

表2 自宅死亡の希望推定数

	介入地域		全国	
	実測数	自宅死亡を希望していると推定される数(百人)*	実測数	自宅死亡を希望していると推定される数(万人)*
一般病院死亡数	4,357	11.8	293,978	7.9
緩和ケア病棟死亡数	471	1.1	25,438	0.59
自宅死亡数	581	5.4	27,508	2.5
合計	5,546	18.2 [17.6~18.8] 32.8% [31.7, 33.9]	353,499	11.1 [11.0~11.1] 31.2% [31.1, 31.4]

*表1から得られた一般病院死亡数に27%、緩和ケア病棟死亡数に23%、自宅死亡数に92%を乗じて算出。

[]内は95%信頼区間を示す。

体の23.0%)が自宅を希望していた死亡場所として挙げた。自宅で死亡した患者の遺族221名のうち92.3%が「望んだ場所で最期を迎えられた」に「ややそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」と回答した。

自宅死亡の希望推定数は、対象地域ではがん死亡の32.8% [95%信頼区間: 31.7, 33.9]であり、全国数値に基づく11.0万人(がん死亡の31.2% [95%信頼区間: 31.1, 31.4])であった(表2)。

考 察

本研究の重要な知見は、わが国で初めて遺族調査の視点から、自宅死亡を希望していると推定されるがん患者の数を求めたことである。

本研究では、がん死亡の31%が自宅を死亡場所として推定された。これは、以下の先行研究の結果に近い数値であった。①一般市民の調査で44%が自宅を希望する場所と選択した⁹⁾、②がん患者を含む一般市民を対象とした調査で、「最期まで自宅」を希望する回答は約10%、「なるべく自宅で過ごし、必要があれば入院する」回答は約50%であった。複数の実態調査で1度在宅療養に移行した患者のうち実際に再入院を必要とした患者は約50%であることから^{17),18)}、後者の半数である25%と「最期まで自宅」を希望する回答を加えると35%である^{9),10)}。③一般市民を対象とした調査で、「家族の負担が軽減され専門家の診療を受けられるならば自宅で過ごしたい」回答が40%であった⁵⁾。

本研究の限界として、①遺族の推測による回答と患者の実際の希望とが一致していなかった可能性があること、②回答していない遺族の回答による影響が分からないこと、③地域の調査対象となっていない比較的小規模な病院の遺族の意見は分からないこと、④調査地域では在宅特化型診療所が含まれること、⑤調査地域の緩和ケア病棟の1つが認可を受けた緩和ケア病棟ではないこと、である。しかし、患者自身の希望を明確に知ることは調査の実施可能性のみならず、患者自身の希望が状況や患者自身の体験により変化するため難しいことから、遺族調査による推計には価値があると考える。

以上より、遺族調査に基づく、自宅死亡を希望しているがん患者の数は、がん死亡の30%前後であると推定された。

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。

文 献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- 2) Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31: 140-7.
- 3) 片山 壽 監著. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 藤原出版新社, 東京, 2008.
- 4) 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. ホスピス緩和ケア白書2008—緩和ケアにおける医療提供体制と地域ネットワーク, 2008.
- 5) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 2012; 20: 2575-82.
- 6) Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, et al. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: a population-based nationwide survey. *J Pain Symptom Manage* 2011; 42: 882-92.
- 7) Munday D, Petrova M, Dale J. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. *BMJ* 2009; 339: b2391.
- 8) Agar M, Currow DC, Shelby-James TM, et al. Preference for place of care and place of death in palliative care: are these different questions? *Palliat Med* 2008; 22: 787-95.
- 9) Bell CL, Somogyi-Zalud E, Masaki KH. Factors associated with congruence between preferred and actual place of death. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 591-604.
- 10) Bell CL, Somogyi-Zalud E, Masaki KH. Methodological review: measured and reported congruence between preferred and actual place of death. *Palliat Med* 2009; 23: 482-90.
- 11) Brogaard T, Neergaard MA, Sokolowski I, et al. Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliat Med* 2012 May 14 [Epub ahead to print]
- 12) Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, et al. Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 412-6.

- 13) Sato K, Miyashita M, Morita T, et al. Family member perspectives of deceased relatives' end-of-life options on admission to a palliative care unit in Japan. *Support Care Cancer* 2012; 20: 893-900.
- 14) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 2.
- 15) 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 Med* 2008; 25: 412-8.
- 16) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 486-98.
- 17) Fukui S, Fujita J, Tsujimura M, et al. Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. *Ann Oncol* 2011; 22: 2113-20.
- 18) 木下寛也, 松本禎久, 阿部恵子, 他. 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* 7: 348-53, 2012.

著者の申告すべき利益相反なし

原著

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森田 達也¹⁾, 井村 千鶴²⁾, 野末よし子²⁾, 鈴木 聡³⁾, 渋谷 美恵⁴⁾,
木下 寛也⁵⁾, 原田久美子⁶⁾, 白髭 豊⁷⁾, 平山 美香⁸⁾, 江口 研二⁹⁾1) 聖隷三方原病院 緩和支援治療科, 2) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 3) 鶴岡市立荘内病院 外科,
4) 鶴岡市立荘内病院 地域医療連携室, 5) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科, 6) 国立がん研究センター東
病院 精神腫瘍学開発部 がん患者・家族総合支援センター, 7) 白髭内科医院, 8) 「緩和ケア普及のための地域
プロジェクト」社団法人 長崎市医師会 長崎がん相談支援センター, 9) 帝京大学医学部 内科学講座

受付日 2011年1月11日 / 改訂日 2012年5月14日 / 受理日 2012年6月15日

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムの参加者にとって「最も大きかった」と体験されたことを明らかにすることである。緩和ケアの地域介入が実施された地域において中心的に関わった101名を対象としたインタビュー調査を行い、96名から回答が得られた。最も大きかったことは、【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】(n=61; [つながりができた] [連携の大切さを知った] など)、【緩和ケアの知識と技術が向上した】(n=18; [知識とサポートがあることで自信をもって対応できた] など)、【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】(n=10)、【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】(n=4)、【自分の役割に役立つ体験ができたこと】(n=2)、【患者・家族の満足が得られた】(n=1)であった。地域緩和ケアプログラムの最も大きい影響は連携の促進、次に、緩和ケアの知識と技術の向上である。
Palliat Care Res 2012; 7(2): 209-17

Key words: 緩和ケア, 地域, 在宅ケア, 連携

緒言

わが国では、地域での緩和ケアの普及が求められている¹⁻⁴⁾。これまでに、イギリスの Gold Standard Framework をはじめとして、オランダ、オーストラリア、カナダなどで実施された地域緩和ケアプログラムについての研究が報告されている⁵⁻⁸⁾。これらの地域緩和ケアプログラムでは、医療者対象の教育、地域緩和ケアチームや緩和ケア病棟の設置、地域の統一したトリアージセンターを含む複合介入が行われた。地域緩和ケアの介入研究のアウトカムとしては、患者の療養・死亡場所を含む quality of life や家族の満足度などが用いられるが⁹⁻¹³⁾、プロセスに関する研究では参加者に最も意味があったと認識されることに「ネットワークの構築」があることが示唆されている⁵⁻⁸⁾。

地域緩和ケアプログラムのどのようなことが参加者にとって意味があったと認識されるかについて洞察を得ることは、実際に地域緩和ケアプログラムを施行する際のプログラムを設定する時に役立つと考えられる。一方、わが国では、各地域で地域緩和ケアの活動が行われているが¹⁻⁴⁾、同様の研究はない。

本研究の目的は、わが国で実施された地域緩和ケアプログラムの参加者にとって、「最も大きかった」と体験されたことを明らかにすることである。最終的な目的は、それによって、地域緩和ケアプログラムに求められていることについての洞察を得ることである。

対象・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^{14, 15)}。OPTIM プロジェクトは、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域の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。主要評価項目は、患者の評価による quality of care、遺族の評価による 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(マニュアルの配布、医療者向け緩和ケアセミナー)、②患者・家族に対する適切な知識の提供(リーフレットの配布、市民講演会)、③緩和ケア専門家による診療(地域緩和ケアチームの設置)、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(相談窓口の設置、退院支援・調整プログラムの導入、地域多職種カンファレンス)、が行われた。介入は、これまでに明らかにされている緩和ケアのバリア(医療者の知識・技術の不足、患者・家族の緩和ケアについての知識の不足、緩和ケア専門家の不足、地域での多職種連携の不足)が改善することを目的として策定された¹⁵⁾。

地域介入のプロセスを明らかにするために、①地域で行われたことの詳細な記述、②各地域で同定された地域緩和ケアの課題と解決策の系統的な収集と分析、③各地域で介入を担当した

Corresponding author: 森田達也 | 聖隷三方原病院 緩和支援治療科
〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453
TEL 053-436-1251 FAX 053-438-2971 E-mail: tmorita@sis.seirei.or.jp

表1 地域緩和ケアプログラムに参加したことで一番大きかったこと

	n
1. 【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】	61
【つながりができた】	51
【連携の大切さを知った】	6
【専門家と協働する体験・体制ができた】	4
2. 【緩和ケアの知識と技術が向上した】	18
【知識とサポートがあることで自信をもって対応できた】	7
【緩和ケアは末期のことだけではないと思うようになった】	4
【緩和ケアの新しい知識を得た】	4
【患者の価値観や意思を大事にするようになった】	3
3. 【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】	10
【自分のやりがいや価値を見出した】	3
【(薬剤師としての) 役割が分かった】	2
【(病院医師・看護師として) 自宅での生活を考えるようになった】	2
【(緩和ケア認定看護師として) 地域を支える役割を自覚した】	2
【(がん治療を担当する医師として) 死を考えた診療をするようになった】	1
4. 【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】	4
5. 【自分の役割に役立つ体験ができた】	2
6. 【患者・家族の満足が得られた】	1

リンクスタッフを対象としたインタビュー調査を行った。本研究は、後者のインタビュー調査の分析結果の一部である。インタビュー調査の主目的は、プロジェクトに参加した医療福祉従事者の体験とその理由を知ることである。半構造化面接として、①プロジェクトに参加した目的、②体験とその理由、③プログラムの有用性とその理由、④「最も大きなこと」、⑤推奨、⑥組織構築の評価と改善点、などについて質問し、回答を録音した。「最も大きなこと」とは、プロジェクトの参加者にとって、プロジェクトに参加したことで最も大きかった、意味があった、価値があったと感じられたことと概念化した。質問は、「プロジェクトに参加したことで一番大きかったことはなんですか」を用いた。

