

図2 身体症状緩和担当医師の緩和ケアに関する自己評価

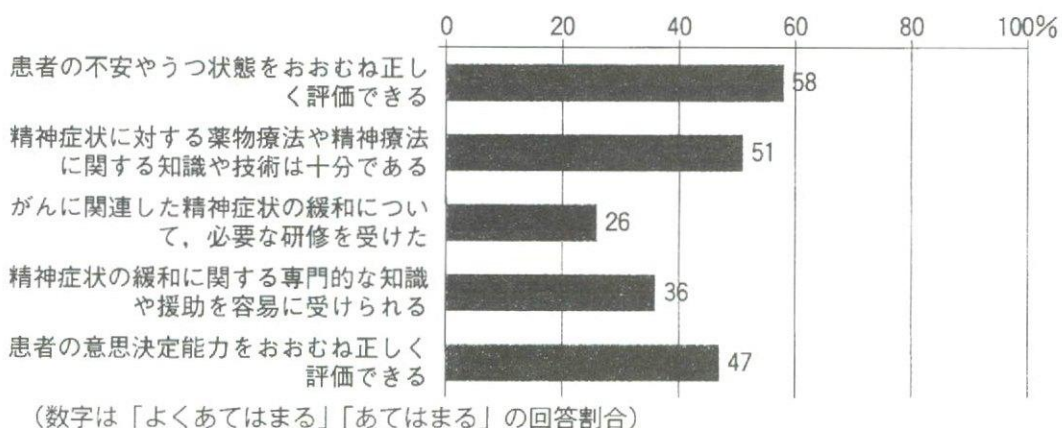


図3 精神症状緩和担当医師の緩和ケアに関する自己評価

価できる」47%であった。

緩和ケアチームの看護師の緩和ケアに関する自己評価について図4に示す。緩和ケアチームの看護師が、「よくあてはまる」「あてはまる」と回答した割合は、「疼痛緩和のための知識や技術は十分である」が41%、「疼痛以外の身体症状緩和のための知識や技術は十分である」29%、「がんに関連した身体症状緩和について、必要な研修を受けた」65%、「身体症状緩和に関する専門的な知識や援助を容易に受けられる」43%、「患者の不安やうつ状態をおおむね正しく評価できる」26%、「精神症状に対する薬物療法や精神療法に関する知識や技術は十分である」13%、「がんに関連した精神症状の緩和について必要な研修を受けた」42%、「精神症状の緩和に関する専門的な知識や援助を容易に受けられる」33%、「患者の意思決定能力をおおむね正しく評価できる」34%であった。

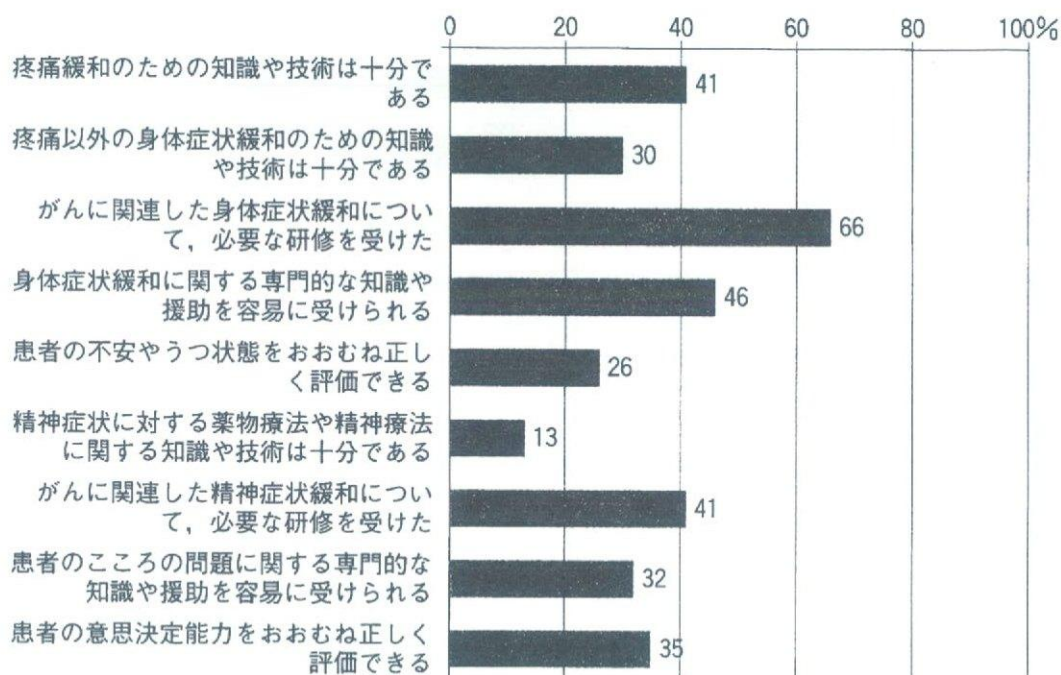
⑥ 緩和ケアチームの活動上の困難感

緩和ケアチームの活動上の困難感について、上位5位を抜粋して図5に示す。緩和ケアチームのコンサルテーション活動上の困難感では、「とても障害になっている」「障害になっている」と回答した事項と割合についてみると、「緩和ケアチームの仕事をするための時間が保障されない」が67%、「緩和ケアチームとして外来の患者をフォローする体制や連携が不十分である」が52%、「緩和ケアについて、病院内の医師や看護師の意識がまちまちである」が50%、「患者・家族が緩和ケアを終末期医療と誤解している」が47%、「緩和ケアチームを維持する経済的基盤がない」が44%であった。

考 察

① チーム専従の医師・看護師が少ない

回答した242拠点病院のほとんどに緩和ケアチームが設置されたが、「緩和ケア診療加算」(2002



(数字は「よくあてはまる」「あてはまる」の回答割合)

図4 看護師の緩和ケアに関する自己評価

年に診療報酬となる)を届け出ている施設は16%と、いまだ少ない。加算が算定できる要件となっている専従スタッフは、身体症状担当医師15%、精神症状担当医師4%、看護師23%ときわめて少ない現状も明らかとなった。多くのチーム担当の医師・看護師は、チームの業務の他に本来業務を持ち、兼任としてコンサルテーション活動をしている実態が浮かび上がった。

したがって、緩和ケアチームの活動上の困難感として第1に「緩和ケアチームの仕事をするための時間が保障されない」(67%)、第2に「緩和ケアチームを維持する経済的基盤がない」(44%)ことが挙げられており、加算の要件見直しなどの改善策が至急求められる。

② 薬剤師・医療ソーシャルワーカーの参加が多い

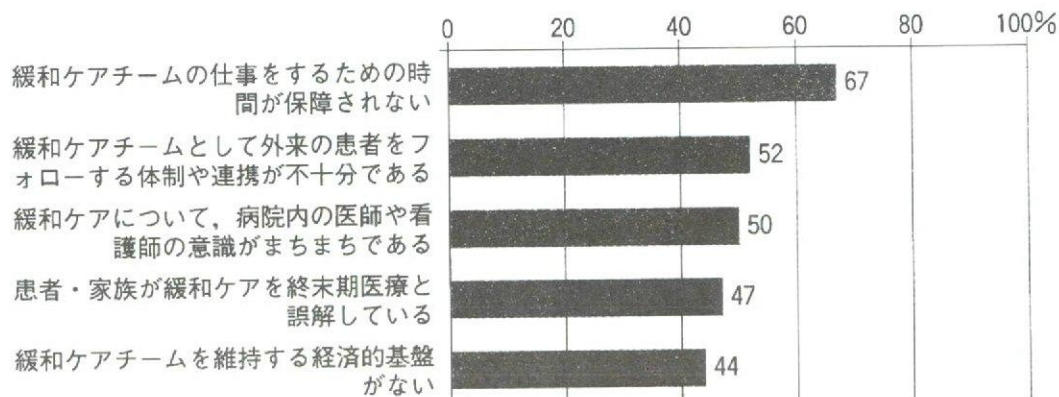
医師・看護師以外のコメディカルスタッフでは、緩和ケアチームに専従として参加している割合は5%と低いが、兼任あるいは専任として薬剤師は90%、医療ソーシャルワーカーは59%のチームに加わっている。コメディカルスタッフの緩和ケアチームへの参加率は、薬剤師、医療ソーシャルワーカー以外は全体的に低い。そこで、この

実態からすると、緩和ケアチームを構成する職種としては常勤で専従・専任の医師・看護師をコアにして、専任・兼任の薬剤師・医療ソーシャルワーカーを加えることが現実的であり、そういった観点から加算要件を見直す必要があると考えられる。

③ コンサルテーションに常時対応することは困難

緩和ケアチームの活動実態は平日日勤帯でいつでも対応可能と回答した施設は35%に留まった。平日の日勤帯でも「対応できない時間は51%以上」と回答したチームが32%と3割を越えていた。これは専従・専任の医師・看護師が少ないという現実がコンサルテーション活動の実態にも反映していると考えられる。また、コンサルテーションを受けた年間患者数をみると、加算届出施設では年間患者数は86±98(中央値75)人と1カ月6人以上のコンサルテーションがある状況であるが、拠点病院の緩和ケアチーム全体では平均73±133(中央値35)人で1カ月3人程度という現状である。

したがって、わが国で緩和ケア・コンサルテーションを量的質的に充実させるためには、「緩和



(数字は「とても障害になっている」「障害になっている」の合計)

図5 緩和ケアチームの活動上の困難感 (上位5項目)

