

2. 学会発表

春原光宏・佐藤一樹・白髭豊・中里和弘・加藤雅志・出口雅浩・山岸暁美・小谷和彦・山田雅子・野田剛稔・川越正平，病院医師の入院患者に対する在宅医療の視点」評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討，日本緩和医療学会，2012年5月（予定）。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

分担研究報告書

緩和ケアによる地域介入研究による医師の知識、困難感、行動変容の変化に関する研究

研究分担者 木澤 義之 筑波大学医学医療系臨床医学域 講師

研究要旨

地域緩和ケアプログラムの介入前後で、医師の緩和ケアに関する知識、困難感、実践の変化を見た。介入前後で、4地域とも、医師の緩和ケアに関する知識、困難感、実践は改善した。特に改善が大きかったのは、地域連携、専門家の支援、医療者間のコミュニケーションなどネットワークに関するものであった。改善は、プログラムへの参加の程度と強く相関していた。地域緩和ケアプログラムに複数回医師が参加できる機会を保障することにより、ネットワーキングと基盤となる知識が整備され、医師の知識、困難感、実践が改善すると考えられる。

A. 研究目的

本研究の目的は、1) 介入前後での医師の知識、困難感、実践の変化を明らかにすること、2) プロジェクトへの参加の有無・程度と知識、困難感、実践の変化との関係を探ること、3) 医師の属性による変化の違いを探ることである。

B. 研究方法

介入前後での知識、困難感、実践の尺度合計得点を対応のないStudent t検定で比較した。次に、それぞれの下位尺度得点を対応のないStudent t検定で比較した。各尺度の代表的な項目について、度数分布の前後での変化を算出した。

プロジェクトへの参加の有無・程度と知識、困難感、実践の変化との関係を探るために、1) プロジェクトへの参加の有無（参加したもの：「講習会に参加したり、配布された資料を読んだりした」と「企画、運営の一部に参加した」と回答したもの vs. 参加しなかったもの：「全く関わったことがない・参加したことはない・知らない」と回答したもの）、および、2) 参加の程度（緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスの参加回数がなし、1回、2～5回、6～10回、11回以上と回答したもの）それぞれで、知識、困難感、実践の尺度合計得点を算出した。介入後調査の数値を用いて、Student t検定または一元配置分散分析（post-hoc testとしてTukey test）で比較した。

医師の属性（経験年数、専門、勤務場所、地域）による変化の違いをみるために、経験年数は10年未満、10年以上20年未満、20年以上の3群；専門は一般内科、外科（外科、呼吸器外科、消化器外科）、呼吸器内科・消化器内科、婦人科、泌尿器科、耳鼻科、血液内科・腫瘍科（血液内科、臨床腫瘍科、化学療法科、放射線治療科、乳腺科）の7群；勤務場所はがん診療連携拠点病院、がん診療連携拠点病院

以外の病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援診療所以外の診療所の4群に分けて、知識、困難感、実践の尺度合計得点を算出して図示した。

（倫理面への配慮）

本研究は、臨床倫理委員会の承認を得たうえで施行した。

C. 研究成果

1 介入前後での医師の知識、困難感、実践の変化
1) 尺度全体での変化

4地域合計で、医師の知識、困難感、実践の尺度得点は介入前と比較して介入後では有意に改善した（図1）。実践の変化量（Effect size）は小さかったが、知識では0.30、困難感では0.52であった。

2) 下位尺度ごとの変化

知識では、理念は介入前から約90%の医師が正しい知識を持っていた（図2）。疼痛・オピオイドに関する知識の正解率は約70%から約80%に、消化器症状については約60%から約70%に改善した。困難感では、すべての下位尺度で改善が認められたが、症状緩和、患者・家族とのコミュニケーションの変化量は比較的小さく、地域連携、専門家の支援の改善が大きかった（ES, 0.63, 0.49）。

3) 項目ごとの変化

各尺度の代表的な項目の度数分布の変化を図3に示す（図3）。困難感のうち、専門家の支援、地域連携の項目では、よく思う・非常によく思うと回答した医師が、それぞれ、24%から10%、37%から16%に減少した。

2 プロジェクトへの参加の有無・程度と知識、困難感、実践の変化との関係

706名中296名（42%）がOPTIMプロジェクトに参加しなかったと回答したが、325名（46%）、67名（9.5%）がそれぞれ、「講習会に参加したり、

配布された資料を読んだりした」、「企画、運営の一部に参加した」と回答した。プロジェクトに参加した医師は臨床経験年数とがん患者の看取り数が有意に多かったが、勤務場所、専門、がん患者の診療経験数に有意差はなかった。

1) プロジェクトへの参加の有無による比較

OPTIMプロジェクトが設定した講習会に1回以上参加したものでは、参加しなかったものに比較して、知識、困難感、実践のいずれも有意に改善していた(図4)。知識と実践は参加しなかった医師では介入前と変わらなかったが、参加した医師では改善が見られた。困難感には参加していない医師でも改善が見られたが、参加した医師ではより改善が認められた。

2) プロジェクトへの参加の程度による比較

緩和ケアセミナー・多職種連携カンファレンスへの参加回数による比較では、参加回数が増えるほど、知識、困難感、実践のいずれも改善した(図5)。

3 医師の属性による変化の違い

1) 経験年数による比較

経験年数では、すべての群で同じ傾向の改善が認められたが、臨床経験が20年以上の医師では困難感が高く、知識、実践の得点が低かった。

2) 専門による比較

専門でも、すべての群で同じ傾向の改善が認められ。一般内科の医師では、前後での改善が認められたが、困難感が高く、知識、実践の得点が低かった。

3) 勤務場所による比較

勤務場所ごとの比較でも、すべての指標で同じ傾向の改善が認められた。在宅支援診療所ではない診療所医師では、前後での改善が認められたが、困難感が高く、知識、実践の得点が低かった。

4) 地域による比較

知識、困難感、実践のいずれも全ての地域で同じ傾向が認められた(図6)。「緩和ケアが未整備であった地域」である鶴岡地域において、医師の困難感と実践の改善が他の地域と比較して大きかった。

D. 考察

本研究では、緩和ケアの地域介入プログラムが医師に及ぼす影響について重要ないくつかの知見を得た。もっとも重要な知見は、地域全体に対して教育、ネットワーキング、専門家からの支援を含むプログラムを行うことにより、地域全体でみた医師の知識、困難感、実践が改善することが示されたことである。知識はもともと比較的高い水準であったものがさらに改善した。困難感には介入前後での変化量が最も大きく、プログラムが知識としての教育として機能したばかりではなく、ネットワーキングや専門家から

の支援を含めて行われたことで、個々の医師の困難感を改善したと考えられる。実践の変化は小さかったが、もともとの水準が高かったため変化が検出できなかった可能性がある。

2つ目に重要な点は、プログラムへの参加の有無や程度と、知識、困難感、実践の改善との関係が示されたことである。プログラムへの参加の有無に加えて、プログラムに参加した回数にほぼ比例して、医師の知識、困難感、実践は改善していた。また、医師自身が自覚した変化もプログラムに参加した医師で変化を多く体験していた。プログラムに参加する医師の背景は参加しなかった医師に比較して経験年数が4年長く(18年 vs. 22年)、看取った年間がん患者数が多かったものの、大きな差はなかった。にも関わらず参加の程度と改善の程度に強い相関が認められたことから、地域緩和ケアプログラムは複数回継続して行うことによってより効果をもたらすことができることが示唆される。プログラムに参加しなかった理由を医師の多くが、「時間がなかった」「知らなかった」としていることから、複数回にわたって医師が継続的に参加できるような時間的・物理的な保証とアナウンスが重要であると考えられる。

