第Ⅱ章 主研究

1. 背景と目的

国立がん研究センター がん対策情報センター
加藤 雅志

わが国のがん対策と「戦略研究」

がんは，1981 年からわが国の死亡原因の第 1 位となり現在に至っており，国民の生命および健康にとって重大な問題となっている。政府は，昭和 59 年度の「対がん 10 カ年総合戦略」に始まり，平成 6 年度の「がん克服新 10 か年戦略」，平成 16 年度の「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」を策定し，がんについての研究を進めてきた。

その一方で，厚生労働省は，政策に関連するエビデンスを生み出すために実施される大型の臨床介入研究として，平成 17 年度より「戦略研究」という新たな枠組みでの研究を開始した。「戦略研究」は，「厚生労働省が，あらかじめ国民のニーズに基づいて策定された行政の方針に従って具体的な政策目標を定めたうえで，成果（アウトカム）指標と研究計画の骨子を定める」として，従来の厚生労働科学研究と一線を画すものであった。平成 18 年度から始まる戦略研究のテーマの 1 つとして「がん」が選択され，「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」の一環として「がん対策のための戦略研究」が位置づけられた。

厚生労働省は，がん対策の戦略研究の課題の 1 つとして緩和ケアの推進を定め，わが国での緩和ケアの利用割合が低いこと，在宅死亡割合が低い状況に対して，地域に介入する「緩和ケアプログラム」を作成し実施することにより，緩和ケアの利用率と在宅死亡割合の増加をアウトカムとする研究計画の骨子案を示した。

また，2006 年 6 月に「がん対策基本法」が成立し，2007 年 6 月に本法律に基づいて「第 1 期がん対策推進基本計画」が策定された。本基本計画において，緩和ケアは重点的に取り組むべき課題の 1 つに定められた。それに伴い，緩和ケアを推進するための新たな施策が政府により講じられていく中で，本研究班も「まだ解決されていない緩和ケアに関する課題を解決するための取り組み」として位置づけられ，わが国の緩和ケアを進めていくための新たなエビデンスをつくりだしていくことを，より一層強く期待されることとなった。

わが国におけるがん患者の quality of life の現状

quality of life の向上は，がん治療において重要な目的の 1 つである（WHO, 2002）。しかし，わが国におけるがん患者の quality of life の達成について，不十分であることが示唆されている。

1. 十分な緩和ケアが提供されていない

全国規模の遺族調査により，がん診療連携拠点病院で死亡したがん患者の家族のうち，「身体の苦痛が少なく過ごせた」「医師はつらい症状にすみやかに対処していた」と回答したものは約半数に過ぎなかった（**図 1**）[1]。患者背景，治療目的，サンプリングの違いなどのため単純に比較はできないが，同時期に行われた緩和ケア病棟，在宅ホスピスケアを受けた遺族では，「身体の苦痛が少なく過ごせた」「医師はつらい症状にすみやかに対処していた」と回答したものはいずれも 70～80％であった。

わが国のがん死亡の多くが一般病棟で生じていることを踏まえると，多くの患者に対する緩和ケアが不十分な可能性が示唆される。

2. 希望する療養場所・死亡場所と実際の死亡場所が乖離している

わが国において，希望する療養場所・死亡場所と実際の死亡場所が乖離している現状がある（**図 2**）。わが国の地域住民を対象とした調査によると，進行がんとなった場合，希望する療養場所や死亡場所は自宅が約 10～40％，緩和ケア病棟が約 30％であるが[2～4]，実際の死亡場所は，それぞれ，5.7％（自宅），5.5％（緩和ケア病棟・ホスピス）である（本研究策定時）。イギリスでは希望する死亡場所が自宅 64％・ホスピス

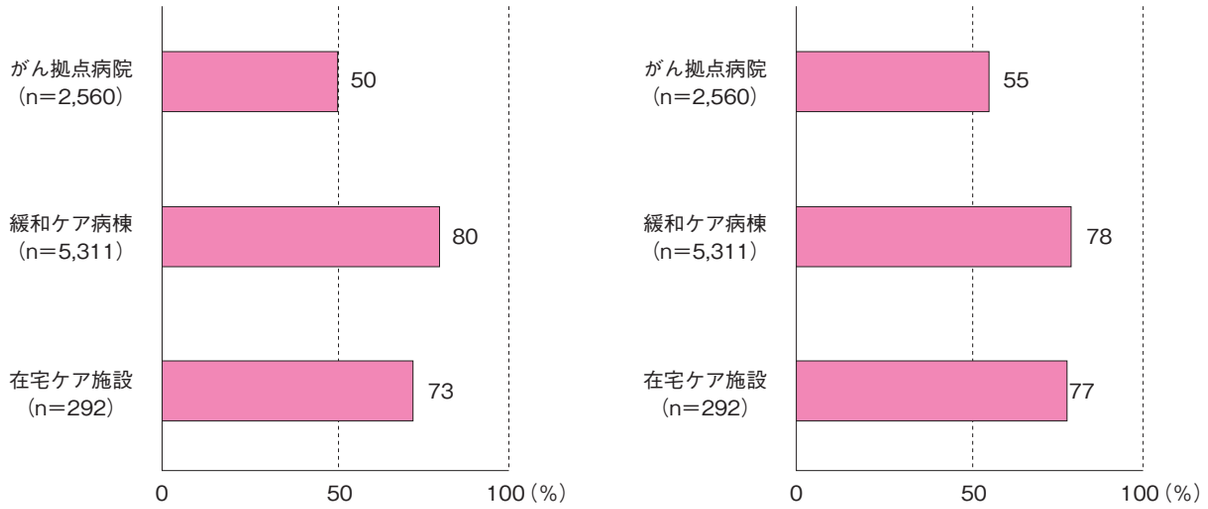


図１　がん患者の遺族の全国調査[1)]

がん診療連携拠点病院における遺族による緩和ケアの質の評価に関する研究班

1）希望する・実際の死亡場所の比較

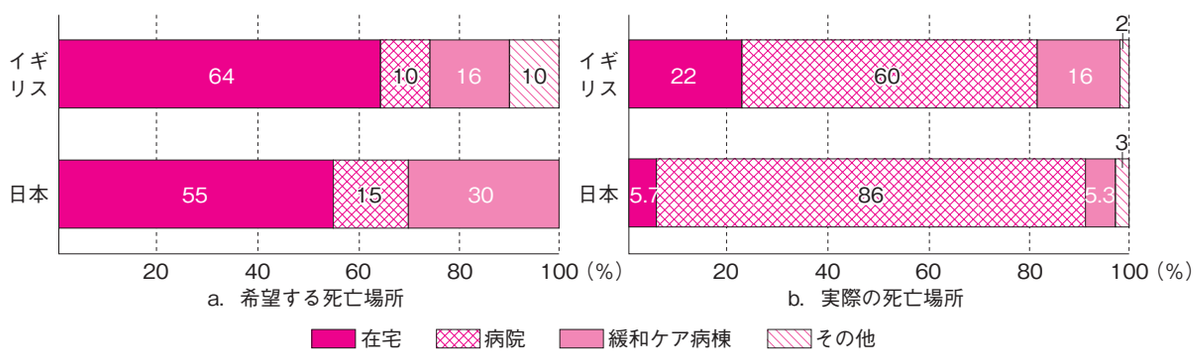


図２　希望する・実際の死亡場所の比較

2）専門緩和ケアサービスの利用数

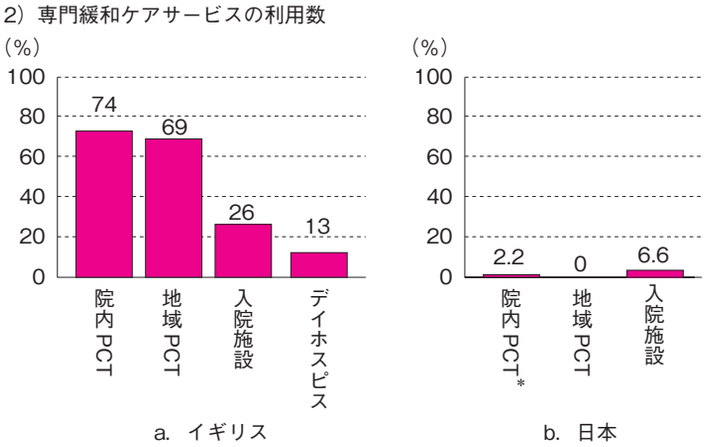


図３　専門緩和ケアの利用数

PCT：緩和ケアチーム
*日本緩和医療学会（2007 年）の登録施設の報告による。正確な数値は不明

16％であるのに対し，実際の死亡場所は22％（自宅）・16％（ホスピス），米国では希望する死亡場所が自宅87％であるのに対し，実際の死亡場所は自宅39％である[5]。

医療制度や文化が異なるため，単純に比較することはできないが，患者のquality of lifeの重要な要素である患者の療養場所についての希望は達成されていないことが示唆される。

3. 緩和ケアサービスの利用が少ない

わが国において制度化されている緩和ケアサービスは緩和ケア病棟と院内緩和ケアチームであるが，がん死亡患者のうちこれらのサービスを受けた患者は，それぞれ，6.6％（緩和ケア病棟），2.2％（院内緩和ケアチーム）であった（本研究策定時）。一方，イギリスでは院内緩和ケアチーム75％，地域緩和ケアチーム66％，ホスピス25％であり，米国では在宅ホスピスケアプログラム90％，カナダエドモントン州では地域緩和ケアチーム65％，緩和ケア病棟39％である**(図3)**[6]。

医療制度が違うため単純に比較できないが，患者のquality of lifeを向上させることが示されている緩和ケアサービスの利用率が低いことは，患者のquality of lifeが不十分であることが示唆される[7~9]。

4. オピオイドの消費量が少ない

わが国のオピオイドの消費量は，米国，カナダ，ドイツ，オーストラリア，フランス，イギリスと比較して少なく，最も消費量の多い米国と比較すると1/60，2番目に消費量の少ないイギリスと比較しても1/7である（研究策定当時）。

保険適応や人種差があるため結論づけられないが，quality of lifeにとって重要な疼痛の緩和が不十分であることが示唆される。

わが国でquality of lifeの達成ができていない理由

わが国において，がん患者のquality of lifeの達成が不十分である理由として，以下の点が挙げられている[10~12]。

1. 地域の緩和ケアツールが標準化されていない

WHO方式がん性疼痛治療法はがん性疼痛の国際的な治療ガイドラインであり，オピオイドを適切に使用することで多くの患者において疼痛緩和を行うことができる[13]。また，疼痛以外の症状，地域での連携についても，欧米では標準化されたフレームワーク，ガイドライン，クリニカルパスがある。また，カナダエドモントン州では，地域単位で共通した症状評価方法として患者自記式の1枚のシートEdmonton Symptom Assessment Scheduleを用いており，その普及率は90％を超えている[6]。

一方，わが国では，2003年の全国調査において，WHO方式がん性疼痛治療法の「内容をよく知っている」「ある程度知っている」と回答した医師は約40％に留まっており，26％の医師は「知らない」と回答している。また，「緩和医療に関して十分な教育を受けた」と回答した医師は20％，「症状緩和に関する知識・技術が十分だ」と回答した医師は30％であり，ヨーロッパや米国における大規模調査の50％，70％と比較して低い[14]。

したがって，地域に標準化された診療ツールが存在しないか，あるいは，普及していないために，緩和ケアの質と継続性が不十分であり，quality of lifeの達成されない要因となっていることが考えられる。

2. 患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識をもっていない

医学的知見では，がん患者に医療用麻薬を使用した場合，中毒になることはまれであり，寿命が縮まるという根拠はない。フランスでは，啓発事業を通じて医療用麻薬に対する誤解についての知識を提供するなど複数の対応策がとられ，モルヒネは中毒になると考える国民は50％から15％に減少したと報告されている。わが国では，30％の国民がモルヒネをがん性疼痛の治療に使うと麻薬中毒になり，寿命が縮まると考えている。がん患者・家族の医療用麻薬に対する誤解は，医療用麻薬を使用する障害となり，十分な疼痛緩和が達成されない要因であることが示されており，医療用麻薬への誤解は，quality of lifeの達成が不十分であることの1つの要因であると考えられる。

また，わが国もおいて緩和ケア病棟を「知っている」国民は34％にすぎず，イギリスにおける「ホスピスを知っている」70％に比して低い[3]。また，わが

国の一般国民の32％が「死を待つだけのところ」と認識しているが，実際に，緩和ケア病棟を利用した遺族を対象とした調査では，「痛みを和らげる」「尊厳ある生活を送ることができる」という肯定的な認識が増加し，「死を待つだけの場所だ」「寿命が短くなる」という否定的な認識は減少している。緩和ケア病棟に関する否定的な認識は「緩和ケア病棟に初めて受診した時期が遅すぎた」ことと有意に関連することから，緩和ケアに関する事実と異なる誤った認識は適切な時期に緩和ケアを受ける障害となり，quality of life の達成が不十分な要因になると考えられる。

したがって，がん患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識をもっていないことは，患者の quality of life の達成が不十分である1つの要因であると考えられる。

3. 地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し，問題点を検討する組織がない

がんの症状緩和技術の進歩，患者・家族の希望，あるいは，医療制度の変化に伴い，がん患者が利用できる地域リソースは複雑化している。国際的に存在している機能としては，ホスピス・緩和ケア病棟といった入院サービス（2次と3次の緩和ケアサービスを区別する場合がある），院内緩和ケアチームと，電話・往診による地域緩和ケアチームによるコンサルテーション機能，緩和ケアの専門外来（主治医への通院に加えて，多職種による評価を受ける），デイケア・ナイトケア，hospice at home（症状緩和が不安定な短期間に自宅に看護師が24時間体制をとり，看護すること），在宅専門の医師・看護師からなるサポートシステムなどがある。患者の状態に合わせてこれらの必要なリソースを使えるようなコーディネーションを行うことが必要であるため，欧米においては，地域の緩和ケアを包括的に支援する組織が機能している[15]。

わが国においても，ホスピス・緩和ケア病棟，院内緩和ケアチーム，緩和ケア外来，デイケア・通所療養介護，在宅療養支援診療所などが制度化されているが，これらを包括的にコーディネーションする機能を有する組織が地域には存在していない。

地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し，問題点を検討する組織がないことは患者の quality of life の達成が不十分である1つの要因であると考えられる。

4. 専門緩和ケアサービスが利用できない

緩和ケア専門家による診療は患者の quality of life を向上させる方法の1つである[7~9]。欧米では，地域で生じる緩和ケアに関する問題についてコンサルテーションを受ける地域緩和ケアチームが機能しており，患者の quality of life の向上に貢献することが示唆されている。

一方，わが国の制度化している緩和ケアサービスとしては，緩和ケア病棟，院内緩和ケアチームがある。しかし，これらは在宅療養支援のための症状緩和やレスパイト機能など地域における在宅療養を支援したり，院外の患者のコンサルテーションを受ける機能として位置づけられていないため，地域の患者に対する緩和ケアサービスとしては十分には機能していない。

つまり，地域の患者が常に専門緩和ケアサービスを受けられる体制がないことは，がん患者・家族の quality of life の達成が不十分である1つの要因であると考えられる。

したがって，がん患者の quality of life を向上させるには，緩和ケアの標準化と継続性の向上，患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供，地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション，緩和ケア専門家による診療およびケアの提供が必要である。

地域介入プログラム

緩和ケアを普及させるには，前述のような複合的な課題を克服する必要があり，カナダ，スペインなどにおいては地域を単位とした前後比較研究が，北欧において居住区を単位としたクラスターランダム化比較試験が行われた（**表1**）[15~23]。

最も構造的に行われたと評価されているカナダのエドモントンでは，18カ月にわたって地域の医療システムの再構築をシミュレーションしたのち，1995年から地域緩和ケアプログラムを稼動させた。

この地域緩和ケアプログラムは，標準化した診療ツールの地域全体への普及，地域の緩和ケアを包括的に支援する地域緩和ケアセンターの設置，緩和ケアの専門家からの支援として「1つの3次緩和ケア病棟」「複数の院内緩和ケアチーム」「地域緩和ケアチームの設置」，診療報酬の誘導によるリソースの再構築（療養型施設を療養可能な緩和ケア病棟に改築，時間単位の支払いによる家庭医のカンファレンスや緩和ケア診

表1　これまでに行われた地域緩和ケア介入研究のエンドポイント

	在宅死亡	緩和ケア利用数	患者調査	遺族調査	医療者調査
Edmonton, Canada[15]	○	○	×	×	×
Catalonia, Spain　WHO[17,18]（JPSM, 2007）	○	○	258	×	×
Ontalio, Canada[16]（JPSM, 2009）	○	×	102	75	×
Trondheim, Norway * [19,20]	○	○	434	180	×
OPTIM	○	○	1,716	2,247	医師：1,617 看護師：4.614

* Cluster RCT，他：前後比較研究

療への誘導）を含んでいた。

この結果，1992 年には急性期病院が 86％を占めていた死亡場所が，1997 年には急性期病院 49％，緩和ケア病棟 30％，在宅 18％に変化した。緩和ケアを受ける患者の割合は，プログラム前には，死亡時で 45％，1 カ月前で 30％に過ぎなかったが，1998 年にはそれぞれ 80％，50％に増加した[15]。

北欧で行われたクラスターランダム化比較試験では，基幹大学病院に緩和ケア病棟が設置され入院サービス，ケアコーディネーションを中心とした介入が行われた。一般的な QOL 尺度（EORTC-C30）で測定した患者の quality of life に有意な差がみられなかったが，自宅死亡が 15％から 25％に増加し，家族の満足度は有意に高かった[19~23]。しかし，この研究では，①状態が悪い患者が最も緩和ケアサービスから利益を得られる可能性があるにもかかわらず，これらの患者から情報を得ることができない，②一般的な QOL 尺度では緩和ケアのアウトカムとして重要な患者の個別的な QOL を測定できなかった，③秘匿化が十分でなくランダム化が成功しなかった可能性がある，④介入プログラムの内容があいまいで再現できない，など緩和ケア研究における方法論的に解決されていない課題のため，臨床現場にすぐに寄与できるものとは必ずしもなっていない。

以上より，地域への緩和ケアプログラムの有用性は示されているものの，大規模に患者アウトカムを包括的に評価した地域緩和ケアプログラムによる介入研究はこれまでにない。また，医療制度の異なる諸外国の知見が，わが国に当てはまるとも考えられない。したがって，わが国で quality of life の達成ができていない理由を踏まえて策定された地域緩和ケアプログラムの効果を，わが国において検証することが，今後のわが国の緩和ケアの推進していくために強く求められている。

目　的

本研究の目的は，地域の包括的な緩和ケアプログラムにより，地域のがん患者の quality of life が向上するかどうかを評価することである。quality of life の指標として，死亡場所，専門緩和ケアサービスの利用数，患者による苦痛緩和の質評価，遺族による苦痛緩和の質評価を用いた。

合わせて，全国で緩和ケアを推進していく際に活用される成果物を作成し，今後の医療制度の設計に役立てることができるよう介入過程を質的研究など複数の方法を用いて収集することを目的とした。

文　献

1）Miyashita M, Morita T, Sato K, et al：J-HOPE study：Evaluation of End-of-Life Cancer Care in Japan from the Perspective of Bereaved Family Members. J Clin Oncol 27：502s, 2009（suppl；abst 9577）. 2009 ASCO Annual Meeting, May 29-June 2, 2009, Orlando, Florida.
2）厚生労働省：平成 17 年人口動態調査 死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数及び百分率. 2005［cited 2007 Feb 10］；Available from〔http://wwwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2005/toukeihyou/0005626/t0124446/MC210000_001.html〕
3）Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al：Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts：A population-based survey in

Japan. Ann Oncol　**18**：1539–1547, 2007
4）終末期医療に関する調査等検討委員会：今後の終末期医療の在り方．中央法規，2005
5）Charlton R：Attitude towards care of the dying：A questionnaire survey of general practice attenders. Family Practice　**8**：356–359, 1991
6）Capital Health：REGIONAL PALLIATIVE CARE PROGRAM ANNUAL REPORT APRIL 1, 2004–MARCH 31, 2005 and APRIL 1, 2005–MARCH 31, 2006［cited 2007 Feb 10］；Available from〔www.palliative.org/PC/RPCP/Annual Report 2004–2006.pdf〕
7）Hearn J, Higginson IJ：Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. Palliat Med　**12**：317–332, 1998
8）Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al：Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? J Pain Symptom Manage　**23**：96–106, 2002
9）Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, et al：Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? J Pain Symptom Manage　**25**：150–168, 2003
10）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　**10**：390–399, 2007
11）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」班．2007
12）内富庸介，森田達也，木澤義之，他：質の高い緩和ケアを日本全国に普及させるために取り組むべき課題のリスト．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「QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発研究」班，2007
13）Azevedo Sao Leão Ferreira K, Kimura M, Jacobsen Teixeira M：The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? Support Care Cancer　**14**：1086–1093, 2006
14）Morita T, Akechi T, Sugawara Y, et al：Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation：a nationwide survey. J Clin Oncol　**20**：758–764, 2002
15）Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, et al：Edmonton regional palliative care program：impact on patterns of terminal cancer care. CMAJ　**161**：290–293, 1999
16）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　**38**：483–495, 2009
17）Gomez-Batiste X, Fontanals MD, Roca J, et al：Catalonia WHO demonstration project on palliative care implementation 1990–1995：results in 1995. J Pain Symptom Manage　**12**：73–78, 1996
18）Gomez-Batiste X, Porta J, Tuca A, et al：Spain：the WHO demonstration project of palliative care implementation in catalonia：results at 10 years（1991–2001）. J Pain Symptom Manage　**24**：239–244, 2002
19）Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al：A palliative-care intervention and death at home：a cluster randomised trial. Lancet　**356**：888–893, 2000
20）Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, et al：Quality of Life in palliative cancer care：results from a cluster randomized trial. J Clin Oncol　**19**：3884–3894, 2001
21）Jordhøy MS, Fayers PM, Ahlner-Elmqvist M, et al：Lack of concealment may lead to selection bias in cluster randomized trials of palliative care. Palliat Med　**16**：43–49, 2002
22）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　**24**：53–63, 2002
23）Ringdal GI, Ringdal K, Jordhøy MS, et al：Health-related Quality of Life（HRQOL）in family members of cancer victims：results from a longitudinal intervention study in Norway and Swedena. Palliat Med　**18**：108–120, 2004

2. 対象と方法

聖隷三方原病院 緩和支持治療科
森田 達也

概　要

本研究は，4 地域を対象とした地域介入の前後比較研究である（**図 4**）。2007 年に研究計画を策定し，2008 年前半に介入前調査を行い，その後 2 年間介入を行った後に，2010 年後半から介入後調査を行った。

介入地域として，医療環境が異なる地域として，「緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域」「一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域（実施主体ががん専門病院である地域）」「一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域（実施主体が総合病院である地域）」「一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域（実施主体が医師会である地域）」の 4 地域を選択した。

介入地域の患者・家族・市民を対象として，緩和ケアの技術・知識の向上，がん患者・家族・住民への情報提供，地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進，緩和ケア専門家による診療・ケアの提供を含む包括的な地域緩和ケアプログラムを行った。

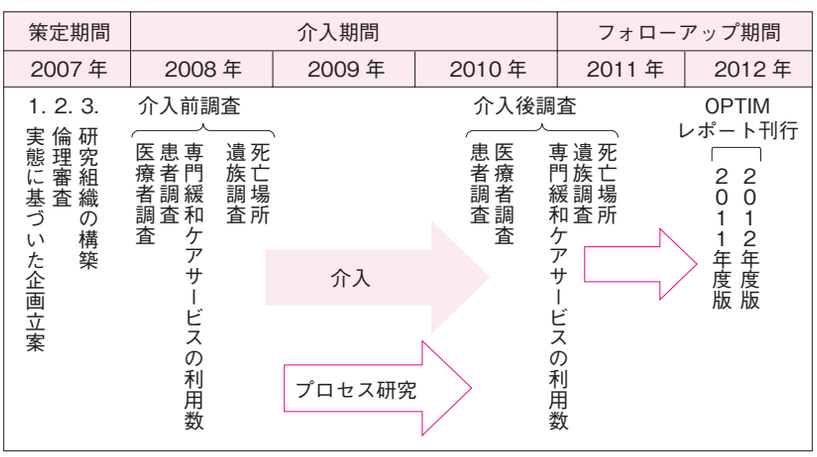


図 4　OPTIM-study 概要

表 2　主要・副次評価項目

主要評価項目
1. 自宅死亡率
2. 専門緩和ケアサービスの利用数
3. 外来がん患者による苦痛緩和の質評価*
4. 遺族による終末期がん患者の苦痛緩和の質評価*
副次評価項目
1. 死亡場所，自宅療養期間
2. 外来患者の quality of life，疼痛，満足度
3. 遺族の評価による終末期がん患者の quality of life，満足度，遺族の負担感
4. 医師の緩和ケアの知識・困難感・実践
5. 看護師の緩和ケアの知識・困難感・実践
6. 患者の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性
7. 遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性
8. 住民の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性
9. 地域の緩和ケアの質指標

* Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメイン（「つらい症状にすみやかに対処している」など）。

表 3　プロセス研究

1. **記述** 各地域で実施された介入の詳細を記述する
2. **課題と解決策の系統的整理** 各地域で行われた多職種連携カンファレンスの内容・フィールドノートなどから，地域のがん緩和ケアに関する課題と解決策を収集し，質的に分類する
3. **インタビュー調査** 各地域のリンクスタッフ 100 名を対象としたインタビュー調査により，「なぜ，どのような変化が生じたのか」を質的に分析する

介入前後で介入効果を測定した（**表 2**）。主要評価項目を，①自宅死亡率，②専門緩和ケアサービスの利用数，③外来がん患者による苦痛緩和の質評価，④遺族による終末期がん患者の苦痛緩和の質評価，とした。苦痛緩和の質評価の指標としては，Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメインを利用した。

副次的評価項目として，①死亡場所，自宅療養期間，②外来患者の quality of life，疼痛，満足度，③遺族の評価による終末期がん患者の quality of life，満足度，遺族の負担感，④医師の緩和ケアの知識・困難感・実践，⑤看護師の緩和ケアの知識・困難感・実践，⑥患者の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性，⑦遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性，⑧住民の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性，⑨地域の緩和ケアの質指標，を設定した。

あわせて，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，および③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（**表 3**）。

主要評価項目

主要評価項目として，自宅死亡率，専門緩和ケアサービスの利用数，外来がん患者による苦痛緩和の質評価，遺族による終末期がん患者の苦痛緩和の質評価を取得した。介入後調査の患者対象の調査票，遺族対象の調査票をそれぞれ**資料 1**，**資料 2** とする。

1. 自宅死亡率

人口動態調査の目的以外使用を申請し，地域における死亡者の死亡場所の情報を得た。自宅死亡率は，地域内のがん死亡患者のうちの自宅死亡患者の割合を計算した。

2. 専門緩和ケアサービスの利用数

「専門緩和ケアサービス」についての国際的に承認された基準はないため，本研究では，専門緩和ケアサービスを「緩和ケアに関する専門的な教育を受けた医療者によって提供される専門的な緩和ケア」と定義し，①緩和ケアを提供する医師が専門的な教育を受けている，②がん患者の身体的・心理的・社会的・霊的な苦痛を包括的に評価し，苦痛緩和を専門家と協力して実施する体制がある，③患者・家族，および，医療者に緩和ケアサービスであることが分かるように表記・開示されている，の 3 つを満たすことを共通の条件とした（**表 4**）。

緩和ケア病棟，院内緩和ケアチーム，地域緩和ケアチーム，在宅緩和ケア施設，緩和ケア外来を設定し，それぞれ，本研究で定めた定義に従って研究班にて各施設に条件を満たしていることを示す書類をもとに審査・認定した。審査では，①に関しては，医師が専門的な緩和ケアの教育を受けていることを示す書類を求めた。②に関しては，包括的な評価やケアが可能な体制として，病棟・病院内に紹介可能な専門診療科や専門職があること，または，近隣の専門診療科との契約があることの書類を求めた。③に関しては，緩和ケア，緩和医療という名称で患者・家族に示されている文書やホームページの複写を求めた。

専門緩和ケアサービスの利用数の算出は，まず，基準を満たす緩和ケア病棟，院内緩和ケアチーム，地域緩和ケアチーム，在宅緩和ケア施設，緩和ケア外来を同定し，各診療機関が診療患者の一覧表を作成した。地域の専門緩和ケアサービスで診療を受けた患者のうち，居住地が調査対象地域の患者の延べ数を年間がん死亡者数で割った比を，年間がん死亡者数で補正した

表 4　専門緩和ケアサービスの定義

1. 専門緩和ケアサービスの定義 ・緩和ケアに関する専門的な教育を受けた医療者によって提供される専門的な緩和ケア
2. 専門緩和ケアサービスの条件 共通の条件 1）緩和ケアを提供する医師が専門的な教育を受けている 2）がん患者の身体的・心理的・社会的・霊的な苦痛を包括的に評価し，身体的・心理的・社会的・霊的な苦痛の緩和を実施する体制がある 3）患者・家族に緩和ケアサービスであることが分かるように開示されている
3. サービスごとの基準 緩和ケア病棟 ・認可を受けている緩和ケア病棟である ・認可のない場合，共通の条件に加えて，①緩和ケアを担当する常勤の医師が 1 名以上配置されている（必ずしも専従である必要はない），② 1 日の看護師数が当該病棟の入院患者 7 に対して 1 以上，夜間の看護師数が 2 以上である 院内緩和ケアチーム ・がん診療連携拠点病院に設置された緩和ケアチームである ・がん診療連携拠点病院でない場合，共通の条件に加えて，常勤の医師が 1 名以上配置されている（必ずしも専従である必要はない） 地域緩和ケアチーム・在宅緩和ケア施設 ・共通の条件 ・常勤の医師が 1 名以上配置されている（必ずしも専従である必要はない） 緩和ケア外来 ・共通の条件 ・ただし，麻酔科・ペインクリニック・精神腫瘍科など疼痛や精神症状などに限定したサービスを行う診療科は原則として除外。包括的な評価，包括的な緩和ケアが実際に提供されている場合には個別に含める

専門緩和ケアサービスの利用数の比として計算した。

患者の背景として，性別，年齢，原発部位，ECOG（Eastern Cooperative Oncology Group）の perfor-mance status，依頼理由（疼痛，疼痛以外の身体症状，不穏・せん妄，不穏・せん妄以外の精神症状・精神的支援，家族の支援，療養場所の調整，その他），初診時の治療状況（精査・診断・抗がん治療が予定され経過観察中，抗がん治療中，抗がん治療を今後行わない予定）を取得した。

3. 外来がん患者による苦痛緩和の質評価（表 5）

1）調査対象

対象施設を把握するために日本病院協会や地域の医療情報から各地域の病院 54 病院を同定した。そのうち精神疾患，リハビリテーション，療養型病院など 20 病院を除外したがん患者を診療している病院であると考えられる 34 病院（11,033 床）を対象施設とした。そのうち，介入前調査では 23 病院（8,964 床，病床の 81％，鶴岡地域 3 病院，柏地域 7 病院，浜松地域 8 病院，長崎地域 5 病院）で調査の参加が得られた。介入後調査では，鶴岡地域で診療所が病院となったために 1 施設増加し，浜松地域では 1 病院が閉鎖，1 病院でがん診療科が閉鎖されたために調査対象ではなくなったため，22 病院（鶴岡地域 4 病院，柏地域 7 病院，浜松地域 6 病院，長崎地域 5 病院）を対象とした。

調査対象施設に通院しているがん患者を対象として郵送法，または，手渡しによる質問紙調査を行った。

患者の適格基準は，①成人のがん患者，②原発が肺，胃・食道，肝臓・胆嚢・膵臓，大腸・直腸，乳腺，腎臓，前立腺，膀胱，子宮，卵巣のいずれか，③再発・遠隔転移がある，④外来患者（介入前調査：2007 年 12 月 1 日～2008 年 3 月 31 日，介入後調査：2010 年 9 月 1 日～2010 年 12 月 31 日），⑤居住地が調査対象地域，⑥告知されているもの，である。除外基準は，①認知症，視覚障害，意識障害などのために調査票に記入できないと考えられるもの，②患者の精神的苦痛が大きいと担当医が判断したもの，③患者の身体的負担が大きいと担当医が判断したもの，④対象者抽出過程で死亡・入院・転院に至ったもの，⑤主治医が異動・不在のため調査可否の判断ができないもの，とした。

2）調査項目

ケアの質の評価尺度（Care Evaluation Scale）の身体的・精神的ケアドメインを 1 尺度として用いた[1)]。この尺度は，利用者からみて，身体的・精神的苦痛に対する医師や看護師の対応にどの程度改善する必要性があったかを定量する。

質問項目は，医師による苦痛緩和 3 項目（「医師は，

表 5　外来がん患者による評価

【方法】 患者を対象とした質問紙調査
【適格基準】 ・外来を受診 ・居住地が調査対象地域 ・がん原発部位が肺，胃・食道，肝臓・胆嚢・膵臓，大腸・直腸，乳腺，泌尿器，子宮・卵巣 ・再発・遠隔転移がある ・20 歳以上 ・告知されている
【除外基準】 ・認知症，視覚障害，意識障害などのために調査票に記入できない ・精神的負担が大きいと担当医が判断 ・身体的負担が大きいと担当医が判断 ・抽出過程で死亡・入院・転院 ・担当医が異動・不在のため確認できない
【調査項目】 Care Evaluation Scale, Good Death Inventory, Brief Pain Inventory Satisfaction, Knowledge, beliefs, and concerns about palliative care

あなたのからだの苦痛をやわらげるように努めている」「医師は，あなたのつらい症状にすみやかに対処している」「医師は，苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練している」），看護師による苦痛緩和 3 項目（「看護師は，あなたのつらい症状への対応の希望にすみやかに対応している」「看護師は，苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練している」「看護師は，あなたの毎日の生活がなるべく快適になるように努めている」），精神的ケア 3 項目（「あなたの不安や心配をやわらげるように，医師や看護師は努めている」「あなたの気分が落ち込んだときに，医師や看護師は適切に対応している」「あなたの希望がかなえられるように，医師や看護師は努力している」）の 9 項目からなり，「改善すべきところが大いにある（1）」～「全くない（6）」の 6 件法で答える。

得点は 1 点から 6 点に分布し，得点が高い方が「改善の必要性がない」すなわち，利用者からみて苦痛緩和の質の評価が良いことを示す。

内的一貫性，再試験信頼性，併存的妥当性（満足度，quality of life との中程度の相関），判別的妥当性（抑うつ，期待の有意な影響を受けない）が確認されている。

4. 遺族による終末期がん患者の苦痛緩和の質評価（表 6）

1）調査対象

患者調査と同じ方法により，調査施設となる病院を同定した。柏地域の 1 病院が患者調査には参加したが，遺族調査には参加しなかった。死亡小票などを用いて地域のがん死亡患者の全数を把握することが法律上の問題から不可能であったため，がん患者の在宅診療を行っていると考えられる診療所を地域の医療情報から同定し，参加を依頼した。病院・診療所合わせて，介入前調査では 39 施設，介入後調査では 52 施設が対象となった（表 7）。自宅死亡した患者からのサンプリング率は介入前調査で 36%，介入後調査で 57%と介入前後でサンプリング率が異なった。がん患者の死亡数総数に占める対象患者の割合は，介入前調査で 39%（2,016/5,147），介入後調査で 40%（2,212/5,546）であった。

調査対象施設で死亡したがん患者の遺族を対象として郵送法による質問紙調査を行った。

遺族の適格基準は，①成人のがん患者の成人の遺族，②原発が肺，胃・食道，肝臓・胆嚢・膵臓，大腸・直腸，乳腺，腎臓，前立腺，膀胱，子宮，卵巣のいずれか，③調査時期に患者が死亡したもの（介入前調査：2007 年 4 月 1 日～2008 年 3 月 31 日，介入後調査：2010 年 4 月 1 日～2011 年 3 月 31 日），④居住地が調査対象地域，⑤遺族に告知されているもの，⑥入院・訪問診療の開始から死亡までの期間が 3 日以上，である。除外基準は，①遺族が同定できない・いないもの，②認知症，視覚障害などのために調査票に記入できないと考えられるもの，③遺族の精神的苦痛が大きいと担当医が判断したもの，④死亡原因が治療関連死，または，がんと関連しない合併症による死亡であるもの，⑤死亡場所が集中治療室であるもの，⑥主治医が異

表 6　遺族による評価

【方法】 がん患者の遺族を対象とした質問紙調査
【適格基準】 ・死亡したがん患者の遺族 ・居住地が調査対象地域 ・がん原発部位が肺，胃・食道，肝臓・胆嚢・膵臓，大腸・直腸，乳腺，泌尿器，子宮・卵巣 ・20 歳以上 ・告知されている ・調査施設で 3 日以上の診療を受けている
【除外基準】 ・認知症，視覚障害などのために調査票に記入できない ・精神的負担が大きいと担当医が判断 ・死因が治療関連死・合併症による死亡 ・死亡場所が集中治療室 ・担当医が異動・不在のため確認できない
【調査項目】 Care Evaluation Scale, Good Death Inventory, Caregiving Consequence Inventory, Satisfaction, Knowledge, beliefs, and concerns about palliative care

表 7　遺族調査の対象施設数と自宅死亡患者の対象となった割合

	施設		自宅死亡患者の調査対象者の割合		死亡患者に占める調査対象者の割合	
	前調査	後調査	前調査	後調査	前調査	後調査
合計	39 (27, 12)	52 (30, 22)	36% (127/348)	57% (332/581)	39% 2,016/5,147	40% 2,212/5,546
鶴岡地域	5 (3, 2)	8 (2, 6)	10% (3/29)	43% (20/46)	52% 265/510	69% 356/516
柏地域	7 (6, 1 *)	9 (7, 2)	33% (33/100)	40% (51/129)	28% 416/1,471	24% 388/1,596
浜松地域	11 (7, 4)	15 (6, 9)	52% (65/124)	70% (179/255)	43% 774/1,784	40% 783/1,965
長崎地域	16 (11, 5)	20 (15, 5)	27% (26/95)	54% (82/151)	41% 561/1,382	47% 685/1,469

施設数は（病院数，診療所数）を示す。調査対象者の割合は，地域内の総死亡に占める遺族調査の対象となった患者の割合を示す。
*柏地域は 1 施設で付属診療所を有する病院 1 施設を含む。

動・不在のため調査可否の判断ができないもの，とした。

2）調査項目

患者調査と同様に，ケアの質の評価尺度（Care Evaluation Scale）の身体的・精神的ケアドメインを 1 尺度として用いた[2)]。

副次的評価項目

副次的評価項目として，①死亡場所，自宅療養期間，②外来患者の quality of life，疼痛，満足度，③遺族の評価による終末期がん患者の quality of life，満足度，遺族の負担感，④医師の緩和ケアの知識・困難感・実践，⑤看護師の緩和ケアの知識・困難感・実践，⑥患者の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性，⑦遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性，⑧住民の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性，⑨地域の緩和ケアの質指標，を取得した。

医師対象調査の調査票を**資料 3**，看護師対象調査の調査票を**資料 4** に示す。

1. 死亡場所，自宅療養期間

死亡場所は，人口動態調査の目的以外使用を申請し，地域における死亡者の死亡場所の情報（自宅，病院・診療所，施設）を得た。あわせて，緩和ケア病棟の死

亡患者数を地域に存在する各緩和ケア病棟から取得した。以上より，自宅，緩和ケア病棟，緩和ケア病棟以外の病院，施設の死亡者数を計算した。

自宅療養期間は，遺族調査において，患者が死亡前1カ月，3カ月に療養していた期間を自宅，緩和ケア病棟，緩和ケア病棟以外の病院，施設，そのほかの場所それぞれについて，「なし」「1週間未満」「1週間～2週間」「2週間～3週間」「3週間以上」で質問した。

2. 外来患者の quality of life，疼痛，満足度

患者の quality of life は，Good Death Inventory（患者版）を使用した[3]。項目は，「痛みが少なく過ごせている」「からだの苦痛が少なく過ごせている」「おだやかな気持ちで過ごせている」「望んだ場所で過ごせている」「楽しみになるようなことがある」「医師を信頼している」「人に迷惑をかけてつらいと感じることがある（逆転）」「ご家族やご友人と十分に時間を過ごせている」「身の回りのことはたいてい自分でできる」「落ち着いた環境で過ごせている」「ひととして大切にされていると感じる」「充実した人生だと感じている」の12項目について，「全くそう思わない（1）」～「とてもそう思う（7）」の7件法で尋ねる。点数が高いことが患者の QOL が高いことを示す。「人に迷惑をかけてつらいと感じることがある」の項目については点数が低いことが患者の QOL が高いことを示す。

疼痛は，Brief Pain Inventory を用いた[4]。24時間以内の最も強い痛み，最も弱い痛み，平均的な痛みについてそれぞれ Numeric Rating Scale を用いて11段階（0～10）で聞いた。

満足度は，「全般的に受けられている医療は満足ですか」に対して，「非常に不満足（1）」～「非常に満足（6）」の6段階で聞いた。

緩和ケアの質の評価について，Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメイン以外の2ドメイン，医師からの説明3項目（「医師はあなたに現在の病状や治療内容について十分説明している」「医師はあなたに将来の見通しについて十分説明している」「医師は治療の選択にあなたの希望が取り入れられるように配慮している」），連携と継続性3項目（「医師や看護師など医療者同士の連携はよい」「診療にあたる医師や看護師は固定している」「治療の場所がかわっても治療の方針や予定は今までの病気の経過に十分配慮して立てられている」）を聞いた。

3. 遺族の評価による終末期がん患者の quality of life，満足度，遺族の負担感

遺族の評価による患者の quality of life は，Good Death Inventory を使用した[5]。項目は，「痛みが少なく過ごせた」「からだの苦痛が少なく過ごせた」「おだやかな気持ちで過ごせた」「望んだ場所で過ごせた」「望んだ場所で最期を迎えられた」「療養した場所は患者さまの意向に沿っていた」「楽しみになるようなことがあった」「医師を信頼していた」「人に迷惑をかけてつらいと感じていた（逆転）」「ご家族やご友人と十分に時間を過ごせた」「身の回りのことはたいてい自分でできた」「落ち着いた環境で過ごせた」「ひととして大切にされていた」「充実した人生だと感じていた」の14項目について，「全くそう思わない（1）」～「とてもそう思う（7）」の7件法で尋ねる。点数が高いことが患者の QOL が高いことを示す。

満足度は，「全般的に受けられた医療は満足でしたか」に対して，「非常に不満足（1）」～「非常に満足（6）」の6段階で聞いた。

緩和ケアの質の評価について，Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメイン以外の4ドメイン，医師からの患者への説明3項目（「医師は患者に現在の病状や治療内容について十分説明した」「医師は患者さまに将来の見通しについて十分説明した」「医師は治療の選択に患者さまの希望が取り入れられるように配慮していた」），医師からの家族への説明3項目（「医師はご家族に現在の病状や治療内容について十分説明した」「医師はご家族に将来の見通しについて十分説明した」「医師は治療の選択にご家族の希望が取り入れられるように配慮していた」），家族への配慮2項目（「ご家族が健康を維持できるような配慮があった」「ご家族が自分の時間をもったり仕事を続けられるような配慮があった」），連携と継続性3項目（「医師や看護師など医療者同士の連携はよかった」「診療にあたる医師や看護師は固定していた」「治療の場所が変わっても治療の方針や予定は今までの病気の経過に十分配慮して立てられていた」）を聞いた。

遺族の負担感として，Caregiver Consequence Inventory を使用した[6]。介護を振り返り，「身体的な負担が大きかった」「精神的な負担が大きかった」「経済的な負担が大きかった」「自分の時間や予定が犠牲になった」の4項目について，「全くそう思わない（1）」～「とてもそう思う（7）」の7段階で聞き，合計

表 8　医師・看護師の知識・困難感・実践の評価

【方法】 医師・看護師を対象とした質問紙調査
【適格基準】 ・がん診療に携わるすべての常勤の病院医師・看護師 （内科，外科，呼吸器科，消化器科，呼吸器外科，泌尿器科，乳腺科，耳鼻科，婦人科，血液内科，放射線治療科，臨床腫瘍科，化学療法科，緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科・病棟） ・診療所医師（内科，外科など） ・訪問看護ステーション看護師 ・臨床経験が 3 年以上 ・調査施設で 1 年以上勤務
【除外基準】 ・がん患者の診療経験がない
【調査項目】 Palliative Care Knowledge Test, Palliative Care Difficulties Scale Palliative Care Self-reported Practice Scale

表 9　医師調査・看護師調査の対象施設

	医師調査		看護師調査	
	前調査	後調査	前調査	後調査
合計	1,081 （26, 1,055）	1,027 （23, 1,004）	100 （26, 74）	96 （23, 73）
鶴岡地域	56 （4, 52）	58 （4, 54）	6 （4, 2）	6 （4, 2）
柏地域	246 （9, 237）	203 （8, 195）	27 （9, 18）	28 （8, 20）
浜松地域	283 （8, 275）	282 （6, 276）	41 （8, 33）	36 （6, 30）
長崎地域	496 （5, 491）	484 （5, 479）	26 （5, 21）	26 （5, 21）

施設数は（病院数，診療所または訪問看護ステーション数）を示す。

点を計算した。

4. 医師の緩和ケアの知識・困難感・実践（表 8）

1）調査対象

介入地域の医師を対象として，郵送法による質問紙調査を行った。病院は患者調査と同じように同定した（表 9）。介入前調査では 26 病院，介入後調査で 23 病院で調査に参加が得られた。柏地域の 1 病院は介入後調査に参加せず，浜松地域では 1 病院が閉鎖，1 病院ががん診療科がなくなったため参加しなかった。診療所は地域の診療所のうち標ぼう科からがん患者を診療すると考えられる診療所すべてに配布した。介入前調査で 1,055 診療所，介入後調査で 1,004 診療所が対象となった。

医師の適格基準は，病院医師は，①がん診療に携わるすべての常勤医師（内科，外科，呼吸器科，消化器科，呼吸器外科，泌尿器科，乳腺科，耳鼻科，婦人科，血液内科，放射線治療科，臨床腫瘍科，化学療法科，緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科），②臨床経験年数が 3 年以上のもの，③調査施設に 1 年以上勤務しているもの，とした。診療所医師は 1 診療所の医師 1 名に対して調査票を送付した。

2）調査項目

知識は Palliative Care Knowledge Test を使用した[7]。理念（2 項目，「緩和ケアの対象は根治的治療法のない患者のみである（誤）」など），疼痛・オピオイド（6 項目，「医療用麻薬の使用は患者の生命予後に影響しない（正）」など），消化器症状（4 項目，「がんの終末期では腫瘍によるカロリーの消費が増えるため，早期がんより多いカロリーを必要とする（誤）」など）の 3 領域についての知識 12 項目の正答率を得

た。

困難感では，Palliative Care Difficulties Scale を使用した[8]。症状緩和，専門家の支援，医療者間のコミュニケーション，患者・家族とのコミュニケーション，地域連携の 5 ドメインに関する困難感をそれぞれ 3 項目の計 15 項目について「思わない（1）」～「非常によく思う（5）」の 5 件法で尋ねた。それぞれの下位尺度ごとに得点を合計して分析し，それぞれ得点が高いことが緩和ケアに対する困難感が高いことを示す。

実践については，Palliative Care Self-reported Practice Scale を使用した[8]。疼痛とコミュニケーションについての実践それぞれ 3 項目の合計 6 項目について，「行っていない（1）」～「常に行っている（5）」の 5 件法で尋ねた。それぞれの下位尺度ごとに得点を合計して分析し，それぞれ得点が高いことが緩和ケアに対する実践が望ましいことを示す。

5. 看護師の緩和ケアの知識・困難感・実践

1）調査対象

介入地域の看護師を対象として郵送法による質問紙調査を行った。病院は医師調査と同じ病院が参加した（**表 8**）。訪問看護ステーションは，地域にあるすべての訪問看護ステーションを同定し，常勤看護師数を聴取したうえですべての常勤看護師を対象とした。介入前調査で 74 の訪問看護ステーション，介入後調査で 73 の訪問看護ステーションが対象となった。

看護師の適格基準は，病院看護師は，①がん診療に携わるすべての常勤看護師（内科，外科，呼吸器科，消化器科，呼吸器外科，泌尿器科，乳腺科，耳鼻科，婦人科，血液内科，放射線治療科，臨床腫瘍科，化学療法科，緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科），②臨床経験年数が 3 年以上のもの，③調査施設に 1 年以上勤務しているもの，とした。訪問看護ステーション看護師は，すべての常勤看護師とした。

2）調査項目

知識は Palliative Care Knowledge Test を使用した[7]。理念（2 項目，「緩和ケアの対象は根治的治療法のない患者のみである（誤）」など），疼痛・オピオイド（6 項目，「医療用麻薬の使用は患者の生命予後に影響しない（正）」など），消化器症状（4 項目，「がんの終末期では腫瘍によるカロリーの消費が増えるため，早期がんより多いカロリーを必要とする（誤）」など），呼吸困難（4 項目，「がん患者の呼吸困難はモルヒネでやわらげることができる（正）」など），せん妄（4 項目「終末期がん患者のせん妄はモルヒネが単独の原因となっていることが多い（誤）など」）の 5 領域についての知識 20 項目の正答率を得た。

困難感では，Palliative Care Difficulties Scale を使用した[8]。症状緩和，専門家の支援，医療者間のコミュニケーション，患者・家族とのコミュニケーション，地域連携の 5 ドメインに関する困難感をそれぞれ 3 項目の計 15 項目について「思わない（1）」～「非常によく思う（5）」の 5 件法で尋ねた。それぞれの下位尺度ごとに得点を合計して分析し，それぞれ得点が高いことが緩和ケアに対する困難感が高いことを示す。

実践については，Palliative Care Self-reported Practice Scale を使用した[8]。疼痛，コミュニケーション，呼吸困難，せん妄，看取りのケア，患者・家族中心のケア，口腔ケアについての実践それぞれ 3 項目の合計 19 項目について，「行っていない（1）」～「常に行っている（5）」の 5 件法で尋ねた。それぞれの下位尺度ごとに得点を合計して分析し，それぞれ得点が高いことが緩和ケアに対する実践が望ましいことを示す。

6. 患者の緩和ケアの知識・認識・安心感・緩和ケアの準備性

緩和ケアの認識については，緩和ケアについての認識 3 項目（「化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒に行う」「末期の患者さんのためのものである」「痛みや苦痛をやわらげる」），医療用麻薬についての知識 2 項目（「たいていの痛みをやわらげることができる」「麻薬中毒になったり，命を縮める」），在宅医療についての認識 5 項目（「自宅で安心して過ごせる」「病院と同じように苦痛をやわらげることができる」「急な変化があったときや夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」「家族への負担が大きい」）の合計 10 項目について，「そう思わない（1）」～「とてもそう思う（5）」の 5 件法で尋ねた。

緩和ケアの安心感については，Sense of Security Scale を使用した[9]。これは地域でがん診療を受ける安心感について，「安心して病気の治療を受けられる」「あまり苦しくなく過ごせると思う」「苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」「いろいろなサービスがあるので安心だ」「安心して自宅で療養できる」

の5項目について「全くそう思わない（1）」～「とてもそう思う（7）」の7件法で回答し，合計得点を得るものである。

緩和ケアを利用する準備性について，緩和ケアを知らない，緩和ケアは知っているが今住んでいる地域で緩和ケアが利用可能とは知らない，今住んでいる地域で緩和ケアを利用可能だと知っているが関心がない，関心はあるが現在利用するつもりはない，利用について検討している，利用している，の6つのうちどれにあてはまるかをフローチャートを用いて聞いた[10]。

7. 遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性

患者調査と同様に，緩和ケアの認識合計10項目，安心感合計5項目を尋ねた。

8. 住民の緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性

1）調査対象

介入地域の住民を対象として2007年，2010年の2回，2重層化無作為抽出法により抽出した市民各地域2000名を対象に質問紙調査を行った。適格基準は，介入地域の住民，40歳以上79歳以下のものである。

2）調査項目

患者調査と同じように，緩和ケアの知識・認識・安心感，緩和ケアの準備性などについて質問した。介入後調査では，介入への曝露について質問した。

9. 地域の緩和ケアの質指標

地域の緩和ケアの質指標（quality indicator）として，多職種の専門家のデルファイ法で作成した質指標について取得した。項目は，地域のオピオイド処方量，麻薬免許を取得している診療所の医師数，麻薬を扱える保険薬局の数，在宅療養支援診療所の数，24時間対応できる訪問看護ステーションの数，退院調整看護師のいる病院数，日本緩和医療学会に所属している医師数，緩和ケアチームの数，地域に対して開示されている症状緩和に関するコンサルテーションが可能な窓口数，緩和ケア病棟の病床数などである。

解　析

主要評価項目の介入前後での比較のため，自宅死亡率と専門緩和ケアサービス利用率ではロジスティック回帰分析を行い，外来がん患者による苦痛緩和の質評価と遺族による終末期がん患者の苦痛緩和の質評価では*t*検定と介入前後での変化の大きさを表す効果量の算出を行った。効果量は以下の式により算出した：効果量 =（介入前後での平均値の差）/（母集団の標準偏差）。また，介入地域と全国での自宅死亡率の変化の比較のため，介入と時点の交互作用を検定した。

すべての分析は対象者背景を調整しない分析（単変量解析）と調整した分析（多変量解析）を行った。遺族調査の対象となったがん患者の死亡場所を人口動態調査による介入地域内の全がん患者の死亡場所に対して標準化するため，遺族による終末期がん患者の苦痛緩和の質評価の分析は死亡場所で重みをつけて行った。また，介入4地域それぞれでのサブグループ解析や副次的評価項目の分析を同様の方法により行った。

主要評価項目の介入前後比較は，統計学的検定においてはボンフェローニ法による多重性の調整を行い，有意水準を全体として5%とした両側検定を行った（それぞれについて有意水準を1.25%として有意性を判断した）。その他の分析では有意水準を5%とした両側検定を行った。統計解析はSAS, version 9.3（SAS Institute, Cary, North Carolina）を用いた。

文　献

1）宮下光令，和田　信，森田達也，他：がん患者に対する緩和ケアの構造・プロセスを評価する尺度（患者版Care Evaluation Scale）の信頼性と妥当性の検討．第15回日本緩和医療学会学術集会　抄録・プログラム集．p.165，2010

2）Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al：Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. J Pain Symptom Manage　**27**：492–501, 2004

3）宮下光令，和田　信，森田達也，他：がん患者に対する包括的QOLを測定する尺度の信頼性と妥当性の検討．第15回日本緩和医療学会学術集会 抄録・プログラム集．p.165，2010

4）Uki J, Mendoza T, Cleeland CS, et al：A brief cancer pain assessment tool in Japanese：the utility of the Japanese Brief Pain Inventory--BPI-J. J Pain Symptom Manage　**16**：364–373, 1998

5）Miyashita M, Morita T, Sato K, et al：Good death inventory：a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. J Pain Symptom Manage　**35**：486–498, 2008

6）Sanjo M, Morita T, Miyashita M, et al：Caregiving Consequences Inventory：a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. Psychooneology　**18**：657–666.
7）Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, et al：The palliative care knowledge test：reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals.　Palliat Med　**23**：754–766, 2009
8）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　**13**：427–437, 2010
9）Igarashi A, Miyashita M, Morita T, et al：A scale for measuring feelings of support and security about cancer care in a region of Japan：a potential new endpoint of palliative care. J Pain Symptom Manage　**43**：218–225, 2012
10）Hirai K, Kudo T, Akiyama M, et al：Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services：a population based survey across four regions in Japan. J Palliat Med　**14**：918–922, 2011

患者さまが受けられている医療に関するアンケート調査

<アンケートの回答方法>

◆ほとんどの項目は選択式になっております。
もっともあてはまると思われる箇所に、1つだけ○をおつけください。
ご記入は、**患者さまご本人**にお願いいたします。

アンケートの記入例

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	やや思う	そう思う	とても思う
● 痛みが少なく過ごせている・・・・・	1	2	3	4	5	⑥	7
● からだの苦痛が少なく過ごせている・・	1	2	3	4	⑤	6	7

◆ご回答はすべて統計的に処理し、
個人のお名前や回答内容が明らかになることはありません。

● **アンケートにご記入されましたら**
ご記入いただきましたアンケートは、同封しました返信用封筒に入れ、
2週間以内にご返送いただきますようお願いいたします。

● 「緩和ケア」は病気が進んだときのものであるという印象をお持ちの方もいらっしゃると思いますが、緩和ケアは、**「病気の時期には関係なく」、患者さまの苦痛をやわらげたり、希望する場所で安心して過ごす手助けをすることである**、という考えのもとに調査が行われております。
緩和ケアに関するアンケートが届いたことで病状にご心配を持たれることのないよう、患者さまの**病状とアンケート内容とは直接の関係はない**ことを申し添えさせていただきます。

OPTIM 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」
プロジェクトリーダー　帝京大学医学部内科学講座教授　江口研二

Ⅰ　あなたご自身についておうかがいします。

1．年齢　（　　）歳　　2．性別　1．男性　2．女性

3．現在、同居しているご家族はいらっしゃいますか。
1．いる　　2．いない（一人暮らし）

4．現在、ご結婚されていますか。
1．既婚　　2．未婚　　3．死別

5．現在、お仕事をなさっていますか。
1．仕事をしている（フルタイム）　2．仕事をしている（パートタイム）　3．仕事をしていない

6．あなたの現在の活動状況を最もよく表す数字に**1つだけ**○をおつけください。

0．症状がなく、社会活動への制限を受けない。
1．軽度の症状があるが、軽い家事や座っての仕事はできる
2．日中の半分以上は起きており、歩行や身の回りのことはなんとか行える
3．日中の半分以上は横になっている
4．一日中横になっている

7．現在、化学療法、または放射線療法を行っていらっしゃいますか。
1．行っている　　2．行っていない

Ⅱ　現在、受けられている医療について、あなたの評価をおうかがいします。

以下に、医療をよりよいものにするために必要と思われることをあげています。患者さまとご家族の生活をより良いものにするために、**改善すべきところが**あるかどうか、**改善すべきところが**「大いにある」から「全くない」までのうち、もっとも近いものを1つだけ選んで○をおつけください。

回答例：
質問「医師は、あなたに、将来の見通しについて十分説明している。」
あなたの意見「いや、**十分ではない。もっと改善すべき**だと思う。」

【医師からの説明について】	改善すべきところが					
	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
医師は、あなたに、将来の見通しについて十分説明している・・・・・・・・・・・・・・・		○				

不満足 ⟷ 満足

【医師の対応について】	改善すべきところが					
	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
• 医師は、あなたのからだの苦痛をやわらげるように努めている・・・・・・・・						
• 医師は、あなたのつらい症状にすみやかに対処している・・・・・・・・・・・・						
• 医師は、苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練している・・・・・・・						
【看護師の対応について】	改善すべきところが					
• 看護師は、あなたのつらい症状への対応の希望にすみやかに対応している・・・						
• 看護師は、苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練している・・・・・・						
• 看護師は、あなたの毎日の生活がなるべく快適になるように努めている・・・・						
【精神的な配慮の対応について】	改善すべきところが					
• あなたの不安や心配をやわらげるように、医師や看護師は努めている・・・・						
• あなたの気分が落ち込んだときに、医師や看護師は適切に対応している・・・・						
• あなたの希望がかなえられるように、医師や看護師は努力している・・・・・・						

不満足 ⟷ 満足

【医師からの説明について】	改善すべきところが					
	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
• 医師は、あなたに、現在の病状や治療内容について十分説明している・・・・						
• 医師は、あなたに、将来の見通しについて十分説明している・・・・・・・・・						
• 医師は、治療の選択にあなたの希望が取り入れられるように配慮している・・・						
【連携や継続性について】	改善すべきところが					
• 医師や看護師など医療者どうしの連携はよい・・・・・・・・・・・・・・・・						
• 診療にあたる医師や看護師は固定している・・・・・・・・・・・・・・・・・						
• 治療の場所がかわっても、治療の方針や予定は、今までの病気の経過に十分配慮して立てられている・・・・・・・・						

全般的に現在受けられている医療は満足ですか

非常に不満足	不満足	やや不満足	やや満足	満足	非常に満足
1	2	3	4	5	6

Ⅲ　あなたの痛みについておうかがいします。

あなたの痛みの程度に最も近い**数字に1つだけ○**をおつけください。

この24時間にあなたが感じた**最も強い痛み**はどのくらいでしたか？
痛くない ⟷ これ以上の痛みは考えられない
0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

この24時間にあなたが感じた**最も弱い痛み**はどのくらいでしたか？
痛くない ⟷ これ以上の痛みは考えられない
0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

この24時間にあなたが感じた痛みは**平均すると**どのくらいでしたか？
痛くない ⟷ これ以上の痛みは考えられない
0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

資料1　患者対象の調査票（介入後調査のもの）

Ⅳ　現在の生活をどのようにお感じになられているかおうかがいします。

それぞれについて、「全くそう思わない」から「とてもそう思う」までのうち、最も近いものを１つだけ選び、○をおつけください。

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う
● 痛みが少なく過ごせている・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● からだの苦痛が少なく過ごせている・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● おだやかな気持ちで過ごせている・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 望んだ場所で過ごせている・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 楽しみになるようなことがある・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 医師を信頼している・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 人に迷惑をかけてつらいと感じることがある・・	1	2	3	4	5	6	7
● ご家族やご友人と十分に時間を過ごせている・・	1	2	3	4	5	6	7
● 身の回りのことはたいてい自分でできる・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 落ち着いた環境で過ごせている・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● ひととして大切にされていると感じる・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 充実した人生だと感じている・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7

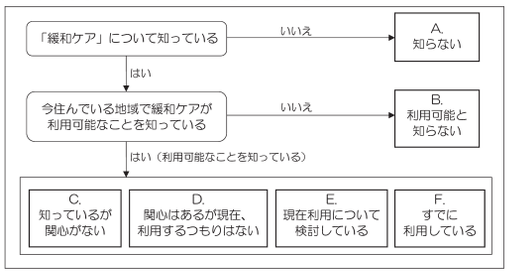
Ⅴ　あなたの今のお気持ちについておうかがいします。

あなたのお考えに最も近いものに○をおつけください。

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う
● 安心して病気の治療を受けられる・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● あまり苦しくなく過ごせると思う・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う・	1	2	3	4	5	6	7
● いろいろなサービスがあるので安心だ・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 安心して自宅で療養できる・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7

Ⅵ　「緩和ケア」についておうかがいします。

あてはまるアルファベット１つに○をおつけください。



Ⅶ　あなたが、現在もっているイメージについておうかがいします。

※「緩和ケア」についてはアンケートの趣意書にも説明がございますが、質問はあなたのイメージや認識をうかがうものですので、趣意書をご覧になる前の状態についてご記入下さい。

	そう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う
緩和ケアは、					
● 痛みや苦痛をやわらげる・・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5
● 化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒に行う・・	1	2	3	4	5
● 「末期」の患者さんのためのものである・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5
モルヒネなどの医療用麻薬は、					
● たいていの痛みをやわらげることができる・・・・・・・・・	1	2	3	4	5
● 麻薬中毒になったり、命を縮める・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5
往診や訪問看護を使って自宅で療養することについて、					
● 安心して過ごせる・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5
● 病院と同じように苦痛をやわらげることができる・・・・・・	1	2	3	4	5
● 急な変化があったときや夜間に対応できない・・・・・・・・	1	2	3	4	5
● 往診してくれる医師がいない・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5
● 家族への負担が大きい・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5

Ⅷ　浜松市では、2008年から2010年にかけて、地域に緩和ケアを普及するためのプロジェクト（「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」「OPTIM浜松」）が行われています。

1．あなたは、上記のプロジェクトが行われていることをご存知でしたか。

1．知っている　　2．聞いたことはあるがよく知らない　　3．聞いたことがない

2．2008年から2010年の間に、浜松市では、緩和ケアに関する講演会や市民公開講座が行われました。あなたは、何回参加されたことがありましたか。

1．0回　　2．1回　　3．2回　　4．3回以上

3．2008年から2010年の間に、浜松市では、右ページのような、緩和ケアに関する冊子（「あなたの地域の緩和ケア」「つらい時期を上手に過ごす」）、図書（「緩和ケアを知る100冊」）、ポスター、チラシ等が以下の場所に設置されました。

（1）あなたはこの３年間、右ページの冊子、図書、ポスター、チラシ等をご覧になりましたか。

1．見たことがあり、場所を覚えている　　2．見たことがあるが、場所は覚えていない　　3．見たことがない

（2）あなたはこの３年間、右ページの冊子、図書、ポスター、チラシ等を、以下のそれぞれの場所でご覧になりましたか。また、それぞれの場所にどのくらい行かれましたか。あてはまる数字とアルファベットに○をおつけください。

例：

		2箇所に○をつけてください					
公立の図書館	1	2	3	→	a	b	c	d

	それぞれの場所で、冊子、図書、ポスター、チラシ等をご覧になりましたか				あなたはこの３年間に平均してどれくらい行かれましたか			
	目にしていない	目にはしたが詳しくは見ていない	詳しく見た		行っていない	年に数回	月に数回	週数回以上
公立の図書館	1	2	3	→	a	b	c	d
病院の図書館	1	2	3	→	a	b	c	d
病院	1	2	3	→	a	b	c	d
診療所・クリニック	1	2	3	→	a	b	c	d
薬局	1	2	3	→	a	b	c	d
訪問看護や介護に関する事業所	1	2	3	→	a	b	c	d
市役所・区役所	1	2	3	→	a	b	c	d
公民館などの公共施設	1	2	3	→	a	b	c	d
バス車内・停留所	1	2	3	→	a	b	c	d
駅構内	1	2	3	→	a	b	c	d
浜松駅周辺の地下道	1	2	3	→	a	b	c	d

（3）あなたは右ページの**冊子**（１段目の「あなたの地域の緩和ケア」「つらい時期を上手に過ごす」）を、誰かからもらったり、見たりしたことがありましたか。

	もらっていない	もらったが見ていない	もらって見た
医師や看護師などの医療者からもらった	1	2	3
知人や近所の方からもらった	1	2	3
医療福祉機関（病院やクリニック）に設置されたものをもらった	1	2	3
公共施設（市役所や区役所、公民館）に設置されたものをもらった	1	2	3

Ⅸへお進みください→

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」で作成された冊子（「あなたの地域の緩和ケア」「つらい時期を上手に過ごす」）、図書（「緩和ケアを知る100冊」）、ポスター、チラシなど

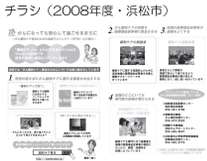
鶴岡市・三川町、柏市・流山市・我孫子市、浜松市、長崎市で共通して作成されたもの

これが（3）で伺っている冊子です

ポスター（2008年度・全地域共通）

ポスター（2009年度・浜松市）

チラシ（2008年度・浜松市）



資料１　（つづき）

Ⅸ　以下では、これまでのご回答のいくつかについて、付け加えておうかがいします。

1．4ページのⅡで、**「医師はあなたのからだの苦痛をやわらげるように努めている」について、「改善すべきところがある・かなりある・大いにある」とお答えになった方におうかがいします。**そうお考えの理由として、あてはまるもの**すべてに**○をおつけください。

1	苦痛を医師に伝えてもほとんど対処してもらえない
2	医師はある程度対処しているが、十分に苦痛が取れない
3	医師は丁寧に対処してくれているが、苦痛が取りきれない
4	医師から苦痛について質問されないので、伝える機会がない
5	医師に話しにくい雰囲気があるので、苦痛を伝えられない
6	診察回数が少ない、または、毎回の診察に十分な時間がない
7	主治医が決まっていない・担当医が変わるため、その場その場の対処になる
8	その他（　　）

2．5ページのⅢで、**「痛みが1以上ある」とお答えになった方におうかがいします。**あなたは、痛みを和らげるための治療を今以上にもっと希望していますか。希望していない場合は、理由としてあてはまるもの**すべてに**○をおつけください。

1	希望する
2	希望しない

→ その理由としてあてはまるもの**すべてに**○をおつけください。

1	仕事や睡眠など生活に大きく支障をきたすほどではないから
2	病気になる前からもともとある痛み（腰痛など）だから
3	もともと、くすりはなるべく飲みたくないから
4	今のくすりで不都合な消化器症状（吐き気、便秘、食欲不振など）があるから
5	今のくすりで不都合な神経症状（眠気、集中力の低下など）があるから
6	くすりが先々効かなくなったり、「依存症」になることが心配だから
7	痛みの治療を受けると病気が進行しているように感じるから
8	その他（　　）

3．6ページのⅣで、**「からだの苦痛が少なく過ごせている」について、「あまりそう思わない・そう思わない・全くそう思わない」と答えた方におうかがいします。**あなたは、からだの苦痛を和らげる専門家の診療（緩和ケアチーム、緩和ケア外来など）を受けていますか。受けていない場合、理由としてあてはまるもの**すべてに**○をおつけください。

1	受けている
2	受けていない

→ その理由としてあてはまるもの**すべてに**○をおつけください。

1	仕事や睡眠など生活に大きく支障をきたすほどではないから
2	病気になる前からもともとある症状（腰痛など）だから
3	しばらくするとおさまる（と説明されている）症状だから（食欲不振など）
4	主治医や看護師から相談・受診をすすめられていないから
5	どうやって相談・受診すればいいかが分からないから （通院している病院に緩和ケアチームがない場合を含む）
6	受診するのに時間や労力がかかるから
7	緩和ケアチームに相談・受診すると病気が進行しているように感じるから
8	その他（　　）

4．7ページのⅦで、**「緩和ケアは、「末期」の患者さんのためのものである」に対して、「そう思う・とてもそう思う」とお答えになった方におうかがいします。**そう思われたきっかけについて、あてはまるもの**すべてに**○をおつけください。

1	医師や看護師から、直接、具体的に聞いた
2	自分が実際にみた、家族や知り合いの経験からそう思う
3	家族や知り合いから聞いた
4	本やテレビなどで聞いた
5	具体的に聞いたわけではないが一般的にそう思う
6	その他（　　）

5．7ページのⅦで、**「医療用麻薬は、麻薬中毒になったり、命を縮める」に対して、「そう思う・とてもそう思う」とお答えになった方におうかがいします。**そう思われたきっかけについて、あてはまるもの**すべてに**○をおつけください。

1	医師や看護師から、直接、具体的に聞いた
2	自分が実際にみた、家族や知り合いの経験からそう思う
3	家族や知り合いから聞いた
4	本やテレビなどで聞いた
5	具体的に聞いたわけではないが一般的にそう思う
6	その他（　　）

6．7ページのⅦで、**「自宅で療養することについて、急な変化があった時や夜間に対応できない」に対して、「そう思う・とてもそう思う」とお答えになった方におうかがいします。**そう思われたきっかけについて、あてはまるもの**すべてに**○をおつけください。

1	医師や看護師から、直接、具体的に聞いた
2	自分が実際にみた、家族や知り合いの経験からそう思う
3	家族や知り合いから聞いた
4	本やテレビなどで聞いた
5	具体的に聞いたわけではないが一般的にそう思う
6	その他（　　）

Ⅹ　あなたのご経験から、がん治療や苦痛をやわらげる治療に関する地域での改善点や課題につきまして、お考えがございましたらご記入いただければ幸いです。

以上でアンケートは終了です。いただいたご意見は、地域の医療の向上に反映させていきたいと思います。

ご協力、誠にありがとうございました。

資料1　（つづき）

患者さまが受けられた医療に関するアンケート調査

● **アンケートにご協力いただけない場合は、**以下に○をつけ、アンケートに記入なさらずご返送くださいますようお願いいたします。

（　　）アンケートには回答しません

● **アンケートにご協力いただける場合は、以下の注意事項をお読みください。**

<アンケートの回答方法>

◆ほとんどの項目は選択式になっております。
最もあてはまると思われる箇所に、1つだけ○をおつけください。
アンケートの記入には、20分程度を要します。

アンケートの記入例

患者さまは	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う
● 痛みが少なく過ごせた・・・・・・・・	1	2	3	4	5	⑥	7
● からだの苦痛が少なく過ごせた・・・・	1	2	3	4	⑤	6	7

◆ご記入は、入院中に患者さまを主に介護され、
治療について最もよくご存じの成人の方にお願いいたします。

◆ご回答はすべて統計的に処理し、
個人のお名前や回答内容が明らかになることはありません。

● **アンケートにご記入されましたら**
ご記入いただきましたアンケートは、同封しました返信用封筒に入れ、
2週間以内にご返送いただきますようお願いいたします。

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」
プロジェクトリーダー　帝京大学医学部内科学講座教授　江口研二

Ⅰ　最初に、あなたご自身についておうかがいします。

1．年齢

1．20～29歳　2．30～39歳　3．40～49歳　4．50～59歳
5．60～69歳　6．70～79歳　7．80～89歳　8．90歳以上

2．性別　1．男性　2．女性

3．患者さまが入院中のあなたの健康状態はいかがでしたか。

1．よかった　2．まあまあだった　3．よくなかった　4．非常によくなかった

4．あなたは、患者さまと、どのご関係にあたりますか。

1．配偶者　2．患者さまの子供　3．婿・嫁　4．患者さまの親　5．兄弟姉妹　6．その他

5．患者さまが亡くなられる前1週間に、どのくらい付き添われていましたか。

1．毎日　2．4～6日　3．1～3日　4．付き添っていなかった

Ⅱ　患者さまについておうかがいします。

1．年齢

1．20～29歳　2．30～39歳　3．40～49歳　4．50～59歳
5．60～69歳　6．70～79歳　7．80～89歳　8．90歳以上

2．性別　1．男性　2．女性

3．ご病気は何でしたか。あてはまるもの1つに○をおつけください。

1．肺がん　2．胃がん　3．食道がん　4．肝臓がん　5．胆管・胆のうがん
6．すい臓がん　7．大腸がん　8．直腸がん　9．乳がん　10．腎臓がん
11．前立腺がん　12．膀胱がん　13．子宮がん　14．卵巣がん　15．その他

4．お亡くなりになられた時期

1．平成22年4～6月　2．平成22年7～9月　3．平成22年10～12月　4．平成23年1～3月

Ⅲ　患者さまは療養生活をどのようにお感じになられていたと思いますか。

1．それぞれについて、「全くそう思わない」から「とてもそう思う」までのうち、最も近いものを1つだけ選び、○をおつけください。

	患者さまは	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う
	● 痛みが少なく過ごせた・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
A	● からだの苦痛が少なく過ごせた・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
	● おだやかな気持ちで過ごせた・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
	● 望んだ場所で過ごせた・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
B	● 望んだ場所で最期を迎えられた・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
	● 療養した場所は患者さまの意向に沿っていた・・	1	2	3	4	5	6	7
	● 楽しみになるようなことがあった・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
	● 医師を信頼していた・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
	● 人に迷惑をかけてつらいと感じていた・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
	● ご家族やご友人と十分に時間を過ごせた・・・・	1	2	3	4	5	6	7
	● 身の回りのことはたいてい自分でできた・・・・	1	2	3	4	5	6	7
	● 落ち着いた環境で過ごせた・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
	● ひととして大切にされていた・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
	● 充実した人生だと感じていた・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7

2．前ページ A の**「からだの苦痛が少なく過ごせた」について、「1.全くそう思わない」「2.そう思わない」「3.あまりそう思わない」とお答えになった方におうかがいします。**

（1）患者さまは、からだの苦痛を和らげる専門家の診療（緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア病棟など）を受けていましたか。

1　受けていた
2　受けていなかった
3　わからない

（2）**受けていなかった場合、**その理由としてあてはまるもの**すべてに**○をおつけください。

1　主治医や看護師から相談・受診をすすめられていなかったから
2　どうやって相談・受診すればいいかが分からなかったから（緩和ケアチーム、ホスピス・緩和ケア病棟などがない場合を含む）
3　相談・受診すると病気が進行しているように感じるので希望しなかったから
4　仕事や睡眠など生活に大きく支障をきたすほどではなかったから
5　受診するのに時間や労力がかかるから
6　病気になる前からもともとある症状（腰痛など）だったから
7　しばらくするとおさまる（と説明されていた）症状だったから
8　その他（　　）

3．前ページ B の**「望んだ場所で最期を迎えられた」について、「1.全くそう思わない」「2.そう思わない」「3.あまりそう思わない」とお答えになった方におうかがいします。**

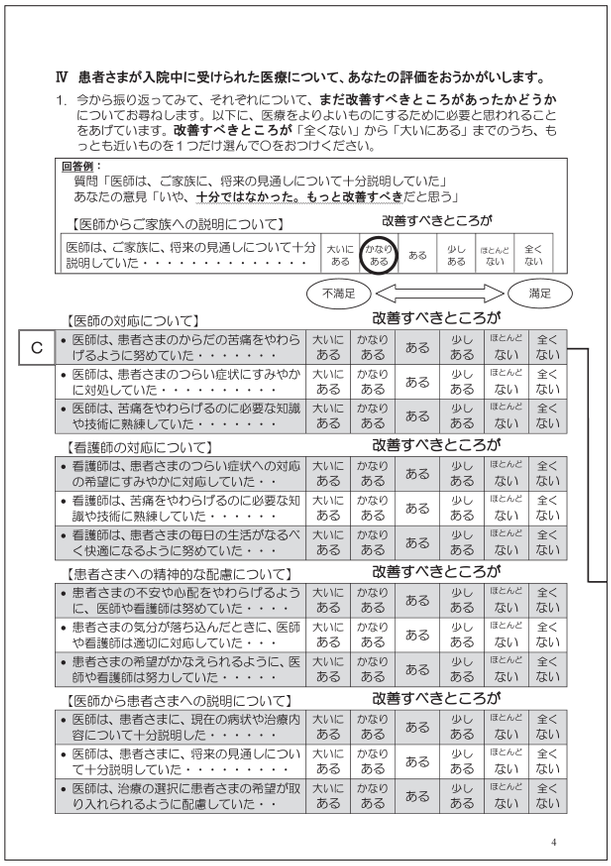
（1）患者さまが最期を迎える場所として希望されていた場所はどこでしたか？

1．緩和ケア病棟・ホスピス　2．自宅　3．病院　4．その他（　　）

（2）**「自宅」を希望されていたが、希望がかなわなかった方におうかがいします。**その理由として、あてはまるもの**すべてに**○をつけてください。

1　医師から自宅で過ごせることの説明を聞かなかった
2　こんなに早く悪くなると思っていなかったので、相談や準備をしていなかった
3　よくなると信じていた・精神的につらかったので、相談や準備をしていなかった
4　痛みや呼吸困難などのからだの苦痛が取れなかった
5　在宅で見てくれる診療所の医師や看護師が見つからなかった
6　症状は落ち着いていたが、自宅で介護（生活）をすることが大変になった
7　急な変化があったときや夜間の対応が心配だった

資料２　遺族対象の調査票（介入後調査のもの）



Ⅳ 患者さまが入院中に受けられた医療について、あなたの評価をおうかがいします。

1. 今から振り返ってみて、それぞれについて、**まだ改善すべきところがあったかどうか**についてお尋ねします。以下に、医療をよりよいものにするために必要と思われることをあげています。**改善すべきところが**「全くない」から「大いにある」までのうち、もっとも近いものを１つだけ選んで○をおつけください。

回答例：
質問「医師は、ご家族に、将来の見通しについて十分説明していた」
あなたの意見「いや、**十分ではなかった。もっと改善すべき**だと思う」

【医師からご家族への説明について】 改善すべきところが

	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
医師は、ご家族に、将来の見通しについて十分説明していた・・・・・・・・・・・・・・・・		○				

不満足 ⟷ 満足

【医師の対応について】 改善すべきところが

C

	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
• 医師は、患者さまのからだの苦痛をやわらげるように努めていた・・・・・・						
• 医師は、患者さまのつらい症状にすみやかに対処していた・・・・・・・・・・						
• 医師は、苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練していた・・・・・・・						

【看護師の対応について】 改善すべきところが

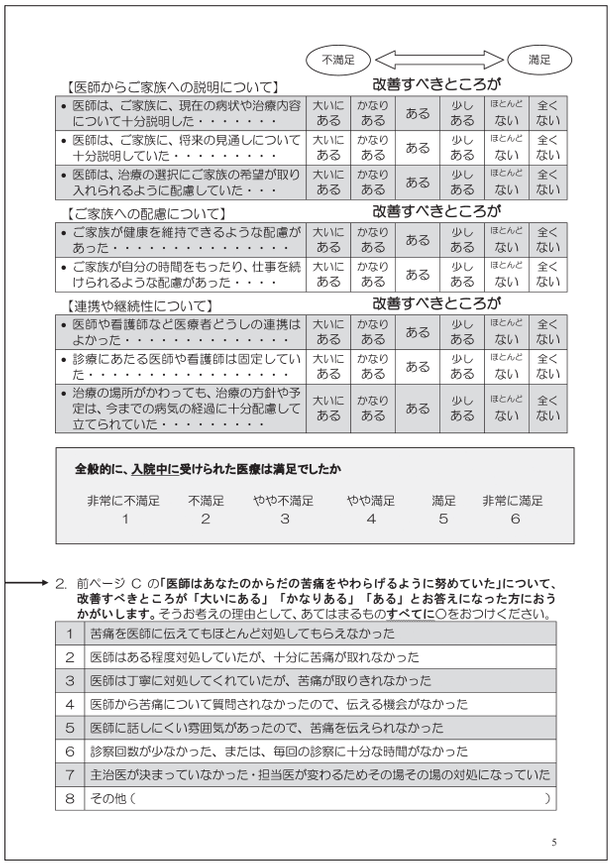
	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
• 看護師は、患者さまのつらい症状への対応の希望にすみやかに対応していた・・						
• 看護師は、苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練していた・・・・・・						
• 看護師は、患者さまの毎日の生活がなるべく快適になるように努めていた・・・						

【患者さまへの精神的な配慮について】 改善すべきところが

	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
• 患者さまの不安や心配をやわらげるように、医師や看護師は努めていた・・・・						
• 患者さまの気分が落ち込んだときに、医師や看護師は適切に対応していた・・・						
• 患者さまの希望がかなえられるように、医師や看護師は努力していた・・・・・						

【医師から患者さまへの説明について】 改善すべきところが

	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
• 医師は、患者さまに、現在の病状や治療内容について十分説明した・・・・・・						
• 医師は、患者さまに、将来の見通しについて十分説明していた・・・・・・・・・						
• 医師は、治療の選択に患者さまの希望が取り入れられるように配慮していた・・						



不満足 ⟷ 満足

【医師からご家族への説明について】 改善すべきところが

	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
• 医師は、ご家族に、現在の病状や治療内容について十分説明した・・・・・・・						
• 医師は、ご家族に、将来の見通しについて十分説明していた・・・・・・・・・						
• 医師は、治療の選択にご家族の希望が取り入れられるように配慮していた・・・						

【ご家族への配慮について】 改善すべきところが

	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
• ご家族が健康を維持できるような配慮があった・・・・・・・・・・・・・・・						
• ご家族が自分の時間をもったり、仕事を続けられるような配慮があった・・・・						

【連携や継続性について】 改善すべきところが

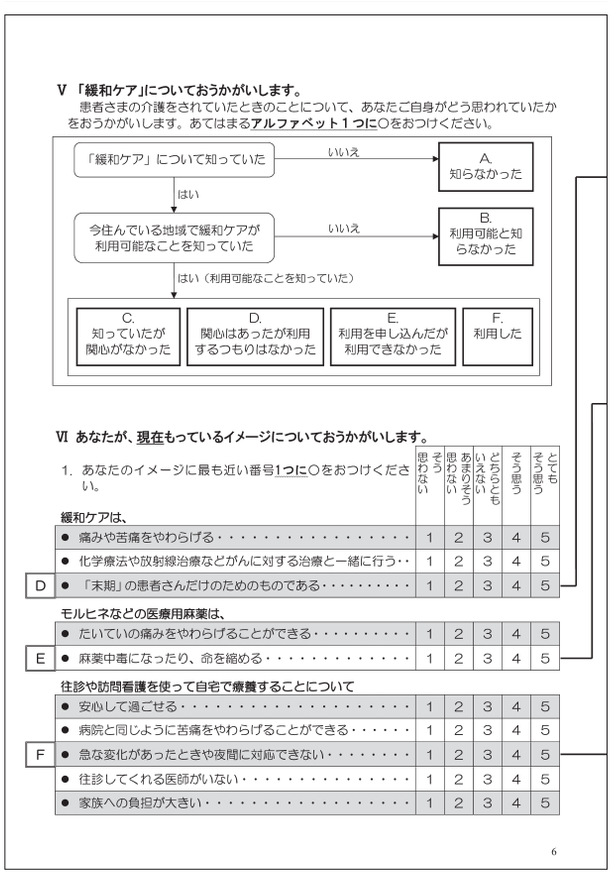
	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない
• 医師や看護師など医療者どうしの連携はよかった・・・・・・・・・・・・・・						
• 診療にあたる医師や看護師は固定していた・・・・・・・・・・・・・・・・・						
• 治療の場所がかわっても、治療の方針や予定は、今までの病気の経過に十分配慮して立てられていた・・・・・・・・・						

全般的に、入院中に受けられた医療は満足でしたか

非常に不満足	不満足	やや不満足	やや満足	満足	非常に満足
1	2	3	4	5	6

2. 前ページ C の**「医師はあなたのからだの苦痛をやわらげるように努めていた」について、改善すべきところが「大いにある」「かなりある」「ある」とお答えになった方におうかがいします。**そうお考えの理由として、あてはまるものすべてに○をおつけください。

1	苦痛を医師に伝えてもほとんど対処してもらえなかった
2	医師はある程度対処していたが、十分に苦痛が取れなかった
3	医師は丁寧に対処してくれていたが、苦痛が取りきれなかった
4	医師から苦痛について質問されなかったので、伝える機会がなかった
5	医師に話しにくい雰囲気があったので、苦痛を伝えられなかった
6	診察回数が少なかった、または、毎回の診察に十分な時間がなかった
7	主治医が決まっていなかった・担当医が変わるためその場その場の対処になっていた
8	その他（　　）

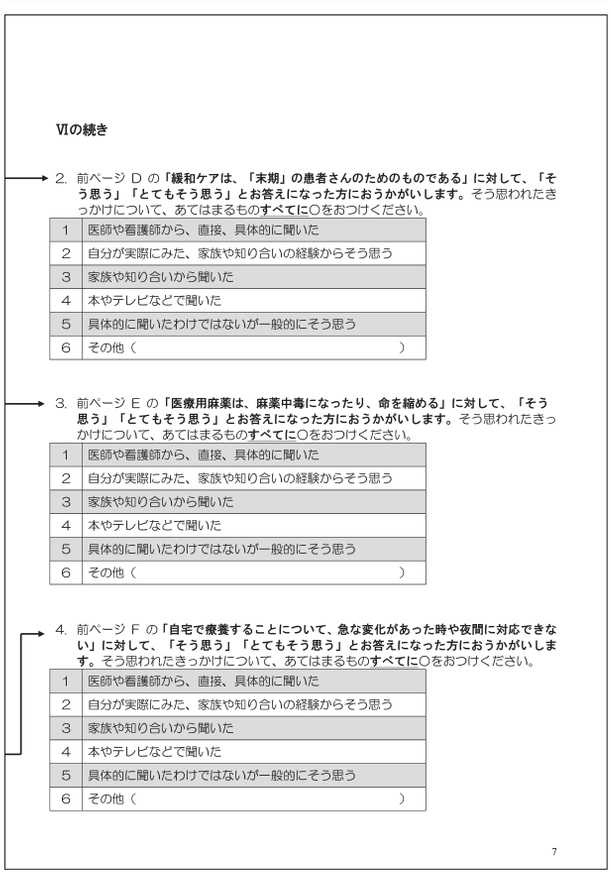


Ⅴ 「緩和ケア」についておうかがいします。
患者さまの介護をされていたときのことについて、あなたご自身がどう思われていたかをおうかがいします。あてはまるアルファベット１つに○をおつけください。

Ⅵ あなたが、現在もっているイメージについておうかがいします。

1. あなたのイメージに最も近い番号1つに○をおつけください。

	思わない	そう	あまりそう思わない	いえないどちらとも	そう思う	とても
緩和ケアは、						
● 痛みや苦痛をやわらげる・・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	
● 化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒に行う・・	1	2	3	4	5	
D ● 「末期」の患者さんだけのためのものである・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	
モルヒネなどの医療用麻薬は、						
● たいていの痛みをやわらげることができる・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	
E ● 麻薬中毒になったり、命を縮める・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	
往診や訪問看護を使って自宅で療養することについて						
● 安心して過ごせる・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	
● 病院と同じように苦痛をやわらげることができる・・・・・・	1	2	3	4	5	
F ● 急な変化があったときや夜間に対応できない・・・・・・・・	1	2	3	4	5	
● 往診してくれる医師がいない・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	
● 家族への負担が大きい・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	



Ⅵの続き

2. 前ページ D の**「緩和ケアは、「末期」の患者さんのためのものである」に対して、「そう思う」「とてもそう思う」とお答えになった方におうかがいします。**そう思われたきっかけについて、あてはまるものすべてに○をおつけください。

1	医師や看護師から、直接、具体的に聞いた
2	自分が実際にみた、家族や知り合いの経験からそう思う
3	家族や知り合いから聞いた
4	本やテレビなどで聞いた
5	具体的に聞いたわけではないが一般的にそう思う
6	その他（　　）

3. 前ページ E の**「医療用麻薬は、麻薬中毒になったり、命を縮める」に対して、「そう思う」「とてもそう思う」とお答えになった方におうかがいします。**そう思われたきっかけについて、あてはまるものすべてに○をおつけください。

1	医師や看護師から、直接、具体的に聞いた
2	自分が実際にみた、家族や知り合いの経験からそう思う
3	家族や知り合いから聞いた
4	本やテレビなどで聞いた
5	具体的に聞いたわけではないが一般的にそう思う
6	その他（　　）

4. 前ページ F の**「自宅で療養することについて、急な変化があった時や夜間に対応できない」に対して、「そう思う」「とてもそう思う」とお答えになった方におうかがいします。**そう思われたきっかけについて、あてはまるものすべてに○をおつけください。

1	医師や看護師から、直接、具体的に聞いた
2	自分が実際にみた、家族や知り合いの経験からそう思う
3	家族や知り合いから聞いた
4	本やテレビなどで聞いた
5	具体的に聞いたわけではないが一般的にそう思う
6	その他（　　）

資料２ （つづき）

Ⅶ 患者さまへの介護を振り返ってお考えください。

あなたは、現在、以下の項目についてどのように思われますか。
それぞれ最も近い番号**1つに**○をおつけください。

介護をしたことで、私は	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う
● 身体的な負担が大きかった・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 精神的な負担が大きかった・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 経済的な負担が大きかった・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 自分の時間や予定が犠牲になった・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7

Ⅷ あなたの介護経験から、この地域におけるがん治療についての「安心感」についておうかがいします。

あなたのお考えに最も近い番号**1つに**○をおつけください。

もし、がんになったとしても、この地域で	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う	とてもそう思う
● 安心して病気の治療を受けられる・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● あまり苦しくなく過ごせると思う・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う・	1	2	3	4	5	6	7
● いろいろなサービスがあるので安心だ・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 安心して自宅で療養できる・・・・・・・・・・	1	2	3	4	5	6	7
● 希望すれば、自宅で最期まで過ごすことも可能だ	1	2	3	4	5	6	7

8

Ⅸ 患者さまの療養の場所についておうかがいします。

1．おに亡くなりになる前の**1ヶ月間**、以下の場所で患者さまがどれくらいの期間過ごされたか、それぞれあてはまる番号1つに○をおつけください。

● 患者さまは、**自宅で**どれくらい過ごされていましたか。
1．なし　2．1週間未満　3．1週間～　4．2週間～　5．3週間～

● 患者さまは、**病院（一般病棟）に**どれくらい入院されていましたか。
1．なし　2．1週間未満　3．1週間～　4．2週間～　5．3週間～

● 患者さまは、**病院（ホスピス・緩和ケア病棟）に**どれくらい入院されていましたか。
1．なし　2．1週間未満　3．1週間～　4．2週間～　5．3週間～

● 患者さまは、**老人ホームなどの施設で**どれくらい過ごされていましたか。
1．なし　2．1週間未満　3．1週間～　4．2週間～　5．3週間～

● 患者さまは、**その他の場所で**どれくらい過ごされていましたか。
1．なし　2．1週間未満　3．1週間～　4．2週間～　5．3週間～

2．おに亡くなりになる前の**3ヶ月間**、以下の場所で患者さまがどれくらいの期間過ごされたか、それぞれあてはまる番号1つに○をおつけください。

● 患者さまは、**自宅で**どれくらい過ごされていましたか。
1．なし　2．1週間未満　3．1週間～　4．2週間～　5．1ヶ月～　6．2ヶ月～

● 患者さまは、**病院（一般病棟）に**どれくらい入院されていましたか。
1．なし　2．1週間未満　3．1週間～　4．2週間～　5．1ヶ月～　6．2ヶ月～

● 患者さまは、**病院（ホスピス・緩和ケア病棟）に**どれくらい入院されていましたか。
1．なし　2．1週間未満　3．1週間～　4．2週間～　5．1ヶ月～　6．2ヶ月～

● 患者さまは、**老人ホームなどの施設で**どれくらい過ごされていましたか。
1．なし　2．1週間未満　3．1週間～　4．2週間～　5．1ヶ月～　6．2ヶ月～

● 患者さまは、**その他の場所で**どれくらい過ごされていましたか。
1．なし　2．1週間未満　3．1週間～　4．2週間～　5．1ヶ月～　6．2ヶ月～

9

Ⅹ 浜松市では、2008年から2010年にかけて、地域に緩和ケアを普及するためのプロジェクト（「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」「OPTIM浜松」）が行われました。

1．あなたは、上記のプロジェクトが行われていることをご存知でしたか。
1．知っている　2．聞いたことはあるがよく知らない　3．聞いたことがない

2．2008年から2010年の間に、浜松市では、緩和ケアに関する講演会や市民公開講座が行われました。あなたは、何回参加されたことがありましたか。
1．0回　2．1回　3．2回　4．3回以上

3．2008年から2010年の間に、浜松市では、右ページのような、緩和ケアに関する冊子（「あなたの地域の緩和ケア」「つらい時期を上手に過ごす」）、図書（「緩和ケアを知る100冊」）、ポスター、チラシ等が以下の場所に設置されました。

（1）あなたはこの3年間、右ページの冊子、図書、ポスター、チラシ等をご覧になりましたか。
1．見たことがあり、場所を覚えている　2．見たことがあるが、場所は覚えていない　3．見たことがない

（2）あなたはこの3年間、右ページの冊子、図書、ポスター、チラシ等を、以下のそれぞれの場所でご覧になりましたか。あてはまる数字に○をおつけください。

	目にしていない	目にはしたが詳しく見ていない	詳しく見た
公立の図書館	1	2	3
病院の図書館	1	2	3
病院	1	2	3
診療所・クリニック	1	2	3
薬局	1	2	3
訪問看護や介護に関する事業所	1	2	3
市役所・区役所	1	2	3
公民館などの公共施設	1	2	3
バス車内・停留所	1	2	3
駅構内	1	2	3
浜松駅周辺の地下道	1	2	3

（3）あなたは右ページの**冊子**（1段目の「あなたの地域の緩和ケア」「つらい時期を上手に過ごす」）を、誰かからもらったり、見たりしたことがありましたか。

	もらっていない	もらったが見ていない	もらって見た
医師や看護師などの医療者からもらった	1	2	3
知人や近所の方からもらった	1	2	3
医療福祉機関（病院やクリニック）に設置されたものをもらった	1	2	3
公共施設（市役所や区役所、公民館）に設置されたものをもらった	1	2	3

Ⅺへお進みください→

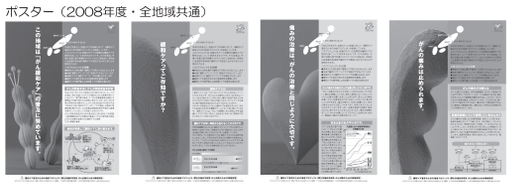
10

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」で作成された冊子（「あなたの地域の緩和ケア」「つらい時期を上手に過ごす」）、図書（「緩和ケアを知る100冊」）、ポスター、チラシなど

鶴岡市・三川町、柏市・流山市・我孫子市、浜松市、長崎市で共通して作成されたもの

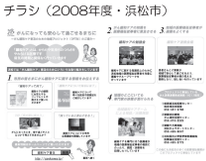
これが（3）で伺っている冊子です

ポスター（2008年度・全地域共通）



ポスター（2009年度・浜松市）

チラシ（2008年度・浜松市）



11

資料２ （つづき）

施設ID

がん患者への緩和ケアについてのアンケート調査
（医師対象）

＜アンケートの回答方法＞

◆ このアンケートは、がん緩和ケアについてお伺いする Ⅰ～Ⅵの質問から構成されています。選択式の設問は、それぞれ最も当てはまると思われる番号に○をおつけください。

アンケートの記入例

【緩和ケアについて】	思わない	あまり思わない	どちらともいえない	やや そう思う	そう思う
• 疼痛の緩和のための知識や技術は十分である	1	2	3	④	5
• 疼痛以外の症状緩和について知識や技術は十分である	1	②	3	4	5

◆ **本調査における「緩和ケア」とは、「がん」に直面した患者とその家族に対して、終末期に限らず、「がん」と診断されたときから、痛みや他の身体的症状、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に対する予防、評価、治療をすることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質）を改善させるケアと定義します。**

◆ 調査結果は統計的な処理をして公表されるため、個人の情報が公開されることは一切ありません。また、アンケートは厳封された状態で回収し、調査施設から独立した事務局にて開封後、分析されるため、調査施設の職員が個人の調査結果を直接知ることはありません。

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」
戦略研究リーダー　帝京大学医学部　江口研二

Ⅰ ご自身についてお聞きします。

1．年齢　（　　）歳　　2．性別　1．男性　2．女性

3．専門科（最も当てはまるものひとつに○をおつけください）

1．内科	2．外科	3．呼吸器科	4．呼吸器外科
5．消化器科	6．消化器外科	7．婦人科	8．乳腺科
9．泌尿器科	10．血液内科	11．耳鼻科	12．放射線治療科
13．臨床腫瘍科	14．化学療法科	15．緩和ケア科	16．その他

4．勤務している医療機関（複数回答可）

1．がん診療連携拠点病院	2．200床未満の病院	3．200床以上の病院
4．在宅療養支援診療所	5．在宅療養支援診療所以外の診療所	

5．医療に従事している期間は何年ですか。　（　　）年

6．鶴岡市・三川町、酒田市・遊佐町・庄内町、柏市・我孫子市・流山市、浜松市、長崎市の医療機関に勤めている期間は何年ですか。　（　　）年

7．過去1年間に主に受け持ったがん患者数は何人ですか。

1．0人　2．1−9人　3．10−49人　4．50人以上

8．過去1年間に看取ったがん患者数は何人ですか。

1．0人　2．1−9人　3．10−49人　4．50人以上

9．医療用麻薬の処方についてお聞きします。

1）麻薬取扱者免許はお持ちですか。　1．なし　2．あり

2）1）で『2．あり』と回答された方にお聞きします。
1年間に医療用麻薬を処方する実患者数は何人程度ですか。

1．0人　2．1−9人　3．10−49人　4．50人以上

Ⅱ がん性疼痛に関して、以下の質問にお答えください。

1．あなたは世界保健機関（WHO）が作成した「WHO方式癌疼痛治療法」をご存知ですか。

1．内容をよく知っている	2．内容をある程度知っている
3．あることを知っている	4．知らない

2．あなたはモルヒネなどの医療用麻薬の使用にあたって、有効性と副作用について患者に分かりやすく具体的に説明することができますか。

1．説明できる	2．多少は説明できる	3．説明できない
4．その他（　　）	5．わからない	

1

Ⅲ あなたが、普段、がん患者に対して行っている診療を振り返り、以下のようなことをどのくらいお感じになりますか。それぞれ最も近い番号ひとつに○をおつけください。

	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	非常によく思う
【症状緩和】					
• がん性疼痛を緩和する方法の知識が不足している	1	2	3	4	5
• 呼吸困難や消化器症状を緩和する方法の知識が不足している	1	2	3	4	5
• 症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない	1	2	3	4	5
【専門家の支援】					
• 症状緩和に関して、緩和ケアの専門家から支援を得ることが難しい	1	2	3	4	5
• 症状緩和に関して、相談できる緩和ケアの専門家がいない	1	2	3	4	5
• 在宅療養中に症状緩和をしたいとき、相談できるところがない	1	2	3	4	5
【医療者間のコミュニケーション】					
• 医師・看護師間で、症状に対する評価方法が一致していない	1	2	3	4	5
• 医師・看護師間で、症状緩和のための一貫した目標を設定することが難しい	1	2	3	4	5
• 医師・看護師間で、症状緩和に関するコミュニケーションをとることが難しい	1	2	3	4	5
【患者・家族とのコミュニケーション】					
• **患者**から、不安を表出されたとき対応が難しい	1	2	3	4	5
• **家族**から、不安を表出されたとき対応が難しい	1	2	3	4	5
• 患者が悪い知らせ（告知など）を受けた後、声のかけ方が難しい	1	2	3	4	5
【地域連携】					
• 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、ケアマネジャー等との間でのカンファレンスがない	1	2	3	4	5
• がん患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい	1	2	3	4	5
• 病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で情報共有が難しい	1	2	3	4	5

Ⅳ あなたが、普段、がん患者に対して行っていることについてお伺いします。それぞれ当てはまる番号ひとつに○をおつけください。

	行っていない	あまり行っていない	時々行っている	たいてい行っている	常に行っている
【疼痛】					
• 患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	1	2	3	4	5
• どんな時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	1	2	3	4	5
• 鎮痛薬を臨時（レスキュー）で使用した場合、その効果を把握している	1	2	3	4	5

2

Ⅳの続き

	行っていない	あまり行っていない	時々行っている	たいてい行っている	常に行っている
【コミュニケーション】					
• 患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーが保てる場所で話をしている	1	2	3	4	5
• 患者に質問をするとき、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問にしている	1	2	3	4	5
• 患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認している	1	2	3	4	5

Ⅴ がん患者のケアについてお伺いします。下記の項目について、「正しい」か「間違っている」または「わからない」のいずれかに、それぞれひとつ○をおつけください。

	正しい	間違っている	わからない
【理念】			
• 緩和ケアの対象は、根治的治療法のない患者のみである	1	2	3
• 緩和ケアは、がんに対する治療と一緒には行わない	1	2	3
【疼痛・オピオイド】			
• 疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすりと眠れるようになることである	1	2	3
• がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもペンタゾシン（ペンタジン®・ソセゴン®）を積極的に使用すべきである	1	2	3
• 医療用麻薬を使用するようになると、非ステロイド性抗炎症鎮痛薬（NSAIDs）は同時に使用しない	1	2	3
• 医療用麻薬投与中にペンタゾシン（ペンタジン®・ソセゴン®）やブプレノルフィン（レペタン®）を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある	1	2	3
• 医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる	1	2	3
• 医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない	1	2	3
【消化器症状】			
• がんの終末期では、腫瘍によるカロリーの消費が増えるため、早期がんより多いカロリーを必要とする	1	2	3
• 末梢静脈が確保できなくなった場合、選択できる輸液経路は中心静脈だけである	1	2	3
• ステロイドはがん患者の食欲不振を緩和する	1	2	3
• 死亡が近い時期にある患者の口渇は、輸液でやわらげることができない	1	2	3

3

資料３　医師対象の調査票（介入後調査のもの）

Ⅵ　この地域では、2008年度から2010年度にかけて、地域に緩和ケアを普及するためのプロジェクト（「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」、「OPTIM（オプティム）プロジェクト」）が行われています。

1. あなたは「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」をご存知でしたか。

1．知っている　　2．聞いたことはあるがよく知らない　　3．聞いたことがない

2. あなたは、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」にどの程度かかわっていますか。

1．全く関わったことがない（参加したことはない、知らない）
2．講演会に参加したり、配布された資料を読んだりした
3．企画、運営の一部に参加した（会の立案に参加した、ファシリテーターをした等）

3. 2008年から2010年の間に、この地域では、緩和ケアや在宅医療に関する講習会（緩和ケア全般、疼痛など症状緩和、こころのケアやコミュニケーション、在宅ケアや地域連携など）や、連携のための多職種の集まりが行われました。

（1）あなたは、**3年間に、**のべ何回参加されましたか。

1．参加しなかった（0回）　2．1回　3．2～5回　4．6～10回　5．11回以上

（2）「1．参加しなかった」方にお伺いします。主な理由を**ひとつ**お選びください。

1．知らなかった
2．知っていたが、関心がなかった
3．関心はあったが、時間がなかった（都合がつかなかった）
4．緩和ケアや在宅医療について相談できる人が近くにいるので必要なかった

4. 2008年から2010年の間に、この地域では、がん患者の緩和ケアについて相談できる病院内の「緩和ケアチーム」や「緩和ケア外来」（施設によって、支持療法チーム、緩和ケアサポートチーム、緩和医療科外来などと呼ばれています）、または、地域の誰でも相談できる「（地域の）緩和ケアチーム」の利用をすすめてきました。

（1）あなたは、**3年間に、**のべ何人「緩和ケアチーム」に患者の相談や診察の依頼をしましたか。

1．依頼しなかった（0人）　2．1～5人　3．6～10人　4．11人以上

（2）「1．依頼しなかった」方にお伺いします。主な理由を**ひとつ**お選びください。

1．緩和ケアについて困ることはなかった
2．緩和ケアで困ることはあったが、「緩和ケアチーム」があることを知らなかった
3．「緩和ケアチーム」を知っていたが、手続きが面倒だった
4．「緩和ケアチーム」に受診する手続きは知っていたが、敷居が高いと思った
5．「緩和ケアチーム」をすすめたが、患者・家族が希望しなかった

5. 2008年から2010年の間に、この地域では、病院から自宅に帰るときに、病院スタッフと地域スタッフの合同カンファレンス（退院前に病院主治医・看護師と、診療所医師・訪問看護師などで行うミーティング）が行われました。

（1）あなたは、**3年間に、**のべ何回参加されましたか。

1．参加したことがない（0回）　2．1～5回　3．6～10回　4．11回以上

（2）「1．参加したことがない」方にお伺いします。主な理由を**ひとつ**お選びください。

1．該当する患者を担当しなかった
2．参加を依頼されなかった
3．参加の依頼はされたが、関心がなかった・必要がないと思った
4．参加を依頼され参加したかったが、時間がなかった（都合がつかなかった）

6. 2008年から2010年の間に、この地域では以下のような緩和ケアに関する診療ツールが作成されました。あなたは、使用したり、見たりしたことがありましたか。

	実際に使用したことがある	見たことはあるが使っていない	見たことがない
1．緩和ケアのマニュアルの小冊子「ステップ緩和ケア」	1	2	3
2．緩和ケアの実際の場面を示したDVD「ステップ緩和ケアムービー」	1	2	3
3．患者用パンフレットや症状評価ツール「医療用麻薬をはじめて使用するとき」「これからの過ごし方について」「生活のしやすさに関する質問票」など	1	2	3
4．プロジェクトのホームページ（http://gankanwa.jp/）	1	2	3
5．患者が所持する情報共有ツール「わたしのカルテ」	1	2	3

7. 都道府県、がん診療連携拠点病院が行った「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を修了していますか。

1．修了している　　2．修了していない

8. あなたはこの1年のご自身の診療の状況について、以下のそれぞれについてどのように思われますか。もっともあてはまるものひとつに○をつけてください。

	思わない	あまり思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う
【日々の診療の忙しさについて】					
• がん緩和ケアにかかわらず、全般的に十分な診察時間がとれなかった	1	2	3	4	5
【緩和ケアについて】					
• 患者が訴えた苦痛や心配にできるかぎり対応した	1	2	3	4	5
• 患者に苦痛や心配があるか、自分からたずねるようにしていた	1	2	3	4	5
• 患者の苦痛や心配は分かっても、対応する時間がなかった	1	2	3	4	5
• 苦痛や心配に対処したが、実際に苦痛をやわらげることはできなかった	1	2	3	4	5
• 苦痛の治療・緩和ケアをすすめても、患者が希望しなかった	1	2	3	4	5
• 患者だけでなく、家族の心配や不安も聞くようにしていた	1	2	3	4	5
【在宅医療について】					
• 患者・家族が自宅で過ごしたいといった場合、できるだけ対応した	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごしたいか、自分から尋ねるようにしていた	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごす希望のあった患者の病状が予測より早く進んだ	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごす希望のあった患者の苦痛緩和ができなかった	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごす希望があっても、診療所や訪問看護ステーションがなかった	1	2	3	4	5
• 希望があり苦痛は落ち着いていたが、介護する人がいなかった	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごすことをすすめても、患者・家族が希望しなかった	1	2	3	4	5

9. あなたは、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」で新しく設置された相談支援センター（鶴岡地域では緩和ケアサポートセンター鶴岡・三川、柏地域では患者・家族総合支援センター、浜松地域では浜松がんサポートセンター、長崎地域では長崎がん相談支援センターと呼ばれています）をご存知でしたか。

1．知っている　　2．聞いたことはあるがよく知らない　　3．聞いたことがない

10.　この3年間（3年未満勤務されている方は勤め始めてから今まで）を振り返ってみて、あなたご自身として、以下のような変化を感じますか。

	思わない	あまり思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う
• 緩和ケアや在宅療養について意識して診療することが増えた	1	2	3	4	5
• 患者の希望や気持ちを聞き、価値観を大切にしようと思うようになった	1	2	3	4	5
• 患者だけでなく、家族の希望や気持ちもきくようになった	1	2	3	4	5
• 一人でなく、多職種のチームで対応していこうと思うようになった	1	2	3	4	5
• 緩和ケアについて相談できる人が増えてきた	1	2	3	4	5
• 臨床経験や、マニュアル・講習会などを通じて、経験的にあいまいに行ってきた緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた	1	2	3	4	5
• 患者や家族から緩和ケアや在宅医療について聞かれることが増えた	1	2	3	4	5
• 地域で緩和ケアにかかわっている人たちのうち、名前と顔、考え方がわかる人が増え、連携がとりやすくなってきた	1	2	3	4	5
• 地域の緩和ケアや在宅医療のリソースが分かってきたので、具体的に患者・家族に説明できるようになってきた	1	2	3	4	5
• 普段は交流のない多職種や、多施設の関係者で集まる機会が増えてきた	1	2	3	4	5
• 在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった	1	2	3	4	5
• 実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	1	2	3	4	5
【病院の医師の方にお伺いします】					
• 苦痛のある患者なら緩和ケアチームに、在宅療養を考えるなら退院支援部署に、早めに、相談しようと思うようになってきた	1	2	3	4	5
• 在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が自宅でもできるように、入院中からできるだけシンプルにするようになった	1	2	3	4	5
【診療所の医師の方にお伺いします】					
• 緩和ケアの知識や技術、経験、サポートが増え、以前なら受けるのにためらいのあったがん患者も受け入れやすくなった	1	2	3	4	5

資料３　（つづき）

施設ID

がん患者への緩和ケアについてのアンケート調査
（看護師対象）

＜アンケートの回答方法＞

◆ このアンケートは、がん緩和ケアについてお伺いするⅠ～Ⅴの質問から構成されています。選択式の設問は、それぞれ最も当てはまると思われる番号に○をおつけください。

アンケートの記入例

【緩和ケアについて】	思わない	あまり思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う
• 疼痛の緩和のための知識や技術は十分である	1	2	3	④	5
• 疼痛以外の症状緩和について知識や技術は十分である	1	②	3	4	5

◆ **本調査における「緩和ケア」とは、「がん」に直面した患者とその家族に対して、終末期に限らず、「がん」と診断されたときから、痛みや他の身体的症状、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に対する予防、評価、治療をすることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質）を改善させるケアと定義します。**

◆ 調査結果は統計的な処理をして公表されるため、個人の情報が公開されることは一切ありません。また、アンケートは厳封された状態で回収し、調査施設から独立した事務局にて開封後、分析されるため、調査施設の職員が個人の調査結果を直接知ることはありません。

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」
戦略研究リーダー　帝京大学医学部　江口研二

Ⅰ　ご自身についてお聞きします。

1．性別　1．男性　2．女性

2．年齢
1．～29歳　2．30～39歳　3．40～49歳　4．50～59歳　5．60歳～

3．看護教育を受けた最終的な卒業校
1．専門学校　2．短大　3．大学　4．大学院

4．勤務している医療機関（複数回答可）
1．がん診療連携拠点病院　2．200床未満の病院　3．200床以上の病院
4．訪問看護ステーション

5．臨床経験年数
1．～4年　2．5～9年　3．10～14年　4．15～19年　5．20年～

6．ホスピス・緩和ケア病棟の経験年数
1．なし　2．～4年　3．5～9年　4．10～14年　5．15年～

7．訪問看護の経験年数
1．なし　2．～4年　3．5～9年　4．10～14年　5．15年～

8．鶴岡市・三川町、酒田市・遊佐町・庄内町、柏市・我孫子市・流山市、浜松市、長崎市の医療機関に勤めている年数
（　　）年

9．終末期がん患者のケアを何人くらい経験したことがありますか
1）今までに経験した合計人数
1．なし　2．1～9人　3．10～49人　4．50～99人　5．100人～

2）過去1年間に経験した人数
1．なし　2．1～9人　3．10～49人　4．50～99人　5．100人～

10．がん患者のケアを何人くらい経験したことがありますか
1）今までに経験した合計人数
1．なし　2．1～9人　3．10～49人　4．50～99人　5．100人～

2）過去1年間に経験した人数
1．なし　2．1～9人　3．10～49人　4．50～99人　5．100人～

11．緩和ケアに関して、看護師になってから教育・研修を受けた時間
1．なし　2．1時間以内　3．2～4時間　4．5時間以上

Ⅱ　あなたが、普段、がん患者に対して行っていることについてお伺いします。それぞれ当てはまる番号ひとつに○をおつけください。

	行っていない	あまり行っていない	時々行っている	たいてい行っている	常に行っている
【疼痛】					
• 患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛みの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	1	2	3	4	5
• どんな時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	1	2	3	4	5
• 鎮痛薬を臨時（レスキュー）で使用した場合、その効果を把握している	1	2	3	4	5
【呼吸困難】					
• 息苦しさを評価するため、患者に直接息苦しさの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	1	2	3	4	5
• どんな時に息苦しくなるのか、状況を把握している	1	2	3	4	5
• 息苦しさを訴える患者に対して、体位の工夫・室温調整・換気など環境を快適に保つようにしている	1	2	3	4	5
【せん妄】					
• 時計・カレンダーを置くなど、せん妄の予防・改善のケアをしている	1	2	3	4	5
• せん妄症状を悪化させる不快な症状（尿意・便意・疼痛・不安など）がないか、評価している	1	2	3	4	5
• 患者がせん妄になったとき、家族がどう思っているか、聞いている	1	2	3	4	5
【看取りのケア】					
• 死が近づいてきたとき、患者の身体的な苦痛の程度を、定期的に評価している	1	2	3	4	5
• 死が近づいてきたとき、それまで行われてきた処置・対応について必要性を評価している（体位交換、吸引、抑制、血液検査、尿量測定、点滴など）	1	2	3	4	5
• 死が近づいてきたとき、家族がどんな心配を抱いているか、定期的に聞いている	1	2	3	4	5
【コミュニケーション】					
• 患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーが保てる場所で話をしている	1	2	3	4	5
• 患者に質問をするとき、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問にしている	1	2	3	4	5
• 患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認している	1	2	3	4	5
【患者・家族中心のケア】					
• 患者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている	1	2	3	4	5
• 患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	1	2	3	4	5
• 患者・家族のつらさについて、少しでもわかろうとしている	1	2	3	4	5
【口腔ケア】					
• 口腔内の様子を定期的に観察し、清潔にしている	1	2	3	4	5

Ⅲ　あなたが、普段、がん患者に対して行っているケアを振り返り、以下のようなことをどのくらいお感じになりますか。それぞれ最も近い番号ひとつに○をおつけください。

	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	非常によく思う
【症状緩和】					
• がん性疼痛を緩和する方法の知識が不足している	1	2	3	4	5
• 呼吸困難や消化器症状を緩和する方法の知識が不足している	1	2	3	4	5
• 症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない	1	2	3	4	5
【専門家の支援】					
• 症状緩和に関して、緩和ケアの専門家から支援を得ることが難しい	1	2	3	4	5
• 症状緩和に関して、相談できる緩和ケアの専門家がいない	1	2	3	4	5
• 在宅療養中に症状緩和をしたいとき、相談できるところがない	1	2	3	4	5
【医療者間のコミュニケーション】					
• 医師・看護師間で、症状に対する評価方法が一致していない	1	2	3	4	5
• 医師・看護師間で、症状緩和のための一貫した目標を設定することが難しい	1	2	3	4	5
• 医師・看護師間で、症状緩和に関するコミュニケーションをとることが難しい	1	2	3	4	5
【患者・家族とのコミュニケーション】					
• **患者**から不安を表出されたとき対応が難しい	1	2	3	4	5
• **家族**から不安を表出されたとき対応が難しい	1	2	3	4	5
• 患者が悪い知らせ（告知など）を受けた後、声のかけ方が難しい	1	2	3	4	5
【地域連携】					
• 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、ケアマネジャー等との間でのカンファレンスがない	1	2	3	4	5
• がん患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい	1	2	3	4	5
• 病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で、情報共有が難しい	1	2	3	4	5

資料４　看護師対象の調査票（介入後調査のもの）

Ⅳ　がん患者のケアについてお伺いします。下記の項目について、「正しい」か「間違っている」または「わからない」のいずれかに、それぞれひとつ○をおつけください。

	正しい	間違っている	わからない
【理念】			
• 緩和ケアの対象は、根治的治療法のない患者のみである	1	2	3
• 緩和ケアは、がんに対する治療と一緒には行わない	1	2	3
【疼痛・オピオイド】			
• 疼痛治療の目標の一つは、夜ぐっすりと眠れるようになることである	1	2	3
• がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもペンタゾシン（ペンタジン®・ソセゴン®）を積極的に使用すべきである	1	2	3
• 医療用麻薬を使用するようになると、非ステロイド性抗炎症鎮痛薬（NSAIDs）は同時に使用しない	1	2	3
• 医療用麻薬投与中にペンタゾシン（ペンタジン®・ソセゴン®）やブプレノルフィン（レペタン®）を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある	1	2	3
• 医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる	1	2	3
• 医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない	1	2	3
【呼吸困難】			
• がん患者の呼吸困難はモルヒネでやわらげることができる	1	2	3
• 疼痛に対して医療用麻薬を定期的に使用している場合、呼吸困難を緩和するために医療用麻薬を追加すると、呼吸抑制が起こりやすい	1	2	3
• 患者の息苦しさと酸素飽和度は比例する	1	2	3
• 死亡直前に痰がのどもとでゴロゴロいうとき、抗コリン薬 【臭化水素酸スコポラミン（ハイスコ®）や臭化ブチルスコポラミン（プスコパン®）】が有効である	1	2	3
【せん妄】			
• 死亡直前では、電解質異常や脱水を補正しないほうが、苦痛が少なくなることがある	1	2	3
• がん患者のせん妄の改善には、抗精神病薬が有効なことが多い	1	2	3
• 死亡直前に苦痛をやわらげることができる方法が、鎮静（持続的な鎮静薬の投与）以外にはない患者がいる	1	2	3
• 終末期がん患者のせん妄はモルヒネが単独の原因となっていることが多い	1	2	3
【消化器症状】			
• がんの終末期では、腫瘍によるカロリーの消費が増えるため、早期がんより多いカロリーを必要とする	1	2	3
• 末梢静脈が確保できなくなった場合、選択できる輸液経路は中心静脈だけである	1	2	3
• ステロイドはがん患者の食欲不振を緩和する	1	2	3
• 死亡が近い時期にある患者の口渇は、輸液でやわらげることができない	1	2	3

Ⅴ　この地域では、2008年度から2010年度にかけて、地域に緩和ケアを普及するためのプロジェクト(「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」、「OPTIM(オプティム)プロジェクト」)が行われています。

1. あなたは「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」をご存知でしたか。

1．知っている　　2．聞いたことはあるがよく知らない　　3．聞いたことがない

2. あなたは、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」にどの程度かかわっていますか。

1．全く関わったことがない（参加したことはない、知らない）
2．講演会に参加したり、配布された資料を読んだりした
3．企画、運営の一部に参加した（会の立案に参加した、ファシリテーターをした等）

3. 2008年から2010年の間に、この地域では、緩和ケアや在宅医療に関する講習会(緩和ケア全般、疼痛など症状緩和、こころのケアやコミュニケーション、在宅ケアや地域連携など)や、連携のための多職種の集まりが行われました。

（1）あなたは、3年間に、のべ何回参加されましたか。

1．参加しなかった（0回）　2．1回　3．2～5回　4．6～10回　5．11回以上

（2）「1．参加しなかった」方にお伺いします。主な理由をひとつお選びください。

1．知らなかった
2．知っていたが、関心がなかった
3．関心はあったが、時間がなかった（都合がつかなかった）
4．緩和ケアや在宅医療について相談できる人が近くにいるので必要なかった

4. 2008年から2010年の間に、この地域では、がん患者の緩和ケアについて地域のだれもが相談できる窓口として「相談支援センター(各地域内にある病院や医師会、公共機関などに設置されている相談窓口、相談支援室、がん相談支援センター、地域医療連携室など)」の利用をすすめてきました。

（1）あなたは、3年間に、のべ何人「相談支援センター」に事例の相談をしたり患者を紹介したりしましたか。

1．しなかった（0人）　2．1～5人　3．6～10人　4．11人以上

（2）「1．しなかった」方にお伺いします。主な理由をひとつお選びください。

1．緩和ケアについて困ることはなかった
2．緩和ケアで困ることがあったが、「相談支援センター」があることを知らなかった
3．「相談支援センター」を知っていたが、どのような問題に役に立つかわからなかった
4．知っていたが、施設内にないので使用しにくかった・敷居が高かった
5．知っていたが、利用法・連絡先が分からなかった

5. 2008年から2010年の間に、この地域では、病院から自宅に帰るときに、病院スタッフと地域スタッフの合同カンファレンス(退院前に病院主治医・看護師と、診療所医師・訪問看護師などで行うミーティング)が行われました。

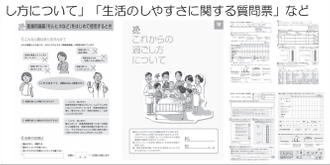
（1）あなたは、3年間に、のべ何回参加されましたか。

1．参加したことがない（0回）　2．1～5回　3．6～10回　4．11回以上

（2）「1．参加したことがない」方にお伺いします。主な理由をひとつお選びください。

1．該当する患者を担当しなかった
2．参加を依頼されなかった
3．参加の依頼はされたが、関心がなかった・必要がないと思った
4．参加を依頼され参加したかったが、時間がなかった（都合がつかなかった）

6. 2008年から2010年の間に、この地域では以下のような緩和ケアに関する診療ツールが作成されました。あなたは、使用したり、見たりしたことがありましたか。

	実際に使用したことがある	見たことはあるが使っていない	見たことがない
1．緩和ケアのマニュアルの小冊子「ステップ緩和ケア」	1	2	3
2．緩和ケアの実際の場面を示したDVD「ステップ緩和ケアムービー」	1	2	3
3．患者用パンフレットや症状評価ツール「医療用麻薬をはじめて使用するとき」「これからの過ごし方について」「生活のしやすさに関する質問票」など 	1	2	3
4．プロジェクトのホームページ（http://gankanwa.jp/）	1	2	3
5．患者が所持する情報共有ツール「わたしのカルテ」	1	2	3

7. あなたはこの1年のご自身のケアの状況について、以下のそれぞれについてどのように思われますか。もっともあてはまるものひとつに○をつけてください。

	思わない	あまり思わない	どちらともいえない	ややそう思う	そう思う
【日々のケアの忙しさについて】					
• がん緩和ケアにかかわらず、全般的に十分なケアの時間がとれなかった	1	2	3	4	5
【緩和ケアについて】					
• 患者が訴えた苦痛や心配にできるかぎり対応した	1	2	3	4	5
• 患者に苦痛や心配があるか、自分からたずねるようにしていた	1	2	3	4	5
• 患者の苦痛や心配は分かっても、対応する時間がなかった	1	2	3	4	5
• 苦痛や心配に対処したが、実際に苦痛をやわらげることはできなかった	1	2	3	4	5
• 苦痛の治療・緩和ケアをすすめても、患者が希望しなかった	1	2	3	4	5
• 患者だけでなく、家族の心配や不安も聞くようにしていた	1	2	3	4	5
【在宅医療について】					
• 患者・家族が自宅で過ごしたいといった場合、できるだけ対応した	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごしたいか、自分から尋ねるようにしていた	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごす希望のあった患者の病状が予測より早く進んだ	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごす希望のあった患者の苦痛緩和ができなかった	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごす希望があっても、診療所や訪問看護ステーションがなかった	1	2	3	4	5
• 希望があり苦痛は落ち着いていたが、介護する人がいなかった	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごすことをすすめても、患者・家族が希望しなかった	1	2	3	4	5

8. あなたは、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」で新しく設置された相談支援センター(鶴岡地域では緩和ケアサポートセンター鶴岡・三川、柏地域では患者・家族総合支援センター、浜松地域では浜松がんサポートセンター、長崎地域では長崎がん相談支援センターと呼ばれています)をご存知でしたか。

1．知っている　　2．聞いたことはあるがよく知らない　　3．聞いたことがない

資料４　（つづき）

9. この3年間（3年未満勤務されている方は勤め始めてから今まで）を振り返ってみて、あなたご自身として、以下のような変化を感じますか。

	思わない	あまり思わない	どちらともいえない	やや思う	そう思う
• 緩和ケアや在宅療養について意識してケアすることが増えた	1	2	3	4	5
• 患者の希望や気持ちを聞き、価値観を大切にしようと思うようになった	1	2	3	4	5
• 患者だけでなく、家族の希望や気持ちもきくようになった	1	2	3	4	5
• 一人でなく、多職種のチームで対応していこうと思うようになった	1	2	3	4	5
• 緩和ケアについて相談できる人が増えてきた	1	2	3	4	5
• 臨床経験や、マニュアル・講習会などを通じて、経験的にあいまいに行ってきた緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた	1	2	3	4	5
• 患者や家族から緩和ケアや在宅医療について聞かれることが増えた	1	2	3	4	5
• 地域で緩和ケアにかかわっている人たちのうち、名前と顔、考え方がわかる人が増え、連携がとりやすくなってきた	1	2	3	4	5
• 地域の緩和ケアや在宅医療のリソースが分かってきたので、具体的に患者・家族に説明できるようになってきた	1	2	3	4	5
• 普段は交流のない多職種や、多施設の関係者で集まる機会が増えてきた	1	2	3	4	5
• 在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった	1	2	3	4	5
• 実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	1	2	3	4	5
【病院の看護師の方にお伺いします】					
• 苦痛のある患者なら緩和ケアチームに、在宅療養を考えるなら退院支援部署に、早めに、相談しようと思うようになってきた	1	2	3	4	5
• 自宅で過ごすことについて患者がどう思っているのか聞くようになった	1	2	3	4	5
• 入院中から退院後も患者・家族が実施できる服薬・ケアの方法にするようになった	1	2	3	4	5
• 退院後に必要な医療処置（傷の消毒、カテーテル管理、吸引など）について患者・家族に十分に説明するようになった	1	2	3	4	5
• 自宅のトイレ・風呂・ベッド等の環境についてアセスメントするようになった	1	2	3	4	5
【訪問看護ステーションの看護師の方にお伺いします】					
• 緩和ケアの知識や技術、経験、サポートが増え、以前なら受けるのにためらいのあったがん患者も受け入れやすくなった	1	2	3	4	5
• 病院の退院支援・調整が整っていない時は、自分から積極的に整えていくようになった	1	2	3	4	5
• 病院と積極的に連絡をとりあい、患者の退院後の様子のフィードバックや情報共有を行うことが増えた	1	2	3	4	5
• 急な退院の依頼でも、相手の状況を聞いて、一緒に準備していこうと思うようになった	1	2	3	4	5

8

10. 地域のがん患者に対する緩和ケアにつきまして、この3年間で変わったこと、変わらなかったこと、今後の課題などご意見があればご記入いただけますと幸いです。

11. プロジェクト期間中を通して、地域の医療福祉従事者の間で「連携が取りやすくなった」「顔の見える関係ができてきた」とお感じの方は、あなたにとって「連携がいい」「顔の見える関係ができた」とはどういうことか、具体的にご教示ください。

以上でアンケートは終了です。ご協力、誠にありがとうございました。

9

資料４ （つづき）

3. 介入：プロジェクトで行われたこと

1）聖隷三方原病院 緩和支持治療科，2）前 東京大学大学院 医学系研究科，前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室
森田 達也[1)]，山岸 暁美[2)]

概　要

地域緩和ケアプログラムは，①緩和ケアの技術が浸透していない，②緩和ケアに関する患者の認識が十分ではない，③自宅・地域での連携体制が確立していない，④緩和ケアの専門家がいない・利用可能ではない，という4つの課題それぞれについて，1）緩和ケアの技術・知識の向上，2）がん患者・家族・住民への情報提供，3）地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進，4）緩和ケア専門家による診療・ケアの提供を含む包括的なプログラムを設定した（**図5**）。プログラムは，系統的な文献レビュー，地域に対する予備調査を基に，地域の医療福祉従事者と議論して決定した。介入を地域の状況に応じて行えるように，必須の介入を明確にした介入手順書を作成したうえで，個々の介入の実施頻度は地域の状態に応じて行った。

介入を実施するために，各地域は3〜5名程度の医療福祉従事者からなる「地域がん緩和ケアサポートセンター」（呼称は各地域で決定した）を設置し，研究班の行う2日間のワークショップを受講した。その後，地域ごとに介入を行うためにリンクスタッフを設置した。また，介入4地域のリンクスタッフの意見交換を介入期間中に合計3回（延べ300名），介入実施者（地域がん緩和ケアサポートセンターのメンバー）の意見交換を合計20回行った。

1. 緩和ケアの技術・知識の向上

緩和ケアの技術・知識の向上のために，ポケットサイズの緩和ケアに関するマニュアルとDVD（『ステップ緩和ケア』『ステップ緩和ケアムービー』），症状ごとの患者・家族用パンフレット12種類と評価ツール（『これからの過ごし方について』『生活のしやすさに関する質問票』など）を作成し配布，Webで公開した。

地域ごとに緩和ケアの技術・知識の向上を目的としたセミナーを行った。

2. がん患者・家族・住民への情報提供

緩和ケアについての情報を記載した，A6版3つ折り1枚のリーフレット（『つらい時期を上手に過ごす』），A5版21ページの冊子（『あなたの地域の緩和ケア』），ポスター，および映像メディアDVD（『我

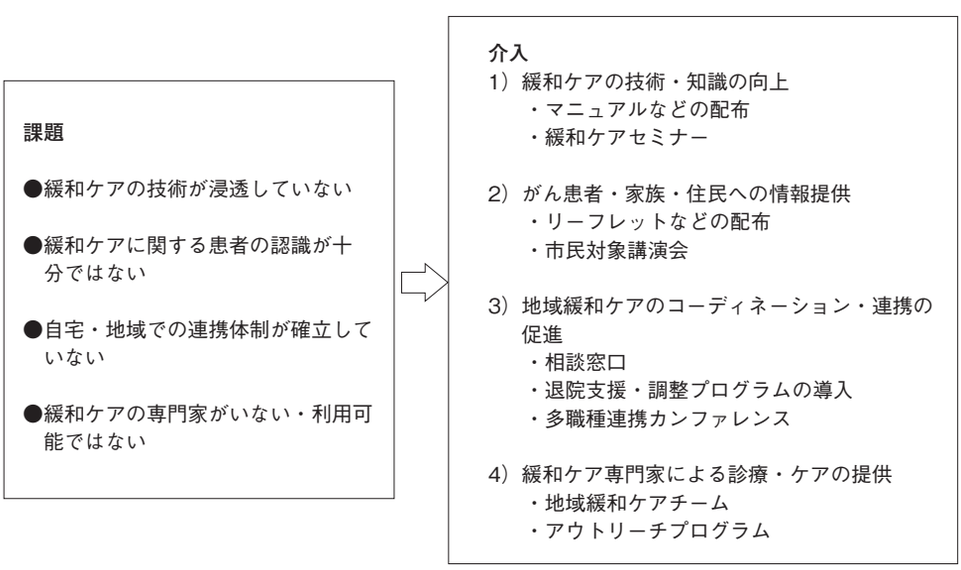


図5　包括的地域緩和ケアプログラムの介入内容

が家へ帰ろう』）を作成して，地域の医療福祉機関・公共機関に配布した。

緩和ケアに関する書籍（『緩和ケアを知る 100 冊』）とそのリスト（『緩和ケアを知る 100 冊リスト』）を各地域の病院図書館・公立図書館に設置した。市民を対象とした緩和ケアに関する講演会を行った。

3. 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進

地域の緩和ケアに関する相談を受ける窓口を設置し，地域で退院支援・調整プログラムが地域の病院に導入されているかを確認し，導入していない病院に導入した。

患者の病状の情報共有を促進するために患者所持型の情報共有ツールである『わたしのカルテ』を作成し配布した。

地域の医療福祉従事者が地域での連携の課題と解決策を共有できるような多職種連携カンファレンスを開催した。

4. 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供

地域からの緩和ケアのコンサルテーションに応じられる地域緩和ケアチームを設置した。

緩和ケアチームが地域の医療福祉機関に出張して臨床活動に参加しながら緩和ケアの教育を行うアウトリーチを行えるような体制を整備した。

介入のモニタリング（資料）

1. 概　要

介入内容について，①質問紙による各地域責任者に対する中央モニタリング，②介入地域への訪問・滞在によるモニタリング，③マテリアルの発送数のモニタリング，を実施し，規定した介入内容が行われていることを確認し，記述した。訪問・滞在によるモニタリングは，介入の 2 年間に 1 名の研究者が延べ年間 180 日を介入地域に滞在して行った。

質問紙では，研究期間内に各地域で行われた，①緩和ケアに関するセミナーの開催数，参加人数，職種（OPTIM プロジェクトで主催したもの，がん対策推進基本計画にもとづく医師対象の緩和ケア研修会「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」，それ以外のもの），②市民対象講演会の開催数，参加人数（OPTIM プロジェクトで主催したもの，それ以外のもの），③リーフレットなどの設置場所数，④相談窓口への相談件数，⑤ 200 床以上の病院のうち退院支援・調整プログラムが導入されている病院数，⑥多職種連携カンファレンスの開催数，参加人数，職種，⑦多職種連携カンファレンス以外の地域連携に関するカンファレンスの開催数，参加人数，⑧地域緩和ケアチームのコンサルテーション件数（電話・メール，出張），⑨地域緩和ケアチームが行ったアウトリーチプログラム件数，および⑩リンクスタッフ配置施設・人数，を調査した。

マテリアルの発送数のモニタリングでは，配布物を管理している事務局に対して，『ステップ緩和ケア』『ステップ緩和ケアムービー』，患者・家族用パンフレットそれぞれ，『生活のしやすさに関する質問票』，リーフレット『つらい時期を上手に過ごす』，冊子『あなたの地域の緩和ケア』，ポスター，映像メディア『我が家へ帰ろう』『緩和ケアを知る 100 冊リスト』『わたしのカルテ』について，各地域への配布数を取得した。

2. モニタリングにおける定義

1）緩和ケアセミナー

医療福祉従事者を対象として，がん患者についての緩和ケア全般，症状緩和，精神的サポートとコミュニケーション，倫理，遺族ケア，あるいは，在宅でのターミナルケア（palliative care as a whole, symptom management, emotional support, communication, ethics, grief, or dying at home）を扱ったものとした。形態は，講演会，インタラクティブワークショップ，症例検討会のいずれかとした。

症状緩和に関するものと在宅でのターミナルケア（dying at home）に関するものは区別できずに開催していることが多かったため，区別せずにカウントすることとした。①がん・緩和ケアに特定しない一般的な内容のみに限定したもの，②抗がん治療のみに限定したもの（手術療法，化学療法，放射線療法，副作用対策），③代替療法に関するもの，は除いた。

2）市民対象講演会

一般市民を対象として，がんにおける緩和ケア全般，がん疼痛，在宅でのターミナルケア，あるいは，地域で利用可能な緩和ケアのリソース（palliative care as a whole, cancer pain, dying at home, or resources

available in the community）を扱ったものとした。形態は，一般対象に公開された講演会のみとし，ブースの展示，患者会での説明は除いた。

緩和ケア，在宅医療における患者の認識を改善することが期待される内容が含まれるものを抽出するため，個々の特定の話題に限定したもの（栄養，代替療法，リンパ浮腫，経済制度，がん治療中の心のケア，悲嘆のケア，患者会，抗がん治療，介護など）は除いた。「相談支援センター」に関するものは「地域で利用可能な緩和ケアのリソース」に含めた。

実施された介入内容の概要

実施されたおもな介入内容を**表 10** に示す。4 地域を合計して，3 年間に，約 2 万部のマニュアル・ムービーと約 17 万部の患者・家族用パンフレットと評価ツールが配布され，約 2 万人が緩和ケアセミナーに参加した。約 20 万部の患者・家族・市民向けのリーフレットなどが配布され，約 1 万人が市民対象講演会に参加した。約 7,000 件の相談があり，約 1,600 名が多職種連携カンファレンスに参加，地域緩和ケアチームへの相談は約 400 件であった。4 地域合わせて約 1,000 名がリンクスタッフとして介入に参加した。

鶴岡地域では，他の地域に比べて，介入全体を通して人口あたり 2〜3 倍の介入が行われた。

地域ごとの介入内容の年次推移

緩和ケアの知識・技術の向上として配布された『ステップ緩和ケア』『ステップ緩和ケアムービー』は，浜松地域で約 1 万部，その他の地域で約 5,000 部が配布された（**図 6**）。患者・家族用パンフレットは浜松地域で約 5 万部，その他の地域で約 3〜4 万部が配布された。評価ツールは，鶴岡地域，浜松地域で 5,000 部以上配布された。患者・家族用パンフレットで最もよく使用されたのは，いずれの地域においても，『これからの過ごし方について』であった（**図 7**）。

緩和ケアセミナーは OPTIM プロジェクトで主催したもの，がん対策推進基本計画に基づく医師対象の緩和ケア研修会，それ以外のもの合わせて，すべての地域で約 100 回実施され，参加者は 4,000〜7,000 名であった（**図 8**）。鶴岡地域では緩和ケアセミナーのほとんどが OPTIM プロジェクトで主催したものであったが，柏地域，浜松地域，長崎地域では OPTIM プロジ

表 10　実施されたおもな介入

		合計（人口）	鶴岡地域（170,000）	柏地域（670,000）	浜松地域（820,000）	長崎地域（450,000）
緩和ケアの技術・知識の向上						
マニュアル・ムービー配布数（部）		24,353（12）	4,643（27）	5,634（8.4）	10,019（15）	4,057（9.0）
患者・家族用パンフレット配布数（部）		148,570（70）	24,931（147）	41,673（62）	52,284（78）	29,682（66）
評価ツール配布数（部）		26,321（12）	5,720（34）	1,660（2.5）	17,401（21）	1,540（3.4）
緩和ケアセミナー	回数（回）	414	91	128	112	83
	参加者数（人）	22,189（11）	5,243（31）	5,491（8.2）	7,197（11）	4,258（9.5）
がん患者・家族・住民への情報提供						
リーフレットなど配布数（部）		202,340（96）	42,836（252）	23,258（35）	121,204（148）	15,042（33）
市民対象講演会	回数（回）	71	21	28	14	8
	参加者数（人）	10,226（4.8）	2,531（15）	1,803（2.7）	2,049（2.5）	3,843（8.5）
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進						
相談窓口への相談件数（件）		6,775（3.2）	352（2.1）	1,724（2.6）	4,538（5.5）	161（0.36）
多職種連携カンファレンス	回数（回）	17	5	3	5	4
	参加者数（人）	1,635（0.77）	294（1.7）	436（0.65）	556（0.68）	349（0.78）
多職種連携カンファレンス以外の地域連携に関するカンファレンス参加者数（人）		4,267（2.0）	1,359（8.0）	1,034（1.5）	1,336（1.6）	538（1.2）
地域緩和ケアチーム相談件数（件）		429（0.20）	231（1.4）	23（0.034）	136（0.17）	39（0.087）
リンクスタッフ（人）		1,019（0.48）	92（0.54）	137（0.20）	469（0.57）	321（0.71）

（ ）は人口 1,000 人あたりで補正した数値（部数，人数，件数）を示す。

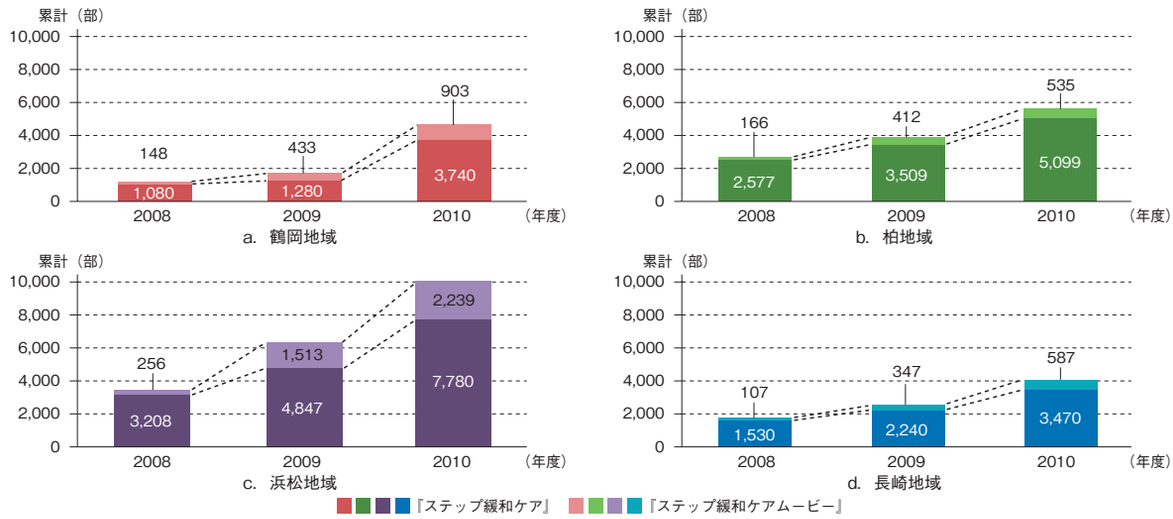


図６　ステップ緩和ケア・ステップ緩和ケアムービーの配布数

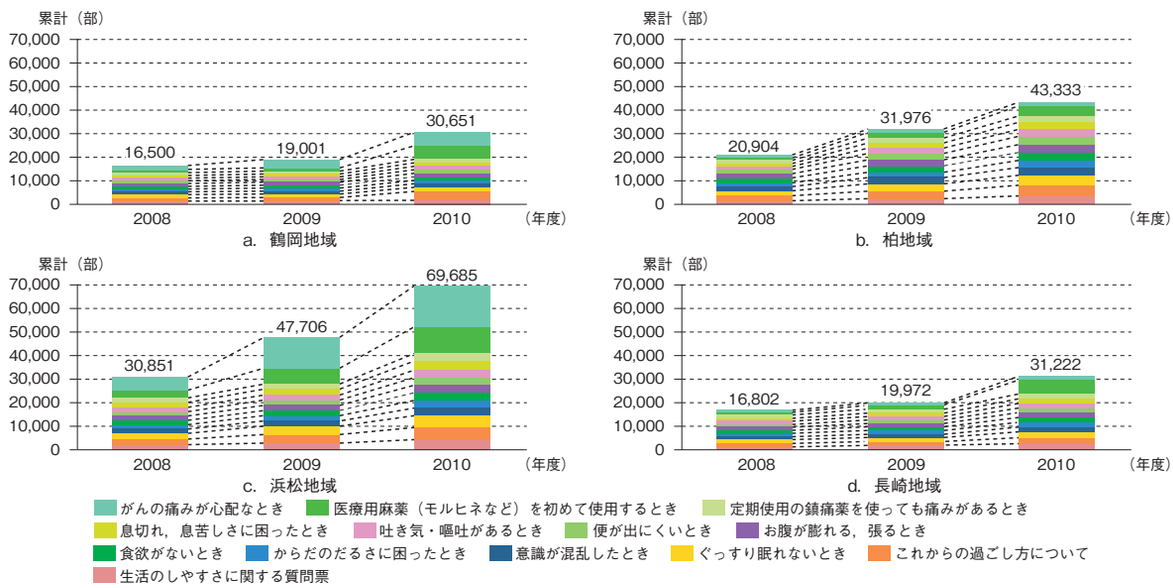


図７　患者・家族用パンフレット，評価ツール配布数

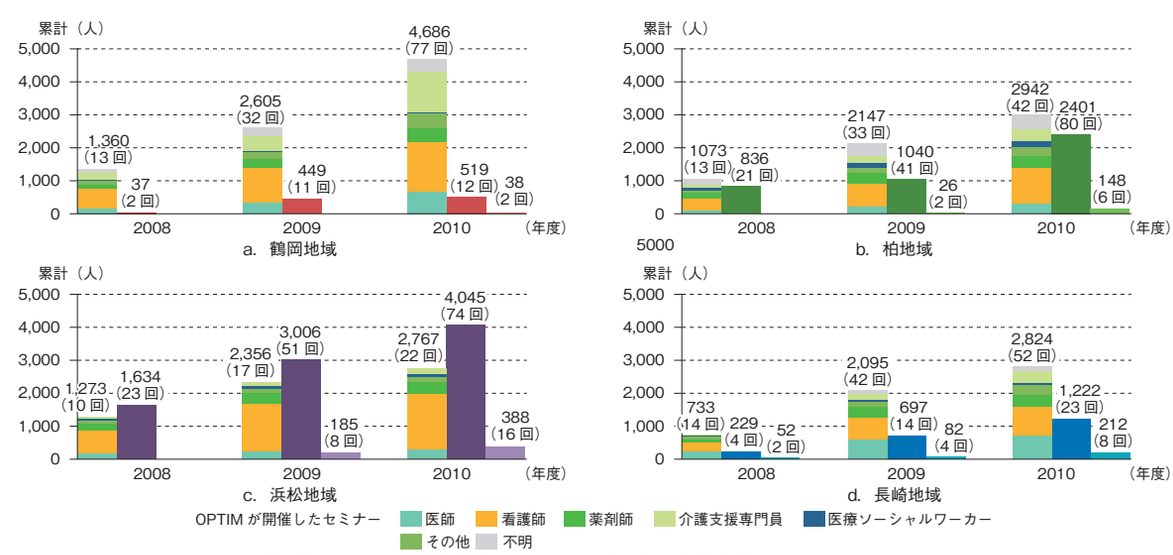


図８　緩和ケアに関するセミナーの開催回数と参加人数

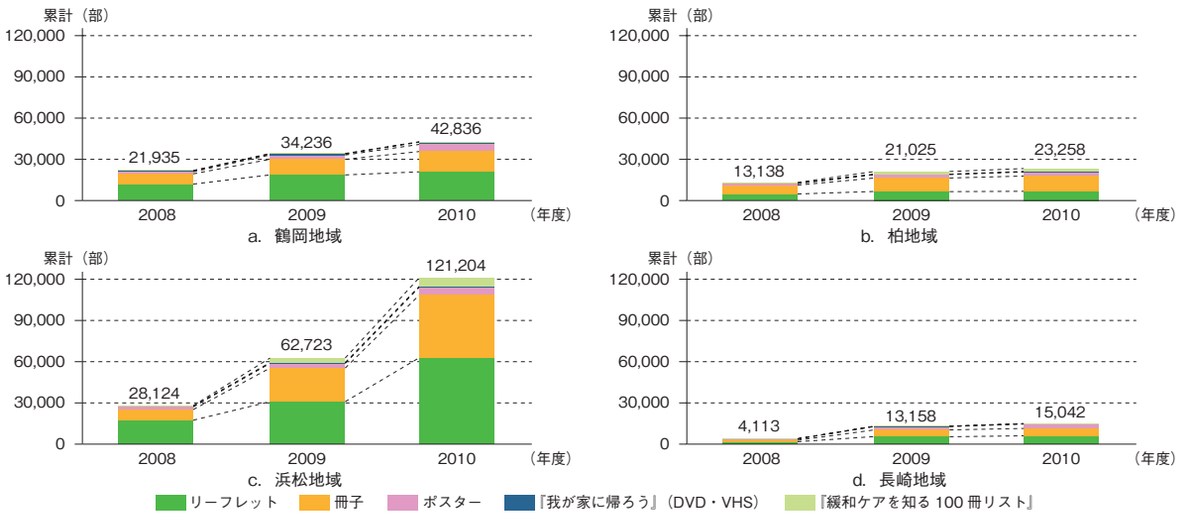


図 9　リーフレット・冊子・ポスターなどの配布数

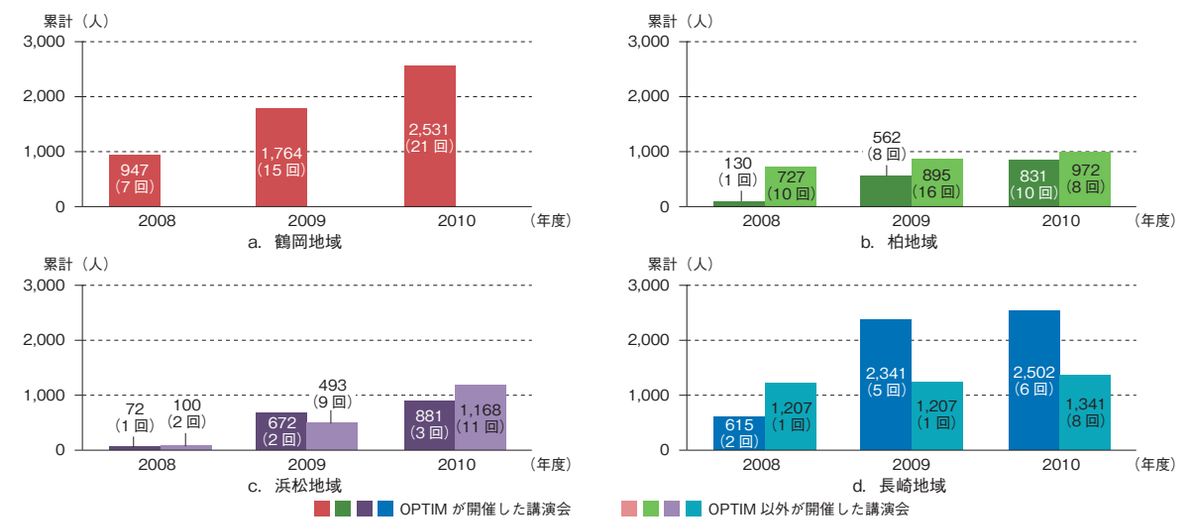


図 10　市民対象講演会の開催回数と参加人数

表 11　リーフレット・冊子・ポスターなどの設置施設数

	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
医療機関	9	101	141	168
福祉・介護機関	43	44	62	20
公的機関	95	88	126	2
その他	8	13	5	1
合計	155	246	334	191

表 12　退院支援・調整プログラムの導入施設数

	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
200 床以上の病院数	2	7	8	10
退院支援プログラムを導入した施設数（%）	2(100)	4(57)	8(100)	9(90)

ェクト以外の主催のものも多かった。

がん患者・家族・住民への情報提供として配布されたリーフレット・冊子・ポスター・映像メディア・『緩和ケアを知る 100 冊リスト』は，柏地域，長崎地域で約 2 万部，鶴岡地域で約 4 万部，浜松地域で約 12 万部であった（**図 9**）。リーフレットなどの設置場所は，医療機関，福祉・介護機関，公的機関など数百カ所であった（**表 11**）。市民対象の講演会は 8〜28 回開催され，参加人数は長崎地域で約 4,000 名，それ以外の地域で約 2,000 名であった（**図 10**）。鶴岡地域では市民対象講演会のほとんどが OPTIM プロジェクトで主催したものであったが，柏地域，浜松地域，長崎地域では OPTIM プロジェクト以外の主催のものも多かった。

地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進としてが，実施された相談件数は地域によって大きな差があり，院外型相談センターの長崎地域では 161 件，がん診療連携拠点病院内の相談センターの浜松地域で

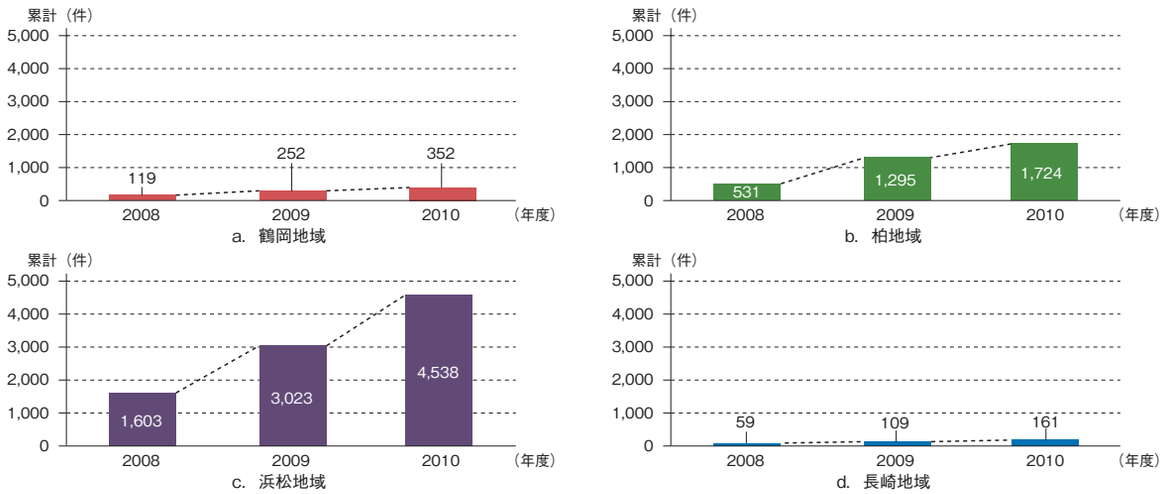


図 11　相談窓口への相談件数

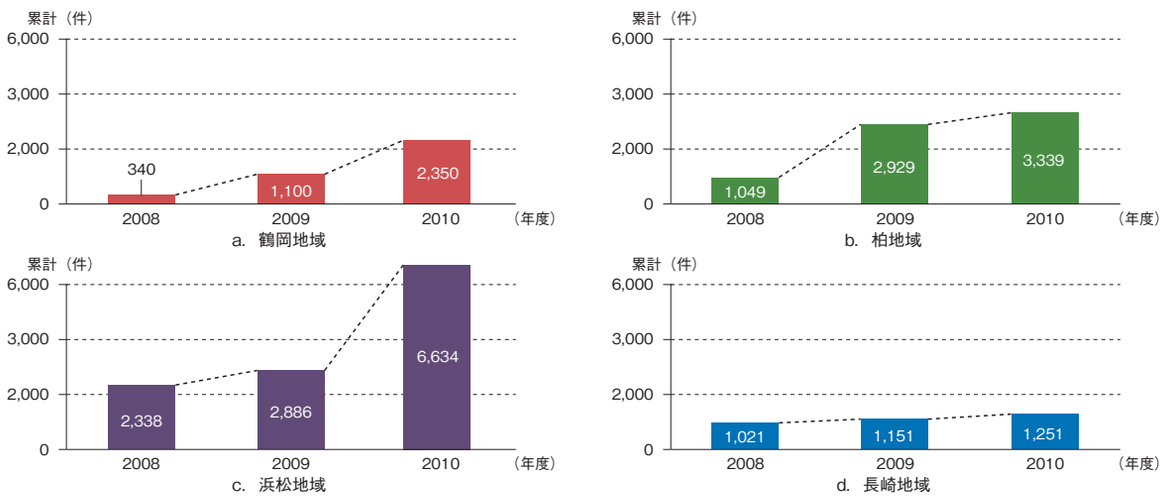


図 12　『わたしのカルテ』の配布数

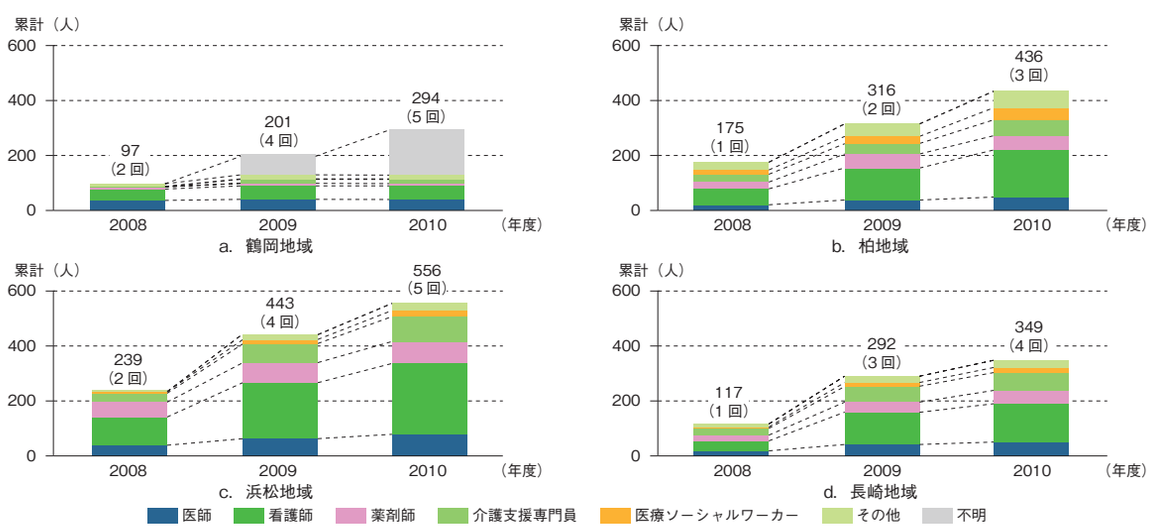


図 13　多職種連携カンファレンスの開催回数と参加人数

は 4,538 件であった（**図 11**）。退院支援・調整プログラムを導入した病院は，柏地域では 7 病院中 4 病院（57％）であったが，他の 3 地域ではほとんどの病院に導入された（**表 12**）。『わたしのカルテ』の配布数は，浜松地域で合計約 6000 部，その他の地域で約 1000～3000 部であった（**図 12**）。多職種連携カンファレンスは，各地域とも 3～5 回実施され，参加者は 300～500 名であった（**図 13**）。

