

療所 14) である。地区内には、がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、ホスピスはいずれも存在しない。地区内唯一の中核病院である市立病院 (520 床: 一般病床 510 床, 人間ドック 10 床) では、2005 年に院内緩和ケアチームが発足し、2008 年 4 月に緩和ケア外来が開設された。当該地域は、「がん対策のための戦略研究」で、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と位置づけられている⁹⁾。

2) 質問紙調査

2007 年 10 月現在で鶴岡地区医師会に加盟する 95 の医療機関 (病院 9, 診療所 86) に質問紙を配布した。

調査は記名式で、背景因子として、おもな診療科、調査月の前月 1 カ月の外来患者数、そのうちの初診患者数、担当がん患者数、入院患者数、退院患者数、調査時期から過去半年間に看取った患者数を尋ねた。また、がんの在宅診療の経験および今後の対応の可能性について、比較的早期のがん患者の在宅診療、比較的末期のがん患者の在宅診療、専門領域に限定した往診、について尋ねた。

疼痛緩和の項目として、モルヒネなどの医療用麻薬の投与・維持・管理 (内服・坐剤, 持続皮下注射, 持続点滴, 硬膜外カテーテル), 嘔吐, 便秘といった副作用管理, その他の身体症状の項目として、呼吸困難や倦怠感といった症状緩和, 精神的な項目として、がん患者の精神面サポート, 家族の精神的サポート, 抑うつ, せん妄への対応, 治療内容の項目として、栄養管理 (経管栄養チューブの挿入, 管理, 胃瘻, 中心静脈栄養 (intravenous hyperalimentation; IVH)), がん治療 (外来化学療法, 経口抗がん剤の処方と管理), その他の手技として、腎瘻, バルーンカテーテル, イレウス管, 経皮経肝胆管ドレナージ (percutaneous transhepatic choangiogram drainage; PTCD), 在宅酸素療法の管理について経験と今後の対応を尋ねた。

いずれの項目についても、調査時の提供状況については 2 段階 (行っている, 行っていない) の選択式とし、行っていない場合には、今後の方向性について 4 段階 (可能, 症例により可能, 検討の余地あり, 不可能) の選択肢より回答を求めた。

3) 訪問インタビュー調査

インタビュー調査は、前述の質問紙調査をふまえ、診療所医師のがん診療および緩和ケアの経験と今後の意向をより具体的に把握することを目的とした。特に質問紙調査で、在宅緩和ケアおよび各種処置について今後の対応が「不可能」と回答した医師に対して、障害になっている点を聞き、それを取り除く方策を検討することとした。質問紙調査に回答した 69 の診療所のうち、インタビュー調査に応じた 62 の診療所に対して、緩和医療を 20 年以上経験してきた指導医資格を持つ専門医と医療分野で質的研究の経験を有する研究者を含む計 3 名の研究者が訪問し、半構造化インタビューを行った。

おもな質問項目は、a. がん患者の受け入れ状況, b. 麻薬を用いる疼痛治療の経験, c. 在宅医療の実施状況と今後の可能性, d. 緩和ケアについての印象, e. 緩和ケアに対する意欲, f. 希望する学習やスキルアップの内容, g. 地域の診療連携体制への要望, であった。

4) データ解析

質問紙調査は、調査時の提供状況、および現在行っていない場合の今後の方向性について、項目ごとに比率を算出した。インタビュー調査は、Strauss と Corbin⁷⁾、および戈木クレイグヒル⁸⁾ のグラウンデッド・セオリー・アプローチにのっとり分

析した。グラウンデッド・セオリーは、インタビューなどのデータに密着しながら分析することで発言者の主観や心理的プロセスを概念化し、実践現場で適用性の高い理論を帰納的に生成する方法であり、医療分野の質的データ分析にも広く用いられている^{7,8)}。データは文節単位に切片化し、コーディング、カテゴリー化、各カテゴリー間の関係の検討を繰り返しながら、最終的に「在宅緩和医療実施への障害」「在宅緩和ケアを地域で推進していくための有効策」についてのカテゴリーを抽出した。コーディングは、訪問調査を行った研究者のうち質的研究を専門とする筆頭著者がすべてを行い、収束したカテゴリーについては、緩和医療の専門医である第二著者が妥当性を確認するというプロセスで行った。

結果

1. 質問紙調査 (表 1)

配布した 95 の医療機関のうち、81%にあたる 77 施設 (病院 8, 診療所 69) より回答を得た。このうち診療所 (69 施設) の医師の年齢構成は、30 歳代 2 名, 40 歳代 13 名, 50 歳代 34 名, 60 歳代 13 名, 70 歳以上 7 名であった。主たる診療科の内訳は、内科 39 名, 外科 4 名, 小児科 3 名, 産婦人科 3 名, 眼科 5 名, 整形外科 4 名, 泌尿器科 3 名, 耳鼻咽喉科 3 名, 皮膚科 3 名, 精神科 2 名であった。

調査月の前月のがん患者を 1 人以上診療している診療所は 14 施設 (21%) であった。在宅での看取りを 20 施設 (39%) の診療所が行っていると答えた一方で、主治医としてのがん患者の在宅診療に関しては、比較的早期のがん患者について行っていると回答した診療所は 9 施設 (18%), 比較的末期のがん患者について行っていると回答した診療所は 13 施設 (27%) であった。主治医として末期がん患者の在宅診療を「行っていない」と回答した 36 施設 (内科 14, 他科 22) のうち、今後の方向性についても「不可能」と回答したのは 26 施設 (内科 6, 他科 20) であった。

診療所の医療用麻薬の使用に関しては、坐剤や内服による投与を 15 施設 (29%) が実施していたのに対して、持続皮下注や持続点滴による投与はそれぞれ 2 施設 (4%) と少なく、今後の方向性についても「不可能」と答えた診療所が、持続皮下注 69%, 持続点滴 78% であった。

その他の処置の実施率は、在宅 IVH の管理 (2%), 腎瘻の管理 (6%), 呼吸困難緩和 (8%) と低かった。特に今後も「不可能」との回答が多かった処置としては、硬膜外カテーテルによる疼痛管理 (90%), 腎瘻管理 (83%), 在宅酸素療法の管理 (81%), イレウス管の管理 (80%) であった。がん患者の精神的サポート、家族の精神的サポートに関しても「不可能」と回答した施設が半数以上あった。

2. 訪問インタビュー調査

インタビュー調査に応じた 62 の診療所医師は、男性 57 名, 女性 5 名で、年齢構成は、30 歳代 2 名, 40 歳代 12 名, 50 歳代 30 名, 60 歳代 12 名, 70 歳以上 6 名であった。主たる診療科の内訳は、内科 37 名, 外科 3 名, 小児科 2 名, 産婦人科 3 名, 眼科 3 名, 整形外科 4 名, 泌尿器科 3 名, 耳鼻咽喉科 3 名, 皮膚科 3 名, 精神科 1 名であった。

