用数が指標として用いられることが多かったが、大規模に患者、遺族といった利用者の評価を取得する研究としては世界ではじめてのものである。また、副次評価項目として、地域医療者の困難感・知識や、地域の緩和ケアの質指標(quality indicator)も評価することとした。これらの測定項目は、信頼性・妥当性の確保されたCare Evaluation ScaleやGood Death Inventoryなどが用いられ、それまでも国際的に高く評価されている日本の大規模調査の経験が生かされた。

患者調査の対象施設は、地域でがん診療を行っている34病院(11,033床)のうち23病院(8,964床, 81%)であった。対象患者の適格基準は、①成人のがん患者で、原発が肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、大腸・直腸、乳腺、泌尿器、子宮卵巣のいずれかのもの、②再発または遠隔転移があるもの、③調査対象病院に外来受診しているもの、④がん告知を受けているものである。

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

介 入

介入は、①緩和ケアの標準化と継続性の向上

(マニュアルの配布や医療者向け講演会など)、②患者・家族に対する適切な知識の提供(リーフレットの配布や市民向け講演会など)、③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション(相談センターの設置や地域多職種カンファレンスなど)、④緩和ケア専門家による診療(地域緩和ケアチームの設置など)を柱とした。必須な介入を「〇〇対象に〇〇の内容を含む講演会を年〇回以上行う」などと手順書を作成してあらかじめ定めた。個々の介入は、地域の事情に合わせて柔軟に実施できるようにした代わりに、実際に行われた介入内容について実施回数、人数、方法などを定期的に記録した。

各地域では、まず、介入を実施するために、地域ごとに多組織多職種のリンクスタッフが配置された。リンクスタッフは、地域での臨床活動を行いながらプロジェクトの活動に参加するとともに、年に数回、「4地域合同意見交換会」によって地域を超えて集まりプロジェクトの有効な進め方について討論を続けた。

「緩和ケアの標準化と継続性の向上」のために、各地域に緩和ケアのマニュアルである「ステップ緩和ケア」、患者用パンフレット、包括的な症状評価ツールである「生活のしやすさに関する質問票」、マニュアル・患者用パンフレットに沿った実際の診療場面を示した「ステップ緩和ケアムービー」などが配布された。緩和ケアに関する知識と技術の向上を目的とした講習会が医師、看護師、薬剤師など多職種向けに行われた。

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

「地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション」としては、各地域に相談支援センターが設置され、退院支援・調整プログラムの導入と退院前カンファレンスを行うことが強調して行われた。また、地域の連携の課題を抽出し解決策を得るために、医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカーなど多職種からなる「地域多職種カンファレンス」が行われた。