対象者は「各地域において介入の運営、立案や実施に関わった者」全員であり、地域の責任者が同定した。面接は、看護師2名が緩和ケア領域の研究経験の豊富な医師と緩和ケア認定看護師のスーパービジョンを受けて行った。時期は介入最終年度後半(2010年10月-2011年3月)に行った。合計103名が対象となり、全員が調査を承諾したが2名で予定が合わないなど実際上の理由で実施できなかったため、101名で調査が終了した。インタビューの平均時間は135分±39分であった。

5名で時間の都合やインタビュー施行者の意図的でない理由(聞き忘れ)によって該当する質問が行われなかったため、96名を分析対象とした。内容分析の技法に従って、逐語録化したテキストから「プロジェクトに参加したことで最も大きかったこと、意味があったこと、価値があったこと」を表現している部分にコードをつけ、意味内容の類似性・相違性からサブカテゴリー、カテゴリーを形成した¹⁶⁾。1つの回答を分析単位とし、1つの回答に2つの意味を含む場合も1つの単位として扱い、サブカテゴリーごとの度数を計算した。サブカテゴリーを「」、カテゴリーを「【】」、データ(発言)を「」で示した。

頻度の多かったカテゴリー2つについて、地域、勤務場所(病院 vs. 診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局など病院以外)、職種(医師・看護師・薬剤師などの医療職 vs. 介護支援専門員・医療ソーシャルワーカーなどの福祉職)の頻度を χ^2 検定(Fisherの直接法)で比較した。計算はIBM SPSS Statics 19を使用した。

結果

対象となった96名の職種は、病院看護師26名、訪問看護師・診療所・施設看護師18名、病院医師12名、診療所医師9名、介護支援専門員7名、保険薬局薬剤師8名、病院薬剤師5名、医療ソーシャルワーカー5名、栄養士2名、作業療法士1名、病院事務職1名、地域包括支援センター職員(介護支援専門員)1名、行政保健師1名であった。臨床経験の中央値は20年(3-40年)で、85名が10年以上であった。地域は、鶴岡地域14名、柏地域27名、浜松地域44名、長崎地域11名であった。

最も大きかったこととして、96名中61名(64%、[95%信頼区間: 53, 73])が【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】を挙げ、18名(19%、[12, 28])が【緩和ケアの知識と技術が向上した】、10名(10%、[6, 18])が【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】を挙げた。4名(4%、[2, 10])は【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】と回答し、2名(2%、[1, 7])が【自分の役割に役立つ体験ができた】、1名(1%、[0, 6])が【患者・家族の満足が得られた】と回答した(表1)。

【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】【緩和ケアの知識と技術が向上した】の頻度は、地域、勤務場所により有意な差はなかったが、福祉職では前者が、医療職では後者が多い傾向にあった(表2)。

表2 地域、勤務場所、職種による差

	ネットワークが増え、連携の重要性を実感した	p	緩和ケアの知識・技術が向上した	p
地域		0.41		0.26
鶴岡地域 (n=14)	79% (n=11)		21% (n= 3)	
柏地域 (n=27)	59% (n=16)		26% (n= 7)	
浜松地域 (n=44)	64% (n=28)		23% (n=10)	
長崎地域 (n=11)	82% (n= 9)		9.1% (n= 1)	
勤務場所		0.39		0.68
病院 (n=51)	63% (n=32)		24% (n=12)	
地域* (n=45)	71% (n=32)		20% (n= 9)	
職種**		0.054		0.28
医師・看護師・薬剤師 (n=78)	62% (n=48)		24% (n=19)	
介護支援専門員・医療ソーシャルワーカー (n=13)	92% (n=12)		7.7% (n= 1)	

*診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、保険薬局など病院以外の施設

**表記した以外の職種があるため合計が96にならない

【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】

51名が、[つながりができた]ことを最も大きなこととして述べた。[つながりができた]ことは、「ネットワーク」「多職種の連携」「多職種の方とつながり」「資源者との関係」「人との出会い」「いろいろな人と知り合えた」「顔見知りになる」「顔の見える関係」「顔の見える仲間」「ひと」「コネクション」「人脈」などと表現された。

[つながりができた]こととその良かった影響として、相談先が増える、実際に解決につながる、顔が分かるだけで安心して声をかけやすくなる、患者に具体的に紹介できる、患者の情報が連続したものになる、患者に対応するうえで重要ならよつとしたことがやりとりできる、正式な場所ではなくついでに開ける機会がある、生の声が聞ける、地域全体で解決策を探すようになる、地域全体のネットワークの基盤になることといった仕事上の効果のほかに、1人ではない負担感が和らぐ、病院と地域間・医療と福祉間の心理的な壁が取り払われることといった精神的な効果が語られた(表3)。精神的な効果は、「励まされた」「楽しいと思える」「同じ思いでいられる」「一緒にできる」「守ってくれる人がいる」「孤独ではない」「安心できる」などと表現された。

つながりをつくるためのきっかけとしては、多くの対象者がプログラムの設置した多職種で行ったグループワークを挙げ、このような機会がなければ日常の臨床では出会う機会がないことが語られた。

「(大きいことは)いろいろな人と知り合えたこと。(通常の)研修へ行っても受けるだけですよね、一緒に話をしたりはあまりないです。1人ずつ発言はあっても、グループワークとかはない。ましてや多職種となるとさらにない、話し合う機会があったのがその後の仕事のしやすさにつながってる」(訪問看護師, 011)

「OPTIMがなければ、紹介状だけのやりとりだったかもしれないです。早い段階で顔見知りになりました。スタッフが一堂に会することはないですから」(病院医師, 062)

3名はネットワークが増えることそのものよりも、チームで協働することの重要性そのものについて[連携の大切さを知っ

た]と述べた。

「一番大きかったこと、やっぱり連携です。職種はもちろん、看護師間でも、1つのことをやるには本当にもうみんな連携しないと難しい。退院支援にしても、治療にしても全部、1人で抱えるのは負担になってしまうし知識もないので、連携の大切さは大きいと思います。1人じゃなく、経験と知識を合わせるとすごく大きくなるのを感じます」(病院看護師, 001)

[専門家と協働する体験・体制ができた]ことについて、アウトリーチプログラムを受けた看護師は専門家との協働による体験で知識に厚みができたことを述べ、在宅に移った患者を病院が共にフォローアップすることを経験した訪問看護師は患者のみならず医療者にとっての安心感を述べた。

「(緩和ケアの)先生の説明の仕方は一番大きかった。実際見させていただいてハートっていうのと、患者さんにどう考えていったらいいか、すぐその場で答えを出してくださった。見てるだけ、聞いてるだけでも知識の積み重ねになって、(緩和ケア認定)看護師が事例を通してこの時はこういうやり方もありますと知識として入ったのは、すごく大きかった」(訪問看護師, 068)

「在宅を支える中に、入院元の病院も関わっていただくのはすごく大きかった。その後フォローもしていただいているのは、本当に、患者さんと家族の方だけでなく、すべての方にとってすごく大きいと思っています」(訪問看護師, 050)

【緩和ケアの知識と技術が向上した】

【緩和ケアの知識と技術が向上した】こととして、系統づけられたマニュアルや緩和ケアセミナーを通じて、これまでに経験的に行っていたことの根拠や裏づけを知ることで自信をもって行えるようになったことが述べられた。

「一番大きいこと、患者さんと向き合えるようになったと思います。表面的にやっていたことの理由と裏づけが分かってきた。スキルを実際に見たり聞いたり、やってみて自分のものになってきている。少し自信ないのはそういうところだと気づけた」(病院看護師, 094)

「(大きいことは)がん患者さんに対する接し方が多少自信を

表3 [つながりができた] ことと影響

1. 相談先が増える	<p>「一番大きかったのは、いろんな職種の方と知り合えたことです。つながりができたので、何か困った時にここに聞けばいいっていう、今後の仕事をしていくうえで、非常に強力な力、困ったらあそこに聞いたら多分こうなる、そういうのがたくさんできた」(保険薬局薬剤師, 055)</p> <p>「人のつながりが増えたことが、一番大きかったと思います。病院職員なんてちっぽけな存在ですけど、地域の薬剤師さんとつながってたり、ケアマネジャーさんとつながってたり、診療所の先生とつながったりで、いろんな方でつながっていると、いろんな知識が(増える)。常日頃から聞ける人が増えたことは、ちっぽけだった人がいろんな頼れる仲間がいることで力がついたような感覚になります」(医療ソーシャルワーカー, 044)</p>
2. 実際に解決につながる	<p>「一番私が増えて大きいのは、つながりです。つながりは大きい。多職種がつながれることがすごく大きくて、つながっていることで実際の場面で問題解決につながることができるところが大きい」(介護支援専門員, 099)</p>
3. 顔が分かるだけで安心して声をかけやすくなる	<p>「先生とお顔は見えても、どうお話したらいいかわからないので、なかなか声を、いつもお世話になってますって声すらかけづらい。何回か顔見知りになるとご挨拶できるっていう違いがある」(訪問看護師, 048)</p>
4. 患者に具体的に紹介できる	<p>「一番大きかったのは、直接会ってお話ができる機会が得られたのは大きいと思います。私が患者さんでも、紹介してくれる先生ってどういう人なんだろうって不安はあると思うんですけど、紹介する人が知っているよ、お願いしたことがあるよって言葉1つで、安心になる。すごく大きな財産になったと思います」(医療ソーシャルワーカー, 026)</p>
5. 患者の情報が連続したものになる	<p>「一番大きいのは、自分の施設以外の人たちと知り合えたこと。自分がみてる患者さんがほかに行った時、こんなこと言ってたよとか、今こんな状況ですよと情報をもらえる。今までだと細切れの情報しかなかった(ことの)抜けてる部分を補える。途切れてしまってた情報が、連続した情報に変わった」(病院医師, 097)</p>
6. 患者に対応するうえで重要なちょっとしたことがやりとりできる	<p>「ちょっと難しい患者さん、性格で。訪問看護師さんもどう接したらいいのかわからない。でも、それはこういうことから、こういう思いでこうしてたからそうなっていると思うよって伝えることができる」(病院看護師, 093)</p>
7. 正式な場所でなく、ついでに聞ける機会がある	<p>「(大きいのは)いろんな職種の人と顔見知りになれたことです。少数グループでお話する機会をずいぶん設けていただいたので、帰る道すがらで話をしたり、ちょっとした機会がもてるようになったのが大きかった。学校みたいなキチッと正式なルートで話をすると、ちゃんとしたことしか聞けないですけど、(ついでに)話をするとこんなことも知らないのってことも聞ける」(病院薬剤師, 021)</p>
8. 生の声が聞ける	<p>「〇〇病院だとかこうするって新しい方法を知ることができる。全国のネットワークでも知ることはできるけど、『正直効きませんよ』とか『ちょっといまいちだと思っ』ってなかなか言えないでしょう。でも、身近で使ってる人たちがいるとダイレクトな感触が聞けるので良い」(病院医師, 101)</p>
9. 地域全体で解決策を探すようになる	<p>「自分の病院だけで考えるんじゃなくて、地域のほかの在宅とかホスピスとか、全体として考えていく印象ができた。(地域には)いろんな取り組みをしているところがある、うちではできないことをやってみることを聞いたんで、うちだけで解決できないのは分かってはいたんですけど、実感として感じられた」(医療ソーシャルワーカー, 092)</p>
10. 地域全体のネットワークの基盤になる	<p>「地域の問題って緩和のことだけじゃないわけです。救急とか認知症の介護の問題とかいろんな問題の中で仕事をしているので、(OPTIM が)きっかけでそれぞれの人たちが携わっていることとか困っていることを知ることができる。がん以外のことでも、地域の医療を良くする取り組みやすさに大きな影響がある」(病院医師, 056)</p>
11. 1人ではない負担感が和らぐ	<p>「自分自身のことなんですけど、ほかの病院とか地域の方々と交流できて、経験も浅いので情報を得たりつながりができたことが一番大きかったです。非常にありがたい、助かってるといいますか、心強いです」(緩和ケア認定看護師, 088)</p>
12. 病院と地域間、医療と福祉間の心理的な壁が取り払われる	<p>「医療スタッフのことも在宅スタッフのこともすごく理解が深められたことは良かったし、私の中でもあったかもしれない壁が少し取れたかもしれない」(介護支援専門員, 091)</p> <p>「本当に分からない病院の人たちが研修にきたらすごくいるじゃないですか。意外とみんな気さくでフレンドリーで、雲の上の人じゃなかったっていう感覚。(名前は)知ってましたけど、こんなに砕けた先生だと思わなかったです。そういうことが大きかった。壁が取り払われたことがうれしくて、スタッフがいろんな先生、いろんな部署とできるようになったことがとても大きくてありがたかった」(訪問看護師, 065)</p>

