

20122005JA

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

平成24年度 総括研究報告書

研究代表者 江口 研二

平成25（2013）年 3月

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」**  
Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model (OPTIM)

# 目 次

I. 総括研究報告	1
緩和ケアプログラムによる地域介入に関する研究	3
江口研二（帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科教授）	
II. 研究分担報告	9
1. 緩和ケア相談窓口と地域緩和ケアチーム利用に関する研究	11
秋月 伸哉（千葉県がんセンター精神腫瘍科部長）	
2. 患者、家族への緩和ケア啓発に関する研究	14
秋山 美紀（慶應義塾大学環境情報学部）	
武林 亨（慶應義塾大学医学部）	
3. 地域緩和ケアを進める方法の普及に関する研究	17
加藤 雅志（国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部部長）	
4. 在宅の視点のある医師尺度開発に関する研究	20
川越 正平（あおぞら診療所所長）	
5. 緩和ケアによる地域介入による医師の知識、困難感、行動変容の変化に関する研究	22
木澤 義之（筑波大学医学医療系臨床医学域講師）	
6. がん専門病院による地域緩和ケアの整備に関する研究	26
木下 寛也（国立がん研究センター東病院緩和医療科）	
7. 「医師会による地域緩和ケアの整備」に関する研究	29
白髭 豊（長崎市医師会（白髭内科医院））	
野田 剛稔（長崎市医師会）	
8. 鶴岡地域「緩和ケア提供体制が未整備な地域の緩和ケアの整備に関する研究」	32
—がん患者・家族サロン「ほっと広場」の有用性の評価—	
鈴木 聡（鶴岡市立荘内病院外科）	
9. 市民への緩和ケアに関する啓発に関する研究	34
平井 啓（大阪大学大型教育研究プロジェクト支援室）	
10. 評価測定に関する研究	36
宮下 光令（東北大学医学系研究科保健学専攻）	
佐藤 一樹（東北大学医学系研究科保健学専攻）	
五十嵐美幸（東北大学医学系研究科保健学専攻）	
11. 総合病院による地域緩和ケアの整備に関する研究	39
森田 達也（聖隷三方原病院緩和と支持治療科部長）	
12. インターネットによる緩和ケア普及のための情報発信に関する研究	43
山川 宣（国家公務員共済組合連合会六甲病院緩和ケア科医長）	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	45
IV. 研究成果の刊行物・別刷	51

# I. 総括研究報告書

# 緩和ケアプログラムによる地域介入に関する研究

研究代表者：江口研二<sup>1</sup>

研究分担者：秋月伸哉<sup>2</sup>・秋山美紀<sup>3</sup>・梅田恵<sup>4</sup>・加藤雅志<sup>5</sup>・川越正平<sup>6</sup>・木澤義之<sup>7</sup>・木下寛也<sup>8</sup>・白髭豊<sup>9</sup>・鈴木聡<sup>10</sup>・武林亨<sup>11</sup>・平井啓<sup>12</sup>・宮下光令<sup>13</sup>・森田達也<sup>14</sup>・山川宣<sup>15</sup>

## 研究要旨

目的は地域への緩和ケア体系的介入によるがん患者の Quality of Life 向上について前後比較研究を行った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（以下厚労科研3次がん戦略研究）「緩和ケアプログラムによる地域介入研究（以下OPTIM研究）」のプロセス・アウトカム研究である。がん対策基本法に定められた緩和ケアの推進を全国に普及整備する際に資する成果物、介入過程を作成し、OPTIM研究の複合的緩和ケアプログラムの有効性を評価するとともに、緩和ケアの向上に役立つマテリアル・運営プロセスを集約した。今年度は介入後調査（緩和ケアサービスの利用数、死亡場所、遺族調査）、プロセス研究（介入地域でのインタビュー調査、地域緩和ケアの課題と解決策）を解析し、アウトカム研究としての総括を行ない、地域の緩和ケアの実施担当者や行政関係者などにとっても有用な「OPTIM Report」を発行した。

## A. 研究目的

本研究は、厚労科研3次がん戦略研究「OPTIM研究」に対するプロセス・アウトカム研究である。OPTIM研究は地域における体系的な介入によるがん患者の Quality of Life の向上を前後比較研究によって評価する研究である。さらにがん対策基本法に定められた緩和ケアの推進を全国に普及整備する際に資する成果物、介入過程を作成する。本研究により複合的緩和ケアプログラムの有効性を評価するとともに、緩和ケアの向上に役立つマテリアル・プロセスを集約して提示する。

2007年～2009年までの期間に、地域介入研究の前後比較研究のうち、前調査、介入、後調査の一部（患者調査、医療者調査）、プロセス研究の一部（地域の介入の記述）を終了した。本研究では、残りの後調査（緩和ケアサービスの利用数、死亡場所、遺族調査）、プロセス研究（介入地域でのインタビュー調査、地域緩和ケアの課題と解決策）を終了させ、アウトカム研究としての総括を行う。総括の上で、研究期間中に集積したすべての研究成果を「OPTIM Report」として発行する。このレ

ポートは、地域の緩和ケアの実施者や行政にとって有用な内容となることが期待される。

## B. 研究方法

### 1 新規のデータの取得

2011年度に新規に取得したデータとして、全国の4地域における2010年度のがん患者の死亡場所を人口動態統計の目的外使用利用から取得した。2010年度の緩和ケア利用者数をすべての地域の専門緩和ケアサービス29施設から患者一覧表を取得した。4地域の57施設のがん患者の遺族2474名を対象として緩和ケアの質の評価などに関する質問紙調査を行った。

### 2 2010年度に取得したデータの解析

2010年度までに取得したデータとして、4地域の25施設に通院中のがん患者2087名（介入前）、2247名（介入後）を対象とした質問紙調査のデータベース；医師974名（介入前）、766名（介入後）のデータベース；看護師2726名（介入前）、2473名（介入後）のデータベースの

1 帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科・教授、2 千葉県がんセンター精神腫瘍科・部長、3 慶應義塾大学環境情報学部・准教授、4 ㈱緩和ケアパートナーズ・代表取締役、5 国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部・部長、6 あおぞら診療所・所長、7 筑波大学医学医療系臨床医学域・講師、8 国立がん研究センター東病院緩和医療科・精神腫瘍科・科長、9 医療法人白髭内科医院・理事長、10 鶴岡市立荘内病院外科診療・診療部主幹、11 慶應義塾大学医学部公衆衛生学・教授、12 大阪大学大型研究プロジェクト支援室／医学系研究科・招へい教員、13 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野・教授、14 聖隷三方原病院緩和和支持治療科・部長、15 国家公務員共済組合連合会六甲病院緩和ケア科・医長

