

表4 居宅介護支援事業所の評価

	そう思わない	あまりそう 思わない	少しそう思う	そう思う	とても そう思う
・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	1.1 (1)	3.3 (3)	2.2 (2)	34 (31)	54 (49)
・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	2.2 (2)	1.1 (1)	5.6 (5)	47 (42)	39 (35)
・介護支援専門員は頼りがいがあった	2.2 (2)	2.2 (2)	11 (10)	42 (38)	37 (33)
・介護支援専門員の関わりに満足だった	2.2 (2)	2.2 (2)	4.4 (4)	53 (48)	33 (30)
・電話がすぐにつながって安心だった	2.2 (2)	4.4 (4)	8.9 (8)	49 (44)	30 (27)
・介護について困った時に十分に相談できた	2.2 (2)	5.6 (5)	7.8 (7)	51 (46)	27 (24)
・介護支援専門員の訪問回数は適切だった	3.3 (3)	6.7 (6)	13 (12)	46 (41)	22 (20)
・診療所との連携は良かった	1.1 (1)	4.4 (4)	12 (11)	47 (42)	21 (19)
・介護支援専門員が何をやる人なのか分からなかった	42 (38)	18 (16)	26 (23)	6.7 (6)	2.2 (2)
・介護支援専門員に何を依頼できるのか分からなかった	38 (34)	19 (17)	27 (24)	11 (10)	1.1 (1)
・病状や治療のことがよく分からないようで不安な時があった	33 (30)	34 (31)	17 (15)	6.7 (6)	1.1 (1)
・対応が遅かった	54 (49)	30 (27)	4.4 (4)	3.3 (3)	1.1 (1)
・土曜・日曜に連絡がつかなくて困ったことがあった	50 (45)	23 (21)	13 (12)	5.6 (5)	0 (0)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある。数字は%、()内はn.

表5 保険薬局の評価

	そう思わない	あまりそう 思わない	少しそう思う	そう思う	とても そう思う
薬剤師の訪問を受けていた (59)					
・診療所との連携は良かった	3.4 (2)	0 (0)	10 (6)	42 (25)	32 (19)
・薬剤師から薬についての説明を受けて安心できた	1.7 (1)	3.4 (2)	19 (11)	53 (31)	17 (10)
・24時間連絡がついて安心だった	3.4 (2)	12 (7)	15 (9)	39 (23)	14 (8)
・薬が多い、足りないなど、困った時にすぐに相談できた	3.4 (2)	10 (6)	12 (7)	41 (24)	12 (7)
・薬剤師の関わりに満足だった	0 (0)	8.5 (5)	15 (9)	58 (34)	8.5 (5)
・薬剤師に薬の仕分けや整理をやってもらって助かった	6.8 (4)	19 (11)	19 (11)	24 (14)	6.8 (4)
・関わってもらう薬局は、馴染みのかかりつけ薬局の方がよかった	44 (26)	32 (19)	6.8 (4)	3.4 (2)	3.4 (2)
薬剤師の訪問を受けていなかった (30)					
・残った薬の処理に困った	20 (6)	10 (3)	20 (6)	13 (4)	6.7 (2)
・薬の配達をしてほしかった	37 (11)	13 (4)	10 (3)	6.7 (2)	3.3 (1)
・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	47 (14)	13 (4)	3.3 (1)	6.7 (2)	0 (0)
・どこの薬局に頼めばいいのか分からなかった	50 (15)	17 (5)	3.3 (1)	0 (0)	0 (0)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある。数字は%、()内はn.

「そう思う」と回答した。

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5)。そのうち69%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

考 察

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、「関わってもらった薬局は、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)、「薬局が回収に来た」15% (n=9) であった。

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。

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分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時があった」「身体を拭くことなど、診療所の看護師にやって欲しいことが頼めなかった」「落ち着いていて、来てもらわなくてもいいと思う時にも往診があった」「処方された薬の量が多く、経済的に負担だった」「本当は入院したかったが言い出せなかった」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(表2, 3)。

本研究は、われわれの知るかぎり、地域の多職種で議論し、患者に関わった多機関多職種についての遺族のそれぞれの評価、および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、実際に遺族の評価を得た初めての研究である。本研究の結果は、調査に参加した多機関にフィードバックされるとともに、関わった多機関多職種で課題を共有し、改善策を具体的に議論するための基礎資料となった。

本研究で最も重要な点の1つは、患者に関わった多機関多職種について、実際に遺族からみたらそれぞれの評価が得られたことである。

診療所の医師、看護師の関わりは、遺族からみて、総じて肯定的に評価されていた。特に、遺族からみて、「必要な時に往診に来てもらえたこと」は、高く評価されていた。これまでに、在宅療養の障害の1つとして、「急変時の対応に対する不安」が挙げられている^{4,10)}。本研究の対象では、「いつでも対応してもらえる安心感」が得られており、在宅療養を継続することができた理由の1つと考えられた。

一方、診療所の課題として、「死亡後の残薬」「死亡後どうすればいいかの説明や対応」といった死亡後のケアと、「往診時間が短く十分に医師と相談できない」ことが挙げられた。今後、薬剤の処方工夫や看取り後の看護師の役割についての見直し、十分に相談できたと患者家族が思えるように、チーム内での役割分担の検討を行っていくことがケアの改善につながると考えられる。

本研究は、われわれの知るかぎり、がん患者の遺族からみた、介護支援専門員の評価を得た、初めての研究である。介護支援専門員の関わりは、「自宅での生活に支障がないように必要なものが準備された」「患者家族の希望を達成できるような配慮があった」などと総じて高く評価されていた。一方、課題として、「患者家族が介護支援専門員の役割を分らない」といった介護支援専門員の役割に関するものと、「介護支援専門員が患

者の病状や治療がよく分からない」ことが挙げられた。したがって、患者向けの介護支援専門員についてのより分かりやすい説明や冊子の利用、介護支援専門員に対するがんの進行による病状変化や予測される経過を含む教育プログラムの重要性が示唆される¹¹⁾。

次に、保険薬局薬剤師の評価についても、われわれの知るかぎり、わが国において、がん患者の遺族から評価を得た初めての研究である。本研究では、約60%の患者に訪問服薬指導が可能な保険薬局が関わっており、「薬剤師が関わってなくて困った」と回答したものは少なく、必要な患者には関わりがもたれていたと考えられる。特徴的であったことは、多くの家族は訪問服薬指導が必要な場合、かかりつけ薬局でなくてもよいと考えていたことである。この理由として、配達の利便性や、訪問服薬指導を受けることができる効果の評価が高かったと考えられる。これまでに在宅での薬物療法における患者のアドヒアランスが高くないことや¹²⁾、がん疼痛に対する継続的な患者教育の有効性が示唆されている¹³⁾。本研究の結果とこれらの知見から、在宅緩和ケアにかかわる保険薬局では、患者の状態に応じて迅速に専門的な説明や相談を行うことを通じて、患者の鎮痛や家族の安心に貢献できることが示唆された。

一方、保険薬局の課題として頻度が高かったことは、24時間の連絡体制が整備されていないことであった。1地域の保険薬局を対象とした調査において、在宅緩和ケアに参加しない理由として、24時間の対応が困難であること、休日の対応が困難であること、が挙げられた¹⁴⁾。これらの知見から、在宅で最期を迎えるがん患者家族のニーズにこたえていくためには、集約化またはネットワーク化により、地域全体で24時間対応できる保険薬局のシステム整備が必要であると考えられる。

本研究で2番目に重要な点は、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、実際に遺族からみた評価が得られたことである。遺族調査では、医療福祉従事者から出された患者家族のケアについての懸念事項は、

必ずしも多数の遺族の意見ではないことが示された。すなわち、①少数の患者家族の継続した評価であった、②「その時の」評価として耳にした医療福祉従事者がいたが経過全体をみると患者家族の継続した評価とは異なっていた、③患者家族の評価自体ではなく、医療福祉従事者の評価であった、のいずれかの可能性がある。これまでに、わが国で行われた終末期の quality of life に関する大規模な質的研究において、患者、家族、医療者間で、重要と考えるものには差異があること¹⁵⁾、医師や看護師と患者家族の評価は必ずしも一致しないことが示されている^{16,17)}。

地域では、異なる施設の医療福祉従事者がそれぞれに情報を取得することになるため、患者のその日の状況や、表現された評価の文脈の違いを十分に共有することは容易ではなく、「評価の違い」が職種間の葛藤になりやすいと思われる。本研究の結果から、患者家族からみたましいケアを提供するためには、医療福祉従事者の評価に相違がみられた場合には、医療福祉従事者の評価のみを判断の基準とするのではなく、当事者である患者家族の評価に立ち返り、多職種が議論するための基盤となる評価を得ることの重要性が示唆される。