緩和ケア専門家による診療・ケアの提供として行われた地域緩和ケアチームの相談件数は，鶴岡地域で 231 件，浜松地域が 136 件，柏地域・長崎地域で約 30 件であった（**図 14**）。鶴岡地域では，地域の電子カルテを利用したメールによるものがほとんどであり，その他の 3 地域では電話・メールによるものと，出張によるものが約半数であった。アウトリーチプログラムは浜松地域でのみ実施された。

介入への曝露

1. 概　要

本研究で行われた介入の曝露の概要を**表 13** に示す。

医師・看護師では，4 地域を合計して，医師の 50%，看護師の 44％が緩和ケアセミナーまたは多職種連携カンファレンスに参加したと回答した。緩和ケアのマニュアル，ムービー，パンフレット，評価ツールのいずれかを使用したことがあると回答したものは医師の 47%，看護師の 41％であった。「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」（OPTIM プロジェクト）を「知っている」「聞いたことがある」と回答した患者，家族は，それぞれ，40%，35％であった。医師，看護師，患者，家族とも，鶴岡地域での曝露の程度が最も高く，医師の 78%，看護師の 68％が 1 回以上緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスに参加し，患者の 60%，家族の 51％が「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を「知っている」「聞いたことがある」と回答した。一方，柏地域では，緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスに参加した医師，看護師の割合が 38％，30％と，浜松地域（それぞれ，50%，47％），長崎地域（それぞれ，55%，46％）に比べても低かった。

2. 医師・看護師の曝露

医師・看護師のプロジェクトへの参加の程度を**表 14** に示す。緩和ケアチーム・緩和ケア外来を利用した経験のない医師はいずれの地域でも約 30％であり，相談支援センターを利用した経験のない看護師はいずれの地域でも約 70％であった。退院前カンファレンスに参加した経験のない医師は，柏地域で約 60％，それ以外の 3 地域で約 40％であり，参加した経験のない看護師は 50～60％であった。

3. 医師・看護師のプロジェクトに参加する機会がいなかった理由

緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスに参加しなかった理由は，医師，看護師ともに，「関心はあったが時間がなかった」。「知らなかった」が多かった（**表 15**）。緩和ケアチーム・緩和ケア外来を利用した経験のない医師の理由は，「緩和ケアについて困る

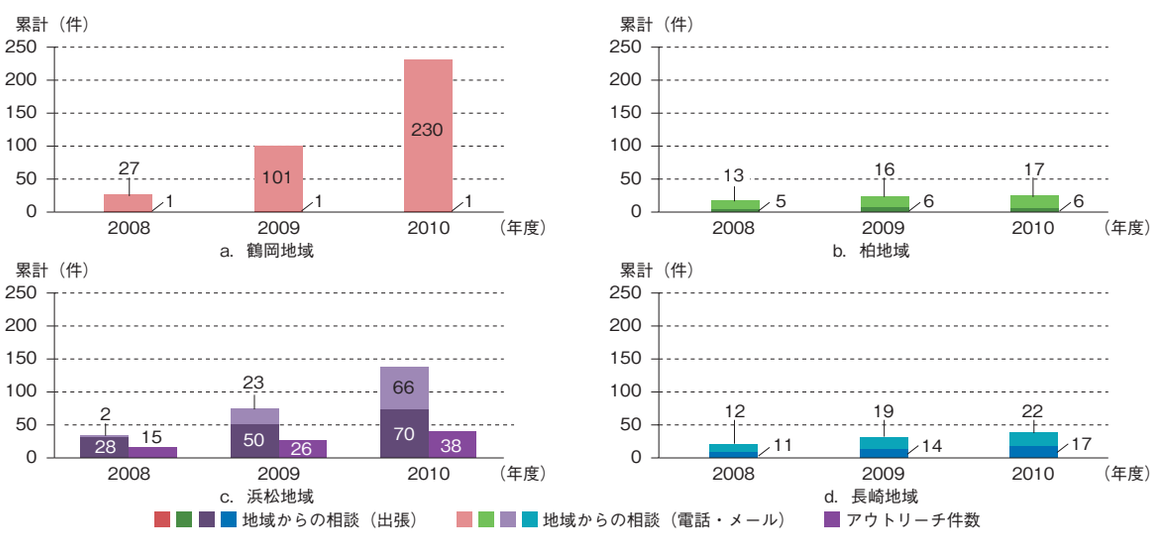


図 14　地域緩和ケアチームへの相談件数・アウトリーチ件数

表 13　介入への曝露

	合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
医師	706	51	202	195	258
看護師	2,236	261	623	699	653
緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスへの参加*1					
医師	50%（n=355）	78%（n=40）	38%（n=77）	50%（n=97）	55%（n=141）
看護師	44%（n=994）	68%（n=178）	30%（n=186）	47%（n=327）	46%（n=303）
マニュアルなどの利用*2					
医師	47%（n=330）	61%（n=31）	40%（n=81）	56%（n=109）	42%（n=109）
看護師	41%（n=925）	45%（n=117）	45%（n=278）	48%（n=337）	30%（n=193）
患者	857	166	192	255	244
家族	1,137	204	162	458	313
プロジェクトの認知率*3					
患者	40%（n=340）	60%（n=99）	32%（n=61）	38%（n=96）	34%（n=84）
家族	35%（n=396）	51%（n=104）	29%（n=46）	32%（n=148）	31%（n=98）

*1 緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスに 3 年間で 1 回以上参加した医師・看護師の割合
*2 緩和ケアのマニュアル，ムービー，パンフレット，評価ツールのいずれかを使用したことがある医師・看護師の割合
*3「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」（OPTIM プロジェクト）を知っている，聞いたことがあると回答した割合

表 14　医師・看護師のプロジェクトへの参加の程度（%）

	医師					看護師				
	合計 (n=706)	地域				合計 (n=2,236)	地域			
		鶴岡 (n=51)	柏 (n=202)	浜松 (n=195)	長崎 (n=258)		鶴岡 (n=261)	柏 (n=623)	浜松 (n=699)	長崎 (n=653)
プロジェクトの認知										
知っている	52 (n=365)	92	34	59	52	43 (n=957)	78	30	51	32
聞いたことがある	33 (n=235)	3.9	43	31	33	34 (n=751)	19	40	28	39
知らない	13 (n=91)	0	22	9.2	11	23 (n=506)	1.9	29	20	27
プロジェクトへの参加										
企画や運営の一部に参加した	9.5 (n=67)	22	7.9	8.7	8.9	4.0 (n=89)	8.8	2.2	4.6	3.1
プログラムに参加した	46 (n=325)	65	31	56	47	45 (n=1,010)	74	33	51	38
参加していない	42 (n=296)	9.8	59	35	40	49 (n=1,101)	15	64	43	56
緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスへの参加										
なし	47 (n=335)	18	61	49	41	54 (n=1,215)	30	69	52	52
1 回	16 (n=110)	14	17	18	13	14 (n=315)	13	10	18	14
2〜5 回	23 (n=163)	33	16	23	27	22 (n=481)	36	14	21	24
6〜10 回	6.7 (n=47)	16	2.5	4.1	10	5.5 (n=123)	11	3.4	5.2	5.7
11 回以上	5.0 (n=35)	16	2.5	5.1	4.7	3.4 (n=75)	8.0	2.7	2.7	2.8
緩和ケアチーム・緩和ケア外来（医師）・相談支援センター（看護師）の利用										
なし	28 (n=199)	29	31	26	27	68 (n=1,514)	71	66	67	68
1〜5 人	36 (n=257)	51	29	34	41	21 (n=460)	21	19	20	22
6〜10 人	14 (n=96)	7.8	13	15	14	3.9 (n=87)	3.1	3.7	4.6	3.7
11 人以上	19 (n=137)	7.8	25	24	14	5.9 (n=131)	2.3	9.5	6.6	3.1
退院前カンファレンスへの参加										
なし	45 (n=317)	35	61	44	35	53 (n=1,181)	55	60	52	46
1〜5 回	40 (n=282)	49	28	43	46	38 (n=839)	37	32	37	43
6〜10 回	8.1 (n=57)	5.9	6.4	8.7	9.3	5.0 (n=112)	5.4	3.7	5.7	5.4
11 回以上	4.7 (n=33)	5.9	3.5	4.1	5.8	3.2 (n=71)	1.1	2.7	4.0	3.5

ことがなかった」（62%），「困ることがあったが，知らなかった」（15%）が多く，相談支援センターを利用したことのない看護師の理由は「緩和ケアについて困ることがなかった」（42%），「困ることがあったが，知らなかった」（36%）が多かった。退院前カンファレンスに参加した経験のない医師・看護師の理由は，いずれも，「患者を担当しなかった」が最も多く，次に，「参加を依頼されなかった」であった。

4. 医師・看護師のマテリアルの使用機会

配布したツールとしては，『ステップ緩和ケア』を使用したことがある医師，看護師が，それぞれ，45%，37%と多かった（**表 16**）。患者・家族用パンフレット・評価ツール（『生活のしやすさに関する質問票』）は，医師の 19%，看護師の 26%が使用したことがあると回答した。『ステップ緩和ケアムービー』，ホームページ，『わたしのカルテ』を使用したことがある医師・看護師は少なかった。

5. 患者・家族のプロジェクトの認知

患者，家族の約 40%が「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」（OPTIM プロジェクト）を「知っている」「聞いたことがある」と回答した（**表 17**）。リーフレット・冊子・図書・ポスターを「見たことがある」と回答したものも約 30〜40%であった。リーフレットなどをもらって見たものは患者・家族とも約

表 15　医師・看護師のプロジェクトへの不参加の理由（%）

	医師	看護師
緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンス	n=335	n=1,182
関心はあったが時間がなかった	47（n=158）	38（n=454）
知らなかった	32（n=106）	52（n=609）
知っていたが関心がなかった	16（n=52）	8.6（n=102）
相談できる人がいるので必要なかった	4.8（n=16）	1.4（n=17）
緩和ケアチーム・緩和ケア外来（医師）・相談支援センター（看護師）の利用	n=199	n=1,374
緩和ケアについて困ることがなかった	62（n=124）	42（n=574）
困ることがあったが，知らなかった	15（n=29）	36（n=497）
知っていたが，手続きが面倒だった	7.5（n=15）	9.8（n=135）
手続きは知っていたが，敷居が高かった	7.0（n=14）	5.5（n=75）
紹介したが患者・家族が希望しなかった	3.0（n=6）	6.8（n=93）
退院前カンファレンス	n=317	n=1,119
患者を担当しなかった	63（n=201）	74（n=827）
参加を依頼されなかった	26（n=81）	21（n=233）
依頼されたが時間がなかった	5.7（n=18）	4.9（n=55
依頼されたが必要ないと思った	1.6（n=5）	0.4（n=4）

表 16　マテリアルの使用機会（%）

		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・家族用パンフレット『生活のしやすさに関する質問票』。

10%であった。経路は医療者から渡された，または，医療福祉機関に設置してあるものの入手であり，公共施設や知人を経由したものはほとんどなかった。市民対象講演会に参加したものは，患者，家族とも10%以下であった。

表17　患者・家族のプロジェクトの認知（%）

		患者					家族				
		合計 (n=857)	地域				合計 (n=1,137)	地域			
			鶴岡 (n=166)	柏 (n=192)	浜松 (n=255)	長崎 (n=244)		鶴岡 (n=204)	柏 (n=162)	浜松 (n=458)	長崎 (n=313)
プロジェクトの認知											
知っている		11 (n=94)	24	7.3	9.0	7.4	10 (n=118)	24	10	5.9	8.3
聞いたことがある		29 (n=246)	36	25	29	27	25 (n=278)	27	19	26	23
知らない		56 (n=477)	34	66	56	62	60 (n=678)	46	69	61	62
ポスターなどの認知											
見たことがある（場所を覚えている）		13 (n=114)	19	11	17	7.4	21 (n=242)	27	20	25	13
見たことがある（場所は覚えていない）		18 (n=155)	17	22	20	14	17 (n=196)	18	14	17	19
見たことがない		63 (n=537)	56	65	56	73	54 (n=615)	50	63	49	60
リーフレットなどの認知											
（医療者から）	もらって見た	5.8 (n=50)	9.6	3.1	7.8	3.3	11 (n=119)	16	8.6	11	7.3
	もらったが見ていない	1.9 (n=16)	2.4	1.6	1.6	2.0	2.6 (n=29)	2.9	2.5	3.1	1.6
	もらっていない	74 (n=633)	58	84	71	80	65 (n=743)	57	74	64	68
（医療福祉機関に設置してあるものを）	もらって見た	7.5 (n=64)	11	4.7	9.4	5.3	10 (n=117)	9.8	8.0	15	5.1
	もらったが見ていない	2.3 (n=20)	1.2	2.1	2.4	3.3	1.8 (n=21)	2.5	1.9	2.0	1.3
	もらっていない	68 (n=612)	54	79	66	70	64 (n=730)	59	73	60	69
（公共施設に設置してあるものを）	もらって見た	1.1 (n=9)	1.2	1.0	1.6	0.4	1.1 (n=13)	2.9	1.2	1.1	0.0
	もらったが見ていない	1.2 (n=10)	0.6	2.1	0.4	1.6	0.9 (n=10)	1.5	0.6	0.7	1.0
	もらっていない	71 (n=612)	58	81	72	73	70 (n=797)	63	79	69	72
（知人から）	もらって見た	0.8 (n=7)	1.8	0.5	0.4	0.8	0.5 (n=6)	1.5	1.2	0.0	0.3
	もらったが見ていない	0.7 (n=6)	0.6	1.0	0.4	0.8	0.4 (n=4)	0.5	0.0	0.4	0.3
	もらっていない	72 (n=621)	58	82	73	75	71 (n=807)	65	80	70	72
市民対象講演会への参加											
参加したことはない		91 (n=780)	83	96	91	93	91 (n=1,038)	88	94	91	92
1回		3.4 (n=29)	6.0	1.6	3.1	3.3	2.3 (n=26)	5.9	2.5	1.3	1.3
2回		0.8 (n=7)	1.2	0.5	0.8	0.8	1.1 (n=12)	1.5	1.9	0.7	1.0
3回以上		0.5 (n=4)	1.2	0.0	0.4	0.4	0.2 (n=2)	0.5	0.0	0.0	0.3

資料5　モニタリング集計結果

(1) 緩和ケアの技術・知識の向上

	年度	4地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
『ステップ緩和ケア』の配布数	2008	8,395	1,080	2,577	3,208	1,530
	2009	3,481	200	932	1,639	710
	2010	8,213	2,460	1,590	2,933	1,230
	合計	20,089	3,740	5,099	7,780	3,470
『ステップ緩和ケアムービー』（DVD）配布数	2008	677	148	166	256	107
	2009	2,028	285	246	1,257	240
	2010	1,559	470	123	726	240
	合計	4,264	903	535	2,239	587
◆『ステップ緩和ケア』『ステップ緩和ケアムービー』配布数小計	2008	9,072	1,228	2,743	3,464	1,637
	2009	5,509	485	1,178	2,896	950
	2010	9,772	2,930	1,713	3,659	1,470
	合計	24,353	4,643	5,634	10,019	4,057
患者・家族用パンフレット配布数 1：がんの痛みが心配なとき	2008	6,822	1,405	1,689	2,282	1,446
	2009	2,034	109	851	744	330
	2010	3,532	270	1,157	1,315	790
	合計	12,388	1,784	3,697	4,341	2,566
2：医療用麻薬（モルヒネなど）をはじめて使用するとき	2008	7,324	1,405	2,089	2,384	1,446
	2009	2,764	89	1,101	1,194	380
	2010	5,952	2,280	1,267	1,615	790
	合計	16,040	3,774	4,457	5,193	2,616
3：定期使用の鎮痛薬を使っても痛みがあるとき	2008	7,287	1,380	2,089	2,382	1,436
	2009	2,574	79	1,021	1,144	330
	2010	3,631	270	1,107	1,464	790
	合計	13,492	1,729	4,217	4,990	2,556
4：息切れ，息苦しさに困ったとき	2008	6,072	1,170	1,773	1,823	1,306
	2009	1,405	16	851	368	170
	2010	2,541	270	694	1,057	520
	合計	10,018	1,456	3,318	3,248	1,996
5：吐き気・嘔吐があるとき	2008	5,851	1,150	1,573	1,822	1,306
	2009	1,280	46	681	383	170
	2010	2,554	280	694	1,060	520
	合計	9,685	1,476	2,948	3,265	1,996
6：便が出にくいとき	2008	6,376	1,175	2,073	1,822	1,306
	2009	1,125	56	581	318	170
	2010	2,624	280	714	1,110	520
	合計	10,125	1,511	3,368	3,250	1,996
7：お腹が膨れる，張るとき	2008	6,051	1,150	1,773	1,822	1,306
	2009	1,355	36	781	368	170
	2010	2,604	290	784	1,010	520
	合計	10,010	1,476	3,338	3,200	1,996
8：食欲がないとき	2008	6,096	1,175	1,793	1,822	1,306
	2009	1,480	46	881	383	170
	2010	2,634	280	804	1,030	520
	合計	10,210	1,501	3,478	3,235	1,996
9：からだのだるさに困ったとき	2008	5,552	1,150	1,273	1,823	1,306
	2009	1,565	46	1,031	318	170
	2010	2,504	290	684	1,010	520
	合計	9,621	1,486	2,988	3,151	1,996
10：意識が混乱したとき	2008	5,821	1,150	1,243	2,122	1,306
	2009	1,575	36	901	468	170
	2010	2,902	280	794	1,308	520
	合計	10,298	1,466	2,938	3,898	1,996

	年度	4 地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
11：ぐっすり眠れないとき	2008	5,552	1,150	1,273	1,823	1,306
	2009	1,305	36	781	318	170
	2010	2,602	270	804	1,008	520
	合計	9,459	1,456	2,858	3,149	1,996
12：これからの過ごし方について	2008	6,911	1,260	1,093	3,252	1,306
	2009	5,375	76	1,361	3,468	470
	2010	14,938	4,480	1,614	4,644	4,200
	合計	27,224	5,816	4,068	11,364	5,976
◆患者・家族用パンフレット配布数合計（枚数）	2008	75,715	14,720	19,734	25,179	16,082
	2009	23,837	671	10,822	9,474	2,870
	2010	49,018	9,540	11,117	17,631	10,730
	合計	148,570	24,931	41,673	52,284	29,682
評価ツール：『生活のしやすさに関する質問票』配布数	2008	9,342	1,780	1,170	5,672	720
	2009	9,761	1,830	250	7,381	300
	2010	7,218	2,110	240	4,348	520
	合計	26,321	5,720	1,660	17,401	1,540
◆患者・家族用パンフレット・評価ツール配布数小計	2008	85,057	16,500	20,904	30,851	16,802
	2009	33,598	2,501	11,072	16,855	3,170
	2010	56,236	11,650	11,357	21,979	11,250
	合計	174,891	30,651	43,333	69,685	31,222
OPTIM が開催した緩和ケアに関するセミナー*1 の回数	2008	50	13	13	10	14
	2009	74	19	20	7	28
	2010	69	45	9	5	10
	合計	193	77	42	22	52
OPTIM が開催した緩和ケアに関するセミナー*1 の参加人数 **※職種別集計：付表 1**	2008	4,439	1,360	1,073	1,273	733
	2009	4,764	1,245	1,074	1,083	1,362
	2010	4,016	2,081	795	411	729
	合計	13,219	4,686	2,942	2,767	2,824
OPTIM 以外が開催した緩和ケアに関するセミナー*1 の回数	2008	50	2	21	23	4
	2009	67	9	20	28	10
	2010	72	1	39	23	9
	合計	189	12	80	74	23
OPTIM 以外が開催した緩和ケアに関するセミナー*1 の参加人数	2008	2,736	37	836	1,634	229
	2009	2,456	412	204	1,372	468
	2010	2,995	70	1,361	1,039	525
	合計	8,187	519	2,401	4,045	1,222
PEACE プログラムの開催回数	2008	2	0	0	0	2
	2009	12	0	2	8	2
	2010	18	2	4	8	4
	合計	32	2	6	16	8
PEACE プログラムの参加人数	2008	52	0	0	0	52
	2009	241	0	26	185	30
	2010	490	38	122	200	130
	合計	783	38	148	385	212
◆緩和ケアセミナーの回数小計 ※ OPTIM，OPTIM 以外，PEACE プログラムが開催したセミナーの合計	2008	102	15	34	33	20
	2009	153	28	42	43	40
	2010	159	48	52	36	23
	合計	414	91	128	112	83
◆緩和ケアセミナーの参加人数小計 ※ OPTIM，OPTIM 以外，PEACE プログラムが開催したセミナーの合計	2008	7,227	1,397	1,909	2,907	1,014
	2009	7,461	1,657	1,304	2,640	1,860
	2010	7,501	2,189	2,278	1,650	1,384
	合計	22,189	5,243	5,491	7,197	4,258

(2) がん患者・家族・住民への情報提供

	年度	4 地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
リーフレット『つらい時期を上手に過ごす』配布数	2008	36,264	12,100	4,730	17,564	1,870
	2009	25,418	6,565	1,860	13,293	3,700
	2010	35,380	2,300	100	32,280	700
	合計	97,062	20,965	6,690	63,137	6,270
冊子『あなたの地域の緩和ケア』配布数	2008	22,494	7,400	6,460	7,564	1,070
	2009	27,939	4,175	3,310	16,754	3,700
	2010	26,411	3,200	1,300	21,450	461
	合計	76,844	14,775	11,070	45,768	5,231
ポスター配布数	2008	5,681	1,528	1,220	2,018	915
	2009	5,794	1,471	1,224	1,479	1,620
	2010	5,412	2,700	460	1,652	600
	合計	16,887	5,699	2,904	5,149	3,135
映像メディア『我が家へ帰ろう』配布数	2008	1,757	742	211	677	127
	2009	276	80	162	19	15
	2010	630	400	73	34	123
	合計	2,663	1,222	446	730	265
『緩和ケアを知る 100 冊リスト』配布数	2008	1,114	165	517	301	131
	2009	4,405	10	1,331	3,054	10
	2010	3,365	0	300	3,065	0
	合計	8,884	175	2,148	6,420	141
◆患者・家族への情報ツール配布数小計 ※リーフレット，冊子，ポスター，映像メディア，100 冊リストの合計数	2008	67,310	21,935	13,138	28,124	4,113
	2009	63,832	12,301	7,887	34,599	9,045
	2010	71,198	8,600	2,233	58,481	1,884
	合計	202,340	42,836	23,258	121,204	15,042
リーフレットなど設置施設数（2011 年 3 月現在）						
医療機関		419	9	101	141	168
福祉・介護機関		169	43	44	62	20
公的機関		311	95	88	126	2
その他		27	8	13	5	1
	合計	926	155	246	334	191
図書『緩和ケアを知る 100 冊』設置施設数（2011 年 3 月現在）		51	5	13	26	7
OPTIM が開催した市民講演会*2 の回数	2008	11	7	1	1	2
	2009	19	8	7	1	3
	2010	10	6	2	1	1
	合計	40	21	10	3	6
OPTIM が開催した市民講演会*2 の参加人数	2008	1,764	947	130	72	615
	2009	3,575	817	432	600	1,726
	2010	1,406	767	269	209	161
	合計	6,745	2,531	831	881	2,502
OPTIM 以外が開催した市民講演会*2 の回数	2008	13	0	10	2	1
	2009	13	0	6	7	0
	2010	5	0	2	2	1
	合計	31	0	18	11	2
OPTIM 以外が開催した市民講演会*2 の参加人数	2008	2,034	0	727	100	1,207
	2009	561	0	168	393	0
	2010	886	0	77	675	134
	合計	3,481	0	972	1,168	1,341
◆市民講演会の回数小計 ※ OPTIM，OPTIM 以外が開催した市民講演会の合計	2008	24	7	11	3	3
	2009	32	8	13	8	3
	2010	15	6	4	3	2
	合計	71	21	28	14	8
◆市民講演会の参加人数小計 ※ OPTIM，OPTIM 以外が開催した市民講演会の合計	2008	3,798	947	857	172	1,822
	2009	4,136	817	600	993	1,726
	2010	2,292	767	346	884	295
	合計	10,226	2,531	1,803	2,049	3,843

(3) 地域緩和ケアのコーディネーション，連携の促進

	年度	4 地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
相談窓口*3 への相談件数	2008	2,312	119	531	1,603	59
	2009	2,367	133	764	1,420	50
	2010	2,096	100	429	1,515	52
	合計	6,775	352	1,724	4,538	161
何らかの退院支援・調整プログラムが導入されている病院数（2011 年 3 月現在） ※地域の 200 床以上の病院を母数する		23/27	2/2	4/7	8/8	9/10
『わたしのカルテ』配布数	2008	4,748	340	1,049	2,338	1,021
	2009	3,318	760	1,880	548	130
	2010	5,508	1,250	410	3,748	100
	合計	13,574	2,350	3,339	6,634	1,251
多職種連携カンファレンスの回数	2008	6	2	1	2	1
	2009	7	2	1	2	2
	2010	4	1	1	1	1
	合計	17	5	3	5	4
多職種連携カンファレンスの参加人数 ※職種別，勤務場所別集計：付表 2, 4	2008	628	97	175	239	117
	2009	624	104	141	204	175
	2010	383	93	120	113	57
	合計	1,635	294	436	556	349
上記以外の連携に関するカンファレンスや会合の回数	2008	19	5	4	4	6
	2009	56	22	8	23	3
	2010	76	18	20	36	2
	合計	151	45	32	63	11
上記以外の連携に関するカンファレンスや会合の参加人数 ※職種別，勤務場所別集計：付表 3, 5	2008	791	176	122	97	396
	2009	1,531	533	421	491	86
	2010	1,945	650	491	748	56
	合計	4,267	1,359	1,034	1,336	538

(4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供

	年度	4 地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
地域緩和ケアチームへの地域からの相談件数（電話，メール）	2008	54	27	13	2	12
	2009	105	74	3	21	7
	2010	176	129	1	43	3
	合計	335	230	17	66	22
地域緩和ケアチームへの地域からの相談件数（出張して診察したもの）	2008	45	1	5	28	11
	2009	26	0	1	22	3
	2010	23	0	0	20	3
	合計	94	1	6	70	17
◆地域緩和ケアチームへの相談件数小計 ※電話，メール，出張して診察したもの	2008	99	28	18	30	23
	2009	131	74	4	43	10
	2010	199	129	1	63	6
	合計	429	231	23	136	39
地域緩和ケアチームが行ったアウトリーチ件数	2008	15	0	0	15	0
	2009	11	0	0	11	0
	2010	12	0	0	12	0
	合計	38	0	0	38	0

(5) リンクスタッフ

		4 地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
リンクスタッフ配置施設数（2011 年 3 月現在）		病院 39 診療所 155 訪看 36 薬局 115 他 157	病院 4 診療所 5 訪看 2 薬局 3 他 48	病院 8 診療所 4 訪看 9 薬局 9 他 10	病院 12 診療所 63 訪看 17 薬局 49 他 76	病院 15 診療所 83 訪看 8 薬局 54 他 23
	施設数	502 施設	62 施設	40 施設	217 施設	183 施設
	合計	1,019 人	92 人	137 人	469 人	321 人

*1 医療福祉従事者を対象として，がん患者についての緩和ケア全般，症状緩和，精神的サポートとコミュニケーション，倫理，遺族ケア，あるいは，在宅でのターミナルケア（palliative care as a whole, symptom management, emotional support, communication, ethics, grief care, or dying at home）を扱ったものとする。形態は，講演会，インタラクティブワークショップ，症例検討会のいずれかとする。症状緩和に関するものと在宅でのターミナルケア（dying at home）に関するものは区別できずに開催していることが多いため，あわせてカウントした。ただし，1）がん，緩和ケアに特定しない一般的な内容，2）抗がん治療に関するもの（手術療法，化学療法，放射線療法，副作用対策），代替療法に関するものは除いた。

*2 一般市民を対象として，がんにおける緩和ケア全般，がん性疼痛，在宅でのターミナルケア，あるいは，地域で利用可能な緩和ケアのリソース（palliative care as a whole, cancer pain, dying at home, or resources available in the community）をあつかったものとする。形態は，一般対象に公開された講演会のみとし，ブースの展示，患者会での説明は除いた。緩和ケア，在宅医療における患者の誤解（バリア）を軽減することが期待される内容が含まれるもので，特定の話題に限定した個々の内容のもの（栄養，代替療法，リンパ浮腫，経済制度，がん治療中のこころのケア，悲嘆のケア，患者会，抗がん治療，介護など）は除いた。「相談支援センター」に関するものは「地域で利用可能な緩和ケアのリソース」に含めた。

*3 柏地域，長崎地域は，OPTIM が相談窓口を病院外に新しく設置した。鶴岡地域，浜松地域は病院内の既存の相談室に，OPTIM の相談窓口を兼務で設置した。浜松は地域にひとつの緩和ケア病棟のあるがん診療連携拠点病院の相談室である。

付表 1　緩和ケアセミナーの参加者詳細

	年度	4 地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
医師	2008	702	164	118	159	261
看護師		1,918	604	346	708	260
薬剤師		685	135	195	245	110
介護支援専門員		285	107	66	60	52
医療ソーシャルワーカー		131	9	69	29	24
その他		439	232	109	72	26
	小計	4,160	1,251	903	1,273	733
医師	2009	716	195	98	82	341
看護師		1,968	443	366	743	416
薬剤師		506	113	114	75	204
介護支援専門員		421	123	114	75	109
医療ソーシャルワーカー		116	6	61	33	16
その他		577	237	114	75	151
	小計	4,304	1,117	867	1,083	1,237
医師	2010	570	318	93	47	112
看護師		1,260	440	364	241	215
薬剤師		325	168	68	41	48
介護支援専門員		483	243	73	30	137
医療ソーシャルワーカー		74	10	42	5	17
その他		1,175	773	155	47	200
	小計	3,887	1,952	795	411	729
	合計	12,351	4,320	2,565	2,767	2,699

注：職種不明で合計参加者数のみ集計している場合があるため，モニタリング集計結果の合計数と付表 1 の合計数は一致しない。

付表２　多職種連携カンファレンスの参加者詳細

	年度	4 地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
医師	2008	117	37	21	40	19
看護師		238	41	58	102	37
薬剤師		107	8	25	54	20
介護支援専門員		86	1	28	32	25
医療ソーシャルワーカー		27	0	16	6	5
その他		53	10	27	5	11
	小計	628	97	175	239	117
医師	2009	67	4	17	23	23
看護師		250	8	60	102	80
薬剤師		62	1	25	19	17
介護支援専門員		91	13	10	36	32
医療ソーシャルワーカー		32	2	9	11	10
その他		51	5	20	13	13
	小計	553	33	141	204	175
医師	2010	36	不明	11	16	9
看護師		130		53	54	23
薬剤師		19		2	6	11
介護支援専門員		51		20	23	8
医療ソーシャルワーカー		27		20	4	3
その他		27		14	10	3
	小計	290	不明	120	113	57
	合計	1,471	130	436	556	349

注：職種不明で合計参加者数のみ集計している場合があるため，モニタリング集計結果の合計数と付表２の合計数は一致しない。

付表３　地域の連携に関するカンファレンスの参加者詳細

	年度	4 地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
医師	2008	77	不明	19	29	29
看護師		279		37	31	211
薬剤師		59		28	5	26
介護支援専門員		108		23	11	74
医療ソーシャルワーカー		23		2	10	11
その他		69		13	11	45
	小計	615	不明	122	97	396
医師	2009	162	22	39	95	6
看護師		430	21	56	273	80
薬剤師		69	21	24	24	0
介護支援専門員		208	27	155	26	0
医療ソーシャルワーカー		58	6	8	44	0
その他		83	28	26	29	0
	小計	1,010	125	308	491	86
医師	2010	325	114	62	145	4
看護師		749	227	106	364	52
薬剤師		128	37	31	60	0
介護支援専門員		348	142	144	62	0
医療ソーシャルワーカー		96	11	28	57	0
その他		283	119	104	60	0
	小計	1,929	650	475	748	56
	合計	3,554	775	905	1,336	538

注：職種不明で合計参加者数のみ合計している場合があるため，モニタリング集計結果の合計数と付表３の合計数は一致しない。

付表 4　多職種連携カンファレンスの参加施設詳細

	年度	4 地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
病院	2008	40	8	14	18	不明
診療所		38	10	4	24	
訪問看護ステーション		27	4	6	17	
薬局		43	6	3	34	
その他		66	1	29	36	
	小計	214	29	56	129	不明
病院	2009	34	2	不明	17	15
診療所		23	2		8	13
訪問看護ステーション		19	1		12	6
薬局		29	1		12	16
その他		87	13		47	27
	小計	192	19	不明	96	77
病院	2010	37	3	15	10	9
診療所		34	18	3	7	6
訪問看護ステーション		19	2	7	7	3
薬局		15	4	2	4	5
その他		98	31	27	34	6
	小計	203	58	54	62	29
	合計	333	106	110	287	106

付表 5　地域の連携に関するカンファレンスの参加施設詳細

	年度	4 地域合計	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
病院	2008	63	不明	20	16	27
診療所		27		7	8	12
訪問看護ステーション		36		12	5	19
薬局		15		10	5	0
その他		17		4	13	0
	小計	158	不明	53	47	58
病院	2009	149	5	38	88	18
診療所		61	20	8	25	8
訪問看護ステーション		80	3	20	39	18
薬局		43	13	14	16	0
その他		76	11	23	35	7
	小計	409	52	103	203	51
病院	2010	279	34	67	165	13
診療所		113	17	30	62	4
訪問看護ステーション		105	21	42	33	9
薬局		54	16	20	18	0
その他		248	13	162	71	2
	小計	799	101	321	349	28
	合計	1,366	153	477	599	137

4. 結果（1）OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を変えたか？　アウトカム研究
A. 主要な結果

聖隷三方原病院 緩和支持治療科
森田 達也

本章では，主要評価項目と，副次的評価項目のうちおもな結果を述べる。

対象の背景

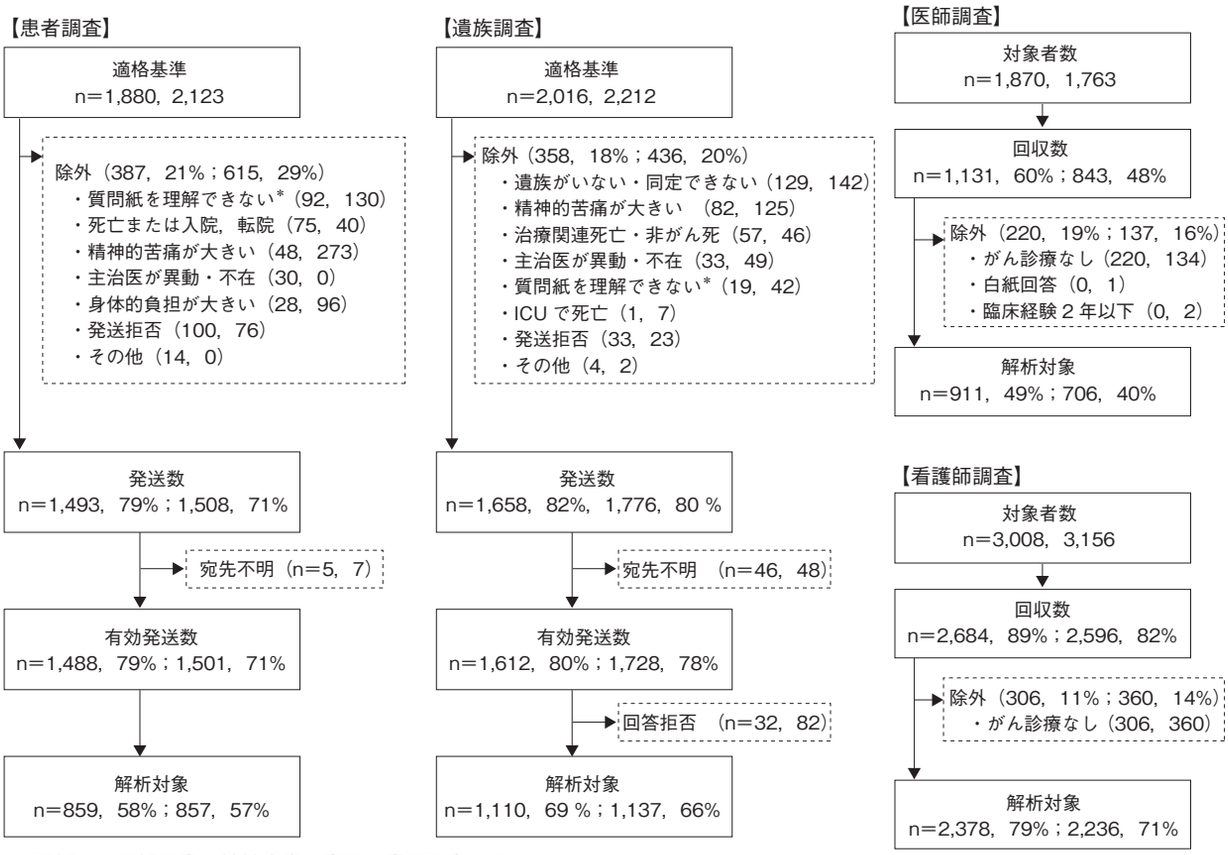
1. 対象者

患者調査では，介入前調査では 859 名，介入後調査では 857 名が解析の対象となった（**図 15**）。遺族調査では，介入前調査では 1,110 名，介入後調査では 1,137 名が解析の対象となった。医師・看護師調査では，それぞれ，介入前調査では 911 名・2,378 名，介入後調査では 706 名・2,236 名が解析の対象となった。

2. 対象者の背景

患者調査の対象となった患者の背景では，原発部位は肺が最も多く，次に乳腺，大腸・直腸，前立腺・腎臓・膀胱であった（**表 18**）。前後で地域，性別に有意な差があった。

遺族調査の対象となった患者の背景では，原発部位は肺が最も多かった。前後で地域，患者の年齢，遺族



* 認知症，認知障害，精神疾患，高齢，意識障害など

図 15　調査対象

表 18　患者の背景

	介入前 (n=859)	介入後 (n=857)	P
地域*			<0.001
鶴岡地域	9.9%（85）	19%（166）	
柏地域	17%（149）	22%（192）	
浜松地域	39%（337）	30%（255）	
長崎地域	34%（288）	28%（244）	
性別*			0.044
男性	55%（476）	60%（516）	
女性	45%（383）	40%（341）	
平均年齢*	67±11	68±11	0.17
原発*			0.18
肺	26%（221）	26%（223）	
乳腺	17%（148）	15%（125）	
大腸・直腸	15%（133）	14%（124）	
前立腺・腎臓・膀胱	14%（122）	15%（132）	
胃・食道	11%（92）	9.2%（79）	
肝臓・胆道・膵臓	9.5%（82）	11%（95）	
子宮・卵巣	5.2%（45）	7.8%（67）	
performance status			0.38
0	28%（243）	32%（271）	
1	43%（371）	40%（340）	
2	21%（181）	19%（166）	
3	4.3%（37）	5.0%（43）	
4	1.6%（14）	1.5%（13）	
平均（標準偏差）	1.1±0.9	1.0±0.9	
化学療法・放射線治療			0.84
受けている	58%（498）	56%（484）	
受けていない	40%（343）	40%（340）	
同居・別居			0.59
同居	91%（784）	89%（767）	
独居	7.7%（66）	8.3%（71）	
婚姻状態			0.70
既婚	81%（695）	78%（672）	
未婚	5.7%（49）	6.5%（56）	
死別	12%（100）	11%（95）	
就労状態			1.00
フルタイム	14%（120）	14%（119）	
パートタイム	7.6%（65）	7.5%（64）	
就労していない	76%（657）	76%（651）	

* 補正に使用した項目

の年齢，介護中の健康状態に有意な差があった（**表 19**）。

医師は，臨床経験が平均 20 年で，前後で，年齢，勤務場所，臨床経験年数，がん患者の診療経験，麻薬処方を行った患者数，終末期がん患者を看取った診療経験に有意な差があった（**表 20**）。

看護師は，研究地域での臨床経験年数が平均 12 年で，前後で，年齢，勤務場所，緩和ケア病棟の勤務経験，訪問看護の勤務経験，緩和ケアに関して教育を受けた期間で有意な差がみられた（**表 21**）。

表 19　遺族の背景（%）

	介入前 (n=1,110)	介入後 (n=1,137)	P
地域*			0.024
鶴岡地域	17（184）	18（204）	
柏地域	19（211）	14（162）	
浜松地域	39（432）	40（458）	
長崎地域	25（283）	28（313）	
患者			
性別*			0.47
男性	62（689）	61（688）	
女性	36（402）	38（428）	
年齢*			<0.0001
20～29 歳	0.2（2）	0.0（0）	
30～39 歳	0.5（5）	0.7（8）	
40～49 歳	2.1（23）	1.8（21）	
50～59 歳	11（122）	7.1（81）	
60～69 歳	23（251）	21（238）	
70～79 歳	36（403）	33（380）	
80～89 歳	23（259）	29（326）	
90 歳以上	3.9（43）	6.2（71）	
原発*			0.88
肺	27（298）	26（294）	
肝臓・胆道・膵臓	25（273）	26（299）	
胃・食道	20（218）	18（205）	
大腸・直腸	10（111）	11（120）	
前立腺・腎臓・膀胱	6.4（71）	6.9（78）	
乳腺	4.0（44）	4.2（48）	
子宮・卵巣	3.7（41）	3.3（37）	
その他†	4.4（49）	3.7（42）	
遺族			
性別*			0.11
男性	31（341）	28（313）	
女性	68（753）	71（802）	
年齢*			0.0062
20～29 歳	0.8（9）	0.5（6）	
30～39 歳	3.4（38）	3.0（34）	
40～49 歳	13（141）	11（127）	
50～59 歳	28（306）	24（273）	
60～69 歳	29（317）	31（354）	
70～79 歳	21（231）	23（256）	
80～89 歳	4.9（54）	6.4（73）	
90 歳以上	0.3（3）	0.4（4）	
患者との関係*			0.98
配偶者	53（583）	52（594）	
その他	47（518）	47（529）	
患者の子	30（338）	30（338）	
婿・嫁	8.4（93）	9.8（111）	
患者の親	1.4（15）	1.7（19）	
兄弟姉妹	4.1（45）	3.3（37）	
その他	2.4（27）	2.1（24）	
介護中の健康状態			0.0013
良かった	23（254）	27（307）	
まあまあだった	55（611）	56（632）	
良くなかった	18（204）	14（158）	
非常によくなかった	2.6（29）	2.2（25）	
死亡前 1 週間の付き添い期間			0.15
毎日	72（795）	73（833）	
4～6 日	11（123）	12（134）	
1～3 日	9.7（108）	7.9（90）	
なかった	6.4（71）	5.1（58）	

* 補正に使用した項目（患者との関係は，配偶者 vs. その他を使用）。
† 対象患者は診療記録で原疾患を確認しているが調査票と照合させないデザインであるため，原疾患は遺族の記入による。

表 20　医師の背景

	介入前（n=911）	介入後（n=706）	P
性別*			0.50
男性	89%（809）	88%（621）	
女性	9.3%（85）	10%（73）	
平均年齢*	49±13	47±12	0.025
勤務場所*			0.0020
がん診療連携拠点病院	44%（405）	53%（371）	
それ以外の病院	15%（139）	16%（115）	
在宅療養支援診療所	13%（117）	9.8%（69）	
それ以外の診療所	27%（250）	21%（151）	
専門			0.32
内科	33%（297）	26%（184）	
外科	15%（137）	16%（116）	
呼吸器内科	4.6%（42）	5.8%（41）	
呼吸器外科	2.7%（25）	3.1%（22）	
消化器内科	9.4%（86）	10%（69）	
消化器外科	5.7%（52）	5.7%（40）	
婦人科	5.6%（51）	7.1%（50）	
乳腺科	1.0%（9）	1.1%（8）	
泌尿器科	5.3%（48）	4.4%（31）	
血液内科	2.1%（19）	2.3%（16）	
耳鼻科	4.6%（42）	4.2%（30）	
放射線治療科	0.8%（7）	1.4%（10）	
臨床腫瘍科	0.1%（1）	0.7%（5）	
化学療法科	0.2%（2）	0.4%（3）	
緩和ケア科	1.4%（13）	1.4%（10）	
その他	8.5%（77）	10%（71）	
臨床経験年数	22±12	21±11	0.007
調査地域での臨床経験年数	14±11	13±10	0.12
がん患者の診療経験			0.0017
なし	0.5%（5）	0.3%（2）	
1〜9 人 / 年	39%（353）	31%（222）	
10〜49 人 / 年	30%（274）	33%（230）	
50 人以上 / 年	30%（273）	35%（249）	
麻薬処方を行った患者数			<0.001
なし	15%（138）	11%（79）	
1〜9 人 / 年	42%（381）	39%（278）	
10〜49 人 / 年	23%（212）	27%（191）	
50 人以上 / 年	6.9%（63）	11%（81）	
終末期がん患者を看取った診療経験*			0.049
なし	27%（248）	24%（166）	
1〜9 人 / 年	54%（489）	55%（385）	
10〜49 人 / 年	16%（147）	19%（135）	
50 人以上 / 年	2.5%（23）	2.5%（18）	
麻薬取扱者免許			0.22
なし	13%（116）	11%（76）	
あり	87%（795）	89%（630）	
がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の受講	N.A.	28%（198）	—

N.A.：データなし，* 補正に使用した項目

表 21　看護師の背景

	介入前（n=2,378）	介入後（n=2,236）	P
性別*			0.42
男性	2.1%（50）	2.5%（55）	
女性	96%（2,292）	96%（2,151）	
年齢*			0.033
29 歳以下	32%（751）	30%（669）	
30〜39 歳	34%（819）	33%（743）	
40〜49 歳	21%（497）	22%（501）	
50〜59 歳	12%（282）	13%（286）	
60 歳以上	0.4%（9）	1.1%（24）	
勤務場所*			0.0053
がん診療連携拠点病院	57%（1,345）	58%（1,304）	
それ以外の病院	36%（856）	32%（716）	
訪問看護ステーション	7.4%（177）	9.7%（216）	
教育歴*			0.0045
大学・大学院	10%（232）	12%（277）	
専門学校・短大	90%（2137）	87%（1953）	
臨床経験			0.075
4 年以下	16%（370）	15%（326）	
5〜9 年	30%（704）	28%（618）	
10〜14 年	18%（434）	19%（419）	
15〜19 年	13%（301）	14%（321）	
20 年以上	24%（562）	24%（547）	
緩和ケア病棟の勤務経験*			<0.001
なし	91%（2,162）	87%（1,951）	
あり	8.5%（203）	12%（270）	
訪問看護の勤務経験			0.032
なし	89%（2,123）	86%（1,921）	
あり	10%（247）	14%（307）	
調査地域での臨床経験年数	12±8	12±9	0.52
これまでにケアをしたがん患者数			0.97
なし	0.0%（0）	0.2%（4）	
9 人以下	9.5%（225）	10%（233）	
10〜49 人	27%（641）	26%（575）	
50〜99 人	21%（502）	21%（461）	
100 人以上	42%（996）	42%（948）	
これまでにケアをした終末期がん患者数*			0.55
なし	0.9%（22）	1.0%（22）	
9 人以下	14%（330）	14%（322）	
10〜49 人	43%（1,031）	41%（911）	
50〜99 人	21%（488）	22%（495）	
100 人以上	21%（491）	21%（466）	
緩和ケアに関して教育を受けた時間			<0.001
なし	28%（662）	17%（371）	
1 時間以下	8.7%（207）	7.7%（172）	
2〜4 時間	23%（556）	23%（512）	
5 時間以上	39%（935）	52%（1,164）	

* 補正に使用した項目

介入地域全体での評価

介入地域全体での主な評価項目の推移を**表 22** に示す。

介入地域全体では，介入前に比して，自宅死亡率，専門緩和ケアサービスの利用数，外来患者による苦痛緩和の質評価，遺族による終末期患者の苦痛緩和の質評価，医師・看護師の困難感のいずれも有意に改善した（**図 16**）。

1．自宅死亡率

自宅死亡率は，介入前 6.8％から，介入後では 10.5％に増加した（P<0.001）。全国平均の自宅死亡率の増加率と比較して，介入期間中の増加率は 3 倍であり（67％ vs. 21％），増加の程度は全国平均より有意に大きかった（P<0.001）。

「患者が望んだ場所で過ごせた」（**図 17**），「望んだ場所で最期を迎えられた」（**図 18**）と回答した遺族は，病院，ホスピス・緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族に比較して，自宅で死亡した患者の遺族で非常に多かった。「望んだ場所で最期を迎えられた」に対して「そう思う・とてもそう思う」と回答した遺族は，病院，ホスピス・緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族で

表 22　おもな評価項目（介入地域全体）

	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年
がん死亡者数	5,147	5,394	5,302	5,546
自宅死亡率（数）	6.8％（348）	8.6％（463）	9.6％（507）	10.5％（581）
専門緩和ケアサービスの利用数[*1]	0.31（1,606）	0.34（1,838）	0.50（2,654）	0.50（2,783）
患者による苦痛緩和の質評価[*2]	4.43±1.08	—	—	4.57±0.97
遺族による苦痛緩和の質評価[*2]	4.31±1.12	—	—	4.56±1.08
患者の quality of life	5.45±0.98	—	—	5.52±0.92
遺族の代理評価による患者の quality of life	4.37±0.97	—	—	4.54±0.99
医師の困難感[*3]	2.69±0.80	—	—	2.28±0.75
看護師の困難感[*3]	3.15±0.75	—	—	2.72±0.73

[*1] 死亡患者に対する比を示す。
[*2] Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメインの得点。1 点から 6 点の範囲で，6 点が「改善するべきところが全くない」，1 点が「改善するべきところが非常にある」を示す。
[*3] Palliative Care Difficulties Scale の得点。1 点から 5 点の範囲で，高い方が緩和ケアに関する困難感が高いことを示す。

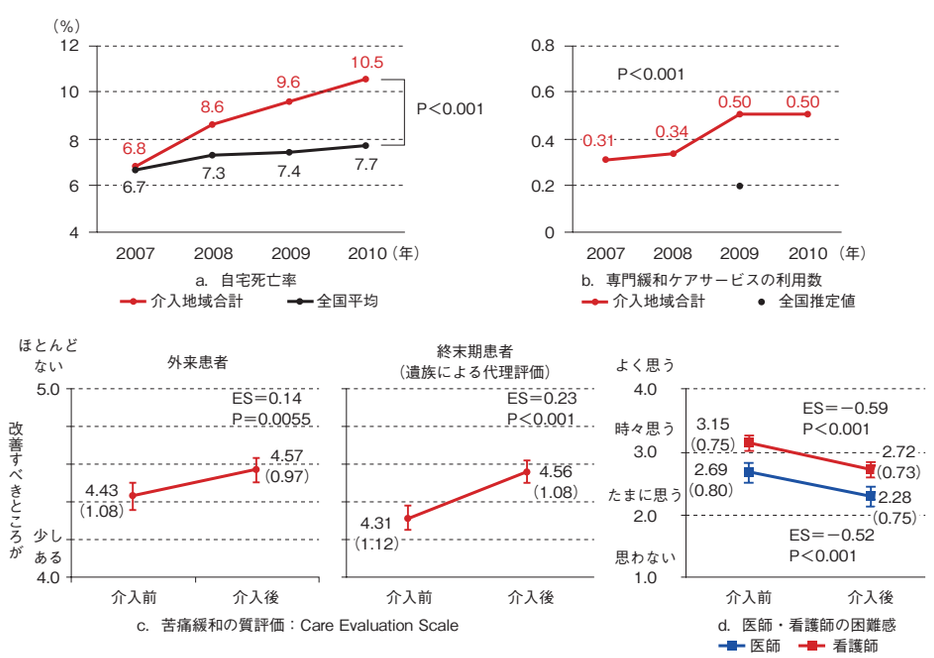


図 16　主な評価項目

平均（標準偏差）と 95% 信頼区間を示す。

は，それぞれ，約 25%，約 45%であったが，自宅で死亡した患者の遺族では約 90%であった。すなわち，本研究で認められた自宅死亡率の増加は，患者の希望に沿わない自宅死亡の増加ではなく，患者の希望に沿った増加であると考えられた。

また，遺族の報告に基づく死亡前 1 カ月間に自宅にいた期間は増加し，死亡前 1 カ月間・3 カ月間に病院にいた期間は減少した（図 19）。

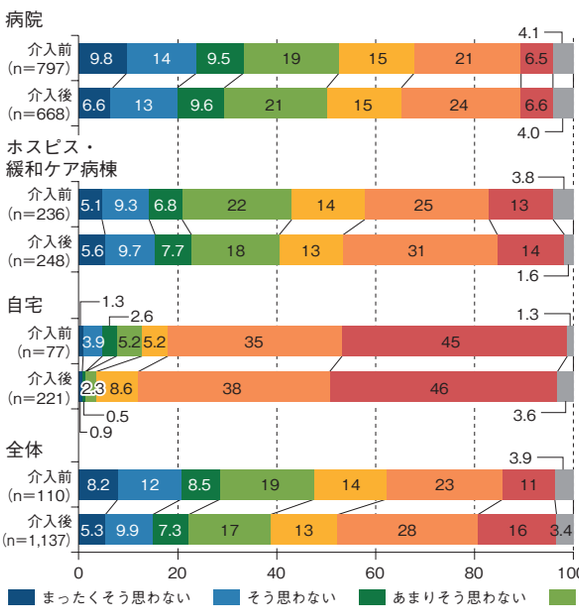


図 17 「望んだ場所で過ごせた」割合

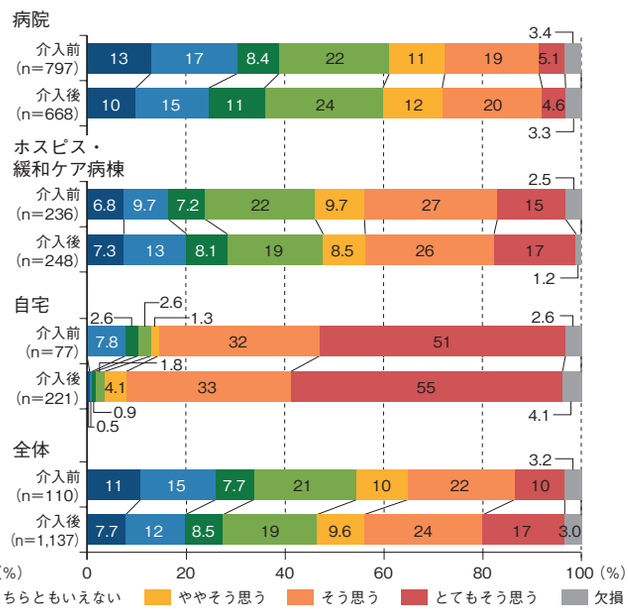


図 18 「望んだ場所で最期を迎えられた」割合

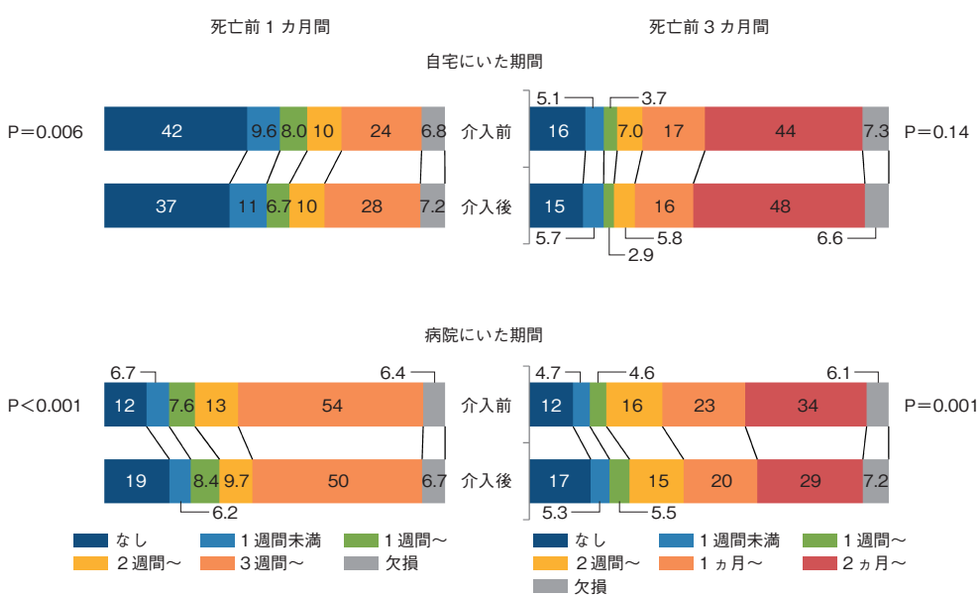


図 19 自宅療養期間

2. 専門緩和ケアサービスの利用数

専門緩和ケアサービス利用数の死亡がん患者に対する比は，介入前 0.31 から，介入後では 0.50 に増加した（P<0.001，73％の増加）。一方，全国の専門緩和ケアサービスの利用数の平均推定値は 0.20 であった。

重複カウントの影響をみるために，性別，年齢，原疾患のすべてが一致する患者を同一の患者として同定し，重複を削除したものを「重複を除いた専門緩和ケアサービス利用数」として計算した。重複を除いた場合では，専門緩和ケアサービス利用数の死亡がん患者に対する比は，介入前 0.20 から，介入後では 0.27 であった。この方法による重複の除外は，性別，年齢，原疾患の一致する患者が一括して除外され，実患者数を過小評価すると考えられるため，専門緩和ケアサービスの利用数実数の死亡がん患者に対する比は，0.20 → 0.27 と，0.31 → 0.50 の間の増加であったと見積もられる。サービス別では，緩和ケアチーム，緩和ケア外来の利用が増加した（**図 20**）。

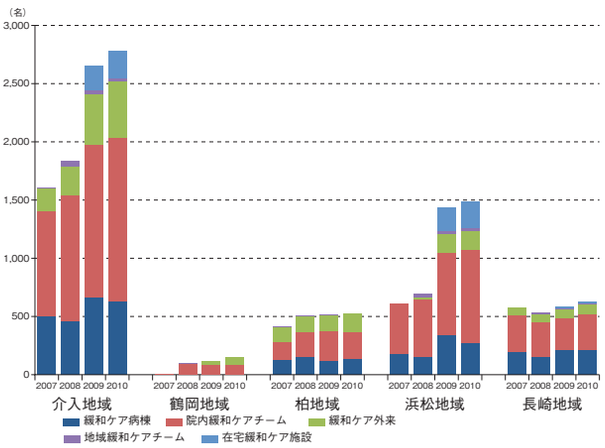


図 20　サービス種別の利用数

3. 緩和ケアの質評価，quality of life

外来患者の苦痛緩和の質評価の指標である Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメインの平均得点は，介入前は 4.43±1.08，介入後は 4.57±0.97 であった（P＝0.0055, effect size＝0.14）。遺族の代理評価による終末期患者の Care Evaluation Scale の平均得点は，介入前は 4.31±1.12，介入後は 4.56±1.08 であった（P<0.001, effect size＝0.23）。介入後の平均得点は，4 点「改善するところが少しある」，5 点「改善するところがほとんどない」の中間であった。

頻度では，「医師は，つらい症状にすみやかに対処している」「希望がかなえられるように，医師や看護師は努力している」に対して，改善するところが「大いにある」「かなりある」と回答したものは，外来患者では介入前後とも 10％，遺族で介入前に約 10％であったものが介入後には約 5％に減少した（**図 21**）。逆に，改善するところが「ほとんどない」「全くない」と回答したものは，外来患者で介入前後とも約 60％であったが，終末期がん患者の遺族では介入前に 55％であったものが介入後には 65～70％に増加した。

Good Death Inventory で測定した患者の quality of life では，外来患者では有意な変化がみられなかったが，終末期がん患者（遺族による代理評価）では合計点で Effect size が 0.22 の有意な変化が認められた（**表 23**）。代表的な項目でみると，「からだの苦痛が少なく過ごせている」「おだやかな気持ちで過ごせている」「望んだ場所で過ごせている」「望んだ場所で最期を迎えられた」「療養した場所は患者の意向に沿っていた」「家族や友人と十分に時間を過ごせている」「落ち着いた環境で過ごせている」といった，苦痛緩和と場所に関係する項目で効果量が比較的大きかった。

また，遺族の介護負担については前後で有意な変化を示さず，平均得点で 4（「どちらともいえない」）であった（**図 22**）。病院，ホスピス・緩和ケア病棟，自宅のいずれでも負担感，負担感の変化の両方とも有意な変化がなかった。

死亡場所ごとの緩和ケアの質評価，quality of life をみると，緩和ケアの質評価は病院，緩和ケア病棟で有意に改善し，quality of life は病院で有意に改善した（**図 23**）。後調査で，緩和ケアの質評価は病院で緩和ケア病棟・自宅に比較して有意に低かったが，緩和ケア病棟と自宅では有意差はなかった。quality of life は，病院では，緩和ケア病棟・自宅に比較して有意に低く，自宅は緩和ケア病棟に比較して有意に高かった。quality of life の項目別にみると，全体的に，自宅で最も高く，次に緩和ケア病棟であり，病院が最も低かった（**図 24**）。「痛みが少なく過ごせた」は介入後には自宅で有意に低下した。

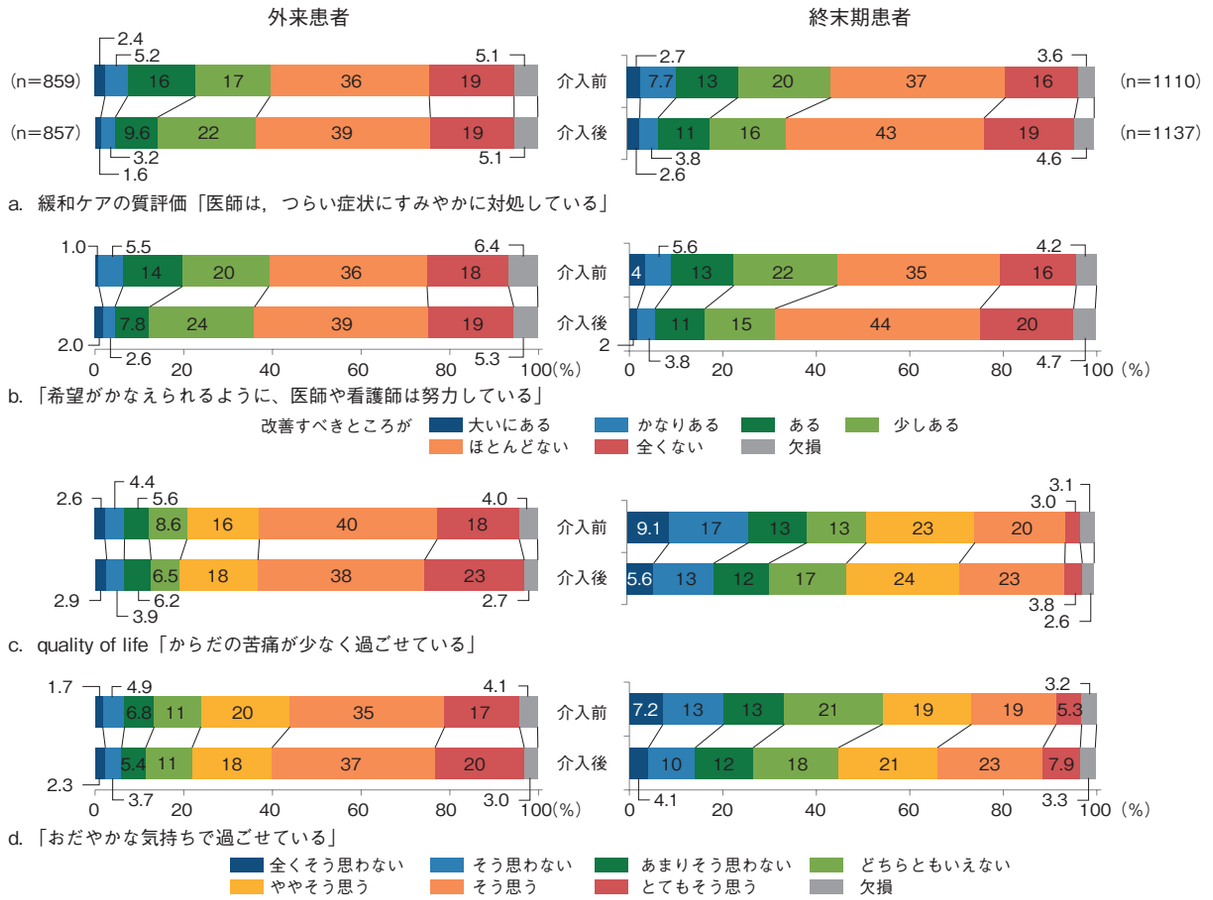


図 21　緩和ケアの質評価，Quality of life の項目の変化

表 23　quality of life の変化：Good Death Inventory

	外来患者				終末期患者（遺族の代理評価）			
	介入前 (n=859)	介入後 (n=857)	Effect size	P	介入前 (n=1,110)	介入後 (n=1,137)	Effect size	P
痛みが少なく過ごせている	5.6±1.4	5.6±1.5	0.02	0.76	4.2±1.7	4.4±1.7	0.11	0.013
からだの苦痛が少なく過ごせている	5.4±1.5	5.4±1.5	0.04	0.37	3.9±1.7	4.1±1.7	0.13	0.0019
おだやかな気持ちで過ごせている	5.2±1.5	5.4±1.5	0.08	0.085	4.0±1.6	4.3±1.6	0.17	＜0.001
望んだ場所で過ごせている	5.9±1.2	6.0±1.2	0.10	0.042	4.3±1.8	4.5±1.8	0.13	0.0017
望んだ場所で最期を迎えられた	—	—	—	—	4.0±1.9	4.3±1.9	0.12	0.0056
療養した場所は患者の意向に沿っていた	—	—	—	—	4.9±1.6	5.0±1.5	0.079	0.063
楽しみになるようなことがある	5.2±1.6	5.4±1.4	0.10	0.038	3.6±1.7	3.8±1.7	0.10	0.017
医師を信頼している	6.0±1.2	6.0±1.1	0.01	0.88	5.4±1.4	5.5±1.4	0.06	0.15
人に迷惑をかけてつらいと感じることがある	4.3±1.9	4.2±1.9	0.07	0.18	2.9±1.5	3.0±1.5	0.062	0.14
家族や友人と十分に時間を過ごせている	5.7±1.4	5.7±1.4	0.02	0.72	4.7±1.6	4.9±1.5	0.15	＜0.001
身の回りのことはたいてい自分でできる	6.0±1.3	6.1±1.2	0.07	0.13	3.6±2.0	3.7±2.1	0.03	0.46
落ち着いた環境で過ごせている	5.8±1.3	5.9±1.2	0.09	0.055	4.8±1.5	5.0±1.4	0.13	0.0021
ひととして大切にされていると感じる	5.9±1.2	5.9±1.2	0.05	0.34	5.7±1.2	5.7±1.2	0.061	0.15
充実した人生だと感じている	5.3±1.5	5.4±1.4	0.09	0.063	4.6±1.5	4.8±1.5	0.15	＜0.001
合計点	5.4±1.0	5.5±0.9	0.08	0.10	4.4±1.0	4.5±1.0	0.18	＜0.001

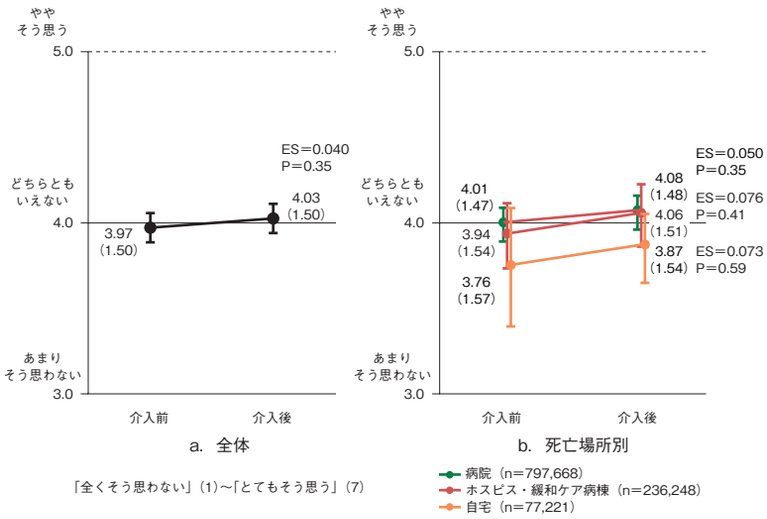


図 22　介護負担：Caregiver Consequence Inventory

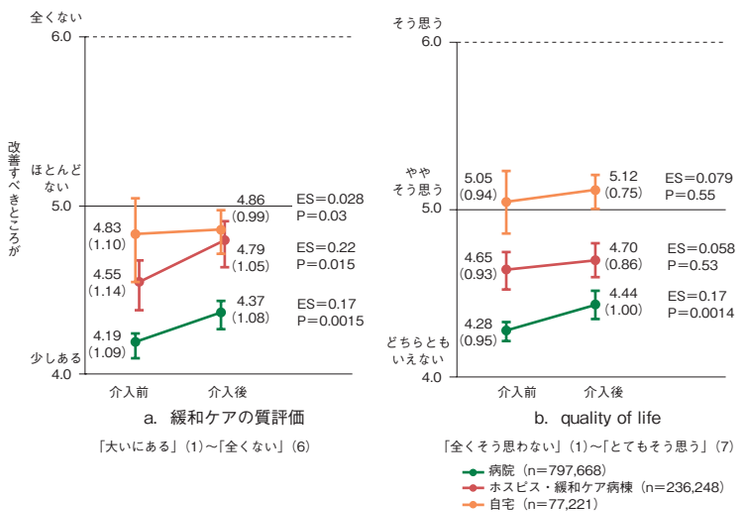


図 23　死亡場所別の緩和ケアの質評価・quality of life

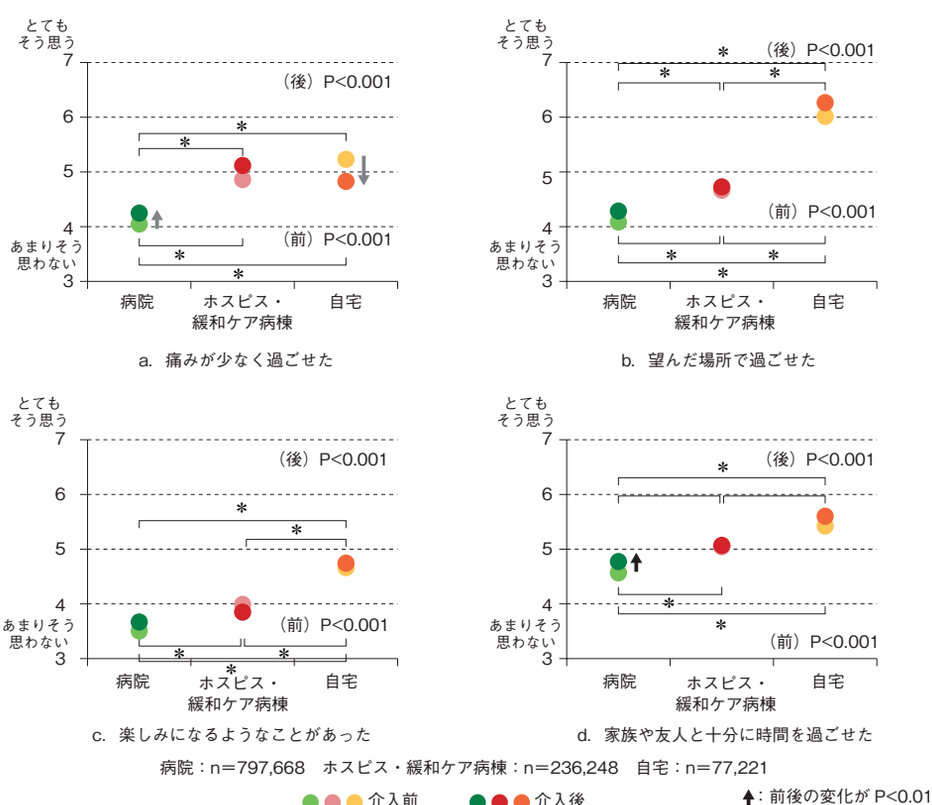


図 24　死亡場所別の quality of life の変化

4. 医師・看護師の困難感，知識，実践

医師・看護師の困難感の指標である Palliative Care Difficulties Scale の合計得点は，医師で介入前の 2.69±0.80 から 2.28±0.75 に，看護師で 3.15±0.75 から 2.72±0.73 に有意に減少し，効果量も比較的大きかった（P<0.001, ES＝－0.52；P<0.001, ES＝－0.59）。平均値は，2 点「（困難なことがあると）たまに思う」，3 点「時々思う」の間であった。

困難感の領域別にみると，症状緩和や患者・家族とのコミュニケーションに対する困難感の改善よりも，地域連携，専門家の支援，医療者間のコミュニケーションに関する困難感の改善がより大きかった（**図 25**）。これらの変化は，医師，看護師ともに認められた。

知識についても，医師，看護師のいずれも改善が認められた。一方，実践の自己評価は有意な変化であったが効果量は小さかった。

「症状緩和に関して，相談できる緩和ケアの専門家がいない」にたいして「よく思う」「非常によく思う」と回答した医師の施設ごとの割合を図示した（**図 26**）。4 地域全体を通して，「相談できる緩和ケアの専門家がいない」と回答した医師は減少したが，小規模の病院，診療所医師で「相談できる緩和ケアの専門家がいない」回答が比較的多かった。

介入の医師の困難感，知識，実践に与えた影響を知るために，プロジェクトで行った緩和ケアセミナーや多職種連携カンファレンスに参加した医師と，参加しなかった医師とで困難感，知識，実践を比較したところ，参加した医師では，参加しなかった医師に比較して，困難感，知識，実践とも有意に改善していた（**図 27**）。医師の背景（病院医師 vs. 診療所医師，専門，がん患者の診療数）に差はなかった。さらに，参加した回数でも比較を行ったところ，参加回数が増えるほど困難感，知識，実践が改善する有意な傾向が認められた（**図 28**）。これらは，介入―効果関係をある程度支持するものであると考えられた。

「医師・看護師の体験した変化」としては，「緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた」などの緩和ケアの知識・技術が増えたこと，「緩和ケアについて相談できる人が増えてきた」「緩和ケアチーム・退院支援部署に，早めに相談するようになった」「緩和ケアの知識やサポートが増え，がん患者も受け入れやすくなった」などの緩和ケアのサポートが増えたことが多く述べられた（**表 24**）。また，「顔が見える関係となり，連携がとりやすくなってきた」「地域のリソースが分

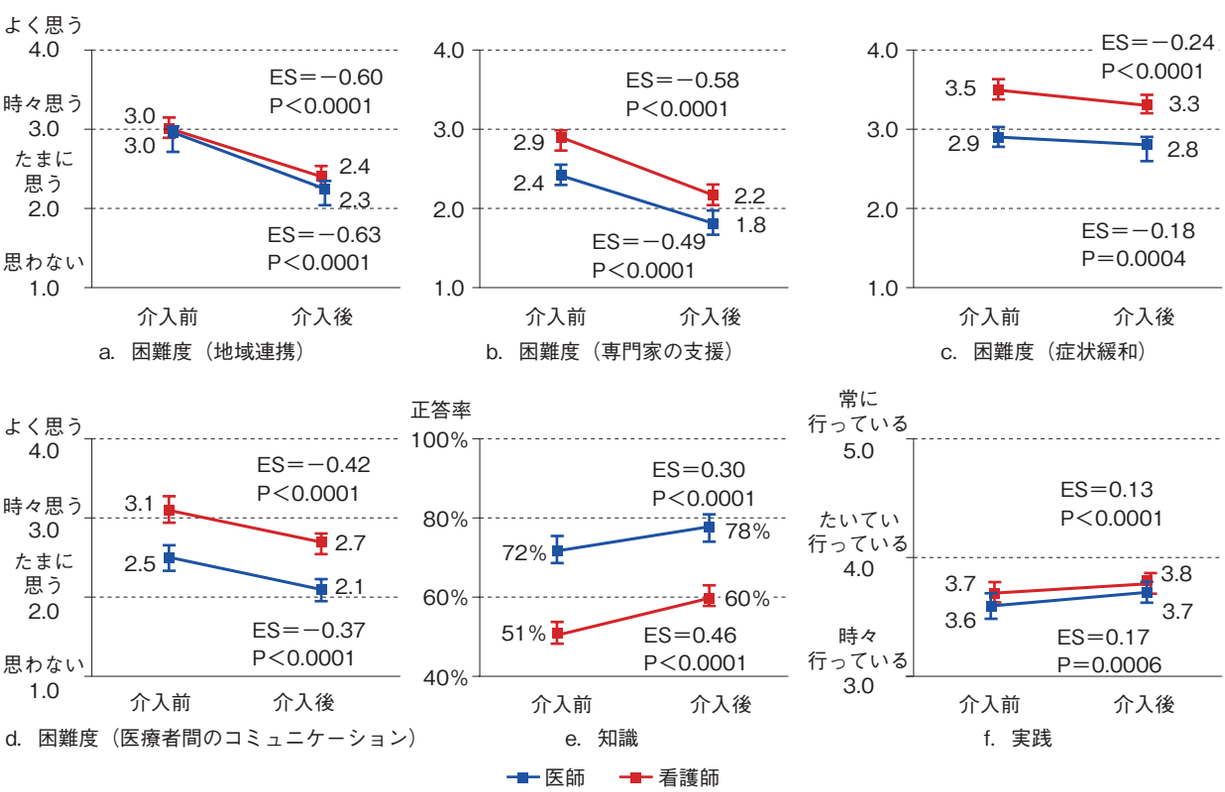
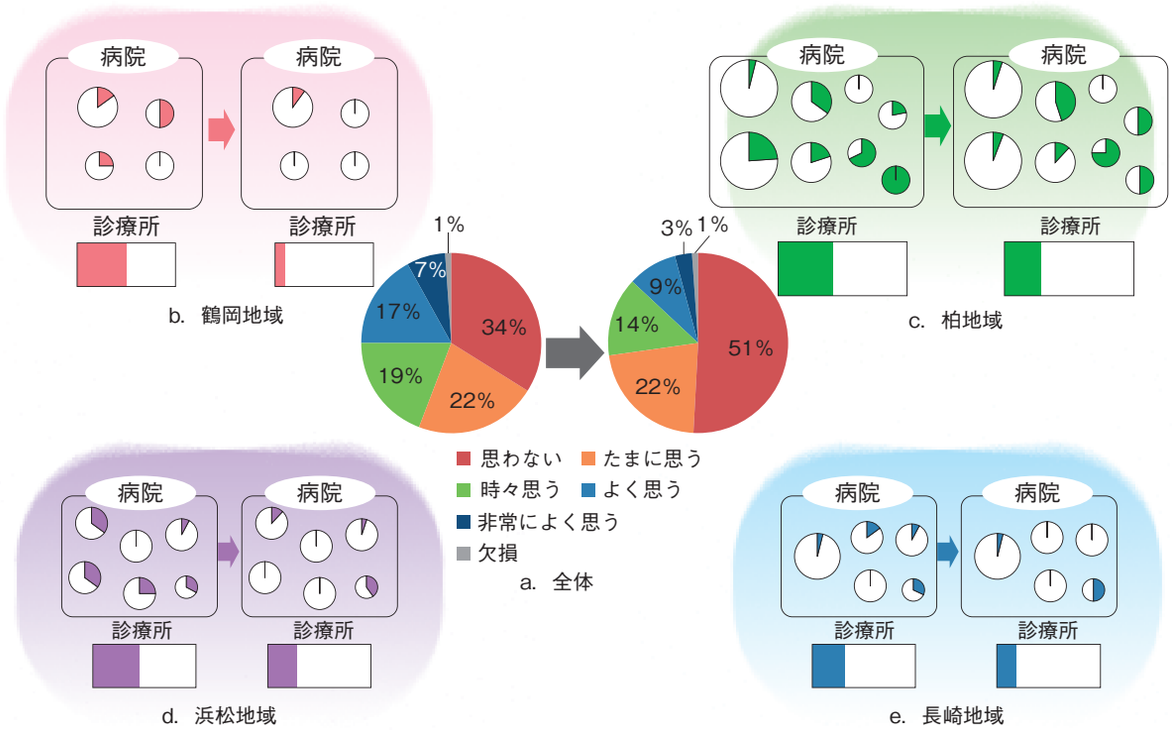


図 25　医師・看護師の困難感・知識・実践



■「症状緩和に関して，相談できる緩和ケアの専門家がいない」に対して「よく思う」「非常によく思う」と回答した医師の施設ごとの割合。
小さい○：小規模病院，大きい○：中規模以上の病院，□：診療所を示す。

図 26　緩和ケアの専門家の利用可能性の変化

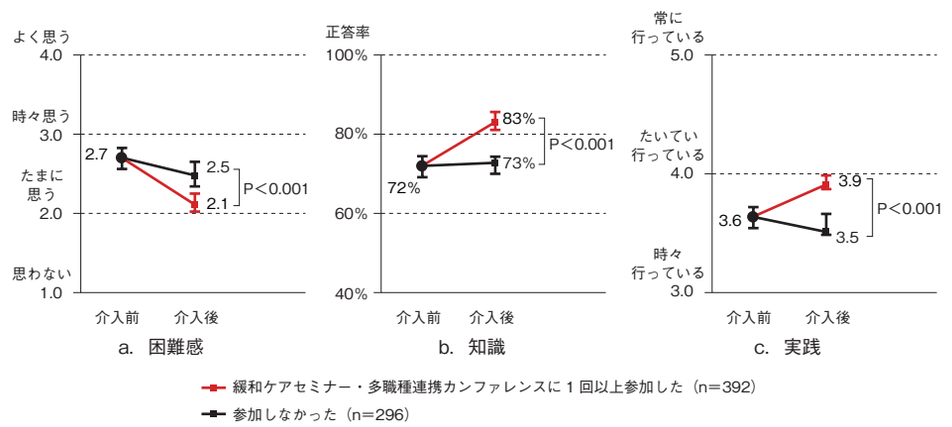


図 27　医師のプロジェクトへの参加の有無による比較

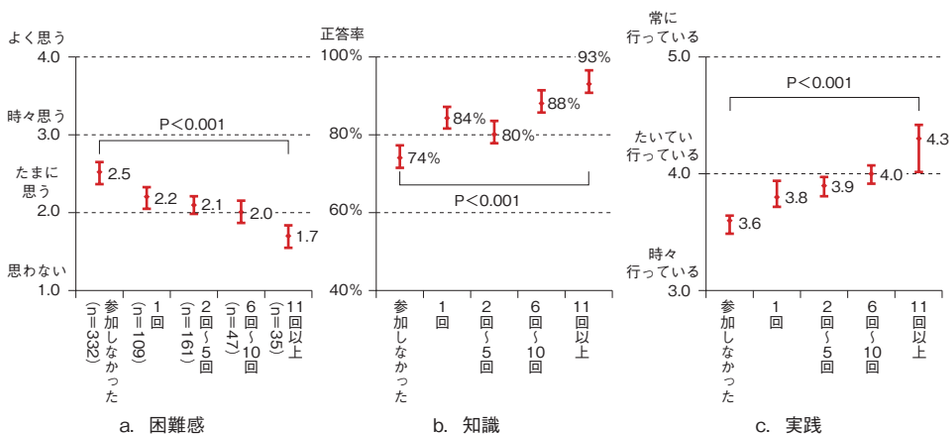


図 28　医師のプロジェクトへの参加の程度による比較

かり，患者に説明できるようになった」「多職種・多施設で集まる機会が増えてきた」こともしばしば述べられた。「希望すれば最期まで，在宅で過ごせると思うようになった」「在宅移行患者では，急変時の対応や連絡方法を決めるようになった」「退院後も実施できる服薬・ケアの方法にするようになった」などの在宅の視点が増えたこともしばしば述べられた。

表 24　医師・看護師の体験した変化

	医師			看護師			P
	合計	病院医師	診療所医師	合計	病院看護師	訪問看護師	
	(n=706)	(n=486)	(n=220)	(n=2,236)	(n=2,026)	(n=210)	
[緩和ケアの知識・技術が増えた]							
緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた	59%	64%, 312	49%, 107	52%	51%, 1,041	63%, 132	<.001; f, g, h
患者の希望を聞き，価値観を大切にするようになった	76%	79%, 386	69%, 152	82%	82%, 1,658	88%, 184	<.001; e
家族の希望や気持ちも聞くようになった	73%	75%, 366	69%, 151	81%	81%, 1,638	88%, 184	<.001; e
[緩和ケアのサポートが増えた]							
緩和ケアについて，相談できる人が増えてきた	67%	77%, 373	45%, 98	67%	68%, 1,383	56%, 117	<.001; b, c
緩和ケアチーム・退院支援部署に，早めに相談するようになった	—	81%, 395	N.A.	—	74%, 1,496	N.A.	<.001
緩和ケアの知識やサポートが増え，がん患者も受け入れやすくなった	—	N.A.	40%, 89	—	N.A.	65%, 137	<.001
[コミュニケーションと連携が良くなった]							
顔が見える関係となり，連携がとりやすくなってきた	44%	47%, 229	36%, 79	32%	30%, 609	47%, 99	<.001; g, h
地域のリソースが分かり，患者に説明できるようになった	48%	50%, 245	41%, 91	31%	29%, 587	46%, 96	<.001; d
多職種・多施設で集まる機会が増えてきた	37%	39%, 189	32%, 70	35%	33%, 667	50%, 105	<.001; g, i
退院後の様子のフィードバックや情報共有が増えた	N.A.	N.A.	N.A.	—	N.A.	57%, 119	N.C.
[在宅の視点が増えた]							
希望すれば最期まで，在宅で過ごせると思うようになった	58%	65%, 315	45%, 98	68%	66%, 1,337	84%, 176	<.001; c, e
在宅移行患者では，急変時の対応や連絡方法を決めるようになった	48%	52%, 253	39%, 86	46%	43%, 874	77%, 161	<.001; e, h
退院後も実施できる服薬・ケアの方法にするようになった	—	66%, 320	N.A.	—	62%, 1,265	N.A.	0.19
自宅で過ごすことについて，患者の思いを聞くようになった	N.A.	N.A.	N.A.	—	69%, 1,399	N.A.	N.C.
退院後に必要な医療処置を十分に説明するようになった	N.A.	N.A.	N.A.	—	65%, 1,319	N.A.	N.C.
自宅の生活環境のアセスメントするようになった	N.A.	N.A.	N.A.	—	64%, 1,287	N.A.	N.C.
退院支援・調整が整っていない時は，自分から整えていくようになった	N.A.	N.A.	N.A.	—	N.A.	52%, 110	N.C.
急な退院の依頼でも，準備していこうと思うようになった	N.A.	N.A.	N.A.	—	N.A.	70%, 148	N.C.
[緩和ケア・在宅医療・チーム医療の意識]							
緩和ケア・在宅を意識して診療することが増えた	68%	75%, 364	53%, 117	69%	68%, 1,377	82%, 173	<.001; a
多職種のチームで対応していこうと思うようになった	77%	84%, 406	61%, 135	84%	84%, 1,693	88%, 184	<.001; c
[患者・家族への効果]							
緩和ケアや在宅医療について聞かれることが増えた	37%	39%, 191	30%, 67	35%	34%, 680	46%, 96	<.001; g, i

a： すべての職種間，b： 病院医師 vs. 他すべて，c： 診療所医師 vs. 他すべて，d： 病院看護師 vs. 他すべて，e： 訪問看護師 vs. 他すべて，f： 病院医師 vs. 診療所医師，g： 病院看護師 vs. 訪問看護師，h： 病院医師 vs. 病院看護師，i： 診療所医師 vs. 訪問看護師 ; N.A.：質問していない，N.C.： 計算なし

5. 患者・遺族・住民の緩和ケアの認識，医療用麻薬の知識，在宅医療の認識

緩和ケアは，「末期の患者のためのものである」という認識については，患者・遺族・住民とも介入前後で平均して 3（「どちらともいえない」）前後で大きな変化はなかった（**図 29**）。患者・遺族・住民とも約半数が緩和ケアは，「末期の患者のためのものである」という認識をもっていた。

医療用麻薬をがん疼痛に対して使用した場合に，「麻薬中毒になったり，命を縮める」という誤った知識については，住民，遺族で介入前後で有意に改善したが（ES＝－0.20,－0.27，**図 30**）。患者・遺族・住民の約 20％が医療用麻薬は「麻薬中毒になったり，命を縮める」という認識をもっていた。

在宅医療について「往診してくれる医師がいない」という認識については，住民・遺族で介入前後で有意に改善したが（ES＝－0.17，－0.46），患者では変化がなかった（**図 31**）。患者・遺族・住民の約 40～50％が「往診してくれる医師がいない」という認識をもっていた。また，「急な変化や夜間に対応できない」という認識についても，住民・遺族で介入前後で有意に改善したが（ES＝－0.19，－0.23），患者ではむしろ悪化した（**図 32**）。患者・遺族・住民の約 60％が「急な変化や夜間に対応できない」という認識をもっていた。

曝露と認識・知識との関連をみるために，①市民講演会に「1 回以上参加したことがある」と回答した者，②リーフレットを「もらって見た」と回答した者，③ホームページを「見たことがある」と回答した者，④

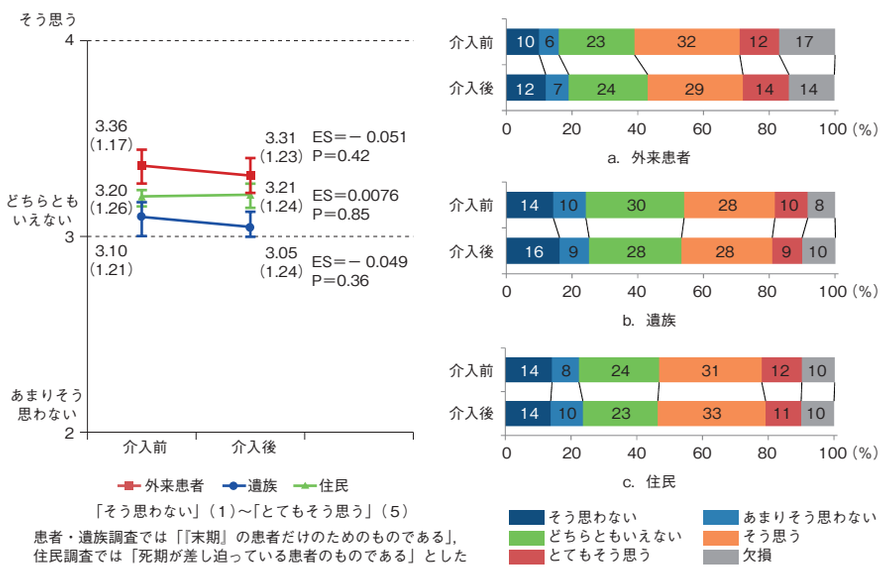


図 29　緩和ケアについての認識「末期の患者のためのものである」

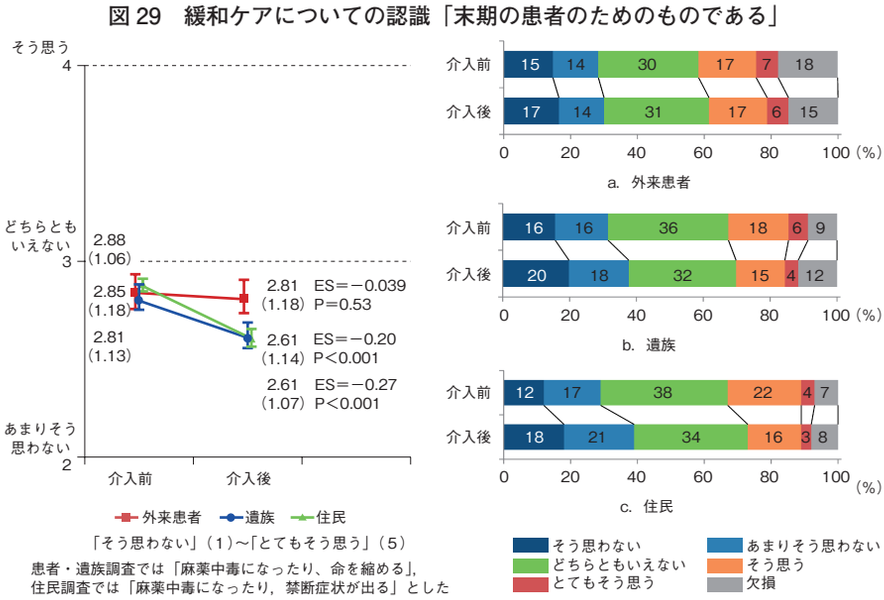


図 30　医療用麻薬についての知識「麻薬中毒になったり、命を縮める」

ポスターを「見たことがある（場所を覚えている）」と回答した者，を「濃い曝露があったもの」としてそれ以外のものと比較したところ，全体として，緩和ケアの認識，医療用麻薬の知識，在宅医療の認識のいずれも，濃い曝露を受けたものの方が有意に改善していた（**図 33**）。

曝露の程度については，ポスターを見た者は，住民 23%，患者 33%，遺族 42%；リーフレットをもらった者は住民 6%，患者 19%，遺族 27%；講演会に参加した者は住民 3%，患者 5%，遺族 4%であった（**表 25**）。人口あたりの啓発介入の量は，鶴岡地域で他の 3 地域に比べて多く，曝露も多かった。曝露を受けた場所は，住民・患者・遺族とも，病院が最も多く，次に，診療所，保険薬局が多かった（**表 26**）。市役所・区役所・公民館など公共施設は 10%程度かそれ以下であった。緩和ケア・在宅医療の認識や医療用麻薬の知識の理由は，患者・遺族とも「具体的に聞いたわけではないが，一般的にそう思う」が最も多かった（**図 34**）。

まとめると，緩和ケアの認識については，患者・遺族・住民とも大きな変化がみられなかった。医療用麻薬の知識や在宅医療の認識については，実際に経験や情報提供を受けたと考えられる遺族では改善が認められ，住民でも小さい変化が認められたが，一方，患者では変わりなかった。介入は遺族，患者，住民の順に多く，実際に曝露を受けた対象では，知識や認識に改善が認められた。しかし，住民よりも大きい曝露を受けた患者全体として知識や認識の多くで変化がなかったことは，患者の心理的防衛などのために掲示されている情報を，意識的または無意識的に見ないようにしている可能性が示唆された。

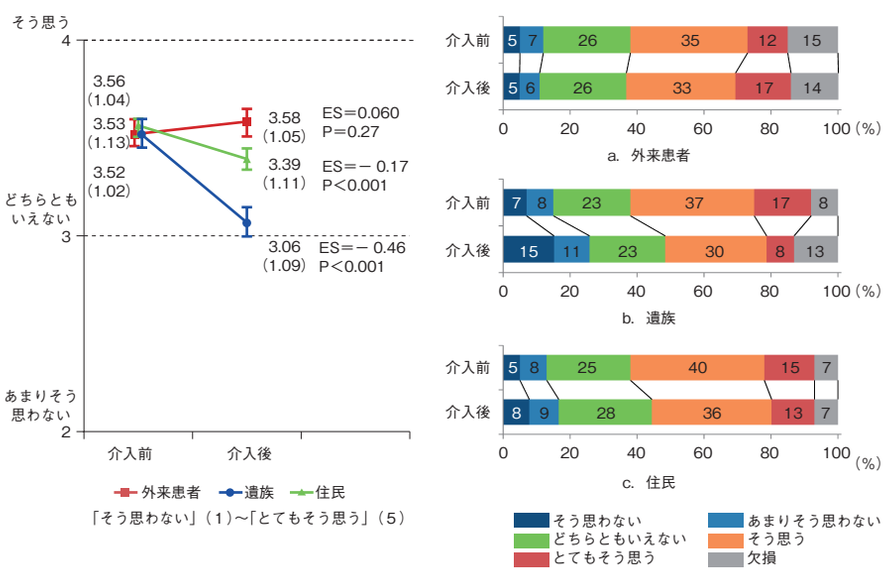


図 31　在宅医療についての認識「往診してくれる医師がいない」

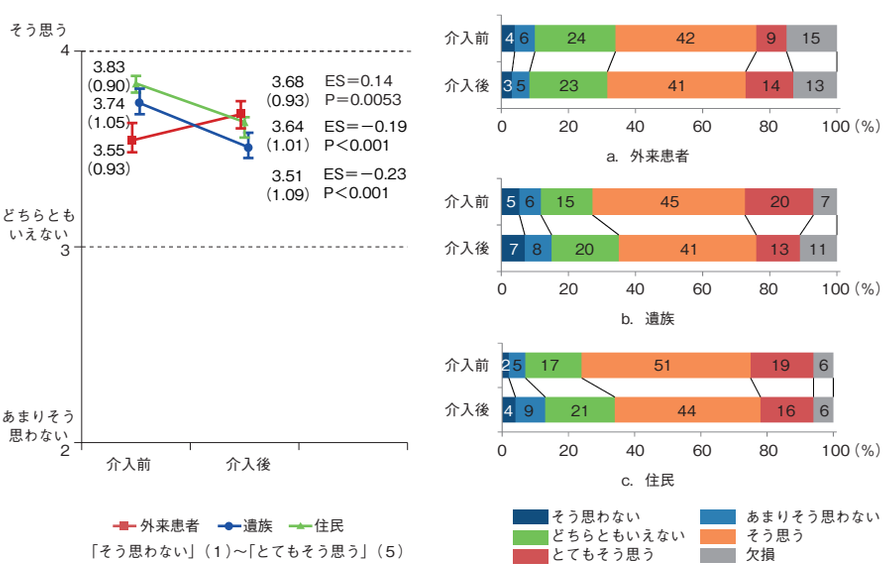


図 32　在宅医療についての認識「急な変化や夜間に対応できない」

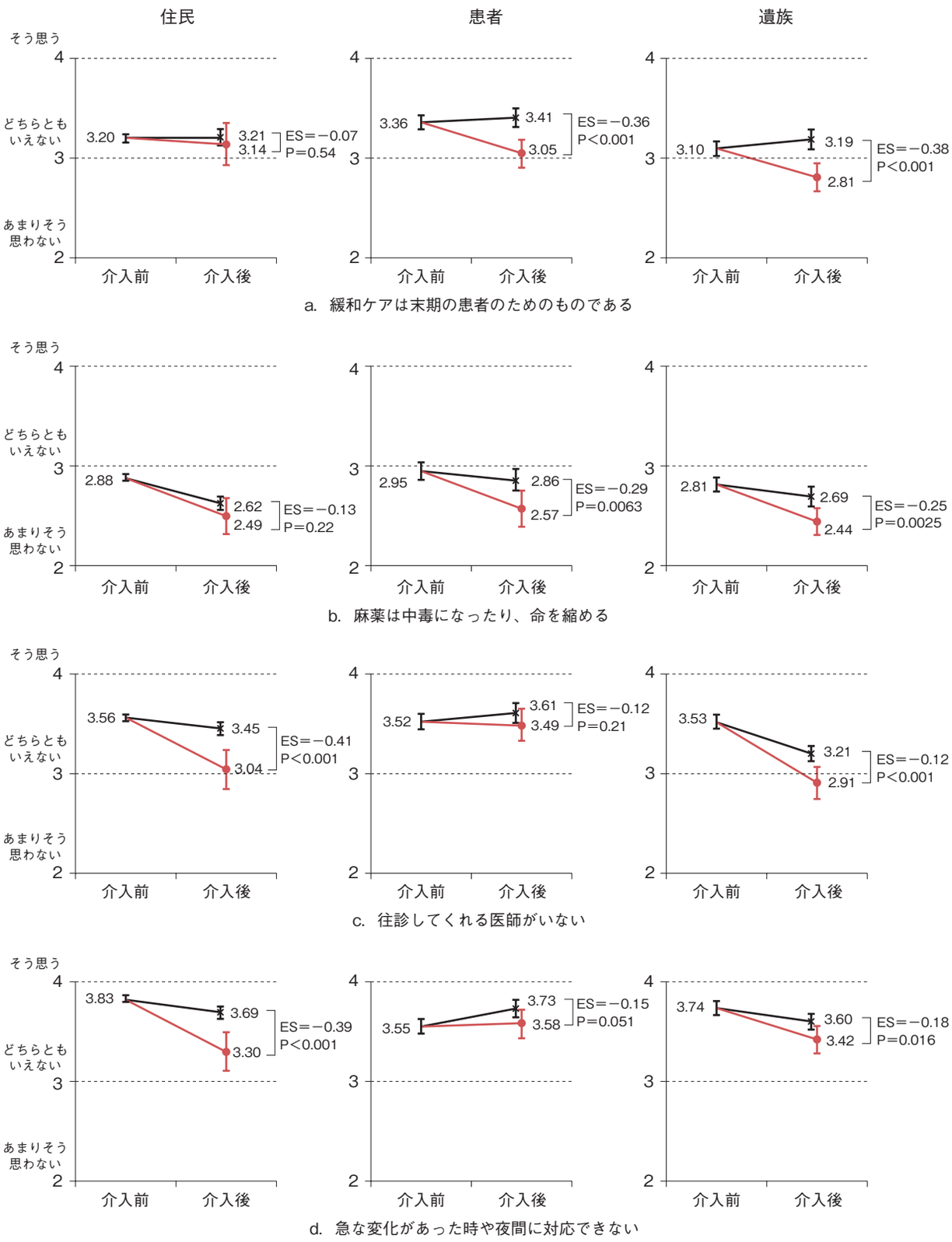


図 33　濃い曝露と認識・知識との関連

* 住民調査では「死期が差し迫っている患者のためのものである」とした。

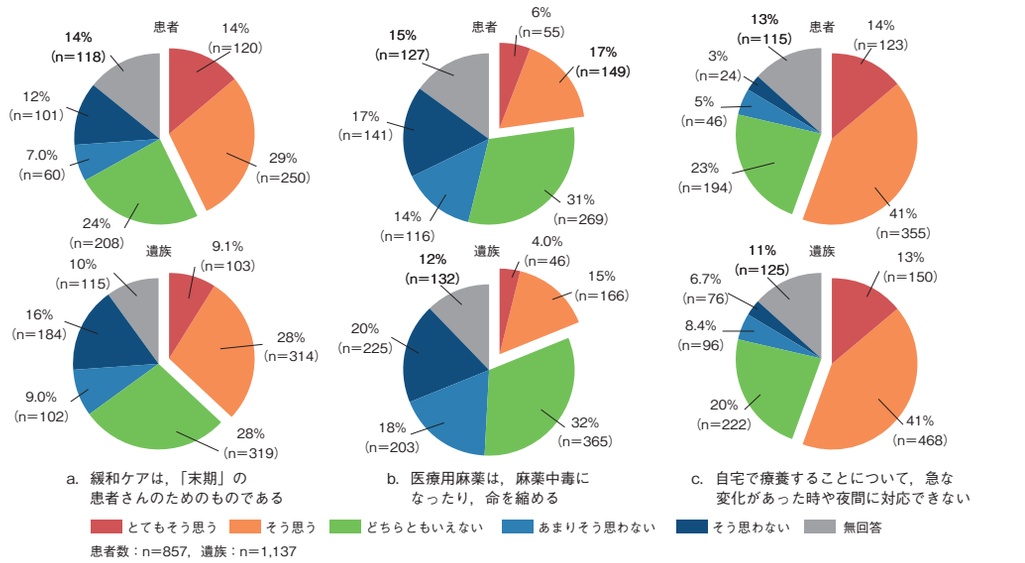
表 25　曝露の程度

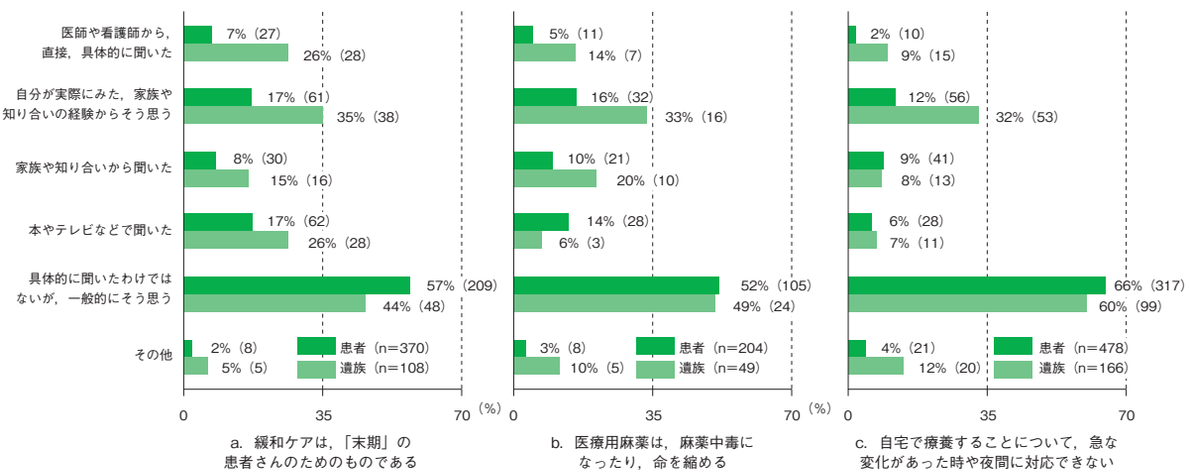
	全体 (n=1435)	鶴岡地域 (n=370)	柏地域 (n=384)	浜松地域 (n=392)	長崎地域 (n=289)	P	群間の差
リーフレット配布数	202,340	42,836	23,258	121,204	15,042		
配布数 / 人口（/100 人）	11	31	5.8	15	3.4		
講演会参加人数	10,226	2,531	1,803	2,049	3,843		
参加人数 / 人口（/100 人）	0.57	1.9	0.45	0.26	0.87		
住民の曝露							
ポスター：場所を覚えている	8.1% 111	13% 45	4.6% 17	8.2% 31	6.6% 18	<0.001	鶴岡 vs 柏（<0.001），浜松（0.034），長崎（0.014）
見たことがある	15% 210	19% 65	13% 48	15% 57	15% 40		
リーフレット：もらって見た	4.8% 58	8.3% 25	4.0% 14	3.9% 13	2.7% 6	0.025	鶴岡 vs 柏（0.019），長崎（0.024）
もらったが見ていない	1.3% 15	2.0% 6	0.6% 2	1.5% 5	0.9% 2		
ホームページを見た	1.5% 21	1.9% 7	0.8% 3	1.6% 6	1.7% 5	0.60	
講演会に参加した	3.4% 47	8.3% 29	0.5% 2	1.3% 5	4.0% 11	<0.001	鶴岡 vs 柏（<0.001），浜松（<0.001），長崎（0.012）；柏 vs 長崎（0.013）
患者の曝露							
ポスター：場所を覚えている	14% 114	20% 31	12% 22	18% 43	7.9% 18	<0.001	長崎 vs 鶴岡（<0.001），柏（<0.037），浜松（<0.001）
見たことがある	19% 155	18% 28	22% 42	22% 51	15% 34		
リーフレット：もらって見た	16% 110	27% 31	10% 16	20% 41	12% 22	<0.001	鶴岡 vs 柏（<0.001），長崎（0.0021）；柏 vs 浜松（0.012）
もらったが見ていない	3.1% 21	2.6% 3	4.8% 8	2.5% 5	2.6% 5		
講演会に参加した	4.8% 40	9.2% 14	2.1% 4	4.5% 11	4.7% 11	0.15	
遺族の曝露							
ポスター：場所を覚えている	23% 242	28% 55	20% 32	28% 116	14% 39	<0.001	長崎 vs 鶴岡（<0.001），浜松（<0.001）柏 vs 浜松（0.049）
見たことがある	19% 196	19% 37	15% 23	19% 77	21% 59		
リーフレット：もらって見た	24% 220	32% 50	19% 27	28% 104	16% 39		
もらったが見ていない	3.4% 31	4.5% 7	3.6% 5	4.1% 15	1.6% 4		
講演会に参加した	3.7% 40	8.1% 16	4.4% 7	2.1% 9	2.8% 8	0.0081	鶴岡 vs 浜松（0.0015），長崎（0.011）

表 26　場所ごとの曝露の程度（%）

		冊子，図書，ポスターなどを			3 年間に平均して			
		目にしてない	目にしたが詳しく見てない	詳しく見た	行ってない	年に数回	月に数回	週数回以上
住民全体	病院	76	21	3	27	53	16	4
	診療所	83	15	2	35	46	17	2
	保険薬局	87	12	1	26	50	23	1
	市役所・区役所	90	9	1	33	58	6	2
	公民館など公共施設	93	7	0	41	50	8	1
	公立の図書館	93	7	1	65	22	12	1
	病院内の図書館	96	3	0	95	4	1	0
	訪問看護・介護事務所*	96	4	1	92	4	2	2
患者全体	病院	49	43	8	34	19	44	4
	診療所	85	14	1	67	20	13	1
	保険薬局	83	16	1	45	23	31	1
	市役所・区役所	90	9	1	62	33	4	1
	公民館など公共施設	93	7	1	69	25	5	1
	公立の図書館	90	9	1	77	15	8	1
	病院内の図書館	87	11	2	88	7	4	0
	訪問看護・介護事務所*	94	6	1	96	2	1	1
遺族全体	病院	47	36	18	—	—	—	—
	診療所	80	17	4	—	—	—	—
	保険薬局	84	13	3	—	—	—	—
	市役所・区役所	91	8	1	—	—	—	—
	公民館など公共施設	94	6	1	—	—	—	—
	公立の図書館	96	3	1	—	—	—	—
	病院内の図書館	92	5	2	—	—	—	—
	訪問看護・介護事務所*	93	5	2	—	—	—	—

*「訪問介護または介護に関する事業所」と質問した。





理由は複数回答。母数は患者は「とてもそう思う」「そう思う」と回答したもの全員。遺族はいずれかの回答のあったもの（未記入が多かったため）

図 34　認識や知識の理由

地域別の分析

地域差についてまとめると，自宅死亡率，専門緩和ケアサービスの利用数について地域差が認められたが，いずれも，4 地域中 3 地域で改善が認められた（**図 35**）。一方，外来患者の緩和ケアの質評価と quality of life，遺族による終末期患者の緩和ケアの質評価と quality of life，医師・看護師の困難感は地域間差がなかった。

1. 自宅死亡率

自宅死亡率の増減比を 2007 年を 100 とした場合，浜松地域 206，長崎地域 159，鶴岡地域 159，柏地域 129 であり，全国平均は 121 であった。すなわち，介入地域のうち，柏地域はほぼ全国平均の，浜松地域，長崎地域，鶴岡地域は全国平均の 3〜5 倍の自宅死亡率の増加がみられた。

地域ごとの前後比較では，鶴岡地域，浜松地域，長崎地域で介入前後で自宅死亡率の有意な上昇が認められた（P＝0.049, <0.001, 0.0013）が，柏地域では有意ではなかった（P＝0.18）。全国平均との比較では，浜松地域，長崎地域で有意な増加が認められ（P＝0.001, 0.036），鶴岡地域，柏地域では有意ではなかった（P＝0.18, 0.80）。

以上の結果と，鶴岡地域の人口規模が小さいことと変化の絶対量をふまえて，以下の考察では，鶴岡地域，浜松地域，長崎地域で自宅死亡率が増加し，柏地域では増加しなかったとした。

2. 専門緩和ケアサービスの利用数

専門緩和ケアサービスの利用数の増減比を 2007 年を 100 とした場合，重複を含めた利用数では，鶴岡地域 1,850（8 → 148），浜松地域 242，柏地域 128，長崎地域 109 であり，重複を除いた利用数では，鶴岡 1,488（8 → 119），浜松地域 156，柏地域 137，長崎地域 103 であった（**図 36**）。

地域ごとの前後比較では，鶴岡地域，柏地域，浜松地域で介入前後で専門緩和ケアサービスの利用数の有意な上昇が認められた（P<0.001, 0.0030, <0.001）が，長崎地域では変化量は有意ではなかった（P＝0.46）。地域間の比較では，鶴岡地域で他の 3 地域に比較して有意に増加率が高く（P<0.001），長崎地域で他の 3 地域に比較して有意に増加率が小さかった（P<0.001）。浜松地域では柏地域に比較して有意に増加率が高かっ

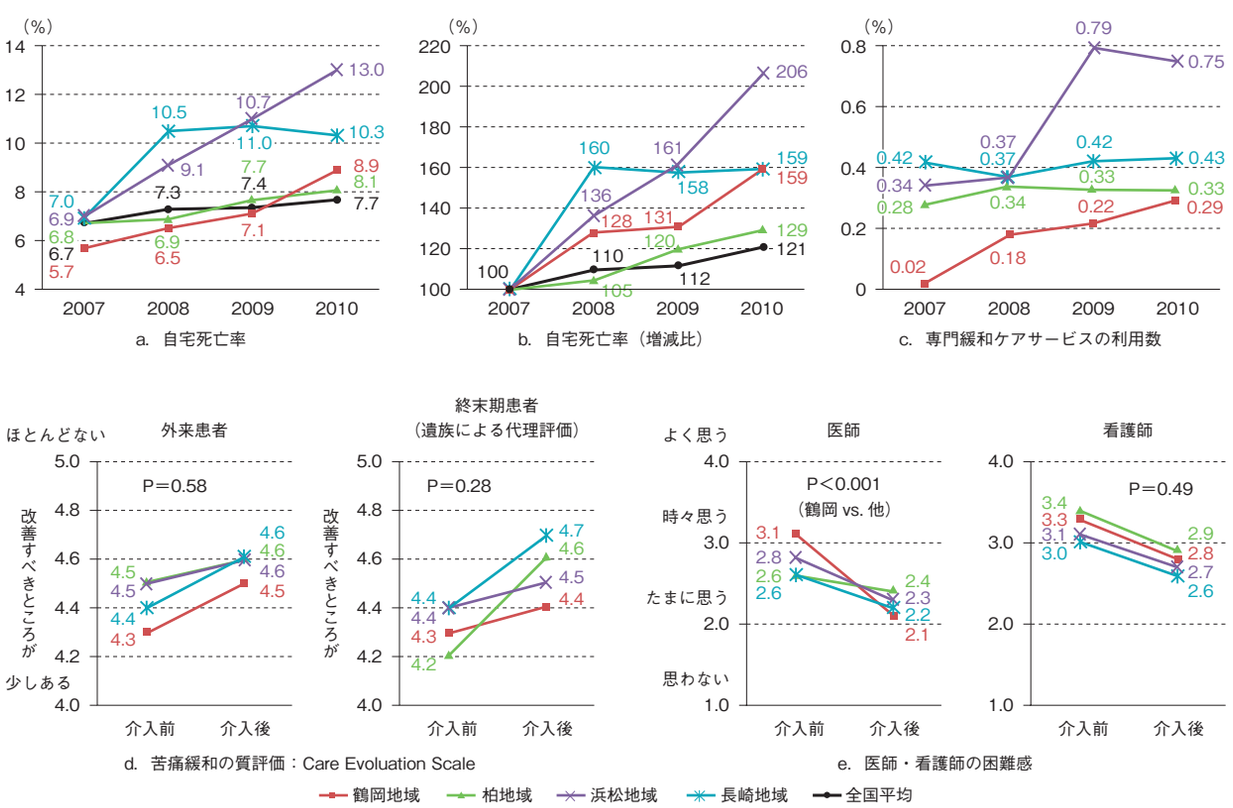


図 35　地域差の評価

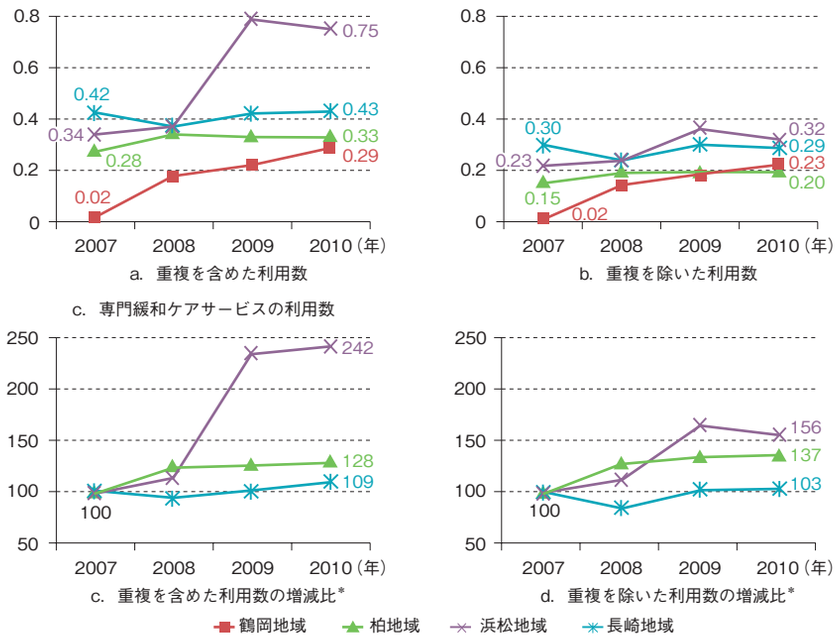


図 36　地域ごとのがん死亡患者数に対する専門緩和ケアサービス利用数の比の違い

*2007 年を 100 とした増減比

た。

以上より，以下の考察では，鶴岡地域，柏地域，浜松地域で専門緩和ケアサービスの利用数が増加し，長崎地域では増加しなかったとした。

3. 外来患者の緩和ケアの質評価と quality of life

Care Evaluation Scale 得点，Good Death Inventory 得点について，地域間の変化に有意差はなかった（P＝0.58, 0.94）。

4. 遺族による終末期患者の緩和ケアの質評価と quality of life

Care Evaluation Scale 得点，Good Death Inventory 得点について，地域間の変化に有意差はなかった（P＝0.28, 0.67）。

5. 医師・看護師の困難感

医師の困難感に関して，地域間の変化に有意差が認められ（P<0.001），鶴岡地域の変化がその他の 3 地域に比較して有意に大きかった。看護師の困難感に関して，地域間の変化に有意差はなかった（P＝0.49）。

以上の結果から，医師・看護師の困難感に関しては，いずれの地域でも中程度改善したとした（鶴岡地域では大きく改善した）。

アウトカムが変化しなかった理由についての分析

1. 緩和ケアの質評価

「医師は苦痛を和らげるように努めている」に「改善すべきところがある」「かなりある」「大いにある」と回答した外来患者は 857 名中 132 名（15%），終末期患者の遺族は 1,137 名中 210 名（19％）であった（**図 37**）。そう思う理由として多かったものは，患者・遺族とも，「医師は対処しているが苦痛がとりきれない」（65%，66%），「診察回数が少ない・診察に十分な時間がない」（29%，29%）であった。「質問されなかったので伝える機会がない」「苦痛を伝えても対処してもらえない」という回答はいずれも 10%以下であった。一方，医師・看護師も，「全般的に十分な診察 / ケアの時間がとれなかった」（54%，66%），「患者の苦痛や心配は分かっても対応する時間がなかった」（28%，41%），「苦痛や心配に対処したが，実際に苦痛を和らげることができなかった」（24%，36%）を挙げた。「患者が希望しなかった」は 10%以下であった。

以上のことから，緩和ケアの質評価は，外来患者・終末期患者の遺族とも 15〜20%程度が改善が必要であると評価していると考えられる。そのおもな理由について，患者・遺族・医師・看護師の見解はおおむね一致しており，「苦痛や心配に対する医師や看護師の配慮がない」「患者が希望しない」ことではなく，①対応しても苦痛が緩和しないこと，②診察や相談に十分な時間がないこと，が挙げられた。

緩和ケアの質評価をさらに向上するためには，①に対しては，専門緩和ケアサービスへの紹介の増加（次項），倦怠感や労作時呼吸困難・難治性疼痛など緩和困難な苦痛に対する新規治療の開発，②に対しては臨床現場の物理的なリソースの充実，が対策となる。

2. 専門緩和ケアサービスの利用

専門緩和ケアサービスの利用について，身体的苦痛に関する実態とニードを調査した。

「からだの苦痛が少なく過ごせている」に「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」と回答した外来患者は 111 名（13%）であり，そのうち「緩和ケアの専門家の診療を受けている」ものが 20 名（18%），「受けていない」ものが 57 名（51%），「無回答」34 名であった（**図 38**）。終末期患者の遺族では，「からだの苦痛が少なく過ごせている」に「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」と回答したのは 345 名（30%）であり，そのうち「緩和ケアの専門家の診療を受けている」ものが 114

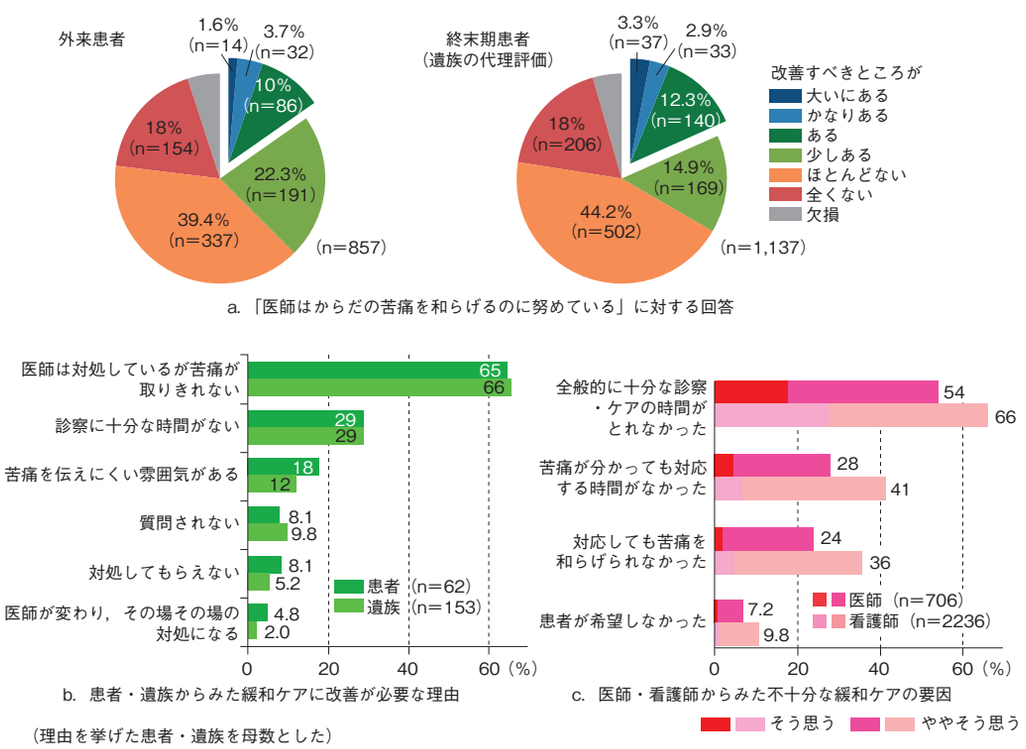


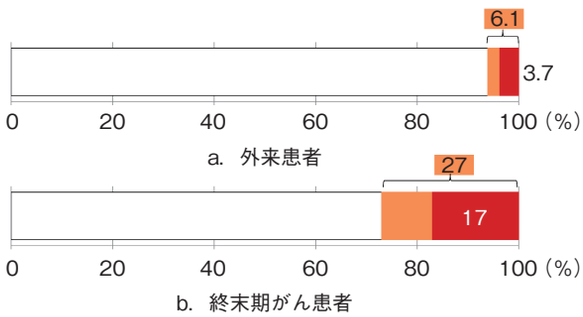
図 37　緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由

名（33％），「受けていない」ものが 123 名（36％），「無回答」・「分からない」が 108 名であった。

緩和ケア専門家の診療を受けていない理由として最も多かったのは，外来患者では，「生活に支障をきたすほどではない」（40％）であり，他に，「受診をすすめられていない」（33％），「受診方法が分からない」（33％），「しばらくするとおさまると説明された」（25％）であった。終末期患者の遺族では，「受診をすすめられていない」（56％），「受診方法が分からない」（28％）であった。一方，緩和ケアの専門家に紹介した経験のない医師が紹介しなかった理由としては「困ることがなかった」（62％），「知らなかった」（15％）が最も多かった。

本研究対象において，身体的苦痛を対象とした場合の専門緩和ケアサービスの満たされていないニードは，外来患者で 3.7％（95％ 信頼区間 3～5），終末期患者で 17％（15～20）であり，専門緩和ケアサービスのニードは，外来患者で 6.1％（95％ 信頼区間 5～8），終末期患者で 27％（25～30）であった（**図 39**）。

以上のことから，今回の調査対象となった外来患者で身体的苦痛を指標とした場合，専門緩和ケアサービスのニードはある程度満たされているが，終末期患者では苦痛緩和が不十分であった患者の約半数で専門緩和ケアサービスの関与により，さらに苦痛緩和が得られた可能性があると見積もられる。



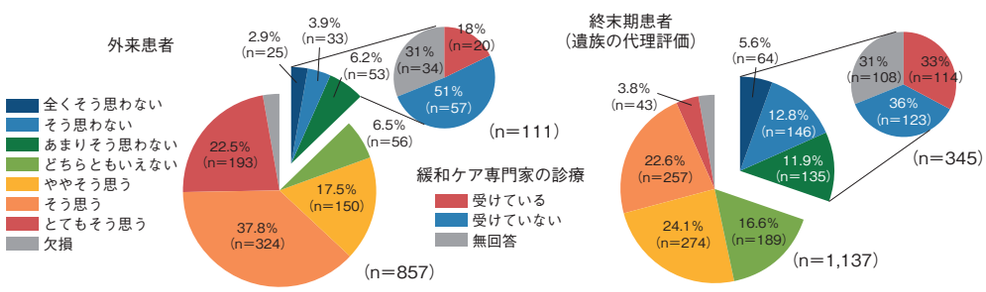
専門緩和ケアサービスの満たされていないニード
「からだの苦痛が少なく過ごせている」に「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」と回答したもののうち，専門緩和ケアサービスを受けておらず，かつ，「生活に支障をきたすほどではない」「しばらくするとおさまると説明された」ことを緩和ケアサービスを受けていない理由の割合に相当するものを除いたもの。

専門緩和ケアサービスのニード
すでに専門緩和ケアサービスを受けているもの＋専門緩和ケアサービスの満たされていないニード

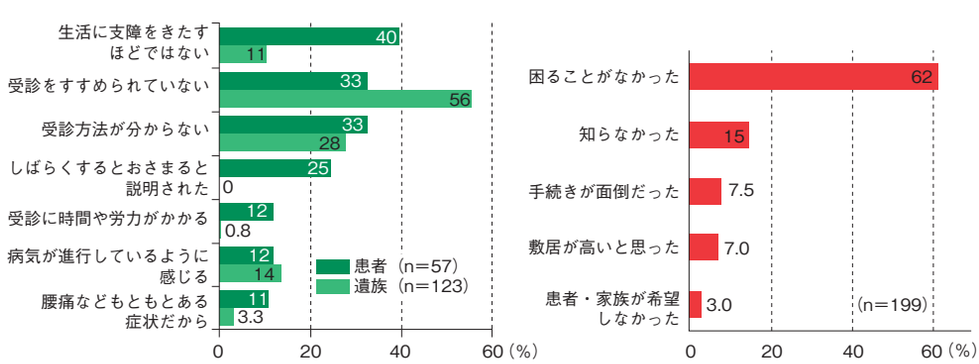
図 39　専門緩和ケアサービスのニード

いずれの場合も，「主治医から受診をすすめられる」ことが患者・家族からみれば最も重要な受診動機である一方，緩和ケアチームを利用していない医師では「困ることがなかった」「緩和ケアチームがあることを知らなかった」ことが理由であった。

必要な患者にさらに専門緩和ケアサービスを提供できる体制を目的とするには，①担当医師に患者の苦痛が



a.「からだの苦痛が少なく過ごせている」に対する回答



b. 患者・遺族からみた緩和ケアを利用しなかった理由　　c. 医師が緩和ケアチームを利用しなかった理由

図 38　専門緩和ケアサービスを利用しない理由

具体的に簡便に伝わるシステム（目で見える問診票など），②医師に緩和ケアチームに紹介すれば対応が可能な項目や紹介方法が明確に伝わるアナウンス，の両方が必要であることが理論的には示唆される。たとえば，目で見える質問票などに患者・家族のニードとあわせて，専門サービスへの具体的な紹介基準（referral criteria）を記載したツールの運用は有用な可能性がある。

3. 自宅死亡

「（患者が）望んだ場所で最期を迎えられた」に対して，「あまりそう思わない」「そう思わない」「全くそう思わない」と回答した遺族は 315 名（28%）であった（**図 40**）。望む死亡場所でなかったと回答した 315 名の実際の死亡場所は病院（241 名，77%），ホスピス・緩和ケア病棟（70 名，22%）であった。「希望していた死亡場所」を質問したところ，76%が自宅を挙げ，これはすべての患者の約 20%を占めた。

患者が自宅で過ごせなかった理由として挙げられたものは，遺族・医師・看護師で解釈可能な差がみられたものの比較的共通していた。

「病状が予測より早く進んだ」は，遺族・医師・看護師に共通して多く認められた理由であった。

「苦痛緩和ができなかった」は，医師・看護師では 17%，25%と比較的少なかったが，遺族では 48%と最も多い原因であった。

「介護する人がいなかった」「介護が大変になった」は医師・看護師では最も多い理由の 1 つであった。遺族では比較的少なかったが，これは，遺族調査では，もともと独居である患者や介護者が非常に高齢で質問紙調査に回答できないと考えられる患者は除外されていることが反映していると考えられる。したがって，介護力のなさは共通してみられる自宅療養を阻害する要因であると考えられる。

「患者・家族が在宅を希望しなかった」が，医師・看護師調査で多い理由として挙げられた。医師や看護師が在宅をすすめた時に，患者・家族が希望しないことをよく体験することを反映していると考えられる。詳細は明らかではないが，患者・家族のもともとの価値観や希望によるもののほかに，介護力・急変時や夜間の対応の心配など対応が可能であった場合など他の設問に該当する回答を含んでいると考えられる。

一方，「医師から在宅の説明を聞かなかった」「診療所・訪問看護がなかった」は理由として挙げられたのは 10%以下であり，医師からの情報を得ることと，受け入れが可能な診療所をみつけることは自宅療養が達成できなかったことの大きな要因ではなかったと考えられる。しかし，後者については，「急変時や夜間

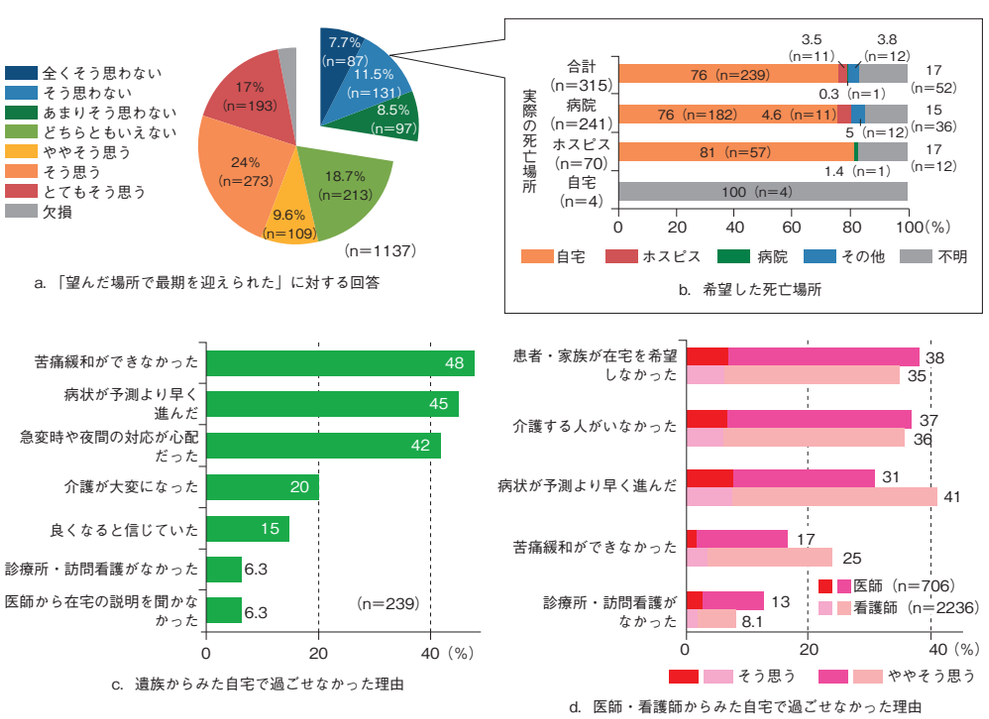


図 40　自宅死亡が達成できなかった理由

の対応が心配だった」が遺族で理由として挙げられたことから，夜間や日中の急な変化に迅速に対応できなかった場合はあると考えられる。

以上より，希望していたにもかかわらず自宅死亡が達成できなかった理由としては，医師からの情報の不足よりも，①予想より早く進む病状，②不十分な苦痛緩和，③介護力の不足，④急変時・夜間の対応，であると考えられる。

自宅死亡を望む患者の達成をさらに実現するには，①に対して終末期ケアの対象となる患者の早い時期からの同定・相談を始める新しいシステム，②に対して自宅で苦痛緩和が確実に得られる体制の整備，③に対して社会的資源の介護力の確保，④に対して 24 時間体制の地域ごとの一層の整備，が理論的な選択肢となる。

4. 疼　痛

外来患者全体の疼痛の治療については，前後で疼痛の強さに変わりはなかったが，もともと痛みの強い患者の絶対数が少なかった。

介入後調査では，37％［33.40］が軽度の，13％［11.15］が中程度の，7.4％［6.9］が高度の疼痛をもっていた（**図 41**）。痛みの治療を希望する患者の頻度は，全体では 16％［95％信頼区間；13,18］であった。軽度の疼痛では 22％［18.27］，中程度の疼痛では 30％［22.39］，高度の疼痛では 49％［37.61］であった。治療を希望しない理由は，疼痛の程度によって傾向が異なっており，軽度の疼痛では「仕事や睡眠など生活に支障をきたすほどではない」が多かったが，高度の疼痛では「依存症になることが心配」，すでにある眠気などの「精神症状」のためであった。疼痛の治療では，疼痛の強さによって異なる患者の心配への対応が必要だと考えられる。

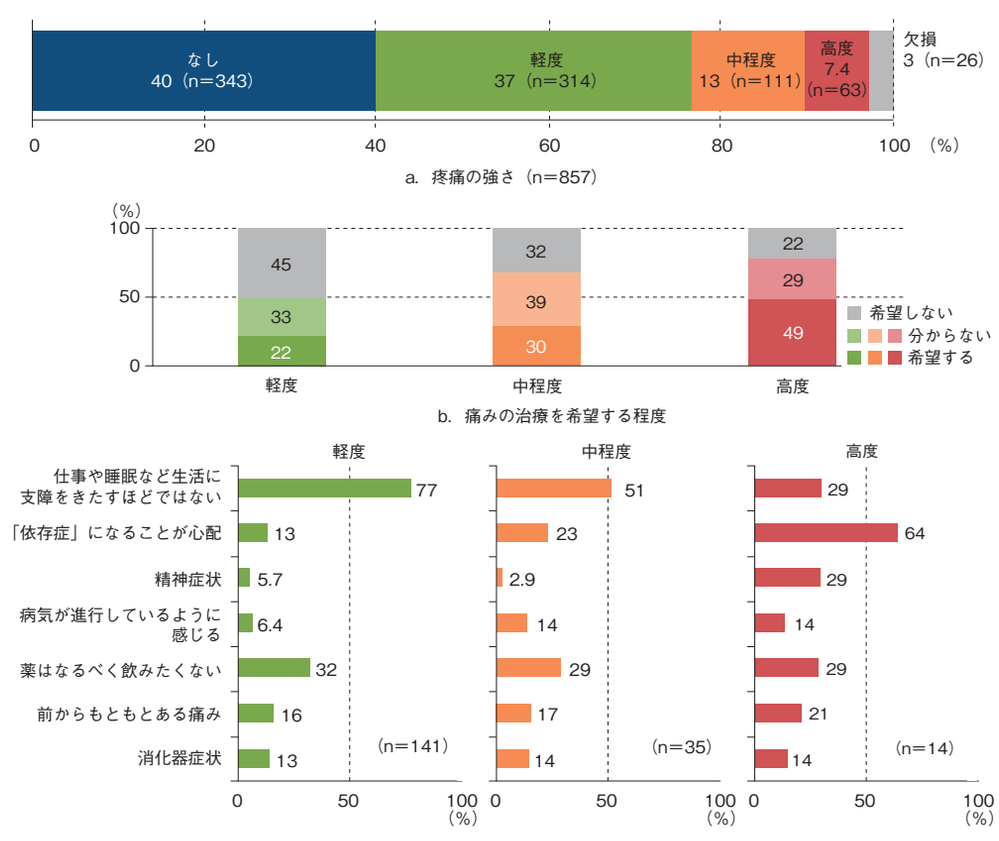


図 41　外来がん患者の痛みの治療

地域間差がみられた項目についての違いをもたらしたと推定される要因の分析

1. 自宅死亡率

1）自宅死亡率を規定する要因の検討

自宅死亡率を規定する要因として概念化されている要因として，患者の意思，家族の意思，患者・家族の在宅療養に関する認識，介護力，地域リソース（診療所，訪問看護ステーション），退院支援，患者の状態（performance status が低い）ことが系統的レビューで明らかにされている。このうち，患者の意思，家族の意思については，がん患者，がん患者の家族を含む市民対象の調査で地域間に自宅で過ごしたい割合に差がないことを介入前に明らかにした。残る要因のうち，取得が困難である患者の状態以外の要因について，①患者・家族の在宅療養に関する認識，②家族の介護負担感，③地域リソースの量④診療所医師・訪問看護師の認識・知識・実践・困難感，⑤病院医師・看護師の認識・知識・実践・困難感，⑥家族・医師・看護師からみた自宅療養できなかった理由，について地域間の比較を行った。

①患者・遺族の在宅療養に関する認識（付図 1）

患者の在宅療養に関する認識は，前後，地域間のいずれとも大きな差がなかった。

遺族の在宅療養に関する認識は，前後でおおむねすべての地域で改善が認められた。地域間の差はみられなかった。

②遺族の介護負担

遺族の介護負担は，前後ですべての地域で改善が認められた。地域間の差はみられなかった。

③地域リソースの量（付図 2）

在宅療養支援診療所の数は柏地域で 1.8（がん死亡数 100 名あたり）と最も少なく，鶴岡地域 3.1，浜松地域 3.4，長崎地域 9.3，と長崎地域で他地域の 3 倍のリソースがあった。このほかに，在宅特化型診療所が浜松地域，長崎地域に 1〜2 カ月存在した。

24 時間対応可能な訪問看護ステーションの数は，鶴岡地域で 0.39（がん死亡数 100 名あたり）と最も少なく，柏地域 1.2，浜松地域 1.5，長崎地域 1.7 と他地域の 3 分の 1 であった。

麻薬を扱える薬局数に地域間の明らかな差はなかった。

緩和ケア病棟のがん死亡数 100 名あたりベッド数は，柏地域 1.6，浜松地域 1.4，長崎地域 3.0 と，長崎地域で他地域に比べて 2 倍のベッド数があった。緩和ケア病棟から在宅に退院した患者の割合は，柏地域で他地域の 2 倍以上であった。

以上をまとめると，鶴岡地域は平均的な診療所数だが訪問看護ステーションが少ない，柏地域は緩和ケア病棟からの在宅退院割合が多いが地域の診療所数が非常に少ない，浜松地域は平均的な診療所数で在宅特化型診療所がある，長崎地域は診療所数が非常に多く在宅特化型診療所もある，と要約できる。

④診療所医師・訪問看護師の認識・知識・実践・困難感（付図 3，4）

診療所医師では，鶴岡地域の診療所医師の変化の認識や，実践・困難感の改善が顕著であった。地域連携・専門家の支援に対する診療所医師の困難感は介入前は鶴岡地域で最も高かったが，介入後には最も低くなった。対照的に，柏地域では，変化の認識が他の 3 地域と比較して最も小さく，介入後も知識は低く困難感は最も高かった。多くの指標で，鶴岡地域，長崎地域，浜松地域，柏地域の順に改善する傾向が認められた。

訪問看護師では，診療所医師にみられたほどの顕著な地域差は見られず，各地域とも平均して類似した認識・知識・実践・困難感の変化を示した。

以上をまとめると，診療所医師では鶴岡地域，長崎地域，浜松地域，柏地域の順に改善が認められ，訪問看護師では地域間の差は顕著ではなかった。

⑤病院医師・看護師の認識・知識・実践・困難感（付図 5，6）

病院医師では，地域連携，専門家の支援の項目で鶴岡地域と浜松地域の改善が顕著であった。長崎地域はもともと困難感が低く，柏地域での改善が少なかったため，介入後は，柏地域において他の 3 地域と比較して地域連携，専門家の支援での困難が最も大きかった。「地域のリソースが分かり，説明できるようになった」「最期まで自宅で過ごせると思えるようになった」の変化は浜松地域，長崎地域で柏地域に比較して多く認められた。知識には大きな地域間差はなかった。一方，鶴岡地域では，「退院後も自宅でできる方法にする」といった在宅の視点に関する項目の変化は他地域と比較して低かった。

病院看護師では，改善の幅に地域の差は顕著ではなく，介入前に鶴岡地域，柏地域で困難感が高く，浜松

地域，長崎地域で困難感が比較的低かったのが同じ程度に改善した。「最期まで自宅で過ごせると思えるようになった」「早めに相談しようと思うようになった」の変化は浜松地域，長崎地域で他地域に比較して多く認められた。知識では浜松地域で改善が大きかった。一方，鶴岡地域では，「退院後も自宅でできる方法にする」「自宅で過ごすことについて聞く」といった在宅の視点に関する項目の変化は他地域と比較して低かった。

以上をまとめると，病院医師では長崎地域はもともと困難感が低かったがさらに改善がみられ，浜松地域では総じて改善がみられた。鶴岡地域では連携，専門家の支援について改善が認められたが，在宅の視点の変化は小さかった。柏地域では総じて改善の程度が小さかった。病院看護師では，おおむね各地域とも同じ程度の改善の大きさであったが，介入前の地域間差に準じて，鶴岡地域，柏地域で困難感が比較的強く，浜松地域，長崎地域で低かった。

⑥遺族・医師・看護師から見た自宅で過ごせなかった理由（付図 7）

遺族からみた自宅で過ごせなかった理由は，地域の差はなく，「苦痛緩和ができなかった」「病状が予想より早く進んだ」「急変時や夜間の対応が心配だった」「介護が大変になった」であった。

医師・看護師とも，柏地域では，「診療所・訪問看護ステーションがなかった」としたものが他地域と比べて多かった。

以上をまとめると，自宅で過ごせなかった理由として，遺族が挙げた理由には地域差はなかったが，「医師・看護師からは柏地域で診療所・訪問看護がなかった」が多かった

2）自宅死亡率に地域差が生じた原因の考察

本研究では，地域間で自宅死亡率に差がみられた原因を**表 27**，**図 42** に要約した。この結果から自宅死亡率に地域差が生じた原因について検討する。

増加率が高かった順に，まず，浜松地域では，すでに存在していた在室特化型診療所に加えて，従来の診療所や訪問看護ステーションなど地域内の連携が増えて受け皿が大きくなり，そこへ，病院医師・看護師の在宅の視点が増加することによって病院から自宅に戻る患者数が増えたと考えられる。

長崎地域では，豊富な従来型の診療所を中心として地域内の連携がもともと進んでいたが，さらに連携が強くなることと在室特化型診療所ができることによって受け皿が大きくなり，そこへ，病院医師・看護師の在宅の視点が増加することによって病院から自宅に戻る患者数が増えたと考えられる。一方，在室特化型診療所の診療する患者数がそれほど増加しなかったことが，自宅に戻る患者数の増加を一定にとどめたのかもしれない。

鶴岡地域では，診療所医師の地域連携，専門家の支援，緩和ケアの知識などに顕著な変化がみられたこと

表 27　自宅死亡率の地域間差に影響したと推定される要因の要約

	鶴岡地域	柏地域	浜松地域	長崎地域
患者・家族の在宅療養に関する認識	地域間の差はない			
家族の介護負担	地域間の差はない			
地域リソースの量				
在宅支援診療所	3.1	1.8	3.4	9.3（多い）
在宅特化型診療所	0	0	2（ある）	1（ある）
訪問看護ステーション	0.39（少ない）	1.2	1.5	1.7
緩和ケア病棟ベッド数	0	1.6	1.4	3.0（多い）
在宅退院患者割合	—	23%（高い）	5.8%	8.7%
診療所医師の認識・知識・困難感	顕著な改善	改善小さい	改善	改善
訪問看護師の認識・知識・困難感	地域間の顕著な差はない			
病院医師の認識・知識・困難感	改善（在宅の視点小さい）	改善小さい	改善	さらに改善
病院看護師の認識・知識・困難感	改善小さい（在宅の視点小さい）	改善小さい	改善	改善
退院支援・調整プログラム	すべて導入	導入は半数	すべて導入	ほとんど導入
在宅移行できない理由	遺族が挙げたものに地域間の差はなかったが，医師・看護師が挙げた理由では柏地域で「診療所がなかった」が多い			

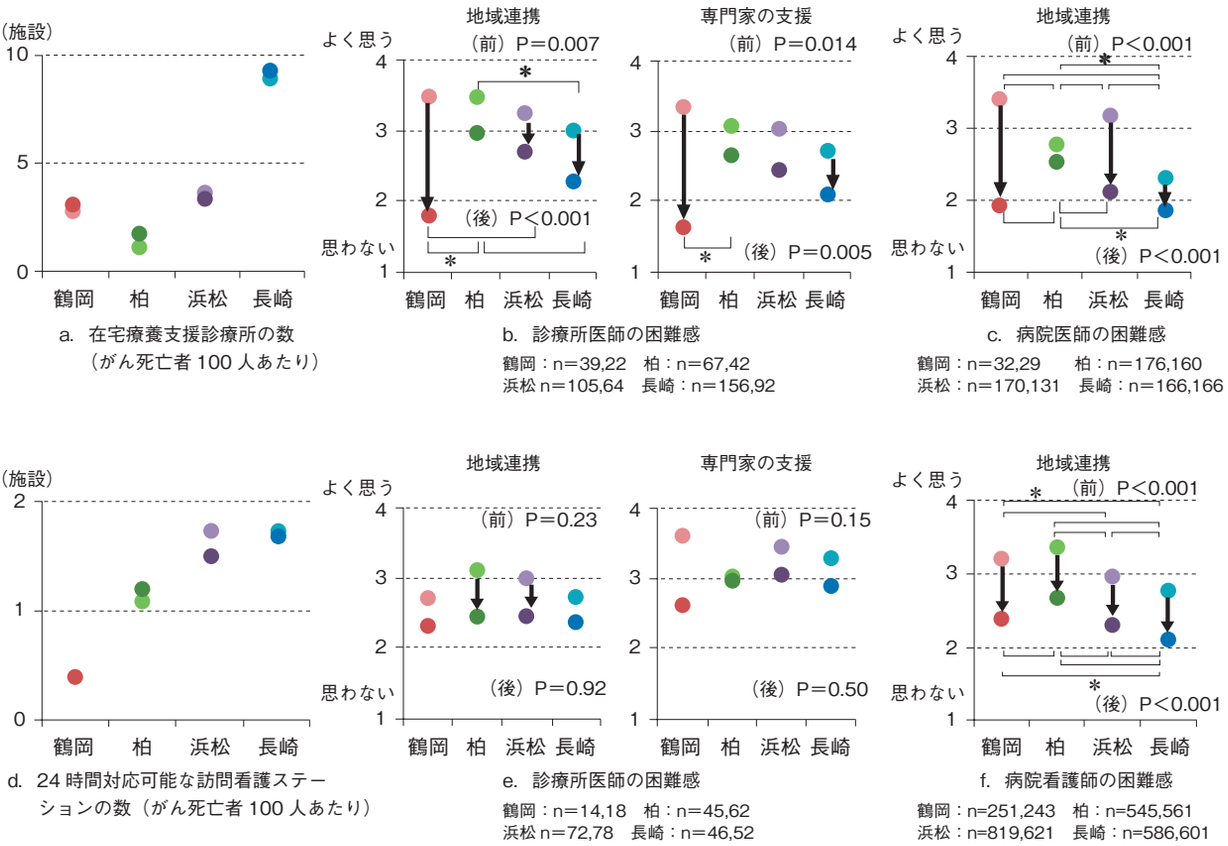


図 42 自宅死亡率に関係した地域の要因

介入前 介入後 ↓：前後の変化が P<0.01

から，診療所に大きな変化が起きて自宅の受け皿となり，病院医師との連携が増加することによって病院から自宅に戻る患者数が増えたことが自宅死亡率の増加につながったと考えられる。一方，訪問看護ステーションの量の不足，病院医師・看護師の在宅の視点が少なかったこと，病院看護師の改善が少なかったことは自宅に戻る患者数を一定数にとどめたのかもしれない。

柏地域では，プログラムによって地域内の連携はある程度進み，がん専門病院の緩和ケア病棟では在宅支援のための活動を強めたものの，地域全体への効果は限定的であり，結局，受け皿となる診療所数の増加が進まなかったことに加えて，病院ごとの退院支援・調整プログラムの導入も進まなかったことが自宅死亡率の増加しなかったおもな理由として推測される。その理由としては，本研究では調査していないが，先行研究からは，診療所医師の他の仕事とのバランス（インセンティブの乏しさ），他の人生上の課題とのバランス，年齢や体力，過去のがん患者を在宅で診療した時の困難な経験などが想定される。

一方，いずれの地域でも患者・家族の認識に大きな変化，地域間の差がなかったため，患者・家族の認識が及ぼした影響は少ないと考えられる。

3）意 義

以上より，終末期がん患者が自宅で過ごせる体制を整備するためには，まず，①主治医機能としての診療所の量を確保して受け皿とすることが必要であり，次に，②病院の退院支援・調整プログラムを地域の主要な病院に導入するとともに，③地域全体のネットワーキングを行うことで地域連携・専門家の支援を受けやすくすること，が必要である。逆にいえば，受け皿としての診療所の整備，病院の退院支援，地域全体のネットワーキングの３つのいずれかが欠けても自宅で過ごす体制を効率的に構築することは困難である。３つの充足状況を地域ごとに査定して不足部分を充実させる仕組みをつくることが必要である。

自主的に施設参加が行われた本研究で各地域における差が生じたことから，自宅死亡が可能な体制の整備には自主的な取り組みだけでは解決できないことが含まれていると考えられる。特に，診療所の参加を自主的に求めることは現実的に容易ではない地域がある。

より普遍的な具体的な方策として，地域ごとに３つの機能（主治医機能，退院支援・調整プログラム，地域のネットワーキング）の充足状況を査定し修正する行政枠組みやインセンティブの設置が考えられる。

2. 専門緩和ケアサービスの利用数

1）専門緩和ケアサービスの利用数を規定する要因の比較

専門緩和ケアサービスの利用数を規定する要因として，①緩和ケアに関するリソースの量，②患者・家族の緩和ケアに関する認識，③医師・看護師の専門家の支援についての困難感，④医師の認識の変化，⑤看護師の認識の変化，⑥患者・家族・医師からみた専門緩和ケアサービスを利用しなかった理由，について地域間の比較を行った。

①緩和ケアに関するリソースの量（付図 8）

がん死亡患者あたりの専門緩和ケアサービスの合計数は，長崎地域で介入前後を通じて高く，鶴岡地域，浜松地域で介入期間で増加した。緩和ケア病棟のベッド数，緩和ケア外来の数など緩和ケアリソースについても，長崎地域で他の地域と比較して多い傾向があった。緩和ケア病棟の申し込みから入院までが 14 日以上かかった患者の割合は浜松地域，長崎地域で少なくなった。

②患者・家族の緩和ケアに関する認識（付図 9）

患者・家族の緩和ケアに関する認識は，医療用麻薬の誤解が改善したこと以外には，どの地域でも前後の有意な変化はなかった。介入後には，柏地域，長崎地域で「緩和ケアは末期の患者のためのものである」という認識が鶴岡地域，浜松地域に比較して高かった。

③医師・看護師の専門家の支援についての困難感（付図 10）

病院医師の緩和ケアの専門家の支援が得られることに関する困難感は鶴岡地域，浜松地域で介入前後で有意に改善した。長崎地域では介入前から困難感が低かったため，介入後には柏地域で専門家の支援を得る困難感が他地域と比較して高くなった。病院看護師ではいずれの地域でも専門家の支援を得られる困難感は低下したが，鶴岡地域，柏地域で，浜松地域，長崎地域に比較して高かった。

④医師の認識の変化（付図 11）

浜松地域で「緩和ケアについて意識して診療することが増えた」「早めに相談しようと思うようになった」病院医師が多く，柏地域で「リソースが分かり，説明できるようになった」と回答した病院医師・診療所医師が少なかった。

⑤看護師の認識の変化（付図 12）

浜松地域で「緩和ケアについて意識してケアすることが増えた」「苦痛について自分から尋ねるようにしていた」，浜松地域と長崎地域で「早めに相談しようと思うようになった」病院看護師が多かった。

⑥患者・遺族・医師からみた専門緩和ケアサービスを利用しなかった理由（付図 13）

患者・遺族から見た専門緩和ケアサービスを利用しなかった理由は，患者では「生活に支障をきたすほどではない」「受診をすすめられていない」「受診方法が分からない」「しばらくするとおさまると説明された」が，遺族では「受診をすすめられていない」「受診方法が分からない」が多く，明らかな地域間差はなかった。医師から見た専門緩和ケアサービスを利用しなかった理由も「困ることがなかった」がいずれの地域を通じても多かった。柏地域では，「緩和ケアチームがあることを知らなかった」医師が多い傾向であった。

2）専門緩和ケアサービスの利用数を説明できる可能性のある患者背景の比較

専門緩和ケアサービスの利用数の地域間差を説明できる患者背景として取得している，年齢，performance status，抗がん治療中の患者の比率を比較した。緩和ケアチーム，緩和ケア外来については，依頼内容（疼痛，疼痛以外の身体症状，精神的サポート・家族ケア，せん妄，療養場所の調整）も比較した。

①緩和ケアチーム（付図 14）

患者の performance status は鶴岡地域，長崎地域で介入前後で悪化し，抗がん治療中の患者の割合は柏地域で増加したが鶴岡地域，長崎地域では低下した。依頼内容はいずれの地域もさまざまな依頼内容が増えて多様になっていた。

②緩和ケア外来（付図 15）

患者の performance status は前後で変化がなく，抗がん治療中の患者の割合は鶴岡地域で増加したが浜松地域では低下した。

③緩和ケア病棟・在宅緩和ケア施設（付図 16）

緩和ケア病棟・在宅緩和ケア施設は，緩和ケアチーム・緩和ケア外来に比べて比較的高齢な患者が診療を受けていたが，介入前後，地域間で大きな差はみられなかった。

3）専門緩和ケアサービスの利用数に地域差が生じた原因の考察

本研究で認められた専門緩和ケアサービスの利用数の増加率の地域差（鶴岡・浜松地域＞柏地域＞長崎地域）を説明しうる原因としては，①専門緩和ケアサービスの施設数の増加，②病院医師の専門家の支援についての困難感の低下，③病院医師・看護師の「緩和ケアを意識して診療するようになった」「早めに相談しようと思うようになった」との認識，が関係している可能性があると考えられた。

一方，緩和ケア病棟の待ち日数の短縮，専門医や専門・認定看護師・薬剤師の数，患者・家族の緩和ケアに関する認識，看護師の専門家の支援についての困難感は地域差を説明する要因ではなかった。また，専門緩和ケアサービスの利用数の増加は，早期からの緩和ケアが行われたことを示す知見はなく，時期よりも対象患者が広くいろいろなニードに広げられたことが原因であると示唆された。

4）意　義

専門緩和ケアサービスの利用数を増加することを目的とした場合，リソースの確保，病院医師へのアナウンス，が重要である。

調整・層別の解析結果

調整を行った主要評価項目の解析結果を**表 28** に示す。

1. 自宅死亡率

全国平均との比較において性別，年齢，婚姻状態，原発部位での補正を行ったが，P 値は変わらなかった（P<0.001）。以上より，自宅死亡率は，全国平均に比較して有意に増加したと結論した。

2. 患者の緩和ケアの質評価

年齢，性別，原発部位（肺，胃・食道，結腸・直腸，肝臓・胆道・膵臓，乳腺，腎・膀胱・前立腺，子宮・卵巣），地域での補正を行ったが，有意水準と効果量において，Care Evaluation Scale 合計得点，Good Death Inventory 合計得点ともに大きな変化はなかった。

また，サンプリングによる影響を検討するために，介入前後調査のいずれもで適格患者数が 100 名以上かつ調査対象患者が 80％であった 4 病院（各地域で 1 病院の合計 4 病院）の患者を対象とした分析を行ったところ，Care Evaluation Scale 合計得点は，介入前：4.40±1.07（n＝381），介入後：4.59±0.97（n＝486）であり，P 値は 0.007（ES, 0.18）であった。