ケア診療加算」の届出施設を増やすことが重要な課題といえる。

④ 緩和ケアチームの医師・看護師の自己評価は低い

緩和ケアチームの身体症状緩和担当医師で「必要な研修を受けた」医師は29%、精神症状緩和担当医師で「必要な研修を受けた」医師は26%に留まっている。また、緩和ケアチームの看護師では「身体症状緩和について、必要な研修を受けた」65%、「精神症状の緩和について必要な研修を受けた」42%と研修を受けた割合は医師に比べて高いが、「疼痛以外の身体症状緩和のための知識や技術は十分である」29%、「精神症状に対する薬物療法や精神療法に関する知識や技術は十分である」13%と自己評価が低い。

これらの結果を通じて、系統的で十分な研修を受けていない医師と研修は受けたが症状マネジメントなどに十分な自信が持てない看護師という実態がみえてくる。したがって、緩和ケアチームの医師に対する系統的な研修を含む教育支援と看護師の自己評価を高めるための教育支援が求められる。

⑤ 緩和ケアに関する普及啓発活動への取り組みが必要

緩和ケアチームの活動上の困難感として、「緩和ケアについて、病院内の医師や看護師の意識がまちまちである」(50%)、「患者・家族が緩和ケアを終末期医療と誤解している」(47%)ことが挙げられており、緩和ケアに関する医療従事者や

一般市民に対する啓発普及活動が求められている。国の「がん対策推進基本計画」に定められている「治療初期からの緩和ケアの提供」を実現するためには、緩和ケアチームの整備と緩和ケアに関する正しい知識に基づいた適切な理解が不可欠であり、今後も「緩和ケアチームの理念や基本方針、役割の提示」「緩和ケアチームの体制の明示」「緩和ケアチームのコンサルテーション依頼方法の明示」「緩和ケア担当看護師(リンクナース)の設置」などの啓発普及活動や情報提供を進める必要がある。

まとめ

平成19年度厚生労働科学研究費補助金による拠点病院緩和ケアチームのコンサルテーション活動の現状や緩和ケアチームメンバーの自己評価、困難感などの実態調査を通じて、以下のことが明らかとなった。

①ほとんど拠点病院に緩和ケアチームは設置されているが、専従の医師・看護師は少ない。

②薬剤師・医療ソーシャルワーカーは緩和ケアチームに参加している。

③多くの緩和ケアチームはコンサルテーションに常時対応することは困難である。

④緩和ケアチームの医師・看護師の緩和ケアに関する研修や能力の自己評価は低い。

⑤今後、緩和ケアに関する普及啓発活動への病院全体での取り組みが必要とされている。

研究報告

終末期がん患者の療養場所移行に関する 家族の経験と医療者への家族支援ニーズ ～終末期に一般病棟で療養したがん患者の遺族への 質的調査を通じて～

三條真紀子*1, 広瀬 寛子*2, 柳澤 博*3, 宮下 光令*4, 数間 恵子*5

◆ 要 旨 ◆

【目的】終末期に一般病棟で療養したがん患者の療養場所移行における遺族の経験と医療者への家族支援ニーズを明らかにする。

【方法】がん患者の遺族5名を対象に、療養場所移行検討時の経験と医療者への家族支援ニーズに関する面接調査と質問紙調査を実施した。面接調査は質的に分析し、質問紙調査は頻度の単純計算を行った。

【結果と考察】対象者は、移行のきっかけを〈主治医からの転院のうながし〉〈家族からの転院の希望〉〈主治医の転勤による担当医の変更〉のためと回答した。移行検討時には〈見捨てられた〉〈これ以上ここにいることができないと感じた〉つらさや〈転院先の不十分な紹介〉〈受け入れ先のなさ〉などの困難を感じており、医療者のコミュニケーションの改善と情報提供に関する実態把握の必要性が示唆された。面接調査での家族支援ニーズの表出は少なかったが、質問紙調査では、患者ケアに関する項目や家族の精神的な問題への対応に関する項目に改善の必要があると回答し、潜在的な家族支援ニーズを有するが、自身が支援対象であることに気がつかずに表出していない可能性が推察された。医療者が提供可能な家族支援のアピールや、ニーズアセスメントが必要である。

Key Words : 緩和ケア, 家族支援, 療養場所の移行, 一般病棟

■ 緒 言

わが国では、急性期病院での入院期間短縮化が進み、化学療法などによる積極的抗がん治療の適応がないと判断された場合、患者・家族は治療の中断と同時に療養場所の変更についても提示されることが多い状況にある。また、わ

が国の文化的背景から、終末期に関する事柄は患者よりも家族に先に伝えられることが多く¹⁾、患者への伝え方や治療の中断、療養場所の変更などの重要な事柄について短期間で意思決定を迫られる家族は、大きな心理的負担を強いられると考えられる。

終末期の療養場所としてホスピスやホスピス・緩和ケア病棟(以下、緩和ケア病棟)を選択した遺族に対しての調査から、米国ではホスピス利用に関する事前の情報提供やコミュニケーションが不十分であることが示されている^{2,3)}。国内では、緩和ケア病棟に移る前の医療者とのコミュニケーションの不十分さが、緩和ケア病棟で受けたケアへの評価に負の影響を与える可能性が示されている⁴⁾。移行検討時の家族のつらさや困難を具体的に明らか

*1Makiko SANJO, *2Hiroko HIROSE, *3Hiroshi YANAGISAWA, *4Mitsunori MIYASHITA, *5Keiko KAZUMA : *1,4,5東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻成人看護学/緩和ケア看護学, *2戸田中央総合病院看護カウンセラー室, *3戸田中央総合病院緩和治療科

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1 東京大学医学部 5号館
投稿受付日: 2007年9月25日 受理日: 2008年1月16日

にした研究はない。

わが国の終末期がん患者の療養場所の主な選択肢は「病院(一般病棟)」「自宅」「緩和ケア病棟」であるが、がん死亡者のうち、自宅で亡くなる患者は約6%⁵⁾、緩和ケア病棟で亡くなる患者は約5%にすぎず^{5,6)}、約90%の終末期がん患者が一般病棟で死を迎えている。しかし、終末期の療養場所の移行に関する研究は、一般病棟から緩和ケア病棟に移行した患者の遺族を対象としたものに限られている^{4,7,8)}ため、緩和ケア病棟以外へ移行した患者の家族の経験は明らかではない。

そこで本研究では、一般病棟での積極的抗がん治療を中断し、異なる一般病棟へ移動した終末期がん患者の遺族の視点から、終末期の療養場所の移行に関する家族の経験と医療者への家族支援ニーズを明らかにし、療養場所移行時の家族支援に関する示唆を得ることを目的とした。

■用語の定義

本研究における家族支援ニーズとは、療養中に家族が有する問題に対して家族が医療者から支援を受けたいと思う(必要とする)こと⁹⁾と定義する。

■方法

■対象

本調査は、他院の一般病棟あるいはA病院内他診療科からA病院緩和治療科に移って診療を受け、がんで亡くなった患者の遺族のうち、(1)2006年6~7月に実施した遺族のためのサポートグループに出席し、(2)死別後経過年数が半年以上3年未満である、の2つの基準を満たす7名に本研究の参加を依頼した。同意の得られた遺族は5名であった。

A病院は関東近県の400床を有する民間総合病院である。緩和治療科は、進行および終末期がん患者を対象に症状緩和治療を行う診療科であり、専門病棟をもたず、一般の混合病棟での診療を行っているため緩和ケア病棟入院料は算定していない。症状緩和治療を行いながら、QOLの向上を目的とした緩和的化学療法や放射線治療を行うか、ホスピスのケアを望むか、在宅医療への移行を望むかの選択は患者と家族が選択可能である。そのため、他院の一般病床でがんに対する治療の適応がないと診断され、ホスピス・緩和ケア病棟への転院を勧められた患者と家族が、がん治療の継続を希望してA病院へ入院・通院することもある。遺族のためのサポートグループは、A病院のナースカウンセラーの主催で月2回開催されており、故人との関係を限定せず、参加者の出入りを認めるopen groupの形をとっている。

■調査期間

調査は2006年7~8月に実施した。

■データ収集

本研究は面接調査と、面接後に実施した質問紙調査からなる。

面接調査においては、面接ガイドを用いた半構造化面接を実施した。面接では、療養場所移行検討時の経験として、A病院緩和治療科へ移行する前の医療経験に焦点を当て、実際の移行の状況とそのときの家族の思いを尋ねた。また、聞き取りのなかで、「この時期に、医師や看護師のご家族へのかかわりでうれしかったことや、もう少しこうしてほしかったと思うことはありますか」という問いを用いて移行検討時の家族支援ニーズを尋ねた。面接はプライバシーを保つことができる場所(対象者の自宅もしくは研究者の所属する大学の一室)で行い、研究者の1名が通して行った。面接時の会話は、対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

そして面接の終了時に、研究者が文献レビュー¹⁰⁻¹⁹⁾をもとに、「患者へのケア」「患者に関する情報」「患者とのかかわり方に関する情報」「家族の精神的な問題への対応」「家族の身体的な問題への対応」「家族が明るく過ごせるような対応」「家族間の問題への対応」の領域を想定して作成した家族支援へのニーズに関する24項目の質問紙に回答を依頼した。