3つ目に重要な点はどのような領域での変化が大きかったかが明らかになったことによって、プログラムがもたらす効果に関する洞察を得ることができることである。領域別では、特に、地域連携、専門家の支援、医療者間のコミュニケーションといったネットワーキングに関する困難感の改善が大きく、次に、知識、疼痛など症状緩和、患者家族とのコミュニケーションに関するものであった。一方、「緩和ケアは終末期に限ったものではない」といった理念についての知識はもともとほとんどの医師が正しい認識を持っていた。これらの知見から考えて、地域緩和ケアプログラムが医師に及ぼす影響として最も大きいことは、ネットワーキングの改善により、地域連携、専門家からの支援、医療者間のコミュニケーションが改善することであり、次に、基盤となる知識やスキルの習得であることが示唆される。逆にいえば、地域全体を見た場合に、必ずしも、個々の医師の緩和ケアに関する知識や技術を「完全なもの」にしておく必要はなく、基本的な知識と技術を身につけることを目的として、やや専門的な内容は専門家や多職種と協働することによって解決可能となるようなネットワークの構築を求めることが現実的であると考えられる。

4つ目は、知識、困難感、実践の改善は、医師の経験年数、専門、勤務場所、地域によってほぼ同じ傾向であったことから、プログラムの普遍性が示唆されたことである。OPTIMプロジェクトで実施された介入は、医師の経験年数、専門、勤務場所、

緩和ケアに関する地域差にかかわらず、一定の効果をもたらすことが予測される。

E. 結論

地域緩和ケアプログラム前後で、4地域とも、医師の緩和ケアに関する知識、困難感、実践は改善した。特に改善が大きかったのは、地域連携、専門家の支援、医療者間のコミュニケーションなどネットワークに関するものであった。改善は、プログラムへの参加の程度と強く相関していた。

地域緩和ケアプログラムに複数回医師が参加できる機会を保証することにより、ネットワーキングと基盤となる知識が整備され、医師の知識、困難感、実践が改善すると考えられる。

F. 研究発表

論文発表

1. 森田達也, 木澤義之, 新城拓也 (編集). エビデンスで解決! 緩和医療ケースファイル. 南江堂、東京、2011.
2. Kizawa Y, Tsuneto S, Tamba K, Takamiya Y, Morita T, Bito S, Otaki J. Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified Delphi method. Palliat Med. 2011 Sep 15. [Epub ahead of print]
3. 山本 亮, 阿部 泰之, 木澤 義之. 緩和ケア研修会を開催したことによる変化—指導者研修会修了者の視点から. Palliat Care Res Vol. 7: pp. 301-305, 2012.
4. 阿部 泰之, 山本 亮, 木澤 義之. がん対策基本法に基づく緩和ケア研修会の企画・運営および学習資料の問題点. Palliat Care Res Vol. 6: pp. 143-149. 2011.
5. 末田千恵, 山岸暁美, 鈴木聡, 木下寛也, 鄭陽, 白髭豊, 木澤義之, 森田達也. どのような緩和ケアセミナーが求められているのか 4188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因. ペインクリニック 2011. 08;32(8):1215-1222
6. 木澤義之. 【“がん診療”を内科医が担う時代】がん診療と地域連携 緩和ケアをどのように紹介し, どのように導入するか. Medicina 12;48(13):2144-2147, 2011.
7. 木澤義之. 【やさしく学べる最新緩和医療Q&A】症状への対策 痛み オピオイド モルヒネ. がん治療レクチャー. 2(3):490-494, 2011.
8. 木澤義之. 【進行・再発婦人科がんの治療と管理】がん疼痛のマネジメント. 産科と婦人科;78(5):587-591, 2011.

9. 大久保英樹, 木澤義之, 田渕経司, 原晃. 頭頸部がん患者の疼痛緩和の方法. 耳鼻咽喉科臨床. 104(2):156-157, 2011.

学会発表

1. Yoshiyuki Kizawa, Satoru Tsuneto, Yasuo Shima. Current status of Advance Care Planning in Hospice Palliative Care Units in Japan - a nationwide survey. International Advance Care Planning Conference, 22- 25 June 2011, London, UK.
2. Yoshiyuki Kizawa, Tatsuya Morita, Mitsunori Miyashita, Satoru Tsuneto. Current status of advance care planning in hospice palliative care units in Japan. a nationwide survey. 9th Asia pacific hospice conference 2011, July 14-17, 2011, Penang, Malaysia.