本研究の限界として、遺族を対象としており、必ずしも患者の評価と一致しない可能性がある。1つの診療所で診療を受けた遺族が対象であり、地域全体の評価として一般化することはできない。調査票の開発に患者・家族が参加していないなど妥当性が十分に確認されているとはかぎらない。

結 論

1つの診療所で在宅死亡まで診療を受けた遺族の視点から、患者に関わった多機関多職種の評価が得られた。全般的に肯定的な評価が得られたが、いくつかの課題も明らかにされた。また、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については、必ずしも多数の遺族の意

見ではないことが示唆された。本研究から、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。

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がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班により行われた。

文 献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al : Good death in cancer care : a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090-1097, 2007
- 2) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al : Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts : a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18 : 1539-1547, 2007
- 3) 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. 2010年11月10日アクセス [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>]
- 4) 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, 2010年11月10日アクセス [<http://gan-kanwa.jp/tools/pro/survey.html>]
- 5) 宮下光令 : 緩和ケア—これからの10年をみつめる. 研究プロジェクト4 緩和ケアの質評価・実態調査. *緩和医療学* 10 : 235-240, 2008
- 6) Miyashita M, Morita T, Hirai K : Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members : the Japanese experience. *J Clin Oncol* 26 : 3845-3852, 2008
- 7) Zimmermann C, Burman D, Bandukwala S, et al : Nurse and physician inter-rater agreement of three performance status measures in palliative care outpatients. *Support Care Cancer* 18 : 609-616, 2010
- 8) Steinhauser KE, Clipp EC, Hays JC, et al : Identifying, recruiting, and retaining seriously-ill patients and their caregivers in longitudinal research. *Palliat Med* 20 : 745-754, 2006
- 9) Tang ST, McCorkle R : Use of family proxies in quality of life research for cancer patients at the end of life : a literature review *Cancer Invest* 20 : 1086-1104, 2002
- 10) 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也 : 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* 2 : 101-111, 2007
- 11) 井村千鶴, 古村和恵, 野末よし子, 他 : 浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査. *緩和ケア* 20 : 92-98, 2010
- 12) Paul C, Pharm D, Steven J, et al : Impact of a pharmacist-facilitated hospital discharge program. *Arch Intern Med* 169 : 2003-2010, 2009
- 13) Miaskowski C, Dodd M, West C, et al : Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *J Clin Oncol* 22 : 1713-1720, 2004
- 14) 赤井那実香, 池田智宏, 濱邊和歌子, 他 : 在宅緩和ケアにおける薬局薬剤師の参画意識と現状. *日本緩和医療薬学雑誌* 1 : 109-115, 2008
- 15) Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al : Good death in Japanese cancer care : a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 31 : 140-147, 2006
- 16) Laugsand EA, Sprangers MA, Bjordal K, et al : Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients : a multicenter European study. *Health Qual Life Outcomes* 8 : 104, 2010
- 17) Sneeuw KC, Sprangers MA, Aaronson NK, et al : The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *J Clin Epidemiology* 55 : 1130-1143, 2002

地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出

—OPTIM-Studyによる複数地域・多職種による評価—

山岸 暁美^{*1} 森田 達也^{*2} 古村 和恵^{*3} 末田 千恵^{*4} 白髭 豊^{*5}
 木下 寛也^{*6} 秋月 伸哉^{*7} 鈴木 聡^{*8} 加藤 雅志^{*9} 江口 研二^{*10}

[*Jpn J Cancer Chemother* 38(11): 1889-1895, November, 2011]

Problems and Potential Solutions of Regional Palliative Care: A Trial of the Multiregional and Multidisciplinary Conference in the OPTIM Study: Akemi Yamagishi^{*1}, Tatsuya Morita^{*2}, Kazue Komura^{*3}, Chie Sueda^{*4}, Yutaka Shirahige^{*5}, Hiroya Kinoshita^{*6}, Nobuya Akizuki^{*7}, Satoshi Suzuki^{*8}, Masashi Kato^{*9} and Kenji Eguchi^{*10} (^{*1}Dept. of Nursing, Seirei Christopher University, ^{*2}Dept. of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital, ^{*3}Graduate School of Human Science, Graduate School of Medicine, Osaka University, ^{*4}Hosei University Graduate School of Social Well-Being Studies, ^{*5}Director, Shirahige Clinic, ^{*6}Dept. of Palliative Care, National Cancer Center East, ^{*7}Chiba Cancer Center, Psycho-Oncology Division, ^{*8}Tsuruoka City Shonai Hospital, ^{*9}National Cancer Center, ^{*10}Division of Medical Oncology, Dept. of Internal Medicine, Teikyo University School of Medicine)

Summary

Quality palliative care is required at the community level, and interaction among multidisciplinary practitioners from various regions might be useful for improving community palliative care. The aims of the present study are: 1) to evaluate the participant's-perception of the usefulness of the interactive conference of multidisciplinary multiregional healthcare practitioners, and 2) to clarify the areas needing to be improved in community palliative care, raised in the conference. A total of 336 multidisciplinary practitioners from 4 areas of Japan participated in the conference. Overall, more than 80% of the participants evaluated the conference as very useful or useful; more than half reported that the conference was very useful or useful to "obtain a concrete solution for the obstacles" and to "utilize the lessons though the conference as a means to improve quality of care in their own community." The identified areas needing improvement are: 1) developing an interactive networking among healthcare practitioners and/or organizations in the community; 2) developing a system of high-quality, easily-available specialized palliative care service; 3) improving the knowledge and perception of medical professionals concerning palliative care and home care; 4) developing a collaborative care system between hospitals and community healthcare practitioners and/or organizations; 5) developing a collaborative care system among community healthcare practitioners and/or organizations; 6) optimizing existing resources available in the community; 7) improving the perception of patients and the general public about palliative care, home care, and cancer; and 8) to reevaluate the regulations, laws, healthcare system, and financial or human resources at the social level. **Key words:** Palliative care, Community, Home, Cancer (Received Dec. 28, 2010/Accepted Mar. 16, 2011)

要旨 地域における緩和ケアの普及は重要であり、複数地域の多職種による意見交換会は緩和ケアの向上に有用な可能性がある。本研究の目的は、①複数地域の多職種による意見交換会の有用性を評価すること、②話題とされた地域緩和ケアの課題を整理することである。4地域の医療福祉従事者336名が意見交換会に参加した。80%以上の参加者が全般的にとっても役に立った・役に立ったと回答した。50%以上が、「自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得る」、「自分の地域・施設に帰って実際に生かす」ことにとっても役に立った・役に立ったと回答した。課題は、地域の顔のみえる関係の構築、専門緩和ケアの利便性と質の向上、医療福祉従事者の緩和ケア・在宅ケアに関する認識と知識、病院と地域との連携の促進、地域内の連携の促進、既存のリソースの最大利用、患者・市民の緩和ケア・在宅ケアに関する認識、制度・社会の問題の8領域40課題に整理された。

*1 前 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室
 *2 聖隷三方原病院・緩和支援治療科
 *3 大阪大学大学院・人間科学研究科
 *4 法政大学大学院・人間社会研究科
 *5 白髭内科医院

*6 国立がんセンター東病院・緩和ケア科
 *7 千葉県がんセンター・精神腫瘍科
 *8 鶴岡市立荘内病院
 *9 国立がんセンター中央病院
 *10 帝京大学医学部・内科学講座

はじめに

地域を単位とした緩和ケアは、患者の quality of life の向上に有用な可能性が示唆されている¹⁻⁶⁾。わが国においても地域の緩和ケアの取り組みがはじめられている⁷⁾。地域の緩和ケアを向上するには、複数の地域で意見交換の機会をもち、課題や解決策を共有することが役立つ可能性がある⁸⁻¹¹⁾。しかし、これまで複数地域の多職種を対象として行われた意見交換会を評価した報告はない。また、複数地域を対象としてわが国の地域緩和ケアの課題を整理した研究は報告されていない。したがって、複数地域の多職種の医療福祉従事者による意見交換会を評価し、意見交換会で話題とされた地域の緩和ケアの課題を整理することは価値があると思われる。

本研究の目的は、①複数地域の多職種による意見交換会の有用性を評価すること、②意見交換会で共通の話題とされた地域緩和ケアの課題を整理することである。

I. 対象・方法

本研究は、地域介入の前後比較試験である緩和ケアプログラムによる地域介入研究 (OPTIM プロジェクト) の一環として行われた¹²⁾。意見交換会は、研究対象地域 (山形県鶴岡市・三川町、千葉県柏市・流山市・我孫子市、静岡県浜松市、長崎県長崎市) の医療福祉従事者を対象に、地域緩和ケアの課題と解決策を共有することにより各地域の緩和ケアの向上の促進を目的として開催した。

