

の中で万遍なく実施できるように計画できればよいと思われる。

講義の内容では、わかりやすさが比較的低かったものは、緩和ケアで使用するツール、痛みの評価とオピオイド、嘔気・嘔吐、スピリチュアルケアであった。これらは、「耳慣れない評価ツール」を使用する、在宅では出会う頻度が必ずしも高くない（腸閉塞による嘔気嘔吐）、領域自体が必ずしも容易ではない（スピリチュアルケア）ことを反映していると考えられる。嘔気・嘔吐は「難しい」と回答したものが比較的多く、疼痛と比較して、体験する頻度が参加者全体としては必ずしも多くないことを反映している可能性がある。また、痛みの評価とオピオイド、呼吸困難では「時間が短い」評価が多く、多くの内容を含んでいたことを反映している。有用性が高かったものは、痛みの評価とオピオイド、突出痛、オピオイドの副作用、看取りのケア・在宅で使用できる薬物であり、地域で困難に生じる頻度が高いものであることが予測される。以上から、地域を対象として緩和ケアの講義を行う場合、疼痛の評価、オピオイド、突出痛、オピオイドの副作用、呼吸困難、在宅で使用できる薬物を含む看取りのケアを含むことは有用であり、複雑な評価尺度、嘔気・嘔吐、スピリチュアルケアなど参加者が不慣れであることが予測される領域を講義に含む場合には、時間を長くする、わかりやすい資料を作成するなど工夫をすることが必要であることが示唆される。

本プログラムでは、講義の内容を録画してホームページで見ることができるようには作成したが、参加者のうち、ホームページのビデオを見たことがある者は30%に過ぎなかった。ホームページを見たことがない理由は、毎回、アナウンスをしているにもかかわらず、半数が「知らなかった」であり、ホームページによる教育ツールの普及は、マテリアルの内容とともにそのアナウンス方法の充実さにも依存することが示唆された。

グループディスカッションは、総じて有用であると評価され、特に、レクチャーで得た知識

をより少人数で質問したり、実際の症例を通して強化する場とされていた。「時間が短い」と評価した参加者が多く、特に、スピリチュアルケアでは半数の参加者が「短い」と評価していた。また、人数は8~12名ではやや多く、多職種をさらに希望する傾向が一貫していた。すなわち、グループディスカッションを行う場合には、75分を標準と考えると精神的問題などを話し合う場合にはより長く設定し、また、人数を10人以下に抑えながらも多職種にするといった工夫が有用性をより高めると考えられる。

高い有用性を得たグループディスカッションのテーマには一定の傾向があった。すなわち、実技を含むもの（口腔ケア、理学療法、褥瘡）、特殊な知識を要領よく短時間に得られるもの（神経ブロック、ノバミンによる副作用に気づく方法、スピリチュアルケア）、ロールプレイなどでパンフレットなど具体的なツールを使用するもの（レスキューの使い方など）、倫理的問題や対応が難しい事例の症例検討（怒りへの対処、呼吸が止まりそうな時の症状緩和）、「早期からの在宅サービスの利用」に関係したものの、および、参加者が提示した困難事例であった。これらのテーマは参加者の関心が高く、地域でグループディスカッションを基にした緩和ケアセミナーを行う場合には積極的に取り入れることにより参加者はより有用であると感じられると思われる。

本プログラムにおいて、印象的であった現象は、セミナーそのものが地域医療者の「関係づくりの場」となったことである。フォーカスグループでは、緩和ケアセミナーは「交流の場でもある」という意味づけがされており、また、「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したりした体験が報告された。また、グループディスカッションの経過中に、参加者から「グループワーク」として毎回同じテーマを扱いたいという自発的な交流の場を設けてほしいとの申し出があった（表1、「早期から在宅の利用を勧めるツールを考える」）。「セミナー自体を自分の施設で行うやり方の参

考になる」との意見もセミナーが単に「聴いて帰る」だけのものではなく、地域の他の場所に影響を及ぼしうることが示唆される。すなわち、地域におけるセミナーでは、単に知識や技術の提供という役割以外にも、「普段顔を合わせない多職種が顔を合わせる」ことによって地域全体に緩和ケアが普及する効果があることが示唆される。

本研究の限界として、本研究は緩和ケアセミナーの実施可能性を有用性の点から評価したものであり、セミナーが参加者の知識や実践、および、患者のアウトカムに変化をもたらしたかを評価することはできない。これらの課題は、今後、明らかにされるべきである。また、評価は質問紙の任意の提出により行ったことと、講義のみ受講した場合には中途退室となり質問紙の提出機会がなかったことから回収率が70%であるため、未回答の参加者の意見は反映されていない。

まとめ

OPTIMによる講義とグループディスカッションを組み合わせたセミナーは、参加者から有用であると評価されていた。講義の内容としては、疼痛の評価、オピオイド、突出痛、オピオイドの副作用、呼吸困難、在宅で使用できる薬物を含む看取りのケアが有用であると評価されていた。グループディスカッションでは、実技を含むもの、特殊な知識を要領よく短時間に得られるもの、ロールプレイなどでパンフレットなど具体的なツールを使用するもの、倫理的問題や対応が難しい事例の症例検討、「早期からの在宅サービスの利用」に関係したもの、および参加者が提示した困難事例の有用性が高かった。また、セミナーは、緩和ケアの知識・技術の獲得のみならず、「地域の多職種の交流の場」としても重要であると位置づけられていた。

今後、これらの患者アウトカムへの評価や、他の方法との比較など、地域での緩和ケアセミナーのよりよい方法に関する研究が行われる必要がある。

謝辞

本研究は厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業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」により行われた。また、本プロジェクトにあたり、セミナーの準備にご協力くださった数多くの関係者の先生方にお礼を申し上げます。

文献

- 1) 片山 壽・監著：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。東京、篠原出版新社、2008
- 2) 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子, 他・編：がん患者の在宅療養サポートブック：退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント。東京、日本看護協会出版会、2007
- 3) 吉田利康：がんの在宅ホスピスケアガイド。東京、日本評論社、2007
- 4) 日本医師会：がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査－報告書－。東京、2008
- 5) 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」：対象地域に対する予備調査。http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html
- 6) 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
- 7) 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. http://www.thecochranelibrary.com. 2007
- 8) 木澤義之：II 緩和ケアの教育と研修。3. 日本緩和医療学会 PEACE プロジェクトーがん診療に携わるすべての医師が基本的な緩和ケアを実施できるようにー。ホスピス緩和ケア白書 2009 : 24-30, 2009
- 9) 竹之内沙弥香, 田村恵子：II 緩和ケアの教育と研修。5. End-of-Life Nursing Education Consortium Japan (ELNEC-J) 指導者養成プログラム。ホスピス緩和ケア白書 2009 8-42, 2009
- 10) 丸本美幸, 平岡充江, 大和浩之, 他：中国労災病院の緩和ケアの現状～緩和ケア研究会・緩和ケア学習会の活動状況～。中国労災病院医誌 13 : 80-82, 2004
- 11) 小西洋子, 神林祐子, 岡田耕二, 他：「京都府がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修

II. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 付帯研究のまとめ

会」成果の評価について，第14回日本緩和医療学会学術大会，大阪，2009.6.19～20
12) 小穴正博，林裕家，大井裕子，他：地域ホス

ピス・緩和ケア研修セミナーの有用性の検討，
第14回日本緩和医療学会学術大会，大阪，
2009.6.19～20

※

※

※

生活のしやすさ質問票 第3版を用いた外来化学療法患者の症状頻度・心理社会的ニードおよび専門サービス相談希望の調査

【目的】

近年、外来化学療法を受ける患者が増加し、1 外来化学療法患者では、身体的・精神的なものだけではなく、幅広いニードを有していることが報告されている。2-6 これらのニードを治療段階からの確に認識することは外来化学療法を継続していくための適切なサポート体制を築いていくために重要である。われわれは外来化学療法を行っている患者に対して自己記入式質問票を用いた症状のスクリーニングを通常診療の一貫として行い、外来化学療法患者の症状や心理社会的ニードの頻度を明らかにした。7, 8 自己記入式質問票はスクリーニングツールとして有用であったが、1) 評価ツールの一部の項目(口腔内症状)が独自のものであり、妥当性が十分に確認されたものでない、2) 症状の強さは必ずしも症状緩和のニードと一致しないため簡便な身体症状緩和ニードのスクリーニング質問が必要である、3) 緩和ケア・医療相談・在宅支援などの医療・福祉リソースの必要性に関する質問が不十分である、といった課題が明らかにされた。このことから、自己記入式質問票の改定を行い、1) 症状評価ツールの一部を妥当性が確認されたものに変更、2) 身体症状緩和のニードを1項目で質問する調査項目を追加、3) 専門サービスへの相談希望を追加の3点の変更を行った。

本研究の目的は、外来化学療法を受けるがん患者の症状頻度およびニードに関して改定した自己記入式質問票(生活のしやすさ質問票 第3版)を用いて、1) 身体症状・気持ちのつらさ・心理社会的ニードを明らかにすること、2) 身体症状緩和ニードのスクリーニング質問の感度・特異度を明らかにすること、3) 緩和ケアチーム・医療相談・在宅支援の専門サービスへの相談希望頻度を明らかにすることである。

【方法】

本研究は、通常診療の一環として収集された質問票の解析である。

対象

平成21年6月から平成22年3月までの期間に、聖隷三方原病院において外来化学療法を新規に開始された全てのがん患者を連続的に対象とした。

方法

対象者に対し通常診療の一環として、受診毎に外来看護師により質問票が配布され、記入を求めた。

調査項目

調査項目は、自己記入式質問票により、1) 身体症状・気持ちのつらさ・心理社会的ニード、2) 身体症状緩和ニードのスクリーニング質問、3) 緩和ケアチーム・医療相談・在宅支援の専門サービスの受診希望を網羅した。あわせて、「現在、気がかり・心配に思っていること」の自由記載を含めた。

身体症状は、8つの身体症状(最も強い痛み、最も弱い痛み、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲不振、嘔気)の強さを M.D. Anderson Symptom Inventory 日本語版(MDASI-J) 9に準拠した0-10の11段階評価によって評価した。嘔吐・口腔内の問題は、CTCAE v3.0日本語訳10を基にして独自に開発した0-3の4段階評価によって評価した。気持ちのつらさは、気持ちのつらさ寒暖計を用いた、0-10の11段階評価によって評価した。気持ちのつらさの寒暖計は、がん患者における適応障害および大うつ病に対する診断補助ツールとして信頼性・妥当性が示されている。11-13睡眠障害に関しては、よく眠れる・だいたい眠れる・眠れないの3段階評価で評価した。心理社会的ニードは、病状・経済面・日常生活・通院に関する問題の有無を「あり」「なし」で質問した。また、開かれた質問による、現在の気がかり・心配に関する自由記載を調査した。身体症状緩和ニードのスクリーニング質問は、Support Team Assessment Schedule 日本語版(STAS-J)を基にして独自に開発した0-4の5段階評価(0:「症状なし」、1:「現在の治療に満足している」、2:「それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい」、3:「我慢できないことがしばしばあり対応してほしい」、4:「我慢できない症状がずっと続いてい

る])によって評価した。緩和ケアチーム・医療相談・在宅支援の専門サービスへの相談希望の有無を「あり」、「なし」で質問した。生活のしやすさ質問票は、http://gankanwa.jp/region/hamamatsu/pdf/life_a4.pdfより閲覧可能である。対象者背景として、診療録の記載より対象の年齢・性別・原発巣を収集した。

統計学的解析

各症状の強さに関しては、先行研究7,8から以下のように分類した。MDASI-Jに準拠した各身体症状(疼痛に関してはもっとも強い痛みを解析対象とした)に関しては、4-6、7-10をそれぞれ中等度、重度の症状とし、CTCAE v3.0日本語訳を基にした各症状に関しては、2を中等度、3を重度とした。気持ちのつらさに関しては、先行研究11, 12から5以上を「あり」と判断した。睡眠に関しては、「眠れない」を「あり」と判断した。また、心理社会的ニードおよび専門サービスへの相談希望に関しては各項目チェックがあれば「あり」と判断した。

症状、心理社会的ニード、専門サービスへの相談希望の頻度に関しては度数分布を計算した。また、中等度以上の症状頻度が7%以上の症状に関して、各背景の違いによる中程度以上の症状の頻度を比較した。各背景に関して、年齢・性別は2つの群(年齢:75歳以下・76歳以上、性別:男性・女性)に、原発巣に関しては頻度の多い、肺・乳腺・消化器(胃・大腸・小腸・肝臓・膵臓・胆道)の3群に分類した。単変量解析に関しては χ^2 乗検定を行い、Pが0.05以下であった場合、統計学的に有意とした。各評価項目に対する交絡因子の影響を検定するためにロジスティック回帰モデルを用いた多変量解析を行った。また、いずれかの身体症状(疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲、嘔気、嘔吐、口腔内症状)の強さが中程度以上、または、重度以上を基準とし、「身体症状緩和ニードのスクリーニング質問」の感度・特異度を求めた。解析は、SPSS for Windows ver 19を用いて行った。

【結果】

研究実施期間中に464例の新規外来化学療法開始があり、そのうち455例(98%)の患者から質問票が回収された。のべ2854件の質問票が回収された。対象者の平均年齢は66歳、原疾患としては、肺・乳腺・大腸・胃が多かった(表1)。

身体症状・気持ちのつらさ

中等度以上の頻度が高い症状としては、疼痛(17.4%)、倦怠感(15.5%)であった。気持ちのつらさが「あり」と判断されたのは15.6%であった(表2)。

表3に対象者背景と中等度以上の症状頻度の高い主要症状の関連を示す。疼痛は若年者、男性、消化器がんで有意に多く、呼吸困難は肺がんで有意に多かった。また、しびれは消化器がん・乳がんで有意に多かった。

心理社会的ニード

病状・経済面・日常生活・通院についてのニードは、それぞれ、7.2%、0.7%、1.6%、0.9%であった(表2)。また、自由記載欄には47.5%で記載があった。いずれの心理社会的ニードの項目にも記載がないもののうち45%では自由記載欄に記載があった。

身体症状緩和ニードと身体症状の強さの関連

身体症状緩和ニードは、16.6%が2(それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい)、5.6%が3(我慢できないことがしばしばあり対応してほしい)、0.8%が4(我慢できない症状がずっとつづいている)であった(表2)。

いずれかの身体症状の強さが中等度もしくは重度であることに対して、身体症状緩和ニードの強さの異なるcut-off値で感度および特異度を検討した(表4)。Cut-offを3以上とした場合、中等度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、それぞれ、0.21、1.00、重度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、0.43・0.98であった。一方、cut-offを2以上とした場合、中等度以上の症状の有無に対する感度・特異度は、0.53、0.90であった。重度以上の症状の有無に対する感度は、0.68、0.82であった。