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

図1 医師の知識・困難感・実践の変化

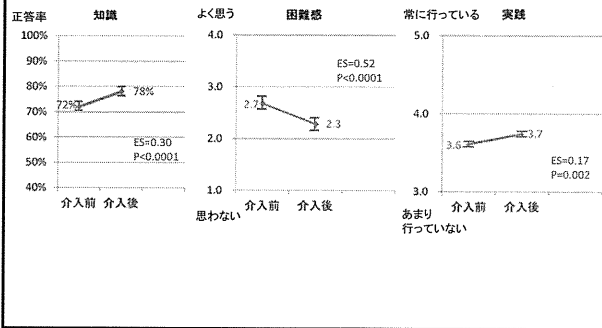


図2 下位尺度ごとの変化

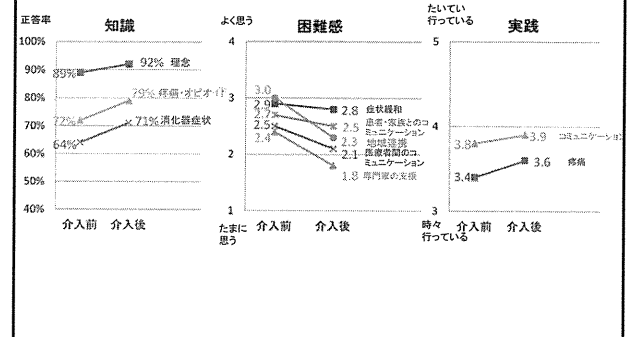


図3 項目ごとの変化

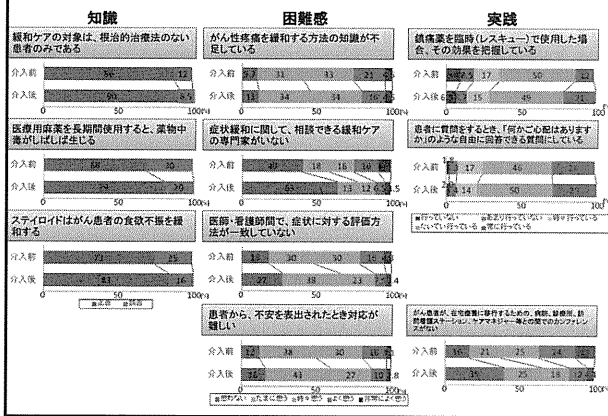


図4 プロジェクトへの参加の有無による比較

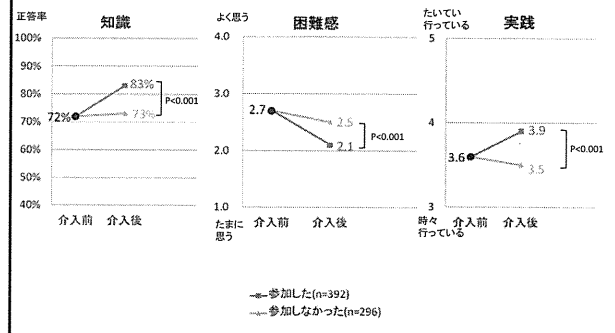


図5 プロジェクトへの参加の程度による比較

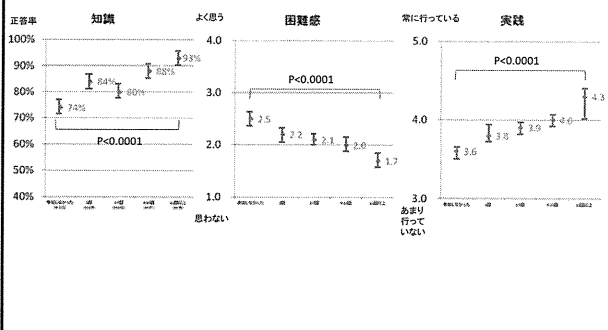
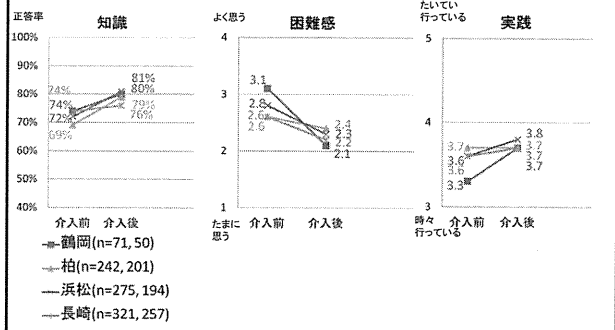


図6 地域による比較



分担研究報告書

がん専門病院による地域緩和ケアの整備に関する研究

研究分担者 木下寛也 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科

研究要旨

がん専門病院による地域ケアの整備に関して、1) がん専門病院における地域連携に関する現状と課題についてフォーカスグループを行い。内容の分析を行った。緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進についての取り組みとして合計19カテゴリーが、現場では有効な解決策が見当たらない課題として合計7カテゴリーが同定された。これらは、緩和ケアにおける地域連携のための活動を行う工夫に系統的に整理することに役立つ。2) がん専門病院の緩和ケア病棟が在宅支援の役割を強めた。その結果、緩和ケア病棟の入院患者数に占める自宅退院した患者の割合は、2007年には約10%であったが、2008-2010年には約20%に増加した。緩和ケア病棟から自宅退院し自宅で死亡した患者の割合は、2007年には10%であったが、2010年には41%であった。「がん自宅死亡数を分母とした緩和ケア病棟を経由して自宅死亡した患者の割合」は、2010年でも約9%であった。緩和ケア病棟から自宅退院数と自宅死亡数が増加するものの、地域全体のがん自宅死亡率に占める割合は非常に小さいことが示された。

A. 研究目的

本研究は、2007年から2010年に行われた「緩和ケアプログラムによる地域介入研究（OPTIM）」のフォローアップの一部として位置づけられる。

研究の目的は、がん専門病院を中心として実施された地域緩和ケアプログラムの介入過程を整理し、地域で行われた介入プログラムを評価することである。

B. 研究方法

以下の4つの研究に取り組んだ。1) がん専門病院における地域連携に関する現状と課題。2) がん専門病院緩和ケア病棟の運駅方針が地域の自宅死亡率に及ぼす影響。1) に関しては、6つのがん専門病院の地域連携に係る医師、医療ソーシャルワーカー、看護師を対象にフォーカスグループを行った。がん専門病院として地域緩和ケアの4つの側面（緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進）のそれぞれについて、今取り組んでいること、課題、今後の解決策を尋ねた。録音したものを逐語記録とし、意味内容の分析を行った。

2) に関しては、OPTIMプロジェクトの主要評価項目として人口動態統計の目的外使用申請から取得した柏地域（柏市、流山市、我孫子市）のがん患者の死亡率を用いた。2007年から2010年までの国立がん研究センター東病院緩和ケア病棟の入院患者数の実数、自宅退院した患者数、さらには自宅退院患者について、退院後から2012年1月までの転帰を調べた。いずれも、柏市、流山市、我孫子市に住民票のある患者を対照とした。

（倫理面への配慮）

1) に関しては、フォーカスグループ参加者に対して、自由意思での参加であることなどについての同意を文章で得たのちに、解析は個人情報の秘匿に留意して行われた。

C. 研究成果

1) に、緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進についての取り組みとして合計19カテゴリーが、現場では有効な解決策が見当たらない課題として合計7カテゴリーが同定された。

- 緩和ケアの知識の普及のための取り組み
 - 【勉強会を行う】
 - 【すでにあるものを利用する】
 - 【内容を工夫する】
 - 【診療所医師のアシストをする訪問看護師や保険薬局薬剤師を対象とする】
- 患者・家族・住民への啓発のための取り組み
 - 【マテリアルを作成する】
 - 【既存のマテリアルを活用する】
 - 【公開講座やイベントを行う】
 - 【既存のイベントや活動に参加する】
 - 【患者会を行ったり、患者会と連携する】
 - 【病院施設を公開する】
 - 【日々の臨床を「啓発」であるにとらえる】
- 専門的な緩和ケアの提供のための取り組み
 - 【緩和ケア病棟の役割を見直す】
 - 【緩和ケア専門家へのホットラインを設置する】
- 緩和ケアの連携の促進のための取り組み

【病院からの退院支援を強化する】

【外来での在宅支援を強化する】

【在宅療養中の患者の情報共有とバックアップベッドの確保を行う】

【病院医師・看護師が在宅を念頭に置いた診療やケアができるように教育プログラムを作る】

【地域で一緒に見た患者の経過を共有する】

【病院スタッフと地域スタッフとの情報交換の場を増やす】

解決策が見当たらない課題としては、【経済的負担】【医療福祉従事者の負担】【在宅医療を提供する医師・看護師の不足】【急な状態悪化時の対応】【個人情報保護】【療養場所の不足】【ツールの運用の難しさ】が同定された。

2) に関しては、国立がん研究センターの緩和ケア病棟の入院患者数に占める自宅退院した患者の割合は、2007年には約10%であったが、2008～2010年には約20%に増加した。緩和ケア病棟から自宅退院し自宅で死亡した患者の割合は、2007年には10%であったが、2010年には41%であった。「柏地域のがん自宅死亡数を分母とした緩和ケア病棟を経由して自宅死亡した患者の割合」は、2010年でも約9%であった。

D. 考察

1) に関しては、フォーカスグループで得られた結果は緩和ケアにおける地域連携のための活動を行う工夫に系統的に整理することに役立つ。2) に関しては、がん専門病院の緩和ケア病棟が在宅支援の役割を強めることで緩和ケア病棟から自宅退院数と自宅死亡数が増加するものの、地域全体のがん自宅死亡率に占める割合は非常に小さいことが示された。