以上より，患者の緩和ケアの質評価は介入前後で有意に小さく改善し，quality of life は変化しなかったと結論した。

3. 遺族の緩和ケアの質評価

死亡場所別のサンプリング率が異なったことから，年齢，性別，原発部位（肺，胃・食道，結腸・直腸，肝臓・胆道・膵臓，乳腺，腎・膀胱・前立腺，子宮・卵巣，その他），遺族年齢，遺族性別，遺族続柄（配偶者，その他），地域，死亡場所で重みづけをした調整を行った。有意水準と効果量において，Care Evaluation Scale 合計得点，Good Death Inventory 合計得点ともに大きな変化はなかった。

さらに，層別の分析として，死亡場所ごとに分析を行ったところ，Care Evaluation Scale 合計得点，Good Death Inventory 合計得点ともに病院だけの群でも改善が認められた。

以上より，遺族の緩和ケアの質評価と遺族の代理評価による終末期患者の quality of life は，介入前後で有意に小さく改善したと結論した。

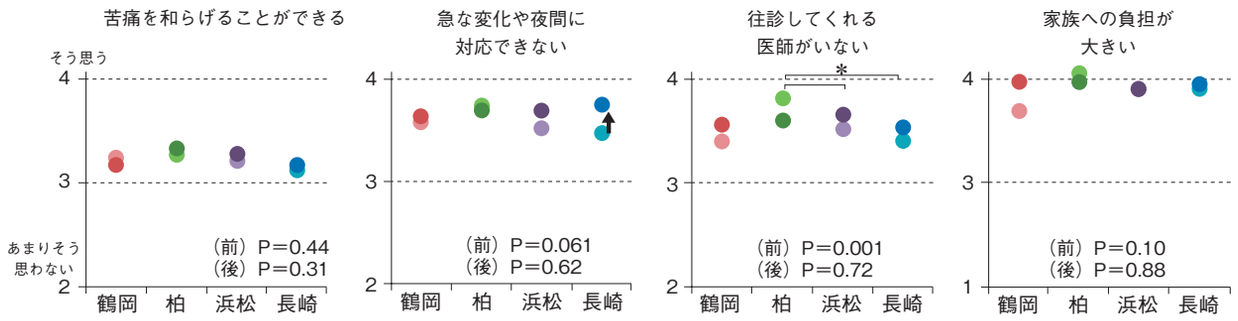
表 28　調整を行った主要評価項目の解析結果

	調整なし		調整あり	
	ES	P	ES	P
苦痛緩和の質評価				
外来患者	0.14	0.0055	0.15	0.0027
終末期患者	0.23	＜0.001	0.18	＜0.001
quality of life				
外来患者	0.015	0.76	0.067	0.17
終末期患者	0.22	＜0.001	0.18	＜0.001
困難感				
医師	−0.52	＜0.001	−0.50	＜0.001
看護師	−0.59	＜0.001	−0.59	＜0.001

4. 医師・看護師の困難感

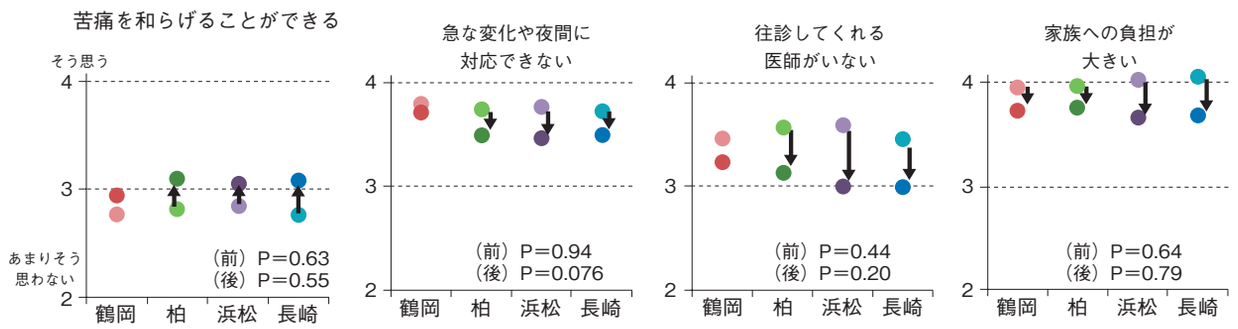
医師，看護師の困難感合計得点について，医師は，医師：性別，年齢，勤務場所（がん診療連携拠点病院，それ以外の病院，在宅療養支援診療所，それ以外の診療所），過去 1 年間に看取ったがん患者数，地域で，看護師は，性別，年齢，勤務場所（がん診療連携拠点病院，それ以外の病院，訪問看護ステーション），教育歴，緩和ケア病棟の勤務経験，これまでにケアをした終末期がん患者数で補正を行った。困難感合計得点の効果量，有意水準に大きな変化はみられなかった。

以上より，医師・看護師の困難感は，介入前後での中程度の改善がみられると結論した。



a. 患者

（鶴岡：n=85,166　柏：n=149,192　浜松 n=337,255　長崎：n=288,244）

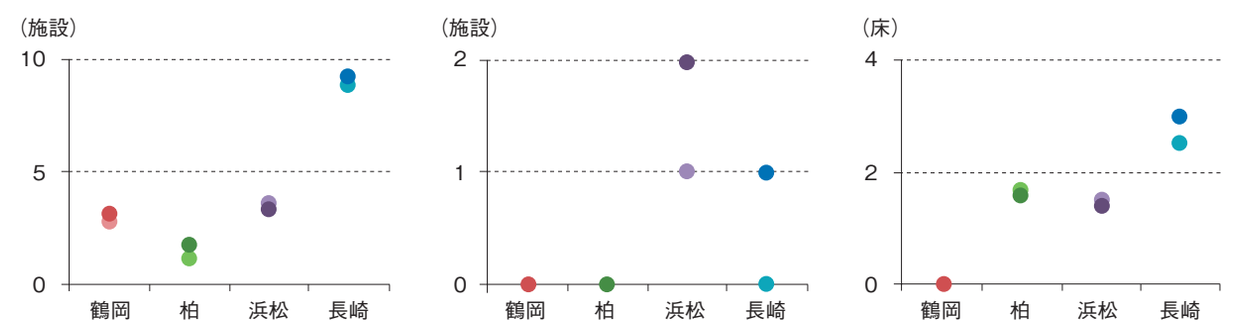


b. 遺族

（鶴岡：n=184,204　柏：n=211,162　浜松 n=432,458　長崎：n=283,313）

付図 1　患者・遺族の在宅医療についての認識、家族の介護負担

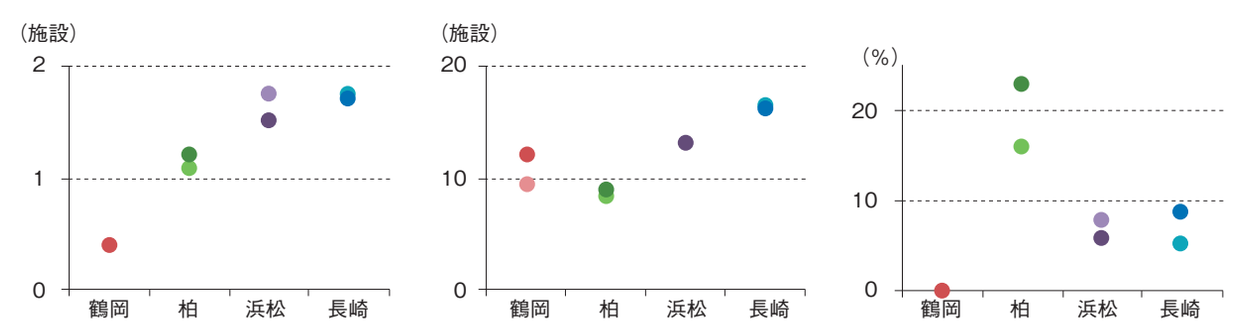
●●●● 介入前　●●●● 介入後　↑↓：前後の変化が P＜0.05



a. 在宅療養支援診療所の数（がん死亡者 100 人あたり）

b. 在宅特化型診療所の数

c. 緩和ケア病棟のベッド数（がん死亡者 100 人あたり）



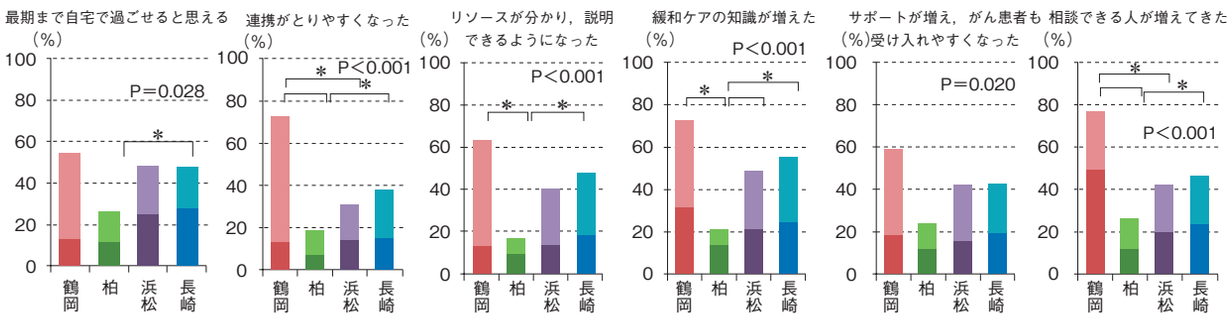
d. 24 時間対応可能な訪問看護ステーションの数（がん死亡者 100 人あたり）

e. 麻薬を扱える薬局数（がん死亡者 100 人あたり）

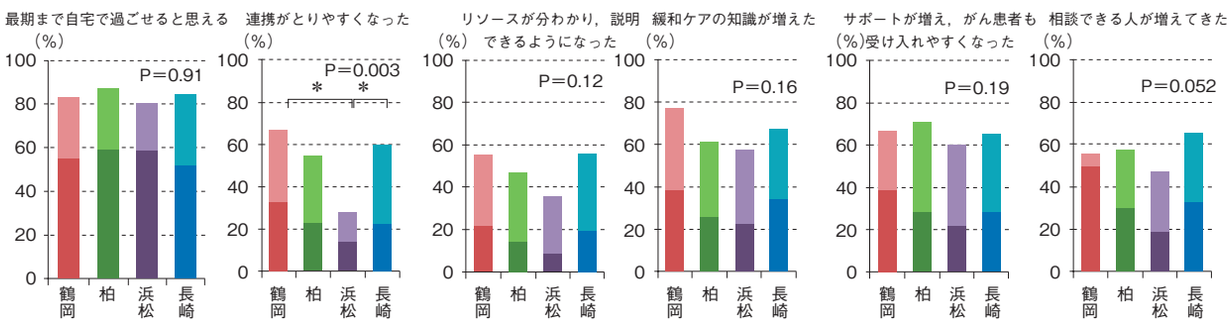
f. 緩和ケア病棟から在宅に退院する患者の割合

付図 2　地域リソースの量

●●●● 介入前　●●●● 介入後



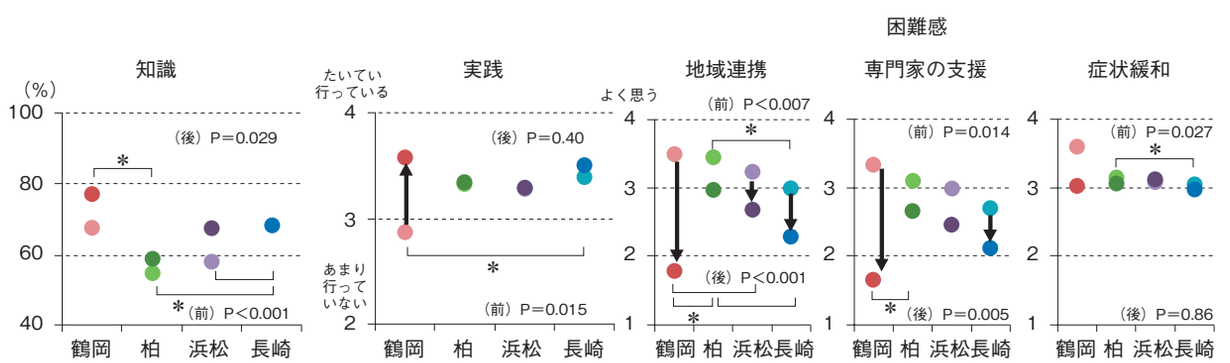
a. 診療所医師（鶴岡：n=22，柏：n=42，浜松 n=64，長崎：n=92）



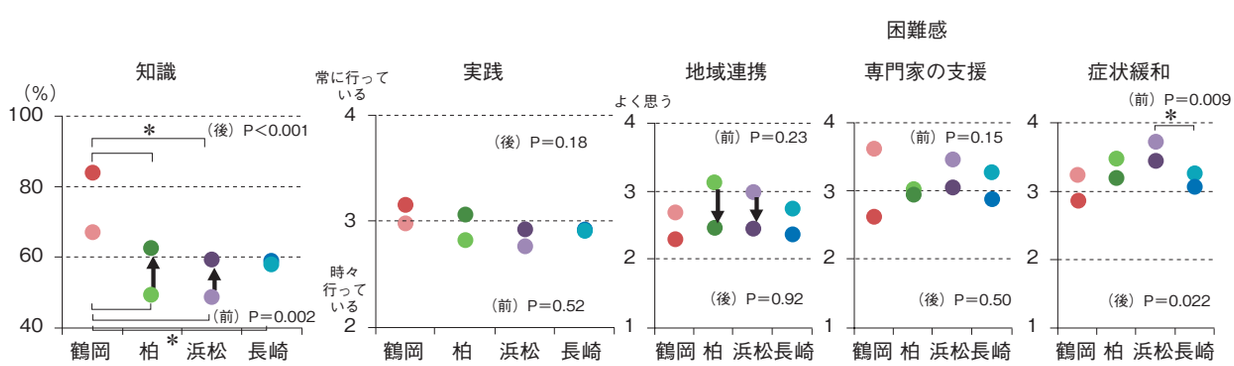
b. 訪問看護師（鶴岡：n=18，柏：n=62，浜松 n=78，長崎：n=52）

付図 3　診療所医師・訪問看護師の緩和ケア・在宅医療についての認識

P 値は回答を「そう思わない」(1) ～「そう思う」(5) として ANOVA を行った結果を示す。
数値はややそう思う（■■■■）とそう思う（■■■■）と回答した割合を示す。



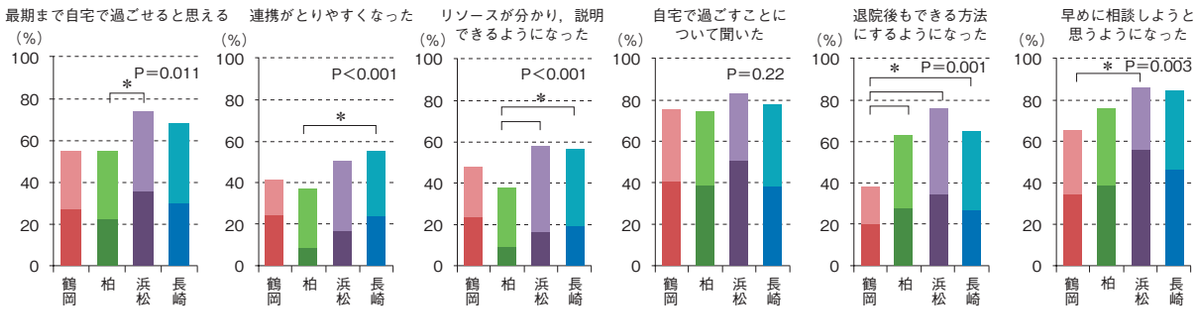
a. 診療所医師（鶴岡：n=39,22　柏：n=67,42　浜松 n=105,64　長崎：n=156,92）



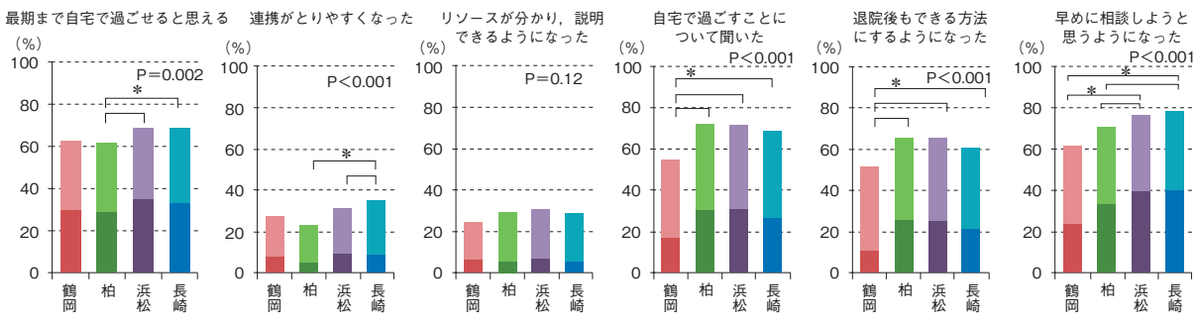
b. 訪問看護師（鶴岡：n=14,18　柏：n=45,62　浜松 n=72,78　長崎：n=46,52）

付図 4　診療所医師・訪問看護師の緩和医療についての知識・実践・困難感

●●●● 介入前　●●●● 介入後　↑↓：前後の変化が P<0.01



a. 病院医師（鶴岡：n=29，柏：n=160，浜松：n=131，長崎：n=166）

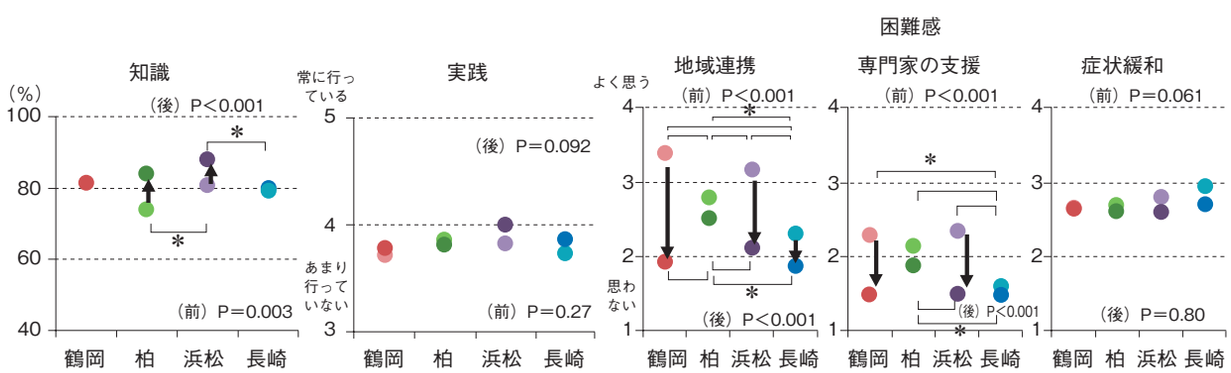


b. 病院看護師（鶴岡：n=243，柏：n=561，浜松：n=621，長崎：n=601）

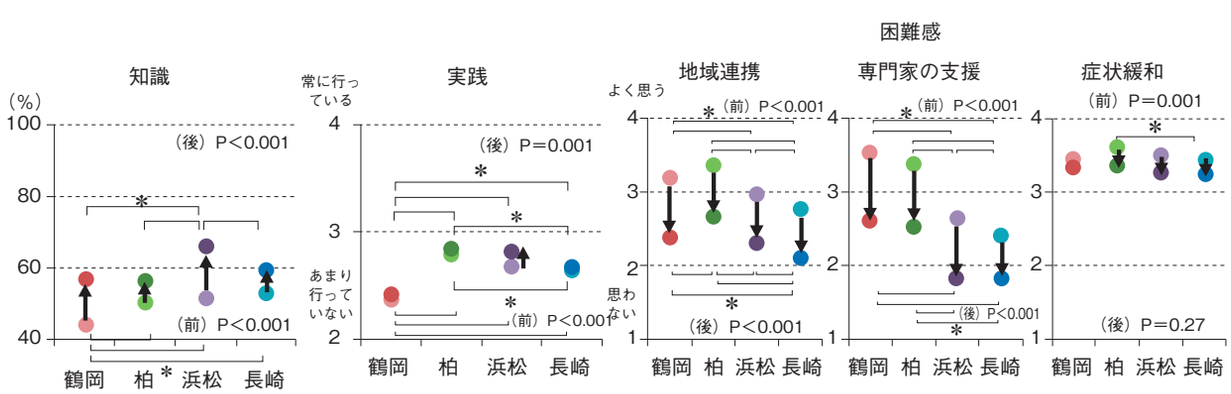
付図 5　病院医師・看護師の緩和ケア・在宅医療についての認識

退院支援・調整プログラムの導入：鶴岡 2/2 病院，柏 4/7 病院，浜松 8/8 病院，長崎 9/10 病院

P 値は回答を「そう思わない」(1)～「そう思う」(5) として ANOVA を行った結果を示す。
数値はややそう思う（■■■■）とそう思う（■■■■）と回答した割合を示す。



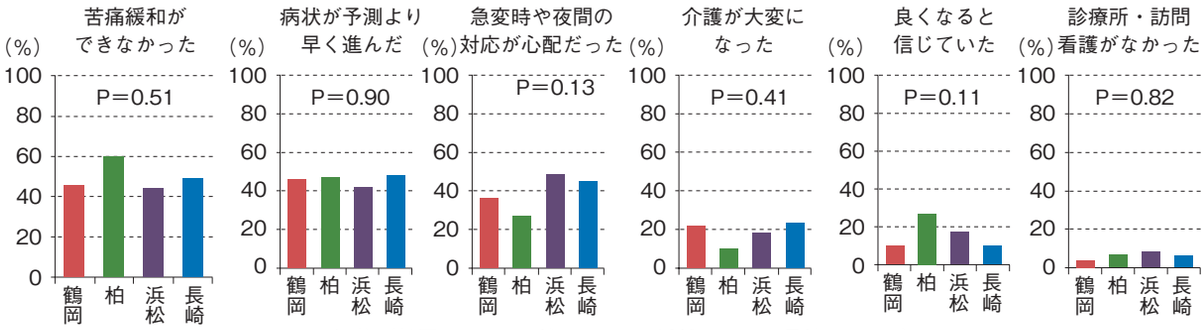
a. 病院医師（鶴岡：n=32,29　柏：n=176,160　浜松 n=170,131　長崎：n=166,166）



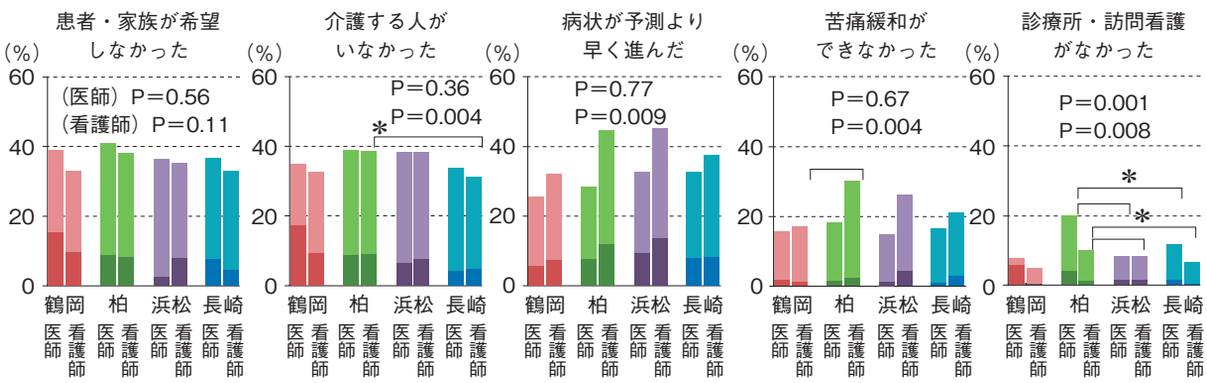
b. 病院看護師（鶴岡：n=251,243　柏：n=545,561　浜松 n=819,621　長崎：n=586,601）

付図 6　病院医師・看護師の緩和医療についての知識・実践・困難感

■■■■ 介入前　■■■■ 介入後　↑↓：前後の変化が P<0.01



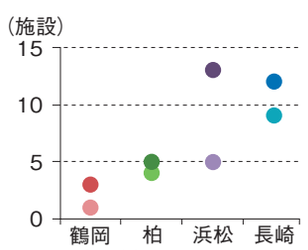
a. 遺族（鶴岡：n=50，柏：n=30，浜松 n=88，長崎：n=71）



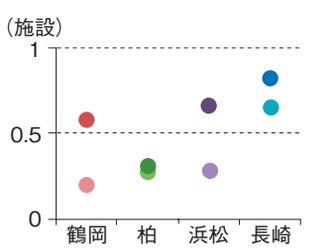
b. 医師・看護師（医師　鶴岡：n=51，柏：n=202，浜松：n=195，長崎：n=258，看護師，鶴岡：n=261，柏：n=623，浜松：n=699，長崎：n=653）

付図 7　遺族・医師・看護師からみた自宅で過ごせなかった理由

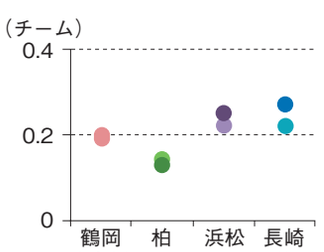
グラフはややそう思う（ ）とそう思う（ ）と回答した割合を示す。
P 値は上段：医師、下段：看護師の回答を 1（そう思わない）～5（そう思う）として ANOVA を行った結果を示す。



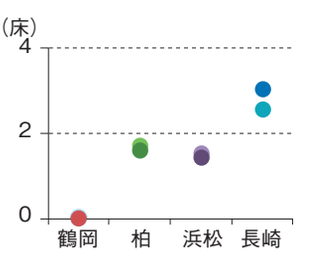
a. 専門緩和ケアサービスの施設合計数



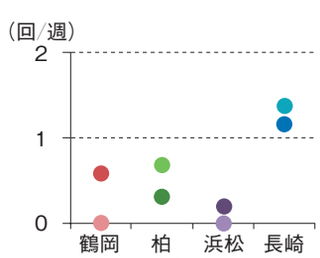
b. 専門緩和ケアサービスの施設数（がん死亡者 100 人あたり）



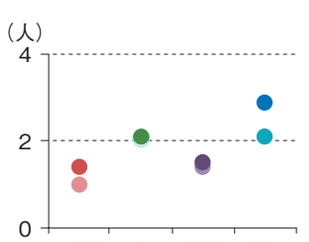
c. 院内緩和ケアチームの数（がん死亡者 100 人あたり）



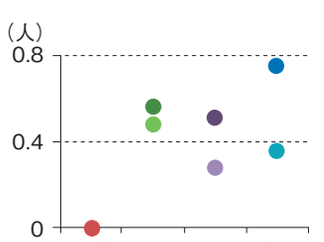
d. 緩和ケア病棟のベッド数（がん死亡者 100 人あたり）



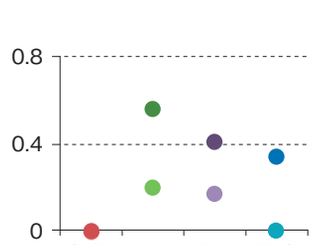
e. 緩和ケア外来の回数（がん死亡者 100 人あたり）



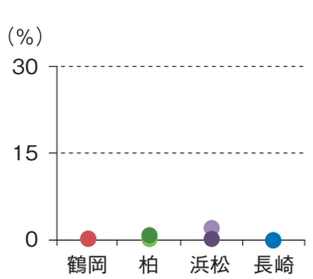
f. 緩和医療学会に所属する医師数（がん死亡者 100 人あたり）



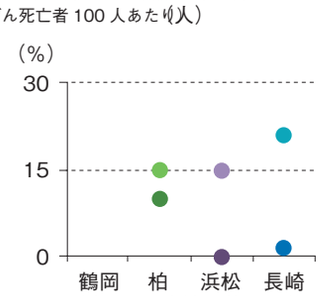
g. がん看護専門看護師・精神看護専門看護師・緩和ケア認定看護師・がん疼痛認定看護師数（がん死亡者 100 人あたり人）



h. がん専門薬剤師，がん薬物療法認定薬剤師数（がん死亡者 100 人あたり）



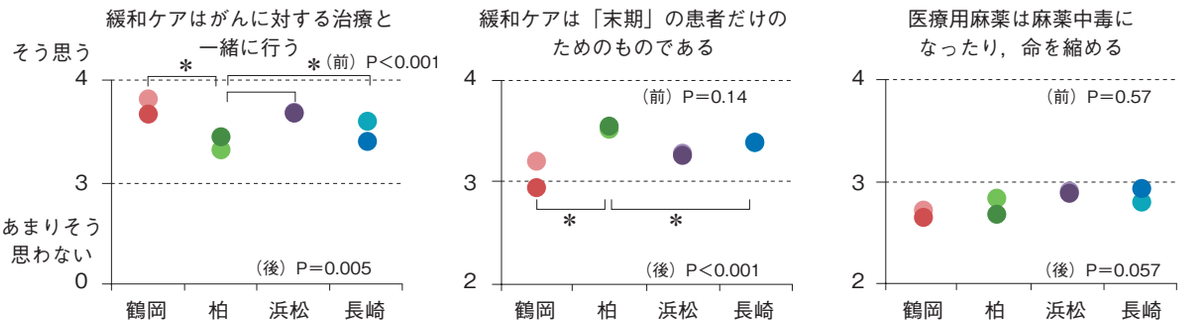
i. 緩和ケアチームの診療待ち時間が 48 時間以上の割合（診療患者 40 名に対する割合）



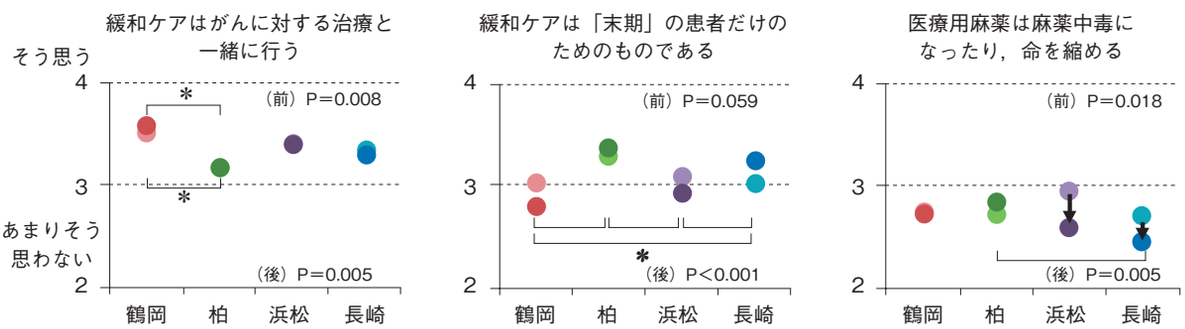
j. 緩和ケア病棟の待ち日数が 14 日以上の割合（入院患者 40 名に対する割合）

付図 8　緩和ケアに関するリソースの量

介入前　介入後



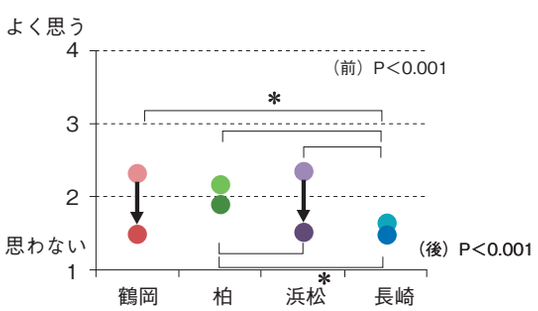
a. 患者（鶴岡：n=85,166，柏：n=149,192，浜松：n=337,255，長崎：n=288,244）



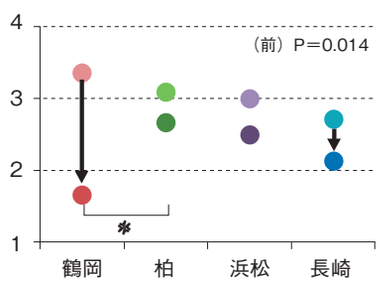
b. 遺族（鶴岡：n=184,204，柏：n=211,162，浜松：n=432,458，長崎：n=283,313）

付図 9　患者・遺族の緩和ケアに関する認識

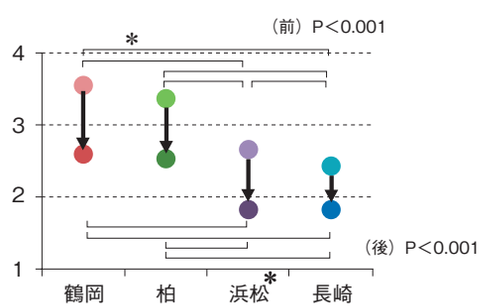
●●●● 介入前　●●●● 介入後　↓：前後の変化が P<0.01



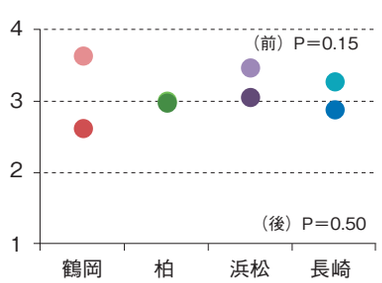
a. 病院医師（鶴岡：n=32,29　柏：n=176,160，浜松：n=170,131，長崎：n=166,166）



b. 診療所医師（鶴岡：n=39,22，柏：n=67,42，浜松：n=105,64，長崎：n=156,92）



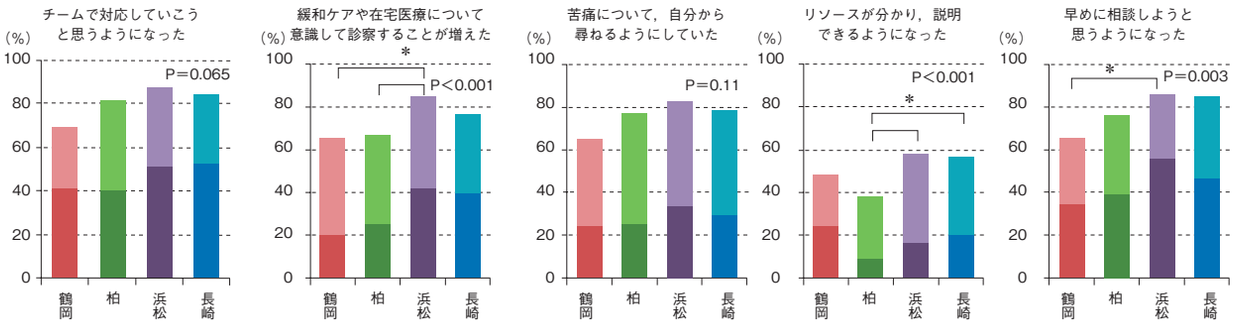
c. 病院看護師（鶴岡：n=251,243，柏：n=545,561，浜松：n=819,621，長崎：n=586,601）



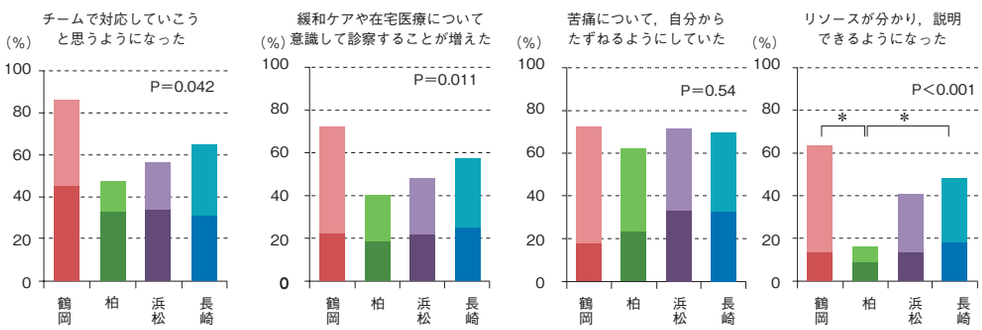
d. 訪問看護師（鶴岡：n=14,18，柏：n=45,62，浜松：n=72,78，長崎：n=46,52）

付図 10　医師・看護師の専門家の支援についての困難感

●●●● 介入前　●●●● 介入後　↓：前後の変化が P<0.01



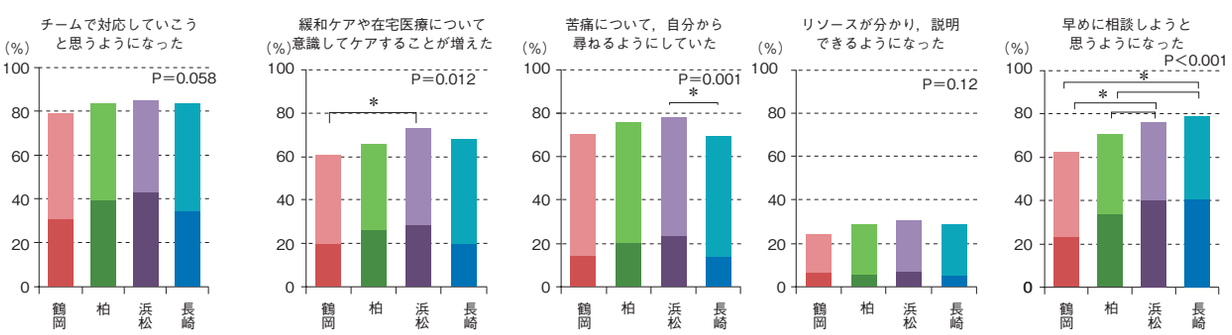
a. 病院医師（鶴岡：n=29，柏：n=160，浜松：n=131，長崎：n=131）



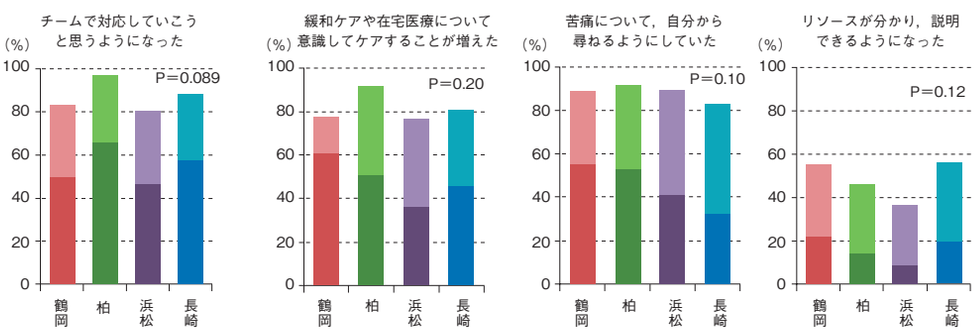
b. 診療所医師（鶴岡：n=22，柏：n=42，浜松：n=64，長崎：n=92）

付図 11　医師の認識の変化

P 値は回答を「そう思わない」(1) ～「そう思う」(5) として ANOVA を行った結果を示す。
数値はややそう思う（■■■■）とそう思う（■■■■）と回答した割合を示す。



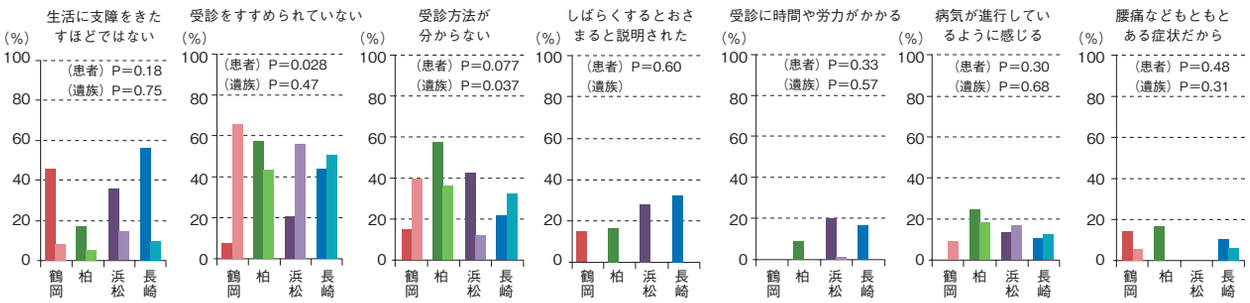
a. 病院看護師（鶴岡：n=243，柏：n=561，浜松：n=621，長崎：n=601）



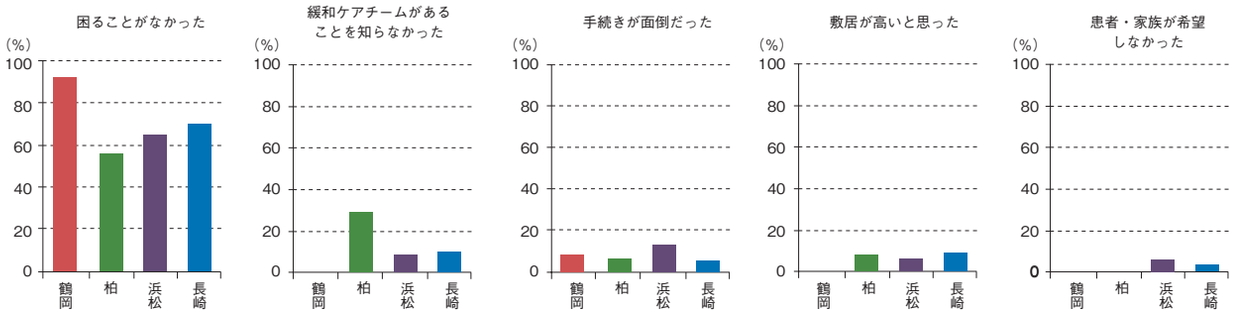
b. 訪問看護師（鶴岡：n=18，柏：n=62，浜松：n=78，長崎：n=52）

付図 12　看護師の認識の変化

P 値は回答を「そう思わない」(1) ～「そう思う」(5) として ANOVA を行った結果を示す。
数値はややそう思う（■■■■）とそう思う（■■■■）と回答した割合を示す。



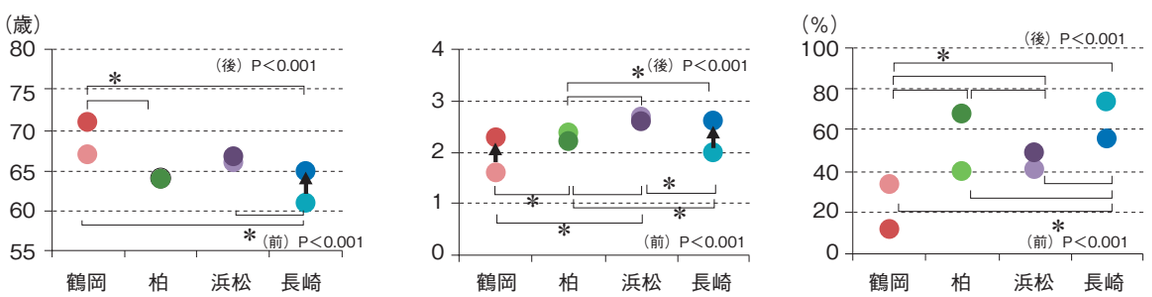
a. 患者・遺族（患者：鶴岡：n=13，柏：n=12，浜松：n=14，長崎：n=18，遺族：鶴岡：n=35，柏：n=16，浜松 n=41，長崎：n=31）



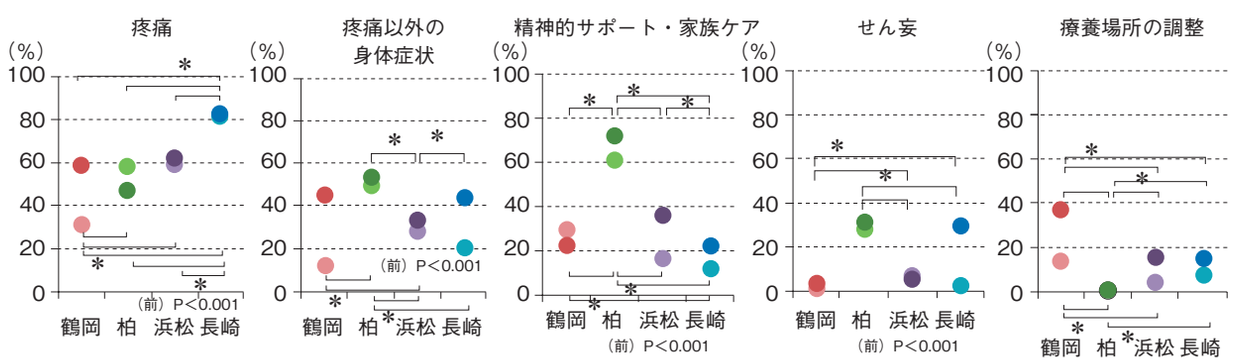
b. 医師（鶴岡：n=13，柏：n=62，浜松：n=46，長崎：n=67）

付図 13　患者・遺族・医師から見た緩和ケアを利用しなかった理由

患者・遺族は重複回答とした。医師はおもな理由を 1 つ回答した。



a. 年齢　b. performance status　c. 抗がん治療中の患者の割合

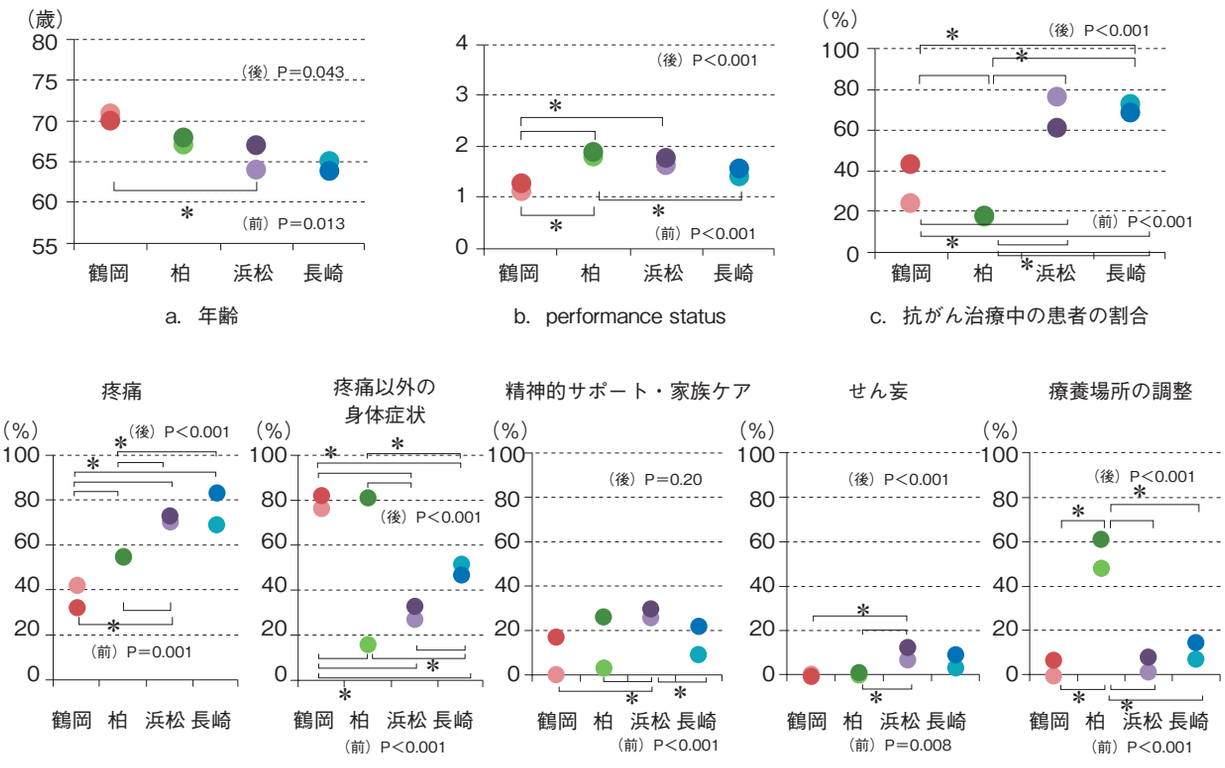


d. 依頼内容（鶴岡：n=90,83　柏：n=148,224　浜松 n=426,792　長崎：n=314,300）

付図 14　緩和ケアチームに紹介された患者の背景

●●●●介入前（鶴岡は 2008 年，他は 2007 年）　●●●●介入後（2010 年）

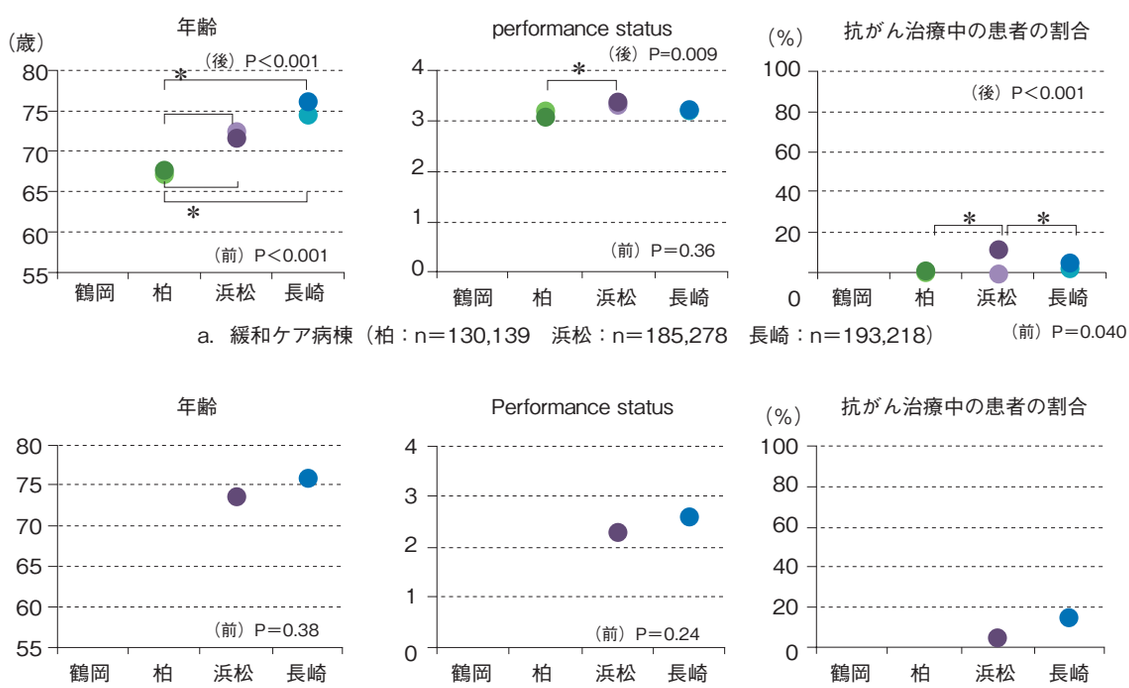
↑：前後の変化が P<0.01



付図 15　緩和ケア外来に紹介された患者の背景

鶴岡：n=38,65　柏：n=132,163　浜松 n=168,169　長崎：n=68,87

介入前（柏，長崎は 2007 年　　鶴岡，浜松は 2009 年）　介入後（2010 年）



付図 16　緩和ケア病棟・在宅緩和ケア施設に紹介された患者の背景

介入前　介入後

B. 死亡場所の変化

東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野
宮下 光令

目 的

本研究の目的は，介入地域における介入前後のがん患者の死亡場所の変化を明らかにすることである。

調査項目

調査項目は人口動態統計の目的外使用にて取得したがん患者の死亡場所である。調査期間は 2007～2010 年とした。対象となったがん患者は日本における日本人の死亡であり，死亡の原因が悪性新生物（コード C00–C97）であるものとした。住所データは「死亡した人の住所」を用いた。人口動態統計死亡から病院，診療所，自宅，施設（老人ホーム，介護老人保健施設），その他の死亡場所のデータを得た。また，背景要因として死亡したがん患者の性，年齢，配偶者の有無，がんの原発部位のデータを得た。緩和ケア病棟における死亡者数は介入地域の緩和ケア病棟入院料を算定している緩和ケア病棟に，各年次ごとの死亡者のうち住所が介入地域である者の数を尋ねた。

解 析

自宅死亡割合に焦点をあてて解析を行った。自宅死亡割合は年間がん死亡者のうち死亡した人の住所が対象地域の者の中で，死亡場所が自宅だった人の割合とした。介入地域における介入前後の比較（2007 年と 2010 年の比較）はロジスティック回帰分析にて行った。介入地域における自宅死亡率の変化を全国の変化をロジスティック回帰分析によって比較した。それぞれ性，年齢，配偶者の有無，がんの原発部位によって調整した解析も行った。

本解析において死亡場所の分類は人口動態統計の分類を自宅，病院・診療所（緩和ケア病棟以外），緩和ケア病棟，施設（介護老人保健施設，老人ホーム），その他（助産所，その他）と再分類した。

結 果

1. 介入地域のがん死亡者数と背景

介入地域のがん死亡者数を表 29 に示す。がん死亡

表 29 介入地域におけるがん死亡者数

	総数				病院・診療所（緩和ケア病棟以外）				緩和ケア病棟			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
介入地域	5,147	5,394	5,302	5,546	4,266	4,414	4,237	4,357	441	417	465	471
鶴岡	510	571	536	516	470	513	486	453	0	0	0	0
柏	1,471	1,514	1,557	1,596	1,253	1,267	1,318	1,352	105	126	103	93
浜松	1,784	1,861	1,812	1,965	1,451	1,517	1,394	1,494	159	131	180	154
長崎	1,382	1,448	1,397	1,469	1,092	1,117	1039	1,058	177	160	182	224

	自宅				施設（老人ホーム・老健）				その他			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
介入地域	348	463	507	581	65	64	66	84	27	36	27	53
鶴岡	29	37	38	46	5	4	3	5	6	17	9	12
柏	100	105	120	129	9	14	13	15	4	2	3	7
浜松	124	169	199	255	41	30	33	48	9	14	6	14
長崎	95	152	150	151	10	16	17	16	8	3	9	20

表 30　対象者背景（%）

		介入地域				全国（介入地域以外）			
		2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
性別	男性	60.6	60.2	60.0	58.7	60.3	60.2	60.0	59.8
	女性	39.4	39.8	40.0	41.3	39.7	39.8	40.0	40.2
年齢	50 歳未満	3.3	3.5	3.1	3.0	3.4	3.3	3.2	3.1
	50～64 歳	18.7	18.0	17.0	16.1	18.2	17.5	16.8	16.5
	65～74 歳	26.0	26.0	25.2	24.4	26.3	25.8	25.4	24.8
	75 歳以上	52.0	52.5	54.7	56.5	52.1	53.3	54.6	55.5
配偶者	あり	63.0	62.0	61.6	61.4	61.3	60.9	60.3	59.9
	未婚	6.1	5.7	6.0	5.8	6.0	6.2	6.4	6.4
	死別	25.3	26.5	26.3	26.6	26.4	26.4	26.7	26.8
	離別	5.6	5.8	6.1	6.1	6.2	6.4	6.5	6.8
がん部位	呼吸器	19.8	19.2	17.9	20.8	19.5	19.5	19.7	19.7
	食道・胃	16.9	17.2	16.7	16.4	18.5	18.1	18.0	17.6
	結腸・直腸	12.8	11.2	12.1	11.6	12.4	12.6	12.3	12.5
	肝・胆・膵	21.7	23.5	23.7	22.5	22.3	22.4	22.4	22.2
	乳房	3.0	3.7	3.6	3.2	3.4	3.5	3.5	3.6
	子宮・卵巣	3.4	3.4	3.0	3.4	3.0	3.0	2.9	3.0
	泌尿器	4.8	5.1	5.1	5.5	4.7	4.8	4.8	4.9
	頭頸部	2.6	2.0	2.4	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
	血液	4.8	5.1	5.3	4.7	4.4	4.4	4.6	4.6
	その他	10.1	9.6	10.3	9.9	9.5	9.6	9.6	9.7

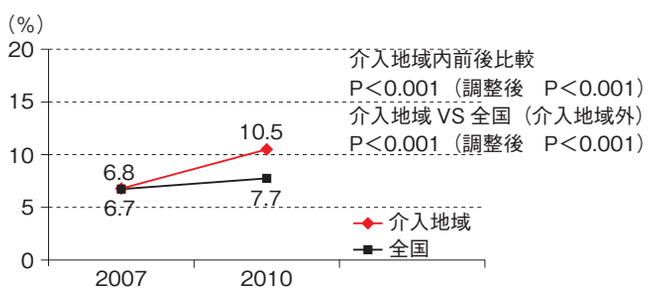


図43　介入前後の自宅死亡割合の変化

調整変数：性，年齢，配偶者，原発部位
※（　）内は調整後の値

者数の総数は介入地域全体で 5,147～5,546 人であった。鶴岡地域では期間を通して 500 人前後であり，他の地域では 1,400～2,000 人程度であった。そのうち自宅死亡者は介入地域全体では 348 人～581 人であり，鶴岡地域で 29～46 人，他の地域では 100 人～250 人程度であった。介入前における各地域の自宅死亡割合は鶴岡地域で若干低かったものの他の地域では全国とほぼ同等であり，介入地域全体でも全国とほぼ同等であった。

対象者の背景を**表 30** に示す。性別は男性が 60％前後であり，年齢は 75 歳以上が 50％程度であった。配偶者は 60％程度がありで，死別が 25％程度であった。がんの原発部位は呼吸器，肝胆膵が 20％程度，胃食道，直腸結腸が 10～20％程度であった。これらの背景要因の分布は全国（介入地域を除く）と大きな違いはなかった。

2．自宅死亡割合の変化

介入前後の自宅死亡割合の変化を**図 43** に示す。介入地域における自宅死亡割合は 6.8％から 10.5％に有

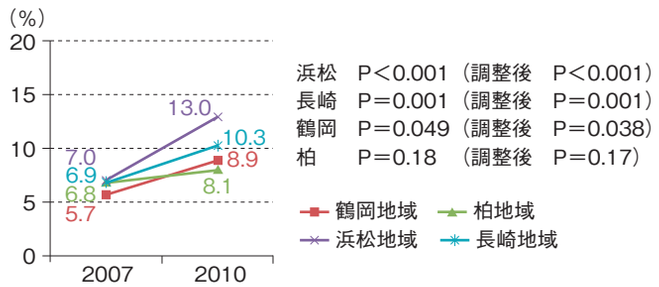


図44　地域別の自宅死亡割合の変化

調整変数：性，年齢，配偶者，原発部位
※（　）内は調整後の値

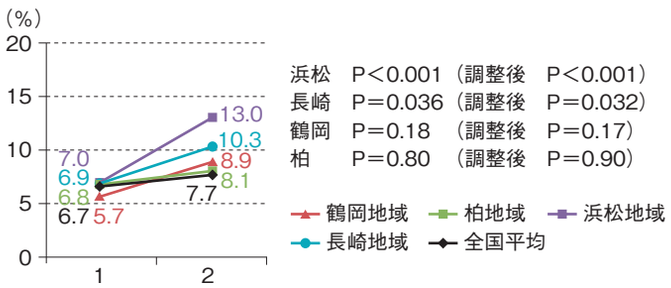


図45　地域別の自宅死亡割合の変化の全国との比較

調整変数：性，年齢，配偶者，原発部位
※（　）内は調整後の値

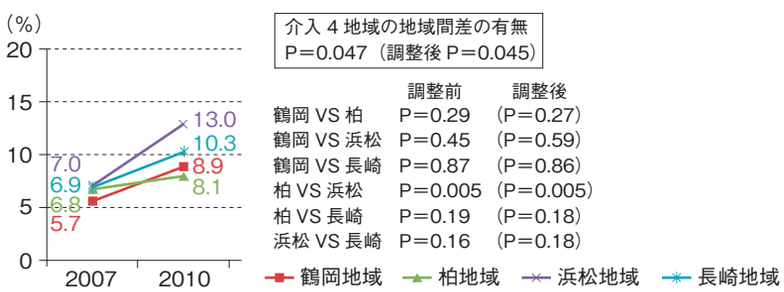


図46　自宅死亡割合の地域間の比較

調整変数：性，年齢，配偶者，原発部位
※（　）内は調整後の値

意に変化した（P＜0.001）。全国の自宅死亡割合も若干の上昇がみられたが，介入地域の自宅死亡割合の変化は全国と比較しても有意であった（P＜0.001）。これらは背景要因で調整した解析でも同様の結果であった。

地域別の自宅死亡割合の変化を**図 44** に示す。浜松地域（7.0％→ 13.0％，P＜0.001），長崎地域（6.9％→ 10.3％，P＝0.001），鶴岡地域（5.7％→ 8.9％，P＝0.049）ではそれぞれ有意に上昇した。柏地域（6.8％→ 8.1％，P＝0.18）は有意ではなかった。これらは背景要因で調整した解析でも同様の結果であった。

地域別の死亡割合の全国との比較を**図 45** に示す。全国と比較して浜松地域（P＜0.001），長崎地域（P＝0.036）は有意な上昇がみられた。鶴岡地域（P＝0.38），柏地域（P＝0.80）は有意ではなかった。これらは背景要因で調整した解析でも同様の結果であった。

自宅死亡割合の地域間の比較を**図 46** に示す。地域間で有意な差がみられた（P＝0.047）。それぞれの地域の比較では浜松地域と柏地域に有意な差がみられたが（P＝0.005），他の地域間では有意な差はみられなかった。これらは背景要因で調整した解析でも同様の結果であった。

考　察

本研究では，介入地域における自宅死亡割合に有意な上昇がみられた。全国的に自宅死亡割合は上昇傾向にあるが，介入地域では全国を有意に上回る上昇がみ

られた。この結果は背景要因で調整しても有意であった。これらの結果から本研究の複合的介入によって自宅死亡割合は上昇したと考えられる。

本研究は複合的介入が実施されたため，どの介入が自宅死亡割合の上昇に寄与したかを定量的に明らかにすることは難しい。地域連携，退院支援などの促進のほかに在宅医療サービスの提供形態などの地域ごとの特徴の寄与が考えられる。また，介入地域全体の自宅死亡割合は 3.7％変化したが，この割合は絶対値で考えるとあまり大きくはない。これは本研究のような比較的広範な規模の市町村における介入の効果の限界を示していると考えられる。自宅死亡率は地域の病院や施設の病床数や在宅療養を担う診療所，訪問看護ステーションなどのリソースの整備状況に依存する面があり，また，在宅療養を支える家族の有無や介護負担にも関連する。これらの要因が変化しないかぎり，地域連携のみで自宅死亡割合を急激に上昇させることは難しい。しかし，今後の超高齢化社会の進展にしたがい，総死亡数，がん死亡数が上昇することを考えると，病院による死亡数の増加には限界があり，自宅死亡数を上昇させるための施策が必要であることはほぼ間違いない。そのためには，本研究のような地域連携を主体とした複合的介入が有益である可能性がある。

地域別では浜松，長崎，鶴岡地域で有意な変化がみられたものの柏地域では有意な変化はみられなかった。浜松地域ではがん患者の在宅診療を積極的に取り組んでいる診療所で自宅での死亡が増えただけでなく，診療所全体での自宅死亡が増加した。長崎地域では医師会が中心となり診療所による自宅死亡が増加した。鶴岡地域は介入前の自宅死亡割合が低く，そこで積極的な介入を行ったことにより自宅死亡が増加した。柏地域では自宅死亡が可能な診療所の数が少なく，介入期間中の増加がみられなかったこと，診療所への積極的な介入を実施することが難しかったことなどが有意な増加がみられなかった理由として考えられる。

各地域と全国の比較では鶴岡地域で有意な差がみられなかったが，これは鶴岡地域の地域規模が小さく，総死亡者数，自宅死亡数がそれぞれ少なかったことによると考えられる。

C. 専門緩和ケアサービス利用数の変化

千葉県がんセンター 精神腫瘍科
秋月 伸哉

目　的

緩和ケアを必要とするがん患者に適切なタイミングで提供するためには，すべての医療者が行う緩和ケアに加え，専門家による緩和ケアの提供が不可欠である。わが国の専門的緩和ケアとしては，ホスピス・緩和ケア病棟と，緩和ケアチームの制度が確立している。

一般病棟入院中の患者が利用できる専門緩和ケアサービスは緩和ケアチームである。緩和ケアチームを利用することでさまざまな症状をもつがん患者の QOL を包括的に向上できるため，より早期から緩和ケアチームが介入することが推奨されている。しかし，現在のところ，がん患者に緩和ケアチームが早期から包括的な介入を行えているとはいえない。この背景には患者，担当医療従事者，緩和ケアチームそれぞれにさまざまなバリア（患者；緩和ケアへの抵抗感，緩和ケアチームの存在を知らない，担当医療従事者；症状の見落とし，緩和ケアに関する知識不足，緩和ケアチームとの連携不足，緩和ケアチーム；人員不足，緩和ケア技術や主治医チームとのコミュニケーション不足など）がある。緩和ケアチームがより早期から，包括的な症状緩和に利用されるには，患者，担当医療従事者，緩和ケアチームに対する多面的な介入が必要だと考えられる。

そのため，OPTIM 研究では，緩和ケアチームへの活動支援，医療者向けの緩和ケア教育，患者向けの緩和ケア教育，一般市民向けの啓発活動など多面的な介入が行われた。

本研究の目的は，OPTIM 研究による多面的な地域介入が緩和ケアチーム活動にどのような影響（より早期から，より包括的に介入できるようになったか）を与えるかの洞察を得ることである。

対象・方法

1. 調査①

OPTIM 研究介入 4 地域（鶴岡地域，柏地域，浜松地域，長崎地域）の，専門緩和ケア利用データベースから，介入前（2007 年度），介入後（2010 年度）の院内緩和ケアチーム利用症例を抽出し，単純記述と，後述の比較を χ^2 二乗検定で行った。

より早期から緩和ケアチームを利用するようになったかを明らかにするため，すべての依頼を「今後抗がん治療を行わない」時期と「精査・診断・経過観察中」「抗がん治療中」「その他」の時期に分け，介入前後で依頼時期の割合を比較した。また，より包括的な介入が行われるようになったかを明らかにするため，身体症状に関する依頼を「疼痛」のみの依頼と「疼痛」以外を含む依頼に分けて，介入前後でより包括的な身体症状緩和の依頼がなされるようになったか，精神症状に関する依頼を「せん妄」のみの依頼と「せん妄」以外を含む依頼に分けて，介入前後でより包括的な精神症状緩和の依頼がなされるようになったかを検討した。

2. 調査②

介入後に 4 地域の医師（n＝1,740，うち 1,039 名はがん診療連携拠点病院か 200 床以上の病院に勤務），看護師（n＝5,199）を対象として行われたアンケート調査から，緩和ケアチーム依頼に関する項目（医師対象；「3 年間に延べ何人緩和ケアチームに患者の相談や診察の依頼をしましたか？」「依頼しなかった理由は？」「3 年間を振り返って，苦痛のある患者なら緩和ケアチームに，在宅療養を考えるなら退院支援部署に，早めに，相談しようと思うようになってきた」，病院の病棟勤務看護師対象；「3 年間を振り返って苦痛のある患者なら緩和ケアチームに，在宅療養を考えるなら退院支援部署に，早めに，相談しようと思うようになってきた」）を抽出し，結果を記述した。

緩和ケアチーム　登録シート（表）

■PCTに依頼後、4週間以内の対応を記載してください　■チームの最終関与から6か月以上間があく場合は、新規依頼として新たに1枚記録してください

依頼時の問題評価、4週間以内の緩和ケアチームの対応のうち、当てはまるものにチェックを入れてください（複数回答可）		依頼時評価		4週間以内の対応			
		依頼理由	対応を要する問題	実践	コンサルテーション	調整	その他
身体／薬剤の問題	疼痛						
	オピオイドの副作用						
	呼吸困難・咳・痰						
	嘔気嘔吐						
	便秘						
	腹満感						
	食欲低下						
	倦怠感						
	口腔の問題						
	薬剤の選択 / 投与量または投与経路の変更（薬剤の効用や使用法に特化した質問）						
精神／スピリチュアルな問題	不安・抑うつ・悲嘆（気持ちのつらさ）						
	不眠						
	不穏・せん妄						
	認知症						
	生きている意味を見いだせないなどのスピリチュアルな問題						
	既往歴または術前の評価						
	アルコール関連の問題						
がんの診断・治療に関する問題	診断・治療に関する理解と選択						
	医療者とのコミュニケーションにおける困難						
社会的な問題	経済・社会復帰						
	介護者の不在						
家族の問題	不安・抑うつ・悲嘆・精神的負担						
	実際的な知識・技術不足						
療養場所に関する問題	緩和ケア病棟・ホスピスの入院						
	在宅						
	上記二つ以外（特定されないものを含む）						
倫理	倫理的問題（治療中止、鎮静など）						
遺族	遺族の精神的負担						
その他	（　　）						

症例背景
施設コード　：
調査用ID（施設ごとの通し番号）：
依頼日：20　　年　　月　　日　　入院日（入院患者のみ）：20　　年　　月　　日
（提出時に削除してください）患者氏名：
（提出時に削除してください）施設ID：
年齢：　　性別：1.男性　2.女性
依頼者：病院医師（1.自院　2.他院）　病院看護師（3.自院　4.他院） 5.診療所医師　6.訪問看護師　7.その他
原発部位： 1.眼・脳・神経　2.頭頸部　3.食道　4.胃　5.大腸　6.肝臓　7胆管・胆のう 8.すい臓　9.肺　10.乳　11.子宮・卵巣　12.前立腺　13.腎・膀胱　14.甲状腺 15.リンパ・血液　16.骨　17.皮膚　18.中皮腫・軟部腫瘍　19.原発不明がん 20.その他（　　）　21.精査中
PS(ECOG)：0　1　2　3　4
がん治療の状況：　1. 精査・診断・経過観察中（治療が予定されている） 2. 抗がん治療が行われている（手術、化学療法、放射線療法） 3. 抗がん治療を今後行わない予定
依頼時療養場所：病院（1.自院　2.他院）　3.自宅　4.介護施設　5.その他（　　）

終診日：20　　年　　月　　日
終診理由：1.問題の改善　2.改善ではない問題の消失　3.死亡　4.転院・退院等による継続困難 5.その他（　　）

緩和ケアチーム　登録シート（裏）

■PCTが直接行わずに推奨して実施されたことには○、PCTが直接行ったことには◎をつける

■薬剤

		定期投与の開始	定期投与の増量	随時指示の開始・増量	中止・減量
制吐剤	プリンペラン・ナウゼリン・ガスモチン				
	上記以外				
向精神薬	静脈麻酔薬・鎮静薬				
	抗精神病薬				
	抗うつ剤				
	経口・経直腸抗不安剤				
	経口・経直腸睡眠薬				
非オピオイド系鎮痛薬	NSAIDs				
	アセトアミノフェン				
拮抗性／弱オピオイド	ペンタジン				
	ブプレノルフィン				
	コデイン				
強オピオイド	経口モルヒネ				
	経直腸モルヒネ				
	静脈・皮下モルヒネ				
	経口オキシコドン				
	静脈・皮下オキシコドン				
	経皮フェンタニール				
	静脈・皮下フェンタニール				

□ブチロフェノン　□フェノチアジン　□抗ヒスタミン剤　□非定型抗精神病薬　□セロトニン拮抗薬

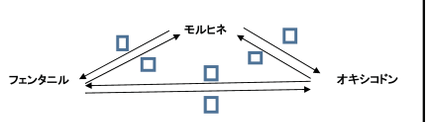
□ロヒプノール/サイレース　□ドルミカム　□フェノバール・バルビツール　□アタラックス　□ディプリバン

	開始・増量・変更	中止
鎮痛補助薬		
ステロイド		
ソマトスタチン		
抗潰瘍薬		
下剤		
鎮痙薬（ブスコパン）		
ビスホスホネート		
抗分泌薬（ハイスコ、ブスコパン）		
その他の薬剤		
消化液ドレナージ		
輸液		

□抗うつ薬　□抗けいれん薬　□抗不整脈薬　□NMDA拮抗薬　□その他

□H2Blocker　□PPI　□サイトテック

■薬剤変更の内容

オピオイドの変更	
	
非オピオイド鎮痛薬の変更	
投与薬剤・投与量の変更なし	投与経路の変更（静脈→皮下など）
	投与スケジュールの変更（分2→分3など）
	錠形の変更（散→錠など）

■専門家への紹介・調整

□精神科医　□歯科・口腔衛生士　□緩和ケア病棟
□心療内科医　□腫瘍治療医　□在宅医療機関
□心理士　□外科・整形外科　□リハビリテーション
□放射線治療　□ペインクリニック　□医療ソーシャルワーカー
□栄養チーム　□IVR

■医療処置・検査

□胸・腹水ドレナージ　□輸血　□血液検査　□その他（　　）
□神経ブロック　□酸素　□画像検査（レントゲン）
□装具の作成　□TENS、赤外線、鍼灸　□画像検査（CT/MRI、シンチ）

図 47　緩和ケアチーム登録シート

表 31　4 地域の院内緩和ケアチーム依頼の背景

		2007 年 (n=896)	2010 年 (n=1,399)
件数	鶴岡（1 施設）	8	83
	柏（2 施設）	148	224
	浜松（5 施設）	426	792
	長崎（3 施設）	314	300
年齢	平均	63.8	66.3
性別	男性	517（58）	734（53）
PS	0–1	242（27）	339（24）
	2–3	488（55）	673（48）
	4	163（18）	387（28）
治療状況	精査・診断・経過観察中	75（ 8）	190（14）
	抗がん治療中	370（41）	503（36）
	今後抗がん治療を行わない予定	388（43）	668（48）
	その他	60（ 7）	38（ 3）
依頼理由	疼痛	600（67）	897（64）
重複回答	疼痛以外の身体症状	266（30）	557（40）
	せん妄	80（ 9）	205（15）
	せん妄以外の精神症状	174（19）	450（32）
	家族支援	42（ 5）	160（11）
	療養場所	39（ 4）	207（15）

（ ）内は％

結　果

1. 研究期間内の緩和ケアチーム活動状況

鶴岡地域の 1 施設（総合病院），柏地域の 2 施設（がん専門病院と総合病院），浜松地域の 5 施設（総合病院），長崎地域の 3 施設（総合病院）で緩和ケアチームが活動した。鶴岡地域の緩和ケアチームは，OPTIM 介入と同時期に活動が始まっている。期間中に緩和ケアチームの数の増減はなかったが，鶴岡地域のチームは 20008 年に専従医師が着任，浜松地域の 1 施設で 2009 年に専従医師が増員とスタッフの増加があった。

本研究では解析対象とされなかったが，一部のチームでは OPTIM 研究で作成された緩和ケアチーム活動登録シートを利用して活動内容を記録した（**図 47**）。

2. 調査①

4 地域の緩和ケアチームは，2007 年度に 896 件，2010 年度に 1,399 件の依頼を受け，全数は増加していた（**表 31**）。「今後抗がん治療を行わない予定」以外の，より早期・治療期のがん患者のチーム依頼は，2007 年 508 件（57%），2010 年 731 件（52%）と件数が増加したが，依頼全体に占める割合は減少した（P＝0.037）（**図 48**）。地域別依頼件数では，長崎地域以外で総依頼件数が増加し，鶴岡地域，浜松地域，長崎地域で「今後抗がん治療を行わない」時期の依頼件数

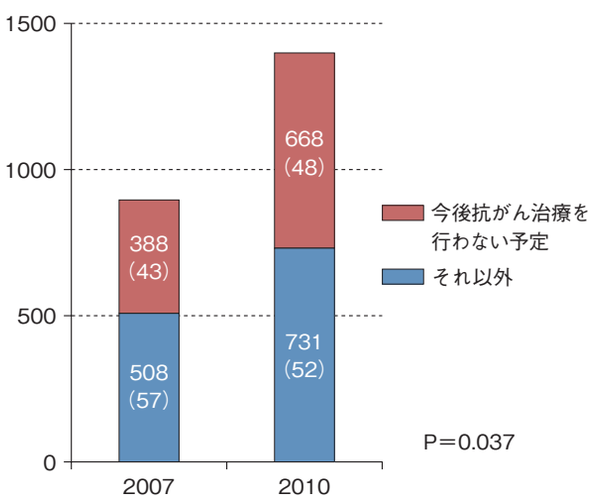


図 48　介入前後での緩和ケアチーム依頼症例のがん治療時期の比較

表 32　4 地域のがん治療期からの依頼数と割合

地域		2007 n（%）	2010 n（%）	
鶴岡	今後抗がん治療を行わない	0（0）	73（88）	
	それ以外	8（100）	10（12）	P＜0.001
柏	今後抗がん治療を行わない	88（60）	67（30）	
	それ以外	60（40）	157（70）	P＜0.001
浜松	今後抗がん治療を行わない	207（49）	391（49）	
	それ以外	219（51）	401（51）	P＝0.796
長崎	今後抗がん治療を行わない	8（26）	127（42）	
	それ以外	233（74）	173（58）	P＜0.001

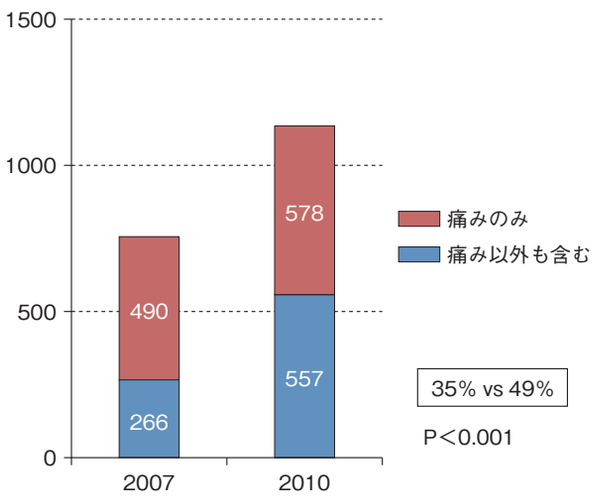


図 49　介入前後での身体症状緩和目的での緩和ケアチーム依頼症例の比較

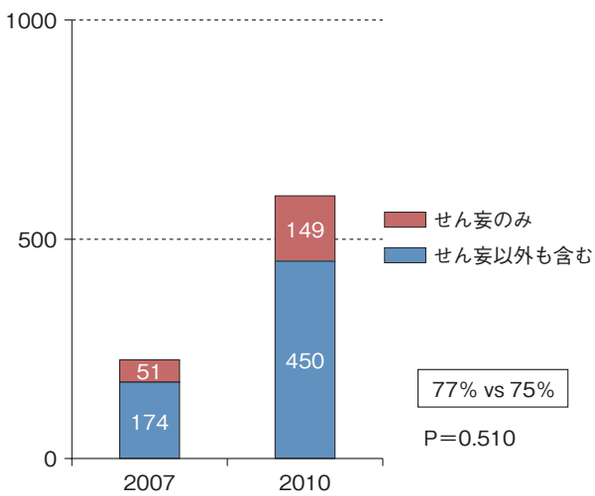


図 50　介入前後での精神症状緩和目的での緩和ケアチーム依頼症例の比較

が大きく増加，柏地域，浜松地域でそれ以外の早期・治療期の依頼件数が増加，長崎地域では減少した。地域別の依頼割合は，鶴岡地域，長崎地域で「今後抗がん治療を行わない」時期の依頼割合が増加，柏地域ではそれ以外の早期・治療期の割合が増加，浜松地域では不変と，いずれも一貫した傾向はみられなかった（表 32）。

緩和ケアチーム依頼の目的について，疼痛以外の症状を含む包括的な身体症状緩和を目的とした依頼は 2007 年に 266 件（35%），2010 年に 557 件（49%）と件数，割合共に増加していた（P ＜ 0.001）（図 49）。地域別でもおおむね一貫して包括的な身体症状緩和の件数，割合が増加した。せん妄以外の症状を含む包括的な精神症状緩和を目的とした依頼は 2007 年に 174 件（77%），2010 年に 450 件（75%）と件数が増加し，割合に差は認められなかった（P＝0.510）（図 50）。地域別では一貫した傾向はみられなかった（表 33）。

3．調査②

OPTIM 介入後の医師対象のうち，緩和ケアチーム依頼に関わりうる，がん診療連携拠点病院か 200 床以上の病院に勤務する医師（n＝1,039）に対する 3 年間の緩和ケアチーム依頼件数を問うアンケートは，有効回答 494 名（回収率 48%）であった。

緩和ケアチームに依頼したことがない医師は 69 名（14%）であった（表 34）。依頼しなかった 69 名のうち 62 名が依頼しなかった理由に回答し，「困ることがなかった」が 40 件（65%）と最も多く，チームの認識や手続きの煩雑さなどは大きな理由として挙がらなかった（表 35）。3 年間を振り返って緩和ケアチームを利用するようになったかという医師の認識を問う質問には（有効回答 487 名，47%），414 名（85%）が

表 33　4 地域の包括的な症状緩和依頼の件数と割合

地域		2007 n（%）	2010 n（%）	
身体症状緩和の依頼				
鶴岡	疼痛以外を含頼	6（75）	37（60）	
	疼痛のみ	2（25）	25（40）	P＝0.402
柏	疼痛以外を含む	74（59）	119（74）	
	疼痛のみ	51（41）	42（26）	P＝0.008
浜松	疼痛以外を含む	121（36）	268（43）	
	疼痛のみ	211（64）	357（57）	P＝0.054
長崎	疼痛以外を含む	65（22）	133（46）	
	疼痛のみ	226（78）	154（54）	P＜0.001
精神症状緩和の依頼				
鶴岡	せん妄以外を含む	0（0）	16（89）	
	せん妄のみ	0（0）	2（11）	–
柏	せん妄以外を含む	84（82）	161（89）	
	せん妄のみ	19（18）	21（11）	P＝0.107
浜松	せん妄以外を含む	60（70）	252（87）	
	せん妄のみ	26（30）	37（13）	P＜0.001
長崎	せん妄以外を含む	30（83）	21（19）	
	せん妄のみ	6（17）	89（81）	P＜0.001

「ややそう思う」～「そう思う」と回答した（**表 36**）。

看護師を対象とした調査では，3 年間を振り返って緩和ケアチームを利用するようになったかという認識を問う質問に（有効回答 2,093 名，40％），1,630 名（78％）が「ややそう思う」～「そう思う」と回答した（**表 36**）。

研究の限界

調査①の最初の目的は，専門家による介入がより早期から行われるようになったかを検討することであるが，OPTIM の緩和ケアチーム依頼調査項目からは「今後がん治療を行う予定のない」終末期の依頼かどうかしか検討することができない。ただし，症状を有する早期からの依頼の件数と，終末期以外の依頼の件数には関連があると考えられるため，今回の検討である程度の推測は行えると考えた。もう 1 つの，より包括的な症状緩和依頼が行われるようになったかについて，「疼痛のみ」と「疼痛以外を含む身体症状」の依頼，「せん妄のみ」と「せん妄以外を含む精神症状」の依頼を比較については，緩和ケアチーム依頼目的は依頼者ではなく緩和ケアチームが評価し記載している，依頼理由の評価方法が定義されておらず緩和ケアチームの主観に基づいているという限界，疼痛とせん妄のみの依頼が包括的でない依頼であるとする妥当性がはっきりしないという限界がある。特に，精神症状緩和

表 34　医師がのべ何人緩和ケアチームに患者の相談や診察の依頼をしたか（n＝494）

3 年間の緩和ケアチーム依頼数	n（%）
0 人	69（14）
1–5 人	191（39）
6–10 人	98（20）
11 人以上	136（28）

表 35　医師が緩和ケアチームを利用しなかった理由（n＝62）

緩和ケアチームに依頼しなかった理由	n（%）
困ることはなかった	40（65）
チームがあることを知らなかった	13（21）
手続きが面倒だった	6（10）
敷居が高いと思った	2（3）
患者・家族が希望しなかった	1（2）

表 36　緩和ケアチームに対する 3 年間の変化の認識

3 年間を振り返って，苦痛のある患者なら緩和ケアチームに，在宅療養を考えるなら退院支援部署に，早めに，相談しようと思うようになってきた	n（%）
1．医師（n=487）	
思わない	5（ 1）
あまり思わない	15（ 3）
どちらともいえない	53（11）
ややそう思う	183（38）
そう思う	231（47）
2．看護師（n=2,093）	
思わない	46（2）
あまり思わない	73（4）
どちらともいえない	344（16）
ややそう思う	833（40）
そう思う	797（38）

は介入前からせん妄以外を含む依頼の割合が高い水準であり，比較する方法として妥当でなかった可能性がある。

調査②は，調査対象の医師の約半数の結果が欠損であるため，依頼したかどうかの経験，依頼しなかった理由の結果を十分評価できていない可能性がある。看護師調査については，緩和ケアチームに関わりうる病棟勤務者の母数が調査上分からないため，正確な有効回答数が分からないことも限界の 1 つである。

まとめと意義

OPTIM で行われた緩和ケアチーム，一般医療従事者，市民に対する地域全体への介入の前後で，緩和ケアチーム依頼件数が増加した。これらの活動による増加は，より早期からの依頼のみならず終末期の依頼も増加させたため，終末期ではない患者の症状緩和の割合は軽度減少した。精神症状緩和の依頼内容に変化はなかったが，疼痛以外の包括的な身体症状緩和を緩和ケアチームに依頼されるようになり，より包括的な身体症状緩和が行われるようになったといえる。医療従事者対象の調査から，医師，看護師は以前より緩和ケアチームを利用するようになったと認識しており，背景に医療従事者の緩和ケアチーム利用に関する認識の変化があることが推察できる。

緩和ケアチーム依頼数は長崎地域を除く 3 地域で増加した。地域別にみると，鶴岡地域の緩和ケアチームは介入前にほとんど活動していなかったが，介入後に抗がん治療終了後の患者対応を中心とした活動が行われるようになった。外部の緩和ケア専門家を呼んだチーム活動のレビューや，院内講演会の開催に加え，専従医師の配置や院内で緩和ケアチームが正式に認められたことなどが依頼件数の増加に影響したかもしれない。柏地域は，がん専門病院で活動規模の大きい緩和ケアチームと，総合病院で比較的活動規模の小さいチームであったが，いずれのチームでもがん治療終了前の依頼件数と割合が増加していた。介入期間中チームの構造に大きな変化がないため，OPTIM 介入が主たる変化の原因だった可能性がある。浜松地域は活動規模の大きい 3 チーム，比較的規模の小さい 1 チーム，活動開始直後の 1 チームがあったが，いずれの施設でも依頼件数は増加か横ばいで依頼時期に変化がないと，4 地域全体の結果と同様であった。専従医師が増えた施設の件数は増加しているが，その他の施設でも同様のため，緩和ケアチームのマンパワー以外に OPTIM による連携強化や医療従事者の認識の変化などが依頼数の増加に影響していると考えられる。長崎地域は活動規模の大きい 1 チームと，比較的規模の小さい 2 チームであったが，規模の大きいチームで依頼件数が減少したことが長崎地域の結果に影響している。このチームの活動内容の変化の背景ははっきりしない。

緩和ケアチームに依頼しなかった医師が回答した理由から，患者・家族の認識やチーム依頼の手続きや敷居の高さはあまり問題とされておらず，症状緩和で困

らなかったことが主たる理由であった。また 2 割程度緩和ケアチームの存在を知らないと回答した医師がいた。OPTIM 介入では医療従事者に対する啓発と連携強化活動はある程度構造化されていたものの，緩和ケア技術教育について十分な構造化が行われていないため，特に担当医療従事者の専門的な緩和ケアを必要とする症状を発見する技術が不足している問題について十分対応できていなかったのかもしれない。有効回答数が半数程度であるという限界はあるが，緩和ケアチームに依頼しなかった理由の結果から，緩和ケアチームがより利用されるためには，患者の症状に気づき介入・評価できる緩和ケア技術を担当医療者に教育すること，症状を発見するためのスクリーニングを臨床システムに導入すること，医療従事者に対する緩和ケアチームのさらなる啓発活動などが役に立つ可能性が示唆された。

文　献

1）秋月伸哉，森田達也，鈴木　聡，他：OPTIM 介入前後での緩和ケアチーム活動の変化　第 17 回日本緩和医療学会学術大会プログラム抄録集．p. 323, 2012

D. 患者からみた緩和ケアの質評価・quality of life・満足度・疼痛の変化

前 東京大学大学院 医学系研究科，前 慶応義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室
山岸 暁美

目　的

本研究の主目的は，介入地域の外来患者の，①緩和ケアの質評価の各ドメイン（医師による苦痛緩和，看護師による苦痛緩和，精神的ケア，医師からの患者への説明，連携と継続性）の介入前後での変化を明らかにすること，②患者の quality of life の変化を明らかにすること，③満足度の変化を明らかにすること，④痛みの変化を明らかにすること，である。

副次的目的として，①患者が緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由，②苦痛があるにもかかわらず専門緩和ケアサービスを利用していない理由，③痛みに対する治療の希望と治療を受けていない理由，および④緩和ケアの質評価，quality of life，満足度，痛みの程度の相関，を明らかにすることである。

調査項目

おもな調査項目は対象・方法に記載した。

患者が緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由については，「医師は体の苦痛を和らげるのに努めている」に対して，改善の必要が「ある」「かなりある」「おおいにある」と回答した患者に対して，「苦痛を医師に伝えてもほとんど対処してもらえない」「医師はある程度対処しているが，十分に苦痛がとれない」「医師は丁寧に対処してくれているが，苦痛がとりきれない」「医師から苦痛について質問されないので，伝える機会がない」「医師に話しにくい雰囲気があるので，苦痛を伝えられない」「診察回数が少ない，または，毎回の診察に十分な時間がない」「主治医が決まっていない・担当医が変わるため，その場その場の対処になる」の選択肢から理由としてあてはまるものの回答を求めた。

苦痛があるにもかかわらず専門緩和ケアサービスを利用していない理由については，「身体の苦痛が少なく過ごせている」に「あまりそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」と回答した患者に対して，「身体の苦痛を和らげる専門家の診療（緩和ケアチーム，緩和ケア外来など）を受けていますか」と質問し，「受けていない」と回答した患者に対して受けていない理由として，「仕事や睡眠など生活に大きく支障をきたすほどではないから」「病気になる前からもともとある症状（腰痛など）だから」「しばらくすると治まる（と説明されている）症状だから（食欲不振など）」「主治医や看護師から相談・受診を勧められていないから」「どうやって相談・受診すればいいかが分からないから（通院している病院に緩和ケアチームがない場合を含む）」「受診するのに時間や労力がかかるから」「緩和ケアチームに相談・受診すると病気が進行しているように感じるから」から選択を求めた。

痛みに対する治療の希望と治療を受けていない理由については，最大の痛みが 1 以上ある患者を対象として，「痛みを和らげるための治療を今以上にもっと希望していますか」を聞き，希望しない場合にはその理由を「仕事や睡眠など生活に大きく支障をきたすほどではないから」「病気になる前からもともとある痛み（腰痛など）だから」「もともと，薬はなるべく飲みたくないから」「今の薬で不都合な消化器症状（吐き気，便秘，食欲不振など）があるから」「今の薬で不都合な精神症状（眠気，集中力の低下など）があるから」「薬が先々効かなくなったり，『依存症』になることが心配だから」「痛みの治療を受けると病気が進行しているように感じるから」から回答を求めた。

解　析

介入前後での比較では，各尺度得点，または，各項目得点について，Student *t* 検定を行った。有意水準は 0.01 とした。また，探索的に，緩和ケアの質評価に関して，改善の必要性が「おおいにある」「かなりある」「ある」vs.「少しある」「ほとんどない」「まっ

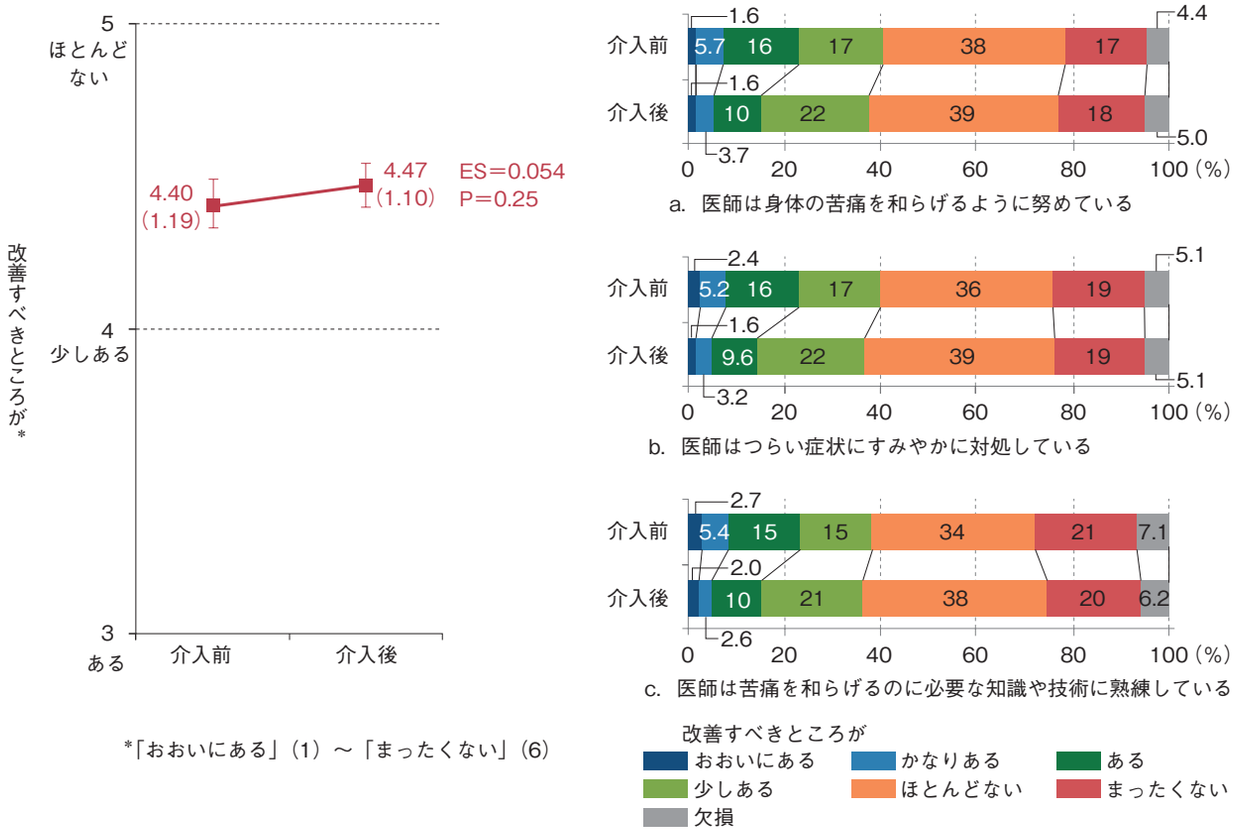


図 51　緩和ケアの質評価（1）—医師による苦痛緩和

たくない」で 2 群に分けてそれぞれの項目で χ^2 検定を行った。quality of life の項目は頻度が少なかったので 2 区分での解析は行わなかった。

理由ではそれぞれの度数分布を求めた。「医師はある程度対処しているが，十分に苦痛がとれない」「医師は丁寧に対処してくれているが，苦痛がとりきれない」は合わせて集計した。専門緩和ケアサービスのニード，満たされていないニードを以下の方法で算出した。すなわち，満たされていないニードを計算するために，まず「身体の苦痛が少なく過ごせている」に「あまりそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」と回答した患者からすでに専門緩和ケアサービスを受けているという患者を除いた。次に，残る患者のうち「生活に支障をきたすほどではない」「しばらくすると治まると説明された」ことを緩和ケアサービスを受けていない理由の割合に相当する患者を除いて，残る患者を「専門緩和ケアサービスの満たされていないニード」とした。これに，すでに専門緩和ケアサービスを受けている患者を加えたものを「専門緩和ケアサービスのニード」とした。それぞれ，95%信頼区間を計算した。

痛みの治療を希望しない理由は，痛みの程度を軽度（0～3），中程度（4～6），高度（7 以上）に分けて解析した。緩和ケアの質評価，quality of life，満足度，痛みの程度の相関は Spearman の ρ を求めた。

結　果

1. 緩和ケアの質評価（図 51～55）

Care Evaluation Scale のドメインごとの分析では，平均値でみると，看護師による苦痛緩和，精神的なケア，連携と継続性で緩和ケアの質評価が改善する傾向が認められたが，有意ではなく効果量も 0.1 前後であった（P＝0.027, ES＝0.11；P＝0.034, ES＝0.10；P＝0.019, ES＝0.11）。医師による苦痛緩和，医師からの患者への説明は前後で変化がなかった。

頻度で見ると，絶対値は，いずれの項目でも，改善の必要性が「かなりある」「おおいにある」としたものは介入前調査でも 10%以下であった。頻度の変化で見ると，改善の必要性が「ある」「かなりある」「おおいにある」とした患者は介入前調査では約 20%の項目が多かったが，介入後調査では「医師は，将来の

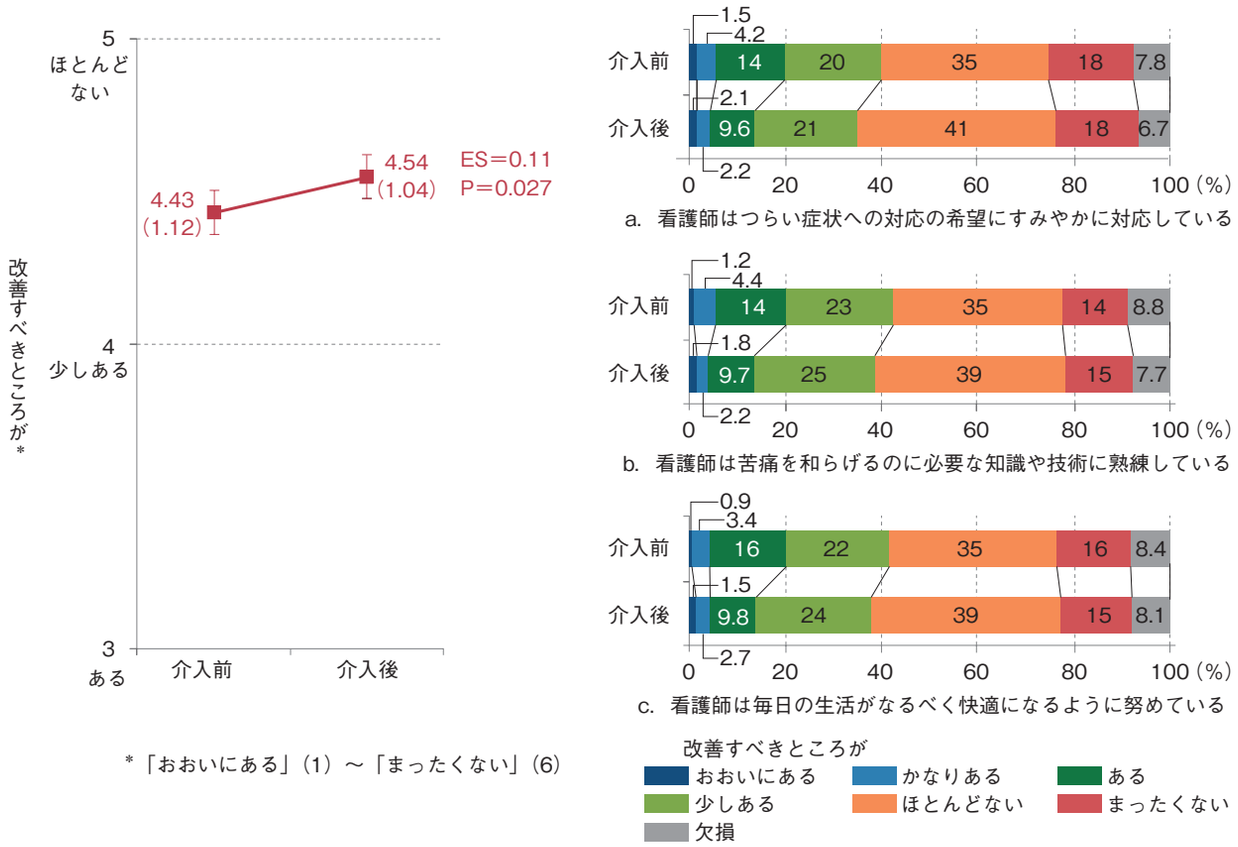


図 52　緩和ケアの質評価（2）―看護師による苦痛緩和

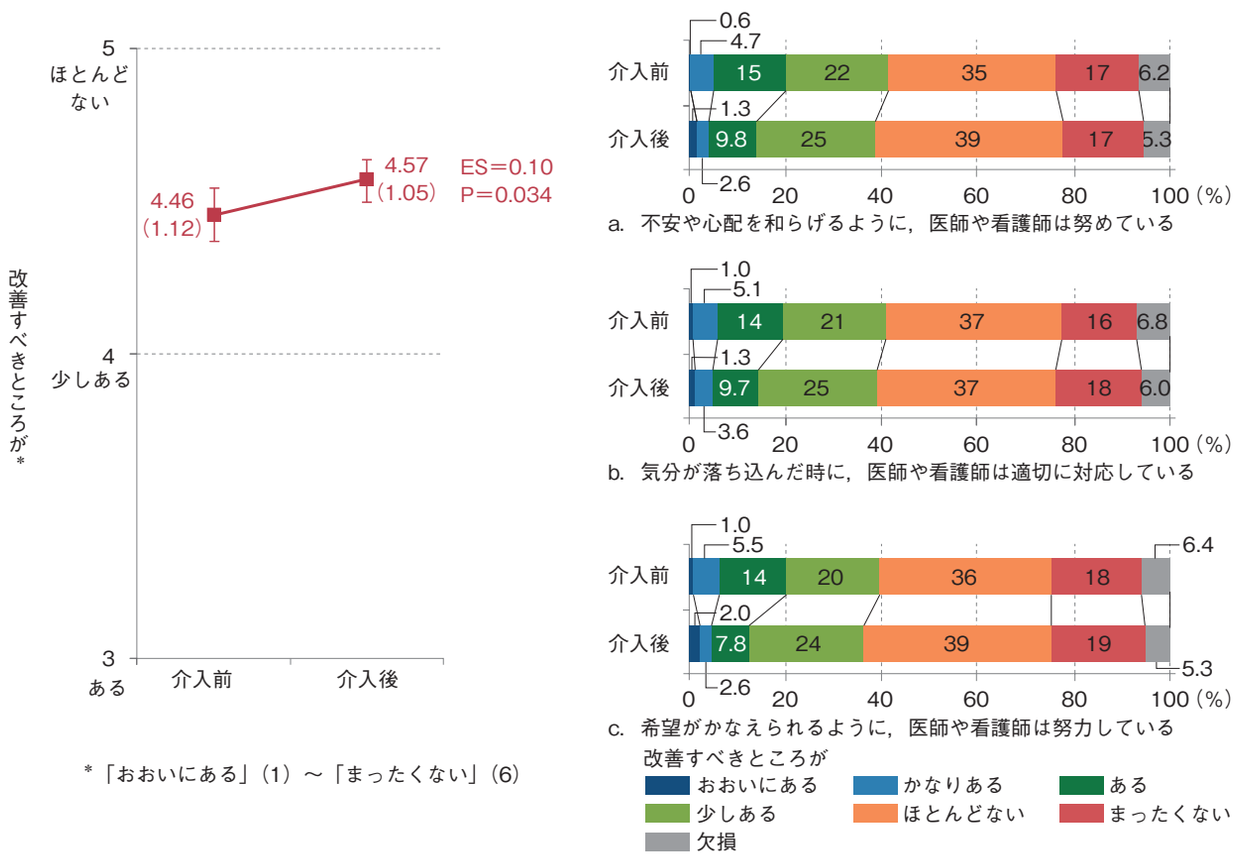


図 53　緩和ケアの質評価（3）―精神的なケア

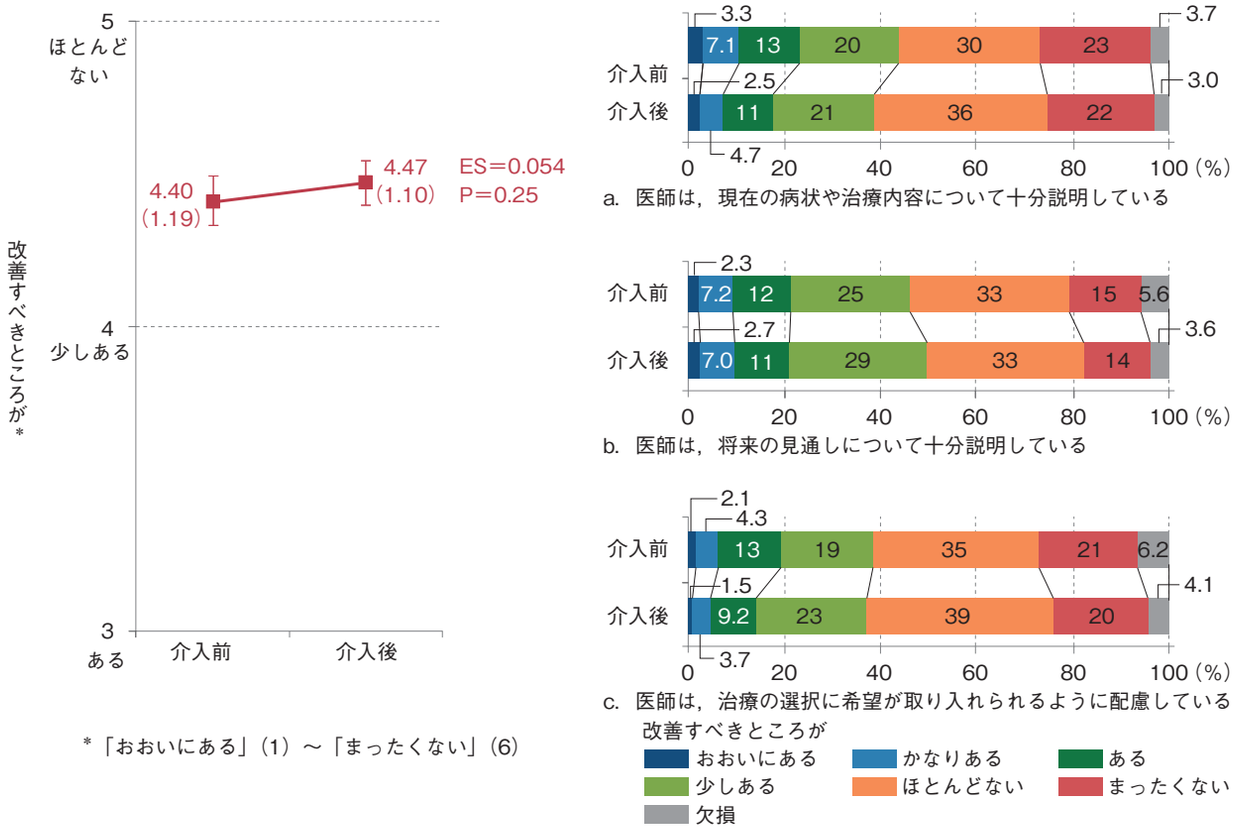


図 54　緩和ケアの質評価（4）―医師からの患者への説明

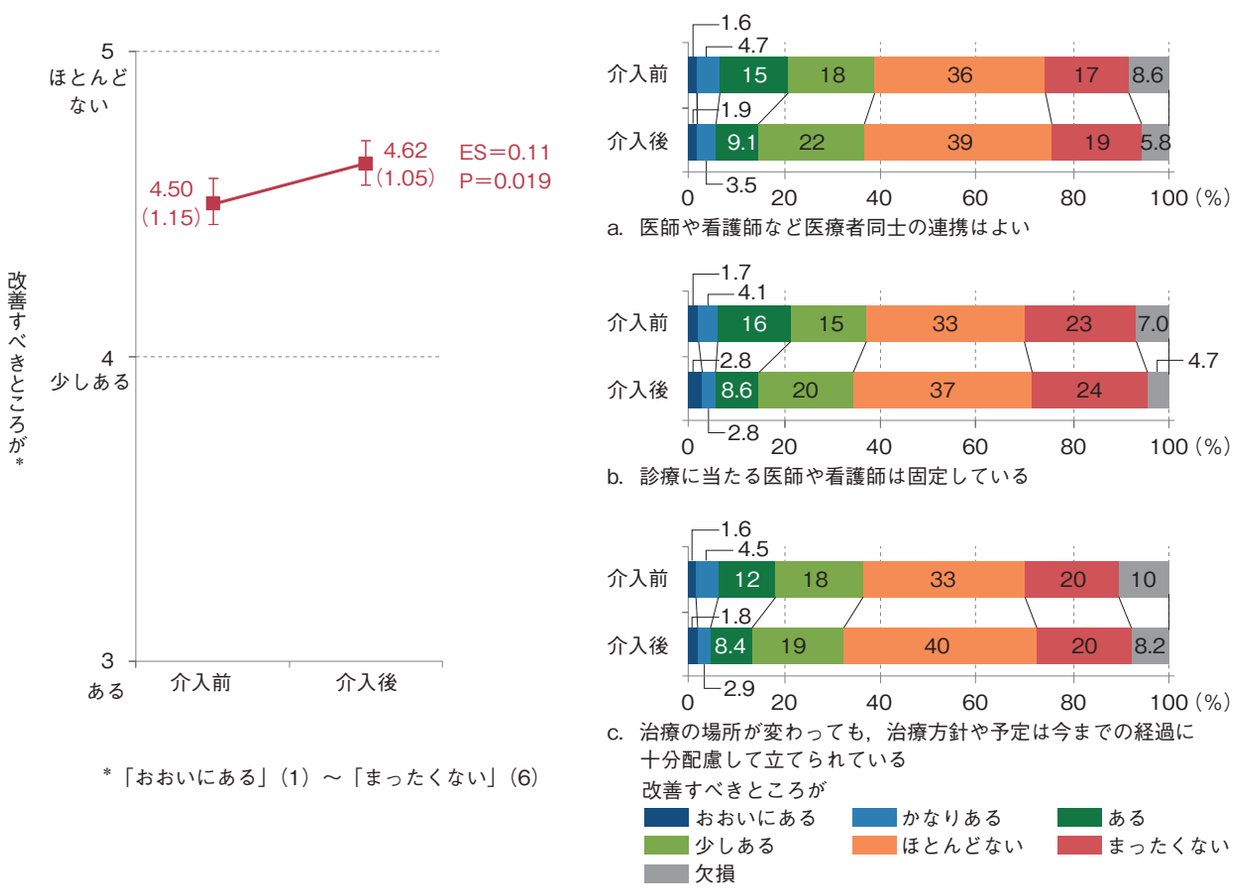


図 55　緩和ケアの質評価（5）―連携と継続性

表 37　改善の必要が「おおいにある」「かなりある」「ある」と回答した患者の介入前後での推移

	介入前 (n=859)	介入後 (n=857)	P
医師は身体の苦痛を和らげるように努めている	23%（198）	15%（132）	<0.001
医師はつらい症状にすみやかに対処している	23%（199）	14%（123）	<0.001
医師は苦痛を和らげるのに必要な知識や技術に熟練している	23%（200）	15%（128）	<0.001
看護師はつらい症状への対応の希望にすみやかに対応している	20%（171）	14%（119）	0.001
看護師は苦痛を和らげるのに必要な知識や技術に熟練している	20%（171）	14%（117）	<0.001
看護師は毎日の生活がなるべく快適になるように努めている	20%（171）	14%（120）	0.001
不安や心配を和らげるように，医師や看護師は努めている	20%（171）	14%（121）	0.001
気分が落ち込んだ時に，医師や看護師は適切に対応している	20%（169）	15%（125）	0.004
希望がかなえられるように，医師や看護師は努力している	20%（172）	12%（106）	<0.001
医師は，現在の病状や治療内容について十分説明している	23%（198）	18%（151）	0.004
医師は，将来の見通しについて十分説明している	22%（186）	21%（181）	0.62
医師は，治療の選択に希望が取り入れられるように配慮している	20%（168）	14%（124）	0.002
医師や看護師など医療者同士の連携は良い	21%（179）	14%（124）	<0.001
診療に当たる医師や看護師は固定している	22%（186）	14%（122）	<0.001
治療の場所が変わっても，治療方針や予定は今までの経過に十分配慮して立てられている	18%（157）	13%（112）	0.001

見通しについて十分説明している」を除くすべての項目で有意に減少した（**表 37**）。たとえば，「医師はつらい症状に速やかに対処している」に対して，改善の必要性が「ある」「かなりある」「おおいにある」としたものは介入前調査では 23%であったが介入後調査では 14%であった。「希望がかなえられるように医師や看護師は努力している」に対して，改善の必要性が「ある」「かなりある」「おおいにある」としたものは介入前調査では 20%であったが介入後調査では 12%であった。「医師は治療の選択に希望が取り入れられるように配慮している」に対して，改善の必要性が「ある」「かなりある」「おおいにある」としたものは介入前調査では 20%であったが介入後調査では 14%であった。

2. quality of Life（図 56〜59）

Good Death Inventory で評価した患者の quality of life については，平均値でみると，望んだ場所で過ごせている，楽しみになるようなことがあるの 2 項目で改善する傾向が認められたが有意ではなく，効果量は 0.10 程度であった（P＝0.037, ES＝0.098；P＝0.042, ES＝0.098）。この他の項目，痛みがなく過ごせている，身体の苦痛がなく過ごせている，穏やかな気持ちで過ごせている，医師を信頼している，人に迷惑をかけてつらいと感じることがある，家族や友人と十分に時間を過ごせている，身の回りのことはたいてい自分でできる，落ちついた環境で過ごせている，人として大切にされていると感じる，充実した人生だと感じているでは前後で変化はなかった。

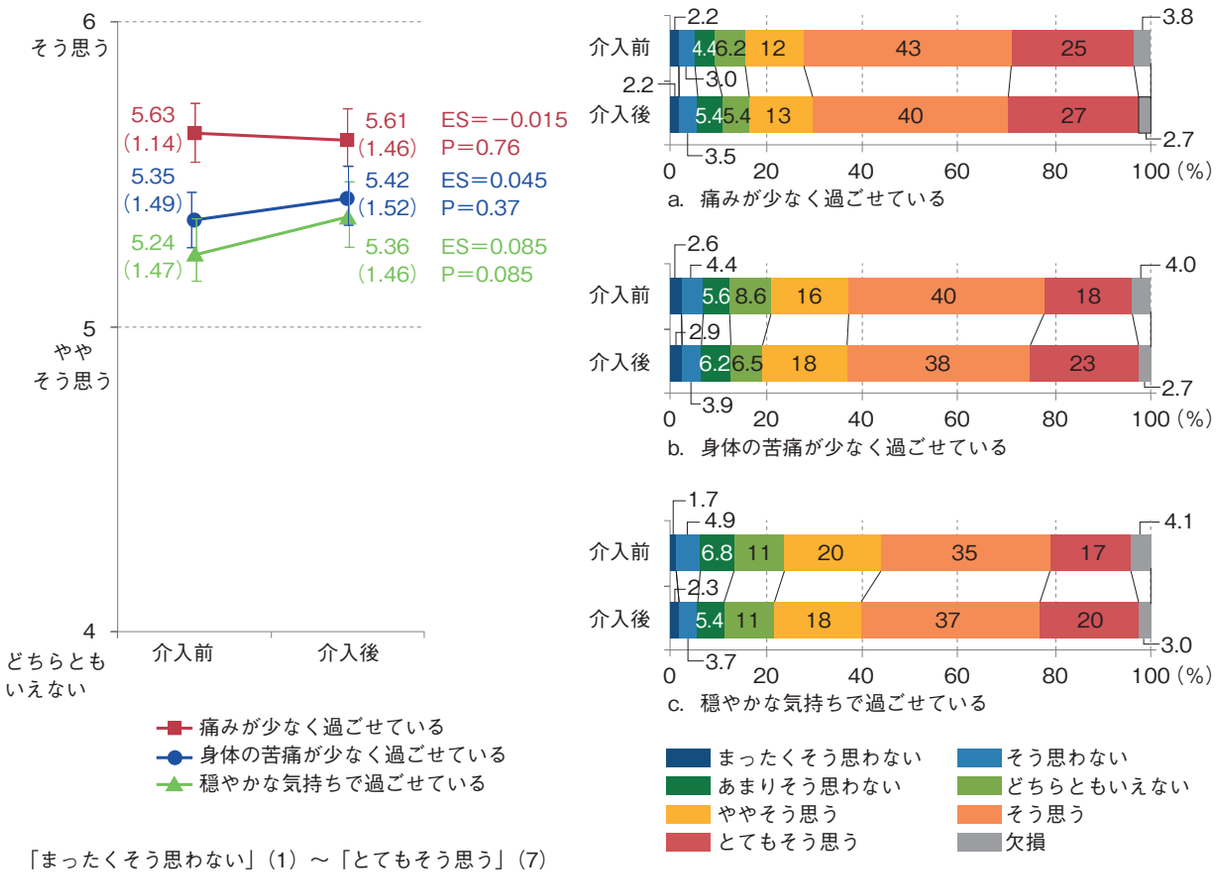
頻度でみると，「人に迷惑をかけてつらいと感じることがある」に対して「そう思う」「とてもそう思う」と回答した患者は，介入前では 30%，介入後では 28%であった。それ以外の項目（痛みが少なく過ごせている，穏やかな気持ちで過ごせているなど）に「まったくそう思わない」「そう思わない」と回答した患者の頻度は 10%以下であった。

3. 満足度

満足度の平均得点は介入前後で有意な変化を認めなかったが，平均値は 4.53（4：やや満足，5：満足）と比較的高かった（**図 60**）。頻度でみると，「非常に満足」「満足」の患者が約 60%，「やや満足」を含めると 87%であった。

4. 痛み

痛みについては，最も強い痛み，平均的な痛み，最も弱い痛みの平均値はいずれも，介入前後で変化を認めなかった（**図 61**）。最も強い痛みの平均値は 11 段



「まったくそう思わない」(1) ～「とてもそう思う」(7)

図 56　quality of life (1)

階で 1.92 と低かった。頻度では，約 60％の患者に「最も強い痛み」で 1 以上の痛みが認められた。介入後で，最も強い痛み，平均的な痛み，最も弱い痛みとも，約 40％が軽度の痛み，5.3～13％が中程度の痛み，1.0～7.4％が高度の痛みであった。

5. 緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由

(図 62)

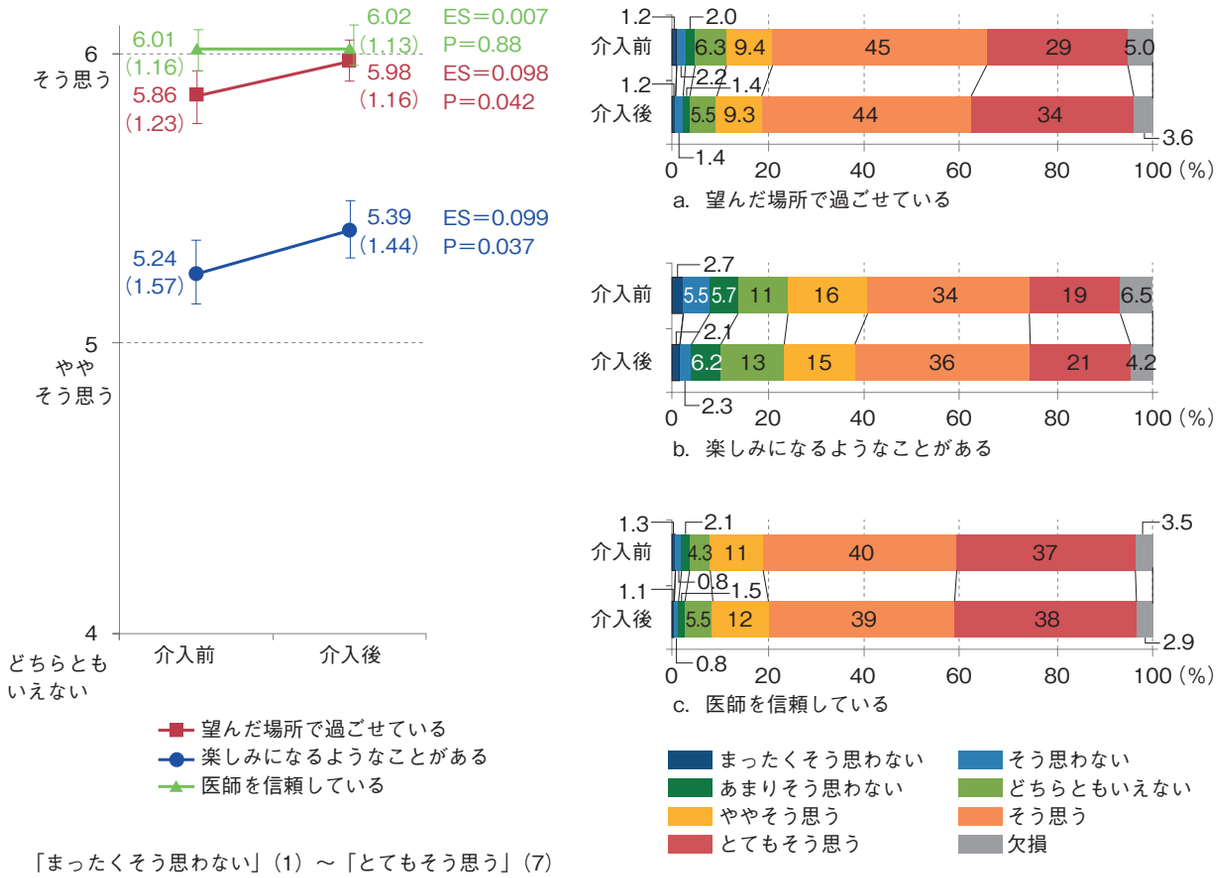
「医師は身体の苦痛を和らげるのに努めている」に対して，改善の必要が「ある」「かなりある」「おおいにある」と回答した患者は 132 名（全患者の 15％）であった。そのうち 62 名が 1 つ以上の理由を挙げた（理由が無回答の患者が多かったのは回答用紙が複雑であったためと考えられる）。理由を挙げた患者のうち多かった理由は，「医師は対処しているが，苦痛がとれない」65％，「診察回数が少ない，毎回の診察に十分な時間がない」29％であった。「医師から苦痛について質問されないので，伝える機会がない」「苦痛を医師に伝えてもほとんど対処してもらえない」など医師が対応していないことを理由として挙げた患者は 10％以下であった。

6. 専門緩和ケアサービスを利用しない理由

(図 63)

「身体の苦痛が少なく過ごせている」に「あまりそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」と回答した患者は 111 名（全患者の 11％）であった。そのうち 20 名（18％）がすでに専門緩和ケアサービスを受けており，57 名（51％）は受けていないと回答した。残る 34 名（31％）は「分からない」と回答した。専門緩和ケアサービスを利用していない患者の理由として，「仕事や睡眠など生活に大きく支障をきたすほどではないから」が最も多く（40％），次に，「主治医や看護師から相談・受診を勧められていないから」「どうやって相談・受診すればいいかが分からないから」がいずれも 33％であった。また，「しばらくすると治まると説明されている症状だから（食欲不振など）」が 25％であった。

専門緩和ケアサービスのニードは 6.1％（95％信頼区間，5, 8；52/857），専門緩和ケアサービスの満た



「まったくそう思わない」(1) ～「とてもそう思う」(7)

図 57　quality of life（2）

されていないニードは 3.7％（95％信頼区間，3, 5；32/857）であった。

7. 痛みの治療の希望と治療を受けていない理由（図 64）

痛みの治療を今より希望する患者の頻度は，軽度の痛みでは 22％であったが，中程度の痛みでは 30％，高度の痛みでは 49％であった。すべての患者に占める「今より痛みの治療を希望する患者」は 15.6％（95％信頼区間，13, 18％；134/857）であった。

痛みの治療を希望しない理由は，痛みが軽度な患者では，「仕事や睡眠など生活に大きく支障をきたすほどではないから」が最も多く（77％），（鎮痛剤にかかわらず）「もともと薬はなるべく飲みたくないから」が 32％であった。「病気になる前からもともとある痛みだから」「今の薬で不都合な消化器症状があるから」がそれぞれ 15％前後であった。

一方，痛みが高度な患者では，理由は多様であった。「『依存症』になることが心配だから」が最も多く（64％），次に，「今の薬で不都合な精神症状があるから」（29％），「もともと薬はなるべく飲みたくないから」（29％）「仕事や睡眠など生活に大きく支障をきたすほどではないから」（29％）であった。「病気になる前からもともとある痛みだから」「今の薬で不都合な消化器症状があるから」「病気が進行しているように感じるから」も 14～21％で認められた。

8. 緩和ケアの質評価，quality of life，満足度，痛みの程度の相関

アウトカム間の相関をみたところ，緩和ケアの質評価と満足度で比較的高い相関が認められたが（ρ = 0.66），それ以外の評価項目では絶対値で 0.23～0.47 の中程度の相関であった（図 65）。

痛みとアウトカムの相関では，最も強い痛み，平均的な痛み，最も弱い痛みのいずれも同じ傾向を示した。痛みの強さとの相関係数は，絶対値で，緩和ケアの質評価とは 0.23～0.25，quality of life は 0.41～0.47，満足度は 0.20～0.25 であった（表 38）。

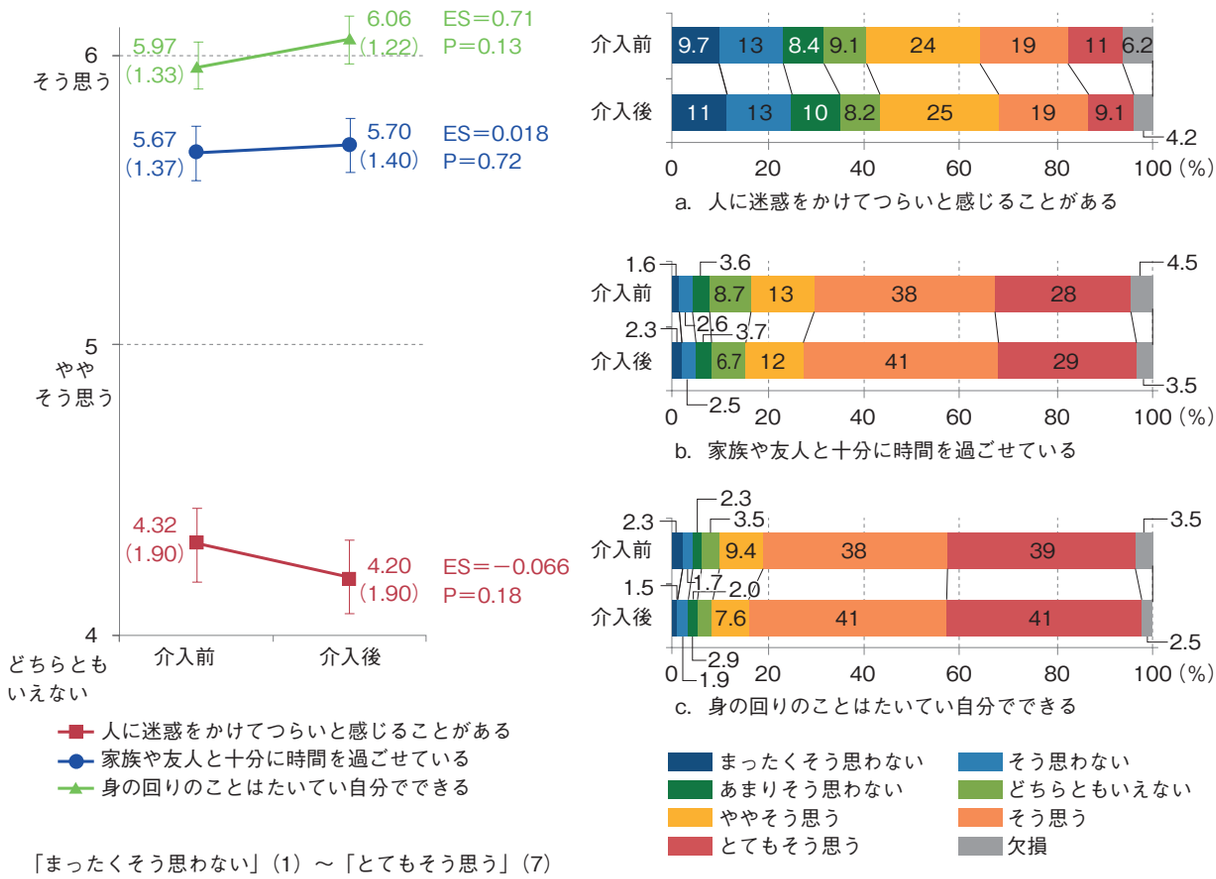


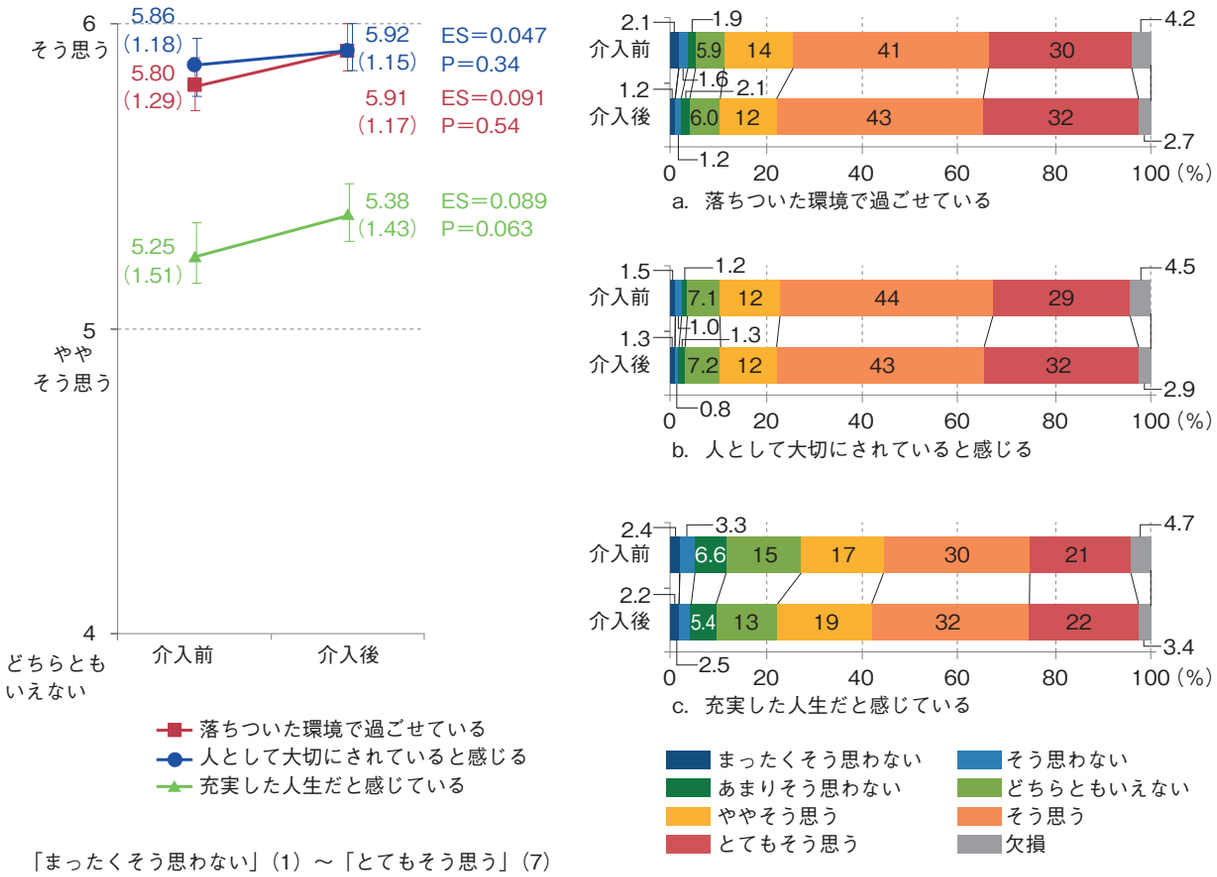
図 58　quality of life（3）

考　察

介入前後での患者の緩和ケアの質評価，quality of life，満足度，痛みでは，大きな変化はみられなかったが，これは，今回の調査対象となった外来患者ではもともと緩和ケアの質評価，quality of life，満足度とも高く，痛みは低かったことも原因として考えられる。一方，平均得点では前後で大きな変化を認めなかったものの，緩和ケアの質評価のほとんどの項目で改善の必要性が「大いにある」「かなりある」「ある」とした患者の頻度は減少していた。以上の知見は，緩和ケアの質の評価に「ある程度満足していた患者がより一層満足するようになる」変化は生じなかったが，「不満足であった患者はある程度満足するようになった」（平たく言えば，「底上げされた」）可能性を示唆しているのかもしれない。対照群がないのでこれらの変化を全国的な変化の傾向であるのか介入の効果であるのかを結論することはできないが，対象地域において，外来患者の緩和ケアに関するアウトカムは，比較的良好で改善傾向にあると考えられた。

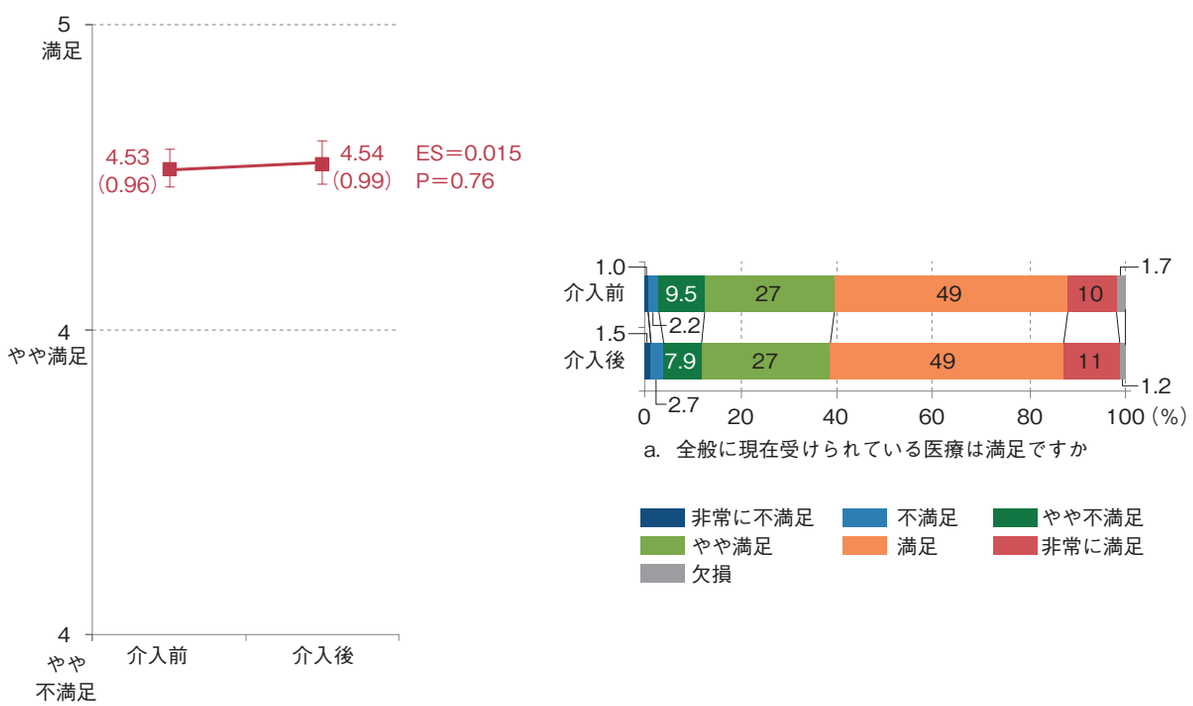
患者からみた緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由は，「医師は対処しているが苦痛がとりきれない」「診察に十分な時間がない」が主であった。すなわち，医師は患者の苦痛に心掛けて対応しているが，実際に苦痛が緩和されないか，または，診察に十分な時間がないことが示唆された。対応としては，十分な診察時間の確保，担当医師が苦痛緩和できなかった場合の専門緩和ケアサービスへのアクセスの保証，外来患者で頻度が高いにもかかわらず現在の手段では十分に緩和されないことが分かっている苦痛（倦怠感，食思不振，神経障害性疼痛など）に対する新しい緩和治療の開発がある。

専門緩和ケアサービスを利用しない理由は，「生活に支障をきたすほどではない」「受診を勧められていない・受診方法が分からない」「しばらくすると治まると説明された」であった。「生活に支障をきたすほどではない」ことは対象となった患者が比較的全身状態がよく症状の少ない患者であったことを反映していると考えられる。「しばらくすると治まると説明された」についても，対象の半数が抗がん治療を受けてい



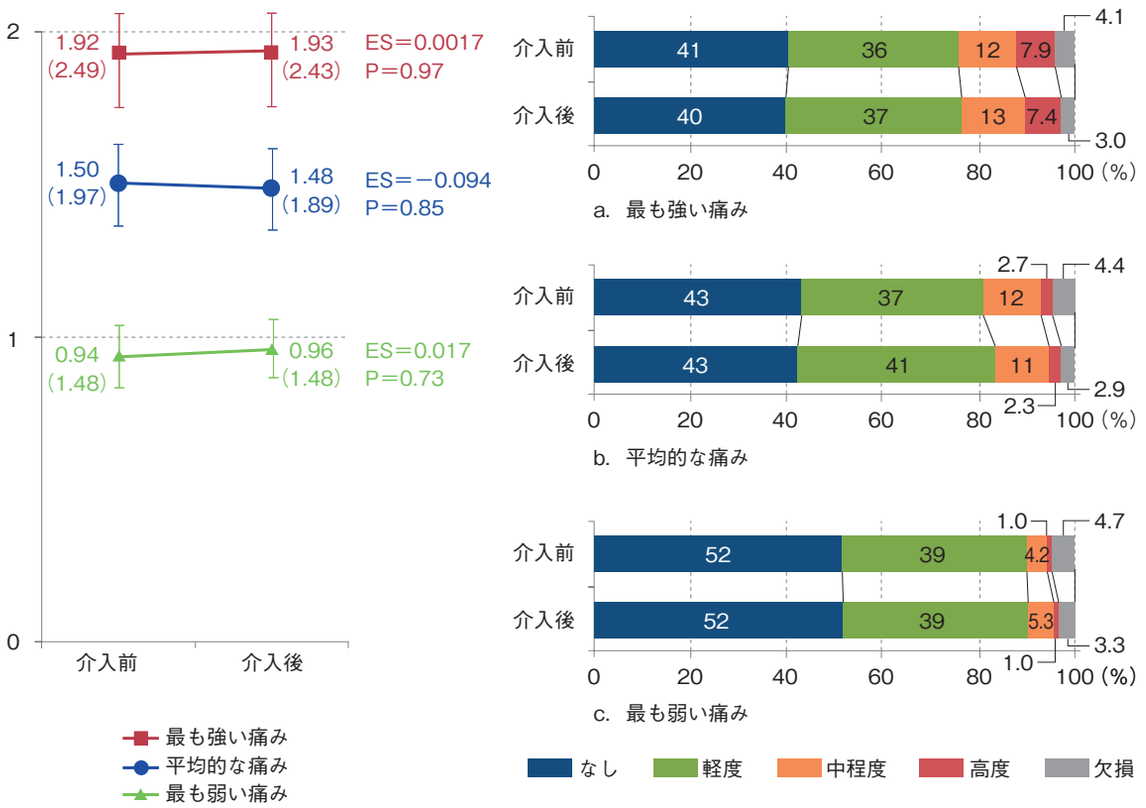
「まったくそう思わない」（1）～「とてもそう思う」（7）

図 59　quality of life（4）



「非常に不満足」（1）～「非常に満足」（6）

図 60　満足度



「痛くない」(1) ～「これ以上の痛みは考えられない」(10)

図 61　痛み

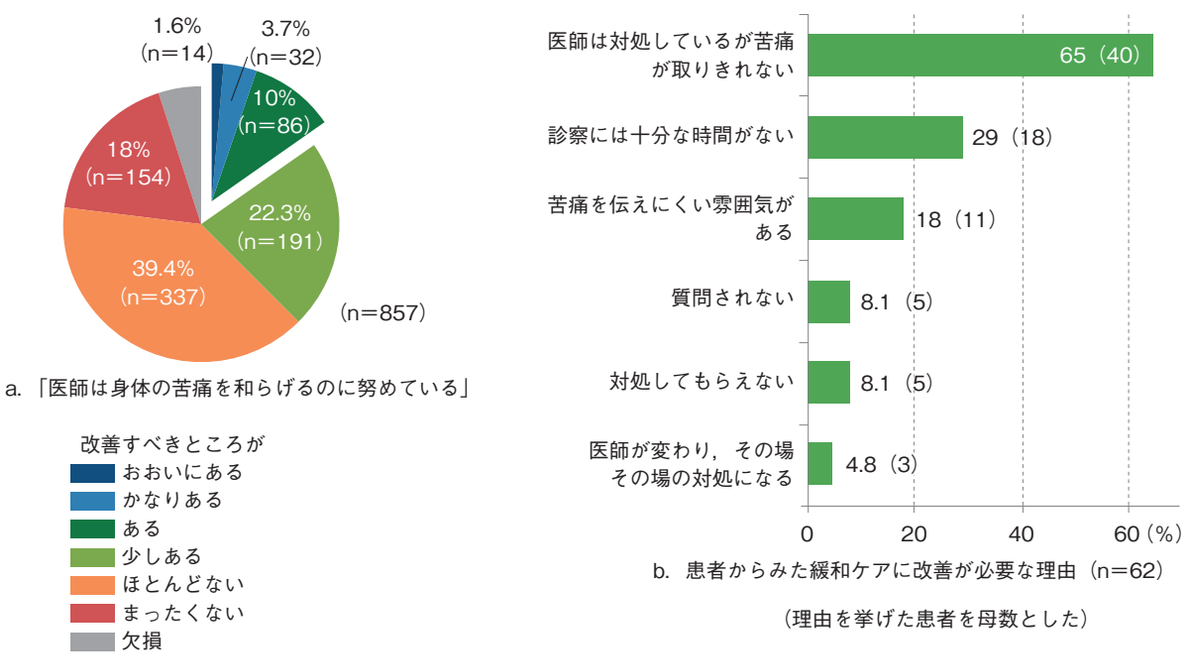
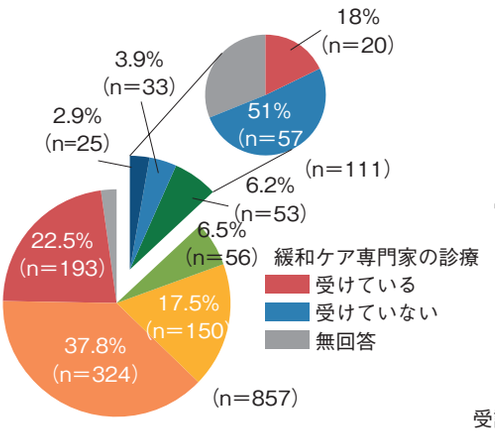
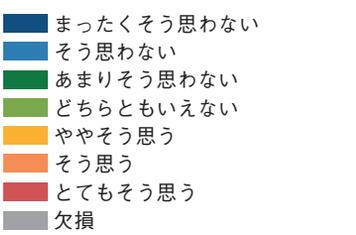
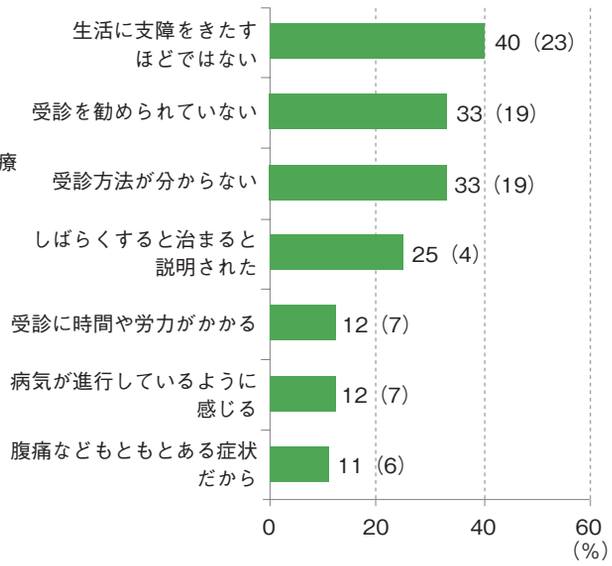


図 62　緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由



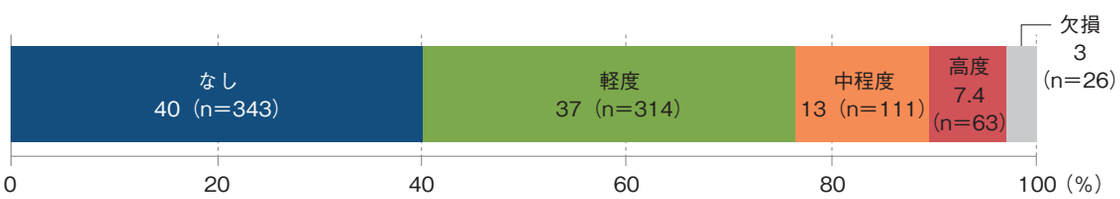
a.「身体の苦痛が少なく過ごせている」



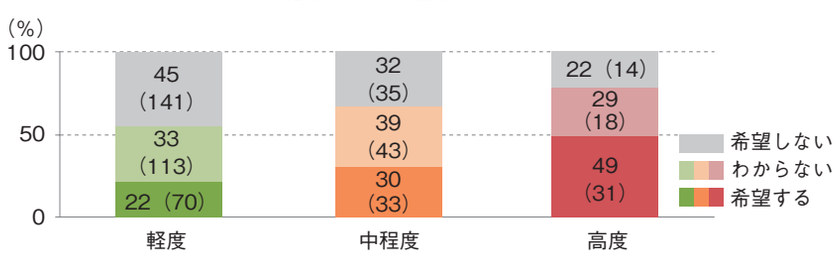


b. 患者からみた緩和ケアを利用しなかった理由（n=57）

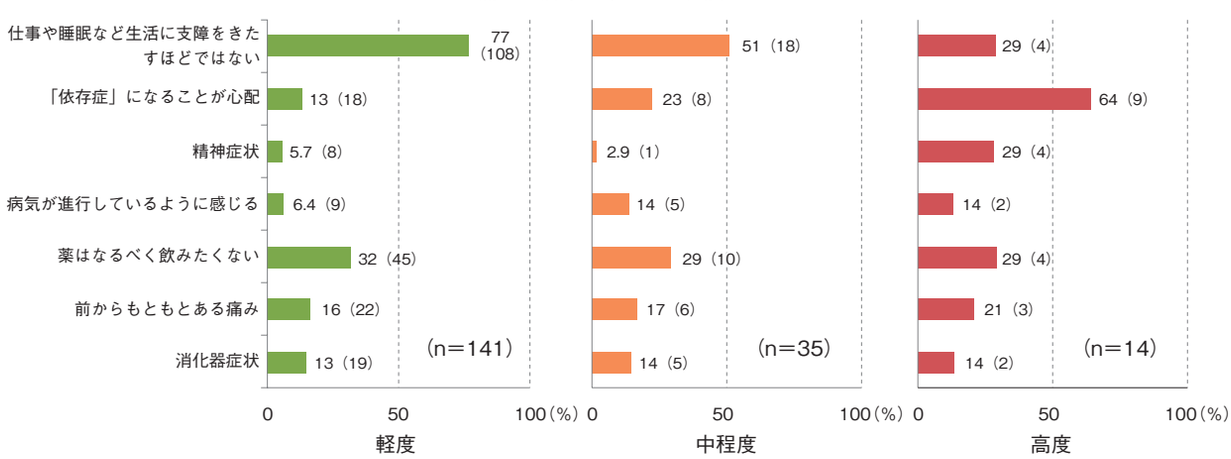
図 63　専門緩和ケアサービスを利用しない理由



a. 外来患者の痛みの程度（n=857）

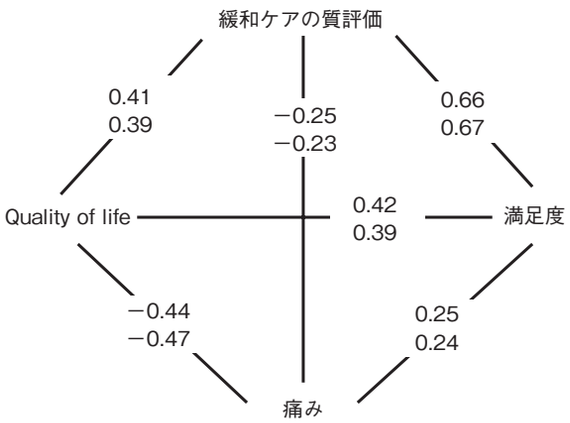


b. 痛みの治療を希望する程度



c. 痛みの治療を希望しない理由

図 64　外来がん患者の痛みの治療



上段に介入前調査，下段に介入後調査の相関関係（Spearman の ρ）を示す

図 65　アウトカム間の相関

表 38　痛みとアウトカムの相関

	緩和ケアの質評価	quality of life	満足度
最も強い痛み	−0.25 −0.23	−0.44 −0.47	−0.25 −0.24
平均的な痛み	−0.25 −0.24	−0.44 −0.47	−0.23 −0.25
最も弱い痛み	−0.24 −0.23	−0.41 −0.44	−0.20 −0.21

上段に介入前調査，下段に介入後調査の相関係数（Spearman の ρ）を示す。

る患者から考えて，抗がん治療に伴う一過性の食思不振，嘔気嘔吐，倦怠感などをみていると考えられる。「受診を勧められていない・受診方法が分からない」については，患者からどの症状にどのように何が有効であるかを判断するのは難しいと考えられるため，具体的な専門緩和ケアサービスの紹介基準を記載したスクリーニング用紙の利用が選択肢にはなるだろう。専門家への紹介については，あいまいな基準ではなく，具体的で明確な基準が紹介率を高めることが示されている。したがって，たとえば，国内ですでに数施設で運用され実施可能性と有用性が示唆されている『生活のしやすさに関する質問票』や『心とつらさの寒暖計（Distress Impact Thermometer：DIT）』に，「具体的にどのようになったらどこに相談したらいいのか」を明記した簡便な質問紙を利用することは，「専門緩和ケアサービスに紹介されれば苦痛が軽減する患者」を減らすことに貢献すると考えられる。一方，本研究から試算した外来患者の専門緩和ケアサービスのニードは 6.1%，満たされていないニードは 3.7%と高くなかった。これは，本研究の対象地域において，「緩和ケアの専門家からの支援が難しい」と回答した病院医師が介入前の 14%から 7.0%まで低下したことから，介入地域ではネットワーキングや意識の向上が進んだ結果としてスクリーニングを行わなくても，ある程度の専門緩和ケアサービスは提供されたことを反映しているのかもしれない。

痛みの治療を希望する患者は外来患者の約 15%と見積もられ，さらなる痛みの治療が求められていると考えられた。痛みの治療を受けていない理由は，痛みの強さによって異なっていた。痛みが軽度の患者で「仕事や睡眠など生活に支障をきたすほどではない」が多かったのは理解しうる結果であり，痛みの強さそのもの（pain intensity）ではなく，痛みの患者の影響（interfere with daily life）を評価することの重要性を示唆するものである。痛みが高度の患者では，「『依存症』になることが心配」，すでにある「精神症状（眠気，集中力の低下など）」が主たる理由として挙げられたが，理由は多岐にわたっていた。痛みが強いにもかかわらず痛みに対する治療を（より効果が見込めるにもかかわらず）希望していない患者に対しては，精神依存に対する不安，すでに存在する精神症状の最小化を含む個別的な専門的なアプローチが必要であることが確認された。また，痛みの強さにかかわらず，「薬はなるべく飲みたくない」が約 30%の患者で

理由として挙げられ，鎮痛薬に限らず「薬以外の方法で対応したい」という患者の全般的な嗜好もあると考えられるため，非薬物的鎮痛手段（精神療法，リラクゼーション，理学療法的な生活支援，神経ブロックなど）も外来患者の痛みの治療では選択肢として含められることが望ましいことが示唆された。

以上より，介入前後で外来患者の緩和ケアの質評価，quality of life，満足度，痛みは平均値では大きな変化がみられなかったが，絶対値が比較的良く，緩和ケアに改善が必要であるとした患者の割合が有意に減ったことから改善傾向にあると考えられた。

研究の結果から得られる全国的な施策への示唆として，OPTIM プロジェクトと同様なネットワーキングと基礎的教育を継続して「底上げ」を行いながら，同時に，一般的な対応では苦痛緩和が得られない課題に対して取り組む体制を整備することが必要である。そのためには，緩和ケア専門家がすべての緩和ケアの対象患者に対応するのではなく，まず主治医が一般的な緩和ケアを提供し，より複雑な問題や緩和困難な苦痛をかかえた患者に専門緩和ケアサービスが時間をかけて対応する役割分担を行うべきであろう。

まとめ

OPTIM プロジェクトは，外来患者の緩和ケアの質の「底上げ」による改善に貢献した可能性がある。ネットワーキングと基礎的教育からなるプログラムを行うことに意義がある。

一般的な診療での緩和ケアの改善には，①十分な診察時間の確保，②担当医師が苦痛緩和できなかった場合の専門緩和ケアサービスへのアクセスの保証，が必要である。

より複雑な緩和ケアの問題の改善には，①頻度が高いが十分に緩和されない苦痛に対する新しい緩和治療の開発，②（費用対効果が許容されるならば）生活のしやすさに関する質問票などに具体的な紹介基準を明記した質問紙の利用，③患者個々の状況に応じたコーチング・心理的サポート・非薬物療法を含む鎮痛治療を行える専門緩和ケアサービスの量的・質的確保，が必要である。

E. 遺族からみた緩和ケアの質評価・quality of life・満足度・介護負担・自宅療養期間の変化

東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野
宮下 光令

目　的

本研究の主目的は，介入地域の死亡患者の遺族による代理評価をもとに，①緩和ケアの質評価の各ドメイン（医師による苦痛緩和，看護師による苦痛緩和，精神的ケア，医師からの患者への説明，医師からの家族への説明，家族ケア，連携と継続性）の介入前後での変化を明らかにすること，②患者の quality of life の変化を明らかにすること，③全般満足度の変化を明らかにすること，④介護負担の変化を明らかにすること，⑤自宅療養期間の変化を明らかにすること，である。副次的目的として，⑥遺族が緩和ケアの質に改善が必要だったとした理由，⑦苦痛があるにもかかわらず専門緩和ケアサービスを利用しなかった理由，⑧患者が希望した場所で死亡することができなかった理由，および，⑨緩和ケアの質評価，quality of life，満足度，介護負担の相関を明らかにすること，である。

調査項目

主な調査項目は対象・方法に記載した。遺族が緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由，苦痛があるにもかかわらず専門緩和ケアサービスを利用していない理由については，患者調査と同じ質問を用いた。

患者が希望した場所で死亡することができなかった理由については，「望んだ場所で最期を迎えられた」に対して「あまりそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」と回答した遺族に対して，患者が希望していた場所を「ホスピス・緩和ケア病棟」「自宅」「病院」「その他」から選択を求めた。次に，「自宅」を希望していたと回答した遺族に対して，その理由を，「医師から自宅で過ごせることの説明を聞かなかった」「こんなに早く悪くなると思っていなかったので相談や準備をしていなかった」「よくなると信じていた・精神的につらかったので相談や準備をしていなかった」「痛みや呼吸困難などの身体の苦痛が取れなかった」「在宅でみてくれる診療所の医師や看護師がみつからなかった」「症状は落ち着いていたが，自宅で介護（生活）をすることが大変になった」「急な変化があった時や夜間の対応が心配だった」から選択を求めた。

解　析

介入前後での比較では，前後で死亡場所による回収数が異なっていたため，各尺度得点については人口動態統計による介入地域の死亡場所ごとの死亡者数を重みとして介入前後の重み付き平均を算出して対応がない t 検定で比較した。各項目得点の分布については度数分布を求めた。理由ではそれぞれの度数分布を求めた。緩和ケアの質評価，quality of life，満足度，介護負担の相関は Spearman の相関係数を求めた。

死亡場所ごとに，病院，ホスピス・緩和ケア病棟（以下，緩和ケア病棟），自宅で死亡した患者の遺族の回答の前後での変化をそれぞれ対応がない検定で比較した。さらに，介入前調査，介入後調査それぞれで病院，緩和ケア病棟，自宅間での得点を一元配置分散分析および Tukey–Kramer 法による多重比較で検定した。図示は，年度の比較を主としたもの（横軸が年度であるもの）と，場所の比較を主としたもの（横軸が場所であるもの）の 2 通りを作成した。

専門緩和ケアサービスのニード，満たされていないニードを以下の方法で算出した。すなわち，満たされていないニードを計算するために，まず，「身体の苦痛が少なく過ごせている」に「あまりそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」と回答した遺族からすでに専門緩和ケアサービスを受けていると回答した遺族を除いた。次に，残る遺族のうち「生活に支障をきたすほどではない」「しばらくすると治まると説明された」ことを緩和ケアサービスを受けてい