1. 対象

4 地域の医療福祉機関 278 施設に開催をアナウンスし、各地域約 30 名の参加者を募った。

2. 方法

1) 意見交換会のプログラム

2 年間に 3 回 (2008 年度は連続した 2 日間) の意見交換会を行った。内容は、4 地域の状況に関するパネルディスカッション・発表の後、小グループでのフォーカスグループ (以下 FG) を行った。

2) フォーカスグループ

FG は、1 テーマについて 8~12 名で 1 時間、合計 23 グループを行った。一つのグループの参加者は複数の地域、多職種となるように設定した。テーマは、事前に 4 地域で共通した課題としてあげられた、緩和ケアの導入の時期や方法、早期からの緩和ケア、在宅療養に移行するバリア、退院支援・退院前カンファレンスの進め方、病院医師・看護師の在宅の視点、地域のがん診療のリソースを増やす方法、地域での患者情報の共有、医療者のバーンアウト、患者会を設定した。ファシリテーターがテーマについての各地域の課題と解決策の発言を促した。

3) 意見交換会の評価

参加者に質問紙を配布し、その場で回収箱に回収した。調査項目として、全般的有用性 1 項目 (「意見交換会は総合的に役立ったか」)、領域ごとの有用性 6 項目 (①他の地域の状況をよく知ること、②自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得ること、③自分の地域・施設に帰って実際に生かすこと、④他の地域のメンバーとも悩みや問題を共有すること、⑤顔のみえる関係を作ること、⑥何か困った時などに相談できる相手を作ること) について、「とても役に立った」から「役に立たなかった」の 5 件法で尋ねた。

4) 解析

質問紙の回答は度数分布を集計した。FG の録音内容はテキストデータ化し、Krippendorff の方法論を参考に内容分析を行った¹⁰⁾。地域緩和ケアの課題と解決策に関する一つの意味内容を含む文章を 1 単位とした。一つの文脈のなかに異なる意味内容を示す文章があった場合には複数の単位とした。分割された単位の意味内容の類似性に従い、帰納的に分類・抽象化し、カテゴリー化した。カテゴリーを []、小カテゴリーを [] で示した。2 名の研究者が独立に内容分析を行った後、緩和ケア領域における同様の研究経験を豊富に有する緩和ケア専門家 (TM) のスーパービジョンを下に、3 名の合意が得られるまで議論を行った。分析はテーマごと、FG ごとに行ったが、結果は同様であったためまとめて記載した。

参加者には研究の主旨などについて文章で説明を行い同意を得た。

II. 結果

医療福祉従事者合計 336 名 (看護師 152 名、医師 67 名、薬剤師 47 名、ソーシャルワーカー 31 名、ケアマネジャー 22 名、その他 17 名) が参加した。勤務場所は、一般病院 103 名、緩和ケア病棟・チーム 85 名、訪問看護ステーション 35 名、診療所 33 名、保険薬局 27 名、居宅介護支援事業所 19 名、その他 33 名であった。性別は、女性 67%、男性 33%。臨床経験年数は 10 年未満 23%、10~20 年 35%、20~30 年 33%、30 年以上 9% であった。質問紙は合計 296 名 (88%) から回収した。

1. 意見交換会の評価 (図 1)

全般的有用性では、3 回を通して 80% 以上の参加者が「とても役に立った・役に立った」と回答した。

領域ごとの有用性では 70% 以上の参加者が、「他の地域の状況をよく知ること」、「他の地域のメンバーとも悩みや問題を共有すること」、「顔のみえる関係を作ること」に「とても役に立った・役に立った」と回答した。

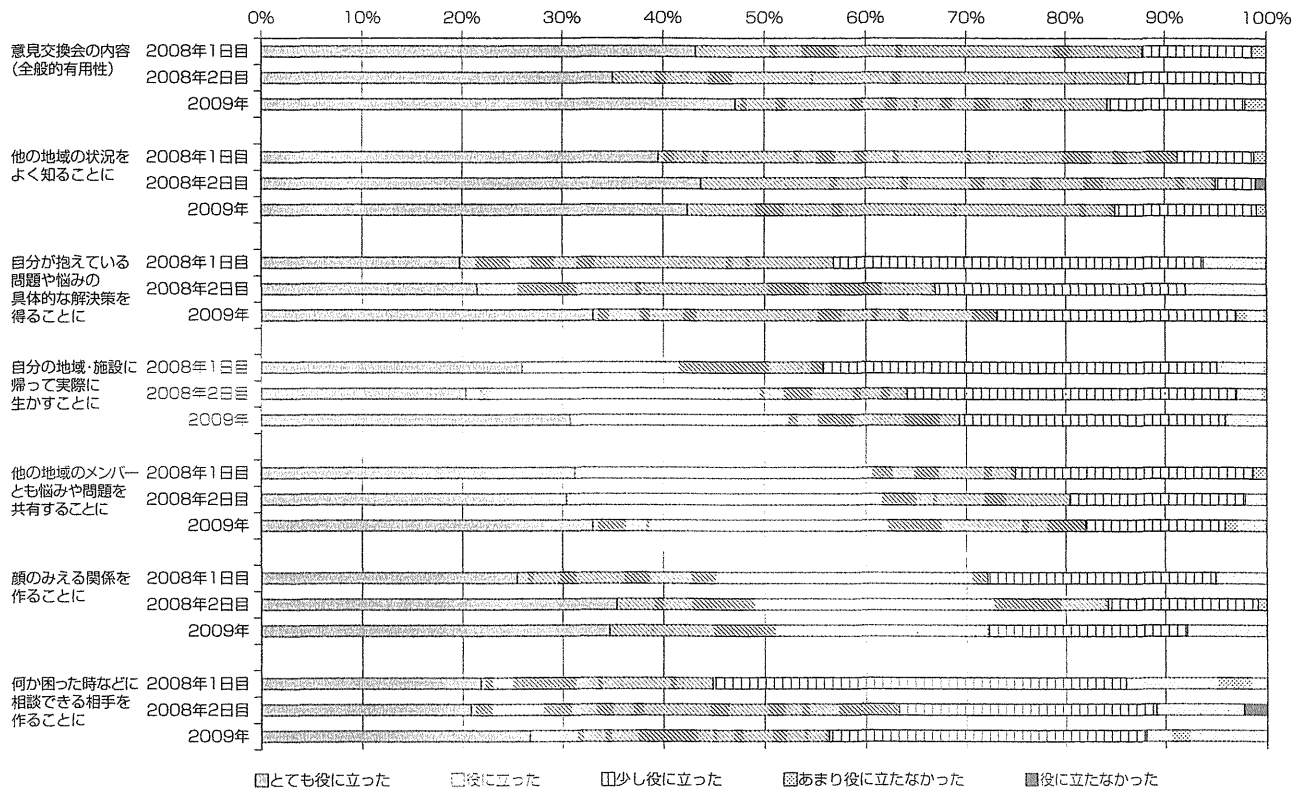


図1 意見交換会の有用性

2. 地域緩和ケア普及のための課題

地域緩和ケア普及のための課題として合計131項目が抽出され、8カテゴリー、40の小カテゴリーに分類された(表1)。

1) 【地域の「顔の見える関係」の構築】

地域内の多職種で顔を合わせて情報共有やネットワークを構築する機会を指す。同じ地域内であっても交流が同職種や施設内に限られているため、[多職種間での交流]と[ノウハウをもっている施設ともっていない施設の交流]の重要性が指摘された。

2) 【専門緩和ケアの利便性と質の向上】

緩和ケアチームなど専門的緩和ケア利用可能性と診療の質を指す。特に、[外来患者への緩和ケア専門家の支援]と[在宅患者への緩和ケア専門家の支援]が必要であることがあげられた。一方、[緩和ケア専門家へ紹介する時期や方法がわからない]課題が抽出された。

3) 【医療福祉従事者の緩和ケア・在宅ケアに関する認識と知識の向上】

医療福祉従事者の緩和ケア・在宅医療に関する認識・知識が十分でないことがあげられた。オピオイドの使用方法や在宅で可能な治療といった知識に加えて、[緩和ケア・療養場所の重要性の認識]が十分ではない、[緩和ケア=末期という認識]が課題として抽出された。