質問紙はA4サイズ1枚で、「患者へのケア」として“患者の苦痛が十分にやわらぐ”“患者が必要なときにすぐに対応してもらおう”など、「患者に関する情報」として“患者の余命を知る”など、「患者とのかかわり方に関する情報」として“患者のこころが楽になる話し方や接し方を知る”など、「家族の精神的な問題への対応」として“自分のストレスやつらい気持ちへの対処法を知る”など、「家族の身体的な問題への対応」として“自分のための休時間や仕事や家事ができる時間がある”など、「家族が明るく過ごせるような対応」として“家族が希望をもって、明るい生活が過ごせるような配慮がある”など、「家族間の問題への対応」として“小さい子どもへ病気のことをどう伝えたらよいかを知る”などの項目からなる。

対象者には、療養場所の移行検討時を想起し、これらの項目への医療者からの支援の必要性について「必要である」「必要でない、もしくはあてはまらない」の2件法で回答を依頼した。さらに「必要である」と回答した項目については、実際に受けたケアに関する評価について改善すべき点が「あった」「少しあった」「なかった」の3件法での回答を依頼した。

▼表 1 対象者背景

	年齢	故人との続柄	前の病院	診断からA病院入院までの期間	治療歴	A病院での治療	死亡場所	死別後経過期間
A	60代	妻	がん専門病院	1年1ヵ月	化学療法	温熱療法 緩和的化学療法	A病院 緩和治療科	3年
B	60代	夫	がん専門病院	1年4ヵ月	手術 化学療法	症状緩和	A病院 緩和治療科	13ヵ月
C	60代	夫	がん専門病院	3年	手術 化学療法	症状緩和後 在宅療養	在宅	18ヵ月
D	30代	息子	A病院 他診療科	5ヵ月	化学療法	温熱療法 緩和的化学療法 放射線療法	A病院 緩和治療科	6ヵ月
E	40代	息子	がん専門病院 総合病院	6年	手術 放射線療法	症状緩和	ホスピス・ 緩和ケア病棟	11ヵ月

■倫理的配慮

研究を開始する前に、対象者に研究の目的、方法、研究への参加は自由であり、参加を拒否しても今後のサポートグループで受けるケアには支障がないこと、また研究参加の途中で辞退も可能であること、匿名性の保護やデータを目的外に使用しないこと、公表の際にはプライバシーに配慮することなどについて書面で説明し、研究参加の同意を文書にて得た。また、本研究に関しては、A総合病院の病院長との話し合いにおいて、倫理委員会での審議は不要とされたため、病院長の許可を得た上で実施した。

■分析

■面接調査

半構造化面接で得られた内容から、療養場所の移行検討時の経験と家族支援ニーズをとらえるために、質的に分析²⁰⁾した。具体的な手順は以下のとおりであった。

- (1) 録音したデータはすべて逐語録に起こした。
- (2) 逐語録の内容を繰り返し読み、療養場所の移行検討時の経験と家族支援ニーズに関連する記載内容を抜き出した。
- (3) 抜き出した記載内容を、1つの意味内容をもつ構成単位に分割し、その意味内容を損なわないように要約した。
- (4) 全対象者の逐語録を通して、構成単位の意味内容の類似するものを集めて、カテゴリー化した。また、類似するカテゴリーをまとめて構成内容を区分した。
- (5) 分析の妥当性を高めるため、逐語録の各構成単位にカテゴリーを割り当てたものを複数の研究者で確認し、メンバーチェックを行った。これらの一連の分析は、質的研究の研究経験がある、緩和ケアの経験が豊富な研究者のスーパーヴィジョンを受けて行った。

■質問紙調査

対象者が、支援が「必要だった」とした回答した項目の

うち、改善すべき点が「あった」「少しあった」「なかった」と回答した割合をそれぞれ算出した。

■結果

■対象者の背景

対象者の背景を表1に示した。対象者5名の年齢は平均54歳(範囲36~66歳)で、男性4名、女性1名、故人との続柄は患者の夫2名、妻1名、息子2名であった。平均面接時間は90分(範囲71~150分)で、死別後経過年数は平均1年4ヵ月(範囲6ヵ月~3年)であった。患者がA総合病院緩和治療科に転院・転棟する前の施設はがん専門病院が3名、がん専門病院から総合病院に移っていた対象者が1名、A総合病院の外科病棟が1名であった。患者の最終的な死亡場所は、A総合病院緩和治療科が3名、在宅が1名、緩和ケア病棟が1名であった。

結果において、療養場所移行検討時の経験と求める家族支援について、カテゴリーを()で示し、対象者から聞き取った医療者の発言内容を『』で記す。対象者の言葉は表にまとめた。()内は文脈を明確化するための研究者の補足である。

■療養場所移行検討時の経験

対象者の療養場所移行検討時の経験を表2に示した。移行検討時の経験についての語りは、移行を検討するきっかけ、移行検討時のつらさや困難、A病院への期待という3つの構成内容に分けられた。

移行を検討するきっかけとしては、(主治医からの転院のうながし)を受けたものが3名、(家族から転院を希望)したものが1名、(主治医の転勤による担当医変更)のために転棟したものが1名であった。転院のうながしがあった3名は、いずれもそれまでの積極的な抗がん剤治療の効果がないことが判明したことを契機に、転院をうながされていた。うち1名は、がん専門病院から総合病院に転院後、さらに転院をうながされてA病院緩和治療科に

▼表2 療養場所移行検討時の経験

カテゴリー	対象者の言葉
移行を検討するきっかけ 〈主治医から転院のうながし〉	E『もう〇〇病院の領域ではないので、他の病院に移ってください、どこか希望はありますか』と(がん専門病院の主治医から)いわれたんです E「(移った総合病院でも)もう今の母親の状況では今後入院とか治療ができないと、要するに緩和ケア病棟へ行きなさいということだったんです」 A「最後の入院のときもうこれ以上治療法がないといわれ、ケアを兼ねて紹介されたのがA病院です」 C『「ここではやりつくしました、あとは奥様の寿命を全うするだけです」といわれた」
〈家族から転院を希望〉	B「徹底してがんと闘う病院だから、闘いようがないとなったら諦めるというか『あなたの治療法はありませんから帰ってくれ』とははっきりいう。そういわれる他の患者さんを見ていたので(治療をやめると決めたときに)私から(転院を希望した)」
〈主治医の転勤による担当医変更〉	D「緩和科ということは(説明がなかったので)、自分でも認識がなかった」
移行検討時のつらさや困難 〈見捨てられた〉	E「何もしないで(がん専門病院から)放り出されちゃった、見捨てられちゃった。『先生、こうなのですけど』と母親が訴えても全然相手にされないような状態」 A『「もう、ここで治療することはないから」っていわれたときにはもう見捨てられたって思いましたよね」
〈これ以上苦しい思いをさせたくなかった〉	B「抗がん剤が1クールもできないほど健康な肉体を痛めている、これだけ苦しい思いをするんだったら、もう(治療は)いいですといわざるを得ない。本当に情けなかったけれども、副作用で苦しむんだったら、もういい、もう治療あきらめると」 D「本人自体は体力がなくなってくるのに、つらい薬を、もっと放射線も当てて、そういう治療になってくるよりは、やらないほうがいいのかと」
〈最期までがん専門病院でみてほしかった〉	A「最後までやっぱり〇〇病院で(みてほしかった)、何しろ〇〇病院に入院してたから」
〈これ以上ここにいることができないと感じた〉	A「あれだけ大きな病院だから、駄目なものは駄目なんだと思うのよね。ベッド待ち、いっぱいいるんだから、いつまでも駄目なのを入院させても、事務的になっちゃってる。そういう感じは受けますよね。最後の言葉聞いただけでね」 C「現実には現実だから、確かにもうそこで、駄目なら行かなければいけないのだから」 B「がんと闘う病院ですから、やっぱり(治療をしないとなったら)丁重に出てもらわなくてはいけないわけですね。いつまでもズルズルいたところで、そういう患者さんも、私みてるんです。『もうあなたの治療法はありません』ってはっきりいうから、共同の部屋にいと、嫌でも耳に、目に、入るわけです」
〈転院先の不十分な紹介〉	E「こっちを紹介してもらえればスムーズにつながったと思う。だけど緩和治療科という話には出なかったの、(総合病院では)検索してくださいみたいな感じだった」 C「病院の入り口に(療養支援室が)あったと思うんです。行ってご相談になったらどうですかということ(退院の2週間前まで)いわれなかった。いわれたら行ったと思う」
〈受け入れ先のなさ〉	E「(総合病院から退院した後に)受け入れてもらえる病院を探すのに、困ったんですよ。紹介状持って(ホスピスに)行ったんですが、翌日になったら電話で断られたんですよ。『うちではちょっと無理です』とって、軽く断られちゃったの」
〈治療方針の引き継ぎがない〉	D「結局先生が変わって、次の治療が変わる。中が縦割りになってて、先生同士、こういうようにやってきたので、これを続けてくださいということがないんだと」
A 病院への期待 〈家の近くで療養させたい〉	D「総合的に考えてみたとき、退院でも外泊でも何かあったときに立地的に常に通える」 B「(ホスピス・緩和ケア病棟も紹介されたが)A病院だったら、近くていいやと、ここを基準にしたときに一番近いとしたらそこがいいと」 C「子どもも〇〇線で通勤しているから、毎日寄って帰れる」
〈入院させたい〉	E「在宅看護といわれたのですが、私としてはやっぱり病院にお世話になっていたほうが安心なんです」「私も仕事もっているので無理でしたから」
〈治療もホスピスケアも両方受けたい〉	A「ケアとホスピス、病気をそのまま、命をそのままにするのではなく、しっかり治療をしながらということでここを選んだんですよ。ただ、死ぬのを待つだけっていう感じは…。やっぱり治療するっていう」 C「緩和治療科っていうのが、専門病院と、ホスピスの中間であると」

