

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2017A-012

(西暦) 2018年2月25日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2017年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

中規模病院におけるメディカルソーシャルワーカーを中心とした多職種協働による地域連携型緩和ケアシステム構築-台湾モデルの臨床的応用-

所属機関・職名 医療法人興生会 相模台病院 看護師

氏名 柏木良幸

1.緒言

研究目的

日本における高齢社会や高いがん罹患率により、外来での通院治療を継続しながら地域で生活をする患者数は増加している。従来では、患者や家族の抱える多様な「痛み」を早期から病院のがんを専門にした多職種が協働で介入し、スクリーニングとケア提供を病院の実践に留める場合が多い。しかしながら、前述した状況を踏まえると地域医療との連携をしながらの実践が求められている。

そこで、本研究では外来通院しながら地域で生活をする患者に対して、早期からの緩和ケア介入を多職種協働で行い、地域医療との連携によってシームレスな緩和ケア提供のシステム構築を目指す。

研究方法

本研究の目的は、通院治療しながら地域で生活をするがん患者に対して、早期からの緩和ケア介入を多職種協働で行い、地域医療との連携によってシームレスな緩和ケア提供のシステム構築を目指す事である。

方法として、1年間の研究期間内に、台湾での(1)地域医療との具体的連携方法(2)緩和ケア病棟見学、(3)各専門職種別緩和ケア教育の具体的方法と実際の3点を焦点にして、当院における多職種協働での地域緩和ケアシステムをベースにした台湾の地域緩和ケアシステムの臨床的応用について検討し、システムの追加修正を行いたい。

(1)から(3)までは、2017年5月に台湾を訪問し、馬槽記念病院や台北市の地域医療との連携の実際について見学を行い、当院の地域緩和ケアシステムに関しての意見交換を行い、地域医療との連携の在り方について検証する。

帰国後は当院に通院中の消化器がん患者と家族に対して共同研究者全員のチームでの介入を実施する。具体的には毎週金曜日に1時間程度のミーティングと病棟ラウンド、1ヶ月に1回の割合でチームカンファレンスを開催し、研究の軌道修正等を行う予定である。

介入の効果を評価する為に、病院緩和ケアチームメンバーに対しては、「地域のがん患者に対する緩和ケアについて、この1年間で変わった事、変わらなかった事、今後の課題」と言うテーマで自由記述にて調査し内容分析する。

結果

1.実施経過

① チームビルディング

本研究開始日に緩和ケアチームの構築を実施した。

メンバーは研究責任者及び共同研究者である事は以前より決定していた事であるが、具体的な役割については決定していなかった。その理由として、チームのビジョンとミッションについてディスカッションを通して明確にしてから役割を決定する事が望ましいとの考えからであった。

ミッションは「高度な専門的知識と技術を有した多職種が協働で介入をし、積極的に地域医療と連携をし、シームレスで、持続可能な辛さの緩和に関する実践方法を患者と家族に提案し、最良なアウトカムを提供する。その際、関わる専門職及び患者家族との間で互いの共通価値の創造、緩和ケア的意義について明確に提示する」となった。

チームのチェアマンには、従来は医師が行う事が多かったが、それがコミュニケーションの障害となる事がディスカッションで挙げられ、薬剤師が担当する事となった。

チームビルディングで最重要視したのは、経営学で用いられる理論の応用である。

従来の医療機関におけるチーム活動とは、医師主導の多職種で構成された集団活動である。しかしながら、この様なチームはミッションやビジョン、役割の明確化がされておらず、更に医師の意見が絶対視される傾向にあり、コメディカルが意見しにくい環境となっており、機能性に乏しい集団であると言わざるを得ない。当院も他の専門領域においてチームがあるが、同様であり、機能性には乏しいが、仕事量ばかりが肥大化する専門性を活かしてきれていない集団であった。

この事から、平成 28 年に緩和ケア及び化学療法に関連する職種に対して、緩和ケアにおける専門性を活かした役割について、質的記述的研究方法を用いた調査を実施した。そして、ブルーオーシャン戦略理論を用いて徹底した役割の明確化を行った。

研究開始後では、チーム活動の方向性や実績を常に明確化させる為に、ポートフォリオを用いた組織及び個人のマネジメントを行っている。それによって、各個人が随時ポートフォリオを追加修正し、次年度のビジョンとミッション、より専門性を高めた具体的活動方法について考案している。

② 台湾視察

台湾への視察とそれによる地域連携、多職種連携教育、緩和ケア質向上の為の意見交換は平成 29 年 5 月に予定通り実施された。

柏木、森口、八城の三名で視察を実施した。

3 日間にわたる視察の中で、馬槽記念病院緩和ケア科部長で、緩和ケア領域において非常に著名な Dr.Fan を始めとする医師、メディカルソーシャルワーカー、看護師、薬剤師とディスカッションを行った。