E. 結論

がん専門病院による地域連携に関する現状と課題について、フォーカスグループと行い。緩和ケアの知識の普及、患者・家族・住民への啓発、専門的な緩和ケアの提供、緩和ケアの連携の促進についての取り組みとして合計19カテゴリーが、現場では有効な解決策が見当たらない課題として合計7カテゴリーが同定された。

地域全体で在宅療養するがん患者を支援する体制を目指し、がん専門病院の緩和ケア病棟が在宅支援の役割を強め、一定の成果を得たが、地域全体に与える効果は小さかった。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 山岸暁美, 森田達也, 古村和恵, 末田千恵, 白髭豊, 木下寛也, 秋月伸哉, 鈴木聡, 加藤雅志, 江口研二, 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. 癌と化学療法. 38 (1

1) : 1889-1895. 2011

2. 末田千恵, 山岸暁美, 鈴木聡, 木下寛也, 鄭陽, 白髭豊, 木澤義之, 森田達也, どのような緩和ケアセミナーが求められているのか 4188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因. ペインクリニック 32(8) :1215-1222. 2011

書籍

木下寛也 5福祉・介護に関する問題. 精神腫瘍学. 内富庸介, 小川朝生編集, 202-214, 医学書院, 東京, 2011

雑誌

1. 松本禎久, 木下寛也, 【疼痛緩和医療におけるDDS】 痛み止めの投与経路 最近の動向. Drug Delivery System 26 (5) : 476-479. 2011
2. 原田久美子木下寛也, 【がん医療における家族ケア】 相談支援センターで行う家族ケアの実際. 腫瘍内科. 8(1) : 33-37. 2011
3. 木下寛也, 【サイコオンコロジーの現場からI-緩和ケアにおける精神医学的問題-】 終末期のせん妄の理解とマネジメント. 精神科治療学 26(7) : 837-843. 2011

2. 学会発表

1. 原田久美子, 内田麻衣, 小島歩美子 パネルディスカッション「がん戦略研究OPTIMプロジェクトの活動報告と今後の課題」病院外に設置された相談支援センターの活動について. 日本緩和医療学会学術大会 2011.7
2. 木下寛也, ワークショップ「がん医療・緩和医療の質の向上を目指して-リエゾン・ナース、心理士、精神科医とのコラボレーション」がん医療における包括的評価とチームアプローチ. 日本病院学会 2011.7
3. 木下寛也 シンポジウム『がん医療における家族・遺族ケア』がん患者家族が抱える負担の包括的評価とその対応. 日本サイコオンコロジー学会総会 2011.9
4. 木下寛也 “届けがん医療 日本の隅々まで” がん医療コーディネーターの養成 がん医療コーディネーター養成構想の可能性と課題 院外型相談支援センター「がん患者・家族総合支援センター」の経験から. 日本癌治療学会学術集会 2010.11

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得なし
2. 実用新案登録

分担研究報告書

「医師会による地域緩和ケアの整備」に関する研究

研究分担者 長崎市医師会 白髭 豊(白髭内科医院)
研究協力者 長崎市医師会 野田剛稔

研究要旨

2008年度から3年間、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）が行われ、長崎市医師会を中心に緩和ケアの地域モデル作りを目指した。市民啓発、医療従事者の教育や、医師会に総合相談窓口を設置し関係機関との連絡調整・早期退院支援・地域連携促進を行ってきた。長崎大学病院、市立市民病院、日赤長崎原爆病院の緩和ケアチーム・カンファレンスや、地域連携室とのハイリスク・カンファレンス(入院時リスク・スクリーニングで在宅移行に課題があると判定された症例を検討)に在宅スタッフが参加し、円滑な在宅移行へ向け助言を行い早期退院支援・調整に寄与した。その結果、長崎市の自宅死率、がん自宅死率、拠点病院から退院して訪問診療か往診を導入した症例数は、3年間で著増した。これらは、OPTIMによる病院における在宅の視点の形成などが関与している。病棟看護師に対する在宅視点の調査に参加した看護師へのフォーカスグループインタビュー、長崎市内の病院医師に対する在宅視点の調査、長崎市と周辺の訪問看護ステーション利用者分布とステーションの現状の調査などを行った。長崎県下の施設看取りの実態を知るために調査をした結果、医療のバックアップ体制を整え職員の経験不足を解消すれば、今後施設での看取りは増加するものと思われた。

A. 研究目的

2007年から2010年に行われた「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」のフォローアップの一部として行う。研究の目的は、医師会による地域緩和ケアの整備過程を整理し評価することである。

B. 研究方法

本研究では、病院外の医師会をプロジェクトの拠点として地域で行われた介入の方法や結果の評価を行い、知見を集約する。

- ① 自宅死率、がんの自宅死率の経年変化
- ② 長崎大学緩和ケアチーム在宅移行症例数（率）の経年変化
- ③ 拠点病院から退院して在宅訪問診療を導入した件数の経年変化

3拠点病院の連携室から、2007～10年度に在宅診療を導入し退院した患者数を取得した。OPTIMの病院医師・看護師への質問紙調査のうち「在宅の視点」に関連する項目を取得した。「実際に経験し情報を得ることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった」など意識変化に関する項目、「在宅移行する患者で、容態変化時の対応や連絡方法を予め決めるようになった」など実践に関する項目について、「そう思わない」から「そう思う」の5段階で質問し、「ややそう思う」「そう思う」との回答頻度を病院間で検定した。患者数が最多のB拠点病院において、緩和ケアチーム患者の転

帰における在宅移行者の頻度を取得した。

- ④ 病棟看護師に対する在宅視点の調査
看護師のベンチマークによる実態調査を行った5つの病院の地域医療連携室の看護師と退院調整担当看護師による、退院支援・退院調整の現状と今後への取り組みについてのフォーカスグループインタビュー
- ⑤ 長崎市内の病院医師に対する在宅視点の調査：
「在宅ケアの視点のある病院医師」評価尺度研究
地域連携グループによる全国調査と連動して、長崎市立市民病院、日赤長崎原爆病院を含む病院の医師166名による実態調査を行った

長崎県の20病院355名(有効回答率44%)の診療経験5年以上の医師を対象に自記式の調査を行った。関連要因として年齢・性別・診療経験年数・診療科・病棟受け持ち患者の看取り件数・在宅診療の経験・在宅医への患者紹介経験・退院調整に関する苦勞・地域連携室の利用・患者の意向に沿った退院調整・在宅医の認知・在宅医紹介時の迷いを検討した。

- ⑥ 長崎市と周辺の訪問看護ステーション利用者分布とステーションの現状
プロット調査と訪問看護ST管理者へのフォーカスグループインタビューを実施し、現状のSTの

実態と問題点を明確にする。

- ⑦ 施設アンケート調査
長崎県における施設看取りの実態調査（施設職員と施設責任者対象）

県下の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等606ヶ所の施設責任者、および長崎市内146ヶ所の施設職員を対象にアンケート調査を行った。

- ⑧ 多職種事例検討会
⑨ 医師向け講習会を行って一その成果と課題
⑩ 患者・遺族調査に対する総括にもとづく対応の評価
⑪ 3年間の市民健康講座：がん関連について
⑫ 栄養パンフレットの成果と課題
⑬ 療養費計算ソフトの使用経験
⑭ 退院調整・ハイリスクカンファランスの成果と課題
⑮ 在宅緩和ケアにおける医療用麻薬の適正使用に関して