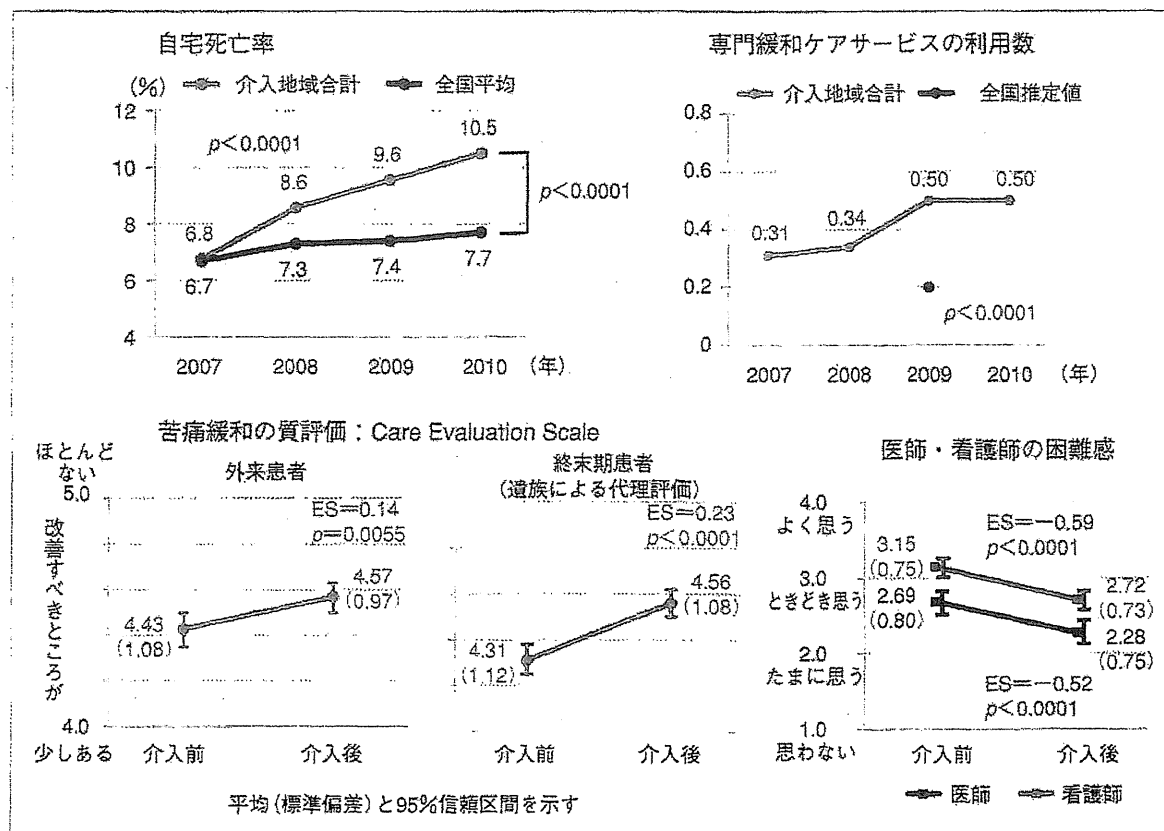


図 1 主な評価項目

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

このほか、地域ごとに地域多職種カンファレンスで抽出された課題を解決するための取り組みとして、地域スタッフが病院連携室に出向いて行うハイリスクカンファレンス、地域の病院の連携担当者と地域の医療福祉従事者の実務ミーティングである連携ノウハウ共有会、施設をまたいだデスカンファレンス、情報の申し送りを行う地域連携促進シート、診療所同士のドクターネット、保険薬局同士の薬局ネット、介護保険の短縮化、地域のリソースの口コミ情報の冊子、データベースの作成、地域の緩和ケアチームすべてに連絡が取れる緩和ケアホットラインなど多くの取り組みが行われた。

OPTIM-studyから明らかになったこと

1. アウトカム研究

実施された調査研究によって以下のことが明らかになった(図1)。地域差については、自宅死亡で4地域中3地域、緩和ケア利用で4地域中3地域で前後で有意な変化がみられ、患者・遺族・医師・看護師調査では変化に地域間の有意差がなかった。すなわち、今回行われた地域プログラムは全国のどの地域でも同じような変化を生じると考えられた。

a. 緩和ケアサービスの利用と死亡場所

専門緩和ケアサービスの利用者が増加した。がん死亡との比で0.3から0.5の増加であり、期間中に行われた全国調査からがん死亡に対する専門緩和ケアサービスの利用者の比の推計値0.2より高かった(図1)。一方、緩和ケアチームに紹介された患者の抗がん治療中の患者の割合やperformance statusには「早期からの緩和ケア」を示唆する変化はみられず、依頼内容が多岐にわたったことから、増加した緩和ケアサービスの