4) 【病院と地域との連携促進】

病院と地域の医療福祉従事者との連携の必要性を指

す。患者の退院に当たって、入院中から[自宅でも継続可能な医療・ケアへの変更]を行い、[地域医療者への早めの紹介・準備]をすること、退院前には[多職種による退院前カンファレンスの開催]、[予測される事態と対応の取り決め]を行い、[地域からの問い合わせ窓口と経路]を明確にしておくことがあげられた。この他、[退院支援の振り返りを継続的に行うシステム]や[外来からの在宅リソースへの紹介]の必要性があげられた。

5) 【地域内の連携促進】

地域の在宅療養にかかわる医療福祉機関間の連携を指す。患者情報の共有が課題としてあげられ、病名などの変化しない[患者についての基礎的な情報の共有]と、時間単位で変わる病状など[患者についてのリアルタイムな情報の共有]とに整理された。

6) 【既存のリソースの最大利用】

地域に存在するリソースを最大限利用することを指す。[最新・正確なデータベース]の存在・周知があげられた。特に薬局・ケアマネジャー・医療社会福祉士に関する情報の必要性があげられた。

7) 【患者・市民の緩和・在宅ケアに関する認識】

患者・市民の緩和・在宅ケアについての認識を指す。[在宅療養に関する認識]として、苦痛の心配、夜間対応、家族の負担があげられた。緩和ケアに関しては、[患者の緩和ケア=末期の認識]、[患者の医療用麻薬に対する誤解]、[見放された感と抗がん治療中止の難しさ]があげ

表 1 地域緩和ケア普及のための課題

カテゴリー	小カテゴリー	代表的な項目
地域の「顔のみえる関係」の構築	多職種間での交流	・地域の交流会は数多くあるが多職種の交流がない、各職種バラバラに地域の情報を探している
	ノウハウをもっている施設ともっていない施設との交流	・うまくいっている施設のノウハウが他の施設に伝わっていないため、改善につながらない
	医師の不参加	・交流会を開催しても、病院医師や診療所医師の参加が少ない
	行政の不参加	・行政や保健所との連携が構築できていない
専門緩和ケアの利便性と質の向上	顔がみえないことによるコミュニケーションの困難	・電話やFAXなど相手の顔がみえない手段で連絡をとる場合、顔のみえない関係であると、コミュニケーションがスムーズに行かない
	外来患者への専門家の支援体制	・外来で麻薬処方された患者や告知後の精神的サポートなど外来患者の支援体制がない
	在宅療養患者への専門家の支援体制	・がん患者が在宅療養するケースが増えて、在宅緩和ケアの需要が高いが支援体制がない
	緩和ケアに紹介する時期と方法	・どのように患者・家族に緩和ケアを紹介したらいいか、どの時期に紹介したらいいかわからない
医療者の緩和ケア・在宅ケアに関する認識・知識の向上	緩和ケアチームと主治医チームの協調	・主治医と緩和ケア医の協力体制の構築が難しい
	緩和ケアに関する知識	・がん患者は年間数人しかみないので緩和ケアのスキルに不安がある、徐放性麻薬製剤を破碎して投与している、制吐剤や下剤を使用しない、麻薬の換算量が間違っている
	病院医療者の在宅医療に関する知識	・病院の医師や看護師はどのような治療や看護が在宅で可能なかを知らない、「この患者は家に帰れない」と判断してしまう
	緩和ケア＝末期という認識	・（医師や看護師が）緩和ケアは「治療が終わった人が受けるもの」と思っている
	緩和ケアの重要性の認識	・患者が苦痛を訴えても医師や看護師によっては対応をしない、患者が医師に痛みを訴えても「筋肉痛だよ」と帰される
	療養場所の重要性の認識	・病院の医療者が、患者や家族にどこで療養したいいかを確認していない
	評価方法・スクリーニング方法	・疼痛の評価方法がバラバラである、緩和ケアのニーズをスクリーニングする方法がない
病院と地域との連携促進	地域医療者への早めの紹介・準備	・連絡が直前で調整が間に合わない、準備しないで退院し家族が困り果ててケアマネのところに駆け込んでくる
	自宅でも継続可能な医療・ケアへの変更	・在宅ではできないケアや治療を指導されてくる（夜間の頻繁な体位変換など）、自宅での介護力を評価していない
	地域からの問い合わせ窓口と経路	・地域から病院に問い合わせる場合どこに問い合わせよいかわからない、時間がかかる、医師と連絡がつかない、院内のルートが決まっていない
	多職種による退院前カンファレンスの開催	・退院前カンファレンスが開かれていない、主治医が参加しないため、地域の医療福祉従事者が聞きたい質問や、抱えている問題が解決しない、保険薬局薬剤師の参加が少ない
	予測される事態と対応の取り決め	・退院後予測されることと対応が決まっていない、緊急連絡先が共有されない
	病院と保険薬局との情報共有	・薬局では患者の病名や受けている治療がわからない、お薬手帳や退院時服薬指導報告書が活用されていない
	外来からの在宅リソースへの紹介	・外来通院中にADLが落ちて在宅リソースが必要な患者が多くいる
	退院調整の振り返りを継続的に行うシステム	・病棟看護師、退院調整看護師、ソーシャルワーカーが退院後の様子がわからないため振り返りや評価ができない

表1 つづき

カテゴリー	小カテゴリー	代表的な項目
地域内の連携促進	患者についての基礎的な情報の共有	<ul style="list-style-type: none"> 各施設間で連絡をとりあう際の書式が統一されておらず手間がかかる, 患者に誰が何を提供しているのかわからない, わたしのカルテなどの情報共有ツールが活用されていない, 患者がもつツールでは患者家族にみせられないこと(余命の予測など)を共有できない
	患者についてのリアルタイムな情報の共有	<ul style="list-style-type: none"> 時間の単位で変わる情報を共有する方法がない, メールではプライバシーに不安がある, 地域の電子カルテなどのイントラネットは経済的に負担である
	地域の相談窓口とコーディネーション機能	<ul style="list-style-type: none"> 医療福祉従事者がどこに相談してよいかわからない問題を抱えている時, 相談先やコーディネーター機能を担う窓口が必要である
既存のリソースの最大利用	麻薬・在宅訪問できる薬局の情報	<ul style="list-style-type: none"> 麻薬を取り扱っている, 訪問薬剤指導ができる薬局がわからない, 訪問看護師やケアマネジャーに知られていない
	データベースの存在・周知	<ul style="list-style-type: none"> 地域の社会資源のデータベースが必要である, (データベースはあるが)どこにあるのかわからない
	最新・正確なデータベース	<ul style="list-style-type: none"> 既存のデータベースは最新の情報ではない, 現実と違うことが書いてある
	ケアマネジャー・医療社会福祉士(MSW)の役割に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー, ソーシャルワーカーの仕事内容があまり知られていない
患者・市民の緩和・在宅ケアに関する認識と知識	在宅療養に関する認識(苦痛の心配, 処置の誤解, 夜間対応, 家族に負担)	<ul style="list-style-type: none"> 苦しくなった時が不安だ, [がん患者なのに家で療養できるのですか]と言われる, [点滴ができるのですか]と言われる, 夜間の対応が不安だ, 家族に迷惑をかける
	見放された感と抗がん治療中止の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> ずっと同じ先生に診てもらえると思っていたとショックを受ける, 在宅では最新の治療を受けられない, 抗がん治療の中止を決めることがつらい
	患者の緩和ケア=末期の認識	<ul style="list-style-type: none"> 「緩和ケアはまだいいです」と言われる
	患者の医療用麻薬に対する誤解	<ul style="list-style-type: none"> 「あとで効かなくなる」と処方より少なく飲んだりする, 「最後の薬だからもう少し待ってくれ」という
制度・社会の問題	医療者への遠慮	<ul style="list-style-type: none"> 痛みのことや自分の希望を医師に話してもいいのか迷っている患者も多い, 医師や看護師が忙しそうだったから, 痛みがひどくなるまでいえなかった
	他の業務との労働量のバランス・資源の不足	<ul style="list-style-type: none"> 診療所医師や訪問看護師のマンパワーが足りない, 緊急時や夜間・休日に対応できる医療機関がない, 緊急性の高さで優先順位を下げざるを得ない, 「緩和ケアをする時間がありません」と病棟看護師にいわれる
	介護力不足	<ul style="list-style-type: none"> 単身者で介護者がいない, 老老介護で介護者がいない, 介護者が仕事を休めない(休むと解雇される)
	保険薬局からの医療用麻薬の調達	<ul style="list-style-type: none"> デッドストックがあると高額のため赤字になる, 譲渡手続きは現実的ではない
	介護保険	<ul style="list-style-type: none"> 認定前に患者が亡くなることもある(急激に状態が悪化する)
	経済的問題	<ul style="list-style-type: none"> サービスはあっても利用するお金を払えない, 民間保険の給付が在宅療養になるとなくなる
	緩和ケア病棟での入院基準	<ul style="list-style-type: none"> 抗がん治療を続けたい人は緩和ケア病棟が使えない