I. 総括研究報告書

クリーニングを行い、データを固定し、解析を行った。また、地域で生じたことのプロセスを研究するために100名のインタビュー調査を行い、質的に分析した。

(倫理面への配慮)

OTIM 研究計画は、がん対策のための戦略研究倫理委員会での審議、承認に加えて、地域参加施設倫理委員会の審査・承認を受けた。また、本研究のデータ解析・成果公表にあたっては、個人情報保護を遵守した。

C. 研究成果

I アウトカム研究

1 自宅死亡率

4 地域での自宅死亡率は前6.8%から後10.5%に上昇した (P<0.001) 全国平均 (同時期6.7%から7.8%) と比較して有意に増加した。

2 緩和ケア利用数

4 地域のがん患者死亡数に対する緩和ケアサービスの利用患者の比は0.31から0.50に増加した (P<0.001)。

3 通院中の患者による緩和ケアの質評価

Care Evaluation Scale による患者による緩和ケアの質評価は前後で有意に改善したが変化量は小さかった (Effect size, 0.14 ; P=0.006)。

4 医師・看護師の困難感

医師、看護師の緩和ケアに関する困難感は前後で改善した (Effect size, 0.52, 0.59 ; P<0.0001)。知識も改善した。

5 終末期がん患者の遺族による緩和ケアの質評価

介入前調査1348名、介入後調査1212名から回答を得た。解析では、Care Evaluation Scale による遺族による緩和ケアの質評価は前後で有意に改善した (Effect size, 0.24 ; 図1)。「体の苦痛が少なく過ごせた」「望んだ場所で過ごせた」と回答したものが増加した (図2)。自宅死亡では「望んだ場所で過ごせた」と回答したものがほとんどを占め (図3)、かつ、家族の介護負担は増加しなかった (図4)。

図1 終末期がん患者の遺族による緩和ケアの質評価

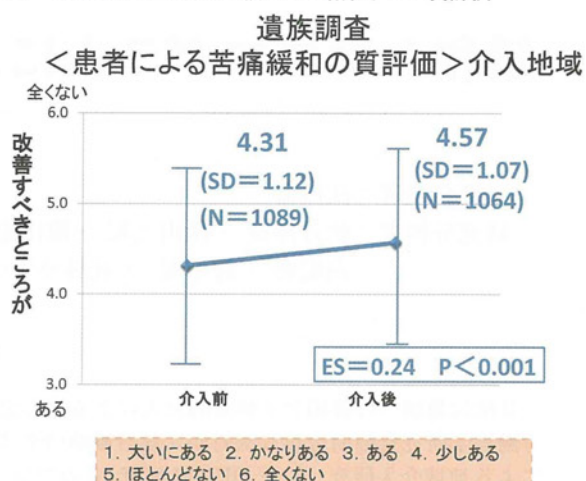


図2 終末期がん患者の Quality of life

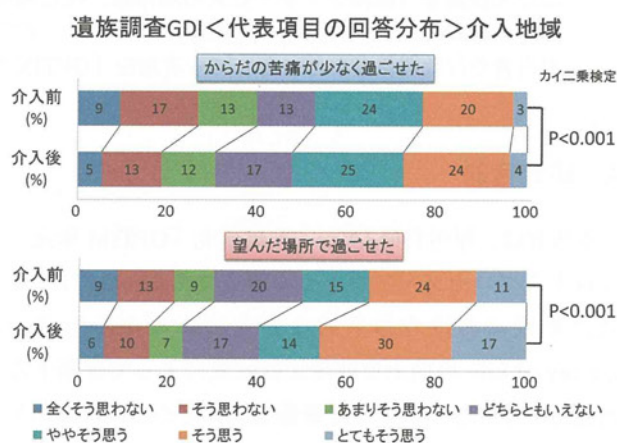


図3 望んだ場所で過ごせた患者の割合

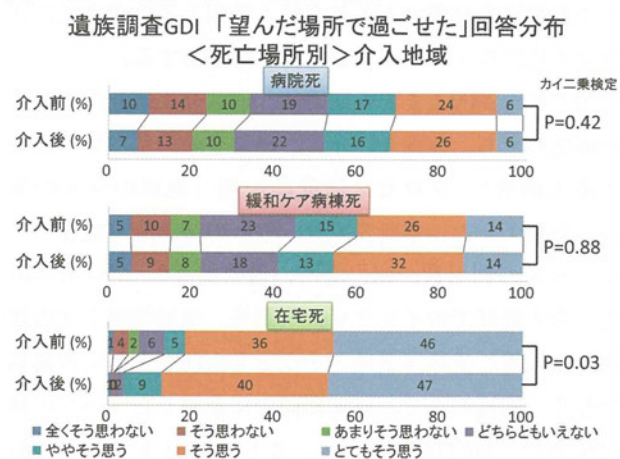
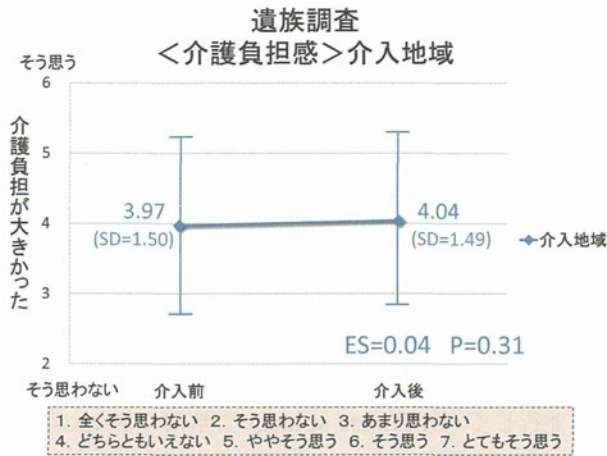


図4 家族の介護負担



II プロセス研究の成果

プロセス研究として、1) 各地域で実施された介入内容詳細の記述、2) 各地域の多職種連携カンファレンス内容・フィールドノートから課題・解決策を質的分類し系統的に整理、3) 地域リンクスタッフ100名のインタビュー調査から「なぜ、どのような変化が生じたのか」を質的に分析、の3要素を中心にまとめた。注目すべき成果として、地域緩和ケアプログラムがもたらした変化として医療福祉従事者が認識していたのは、【つながりができネットワークが広がった】、【在宅医療が進んだ】、【緩和ケアの知識・技術、認識、実践が向上した】であった。これらは、アウトカム研究成果からも検証された。