入院するまでに2回の移行を経験していた。
療養場所の移行の検討時のつらさや困難については、〈見捨てられた〉〈これ以上苦しい思いをさせたくなかった〉〈最期までがん専門病院でみてほしかった〉〈これ以上ここにいることができないと感じた〉というつらさが表現され

た。
当時のつらさを〈見捨てられた〉と表現した対象者は、『もう、ここで治療することはない』という主治医からの転院のうながしを受けたことをその理由として述べた。また、患者の不調の訴えに医療者が十分対応してくれなくな

ったと感じた経験を語ったものもいた。

当時のつらさを〈これ以上苦しい思いをさせたくなかった〉と表現した対象者は、患者が抗がん剤の副作用で苦しむ姿を見て治療をあきらめた経緯を語った。

また、当時のつらさを〈これ以上ここにすることができないと感じた〉と表現した対象者のなかには、がん専門病院の機能ががん専門病院への入院待機患者の多さについて理解を示し、「駄目なものを入院させても」と発言しながらも、〈最期までがん専門病院でみてほしかった〉というつらさを表現したものや、同室の患者が医師から『もうあなたの治療法はありません』『帰ってください』と告げられる姿を目のあたりにして自ら転院を希望した心境を語ったものがいた。

対象者は、実際に移行について動き始めてからの時期においても、〈転院先の不十分な紹介〉や〈受け入れ先のなさ〉についての困難を感じていた。転院先の紹介を十分に受けなかったと感じていた対象者は、医療者から転院先を「検索してください」と告げられたり、療養支援室などへの紹介を受けることなく、転院先を探す活動が家族にゆだねられていた経験を語った。主治医の転勤による担当医の変更がきっかけで、十分な説明を受けないまま緩和治療科に転棟した対象者は、〈治療方針の引継ぎがないこと〉を感じて困惑した経験を語った。

移行先として選択したA病院緩和治療科への期待は対象者によって異なっており、〈家の近くで療養させたい〉〈入院させたい〉〈治療もホスピスケアも両方受けたい〉という期待が語られた。療養場所移行の検討時に、緩和ケア病棟という選択肢を知っていた4名がA病院にもっていた期待としては、〈治療もホスピスケアも両方受けたい〉が2名、〈家の近くで療養させたい〉が1名、壮年期の男性と病気の母親との二人暮らしで在宅での介護力がなく、利用可能な緩和ケア病棟がないことから〈入院させたい〉という思いでA病院緩和治療科を選択したものが1名であった。

■療養場所移行検討時の家族支援ニーズ：面接調査結果より

療養場所移行検討時の家族支援ニーズについて、面接調査の結果を表3に示す。移行検討時に医療者に求める家族支援について語られた内容は、移行検討時に特に求める家族支援と全般的に求める家族支援に分けられた。

移行検討時にとくに求める家族支援ニーズとしては、〈終末期に療養可能な施設に関する冊子〉の希望があったほか、〈移る日の声かけや見送り〉〈転院先に、前病院の医療者が訪ねてくれること〉などがあげられた。

全般的に求める家族支援ニーズとしては、〈家族も患者

であることを理解してかかわる〉〈面会に来ていない間の患者の様子を教える〉〈病室にも笑いやユーモアがある〉などが語られた。

しかし、語られたニーズの多くは1名の対象者からの提案であり、他の対象者からは家族支援ニーズはほとんど語られることがなかった。また、2名の対象者からは、これ以上求める支援はとくになく、〈動ける間は自分でやろうと思った〉〈自分たちのことは自分たちで解決する〉という思いが語られた。

■療養場所移行検討時の家族支援ニーズ：質問紙調査結果より

療養場所移行検討時の家族支援ニーズについて、面接調査終了時に依頼した質問紙調査の回答の結果を、支援の必要があると回答した対象者が多い順に表4に示した。

各項目のうち、5名の対象者すべてが医療者の支援が必要であると回答した項目は“患者の苦痛が十分にやわらく”“患者が必要なときにすぐに対応してもらおう”などの「患者へのケア」に関する項目や、“患者が今受けている治療や副作用を知る”“患者の今の症状や状態について知る”“患者の余命を知る”“今後予測される患者の病状の変化を知る”など、「患者に関する情報」に関する項目であった。

そのうち、“患者の余命を知る”の項目については全対象者がケアに改善するべき点があるとし、“患者の苦痛が十分にやわらく”“患者が必要なときにすぐに対応してもらおう”“患者が今受けている治療や副作用を知る”“今後予測される患者の病状の変化を知る”の項目については4名の対象者がケアに改善するべき点があると回答した。

すべての対象者が必要とはしなかったものの、4名の対象者がケアに改善するべき点があったとした項目は“自分のストレスやつらい気持ちへの対処法を知る”“患者のこころが楽になる話し方や接し方を知る”などの「家族の精神的な問題への対応」や「患者とのかかわりに関する情報」に関する項目であった。

対象者の回答において、支援が必要だった項目中、改善すべき点が「なかった」とする回答割合は1名を除いて5%以下であり、面接調査でこれ以上求める支援はないと語った対象者2名も、質問紙調査では多くの項目について改善すべき点が「あった」「少しあった」と回答していた。

また、面接調査で〈動ける間は自分でしようと思った〉〈自分たちのことは自分たちで解決する〉と語った対象者の1人は、質問紙の“自分のストレスやつらい気持ちへの対処法を知る”“患者の心が楽になる話し方や接し方を知る”などの項目を見て、「(医師や看護師は)そういうこととしてくれるの?」とインタビューに尋ねてきた。インタビューが「困ったときに、医療者に相談してみよう

▼表3 療養場所移行検討時の家族支援ニーズ(面接調査結果)

カテゴリー	対象者の言葉
移行検討時に特に求める家族支援 〈療養可能な施設に関する冊子〉	E「パンフレット、こっち(A病院)でありますよね。それがあればうまくスムーズにつながった」
〈移る日の声かけや見送り〉	C「治療をやっている人たちは別だけど、ちょうど手のすいている人たちが『あ、〇〇さん行くの？また元気な顔を見せてね』『待っているわよ』、そういう言葉は必要じゃないかな。車が出て行くところまでじっと見て手を振ってね、『何かあったらいつてきてくださいね。A病院行きますから』といってくれた」 C「なまじっか慰めの言葉をいってもらいたくない。これからもっとよくなるのでどうのこのの、といってもらってもね。現実が現実なのだから、患者さんからいわせれば『うそつけ』っていう気持ちになっちゃう」
〈転院先への医療者の来訪〉	C「こちらに入院してから1週間ぐらいしてからかな、〇〇先生(前の主治医)が来てくれたの。よくしてくれたね」
全般的に求める家族支援 〈家族も患者であることを理解してかかわる〉	C「患者も治療をしているけれども、介護している人も治療をしている、同じなんだということを知ってほしいと介護をしている身内としてつくづく感じた」
〈面会に来ていない間の患者の様子を教える〉	C「日々あったことをちょこっと、日誌みたいなのがあって見せてくれるとか、『今日はご飯たくさん食べました』『今日はどうです』とやってくれれば、行くときにひょっとみて『ああ、今日はこんなことがあったんだ』って、『昨日、何ご飯食べたんだって』とかこう、いえて
〈病室にも笑いやユーモアがある〉	D「病室の中に、笑いが足りない。病院に笑いがいから、せめて外泊とかしてるとき、家の中ではすべて笑いで通す。そうすると結構、前向きな考えに。本人が悪い方向には考えないだろうという」
これ以上求める支援はない 〈動ける間は自分でやろうと思う〉	B「誰かに助けてもらうっていうことは、ほんと考えていなかった。動けなくなったらしょうがないけど、まだおれ大丈夫だなと思ったしね」 A「自分でできる限りは自分でしようと思って、看護師さんにやらせる気はなかったです。病院に対してこれ、これっていう要求、そういうことはないです」
〈自分たちのことは自分たちで解決する〉	A「(経済的なことを)相談したってしょうがない」 A「自分の家庭は自分たちだけだから、自分たちでどうにか」

とは思わなかったか」と返答すると、「何だか夢中できちゃって、相談とか聞くとか頭になかった」と語り、各項目のケアが「必要」であり、改善すべき点が「あった」もしくは「少しあった」と回答した。

■ 考 察

本研究により、終末期に一般病棟での療養を選択した終末期がん患者の遺族の視点から、療養場所移行に関する家族の経験、および療養場所移行検討時の家族支援ニーズについて明らかにすることができた。

■ 療養場所移行に関する家族の経験

終末期に療養場所の移行を検討したきっかけとして最も多かったものは、がんに対する治療の中断や終了に伴う主治医からの転院のうながしであり、その際、家族が受けた『これ以上の治療はない』という説明は、見捨てられた感を生じる要因となっていた。このことは、積極的治療の中断時に医師が『もうできることはありません』と説明する

ことが家族のつらさを増す強い要因であるという国内の報告に一致していた⁷⁾。治療中断や緩和ケアの導入、療養場所の移行を検討する際のコミュニケーションにおいては、『もうできることはありません』と伝えるのではなく、今後症状緩和のためにできることや今後の治療目標を伝えることが推奨されており^{21,22)}、本研究の結果からも、療養場所の移行検討時のコミュニケーションにいつその改善が必要であることが示唆された。

また、本研究において〈これ以上ここにすることができないと感じた〉3名は、すべてがん専門病院で治療を受けていたものであった。国内のがん専門病院における先行研究においても、最期まで継続して見てもらいたいという気持ちをもちつつも治療を待っている人のために転院は仕方がないと思う家族の存在が示されており²³⁾、がんに対する高度な医療を受けた経験を有するほど、病院の機能に理解を示すのかもしれない。しかし、対象者は当時の患者の状況について、「駄目なものを入院させても」「丁重に出