られた。

8) 【制度・社会の問題】

現場の努力では対応できない制度や社会的な問題を指す。マンパワーや資源の不足を主とする [他の業務との労働量のバランス・資源の不足], 独居など介護者がいない [介護力不足], 薬局間譲渡や返却が難しい [保険薬局からの医療用麻薬の調達], がん患者では病状進行が速いために運用が難しい [介護保険] などがあげられた。

Ⅲ. 考 察

本研究は、複数地域の多職種の医療福祉従事者による地域のがん緩和ケアに関する意見交換会を評価した初めての研究である。本研究の重要な知見は、①意見交換会の参加者からみた有用性が示唆されたこと、②意見交換会で話題にされた地域緩和ケアの課題が整理されたことである。

有用性に関しては、意見交換会は単に「他の地域の状況を知る」、「顔のみえる関係を作る」のみならず、過半数の参加者が、「自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得る」、「自分の地域・施設に帰って実際に生かす」ことに役に立ったと回答した。地域の緩和ケアを進めるための解決策は当事者どうしのノウハウとして伝えられることが有用であることを示唆している。地域内、地域間などより効果的なプログラムについて比較研究の価値があると考えられる。

意見交換会で話題となった地域緩和ケアの課題は、8カテゴリー、40の課題に整理された。これらは1地域で抽出された課題や、多数の緩和ケアにかかわる医療福祉従事者が経験的に報告した課題と類似している^{8,11)}。これらは、わが国の地域緩和ケアの共通の課題である可能性が高く、地域緩和ケアを向上するために必要なことについての示唆を得ることができる。

1) 地域の「顔のみえる関係」の構築

地域内の交流が同職種や一施設内に限定されている一方で、職種や施設を越えて顔を合わせるにより、情報共有やネットワークを構築する機会が重要であると述べられた。質問紙調査においても、「顔のみえる関係を作る」ことを通じて、「自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得る」ことの有用性が高かった。したがって、多職種が少人数のグループで話し合う場を定期的に設けて「顔のみえる関係」を構築していくことは、同一の職種や施設のなかだけでは解決しない方法に気付き、同時に連携の基盤となるネットワークを構築することにより地域緩和ケアの向上につながることを示唆される。

2) 専門緩和ケアの利便性と質の向上

専門緩和ケアに関して、入院患者を対象とした緩和ケ

アチームのみならず、外来・在宅の患者を対象とした専門家の支援体制と、紹介方法の明確化が課題として抽出された。国内外の実証研究において専門緩和ケアに紹介される時期が遅いことが示されていることを考えると¹²⁾、外来・在宅の患者に対して緩和ケア専門家が利用可能な状態を構築した上で、適切な時期に紹介する方法を具体的に明らかにすることが重要である。

3) 医療福祉従事者の緩和・在宅ケアに関する認識・知識の向上

医療福祉従事者の緩和ケアと在宅療養に関する認識・知識の不足が抽出された。特に、地域の医療者にとっては医療用麻薬など緩和ケアに関する知識が、病院医療者にとっては在宅医療についての知識が不足していることが指摘された。医療者の知識を向上させる手段として講習会はしばしば行われる方法であるが、一方向性の講義による効果は限定的であり、相互交流的な方法が推奨されている¹³⁾。講義とグループディスカッションを組み合わせた教育介入の有用性が一地域において報告されている¹⁴⁾。本研究の結果から、地域の医療者には緩和ケアの内容を、病院医療者には在宅医療の内容を含む相互交流的な教育機会が有用と考えられる。また、緩和・在宅ケアの重要性は十分に認識されていなかったことから、知識の提供のみならず、「苦痛緩和や療養場所が患者にとって重要である」認識を内容に含める必要がある。

4) 病院と地域との連携促進

病院と地域との連携として、退院支援の重要性が示唆された。病院の退院支援が機能することは、在宅療養が可能となる重要な因子である¹⁵⁾。入院中に「自宅でも継続可能な医療・ケアへの変更」、「地域の医療福祉従事者への早めの紹介・準備」を行い、退院前に「多職種による退院前カンファレンスの開催」、「予測される事態と対応の取り決め」、「地域からの問い合わせ窓口と経路」を確立するために、退院支援担当部署を設置した上で、病院と地域の医療福祉従事者が定期的に振り返りを行うシステムが有用であることが示唆された。

5) 地域内の連携促進

地域内の連携促進の課題は、患者情報の共有として、変化しない基礎的な情報の共有と、時間単位で変わる病状などのリアルタイムな情報の共有に整理された。前者は申し送り項目の共有を地域で行うことが有用であると考えられる。後者は、時間の単位で変わる情報を異なる事業所の複数の医療福祉従事者が共有する必要性を考えると、電話、FAXなど従来の手段での情報共有に加えて、電子化による情報共有が有用な可能性がある。

6) 既存の資源やシステムの最大利用

地域に存在するリソースを最大限利用していくために

データベースに関する課題があげられた。既存のデータベースの問題点として、「あるのに知られていない」、「更新されていない」ことがあげられた。情報を網羅しても更新・周知されなければ価値が乏しいため、データベースは網羅的にせず必要最小限とし、更新・周知に労力を費やすことが有用な可能性が示唆される。

7) 患者・市民の緩和・在宅ケアに関する認識の向上
患者・市民に対する正しい認識の必要性が示唆された。特に、在宅医療においては苦痛の心配、夜間対応、家族の負担があげられ、緩和ケアについては、「緩和ケア＝末期」という認識や医療用麻薬に対する誤解があげられた。これらは、これまでにも繰り返し指摘されており^{16,17)}、正しい認識の普及が重要である。

本研究の限界として、研究目的が意見交換会の評価であるため、わが国の地域緩和ケアの課題を網羅的に整理したものではないことが挙げられる。交流会が実際に患者・家族に与えた影響は測定されていない。

以上より、地域の緩和ケアの向上に有用であることが示唆される手段としては、①多職種でのグループワークなどによる顔のみえる関係の構築、②緩和ケア専門家の外来・在宅での利用方法の工夫、③職種ごとに不足する知識と認識に焦点化した相互交流的な教育機会、④病院と地域の定期的な振り返りシステムによる退院支援の質の向上、⑤基礎的な患者情報とリアルタイムな情報共有の最大化、⑥必要最小限の正確な更新されたデータベースの周知、⑦患者・家族への情報提供を地域ごとに優先する課題から並行して行うことが必要であると考えられる。

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」により実施した。介入4地域の研究協力者およびデータ整理のサポートをしてくださった中村香織さんに感謝申し上げます。

文 献

- Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, *et al*: Quality of Life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 19: 3884-3894, 2001.
- Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C, *et al*: Development, implementation, and process evaluation of a regional palliative care quality improvement project. *J Pain Symptom Manage* 38: 483-495, 2009.
- Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, *et al*: Edmonton regional palliative care program: impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 161: 290-293, 1999.
- Gomez-Batiste X, Porta J, Tuca A, *et al*: Spain: the WHO demonstration project of palliative care implementation in Catalonia: results at 10 years (1991-2001). *J Pain Symptom Manage* 24: 239-244, 2002.
- 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団: ホスピス緩和ケア白書 2008: 緩和ケアにおける医療提供体制と地域ネットワーク. 2008.
- 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. *Palliative Care Res* 4: 112-122, 2009.
- 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取り組み—フォーカスグループの有用性. *緩和ケア* 20: 204-209, 2010.
- 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取り組み—フォーカスグループの有用性 2. *緩和ケア* 20: 308-312, 2010.
- 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.
- Krippendorff K: Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1980. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明・訳), 初版, 勁草書房, 東京, 1989.
- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, *et al*: Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 10: 390-399, 2007.
- Morita T, Akechi T, Ikenaga M, *et al*: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23: 2637-2644, 2005.
- O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, *et al*: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. The Cochrane Collaboration <http://www.thecochranelibrary.com>. 2007.
- 鄭 陽, 井村千鶴, 野末よし子・他: 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. *ペインクリニック* 30: 1553-1563, 2009.
- 福井小紀子: 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現に関連する要因の検討. *病院管理* 43: 5-15, 2006.
- 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.
- 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> (2010年1月30日)

第4回

「結果・考察」を書く

森田 達也

(聖隷三方原病院 緩和支援診療科)

はじめに

いよいよ「結果」を書きます。「結果」は、当たり前ですが、最も研究論文で重要なパートです。「結果」に含まれるのは、対象者の背景、主要な結果、副次的な結果であり、これを効果的に見せるために表や図を用います(表1)。「結果」は、「短すぎる」とコメントされることが「対象・方法」に続いて多いパートです。結果が十分に伝わるように工夫しましょう。