地域連携ネットワークに必要な「顔の見える関係」とは、具体的に「考えのヒントの幅が広がり対応を変えることができる」「誰かに聞くことができる」「自分の役割の責任を自覚する」などが具体的な要素と考えられた。(表1)年間計画を立てること、意思決定部門とテーマ毎のワーキングチームを作るとネットワークが充実する。多職種のコミュニケーションを増やすために多職種グループワークが有効であり、地域の多職種カンファレンスは、お互いの役割のみならず、連携・連絡を取りやすくなる。(表2)緩和ケア研修会は、がん特有の症状の知識・技術の修得に加えて、「交流の機会」として価値があり、グループワークの有用性が高い。地域共通の実践マニュアルは同じ認識を持つために有用である。病院医師・看護師の「在宅の視点」は施設自宅退院率と関係し、「在宅の視点」を得るための看護師合同研修会、退院支援プログラム、アウトリーチが有用である。(表3)退院前カンファレンスは家族にとって「在宅療養を始める

にあたっての安心感」を提供し、肯定的に評価されている。行政と地域医療福祉従事者で協力することで介護保険の認定までの期間を短縮できる。患者情報型共有ツールはコミュニケーションや自己コントロール感を高めるが、患者は価値を感じにくく、医療者全員が価値を理解しないと普及しにくい。網羅的なデータベースは要望少ない。たとえば往診の相談が可能かなど、連絡先を含めた最小限の更新可能なデータベースと、地域のヒューマンネットワークの構築が重要である。緩和ケア病棟のレスパイト入院は、「長い目で見た在宅療養」に必要。運用には関係者の意思疎通が必要である。対象を考慮しない啓発活動、一斉配布は効率が悪い。より意義と目標を絞りそれらの対象者のいる場所・患者に接する医療福祉従事者への集中が必要である。(表4)

表1

■ 基盤となる「顔の見える関係」の構築	
<p>■よくみられる問題点・バリア</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-問題に対して具体的にどうするかを施設、職種を超えて話し合う場がない</li> <li>-地域の情報が施設、職種を超えて伝わってこない</li> <li>-病院スタッフ、在宅医療スタッフが一堂に会す機会がない</li> <li>-現場の人だけが「うちの言い合い」になってしまふ、管理レベルの人だけが現場のことが伝わらない</li> <li>-お互い知らない、ので、同じ合わせにくい</li> <li>-実は解決している問題でも解決する方法の情報が伝わらない</li> </ul>	<p>OPTIM地域で構築されたシステム</p> <p>共通 1 プロジェクトの運営委員会 2 多職種地域カンファレンス</p> <p>地域独自のもの</p> <p>静岡 南庄内緩和ケア推進協議会</p> <p>柏 リンクスタッフが主催の地域カンファレンス</p> <p>浜松 OPTIM企画チーム</p> <p>長崎 まちなかラウンジ</p>
<p>■解決策</p> <p>2つのコミュニケーションの場を設ける</p> <p>1. 管理レベルと現場レベルが一堂に会する10~30人のカンファレンス -プロジェクトチームの会議</p> <p>2. 現場レベルの多職種が一堂に会する100~200人のカンファレンス -多職種でのグループワークや症例検討会</p>	

表2

■ 地域内の連携の促進	
<p>■よくみられる問題点・バリア</p> <p>同職種間の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-在宅主治医、1人だけ、24時間365日のフォローは難しい</li> <li>-在宅担当薬局が必要な場合に誰かが担当できるのか分からない</li> <li>-訪問看護ステーションで人員が足りない</li> </ul> <p>多職種間の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-在宅主治医、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、保険薬局薬剤師間の患者の情報の共有をする機会が少ない</li> <li>-ケアマネジャーは医療の予測が難しく、がんに対する敷居が高い</li> </ul>	<p>OPTIM地域で構築されたシステム</p> <p>共通</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-サービス調整会議・カンファレンス、診療情報提供書・電話・メールなどで臨床・家に情報共有</li> </ul> <p>地域独自のもの</p> <p>静岡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-病院医師と診療所医師の関係構築</li> <li>-訪問看護ステーションのマッピング</li> <li>-Net4u(電子カルテ)での情報共有</li> </ul> <p>浜松</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-浜松ドクター・ネット(医師)、浜松ネット(薬剤師)</li> <li>-在宅特化型診療所で行うカンファレンス</li> </ul> <p>長崎</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ドクター・ネット(医師)、eネット(薬剤師)</li> <li>-訪問診療指導のビデオ</li> <li>-P子MLでの情報共有</li> </ul>
<p>■解決策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-在宅医師・保険薬局・訪問看護ステーションのネットワークをつくる</li> <li>-サービス調整会議・診療情報提供書・電話・メールなどで診療店間で情報を共有する</li> <li>-ITでの情報共有を行う(患者ごとのブチメールリスト、電子カルテ)</li> <li>-患者所持型情報共有ツールの普及は難しい</li> <li>-ケアマネジャーへの支援と配慮</li> </ul>	

# I. 総括研究報告書

表3

### 退院支援プログラムと「在宅の視点」1/2

**目的**  
「在宅の視点」を含む退院支援プログラムを導入し、病院医師・看護師の在宅の視点と自宅への退院率との関連を探索する

**概念的定義**  
1) 患者・家族の希望、2) 自宅でできる治療・ケア、3) 自宅での生活をアセスメント  
4) 早めに地域医療者に声をかける

**介入**  
看護教育プログラム、病院看護師と訪問看護師の合同研修、在宅スタッフの病院カンファレンスへの参加




表4

### 病院と地域との連携の促進

■よくみられる問題点・バリア

- 病院から急に在宅に良ってくる・打ち合わせがない
- 診療情報提供書や看護マリーに在宅スタッフの欲しむ情報が無い
- 自宅で患者・家族がまよえることを退院時に指導されてくる
- 病院と打ち合わせたいことがある時、誰に連絡してもいのか分からない
- 病状や介護力を理由に医療者が在宅は無理と判断してしまっている
- 在宅スタッフが病院と連絡とりにくい・窓口がわからない・部署関係が分からない
- 在宅への連携がうまくいったか評価の場所がない

■解決策

- 病院と退院支援部署を作り、退院支援・調整プログラムを導入する
- \*退院前カンファレンス
- \*入院中から自宅で可能な医療・看護ケアにする
- \*早期から在宅スタッフに声をかける
- \*自宅での生活のアセスメントとサービスの導入
- \*患者・家族の在宅意思の確認
- \*患者・家族への入院中に付いた処置の指導
- 退院支援の向上のための実務者の会を定期的に持つ
- 在宅スタッフの病院へのアウトリーチプログラム
- 在宅での経過を病院・関係者が共有できる機会を作る