専門サービスへの相談希望の頻度

緩和ケア・医療相談・在宅支援の各サービスへの相談希望は、それぞれ3.5%、0.2%、0.4%であった(表2)。このうち、緩和ケアサービスへの相談を希望する人では、すべての症状、心理社会的ニードの項目で中程度以上の症状またはニードがある比率が高かった(表5)。

【考察】

本研究は、生活のしやすさ質問票 第3版を用いて外来化学療法患者の症状およびニードを調査した初めての研究である。本研究で示された重要な結果は3つある。

まず1つ目の重要な結果は、外来化学療法患者の頻度

の高い症状が明らかになった。今回、頻度が多かった症状は、疼痛・倦怠感・気持ちのつらさであった。この3つの症状は同様の患者群を対象とした先行研究においても頻度が高いと報告されており、4, 7, 8外来化学療法患者を担当する医療チームはこの3つの症状に対する評価と対応を行っていくことが特に重要な役割であると考えられる。

2つ目の重要な結果は、身体症状緩和のニーズをスクリーニングするための1項目の質問の有用性が示唆された。今回の調査では、身体症状緩和ニーズのcut-offを2（それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい）以上とした場合、重度以上の症状強度の有無に対する感度は0.68、特異度は0.82であった。これまでの先行研究の結果より、症状の強さ、治療のニーズ、治療に対する満足度はそれぞれ異なる概念であり、症状の強さと治療への満足度が必ずしも一致しないことが報告されており、14-17この結果はそれらの報告と合致している。すなわち、身体症状緩和のニーズがある患者ではいずれかの身体症状が重度である一方で、症状の強さが重度であっても身体症状緩和を希望しない患者が少なくないことが今回の研究でも示された。これは、1) 治療薬による副作用や薬物依存に対する誤解に起因する恐れや「訴えの少ない方が良い患者」という考えが症状緩和へのバリアとなること、18 2) 同じ強さでも症状が一過性であるため症状緩和の希望が強くない場合もあることが考えられる。このような症状の強さは強いが、症状への対応のニーズは高くない例は注意深くフォローアップをしていく必要があるため、症状の強さだけではなく、症状緩和のニーズに関する質問を用いることで、より臨床的に重要な情報が得られると考えられる。

3つ目の重要な結果は、外来化学療法患者では医療相談や在宅療養支援サービスへの相談希望はほとんど見られなかった一方で、一定の割合で緩和ケアサービスへの相談希望があることがわかった。これは、外来化学療法に通院できている患者群では比較的ADLが保たれており、今回の調査でも、経済面、日常生活、通院に関する心理社会的ニーズは、それぞれ0.7~1.6%と少なかったことと合致している。一方、今回の対象での緩和ケアサービスへの相談希望は3.5%（年間99件）と決して多くはないが無視できない割合であった。さらに、緩和ケアサービスへ相談を希望する例では希望しない例と比較して、すべての症状および心理社会的ニーズの頻度が有意に高

いことが示された。このことから、緩和ケアサービスを希望する患者は複雑な身体・心理・社会的ニーズを持っていることが指摘できる。また、緩和ケアサービスへの紹介は遅れる傾向にあることから考えて、19 複雑なニーズを持った患者をより早期にスクリーニングできることは有用であると考えられる。相談希望があるが、希望が伝わらないため緩和ケアサービスの介入が遅れてしまうことを避けるためにも、外来化学療法中から緩和ケアサービスへの相談希望をスクリーニングすることが重要であると考えられる。

本研究ではいくつかの限界がある。まず、一施設での調査であり、他施設の外来化学療法患者に対して今回の結果があてはめられない可能性がある。次に、すべての外来化学療法患者が調査されているわけではないため、結果が実際の状況を正確に反映できていない可能性がある。しかし、回答していない患者は全体の2%と非常に少なく、結論に影響はしないと考えられる。また、癌腫・病期など背景因子が様々である患者群を含んでいるため今回の結果を一般化できない可能性がある。しかしながら、外来化学療法の適応はさまざま、今後も適応が広がっていく可能性があり、外来化学療法に通院している不均一な患者群におけるニーズを認識することが、質の高い支持治療にとって不可欠であるため、重大な限界にはならないと考えられる。4つ目として、一部の調査項目が独自に開発したものである点がある。しかしながら、これらの項目は既存の標準性が検討されたものを基に開発され、かつ嘔吐回数など客観的な指標に関する評価であり、今回の研究結果に大きな影響は与えないと考えられる。

【結論】

本研究では、外来化学療法患者が抱える主要な症状は疼痛・倦怠感・気持ちのつらさであること、身体症状緩和ニーズのスクリーニング方法として1項目の質問が有用であること、複雑なニーズを抱えている患者は多くはないが緩和ケアサービスを希望することがわかった。生活のしやすさ質問票 第3版は外来化学療法患者の症状・ニーズのスクリーニングツールとして有用であることが示された。今後は、今回の結果および生活のしやすさ質問票 第3版の有用性が一般化できるかを多施設研究で検討する必要がある。

【引用文献】

1. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, et al: Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 22: 315-21, 2004
2. Bang SM, Park SH, Kang HG, et al: Changes in quality of life during palliative chemotherapy for solid cancer. *Support Care Cancer* 13: 515-21, 2005
3. Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ: Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncol* 24: 3490-6, 2006
4. Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, et al: The physical and psycho-social experiences of patients attending an outpatient medical oncology department: a cross-sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 8: 73-82, 1999
5. Schonwetter RS, Roscoe LA, Nwosu M, et al: Quality of life and symptom control in hospice patients with cancer receiving chemotherapy. *J Palliat Med* 9: 638-45, 2006
6. Whitmer KM, Pruemer JM, Nahleh ZA, et al: Symptom management needs of oncology outpatients. *J Palliat Med* 9: 628-30, 2006
7. 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, 2007
8. 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
9. Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al: Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: a validation study. *J Pain Symptom Manage* 26: 1093-104, 2003
10. Japanese translation of common terminology criteria for adverse events (CTCAE), and instructions and guidelines. *Int J Clin Oncol* 9 Suppl 3: 1-82, 2004
11. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al: Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 97: 2605-2613, 2003
12. Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 29: 91-99, 2005
13. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al: Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 82: 1904-8, 1998
14. Beauregard L, Pomp A, Choiniere M: Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anaesth* 45: 304-11, 1998
15. Beck SL, Towsley GL, Berry PH, et al: Core aspects of satisfaction with pain management: cancer patients' perspectives. *J Pain Symptom Manage* 39: 100-15, 2010
16. Carlson J, Youngblood R, Dalton JA, et al: Is patient satisfaction a legitimate outcome of pain management? *J Pain Symptom Manage* 25: 264-75, 2003
17. Ward SE, Gordon DB: Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: a longitudinal view of one setting's experience. *J Pain Symptom Manage* 11: 242-51, 1996
18. Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, et al: Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. *Scand J Caring Sci* 23: 190-208, 2009
19. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, et al: Late Referrals to Palliative Care Units in Japan: Nationwide Follow-Up Survey and Effects of Palliative Care Team Involvement After the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage* 38: 191-196, 2009

表1 対象者背景

	% (n)
年齢 (歳 ± SD)	66.2 ± 10.4
性別	
男性	56% (255)
女性	44% (200)
原発巣	
肺	35.6 (162)
大腸・直腸	16.3 (74)
乳腺	14.7 (67)
胃	13.0 (59)
胆嚢・胆管・膵臓	7.0 (32)
前立腺	3.1 (14)
肝臓	2.4 (11)
卵巣・子宮	2.0 (9)
血液	1.1 (5)
その他	4.8 (22)