もってできることです。マニュアルができてから、ちょっと疑問をもったら必ずここに戻る。これを10年ぐらい前に一般の先生方が理解してたら、もっと良くなってた気がします。ある程度はみんな頭に入っているけど、システムだったマニュアルはあんまりなかった」(診療所医師, 003)

【緩和ケアは末期のことだけではないと思うようになった】ことは、患者に情報を提供する立場の医師や医療ソーシャルワーカーと、紹介を受けるホスピス病棟看護師との両方から述べられた。きっかけは研修と直接話をするのであった。

「緩和医療に関して、私自身間違った認識をもっておりましたので、考えを改めさせていただいたことと、新しい知識、緩和とは何かを非常に学ばせていただいています。相談員の立場とすれば情報提供するのが業務ですので、間違った知識を伝えるわけにはいきません。オプティムで教えていただいた情報、最新の情報が非常に大きい」(医療ソーシャルワーカー, 082)

「一番大きなことは、(ホスピスに)面談に来られる方の表情が違います。紹介して下さる方が言うてくださると思うんです。最後の場所より、今この時期にどこで過ごすかの選択肢としてホスピスがあるって、送る側にとってみれば、(ホスピスで受けられる)ケアを研修とか連携の中で(徐々に知り合っているから)、自分の言葉で伝えてくださっているんじゃないでしょうか、そういう効果があったと思います」(ホスピス病棟看護師, 032)

このほか、新しいツールなどを通じて【緩和ケアの新しい知識を得た】ことや、患者の個性性に配慮して【患者の価値観や意思を大事にするようになった】ことが挙げられた。

「一番大きかったのは、在宅で看取りをする方への援助の仕方。これ(『これからの過ごし方について』)ですね。どう準備していくか、自分の中で整理ができて、この時期だからやること、今やるのが、以前より整理ができて、的確になったと思います」(病院看護師, 078)

「一番大きいこと、患者さんのニーズに向き合うことが、症状にしても心にしても看取りにしても療養先にしてもまずは大切なこと、そこが一番学べたこと。本当に人それぞれ違う。深いところまで思いを聞かないと本当にしたいことがうまく提供できない、それが一番の学び」(病院看護師, 085)

【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】

4名は連携と緩和ケアの知識・技術それぞれが関係し合っていることを【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】と述べた。

「一番かどろかは分からない。大きく2つ感じるのが、1つは連携。チーム医療は絶対に連携がとても必要で、オプティムでのいろいろ(なプログラム)が連携にすごくつながっている。もう1つが知識、技術。自分自身の知識もあるけど、周りの人にどう活かしてもらおうか、どうつなげていくか」(病院看護師, 083)

【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】

プログラムに関わることで、【自分のやりがいや価値を見出した】ことが一番大きかったと3名が述べた。特に、薬剤師は他の職種と関わることで求められている【役割が分かった】ことを挙げた。

「自分のこれからの仕事を決められたことです。向いてる仕

事って気づかせてくれた。自分はこうやって大丈夫って与えてくれたことが最も大きかった部分です。そういう仕事に巡り会えた、実感できた」(診療所医師, 005)

「一番大きい(ことは、)多職種の方とつながりをもてて、薬剤師って何をすべきか、根本的なことをしっかり考えるきっかけになったのが一番かと。自分が何をしなくちゃいけないのか、患者さんにどう責任をもつべきか、ちょっとあやふやな部分がしっかりもてる方向になってきた」(保険薬局薬剤師, 054)

また、病院医師・看護師は地域のスタッフと関わることで【自宅での生活を考えるようになった】ことを述べ、緩和ケア認定看護師は患者1人ひとりに対するケアの質を考えるだけでなく地域全体の緩和ケアを向上させる【地域を支える役割を自覚した】ことを述べた。

「大きなこと、最初からここ(病院)でしか働いていないから、井の中の蛙になってたと思うので、在宅を考えるきっかけになったというのが一番です」(病院医師, 067)

「視野を広げなければいけない。今まで個の(緩和ケアの)質の向上を目指していたんですけど、標準(的な緩和ケア)の均てん化の意味の大きさをすごく感じる。目の前にいる人だけではなくて、もっともっと地域の役割が専門領域で働く人間としては求められていると気づいた」(緩和ケア認定看護師, 058)

【自分の役割に役立つ体験ができた】としては、退院支援看護師が退院支援・調整プログラムを導入した体験を、行政保健師が地域でのプロジェクトの進め方の体験が一番大きかったこととして述べた。また、1名が直接【患者・家族の満足が得られた】ことを大きかったこととして挙げた。

考 察

本研究では、地域緩和ケアプログラムの参加者が体験した「最も大きかったこと」が明らかにされた。

最も重要な知見は、地域、勤務場所、職種を問わず、96名中61名がネットワーク・連携に関わることを最も大きなこととして挙げたことである。これは当初の介入の意図が緩和ケアの知識・技術の向上を含む4領域が均等に目的とされていたことと対照的であったが、Gold Standard Frameworkをはじめとするわが国以外の各国の地域緩和ケアプログラムの評価とも非常によく一致している^{5,28)}。Gold Standard Frameworkの概念的枠組みで最も基盤となるものとして、地域の医療福祉従事者間のネットワークの確保(C1: communication)が挙げられているように、地域緩和ケアプログラムにまず求められること、効果として認識されるのは、「地域内での医療福祉従事者間のコミュニケーションの改善」であると考えられる。これは、OPTIMプロジェクトの医療者を対象とした質問紙調査の分析や1地域で行われた複数研究の結果とも一致している¹⁷⁻²⁰⁾。すなわち、地域を対象とした緩和ケアプログラムを行う場合にまず念頭に置かなければならないことは、地域単位でのネットワークであり、ネットワークを増やすような介入方法、特に多職種での少人数ずつのグループワークや事例検討を用いることが有用であることが強く示唆される。

次に、大きかったと認識されたことは、緩和ケアの知識と技術の向上であった。これは介入目的からして当然であるが、本

研究から示唆された重要な知見は、それまであいまいであった緩和ケアが目に見えるものとして構造化して提供されたことにより、自信をもって対応できたと多くの参加者が述べたことである。地域への緩和ケアの知識と技術の普及では、緩和ケアの内容を「学習しうるものとして構造化して提供する」ことが重要であると考えられる。対象者の職種で大きかったと体験することが異なっていたことは、福祉職は特にネットワーク・連携を、医療職はネットワーク・連携に加えて緩和ケアの知識と技術に関心があることを反映していると考えられる。

興味深いのは、プロジェクトの体験を個人の生活史や職業の役割の上に位置づけた参加者も少なくなかった。多職種との協働やこれまでに体験していなかった幅広い経験によって、個人の人生での役割や価値を認識したり、専門職としての位置づけを洞察することができたと述べられた。これらは、アウトカム研究では測定することが難しい領域であるが、個人的な認識が地域緩和ケアプログラムを維持するための動機に関わるため重要であると考えられる。

本研究の限界として、OPTIM プロジェクトに密接に関わった参加者のみを対象としているため地域全体への効果を評価するものではない。解釈は他の研究と合わせて行う必要がある。

以上より、地域緩和ケアプログラムの参加者に最も大きく感じられることは、連携の促進、次に、緩和ケアの知識と技術の向上であると考えられる。少人数での多職種でのグループワーク・事例検討会と、構造化されて目に見えるものとして提供される緩和ケアの教育プログラムが両輪の手段となることが示唆された。

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。

文献

- 山口龍彦, 原 一平, 壺井康 他. IX. 各地域におけるがん対策基本法の前と後の取り組み—1. 緩和ケアに対する高知県の取り組み. 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. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 51-4.
- 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—1. 東京都における在宅緩和ケアの連携. 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. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 77-80.
- 加藤恒夫. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—2. 岡山市における緩和ケアの地域連携—緩和ケア岡山モデル. 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. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 81-7.
- 片山 壽. X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—3. 尾道市における在宅緩和ケアと地域医療連携. 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. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; 88-94.
- Shaw KL, Clifford C, Thomas K, et al. Review: Improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med* 2011; 24: 317-29.
- Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. *J Palliat Care* 2007; 23: 143-53.
- Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. *Aust J Rural Health* 2009; 17: 263-7.
- Nikbakht-Van de Sande CV, van der Rijt CC, Visser AP, et al. Function of local networks in palliative care: a Dutch view. *J Palliat Med* 2005; 8: 808-16.
- Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 888-93.
- Ringdal GI, Jordhøy MS, Kaasa S. Family satisfaction with end-of-life care for cancer patients in a cluster randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 53-63.
- Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, et al. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 2001; 19: 3884-94.
- Fassbender K, Fainsinger R, Brenneis C, et al. Utilization and costs of the introduction of system-wide palliative care in Alberta, 1993-2000. *Palliat Med* 2005; 19: 513-20.
- Dudgeon DJ, Knott C, Eichholz M, et al. Palliative Care Integration Project (PCIP) quality improvement strategy evaluation. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 573-82.
- 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* 2008; 25: 412-8.
- Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 2.
- Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications, Beverly Hills, 1980. (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明 訳. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. 勁草書房, 東京, 1989)
- 森田達也, 野木よし子, 花田芙蓉子, 他. 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: 121-35.
- 鄭 陽, 井村千鶴, 野木よし子, 他. 地域における講義とグループディスカッションを複合した多職種セミナーの有用性. *ペインクリニック* 2009; 30: 1553-63.
- 清原恵美, 井村千鶴, 梨田えり子, 他. 地域における緩和ケア病棟の役割—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価. *死の臨床* 2011; 34: 110-5.
- 井村千鶴, 藤本亘史, 野木よし子, 他. 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* 2010; 37: 863-70.

