

### (5) 診療録の作成と副主治医への報酬支払い

診療録の作成はすなわち診療報酬の請求方法とリンクすることになる。具体的には、副主治医を非常勤医として登録し主治医の診療所の診療録に診療内容を記載する方法と、副主治医の診療所で新たに患者の診療録を作成する方法に大別された。副主治医への報酬支払いについては、信頼関係に基づき特に設定していないというところも多く見られたが、実働時間に応じて1時間当たりで定めた報酬を支払う方法、臨時往診1件について定めた報酬を支払う方法、実働の有無にかかわらず1日ごとに定めた待機料を支払う方法、副主治医の診療所が請求する診療報酬を副主治医の報酬に充当する方法などがあった。

### (6) 診療以外の活動内容

診療以外の活動内容には、メンバー間でのメーリングリストの活用、カンファレンスや症例検討会、勉強会の開催が挙げられた。また、受け入れ可能な患者数等、応需状況をリアルタイムに把握・明示、医療機器の取り扱いや看取りマニュアル、在宅療養手帳などを協働で作成、使用頻度の低い衛生材料や使用期限の短い医療材料の共有、特殊な医療機器や治療法についての情報交換などが挙げられた。

### (7) 組織運営上の課題

組織運営上の課題として、退院時共同指導に副主治医が参加しても診療報酬を算定することができないこと、初回往診に副主治医が同行した場合の診療報酬を算定できるかどうか不明瞭であること、副主治医が実際に診療に当たったところ主治医とは異なる診断や治療方針を考慮した場合の対応に苦慮すること、グループのコーディネートを担う医師の負担が大きいこと、メンバーの高齢化により将来の存続が危ぶまれること、患者情報をメール等で共有するに当たってセキュリティに不安があることなどが挙げられた。

## 考 察

本研究により、全国で実働している診診連携グループが具体的にどのように運営されているかを明らかにすることができた。これを基に、診診連携システムの類型化を目指して表1の4つのカテゴリーを設定し、各項目ごとにその特徴や工夫について検討を試みた。

### A. 設立の経緯と構成メンバーの規模

小規模グループの場合、相互に強固な関係構築を重視する立場から新規メンバーの受け入れに比較的消極的な傾向があった。一方、大規模に発展したグループであっても、実際にはさらにその内部に形成された2~3名の気心の知れた医師からなる小グループごとで緊密に機能している例も見られた。

連携する医師は診診連携の規模に限らず「副主治医」と呼ばれていた。特に大規模な診診連携の場合、加入医師を「連携医」、「協力医」と区別している場合が多かった。「連携医」とは主治医として診療を担当する医師と連携協力して主治医を補佐する副主治医のことであり、「協力医」とは皮膚科、眼科など専門性の高い診療科の医師で連携医からのコンサルテーションに対して助言したり、必要に応じて専門科往診を提供する医師のことであった。

### B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み

在宅導入時、症例ごとに副主治医を決定する方法(1a)と連携医師が担当する患者は他の連携医師が自動的に副主治医となる方法(1b)のいずれの方法であれ、「患者情報共有の仕組み」と密接に関連することになる。

導入時の診療情報共有(2a)ではその後の臨床経過についての共有は不十分となる。依頼する直前に電話(2b)やショートサマリー(2c)を作成する方法は担当患者数20名以下

表1 在宅医療診診連携システムの類型化 (OPTIM方式)

---

<b>A. 設立の経緯と構成メンバーの規模</b>
1. 設立の経緯
a. 有志の集まり
b. 医師会等の組織を母体とする
2. 構成メンバーの規模
a. おおむね5名以下の少数精鋭のグループ
b. 20名以上からなる中大規模のグループ
<b>B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み</b>
1. 副主治医の決定方法
a. 導入時、症例ごとに副主治医を決定する
b. 連携医師が担当する患者は他の連携医師が自動的に副主治医となる
c. 不在時にすべての患者の副主治医を一括して連携医師に委ねる
d. 曜日ごとに当番となる医師 (副主治医) を決めておく
e. 訪問看護ステーションの訪問看護師が連携医師に副主治医としての出勤を要請する
2. 患者情報共有の仕組み
a. 導入時に入手した診療情報を共有する
b. バックアップを依頼する直前に副主治医へ電話で要点を伝える
c. バックアップを依頼する直前に患者ごとにショートサマリーを作成する
d. 定期的に全患者のサマリーを作成する
e. 訪問看護指示書をショートサマリーとして活用する
f. 患者に関わる多職種からなるメーリングリストを運用し副主治医も登録する
g. 氏名と住所、電話番号以外の患者情報を一切共有しない
<b>C. 副主治医の待機・臨時出勤と看護師との連携</b>
1. 副主治医の待機・臨時出勤
a. 主治医不在時には副主治医へ連絡するように事前に患者等に案内しておく
b. 主治医の診療所への電話を診療所職員が受け、指定された副主治医に連絡する
c. 不在時にも主治医が連絡を受け、必要に応じて副主治医に対応を依頼する
2. 看護師との連携
a. 主治医の診療所の看護師が副主治医の臨時往診に同行する
b. 患者を担当している訪問看護ステーションの訪問看護師が連携する
c. 看護師は関与しない (副主治医が単独で対応する)
<b>D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い</b>
1. 診療録の作成
a. 副主治医を非常勤医として登録し主治医診療所の診療録に診療内容を記載する
b. 副主治医の診療所で新たに診療録を作成する
2. 副主治医への報酬支払い
a. (信頼関係に基づき) 特に設定していない
b. 実働時間に1時間当たりで定めた報酬を乗じて支払う
c. 臨時往診1件について定めた報酬を支払う
d. (臨時往診の実働の有無にかかわらず) 1日ごとに定めた待機料を支払う
e. 副主治医の診療所が請求する診療報酬を副主治医の報酬に充当する

---

など比較的少数の在宅患者を担当している場合に限られるだろう。患者数が多くなればなるほど現実的でなくなる。定期的なサマリー作成 (2d) や訪問看護指示書の活用 (2e) は診療録の記載以外に改めてサマリー等を作成することは主治医にとって負担が大きいことから、電子カルテを活用するなどの対策が重要となる。

一方、氏名と住所、電話番号以外の患者情報を一切共有しない方法 (2g) はユニークである。患者からのコールは主治医が受け、必要に応じて副主治医に出動を依頼するが、その際に病態や考慮すべき患者背景を直接申し送るというものである。実際の臨時出動の頻度がきわめて少ないという実体験に裏づけられた方法と言える。患者を担当している訪問看護ステーションの訪問看護師が連携する方法 (1e) は複数の医師と日頃から連携している訪問看護師がそれぞれの医師の得意分野や性格、都合なども含めてある程度把握している可能性が高いことから、きわめて現実的なシステムと言えよう。ただし、訪問看護が導入されていない患者には適用できないため、すべての在宅患者に訪問看護が導入されていることが前提となるシステムである。

### C. 副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携

患者が副主治医に連絡する (1a) 場合、事前の丁寧な説明や副主治医の紹介などが必要となる。1bは患者情報や臨床経過を把握している診療所の看護師や事務員がいったん患者からの連絡を受け止める方法である。どんな問題が発生したのか、医師の臨時往診が必要なのかどうかを関係者が吟味検討することができるという点で丁寧な対応と言える。1cは不在時も主治医がファーストコールを受けるという方法であることからさらに丁寧な対応と言えるが、休暇中の場合など主治医が完全に仕事から解放されたという感覚を持