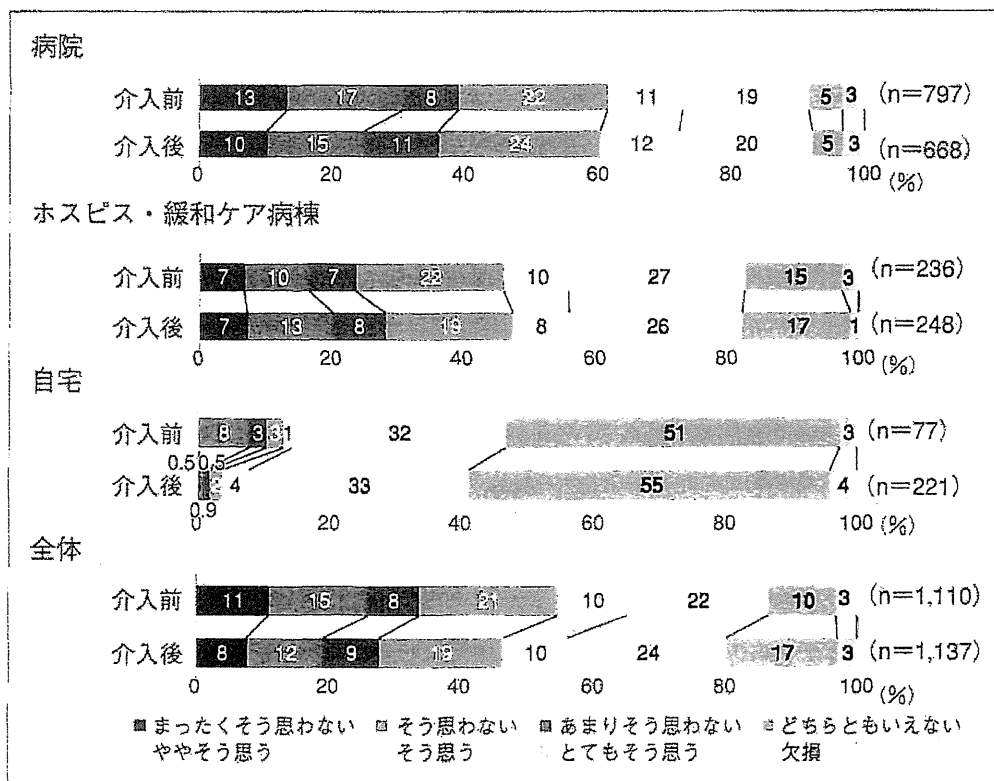


図2 「望んだ場所で最期を迎えられた」割合

利用は時期が早くなったことよりも、対象が広がったと考えられた。

自宅死亡は全国平均に比較して有意に増加した(図1)。遺族調査では、自宅死亡した患者のほとんどが「死亡場所は患者の望んだ場所であった」と評価された(図2)。家族の介護負担も前後で有意な変化はなく、自宅死亡した患者の遺族ではむしろ介護負担は低い傾向があった(図3)。すなわち、地域緩和ケアプログラムにより、家族の介護負担も増やさずに患者の希望に沿った自宅での生活が可能となった。

b. 患者・家族の評価

患者・家族の評価した緩和ケアの質評価, quality of lifeが有意に改善した(図1)。外来患者ではもともと苦痛の程度の少ないものが対象となったため変化は小さかったが、終末期患者の遺族評価では全体的な改善がみられた。死亡場所の比較では、在宅では介入前後とも高く、病院では介入前後とも低かったが介入後には改善が認められた(図3)。比較対照群がないために全国的な変化をみているのか地域プログラムの効果かは判断できないが、介入地域において緩和ケア

の質や患者のquality of lifeは改善傾向にあると考えられた。

患者・家族の緩和ケアに関する知識・認識については、一般市民、遺族では全体に改善する傾向があったが、患者では住民と同等以上の曝露を受けているにもかかわらず全体では変化がみられなかった。しかし、曝露した患者では知識や認識が変化していた。患者ではなんらかの防衛機制などによって「意識的に情報を避けている」可能性が示唆された。

c. 医師・看護師の困難感

医師・看護師の困難感が中程度以上改善した(図1)。変化の大きさを効果量(effect size)で算出したところ、効果量は0.5~0.6であった(一般的に0.2を小さい変化, 0.5を中程度の変化, 0.8を大きい変化とされる)。改善がみられた領域は、症状緩和や患者・家族とのコミュニケーションよりも、地域連携、専門家の支援、医療者間のコミュニケーションなどネットワークに関することであった。これらは、専門や職種にかかわらず、プログラムへの参加回数が多いほど改善する明らかな傾向が認められた。すなわち、地