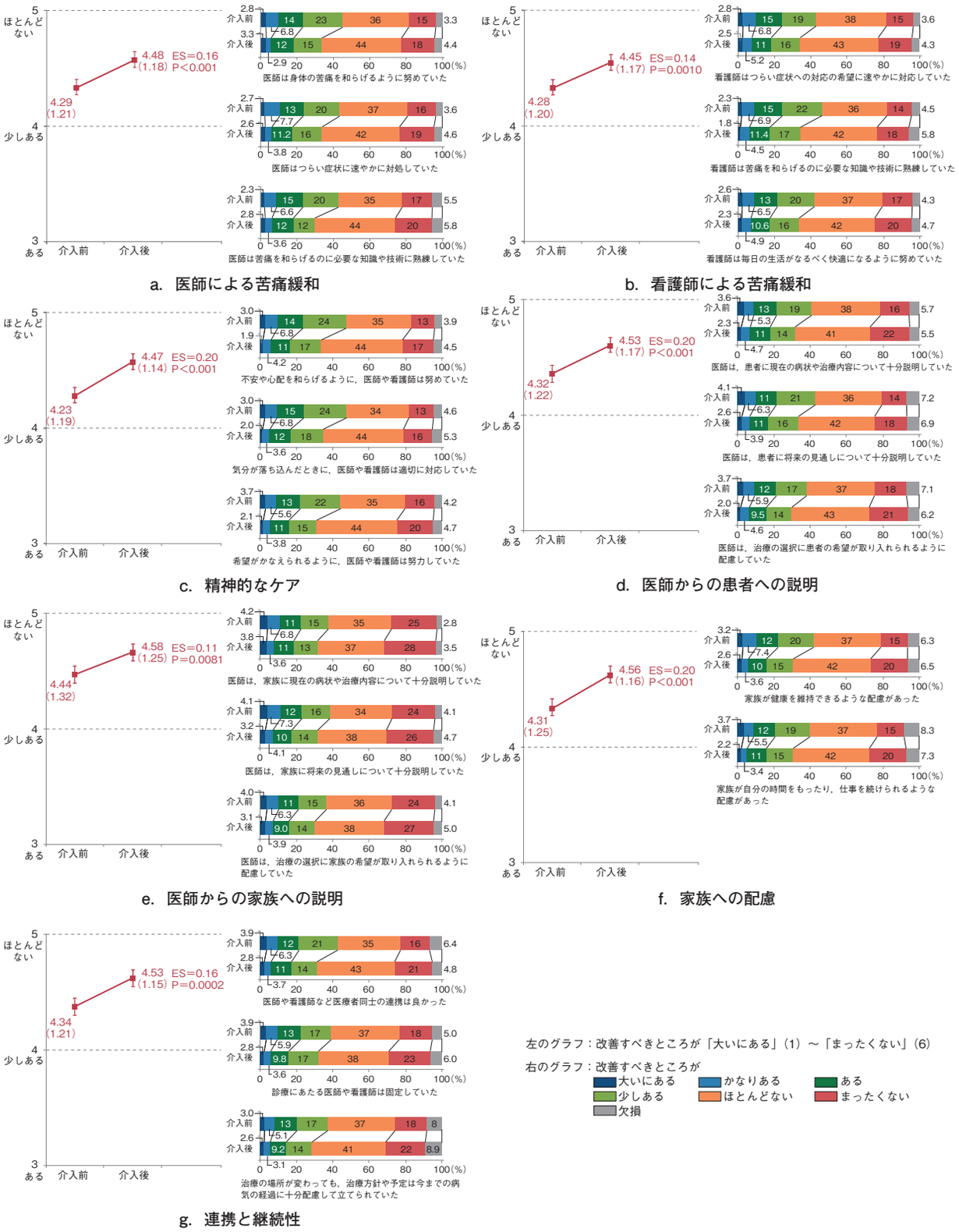
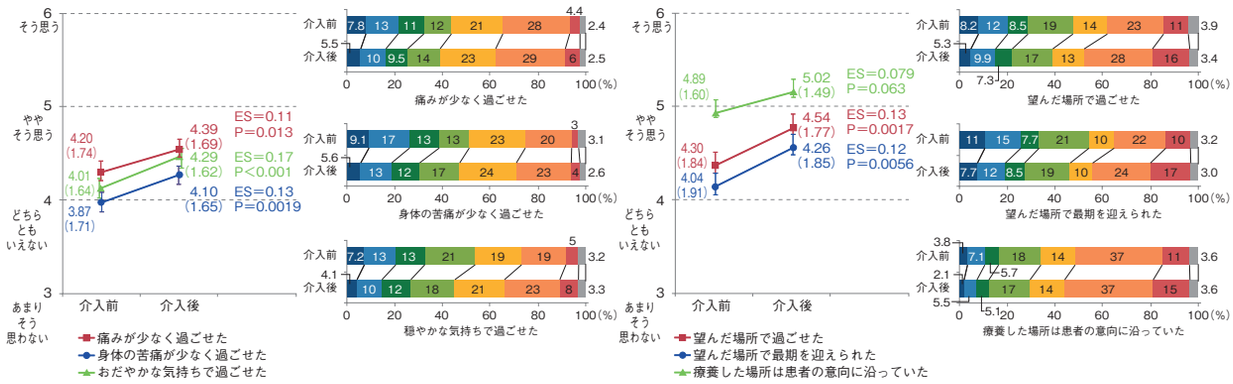
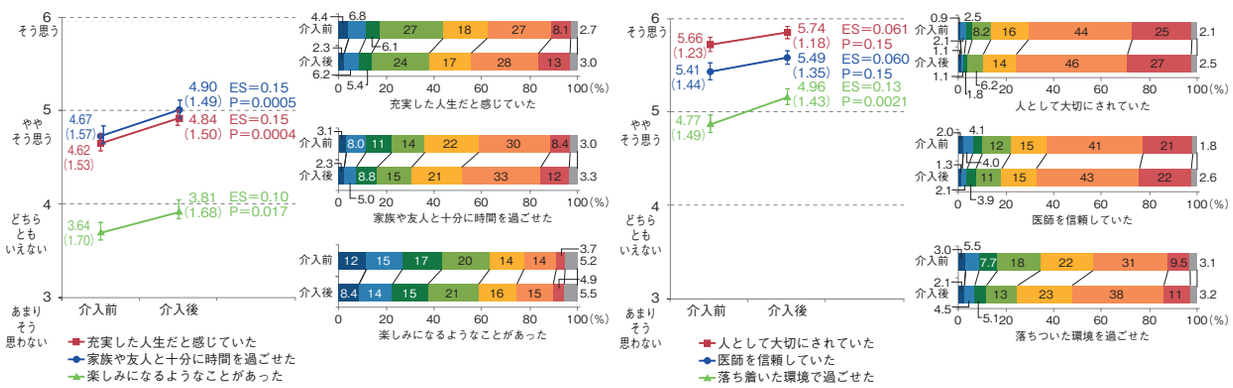


図 66　緩和ケアの質評価

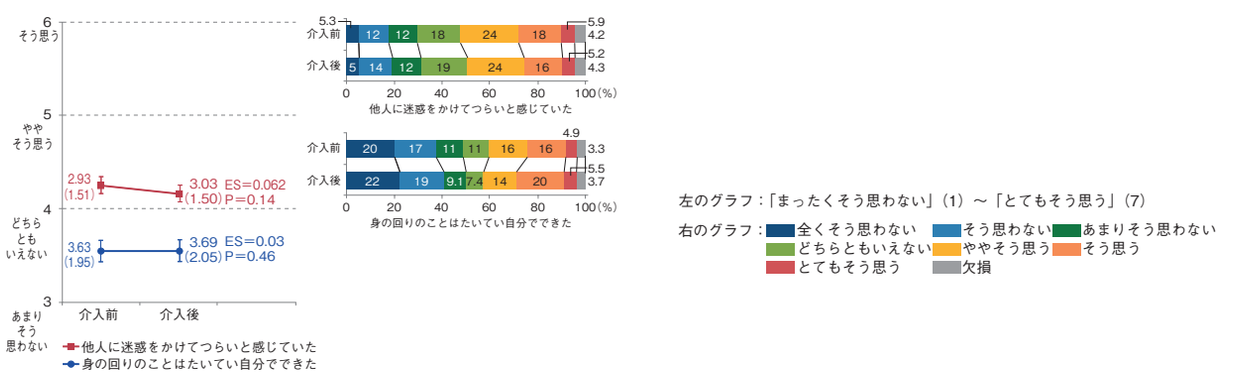
ない理由の割合に相当するものを除いて，残るものを「専門緩和ケアサービスの満たされていないニード」とした。これに，すでに専門緩和ケアサービスを受けている遺族を加えたものを「専門緩和ケアサービスのニード」とした。それぞれ，95％信頼区間を計算した。



a. 苦痛緩和に関する項目　　b. 場所に関する項目



c. 人生の価値や意味に関する項目　　d. 尊厳，医師との関係，環境に関する項目



e. ADL に関する項目

図 67　quality of life

結　果

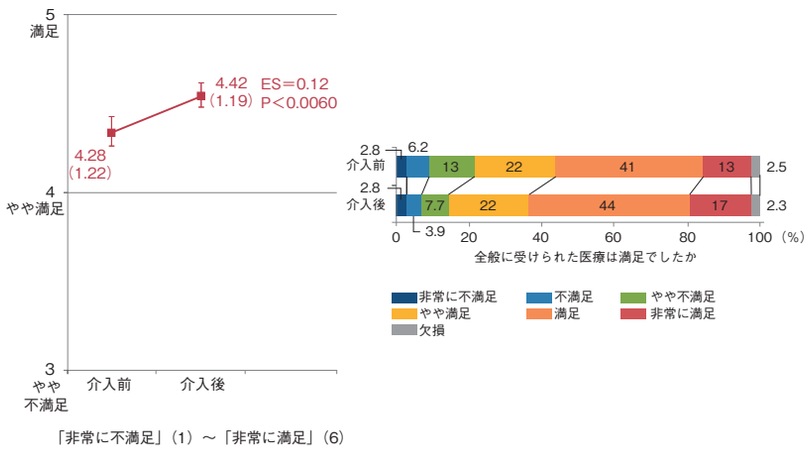
1. 全体での前後の比較

1）緩和ケアの質評価（図 66）

Care Evaluation Scale のドメインごとの分析では，すべてのドメインで緩和ケアの質評価が有意に改善し，効果量は 0.2 前後のものが多かった。

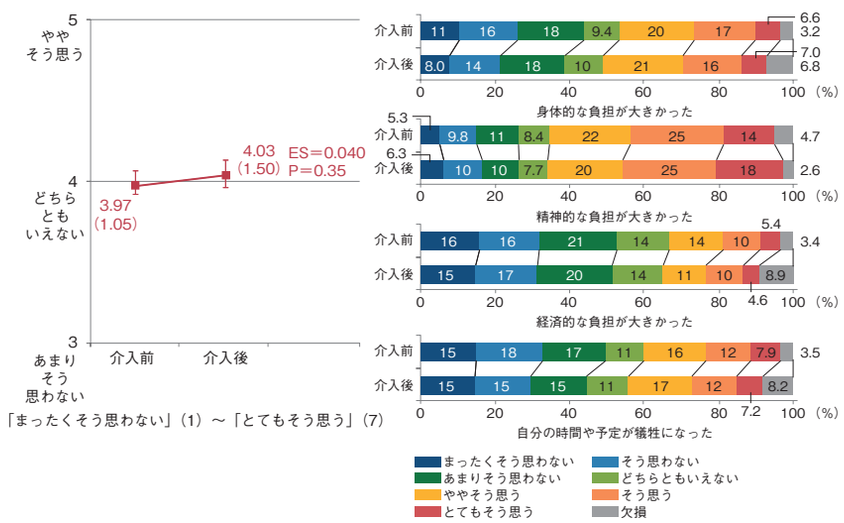
頻度でみると，たとえば，「医師はつらい症状に速やかに対処していた」に対して，改善の必要性が「ほとんどない」「まったくない」としたものは介入前調査の 53％から介入後調査では 61％に増加し，一方，改善の必要性が「ある」「かなりある」「大いにある」としたものは介入前調査の 23％から介入後調査では 18％に減少した。

「希望がかなえられるように医師や看護師は努力していた」に対して，改善の必要性が「ほとんどない」「まったくない」としたものは介入前調査の 51％から介入後調査では 64％に増加し，一方，改善の必要性



「非常に不満足」（1）～「非常に満足」（6）

図 68　満足度



「まったくそう思わない」（1）～「とてもそう思う」（7）

図 69　介護負担

が「ある」「かなりある」「大いにある」としたものは介入前調査の 22％から介入後調査では 17％に減少した。

他の項目についても変化は同様であった。

2）quality of life（図 67）

Good Death Inventory で評価した患者の quality of life の遺族による代理評価については，ADL に関する 2 項目（「他人に迷惑をかけてつらいと感じていた」「身の回りのことはたいてい自分でできた」）では前後で変化がなかった。それ以外のすべての項目で有意な改善が認められ，効果量は 0.2 程度のものが多かった。

頻度では，それぞれ「ややそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した遺族は，「痛みが少なく過ごせた」（53％→ 58％；前→後），「身体の苦痛が少なく過ごせた」（46％→ 51％），「おだやかな気持ちで過ごせた」（43％→ 53％），「望んだ場所で過ごせた」（48％→ 57％），「充実した人生だと感じていた」（53％→ 58％），「家族や友人と十分に時間を過ごせた」（60％→ 65％），「楽しみになるようなことがあった」（32％→ 36％），「人として大事にされていた」（85％→ 87％），「医師を信頼していた」（77％→ 80％），「落ち着いた環境で過ごせた」（63％→ 72％）であった。

3）全般満足度

全般満足度の平均得点は介入前後で平均 4.34 から 4.56（4：やや満足，5 満足）に有意に改善した（**図 68**；ES, 0.18）。頻度でみると，「非常に満足」「満足」の遺族が前調査の 54％から後調査では 61％，「やや満足」を含めると前調査の 76％から後調査では 83％に増加した。

4）介護負担

介護負担は，介入前後で有意な変化を認めなかった（**図 69**）。

頻度では，「身体的な負担が大きかった」（44％→

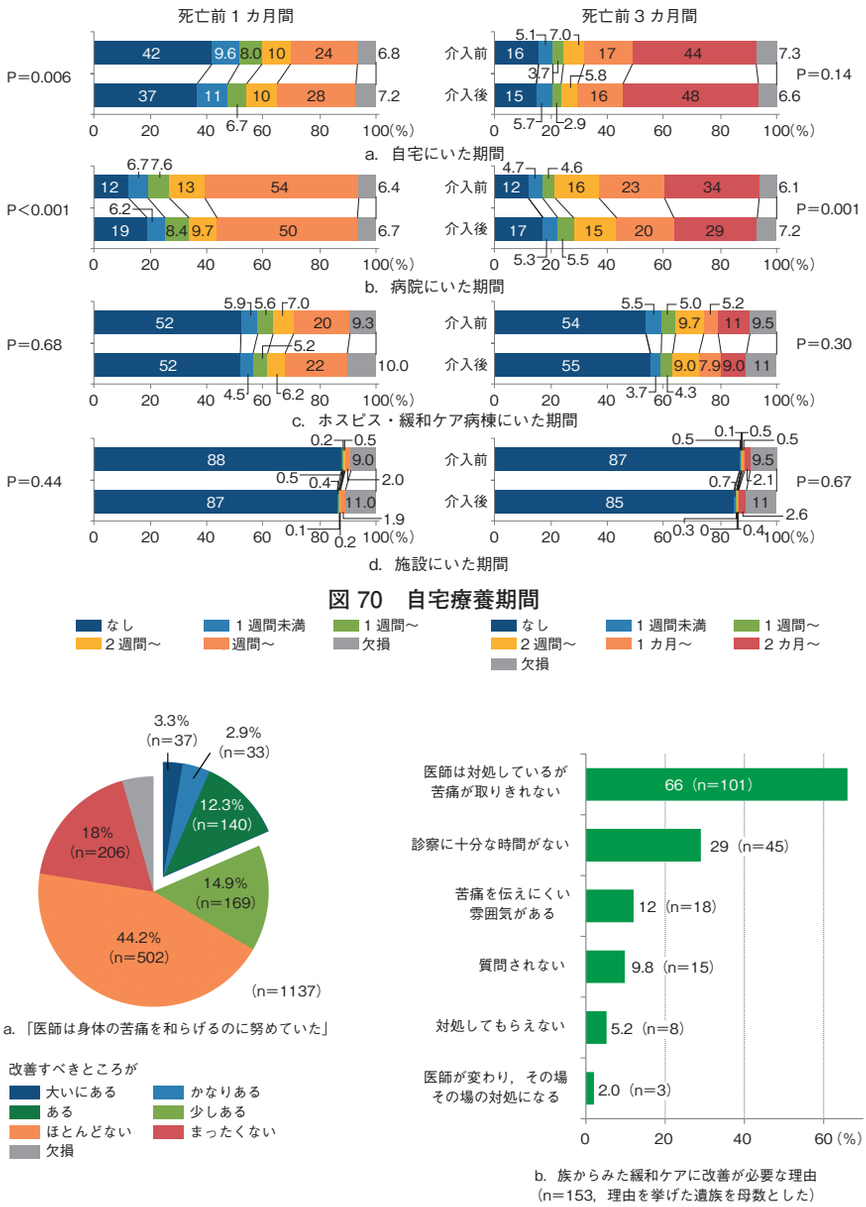


図 70　自宅療養期間

図 71　緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由

44%），「精神的な負担が大きかった」（61%→63%），「経済的な負担が大きかった」（29%→26%），「自分の時間や予定が犠牲になった」（36%→36%）であった。

5）自宅療養期間

回答者全体で，死亡前 1 カ月間に自宅にいた期間が有意に長くなり，死亡前 1 カ月間・3 カ月間で病院にいた期間が有意に短くなった（**図 70**）。しかし，なお，15%の遺族が患者は死亡前 3 カ月間自宅で過ごしたことがなく，37%の遺族が患者は死亡前 1 カ月間自宅で過ごしたことがなかったと回答した。

6）緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由（図 71）

「医師は身体の苦痛を和らげるのに努めていた」に対して，改善の必要が「ある」「かなりある」「大いにある」と回答した遺族は 210 名（全体の 18%）であった。そのうち 153 名が 1 つ以上の理由を挙げた（理由を挙げた患者が少なかったのは回答用紙が複雑であった可能性がある）。理由を挙げた患者のうち，多かった理由は，「医師は対処しているが，苦痛が取れない」66%，「診察回数が少ない，毎回の診察に十分な時間がない」29%であった。「医師から苦痛について質問されないので，伝える機会がない」「苦痛を医師に伝えてもほとんど対処してもらえない」など医師が

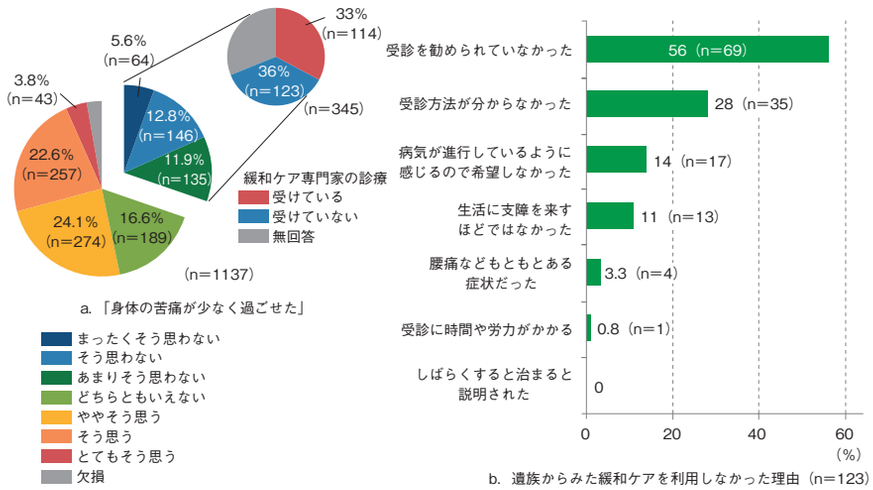


図 72　専門緩和ケアサービスを利用しない理由

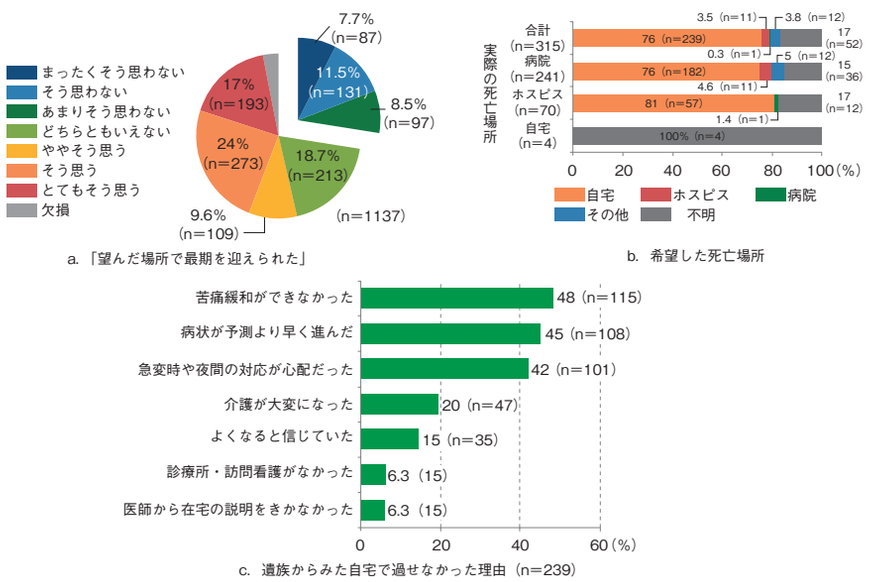


図 73　自宅死亡が達成できなかった理由

対応していないことを理由として挙げた患者は 10%以下であった。

7）専門緩和ケアサービスを利用しない理由（図 72）

「身体の苦痛が少なく過ごせている」に「あまりそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」と回答した遺族は 345 名（全患者の 30%）であった。そのうち 114 名（33%）がすでに専門緩和ケアサービスを受けており，123 名（36%）は受けていないと回答した。残る 108 名（31%）は分からないと回答した。専門緩和ケアサービスを利用していない理由として，「主治医や看護師から相談・受診を勧められていなかったから」が 56%と最も多く，次いで，「どうやって相談・受診すればいいかが分からなかったから」28%，「病気が進行しているように感じるので希望しなかった」14%であった。

専門緩和ケアサービスのニードは 27%（95%信頼区間，25, 30；311/1,137），専門緩和ケアサービスの満たされていないニードは 17%（95%信頼区間，15, 20；197/1,137）であった。

8）患者が希望した場所で死亡することができなかった理由（図 73）

「望んだ場所で最期を迎えられた」に「あまりそう思わない」「そう思わない」「まったくそう思わない」と回答した遺族は 315 名（全患者の 28%）であった。そのうち 241 名が病院で死亡した患者の遺族，70 名が緩和ケア病棟で死亡した患者の遺族であった。「希望していた場所」は，76%が自宅であった。

自宅で過ごせなかった理由として，「痛みや呼吸困

難などの身体の苦痛が取れなかった」48%，「こんなに早く悪くなると思っていなかったので相談や準備をしていなかった」45%，「急な変化があった時や夜間の対応が心配だった」42%が多かった。「症状は落ち着いていたが，自宅で介護（生活）をすることが大変になった」が20%，「よくなると信じていた・精神的につらかったので相談や準備をしていなかった」が15%であった。「在宅でみてくれる診療所の医師や看護師が見つからなかった」「主治医や看護師から相談・受診を勧められていなかったから」は10%以下であった。

9）緩和ケアの質評価，quality of life，満足度，介護負担の相関（図74）

アウトカム間の相関を見たところ，緩和ケアの質評価と満足度で高い相関が（ρ =0.70～72），quality of life と緩和ケアの質評価・全般満足度とで中程度の相関が認められた（ρ =0.40～0.55）。介護負担はいずれのアウトカムとも相関を示さなかった（ρ <0.30）。

2. 死亡場所ごとの解析

1）要　約

病院，緩和ケア病棟，自宅の死亡場所ごとにアウトカムの変化を介入前後で比較し，併せて，介入前・介入後で，病院，緩和ケア病棟，自宅間でアウトカムに差があるかを比較した結果の要約を**図75**に示す。介入前後で，病院と緩和ケア病棟の緩和ケアの質評価，

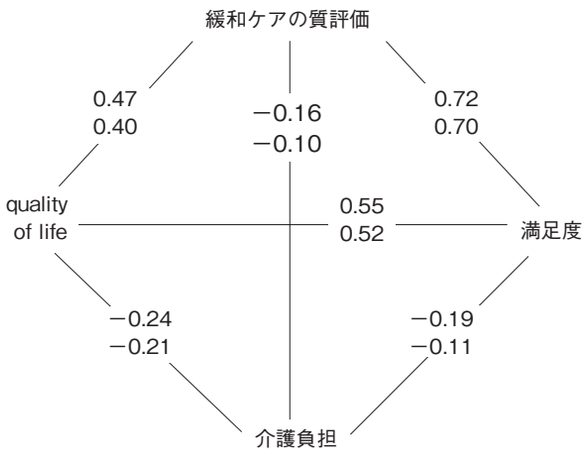


図74　アウトカム間の相関

上段に介入前調査，下段に介入後調査の相関係数（Spearman の P）を示す。

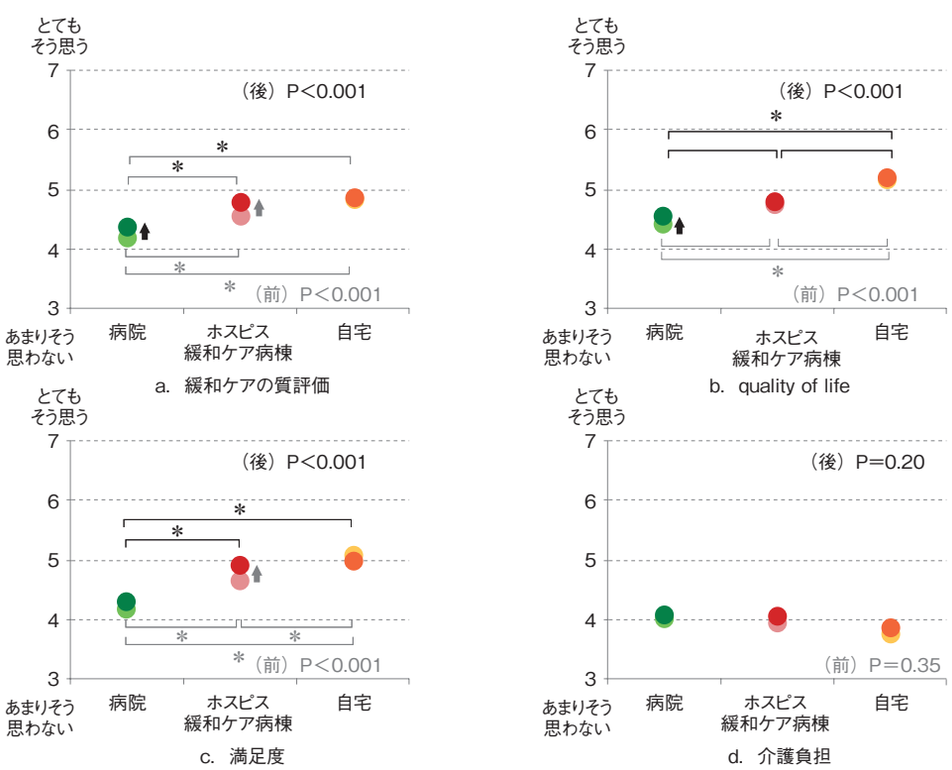


図75　死亡場所別の緩和ケアの質評価，quality of life，満足度，介護負担の変化

病院：n=797,668　ホスピス・緩和ケア病棟：n=236,248　自宅：n=77,221

介入前　介入後

：前後の変化が P<0.01　：前後の変化が P<0.05

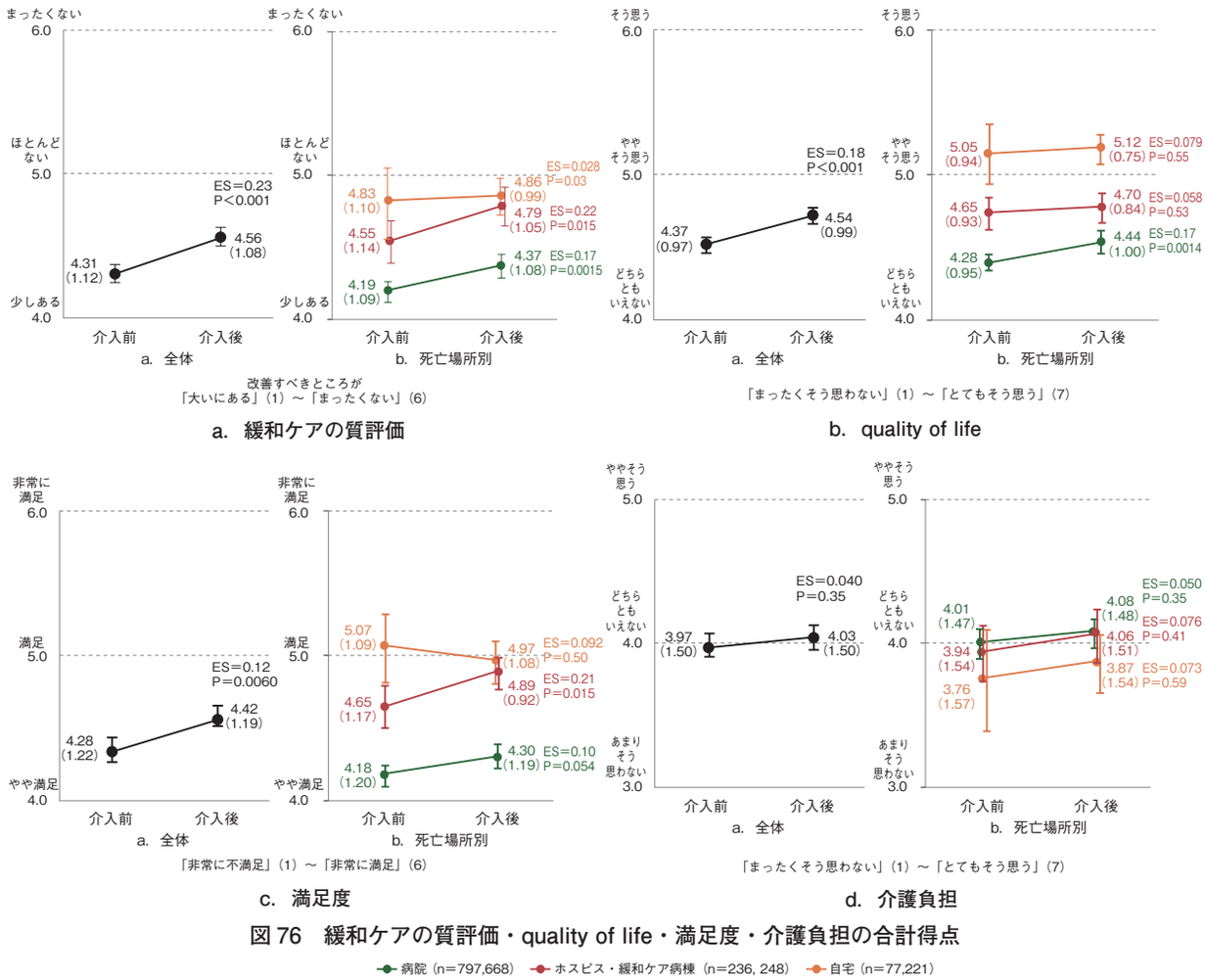


図 76　緩和ケアの質評価・quality of life・満足度・介護負担の合計得点

病院の quality of life と満足度が有意に改善した。自宅は介入前後での変化がなかったが，介入前からいずれも高水準であった。場所間の比較では，緩和ケアの質評価，quality of life，満足度とも，病院に比べて緩和ケア病棟と自宅が有意に高かった。緩和ケア病棟と自宅では，緩和ケアの質評価と満足度に有意差はなかったが，quality of life は自宅のほうが高かった。介護負担は，介入前後での変化もなく，病院，緩和ケア病棟，自宅間での有意差もなかった。

2）緩和ケアの質評価・quality of life・満足度・介護負担の合計得点（図 76）

緩和ケアの質評価は，病院，緩和ケア病棟で介入前後で有意な変化がみられ，効果量は 0.2 程度であった。quality of life は，病院で介入前後で有意な変化がみられ，効果量は 0.15 であった。満足度は緩和ケア病棟で介入前後の有意な変化がみられ，効果量は 0.2 程度であった。介護負担は，病院，緩和ケア病棟，自宅のいずれでも有意な変化はみられなかった。

3）緩和ケアの質評価のドメインごとの分析（付図 17, 18）

病院では，介入前後で，緩和ケアの質評価のすべてのドメインの得点が有意に改善した。緩和ケア病棟では，7 ドメインのうち 5 ドメインで有意に改善し，2 ドメインでも改善する傾向であった。自宅ではいずれもドメイン得点に有意な変化はなかったが，介入前から高い水準であった。

4）quality of life のドメインごとの分析（付図 19，20，21）

病院では，「痛みが少なく過ごせた」「身体の苦痛が少なく過ごせた」「穏やかな気持ちで過ごせた」「落ち着いた環境で過ごせた」「家族や友人と十分に時間を過ごせた」「充実した人生だと感じていた」について前後で有意な改善が認められた。緩和ケア病棟では，「身体の苦痛が少なく過ごせた」について介入前後で有意な改善が認められた。自宅では，「望んだ場所で最期を迎えられた」で介入前後で有意な改善が認められた一方，「痛みが少なく過ごせた」は有意に低下し

た。

病院，緩和ケア病棟，自宅間での比較では，苦痛緩和に関する「痛みが少なく過ごせた」「身体の苦痛が少なく過ごせた」「穏やかな気持ちで過ごせた」項目や「人として大切にされていた」は，病院で，緩和ケア病棟・自宅に比較して有意に低く，緩和ケア病棟，自宅では有意差がなかった。場所に関する「望んだ場所で過ごせた」「望んだ場所で最期を迎えられた」「落ち着いた場所で過ごせた」「家族や友人と十分に時間を過ごせた」は，病院で緩和ケア病棟・自宅に比較して有意に低く，緩和ケア病棟に比較して自宅は有意に高かった。「楽しみになるようなことがあった」は自宅で，病院・緩和ケア病棟に比較して有意に高く，「充実した人生だと感じていた」は自宅で，病院に比較して有意に高かった。「人に迷惑をかけてつらいと感じていた」は場所による差がなかった。

頻度でみると，「身体の苦痛が少なく過ごせた」に「ややそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した遺族は，病院 42%，緩和ケア病棟 66%，自宅 58%；「穏やかな気持ちで過ごせた」と回答した遺族は病院 43%，緩和ケア病棟 62%，自宅 65%であった。「望んだ場所で過ごせた」と回答した遺族は，病院 46%，緩和ケア病棟 58%，自宅 93%；「望んだ場所で最期を迎えられた」と回答した遺族は病院 37%，緩和ケア病棟 51%，自宅 92%であった。「家族や友人と十分に時間を過ごせた」と回答した遺族は，病院 50%，緩和ケア病棟 70%，自宅 79%；「充実した人生だと感じていた」と回答した遺族は病院 45%，緩和ケア病棟 64%，自宅 63%であった。

考　察

介入前後での遺族の緩和ケアの質評価，満足度，遺族の代理評価による患者の quality of life は，効果量が 0.2 前後の有意な変化がみられた。変化は，緩和ケアの質評価のほとんどのドメイン，ADL に関連する項目を除く quality of life のほとんどのドメインで一貫して認められた。場所ごとでは，総じて，病院，緩和ケア病棟で介入前後の改善がみられ，自宅では介入前から高水準で推移した。対照群がないので介入の効果を結論することはできないが，少なくとも，対象地域において，終末期がん患者の緩和ケアに関するアウトカムは，①病院，緩和ケア病棟でのアウトカムが改善すること，②介入前から高水準であった自宅に移行する患者の頻度が増えたこと，の 2 つを通して，改善傾向にあると考えられた。

また，介護負担が全体，死亡場所ごと（病院，緩和ケア病棟，自宅）のいずれであっても介入前後での有意な変化がなかったこと，「望んだ場所で最期を迎えられた」と回答した遺族が自宅ではほとんどであったこと（自宅 92% vs. 病院 37%，緩和ケア病棟 51%）は，本研究でみられた自宅死亡の増加が介入により患者，家族の希望に逆らった在宅移行がもたらされた結果ではなく，患者，家族の希望に沿って在宅意向が促進されたものであることを支持するものである。

遺族からみた緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由は，「医師は対処しているが苦痛が取りきれない」「診察に十分な時間がない」が主であった。すなわち，医師は苦痛に心がけて対応しているが，実際に苦痛が緩和されないかと考えている遺族が多く，または，診察に十分な時間がないこと考えている遺族が若干いることが示唆された。対応としては，十分な診察時間の確保，担当医師が苦痛緩和できなかった場合の専門緩和ケアサービスへのアクセスの保証，終末期患者で頻度が高いにもかかわらず現在の手段では十分に緩和されないことが示されている苦痛（せん妄，呼吸困難，倦怠感など）に対する新しい緩和治療の開発などが考えられる。

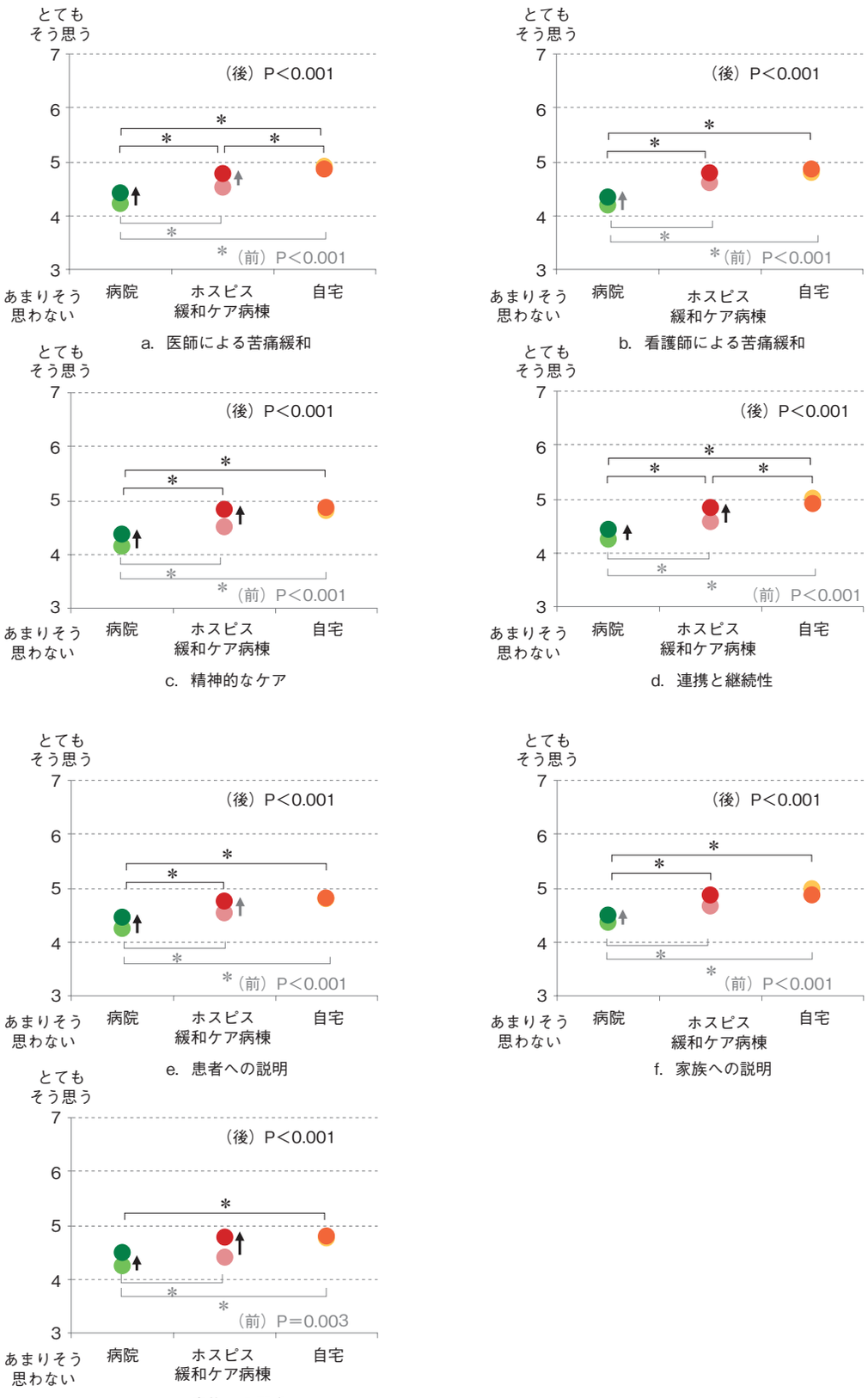
専門緩和ケアサービスを利用しない理由は，「受診を勧められていない・受診方法が分からない」であった。患者・家族が専門的緩和ケアサービスの適応を判断することは難しく，また，患者・家族の希望により受診するより主治医等の紹介による受診が主流であること，地域内の施設によっては専門緩和ケアサービスを利用できない環境（中小病院，自宅など）があることが理由であると考えられる。主治医などによる専門緩和ケアサービスの紹介基準の明確化，電話・メールなどを含む地域緩和ケアサービスの普及が有効である可能性がある。

患者が希望していた自宅で過ごせなかった理由は，「苦痛緩和ができなかった」「病状が予測より早く進んだ」「急変時や夜間の対応が心配だった」が主であり，「医師から在宅の説明を聞かなかった」「診療所・訪問看護がなかった」は少なかった。自宅での症状緩和，時間外の対応の向上，予後の適切な見通しと先を見通した丁寧な相談がさらに自宅で過ごせる患者数を増や

すためには必要であると考えられる。これらは概念としてはすでに抽出されている要因であるので，今後は，どのような苦痛がどのような治療をしても緩和できなかったのか，なぜ病状の予測より早く進行したのか（医師は予測していたが家族の気持ちがついていけなかったのか，医師が予測していなかったのか），急変時や夜間の対応として何がどう心配だったのか（実際に体制を組んで対応しても心配だったのか，体制が組めなかったのか）などを詳細に検討することで具体的な対策を提案することができると思われる。

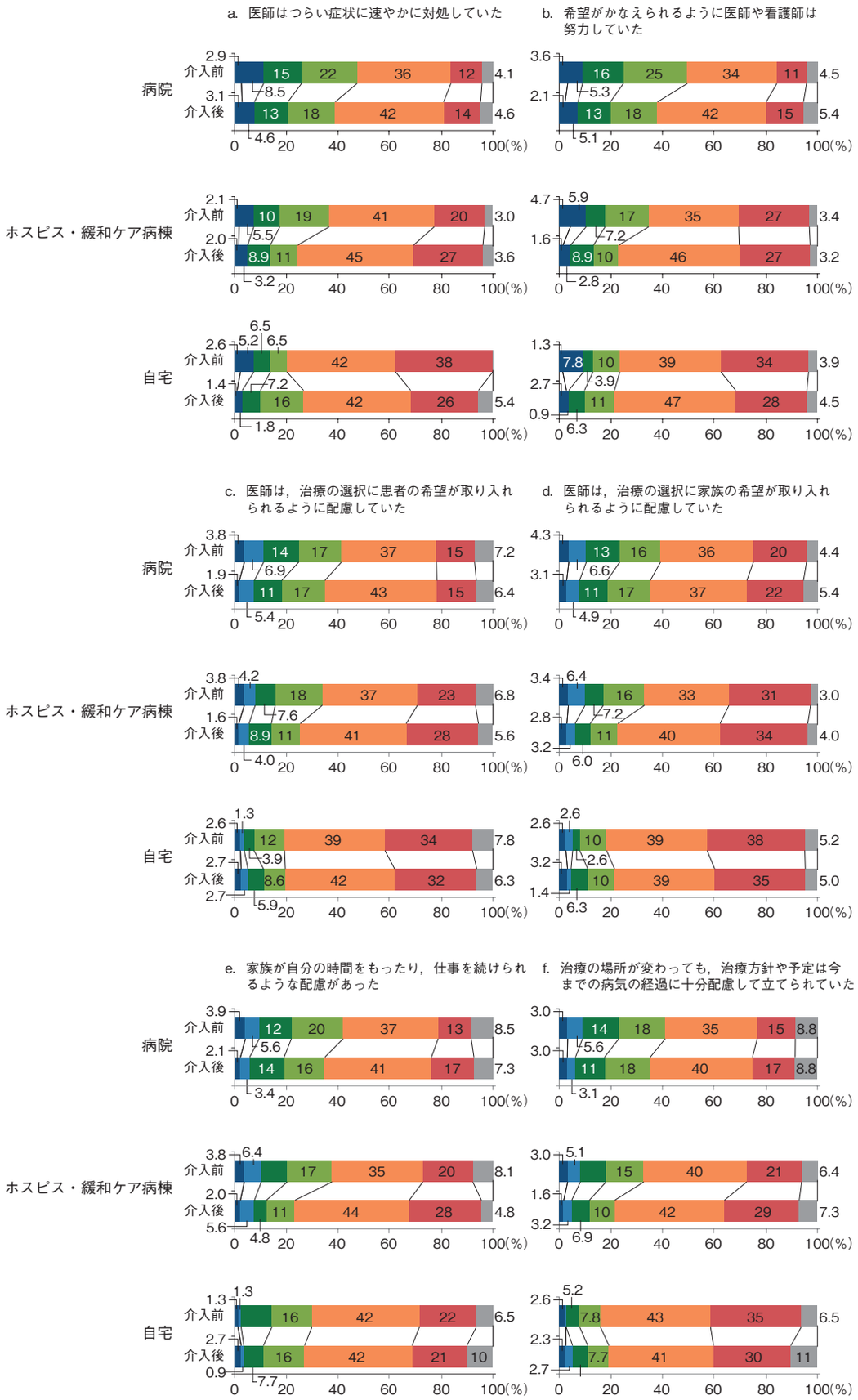
絶対値でみると，緩和ケアの質評価は比較的評価は良く，「医師はつらい症状に速やかに対処している」に対して，改善の必要性が「ほとんどない」「まったくない」としたものは 64%，改善の必要性が「ある」「かなりある」「大いにある」としたものは 17%であった。「希望がかなえられるように医師や看護師は努力している」に対して，改善の必要性が「ほとんどない」「まったくない」としたものは 61%，改善の必要性が「ある」「かなりある」「大いにある」としたものは 18%であった。一方，quality of life については，「身体の苦痛が少なく過ごせた」に対して，「とてもそう思う」「そう思う」「ややそう思う」としたものは 51%であったが，「まったくそう思わない」「そう思わない」「ややそう思う」としたものも 31%であった。「穏やかな気持ちで過ごせた」に対して，「とてもそう思う」「そう思う」「ややそう思う」としたものは 52%であったが，「まったくそう思わない」「そう思わない」「ややそう思う」としたものも 26%であった。緩和ケアの質に改善が必要であるとした理由が，「医師や看護師は対応しているが緩和が不十分であった」が多かったことと合わせて，個々の医師・看護師は努力しているにもかかわらず，苦痛の緩和は不十分であることが推測される。

以上より，介入前後で遺族の緩和ケアの質評価，満足度，終末期患者の quality of life は効果量としては小さいが統計学的に有意な改善が認められた。全体としての改善は，病院，緩和ケア病棟による緩和ケアの質の改善と，自宅で過ごす患者の増加によると考えられた。しかし，絶対値でみると，自宅療養期間を含む quality of life には改善の余地がみられ，専門緩和ケアサービスの満たされていないニードも約 20%あると推計された。これ以上の改善には，十分な診察時間の確保，担当医師が苦痛緩和できなかった場合の専門緩和ケアサービスへのアクセスの保証，現在の手段では十分に緩和されない苦痛に対する新しい緩和治療の開発，自宅での症状緩和と時間外の対応の向上，予後の適切な見通しとそれを考慮に入れた丁寧な相談が必要である。

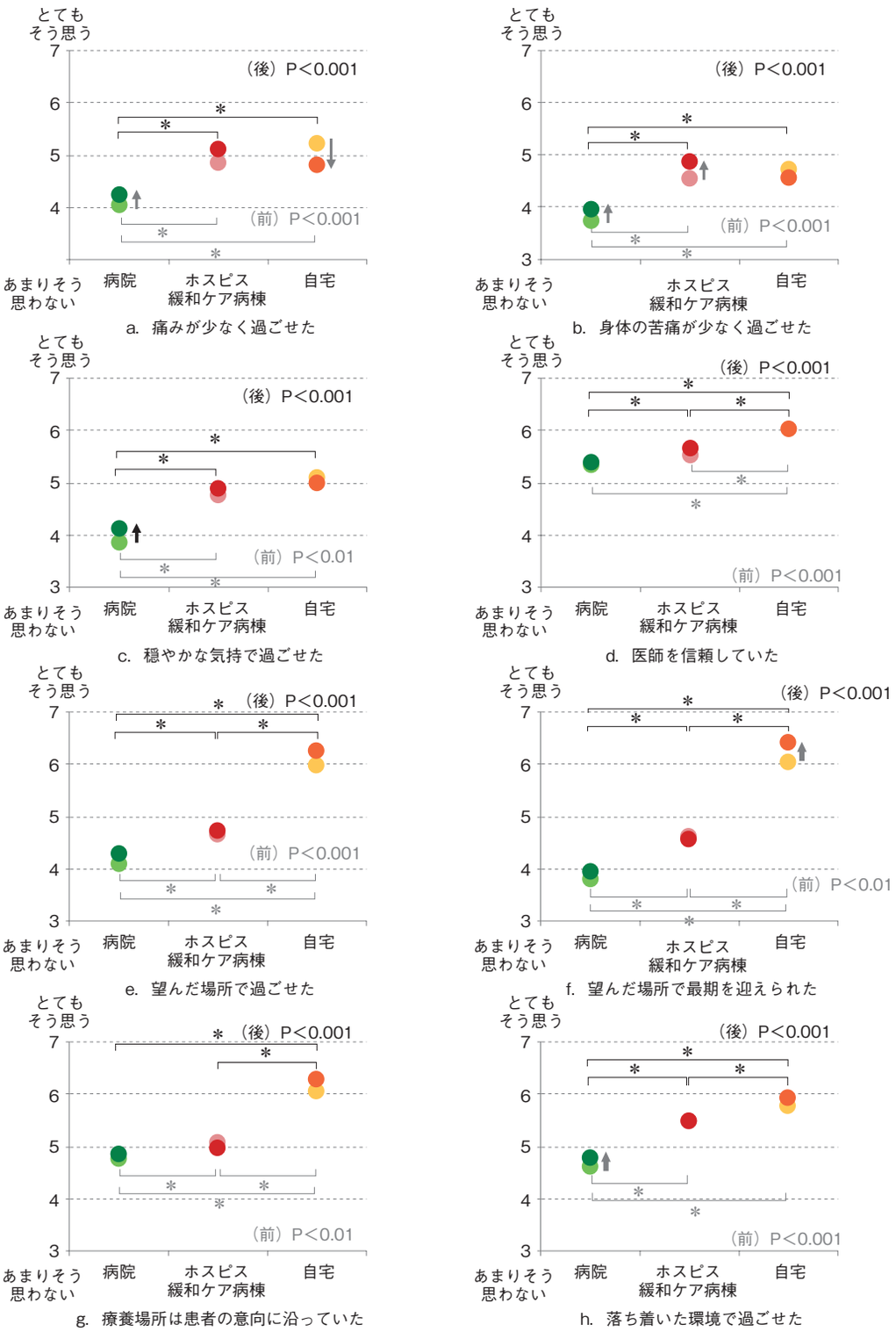


付図 17　死亡場所別の緩和ケアの質評価の変化（1）

介入前　介入後



付図 18　死亡場所別の緩和ケアの質評価の変化（2）

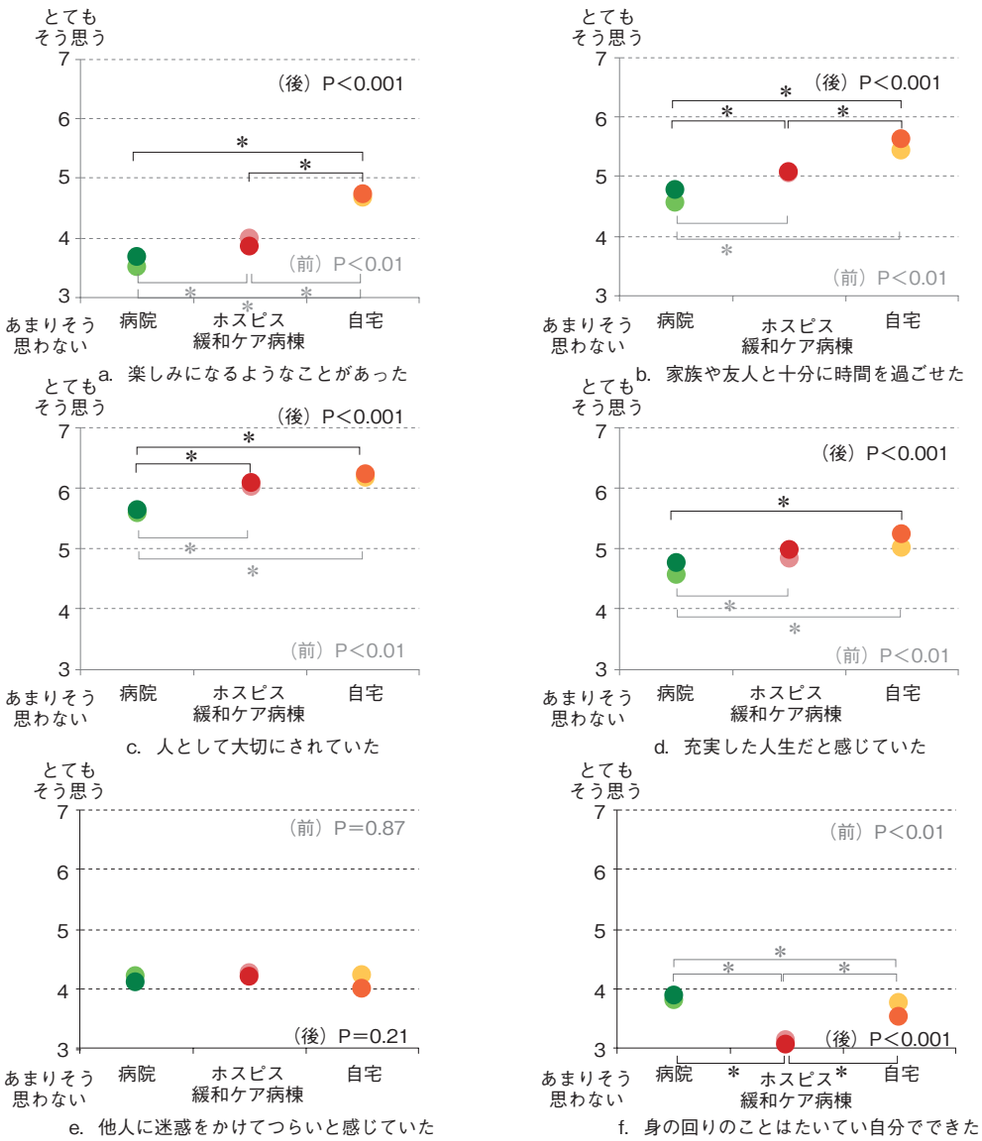


付図 19　死亡場所別の quality of life の変化（1）

病院：n=797,668　ホスピス・緩和ケア病棟：n=236,248　自宅：n=77,221

介入前　介入後

↑：前後の変化が P<0.01　↑：前後の変化が P<0.05

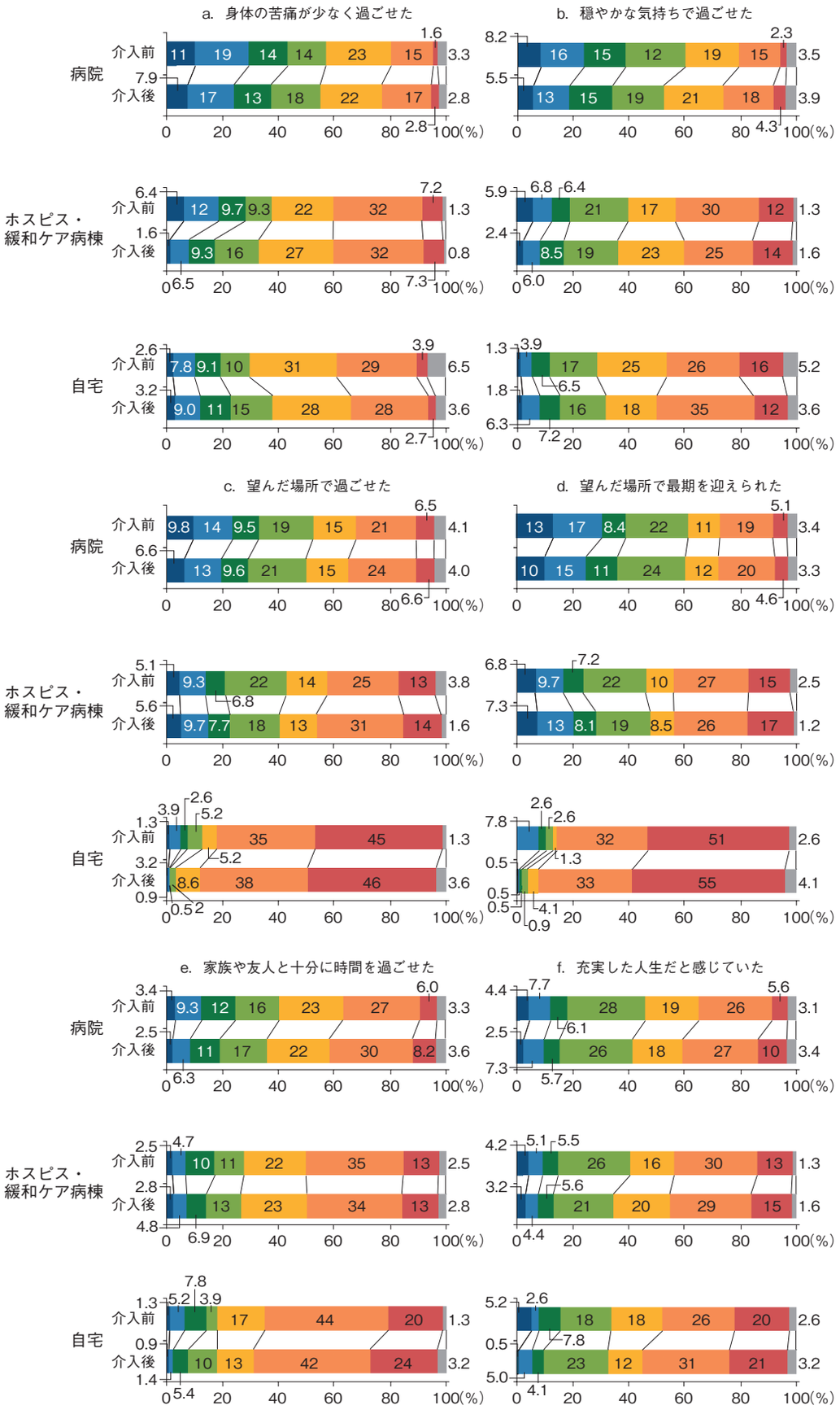


付図 20　死亡場所別の quality of life の変化（2）

病院：n=797,668　ホスピス・緩和ケア病棟：n=236,248　自宅：n=77,221

介入前　介入後

↑：前後の変化が P＜0.01　↑：前後の変化が P＜0.05



付図 21　死亡場所別の quality of life の変化（3）

F．医師の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の変化

1）筑波大学 医学医療系 臨床医学域，2）聖隷三方原病院 緩和支持治療科
木澤義之[1)]，森田達也[2)]

目　的

本研究の目的は，①介入前後での医師の知識，困難感，実践の変化を明らかにすること，②プロジェクトへの参加の有無・程度と知識，困難感，実践の変化との関係を探索すること，③医師の属性（経験年数，専門，勤務場所，地域）による変化の違いを探索すること，④プロジェクト・緩和ケアチーム・退院前カンファレンスへの参加の程度と不参加の理由を明らかにすること，⑤全国で取得された医師の緩和ケアに関する知識との比較を行うこと，⑥医師の体験した変化と，属性（地域，OPTIM プロジェクトへの参加の有無）による変化の違いを探索すること，⑦医師の体験した緩和ケア・在宅医療の阻害要因を記述し地域間の比較を行うこと，である。

解　析

介入前後での知識，困難感，実践の尺度合計得点を対応のない Student *t* 検定で比較した。次に，それぞれの下位尺度得点を対応のない Student *t* 検定で比較した。各尺度の代表的な項目について，度数分布の前後での変化を算出した。

プロジェクトへの参加の有無・程度と知識，困難感，実践の変化との関係を探索するために，①プロジェクトへの参加の有無（参加したもの：「講習会に参加したり，配布された資料を読んだりした」と「企画，運営の一部に参加した」と回答したもの vs. 参加しなかったもの：「まったく関わったことがない」「参加したことはない」「知らない」と回答したもの），および，②参加の程度（緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスの参加回数がなし，1 回，2〜5 回，6〜10 回，11 回以上，と回答したもの）それぞれで，知識，困難感，実践の尺度合計得点を算出した。介入後調査の数値を用いて，Student *t* 検定または一元配置分散分析（post-hoc test として Tukey test）で比較した。

医師の属性（経験年数，専門，勤務場所，地域）による変化の違いをみるために，経験年数は 10 年未満，10 年以上 20 年未満，20 年以上の 3 群；専門は一般内科，外科（外科，呼吸器外科，消化器外科），呼吸器内科・消化器内科，婦人科，泌尿器科，耳鼻科，血液内科・腫瘍科（血液内科，臨床腫瘍科，化学療法科，放射線治療科，乳腺科）の 7 群；勤務場所はがん診療連携拠点病院，がん診療連携拠点病院以外の病院，在宅療養支援診療所，在宅療養支援診療所以外の診療所の 4 群に分けて，知識，困難感，実践の尺度合計得点を前後で Student *t* 検定を行い，図示した。有意水準は P＝0.01 とした。

OPTIM プロジェクト・緩和ケアチーム・退院前カンファレンスへの参加の程度と不参加の理由は，度数分布を算出した。

全国で取得された医師の緩和ケアに関する知識との比較については，疼痛・オピオイドの知識について，2008 年に日本医師会により実施された「がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査」の数値，WHO 方式がん疼痛治療法の認知について 2008 年に厚生労働省によって実施された「終末期医療に関する調査」の数値と比較したが，背景の違いなどはあるため検定は行わなかった。

医師の体験した変化，医師の体験した緩和ケア・在宅医療の阻害要因については度数分布を算出し，地域間の比較検定を行った。各項目の「思わない（1）」〜「そう思う（5）」の回答の平均得点として一元配置の分散分析を行った後 post-hoc test として Tukey test，または，2 区分変数に対しては χ^2 検定を行った。

表 39　介入前後での医師の知識，困難感，実践の変化

	介入前（n=911）	介入後（n=706）	effect size	P
知識	72 ± 23%	78 ± 20%	0.30	<0.001
理念	89 ± 28%	92 ± 25%	0.11	0.025
疼痛・オピオイド	71 ± 28%	78 ± 25%	0.28	<0.001
消化器症状	64 ± 29%	71 ± 27%	0.26	<0.001
困難感	2.7 ± 0.80	2.3 ± 0.75	0.52	<0.001
症状緩和	2.9 ± 0.98	2.8 ± 0.98	0.18	<0.001
専門家の支援	2.4 ± 1.2	1.8 ± 1.1	0.49	<0.001
医療者間のコミュニケーション	2.5 ± 1.0	2.1 ± 0.97	0.37	<0.001
患者・家族とのコミュニケーション	2.7 ± 0.94	2.5 ± 0.92	0.22	<0.001
地域連携	3.0 ± 1.1	2.3 ± 1.1	0.63	<0.001
実践	3.6 ± 0.79	3.7 ± 0.77	0.17	0.001
疼痛	3.4 ± 1.0	3.6 ± 1.0	0.20	<0.001
コミュニケーション	3.8 ± 0.80	3.9 ± 0.80	0.08	0.095

知識は Palliative care Knowledge Test の理念（2 項目），疼痛・オピオイド（6 項目），消化器症状（3 項目）の 3 下位尺度の正解率（0〜100%）。困難感は Palliative care Difficulties Scal の症状緩和，専門家の支援，医療者間のコミュニケーション，患者・家族とのコミュニケーション，地域連携の下位尺度（1〜5 点で得点が高い方が困難感が高いことを示す）。実践は Palliative care Self-reported Practice Scale の疼痛，コミュニケーションの下位尺度（1〜5 点で得点が高い方が緩和ケアに対する実践が望ましいことを示す）。

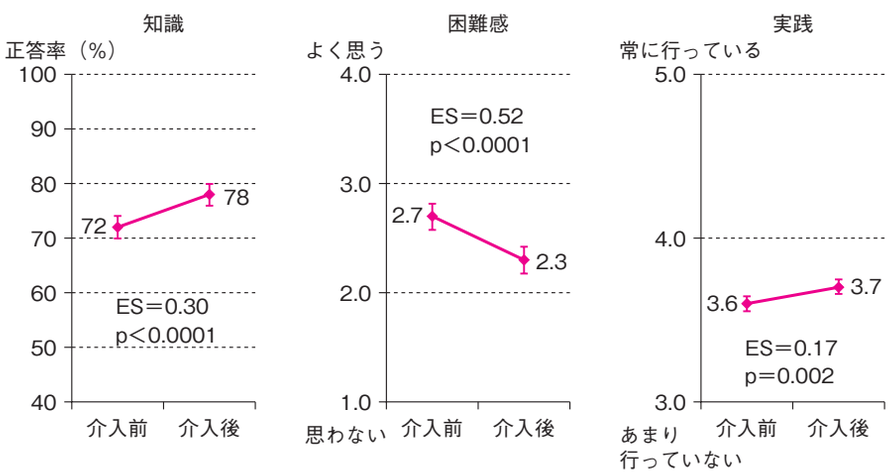


図 77　医師の知識・困難感・実践の変化

ES：変化量

結　果

1. 介入前後での医師の知識，困難感，実践の変化

医師の知識，困難感，実践の変化を表 39 に示す。

1）尺度全体での変化

4 地域合計で，医師の知識，困難感，実践の尺度得点は介入前と比較して介入後では有意に改善した（図 77）。変化量（effect size）は実践では 0.17 と小さかったが，知識では 0.30，困難感では 0.52 であった。

2）下位尺度ごとの変化

知識では，理念は介入前から約 90%の医師が正しい知識を持っていた（図 78）。疼痛・オピオイドに関する知識の正解率は約 70%から約 80%に，消化器症状については約 60%から約 70%に改善した。困難感では，すべての下位尺度で改善が認められたが，症状緩和，患者・家族とのコミュニケーションの変化量は比較的小さく，地域連携，専門家の支援の改善が大きかった（ES, 0.63, 0.49）。

3）項目ごとの変化

各尺度の代表的な項目の度数分布の変化を図 79 に示す。「症状緩和に関して，相談できる緩和ケアの専門家がいない」（専門家の支援），「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，ケアマネジャーなどとの間でのカンファレンスがない」（地域連携）の項目では，「よく思う」「非常によく思う」と回答した医師が，それぞれ 24%から 10%，37%から 16%に減少した。

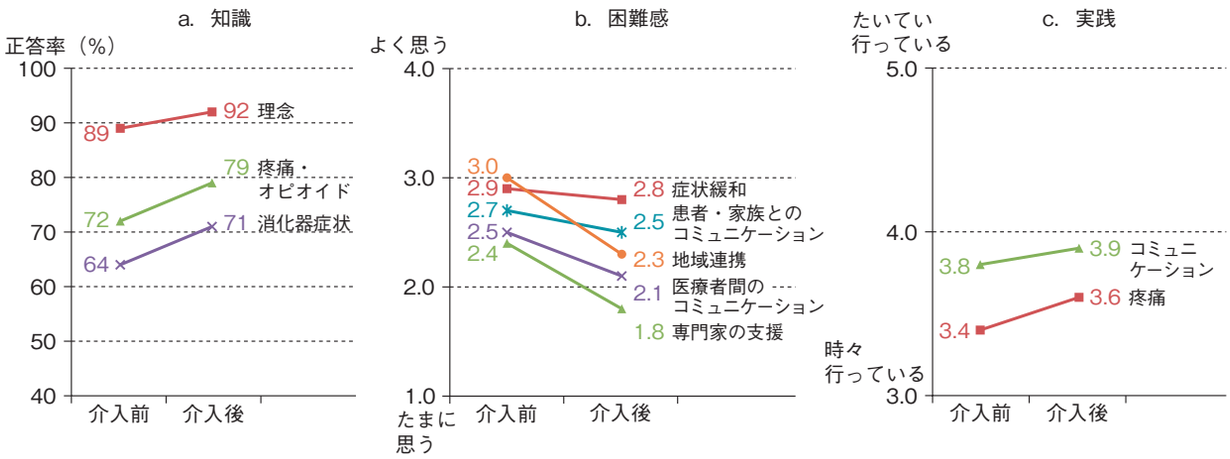


図 78　下位尺度ごとの変化

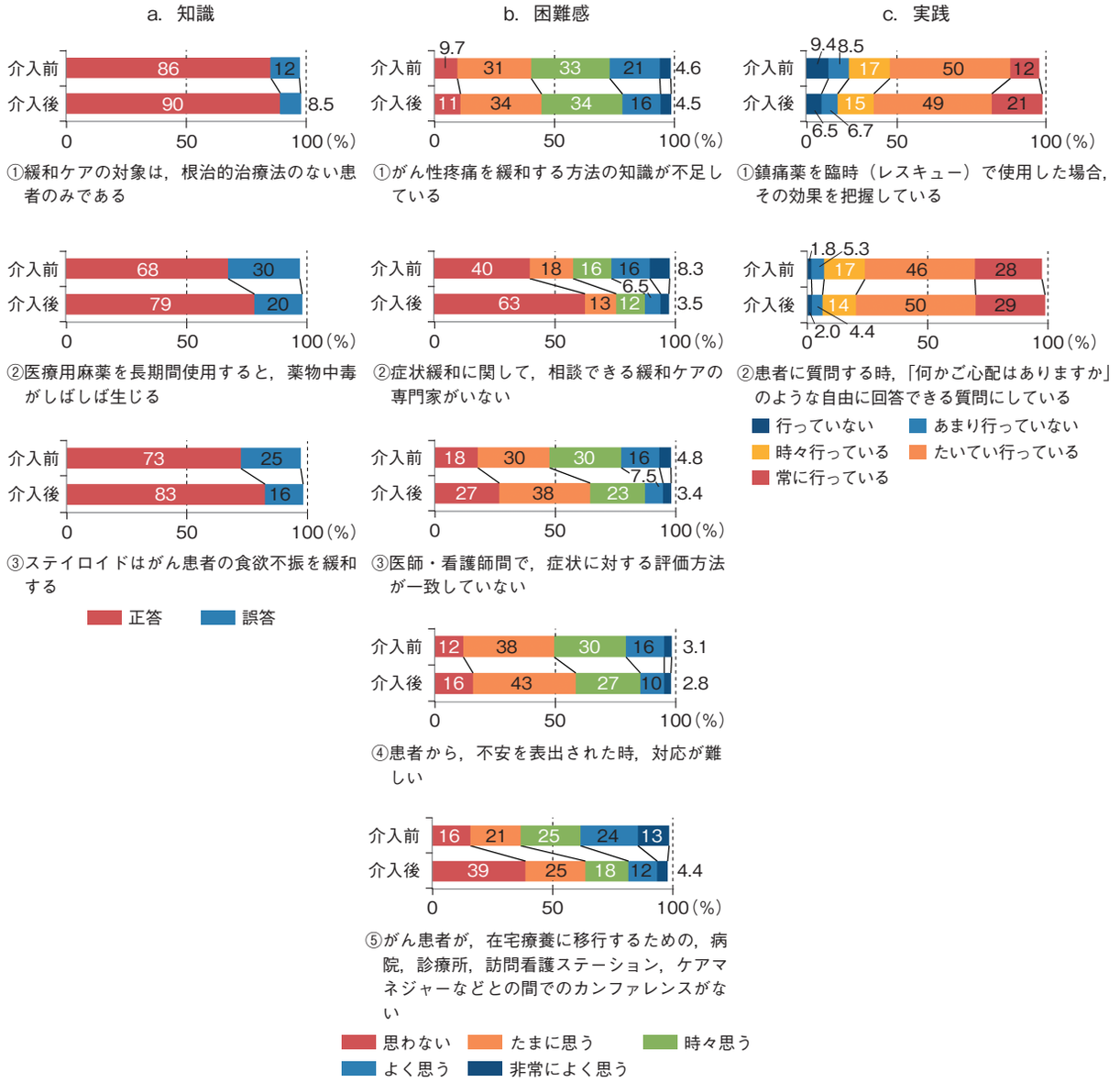


図 79　項目ごとの変化

欠損値があり，100%にならない項目がある。

表 40　プロジェクトに参加した医師の背景（%）

	参加した (n=392)	参加しなかった (n=296)	P
勤務場所			
病院医師	67（n=261）	72（n=214）	0.11
診療所医師	33（n=131）	28（n=82）	
臨床経験年数	22±10	18±12	＜0.001
専門			0.23
一般内科	30（n=117）	22（n=64）	
外科	27（n=104）	24（n=70）	
呼吸器科・消化器科	15（n=58）	16（n=48）	
婦人科	6.1（n=24）	8.1（n=24）	
泌尿器科	4.3（n=17）	4.7（n=14）	
耳鼻科	3.3（n=13）	5.7（n=17）	
血液内科・腫瘍科	5.9（n=23）	6.1（n=18）	
年間に診療したがん患者数			0.43
～9 人	30（n=119）	34（n=100）	
10～49 人	31（n=123）	33（n=98）	
50 人～	38（n=147）	33（n=98）	
年間に看取ったがん患者数			0.008
なし	19（n=74）	29（n=85）	
1～9 人	56（n=220）	53（n=158）	
10～49 人	21（n=84）	16（n=47）	
50 人～	3.3（n=13）	1.7（n=5）	

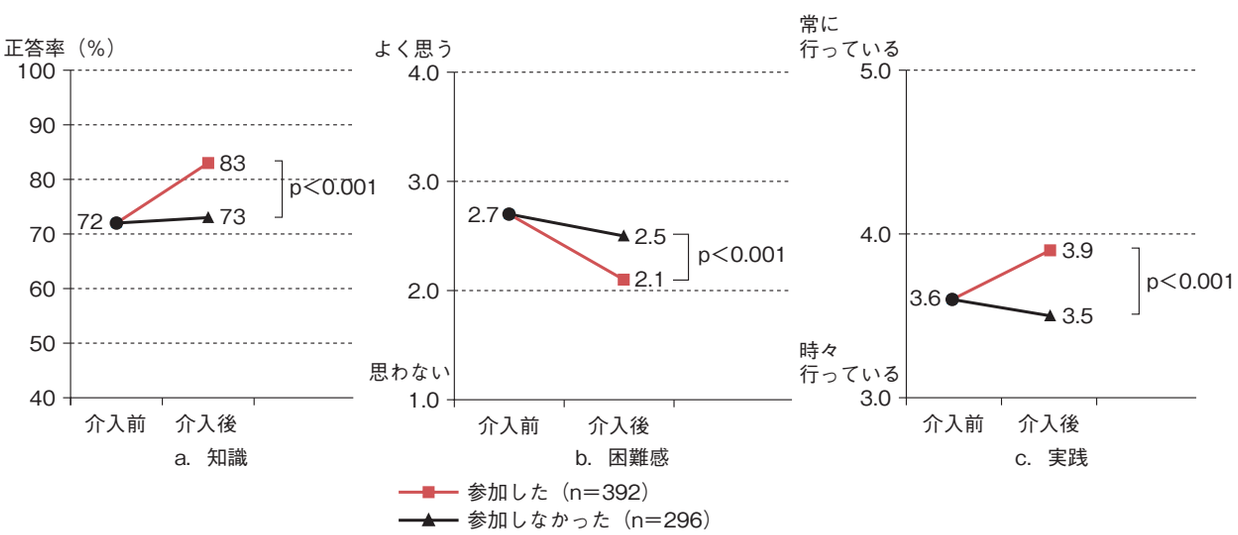


図 80　プロジェクトへの参加の有無による比較

2. OPTIM プロジェクトへの参加の有無・程度と知識，困難感，実践の変化との関係

706 名中 296 名（42%）が OPTIM プロジェクトに参加しなかったと回答したが，325 名（46%），67 名（9.5%）がそれぞれ，「講習会に参加したり，配布された資料を読んだりした」「企画，運営の一部に参加した」と回答した。OPTIM プロジェクトに参加した医師としなかった医師の背景を**表 40** に示す。OPTIM プロジェクトに参加した医師は臨床経験年数とがん患者の看取り数が有意に多かったが，勤務場所，専門科，がん患者の診療経験数に有意差はなかった。

1）OPTIM プロジェクトへの参加の有無による比較

OPTIM プロジェクトが設定した講習会に 1 回以上参加したものでは，参加しなかったものに比較して，知識，困難感，実践のいずれも有意に改善していた（**図 80**）。知識と実践は参加しなかった医師では介入前と変わらなかったが，参加した医師では改善がみられた。困難感は参加していない医師でも改善がみられたが，参加した医師ではより改善が認められた。

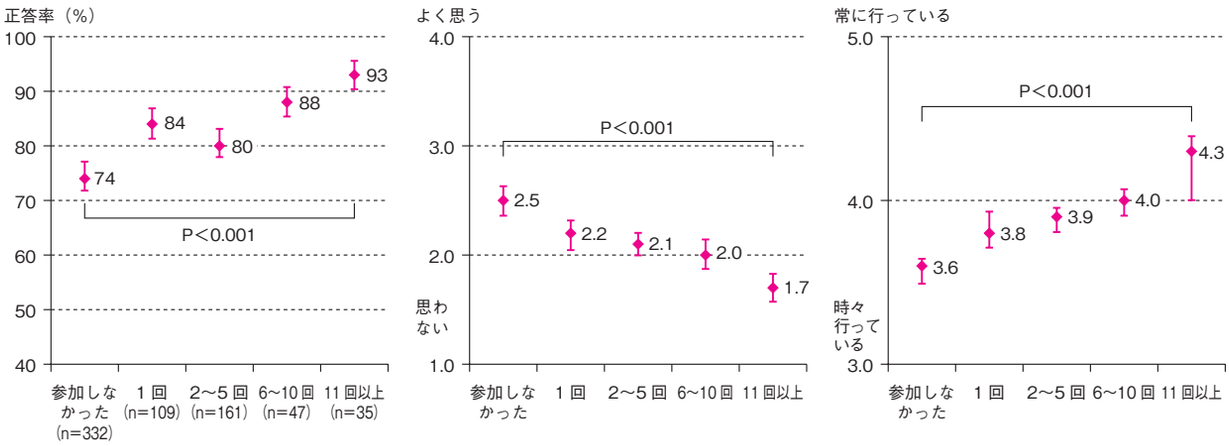


図 81　プロジェクトへの参加の程度による比較

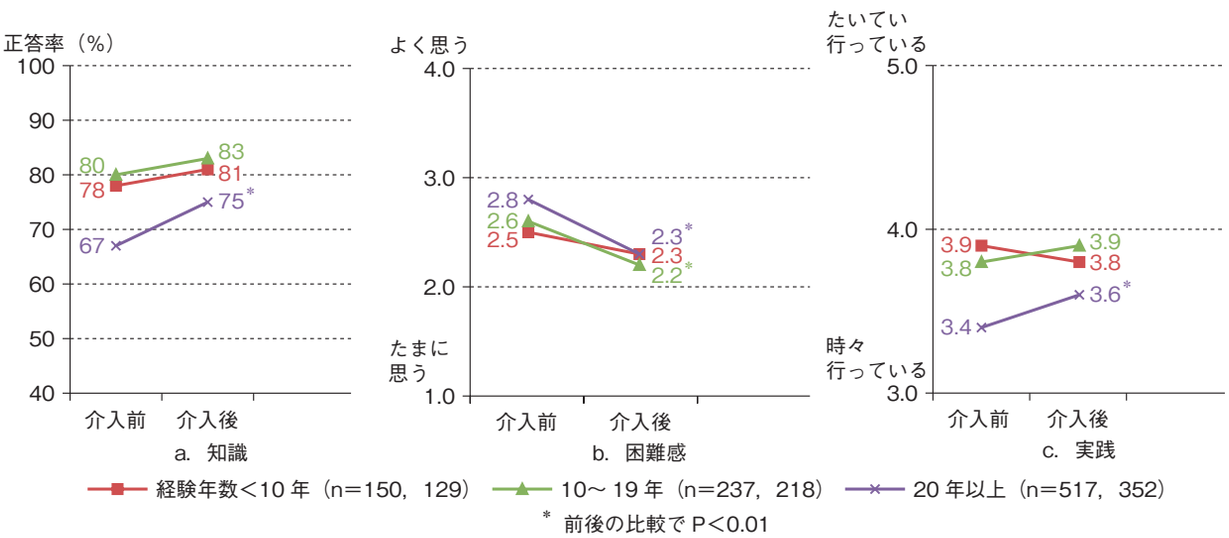


図 82　医師の経験年数による比較

2）OPTIM プロジェクトへの参加の程度による比較

緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスへの参加回数による比較では，参加回数が多くなるほど，知識，困難感，実践のいずれも改善した（図 81）。

3．医師の属性による変化の違い

1）経験年数による比較

経験年数では，経験年数が 10 年未満の医師では知識，困難感，実践のいずれとも変化は有意ではなかったが，困難感が低く，知識，実践の得点は高かった（図 82）。一方，臨床経験が 20 年以上の医師では困難感が高く，知識，実践の得点が低かったが，前後の改善は有意であった。

2）専門科による比較

専門科では，知識で一般内科，外科，耳鼻科での変化が有意であった（図 83）。腫瘍科，呼吸器科・消化器科，婦人科の医師の変化は有意ではなかったが，もともとの尺度得点が高かった。困難感では，すべての群で同じ傾向の改善が認められ，耳鼻科の医師を除くすべての専門で有意な改善が認められた。実践ではすべての専門家で変化は有意ではなかった。

3）勤務場所による比較

勤務場所ごとの比較では，知識で病院医師の変化が有意であったが，診療所医師の変化も改善する傾向が認められた（図 84）。困難感はすべての勤務場所の医師で前後で有意に改善した。在宅療養支援診療所ではない診療所医師では，前後での改善が認められたが，困難感が高く，知識，実践の得点が低かった。

4）地域による比較

地域別では，知識の変化は柏地域，浜松地域で，実践の変化は鶴岡地域，長崎地域で有意であった（図 85）。困難感はいずれの地域でも前後で有意に改善し

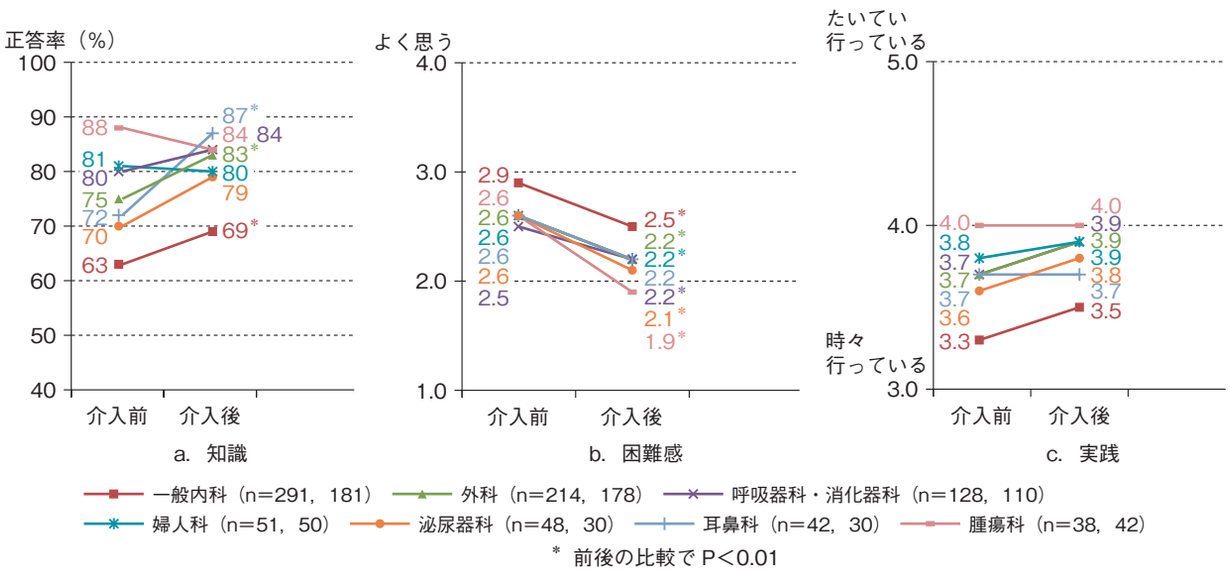


図 83　医師の専門による比較

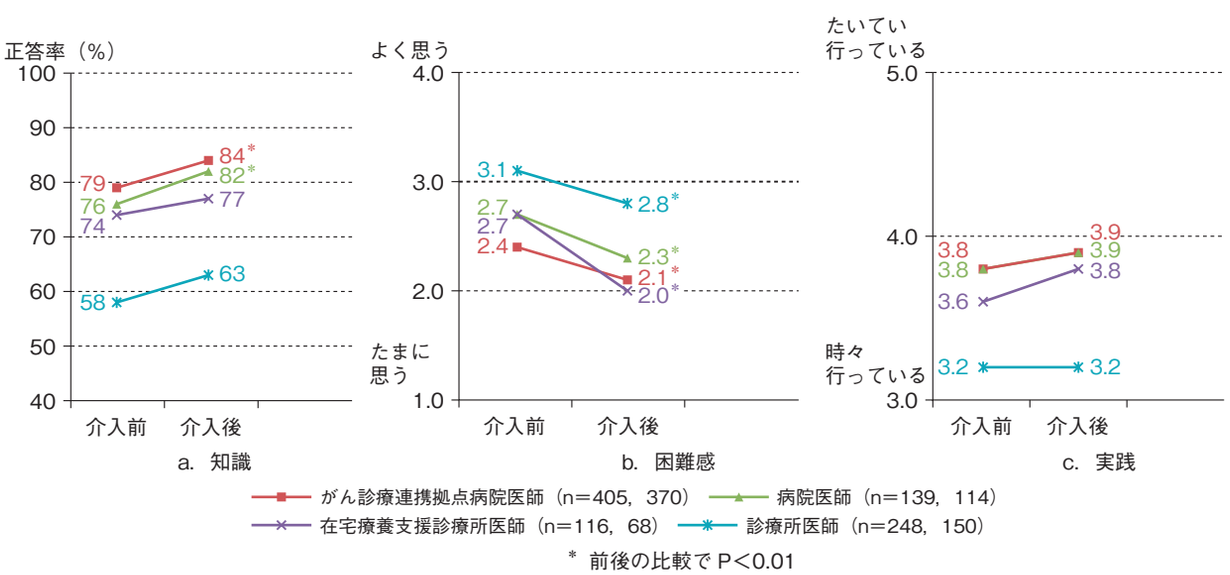


図 84　医師の勤務場所による比較

た。知識，困難感，実践のいずれも全ての地域でほぼ同じ傾向が認められた。

4. OPTIM プロジェクト・緩和ケアチーム・退院前カンファレンスへの参加の程度と不参加の理由

介入 4 地域全体としては，OPTIM プロジェクトは約半数の医師に認知されており，約半数が緩和ケアセミナーや多職種連携カンファレンスなど OPTIM プロジェクトの介入に参加した（**表 41**）。緩和ケアチームを利用したことがあるものはいずれの地域でも約 70%であり，退院前カンファレンスに参加したことがある医師は約半数であった。

地域別では，鶴岡地域の医師の OPTIM プロジェクトの認知，参加率が高く，柏地域で低い傾向があった。

緩和ケアセミナーや多職種連携カンファレンスなど OPTIM プロジェクトの介入に参加しなかった理由は「関心はあったが時間がなかった」が最も多く（47%），次に，「知らなかった」（32%）であった（**表 42**）。緩和ケアチームを利用しなかった理由は，「緩和ケアについて困ることがなかった」が最も多く（62%），次に，「困ることがあったが，知らなかった」（15%）であった。退院前カンファレンスに参加しなかった理由は，「患者を担当しなかった」が最も多く（63%），次に，「参加を依頼されなかった」（26%）であった。

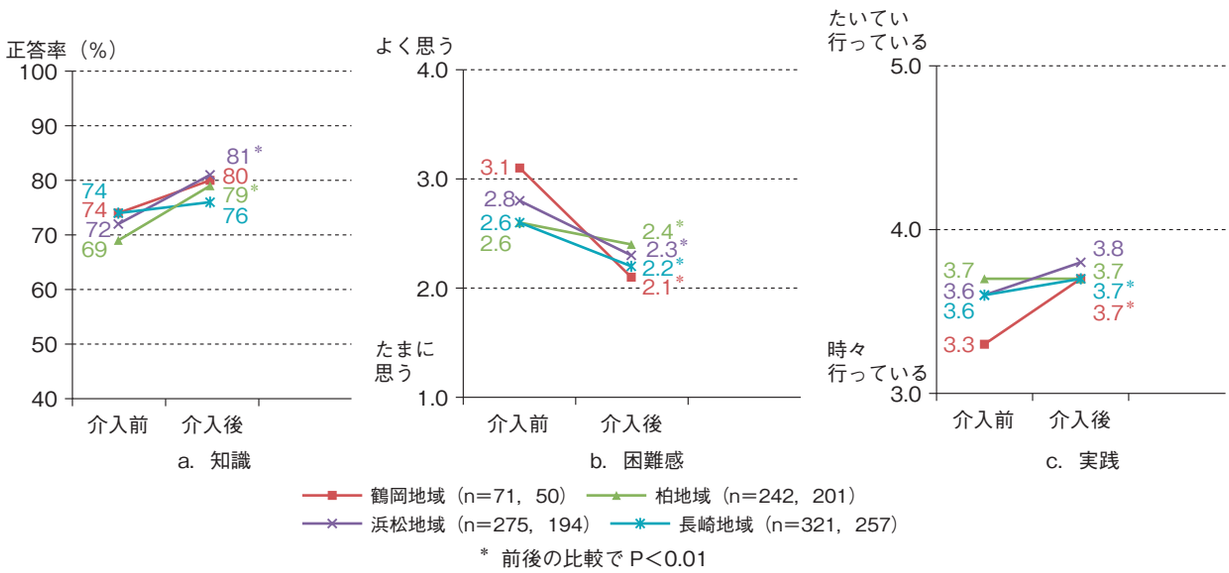


図 85　地域による比較

表 41　医師のプロジェクトへの参加の程度（%）

	合計（n=706）	地域			
		鶴岡（n=51）	柏（n=202）	浜松（n=195）	長崎（n=258）
プロジェクトの認知					
知っている	52（n=365）	92	34	59	52
聞いたことがある	33（n=235）	3.9	43	31	33
知らない	13（n=91）	0	22	9.2	11
プロジェクトへの参加					
企画や運営の一部に参加した	9.5（n=67）	22	7.9	8.7	8.9
プログラムに参加した	46（n=325）	65	31	56	47
参加していない	42（n=296）	9.8	59	35	40
緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスへの参加					
なし	47（n=335）	18	61	49	41
1 回	16（n=110）	14	17	18	13
2〜5 回	23（n=163）	33	16	23	27
6 回以上	6.7（n=47）	16	2.5	4.1	10
11 回以上	5.0（n=35）	16	2.5	5.1	4.7
緩和ケアチーム・緩和ケア外来の利用					
なし	28（n=199）	29	31	26	27
1〜5 人	36（n=257）	51	29	34	41
6〜10 人	14（n=96）	7.8	13	15	14
11 人以上	19（n=137）	7.8	25	24	14
退院前カンファレンスへの参加					
なし	45（n=317）	35	61	44	35
1〜5 回	40（n=282）	49	28	43	46
6〜10 回	8.1（n=57）	5.9	6.4	8.7	9.3
11 回以上	4.7（n=33）	5.9	3.5	4.1	5.8

表 42　医師のプロジェクトへの不参加の理由（%）

緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンス（n=335）	
関心はあったが時間がなかった	47%（n=158）
知らなかった	32%（n=106）
知っていたが関心がなかった	16%（n=52）
相談できる人がいるので必要なかった	4.8%（n=16）
緩和ケアチーム・緩和ケア外来の利用（n=199）	
緩和ケアについて困ることがなかった	62%（n=124）
困ることがあったが，知らなかった	15%（n=29）
知っていたが，手続きが面倒だった	7.5%（n=15）
手続きは知っていたが，敷居が高かった	7.0%（n=14）
紹介したが患者・家族が希望しなかった	3.0%（n=6）
退院前カンファレンス（n=317）	
患者を担当しなかった	63%（n=201）
参加を依頼されなかった	26%（n=81）
依頼されたが時間がなかった	5.7%（n=18）
依頼されたが必要ないと思った	1.6%（n=5）

表 43　緩和ケアに関する知識の比較：「がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査（2008 年）」との比較（%）

	病院医師			診療所医師		
	全国（2008 年，n=45,012）	介入前（2008 年，n=544）	介入後（2010 年，n=486）	全国（2008 年，n=52,949）	介入前（2008 年，n=367）	介入後（2010 年，n=220）
理念						
緩和ケアの対象は，根治的治療法のない患者のみである（誤）	87	91	94	71	79	83
緩和ケアは，がんに対する治療と一緒には行わない（誤）	87	94	95	71	82	83
疼痛・オピオイド						
疼痛治療の目標の 1 つは，夜ぐっすりと眠れるようになることである（正）	80	86	89	73	82	82
がん性疼痛が軽度の場合，医療用麻薬よりもペンタゾシンを積極的に使用すべきである（誤）	60	75	84	36	56	65
医療用麻薬を使用するようになると，非ステロイド性消炎鎮痛薬は同時に使用しない（誤）	73	91	96	48	69	73
医療用麻薬投与中にペンタゾシンやブプレノルフィンを投与すると，医療用麻薬の効果を減弱することがある（正）	49	78	81	23	44	47
医療用麻薬を長期間使用すると，薬物中毒がしばしば生じる（誤）	61	77	84	36	55	66
医療用麻薬の使用は，患者の生命予後に影響しない（正）	45	56	69	32	58	56

2008 年の日本医師会によって行われた全国調査との比較。病院医師はすべてのがん診療連携拠点病院，臨床研修病院と，病床群に応じて均等に割りつけた 7,807 病院の 173299 名を対象とし，診療所医師は日本医師会の診療所医師の会員全員 94,224 名を対象とした。合計 267,523 名を対象として，97,961 名（36%）から回収を得た。

表 44　緩和ケアに関する知識の比較：「終末期医療に関する調査（2008 年）」との比較（%）

	全国（2008 年，n=1,121）	介入前（2008 年，n=911）	介入後（2010 年，n=706）
WHO 方式がん疼痛治療法について			
よく知っている	20	20	30
ある程度知っている	28	44	44
あることを知っている	24	23	23
知らない	28	14	14
モルヒネの有効性や副作用を			
説明できる	36	32	40
多少は説明できる	49	59	53
説明できない	12	7.2	6.2
所属			
病院医師（緩和ケア病棟含む）	64	60	69
診療所医師	33	40	31

2008 年の厚生労働省によって行われた全国調査との比較。病院医師は全国の病院から無作為に抽出された病院 1,000 施設から医師 2 名に依頼，診療所は都道府県ごとに 23 施設合計 1,081 施設に依頼，緩和ケア病棟は 120 全数の医師 1 名を対象とした。合計 3,201 名が対象となり，1,121 名（43%）から回収が得られた。

5. 全国で取得された医師の緩和ケアに関する知識との比較

2008 年の「がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査」と比較して，介入 4 地域ではもともと緩和ケアに関する正しい知識を持っている医師が多かったが，介入後にはさらに多くなった（**表 43**）。たとえば，「医療用麻薬を長期間使用すると麻薬中毒が生じる（誤）」について正しい回答をした医師は，2008 年の全国調査では病院医師の 61％，診療所医師の 36％であったが，介入後ではそれぞれ，84％，66％であった。

2008 年の「終末期医療に関する調査」と比較して，WHO 方式がん疼痛治療法の認知は，全国調査，介入前調査とも「よく知っている」と回答したものが 20％であったが，介入後は 30％に増加した（**表 44**）。「ある程度知っている」「よく知っている」を合わせると，全国調査で 48％，介入前調査で 64％であったが，介入後調査で 74％に増加した。

6. 医師の体験した変化

すべての地域を通じて，約 70％以上の医師が，「苦痛のある患者なら緩和ケアチームに，在宅療養を考えるなら退院支援部署に，早めに，相談しようと思うようになってきた」（病院医師）「1 人でなく，多職種のチームで対応していこうと思うようになった」「患者の希望や気持ちを聞き，価値観を大切にしようと思うようになった」「緩和ケアや在宅療養について意識して診療することが増えた」「患者だけでなく，家族の希望や気持ちも聞くようになった」「緩和ケアについて相談できる人が増えてきた」「在宅移行する患者では，投薬など，患者・家族が自宅でもできるように，入院中からできるだけシンプルにするようになった」（病院医師）と回答した（**表 45**）。これらの変化は，OPTIM プロジェクトに参加した医師では，参加しなかった医師よりもすべての項目で有意に多く体験したと回答した。

地域別の比較で，そう思うと回答した医師の頻度に有意差が見られた項目は，柏地域で「緩和ケアについて相談できる人が増えてきた」「経験的にあいまいに行ってきた緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた」「地域の緩和ケアや在宅医療のリソースが分かってきたので，具体的に患者・家族に説明できるようになってきた」「がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった」が少なかった。鶴岡地域では，病院医師が「苦痛のある患者なら緩和ケアチームに，在宅療養を考えるなら退院支援部署に，早めに，相談しようと思うようになってきた」「在宅移行する患者では，投薬など，患者・家族が自宅でもできるように，入院中からできるだけシンプルにするようになった」と回答した割合が少なかったが，診療所医師が「緩和ケアの知識や技術，経験，サポートが増え，以前なら受けるのにためらいのあったがん患者も受け入れやす

表 45　医師の体験した変化

	合計 (n=706)	地域					プロジェクト参加の有無		
		鶴岡 (n=51)	柏 (n=202)	浜松 (n=195)	長崎 (n=238)	P	参加した (n=392)	参加しなかった (n=296)	P
緩和ケアや在宅療養について意識して診療することが増えた	68	69	61	73	76	0.055	78	55	<0.001
患者の希望や気持ちを聞き，価値観を大切にしようと思うようになった	76	69	71	78	87	0.23	81	70	<0.001
患者だけでなく，家族の希望や気持ちもきくようになった	73	61	69	76	83	0.10	78	67	<0.001
1 人でなく，多職種のチームで対応していこうと思うようになった	77	76	75	77	84	0.75	83	69	<0.001
緩和ケアについて相談できる人が増えてきた	67	75	58	70	75	0.004	75	56	<0.001
臨床経験や，マニュアル・講習会などを通じて，経験的にあいまいに行ってきた緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた	59	59	44	66	72	<0.001	75	39	<0.001
患者や家族から緩和ケアや在宅医療について聞かれることが増えた	37	31	33	35	45	<0.001	44	27	<0.001
地域で緩和ケアに関わっている人たちのうち，名前と顔，考え方が分かる人が増え，連携がとりやすくなってきた	44	55	33	44	53	<0.001	57	27	<0.001
地域の緩和ケアや在宅医療のリソースが分かってきたので，具体的に患者・家族に説明できるようになってきた	48	55	34	52	58	<0.001	63	29	<0.001
普段は交流のない多職種や，多施設の関係者で集まる機会が増えてきた	37	47	24	39	47	0.17	49	22	<0.001
在宅移行する患者では，容態が変わった時の対応や連絡方法を予め決めるようになった	48	45	42	50	56	0.14	58	35	<0.001
実際に経験したり情報を得たりすることで，がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	58	55	49	66	66	0.009	68	46	<0.001
（病院医師のみ）苦痛のある患者なら緩和ケアチームに，在宅療養を考えるなら退院支援部署に，早めに，相談しようと思うようになってきた	81	68	80	88	88	0.003	88	80	<0.001
在宅移行する患者では，投薬など，患者・家族が自宅でもできるように，入院中からできるだけシンプルにするようになった	66	39	66	79	68	0.001	76	60	<0.001
（診療所医師のみ）緩和ケアの知識や技術，経験，サポートが増え，以前なら受けるのにためらいのあったがん患者も受け入れやすくなった	40	68	26	44	44	0.020	57	19	<0.001

「そう思う」「ややそう思う」と回答した医師の％を示す。

表 46　医師の体験した緩和ケア・在宅医療の阻害要因

	合計 (n=706)	地域				
		鶴岡 (n=51)	柏 (n=202)	浜松 (n=195)	長崎 (n=238)	P
がん緩和ケアにかかわらず，全般的に十分な診察時間がとれなかった	54	45	59	56	51	0.043
緩和ケアについて						
患者が訴えた苦痛や心配にできるかぎり対応した	75	71	73	78	75	0.52
患者に苦痛や心配があるか，自分から尋ねるようにしていた	75	69	74	79	75	0.096
患者の苦痛や心配は分かっても，対応する時間がなかった	28	29	28	29	27	0.99
苦痛や心配に対処したが，実際に苦痛を和らげることはできなかった	24	24	25	23	25	0.90
苦痛の治療・緩和ケアを勧めても，患者が希望しなかった	7.2	7.8	7.4	4.6	8.9	0.54
患者だけでなく，家族の心配や不安も聞くようにしていた	70	73	62	76	71	0.080
在宅医療について						
患者・家族が自宅で過ごしたいといった場合，できるだけ対応した	78	75	**72**	**84**	78	0.028
自宅で過ごしたいか，自分から尋ねるようにしていた	71	61	68	74	72	0.18
自宅で過ごす希望のあった患者の病状が予測より早く進んだ	31	25	29	33	33	0.052
自宅で過ごす希望のあった患者の苦痛緩和ができなかった	16	16	18	14	17	0.89
自宅で過ごす希望があっても，診療所や訪問看護ステーションがなかった	13	**7.8**	**20**	**8.7**	12	0.013
希望があり苦痛は落ち着いていたが，介護する人がいなかった	37	35	39	38	34	0.60
自宅で過ごすことを勧めても，患者・家族が希望しなかった	38	39	41	36	37	0.87

「そう思う」「ややそう思う」と回答した医師の％を示す。P<0.05 かつ 10%以上の絶対値の差があるものを太字として示した。

くなった」と回答した割合が多かった。

7．医師の体験した緩和ケア・在宅医療の阻害要因

医師の 70%以上が，「患者が訴えた苦痛や心配にできるかぎり対応した」「患者に苦痛や心配があるか，自分から尋ねるようにしていた」「患者だけでなく，家族の心配や不安も聞くようにしていた」「患者・家族が自宅で過ごしたいといった場合，できるだけ対応した」「自宅で過ごしたいか，自分から尋ねるようにしていた」，と回答した（表 46）。

阻害要因として挙げられたものは，緩和ケアでは，「患者の苦痛や心配は分かっても，対応する時間がなかった」（28%），「苦痛や心配に対処したが，実際に苦痛を和らげることはできなかった」（24%）が多く，「苦痛の治療・緩和ケアを勧めても，患者が希望しなかった」は少なかった。在宅医療では，「自宅で過ごすことを勧めても，患者・家族が希望しなかった」（38%）「希望があり苦痛は落ち着いていたが，介護する人がいなかった」（37%）「自宅で過ごす希望のあった患者の病状が予測より早く進んだ」（31%）が多かった。「自宅で過ごす希望のあった患者の苦痛緩和ができなかった」は少なかった。

地域別では，柏地域では，「自宅で過ごす希望があっても，診療所や訪問看護ステーションがなかった」と回答した医師が多かった。柏地域，浜松地域では，「がん緩和ケアにかかわらず，全般的に十分な診察時間がとれなかった」と回答した医師が多かった。

考　察

本研究では，緩和ケアの地域介入プロジェクトが医師に及ぼす影響について重要ないくつかの知見を得た。

最も重要な知見は，地域全体に対して教育，ネットワーキング，専門家からの支援を含むプロジェクトの介入により，地域全体でみた医師の知識，困難感，実践が改善することが示されたことである。知識はもともと比較的高い水準であったものがさらに改善した。困難感は介入前後での変化量が最も大きく，プロジェクトの一環として行われたプログラムが知識を得るための教育として機能したばかりではなく，ネットワーキングや専門家からの支援を含めて行われたことで，個々の医師の困難感を改善したと考えられる。実践の変化は小さかったが，もともとの水準が高かったため変化が検出できなかった可能性がある。

2つ目に重要な点は，プロジェクトへの参加の有無や程度と，知識，困難感，実践の改善との関係が示されたことである。プロジェクトへの参加の有無に加えて，企画されたプログラムに参加した回数にほぼ比例して，医師の知識，困難感，実践は改善していた。また，医師自体が自覚した変化（「経験的にあいまいに行ってきた緩和ケアの裏づけとなる知識が増えた」「地域で緩和ケアに関わっている人たちのうち名前と顔，考え方が分かる人が増え，連携がとりやすくなってきた」など）もプロジェクトに参加した医師で変化を多く体験していた。プロジェクトに参加する医師の背景は参加しなかった医師に比較して経験年数が4年長く（18年 vs. 22年），看取った年間がん患者数が多かったものの，大きな差はなかった。にもかかわらず，参加の程度と改善の程度に強い相関が認められたことから，教育プログラムは複数回継続して行うことによってより効果をもたらすことができることが示唆される。企画されたプログラムに参加しなかった理由を医師の多くが，「時間がなかった」「知らなかった」としていることから，複数回にわたって医師が継続的に参加できるような時間的・物理的な保証とアナウンスが重要であると考えられる。

3つ目に重要な点はどのような領域での変化が大きかったかが明らかになったことによって，プロジェクトがもたらす効果に関する洞察を得ることができることである。領域別では，特に，地域連携，専門家の支援，医療者間のコミュニケーションといったネットワーキングに関する困難感の改善が大きく，次に，知識，疼痛など症状緩和，患者・家族とのコミュニケーションに関するものであった。一方，「緩和ケアは終末期に限ったものではない」といった理念についての知識はもともとほとんどの医師が正しい認識をもっていた。これらの知見から考えて，地域緩和ケアプロジェクトが医師に及ぼす影響として最も大きいことは，ネットワーキングの改善により，地域連携，専門家からの支援，医療者間のコミュニケーションが改善することであり，次に，基盤となる知識やスキルの習得であることが示唆される。逆にいえば，地域全体をみた場合に，必ずしも，個々の医師の緩和ケアに関する知識や技術を「完全なもの」にしておく必要はなく，基本的な知識と技術を身につけることを目的として，やや専門的な内容は専門家や多職種と協働することによって解決可能となるようなネットワークの構築を求めることが現実的であると考えられる。

4つ目は，知識，困難感，実践，特に困難感の改善は，医師の経験年数，専門，勤務場所，地域によってほぼ同じ傾向であったことから，プログラムの普遍性が示唆されたことである。群別の前後での比較検定で有意な変化でなくなる群は，対象数が少ないか，もともと得点が高いことが原因であると考えられる。OPTIM プロジェクトで実施された介入は，医師の経験年数，専門，勤務場所，緩和ケアに関する地域差にかかわらず，一定の効果をもたらすことが予測される。

5つ目は，介入前後のいずれとも，緩和ケアの知識が少なく困難感が高いと考えられる医師の背景が明らかになったことである。すなわち，経験年数が20年以上，一般内科を専門としている，在宅支援診療所ではない診療所勤務である医師は緩和ケアに関する困難感が高く，知識が少なかった。これらの医師のほとんどは，主たる業務が一般内科の診療であると考えられるため，がん患者，緩和ケアを必要とする患者の診察機会が少ないことが原因として考えられる。地域の単位で考えた場合に，地域のすべての医師が一定以上の緩和ケアの知識を有することを目的とすることは現実的ではなく，医師がより相談しやすい看護師や薬剤師を含むより大きなチームでサポートできる仕組みがあればよいと考えられる。

6つ目は，医師の知識について，ちょうど同じ時期に行われた全国調査との比較が可能であったことである。医師の抽出条件や背景に違いがあるので，単純な

比較を行うべきではないが，いずれも，数年前に比べて医師の緩和ケア・がん疼痛についての知識や認識が改善していることが示された。がん疼痛の緩和の障害となっていることがしばしば挙げられている，「がん疼痛に用いられた医療用麻薬が薬物中毒（精神依存）を生じる」という誤解については，診療所医師の約 70％，病院医師の約 80％が正しい認識をもっていることが分かった。WHO 方式がん疼痛治療法についても「知らない」と答えた医師は 28％から 14％に半減した。これは OPTIM プロジェクトの効果か，並行して行われている PEACE プロジェクトなど全国での取り組みの効果かを区別することはできないが，いずれにしろ，わが国の医師の多くが緩和ケア・がん疼痛について正しい知識をもつ傾向にあることを強く示唆するものである。

7 つ目は，医師からみた緩和ケア・在宅療養の阻害要因が明らかになったことである。医師の認識では，緩和ケア，在宅療養のいずれもできる限り最大限取り組んでいたと回答した。緩和ケアの阻害要因は，「患者の苦痛や心配は分かっても，対応する時間がなかった」「苦痛や心配に対処したが，実際に苦痛を和らげることはできなかった」であり，在宅医療の阻害要因は，「自宅で過ごすことを勧めても，患者・家族が希望しなかった」「希望があり苦痛は落ち着いていたが，介護する人がいなかった」「自宅で過ごす希望のあった患者の病状が予測より早く進んだ」および「自宅で過ごす希望があっても，診療所や訪問看護ステーションがなかった」（柏地域），であった。これらは，患者・遺族・看護師など他の調査結果と照合することにより，なぜ緩和ケア・在宅療養が希望に沿って提供されなかったのかを解釈することに役立つと考えられる。

まとめ

地域緩和ケアプロジェクトの介入前後で，介入 4 地域とも，医師の緩和ケアに関する知識，困難感，実践は改善した。特に改善が大きかったのは，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ものであった。改善は，教育プログラムへの参加の程度と強く相関していた。

地域緩和ケアプロジェクトの一環として行われるプログラムに複数回医師が参加できる機会を保証することにより，ネットワーキングと基盤となる知識が整備され，医師の知識，困難感，実践が改善すると考えられる。

G. 看護師の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の変化

1）東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野，2）㈱緩和ケアパートナーズ
佐藤 一樹[1)]，梅田 恵[2)]

目　的

OPTIM プロジェクトで行った介入である包括的地域緩和ケアプログラムでは，緩和ケアの技術・知識の向上や地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進，緩和ケア専門家による診療・ケアの提供などが提供された。

本項では，介入地域内でがん患者のケアにあたる看護師による緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価の介入前後での変化を明らかにする。

対象・方法

介入地域内のがん患者をケアする看護師を対象に，自記式質問紙調査を行った。

1．調査対象

対象施設は，地域責任者ががん患者を多く診療していると考える医療機関（病院，訪問看護ステーション）とし，できるかぎり多くの医療機関に調査参加を依頼した。

対象者は，調査対象施設に 1 年以上継続して勤務し，がん診療に携わる病棟・外来に配属されている常勤看護師とした。

2．調査手順

調査手順は，調査対象となった看護師に対し，調査依頼状・趣意書（調査目的や方法などを説明）・自記式の調査票を配布し，留め置き法により回収した。未回答者への督促として，1 カ月後に全対象者に対して同様の調査依頼を行った。研究の同意は，調査票の回収をもって参加同意とみなした。本研究は，がん対策のための戦略研究倫理委員会の承認を得て実施した。また，施設長が必要と判断した場合は各施設の施設内倫理委員会の承認も得た。

介入前調査は 2008 年 2〜3 月に，介入後調査は 2011 年 1〜3 月に実施した。

3．調査項目

調査項目は，アウトカム変数（緩和ケアに関する知識，困難感，実践のそれぞれの評価尺度），介入の曝露，対象者背景であった。

緩和ケアに関する知識の自己評価として，Palliative Care Knowledge Test[1)] を尋ねた。Palliative Care Knowledge Test は 5 ドメイン（理念，疼痛・オピオイド，呼吸困難，せん妄，消化器症状）20 項目から成り，各項目に対して「正しい」「間違っている」「分からない」の 3 件法で尋ねた。ドメインごとの平均正答率と各項目の正答率を算出した。

緩和ケアに関する困難感の自己評価として，Palliative Care Difficulties Scale[2)] を尋ねた。Palliative Care Difficulties Scale は 5 ドメイン（症状緩和，専門家の支援，医療者間のコミュニケーション，患者・家族とのコミュニケーション，地域連携）15 項目から成り，各項目に対して「1. 思わない」〜「5. 非常によく思う」の 5 件法で尋ねた。ドメインごとの平均得点と各項目の「4. よく思う」「5. 非常によく思う」の合算した割合を算出した。

緩和ケアに関する実践の自己評価として，Palliative Care Self-Reported Practices Scale[2)] を尋ねた。Palliative Care Self-Reported Practices Scale は 7 ドメイン（疼痛，呼吸困難，せん妄，看取りのケア，コミュニケーション，患者・家族中心のケア，口腔ケア）19 項目から成り，各項目に対して「1. 行っていない」〜「5. 常に行っている」の 5 件法で尋ねた。ドメインごとの平均得点と各項目の「4. たいてい行っている」「5. 常に行っている」の合算した割合を算出した。

介入の曝露として，OPTIM プロジェクトの認知，緩和ケアや在宅医療の講習会や連携の多職種集まりの参加，OPTIM プロジェクトのホームページ・緩和ケアマニュアル・患者・家族用パンフレットや症状評価

ツール・情報共有ツールの利用を介入後調査の際に尋ねた。

対象者背景として，性別，年齢，学歴（看護教育），医療機関種別，緩和ケア病棟勤務経験，訪問看護勤務経験，終末期がん患者ケア経験（今までの総計），がん患者ケア経験（今までの総計），緩和ケアに関する卒後教育時間を尋ねた。

4．分　析

緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価は，全項目とドメイン別の平均得点について介入前後で比較した。また，介入後の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価と介入の曝露との関連を Dunnett 法による多重比較により分析した。これらの分析は，地域・年齢・学歴・医療機関種別・緩和ケア病棟勤務経験・終末期がん患者ケア経験で調整して行った。

介入前後や曝露による変化の大きさの指標として，効果量（Effect Size：ES＝平均値の差 / 標準偏差）を算出した。効果量は，0.2 以上 0.5 未満を小さな効果量，0.5 以上 0.8 未満を中程度の効果量，0.8 以上を大きな効果量とする基準[3] が提案されている。本研究は対象者数が多く解析結果が有意となりやすいため，アウトカム変数に関する図表では P 値ではなく効果量を示す。

結　果

調査施設は，介入前調査・介入後調査でそれぞれ，病院 26 施設・22 施設，訪問看護ステーション 74 施設・73 施設であった。調査施設の看護師 3,008 名・3.156 名に対して調査票を配布し，2,684 名・2,596 名から回答を得た。そのうち，がん患者のケア経験のなかったものを除外し，2,378 名・2,236 名から有効回答を得た。地域別の有効回答は，鶴岡地域 265 名・261 名，柏地域 590 名・623 名，浜松地域 891 名・699 名，長崎地域 632 名・653 名であった。

対象者背景を**表 47** に示す。介入前調査・介入後調査でそれぞれ，女性が 96％・96％（P＝0.42），年齢は 30 歳未満が 32％・30％，30 歳代が 34％・33％（P＝0.03），学歴は専門学校・短期大学が 90％・87％，医療機関種別はがん診療連携拠点病院が 57％・58％，訪問看護ステーションが 7％・10％（P＝0.005），緩和ケア病棟勤務経験が 9％・12％（P<0.001），今までの終末期がん患者ケア経験は 10 人未満が 15％・15％，10～49 人が 43％・41％（P＝0.55）であった。

1．緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価の介入前後での変化

緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価の介入前後での変化を**表 48** に示す。

緩和ケアに関する知識の正答率は，理念，疼痛・オピオイド，呼吸困難，せん妄，消化器症状のすべてのドメインと全項目の平均正答率で有意に改善していた（P<0.001）。緩和ケアに関する困難感の自己評価は，症状緩和，専門家の支援，医療者間のコミュニケーション，患者・家族とのコミュニケーション，地域連携のすべてのドメインと全項目の平均得点で有意に改善していた（P<0.001）。緩和ケアに関する実践の自己評価は，患者・家族中心のケア（P＝0.54）と口腔ケア（P＝0.97）を除いた疼痛，呼吸困難，せん妄，看取りのケア，コミュニケーションのドメインと全項目の平均得点で有意に改善していた（P<0.001）。

緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価の介入前後での変化の大きさは，緩和ケアに関する知識の全項目の平均正答率では ES＝0.46，緩和ケアに関する困難感の自己評価の全項目の平均得点では ES＝0.59，緩和ケアに関する実践の自己評価の全項目の平均得点では ES＝0.13 であった。

緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価の介入前後での変化の地域間差は，緩和ケアに関する知識の正答率（P<0.001）では有意な地域間での変化の違いがみられた一方，緩和ケアに関する困難感（P＝0.44）と実践（P＝0.58）の自己評価では有意な地域間での変化の違いはみられなかった。緩和ケアに関する知識の正答率の改善は，柏地域や長崎地域に対して鶴岡地域や浜松地域の改善が有意に大きかった（いずれも P<0.001）。

2．緩和ケアに関する知識の正答率の介入前後での変化の詳細

緩和ケアに関する知識のドメイン別の介入前後での変化の大きさは，理念 ES＝0.15，疼痛・オピオイド ES＝0.39，呼吸困難 ES＝0.41，せん妄 ES＝0.28，消化器症状 ES＝0.36 であった。項目別の介入前後での変化を**図 86** に示す。

表 47　対象者背景

		介入前		介入後		P
		n	%	n	%	
地域	鶴岡	265	11	261	12	<0.001
	柏	590	25	623	28	
	浜松	891	37	699	31	
	長崎	632	27	653	29	
性別	男性	50	2	55	2	0.42
	女性	2,292	96	2,151	96	
年齢	30 歳未満	751	32	669	30	0.03
	30〜39 歳	819	34	743	33	
	40〜49 歳	497	21	501	22	
	50 歳以上	291	12	310	14	
学歴（看護教育）	専門学校・短大	2,137	90	1,953	87	0.005
	大学・大学院	232	10	277	12	
医療機関種別	がん診療連携拠点病院	1,345	57	1,304	58	0.005
	拠点以外の病院	856	36	716	32	
	訪問看護ステーション	177	7	216	10	
緩和ケア病棟勤務経験	なし	2,162	91	1,951	87	<0.001
	あり	203	9	270	12	
訪問看護勤務経験	なし	2,123	89	1,921	86	<0.001
	あり	247	10	307	14	
終末期がん患者ケア経験（今までの総計）	なし	22	1	22	1	0.55
	1〜9 人	330	14	322	14	
	10〜49 人	1,031	43	911	41	
	50 人〜99 人	488	21	495	22	
	100 人〜	491	21	466	21	
がん患者ケア経験（今までの総計）	1〜9 人	225	10	233	10	0.97
	10〜49 人	641	27	575	26	
	50 人〜99 人	502	21	461	21	
	100 人〜	996	42	948	42	
緩和ケアの卒後教育時間	なし	662	28	371	17	<0.001
	1 時間以内	207	9	172	8	
	2〜4 時間	556	23	512	23	
	5 時間以上	935	39	1,164	52	

Wilcoxon 検定または χ^2 検定

3．緩和ケアに関する困難感の自己評価の介入前後での変化の詳細

緩和ケアに関する実践の自己評価のドメイン別の介入前後での変化の大きさは，症状緩和 ES＝0.24，専門家の支援 ES＝0.58，医療者間のコミュニケーション ES＝0.42，患者・家族とのコミュニケーション ES＝0.19，地域連携 ES＝0.60 であった。項目別の介入前後での変化を図 87 に示す。

4．緩和ケアに関する実践の自己評価の介入前後での変化の詳細

緩和ケアに関する実践の自己評価のドメイン別の介入前後での変化の大きさは，疼痛 ES＝0.13，呼吸困難 ES＝0.10，せん妄 ES＝0.14，看取りのケア ES＝

表 48　緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価の介入前後での変化

		介入地域全体			鶴岡地域			柏地域			浜松地域			長崎地域		
		平均	標準偏差	効果量*	平均	標準偏差	効果量*	平均	標準偏差	効果量*	平均	標準偏差	効果量*	平均	標準偏差	効果量*
緩和ケアに関する知識																
【理念】	介入前	88%	26%	0.15	84%	30%	0.27	88%	27%	0.03	89%	25%	0.23	89%	26%	0.14
	介入後	92%	23%		92%	23%		89%	27%		94%	19%		93%	23%	
【疼痛・オピオイド】	介入前	52%	28%	0.39	46%	28%	0.62	50%	30%	0.26	51%	28%	0.55	59%	27%	0.25
	介入後	63%	28%		63%	27%		57%	29%		67%	28%		66%	28%	
【呼吸困難】	介入前	42%	26%	0.41	35%	26%	0.52	44%	26%	0.25	43%	25%	0.66	43%	27%	0.28
	介入後	53%	29%		49%	30%		50%	28%		60%	28%		50%	28%	
【せん妄】	介入前	37%	29%	0.28	31%	27%	0.40	37%	30%	0.26	38%	28%	0.44	39%	29%	0.01
	介入後	46%	32%		42%	32%		44%	31%		52%	32%		42%	30%	
【消化器症状】	介入前	52%	29%	0.36	49%	30%	0.46	54%	30%	0.23	52%	29%	0.51	52%	29%	0.29
	介入後	63%	30%		62%	30%		61%	29%		67%	30%		60%	29%	
全項目の平均正答率	介入前	51%	20%	0.46	45%	20%	0.66	50%	22%	0.31	51%	19%	0.69	53%	20%	0.31
	介入後	60%	22%		59%	22%		57%	22%		65%	22%		59%	20%	
緩和ケアに関する困難感																
【症状緩和】	介入前	3.5	0.8	0.24	3.4	0.9	0.18	3.6	0.9	0.30	3.5	0.8	0.26	3.4	0.8	0.18
	介入後	3.3	0.9		3.3	0.9		3.3	0.9		3.3	0.9		3.2	0.9	
【専門家の支援】	介入前	2.9	1.3	0.58	3.6	1.1	0.87	3.3	1.3	0.62	2.7	1.3	0.63	2.5	1.2	0.52
	介入後	2.2	1.1		2.6	1.1		2.6	1.2		2.0	1.0		1.9	1.0	
【医療者間のコミュニケーション】	介入前	3.1	1.0	0.42	3.1	1.1	0.40	3.3	1.0	0.43	3.0	1.0	0.38	3.1	1.0	0.50
	介入後	2.7	1.1		2.7	1.0		2.8	1.0		2.6	1.1		2.6	1.0	
【患者・家族とのコミュニケーション】	介入前	3.2	0.9	0.19	3.3	0.9	0.11	3.2	0.9	0.24	3.2	0.9	0.14	3.3	0.9	0.22
	介入後	3.1	1.0		3.2	0.9		3.0	1.0		3.1	1.0		3.1	0.9	
【地域連携】	介入前	3.0	1.2	0.60	3.2	1.2	0.71	3.3	1.1	0.64	3.0	1.1	0.58	2.8	1.1	0.61
	介入後	2.4	1.1		2.4	1.0		2.7	1.1		2.3	1.1		2.1	1.0	
全項目の平均得点	介入前	3.2	0.7	0.59	3.3	0.7	0.68	3.4	0.7	0.65	3.1	0.7	0.58	3.0	0.7	0.57
	介入後	2.7	0.7		2.8	0.7		2.9	0.7		2.7	0.7		2.6	0.7	
緩和ケアに関する実践																
【疼痛】	介入前	4.0	0.8	0.13	3.8	0.8	0.14	4.0	0.7	0.08	4.1	0.7	0.17	3.9	0.8	0.17
	介入後	4.1	0.7		3.9	0.7		4.1	0.7		4.2	0.7		4.0	0.7	
【呼吸困難】	介入前	3.7	0.8	0.10	3.4	0.8	0.04	3.8	0.8	0.13	3.7	0.8	0.19	3.8	0.8	0.01
	介入後	3.8	0.8		3.5	0.9		3.9	0.8		3.9	0.8		3.8	0.8	
【せん妄】	介入前	3.1	0.9	0.14	2.7	0.8	0.27	3.4	0.9	0.11	3.1	0.9	0.18	3.2	0.9	0.05
	介入後	3.3	0.9		2.9	0.8		3.5	0.9		3.3	1.0		3.2	0.9	
【看取りのケア】	介入前	3.5	0.9	0.11	3.3	0.9	0.05	3.7	0.9	0.13	3.5	0.9	0.17	3.5	0.9	0.02
	介入後	3.6	0.9		3.3	0.9		3.8	0.9		3.7	0.9		3.6	0.9	
【コミュニケーション】	介入前	3.7	0.8	0.11	3.4	0.7	−0.00	3.8	0.7	0.16	3.8	0.8	0.19	3.6	0.7	0.05
	介入後	3.8	0.8		3.4	0.8		3.9	0.7		3.9	0.7		3.7	0.8	
【患者・家族中心のケア】	介入前	3.9	0.8	0.04	3.7	0.7	0.00	4.0	0.7	−0.00	3.9	0.8	0.17	3.9	0.8	−0.06
	介入後	3.9	0.8		3.7	0.8		4.0	0.7		4.1	0.8		3.8	0.8	
【口腔ケア】	介入前	3.9	0.9	−0.01	3.8	0.9	−0.08	4.0	0.9	−0.07	3.9	0.9	0.06	3.9	0.9	−0.00
	介入後	3.9	0.9		3.7	0.9		3.9	0.9		3.9	1.0		3.9	0.9	
全項目の平均得点	介入前	3.7	0.6	0.13	3.4	0.6	0.09	3.8	0.6	0.12	3.7	0.6	0.22	3.7	0.6	0.04
	介入後	3.8	0.6		3.5	0.6		3.9	0.6		3.8	0.6		3.7	0.7	

* 効果量は介入前後での変化の大きさを表し，数値は以下のように解釈する。
小さな効果量 :0.2 以上 0.5 未満，中程度の効果量:0.5 以上 0.8 未満，大きな効果量:0.8 以上

0.11，コミュニケーション ES＝0.11，患者・家族中心のケア ES＝0.04，口腔ケア ES＝－0.01 であった。項目別の介入前後での変化を**図 88** に示す。

5．介入後の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価と介入の曝露との関連

介入後の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価と介入の曝露との関連を**表 49** に示す。緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価のいずれも，

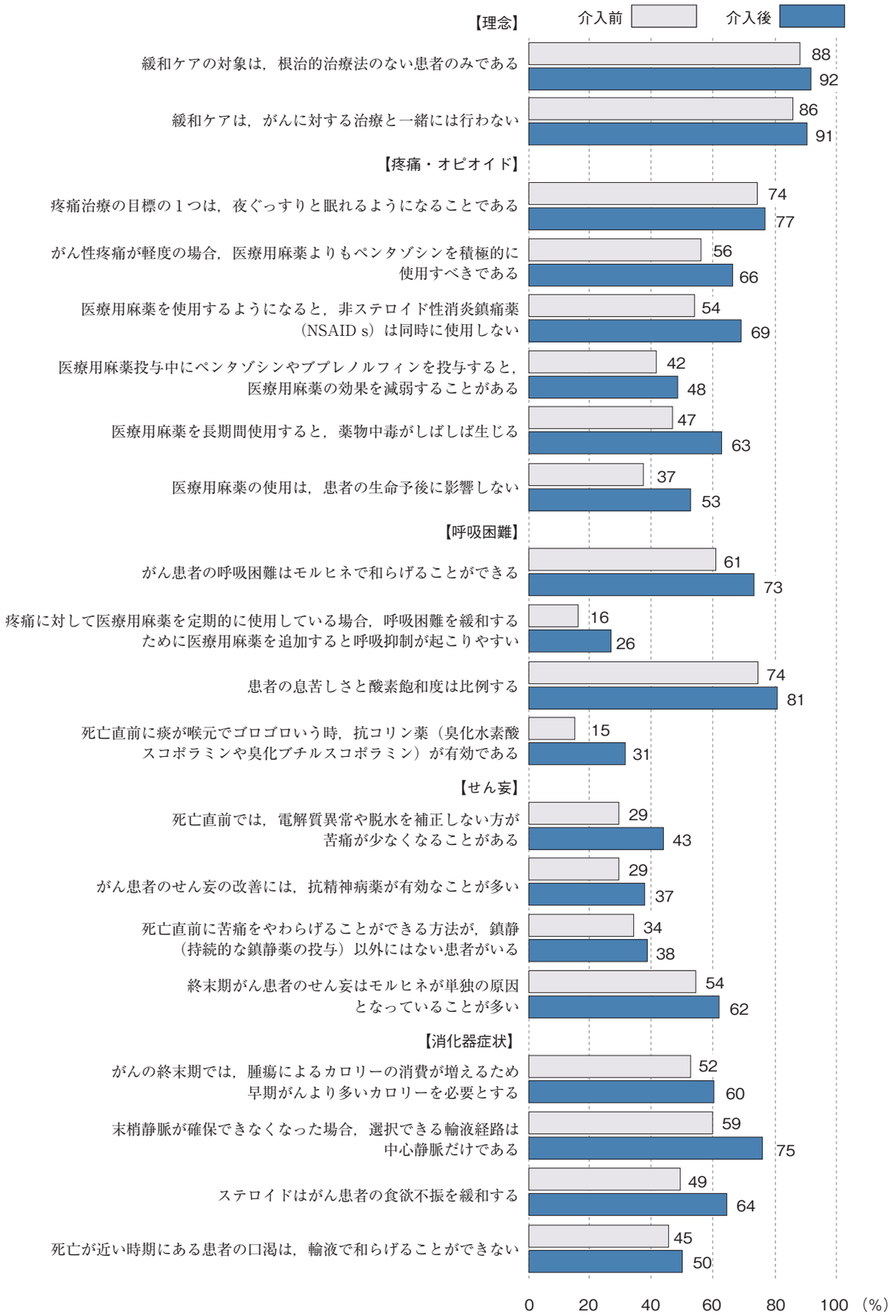


図 86　緩和ケアに関する知識 20 項目の正答率の介入前後での変化

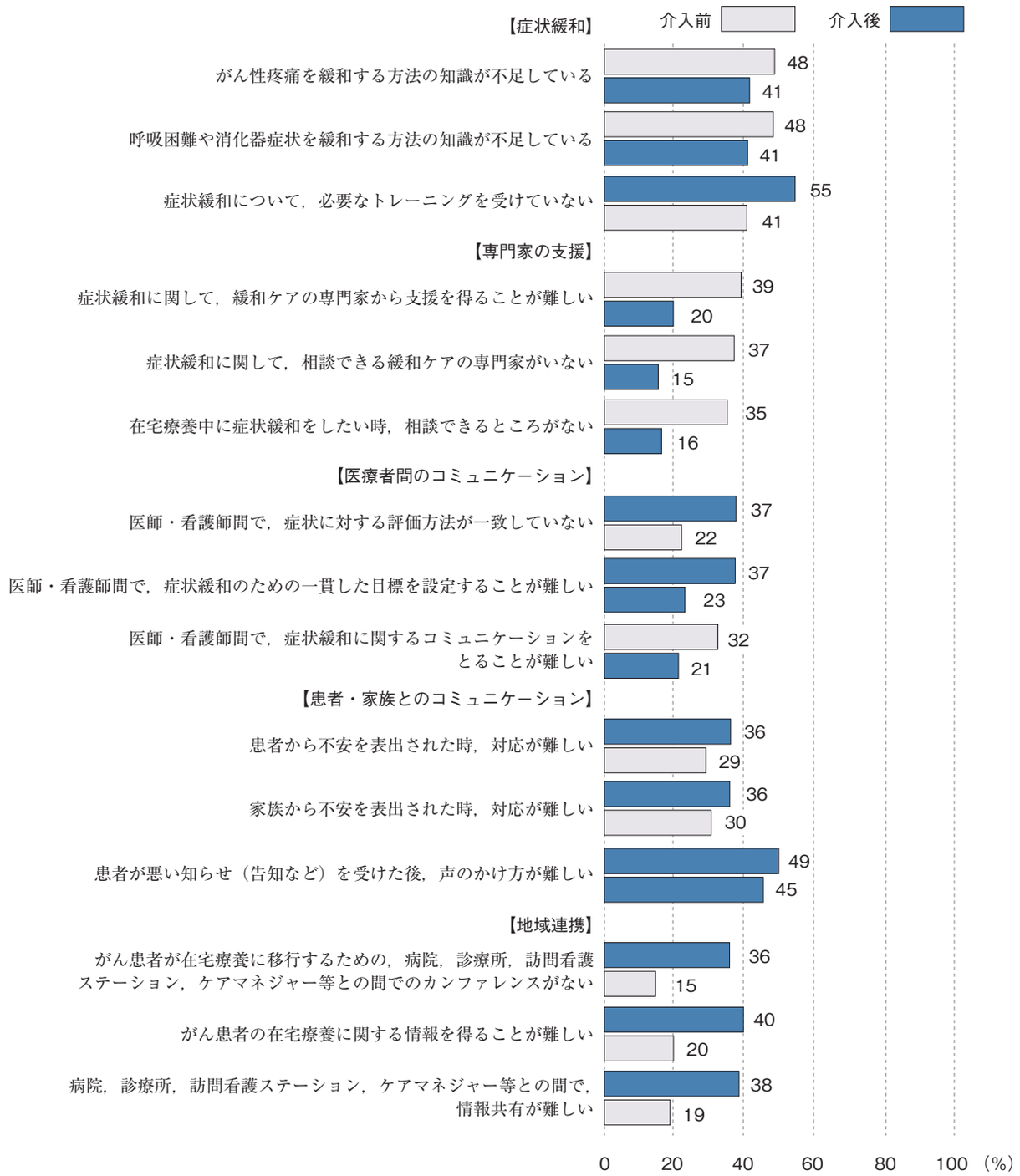


図 87　緩和ケアに関する困難感 15 項目の自己評価の介入前後での変化

介入前と比較して介入の曝露が多いほど改善が大きかった。緩和ケアに関する知識や実践では曝露がない群では介入前との変化の効果量が「ごくわずか」～「小さかった」のに対して，緩和ケアに関する困難感では曝露がない群でも小さい～中程度の効果量が認められた。

考　察

がん患者のケアに当たる看護師による緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価は，介入地域全体では介入前後でいずれも有意に改善した。緩和ケアに関する知識では小さな改善，困難感では中程度の改善であったのに対し，実践ではごくわずかな改善にとどまった。OPTIM プロジェクトで行った包括的地域緩

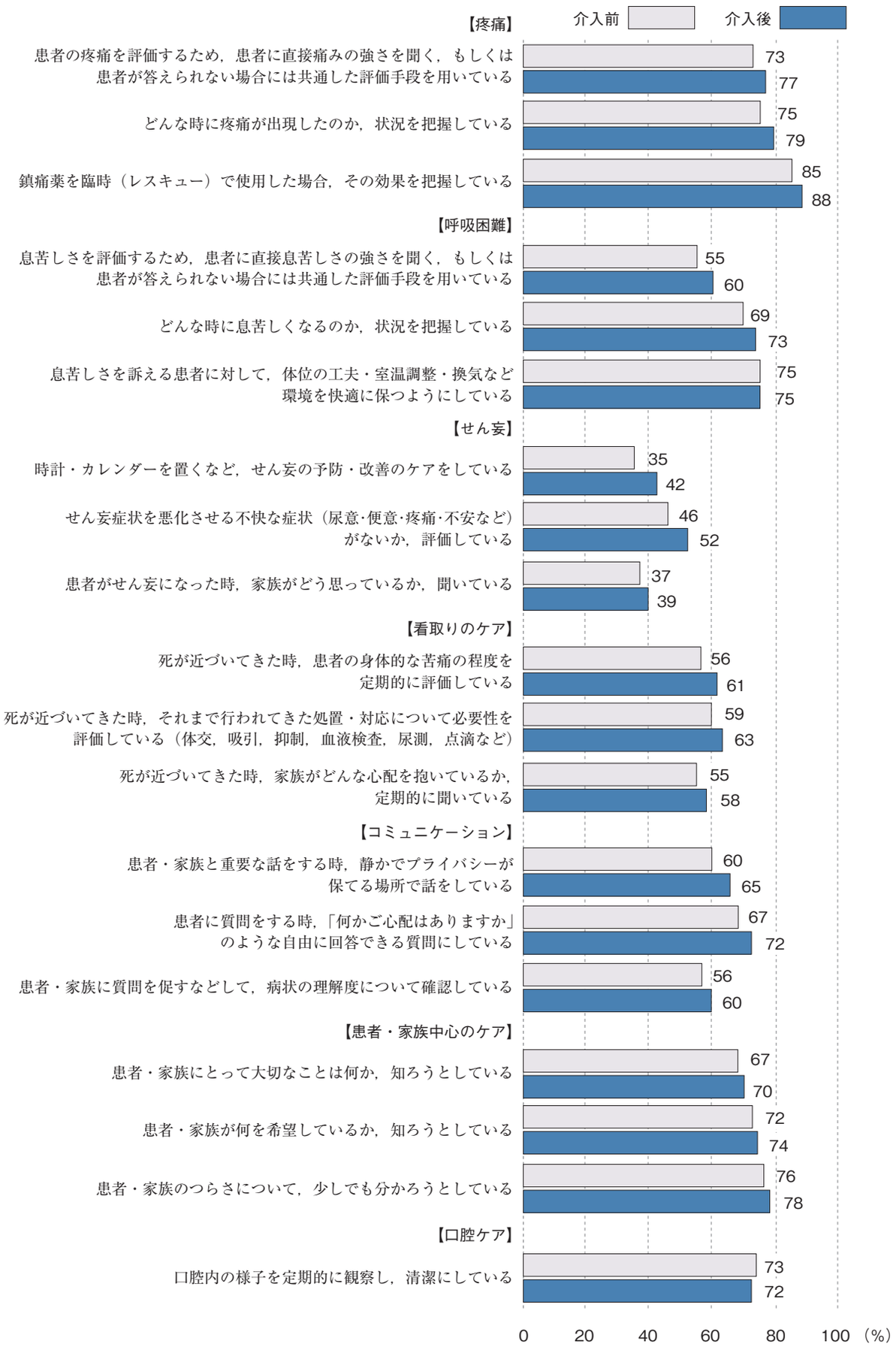


図 88　緩和ケアに関する実践 19 項目の自己評価の介入前後での変化

表 49　介入後の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価と介入の曝露との関連

		n	%	緩和ケアに関する知識			緩和ケアに関する困難感			緩和ケアに関する実践		
				平均	標準偏差	効果量 *1	平均	標準偏差	効果量 *1	平均	標準偏差	効果量 *1
OPTIM プロジェクトの認知	聞いたことがない	506	23%	48	19	−0.12	2.9	0.7	0.30	3.6	0.6	−0.06
	聞いたことはある	751	34%	56	21	0.27	2.8	0.7	0.50	3.7	0.6	0.01
	知っている	957	43%	70	20	0.97	2.6	0.7	0.81	3.9	0.7	0.32
緩和ケアや在宅医療の講習会や連携の多職種集まりの参加	0 回 /3 年間	1,215	54%	54	21	0.14	2.8	0.7	0.43	3.7	0.6	0.00
	1 回 /3 年間	315	14%	63	20	0.62	2.7	0.7	0.61	3.8	0.6	0.15
	2〜5 回 /3 年間	481	22%	69	19	0.89	2.6	0.7	0.80	3.8	0.6	0.21
	6 回以上 /3 年間	198	9%	79	16	1.44	2.4	0.7	0.97	4.1	0.6	0.68
OPTIM プロジェクトのホームページの利用	見たことがない	1,691	76%	57	21	0.30	2.8	0.7	0.52	3.7	0.6	0.02
	見たことはある	362	16%	69	20	0.91	2.6	0.7	0.77	3.9	0.6	0.42
	実際に使用した	137	6%	81	17	1.52	2.4	0.7	1.00	4.2	0.6	0.83
緩和ケアマニュアルの利用 *2	見たことがない	680	30%	50	21	−0.04	2.9	0.7	0.32	3.6	0.7	−0.07
	見たことはある	701	31%	57	20	0.30	2.7	0.7	0.60	3.6	0.6	−0.08
	実際に使用した	811	36%	72	19	1.10	2.6	0.7	0.81	4.0	0.6	0.50
患者用パンフレットや症状評価ツールの利用 *3	見たことがない	1,032	46%	52	21	0.08	2.8	0.7	0.44	3.6	0.6	−0.06
	見たことはある	596	27%	62	21	0.58	2.7	0.7	0.59	3.7	0.6	0.08
	実際に使用した	563	25%	73	19	1.12	2.5	0.7	0.86	4.0	0.6	0.55
情報共有ツールの利用 *4	見たことがない	1,119	50%	54	21	0.17	3.6	0.7	0.46	3.6	0.6	−0.04
	見たことはある	728	33%	65	21	0.70	3.8	0.7	0.66	3.8	0.7	0.25
	実際に使用した	345	15%	71	20	1.01	3.9	0.7	0.86	3.9	0.6	0.44

*1 効果量は介入前と比較した変化の大きさを表し，数値は以下のように解釈する小さな効果量：0.2 以上 0.5 未満，中程度の効果量：0.5 以上 0.8 未満，大きな効果量：0.8 以上
*2 緩和ケアマニュアル：「ステップ緩和ケア」
*3 患者用パンフレットや症状評価ツール：「医療用麻薬を初めて使用するとき」「これからの過ごし方について」「生活のしやすさに関する質問票」など
*4 情報共有ツール：「わたしのカルテ」

和ケアプログラムは，がん患者をケアする看護師の緩和ケアに関する知識や困難感に対して介入効果を示したと結論できる。

緩和ケアに関する知識では，理念の効果量が 0.2 未満で前後での変化がみられなかったが，理念以外のすべてのドメインで小さな効果量を認めた。理念の正答率は介入前調査で高かったため，効果量が小さかったと考えられる。介入前調査では呼吸困難とせん妄に関する知識の正答率が相対的に低かったが，介入後調査で小さな改善にとどまった。OPTIM プロジェクトを知っていることや講習会への参加，緩和ケアのマニュアル・患者・家族用パンフレット・症状評価ツールを実際に使用するなど曝露が大きかった群では知識が大きく改善しており，看護師の緩和ケアに関する知識を改善できる介入であったと評価できる。しかし，地域により知識の改善の程度に差があり，地域間での介入のアドヒアランスの違いなど地域間差の生じた要因の検討が必要である。

緩和ケアに関する困難感では，専門家の支援と地域連携に関する困難感が中程度改善し，症状緩和や医療者間のコミュニケーションに関する困難感は小さく改善した。介入の曝露が大きいほど介入効果が大きいことは知識や実践での変化と同様であるが，緩和ケアに関する困難感では介入の曝露がない場合にも小さく〜中程度改善したことが特徴的であった。包括的地域緩和ケアプログラムにより地域内の緩和ケアの提供体制が整備され，専門家の支援や地域連携の質が向上することにより，直接介入の曝露を受けない場合でもがん患者をケアする看護師の緩和ケアに関する困難感が改善したと考えられる。

緩和ケアに関する実践では，全体として介入により改善をあまり得られなかった。ドメイン別や項目別でも介入前後での実践の変化に大きな相違はなかった。緩和ケアに関する知識と同様にせん妄に関する実践の自己評価が相対的に低かったが，ほとんど改善しなかった。また，講習会への参加，緩和ケアのマニュアル・患者・家族用パンフレット・症状評価ツールを実際に使用するなど曝露が大きかった群では実践が少し～中程度改善していた。曝露の大きかった看護師はもともと緩和ケアへの関心の高かった看護師である可能性が高いものの，看護師の緩和ケアに関する実践を弱く改善できる介入といえる。しかし，看護師の緩和ケアに関する実践を大きく改善するためには，OPTIMプロジェクトで行ったマニュアルの配布や講習会の開催，地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進では不十分で，より強い介入が必要であることが示唆された。

研究の限界

本研究にはいくつか限界がある。第1に，緩和ケアに関する困難感や実践が看護師による自己評価であったことである。自己評価と客観的に評価された緩和ケアの質は異なる可能性がある。第2に，緩和ケアに関する知識・困難感・実践の自己評価が高いことがQOLなどの患者アウトカムを高めることは保証されていないことである。第3に，調査手順の簡便化のために介入前調査と介入後調査で同一の対象者を同定できない調査方法としたことである。そのため，統計解析の検出力は低下し，また変化の関連要因の検討など詳細な分析を行うことができなかった。しかし，簡便な調査方法としたことで高い代表性をもつ大規模な調査が実施できた。

文　献

1）Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, etal：The palliative care knowledge test：reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. Palliat Med　**23**：754–766, 2009

2）Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, etal：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　**13**：427–437, 2010

3）Cohen J：Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 1988

H. 患者・遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感の変化

慶應義塾大学 環境情報学部
秋山 美紀

目　的

地域のがん患者と患者の遺族の，緩和ケアについての知識，認識および地域で受けたがん治療に対する安心感が，介入前後でどのように変化したのかを明らかにすることである。

対　象

介入 4 地域において実施された患者調査，遺族調査に参加し，調査票に回答した者を対象とした。各地域の責任者が，がん患者を多く診療していると考える病院・診療所に依頼し，各施設を通して調査への参加を依頼した。

患者調査は，4 地域の外来進行がん患者を対象に実施した質問紙調査（無記名，郵送法）として行い，介入前調査（2008 年 4～7 月）859 名，介入後調査（2011 年 4～7 月）857 名から回答を得た。質問票送付数に対する返答率は，それぞれ，58%，57%であった。

遺族調査は，当該地域において，介入前調査（2008 年 10～12 月）の前年度（2007 年 4 月～2008 年 3 月），介入後調査（2011 年 10～12 月）の前年度（2010 年 4 月～2011 年 3 月）に死亡したがん患者の遺族を対象とし，それぞれ，介入前調査時 1,110 名，介入後調査 1,137 名から回答を得た。返答率は，介入前調査 69%，介入後調査 63%であった。

調査項目

緩和ケアの認識については，緩和ケアについての認識 3 項目（「化学療法や放射線治療などのがんに対する治療と一緒に行う」「死期が迫っている患者のためのものである」「痛みや苦痛を和らげる」），医療用麻薬についての知識 2 項目（「たいていの痛みを和らげることができる」「麻薬中毒になったり，命を縮める」），在宅医療についての認識 5 項目（「安心して過ごせる」「病院と同じように苦痛を和らげることができる」「急な変化があった時や夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」「家族への負担が大きい」）について，「そう思わない（1）」から「とてもそう思う（5）」の 5 件法で訊ねた。

ケアの安心感については，Sense of Security Scale を使用した。これは地域におけるがん診療についての安心感について，「安心して病気の治療を受けられる」「あまり苦しくなく過ごせると思う」「苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」「いろいろなサービスがあるので安心だ」「安心して自宅で療養できる」「希望すれば，自宅で最期まで過ごすことも可能だ」の 6 項目について「まったくそう思わない（1）」から「とてもそう思う（7）」の 7 段階で回答し，合計得点（満点 42 点）を得るものである。

解　析

4 地域合計のデータをもとに，緩和ケアの認識，医療用麻薬についての知識，在宅医療についての認識のそれぞれの項目得点，安心感尺度得点について前後で比較を Student *t*-test を用いて行った。また，「とてもそう思う」または「そう思う」と回答した者の割合を求めた。地域間差については介入後の各項目得点，尺度得点について，分散分析（post-hoc test, Scheffe test）を用いた。

介入に対する暴露の程度については，認識や知識の変化がどの程度異なるかを明らかにするため，ad-hoc に啓発介入の程度をいくつかの群に分けて比較した。まず，「市民対象の講演会に参加した」「ポスターなどを見た（見た場所を覚えている）」「リーフレットをもらって見た」のいずれかに該当する者を，介入への暴露ありとした。さらに，A：市民講演会に 1 回以上参加したことがある，B：A に該当せず，リーフレットをもらって見た，C：A，B に該当せず，ポスターを見たことがある（場所を覚えている）または見たこと

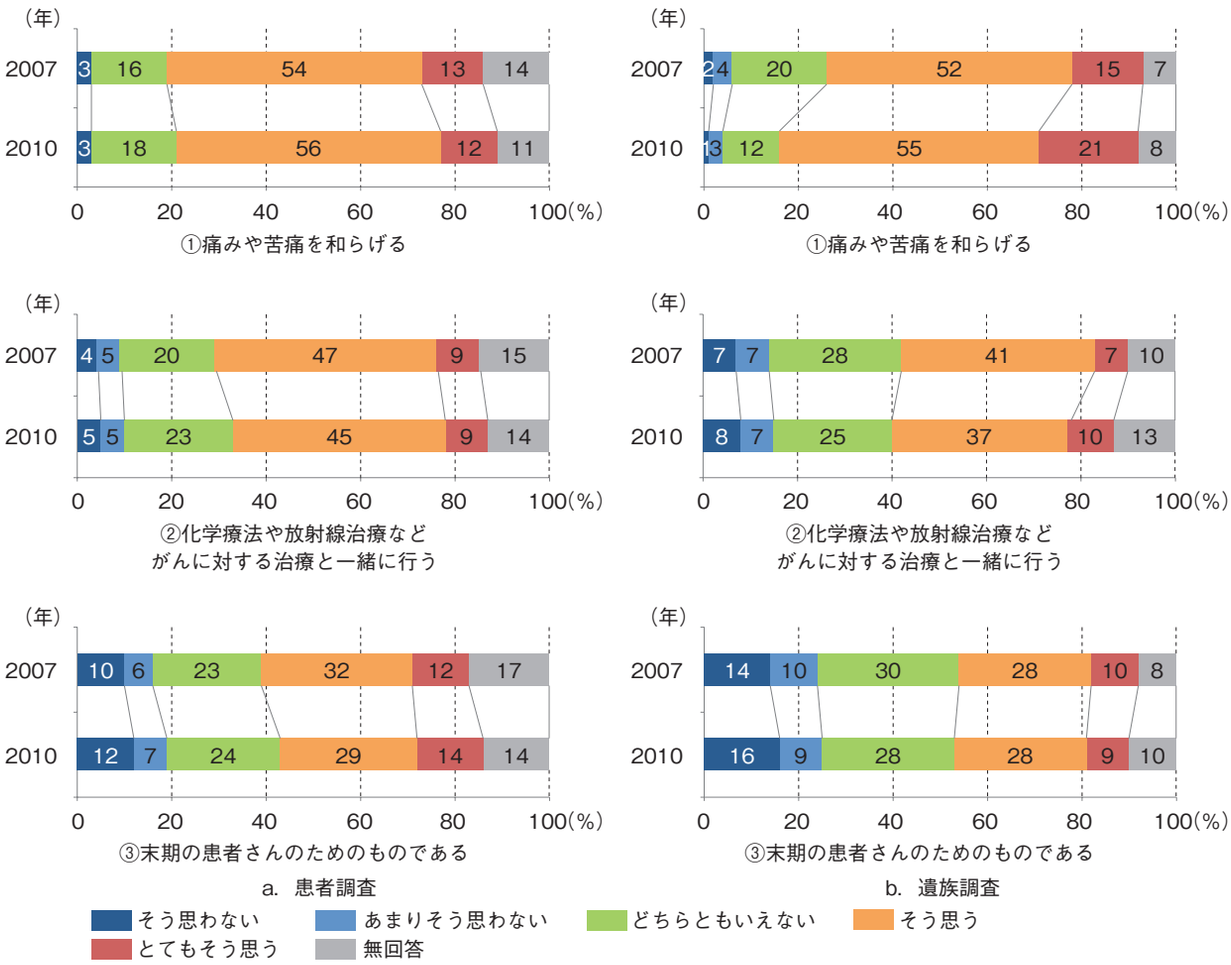


図 89　緩和ケアについての認識の変化

がある（場所は覚えていない），D：いずれにも該当しない，の 4 群に分けた比較も行った。Student *t*-test，分散分析（post-hoc test, Scheffe test）を用いた。有意水準は 0.05 とした。

結　果

1. 緩和ケアの認識，医療用麻薬についての知識，在宅医療についての認識の介入前後での変化

緩和ケアの認識のうち，「痛みや苦痛を和らげる」について，患者調査では有意な変化が認められなかった（平均スコア 3.87 → 3.86，効果量 −0.01）のに対し，遺族調査では，平均スコアが有意に増加（3.80 → 4.00，効果量 0.21）し，「そう思う」「とてもそう思う」と回答した者の割合が，後者では 67％から 76％へ増加した。「化学療法や放射線治療などのがんに対する治療と一緒に行う」「末期が迫っている患者のためのものである」には，いずれの調査でも有意な変化は認められなかった（**図 89**）。

医療用麻薬についての知識については，「たいていの痛みを和らげることができる」には，患者，遺族とも，有意な変化はなかったが，「麻薬中毒になったり，命を縮める」は，遺族で平均スコアが有意に減少し（2.81 → 2.61，効果量 0.20），「そう思う」「とてもそう思う」と回答した者の割合が，24％から 19％に減少した（**図 90**）。

在宅医療についての認識については，「急な変化があった時や夜間に対応できない」が，患者調査では，効果量は小さいものの有意に増加（3.55 → 3.68，効果量 0.14）し，「そう思う」「とてもそう思う」と回答した者の割合が 51％から 55％へ増えたのに対し，遺族調査では，平均スコア（3.74 → 3.51，効果量 −0.23）が有意に減少し，「そう思う」「とてもそう思う」と回答した者の割合（65％→ 54％）も減少した。「往診してくれる医師がいない」については，患者調査では有意な変化はなく，遺族調査で有意に減少した（平均スコア 3.53 → 3.06，効果量 −0.46。「そう思う」「とてもそう思う」と回答した者の割合 54％→ 38％）（**図 91**）。

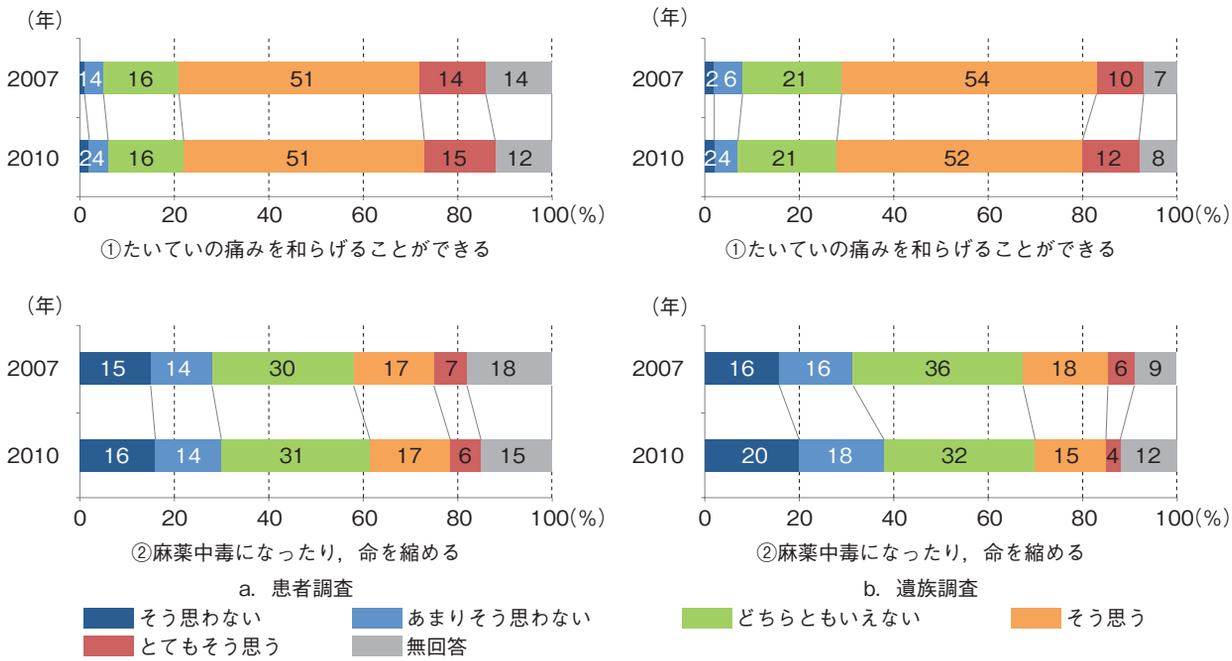


図 90　医療用麻薬についての知識

また，「家族への負担が大きい」「安心して過ごせる」「病院と同じように苦痛を和らげることができる」については，患者調査では，いずれも有意な変化は認めなかった（「家族への負担が大きい」：平均スコア 3.92 → 3.95，「安心して過ごせる」：3.44 → 3.53，「病院と同じように苦痛を和らげることができる」：3.19 → 3.23）。一方，遺族調査では，「家族への負担が大きい」は，平均スコアが 4.00 から 3.69 へ有意に減少（効果量 0.31）し，「そう思う」「とてもそう思う」と回答した者の割合（71％→ 55％）も減少した。「安心して過ごせる」「病院と同じように苦痛を和らげることができる」については，平均スコア（2.96 → 3.34，2.81 → 3.05），「そう思う」「とてもそう思う」と回答した者の割合（30％→ 41％，24％→ 30％）ともに増加した（**図 91**）。

2．地域で受けたがん治療に対する安心感の介入前後の変化

安心感尺度得点の平均スコアは，患者調査（5.43 → 5.54），遺族調査（4.25 → 4.49）といずれも，介入前後で有意に増加した。項目別には，「安心して病気の治療を受けられる」に対して，「ややそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した者の割合が，患者調査で 82％から 85％，遺族調査で 54％から 58％に増加した。同様に，「あまり苦しくなく過ごせる」は，患者調査 78％→ 83％，遺族調査 47％→ 47％，「苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」は，患者調査 78％→ 84％，遺族調査 51％→ 57％，「いろいろなサービスがあるので安心だ」は，患者調査 60％→ 67％，遺族調査 43％→ 47％，「安心して自宅で療養できる」は，患者調査 74％→ 79％，遺族調査 20％→ 23％であった。遺族調査のみの項目である「希望すれば，自宅で最後まで過ごすことも可能だ」は，23％から 30％へ増加した（**図 92**）。

3．介入に対する曝露の程度と認識・知識との関連

介入期間中，4 地域平均で人口 100 人あたり，リーフレットなどは 11 枚が配布され，市民対象の講演会に参加したのは 0.57 人であった。また，患者調査では，ポスターなどを見た（見た場所を覚えている）者の割合が 14％，リーフレットをもらって見た者の割合が 16％であった。同様に，遺族調査では，ポスターなどを見た（見た場所を覚えている）者の割合は 23％，リーフレットをもらって見た者の割合は 24％であった。