OPTIM地域で構築されたシステム
共通：退院支援プログラム導入
地域独自のこと
福岡：地域看護連携検討会、医療と介護の連携研究会
柏：地域連携促進シート
浜松：連携ノウハウ共有会、退院支援看護師の会
長崎：退院支援についての病院看護師と訪問看護師の合同研究会、在宅スタッフが緩和チームと連携室のカンファレンスに参加

## D. 考察

地域緩和ケアプログラムは、緩和ケアに関する知識の提供、ネットワークの構築、専門家からの支援を強めることによって、1) 医師・看護師の困難感を改善し、2) 自宅死亡など患者の希望する場所での療養を増加させ、3) 患者からみた緩和ケアの質や quality of life を改善する可能性が示唆された。

すべての調査が終了したことで、プログラムのどの部分がどのような影響をもたらしたかについてインタビュー調査を含めた詳細な分析が可能となった。

## E. 結論

OPTIM 研究は、過去のがん緩和ケアに関する地域介入の世界各国からの報告と比べてもそのサンプルサイズの規模は最大の研究である。設定したエンドポイントに

ついて、介入の妥当性が検証された。プロセス研究の成果について地域緩和ケアプログラムは、緩和ケアの知識・技術の向上、専門家からの支援、特にコミュニケーションと連携の改善を通じて既存の資源を最大利用 (optimize) することと在宅の視点を持つことによって、地域緩和ケアのアウトカムを向上させる可能性が示唆された。(表5) このプログラムのうちエッセンスのみを抽出したもの (OPTIMize strategy) はどのような制度・体制下でも利用可能で、制度や医療資源の再構築を行わずに実施可能であるため全国で行う価値がある。(表6) 並行して、OPTIMize strategy で解消できない課題、新しい課題に迅速に対応・最適化し、研究課題を明確にするために、現場レベルと管理レベルの臨床家・研究者・政策決定者がいろいろな組み合わせでリアルタイムに状況を共有し最適化できる枠組みを作ることが必要である。

表5

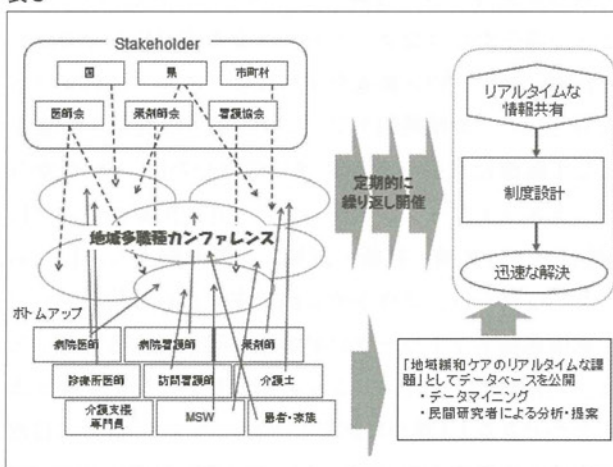


表6

地域緩和ケアプログラムを行っても残る課題と対策:まとも	
バリア	方策
<b>緩和ケアの評価値</b> 1)対応しても苦痛が緩和しない 2)診察や相談に十分な時間がない	1)担当医が対応して緩和しない場合の専門緩和ケアへの確実な対応 緩和困難な苦痛に対する開発研究 2)臨床現場の物理的なリソースの充実
<b>専門緩和ケアサービスの受診</b> 1)主治医から受診をすすめられない 2)困ることがなかった・知らなかった	1)担当医に患者の苦痛が具体的に簡便に伝わるシステム(目で見える問診票など) 2)紹介すれば対応が可能な項目や紹介方法が明確に伝わるアナウンス
<b>自宅死亡</b> 1)予想より早く進む病状 2)不十分な苦痛緩和 3)介護力の不足 4)急変時・夜間の対応	1)早い時期からの同意・相談を始める枠組み 2)苦痛が悪化した場合緩和が得られる体制 3)社会的資源の介護力の確保 4)24時間体制の地域ごとの整備(グループ)
<b>疼痛</b> 1)痛みの程度に応じて異なる理由	1)より専門的なケアへのアクセス



## F. 健康危険情報

本研究にあたって、被験者への健康被害の報告はない。

## G. 研究発表

### 論文発表

1. Komura K, Yamagishi A, Akizuki N, Kawagoe S, Kato M, Shirahige Y, Eguchi K. Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held records for cancer patients in Japan : OPTIM study. *Palliative Medicine*. 27(2) : 179-184, 2013
2. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Yoshida S, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer*. 20(10) : 2575-2582, 2012
3. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, Akiyama M, Hirai K, Matoba M, Yamada M, Matsumoto T, Yamaguchi T, Eguchi K. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach : Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care*. 2012 Jan 11;11(1) : 2. [Epub ahead of print]
4. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K. Pain intensity, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer : a Japanese nation-wide region-based multicenter survey. *J Pain Symptom Manage*. 43(3) : 503-514, 2012
5. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, Eguchi K. A Scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan : A potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage* 43(2) : 218-225, 2012
6. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Ichikawa T, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K.

Providing palliative care for cancer patients : The views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. *J Pain Symptom Manage* 43(1) : 59-67, 2012.

7. 山岸暁美, 赤澤輝和, 瀬尾利佳子, 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. 地域の緩和ケアに関する望ましいリソースデータベースとは何か : 多地域・多職種の意見交換会による評価; 癌と化学療法 (in Press)
8. 森田達也, 野末よし子, 花田芙蓉子, 宮下光令, 鈴木聡, 木下寛也, 白髭豊, 江口研二. 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化 : OPTIM-study. *Palliat Care Res*. 7(1) : 121-135, 2012
9. 古村和恵, 山岸暁美, 赤澤輝和, 鈴木聡, 和泉典子, 的場元弘, 森田達也, 江口研二. 市民の緩和ケアに対するイメージの変化. *緩和ケア* 22(1), 79-83, 2012
10. 江口研二 日本におけるがん緩和ケアの現状と展望 *日中医学* 26 : 3-6, 2012
11. 江口研二 解説ASCO provisional clinical opinion -the integration of palliative care into standard oncology care (J Clin Oncol 2012; 30:880-7) *腫瘍内科* 10(3) : 279-84, 2012
12. 森田達也 井村千鶴 野末よし子 鈴木聡 渋谷美恵 木下寛也 原田久美子 白髭豊 平山美香 江口研二 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が最も大きいと体験すること : OPTIM-study. *Palliative Care Research* 7(2) : 209-17, 2012