発言についてコーディング・カテゴリー展開した結果、「在宅緩和医療実施への障害」として、①手技への不安、②病診連

表1 提供しているがんの在宅診療および治療の状況

質問項目	調査時の提供状況		現在は「行っていない」場合の今後の方向性			
	行っている	行っていない	可能	症例により可能	検討の余地あり	不可能
がんの在宅診療						
比較的早期のがん患者の在宅診療	9 (18%)	42 (82%)	4 (10%)	7 (18%)	5 (13%)	24 (60%)
比較的末期のがん患者の在宅診療	13 (27%)	36 (74%)	2 (6%)	5 (14%)	3 (8%)	26 (72%)
専門領域に限定した往診	—	—	7 (23%)	5 (17%)	4 (13%)	14 (47%)
緩和ケアなどグループ診療への参加	2 (4%)	47 (96%)	7 (16%)	7 (16%)	11 (24%)	20 (44%)
在宅での看取り	20 (39%)	31 (61%)	1 (3%)	0 (0%)	5 (17%)	24 (80%)
疼痛緩和						
内服・坐剤によるモルヒネなどの投与・維持・管理	15 (29%)	36 (71%)	3 (8%)	6 (17%)	5 (14%)	22 (61%)
持続皮下注によるモルヒネなど医療用麻薬の投与・維持・管理	2 (4%)	49 (96%)	2 (4%)	6 (12%)	7 (14%)	34 (69%)
持続点滴によるモルヒネなど医療用麻薬の投与・維持・管理	2 (4%)	49 (96%)	2 (4%)	3 (6%)	6 (12%)	38 (78%)
硬膜外カテーテルによる疼痛管理	1 (2%)	50 (98%)	0 (0%)	4 (8%)	1 (2%)	43 (90%)
モルヒネなどの医療用麻薬による嘔吐管理	8 (16%)	43 (84%)	3 (7%)	9 (21%)	7 (17%)	23 (55%)
モルヒネなどの医療用麻薬による便秘管理	9 (18%)	42 (82%)	4 (10%)	9 (21%)	6 (14%)	23 (55%)
疼痛増悪時の在宅対応	9 (18%)	42 (82%)	2 (5%)	8 (19%)	5 (12%)	27 (64%)
その他の身体症状						
がん患者の呼吸困難緩和	4 (8%)	47 (92%)	0 (0%)	8 (17%)	3 (6%)	36 (77%)
がん患者の倦怠感緩和	7 (14%)	44 (86%)	2 (5%)	10 (23%)	5 (11%)	27 (61%)
がん治療(抗がん剤など)の副作用治療	3 (6%)	48 (94%)	1 (2%)	8 (17%)	5 (10%)	34 (71%)
精神心理的項目						
がん患者の精神面のサポート	6 (12%)	44 (88%)	2 (5%)	11 (25%)	7 (16%)	24 (55%)
家族の精神的サポート	7 (14%)	44 (86%)	3 (7%)	9 (21%)	6 (14%)	24 (57%)
がん患者の抑うつへの対応	6 (12%)	45 (88%)	2 (4%)	11 (24%)	6 (13%)	26 (58%)
がん患者のせん妄への対応	5 (10%)	45 (90%)	1 (2%)	10 (22%)	5 (11%)	29 (64%)
治療内容						
経管栄養の管理	13 (26%)	38 (75%)	2 (5%)	8 (21%)	2 (5%)	26 (68%)
経管栄養チューブの挿入	7 (14%)	44 (86%)	3 (7%)	10 (23%)	2 (5%)	29 (66%)
胃瘻の管理	12 (24%)	39 (77%)	3 (8%)	5 (13%)	4 (10%)	27 (69%)
在宅中心静脈栄養 (IVH) の管理	1 (2%)	50 (98%)	2 (4%)	5 (10%)	4 (8%)	39 (78%)
外来化学療法	4 (8%)	47 (92%)	1 (2%)	7 (15%)	4 (9%)	34 (74%)
経口抗がん剤の処方と管理	10 (20%)	41 (80%)	4 (10%)	8 (20%)	8 (20%)	20 (50%)
腎瘻の管理	3 (6%)	48 (94%)	0 (0%)	1 (2%)	7 (15%)	40 (83%)
バルーンカテーテルの管理	15 (29%)	36 (71%)	5 (14%)	5 (14%)	0 (0%)	26 (72%)
イレウス管の管理	2 (4%)	49 (96%)	1 (2%)	3 (6%)	6 (12%)	39 (80%)
経皮経肝胆管ドレナージ (PTCD) の管理	3 (6%)	48 (94%)	0 (0%)	4 (8%)	6 (13%)	38 (79%)
褥創の治療・管理	23 (45%)	28 (55%)	2 (7%)	6 (21%)	3 (11%)	17 (61%)
病的骨折の保存的治療の管理	5 (10%)	46 (90%)	2 (5%)	5 (12%)	5 (12%)	31 (72%)
ビスホスホネート注射剤の投与	3 (6%)	48 (94%)	7 (15%)	2 (4%)	6 (13%)	31 (67%)
リンパ浮腫の管理	3 (6%)	48 (94%)	1 (2%)	6 (13%)	10 (22%)	29 (63%)
在宅酸素療法 (HOT) の管理	18 (35%)	33 (65%)	2 (6%)	2 (6%)	2 (6%)	26 (81%)
夜間緊急時の対応	17 (33%)	34 (67%)	0 (0%)	3 (9%)	4 (12%)	27 (79%)
口腔のケア	6 (12%)	44 (88%)	1 (2%)	11 (25%)	8 (18%)	24 (55%)

携体制への不安, ③患者・家族・市民の心構え, という3点の
 カテゴリーが導き出された。各カテゴリーに関するおもな発言
 は表2に示す。

本稿における発言の記述で、「数名」とは2〜5名, 「多くの」
 とは6名以上が発言したことを意味する。

在宅緩和医療実施への障害

①手技への不安

多くの医師が開業してから長期にわたり医療用麻薬の処方
 経験がなく, 特に持続点滴や皮下注射による疼痛緩和治療の手
 技に対する不安が大きいことが示された(発言1〜5)。また, 胃
 瘻や在宅IVHといった緩和医療以外の手技についても懸念が
 聞かれた(発言6)。

表2 在宅緩和医療実施の障害となっていること

発 言		発言番号
① 手技への不安		
疼痛管理		
麻薬免許はあるが、開業してから麻薬を出したことはない。痛み止めはおもにボルタレンとペンタジン。		1
昨年はMS コンチン®を1回使った。それ以前10年間は経験ない。持続皮下注射はまったく経験がない。		2
麻薬の種類も増えているようだが普段やってないので、貼り薬、飲み薬、坐剤の違いすら分からない。		3
がんはあまり経験ない。地域に、緩和ケアのスキル、痛みのとり方のスキルが広がっていないと感じる。		4
(亡くなった患者の症例で)私自身の勉強不足、薬の知識がないことを痛感した。もう少し疼痛緩和のことを知っていればよかった。		5
その他の手技		
胃瘻や在宅IVHなど事故も起きているし、今までそうしたケースがなかったので自信がない。		6
② 病診連携体制への不安		
病院のバックアップ		
今までは病院は退院させたらおしまいでバックアップがなかった。		7
いざという時にはいつでも入院できるというバックアップ施設があると在宅に踏み切りやすい。		8
在宅で診る一番の不安は状況が変わった時に病院がすぐ対応できないこと、そうなると家族も不安になる。		9
通院でも一時的に入って痛みコントロールができる場所が必要。定期の受診以外の緊急的対応もやってほしい。		10
専門医への相談		
病院に気軽に聞ける体制があればうれしい。今は聞きたくても窓口がない。		11
病院の専門の先生に相談できる体制も必要だと思う。		12
紹介のタイミング		
がん患者がわれわれに戻ってくることはあまりない。病院に紹介すると返事はくるが、その後どうなったのか、経過も知りたい。		13
今までは治療をした病院から患者が出てくること自体少なかった。		14
がん治療をする病院から開業医に紹介されるタイミングが遅すぎる。診断がついて手術直後からずっと、情報を密にやりとりしたい。		15
病院から在宅へ移すタイミングが遅い。流動的かと思うが、2～3カ月前には送ってほしい。		16
病院から患者が出されるタイミングは亡くなる直前のことが多い。		17
③ 患者・家族・市民の心構え		
在宅医療への理解不足		
家族が本当に在宅で納得しているかが問題だと思う。		18
病院が患者を地域に帰すとまず家族が不安になる。病院とだけキャッチボールしたがる家族が多い。		19
病院で手を尽くしたら在宅に帰すという方針が市民に浸透していない。		20
地域の患者家族は、病院の手術をした先生を上に見て、地域の開業医を低くみる。…患者・家族との信頼関係をつくるのが難しい。		21
家族は他人の目を気にする、具合が悪い姿を近所に見られたくない。「何でこんなに具合が悪いのに家においでいるのか」と言われるから。		22
容体変化に伴う動揺		
困るのは、亡くなる直前に家族が動揺して病院に入れたがること。こちらは最期まで診たくても、家族が病院に入れたがるものがものすごく多い。		23
最後の最後で家の人が見えなくなることが多い。		24
病院から出すタイミングによっては、家族が音を上げてしまうことが多い。家族の希望を聞きながらケースバイケースで…。		25
最初は「在宅でできるだけやりたい」と言っているけど、だんだんと家族は見るに耐えられなくなって病院に入れたがる。病院を紹介してほしいと…、本人の意思ではなくても結局病院に戻ってしまうことがある。		26

②病診連携体制への不安

現状の病診連携の問題点として、多くの医師が、いざという時に病院専門医に相談したり一時的に痛みのコントロールをしてもらえるようなサポートが不足していると発言した(発言7～10)。さらに、多くの医師が、病院から開業医へ紹介されるタイミングが遅すぎると指摘し(発言15～17)、もっと早い段階から連絡をとり合いたいという希望が複数あった(発言15)。

そもそも、がん患者が病院から地域の診療所医師に紹介されて戻ってくるということがほとんどないという声も数名の医師から聞かれた(発言13,14)。

このほかに、がん告知が病院できちんとされておらず戸惑う場合がある、在宅緩和ケアを1人で担うことは困難でグループ診療が必要と考えながらも人に頼みづらいといった声も聞かれた。

表3 在宅緩和ケアを地域で推進していくための有効策に関するカテゴリと発言

- 1) 学習会の開催によるスキルアップ
 - 地域で勉強会を開いて、病院が退院させるタイミング、開業医との「落とし所」をみつける必要がある。
 - 持続皮下注も腎臓管理も教えてもらえればできると思うので、事前に知識を深めたい。
 - 持続皮下注は研修を受ければできると思う。腎臓もみたことないが管理は難しくないとと思う。
 - 科が違うと常識が違うので、垣根を超えた勉強会が必要。
 - 中心静脈栄養や持続皮下注射など即戦力になる勉強会にはぜひ参加したい。
 - 訪問看護師や介護職種など、関わる人すべての勉強会が必要。
- 2) 病院医師と在宅医との関係構築
 - 病院での診断がついた直後から密に連絡をやりとりしたい。
 - まったく見ず知らずの患者を、急に今日から診るというわけにはいかない。
 - 病院医師との顔の見えるネットワークがほしい。
 - がん治療をする病院と連携しながら診ていく必要がある。
 - 紹介患者について病院から返事は来るが、その後の経過を知りたい。
- 3) 病院によるバックアップ体制の確立
 - 定期の受診以外の緊急対応、通院でも一時的に入って痛みをとるということを中核病院にやってほしい。
 - 中核病院とそれ以外の3病院が連携し、ステージや症例・症状に応じて対応してほしい。
 - まずは病院が地域へ患者を帰せる体制づくり、そして緊急時にバックアップできる体制づくりが必要。
- 4) グループ診療体制の構築
 - 1人で24時間対応は大変。3人程度のグループでやればもう少しできる。夜間対応できる先生が少ない。
 - グループでやれば対応ができることもある。
 - グループ診療や医療ネットワークは良いが、市街地の医師と距離が離れすぎている。
 - グループ診療には日頃からの医師同士の人間関係が必要。普段からグループで診る体制を構築したい。
- 5) 患者・家族・一般市民の啓発
 - 家族の心構えが在宅死のカギになる。
 - 病院とだけキャッチボールしたがる家族が多い。家族への啓発が必要。
 - 地域での予防や健康、身体についての教育も大切。
 - 一般市民に、死生観や「よく生きる」といったテーマで啓発が必要。
 - 市民の意識も変わっていかないといけないが、講演会をやっても浸透するには時間がかかるだろう。