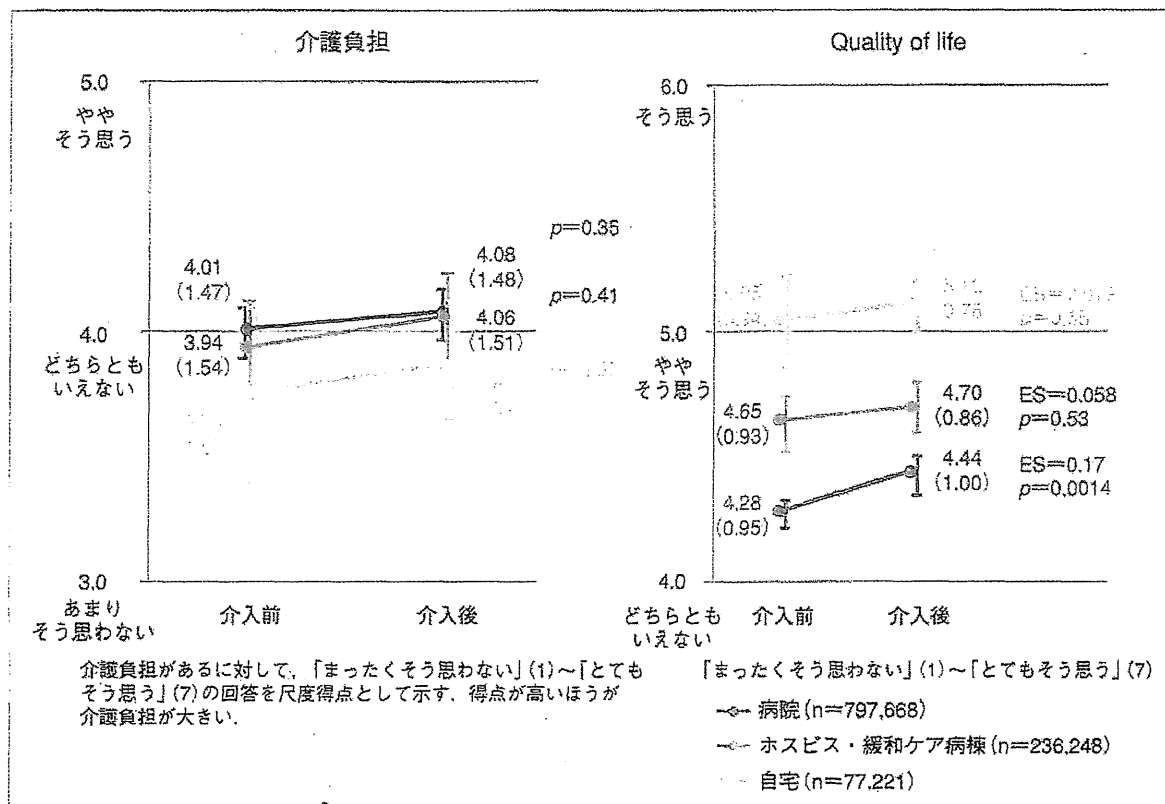


図3 介護負担とquality of life

域緩和ケアプログラムにより、地域の医療福祉従事者のネットワーキングが進み、地域緩和ケアに関する困難感が改善したと考えられた。

2. プロセス研究

インタビュー調査をもとに、「どういふ変化が生じたのか」、「なぜ変化が生じたのか(生じなかったのか)」を探索したところ、【つながりができネットワークが広がった】、【在宅医療が進んだ】、【緩和ケアの知識・技術、認識、実践が向上した】、【自信や成長、専門職としての価値の認識につながった】、【患者・家族の認識の変化はさまざまであった】、【プロジェクトの地域全体への影響はさまざまであった】、【さらに改善が必要な点と今後の課題が見出された】というカテゴリーが見出された。特に、プロジェクトを通じて、地域の多施設多職種が会う機会を持つことで【つながりができネットワークが広がった】ことは、ほとんどの対象が最も大きい成果であると述べた。