著者の申告すべき利益相反なし

短報

患者所持型情報共有ツール『わたしのカルテ』の評価：
OPTIM-study森田 達也¹⁾, 古村 和恵²⁾, 佐久間由美³⁾, 井村 千鶴⁴⁾, 野末よし子⁴⁾,
木下 寛也⁵⁾, 白髭 豊⁶⁾, 山岸 暁美⁷⁾, 鈴木 聡⁸⁾

1) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科, 2) 大阪大学大学院 人間科学研究科 臨床死生学・老年行動学研究分野, 3) 聖隷三方原病院 看護部, 4) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 5) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科, 6) 白髭内科医院, 7) 前 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室, 8) 鶴岡市立荘内病院 外科

受付日 2012年5月7日 / 受理日 2012年5月28日

本研究の目的は、患者所持型情報共有ツール『わたしのカルテ』の利用状況を明らかにすることである。配布数、医師706名・看護師2,236名の質問紙調査、医療福祉従事者40名に対するインタビュー調査、事例を分析した。年間平均1,131冊が配布され、15%の医師、16%の看護師が使用した。医療者の体験としては、現状として【一部では使われているが全体には広がらない】、効果として【患者の自己コントロール感が上がる】【医療福祉従事者間の情報共有になる】、普及しない理由として【患者にとって利益がない・負担が大きい】【関係する地域の職種すべてが使用する必要がある】ことが挙げられた。11病院で運用が試みられたが、3年間継続した運用ができたのは2病院のみであった。わが国の多くの地域において、患者所持型情報共有ツールを短期間に地域全体に普及させることの実施可能性は低いことが示唆された。

Palliat Care Res 2012; 7(2): 382-8

Key words: 緩和ケア, 地域, 患者所持型情報共有ツール

緒言

地域全体でのがん緩和ケアの普及のために、患者情報の共有が求められている^{1,2)}。地域で利用できる電子カルテなどの情報共有手段のある地域以外では、紙媒体の患者所持型情報共有ツールはその1つである。『お薬手帳』はおもに薬剤についての情報を共有するための手段であるが、薬剤以外の患者の病状、病歴、緊急時の対応などの患者情報を共有する手段として、紙媒体の患者所持型情報共有ツールの利用が国内外でしばしば行われている³⁻¹³⁾。患者所持型の情報共有ツールは、情報を自分で管理したいという患者には医療者が積極的に関与するならば自己コントロール感が改善するなどの効果がみられる。しかし、情報共有という観点からは、患者自身が希望しないこと、地域全体の医療関係者に運用を周知することは困難であることが示唆されている³⁾。

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムで作成された地域で統一した患者所持型情報共有ツール『わたしのカルテ』の使用経験を記述することにより、地域で患者情報を共有するためのツールについての洞察を得ることである。

対象・方法

本研究は、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」の一部として行われたものである^{14,15)}。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。

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を柱とする複合介入、が行われた。

患者所持型情報ツール

「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」のための介入の一部として、『わたしのカルテ』が地域内での患者情報の共有と患者自身の自己コントロール感の向上の目的として作成された。内容は、①基本的な患者情報(病名、病状、かかっている医療機関など)、②患者の意向(大切にしていること、病状説明・療養場所の希望、心肺蘇生の希望など)、③診療記録、の3部構成とした。大きさについては、小さいものにする意見と資料を挟めるようにする意見の両方があったが、資料を挟めるようにA4判とした。

各地域の研究責任者が、参加施設で運用を促した。

Corresponding author: 森田達也

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

TEL 053-436-1251 FAX 053-438-2971 E-mail: tmorita@sis.scirci.or.jp

評価・解析

本研究では3つのデータを利用した。詳細は他の論文に記載した^{16,17)}。

① 配布数と医師・看護師の利用頻度

利用の指標として、地域への配布数の3年間の合計値を集計した。また、4地域の病院、診療所、訪問看護ステーションに勤務するがん診療に携わる医師、看護師を対象として質問紙調査を行い、『わたしのカルテ』を「見たことがない」「見たことはあるが使っていない」「使用した」に対する回答を集計した。

② インタビュー調査

各地域において介入の運営、立案や実施に関わったもの(コアリンクスタッフ)全員を対象としてインタビュー調査を行った。用いられたおもな質問は、「介入で使用されたツールに役に立った・立たなかったものはありますか。それはどうですか」であった。

内容分析の技法にしたがって、逐語録化したテキストから、『わたしのカルテ』に関する体験・評価とその理由を表現している部分を意味単位として抽出しコードをつけ、意味内容の類似性・相違性からカテゴリーを形成し、頻度を算出した¹⁸⁾。分析は緩和ケア医師と看護師1名が独立して行い、もう1名の看護師を含めた3名で議論して一致させた。

以下、カテゴリーを【】、データ(発言)を[]で示す。

③ 事例研究

『わたしのカルテ』を運用したすべての病院から、経過の記述を文章で取得した。鶴岡地域では1病院の限定した診療科で、浜松地域では1病院の限定した診療科と1病院のすべての診療科で断続して運用した。

そのうち、1施設の事例を記述した。

結果

① 配布数と医師・看護師の利用頻度

3年間での配布数は、延べ13,574冊(鶴岡地域2,350冊、柏地域3,339冊、浜松地域6,634冊、長崎地域1,251冊)、年間各地域平均1,131冊(死亡がん患者数は1,387名)であった。

質問紙調査は医師1,763名、看護師3,156名が対象となり、それぞれ、846名(48%)、2,609名(83%)から回答を得た。医師では、「使用した」14%(n=96)、「見たことがある」37%(n=255)、「見たことがない」49%(n=336)であった。看護師では、「使用した」16%(n=345)、「見たことがある」33%(n=728)、「見たことがない」51%(n=1,119)であった。

② インタビュー調査

103名が対象となり、全員が承諾したが2名は予定が合わないなど実際上の理由で実施できなかったため、101名で調査が終了した。録音時間は135=39分であった。該当する回答のあったものは40名であった(鶴岡6名、柏15名、浜松13名、長崎6名；病院・訪問・診療所看護師19名、病院・診療所医師7名、病院・保険薬局薬剤師5名、介護支援専門員・医療

ソーシャルワーカー・事務職・栄養士9名)。

使用経験に関する発言はほとんどが浜松地域のものであり、他の3地域では「あまり使用しなかった」ことが述べられた。語られた内容は、現状として【一部では使われているが全体には広がらない】、効果として【患者とのコミュニケーションのきっかけとなる】【患者の自己コントロール感が上がる】【医療福祉従事者間の情報共有になる】、普及しない理由として【患者にとって利益がない・負担が大きい】【関係する地域の職種すべてが使用する必要がある】【既存の類似のものがある】ことであった(表1)。

要約すると、自らの情報を整理して知ろうとする一部の患者では有用で、患者の自己コントロール感が向上し、医療福祉従事者間の情報共有も進む。しかし、多くの患者では、実感できる利益がなく、記入や記録を整理する作業そのものが負担となることや、1施設だけで取り組んでも他の施設で使用した時に意義が知られていないと使う意欲がなくなること、『お薬手帳』や各施設ですでに存在するノートや電子カルテなどがあるため普及しないことが語られた。

③ 事例研究

4地域のうち少なくとも11病院で『わたしのカルテ』の運用が試みられたが、9病院では3年間継続した運用ができなかった。その理由は、対象者が広範囲にわたるため関係者で統一した運用ができない(患者が見せても医療関係者が知らないことが起きる、書いたものをフォローする時間がない)、患者自身が記入や管理を望まない、地域の電子カルテなど他のツールがあるので情報共有の目的では必要ない、がん患者に限定して運用できない、などであった。

3年間を通しての運用が可能であった2病院のうち1病院の事例を示す。この病院では、最初に、関係者でのフォーカスグループを行い、①外来通院中の病院と保険薬局間での抗がん治療についての情報、②病院から在宅療養になる時の病院と地域医療福祉従事者間での患者の病状(生じうる変化とその対応)と自宅に帰ってからの生活の情報、③在宅療養中の地域医療福祉従事者間での患者の病状・希望の情報、を共有することを目的とした。具体的には、①については、入院患者が説明を受けた抗がん治療の治療説明書を医師または看護師が挟んで患者に保険薬局に持っていくことを依頼する、②については、退院支援・調整プログラムの一環として、抗がん治療の治療説明書、退院時に患者に渡す退院シート(生じうる変化とその対応、連絡先などが記載されたもの)、入院中の看護計画書を病棟看護師が挟んで患者に渡す、③については、患者の自宅に『わたしのカルテ』を置いて、地域医療福祉従事者が書き込むことを行うように働きかけた。

運用は思うように進まなかったため、患者、病院医師・看護師、診療所医師・看護師、訪問看護師、病院薬剤師・保険薬局薬剤師にヒアリングを行ったところ、患者からは「(薬局に)持って行ったが知らないようだった、薬の説明は希望しない、病名を薬剤師に知られたくない」、保険薬局薬剤師からは「がん患者かどうか分からないのに声をかけるのがためらわれる。説明を希望しない患者がいる」、訪問看護師からは「『わたしのカルテ』に情報が挟まっていることを知らなかった」、診療所医師・看護師からは「本当に共有したい情報は、患者の読めるところには書けないことが多い。情報共有のために診療記録と別に記