③患者・家族・市民の心構え

在宅緩和医療実施の障害として、介護する家族や地域住民の在宅医療に関する理解不足や好ましくないイメージを指摘する声も多く聞かれた(発言18-22)。介護者の負担が大きいことや、患者の急変時に家族が動揺する機会が多いことも、在宅緩和ケアの阻害要因であると多くの医師が発言した(発言23-26)。

また、比較的末期のがん患者の主治医としての在宅診療や往診について質問紙調査で「不可能」と回答していた内科医6名に、半構造化インタビューで「c.在宅医療の実施状況と今後の可能性」を尋ねたところ、いずれも外来診療が忙しく時間的余裕がないという回答であったが、このうち4名は、自分が紹介した患者などに限定すれば在宅診療を行う可能性があるとして発言した。「自分の患者なら最期まで診るのは当然。その際は緩和医療にも対応したいのでノウハウを知りたい」といった発言をはじめ、自分が病院に紹介した患者、近隣の患者、知っている医師から依頼された場合は、末期がん患者でも在宅主治医として診ると回答した。

さらに「e.緩和ケアに対する意欲」の質問に対しては、内科以外の医師から、「主治医の体制が整ったら耳鼻咽喉科の立場でサポートや協力できることをしたい」(耳鼻咽喉科医)、「鎮痛や圧迫骨折のコルセット作りはできる」(整形外科医)、「腎臓カテーテル管理など依頼があれば往診もできる」

(泌尿器科医)、「せん妄の診立てや精神面のサポートならできる」(精神科医師)、「主治医の安心のための協力は喜んでほしい」(眼科医)、といった発言があった。内科以外の医師は3名を除き、自分の専門分野で在宅主治医をサポートできると回答した。

在宅緩和ケアを地域で推進していくための有効策

医師の発言内容の分析により、在宅緩和ケアを地域で推進していくためには、1)学習会などの開催による診療所医師の緩和技術のスキルアップ、2)病院医師と在宅医との関係構築、3)病院によるバックアップ体制の確立、4)グループ診療体制の構築、5)患者・家族・一般市民の啓発、という5つのテーマが有効な取り組みとして示唆された。

特に技術や知識の習得機会を望む声は多く、具体的には持続皮下注を含む疼痛管理、次いで精神サポート、呼吸コントロール、食事や栄養管理、嚥下・口腔ケア、腎臓管理などの学習を希望する発言があった。5つのテーマに関する発言内容は、表3に示した。

考察

2008年の日本医師会の調査報告では、緩和ケア普及のため

の対策として、(1) 適切な緩和ケアの知識と技術の普及、(2) 専門家の養成と利用の便の向上、(3) 医師の仕事量の総和の緩和、(4) コミュニケーションに関する評価、(5) 麻薬の管理の簡便化、(6) 相談窓口の設置、および緩和ケア病棟以外に入院や日中・夜間に滞在できる施設の量的拡充、を提案している⁹⁾。

鶴岡地区の診療所医師を対象にした本研究でも、上記(1)と(6)が共通する有効策として浮かび上がったが、それに加えて、病院との早期の信頼関係の構築、いざという時の専門医によるバックアップ、患者・家族・市民の在宅緩和医療への理解の3点も重要という示唆を得ることができた。

このことは、国ががん対策推進基本計画において「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を達成するために具体的に取り組むべき施策として挙げた地域連携の推進、各地域の特性をふまえた在宅医療実施体制の計画的な整備に資するものと考えられる⁹⁾。

また、診療所医師と専門医や病院医師との関係を早期に構築することが重要との点は、各自の役割分担を明確にして限られた人的医療資源を効率的に活用することにつながると考えられるので、本地域のような緩和ケア資源が十分ではない地域への緩和ケア普及においては特に重要と考える。

診療所医師の在宅緩和医療の実施率は、疼痛管理や精神サポートなどすべてにおいて低く、全般的に知識が不足していると多くの医師が感じていた。特に持続皮下注射や点滴による麻薬投与、腎臓管理、呼吸困難の緩和といった、開業してから経験の少なかった手技については困難感が高いことが示された。このことは、在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークならびに日本ホスピス在宅ケア研究会の医師を対象とした質問票調査で、皮下注射および点滴によるモルヒネ投与を実施している割合は、ホスピス医師に比べて診療所医師での実施率が低いとされた結果とも一致する¹⁰⁾。また、日本医師会による意識調査でも、緩和医療の知識と技術について、たとえ現在がんの診療を行っている診療所医師であっても自己評価は高くなく、がんの診療を行っていない診療所医師ではさらに低いことが示されている⁹⁾。緩和ケアの経験が少ない理由としては、病院から診療所へがん患者が紹介されることが今まであまりなかったことが多くの医師によって指摘された。

質問紙調査で比較的末期のがん患者を受け入れる意思を示していなかった診療所医師も、訪問インタビュー調査で掘り下げて聞いてみると、近くの医師に頼まれたり、自院のかかりつけ患者が在宅に戻った場合には、在宅緩和医療を提供したいと考えており、そのための学習意欲が高いことも明らかになった。これまで経験のない輸液療法なども学習機会さえあれば実践が可能になると考えていることが示された。

これらのことから、地域でがん患者の在宅医療を担う医師への緩和ケア教育に際しては、知識や技術を具体的に習得できる場にすることが重要であり、診療所医師が経験を積み重ねていけるよう病院側も退院などのタイミングなどを考慮しながら協力して技術移転を進める必要があると考える。

さらに、耳鼻咽喉科、泌尿器科、小児科、整形外科、皮膚科、眼科といった分野の医師が、地域のがん患者を専門家の立場から具体的にサポートする意欲が高いこともインタビュー調査によって明らかになった。このことから、在宅主治医だけでなく、意欲を持つ他の診療科の医師も在宅サポートチームに組み入れ、積極的に地域の緩和ケアに関われるような地域連携の体制

を検討することも有用と考える。

がん治療を行う病院との関係構築とともに、患者や家族との関係構築も、診療所医師にとって重要な課題であることが、インタビュー調査から示された。患者・家族・一般市民の在宅緩和医療への理解を深め、イメージを改善することが、取り組むべき施策として示されたが、この点は、がん対策推進基本計画に、緩和ケアについての一般国民への普及啓発が重点施策として挙げられていることとも一致する⁸⁾。

鶴岡地区の医師の発言は、患者や家族と訪問を担当する医師との信頼構築を早い時期から図る必要性を示している。病院から診療所への紹介のタイミングが遅れると関係構築が難しくなるが、その一方で在宅期間が長期化すると家族の負担が大きくなる(表3)。よって、家族の負担を軽減しながら在宅療養を維持するためには、患者や家族の在宅緩和医療への理解を促すとともに、必要に応じて、病院が一時的に患者の入院を受け入れるといったサポート体制も必要となる。つまり、がん治療を行う病院、在宅医療を引き受ける診療所、患者・家族という三者間で良好な関係を構築することが、在宅緩和ケア普及に重要であることが本研究の結果から考察できる。

また、患者や家族が病院を上のみで、地域の開業医を低くみるといった発言や、病人を家に置いておくことについて近所の目を気にするといった発言(表2)からは、医療は病院で受けるものといった地域住民の通念が根強く残っていることが示されている。こうした地域特性をふまえた啓発活動によって在宅医療への理解を高めることも、在宅緩和医療推進の重要な要素であると考えられる。

本研究は鶴岡地区の診療所医師の在宅医療や緩和ケアに対する認識、困難感、意欲をアンケート調査で定量的に把握し、さらにそれを補完する訪問インタビュー調査を行った。調査参加率は、同地域の診療所の80%(質問紙調査)、72%(インタビュー調査)と高かったことから、地域代表性の高いデータであると考えられ、これらを通して、今後の地域緩和ケア提供体制の構築へつなげていくための示唆を得ることができた。また、この地区と同様に緩和医療資源が必ずしも豊富でない他の地域での在宅緩和医療を推進していくうえで、重要な知見になると考えられる。しかし一方で、診療所医師1人ひとりの緩和ケアへの認識や地域への要望の背景にある文化的・地域社会的コンテキストは、地域によって異なるので、ここで得られた知見を一般化する際には、これらの点を慎重に考慮する必要がある。

わが国においては在宅緩和医療の提供体制の充実が叫ばれており、その要となることが期待される診療所医師からのこうした声を活かして、今後、地域ぐるみで診療体制の構築を行っていく必要がある。

謝辞

この研究の一部は、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」による。調査にあたっては、鶴岡地区医師会ならびに日本対がん協会研究員 相庭伸 氏に多大なご協力をいただいた。ここに感謝の意を表す。

文献

- 1) 厚生労働省. 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について. 2004. [cited 2009 FEB

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

- 20] [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>]
- 2) 厚生労働省. 平成 18 年度人口動態調査. [cited 2009 FEB 20] [http://www.dobk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html]
- 3) 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他. 一般集団における終末期在宅療養の実現可能性の認識とその関連要因. *Palliat Care Res* 2007; 2: 101-111.
- 4) 厚生労働省. 主な施設基準の届出状況等. 2008. [cited 2009 FEB 20] [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0716-3c.pdf>]
- 5) 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. 2008. [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080903_3.pdf]
- 6) 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.
- 7) Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: Sage Publications, 1990.
- 8) 戈木クレイグヒル滋子. *グラウンデッド・セオリー・アプローチ—理論を生みだすまで*. 新曜社, 東京; 2006.
- 9) 厚生労働省健康局総務課がん対策推進室. *がん対策推進基本計画*. 2006. [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>]
- 10) Kotani K. Morphine use for at-home cancer patients in Japan. *Tohoku J Exp Med* 2004; 204: 119-123.

