

II. 研究分担報告

D. 考察

今後、本尺度得点と関連する要因については更なる検討が必要である。また、この尺度を用いた病院間の比較や継続的評価などへの応用や、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。

更には、それぞれの項目を意識した診療を行うことで、病院医療から在宅医療へのスムーズな移行がなされることが期待される。そこで、今回の尺度開発で明らかになった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も期待できる。一方でこの尺度の得点が高い医師の患者が、実際にスムーズな在宅医療への移行がなされているのかについては追加検討が必要である。具体的には早期再入院率や在宅移行における患者・家族の満足度などと、担当病院医師の尺度得点との関連などを確認することが考えられる。

E. 結論

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、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。

F. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

1. 「病院医師の入院患者に対する在宅の視点」評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討 (O (YIA) -4★, 口演), 春原光宏
2. 第17回日本緩和医療学会 2012年6月

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

(主因子法、プロマックス回転)	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	共通性
【退院後の生活をイメージする】							
介護を行える家族の有無を評価している	0.73	-0.11	0.24	-0.07	-0.11	0.17	0.73
リハビリの目標設定では、退院後の患者の生活を考慮している	0.83	-0.03	0.06	-0.06	-0.03	0.13	0.77
治療方針の決定では、退院後の患者の生活を考慮している	0.83	-0.03	0.14	0.03	-0.05	0.03	0.79
自宅で過ごすことについて、患者がどう思っているのかを把握している	0.81	0.22	-0.25	0.00	0.24	-0.11	0.81
患者が自宅で過ごすことについて、家族がどう思っているのかを把握している	0.80	0.01	-0.11	0.12	0.20	-0.11	0.75
【医療をシンプルにする】							
退院後も継続できることを意図して、処置の簡素化を心がけている	0.09	0.73	0.24	-0.02	-0.04	0.01	0.76
退院後も継続できることを意図して、使用薬剤数を極力減らしている	-0.06	0.89	0.17	0.00	-0.02	-0.05	0.83
医療費の患者の負担について考えている	0.00	0.86	-0.16	0.00	-0.03	0.14	0.74
【今後の病状変化を予測した対応をする】							
今後起こりうる病態とその対処法について、退院前に患者や家族に話している	0.02	-0.03	0.84	0.03	0.15	-0.07	0.79
再入院が必要となった場合の対応方法について、患者や家族と話し合っている	0.02	0.14	0.79	-0.04	0.19	-0.10	0.79
病状を予測しながら、症状を緩和するケアを早めに行っている	-0.02	0.24	0.37	0.09	0.26	0.11	0.59
【多職種と積極的に協働する】							
看護師・薬剤師・社会福祉士(医療ソーシャルワーカー)など他職種との意見交換を自ら進んで行っている	0.11	0.03	0.16	0.71	-0.18	0.15	0.74
地域連携室に積極的に相談している	0.10	-0.12	-0.02	0.94	0.03	-0.04	0.87
退院後に新たな医療処置が必要な場合には、早期に地域連携室に相談している	-0.15	0.12	-0.06	0.84	0.17	-0.02	0.79
【在宅医に役立つ情報を提供する】							
診療情報提供書に、患者への病状の説明内容やそれに対する反応・理解の程度を記載している	-0.02	-0.03	0.09	-0.06	0.83	0.16	0.77
診療情報提供書に、経験した薬剤の副作用や薬剤を変更した理由を記載している	0.11	0.05	0.09	0.04	0.75	-0.01	0.76
診療情報提供書に、今後起こりうる病態とその対処方法を記載している	0.02	-0.12	0.29	0.06	0.75	0.04	0.79
【介護保険などを適切に活用する】							
介護保険で要介護と認定される見込みがあるのかを評価している	0.12	0.02	-0.12	-0.03	0.07	0.86	0.79
介護保険の主治医意見書には、医学的見地から介護の必要性を記載している	0.23	0.08	0.15	0.09	-0.14	0.60	0.71
身体障害者に該当する見込みがあるのかを評価している	-0.12	0.05	-0.12	0.02	0.33	0.77	0.74

累積寄与率=76.7%

# 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

## 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。

## 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。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。

## II. 研究分担報告

### 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。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

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。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。

## 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。「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と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

## II. 研究分担報告

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ク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、ネットワークの改善により、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関連していた。

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、ネットワーク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. Kizawa Y, Tsuneto S, Hamano J, Nagaoka H, Maeno T, Shima Y. Advance Directives and Do-Not-Resuscitate Orders Among Patients With Terminal Cancer in Palliative Care Units in Japan: A Nationwide Survey. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Oct 11. [Epub ahead of print]
2. Kizawa Y, Morita T, Hamano J, Nagaoka H, Miyashita M, Tsuneto S. Specialized Palliative Care Services in Japan: A Nationwide Survey of Resources and Utilization by Patients With Cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Sep 3. [Epub ahead of print]
3. Yamaguchi T, Narita M, Morita T, Kizawa Y, Matoba M. Recent developments in the management of cancer pain in Japan: education, clinical guidelines and basic research. *Jpn J Clin Oncol*. 2012 Dec;42(12) :1120-7. Epub 2012 Sep 28.
4. Iwamitsu Y, Oba A, Hirai K, Asai M, Murakami N, Matsubara M, Kizawa Y. Troubles and Hardships Faced by Psychologists in Cancer Care. *Jpn J Clin Oncol*. 2013 Jan 7. [Epub ahead of print]
5. Akechi T, Okuyama T, Uchida M, Nakaguchi T, Sugano K, Kubota Y, Ito Y, Kizawa Y, Komatsu H. Clinical indicators of depression among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol*. 2012 Dec;42(12) :1175-80. Epub 2012 Oct 15.
6. Hamano J, Maeno T, Kizawa Y, Shima Y, Maeno T. Usefulness of Palliative Prognostic Index for Patient With Advanced Cancer in Home Care Setting. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Jun 5. [Epub ahead of print]
7. Akechi T, Okuyama T, Uchida M, Nakaguchi T, Ito Y, Yamashita H, Toyama T, Komatsu H, Kizawa Y, Wada