### 学会発表

なし

## H. 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

## Ⅱ. 研究分担報告

# 緩和ケア相談窓口と 地域緩和ケアチーム利用に関する研究

研究分担者：秋月伸哉

## 研究要旨

OPTIM 研究による多面的な地域介入が緩和ケアチーム活動にどのような影響（より早期から、より包括的に介入できるようになったか）を与えるか、介入前後の緩和ケアチーム依頼理由と件数比較を行った。緩和ケアチーム依頼件数は終末期、治療早期いずれにおいても増加し、疼痛以外を含む包括的な理由で依頼されるようになった。またその背景を明らかにするための介入地域の医師、看護師に緩和ケアチーム依頼に関するアンケート調査において、医師、看護師とも8割程度が緩和ケアチームをより依頼するようになったと感じていることがあきらかになった。

## A. 研究目的

緩和ケアチームを利用することで様々な症状をもつがん患者のQOLを包括的に向上できるため、より早期から緩和ケアチームが介入することが推奨されている。しかし、現在のところがん患者に緩和ケアチームが早期から包括的な介入を行えているとは言えない。緩和ケアチームがより早期から、包括的な症状緩和に利用されるには、患者、担当医療従事者、緩和ケアチームに対する多面的な介入が必要だと考えられる。

本研究の目的は、OPTIM 研究による多面的な地域介入が緩和ケアチーム活動にどのような影響（より早期から、より包括的に介入できるようになったか）を与えるかの洞察を得ることである。

## B. 研究方法

### 調査①

OPTIM 研究介入4地域（鶴岡、柏、浜松、長崎）の、専門緩和ケア利用データベースから、介入前（2007年度）、介入後（2010年度）の院内緩和ケアチーム利用症例を抽出し、単純記述と、後述の比較をカイ二乗検定で行った。より早期から緩和ケアチームを利用するようになったかを明らかにするため、全ての依頼を「今後抗がん治療を行わない」時期と、「精査・診断・経過観察中」、

「抗がん治療中」、「その他」の時期に分け、介入前後で依頼時期の割合を比較した。また、より包括的な介入が行われるようになったかを明らかにするため、身体症状に関する依頼を「疼痛」のみの依頼と、「疼痛」以外を含む依頼に分けて、介入前後でより包括的な身体症状緩和の依頼がなされるようになったか、精神症状に関する依頼を「せん妄」のみの依頼と、「せん妄」以外を含む依頼に分けて、介入前後でより包括的な精神症状緩和の依頼がなされるようになったかを検討した。

### 調査②

介入後に4地域の医師（N=1740、うち1039名はがん拠点病院か200床以上の病院に勤務）、看護師（N=5199）を対象として行われたアンケート調査から、緩和ケアチーム依頼に関する項目（医師対象；「3年間にのべ何人緩和ケアチームに患者の相談や診察の依頼をしましたか？」、「依頼しなかった理由は？」、「3年間を振り返って、苦痛のある患者なら緩和ケアチームに、在宅療養を考えるなら退院支援部署に、早めに、相談しようと思うようになってきた」、病院の病棟勤務看護師対象；「3年間を振り返って苦痛のある患者なら緩和ケアチームに、在宅療養を考えるなら退院支援部署に、早めに、相談しようと思うようになってきた」）を抽出し、結果を記述した。

## II. 研究分担報告

(倫理面への配慮)

本調査は戦略研究倫理委員会の承認を得た調査結果のうち、個人情報を含まない臨床情報の二次解析である。

### C. 研究成果

鶴岡地域の1病院（総合病院）、柏地域の2病院（がん専門病院と総合病院）、浜松地域に5施設（総合病院）、長崎地域に3施設（総合病院）で緩和ケアチームが活動した。鶴岡地域の緩和ケアチームはOPTIM介入と同時期に活動が始まっている。期間中に緩和ケアチームの数の増減は無かったが、鶴岡のチームは20008年に専従医師が着任、浜松の1施設で2009年に専従医師が増員とスタッフの増加があった。

#### 調査①

4地域の緩和ケアチームは、2007年度に896件、2010年度に1399件の依頼を受け、全数は増加していた。「今後抗がん治療を行わない予定」以外の、より早期・治療期のがん患者のチーム依頼は、2007年505件（57%）、2010年731件（52%）と件数が増加したが、依頼全体に占める割合は減少した（ $P=0.037$ ）。地域別依頼件数では、長崎地域以外で総依頼件数が増加し、鶴岡地区、浜松地区、長崎地区で「今後抗がん治療を行わない」時期の依頼件数が大きく増加、柏地区、浜松地区でそれ以外の早期・治療期の依頼件数が増加、長崎地区では減少した。地域別の依頼割合は、鶴岡地区、長崎地区で「今後抗がん治療を行わない」時期の依頼割合が増加、柏地区ではそれ以外の早期・治療期の割合が増加、浜松地区では不変と、いずれも一貫した傾向は見られなかった。

緩和ケアチーム依頼の目的について、疼痛以外の症状を含む包括的な身体症状緩和を目的とした依頼は2007年に266件（35%）、2010年に557件（49%）と件数、割合共に増加していた（ $P<0.001$ ）。地域別でも概ね一貫して包括的な身体症状緩和の件数、割合が増加した。せん妄以外の症状を含む包括的な精神症状緩和を目的とした依頼は2007年に174件（77%）、2010年に450件（75%）と件数が増加し、割合に差は認められなかった（ $P=0.510$ ）。地域別では一貫した傾向は見られなかった。

#### 調査②

OPTIM介入後の医師対象のうち、緩和ケアチーム依

頼に関わりうる、がん診療連携拠点病院か200床以上の病院に勤務する医師（ $N=1039$ ）に対する3年間の緩和ケアチーム依頼件数を問うアンケートは、有効回答494名（回収率48%）であった。緩和ケアチームに依頼したことがない医師は69名（14%）であった。依頼しなかった69名のうち62名が依頼しなかった理由に回答し、「困ることがなかった」が40件（65%）と最も多く、チームの認識や手続きの煩雑さなどは大きな理由としてあがらなかった。3年間を振り返って緩和ケアチームを利用するようになったかという医師の認識を問う質問には（有効回答487名、47%）、414名（85%）がややそう思う～そう思うと回答した。

看護師を対象とした調査では、3年間を振り返って緩和ケアチームを利用するようになったかという認識を問う質問に（有効回答2093名、40%）、1630名（78%）がややそう思う～そう思うと回答した。

### D. 考察

OPTIMで行われた緩和ケアチーム、一般医療従事者、市民に対する地域全体への介入の前後で、緩和ケアチーム依頼件数が増加した。これらの活動による増加は、より早期からの依頼のみならず終末期の依頼も増加させたため、終末期ではない患者の症状緩和の割合は軽度減少した。精神症状緩和の依頼内容に変化は無かったが、疼痛以外の包括的な身体症状緩和を緩和ケアチームに依頼されるようになり、より包括的な身体症状緩和が行われるようになったと言える。医療従事者対象の調査から、医師、看護師は以前より緩和ケアチームを利用するようになったと認識しており、背景に医療従事者の緩和ケアチーム利用に関する認識の変化があることが推察できる。