医療用麻薬取り扱いに関する患者向けリーフレットと、薬剤師向けDVD「訪問薬剤指導のすすめ」を製作、リーフレットとDVDを配布した長崎市内の薬剤師310名を対象に自記入式アンケートを行った。

- ⑯ OPTIM 長崎の組織構築、研修会プログラムの実施

C. 研究成果

②③ 在宅移行患者数は、2007年度を100とした増加比では、A病院967%、B病院295%、C病院221%だった。在宅移行した患者数が多い病院では、在宅の視点に関する質問にそう思うと回答した頻度が有意に多かった。B病院の緩和ケアチーム診療患者における在宅移行患者の頻度は2007年度には7%であったが、2010年度には22%に増加した。

⑤ 多変量解析の結果、入院患者に対する在宅医療の視点の合計得点は年齢・性別・診療科にはよらず、在宅医への看取り目的の患者紹介経験があり、在宅医をより知っており、退院調整前に患者の意向の確認をより行っている医師ほど有意に高かった。

⑥

⑦ 回収率：施設責任者：361/606(60%)、施設職員：77ヶ所(53%、計1087名)

1) 施設責任者：看取り経験がある施設は137(38%)、看取り経験がない219施設のうち、事例がなかった50施設以外では、亡くなる際に医療機関へ転院していた。今後でも対応できないと答えたのは51施設で、理由は、職員の経験不足、医療のバックアップ体制

の未整備等であった。168施設(77%)は、今後対応したいとの回答であった。

2) 施設職員：看取りに立ち会った経験があり47%、がん緩和ケアの講習会があれば参加する79%であった。

D. 考察

②③ 在宅移行した患者の増加率と病院医師・看護師の「在宅の視点」とが関連する可能性が示唆された。

⑤ 在宅医師と病院医師の交流の場を設けること及び退院調整前に患者の意向を把握するシステムを構築することが病院医の在宅医療の視点を高めることにつながる可能性が示唆された。

⑥

⑦ 医療のバックアップ体制を整え職員の経験不足を解消すれば、今後施設での看取りは増加するものと思われた。

⑮別紙参照

E. 研究発表

1. 論文発表

白髭 豊、野田剛稔、北條美能留、他. OPTIMプロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化. Palliative Care Research. (In Press.)

2. 学会発表

白髭 豊、野田剛稔、吉原律子 他「緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM長崎)による在宅移行症例数、がん自宅死率の増加」第16回日本緩和医療学会学術大会 ワーク・ショップ2 (公募) 「切れ目のない緩和ケア—生活と医療をどうつなげるか」2011 (平成23) 年7月29日 (金)

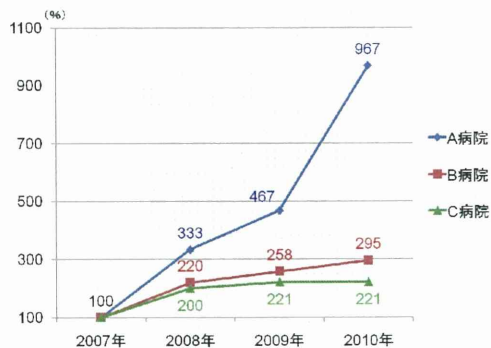
G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

第3回OPTIMフォローアップ班会議 (長崎資料 12.02.04)

OPTIMプロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化

白髭 豊 野田剛稔 北條美能留 後藤慎一
富安志郎 出口雅浩 奥平定之 安中正和
平山美香 吉原律子 船本太栄子 五十嵐歩
宮下光令 森田達也

図1 がん診療連携拠点病院から在宅診療を導入した患者の増加比



* 2007年を100とした場合の増加比

図2 B病院の緩和ケアチームの対象患者の転帰

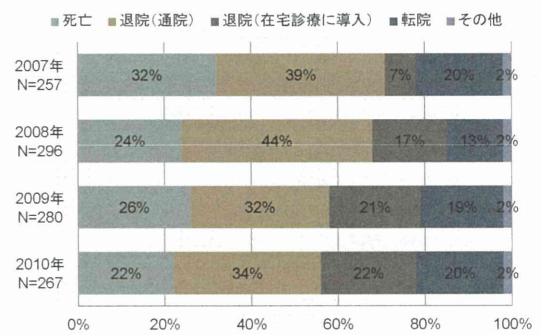


表1 病院医師・看護師の在宅の視点の変化

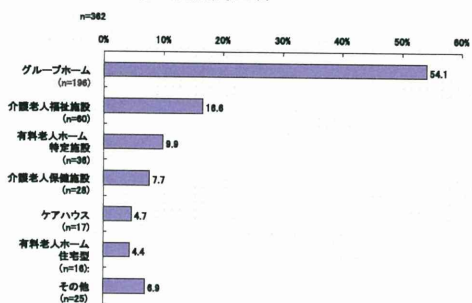
	看護師				医師			
	A病院 n=146	B病院 n=207	C病院 n=116	P	A病院 n=25	B病院 n=98	C病院 n=31	P
実際に経験したり情報を持ち帰ることで、がんでも希望すれば最終まで在宅で過ごせると思うようになった	76%	75%	60%	0.0035	88%	64%	71%	0.070
患者・家族が自宅で過ごしたいといった場合、できるだけ対応した	73	65	58	0.030	100	79	97	0.0031
自宅で過ごしたいか、自分から尋ねるようになってきた	64	51	48	0.012	96	72	84	0.027
在宅移行する患者では、苦痛がなくなったときの対応や連絡方法をあらかじめ決められるようになった	51	49	34	0.0075	88	54	55	0.0066
在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が自宅でもできるように、入院時からシミュレーションするようになった	64	78	47	<.0001	84	62	61	0.11
退院後に必要な医療制度(療の連携、カネール管理、救急など)について患者・家族に十分に説明するようになった	61	73	53	0.0007	NA			
自宅のトイレ、風呂、ベッド等の環境についてアセスメントするようになった	70	78	50	<.0001	NA			

%は、「ややそう思う・そう思う」の合計; NA: 調査していない; 太字は60%より大きい項目を表す

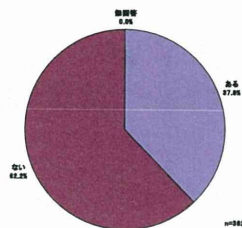
長崎県における「施設看取り」の実態調査

奥平 定之 白髭 豊 詫摩 和彦 安中 正和 上戸 穂高 吉原
律子 野田 剛稔

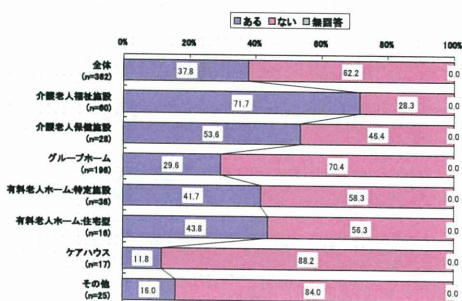
(図1) 回答施設<施設責任者>



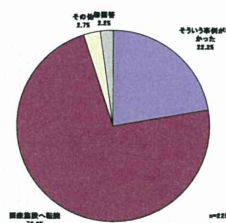
(図2a) 3年以内の看取りの有無



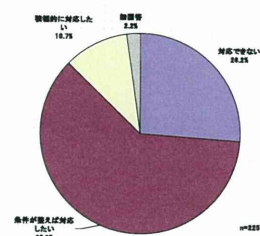
(図2b) 3年以内の看取りの有無



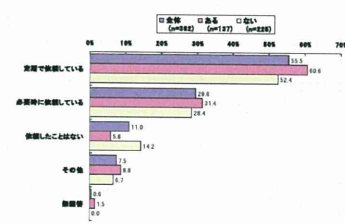
(図3) 看取りがなかった施設でその理由



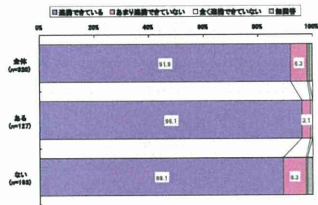
(図4) 看取りがなかった施設で、今後、本人・家族からの看取り希望があった場合の対応