A survey on palliative home care in rural Japan

Miki Akiyama¹⁾, Motohiro Matoba²⁾, Toru Takebayashi³⁾,
Chi-yuki Nakanome⁴⁾ and Yoichi Matsubara⁵⁾

1) Faculty of Policy Management, Keio University, 2) Division of Palliative Medicine, National Cancer Center,
3) School of Medicine, Keio University, 4) Tsuruoka Medical Association, 5) Shonai Hospital

Purpose: Palliative care is an essential part of integrated cancer treatment. This study aimed to identify general practitioner (GPs)' perceptions of palliative care and the difficulties they encounter in providing care to terminally ill cancer patients. **Methods:** Japanese GPs in a rural area where palliative care resources were inadequate were surveyed by questionnaire. Using the questionnaire, researchers visited 62 clinics in the area and carried out semi-structured interviews to identify problems and to investigate possible ways to promote the provision of palliative care by GPs. The transcripts were manually coded into descriptive and interpretive categories. **Results:** Seventy seven out of 95 responded to the questionnaire (effective response rate: 81%). Experience of pain control was inversely related to the extent of the GPs' perceived difficulties in providing palliative care. Lack of hospital support and understanding of patients and their families were also barriers to the provision by the GPs of palliative care to terminally ill cancer patients at home. The suggested solutions were: to provide seminars for doctors in the area to improve their pain control and other clinical skills; to build up good relations between the doctors in hospitals and clinics in the area; and to educate patients, families and the community at large in the necessity of palliative care. **Conclusion:** Our study indicated that building up good inter-organizational relations among physicians and educating the community were important in order to promote GPs' participation in palliative care.

Palliat Care Res 2009; 4(2): 112-122

Key words: palliative care, home medicine, clinic, medical affiliation

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

Table 1 Availability of general practitioners to provide home care for cancer patients in rural Japan

	Available for home care at present		Will possibly be available for home care in the future*			
	Yes	No	Yes	Depends on the situation	Low probability	No
Cancer care						
Home care for early-stage cancer	9 (18%)	42 (82%)	4 (10%)	7 (18%)	5 (13%)	24 (60%)
Home care for advanced-stage cancer	13 (27%)	36 (74%)	2 (6%)	5 (14%)	3 (8%)	26 (72%)
Home visits limited to general practitioner's preferred field (s)	—	—	7 (23%)	5 (17%)	4 (13%)	14 (47%)
Participation in a group practice program for palliative care	2 (4%)	47 (96%)	7 (16%)	7 (16%)	11 (24%)	20 (44%)
End of life care	20 (39%)	31 (61%)	1 (3%)	0 (0%)	5 (17%)	24 (80%)
Pain management						
Management with opioids including oral and suppository morphine	15 (29%)	36 (71%)	3 (8%)	6 (17%)	5 (14%)	22 (61%)
Management with continuous subcutaneous injection of opioids	2 (4%)	49 (96%)	2 (4%)	6 (12%)	7 (14%)	34 (69%)
Management with continuous intravenous injection of opioids	2 (4%)	49 (96%)	2 (4%)	3 (6%)	6 (12%)	38 (78%)
Pain control with epidural injection	1 (2%)	50 (98%)	0 (0%)	4 (8%)	1 (2%)	43 (90%)
Management of opioid-induced nausea and vomiting	8 (16%)	43 (84%)	3 (7%)	9 (21%)	7 (17%)	23 (55%)
Management of opioid-induced constipation	9 (18%)	42 (82%)	4 (10%)	9 (21%)	6 (14%)	23 (55%)
Management of exacerbated pain	9 (18%)	42 (82%)	2 (5%)	8 (19%)	5 (12%)	27 (64%)
Physical symptom management						
Alleviation of dyspnea	4 (8%)	47 (92%)	0 (0%)	8 (17%)	3 (6%)	36 (77%)
Alleviation of fatigue	7 (14%)	44 (86%)	2 (5%)	10 (23%)	5 (11%)	27 (61%)
Treatment of adverse effects of anti-cancer treatment (e.g. chemotherapy)	3 (6%)	48 (94%)	1 (2%)	8 (17%)	5 (10%)	34 (71%)
Psychological management						
Psychosocial support for cancer patients	6 (12%)	44 (88%)	2 (5%)	11 (25%)	7 (16%)	24 (55%)
Psychosocial support for family members	7 (14%)	44 (86%)	3 (7%)	9 (21%)	6 (14%)	24 (57%)
Treatment of depression	6 (12%)	45 (88%)	2 (4%)	11 (24%)	6 (13%)	26 (58%)
Treatment of delirium	5 (10%)	45 (90%)	1 (2%)	10 (22%)	5 (11%)	29 (64%)
Treatment management						
Management of enteral tube feeding	13 (26%)	38 (75%)	2 (5%)	8 (21%)	2 (5%)	26 (68%)
Placement of feeding tubes	7 (14%)	44 (86%)	3 (7%)	10 (23%)	2 (5%)	29 (66%)
Management of enteral feeding by gastrostomy	12 (24%)	39 (77%)	3 (8%)	5 (13%)	4 (10%)	27 (69%)
Management of intravenous hyperalimentation	1 (2%)	50 (98%)	2 (4%)	5 (10%)	4 (8%)	39 (78%)
Outpatient chemotherapy	4 (8%)	47 (92%)	1 (2%)	7 (15%)	4 (9%)	34 (74%)
Oral anticancer drug prescription	10 (20%)	41 (80%)	4 (10%)	8 (20%)	8 (20%)	20 (50%)
Management with nephrostomy	3 (6%)	48 (94%)	0 (0%)	1 (2%)	7 (15%)	40 (83%)
Management with balloon catheters	15 (29%)	36 (71%)	5 (14%)	5 (14%)	0 (0%)	26 (72%)
Management with long tubes for ileus	2 (4%)	49 (96%)	1 (2%)	3 (6%)	6 (12%)	39 (80%)
Management with percutaneous transhepatic cholangio drainage (PTCD)	3 (6%)	48 (94%)	0 (0%)	4 (8%)	6 (13%)	38 (79%)
Management of decubitus ulcers	23 (45%)	28 (55%)	2 (7%)	6 (21%)	3 (11%)	17 (61%)
Conservative treatment of pathological fracture	5 (10%)	46 (90%)	2 (5%)	5 (12%)	5 (12%)	31 (72%)
Bisphosphonate therapy	3 (6%)	48 (94%)	7 (15%)	2 (4%)	6 (13%)	31 (67%)
Care of lymph edema	3 (6%)	48 (94%)	1 (2%)	6 (13%)	10 (22%)	29 (63%)
Management with home oxygen therapy	18 (35%)	33 (65%)	2 (6%)	2 (6%)	2 (6%)	26 (81%)
Night emergency calls	17 (33%)	34 (67%)	0 (0%)	3 (9%)	4 (12%)	27 (79%)
Oral care	6 (12%)	44 (88%)	1 (2%)	11 (25%)	8 (18%)	24 (55%)

* Limited to GPs who were not providing home care at the time of the survey

Table 2 Barriers to the provision of home care

Category/ Subcategory	General practitioners' (GPs') comments
① Concerns about skills	
Pain control	<p>No clinical experience of opioids, although I am certified to administer them.</p> <p>No clinical experience of continuous subcutaneous injection of opioids, although I have administered oral and suppository opioids.</p> <p>Can't distinguish between different dosage forms such as patches, oral capsules and suppositories, since I don't use opioids in daily practice at all.</p> <p>Skills and knowledge related to palliative care and pain control are scarce in this area.</p> <p>Recent experience has made me realize that I need to gain more knowledge and skills related to pain control.</p>
Other skills	<p>I have no confidence in such treatments as gastronomic feeding and at-home IVH, since I have had no clinical experience of them. The increasing number of incident reports also discourages me from attempting them.</p>
② Concerns about support and collaborative relationships with core hospitals	
Hospital backup in emergencies	<p>There is no hospital support once a patient is discharged.</p> <p>Backup hospital beds for use in emergencies are would encourage home care service.</p> <p>The biggest concern patients' families have about home care is the lack of emergency beds in core hospitals available if there is a sudden change in the patient's condition.</p> <p>Access to a hospital pain control unit should be retained even when a patient is receiving care at home from a GP.</p>
Availability of palliative care specialists for consultation	<p>Consultation services should be provided by a core hospital; at present, they aren't.</p> <p>GPs in the area need ready access to hospital palliative care specialists.</p>
Lack of hospital-clinic cooperation	<p>Patients are seldom referred back to GPs after treatment at a core hospital.</p> <p>Few patients are referred to GPs after treatment at a core hospital.</p> <p>Hospitals refer patients to GPs too late: detailed information about patients should be shared, starting right after a surgery.</p> <p>A good patient-physician relationship should be established before the terminal care starts.</p> <p>Patients tend to be discharged too late: 2-3 months is a desirable home care period.</p> <p>One hospital referred a patient to me just before the patient died.</p>
③ Readiness of patients, their families, and society as a whole to accept home care	
Lack of understanding about home care	<p>It is questionable whether families actually prefer homecare.</p> <p>Families feel insecure when a relative is discharged from the hospital.</p> <p>The concept of home care at the terminal stage of an illness is not well accepted by society.</p> <p>It is difficult to build up a good trusting relationship with patients' families, as they tend to rely more on hospital specialists.</p> <p>Families are sometimes criticized by their neighbors for keeping very sick relatives at home.</p> <p>Communicating with a patient's family, especially when they are not living together, is difficult.</p>
Loss of confidence in the home care system when the patient's condition changes	<p>There is a tendency for families to request hospital admission for a relative right before death.</p> <p>Family members tend to give up at toward the very end.</p> <p>Families get worn out if of the patient's discharge from the hospital is not timed carefully.</p> <p>Even when families want to care for their relatives at home, they lose confidence as the illness becomes advanced.</p>