ちづらい点は医師のワークライフバランス上デメリットと言えよう。

看護師との連携については、主治医の診療所の看護師が副主治医の臨時往診に同行する方法 (2a) が最も丁寧な対応である。むしろ、そのためには診療所に24時間対応を担当する看護師を雇用しておく必要があるため容易ではないが、患者の家がなかなか見つからない、配慮すべき家族の性格などサマリーだけでは分からない患者背景の共有なども含め、臨床現場では大きな威力を発揮すると言えよう。2bは、副主治医が臨時出動する場合に患者を担当している訪問看護ステーションの看護師と臨時出動の前に電話で連絡をとり、考慮すべき背景などをより詳しく把握することができる優れた方法だと考えられる。

### D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い

副主治医が主治医診療所の診療録に記載する (1a) 場合、夜間に診療録そのものを受け渡しすることは診療所看護師が同行する場合を除き現実的ではないため、診療内容を別途まとめて主治医に連絡し診療録に反映することになる。診療所看護師が同行する場合、実際に主治医の診療録を閲覧することもできる上に、直接記入することができるという点でも優れた対応である。なお、副主治医を主治医診療所の非常勤医と位置づけることになるため、あらかじめ保険医登録を行っておくことが望ましい。副主治医の診療所で診療録を作成する (1b) 場合は自己完結可能だが、その診療内容を主治医に報告する必要がある。また、診療報酬の一部負担金を副主治医の診療所から請求する必要があるため、患者が混乱する恐れがあることに留意する。

副主治医への報酬は特に設定していないグループ (2a) もあった。しかし、システムを立ち上げたばかりで実際の臨時出動がほとんどない状況から今後診療連携システムをより大きく発展させていくためには、正当な報酬

や評価が鍵になると予想される。副主治医に対する報酬としては、要した実働時間に1時間当たりで定めた報酬を乗じて支払う方法(2b)や1回の臨時往診ごとに報酬を設定する方法(2c)、実働がなくても待機料を支払う方法(2d)がありうる。副主治医の診療所が請求する診療報酬を副主治医の報酬に充当する方法(2e)もスマートと言えるが、例えば看取り往診の場合など、ターミナルケア加算の算定要件を満たす場合も生じる。この加算は訪問診療にかかる加算と定義づけられているため、このような場合の報酬按分方法については別途相談する必要がある。

### 運営上の工夫

本調査の結果から、副主治医としての実際の活動回数は年間で0～5回と少ないことが明らかとなった。診診連携に参加することによって、過度な負担を担うことなく参加する医師の物理的・心理的負担を軽減することが期待される。

1日の待機料報酬を設定しているグループもあったが、医師ごとに担当患者数がかかなり異なる場合もあり、平等性を担保することは容易でない。解決策として患者1名1日の待機にかかる報酬を設定する方法もありうる。かつての寝たきり老人在宅総合診療料の24時間連携体制加算が1500点であったことから、在宅時医学総合管理料4200点のうち、24時間往診できる体制を整えるための報酬が1500点だと理解すれば、1患者の待機を1日担当する報酬を50点だと設定することも可能である。また、この考え方を援用すると、1人の患者の対応を1日担当すると「地域通貨1ポイント」に相当するというシステムをも構想しうる。例えば、30人の患者を2日間引き受けることによって「地域通貨60ポイント」を獲得すれば、次の機会に自らの60人の患者を1日お願いすることができるという仕組みである。在宅患者数に大きな違いがある

医療機関がペアになって診診連携システムを構築する際に、平等性を確保する有力な方法となりうるだろう。

実際に診診連携システムを運営していくためには、コーディネーターの役割が重要であることも強調された。ネットワーク内で患者の主治医を決定するのが難しい場合や、勉強会の開催など、コーディネーターとなる医師への負担が大きい場合などには、定期的にコーディネーターを交代するなどの配慮も必要となろう。

### 結 語

電話インタビュー調査に基づき、我が国における診診連携システムの特徴をA. 設立の経緯と構成メンバーの規模、B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み、C. 副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携、D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い、の4つのカテゴリーごとに類型化しOPTIM方式として提案した。今後新たに診診連携グループの構築を希望する医師は、このOPTIM方式を必要に応じてカスタマイズすることで、地域や構成メンバーにとって最適な診診連携のシステム構築に活用できると考えられる。

〔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（緩和ケア普及のための地域プロジェクトOPTIM）によって行われた。本調査の実施に当たり調査にご協力いただきました諸先生方に深謝します。

### ●文 献

- 1) 厚生労働省：在宅療養支援診療所について：厚生労働省ホームページ<[http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0312-11e\\_02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0312-11e_02.pdf)>
- 2) 蓑田正豪，他：癌と化療 35：1353，2008。
- 3) 白髭 豊，他：日本医事新報 No4224：29，2005。
- 4) 白髭 豊，他：長崎県医師会報 771：32，2010。

## 多施設との医療連携の現状： 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM-study) 浜松地域のあゆみと今後の課題

森田達也<sup>1)</sup>，井村千鶴<sup>2)</sup>，野末よし子<sup>2)</sup>，赤澤輝和<sup>3)</sup>，  
伊藤富士江<sup>4)</sup>

### Key words

*palliative care, community, coordination, multidisciplinary team*

### はじめに：OPTIMプロジェクトの概要

OPTIMプロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 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」)は、2005年から毎年2領域ずつ行われている戦略研究の一部である。「戦略研究」は、日本では大規模な臨床研究がなかなか成功しない経緯から、「国民的ニーズが高く確実に解決を図ることが求められている研究課題」について、大規模研究を完遂して迅速に国民に還元することを目的として策定された。がんにおける戦略研究は2006年に設定され、乳がんの予防と、緩和ケアが設定された。緩和ケアが課題として選択された背景として、我が国ではがん患者から見たquality of life・緩和ケアの質の評価が不十分であることや、希望する場所で最期を迎えられる患者が少ないことから、がん対策基本法での重点領域と位置付けられたことが背景にあげられる。

OPTIMプロジェクトでは、2007年に研究プロトコルの作成と倫理審査などを行い、2008年に介入前調査、2008～2010年に介入、2010年から介入後調査を行った。2012年度末までに解析を終了する予定である(図1)<sup>1-3)</sup>。試験デザインは、地域を対象とした前後比較試験であり、評価項目は自宅死亡率、緩和ケア利用数、患者調査・遺族調査に基づく患者のquality of lifeである(表1)。これらの測定項目は、信頼性・妥当性の確保されたCare evaluation ScaleやGood Death Inventoryなどが用いられ、それまでに国際的にも高く評価されている日本の大規模調査の経験が活かされた<sup>4)</sup>。

OPTIMプロジェクトの特徴的な点として、アウトカムの変化のみならず、プロジェクトそのものの経過を通じて緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物や介入過程を作成することを目標としたことがある。つまり、介入研究の結果としてアウトカムの変化を測定するとともに、介入中に作成した様々なマテリアルや知見・ノウハウを集積することで全国の緩和ケ

MORITA Tatsuya, IMURA Chizuru, NOZUE Yoshiko, AKAZAWA Terukazu, ITO Fujie: Regional palliative care program in Hamamatsu city: the OPTIM project

- 1) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科：〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453  
2) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター      3) 聖隷三方原病院 医療相談室  
4) 聖隷三方原病院 看護相談室