SD: 標準偏差

表2 症状・心理社会的ニード・相談希望の頻度

	頻度(%)		
	中等度	重度	合計
身体症状			
疼痛	12.3	5.1	17.4
しびれ	5.8	3.1	8.9
眠気	7.4	1.8	9.2
倦怠感	12.5	3.0	15.5
呼吸困難	5.6	1.6	7.2
食欲	6.0	3.0	9.0
嘔気	2.8	0.9	3.7
嘔吐	1.2	0.2	1.4
口腔内症状	3.2	1.4	4.6
気持ちのつらさ	15.6		
睡眠障害			5.4
心理社会的ニード	7.2		
病状	0.7		
経済面	1.6		
日常生活	0.9		
通院			
専門サービスへの相談希望			
緩和ケア	3.5		
医療相談	0.2		
在宅支援	0.4		
身体症状緩和のニード			
0：症状なし / 1: 現在の治療に満足している			77.0
2：それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい	16.6		
3：我慢できないことがしばしばあり対応してほしい			5.6
4：我慢できない症状がずっと続いている			0.8

疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲、嘔気は MDASI-J 従って測定し、4-6が中等度、7-10が重度とした
 嘔吐、口腔内症状は CTCAE v3.0日本語訳に従って測定し、Grade2が中等度、Grade3が重度とした
 気持ちのつらさは、5点以上を症状ありとした
 睡眠障害は、「眠れない」を症状ありとした

表3 対象者背景と主な症状の頻度との関係

	年齢			性別		
	≤75 (n=2263)	>75 (n=591)	P	男性 (n=1533)	女性 (n=1321)	P
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
主な身体症状						
疼痛	18.4 (356)	13.9 (66)	.001	19.8 (257)	14.8 (165)	.004
しびれ	8.5 (165)	10.1 (48)	.237	12.1 (156)	5.1 (57)	< .001
眠気	8.6 (171)	11.6 (56)	.042	10.8 (141)	7.4 (86)	.032
倦怠感	15.2 (312)	16.9 (86)	.642	18.8 (260)	11.7 (138)	.055
呼吸困難	6.8 (137)	9.0 (46)	.084	8.8 (121)	5.3 (62)	.220
食欲	9.2 (187)	8.2 (42)	.238	11.4 (156)	6.2 (73)	.337
気持ちのつらさ	14.4 (308)	20.7 (108)	< .001	16.2 (232)	14.9 (184)	.124

原発巣

	肺 (n = 839)	消化器 (n = 1280)	乳腺 (n = 578)	P
	% (n)	% (n)	% (n)	
主な身体症状				
疼痛	14.3 (93)	19.4 (216)	14.5 (74)	0.07
しびれ	5.8 (38)	12.2 (132)	5.8 (31)	< .001
眠気	9.4 (64)	11.2 (124)	5.4 (29)	.074
倦怠感	17.5 (128)	18.6 (213)	6.5 (35)	< .001
呼吸困難	10.5 (75)	7.8 (89)	2.4 (13)	< .001
食欲	10.6 (76)	11.8 (135)	2.0 (11)	< .001
気持ちのつらさ	14.8 (117)	16.7 (198)	14.2 (76)	.557

疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲は中等度以上の割合
 気持ちのつらさは5以上の割合

II. 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 付帯研究のまとめ

表4 身体症状緩和ニードの cut-off と身体症状の有無に対する感度・特異度

身体症状緩和ニードの cut-off		中等度以上*の身体症状の有無	重度以上**の身体症状の有無
1/2	(感度)	0.53	0.68
	(特異度)	0.90	0.82
2/3	(感度)	0.21	0.43
	(特異度)	1.00	0.98

*: 疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲、嘔気、嘔吐、口腔内症状のいずれかの身体症状が中等度以上のもの

**疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲、嘔気、嘔吐、口腔内症状のいずれかの身体症状が重度以上のもの

MDASI-J の症状は4-6が中等度、7-10が重度、CTCAE v3.0日本語訳の症状は Grade2が中等度、Grade3が重度とした。

表5 緩和ケア相談希望と症状および心理社会的ニードとの関係

	緩和ケアサービスへの相談希望		P
	有り (n=99) % (n)	無し (n=2745) % (n)	
各身体症状			
疼痛	63.9 (62)	15.5 (360)	< 0.001
しびれ	24.1 (21)	8.3 (192)	< 0.001
眠気	40.2 (37)	8.0 (190)	< 0.001
倦怠感	52.6 (50)	14.1 (348)	< 0.001
呼吸困難	27.7 (26)	6.4 (157)	< 0.001
食欲	30.9 (30)	8.1 (199)	< 0.001
嘔気	14.0 (13)	3.3 (81)	< 0.001
嘔吐	5.3 (5)	1.2 (30)	0.009
口腔症状	15.1 (14)	4.3 (107)	< 0.001
身体症状緩和ニード	90.7 (88)	20.4 (508)	0.001
気持ちのつらさ	64.3 (63)	13.8 (353)	0.001
睡眠障害	14.7 (14)	5.0 (122)	0.001
心理社会的ニード			
病状	47.5 (47)	5.8 (159)	0.001
経済面	6.1 (6)	0.5 (15)	0.001
日常生活	11.1 (11)	1.3 (35)	0.001
通院	13.1 (13)	0.5 (13)	0.001

疼痛、しびれ、眠気、倦怠感、呼吸困難、食欲は中等度以上の割合

身体症状緩和ニードは2以上の割合

気持ちのつらさは5以上の割合

睡眠障害は、「眠れない」の割合

心理社会的ニードは、「有り」の割合

原著

緩和ケアについての市民・患者対象の啓発介入の実態調査

赤澤 輝和^{1,2)}, 野末よし子²⁾, 井村 千鶴²⁾, 森田 達也^{2,3)}

1) 聖隷三方原病院 医療相談室, 2) 同 浜松がんサポートセンター, 3) 同 緩和支援治療科

受付日 2010年8月13日 / 受理日 2010年10月15日

緩和ケアの啓発介入として、地域に一斉配布したリーフレット・冊子・ポスター(啓発用資料)の配布後の実態を明らかにすることを目的とした。啓発用資料を行政施設 104 カ所、図書館 21 カ所、医療福祉施設 132 カ所の合計 257 カ所に送付した。送付後 216 カ所 (84%) に訪問し、133 カ所 (62%) より調査同意を得た。啓発用資料のいずれかが設置されていた施設は、行政施設 55%, 図書館 100%, 医療福祉施設 53% であった。ヒアリングでは、【目的を理解して設置することの重要性】【配布場所に啓発の対象者がいないことがある】などの7つのテーマが抽出された。緩和ケアの啓発介入として地域への啓発用資料の一斉配布は、設置を目的とした場合、ある程度有効である。効率良く情報を提供するためには、設置場所管理者に目的を伝えることや対象者がいるか把握することなどが有用である可能性が示唆された。
Palliat Car Res 2010; 5(2): 171-174

Key words: 緩和ケア, 啓発, 地域

緒言

緩和ケアは、病院に設置される緩和ケア病棟や緩和ケアチームを超えて、地域全体への普及が求められている¹⁾。しかし、一般市民や患者は必ずしも適切な知識を持っていないことが複数の調査研究で明らかにされている²⁻³⁾。緩和ケアに対する誤った認識は、適切な緩和ケアや鎮痛治療を阻害する要因となっており^{6,7)}、緩和ケアに対する正しい知識の普及は重要である。