Table 3 Possible measures to promote the involvement of general practitioners (GPs) in palliative care

1) Training and seminars

Seminars or conferences at which GPs and hospital specialists can discuss the appropriate timing of discharge are necessary.

I want to learn the necessary skills to carry out procedures like continuous subcutaneous injection of opioids and nephrostomy.

I think I would be able to deal with such procedures as continuous subcutaneous injection and nephrostomy if I were trained; I just happen not to have received training.

Doctors with different specialties focus on different issues, so seminars that can bring all the specialties together need to be organized.

I would like to attend seminars on useful procedures such as IVH and continuous subcutaneous injection.

Training is needed for all professionals, including home care nurses and care givers.

2) Good relationships between hospital doctors and GPs

I want to enter into detailed discussion with hospital specialists as soon as the patient is diagnosed.

Time is needed to build up a relationship with a patient, so hospitals should provide more information in advance of the patient's discharge.

Networks are needed to establish close relationships between GPs and hospital specialists.

Hospitals providing cancer treatment and GPs should collaborate to provide good care.

Besides a reply to my referral letter, I want to know details about the progress of my patients after operations or treatment in the hospital.

3) Support from hospital palliative care team

The core hospital should be ready to treat any patient who needs emergency pain control at any time.

The core hospital and the 3 other hospitals in this area should cooperate to support patients according to the stage of their disease and symptoms.

The first step is to establish a system which enables hospitals to discharge their patients so that they can receive care at home, and the second step is to establish a back-up system for emergencies.

4) Group practice

It is impossible for one doctor to be available 24 hours a day. Three doctors working as a group can take care of more patients, but there are very few doctors who are prepared to cover nights.

Group practice widens the range of care and treatment that can be provided.

I think group practice and medical networks are effective, but my clinic is a long way from the city.

Group practice requires trusting relationships among member doctors. We need to establish a system of group practice as the norm.

5) Education of patients, families and citizens

Whether the family is ready to deal with it is the key to whether a patient can die at home.

Some families prefer to communicate only with hospital doctors. Patients and their families need to be better educated about medical services.

Education about health and disease prevention is also important in this area.

Citizens need to be engaged in frank discussions about life and death.

It may take a long time to change citizens' perceptions of and attitudes toward home care.

原 著

がん在宅緩和医療の課題と解決策に関する 診療所医師を対象とした訪問調査

伊藤富士江*^{1, 2)} 井村 千鶴*¹⁾ 森田 達也*^{1, 3)}

*What General Practitioners Think and Experience about Palliative Care :
A Qualitative Study from a Regional Palliative Care Program*

Fujie Itou, Chizuru Imura and Tatsuya Morita

Key words : 緩和ケア, 地域, 在宅

● 緩和ケア 20 : 641-647, 2010 ●

はじめに

緩和ケアは、病院の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¹⁻⁵⁾。今後、がん患者数が増加する、患者・家族の「家にいたい」という希望が増える、自宅で可能な症状緩和手段が増える、政策的な誘導が行われる、などの理由により、在宅で最期を迎えるがん患者が増えることが予測される。がん患者が安心して過ごせるための体制を、地域全体で整備していくことは重要である。

がん患者の在宅療養を支えるために、医師会が中心となって整備した尾道方式、有志の診療所医師が構築したネットワークから発展した長崎のドクターネット、診療所に緩和ケアに関する相談機能を持つ岡山モデルなど、さまざまな取り組みが行われている⁶⁻⁸⁾。一方、「連携体制が十分には構築されていない」地域の診療所医師からみたがん在宅緩和医療の課題と解決策を明らかにした実証

研究はほとんどない^{9, 10)}。山形県鶴岡市で行われた研究では、診療所医師からみたがん在宅緩和医療の課題として、疼痛管理など手技への不安、入院場所の確保、専門医への相談、紹介のタイミングなどが挙げられた⁹⁾。大阪府豊中市で行われた訪問調査では、バックベッドの確保が最も多く挙げられたという¹⁰⁾。これらはいずれも、課題は収集しているが「解決策」については収集していない。

また、地域連携のプロジェクトが行われる前の調査であるため、医師の意見は実際にがん患者の在宅医療に関わった経験よりも「推測」をもとにしている可能性がある。さらに、地域によって緩和ケアの資源には違いがあるため、緩和ケア病棟や緩和ケアチームがある地域に当てはまるとはいえない。したがって、地域連携のプロジェクトが行われており、緩和ケア病棟や緩和ケアチームがある地域において、診療所医師からみたがん在宅緩和医療の課題と解決策を収集することには意義

*¹⁾ 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター : Hamamatsu Cancer Support Center, Seirei Mikatahara General Hospital (〒433-8558 浜松市北区三方原町3453)

*²⁾ 同 看護相談室, *³⁾ 同 緩和和支持治療科

があると考えられる。

本研究の目的は、診療所医師からみたがん在宅緩和医療の課題と解決策を探索的に収集することである。

対象・方法

本研究は、地域に緩和ケアを普及することを目的とした、3年間の地域連携のプロジェクト、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(以下、OPTIM)の中間地点である2009年秋に行われた。

① 対象

本研究では、①「がん患者の在宅診療をしており、地域の多職種ネットワークに参加している診療所」としてOPTIMに登録している診療所、②「がん患者の在宅診療をしているが、地域の多職種ネットワークに参加していない診療所」として3カ所の訪問看護ステーションの情報により「在宅診療を行っているがOPTIMに登録していない」とされた診療所、および、③「在宅診療があまり行われていない地域にある診療所」をそれぞれ任意に抽出し、回答内容が飽和した時点で抽出を終了した。

一定の基準にもとづく全数調査を行わなかった理由は、①診療所全体ではなく、設定された条件の診療所の見解を知ることが目的であること、②在宅診療をしている診療所は、必ずしも在宅療養支援診療所の届け出をしていないため、「在宅療養支援診療所」にもとづく基準は実態と異なる可能性があること、③基準に該当するすべての診療所にアプローチすることは実際的に不可能であること、の3つである。

② 方法

調査は、調査担当の看護師が、診療所医師に30分程度のインタビューを行い、内容を記載した。録音は行わなかった。調査前に、調査担当者は、診療所に関する情報を医師会や各診療所のホームページから得た。次に、電話にて連絡をとり、調査の目的・概要を説明後、調査諾否の返事を得た。訪問時に、調査の目的・方法・調査結果をOPTIMで共有することなどについて文書で説明

し、口頭同意を得た。

調査項目は、医師1名、看護師2名、医療ソーシャルワーカー1名からなるフォーカスグループにより作成した。おもな調査項目は、「地域のがん在宅緩和医療の課題と解決策」「がん患者の在宅での看取りを可能とする連携やシステム」として、自由に意見を求めた。また、がん患者の診療の現状や、意向などについて質問した。

③ 解析

質的データは、1名の研究者が緩和ケア専門医師1名と、緩和ケア認定看護師1名のスーパービジョンのもとに、合意が得られるまで内容分析を行った。

結果

1都市の29カ所の診療所に調査の依頼をし、27カ所(93%)の診療所から同意が得られた。調査対象となった診療所医師の背景は、男性96%(n=26)、女性3.7%(n=1)であった。がん患者の在宅診療の経験がある医師は96%(n=26)であり、各診療所におけるがん患者の年間看取り数は、0~10名であった。

対象となった診療所の89%(n=24)の医師が、「住み慣れた地域で在宅療養を希望する患者・家族に貢献したい」と述べた。診療所医師は、がん患者の在宅療養を支えるために、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築(n=14)、②バックベッドの確保(n=6)、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制(n=6)、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備(n=14)、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備(n=3)、⑥制度上の問題の解決(n=2)、が必要であると回答した。

① 在宅医療に取り組む意思

診療所の89%(n=24)の医師が在宅療養を希望する患者を診療する意思があることを述べた。19%(n=5)の医師は、在宅療養患者を診るために、「人数を制限する」「引き受ける時に患者・家族にできることを明確にする」といった工

夫を行っていた。ある医師は、「往診は10人が限界、自分で(引き受ける数を)制限している」と述べた。また、ある医師は、「往診できる回数に限界があることを患者・家族が了解してくれれば、診ていきたい」と述べた。