## II. 研究分担報告

- M.Perceived needs, psychological distress and quality of life of elderly cancer patients. Jpn J Clin Oncol. 2012 Aug;42(8):704-10. Epub 2012 May 11.
8. 木澤義之, 梅田恵, 新城拓也, 石ヶ森一枝, 奥山慎一郎, 木下寛也, 白髭豊, 井村千鶴, 野末よし子, 森田達也. 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価:OPTIM-study, Palliative Care Research, 7(2), 172-184, 2012.
  9. 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. Palliative Care Research. 7(1) 301-305,2012.
  10. 木澤義之. ホスピス緩和ケア白書2012, 緩和ケア外来の動向と現状, 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」編集委員会編, 青海社, 28-29, 2012.
  11. 木澤義之. ホスピス緩和ケア白書2012, 緩和ケアチームの動向と現状,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」編集委員会編, 青海社, 1-5, 2012.
  12. 木澤義之,「緩和ケア」を考える.がん診療に携わる医療従事者が知っておきたい基本的な緩和ケアとは, クレデンシャル, (44), 6-8, 2012.
  13. 濱野 淳, 木澤義之, がん患者における予後予測 .Prediction rule-診療に役立つ臨床予測ルール, JIM: Journal of Integrated Medicine, 22(6), 458-461, 2012.
  14. 杉原有希,木澤 義之.【緩和医療のエビデンスと実際】早期の緩和ケア導入に関するエビデンスと実践. 腫瘍内科10(3);196-202, 2012.
  15. 木澤 義之. 【「もしも…」のことをあらかじめ話し合おう!-アドバンス・ケア・プランニングの実践】「もしも…」のことをあらかじめ話しておいたらどうなるか? 緩和ケア22(5);399-402, 2012.
- ### 学会発表
1. Yoshiyuki Kizawa, Satoru Tsuneto, Yasuo Shima. The Practice and Attitudes of Physicians Towards Advance Care Planning in Hospice Palliative Care Units in Japan. International Society of Advance Care Planning and End-of-Life Care Conference, 31 May-2 June 2012, Chicago, USA.
  2. Yoshiyuki Kizawa, Tatsuya Morita. Development and Validation of the Collaboration of Palliative Care Specialist in the Community Scale. 19th International congress on Palliative Care 2012, Oct 9-12, 2012, Montreal, Canada.
- ### G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）
1. 許取得  
なし
  2. 実用新案登録  
なし
  3. その他  
なし

# 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

## 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) 多職種を対象とした効果的な緩和ケア勉強会と2) 地域連携を目的とした症例検討会について検討を行った。1) においては、最も参加職種が多く難易度も適当と思われる看護師に照準を合わせることで、参加者全員に習得してもらいたいポイントとそうではないポイントなど職種別にポイントを明示するなど講義内容の難易度を調整工夫することは参加者の満足度や知識の習得に効果的であった。2) においては、域連携を目的とした症例検討会から地域緩和ケアに関する課題と解決法について様々な意見を集約することが出来た。

### 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2つの研究に取り組んだ。1) 多職種を対象とした効果的な緩和ケア勉強会の検討。2) 地域連携を目的とした症例検討会の成果。

1) に関しては、2008年度、2009年度に多職種を対象に緩和ケアの研修を実施し、「緩和ケアに関する知識・困難感・態度」を信頼性、妥当性が保証された「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感の評価尺度」を用いて調べた。

2) 2008年に開催した地域連携を目的とした症例検討会では症例に関するグループディスカッションを行った。各グループから回収したディスカッション全4回分の記録内容を分析対象とし、そこから地域緩和ケアに関する課題と解決法についての内容を抽出し、類似した内容を

集めカテゴリーごとに分類、整理した。

(倫理面への配慮)

1) に関しては、勉強会参加者の同意を得た上で参加者の自由意思によって行った。

2) に関しては、グループディスカッションであり、個人情報扱わない。

### C. 研究成果

1) においては、2008年度、2009年度ともに研修内容と方法に関する調査では、毎回90%以上の参加者が「わかりやすい」と回答していた。そして、「研修の内容が実際の活動に役立つか」という質問に対しても、毎回90%以上が「役立つ」と回答していた。

2008年度の「緩和ケアに関する知識・困難感・態度」について、「態度」「困難感」とともに尺度全体でも下位尺度においても前後で有意な改善は認めなかった。知識では、緩和ケアについての理念や「せん妄」、「呼吸困難」、「消化器症状」に関する知識は有意な変化がなかったが、「疼痛・オピオイド」下位尺度で有意に改善した。また、疼痛・オピオイドの項目別では、「医療用麻薬の使用は患者の生命予後に影響しない」の正答率が勉強会後に94%になった。

2009年度の「緩和ケアに関する知識・困難感・態度」

## II. 研究分担報告

について、「態度」は尺度全体としても下位尺度においても勉強会の前後で有意な変化は認めなかった。) 知識では全体としても有意に得点が改善したが、下位尺度の「せん妄」、「呼吸困難」、「消化器症状」においても得点が上がった。また勉強会終了3か月後においては、終了直後に比べて知識の低下はなく、全体としても下位尺度「せん妄」、「呼吸困難」においてもさらに得点が上がっていた。