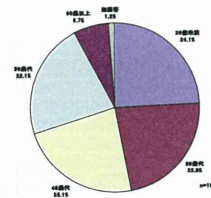
(図5a) 入所者の医学的管理の依頼状況 -施設での看取り経験の有無別-



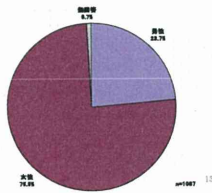
(図5b) 医療機関や訪問看護ステーション等との連携について
施設での看取り経験の有無別



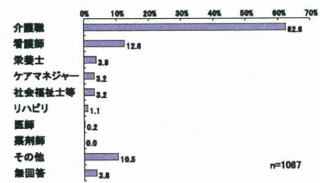
(図6a) 施設職員の年齢構成



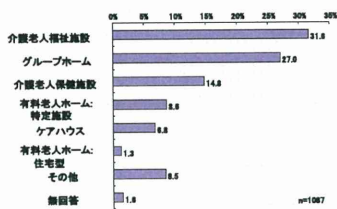
(図6b) 施設職員の性別



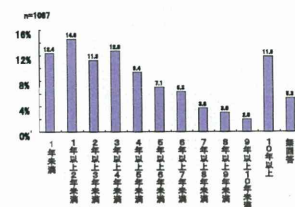
(図6c) 施設職員の職種



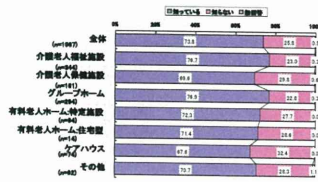
(図6d) 施設職員の勤務場所



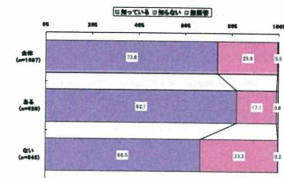
(図6e) 施設職員の勤務年数



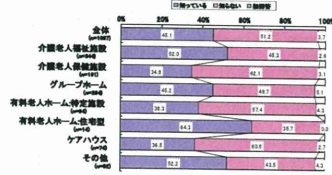
(図7a) 緩和ケアという言葉の認知
勤務場所別



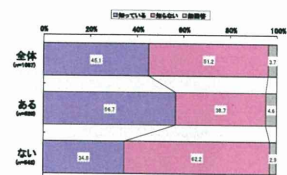
(図7b) 緩和ケアという言葉の認知
患者が亡くなる際に立ち会った経験有無別



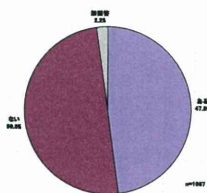
(図8a) 緩和ケアの内容の認知
勤務場所別



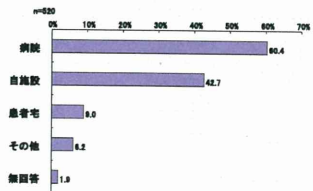
(図8b) 緩和ケアの内容の認知
患者が亡くなる際に立ち会った経験有無別



(図9a) 入居者がなくなる際に立ち会ったことがある施設職員



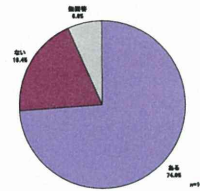
(図9b) 図9aであると答えた施設職員が立ち会った場所
※複数回答可



(図9c) 看取りに立ち会った場所
勤務場所別

勤務場所	合計 (%)	看取りに立ち会った場所				
		患者宅	施設	自施設	その他	
全体	520	8.0	60.4	42.7	4.2	1.9
介護老人福祉施設	167	10.2	53.3	4.2	1.8	
介護老人保健施設	86	7.1	71.8	8.3	4.8	
グループホーム	121	7.4	40.5	8.1	0.8	
有料老人ホーム特設施設	48	8.3	35.4	4.2	2.1	
有料老人ホーム住宅型	10	0.0	40.0	20.0	0.0	
ケアハウス	20	16.7	6.7	3.3	0.0	
その他	20	11.4	28.1	0.0	2.1	

