

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じていくこと、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<sup>19)</sup>。これらは、国際的にも同じ知見であり<sup>3, 20)</sup>、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<sup>12)</sup>。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<sup>4, 5, 19)</sup>。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<sup>3, 9, 19)</sup>。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<sup>10, 11)</sup>。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<sup>20, 21)</sup>。

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のかもしれない<sup>22)</sup>。

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) 山岸曉美, 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/]
- 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<sup>1)</sup>, 秋月 伸哉<sup>2)</sup>, 鈴木 聡<sup>3)</sup>,  
木下 寛也<sup>4)</sup>, 白髭 豊<sup>5)</sup>, 宮下 光令<sup>6)</sup>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<sup>1,2)</sup>。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<sup>3,4)</sup>。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<sup>5,6)</sup>。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<sup>7,8)</sup>。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<sup>7,8)</sup>。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等の書類を求めた。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
柏地域	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

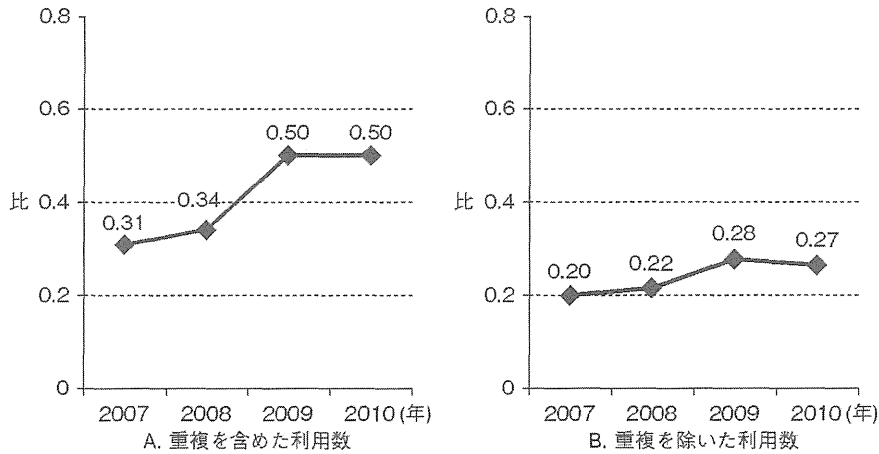


図1 死亡がん患者数に対する専門緩和ケアサービス利用数の比の違い

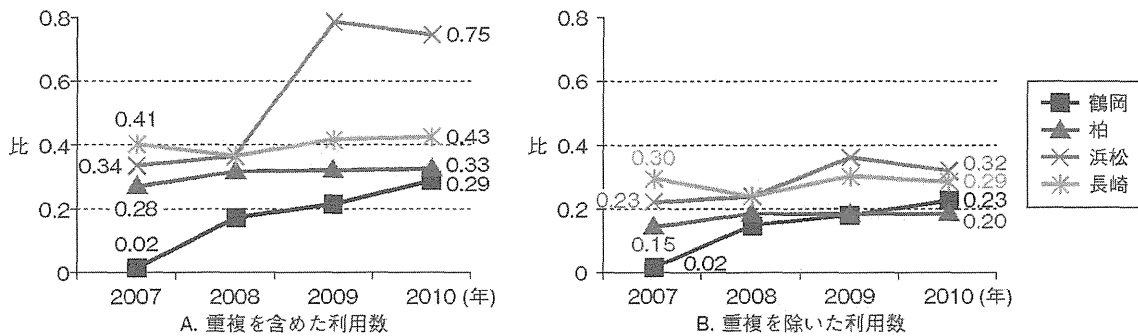


図2 地域ごとの死亡がん患者数に対する専門緩和ケアサービス利用数の比の違い

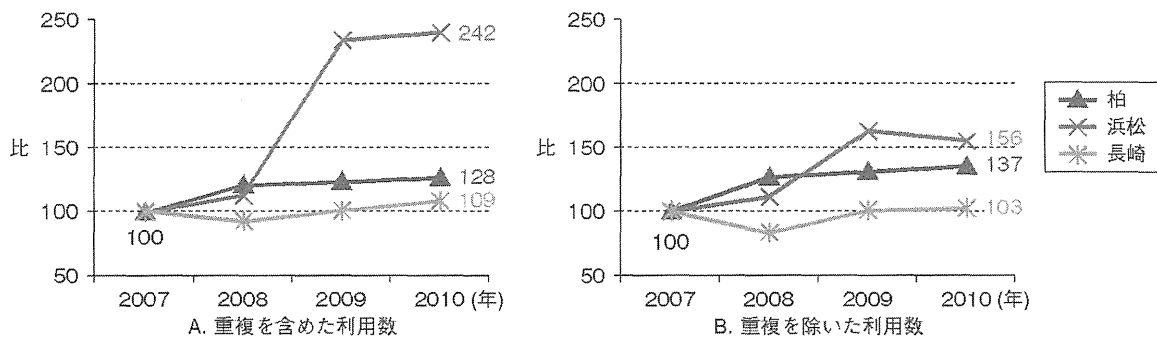


図3 地域ごとの死亡がん患者数に対する専門緩和ケアサービス利用数の比の違い—2007年を100とした増減比

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