一方、11% (n=3) の診療所の医師は、早朝から夜間に及ぶ外来診療の忙しさ、在宅診療を引き受けることで他の患者を診る責任を果たせないこと、他の役割を担っていること、などの理由により、在宅診療は困難であると述べた。医師たちは、「今まで診てきた患者さんを定期的に診ていくのが精一杯で、断っていることもある。往診を掲げて、片手間にやるのであれば、やらない方がいい。きちんとやりたい」「妊婦以外すべての病気の診察を行っている。往診もやっていたことがあるが、今は(他の優先する業務とのバランスから、やりたいが)難しい」と述べた。

② 在宅療養中の患者を診る負担、診療所と診療所の連携

60% (n=16) の医師が、「在宅医療に取り組むために、負担を軽減する方法が必要である」と述べた。在宅診療を行っている診療所のほとんどが、医師1名で外来診療に加え、在宅診療の役割も担っており、患者を24時間1人で診ていく負担の大きさを述べた。医師たちは、「理想とかけ離れている。責任を果たせなくて申し訳ない」「日中の外来診療中の対応は難しい」などと、現状とあるべき姿の間の葛藤を述べた。

在宅医療に貢献したいと考える診療所の88% (調査対象全体の52%, n=14) が、個別に、あるいはネットワークにより連携したいと考えていた。医師たちは、「信頼できる先生はたくさんいるが、皆1人のため頼みにくい」「自分からはお願いしにくいですが、ネットワークをつくれればとてもやりやすい」「リーダーシップをとる人がいるのであれば、ぜひ協力したい」「今後連携したい医師がいるが、自分からはまだ声をかけていない」と話し、ネットワークとリーダーシップの重要性を述べた。

また、一部の診療所同士で、ゆるやかな連携が

進んでいることも述べられた。4つの診療所では、「すでに連携している診療所がある」と述べ、不在時に他の診療所医師に対応を依頼する、専門分野で振り分けをして互いに紹介する、などの工夫が行われていた。

一方、4名の医師は連携することの難しさについても触れた。医師たちは、「患者さんやご家族の気持ちを考えると、代行を立てる難しさがある」「(診診連携は) 難しい。意見の違いもあるし、他の医師に診てもらうのは申し訳ない。人任せにできないし、自分の責任として抵抗がある」「無理なら増やさなくていいし、1人が心地よい」などと述べた。

③ バックベッド

22% (n=6) の医師が、バックベッドが確保できていることが重要であると述べた。医師たちは、「バックベッドがきちんと確保してあれば、一時的に家に居たい人を診ることができる」「バックベッドの保証を、必ずしてもらいたい」と述べた。

一方、7.4% (n=2) の医師は、バックベッドが確保されていないために困難を感じた体験があると述べた。ある医師は、「病院が満床なのは理解できる」ので、「バックベッドは1つの病院のみならず、地域全体で取り組むべきである」と述べた。

④ 緩和ケアの知識・技術

診療所医師が在宅診療を依頼される患者の中で、症状緩和で難渋する症例は少ないことが述べられたが、22% (n=6) の医師は、緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制の重要性について述べた。

医師たちは、緩和ケアチームや緩和ケアチームの診療所への訪問について、「痛みのコントロールは、病院の緩和ケアチームに何かあれば聞いている」「(緩和ケアについては) 助言を受けながら対応していきたい」と述べた。6名の医師は、緩和ケアの知識・技術に関する不安について、「ある程度の麻薬処方は大丈夫だが、困難なケースは自信がなく、病院へお願いしたことがある。相談

ができ、アドバイスがもらえれば助かる」「点滴をする必要があったが（皮下輸液の方法を知らなかった）静脈ラインがとれずに困った」と話した。また、死亡診断書の記載方法に関する懸念（「24時間以内に診療していないと記載できない」）も述べられた。

⑤ 病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備

52% (n=14) の医師から、病院と診療所との連携の必要性について述べられ、病院と診療所とのコミュニケーション、および在宅療養の準備に分けられた。

1. 病院と診療所とのコミュニケーション

15% (n=4) の医師は、病院と診療所とのコミュニケーションについて言及した。医師たちは、「病院に紹介する時期を相談したい」「かかりつけ医師としてできるだけ患者を診ていきたい（ので、病院と相談したい）」「（相談したいが）病院の医師は忙しいと思うので連絡を躊躇する」「家族が病院に行くことを希望しても、看取りだけで病院にお返しするのはとても悪い」と述べた。

2. 在宅療養の準備

48% (n=13) の医師から、在宅に移行する時の在宅療養の準備について病院側に工夫をしてほしいとの要望があった。具体的には、医療資材の準備と在庫、紹介時の病院主治医との直接のコミュニケーション、病院スタッフの在宅医療についての知識の乏しさにもとづく再調整、最期について病院での患者との相談の不十分さ、および、紹介時期が遅いことであった。

30% (n=8) の医師から診療所で個別に医療資材を準備したり、変更になるたびに在庫を抱えることの負担が述べられた。

15% (n=4) の医師から、紹介時の病院医師との連絡を密にしたいとの希望が述べられた。ある医師は、「依頼され、紙面上の情報だけだったので、主治医に問い合わせをしたが、連絡がとれなかった。主治医と直接連携をしていかないと状況が分からない」と述べた。

15% (n=4) の医師からは、病院のスタッフ

が在宅医療について知らないことで再調整が必要になるという課題も挙げられた。ある医師は、「毎日点滴してもらえると説明された家族が、紹介状を持ってきた。実際には毎日往診には行けない。病院では簡単だけど、在宅では簡単ではないことについて、病院医師への教育が必要だ」と述べた。

また、「最期どうするかが話し合われていないこと」や、紹介の時期が遅いことがそれぞれ1名から挙げられた。

一方、病院スタッフと地域医療福祉従事者とで行う、退院前カンファレンスに参加したことがある19% (n=5) の医師は、退院前カンファレンスが有用であると評価していた。それらの医師は、「聞きたいことを聞けたし、どんな患者さんか、顔をみることができたのでよかった」「退院前カンファレンスは充実していてよかった。可能なかぎり参加していきたい」などと述べた。

⑥ 在宅療養を支える地域の社会資源

11% (n=3) の医師が、在宅療養を支える地域の社会資源の整備が必要であると述べた（訪問看護ステーション〔n=2〕、介護力の確保〔n=2〕）。

⑦ 制度

7.4% (n=2) の医師が、診療報酬上の評価が低いことや在宅療養支援診療所の届け出基準が厳しいことを挙げ、1名の医師は、自宅で死亡した患者の検案や救急搬送のルールについて言及した。

考 察

本調査は、地域連携のプロジェクトがある程度行われた時期の診療所医師からみたがん在宅緩和医療の課題と解決策を収集した、初めての研究である。

課題と解決策として、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築、②バックベッドの確保、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備、

表1 診療所医師からみた地域のがん在宅緩和医療の課題と解決策

1. 診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築
・自由意志によるネットワーク
・リーダーシップの存在
2. バックベッドの確保
・各病院と医師会との申し合わせと、各病院の現場への周知
・退院時にバックベッドを確実に確保する施設ごとの取り組み
・患者・家族に渡す「入院保証」カード
3. 緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制
・紹介元の病院の緩和ケアチームに連携室を経由して相談する方法の周知
・医師をサポートする看護師や薬剤師対象の緩和ケアセミナー
・地域全体で利用できる緩和ケアに関するワンアクセスのホットライン
・在宅で困る場面が多い緩和ケアの工夫や自宅での死亡確認に関する知識を医師会のホームページなどに掲示
4. 病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備
・病院の連携室と地域医療福祉従事者を含む退院支援プログラムの質の向上のためのミーティング
・診療所医師と病院医師を含めた退院前カンファレンス
・紹介時の病院医師と診療所医師との直接のコミュニケーション
・病院の医師・看護師が在宅医療を体験する教育の機会
・地域の医療福祉従事者から病院へのフィードバック
・医療資材について病院と診療所で負担を分け合う方法を相談する機会
5. 在宅療養を支える地域の社会資源の整備
・「(がん緩和)在宅医療ネットワーク協議会」など地域の看護・介護を最大化する協議の機会
6. 制度上の問題の解決
・自宅死亡の検案や救急搬送のルールづくり

⑥制度上の問題の解決、が重要であると述べられた(表1)。

テーマは、「課題」としてもプロジェクトによって「改善されている経験」としても語られた。

① 診療所医師が負担を減らしながら対応できる、診療所と診療所との連携体制の構築

多くの医師が、外来診療に加え、在宅診療の役割を1人で担う負担について述べ、診療所と診療所とが連携することにより負担を軽減するべきだと述べた。これは、OPTIMが開始される前の地域の調査では具体的にはみられていない知見であり、実際に患者の診療を体験することにより蓄積された解決策であると考えられる^{7, 9-10)}。

今回、特徴的であったことは、医師によって連携に関する意向が異なっていたことである。すなわち、他の診療所医師と連携して患者を診ていきたい医師と、連携は難しいと考える医師がおり、連携の意思がある診療所の中では、一部の診療所

医師の間で自発的な連携が生まれていることが述べられた。

したがって、医師の状況や価値観を尊重することを前提として、「連携することによって負担を減らし、在宅医療を行えると考える」診療所に対しては、自由意思にもとづいて連携できるネットワークが有用であると考えられる。具体的には、「連携を希望する診療所」の名簿やメンバーリストを立ち上げ、不在時の代行医師の相談、主治医・副主治医の決定、難しい事例についての相談などを行う、ゆるやかなネットワークが有用となる可能性がある。