まず、日本側からのプレゼンテーションとして、日本と当院のがん医療や患者を取り巻く緩和ケア事情、本研究の計画概要と地域歯科医院との連携（医歯看連携）、管理栄養士によるがん患者への栄養学的アプローチについては柏木、地域調剤薬局薬剤師との緩和ケア及びがん化学療法患者の全人的な症状に対する情報共有に基づいた緩和ケア実践構想（薬薬連携）のプレゼンテーションを八城が行った。

次いで台湾側からの台湾における緩和ケアの歴史、国家戦略としての緩和ケア、馬槽記念病院における緩和ケア多職種協働の実際と課題について Dr.Fan を始めとする 2 名の医師とメディカルソーシャルワーカーからプレゼンテーションが行われた。

特筆すべき点として、緩和ケアが国家戦略の一環である事が大前提にあり、告知や緩和ケ

アを早期から受ける事を政府がテレビコマーシャルを流して周知している事、告知含む悪い知らせは医師のみならず、専門的な教育を受けた看護師も行っている事である。ここでの専門的教育とは大学院での教育だけではなく、日本での都道府県医療従事者向け緩和ケア研修会のような研修であるとの事であった。看護師が悪い知らせを伝える事を台湾ではなぜ看護師が行うのかと聞くと、知識と技術がある者が伝えるのが最も良い方法であり、それが医師でなければならないという事は理由として成立し得ないとの事であった。

台湾側からは日本人の死生観の歴史的变化や薬薬連携と管理栄養士による外来がん患者への継続的栄養学的関わりについて非常に関心もたれた。理由として、台湾において薬薬連携はまだ発展段階にあるとの事であった。

③ 台湾視察後の活動方向性修正

帰国後、視察によって得た事に基づいて共同研究者とディスカッションを行い、日本において臨床的応用をする際に以下の点を重要視する事とした。

(1) 共同研究者は職種を問わず基本的な臨床腫瘍学知識と技術を有する事。

(2) 告知や治療中の増悪等の「悪い知らせ」は主治医だけではなく、それをモニタリングする為に共同研究者が必ず立ち会い、フォローを行う事。

(3) 共同研究者内での「Patient Centered palliative medicine」の徹底と実践。

(4) がん化学療法患者に対しては全例につらさスクリーニングを行い、介入を行うか、行わない場合はつらさのモニタリングをしていく事。

以上4点を基本的遵守事項とした。

共同研究者からの意向や病院管理部からの助言があり、我々の緩和ケアチームは中立的な立場から各専門職の根拠に裏付けされた知識に基づいた「自由な発想」による患者中心の緩和ケア実践の為に意見を進言していく事を第一とした為に、医師は積極的な発言をしないと言うルールとした（病院内の残存する医師中心のパターナリズム的文化の影響を最小限にする為である）。

④ 院内活動

毎週金曜日午後にはチームカンファレンスをラウンド含む3時間程度実施した。

緩和ケアチームの責任者を薬剤師とした。医師以外の共同研究者それぞれが職種に関係なく担当患者を決めて症例報告形式のプレゼンテーションを行い、ディスカッションをする形式を取った。その際にロジカルプレゼンテーションの **method** に基づいた論理的思考及び仮説検証力を持ってプレゼンテーションを実施させた。

また、③で前述したとおり、全てのメンバーが臨床腫瘍学的知識、特に緩和ケアとがん化学療法副作用管理に関する知識は必須とした。いつ、どこでも患者や家族、地域医療者からの相談等に対して迅速にかつ根拠のある回答が出来る様にする為である。

この根底として、相談される内容の緊急度は高い事が今までの相談内容の検討の結果として分かった。がん性疼痛にせよ、疼痛管理上の副作用にせよ、化学療法の副作用にせよ、

その症状による QoL の低下は顕著であり、それ故に相談をしてきている訳である。そして、それらの相談に対して該当する専門職の不在によって迅速な対応が出来ていなかった経緯があった。よって、これらの医療者側の課題点が解決され、最終的に患者の辛さが迅速に緩和されなければ良いアウトカム提供出来ているとは言えない。

この様な背景があり、緩和ケアとがん化学療法に関する知識を全メンバーが有する事となった。その為、毎週金曜日の活動時間外で知識のレクチャーや実際の患者に対する指導の同席を通じて知識と技術の習得を行った。

意思決定プロセス、問題解決プロセス、患者や家族、地域医療者、他のスタッフに指導やミニレクチャーをする際の技術についても徹底して学ぶ事が出来た。

従来、一方的な指導で終わっていたものが、アクティブラーニング等の教育学の技法も取り入れて双方向的な関わりの中でお互いが学んでいくというスタイルを定着する事が出来た。