表1 『わたしのカルテ』の評価

1. 現 状
<p>【一部では使われているが全体には広がらない】</p> <p>「すごく活用してる人と、そうじゃない人の差が大きい。繰り返しの人が毎回持ってくるかというところでもなくて、抗がん剤治療をやっている患者さんは、検査データとかお薬の説明の用紙とかすごくいっぱい入れて活用している方もいるんですよ。『わたしのカルテ』持っているからこれに挟んでとか、穴を開けてとか。でも、自分でファイルを作る患者さんも」(浜松地域, 緩和ケアチーム看護師)</p>
2. 効 果
<p>【患者とのコミュニケーションのきっかけとなる】</p> <p>「しっかり書いてくださってる方は、つらい話でも聞きたいですとか書いてくれてそれで話を広げるきっかけになる。私が役に立って思ったのは、1回退院してまたちょっと入ってまた退院になった時、あれがあると一緒に振り返るには本当に良くて、家で困らなかったとか聞き返せたので、本当にあそこに綴じて一緒に見れて良かった」(浜松地域, 病院看護師)</p>
<p>【患者の自己コントロール感が上がる】</p> <p>「検査データとか諸々も全部入れてもらって、自分で採血データを気にされる方は本当に多くて、私たちが忘れてると、「コピーしてきてちょうだい」って言われる方がほとんど、本当に多かった。その方々はデータを見て、前はこれで良くなったとか私たちに説明できるぐらいの方もいっぱいみえて、データが比べられたりとかしている」(浜松地域, 病院看護師)</p>
<p>【医療福祉従事者間の情報共有になる】</p> <p>「どんな質問したとか、お薬をお渡ししたとか、患者さまの検査結果とかですね、そういうものが1つにまとめられていることで、過去にどういうことをしたとまとめられて分かるのがまず良いこと。緊急の時、先生とか看護師さんがどのように説明しているか、説明内容も1つにまとめられているので対応しやすい。保険薬局は処方せんの内容しか患者さまの情報を得ることがなかなかできないので。たとえば、退院された時にどういう説明をされているかを詳しく、何か治療方針の変化があった時のように説明されているかがまとまるので、そうすると先生の考えが分かるので対応しやすい」(浜松地域, 保険薬局薬剤師)</p> <p>「状態が分かる、その時の状態が分かるので把握しやすいといえますか、その時の状況が分かる。先生の方もこういうことがあるんですか、個人的な自転車の運転を中止しましたとかコメントも残ってあったり、こういうことを言ってきましたみたいなものがある」(鶴岡地域, 訪問看護師)</p>
3. 普及しない理由
<p>【患者にとって利益がない・負担が大きい】</p> <p>「記録をするのもなかなか本人がするのが面倒という人とかいるので、訪問へ行く時は、ほとんど今日の状況を書いて、家族の方に見てもらって、それからデイケアに行く時はそれを持ってって、デイケアの人が書いて、診察の時は先生がそれを書いてとかっていうふうに」(鶴岡地域, 訪問看護師)</p>
<p>【関係する地域の職種すべてが使用する必要がある】</p> <p>「患者さんっていっぱいもらいますよね。これ以外にもいっぱい、本当にその場で説明してても(意義を理解することは1度では)難しくて、持っていくっていうことの認識がなかなかもない。地域の薬局さんがどこでも対応してくれているわけではなかったの、そうすると、これを持ってって、これは何ですかってなりかねないんで。よっぽど診察で先生が「これに書いときましょね。薬局でも見せてくださいね」とこれを見て説明して、薬局でもこれを見て説明するっていう(ことがないと普及するのは難しかったと思う)」(浜松地域, 病院薬剤師)</p>
<p>【既存の類似のものがある】</p> <p>「いろんな手帳が多すぎなんです。健康手帳みたいなものもあり、『お薬手帳』を今はがんばっていっぱい多いんです。本当は何か総合的なものが1個あればいいんでしょう、全部の職種が張れるような。どっかで国とかでまとめて、本当は何か1個あればいいのかなと思うんですけど、『お薬手帳』も何冊も持ってこられる方がいて」(柏地域, 病院薬剤師)</p>

録をつくる時間がない」との意見が出された。

以上の経験から、運用を改善した。①外来通院中の病院と保険薬局間での情報共有については、地域に存在するすべての保険薬局で統一した運用を行うことの難しさ、患者が保険薬局と情報を共有することに意義を感じない場合も多いことから、運用を中止して『お薬手帳』での情報共有が試みられた。③在宅療養中の地域医療福祉従事者間での情報共有については、本当に共有したい情報は患者や家族が見られるものには記入できないこと、地域医療者の時間のなさから、運用を中止して電話やメールでの情報共有が図られた。一方、②病院から在宅療養になる時の病院と地域医療福祉従事者間での情報共有については、腫瘍センターへの入院ごとに看護師が『わたしのカルテ』をあらかじめ検査所見や看護計画を綴っていくこと、患者に渡した情報が『わたしのカルテ』に挟まれていることを在宅医療の関係者に繰り返して案内することにより運用が継続された。

考 察

本研究は、OPTIM プロジェクトで作成した『わたしのカルテ』の評価に関する副次的研究である。患者からみた評価については、がん患者 50 名を対象とした研究により、情報を管理することで治療内容の理解が深まり、医療者や家族・他の患者とのコミュニケーションも改善することがある一方で、記入自体を好まない患者や、地域全体の医療関係者に運用を周知することが非常に難しいことが示された¹⁹⁾。これらは、国際的にも同じ知見であり²⁰⁾、患者所持型情報共有ツールが運用されるためには医療者側の関心と努力が必要であるとする国内の観察とも一致する¹²⁾。本研究の知見もこれらを医療福祉従事者の視点から支持するものである。すなわち、患者所持型の情報共有ツールを広範囲に情報共有の目的で使用した場合には、一部の患者には有益であるが、少なくとも短期間に地域全体に普及させるのは困難であると考えられる。

患者所持型情報共有ツールの運用を考える場合に最も重要であることは、患者自身が利益を感じない運用方法は継続しないことである。患者が情報を知ることによって病状についてよく知り、より納得のいく意思決定ができるなど患者にとって有用だと感じられる支援が提供されなければ、医療者間の情報共有のために患者が「情報を持って歩く」ことは期待できないと考えられる^{4,5,19)}。本研究を含む多くの研究において、情報共有は医療者にとっては重要な「効果」の1つであるが、患者にとっては実感できる意義が少ないため、関係する地域全体の医療福祉従事者の積極的な関与がなければ普及は難しいことが示唆されている^{3,9,19)}。しかし、現実的に、がん患者に関係する地域全体のすべての職種、すべての施設の医療福祉従事者が積極的な関与をすることは小規模な地域を除くと期待しにくいいため、患者所持型情報共有ツールの全国的な普及は現状では難しいと考えられる。

現在の枠組みを超えた情報共有としては、疾患ごと・行政機関ごとに分かれている『健康手帳』や『お薬手帳』など複数の既存のツールを全国で1つにまとめる、あるいは地域単位での電子カルテを導入するという方法がある。

現在のところ、実施可能な地域での情報共有のあり方として、本研究からは、いつ、誰と、何の情報を共有することを改善

するのかをまず明確にすることの重要性が示唆される。本研究の対象地域では、①外来通院中の病院と保険薬局間での抗がん治療についての情報、②病院から在宅療養になる時の病院と地域医療福祉従事者間での患者の病状・生じうる変化とその対応、③在宅療養中の地域医療福祉従事者間での患者の病状・希望の情報、が主要な情報共有の問題であった。

地域全体に電子カルテを整備する方法以外の既存の手段でこれらを解決するならば、3つを分けて考える必要がある。すなわち、外来通院中の病院と保険薬局間での抗がん治療についての情報については、既存の『お薬手帳』があり、必要な情報が比較的限られているため、新しい手段を用いるのではなく、『お薬手帳』に病名や治療に関する情報を記載するなどの方法で対応することが有用と考えられる^{10,11)}。病院から在宅療養に移行する時の病院と地域医療福祉従事者間での情報共有については、福祉職を含めて、患者に関わる関係者が多くなることから、患者が見ることのできる情報(患者に渡したもの)を『わたしのカルテ』などのファイル機能のあるものに一括して集約しておき関係者が見られるようにしておくとともに、患者に伏せる内容についてはカンファレンスや紹介状などでやりとりすることが適切であると考えられる。在宅療養中の地域医療福祉従事者間での情報共有については、紙媒体ではタイムリーな情報共有や患者に伏せる情報を共有できないため、電話やメール(患者ごとのメーリングリストなど)の利用が有用と考えられる^{20,21)}。

本研究の限界として、短期間の研究であり長期的な評価はできないこと、包括的介入の一部として行ったため地域全体への介入の程度が弱いことがある。

以上より、がん緩和ケア領域において、地域全体での患者の情報を共有することを目的として患者所持型情報共有ツールを短期間に地域全体に普及させることの実施可能性は低いと考えられる。いつ、誰が、どのような情報を共有する必要があるかの観点から各地域で可能な情報共有手段を最大限とすることが必要であり、現時点では、刻々と変わる患者の状況に応じて臨機応変な対応を可能にするネットワーク構築に労力を費やす方が有用なかもしれない²²⁾。

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。

文 献

- 1) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 他. 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性③. 緩和ケア 2010; 20: 417-22.
- 2) 山岸晁美, 森田達也, 古村和恵, 他. 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 2011; 38: 1889-95.
- 3) Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Does the patient-held record improve continuity and related outcomes in cancer care: a systematic review. Health Expect 2007; 10: 75-91.
- 4) Ko H, Turner T, Jones C, et al. Patient-held medical records for patients with chronic disease: a systematic review. Qual Saf Health Care 2010; 19: e41.
- 5) Finlay IG, Wyatt P. Randomised cross-over study of patient-held