2) においては、がん末期患者の在宅療養移行に関する地域における課題と解決法について、課題は15カテゴリーが抽出、【1. 家族への支援に関して】【2. 病院における退院支援に関して】【3. 病院と在宅の連携体制に関して】【4. 患者情報の共有に関して】【5. 制度やシステムに関して】の5つの側面に分類された。そして、その解決法として前述の側面のうち1~4の4側面から計11カテゴリーが抽出された。

### D. 考察

1) については、2008年度はがん性疼痛緩和に関する内容を主に取り扱い、終了後調査の疼痛緩和の知識に関する項目で有意な変化がみられた。また、2009年度は呼吸困難とせん妄に関する勉強会を実施し、終了後調査の該当項目において得点が勉強会前よりも上がっていた。このことから、2008年度ならびに2009年度の多職種を対象とした勉強会は、知識の向上に有効であったといえる。また、2009年度の勉強会終了3か月後の調査で得点が終了後の調査から維持もしくは向上していたことから、知識の定着率も良い勉強会であった。

2) については、がん末期患者の在宅療養移行に関する地域における課題と解決法に関して様々な意見が抽出された。

### E. 結論

1) 多職種を対象とした勉強会では、最も参加職種が多く難易度も適当と思われる看護師に照準を合わせること、参加者全員に習得してもらいたいポイントとそうではないポイントなど職種別にポイントを明示するなど講義内容の難易度を調整工夫することは参加者の満足度や知識の習得に効果的であった。

2) 地域連携を目的とした症例検討会から地域緩和ケ

アに関する課題と解決法について様々な意見を集約することが出来た。

### F. 研究発表

#### 論文発表

1. 古村 和恵, 佐久間 由美, 井村 千鶴, 野末 よし子, 木下 寛也, 白髭 豊, 山岸 暁美, 鈴木 聡, 森田 達也, 患者所持型情報共有ツール『わたしのカルテ』の評価: OPTIM-study, Palliative Care Research7巻2号 Page382-388, 2012
2. 森田 達也, 秋月 伸哉, 鈴木 聡, 木下 寛也, 白髭 豊, 宮下 光令, 異なる算出方法による地域での専門的緩和ケアサービス利用数の比較, Palliative Care Research7巻2号 Page374-381, 2012
3. 木下 寛也, 松本 禎久, 阿部 恵子, 宮下 光令, 森田 達也, がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響, Palliative Care Research7巻2号 Page348-353, 2012
4. 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 Research7巻2号 Page209-217, 2012
5. 木澤 義之, 梅田 恵, 新城 拓也, 石ヶ森 一枝, 奥山 慎一郎, 木下 寛也, 白髭 豊, 井村 千鶴, 野末 よし子, 森田 達也, 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価: OPTIM-study Palliative Care Research7巻2号 Page172-184, 2012
6. 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, Palliative Care Research7巻1号 Page121-135, 2012
7. 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地域連携のために同職種・他職種に勧めること, Palliative Care Research7巻1号 Page163-171, 2012

#### 書籍

1. 精神腫瘍学クリニカルエッセンス、創造出版、2012

## II. 研究分担報告

雑誌

なし

2. 実用新案登録

なし

学会発表

なし

3. その他

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



# 「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：白髭豊<sup>1</sup>・野田剛稔<sup>2</sup>

## 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

1 長崎市医師会（白髭内科医院）、2 長崎市医師会

## II. 研究分担報告

### 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—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レンスの成果と課題

#### 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

患者・家族に医療用麻薬の認識や残置麻薬の適切な廃棄を伝えるための「医療用麻薬取扱いリーフレット」と、薬剤師向けに訪問服薬指導のポイント（I部）と余剰麻薬の廃棄法を紹介した（II部）DVD「訪問薬剤指導のススメ」（以下DVD I部、DVD II部）を作製した。その効果を検証するために薬剤師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年には7%であったが、2010年には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 現在、論文化作業中

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。

⑮ リーフレットを使用した薬剤師18名の80%が患者説明に役に立ったと回答し、患者説明に利用した薬局の56%で調剤済み麻薬の薬局への持ち込みがあった。DVD I部を見て、訪問薬剤服薬指導の経験がない薬剤師にも有用で、今後訪問薬剤指導を実施しようと思った者が41.8%に上った。DVD II部では63.7%が役に立ったと回答した。

## 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

## II. 研究分担報告

可能性が示唆された。

⑥ 急性期 (ICU・救急)、ホスピス、入退院の多い病棟で在宅の視点が低く、療養病棟・パスがある病棟、医師が連携する病棟は高い傾向にあった。また退院支援が実践されにくい理由に「生活をイメージできない」「地域連携への苦手意識」「病棟師長の姿勢」があった。これに対し退院調整看護師は「病棟のラウンド」「一緒に退院支援を行う」「在宅側と共同しカンファレンスを開く」「生活の様子を病棟に知らせる」などを行っていた。今後はこれらに加え「訪問看護体験」「病棟師長の意識づけ」「看護の地域連携」に看護職能として取り組む必要性が示唆された。

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 リーフレットは、患者・家族に対して医療用麻薬の回収に啓発的效果を与えた。DVDの作成により医療用麻薬の廃棄について一層理解を深めることが認められた事より、今後多くの薬剤師がこのDVDを視聴することで訪問薬剤指導開始の契機になると期待される。

## E. 研究発表

### 論文発表

1. 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 2012; 7(2): 389-94.