これによって、患者も治療に参画すると言う動機付けにもつながっている事が関わりの中で分かった。

毎週金曜日の活動日のディスカッションは非常に盛んな状況で、情報の共有によって各専門職種がそれぞれの専門分野の最新知見を駆使して全人的な辛さの緩和に対する現実的でかつ持続可能な方法の提言を行っている。そして、電子カルテ上に記載するのみならず、主治医や関係者に対して直接的に進言し、提案事項の実施状況やアウトカムについてもモニタリングを行っている。

その成果の例として、「目的が分からない再発転移がん患者に対する化学療法」や「不必要な鎮静」が著明に減少した。

⑤緩和ケア研修

院外の医療者向け緩和ケア研修会を行う予定で案内等も送付したものの、病院主催の他の研修会との重複等による当施設使用の制限が急遽生じた為、院内向けのみの実施となった。院外に対しての緩和ケア研修は次年度病院独自で実施をしていく予定である。

⑤地域医療との連携状況

1) 医歯看連携

歯科医院との連携に向けたプラットフォーム構築の為の調査を実施した。

座間市内の歯科医院勤務する歯科衛生士に対し、質問用紙を用いた調査を実施した。

先行研究より、歯科衛生士としてのキャリアとキャリアアップ志向の関連があるとの仮説の基、質問用紙を作成した。また、口腔ケアパス作成の為の試案も送付し意見を募った。

座間市歯科医師会では各歯科医院の歯科衛生士数を把握していない為、43 歯科医院に対して3部ずつ質問用紙を送付した。

最終回答者数は24名であった。

歯科衛生士は緩和ケアに対して興味はあるが(22名)、全員が緩和ケア系学会や神奈川

県緩和ケア研修会への参加と言った具体的な行動を取るまでには至っていなかった。その関連因子として、研修参加への医院からのサポートがない（20名）と言った事が考えられた。医科との連携に関しては多くが関心あると回答していた（22名）。

神奈川県において、地域がん診療拠点病院で行われている医療者向け緩和ケア研修会の案内では、医師、看護師、薬剤師等と明記されている。この案内に歯科医師や歯科衛生士と明記する事や、歯科に対しても案内をしていく必要があるだろう。

また、ここで特筆すべき点として、歯科衛生士が在籍している歯科医院が非常に少なかった事である。

送付数に対しての返信が非常に少なく、調査協力へのお願いをしたところ、送付していない理由として歯科衛生士が在籍していないのが最も多く見られた。我々は調査前にクリニックであっても必ず看護師が在籍しているのと同じで、歯科医院にも必ず歯科衛生士が在籍していると考えていたが、無資格の歯科助手が代わりに在籍していた事は意外な結果であった。

口腔衛生に関する管理を専門とする歯科衛生士の在籍している歯科医院に対して、口腔合併症リスクを持つがん患者を紹介する事が連携には必要であると考えられる。

2) 薬薬連携

薬薬連携を構築するにあたり、いわゆる門前薬局の薬剤師を対象に緩和ケアに対する知識調査を実施した。結果は台湾でのプレゼンテーション内容と重複するが、薬局薬剤師は緩和医療に興味があるが医療機関からの情報提供不足により患者に対して十分な指導を出来ていない現状にあると考えられる。患者情報を共有し病院・薬局間の薬薬連携の強化が地域医療と連携した緩和医療の推進をしていくために必要と考えられる。地域薬剤師とは情報ツールや勉強会・連絡会による直接的なコミュニケーションによる患者に関する情報共有や知識共有を行い、患者に全人的な疼痛緩和と言う最良なアウトカムがもたらされる様に取り組んでいく必要がある事が示唆された。

⑥ 1年間で変わった事、今後への課題

1年間の取り組みに対してのアウトカムと次年度以降への課題を明確化する為に、上記テーマに沿って各メンバーに対して半構成的面接を実施した。

内容をコード化し、質的分析を行った。

全メンバーから「緩和ケアのエッセンスを学べた事と実践出来た事」が今までの緩和ケア実践とは違ったと感じていた。

「緩和ケアとは、患者に寄り添い、身体的な痛みを取って苦痛を軽減する事であるとはわかってはいたけれど、そもそもなぜ寄り添うとか痛みを取るとかあらゆる患者に必要な事が緩和ケア患者に必要なのか理由が理解出来た」（薬剤師）、「医師のみが扱える分野なのかと考えていたので、看護師として自分は何をしたら良いのか、ただ痛みの程度を聞いたり、ポジショニングをするだけでいいのかと悩んでいた。台湾で、看護師だからこれをしたり行ったりしてはいけないという事が基本的にない事や、がんと診断された最初から緩和ケアを実践していく事は自分たちが風邪を引いた時に対処療法をするのと同じで、ごく当た