- records in oncology and palliative care. *Lancet* 1999; 353: 558-9.
- 6) Drury M, Yudkin P, Harcourt J, et al. Patients with cancer holding their own records: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 105-10.
 - 7) Cornbleet MA, Campbell P, Murray S, et al. Patient-held records in cancer and palliative care: a randomized, prospective trial. *Palliat Med* 2002; 16: 205-12.
 - 8) Lecouturier J, Crack L, Mannix K, et al. Evaluation of a patient-held record for patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2002; 11: 114-21.
 - 9) Williams JG, Cheung WY, Chetwynd N, et al. Pragmatic randomised trial to evaluate the use of patient held records for the continuing care of patients with cancer. *Qual Health Care* 2001; 10: 159-65.
 - 10) 照井一史, 佐藤淳也, 玉田麻利子, 他. 外来がん化学療法における薬・薬連携構築に向けた実態調査と取り組み. *日病薬師会誌* 2008; 44: 424-7.
 - 11) 松久哲章, 江口久恵. 病院・保険薬局間で患者情報を共有化する. *薬局* 2010; 61: 3378-84.
 - 12) 坂出市立病院ホームページ [http://www.city.sakaide.lg.jp/site/sakaide-hospital/]
 - 13) 国立がん研究センターホームページ [http://www.ncc.go.jp/jp/]
 - 14) 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* 2008; 25: 412-8.
 - 15) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. A region based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 2.
 - 16) 森田達也, 野末よし子, 花田芙蓉子, 他. 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: 121-35.
 - 17) 森田達也, 井村千鶴, 野末よし子, 他. 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・他職種に勉めること. *Palliat Care Res* 2012; 7: 163-71.
 - 18) Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications, Beverly Hills, 1980. (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明 訳. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. 勁草書房, 東京, 1989)
 - 19) Komura K, Yamagishi A, Akizuki N, et al. Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held records for cancer patients in Japan: OPTIM study. *Palliat Med* 2011 Dec 16. [Epub ahead of Print]
 - 20) 白髭 豊, 長崎在宅 Dr. ネットの取り組みと「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」. 片山 壽 監著. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 篠原出版新社, 東京, 2008; 172-88.
 - 21) 中野一司. 地域連携ネットワーク型在宅医療システムをつくりあげるために—在宅医療の3ワークを通して. *訪問看護と介護* 2008; 13: 980-5.
 - 22) 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? *Palliat Care Res* 2012; 7: 323-33.

著者の申告すべき利益相反なし

短報

異なる算出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森田 達也¹⁾, 秋月 伸哉²⁾, 鈴木 聡³⁾,
木下 寛也⁴⁾, 白髭 豊⁵⁾, 宮下 光令⁶⁾1) 聖隷三方原病院 緩和支援治療科, 2) 千葉県がんセンター 精神腫瘍科, 3) 鶴岡市立荘
内病院 外科, 4) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科, 5) 白髭内科医院, 6) 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

受付日 2012年3月15日 / 改訂日 2012年4月26日 / 受理日 2012年5月16日

本研究の目的は、専門緩和ケアサービスの利用者の延べ数と重複を除外した利用者数を比較することにより、全国の専門緩和ケアサービスの利用者数を算出する方法についての洞察を得ることである。全国4地域の専門緩和ケアサービスごとに患者一覧表を作成し、研究者が集計した。利用数の延べ患者数を計算し、「重複を含めた専門緩和ケアサービス利用数」とした。性別、年齢、原疾患のすべてが一致する患者を同一の患者として除外し、「重複を除いた専門緩和ケアサービス利用数」とした。重複を含めた利用数に対する重複を除いた利用数の比は平均0.59であったが、地域差が大きかった。重複を含めた利用数は、重複を除いた利用数に比較して、年次推移、地域間差とも同じ傾向を示した。専門緩和ケアサービスの診療患者の延べ数は簡単に専門緩和ケアサービスの活動をみることでできるが、正確な絶対値を把握するには重複を除いた患者登録が必要である。

Palliat Care Res 2012; 7(2): 374-81

Key words: 専門緩和ケアサービス利用数, 緩和ケアチーム, 緩和ケア病棟

緒言

専門緩和ケアサービスの利用数は、緩和ケアの普及の指標に用いられる^{1,2)}。カナダのEdmonton programでは専門緩和ケアサービスの登録を行い、地域の緩和ケアを受けた患者の総数と登録されたから死亡までの日数を指標としている。イギリスでは各専門緩和ケアサービスを受けた患者の総数が定期的に報告され、米国では在宅ホスピスを受けた患者の総数が毎年報告されている^{3,4)}。一方、わが国では、日本ホスピス緩和ケア協会がホスピス・緩和ケア病棟の利用者数を、日本緩和医療学会が緩和ケアチームの利用者数を集計している^{5,6)}。しかし、緩和ケア外来などの他の専門緩和ケアサービスの利用者数、定義、利用者数の算出方法が決まっていないため、わが国の専門緩和ケアサービスの利用者数を算出することができない。

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」)では、地域介入のアウトカムとして、専門緩和ケアサービスの利用患者の背景を地域単位で取得した^{7,8)}。本研究の目的は、地域介入研究で取得された専門緩和ケアサービスのデータをもとに、延べ利用者数と重複を除外した利用者数を算出し、比較することにより、全国の専門緩和ケアサービスの利用者数を算出する実施可能な方法についての洞察を得ることである。

対象・方法

本研究は、OPTIMプロジェクトの二次解析として行われた^{7,8)}。OPTIMプロジェクトは、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎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。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。

本研究はOPTIMプロジェクトのために設置された倫理委員会、参加施設すべての倫理委員会の承認を得た。

専門緩和ケアサービスの定義

専門緩和ケアサービスとは、「緩和ケアに関する専門的な教育を受けた医療者によって提供される専門的な緩和ケア」と定義した。緩和ケア病棟、院内緩和ケアチーム、地域緩和ケアチーム、在宅緩和ケア施設、緩和ケア外来を想定した。個々の施設が基準を満たすかは、基準を満たすことが分かる書類をもとに研究班運営委員会で審査した。

専門緩和ケアサービスの基準

共通の条件とサービスごとの基準を設けた。
共通の基準として、①緩和ケアを提供する医師が専門的な教育を受けている、②がん患者の身体的・心理的・社会的・霊的

Corresponding author: 森田達也

聖隷三方原病院 緩和支援治療科

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453

TEL 053-436-1251 FAX 053-438-2971 E-mail: tmorita@sis.scirci.or.jp

な苦痛を包括的に評価し、身体的・心理的・社会的・霊的な苦痛の緩和を実施する体制がある、③患者・家族に緩和ケアサービスであることが分かるように開示されている、とした。審査では、①に関しては、医師が専門的な緩和ケアの教育を受けていることを示す書類を求めた。②に関しては、病棟・病院内に紹介可能な包括的な評価やケアが可能な体制(専門診療科など)があること、近隣の専門診療科との契約があることの手紙を求めた。③に関しては、緩和ケア、緩和医療という名称で患者・家族に示されている文書やホームページの複写を求めた。

緩和ケア病棟の基準として、都道府県から認可を受けている緩和ケア病棟であること、または、都道府県認可のない場合には、①緩和ケアを担当する常勤の医師が1名以上配置されている(必ずしも専従である必要はない)、②1日の看護師数が当該病棟の入院患者7に対して1以上、夜間の看護師数が2以上である、とした。

院内緩和ケアチームの基準として、がん診療連携拠点病院に設置された緩和ケアチームであること、または、がん診療連携拠点病院でない場合には、常勤の医師が1名以上配置されている(必ずしも専従である必要はない)とした。

地域緩和ケアチーム・在宅緩和ケア施設の基準として、常勤の医師が1名以上配置されている(必ずしも専従である必要はない)、とした。

調査方法

① 専門緩和ケアサービス利用数

地域ごとに専門緩和ケアサービスを行っている施設を同定し、専門緩和ケアサービスごとに、2007年度、2008年度、2009年度、2010年度の診療患者で当該地域に住民票のある患者の一覧表を作成した。

同一年度では1名の患者を1回のみ数え、1名の患者が年度をまたいで診療を受けた場合には両方の年度で数えた。取得項目は、すべての施設で、年齢、性別、原疾患、performance statusを取得し、認可された施設ではイニシャルを取得した。各施設から研究班に一覧表を送付し、地域ごとに延べ患者数を計算し、「重複を含めた専門緩和ケアサービス利用数」とした。

② 重複を除いた専門緩和ケアサービス利用数

地域内で同一の患者が複数の専門緩和ケアサービスで数えられることの影響を調べるために、最初にイニシャル、性別、年齢、原疾患のすべてが一致する患者を同一の患者として同定し、重複を除外しようとした。しかし、イニシャルの欠損値が多かったため、性別、年齢、原疾患のすべてが一致する患者を同一の患者として同定し、重複を削除したものを「重複を除いた専門緩和ケアサービス利用数」として計算した。

解析

イニシャルによる同定の実施可能性をみるために、イニシャルが欠損であった施設、患者の数を集計した。性別、年齢、原疾患による重複で除外される患者の割合を知るために、重複を含めた利用数に対する重複を除いた利用数の比(重複を除いた利用数/重複を含めた利用数)を計算した。重複を含めた利用数と重複を除いた利用数の比較のために、それぞれの、①死亡が

ん患者数に対する利用数の比(利用数/死亡がん患者数)の全体での年次推移、②死亡がん患者数に対する利用数の比の地域ごとの数値、を図示して傾向を比較した。

2007年に利用数がほとんどなかった鶴岡地域を除いた3地域について、死亡がん患者数に対する比の2007年を100とした増減比の推移も図示した。

結果

研究期間において同定された専門緩和ケアサービスは2007年19施設、2010年33施設であり、重複を含めた利用数は2007年1,606名、2010年2,783名であった(表1)。

① 重複を除いた利用数の算出と重複を含めた利用数に対する比

イニシャルが取得できなかった専門緩和ケアサービスは、2007年8施設(35%)、2010年12施設(36%)であり、イニシャルが取得できなかった患者数は、2007年866名(54%)、2010年1,061名(38%)であった。

性別、年齢、原疾患のすべてが一致する患者を重複として除外したところ、重複を含めた利用数に対する重複を除いた利用数の比は4年間の平均で0.59であった。重複を含めた利用数と重複を除いた利用数の比は、鶴岡地域で0.82、浜松地域0.51と地域差が大きかった(表1)。

② 重複を含めた利用数と重複を除いた利用数の年次推移の比較

重複を含めた利用数の死亡がん患者数に対する比は、重複を除いた利用数の比に比較して大きかったが、年次推移では2007年から2008年にかけてやや増加し、2009年に増加、2010年はほぼ横ばいであるという同じ傾向がみられた(図1)。

③ 重複を含めた利用数と重複を除いた利用数の地域間の比較

重複を含めた利用数の死亡がん患者数に対する比は、重複を除いた利用数の比に比較して大きかったが(図2)、地域の増加比は、鶴岡地域、浜松地域、柏地域、長崎地域の順で同じ傾向がみられた(図3)。