▼表4 療養場所移行検討時の家族支援ニーズ(質問紙結果)

	A		B		C		D		E	
	必要性	改善点*	必要性	改善点*	必要性	改善点*	必要性	改善点*	必要性	改善点*
患者の余命を知る	あり	2	あり	3	あり	3	あり	2	あり	2
患者の苦痛が十分にやわらく	あり	2	あり	3	あり	3	あり	1	あり	2
患者が必要なときにすぐに対応してもらう	あり	2	あり	2	あり	3	あり	1	あり	2
今後予測される患者の病状の変化を知る	あり	2	あり	2	あり	3	あり	1	あり	2
患者が今受けている治療や副作用を知る	あり	2	あり	2	あり	3	あり	1	あり	2
患者の今の症状や状態について知る	あり	2	あり	2	あり	3	あり	1	あり	1
自分のストレスやつらい気持ちへの対処法を知る	あり	3	なし	—	あり	3	あり	2	あり	3
患者のこころが楽になる話し方や接し方を知る	あり	2	あり	2	あり	3	なし	—	あり	2
患者に栄養をとらせる方法について知る	なし	—	あり	3	あり	3	あり	1	あり	2
患者と過ごしてきた人生を振り返る機会がある	なし	—	あり	2	あり	3	あり	1	あり	2
家族がそばにいない間の、患者の状態を知る	なし	—	なし	—	あり	3	あり	2	あり	2
経済的な問題について相談する	なし	—	なし	—	あり	2	あり	3	あり	3
家族が希望をもって明るい生活が過ごせるような配慮がある	なし	—	なし	—	あり	3	あり	3	あり	2
患者が亡くなった後も、医療者に家族のつらさや生活について相談できると考える	なし	—	なし	—	あり	3	あり	1	あり	3
患者と病気や今後についてどう話せばよいかを知る	なし	—	あり	2	あり	3	なし	—	あり	2
自分の健康を維持することができる配慮がある	なし	—	あり	2	あり	3	なし	—	あり	2
自分の気持ちや感情を表出できる機会をもつ	あり	2	なし	—	なし	—	あり	2	あり	2
患者の排泄や歩行を援助する方法について知る	なし	—	なし	—	あり	3	あり	1	あり	2
療養や介護の問題について相談する	なし	—	なし	—	あり	3	あり	1	あり	2
自分のための休息时间や、仕事や家事ができる時間がある	なし	—	なし	—	あり	3	なし	—	あり	3
患者の薬の飲み方や薬の飲ませ方について知る	なし	—	なし	—	あり	3	なし	—	あり	2
自分以外の家族と介護や病気について話し合う機会を作る	なし	—	なし	—	あり	3	なし	—	あり	2
宗教や信仰にふれる機会がある	なし	—	なし	—	なし	—	なし	—	あり	2
小さい子どもへ病気のことをどう伝えたらよいかを知る	なし	—	なし	—	なし	—	なし	—	なし	—
改善すべき点があった/必要ありの項目割合(%)	1/9(11%)		3/11(27%)		20/21(95%)		2/16(13%)		4/23(17%)	
改善すべき点が少しあった/必要ありの項目割合(%)	8/9(89%)		8/11(73%)		1/21(5%)		4/16(25%)		18/23(78%)	
改善すべき点がなかった/必要ありの項目割合(%)	0/9(0%)		0/11(0%)		0/21(0%)		10/16(62%)		1/23(5%)	

* 1=改善すべき点はなかった, 2=改善すべき点が少しあった, 3=改善すべき点があった。

ていってもらわなくてはいけない」と表現し、医療システムのなかで不要なものとして扱われた感覚を語っていた。これらの対象者のなかには、同室の患者がプライバシーの保たれない大部屋で医師から転院を促される状況を目の当たりにした経験から自ら転院を希望した者もあり、患者や家族がどのような状況下で、どのような気持ちで意思決定を行ったのかを把握し、コミュニケーションや療養環境の改善に努めていくことが重要であると考えられた。

また、実際に移行を検討し始めてからの段階において、(転院先の不十分な紹介)に困難を感じた対象者2名がそれまで療養していた病院には、いずれも療養支援室などの退院調整の部門を有していたにもかかわらず、対象者は十分な紹介や調整が行われていなかったと感じていた。本研究は、地域がん診療連携拠点病院の要件として相談支援機

能を有する部門の設置が定められる以前に行ったものであり、現在とは情報提供のシステムが変更されている可能性があるものの、患者と家族が終末期の療養場所の選択肢に関してどの程度の情報が得られているかは十分明らかになっていないため、今後は療養場所移行検討時の情報提供に関する実態把握が必要である。

療養場所の移行検討時に緩和ケア病棟という選択肢を知りながらも、(治療もホスピスケアも両方受けたい)という期待をもってA病院での療養を選択していた2名は、ともに緩和ケア病棟入院への抵抗感からA病院を選択しており、抵抗を感じる理由として、緩和ケア病棟への入院が死を待つだけであるとするイメージをもってしたことや抗がん治療継続への希望をあげた、国内の先行研究において、緩和ケア病棟に関するネガティブなイメージは緩和ケ

ア病棟選択の阻害要因となることが明らかにされており²⁴⁻²⁶⁾、本研究の結果と一致していた。緩和ケア病棟への入院が死を待つだけであるというイメージは、実際の緩和ケア病棟の利用後には改善すること⁸⁾が示され、緩和ケア病棟においても抗がん剤治療や放射線治療を行う施設は存在する²⁷⁾が、患者と家族は十分に情報提供を受けていない可能性がある。終末期のがん患者と家族にとって、必ずしも緩和ケア病棟が望ましい療養場所であるとはいえないが、患者や家族が十分な知識をもった上で療養場所を選択できるような情報提供を行うことが重要である。

また、在宅での介護力がなく、緩和ケア病棟での療養を希望しながらも、利用可能な緩和ケア病棟がないために、A病院緩和治療科を選択した対象者もいた。このように、介護力のなさから施設療養を望む患者や家族も存在する²⁸⁻³⁰⁾ため、現在推し進められている介護サービスや在宅緩和ケアサービスの整備や強化だけではなく、緩和ケア病棟も含めた症状緩和が可能な療養施設の増設など、さらなる施設ケアの拡充も必要と考えられた^{31,32)}。

■療養場所移行検討時の家族支援ニーズ

面接調査において、移行検討時に転院先の紹介を十分に受けることができなかったという困難を語った対象者からは、(療養可能な施設に関する冊子)がほしかった、という支援ニーズが語られた。チームでの緩和ケア診療体制が要件として定められているがん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟のある病院、在宅緩和ケアを受けることができる施設に関するデータベース^{33,34)}が整備されてきている一方で、それらの情報を十分に手に入れることのできない家族も存在するため、簡便に配布できるパンフレットなどの製作・活用が求められている可能性が示唆された。また、(移る日の声かけや見送り)や(転院先への医療者の来訪)などを求めた対象者もあり、がんに対する治療を受けた医療者からも、継続して支援を受けることができると感じられるようなかかわりが重要である可能性が示唆された。

また、対象者が面接調査で表出した家族支援ニーズと比較して、質問紙調査における支援ニーズ項目に関しては、多くの項目で改善すべき点があった、と回答したことは本研究において注目すべき点である。面接調査においては「動かなくなったらしょうがないけど」「自分でできる限りは」と発言しながら(動ける間は自分でやろうと思った)と心境を語り、医療者の家族支援はこれ以上不要であると語っていた対象者は、質問紙調査で“自分のストレスやつらい気持ちへの対処法を知る”“患者のこころが楽になる話し方や接し方を知る”ことなどの、家族の精神的な問題への対応や患者へかかわり方に関する情報といった、家族に対する心理支援に関する項目をみて、医療者は家族にこ

のようなかかわりをしてくれるのか、ということに驚きを示した対象者が存在した。この対象者の言葉から、家族は家族自身が医療者の支援の対象となることに気付いていない可能性が示唆された。家族は自分自身のつらさや困難に関して、医療者に過少申告することが海外の先行研究でも指摘されているが^{35,36)}、これらの結果からも、家族は医療者に申告していない、潜在的な家族支援ニーズを有していることが推察された。医療者は、家族からの疑問や不安の投げかけを待つだけではなく、積極的に家族に働きかけ、医療者は患者への身体的援助を提供するだけではなく、家族への心理的援助や情報提供も行うことのできる存在であることを伝え、家族が自らのつらさや困難を申告しやすい環境を作っていくことが重要である。

同時に、家族自身への医療者からの支援は不要と考える対象者も存在する³⁶⁾ため、それぞれの家族の支援ニーズを簡便にアセスメントできるような、アセスメントシートなどの開発を進めていく必要もあるだろう。

■研究の限界と今後の課題

本研究にはいくつかの限界がある。まず、対象者が5名と少なかったことである。また、A病院緩和治療科の医療者が主催する遺族サポートグループの出席者に依頼したという限界がある。サポートグループでの交流のなかで前医療機関への怒りがやわらいだ可能性や、もともと医療者への支援ニーズが高い集団である可能性がある。これらの限界があるものの、本研究は、終末期に一般病棟で療養したがん患者の家族の療養場所の移行の経験を明らかにし、医療者への家族支援ニーズの潜在的な高さを示唆した研究として重要である。今後は、さらに対象を広げて、家族の支援ニーズを幅広く把握する必要がある。