2. 奥平定之, 野田剛稔, 詫摩和彦, 白髭豊, 安中正和, 上戸穂高, 吉原律子. 長崎県における「施設看取り」の実態調査(論文投稿中)
3. 佐田悦子, 白髭豊, 野田剛稔, 他「医療用麻薬の取扱いに関する調査報告—患者向けリーフレットと訪問薬剤指導啓発DVDを中心に—」(論文投稿中)

### 学会発表

1. 第17回日本緩和医療学会学術大会 2012 (平成24)年6月23日 (土)  
口演011-9「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」,  
口演011-1「病院医師の「入院患者に対する在宅医療の視点」評価の関連要因に関する検討：長崎市での多施設質問票調査」
2. 日本ホスピス・在宅ケア研究会 全国大会 in とち 2012 (平成24)年9月8日 (土)  
口演0-12「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」

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

# 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」 —がん患者・家族サロン「ほっと広場」の有用性の評価—

研究分担者：鈴木聡

## 研究要旨

がん患者・家族サロン「ほっと広場」の有用性と内容の適切性を明らかにするために、参加者へのアンケート調査を行った。その結果、98%が「とても良かった・良かった」と評価し、具体的には、60.2%が「聞いたことが聞けた」、27.3%がそれぞれ「仲間や友人ができた」、「悩みが共有できた」、21.6%が「自分の胸の内を話せた」を挙げ有用性が評価された。また、趣向を凝らした「お楽しみコーナー」や、緩和ケア医による「あなたの悩みにお答します」コーナーは特に参加者の満足度が高く、内容の適切性が評価された。

### A. 研究目的

同じ体験をした患者・家族同士が悩みを共有し、相談し合えるサロンが最近注目されているが、今までわが国では参加者を対象にこのようなサロンを評価した報告は少ない。本研究の目的は、鶴岡市立荘内病院で開催しているがん患者・家族サロン「ほっと広場」の有用性を明らかにし、今後の活動、運営への示唆を得ることである。

### B. 研究方法

通院中のがん患者およびその家族を対象に、緩和ケアに関するミニレクチャーや自由交流を内容とする2時間のがん患者・家族サロンを月1回、土曜の午後、荘内病院講堂で開催した。各回の終了後に、サロンの有用性、内容の適切性などを、自記式質問紙を用い評価した。「ほっと広場」は3部構成で、第一部は各職種の専門スタッフによる「ミニ講話」。第二部は「あなたの悩みにお答えます」と銘打って、医療者が患者・家族の質問にお答えするコーナー。質問事項はQ & A集として小冊子にまとめて後日参加者に配布した。第三部は茶話会で、参加者同士あるいは医療者を交えて自由にお話をする場で、時には神楽、紙芝居など地元愛好家連による郷土芸能も特別企画「お楽しみコーナー」で披露された。

(倫理面への配慮)

「ほっと広場」参加者にアンケート調査の目的、方法、個人情報への配慮などについて口頭で説明した。個々の調査への参加意思の有無は、自由意志によるアンケート用紙の提出で判断した。

### C. 研究成果

平成22年度は7回の開催でのべ107名（患者87名、家族20）が参加しアンケート回収率は82%（88名）であった。参加者数は最多で26名、最少9名で、約8割は女性で、患者の立場としての参加が80%以上で、他は家族であった。サロンの有用性については、98%が「とても良かった・良かった」と評価し、具体的には、60.2%が「聞いたことが聞けた」、27.3%がそれぞれ「仲間や友人ができた」、「悩みが共有できた」、21.6%が「自分の胸の内を話せた」を挙げた（図1）。参加のきっかけは、「主治医からの紹介」が29.1%、「友人・知人の紹介」、「ポスター・ちらしから」がそれぞれ25.6%、サポートセンターからが10.5%であった（図2）。また、趣向を凝らした「お楽しみコーナー」企画は、毎回好評であった。緩和ケア医による「あなたの悩みにお答します」コーナーは普段主治医には遠慮して聞けなかったことが聞けて満足との意見が多かった。もっと時間をかけてがんの専門的な知識を得る機会が欲しいとの意見もあったが、時間の適切性については80%以上が「ちょうど良かった」

## II. 研究分担報告

た」と評価した。

### D. 考察

「ほっと広場」の有用性と内容の適切性が評価された。すなわち、「ほっと広場」は、患者同士のふれあいの場、苦しみや悩み、心の葛藤の解消と安らぎの場となるばかりか、家族同士の触れ合う場となることも実証された。今後は、地域全体のがん患者・家族がより多く気軽に参加できる体制作りを検討していくとともに、運営にあたってはボランティアの育成にも力を入れる必要がある。一方、会をスムーズに運営するためのルール作りも必要で、安心して参加できるような配慮が会の継続的な運営には必要と思われる。

患者・家族へ「ほっと広場」の他にもさまざまな会に参加を促すことで、緩和ケアの地域への拡がり期待できると思われた。

### E. 結論

- がん患者・家族同士が集うサロン「ほっと広場」は、
- ・ お互いの悩みを共有できたり、新しい仲間・友人ができるなど、とても評価が高い。
  - ・ 内容に「お楽しみコーナー」などの特別企画を加えると参加者の満足度が高くなる。