「つながりができネットワークが広がった」直接のきっかけは、多職種・多施設で集まる機会

であった(図4)。それによって、「名前と顔、人となりがわかるようになり、安心して相談ややりとりができるようになった」、「互いの考え方や状況がわかるようになり、自分の対応を変えるようになった」、「みんなで集まる機会が増え、ついでに相談ややりとりができるようになった」、「窓口や役割がわかるようになり、だれに相談すればよいかわかるようになった」、「責任を持った対応をするようになった・無理がきくようになった」といったプロセスを通じて、地域連携や医療者間のコミュニケーションに関する困難感が減少したと考えられた。のみならず、ネットワークが構築されることにより、対応が迅速になる、選択肢が多くなる、多職種で対応できるようになる、工夫・無理がきく、といった変化によってより広範な患者ニーズを満たせることが示唆された。

OPTIMの知見を今後に生かす枠組み

OPTIMプロジェクトが示した、そして、国際的な研究でも繰り返されて示されている重要な

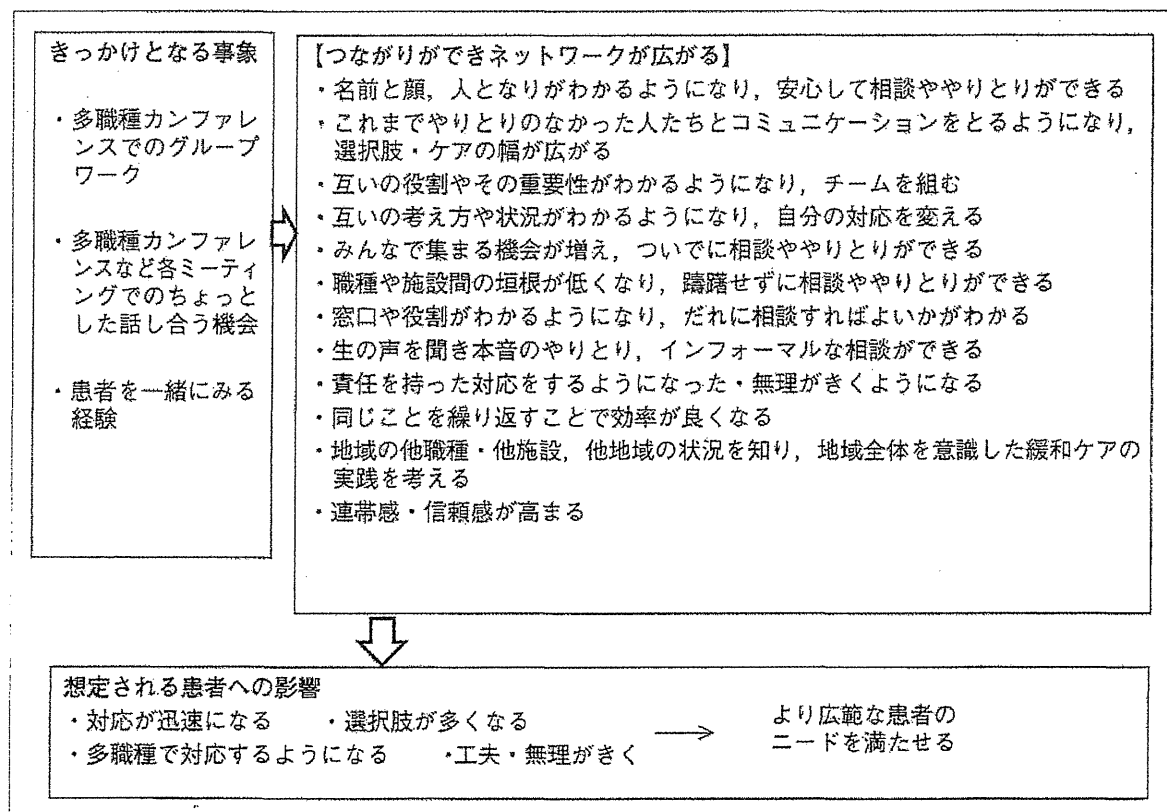


図4 【つながりができネットワークが広がった】のプロセス

メッセージは、地域緩和ケアにおける多施設多職種でのゆるやかなネットワーキングの重要性である¹⁾。本研究は、地域でのネットワーキングを進めるためのOPTIMIZE strategyを各地域で導入することが有用であることを強く示唆する。すなわち、①組織を作る (Organization)、②地域のネットワーキングを密にすることによって専門家へのいろいろなレベルでのアクセスを構築する (Palliative care specialists)、③一方向性の知識の伝達ではなく、病院の医療者も在宅医療を知ることができるように、緩和ケアに関するその地域で行われている情報や技術を伝え合う (Teaching the essence of palliative care)、④広範囲な普及啓発は労力に見合う効果が得られにくいと考えられるため、より対象を絞って希望する患者・患者に近い医療者への情報提供を行う (Information to patients and medical professionals close to patients)、⑤連携の課題の解決する多様な枠組みの構築 (Modifying resources in the community)を行うことが必要である。特に、同職種間、多職種間の多様なネットワークが変化

しながら地域を網目のようにカバーすることが必要である。OPTIM-studyでは、OPTIMIZE strategyの具体的な手順や地域緩和ケアの組織構築を行うマネジメントのノウハウについてもまとめている²⁾。

このようなネットワークは地域単位での効果をもたらすのみならず、全国規模での施策・情報共有にも大きな働きを持つ。一人一人が持つ情報量が著しく多く変化が速くなっている現代では、散発的に開催される「〇〇審議会」や「〇〇協議会」による効果は限定されている。日常的に行われているさまざまなネットワーキングが自動的により広範囲なネットワーキングになる枠組みを構築することができれば大きな成果を得ることができるであろう (図5)。OPTIMプロジェクトはこれまで「エビデンス」がほとんどなしに行われてきたわが国の緩和ケア政策に判断を行うための基盤となる情報を与えるものである。今後、OPTIMレポートを検討の基盤として、他の研究知見もあわせながら、根拠に基づいた政策決定・制度設計 (evidence-based policy) が評