緩和ケアチームに依頼しなかった医師が回答した理由から、患者・家族の認識やチーム依頼の手続きや敷居の高さはあまり問題とされておらず、症状緩和で困らなかったことが主たる理由であった。また2割程度緩和ケアチームの存在をしらないと回答した医師がいた。OPTIM介入では医療従事者に対する啓発と連携強化活動はある程度構造化されていたものの、緩和ケア技術教育について十分な構造化が行われていないため、特に担当医療従事者の専門的な緩和ケアを必要とする症状を発見する技術が不足している問題について十分対応できていなかったのかもしれない。有効回答数が半数程度であ

## II. 研究分担報告

るという限界はあるが、緩和ケアチームに依頼しなかった理由の結果から、緩和ケアチームがより利用されるためには、患者の症状に気づき介入・評価できる緩和ケア技術を担当医療者に教育すること、症状を発見するためのスクリーニングを臨床システムに導入すること、医療従事者に対する緩和ケアチームのさらなる啓発活動などが役に立つ可能性が示唆された。

### E. 結論

OPTIM で行われた緩和ケアチーム、一般医療従事者、市民に対する地域全体への介入は、医療従事者の緩和ケアチームに関する認識の変化を通じ、緩和ケアチームへの依頼件数を増加させたと考えられる。

### F. 研究発表

#### 論文発表

なし

#### 学会発表

1. 秋月伸哉、森田達也、鈴木聡、木下寛也、白髭豊、江口研二：OPTIM 介入前後での緩和ケアチーム活動の変化 第17回日本緩和医療学会学術大会 口演 19, 神戸. 2012
2. 秋月伸哉、森田達也、鈴木聡、木下寛也、白髭豊、江口研二：地域緩和ケアチーム活動の実態報告 OPTIM 研究 第17回日本緩和医療学会学術大会 示説, 神戸. 2012

### 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

# 患者、家族への緩和ケア啓発に関する研究

研究分担者：秋山美紀<sup>1</sup>・武林亨<sup>2</sup>

## 研究要旨

本地域介入研究の効果を検証する目的で、介入地域と同じ二次医療圏にある人口規模の同じ比較地域とを、主要なアウトカムの介入前後の推移を比較するとともに、介入後の患者調査のうち、緩和ケアの知識やイメージについて比較した。その結果、2地域とも自宅死亡率の改善を認め、介入地域では患者による緩和ケアの質指標が改善していた。また介入地域では、患者の緩和ケアに対する準備性が高く、モルヒネに関する正しい知識等の点についてより正しい知識を得ていた。

## A. 研究目的

本研究による地域介入効果について検証する目的で、介入地域の一つである山形県鶴岡市と、非介入地域である山形県酒田市について、主要なアウトカムの推移を介入前後で比較するとともに、介入後の患者調査のうち、緩和ケアへの知識やイメージについて比較することとした。

## B. 研究方法

OPTIM 介入前・後調査として実施した患者調査を用いて解析を行った。鶴岡地域は、4施設の外来がん患者で介入前調査85名（回答率45%）、介入後調査116名（62%）、酒田地域は3施設の外来がん患者で、それぞれ66名（52%）、73名（64%）から回答を得た。対象者の背景情報を表1に示した。介入効果の主要な指標として、緩和ケアの質評価、全般的満足度、終末期 QOL の評価（総合）、疼痛の評価について、一般線型モデルによって年齢、性別、がんの部位で調整して比較した。その上で、介入後の患者調査のうち、緩和ケアに対する準備性、緩和ケアに関する知識（「モルヒネなどの医療用麻薬はたいていの痛みを和らげることができる」、「モルヒネなどの医療用麻薬は、麻薬中毒になったり命を縮める」）、緩和ケア・在宅医療に対するイメージ・信念（「往診や訪問看護を使って自宅で療養することについて、病院と同じように苦痛を和らげることができる」）「往診や訪問看

護を使って自宅で療養することについて、家族への負担が大きい）について、「そう思わない」または「あまりそう思わない」あるいは「そう思う」または「とてもそう思う」と回答した者の割合を $\chi^2$ 乗検定で比較した。（倫理面への配慮）調査については、すべて倫理審査委員会の承認取得済みである。

表1 対象者の背景情報

	鶴岡地域					酒田地域				
	介入前(n=85)		介入後(n=116)		P	介入前(n=66)		介入後(n=73)		P
	n	%	n	%		n	%	n	%	
年齢	67.0	±10	69.2	±11	0.21	68.0	±9	66.1	±10.5	0.25
性別										
男性	46	54%	95	57%	0.64	40	61%	51	70%	0.25
女性	39	46%	71	43%		26	39%	22	30%	
肺	15	18%	49	30%		9	14%	12	16%	
胃・食道	17	20%	24	14%		18	27%	8	11%	
肝胆膵	7	8.2%	9	5.4%		3	4.5%	10	13.7%	
結腸・直腸	21	25%	20	12%	<0.001	15	23%	13	18%	0.0039
乳腺	16	19%	17	10%		9	14%	2	2.7%	
泌尿器	4	4.7%	17	10%		10	15%	18	25%	
婦人科	2	2.4%	29	17%		2	3.0%	9	12%	
一般外来	85	100%	166	100%	—	66	100%	72	99%	1.00
緩和ケア外来 注	0	0.0%	0	0.0%		0	0.0%	1	1.4%	
同居家族 あり	79	93%	150	90%	0.58	63	95%	70	96%	1.00
なし	6	7.1%	15	9.0%		2	3.0%	3	4.1%	
既婚	70	82%	127	77%		53	80%	59	81%	
未婚	5	5.9%	7	4.2%	0.46	4	6.1%	3	4.1%	0.54
死別	9	11%	26	16%		6	9.1%	11	15%	
フルタイム	15	18%	20	12%		15	23%	12	16%	
パートタイム	6	7.1%	12	7.2%	0.48	6	9.1%	9	12%	0.55
なし	63	74%	132	80%		43	65%	52	71%	
PS (ECOG) 0	25	29%	42	25%		13	20%	26	36%	
1	41	48%	74	45%		29	44%	26	36%	
2	15	18%	40	24%	0.23	16	24%	16	22%	0.091
3	3	3.5%	8	4.8%		2	3.0%	3	4.1%	
4	0	0.0%	0	0.0%		2	3.0%	0	0.0%	
化学療法・放射線治療										
治療中である	56	66%	71	43%	<0.001	36	55%	34	47%	0.34
治療中でない	28	33%	89	54%		29	44%	38	52%	