② バックベッドの確保

調査の中で、実際にバックベッドがなくて困ったという医師は少なかったが、バックベッドの重要性については多くの医師が指摘した。在宅現場において緊急入院の依頼を病院から断られた場合、在宅医師の患者・家族からの信頼が損われることが指摘されている¹⁰⁾。本調査では、頻度は少

なかったが、在宅療養をしている患者の入院が、「医学的に救急入院の必要性がない」「満床である（実際に救急患者も受け入れられない）」との理由で、救急や入院相談で断られることがあると示唆された。診療所同士の連携に加えて、必要時すぐに病院が対応できるように、バックベッドを確保する仕組みが必要であると考えられる。

在宅療養患者のバックベッドを確保する取り組みとして、各病院と医師会との申し合わせにより、「在宅療養患者の緊急入院を引き受けることは、優先度の高い病院の責務である」という認識を現場へ周知することが挙げられる。医師の意見にあったように、実際に、満床のため、入院患者自体を受け入れられない病院が、すでに生じていることを考えると、患者・家族に渡す「入院保証のカード」¹¹⁾ など、各施設ではなく地域全体でバックベッドを確保する手段も必要かもしれない。

③ 緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制

緩和ケアの知識・技術については、紹介患者は複雑な症状マネジメントを必要としない患者が多いが、複雑な症状マネジメントを必要とする場合は緩和ケアチームに相談することが有用である体験をしていることが述べられた。これは、OPTIM が開始される前に行われた調査において、「緩和ケアの知識や専門家からの支援」が最も大きい懸念とされたことと対照的であった⁹⁾。一部の診療所ではある程度の緩和ケアに関する知識と専門家によるバックアップ体制が構築されつつあると考えられた。

今後、さらに、緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制を向上させるには、紹介元の病院の緩和ケアチームに相談する経路の周知、医師をサポートする地域の看護師や薬剤師の、緩和ケアの臨床能力を向上させるセミナー、地域全体で利用できる緩和ケアに関するワンアクセスのホットライン¹⁰⁾、あるいは、在宅で困る場面が多い緩和ケアの工夫や、自宅での死亡確認に関する知識を掲示することなどが必要である。

内容としては、内服できなくなった場合の経皮

吸収型製剤への変更方法、内服のオピオイドが使用できない場合に製剤によっては短期間は経直腸で使用できること、静脈投与できない場合には皮下輸液もできること、鎮静が必要な場合に、経静脈・皮下投与できなくても坐薬で対応できること、死亡診断書作成に関する手続きの整理、などが含まれると考えられる。

④ 病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備

本研究では、診療所医師からみた病院とのコミュニケーションと在宅療養の準備についての課題が多く挙げられた。

この背景には、病院医師が診療所医師と直接コミュニケーションをとる機会がきわめて少ないこと、病院医師・看護師の在宅医療についての知識が少ないこと、病院での退院支援が不十分であることなどが考えられる。一方で、OPTIM により積極的に施行されている、退院前カンファレンスに参加したことがある医師からは、退院前カンファレンスが役に立っているとの評価も得られ、プロジェクトが効果を示していることが示唆された。調査期間中に、病院の連携室と地域医療福祉従事者を含む退院支援プログラムの質の向上のためのミーティング、診療所医師と病院医師を含めた退院前カンファレンス、病院の医師・看護師に対する在宅医療の教育、地域でのデスカンファレンスなどが施行された¹²⁾。その結果、「地域の連携が進んでいる」と地域医療福祉従事者の多くが回答している¹³⁾。このことから、これらの介入は病院と診療所とのコミュニケーションや在宅療養の準備を促進するうえで、有効である可能性が考えられる。

一方、今回最も多かった意見の1つは、「医療資材の準備・在庫を抱える負担」であり、実際に患者のやりとりが行われていることを反映していると考えられる。これは、調査時点ではOPTIM によって介入されていない課題であったため、今後、医療資材について病院と診療所で負担を分け合う方法を相談する機会が、必要であると考えられる。

⑤ 在宅療養を支える地域の社会資源・制度の整備

本研究では、訪問看護ステーションのマンパワー不足、在宅療養を実現するための介護力の確保、自宅死亡の検案や救急搬送のルールなどが課題として挙げられた。患者・家族の在宅療養の希望を達成するためには、地域の看護・介護力を最大化する方法や制度を検討する広汎な仕組みが必要であると考えられ、「(がん緩和)在宅医療ネットワーク協議会」などの組織の必要性が示唆される。

本研究の限界として、本研究の対象は、一部の調査に限られている。したがって、調査に参加していない診療所医師の意見は反映されておらず、現状や課題が過大評価されていたり、過小評価された可能性がある。

まとめ

診療所医師の視点からみた1都市におけるがん在宅緩和医療の課題と解決策が整理された。調査対象となった診療所の約90%の医師が、「在宅療養を希望する地域の患者・家族のために貢献したい」と考えていた。そのために、①診療所医師が負担を減らしながら対応できる診療所と診療所との連携体制の構築、②バックベッドの確保、③緩和ケアに関する知識・技術をバックアップする体制、④病院と診療所とのコミュニケーションと在宅療養の準備、⑤在宅療養を支える地域の社会資源の整備、⑥制度上の問題の解決、が重要であると述べた。診療所訪問によるインタビュー調査は、「その地域における課題と解決策」を抽出することに有用である可能性がある。

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」によって行われた。

文献

- 1) 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. p.280-286, 日本看護協会出版会, 2007
- 2) 片山 壽 監: 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. p.102-199, 篠原出版新社, 2008
- 3) 宮崎和加子 監: 在宅での看取りのケア—家族支援を中心に. p.93-122, 日本看護協会出版会, 2006
- 4) 吉田利康: がんの在宅ホスピスケアガイド. p.147-163, 日本評論社, 2007
- 5) 大木純子, 古村和恵, 野末よし子, 他: がん患者に今求められる支援・サポートとは—地域医療者のプレインストーミングの結果から: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集, p.120, 2008
- 6) 片山 壽: 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア5.〔尾道市〕在宅緩和ケアチームと患者本位の地域医療連携. ホスピス緩和ケア白書編集委員会 編: ホスピス緩和ケア白書2008. p.68-72, 2008
- 7) 白髭 豊: 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア7.〔長崎市〕地域緩和ケアネットワークの試み. ホスピス緩和ケア白書編集委員会 編: ホスピス緩和ケア白書2008. p.78-82, 2008
- 8) 加藤恒夫: 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア4.〔岡山市〕支持療法と緩和ケアの地域連携. ホスピス緩和ケア白書編集委員会 編: ホスピス緩和ケア白書2008. p.63-67, 2008
- 9) 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
- 10) 林 昇甫: 病院と地域緩和ケアネットワーク2.〔豊中市〕地域がん診療連携拠点病院としての地域緩和医療の取り組み. ホスピス緩和ケア白書編集委員会 編: ホスピス緩和ケア白書2008. p.47-52, 2008
- 11) 袴田光治: 医師会と5病院で地域共通連携パスを運用—静岡市がん疾患地域連携協議会(S-NET). *Medical ASAHI* 2008年10月号: 26-27, 2008
- 12) 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」, 2009年12月30日アクセス [http://gankanwa.jp/]
- 13) 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: 204-209, 2010

1) 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子, 他 編: がん

地域の多職種で作成した調査票を用いた在宅死亡がん患者の遺族による多機関多職種の評価

要旨

がん患者が在宅で過ごすことは、患者の希望のひとつである。がん患者が在宅で過ごすための体制を地域で整備していくことが求められており、患者に関わる多職種のケアの質の評価を得ることは、緩和ケアの質の向上に有用な可能性がある。本研究の目的は、多職種での議論をもとに、1) 遺族からみた地域の多機関多職種の評価を得ること、2) 医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項について、遺族自身の評価を得ることである。ひとつの診療所で在宅死亡まで診療を受けた135名のがん患者の遺族を連続的に対象として、郵送法による自記式質問紙調査を行い、97名(75%)から有効回答を得た。診療所の医師、看護師については遺族の80%以上が「患者・家族の意思や気持ちを大切にしてもらえた」「必要な時に往診にきてもらえて安心だった」と回答した。介護支援専門員について85%以上が「自宅での生活に支障がないように、ベッドなど必要なものをタイムリーに準備してもらえたので安心だった」「患者や家族の希望がかなうように配慮していた」と回答した。保険薬局薬剤師について約70%が「薬剤師から薬についての説明を受けて安心できた」と回答した。訪問看護ステーションの看護師について88%が「訪問看護師の関わりに満足だった」と回答した。医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項(「往診に来てもらう時間がわからなくて困ったことがあった」「早朝や夜間遅い時間の往診が負担なときがあった」など)について「そう思う」と回答した遺族は10%以下であった。遺族に多職種の評価を得ることは、多職種で課題を共有してケアの改善を図るための基盤となり、地域における緩和ケアの質の向上に貢献する可能性が示唆される。