■結 論

終末期に一般病棟で療養したがん患者の遺族の視点から、終末期の療養場所移行の経験と医療者への家族支援ニーズを明らかにした。家族は移行検討時に(見捨てられた)〈これ以上苦しい思いをさせたくない〉〈これ以上ここにいないことができないと感じた〉つらさを語り、実際の療養場所の検討時にも(転院先の不十分な紹介)や(受け入れ先のなさ)についての困難を感じていたことから、療養場所の移行に関するコミュニケーションの改善および、情報提供に関する実態を把握した上で、患者・家族が十分な知識をもった上で療養場所の選択ができるような情報提供のあり方を検討する必要性が示唆された。また、家族は、家族支援ニーズを潜在的に有しているものの、家族に医療者から提供される支援の内容を十分に認知していないため、表出していない可能性が推察された。今後、医療者が

提供可能な家族支援に関するアピールや、家族支援ニーズアセスメントの必要性が示唆された。

文 献

- 1) 松島英介：一般病院における緩和医療の実態。厚生労働省科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業 わが国の尊厳死に関する研究 平成18年度総括・分担研究報告書，43-47頁，2007
- 2) Casarett DJ, Crowley RL, Hirschman KB: How should clinicians describe hospice to patients and families? *J Am Geriatr Soc* 52: 1923-1928, 2004
- 3) Cherlin E, Fried T, Prigerson HG et al: Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: when do discussions occur and what is said? *J Palliat Med* 8: 1176-1185, 2005
- 4) Shiozaki M, Morita T, Hirai K et al: Why are bereaved family members dissatisfied with specialised inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. *Palliat Med* 19: 319-327, 2005
- 5) 厚生労働省 平成17年度 人口動態統計調査2005 (Accessed Sep 10, 2007, Available from: http://www.dhtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2005/toukeihyou/0005545/t0120462/JC050000_001.html.)
- 6) 日本ホスピス緩和ケア協会：2006年度 日本ホスピス緩和ケア協会 年次大会資料，2006
- 7) Morita T, Akechi T, Ikenaga M et al: Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. *Ann Oncol* 15: 1551-1557, 2004
- 8) Morita T, Akechi T, Ikenaga M et al: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23: 2637-2644, 2005
- 9) Osse BH, Vernooij-Dassen MJ, de Vree BP et al: Assessment of the need for palliative care as perceived by individual cancer patients and their families. *Cancer* 88: 900-911, 2000
- 10) Dawson NJ: Need satisfaction in terminal care settings. *Soc Sci Med* 32: 83-87, 1991
- 11) Fukui S: Information needs and the related variables of Japanese family caregivers of terminally ill cancer patients. *Nurs Health Sci* 6: 29-36, 2004
- 12) Hileman JW, Lackey NR, Hassanein RS: Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 19: 771-777, 1992
- 13) Kilpatrick MG, Kristjanson LJ, Tataryn DJ: Measuring the information needs of husbands of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 25: 1347-1351, 1998
- 14) Kristjanson LJ: Validity and reliability testing of the FAM-CARE Scale. *Soc Sci Med* 36: 693-701, 1993
- 15) Kristjanson LJ, Atwood J, Degner LF: Validity and reliability of the family inventory of needs (FIN). *J Nurs Meas* 3: 109-126, 1995
- 16) Taylor EJ: Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs* 26: 260-266, 2003
- 17) Taylor EJ, Mamier I: Spiritual care nursing. *J Adv Nurs* 49: 260-267, 2005
- 18) Weitzner MA, McMillan SC: The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) Scale. *J Palliat Care* 15: 13-20, 1999
- 19) Wingate AL, Lackey NR: A description of the needs of noninstitutionalized cancer patients and their primary care givers. *Cancer Nurs* 12: 216-225, 1989
- 20) Schmidt C: The analysis of semi-structured interviews. In: Flick U, Ernst von Kardorff, Steinke L eds, *A Companion to Qualitative Research*, p253-258, Sage Publications, London, 2004
- 21) Clayton JM, Butow PN, Arnold RM et al: Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer* 103: 1965-1975, 2005
- 22) Schofield P, Carey M, Love A et al: 'Would you like to talk about your future treatment options?' Discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. *Palliat Med* 20: 397-406, 2006
- 23) 渡部ミサヲ，竹前有里子，丸山和恵ほか：緩和ケア病棟への転院に伴う家族の意識。県立がんセンター新潟病院医誌 44(1)：37-41，2005
- 24) Miyashita M, Hirai K, Morita T et al: Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan. *Support Care Cancer* 16(3) : 217-222, 2008
- 25) Miyashita M, Sanjo M, Morita T et al: Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan. *J Palliat Med* 10: 390-399, 2007
- 26) Sanjo M, Miyashita M, Morita T et al: Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts. *Ann Oncol* 18(9) : 1539-1547, 2007
- 27) Matsuda Y, Takamiya Y, Morita T: What is palliative care performed in certified palliative care units in Japan? *J Pain Symptom Manage* 31: 380-382, 2006
- 28) Brazil K, Howell D, Bedard M et al: Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill. *Palliat Med* 19: 492-499, 2005
- 29) Tang ST: When death is imminent: where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. *Cancer Nurs* 26: 245-251, 2003
- 30) Gott M, Seymour J, Bellamy G et al: Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliat Med* 18: 460-467, 2004
- 31) Grande GE, Addington-Hall JM, Todd CJ: Place of death and access to home care services. *Soc Sci Med* 47: 565-579, 1998
- 32) Pritchard RS, Fisher ES, Teno JM et al: Influence of patient preferences and local health system characteristics on the place of death. SUPPORT investigators. Study to understand prognoses and preferences for risks and outcomes of treatment. *J Am Geriatr Soc* 46: 1242-1250, 1998
- 33) 「在宅ホスピスケア実施医療機関のネットワーク化と情報提供」研究事業 末期がんの方の在宅ケアデータベース (Accessed 2007/10/30, Available from: <http://www.homehospice.jp/db/db.php>)
- 34) 国立がんセンターがん対策情報センターがん情報サービス：病院を探す (Accessed 2007/10/30, Available from: http://ganjoho.ncc.go.jp/public/hospital/index.html#02_02.)
- 35) Fridriksdottir N, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S: Important needs of families in acute and palliative care settings assessed with the family inventory of needs. *Palliat Med* 20(4): 425-432, 2006
- 36) Osse BH, Vernooij-Dassen MJ, Schade E et al: Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer Nurs* 29: 378-388: quiz 89-90, 2006



研究プロジェクト④

緩和ケアの質評価・実態調査



宮下光令*



本稿では、緩和ケアの質評価と実態調査について、現在進行中の研究を中心に解説する。緩和ケアの質評価はストラクチャ調査、アウトカム調査（遺族調査）、アウトカム調査（患者調査）、臨床における質保証のための活動（クリニカル・オーディット）に分けて解説する。実態調査については、診療記録（カルテ）調査によって実施されている医療の実態調査と、質問紙調査による医療者の自己評価や知識などに関する調査、緩和ケアの質指標（Quality Indicator：QI）について解説する。それぞれ、現在進行中の調査について述べるとともに、過去におこなわれた重要な調査や開発されてきた尺度についてもレビューする。

はじめに

わが国の緩和ケアを充実させるためには、質の保証のための評価が必要である。わが国での専門的緩和ケアはホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、一部の在宅ホスピスを中心として展開されてきた。ホスピス・緩和ケア病棟に関しては、日本ホスピス緩和ケア協会が2006年に「ホスピ

ス緩和ケアの基準と評価基準」を発刊し、それにもとづく質保証活動がおこなわれつつある¹⁾。緩和ケアチームに関しては、2002年より緩和ケア診療加算が診療報酬に新設され、制度化された。また、わが国のがん診療の均てん化のために今後重要な役割をもつと考えられる「がん診療連携拠点病院」においても、一般病棟において緩和ケアを提供する緩和ケアチームの設置が定められており、その指定要件が1つの基準になると考えられる。また、緩和ケアの質の評価のためには、どのような医療が実施されているかを調査することも重要である。また、医療者が緩和ケアの提供に関して、どの程度の技術や知識をもっているかも重要である。

本稿では、これらについて、筆者がかかわって

KEY WORDS

緩和ケア
質
評価
実態
尺度

* MIYASHITA Mitsunori/東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻成人看護学/緩和ケア看護学分野

いる現在進行中の研究を中心に解説する。緩和ケアの質評価はストラクチャ調査、アウトカム調査（遺族調査）、アウトカム調査（患者調査）、臨床における質保証のための活動（クリニカル・オーディット）に分けて解説する。実態調査については、診療記録（カルテ）調査によって実施されている医療の実態調査と、質問紙調査による医療者の自己評価や知識などに関する調査、緩和ケアのQIについて解説する。それぞれ、現在進行中の調査について述べるとともに、過去におこなわれた重要な調査や開発されてきた尺度についてもレビューする。

1. ストラクチャ調査

Donabedian²⁾は医療の質の評価をストラクチャ・プロセス・アウトカムの3つの次元に整理した。ストラクチャとは適切な緩和ケアを提供するためのソフト・ハード面の整備状況を指すが、わが国では緩和ケア提供のストラクチャの詳細はあまり調査されてこなかった。日本ホスピス緩和ケア協会では、毎年加盟する緩和ケア病棟のストラクチャについて調査をおこなっている³⁾。一般病棟の緩和ケア提供のストラクチャの調査としては、筆者が主任研究者を務める厚生労働科学研究班が調査をおこなった。この調査は2007年9月時点で指定されていた、がん診療連携拠点病院288施設（みなし拠点病院を含む）を対象とし、「緩和ケアチーム」「薬剤部」の緩和ケア提供に関する実態調査をおこなった。この調査の結果、がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの活動実態やかかえている困難、採用薬剤やオピオイド消費量、緩和ケアに関する薬剤部の活動状況・実態などが明らかになった。この調査の結果を活用し、厚生労働省による日本緩和医療学会委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業『がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査』」が2008年3月に実施された。この調査はわが国のがん診療連携