1 慶應義塾大学環境情報学部、2 慶應義塾大学医学部

### C. 研究結果

介入地域の鶴岡市と、非介入地域の酒田市は、ともに日本海に面する山形県庄内地域（二次医療圏）に属する地域であり、人口規模などの点で比較可能な地域といえる。主なアウトカム指標について、サンプルサイズの限界のため、必ずしも統計学的有意差は認めないものの、緩和ケアの質については、介入前にこれらの2地域はほぼ同程度に評価されていたのに対し、介入後には鶴岡地域で、いずれに指標も改善の傾向を示した（表2）。その他の指標については、概ね差は認めなかった。疼痛の評価については、酒田地域で前・後でスコア低下が示唆された。

介入後の患者調査において、緩和ケアに対する準備性は、関心期（関心があるが現在は利用するつもりはない）・準備期（利用について検討している）・実行期（利用中）の者の割合が、鶴岡地域で52%、酒田地域で30%と有意な差を認めた。モルヒネなどの医療用麻薬については、「たいいていの痛みを和らげることができる」との問いに対して、「そう思う」または「とても思う」と回答した者の割合は、鶴岡地域で63%、酒田地域で59%であったのに対して、「麻薬中毒になったり命を縮める」に対して「そう思わない」または「あまりそう思わない」と回答した者の割合は、鶴岡地域で32%、酒田地域で23%であった。

緩和ケア・在宅医療に対するイメージについては、往診や訪問看護を使って自宅で療養することについて、「病院と同じように苦痛を和らげることができる」「家族への負担が大きい」とともに、「そう思う」または「とてもそう思う」と回答した者の割合は、2地域間でほぼ同等であった。

### D. 考察および結論

本研究において、自宅での死亡割合は、鶴岡地域では

介入前5.7%から介入後8.9%へ、酒田地域では介入前4.2%から介入後8.4%へ増加していた。いずれの地域も、介入前には、同時期の全国の自宅死亡率6.7%より低かったのに対し、介入後には、全国の自宅死亡率7.7%より高い数値であった。これについては、鶴岡地域においては、本研究による緩和ケア標準化や医療者教育等の介入プログラムの効果があったものと考えられる。一方の酒田地域には、庄内二次医療圏唯一の地域がん診療連携拠点病院が存在し、国のがん対策として地域のがん診療の連携体制が整備されたことや、介入地域と同内容の教材が提供されたことなどから、全国を上回る伸び画合ったものと推測される。しかしながら、患者の緩和ケアへの質評価、緩和ケアに対する準備性、モルヒネに関する正しい知識等の点については、介入地域である鶴岡地域の方がよりよい結果であり、本介入研究による患者や市民の啓発プログラムの効果が認められたと考えられる。

在宅医療の充実が求められている現在、こうした患者の理解を深めることが不可欠であり、本研究の成果を参考にして患者やその家族を含む市民への啓発を進めるべきである。

### E. 健康危機情報

なし

### F. 研究発表

なし

### G. 知的財産権の出願・登録状況

特許取得・実用新案登録・その他

なし

表2 鶴岡地域および酒田地域における主なアウトカム指標の推移

	鶴岡地域				ES	p	酒田地域				ES	p
	介入前		介入後				介入前		介入後			
	平均	SE	平均	SE			平均	SE	平均	SE		
緩和ケアの質評価												
総合評価	4.19	0.12	4.45	0.09	0.245	0.074	4.22	0.13	4.27	0.12	0.044	0.80
身体的ケア(医師)	4.21	0.13	4.50	0.10	0.238	0.081	4.16	0.14	4.32	0.13	0.15	0.39
身体的ケア(看護)	4.14	0.13	4.37	0.10	0.194	0.16	4.18	0.15	4.23	0.14	0.037	0.83
精神的ケア	4.22	0.13	4.48	0.09	0.220	0.11	4.31	0.14	4.26	0.13	-0.049	0.78
全般的満足度	4.52	0.11	4.52	0.08	0.000	0.99	4.50	0.12	4.43	0.12	-0.070	0.69
終末期QOLの評価												
総合評価	5.45	0.11	5.42	0.08	-0.023	0.87	5.32	0.12	5.26	0.11	-0.072	0.68
疼痛の評価												
もっとも強い痛み	1.81	0.27	2.10	0.20	0.116	0.40	2.61	0.33	1.73	0.32	-0.34	0.059
もっとも弱い痛み	0.96	0.19	1.26	0.14	0.178	0.19	1.42	0.22	0.90	0.21	-0.30	0.091
平均的な痛み	1.41	0.23	1.77	0.17	0.180	0.19	2.17	0.27	1.34	0.26	-0.39	0.029



# 地域緩和ケアを進める方法の普及に関する研究

研究分担者：加藤雅志

## 研究要旨

地域医療連携室の業務状況は、地域、施設特性により様々である。病院の医療連携室に勤務しているスタッフを対象に、Focus Group interview を実施し、内容分析の手法を参考に分析を行った。地域医療連携室の課題は、「地域全体」「施設間」「施設」「職種」「個人」に分類され、それぞれの解決策の示唆が得られた。

## A. 研究目的

患者の望む療養場所の重視、診療報酬上のインセンティブ、在宅医療リソースの充実により、病院完結型医療から地域完結型の医療へ変遷している。それに伴い、地域医療連携室を設置している病院の割合は、2001年の約30%から2008年46%~80%と急激に増加している。地域医療連携室実務者の業務内容が多岐にわたることの報告は散見されるが、病院における地域医療連携室実務者の業務実態や課題について整理した報告はない。そこで本研究では、現在の病院における医療・連携室実務者の業務実態と課題を明らかにし、今後の地域医療連携室のあり方について示唆を得ることを目的とした。

## B. 研究方法

過去に医療連携室において常勤3年以上の実務経験者（職種は看護師、ソーシャルワーカー、事務のいずれか）であり、現在病院の医療連携室に勤務しているスタッフのうち、本研究への参加に同意が得られた者を対象とし、5、6名程度で1グループとし、Focus Group interview を実施した。1回のFocus Group interview の時間は、60分程度と設定した。グループの編成にあたっては、職種と実務経験年数が偏らないように配慮した。

背景データについては度数分布を集計した。質的データであるFocus Group interview で記録された会話については、すべてテキストデータ化した後、内容分析の手法を参考に分析を行った。