対象者の背景を書く

対象者が、どういう母数で、その中の何人が最終的に対象とされたのかを記載することは非常に重要です。決して、最後に解析の対象となった患者数だけを記載してはいけません。期間中、何人の患者がいたのか、そのうち適格基準を満たす者

は何人なのか、適格基準を満たした者のうち除外された者は何名で、その理由はそれぞれ何名なのかを「対象・方法」に記載した通りの順番で書きます。ときどき、「対象・方法」に対象の実際の数を記載する場合がありますが、「対象・方法」では適格基準や除外基準までを、「結果」で実際にその数を書くようにします。

「結果」を書く

「結果」は、一番著者が強調したところですから、センス良くまとめたいところです。「結果」を書く時の原則を表2にまとめておきます。

「結果」は、重要なものからつまり「主要な目的」に対応する結果から書きます。「瑣末な解析の結果が長く続いた後に、主要な結果が来る」といったことのないようにしてください。日本語はしばしば「結論が最後に来る言語」なので、英文

表1 「結果」の代表的な構成

1. 対象者の背景
・ 〇〇名の対象患者のうち、〇〇名が適格基準を満たした。〇〇名は除外基準を満たした(理由1: 〇名, 理由2: 〇名, …)ため、最終的に〇名が解析の対象となった。患者背景を表aに示す。
2. 主要な結果
・ 治療Aにより有効と判断されたものは治療1週間後に〇〇%であり、平均の痛みのNRSは〇〇±〇〇から〇〇±〇〇に有意に減少した(表b)。
・ 抑うつは〇〇%の患者に認められ、中程度以上のものが〇〇%であった(表b)。
・ 遺族の気持ちのつらさと有意な関連があったものは、〇〇, 〇〇, 〇〇であった(表b)。

表2 結果を書く時の原則

- ・ 主要な結果から書く
- ・ 単純な結果は本文に書き、複雑な結果を表やグラフで示す
- ・ 表は表だけを見て分かるように脚注(legend)をつける。へんな罫線や妙に凝った3D画像を入れないように(投稿する雑誌の表をよくみる)
- ・ 表やグラフに記載した内容は本文で単純に繰り返さずに、要約する
- ・ 「多数の」「ほとんどの」のような価値判断を含む言葉は使わず、絶対値を書く。「予想外に」「残念なことに」のような価値判断を含む形容詞や副詞も使用しない
- ・ 「多い」「少ない」のような比較を示す言葉は、「(統計学的に)有意に」多いのか少ないのを明記する

誌に投稿する場合には、普段の書き方と逆に、「結論から書く、大事なことから書く」ことを意識することが必要です。

① 図表の役割

論文の記載方法は、学会発表の記載方法とは異なることにまず注意してください。学会発表では単純な円グラフなどが注意を引くために用いられますが、論文では単純な結果はテキストに記載し、表やグラフは複雑な内容を一度に視覚化して伝えるために使用します。

表は、それだけを見て解釈できるように脚注を書きます。間違っても、略語ばかりで本文のあちこちを見直さないと意味が分からないような表はやめてください。あなたの知っている略語は、たいていの人は知らないと思ってください。また、表の体裁は思っているより重要です。Excelで作成することはまずありません。Wordでシンプルな表を作ります。縦の罫線はたいていの学術雑誌では使用しませんし、単純なデータの表示に、妙に凝った3Dグラフは使いません。一番いいのは、投稿する雑誌の表をよく見て、それを真似しておくことです。

「表やグラフに記載した内容は本文で単純に繰り返さずに、要約する」ことをしっかりと覚えてください。表やグラフに記載した内容をそのまま本文で繰り返している論文をしばしばみえますが、重複したデータは意味がありません。表にデータを記載するのであれば、本文ではその一部を要約して何が重要な知見なのかが分かるようにします。ページ数が限られた原著論文で何を伝えたいか、じっくりと考えてください。

たくさん集めたデータのすべてを載せたい気持ちになりますが、本当にそのデータはすべて情報として必要なのでしょうか。どの情報を本文に記載するか、どの情報を表に記載するかが著者の工夫が必要なところです。一般的に、主要な結果に相当する結果は、表にも全体のデータの一部として記載されますが、主要な結果であることが分か

表3 結果を簡単にまとめたメモ

	治療前	1日後	7日後
痛みのNRS	7.4 ± 2.1	3.6 ± 1.1	3.2 ± 1.2
*治療前との比較		p < 0.001 *	p < 0.001 *
有効率		40% (8/20)	70% (14/20)
眠気 (4段階で3以上)	10% (2/20)	10% (2/20)	10% (2/20)

るように、本文の一番最初に単純なテキストで明確に記載します。

② 価値判断を含む表現

また、結果を記載する時は、「多数の」「ほとんどの」といった価値判断を示す表現は使いません。「ほとんど」といっても人によって「ほとんど」のイメージが違うかもしれませんので、「90%以上」などと絶対数値で表現します。同じように、「予想外に」「残念なことに」のような価値判断を含む形容詞や副詞は使用しないようにします。比較をして「多い」「少ない」を論じる時は、必ず「有意に」なのかどうかを記載します。

③ 結果の記載例

ある治療薬 A を投与した後、前向きに疼痛の NRS を評価し、有効を NRS の 33 % 以下の低下と定義した研究で、7 日後の有効率が主要評価項目とする場合、表 3 のようなデータをあなたはどのように「結果」に記載しますか？

〈結果の記載の例〉

1. 痛みの NRS は治療前が 7.4 ± 2.1, 1 日後には 3.6 ± 1.1, 7 日後に 3.2 ± 1.2 に低下した (表 a)。

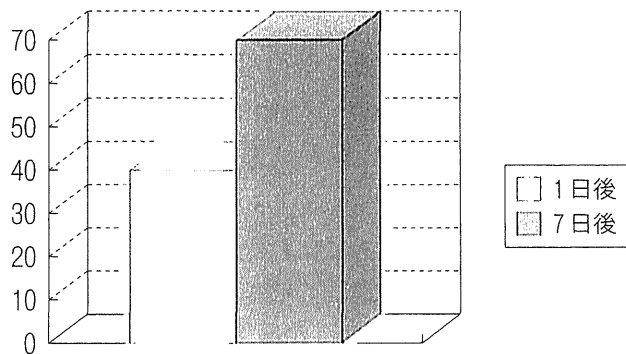
表 a 治療結果

	治療前	1日後	7日後
痛みのNRS	7.4 ± 2.1	3.6 ± 1.1	3.2 ± 1.2
		p < 0.001 *	p < 0.001 *
有効率		40% (8/20)	70% (14/20)
眠気 (4段階で3以上)	10% (2/20)	10% (2/20)	10% (2/20)

*治療前との比較

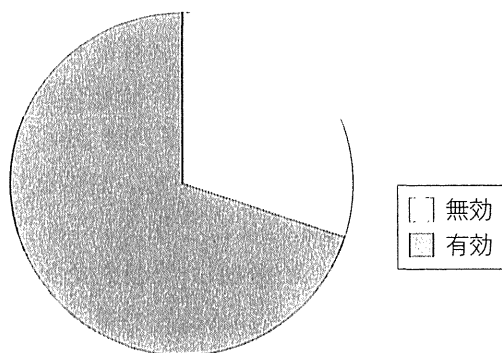
有効率は1日後に40%，7日後に70%であった。眠気のある患者は治療前，1日後，7日後とも10%であった。

2. 有効率は1日後に40%，7日後に70%であった（図a）。痛みのNRSは治療前が 7.4 ± 2.1 ，1日後には 3.6 ± 1.1 ，7日後に 3.2 ± 1.2 であった（いずれも治療前に比較して $p < 0.001$ ）。眠気のある患者は治療前，1日後，7日後とも10%（20名中2名）であった。



図a 有効率

3. 1週間後の有効率は70%であった（図b）。1日後の有効率は40%であり，痛みのNRSは治療前が 7.4 ± 2.1 ，1日後には 3.6 ± 1.1 ，7日後



図b 1週間後の有効率

表b 治療効果

	治療前	1日後	7日後
有効率* (n=20)	—	40% (n=8)	70% (n=14)
痛みのNRS **	7.4 ± 2.1	3.6 ± 1.1 ($p < 0.001$)	3.2 ± 1.2 ($p < 0.001$)
眠気 (4段階で3以上)	10% (n=2)	10% (n=2)	10% (n=2)

*治療前の痛みのNRSが33%以上低下したもの。

**p値は治療前との比較

に 3.2 ± 1.2 であった（いずれも治療前に比較して $p < 0.001$ ）。眠気のある患者は治療前，1日後，7日後とも10%（20名中2名）であった。