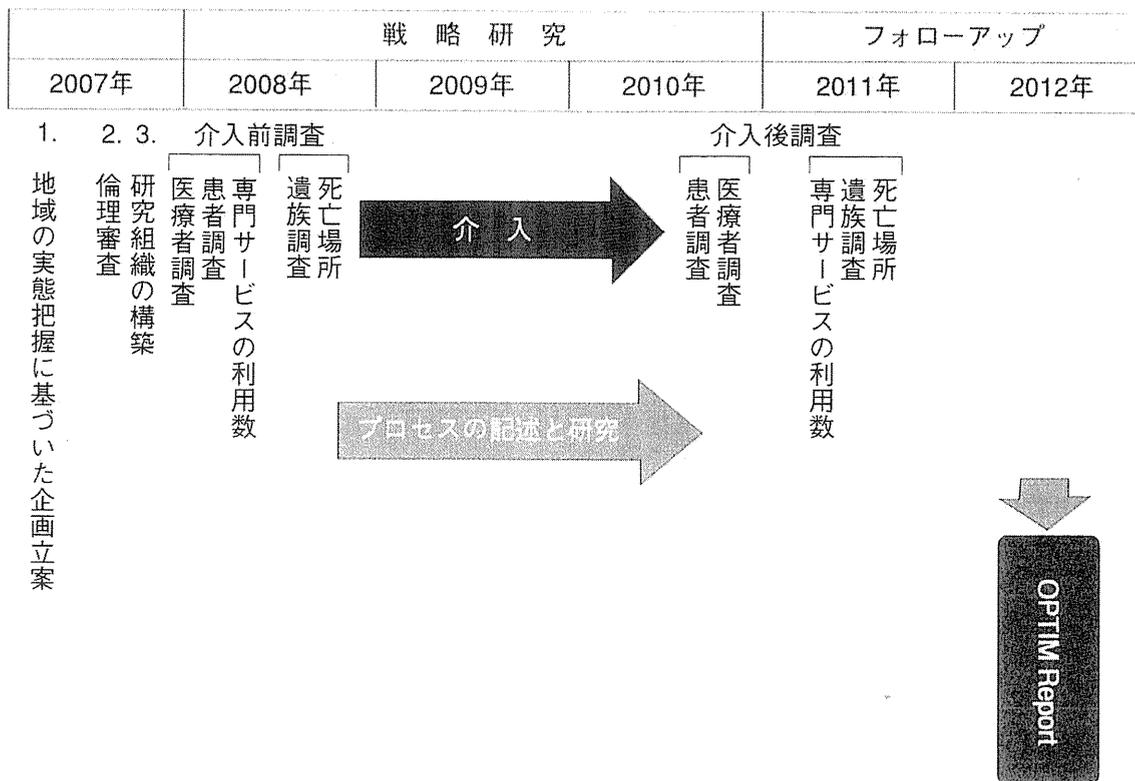


図1 OPTIMプロジェクト概要

アの普及に役立てることを目的とされたことが大きな特徴である。これは、近年になって、緩和ケアなどの複雑な介入 (complex intervention) の研究では、単に「アウトカムがどう変化したか」だけでなく、それが「なぜ生じたのか」「どのような介入過程を得てアウトカムが生じたのか」を解釈できるような質的研究が重要であることが強調されていることと同じ意図を持っている<sup>5)</sup>。OPTIM プロジェクトは、これまでに行われた緩和ケアの地域介入研究として国際的にも最大規模の地域介入研究であると同時に、わが国ではじめての大規模な患者・家族・医療者を網羅したコホートでもある (図2)。

この論文では、OPTIMの対象地域の一つである浜松地域において行われたプロジェクトの概要のうち特に地域連携に関することを紹介する。浜松地域は人口80万人、面積1500km<sup>2</sup>の大きな都市であるが、医療資源としては中央部に偏在しており、「日本の縮図」ともいわれている。

## 1. プロジェクト期間中の活動

プロジェクトでは、3年間を通して、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供、という4本柱から成る地域介入が行われた (図3)。

「緩和ケアの技術・知識の向上」としては、「ステップ緩和ケア」と呼ばれるマニュアルなど各種マテリアルの配布と、医療福祉従事者を対象とした緩和ケアセミナーが行われた。マテリアルでは特に「ステップ緩和ケア」、「生活のしやすさに関する質問票」(患者の緩和ケアニーズをスクット)が使用された。緩和ケアセミナーでは、グループワーク、ロールプレイ、デモンストレーションなどを含む体験型セミナーが企画された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」では、リーフレット・ポスターなどの配布、市民公開講座、「緩和ケアを知る100冊」の図書館への設置が行われた。ポスターは浜松地域で作成し、

表1 OPTIMプロジェクトの目的・方法・介入

<p>目的</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 地域緩和ケアプログラムが、がん患者の quality of life を向上するかを検証する</li> <li>2 全国において緩和ケアに取り組んでいく際に資する成果物、介入過程を作成する</li> </ol> <p>デザイン</p> <p>地域介入による前後比較試験</p> <p>主要評価項目</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 自宅死亡率</li> <li>2) 緩和ケアの利用数</li> <li>3) 通院中のがん患者の緩和ケアの質評価や QOL (患者評価)</li> <li>4) 終末期のがん患者の緩和ケアの質評価や QOL (遺族評価)</li> </ol> <p>副次評価項目</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 地域医療者の困難感・知識</li> <li>2) 地域の緩和ケアの質指標</li> </ol> <p>介入</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 緩和ケアの技術・知識の向上</li> <li>2) がん患者・家族・住民への情報提供</li> <li>3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進</li> <li>4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供</li> </ol>
---

	自宅 死亡	緩和ケア 利用数	患者調査 (名)	遺族調査 (名)	介入期間	介入から 解析の年数
Edmonton, Canada (Can Med AJ, 1999)	○	○	×	×	永続	7年
Catalonia, Spain WHO (JPSM, 2007)	○	○	258	×	20年	5年
Ontario, Canada (JPSM, 2009)	○	×	102	75	1年8ヵ月	7年
Trondheim, Norway* (Lancet, 2000; JCO, 2001)	○	○	434	180	2年8ヵ月	5年
OPTIM	○	○	846	1006	2年	4年

\*：クラスターランダム化比較試験，その他：前後比較試験

図2 過去に行われた緩和ケアの地域介入研究

		2008年	2009年	2010年（予定）
組織構築	企画ミーティング	MLの構築 3回	3回	2回
緩和ケアの技術・知識の向上	緩和ケアセミナー マニュアル/パンフレット配布	10回（1273名） 3464/25179部	7回（1083名） 2896/9474部	5回 （未集計）
がん患者・家族・住民への情報提供	市民公開講座 ポスター・冊子等配布	1回（72名） 28124部	1回（600名） 34599部	1回 （未集計）
地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進	多職種連携カンファレンス 連携ノウハウ共有会 困難事例カンファレンス 緩和チーム合同カンファレンス 退院支援担当看護師のあつまり 患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング がん緩和ケアに関わるがん診療連携 拠点病院と浜松市との連携会議 診診ネットワーク 薬薬ネットワーク	2回（239名） — — — — — 1回 — —	2回（204名） 6回 8回 4回 — — 1回  診療所訪問報告書 P浜ねっと	1回 3回 7回 5回 4回 3回 —  浜松在宅ドクターネット P浜ねっと
緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	アウトリーチ 緩和ケアホットライン ホスピス在宅支援ベッド	16回 — 2床	11回 — 2床	12回 5病院共通ホットライン 2床

図3 OPTIM 3年間で行われたこと

図書は市立図書館 21 施設に設置された。

「地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進」では、地域の多職種の顔の見える関係をつくるためのカンファレンスが通年行われた。並行して、年度ごとに明らかとなった課題を具体的に解決するためのワーキンググループが随時設定され、2009年度、2010年度と年々設置されたワーキンググループが増加した。

「緩和ケア専門家による診療・ケアの提供」では、地域緩和ケアチームの設置と、アウトリーチが行われた。アウトリーチは、在宅ホスピスを標榜する診療所に3年間を通して定期的に行われた。ホスピス病棟では在宅支援のための病床を運用した。

### 1. プロジェクトの準備と立案

2007年度に、地域全体へプロジェクト開始を告知し、協力施設を募るために、890の医療福祉機関・行政機関に案内状を郵送して、プロジェ

クトについての説明会を開催した。閉鎖的なプロジェクトにならないように地域全体に呼び掛けることを意図した。プロジェクトの説明会には97施設147名の参加を得た。その後、連絡方法を確立するため登録申込書を参加者に送付し、リンクスタッフとして45施設119名、研究協力者として52施設98名から同意を得た。リンクスタッフと研究協力者を対象にメーリングリストを作成した。