一方、スタッフには参加者のニーズ、理解度に応じた会の企画やルールづくりなどが必要だ。

### F. 研究発表

#### 論文発表

なし

#### 学会発表

1. 佐藤八重、長谷川伸、和泉典子、奥山慎一郎、渋谷美恵、佐藤久美、富樫清、叶野明美、佐藤正、鈴木聡、土田兼史：がん患者・家族サロン「ほっと広場」の有用性評価：OPTIM 鶴岡、第15回日本緩和医療学会、東京、2010年6月

### 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

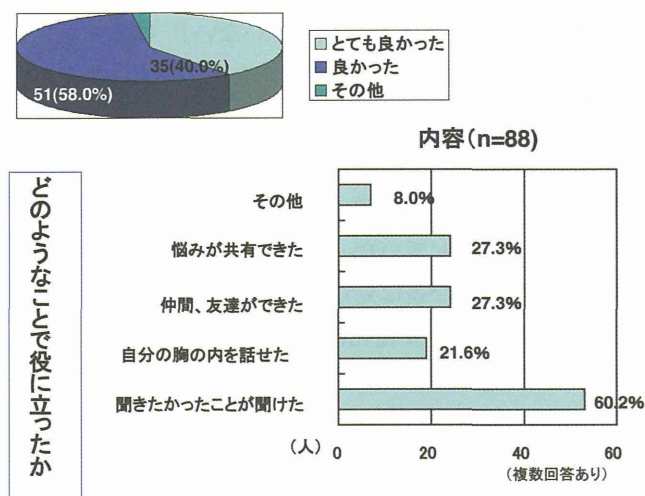
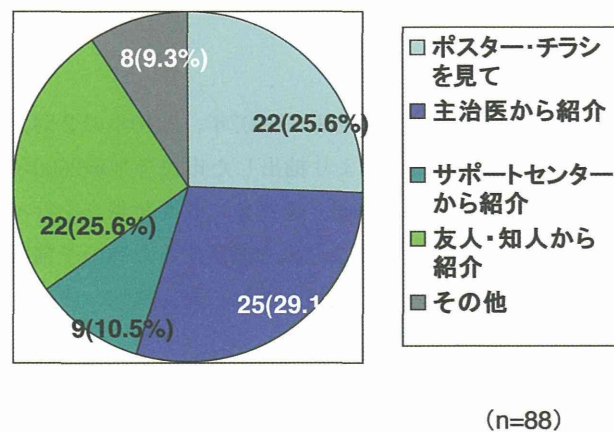


図2



# 市民への緩和ケアに関する啓発に関する研究

研究分担者：平井啓

## 研究要旨

本研究の目的は、緩和ケアの有効な啓発介入への示唆を得ることである。OPTIM プロジェクト前後の一般市民の認識の変化と OPTIM プロジェクトの啓発介入が認識に与えた影響について検討した。OPTIM 介入4地域と他地域における比較・2007年と2010年に実施された、一般市民を対象とした調査結果の比較を行った。その結果、緩和ケアに関する認識の変化が確認され、介入による暴露がある方がより認識の変化があることから住民を対象とした啓発介入は、暴露を受けることによって知識や認識が変わる可能性があるものの暴露量そのものは小さかったことから、地域全体で幅広い啓発活動を行っても情報が届く住民は少なく、地域全体への影響は大きくないといえる。今後、住民を対象とした広く薄い啓発介入では費用対効果を十分に検討する必要があると考えられる。

## A. 研究目的

OPTIM 介入地域の住民の、緩和ケアの認識、医療用麻薬についての知識、在宅医療についての認識の介入前後での変化を明らかにすることである。副次的目的として、介入地域の住民の、1) 介入に対する暴露の程度と暴露の程度と認識・知識との関連を探索すること、2) 介入前後での変化の地域間差があるかを探索すること、3) 安心感の変化を明らかにすること、4) 3年間の変化の体験を明らかにすること、5) 国のがん対策やがん関連プロジェクトの浸透度を明らかにすること、6) 住民の希望する緩和ケアを表す言葉を探索することである。

## B. 研究方法

介入地域の住民を対象として2007年、2010年の2回、2重層化無作為抽出法により抽出した市民各地域2000名(2007年)、1000名(2010年)を対象に質問紙調査を行った。2007年の調査は必要な介入を決定するための予備調査と一部として行った。適格基準は、介入地域の住民、40歳以上79歳以下のものである。

(倫理面への配慮)

本研究は匿名による自記式質問紙調査であるため、調査対象に、調査の目的・方法・プライバシーの保護・参加しない場合の不利益の有無・回答は自発的意思に基づくものであることなどについて書面にて説明する。調査への参加の意思は、匿名での調査票の返送の有無で判断した。

## C. 研究成果

主な結果は、緩和ケアの認識には変化がなかったが、医療用麻薬の知識(「麻薬中毒になったり、禁断症状が出る」、「寿命を縮める」)、在宅医療についての認識のいくつかの項目(「急な変化があったときや夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」)は変化が見られた。暴露との関連については、介入に対する暴露があるほうが、緩和ケアの認識のうち「痛みや苦痛を和らげる」、在宅医療についての認識のうち「急な変化があったときや夜間に対応できない」「往診してくれる医師がいない」が改善していた。緩和ケアの認識の変化の地域間差に解釈可能な差は見られなかった。安心感については介入前後で有意な変化は見られなかった。3年間の変化として「緩和ケアという言葉をよく聞くようになった」ものが28%であった。がん対策基本法などの制度に

## II. 研究分担報告

関する知識では、よく知っているものは10%以下であった。緩和ケアを表現するメッセージのうち「この病院にはがんと向き合うあなたを支えるチームがいます」が最も希望する頻度が高かった。