拠点病院における緩和ケアの水準を知り、それを施設や都道府県にフィードバックすることにより、がん診療連携拠点病院における緩和ケアの更なる充実を図ることを目的としている。緩和ケア病棟や在宅ホスピスに関するストラクチャ調査は日本ホスピス緩和ケア協会のものを除いてはあまりおこなわれていないが、後述する2007年に実施された遺族調査の施設背景として、わが国の100の緩和ケア病棟と14の在宅ホスピスの構造面での現状や実施可能な医療、遺族ケアの実態などは調査されており、論文としてまとめられている⁴⁾。

2. アウトカム調査（遺族調査）

緩和ケアの対象となる患者は心身ともに脆弱な患者が多い。終末期となればなおさらである。これらの患者を対象として、アウトカム調査をおこなうことは現実的ではない。したがって、とくに終末期に提供された緩和ケアの評価に関しては、遺族調査によって評価することが国内外で標準的な手法として確立してきた。わが国では、緩和ケア病棟における遺族調査が多施設で系統的になされてきたという歴史がある。最初の多施設遺族調査は1997年におこなわれた⁵⁾⁶⁾。この調査ではSat-Fam-IPCという満足度尺度が作成された。2回目の多施設遺族調査は2001～2003年におこなわれた。この調査ではSat-Fam-IPCの不十分な点を改良し、緩和ケアのストラクチャ・プロセスという側面から提供されたケアを遺族の視点から評価する尺度であるCES (Care Evaluation Scale) が作成された⁷⁾。3回目の遺族調査は2007年におこなわれた。緩和ケア病棟100施設と、在宅ホスピス14施設を含んだ調査である。この調査に先立って、緩和ケアのアウトカム尺度としてGDI (Good Death Inventory) が開発され⁸⁾、調査で利用された。GDIはわが国でおこなわれた、日本人にとっての望ましい死〔終末期のQOL (quality of life)〕に関する大規模な意識調査の結果をもとに作成された⁹⁾。症状や医学的側面だけ

でなく、実存的側面についても幅広く評価することができることが特徴である。このように、遺族調査に関しては、緩和ケア病棟が先行していたが、2007年には初めて多施設の在宅ケア施設も対象として同様の調査がなされた。わが国の緩和ケア病棟の遺族調査に関しては、本特集の志真泰夫先生の記事に詳しく書かれている。一般病院に関しては、2008年3月から筆者が主任研究者を務める厚生労働科学研究 全国の60以上のがん診療連携拠点病院の一般病棟のがん死亡患者の遺族を対象とした調査が進行中である。本調査は5,000人以上の遺族を対象としたわが国で初めての一般病棟のがん遺族を対象とした質評価研究となる予定である。

3. アウトカム調査 (患者調査)

前述のとおり、緩和ケアの対象となる患者を対象としたアウトカム調査は困難が多く、実際に大規模なものはほとんどおこなわれてこなかった。吉本ら¹⁰⁾は緩和ケアチームに紹介された患者の疼痛や呼吸困難などの数項目に限定してに関して調査をおこない、緩和ケアチームの介入効果を実証的に示した。緩和ケアの目的とするQOLの向上に関しては、適切なQOL尺度が存在せず、また既存のQOL尺度は抗がん剤治療などの評価を目的として作成されたものが多いため、質問の内容や分量的に使用しにくいという現状がある。

しかし、患者による緩和ケアの評価は重要である。近年、緩和ケアは早期からの導入の必要性が強調されている。それを受けて、筆者が主任研究者を務める厚生労働科学研究班では、進行がん患者の緩和ケアに関する評価をおこなう尺度を開発中である。開発中の尺度は前述のCES, GDIを患者用に修正したものであり、がん診療をおもにおこなう施設の外来と複数の緩和ケア病棟・緩和ケア外来で調査をおこなっている。また、海外でがん患者を対象に最も多く用いられてきた尺度であるEORTC-QLQ-C30の項目を削った緩和ケア

バージョンであるEORTC-QLQ-C15-PALについても同時にわが国における信頼性・妥当性の検証をおこなっている。これらの研究をとおして、わが国でもとくに進行がん患者をターゲットとした緩和ケアを患者の視点から評価する尺度が2008年には確定できると思われる。2008年中にこれらの尺度を使用した多施設のがん診療連携拠点病院の外来患者を対象とした調査を計画している。

4. 臨床における質保証のための活動 (クリニカル・オーディット)

緩和ケアの質保証のためには調査研究だけでなく、臨床における活動も重要である。英国ではクリニカル・オーディット (日常的な臨床監査) という考えのもとに質保証活動がおこなわれてきた。われわれ¹¹⁾のグループでは英国で用いられたSTAS (Support Team Assessment Schedule) という評価ツールの日本語版 (STAS-J) を作成した。STAS-Jは医療者が評価する代理評価という手法をとるため、終末期や認知機能が低下した患者に対しても評価がおこなえるという利点をもつ。STAS-Jは症状面の評価が不十分であったため、臨床からの要求もあり、STAS-J症状版の作成と評価者間信頼性の検討をおこなった¹²⁾。STAS-Jに関しては日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の助成を受け、数度の教育型ワークショップをおこなって普及を図り、臨床で活用事例が学会などで多数報告されるようになった。それを受け、臨床での活用事例を報告するワークショップを2回開催した。STAS-Jのスコアリングマニュアルも第3版が発行された。これらのSTAS-Jのワークショップの記録やスコアリングマニュアルに関してはSTAS-Jのホームページ (<http://plaza.umin.ac.jp/stas/>) を参照されたい。また、STAS-J症状版を利用して緩和ケアチームの介入評価などもおこなわれている¹³⁾。

5. 実態調査 (1) 診療記録 (カルテ) 調査

緩和ケアの質の評価のためには、どのような医療が実際に実施されているかを知ることが重要である。これはDonabedian⁹⁾の定義によるとプロセスに近い考えである。プロセスとは「すべきことがおこなわれているか」ということを意味する。わが国では、終末期輸液などに関する診療記録 (カルテ) 調査がおこなわれてきたが、包括的な緩和ケアに関する診療記録調査はおこなわれてこなかった。われわれのグループでは、2006年に1つのがん診療連携拠点病院における一般病棟と緩和ケア病棟で診療記録調査をおこない、おこなわれている医療・ケアの違いを報告した¹⁰⁾。2008年には日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の助成を受け、全国の緩和ケア病棟でおこなわれている医療・ケアの多施設診療記録調査をおこなう予定である。

6. 実態調査 (2) 医療者の自己評価・知識

プロセスに関する評価の1つとして「望ましいと考えられる医療がおこなわれているか」を調査という方法がある。しかし、これは実際にはむずかしい。そこで、医療者の緩和ケア提供に対する自信などの自己評価や知識を調査し、それが高いほど、質の高い緩和ケアが提供されていると考えることができる。自己評価にはおのずと限界があるが、知識に関しては比較的客観的に評価することが可能である。そこで筆者が主任研究者を務める厚生労働科学研究班では、まず緩和ケアチームの医師・看護師に対して、医療者の自己評価に関する調査を2007年におこなった。この調査の結果、専門的緩和ケアを提供すべき緩和ケアチームの構成員であっても、必ずしも自己評価は高くなく、自信をもって緩和ケアを提供できていないという実態が明らかになった。専門家向けの教育

の充実が必要である。また、本特集の別稿にある「戦略研究」においても予備調査として2007年に介入地域の医療者の緩和ケアに関する自己評価を調査した。その結果、病院の医師は若干自己評価が高いものの、十分な数字とはいえず、とくに病院の看護師で自己評価が低いことが明らかになった。一般の医療者に対する教育も重要な課題である。これらとは別に厚生労働省の委託事業として、日本医師会による「がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査」が2008年の1月におこなわれた。この調査は約27万人の医師を対象としており、わが国のほとんどの医師を網羅するものである。およそ10万人の医師からの回収が見込まれている。調査項目は、緩和医療やがん患者の在宅診療に対する意向、緩和ケアに関する自己評価、がん緩和ケアのためのシステム整備のための要望、緩和ケアに関する知識などである。緩和ケアに関する知識に関しては「戦略研究」のために作成された知識尺度が用いられている。これらの調査を通じて、わが国の医療従事者の自己評価や知識の実際を知り、今後の緩和ケアに関する教育のストラテジーを立てることが期待されている。

7. 実態調査 (3) 緩和ケアのQuality Indicator (QI)

近年、緩和ケアの質評価として簡便にデータを収集できるQIという考えにもとづく調査が欧米を中心におこなわれている¹⁵⁾。緩和ケアのQIはがん登録や米国のMedicareなどのデータベースにもとづくものと、診療録調査にもとづくものに大別される。われわれのグループではデルファイ法を用いて、診療記録調査によるQIの検討と実測をおこなってきた¹⁶⁾¹⁷⁾。がん医療のQIに関しては、2006年より厚生労働科学研究「がん対策における管理評価指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」班が組織され、エビデンスや診療ガイドラインにもとづいた、各臓器別のがん医療のQIが作成されている。筆者はこの研究班に