考察

本研究では、わが国の専門緩和ケアサービスを受けた患者数を算出する方法についての、重要ないくつかの知見を得た。

1つは、地域の各専門緩和ケアサービスの診療患者数の延べ数は、ある程度専門緩和ケアサービスを受けた患者の実数を反映することである。本研究で、重複を含めた利用数は、重複を除いた利用数より当然多かったが、年次推移、地域間の傾向ともに同じ傾向を示した。したがって、各専門緩和ケアサービスの診療数の延べ数をわが国の各地域の専門緩和ケアサービスの相対的な活動の傾向の指標として年次推移や大きな地域ごとの比較を行うことは、方法の簡便性、実施可能性から考えれば、許容しうらと思われる。

一方、同じ患者が複数の専門緩和ケアサービスを受ける重複カウントがあるため、「専門緩和ケアを受けた患者が何割いる

表1 専門緩和ケアサービスの数・利用数

		2007年	2008年	2009年	2010年	合計
4地域合計	緩和ケアサービスの数	19	25	32	33	
	緩和ケア病棟	4	4	5	5	
	院内緩和ケアチーム	10	10	11	11	
	地域緩和ケアチーム	0	4	4	4	
	在宅緩和ケア施設	0	0	2	2	
	緩和ケア外来	5	7	10	11	
	利用数					
重複を含めた利用数	1,606	1,838	2,654	2,783	8,881	
重複を除いた利用数	1,052	1,179	1,487	1,488	5,206	
比	0.66	0.64	0.56	0.53	0.59	
鶴岡地域	緩和ケアサービスの数	1	3	3	3	
	緩和ケア病棟	0	0	0	0	
	院内緩和ケアチーム	1	1	1	1	
	地域緩和ケアチーム	0	1	1	1	
	在宅緩和ケア施設	0	0	0	0	
	緩和ケア外来	0	1	1	1	
	利用数					
重複を含めた利用数	8	102	118	148	376	
重複を除いた利用数	8	85	98	119	310	
比	1.0	0.83	0.83	0.80	0.82	
粕地地域	緩和ケアサービスの数	4	5	5	5	
	緩和ケア病棟	1	1	1	1	
	院内緩和ケアチーム	2	2	2	2	
	地域緩和ケアチーム	0	1	1	1	
	在宅緩和ケア施設	0	0	0	0	
	緩和ケア外来	1	1	1	1	
	利用数					
重複を含めた利用数	412	508	513	526	1,959	
重複を除いた利用数	228	291	305	313	1,137	
比	0.55	0.57	0.59	0.60	0.58	
浜松地域	緩和ケアサービスの数	5	7	12	13	
	緩和ケア病棟	1	1	2	2	
	院内緩和ケアチーム	4	4	5	5	
	地域緩和ケアチーム	0	1	1	1	
	在宅緩和ケア施設	0	0	1	1	
	緩和ケア外来	0	1	3	4	
	利用数					
重複を含めた利用数	611	694	1,436	1,481	4,222	
重複を除いた利用数	403	450	662	630	2,145	
比	0.66	0.65	0.46	0.43	0.51	
長崎地域	緩和ケアサービスの数	9	10	12	12	
	緩和ケア病棟	2	2	2	2	
	院内緩和ケアチーム	3	3	3	3	
	地域緩和ケアチーム	0	1	1	1	
	在宅緩和ケア施設	0	0	1	1	
	緩和ケア外来	4	4	5	5	
	利用数					
重複を含めた利用数	575	534	587	628	2,324	
重複を除いた利用数	413	353	422	426	1,614	
比	0.72	0.66	0.72	0.68	0.69	

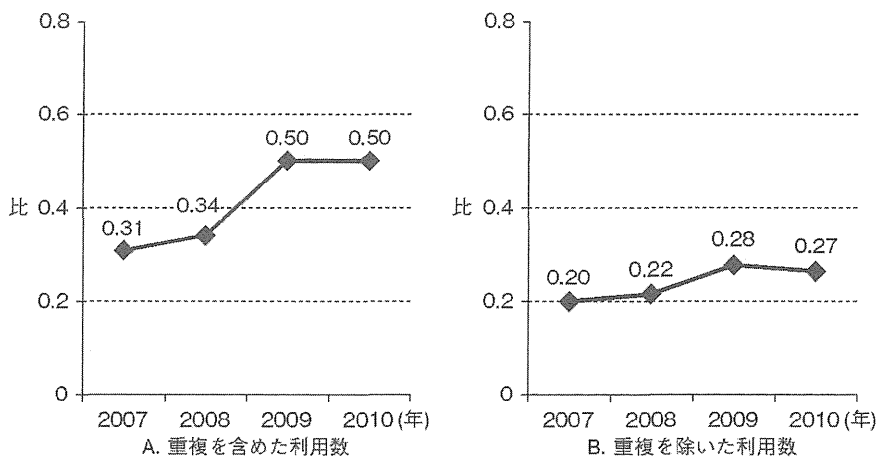


図1 死亡がん患者数に対する専門緩和ケアサービス利用数の比の違い

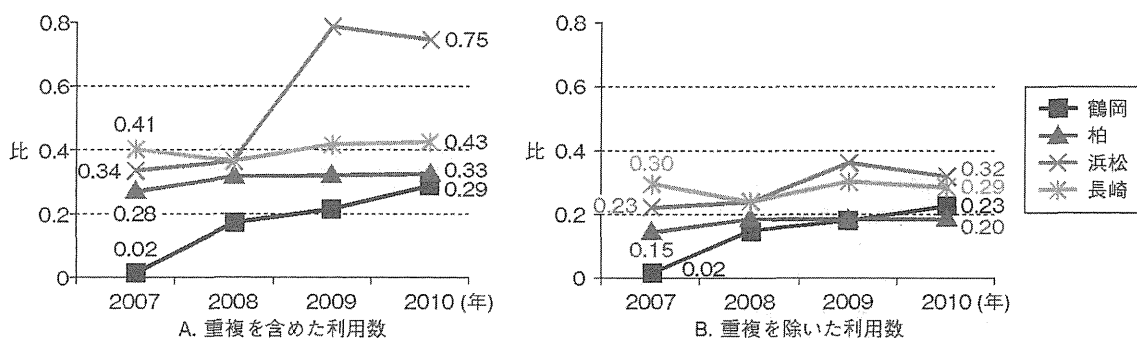


図2 地域ごとの死亡がん患者数に対する専門緩和ケアサービス利用数の比の違い

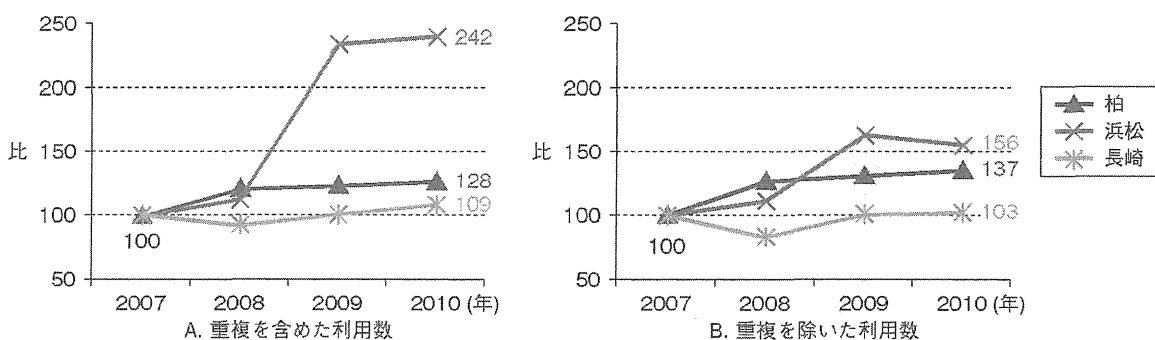


図3 地域ごとの死亡がん患者数に対する専門緩和ケアサービス利用数の比の違い—2007年を100とした増減比

か」といった絶対値が必要な目的で利用することは不適切であることも示された。本研究では、地域により重複カウントされた患者の比率に大きな差が認められた。鶴岡地域で重複により除外される患者が少なかった最も大きな理由は、専門緩和ケアサービスの絶対数が少ない地域では重複カウントされる機会が少ないためと考えられる。しかし、専門緩和ケアサービスの数がほぼ同じであった浜松地域と長崎地域でも大きな差が認められたことから、重複カウントされる患者数は専門緩和ケアサービスの数だけではなく、運用の影響を受ける可能性を示

しており、全国で共通した補正を行うことが難しいことを示唆する。

本研究の限界として、イニシャルが取得できなかったため重複の除外が実数より多く行われたこと、限られた地域の結果であるため他の地域に当てはまらない可能性があること、鶴岡地域での症例数が少ないこと、が挙げられる。

以上より、専門緩和ケアサービスの診療数の延べ数は簡便に専門緩和ケアサービスの活動の傾向をみることができると考えられる。重複数は専門緩和ケアサービスの数のみならず運用

の影響を受けるため、絶対値の指標として用いることはできない。「がん患者の何割が専門緩和ケアサービスを受けたか」「専門緩和ケアサービスをいつ頃に受けているか(早期からの緩和ケアは達成されているか)」を把握するためには、重複を除いた患者登録と予後調査を全国規模で行う必要がある。

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「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の助成を受けた。

文 献

- 1) Fassbender K, Fainsinger R, Brenneis C, et al. Utilization and costs of the introduction of system-wide palliative care in Alberta, 1993-2000. *Palliat Med* 2005; 19: 513-20.
- 2) Fainsinger RL, Bruera E, MacMillan K. Innovative palliative care in Edmonton. *Can Fam Physician* 1997; 43: 1983-6, 1989-92.
- 3) NHS. National Cancer Patient Experience Survey Programme—2010: national survey report. 2010 [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_122516]
- 4) National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and Figures: Hospice care in America. 2010 [<http://www.cchospice.org/sites/res.aspx?resid=939edba2-5480-4f74-9cd6-0b66fcf058de>]
- 5) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ [<http://www.hpcj.org/>]
- 6) 日本緩和医療学会ホームページ [<http://www.jspm.ne.jp/>]
- 7) 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* 2008; 25: 412-8.
- 8) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 2

著者の申告すべき利益相反なし

原著

看取りの時期が近づいた患者の家族への説明に用いる『看取りのパンフレット』の有用性：多施設研究

山本 亮¹⁾, 大谷 弘行²⁾, 松尾 直樹³⁾, 新城 拓也⁴⁾, 宇野さつき⁵⁾,
 廣瀬 光⁶⁾, 松原 龍弘⁷⁾, 瀧川千鶴子⁸⁾, 前野 宏⁹⁾, 佐々木一義¹⁰⁾,
 茅根 義和¹¹⁾, 池永 昌之¹²⁾, 森田 達也¹³⁾