介入への曝露と認識や知識の変化との関連については，介入に対する曝露がある方が，緩和ケアの認識のうちの「末期の患者のためのものである」，医療用麻薬に関する知識のうちの「麻薬中毒になったり，命を縮める」が，患者調査でも遺族調査でも，有意に改善していた（**図 93，94**）。この傾向は，曝露の程度を 4

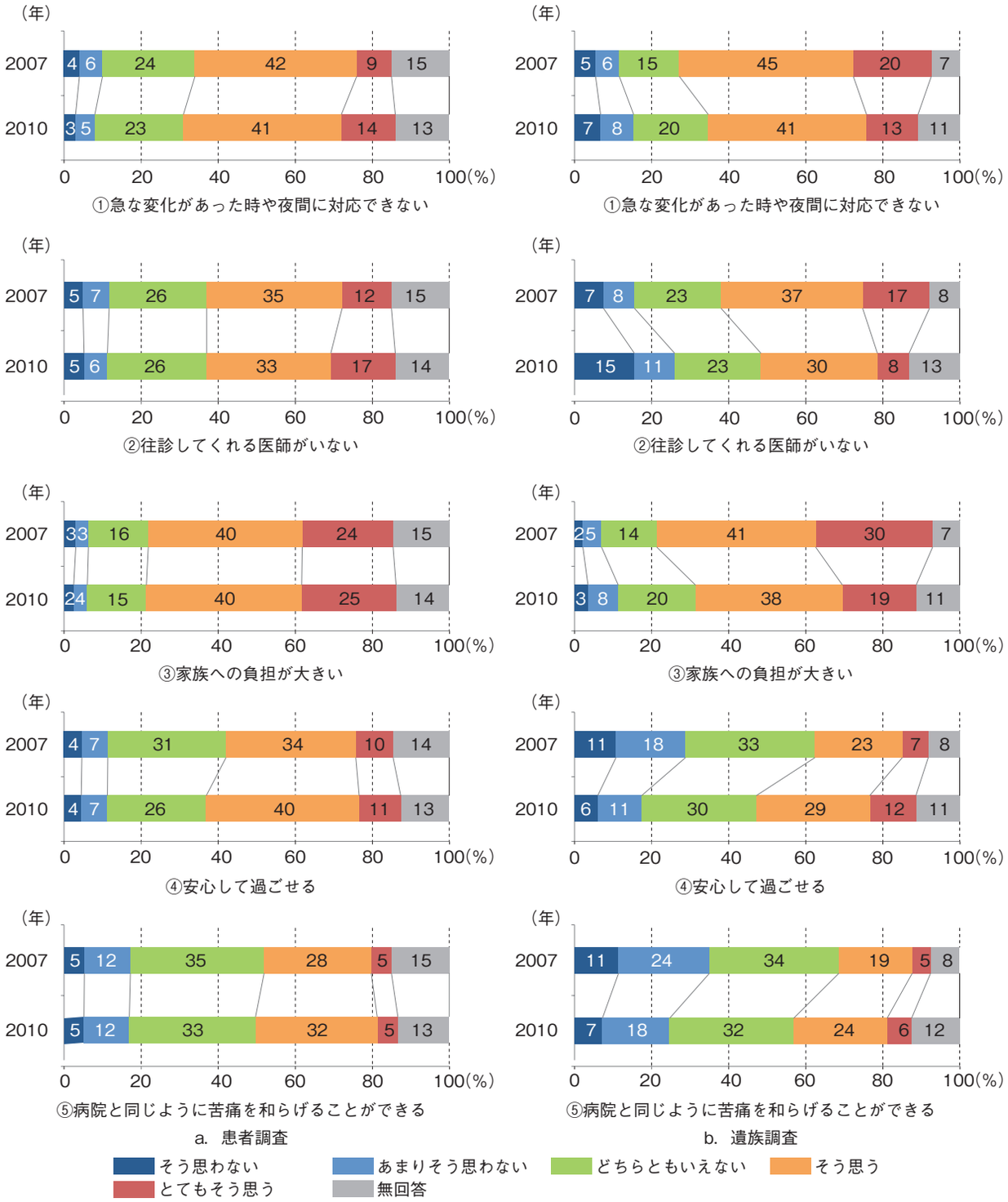


図 91　在宅医療についての認識

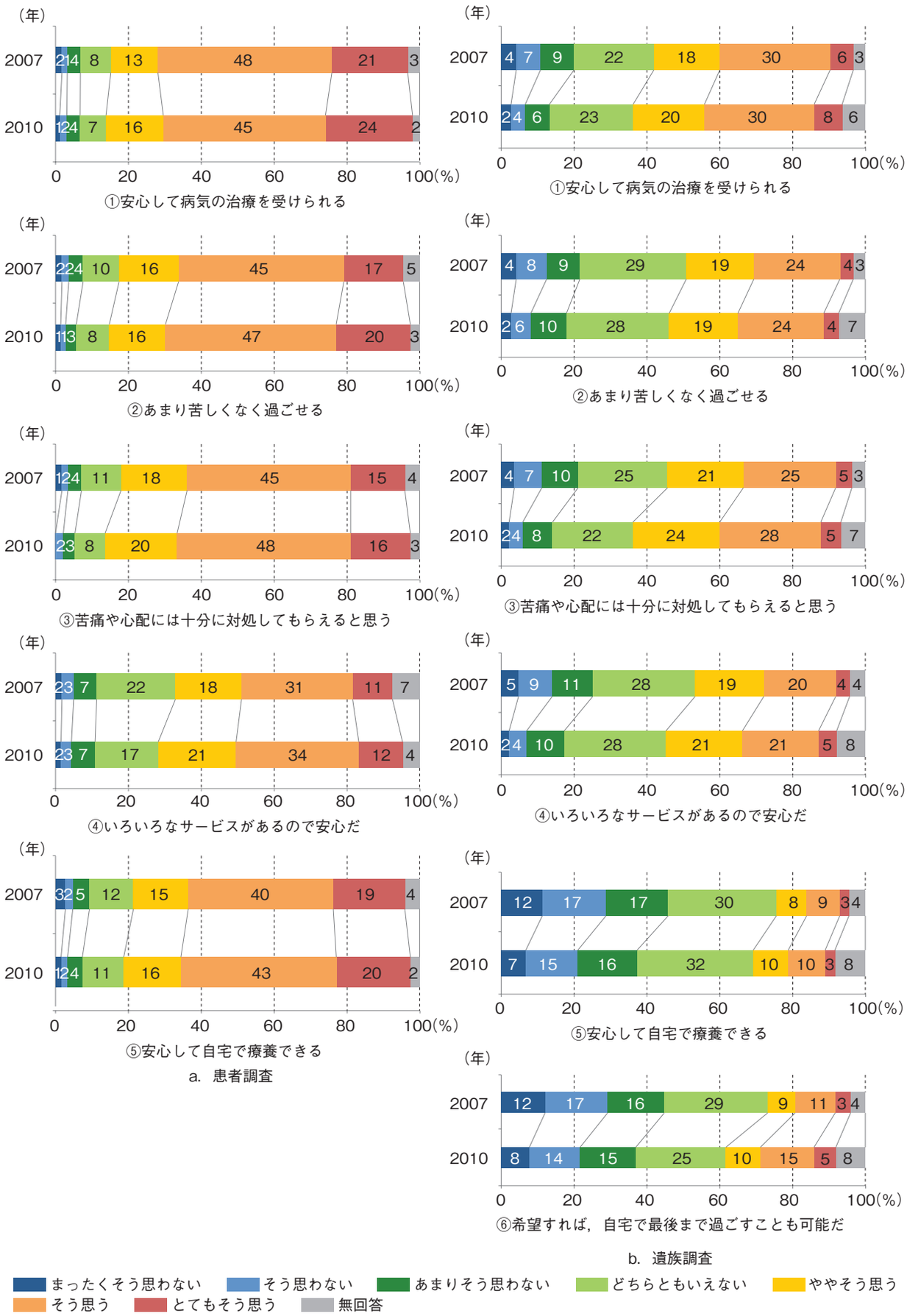

（年）
2007
2010
①安心して病気の治療を受けられる
②あまり苦しくなく過ごせる
③苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う
④いろいろなサービスがあるので安心だ
⑤安心して自宅で療養できる
a. 患者調査
⑥希望すれば，自宅で最後まで過ごすことも可能だ
b. 遺族調査
まったくそう思わない
そう思わない
あまりそう思わない
どちらともいえない
ややそう思う
そう思う
とてもそう思う
無回答

図 92　安心感（分布）

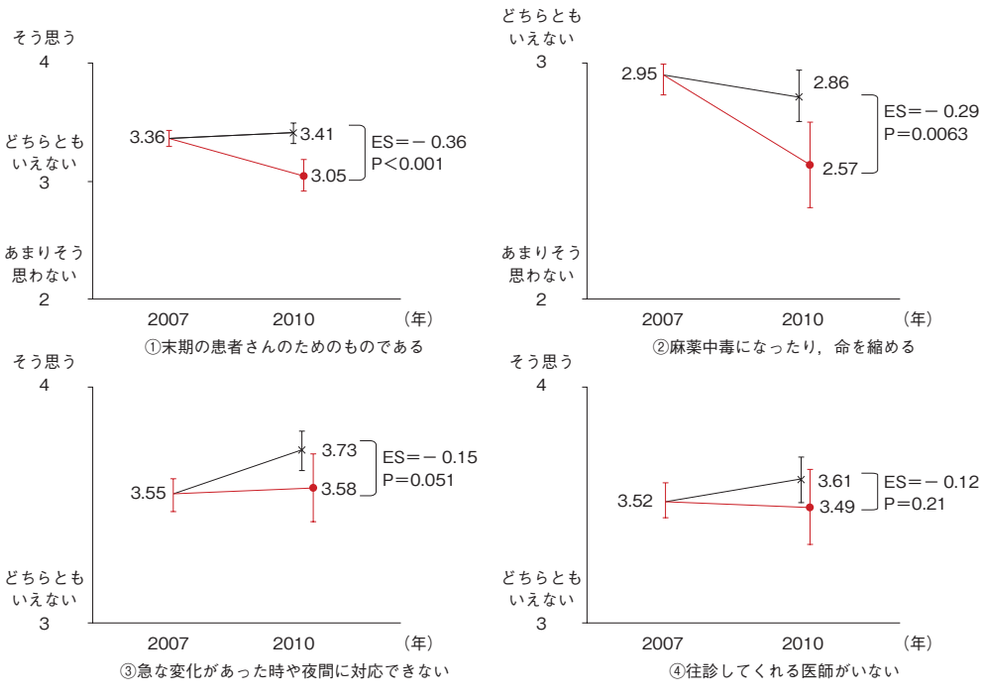


図 93　患者における介入への曝露と認識・知識との関連（患者調査）

―×―濃い曝露なし（n＝501）　―●―濃い曝露あり（n＝190）

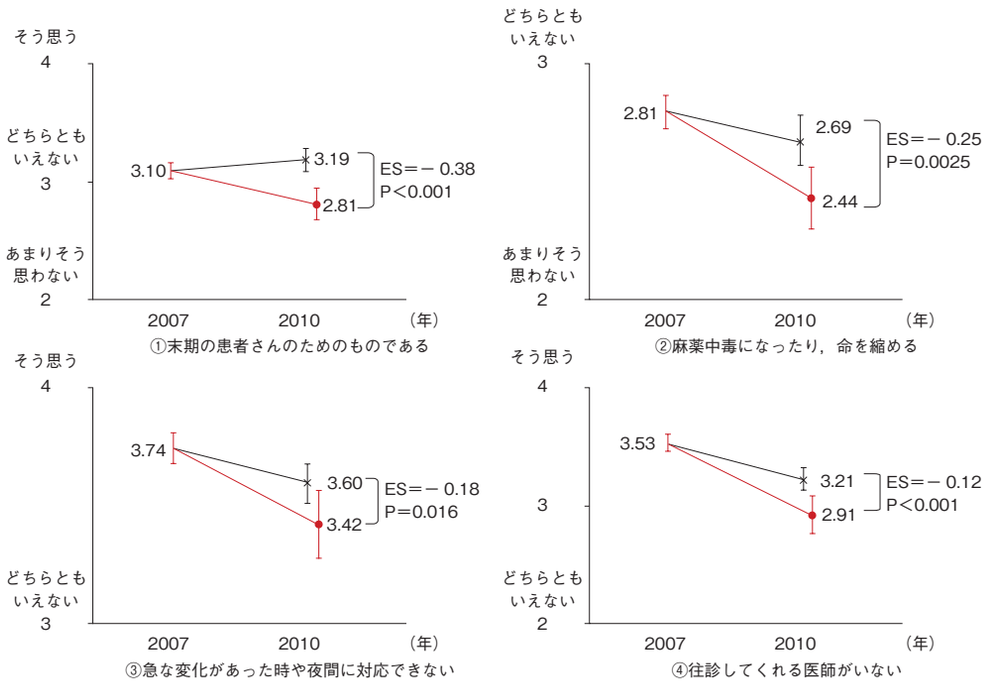
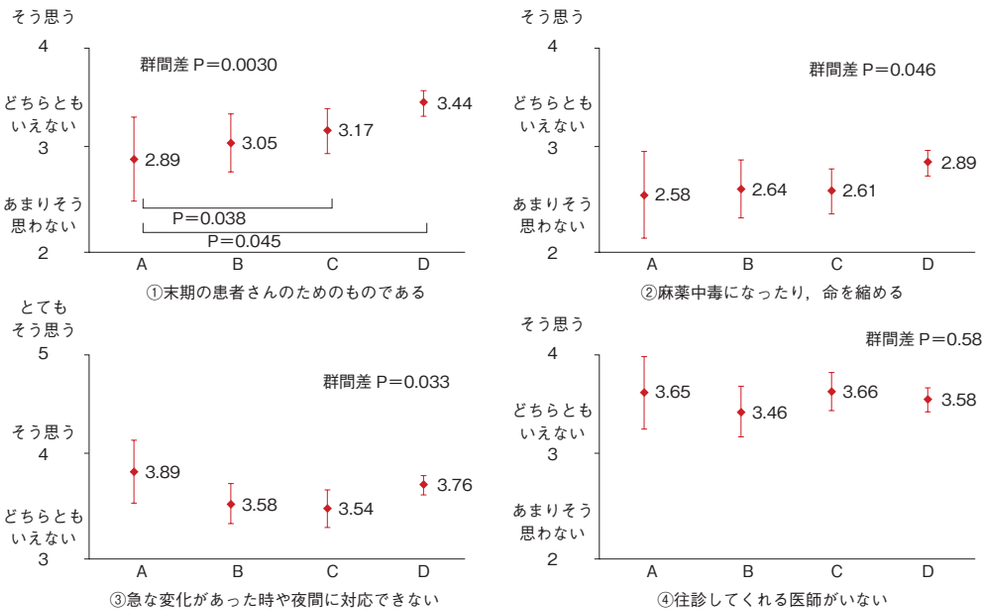


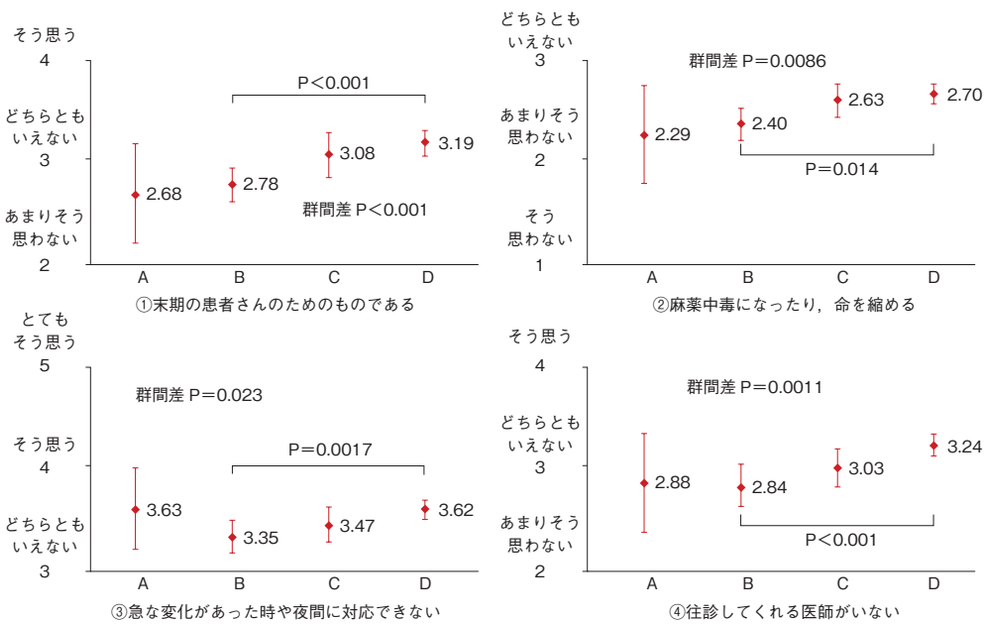
図 94　遺族における介入への曝露と認識・知識との関連（遺族調査）

―×―濃い曝露なし（n＝586）　―●―濃い曝露あり（n＝345）



A…市民講演会に「1回以上参加したことがある」と回答したもの（n＝40）
B…Aに該当せず，リーフレットを「もらって見た」と回答したもの（n＝88）
C…A，Bに該当せず，ポスターを「見たことがある（場所を覚えている）」「見たことがある（場所は覚えていない）」と回答したもの（n＝127）
D…いずれにも該当しないもの（n＝416）

図 95　患者における介入への曝露の程度による比較（患者調査）



A…市民講演会に「1回以上参加したことがある」と回答したもの（n＝40）
B…Aに該当せず，リーフレットを「もらって見た」と回答したもの（n＝203）
C…A，Bに該当せず，ポスターを「見たことがある（場所を覚えている）」「見たことがある（場所は覚えていない）」と回答したもの（n＝178）
D…いずれにも該当しないもの（n＝490）

図 96　遺族における介入への曝露の程度による比較（遺族調査）

グループに分けた解析でも同様であった（図 95，96）。また，在宅医療についての認識のうちの「急な変化があった時や夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」については，遺族調査において，介入への曝露に応じて改善していた。

4. 各地域における介入前後での認識・知識，安心感の変化

認識や知識の変化を地域ごとに評価した場合，患者調査では，有意な変化はほとんど検出されたかったのに対し，遺族調査では，「痛みや苦痛を和らげる」が 4 地域すべてで改善していた。また，「末期の患者さんのためのものである」は，地域によって，異なる変化が認められた。在宅医療についての認識においても，患者調査では有意な変化はいずれの地域でも検出されなかったが，遺族調査では，ほとんどすべての項目で，有意な改善が認められた。安心感は，患者調査ではいずれの地域も有意な変化は認められず，遺族調査では，いずれも改善傾向で，2 地域で有意な変化であった。

考　察

本研究の結果は，以下のように要約できる。

・緩和ケアの認識については，患者では介入前後で意味のある変化はなかったのに対し，遺族では，「痛みや苦痛を和らげる」が前後で改善した。

・医療用麻薬の知識についても，患者では介入前後で意味のある変化はなかったのに対し，遺族では，「麻薬中毒になったり，命を縮める」が有意に減少した。

・介入後において，依然，「麻薬中毒になったり，命を縮める」に対して，「そう思う」または「とてもそう思う」と回答した者の割合は，患者 23％，遺族 19％であった。

・在宅医療についての認識も，患者では介入前後で意味のある変化はなかったのに対し，遺族では，「急な変化があった時や夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」「家族への負担が大きい」「安心して過ごせる」「病院と同じように苦痛を和らげることはできない」が介入前後で改善した。

・安心感は，患者，遺族いずれでも，介入前後で有意に改善した。ただし，患者では，介入前の平均値が 5.43 と，遺族の 4.25 より高く，変化量は小さかった。介入後の安心感スコアの平均値は，患者 5.54，遺族 4.49 であった。

・介入により，患者の 10～20％程度，遺族の 20～30％程度が何らかの曝露を受け，曝露を受けた群では，認識・知識の改善が認められた。

・患者，遺族の認識や知識に関して，説明できる地域間差はなかった。

I. 患者・遺族・住民の緩和ケアに関する準備性の変化

大阪大学 大型教育研究プロジェクト支援室
平井 啓

目　的

本研究の主目的は，介入地域の患者・遺族・住民の緩和ケアの準備性の度数分布の推移を知ることである。

対象・方法・調査項目

患者・遺族・住民を対象とした質問紙調査を行い，緩和ケアの準備性に関して質問した。

緩和ケアへの準備性とは，The transtheoretical model の概念的枠組みに従って緩和ケアを利用するまでの患者の意思決定や関心に関する準備の段階を指す。The transtheoretical model では，①まったく関心がない（前熟考期），②関心はあるが実行については考えていない（熟考期），③なんらかの準備的取り組みを始めている（準備期），④実際に移行した・利用している（実行期），に分類することにより，段階に応じた必要な情報内容や提供方法，情報提供が可能になると考える。

本研究では，緩和ケアへの準備性について「緩和ケアについて知らない」「地域で利用可能か知らない」「知っているが関心がない」「関心はあるが現在は利用するつもりはない」「現在利用について検討している」「既に利用している」の 6 つの選択肢から 1 つの選択を求める形態で尋ねた。

解　析

「緩和ケアについて知らない」「地域で利用可能か知らない」を「知らない」群，「知っているが関心がない」を「知っているが関心がない」群，「関心はあるが現在は利用するつもりはない」（遺族では「関心はあったが利用するつもりはなかった」）を「関心はあるが利用していない」群，「現在利用について検討している」（遺族では「申し込んだが利用できなかった」）「既に利用している」を「利用した」群の 4 群に分けて集計した。度数分布を比較した。4 地域合計のデータで分析を行った後，各地域ごとの分析を行った。比較検定は行わなかった。

結　果

1．4 地域全体での結果

患者では，介入前後とも，「知らない」群が約 55%，「関心はあるが利用していない」群が約 30%，「利用した」群が約 10%，「知っているが関心がない」群が約 5%であった（**図 97**）。

遺族では，介入前後で，「知らない」群が 51%から 43%に減少し，「利用した」群が 29%から 38%，「関心はあるが利用していない」群が 12%から 13%，「知っているが関心がない」群が 6%から 8%に増加した（**図 98**）。すなわち，「知らない」群が減少し，その減少分がおおむね「利用した」群の増加につながった。「関心はあるが利用していない」群，「知っているが関心がない」群には変化がみられなかった。

住民では，介入前後とも，「知らない」群が約 80%，「関心はあるが利用していない」群が約 20%，「利用した」群，「知っているが関心がない」群がそれぞれ約 1〜2%であった（**図 99**）。

2．地域ごとの分析（図 100）

地域ごとの分析では，鶴岡地域の変化が大きかった。遺族で「知らない」群が 73%から 51%に減少し，「利用した」群が 13%から 22%に，「関心はあるが利用していない」群が 8.3%から 20%に増加した。住民でも，「知らない」群が 89%から 74%に減少し，「関心はあるが利用していない」群が 9.4%から 23%に増加した。すなわち，緩和ケアに関して知らない患者・遺族・住民が減少し，実際に利用したか，あるいは，利用はしなかったが関心をもつ者が増加した。

次に，浜松地域でも，遺族で「知らない」群が 51%から 43%に減少し，「利用した」群が 29%から

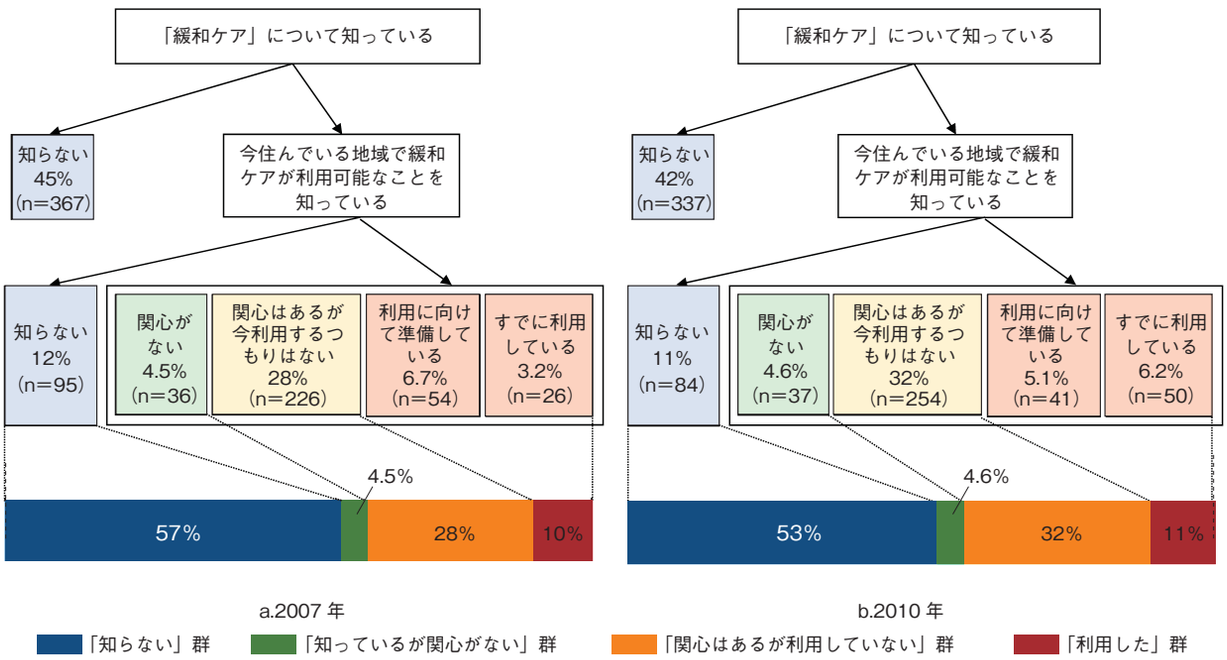


図 97　緩和ケアの準備性の変化：患者（4 地域全体）

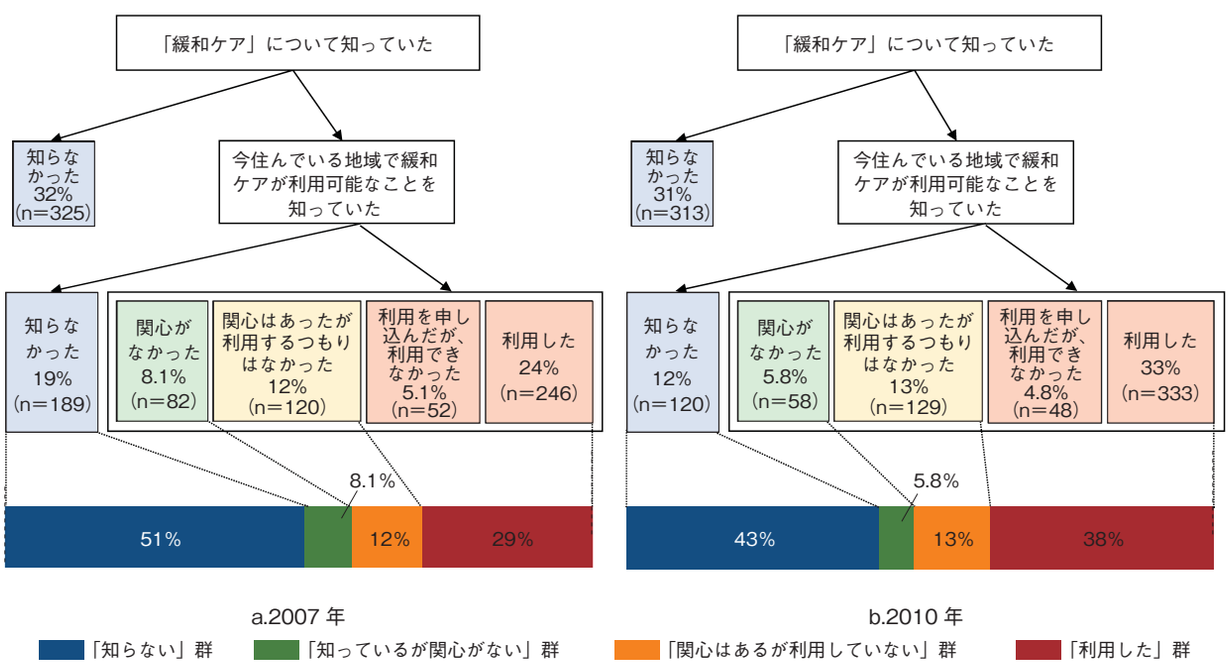


図 98　緩和ケアの準備性の変化：遺族（4 地域全体）

41％に増加した。

患者では，緩和ケアの準備性が高まった傾向が認められる地域もあったが，変化は小さかった。住民では，鶴岡地域を除いて前後で大きな変化は見られなかった。各地域ごとの分布の詳細は資料に示す。

考　察

The transtheoretical model を概念的枠組みとした啓発介入を行ううえでは，対象がどの準備状態にあるのかを把握することが重要である。なぜなら，「知らない」群に対しては認知を促す比較的単純な介入が，「関心はあるが利用していない」群に対しては「どのような段取りで利用したらいいか（いつどういう状況

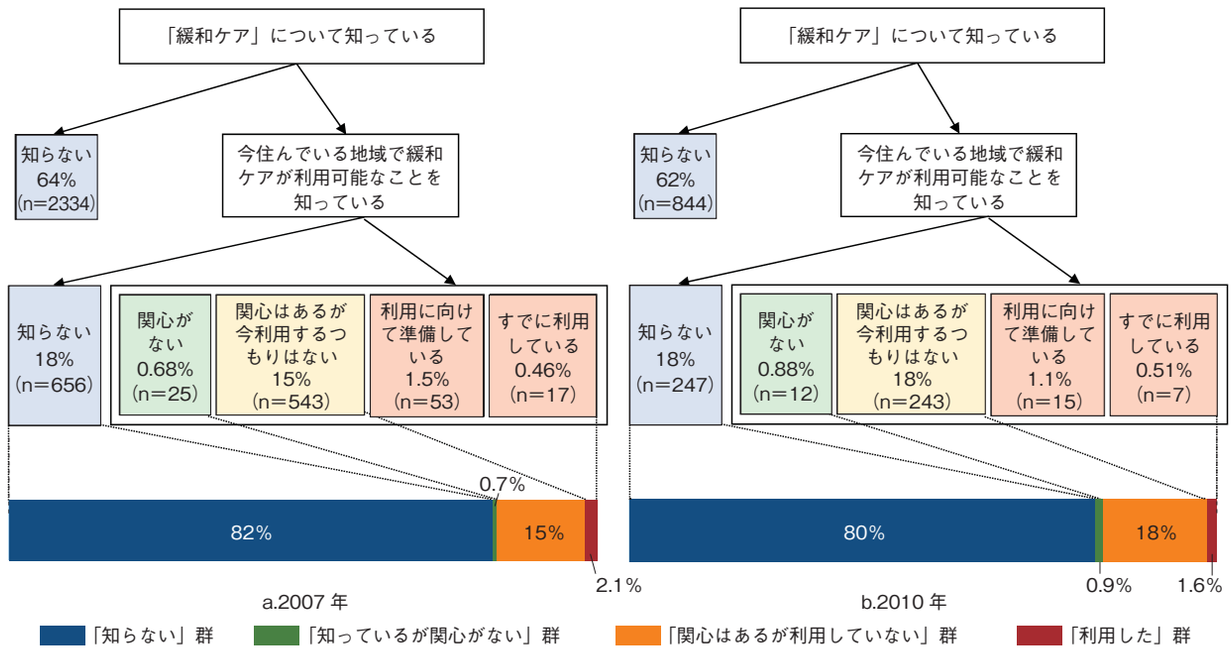


図 99　緩和ケアの準備性の変化：住民（4 地域全体）

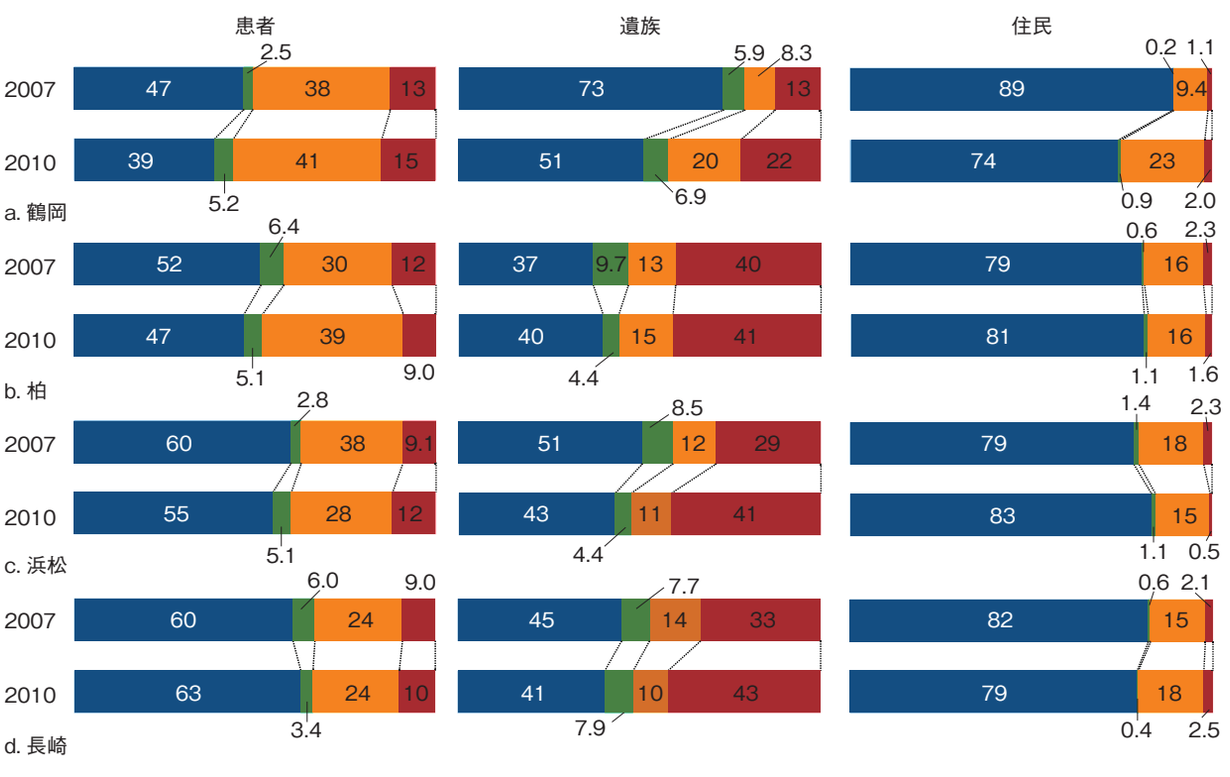


図 100　地域ごとの分析（数値は％）

になったらどこに申し込みに行くかなどの具体的な手順を整理するなど）」の介入が有効であると想定される。一方，「知っているが関心がない」群は，「どうして関心がないのか」に応じた患者個別の対応が必要であるが，緩和ケアではこの群は死に対する否認や防衛が該当する可能性が高く，単なる「啓発」的介入ではかえって患者に有害な影響を及ぼす可能性がある。

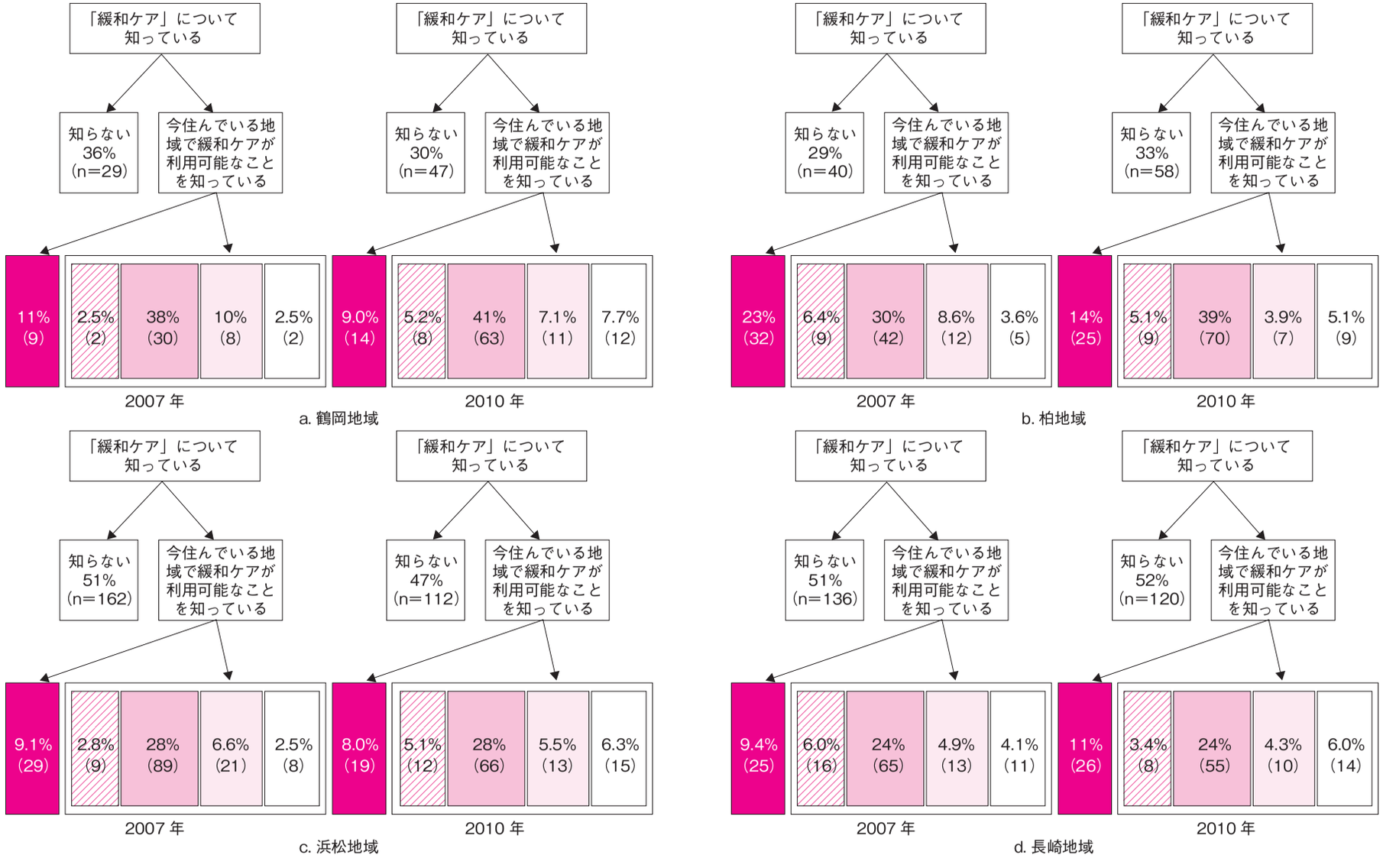
本研究において，実際に，緩和ケア利用数が特に増加した鶴岡地域，浜松地域において，緩和ケアの準備性の変化が認められたことや，実際に緩和ケアを必要とする集団の方が必要としない集団よりも準備性が高かった（住民より患者が，患者より遺族が高かった）

ことは，緩和ケアの実際の利用を促すうえで，緩和ケアの準備性の概念は有用な概念的枠組みであることを示唆する。

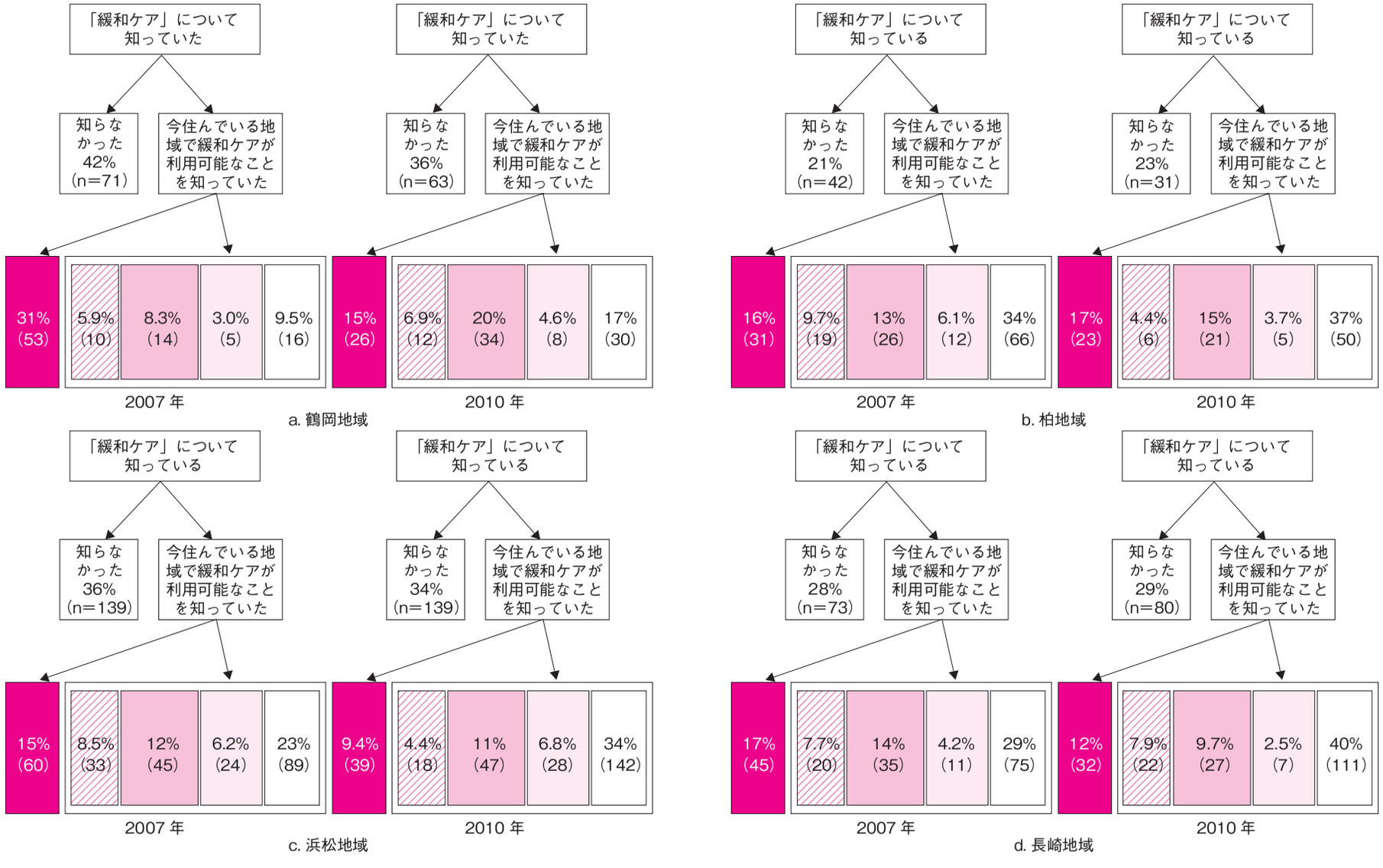
本研究では，「知らない」群，「知っているが関心がない」群，「関心はあるが利用していない」群，「利用した」群の患者，遺族，住民での度数分布と，介入前後での分布の推移が得られたことは啓発介入に対する示唆を与えるものである。患者では，「知らない」群が55%，「関心はあるが利用していない」群が30%であることから，「（苦痛・つらさのある時には）緩和ケアが利用可能であることを伝えること」（すべてのがん患者に関係しうることである），「緩和ケアは具体的にどのようなときにどうやって利用することができるかを伝えること」が依然として主要な啓発介入であることを示す。

一方，「知っているが関心がない」群は，患者調査で5%と少なかったことや，「知らない」群が減少した（鶴岡地域や浜松地域の）遺族調査や（鶴岡地域の）住民調査の後調査において数%以下と大きな増加がなかったことから，集団を対象とした啓発介入の対象としては適切ではない。臨床的に「本来緩和ケアの対象であるが，緩和ケアを希望されない患者」として認識されうるこれらの患者に対しては，個々の理由が複雑であることが予測されることと，絶対数が多くないことから考えて，画一的な啓発介入ではなく，患者個々に対する個別の対応が必要である。

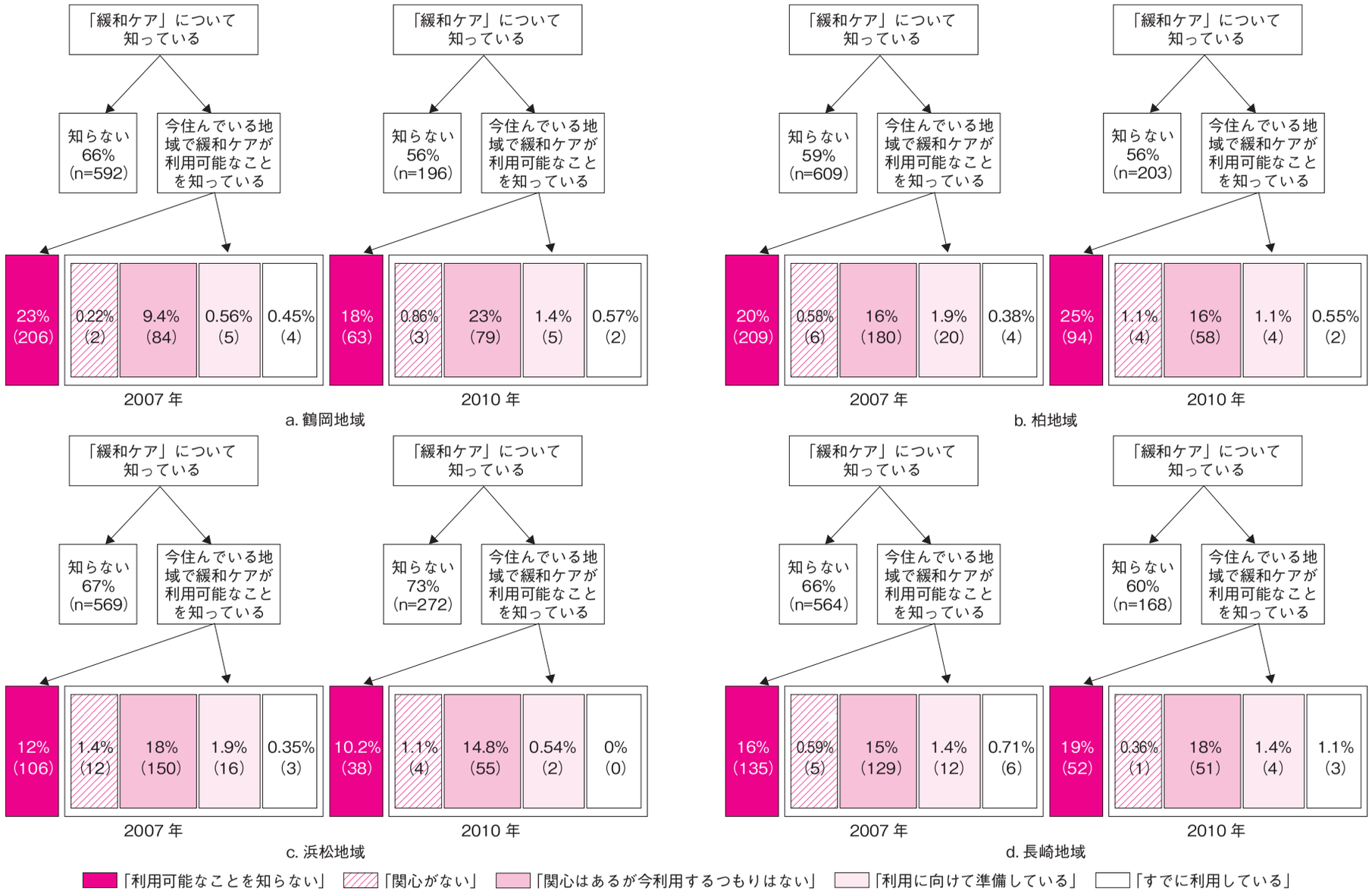
本研究において研究計画としてThe transtheoretical modelに基づいた啓発介入を予定していたが，実際には施設，環境，患者ごとに対象の準備状態を把握することが困難であることと，複数のマテリアルを現場で使い分けることが困難であったことから，結果的には同じマテリアルを利用した一斉配布の介入となった。今後も，啓発介入を行う場合に，患者個別の準備状態を定量して介入を行うことは現実的ではないと考えられるが，病院の外来，住民など「対象を集団としてみた場合に，どの準備性に属する対象がどの程度いるのか」を把握することを定期的に繰り返すことで，個々の準備性には対応していないが，集団の中で最も多い準備性に対した啓発マテリアルを作成することは可能であり，重要であると考えられる。現在は，いずれの集団でも，「知らない」群，「関心はあるが利用していない」群が多いことから，緩和ケアの認知を促すとともに「いつどういう状況になったらどこに申し込みに行くかなどの具体的な手順を整理する介入が有効であると想定される。「知っているが関心がない」群は比較的少数であるため，集団に対する介入ではなく，患者個々への対応が必要である。今後，もしも「知っているが関心がない」群の増加がみられる場合には，理由に応じた啓発介入が必要になるかもしれない。



資料 6　地域ごとの分析：患者



資料 7　地域ごとの分析：遺族



資料 8　地域ごとの分析：住民

J. 住民の緩和ケアに関する認識・知識・安心感の変化

大阪大学 大型教育研究プロジェクト支援室
平井 啓

目　的

本研究の主目的は，介入地域の住民の，緩和ケアの認識，医療用麻薬についての知識，在宅医療についての認識の介入前後での変化を明らかにすることである。副次的目的として，介入地域の住民の，①介入に対する曝露の程度と曝露の程度と認識・知識との関連を探索すること，②介入前後での変化の地域間差があるかを探索すること，③安心感の変化を明らかにすること，④3年間の変化の体験を明らかにすること，⑤国のがん対策やがん関連プロジェクトの浸透度を明らかにすること，⑥住民の希望する緩和ケアを表す言葉を探索すること，である。

対象・方法

介入4地域の住民を対象として2007年，2010年の2回，2重層化無作為抽出法により抽出した市民各地域2,000名（2007年），1,000名（2010年）を対象に質問紙調査を行った。2007年の調査は，必要な介入を決定するための予備調査と一部として行った。適格基準は，介入地域の住民，40歳以上79歳以下のものである。

調査項目

緩和ケアの認識については，緩和ケアについての認識3項目（「化学療法や放射線治療などのがんに対する治療と一緒に行う」「死期が迫っている患者のためのものである」「痛みや苦痛を和らげる」），医療用麻薬についての知識3項目（「たいていの痛みを和らげることができる」「麻薬中毒になったり，禁断症状が出る」「寿命を縮める」），在宅医療についての認識6項目（「急な変化があった時や夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」「病院と同じように苦痛を和らげることはできない」「家族への負担が大きい」「お金がかかる」「自分らしく自由に過ごせる」）について，「当てはまらない（1）」から「とても当てはまる（5）」で聞いた。

緩和ケアの安心感については，Sense of security scaleを使用した。これは地域でがん診療を受ける安心感について，「安心して病気の治療を受けられる」「あまり苦しくなく過ごせると思う」「苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」「いろいろなサービスがあるので安心だ」「安心して自宅で療養できる」の5項目について「まったくそう思わない（1）」から「とてもそう思う（7）」の7段階で回答し，合計得点を得るものである。

解　析

介入4地域合計のデータを基に，緩和ケアの認識，医療用麻薬についての知識，在宅医療についての認識のそれぞれの項目得点，安心感尺度得点について前後でのStudent *t*–testを行った。介入に対する曝露の程度については，ad–hocに啓発介入の程度をいくつかの群に分け，緩和ケアの認識，医療用麻薬についての知識，在宅医療についての認識の程度をStudent *t*–test，χ^2検定，または，分散分析（post–hoc test, Scheffe test）で比較した。この他は度数分布を求めた。

有意水準は0.01とし，effect sizeが0.15以上を意味のある変化とした。

結　果

2007年は8,000名中3,984名（50％），2010年は4,000人中1,435名（36％）から回答を得た。対象者の背景を**表50**に示す。年齢，性別，居住期間に両群に有意な差がみられなかった。

主要評価項目

1．緩和ケアの認識，医療用麻薬についての知識，在宅医療についての認識の介入前後での変化

緩和ケアの認識については，「化学療法や放射線治療などのがんに対する治療と一緒に行う」が有意に減少していたが効果量は小さかった（ES, −0.11, **図 101**）。「死期が迫っている患者のためのものである」「痛みや苦痛を和らげる」には有意な変化がみられなかった。

医療用麻薬についての知識については，「たいていの痛みを和らげることができる」に有意な変化はなかったが，「麻薬中毒になったり，禁断症状が出る」「寿命を縮める」は有意に減少しており，効果量はいずれも −0.27 であった（**図 102**）。絶対数では，「麻薬中毒になったり，禁断症状が出る」「寿命を縮める」に対して「あてはまる」「とてもあてはまる」と回答した住民が約 30%から約 20%に減少した。

在宅医療についての認識については，「急な変化があった時や夜間に対応できない」（ES, 0.19），「往診してくれる医師がいない」（ES, 0.17），「病院と同じように苦痛を和らげることはできない」（ES, 0.11）の 3 項目で有意に減少した（**図 103**）。「急な変化があった時や夜間に対応できない」に「あてはまる」「とてもあてはまる」と回答した住民は 70%から 60%に減少した。「往診してくれる医師がいない」「病院と同じように苦痛を和らげることはできない」と回答した住民は，それぞれ，55%から 49%，38%から 32%に減少した。

一方，「家族への負担が大きい」「お金がかかる」「自分らしく自由に過ごせる」については，有意な変化はみられなかった（**図 104**）。「家族への負担が大きい」「お金がかかる」と回答した住民は，2010 年で，それぞれ，79%，51%であった。

表 50　介入地域の回答者の背景

	全体					鶴岡地域					柏地域					浜松地域					長崎地域				
	2007		2010			2007		2010			2007		2010			2007		2010			2007		2010		
	(n=3,984)		(n=1,435)		P	(n=994)		(n=370)		P	(n=1,106)		(n=384)		P	(n=947)		(n=392)		P	(n=937)		(n=289)		P
	%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n	
平均年齢	59.8（10.5）		60.2（10.7）		0.27	60.7（10.7）		60.1（10.5）		0.30	59.8（10.3）		60.2（10.6）		0.41	58.7（10.5）		59.5（11.1）		0.31	59.9（10.5）		61.2（10.4）		0.26
性別					0.22					0.20					0.31					0.98					0.66
男性	44	1,758	43	610		44	442	41	153		46	507	43	165		46	439	6	180		39	370	39	112	
女性	54	2,145	56	804		52	515	56	209		53	587	56	216		53	499	52	204		58	544	61	175	
欠損値	2.0	81	1.5	21		3.7	37	2.2	8		1.1	12	0.8	3		1.0	9	2.0	8		2.5	23	0.7	2	
居住期間					0.021					0.032					0.76					0.044					0.40
1 年未満	1.1	42	0.6	8		1.1	11	0.0	0		0.7	8	0.8	3		1.5	14	0.5	2		1.0	9	1.0	3	
1〜5 年	3.9	154	2.6	38		3.2	32	1.6	6		2.9	32	3.6	14		4.6	44	2.3	9		4.9	46	3.1	9	
5 年以上	92	3,681	95	1,358		90	896	94	347		95	1,054	95	364		93	876	95	373		91	855	95	274	
欠損値	2.7	107	2.2	31		5.5	55	4.6	17		1.1	12	0.8	3		1.4	13	2.0	8		2.9	27	1.0	3	

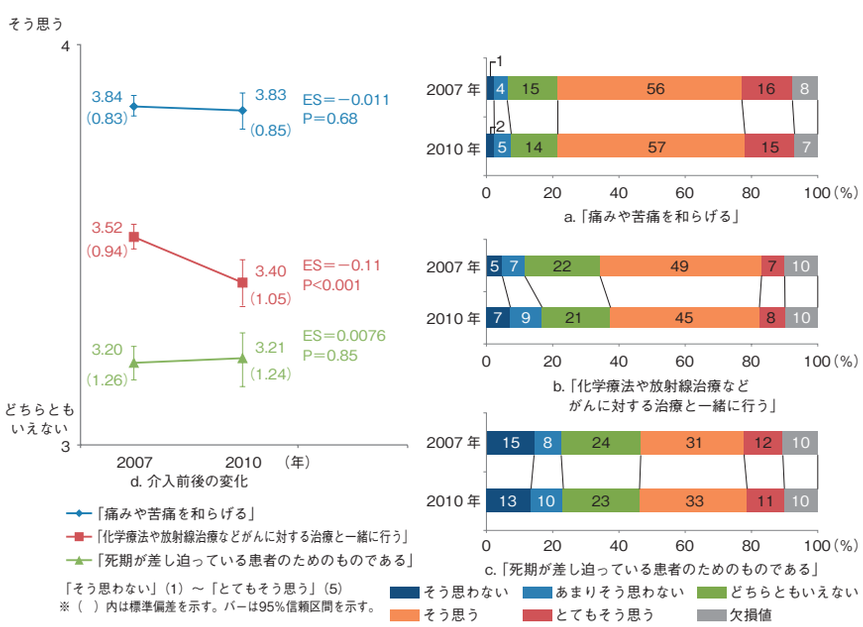


図 101　緩和ケアについての認識

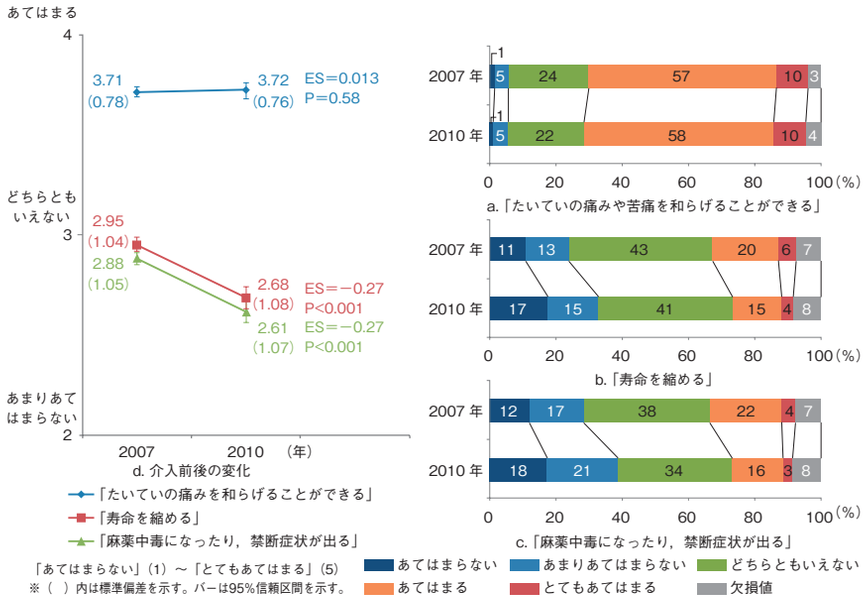


図 102　医療用麻薬についての知識

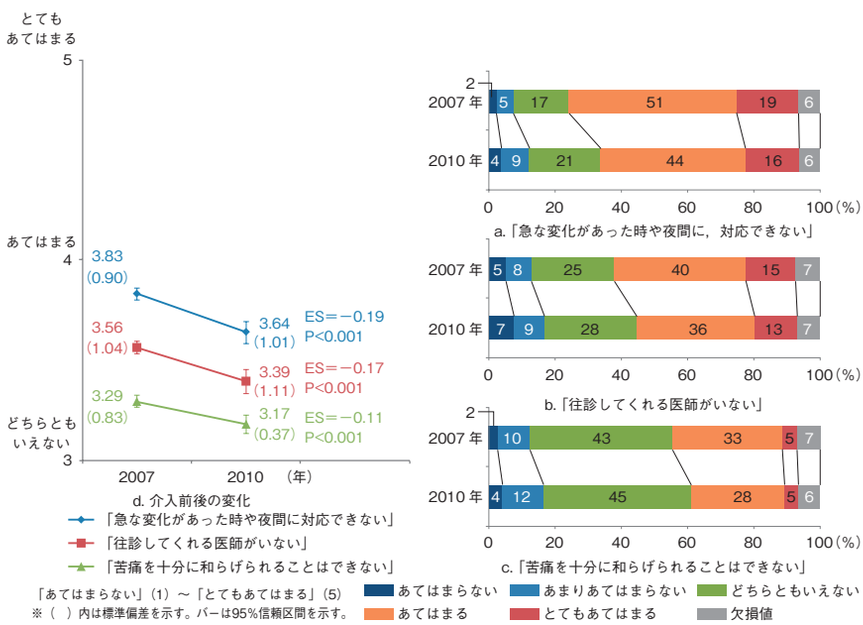


図 103　在宅医療についての認識

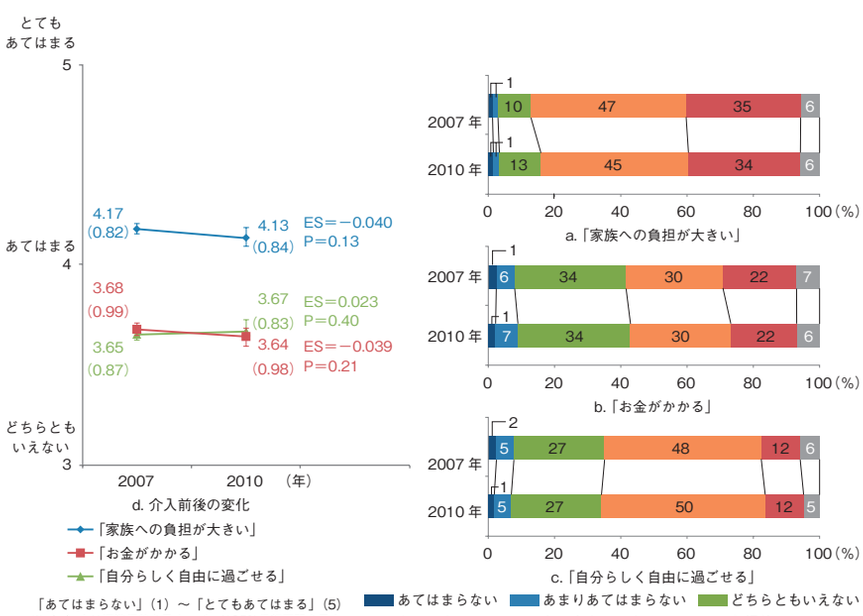


図 104　在宅医療についての認識

副次評価項目

1．介入に対する曝露の程度と曝露の程度と認識・知識との関連

4 地域平均で人口 100 人あたり，リーフレットなどは 11 枚が配布され，市民対象の講演会に参加したのは 0.57 人であった（**表 51**）。ポスターを見た住民は 23%，リーフレットを見た住民は 4.8%，ホームページを見た住民は 1.5%，講演会に参加した住民は 3.4% であった。地域別では，いずれの媒体においても，鶴岡地域が他の地域に比較して曝露の程度が高かった（ポスターを見た，32 %；リーフレットを見た，8.3%；ホームページを見た，1.9%；講演会に参加した，8.3%）。リーフレットの人口 100 人あたりの配布枚数は，鶴岡地域 31 枚，浜松地域 15 枚，柏地域 6 枚，長崎地域 3 枚であった。

リーフレットやポスターを見た場所としては，病院，診療所，保険薬局が多く，市役所・区役所，公民館など公共施設，図書館，訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所は少なかった（**付表 6**）。曝露を受けた場所として地域別に明らかな傾向差はなかった。リーフレットを取得した経路ごとの分析は，リーフレットを取得した住民の絶対数が少なかったため比較できなかった（**付表 7**）。

曝露との関連については，介入に対する曝露がある方が，緩和ケアの認識のうち「痛みや苦痛を和らげる」，在宅医療についての認識のうち「急な変化があった時や夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」が改善していた（**付表 8**）。たとえば，濃い曝露を受けたものでは，受けなかったものに比較して，「急な変化があった時や夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」という認識が有意に改善していた（ES, 0.39, 0.41；**図 105**）。曝露の程度を何段階かに探索的に分類したものでも，曝露の程度が強いほど，「急な変化があった時や夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」との認識が改善する傾向がみられた（**図 106**）。

2．介入前後での変化の地域間差

ほとんどの項目で緩和ケアの認識の変化の地域間差に解釈可能な差はみられなかった（data not shown）。

表 51　曝露の程度

	全体 (n=1,435)		鶴岡地域 (n=370)		柏地域 (n=384)		浜松地域 (n=392)		長崎地域 (n=289)		P	群間の差
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n		
リーフレット												
配布数	202,340		42,836		23,258		121,204		15,042			
配布数 / 人口（枚 /100 人）	11		31		5.8		15		3.4			
ポスターを見たか											<0.001	鶴岡 vs 柏（<0.001），浜松（0.034），長崎（0.014）
場所を覚えている	8.1	111	13	45	4.6	17	8.2	31	6.6	18		
見たことがある	15	210	19	65	13	48	15	57	15	40		
見たことがない	77	1053	68	239	82	306	77	292	79	216		
リーフレットを											0.025	鶴岡 vs 柏（0.019），長崎（0.024）
もらって見た	4.8	58	8.3	25	4.0	14	3.9	13	2.7	6		
もらったが見ていない	1.3	15	2.0	6	0.6	2	1.5	5	0.9	2		
もらっていない	94	1126	90	269	95	331	95	314	96	212		
ホームページを											0.60	
見た	1.5	21	1.9	7	0.8	3	1.6	6	1.7	5		
見ていない	99	1396	98	357	99	377	98	380	98	282		
講演会												
参加人数	10,226		2,531		1,803		2,049		3,843			
参加人数 / 人口（人 /100 人）	0.57		1.9		0.45		0.26		0.87			
緩和ケアに関する講演会に参加したか											<0.001	鶴岡 vs 柏（<0.001），浜松（<0.001），長崎（0.012）；柏 vs 長崎（0.013）
0 回	97	1338	92	318	99	375	99	378	96	267		
1 回	2.4	33	6.6	23	0.5	2	0.8	3	1.8	5		
2 回以上	1.0	14	1.7	6	0.0	0	0.5	2	2.2	6		

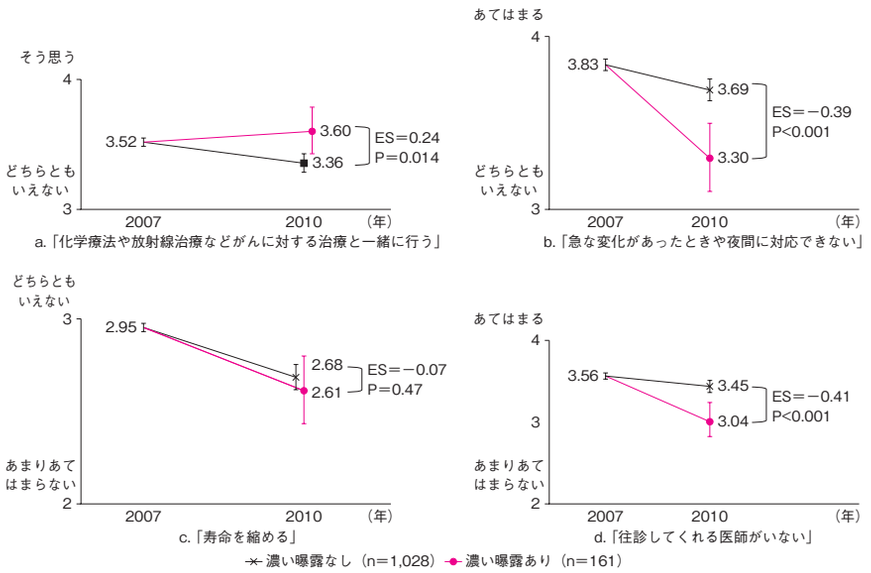


図 105　濃い曝露と認識・知識との関連

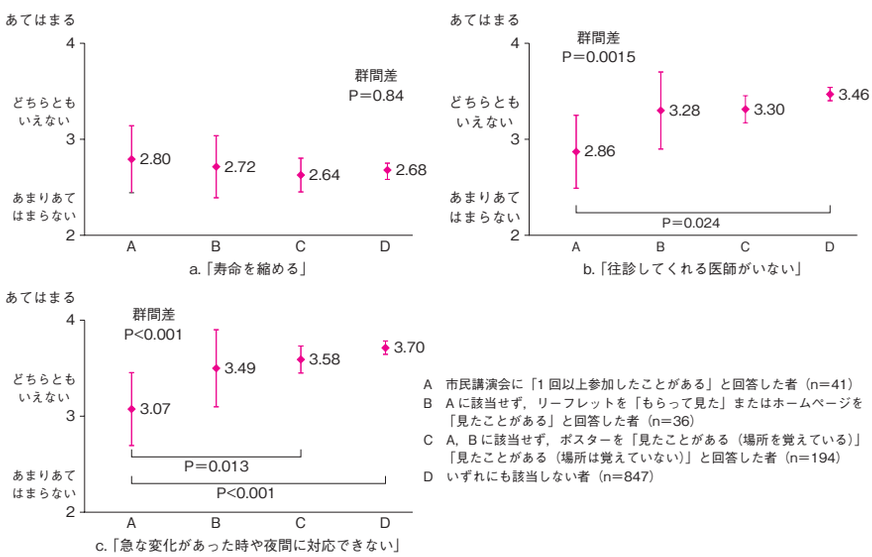


図 106　曝露の程度による比較

3．安心感の変化

安心感尺度得点は介入前後で有意な変化はみられなかった（図 107）。「安心して治療を受けられる」「苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」「安心して自宅で療養できる」と回答した住民は，それぞれ，57％から 61％，42％から 47％，21％から 26％に増加する傾向であった。

4．3 年間の変化の体験

3 年間の変化の体験としては，「緩和ケアという言葉をよく聞くようになった」ものが 28％，そう思わないものが 42％であった（図 108）。「がんでも自宅で過ごしている（過ごせた）という話をよく聞くようになった」者は 24％，そう思わない者が 40％であった。

5．わが国のがん対策やがん関連プロジェクトの浸透度

がん対策基本法，がん診療連携拠点病院，相談支援センターの浸透度について，相談支援センターを知っている住民は前後で有意に増加したものの，介入後でも「よく知っている」ものは 10％以下であった（表 52）。同様に，がん診療連携拠点病院を「知っている」としたものは 14％から 11％に低下した。

OPTIM プロジェクト，オレンジバルーンプロジェクトも同じように 10％以下であったが，ピンクリボンは 29％が知っていると回答した（図 109）。

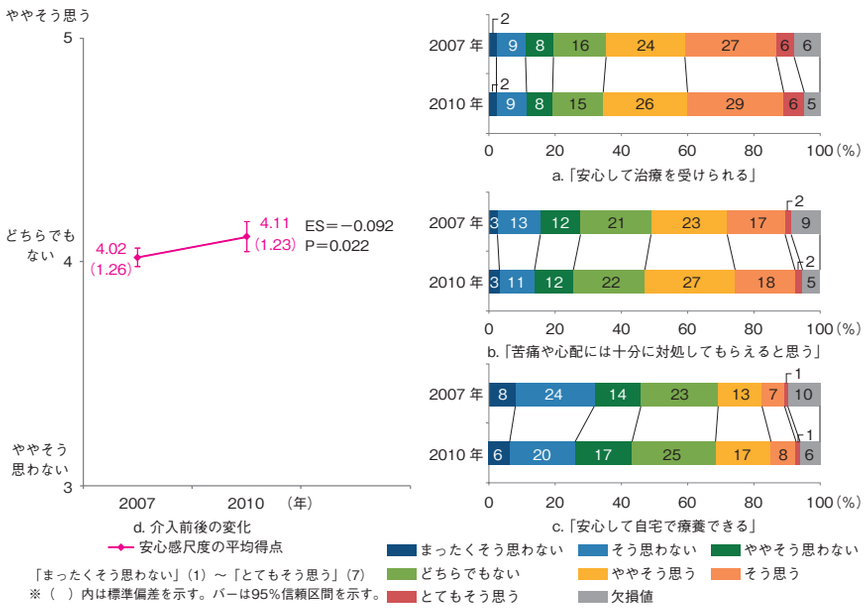


図 107　安心感

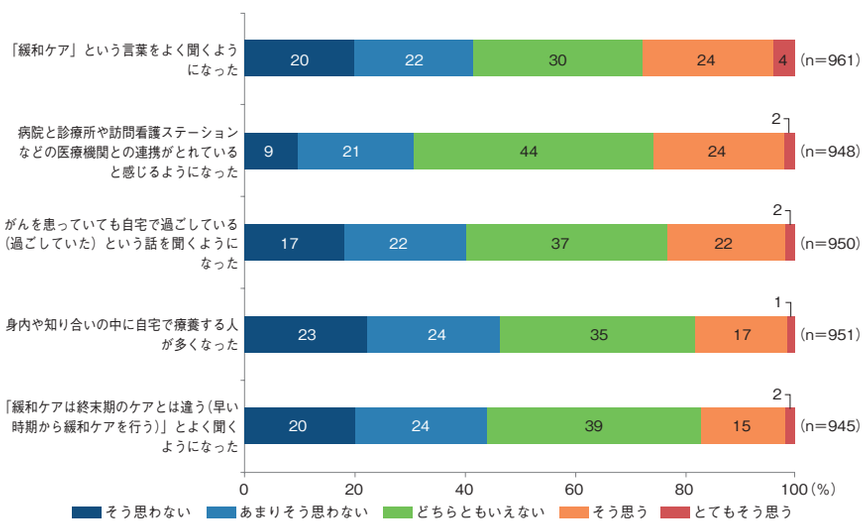


図 108　3 年間で体験した変化

欠損値を除いて百分率を計算した。

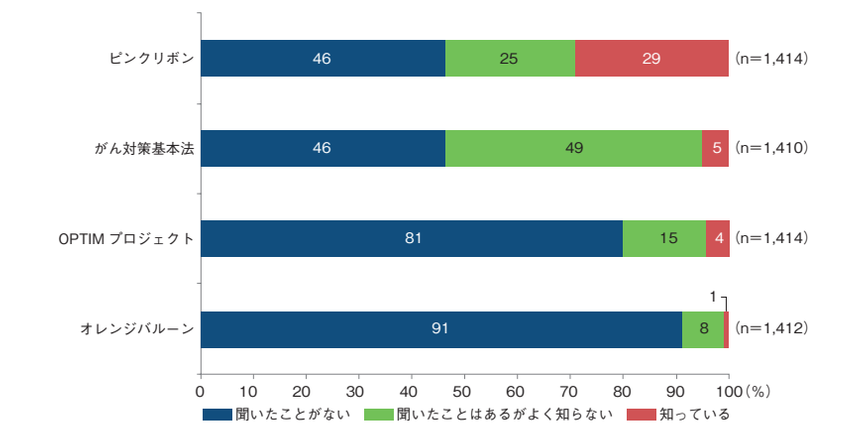


図 109　がん関連のプロジェクトの浸透度

欠損値を除いて百分率を計算した。

表 52　国のがん対策の浸透度

	2007 年（n=3.984）		2010 年（n=1,435）		P
	%	n	%	n	
がん対策基本法					0.44
よく知っている	4.3	168	5.0	70	
聞いたことがある	48	1,874	49	684	
聞いたことがない	48	1,881	47	656	
がん診療連携拠点病院					＜0.001
拠点病院を知っている	14	533	11	153	
詳しく知らない	30	1,173	35	493	
聞いたことがない	56	2,209	54	761	
相談支援センター					0.0044
よく知っている	6.5	254	8.3	117	
聞いたことがある	37	1,464	40	565	
聞いたことがない	56	2,196	52	726	
相談支援センター					
ぜひ利用したい	—	—	30	30	—
利用したい			58	58	
あまり利用したくない			10	10	
利用したくない			2.3	2.3	

6　住民の希望する緩和ケアを表す言葉

緩和ケアを表現する言葉に対して，「もし自分ががんになったとしたらそれぞれのメッセージをかかげている医療機関などに受診したいか」を聞いたところ，希望する頻度が多かったものは，「この病院にはがんと向き合うあなたを支えるチームがいます」「がんの痛みは止められます」「苦痛を軽減して，前向きにがん治療に取り組む」「つらい時期を上手に過ごす　あなたとご家族を支えます」「痛みの治療は，がんの治療と同じように大切です」であった（表 53）。

一方，「あなたの身の回りにも緩和ケアを必要としている人がいませんか？」「緩和ケアに関する疑問やお悩みはありませんか？地域の相談支援センターを活用しましょう」「この地域は『がん緩和ケア』の普及に努めています」「緩和ケアを○○市で受けられるように取り組んでいます」は希望する頻度が低かった。オレンジバルーンプロジェクトで使用されている「がんになったら緩和ケア」も希望する頻度としては下位であった。

考　察

本研究の結果は，以下のように要約できる。①1 地域あたり 4,600 千円 / 年を利用した一般的な啓発活動を行うと住民 100 名あたり 11 枚のリーフレットの配布と 0.57 名の参加する講演会を行うことができる，②住民の曝露の程度はポスターを見たことがある住民は 20～30%，リーフレットを見たことがある住民は 3～8%，ホームページを見たことがある住民は 2%以下，講演会に参加したことがある住民は 1～8%である，③人口の少ない地域ほど大きな曝露を受ける，④緩和ケアの認識には変化がなかったが，医療用麻薬の知識（「麻薬中毒になったり，禁断症状が出る」「寿命を縮める」），在宅医療についての認識のいくつかの項目（「急な変化があった時や夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」）は改善が見られた，⑤曝露を受けた住民では認識・知識の改善がより認められた，⑥住民全体では緩和ケアの変化を体験した住民は多くなく，緩和ケアに関するプロジェクトの認知度も低かった，⑦媒体ではリーフレットやホームページよりもポスターの曝露が多かった，⑧場所では病院・診療所・保険薬局など医療機関が多かった。

研究の限界として，①対照群がないために観察された変化が全国平均と比較してどうかの検討ができないこと，②各地域によって行われた啓発内容に差があること，が挙げられる。

以上より，住民を対象とした啓発介入は，曝露を受けることによって知識や認識が変わる可能性があるものの，地域全体で幅広い啓発活動を行っても情報が届く住民は少なく，地域全体への影響は大きくないといえる。本研究からは，住民を対象とした広く薄い啓発介入では費用対効果を十分に検討する必要があると考

表 53　住民の希望する緩和ケアを表す言葉（%）

	相談したくない	どちらかというとあまり相談したくない	どちらともいえない	相談したい	ぜひ相談したい
「この病院にはがんと向き合うあなたを支えるチームがいます」	1	2	21	49	28
「がんの痛みは止められます」	2	3	24	44	27
「苦痛を軽減して，前向きにがん治療に取り組む」	1	3	20	49	26
「つらい時期を上手に過ごす　あなたとご家族を支えます」	1	3	21	50	25
「痛みの治療は，がんの治療と同じように大切です」	1	4	23	48	24
「苦痛を軽減しながらのがん治療が全国で始まっています」	1	3	30	45	20
「私たちは緩和ケアを地域でサポートします」	2	4	27	46	20
「がんでつらい思いをしている人に知ってほしい身体と心の痛みを和げる緩和ケアがあることを」	1	3	27	49	19
「誰でもどこでも安心できるがん緩和医療を目指して」	2	5	32	43	19
「緩和ケアは必要なときにいつでも受けることができます」	1	3	26	53	18
「がんになっても安心して暮らせるまちづくり」	3	6	33	41	17
「わが家に帰ろう！　あなたらしいがんの療養」	3	7	36	37	17
「緩和ケアをご自宅でも受けられるように取り組んでいます」	2	3	31	46	17
「がんになったら緩和ケア」	4	9	33	38	16
「緩和ケアについてご相談ください」	2	4	29	49	16
「緩和ケアを○○市で受けられるように取り組んでいます」	2	5	35	43	15
「この地域は『がん緩和ケア』の普及に努めています」	2	6	42	35	14
「緩和ケアに関する疑問やお悩みはありませんか？　地域の相談支援センターを活用しましょう」	2	6	35	43	14
「あなたの身の回りにも緩和ケアを必要としている人がいませんか？」	6	10	53	24	7

えられる。手段としては，①情報を必要とする住民（がん患者や家族）が多くいる病院など医療機関にしぼったポスターなど安価な啓発活動，②地元メディアや在宅医療提供者など費用を必要としない広報による啓発活動，③もともと地域で行われている講演会や住民の集まりを利用した啓発活動，④広く住民ではなく，緩和ケアに関する情報が必要な住民に接する可能性のあるもの（病院の相談員，地域包括支援センター職員，民生委員など）にしぼった啓発活動，などを継続することが費用対効果の点からも有用な方法であることが示唆される。

付表６　場所ごとの曝露の程度（%）

		冊子，図書，ポスターなどを			3年間に平均して			
		目にしてない	目にしたが詳しく見てない	詳しく見た	行ってない	年に数回	月に数回	週数回以上
全体	病院	76	21	3	27	53	16	4
	診療所	83	15	2	35	46	17	2
	保険薬局	87	12	1	26	50	23	1
	市役所・区役所	90	9	1	33	58	6	2
	公民館など公共施設	93	7	0	41	50	8	1
	公立の図書館	93	7	1	65	22	12	1
	病院内の図書館	96	3	0	95	4	1	0
	訪問看護・介護事務所*	96	4	1	92	4	2	2
鶴岡地域	病院	69	27	4	36	48	12	4
	診療所	73	24	3	30	51	17	2
	保険薬局	84	14	2	26	50	22	1
	市役所・区役所	87	13	0	36	58	4	2
	公民館など公共施設	90	8	2	49	40	10	1
	公立の図書館	92	6	2	79	14	6	0
	病院内の図書館	94	5	1	94	4	1	0
	訪問看護・介護事務所	95	4	1	91	5	0	3
柏地域	病院	83	15	1	26	57	16	2
	診療所	92	8	0	38	46	15	1
	保険薬局	91	9	0	24	55	20	0
	市役所・区役所	93	7	1	38	57	3	1
	公民館など公共施設	94	6	0	40	48	11	1
	公立の図書館	93	6	1	56	25	16	3
	病院内の図書館	98	2	0	97	3	0	0
	訪問看護・介護事務所	98	2	0	95	3	1	2
浜松地域	病院	75	22	3	22	58	17	3
	診療所	84	16	0	28	49	22	0
	保険薬局	88	12	0	24	51	23	2
	市役所・区役所	90	9	0	46	47	5	2
	公民館など公共施設	93	7	0	61	30	8	1
	公立の図書館	92	8	0	63	26	11	0
	病院内の図書館	97	3	0	93	5	1	0
	訪問看護・介護事務所	96	4	0	87	7	4	3
長崎地域	病院	76	22	3	27	44	22	7
	診療所	83	13	4	50	31	15	4
	保険薬局	85	13	2	30	40	27	3
	市役所・区役所	91	8	1	38	56	5	2
	公民館など公共施設	94	6	0	47	43	9	1
	公立の図書館	94	6	0	64	20	13	3
	病院内の図書館	96	3	1	93	4	2	0
	訪問看護・介護事務所	92	5	3	94	1	4	1

*「訪問介護または介護に関する事業所」と質問した。

付表 7　リーフレットの経路ごとの曝露の程度（%）

		リーフレットを		
		もらっていない	もらったが見ていない	もらって見た
全体	医師や看護師などの医療者から	98	0	2
	医療福祉機関に設置されたものを	96	2	3
	公共施設に設置されたものを	98	1	1
	知人や近所の方から	99	0	1
鶴岡地域	医師や看護師などの医療者から	95	0	5
	医療福祉機関に設置されたものを	92	3	5
	公共施設に設置されたものを	97	1	2
	知人や近所の方から	98	0	1
柏地域	医師や看護師などの医療者から	99	0	1
	医療福祉機関に設置されたものを	98	0	2
	公共施設に設置されたものを	98	1	1
	知人や近所の方から	99	1	0
浜松地域	医師や看護師などの医療者から	98	1	1
	医療福祉機関に設置されたものを	95	2	3
	公共施設に設置されたものを	98	1	2
	知人や近所の方から	99	0	1
長崎地域	医師や看護師などの医療者から	99	0	0
	医療福祉機関に設置されたものを	97	2	1
	公共施設に設置されたものを	99	0	1
	知人や近所の方から	100	0	0

付表 8　曝露と認識・知識との関連

	介入前 (n=3,984)	介入後					
		薄い曝露*あり (n=352)	なし (n=873)	P	濃い曝露**あり (n=161)	なし (n=1,028)	P
緩和ケアを知っているか				<0.001			<0.001
よく知っている	—	15%	0.57%		29%	0.88%	
聞いたことがある	—	32%	8.5%		29%	12%	
聞いたことがない	—	53%	91%		41%	87%	
緩和ケアを知っているか				<0.001			<0.001
よく知っている	15%	31%	13%		43%	14%	
聞いたことがある	52%	61%	53%		51%	55%	
聞いたことがない	34%	7.7%	34%		5.8%	30%	
緩和ケアについての認識（1〜5）							
痛みや苦痛を和らげる	3.84（0.83）	3.95（0.76）	3.79（0.86）	0.0020	4.03（0.76）	3.81（0.85）	0.0021
化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒に行う	3.52（0.94）	3.51（1.07）	3.35（1.04）	0.017	3.60（1.11）	3.36（1.04）	0.014
死期が迫っている患者のためのものである	3.20（1.26）	3.19（1.24）	3.21（1.24）	0.80	3.14（1.33）	3.21（1.23）	0.54
医療用麻薬についての知識（1〜5）							
たいていの痛みを和らげることができる	3.71（0.78）	3.80（0.75）	3.70（0.75）	0.036	3.79（0.78）	3.72（0.75）	0.31
麻薬中毒になったり，禁断症状が出る	2.88（1.06）	2.59（1.11）	2.61（1.06）	0.79	2.49（1.14）	2.62（1.07）	0.22
寿命を縮める	2.95（1.04）	2.67（1.12）	2.68（1.08）	0.82	2.61（1.13）	2.68（1.09）	0.47
在宅医療についての認識（1〜5）							
急な変化があった時や夜間に対応できない	3.83（0.90）	3.50（1.11）	3.69（0.95）	0.0036	3.30（1.23）	3.69（0.95）	<0.001
往診してくれる医師が少ない	3.56（1.04）	3.25（1.18）	3.46（1.05）	0.0031	3.04（1.29）	3.45（1.06）	<0.001
苦痛を十分に和げられることはできない	3.29（0.83）	3.12（0.88）	3.19（0.86）	0.18	3.08（0.96）	3.19（0.85）	0.15
家族への負担が大きい	4.17（0.82）	4.09（0.89）	4.16（0.82）	0.25	3.93（0.99）	4.18（0.81）	<0.001
お金がかかる	3.68（0.99）	3.56（1.03）	3.65（0.97）	0.14	3.41（1.09）	3.65（0.97）	0.013
自分らしく自由に過ごせる	3.65（0.87）	3.70（0.88）	3.67（0.81）	0.66	3.81（0.84）	3.66（0.82）	0.044
安心感（1〜7）							
安心感の平均得点	4.02（1.26）	4.27（1.26）	4.01（1.20）	0.0014	4.31（1.34）	4.04（1.20）	0.012

* 薄い曝露：①ポスターを「見たことがある（場所を覚えている）」「見たことがある（場所は覚えていない）」と回答した者
②リーフレットを「もらって見た」「もらったが見ていない」と回答した者
③ホームページを「見たことがある」と回答した者，④市民講演会に「1 回以上参加したことがある」と回答した者

** 濃い曝露：①ポスターを「見たことがある（場所を覚えている）」と回答した者，②リーフレットを「もらって見た」と回答した者
③ホームページを「見たことがある」と回答した者，④市民講演会に「1 回以上参加したことがある」と回答した者

K. 地域の緩和ケアの質指標

東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野
宮下 光令

目　的

本研究の目的は，介入地域における介入前後の地域の緩和ケアの質指標の変化を明らかにすることである。

調査項目

調査項目は地域の緩和ケアの質指標として設定した20項目である。項目の一覧を**表54**に示す。

調査方法は，オピオイドの利用性に関しては県の薬務課に尋ねた。在宅療養支援診療所の数などは，県の厚生局または社会保険事務局に尋ねた。緩和ケアの講習会の開催数などの情報は，研究班によって運用している地域の緩和ケアサポートセンターに尋ねた。その他，各種学会や日本ホスピス・緩和ケア協会，それぞれの緩和ケア病棟や緩和ケアチームなどから情報を得た。

解　析

それぞれの指標は**表54**に示した分子を分母で除した数を算出し，介入地域全体および地域ごとに2007年～2010年の変化を図に示した。

結　果

1. オピオイドの利用性

図110に「QI-1. オピオイドの消費量（総消費量）」の変化を示す。介入地域全体では，がん死亡者100人あたり1,244gから1,867gに増加した。**図111**に「QI-2. 主要オピオイド消費量（経口モルヒネ＋経直腸モルヒネ＋経口オキシコドン＋経皮フェンタニル）」を示す。介入地域全体では，がん死亡者100人あたり852gから1,235gに増加した。

図112に「QI-3. 麻薬免許を取得している診療所の医師数」，**図113**に「QI-4. 麻薬を扱える保険薬局の数」を示す。これらは介入期間中に大きな変化はなかった。

2. 地域医療者の支援・教育

図114に「QI-5. 緩和ケアに関する講習会の回数」の変化を示す。がん死亡者100人あたりの講習会の数は，0.8回から2.4回に増加した。**図115**に「QI-6. 緩和ケアに関するネットワーク数」の変化を示す。がん死亡者100人あたりのネットワーク数は0.1から0.4に増加した。**図116**に「QI-17. 地域に対して開示されている，医療者が症状緩和に関してコンサルテーションができる窓口の数（外来のように患者が来院しなくても医療者から電話やメールで相談できること）」の変化を示す。窓口の数はがん死亡者100人あたり0.02から0.2に増加した。

3. 在宅支援機関の利用性

図117に「QI-7. 在宅療養支援診療所の数」，**図118**に「QI-8. 24時間対応できる訪問看護ステーションの数」の変化を示す。がん死亡者100人あたりの在宅療養支援診療所数は微増したが，訪問看護ステーションの数は大きな変化はなかった。**図119**に「QI-9. 在宅療養支援診療所による在宅看取り数（がん以外も含む）」の変化を示す。がん死亡者100人あたりの在宅療養支援診療所による在宅看取り数は7.3から12に増加した（この指標はがん以外の死亡も含むが，地域規模を比較する，他の指標と統一するという意図から分母はがん死亡者数を用いた）。**図120**に「QI-10. 地域の緩和ケア病棟に入院した患者のうち，在宅へ退院した患者の割合」の変化を示す。2007年に11％であったものが2008年に18％に上昇したが，2010年は14％であった。

4. 専門的なトレーニングを受けた医療者の存在

図121に「QI-11. 日本緩和医療学会に所属している医師の数」の変化を示す。がん死亡者100人あたり

表 54　地域の緩和ケアの質指標一覧

	地域の緩和ケアの質指標　項目	分子	分母
1．オピオイドの利用性			
QI–1.	オピオイドの消費量（総消費量）	オピオイド消費量の合計（g/年）	がん死亡者数
QI–2.	主要オピオイド消費量（経口モルヒネ＋経直腸モルヒネ＋経口オキシコドン＋経皮フェンタニル）	オピオイド消費量の合計（g/年）	がん死亡者数
QI–3.	麻薬免許を取得している診療所の医師数	医師数	がん死亡者数
QI–4.	麻薬を扱える保険薬局の数	薬局数	がん死亡者数
2．地域医療者の支援・教育			
QI–5.	緩和ケアに関する講習会の回数	講習会の回数	がん死亡者数
QI–6.	緩和ケアに関するネットワーク数	ネットワーク数	がん死亡者数
QI–17.	地域に対して開示されている，医療者が症状緩和に関してコンサルテーションができる窓口の数（外来のように患者が来院しなくても医療者から電話やメールで相談できること）	窓口数	がん死亡者数
3．在宅支援機関の利用性			
QI–7.	在宅療養支援診療所の数	在宅支援診療所数	がん死亡者数
QI–8.	24 時間対応できる訪問看護ステーションの数	訪問看護ステーション数	がん死亡者数
QI–9.	在宅療養支援診療所による在宅看取り数（がん以外も含む）	患者数	がん死亡者数
QI–10.	地域の緩和ケア病棟に入院した患者のうち，在宅へ退院した患者の割合	患者数	緩和ケア病棟の年間入院患者数
4．専門的なトレーニングを受けた医療者の存在			
QI–11.	日本緩和医療学会に所属している医師の数	医師数	がん死亡者数
QI–12.	緩和ケアの専門的資格をもった看護師数〔がん看護専門看護師，精神看護専門看護師（精神病院勤務をのぞく），緩和ケア認定看護師，がん性疼痛緩和認定看護師の数〕	看護師数	がん死亡者数
QI–13.	専門的資格をもった薬剤師の数	薬剤師数	がん死亡者数
5．専門的緩和ケアを行うリソースの利用性			
QI–14.	緩和ケア病棟のベッド数	病床数	がん死亡者数
QI–15.	院内緩和ケアチームの数	院内緩和ケアチーム数	がん死亡者数
QI–16.	緩和ケアの外来の回数	外来数（回／週）	がん死亡者数
QI–18.	専門緩和ケアサービスを受けた患者の数	緩和ケア病棟・院内緩和ケアチームで診療を受けた患者数	がん死亡者数
QI–19.	緩和ケア病棟に入院を申し込んでからの待ち日数が 14 日以上だった患者の割合	患者数	緩和ケア病棟の年間入院患者数
QI–20.	院内緩和ケアチームに診察を申し込んでから診察までに 48 時間以上かかる人の割合	患者数	院内緩和ケアチームの年間診療患者数

地域の緩和ケアの質の指標は，「(分子)／(分母)」として算出する。
分母で本研究でがん死亡者数としたものはデータの取得可能性によっては人口を使用してもよい。

1.7 人から 2.0 人と微増であった。**図 122** に「QI–12. 緩和ケアの専門的資格を持った看護師数」の変化を示す。がん死亡者 100 人あたり 0.33 人から 0.54 人と増加した。**図 123** に「QI–13. 専門的資格を持った薬剤師数」の変化を示す。がん死亡者 100 人あたり 0.12 人から 0.41 人と増加した。

5. 専門的緩和ケアを行うリソースの利用性

図 124 に「QI–14. 緩和ケア病棟のベッド数」，**図 125** に「QI–15. 院内緩和ケアチームの数」，**図 126** に「QI–16. 緩和ケアの外来の回数」を示す。これらは介入期間中に大きな変化はなかった。**図 127** に「QI–19. 緩和ケア病棟に入院を申し込んでからの待ち日数が

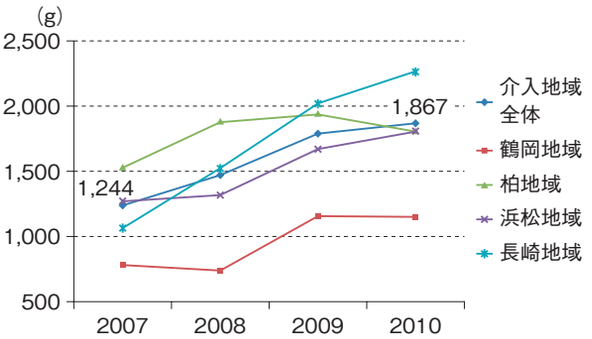


図 110　オピオイド総消費量（がん死亡者 100 人あたり）

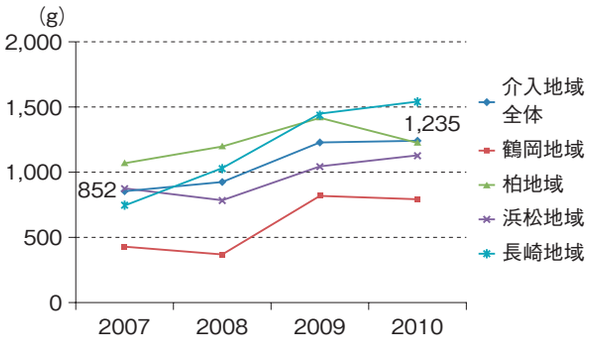


図 111　主要オピオイド総消費量（がん死亡者 100 人あたり）

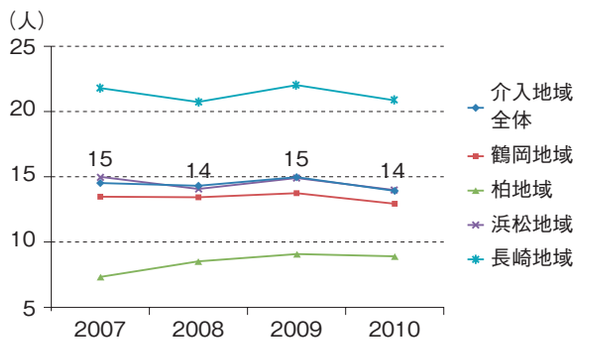


図 112　麻薬免許取得医師数（がん死亡者 100 人あたり）

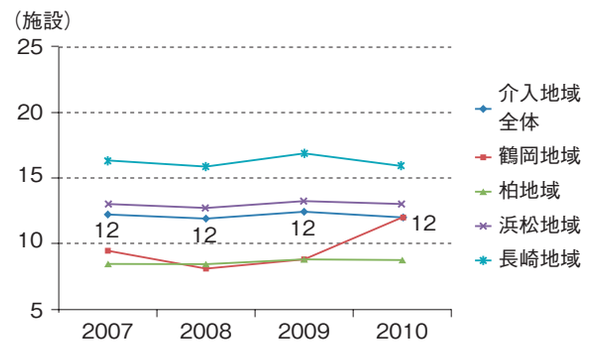


図 113　麻薬を扱える薬局数（がん死亡者 100 人あたり）

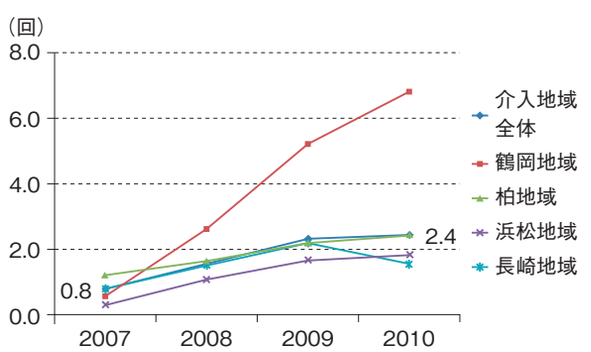


図 114　緩和ケア講習会の回数（がん死亡者 100 人あたり）

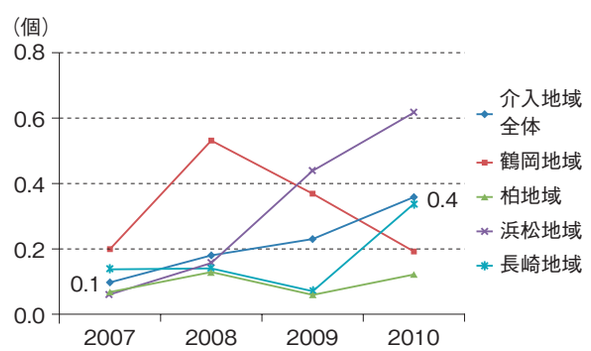


図 115　緩和ケアに関するネットワーク（がん死亡者 100 人あたり）

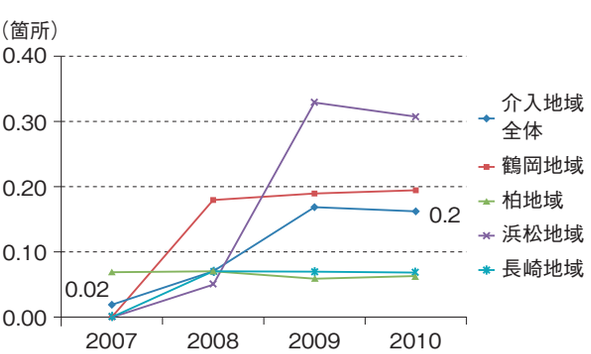


図 116　医療者のための緩和ケアに関するコンサルテーション窓口数（がん死亡者 100 人あたり）

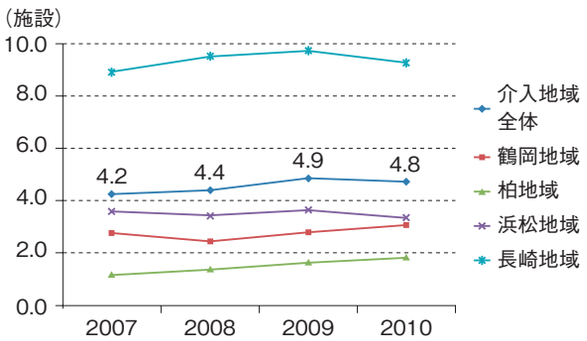


図 117　在宅療養支援診療所の数（がん死亡者 100 人あたり）

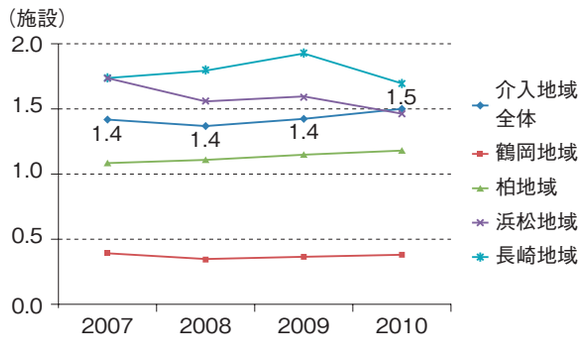


図 118　24 時間対応可能な訪問看護ステ ーション（がん死亡者 100 人あたり）

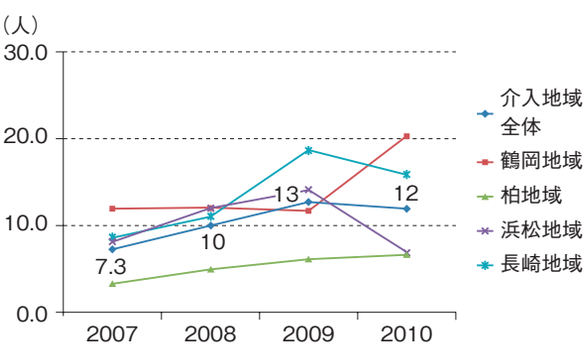


図 119　在宅療養支援診療所による在宅看取り数（がん死亡者 100 人あたり）

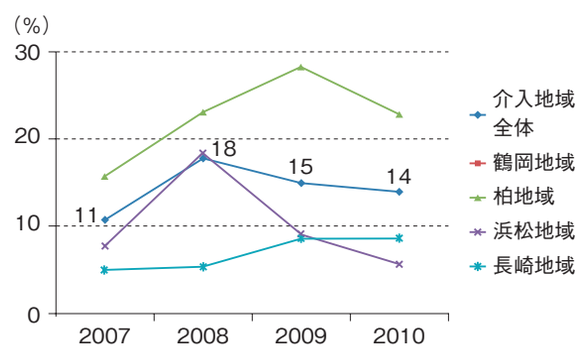


図 120　緩和ケア病棟から在宅への退院患者数（入院患者に対する割合）

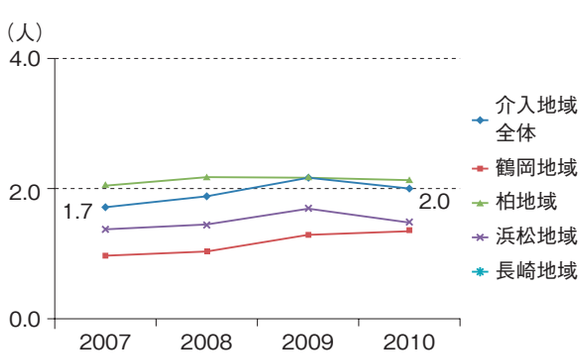


図 121　日本緩和医療学会所属医師数（がん死亡者 100 人あたり）

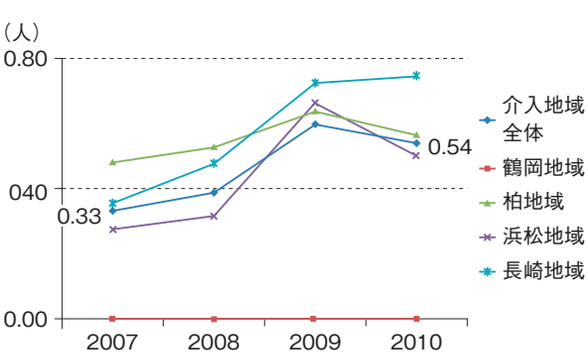


図 122　緩和ケアの専門的資格を持った看護師数（がん死亡者 100 人あたり）

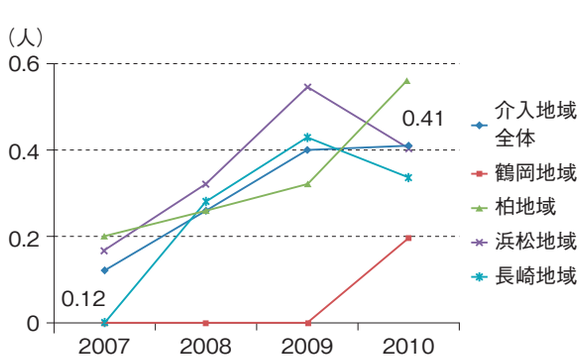


図 123　専門的資格を持った薬剤師数（がん死亡者 100 人あたり）

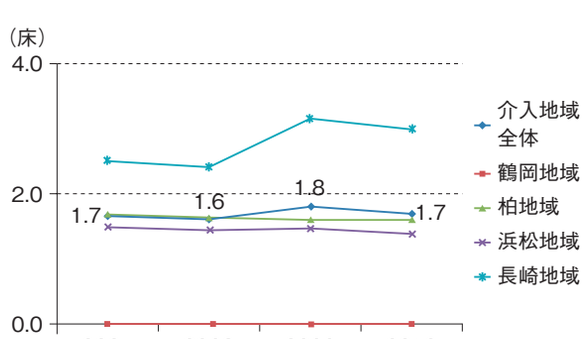


図 124　緩和ケア病棟ベッド数（がん死亡者 100 人あたり）

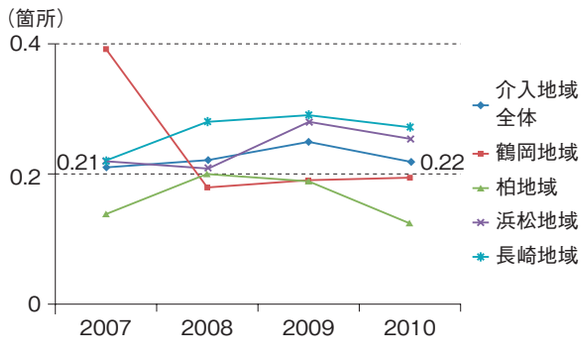


図 125　院内緩和ケアチームの数（がん死亡者 100 人あたり）

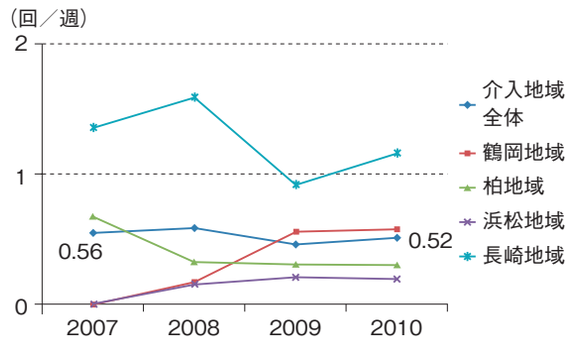


図 126　緩和ケア外来の回数（がん死亡者 100 人あたり）

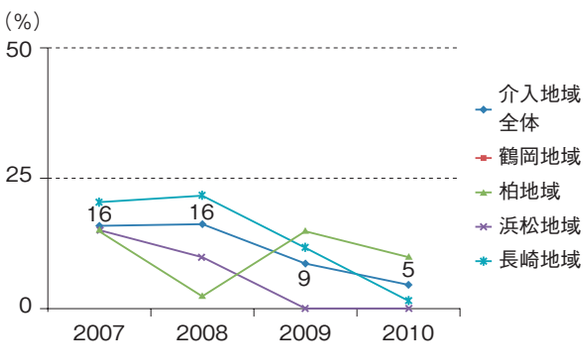


図 127　緩和ケア病棟入院待ち日数が 14 日以上の割合（入院患者 40 名に対する割合）

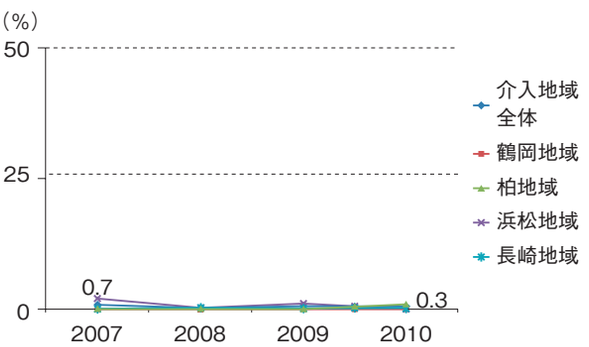


図 128　院内緩和ケアチーム診察待ち時間が 48 時間以上の割合（診療患者 40 名に対する割合）

14 日以上だった患者の割合」を示す。入院患者 40 名に対する割合は 16％から 5％に減少した。図 128 に「QI–20. 院内緩和ケアチームに診察を申し込んでから診察までに 48 時間以上かかる人の割合」を示す。診察患者 40 名に対する割合は介入前で 0.7％と非常に低く，2010 年では 0.3％であった。

「QI–18. 専門緩和ケアサービスを受けた患者の数」は本研究の主要評価項目であるため，本稿では省略した。

考　察

全体的な傾向として処方や地域での講習会，コンサルテーション窓口数などのソフト的な側面で増加がみられた半面，在宅療養支援診療所の数や緩和ケア病棟のベッド数などのハード的側面では変化がみられなかった。これは本研究が医療者への教育，地域でのネットワークや地域連携の体制整備などのソフト面での複合的介入であったことによるものである。

「オピオイドの消費量（総消費量）」「主要オピオイド消費量（経口モルヒネ＋経直腸モルヒネ＋経口オキシコドン＋経皮フェンタニル）」の増加は医師に対する教育による処方の変化を示している可能性がある。「緩和ケアに関する講習会の回数」「緩和ケアに関するネットワーク数」「地域に対して開示されている，医療者が症状緩和に関してコンサルテーションができる窓口数」などは本研究により講習会やネットワーク，窓口などが整備されたと考えられる。講習会の数の増加には，厚生労働省による緩和ケア研修会のがん診療連携拠点病院による開催の必須化の影響もある。「在宅療養支援診療所による在宅看取り数（がん以外も含む）」「地域の緩和ケア病棟に入院した患者のうち，在宅へ退院した患者の割合」の増加などは自宅死亡割合の増加と関連する傾向である。しかし，後者については緩和ケア病棟の運用状況の変化の可能性もあり，本研究の結果と結論することは難しい。

「日本緩和医療学会に所属している医師の数」「緩和ケアの専門的資格をもった看護師数」「専門的資格をもった薬剤師数の変化」などは増加しているが，全国的に増加していることと，本研究の介入とはあまり関係がないため，本研究の結果ではない可能性が高い。

「麻薬免許を取得している診療所の医師数」「麻薬を扱える保険薬局の数」「在宅療養支援診療所の数」「24 時間対応できる訪問看護ステーションの数」「緩和ケ

ア病棟のベッド数」「院内緩和ケアチームの数」「緩和ケアの外来の回数」は，介入期間中にほとんど変化がみられなかった。これは本研究の介入がこれらのハード的側面に対する介入ではなかったことと，本研究の対象地域は鶴岡地域を除けば緩和ケアの体制がある程度整備されていることを条件に決定したため，このようなハード面でのリソースが介入前から十分であった可能性がある。

「緩和ケア病棟に入院を申し込んでからの待ち日数が 14 日以上だった患者の割合」は減少したが，これに関しても本研究の介入によるものであったかは分からない。「院内緩和ケアチームに診察を申し込んでから診察までに 48 時間以上かかる人の割合」は介入前から非常に低く，介入前から本研究の介入地域ではそれほど問題ではなかった。

上記のいずれにも，今回の解析では全国値の変化を把握していないため，全国と比較することができないことが本研究の限界である。

5. 結果（2）OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を明らかにしたか？　プロセス研究
A. 地域緩和ケア推進のための課題に関する系統的整理

1）前 東京大学大学院 医学系研究科，前 慶応義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室，2）聖隷三方原病院 緩和支持治療科
山岸 暁美[1)]，森田 達也[2)]

背景・目的

地域緩和ケアの課題に関する個々の臨床経験や活動場面に基づく報告は見受けられるが，国内の複数の地域において，系統的に地域緩和ケアの課題を収集したうえで，今後の取り組みを検討した報告はこれまでにない。

本研究の主目的は，①地域緩和ケアを普及させるための課題を網羅的に収集・整理すること，②課題を分析し，課題間の関係や概念的枠組みを構築すること，である。さらに本研究の最終的な目的は，明らかになった課題概念的枠組みに従って，組織・行政・制度面での取り組みのグランドデザイン案を提示することである。

対象・方法

本研究は，地域緩和ケアの課題を含む3つのデータソースの内容分析である。

データソースの最も主要なものは，OPTIM プロジェクトの介入として設定された多職種地域連携カンファレンスのデータである。多職種地域連携カンファレンスとは，多職種のグループワークにより，その地域での地域緩和ケアの課題と解決策を抽出する介入のことである。毎回 100 名ほどの多職種の参加者を 5〜10 名のグループに分けて，「地域緩和ケアの課題」についてのフォーカスグループを行い，課題と解決策について話し合われた。

話し合うテーマは，「地域緩和ケアの課題」と規定したが，地域の事情に合わせて，さらに細かいテーマとして「病院と地域の連携」「地域内での情報共有の方法」「（地域の）北部での連携の課題と解決策」などが設定された。グループワークは，ファシリテーターを置く，付箋を使用するなど，なるべく多くの職種が意見を出しやすいように設定された。

合計 17 回（鶴岡地域 5 回，柏地域 3 回，浜松地域 5 回，長崎地域 4 回）のフォーカスグループが分析の対象となった。またフォーカスグループの参加者は，合計 1,635 名であり，その背景は医師 220 名，看護師 618 名，薬剤師 188 名，介護支援専門員 228 名，医療ソーシャルワーカー86 名，その他 131 名，不明 164 名あった（**表 55**）。

2 つ目のデータソースは，各地域で介入を円滑に進めることを目的として行われた訪問モニタリングから取得されたフィールドノート，資料（documents），会話やメーリングリストからの情報，遭遇した場面（フィールドノートに統合した）である。訪問モニタ

表 55　フォーカスグループの背景

開催回数　合計	17 回
地域別の回数	
鶴岡	5 回
柏	3 回
浜松	5 回
長崎	4 回
参加人数　合計	1,635 名
職種別の参加人数	
医師	220 名
看護師	618 名
薬剤師	188 名
介護支援専門員	228 名
医療ソーシャルワーカー	86 名
その他	131 名
不明	164 名
参加施設数　合計	609 施設
勤務場所別の施設数	
病院	111 施設
診療所	95 施設
訪問看護ステーション	65 施設
保険薬局	87 施設
その他	251 施設

リングは，地域看護専門看護師である看護研究者 1 名によって 2008 年から 2009 年にかけて 4 地域において合計 180 日行われた。訪問時には，介入として行われたセミナーやカンファレンス，運営のミーティングなどに参加し，地域での介入がうまく進むような助言を行いながら観察を行った。すなわち，研究者は「観察者である参加者」の立場で訪問モニタリングを行った。

3 つ目のデータソースは，研究期間中毎年，各地域のプロジェクトチームが報告書として作成した「期間中に生じた課題」「課題の意味」「課題の解決策」をまとめたものである。3 年間を通して延べ 14 ページ（85,000 語）の課題と解決策が収集された。

解　析

内容分析を行った。フォーカスグループの録音データから作成した逐語録と付箋から，「地域緩和ケアの課題」が記載されている意味単位をそれぞれ抽出し 1 単位とした。課題として合計 3,213 単位が抽出された。

抽出された課題について，単位を内容の類似性に従い，帰納的に分類・抽象化し，サブカテゴリーとカテゴリーを作成した。3,213 単位のうち約 1,000 単位を行ったところで，新しいカテゴリーを生じなくなった。ここまでの過程は，2 名の研究者（AY と地域看護学で修士を取得している看護師）が内容分析を行った後，緩和ケア領域における研究経験を豊富に有する緩和ケア専門家（TM）のスーパービジョンを基に，合意が得られるまで議論を行った。次に，フォーカスグループから取得された 3,213 単位のうち残る 2,000 単位と，訪問モニタリングから取得されたフィールドノートと資料，地域のプロジェクトチームが作成した報告書のデータを読み，新しいサブカテゴリー・カテゴリーを追加した。この過程は，1 名の研究者（AY）が緩和ケア専門家（TM）のスーパービジョンを基に行った。

解決策については，臨床現場での取り組みや地域緩和ケア推進のためのマネジメントおよび事務局機能を担う機関の取り組みと重複していたため，別稿でまとめた（「Clinical implications：p 40」，「地域対象の緩和ケアプログラムのプロジェクトマネジメントに関する研究：p. 336」）。

本研究の一義的な目的は課題を系統的に整理することであり，また設定されたフォーカスグループの課題によってデータの量が異なると考えられたため，単位数は数えなかった。また，地域間の比較については，最初の 1,000 単位を解析する際に地域ごとに分析したが，地域間での相違は比較的少なく，類似したものが多かったため，4 地域をまとめて記述することとした。

結　果

合計 244 項目が抽出され，13 領域 77 の課題に分類された（**表 56**）。

1．医療福祉従事者の緩和ケア・在宅療養に関する知識・認識の不足

医療福祉従事者の緩和ケア・在宅療養に関する適切な認識・知識が不足していることを意味する。【在宅医療福祉従事者の緩和ケアに関する経験・知識・自信の不足】【病院医療者の療養場所の選択の重要性に関する認識の不足】【病院医療者の在宅ケアに関する知識・認識・情報の不足】が課題として挙げられると同時に，医療福祉従事者個人や機関間によって【緩和ケアへの取り組みに関する格差】があることも抽出された。また，緩和ケアの標準化を目的とする緩和ケアセミナーやツールの運用に関しても，「臨床業務が忙しく参加できない」「設定日時が地域内の他の勉強会と重複する」など【緩和ケア研修への参加への障害】，「既存のツールがある場合，新たなツールの導入は困難である」といった【標準化ツールの地域全体での運用の困難】が課題として挙げられた。

2．緩和ケア提供のための体制の不備

緩和ケア提供のための物理的な人的リソースの不足や医療の量的不足を意味する。「日常業務が忙しく，十分に対応する時間が取れない」といった【臨床現場の忙しさによる緩和ケア提供の時間確保の困難さ】や「現行制度では，回数制限などがあり，本当に必要な量の緩和ケアが提供できない」といった【在宅での緩和ケアに投入できる医療の量的不足】が課題として挙げられた。また，基本的な緩和ケアを提供しても診療報酬で適切な評価がされないといった【緩和ケア提供を充実させる経済的インセンティブの欠如】が体制の充実を阻む課題として挙げられた。

表 56　地域緩和ケア推進のための課題

課題の領域	課題		具体例
医療福祉従事者の緩和ケア・在宅療養に関する知識・認識の不足	緩和ケアへの取り組みに関する格差		医療福祉従事者個人レベルにおいて，緩和ケアの知識やスキルに差がある
			機関によって，緩和ケアの取り組みに差がある
			緩和ケアの重要性を認識していない人も少なくない
			緩和ケアは「治療が終わった人が受けるもの」「緩和ケア＝末期」と思っている人も多い
			1 つの病院の中でも緩和ケアの重要性に関する認識に大きなばらつきがあり，連携がとりにくい科・病棟がある
	在宅医療福祉従事者の緩和ケア提供に関する経験・知識・自信の不足		患者の苦痛緩和が難しい
			がん患者やがんのターミナル患者を診たことがない（経験がない）
			緩和ケアに関する知識やスキルに自信がない
			緩和ケアやターミナルケアに対する医師のモチベーションが低い
	緩和ケア研修への参加への障害		臨床業務が忙しく参加できない（平日の夕方は業務を終えるのが困難，土日は休日を使うには負担がある）
			設定日時が地域内の他の勉強会と重複する
			開催のアナウンスが届かない，または，遅い
			参加する対象が「関心のある人」に限られており，本当に参加してほしい人は参加しない
			医師の参加が少ない（多職種の集まりに参加しにくい，関心が限られる）
	標準化ツールの地域全体での運用の困難		パンフレットやアセスメントツールは，すでに施設や個人で長年使っているものがある
			新しいものに切り替える労力や施設内および地域全体の医療福祉従事者の理解が必要である
			緩和ケアのツールについては，既に自施設のツールがある場合も多く，地域全体の運用にするのは難しい
	病院医療者の療養場所の選択の重要性に関する認識の不足		患者や家族の意向確認をせず，療養場所を医療者の判断で決定している
			病院スタッフが患者や家族の療養場所の希望を十分に聞けていない
			今後の方針を患者・家族に相談するのは医師 1 人で行っており，看護師が療養場所の希望を家族から聞いていてもそれが反映できない
	病院医療者の在宅療養に関する知識・認識・情報の不足		患者や家族が在宅療養を希望しても病院スタッフが無理だと判断してしまう
			病院医療者の「在宅の視点」を持った関わりが少ない
			病院の医師や看護師はどのような治療や看護が在宅で可能なのかを知らない，イメージしにくい
			退院時に自宅で症状が悪化した時のことを考えずにレスキューなどが処方されていないことがある
緩和ケア提供のための体制の不備	臨床現場の忙しさによる緩和ケア提供の時間確保の困難さ		日常業務が忙しく，患者や家族の話を聴くなど，十分に対応する時間がとれない
			患者や家族の希望も反映した今後の方針に関して，多職種で検討する時間がとれない
	緩和ケア提供を充実させる経済的インセンティブの欠如		緩和ケアを提供しても診療報酬で適切な評価がされていない
	在宅での緩和ケアに投入できる医療の量的不足		現行制度では，回数制限などがあり，本当に必要な量の緩和ケアが提供できない
			緩和ケアを担える人材が在宅領域に少ない
緩和ケア・在宅医療の質を保証する仕組みの未整備	緩和ケアの質を保証する仕組みの未整備		緩和ケアの評価方法が確立していない
	在宅医療の質を保証する仕組みの未整備		限られた人材が“密室”で医療やケアを提供するため，peer-review（第三者評価）がしにくい
専門緩和ケア利便性と質の不備	専門緩和ケアサービスへのアクセス向上	外来患者への緩和ケア専門家の支援体制の未整備	外来患者の緩和ケアニーズを拾うシステムがない
			化学療法やその副作用，対処法に関するコンサルテーションの仕組みがない
			時間をかけて対応することができない（精神的つらさなど）
			麻薬の初回処方，経口抗がん剤治療を受ける外来患者のモニタリングやサポートのシステムがない
		中小病院に入院中の患者および在宅療養患者への緩和ケア専門家の支援体制の未整備	在宅療養者が緩和ケア専門家の支援を受けられる仕組みがない
			病院の緩和ケアチームに相談したくても，どのように連絡したらいいか分からない
			地域から見ると，病院は敷居が高く，気軽に相談できない
		ホスピス・緩和ケア病棟への受け入れの限界	抗がん治療を続けたい人はホスピス・緩和ケア病棟が使えない
			ホスピス・緩和ケア病棟のスタッフは，入院待機中の患者の病状変化が分からず，フォローが難しい
			ホスピス・緩和ケア病棟を利用したい時に使えず，また利用を待っている期間の療養場所がない
			入院待ちの期間が長い
		緩和ケア専門家の量的不足と質のばらつき	緩和ケアの専門家がいない
			緩和ケアチームの専門性のレベルがさまざまである
	緩和ケアの専門性の確立	専門緩和ケアサービスに紹介する時期と方法の未確立	患者に緩和ケアに関する話をするタイミングが難しい
			専門緩和ケアサービスに紹介する方法が確立していない
		専門緩和ケアの診療モデル・ケアモデルの未確立	緩和ケアチームの関与の仕方が難しい
			主治医診療制，コンサルテーションなど，緩和ケアチームの診療形態は施設や担当医によってばらつきがある
			緩和ケア病棟はどのような患者を診療するかの基準がない
		緩和ケアチーム（特に地域緩和ケアチーム）活用が不十分	緩和ケアチームに相談しなくても，周囲のネットワークで対応できることが多い
			看護上の相談を緩和ケアチームにしたくても，主治医が納得しないことがある
			相談しなくても特に困らない
		社会心理的な問題に対応する専門家の不在	心理的な問題を相談できる専門家は病院にしかおらず，また病院の心理士は地域医療福祉従事者からの相談を受け付けていない
			年金や障害手帳，高額療養費などについて，在宅療養者や家族の相談窓口がない

患者・家族・市民の緩和ケア・在宅療養に関する心理的ハードル	緩和ケアに関する誤った認識	患者・家族の「緩和ケア＝末期」という認識が強い
	医療用麻薬への誤解	医療用麻薬は最後の手段だと思っている患者も多い
		麻薬中毒になる，飲み続けると効かなくなるなど，誤った認識をもっている患者も多い
	医療福祉従事者への遠慮	医療福祉従事者に痛みや自分の希望を話せない患者や家族が多い
	在宅療養に関する否定的な認識	苦痛の緩和や適切な処置ができない
		夜間や急変時の対応ができない
		介護する家族の負担が大きい
		在宅では最新の治療を受けられない
		病院にかからないことは悪いことだという文化がある
		病院で死ぬことがステータスであるという地域もある
		他人が家に入ることへの抵抗がある人も多い
		在宅療養のよさを知らない
啓発の方法論の未確立	啓発の対象や方法が不明瞭	場所によっては，ポスター・リーフレットなどの資料を置いても人々の目に留まらない
		タイトルが「緩和ケア」「がん」とあると，それに関心のある人しか目を留めない
		かかる労力に比較すると，人口あたりの曝露が少ない
		役所に置いても窓口待ち時間の短縮化に力を入れており，ゆっくり資料を見る時間がない
		画像は見る手段を確保しにくい（放映する場所・機会がない，設定に時間がかかる，毎回同じ内容になり飽きてしまう）
	実際にサービスを提供している医療機関などを紹介することによる利益相反の可能性	ポスターに連絡先や相談先を入れたいが，利益誘導につながる可能性があるため具体的な施設名を入れることができない
		公立機関の場合，特定の機関のみの紹介をすることができない
がん緩和ケアに関する地域連携基盤の不備	多職種・多機関の相互理解の不足とネットワークの未構築	各職種の役割や機能が分からない
		地域の多職種が集まる機会がない
		機関間の相互理解の不足により，業務上の摩擦が生じる
		機関，法人，職種を越えた交流がない
		知らない人には相談しづらい
	地域緩和ケアに関する情報を集約するシステムおよびリソースデータベースの不備	地域を俯瞰し，医療・介護資源の情報を把握する機関がない
		地域で緩和ケアに対応可能な機関に関する情報がない
		がん患者の一時預かりが可能な療養病床，介護機関の情報がない
		既存のリソースデータベースは最新の情報ではない
		麻薬・在宅訪問できる薬局やがん患者のリハビリテーション専門職の情報がない
	地域における課題の抽出やその解決策を探るシステムの不備	地域で問題になっていても相談するところがない
		職種や機関を越えた問題の場合の問題解決方法が分からない
		課題があっても誰が中心になって解決に向けて活動するかがはっきりしていない
	各機関が組織として関与する地域全体の仕組みをつくる際の利害関係者の調整の困難さ	病院の参加の協力が得られない・アプローチできない
		それまでの人間関係や政治的・利害関係のために協力が得られない機関がある
		大学・がん専門病院では施設全体での了解が難しい（診療科単位の協力は得られる）
		誰がリーダーシップをとるかが決まらない，またはある施設・ある人がリーダーシップをとることへの懸念がある
	医師の関与の低さ	地域の勉強会意見交換の場に医師の参加が少ない
		サービス提供者会議に医師が参加してくれない
		医師会に加入していない医師にどう情報や依頼をしたらいいのかが分からない
	行政の関与の低さ	現場の多職種でカンファレンスを行っても行政・施策担当者がいないので解決に結びつかない
		地域の勉強会や意見交換の場に行政がなかなか参加しない
		行政の対応が現場と即していない
医療福祉従事者間の患者情報に関するインフラの未整備	患者の基礎情報を共有する方法の未確立	施設を越えた患者情報の共有ができないため，患者や家族は関わる医療福祉従事者すべてに同じ話を何度もしなくてはならない
		情報を書式で提出するのは時間がかかる
		機関ごとに複数の書式があって非効率である
	患者についてのリアルタイムな情報を共有する方法の未確立	Information and Communication Technology（ICT）を使用した情報共有は，手書き診療記録とあわせて二重の手間を要する
		FAX，電話を利用した情報共有は「全員での共有」が難しい
		厚生労働省の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守するようなインフラを整備するにはコストがかかりすぎる
		患者の状況変化や治療の方針または処方の変更などを関連職種がタイムリーに情報共有できない
	患者情報を共有する際の個人情報保護の範囲や適応が不明瞭	患者情報の共有の効率性と個人情報保護の狭間で対応に困る
		患者によっては一部の職種への情報提供を希望しない場合がある
		保険薬局の薬剤師は，患者の病名も情報提供されない
		診療所医師にも看護サマリーをみせてほしい
		「退院時服薬指導報告書」を書く薬剤師が少なく，また書いても患者がそれを薬局に持参しないことが多いため，院内薬剤師と保険薬局薬剤師との情報連携がない
		薬局では患者の病名や受けている治療が分からない
		セキュリティと使い勝手は相反する
		ML で情報共有しているが，セキュリティという点で不安である
	患者所持型情報共有ツール運用の困難	患者を取りまく医療福祉従事者全体に運用方法や意義が浸透していないと機能しない
		患者自身が複数の医療福祉機関で情報共有をすることの意義を感じにくい
		プライバシーの点から「もっていること」でがんと分かる手帳をもちたがらない
		患者所持型情報共有ツールでは患者のみえるところに置いておけない内容が多い
		すべての職種（特に医師）が書き込むとは限らない
		自分で書いたものを医師や看護師にみせるのは失礼・気が進まない患者も少なくない
		医療福祉従事者のみで共有する情報については記載できない

療養場所や治療方針の変更に伴う連携の未熟さ	退院支援・調整の充実・質の向上	病院から地域へ・病棟から退院支援部署への紹介の遅さ	地域医療福祉従事者への紹介・準備の時期が遅い
			退院日について，チームで議論することがない
			入院期間が明確ではない患者も多い
			患者の病状により，退院が急に決まることも多い
		退院支援・調整の内容が不十分	在院日数が短くなり，退院支援・調整を十分に行うことができない
			投薬やカテーテル管理の手順など，自宅でも継続可能なシンプルなケアへの変更ができていない
			入院中行っている処置や看護ケアが，患者の目標から考えて，退院後も必要かが見直されていない
			退院後，予測される事態とその対応について患者・家族に説明されていない
			退院後も必要な衛生材料（ガーゼ・消毒・カテーテルなど）が調達できるかを入院中に確認されていない
			自宅のトイレ・風呂・ベッドなどの環境についてアセスメントされていない
			退院後の経済的支援の必要性をアセスメントされていない
			退院前に訪問看護師が退院支援・調整に関わることの有用性が明らかになっているが，報酬がつかないため負担が大きい
		有効な退院前カンファレンスの方法の未確立	多職種による退院前カンファレンスの開催の目的や内容があいまいである
			退院前カンファレンスの開催基準やメンバーの選定の仕方が分からない
			退院前カンファレンスに呼んでもらいたくても声がかからない（介護支援専門員・薬剤師）
			カンファレンスの開催時間が長すぎる
			病院医師の業務量が多く，カンファレンスに参加できない（もっと優先順位の高いことがある）
			遠方の病院で退院カンファレンスが開催される場合，在宅関係者は移動時間がかかり，負担が大きい
			退院前カンファレンスの日程調整に時間がかかる
		退院支援・調整・調整の質を保証するシステムの不在	退院支援・調整の振り返りを継続的に行うシステムがない
	病院・地域の情報共有システムの未確立	病院における地域からの問い合わせ窓口と経路が不明瞭	地域医療福祉従事者から情報を入れたくても，どこに連絡したらいいか分からない
			病棟スタッフ・退院調整部門の役割分担が不明瞭である
			処方された薬剤に関する疑義照会をしたくても，まず誰に照会したらいいか分からない
		地域医療福祉従事者が病院に求める情報提供内容と実際に提供される情報内容の不一致	予測される事態と対応の取り決めが患者・家族と共有されていない
			患者や家族の意向に関する情報がない
			病院によっては，入院中の看護診断だけが記載された退院サマリーもあり，役に立たない
			直近の血液データも添付してほしい
			保険薬局では院内化療のレジメを完全に把握できず，病院薬剤部に疑義照会しても教えてもらえない
			保険薬局薬剤師は，予後の状態が分からず，化学療法中の患者に対するサービスがちぐはぐになってしまう
			退院後に必要なケアに関する指導の内容を知りたい
			病状の進行などを鑑みた予測的な医療情報がほしい
	受け皿の未整備	かかりつけ医制度の不備	かかりつけ医をもっていない患者が多く，特に終末期の患者の場合，訪問診療の依頼に困ることがある
			かかりつけ医がいない場合，すぐに相談できる医療福祉従事者がおらず，結局，患者・家族が一番困っている
			かかりつけ医がなく自宅で亡くなった場合，死亡確認のために救急車で搬送することになる場合もあり，甦生術を受ける
			特に終末期の場合，これまで関係性がない患者の訪問診療を依頼しても断られてしまう
			訪問診療特化型と従来型診療所（午後から在宅型）との関係がよくない
			自分がかかりつけ医だったら，がんでも終末期でも診てあげたいという気持ちがあるが，最期の数週間だけという依頼が来ても，なかなか関係性を築くのも難しいと尻込みしてしまう
		訪問診療を実施することへの障害	外来で患者も診ていることから，急変時に対応できるかが不安である
			外来診療との両立が体力的に負担である
			在宅患者を診療しなくても現在の診療で十分である
			どういう患者の場合，どのくらいの訪問が必要など，ゴールドスタンダードがないから，手を付けづらい
			在宅医療に関心のある医師がほとんどいない
			診療報酬が複雑で，どう算定したらいいのかもよく分からない
		訪問看護師のマンパワー不足	新規の患者も断らざるを得ないほど，マンパワーが足りない状況である
			僻地の場合，移動時間に時間がかかり，訪問回数を増やせない
			訪問看護の機能ももっている診療所の看護師がどの程度訪問してもらえるのかステーションに分からず連携がとりにくい
			訪問看護の受け皿が少なく，在宅療養移行できない患者がいる
			訪問看護師の高齢化が進んでいる
			募集をしても人材が集まらない
		訪問看護師になることへの障害	一人で判断することに不安がある
			急性期が花形で，訪問看護や介護施設で働くことは「都落ち」という認識がある
			病院と比較すると，福利厚生が充実していない
		がん患者に対応可能な介護支援専門員の不足	特に福祉バックグラウンドの居宅介護支援専門員の場合，医療に関する苦手意識，難しさがある
			がん患者がどのような経過をたどるのかがまったく分からない
			がん終末期の患者に自分が何をできるのか想像できない
			がん患者は，他の疾患の患者と比較し，報酬が労力に見合わない
		緩和ケアに対応できる保険薬局の不足	麻薬を取り扱っている保険薬局は限られている
			苦痛の緩和に関する服薬指導をできる薬剤師が少ない
	外来サポートの不備	外来通院から在宅医療への変更時のサポート不足	外来からの在宅医療・介護サービスへの紹介が難しい（担当する人材・地域の資源情報の不足）
			外来の医師や看護師が十分に今後の療養に関する希望などについて話を聞く時間がない
			外来医師や看護師は在宅療養に関する知識やネットワークがない
			外来患者は地域連携室で対応可能なことを知らない人が多い
		在宅療養移行や抗がん剤治療中止時の患者・家族の「見放された感」に対するサポートの不足	診断時から診てくれている病院医師や看護師とのつながりを大事にしたい患者も多い
			病院と繋がっていることで安心感がある
			抗がん治療中止による患者・家族の見放された感をどうサポートしたらいいか分からない
			抗がん治療の中止を受け入れることが患者や家族にとってはつらい

在宅療養継続のための連携の未熟さ	24 時間対応体制の未整備		24 時間体制をとっていない診療所や訪問看護も多い
			1 人開業医だけでは無理なので，訪問看護と共に 24 時間体制をとりたいが，どの事業所に声をかけたらいいかもよく分からない
			診診連携をとるとして，どことそういう形で連携をとればいいのか（情報共有の仕方，輪番制の組み方）などが分からない
			24 時間 365 日対応をとることは，一人開業医では物理的に難しい
			訪問薬剤指導や 24 時間対応をする薬局は少ない
	在宅療養者の急変に対応する適切な施設機能分化の不備		急性期の病院には，なかなか入院できない
			療養病床は，がん患者をとりたがらない
			救急搬送されてきた在宅療養患者の中には，訪問診療や訪問看護で対応できたのではないかというレベルの患者も多い
			かかりつけ医がなく自宅で亡くなった場合，死亡確認のために救急車で搬送することになる場合もあり，甦生術を受ける
			尿路感染で 3 次救急に搬送されたり，急性期病床に入院する在宅療養者も増えてきている
	医療と介護の一体的提供の不備	医療と介護のコミュニケーションの障害	医療と介護の共通言語がない
			訪問診療の医師と訪問看護師と，介護支援専門員やヘルパーなど介護・福祉職が意見を交わす場がない
			医師や看護師は，職能法に守秘義務があるが，福祉職の人たちはどこまでそれを遵守してくれるのかが分からず，情報共有や方針に関するディスカッションをすることに不安である
		介護職の医療知識の不足	介護職にその患者の医療的ニーズが理解されない
			特に福祉バックグラウンドの介護支援専門員の場合，がん患者や医療処置の必要な患者については尻込みしてしまう
			介護支援専門員の理解不足で訪問看護を入れるべきところで入れてなかったケースも多い
			介護支援専門員や介護職の大半が，がんの知識やがん患者を担当した経験がなく，医療者にいろいろと聞きたいが，何を聞いたらいいかも分からない
		医療側から介護側へのアプローチの不足	地域の医療系の講演会，研修会や意見交換会には，介護職は声をかけてもらえない
			医師以外の参加者から意見が出ないのが当たり前で，介護職には意見も求められない
	医薬品・衛生材料の物流インフラの未整備		医療用麻薬の薬局間譲渡が困難なため，デッドストックのリスクが高く，医療用麻薬の調達が困難である
			麻薬を扱える保険薬局や在庫のある麻薬の種類に関する情報の公開が難しい
			衛生材料が必要十分な量が患者に渡されていない
	医療機器の利用の困難		診療所単位では，利用頻度が低いので，購入してもペイできない
			病院から診療所に貸し出す仕組みがない
フォーマルサービスとインフォーマルサービスとの連携の未熟さ	介護者サポートの拡充	介護力の不足	高齢単身者や老齢夫婦のみ世帯が増え，家族の介護が期待できない
			近所の助け合いなども今ではほとんどない
		介護者サポートの欠如	がんや在宅医療に関する相談窓口や介護者支援のための策がない
			介護者が仕事を休めない（休むと解雇される）
			がん患者家族の心身のフォロー，特に亡くなられてからの精神的ケアのシステムがない
	インフォーマルなサービスの不足		介護保険のサービスだけでは生活を支えられない
			買い物や通院支援，見守り支援など，近隣のサポートを得ることで地域生活を継続できる患者もいる
			傾聴ボランティアなど，患者のスピリチュアルペインに対応できるサービスがない
	ボランティアコーディネーターの不在		ボランティアをコーディネートしたり，ボランティアと介護保険のサービスとの調整をする機関がない
			医療的なことに対応できるボランティアを育成する仕組みがない
	患者会やサバイバーの支援活動などを支える仕組みの未整備		患者会やサバイバーの活動を支える仕組みや組織がない
がん患者の特性も加味した介護保険サービスの運用の不備	介護保険制度とがんの進行との不整合	介護度認定期間の長さ	認定前に患者が亡くなることもある（急激に状態が悪化する）
			医師の意見書の提出が遅く，認定までの期間に影響する
			書類作業が煩雑で，申請までにもかなり時間がかかる
			がん患者の場合，死亡前数週間で要介護と認定されることも多く，ケアプラン担当者が変更になった場合に関係性がつくりにくい
		ADL 重視の認定度	がん患者は比較的最後まで ADL が維持されるため，介護度が低く認定されてしまい，十分なサービスが使えない
			多くのがん患者が必要とする電動ベッドの貸与は，介護度 2 以上のみとなっている
			要支援と要介護でケアプラン担当者が代わるが，がん患者の場合，死亡前数週間に要介護になることも多く，関係性がつくりにくい
	がん患者の療養場所の拡充	がん患者が活用可能な介護資源の不足	がん患者ということで受け入れを断る介護機関が多い
			介護施設などで，がん患者を受け入れるためには，医療機関のサポートが必要である
			「麻薬管理の必要な人は受け入れない」と機械的に断られてしまうデイサービスやショートステイが多い
			地域の医療福祉従事者に，がん患者の行き場がないという問題が認識されていないため，受け入れにも積極的ではない
		介護保険施設の機能未分化や在宅復帰体制の未整備	介護施設も満床の状況で，在宅療養は難しい人の行き場がない
			老人保健施設は，病院と在宅の中間施設として機能していない（長期滞在者が多い，また予約でいっぱいである）
			1 人暮らしで認知症など，在宅生活が困難である患者の場合でも，受け入れてもらえる施設が少なく，入所の受け入れ先が困る
			在宅での療養を支えるという視点での体制づくりが全くない
			介護保険施設では医療が受けられない
		介護施設の嘱託医の役割が不透明	がん患者に対する嘱託医の抵抗がある
			介護施設の緩和ケアに関し，嘱託医をどこまで巻き込めるか，嘱託医にどこまで求められるかが，よく分からない
がん患者の経済的問題に関する支援の不備	若年層の過大な経済的負担		若年層は，医療保険では 3 割負担となり，経済的負担が大きい
			無利子の貸し付けなどもあるが，「ホントは自宅で療養したいが借金をしてまでは…」とあきらめる患者も少なくない
			病院と違って償還払いとなるため，数カ月は負担をしなくてはならない
			ニーズがあっても支払いが厳しいので適切なケアが十分提供できない
	民間保険の対象外		民間保険の給付が在宅療養は対象外となることが多い
	高額療養費制度の使いにくさ		複数の施設の支払いを取りまとめるなど，病院医療費よりも手続きが煩雑である
地域の地理的な条件	積雪による訪問サービス提供の困難		積雪により，夏と同様にはサービス提供できない
	訪問サービスの効率の悪さ		提供資源は限られており，かつ患者の自宅は散在している
	過疎地へのサポート体制の不備		北部の医療過疎，人口過疎地域をどのようにカバーしていくかも重要な課題である
	坂による外出や訪問サービスの限界		坂が多く，外出するのが困難な高齢者も多いため，外出サービスの充実も重要である

3．緩和ケア・在宅医療の質を保証する仕組みの未整備

緩和ケア・在宅医療の質を保証する仕組みやツールがないことを意味する。具体的には，「緩和ケアの評価方法が確立していない」といった【緩和ケアの質を保証する仕組みの未整備】や，「限られた人材が“密室”で医療やケアを提供するため，peer-review（第三者評価）がしにくい」といった【在宅医療の質を保証する仕組みの未整備】が課題として挙げられた。

4．専門緩和ケア利便性と質の不備

緩和ケアチームなど専門緩和ケアが容易に利用可能であり，質の高い支援が受けられる体制が不備であることを意味する。この領域では，緩和ケアサービスへのアクセスに関する 4 課題および緩和ケアの専門性の確立に関する 7 課題が抽出された。

前者は，「外来患者の緩和ケアニーズを拾うシステムがない」「化学療法やその副作用，対処法に関するコンサルテーションをする仕組みがない」といった【外来患者への緩和ケア専門家の支援体制の未整備】や，「在宅医療福祉従事者から，病院の緩和ケアチームに相談する術がない」「病院の緩和ケアチームに相談したくても，どのように連絡したらいいか分からない」といった【中小病院に入院中の患者および在宅療養患者への緩和ケア専門家の支援体制の未整備】，「抗がん治療を続けたい人は緩和ケア病棟が使えない」といった【ホスピス・緩和ケア病棟への受け入れの限界】が挙げられた。さらに，「緩和ケアの専門家がいない」「緩和ケアチームの専門性のレベルがさまざまである」といった【緩和ケア専門家の量的不足と質のばらつき】が抽出された。

また，後者については「患者に緩和ケアに関する話をするタイミングが難しい」「専門緩和ケアサービスに紹介する方法が確立していない」といった【専門緩和ケアに紹介する時期と方法の未確立】や，「主治医診療制，コンサルテーションなど，緩和ケアチームの診療形態は施設や担当医によってばらつきがある」「緩和ケア病棟はどのような患者を診療するかの基準がない」といった【専門緩和ケアの診療モデル・ケアモデルの未確立】，「緩和ケアチームに相談しなくても，周囲のネットワークで対応できることが多い」など【緩和ケアチーム（特に地域緩和ケアチーム）活用が不十分】，「心理的な問題を相談できる専門家は病院にしかおらず，また病院の心理士は地域医療福祉従事者からの相談を受け付けていない」といった【社会心理的な問題に対応する専門家の不在】が挙げられた。

5．患者・家族・市民の緩和ケア・在宅療養に関する心理的ハードル

患者・市民の緩和・在宅ケアについての認識の不足を意味する。特に，「苦痛の緩和や適切な処置ができない」「夜間や急変時の対応ができない」「介護する家族の負担が大きい」「病院にかからないことは悪いことだという文化がある」といった【在宅療養に関する否定的な認識】が課題として挙げられた。その他，「緩和ケア＝末期」といった【緩和ケアに関する誤った認識】，「麻薬中毒になる，飲み続けると効かなくなる」といった【医療用麻薬への誤解】，「医療者に痛みや自分の希望を話せない患者や家族が多い」といった【医療者への遠慮】が課題として挙げられた。

6．患者・家族・市民に対する地域緩和ケアの啓発の方法論の未確立

地域緩和ケアに関する患者・家族・市民に対する啓発の方法論が未確立であることを意味する。「場所によっては，ポスター・リーフレットなどの資料を置いても人々の目に留まらない」「かかる労力に比較すると，人口当たりの曝露が少ない」など，【啓発の対象や方法が不明瞭】であることや【実際にサービスを提供している医療機関などを紹介することによる利益相反の可能性】が課題として挙げられた。

7．がん緩和ケアに関する地域連携基盤の不備

多職種が連携するうえでのシステムや調整機能を含めた基盤構築の不備を意味する。「理念や方針に関する機関間の相互理解の不足により，業務上の摩擦が生じる」「機関，法人，職種を越えた交流がない」といった【多職種・多機関の相互理解の不足とネットワークの未構築】，「地域を俯瞰し，医療・介護資源の情報を把握する機関がない」「地域で緩和ケアに対応可能な機関に関する情報がない」といった【地域緩和ケアに関する情報を集約するシステムおよびリソースデータベースの不備】が挙げられた。また，「職種や機関を越えた問題の場合の問題解決方法が分からない」といった【地域における課題の抽出やその解決策を探るシステムの不備】，「それまでの人間関係や政治的・利

害関係のために協力が得られない機関がある」といった【各機関が組織として関与する地域全体の仕組みをつくる際の利害関係者の調整の困難さ】，さらに【医師の関与の低さ】【行政の関与の低さ】が課題として挙げられた。

8．医療福祉従事者間の患者情報に関するインフラの未整備

多職種が連携して協働するうえで必要な情報共有のためのインフラが整備されていないことを意味する。具体的には，「施設を越えた患者情報の共有ができない」「機関ごとに複数の書式があって非効率である」といった【患者の基礎情報を共有する方法の未確立】，「患者の状況変化や治療の方針または処方の変更などを関連職種がタイムリーに情報共有できない」といった【患者についてのリアルタイムな情報を共有する方法の未確立】が抽出された。その他，【患者情報を共有する際の個人情報保護の範囲や適応が不明瞭】【患者所持型情報共有ツール運用の困難】が課題として挙げられた。

9．療養場所や治療方針の変更に伴う連携の未熟さ

主として大規模病院から，地域の病院，介護保険施設，自宅などへの療養場所の変更や，積極的治療の中止など，治療方針の変更に伴う連携の重要性と未熟さを意味する。この領域では，退院支援・調整の充実・質の向上に関する 4 課題，病院・地域の情報共有システムの未確立に関する 2 課題，受け皿の未整備に関する 6 課題，外来サポートの不備に関する 2 課題が抽出された。

まず，退院支援・調整の充実・質の向上に関する課題については，【病院から地域へ・病棟から退院支援部署への紹介の遅さ】や「投薬やカテーテル管理の手順など，自宅でも継続可能なシンプルなケアへの変更ができていない」など【退院支援・調整の内容が不十分】であること，「多職種による退院前カンファレンスの開催の目的や内容があいまいである」など【有効な退院前カンファレンスの方法の未確立】であること，さらに【退院支援・調整・調整の質を保証するシステムの不在】が挙げられた。

また，病院・地域の情報共有システムの未確立に関する課題としては，「地域医療福祉従事者から情報を入れたくても，どこに連絡したらいいか分からない」「処方された薬剤に関する疑義照会をしたくても，まず誰に照会したらいいか分からない」など，【病院における地域からの問い合わせ窓口と経路が不明瞭】であること，「病状の進行などを鑑みた予測的な医療情報がほしい」「患者や家族の意向に関する情報がない」など，【地域医療福祉従事者が病院に求める情報提供内容と実際に提供される情報内容の不一致】が挙げられた。

受け皿の未整備に関する課題としては，かかりつけ医をもっていない患者が多く，特に末期の患者の場合，訪問診療の依頼に困ることがあるといった【かかりつけ医制度の不備】，「外来で患者も診ていることから，急変時に対応できるかが不安である」といった【訪問診療を実施することへの障害】，「訪問看護の受け皿が少なく，在宅療養移行できない患者がいる」「募集をしても人材が集まらない」といった【訪問看護師のマンパワー不足】，「一人で判断することに不安がある」「病院と比較すると，福利厚生が充実していない」といった【訪問看護師になることへの障害】，その他【がん患者に対応可能な居宅介護支援専門員の不足】【緩和ケアに対応できる保険薬局の不足】が挙げられた。

さらに，外来サポートの不備については，「外来医師や看護師は在宅療養に関する知識やネットワークがない」「外来の医師や看護師が十分に今後の療養に関する希望などについて話を聞く時間がない」といった【外来通院から在宅医療への変更時のサポート不足】，「診断時から診てくれている病院医師や看護師とのつながりを大事にしたい患者も多い」「抗がん治療中止による患者・家族の見放された感をどうサポートしたらいいか分からない」といった【在宅療養移行や抗がん治療中止時の患者・家族の「見放された感」に対するサポートの不足】が挙げられた。

10．在宅療養継続のための連携の未熟さ

患者の在宅医療継続のための体制を構築するための連携を意味し，医療・介護連携や急変時の有床機関との連携も含んだ体制構築の重要性と未熟さを意味する。

「24 時間 365 日対応をとることは，一人開業医では物理的に難しい」「診診連携の方法（情報共有のしかた，輪番制の組み方）などが分からない」といった【24 時間対応体制の未整備】，「療養病床は，がん患者

をとりたがらない」「尿路感染で3次救急に搬送されたり，急性期病床に入院する在宅療養者も増えてきている」といった，【在宅療養者の急変に対応する適切な施設機能分化の不備】が挙げられた。また，【医療と介護のコミュニケーションの障害】【介護職の医療知識の不足】【医療側から介護側へのアプローチの不足】など，医療と介護の一体的提供の不備に関する3課題が抽出された。

さらに，医療用麻薬の薬局間譲渡が困難なため，デッドストックのリスクが高く，医療用麻薬の調達が困難であることを含め【医薬品・衛生材料の物流インフラの未整備】であること，シリンジポンプなど，診療所単位では利用頻度が低く減価償却しにくい【医療機器の利用の困難】が挙げられた。

11. フォーマルサービスとインフォーマルサービスとの連携の未熟さ

現存のフォーマルな制度ではカバーしきれない領域については，自助，互助，共助などのインフォーマルサービスとの連携により，患者や家族のQOLを支えていくことの重要性とその体制構築の未熟さを意味する。

「高齢単身者や老齢夫婦のみ世帯が増え，家族の介護が期待できない」「近所の助け合いなども今ではほとんどない」などの【介護力の不足】，「がんや在宅医療に関する相談窓口や介護者支援のための方策がない」などの【介護者サポートの欠如】といった介護者サポートの拡充に関する課題が抽出された。その他，【インフォーマルなサービスの不足】【ボランティアコーディネーターの不在】【患者会やサバイバーの支援活動などを支える仕組みの未整備】が課題として挙げられた。

12. がん患者の特性も加味した介護保険サービス運用の不備

介護保険制度は，要介護者を対象とする制度設計となっていることから，比較的ADLの保たれるがんの疾患特性との不整合があることを意味する。

介護度の認定期間が1カ月ほどかかるため，認定前に患者が再入院または死亡するケースも少なくないことから【介護度認定期間の長さ】が課題として挙げられた。また「がん患者は比較的最後までADLが維持されるため，介護度が低く認定されてしまい，十分なサービスが使えない」ことから【ADL重視の認定度】が挙げられた。

さらに，がん患者の療養場所の拡充に関する課題として，【がん患者が活用可能な介護資源の不足】や，「在宅での療養を支えるという視点での体制づくりが全くない」「介護保険施設では医療のサポートが受けにくい」といった【介護保険施設の機能未分化や在宅復帰体制の未整備】，「がん患者に対する嘱託医の抵抗がある」といった【介護施設の嘱託医の役割が不透明】などが抽出された。

13. がん患者の経済的問題に関する支援の不備

患者の経済的な負担の大きさに対応する支援の重要性を意味する。医療保険下では3割負担になる【若年層の過大な経済的負担】，また入院では適応されても在宅療養になると【民間保険の対象外】になるものが多いこと，また「複数の施設の支払いを取りまとめるなど，病院医療費よりも手続きが煩雑である」など，【高額療養費制度の使いにくさ】の3つの課題が挙げられた。

考　察

本研究の重要な知見は，複数地域における地域緩和ケアの課題を系統的に整理し，共通の13領域77の課題が抽出されたことである。

本研究のデータソースの最も主要なものは，OPTIMプロジェクトの介入として設定された多職種地域連携カンファレンスのデータである。つまり，①緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域（山形県鶴岡市・三川町），②一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域として，実施主体がa）がん専門病院である地域（千葉県柏市・流山市・我孫子市），b）総合病院である地域（静岡県浜松市），c）医師会である地域（長崎県長崎市），の医療福祉従事者による地域の実情を踏まえた課題が抽出されたと考える。しかし，医療提供体制や地理的条件が異なる4地域において，地域の事情に特化した課題は少なかったこと，また単地域および複数地域の地域緩和ケアの課題に関する先行研究と抽出された課題は類似していることから[1~3]，わが国において，地域で緩和ケアを推進するために取り組むべき課題は共通性が高いことが示唆される。

地域緩和ケア推進に関する課題の概念的枠組み

抽出された 13 の課題は，実践家により認識されている問題（reported-problems）を系統的に整理したものであるが，考察を深めるにあたり、まずカテゴリーの要素やカテゴリー間の関連を吟味し，地域緩和ケアに関する課題の基本的な概念枠組み（conceptual framework）を設定した（**図 129**）。地域緩和ケアの現状には，どのような要因，変数，過程などが関わっているのか，そして，それらによって当該現象がどのように構成されるのかを検討することは，現状認識を方向づける前提となり，対応策を考慮する一助となると考える。

1．地域緩和ケアの提供に関する課題

「緩和ケアに関する教育システム，身近なロールモデル・標準化ツールの不備」「経済的なインセンティブの欠如」から「緩和ケア提供のためのリソース（人材・技術・時間・ネットワーク）が不足」し，【主治医チームが提供する一次緩和ケアにおける患者の苦痛や心配への基本的な対応が不十分である】という課題を生じている。また，「緩和ケア専門家の量の不足・質のばらつき・診療形態の不明確さ」「有効な治療方法が確立していない苦痛の多さ」から，「緩和ケア提供のためのリソース（人材・技術・時間・ネットワーク）が不足」し，【専門家による二次緩和ケア（基本的な対応を行っても解決されない複雑な問題への対応）が不十分である】という課題が挙がってくる。また，これら 2 つの課題には，緩和ケア＝末期という認識や医療者への遠慮を含む「患者・家族の緩和ケアに対する心理的ハードル」も影響している。

これら，【主治医チームが提供する一次緩和ケアにおける患者の苦痛や心配への基本的な対応が不十分である】【専門家による二次緩和ケア（基本的な対応を行っても解決されない複雑な問題への対応）が不十分である】という 2 つの課題が解決しないため，〈緩和ケアが十分提供されていない（格差が大きい）〉状況を生じる。

2．地域緩和ケア提供のための連携体制に関する課題

「地域の緩和ケアに関する情報を集約するシステムやリソースデータベースの不備」「ネットワークを構築する機会の欠如」「地域連携の中心となる人材・機関の不在」から，【地域のリソースが分からない】，【多職種・多機関が相互理解を深め，各々の役割や人となりが分かる関係性がない】【地域連携の中心となる機能が存在しない】という課題が挙がってくる。これら 3 課題が解決しないため，〈地域における緩和ケアの連携体制が構築できない〉という状況が生じている。