（倫理面への配慮） 本研究では、個人が特定される情報

について取り扱っていない。

## C. 研究成果

研究参加者25名のうち、生別は男性12名（48%）、女性13名（52%）であった。職種は、MSWが最も多く8名（32%）、看護師8名（32%）、事務6名（24%）、保健師1名（4%）、看護師と保健師の両方の資格で従事しているものが2名（9%）であった。病院での業務経験年数の平均は14.7年（SD±8.9）であり、そのうち連携室での経験年数は4.8年（SD±2.5）であった。

病院の特性として、一般病院が10施設（43%）、地域医療支援病院8施設（38%）、その他4施設（17%）、特定機能病院1施設（4%）であった。病床数の平均は426.6床であり、最小は100床、最大は1135床であった。

### 1) 地域医療連携室実務者の業務実態

地域医療連携室実務者のスタッフ数の平均は6.6名（SD±4.4）であり、一番少ない施設では2名、多い施設で20名のスタッフで構成されていた。スタッフの構成メンバーは、事務が3.6名（範囲1~15）、MSWが2.6名（範囲1~5）、看護師・保健師が2.4名（範囲1~4）、医師が平均1.8名（範囲1~3）、PSWとケアマネージャーが従事している施設はそれぞれ1施設のみであった。院内での所属をみると、独立している施設は18施設、看護部直属2施設、院長直属1施設であった。サポートシステムがあると回答した施設は20施設であった。

## II. 研究分担報告

### 2) 地域医療連携室の課題と解決策

課題と解決策については、それぞれ「地域全体」「施設間」「施設」「職種」「個人」というレベルに分類された。それぞれのレベルにおいてカテゴリー化された（表1）。

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## D. 考察

本研究は、地域医療連携室が施設によって多様であることを明らかにするとともに、その課題について、多施設について質的に検討した初めての研究である。地域医療連携室の課題は、「地域全体」「施設」「職種」「個人」と5つのレベルに分類され、それぞれの解決策の示唆が得られたことは意義深い。

本研究の結果は、地域、施設、個人が、それぞれが抱えている課題を認識し、その解決策を意識することにより、地域連携を促進していくための一助になるものと考えられる。

## E. 結論

また、地域医療連携室は、施設の方針の影響を受けやすい組織であり、個人の努力だけでは解決できない課題が多く存在していることが明らかになった。地域の中での医療機関同士の役割分担の促進、施設間のネットワークの構築、施設の中での地域医療連携室の活動の周知、職種の専門性の尊重など、施設の管理者がその課題を解決するために取り組むべきことも多いことが明らかになった。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## 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

II. 研究分担報告

(表1) 地域医療連携室の課題と解決策

レベル	問題	解決策
地域全体	地域連携の体制の整備不足 患者・市民の理解不足 地域連携の理念が不明確	方針の統一 患者・市民への周知、理解促進 施設ごとの役割分担の明確化 人材育成のための教育機会の提供
施設間	情報共有の不足 相互の役割に関する理解不足 相互の業務内容・環境に関する理解不足	地域の情報を共有するネットワークの構築 相互の役割の理解の促進 相互の業務内容・環境に関する理解の促進
施設	地域連携に対する方針のあいまいさ 役割分担の不徹底	人員の確保 地域連携室活動の周知 職種としての専門性の尊重 情報を共有するシステムの構築
職種	人員の不足 業務量の過多 職種としての専門性からの乖離	地域資源に関する情報の集約
個人	地域連携に対する理解不足 担う役割に対する理解不足 コミュニケーションの不足 非専門領域に関する知識不足 地域連携に関わる臨床経験の不足	非専門領域に関する知識の習得 地域連携に関わる臨床経験の蓄積

# 在宅の視点のある医師尺度開発に関する研究

研究分担者：川越正平

## 研究要旨

病院診療から在宅診療へと移行する機会が増えつつある近年、病院医師が「在宅の視点」を持ち、退院後の在宅環境で起こりうる事態に対しての配慮ならびにこれに即した対策の指示をすることが求められている。そこで在宅診療に携わる者を対象としたフォーカス・グループ・ディスカッションと、290名の病院医師による自記式のアンケート調査を通じて「在宅の視点のある病院医師」尺度を開発した。この尺度は内的整合性や再現性、種々の妥当性も高いことが確認された。この尺度を用いて病院間の比較や継時的評価などへの応用や、尺度項目を意識した病院医師向けの教育プログラムやマニュアルの策定などへの応用、教育介入前後の評価などの医師教育分野への応用が期待される。この尺度の普及により病院医療と在宅医療の連携がますます進み、早期再入院の減少や円滑な在宅移行を通じて、社会資源の効率的な活用がなされるとともに、患者・家族の生活をみすえた医療がなされることが期待される。

## A. 研究目的

近年在宅診療を希望するがん患者・医療依存度の高いものの通院が困難な慢性疾患を有する患者が増加し、病院診療から在宅診療へと移行する機会が増えつつある。そのような中で、病院医師が「在宅の視点」を持ち、退院後の在宅環境で起こりうる事態に対しての配慮ならびにこれに即した対策の指示をすることが求められている。またそれにより早期再入院や在宅医療でのトラブルを未然に防ぐことができると考えられる。しかしながら、現在「在宅の視点」とはどのようなものか明確化されたものは存在していない。そこで、「在宅の視点のある病院医師」尺度を開発することを目的とした研究を行った。

## B. 研究方法

退院後の在宅での生活と医療の融合という問題に日々直面している訪問診療を行っている医師や訪問看護師などは、スムーズに退院後の生活に移行できた例・できなかった例を数多く経験している。そこで、このような在宅診療に携わる者を対象に、病院医師がもつべき「在宅の視点」に関してフォーカス・グループ・ディスカッ

ションを行い、7因子38項目からなる5件法の尺度原案を作成した。

「在宅診療の経験」の有無など既知集団妥当性を確認する質問を追加した。病院医師に対して自記式アンケート調査を行った。対象は承諾の得られた長崎県内の14病院に勤務する290名の医師であり、調査と約2週間後の再調査を郵送法にて行った。回収したアンケート結果に対して、因子分析及び各種妥当性の検討を行った。

(倫理面への配慮)

本調査は自治医科大学病院倫理委員会にて承認を得ている。

## C. 研究成果

今回、200名以上の多施設共同研究により、病院医師の在宅の視点を評価する尺度が初めて開発された。内容は、「退院後の生活をイメージする」、「医療をシンプルにする」、「今後の病状変化を予測した対応をする」、「多職種と積極的に協働する」、「在宅医に役立つ情報を提供する」、「介護保険などを適切に活用する」の6ドメイン20項目からなるものであり、内的整合性や再現性、種々の妥当性も高いことが確認された (cf. 下表)。