4. 主要評価項目である1週間後の有効率は70%（20例中14例で有効）であった（表b）。痛みのNRSの平均値は，治療前7.4から1日後には3.6，7日後には3.2に治療前と比較して有意に低下した。眠気は治療前後で10%と変わりなかった。

原則に照らしてみても，それぞれのまとめ方はどうでしょうか？

1の一番まずいところは，何が主要評価項目か分からなくなってしまったことです。主要評価項目が有効率であるならば，本文の書き出しは最も重要な主要評価項目から書き，表の一番上も主要評価項目を記載します。また，すべてのデータが表と本文とで重複していますので，査読者から，「表と本文の記載が重複しているので，いずれかは必要ない」とコメントをもらうことになるでしょう。

2と3は，学会発表と論文との違いを意識していない執筆者がよく書く論文です。筆者が1996年に『Journal of pain and Symptom Management』に国内の学会で発表した消化管閉塞に対するステロイドの効果についての観察的研究の論文を投稿した時，学会発表のスライドをほとんどそのまま図にして文章を加えたら，「The readers would be drawn by too many flows（読者はあまりに多いフロー図 [流れの意味がある] でおぼれるだろう）」とのコメントがついて謝絶になりました。いずれも「図にするほど価値のある複雑なデータ」ではないので，表中の1行か，テキストに書けば十分です。

4は主要評価項目から書き出して，パシッとまず一番言いたい大事なことが伝わります。細かい情報はすべて表1つにまとめて，脚注を見れば表だけで内容が大体理解できます。表のうち，痛みのNRSの平均値の変化が有意かどうかを明確に

表4 「結果」に含めなければならない内容

<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の背景 どういう母数の集団から適格基準を満たしたものが○名で除外基準を満たしたものが○名かを具体的に書く ・主要な結果 表と本文で記載を重複させないように効果的に重要なものから書く ・副次的な結果対象
--

して記載し、眠気について簡単に要約して説明しています。このように、表に結果をまとめたら、本文にはその中の重要な部分を重複せずに要約する、という書き方をぜひ身につけてほしいと思います。表を使うかグラフを使うかは、「異なる単位のものを一度に見せる」必要があるなら表に、「同じ単位のものを異なる群や日数の経過をみせる」必要があるならグラフを使うのが基本です。

✂ 「結果」のまとめ

「結果」には、対象者の背景、主要な結果、副次的な結果の順番に書きます（表4）。「結果」では、表と本文で記載を重複させないように効果的に重要なものから書くようにしてください。

「統一基準」では、以上のことを次のように記載しています。「結果」は最も重要なものから最初に記載すること（Present your results in the text, tables, and illustrations, giving the most important findings first）。表に示したデータを本文で繰り返して記載しない。最も重要な点だけを要約して示す（Do not repeat all the data in the tables in the text; summarize only the most important observations）。

✂ 「考察」を書く

「考察」の書き方は著者のオリジナリティが発揮できる唯一の場所ですが、それは逆にいうと、「ものを書く」ことがあまり好きでない人には手をつけるのが難しいパートであることも意味します。

最初に、一般的な「考察」の書き方の要点をいくつかまとめます。

表5 「考察」を書く時の原則

<ul style="list-style-type: none"> ・研究の結果からいえることだけを解釈する（結論を飛躍させない） ・重要なポイントから書く ・「はじめに」や「結果」と重複しない ・研究の限界（limitation）を、思いつくかぎりしっかりと挙げておく ・最後に研究の結論を数行でパシッとまとめて、その意義を書く

✂ 「考察」を書く時の原則

最初に「考察」を書く時の原則を挙げておきましょう（表5）。

「考察」を書く時に最も気をつけなければいけないことは、研究の結果からいえることだけを解釈する（結論を飛躍させない）ことです。つまり、自分の研究結果と、過去の研究との比較からいえることだけを書きます。たいていの著者の場合、「もっと強く結論したい」という気持ちが残るくらいの結論が、科学的には妥当です。

「考察」でも、一番重要なことから書き、研究の主要な目的と関係のないことに話がそれないように注意します。一番重要なこと、次に重要なことと限界を考察するともうページ数が終わっていることが普通で、ささいな結果に詳細な考察で立ち入らないようにします。「考察」は「長すぎる」といわれることの多いパートです。主要な結果だけに絞って検討するようにします。

ときどき、「考察」の最初に、「はじめに」に書いてあることを反復している論文を見ますが、重複は避けるようにします。特に、「はじめに」に書いた内容は「考察」で繰り返す必要はなく、「結果」で書いた内容を「さらにその要約が1行だけで繰り返される」ようにします。

「研究の限界（limitation）」を書くことは非常に重要です。完全な研究は存在しません。その研究の限界について言及していることは、研究論文の質を高めることがありこそさえずれ、質を下げることはありません。『Lancet』や『BMJ』のような短い論文を掲載するイギリス系の雑誌では、

表6 研究の限界としてよく挙げられる点

- ・1施設に限られているので、他の施設に当てはまらないかもしれない
- ・横断研究であるので、因果関係は確実ではない
- ・未回答のため、バイアスが含まれる可能性がある
- ・研究対象となった患者の条件が他の患者には当てはまらない

「考察」のほとんどが限界について言及しているということも少なくありません。研究の限界を可能なかぎりリストアップし、それがどのように結果に影響した可能性があるかを考察します（表6）。「研究の限界」では、次のような構文を用いて、「強み (strengths)」を書くと同時に限界を示し、限界があっても研究の価値は損なわれないことを示します。

〈限界の定型的な記載〉

この研究の特徴 (strengths) は、…、…、…である。一方、限界としては以下のことが挙げられる。第一に、…である。しかし、…であるため、研究の結論には大きく影響しないと考える。第二に、…である。しかし、…であるため、研究の価値には大きく影響しないと考えられる。…

最後に研究の結論を数行でパシッとまとめて、その意義を書きます。「結果」を読んだ読者が考えるであろう、「で?」「だから?」「どうしたらいいというのか?」という質問に対して、明確に数行で答えます。

「より研究が必要である」のような表現が最後に来る場合もありますが、どんなテーマでも「より研究が必要である」のは当然であるので、そのような曖昧な表現は避けるべきです。もし、「より研究が必要である」と記載するのであれば、次には、「どのような研究を行うとどのような結果が期待されるのか」を記載するようにします。

たとえば、「より症例数を増やした研究が必要である」と結論に書けば、「それでは、症例数を増やしてから再度投稿してください」というコメントをもらうことになるでしょう。しかし、治療

薬 A が前向きの対照群のない研究で有効率が 70%であったならば、結論を「治療薬 A は神経障害性疼痛の治療に有効な可能性がある。○○○を対照群とした無作為化比較試験を行う必要がある」と書けば、研究の意義は、無作為化比較試験を行う前段階までを固めたことであることがはっきり分かります。

あるいは、患者さんに対するインタビュー調査で、死にたいと思う理由を聞いた結果、呼吸困難、迷惑をかけている、将来に希望が持てないことが理由として最も挙げられたのなら、「終末期がん患者の希死念慮の原因は呼吸困難、負担感、希望のなさである。呼吸困難、負担感、希望のなさを和らげるために○○○が必要である」と結論します。

このように、研究の結果からすべていえることを数行でまとめて、研究と臨床の意味を結論として書くことが大事です。繰り返しになりますが、「さらに研究が必要である」のようなその研究自体の意味を曖昧とさせるような表現を結論にするべきではありません。

✂ Morita-style で「考察」を書く

もし、英語を読むのが苦でない方は、著者の記載したいくつかの論文の「考察」のところだけを見ていただくと、まったく同じパターンで書いていることに気づかれると思います。Pub-Medで、「Morita」「seirei」と入れて検索された論文のうち、自分の関心のテーマに近いものでなるべく新しいものをご覧ください。これは筆者のスタイルというだけでこれが正しいというわけではないのですが、文章が苦手な人でも書ける方法なので紹介しておきます（表7）。

Morita-style では、考察の一番最初にその研究がそれを目的として行われた最初の研究であることを明確にします。そして、重要な点を2つだけ挙げ、他の研究論文とそれぞれ比較して推論を導きます。