3．がん患者の在宅療養支援に関する課題

「在宅に関わる職種の量的・質的不足」「在宅チーム内の連携・協働の不足」，病院スタッフの「療養場所の重要性に関する認識の欠如」「在宅の視点と退院支援の不足」および「在宅療養の実際を学習する機会・体制の欠如」や「外来患者の在宅療養支援の不足」から【ケアの継続性の保証や在宅医療の推進に関する医療福祉従事者の認識，技術，仕組みが不十分である】という課題が挙がってくる。また，「在宅医療の質担保の仕組みの不備」「訪問回数の制限」「医薬品・衛生材料の物流インフラの未整備」「介護に関する支援の不足」「経済的支援の不足」「情報公開に関する指針の不備」により【在宅医療の推進による変化に制度がついていけていない】という課題が挙げられ，さらにこれらは，【患者・家族の在宅療養に関する否定的な認識】につながり【在宅療養に関する適切な情報が患者や家族に届いていない】という課題につながっている。上記 3 課題が解決しなければ，〈がん患者が在宅療養を選択できない〉という状況を生じる。

概念枠組みに沿った地域緩和ケア推進のためのグランドデザイン案

前項で設定した概念枠組みに沿って，地域緩和ケアの制度・政策面のグランドデザイン案を提示する。なお，ここでは実施主体や具体的な活動内容を定義せず，機能を提示する。なぜなら，わが国の地域医療はさまざまな形態で提供されており，実施主体やその活動内容を全国で画一化することは，現実的には機能しない可能性が高いからである。

提示するグランドデザイン案は OPTIM プロジェクトの知見から導かれたものを主として他の知見を総合的に判断したが，得られる情報を系統的に取得したも

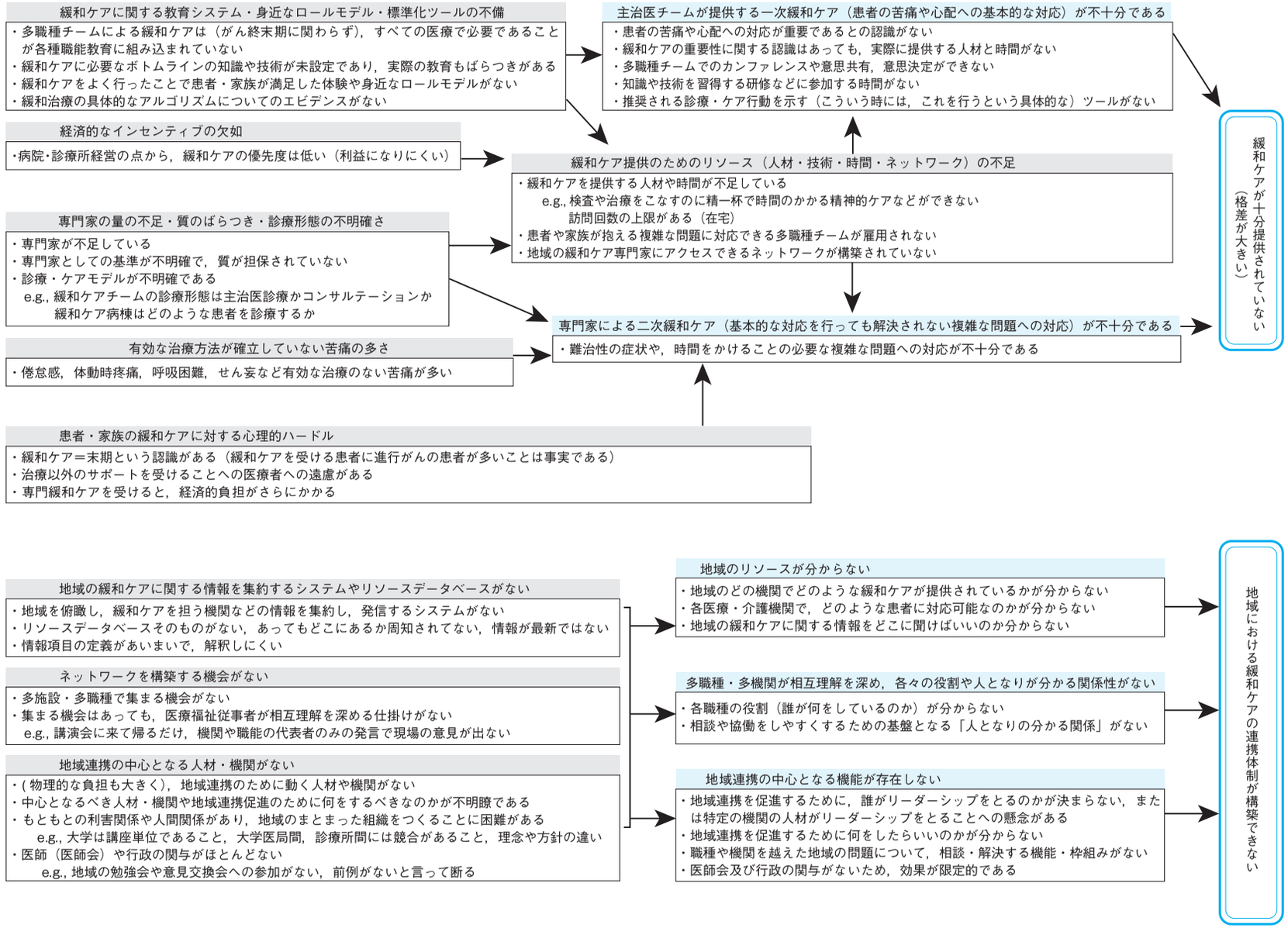

緩和ケアに関する教育システム・身近なロールモデル・標準化ツールの不備
・多職種チームによる緩和ケアは（がん終末期に関わらず），すべての医療で必要であることが各種職能教育に組み込まれていない
・緩和ケアに必要なボトムラインの知識や技術が未設定であり，実際の教育もばらつきがある
・緩和ケアをよく行ったことで患者・家族が満足した体験や身近なロールモデルがない
・緩和治療の具体的なアルゴリズムについてのエビデンスがない
主治医チームが提供する一次緩和ケア（患者の苦痛や心配への基本的な対応）が不十分である
・患者の苦痛や心配への対応が重要であるとの認識がない
・緩和ケアの重要性に関する認識はあっても，実際に提供する人材と時間がない
・多職種チームでのカンファレンスや意思共有，意思決定ができない
・知識や技術を習得する研修などに参加する時間がない
・推奨される診療・ケア行動を示す（こういう時には，これを行うという具体的な）ツールがない
経済的なインセンティブの欠如
・病院・診療所経営の点から，緩和ケアの優先度は低い（利益になりにくい）
緩和ケア提供のためのリソース（人材・技術・時間・ネットワーク）の不足
・緩和ケアを提供する人材や時間が不足している
e.g., 検査や治療をこなすのに精一杯で時間のかかる精神的ケアなどができない
訪問回数の上限がある（在宅）
・患者や家族が抱える複雑な問題に対応できる多職種チームが雇用されない
・地域の緩和ケア専門家にアクセスできるネットワークが構築されていない
緩和ケアが十分提供されていない（格差が大きい）
専門家の量の不足・質のばらつき・診療形態の不明確さ
・専門家が不足している
・専門家としての基準が不明確で，質が担保されていない
・診療・ケアモデルが不明確である
e.g., 緩和ケアチームの診療形態は主治医診療かコンサルテーションか
緩和ケア病棟はどのような患者を診療するか
専門家による二次緩和ケア（基本的な対応を行っても解決されない複雑な問題への対応）が不十分である
・難治性の症状や，時間をかけることの必要な複雑な問題への対応が不十分である
有効な治療方法が確立していない苦痛の多さ
・倦怠感，体動時疼痛，呼吸困難，せん妄など有効な治療のない苦痛が多い
患者・家族の緩和ケアに対する心理的ハードル
・緩和ケア＝末期という認識がある（緩和ケアを受ける患者に進行がんの患者が多いことは事実である）
・治療以外のサポートを受けることへの医療者への遠慮がある
・専門緩和ケアを受けると，経済的負担がさらにかかる
地域の緩和ケアに関する情報を集約するシステムやリソースデータベースがない
・地域を俯瞰し，緩和ケアを担う機関などの情報を集約し，発信するシステムがない
・リソースデータベースそのものがない，あってもどこにあるか周知されてない，情報が最新ではない
・情報項目の定義があいまいで，解釈しにくい
ネットワークを構築する機会がない
・多施設・多職種で集まる機会がない
・集まる機会はあっても，医療福祉従事者が相互理解を深める仕掛けがない
e.g., 講演会に来て帰るだけ，機関や職能の代表者のみの発言で現場の意見が出ない
地域連携の中心となる人材・機関がない
・(物理的な負担も大きく)，地域連携のために動く人材や機関がない
・中心となるべき人材・機関や地域連携促進のために何をするべきなのかが不明瞭である
・もともとの利害関係や人間関係があり，地域のまとまった組織をつくることに困難がある
e.g., 大学は講座単位であること，大学医局間，診療所間には競合があること，理念や方針の違い
・医師（医師会）や行政の関与がほとんどない
e.g., 地域の勉強会や意見交換会への参加がない，前例がないと言って断る
地域のリソースが分からない
・地域のどの機関でどのような緩和ケアが提供されているかが分からない
・各医療・介護機関で，どのような患者に対応可能なのかが分からない
・地域の緩和ケアに関する情報をどこに聞けばいいのか分からない
多職種・多機関が相互理解を深め，各々の役割や人となりが分かる関係性がない
・各職種の役割（誰が何をしているのか）が分からない
・相談や協働をしやすくするための基盤となる「人となりの分かる関係」がない
地域連携の中心となる機能が存在しない
・地域連携を促進するために，誰がリーダーシップをとるのかが決まらない，または特定の機関の人材がリーダーシップをとることへの懸念がある
・地域連携を促進するために何をしたらいいのかが分からない
・職種や機関を越えた地域の問題について，相談・解決する機能・枠組みがない
・医師会及び行政の関与がないため，効果が限定的である
地域における緩和ケアの連携体制が構築できない

図 129　地域緩和ケア推進のための課題に関する概念枠組み

のではない（系統的レビューを行ったものではない）。また，議論は研究班内で行ったため，患者・家族の意見を十分に反映したものではない。したがって，これらのグランドデザイン案を実際に採用する場合には，がん医療・緩和医療にかかわらず医療福祉制度に関わる広範な組織を改めて構築し，議論を行う必要がある。

本研究において地域緩和ケアの77課題が抽出されたが，このうちがん緩和ケアに特化した課題は，わずか15課題に過ぎなかった。それ以外の課題については，緩和ケアを必要とする患者や家族のみならず，あらゆる疾患や障害を抱える患者や家族を地域で支えていくための課題といえるものであった。つまり，地域緩和ケアを推進するための仕組みとは，がん緩和に特化したシステムではなく，慢性疾患患者，かつ終末期に至るまでの長きにわたって提供される治療とケアの効率的提供が可能な地域医療の連携システムであるということが示唆された。独居，高齢者世帯も急増している昨今，この地域医療の連携システムは，プライマリケア（住民のあらゆる健康上の問題に対して，総合的・継続的・全人的に対応する地域の保健医療福祉機能）を中心に構築し，また介護との包括的提供を視野に入れたものにすることが求められていると考える。そしてこの体制を基盤として，地域の医療福祉従事者の緩和ケアの知識や技術の向上や専門緩和ケアへのアクセスを保証する仕組みが付随する形態が地域緩和ケアの体制として望ましいことが本研究から示唆された。こうした体制構築の方法は，がんのみならず，難病や障害など，既に独自の制度があり，また専門家へのアクセスが必要な他の領域においても汎用性がある。

1. 緩和ケア提供のための地域の体制構築

地域における緩和ケアの連携体制を構築するための概念枠組みは，地域のリソースを把握すること，多職種多機関で人となりの分かる関係を構築すること，地域連携の中心となる機能を位置づけることである（**図129**）。これを達成するために，地域単位のネットワーキングを行うファシリテーション機能の位置づけとメンバーの観点からグランドビジョン案としてまとめる。

1）地域単位のネットワーキングを行うファシリテーション機能の位置づけ

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」として，ネットワーク・連携に関わることを挙げている[4]。また，地域での緩和ケア・在宅療養に関する課題を共有し解決するための多職種・多レベルでのグループワークと課題ごとに設定されたワーキングチームによって地域の医療福祉従事者の困難感，特に，連携，コミュニケーション，専門家の支援に関する困難感は有意に低下したことが報告されている[5]。これは，イギリスの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）が挙げられていることに共通する[6]。つまり，地域緩和ケアを推進する際に重要なことは，地域単位でのネットワーキングであり，地域の緩和ケアに関わる医療福祉従事者が「出会う」機会，および地域の課題を共有し解決に向けて協働する機会を設定することである。

しかし，地域のネットワークによる医療提供体制については，異なる多くの職種，組織，ケアのアプローチ法により，分断されがちであることが指摘されている[7, 8]。したがって，この解決のためには，地域単位のネットワーキングを行うファシリテーション機能を地域に位置づける必要がある。

ネットワーキングを行うファシリテーション機能の内容は以下の通りである。

a. 地域の課題の把握

緩和ケアを含む地域の医療・介護資源を把握することが大前提となる。その地域のどこに，どのような機能をもつ資源があるかが把握されないと，地域の課題の抽出は難しく，また課題解決のための方策やプレイヤーもみえてこないからである。つまり，人口や高齢化率などの現状や将来動向なども含め，地域が直面する課題を地域の実情から正確に把握すること（地域診断）は，地域の課題解決の展開を促すための必須のステップである。

b. 地域緩和ケアの課題をリアルタイムで多職種・多レベルで共有し解決する枠組みの設定（医療福祉従事者のネットワーキング）

地域の課題をリアルタイムで把握し，その解決を図るためのネットワーキングをファシリテートすることが求められる。この際，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示唆されている。地域の課題は変遷していくもので

あり，また解決の進捗に関するモニタリングも兼ねて，年に複数回，このような場を設けることが望ましい。

課題が抽出された後，課題ごとのワーキングチームの設置と同時に各ワーキングチームのリーダーによる運営・企画委員会を組織する。解決すべき課題に優先順位を付け，年間のスケジュールを立てることは，活動内容を可視化し，地域の医療福祉従事者の共通理解と協力を得るために有用である。

また，ワーキングチームの活動を地域の医療福祉機関・団体が認知した公的な活動とすることは，メンバーの活動のしやすさに直結する。ステアリング機能を担う人材や組織も同様である。また，持続可能な活動とするためには，業務時間内に可能な活動とすることも有用である。

2）機能を担うメンバー

機能を担うメンバーは，実際に地域の緩和ケアに関わっている地域の主要組織・ステークホルダーの多職種からなることが重要である[9]。またこの際，実践家と管理者レベルがいずれも意思決定に参加することも不可欠である。さらに，本研究で「行政および医師の関与の低さ」が課題として挙げられたが，課題を具体的に解決していく過程において，市町村行政および医師会など職能団体の関与は不可欠である。市町村行政は，医療・介護資源を中立的な立場で調整する機能を果たすことが可能であり，また地域包括ケアの枠組みの中で地域住民の生活を支える基盤構築の責任を有することから，また後者は個々の実践家や機関の良い取り組みを地域全体の面的展開に拡充していくには，職能団体の貢献が期待されるからである。したがって，ネットワーキングを行うファシリテーション機能を担うメンバーには，市町村行政および医師会をはじめとする職能団体が入ることが求められる。

また，この機能を果たすにあたっては，ロジスティクスに関わる作業が膨大であることから，専従の事務局を設けることが必要である。この事務局を担う専従の人材の雇用費や組織の活動費については，恒久的な予算を確保する必要があるが，財源としては医療保険者の共同出資，または介護保険下の地域支援事業費（地域包括ケアの実現としての活用）などが考えられる。

2. 地域緩和ケア提供のあり方

本研究により，主治医チームが患者の苦痛や心配への基本的対応を主とする一次緩和ケアおよび難治性の症状緩和や時間をかけることの必要な複雑な問題への対応を行う専門家による二次緩和ケアの双方を充実させることが，地域で緩和ケアが十分に提供されることにつながることが示唆された。これらを充実させる機能について以下に述べる。

1）主治医チームが提供する一次緩和ケアにおける患者の苦痛や心配への基本的な対応の充実

主治医チームが提供する一次緩和ケアを向上する概念枠組みとしては，緩和ケアに関する教育システム・身近なロールモデル・標準化ツールを整備すること，経済的インセンティブと緩和ケア提供のためのリソースの確保が挙げられる（図 1）。これらを達成するための取り組みについて総合的なグランドビジョン案として示す。

a. 基本的な緩和ケアの知識や技術を伝え合う機会の設定

本研究において，在宅医療従事者にとっては緩和ケア提供の経験不足からの知識や技術への不安が，病院医療従事者にとっては在宅療養に関する知識の不足が示唆された。これに対応する解決策として多職種緩和ケアセミナーの開催などにより，地域が基本的な緩和ケアの知識や技術を伝え合う機会を設定することが推奨される。

①講義とグループワークからなるプログラム

医療者の知識を向上させる手段として，講習会，アウトリーチプログラム，実習などがある。講習会は，しばしば行われる方法であるが，一方向性の講義による講習会による効果は限定的であり，グループワークなどの相互交流的な方法が推奨されている[10, 11]。わが国においても，講義とグループディスカッションを組み合わせた地域の医療福祉従事者対象の緩和ケア講習会の有用性が報告されており[12, 13]，病院・在宅の双方の多職種を対象とし，各々が必要としている学習内容を含む相互交流的な講習会や参加型の教育機会を設定することが必要である。こうした多職種緩和ケアセミナーは，基本的な緩和ケアの知識や技術の習得のみならず，ネットワーキングを通じて地域全体に大きな影響を及ぼすことが報告されている。特に，グループディスカッションは，地域の医療福祉従事者の相互理解

を深める「関係づくりの場」として機能し，机上ではない実践の場として現在のケースについて相談したり知識を実践のものとして身近な人と共有する機会となる。

②多職種緩和ケアセミナーの内容

病院・在宅の双方の多職種を対象とする相互交流的な緩和ケアセミナーは，地域の医療福祉従事者を対象として緩和ケアの内容に触れる機会，病院の医療者を対象として在宅医療の内容に触れる機会を提供することが重要である。また，本研究で緩和・在宅ケアの重要性を低く認識している医療福祉従事者が少なくないことが示唆されたため，知識の提供のみならず，苦痛の緩和，患者の望む療養場所の選択が患者にとって重要であることをセミナーの内容に含める必要がある。

OPTIM-study の介入地域では，理念，疼痛に比較して，呼吸困難，せん妄に関する知識が不十分であることが示された。また，実際に行われた多職種緩和ケアセミナーでは，疼痛，呼吸器症状，消化器症状，せん妄，精神的ケア・家族ケア，看取りのケアなどをテーマとした場合，参加者による有用性の評価が高いことが報告されている[12, 13]。多職種緩和ケアセミナーを企画する際には，地域の緩和ケアに関する教育ニーズや実際に知識の不足している領域に関する定期的な調査を行い，地域の教育ニーズを把握し，年間スケジュールおよび多職種緩和ケアセミナーの内容を決めることが望ましい。

③地域の他の研修会との調整

本研究において，「設定日時が地域内の他の勉強会と重複する」「参加する対象が“関心のある人”に限られており，本当に参加してほしい人は参加しない」「医師の参加が少ない（多職種の集まりに参加しにくい，関心のある人が限られる）」など，【緩和ケアセミナーへの参加への障害】が課題として挙げられた。

地域全体では，がんに限らず多くの医療福祉従事者対象の研修会が行われている。他の研修と重複することを避けるためには，多職種緩和ケアを企画する際に，地域で開催される各種研修会の種類と頻度をあらかじめ確認して，調整を図ることが望ましい。つまり，がん領域の研修会がすでに予定されている場合には，多職種緩和ケアセミナーの要素を盛り込むなど，地域で実施されているさまざまな研修会のロジスティクスを調整することが求められる。がんに関するものとしては年間 2〜4 回が現実的であると考えられるが，緩和ケアに関する知識や技術は，年々変わることから，1 度の研修会で習得するものではない。緩和ケアの提供機会の多い医師では，緩和ケアの全般的な知識はより適切であり，特に（緩和ケアチームのある）大規模病院では困難感も低いことが報告されている。「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の評価に関する研究では，医師の診療技術よりもむしろネットワーキングに価値がみられることも示されている[14, 15]。このことは，知識レベルでの研修会は短期間で十分な可能性を示唆している。「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」の 2 日間の日程を確保し参加することが困難であることも指摘されており，知識レベルの研修はより簡便な方法（たとえば，講習会日程の短縮化，e-learning など）で行い，緩和ケアセミナーは得られた知識を実践のものとして身近な人と共有する機会として活用することが望ましい。

④医師の参加促進のためのインセンティブ

地域で開催する多職種緩和ケアセミナーには，医師の参加が少ないことが本研究でも指摘された。参加促進のインセンティブとして，医師会の生涯学習の 1 つに多職種緩和ケアセミナーを位置づける，または，多職種緩和ケアセミナーに参加した場合は「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を受講したものとみなすなどの工夫を行っていくことが重要である。

b. 職種・レベルごとの緩和ケア教育プログラムの設定（ボトムラインの設定）

現在，医師に対しては「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」のプログラムがあるが，対象ごとのスキルレベルの設定は行われていない。また，通常の診療所医師が 1 年間に体験するがん患者の頻度は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ことも指摘されている[16]。しかし，現在，訪問看護師，保険薬局薬剤師に対する緩和ケアの教育プログラムはない。したがって，一次緩和ケアの担い手としての医師，看護師，薬剤師の到達目標を示した教育プログラムを設定し，各機関・協会で行っている研修に取り込めるようにすることが求められる。また，がん診療を多く行う機関の院内研修を地域に公開することも有用である。

c. 医学部教育および卒後臨床研修への緩和ケアカリキュラムの導入

地域医療を支える医師は，primary care の中で緩和ケアを担っていく必要がある。

on-the-job-training と同様に学部での緩和ケア教育の重要性も指摘されている[17, 18]。欧米では，緩和ケアを学ぶためのカリキュラムが導入されており，わが国でも，医学部教育と卒後臨床研修のカリキュラムの中に医療の基本的問題解決の一部として緩和医療を必須項目として取り入れ，症状の緩和方法や看取りの技術を医師が修得できることが推奨される。

d. 地域共通の緩和ケアマニュアルの基本設計と治療成績の公開

地域共通の緩和ケアマニュアルを web 上に構築して地域全体からアクセス可能にすることは，有用であることが OPTIM-study により明らかになった。しかし，実際に全国の各地域で「地域共通の緩和ケアマニュアル」を作成することは実施可能性の点から課題があるため，まず，地域共通の緩和ケアマニュアルの基本設計を全国で 1 つ web 上に構築し，それを地域単位で変更できるような web 構築を行うことが推奨される。各治療のアルゴリズムの治療成績を継時的に蓄積，改良することで，比較試験では検証することのできない実際の臨床での治療成績を可視化することができる[19, 20]。

2）専門家による二次緩和ケア（基本的な対応を行っても解決されない複雑な問題への対応）

専門家による二次緩和ケアを向上させる概念枠組みとしては，専門家の量の不足・質のばらつき・診療形態の不明確さを解消すること，有効な治療法のない苦痛に対する新しい治療を見出すための研究を行うこと，経済的インセンティブと緩和ケア提供のためのリソース（人材・時間・ネットワーク）の確保，患者・家族の緩和ケアに対する心理的ハードルが挙げられる（**図 1**）。これらを達成するための取り組みについて総合的なグランドデザイン案として示す。

a. 地域で生じた緩和ケアの問題に対応する機能

本研究では，【中小病院に入院中の患者および在宅療養患者への緩和ケア専門家の支援体制の未整備】という課題が抽出された一方で，「緩和ケアチームに相談しなくても，周囲のネットワークで対応できることが多い」といった【緩和ケアチーム（特に地域緩和ケアチーム）活用が不十分】という課題も挙げられた。つまり，現状では，緩和ケアチームという枠組みそのものが必要なのではなく，「地域で生じた緩和ケアの問題に対応できる機能」が必要であることが示唆される。少なくとも今後数年の間は，緩和ケア専門家の質・量の充足が十分でないことから考えても，1 つの専従チームが地域全体の専門緩和ケアを担うことは現実的ではない。したがって，「地域で生じた緩和ケアの問題に対応する機能」は，地域の緩和ケアへのアクセスを最大化することによって発揮されると考える。この機能を担う形態は地域によって異なることが想定され，具体的には，①地域の緩和ケアの専門家（院内緩和ケアチーム，緩和ケア病棟，在宅ホスピスなど）の連絡先を開示する，②地域の緩和ケアの専門家をネットワーク化してホットラインを作る，③緩和ケアの専門家とのついでの機会を活用する，④患者情報を共有する information and communication technology の活用，⑤個人的なネットワークの構築，などである。また同時に，緩和ケアの専門家の支援を必要とする患者のセイフティネットを担う機関を設定し，関係者に周知しておくことも併せて重要であると考える。

b. スクリーニングツールなどの開発と検証

緩和ケアニーズを拾い上げるシステムの不備や医師や家族は患者の緩和ケアニーズに十分気づくことが困難であることが報告されている[21〜23]。一方，患者の症状やニーズをスクリーニングするツールを使用することで専門緩和ケアサービスを受診するきっかけとなることが示されている[24〜26]。しかし，化学療法室でツールを運用する人員がいない，患者自身が記入を希望しない場合や記載できない場合があるなどが国内外にも共通してみられる知見であり，またスクリーニングによるニーズの把握と共有によりコミュニケーションは増えるものの，患者アウトカムへの影響については明らかになっていない[24]。スクリーニングツールの運用に関しては，現時点では実施可能性，有効性とも不明確であり，実証研究の蓄積がさらに必要である。

c. 緩和ケアの診療モデルの確立

欧米では，個としての専門性が確立した状態でチームを形成することが前提となり，チームの機能性が最

も重視されるが，わが国の緩和ケアチームはチームの機能性よりも，まずメンバーありきの凝集性が優先される傾向がある。臨床現場のマンパワー不足が大きな課題となっている現状を踏まえると，がん診療連携拠点病院やその地域緩和ケアセンター構想の条件である重層的な複数の専門家の配置は実質困難な場合が多いであろう。現状でさえ，診療報酬上の人員的な要件を満たせず，活動はしているものの報酬算定はできない緩和ケアチームは7割以上である[27]。構成員によって規定されるチームではなく，目的によってチームが形成され，目的の完遂または状況の変化により，チームを構成する構成員が入れ替わりうる形態が現実的で効果的であると考える。

緩和ケアチームの運営においては，「丸投げ」（主治医が緩和ケアチームに診療をすべて依頼して自らの診療を行わない），逆に，「抱え込み」（主治医が緩和ケアチームに依頼をしない）など，主治医との関係性構築に関する課題が抽出された。これに対する即効性のある解決策はないが，主治医チームが担う一次緩和ケアと緩和ケア専門家による二次緩和ケアの役割分担，緩和ケアチームの診療形態（診療を中心とするのか，コンサルテーションを中心とするのか）についての実証研究に基づいたコンセンサスづくりが必要があると考えられる。

d. 外来緩和ケアの充実

外来における緩和ケアの充実は，「緩和ケアは終末期患者のためのものである」「積極的治療の手段がなくなった患者のための医療である」といった緩和ケアのネガティブなバイアスを克服する1つの方策であるとされている[28, 29]。米国では，多くのがんセンターは緩和ケアサービスを有するが，外来患者を対象とするものは半数以下であるため，外来患者への緩和ケアサービスの不足により，緩和ケアへの紹介，ケアのコーディネーション，多職種のコミュニケーションが減り，患者にとって不利益をもたらす可能性が指摘されている[30]。外来における早期からの緩和ケアチームと治療チームの協働は，「抗がん治療がなくなってから」の紹介を最小限にし，危機的状況に陥る前に，そして患者の心身の状態がまだ良いうちに信頼関係の構築を始めることができる点でもメリットは大きい[31]。

わが国でも，がん治療は外来化し，多くのがん患者が外来で治療を受けており，外来緩和ケアの拡充は，喫緊の課題である。しかし，現行制度下における外来では，その人員配置が薄いことから，十分な患者の支援ができないことが本研究でも指摘されており，外来で適切な緩和ケアの提供が可能な人員配置が可能になるような制度の改変が求められる。

外来での緩和ケアの充実の一歩として，平成24年の診療報酬改定で，緩和ケアチームの外来での活動が評価されたが，その対象は疼痛を有する患者に限られている。しかし，外来患者の苦痛は，疼痛のみならず，多様であることが明らかになっていることから[32~35]，実効性に乏しい。緩和ケアチームと緩和ケア外来の対象患者や機能の違いも明確にするべきである。外来での緩和ケアの提供体制については，がん医療のみならず，わが国での外来診療のあり方を含めた見直しや体制構築の議論が集中的に必要である。

e. 情報を必要とする対象および医療福祉従事者に不足している緩和ケアに関する情報提供を行う機能

緩和ケアに対する患者・家族の否定的な認識や誤解が，緩和ケアの十分な提供に影響していることが示唆された。

①情報提供の対象

OPTIM-study では，地域住民を対象とする講演会などの広く薄い啓発介入は，費用対効果は限られていること，また，がん患者は市民と同じかそれ以上の曝露を受けているにもかかわらず，認識の変化がみられなかったことが明らかになっている。さらに，患者を対象とする調査では，患者は，緩和ケアの情報について「意識的に避けている」可能性が示唆されている[36]。すなわち，「緩和ケアは末期の患者のためのものではない」ことは理解していても，緩和ケアや在宅療養の話題を意識的に，または無意識に避ける患者や家族が少なくないということであろう。この心理的機序は合目的であり，これらの患者を対象に一律な啓発介入を行うことは，患者や家族に有害である場合もあることも想定される。したがって，情報提供の対象として情報を必要としている患者・家族や，医療福祉従事者に不足している緩和ケアに関する情報提供を行う機能が求められていると考える。これは，曝露を受けた場所は病院などの医療機関が多く，「信用できる情報元」とされたものは医療者からの情報や病院など医療機関に設置された冊子やポスターであることが報告されていることからも支持される。

②情報提供の方法

医療福祉従事者は，患者からみて最も「信用できる情報元」であるため，緩和ケア・在宅療養に関する適切な情報を持つ必要がある。

OPTIM-study における医師・看護師対象とした調査では「緩和ケアの理念」についての正解は高かったことから，概念的なことではなく，地域における緩和ケアと在宅療養についての具体的な情報（実際にどの医療機関が，どのような状態の患者に対して，何ができるのか）が共有されることが重要である。具体的な方策としては，多職種緩和ケアセミナーの一環として地域での緩和ケア・在宅療養についての情報を共有する，地域の医療・介護リソースに関する情報の冊子を配布するなどが考えられる。

また，緩和ケアを必要とする患者が多く利用する場所，病院の外来化学療法室，腫瘍センター，診療所，保険薬局などの医療機関において，ポスターを設置することや，地元メディアの活用，地域の既存の講演会に緩和ケアに関する内容を盛り込む，といった方法は，安価ですぐにでも実施可能な介入方法としては有用であると考える。

③啓発の内容

本研究において，患者・家族・住民の啓発に関する課題として，【緩和ケアに関する誤った認識】【在宅療養に関する否定的な認識】などが挙げられた。前者の中には，医療用麻薬に関する誤解も含まれているが，OPTIM-study では介入期間中に医療用麻薬に関する誤解は改善する傾向がみられた。したがって，定期的に，啓発対象とするべき認識や知識は時期によって異なるため，住民の認識や知識を定期的に調査することで，「何を啓発するべきか」に関する有用な情報を選択することができると考える。

3．在宅療養支援の体制構築のあり方

がん患者の在宅療養を改善するための概念枠組みは，ケアの継続性の保証や在宅医療の推進に関する医療福祉従事者の認識・技術・仕組みを改善すること，がんの病状の変化と制度のミスマッチを改善すること，患者・家族に在宅療養に関する情報を伝えることが挙げられる（**図 129**）。この課題については，特にがん患者のみならず，在宅医療全般に関する内容が多いが，在宅医療のグランドデザイン全体に関する検討は行わなかった。ここでは，在宅の視点と退院支援の充実，24 時間対応や患者情報の共有など，医療福祉従事者間の連携・協働の促進，医療と介護の連携について述べる。

1）ケアの継続性の保証や在宅医療の推進に関する医療福祉事者の認識，技術，仕組み

a．ケアの継続性の保証（退院支援・調整の充実）

ケアの継続性は，緩和ケアの質の構成要素の 1 つであり，緩和ケアは医療・福祉提供体制に位置づけられるすべての機関でのアクセスを保証されるべきである[28, 29]。

本研究では，療養場所や治療方針の変更に伴う連携の課題の 1 つとして，退院支援・調整の充実・質の向上に関する 4 課題が抽出された。先行研究においても，病院の退院支援・連携部署が機能することは，在宅療養移行の重要な影響因子であることが報告されている[37, 38]。「自宅でも継続可能な医療・ケアへの変更」「地域の医療福祉従事者への早めの紹介・準備」「多職種による退院前カンファレンスの開催」「予測される事態と対応の取り決め」「地域からの問い合わせ窓口と経路」を確立するために，退院支援業務を包括的に行う退院支援専門部署を院内に設置することが望ましい。退院支援や医療連携に関する診療報酬上のインセンティブもあり，地域医療連携室を設置している病院の割合は増えてきているものの，200 床以上の病院においても依然 50％程度である[39]。病床の機能分化と在院日数の短縮化の流れの中，すべての病院に退院支援・調整プログラムの教育と実践を担当する専従の退院支援担当者を配置することが求められる。

さらに退院支援とは，病院内のシステムだけで解決することではなく，また本研究でも【地域医療福祉従事者が病院に求める情報提供内容と実際に提供される情報内容の不一致】という課題が抽出されたことからも，病院と地域の医療福祉従事者が相互にコミュニケーションをとり，より良い支援体制を継続し質を保証するための「退院支援の振り返りを継続的に行うシステム」を構築することが重要である。具体的には，病院の退院支援担当者と在宅療養を支える診療所医師，訪問看護師，介護支援専門員との症例検討会の開催，多職種カンファレンスでの議論などが考えられる。

b. 在宅医療の推進

①24時間対応

わが国の診療所の約8割が1人医師体制である。急変や夜間の対応については，医師1名で対応することは物理的に困難であり，医師同士の連携の強化・訪問看護師の質・量の拡充による急変・夜間の対応の充実を図ることが対処法となる。国際的にも，24時間対応については大きな課題の1つであり，家庭医同士の連携，夜間・休日の対応を専門とするチーム，看護師を中心とした専門サービス，医師の裁量の一部の他職種への委譲（死亡確認，特定薬物の処方など）が取り組まれている[40~42]。わが国の現行制度下で実施可能な解決策としては，①複数の診療所医師同士の連携の強化，②複数医師のいる在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院のバックアップ，③患者・家族への予測的な説明と訪問看護師への包括指示が挙げられる。①②については，平成24年の診療報酬改定で，経済的なインセンティブがついたところであるが，さらに制度の枠組みの改変を含んで長期的視野で対応策を検討すれば，④プライマリケアの導入，⑤死亡確認・特定薬物の処方など医師の裁量の一部の他職種への委譲，が対策として挙げられる。

訪問看護師の人材不足は深刻であり，また5名以下の小規模事業所が6割を超える[43]。小規模事業所にとって，24時間体制はスタッフの負担が大きいことが全国的な問題になっている。したがって，①訪問看護ステーションの大規模化を図る，②病院・診療所からの訪問看護を奨励する，③2交代制または3交代制を組むことへの経済的インセンティブをつける，④介護職に裁量の一部を委譲する（坐薬，点眼薬などの投薬など）が対策として挙げられる。また，その大半が病院で勤務している1,000名を超えるがん領域の認定看護師や100名を超えるがん専門看護師が，訪問看護師と協働できる仕組みを構築することで，効率化や質の向上が期待される。

c. プライマリケア

OPTIM-studyの結果から，地域緩和ケアはプライマリケアを中心とした地域ネットワークの中で推進されることを推奨する主な理由として，以下の2点が挙げられる。まず，適切な医療は患者-医師間の関係性のうえに成り立つことを前提とし，特に緩和ケアは，医師と患者の個別の信頼関係に基づく全人的理解の上に成り立つものであるということである。転院や主治医の交代は，このような関係性を切断することになる。医療・ケアの継続性は，緩和ケアの質の重要な因子である[28, 29]。OPTIM-studyでも，積極的治療を終えた患者や在宅療養に切り替える患者の「見放された感」のサポートが課題として抽出されたが，信頼していた医療者と離れ，新たな医療者と関係を結ぶことは，患者や家族にとって非常に負担が大きい。患者や家族の事情を熟知しているプライマリケア医が関係性のベースとなり，専門医のいる医療機関とつなぎ，補完する役割を担うことが解決策になると考える。

2点目として，特に高齢者は複数の疾患を抱えることに起因する。高齢者の受療行動を見ると，疾患ごとの専門医を決め，受診している場合が多い。こうした受療行動は，総合的な疾病の管理が行われないために患者にとって最善の医療を行っていることにもならず，かつ，効率の良い医療を提供することの妨げにもなっている。OPTIM-studyでは，苦痛が十分に緩和されてない理由として，患者の視点からも，医師・看護師の視点からも，「基本的な診察，心配への対応，病状の説明や治療方針の相談などにかける時間のなさ」が挙げられた。つまり，患者の苦痛の緩和は，医師や看護師の仕事の総量の緩和が前提となる。よく訓練された家庭医が，総合診療機能を担い，また緩和ケアの提供を行うことで，患者の受ける診療の満足度と医療の効率性の両方が上がると考えられる。

また，わが国では，希望する療養場所として自宅を挙げる国民は6割を超えるため[44]，自宅での療養を支え，希望する患者は自宅で看取りが可能な体制を構築する必要がある。したがって，①地域で在宅医療を担う人材を増やす，②早めに療養場所や過ごし方について相談できる体制を構築すること，が推奨される。双方を実現するには，プライマリケア制度の導入が解決策として有力である。国民が，かかりつけ医をもち，状態が悪くなれば通院から訪問診療に診療形態を変えるという，わが国の元来の医療提供体制はプライマリケアの原型であり，有望なわが国の医療提供体制の1つと思われる。

d. 患者情報の共有システム

本研究において，地域内の連携促進についての課題は，病名，病状などの「患者についての基礎的な情報の共有」と，患者の病状が時間単位で変わるようなと

きの「患者についてリアルタイムな情報の共有」とに整理された。

前者は申し送り項目の共有などで解決可能であるが，後者は，時間の単位で変わる情報を異なる事業所の複数の医療福祉従事者が 1 度に共有する必要性を考えると，電話，FAX など従来の手段での情報共有には技術的な限界があると考えられる。すでに患者情報を電子化し，多機関の医療福祉従事者がタイムリーに共有できるシステムの有用性に関する報告が散見されるが，システム運営に要する高コスト，同一法人内のみの運用などの問題があり普遍性には欠けるため，全国での普及には至っていない。地域の多機関でリアルタイムに患者情報を共有するための地域全体で安価に運用できる手段を民間を含めて開発し，実証していく必要がある。

その際に重要になる【患者情報を共有する際の個人情報保護の範囲や適応が不明瞭】という課題に関しては，現在，医療情報（診療記録）の共有に関してはガイドラインがあり，医療介護の連携に当たっての情報共有に関してこのガイドラインを遵守することになっている。しかし，この医療情報共有のためのガイドラインの個人情報保護に関する扱いは現実的な運用を行ううえでは厳しく，多職種多機関がタイムリーに情報共有をする場に適応するには利便性や効率性に欠ける。今後，実情に応じた指針に見直されるべきである。

e. 介護との連携

2010 年時点で約 1,400 万人である 75 歳以上人口が，2025 年に向けて 1.5 倍の 2,100 万人まで急増する[45]。今後需要が伸びるのは，75 歳以上が主に使用する「機能レベルの低下した虚弱や要介護の高齢者生活を支える医療や介護の高齢者生活を支える医療や介護」である。現在，申請から介護認定までの期間は平均 30 日であるが，対象が 1.5 倍増する中，現状の仕組みで調査や介護度認定会議を実施していては，認定期間はさらに長期化するであろう。抜本的な介護度認定の仕組みの見直しが必要である。

その際，がん患者が速やかにサービスを活用できるよう配慮した制度設計にするべきである。その疾患特性からも，①がんの終末期患者の場合は，最低でも介護度 2 以上というように介護度の下限を設ける（介護度 2 以上であれば，電動ベッドの貸与が可能である），②がんの終末期患者の介護保険サービスの利用状況などを調査し分析したうえで，支給額やサービス内容の見直し（がん末期患者の場合，上限額を一律とする，サービス内容の再検討する），などが考えられる。

また，介護施設については，現状のように各々の役割を自ら設定し，それに合わせた入所者を選択する（「がん患者は対象としない」「医療用麻薬を使用している患者は対象としない」など）という供給者の視点からの体制を改め，入所者の状態の変化に応じて医療や介護サービスを柔軟に選択できる制度を公的に構築する必要がある。サービス付き高齢者住宅や特定施設の拡充が政策的にも進められているが，介護保険 3 施設についても，少なくとも特別養護老人ホームは居宅と同様，終末期がん患者が住み慣れた施設で必要な緩和医療を受けられるように，医療は外部から供給されることを基本としていくことが望ましい。つまり，自宅か入所かの 2 択ではなく，さまざまな形態の住まいが用意されるとともに，ニーズに合わせた医療や介護が選択可能な制度とするべきである。

結　論

本研究により地域緩和ケアの課題は，①医療者の緩和ケア・在宅療養に関する知識・認識の向上，②緩和ケア提供のための体制の不備，③緩和ケア・在宅医療の質を保証する仕組みの未整備，④専門緩和ケア利便性と質の向上，⑤患者・家族・市民の緩和・在宅ケアに関する心理的ハードル，⑥患者・家族・市民に対する地域緩和ケアの啓発の方法論の確立，⑦がん緩和ケアに関する地域連携基盤の不備，⑧医療福祉従事者間の情報インフラの未整備，⑨療養場所や治療方針の変更に伴う連携の促進，⑩在宅療養継続のための連携促進，⑪フォーマルサービスとインフォーマルサービスとの連携，⑫がん患者の特性も加味した介護保険サービスの運用，⑬経済的問題に関する支援の不備，の 13 領域 66 課題に分類された。これらの課題は，緩和ケアの普及レベルや医療システム，人口，地域特性も異なる複数の地域の多職種からなる医療福祉従事者の視点から得られたものであり，わが国において共通性の高い課題であると考えられる。また，「地域緩和ケア」の枠組みにおいて，がんは一疾患に過ぎず，抽出された課題も，がんに特化したことはむしろ少なかったことから，地域緩和ケアを推進するための仕組みとは，がん緩和に特化したシステムではなく，慢性疾患患者，かつ終末期に至るまでの長きにわたって提供さ

れる治療とケアの効率的提供が可能な地域医療のシステムであり，すべての疾患を前提としたネットワークに，がん緩和ケアの仕組みを統合する形態が望ましいと考えられる。

さらに本研究では，整理された課題から，地域緩和ケア推進のための課題に関する概念枠組みを提示し，それをもとに組織・行政・制度面での取り組みのグランドデザインの案を提示した。この概念的枠組みは予備的な知見であるが，地域緩和ケアの質を向上するための方策を整理するうえで十分な洞察を可能とするものである。

本研究の限界として，データソースが地域の医療福祉の実践家たちによって抽出された課題がほとんどであることであり，サービスの受け手である患者・家族・住民を直接の調査対象としたものはない。本研究で示したグランドデザイン案がさらに検討される段階で，患者・家族・住民の意見を取り入れながら優先順位をつけるなどの方策が望ましい。

文　献

1）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：複数地域・多職種の意見交換会による評価」癌と化学療法　**38**：1889–1895, 2011

2）秋山美紀，的場元弘，武林　亨，他：地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査。Palliat Care Res　**4**：112–122, 2009

3）井村千鶴，古村和恵，末田千恵，他：地域における緩和ケアの連携を促進するためのフォーカスグループの有用性。緩和ケア　**20**：417–422, 2010

4）森田達也，井村千鶴，野末よし子，他：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. Palliat Care Res　**7**：209–217, 2012

5）Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al：Effects of a regional palliative care program to optimize existing resources：A mixed–methods study. Submitted

6）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　**24**：317–329, 2010

7）Lemieux–Charles L, Chambers LW, et al：Dementia Care Networks' Study. Ottawa：Canadian Health Services Research Foundation, 2002

8）Provan KG, Sebastian JG：Networks within networks：service link overlap, organizational cliques, and client outcomes in community mental health. Acad Manage J　**41**：453–463, 1998

9）Brazil K, Bainbridge D, Sussman J, et al：Providing supportive care to cancer patients：a study on interagency collaboration. Int J Integr Care　**8**：1–9, 2008

10）Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, et al：Impact of formal continuing medical education：do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes？ JAMA　**282**：867–874, 1999

11）O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al：Continuing education meetings and workshops：effects on professional practice and health care outcomes（Review）. The Cochrane Collaboration. 2007〔http://www.hecochranelibrary.com〕

12）鄭　陽，井村千鶴，野末よし子，他：地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性．ペインクリニック　**30**：1553–1563, 2009

13）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のか：4188 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：OPTIM–study．ペインクリニック　**32**：1215–1222, 2011

14）山本　亮，阿部泰之，木澤義之：緩和ケア研修会を開催したことによる変化：指導者研修会修了者の視点から．Palliat Care Res　**7**：301–305, 2012

15）山本　亮，木澤義之，佐藤哲観，他：PEACE 研修会受講により医師の緩和ケアに対する知識は向上するか？第 17 回日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集．p. 328, 2012

16）木下寛也，渡邉　敏，小笠原鉄郎，他：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．癌と化学療法　**39**：1527–1532, 2012

17）高宮有介：緩和ケアにおける教育と今後の展望．緩和ケア　**19**（suppl）：30–34，2009

18）Kizawa Y, Tsuneto S, Tamba K, et al：Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan：a modified Delphi method. Palliat Med　**26**：744–752, 2011

19）Neyt M, Cleemput I, Thiry N, et al：Calculating an intervention's（cost–）effectiveness for the real–world target population：the potential of combining strengths of both RCTs and observational data. Health Policy **106**：207–210, 2012

20）Currow DC, Vella–Brincat J, Fazekas B, et al：Pharmacovigilance in hospice/palliative care：rapid report of net clinical effect of metoclopramide. J Palliat Med　**15**：1071–1075, 2012

21）Newell S, Sanson–Fisher RW, Girgis A, et al：How well do medical oncologists' perceptions reflect their

patients' reported physical and psychosocial problems ? Data from a survey of five oncologists. Cancer　**83**：1640–1651, 1998
22）Petersen MA, Larsen H, Pedersen L, et al：Assessing health-related quality of life in palliative care：comparing patient and physician assessments. Eur J Cancer　**42**：1159–1166, 2006
23）Okuyama T, Akechi T, Yamashita H, et al：Oncologists' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients in a breast cancer outpatient consultation. Jpn J Clin Oncol　**41**：1251–1258, 2011
24）Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ：Screening for distress and unmet needs in patients with cancer：review and recommendations. J Clin Oncol　**30**：1160–1177, 2012
25）Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al：Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy：an audit of a clinical screening project. Support Care Cancer **16**：101–107, 2008
26）Shimizu K, Ishibashi Y, Umezawa S, et al：Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. Psychooncology　**19**：718–725, 2010
27）木澤義之：緩和ケアチームの活動の実態に関する全国調査報告書　厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究．2009
28）National Consensus Project for Quality Palliative Care：National Consensus Project. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 2nd ed, 2009
29）National Quality Forum：A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality：A Consensus Report. 2006
30）Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, et al：Availability and integration of palliative care at US cancer centers. JAMA　**303**：1054–1061, 2010
31）Fadul N, Elsayem A, Palmer JL, et al：Supportive versus palliative care：What's in a name? Cancer　**115**：2013–2021, 2009
32）Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al：Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy：an audit of a clinical screening project. Support Care Cancer **16**：101–107, 2008
33）Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al：Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. J Pain Symptom Manage　**37**：823–830, 2009
34）Seow H, Barbera L, Sutradhar R, et al：Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. J Clin Oncol　**29**：1151–1158, 2011
35）Jacobsen J, Jackson V, Dahlin C, et al：Components of early outpatient palliative care consultation in patients with metastatic nonsmall cell lung cancer. J Palliat Med **14**：459–464, 2011
36）厚生労働省委託事業：緩和ケア普及啓発事業活動報告オレンジバルーンプロジェクト（OBP）レポート〔http://www.kanwacare.net/formedical/research/index.html〕
37）Gomes B, Higginson IJ：Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer：systematic review. BMJ　**332**：515–521, 2006
38）Fukui S, Fujita J, Tsujimura M, et al：Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan：a nationwide survey. Ann Oncol. 2011；**22**：2113–2011.
39）平成 23 年医療施設調査上巻．2012 年 11 月 7 日ダウンロード〔http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001102728〕
40）Schweitzer BP, Blankenstein N, Deliens L, et al：Out-of-hours palliative care provided by GP co-operatives：availability, content and effect of transferred information. BMC Palliat Care　**8**：17, 2009
41）van Uden CJ, Nieman FH, Voss GB, et al：General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. BMC Health Serv Res　**5**：27, 2005
42）O'Dowd TC, McNamara K, Kelly A, et al：Out-of-hours co-operatives：general practitioner satisfaction with governance and working arrangements. Eur J Gen Pract　**12**：15–18, 2006
43）日本看護協会：訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業．2009
44）厚生労働省　終末期医療のあり方に関する懇談会報告．2012 年 11 月 7 日ダウンロード〔http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000vj79-att/2r9852000000vkcn.pdf〕
45）国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口．2012 年 11 月 7 日ダウンロード〔http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf〕

B. OPTIM プロジェクトによって生じた変化とその理由
1）4 地域 100 名のコアリンクスタッフの経験

1）聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター，2）同 緩和支持治療科
井村 千鶴[1)]，森田 達也[2)]

目　的

本研究の目的は，OPTIM プロジェクト（以下，プロジェクト）によってどのような変化がどのようになぜ生じたのかに関する洞察を得ることである。

対象・方法

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。インタビュー調査は，研究者が事前に作成したインタビューガイドを用いて，半構成的に各 1 回行った。インタビュー内容は，参加者の同意を得て録音を行った。

質問項目は，系統的文献レビュー，研究者の議論，数名の予備的なインタビュー調査をもとに作成した。①プロジェクトに参加した目的，②体験した変化とその理由，③プロジェクトで行われた各プログラムやツールの有用性とその理由，④プロジェクトに参加して得た最も大きかったこと，⑤プロジェクトに参加した体験からの推奨，⑥組織構築の評価と改善点，などについて質問した。

「③プロジェクトで行われた各プログラムやツールの有用性とその理由」の結果は，それぞれのプログラムやツールごとにまとめた。「④プロジェクトに参加して得た最も大きかったこと」「⑤プロジェクトに参加した体験からの推奨」については，別に解析し，本論文の後半に記載した。「⑥組織構築の評価と改善点」については，各地域の組織構築の記述と合わせて解析したため，別にまとめた。本論文では，インタビュー調査の主要な目的である「②体験した変化とその理由」の分析を記述する。

質問はインタビューガイドに沿って行われ，「プロジェクトに参加して，あなたやあなたの施設で変化したこと（変化しなかったこと）は何ですか。それはなぜだと思いますか」の質問を用いた。

対象者は，theoretical sampling の概念枠組みに従って，地域での変化と理由が最も体験できるものとしてコアリンクスタッフを想定した。コアリンクスタッフは地域の主要な医療福祉従事者であり，臨床と管理の両方に関わっているものが多い。したがって，毎日の臨床を通じて直接の臨床の変化を体験することができ，また，管理的な立場にいることから地域全体での情報も入手しやすいと考えたためである。サンプリングの妥当性をみるために初期にコアリンクスタッフではない対象者（一般の医師や看護師）5 名にもインタビューを行ったが，変化の体験はごく狭い範囲に限られ，かつ，変化や理由についてプロジェクトによるものなのか，病院や施設の方針の変化によるものなのかも洞察を得ることが難しかった。したがって，「各地域において介入の運営，立案や実施に関わった」コアリンクスタッフ全員を対象とすることは適切であると考えた。対象は，地域の責任者が同定した。

面接は，研究に関わっていない看護師 2 名が緩和ケア領域の研究経験の豊富な医師（TM）と緩和ケア認定看護師（CI）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。平均時間は 135 ± 39 分であった。対象者の背景を**表 57** に示す。

分　析

最初に，thematic analysis の技法に従って，逐語録化したテキストから，「対象者が体験した変化」と「理由」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・相違性からカテゴリーを形成した。分析は，最初に 40 のデータについて 2 名の看護師が独立して分析を行ったものを緩和ケアの臨

表 57　インタビュー対象者背景（n ＝ 101）

地域	
鶴岡	15
柏	31
浜松	44
長崎	11
性別	
男性	33
女性	68
職種	
医師	23
看護師	46
薬剤師	13
介護支援専門員	9
医療ソーシャルワーカー	5
栄養士	2
行政保健師	1
作業療法士	1
病院事務職	1
勤務場所	
病院	56
診療所	13
訪問看護ステーション	14
保険薬局	7
居宅介護支援事業所	8
施設	1
保健所	1
地域包括支援センター	1
臨床経験（年）	19.3（8.9）
年間にみるがん患者数	
なし	2
1～9	13
10～49	33
50～99	10
100 人以上	40

床・研究経験の豊富な緩和ケア専門医師（TM）のスーパーバイズのもとに議論して一致させた。次に，作成したカテゴリーを参考にして，残る 61 のデータについて，1 名の看護師と 1 名の緩和ケア専門医師が独立して分析を行った。この段階では，新しいカテゴリーがあるかに注目して分析しほとんど新しいカテゴリーはみられなかったが，すべてのデータについて分析を行い，議論していくつかのカテゴリーを追加，修正した。

地域ごとの分析を最初に行ったが，各地域でみられた内容に大きな差が少なかったので，4 地域まとめて結果を示した。

サブカテゴリーを［ ］，カテゴリーを【 】，データを「 」で示した。

結　果

合計 2,924 の意味単位が抽出された。変化の理由として抽出されたものを資料に示す（**資料 9**）。

合計 7 つのカテゴリーが抽出された（**表 58**）。カテゴリーは，【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】【地域全体へのプログラムの波及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】であった。

ほとんどの対象者が，【つながりができ，ネットワークが広がった】ことを最も大きな変化として語った。【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】ことも，多くの対象者が非常に肯定的に語った。

ある対象者は，プロジェクトが【自信や成長，専門職としての価値の認識につながった】ことを述べた。

一方，患者・家族の認識，地域全体への波及についての評価はさまざまであった（【患者・家族の認識の変化はさまざまであった】【地域全体へのプログラムの波及はさまざまであった】）。プロジェクトで十分に対応されなかった【さらに改善が必要な点と今後の課題が見出された】。

【つながりができ，ネットワークが広がった】

【つながりができ，ネットワークが広がった】とは，これまでやりとりのなかった多職種が同じ目的をもつプロジェクトに参加し，他者と出会い，互いに理解し合い，生きたネットワークを得たことを指す。

ほとんどの参加者は，プロジェクト以前にやりとりがなかった多職種とのつながりができ，ネットワークが広がったことを，今回のプロジェクトの最も重要な体験として表現した。

【つながりができ，ネットワークが広がった】として，［名前と顔，人となりが分かるようになり，安心して相談ややりとりができるようになった］［これまでやりとりのなかった人たちとコミュニケーションをとるようになり，選択肢・ケアの幅が広がった］［互いの役割やその重要性が分かるようになり，チームを組むようになった］［互いの考え方や状況が分かるようになり，自分の対応を変えるようになった］［みん

表 58　地域緩和ケアプログラムのプロセスに生じた変化：カテゴリーとサブカテゴリーのまとめ

【つながりができ，ネットワークが広がった】
　［名前と顔，人となりが分かるようになり，安心して相談ややりとりができるようになった］
　［これまでやりとりのなかった人たちとコミュニケーションをとるようになり，選択肢・ケアの幅が広がった］
　［互いの役割やその重要性が分かるようになり，チームを組むようになった］
　［互いの考え方や状況が分かるようになり，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］
　［職種や施設間の垣根が低くなり，躊躇せずに相談ややりとりができるようになった］
　［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った］
　［生の声を聞き，本音のやりとり，インフォーマルな相談ができるようになった］
　［責任をもった対応をするようになった・無理がきくようになった］
　［同じことを繰り返すことで効率が良くなった］
　［地域の他職種・他施設，他地域の状況を知り，地域全体を意識した緩和ケアの実践を考えるようになった］
　［連帯感・信頼感が高まった］

【在宅医療が進んだ】
　［療養場所や最期の場所を意識し，患者・家族の希望を聞くようになった］
　［自宅で過ごすことができると思うようになった］
　［病院スタッフが自宅での生活を意識した診療やケアを行うようになった］
　［地域の生きた情報を得て，受けられる医療やサービスを具体的に説明できるようになった］
　［病院から退院する時の支援が充実した］
　［終末期・医療依存度の高いがん患者を診療所や訪問看護ステーションで受け入れやすくなった］
　［在宅チームが患者・家族の気持ちや希望，病状を共有し，変化を予測して対応できるようになった］
　［訪問看護でできることが増えた］
　［いい時期にスムーズに在宅移行ができるようになった］
　［自宅で過ごせる患者が増えた］

【緩和ケアの知識・技術，認識，実践が向上した】
　［緩和ケアの知識・技術・実践が向上した］
　［緩和ケアが終末期だけのものではなく，どの時期にもすべての人に提供される普遍的なものと思うようになった］
　［緩和ケア専門家からのサポートが増えた］
　［全人的医療とチーム医療を意識するようになった］
　［緩和ケアの経験が増えた］

【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】
　［患者・家族の認識が変化してきた］
　［患者・家族の安心感を感じる］
　［患者・家族の認識はまだ変化していない］

【地域全体へのプログラムの波及はさまざまであった】
　［プロジェクトは地域緩和ケアの基盤ができるきっかけとなった］
　［活動の広がりが限られた］

【さらに改善が必要な点と今後の課題が見出された】

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］［職種や施設間の垣根が低くなり，躊躇せずに相談ややりとりができるようになった］［窓口や役割が分かるようになり，誰に相談すれば良いかが分かるようになった］［生の声を聞き本音のやりとり，インフォーマルな相談ができるようになった］［責任をもった対応をするようになった・無理がきくようになった］［同じことを繰り返すことで効率が良くなった］［地域の他職種・他施設，他地域の状況を知り，地域全体を意識した緩和ケアの実践を考えるようになった］［連帯感・信頼感が高まった］のサブカテゴリーが述べられた。

【つながりができ，ネットワークが広がった】ことは，患者・家族へのケアにつながりうる変化としてどのように医療福祉従事者の日常臨床で実際に生じたかがさまざまなかたちで語られた。【つながりができ，ネットワークが広がった】ことにより，①安心できるから相談してみようと思うようになる，②選択肢の相

談先が増え患者・家族へ提示する選択肢やケアの幅が広がる，③多職種と連携することの価値を感じることにより個ではなくチームを組むようになる，④相手に応じて自分の対応を変えることで問題を患者・家族にとって有効に解決する，⑤集まる機会を使ってついでに情報交換や相談することで今の治療やケアに反映する，⑥職種間の垣根が低くなることによって躊躇なく迅速な対応ができるようになる，⑦生の情報や本音の相談ができて治療やケアに反映することができる，⑧責任を共有することで患者のためにちょっとした無理がきくようになる，⑨同じ人と同じことを繰り返すことで仕事の効率が良くなる，⑩自施設だけではなく地域全体から患者に良いものを探すようになる，といった変化を通して，患者・家族のアウトカムに影響したことが示唆された。

変化のきっかけとなったものは，大きく３つが挙げられた。第１に，プロジェクトによる多職種連携会議やセミナーなどで行われたグループワークであった。第２に，グループワークやいろいろなミーティングのような課題が設定されたミーティングの前，途中，後でついでに行われたちょっとした意見交換や話し合い，気楽な交流であった。第３に，事例を通じた出会いであり，患者を一緒のチームとしてみた体験，退院前カンファレンス，デスカンファレンスなどが含まれた。

特に，多職種・多施設での集まりの機会はプロジェクト以前にはいずれの地域でもなく，変化をもたらした非常に重要な要因として述べられた。少人数でのグループディスカッションは，大人数での講義やかしこまった会議ではなく，率直にやりとりができ，互いの人となりや考え方を知ることのできる機会となっていた。多くの参加者が，話題の設定と共に，どのような話題でもそこでのやりとりを通じて，考え方や人となりを知ることができることが有用であったと述べた。電話やメール，手紙ではなく，直接会ってコミュニケーションをとる機会が，信頼関係を構築し，連携を進めていくことに貢献したと述べられた。

ある参加者は，お互いの施設や在宅に実際に訪問したことにより「行かなければ分からなかったこと」を共有することができたことがきっかけになったと述べた。「同じ目的をもっているプロジェクトに参加したこと」や，地域の調査結果を見たことが，連携を進めていくうえで重要な要素であったと述べた。

［名前と顔，人となりが分かるようになり，安心して相談ややりとりができるようになった］

参加者は，多職種・多施設で集まる機会が増えたこと，患者を一緒にみたことにより，［名前と顔，人となりが分かるようになり，安心して相談ややりとりができるようになった］と述べた。直接会ってコミュニケーションをとることで，書面では分からない，相手の人となりや考え方，性格が分かるようになったので，安心して相談ややりとりができる。こわくない，びくびくしなくてよい，相談しやすい，すぐに連絡しやすいと述べられた。

「会って，名前と顔が一致して，話してどんな感じの人かっていうのも分かったので，面識があれば非常に話しやすいし，電話で対応をしたとしても，相手の顔が浮かんで，こんな感じなんだなっていうのをイメージしやすい。見ず知らずの人にいろいろお話したりとか，話を聞いたりっていうことに比べれば，やっぱり会って話をしたことがある人だったら，より分かりやすいし，ちょっとした，こんなくだらないことって思うことでも聞ける」（浜松地域，診療所医師 1）

［これまでやりとりのなかった人たちとコミュニケーションをとるようになり，選択肢・ケアの幅が広がった］

参加者は，プロジェクト以前にはやりとりのなかった人たちとコミュニケーションをとるようになったことにより，選択肢，ケアの幅が広がったと述べた。参加者は，「持ち札が増えた」「いろんなリソースを持てた」「選べる選択肢が広がった」，「（自分の知らないことを）教えてくれる存在が増えた」，などと表現した。

「持ち札をいっぱいもってたほうが，患者さんにもいろんなことを提供しやすいですよね。たとえば，子どもさんがちょっと遠いとこにいるからそっちに行きたいんだけどって言ったら，近くの先生を紹介できるし。いろんな施設とかも紹介できるからですね。自分が患者さんに提示できるいろんなリソースをもてたっていう，そこが一番ですかね」（長崎地域，診療所医師 1）

「多職種の人たちと知り合うことによって，緩和医療というのは，チームワークによって成り立っているのがよく理解できて，その全体像が把握できて，自分のこれからの対応に自信ができた，選べる選択肢が広がった。いいものを選べると，そういう，若干ですけど，自信ができたとい

う，そういう変化があったと思うんですね。なんかあったら訪問看護の人をすぐ頼むとかですね。今までは，誰にどう頼んだらいいのか分からなかったけれども，なんかあったらケアマネジャーさんに相談してとか，こちらが対応しなくても，その人に任せたらいいというように，割り振りをできるようになって，自分でうじうじ悩まなくてもすむようになったなと。そういう点がよかったと思ってますね」（浜松地域，診療所医師 2）

「退院調整をしている時に，離島の訪問看護へ行ってくれるところがなくて，困っていたんですけど，コアリンクナースのメーリングリストで，うちが行ってもいいですよみたいなメールが返ってきたり，ほかの事業所と合わさってだったら行けますよって言ってくださったりして。心強いなと思ったのと励まされたのと，そういう同じ職種の人が背中を押してくれる，教えてくれる存在っていうのが増えたっていうことが，今までなかったことだと思うんです」（長崎地域，連携・退院支援担当看護師 1）

[互いの役割やその重要性が分かるようになり，チームを組むようになった]

参加者は，互いの役割やその重要性が分かるようになり，多職種でチームを組むようになった変化に言及した。特に，それまでには役割があいまいであった介護支援専門員，保険薬局薬剤師の役割が分かるようになった変化が述べられた。この変化は病院のみならず，在宅スタッフからも語られた。きっかけとして，多職種・多施設で集まる機会ができたこと，患者を一緒にみた体験，プロジェクトで共に活動した体験が挙げられた。互いの役割を理解することによって，患者・家族へのケアが充実してきた変化に言及したものもあった。

「介護保険ってなんなのって。意見書は書いたことはありますよ。確かに，面倒くさいなって思いながら。でも，それを書くとケアマネジャーっていう人がその人のケアプランを立てるんだって知らなかったんですよね。医療職ではまかなえないところを果たしてるっていうことを知った。ケアプランっていうのを見せてもらって，はーっと」（鶴岡地域，緩和ケアチーム医師 1）

「薬剤師さん（について）は，ターミナルの緩和のところでの役割の大きさを改めて知りましたね。今までは訪問看護と医師の関わりがあれば，医療のある程度の対応はできるかと思っていたけど，麻薬を使ったりとかした時に，薬剤師さんが関わってくれる心強さというのは，あります。今まで看護師が担っていた部分の，痛みが強くなって薬どうするかとか，亡くなったら運んでもらわなきゃいけないねとか，そういうところを，薬剤師さんが代わりにやってくれる。今まで担ってたこの薬の管理というところを取れたことで，看護の領域が広がったかなと」（浜松地域，介護支援専門員 3）

[互いの考え方や状況が分かるようになり，自分の対応を変えるようになった]

参加者は，医療福祉従事者が互いに理解し合うことにより，これまでも同じ「問題」「状況」であるにもかかわらず，相手の事情や考え方が分かることによって，「何が求められているのかが分かるようになった」「自分の対応を変えるようになった」ために，患者にとって問題を工夫して解決するようになった実践に生じた変化を述べた。

「ノウハウ共有会に行くようになってから，まだまだ病院のほうも退院支援の形ができていなかったんだなっていうところが分かるようになって，まだまだこれからなんだっていうのはすごく思った。前は，いきなり退院って言ってきたのに，何でまだこんなことも説明してないのと思ったことが，正直いっぱいあったんです。環境を整えるとかね，そんな準備もないのに退院だけ言ってきてみたいなことをすごく思った時期があったんですけど，病院自体がまだまだ，その体制がきっちりできてるわけじゃなかったんだっていうことが分かってからは，こういうことは大丈夫ですかって，自分が確認すればいいことなんだっていうふうに思えるようになった」（浜松地域，訪問看護師 2）

「交流をもつことによって，職種間での理解を深めることができたっていうのが変化した点ですよね。具体的な詳細であったり，抱えている問題点の共有を図ることによって，よりお互いが理解し合えますので，患者への関わりももちろん，その職種に対する関わり方，理解の仕方っていうのは変化があると思います。理解した上で，その職種とお話をすると，立場をお互いに分かった状態から話をすすめることができるので，変な誤解であったり，行き違いではなく，お互いの専門性を話した上で，患者さんというものを，より深く追求することができるんじゃないかなと。プラスアルファの関係から，患者さんの医療とか環境とか気持ちとか，患者さんのいろんな要素に働きかけることができると思いますし，よりよい全人的なケアというんですかね。そういうところにつなげることができるというのは変化であろうとは思います」（柏地域，栄養士 1）

「顔がよく分かるようになったっていうところだと思います。もう１つは，特に症例検討会では必ず 6〜8 人の小グループでのディスカッションが入るんです。この地域のすべての医療福祉従事者の方と，まんべんなく顔見知りになれたわけではないんですけども，少なくとも約３年間，それこそ隔月で１年間に６回やってみて，そうすると大体その方の大事にしようとしていることだとか，人となりだとか仕事に対するスタンスだとかってみえてくるじゃないですか。それが１つのお願いのしやすさにつながっていると思います。誰にでもなんでも同じことをお願いするっていう意味でのお願いのしやすさではなくて，（自分のやり方を工夫して）その地域にいらっしゃる医療者の方で，なおかつその患者さんの思いを大切にしてくれそうな人だったから，ちょっとその人に相談してみようとか（するようになってきた）」（柏地域，医療ソーシャルワーカー1）

「コネクションが強くなった人たちからは，電話とかメールでのやりとりがすごい増えたと思います。『なんとかさん行くんですけど，明日みといてください』みたいなファクスがきて，『みました』っていうふうなお返事をして，システムとしては，連携室にファクスがきて，それでみて，それにお答えして返すっていう，それだけなんだけど，知り合いになってるせいで何を自分がすればいいのか，何を求められているのかが分かるんだと思うんですよ」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 1）

［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］

多くの参加者は，多職種セミナーや連携のための集まりの際に，ついでに相談ややりとりができることを価値ある体験として語った。３年間の介入期間を通じての，定期的な集まりの機会が，そこに行けば関係している人がだいたいは集まっていることから，地域内でのコミニュケーションを容易にする１つの重要な要素となっていたことが述べられた。

「電話や文章のやりとりだけだと，なかなか信頼関係って築けないと思うんですよ。こういう会議に参加すると，顔を見て直接お話しできる。会議自体も有意義なんですけど，その後の時間帯に，直接状況報告ができたりするんですよね。そうすると密にお話しさせていただけて，すごくスムーズにことが運ぶという。意外とその場で，１人の患者さんに関わりのある方々何人かといっぺんにお会いできたりする時もあるんですね。訪問看護師さんだとか，お医者さんだったりとか包括だったりとか，いっぱい集まってきてるんで，その場でちょっとした担当者会議まではいかないですけど，報告会ができたりとか，そんな使い方もしちゃってます」（柏地域，介護支援専門員 2）

「顔が見える連携っていうか，つながってきたので，たとえば，何かの研修会に一緒に参加した時に，この患者さんはこれこれこうでこうでと，ケースの相談とかですね。訪問看護師さんが薬剤師さんに相談とかですね。OPTIM 全体に関わる人たちが顔見知りになって，お互いに患者さんのことを聞き合えたり，専門的知識を共有したり，研修会が終わった後に雑談とかしてる風景もよく見るので，そういったことで連携のネットワークっていうのは確実に広がってると思います。田舎なので，都会と違ってあんまり人口の変動もないですし，われわれ医療福祉従事者も，ほとんど同じメンバーの場合が多いので，限られたわれわれの人的資源をうまく活用するには，やっぱりお互い顔が見える関係で聞きやすくて，何かあった時にお互いに助け合うっていう関係性で，この大変なところを乗り切るしかないと思うので，そういう面でこの OPTIM の力って非常に大きかったと思いますね」（鶴岡地域，医療ソーシャルワーカー1）

［職種や施設間の垣根が低くなり，躊躇せずに相談ややりとりができるようになった］

参加者は，［職種や施設間の垣根が低くなり，躊躇せずに相談ややりとりができるようになった］と語り，「同じ気持ちであること」を知り，心理的な障壁が徐々に取り除かれた体験を述べた。垣根はすべての職種・施設間で見られたが，特に，地域と病院，福祉と医療間での体験が述べられた。きっかけとして，多職種・多施設で集まる機会が増えたこと，患者を一緒にみたこと，プロジェクトで共に活動したことが挙げられた。ある参加者は，介護職が緩和ケアの知識を得たことが，心理的な距離を縮めたと語り，その重要性に言及した。

「いろんな研修とかカンファレンスの準備をする段階で，コミュニケーションをする回数が増えて，思いが同じなんだっていうのが共感できたっていうところですかね。コミュニケーションをとる回数が増えた。深くなったってことですかね。今まで特にドクターなんかには，意見をお伺いして指示を請うみたいなスタンスが多かったように思うんですが，意見を聞いて，こちらも意見を投げかけるというようなキャッチボールができるようになったと思います。チームの一員としてお互いに意見の交流はできる，連携が図れたという実感はありますね。先生には言ってはいけな

いんじゃないかとか，看護師さんに言ってはいけないんじゃないかっていうような，自然と弱者感みたいなのができてる環境で，治療以外の部分で代弁的に患者さんの意見を伝えたり，ケアマネジャーとしての意見を伝えたりというのはスムーズにできるようになったと思いますね，以前より」（長崎地域，介護支援専門員 1）

「緩和の先生方にどういう人がいて，緩和に携わっているセラピストがどういう人がいてなんて，病院の中は本当に分からなかった人たちばっかり（だったの）が，研修にきたらすごくいるじゃないですか。意外とみんな先生方が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があるんですよね。私も○○先生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ね。そういうことが大きかった。困ったらちょっと先生に聞きたいなって。もし困った時は，この OPTIM の研修に出て，先生に聞いてみようなんて発想が起きるようになったのって，やっぱり顔をつきあわせて，いろいろその先生の人となりを知った関係作りができたせいだと思うんですよね。地域に出ると，病院の中のことを先生と直にやれないもんですから，そういう壁が取り払われたことがうれしくて。所長がやらなければいけなかったことが，スタッフのレベルで，いろんな先生，いろんな部署，いろんな薬剤師さん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かなって思います」（浜松地域，訪問看護師 5）

「医療職の方たちが少し手が届くとこに降りてきてくださったような気がするっていうのと合わせて，私たちのような介護に関わる者たちも，少し医療的な専門の，たとえばお薬のこととか，いろんな治療に関することの知識ができたことで，少しスキルアップできて，距離が近くなったんじゃないかなって思います。縦の関係だとうまくいかないことってよくありますよね。言葉の中ではチームケアと言いながら，実際には二重の輪になってたような気がするんですよ。近い医療の人たちの輪と，それから介護の人たちの輪と，それが本当に一つの輪に近づいてきて，本当の理想とするチームケアに近づいてきたんじゃないかなと思います」（長崎地域，介護支援専門員 2）

[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った]

多くの参加者は，実際の相談や連絡窓口，役割が分かるようになり，相談先が明確になったと述べた。問題解決のためのキーパーソンを知ったことにより，対応が迅速，かつ的確になり，行き詰まることが少なくなり，患者・家族へのケアが充実してきたと述べられた。きっかけとして，プロジェクトにより多職種・多施設で集まる機会がつくられたことが挙げられた。さらに，新たな出会いが，次の出会いの契機となり，ネットワークが広がっていった変化も語られた。参加者の中には，病院外に置いた相談センターや，緩和ケアホットラインが相談の窓口になって分かるようになったことを述べたものもあった。

「困った時はだれに連絡すればいいのかが分かるようになったのが，このプロジェクトのおかげと思います。それぞれの施設の主要な方も必ず参加してくださっていたので，少なくともそこのだれかに連絡をすれば，実際にどう動いたらいいのか教えてもらえるので，そうするとやり方が分からなくて困って計画が止まっちゃうってことはなくなりました」（柏地域，栄養士 2）

「地域の開業医さんとか多職種とのお話し合いだとかっていう場があんまりなかったと思うんですよ，今までは。このプロジェクトをきっかけに顔の見える関係作りをやったことで，調整能力も結構発揮できるようになったのではないかなとは思うんですけどね。このことは，あそこで顔見知りになったあの人に聞けば，いいアドバイスがいただけるなっていう選別ではないんですけども，話せるきっかけ，スムーズに調整できるきっかけになったのではないかな」（鶴岡地域，訪問看護師 2）

「病院の窓口の看護師とは，結構話ができるので，なんかあったらそこに電話をして，先生につなげてもらって相談したり。だから，その場で解決できるようになりました。相談しやすくなる。早くなる」（浜松地域，訪問看護師 1）

「多職種カンファレンスは，ネットワーク作り，顔の見える関係を作るっていうところでは，とてもよかったですね。その方たちがどんなことをしてくださるのかっていうことも知ることができましたし，こういうことは，こういう人にお願いができるんだって思えたし，そういうことをご相談することで，また違う方を紹介していただけたりもして，問題を解決していく時にも，とてもよかったですね。たとえば，介護保険のことで，これはどうなっているんだろっていう時にも，専門の方に聞けたりもしました」（浜松地域，連携・退院支援担当看護師 1）

「自信がない医者にとっては，誰かに聞きたいっていうのがあって。これしかないんだろうなって教科書的に思っても，『本当にこれしかないのかな』とかね。ということはあるので，どこか相談できる相手がいる（緩和ケアホッ

トライン）っていうのは，すごくありがたいことですね」（浜松地域，診療所医師 3）

[生の声を聞き本音のやりとり，インフォーマルな相談ができるようになった]

参加者は，医療従事者間のコミュニケーションが進み，生の声を聞けるようになった，本音のやりとりができるようになった変化について述べた。特に，緩和ケア専門家や退院支援看護師など 1 施設に少数名しかいない職種では，他の施設の専門家の生の意見を聞ける機会の重要性が述べられた。

「○○病院だと，これに対してこれでやるんだって新しい方法を知ることができる。それは全国のネットワークでも確かに知ることはできるんだけど，ごく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いい。全国ネットの研究会とかメーリングリストだと，いや，これ使ってますけど，正直効きませんよとかね，ちょっと今一だと思うんだけどって，なかなかそうは書けない。言えないでしょう。でも，これは 10 人ぐらいの会なので，『実際のとこどうですかね』みたいな話ができるので，それはそれですごいありがたかった」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 1）

「（緩和ケアチーム）合同カンファレンスが一番でした。自分の病院が企画した場合，実際みてきた症例で意見をいただいたりするので，そういう方法もあったのねっていうところでも勉強になりますし，ほかの病院のカンファレンスに参加したときには，すごく難易度の高い事例をいっぱい出してきてくれるので，経験がない事例なんかもお話を聞けると，もし自分の病院でこういうことがあったら，こういうのに使えるなとか，疑似体験ができる。そういうところで非常に勉強になっています」（浜松地域，緩和ケアチーム看護師 3）

公の経路ではなく，人と人のネットワークを通じて，インフォーマルな相談ができることは，患者の相談をするうえでの「とりあえずの打診」として有用であることが述べられた。定期的に会う機会がコミュニケーションを促進したことが語れた。

「顔を知っていて，何回かお話をした先生であれば，前段階として，いま在宅のほうでっていうお考えも出てるんだけど，もし在宅にいった場合には，先生のところはっていうふうに，もしも利用するなら，どういうふうにっていう話を聞ける関係っていうのは，結構微妙なところなんで。正式なルートではなく，ちょっと聞いてみて，もしかしたらっていうお話をして，もし来るんならいいですよとか，この時間の対応なら僕はできるよとかって言ってもらえると，こういうふうに言ってるけどどうですかって，もう 1 回お話が返せる。1 回ですべて決められる人はなかなかないから，何回かそのやりとりをする時に，非常に不確定な要素で，それでも相談にのってもらいやすくなるっていうところは，すごく顔が見えてるので。会ったこともない，どんな先生か知らないっていうような人に，いきなりそれを頼むっていうのは，こっちもやっぱり気が引けちゃって難しいので，そういう点で助かりましたね」（浜松地域，介護支援専門員 1）

「サポートセンターっていうところが相談窓口というふうにはあるんですけど，実際に相談窓口を通しての相談っていうのはなかなかなくて，いろんな会議がある中で，ちょっとこのことを聞いてみたいっていうようなところで聞いてはいるので，困って援助やアドバイスっていうようなかしこまった形ではなく相談はできるようになった」（鶴岡地域，訪問看護師 1）

[責任をもった対応をするようになった・無理がきくようになった]

参加者は，連携が進むことによって，患者・家族の希望を達成するために，「無理が言えるようになった」，そのかわりに「何かあったら責任をもつ」ようになった変化に言及した。少し無理をしても患者・家族がよければそれが医療福祉従事者の意欲につながることが述べられた。一方，ネットワークが進み依頼を受ける立場となった時に，責任を感じ，「断れなくなる」という心情に言及したものもあった。

「多職種との連携の大切さは，いろんなところで言われてはいたんですけど，OPTIM に参加して，多職種の方とお話をする機会があって，いろんな事業所さんと知り合いになれて，こういう時にこういうふうに対応してもらえませんかみたいな，他人行儀ではなくて，もう一歩前に進んだ，もう一歩近づいた上で，お願いができるようになった。病院内のちっちゃな世界から，院外のほかの事業所さんだったり，ヘルパーさんとかと少し顔がつながったからお願いができるようになった。お願いをするかわりに，なんかあった時には，もちろんこちらですぐ対応しますよっていうことをちゃんと約束した上で，受けてもらえませんかみたいな，無理が言えるようになった。顔が見えてなければ，

絶対できないと思うんですけど，この人ならお任せできると思ってこちらも紹介しお願いもする」（長崎地域，診療所看護師 1）

「無理をお願いすることだって，会ったことあれば，言いやすい，あの人はちょっと言いにくいなとかがあるんですよね。知らない人に言うよりも，知った人に言ったり言われたりっていうのはあるんですよね。あの人のためなら何とかやってやりたいなとか，あの人にはお願いしやすいから言いたいなって。相手の方もきっとそう思うんですよね。『○○さんだったら何とかしてあげようかな』っていうふうに言われたこともありますんでね」（浜松地域，医療ソーシャルワーカー2）

「ミーティングなどに参加することによって顔見知りになった，あるいは，看護師の 1 人がホスピス研修を受けさせていただいたこともあって，そこで顔見知りになって顔が見えるということで，なかなか名前を覚えられない中でも何度もお会いしていると名前を覚えて，名指しで電話をしたりするのが非常にやりやすくなったなっていうところは大きいですかね。また逆に，その方から頼まれると，断りにくくなったっていうところも正直ありますね」（浜松地域，診療所医師 3）

[同じことを繰り返すことで効率が良くなった]

参加者は，同じメンバーでチームを組むことを繰り返すことで，効率が良くなった変化に言及した。互いに理解し合うことによって，共有している知識の部分（自己紹介や手順など）を省略することができ，相手の考え方や行動が予測できる。結果，チームとして迅速に，的確に対応できるようになる，より重要なことに時間をかけることができるのでケアの質が向上すると述べられた。

「顔と多少の人となりが分かってると，正直な話，たとえば退院調整カンファレンスで，自己紹介で 0 の状態から話を進めていくよりも，この人はこういうへんが得意分野だというのを何となく分かって話すので，本当に帰るまでの時間が全然違うのかな。たとえば，相手の人となりが分かるまで話が 10 分間とすると，その 10 分を省いて入れて，45 分話し合いをしても，患者さんについての具体的な話し合いに割ける時間がはるかに多いと思うんですね。明らかに話せる深さや広さが違ってきて，結果としての質の違いも全然いいんじゃないかと思いますけどね」（長崎地域，緩和ケアチーム医師 1）

「顔が見える，相手が分かるからできることっていうのもありますよね。まったく知らない人からいきなり言われて，どういうつもりで言われたんだろう，どういうふうにすればいいんだろうっていうことが分からない。あうんの呼吸とまではいかなくても，ある程度先生たちがどういう感じで動いてる，看護師さんがどういう状況で動いてるとかいうのもわかるっていうのはありますよね。というのはまったく違うと思いますよ。問い合わせする時でも，全然知らないところに，『すみません，こういうことなんですが』って問い合わせをするよりも，『だれだれさんお願いできますでしょうか』って言って連絡を取れるっていうのと，『どうもお疲れ様』って，『この前の患者さん，こうこうこうでこうなんですけど，どうしたらいいでしょうか』って，パンパンパンパンとやりとりが続いて，『じゃあ，分かりました。先生のほうにはこっちから連絡をしましょう』とか，看護師さんのほうから，『今度先生に会うから私のほうから言ってみるから，後で聞いといてね』みたいな話で，パッともう終わってしまうっていう。それが連携かなっていうふうに思えるので，それは OPTIM で，いろんなところの方がいろんな形でいらっしゃってるので，それはもうすごく大きかったと思ってます」（長崎地域，保険薬局薬剤師 1）

「何ケースもやっているうちに，チームのパターン，チームのやり方みたいなものが出てくるみたいですね。あの人の時はこの先生でこうしたけれども，またあの先生から同じようなケースだからこうするのかねみたいな。だんだん読めてきて，連絡を先生にしてみると，やっぱりそうだったと。経験を積み重ねていくことでやりやすさが出てきて，そうするとスタッフが自信をもって先生にもアプローチできて，本人の変化していく病状と落ちていく生活の大変さなんかに対応ができるようになった」（浜松地域，訪問看護師 5）

[地域の他職種・他施設，他地域の状況を知り，地域全体を意識した緩和ケアの実践を考えるようになった]

参加者は，他職種・他施設との交流から，新たな視点や知識を得たことを述べた。所属施設のみならず地域全体を意識した緩和ケアの実践に視点が向けられた体験が語られた。ある参加者は，所属施設のあり方を振り返るきっかとなったと述べた。また，ある参加者は，地域全体に視点が向いたことにより，「患者にとってのより良い緩和ケアとは何か」を問い直す機会となったことに言及した。

変化のきっかけとしては，多職種・多施設で集まる機会や，患者を一緒にみた体験が挙げられた。

「結局病院の中っていうのは，患者さんにとってみると，ごく一部にすぎないなって。入院中にやっていたことっていうのは，ごく一部のことだなっていうことが，すごいよく認識できたので，それは大きな収穫であったと思います」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 1）

「いろんな人がいて，いろんなことができるんだっていうのが（分かった）。自分たちが病院の中でやっていることが，最大限いいことだったり，最大限できることなのかなって思ってたけど，もっともっといろいろあった」（浜松地域，病院看護師 1）

「緩和ケアチームの合同カンファレンスなどをすることで，治療方針そのものはいいんですけども，実際のたとえば，各病院のいろいろなやり方，細かい部分のやり方とか体制とか，そういう部分の違いっていいますか，たとえば学会だとか，そういう従来型の交流ではみえない，知りえない部分がわかった。ほかとの違いが分かることで，自分に，あるいは自分の施設に何があり，ないか，というような部分と，逆にこういうところは優れているとか，そういう違いですね。そういうのが分かることで，良い部分については自信がもてるし，足りない部分については改善の具体的な目標ができる」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 2）

参加者は，臨床実践においても，課題に対する解決策を所属施設のみならず，地域全体に探すようになった変化に言及した。

「うちの病院だけで考えて，完結させるっていうことじゃなくて，在宅とか，ホスピスとか，全体として考えて取り組んで，全体として役割分担をしながら作っていくのがいいんじゃないかっていうような，自分の中での印象ができたと思います。地域としてこういうのがあるといいなとか，そういう思考の仕方ができるようになったかなっていうのはありました。いろんな取り組みをしようと思っているところがあるんだなっていうのと，それこそうちではできないようなことをやってることも聞いたんで，うちの病院だけで何でも解決できないのは分かってはいたんですけど，そういうのを実感として感じられた」（浜松地域，医療ソーシャルワーカー1）

「この先生とこの先生とで組んでやっていらっしゃるとか，こういう症状で一喜一憂してるとか，たとえば，皮膚にできた病変，これはほっとっていいの，それとも大学にみせたほうがいいのっていうことを書かれて，そしたら皮膚科の先生が，『ちょっと私がみに行ってみましょうか。今度いつがいい』なんていうのを，みんなが見てるわけですよね，メーリングリストの上で。そうやって自分で分からんことは自分で引っ張ったり悩んだりせずに，声をかければ，誰か必ず知恵者がいて手伝ってくれるっていう，これも在宅 Dr. ネットのオープンのメーリングリストの中で，一応匿名化した患者さんの情報ではあるけども，困ったときにはみんなが相互に知恵を出し合って診療する」（長崎地域，緩和ケアチーム医師 1）

「病院の中だと，だれが何をやっているかって大体知ってるじゃないですか。だから，たとえば内科の先生が診て，『うわ，なんか痛そうだ』と思ったら，多分うちの病院だったら，この人にちょっと頼もうって頭に浮かぶわけですよね。地域の中って，そういう浮かび方をしながら診療してる人は，あまりいないけど，たとえば，この人はここに住んでるから，あの人とあの人に頼めば何とかなるかもみたいなことを見ながら自分の患者さんを診ていると，自分が全部やらなくても，そこに合わせて調整する，地域全体を一つの病院にって，チームみたいにしてやると，幅が広がるなと，すごい思ったんです」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 1）

［連帯感・信頼感が高まった］

参加者は，コミュニケーションが進んだ結果として，［連帯感・信頼感が高まった］と述べた。特に，困難な事例を一緒にみた経験，プロジェクトで共に活動した体験が連帯感を強めたと語られた。さらに，信頼感が高まったことにより，「ゆだねられるようになった」変化が語られた。

「仲間が増えましたね，僕は，確実に。どうしても医者って同級生とか同じ医局とかとは仲がいいけど，ほかの医局の人とかと仲良くなる機会がないですよね。OPTIM を動かして，今ドクターが何人ぐらいいますかね。20 人ぐらいプロジェクトに入ってる先生は，非常に気さくに仲良く，何でも頼めるようになったっていうのは 1 つですね。それと，多職種の参加が多くて，いろんな介護の事業所とか施設とか，施設の代表とかと会うことになって，だんだん，『こんにちは』とか，そういう顔が見え始めた。私としては OPTIM の中で一番良かったことですね。グループワークとかでドンドン話したっていうのもあるし，その後の打ち上げでアルコールが入りながら，みんなで夢を語ったりすることで，次に，今度は患者さんを介して実際の職

務の中でつきあっていって，それで，よかったねとか駄目だったねとかいうことで」（長崎地域，緩和ケアチーム医師 1）

「緩和ケアチームメンバー間のコミュニケーションが，すごく広がったなって感じます。チームの先生たちや看護師たちが，OPTIM の企画とか勉強会とかに参加して，緩和ケアっていう大きなくくりで，いろいろ知識も得たり，情報を得たりすることで，あの時のあれは，こう使えるよねとか，ケアのことで困ると，みんなでいろいろ情報を集めて，こうしようっていう，みんなで考えて，その患者さんのケアをやろうっていう，そういう体制というか姿勢が，はじめのころよりはすごく変わった，良くなってきているなっていうのは実感します。メールが送られてきますよね。それで，今度はこれがあるねとか。うちの病院でも困ったことがあると，すぐ相談させてもらえるっていう安心感が（ある）。いろんな会で会ってあいさつしたり，知り合いになっていって，自分も緩和の一員だみたいな感じに思えてきた」（浜松地域，緩和ケアチーム看護師 3）

「どういう人たちが在宅医療を担当してるかというような具体像と言いますか，それと信頼感。今までは何も知らないから，信頼するも何も，否定するも何も材料がなくて，あまり考えにくかったのが，もちろん皆さん悪いことはないので，それが具体的に，人柄でも何でもいいんですよね。人柄とか情熱とかどんな気持ちでやっているとかね，だいぶいろんなことを聞いたので，特別なことじゃないですけど，皆さん一生懸命患者さんのためを思ってやっているっていうことを実感できたので，そうすると，そういう方の協力を仰いだらいいんじゃないかとか，そういうふうには考えやすいですね」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 2）

「お互いに意見の交流を日ごろからすることによって信頼関係ができてきて，実際連携を取って業務を行う時に，1 から 10 まで説明しなくてもいいような部分は出てきますよね」（長崎地域，介護支援専門員 1）

ある参加者は，同じ目的をもち，悩み，経験，考え方や価値観，気持ちを共有できる「仲間」であったことが，連携をとっていくうえで重要であったと述べた。情報のやりとりのみならず，感情面でのコミュニケーションが連携を進めるための重要な要素であることが述べられた。また，医療福祉従事者にとっても自分たちのサポートになることが述べられた。

「地域との連携っていうところでいろいろな会に参加しています。在宅のほうにいると，福祉の方とかと会う機会があったんですが，それとはまた違う密度の濃い関わりっていうところや顔の見える関係っていうところができたように思います。1 つの目標，この地域での今回の目的としては，緩和ケアの中でどう連携して取り組んでいくかっていうところがあったので，その目的に向かってそれぞれの職種の人がそれぞれの立場，役割で関わっていくっていう意志，目的があったっていうところがあると思います」（鶴岡地域，訪問看護師 1）

「ベクトルが 1 つの方向を向いているというのは大きなことだと思います。少なくともこのプロジェクトに参加している方々は，同じような悩みであったり，同じようなケースの方をもっていらっしゃるということ，患者さまの希望することをして差し上げようと（考えている），そういうふうなことに関しては楽に話せる仲間だと思いました」（柏地域，病院薬剤師 4）

「要は仲間ですよね。結構へこむこともあるしっていうようなのを，お互いに共有し合えるみたいなところがね。そういう人たちといっぱい知り合える場所でしたね，OPTIMっていうのはね」（長崎地域，保険薬局薬剤師 1）

「基本的に，現場で今までやってた人は，こういうのがなくても頑張ってたんですよ，1 人で，それぞれ。それぞれの組織，機関，人。それぞれやっぱり自分の向き合う人に対していい支援をしたい。よくなってほしい。ただ，1 人でやっても限界も感じてるし疲れ果ててたし，どうにもならないことが多いって，やっぱりいろんな壁にぶち当たってたと思うんですね。最悪は自分も孤立しちゃう。そういう中でめいっぱいきっとやってたんだと思うんです，以前は。それがこういったところでオープンになってきて，みんなやってた。で，みんなも大変。でも今度は相談できる。一緒にできる。それがこういった取り組みで分かったから，じゃぁ，本当に連携してやっていけば自分も楽になる。患者さんのためとか市民のためとは言ってはいるけど，結局はこの取り組みにのったことで自分自身が本当に癒やされてっていうのが手応えね。

今までは孤立，みんな頑張ってたのかなとかね。本当に目の前の人と向き合って苦しんじゃってどうにもできないもどかしさとかね。やっぱりまじめな人が多いんで，それがこういう取り組みでそういうのがオープンになってきて，みんなで相談できたり連携がとれたら，患者さんや市民のためといえども，まずは救われたのは自分自身だったんじゃないですか。だからやっぱり連携。連携っていうのは家族の皆さんとか市民のためにもあるけど，支援者同士の，

自分たちの連携っていうのがありますよね」（柏地域，行政保健師 1）

【在宅医療が進んだ】

【在宅医療が進んだ】とは，自宅で過ごすことを希望する患者のサポートが充実したことを指す。

具体的には，［療養場所や最期の場所を意識し，患者・家族の希望を聞くようになった］［自宅で過ごすことができると思うようになった］［病院スタッフが自宅での生活を意識した診療やケアを行うようになった］［地域の生きた情報を得て，受けられる医療やサービスを具体的に説明できるようになった］［病院から退院する時の支援が充実した］［終末期・医療依存度の高いがん患者を診療所や訪問看護ステーションで受け入れやすくなった］［在宅チームが患者・家族の気持ちや希望，病状を共有し，変化を予測して対応できるようになった］［訪問看護でできることが増えた］［いい時期にスムーズに在宅移行ができるようになった］［自宅で過ごせる患者が増えた］と述べられた。

病院と在宅チーム双方に共通した認識に関する変化は，［療養場所や最期の場所を意識し，患者・家族の希望を聞くようになった］［自宅で過ごすことができると思うようになった］であった。

病院にみられた変化は，［病院スタッフが自宅での生活を意識した診療やケアを行うようになった］［地域の生きた情報を得て，受けられる医療やサービスを具体的に説明できるようになった］［病院から退院するときの支援が充実した］であった。一方，在宅では，［終末期・医療依存度の高いがん患者を診療所や訪問看護ステーションなどで受け入れやすくなった］［在宅チームが患者・家族の気持ちや希望，病状を共有し，変化を予測して対応できるようになった］［訪問看護でできることが増えた］が述べられた。

この変化の結果として，［いい時期にスムーズに在宅移行ができるようになった］［自宅で過ごせる患者が増えた］が生じたと述べられた。

きっかけとして挙げられたものは，病院側の要素としては，①退院支援プログラム・教育プログラムが整備された，②（多職種カンファレンス，病院と地域の合同の振り返り，病院からのフォローアップ，地域からのフィードバック［在宅療養中の写真など］，実際に在宅に訪問する，個人的な情報交換などにより）在宅で行われる実際の診療・ケアを具体的に知ったこと，であった。

地域側の要素としては，①（マニュアルやセミナーを通じて）基本的な緩和ケアの知識や技術が向上した，②緩和ケアの専門家や入院リソースの容易な利用（緩和ケアチーム・必ずしも緩和ケアの専門家ではなくても基幹病院の外科医などがん診療に関わる専門家への相談や，入院が必要な場合のバックベッドの確保，緩和ケア病棟・レスパイトが利用しやすくなった），③（退院前カンファレンスなどのシステムの整備に加えて，いろいろなネットワークができて個人的なつながりが増えたから）患者の状態を知るための情報交換が容易になった，④在宅チーム内の多職種間での連携が増えた（訪問看護ステーションと保険薬局との連携，包括指示の運用など），であった。

【つながりができ，ネットワークが広がった】ことでみられた多職種の出会いやネットワークは，全体として，これらの変化の基盤として挙げられた。

認識の変化

［療養場所や最期の場所を意識し，患者・家族の希望を聞くようになった］

参加者は，「最期の場所」や「死」について話し合う難しさに言及しつつも，療養場所や最期の場所の重要性を意識するようになり，患者・家族の希望を聞くようになったと述べた。きっかけとなったものは，①緩和ケアについて学ぶ機会が増えたこと，②患者・家族の生の声を聞いたこと，③実践での肯定的・否定的な看取りの経験を通じての気づき，などであった。

「最期をどこで迎えるかっていう希望の確認とかいったものも，OPTIM 介入前より，医療福祉サイドもそうですけども，患者さん側も，意識して考える機会が大幅に増えたと思うんですけどもね。その人らしく，どこで迎えるかっていうのは，非常に重要なことだという認識がみんなに広がっていると思います。ただ，なかなか聞けないんですよね，聞きたくても。患者さん，家族が腹を決めたときしか聞けないので，早いタイミングで聞くっていうのはなかなか難しくもあるんですが，最期をどこで迎えるかとか，最期をどこで過ごすかっていうのを，患者さん，家族に言おうっていう意識づけはできてるのかなと思いますね」（鶴岡地域，医療ソーシャルワーカー1）

「こっちが聞けるようになった。何となく死ってタブー

なような。最期をどこで迎えたいかっていうのは，聞けなかった部分ではあるんです。変化をするっていうのも学んだんだけど，変わってもいいから，今はどう思うっていう確認は取れるようになった。家族にも，（本人は）こう思ってるみたいだけど，家族はどこまで頑張れるっていう確認をしながらやれるようになってきた。聞かないで遠慮していたり，こうだろうと思って動くと余計悪化したり，すれ違いになったりっていう経験を積んだので。症例検討会でも，最終的にはどこで（最期を）迎えたいっていうご希望がありますっていうところまで聞くと，そこも聞き取っていうように，自分自身の意識が変わったかなと思います。どうやっていきたいかって聞くことでお互いの遠慮がなくなった，お互いの思いを伝え合うようになったのかなって。私の視点になっちゃうかもしれないですけど，最終的に終末期をどこで迎えて，どうしたいかっていうのを周りからも聞かれることで，言えなかった部分が言いやすくなったのかな」（柏地域，介護支援専門員 1）

「どうしたいですかとか，どう過ごされたいですかっていうことが言えるようになってきてるかなと，3 年前に比べたら今のほうが。自分たちの中の知識が増えたのと，（自宅で過ごす患者の）様子が見えたのと。患者さんにいろいろ聞かれたときに，答えられなくて困っちゃうなという思いが前にはあったんだろうなと思うんです。今は私たちが答えるんじゃなくて，患者さんに選んでもらうんだ，選択のところで言えればいいんだっていうところで，構え方が柔らかくなったのかもしれないです。知識の部分もそうだし，こういったいろんなビデオで勉強できたり，コミュニケーションの取り方を学んできたというところなんだろうなと」（柏地域，連携・退院支援担当看護師 1）

「どこでどういうふうに過ごしていきたいかっていうのは，必ず確認をするようにしていて。確認をしても，サポートするものがないと，こちらもなかなかそれを言い出しづらい部分もあったとは思うんですけど，サポートしてくださるところがあるっていうところで，意思確認はしやすくなったのかなと。多分 OPTIM（の集まり）とかに行って，そういう情報とかがなければ，なかなかできなかったことだとは思うので，詳しいこととか，どこまで何をしてくれるのかっていうのは，直接聞かないと分からない部分があって，そこに行けば，なんらかを聞けるっていうのは大きいかなって思いますね」（浜松地域，緩和ケアチーム看護師 2）

療養場所や最期の場所の重要性を意識するようになったきっかけとして，特に，患者を看取る体験を通じて重要性を意識するようになった過程に言及したものが多かった。

「『家に帰りたいんですけど』って相談されたことはあって，その患者さんの希望に添うようにはやったんですね。その方は抗がん剤の副作用がすごい強くて，もうとても抗がん剤の治療ができないって段階になったときに，本人と家族から，『民間療法を受けたい』って言われて，かなえてあげようと思って，そこに行ってもらって，結局，全然その民間療法は効くことなく，最期を迎えちゃったんですけど，本当にこれでよかったのかなっていうのをずーっと思ってたんですね。家族からも『ありがとうございました』って手紙をいただいたんですけど，本当にあれが正しい選択だったのか。最後まで自分が主治医として，苦しいとかいう思いはさせないように関わってあげたほうがよかったのかな，その方が幸せだったのかなっていう葛藤みたいなのがあったんですね。こういう会に参加して，在宅で診ることっていう面を見て，在宅でもそういう苦しい思いをしないように関わることは十分できますし，家族と本人がどう最期を迎えたいかっていうのが一番大事なんだろうっていうのは，より深く思うことができた」（浜松地域，診療所医師 1）

「『病院で死んでいいから，1 回家に帰してほしい』って言った方がいらっしゃって，1 人暮らしの方だったんですけど。10 日間だけおうちに帰られたんですけどね。とても私も心配だったんですけど，おうちに帰ってよかったっていう満足された経験も何例かあったので，笑顔で送りだそうと思った。帰りたいっていう気持ちを尊重してあげたいっていうのと，自分があきらめたら先生とかも退院に同意してくれないんだろうなと思うと，ここは頑張らねばっていう意識が強くなった」（長崎地域，連携・退院支援担当看護師 1）

ある参加者は，調査によって得られた患者・家族の生の声を聞いたことで，療養場所や最期の場所の重要性を意識するようになった変化を述べた。

「家に帰す環境調整をする時，客観的な情報以上に，患者さんがいま何に問題を感じているか，家に帰ることに（ついて）どういう点に困難感を感じているか，本当に死に場所として家がいいと思っているのか，それとも気持ちが揺らいでいるのかとか，家族は覚悟はできてそうかとか，主観的なところのやりとりを面談では重点的にやっていきたい。最期の時期をどこで過ごしたいかとか，どういうふうに過ごしたいかとかを決定するのってそんなに易しい簡

単なことではないので，どんなに頑張っても，どうしても亡くなっていくことは変わりない中でつらい選択ではあるんですけど。でも，悔いがないように，たくさん病院の人たちとも話し合って決めたんだって。患者さんが亡くなった後に家族が振り返って，慌ただしくバタバタと帰されたって思われないような関わり方をしたいなと思うからかな。事務的だったとか，そういうふうには絶対感じてほしくないからですかね。多分そこから発生して全部のプログラムってあるんだと思うんですよね。もっと早めに緩和ケアのことを伝えてあげたいとか，もっと早めに話し合いを開始していれば，いろんな感情の吐露もできて（とか），実は妻としては迎え入れたくなかったのに，結局なんとなく流れで帰ることになってしまって，今はちょっとつらい思い出ですとか，患者さん（やご家族）から発せられた調査結果とかを読んだりすると，家に帰ったから全員が成功だとか，よかったって思ってるわけではないので」（柏地域，医療ソーシャルワーカー1）

［自宅で過ごすことができると思うようになった］

多くの病院スタッフは在宅緩和ケアについて学ぶ機会を得たり，経験したりする中で，自宅で過ごす患者の様子を知り，自宅で過ごすことができると思うようになったと述べた。特に，病院で行っている医療処置などの多くは自宅でできるようにアレンジが可能であることや，介護力がない患者であっても工夫をすることで自宅療養が可能であると思うようになったと述べられた。在宅チームへの信頼感が述べられた。

「緩和ケアの症例検討会をオープンにして，そこにがん相談支援センターの看護師さんだったり，開業で頑張ってくださってる先生だったり，栄養士さん，薬剤師さん，ソーシャルワーカーの方，そういう方々が多いときで十数名，少なくても数名必ず，僕らがやっている月１のカンファレンスには毎回来てくださって，在宅の視点から話をしてもらうと，特に病院の看護スタッフやら主治医グループの先生方は，在宅でみられるケア力っていうか介護力，看護力っていうのが，実はかなりフレキシブルで応用力があるので，病院じゃできないだろうと思う治療を結構平気でおうちでできるということがわかった。じゃあ早く帰っていただこうかなっていう形で，ポジティブに手放すことができるようになったということが一点，まず一番大きかった。それとソーシャルワーカーが自信をもって，ああいう先生たち，ああいう看護師さんたちがいて，ケアマネさんがいるから帰せますよねっていうように，自分たちの活動に自信をもってポンって肩を押すことができるのがものすごく大きいだろうと思います。地域のネットワーク，それがあるからこそ患者さんを家に安心して帰せる」（長崎地域，緩和ケアチーム医師 1）

「社会資源の情報は，すごい増えましたね。自分が持ってる情報が増えたっていうのは，こういう多職種セミナーだったり，多職種カンファレンスとかが大きかったなっていうふうに思いますね。実際に，こういう困難事例が，こんなふうなサービスを入れて，こうやってみんなでつないでケアしましたよなんていう話が出てくると，あぁ，なるほど。つながりを，うまくつないでいけば，そういうふうに，この人たちが帰れるんだなと思った」（浜松地域，病院看護師 1）

一方，在宅チームは，緩和ケアの知識・技術が向上したことにより，最期まで自宅で過ごすことができると思うようになったと述べた。医療福祉従事者の認識の変化が，患者・家族へのケアの変化へとつながっていった過程が述べられた。

「何例もみていて，知識がないっていうことは感じていたのが，知識がまったくないわけじゃなくて，整理されてなかったんだっていうことが分かったのと，より深い知識がもてたのと，看護が何をすればいいか，医療が何をすればいいか，区分けができましたね。そうすると，看護ができる部分が広がったと思いますし，どうしたらいいのか分からなかったところが，ここは先生がこうすればいいんだっていう具体的な医療のことも分かりました。いわゆる緩和ケア，最期まで家で看取るにはどうしたらいいかが，私たちが分かっていくんですよ，研修に出ると。家族ケアだったり，がんの経過だとか，それから痛み止めのコントロールですよね。コントロールがつかなくなった場合の対処方法だとか，利用者さんの痛みの見方，変化。そういう具体的なところが分かってきて，そうすると，私たちの中で，病院に帰らなくてもコントロールができるんじゃないかっていう思いに変わってきたのと，今までちょっと怖いなって，私たちに手段がなかった，緩和ケアの知識が不足していることで，どうすればいいかの手立てがなかったのが，具体的に手立てを考えられるようになってきました」（浜松地域，訪問看護師 5）

病院側の変化

多くの病院スタッフは，［自宅での生活を意識した診療やケアを行うようになった］［地域の生きた情報を得て，受けられる医療やサービスを具体的に説明できるようになった］［病院から退院するときの支援が

充実した］と述べた。これらはしばしば「在宅の視点」と表現された。

重要な要因として語られたものは，退院支援プログラム・教育プログラムの整備と共に，多職種カンファレンス，病院と地域の合同の振り返り，病院からのフォローアップ，地域からのフィードバック（在宅療養中の写真など），実際に在宅に訪問する，個人的な情報交換など，在宅チームと直接コミュニケーションをとりお互いを知ることのできる機会であった。

［病院スタッフが自宅での生活を意識した診療やケアを行うようになった］

病院側の変化の具体的な内容としては，第一に，自宅での生活を意識した診療やケアを行うようになった（自宅での生活をアセスメントするようになった，なるべくシンプルな自宅でできる治療・ケアを意識するようになった，家族の介護負担の軽減を意識するようになったなど）と語られた。自宅での生活についてのアセスメントやケアが充実してきた，在宅の視点のある症状マネジメントを考えるようになった，などと述べられた。

「日常生活をリアルにイメージする力がないので，たとえばベッドがあれば何とかなるかなとか，そういうおおざっぱなイメージしかできなかったのが，地域の方から，『じゃぁ，お風呂はどうする』とか，細かく聞いて返してもらえて，ここも聞かなきゃいけないっていうところを教えてもらうことで，退院までに患者さん，家族も困らないように，より濃密に準備ができるきっかけになりました。おうちで過ごすことが自分の中でも，少し詳しくイメージできるように，以前に比べればなったんじゃないかなと思います。排泄もですし，日常をどこで過ごして，誰がみて，ご家族の買い物とかもどうするとか，その間誰がいるのかとか，ご家族を支える人がいるかとか。普段どう過ごすかまで考えてなかったんですけど，普段どの場所で（過ごしているか），1日ベッドにいるかとか，通院や往診をどうするかも考えるようになりました。最期をどうしたいかも，最期はまた病院に戻りたいかとか，ホスピスに行きたいかとか，このまま家がいいかとか，そういった看取りに関するようなところまでも，もちろん聞ければ聞いたほうがいいですし，地域の方からも，『どうなってますか』っていうのもよく聞いてくださっていたので，ここまではお話がされてますけど，ここからはまだなのでお願いします，そういったところも継続することができていたと思います」（浜松地域，病院看護師3）

「『家族，オムツ交換したことあるの』って，リーダーがそんなことを言うようになったって，すごいなと思ってるんですね。リーダーたちはだいぶ変わったと思います。たとえば退院シートなんかを作りますよね，38度以上熱が出たとき，坐薬1個，お尻から入れてください。2時間たっても熱が下がらない時は，次に，内服薬を1錠内服してもらうと書いたのを作った時に，リーダーたちがそれを見て，『家族は，坐薬は当然入れたことあるんだよね』という質問が出てくるようになった。そんなことは地域の方からは当たり前なんだけれど，今までは多分普通に坐薬だけ持たせて帰したと思うんですよ。『オムツ交換したことあるの』なんて言葉はなく，サマリーにオムツ交換してますって書いて，家族を放り投げてたと思うんです。実際に退院前カンファレンスをやったりして，そのへんのことはいつも突っ込まれますよね。そこはどうですか，ここはどうですかっていうところで，視点がついていったりしたのかなと。研修に行って帰ってきてから，『今までは医療処置のことばっかり考えてた。だけど，意外と家に帰って困ってるのは生活でした。身体をふくとか，ご飯を食べるとか』って言うわけです。訪問看護の研修に行った時に，在宅に一緒についてったりして見てきたら，『みんな着替えたりすることとかをもっとちゃんと教えてなきゃいけなかったんですよ』って言って，それを職場でみんなで共有したりしたんですね。だから，みんな家族の方とケアをしてみることもすごいするようになったり，リハビリの人とすごいコンビを組むようになった」（浜松地域，病院看護師5）

「在宅療養に移行する場合のバリアがいくつかありますよね。たとえば土地のアクセス，どこに車が止められるかも含めてですね。家族で，人見知りで，どうしても外からのスタッフを受け入れるときに心を開けなくて，かたくなな人はいないかとか，具体的に在宅医療のときに何と何が必要でっていうイメージがかなり鮮明にできるようになってきたんですね。カンファレンスで何度も一緒に話してるうちに。具体的にこの人が在宅医療に向いてるか，もしくは在宅医療を受けてもらえるかっていうときに，在宅の医師や看護スタッフがふだん質問してる内容が僕らの頭の中へポンと箇条書きで出てきて，だから患者さんに早めにおうちに帰れるかもよっていう言葉がかけられるようになった。在宅だと何がいって，どういうことを満たさんといかんっていうのは，何となく熱心な看護スタッフには頭の中へ入ってきて，それを元に早めに患者さんに提案をしてみるっていうことが，変わったことの大きなものの一つじゃないかと思いますね」（長崎地域，緩和ケアチーム医師1）

「骨転移の人っていうのは，動くと割と痛みが比例する

ので，優しく動かしてもらえれば痛くない。介護力があれば痛くないけど，介護力がないと，はってトイレに行かないといけないから，痛いとか，そういう人がいるわけで。退院する前に，今と同じような環境がうちで作れるのかを把握してから退院させないと，ベッドで寝ていて痛くなかった人が，畳に（布団を）しいて，1 階までトイレに行ってたっていったら，それはまあ痛くなりますねねっていうような話で，介護状況を退院前にアセスメントするようになりました。そういうお宅を直接見たこと，生活をみてるケアマネさんとかヘルパーさんから，より生々しい情報が増えたからかもしれないね。夜中に痛くなった時に，薬を飲ませる人っていうのも，割とよく話題になりますね，緩和チームでね。ちょっと認知症があるような人とかね。自分で薬を飲めない。今は看護師さんが持っていってるって言ったときに，うちへ帰ったらこの薬はだれが持っていってくれるんだ，夜は娘さん息子さんも一斉にみんなご自宅で寝てるので。この人，夜どうやって痛み止めを届ける。だれが飲ませるみたいな話になることは，これを始める前はなかったです」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 1）

「地域の先生や薬剤師や看護師や介護職の人たちがどういう役割を果たすかとか，その患者をみるに当たってあまり負担なく，そして患者さんと家族が不安なくっていうところをイメージするっていうところは，多分今までまったくなかったと思いますね，病院の中で働いていると。通院がいくら大変だって言われても，『あぁ，そうか。うーん。大変だね』って終わってたような気がするんですよ。トイレへ行くのが大変でとか起き上がるのが大変でとか言われても，多分それは病気が進んでるんだからねって頭の中で思いながら何もしなかった。どこに相談すればいいよとかっていう一言も私はなかった。病院でしか働いたことはないんで，そういう視点が生まれたっていうのが大きい」（鶴岡地域，緩和ケアチーム医師 1）

［地域の生きた情報を得て，受けられる医療やサービスを具体的に説明できるようになった］

参加者は，在宅を支える地域のリソースについての生きた情報が得られるようになったこと，連携が進んだことにより，自宅で受けられる医療やサービスを具体的に説明できるようになったと述べた。医療福祉従事者が互いの状況や環境を実際に話したり，訪問し合ったり，実感を持って理解することで，初めて，患者・家族に具体的な選択肢を自信をもって提案できるようになった変化が語られた。病院スタッフで多かったが，在宅チームにおいても述べられた。

「この人がうちに帰ったら，あの先生に診てもらうから，多分最後まで，うちにいるに違いないとか，いうことも考えながら，患者さんに説明もできる。何とか先生って何十歳ぐらいの先生で，こんな感じでされていて，性格が合うと思いますよとか，ちょっと性格が合わないかもしれませんよとか。患者さんからみても多分そうだと思うんですが，『うちに帰りましょう』とかだけ言われても，これを始める前の僕と一緒で，うちに帰るより先は，もうまったくのブラックボックスですよね。イメージも何もわかないですよ。ただ，今はそれが具体的に，誰と誰と誰が関わったら，多分こんな感じにみるんだろうっていうのが分かるので，説明が生々しくできる」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 1）

「任せてみればきっとうまくいくとか，そういう話は，今まではできなかった。以前は，訪問看護ステーションの介入もどうかって言われても，ご自由にどうぞっていう感じで，それ以上わかんないから。具体的に分からないと，何となくぐらいだと，それ以上勧められない，何も言えなかった。今は具体的に，積極的に，ある程度自信をもって，こういう選択肢もいい選択肢だっていうような話はできるので。在宅医の場合もそうですよね。ちゃんと診てくれるところがあって，ちゃんとやっていて，皆さん心配されるけども，評価はいいんですよって話ができると，全然話の流れは変わっていくので」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 2）

「地域でもすごい頑張ってる先生たちがたくさんいるし，そういう地域の先生方とも，この OPTIM を通して顔なじみにもなって，その先生たちがどういうことができるのかっていうのも，こっちが少し分かるようにもなってきたので，こういう先生たちもいるので，こういう医療も在宅でできるのでっていうことも，自信を持って言えるようになったので，勧めやすくなった」（浜松地域，訪問看護師 1）

「われわれって生活の場に携わる仕事なので，在宅療養支援診療所がありますよとかってことが分かっただけではどうしても駄目で，どこの先生がどういう病気が得意で，実際に相談するとこの先生はこういうふうな説明をしながら，こうやって患者さんに関わるんだよっていうことが分かってないと，ここの病院がやってますよっていう紹介は単純にできますけども，受けるほうからすると，お医者さんが往診にくるんだなってことは分かるんですけども，実際どういうことを往診ってしてくれるんですかっていうことがわからない。こういうふうに仕事をしてくれるんですよっていう大まかなイメージを伝えるようになった。この

先生はこういう時間に往診をしてくれて，呼べばこういうふうにきてくれて，こういう治療が得意でということを聞けるってことは，選択をする利用者さんとか家族も，自分たちの生活のイメージがしやすくなったんじゃないかとは思うんです」（柏地域，地域包括支援センター 介護支援専門員 1）

［病院から退院する時の支援が充実した］

病院側の変化の具体的な内容として，第三に，［病院から退院する時の支援が充実した］（退院前カンファレンスが充実してきた，緊急時の対応・バックベッド・連絡先を決めておくことを意識するようになった，ケアの継続性を意識し，地域が必要とする情報を申し送るようになったなど）と語られた。患者の入院中から退院後のフォローアップまで，病院スタッフと在宅チームが協働してケアを行うようになった変化についても述べられた。

「連携がすごくしやすくなって，みんなが顔を合わせて，電話だけだとどういう方だろうかだとか，こんな話をしても大丈夫だろうかとか，患者さんを中心にネットワークを作らなきゃいけないのに，お互いに腹の探り合いみたいなところで時間を費やしてしまって，肝心の支援につながらないところがあったのが，患者さんや家族を中心にそういう（退院前カンファレンスの）時間をもつことは，私たち関係者もですけど，ご家族にとってもとても安心につながったっていうのは事実ですね。ご遺族から言われるのが，とっても不安だったと，退院をするのがですね。病院から見捨てられたような，もう手の施しようがないので，どうぞもう帰ってくださいって言われたような，見捨てられ感っていうのをもっていらっしゃったんですね。ところが，そうじゃなくて退院する前に在宅の先生も副主治医も，それから看護師さんもケアマネジャーもヘルパーさんも，かかわる人がみんな来て，最初はみんなびっくりされるんですよね。すごい緊張されて，初めてのカンファレンスの時に，あーって，今日は何事だろうみたいな感じで入ってこられるんです。でも，亡くなられた後に伺うと，そのときはすごい怖かったけど，これだけの人がおうちで支援してくれるんだと思ったら，どうにかなるかなっていう気持ちになったんですと。家族に安心してもらう，本人さんに安心してもらうっていうところのとっかかりになると思うので。折々に多職種連携で研修会とかがあったのが役に立ってるんだと思います」（長崎地域，介護支援専門員 2）

「退院前カンファレンスの中に，患者，家族と私たちと医師と，全部が同席するようになったのは，分かりやすくなったと思います。説明も，患者さんとか家族に説明をするのを私たちも聞いてるわけなんで，こんなふうに説明しましたっていうのを聞くんじゃなくて，一緒に聞けるので，その時に患者さんってどういう表情でこれを聞いてたかなとかいうのは確認できる。ちょっとまだなんか不安を持ってるなとかいうのが見えるじゃないですか，患者さんとか家族を見てると。先生がしゃべる言葉も患者さんに対してしゃべるので分かりやすいし，それを聞いている患者さんと同じ場で共有して聞いていられる。その時の雰囲気とか受け止め方を，直接理解できるっていうのは大きいんじゃないかなと思います。書面は役に立たない部分もあるんです。その場にいられるかどうかっていうのは大きいんだと思う」（浜松地域，介護支援専門員 3）

「退院のときにかなりきちっと詰めて帰るので，すごく，混乱は減ったと思いますね。緊急時にはどうする。ファーストコールは誰，どこっていうことを，きちっとそこで，シートとして今は出てきているので，緩和のところでは。患者さんもご家族もすごく安心されているんじゃないですか。すごく細かく書いてくれてあるんです。こうなったときには，まずここに連絡，電話番号もきちんと全部書いてあって，そういうシートが渡されるので，それはすごく大きな変化なのかな」（浜松地域，介護支援専門員 2）

「今までうちで使ってたサマリーというのは，どんな手術をしたとかどんな治療をしたとか，ここに転移があってこんなことをしたとか，そういう治療的なことばっかりが中心となっているサマリーだったんですね。だけど，訪問看護師さんたちとこの OPTIM の機会を通して話すようになって，うちで使っていたサマリーがあまりにも役に立たないものだっていうのが分かったんですね。訪問看護師さんたちが知りたいのはそんなことではなくて，ある程度大きな流れでどんな治療をしたかっていうのは知りたいけど，それよりもおうちに帰って何がしたいかとか，キーパーソンはだれかとか，どういうことを訪問看護師のほうにしてほしいかとか，そういうことが分かるサマリーのほうが訪問看護としては実践的にすぐ患者さんを理解する上でのツールになるっていうことが分かったので，そのへんを変えるようにした」（柏地域，病院看護師 4）

「サマリーが今までは簡単に経過が書いてあって，ADL の部分とかでも介助，一部介助とかっていうような書き方だったんですけど，実際にどういう部分に介助が必要なのかとか，どういうものを使ってなのかとかをより細かく書くようになった。あとは，予測的にっていうのをすごく細

かく言っているので，問題点として今ある問題点プラス，今後，先を見通したときに何が起こってくるかっていうことまで病棟のスタッフも考えながらサマリーに書くようになったっていうのがまず大きい。

頭頸部の処置，カニューレの処置であったりとか，装具の処置とか，ストーマでもかなり複雑な処置になっている方は，おうちに帰ったときに継続できなくて緊急入院してきていたりっていうこともあるので，そうしないためにはどうしたらいいんだろうっていうところでは，見てもらうことが一番だねっていう話になって。実際に見てもらったことで，入院中の状況と退院後の状況の変化に気づいて，早期に受診につながったケースもあるので，病棟スタッフが直接会って話すことでのメリットをすごく実感して，それで提案ができるようになってきた」（柏地域，連携・退院支援担当看護師 2）

「1 つ勉強させてもらったのが，『病院へはいつでも来てもいいんですよ』って言ったことで，『じゃあ帰ります』って。だから，病院から離れちゃうと，病院には何もしてもらえないっていうところが，不安材料だったんだって，自宅へ帰るのに。でも，いつでも受け入れはできるからって，やれるところまで自宅でやってみたらどうだろうかっていうところで帰したら，すんなりといったケースがあって，そうやって一言付け加えてあげることで，うちへ帰ろうって思えるんだって思った時に，いつでもそういう言葉をかけるようにしたりだとか，すごく不安が強いかなと思うときには，定期的に受診を 1 か月に 1 回しましょうかっていうことで相談をして，来ることによって在宅（療養）がやれているっていうところもある。病院と住む地域との連携って，そういうとこにもあるんだって，すごく思えて，それが在宅へ帰る安心材料にもなるんだなっていうふうに思えた」（浜松地域，連携・退院支援担当看護師 1）

多くの参加者は，患者の退院後に在宅チームから病院へのフィードバックあることの価値や，病院と在宅チームで振り返りの機会をもつことの意義に言及した。参加者は，フィードバックや振り返りにより，在宅で過ごす患者・家族の様子を知り，「自信がもてる」「癒しや励み，心の整理につながる」「次にどうすればよいかの気づきにつながる」などと述べた。さらにデスカンファレスを体験した参加者は，医療福祉従事者が「互いに理解し合える」「つながりの場となる」ことを述べた。きっかけとして，プロジェクト以前にはなかったフィードバックや振り返りの構造がつくられたこと，実践の中で重要性を認識したことが挙げられた。

「退院後のおうちでの療養生活っていうのを返してくれる先生がいらして。訪問看護ステーションでも，サマリー形式で退院して 2 週間ぐらいに送ってくださったりとか，先生によっては連携室のメールに，患者さんはこんなふうに過ごしてますよとか，写真付きで返ってきたりして。それを病棟に見せたりすると，こんな表情を病院では見たことなかったとか，こんなおうちだったら帰りたかったんだろうねとか。おうちに帰って，どんなふうにしてるんですかって，尋ねられると，病院と同じように IVH（中心静脈栄養法）もしてるし，ちゃんと簡素化してしてるんだよって言って。『じゃぁ，安心ですね』っていう話が出たりします」（長崎地域，連携・退院支援担当看護師 1）

「机上の空論ではなくて，実際のところで，たとえば在宅をみてる先生たちだったり訪問看護の人たちだったりが関わってこんなふうになってるっていうところを聞いて，そうなんだっていうふうなところで合点ができたっていうところだと思うんです。亡くなった後に患者さんの家族の方から連絡をもらったり，訪問看護の方からこうだったんですよっていうふうな連絡をもらった中で，いい最期を迎えられたんだなっていうのを直接聞くことができてきたので，そこが変化なんだろうなって。今まではそういうところは全然見えてなかったのが，やってたことがよかったから反応として返ってくるんだなっていうところでの手応えは感じられるようになりましたね」（柏地域，連携・退院支援担当看護師 1）

「ケアマネジャーの立場からすると，最後の最後のところを知る機会って本当にないんですよね。もちろん後でお悔やみに行ったりとか，訪問看護師さんから評価を聞きますけれども。よかったよとか，こういうところが（改善点）ねっていうのは聞くんだけれど，カンファレンスをしていく中で，それぞれがどういうふうに関わったのかっていうことが分かったことと，こういうふうにして最期逝けたっていう，今まで聞いたことないような先生からの反応が話していく中で出てきて，よかったです。今まで看護師さんからは，こういう形で亡くなった，最期はこんなだったっていうことは聞いたけど，先生からは，こういうふうに最期を看取ったよとか，こういうふうに，こんな思いを抱いて，亡くなったんじゃないかなって思ったよとかっていうことを聞くことはなかったですから，あぁ，よかったなって思ったりとか，自分が関わったことで反省したり，よかったと思えたり，励みになったり，なんかいろいろですかね。いろいろあって，よかったとは思います」（浜松地域，介護支援専門員 2）

「デスカンファレンスをしたんですね。医療職って遠い存在だと思っていた職員が，先生とのつながりの場だったとか，アンケートに書いてくれてたんです。専門的な緩和ケアの知識をもらえたとか，モルヒネの誤解が解けましたとか，そういうサポートチームをもっと宣伝したほうがいいんじゃないかとか，お互いの役割っていうところをもう1回見直したり，職種が違うと視点とか考えとか思いが違うっていうところに，みんな気づけたようだったんですね。そこの施設で初めての看取りだったんですね。すばらしかったところもたくさんあったんですよ，その施設の職員の人がやってくれたこと。知識が足りなかったこともちろんあったけれども，でも，一生懸命やってくれてたこともあったので，そこはすごく大事なところ，家族への説明とか家族の不安を聞いてあげるとか，そういうことをちゃんとしてあげられてたんですよね。大事なところをやってくれているってお伝えしたことで安心できたみたいですね。自分たちがやったことがよかったのかっていう戸惑いがあったようだったんですね。初めて目の前で患者さんの呼吸が止まってしまったのを見た時，家族に自分は責められるんじゃないかと思ったとかね。そういう思いを教えてくれたりっていうのは，よかったかなと。促進となったかはわからないんですけど，お互いが少し役割を知って，もっとこうすればよかったっていうところの気づきはあったようでした」（鶴岡地域，緩和ケアチーム医師1）

在宅の変化

在宅の変化として，［終末期・医療依存度の高いがん患者を診療所や訪問看護ステーションなどで受け入れやすくなった］［在宅チームが患者・家族の気持ちや希望，病状を共有し，変化を予測して対応できるようになった］［訪問看護でできることが増えた］と語られた。

［終末期・医療依存度の高いがん患者を診療所や訪問看護ステーションなどで受け入れやすくなった］

在宅の変化としては，第一に［終末期・医療依存度の高いがん患者を診療所や訪問看護ステーションなどで受け入れやすくなった］ことが述べられた。例えば，OPTIM以前には受けていなかったがん患者を受け入れるようになった変化が述べられた。変化の理由としては，基本的な緩和ケアの知識・技術が向上した，専門家からの支援や入院リソースの利用が容易になった，在宅チーム内の連携が進むことで，1人のみではなくサポートが多く得られるようになったことが述べられた。

「OPTIMで学んだことを生かしていくということで，今までだったら絶対にお断りしていたような症例を，OPTIMの後ろ盾というか，OPTIMに参加しながら，そこで勉強させていただいたり，あるいは，そこで出会った方々に手伝っていただいたり教えていただいたりしながらなら，患者さんを診ていくことができるかなっていう気持ちになったことが，一番大きいことでしょうかね。OPTIM以降まったく今まで知らなかった患者さん，まったくの初診のがんの患者さんを受けるようになりました。それが一番大きなことです」（浜松地域，診療所医師3）

「ステーション全体にしても，よく話を聞くのは，以前はちょっと医療依存度の高い患者さんは，自信もなかったので受けなかったよねって。自分たちにも自信がないので，不安がありつつみてたのが，こういう患者さんでも自信を持ってみれるようになったよねっていうのは，職場の中でも話をすることですね。今までも受け入れはしていたんですけど，その見方がみんな変わったし，知識も深まったし，ツールもいっぱい使うようになったし，ちゃんと知識的なベースがあってみれるようになった。緩和ケアセミナーに，ほとんどのスタッフが参加してたんです。パートさんとか，半分ぐらいは参加できないんですけど，あと半分の人たちが参加してたので，みんなの知識が増えた。モチベーションも上がった。一番大きいのは，多分利用者さんと，ちゃんとしっかり向き合って話ができるようになったんじゃないかなと思うんです。今までは，最期をどう過ごしたいですか，いま何をしたいですか，何かできることをお手伝いしますよみたいなことも，はっきりと自信をもって言えなかったのが，話をできるようになったし，しなきゃいけないと思うようになった。利用者さんや家族の意向を，こちらからあえて聞く対応ができるようになりましたね。本当はどう考えているのかって。大体は，最後は悪くなると，病院っていうのが常だと思うんですけど。でも，実は家でもこういうことができるし，こういう最期の迎え方ができます，病院とそんなに変わりがないことができますっていうことも，ちゃんと情報提供できるようになった。だったら本当は家がいいって，そこでやっと本音が出てくるので。そういうところまでちゃんと情報提供をして，意向を聞いてっていう流れを意識できるようになったと思うんですよ」（浜松地域，訪問看護師1）

「在宅チームの中に病院さんも関わっていただいてる，それがすごく大きいのかなっていうふうには思ってます。それが実はすごく患者さんにとっても安心にもなってる。

患者さんだけでなくて，スタッフの安心にもなってる。在宅主治医はいますけれども，在宅主治医の先生も相談できる先生がいる，在宅のチームの中に病院さんが関わってくださってるっていうところでは，地域として得たものはすごく大きい」（鶴岡地域，訪問看護師 2）

参加者は，在宅療養を支えるための入院リソースやレスパイトが利用しやすくなった変化に言及した。参加者は，必要時の再入院やレスパイトについて退院時に保証されるようになり，患者・家族，さらに医療福祉従事者の安心感につながった，在宅療養を決定する後押しになった，在宅療養を継続するうえで役立った，などと述べた。きっかけとして，多職種カンファレンスで課題を共有し，その重要性が認識されるようになったことなどが挙げられた。ある地域では，緩和ケア病棟のレスパイトが利用しやすくなったことが述べられた。きっかけとして，緩和ケア病棟の利用について話し合う機会ができたこと，利用の仕方が分かったこと，医療者の緩和ケア病棟のイメージ（最期の場所）が変化したことが挙げられた。また，レスパイトを行う施設との連携があることが，利用を促進する要因となったことが述べられた。

「家族が疲れた時にちょっと，1 週間だけでも入院させてもらえないかっていうのは，元々の病院が取ってくれるようになりました。以前は病院に戻すっていうのは，在宅は白旗挙げてギブ（アップ）で，後は病院でお願いっていうことが多かったんですけど，レスパイトで 1 週間したらまた受けますからお願いっていう感じで約束することで病院も受けやすくなった。病院スタッフと在宅スタッフが顔が見え始めたからでしょうね。また一時期いったら，またみてもらえるだろうし，その一時期入院の間に，気になってた患者さんがどんなに変わったかっていうのもピックアップできるからですね」（長崎地域，診療所医師 1）

「すごい家族の方が困っていたり，症状コントロールがつかない場合もあったんで，その時のタイミングで，それもこういう機会で顔を合わせてお知り合いになって，気軽にお願いさせてもらうような関係になれたから，すごく依頼しやすかったんですね。患者さんもすぐ受け入れていただいて，自分たち医療者の評価もすごくよかったんですけど，患者さん側からの評価も，『ありがとうございました』っていう言葉をいただく機会が多かったですね。レスパイト入院っていうのは，本当によかったんじゃないかなと思います。レスパイト入院されて，帰ってこられた方々で，あそこはいやだったって言われた方はいらっしゃらないんで。在宅でみていくっていうことは，家族が本当に大変だと思いますんで，その中で休息が取れた。そして，ホスピスで専門の方々にみていただくことによって，（症状の）コントロールがついたとか，いい効果のほうが多かったんじゃないかなと思うんですね。もともと入院をいやがる方々は，家族の意思で行った時とかもありますんで，そういった方々が，果たしてよかったかっていうと，『もう行かない』と言う人もいました。ただ家族からは，100％よかったって言葉をもらっていると思います」（浜松地域，診療所看護師 1）

「レスパイトのベッドを用意できたっていうところも，非常に感謝していて，デイサービスやショートステイを使えばいいと言われて，そういうところが利用ができない，あるけど利用はできてない，受け入れてくれる施設がないんだっていうところを，多職種のカンファレンスで知ってもらって，レスパイトのベッドをホスピスが用意をしてくれるとか，各総合病院もバックベッドの確保をしてくれるとかっていうことになった。それがあるから大丈夫よ，おうちでもっていうふうに，私たちも利用者さんや家族に言ってあげる 1 つの，すごく大きな武器で，退院しちゃったら 2 度と入れてくれないような病院じゃぁ，おうちに帰っても，もう見捨てられたっていう気持ちしかなくて。気持ち的にも不安が強いままだと，在宅って結構きついんですけど，そういうときは大丈夫よ，ちゃんと受けるから，そこで診てくれるからっていうのもあって，それがあるから行かなくても大丈夫，おうちで頑張れるっていうところもある。ほんの半年なら，集中力でみんなで頑張れるのが，1 年になったり 1 年過ぎちゃったりすると，気持ちがバラバラになって疲れも出てきちゃうみたいなときに，ホスピスのベッド，レスパイト使えるよっていう話もきっかけとして出せるっていうのが，あるとないとじゃ全然（ちがう），ちょっと長引いてきて，みんなが疲れてきてる時にも，救われるものがある」（浜松地域，介護支援専門員 1）

「ホスピスでレスパイトを受けるっていうのを知って，その紹介ができるようになった。ホスピスのイメージが変わりましたね。申し訳ないですが，一般的に最期の場所というふうに，私は思っていたので。ホスピスの研修も行ったんですけども，実際に中を見せてもらって。レスパイトの枠があるのかな。1 週間ぐらい来て，泊まっていく人もいて。まだ一般的にホスピスは，最期の場所っていうイメージをもってる人が多いですけど，そうじゃないよっていうのは，ちゃんと伝えられるようになりましたね。ホスピスの研修が大きかったですね。きれいだし，料金のこともわかったし。何日か行ったことで，実際のその部屋が広く

てきれいだとか，料金も一般病棟の個室より安く入院できることとか（がわかった）」（浜松地域，訪問看護師 3）

一方，レスパイトのための入院を患者自身は希望していない場合が多く，患者自身にも入院の目的や目標をもてるようにするなどの工夫が重要であると述べられた。また，家族が患者を入院させることに対する自責感を感じる場合があり，利用の障壁となることも語られた。

「1 回目はすごくいやがってですね，『おれをここに入れて，ここで終わらせる気か』みたいなことで怒られるんです。でも，ホスピスのレスパイトは非常に利用者の評価がよくてですね，『また行ってもいいよ』って言ってくれるんですね。無理を聞いてもらって普通のショートステイに行っても，すごく満足度が低くてですね，2 度と行きたくないみたいなことを言われることが多いんですが，ホスピスに関しては，『また行ってみてもいいよ』っていうふうに言ってくれるので，レスパイトとしては非常に有効で。家族も，こんながんで末期の人なのに預けるのっていう，すごく負い目もあるんですよね。だけど，本当にもう負担でいっぱいで，血圧が 200 ぐらいになっちゃってみたいな，毎日寝てなくてみたいになっちゃっても，『お母さんじゃなきゃダメ』とか言われちゃうと，もう倒れそうになっちゃうわけで。そうは言っても，本人はなかなか不本意ってことが多くて。たとえば，足の装具を使っていた方は，装具の調整をリハビリ科でしてくれるとか言うと，1 つメリットがあって，だったら行ってもいいとかね。痛みのコントロールをし直すとかですね，ポイントは何かね，その人にもいいことがあるという（こと）。ただただ家族のため，みんなが疲れてんだから，あんた行きなさいって言うと，自分にメリットはないわけなので，利用者としては，なんで，今このときに，おれがこんなとこへ行かなきゃいけないんだっていう話で，非常に不満なわけですね」（浜松地域，介護支援専門員 1）

［在宅チームが患者・家族の気持ちや希望，病状を共有し，変化を予測して対応できるようになった］

参加者は，［在宅チームが患者・家族の気持ちや希望，病状を共有し，変化を予測して対応できるようになった］変化を述べた。変化のきっかけとしては，基本的な緩和ケアの知識や技術の向上に加えて，カンファレンスやサマリーなど患者の状態を知るための情報交換が容易になったこと，在宅チーム内の多職種間の連携が進んだことが挙げられた。

「痛み止めが効かなくなったら病院に戻るという短絡的なところが，退院前に主治医に，『痛みが強くなる可能性がありますか』と。『もしあるようでしたら，それは病院に戻ってこなければコントロールができないですか。それとも，そのときのために，指示を今，退院前にいただけますか』みたいな，医師への働きかけがちょっとずつできるようになったんですね。それは一面ですけれども。そうすることで退院の時に許されるだけの包括的な痛み止めのコントロールの量の指示をいただけるようになって，そうすると在宅にいる時間って広がりますよね。今まで（病院に）帰らなければ麻薬の調整ができなかったのが，私たちの判断で医師に報告しながら指示を変更することができて，より長く在宅に利用者さんがいれるようになった。それがまず私たちの知識を帯びて変わったことだと思ってます」（浜松地域，訪問看護師 5）

「病状は何となく分かっていても，何が起こりうるのか，どれぐらいの期間で変化が起こりうるのかっていうところまでは，情報はなかなか取れずに，何となくその場の経験で対応していたんですね。なので，対応が後手後手にまわってみたり，時間外にどこにかけたらいいのかっていうのが，ちゃんと確かめられていなかったりして，追いつかなかったりっていうところも，かなりたくさんあった記憶があるんです。最近は，どういう病状で，何が起こり得るのか，どう対応したらいいのかっていうところまで，ちゃんと先生に聞こうというようになった。退院してくる時には，病院の窓口をちゃんと聞こうという意識づけもできたんで，スムーズだと思うんです。中には，緊急時にはこういうことが起こり得るけど，連絡をくれればいいよ，病院にきてくれればいいよっていう形になったりするんですけど，なるべく在宅で対応できるような方法を，こういう状態になったら，病院に行くしかないですけど，それまで私たちにできることはありますかと。たとえば，ちょっと酸素をさげといてくれとか，この薬を使っといてくれとか，そういう方法を聞いておけば，私たちも不安にならなくてすむし。病院に電話をしても，先生が直接対応してくれて，利用者さんの家の中で，先生と病院にいる時のように話をして，その場でちゃんと解決できたりするんですよね。だから緊急時の対応っていうのはかなり変わったと思います」（浜松地域，訪問看護師 1）

在宅チームでは，患者・家族の気持ちや希望，病状を共有するためのやりとりや集まりがもてるようになったことが語られた。

「つながってない時は，みんなが 1 人で考え込んでるっていうところがあったけど，相談しながらできるっていうところがいいなと思いますね。それまで，訪問の看護師さんも悩んでるだろうし，ケアマネはケアマネでどうしようかなと思うし，みんなバラバラでやっていたのが，それとなく，それぞれがどうしようかって，そろそろねっていう話を，つながってできるようになった。1 人で考え込んで，後からこれでよかったのかって悩むことも多いので，それよりも，みんなで考えて，じゃぁ，誰から，こういうふうに言ってみる。そのあと私が行く時，こんなふうに言ってみる。どんな具合か，こっちも訪問した時に聞いてみるっていうふうにできると，すごくつながりがよくなりますね。特に，ケアマネは医療職ではないんで，どういう話をしたっていうのを聞いておくと，話がスムーズにいく。もともと訪問看護とはつきあいは多いんですけど，緩和ケアの勉強会で一緒になってからは，特にそういう話がしやすくなったっていうところもありますね」（浜松地域，介護支援専門員 1）

「看取りの時期に入ってくると，ケアマネジャーだけじゃなくて訪問看護だったり，ヘルパーさんだったり，先生だったりとかって，関わりが深ければ情報が出てくるので，ケースによっては，主治医を交えたカンファレンスを自宅で，カンファレンスっていうと言葉はおかしいですけれど，『ちょっと集まろうか』って言って集まって，『奥さん，どう思ってるの』とか，『本人はどうしたいの』っていうふうなことをお話し合いさせてもらって，じゃぁ，もうちょっとうちで頑張ろうかとか，じゃあやっぱり，そろそろ病院に紹介して，病院に行こうかとかっていうことがあったケースもあります。先生たちとか訪看と関係性が取れてれば，必然的にやれたことだと思います。今まで OPTIM がなかったら，そこまでそう関係が取れなくて，やらなかったかもしれないですね」（浜松地域，介護支援専門員 2）

［訪問看護でできることが増えた］

参加者は，訪問看護師が緩和ケアの知識・技術をもつことで，患者が自宅で過ごせる範囲が広がったことを述べた。ある参加者は，包括指示で動けることが訪問看護の可能性を広げ，患者が自宅で過ごすことに貢献したと述べた。

「いま調整すればまだいられるっていう，その壁を越えるのって結構大変だったんです。OPTIM から勉強会で，包括的な指示をもらうといいよって，今ない症状でも，お薬があったほうがいいよとかっていうのはいっぱいみんな聞いてる。退院支援看護師講義の席で認定看護師さんたちにいられるよって言えるんですよね。今はこういう指示しかないけれども，退院の時に考えられる症状の変化に対応するお薬を，もっと出してもらって，そこの指示までもらえると，家に長くいられるよ。場合によっては，こういう調整をすれば最期までみれるよって」（浜松地域，訪問看護師 5）

アウトカムの変化

自宅で過ごす患者数の増加［自宅で過ごせる患者が増えた］のみならず，時期や迅速な移行について［いい時期にスムーズに在宅移行ができるようになった］ことがアウトカムの変化として語られた。

［いい時期にスムーズに在宅移行ができるようになった］

参加者は，全体的には，紹介が早くなり，いい時期に在宅移行ができるようになった，あるいは，時間がない時でもスムーズに調整ができるようになった変化に言及した。きっかけとして，療養場所の希望について話し合えるようになったこと，在宅で過ごすための支援が充実してきたこと，病院と在宅チームの連携が進んだこと，フィードバックや振り返りの機会が増えたこと，経験が増えたことなどが挙げられた。看護師の役割意識の向上や，看護師と多職種の連携が進んだことを挙げたものもあった。

「紹介の時期はですね，こういう OPTIM に参加したりしてる（がん診療連携）拠点病院からは早くなってきました。参加してない病院からは相変わらずかなり重症になってから出してくる。『あと数日なんだけど』っていうふうに，いまだそこは変わってないですね。だから，僕は OPTIM の効果は十分あったと思いますね。早く帰すっていう意味でも，最期の療養の場所はどこに，どうしましょうかっていう問いかけがある程度でき始めたかなっていう感じですね」（長崎地域，診療所医師 1）

「病院にいたらよくなるものではないって分かっているからこそ，少しでも家でいい時間が過ごせたのがよかったですって，早く帰ったことで在宅の方との関係性も築けて，最後は病院に来るっておっしゃっていた方が，自宅看取りに変わるケースが多くなったんです。あまり短い期間で帰すと，慣れた病院でと戻ってこられることが多かったんですが，少しでも猶予があると，在宅の人と人間関係ができた上で看取りに至るというところがあるので，そういう部分でも自宅看取りが増えた。前向きな意味で，自宅で看取

ってあげたいって思っていた患者さんのご家族の思いが実現したっていうのが大きいのかなと思います。

病棟の看護師も計画的に指導を進めたというのもあるんですが，どこまで準備をしたらいいかっていうすりあわせを在宅の人とできるようになった，すりあわせが早くなったっていうのが大きいのかなと思うんです。特に医療的なところに看護の面が入っていないと，そこのすりあわせってなかなかできないんですけど，病棟側と私たちとで検討して，看護師がうまく協働したことで，ここは先に聞いておいたほうがいいだろうというふうになった。顔が見える関係であるからこそというのもあるし，顔が見えなくても同じ看護師だから必要性を早めにピックアップして，手技が複雑であればあるほど早めに，打診した時点で相談をしましょうっていうふうにはなってきたのかなと思います。

すごく医療処置が多くて，かなり難しいケースがあって，私が訪問看護師さんと退院後もやりとりをしました。すごく病棟が悩んだケースだったので，訪問看護師さんにも来ていただいて一緒にデスカンファレンスをした時に，事前にこちらにも相談してもらえれば，こういうふうに提案ができたよとか，事前に相談してもいいというのを在宅側から教えてもらって，そうなんだっていうことに気づけたので，それは生の声を病棟のスタッフも聞いたからこそ，今度の時はこうしようねっていうふうに意識が変わったのかなと。直接聞けたのが大きかったのかなと」（柏地域，退院支援・連携担当看護師 2）

一方，ある参加者は，がん患者とその家族が療養場所を決定することの難しさを知った体験を述べ，状況が理解でき，経験知が増えてきたことで，時間が限られていてもスムーズに対応できるようになった変化に言及した。

「いろんなカンファレンスを重ねていく中で，一生懸命病棟は病棟で動いてくれてたんだということが分かるようになってからは，紹介されたタイミングが帰るタイミングで，家族が納得できるタイミングで，それで私たち側がどう動けばの話だけなんだっていうことが分かるようになったので，そんなに不満から入らない，『明日帰るよ』って言われても，『はーい』みたいなふうに受け止められるようになった。いろいろやっていけば，明日でも明後日でも帰るっていわれても帰れるんだなっていうのが，経験知として積み重なってきているので，今はもう全然平気です，急に言われても」（浜松地域，介護支援専門員 2）

訪問看護師は，「早めの紹介」があることで，患者・家族との信頼関係を構築し，より良いケアができるようになった変化を述べた。一方，早めに関わる難しさに言及したものもあった。

「こちらのほうも余裕をもって関わる。時間が長い分だけ，その人との信頼関係もそうですけれども，状況を把握できるようになったかなっていうふうには思います。状態がかなり悪くて退院された方に関しては，どこまで家族の方に満足してもらえる関わりができたかっていうと，精神的なサポートまでは恐らくできなかったんじゃないかなって。2〜3 日っていう短期間で，すごく信頼関係ができてっていうのは，自分が逆の立場としても難しいと思うので，そのへんではお互いに理解できるようになっている。早めに紹介していただければ，そういう時間が取れる，ご本人が何を望んでいらっしゃるかとか，ご家族が何を望んでいらっしゃるかとか」（鶴岡地域，訪問看護師 2）

「短い期間でしか依頼が来なかったりすると，それは難しいということにも必然的になってしまうので，なるべく早めに，ちょっと落ち着いてる状態の時から，ステーションに関わらせてくださいという形で，ほかのチームの人たち，病院のスタッフの人たちにも話ができるようになった。かといって難しいんですけどね。利用者さんたちがまだ元気なのに，なんで，まだそんなのいらないって思われがちですし，私たちが入ったというだけでも，自分たちはやっぱり悪いんじゃないかって，そっちのイメージのほうが先行してしまうので難しいんだろうなと思うんですけど。アプローチの仕方を，もう少し考えなきゃいけないんだと思うんです」（浜松地域，訪問看護師 1）

［自宅で過ごせる患者が増えた］

多くの参加者は，「最期まで自宅で過ごせる患者が増えた」「ぎりぎりまで自宅で過ごせる患者が増えた」などと，自宅で過ごすことを希望する患者のサポートが充実し，［自宅で過ごせる患者が増えた］変化に言及した。

「具合が悪くなって病院に入院すると，そのまま最後までおられる方も多いんですが，病院のサポートがあると，一回具合が悪くて症状コントロールで入院してもまた戻ってくる。状態が変化して入院して，最後亡くなるまでの期間が，介入のあった方と介入のない方で比較すると短い。ギリギリまで，できる限り在宅で過ごしてるかなっていうところが，数字のところで見ても出てきてると思います。病院が退院支援・調整で関わるようになってきたっていうところがあると思いますし，レスパイトのベッドも確保はしていただいていますが，変化があった時にはすぐに受け

入れてくれるっていうバックベッドの体制も，以前に比べたら整えて対応してくれるようになった。症状のコントロールについても，ある程度病院でコントロールして帰れたり，在宅の先生も 1 回受けてくれると，退院する時に多少医療的な処置が多くなっても，受け入れてくれる。病院側も今まで帰せなかった方，ずっと病院にいたであろう方を受け入れてくださるっていうところで，サポート体制を取ってくれる。緩和ケアの先生がいて，きちんと症状のコントロールやコンサルテーション的な機能で助言してくださるっていう専門的な知識のサポートがないと，まず無理，難しいと思います」（鶴岡地域，訪問看護師 1）

「在宅で最期まで過ごせる人たちも増えているのかなというふうに思いますね。それは単に時代の流れだけではなくて，この OPTIM のプロジェクトがあったことで増えた割合は大きいのかなというふうには思います。在宅をみようって思うドクターや訪問看護師さんが増えたっていうのは，もう何よりも大きいんじゃないかと思います。今まで 24 時間対応で診てもらえる開業医の先生っていうのが，ほとんどいなかったと思うんですけど，ここ数年でそういう先生が増えてきたということと，この OPTIM に参加することで，たくさんではなくても，少しの患者さんだったら診れるんじゃないかというふうに思われて，具体的に実際に診始められた先生たちもおられるので。がんの患者さんを最後まで診たことがなかった先生たちが，OPTIM が始まってから，初めて自宅で看取ったりされてますので，がんの患者さんを看取ることが，そんなに難しいことではないんだということが分かってもらえたっていうところもあるんじゃないかと思います」（浜松地域，緩和ケア病棟医師 1）

「在宅に移行する患者さんの数が目に見えて増えてますもんね。病院死よりも在宅死っていう方が増えてるっていう実感を感じるからですかね，数字として。（がん診療連携）拠点病院のカンファレンスに在宅の開業医の先生方が参加することによって，この方は帰れますよっていうようなところをきちんと伝えていただいて，在宅でも在宅向けのアレンジをしながら，病院に近い医療が提供できるし環境は整えられるんですよというのを深めていただいた結果だと思いますね」（長崎地域，介護支援専門員 1）

【緩和ケアの知識・技術，認識，実践が向上した】

【緩和ケアの知識・技術，認識，実践が向上した】とは，緩和ケアの知識や技術，緩和ケア専門家および多職種のサポートが増え，患者をトータルにチームでみていくようになったことを指す。

具体的には，［緩和ケアの知識・技術・実践が向上した］［緩和ケアが終末期だけのものではなく，どの時期にもすべての人に提供される普遍的なものと思うようになった］［緩和ケア専門家からのサポートが増えた］［全人的医療とチーム医療を意識するようになった］［緩和ケアの経験が増えた］と述べられた。多くの参加者は緩和ケアに対する認識や実践の変化を述べた。

変化のきっかけとしては，①地域で共通のマニュアル・ツール，②緩和ケアについてのセミナー（講義，事例検討，ロールプレイなど），③緩和ケア専門家と一緒に患者をみる機会（緩和ケアチームやアウトリーチプログラムなど），④緩和ケアの経験が増え，患者・家族の生の声を聞いたこと，が挙げられた。ここでもまた，緩和ケアの知識・技術の向上のきっかけとして緩和ケアのリソースやシステムが整備されたことのみではなく，医療福祉従事者間のコミュニケーションや連携が進んだこと【つながりができ，ネットワークが広がった】が重要な要因として挙げられた。想定される患者への影響として，「適切な緩和ケアの提供」「早期からの（必要な患者への時期に関わらない）緩和ケアの提供」「専門家による緩和ケアの提供」を通じて，患者の quality of life を向上させることが想定された。

［緩和ケアの知識・技術・実践が向上した］

参加者は，緩和ケアの知識・技術，経験，サポートが増え，認識や実践が向上した体験をさまざまなかたちで述べた。系統的な緩和ケアの教育がなされてこなかった経緯から，プロジェクト以前に系統立てて学ぶ機会が少なく，プロジェクトにより最新の根拠に基づいた，実践的な知識・技術を得た体験が述べられた。緩和ケアの知識・技術を得た体験，実践の変化に結びついた体験など，さまざまな学習レベルの変化が語られた。単に知識や技術の習得のみでは実践の変化に結びつくことは難しく，得た知識・技術を「実際に行ってみて，体験する」環境があり，「こうやってみるといい」と具体的に診療やケアをイメージできる緩和ケア専門家のモデルがあることの重要性に言及したものもあった。

地域で共通のマニュアルやツールの効果について述べたものも多く，地域共通のマニュアルやツールは，

医療福祉従事者の知識の獲得のみならず，地域での共通言語となることで医療福祉従事者間のコミュニケーションの促進に貢献したと述べられた。本プロジェクトで作成されたマニュアルは，「持ち運びが容易でその場で確認や振り返りができる」「内容が網羅されており具体的，実践的である」「端的にまとめられていて分かりやすい」「スタンダードとして使用でき共通認識がもてる」などと述べられ，病院，在宅を問わず，広く配布，活用されたことが語られた。逆に，教育や実践が進んでいると考えられる緩和ケア病棟では，活用する頻度が低かったことが述べられた。

ツールの中では，看取りのパンフレット，医療用麻薬の導入に関するパンフレットが主に活用されたことが述べられた。ツールが十分に活用できなかった場合は，理由として，既存のツールの存在，時間的な制約，対象に適用できない内容が含まれている場合には不安の要因となることなどが挙げられた。また，ある参加者は，ツールを実践で活用するためには，背景知識が必要であること（ツールがあったからといってそのまま利用できるわけではなく，自分自身の知識を整理する必要があること）に言及した。さらに，ツールは万能ではなく，ケアの中の一部として，あるいは補足するものとして活用する重要性に触れた体験も語られた。患者・家族向けのツールとして開発されたものが，医療福祉従事者の学習ツールともなった体験を多くの参加者が述べた。

「そもそも系統だった緩和（ケア）や麻薬の使い方に関する知識とかっていうのはなかったっていうより，あんまり経験してなかったんで，分からなかったんですよね。だから，今までは見よう見まねみたいなところがあって，ある程度は自己判断的なところを中心に治療も展開してたけれども，セミナーに参加することで，事細かな状況の説明が，毎回毎回やられたので，自分にとってはためにはなったっていうふうに思っております。そういう書物やなんかもあることはあるんでしょうけども，実際に講義っていう形であったので，それがよかったんじゃないかなっていうふうに思いますけどもね。割と実践的なことに役立つようなテーマを毎回毎回決めてくださってやってたので，取っつきやすかったっていうメリットはありましたよね」（鶴岡地域，診療所医師 1）

「コミュニケーションもそうですし，せん妄もそうですし，なかなか自分たちだけで勉強するっていうふうにはなり得ないし，外に出る研修ってお金は随分かかるので。きちんと計画を立ててやってくれている。アンケートなんかとりながら，自分たちがどこが弱いのかっていうのがみえたのかなっていうふうには思います。そういう研修の場に参加できるっていうのは，かなりのメリットかなと思います。経験したことが，やっぱりそれはせん妄だったんだっていう裏付けができた。そうだったんじゃないかなっていうのが，きちんと理解できた。次に，これはこうだよって説明できるっていうふうに思います」（鶴岡地域，訪問看護師 4）

「がん患者さんの心理過程だったり，対応の仕方とかっていうところは，病院の中でいろんな資料があったり，（緩和ケア）チームの先生や看護師がいるっていうところで，話に聞く機会はあったり，『フンフン』っていうふうに，ちょっと聞きかじっている部分っていうのがたくさんあったんですが，それをもう少し具体的に，実際の患者さんに当てはめて考えてみたときに，落とし込むっていうんですかね，自分の中に落ちるというか，そういうようなことが体験できたような感じがしますね。今までは本で読んだり，いろんな人の講義を聞いたりしても，なかなか具体化されなかったことが，セミナーで，実際の場面（設定）で話をしたり，関わっている人が事例を挙げながら，実際にやってきたこととか，その根本になっていることを，かみ砕きながら説明してくれたことで，やっと自分の中でそれを使いこなせるだけの知識になったかなって思える時も。完全にできるようになったとは言わないけれど，何もなかった時に比べたら，少し前進したかなっていうふうには思っています」（浜松地域，病院看護師 1）

「スピリチュアルケアなんかもそうだと思うんですけれども，私たちが勉強しなければ自分の無力感であるとか，あるいは心情的な問題として片付けられてしまうような個人的な問題を，個人的な問題ではなくて，緩和ケアという非常にぴっちりとした構造的な中で捉えて，学問あるいは医療としてきちんとその構造の中で，その道筋を示してくれたっていうことがOPTIMに参加してとにかく一番役に立ったことですね。具体的な方策として，あるいは，そのスキルとして落ち着きどころをある程度学ばせてもらえたっていうことがとても大きなことでしたし，何度も緩和ケアの（資料）をなめるように読む，読んでもすぐまた忘れちゃうので，また読んで。また読むんだけれども，患者さんと別の会話になる，それで帰ってきてまた読んで，うーん，これでうまくいかなかったぞ。じゃぁ，どこどこみたいな感じで見ていくっていう，そういうよりどころっていうか，道しるべに，非常になっています」（浜松地域，診療所医師 3）