2008年度の計画を立てるために、2007年度末に32施設70名によるグループワークで、「がん患者に今求められる支援・サポートとは」というテーマについて話し合われた。7名ずつのグループに分かれ、付箋を使用して討論が行われた。ステアリングメンバーを中心としてその結果を整理し、行動計画案が策定された。2008年以降、リンクスタッフ・研究協力者のうち地域の多職種組織のマネジメントする立場にいるものと現場のスタッフ合計約30名からなる「企画

2008年	2009年	2010年
多職種連携カンファレンス *地域の多職種100名/回で顔の見える関係づくり・課題の共有		
企画ミーティング *地域の多職種30名でのプロジェクトの活動方針の決定		



### 連携ノウハウ共有会

- \* 病院の連携担当者、診療所看護師訪問看護ステーション看護師、介護支援専門員、保険薬局薬剤師、など30名
- \* 具体的な問題解決・情報共有  
退院支援プログラムの共有・申し送り項目の統一  
地域の情報（在宅調剤する保険薬局など）を共有

### 困難事例カンファレンス

- \* 事例にかかわった多施設の当事者の振り返り 10名

がん緩和ケアに関するがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議  
\* 介護保険の迅速化

緩和ケアチーム合同カンファレンス \* 5病院の緩和ケアチームで難治例の検討

退院支援担当看護師のあつまり  
患者会・家族会・遺族会実務者ミーティング  
ホスピスの利用について考える会

図4 地域連携の促進：カンファレンスの変遷

ミーティング」を設け、企画についてのブレインストーミングを行った結果をステアリングチームで組み上げて次年度の活動計画案が策定された。

## 2. 緩和ケアの技術・知識の向上

ポケット版の緩和ケアマニュアルである「ステップ緩和ケア」、ステップ緩和ケアの実践が映像で示された「ステップ緩和ケアムービー」、各症状ごとに作成された患者家族用パンフレットなどの配布を行うとともに、緩和ケアセミナーを開催した。3年間でセミナーは約20回行われ、のべ約3000名が参加した。マニュアルやパンフレットの配布数は約6万部であった。

2008年度の緩和ケアセミナーでは、「ステップ緩和ケア」にそった系統的な講義が年10回行われた。形式としては、一方向的な講義でなく講義とグループワークを組み合わせ、講義は医師と看護師など複数の職種が行った。また、グループワークのテーマに実際の事例やロールプ

レイなど実践的な内容が盛り込まれた。評価としては、10回中9回で90%以上の参加者が「とても役に立つ」、「役に立つ」と回答した<sup>6)</sup>。

## 3. がん患者・家族・住民への情報提供

緩和ケアに関するリーフレット・ポスター・冊子などを市内約350施設（公民館・市役所など行政施設104カ所、病院・保険薬局など医療施設140カ所、福祉・介護施設、浜松市立図書館）に設置した<sup>7)</sup>。特にがん患者数の多いと考えられる2つの病院において、ポスターや冊子をばらばらに置くと患者にとって目につきにくいことから、がん治療などの冊子もまとめた「啓発ボード」を作成した。評価として、「持ち帰り数」を調べたところ、人通りの多いところでは合計数では多く持ち帰られていたが、「通行量」で補正した「通行した人1名あたりの持ち帰り数」は、がん患者が多い場所で最も多かった<sup>8)</sup>。すなわち、情報を必要としている人が多

介入 緩和ケアの地域の課題のうち行政にかかわるものとして介護保険と討議

地域全体で介護保険手続きの短縮のための取り組みを実施

- \*窓口で申し出により認定調査・介護認定審査会を迅速化する（行政）
- \*医師会から医師会報を通じて主治医意見書の迅速化を周知（医師会）
- \*病院医師の主治医意見書の書き方、迅速化を周知（連携ノウハウ共有会）

結果 介護支援専門員対象の質問紙調査、行政データから所要日数を取得  
介護保険の申請から認定調査・認定結果通知までの日数が短縮

死亡患者	2008	2009
認定調査まで	54名	22名
認定結果通知まで	126名	66名

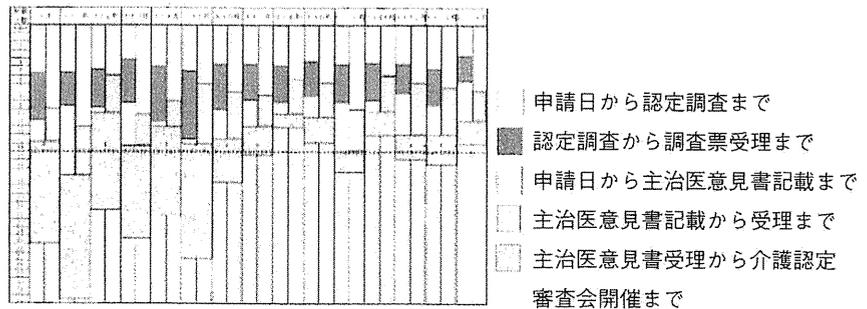


図5 行政との協力による介護保険の手続きの短縮化

い場所に設置することが効率という点では最もよいことが示唆された。

#### 4. 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進

地域連携としては、まず、「顔の見える関係づくりと課題の共有」のために、2008年から「多職種連携カンファレンス」を行った<sup>9)11)</sup>。カンファレンスでは、小グループに分かれて連携の課題について話し合いを行った。第4回までの多職種連携カンファレンスを終えた時点で行ったアンケート調査では、「連携が進んでいる」「患者に関わるいろいろな職種で直接会って話す機会が増えてきた」などと答えた参加者が増加した<sup>9)</sup>。

グループワークを通して抽出された地域連携に関する課題と解決策を整理すると、当事者の運用で解決できるものとしては、大きく「病院の退院支援」「病院と地域との情報共有」「地域内での情報共有」「地域でのリソースの情報」「介護支援専門員への支援」「患者・家族への啓発」「基盤となる顔の見える関係の構築」の7つ

に分けられた<sup>10)11)</sup>。さらに、制度に関するものとしては、「診療報酬」「介護保険」「法改正」の3つがあった。連携に関する課題は広範囲にわたるため、現場レベルとしては、多方面にわたる課題のうち「手のつけやすいところから、同時に」解決していくことが重要であると思われた。

したがって、個々の課題の解決のために、2009年から、連携ノウハウ共有会（病院の退院支援部署の実務者と地域とのカンファレンス）、困難事例カンファレンス（地域で生じた困難事例についての多施設にまたがるデスクカンファレンス）、緩和ケアチーム合同カンファレンス（地域の5つの緩和ケアチームの合同のカンファレンス）、退院支援担当看護師のあつまり（地域の退院支援看護師の集まり）、浜松市との会議（介護保険の迅速化についての会議）、P浜ねっと（在宅服薬指導を行う保険薬局のネットワーク）、浜松在宅ドクターネット（在宅診療を行う診療所のネットワーク）、患者会家族会遺族会実務者ミーティング（地域にある患者会家族会遺族会の担当者の集まり）などが次々に設定された（図4）。これらの多くの設定はその時その時の

役に立つ情報を手に入れるためには



## はままつ がん緩和・在宅ケアマップ



このマップは患者さんのこのような声から生まれました。  
浜松地域のがん緩和ケア・在宅ケアの情報を活用することにより  
患者さん・ご家族の役に立つことを願っています。