表7 「考察」のMorita-styleの構成

1. 和文
 - ・この研究は、私たちの知るかぎり、…を明らかにした最初の研究である
 - ・この研究で一番重要な点は、…が分かったことである。この結果と、…という他の研究の結果から考えると、…だと考えられる
 - ・この研究の次に重要な点は、…が分かったことである。この結果は、…という他の研究の結果とは異なっているが、その理由は…だと考えられる。2つの結果からは、…だと考えられる
 - ・特に興味深い点は、…である。この結果と、…という他の研究の結果から考えて、…ということが示唆される
 - ・研究の限界は、…である
 - ・結局、この研究では、…が分かった。この意味は、…ということである
2. 英語では…
 - ・ This study is, to our knowledge, the first study to clarify …
 - ・ The most important finding is that …
 - ・ The second important finding is that …
 - ・ Of note (interest) was that …
 - ・ Strength of this study is …. Limitation include …
 - ・ In conclusion, …

✿ 「考察」のまとめ

「考察」には、一番重要な考察から書き、2～3点について、他の研究と比較したうえで、結果からいえる解釈を書きます。限界をまとめ、結論として「で、何が言えるのか？」をまとめて終わります(表8)。

「統一基準」では、以上のことを次のように記載しています。最も重要な知見と解釈を強調し、それから結論を導く(Emphasize the important aspects of the study and the conclusions that follow from them)。「はじめに」や「結果」で扱った内容を重複しない(Do not repeat in detail data in the Introduction or the Results section)。結果を数行で要約、他の研究と比較、限界を記述、臨床での意味の結論、と展開する(it is useful to begin the discussion by summarizing briefly the main findings, then explore possible mechan-

表8 「考察」に含めなければならない内容

- ・ 主要な結果の解釈と他の研究の比較からいえること
- ・ 研究の限界
- ・ 研究結果からいえる結論(「で?」「だから?」に対応する臨床上の、研究上の明確な意味)

isms or explanations for these findings, compare the results with other relevant studies, state the limitations of the study, and explore the implications of the findings for clinical practice)。結果から支持されない結論を導いてはいけない(avoid unqualified conclusions not adequately supported by the data)。

✿ 連載のおわりにあたって

4回の短期間でしたが、「研究論文を書く」ということについての方法論を述べました。「研究論文を書く」ための技術は、小説を書いたり、詩を書いたりする「文学的能力」とはまったく別のもので、ほとんどの普通の医学領域がそうであるように、「反復して練習すれば身につく技術の1つ」にすぎません。「芸術作品」は創れなくても、手先があまり器用でなくても、練習しさえすれば普通の処置ができるようになります。「情熱的な恋愛」をしたことがなくても、日常生活で感情的な関わりがあまり得意でなくても、訓練を受ければ普通には精神療法が行えるようになります。ぜひ、今回の連載を読まれた方々が、ご自身の経験を、1人の経験としてだけでなく、より多くの人に知ってもらえるような論文の形にまとめることに関心を持っていただければ幸いです。

また、手前宣伝になりますが、本連載の続編を書籍(青海社刊行)として出版予定です。さらに具体的な事例を挙げながら、臨床にしながら研究を行うことの重要性と実践的な手引を示したいと思っています。

最後までお読みいただきありがとうございました。

がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果

井村 千鶴*¹⁾ 野末よし子*¹⁾ 伊藤富士江*¹⁾ 赤澤 輝和*²⁾ 森田 達也*^{1,3)}

Improving Care Management for Cancer Patients in Hamamatsu City

Chizuru Imura, Yoshiko Nozue, Fujie Itou, Terukazu Akazawa and Tatsuya Morita

Key words : 地域緩和ケア, 在宅, 介護

●緩和ケア 21:102-107, 2011 ●

はじめに

がん患者が在宅で安心して過ごせるための体制を整備していくことは重要である。なぜならば、一般市民や患者が希望する療養場所や看取りの場所は在宅が多いにもかかわらず、実際の死亡場所は必ずしも希望と一致しておらず、患者の希望が達成されていないことが示唆されているからである¹⁻³⁾。在宅でがん患者が過ごすためには、医療のみならず、介護の充実は不可欠である⁴⁾。しかし、既存の介護保険制度は、がん患者の急速な病状の進行を前提としたものではないため、認定調査や認定結果の通知が間に合わない場合がしばしば生じ^{5, 6)}、がん患者が安心して必要なサービスを受けられず、患者・家族の負担となる場合があることが示唆されている^{7, 8)}。

浜松市においては、2008年の緩和ケア普及のための地域プロジェクト（以下、OPTIM）の多職種フォーカスグループにおいて、がん患者の介

護保険利用に関して、認定調査や認定結果の通知が間に合わないという課題が明らかにされた⁹⁾。そこで、OPTIMの一環として、2008年12月に、がん患者の介護保険利用の実態を把握するために、介護支援専門員を対象とした「浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査」（以下、前調査）を行った⁵⁾。「過去1年間に担当し、要介護認定申請を行ったが認定調査を待っている間に死亡したがん患者」は年間54名、「過去1年間に担当し、要介護認定申請を行い認定調査は終了したが結果の通知までに死亡したがん患者」は年間126名であった。調査結果をもとに、市、医師会、医療福祉機関が協力して、がん患者の要介護認定申請から認定結果の通知までの迅速化に取り組んだ。これまでに、各地で類似した取り組みが行われているが^{8, 10)}、取り組みの結果を評価した報告はない。

本研究の目的は、介護保険手続きの迅速化に取り組んだ結果の評価を記述することである。

*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 医療相談室 *³⁾ 同 緩和支援診療科
0917-0359/11/¥400/論文/JCOPY

対象・方法

前調査の後、OPTIM がコーディネーションし、市、医師会、医療福祉機関と個別、または全体で協議の機会を持ち、介護保険手続きの迅速化の取り組みを行った。前調査から1年後に再度調査を行った。

① 介入内容

市において、①要介護認定申請の際、「がん終末期の患者であること」を市の窓口申請者が伝えた場合、通常の認定調査よりも早く認定調査日を設定する体制とし、②調査票および主治医意見書の取得から介護認定審査会までの期間を通常よりも短縮する対応を行った。医師会において、広報誌で複数回にわたり主治医意見書を数日以内に記載することを依頼する記事を掲載した。さらに、浜松市内のすべての主要病院の連携担当者の会議において、主治医意見書を数日以内に記載することと、主治医の判断により「症状が不安定である」「がん終末期で急速に病状が悪化する可能性が高い」と主治医意見書に記載する方法があることを提示した。

② 質問紙調査による評価

前調査から1年後に、OPTIM が浜松市介護支援専門員連絡協議会に依頼して、浜松市介護支援専門員連絡協議会に所属する居宅介護支援事業所149施設、および、地域包括支援センター17施設(計166施設)の介護支援専門員を対象として、FAXによる自記式質問紙調査を行った。

調査項目は、前調査と同じく⁵⁾、①過去1年間に担当し要介護認定申請を行ったが認定調査を待っている間に死亡した年間がん患者数、②過去1年間に担当し要介護認定申請を行い、認定調査は終了したが結果の通知までに死亡した年間がん患者数、および③「がん患者の要介護認定申請は患者・家族の生活に支障がでないように行われているか」(「そう思わない」から「とてもそう思う」の4件法)を調査した。また、要介護認定申請か

ら認定結果の通知までが迅速ではない理由として、「患者・家族への介護保険の紹介の遅れ」「認定調査の遅れ」「主治医意見書の作成の遅れ」「審査の遅れ」のいずれかから重複回答を得た。さらに、「1年前と比べて、がん患者の要介護認定申請から認定結果の通知までのスピードは改善しているか」(「改善していて問題はない」「改善しているが、まだ課題がある」「改善していない」)、および「介護保険に関して改善が必要な点は何か」を自由記述で得た。

あわせて、市に申請された介護保険の、①申請日から認定調査実施までの平均日数、②認定調査日から調査票受理までの平均日数、③申請日から主治医意見書記載までの平均日数、④主治医意見書記載日から受理までの平均日数、⑤調査票および主治医意見書受理日から介護認定審査会開催までの平均日数、についてのデータを市から取得した。

倫理的配慮として、調査対象者に対して、研究の目的、方法、参加は自由意思であること、プライバシーは守られることを文書にて説明した。FAXによる返信によって調査参加の同意とみなし、個人が特定できる情報は取得しなかった。

③ 解析

質的データについては、「介護保険に関して改善が必要な点」について記述されたものを1つの意味内容を表すユニットに分割した。分割されたユニットごとに、類似した内容を帰納的に分類・抽象化し、カテゴリー化した。研究者2名が独立に内容分析¹⁾を行った後、緩和ケア領域における同様の研究経験を豊富に有する緩和ケア専門家(TM)のスーパービジョンをもとに、3名の合意が得られるまで議論を行った。量的データは前調査との比較を行った。

結果

依頼した166施設のうち120施設(72%)から、合計258通の質問紙が回収された。がん患者のケアマネジメントの経験については、37%