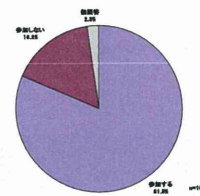
(図10a) 施設職員のがん患者ケアへの興味の有無



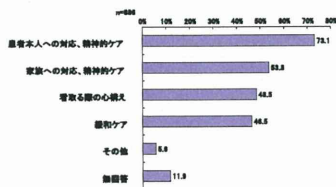
(図10b) がん患者のケアへの興味有無
勤務場所別



(図11a) がん緩和ケア講習会への参加意思

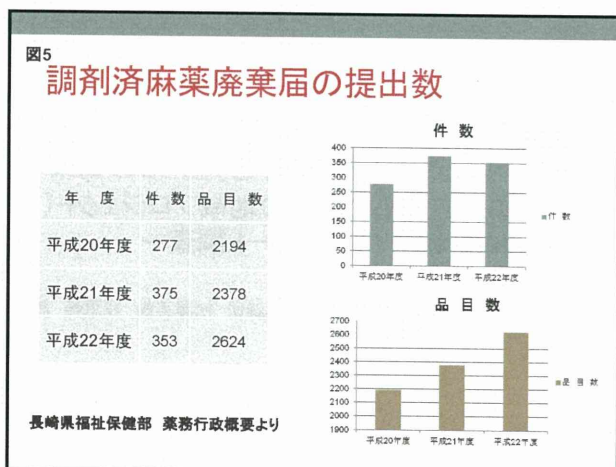
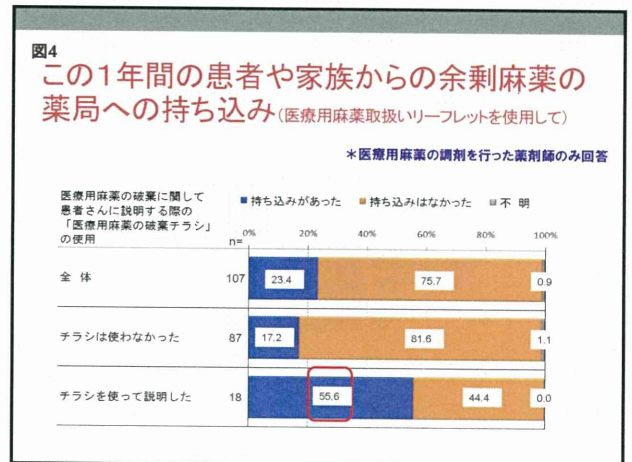
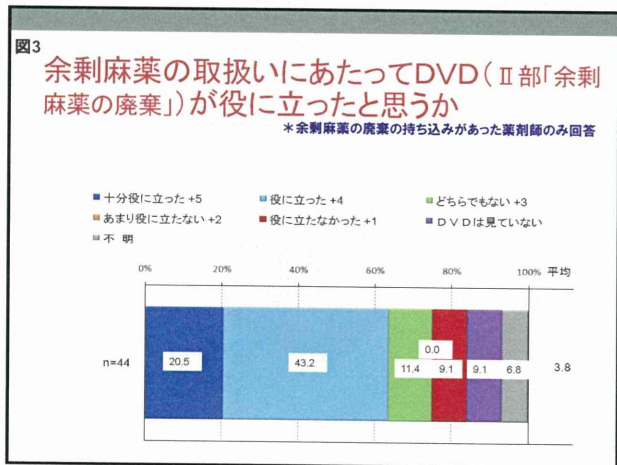
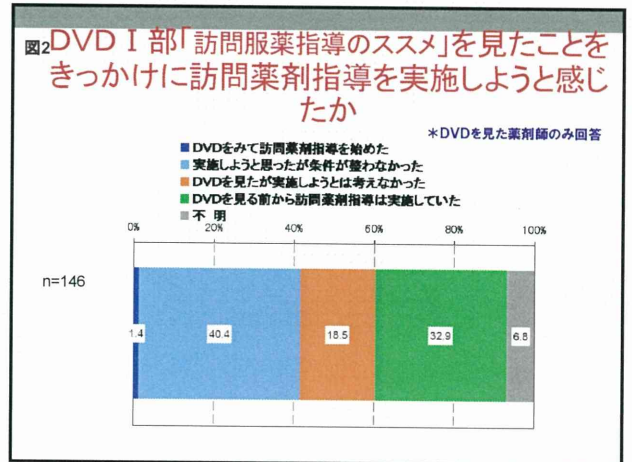
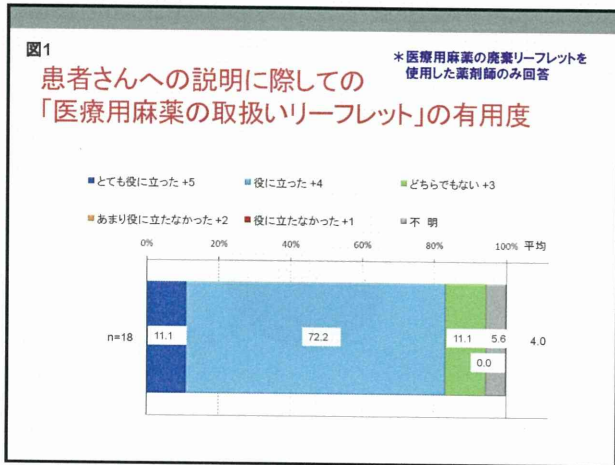


(図11b) 講習会で取り上げてほしい内容
※複数回答可



医療用麻薬の取り扱いに関する患者向けリーフレットと訪問薬剤指導啓発DVDの効果～緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM長崎)でのアンケート調査～

佐田悦子 出口雅浩 富安志郎 松尾誠司 松尾英俊 龍恵美 峰忠文 平山美香 白髭豊 野田剛稔



抄録

本研究の目的は、地域緩和ケアの介入研究が施行された地域において、各がん診療連携拠点病院から在宅診療への移行率の変化を明らかにし、病院医師・看護師の在宅の視点との関係を探索することである。病院医師・看護師対象の質問紙調査を行い、医師は154名、看護師469名を解析対象とした。在宅移行した患者数は、2007年度を100とした増加比で、A病院967%、B病院295%、C病院221%であった。在宅移行した患者数の増加比が多い病院では、「がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった」、「自宅で過ごしたいか自分から尋ねるようにしていた」、「容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった」、「投薬など、患者・家族が自宅でもできるように入院中からシンプルにするようになった」などの在宅の視点に関する質問に対してそう思うと回答した頻度が有意に多かった。

キーワード

地域緩和ケア、退院支援、在宅

背景・目的

在宅で過ごすことは、患者のもっとも重要な希望のひとつであり^{1,2}、患者が在宅で過ごす体制の整備が求められている^{3,4}。系統的レビューでは患者の意思と全身状態、家族の意思と介護力、在宅ケアの利用可能性が在宅療養の決定要因であることが示されている⁵。一方、わが国の全国研究では、それらに加え、時機を得た退院支援が要因であることが示された⁶。退院支援は再入院や予後の改善を主要評価項目とした複数の無作為化比較試験で有効であることが示されており^{7,8}、わが国でも多くの実践書が出版されている^{9,10}。退院支援にあたっては、退院支援の専門職のみならず、病院の医療者の関与も重要であるが、病院の医療者は、職種間・職種内のコミュニケーション、役割葛藤、時間の乏しさに加えて、「在宅の視点」のなさ、すなわち、退院支援のために病院医療者に求められている役割のあいまいさや病院外で行われる医療や制度についての知識の不足を体験していることが示唆されている¹¹。病院での医療が中心であるわが国の医療制度から考えて、病院医療者の在宅の視点に関する洞察を得ることは意義があると考えられる。

本研究の目的は、緩和ケアの緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM プロジェクト)が施行された1地域において、1) プロジェクト前後での各がん診療連携拠点病院から在宅診療への移行率の変化を明らかにし、2) 各施設の病院医師・看護師の在宅の視点と在宅診療への移行率との関係を探ることである。

対象・方法

本研究は、OPTIMプロジェクト(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)の一部として行われたものである^{12,13}。OPTIMプロジェクトは、4地域を対象とした地域介入による前後比較研究である。介入地域として、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域が対象となった。対象疾患は悪性腫瘍である。主要評価項目は、quality of care、専門緩和ケアサービスの利用数、自宅死亡率である。地域に対する介入として、1) 緩和ケアの標準化と継続性の向上、2) 患者・家族に対する適切な知識の提供、3) 緩和ケア専門家による診療、4) 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーションと連携の促進(地域の相談窓口の設置、退院支援・調整プログラムの導入、地域多職種連携カンファレンス)を柱とする複合介入が行われた。

本研究では、実施地域4地域のうち、データの取得が可能であった長崎地域を分析の対象とした。介入は地域全体に行われ、他の病院も参加しているが、本研究ではがん緩和ケアにおいて中心的な役割を果たすことが期待されている3つのがん診療連携拠点病院(A病院、B病院、C病院)を調査対象とした。

介入¹⁴

退院支援を円滑にするために、各病院に退院支援部署を設置し、3病院を含む地域全体の退院支援にかかわるコアリンクナースを設置した(2008年29名、2010年35名)。3年間に9回のべ241名がコアリンクナーススタッフミーティングで各病院の退院支援・調整プログラムの改善を討議した。また、3つの病院の緩和ケアチームや地域連携室のカンファレンスに、在宅診療をしている医師・看護師がほぼ毎月参加した(A病院36回/3年、B病院268回/3年、C病院168回/3年)。さらに、C病院では病院看護師と訪問看護師が合同で病院ごとに退院支援講習会を開催した(3回、のべ156名)。

調査項目

3 病院の地域医療連携室を対象に 2007 年～2010 年度に在宅診療を導入して退院となった患者数（取得可能性の点からがん患者に限らずすべての疾患を対象とした）を取得した。加えて、病院全体のみならず、緩和ケアチームの診療を経由して在宅移行するがん患者数の傾向を見るために、患者数が最も多く傾向を安定して観察できると考えられた B 病院において、緩和ケアチーム診療患者の転帰における在宅移行したがん患者の頻度を取得した。