**注意** 本冊子はOPTIMに登録している医療福祉従事者対象に作成したものです。  
患者さん・ご家族には渡さないでください。

図6 はままつがん緩和・在宅ケアマップ

必要から生まれたものである。

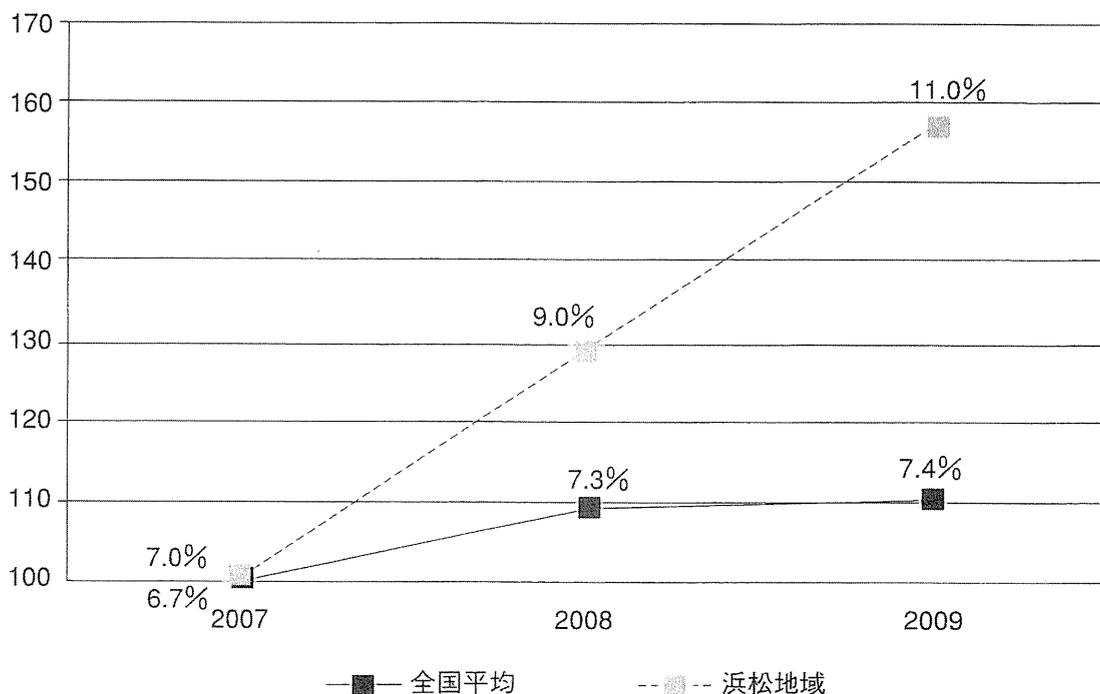
### 1) 連携ノウハウ共有会

連携ノウハウ共有会は、抽出された地域の連携の課題を実際に解決していくために、2009年度から設定された。病院側からは地域連携・退院支援調整を行うMSW・看護師が、地域側からは在宅ホスピス看護師、訪問看護ステーション看護師、介護支援専門員、保険薬局薬剤師など、現場で実務を担う人たちが参加した。2008～9年にかけては、各施設の退院支援プログラムをもちあって学びあうとともに、病院から自宅に帰る患者の申し送り項目としてどのような項目が適当かを共有した。最初は「看護記録の統一」をしようとしたが、それぞれの病院で伝統的になれた形式があるので、画一的統一は目的とせず、「必要な項目」を話し合い各施設の退院支援プログラムに反映させた。

### 2) 介護保険の手続きの短縮化

2008年度に課題の抽出をしていくなかで、行政でなければ解決できない問題として、介護保

険があげられた。介護保険の手続きに時間がかかりすぎ、多くのがん患者の認定が間に合っていないというものだった<sup>12,13)</sup>。OPTIMプロジェクトをひとつのきっかけに、「がん緩和ケアに関するがん診療連携拠点病院と浜松市との連携会議」が開催され、介護保険申請の運用の工夫を中心に話し合われた(図5)。市と医療福祉機関・医師会が協力し、1) 要介護認定申請の際、「がん終末期の患者であること」を市の窓口伝えることにより、認定調査日を早めに設定する、2) 主治医意見書を数日以内に記載するように診療所と病院の医師に周知する、3) 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、などの取り組みが地域全体で進められた。診療所医師に対しては、主治医意見書の提出期限を早めることが医師会会報上で伝達された。病院医師に対しては、各病院の連携室や書類作成を行っている責任部署から、主治医意見書の記載例を申請書類と一緒に医師に渡すなどの対策が取られた。その結果、「認定調査



縦軸は2007年を100とした指数を示す。数値はがん患者の自宅死亡率を示す

図7 全国・浜松市のがん自宅死亡率

を待っている間に死亡したがん患者」は半減した。

### 3) 地域でのリソースの情報

多職種連携カンファレンスでは、「浜松地域のどの診療所や薬局などが緩和ケアや在宅ケアにどの程度取り組んでいるのかを具体的に（公開されているインターネットからの情報では得られない生々しい情報を）知りたい」という声が多く挙げられた。そこで、浜松地域の資源について、「緩和ケアにこのように取り組んでいる」という生々しい情報を施設ごとに紹介する『はまがつがん緩和・在宅ケアマップ』を作成した（図6）。これは、「情報として公開される〇×のついた一覧表」では、実際の連携で必要な情報としては不足であることから、人と人とのネットワークで蓄積していく情報の補助として使用することを想定したものである。

### 4) ドクターネット

しばしば挙げられた課題として、診療所医師が負担なく、かつ、医師と連絡がつかないという理由だけで入院することのないように、診療所同士の連携を進めることが話題にあげられた<sup>14)</sup>。診療

所同士の連携を強めるために「浜松在宅ドクターネット」が立ち上げられ約60名が参加した。主治医・副主治医の決定、在宅診療での物品や工夫（輸血の方法、資材の管理）をするときの仕方などについて情報交換が行われている。

### 5. 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供

地域からの相談を受ける地域緩和ケアチームの設置、緩和ケアチームが定期的に診療所でカンファレンスと同行往診をするアウトリーチプログラム、ホスピス病棟の在宅支援ベッドの運用を行った。アウトリーチプログラムは、緩和ケアチームが特定の医療機関に定期的に出張で共同の診療を行うことである。浜松市では、3年間に合計5施設（診療所2施設、病院3施設）を対象に行われ、在宅ホスピスを標榜する1診療所に対しては累計30回以上のアウトリーチが行われた。平日の午後から訪問し、診療所や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所など診療所以外のスタッフも交えてカンファレンスを行い、患者宅に多職種の5～10名で訪問した。

- 1 地域の緩和ケアに取り組む意欲のある仲間のつながり  
個人個人の「顔の見える関係」と、500名のメーリングリスト
- 2 緩和ケアセミナーを通じての知識の強化
- 3 介護保険手続きの迅速化
- 4 地域連携のカンファレンスを設定していくプロセスの構築
- 5 連携ツールの作成
  - ・退院する時に受け渡してほしい情報の項目のリスト
  - ・連携をよくするノウハウ
  - ・はままつ がん緩和・在宅ケアマップ
  - ・介護保険主治医意見書の書き方
  - ・浜松在宅ドクターネット
  - ・P浜ねっと
  - ・緩和ケアホットライン
  - ・ホスピスの在宅支援ベッド

図8 OPTIMプロジェクトを通じて達成されたとと思われること

2008年には、44名の患者についてカンファレンスを行い、23名に往診した。全体として141件の問題点が抽出され、65%が身体的な問題で最も多く、次いで精神的な問題が19%と多かった<sup>15)</sup>。当初は身体的苦痛の話題が多かったものの、徐々にこころのケアや家族へのケアといった話題が増え、話題が包括的なものになったことが示唆された。フォーカスグループでは、「選択肢が広がりあきらめなくなる」、「実際に体験しながら症状緩和とコミュニケーションを身につける」、「患者や家族が肯定的である」、「連携ができる」、「かかわっている患者の情報を共有してケアに生かせる」、「相談内容が症状から包括的なことになってくる」などの評価が得られた。