1) 佐久総合病院 総合診療科, 2) 九州がんセンター 緩和ケアチーム・サイコロジスト, 3) 埼玉県立がんセンター 緩和ケア科, 4) 社会保険神戸中央病院 緩和ケア病棟, 5) 新国内科医院, 6) 島田市民病院, 7) 川崎社会保険病院 緩和ケア病棟, 8) KKR 札幌医療センター 緩和ケア科, 9) 札幌医療生活協同組合 ホームケアクリニック札幌, 10) 浜松医療センター 緩和医療科, 11) 東芝病院 緩和ケア科, 12) 淀川キリスト教病院 ホスピス, 13) 聖隷三方原病院 緩和ケア科

受付日 2011年11月1日 / 改訂日 2012年2月15日 / 受理日 2012年5月14日

【目的】小冊子『看取りのパンフレット』を用いた終末期患者を看取る家族への説明の有用性を評価することを目的とした。【方法】緩和ケア病棟5施設, 在宅ホスピス4施設, 緩和ケアチーム1施設で, 終末期患者の家族との面談時に小冊子を用いた説明を行い, 死亡後6カ月以上が経過した遺族に対して郵送法による質問紙調査を行った。【結果】325名に調査票を発送し, 260名(回収率85%)から回答を得た。81%が小冊子が「とても役に立った」「役に立った」と回答した。家族の体験として, 「変化の目安になる」(84%), 「症状や変化がなぜ起きているのか分かる」(76%)などが挙げられた。運用の工夫が自由記述から抽出された。【結論】『看取りのパンフレット』は, 配布する時期を患者・家族ごとに検討し, 渡すだけではなく十分にコミュニケーションをとることに注意して運用することで多くの家族にとって有用であることが示唆された。Palliat Care Res 2012; 7(2): 192-201

Key words: 緩和ケア, 家族ケア, 看取り, パンフレット

背景

死亡の直前期には, 死前喘鳴, せん妄, 下顎呼吸などさまざまな症状や徴候が出現する。国内外の調査によって, 看取りの時期を体験する家族は総じて強い苦痛を感じていることが明らかにされている^{1,2)}。また, 看取りを経験した家族の体験する苦痛や満足度に関する要素の一つとして, 「医師や看護師が患者の状況を説明し, どのように接したらいいか相談してくれること」が挙げられている³⁾。初めて看取りを体験する家族も多いため, 医療者が具体的な情報提供を行い, 家族と共に患者にどのように接することがよいかを相談することは非常に重要であると考えられる。

これまでに, 看取りの時期に見に基づいた説明を行うことで患者・家族の悲嘆が軽減することが, 集中治療を受けている患者の家族⁴⁾や終末期せん妄を生じたがん患者の家族⁵⁾を対象とした研究で示唆されている。看取りのケアにおいても, このような小冊子は家族の不安とつらさの軽減, 知識の強化のために有用な可能性があるが, 実証研究はない。

本研究の主目的は, 『看取りのパンフレット』(以下, パンフレット)⁶⁾を用いた家族への説明の有用性を明らかにすることである。副次的目的は, パンフレットを用いて説明を受けた家族が感じたことを明らかにすることである。

対象と方法

本研究は, パンフレットを用いた説明を受けた患者の遺族に対する質問紙調査である。看取りが近づいている患者の家族に対して, 医師または看護師よりパンフレットを用いて説明を行い, その後遺族に対して郵送法による質問紙調査を行った。

本研究は, 研究参加施設の倫理委員会の承認を得た。

① 対象

緩和ケア病棟5施設, 在宅ホスピス4施設, 緩和ケアチーム1施設の死亡患者の遺族から, 基準を満たす遺族を連続的に対象とした。

適格基準は, ①成人患者の成人の遺族(診療記録にキーパーソンとして氏名の記載のあるもの), ②患者の死亡から6カ月以上18カ月未満のもの, ③パンフレットを用いた説明を受けたもの, ④退院時の状況から質問紙への回答が可能と考えられるもの(認知症, 精神障害, 視覚障害などが無いこと), ⑤患者の病名ががんの場合, 遺族にがんであることが伝えられているもの, とした。

対象は, 緩和ケア病棟, 緩和ケアチームではすべてがん患者であるが, がん患者でない患者を診療している施設においてはがん患者以外も含むこととした。パンフレットはがん患者の

Corresponding author: 山本 亮 | 佐久総合病院 総合診療科・緩和ケアチーム
 〒384-0301 長野県佐久市白田197
 TEL 0267-82-3131 FAX 0267-82-9638 E-mail: sakupct@sakuhp.or.jp

データをもとに作成したが、非がん患者でも適応可能であると考えたためである。

② 介入

パンフレットは、看取りの時期において家族がしばしば体験する心配についての国内外の実証研究をもとに作成された^{3,8-10)}項目として、死亡までに生じる経過や症状、苦痛に対する対応や苦痛緩和のための鎮静、せん妄、経口摂取ができなくなった時の対応について取り上げられている。

看取りが近づいたと医療者が判断した患者の家族に対し、パンフレットを使用し、現在の状況、これから起こりうることなど家族が心配に思っていることについて説明を行った。パンフレットを渡す時期については医療者の判断とし、統一した基準は作成しなかった。パンフレットは説明後に家族へ手渡し、説明をした時だけでなくいつでも読めるようにした。

③ 調査方法

患者の死後、6カ月以上が経過した遺族に対して、無記名式の調査票を、調査の主旨説明書と共に各施設から郵送し、各施設宛に返送を依頼した。送付から約1カ月後に、紛失や出し忘れなど事務的な理由による未回収の調査票を回収することを目的として再送付を行った。

遺族に返送を強要されたという感情や心理的負担を与えないように、再送付の目的と自由意思による返送を明記し、かつ、初回の発送時に、回答を望まない遺族にはその旨を明記し返送を依頼し、再送付を行わないこととした。

④ 調査項目

本調査の主要評価項目は、パンフレットの有用性である。有用性は、「総合的にパンフレットは役に立ちましたか？」の問いで、1:役に立たなかった、2:少し役に立った、3:役に立った、4:とても役に立った、の4件法と、「覚えていない」の5項目で評価した。

また、「パンフレットは、あなた以外のお身内を亡くされるご家族にとっても役に立つと思われませんか？」について4件法(役に立たない、少し役に立つ、役に立つ、とても役に立つ)で評価した。パンフレットの分かりやすさについて、「パンフレットは分かりやすいと思いますか？」の問いで4件法(分かりにくい、少し分かりにくい、分かりやすい、とても分かりやすい)で評価した。

本研究の副次評価項目は、家族の体験である。終末期がん患者の家族に対して、パンフレットを用いて説明した経験のある医師・看護師によるフォーカス・グループ・インタビューから得られた家族の実際の発言をもとに18項目を作成し、それぞれ5件法(そう思わない、あまりそう思わない、少し思う、そう思う、とてもそう思う)で評価した。項目は、「不安や心配が和らぐ」「気持ちの準備をすることに役に立つ」「他の家族に、状況を伝えるために利用できる」などである。

背景要因として、回答者の年齢、性別、患者の死亡1週間以内の付き添い期間(毎日、4-6日、1-3日、付き添っていない)、患者との関係(配偶者、子ども、婿・嫁、親、兄弟姉妹、その他)、患者の年齢、性別、病名、患者が死亡してから調査までの期間、死亡場所(病院、自宅)を質問した。また、誰からパンフレットを渡されたか(医師、看護師)、「渡された際にどのくらい説明を

受けたかの認識(渡されたが説明を受けていない、少し説明を受けた、説明を受けた、詳しく説明を受けた)、「パンフレットを渡された時期の評価」(早すぎた、少し早すぎた、ちょうどよかった、少し遅かった、遅かった)についても質問した。後者3つの質問については、事務的な手続きの違いのため施設によっては調査票に含まれなかった。

最後に、パンフレットを使って家族に支援を行うことについて、どのように感じるか自由記載を求めた。

⑤ 解析

有用性の度数分布、家族の体験の度数分布を求めた。有用性に関係しうる背景を明らかにするために、遺族の年齢(70歳以上 vs. 70歳未満)、性別、付き添い頻度、患者との関係、患者の年齢(70歳以上 vs. 70歳未満)、疾患(がん vs. がん以外)、死亡場所(病院 vs. 在宅)、パンフレットを渡した職種(医師 vs. 看護師)、パンフレットを渡す際に十分に説明を受けたかの認識について、それぞれを群に分けて、有用性の比較を Student *t* 検定または 元配置分散分析で行った。また、「パンフレットを渡された時期」と、有用性およびパンフレットを渡された時期の評価との関係を探るために、パンフレットを渡された時期が患者の死亡1週間以内、1週間-1カ月、1カ月以上前の遺族とで、有用性・パンフレットを渡された時期の評価の比較を、それぞれ元配置分散分析、 χ^2 検定で行った。パンフレットを渡された時期の評価は「早すぎた」と回答したものが少なかったため、「ちょうどよかった」「遅かった」の2群に分けて比較した。

パンフレットの運用上の課題を明らかにするために、質問紙の自由記述の記載のうち、パンフレットの渡す時期や渡した後の医療者の態度など運用に関する記述の意味単位をすべて抜き出し、内容分析を行った。分析は看護師2名が独立して行い、緩和ケア専門医師のスーパービジョンを受け、一致させた。また、家族の体験についてのより深い理解を得るために、家族の体験を表現した自由記述を同じ方法で内容分析を行い、質問紙調査で家族が「とてもそう思う」「そう思う」と答えた割合が高かった質問項目に相当するものを「体験の代表的な記述」として記載した。

結果

2007年12月から2010年5月の調査期間において、パンフレットを配布した患者数350名のうち適格基準を満たした325名に質問紙を送付した。18名が宛先不明で返送され、260名から回答を得、回収率は84.7%(260/307)であった。回答者の基本属性を表1に示す。

① パンフレットの有用性と家族の体験

主要評価項目であるパンフレットの有用性について、表2に示す。パンフレットが「役に立った」「とても役に立った」と回答した遺族は81%であった。また、他の家族にとってパンフレットが「役に立つ」「とても役に立つ」と回答した家族は86%であり、94%が「とても分かりやすい」「分かりやすい」と回答した。3.8%の家族は、パンフレットを渡されたことを「覚えていない」と回答した。パンフレットを渡された時期については「早すぎた」と回答した家族は1.2%であり、76%が「ちょうどよい」、22%が「遅すぎた」と回答した。