緩和ケア領域の担当として参加し、2007年に新たにデルファイ調査をおこなって、さらに洗練された診療記録から収集するQIの開発をおこなった。2008年にはパイロット的な測定がおこなわれる予定であり、今後多施設に展開されることが期待されている。わが国では、がん登録の不十分さやレセプトなどのデータベースの利用可能性から、データベースにもとづくものは今後検討されるべき課題である。また、「戦略研究」とも関連して、地域の緩和ケアの水準を測定する「地域QI」の開発もおこなわれている。

おわりに

本稿では筆者がかかわっている研究を中心に、わが国の緩和ケアの質評価・実態調査について現在進行中の研究についてレビューをおこなった。遺族調査などは方法論が確立しつつあるが、全体としては質評価については、これからの課題が多い。現在は質評価のためのツールを開発することに重点が置かれている。今後は開発されたツールを利用し、調査の結果を臨床にフィードバックして、今後の改善を図るというサイクルを回すことが課題である。質評価に関しては、多施設研究に参加することが、全国のなかでの自施設の位置を知り、比較検討できるという点でも有益であり、大規模なデータが得られることは、質に関連する施設要因などを検討することができるという利点ももつ。しかし、各施設で単独で質評価をおこない、自施設の改善点を知ることがも有益であろう。質評価は継続的におこなうことが重要である。各施設で調査をおこなう場合にも、全国的に使用されている信頼性・妥当性が保障されたツールを用いることは重要である。過去の研究との比較が可能となり、情報としての価値が増すことになる。筆者が本稿で紹介した研究やツールに関しては、開発中のものも含めて、筆者に問い合わせをいただければ、可能なかぎり臨床で活用できるように配慮する予定である。調査にはノウハウもあ

るので、その提供も可能である。関心をもった領域があれば、是非問い合わせさせていただきたい。

文献

- 1) 日本ホスピス・緩和ケア協会：ホスピス緩和ケアの基準と評価基準 [cited 2008 Mar 30]. Available from : <http://jcqhc.or.jp/>
- 2) Donabedian A : The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260 : 1743-1748, 1988
- 3) 日本ホスピス緩和ケア協会：日本ホスピス緩和ケア協会2006年度年次大会資料。2006
- 4) Miyashita M, Morita T, Tsuneto S *et al* : The Japan HOspice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study) : Study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Med* (in press)
- 5) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T : Quality Audit Committee of the Japanese Association of Hospice and Palliative Care U. A scale to measure satisfaction of bereaved family receiving inpatient palliative care. *Palliat Med* 16 : 141-150, 2002
- 6) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T : Quality Audit Committee of the Japanese Association of Hospice and Palliative Care U. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med* 16 : 185-193, 2002
- 7) 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
- 8) 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
- 9) Miyashita M, Sanjo M, Morita T *et al* : Good death in cancer care : a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090-1097, 2007
- 10) 吉本鉄介, 石野由樹, 久田純生ほか：一般病院における専従緩和ケアチームの身体症状マネジメント能力。緩和医療学 7 : 301-308, 2005
- 11) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T *et al* : Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). *Palliative & Supportive Care* 2 : 379-385, 2004
- 12) Miyashita M : *al. e.* Inter-rater reliability of proxy

- simple symptom assessment scale between physician and nurse : A hospital-based palliative care team setting. *European Journal of Cancer Care* (in press)
- 13) Morita T, Fujimoto K, Tei Y : Palliative care team : the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage* 29 : 458-465, 2005
- 14) Sato K, Miyashita M, Morita T *et al* : Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan : a retrospective chart review. *Support Care Cancer* 16 : 113-122, 2008
- 15) 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也ほか : 緩和ケアのQuality indicator. *Palliative Care Research* 2 : 401-414, 2007
- 16) Miyashita M, Nakamura A, Morita T *et al* : Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified delphi method in Japan. *Am J Hosp Palliat Care* 25 : 33-38, 2008
- 17) Sato K, Miyashita M, Morita T *et al* : Feliability assessment and findings of a newly developed quality measurement instrument : quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review at a Japanese regional cancer center. *J Palliat Med* (in press)



研究プロジェクト⑩

緩和ケア臨床・研究・教育ホームページ・プロジェクト



宮下光令* 草島悦子*



本プロジェクトでは、緩和ケアの臨床・研究・教育にかかわるツールを1つのホームページに集約し、データベース化することによって、臨床家や研究者で共有していくことを目的としている。2008年3月現在では【アセスメント/評価】【教育】【ガイドライン等】の計54のツールがデータベース化されている。ホームページのアドレスは<http://www.pcpkg.umin.jp>である。本ホームページはまだ発展途上である。今後は是非、自薦・他薦によってデータベースを充実させ、より多くのツールを掲載し、わが国の緩和ケアの臨床に携わるもの同士で情報を共有、修正することによって、より充実した患者・家族へのケアにつなげていきたいと考えている。

はじめに—本プロジェクトの背景

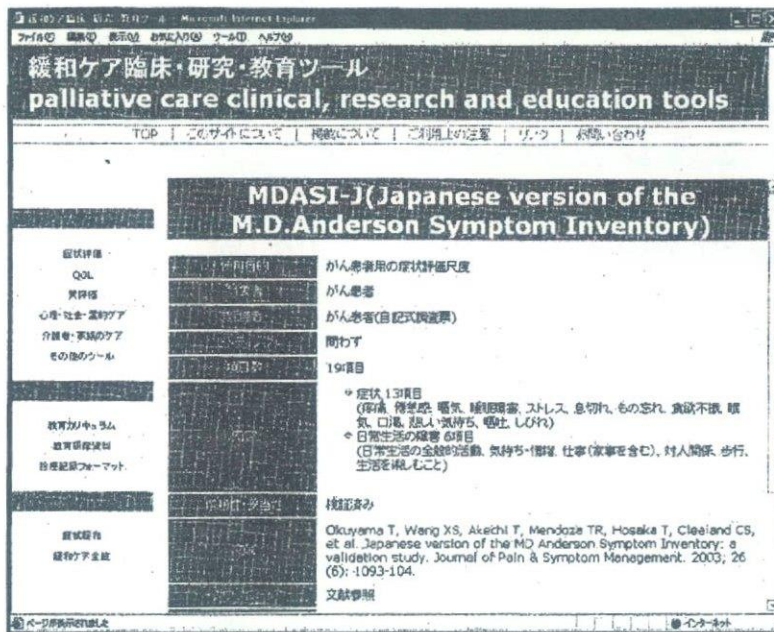
本プロジェクトは緩和ケアの研究・臨床・教育にかかわるツールを1つのホームページに集約し、データベース化することによって、臨床家や研究者で共有していくことを目的としている。緩和ケアに関する研究を計画するときに、重要な

が評価項目の決定である。通常は文献検索などをおこない、先行研究などをもとに評価項目を決定する。その際に、日本語版が存在し、信頼性・妥当性が保証されているものを選択するのが望ましい。しかし、緩和ケアに関する雑誌は多岐にわたるため、その分野に慣れていないと文献検索によって評価項目を決定するだけでも一苦勞である。日本語版が存在し、その信頼性・妥当性が保証されている尺度のデータベースがあれば、その苦勞が軽減されることはいうまでもない。従来は複数の候補となる尺度を取り寄せて、その論文を読むことによって判断をせざるを得なかった。尺度名だけで、どのような項目があるのかも論文のタイトルだけではわからないことは少なくなかったし、

KEY WORDS

緩和ケア
研究
評価
尺度
データベース

* MIYASHITA Mitsunori, KUSAJIMA Etsuko/東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻成人看護学/緩和ケア看護学分野



図① 緩和ケア臨床・研究・教育ツールのホームページ
(<http://www.pcpkg.umin.jp>)

原版を手に入れるためには原著者に連絡を取るのに時間がかかるなど、必ずしも効率的とはいえなかった。尺度を作成する立場の研究者においても、自らが作成した尺度が広く利用され、使用経験が積まれることは研究者としても社会貢献できるうれしさだけでなく、その尺度の性質や欠点などが明らかになり、今後の改良につなげることができると有用である。

上記の緩和ケアの研究のための評価尺度は臨床でのアセスメントにも使用できる。たとえば、疼痛の評価尺度（ペインスケール）やSTAS-J（Support Team Assessment Schedule）などである。臨床家にとっても、このようなデータベースの存在は、より信頼性の高いアセスメントツールを簡便に入手することができるという点で有用であろう。また、緩和ケアの研究だけでなく、臨床や教育に関するツールのデータベース化も重要である。たとえば、疼痛緩和に関するパンフレット、医療用麻薬に関するパンフレット、緩和ケアの啓発に関するパンフレットなどの各種パンフレット

が、各病院で個別に作成されて用いられている。これらはほぼ同一の内容であるにもかかわらず、各施設の担当者の努力によって作成され、活用されている。緩和ケアの教育に関しても同様であり、それぞれの病院で個別に教育カリキュラムが作成され、またそれぞれの教育者が個別にスライドを作成して講義をおこなっている。教育に関しても、内容的にはほぼ同一のものが、個々の努力によって作成され、活用されている。効率性を考えると、これらのツールは多くの部分で共有することが可能である。必要であれば、それを雛型として、個々の施設や教育の目標、対象によって修正して用いればよい。しかし、現在までこれらをまとめたデータベースは存在しなかった。

そこで、本プロジェクトでは、緩和ケアの研究・臨床・教育に役立つツールをデータベース化し、簡単にそれらの説明を加えるとともに、可能な限り、それらをダウンロードできるようにした（図①）。これによって、緩和ケアの研究の効率的な実施や、緩和ケアの臨床・教育に関するツ