## II. プロジェクト前後での浜松市の 地域緩和ケアの指標の変化：中間報告

調査が終了している2009年度までの在宅死亡率、緩和ケア利用数の変化について中間報告を示す。

### 1. 在宅死亡率

プロジェクト開始前（2007年）の浜松市の自

宅死亡率は7.0%（125名）でほぼ全国平均と同じであったが、2008年には9.0%（169名）、2009年には11%（200名）に増加した（図7）。これは、がん死亡患者総数に占める割合としては4%の増加であるが、プロジェクト前からの増加率で見ると全国平均では10%の増加に過ぎないものが、57%の増加率（全国平均の約6倍）である。診療所の類型別に見ても、在宅ホスピスを標榜している診療所でのがん患者死亡数が62名から102名に増えている一方、在宅ホスピス以外の診療所での死亡数も63名から98名へと増加していた。

自宅死亡率のみならず、実際の患者家族を対象とした調査でも、2008年のがん患者の遺族を対象とした質問紙調査で、在宅で最期を迎えられた場合は、「望んだ場所で最期を迎えられた」と回答された方が病院やホスピスよりも多かった。

以上のことからあわせて、10～20%の在宅死亡率の上昇は患者の希望ともおおむね一致しており、プロジェクト期間中の在宅死亡率の変化は、患者の視点からは好ましい方向への変化であると考えられる。

## 2 緩和ケア利用数

緩和ケア利用数とは、地域にある専門緩和ケアサービスの診療を受けた患者数（のべ数）と、地域でのがん死亡患者を母数としたときの比を表す。緩和ケア利用数は、2007年、2008年には、それぞれ、浜松市全体で、600名、700名であり、これはがん患者死亡者を母数とした比では34%、38%であった。2009年には、専門緩和ケアサービスを利用された患者はのべ1463名に増加し、がん患者死亡者との比で80%まで上昇した。全国の利用数が20～30%台であると推測されることから<sup>16)</sup>、浜松市においては緩和ケアの利用が促されていると考えられる。

### まとめ：3年間に達成されたことと 今後の課題

プロジェクトは途中であり、各種調査結果をみなければ総合的な評価はできないが、浜松地域におけるOPTIMプロジェクトは一定の成果を収めたと考えている。

具体的に達成されたと考えていることは、1) 地域の緩和ケアに取り組む意欲のある仲間をつながり、2) 緩和ケアセミナーを通じての知識の強化、3) 介護保険手続きの迅速化、4) 地域連携のカンファレンスを設定していくプロセスの構築、および、5) 各種の連携ツールの作成である（図8）。OPTIMプロジェクトで構築された連携体制が今後も継続していけるような枠組みを構築しており、さらに、それぞれの連携ツールを上手に使用することで地域全体の緩和ケアの向上に努めたい。

一方、OPTIMプロジェクトでは解決されなかった問題もあり、医療以外の福祉、非がん患者の終末期医療、お薬手帳などの情報共有と薬薬連携と、制度の関することが主である。これらについては、さらに枠組みを広げた検討が必要になるであろう。

## 文献

- 1) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al.: Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 25: 412-418, 2008.
- 2) 山岸暁美, 森田達也: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト, がん対策のための戦略研究「OPTIMプロジェクト」. *緩和ケア* 18: 248-250, 2008.
- 3) 森田達也: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題. *ホスピス緩和ケア白書*, 2011, in press.
- 4) 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 (23) : 3845-3852, 2008.
- 5) Lewin S, Glenton C, Oxman AD.: Use of qualitative methods alongside randomized controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ* 339: b3496, 2009.
- 6) 鄭陽, 井村千鶴, 野末よし子ほか: 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.
- 7) 赤澤輝和, 野末よし子, 井村千鶴ほか: 緩和ケアについての市民・患者対象の啓発介入の実態調査. *Palliat Car Res* 5: 171-174, 2010.
- 8) 赤澤輝和, 川崎由実, 山田博英ほか: 緩和ケアの啓発用冊子を病院内のどこに置いたらよいか? 緩和ケア, in press.
- 9) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵ほか: 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.
- 10) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵ほか: 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.
- 11) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵ほか: 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3. *緩和ケア* 20: 417-422, 2010.
- 12) 井村千鶴, 古村和恵, 野末よし子ほか: 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.
- 13) 井村千鶴, 野末よし子, 伊藤富士江ほか: がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果. *緩和ケア* 21: 102-107, 2010.
- 14) 伊藤富士江, 井村千鶴, 森田達也: 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. *緩和ケア* 20: 641-647, 2010.
- 15) 井村千鶴, 藤本亘史, 野末よし子ほか: 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. *癌と化学療法* 37: 863-870, 2010.
- 16) 木澤義之: 厚生労働科学研究補助金 (がん臨床研究事業) 「緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」班 平成20年度研究報告書. 緩和ケアチームの活動の実態に関する全国調査.

# 在宅死亡したがん患者の遺族による 退院前カンファレンス・退院前訪問の評価

井村 千鶴<sup>\*1)</sup> 青木 茂<sup>\*2)</sup> 細田 修<sup>\*2)</sup> 小野 宏志<sup>\*2)</sup> 佐藤 泉<sup>\*3)</sup>  
佐藤 文恵<sup>\*4)</sup> 前堀 直美<sup>\*5)</sup> 小坂 和宏<sup>\*6)</sup> 森田 達也<sup>\*1,7,8)</sup>

*Face-to-face Conference at Hospitals before Discharge to Home :  
Evaluation by the Bereaved Family Members of Terminally Ill Cancer Patients*

Chizuru Imura, Shigeru Aoki, Osamu Hosoda, Hiroshi Ono,  
Izumi Satou, Fumie Satou, Naomi Maehori, Kazuhiro Kosaka and Tatsuya Morita

Key words : 退院前カンファレンス, がん, 緩和ケア

● 緩和ケア 21 : 533-541, 2011 ●

## はじめに

がん患者が希望する場所で安心して過ごせるための体制を、地域で整備していくことは重要である。なぜならば、がん患者が望んだ場所で過ごすことは、望ましい quality of life (以下, QOL) の達成にとって、重要な要素であると示唆されているからである<sup>1)</sup>。

療養場所を病院から在宅に移行する場合には、構造化され、かつ患者1人ひとりの個別性に合わせた退院支援が必要であることが強調されている<sup>2)</sup>。その中でも、退院前カンファレンスは、在宅移行に関する課題の共有と解決策を検討する場としての役割があり、退院支援の重要な要素の1つとして挙げられている<sup>3-5)</sup>。国際的には、退院支援プ

ログラムの無作為化比較試験による再入院率の減少や、入院期間の短縮が報告されている<sup>2,6,7)</sup>。一方、がん緩和ケアでは、患者や家族の主観的な評価が重要であるにもかかわらず、患者家族の視点から退院支援プログラムの有用性を評価した報告はほとんどない。

本研究の目的は、がん患者の遺族からみた退院前カンファレンス・退院前訪問の評価を記述することである。

## 対 象

調査対象は、1都市の1つの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

\*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) 坂の上ファミリークリニック, \*3) 訪問看護ステーション細江, \*4) きちっと居宅介護支援事業所,

\*5) レモン薬局 三方原店, \*6) どんぐり薬局, \*7) 聖隷三方原病院 緩和と支持治療科, \*8) 聖隷三方原病院 緩和ケアチーム 0917-0359/11/¥400/論文/JCOPY

格基準は、①患者の死亡後6カ月以上18カ月以下、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名が同定できること、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、研究対象となった都市における評価を得ることであるため設定した。

本研究で患者ではなく遺族を調査対象としたのは、以下の理由からである。①患者を対象とした場合、認知障害や全身状態の悪化、身体的負担のために、相当数が除外されることが予測される<sup>8)</sup>、②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<sup>9)</sup>、サービスの評価では比較的一致しやすい<sup>9)</sup>、③緩和ケアでは、家族自身がケアの対象である。