わが国における緩和ケアの啓発介入としては、オレンジバルーンプロジェクト⁸⁾、国立がん研究センター発行の冊子による情報提供⁹⁾、講演会による一般市民の認識の推移に関する研究¹⁰⁾などが行われている。その中でも啓発用資料の配布は最も一般的な啓発介入であると考えられ、配布された啓発用資料がどのように利用されるかを把握することは、有効な啓発介入を考えるうえで有用な可能性がある。しかし、これまでに、緩和ケアに関して実際に配布した冊子やポスターがどのように設置されているかを調査した大規模な報告はない。

本研究の目的は、緩和ケアの啓発介入として地域に一斉配布された啓発用資料の配布後の実態を明らかにすることである。

方法

本研究は、第3次対がん総合戦略研究事業が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」(OPTIM)の一部である¹⁾。OPTIMでは、市民、患者への緩和ケアの知識の普及を目的として、緩和ケアに関するリーフレット(『つらい時期を上手に過ごす』A4; 3つ折り、設置用の卓上型プラスチックケース付き)、冊子(『あなたの地域の緩和ケア』、A5; 21ページ、設置用の卓上型プラスチックケース付き)、緩和ケアに関するポスター(サイズはA2とA3、4種類)を作成した¹¹⁾。

①対象

啓発用資料は、行政施設 104 カ所(公民館・自治センター・文化センター 55 カ所、市役所・保健所・区役所 49 カ所)、図書館 21 カ所、医療福祉施設 132 カ所(病院 12 カ所、診療所 29 カ所、訪問看護ステーション 12 カ所、居宅介護支援事業所 19 カ所、地域包括支援センター 17 カ所、保険薬局 39 カ所)、施設・教会など 4 カ所)の合計 257 施設に配布した。行政施設は市担当部署を通じて配布した。図書館は OPTIM の『緩和ケアを知る 100 冊』を設置、医療福祉施設は OPTIM 参加・協力施設を対象として直接郵送した。

②方法

郵送後、9-13 カ月後に各施設に個別訪問を行い、配布後の現況を調査した。調査は、OPTIM の概要に関する教育を受けた看護師 1 名が行った。訪問時、調査趣旨を説明し、口頭にて了解が得られた場合には施設職員の立ち会いのもと、設置状況の写真撮影とヒアリングを行った。ヒアリングの内容は、①リーフレット・冊子・ポスターの設置有無、②設置後訪問者は見ているかどうか、③情報を見てもらうために工夫・改善した方がよいことについて 30 分程度の質問を行い、メモに記録した。録音は行わなかった。

③解析

量的データは度数分布を集計した。質的データについては、2 名の研究者(医療ソーシャルワーカーと看護師)が啓発用資料の設置状況や利用状況などに影響する要因を抽出し、緩和ケア医師 1 名のスーパービジョンのもと、内容分析を行った。

OPTIM 全体の研究計画は倫理委員会の承認を得、本研究は対象施設の自由意思に基づいて匿名性に配慮して行った。

表1 リーフレット・冊子・ポスターが設置されていた施設

調査対象施設	施設数*	リーフレット	冊子	ポスター	いずれか
行政施設	81	45 (55%)	2 (2.5%)	34 (42%)	45 (55%)
公民館・自治センター・文化センター	37	24 (65%)	2 (5.4%)	15 (41%)	25 (68%)
市役所・保健所・区役所	44	21 (48%)	0 (0%)	19 (43%)	20 (45%)
図書館	18	18 (100%)	18 (100%)	15 (83%)	18 (100%)
医療福祉施設	117	38 (32%)	33 (28%)	58 (50%)	62 (53%)
病院	8	7 (88%)	7 (88%)	7 (88%)	7 (88%)
診療所	28	7 (25%)	4 (14%)	13 (46%)	14 (50%)
訪問看護ステーション	11	4 (36%)	3 (27%)	7 (64%)	8 (73%)
居宅介護支援事業所	15	1 (6.7%)	0 (0%)	4 (27%)	4 (27%)
地域包括支援センター	13	10 (77%)	11 (85%)	9 (69%)	10 (77%)
保険薬局	39	9 (23%)	8 (21%)	17 (44%)	18 (46%)
施設など	3	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	1 (33%)
全体	216	102 (47%)	53 (25%)	107 (50%)	125 (58%)

*訪問調査を実施した施設数

結果

啓発用資料を一斉配布した257施設のうち、216施設(84%)に訪問した。そのうち133施設(62%)より写真撮影とヒアリングの同意が得られた。

① 設置状況

啓発用資料のいずれかが設置されていた施設は、全体58%、行政施設55%、図書館100%、医療福祉施設53%であった(表1)。設置率が65%以上の施設は、公民館・自治センター・文化センター、図書館、病院、訪問看護ステーション、地域包括支援センターであった。ポスターとリーフレットの設置率は47~50%であったが、冊子は25%であった。

② ヒアリング

内容分析では、以下の7つのテーマが抽出された。

1. 目的を理解して設置することの重要性

行政施設ではリーフレットやポスターについて、「よく分からない・よく知らない」との回答が多かった(n=32)。しかし、訪問調査で趣旨を説明したところ、次回から意欲的に取り組みたいとの回答があり、目的を理解して設置を依頼することの重要性が述べられた(n=7)。ある担当者は、「(なんのポスターかよく知らなかったが)、こういう良いことはみんなに知らせたい。今度のものが来たら今までより積極的に進めたい」と述べた。

2. 配布場所に啓発の対象者がいないことがある

行政施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事務所、地域包括支援センターでは、該当する対象者が訪問しないという回答が多かった(n=18)。たとえば、「ここはほとんど人の出入りがないので申し訳ない」「妊婦教室や赤ちゃん関係の催しが中心で関心のある人は少なそう」などと述べた。一方、病院、診療所、保険薬局、図書館では、「関心のある人が見ている」との回答が多かった(n=34)。

3. 配布後工夫をする

複数の回答者が市民や患者に伝えるために設置方法の工夫をしていると述べた(n=17)。たとえば、待合室や駐車場などよく見られるところに設置する、隣接している病院や医院などほかの施設に設置する、窓に外に向けて貼る、ポスターが暗

い感じだったのでディスプレイを工夫する、医療に関連したポスターの並びに貼るなどが挙げられた。特に、図書館では、「緩和」のシールを張る、医療コーナーに置く、明るいイラストをつけるなどのさまざまな工夫がなされていた。

4. 配布物が多すぎる・知らないうちになくなっている

行政施設や診療所、保険薬局では、ポスターや冊子などは送られてくるものが多すぎるという回答が寄せられた(n=3)。ある公民館の職員は、「ポスターやパンフレットはとにかく多すぎて(内容にかかわらず)貼れない。内容も吟味する時間がない」と述べた。また、複数の回答者が「知らないうちになくなっていた」と述べられ、補充をした場合もあるが、特に補充などの手続きはしないこともあった(n=3)。

5. 対象者がいなくてもスタッフが見て勉強する

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、保険薬局など対象者が少ない施設では「職員が勉強している」という回答が多かった(n=17)。たとえば、ある看護師は、「対象者は少ないけど、スタッフがとても勉強させていただいています。患者や家族への説明に役立つ」「ホスピスは死ぬところと思っていたが印象が良くなった。最期の時を充実させて生きるところということが分かり、みんなに知らせたくなった」などと述べた。