### D. 考察

本研究では、1地域あたり4,600千円/年を利用し、住民100名あたり11枚のリーフレットの配布と0.57名の参加する講演会を行った。そのような規模の住民を対象とした啓発介入は、暴露を受けることによって知識や認識が変わる可能性があるものの、地域全体で幅広い啓発活動を行っても情報が届く住民は少なく、地域全体への影響は大きくないといえる。本研究からは、住民を対象とした広く薄い啓発介入では費用対効果を十分に検討する必要があると考えられる。手段としては、1) 情報を必要とする住民(がん患者や家族)が多くいる病院など医療機関にしぼったポスターなど安価な啓発活動、2) 地元メディアや在宅医療提供者など費用を必要としない広報による啓発活動、3) もともと地域で行われている講演会や住民の集まりを利用した啓発活動、4) 広く住民ではなく、緩和ケアに関する情報が必要な住民に接する可能性のあるもの(病院の相談員、地域包括支援センター職員、民生委員など)にしぼった啓発活動、などを継続することが費用対効果の点からも有用な方法であることが示唆される。

### E. 結論

本研究の結果、緩和ケアに関する認識の変化が確認され、介入による暴露がある方がより認識の変化があるこ

とから住民を対象とした啓発介入は、暴露を受けることによって知識や認識が変わる可能性があるものの暴露量そのものは小さかったことから、地域全体で幅広い啓発活動を行っても情報が届く住民は少なく、地域全体への影響は大きくないといえる。今後、住民を対象とした広く薄い啓発介入では費用対効果を十分に検討する必要があると考えられる。

### F. 研究発表

#### 論文発表

1. 平井 啓, 高見陽子: グッドデス概念を使って難しい状況を理解しよう(第2回)事例を考える(1)残された時間を知るべきか? 死を意識せずに過ごすべきか?: 自分らしく生き抜いた事例. 緩和ケア 22(1), 40-42, 2012. 1.

#### 学会発表

なし

### G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

#### 特許取得

なし

#### 実用新案登録

なし

#### その他

なし

## 評価測定に関する研究

研究分担者：宮下光令<sup>1</sup>

研究協力者：佐藤一樹<sup>1</sup>・五十嵐美幸<sup>1</sup>

### 研究要旨

プロジェクトの介入効果の検証として介入前後の専門緩和ケアサービス利用者数調査、がん患者の死亡場所調査、患者調査、遺族調査の解析を行った。年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用者数2007年0.31、2010年0.50であった ( $P<0.001$ )。がん患者の自宅死亡者数は2007年6.8%、2010年は10.5%であった ( $P<0.001$ )。CES 患者版による患者による苦痛緩和の質の評価の得点は介入前 $4.43 \pm 1.08$ 、介入後 $4.57 \pm 0.97$ であった (ES (効果量) =0.14,  $P=0.006$ )。CES による遺族による苦痛緩和の質の評価の得点は死亡場所の分布で補正した値で介入前 $4.27 \pm 1.11$ 、介入後 $4.46 \pm 1.08$ であった (ES=0.18,  $P<0.001$ )。本介入により介入地域の専門緩和ケアサービス利用者数、自宅死亡は上昇した。外来進行がん患者および遺族による苦痛緩和の評価は統計学的には有意に上昇したがその程度は小さかった。

### A. 研究目的

本プロジェクトによる地域での実践が緩和ケアの質の向上に有効であったのかを評価し、今後の全国的な普及につなげていくためには、介入効果の適切な評価が不可欠である。評価測定委員会の本年度の目的はプロジェクトの有効性評価のための前後比較の解析を行うことである。

### B. 研究方法

#### 1. 年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用者数

調査対象は、本研究対象地域において専門緩和ケアサービスを提供している施設である。施設調査担当者に対し、2007年～2010年に専門的緩和ケア（緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、在宅緩和ケア）を受けた当該地域に居住するがん患者について、匿名化された一覧表の作成を依頼し、情報を得た。専門緩和ケアサービスの利用者数を年間がん死亡者数で除し、年間がん患者死亡数で補正した専門緩和ケアサービスの利用者数を計算した。

#### 2. がん患者の死亡場所

調査対象は地域の全がん死亡患者である。厚生労働省に対し、人口動態調査に係る調査票情報の目的外使用を申請し、2007～2010年（本研究対象地域および全国におけるがん患者の死亡場所の情報を得た。また、本研究対象地域の緩和ケア病棟の調査担当者に対し、2010年に緩和ケア病棟で死亡した当該地域に居住するがん患者数の集計を依頼し、情報を得た。人口動態統計に基づき、第10回修正国際疾病障害死因分類（ICD-10）の「悪性新生物」（ICD-10コード C00-C97）に該当する死亡者の、客体、死亡したところの種別、居住地（都道府県符号、市町村符号）、性、年齢、死亡したとき（年月）、死亡の原因（簡単分類）を把握した。

#### 3. 患者調査

調査対象は地域の病院に外来通院しており、再発・転移がある進行がん患者である。調査方法は郵送法による調査であり、各施設から発送し事務局にて回収した。調査項目は Care Evaluation Scale 患者版、Good Death Inventory 患者版、BPI などとした。調査は介入前調査：2008年4月～7月、介入後調査：2010年10月～12月に実施した。

1 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻



## II. 研究分担報告

### 4. 遺族調査

調査対象は地域の病院の一般病棟、緩和ケア病棟自宅で死亡したがん患者である。調査方法は郵送法による調査であり、各施設から発送し事務局にて回収した。調査項目は Care Evaluation Scale、Good Death Inventory、介護負担感などとした。調査は介入前調査：2008年10月～12月、介入後調査：2011年10月～12月に実施した。