「今まで呼吸苦で麻薬を使ってなかったんですよ，うちの内科は。それが効くっていうところが今ものすごく浸透してるので，呼吸苦に麻薬を使うのはもう当たり前になってます。それはものすごい変化かなと思います。チームのラウンドと，勉強会。講演会に医師が出ることはあまりないので，看護師の知識と，後はホスピスの先生が来た時に話が出たりするので，その学習会と，実際本当にやってよくなってる人がいるので，経験しながら医師が変わったっていうのはあると思うんです。

看護師が知識をもったっていうところが強いと思います。又聞きでこうなんだよじゃなくって，ちゃんと学習して，効果があるっていうところがあったり，パンフレットがものすごく分かりやすく書いてあるので，『息切れ，息苦しさに困ったとき』っていうところを，患者じゃなくて医師に見せたりしながら使ったこともあります。視覚的にも，こんなん出てるんだよとか，『ステップ緩和ケア』に呼吸困難が出てる時の麻薬（の使用について）も載ってますので，言葉だけじゃなくて実際の視覚で，こういうふうに使えるんですよっていう形でもっていける。学習会に出ただけじゃなくて，資料があるところは大きく違うと思います」（浜松地域，連携・退院支援担当看護師 3）

「『ステップ緩和ケア』とか，ツールを病棟も同じ外来も同じというふうに配布しました。気がついたことを提示することで，こんなやり方もあるよと，ツールを共通にするということでうまくコミュニケーションが取れた気がします。この人は今この状態のような気がするんだけれどもどうだろうか。そうすると看護師側，ほかの人の目で，こっちかなっていうふうな，そんなコミュニケーションがあったりしました。ドクターに提示する場合にも，こんなやり方があるっていうふうに，口頭で言うよりもツールを示しながらやりました。非常にコミュニケーションには役立ったと思います」（柏地域，病院薬剤師 4）

「ほかの病院から紹介された患者さんなんかでも，今までだと鎮痛補助薬とかは，なかなか使えなかったと思うんですけど，紹介されてこちらに来られる時には，鎮痛補助薬がオピオイドに加えて入っていたりというところでは，たとえば『ステップ緩和ケア』が役に立って，緩和ケアっていうものが別に特殊なものではなくて，今いる病院でももう提供されているんだなっていうことを実感したりというのはありますね。ほかの機関でも，今までだと特殊な薬って思われていたものが，一般の先生たちも割と普通に出したりとか，そういうところはあるのかなというふうには思いますね」（浜松地域，緩和ケア病棟医師 1）

「心のほうもそうですけど，いろんな症状が皆さん出てきて，それに対して，どういう対応を取るべきなのか。普通の病気に対する対応とちょっと違う対応の仕方とかもあるもんですから，そういう知識っていうのは，このOPTIM に出て，いろいろ得てるっていう部分はありますね。冊子みたいな配布してもらったのを読んだりとか，あとは，患者さんを紹介してもらった時に相談して，こういう方法とか，薬の量はこういうふうにしたほうがより良いんじゃないかとかいうアドバイスとかをもらったり，メールとか書面でもらったりすることを実践させてもらうと，やっぱり状態が良くなるというか，苦しみから解放される部分が，もう目に見えて分かる症例を何例かみせてもらっているもんですから，そうなんだっていうことが分かって。似たような状態になった時には，前そういえばこういうことをやったなっていうことをやらせてもらうと，やはりよかったりするっていうこともあるので，そういうことで，緩和っていうことをできてきている部分はある」（浜松地域，診療所医師 1）

「患者さんをみるケースが多かったり，緩和チームとか，講義とかでやっているような内容のアセスメントを実際のカルテで当てはめてみてるところもある。そうすると，最初は猿まねぐらいから始まって，だんだんそれが自分の中で意味づけができていく。今この人がやっている疼痛コントロールっていうのはこの段階なんだ。じゃあ，この段階だから，どのへんを目標にしているか確認をしなきゃいけないなとか，本人のニーズに合っている調整なのかとか」（浜松地域，病院看護師 1）

「（看取りのパンフレットは）しっかり調査，研究された内容をベースに作られているということですね。数字が必要なところは，しっかり数字が。具体的に書くべきところは，実際に患者さんとかご家族が，こういうふうに言われてるということをちゃんとベースに作られているので，非常に役に立つんですね。後から，『あのパンフレットに書いてあった通りでしたね』とか，『本当に言われたようになりました』とか，大抵とても役に立ったという声が多かったですね。ちゃんとホスピスでアンケートがされていると思いますが，それを別として個人的な経験としても，とても役に立ったという声を，後から聞くことはありました。安心感につながる。患者さんのご家族にしてみたら，大抵の方は，家族を亡くすのは，看取るのは，初めての人が多いので，もちろんせん妄とか喘鳴とかも初めて経験することですよね。これまでの医療だと，そういう説明ってあんまりちゃんとしてこなかったですよね。こういう説明をちゃんとされると，ひょっとしてそういうことが起きるかもっていうことを，ある程度ご家族の中で頭においてるでし

ょうし，実際に起きた時も，これはあそこに書いてあったことだなとか，そういう先のことがある程度予測ができるっていうのは，側についてる家族にとっては，とても安心できることですよね。すごく特別なことが起きたわけではなくて，多くの患者さんではこういったことが起きるという，事前にそういうことを知ってるわけですから，側でみてる家族としては，落ちついてみることができるんですね」（浜松地域，緩和ケア病棟医師 3）

「（看取りのパンフレットは）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んだなっていうのも分かる。自分たちのチェックリストにもなる」（浜松地域，訪問看護師 1）

[緩和ケアが終末期だけのものではなく，どの時期にもすべての人に提供される普遍的なものと思うようになった]

参加者は，緩和ケアは終末期だけのものではないことを理解し，その本質は誰にでも提供される普遍的なものと思うようになった変化を述べた。あるものは終末期だけのものではなくて早期でも適用可能なことを述べ，あるものはがん患者だけではなくすべての患者に当てはまることを述べた。医療福祉従事者が緩和ケアについての正しい認識をもったことで，患者へのケアが変化したと述べられた。

変化のきっかけとしては，緩和ケアについて学ぶ機会が増えたこと，経験が増えたことなどが挙げられた。

「ここでがんがみつかって，病院に送り出してから途中で患者さんたちが相談に来るっていうことは非常に多いので，そのときに話す内容は確かに変わりました。末期っていうイメージがありましたけれども，そうじゃないんだということで，早くから苦しくなくていいんだよっていうことを患者さんに紹介してあげられるっていうことは，すごく違ったことですね。緩和ケアに対するイメージ自身が私の中でも変わったと思います」（浜松地域，診療所医師 3）

「緩和ケアに対してのイメージは少し変わったかなっていうのはあります。私もどちらかというと，本当に最後のターミナルステージの方に対してのものっていう認識があったんですけれど，そうでもなくて，治療中の苦痛の緩和だったりとか，緩和ケアの勉強をすることによって，私自身の緩和ケアに対する知識が広がったなっていうのはあります。情報として得られるものが多くなったっていうのはあると思います。実際に相談の窓口にこられる方の割合としては，ターミナルステージの方が多いですけれど，リンクスタッフ（の勉強会）とか症例検討会の時に話題に上がる患者さんって必ずしもそういうケースばかりではなくて，治療中の患者さんだったりっていうのがあるので，今まで対応したことがないような患者さんのケースとかの話を聞くことによって広がっていったのかなと思います。治療中に緩和ケアを受けるっていうイメージがなかった患者さんにお話ができるようになった印象はありますね。治療中に感じている苦痛を軽減する方法があるっていう情報発信ができるようになったかなと思います」（柏地域，医療ソーシャルワーカー2）

「今まで在宅でがんの患者さんも高齢者の看取りもやってきましたけれども，やってることの意味づけが分かった。それを緩和ケアと呼ぶんだ。だったら私たちもやってたわとか，いい緩和ケアではないけれども，私たちのやってることを緩和ケアと呼ぶんだなと。最初に思いました。緩和ケアって学んでないと，すごく難しくて勉強しなければいけなくて，取っつきにくくて専門性が高くて，そういう領域じゃないかなっていうイメージがあったのが，出てみて具体的にどういうことをやっているのか整理がされていって，取り組みやすくなったっていうのが，まず最初ですよね」（浜松地域，訪問看護師 5）

「緩和医療を難しく考えなくなったんだと思います，恐らく。だれでもできるし，力を合わせればなんかできるしっていうふうに。緩和医療っていうと，もう最後の最後の看取りっていうイメージが完全にスタッフの中では崩れて，みんなが力を合わせれば今すぐにも簡単にできるというふうに。肩の力を抜いて，本当にリラックスをして，ふだんの医療としての緩和医療，緩和ケアっていうのが，多分体感でき始めたんだと思うんですね」（長崎地域，緩和ケアチーム医師 1）

「皆さんいろいろなお勉強をした中で，緩和ケアってさほど重くないっていうか，精神的に重くないということが，いろんな知識の中から分かってきて受容できるようになったのかなという気はするんです。それが一番大きな変化かな，と思うんですね。知識が豊富になってきたことと，サポート組がいっぱいある。看護師さんとお医者さんだけではなくて，コメディカルの人たちも，皆さんがサポートしていってくれる。外部の人間もサポートしてくれるっていう，そういう強み，そういうことが出てきたのかなっていう気はするんですね」（柏地域，施設看護師 1）

［緩和ケア専門家からのサポートが増えた］

参加者は，［緩和ケア専門家からのサポートが増えた］ことを述べた。その理由として，「緩和ケア専門家がいること」と，「話す機会があること」（人となりを知り親近感を感じるようになった，定期的に顔を合わせる機会があったなど）を述べた。

実際に緩和ケアチームは苦痛緩和に役立ったこと，緩和ケア専門家の技術が向上したこと，緩和ケア専門家で話し合う枠組みができたことが挙げられた。ある参加者は，地域で緩和ケアを行っていくうえで，地域の医師たちのニードを知り，ニードに応えていくように努めたと述べた。

「やっぱり全然違いますよね。外に緩和ケアの人たちが出てきてくれて，一緒にその患者さんのとこに訪問もしてくれて，一緒に考えることができるんですよね。その場でいろんなことが解決できる，高度な知識と技術で。患者さんたちも喜んでる人たちがいっぱいいるみたいだし。『またきてほしい』って言ってる人もいるみたいだし。だから，緩和ケアチームとなじみになったスタッフたちにとっては，相談しやすいですしね。ちょっと困ったことでも，すぐ聞くことができる」（浜松地域，訪問看護師 1）

「コメディカルも，どういう医療の内容で，どういう緩和ケアを今やっているのかっていうあたりが，分かりやすくなりましたよね。理解がしやすくなったっていうところでよかったなと思いますね。ステロイドの使い方っていうのは，すごく微妙なんですけど，すごいなって思ったところがあって，うまくいくと，長い期間ではないけれども，すごく活力が出る。やりたいことがちゃんとその時にやれるとかですね，タイミングがよくて，そういう薬をうまく組み合わせられると，すごい良い時間を過ごせるというようなことが，勉強と，このセミナーと，アウトリーチで，実際に薬を使ってみてもらって，その後の経過を見させてもらった結果，非常に（よく分かった）。セミナーで勉強したのを，実際にアウトリーチで相談して，そのあと診療所の先生が，『使ってみてよかった』っていう評価が出たっていうあたりがなんかね，頭で勉強したのと実習でできたのと，両方で納得いきました」（浜松地域，介護支援専門員 1）

「分からないところはがんセンター（の医師）に連絡をして，お聞きして，どう対応したらいいかとかですね。これに参加してからですよね。それまでは何となく聞きにくいっていうことがありましたもんね。紹介がいろんなとこからくるんですよね。全然関係ないとこに聞くっていうのは難しいですよね。顔の見えるつきあいが少しできたっていうことじゃないでしょうかね。一番の大きな要因は，一堂に集まっていろいろと議論したり話したりするっていうことが非常に良かったんじゃないかっていう気はしますけどね。1 回か 2 回の会合じゃなくて，ズーッとやりましたよね。長い間やってましたので，大体あの人はどういう人かななんてことも分かるし，そういう点では非常に勉強になりますよね。回を重ねたっていうのは非常に大事だと思うんですけどね。1 回や 2 回じゃなかなかうまくいかないことが多いからね」（柏地域，診療所医師 2）

「がんセンターが身近に感じられるようになったと思います。勉強会とかで，がんセンターの師長さんたちも講義をしてくださったり，そこでこういう方をご紹介する時はどうしたらいいですかとか，待たずにみてもらうにはどうしたらいいですかとか，ちょっとしたアイデアとか，雑談の中で，そんなに敷居は高くないよっていうのを教えてもらえたっていうか，ぜひ私たちも力になれたら力になりたいみたいなことをおっしゃっていただくと，みんな思いは一緒なんだなと思って。ハード面ではなくて，そういう思いは一緒だから，患者さんのためにと思ったら，お互いの情報交換っていうのは積極的にやっていいんだなっていうようなのを感じましたね」（柏地域，病院看護師 2）

「外来もなんかあるんですよね，緩和ケア外来って最近，前になかったのができてるので，そこに患者さんを紹介したりとかもあるし，それはすごく助かってると思います，先生方も。専門家っていうのはすごい先生も安心してるんでしょうね。助かってると思いますね。相談できるのが，すごくいいみたいですね。診療所の先生も，相談できる」（鶴岡地域，病院事務職 1）

院内緩和ケアチームの活動に言及したものは，活用された理由として，リソースやシステムが整備されたこと，緩和ケア専門家としてのスキルをもつようになったこと，活用されるための工夫がなされたこと，有用性があったことを挙げた。

「緩和の人に相談するとか，がんの患者さん以外の痛みであれば，ペインの先生もいるので，苦痛を取ろうっていうふうな意識に先生方も変わったんじゃないかなと。苦痛を放置するっていうようなことも，もしかしたら減ったのかもしれないと。そういうリソースが病院の中にあるっていうことが徐々に多分知られていったのかなと思います。もちろんこの OPTIM のこともあったと思うんですけれど

も緩和ケアチームの看護師とかもキーになって，何とかできないのかっていう意識をもってくれたっていうのもあるかもしれないです。徐々に役割っていうのが皆さんに伝わったのかもしれないです。専門で動いてる人がいるとか。私がそうですけど，ほかの看護師とか薬剤師は併任なので。そういう職種がそうやって専門的に動いて対応してくれる人ができたっていうのが，みんな少しずつ知るようになったのかもしれないです。依頼を出せばいいんだ，この用紙を出せばいいんだとか，そういう流れとかも徐々に知られるようになっていった」（鶴岡地域，緩和ケアチーム医師1）

「がんの緩和ケアの専門の先生が２人きて，結構先生方の評判がいい。患者さんはいい療養生活が過ごせてるのかなって思いますし，ご家族の声としても，あの先生から助けられたとか，いろいろ聞くので，多分関わり方が２人とも上手なんでしょう。いやだなとは１回も言われたことはないので，すごくありがたがられてると思いますね。がん緩和ケア専門医である特有の患者さんとの関わりとか，深い関わりとか，生活課題まで入っていくので」（鶴岡地域，医療ソーシャルワーカー1）

「多分僕がきた時の２年前と今と比べると，チームの信頼度は全然違うんですよね。かなり相談してくださる診療科が増えました，ここ１年で特に。それは自分の中で知識と技術がしっかり自信をもって言えるようになったことと，それをドクターが受け入れてくださるようになってきたっていうことだと思うので，それも OPTIM とかに参加して，実際に具体例を聞いたりですね。あと何より地域ですよね。モルヒネ始めたらとか，NSAIDs 抜けてるよっていう，そういうアドバイスですむものってほとんどなくて，たとえば社会的弱者で帰れなくてとか，独居で旦那さんも入院してて，本人は帰りたがってて，こんな人どうやってしたらいいのって言って。もちろん僕１人でできるわけじゃなくて，それはチームとして地域連携室につないだり医療相談室へつないだり。でも，その向こうに，渡さなければいけないケアマネさんだったり訪看さんだったりっていうのがいるわけで，そういう人たちがこう考えてるし，ここまでできるから，だから，いま院内でここまでしてから出さないといけないよとか，そこまで院内で整ってなくても，ここの開業医の先生でここの訪看だったらここまでしてくれるからもう，逆に時間がないからいま帰そうとか，その判断ができる。地域を考えた医療ができるようになってきてる。

2009 年の終わりにアンケートをとった時に，緩和チームがナースとばっかり話をして，ドクターがないがしろにされてるっていう意見が出たんですね，何人かから。反省として，今年のチームは，できるだけドクターと連絡を密に取ろうっていうのがあって，手術をやってるドクターだったらオペ日が分かるので，それ以外の時間だったり，ちょっと遅くて申し訳ないけどオペ終わってから話を聞いたりして方針の確認をしたり，こうこうこういう理由で，こういう薬を使ったらどうかなと思うんだけども，先生はどうお考えですかっていうように聞くようにしたりして。その中で多分，ドクターの意識も変わってきた。チームと少し距離を近づけて考えてくれたのかもしれないです」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 4）

ある参加者は，緩和ケアの実践的な専門研修を受けたことが，その後の臨床実践に非常に有用であったことを述べた。さらに，地域の中で求められる緩和ケア専門家としての役割にも言及した。

「世の中の緩和ケアの専門家といわれている先生たち，緩和ケア医であるとか緩和ケア病棟でこういうことをしているとか，こういう実践をしているとか，こういう面談をしているとか，こういう関わりをしているっていうのを見て，かつ，両方ともただ見るだけでなくて，主治医として関わらせてもらったり，治療の指示を出したりっていうことまで，処方とか，全部できるようにしてもらったんですよ。一番は技術の向上とか知識のところっていうのは，もうそれが私は何よりも一番です。現場をみる。その先生が同じ患者を診た時に，どういう説明をするかとか，どういう評価をするとか，そこでどういう実践がされるのかっていうところ，１日行っただけでも多分学べることは多いと思うんですが，2ヵ月 2ヵ月で違う施設に行かせてもらったのは大きかったですね。

地域の先生との関わりは，病院の中のチームのあり方と同じだと思っていて，電話で話すことを必ずしていました。手紙，紹介状とか，この地域は IT の Net4U のシステムがあるんですが，便利なんですけど，文字だけではなくて，大事な時は必ずその先生にお電話して様子を聞くとか，往診をお願いしたりする時は必ず電話で打診をするっていうことを徹底した。地域診療所の意識調査が論文になっているんですけど，地域診療所の先生の，こうしてもらいたい，病院医師にこうしてもらいたいっていうのがアンケートとインタビュー調査で出てるのがあるので，それに沿って，地域の先生はこういうふうに考えてるっていうのを意識して関わろうと心がけてきたものはあります。一緒にどうすればいいかを考える。逆に，うまくできなかった，こうすればよかったんじゃないかっていうところも，１時間ぐらい電話でしゃべった先生たちがいる。先生たちが苦手というか，嫌がるかなって思うような医療処置とかがあった場

合は，なおのこと電話で，交渉じゃないですけども，そういうようなことをやることで，何か困ったら私に言ってくれれば私が対応するっていうのを保証するっていうことですよね」（鶴岡地域，緩和ケアチーム医師 1）

[全人的医療とチーム医療を意識するようになった]

多くの参加者は「患者・家族の希望や気持ち，価値観を意識し，トータルにみるようになった」「ひとりではなくチームで患者をみていくようになった」と認識や実践の変化を述べた。特に，病院と在宅チームが 1 つのチームとして，患者をみていくようになったことは患者・家族，医療福祉従事者にとって価値ある変化であったと述べられた。

変化のきっかけとしては，緩和ケアやコミュニケーションについて学ぶ機会が増えたこと，実践の中で意義を実感する機会が増えたこと，患者・家族の生の声を聞いたこと，多職種・多施設で集まる機会ができ，気づきを得たことなどが挙げられた。

「こういう気持ちの時には，背景にはこういう心理過程があるんだと分かってくると，表面的なやり方だけじゃなくて，患者さんの気持ちをよく聞くようになって，患者さんもよく聞いてるよっていうことを感じて信頼してくれたり。アドバイスをしていく時にも，教科書的なアドバイスだけじゃなくて，その人の生活とか，その人の考えとかっていうことを尊重して，こうしてほしいんだけど，でも，ここまではできなくても，これができてればいいんじゃないっていうような，発想の転換っていうんですかね。考え方が少し切り替わったから，自分も気持ちが楽になってやりやすくなったっていう部分はありますね。患者さんに関わりやすくなったっていうのは，あります」（浜松地域，病院看護師 1）

「その人の後ろにある生活がどうなのかなっていうのを考えて服薬指導をするようになった。在宅で患者さんのお宅に行ってなければ，そこまでには至らなかったかもしれません。患者さんが楽になられるようにするにはどうするかっていうことを一番に考えて動くっていうことなんでしょうかね。そう思いだしてからが変わったのかなっていう気はしますね。大きく変わったのは，薬ありきであったところが生活ありき，生活の中に薬があってっていうふうなパラダイムシフトが起こったのが一番じゃないでしょうか。患者さんの生活を見ること，そして患者さんの生活を理解することが，受け入れられていないわれわれとしては，患者さんから受け入れていただくためにも一番の近道だったのかもしれません。患者さんを理解して，患者さんの生活を見る。生活に合わせて服薬のタイミングを考えたりできているかもしれませんね。最初は患者さんの気持ちを受け止める。それから家族の気持ちを受け止めるのが精一杯で，きちんと飲まれているのか，状況はどうなのかっていうことを把握するだけで精一杯っていう状況からスタートして，だんだん連携も取れるようになってきたし状況も分かるようになってきたら，今度は患者さんの生活を見ながら，患者さんのサイクルに合わせた服薬っていうのを心がけられるようになってきたのかもしれません。こういう講習会っていうのは非常に大きかったんだろうと思います」（長崎地域，保険薬局薬剤師 1）

参加者は，実践の中で，チームで患者をみていく意義を実感したことを語った。医療福祉従事者の認識の変化が患者・家族のケアの改善につながったことが述べられた。

「関係性が一番変わったと思います。もちろん良くなりましたね。医師だったり薬剤師だったり，ケアマネジャーだったりとかいうところと話ができるようになりましたかね。患者さんとか家族の思いを共通認識していこうという努力をしていくことによって，最終的には，いい看取りになったなって思えるケースが増えてるんだと思うんです。たとえば，訪問看護ステーションの職員たちも，以前は自分たちが抱え込んでいっぱいいっぱいで，ターミナルの方が 1 人いるとかなり大変だった。要するに，先生とかにも相談はしてるんだけど，なかなか細かいところの相談までいかないと，どうしても自分たちが頑張らなきゃと思って抱え込むじゃないですか。だけど，関係が良くなってるので，それこそ役割分担ができましたよね。薬剤師さんがやってくれるところ，医師がやってくれるところ，訪問看護がやらなきゃいけないところ，ケアマネジャーがやってくれるところって，それぞれの役割分担ができて，そこの役割に対して，懐疑心っていうのがなくなって，本当に頼っていいんだっていうのが見えてきたので，その分事業所にかかる負担が少ない中でも，いいケアができたんじゃないですか」（浜松地域，介護支援専門員 3）

「支えてくれてる人がこんなにいるのが分かって，とっても安心してますっていう言葉をよく聞くんですよね。いろんな人が同じ 1 人の人をみるっていうことの大事さとか，すばらしさっていうのを勉強させられました。1 人では無理ですよね。専門職として，その専門的な目からその人を支えていくっていうことはとても大事なことだと思うんで，

それによって患者さんが安心して，安全安楽にご自宅で過ごせるっていうことにつながるんだと思います」（長崎地域，診療所看護師 2）

参加者は，職種間のみならず，施設間，病院と在宅チーム間でも 1 つのチームとなり，継続した治療・ケアを行うようになった変化の意義に言及した。

「在宅を支える中に，入院先の病院が関わっていただくのは，すごく大きかったかなって思ってます。その後のフォローもしていただいてるのは，本当に皆さんにとって，患者さんとか家族の方だけでなくて，すべての方にとってすごく大きいことではないかなって思っています」（鶴岡地域，訪問看護師 2）

「みんなで診てますよ。この状況だから，今ここにいるんで，でも，私もそこに行くし，その状況から良くなったらこっちにきてもらうけど，向こうの先生もこっちに連絡くれますよっていうのが患者さんに伝わることによって，自分はあの先生にもこの先生にも診てもらってるんだっていう，見方になってくれていればうれしいんですけど。クレームがくることがないから，多分そう思ってくれてるとは思いますし，最期に看取る時も，家族から，『2 人の先生に診てもらって』みたいに言われるので，回されたとか，追い出されたとか，そういうふうには思われていなくてすんでいるんだなとは思いますね」（浜松地域，診療所医師 1）

ある参加者は，「情報はチームで共有することに価値があると思うようになった」変化に言及した。

「多職種カンファレンス，それから，企画ミーティングでも，地域の方たちと会うと，ちょっとしたことでも地域の方を呼んで話をしたほうがいいんだなとか，別にみんなそろって話さなくても，こんなちっちゃなことでも情報としてはあると便利なんだなとか，悪いフィードバックもあるわけですよね。うちへ帰ってやっぱりこの人はこんな杖があったらよかったとかっていうのは，すごい私しゃべったんですよ，職場で。実はあの人，こんなふうに帰ったけど，どうもやっぱりね，家に帰ってからすごくこのへんが大変だったみたいなので，リハ（ビリテーション）とかを入れとけばよかったねとか，もうちょっとうちの様子を聞いて，合う手すりをつけてあげればよかったねとか，いうこともよくしゃべりました。得てきた情報を職場に返す。しょっちゅうそういうことをやってたら，みんな変わっていきますよね」（浜松地域，病院看護師 5）

［緩和ケアの経験が増えた］

参加者は，［緩和ケアの経験が増えた］ことを述べた。プロジェクト以前には経験しなかった医療依存度の高いがん患者の診療やケアの体験が述べられた。

「ずっと治療も含めて経過を追ってとか，そういうふうな接し方はなかったわけなんですよね。なんで，これだとバックアップはするけども，主に責任を負うのは，在宅の主治医，いわゆるかかりつけ医になりますよっていうことでしょう。だから，これ（プロジェクト）を経験してからですよね，いろいろそういうのに接するようになったのは」（鶴岡地域，診療所医師 1）

「流れの中で先がみえる。先をみながら，ちょっと途中は混乱っていうか，困ったことはあるんだけれども，とにかく全体の流れをつかむことができたっていうのが，このセミナーなり，この OPTIM の全体の活動の成果だと思いますね。家で看取るっていうのはこういうことだみたいな」（浜松地域，診療所医師 3）

【自信や成長，専門職としての価値の認識につながった】

【自信や成長，専門職としての価値の認識につながった】とは，他職種・他施設との連携が進み，緩和ケアの知識・技術，サポートが増えたことにより，自信や成長，専門職としての役割・価値の認識に変化があったことを指す。参加者は，専門職として，あるいは，1 人の人間としての自分自身の変化や施設内での変化に言及した。

「これでよかったのかなとかっていうのが，ずっとあったものが，こういった（看取りの）パンフレットをいただいて，これを元に話をする。パンフレットも，いろんな専門家の方たちの意見を入れて作られているものっていうことで，自信をもって提供できるものなので，今まで看護師の個々の力量に任されてたものが，ちょっと自信をもって，正しいと思われるやり方で提供できてるっていうのはありがたく思います」（浜松地域，病院看護師 4）

「あいまいだった自分の知識が，OPTIM に参加させてもらったことによって，確立ができたみたいな，自信をもってやれるようになったっていうのは，すごく大きかったかなと思います。ほかのスタッフもそうですけど，感性でやる部分ってあるじゃないですか。その感性でやってるあいまいな部分を，OPTIM で，言葉できっちり聞いた。そ

ういうことだよねって，自分たちがやってることってそういうことだよねって，しっかり言葉として分かった。自分たちのやってることもしっかりみえてきたっていうのは，すごく大きかったと思います。スタッフなんかでも，麻薬の使い方にしても，こういうこともやるっていうのは，アウトリーチへ行った時にチョコチョコ，うちは主婦が多いので，アウトリーチぐらいしか参加できなかったんですけど。そこでやっぱり，そういう考え方だよねって。いろんな人の考え方を聞いて，自分の中で自信をもって言えるようになったっていうのは，大きかったかなと思います」（浜松地域，訪問看護師 2）

「今年やった（緩和ケアチーム）合同カンファレンスとか，去年まで（がん診療連携）拠点病院しかやってなかったね，こういうのも主催するようになったりして，すごいドキドキして，みんな一生懸命練習したんですけど。でもそれで，いろんな先生からアドバイスをもらったり，十分やれてるよっていう言葉をもらって，すごいうれしかったって。うまくいってなくて大変でつらかったんだけども，いや，それはうちでもうまくいかないよとか，十分できてると思いますよとか，自信がないうちのチームからすると，もっとベテランぽい先生たちから肯定してもらえる，そういういいところもあるって言ってもらえたことが，すごく自信とやりがいにつながってきたのかなと」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 3）

「自分の仕事って，前向きに捉えたことなかったですよね。医者を選ぶことさえ前向きでもなかったわけですよね。医者をもういろいろやってきましたけど，こういうことをやるんだとぼやっと思いながらこの診療所を開設したわけですけど，それを実際にやってみて，それで，こういうふうに評価されて，自分はこうやっていけるんだって思えたっていうことは，自分に向いてる仕事だったっていうことですかね，多分結果的に。そういう仕事に巡り会えた，それを実感できた，この 3 年間。これをもうたくさんできる年ではないので，もうこれをやっていけばいいと。やりたいことだったし，やっていっても大丈夫なんだっていう自信も与えてくれた」（柏地域，診療所医師 1）

「どうよく生きていくかっていうことを支援する視点っていうのは，ここから学んだことだと思うので，よく生きるという言い方がいいのかどうか分かんないですけど，最善，その時その人にとって，一番いい生き方を支援する姿勢っていうのは，今後ずっとケアをする人たちが学んでいかなきゃいけないことであるし，今後ももっと必要になってる」（柏地域，行政保健師 1）

「今までは多分個の質の向上を目指していたと思うんですけど，標準（的な緩和ケア）の均てん化っていうところ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，ホスピスの中の患者だけじゃなくて，院内だけではなくて，もっともっと地域にっていう役割が，専門領域で働く人間としては求められているんだなっていうことに気づいた。だから，個の質の向上ばかりに目を向けなくなったというのは，大きな変化でしたね。認定看護師としては，そういう視点が必要なんだということが，非常に具体的にわかる。私は多分これがなければ，ホスピスでずっと井の中の蛙状態でやっていたと思いますので，OPTIM のプロジェクトがあることによって，少しそういう視野を広げる機会にしていただけたというふうに感じていますが，私個人の価値観としては，非常に葛藤しています。やはり緩和ケア認定看護師として，個の質の向上ということも，もっと追求したいというものもあります。それをバランスよくっていうのは今はちょっと難しいので，本来であればバランスよく，それもこっちもっていうふうになれたらいいなという理想の姿はみえてくるようにはなりました」（浜松地域，緩和ケア病棟看護師 3）

「地域の中でも求められるものが多いじゃないですか。そういう中でいろんな面，いろんな目線，広い目線で求められることに提供できる選択肢，方法をもってないといけないなって。在宅を知ったことと，かつ，責任感と。こういう地域の中の緩和ケアの求められるものが多い立場としての責任じゃないですけど，意気込みじゃないけど，ちゃんと知ってなければ，学ばなければいけないんだなっていうふうに思いました」（浜松地域，緩和ケア病棟医師 2）

「私は立場がケアマネジャーなので，ケアマネジャーのあるべき姿っていうところをロールモデルみたいなのを提示しながら，目指すケアマネジャー像っていうのを確立して，そこに向かうための仕掛け作りと多職種の連携のための仕掛け作りっていうのは，今後も続けていく必要性があるなとは強く感じてますね。プロジェクトをきっかけに強く感じるようにはなりましたね。もともとの思いを強くしてくれたという気はしますね。成功体験をたくさんしたという実感があるからだと思いますね」（長崎地域，介護支援専門員 1）

「在宅でお薬をお渡しする時も，お薬の配達屋さんとしか思ってくれない患者さんが多くて，それは本当にもう情けない。つらいっていう感じで思っていたんです。緩和ケアっていうことに関していうと，麻薬を取り扱う。これは薬剤師の仕事じゃないかって，なんでそれをやらないのっ

て，逆にすごく私は，憤りじゃないですけど，そこで薬剤師をなんで頼ってくれないのかっていうのも，ちょっと意外だったんです。薬，じゃあ薬剤師さんって，そういう発想ができてないこと自体，薬剤師としても情けないし，周りの流れとしても情けない感じだったんですね。当たり前のこととして，薬剤師に任せてほしいっていう気持ちがあったんですが，それを，こういう場を借りて，少しでもできるようになったっていうのは，すごくよかったと思います。医療従事者とか，多分そうだったと思いますが，その患者さんのためになるとか，役に立つって本当にもううれしさを，生きがいを感じるんですよね。それができないっていうのが，すごく苦しかった」（浜松地域，保険薬局薬剤師 2）

【患者・家族の認識の変化はさまざまであった】

【患者・家族の認識の変化はさまざまであった】とは，患者・家族の緩和ケアや在宅療養に関する認識の変化があったとするものと，なかったとするものとに分かれ，変化の体験はさまざまであったことを指す。

［患者・家族の認識が変化してきた］

［患者・家族の認識が変化してきた］と述べた参加者は，きっかけとして，継続した啓発が行われたこと，医療者が影響を及ぼしたこと，体験者から話を聞いたこと，などを挙げた。

「出張講演会だったり，がんとなってから退院するまでの寸劇とかもしていて，がんになった時どのように考えていけばいいのかっていうのを，結構市民には啓発する機会がたくさんあったんで，たとえば，緩和ケアは早期から受けられるものだとか，がんになってない方々も，よく知る機会になったんではないかなと思います。マスメディアでもいろいろ意識づけもあると思うので，そういったことで（緩和ケアを知る人が）増えてる。プロジェクトでの市民啓発，ワーキンググループの活動が増えてるっていうことでも増えてると思います。意外と寸劇をすると見てくれたり印象に残ったりする場合があるので。すごく評判なんですよ。DVD にも撮ってあるんですけどもね。1 階のロビーでも流したり，テレビでも見れるようにはなってると思うんです。市民啓発的なところで患者さん，家族の意識も変わってるんだと思います。今まで人ごとと思ってたのも，健康な人も将来は自分のことだと思えるようにはなってきたんではないでしょうかね」（鶴岡地域，医療ソーシャルワーカー1）

「ツール絡みで情報を得て，『緩和ケアって最後だけじゃなくてやってくれるって聞いたんですけど』っていう相談がポツポツ増えたんですよ。前は 0 でもなかったんですが，緩和ケアって言わない人すらいた，だんわケアとか，正しく言えない。それが的確に，手にこれ（ツールを）持っているし，絶対メチャメチャ読んできたんだなっていうぐらい，今の緩和ケアのあり方とかを知って，なおかつ自分の家の近くだとどこで受けられるか知りたいんですっていう窓口への相談が増えたので，意外とツールって地道に効果があるんだなと思いましたね。でも，うちの部屋のがん管理の情報を置いているとこがあるんですけど，内容的にも治療の内容を書いてる冊子もあれば，副作用対策のものもあって緩和ケアのものも満遍なく置いてはいるんですけど，緩和ケアのものを持っていく比率ってメチャメチャ低いんですよ。外来に置いてるのでね。単純にそれまでは，うちの病院の管轄で作っていた緩和ケアっていうのを 1 冊置いていただけだったのが，ツールが増えて，なおかつ，割と外来とかにも，○○も OPTIM に参加していますみたいなポスターを張っているじゃないですか。ああいうのを見て，あそこに載ってた関係の資料がほしいんですけどっていう方が来たりしたので，ちょっとだけ増えたんですよ。緩和ケア関係の冊子を持っていかれる比率が，2％ぐらいだったのが今は 5％とか 6％ぐらいに増えた」（柏地域，医療ソーシャルワーカー1）

「前は麻薬のいろんな副作用のこととか，誤解をもっていらっしゃった方も，今はちゃんとした指導があるので，これで痛みが取れるんだなって納得してお使いになってる。先生方がちゃんと説明をされてるんではないでしょうか。私たちも実際に訪問看護が始まって緩和になるんじゃなくて，もうちょっと継続された方と接することが多いので」（長崎地域，訪問看護師 1）

「緩和ケア病棟で，特にここの緩和ケア病棟で，どういう治療までやるのかとか，どういうケアがされているとか，そういったことは，普通は大抵知らないですよね，紹介もとは。多くの場合は，そこで患者さんは亡くなるわけですから，我々はもちろん報告はするにしても，ご家族がそんな細かいとこまでなかなか報告できないし，そうすると，一般的な緩和ケア病棟のイメージから，緩和ケア病棟を紹介する医療者側の，『あそこへ行ったら少なくとも高カロリー輸液はやらないよ』とか，『放射線も多分しないしね』とか，『それでも行く』みたいな説明だったり，『普通は行ったらそのまま帰れないよね』とか，大体そういう説明が当然多いわけですけど。実際にはレスパイトがあったり，ここの緩和ケア病棟は必要だったら IVH もやったりするし，放射線もやったりするわけで，そういったこと普通は

知らないのが，こういう機会でお互いのことはある程度分かるようになったんで，前よりは正確な情報が，患者さん側にいっている気がしますけどね」（浜松地域，緩和ケア病棟医師 3）

「パンフレットかリーフレットを定置してあります。そういったものをご覧になった方が相談に来られるということがあったり，広報活動が行われていることが多分あるかと思いますが，がんの最期はご自宅でという方が以前に比べると増えてきた。20 年度，21 年度っていうのは，増えてきたと思います。在宅を手がけている診療所の活動を口伝えとかで，ここがいいって聞いてるんだけどとか，インターネットで調べられたりとかっていう方が増えてきて，そういったところを紹介してくださいとはっきり言われる方が，去年あたりは増えたかなというふうに思います。テレビでも報道されたことがあったと思いますので，マスコミなんかの影響もあったかと思います。その中に OPTIM っていう言葉も出ていましたので」（浜松地域，連携・退院支援担当看護師 4）

［患者・家族の安心感を感じる］

多くの参加者は，［患者・家族の安心感を感じる］体験があったことを述べた。「病院と在宅チームの連携があることでの安心感」や「いつでも相談できる，みてもらえる安心感」「苦痛が緩和されたことでの安心感」「患者だけではなく，家族への配慮があったことでの安心感」などについて，患者・家族の声を聞いたなどと述べられた。

「訪問看護師さんと病院がきちんと連絡を取り合ってるということで，何か困った時にどこかに伝えれば全部伝わっているっていう意味では安心感がある，放り投げられた感じとか見捨てられ感っていうのではなく，ちゃんとつながってるんだっていうところが分かるっていうのは，患者さんご家族からも言われてます」（柏地域，連携・退院支援担当看護師 2）

「病院から退院するのが，医療者が側にいないのが本当に不安だったということで，今までの治療で入退院を 7 回ぐらいした方がいらっしゃったんですけど，今回は退院カンファレンスをしたり，地域でのサポートがあるよ，連携をきちんと保つからねっていうふうな形で在宅に帰れたっていうことがすごく，今までで一番安心して家に帰れたっていうふうなことを言われました」（鶴岡地域，訪問看護師 1）

「看取りの場所を決めて，おうちで死なにゃいかんっていうんじゃなくて，療養場所の変化に，気持ちの変わり方に関してなるべく，多少そのタイミングが合わなくて時間を待ってもらうことはあるにせよ，在宅から医療の施設へ帰れる余地は常に作ろうとしているということも話の途中で分かってきて，安心する患者さんが増えた。おうちへ帰ったらおうちで死ななくちゃいけないっていうふうに，暗黙のうちに思わされてた患者さんやご家族は多かったけど，『いや，そんなことはない』っていうのを聞くと安心して，『じゃぁ，うちへ帰りますよ。しばらくでもよければ』っていう，そういうことが出てきましたね」（長崎地域，緩和ケアチーム医師 1）

「ちょっとした不安とか，早めに受診したいけど予約はまだだし，待っていようとか，我慢しようとか。そういう心理的負担が，たとえば訪問看護師さんを導入したことで 24 時間相談できるようになった，それだけで安心だって言われましたね。24 時間ちょっとしたことでも，何かあったら相談できる人がいる。医療者である人に相談をしてから病院に行くとか，訪問看護師がこっちに連絡をしてくれて行くとなっただけでも違うっていうふうに言われたことはありますね」（鶴岡地域，緩和ケアチーム医師 1）

「おうちでみてよかったっていうふうに言ってもらえることが多くなったかなって思います。在宅での看取りをやってよかったと家族の方が思える人が多くなったかな。いてくれて，すごく安心できたっていうとこですね。私も一番，不安をできるだけなくしてあげたいっていう思いでこの仕事をしているので，そういう点では，その言葉はとてもうれしくて」（浜松地域，訪問看護師 2）

「一番変わったなと思うのは，スタッフがケアをしてくる中で，病院に行く予定が行かない。このまんま家でみれるんだっていう気持ちに家族がなるって，それだけのアプローチを，往診してくださる先生や通ってる看護師がやってるからだと思います。でないと，24 時間大変な思いをしている家族の方が，病院空いたよって言われても断るなんていうことはしないですよね。十分なアプローチがあって安心できるから，家でみますって言い切っちゃうんだなっていうのは思ってます」（浜松地域，訪問看護師 5）

「1 人の方を中心に，いろんな人たちが力を合わせて支援ができたことによって，本人さんもご家族も，『あぁ，よかった』と，『皆さんがこうしてきてくださったおかげで，最期まで（自宅に）いれました』と。ご家族がずっとみてこられて，自分 1 人ではできなかったと。ご家族のほ

うからそういう声が多くなってきたと思うんですよ。自分1人ではできなかった。先生だけでもできなかった。看護師さんだけでもできなかったと。最初はご家族が，『自分が全部の人に電話しなければならないと思ってた』って言われるんですね。だれだれさんから聞きましたとか，だれだれから連絡きましたって言った時，ほとんどの人が，『みんなが，そんなにつながってるとは思いませんでした』って言われるんですよね」（長崎地域，介護支援専門員2）

「痛みが取れて，今までできなかったことができるようになったっていう点では，非常にいいですよね。痛みがあると不安で，このまま亡くなるんじゃないかとか，もうどうしようもない気持ちに陥ってしまうけど，痛みが取れたことで自分の好きなことができるようになったとかいう話はいっぱいあります」（長崎地域，連携・退院支援担当看護師2）

「患者さんのことだけでなく，家族のことまでも心配してくれて，すごい心強かったとか，自分の体調管理とかもやりながら面会に来ることもできたとか，お二人暮らしで自分だけが一生懸命やらないといけないって思ったんだけども，ちょっと遠くにいる子どもさんたちとかにも声かけて，一緒にみんなで支えることができたんでよかったとか，最後お帰りになる時に，そうやって話されていかれる方は結構多いですね」（鶴岡地域，緩和ケアチーム看護師1）

[患者・家族の認識はまだ変わっていない]

参加者の中で，[患者・家族の認識はまだ変わっていない]と述べたものは，その理由として，医療者の認識が変化していないこと，変化するには時間がかかること，などを挙げた。

「患者さん，家族の情報のなさと一緒に，医療者の情報のなさっていうのが大きな壁につながっているんじゃないかなというのを感じましたからね。地域の人も，『いやいや，まだまだ緩和ケアの時期じゃないよ』って言ってしまう。情報を伝えることも大切ですけど，目の前にいる医療者が緩和ケアを知らない。そこを変えていく。そこが一番なんだろうなとは思いますね。患者さん，家族は，情報自体がないし，そういう場面になったら，初めて情報を取るっていう感じだし，やっぱり蓋をしたい部分でもありますもんね。こういう活動をやったことで，どうやって根付いて，それをどうやってこれから生かしていくかっていうことがないと，また一緒になってしまうかもしれない。世代が変わらないと変わらないのかもしれないですけどね。おじいちゃん，おばあちゃんがホスピスで亡くなった。チームでみて亡くなった。それを見ていた家族が，あ，違うんだっていう実感をもって，その人たちが，そういう病気の時期になった時に，いや違うよって思うくらいのスタンスをもって待たないと，昨日今日やった，1年2年やったから，その人たちの価値観とかいうのが変わるかっていわれちゃうと，それってやっぱり難しいんじゃないかなとは思います」（浜松地域，緩和ケアチーム看護師3）

「誤解は以前からありますし，今も誤解はよくありますね。麻薬を導入する時に，患者さん自身とかご家族からの抵抗っていうのは，以前もあるし今もあります。OPTIMが始まって，患者さんの麻薬に対する理解がよくなったかっていうと，それはあんまり変わらないような気はしますね。まだあんまり変わってないと思います。テレビのコマーシャルとかでもやってはいますけど，実感として自分とは関係ないっていうふうに思って，そういうマスメディアでやってることを見てられるだけなのかな。自分の身に降りかかってないところでの，そういうコマーシャルとか，そういうところは，あんまり入っていかないのかなって，実感としてね。もしかしたら何年か経って自分がそういう立場になった時には，そう言えばああいうことを言ってたなっていうふうに思われる方はいらっしゃるかもしれないですけど」（柏地域，緩和ケアチーム医師2）

「これだけいろんな告知をしてるつもりなのに，在宅支援があることを一般の方たちがご存じないっていうのが意外でした。さんざんいろんなとこにOPTIMのポスターが張ってあって，パンフレットがあって。多分自分たちがその意識があるからだと思うんです。ここにも張ってる，ここにも張ってるって，長崎中もうどこへいっても張ってあるんですよ。小さなパンフレットとかもどこにでもあるんですよね。なのに，そこに入院してる患者さんのご家族は，知らない人がほとんどなんですね」（長崎地域，介護支援専門員2）

【地域全体へのプログラムの波及はさまざまであった】

【地域全体へのプログラムの波及はさまざまであった】とは，プログラムが地域全体に広がったとするものと，広がりが限られたとするものがあり，さまざまに体験されていたことを指す。

地域全体へのプログラムの波及については，地域全体に広がり［プロジェクトは地域緩和ケアの基盤ができるきっかけとなった］とする意見と，［活動の広がりが限られた］とする意見に分かれた。

多くの参加者がプロジェクトの意義を述べ，「継続していくことの重要性」に言及した。プロジェクトへの参加に関して，負担はなかったとするものと，時間的な負担や事務的な負担があったとするものがあった。しかし，負担以上に価値あるものを得たことを多くの参加者が述べた。

［プロジェクトは地域緩和ケアの基盤ができるきっかけとなった］

［プロジェクトは地域緩和ケアの基盤ができるきっかけとなった］とは，プロジェクトにより地域緩和ケアを進めるためのネットワークが形成され，基盤ができるきっかけとなったことを指す。

多くの参加者は，プロジェクトによる医療福祉従事者の変化に言及した。きっかけとして，「機会が提供された」ことが重要な点として挙げられた。変化について，リーダーシップをとる組織があったこと，1つの目的があったこと，多職種・多施設が参加したこと，などが重要な要因として語れた。地域の文化的側面や面積，人口の大きさに言及したものもあった。地域の状況や課題はそれぞれに異なるため，地域の実情に合わせたプロジェクトが重要であると述べられた。

「機会があれば，みんな喜んで集まって，お互いにやりとりをして，それで，僕と同じような体験，浜松と同じような事態がどこでも起こるんではないかなと。ただ，そういう機会がないだけのことであって，それこそ雪の結晶が，ある温度の状況ができると，核があればザーッと結晶ができていくがごとく，埃が核になるとかいわれてますけれども，そういう核さえ（あれば），種が植えられたら，自然と成長していくんじゃないでしょうかね。だから，そのきっかけとなる種を発生させると。それが大切じゃないかなと思いますね」（浜松地域，診療所医師 2）

「長崎市はもともと Dr. ネットっていうのがあってっていうことだったんですけど，この OPTIM によって，ますます連携が強く，幅広くなった。Dr. ネットはごく一部の先生が頑張ってされてるんですけど，OPTIM があって，医師会とかでも声かけて，いろんな先生が介入されてのことなので，組織的にはすごい効果があったと思いますね。今まで無関心だった先生も，在宅看取りを頑張ってみようかとか，実際に組んだ先生もいらっしゃるんです」（長崎地域，訪問看護師 1）

「地域は成長したと思いますよ。医師と交流をもったり，薬剤師と交流をもったりとか，いろんな事例検討をしたりとかしていきたいっていうのは誰もが思ってることだと思うんです。じゃあ，誰がやるのって。でも，みんないっぱいいっぱいじゃないですか，自分たちの今の仕事で。それを誰がやるのっていった時に，それをやってくれる人がいるって，そこに。参加者として臨むことであればできるし，行きたいと思えば行けばいいって，時間を作ることぐらいはできると思うんです。夜だったり，土曜日だったりとかってね。企画したものが，地域の基盤となっていくわけですね。誰が声かけするのとか，誰が引っ張っていくのっていうのは，大きいんじゃないですか。ここでいうと OPTIM があって，それも企画してくれてっていうのは，そうじゃないかなと思います」（浜松地域，介護支援専門員 3）

「全体がじゃないですけど，主要なメンバーたちが，これに向かってみんなでできたので，地域全体が底上げされたんじゃないかなっていう気はするんですよね。みんなでみないと，なかなか地域ってみれないので，ケアマネさんをはじめ病院スタッフとか，訪問看護とか，後は，ショート（ステイ）先の人とかね。そういう全体でみられないとみれないことなので，全体が上がらないと，なかなか難しい。それには，こういう大きなプロジェクトがないと，なかなかみんな動けないですよね」（浜松地域，訪問看護師 1）

「OPTIM がまいた種があるので，（訪問看護）ステーションさんとかケアマネジャーさんたちも，がんの患者さんをおうちで看取っていくっていうことに対してのチームを組むっていう，薬局も含めて，そういう種は十分まかれているので，そういう方たちにノウハウが蓄積されたと思うんですね，この OPTIM プロジェクトによって。なので，診療所の先生は，患者さんを受けてあげたいっていう気持ちがあれば，そういう方たちとチームを組んで，それで勉強の手段はあるのでできるよみたいな。助けてくれる人がいっぱいいるよみたいな感じですかね」（浜松地域，診療所医師 3）

「浜松には浜松の問題がありましたよね。医師会と訪問看護の問題，地域の開業医，在宅支援診療所の問題，地域にどんな問題があるかを，まずは切り取ってくださったんですね。それをどう解決したらいいかっていう，地域に即したプランだと思うんですよ。で，浜松はこれだけ変わったんだと思うんですよね。各地域の問題を拾わないと，これをそのまま地域に当てはめるのではなくて，地域にある

問題に即した企画にしないと，浜松みたいに変われないんじゃないでしょうかね」（浜松地域，訪問看護師 5）

「相互理解っていうんですか，それをしないと，自分たちの問題は解決しないと思うんです。病院の中だったら，他部門と相談する会議ってすぐできるんだけども，地域の病院も，同じ地域の１つの病院なり組織だと考えれば，問題があれば，ちょっと何とかならないのかって話し合う場，多分ここにつながってると思うんですね。そういうことを言うと，きれい事を言ってるんじゃないってよく大きい病院の人が言ってたりしたんですけど，今はそういう時代になったので，OPTIM がきっかけで，それもある程度可能になってる部分もあるし。だから，問題があるんだったら，ちゃんとそれを出す。ただ，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か，こうしてもらえませんかっていう改善点も出していかないと，何も解決しないんですね。それも多職種も同職種も一緒なんですけど。要望ばっかりじゃなくて，相手のことをまず知る場を作ることが，一番最初にしたほうがいいのかなとは思いますね。連携の会でやった時も，最初はそんな感じだったんでしたっけ。苦情を言い合い大会みたいな。でも，そういうのが出つくせば，その後は改善のほうの話し合いに流れていくと思うしね。各職種のことをよく知らないっていう人が，案外多いのはびっくりしたんですけど。知っていて当然だと思ってるので，相手は自分のことを知らないっていうのを前提に向上していったほうがいいような印象は受けましたね。

連携って病院内だけじゃなくて，地域全体をみてコーディネートしながらやらなきゃいけないって思うんですね。言われてることなんですけど。病院単独でみた時に退院先がなくて，救急が受けられなくてっていう問題があるじゃないですか。本当は病院で１人でやってても解決しないので，地域全体を含めた何かをしなきゃいけないってずっと思ってきてたんです。地道にやってはいってたんですが，もう１回で，この３年で，いろんな人と知り合いになれて，急速にいろんな会を作ったんですね。だから，すごく人を知れて，その人がやりたいって思ってることを一緒に手伝いながらやっていくことで，基礎的なところはできたんですよ。なんで，やりたかったことができたかな。助かったなっていう感じはありますけどもね。でも本当にまだ基礎なんですけどもね。これからこれが終わったあとどうなるのかっていう話が出るけども，結局自分たちでやれるようになってるんで，これから継続することで，促進していくんだろうと思います。メンバーが決まったんですね。各所で熱い，語れるメンバー。同じ意識でいられるメンバーがまず集まって，問題意識もちゃんと持っていて，開催をする方法もみんな分かってきて，この課題に対して何をしようっていうやり方も分かってきた」（鶴岡地域，病院事務職 1）

「4つのワーキンググループで，それぞれ医療者に教育する部門でみんなで考えて頑張りましょうとか，市民啓発する部分でみんなで考えましょうっていう，基本的なワーキンググループ制。これは多分将来，OPTIM が終わった後もこのワーキンググループ制で地域全体でやっていくと思うんですが，そういう組織の基礎が作られたので，これは OPTIM を通しての貴重な財産だと思いますね」（鶴岡地域，医療ソーシャルワーカー1）

［活動の広がりが限られた］

［活動の広がりが限られた］とは，プロジェクトに参加したものは地域のすべての医療福祉従事者ではなく，施設や職種，個人による差があり，広がりに限界があったことを指す。

参加者は，変化は一部で起こっているが十分ではない，医師や介護職の参加が限られたなどと述べた。

「そのほかに多くいる興味のない人たちにどう広げていくのかっていうところが今後の課題なんだと思うんですよ。医療とか福祉とかの部分で。特にケアマネジャーなんかもそうなんですけど，対象に関わるきっかけがあれば関わるんだけども，体験するまでのハードルっていうのをどう乗り越えていくのかとか，病院でも興味のある先生と興味のない先生の差っていうのは，熱意がある人たちがドンドン患者さんに関わっていくに従って，増えていくと思うので，興味のない人たちにどう広げていくか，そこが逆にいうとまだ変わってない。だから，診療所医師なんかもそんなに増えてないっていうのも，実は興味のある人たちはいるんだけども，それ以外の多くの開業医の先生なんかは，まだ多分そこまででないところがあるので」（柏地域，地域包括支援センター 介護支援専門員 1）

「医師向けの講習会がなかなか参加人数が増えないのは，多分どこの地域もそうだと思うんですけど，それはしょうがないかなと思うんです。医学教育の中で緩和ケアっていうのはどうしても病気が進んでいって最後は亡くなるっていうのがついてくるんで，そこがかなりネガティブなイメージ，医学教育の中でね。死については習わないし，考えもしなかったのが，今の大多数の先生方ですね。だから，きっとそこになかなか気づかないのかなっていうのもあるんですね。だから，僕なんかは，『大変でしょう』っていつも言われるだけですね。別に死をみてるわけじゃなくて，ちょっと視点が変わればみんな興味をもつんでしょうけど。

大切だけど自分は関わりたくないっていう人が多いですね。大変だろうから」（長崎地域，診療所医師 1）

「一番重要な変化しなかったことは，一般病棟の医師たちが思ったよりも変化してないんじゃないかなって思います。OPTIM の集まりの時に，できるだけ病院で勤務している一般病棟の医師たちを連れてこようよっていう話になったし，私もそうしたかったけれども，結果的に，なかなかそこが不十分だったんじゃないかなって。うちの今の病院，ここの病院の一般の先生たちをみているとそう思います。もちろん医学部の教育が変わってきてるので，若い先生方はもう変わってはくださるとは思うんですけれども。大変なんじゃないですか，やっぱり，みていて。過酷なんじゃないかな。ちょっとかわいそうな気もします。私が一般病棟に出ていたので分ることなんですけど，やっぱり大変ですよ。当直して，そのまんま帰れず，そのまんま外来したりとかですよ，手術に入ったりとか，そして今は，その説明，インフォームド・コンセントが大事だっていうけれども，それこそ手術 1 つにしろ薬 1 つ変えるにしろ，それだけでも時間が費やされるし，書くものはたくさんだし。だから，前はもうまったくねって，なんでだろうねっていう，そういう感情の部分で，すごく責めてた部分はありましたけど，やっぱり一般病棟の現場を見ていくと，先生たちかわいそうだと思いますもん。大変だろうと思いますもん。過酷ですよ。なんやかんや言ってもナースたちは交代勤務なので，でも先生たちは，ある意味 2 人体制取ってるけれども，やっぱり自分の患者さんには責任っていうのが，ナースとは比べられないですもんね。それはすごいと思うので」（長崎地域，緩和ケア病棟看護師 1）

「変わらなかったことというのが，多職種連携の時にヘルパーさんの参加が少ないんですよね。だから，今後はヘルパーさんをもうちょっと巻き込む仕掛けをたくさん作って，気づく目とか報告する重要性とかっていうところを，チームの一員として理解してもらって，それを生かした成功体験をたくさん作っていく仕掛けがいるんだろうなっていうのは感じてますね。通所やリハビリなんかに関しても必要性はあるので，そこのところをどう巻き込んでいくかっていうのはありますけど，ヘルパーさんの参加人数も少ないし，問題意識を感じる機会も，今まで仕掛けとしてあんまりなかったので，連絡会の立ち上げとかは，いま仕掛けてるところなんですけどね。私も医療職じゃないので，出身が。コンプレックスみたいなのからチームの参加を妨げてるようなところはあるのかなとは思いますけどね。なかなかいっても自分の意見が言えないっていうような体験しかしてないと，参加したいっていうモチベーションも上がらないでしょうし，意見をくみ取ってもらったとか，意見が通ったとか聞いてもらえたとかっていうような実体験を，成功体験みたいなのを積み重ねていかないと，次のステップには進まないんだろうなとは思いますよね」（長崎地域，介護支援専門員 1）

【さらに改善が必要な点と今後の課題が見出された】

【さらに改善が必要な点と今後の課題が見出された】とは，プロジェクトによって十分に改善されなかった点や見出された課題があったことを指す。これは，改善がみられたがより一層の改善や継続が必要なものと，プロジェクトで取りあげられなかったものが含まれた。

参加者は，緩和ケアの質，在宅緩和ケアの質の向上，療養場所，制度，マンパワー，地域格差，非がんの緩和ケア，デスエデュケーション，などの課題に言及した。特に，OPTIM プロジェクトでは目的とされなかった制度などに関する課題が多く挙げられた（**表 59**）。

1）改善がみられたがより一層の改善や継続が必要なもの

より一層の改善や継続が必要なものとして，医療者の緩和ケアや医療用麻薬についての認識，看取りのケア，家族ケア，グリーフケアなどが挙げられた。

「医師に変わってもらわないとどうしようもないこともいっぱいあるわけですよね。いくら緩和を患者さんが望んでも，先生が嫌だと言えばそれで終わっちゃうこともあり。看護師からいくら緩和ケアニーズが患者さんにあってっていうことを伝えても，医師がぴしゃりと，『緩和なんていう言葉はこの患者さんに出してくれるな』って言う人もいたりするみたいなね。緩和ケアチームの紹介をこっちからして，医師にすごい怒られちゃうこともあったりするぐらいなので。あとは，患者さんに，『もう化学療法はできないので，後は BSC（Best Supportive Care）です』みたいな話を 1 人でこそっとしに行っちゃったりして，患者さんが 1 人で泣いてたりとかいうこともあるんです」（浜松地域，病院看護師 5）

「慣れてない整形外科の先生とかだと，家族への説明で麻薬を使うと，もうそろそろ急に息が止まっちゃうかもしれないから覚悟しといてねっていうような説明をされることもあって，そういう時はこういうの（ツール）を使って少しずつ訂正していくっていうことにはなりますかね。病棟の主治医にはやっぱり，ここをみてとか，具体的に直接関わっていかないと，これを配っただけじゃ変わらないと

表 59　さらに改善が必要な点と今後の課題

プロジェクトで改善がみられたがより一層の改善や継続が必要なもの
・医療者の緩和ケア・医療用麻薬についての認識
・緩和ケアの質
・療養場所について話し合うこと
・在宅緩和ケアの質の向上
　・在宅緩和ケアを行う診療所
　・訪問看護
　・介護職の質の向上とサポート
・療養場所
・退院支援・調整
・コミュニケーション・連携
・コメディカル（薬剤師，臨床心理士，リハビリテーション）の役割
・緩和ケア専門家の活用
・緩和ケア専門家としての活動の難しさ
・外来患者のフォローアップ
・継続教育
・患者・家族・市民の啓発とサポート

プロジェクトで取りあげられなかったもの
・非がんの緩和ケア
・施設における緩和ケア
・制度（医療保険，介護保険，医療用麻薬），診療報酬
・マンパワー
・介護負担
・経済的負担
・自宅で過ごす患者のソーシャルサポート
・地域格差，緩和ケアの均てん化
・スタッフのストレスマネジメント
・デスエデュケーション
・医療資材の流通
・情報共有システム
・システム
・蘇生を希望しない患者の救急搬送の課題
・ボランティア

ころも結構あるんだなっていうのは，時折感じた」（柏地域，緩和ケアチーム医師 1）

「心のケアってすごく難しい。日本人の苦手とする死に対する教育がされてない。小さいころから死ぬことに対する教育がされてないもんですから，皆さん，それを目前にしている方は，本当に不安だと思うんですけども，それに対して私たちもあんまりフォローができないっていうところが，自分としてはすごく課題かなっていうふうには思っていて，そのへんはもっと勉強しなければっていうふうには思います。自分自身の知識がないっていうとこですよね。そういうことに対して，自分が勉強してないので，聞かれたら困るというふうに思って，自信がない」（鶴岡地域，訪問看護師 2）

「家族ケア，グリーフケアでは，患者さんを送り出して以降のことが（対応できていない）。本当にうつ傾向がひどくて，ご家族で心配だなっていう時に，たとえば1ヵ月ぐらい経ってからおうちにお電話するということがときどきある程度で，正直ほぼ，まだ患者さんが亡くなった後のご家族のケアには対応できてない。これは正直質的にどうしても変わってない部分で，多分今の体制でやってる以上，ちょっと物理的にほぼ無理なんで，本当に悔しいけども，そこまでもってして緩和ケアが一つ完結すると思うんですけども。時間がなかったり，次に紹介された患者さんの症状を取るために精一杯になって，ちょっと前の人を振り返る余裕が本当に悲しいかな，ないと」（長崎地域，緩和ケアチーム医師 1）

ある参加者は，医師が患者・家族と療養場所について話し合う難しさを述べ，話し合う心理的負担などに言及した。

「緩和ケアとかアドバンスケアプランニングとかっていうことの意識が，まだ多分あんまり，特に医師にはないんじゃないかと思います。限られた余命をどう過ごしたいかについて話し合うっていうことがストレスなんだと思います。わかんないですよ。これは推測です。あと，帰せないでしょうと。帰すための準備をしたりなんだかんだするのは面倒くさい。たとえば，じゃあ帰るかって言って帰りたいって言って調整もしないで帰したら，また救急に戻ってくるだろうって。そんな面倒くさいことするなら寝さしとけという感覚の先生も見受けられますので，そういう話合いっていうのがストレスなんだと思います。心理的負担は大きい。時間も取られるし。そこのところは，その話合いをするっていうことっていうのは，大きく家族もつらい話なので，そのことにも配慮して話ししなきゃいけませんよね。で，治療が難しい。治療ができないっていうことを伝えて，じゃあこれからどうしたいかっていうことは大事だっていうのは多分だれもが分かっていると思うんですよ。だけども，そのことを伝えるのはかわいそうだと思ったりとか，自分が大変っていうところとかはあるのかなっていう。みんながそうではないですよ，もちろん。ただその話合いの前に，やっぱり帰るのは難しいんじゃないかっていう医療者の考えが強ければ，その話合いも多分されないで成り行きということもある。なかなかそこに時間を割くっていうことが先生たちが大変だっていうのもあるし，心理的にも大変なのかなと」（鶴岡地域，緩和ケアチーム医師 1）

在宅緩和ケアの質の向上として，在宅緩和ケアを行う診療所，訪問看護，介護職の質の向上とサポートについての課題が挙げられた。介護職が理解できる言葉でコミュニケーションをとっていく重要性に言及した

ものもあった。

「在宅のこれから主治医になるであろうというかかりつけの先生方に，技術的な面とか知識の面でも教育しなくちゃいけない部分はあるように思うんですね。そこらへんは個人に委ねるしかないところがあるからね。これは結構難しい問題になっちゃうのよ。だから割と絞られてくるんだよね。やる人やらない人。二極化しちゃう。全部のお医者さんが，開業医の先生たちもってなれば，本当は理想なんだろうけども，そうはいかない。それは，その人たちの医療に対する思いとか，その医療に対する哲学とか，そういうのがかなりウエートをもってきているだろうから，そこまであげられませんね，よっぽどのことがなければ。だから，そこは永遠のテーマになっちゃうんじゃないでしょうかね」（鶴岡地域，診療所医師 1）

「医療保険でステーションが 2 カ所 3 カ所入れるようになったっていっても，なかなか実際は 2 つぐらいで 3 つまでっていうのはないし，共同のためのテーブルっていうのは，本当に時間がないし，一緒に組んでみないと分かんない。ステーションにも格差が少しあるみたいなので，そのへんでも埋め合わせていかなきゃいけないのかなっていうのもあるので，ステーション同士がいっぱい，2 カ所とか 3 カ所とか入れたら，一緒に入れる人は入ってですけど，少し質を上げていったらもっといいかなって思うんです」（長崎地域，訪問看護師 1）

「数はあっても，すべてがすべて医療依存度が高い人を頼めるようなヘルパー事業所でなかったりすると，やはり粒をそろえていかないといけないだろうなっていうのはありますよね。家事援助で，掃除とか調理ばっかりしているようなヘルパー事業所もあるし，片や医療依存度が高いところでも対応がスムーズでスキルの高い事業所もあるわけですから，そこの質を標準化するっていうのがいるんだろうなとは思いますよね。それもやりがいとか，労務管理とかっていうところをきちんとしていかないと（いけない）。スタッフが増えるところと仕事が増えるところは比例するんですけど，仕事がないところはスタッフも増えないと。悪循環ですよね。良循環と悪循環っていうのがある。その差が出てきてるのも事実ですね。リーダーの関わり方とか管理の仕方とか，向上心をもって業務に取り組んでるかとか，そういうことで 10 年も経つと差が出てきているっていうのが事実だとは思います」（長崎地域，介護支援専門員 1）

「多職種の勉強会とか地域症例検討会でも，医療者の言葉での話になってしまって，話をしていても難しくて，私が聞いていて，（介護職は）分からないんじゃないかなっていうふうな思いがあって。不安を取り除くには患者さんを知る，病状を知るっていうところでのある程度の知識が必要かとは思うんですけども，その知識を得るためには医療者の立場ではなくて，介護者の立場が分かる言葉で説明してもらえるような勉強会とか，同じ事例を通して，どんな不安をもっているのかっていうところを聞き取る場があるといいと思います」（鶴岡地域，訪問看護師 1）

参加者は，療養場所がないという課題に言及した。1 つの地域では，療養型病院と緩和ケア病棟との bridging program が試みられたが，提供されたケアの質の違いから，患者・家族の満足度が低かった体験が語られた。

「OPTIM が始まった当初，療養型の施設との連携も強めようというところで，OPTIM に参加されている施設に見学に行ったり，具体的にどういう患者さんだったら受け入れてくれるかとか，そういう話し合いもして，少し進めてはみたんですけど，実際には現場のスタッフとしては，とても負担にもなるっていうところで，ちょっとうまくいかなかったというところはありますね。1 度ホスピスのケアを受けている人たちにとって，療養型（施設）でのケアっていうところで，どうしても満足度が低くなるっていうところもあったり，あるいは，ホスピスでは通常の業務であっても，それが療養型では，特別な業務とした位置づけになってて，非常にケア度が高くなってしまうとか，そういうところで，少しお互いの思いがずれていたっていうところもあった。ただ，それらもすべて，この OPTIM を通じて話し合うことができて，そういうことも分かりました」（浜松地域，緩和ケア病棟医師 1）

多くの参加者が，退院支援・調整について，施設や部署，個人による差があり，さらなる改善が期待されることを述べた。ある参加者は，施設間でのコミュニケーションやシステム構築の重要性に言及した。

「依然として突然退院って言ってきたりとか，患者さんが全然意向を汲み取ってもらえないまま不本意に飛び出してくることもあるっていうような病院と，きちんとした形で生活者として尊重した形で関わってもらえてる病院の差が大きく分かれてきてるなっていうのを感じる。それぞれの病院のリーダーの考え方とか，システムの作り方とか，そういうのに差があるからでしょうね。病棟でも違うこと

はありますしね。横の情報交換っていう機会を作っていかないと気づきもないでしょうし，変化しなければならないとか，したほうがいいんじゃないかっていうようなきっかけ作りがないからかなとは思いますね。退院調整とかは地域連携室とか医療相談室とかっていうところが増えてきてますけど，そこの人たちが病院内でのポジションを確立して，あってよかったっていう実績を積んで，意見をきちんと出せる環境までそれぞれもっていっていうような仕掛け作りなんだろうなとは思いますけどね」（長崎地域，介護支援専門員 1）

参加者は，緩和ケアにおけるコメディカル（薬剤師，臨床心理士，リハビリテーション）の役割に言及した。特に保険薬局の役割，保険薬局と病院薬局の連携が継続した課題として述べられた。在宅緩和ケアの経験をもつ薬剤師が少なく，経験とスキルの向上の重要性に言及したものもあった。ある参加者は，活動にマンパワーや経営方針が影響することを述べ，現実的にできることから始めていく重要性を述べた。

「まず薬剤師が自信をつけることっていうのは大事です。もっと勉強して。臨床経験っていうのがないので，実際にやってみないと分からないと思うんですよ。自信をつけるっていうのは，臨床経験，もっと実績を作るっていうことだと思うんです。やってみれば自信もつくし，緩和ケアって慎重にやるべきものですけども，できないことはない。薬剤師がやるべきもんだっていうのは分かってくると思うんです。そこのところで，ちゃんと広めるっていうのは，実績を作ることだと思ってるので，緩和ケアに関しての在宅（での支援）を，もっとたくさんやってみたい。やらないと駄目だなと思います」（浜松地域，保険薬局薬剤師 2）

「関われる薬局がもう少し増えればなと，自分も含めてなんですけども。意識的なものは，ある程度ズーッと，皆さんにいろんな話を，講演とかで聞いてもらったりとかしながら，いろんなことで変わってきてはいるので。ただ，人的なこととか経営者の考え方とか，いろんなことがあるので，チョコチョコっとずつ，いろんな薬局さんができることからっていう。いろんなケースで，コミュニケーションを密にして，これだったらできるとか，できないとか，そんな話をしながら進めていくしかないんだろうなということを，いま思ってます」（鶴岡地域，保険薬局薬剤師 1）

「OPTIM によって，外の薬局との連携がすごく必要だっていうのを感じて，ただ，この 3 年間で，ほとんど進んでなくて，情報の提供に関してやっぱり進んでなくて。今回，看護部門とか診療所さんたちのところとかってすごい進んだと思うんですが，一番その中で進まなかったとこが薬局との連携だと思うんですよ。毎回こういう会に行っても，OPTIM の多職種地域カンファレンスの分科会とか，東京で 2 回ほど，毎年あったの（OPTIM 介入 4 地域交流会）にしても，分科会があるんですが，なかなか外の薬局ではこういう情報がほしいと言っても，病院は正直言うと忙しくて，『忙しくてそれはできません』っていうのが多くて。どこの病院さんに聞いても，『こんなことやってられませんよ』っていうのが，やっぱり正直なとこで，自分たちにとっても正直言うと，それが大きくて，病院とズレがあって，なかなか進まなかったなっていうのがあります」（浜松地域，病院薬剤師 1）

参加者は緩和ケア専門家の活用について，アウトリーチプログラムは，実施できれば有用な可能性はあるものの，人的，時間的な負担があることを述べ，実施の難しさにも言及した。

「アウトリーチなんかも半日つぶれますよね。実際に具体的にほかの地域でもできるのかどうかは，本当に難しいんじゃないかと思いますけどね。今はもう院内の緩和ケアチームの活動だけでもいっぱいいっぱい，そういうところが多いと思うので，地域に出ていける余裕がある，そういう緩和に従事している人がどれだけいるのかなっていう思いはありますね。しかも半日出ても，実際に往診に行ける患者さんっていうのは少ない。数人しか行けないっていうところでは，非常に効率は悪いし，今後もしこういうことに保険の診療点数がついたとしても，非常に難しいのかなと思うんですね。好評は好評なんですけれども，これもアウトリーチに出かける人の負担っていうのは，かなり大きくて，半日完全につぶれてましたからね。結局，みれる人数が少ないですよね。だから，少ない点数だとなかなかいけないし，しかも，いま緩和ケアチームなんて 1 人でやっているところが多いと思う。そうすると，その人たちが出ていったら，半日院内にいないということもあるから，どこまでできるのかなっていうとこはあるかもしれないですね」（浜松地域，緩和ケア病棟医師 1）

緩和ケア専門家としての活動のなかでも，緩和ケアチームのメンバーが兼任で活動する難しさを述べた参加者があった。精神症状をみることができる医師の不足に言及したものもあった。

「一生懸命やろうとは思うんですけど，まだ十分じゃないっていうことは自分たちで理解しています。もっとやれ

るんじゃないかっていうのはあるんですけど，時間的な制約があって，たとえば，緩和ケアチームの専任であったりとか，緩和ケア病棟の担当医として緩和ケアに関われるのであれば，多分もっと時間が使える。たとえば亡くなった後のご家族のケアだとか，そういうことまでも多分やれるんじゃないかなと思うんですけど，兼任で緩和ケアチームを動かしているので，緩和ケアチームのメンバーも全員兼任で専任者が１人もいないので十分じゃないっていうふうには思います。家族ケアのところは，入院中ですとなんとかできる部分はあるんですけど，通院で緩和ケアが必要な患者さんとかは一番できないですよね」（鶴岡地域，緩和ケアチーム医師 1）

「精神症状担当の先生は月に２回派遣できてもらっているという形で，カンファレンスと回診で指導していただく，ディスカッションへ参加していただくっていうことになるんですけども，それを始めて，難しい精神症状の患者さんは，タイミングが合うときはうまく診ていただける，いい方向づけしてもらえるんですけど，僕らが独力でやる時には，それがなかなか。もちろん困った時はメールでご相談申し上げたりっていうことも時々できたりはするんですが，やはりリアルタイムで難しい問題はなかなか解決できないこともあったりっていうことで，自分たちのチームに常勤で精神症状担当のスタッフがいないっていうことの限界を痛感してるっていうとこはあります。でも，月２回でもいていただくのといないのでは大違いではありますけどね。長崎はすごく精神科医の先生方が引っ張りだこ。患者さんの半分近くは精神的な問題を抱えてますもんね。うつだったり，せん妄にかかるもんだったりとか，特に末期になると，３人に２人ぐらいは，多かれ少なかれせん妄が出ますしね。重たいうつって，なかなか普通のアプローチではやっぱり，薬物療法をもってしても難しいとこがあるみたいですしね」（長崎地域，緩和ケアチーム医師 1）

外来患者のフォローアップの重要性は，プロジェクトの中で課題として認識されていたものの，十分ではなく，外来で実際に患者に関わる看護師のアセスメント能力の向上が必要であると述べられた。

「外来での在宅療養の環境調整，療養の場所の選定とか，病院としてもそこは意識してはいるんだけども，なかなか難しいと感じながら，外来の看護師もやっているっていうとこなんです。外来の看護師が，その患者さんの病状から，この人って今こういう状況だから，次に来た時には，こんなことが考えられるっていうところを，ある程度予測をもってくれていれば，情報提供ができるかもしれないし，情報提供ができないまでも，相談室のほうに相談が来るかもしれないんだけど，そこが相談室に来る前の段階（のまま）になっちゃってるときもある」（浜松地域，連携・退院支援担当看護師 5）

教育では，在宅緩和ケアを含む緩和ケア教育の充実の重要性が挙げられた。

「ホスピスのほうの緩和ケアはこういうことを学びましょうよっていう基準の中に，もっともっと地域との連携とか退院っていうことを入れていかなきゃ，教育の中身の見直しが必要なんだなっていうことを非常に感じますね。中にいる側の者としては。私自身もまだまだ学ばなければいけないな。そんなことが起こるんだとか，こんなことまでできるんだとかっていうレベルなので。これからはそういう地域で過ごすっていうニードに応えていく。それをスムーズに整えていくっていうことが，私たち緩和ケア病棟のナースの知識としても必要なんでしょうね」（浜松地域，緩和ケア病棟看護師 3）

2）プロジェクトで取りあげられなかったもの

プロジェクトで取り挙げられなかったものとしては，非がんの緩和ケア，施設における緩和ケア，制度に関わるもの，マンパワーに関するものなどが挙げられた。

ある参加者は，日常臨床の中で，がんのみならず，非がんの緩和ケアの知識・技術が求められることを述べた。

「たて続けに４件ぐらい。透析の患者の呼吸苦と神経難病が２人と心不全が１人，症状緩和と社会的なところの退院とか，これからの治療方針をどう立てていこう。それから，どこまで病院で診てどうしよう。本人は家に帰りたがってるけど帰れる状況じゃないんだけどどうしようっていうような相談で，非慢性疼痛の今まで全然絡んだことなかった腎臓内科とか循環器科から申込みが出てくるようになったので，それは僕らとしてもびっくりで，でも，僕らとしても経験がないので」（浜松地域，緩和ケアチーム医師 4）

施設における緩和ケアの課題に言及したものも多く，医療，ケアの質の向上が重要であると述べられた。また，施設の方針が受け入れや看取りに影響すると語られた。

「まだまだ施設では，がんの人はみれてないなって。職員教育だと思います。施設の方とお話をしていると，ご家族が不安，職員も不安なんだけれども，やっぱり家族が不安っていうところで，このまんまみててどうなるんだとか，そこの説明が十分じゃないかもしれないし，だからこそ施設とか，そういったところでの看護師を増やしてほしいですね。看護協会なんかで話を聞くと，病院で働けないような看護師が施設にいってたりとかね，どうかすれば。違いますよね。中にはベテランの，もうどんな方でもみれる方もおられる施設もあるんですけど。でも，病院で働けない子たちがそういったところにいって，またそこでね。それこそショックだったのは，『施設の看護師と介護士の違いは，血圧を測れるか測れないかだけだからね』，『注射できるかできないかだけだからね』て，介護士さんたちが言ってたんですね。でも，違いますよね。だから，もっと看護配置（を考えることが必要である）。ホスピスは新人のナースはきません。ある程度，10年以上のキャリアをもった子たちばかりなんですけど，そういった人たちがいれば可能になると思います」（長崎地域，緩和ケア病棟看護師1）

「ある施設は，施設で具合悪くなると，協力して病院に救急搬送するみたいで，実際入所の申し込みを受けるときに，うちは看取りはできません。それでも入所いいですかってやってるみたいなんで，受け入れの入り口から遮断してるみたいでした」（鶴岡地域，医療ソーシャルワーカー1）

制度や診療報酬に関わる課題について，多くの参加者が言及した。介護保険制度では，病状が急速に変化していく終末期がん患者にとって，利用しづらい実情などが述べられた。

「ターミナルの人って，意外と調査するころって元気だったりとかするので，認定が（要）介護2以上出ないとベッドが使えなかったりするじゃないですか。そうすると，軽度の人のための特例処置として書類を書くんですね。それがすごい大変なので，そこはもう勘弁してもらいたい」（浜松地域，介護支援専門員3）

「ケアマネがあんまり積極的に緩和ケアに入ってこないっていうのは，たとえば，医療保険で訪問看護が入って，医療保険のほうで薬剤師さんとお医者さんが入って，コーディネートしても，介護保険サービスを使わない限りは，ケアマネジャーになんの報酬も入ってこない。いくらいろんな支援をしていても，報酬をもらえることはないんですね。だから，ベッド1つ借りるとかですね，介護保険でヘルパーさんが入るとかですね。そういう介護保険上のサービスの何かを使えば，はじめてケアマネの報酬が入るので，あんまり事業としても積極的にがん末期の方の担当をさせたがらないっていう，動けば動いたほど報酬にならないっていうことがある」（浜松地域，介護支援専門員1）

医療用麻薬に関わる課題について，法規制の厳しさから保険薬局が医療用麻薬をもつ難しさに言及したものがあった。

「不良在庫っていうのもすごくあるんですね。要するに，もう使わなくなっちゃったら，そこでもう終わりですから。余ったら，よそに回せるんです，普通の薬は。うちの店舗も幾つかありますので，ここで余っちゃった，この薬もう使わないからって言って，こっちで使うよって言ったら渡せますよね。不良在庫っていうのをなるべく少なくしてるんですけど，それがまったくできないんで。ちょっと緩くなってできるようになったんですけど，1回限り。すごい書類の量が多いんですよ。本当に面倒なので。それで，1回限りなんですね，ほとんど融通し合えるのが。次回は自分とこで取りなさいみたいになるので，それじゃあなと思って。ちょっと申請の面倒さとかあって，ほとんど私の知ってる限り，その申請を出しているところはないんです。（それ）ぐらい，使ってない法律なので，要するに，渡し受けができないってことは，自分の，個々のところで麻薬を使って，それで終わりですよね」（浜松地域，保険薬局薬剤師2）

マンパワーの不足に言及したものは，特に訪問看護師の確保のための工夫が必要であると述べた。

「訪問看護師さんの数が増えないと飽和状態になりますもんね。訪問看護の人がいないと家へ帰れないですもんね。今の数でぎりぎりなので，これ以上退院が増えると訪問看護が入らないですもんね。となると，訪問看護師さんに近いような業務をヘルパーさんで担わないといけないので，担える部分の枠を増やしていこうとしているし，増やすためには知識とか教育とかっていう体制もいるでしょうし，そこのところの現状の把握とか伝え方っていうのは工夫がいるだろうなとは思いますよね。訪問看護師さんが増える仕掛けもいるでしょうしね，当然。訪問看護師さんのおかれた環境を理解して進めるっていう仕掛けがいるんでしょうし，精神的なバックアップと制度的な報酬面でのバックアップとか，医療の指示体系みたいなところで，常に医師に指示を仰がないとできないっていうことであると，やり

がいっていうのも（少ない）。逆に訪問看護師さんの判断でできることを増やしてあげると，やりがいは増えるんだろうなとか，そういうふうな気はしますけどね。そういった形で，今のままだと増えないので，増やすための工夫っていうのがいるんだろうなとは思いますね。訪問看護師さんが増えてるところは，管理者がしっかりしてるところになるので，労務管理とかワークライフバランスとかっていうのも含めて，女性が多い職場になるので，そこの環境とか組織力みたいなところがしっかりしてないと増えないんだろうなと」（長崎地域，介護支援専門員 1）

参加者は，家族の介護負担，がん患者の経済的負担の大きさを述べ，自宅で過ごすがん患者のソーシャルサポートの重要性に言及した。

「一番休みが取りたいところっていうのは，夜，夜間，自分の睡眠を確保したいっていうところになってくるかと思うんです。だんだん ADL が落ちてきて，日常生活のところで援助が必要だったり，夜間何度か起きたりのケアが必要になった場合に，夜間のサポートをしてくれるところは何かっていったときに，老老介護だったりっていうふうになれば，家族や親族っていっても，なかなかそういったところに頼みづらかったりっていうふうに，じゃぁ，サービスっていうところでも，ここの地域では夜間のサービスっていうところがないんですね。もし使うとしても，自費でのヘルパーさんっていうふうになると，本当に料金が高くなってしまって，経済的な問題もあれば，そういったところにも頼めないってなると，自分たちで頑張るしかないっていうようなところでの介護の負担っていうところも出てくるのかなっていうふうに思う」（鶴岡地域，訪問看護師 1）

「若い人のがんが多いっていうことと，今までも多かったんだろうけど，うちに帰ってなかったのかもしれないですよね。だけど，うちへ帰れる。在宅っていう選択がすごく増えたっていうことの中で，お金の，経済的なことが抜けていて，私たちも。そこも含めてケア，サポートしていかないと，帰す帰すばっかりがいいことじゃないっていうことが何例かありました。若い人は特に，3 割負担だったりしますよね。がんの人ってすごくお金がかかっている。治療自体でお金がかかっているのと，薬剤がものすごく高い。点滴，IVH なんかで帰ると，その薬剤もすごく高い。それから，特殊な治療をすれば高い。麻薬，パッチなんかもものすごく高い。それがだんだん増えてくるにしたがって，ものすごく高くなっていく。1 回の薬剤の支払いが，1 週間で 3 万とか 4 万とかするんだけど，高額医療（高額療養費制度）が使えるから 8 万まではなんて言うんだけど，普通の家庭のおうちで，今までさんざんお金を使ってきていて，いま在宅になりました。で，オムツも必要になります。介護保険でも 1 割負担です。それから薬剤もかかかります。医療費もかかりますっていう中で，お薬が増えていくっていうことが，ものすごく負担だったり，往診の先生が何回もきてくれるのが，ものすごく負担に思ったり，訪問看護がこんなに何回も来てくれるのが負担だったりっていうことが現実的に起きちゃうと，こんなはずじゃなかったっていうふうに，家族が言われたことがあって，すごい落ち込みましたね」（浜松地域，介護支援専門員 2）

参加者は緩和ケアに関する地域格差の課題を述べた。特に，同じ地域内であっても離島や過疎地と都市部との格差があることが述べられた。

「市の中でもまだ全然期待したレベルにもっていけてない場所が正直あるわけで，個人的には県全体を見て，市として平均的にはいいとこへいったけど，県全体としてはまだまだなので，県の郡部の結構端っこのほうとか離島とかに，あと 5 年ぐらいで，それこそアウトリーチじゃないけど，OPTIM の流れの全部は無理としても，何か核になる部分を広げていくっていうのを，後で何かせんといかんよねっていう話は多分，市の医師会，OPTIM の中枢部でもあってると思う」（長崎地域，緩和ケアチーム医師 1）

「市の中でもこれだけ格差があるっていうのが，大変だなって思う。訪問看護を探すのも大変なんですよ，あっちの区のほうの人。そうすると，あっちの人たちはおうちに帰れなくて，こっちの人たちは帰りやすいっていうふうなのも，なんか変ですよね。変だとは思うんですけどね。現実的にはそういうことだと思うんです」（浜松地域，介護支援専門員 2）

ある参加者は緩和ケアに携わる医療福祉従事者のストレスマネジメントにも目を向ける重要性について述べた。

「スタッフも，ターミナルとかの人に関わると結構大変なんですよね，精神的に。だから，訪問看護師さんとかヘルパーさんとかもそうですし，ケアマネジャーさんもそうですし，バーンアウト防止なども含めて，専門職のストレスマネジメントなんかも今後進めていかないと，スタッフも続かないだろうなと思います」（長崎地域，介護支援専門員 1）

デスエデュケーションの重要性に言及したものもあり，生や死について学び考える機会の重要性や死の文化としての課題が述べられた。

「○○先生が，緩和ケアって非常に広まってきた，がん対策基本法ができたり，そういったプロジェクトも立ち上がり，ホスピスっていうことも，緩和ケアっていうのも本当に広まってきたと思うけれども，死の教育っていうところがある意味（進んでいない）。それこそホスピスっていったら死に場所でしょうって言ってた時代から，一見いいように見えるんだけれども，死に向き合ってきてない部分があるんじゃないかなっていうのをおっしゃっていて，同じようなことも私も感じてはいたんですよね。病気になってからじゃなく，小学校中学校高校，学校教育の中から，死というものの教育，健康な人たちの教育っていうのが，積み重ねで必要。大変なことを私は言ってると思うんですけど，そういうことを地道にしていかないと難しいようなところはあるなって。本当に死を思う，昔の人が家で生まれて家で亡くなってきたような，そういうふうな感覚を取り戻さないと，活字にしてぱっと『わたしのカルテ』って渡されて，そこに何かあった時に心臓マッサージを私は希望しませんっていうのは，ここの長崎の地区ではまだまだ受け入れ難いんじゃないかなっていう印象を私は受けているところですね」（長崎地域，緩和ケア病棟看護師 1）

このほか，在宅医療で必要とされる医療資材の調達が困難な場合があるといった医療資材の流通に関わる課題，有効な情報共有システムが確立できないという情報共有のシステムに関わる課題，Dr. ネットなど既存のシステムを評価する機会がないというシステムに関わる課題などが挙げられた。

その他と地域独自の変化

OPTIM 以外で影響を与えたものとして，PEACE プロジェクトが複数の参加者から挙げられた。緩和ケアの知識・技術の向上，連携の促進に加え，その運用の仕方やファシリテーターとしての学びが役立ったと述べられた。

また，がん診療連携拠点病院の要件として，地域連携，退院支援のシステムづくりが求められており，プロジェクトに加え，これらが影響を与えたと述べられた。退院前カンファレンスについて，診療報酬に反映されるようになったことが，開催の促進要因になったと述べられた。

ある参加者は，がん緩和ケア以外でも連携が改善した変化に言及し，プロジェクトの波及効果があったことを述べた。

地域独自のものとしては，鶴岡地域では，【共通電子カルテが役立った】ことがしばしば述べられた。共通電子カルテは，［退院後の患者の様子を知ることができる］［病院医師からタイムリーに症例に即した推奨が得られる］［多職種でやりとりができる］［共有できる範囲が広がる］［時間（遅い時間，夜間など）による制約がない］と述べられた。一方，何名かの参加者は，【共通電子カルテの活用では工夫が必要である】ことに言及した。参加者は，［個々に情報共有しやすいツールは違うので使い分けが必要である］，情報を落とさないために，［共通電子カルテに頼りすぎてはいけない］［早く見てほしい・見たい時に難しい］［参加できていない職種がある］などと述べられた。

柏地域では，精神腫瘍学についての学びがあったことが述べられた。また，複数の参加者が［地域の中で相談できる場が増えた］変化に言及した。

浜松地域では，［介護保険の手続きが迅速化された］ことが述べられた。調査データを示し，個ではなくプロジェクトとして働きかけた成果が語られた。

長崎地域では，［Dr. ネットに登録し相談・依頼する医師がふえた］，ネットワークができてきて直接のやりとりが増え，［Dr. ネットを通さない紹介がふえた］ことが述べられた。また，［Dr. ネットのシステムはあっても使わない場合がある］と述べられ，その理由として，診療科の専門性から組むところが少ない，患者の満足度が低いと思う，やりにくいなどと述べられた。

全体としては，しかしながら，地域間での差は顕著ではなく，いずれの地域でも同様のプロセスが語られた。

資料９　変化の理由の分析結果
【つながりができ，ネットワークが広がった】変化と理由

変化	理由・きっかけ
［名前と顔，人となりが分かるようになり，安心して相談ややりとりができるようになった］	・多職種・多施設で集まる機会が増えた ・患者を一緒にみた ・共にプロジェクトの活動に携わった
［これまでやりとりのなかった人たちとコミュニケーションをとるようになり，選択肢・ケアの幅が広がった］	・多職種・多施設で集まる機会ができた ・共にプロジェクトの活動に携わった ・必要性を感じ連携をとるようになった
［互いの役割やその重要性が分かるようになり，チームを組むようになった］	・多職種・多施設で集まる機会ができた ・患者を一緒にみた
［互いの考え方や状況が分かるようになり，自分の対応を変えるようになった］	・多職種・多施設で集まる機会が増えた ・カンファレンスを重ねた ・少人数多職種でのワークショップを行った ・定期的に顔を合わせる機会があった ・患者を一緒にみた
［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］	・多職種・多施設で集まる機会が増えた
［職種や施設間の垣根が低くなり，躊躇せずに相談ややりとりができるようになった］	・多職種・多施設で集まる機会ができた ・患者を一緒にみた ・共にプロジェクトの活動に携わった ・コミュニケーションの機会が増え，気持ちの共有ができた ・互いの人となりが分かるようになった ・緩和ケアの知識が増えた
［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った］	・多職種・多施設で集まる機会ができた ・システム（相談センター，緩和ケアホットライン，ドクターネット）が整備された
［生の声を聞き，本音のやりとり，インフォーマルな相談ができるようになった］	・定期的に顔を合わせる機会があった ・多職種・多施設で集まる機会が増えた ・地域での少人数の集まりであった ・少人数でのワークショップを重ねた
［責任をもった対応をするようになった・無理がきくようになった］	・顔見知りになった ・コミュニケーションが進んだ ・依頼する内容の重要性が理解されるようになった
［同じことを繰り返すことで効率が良くなった］	・相手の考え方が分かるようになった ・相手の動きが分かるようになった ・相手の人となり，特長が分かるようになった
［地域の他職種・他施設，他地域の状況を知り，地域全体を意識した緩和ケアの実践を考えるようになった］	・多職種・多施設で集まる機会ができた ・多職種とつながりができた ・多職種と一緒に患者をみる機会を得た ・地域の緩和ケアに関する調査結果が示された ・患者の生の声を聞いた ・プロジェクトの活動に携わったことで課題がみえた ・ワークショップで出た課題を実際に現場で体験した ・他地域と交流する機会ができた
［連帯感・信頼感が高まった］	・みんなで集まる機会が増えた ・共にプロジェクトの活動に携わった ・患者を一緒にみた ・直接コミュニケーションをとって話し合う機会が増えた ・人となりが分かるようになった ・同じ目的をもっていた

【在宅医療が進んだ】変化と理由

変化	理由・きっかけ
[療養場所や最期の場所を意識し，患者・家族の希望を聞くようになった]	・緩和ケアや退院支援について学ぶ機会が増えた ・患者をみた肯定的・否定的な看取りの経験を通じて重要性を実感した ・自宅で過ごす患者の様子を知った ・患者・家族の生の声を聞いた ・実践のモデルがあった ・在宅チームから問われることが多かった ・療養場所の選択肢が増えた ・療養場所の話題がでることが増えた ・退院支援のシステムが整ってきた ・死生観が深まった ・療養場所の重要性についてプロジェクトで繰り返し伝えられた
[自宅で過ごすことができると思うようになった]	・自宅で対応可能な範囲を知った ・実際の事例を経験した ・自宅で過ごす患者の様子を知った ・在宅チームとのやりとりから新たな視点を得た ・退院支援担当看護師の病棟への働きかけがあった ・在宅チームに対する信頼感が高まった ・病院と在宅チームの連携が進んだ ・緩和ケアの知識・技術が向上した ・マテリアルで学んだ
[病院スタッフが自宅での生活を意識した診療やケアを行うようになった]	・在宅チームからの問いかけやフィードバックなど生の声を聞いた ・自宅で過ごす患者の情報が増えた ・退院支援のシステムが整備されてきた ・患者をみる経験が増え，気づきを得た ・病院と在宅チームで課題を共有，議論する機会があったことで気づきを得た ・在宅療養を支えるリソースについての知識・情報が増えた ・実際に自宅での生活をみた
[地域の生きた情報を得て，受けられる医療やサービスを具体的に説明できるようになった]	・地域の生きた情報を得られるようになった ・多職種の役割が分かるようになった ・人となりや考え方が分かるようになった ・一緒に患者をみた
[病院から退院する時の支援が充実した]	・実際に患者をみた経験やプロジェクトでの学びから重要性を知った ・連携部署のスタッフがプロジェクトに参加した ・病院と在宅チームで課題を共有する機会を得た ・病院と在宅チームの連携が進んだ ・積極的に働きかける人がいた ・教育プログラムが進んだ ・経験が増えた ・患者の生の声を聞いた ・プロジェクトでフィードバックや振り返りのための構造がつくられた ・病院スタッフが退院後の患者の様子を気にかけていることを知り，フィードバックを行うようになった ・みんなで集まる機会が増え，やりとりができるようになった ・患者がどう過ごすかを意識するようになった ・プロジェクトで推進された ・診療報酬に反映されるようになった
[終末期・医療依存度の高いがん患者を診療所や訪問看護ステーションで受け入れやすくなった]	・緩和ケアの知識・技術が向上した ・サポートが増えた ・緩和ケアの経験が増えた ・病院と在宅チームの連携が進んだ ・在宅チーム内の連携が進んだ ・診療所と訪問看護ステーションが連携できる ・24 時間体制が整備されてきた ・緩和ケアのマニュアルがある ・入院やレスパイトが利用しやすくなった

	（入院やレスパイトが利用しやすくなった理由・きっかけ） ・退院時にバックベッドやレスパイトを保証されるようになった ・プロジェクトで推進され相談がしやすくなった ・レスパイトを行う施設と在宅チームの連携がある ・レスパイトに関する情報を得た ・多職種カンファレンスで課題を共有した ・病院医師が診療所医師の苦労を理解している ・医療者の緩和ケア病棟に対するイメージ（最期の場所）が変化した ・緩和ケア病棟の利用について話し合う機会ができた ・緩和ケア病棟の利用の仕方が分かった
［在宅チームが患者・家族の気持ちや希望，病状を共有し，変化を予測して対応できるようになった］	・緩和ケアの知識が向上した ・退院前カンファレンス，サマリーなどで必要な情報が得られるようになった ・チーム医療の重要性を感じた ・方針が話題にあがることが増えた ・変化を予測したケアを意識するようになった ・コミュニケーションが進み，やりとりがしやすくなった ・一緒に学ぶ機会を得た
［訪問看護でできることが増えた］	・緩和ケアの知識が向上した ・包括指示で動けるようになった ・紹介の時期が早くなった ・予測される状況についての情報が得られるようになった
［いい時期にスムーズに在宅移行ができるようになった］	・自宅で過ごすための支援が充実してきた ・病院と在宅チームの連携が進んだ ・看護師の役割認識，多職種との連携が進んだ ・ふりかえりやフィードバックにより気づきを得た ・療養場所について話し合えるようになった ・在宅チームから早めの紹介の重要性が伝えられた ・地域につなぐ部署が整備された ・経験知が増えた
［自宅で過ごせる患者が増えた］	・患者・家族の希望を聞くようになった ・自宅で過ごすことができると思うようになった ・病院と在宅チームの連携が進んだ ・緩和ケアの知識・技術が向上した ・緩和ケア専門家のサポートが増えた ・地域の生きた情報を得て，自宅で過ごすことを提案しやすくなった ・自宅で過ごす患者をみる診療所・訪問看護ステーションがあった ・地域へ帰すという病院スタッフの意識の変化があった ・地域へつなぐ人ができた ・自宅で過ごすための支援が充実してきた ・バックベッドの重要性が意識されるようになった ・自宅で過ごせることを患者・家族が体験した ・緩和ケア病棟が最期の場所ではなく退院する患者がでてきた

【緩和ケアの知識・技術，認識，実践が向上した】変化と理由

変化	理由・きっかけ
［緩和ケアの知識・技術・実践が向上した］	・緩和ケアについて学ぶ機会（講義，事例検討，ロールプレイ，アウトリーチ）が増えた ・共通マニュアルを活用した ・ツール（パンフレット，DVD など），ホームページ，ガイドラインを活用した ・緩和ケア専門家に相談ができるようになった ・緩和ケアの経験が増えた ・施設内に緩和ケア専門家がいた ・プログラムへの参加を進めた ・学びを自施設の中で共有した ・自己学習が進んだ ・患者・遺族調査の結果を知った ・緩和ケア専門家のネットワークがあった

[緩和ケアが終末期だけのものではなく，どの時期にもすべての人に提供される普遍的なものと思うようになった]	・緩和ケアについて学ぶ機会（講義，症例検討会，講演会，ツールなど）が増えた ・緩和ケアの経験が増えた
[緩和ケア専門家からのサポートがふえた]	・緩和ケア専門家と知り合いになった ・やりとりのなかで人となりを知り，親近感を感じるようになった ・定期的に顔を合わせる機会があった ・緩和ケアのリソース・システムが整備された ・アウトリーチプログラムが設定された ・緩和ケア病棟での研修が設定された ・連携部署が機能するようになった ・プロジェクトの活動が周知された ・緩和ケア専門家で議論する機会ができた ・緩和ケアの専門研修を受けた
[全人的医療とチーム医療を意識するようになった]	・患者・家族をみる経験を通じて重要性を実感した ・緩和ケアについて学ぶ機会が増えた ・コミュニケーションについて学ぶ機会が増えた ・患者・家族の生の声を聞いた ・経験が増えた ・症状の緩和ができるようになってきた ・緩和ケア専門家がいた ・重要性を伝え続ける人がいた ・在宅医療を経験した ・他職種・他施設との交流から新たな視点を得た ・ふりかえりを行う中で気づきを得た ・病院のチーム医療のあり方を知った
[緩和ケアの経験が増えた]	・プロジェクトに参加した ・アウトリーチプログラムが設定された

【自信や成長，専門職としての価値の認識につながった】変化と理由

変化	理由・きっかけ
[自信や成長，専門職としての価値の認識につながった]	・緩和ケアの知識・技術が向上した ・経験が増えた ・サポートが増えた ・互いを知るようになった ・多職種での交流が増えた ・ケアをふりかえる機会ができた ・システムや人員，教育が充実してきた ・地域の実情を知った ・プロジェクトの中で役割を担った

【患者・家族の認識の変化はさまざまであった】変化と理由

変化	理由・きっかけ
[患者・家族の認識が変化してきた]	・継続した啓発が行われた ・医療者が影響を及ぼした ・冊子・ポスター・リーフレットなどが影響を及ぼした ・講演会・出張講演が影響を及ぼした ・インターネットが影響を及ぼした ・新聞公告や公報，看板が影響を及ぼした ・マスメディアが影響を及ぼした ・体験者から話を聞いた
[患者・家族の安心感を感じる]	・医療者が積極的に関わるようになった ・在宅療養を支えるシステムが整ってきた
[患者・家族の認識はまだ変化していない]	・医療者の認識が変化していない ・変化するには時間がかかる

【地域全体へのプログラムの波及はさまざまであった】変化と理由

変化	理由・きっかけ
［プロジェクトは地域緩和ケアの基盤ができるきっかけとなった］	・幅広く参加の声かけが行われた ・リーダーシップをとる組織があった ・1 つの目的があった ・地域の課題に即したプロジェクトだった ・多職種・多施設で集まる機会ができた ・任意で同じ志のものが集まった ・地域や組織が小さい ・医師会の協力が得られた ・施設内の緩和ケアが推進された
［活動の広がりが限られた］	・勤務や個人の生活とのバランスで参加が難しかった ・認識や必要性のちがいにより参加が限られた ・介護職が参加しやすい仕掛けが必要だった ・個人で動き，全体に影響を及ぼしうる人がプロジェクトに参加しなかった ・施設内に十分な緩和ケアのリソースがあった

B. OPTIM プロジェクトによって生じた変化とその理由
2）プロジェクトの参加者が「最も大きかった」と感じたこと

1）聖隷三方原病院 緩和支持治療科，2）同 浜松がんサポートセンター
森田 達也[1)]，井村 千鶴[2)]

目　的

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。

対象・方法

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して「最も大きなこと」を概念化した。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。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。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ったため，96名を分析対象とした。

結　果

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60**）。

【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61**）。

1.【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」「人」「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，正式な場所でなくついでに聞ける機会がある，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といった精神的な効果が語られた。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ジェクト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）いろんな人と知り合えたこと。（通常の）研修へ言っても受けるだけですよね。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，さらにない。

表 60　地域緩和ケアプロジェクトに参加したことで一番大きかったこと

	n
【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
【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持って対応できた］	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
【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
【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】	4
【自分の役割に役立つ体験ができた】	2
【患者・家族の満足が得られた】	1

表 61　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。

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）

「オプティム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［連携の大切さを知った］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できたことを述べ，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ーっていうのと，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った。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るのは，本当に，患者さんと家族の方だけでなくて，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）

2.【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持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。表面的にやってたことの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持ってできることです。マニュアルができてるから，ちょっと疑問を持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ことであった。

「緩和医療に関して，私自身間違った認識を持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。紹介してくださる方が言ってくださってると思うんです。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ば，（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しかた。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，今やることが，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。患者さんのニードに向き合うことが，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）

3.【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あっていることを【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。

「一番かどうかは分からない。大きく 2 つ感じるのが，1 つは連携。チーム医療は絶対で連携がとても必要で，オプティムでのいろいろ（なプログラム）が連携にすごくつながっている。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うか，どうつなげて

いくか」（病院看護師，083）

4.【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】

プロジェクトに関わることで，［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，薬剤師はほか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持てて，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持つべきか，ちょっとあやふやな部分がしっかり持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かかわることで［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一人一人に対するケアの質を考えるだけでは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こと】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。

B. OPTIM プロジェクトによって生じた変化とその理由
3）プロジェクトの参加者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること

1）聖隷三方原病院 緩和支持治療科，2）同 浜松がんサポートセンター
森田 達也[1)]，井村 千鶴[2)]

目　的

本研究の目的は，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。

対象・方法

地域緩和ケア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。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。

結　果

合計 111 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 62）。

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。

［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］

「（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ょうってことです。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，孤立していてはいけない。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ほうがいい」（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合う］ことと，［できないと決めてかか

表 62　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・他職種に勧めること

	n
【職種にかかわらず勧めること】	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づつする］	2
【保険薬局に対すること】	17
［（保険薬局から）参加したいので声をかけてほしい］	7
［（ほかの職種から）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
【介護支援専門員に対すること】	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
【診療所医師に対すること】	7
［チームを使って診療すればできる］	7
【訪問看護師に対すること】	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
【地域医療福祉従事者に対すること】	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
【病院スタッフに対すること】	11
［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
［地域でのホスピスの役割を見直してみる］	1

らないで可能性を探す］ことが述べられた。

［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，（その他は）ふだん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，へぇ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していく」（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とでは違うので，『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，医療ソーシャルワーカーもちゃんと勉強して相談に当たる」（医療ソーシャルワーカー，092）

「伝達で済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。私たちがドーンとしてないと看れないから，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（るわけでは）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のも分かるけど，そこを一歩出てみれば違う視野が広がって，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言う，もめるって。ケアマネジャーも自分のところでやったほうが楽って。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，組み合わさっ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づつする］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。みんな背負わないほうがいいし，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ほうが（いい）。すべてに応えようとすると疲れていやになってしまう人もいるので。一定のものを出さなくても，とりあえず継続して続けていけることを目指したほうがいい」（病院薬剤師，053）

［できることから少しづつする］

「できることから一歩ずつです。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）

「一から作り上げようとしないこと。他の地域のものを真似したり，使ったり。一から作り上げようとする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.【保険薬局に対すること】

職種別では【保険薬局に対すること】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。一方，保険薬局薬剤師以外の職種からは，できることが分かりにくいのでもっと［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。

［参加したいので声をかけてほしい］

（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ほか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。お尻叩いてもらいたいかな」（保険薬局薬剤師，098）

「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ぶん，それぞれの職種（の本来の仕事）に使う時間が有効に使える」（保険薬局薬剤師，039）

「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んで，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）

［アピールしてチームに加わってほしい］

「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うと良いと思います。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）。アピールしてもらうのが良い」（医療ソーシャルワーカー，092）

［患者の気持ちや生活を考えた服薬指導をする］

「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添えることで患者さんが安心できる」（保険薬局薬剤師，016）

「薬理作用だけを考えると難しいので，患者さん１人ひとりの個別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，個別性のある服薬指導をしてもらえればいい」（病院医師，097）

3.【介護支援専門員に対すること】

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でよいので，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。

［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］

「『医療者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るよ』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，『自分ではわからないけど，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，大事な仕事ですねって話をしたい」（訪問看護師，068）

［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ちゃっ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，良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）

4.【診療所医師に対すること】

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.【訪問看護師に対すること】

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，おしっこの回数，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，きっと快く電話を取ってくれるですけど，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.【地域医療福祉従事者に対すること】

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.【病院スタッフに対すること】

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みつけて，情報収集したり，連絡したりができるようにしてくれた。システム的に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）

B．OPTIM プロジェクトによって生じた変化とその理由
4）地域緩和ケアが構築されるプロセスについての考察

聖隷三方原病院 緩和支持治療科
森田 達也

一連の本研究は，地域緩和ケアプログラムによって生じた変化のプロセスを探索することを目的として行われた質的研究である。本研究では３つの重要な点がある。

「地域緩和ケアプログラムによって体験される主要な変化」を明らかにした

【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】【地域全体へのプログラムの波及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】の７つの変化が体験として報告された。特に，【つながりができ，ネットワークが広がった】ことが最も価値ある変化として語られ，【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】ことが次に多く語られた。これは，地域緩和ケアプログラムを評価した比較的小規模な英語圏での質的研究の結果とよく一致している（**表 63**）。

以上の結果は，地域緩和ケアプログラムでは，コミュニケーション・連携が最も重要な要素であることを強く示唆する。地域緩和ケアプログラムを設定する場合には，症状緩和技術だけではなく，コミュニケーション・連携を促進するプログラムを念頭に置いたプログラム構築をすることが重要である。

量的研究の結果を裏付けられた

本研究の２つ目の重要な点は，量的研究で測定された結果の厚みのある裏付けが得られたことである。

量的研究でも，測定可能であった変化として，医師・看護師の連携・コミュニケーションに関する困難感の改善と，自宅死亡率の増加が認められた。インタビュー研究は，この量的知見を裏付けとなるものである。一方，患者・家族・住民の緩和ケアについての認識については，量的研究でも意味のある差を認めなかったが，インタビュー研究でも患者・家族・住民にとってさまざまであることが語られた。

本研究において，量的研究と質的研究はおおむね同じ結果を示しており，相互補完的に解釈を深めること

表 63　各国での地域緩和ケアプログラムの評価

イギリス	オーストラリア	オランダ	カナダ
Shaw KL （Palliat Med, 2010）	Kelley ML （J Palliat Care, 2007）	Masso M （Aust L Rural Health, 2009）	van-de Sande CV （J Palliat Med, 2005）
Authority がきっかけとなり，医療者間のコミュニケーションが良くなる	チームカンファレンスは，意思決定よりも，「お互いを知ること（linkage）」になる	気軽に話せるようになる。地域にどのようなリソースがあるのか分かる，組織間の問題の解決が早い，紹介の基準が分かる	言いだした人がきっかけに，「誰もが気になっていたこと」を共有するチームができる
枠組みなので現場に合うように変更できる（リストせずミーティングだけなど）	新しいツールや情報を長期間維持するのは難しい	何をするかはネットワークに委ねられている	そこにあるリソースを使用する
終末期・緩和ケア，チーム医療の認識の改善，緩和ケア専門家との意思疎通			

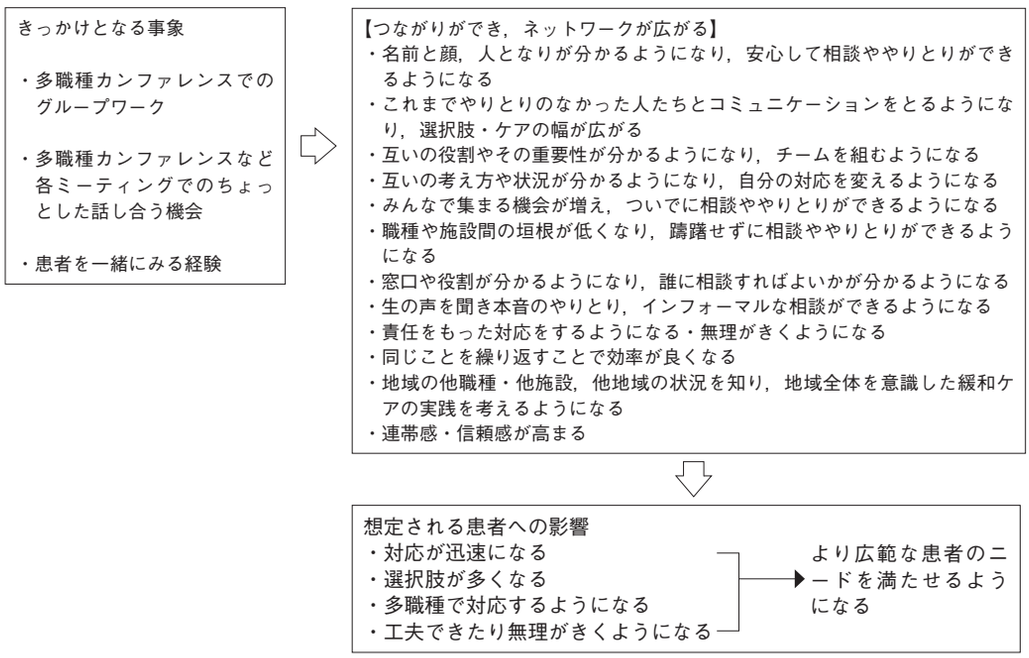


図 130　医療福祉従事者間のネットワークの向上を通じて患者の quality of life を向上させる概念的枠組み

に役立ったと考えられる。

概念的枠組みを構築した

本研究の 3 つ目の，そして最も重要な点は，「なぜそのような変化を生じたのか」についての概念的枠組みを提示したことである。

本研究では，3 つの概念枠組みが示唆された。グラウンデッドセオリーのような理論形成を目的とした解析を行わなかったため，提示された概念的枠組みは予備的ではあるが，地域緩和ケアプログラムを実施，計画するうえで十分な洞察を与えてくれる。

1. 医療福祉従事者間のネットワークの向上を通じて患者の quality of life を向上させる概念的枠組み

第 1 に，医療福祉従事者間のネットワークの向上を通じて患者の quality of life を向上させる概念的枠組みは図 130 のように集約された。すなわち，多職種カンファレンスでのグループワークや多職種カンファレンスなど各ミーティングでのちょっとした話し合う機会をきっかけにして，「名前と顔，人となりが分かるようになり，安心して相談ややりとりができるようになる」「これまでやりとりのなかった人たちとコミュニケーションをとるようになり，選択肢・ケアの幅が広がる」といった【つながりができ，ネットワークが広がる】変化がみられる。この変化は，対応が迅速になる，選択肢が多くなる，多職種で対応するようになる，工夫できたり無理がきくようになるという変化を通じて，より広範な患者のニードを満たせるようになることによって患者の quality of life を向上させることが示唆された。

【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】のいずれの変化の基盤にも，【つながりができ，ネットワークが広がった】ことが繰り返し語られた。これは，逆に考えれば，現在のわが国の医療環境において，地域での多職種の活動がコミュニケーションと連携がいかに分断され，コミュニケーション・連携を促す枠組みが求められているのかを示すものである。【つながりができ，ネットワークが広がった】きっかけとしては，多職種カンファレンスでのグループワークと，各種のミーティングでのちょっとした話し合う機会，患者を一緒にみる経験の 3 つが主に挙げられた。特に，いずれの地域においても，多職種カンファレンスでのグループワークはそれまでになかった活動であり，「ひととおり地域でだれが何を考え，どのようなことをしているのか」が分かるための重要な機会であった。地域緩和ケアプログラムにおいては，多職種での出会いの場，少人数で理解し合える場をフォーマルなものとインフォーマルなものの両方

表 64　コミュニケーション・連携が患者に及ぼす影響

観察された現象	患者への影響
名前と顔，人となりが分かるようになり，安心して相談ややりとりができるようになった	・患者に問題が生じた場合にためらわずにすぐに関係者に連絡が取れる
これまでやりとりのなかった人たちとコミュニケーションをとるようになり，選択肢・ケアの幅が広がった	・患者に役立つ地域のリソースの選択肢が広がる
互いの役割やその重要性が分かるようになり，チームを組むようになった	・単職種では解決できない問題が多職種チームで解決できるようになる
互いの考え方や状況が分かるようになり，自分の対応を変えるようになった	・患者の問題を解決することのできる人に，医療福祉従事者の対応を変えることでアプローチできる ・相手に応じた対応をすることで，普段なら対応できない患者のニードに応じることができる
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	・ついでの機会に患者の情報，新しい治療，地域のリソースの情報を共有することで，患者に役立つ情報を常に得ることができる
職種や施設間の垣根が低くなり，躊躇せずに相談ややりとりができるようになった	・患者に問題が生じた場合にためらわずにすぐに関係者に連絡がとれる
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った	・患者の問題を解決できる人にまちがいなく連絡をとることができる
生の声を聞き本音のやりとり，インフォーマルな相談ができるようになった	・患者の問題に関わる「実際のところ」を正直に相談でき，より効果的な選択をすることができる
責任をもった対応をするようになった・無理がきくようになった	・通常であればしていないことでも少しの無理を引き受けることで，患者の多様なニードが満たされる
同じことを繰り返すことで効率が良くなった	・自己紹介や前提条件の情報共有を省略することで，患者のケアに関わることに時間や労力をあてられる ・患者の問題に対して手続きなどに時間がかからず迅速な対応が可能である
地域の他職種・他施設，他地域の状況を知り，地域全体を意識した緩和ケアの実践を考えるようになった	・患者に役立つ地域のリソースの選択肢が広がる

をあわせて多く設定することがすべてのアウトカムの改善の基盤となることが強く示唆される。

また，【つながりができ，ネットワークが広がった】のサブカテゴリーの記述は，「日々の臨床でコミュニケーション・連携が良くなることがどうして患者アウトカムに影響しうるのか」を知るための洞察に富むものである。本研究で示された変化と想定される患者への影響をまとめると**表 64** のようになる。現在われわれの知るかぎり，地域医療での連携の内実を明らかにした実証研究や組織間ネットワークの構築を説明する包括的な理論はないが，このうちのいくつかは既存の組織間ネットワークの理論で説明できるように思われる。たとえば，「同じことを繰り返すことで効率が良くなった」ことは，組織が連携を取るのはやりとりにおいて労力のロスを少なくするためであると考える「取引コスト理論」によってある程度理解できる。また，グループワークによる直接の対話や，実際に現場をみることで初めて相互の理解が進んだという数多くの記述は「暗黙知（埋め込み型知識）」による知識や情報の集積をもとにネットワークを説明する組織間学習理論を想起させる。「情報はチームで共有することに価値があると思うようになった」という記述はネットワーク論における動的情報の概念に相当するようにみえる。今後，今回収集した知見をもとに，社会学的な方法を用いた研究によって，緩和ケア，あるいは，医療福祉での地域ネットワーク構築の理論研究が有望である。

2．患者が自宅で過ごせるようにするための概念的枠組み

第 2 に，【在宅医療が進んだ】に属するサブカテゴリーから，概念的枠組みが構成されたことが重要である（**図 131**）。緩和ケアプログラムに代表される複雑介入では，概念的枠組みの設定が重要であることが Medical Research Council の complex intervention の推奨でも強調されている。今回得られた概念的枠組みは，退院支援や緩和ケアチームの活動のみならず，地域全体でがん患者が自宅で過ごすためには「どこに，

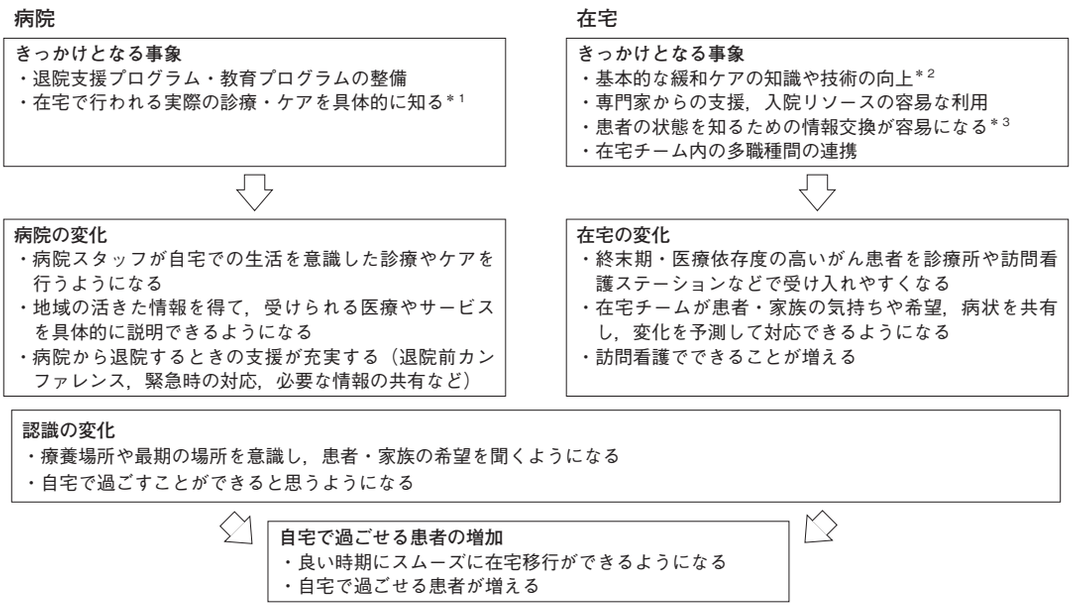


図 131　患者が自宅で過ごせるようにするための概念的枠組み

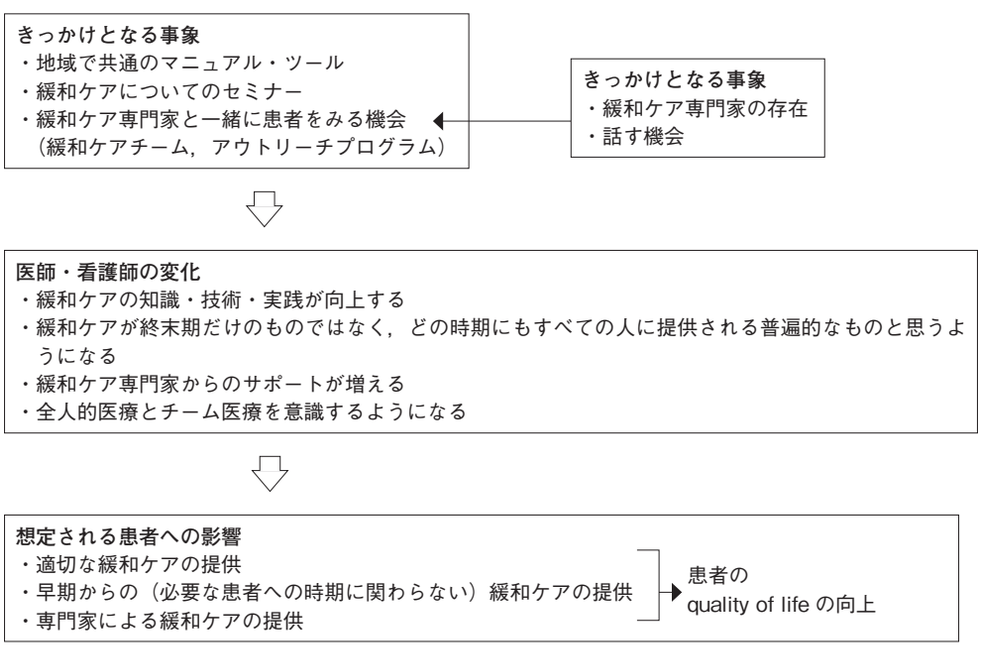


図 132　医師・看護師の緩和ケアの知識・技術，認識，実践を向上させるための概念的枠組み

どのような介入を行うことが適切か」を実証研究から示すものである。特に，退院支援プログラム，病院スタッフが在宅医療を知り「在宅の視点」を得るための方策（多職種カンファレンス，フィードバック，訪問など），在宅スタッフが終末期がん患者を受け入れやすくなるための方策（基本的な知識・技術の提供に加えて，フォーマル・インフォーマル両方のネットワーキングに基づく緊急時の病院との連携の確保と地域内での相互サポート）が重要である。方策のほとんどがコミュニケーション・連携を強めることに関係している。

3. 医師・看護師の緩和ケアの知識・技術，認識，実践を向上させるための概念的枠組み

第３に，【緩和ケアの知識・技術，認識，実践が向上した】概念的枠組みはシンプルではあるが，理解しやすいものである（**図 132**）。地域緩和ケアを念頭に置いた場合には，地域共通のマニュアル・ツールによる共通言語，セミナー，実際に緩和ケアを受けた患者を診る機会，専門家と気安く話せるようなついでの機会や人となりが分かる機会の４つが重要である。ここでもまた，方策の多くがコミュニケーション・連携を強めることに関係している。地域での緩和ケアの普及を考える場合には，個々の症状緩和技術の向上だけではない方策が求められることが認識される。

まとめ

本研究では，地域緩和ケアプログラムによって体験される主要な変化を質的に明らかにし，かつ，「なぜそのような変化を生じたのか」についての概念的枠組みを【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】の３点について提示した。質的研究の豊富な情報から得られる洞察は地域緩和ケアの普及に貢献すると考えられる。

文　献

1）森田達也，井村千鶴，野末よし子，他：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．Palliat Care Res　**7**：163–171, 2012

2）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　**7**：209–217, 2012

C. 地域緩和ケアプログラムのプロジェクトマネジメントに関する研究

1）前 東京大学大学院 医学系研究科，前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室，2）聖隷三方原病院 緩和支持治療科
山岸 暁美[1)]，森田 達也[2)]

背景・目的

地域での緩和ケアを進めるための活動が求められているが，そのための組織運営やプロジェクトマネジメントのあり方についてはほとんど明らかにされていない。本研究の目的は，地域緩和ケアプロジェクトを進めるためのプロジェクトマネジメントやプロジェクトの進め方についての洞察を得ることである。

設定された研究疑問は，

地域緩和ケアのプロジェクトを進めるうえで

・誰が実施主体となるのがよいか
・どのような組織を構築したらよいか
・プロジェクトをどのように運営したらよいか
・プロジェクトを進めるに当たって生じる課題と対応はどのようなものがあるか
・実施主体やマネジメントの違いがアウトカムにどのように影響するか

である。

最終的な目的は，地域緩和ケアプロジェクトを進めるためのマネジメントのモデルを提示することである。

研究疑問を明らかにするために，事例研究，介入期間中に生じたマネジメントの課題の分析，および，インタビュー調査による質的研究の３つの研究を行った。

倫理的配慮

いずれの解析・解釈においても，地域での文脈が失われないように解釈を行うためには，ある程度の厚みのある記述が必要であると考えられた。したがって，研究報告書など公開されている情報から容易に同定される場合には所属機関と職位を記載した。所属機関・職位などが解釈をするうえで必要と考えられない場合には，個人が同定されないように匿名性に配慮して記述した。

1）事例研究

1. 対象・方法

事例研究を行った。フィールドノートや資料をもとに，地域ごとの記述を行った。

研究者は，介入４地域を対象として，介入期間中の2008年から2009年にかけて，延べ180日滞在した。訪問時には，各地域で行われた介入のセミナーや多職種連携のためのカンファレンス，企画・運営のためのミーティングなどに参加し，地域での介入が円滑に遂行できるよう支援しながら，フィールドノートや資料を取得した。すなわち，研究者は「観察者である参加者」（participant observer）の立場で４地域における地域緩和ケアプログラムの進捗状況を記録した。

OPTIMプロジェクト終了後に，４地域でのプロジェクトマネジメントについて，記述を行った。データソースとして，①滞在時に実施したモニタリングから取得されたフィールドノート，資料（documents），会話やメーリングリストからの情報，遭遇した場面の記録など延べ6,700ページ，②４介入地域のプロジェクトチームが研究期間中に作成した「プロジェクトの組織」の記述延べ21ページ，である。

2. 結　果

４地域で行われたプロジェクトマネジメントの経過は以下のとおりである。プログラムによって組織構築を規定することはなかったため，すべての地域において地域に合わせて構築可能な組織が構築され，プログラム期間中に徐々に変化して運用された。

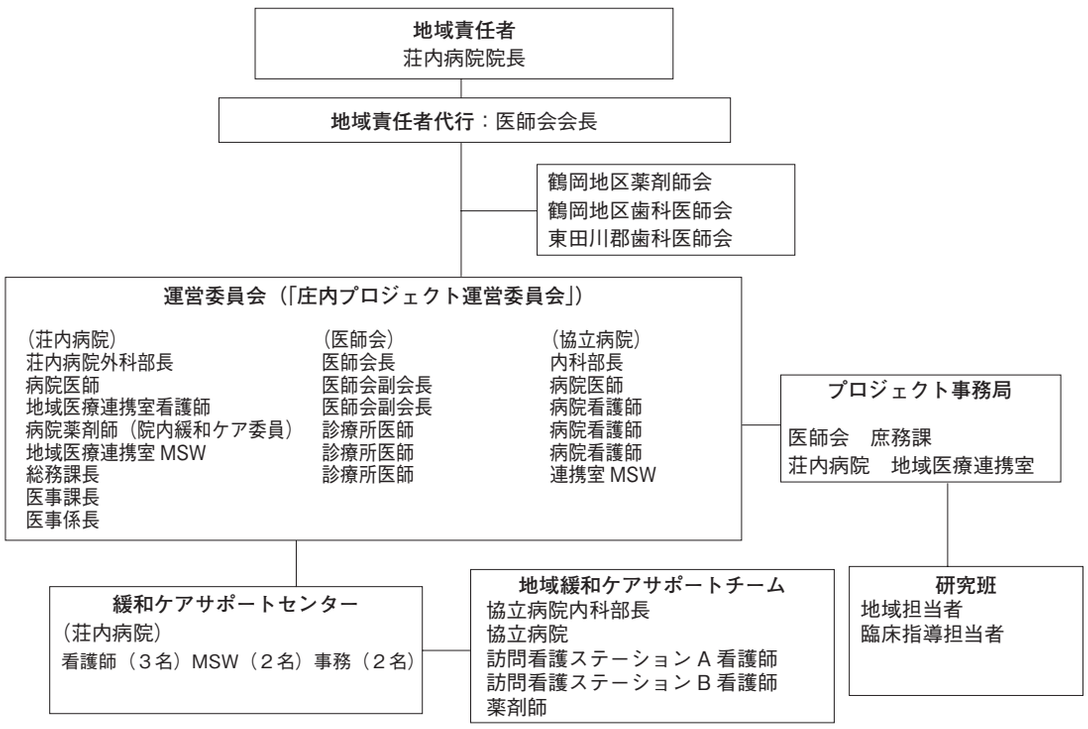


図 133　鶴岡地域の組織図：初期

1）鶴岡地域

① プロジェクト開始直後の運営組織と運営状況

鶴岡市立荘内病院（520 床）・鶴岡地区医師会・鶴岡協立病院（244 床）の主要な医療従事者（医師および看護師）を中心にプロジェクトの方針に関する意思決定機関である「庄内プロジェクト運営委員会」が構成された（**図 133**）。初期の構成員は，医師，看護師が中心であった。地域緩和ケアサポートセンターの設置場所をめぐっては，当初，医師会に設置する案も検討されたが，当該地域でがん診療を中心的に行っている荘内病院が適しているとの判断から，荘内病院の地域連携室に併設されることになった。「緩和ケアが未整備な地域」という設定に応じて，研究班から，研究班地域担当者として地域連携の専門家が，また臨床指導担当者として国立がん研究センターの緩和ケア専門医が定期的に支援する体制とした。

プロジェクト開始後，月 1 回程度の割合で「庄内プロジェクト運営委員会」が開催されたが，研究班のプロトコールを地域の実情に合わせて具体的に落とし込むところまではいっておらず，地域としての方針・目的が不明確で，「誰が何をしたらいいか分からない」との声が多く聞かれた。

地域の課題に対し実際的な解決に向けて取り組むためには，当初の運営体制では難しいこと，OPTIM プロジェクト終了後も継続して地域の課題について取り組んでいく体制を確立する必要があることから，組織を再編成する方針で関係者のコンセンサスが得られた。

② 「合宿」：ワーキンググループ制の導入

地域全体を見渡して「人材」を集め，「合宿」を開催した。1 泊 2 日の合宿のディスカッションの結果，介入 4 本柱に沿ったワーキンググループを立ち上げ，2009 年度の鶴岡地域のアクションプランは各ワーキンググループで立案することとなった。これに伴って，組織は**図 134** のように変更となった。主な変更は以下の 4 点である。

緩和ケア教育，市民啓発，地域連携，専門緩和ケアの 4 つの柱に沿ったワーキンググループを組織し，それぞれ，その領域に関心がある地域の中核的役割を果たしている医師をリーダーとした。4 人の医師のうち 1 名が荘内病院，1 名が協立病院，2 名が医師会の副会長であった。

毎回多人数で行う庄内プロジェクト運営委員会の効率がよくないため，各ワーキンググループのチームリーダー，荘内病院院長，医師会長，地域緩和ケアサポートセンターの医師・看護師・医療ソーシャルワーカー，研究班の研究者，プロジェクトのために設置された事務局の合計 12 名で「コアメンバー会議」を構築した。これによって，小規模で臨機応変に稼働でき，

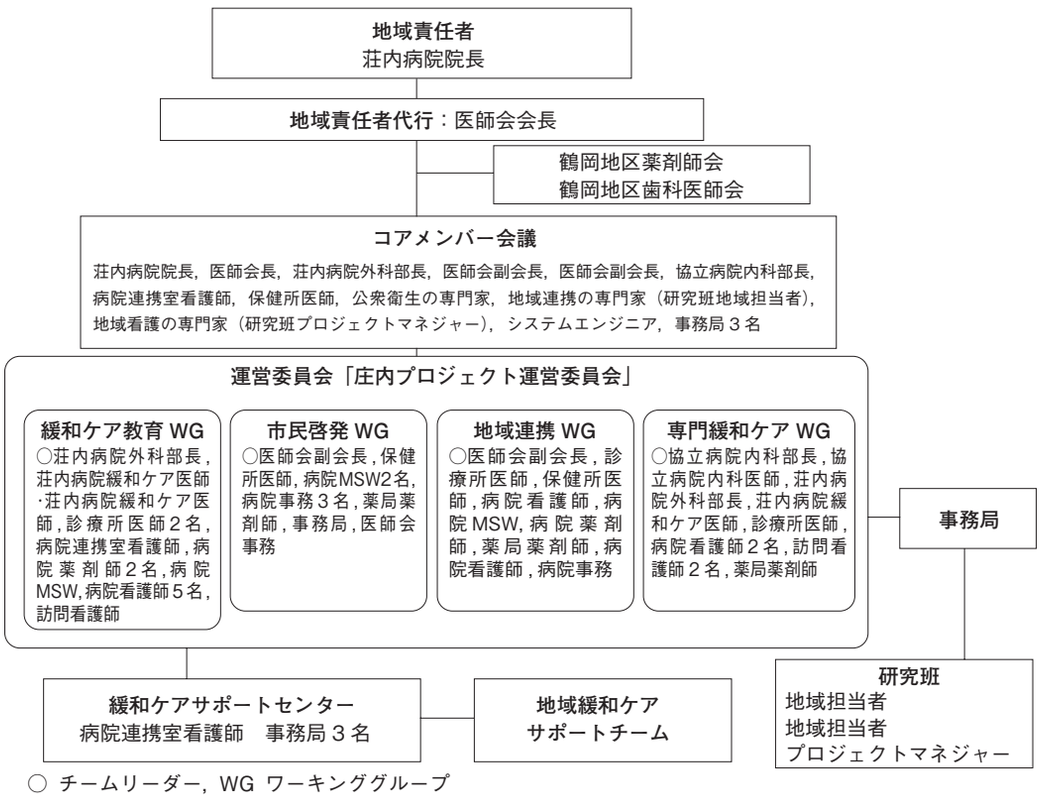


図 134　鶴岡地域組織図：活動期

かつ地域の主要な機関・組織の代表者が含まれることから，機関・組織としての意思決定もその場で可能な組織が地域横断的に構築された。

意思決定プロセスとしては，毎月のコアメンバー会議で主要な意思決定をした後に，同じく毎月開催される，地域の医療福祉従事者からなる運営委員会で共有するスタイルとした。

研究班から，2009 年から公衆衛生の専門家，および，地域看護の専門家（研究班プロジェクトマネジャー），地域連携のＩＴシステムなどを担当する地元企業のシステムエンジニアがコアメンバー会議に参加するようになった。

③ プロジェクトマネジメント

コアメンバー会議と運営委員会によるマネジメント，ワーキンググループ制での活動により，プロジェクトは軌道に乗ったように思われた。2009 年，2010 年とも同じ組織で運用された。特に，ワーキンググループ制にしたことで，各自の役割分担や責任の所在がはっきりした。

④ プロジェクト終了後の組織の維持

プロジェクト終了後は，これまでの責任者の位置に，医師会，主要な病院，薬剤師会，歯科医師会などで構成される「南庄内緩和ケア推進協議会」を置いた（**図 135**）。

2）柏地域

① プロジェクト開始直後の運営組織と運営状況

柏地域においては，もともと，2003～2005 年に千葉県の「在宅がん緩和ケアネットワーク事業」として柏保健所主催で「在宅がん医療のための症例検討会」が開催されていた。2006～2008 年には，この事業を引き継ぐ形で保健所長に協力を依頼し，厚生労働省科学研究費補助金 がん臨床研究事業「地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究」において，国立がんセンター東病院主催で 2 カ月に 1 度の症例検討会を行っていた。

2008 年から OPTIM プロジェクトが実施される計画が確定したのを受けて，2007 年よりこれらと並行して国立がんセンター東病院内で OPTIM プロジェクトの企画立案を行った。当初，地域プロジェクトであることから，国立がんセンター東病院以外の医療福祉従事者の企画立案への参加も考慮したが，対象地域が 3 市にまたがっているうえに，症例検討会がすでに隔月で開催されており参加者のさらなる負担と時間の調

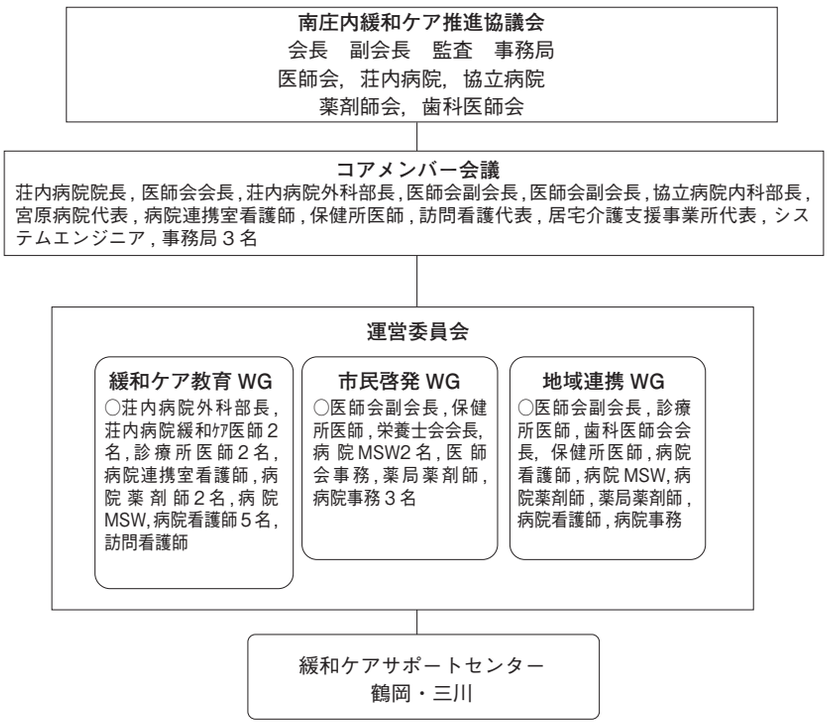


図 135　鶴岡地域組織図：終了後

整が困難であることを考え，国立がんセンター東病院のスタッフのみで企画立案を行うこととした。

② 運営会議とグループ制の導入

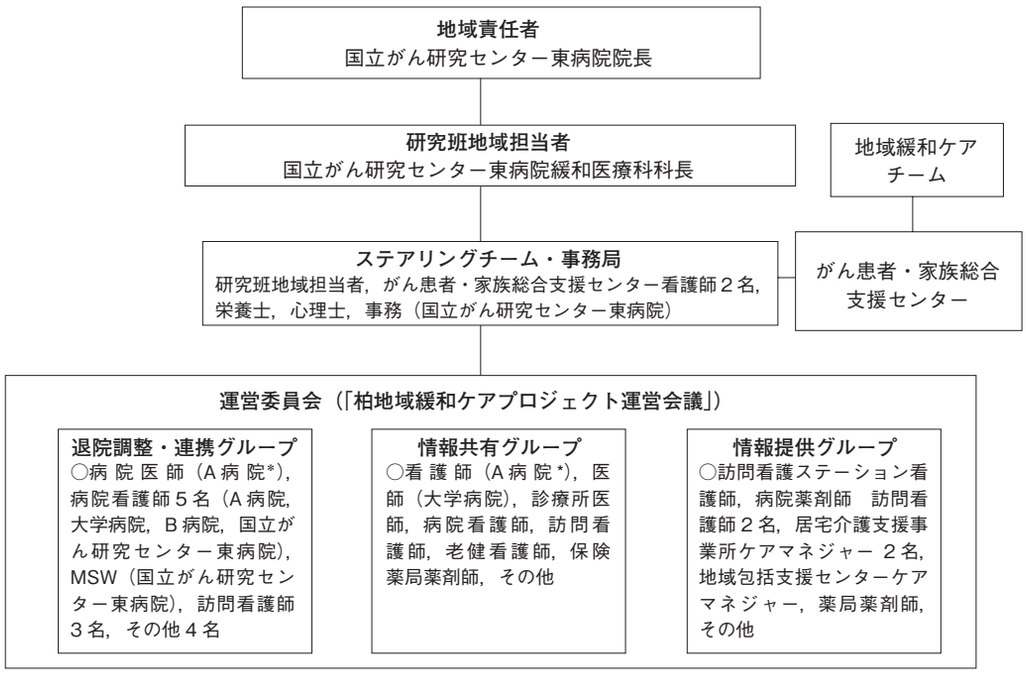
地域の緩和ケアに関する課題を隔月の症例検討会で議論した。しかし，症例検討会での事例検討のみでは，地域全体の緩和ケアや連携上の課題解決に向けた具体的な話し合いや取り組みは難しいと判断し，2008 年度末に，「柏地域緩和ケアプロジェクト運営会議」を発足させ，同時に，抽出された 3 課題について 3 つの委員会（退院調整・連携グループ，情報共有グループ，情報提供グループ）を設置しそれぞれが課題解決に向けて取り組むことにした（**図 136**）。これまで企画を行ってきた国立がんセンター東病院のステアリングチーム・事務局はそのままの構成とした。運営会議の構成メンバーは，2008 年にプロジェクトに積極的に参加していたリンクスタッフから有志を募る形で人選した結果，各機関の管理者レベルの者は少なく，自発的に参加している医療福祉の実践家が主メンバーとなった。3 つの委員会のリーダーは，退院調整・連携グループは中規模病院の医師，情報共有グループは中規模病院の看護師，情報提供グループは訪問看護師であった。

「退院調整・連携グループ」では，活動目標を「病院職員に在宅療養の視点や知識が乏しいことを踏まえ，退院調整・連携が積極的に行われるようになるための方法を検討する」こととした。具体的には，病棟看護師が退院した患者の様子を知ることのできる地域連携連絡シートを作成することとした。「情報共有グループ」では，活動目標を「患者が在宅療養移行する際に，在宅側に十分に患者情報が伝わらないということを踏まえ，施設間での情報共有の在り方について取り組む」ことを目標とし，医療福祉従事者間で共有できる情報提供シートの開発を検討した。「情報提供グループ」では，活動目標を「患者や一般市民に緩和ケアや在宅療養に関する情報提供が十分ではないことを踏まえ，情報提供の在り方について取り組む」こととし，在宅療養を支援するための基礎知識や地域情報を収録した冊子の作成に取り組んだ。

各グループごとの活動，2 カ月に 1 回の運営会議，国立がん研究センター東病院のステアリングチーム・事務局で運営を行った。

③ 研究期間を通じた組織マネジメント

組織構造は研究期間を通じて以降変更はなかった。柏地域は柏市，流山市，我孫子市という複数市を対象としているが，2007 年時点では柏保健所管区をいうことで一定のまとまりをもっていた。しかし，2008



○ チームリーダー，＊ 地域の中規模病院（がんセンター，大学病院以外の病院）

図 136　柏地域組織図

年より柏市が中核市に移行したために，流山市，我孫子市は異なる保健所管区に移動となり，地域全体を把握している構造がなくなったため，複数の医師会，行政，さまざまな立場の複数の病院や医療福祉施設に対応する必要があり，地域全体に及ぶ組織を構築することは困難であった。

3）浜松地域

① 準備期間からプロジェクト前半の組織運営

浜松地域における運営組織は，2007 年に，プロジェクトの担当機関である聖隷三方原病院内に 10 名ほどからなるプロジェクトの準備のための運営委員会（「戦略研究三方原運営委員会」）を置いて企画立案を行った（**図 137**）。当初は，地域全体に関わるプロジェクトであるため，聖隷三方原病院以外の職員を加える案も出されたが，浜松地域では，①複数のがん診療連携拠点病院があり医師会が複数合併したばかりであるなど地域全体を把握している一元した構造が存在しない，②参加が想定されるメンバーの中には 10km 以上離れた地域に居住する者が多くいる，という理由から，まずは，可能な範囲の組織構築をし，必要に応じて依頼をする仕組みとした。

院内の職員のみの委員会でも，10 名以上の全員が集まっての開催は難しかった。しがたって，同一組織のしかも同一の室内でコミュニケーションがとれる最小限の人数でステアリングチームを構成してミーティングを週 1 回半日行い，そこで話し合った内容を運営会議に出すこととした。ステアリングチームのメンバーは，研究班地域担当者，プロジェクトのために聖隷三方原病院に設置された浜松がんサポートセンターの看護師 2 名，医療ソーシャルワーカー2 名に加え，保険薬局薬剤師 1 名であった。保険薬局の状況については院内では把握しにくいため，聖隷三方原病院から徒歩圏内にある保険薬局の薬剤師に参加を依頼した。またこの期間中，病院部門，診療所部門，訪問看護・介護部門，薬局部門を設置したが，実際上は部門別の会合はもたれなかった。

② 地域全体のメンバーからなる企画ミーティングを設置

2008 年に緩和ケアセミナーなど戦略研究三方原運営委員会が中心に企画したプログラムが一通り終了し，徐々に地域の課題や顔の見える関係ができてきた。プロジェクトが地域全体に及ぶに当たって，地域全体での 2009 年の企画を立てる必要が感じられたため，「OPTIM 企画チーム」を組織した（**図 138**）。

OPTIM 企画チームの構成員は，①地域全体の主要な機関から，②多職種で，③現場の人間と管理的な地位にいる者との両方が含まれるように依頼した。具体的には，上記のステアリングメンバーに加えて，浜松

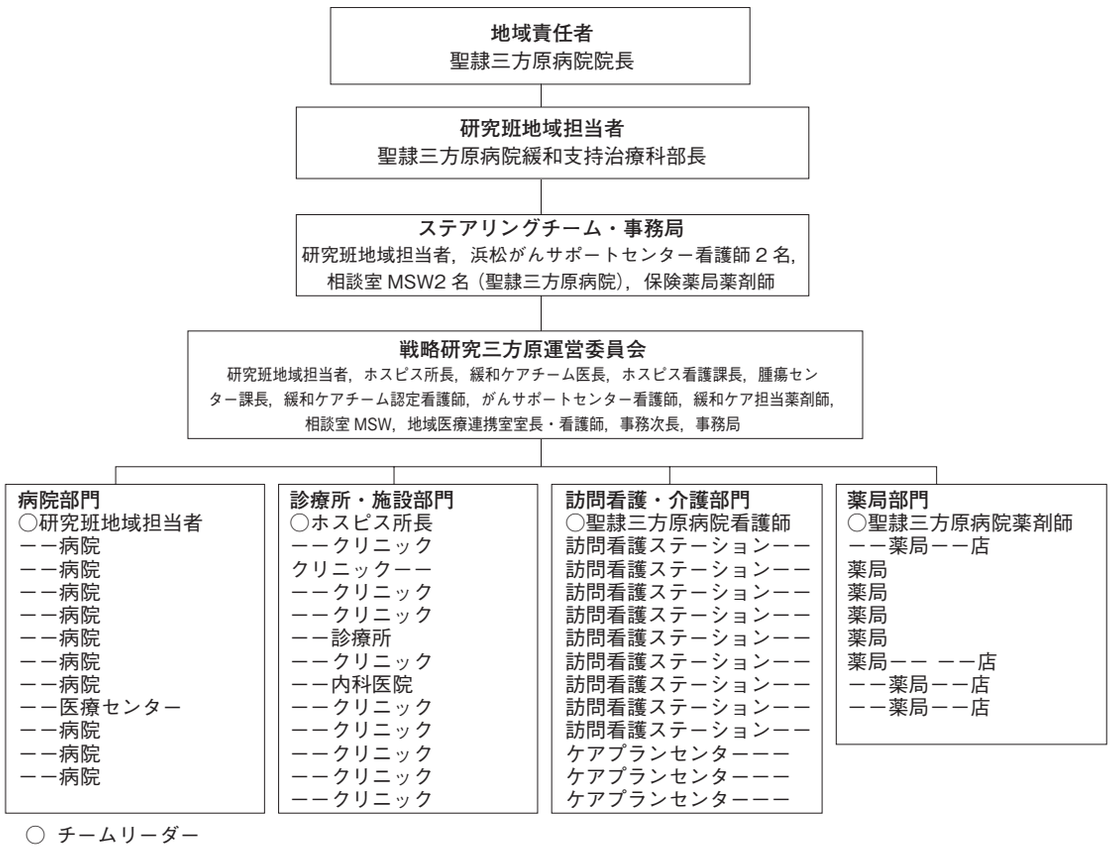


図 137　浜松地域組織図：初期

市内に 4 つあるがん診療連携拠点病院の緩和医療科医師 5 名，連携室看護師 5 名，病棟看護師長 1 名，連携室医療ソーシャルワーカー1 名，地域に 1 つのホスピス病棟責任者である医師 1 名，医師会在宅医療委員会理事の診療所医師 1 名，地域にすでにあった「浜松在宅緩和医療をすすめる会」代表の診療所医師 1 名，訪問看護ステーションの所長・副所長 3 名，在宅特化型診療所の中心である看護師 1 名，居宅介護支援事業所 3 名，地域包括支援センター1 名，浜松市の医官 1 名，浜松市精神保健福祉センターの精神科医 1 名，薬剤師会理事で在宅を担当する介護委員会の保険薬局薬剤師 1 名，在宅診療に活動の重点を置いた保険薬局の室長薬剤師 1 名であった。

2009 年度の企画を立てるために，2008 年 12 月～2009 年 2 月の 3 回にわたって，企画チームでプロジェクトの企画立案を行った。企画チームでは，付箋を使ったブレインストーミングをするなど広く意見が救い上げられるように工夫した。得られた意見をステアリングチームが取りまとめ，作成した企画素案を企画チームに提出し，承認を得るというスタイルで行った。地域の課題に対応する各組織のリーダーは，企画チームのメンバーを兼任するようにした。後半に設定された理学療法士・作業療法士の連携である「がん緩和ケアリハビリ研究会」は企画チームには含まれなかったが，同じ組織内で情報を共有された。

③永続できる形態への変更：担当制へ

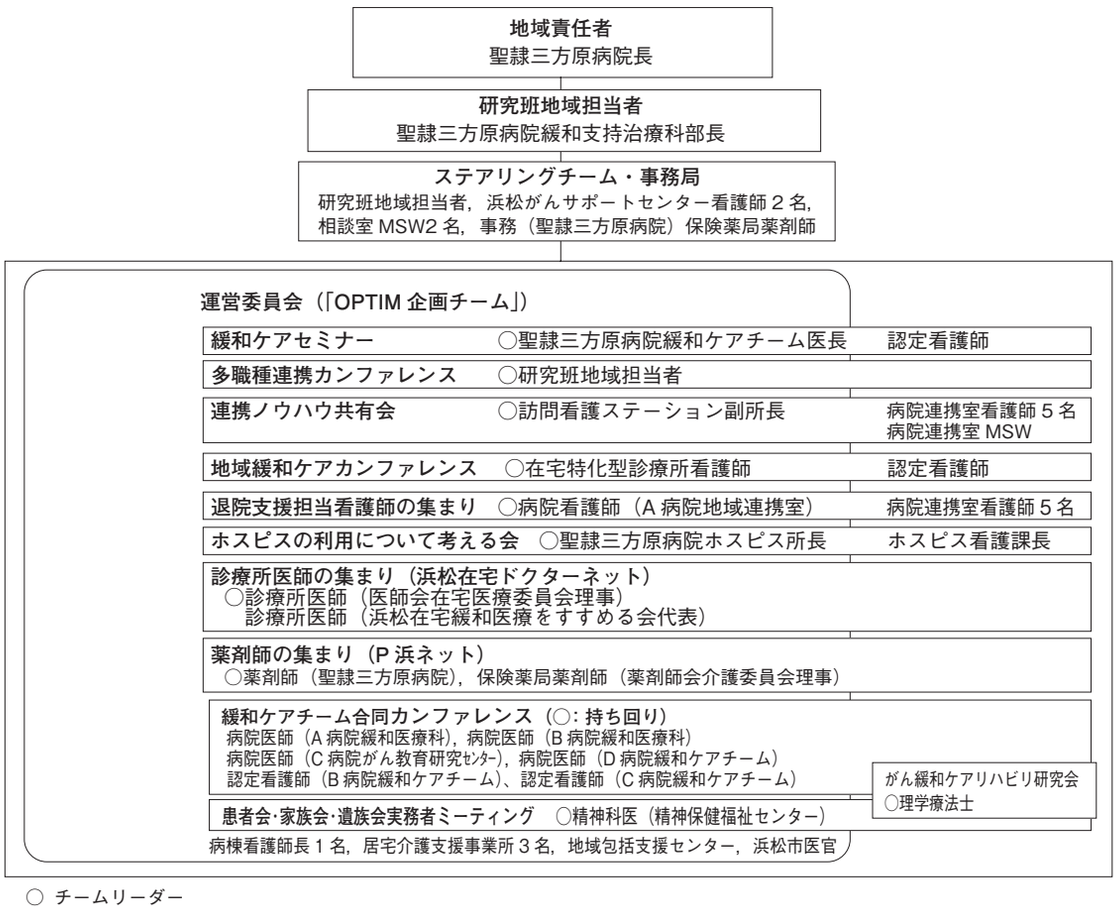
ステアリングチームの週 1 回のミーティングでのマネジメントと企画素案の作成，企画チームからの幅広い意見の収集と承認による運営は，プロジェクトを軌道に乗せたようだった。2009 年，2010 年とも同じ組織で運用された。

2010 年からは，研究期間が終了した後も継続できる形態にするために，各企画を担当制とした。研究事務局が事務作業を手伝いながらそれぞれの地域の課題に対応する各リーダーを中心に企画・活動した。組織図は作成しなかったが，リーダーの氏名・連絡先は年間のスケジュール表に明記した。事務局では，年間のスケジュールの作成と日時調整を行った。

4．長崎地域

① 準備期間中の組織構築

長崎地域では，すでに地域連携の基盤があったため，



○ チームリーダー

図 138　浜松地域組織図：活動期

当初より地域横断的な組織設定が行うことができた（**図 139**）。運営組織は「長崎地域緩和ケアグループ会議」として開始し，その後「長崎地域運営委員会」と名称変更した。また，各がん診療連携拠点病院の看護師や地域の訪問看護ステーションの訪問看護師などで，コアリンクナースを組織した。運営委員やコアリンクナースには，医師会長名で，病院長，施設長，看護部長に対し委員就任の依頼をし，同意を得たうえで委嘱状を作成した。

構成は，長崎地域責任者（医師会長），研究班地域担当者（医師会理事である診療所医師），プロジェクトの中心となる長崎がん相談支援センターのスタッフ６名（看護師２名，社会福祉士，栄養士，事務２名）が詳細の計画・方針をコアミーティングである「長崎がん相談支援センター定例ミーティング」で検討した。加えて，運営委員会として，ドクターネットの中核となっていた在宅診療を実際に行っている診療所医師７名，医師会の訪問看護ステーション所長，医師会保健福祉センター保健師，がん診療連携拠点病院の緩和医療科の医師２名，大学病院の緩和医療科の医師，地域に２つあるホスピスの医師２名，在宅特化型診療所医師３名，精神科医，薬剤師会の理事である保険薬局薬剤師，がん診療連携拠点病院の病院薬剤師，居宅介護支援事業所２名，長崎県福祉保健部健康づくり課の保健師，大学病院の臨床心理士，栄養士らが加わった。

② プロジェクト中の組織運営

プロジェクト中の組織運営は，週１回「長崎がん相談支援センター定例ミーティング」を行い，プログラムと事業計画に沿った各研修会など具体的運用について話し合いをした。そのうえで，年間目標や事業計画，また事業の進捗報告について「長崎地域運営委員会」を２ヶ月に１回開催し，プログラム運用に関しての共有と決定を行った。さらに，医師事例検討会，多職種事例検討会，市民健康講座，地域カンファレンスについては運営委員の中から，各担当者を決め，ワーキンググループを組織し，企画から研修会の運営までを担当した。