はじめに

がん患者が在宅で過ごすことは、患者の希望のひとつである^{1,2}。がん患者が在宅で過ごすための体制を地域で整備していくことが求められており^{3,4}、よりよい体制を構築するために患者にかかわる多職種のケアの質の評価を行うことは重要である。これまでに我が国で行われた在宅緩和ケア領域の研究は、実施された医療、在宅死亡率などの客観的数値について記述したものがほとんどである^{3,5}。遺族調査は質の評価として我が国の緩和ケア領域ではしばしば行われているが、在宅緩和ケア領域では単一施設を対象としているか、あるいは、多施設調査でも患者が受けた緩和ケア全体についての評価を得ており⁶、患者に関わった医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員といった多職種のそれぞれの評価を患者家族の視点から得た研究はない。

一方、多職種が患者に関わる時、受けた教育や専門性、患者家族との関わりの違いなどから、同じ現象に対しても評価が一致しない場合がある⁷。患者家族のケアについての職種間での評価が異なったとき、評価の基盤となるものを共有し、その後のケアに生かす方法として、多職種でのカンファレンスやフォーカスグループにより、相互の評価の相違となった背景を理解することが考えられる。より利用者の立場に立った評価のひとつとしては「当事者」である患者家族の評価を得る方法がある。し

かし、これまでに、多職種で議論した結果挙げられた、患者家族のケアについての懸念事項について、患者家族の視点からの評価を得た研究はない。

本研究の目的は、多職種での議論をもとに、1) 遺族からみた地域の多機関多職種の評価を得ること、2) 医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項について、遺族自身の評価を得ることである。また、最終的な研究の目的は、遺族の評価をもとにして、地域の多職種で課題を共有し、改善につなげることである。

対象

調査対象は、当該診療所で在宅死亡まで診療を受けたがん患者の遺族のうち、以下の適格基準を満たすものを連続的に対象とした。適格基準は、1) 患者の死亡後6か月以上、1.5年以内の遺族、2) 患者の「キーパーソン」または「身元引受人」として診療録に記載されている家族1名、3) 患者の年齢が20歳以上、4) 遺族の年齢が20歳以上、である。除外基準として、1) 死亡時の状況から精神的に不安定なために研究の施行が望ましくないと担当医または看護師のいずれかが判断したもの、2) 死亡時の状況から、認知症、精神障害、視覚障害などのために、調査票に記入できないと担当医が判断したもの、3) 患者ががんであることを伝えられていなかった

た遺族、4) 診療を受けていた時期の患者の住所が当該都市以外のものである。除外基準1)~3)は遺族の精神的負担を回避するために設定した。除外基準4)は、本研究の目的が1都市における在宅緩和ケアの課題に対する遺族の評価を得ることが目的であるため除外基準として設定した。

遺族の評価は、必ずしも患者の評価と一致しないが、以下の点から、本研究では遺族を対象とすることが適切と考えた。1) 患者は経過全体をみて判断することはできないが、遺族は死亡までの経過をみて判断できる、2) 家族自身が緩和ケアの対象である、3) 患者を対象とした場合、認知障害や全身状態の悪化のために、相当数が除外される⁸⁾、4) 遺族の評価と患者の評価は精神状態については一致しにくい、サービスの評価では比較的一致しやすい⁹⁾。

調査対象となった診療所における在宅がん患者の看取り数は、地域のがん患者の在宅死亡数の約半数であり、地域内の多機関多職種と連携をとっているため調査対象として選択した。

方法

本研究は、郵送法による自記式質問紙調査である。2010年2月に対象者に対して、診療所から調査票と趣旨説明書を郵送し、郵送にて診療所への返送を依頼した。調査票の発送から1か月後に再送付を行った。遺族に心理的負担を与えないように、送付目的と自由意思による返送を明記し、初回発送時に回答を望まない回答した遺族には再送付を行わないようにした。

主要評価項目は、1) 地域の多機関多職種の評価、および、2) 医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項についての遺族自身の評価である。

1. 地域の多機関多職種の評価

診療所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、保険薬局といった施設別に評価を行う信頼性・妥当性のある評価手段は確立していないこと、および、本研究は地域の多職種自身が調査の過程と結果を共有することによって、今後のケアの改善を目的とする点から、フォーカスグループで質問項目を作成した。フォーカスグループの参加者は、地域の多機関の多職種9名(診療所医師2名、診療所看護師1名、訪問看護師1名、介護支援専門員1名、保険薬局薬剤師2名、緩和ケア専門医師1名、

緩和ケア認定看護師1名)であった。緩和ケアの全体的な評価については、Care Evaluation ScaleやGood Death Inventoryをあわせて調査した(本研究の目的ではないため結果は示さない)⁶⁾。

診療所の評価について、「医師の関わりに満足だった」「自宅で過ごす不安や困ったことを医師や看護師と十分に相談できた」「診療所の看護師の関わりに満足だった」「亡くなった後、どうすればよいのか医師や診療所の看護師から十分に説明があった」など37項目について、「そう思わない」から「とてもそう思う」の5件法で尋ねた。

地域の多機関多職種の評価について、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、保険薬局の関わりの有無を「関わっていた」「関わっていなかった」「分からない」で尋ねた。次に、介護支援専門員、訪問看護ステーションの看護師、保険薬局薬剤師の評価について、「関わりに満足だった」など、各13項目、16項目、11項目について、「そう思わない」から「とてもそう思う」の5件法で尋ねた(訪問看護ステーションの評価については別の論文で報告するため、本論文では全般的な満足度に関する結果のみを示す)。また、医療用麻薬について、「使用していたか」を「はい」「いいえ」「分からない」で尋ね、残った医療用麻薬の処理方法について、「自分で処理した」「薬局に届けた」「薬局が回収にきた」「分からない」で聞いた。

2. 医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項

医療福祉従事者での議論の結果挙げられた、患者家族のケアについての主たる懸念事項は、1) 早朝や夜間遅い時間の訪問診療が行われている、2) 訪問診療の時間が決まっていない、3) 状態が落ち着いていて、訪問診療が必要ではないと考えられるときにも診療が行われている、4) 1回の処方量が多く、患者家族の経済的な負担となる場合がある、5) 患者家族が入院を希望していても言い出せない場合がある、6) 介護員がケアを担っており、看護師に清拭などのケアを依頼できない、であった。患者家族のケアについての懸念事項について、「そう思わない」から「とてもそう思う」の5件法で尋ねた。

解析については、量的データは、全体、および同意を

得た機関ごとのデータの度数分布を集計した。

本研究は、聖隷三方原病院の倫理委員会の承認を受けた。

結果

研究期間中の死亡患者158名の対象者のうち135名が適格基準を満たした。除外された23名の理由は、診療を受けていた時期の患者の住所が当該都市以外のもの15名、患者が独居であったもの5名、患者または遺族が未成年であったもの3名、であった。適格基準を満たした135名に調査票を発送し、5名が宛先不明で返送され、98名から回答を得た。1名は回答拒否のため、97名を有効回答として解析した（有効回答率75%）。対象者の背景を表1に示す。

1. 診療所の評価

遺族からみた診療所の評価については、80%以上の遺族が、「患者の意思や気持ちを大切にしてもらえた」「医師の関わりに満足だった」「家族の意思や気持ちを大切にもらえた」「熱心にみてもらえた」「早朝や夜間遅い時間でも往診してもらって助かった」「必要な時に往診に来てもらえて安心だった」「診療所の看護師の関わりに満足だった」に対して、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した（表2）。

一方、24%の遺族が、「入院後や亡くなったあとに薬が余って困った」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答した。「亡くなった後、どうすればよいのか医師や診療所の看護師から十分に説明があった」に対して、23%の遺族が「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答し、10%の遺族が、「1回の往診時間が短く、十分に医師と相談できなかった」に対して、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した。

2. 居宅介護支援事業所の評価

自宅療養中に介護支援専門員が関わっていたと回答したものは、93%（n=90）であった。介護支援専門員の評価については、85%以上の遺族が「自宅で生活に支障がないように、ベッドなど必要なものをタイムリーに準備してもらえたので安心だった」「介護支援専門員は、患者や家族の希望がかなうように配慮していた」「介護支援専門員の関わりに満足だった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答した（表3）。

一方、10%前後の遺族が「介護支援専門員に何を依頼できるのかが分からなかった」「介護支援専門員が何をやる人なのかが分からなかった」「病状や治療のことがよく分からないようで不安なときがあった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答した。

3. 保険薬局の評価

保険薬局薬剤師が関わっていたと回答したものは、61%（n=59）であった（表4）。そのうち約70%の遺族が「薬剤師から薬についての説明を受けて安心できた」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答した。「薬剤師の関わりに満足だった」に対して、「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは66%であった。

保険薬局薬剤師が関わっていなかった群で、「薬のことを聞きたかったが薬剤師が関わってなくて困った」「薬の配達をしてほしかった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは10%以下であった。

一方、15%の遺族が「24時間連絡がついて安心だった」に対して、「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した。また、「関わってもらえる薬局は、馴染みのかかりつけ薬局の方がよかった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは6.8%（n=4）であった。

医療用麻薬の使用については、63%（n=61）が使用していたと回答した。残った医療用麻薬の処理方法については、「自分で処理した」49%（n=30）、「薬局に届けた」20%（n=12）、「薬局が回収してきた」15%（n=9）であった。

4. 訪問看護ステーションの評価

診療所とは別に、訪問看護ステーションから看護師の訪問を受けていたと回答したものは、34%（n=33）であった。「訪問看護師の関わりに満足だった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは88%であった。

5. 医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項

医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項については、「往診に来てもらう時間がわからなくて困ったことがあった」「早朝や夜間遅い時間の往診が負担なときがあった」「からだを拭くことなど、