(倫理面への配慮)

各調査は戦略研究によって開催される倫理審査の承認の後に実施した。調査施設が必要と判断した場合には、調査施設の施設内倫理委員会による倫理審査を受け、承認の後に実施した。

## C. 研究結果

### 1. 年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用数

年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用者数2007年0.31、2010年0.50であった ( $P<0.001$ )。

### 2. がん患者の死亡場所

がん患者の自宅死亡者数は2007年6.8%、2010年は10.5%であった ( $P<0.001$ )。これは全国値の増加を考慮した解析でも有意であった ( $P<0.001$ )。また、性年齢などの共変量で調整した解析でも有意であった ( $P<0.001$ )。

### 3. 患者調査

患者調査の解析対象数は介入前調査925人、介入後調査930人であった。

CES 患者版による患者による苦痛緩和の質の評価の得点は介入前 $4.43 \pm 1.08$ 、介入後 $4.57 \pm 0.97$ であった (ES (効果量) =0.14、 $P=0.006$ )。性年齢などの共変量で調整した解析でも有意であった (ES=0.14、 $P=0.003$ )

### 4. 遺族調査

遺族調査の解析対象数は介入前調査1110人、介入後調査1137人であった。

CES による遺族による苦痛緩和の質の評価の得点は死亡場所の分布で補正した値で介入前 $4.27 \pm 1.11$ 、介入後 $4.46 \pm 1.08$ であった (ES=0.18、 $P<0.001$ )。性年齢などの共変量で調整した解析でも有意であった (ES=0.19、

$P<0.001$ )

## D. 考察

年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用数は介入前後で有意に増加した。プロジェクトにより新規に立ち上がったサービスによる増加の影響が強かったが、既存のサービスの利用数も増加した。

がん患者の死亡場所は自宅死亡が有意に増加した。この期間で全国の自宅死亡も増加したが、増加の程度は有意に介入地域で大きかった。

患者調査の結果、外来進行がん患者の苦痛緩和の質の評価は統計学的には有意に上昇したが、その大きさは小さかった。

遺族調査の結果、遺族による苦痛緩和の質の評価は統計学的には有意に上昇したが、その程度は比較的小さかった。

## E. 結論

本介入により介入地域の専門緩和ケアサービス利用者数、自宅死亡は上昇した。外来進行がん患者および遺族による苦痛緩和の評価は統計学的には有意に上昇したがその程度は小さかった。

## F. 研究発表

1. Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Hirai K, Matoba K, Akizuki N, Shirahige Y, Yamagishi A, Eguchi K. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer*. 2012; 20(5): 923-31.
2. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K. Pain intensity, quality of life, 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*. 2012; 43(3): 503-14.
3. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, Akiyama M, Hirai K, Matoba

## II. 研究分担報告

- 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 ; 11 (1) : 2.
4. 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*. 2012 ; 43 (2) : 218-25.
  5. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Ichikawa T, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K. Providing palliative care : the views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2012 ; 43 (1) : 59-67.
  6. 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*. 2012 ; 20 (10).
  7. 森田達也, 宮下光令, 井上芙蓉子, 佐藤一樹, 五十嵐歩, 五十嵐美幸, 山口拓洋, 橋本修二. 遺族調査にもとづく自宅死亡を希望していると推定されるがん患者数. *Palliat Care Res*. 2012 ; 7 (2) : 403-7.
  8. 森田達也, 野末よし子, 宮下光令, 小野宏志, 藤島百合子, 白髭豊, 川越正平. 在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か? 2012 ; 7 (1) : 317-22.
  9. 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*. 2012 ; 7 (1) : 121-35.
  10. 木下寛也, 松本禎久, 阿部恵子, 宮下光令, 森田達也. がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響. *Palliat Care Res* 2012 ; 7 (2) : 348-53.
  11. 山田博英, 小田切拓也, 津村明美, 井村千鶴, 宮下光令, 森田達也. 患者・遺族調査から作成した医療者向け冊子「がん患者さん・ご家族の声」. *Palliat Care Res*. 2012 ; 7 (1) : 342-47.
  12. 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. 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. *Palliat Care Res* 2012 ; 7 (2) : 389-94.
  13. 森田達也, 秋月伸哉, 鈴木聡, 木下寛也, 白髭豊, 宮下光令. 異なる集計方法による地域での専門緩和ケアサービス利用数の比較. *Palliat Care Res* 2012 ; 7 (2) : 374-81.
- 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  
特記すべきことなし

# 総合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：森田達也

## 研究要旨

本研究の目的は、在宅特化型診療所と連携してケアを実施した訪問看護ステーションのケアの質について遺族からの評価を明らかにし、ステーションと診療所とで課題を共有し、両看護師の連携方法を検討することである。研究期間中に在宅特化型診療所で診療を受けた死亡患者158名のうち135名が対象となり、97名から回答を得た。この中から診療所とは別にステーションから看護師の訪問を受けていた33名（34%）から回答を得た。遺族の視点からステーションの評価が得られ、ケアの質や診療所との連携に関して全般的に肯定的な評価が得られた。特に精神的な支援の評価が高かった。一方、課題も挙げられ、診療所とステーションが連携を取る際には患者家族のニーズに合わせ、両看護師の訪問頻度や役割分担などについて十分検討する必要性が示された。本研究から、遺族に評価を得ることは、職種間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。