コアリンクナースについては，2〜3 カ月に１回，コアリンクナースミーティングを開催し，退院支援・調整の課題の共有や各施設でのプロジェクトの取り組

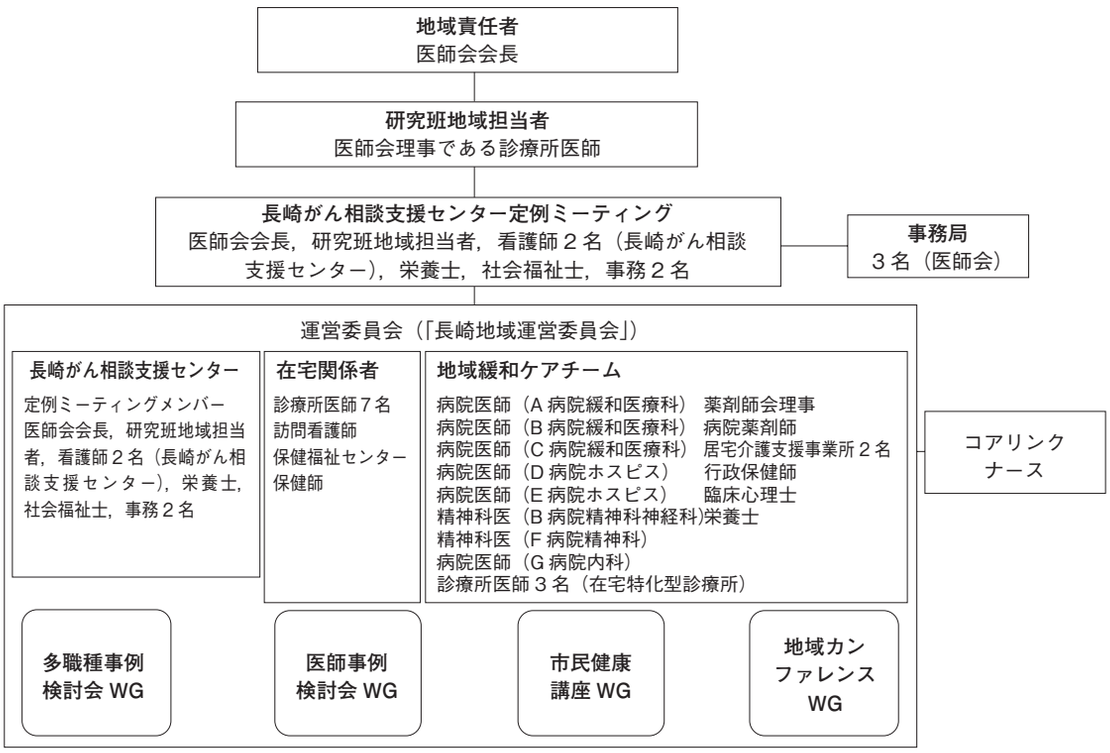


図 139　長崎地域組織図

み状況を情報共有し，看護師間の連携構築を行った。

③ プロジェクト終了後の運営の維持

プロジェクト終了後も組織が維持できるように，「長崎がん相談支援センター」を「まちなかラウンジ」（長崎市の事業）として継続した。

C. 地域緩和ケアプログラムのプロジェクトマネジメントに関する研究
2）プロジェクトをすすめるにあたって生じる課題と対応

1）前 東京大学大学院 医学系研究科，前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室，2）聖隷三方原病院 緩和支持治療科
山岸 暁美[1)]，森田 達也[2)]

1. 対象・方法

プロジェクトを進めるに当たって生じる課題と対応はどのようなものがあるかを収集するために，2つのデータソースを利用した。1つ目のデータソースは，研究期間中毎年，地域のプロジェクトチームが報告書として作成した「期間中に生じた課題」「課題の意味」「課題の解決策」をまとめたものである。各プロジェクトチームが，プロジェクトを進めるに当たって問題や課題を体験するたびに，3列からなる「期間中に生じた課題」（どのような課題・問題・現象であったか），「課題の意味」（なぜそのような問題・現象が生じたのか），「課題の解決策」（どのように対応したか，その結果はどうであったか）を記載した。3年間を通して，延べ14ページ（85,000語）の課題と解決策が収集された。2つ目のデータソースは，介入終了後に行った地域のプロジェクトチームを対象としたヒアリングとヒアリングに基づく質問紙調査である。ヒアリングでは，各地域のプロジェクトを実際に運用したもの各地域1名を対象として，「介入期間中に生じた組織運営上の問題・意味・対応」を電話でインタビューを行った。インタビュー結果を基にテーマを設定した自由記述のアンケートを行った。

プロジェクトの全体像を把握している看護師1名が，緩和ケア領域での研究経験の豊富な緩和ケア医師1名のスーパービジョンの下に，テーマごとに，課題・問題・生じた現象，意味・解釈，対応・解決策・結果のカテゴリーに分類した。

次に，それぞれの記述に基づいて，経験から示唆される教訓を考察してまとめた。組織構築に関する課題と対応は地域での文脈が解釈のために必要であったので，地域ごとの記述を行い，「4地域から得られる教訓」としてまとめた。この他の課題と対応は，地域間の差がなかったため，〈有効だったノウハウ〉と〈得られた教訓・今後の課題〉としてまとめた。

2. 結　果

テーマは，組織構築に関すること，組織運営に関すること，緩和ケアの技術・知識の向上に関すること，がん患者・家族・住民への情報提供に関すること，地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進に関すること，緩和ケア専門家の利用に関することに分けられた。

1）組織構築に関すること（表65）

組織構築に関することでは，「誰がリーダーシップをとるかが決まらない，ある施設・ある人がリーダーシップをとることへの懸念がある」「病院の参加が得られない・アプローチできない，それまでの人間関係や政治的・利害関係のために組織構築ができない」「医師会，診療所の参加が得られない」「福祉職に最初から参加を呼びかけなかったので疎外感があった」「大学・がん専門病院では施設全体での参加が難しい」「行政の協力が得られない，行政に理解してもらうのが大変である」「在宅診療を多く受けている診療所とそうでない診療所の間でのいさかいが生じる」「緩和ケアの専門家がいない」「行政単位・医師会・保健所の範囲が大きく労力が多かった」「他の診療圏で治療を受ける患者が多く地域内だけの活動をしても効果が限られている」「遠隔地が扱われにくかった」の課題が経験された。

各地域とも個々の事情に応じた組織構築が行われたが，共通した教訓が得られた。まず，最も初期の組織構築では，「地元で信頼されているキーパーソン」の積極的な関与が重要であった。その役割は，地域での

表 65　プロジェクトを進めるうえで観察された組織構築に関する課題と対応

地域	結果	対応
誰がリーダーシップをとるかが決まらない，ある施設・ある人がリーダーシップをとることへの懸念がある		
鶴岡地域	当初はあったが解消した	ある病院が中心となって行う事業とされたが，指定された病院は急性期病院であり，地域全体での活動に当たっては地域の医療資源を包括的に巻き込むことが必要であると認識されていた。そこで，病院長と医師会との厚い信頼関係のもとに，プロジェクトの責任者を病院長，副責任者を医師会長として組織構築を行うことができた
柏地域	解消は難しかった	国の研究機関であるがん専門病院が中心となる事業とされたことで，「研究」「いつか地元からいなくなる人のすること」と認識されやすかった。地域連携に関する地元医師会・医療機関との課題の共有も不十分であるとの意見があったため，地域担当者が病院に対する苦情や要望を聞いて回った。地域責任者，3 市の医師会長，プロジェクトの実務者，市民を含む委員会が年間を通じて年 2 回開催された。このほか，各医療機関，医師会，行政等に繰り返しプロジェクトの主旨を説明したが，結果的に，多施設からなる研究組織を構築できなかった
浜松地域	当初はあったが解消した	民間病院が中心となる施設と指定されたため，当初，「患者の囲い込み」になるとの批判があった。そのため，特定施設への利益誘導にならないように，すべてのがん診療連携拠点病院からなる組織を構築し，地域責任者の医師会理事を兼ねる病院長が医師会に説明し，かつ，参加の呼びかけをがん患者をみうるすべての医療機関に案内した。また，「厚生省の事業は報告書を書くだけ（で地元の役に立たない）」との意見があったため，プロジェクトは地域に密着した活動になることを繰り返し説明した
長崎地域	当初はあったが解消した	もともと地域で活動していた在宅診療を行う診療所医師のグループが行う事業との懸念があった。一部の診療所チームが行うものではないことを明らかにするために，「医師会の事業」であることをはっきりさせた。医師会長が事業責任者であることを明記し，たとえば，往診に参加するだけがプロジェクトへの貢献ではなく，ポスターやステッカーを張ったり講演会の案内を置いたりすることも貢献であることを明確にした。その後も一部の診療所チームが行っているとの認識があった場合には，そのつど訂正した
4 地域から得られる教訓		最も初期の組織構築では，「地元で信頼されているキーパーソン」（地域医療に実績のある医師会長や病院長など）の積極的な関与が重要である。地域での診療役割や公平性に対する懸念を払拭し，プロジェクトが地域全体のためになることの理解を得ることが重要である。公平性，地域全体への利益という観点から，①地域全体をカバーする組織，②地域医療，在宅医療の実際の担い手を含めた組織，③特定施設への利益誘導にならない配慮，④研究だけではなく地域に還元される活動が重要である
病院の参加が得られない・アプローチできない，それまでの人間関係や政治的・利害関係のために組織構築ができない		
鶴岡地域	難しさはあったが組織構築できた	事業の中心として指定された病院は急性期病院で在宅緩和ケアはあまり行っていなかった。もともと在宅医療を行っていたのは設立母体の異なるもう 1 つの病院であまり交流がなかった。地域における各病院の役割を把握している医師会長がコーディネーションし，両方の病院がプロジェクトに参加する組織構築を行うことができた（地域の事情が分からないと，うまくいかなかったかもしれない）
柏地域	難しく可能な範囲で組織構築を行った	事業の中心に指定された病院に地元のネットワークのある医師が少なく，新たに雇用された地元の事情のわかる看護師が個人的なネットワークを用いて施設の参加を依頼していった。徐々にネットワークが構築された。ただし，緩和ケアチームなど緩和ケアを主とした役割とする医師・看護師のいない病院は継続して窓口となる担当者が確保できないため難しかった
浜松地域	難しさはあったが，おおむね組織構築ができた	がん診療連携拠点病院，医師会など必須と思われる施設・団体には，すべて「誰かのつて」を利用して直接出向いて診療部長を経由して腫瘍センター長，副院長，または，院長に依頼を行った。参加募集はがん患者をみていると考えられる地域の全施設に行い，参加の判断は各施設に任せた。「必須とまでは言えないが，できれば参加してほしい施設」にも個別に声をかけたが，そのような施設は緩和ケアを主とした役割をする医師・看護師のいない病院が多く，継続して窓口となる担当者が確保できないため施設としての参加は難しかった。独自のネットワークを持つ施設は参加したが連携は以前と変わらずに自前で行った
長崎地域	難しさはあったが，おおむね組織構築ができた	医師会から病院への働きかけで多くの病院では参加に了解が得られたが，業務量の増大が懸念された。比較的中小規模病院が多いため，個人的なネットワークで参加を依頼していった結果，必ずしもがん患者をみているところを優先したことにはならなかった。地域ごとに，あるいは，独自のネットワークを構築している施設は参加しなかった
4 地域から得られる教訓		初期の組織構築では，地元のことがよく分かりネットワークのある人が橋渡しをする必要がある。その際には，①どれくらいの業務量であるのか・具体的に何をするのかの見積もりを説明する，②可能な限り施設単位での協力が得られるように院長・看護部長・副院長など施設管理職と相談する，③地域の全ての施設に参加の案内をする，ことが勧められる。ただし，自発的な連携であるので，①「自前の連携」を行っている施設もあるため，緩やかな組織構築として「ネットワークへの関わりの程度」は各施設が決定することを尊重する，②緩和ケアを主とした役割とする医師・看護師のいない病院は継続して窓口となる担当者が確保できないので参加するのは難しい場合があることを認識する必要がある

医師会，診療所の参加が得られない		
鶴岡地域	なし	もともと診療所数も少なく「地元のことは地元で」という意識が高いため，医師会長，副医師会長（2名）の積極的な関与が得られた
柏地域	難しく限定的な参加にとどまった	医師会へアプローチしたが，事業の中心とされた病院に医師会の会員医師も少なく，積極的な参加を得ることが難しかった（しかし，後に行われた他のプロジェクトでは，実施主体と市で調印したうえで個別に医師会と関係を作る働きかけを行った結果，医師会の参加が得られている）
浜松地域	難しさはあったが，おおむね参加が得られた	もともと診療所医師が中心となった多職種の集まり「浜松緩和ケア研究会」があり，一部の医師のつながりがあった。最初に，医師会理事でもある地域責任者（病院長）が当時合併したばかりの5医師会の合同会議でプロジェクトの承認を得た。その後，つながりのある診療所の先生から声をかけてもらうことで，徐々に協力を得られた。医師会は，5医師会すべてとの関わりではなかったが，最も大きい医師会の在宅医療担当の理事が研究組織に加わったことで，医師会の協力が得やすくなった。2008年には浜松政令市医師会（5医師会の合同医師会）が設立され，つながりのできていた理事医師が兼務になり，医師会の窓口が1つとなった。2009年に診療所を個別訪問し在宅診療についての課題と解決策を収集したところ，診診連携の要望が多いことが分かったため報告書にまとめて医師会に提出した。その後，「浜松在宅緩和医療をすすめる会」の代表医師，医師会在宅医療委員会理事，在宅特化型診療所の医師ら有志がミーティングをもち，医師会により「浜松在宅ドクターネット」が立ち上げられた。経過中に，プロジェクトの趣旨の誤解による意見が数件あったが，それぞれと懇意にしているプロジェクトに参加している医師が仲立ちをして趣旨が理解された
長崎地域	なし	医師会の事業であった
4地域から得られる教訓		医師会の参加は地域緩和ケアプロジェクトを進めるうえで必須である。医師会とのそれまでの経緯が関係に影響するが，医師会，医師会の在宅医療担当理事の参加を得られるように働きかける必要がある
福祉職に最初から参加を呼びかけなかったことによる疎外感があった （逆に，声をかけたが医療のことは関わりにくいという意見があった）		
鶴岡地域	なし	手順書に含まれていなかったので，必要であるという認識がなかった。プロジェクトが進むにつれて医療の連携が進み，徐々に自然に福祉職に参加を求めたので結果的によかった（市民講演会の時に福祉職から参加したいという意見があった）
柏地域	なし	福祉職の協議会にがんについての教育を行うことを打診したが，医療のことなので現状では慎重な意見を得た。現場レベルでは，症例検討会などに徐々に福祉職の参加が増えた
浜松地域	あり	最初の何回かの多職種連携会議で居宅介護支援事業所から「在宅のことなのに医療のことばかりで自分たちが必要とされているのか分からない」との意見が得られたので，居宅介護支援事業所など福祉職を意識したプログラム構成とした。多職種カンファレンスの案内などは居宅介護支援事業所全施設にアナウンスを郵送した，協議会での講演やケアマネサロンに積極的に足を運び会への参加やレクチャーなどを行った，介護保険に関して困っていることのアンケートを行い行政に介護保険手続きの迅速化を働きかけ実現した，地域包括支援センターすべてに個別で訪問してプロジェクトの説明と課題のヒアリングを行った。これらを通じて，プロジェクト後半で福祉関係職も徐々に広がりを得た
長崎地域	なし	医師会の事業所である居宅介護支援事業所，ヘルパーステーションに当初から声をかけていた
4地域から得られる教訓		居宅介護支援事業所，施設職員など福祉職は地域緩和ケアの重要な役割をもつ。可能であれば福祉職も活動初期から研究組織に含めるほうがよい。しかし，医療者間連携が成り立っていない場合は，医療者間連携をまず先に行うこともありうる。つまり，まず，病院医師・看護師・診療所医師・訪問看護師・薬剤師の連携を作り，次に，居宅介護支援事業所，医療ソーシャルワーカー，施設職員と広げていく方法もよいと考えられる。この場合，初期の段階で，福祉職に疎外感や「重要視されていない」気持ちをいだかない配慮が必要である。たとえば，福祉職の連携が近い将来に予定されていることが年次計画や組織図で分かるようにする，プログラムの対象を意識せず「医療者」ではなく「医療福祉従事者」と記載する
大学・がん専門病院では施設全体での参加が難しい		
柏地域，浜松地域，長崎地域	難しかった	大きな病院，特に大学病院や専門病院では，意思決定が病院全体ではなく，講座（診療部）単位で行われることが多いため，病院として行うことの方向性を病院長は示していても，各医師がそう思っているとは限らなかった。施設としての参加の了解は得たが，大学全体を横断的に動くことは難しく，各講座（診療部）中心であった
4地域から得られる教訓		大学は緩和ケアに限らず意思決定が講座単位のことが多く，横断的組織を運用することは難しい
行政の協力が得られない，行政に理解をしてもらうのが大変である		
鶴岡地域	なし	市民病院から市の担当者が参加していた
柏地域	対応窓口が明確であった	対象とした3市のうち1市ではがん対策係があるなど対応窓口が一括しており，協力が得られやすかった（2市にはプロジェクトが対応する労力が限られ，交渉や協力の依頼が十分できなかった）

浜松地域	難しさはあったが徐々に協力が得られた	対応窓口が複数に分かれており一貫した窓口がなかったこと，がん対策は医療に関わることの認識があったため，行政の関与は当初積極的ではなかった。多職種連携カンファレンスでしばしば取り上げられた介護保険の問題を取り上げるルートもなかった。しかし，公明党市議・県議・国会議員がプロジェクトの見学をした場で介護保険の問題などを当事者から述べたことがきっかけになり，市議の迅速な働きにより市に「がん診療連携拠点病院と市との連携会議」が設置された。市の担当者の前職ががん診療連携拠点病院で，臨床現場が分かったことも幸いしたようである。その後，担当者の異動に伴い連携会議はなくなったが，適宜，市の医系技官や市議から連絡があり問題の共有と解決を行っている
長崎地域	なし	プロジェクトは医師会のルートを利用していたので特に困ったことはなかった。保健所長と保健師に運営委員会への参加を依頼していた
4 地域から得られる教訓		地域緩和ケアに関する課題は窓口が複数に及ぶので一括した対応窓口（がん対策係など）があれば行動しやすい。一括した窓口がない場合は，課題の何がどの部署の守備範囲なのかを知ってアプローチすることが重要である。また，民間がプロジェクトを担当した場合は，特定の民間施設と継続して行政担当者が会議を持つことは公平性の点から望ましくないいう点から介護保険，市民啓発などで行政との連絡がしにくくなる。行政担当者に連絡できるルートを別に確保する必要がある
在宅診療を多く受けている診療所とそうでない診療所，ネットワークに入っている診療所と入っていない診療所の間でのいさかいが生じる		
鶴岡地域	なし	最初から在宅特化型診療所は作らない方針であり，かつ，もともと数も少なく同郷意識が高かった
柏地域	なし	もともと多く診ている診療所がなかった
浜松地域	あり	「長年診療していた患者が在宅診療を行うことになった時に，かかりつけ医への連絡がなく在宅特化型診療所が診ることになった」「病院医師が連携室を通さずに直接診療所と連絡を取って主治医を変更した」例があった。複数のネットワーク（浜松在宅ドクターネット，地域の連携担当者と地域医療福祉従事者の集まり，退院支援看護師の集まり）のほか，個人的なネットワークで事実を共有し，主治医の変更は前主治医に了解を取る原則をそのつど確認した。個別の対応では，各診療所の医師間，病院長と各診療所医師でのやりとりで事情を共有した。在宅特化型診療所の医師は医師会の作った在宅ドクターネットの世話人も務め，医師会全体の運営にも協力した
長崎地域	あり	病院でのカンファレンスに参加していた医師に病院医師から直接依頼が行くことがあったため，参加できない医師に情報提供するなど個々の配慮を行った
4 地域から得られる教訓		在宅診療を開始する時，かかりつけ医と在宅診療を担当する医師の間でのいさかいが生じる場合がある。かかりつけ医師に了解を取るのが原則であるが，すべての関係者が気をつけた対応するとは限らない。方策としては以下のようなものがある。患者の在宅主治医を決めるときには，①病院では病院医師が直接依頼せずに連携室から診療所医師双方に連絡して調整する，②診療所では在宅希望の患者が初診に来たときにも主治医に確認する，ことをルール化する。③そのうえで生じる個々の事例は，個別に関係者で状況を共有する。地域での在宅診療所のリスクヘッジという観点からも，④在宅特化型診療所と医師会がネットワークとして協働できる話し合いの場を設定するべきである。医師会の在宅委員会や在宅ドクターネットなどの組織に在宅特化型診療所が加わることが望ましい
緩和ケアの専門家がいない，プロジェクトの中心となる緩和ケア専門家の負担が大きい		
鶴岡地域	あり	緩和ケアを専門とする医師がいなかったため専門施設で研修を受けた
柏地域	あり	緩和ケアの専門家はいるが 1 名のため負担が大きかった
浜松地域，長崎地域	なし	質的・量的に緩和ケアを専門とするものの多い地域であった。しかし，地域緩和ケア，在宅医療については専門家ではないので，プロジェクト外の専門家やプロジェクト内の経験者からの意見を中心に運用した
4 地域から得られる教訓		プロジェクトを進めるうえで，緩和ケアの専門家が必要であり研修などで地域に 1 名養成する必要がある。しかし，緩和ケアの専門家は地域緩和ケア・在宅医療の専門ではないので，適宜，専門家や経験者に意見を求める姿勢が必要である
行政単位・医師会・保健所の範囲が大きく労力が多かった，同じプロジェクト内で他の地域との比較意識が生まれた		
鶴岡地域	なし	
柏地域	あり	3 行政単位にまたがっていたが，労力からして 1 行政単位にしか対応できなかった。また，同プロジェクト内の異なる地域を比較した数値を出すときに，地域間の比較に見えがちであったことが意欲を失わせ，積極的な参加を得られなくしたかもしれない
浜松地域	なし	
長崎地域	なし	
4 地域から得られる教訓		①行政単位は 1 プロジェクト 1 つとするべきである，②地域内での数値の比較はこれまでの地域の事情があるため慎重に行う必要がある

他の診療圏で治療を受けて戻ってくる患者，ほかの診療圏で治療を受ける患者が多く，地域内だけの活動をしても効果が限られている		
鶴岡地域	なし	
柏地域	あり	他の診療圏で治療を受ける患者が半数以上を占めるため，地域内だけの活動をしても効果が限られた
浜松地域	なし	
長崎地域	なし	
4 地域から得られる教訓		首都圏など診療圏をまたぐ地域での地域緩和ケアのネットワーク構築は難しい。有効な方策は本研究からは不明である。選択として，小さい単位のネットワークと，ネットワーク同士の広域のネットワークの両方を構築することが考えられる。移動によるロスを減らすために IT を利用するなどの工夫が必要だろう
中心部が活動の中心になり，遠隔地（山間部や離島）が扱われにくかった		
鶴岡地域	なし	
柏地域	なし	
浜松地域	あり	参加者の多くが中心部のため，山間部（北遠）のことがほとんど扱われなかった。郵送による啓発では地域差は生じなかったが，山間部からはセミナーや会議への参加が難しく，プロジェクトからも容易に訪問することができなかった。スカイプなどを使って，セミナーの様子をネットに流す案もあったが手技的・人的問題から実現しなかった。2008 年度の 10 回のセミナーのみスライドと音声を組み合わせた情報をホームページ上に公開した（ホームページの認知率が低かったため，どの程度有用だったかはわからない）
長崎地域	あり	具体的な解決につながったわけではないが，初期の段階で離島の緩和医療の問題が地域で共有することはできた
4 地域から得られる教訓		遠隔地の問題は重要である。問題認識を全体で持つことと，個々の課題を検討する会を個別に構築する必要がある

診療役割や公平性に対する懸念を払拭し，プロジェクトが地域全体のためになることの理解を地域のステイクホルダーから得ることであった。次いで，初期の組織構築では，地元のことがよく分かりネットワークのある人が橋渡しをすることが多かった。医師会の参加は地域緩和ケアプロジェクトを進めるうえで必須であり，医師会，医師会の在宅医療担当理事の参加を得られるように各地域では働きかけが行われた。居宅介護支援事業所など福祉職は地域緩和ケアの重要な役割を持つため，医療連携から始める場合には，福祉職に疎外感や「重要視されていない」気持ちをいだかない配慮が必要であることが示唆された。

プロジェクトを行う行政単位が複数となると労力が非常に多くなるため，プロジェクトの対象は 1 つとするべきであることが示唆された。一方，診療圏をまたぐ地域での地域緩和ケアのネットワーク構築は難しく，本研究では研究対象地域が限られたため有効な方策は結論できない。方策として，小さい単位のネットワークと，ネットワーク同士の広域のネットワークの両方を構築することが考えられる。

2）組織運営に関すること（表 66）

組織運営に関する経験から得られた主な教訓としては，①グループワーク，付箋を使う，ファシリテーターが意見を求めるなどの方法が議論を活性化するために用いられるべきである，②事業の手順書は「構造」ではなく「機能」と意図を検討することが重要である，③ワーキングチーム制はスタッフの役割を明確にする良い方法であり達成可能な課題設定が重要である，ことが挙げられた。

一方，患者の目に留まるいろいろの資料に施設名を載せることについては決まった方法がなく，今後，「患者の知りたい情報」を「利益誘導」なしに公開する方法についてのガイドラインが必要であると考えられた。

3）緩和ケアの技術・知識の向上に関すること（表 67）

緩和ケアの技術・知識の向上を目的とした緩和ケアセミナーとツールの運用についての経験から得られた主な教訓は，前提として，研修時間をもてるだけ臨床業務を軽減することが必要であることであった。緩和ケアセミナーでは，ロジスティクスの問題が多く挙げられた。ロジスティクスの工夫は，アナウンスは施設宛のみではなく個人宛などを含めて複数回送るなどすぐに利用できるものが多かった。一方，これらは，も

表 66　プロジェクトを進めるうえで観察された課題，解釈，対応(2)―組織運営に関すること

課題	解釈	対応
運営会議で医師以外の参加者から意見が出ない，議事進行のようになる，特定の人だけが話している	・「各団体から代表者 1 名」としたので「よくある会議」のようになって医師や役員以外の発言がほとんどなかった ・初対面の者が多く，何を話すか慣れていなかった	〈有効だったノウハウ〉 ・グループワーク，付箋を使う，看護職や福祉職など自分から意見を出しにくい職種にファシリテーターが意見を求めるなどの工夫をし，意見が出るようになった ・何回か繰り返すことで徐々に意見は出るようになった 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・グループワーク，付箋を使う，ファシリテーターが意見を求めるなどの方法が議論を活性化するために用いられるべきである
手順書やプロトコールの意図を読み取れない，文言どおり実行しようとすると困難である	・行動計画は「機能」ではなく「構造」中心に記載されているので，意図（何のために行うか）を地域の文脈で考えることが必要である	〈有効だったノウハウ〉 ・手順書の「意図」を理解して地域の文脈で何をしたらいいか考えるようになってから具体的な計画を組みやすくなった 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・事業の手順書やプロトコールは，「構造」ではなく「機能」と意図が伝わるようにする（機能と意図を考えるようにする）ことが必要である
多数設定された会がそれぞれ何のためにやっているのか，全体の位置づけがよく分からない，リンクスタッフの役割が分からない	・複数の会があるので，一度は説明されていても，各会の目的や趣旨が分かりにくくなる ・リンクスタッフが各施設で具体的に何をするかの手引きがなかった	〈有効だったノウハウ〉 ・医師など課題に影響力のある実務者をリーダーとする多施設からなるワーキングチーム制にしてから，各スタッフの役割と会の目的がはっきりした。一方，ワーキングチームでも，短期間で扱うには大きなテーマのまま具体化されていないと成果を得ることは難しかった 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・ワーキングチーム制は参加者の役割を明確にするよい方法である。ワーキングチームを作る時に具体的で達成可能な課題を設定することが重要である ・各会の最初に全体像，位置づけ，個々の課題を毎回伝えるようにする
資料（配布物，新聞記事）に掲載される時に特定施設名が掲載されることの懸念がある	・「がん診療連携拠点病院」として病院を掲載したが，実際にはがん診療をしているにもかかわらず記載されていない病院から公平ではないとの意見を得た ・（患者に便利なように）ポスターに連絡先や相談先を入れたいが，利益誘導につながる可能性があるため具体的な施設名を入れることができなかった	〈有効だったノウハウ〉 ・ポスターに（連絡先が何もないとおかしいが苦肉の策で），「相談窓口があります」と表記にした。リーフレットは，（がん診療連携拠点病院の役割に相談機能があるため）すべての拠点病院を五十音順に記載することで了解が得られた 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・「患者の知りたい情報」を「利益誘導」なしに公開する方法についてのガイドラインが必要である

し地域緩和ケアに関する研修やカンファレンスを行う日時を「全国で統一」できれば解消することであった。地域で行われるセミナーを関心のある対象者に漏れなくアナウンスする機能や，地域で行われている研修会を一覧で見られる機能もある程度有用であると考えられた。本研究では各地域で必要な緩和ケアセミナーをそれぞれ行ったが，全国的には，緩和ケアの技術・知識が必要なそれぞれの職種に対するボトムラインの明確化とインセンティブが必要であると考えられた。

ツールについては，新しいものを普及させるのは労力も大きいことから，緩和ケアに関する個々のツールを地域単位，全国単位で統一することのメリット，デメリットに関する実証的な検討が必要であると考えられた。すなわち，1 つひとつのツール，たとえば，疼痛の評価シート，オピオイド導入のパンフレット，看取りの時期のパンフレットなどそれぞれについて，ある地域全体や全国で統一させることに労力に見合う意義があるのかの検証が課題として残された。

4）がん患者・家族・住民への情報提供に関すること（表 68）

がん患者・家族・住民への情報提供については，ポスター・リーフレットと講演会とを分けて分析した。

対象者の多い環境に工夫して置かれたポスターやリーフレットと，既存の枠組みを利用した講演会は，費用対効果の点から，関心のある患者・家族には有用であると考えられた。

啓発については，2 つの課題が認められた。

1 つは，費用対効果からみて，広く薄い啓発介入を

表 67　プロジェクトを進めるうえで観察された課題，解釈，対応(3)―緩和ケアの技術・知識の向上に関すること

課題	解釈	対応
医療者福祉従事者対象の緩和ケアセミナーに人が集まらない	・臨床業務が忙しく参加できない（平日の夕方は業務を終えるのが困難，土日は休日を使う負担がある） ・設定日時が地域内の他の勉強会と重複する ・アナウンスがうまくいかない アナウンスが遅く勤務・予定を組めない，（施設長に出しても現場に）届かない，1 回だと気がつかない，メールを見られない・週 1 回程度しか見ない ・関心のある対象が限られている，参加するインセンティブがない，身の回りで問題が解決する ・ロールプレイやグループワークで自分の意見を言うことに抵抗がある ・時間内に終了しないと負担が大きい，会の最初の方の時間は遅れる人が多い ・医師は多職種の集まりに参加しにくい ・介護職は医学用語を理解しにくい	〈有効だったノウハウ〉 ・設定日時を工夫する（院内・近隣を対象としたものは平日夜，地域全体を対象としたものは土曜午後・日曜日など） ・行う日時をだいたい固定して習慣化する（月 1 回第 2 水曜日など） ・年間予定を予め年初にアナウンスする ・年初，開催の 2 カ月前，直前の最低 3 回アナウンスする ・医師会，病院（地域連携室・院長・看護部長宛それぞれ），訪問看護ステーション協議会など地域の主要機関にアナウンスし，各施設でアナウンスしてもらうように依頼する ・個人に届く方法を利用する（メーリングリスト，郵送，FAX） ・メールでの連絡ができない場合は，郵送・FAX を用いる（費用がかかる） ・移動距離が短い場所，地域全体をくまなく場所を変えて行う ・定刻で開始し，定刻に終了する ・どの職種を対象として何を目的として行うかを明確にする ・インセンティブとして修了書，ステッカーなどを発行する ・医師会，薬剤師会，学会などの研修の認定単位に申請する ・医師は医師のみの集まりを行う，ほかの集まりを利用して（がん患者の合同カンファレンスなど）短時間で行う ・ロールプレイは，体験したことのある参加者がまず行う（未経験者はまず観察者や患者役を行う）ように設定する，初心者向けのテーマの設定を行う，参加しなくてもよいプログラムとする ・会の最初に本題ではなく施設紹介や前回の復習，名刺交換タイムなど行う 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・研修時間をもてるだけ臨床業務を軽減することが必要である ・ロジスティクスの工夫（日時設定，アナウンス，想定している職種の限定，ついでの機会の利用）が重要である。地域緩和ケアに関する研修やカンファレンスを行う日時を全国で統一できれば最もよい（全国水曜日午後は地域連携の日など）。地域で行われるセミナーを関心のある対象者にもれなくアナウンスする機能，地域で行われている研修会を一覧で見られる機能があればある程度有用かもしれない ・全国規模での緩和ケアの技術・知識が必要なそれぞれの職種に対するボトムラインの明確化，インセンティブが必要である。日常的に緩和ケア専門家と協働して経験を積み重ねることのできる施設の医療福祉従事者では集合型研修は必要ないかもしれない
新しいツール（特にパンフレットやアセスメントツール）は広がらない	・すでに施設や個人で長年使っているものがあるので切り替えて使う意義がない（新しいものに切り替える労力が必要である） ・患者に説明をする時間を要する ・これまでにないツールや，使用方法が直感的に分かるツール（患者・家族向けに書かれたもの）は有用である	〈有効だったノウハウ〉 ・ツールを導入する時には，あらかじめ各施設ですでに導入されているツールがないか検討する（各施設ですでに順調に運用されているツールがある時には，新しいツールを導入する意義が十分にあるのかを評価し，あえて導入しないことも選択である） ・緩和ケアを専門とする医師や看護師，薬剤師などが最初に使用する。使用前にインストラクションを行う ・セミナーと連動させる，日常診療のマニュアルとして院内のマニュアルに取り入れる，緩和ケアチームのリコメンデーションに取り入れる 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・緩和ケアに関する個々のツールを地域単位，全国単位で統一することのメリット，デメリットに関する実証的な検討が必要である

どの程度行えばよいのか，である。すなわち，一般市民に対して費用のかかる啓発介入を行うよりも，患者に接する機会の多い医療福祉従事者・相談員などに対象を限定した枠組みや，民間の動画などを利用して安価で効率よい情報提供を行うシステムの開発（新しく作るのではなく，既存のものを収集して信頼できる情報として整理・一覧とする機能など）が検討の価値があると考えられた。

2 つ目は，関心のない（緩和ケアについて考えることを避けている）患者への情報提供のあり方である。特に，在宅医療・終末期医療については，準備性のない状態での啓発介入は効果を得られにくいばかりか，患者にとって侵襲となりうると考えられる。

5）地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進に関すること（表 69）

地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進に関することとしては，多様な課題に直面した経験が収集された。がん患者を診る診療所医師が少ない，効率

表 68　プロジェクトを進めるうえで観察された課題，解釈，対応(4)―がん患者・家族・住民への情報提供に関すること

課題	解釈	対応
ポスター・リーフレットなどの資料を置いても対象の目に留まらない	・ポスターやリーフレットが多すぎてまぎれてしまう ・設置している場所に緩和ケアに関心のある（関係のある）人がない ・役所など待ち時間を短縮化しておりゆっくり資料を見る時間がない ・タイトルが「緩和ケア」「がん」だと関心のある人しか目を留めない ・画像は見る手段を確保しにくい（放映する場所・機会がない，設定に時間がかかる，毎回同じ内容になり飽きてしまう） ・図書館は 1 冊の貸し出し期間が 2 週間などのため対象数という点では効率はよくない ・配布・設置・補充する人員の余裕がない	〈有効だったノウハウ（費用をかけずに行えること）〉 ・対象者が多くいるところに設置する（市役所や図書館よりは診療所や保険薬局，それらよりは病院のがん診療に関わる場所）。市民公開講座など関心がある対象が集まる場所で配布する。（可能であれば）ポスターなどを郵送する場合にはあらかじめ郵送先を見に行って対象者がいるか，どのように掲示すればいいかを職員に説明する ・展示の工夫をする（似た内容のものを集めてコーナーにする，地元医療福祉従事者の顔写真入りのキャプションをつけるなど） ・掲示物のタイトルは関心のない人も目を向けるようなタイトルにする，がん治療に関わる内容と同じコーナーにする，がん治療に関する資料の一部に緩和ケアに関する内容を盛り込む ・市民ではなく患者・家族，医療福祉従事者，民生委員，相談員，地域包括支援センター職員など対象を絞った活動を行う ・映像メディアは作成する労力から考えて媒体としてはあまり有効ではない。自前で作るのではなく，関連した内容を民間から利用する ・図書は地道な活動として行う ・人員に余裕のない時はポスターを中心として，補充の必要なリーフレットの比率を少なくする 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・対象者の多い環境に工夫して置かれたポスターやリーフレットは関心のある患者・家族には有用である ・患者に接する機会の多い医療福祉従事者，相談員などへの情報提供が必要である ・民間の動画などを利用して情報提供を安価で効率よく行うシステムの検討が必要である ・関心のない対象への情報提供のあり方を明らかにする必要がある
講演会の参加者が少ない	・かかる労力に比較すると，人口あたりの対象者が少ない ・関心のあるものが限られる	〈有効だったノウハウ（費用をかけずに行えること）〉 ・既存の枠組みを利用した講演会を利用する（医師会主催の健康講座，大学主催のもの，行政主催のもの，学校薬剤師の小中学生への麻薬の説明会など）。これによって，安定したアナウンスが行われる（市の広報誌，自治会での掲示板や回覧板，地元新聞など） ・自前で行う場合には，行政，医師会などの後援を依頼し，その経路でのアナウンスを行う。併せて，公共経路でカバーしていない医療機関（病院・診療所・保険薬局）でポスターなど廉価な方法でアナウンスを行う ・新聞社へのプレスリリースを行う（取捨は新聞社のため，費用はかからない） ・重いテーマの時は，落語と講演のように楽しいものと併せるなどの工夫をする 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・既存の枠組みを利用した講演会は費用対効果の点から関心のある患者・家族には有用である ・関心のない対象への情報提供のあり方を明らかにする必要がある

的な退院前カンファレンスが行えない，効率的な退院支援・調整プログラムが行えない，がん患者に関わる居宅介護支援事業所が多くない，患者所持型情報共有ツールが普及しない，地域の多職種間でリアルタイムの患者情報を共有する方法がない，カンファレンスであがる制度・施策の課題を解決する方法がない，ことが挙げられた。

診療所医師の参加を促すには，基礎的な知識の研修と地域のネットワーキングに加えて，多職種でのサポート体制，必要な時の病院の相談や入院の約束が必要であると考えられた。一方，生活やほかの診療とのバランスから医師の在宅診療についての動機が必ずしも高くないことや，地域で「人気」の医師はすでに外来診療で手いっぱいで在宅診療の余裕がないといった需給の問題については，在宅医療に限ったことではないが，需給関係からみた制度設計の検討が必要であるのかもしれない。

退院支援・調整に関しても多くのノウハウが得られた。たとえば，効率的な退院前カンファレンスについては，開催前に情報を入手し課題を抽出する，職種ごとに時間を分担するなどが挙げられた。これらのノウハウを集約する枠組みとしては，①すべての病院に退院支援・調整プログラムの教育と実践を担当する専従の看護職を置き，地域での情報交換・共有機会の仕組

表 69　プロジェクトを進めるうえで観察された課題，解釈，対応(5)―地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進に関すること

課題	解釈	対応
がん患者を診る診療所医師が少ない	・自宅で症状緩和が困難になった場合にどうしたらいいか分からない（がん患者の終末期の診療をしていない，以前に診療していたが病院からのサポートがなく大変だった経験がある） ・在宅患者を診療しなくても現在の診療で十分である，グループ制としても今の生活とのバランスから考えて在宅に参加しにくい，在宅に限らず現在の外来診療で手いっぱいである	〈有効だったノウハウ〉 ・地域の診療所医師が実際に必要としていること，困っていることをヒアリングによって課題として抽出してから行動計画を立てる ・診療所医師をサポートする体制を構築する具体的な方策を示す ・基礎的な知識の研修を行う ・在宅チーム全体の力が上がるための多職種での研修とネットワーキングを行う ・入院希望があった時や在宅での対応が難しくなったときの病院の対応を保証する ・専門家とやりとりしやすくなるネットワーキングを増やす，「何かのついで」に聞ける機会を増やす ・病院の医師と経過を共有できる地域電子カルテによる共有や患者ごとのメーリングリストを作る，地域緩和ケアチームや緩和ケアホットラインを作る 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・診療所医師の参加を促すには，基礎的な知識の研修，地域のネットワーキング，多職種でのサポート体制，相談や入院の保証が必要である ・動機・需給は現在個々の医師の判断に委ねられているため制度設計の検討が必要かもしれない
効率的な退院前カンファレンスが行えない	・カンファレンスが 30 分以内に終わらない ・病院医師の業務量が多いので参加できない ・診療所医師の移動時間が長いので参加できない ・保険薬局が参加できない ・開催日が退院間近で関係者にアナウンスできない	〈有効だったノウハウ〉 ・開催前に情報を入手し課題を抽出する ・ポイントのみを説明し資料を利用する，職種ごとに時間を分担する ・医師の参加可能な時間を設定する（診療所医師は水曜日午後など） ・緊急時の対応，連絡先，予測可能な変化と対処を決めておく ・病院医師の代わりに緩和ケア医師や緩和ケアチーム看護師，病棟看護師が事前に情報を得て参加する ・診療所医師の代わりに診療所看護師や訪問看護ステーション看護師が事前に情報を得て参加する ・かかりつけ薬局を確認して参加するかどうかの確認をする 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・効率的な退院前カンファレンスのモデルのビデオ，教育方法を作成して全国で実施する ・退院前カンファレンスを移動せずに行えるようなインターネットを導入する，記録が簡単にサマライズできる IT システムを開発する
効率的な退院支援・調整プログラムが行えない，病院医師・看護師に在宅の視点がない	・退院支援・調整プログラムがない，退院支援・調整を主に行う看護師がいない ・退院支援・調整の課題を地域と病院とで共有する話し合いの場がない ・退院支援を行う病棟看護師，退院支援担当看護師の能力に個人差が大きい ・スクリーニングが効率的に行えない ・看護師と医療ソーシャルワーカーとの役割分担が明確でない ・病院医師・看護師に在宅の視点がない（患者・家族の意思の確認，在宅で可能なシンプルな治療・ケア，早めの地域医療福祉従事者への紹介，自宅生活環境のアセスメント）	〈有効だったノウハウ〉 ・退院支援・調整を担当する部署や職種，プロジェクトを各病院に設置する ・同一地域の病院の退院支援・調整を担当する部署間での情報交換・共有の場を設置する（退院支援看護師の集まりなど） ・退院支援・調整を担当する部署と訪問看護ステーション看護師など地域医療福祉従事者間での情報交換・共有の場を設置する ・（日常的にちょっとしたことが共有できる）ネットワークを増やす ・スクリーニング方法を見直し簡便にする（項目数の削減，紙媒体のスクリーニングではなくラウンドを利用した連絡など） ・病院医療者と在宅チームとの交流機会を増やし在宅の視点を伝える（カンファレンス，振り返り，フォローアップ，フィードバックなど） 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・すべての病院に退院支援・調整プログラムの教育と実践を担当する専従の看護職を置き，地域での情報交換・共有機会の仕組みを作る ・効率的な退院支援・調整プログラムを開発，評価，実践，教育するための仕組みを作る（全国トレーニング，認定制度，病棟看護師・病棟師長・看護部長・退院支援部署・医療ソーシャルワーカーなど職種別のボトムラインの明確化，スクリーニング・アセスメントシートなどの検証，在宅での研修，看護師長・部長への研修など） ・病院医師・看護師の在宅の視点をいずれかの段階で教育に組み入れる

がん患者に関わる居宅介護支援事業所が多くない	・医療に関する苦手意識，難しさがある ・退院前の居宅介護支援事業所の仕事は退院しなければ報酬にならない	〈有効だったノウハウ〉 ・退院自体が可能になるように早めの対応をする（在宅の視点のある病棟医療・病棟看護を行う） ・カンファレンスの時に医療用語を利用しない，福祉職出身の介護支援専門員が話しやすい環境を意識する ・（気軽にやりとりできるような）ネットワーキングを作る 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・介護支援専門員を対象とした系統的ながん患者に対する研修プログラムを作成して実施する ・退院しなかった場合でも相応の報酬を受けることのできる制度を検討する
患者所持型情報共有ツールが普及しない	・患者自身が複数の医療福祉機関で情報共有をすることの意義を感じにくい（必要性を感じている患者は，すでに自分の記録を作成している）。「伝書鳩のように管理されている」意識になりうる ・地域の複数の医療福祉従事者が意義を共有しないと，患者が見せて医療福祉従事者が知らないと意欲を失う ・プライバシーの点から「持っていること」でがんと分かるものを持ちたがらない，自分で書いたものを医師や看護師に見せるのは失礼と考えたり気が進まない患者も少なくない ・患者は知らないが医療福祉従事者では共有しておきたいことを共有するためにはほかの手段が必要である（予測される予後，家族内の人間関係など） ・説明の時間を必要とする	〈有効だったノウハウ〉 ・患者自身へ意義の説明，なるべく多くの地域の医療福祉従事者へのアナウンスを行ったが効果は限定的であった ・診療情報の説明書や検査データなどと一緒に渡す，入院のたびに看護ステーションで預かるようにするなどを行う担当者がいた腫瘍センターでは運用できた 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・患者所持型情報共有ツールは意義と運用が共有しうる限定された医療福祉機関でのみ運用するべきである
地域の多施設間でリアルタイムの患者情報を共有する方法がない	・紙媒体を自宅に置く方法では，患者の知らない内容を記載できない，すべての職種（特に医師）が書くとは限らない ・電子カルテ，メーリングリストは診療記録と二重記録になり負担があることや，IT を好まない利用者の場合，進まない ・FAX，電話を利用した情報共有は「一度に全員」での共有が難しい ・患者によっては多職種への情報提供を希望しない	〈有効だったノウハウ〉 ・紙媒体を自宅に置く，地域の電子カルテ，患者ごとのメーリングリスト，その時その時での電話や FAX での臨機応変な情報共有を行ったが，すべての場合に共通して有効な方法はみつからなかった 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・すべての患者の患者情報をリアルタイムで共有することを目的とするならば，診療記録と二重記録にならない電子情報の共有が唯一の手段である。多施設での診療が始まる場合に患者の希望する施設への診療情報の共有を登録する。利用者の個人情報に関する教育，規定が必要である
カンファレンスで挙がる制度・施策の課題を解決する枠組みがない	・現場の多職種でカンファレンスを行っても行政・施策担当者がいないので解決に結びつかない ・挙がった課題を改善に結びつける枠組みがない	〈有効だったノウハウ〉 ・介護保険など市町村で対応な可能なことについては意見を集約して行政に連絡して対応できた ・行政の担当者が（個人として）参加することで問題を共有できれば可能な範囲で対策が講じられることも多かった 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・都道府県，国のレベルについて集約された課題がタイムリーにつながる仕組みが必要（グループワークデータの蓄積と公開，民間研究者によるデータマイニングなどによる解析，都道府県・国の担当者の参加など） ・行政担当者が公的な立場で参加すると，「市（県・国）としては対処しています」と答えざるをえないため，参加者を責めない，個人として参加するなど参加者に対する教育と枠組み作りが必要である

表 70　プロジェクトを進めるうえで観察された課題，解釈，対応(6)―緩和ケア専門家の利用に関すること

課題	解釈	対応
地域緩和ケアチームが利用されない	・対象となる患者はいるが，相談するとなると，それほどの症状でもなくまわりのネットワークで対応できることが多い，まったく知らない人に連絡をするのは敷居が高いので，何かのついでやメーリングリスト上で患者のことを共有している時に相談する	〈有効だったノウハウ〉 ・緩和ケアの専門家とついでの機会，患者情報を共有するメーリングリスト，個人的なネットワークを作ることで連絡を取りやすくする ・最後のとりでとしての地域緩和ケアチームを 1 つ地域に作る 〈得られた教訓・今後の課題〉 ・地域にある専門緩和ケアサービスとネットワーキングを作る，そのうえで，最後のとりでとしての地域緩和ケアチームを少なくとも 1 つ地域に作ることが必要である

みを作る，②効率的な退院支援・調整プログラムを開発，評価，実践，教育する仕組みを作る，③効率的な退院前カンファレンスのモデルの教育方法を作成して実施する，④退院前カンファレンスを移動せず簡便に共有できる IT システムを開発する，⑤病院医師・看護師の在宅の視点を教育に組み入れる，などが方策となる。

患者情報の共有については，患者所持型情報共有ツールの地域単位での普及は容易ではないことが明らかとなった。患者所持型情報共有ツールはその意義と運用が共有しうる限定された医療福祉機関（病院と特定の診療所，病院と特定の保険薬局など）でのみ運用するべきである。一方，すべての患者の診療情報をリアルタイムで共有することはさまざまな方策が用いられたが完全な対応は困難であった。技術的には，診療記録と二重記録にならない電子情報の共有が唯一の手段であると思われるが，利用者の個人情報に関する教育，規定が必要である。

各地域でカンファレンスを行った場合に制度・施策上の課題が多く挙げられるが，解決する枠組みがないこともよく挙げられた。各地域で出された課題がリアルタイムに行政担当者につながる仕組みが必要である。たとえば，グループワークのデータを蓄積・公開することによって，民間研究者を含めてデータマイニングなど複数の方法を用いて可能な対策を提示することや，地域のカンファレンスに市町村・都道府県・国の担当者が参加することが挙げられる。行政担当者が公的な立場で参加すると発言が制限される可能性が高いため，参加者が個人として意見が言えるなどの教育と枠組み作りが必要である。

6）緩和ケア専門家の利用に関すること（表 70）

地域での緩和ケア専門家の利用としては，地域緩和ケアチームのニードはあるがネットワーキングによる解決のニードが現時点では多いことから，①地域にある専門緩和ケアサービスとネットワーキングを作り個々に解決できる機会をまず増やすことが重要であり，そのうえで，②「最後のとりで」としての地域緩和ケアチームを 1 つ地域に指定することがよいと考えられた。

C．地域緩和ケアプログラムのプロジェクトマネジメントに関する研究
3）プロジェクトマネジメントの評価に関するインタビュー調査

1）前 東京大学大学院 医学系研究科，前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室，2）聖隷三方原病院 緩和支持治療科
山岸 暁美[1)]，森田 達也[2)]

1．対象・方法

プロジェクト全体の評価として行われた 4 地域のコアリンクスタッフのインタビュー調査の一部として行われた。インタビュー調査の対象者は，「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。

本研究では，「プロジェクトの運営についてはどうでしたか」「プロジェクトの運営について良かった点や，改善した方がいい点はありましたか」の質問に対する回答を分析の対象とした。101 名の逐語記録のうち，プロジェクトマネジメントの質問に対する回答のあったのは 82 名であった。該当するデータは合計 482,684 文字であった。対象者の背景を**表 71** に示す。

2．分　析

テーマ分析（thematic analysis）を行った。まず，インタビュー記録について 2 名の研究者（緩和ケア医師 1 名，ホスピス病棟の勤務経験と緩和ケアの地域プロジェクトの経験のある看護師 1 名）が独立してコーディングを行い，運営における組織構築・プロジェクト運営の記述と評価，プロセスやアウトカムへの影響に関係する部分を抽出してカテゴリー化した。コーディングは文脈を失わないように大きな単位で行われた。次に，地域看護を専門とし 4 地域の訪問を行った研究者と緩和ケア領域での研究経験の豊富な専門家が議論してカテゴリーを決定した。大カテゴリーを【　】，中カテゴリーを［　］，小カテゴリーを〈　〉，データを「　」で示す。

表 71　インタビュー調査の対象背景

	鶴岡	柏	浜松	長崎	合計
医師	2	5	11	2	20
看護師	5	8	17	6	36
薬剤師	3	4	3	1	11
介護支援専門員	1	2	2	2	7
医療ソーシャルワーカー	1	1	1	0	3
その他*	2	3	0	0	5
合計	14	23	34	11	82

＊ 栄養士 2 名，事務，作業療法士，保健師各 1 名

3．結　果

1）全体的なプロジェクトマネジメントに対する評価

プロジェクトマネジメントに関する反応として，総じて，鶴岡地域，浜松地域，長崎地域では肯定的な意見が多かったが，柏地域では（いろいろな会合を通じて相互のコミュニケーションが良くなったということはあったが，組織という点では）「組織自体があったのかどうか分からない」「組織としてはあまり機能していなかったように思う」という見解が多く聞かれた。

> 「組織として意味があったのかよく分かんない。組織があったのかな？　組織。よく分かんない。ここにいたんですよ，ズーッと。だけど，あんまり役に立ってない気がする。ここでいろいろ話してそういう人たちと巡り会ったことは非常に大きかったと思うんですけど」（柏地域，診療所医師）

2）プロジェクトマネジメントの要素

プロジェクトの評価に関係するプロジェクトマネジ

表 72　プロジェクトマネジメントの要素

【プロジェクト実施主体の機能・役割】
　［ファシリテーターとしての機能］
　　〈ファシリテーターの役割〉
　　〈ファシリテーターの資質〉
　［事務局（ロジスティクス）機能］
　［地域全体で組織的に取り組む体制構築］
　　〈各機関が組織として関与する価値〉
　　・地域全体の変容のための組織間連携の重要性
　　・個の活動を地域の取り組みの一環としての承認することの重要性
　　〈市町村行政の関与の価値〉
　　〈関係団体の関与の価値〉

【プロジェクトを進める前提条件】
　［多職種協働］
　　〈各職種，機関ごとの理念，視点や価値観を包容する文化構築〉
　　〈多職種・他機関同士のインタラクションや情報の共有〉
　［プロジェクト参加者の負担の軽減］
　　〈業務の延長で活動できる工夫〉
　　〈日時・場所設定の工夫〉
　　〈他地域のグッドプラクティスの模倣〉

【プロジェクトマネジメントに影響しうる地域特性】
　［対象地域の大きさ，人口規模］
　［地元感・地域に対する思い］

【プロジェクトの進め方】
　［多職種がプロジェクトの目的・人間関係・課題を共有する機会の設定］
　［課題別ワーキンググループ形成と全体を見渡せる仕組みの構築］
　［目的・目標の明確化と計画的かつ柔軟な遂行］
　　〈目的・目標の明確化と計画的な実施〉
　　〈状況に応じた遂行〉

メントの要素として，【プロジェクト実施主体の機能・役割】【プロジェクトを進める前提条件】【プログラムマネジメントに影響しうる地域特性】【プロジェクトの進め方】の 4 つのカテゴリーが抽出された（**表 72**）。

【プロジェクト実施主体の機能・役割】

プロジェクト実施主体の機能・役割として，［ファシリテーターとしての機能］［事務局（ロジスティクス）機能］［地域全体で組織的に取り組む体制構築］が重要であることが述べられた。

［ファシリテーターとしての機能］

ファシリテート（facilitate）とは，一般的に「何らかのプロセスや活動が生じることを促す」という意味を持つが，ここでいうファシリテート機能とは，地域資源活用や地域の課題解決のプロセスや活動が生じることを促す機能を指す。具体的な〈ファシリテーターの役割〉と，プロジェクトを進める原動力となる〈ファシリテーターの資質〉が抽出された。

〈ファシリテーターの役割〉

〈ファシリテーターの役割〉として，①企画立案，②地域内の個の活動から面としての活動への拡充，および，③地域の課題解決に向けてのステイクホルダーの調整をする役割，が挙げられた。

「それぞれの業務があると，これだけ大きな計画は出られないので，主に企画運営をやってくれる場所があって，そこに地域が関わっていく形がいいと思う。みんないいとは思ってても，自分たちの小さな単位ではできないので，こういうようなどこかが指導権を握って，あとは協力してやっていく形が一番いい」（浜松地域，訪問看護師）

「自主的に，何となくはできないものなので，イニシャティブを取ってくれる母体があってできたんだろうなって思います」（柏地域，医療ソーシャルワーカー）

「それぞれがばらばらに話していたり，それぞれの会は個々に実はもうあったりすると思うんです。ただまとめるところはなくて，そういう要になるようなところがいるのかな。それぞれがバラバラでも結局かぶるし，要があってオーガナイズするといろんな人が参加できてお互いにどういうことをやってるかも分かるので。多分もうすでにいろんなところで，個々にはこういう活動っていうのはされていると思うんです」（浜松地域，病院医師）

「地域の課題解決に向けてのステイクホルダーの調整をする」に関しては，鶴岡地域と浜松地域で具体的な地域での事例が示され，その時に生じていた問題に対して具体的に・個別にアプローチした例が示された。

「診療所医師の集まりが急速に進み出したのは，医師会理事の先生が，プロジェクトのリーダー的ポジションに入るようになってから非常にテンポが速くなりました。それまではいろいろあって進みが弱かったんだけど，その先生が活発に医師会，オプティムの橋渡しをしていただけるようになって，よく進むようになりました」（浜松地域，病院医師）

「介護保険がらみのところは，すごく○○先生が介護保険課のほうにがん末期の人の認定を早くしてほしいとか交渉に行ったじゃないですか，早期に認定調査に入ってもらえるとか。意見書の書き方の工夫とかも○○先生は結構工夫してくださって，病院全体で取り組むのにあちこち回っ

てたと思うんです。すべてで協力を得なきゃいけないことなので」（浜松地域，病院看護師）

「浜松には浜松の問題がありました。医師会と訪問看護の問題，地域の開業医，在宅支援診療所の問題，地域にどんな問題があるかを，まずは切り取ってくださったんですね。それをどう解決したらいいかっていう，地域に即したプランだと思うんですよ。で，変わったんだと思うんですよね。各地域の問題を拾わないと，そのまま地域に当てはめるのではなくて，地域にある問題に即した企画にしないと。たとえば，当時（在宅診療をしていた）○○先生は緩和の初心者で，私は方々でクレームを聞く係になってました。そういうことも率直に申し上げて，そしたら（プロジェクトの）○○先生はずいぶんアプローチしてくださっていました。具体的に困ってることを私は言わせてもらったの。そしたら，具体的に対応してくださったような印象は，私の中ではあります。訪問看護の中には連携したくないっていう声も上がっていたんですね，思い起こせば。そこのところの修正も，訪問看護の所長を一堂に集めて，気持ちだとか方針だとかをじかに話し合う機会を企画してくれた，進めてくださったですよね。出席こそしなかったけれども，そういうところから調整まですごくしてくださいました」（浜松地域，訪問看護師）

〈ファシリテーターの資質〉

ファシリテーターの資質としては，リーダシップ，熱意・実直さ・人間的魅力，専門性，公平性などが語られた。

「彼がそうやって人を結びつけるのが天才なんです，すごく。司会をやりながら，こういう人とこういう業種で集まって，こういうことを話し合ってみましょうってポンって言ったら，「えぇ？」って初めはみんな言うだけど，結局楽しく話ができるんですよね。彼の名伯楽ぶりっていうのは大きかったと思います」（長崎地域，病院医師）

「熱意をもってプロジェクトに取り組んだと思います。やっていこうっていう意思と熱意がなければできなかったことと思いますので，思いそのものが一番大きかったことじゃないでしょうか。志というか強い思いがあれば，それに尽きるんじゃないでしょうか。最初に掲げた理念，この地域に緩和ケアを，患者さんが家に帰りたいって言ったときに願いを叶えられる地域にしようという熱意。だから，プロジェクトを継続させたし，多くの方が参加した根っこにあるのは熱意に賛同する方がいかに多かったかと思います。やっぱり旗を振る人がいないとできないことですから，旗の振り方が，高く旗を振ったということではないでしょうか」（浜松地域，診療所医師）

「中核になるところが，病院がやるのか，どこがやるのかっていうことで大きく違うかと思いますけれども，とにかく，中心組織は当たり前ですけれども，寄せ集めでなくて，もともと緩和ケアをかなりがっちりやってる，積極的にやっているところが中心になってやっていかないとうまくいかない」（浜松地域，診療所医師）

[事務局（ロジスティクス）機能]

膨大なロジスティクス業務（連絡・調整，アナウンス，メーリングリスト管理など）を行うために，プロジェクトの遂行に当たっては事務局の設置および人材配置の必要性が多く語られた。現在のがん診療連携拠点病院の業務に，プロジェクトの事務機能を追加導入することは仕事量として困難であることや，事務局を病院に置くか，地域に置くかはメリット・デメリットの両方があることも語られた。事務局を担う人材として，丁寧に応対できることを挙げたものが多かった。

「中心にやってくれるスタッフの方がいらっしゃって，参加を促してくれたりとか，日程も調整して，場所も決めてってしてくれるようになって，今回ものすごくスムーズにいったと思う。勉強会とか研修会は，それぞれみんな仕事をもったうえで，プラスでやるとなかなか難しいと思う」（長崎地域，診療所看護師）

「事務をしっかりする人がいないとできない。プランを立てて，場所を設定して，広報をやらないと無理なんですね。そういうのに長けた人は絶対（に必要）」（長崎地域，診療所医師）

「事務局の方が本当に丁寧に対応していただいたので，企画も含めて，計画を持って進めていただいたので，そういうこともプロジェクトを進めていくうえで，とても大切だなと感じました。こういう会を開くのは，1つを開くだけでもとても大変なんで，3年間毎月毎月細かくメールなりファクスを使って皆さんに情報を提供したり，あらかじめ募集をかけたりしていただいたので，とても大変だったと思うんですけれど，そういう方がいないと，なかなか進まない。事務局の方がしっかりしていないと，結局途中で終わってしてしまう」（浜松地域，薬局薬剤師）

「拠点病院の連携の会議をやることがあるんですけど，

すごい事務の量で。今は3カ月に1回ぐらいしかないからいいですけど，こういう全部をやったら毎月なんかやってるわけじゃないですか，やっぱり人がいない。準備に手を抜くと会の質も落ちるので，結局継続できないので，質も担保しながらって考えると人の手って必要」（柏地域，医療ソーシャルワーカー）

「事務局は必要と思います。置く場所はどうなのか。正解があるか分かんないんですけど，場所は重要かもしれないですよね。病院の中にあることで，よいこともあるでしょうし，でも，中にあることで困難を招くところもあるでしょうから。地域で考えて，最適なところにおけば」（鶴岡，医療ソーシャルワーカー）

[地域全体で組織的に取り組む体制構築]

個々ではなく地域全体で組織的に取り組む価値について，多くの参加者が言及した。個人同士ではなく，組織間で具体的な課題と解決策を話し合える〈各機関が組織として関与する価値〉，具体的な組織として〈市町村行政の関与の価値〉，〈関係団体の関与の価値〉が抽出された。

〈各機関が組織として関与する価値〉

各機関が組織として関与する価値として，①地域全体の変容のための組織間連携の重要性と，②個の活動を地域の取り組みの一環としての承認することの重要性，が述べられた。

①地域全体の変容のための組織間連携の重要性

1施設だけでなく多施設で協力して行うことの価値は，単独で行うよりも効果があること，公平であることが述べられた。

「地域で進めていくので，（1つの）病院単体で取り組むのではなくて，他の病院もそうだし，訪問看護ステーションとか介護のケアマネさんとか薬局も含めて，みんなが一緒にやろうよっていうほうがうまくいくと思います。地域で暮らしているので1つの病院だけでやると，ほかにかかった時とか薬局にいった時とか分からないで困ってしまうとか，ここではいろんなことをしてもらえたのに，ほかのところへいったら全然してもらえなくてちょっと困っちゃったっていうのも出てくる」（柏地域，栄養士）

「1施設の1人の人間が市に行ったとしてもなかなか動かないと思うんですけど，こういうプロジェクトとして市に働きかけると市も重要性を，必要性を認めてくれるところはあった」（浜松地域，病院医師）

「最初に説明会をやりましたよね。あの呼びかけのしかたが非常にフェア。いろいろな会を見ていますが，どうしても声をかけやすいところ，同じ大学の何科の出身とかでの声かけが多い気がするんです。別に意図してるわけじゃないです，でも，どうしても確実に集まってくれそうなところから声をかけるので，まんべんなくっていうのはとても大変と思うんです。そこを，オプティムの場合は，非常に丹念に，細かいところに配慮をして，さまざまな意見を取り入れて，さまざまな意見を取り入れると大抵何が何だかわからない方向へグジャグジャになることもあるんですが，ぶれることなくまとまっていた」（浜松地域，診療所医師）

②個の活動を地域の取り組みの一環としての承認することの重要性

個人ではなく組織として行う価値を，非常に多くの参加者が言及した。個人同士ではなくて組織と組織として課題と解決策を話し合えるほか，組織としての役割とすることで各個人が活動をしやすくなること，逆に，組織として認めた活動でないと個人で動くには制約や限りがあることが述べられた。また，会議などに出席する時に参加者に決定権があることの重要性が述べられた。

組織と組織として話ができる

「ケアマネ連絡協の役員としての企画もあるのが一致しやすい。今までだったら，たとえば，○○病院の○○先生に直接話するだけだと（個人的な話にすぎないけど），オプティムとしてきてくれるってなれば，対組織で話ができるんですよね」（浜松地域，介護支援専門員）

「地域のいろんな組織ありますよね。医師会もあるし，ケアマネの会もあるし，訪問看護ステーションの組織もありますよね。組織と組織とが結ばれている体制が地域の中でできていけばいいかなと思います。個人じゃ駄目だと思う。個人は今までもズーッとやってるじゃないですか。地域の中でやっていく時には，組織同士がつながってないと駄目」（浜松地域，訪問看護師）

各個人が施設内・地域で動きやすい

「呼ぶ人，関わりをもってもらう人は，緩和のプロジェクトだからとかじゃなくて，全体的にみてこの人は外せな

いという人選をするべき。うまくいくとも限らないですけど，（病院の）中でも動きやすい，トップダウン的なものにもなるかもしれないけど。トップが呼ばれるから，周りにも自分が何をしているのかが分かるし，組織としてもこういうことで動いてるんだというのが分かりやすい，個人プレーにならない，そういう面では動きやすくていい」（鶴岡地域，病院薬剤師）

「（参加が自主的だったが）これ自体を業務にしてしまう。例えば１人専従をプロジェクトの業務にしてしまえば，どっちにしても時間外で動くことはあるんですけども（もっとやりやすかった）。（自主的な参加だと）仕事プラスアルファでなんか勝手にやってるようになっちゃうので。業務として認められて，外の集まりも（勤務を）つけていいとなれば，仕事だと思えた部分はあります。薬局の中でそう見られてない，勝手にやってんの，好きでやってるみたいに思われてる部分はある」（柏地域，病院薬剤師）

「地域緩和ケアチームの問題以外は，非常にうまくいったと思います。地域緩和ケアチームに関しては，限界ってあるんですね。うまく機能するためには，病院の仕事は免除して公的な仕事としてボランティアではなくて，はっきりした形で，市だったり病院から認められた仕事の一環として切り離して，この時間帯，これは地域緩和ケアチームがやるっていうような仕事だったら動けたのかもしれない」（長崎地域，病院医師）

組織の代表者としての決定権がある

「自分が参加していていいのかなっていう気持ちになったことは，多々あります。話の内容によっては，自分では決めかねることのほうが多かったりしたので。会議に参加していても，自分がイエス，ノーをはっきり言えるような事項じゃないこともあって，持ち帰って話したところで返事をいただくこともなかったんで」（鶴岡地域，訪問看護師）

〈市町村行政の関与の価値〉

市町村行政の関与の価値としては，地域全体のシステム構築やその継続性および改善の可能性，中立的な立場での調整の重要性，および，顔の見える関係の構築できる規模について言及された。具体的な改善としては介護保険がしばしば話題となった。

「病院が主にやってますけど，行政と最初から一緒になって，終わった後にも継続してやってもらえるような道筋を作ったほうが継続してやっていけるかなって。病院の負担になっちゃうと続けていけなくなっちゃう。経済的な部分も，人的な部分のところも，行政は残るじゃないですか，行政で核になってもらったら存続すると思うんです。個の病院に任せてしまうと，病院がいろんな役割だったり仕事だったりがあるので，多分継続していかない」（柏地域，病院医師）

「行政には，まずこういう人たちが一堂に会して話し合うような組織作りをしていただきたい。今まで，バラバラでやっているのはあったんです。バラバラで行われると，私たちはいろんなところに患者さんをご紹介しているし，いろんなところから来ている人たちが多いので，今日 A でやりますよって，次に Bって言われてっていうのがあるんで，まとめてしていただけると出席もできると思うんです。個々でやったほうがいいこともありますけど，年に２回ぐらいは行政が中心になって，集まり会えるようなのがあるといい」（浜松地域，病院看護師）

「個人的な努力では解決できない問題もいろいろあるところで，オプティムのようなプロジェクトがあると大きなシステムを動かすこともできる。たとえば，市。介護保険の認定が遅かったことも，市を巻き込むことで変わる。それで大きく変わる。自分たち医療者だけでは変えられない。いくら何とかしたいとみんなが思っていても，どうしようもできないところが，行政も入ることでシステムが変えられるところでは非常に大きいと思いました」（浜松地域，病院医師）

〈関係団体の関与の価値〉

地域の中心となる機関としての医師会や薬剤師会の役割の重要性がしばしば挙げられた。一方，医師会が中心となった場合には緩和医療など専門的治療について調整しにくかったことや病院間の温度差があったことも述べられた。

「医師会でしょうね。医師会の意識がすごくいいので，有り難いですよね。医師会がいい。しかも，１つしかないでしょう。ほかの地域って医師会がいっぱい絡んでて，こっちはいいって言ってもあっちは駄目って言ったりする（こともある）」（鶴岡地域，病院事務）

「長崎地区は医師会が中心にやってたところが特徴的で，医師が動くっていうのは画期的で面白かったと思います。トップダウン感」（長崎地域，介護支援専門員）

「全国のこういう会を見てみると，やっぱり医師会かと

思います。医師会がどう動くか。医師会にも問題はあるにしても，1回動くとそれなりの力を発揮すると思いますので，一般的なものとしてはよいと思います」（柏地域，病院医師）

「（中心が）医師会でしたんで，緩和ケア専門家による診療の提供，地域緩和ケアチームがなかなかはっきり出せなかった」（長崎地域，診療所医師）

【プロジェクトを進める前提条件】

プロジェクトを進める前提条件としては，［多職種協働］と［プロジェクト参加者の負担の軽減］が挙げられた。

［多職種協働］

多職種協働による〈各職種，機関ごとの理念，視点や価値観を包容する文化構築〉と〈多職種・他機関同士のインタラクションや情報の共有〉がプロジェクトを進める前提条件として挙げられた。

〈各職種，機関ごとの理念，視点や価値観を包容する文化構築〉

プロジェクトを地域全体で進めるに当たって，前提とされる考え方として，多様な理念，視点，価値観を認めることの重要性が抽出された。

「同じメンバーがいつも中心にいると変化がないですよね。反省がないって言ったら失礼ですけど，だんだん狭まってしまって。他にもたくさんの人たちが，それなりの知識とか経験を持っておられると思うんですよ。いつも同じ人が集まってたら，だんだんと凝り固まってしまうと思うので，いろんな人たちが参加しやすい，いろんな人たちが意見を出し合える場になったらいいと感じます。患者さんも100人いれば百様なわけで，ケアに関してもこれがいいという基本的なものはあっても，絶対ではないと思うんです」（長崎地域，介護支援専門員）

「大事なのは，（プロジェクトに）参加してない人たちもやっていける構造じゃないといけないでしょう。今のところ団結してやってますけど，もしどこかが，うちはちょっと違う方法でやりたいといっても，それはそこの理念ですからそれでオッケーと思えるような緩いシステムを維持していかないといけない。個々の患者さんの紹介はもちろんしていくでしょうし，ミーティングの時にちょっと顔を出して関係を作ったりはあるかもしれない。それも別にしなくても，うちはうちでやっていきますよっていうところもあると思うんです。そこをつぶさないような集団，つぶさないような連携のあり方じゃないと自由なものが出てこなくなってしまう」（浜松地域，病院医師）

〈多職種・他機関同士のインタラクションや情報の共有〉

多職種・他機関同士でインタラクションし，情報を共有することの価値が多く語られた。

「グループで分かれて話をしてても，いろんな職種が集まって話をすると，大抵は同じような意見が出ている。“うちのグループではこういう話になりました”みたいな話をまとめでするけど，大筋がずれた話はあまりないと思いました。なので，多職種が集まれば，みんなの意見を出し合うことで補い合って，足りない部分っていうのはほとんどなくなるんだろうって。医者ばっかり集まったら大体話す内容は医療になっちゃうけど，多職種で集まればいろんな話が出るし，自分の視点じゃない話は貴重だと思います」（浜松地域，診療所医師）

「他の職種の方とお話しする機会を作るのが第一歩なんだなと思いましたし，薬剤師さんはそういうのが特に苦手な職種かと思うので，ぜひそういう機会に参加していただきたいと思います。ドクターとかナースさんは，今でもすごい100％，120％でやられてて，薬剤師が一番不完全燃焼な職種かなって思うんで，逆にそこをうまく使えると，地域の伸びしろはあるかと思うので」（鶴岡地域，保険薬局薬剤師）

「多職種で集まるのがいいですね。訪問看護師さんだけ集めても，意見は偏るばっかりだから，いろんな職種の人がきて，現状をいろんな立場から考えていくのがいいですね。そう思います」（浜松地域，訪問看護師）

［プロジェクト参加者の負担の軽減］

ほとんどの対象者が，プロジェクトへの参加は日常臨床の時間外に行われたので，時間的，体力的には大きな負担であったと述べた。期間が限定されていたので負担はあってもある対象者は「楽しく」，多くの対象者は「意義があると思って」参加したが，長く継続するためには，個人の時間を犠牲にしないように〈業務の延長で活動できる工夫〉，〈日時・場所設定の工夫〉が必要であるとほとんどの対象者が述べた。負担を減らす工夫として，できる範囲にする，わざわざではなくついでに集まれる機会を使う，運営に関わる人

のサポートを行う，参加者に特典やメリットをつける，多くのことを行わずに内容をしぼる，予算が必要などの意見があった。

〈業務の延長で活動できる工夫〉

「しょうがないですけど，たとえば日曜日，土曜日とか，いろんな形で自分の時間をつぶしてやっていかなきゃ駄目なこともありますよね。すべて自分の時間で動いていくので，そこは大変，それぞれ，みんながね，自分も含めてですけど，大変。みんな，これだけじゃないので」（浜松地域，病院看護師）

「業務が終わらなくていけないのもありますけど，ここの病院はどちらかというとちょっとお年を召した人か，お子さんが小さくてとか，ご結婚されてっていう方が多かったので，7時から9時までっていう時間は行きたくても費やせない。本当だったら行きたいんだけど，いや，だんなさんが帰ってくるしとか子どもの面倒をみなきゃいけないし」（柏地域，病院看護師）

〈日時・場所設定の工夫〉

日時や場所についてはほとんどの対象者が平日夜に行うことは大変だが，かといって土日になると休日が使用されるのも難しいことを述べた。地域全体で「水曜日の午後は地域連携の日だから臨床は少なくする」のように特別に決めるのでなければ，どこかに設定すればどこかに負担となるので固定した日時としては現実的によい案はないと述べた。日時を交代にする方法は代替案として述べられた。

「時間帯が早ければとか思ったり，でも，先生とか訪問看護の方とかだと，あんまり早い時間だと来れないので，（19時～の）時間にはなってしまうとは思うんですが。研修会はもうちょっと早い時間帯に最初は考えてたんですが，よそから来られる方だと仕事が終わらなくて来れないだろうということもあった」（鶴岡地域，病院看護師）

「土曜日の午後は時間的によいとは思うんだけど，家族を持っているので，家族サービスが割かれてしまうのは，確かにつらい部分はあるかなとは思います。うちみたいにまだ小さい子がいるところは，ちょっとつらいけど。平日の夜集まるのだったら，それはそれで診療が終わる時間に間に合わなかったり，終わって参加するころにはもう半分以上終わっちゃってることも多々あった」（浜松地域，診療所医師）

「（夜）8時ぐらいから集まって10時までとか，正直あれはないよねって言われることはたくさんあって，無理やり動機づけをしないとモチベーションは続かないのはありました。病院がすべて開業医さんとか地域に合わせてなくても，何回かに1度は病院に合わせるってこともいいんじゃないかって病院の意見はあったと思う。お互いがチームなんだから，すべて地域に合わせるっていうやり方をしなければ成り立たないところに苦しさはあったと思う」（浜松地域，病院看護師）

〈他地域のグッドプラクティスの模倣〉

労力を減らし有効にプロジェクトを行うために，鶴岡地域の対象者は，緩和ケアについて未整備なところで進めていくために，しばしば，ほかの地域で使用してうまくいったものを真似をすることを述べた。

「一から作り上げようとしないってことですかね。ほかの地域のものをマネしたり使ったりしてできた。一から作り上げようとするとすごい大変なので，作り上げるべきところもあったんでしょうけど，よいものは1回使わせてもらって，それから変えていけばいいみたいな形がいいんじゃないかな。ほかのところをまねるっていうのはいい」（鶴岡地域，病院薬剤師）

「ある程度先に動いてる部分が，そのままはならないにしても，やってることが分かるプロジェクトだったんで，そういう（地域間の交流がある）形の進め方はいい。たとえば長崎も，こういう形でできるまでこれぐらいの年月がかかってるよみたいなのがあるから，1年2年でなるもんじゃないんだろうなみたいなのをみながら，参考にしながら動けた」（鶴岡地域，薬局薬剤師）

【プロジェクトマネジメントに影響しうる地域特性】

プロジェクトマネジメントに影響しうる地域特性として，［対象地域の大きさ，人口規模］，［地元感・地域に対する思い］が挙げられた。対象地域の大きさ，人口規模が，介入対象として適切であったということについて，鶴岡地域および長崎地域で指摘された。一方，柏地域では，対象地域の大きさが「広すぎる」，地元の人があまりおらず，「地元感，地域に対する思い」が少ないことがプロジェクトがあまり進まなかった要因として挙げられた。このほかに，「新しいことを受け入れやすい県民性」が長崎地域で指摘された。

「組織が小さい。地域がちっちゃいっていうのは，一番

かなと思いますね，ほかと比べると。あと，（鶴岡には）病院は２つ３つしかないし，人は少ないし。やるしかない。協力するしかないっていう風土は，根本にみんなもってると思うんです。だから，困ったことがあったらみんなで考えようという人が集まってた。だから，できたと思うし，他の地域じゃ考えられないっていわれることがいっぱいあるんです」（鶴岡地域，病院事務）

「長崎って小ささがよかったと思うんです。ほどよい小ささで，友達の友達とか親の親せきとか血縁でつながりがあるので，それだけに頼っちゃいけないんだけども，マイナスにはならなかった。長崎っていう町のほどよい小ささっていうのが緩和ケアをやっていくうえですごくいい隠れた因子だった。二次医療圏の中に拠点病院が２つある，開業医の先生もモチベーションが高い先生がたくさんいらっしゃる。医療資源に関しては，小さなエリアでややしっかりと供給される状況にあった。この２点はやっぱり強いなって実感しました」（長崎地域，病院医師）

「柏地区の範囲が広いていうか，組織が大きいので，なかなかまとまっていろんなことをやるのは難しかったのかなっていうふうには思うんです」（柏地域，病院医師）

「柏ってもともと土地の方がいるわけではないし，郊外で住みやすいところではあるけれども，柏をなんとかしようっていう気持ちをもってる人はあんまり多くなかったのかな。もう少し頑張ろうって言ってくれる人がいるともう少し頑張れたのかなって。結構ね，隣のことは知らないわっていう都会のイメージがすごく強い地域だった」（柏地域，薬局薬剤師）

【プロジェクトの進め方】

プロジェクトの進め方として，［多職種がプロジェクトの目的・人間関係・課題を共有する機会の設定］，［課題別ワーキンググループ形成と全体を見渡せる仕組みの構築］，［目的・目標の明確化と計画的かつ柔軟な遂行］の３点が挙げられた。

［多職種がプロジェクトの目的・人間関係・課題を共有する機会の設定］

プロジェクトを進めるに当たり，［多職種が目的・人間関係・課題を共有する機会の設定］をし，現在，現場で起きていることをしっかりとくみ上げる，関係性をフラットにする仕掛けを作って現場の意見をくみ取ることの重要性が語られた。現場の意見をくみ取るための具体的方法として，①多職種，少人数でのグループワークによるディスカッション，②医療職も介護職もフラットな関係で意見が交わせる（何を言ってもいいんだと安心感を感じられる）雰囲気づくりやファシリテーション，③医学用語や略語をなるべく使用しないルール作り，④付箋を使うなど言葉以外の方法で意見が言えるような仕組み，⑤意見を言う人をより集める，などが挙げられた。

「トップダウンとボトムアップの仕掛け（の両方が大事）。意見交流の進め方も含めて，ファシリテーションとかグループワークの機会がないと，特にヘルパーさんとか意見を出す経験が少ない人とか，経験が浅い人の意見をすくい出して，反映させる場の設定とか仕掛け作りがいる」（長崎地域，介護支援専門員）

「何を言ってもいいんだっていう安心感を与えないと，言いたくても言えない。ケアマネでもそうなんですけど，言える人は問題ないんですけど，言えない人への傾聴ですね，そういう環境作りを配慮していかないと連携は進まない。ものが言いにくい立場の人の声もきちんと聞くスタンスがないと」（長崎地域，介護支援専門員）

「運営委員会はどうしても医療職主体なので，最初に出たときに，ある種もうほとんど英語を聞いてるような世界で，言ってる言葉の意味が分かんないなと。どうしても略語とか，業界用語みたいなのが多いので。全体でいろんな人が集まることのメリットはあると思うんですけど。多分ケアマネにとってはハードルが非常に高かった」（柏地域，介護支援専門員）

「ミーティングは非常に話がしやすい雰囲気がよかった。あまり緊張感がないのが特徴だと思います。他の地域だと，トップダウンみたいな感じで，仕切りどころがすごく仕切るって言ったら変だけど。（ここは）緩い連携なんです，非常にね。だから，どこが仕切ってとかトップダウンとかじゃないから，そこが特にコメディカルとしては入りやすい。話し合いも一方的に進めるわけではないので，割と，みんなざっくばらんに話しやすい，話が出しやすい雰囲気がありましたね。特にケアマネの立場で言うと」（浜松地域，介護支援専門員）

「スケジューリングの面も，みんなで意見を出し合って，紙に分けて（付箋に書いて意見を出して），皆さんからの意見を吸い上げて形にしていく。ある程度の下ごしらえをしといたうえで，まんべんなく皆さんに提示して意見を吸

い上げたうえでまたやっていくっていうことで，とてもよかった」（浜松地域，診療所医師）

「参加者も言いたいことを言ってた。聞いてくれるからね。言うんですよね，みんなね。言う人ばっかり集まってましたよ。そういう人を集めたんですよ。そういう方が皆さん上に立って，いま地域のことをやってくださってるんですよね，そう考えるとずいぶん変わりましたね。ケアマネさんたちの問題も吸い上げられてました」（浜松地域，訪問看護師）

また，その地域における既存の医療介護のリソースや地域特有の事情を把握することが課題を抽出するに当たって重要であることが述べられた。

「どこかでうまくいってるから，そっくり提示してうまくいくかというと，そうはいかない。結局その地域でアレンジされて，この地域ではこういうやり方が結局よかったねとなるんじゃないのかな。ズーッとここにいる人たちは，あんまりそうは思わないかもしれませんけど，ほかの地域を知っている自分からすると，なんでここはうまくいくんだろうと常に思って」（浜松地域，病院医師）

「地域性，いろんな地域特性があっておもしろいと思いました。全部知ってるわけじゃないですけど，視点とか，力の入れ方とか，それぞれの地域の特性を生かしたやり方を展開していてアプローチをするので。地のもの，そこにあるものを活用するのがすごくいいと思う」（柏地域，保健師）

［課題別ワーキンググループ形成と全体を見渡せる仕組みの構築］

地域の課題別にワーキンググループを作った鶴岡地域，浜松地域では，プロジェクトを進めるに当たって，ワーキンググループそれぞれが計画・実行をしながら，かつ，各ワーキンググループが何をしているのかも分かるような全体のミーティングを行うことがよいと述べられた。ワーキンググループをつくる価値については，①役割が明確になる，②責任が生まれる，③効率的で負担が減る，④専門性が生かせる，⑤内容が具体的に緻密になる，⑥関心のある人が集まるので凝集性がある，などが語られた。一方，ワーキンググループのみで活動をすると全体の流れがみえなくなることから，ワーキンググループのリーダー同士で意思疎通をしたり，メーリングリスト，全体のミーティングで状況を共有することの重要性も述べられた。一方，同じようにワーキンググループを作った柏地域では，ワーキンググループの目的がはっきりしなかったため十分には機能しなかったという体験が述べられた。

「いろんなことを全員で関わっていては身動きが取れないんで，分散して，“ここはこの人ががんばって”みたいな，こういう形でよかったと思います。することが限られた，このことを自分はやればいい，この部分をがんばればいい形になったのでできた」（鶴岡地域，保険薬局薬剤師）

「ワーキンググループに分けて責任をリーダーがもつわけなんです。いろんな業務をこなすには，それだけ人も必要ですし，組織も分けて行ったほうがよい。そうしないと，計画倒れってありますよね。計画してやらなかったようなのがないので，各ワーキンググループに責任を持たせてメンバーが各々の専門性でやっていけたっていうのが非常によかった」（鶴岡地域，医療ソーシャルワーカー）

「ワーキンググループに分けての活動はいいんじゃないかと思いました。分担してやることで，参加できるもの，できないものが分かれることもあるんですが，１人がいくつもやらないといけないのは負担になるので，自分たちの分担は決めたほうが継続してやっていくためにもいいと思いました」（鶴岡地域，病院看護師）

「病院の緩和ケアチームとか，在宅の先生とか，それぞれ特徴を出して任せるところは任せて，割とうまいなって思いました。どこかが突出してすごい実力をもっていてもそんなに役に立たない。役に立たないとまでは言わないですけど，地域の中で組織をどう作っていくかがとっても大事で，どう作っていったらいいかは自分たちの中からみつけていくこと（が必要だと）よく分かった。ただ自分ががんばればいいとか，そういうもんじゃない。ありがちなのは，偉い人を呼んできて講演をやったとか，みんな知ってもらえばうまくいくだろうとか，そうじゃない。自分が一生懸命勉強をして，いろんな知識をみんなに提示すればうまくいくかって，そうじゃないことがわかった」（浜松地域，病院医師）

「ワーキンググループのほうは，専門の方たちが集まっているので，問題が明確化しやすい感じですね。同じ悩みを持ってる人たちのワーキンググループで固まって話し合ったほうが進めやすい部分はあるんじゃないですかね」（鶴岡地域，訪問看護師）

「専門的に同じ意識の人たちでやるからいいと思いますよ，ワーキンググループ。何回も同じメンバーで会うのでなんでも言えますし，お医者さんにも言える。メーリングリストが動いてるので，何かあれば投げてみんなで共有をしてるし，ほかとの調整が必要であれば，リーダーが各リーダーと相談するシステムになっているので，効果的ですね」（鶴岡地域，病院事務）

「初年度は割とみんなが集まる機会があったんで，ほかの人のやってることも何となく把握できたんだけど，だんだん（全体の）ミーティングが少なくなるから，進捗の確認とか，あの部署はどんな状況だろうとか，だんだんわかんなくなってくることがあった。知らなくていいっていえば知らなくていいのかもしれないけど，全体をちょっと見ながら自分のところの進み具合もみたかったなっていうのはありました」（浜松地域，病院看護師）

「正直グループとして迷走しちゃったところがあって。気がついたら係りになってましたみたいなところが。（何をするかは）グループで考えてねみたいな，自由にって言われると，常にいついつまでにこれをやってあれをやってっていうのをいっぱい抱えてますので，そういった意味では，せめてここまでのものがほしいっていうのがあるとやりやすかったと思います。たとえば，冊子を作るんだったら，こういう冊子を作るからこのメンバーでとかね。そういうようなことであれば，いつまでに誰が何をやって，それぞれのベテランみたいな人たちでやってますから，違ったと思うんですけど，自由にって自由に話してる，結局まとまらないまま過ぎちゃったみたいなところがある」（柏地域，介護支援専門員）

［目的・目標の明確化と計画的かつ柔軟な遂行］

プロジェクトの進め方として，意味上は相反しうる2つの進め方，〈目的・目標の明確化と計画的な実施〉とともに，〈状況に応じた遂行〉が語られた。

〈目的・目標の明確化と計画的な実施〉

目的をはっきりさせて計画的に実施するための具体的な方法は，①年間のスケジュールを予め立てる，②初年度はあまり手を広げずに限定したことをしっかりと行うことによって，プロジェクトが何を目的としているかを分かるようにする，③与えられた大きな柱に沿って計画を立てる，ことが挙げられた。

①年間スケジュールを立てる

「年の最初に全部が分かればいいんですけども，前の月にやりますよっていうこともありましたので，前もって分かるものであれば全部，半年ぐらいでもいいんですけども，わかっていればいい」（鶴岡地域，病院看護師）

②最初は限定されたことをしっかりと行い意義を共有する

「入り方ってすごいよかったって思うんですよ。最初に緩和について話して，それから多職種，それから退院調整みたいな感じで，流れ的によかった。順番が逆だったら，なんでしなきゃいけないか分からないでしょうし。緩和はこうだよって勉強会があって，それから多職種との連携があってなので，まずは帰る現場が教育されて，それから帰ってくる側の教育っていう段階を経てやっているのでよかった」（長崎地域，訪問看護師）

「最初は○○病院が主に全部担って，2年目はちょっとずつほかの施設に。3年目はだいぶ他の施設でやってると思うんですが，最初は本当にがっつり，しっかり土台作りをして，この会って何かがまず浸透しないと。そこの人は大変ですけど，ある程度同じ考え方をもってる人たちとか，一定のスキルを持っている人が，最初はしっかりやるほうがあっちこっちにいろんなことを分散してやるよりはいい」（浜松地域，病院看護師）

③大きな柱に沿ってやる

「大枠がだいたい決まってるじゃないですか。これとこれを，これをやるって。自分たちはそれと照らし合わせて，どんなとこをやっていけばいいかっていうのが，割と具体化しやすかった」（浜松地域，病院看護師）

〈状況に応じた遂行〉

一方，地域対象のプロジェクトでは効果を予測することが困難なので，①行った結果を検証しながら進める，②問題が生じればそれを状況に応じて相談しながら進める③いろいろなことをやってみて淘汰されつついい取り組みだけが残っていくトライアンドエラーをよしとする，という3つの方法が語られた

①検証しながら進める

「サポートセンターがやるだけじゃなくて，こうやって形になってるわけですね。それはありがたいと思うし，組織がきちっとあって，検証もして，今後に生かす方策まで考えていくことが当然っていえば当然かもしれないけど，

そういう意味じゃよかった」（鶴岡地域，理学療法士）

②状況に応じて相談しながら進める

「1 人で作っていくのはできないので，みんなで話し合っていくのが一番かなって思ったり。どう進めていいかわからないので，相談する人がいることがすごいありがたい。好きな感じでやってくれていいですよっておっしゃってくれるんで，こう思うんだけどって言える場所，相談する，みんなで作り上げていくのが一番かな」（浜松地域，病院看護師）

③トライアンドエラーをよしとする

「会をドンドン立ち上げて，無駄だとは言えないですけども，たぶん終わるものもあると思うので，必要とされてるものだけが残っていくのかなと思います」（鶴岡地域，病院医師）

「（プロジェクトは）機会を作っただけだと思うんです。機会を地域でどうつなげていったり，変化させていくか。その中でいいものは淘汰されながら残っていく」（浜松地域，病院看護師）

C．地域緩和ケアプログラムのプロジェクトマネジメントに関する研究
4）効果的なプロジェクトマネジメントについての考察

1）前 東京大学大学院 医学系研究科，前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室，2）聖隷三方原病院 緩和支持治療科
山岸 暁美[1)]，森田 達也[2)]

1．地域ごとのまとめ

以上の結果から，4地域におけるプロジェクトマネジメントの特徴をまとめて検討した。総じて評価から，鶴岡地域，浜松地域，長崎地域ではプロジェクトマネジメントは比較的スムーズであったが，柏地域はマネジメントが困難であった（プロジェクトの実施が困難であったのではなく，マネジメントが困難であった）との評価に立ち，その要素を考察する。

1）鶴岡地域

鶴岡地域は，プロジェクト1年目は医師会，2つの地域の中核病院からなる運営委員会での話し合いを続けたが，何を目標としてどう行動するのかまとまらなかった。しかし，顔を合わせて話し合うこと自体には意味があり，話し合うこと自体の敷居が低くなった。そこで，地域の主要なメンバーを集めて1泊2日の「合宿」が行われた。合宿では，①4つの柱に沿ってワーキンググループを立てて計画を立てること，②大人数の運営委員会より，こまわりのきくコアメンバー会議を作った。鶴岡地域のこの組織はその後のプロジェクトを進めるうえで適した構造であったことがインタビュー調査から伺える。

鶴岡地域のプロジェクトマネジメントに影響した要因として抽出されたものは，①それまで交流がなかった地域の中軸となるメンバーを網羅したコアメンバー会が組織できたこと，②コアメンバー会と運営会議を別にして意思決定を迅速にしたこと，③医師会，病院といった「組織」としての協力が得られたこと，④プロジェクトを稼働させる医師会幹部をはじめとする「地元意識」のある医師と病院医師がファシリテーターとなったこと，⑤目標を4本の柱に沿った具体的なものとしたワーキンググループ制としたこと，⑥ワーキンググループのリーダーが地元で信頼されているそれぞれ専門の医師でありリーダーシップを発揮して目標を明確にしたこと，⑦医療人口が限られており，「地域の皆で協力しなければならない」という意識が前提としてあったこと，⑧先行した地域の模倣をすることで労力を軽減したこと，が考えられる。

2）浜松地域

浜松地域は，最初の1年間は，緩和ケアのリソースを豊富にもつプロジェクトの担当病院が中心となってグループワークも組み合わせた緩和ケアセミナーを毎月行った。これによって，参加者は，プロジェクトが何を目指しているのかを共有することができたと同時に，地域での課題や誰が何をしているのかも明確になってきた。そこで，1年目の後半において，地域全体に企画を広げるべく，地域の主要メンバーに依頼して企画チームを立ち上げた。企画チームは自主的な参加ではあるが，病院のみならず，地域全体の医療福祉施設から，しかも，管理的な立場にいるものと現場にいるものをバランスよく依頼した。浜松地域のファシリテーターは緩和ケアを専門とする医師・看護師チームであったが，彼らは，いろいろなカンファレンスで挙がる課題を整理して解決できるような「枠組み」を作り，それを企画チームに下案をとして提示してさらに企画チームで担当者がアレンジすることで役割を徐々に分担していった。最終的には，鶴岡地域とよく似た構造ができ，これはプロジェクトの推進に貢献したと考えられる。

浜松地域のプロジェクトマネジメントに影響した要因として抽出されたものは，①緩和ケアを専門とする医師・看護師チームが地域のニードを広く抽出し，それを解決する枠組みを年間計画とともに具体的に提示

していったこと，②自発的な参加ではあったが，地域の主要な組織の中核に位置するメンバーと地域でも信頼されている実践家のメンバーからなる企画チームが組織されたこと，③徐々に役割を参加者たちに分担していく形とすることで，ワーキンググループ制に近い形態をとったこと，④協力が得られる緩和ケア・在宅医療のリソースが比較的豊富にあったこと，⑤ゆるい関係を目的としていたため，価値観での対立を生じなかったこと，⑥同定された課題に対し，時にはファシリテーターが直接調整を行ったこと，が考えられる。

3）長崎地域

長崎地域では，他の 3 地域と異なり，プロジェクト開始当初から整えられた組織でのプロジェクトマネジメントが行われた。最も早く，地域全体の主要な組織の管理的な立場にいるものを組織横断的に網羅した運営委員会を立ち上げることができ，各がん診療連携拠点病院の看護師や地域の訪問看護ステーションの訪問看護師などで，コアリンクナースも組織した。運営委員やコアリンクナースには，医師会長名で，病院長，施設長，看護部長に対し委員就任の依頼をし，同意を得たうえで委嘱状を作成した。組織としての業務であるということは，ほかの地域の参加者が組織としての活動なのか個人としての活動なのかの葛藤があったことから考えて，長崎地域でのプロジェクトを進めるうえで参加者にとって強みとして作用したと考えられる。企画はプロジェクトのために設置されたサポートセンターを中心として素案が作られ，運営会議で議論・承認された。素案で挙がった，医師事例検討会，多職種事例検討会，市民健康講座，地域カンファレンスについては，運営委員の中から各担当者を決め，ワーキンググループを組織し，企画から研修会の運営までを担当した。

長崎地域のプロジェクトマネジメントに影響した要因として抽出されたものは，①医師会として地域の他の医療福祉機関とともに行う公的なプロジェクトであることを前提とした組織が構築されたこと，②地域の主要な組織の中核となっている多職種の医療福祉従事者の協力が得られたこと，③ドクターネットを中心とする在宅医療を熱心に行う診療所医師のチームがファシリテーターとなったこと，④協力が得られる緩和ケア・在宅医療のリソースが比較的豊富にあったこと，⑤ファシリテーターが参加者の「地元意識」を刺激し，地域全体の気運を高める関わりが続けられたこと，が考えられる。

4）柏地域

柏地域では，地域が広範にわたることやほかのプロジェクトとの重複から，国立がん研究センター東病院のプロジェクトチームが中心となって企画，プロジェクトマネジメントを行った。2 年目からは，リンクスタッフの中から有志を募る形で運営会議とワーキンググループを設置した。しかし，運営会議，ワーキンググループのメンバーは，自主的に参加したものであり，メンバーは比較的小規模な施設に勤務する管理職ではない職員である場合も多かった。したがって，組織としての方針とプロジェクトでの業務との間に役割葛藤を生じることも少なくなかった。また，介入年度途中から，地域全体を把握している構造がなくなったため，複数の医師会，行政，さまざまな立場の複数の病院や医療福祉施設に対応する必要があり，地域全体でのプロジェクトマネジメントを行う組織を設定することは他の地域に比較して困難であった。

柏地域のプロジェクトマネジメントに影響した要因として抽出されたものは，①3 市にまたがる地域で行政，医師会，薬剤師会，病院とも複数あったこと，②「地元意識」のある人が少ない首都圏近郊の都市であること，③地域に在宅医療のリソースが十分になかったこと，④運営会議やワーキンググループのリーダーとして，地域の中核的な役割を果たす機関の管理的な立場にいるメンバーの積極的な参加が得られなかったこと，⑤コアメンバーとして医師の参加があまり得られなかったこと，⑥ワーキンググループが目的とする課題の明確化が不十分であった可能性があること，が考えられる。

2．プロジェクトマネジメントに関する疑問についての考察

ここでは，本研究で得られた知見から，「だれが主体となり，どのような運営組織を構築したらよいか」「プロジェクトをどのように運営したらよいか」「実施主体やマネジメントの違いがアウトカムにどのように影響するか」の点について考察する。

1）「だれが実施主体となるのがよいか」

本研究では，プロジェクトの実施主体として設定さ

れたのは，当初，病院（鶴岡地域），がん専門病院（柏地域），総合病院（浜松地域），医師会（長崎地域）であった。しかし，実質的には，鶴岡地域では病院がプロジェクトの実施主体とされたものの実際の運営組織ではワーキンググループのリーダーをはじめ医師会が大きな役割を果たした。事務局やサポートセンターは物理的な問題から病院に置かれたが，定期的に行われたコアメンバー会議では医師会長はじめ医師会の理事職にある医師が参加し，実際的には病院と医師会の合同組織であった。

浜松地域では，地域に８つある総合病院，４つのがん診療連携拠点病院のうちの１つの総合病院に実施主体が置かれたが，企画チームとして医師会理事や医師会を中心にネットワークを構築していた診療所医師に参加を依頼したため，医師会など関連団体との連動が可能になった。長崎地域は医師会が実施主体となり，各病院の緩和ケア専門部署との密な連携が可能であった。柏地域では，がん専門病院が実施主体であったが，運営組織に地域の要職にある医療者等の参画を得ることが困難だった。

以上より，医師会が主体となった場合，あるいは，少なくとも参加した組織を構築することができれば，地域全体へのインパクトが得られやすいと考えられる。一方，医師会が主導した場合には，病院間の温度差を生じやすいことや，がん医療，緩和医療という専門領域で組織を構築しにくいことも指摘された。

本研究からは，医師会，病院，がん専門病院のいずれが実施主体として適切ということではなく，「実際に地域の主要施設からなるプロジェクトチームを組織可能な機関・団体」が他施設と協力して実施主体となるべきであると考えられる。

2)「どのような組織を構築したらよいか」

本研究では，プロジェクト実施主体の機能として，ファシリテーター機能および事務局機能が重要であることが明らかになった。すなわち，「地域資源活用や地域の課題解決のプロセスや活動が生じることを促す機能」と「事務局」が必要である。それらのファシリテーター機能と事務局の周りに，もう一回り大きな組織を構築する必要がある。構成員は，組織としての正式な責務を受けたものであることが個々の仕事をするするうえでも望ましい。

ファシリテーターの役割としては，企画立案，地域内の個の活動から面としての活動への拡充，地域の課題解決に向けてのステイクホルダーの調整が重要である。ファシリテーターとしては，実際に地域の主要施設からなるプロジェクトチームを組織できることが求められる。ファシリテーターのタイプとして，driver 型（浜松地域），partnership 型（鶴岡地域・長崎地域），demand correspondence 型（柏地域）の３種が見受けられた[1)]。これらは，ファシリテーターの活動または対象範囲やプロジェクトの運営主体の特性（専門性や体制）により，違いが生じてくることが考えられた。

ファシリテーター機能と事務局機能は少なくないマンパワーを要するタスクであり，実際に本研究における費用は年間 1,000～3,500 万円を要した。企画立案・地域内の個の活動から面としての活動への拡充・地域の課題解決に向けてのステイクホルダーの調整といった地域の緩和ケア提供体制や連携基盤の構築は，個別の患者に対する医療やケアを評価する診療報酬とはなじみにくい。人件費を確保するための施策により，地域全体のファシリテーター機能および事務局機能が確保されることが必要である。

3)「プロジェクトをどのように運営したらよいか」

プロジェクトを進めるうえでの要点はいくつかに集約された，すなわち，①多職種がプロジェクトの目的，人間関係，課題を共有する機会の設定，②目的別ワーキンググループ形成と全体を見渡せる仕組みの構築，③目的の明確化と計画的かつ柔軟な遂行，が要点として挙げられる。

現場の意見をくみ取るための具体的方法としては，多職種，少人数でのグループワークによるディスカッション，医療職も介護職もフラットな関係で意見が交わせる雰囲気づくり，ファシリテーション，医学用語や略語をなるべく使用しないなどのルール作り，付箋を使うなど，発言以外の方法で意見が言えるような仕組みを作るなどが挙げられた。

ワーキンググループの形成により，役割が明確になり，責任が生まれ，効率的で個人の負担が減り，専門性が生かせ，計画内容が具体的に緻密になるといった利益がある。しかし，ワーキンググループごとに活動することで，全体像を把握しにくくなるため，各ワーキンググループのリーダーどうしの定期的な意思疎通や，全体でのメーリングリストやミーティングで共有

することが重要であることが示唆された。組み上げられた課題は，必ず，中心となるメンバーで問題を明確化して具体的な目標を掲げてから，アプローチする必要がある。

目的を明確化し計画的に実施するための具体的な方法として，年間のスケジュールを予め立てる，初年度はあまり手を広げずに限定したことをしっかりと行うことによって，プロジェクト意義を共有する，プロジェクトの目的を具体的にする，目的別の大きな柱に沿って計画を立てる，が挙げられた。地域の課題は年度ごとに異なるため，年度ごとに新しい具体的な計画を作成する。一方，地域対象のプロジェクトでは効果の予測も困難なことが多いため，行った結果を検証しながら進める，問題が生じれば状況に応じて相談しながら進める，いろいろなことをやってみて淘汰されつついい取り組みだけが残っていくトライアンドエラーをよしとする，という３つの方法が語られた。

地域緩和ケアプログラムの進め方については今後これらの方法に関する各地域での活動の経験の蓄積の共有や，全国での担当者のサポートが必要になるだろう。

4)「実施主体や実施担当者の専門領域やマネジメントの違いがアウトカムにどのように影響するか」

本研究で特徴的であったのは，プロジェクト全体のマネジメントや組織運営にあまり肯定的な意見がなかった柏地域においても，インタビュー調査では「それでも話し合って，知り合いが増えたり，分かり合えたりしたこと自体には意味があった」との意見が多かったことである。量的研究でも，地域連携や医療者間のコミュニケーションなどの困難感は柏地域を含むすべての地域において同じように改善した。自宅死亡率は柏地域では上昇しなかったが，これは，自宅死亡の決定要因のメタ分析において患者の意思，家族の意思，介護力のほかに，地域医療のリソースが同定されていることと，柏地域において人口当たりの診療所数が非常に少ないことから考えて，プロジェクトマネジメントの結果であると考えるよりは，地域リソースの量を反映したと考えられる。

以上より，予備的な検討ではあるが，今回測定したアウトカムについては，実施主体やマネジメントの違いとアウトカムには明確な関係性は認められないと考える。

3．地域緩和ケアプロジェクトマネジメントでよく出会う課題への対処

地域緩和ケアプロジェクトマネジメントでよく出会う課題への対処として，主として，プログラムマネジメントを行う実施者の視点からまとめた。これらの課題は，実際に地域緩和ケアプログラムを運用しようとすると，直面する課題であり，集積したノウハウを知ること自体が各地域で地域緩和ケアに取り組む実施者に役立つと考えられる。

4．モデルの提示

本研究から示唆された地域緩和ケアプログラムのプロジェクトマネジメントのモデルを示す（**図 140**）。

Phase 1：大枠の組織の構築

最初の目的は「地域全体で取り組めるまず可能な組織をつくる」ことである。

この際の要点は，①実践家だけでなく方針の決定が可能な管理者レベルの人材もメンバーとする，②市町村行政，医師会など関係団体を巻き込むこと，である。これにより，１施設ではなく多施設で行うこと，個人の参加ではなく組織の活動として参加を得られることが可能となる。この段階で組織の参加が得られるかどうかはその後の活動しやすさを大きく左右する。

主要な組織（医師会，病院，薬剤師会，訪問看護ステーション協議会，居宅介護支援事業所協議会，行政など）に声をかけて総論での同意を得ることができたなら，次に，プログラムマネジメントの主体となるファシリテーター機能と事務局を定める必要がある。ファシリテーター機能の内容は，企画立案，地域内の個の活動から面としての活動への拡充，地域の課題解決に向けてのステイクホルダーの調整である。ファシリテーターは，リーダシップ，熱意・実直さ・人間的魅力，専門，公平性が求められるが，「実際に地域の主要施設からなるプロジェクトチームを組織できること」が条件になる。これらを設置する場所は，地域の実情に合わせて医師会，病院，行政，教育機関など複数の場所がありうるが，既存の組織と円滑に意思疎通が取れる場所がよい。

Phase 2：目的・人間関係・課題の共有

初期のプロジェクトの大きな目的は，①プロジェクトの目的・目標を共有すること，②人間関係をつくる

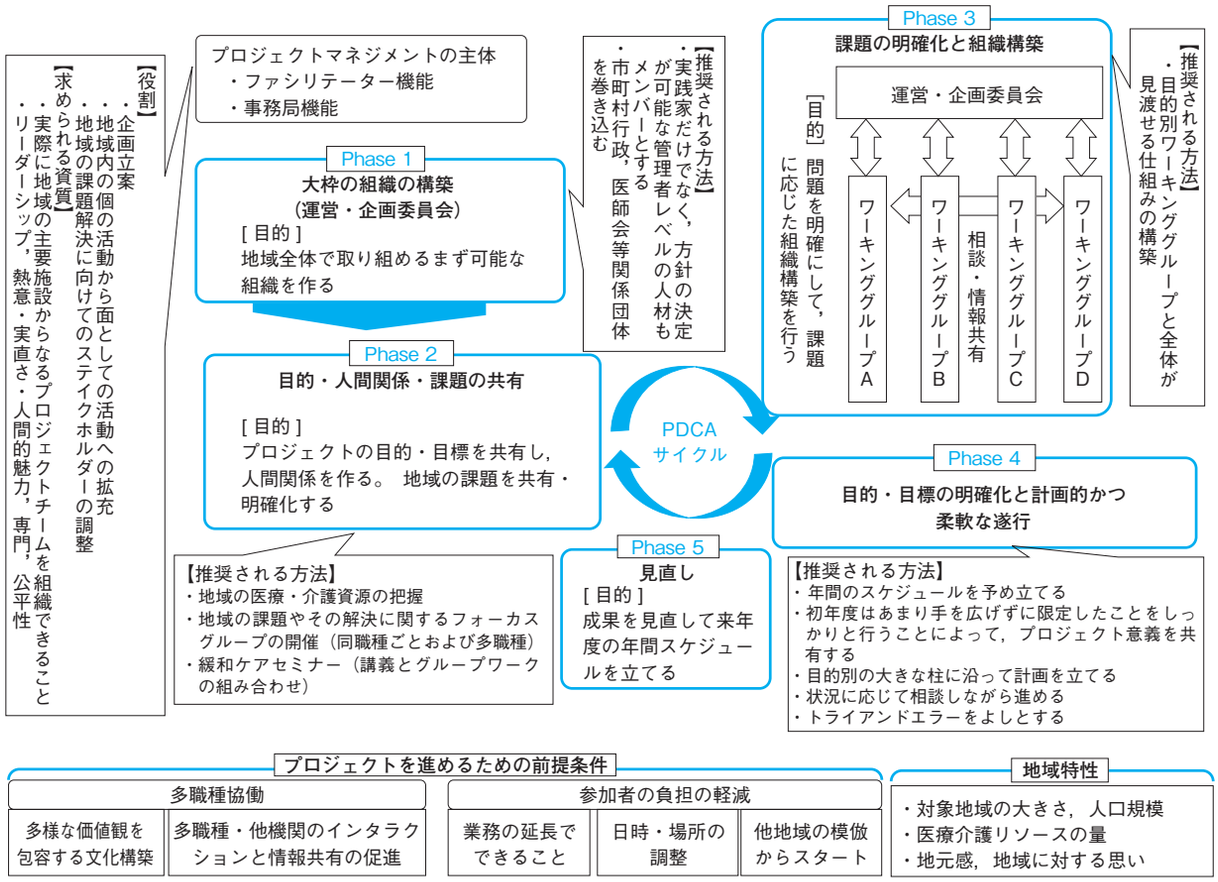


図 140　地域緩和ケアのプロジェクトマネジメントのモデル

こと，③課題を共有・明確化すること，である。この具体的方法には，①地域の医療・介護資源をまず把握すること，②地域の課題やその解決に関するフォーカスグループを同職種ごとおよび多職種で開催すること，③緩和ケアセミナー（講義とグループワークの組み合わせ）を行う，などがある。たとえば，緩和ケアセミナーを前半に行い，後半にグループワークで「地域の緩和ケアの課題は何か」を数回行う構造は多くの地域で実施可能で確実な方法だろう。グループワークでは，同職種ごとに行うものを数回，多職種で行うものを数回のように組み合わせて行ってもよい。これによって，地域の課題を抽出するとともに，人間関係を構築し同じ課題を共有することができる。

この際に注意することは，意見の言いにくい人が言える仕掛け作りである。具体的な工夫としては，①多職種，少人数でのグループワークによるディスカッション，②医療職も介護職もフラットな関係で意見が交わせる（何を言ってもいいんだと安心感を感じられる）雰囲気作りやファシリテーション，③医学用語や略語をなるべく使用しないルール作り，④付箋を使うなど言葉以外の方法で意見が言えるような仕組み，⑤意見を言う人をより集める，などがある。

Phase 3：課題の明確化と組織構築

具体的な課題がみつかり，地域での人間関係が分かるようになってくれば，「問題を明確にして，課題に応じた組織構築を行う」ことを目的とする。

課題を明確にするためには，抽出した問題をそのまま扱うのではなく，比較的少人数で，実際に何に誰がどう取り組めば「この地域で」効果が上がるだろうか，を十分に検討する必要がある。検討するメンバーは，ファシリテーター機能のメンバーになるが，地域の大きさに応じて 10〜20 名で何回か話し合う必要がある。課題は実際に抽出された「その地域の，今の」具体的なものとするが，概念的な枠組みとしては，OPTIM プロジェクトで使用した一般的な 4 つの柱（教育，専門的緩和ケア，地域連携，啓発）や，OPTIM プロジェクトで各地域に設置されたワーキンググループの内容（退院支援，緩和ケア教育など）が参考になると思われる。

取り組む課題が明確にされれば，抽出された課題をより詳細に話し合えるようにワーキンググループを組織する。課題によっては，地域の既存の委員会などに役割を分担してもらうこともありうる。ワーキンググループの各リーダーは地域での信頼があり，中核組織の管理レベルのものが望ましい。ワーキンググループ内で話し合えるとともに，全体での意思疎通ができるように，全体でのミーティングをもつか，少なくともチームリーダーは定期的にミーティングをもつほうがよい。全体での話し合いを持つために，課題設定の話し合いを行ったメンバーとワーキンググループのチームリーダーを「運営・企画委員会」とする。

Phase 4：目的・目標の明確化と計画的かつ柔軟な遂行

ワーキンググループが構築されれば，「実施する」ことが目的になる。計画的に，かつ，臨機応変に実行することが求められる。

ここでの要点は，①年間のスケジュールを予め立てる，②初年度はあまり手を広げずに限定したことをしっかりと行うことによって，プロジェクト意義を共有する，③目的別の大きな柱に沿って計画を立てる，④状況に応じて相談しながら進める，⑤トライアンドエラーをよしとする，ことである。

目的に合わせて行う行動を具体的にして「年間スケジュール」に落とし込むことが重要であり，「ただ集まって話し合っているだけ」では実際の改善は生じにくい。年間スケジュールを立てて参加者全員で共有することで，目的や行動を可視化することができる。

参加者が，プロジェクトの目的を把握しやすくするように，初年度は限定したことをしっかりと行う，目的別の大きな柱に沿って計画を立てる，各プログラムの前に全体の位置づけと会の目的を説明する。

計画されたことを順次実行していくが，地域の課題は状況に応じたことも多いため，行き詰まりがみられた場合には状況に応じて臨機応変に相談し，課題からの撤収も含めて検討する。この時期には，ワーキンググループによるアプローチのほかに，ファシリテーターによる個別のアプローチを行う必要がある場合がある。

Phase 5：見直し

1 年間継続して活動を行った後に，「成果を見直して来年度の年間スケジュールを立てる」ことを目的として，再度，運営・企画委員会での話し合いを行う。ここでも，意見の言いにくい人が言える仕掛け作りが重要であり，「継続して参加しているメンバー以外の意見」を十分に組み上げられる仕組みがあるほうが多様な取り組みのきっかけになる。

以上の一連のサイクルを繰り返すことで徐々に地域の緩和ケアを進めることができると考えられる。

プロジェクトを進めるための前提条件として，多職種協働（多様な価値観を包容する文化構築，多職種・他機関のインタラクションと情報共有），参加者の負担の軽減が重要である。

また，プロジェクトは，対象地域の大きさ，医療介護リソースの量，地元感（地域に対する思い）などのプロジェクトの活動そのものではいかんともしがたい要因の影響も受けることも知り，「高すぎない目標」のために燃え尽きに陥らないようにするほうがよい。

5．研究の限界

本研究は，地域緩和ケアプロジェクトをマネジメントとする場合に生じる課題や運用方法についての洞察を得るために行った研究である。プロジェクトをマネジメントする立場からの解析であり，患者・家族や，プログラムに参加した地域の医療福祉従事者の意見は反映されていない。研究対象となった地域は 4 地域であり，ほかの地域に一般化できるかは分からない。特に，本研究の介入地域では柏地域のみがいわゆる都市型の地域であった。都市型の地域でのプロジェクトマネジメントは，組織や患者動態の複雑さから困難が高いことが予測される。本研究の解釈があてはまるかどうかは複数の都市型の地域での実証研究が必要である。

文　献

1）Petrova M, Dale J, Munday D, et al：The role and impace of facilitators inprimary care：findings from the implementation of the Gold Standards Frame work for palliative care. Fam Pract　**27**：38–47, 2010

D. 地域対象の緩和ケアプログラムにより医療福祉従事者の自覚する変化

1）聖隷三方原病院 緩和支持治療科，2）同 浜松がんサポートセンター
森田 達也[1)]，野末 よし子[2)]

目　的

本研究の目的は，わが国で実施された地域介入プログラムの一環として行われた医師・看護師調査の結果をもとに，地域の医療福祉従事者の体験した変化を収集することである。

対象・方法

質問紙調査の項目に設定されていない意見を収集することを目的として，医師・看護師に対する質問紙調査の自由記述の内容分析を行った。「地域のがん患者に対する緩和ケアについて，この３年間で変わったこと，変わらなかったこと，今後の課題」について自由記述を得た。

自由記述の中で，「地域のがん患者に対する緩和ケアについて，この３年間で変わったこと，変わらなかったこと，今後の課題」に相当する記載を意味単位（ユニット）として抽出し，意味内容の類似性・相違性からカテゴリーを作成した。データを「」，小カテゴリーを［］，大カテゴリーを【】で示した。

分析は１名の看護師と１名の緩和ケア医師とで独立して行い，議論により一致させた。カテゴリーに相当するユニットの数を計算した。その後，大カテゴリーごとに「変化のきっかけ」を表現している部分を同定，収集したものを記述した。

結　果

医師，看護師の調査から，それぞれ 327，737 の意味単位を同定した。記述内容は，好ましい体験，意見の分かれた体験，課題に分けられた。

１．好ましい体験

好ましい体験として，【チーム医療と連携が進んだ】【在宅療養が普及した】【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】【自信や達成感を感じた】が挙げられた。

1）チーム医療と連携が進んだ

【チーム医療と連携が進んだ】ことは，［相談しやすくなった］［直接会って話し合う機会や情報交換する機会が増えた］［名前と顔，役割，考え方が分かるようになった］［ネットワークが増えた］［チームでみていこうと思うようになった］［信頼関係や仲間意識ができた］ことが語られた（**表 73**）。ある回答では，「これまでなんの接触もなかった人たちとプロジェクトを通じて１本のコードとして結びつくことができた」と述べられた。看護師は特に，「気兼ねや遠慮が減った」「怖くなくなった」のように連絡や相談をする時に精神的な負担が減ったことをしばしば述べた。医師では，「相談できる場所があることで診療の余裕につながる」「1 人で抱えこまず燃え尽き症候群や過労が回避できた」のように自分の負担の軽減がしばしば挙げられた。

きっかけとして，①役割をする人ができて認識できた（部署ができた，連携のマネジメントをする職種ができた，窓口がみえてきた，緩和ケアや退院支援の専門チームが上手にアピールした），あるいは，②プロジェクトのグループワークや研修会，退院前カンファレンス，診療所で行ったカンファレンス，懇親会など，さまざまな機会で直接話すことや，紹介した後の返事や訪問，電話，メールなどによって，相談できる雰囲気が徐々にできていったこと，を挙げた。加えて，看護師は，緩和ケアチームや退院支援看護師を介して医師と相談しやすい，リンクスタッフを介して相談しやすいなど，役割のある看護師を介して医師や他の職種と相談しやすくなったことを述べた。

2）在宅療養が普及した

【在宅療養が普及した】については，［在宅で過ごすことが普通になってきた］［在宅医療のリソースが増えた］［在宅移行がスムースになってきた］［在宅療養

表 73　医師・看護師の感じる好ましい体験（1）―【チーム医療と連携が進んだ】

小カテゴリー（ユニット数；医師，看護師）	医師	看護師
［相談しやすくなった］（n＝30, 46）	「部署ができたので相談しやすくなった」「窓口ができて，誰に相談したらことが進むか理解できた」「研修会に出席して直接話す機会があり，誰にでも相談できるようになった」「電話やメールでの連絡が気楽にできるようになった」	「連絡が気兼ねなく，相談できるようになった」「ささいなことで違うかもしれないからやめておこうと思うことがなくなった」「以前なら『分かりません』『外来受診させてください』だったのが，主治医や担当の方と直接話ができる」
［直接会って話し合う機会や情報交換する機会が増えた］（n＝11, 21）	「退院前カンファレンスで情報の共有とともにディスカッションの場ができた」「在宅に依頼した患者のその後の経過を聞くことが増えた」	「退院前カンファレンスで，直接話し合うことが増えた」「アドレス交換を行い，情報交換が頻繁に行える」
［名前と顔，役割，考え方が分かるようになった］（n＝8, 27）	「相手の受け取り方，考え方が分かる」「日常のやり取りは事務的でも，相手の受け取り方・考え方が分かるのでスムースに連携できる」「種々の会合で直接お会いし，本当に顔の見える関係となった」	「考えが分かり，話す時にどの程度話したらよいか分かり，関わりやすくなった」「相手の立場や考えをふまえて話を進めやすくなった」
［ネットワークが増えた］（n＝7, 16）	「選択肢が広がっている」「近くの診療所と診診連携ができた」	「横のつながりができて，連携しやすくなった」「緩和ケアに熱心に取り組んでいる方が大勢いることが分かった」
［チームでみていこうと思うようになった］（n＝4, 11）	「多職種で治療方針を考えるようになり，たいへん助かっている」	「在宅支援担当看護師が助けてくださる」「緩和ケアの専門ナースと退院調整ナースの助けを得て，チームで相談しながら，ケアを行える」
［信頼関係や仲間意識ができた］（n＝1, 11）	「理念を共有できる仲間が増えた」	「『他事業所の人』から，『一緒にケアをする人』というふうに意識が変わってきた」「協力して皆で一緒に，という意識が高まった」

に向けて退院カンファレンスが行われるようになった］ことなどが語られた（**表 74**）。特に，自宅療養を行う地域の診療所や訪問看護ステーションが増えてきたことや，関係者間での連携が進むことで，状態の厳しい患者でもタイミングを逃さずに迅速に在宅療養に移行できることが述べられた。

きっかけとして，実際に在宅に移行する患者を体験したり，実際に在宅医療の現場を見に行くこと，あるいは，プロジェクトで知り合うことによって地域のリソースを知るようになることによって，①誰がどのように患者に関わるかが分かることで患者・家族に具体的に説明できるようになること，②医療福祉従事者が「無理」と思わずに「相談してみよう」と思うようになること，が挙げられた。システム上でのきっかけとしては，①病院に緩和ケアチームや退院支援の部署ができたこと，②病院が変わったこと，が挙げられた。

3）緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた

【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】こととしては，［緩和ケアの知識や技術が増えた］［早い時期から緩和ケアや在宅医療を意識するようになった］［緩和ケアの専門家からのサポートが増えた］ことが挙げられた（**表 75**）。

きっかけとしては，①マニュアルやビデオなどのプロジェクトで作成したマテリアル，②講習会，特に実践に即したロールプレイや多職種でのグループワーク，③実際に緩和ケアチームと患者を一緒に診療した経験，④実際に診療していなくても同じチームとしてメーリングリストやカンファレンスでの患者に関するやりとりを見ること，が挙げられた。ある医師は，「（前の病院より）緩和ケアが進んでおり，一緒に患者を診ることで自分の知識がずいぶん増えた」と述べ，講習会ばかりではなく，専門家との共同診療など日常診療の中で緩和ケアについての知識や技術の共有が行われていることが述べられた。このほかに，医師では，「（チームを組んだ）薬剤師に忠告を受けている」といったコメディカルがきっかけとなったとする意見があり，看護師ではリンクスタッフから教えてもらっている」のようにリンクスタッフの役割が指摘された。

2．意見の分かれた体験

意見の分かれた意見として，【病院医師・看護師の在宅の視点】【活動の広がり】【患者・家族・市民の認識】がみられた（**表 76**）。

【病院医師・看護師の在宅の視点】については，［病

表 74　医師・看護師の感じる好ましい体験（2）―【在宅療養が普及した】

小カテゴリー（ユニット数；医師，看護師）	医師	看護師
［在宅で過ごすことが普通になってきた］（n＝4, 30）	「在宅で過ごすことが特別でないことが医療者，患者，家族に浸透してきた」	「自宅で最期を看取ることがほぼ 0 であったが，自宅で亡くなる人がみられるようになった」「ホスピス待ちの方で在宅で亡くなる方が増えてきた」
［在宅医療のリソースが増えた］（n＝11, 22）	「1 年目に受けてくれなかった先生が往診を受けてくれた」［在宅をサポートする薬局が増えた］	「緩和ケアのできる診療所や訪問看護ステーションが増え，在宅療養を勧めやすくなった」「前は訪問看護ステーションに断られることもあったが，3 年間は断られず困らなかった」
［在宅移行がスムースになってきた］（n＝8, 24）	「自宅退院を希望した患者をその日に帰宅させることができた」	「形式的な段取りをふまなくても，すぐに在宅へ向け準備できる。『1 日もムダにしたくない』とみんなが思える」「以前は状態に悪い方にはもっと早く対応してほしいと思っていたが，今は受け入れ対応がとても早くなった」「介護保険導入が早くできるようになった」
［在宅療養に向けて退院カンファレンスが行われるようになった］（n＝2, 16）	「カンファレンスが設定され，開かれるようになった」	「直接顔を見て話が聞けると，思いや考えが捉えやすいし，用紙を見るより分かりやすく安心できる」「カンファレンスを退院前に行うことで，困った時にどこに連絡したらいいかがわかる」
［在宅患者が必要な時の救急搬送がスムースになった］（n＝1, 0）		

表 75　医師・看護師の感じる好ましい体験（3）―【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】【自信や達成感を感じた】

小カテゴリー（ユニット数；医師 , 看護師）	医師	看護師
［緩和ケアの知識や技術が増えた］（n＝14, 43）	「麻薬について医療者間では誤った認識は少なくなった」「知識が増えた」「マニュアル化して定着してきた」	「知識がかなり広まって，福祉職の人でも，医療用麻薬などについて分かっている状況ができあがった」「痛みの評価のしかたが分かり，増量など医師に自信をもって報告して，医師を動かせるようになった」「疼痛の評価スケールを使うようになった」「違う職種とのグループワークで，実践に活かせる具体的なアイデアがとても参考になった」
［早い時期から緩和ケアや在宅医療を意識するようになった］（n＝9, 30）	「緩和ケアを積極的に行おうと思うようになった」「早い段階での在宅ケアを視野に入れることが多くなった」	「苦痛に以前よりも視点をおき，ケアを行うようになった」「以前は麻薬を死亡直前まで使用せず，苦痛で亡くなる方を何人もみてきたが，疼痛ケアは早くなりすごく変わった」
［緩和ケアの専門家からのサポートが増えた］（n＝14, 25）	「疼痛コントロールを，緩和ケアの専門医師に相談させてもらい，有用なアドバイスをいただくことができた」「緩和ケア専門のチームがあるおかげで，疼痛管理の質がかなり向上した」	「緩和ケアを専門とするスタッフが増え，相談できる環境になった」「緩和ケアチームにいつでも支援が受けられると思えば，何でもできるし，安心して行える」「専門家が地域に出て関わりを持ち，現状に即した専門性の部分を広めたことがよかった」
【自信や達成感を感じた】		
［自信や達成感を感じた］（n＝2, 10）	「今後医師として，何十年働くか分からないが，基礎を築くことができた」	「多くの方が懸命に向き合っていることを感じ，自分も精一杯応えようと思うようになった」「いつ・どんな状況でも受けいれたいと積極的に思うようになった」

院医師・看護師に在宅の視点が増えた］とする意見と［病院医師・看護師に在宅の視点が不足している］とする意見とがみられた。

【活動の広がり】についても，［広がりが限られた］とする意見と［地域全体におよんだ］との意見に分かれた。また，［変わった実感はない］［関わりが少ない・期間が短く変化を感じない］［アナウンスが届かない］という意見もしばしば挙げられ，地域内での施

表 76　医師・看護師の感じた意見の分かれた体験

【病院医師・看護師の在宅の視点】		
小カテゴリー（ユニット数；医師，看護師）	医師	看護師
［病院医師・看護師に在宅の視点が増えた］（n＝9, 26）	「どの地区にどんな先生がいてどう依頼をすればいいのかが分かってきた」「地域だけでなく，患者の症状や性格も加味してあの先生にお願いしようと検討できるようになった」「自分の言葉に説得力を持たせることができるようになった」	「在宅に戻った際の生活まで考える動きが普通になってきた」「トイレのポータブルの高さや手すりの位置わかることで病棟でも自宅に近いイメージでリハビリを行うことができた」
［病院医師・看護師に在宅の視点が不足している］（n＝1, 10）	「病院医師の在宅医療への関心がまだ低く，これをどう高めていくかが今後の大きな課題となろう」	「病棟看護師が在宅での看護を理解していないことが多く，ジレンマを感じる」
【活動の広がり】		
［広がりが限られた］（n＝15, 30）	「診療所の医師や看護師は無理だからと見向きもしないことがある」「在宅医療に本気で取り組んでいる診療所と，片手間でやっていて調子悪いと救急搬送になる診療所とがある」「大学の系列の違う医局は無視されている」「病院医師の考え方に差が大きい」「病院からの紹介が集中してしまっている」	「同じ地域でも病院によって意識の差が大きい」「病院内でも，病棟間で温度差がある」「係りで指定されるので，興味があっても関われなかったり，係の人があまり興味がないことがある」
［変わった実感はない］（n＝14, 13）	「介護施設での終末期がん患者の受け入れ状況については，おそらく３年間でほとんど変わっていない」「地域医療での変化は，個人的には，ほとんど状況は変わりない」	「当地区では波及効果が少ないと感じている」
［関わりが少ない・期間が短く変化を感じない］（n＝8, 16）	「期間が短く実感が分からない」「がん患者を在宅で診るということが少ないので，自身の診療は変わらない」	「がん患者の担当になったことがないので変化はわからない」「緩和ケアの対象になる患者が少ない病棟で，たくさんある情報も活用できなかった」
［アナウンスが届かない］（n＝8, 13）	「アナウンスが一般の医師まで届かない」「大学で参加していたが病院の中でプロジェクトについて知らされることはなかった」「印刷物が一度も送られてこなかった」	「地域支援のチームや，講演会があることを知らなかった」「もう少し積極的に広報活動をしないと，末端の看護師まで認知されない」
［地域全体におよんだ］（n＝6, 10）	「地域全体の緩和力が上昇している」	「福祉系の方は『医療のことは分からなくて…』と言われる方も多かったが，最近はよく学んでいる方も増えた」
【患者・家族・市民の認識】		
［医療者の認識が変わったが，患者・家族の認識はまだまだである］（n＝15, 21）	「医療者ががん治療と緩和ケアは両立すると考えていても，患者さんは緩和ケア＝終末期医療と思っている」「医療サイドの方はだいぶ周知されてきたが，患者・家族に伝えていく必要がある」「家族から『こんな状態だと病院においておいてほしい』といわれることが多い」	「がん患者を在宅でみるのは困難という意識は強い」「医療関係者には，がん緩和ケアなどという言葉が浸透してきていると感じるが，一般の方の認知が低い」
［患者・家族・市民の意識が徐々に変化した］（n＝3, 7）	「住民への緩和ケアの内容が徐々にではあるが浸透してきた」	「がん患者から緩和ケアという言葉の意味を訊かれたり，地域に浸透していると思った」「緩和ケアという言葉を使う患者家族が格段に増えた」
［患者・家族の安心感を感じる］（n＝5, 4）	「患者・家族の希望がかなうことが多くなり喜ばれている」「以前は病院から見捨てられる感じで診療していた患者がこの数年はなくなった」「患者・家族の安心感・おちつきが以前に比較して大きくなった」	「在宅へ移行した患者さんは多く，どなたも“良かった”との感想をいただいた」「在宅での看取りが増え，ご本人・ご家族から感謝されることも多い」
［患者・家族が在宅を希望しない］（n＝3,6）	「在宅緩和ケアを勧められて，悪く言うと何も分からないまま在宅療養が開始されるケースが増加している」「在宅医療の良さが強調されるあまり，条件が十分ないまま退院させられることがないか心配している」	「在宅調整ができていないのに退院するケースが多く，家族が準備ができていない中，短期間で亡くなることも多い」「振り返るとどの人（本人，家族，医療者）の思いが強く帰ってきたのかと疑問に感じる場合が増えている」
［患者と家族の意思の違う時の対応］（n＝1,4）	「患者さんの希望と家族の希望が同一でない時の対応は難しい」	「本人が自宅に帰りたいと望んでも家族の受け入れができない」

表 77　医師・看護師の感じた課題

		医師	看護師
続けること・広げることに関するもの（n＝33, 84）	・続けることが大事である	13	32
	・広げることが大事である		
	病院医師・病院看護師に	4	27
	外来患者に	6	5
	がん以外の緩和ケアや小児に	4	2
	少ないがんや，呼吸困難など困難症状に	3	1
	病院の指導者に	1	2
	医療過疎地域に	1	1
	施設に	1	0
	告知されていない患者に	0	4
	（痛みだけでなく）眠気と鎮痛のバランスに	0	4
	もっと広い地域リソースの把握に	0	2
	経過が速く間に合わない患者に	0	2
	グリーフケアに	0	1
	デスカンファレンスに	0	1
忙しさ・スタッフのケアに関するもの（n＝19, 30）	・忙しく緩和ケアに時間が割けない	18	28
	・緩和ケアに関わるスタッフのケアが必要である	0	2
質の向上に関するもの（n＝9, 33）	・質を向上したい	9	33
リソースの不足に関するもの（n＝34, 63）	・介護力がない，家族の負担が大きい	11	24
	・在宅を行う診療所の総数と質の向上が必要である	8	18
	・人的資源が全般的に足りない	7	8
	・訪問看護師の総数と質の向上が必要である	5	9
	・緩和ケア病棟が必要である	3	4
システムの見直しに関するもの（n＝18, 36）	・緩和ケアチームの動き方を検討する必要がある	3	7
	・麻薬が多く煩雑・在庫が増える	3	3
	・経済的負担が大きい	3	2
	・より簡便な地域システムが必要である	1	4
	・夜間・休日の対応が手薄である	3	1
	・マニュアルなどツールの継続発行が必要である	2	2
	・チューブ類など物流の問題がある	2	1
	・若年者に介護保険が使用できる必要がある	1	1
	・医師と看護師の立場の違いがある	0	15

設間の差，施設内での診療科や病棟での差，個人による差，医療施設と福祉施設との差，都市部と周辺部での差，がん患者を経験する頻度による差，大学や診療所など大きい組織内での周知の難しさなどが指摘された。

【患者・家族・市民の認識】についても，［医療者の認識が変わったが，患者・家族の認識はまだまだである］との意見と［患者・家族の安心感を感じる］［患者・家族・市民の意識が徐々に変化した］との意見とに分かれた。特に，「医療者の認識は変わったが，患者，特に家族の認識がまだである」との内容が多かった。

3．課　題

課題としては，［続けること・広げること］と［忙しさ・スタッフのケア］［質の向上］が多く挙げられた。多くの対象者がプロジェクトを継続することの重要性を指摘していた。［広げること］の対象としては，病院，外来，非がん，小児，希少がん，困難症状，福祉施設など広範囲に広げることが述べられた。リソース，制度に関しては，介護力のなさが最も挙げられた。看護師においては，「看護師がどれだけがんばっても医師の指示がなければできないこともある」といった，医師と看護師の権限の違いに関する課題が多く挙げられた（表 77）。

本研究の限界

質問紙調査の自由記述の分析であるため，解釈は他の研究と合わせて行う必要がある。また，本研究ではデータ数が小さいため，病院医療者と地域医療者の比較の視点での分析を行わなかった。より深い洞察を得るためには，立場の違いによる比較を今後の研究では行う必要がある。

まとめと意義

本研究は予備的な研究であるが，地域緩和ケアプログラムが行われた地域の医療福祉従事者の体験する変化をある程度推定することができる。本研究の意義は，質問紙調査の量的研究ではあらかじめ設定されていない項目を補うことにより，プロジェクトの効果をより適切に解釈するためのデータを与えるものである。

最も重要な本研究の結果は，地域対象の緩和ケアプログラムで医療福祉従事者に主に体験されることが，チーム医療と連携に関することであることが示唆されたことである。これは，Gold Standard Framework をはじめとする各国で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。「緩和ケアを地域に普及する」と考えると，症状コントロールに重きを置いたプログラムを策定する場合があるが，Gold Standard Framework でも症状コントロールは 3 段階目に位置づけられているように，「地域緩和ケアプログラム」にまず求められること，そしてプログラムの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。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キングであり，ネットワーキングを増やすような介入方法が用いられる必要があることが強く示唆される。

このほかに本研究では，【緩和ケアを意識するようになり知識や技術が増えた】ことが肯定的な体験として表現された。これも欧米圏での先行研究とも一致しており，地域対象の緩和ケアプログラムでは，終末期ケアや患者・家族の苦痛・希望している療養場所に意識が向くようになる，症状コントロールの技術が向上するなどの効果が体験されると考えられる。

【活動の広がり】に地域や施設，個人によって差があること，あるいは，患者・家族に対する影響が医療者に対する影響よりもあいまいに表現されることも，先行研究と一致している。地域緩和ケアプログラムでは，個々の患者や施設に対する介入と異なり，地域の医療福祉従事者への広く浅い教育的介入や連携を強める介入が地域全体に薄く実施されることが多い。したがって，患者自身への効果は直接的でなく，地域内での影響にばらつきが生じると考えられる。患者のアウトカムをより確実に改善するプログラムの策定を目的とするのであれば，患者レベルでの介入プログラムの設定とその検証がより望ましいことが示唆される。

本研究として挙げられた課題は，これまでにも挙げられているものが多いが，地域のプロジェクトが進んだためにより課題として鮮明となった，という特徴がある。たとえば，外来患者のサポートのための連携，がん以外の緩和ケア，医療過疎地域でどのように体制を作るのか，頭頸部がんなど稀少がん，施設での看取り，質の向上などは，がん患者の緩和ケア体制が整っていく中で，「次に」目指されるものとして語られている。地域での緩和ケアの提供体制は範囲が大きく，数年間で体制が整えられることはないと考えられるため，継続することが重要であり，地域ごとに継続可能性のある提供体制を構築していくシステムが不可欠であることがうかがえる。

以上より，地域緩和ケアプログラムで生じる医師・看護師が体験するおもな変化は，チーム医療と連携，緩和ケアの意識と知識や技術の向上，在宅療養の普及であると考えられた。病院医師・看護師の在宅の視点，活動の広がり，患者・家族・市民の認識については，体験のされ方はまちまちであった。課題としては，続けること・広げることに関するもの，忙しさ・スタッフのケアに関するもの，質の向上に関するもの，リソースの不足に関するもの，システムの見直しに関するものに分けられた。地域を対象とした緩和ケアプログラムでは，対象となる医療福祉従事者が最も求めている可能性が高い「地域での連携を促進するプログラム」を基盤とするべきであると考えられる。

文　献

1）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　**7**：121–135, 2012.

E.「顔の見える関係」とは何か？

1）聖隷三方原病院 緩和支持治療科，2）同 浜松がんサポートセンター
森田 達也[1)]，野末よし子[2)]，井村千鶴[2)]

目　的

OPTIM プロジェクトの評価のためのインタビュー調査や地域で行ったミーティングでは，「顔の見える関係」が地域連携において重要であることがしばしば言及された。「顔の見える関係」は，本研究の設定時には検討されていなかった概念である。

本研究の目的は，「顔の見える関係」の概念と地域連携への影響を探索し，今後の研究を計画するうえで有用と考えられる知見を提供することである。

対象・方法

本研究は，質問紙調査とインタビュー調査を組み合わせて探索的に行われた。

1．質問紙調査

他研究において「地域でのがん緩和医療についての連携が良い」ことを評価するために作成された 35 項目の質問紙（**表 78**）を，2 地域で延べ 4 回行われた地域でのカンファレンスに参加した多職種の医療福祉従事者 207 名（病院看護師 31％，病院医師 18％，ケアマネジャー14％，訪問看護師 7.2％，診療所医師 5.3％）に配布し，回答を求めた。「地域でのがん緩和医療についての連携が良い」ことを評価すると考えられる項目を 5 名の多職種の医療福祉従事者のインタビュー調査と研究者の議論により質問項目として設定した。各項目について，「1：そう思わない」から「5：とてもそう思う」までの 5 段階で質問した。項目の 1 つに，「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」が含まれている。

2．インタビュー調査

5 名の医療福祉従事者（病院医師，地域連携担当看護師，病棟看護師，訪問看護師，薬局薬剤師）を対象として「顔の見える関係とは何か」「どのように地域連携において影響するのか」についての 30 分～1 時間のインタビュー調査を行い，録音した。インタビューは著者が行った。対象者は全員が地域を対象とした緩和ケアプログラムの実施地域において，3 年間にわたって地域連携を促進するプログラムに参加した。10 名程度を念頭にインタビューを開始して，インタビューと解析を同時に行った。5 名のインタビューが終了したところで，大きく異なる意見が新しく生じなくなったため終了した。

いずれの研究も，研究の目的を説明したうえで自由意思に基づいて匿名性に配慮して行った。

解　析

質問紙調査については，まず，因子分析（Promax 回転）により妥当な因子構造を探索した。スクリープロットを参考にして，複数の因子数の解析を行い，最も解釈がしやすい因子解を決定した。次に，「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」という項目と，各因子に含まれる項目の合計得点（下位尺度得点），および，「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」が含まれる下位尺度の各項目との相関係数（Spearman's rho）を求めた。

インタビュー調査については，記録された内容をテキストデータ化し，Krippendorff の方法論を参考に内容分析を行った。「顔の見える関係とは何か」「どのように地域連携において影響するのか」について語られている意味内容を 1 単位（ユニット）とした。分割された単位の意味内容の類似性に従い，帰納的に分類・抽象化し，カテゴリー化した。カテゴリーの作成は 1 次元のみ行った。2 名が独立に分析を行い，2 名の合意が得られるまで議論を行った。対象の発言（データ）は「」で，カテゴリーを【】で示した。

表 78　地域連携の評価尺度の因子構造

【地域のリソースが具体的に分かる】	
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	1.06
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	0.99
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	0.89
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	0.55
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	0.49
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	0.48
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	0.47
地域でがん患者を往診してくれる医師が分かる	0.45
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	0.43
【地域の関係者の名前と顔・考え方，役割が分かる】	
地域でがん患者に関わっている人の性格，付き合い方が分かる	1.05
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，名前と顔，考え方が分かる	0.84
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	0.81
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	0.79
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	0.72
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	0.60
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	0.49
【退院前カンファレンスなど病院と地域との連携が良い】	
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行っている	1.01
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	0.91
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	0.84
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	0.79
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	0.79
【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】	
患者を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	0.94
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	0.84
患者を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	0.83
他の施設の関係者と情報交換が気軽にできる	0.75
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	0.70
【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困ったことは，誰に聞けばいいのかだいたい分かる	1.01
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	0.94
がん患者に関わることで，気軽に相談できる人がいる	0.91
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	0.76
【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】	
がん緩和ケアの地域連携に関する，持って行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	0.94
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	0.69
がん患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	0.55

回転後の因子負荷量を示す。

表 79 「顔の見える関係がある」との相関

「顔の見える関係がある」が含まれない下位尺度の得点との相関	
地域のリソースが具体的に分かる	0.68
他の施設の関係者と気軽にやりとりができる	0.67
地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	0.65
地域の相談できるネットワークがある	0.54
退院前カンファレンスなど病院と地域との連携が良い	0.53
「顔の見える関係がある」が含まれる下位尺度の他の項目との相関	
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	0.87
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	0.83
地域でがん患者に関わっている人の性格，付き合い方が分かる	0.80
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	0.77
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	0.76
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	0.56
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	0.50
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	0.42
がん患者に関わる職種の一般的な役割がだいたい分かる	0.41

Spearman の ρ を示す。

結　果

1．質問紙調査

35 項目の探索的因子分析では，【他の施設と関係者と気軽にやりとりができる】【地域の関係者の名前と顔・考え方，役割が分かる】【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との連携が良い】の 5 つの因子が抽出された（**表 79**）。「顔の見える関係がある」の項目は，【地域の関係者の名前と顔・考え方，役割が分かる】の因子に含まれた。

「顔の見える関係がある」は各下位尺度の得点と 0.5～0.6 台の相関を示したが，項目では，「名前と顔，考え方が分かる」「施設の理念や事情が分かる」「性格，付き合い方が分かる」「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」「顔を思い浮かべられる」と 0.7 以上の相関を示した。

2．インタビュー調査

1）顔の見える関係とは何か

「顔の見える関係」とは，少なくとも 3 つの区別があると語られた（**表 80**）。すなわち，「会ったこともない人たちの顔がとりあえず分かるようになること」「どういう考え方をする人で，どういう人となりかが分かるようになること」「信頼感をもって一緒に仕事ができるようになること」の 3 つを含むことが語られた。これらのカテゴリー名を，それぞれ，【顔が分かる関係】【顔の向こう側が見える関係】【顔を通り超えて信頼できる関係】とした。

対象者は，【顔が分かる関係】と【顔の向こう側が見える関係】との区別を次のように語った。

「（顔の見える関係というのは）ただ，名前と顔が分かるとか，そういうことだけではなくて，仕事ぶりとかポリシーとか，相手の良いところも悪いところもっていうか，もう中身まで見えて，仕事のスタンスとか患者さんの対応が分かることです。中まで見えるみたいな」（対象 1，保険薬局薬剤師）

「顔の見える関係になるというのは，名前とかどこの誰それさんということを知っている関係ではなくて，その人となりが分かったということだと思います。この人はすごく話しやすいし頼みやすいとか親近感をもつことも，逆に，ちょっととっつきにくいとか価値観が違うなっていうことも，話をすることで人となりが分かって，一緒にやっていけるかいけないかが分かることだと思います」（対象 3，医師）

【顔を通り超えて信頼できる関係】では，相手のこ

表 80　顔の見える関係とは何か・顔の見える関係はどのように地域連携に影響するか―インタビュー調査

顔の見える関係の内容に相当するカテゴリー	定義
【顔が分かる関係】	会ったこともない人たちの顔がとりあえず分かるようになること
【顔の向こう側が見える関係】	どういう考え方をする人で，どういう人となりかが分かるようになること
【顔を通り超えて信頼できる関係】	信頼感をもって一緒に仕事ができるようになること
顔の見える関係の地域連携への影響に関連するカテゴリー	**定義**
【連絡しやすくなる】	顔が分かる・知り合いになることで電話やメールなどの連絡をとる時の気兼ねや怖さが減ること
【誰に言えば解決するかや役割が分かる】	問題を解決できる人は誰か，その人の役割が何かが分かること
【自分の対応を変えることでやりやすくなる】	問題は同じでも相手の人となりが分かるので自分が対応を変えて対処しやすくなること
【効率が良くなる】	お互いの仕事の仕方などをよく知ることでともに仕事する時の効率が良くなること
【親近感を覚える】	紹介状など事務的なことにも親しみを感じること
【責任を感じる】	責任をもって対応しようと思うようになること

とが「分かる」だけではなく，対応してくれることが予測でき，心が通じているような感じから信頼感が得られることが語られた。

「この人たちにお願いすれば反応が返ってくるという期待があるのだと思います。結局，この人にはいくら伝えたって無理だと思えば，何回その人の顔を知っていて会っていたとしても，連絡したりしないけど，反応がある，手ごたえがあるから，この人とだったらやりとりができると思える」（対象 3，医師）

「患者さんを一緒にみて，お互いの仕事の仕方が分かって，あの人のケアはこんなケアをするって思い浮かんで，対応が予測できる。『予測できる関係』（が顔の見える関係にはある）」（対象 4，病棟看護師）

「ビジュアルとして話している姿が思い浮かびながら話ができるんです。こんな顔して話しているだろうなと，気持ちが伝わってくるんです。こうしゃべっているんだけど背景にはいろんなことを思いながら話しているだろうなと予想がつくんです。（それで）安心して信頼できる」（対象 5，訪問看護師）

2）顔の見える関係になるきっかけ

顔の見える関係を深めていくきっかけとして，①地域で行われたカンファレンスでのグループワークやグループワーク後の日常的な会話・懇親会での会話，②患者を一緒にみること，が挙げられた。グループワークでは，グループワークのテーマそのものよりも，話す内容や態度，語調などから判断していることが語られ，「会っている頻度や一緒に仕事をしている回数ではない」ことが語られた。特に，①性格や人間性，長所と短所（得意なことと苦手なこと），お互いの事情や専門性，仕事のポリシーや仕事ぶり・やり方を知ること，②実際に患者を一緒にみた時に親身にしてくれた・助かったと思えた経験，③仲間内での評判，が挙げられた。

患者を一緒にみた時の体験，弱みを知り合うことの重要性が以下のように語られた。

「（すぐに退院調整や準備をしてくれると）すごく助かるじゃないですか。すごく助かったなって感じがして，今度その人が何か頼まれた時はなんとか助けてあげたい，何か力になってあげたいと思うことの積み重ねが顔の見える関係になると思います」（対象 2，退院支援看護師）

「難渋事例を経験した人は事例が少なくても分かり合えると思った。『そこのステーションだったら引き受けてくれるかもしれない』という勝手な思いがあるけれども，それに『直接（病棟から）頼むのってよくよくの事情があるよね』って言ってくれるんですよね。難渋事例だけれど，すごく帰りたかった人たちを一緒に帰した経験で信頼関係って早くできると思ったんです」（対象 4，病棟看護師）

「弱み強みが分かる，みせられるのが（いい）関係ですね。人を好きになる時って，その人の良いところばかりじゃなくて嫌いなところも好きになるじゃないですか。弱い

ところを含めて信頼していくという（ことが顔の見える関係だと思います）」（対象 1，保険薬局薬剤師）

3）顔の見える関係はどのように地域連携において影響するのか

顔の見える関係が地域連携に及ぼす影響として，【連絡しやすくなる】【誰に言えば解決するかや役割が分かる】【自分の対応を変えることでやりやすくなる】【効率が良くなる】【親近感を覚える】【責任を感じる】という 6 つのカテゴリーが抽出された（**表 80**）。しかし，これらは，ほとんどの対象者によって，「顔の見える関係」そのものの表現であるのか，原因であるのか，結果であるのかは意識されていなかった。

参加者は次のように述べた。

【連絡しやすくなる】

「3 人専門の先生がいると，私は，顔が見えているから＊＊先生に相談しようとか思うんですよ。それは，人間性とか，話しやすさとか，親身になってくれるとか。誰に聞いたって分かるんだけど，誰にどういうふうに相談しようかなって思った時に，顔が見えていれば，この先生に相談しても気楽に答えてくれるなと分かるんです」（対象 2，退院支援看護師）

【誰に言えば解決するかや役割が分かる】

「顔の見えた相手がどういう仕事をしていてどういう役割をしていて，何に対応してくれるかが分かってきたので，こういう時はあの人に連絡すればいいとかがすごく分かってきたので，ものすごくやりやすくなりました」（対象 1，保険薬局薬剤師）

【自分の対応を変えることでやりやすくなる】

「この人はここが得意でここは苦手とか，この人はここまで伝えておくのがよいとかそういうことがだいぶみえてくるので，書くサマリーもだいぶ（相手に合わせて）変わる。やり方も，流れを組み立ててもらったところに私たちが乗っかった方が気持良く仕事ができる方と，こちらで細かくアセスメントをしてつき合わせた方が良い方とがいる。価値観が違ってもやり方を変えれば（連携は）いいので，相手によってやり方を変えている」（対象 4，病棟看護師）

【効率がよくなる】

「抱え込みじゃないけど，自分には相談できる人がいっぱいいて，これはこの人にって振り分けながら仕事をするのはすごく効率が良いと思います。何かお願いしたいことが，あの人にお願いすると 10 かかるのに，この人だったらもうツーカーで分かるような，これだけいえば後は分かってもらえるという感じ」（対象 2，退院支援看護師）

【親近感を覚える】

「紹介状をもらった時に顔を浮かべながら読むっていうのは，それだけでも違うかなと思う。あの先生がこんな紹介状をくれたんだと読むだけでもイメージしながら読めるから，親近感がある。イメージつきの文章になっている，手紙みたいな感じ」（対象 3，医師）

【責任を感じる】

「電話だと，どっちかというと無責任なことも平気で言えちゃうじゃないですか。無責任。だけど顔が見えるとお互いに責任感も強くなるので，生半可なことはできないという感じ。自分も中途半端なことはできないと思うし，今度反対の立場として断れない。真実味っていうのか，困っているんだなと分かるので，口約束よりは顔約束」（対象 2，退院支援看護師）

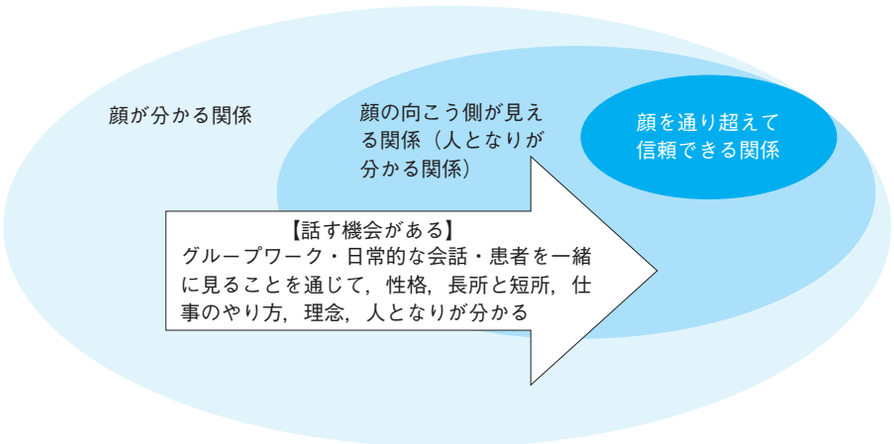
「今までは顔が知らない人から電話がかかってきたら，『いや，ちょっとできません』と言うと思うんですけど，顔が見えてて依頼されたら『ああ，ごめんなさい。こういう事情で行けないんだよね，他の＊＊に紹介しようか』とか，ちゃんと理由をつけた対応するようにできるようになりました」（対象 1，保険薬局薬剤師）

考　察

本研究は予備的な研究であるが，近年，しばしば重要性が言及される「顔の見える関係」の概念と地域連携への影響を探索した研究としては，われわれの知る限り，緩和ケア領域において初めての研究である。

最も重要な知見は，「顔の見える関係」は幅のある意味をもって使用され，理解されていることが示唆されたことである。

「顔の見える関係とは何か」について，量的研究では，「顔が見える関係がある」ことは，【地域の関係者の名前と顔・考え方，役割が分かる】の因子に含まれ，「名前と顔，考え方が分かる」「施設の理念や事情が分かる」「性格，付き合い方が分かる」「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」と高い相関を示した。一方，インタビュー調査では，「顔の見える関係」とは，少なくとも，「会ったこともない人



「顔が分かるから安心して連絡しやすい」
「役割を果たせるキーパーソンがわかる」
「相手に合わせて自分の対応を変えるようになる」
「同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる」
「親近感がわく」
「責任のある対応をする」
→ 連携しやすくなる

図 141　顔の見える関係と連携との概念的枠組み

たちの顔がとりあえず分かるようになること」「どういう考え方をする人で，どういう人となりかが分かるようになること」「信頼感をもって一緒に仕事ができるようになること」の 3 つの内容をもって語られていた。以上より，「顔の見える関係」とは，単に，「名前と顔がわかる」という関係のほかに，「考え方や価値観，人となりが分かる」「信頼感をもって一緒に仕事ができる」という関係があることが示唆される。

また，「顔の見える関係が地域連携に与える影響」については，量的研究では，【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】【地域の関係者の名前と顔・考え方，役割が分かる】【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との連携が良い】と中程度の相関を有していた。一方，質的研究では，【連絡がしやすくなる】【誰に言えば解決するかや役割が分かる】【自分の対応を変えることでやりやすくなる】【効率が良くなる】【親近感を覚える】【責任を感じる】などの文脈で語られていた。以上の結果は，顔の見える関係は，安心して連絡しやすくなる，役割を果たせるキーパーソンが分かる，自分の対応を変えることで連携しやすくする，同じことを繰り返したり信頼を得ることで効率が良くなる，責任をもった対応をする，といった影響を及ぼすことで地域連携に変化を与えることが示唆される。

特記するべきは，これらの「影響」は，しばしば「顔の見える関係」そのものを指して語られることも多かったことである。これは，先行研究において，顔の見える関係は，施設の実情がよく分かる，互いの診療レベルがよく分かる，信頼関係を築く，相談できる安心感を得た，断れなくなった，多少の無理も聞きやすくなる，相手の特徴を把握する，といった文脈でさまざまに語られていることと一致する。一方，地域緩和ケアプログラムのプロセス面での成果は国外でも重要な関心テーマである。これらでは，最も医療福祉従事者に重要であると認識された効果として，医療福祉従事者間のコミュニケーションの改善（お互いを知ることができた，気軽に話せるようになった，地域での役割が分かった）が共通して挙げられているが，「顔の見える関係」のような「キーワード」は抽出されていない。すなわち，わが国においては「顔の見える関係」が頻繁に用いられる文脈において，それぞれが「顔の見える関係」の構成要素であるのか影響であるのかの区別が意識化されていないと考えられる。

限界として，本研究は，異なる目的のために作成された質問紙の 2 次解析や，理論形成を目的としない質的研究であるため，知見は予備的である。

本研究より，以下のことが示唆された（**図 141**）。①「顔の見える関係がある」とは，「名前と顔が分かる」「考え方や価値観，人となりが分かる」「信頼感をもって一緒に仕事ができる」という少なくとも 3 つの

内容がある，②「顔の見える関係がある」ことは，地域連携が良いことを構築する要素の１つであり，単に，「相手の名前と顔が分かる」ということではなく，安心して連絡しやすくなる，役割を果たせるキーパーソンが分かる，自分の対応を変えることで連携しやすくする，同じことを繰り返したり信頼を得ることで効率が良くなる，責任をもった対応をすることを通じて，連携を円滑にする，③ この過程は，地域の中で話す機会があることによって，グループワーク・日常的な会話・患者を一緒にみることを通じて，性格，長所と短所，仕事のやり方，理念，人となりが分かることがきっかけとなる。

本研究の知見は，「顔の見える関係」の概念的定義をさらに進め，「顔の見える関係がどのように地域連携に影響するのか」の理論形成を目的とした質的・量的研究を行ううえで有用であると考えられる。

文　献

1）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　**7**：323–333, 2012