6. 患者からのフィードバック

がん患者をみている施設では患者に個別に渡しているという回答(n=12)、ある地域包括支援センターでは「がん患者が多いので、訪問で積極的に配っており役に立っている」「渡そうと思ったら他の施設からもうもらっていた」などと述べた。一方、保険薬局では、「緩和ケアの話はデリケートで薬局では話をしにくい」など緩和ケアの話をするのが難しいとの回答があった(n=2)。多くの施設では、「患者がどういう印象を持っているかは分からない」と回答したが、「患者から『こういうのがあれば良かったのに』と言われたことがある」「こんなのがあるのねって声をかけてくれた人がいる」「患者に本を貸し出したらとても役に立ったと言われた」というような患者自身からの声を聞いたとの回答があった。

7. ポスターの内容

ポスターの内容が、暗い、冷たい感じがする、字が小さいため、もっと字を大きい暖かいものにした方が良いとの回答が複数あった(n=9)。

考察

本研究は、市民や患者を対象として、地域単位で緩和ケアに関する啓発用資料の一斉配布後の現況を調査した初めての研究である。

本研究の知見の重要な点の1つは、一斉配布された啓発用資料の設置頻度を明らかにしたことである。啓発用資料のいずれかが設置されていたのは58%であった。ヒアリングでは、これらの施設では配布物が多すぎることや啓発対象者が設置場所に訪問しないことが示唆された。したがって、設置を目的とした場合、一斉配布は有効な方法の1つであるが、配布前に設置する目的を管理者に伝え、合致する啓発対象者がいるかどうかを把握することにより、より有効に設置することができると考えられる。また、配布後、設置場所ではいろいろな工夫が行われており、「知らないうちになくなっている」こともあったため、設置方法の工夫の共有やフィードバックなどフォローアップを行うことで有効な設置を行うことができる可能性がある。設置場所としては、設置率の高さと対象者の多さという点で、公民館・自治センター・文化センター、図書館、病院が重要な設置場所であることが示唆された。

もう1つの重要な点は、啓発対象となる市民や患者がいない場所であっても、施設の職員が啓発用資料を読んだり見たりすることで「勉強になる」との回答が多かった点である。市民や患者を対象とした調査から、「最も信頼する情報源」は医師や看護師などの医療従事者であることが示されている⁴⁾。また、医療従事者が緩和ケアに対する否定的な認識を有していることが示唆されている¹²⁾。このことから、市民や患者への啓発といった場合、対象を市民や患者そのものに設定することと並んで、医療従事者へ同じ啓発介入を行うことにも意義があると考えられた。

本研究の限界として、啓発用資料の設置状況を調査したものであり、市民や患者の緩和ケアに関する知識の向上につながったかは明らかではない。市民や患者への効果については、OPTIMの介入後調査を待つ必要がある。

結語

緩和ケアの啓発介入として地域に一斉配布された啓発用資料の配布後の実態を検討した。その結果、啓発用資料は、一斉配布することにより半数の行政施設、医療福祉施設で設置され、公民館・自治センター・文化センター、図書館、病院で設置されやすいことが明らかになった。また、【目的を理解して設置することの重要性】【配布場所に啓発の対象者がいないことがある】【配布後工夫をする】【対象者がいなくてもスタッフが見て勉強する】といった現象がみられた。

本結果から、設置を目的とした場合、市民や患者に対する緩和ケアの啓発介入として地域への啓発用資料の一斉配布はある程度有効であるが、より有効に設置するためには設置場所の管理者に目的を伝えることや啓発対象者がいるか把握すること、配布後のフィードバックなどが有用である可能性が示唆された。

謝辞 本研究実施にあたり、多大なご協力を賜りました倉田園子氏に深謝いたします。本研究は、厚生労働科学研究費補助

金第3次対がん総合戦略研究事業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」によって行われた。

付記 本調査で撮影された啓発用資料の設置状態については、ホームページで公開されている〔http://www.gankanwa.jp/region/hamamatsu/pdf/materials_07.pdf〕。

文献

- 1) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25:412-418.
- 2) Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, et al. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 306-316.
- 3) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 275-282.
- 4) 第3次対がん総合戦略研究事業 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：対象地域に対する予備調査。〔<http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html>〕
- 5) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：ホスピス・緩和ケアに関する意識調査。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2008
- 6) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2637-2644.
- 7) Reid CM, Gooberman-Hill R, Hanks GW: Opioid analgesics for cancer pain: symptom control for the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. *Ann Oncol* 2008; 19: 44-48.
- 8) 川崎優子, 内布敦子. がん患者を含めた国民に対する緩和ケアの普及啓発を目的としたオレンジバレーンプロジェクトについて. *緩和医療学* 2009; 11: 45-50.
- 9) 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報サービス：がん対策情報センター発行の冊子。〔http://ganjoho.jp/public/qa_links/brochure/index.html〕
- 10) Miyashita M, Sato K, Morita T, et al. Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatment and knowledge about palliative care. *Palliat Med* 2008; 22: 376-382.
- 11) 第3次対がん総合戦略研究事業 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：一般のかた向けツール・資料。〔<http://gankanwa.jp/tools/public/index.html>〕
- 12) Fadul N, Elsayem A, Palmer JL, et al. Supportive versus palliative care: What's in a name?: a survey of medical oncologists and midlevel providers at a comprehensive cancer center. *Cancer* 2009; 115: 2013-2021.

A field survey on educational activities for palliative care for citizens and patients

Terukazu Akazawa^{1,2)}, Yoshiko Nozue²⁾, Chizuru Imura²⁾ and Tatsuya Morita^{2,3)}

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

Purpose: Improving knowledge of palliative care among cancer patients and the general public may be useful for achieving a better quality of life for cancer patients. The aim of this study was to identify the actual situation after the dissemination of leaflets, booklets, and posters as a part of a regional palliative care program. **Methods:** We distributed leaflets, booklets, and posters on palliative care to 257 administrative and health institutions across the region. We also visited 216 institutions (84%) to observe the actual situation and performed interviews in 133 of the institutions (62%). **Results:** Overall, 58% of the institutions used the leaflets, booklets or posters. Public halls, libraries and hospitals used them at a rate of 65% or higher. Interviews identified 7 themes, including "explaining the aim of the project before dissemination is important", "few cancer patients or even the general public visit", "staff made various efforts to display the items after dissemination", and "staff learned from the leaflets and booklets, even if cancer patients seldom visited". **Conclusion:** The dissemination of leaflets, booklets or posters throughout the region might be useful for conveying accurate knowledge about palliative care not only for cancer patients and the general public, but also for health care professionals. Target institutions should include public halls, libraries, and hospitals, and pre-dissemination discussions about the aim of the project and what kinds of people visit the institutions in addition to post-dissemination follow-up may be useful.