## A. 研究目的

本研究の目的は、在宅特化型診療所と連携してケアを実施した訪問看護ステーションのケアの質について、遺族からの評価を明らかにし、ステーションと診療所とで課題を共有し、両看護師の連携方法を検討することである。

## B. 研究方法

本研究は、OPTIM プロジェクト（Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model、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。OPTIM プロジェクトは、4地域を対象とした緩和ケアの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。主要評価項目は、患者の 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、2008年から2010年にかけて、緩和ケアの標準化と継続性の向上、患者・家族・住民に対する適切な知識の提供、緩和ケア専門家による診療、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を柱とする複合介入が行われた。

## 調査項目・調査方法

調査対象は、当該診療所で在宅死亡まで診療を受けたがん患者の遺族のうち、患者の死亡後6か月以上、18か月以内の遺族、患者・遺族の年齢が20歳以上の者を対象とした。死亡時の状況から精神的に不安定、認知症、精神障害、視覚障害などがあると判断された遺族は除外した。

調査対象とした診療所は「在宅ホスピス」を標榜している在宅特化型診療所であり、看取り数は市内のがん患者在宅死亡数の約半数である。複数名の医師と看護師が訪問を行い、かつ、必要に応じて地域内のステーションとも連携をとっている。

本研究は、郵送法による自記式質問紙調査であり、評価の質問項目は多職種9名からなるフォーカスグループで作成した。

評価の項目は、「訪問看護師の関わりに満足だった」など8項目について、「そう思わない」から「とてもそう思う」の5件法で尋ねた。「診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった」に対して「少しそう思

## II. 研究分担報告

う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した遺族にどのようなことがよかったかを自由記述で求めた。

### (倫理面への配慮)

本研究は聖隷三方原病院の倫理委員会の承認を受けた。調査対象に、調査の目的・方法・プライバシーの保護・参加しない場合の不利益・回答は自由意思に基づくものであることなどについて書面で説明し、調査への参加の意思は、匿名での調査票の返送の有無で判断した。

## C. 研究成果

研究期間中の死亡患者158名のうち135名が対象となり、97名から回答を得た（有効回答率75%）。この中から診療所とは別に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33名（34%）であった。

遺族からみたステーションの評価は、93%の遺族が、「訪問看護師の関わりに満足だった」に対して「そう思う」「とてもそう思う」と回答した。遺族の85%が「困ったことや心配なことを十分に相談できた」「困ったことや心配なことに十分に対応してもらえた」、70%前後が「患者や家族が望む過ごし方について話をすることができた」「緊急時には、すぐに対応してもらえた」「家族ができることなど、介護の仕方について十分に相談できた」に対して肯定的な回答だった。

連携の評価は、86%が「診療所との連携はよかった」と回答した。一方、「診療所の看護師とは別に、訪問看護ステーションが入っていてよかった」に対しては74%が「そう思う」「とてもそう思う」としたが、26%が「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した。

「診療所の看護師とは別にステーションが入っていてよかった」に対して「少しそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と20名が回答し、そのうち11名からどのようなことがよかったかの理由が得られた。その内容は5つのカテゴリーに分けられ、「精神的な支援があった」「療養上の世話に関する支援があった」「予定された日時に頻繁に見てもらえた」「緊急時や変化時の対応がよかった」「連携が取れていた」であった。

## D. 考察

ステーションの評価は、看護師の関わりに満足度が高

く、総じて肯定的であった。「困ったことや心配なことを十分に相談できた」「困ったことや心配なことに十分に対応してもらえた」が高く評価され、自由記述には【精神的な支援があった】が挙げられた。ステーションのケアとして精神的な支援は高い評価を得ているといえる。また、「患者や家族が望む過ごし方について話をすることができた」についても高い評価が得られており、終末期ケアには特に重要である大切な最期の時の過ごし方に関する支援も高く評価されたといえる。「緊急時には、すぐに対応してもらえた」に対しても肯定的であり、「どんな時に連絡すればよいか分からなくて困った」との回答は少なかった。自由記述には【緊急時や変化時の対応がよかった】とあった。緊急時の対応も高い評価が得られており、どんな時に連絡すればよいかも理解されているといえる。また、「家族ができることなど、介護の仕方について十分に相談できた」も高く評価され、自由記述には【療養上の世話に関する支援があった】とあったが、これは、終末期の刻々と変化していく患者の状態に応じて看護師はその介護を担い、その方法を家族に伝えることが出来ていたといえる。

連携に関しても「診療所との連携はよかった」と回答した遺族は多く、「診療所とステーションの看護師のどちらに相談すればよいかわからなくて困ることがあった」は少なかった。自由記述からも【連携が取れていた】とあり、連携に関しても肯定的な評価であり、診療所との連携はよかったことが示された。一方、「診療所の看護師とは別に、訪問看護ステーションが入っていてよかった」に関しての評価は分かれ、全患者に対して一様に両方の看護師が入ることがよいとはいえないことを示唆していると考えられる。入っていてよかった理由には【精神的な支援があった】【療養上の世話に関する支援があった】【予定された日時に頻繁にみてもらえた】などがあり、精神的な支援、療養上の世話の支援、定期的な頻繁な訪問を望む家族には、診療所の訪問看護に加えてステーションが入ることを望んでいるのではないかと考えられる。一方、少ない訪問頻度で良いと思っている患者家族には両方の看護師が入る必要性はあまり感じていないかもしれない。診療所とステーションが連携する場合には両看護師の訪問頻度や役割分担などについて事例ごとに患者家族のニーズを十分検討し、お互いの信頼関係をもとに掲げた目標に向けてケアに取り組むことが大切である。役割分担の際には、ステーションは評価