OPTIM プロジェクトの副次的調査項目として行われた病院医師・看護師対象の質問紙調査のうち、「在宅の視点」に関連する調査項目を取得した。質問項目は、「実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった」などの意識の変化に関する項目、「在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった」などの実践に関する項目合計 7 項目について、「そう思わない」から「そう思う」の 5 段階で質問した（表 1）。質問項目は、探索的な目的であることをふまえ「在宅の視点のある病棟看護尺度」を参考に作成した¹⁵。「在宅の視点のある病棟看護尺度」とは、「患者・家族の今後の療養に関する意向の確認」、「ケアの継続性の強化、地域の医療者との連携」、「退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施」、「退院後の生活に関するアセスメント」の 5 つの下位尺度合計 25 項目からなる評価尺度である。

適格基準は、病院医師は、1)がん診療に携わる全ての常勤医師（内科、外科、呼吸器科、消化器科、呼吸器外科、泌尿器科、乳腺科、耳鼻科、婦人科、血液内科、放射線治療科、臨床腫瘍科、化学療法科、緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科）、2)臨床経験年数が 3 年以上、3)調査施設に 1 年以上勤務しているものとした。病院看護師は、1)がん診療に携わる全ての常勤看護師（内科、外科、呼吸器科、消化器科、呼吸器外科、泌尿器科、乳腺科、耳鼻科、婦人科、血液内科、放射線治療科、臨床腫瘍科、化学療法科、緩和ケア科など各調査施設におけるがん診療に携わる診療科）、2)臨床経験年数が 3 年以上、3)調査施設に 1 年以上勤務しているものとした。

解析

OPTIM プロジェクト前の 2007 年度を 100 として、患者数の増加比を算出した。医師・看護師調査の項目について、「ややそう思う」「そう思う」と回答したものの頻度を 3 病院間でカイ 2 乗検定で有意水準 0.05 で比較した。また各病院間の対比較を Bonferroni 法による多重比較法にて検討した。すなわち有意水準を $0.05/3=0.0167$ としたカイ 2 乗検定で全ての対比較を行った。

結果

医師は 239 名が対象となり 174 名 (73%) から返送があり、欠損値など無効回答を除外した 154 名を解析対象とした。看護師は 652 名が対象となり、579 名 (89%) から回収があった。解析対象からがん患者を看護した経験のないものを除外した 469 名を解析対象とした。

在宅診療を導入して退院となった患者数は、2007 年度、2008 年度、2009 年度、2010 年度それぞれ、A 病院で 6 名、20 名、28 名、58 名；B 病院で 65 名、143 名、168 名、192 名；C 病院で 14 名、28 名、31 名、31 名であった。2007 年度を 100 とした増加比では、A 病院 967%、B 病院 295%、C 病院 221%であった（図 1）。B 病院の緩和ケアチーム診療患者における在宅移行したがん患者の頻度は 2007 年度には 7%であったが、2010 年度には 22%に増加した（図 2）。

医師・看護師調査では、在宅診療を導入して退院となった患者の増加率が最も多かったA病院では、次に多かったB病院と比較して、「在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった」（医師）など4項目でややそう思う・そう思うと回答した頻度が有意に多かった（表1）。また、最も少なかったC病院と比較して、「在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が自宅でもできるように、入院中からシンプルにするようになった」（看護師）など7項目でややそう思う・そう思うと回答した頻度が有意に多かった。B病院は、C病院と比較して、「自宅のトイレ、風呂、ベッド等の環境についてアセスメントするようになった」（看護師）など5項目にややそう思う・そう思うと回答した頻度が有意に多かった。有意差のある項目は医師よりも看護師に多く見られた。

考察

本研究の重要な知見は、1)各病院での退院支援部署の設置と地域の退院支援・調整にかかわるコアリネクナースのミーティング、緩和ケアチームや地域連携室への在宅診療をしている医師や看護師の参加、病院看護師を対象とした退院支援の講習会などの介入によって、各がん診療連携拠点病院から在宅移行する患者数が増加する可能性が示されたこと、2)地域全体に対して同じプロジェクトを行った場合でも病院ごとに在宅移行した患者の増加率の差がありうること、3)各施設の在宅移行した患者の増加率と病院医師・看護師、特に看護師の「在宅の視点」と関連がある可能性が示唆されたことである。

在宅移行する体制を構築するための介入として、本研究では、退院支援部署の設置や退院支援プログラムについての講習会のほかに、「在宅診療をしている医師・看護師の緩和ケアチームや地域連携室への参加」が行われた。この介入はユニークなものであり、3年間を通じて定期的実施された。これまでに、病院医療者が在宅の視点を持つためには病院内の研修では不十分であり、在宅診療・訪問看護ステーションでの実習、病院を退院した患者の自宅への訪問や電話連絡、地域の多職種でのデスカンファレンスを通して、実際の現場を体験することにより意識や行動の変容が見られることが示唆されている^{16,17}。本研究では、「在宅医療者が病院の現場に参加する」ことによって、「家に帰りたい患者がいれば医療処置や看護ケアはアレンジ可能であること」、「独居であっても資源を最大限利用することで在宅に帰ることも不可能ではないこと」といった具体的な助言をすることで、「がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになる」認識を促進しえたと考えられる。

また、本研究では、地域全体に同じプログラムを実施したにもかかわらず、各病院から在宅移行した患者の増加率には病院間で差が見られた。この理由を詳細に明らかにすることは本研究の目的ではないが、介入は非常に限られた数の医師・看護師チームによって行われたため、介入そのものの量や質のばらつきは小さいと考えられる。地域介入に代表される複雑な介入では、アウトカムそのものの変化が介入自体の差ではなく、運用の差の反映であることが示唆されている^{18,19}。本研究においても、病院間の差は各病院内の運用、すなわち、プログラムがだれによって（管理上の立場にいる看護師 vs. 個々の看護師）どのように（病院全体のシステムとして vs. 退院支援部署・病棟の取り組みとして vs. 個人の取り組みとして）行われたのかの違いによって生じた可能性がある。複雑な介入のアウトカム研究では、「なぜそのアウトカムが得られたのか」に関するプロセスの研究が重要であることが再認識される。

本研究の限界として、因果関係を説明するようにデザインされた研究ではないため因果関係は明確に言いえない、調査項目の信頼性・妥当性が厳密には確認されていない、1地域の結果であり他の地域に当てはまるとは限らない、介入は複合的に行われているためどのように影響したかを評価することはできな

い、ことがあげられる。

以上より、各病院での退院支援部署の設置と地域の退院支援・調整にかかわるコアリンクナースのミーティング、緩和ケアチームや地域連携室への在宅診療をしている医師や看護師の参加、病院看護師を対象とした退院支援の講習会などの介入によって、病院により程度の差はあるが、病院医師・看護師、特に病院看護師が「実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うように」なり、「自宅で過ごしたいか、自分から尋ねるようにする」、「在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようにする」、「在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が自宅でもできるように、入院中からシンプルにする」などの実践の変化が生じ、病院から自宅に戻ることでできるがん患者が増加す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「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の助成を受けた。