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・サイコオンコロジー, 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 緩和と支持治療科

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<sup>1,2)</sup>。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<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>や終末期せん妄を生じたがん患者の家族<sup>5)</sup>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)<sup>6)</sup>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<sup>3,8-15)</sup>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すか？」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、思う、とても思う)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、 $\chi^2$  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。

表 1 患者・家族の背景 (n=244)

	n	%
<b>家族</b>		
年齢 (平均値±標準偏差)	59 ± 13	
性別		
男性	78	32
女性	162	66
付き添い頻度		
毎日	180	74
週 4~6 日	37	15
週 1~3 日	21	8.6
付き添いなし	1	0.4
患者との関係		
配偶者	107	44
子ども	96	39
婿・嫁	22	9.0
兄弟姉妹	9	3.7
親	4	1.6
その他	3	1.2
<b>患者</b>		
年齢 (平均値±標準偏差)	73 ± 11	
性別		
男性	148	61
女性	96	39
原疾患		
がん	237	97
肺	55	23
胃	38	16
大腸/直腸	28	12
膵臓	24	10
胆嚢/胆管	14	5.7
子宮/卵巣	14	5.7
肝臓	11	4.5
前立腺	9	3.7
膀胱/腎臓	7	2.9
乳房	6	2.5
食道	5	2.0
リンパ腫	4	1.6
原発不明	2	0.8
その他	20	8.2
がん以外	5	2.0
死亡場所		
病院	193	79
自宅	50	21
死亡後調査までの期間 (平均±標準偏差, 月)	9.0 ± 4.1	
パンフレットを受けとった時期 (n=164*)		
1 週間以内	38	23
約 1~4 週間	81	48
1 カ月以上前	45	27
パンフレットを渡した医療者 (n=159*)		
医師	94	56
看護師	65	39
どの程度説明を受けたか (n=167*)		
詳しく説明を受けた	56	33
説明を受けた	82	49
少し説明を受けた	25	15
説明を受けていない	4	2.4

欠損値のため、合計が 100%にならない項目がある。母数は 244 とした。

\*パンフレットを受けとった時期、渡した医療者、説明の程度の 3 項目については調査を行っていない施設もあるため、母数は 168 である。

副次評価項目であるパンフレットを用いて説明を受けた家族の体験について、表 3 に示す。2/3 以上の回答者が「とてもそう思う」「そう思う」と回答したのは、「この先どのような変化があるのかの目安になる」「いろいろな症状や変化がなぜ起きているのかが分かる」「気持ちの準備をすることに役に立つ」「患者の状況と照らし合わせて現状を理解するのに役に立つ」「家族ができることやしてもよいことが分かる」「自分たちがどんな時に医師や看護師に相談したらよいか分かる」「他の家族に状況を伝えるために利用できる」「患者の苦しさが増した時の対応が分かる」の 8 項目であった。各項目に相当する代表的な自由記述を表 4 に示す。