調査対象とした施設は、市内全域を訪問診療の範囲とする在宅ホスピスを標榜する診療所である。地域のがん患者の在宅死亡の半数程度を当該診療所が診療しており、市内に存在するすべてのがん診療連携拠点病院と連携して、患者の紹介を受けている。

## 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カ月後に、再送付を行った。遺族に心理的負担を与えないように、送付目的と返送は自由意思によること

を明記し、初回発送時に回答を望まないとは回答した遺族には、再送付を行わないようにした。

主要評価項目は、遺族による退院前カンファレンス・退院前訪問の評価である。副次的評価項目として、退院前カンファレンス・退院前訪問の有無により、①遺族からみた患者のQOL、②遺族による緩和ケアの質の評価、③満足度、④地域の医療福祉機関の連携に差があるのかどうかを探索的に検討した。

### ●遺族による退院前カンファレンス・退院前訪問の評価

退院前カンファレンスを体験した3組の患者家族を対象とした予備的なインタビュー調査と、地域医療福祉従事者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1名、緩和ケア認定看護師1名）によるフォーカスグループによって、質問項目を作成した。

本研究では、遺族が、「退院前カンファレンス」と「退院前訪問」を区別して想起することが困難であると考え、「自宅に往診にきてもらう前に、病院で、診療所の医師や看護師との顔合わせがあったか」（あった、なかった、分からない）の質問に対して、「あった」と回答したものを「退院前カンファレンス・退院前訪問があった」と判断した。

「退院前カンファレンス」という言葉を使用することも検討したが、遺族が理解することが困難であると考えられたため、「顔合わせ」という表現を用いた。カンファレンスの参加者の構成を調査項目として含めることも検討したが、想起が困難であると判断したため設定しなかった。

遺族の退院前カンファレンス・退院前訪問の体験については、「話し合いの雰囲気は、あたたかかった」「自分たちの希望にそった療養ができそうだと感じた」など11項目について、「1：そう思わない」から「5：とてもそう思う」の5件法で尋ねた。

## ◎ 遺族からみた患者の QOL

遺族からみた患者の QOL については、Good Death Inventory 短縮版<sup>10)</sup>を用いた。「からだの苦痛が少なく過ごせた」「望んだ場所で過ごせた」「楽しみになるようなことがあった」「家族や友人と十分に時間を過ごせた」について、「1:まったくそう思わない」から「7:とてもそう思う」の7件法で尋ねた。

## ◎ 遺族による緩和ケアの質の評価

遺族による緩和ケアの質の評価については、Care Evaluation Scale<sup>10)</sup>を用いた。身体的ケア、精神的ケア、説明・意思決定のドメインについて、「医師は、患者のつらい症状にすみやかに対処していた」「看護師は必要な知識や技術に熟練していた」「医師は、患者に将来の見通しについて十分説明した」「医師は、家族に将来の見通しについて十分説明した」「患者の希望がかなえられるようにスタッフは努力していた」について、改善すべきところが「1:大いにある」から「6:まったくない」の6件法で尋ねた。

## ◎ 満足度

「全般的に、患者が自宅で療養中に受けた医療は満足だったか」について、「1:非常に不満足」から「6:非常に満足」の6件法で尋ねた。

## ◎ 地域の医療福祉機関の連携についての評価

医療福祉機関の連携の評価については、信頼性・妥当性の確認された方法がないため、①診療所と、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、保険薬局が一緒に関わっていた割合、②各事業所間の連携の良さについての遺族の評価を調べた。後者については、診療所と居宅介護支援事業所、診療所と訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所と訪問看護ステーション、診療所と保険薬局について、それぞれ、「連携は良かったか」を「1:そう思わない」から「5:とてもそう思う」の5件法で尋ねた。

このほか、患者背景は、年齢、性別、原発部位、在宅での療養期間について診療録から得た。遺族の背景については、年齢、性別、患者との関係、在宅療養期間中の健康状態、副介護者の有無、在宅での介護経験の有無を尋ねた。

## 解 析

各評価項目について、度数分布を集計した。また、退院前カンファレンスの遺族の体験の構成概念を探索するために、11項目のうち、否定的な項目3項目を除いた8項目について、因子分析を行った。回転は Promax 回転を用いた。因子数はスクリープロットと固有値で決定したところ、1因子構造が妥当と考えられた。2因子、3因子に固定した分析も行ったが、最も解釈が可能であった1因子構造を選択した。

退院前カンファレンス・退院前訪問の有無により、遺族からみた患者の QOL、遺族の評価による緩和ケアの質の評価、満足度に差があるかを Mann-Whitney の U 検定を用いて検定した。退院前カンファレンスの有無により、地域の医療福祉機関の連携の指標に差があるかを、 $\chi^2$  検定と Mann-Whitney の U 検定で比較した。統計学的有意差は、17回の多重検定を行うため、Bonferroni 補正を行い、 $p=0.003$ を有意水準とした。

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 名のうち、適格基準を満たしたものは 150 名であった。そのうち、15 名が診療を受けていた時期の患者の住所が当該都市以外であったために除外された。その他の理由で除外されたものはいなかった。したがって、調査対象者 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 名を有効回答とした（有効回答

表1 患者背景と遺族背景

	全体	退院前カンファレンス・退院前訪問		p
		あり (n=53)	なし (n=33)	
<b>1. 患者背景</b>				
年齢 (平均±標準偏差)	74 ± 12	75 ± 10	73 ± 14	0.65
性別				0.83
	男性	52% (45)	53% (28)	52% (17)
	女性	47% (40)	45% (24)	48% (16)
原発部位				0.27
	大腸・直腸	15% (13)	21% (11)	6.1% (2)
	膵臓	15% (13)	17% (9)	12% (4)
	肺	14% (12)	15% (8)	12% (4)
	胃	12% (10)	11% (6)	12% (4)
	肝臓	7.0% (6)	3.8% (2)	12% (4)
	血液	7.0% (6)	7.5% (4)	6.1% (2)
	子宮・卵巣	7.0% (6)	3.8% (2)	12% (4)
	頭頸部	5.8% (5)	5.7% (3)	6.1% (2)
	食道	3.5% (3)	0% (0)	9.1% (3)
	前立腺	2.3% (2)	3.8% (2)	0% (0)
	腎臓・膀胱	2.3% (2)	1.9% (1)	3.0% (1)
	胆管・胆のう	1.2% (1)	1.9% (1)	0% (0)
	その他	7.0% (6)	5.7% (3)	9.1% (3)
在宅での療養期間の中央値 (範囲)	20 (2~262)	22 (2~262)	17 (3~231)	
<b>2. 遺族背景</b>				
年齢 (平均±標準偏差)	59 ± 14	58 ± 15	61 ± 13	0.39
性別				0.24
	女性	71% (61)	75% (40)	64% (21)
	男性	29% (25)	25% (13)	36% (12)
患者との関係				0.49
	配偶者	49% (42)	42% (22)	61% (20)
	子ども	38% (33)	43% (23)	30% (10)
	婿、嫁	7.0% (6)	7.5% (4)	6.1% (2)
	兄弟姉妹	1.2% (1)	1.9% (1)	0% (0)
	その他	4.7% (4)	5.7% (3)	3.0% (1)
健康状態				0.55
	良かった	27% (23)	26% (14)	27% (9)
	まあまあだった	55% (47)	58% (31)	48% (16)
	良くなかった	16% (14)	15% (8)	18% (6)
	非常に良くなかった	1.2% (1)	0% (0)	3.0% (1)
副介護者の有無				0.29
	あり	70% (60)	68% (36)	73% (24)
	なし	26% (22)	30% (16)	18% (6)
自宅での介護の経験				0.86
	なし	77% (66)	77% (41)	76% (25)
	あり	23% (20)	23% (12)	24% (8)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある。( )内はn.