り前な事である事を知った。」(看護師)、「ソーシャルワーカーでも、どの職種でも基本的な知識を持ち合わせていれば緩和ケアはすぐに出来る事が分かったし、正しい緩和ケアを学べた事で地域の医療者に対しても自信もって提言出来る様になった」(ソーシャルワーカー)と言った考えが聞かれた。台湾へ行った3名は馬楷記念病院の医療者たちはまるで経営学の専門家の様なロジカルシンキングを行って意思決定と問題解決をしている事に驚くとともにその必要性を感じた。帰国後は知識の伝達や、それをきっかけとした緩和ケアや臨床腫瘍学のみならず、思考プロセス、他者への伝え方に至るまでを「トランスレーショナル」な学び方と実践方法を習得する事が出来た。

課題として、「活動への組織の理解が乏しい事による活動制限」、「地域への働きかけの弱さ」が挙げられた。

「管理栄養士がなぜ緩和ケアをやる必要があるのだと言う意見が何回も聞かれた。がん患者は味覚の変化や食欲低下等により栄養維持も困難になるし、何より食べる楽しみの維持が困難になる。だから栄養士の関わりは大事なのに、指導料算定以外の指導にはしにくい環境がある」(管理栄養士)、「専任ではなく、兼務なのでどうしても時間外の活動となってしまう事が多い。組織の協力も経て、時間内での活動が出来る様に調整する必要がある」(看護師)と言った活動制限に対する考えが聞かれた。

地域への働きかけの弱さは全メンバーから聞かれたが、今回明確になったが、医科と歯科の垣根も非常に高く、まだまだ地域との意見交換も不十分である。そういった風土作りから始めていかなければならない事が考えられる。

結論

ソーシャルワーカーを中心としたとしたが、実際には全てのメンバーが中心となった。また、その中でもチームのイニシアチブを取ったのは薬剤師であったが、メンバー全員のコンセンサスを得た事であり、かつ職種を超えた横断的な知識の共有を徹底した努力と姿勢が他のメンバーとの結束を高めた事は言うまでもない成果であった。

よって、どの職種を中心とするかが重要ではなく、イニシアチブを取れる人が中心となってチーム運営をしていく事が多様な人や事柄の調整をして辛さの緩和を行う上で重要であると言える。

また、馬楷記念病院との連携によって台湾モデルを取り入れたが、保険診療上の問題やシステムの違いが存在する事から全てを取り入れる事は無論不可能であるが、緩和ケアのエッセンスを取り入れる事は十分に出来た。すなわち、前述した様な多職種協働とはどのようなものであるのか、そしてどうすべきなのかと言う運営に関する概念と具体に対しての根本的なヒントを得られる結果となった。

その結果として、職種の「独占業務」はやめて、緩和ケアとがん化学療法に関する知識はコアとしてどの職種も持ち合わせようと言う考えに至る事が出来た。

地域連携と言う点では、まだ課題は残存した。時間的問題と十分な地域との意見交換の場が持てなかった事が原因であり、次年度以降に持ち越していく課題としたい。

しかしながら、多職種協働を全面的に出していった事もあり、地域医療者からの問い合わせも増加した事は良い結果であったと考えられる。

この1年間はプラットフォーム構築の為の非常に重要な時間であった。

今まで緩和ケアに対して各々のメンバーは「個人的」に様々な考えを持ちながらも、それを意見として提言し、実践する事はなかった。それは当院のみならず、日本の多くの病院で未だに普通となっている事であろう。

提言が出来る環境があるか否かが多職種協働による医療を実践する上で最も重要である。その環境作りの一つが「チームビルディング」である。

本研究においては、ブルーオーシャン戦略理論を用いて「スマートなチーム」作りを行った事、そしてメンバーが合意して決定したガバナンスが存在した事は特筆すべき点である。従来の医療機関においてチームビルディングで経営学理論をふんだんに取り入れたものは諸外国と比較し、少なかった。

しっかりとしたチームであるからこそ、しっかりとしたガバナンスが存在し、真の患者中心の緩和ケアが実践出来たと考えられる。

次年度以降も継続してより質の高い緩和ケア実践が出来る様に取り組んでいく。

研究成果の公開

本研究はまだプラットフォーム構築段階ではあるが、経営学理論を用いてのチームビルディングや薬薬連携など新奇性の高い取り組みを行った。よって、チームビルディング、医歯看連携、薬薬連携を得られたデータより更に分析を行い、論文化して日本緩和医療学会等の関連学会に公表する予定である。