② 有用性と家族の体験に影響する要因

患者・家族の背景として、家族の年齢、性別、付き添い頻度、患者との関係、患者の年齢、疾患、死亡場所、パンフレットを渡した職種、パンフレットを渡す際の説明によって、有用性に有意差はなかった (data not shown)。

パンフレットを渡された時期によって有用性に有意差はなかったが、パンフレットを渡された時期の評価には有意差が認められ (表 5)、死亡 1 カ月以上前に渡された群で「遅すぎた」と回答したものが少なかった。

③ パンフレットの運用に関する自由記述内容

運用に関する記述は、71 件抽出された。意味内容は、「たとえ役に立つものであっても、死を迎えることを前提としたパンフレットを受けとることは家族にはつらい体験で『認めたくない気持ち』があることを認識することが大事である」(n=19)、「受けとるタイミングは家族によって違うので、一律ではなくて家族ごとに配慮することが必要である」(n=20)、「パンフレットは、医師・看護師とのその都度の温かいコミュニケーションを補うものである」(n=32)に分けられた。

ある家族は、「最初は、パンフレットの内容が信じられず半信半疑で、『絶対大丈夫だ』と思いました。その反面、『半日後か明日に亡くなる可能性がある』と見た時はなんとも言えない複雑な心境になりました。パンフレットの内容はショックですが、とても役に立ちました」とパンフレットを受けとった後の精神的なケアが重要であることを示唆した。

ある家族は、「提示の時期は、1 人ひとり異なり微妙だと思います」「ほとんど眠ったままの状態になってからこのパンフレットで説明を受けたので、もう少し早くもらえれば、心の準備もできたような気がします。先生としては、家族に気を遣いざりざりになったのかもしれませんが」と述べ、渡すタイミングを個別に検討する必要があることを示唆した。

また別の家族は、パンフレットを意味のあるものにするためには医師・看護師とのその都度の温かいコミュニケーションが不可欠であることを以下のように表現した。「パンフレットは、手渡してくれるお医者さまによって、効果が大きく違ってくると思いました」「パンフレットは、家族と看護師をつなぐツールとなるとさらに良いと思います。1 度渡されておしまい、ではなく、きっかけに何度も確認し合うツールとして用いるとよい」「パンフレットはあくまでも補助的なもので、精神的な面をどれだけサポートできるかだと思います」「眠りにつく時間が長くなってからは、『何をしてあげるといいのか』は家族にとって貴重な情報だと思います。何かしてあげたいけど怖い、

表2 パンフレットの有用性

		n	%
パンフレットの有用性 (n=226)	とても役に立った	71	31
	役に立った	113	50
	少し役に立った	35	15
	役に立たなかった	7	3.1
ほかの家族への有用性 (n=235)	とても役に立つ	61	26
	役に立つ	140	60
	少し役に立つ	29	12
	役に立たない	5	2.1
パンフレットの分かりやすさ (n=234)	とても分かりやすい	61	26
	分かりやすい	159	68
	少し分かりにくい	11	4.7
	分かりにくい	3	1.3