率75%)。

病院から在宅移行した90名のうち、主要評価項目に欠損のあった4名を除外した86名を解析対象とした。53名(62%)の遺族が退院前カンファレンス・退院前訪問があったと回答した。紹介病院の内訳は、がん診療連携拠点病院(4病院)で、診療を受けていたものがそれぞれ22名、8名、7名、6名、そのほかの病院で診療を受けていたもの6名、複数の病院で診療を受けていたもの3名であった。退院前カンファレンス・退院前

訪問を行った群と行わなかった群で、患者、および遺族の背景に有意差はなかった(表1)。

#### ● 遺族からみた退院前カンファレンス・退院前訪問の評価

退院前カンファレンス・退院前訪問の評価では、「話し合いの雰囲気は、あたたかだった」「病院と在宅でみてくれる人たちとで連絡が取れていることが分かって安心した」「自分たちの希望にそった療養ができそうだと感じた」「これからの

表2 遺族からみた退院前カンファレンス・退院前訪問の評価

	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
話し合いの雰囲気は、あたたかだった	0% (0)	7.5% (4)	9.4% (5)	49% (26)	32% (17)
病院と在宅でみてくれる人たちとで連絡が取れていることが分かって安心した	0% (0)	5.7% (3)	19% (10)	45% (24)	28% (15)
自分たちの希望にそった療養ができそうだと感じた	0% (0)	3.8% (2)	25% (13)	40% (21)	28% (15)
これからの在宅療養に関する不安が軽減した	0% (0)	0% (0)	26% (14)	45% (24)	26% (14)
今後の療養の方針や目標が分かって安心した	0% (0)	3.8% (2)	23% (12)	47% (25)	25% (13)
話し合いの途中で質問できる雰囲気があった	0% (0)	5.7% (3)	15% (8)	55% (29)	21% (11)
話されている内容は十分に理解できた	0% (0)	3.8% (2)	19% (10)	55% (29)	21% (11)
在宅療養中にどういう治療や看護を受けるのかが分かった	3.8% (2)	3.8% (2)	17% (9)	58% (31)	15% (8)
緊張して、聞きたいことが聞けなかった	28% (15)	40% (21)	19% (10)	7.5% (4)	1.9% (1)
話し合いの時間が長くて疲れてしまった	51% (27)	42% (22)	3.8% (2)	1.9% (1)	0% (0)
人数が多すぎて、もっと少ない人数のほうがよかった	53% (28)	34% (18)	9.4% (5)	0% (0)	0% (0)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある。( )内はn.

在宅療養に関する不安が軽減した」「今後の療養の方針や目標が分かって安心した」「話し合いの途中で質問できる雰囲気があった」「話されている内容は十分に理解できた」「在宅療養中にどういう治療や看護を受けるのかが分かった」のすべての項目において70~80%程度の遺族が「とてもそう思う」または「そう思う」と回答した(表2)。

また、「話し合いの時間が長くて疲れてしまった」「人数が多すぎて、もっと少ない人数のほうがよかった」「緊張して、聞きたいことが聞けなかった」に対して、「とてもそう思う」と回答したものは2.0%以下、「そう思う」が10%以下であった。

⑤ 退院前カンファレンス・退院前訪問についての遺族の体験の因子構造  
因子分析の結果、質問紙で使用した項目は、1

因子構造であり、「在宅療養中にどういう治療や看護を受けるのかが分かった」(因子負荷量, 0.40)を除く7項目の因子負荷量はすべて0.65以上であった。内的一貫性は高かった(クロンバックの $\alpha$ 係数, 0.89)(表3)。これらは、「在宅療養を始めるにあたっての安心感」を測定していると考えられた。

⑥ 退院前カンファレンス・退院前訪問の有無による遺族からみた患者のQOL、緩和ケアの質の評価、満足度の差

退院前カンファレンス・退院前訪問の有無による、遺族からみた患者のQOLの差については、「家族や友人と十分に時間を過ごせた」「からだの苦痛が少なく過ごせた」が退院前カンファレンス・退院前訪問を行った群で低い傾向にあったが、すべての評価項目において有意差はなかった(表4)。

退院前カンファレンス・退院前訪問の有無による遺族のケアの質の評価については、「医師は、

患者に将来の見通しについて十分説明した」の評価が、退院前カンファレンス・退院前訪問を行った群で高い傾向にあったが、有意差はなかった。

表3 退院前カンファレンス・退院前訪問についての遺族の体験の因子構造

	因子負荷量	共通性
今後の療養の方針や目標が分かって安心した	0.90	0.81
病院と在宅でみてくれる人たちとで連絡が取れていることが分かって安心した	0.84	0.70
話し合いの途中で質問できる雰囲気があった	0.79	0.62
自分たちの希望にそった療養ができそうだと感じた	0.77	0.60
話されている内容は十分に理解できた	0.75	0.56
話し合いの雰囲気は、あたたかかった	0.68	0.46
これからの在宅療養に関する不安が軽減した	0.67	0.45
在宅療養中にどういう治療や看護を受けるのかが分かった	0.40	0.16

在宅療養中に受けた医療に対する満足度は、退院前カンファレンス・退院前訪問を行った群と行わなかった群で、有意差はみられなかった(表4)。

● 退院前カンファレンス・退院前訪問の有無による地域の医療福祉機関の連携の割合、連携の良さの差

診療所と一緒に他の医療福祉機関が関わっていた割合は、居宅介護支援事業所 94% (n=81)、保険薬局 58% (n=50)、訪問看護ステーション 34% (n=29) であった(表5)。退院前カンファレンス・退院前訪問の有無による、診療所と、居宅介護支援事業所、保険薬局、訪問看護ステーションと一緒に関わっていた割合、各事業所間の連携の良さについての遺族の評価については、退院前カンファレンス・退院前訪問を行った群と行わなかった群で有意差はなかった。

表4 退院前カンファレンス・退院前訪問の有無と遺族からみた患者のQOL, 緩和ケアの質の評価, 満足度

		退院前カンファレンス・退院前訪問		p
		あり (n=53)	なし (n=33)	
患者の QOL * <sup>1</sup>	望んだ場所で過ごせた	6.0 ± 1.3	6.1 ± 1.4	0.83
	家族や友人と十分に時間を過ごせた	5.0 ± 1.8	5.8 ± 1.1	0.03
	楽しみになるようなことがあった	4.1 ± 1.7	4.5 ± 1.8	0.34
	からだの苦痛が少なく過ごせた	3.8 ± 1.6	4.3 ± 1.7	0.11
緩和ケアの質の評価 * <sup>2</sup>	患者の希望がかなえられるようにスタッフは努力していた	4.5 ± 1.7	4.4 ± 1.4	0.31
	医師は、家族に将来の見通しについて十分説明した	4.5 ± 1.6	4.2 ± 1.3	0.22
	医師は、患者に将来の見通しについて十分説明した	4.5 ± 1.4	3.9 ± 1.3	0.14
	医師は、患者のつらい症状にすみやかに対処していた	4.3 ± 1.5	4.2 ± 1.5	0.73
	看護師は必要な知識や技術に熟練していた	4.3 ± 1.5	4.3 ± 1.4	0.87
満足度 * <sup>3</sup>		4.8 ± 1.4	5.0 ± 1.2	0.58

\*<sup>1</sup>Good Death Inventory の各項目. 1 (まったくそう思わない) ~ 7 (とてもそう思う) の平均値 ± 標準偏差を示す。

\*<sup>2</sup>Care Evaluation Scale の各項目. 改善すべきところが 1 (大いにある) ~ 6 (まったくない) の平均値 ± 標準偏差を示す。

\*<sup>3</sup>満足度. 1 (非常に不満足) ~ 6 (非常に満足) の平均値 ± 標準偏差を示す。