Palliat Care Res 2010;5(2): 171-174

Key words: palliative care, education, community

Table 1 Facilities where information leaflets, booklets and posters were placed

Institutions	Number of institutions *	Leaflets	Booklets	Posters	Leaflets, booklets or posters
Administration institutions	81	45 (55%)	2 (2.5%)	34 (42%)	45 (55%)
Public hall, Self-government center, Cultural center	37	24 (65%)	2 (5.4%)	15 (41%)	25 (68%)
City office, Health care center, Ward office	44	21 (48%)	0 (0%)	19 (43%)	20 (45%)
Libraries	18	18 (100%)	18 (100%)	15 (83%)	18 (100%)
Health care institutions	117	38 (32%)	33 (28%)	58 (50%)	62 (53%)
Hospitals	8	7 (88%)	7 (88%)	7 (88%)	7 (88%)
Clinic	28	7 (25%)	4 (14%)	13 (46%)	14 (50%)
Home-visit nursing station	11	4 (36%)	3 (27%)	7 (64%)	8 (73%)
Home care support office	15	1 (6.7%)	0 (0%)	4 (27%)	4 (27%)
Community general support center	13	10 (77%)	11 (85%)	9 (69%)	10 (77%)
Community pharmacy	39	9 (23%)	8 (21%)	17 (44%)	18 (46%)
Others	3	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	1 (33%)
Overall	216	102 (47%)	53 (25%)	107 (50%)	125 (58%)

* number of facilities visited

●調査報告●

緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいのか？

赤澤 輝和*^{1, 2)} 川崎 由実*³⁾ 山田 博英*⁴⁾
野末よし子*²⁾ 井村 千鶴*²⁾ 森田 達也*^{2, 5)}

Where is the Best Space for Educational Booklets of the Palliative Care in a Hospital?

Terukazu Akazawa, Yumi Kawasaki, Hirohide Yamada, Yoshiko Nozue, Chizuru Imura and Tatsuya Morita

Key words : 緩和ケア, 啓発, 情報

●緩和ケア 21 : 221-225, 2011 ●

背景・目的

近年国内で行われた緩和ケアの認識に関する複数の調査で、がん患者や市民は必ずしも正確な知識を有していないことが明らかにされている^{1~4)}。緩和ケアに対する誤った知識は、適切な緩和ケア⁵⁾や鎮痛治療を阻害する要因⁶⁾であることが示唆されている。そのため、がん患者や市民を対象とした緩和ケアに関する啓発介入は重要である。

現在、わが国では緩和ケアの啓発介入の主たる方法として、がん診療連携拠点病院を中心に冊子の配布が行われている^{7~9)}。しかし、病院内のどこに緩和ケアの啓発用冊子を置いたらよいかについては十分に検討されていない。この点を検討することは、効率良く緩和ケアの啓発介入を行う一助になると考えられる。

本研究の目的は、病院内に「がん緩和ケア啓発

ボード」を設置し、どこで緩和ケアの啓発用冊子が利用されるかを明らかにすることである。

対象・方法

本研究は、第3次対がん総合戦略研究事業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」(OPTIM)の一部である¹⁰⁾。

同一都市の2つの地域がん診療連携拠点病院に、OPTIMで作成した緩和ケアに関する冊子¹¹⁾を含む複数のがんの知識や治療に関する啓発用冊子も加えた90cm×180cmの「がん緩和ケア啓発ボード」を作製した(図1)。設置場所は、研究者、外来看護責任者、病院広報担当者で議論し、通行量が多いか、がん患者が多いと考えられる場所を選択した(表1)。各冊子は啓発ボードより自由に持ち帰られる構造にした。設置後、A病院では8カ月間、毎日各啓発用冊子の減少数を記

*¹⁾ 聖隷三方原病院 医療相談室 : Section of Social Work, Seirei Mikatahara General Hospital (〒433-8558 浜松市北区三方原町 3453)

*²⁾ 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, *³⁾ 聖隷浜松病院 がん診療支援センター, *⁴⁾ 聖隷浜松病院 緩和医療科, *⁵⁾ 聖隷三方原病院 緩和支援治療科



図1 がん緩和ケア啓発ボード

表1 がん緩和ケア啓発ボードの設置場所・特徴・選定理由・推定利用者

	場所	特徴	選定理由	推定利用者
A 病院	外来正面通り	最も通行量の多い廊下の1つ（1階；受付から各科外来，画像診断部，外来注射室に向かう患者が通行する）	通行量が多い	55369名 ^{*2)}
	1Fエレベーターホール	6階腫瘍センターと7階外来化学療法室に向かうエレベーター前	通行量が多く，がん患者が利用する	55369名 ^{*2)}
	外来化学療法室内 腫瘍センター廊下 ^{*1)}	7階にある外来化学療法室内の待合室 6階にある腫瘍センター（化学療法・緩和治療を行う病棟）の廊下	がん患者が多い がん患者が多い	286名 ^{*3)} 380名 ^{*4)}
	腫瘍センター談話室前 ^{*1)} ホスピス病棟内ロビー	6階腫瘍センターの談話室 ホスピス病棟の入院患者・ホスピス外来，緩和ケア外来の患者や家族が利用する待合室	がん患者が多い がん患者が多い	380名 ^{*4)} 307名 ^{*5)}
B 病院 ^{*6)}	1F売店前通り	最も通行量の多い廊下の1つ（1階；売店，レストラン，銀行ATM，前の廊下，相談支援センターに向かう患者が通行する）	通行量が多い	—

*1) 腫瘍センター内に2カ所設置した理由として，設置場所を選定する際の病棟へのヒアリングの結果，病棟の構造がスタッフステーションを中心に病室が北側と南側に分かれており，患者の導線として相互に行き来することが少ないため，廊下は北側，談話室前は南側の患者利用を想定したため推定利用者は調査期間中の以下の条件で算出した

*2) 全診療科の外来・入院患者延べ合計数

*3) 外来化学療法室利用の外来患者延べ合計数

*4) 腫瘍センターの入院患者延べ合計数（腫瘍センター外来部門は外来化学療法室のため外来患者は含まない）

*5) ホスピス病棟入院患者数とホスピス外来受診患者延べ合計数

*6) B病院では調査への負担軽減のため4カ月間を調査期間とし，推定利用患者の算出は行わなかった

録し「持ち帰り数」とした。B病院では調査への負担軽減のため4カ月間を調査期間とした。

OPTIM 全体の研究計画は倫理委員会の承認を得，本調査は対象施設の自由意思に基づいて匿名性に配慮して行った。

解析は，啓発用冊子の持ち帰り数の度数分布を集計した。A病院では啓発用冊子の持ち帰り数の合計を各設置場所の推定利用患者数で割り，持ち帰り数の補正値を算出した。また，設置場所により啓発用冊子の種類が異なるため，設置啓発用

表2 1病院における設置場所ごとの啓発用冊子の持ち帰り数(冊)

	外来正面通り	1階エレベーターホール	外来化学療法室内	腫瘍センター内(合計)	腫瘍センター内(廊下)	腫瘍センター内(談話室前)	ホスピス病棟内	合計(冊/8カ月)
『つらい時期を上手に過ごす』* ¹⁾	182	115	9	33	17	16	51	390
『あなたの地域の緩和ケア』* ¹⁾	153	140	5	25	15	10	51	374
『がん相談支援センターにご相談ください』* ²⁾	335	137	5	28	8	20	49	554
『家族ががんになったとき』* ²⁾	-	300	16	68	27	41	85	469
『やさしいがんの知識』* ³⁾	-	-	10	127	63	64	-	137
『抗がん剤治療を安心して受けるために』* ³⁾	-	369	21	153	75	78	-	543
『知っておきたい放射線治療』* ³⁾	-	321	7	82	44	38	42	452
『聖隷ホスピス』* ⁴⁾	-	299	14	113	43	70	63	489
『こんな症状やつらさは和らげる方法があります』* ⁴⁾	-	202	13	62	33	29	-	277
合計	670	1,883	100	691	325	366	341	3,685

- : 設置していない

*¹⁾ OPTIMで作成された資料, *²⁾ 国立がん研究センターで作成された資料, *³⁾ 財団法人がん研究振興財団で作成された資料, *⁴⁾ 病院で作成された資料