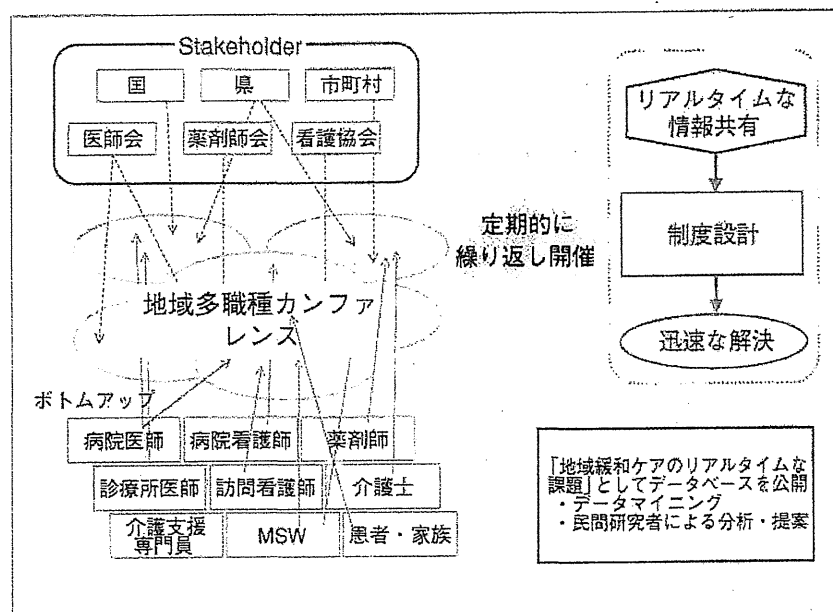


図5 社会の資源を最大化するネットワーキングの仕組み

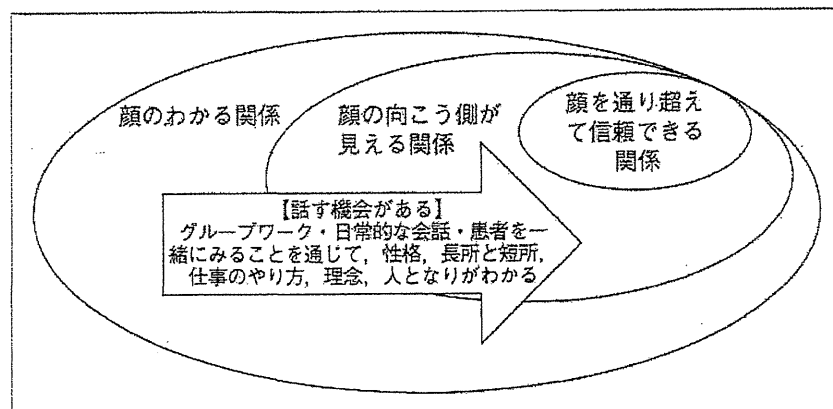


図6 「顔の見える関係」とは何か？

価値可能な形で行われることを期待したい。

「顔の見える関係」というソーシャルキャピタル：緩和ケアに限らない展開

OPTIM-studyから得られたことはがん緩和ケアにとどまらない。プロジェクトの経過中からインタビュー調査にわたって、参加者からは「顔の見える関係が重要である」という言葉が次々と聞かれた。「顔の見える関係」はいまや医療福祉にかかわらずほとんどの領域のキーワードである。

本研究では、「顔の見える関係」の構築過程は次のように概念化された(図6)⁶⁾。最初その地域で「だれが何をしているのかさえわからない」のが「顔のわかる関係」になる。しかし、「顔のわ

かる関係」だけでは、人と人の持つ能力は最大化されない。さまざまな、特に非公式な・「正式な会議ではない」つながりのなかで話し合い、一緒に活動することで、「人となりがわかる」ことを通じて、「顔の向こう側がわかる」関係になる。その結果、双方の得意なこと・不得意なこと、効果的なコミュニケーションの取り方がわかり、資源を最大化することができる。そのなかのいくつかのグループは相互に信頼を得て、さらに、「顔を通り越えて信頼できる関係」を築くことができる。

ネットワークと信頼はソーシャルキャピタル論の基盤でもある。ある東日本大震災の総括では、行政と自衛隊の「顔の見える関係」が臨機応

変で迅速な対応を可能にしたとされている。緩和ケア講習会で構築されていた普段からの「顔の見える関係」も、東日本大震災の際のがん診療、緩和ケアの診療・支援に力を発揮した。OPTIM-studyの結果は、近年、盛んにいわれるようになったソーシャルキャピタル論と同じ重要性を示している⁷⁾。私たちは、個々の能力、個々の技術を向上させることには一生懸命に取り組んでいる。しかし、個々の能力・技術が実際にその社会で効果があるためには、たとえば、「どういう人が何を考えて何ができるのか」が、「必要としている人にしっかりと届く」ことが必要である。それを可能にするためには、社会構造が複雑で多様な情報手段のある今日では、多くの多種多様なネットワークが地域に重層的にあること、それこそが私たちが意識して蓄えていくべき「力」である。

がん患者のこころのケアを向上させていくには、個々のケアの方策を向上するのと少なくとも同じように、あるいはそれ以上に、今ある資源を最大化するための人と人をつなぐ網目が非常に重要である。そしてこれは、緩和ケア、がんに限ったことではなく、認知症、高齢者、小児、救急医療、福祉、産業などほとんどの人間活動のフレームワークとして用いることができると考えられる。

文 献

- 1) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer : a mixed-methods study. *Lancet Oncol* 2013 ; 14 : 638-46.
- 2) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト. URL : <http://gankanwa.umin.jp/>
- 3) 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) から得られたものをどう生かすか 緩和ケア白書2013. 大阪 : 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 ; 2013. p. 28-37.
- 4) 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 Med* 2008 ; 25 : 412-8.
- 5) 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.
- 6) 森田達也, 井村千鶴, 野末よし子. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? *Palliat Care Res* 2012 ; 7 : 323-33.
- 7) Lewis JM, Digiacomio M, Luckett T, et al. A social capital framework for palliative care : supporting health and well-being for people with life-limiting illness and their carers through social relations and networks. *J Pain Symptom Manage* 2013 ; 45 : 92-103.

* * *