表3 推定利用患者数により補正した啓発用冊子の持ち出し数(冊)

	設置場所あたり持ち帰り数* ¹⁾ (/月)	推定利用者数による補正* ²⁾ (/月/1,000名)	推定利用者数・啓発用冊子設置数による補正* ³⁾ (啓発用冊子1種類/月/1,000名)
外来正面通り	69	1.5	0.5
1階エレベーターホール	235	5.0	0.6
外来化学療法室内	13	43	4.8
腫瘍センター内(合計)* ⁴⁾	87	228	25
廊下	41	107	12
談話室前	46	121	13
ホスピス病棟内	43	138	23

*¹⁾ 設置場所あたり持ち帰られた啓発用冊子の合計数

*²⁾ 推定利用者数による補正: 設置場所あたり持ち帰り数を設置場所の推定利用者数で割ったもの, 利用者1,000名あたりの持ち帰り数を示す

*³⁾ 推定利用者数・啓発用冊子設置数による補正: 設置場所あたり持ち帰り数を設置場所の推定利用者数と掲示されていた啓発用冊子の種類数で割ったもの

*⁴⁾ 腫瘍センター内2カ所の設置場所の合計値を示す

冊子種類数での補正も行った。

結果

① 啓発用冊子の持ち帰り数

A病院では8カ月間で合計3,685件の啓発用冊子が持ち帰られた(表2)。すべての設置場所に共通して置かれた『つらい時期を上手に過ごす』と『あなたの地域の緩和ケア』で比較すると、持ち帰り数は、外来正面通り、1階エレベーターホールが多く、外来化学療法室が最も少なかった。

② 推定利用患者数により補正した啓発用冊子の持ち帰り数

設置場所あたりの啓発用冊子の持ち帰り数を設置場所の推定利用患者数で補正したところ、腫瘍センター内が最も多く、次にホスピス病棟内、外来化学療法室内の順で多く、1階エレベーターホール、外来正面通りで少なかった(表3)。

③ 複数の病院で持ち帰られた啓発用冊子の比較

調査期間(4カ月)、類似する設置場所(A病院:1階エレベーター前 vs. B病院:1階売店前

通りの通行量が多い場所)、共通の啓発用冊子(4種類)の条件のもと比較した。

2つの病院の啓発用冊子の持ち帰り数は、『抗がん剤治療を安心して受けるために』(A病院233件 vs. B病院210件)、『知っておきたい放射線治療』(A病院178件 vs. B病院230件)、『あなたの地域の緩和ケア』(A病院66件 vs. B病院150件)、『がん相談支援センターにご相談ください』(A病院70件 vs. B病院100件)の順に多かった。『抗がん剤治療を安心して受けるために』は、『あなたの地域の緩和ケア』の1.4~3.5倍の持ち帰り数であった。

考 察

本研究は、病院内のどこで緩和ケアの啓発用冊子が利用されるかを調査した初めての研究である。

本研究で得られた重要な知見の1つは、設置場所により持ち帰り数に差があることが示された点である。持ち帰り数の合計数は利用者数の多い設置場所で多かったが、推定利用患者数で補正した場合、腫瘍センター、ホスピス病棟といった緩和ケアを必要とするがん患者が多く集まると考えられる場所の方が多かった。一方、緩和ケアを必要とする患者の比率が少ないと考えられる一般外来周辺の外来正面通りや1階エレベーターホールでは合計の持ち帰り数が多いのに比して、推定利用患者数あたりの持ち帰り数は少なかった。

もう1つの重要な知見は、啓発用冊子の内容では、ホスピス病棟以外では緩和ケアよりも、抗がん治療に関する冊子の持ち帰り数が多く、ホスピス病棟では緩和ケアに関する複数の冊子が均等に持ち帰られた点である。対象者の関心のある内容が持ち帰られることを反映していると考えられる。

以上の結果は、啓発介入を行うためには、関心を持っている対象者の利用する場所で、必要とする情報を提供することが重要であるという行動心理学の知見が^{12, 13)}、緩和ケアにおいてもあてはまることが確認された。したがって、広範囲な啓発

介入が労力や費用から適切でないと考えられる場合、より効率良く情報を提供する手段として、腫瘍センターなど緩和ケアの対象となるがん患者が多くいる場所に設置することが重要と考えられる。また、より多くのがん患者に緩和ケアの冊子を手に取ってもらうことを目的とした場合、緩和ケアの冊子単独よりも抗がん治療に関する冊子の持ち帰り数が多かったことから、抗がん治療に関する情報とあわせて提供することが有効な可能性がある。すなわち、抗がん治療に関する冊子に緩和ケアの冊子を挟み配布する、あるいは新たに冊子を作成する際は抗がん治療と緩和ケアを含む内容で構成するなどの方法が有用であるかもしれない。

本研究の限界としては、啓発用冊子の持ち帰り数を調査したものであり、がん患者や市民の緩和ケアに関する知識の向上につながったかは明らかではない。がん患者や市民への効果については、OPTIMの介入後調査を待つ必要がある。また、対象が地域がん診療連携拠点病院だったため、本研究結果をすべての病院や他施設に当てはめることはできないかもしれない。

おわりに

病院内のどこに緩和ケアの啓発用冊子を置いたらよいかについて「がん緩和ケア啓発ボード」を設置し、検討した。その結果、啓発用冊子の持ち帰り総数は、病院の利用者数の多い設置場所に比例していたが、推定利用患者数で補正するとがん患者が多くいる設置場所で多かった。また、持ち帰られる冊子の種類としては、緩和ケアに比較して抗がん治療に関するものが多かった。

本結果から、病院内で緩和ケアの啓発介入を効率良く行うためには、がん患者が多くいると考えられる場所で、抗がん治療に関する情報とあわせて提供することが有用である可能性が示唆された。

謝辞 本研究は、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業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」によって行われた。

文 献

- 1) Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, et al : Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care : a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 31 : 306-316, 2006
- 2) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al : Perceptions of specialized inpatient palliative care : a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 35 : 275-282, 2008
- 3) 第3次対がん総合戦略研究事業「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：対象地域に対する予備調査」〔<http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html>〕
- 4) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：ホスピス・緩和ケアに関する意識調査. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2008
- 5) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al : Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23 : 2637-2644, 2005
- 6) Reid CM, Gooberman-Hill R, Hanks GW : Opioid analgesics for cancer pain : symptom control for the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. *Ann Oncol* 19 : 44-48, 2008
- 7) 川崎優子, 内布敦子 : がん患者を含めた国民に対する緩和ケアの普及啓発を目的としたオレンジバルーンプロジェクトについて. *緩和医療学* 11 : 45-50, 2009
- 8) 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報サービス : がん対策情報センター発行の冊子 〔http://ganjoho.jp/public/qa_links/brochure/index.html〕
- 9) 財団法人がん研究振興財団 : 刊行物一覧 〔<http://www.fpcr.or.jp/publication/>〕
- 10) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al : Palliative care in Japan : current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 25 : 412-418, 2008
- 11) 第3次対がん総合戦略研究事業 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 : 一般のかた向けツール・資料 〔<http://gankanwa.jp/tools/public/index.html>〕
- 12) Champion VL, Maraj M, Hui S, et al : comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. *Prev Med* 36 : 150-158, 2003
- 13) Prochaska JO, DiClemente CC : Stages and processes of self-change in smoking : Towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 51 : 390-395, 1983