欠損値を除いて%を算出した。

表3 パンフレットを用いて説明を受けた家族の体験

	とても そう思う	そう思う	少しそう思う	あまりそう 思わない	そう思わない
この先どのような変化があるのかの目安になる (n=235)	57 (24)	141 (60)	34 (15)	3 (1.3)	0 (0.0)
いろいろな症状や変化がなぜ起きているのかが分かる (n=235)	47 (20)	131 (56)	49 (21)	7 (3.0)	1 (0.4)
気持ちの準備をすることに役に立つ (n=237)	55 (23)	123 (52)	44 (19)	12 (5.1)	3 (1.3)
患者の状況と照らし合わせて現状を理解するのに役に立つ (n=235)	54 (23)	121 (52)	47 (20)	10 (4.3)	3 (1.3)
家族ができることやしてもよいことが分かる (n=233)	48 (21)	124 (53)	47 (20)	11 (4.7)	3 (1.3)
自分たちがどんな時に医師や看護師に相談したらよいか分かる (n=234)	38 (16)	120 (51)	59 (25)	16 (6.8)	1 (0.4)
他の家族に状況を伝えるために利用できる (n=230)	44 (19)	111 (48)	54 (24)	13 (5.7)	8 (3.5)
患者の苦しさが増した時の対応が分かる (n=231)	43 (19)	112 (49)	55 (24)	13 (5.6)	8 (3.5)
せん妄の原因が分かる (n=210)	50 (24)	86 (41)	53 (25)	14 (6.7)	7 (3.3)
パンフレットを見ながら、医師や看護師に具体的に尋ねることができる (n=227)	35 (15)	111 (49)	57 (25)	18 (7.9)	6 (2.6)
せん妄の対処が分かる (n=211)	38 (18)	87 (41)	61 (29)	16 (7.6)	9 (4.3)
不安や心配が和らぐ (n=234)	29 (12)	111 (47)	70 (30)	16 (6.8)	8 (3.4)
家族からは医師や看護師に直接尋ねにくい、知りたいことが説明されている (n=227)	27 (12)	107 (47)	60 (26)	27 (12)	6 (2.6)
家族としてできることは十分にできたと感じられることに役に立つ (n=227)	35 (15)	93 (41)	63 (28)	23 (10)	13 (5.7)
疲労や悩みなど自分の思いが分かってもらえた気持ちがする (n=217)	26 (12)	88 (41)	61 (28)	31 (14)	11 (5.1)
いろいろな情報があり、かえって不安になる (n=232)	3 (1.3)	6 (2.6)	28 (12)	70 (30)	125 (54)
あまり知りたくない内容だと思う (n=227)	2 (0.9)	12 (5.3)	28 (12)	48 (21)	137 (60)
大切なことなのに紙上のこのように冷たく感じる (n=231)	2 (0.9)	4 (1.7)	24 (10)	64 (28)	137 (59)

表中 ( ) 内は、%を示す。欠損値を除いて%を算出した。

これが家族の思いだと思います。その意味でパンフレットが重要な情報源であると感じます。(医師が)とても詳しく説明してくださったのを覚えております。詳しい解説抜きでパンフレットだけでは準備はできないでしょう」などと述べた。

## 考 察

看取りの時期にパンフレットを渡された家族は、おおむねパンフレットは有用であったと評価し、病状変化の目安として利用したり、気持ちの準備をすることに役立つと感じていた。これは集中治療を受けている患者の家族に対して、前もっての話し合いと、小冊子を用いた医療者の対応により、家族の不安と抑うつなどの精神的負担を和らげることができたという報告<sup>5)</sup>

を支持する結果であった。

さらに、「他の家族に状況を伝えるために使用できる」との回答が多くみられた。終末期になると、これまでの経過や現在の状況を把握していない家族や親類が面会に来て、点滴をしていないことや、現在の状況について理解できず、付き添っている家族を責める現象がある<sup>19)</sup>が、このような時に家族がほかの家族に説明をする時に役に立つ手段として評価されたと考えられる。

方、約5%の家族は「あまり知りたくない内容だと思う」「いろいろな情報があり、かえって不安になる」と回答していた。運用に関する自由記載からの分析でも、一律に配布するのではなく、医療者がタイミングをみてパンフレットを使用するか判断する必要があることが示唆される。また、パンフレット

表4 家族の体験の代表的な記述

1. この先どのような変化があるか分かる・いろいろな症状や変化がなぜ起きているのかが分かる
「パンフレットを読んだことにより、今の状態は病気の進行によるんだと受けとめることができました。食事を摂らないことや、起き上がったり手を動かしたりすることも納得して見守ることができました。最期の数日は、水も摂れない状態で、むくみのために点滴も控えていたが、患者が必ずしもその事で苦しんでいないことを知り、心の負担が減りました。すべての、最期を看取る家族に、このパンフレットが活用されると良いと思います」
「在宅にて看取ることができましたが、パンフレットがなかったら心の準備もできず、ただただ不安だらけの毎日を過ごしていたと思います。内容的にも本当に詳しくかみくだいてあるので、読みやすかったと思います。看護師さんからの説明と適切なアドバイスも受け、いずれどのような経過をたどるのか理解し、あわてず恐れず静かに見送ることができました。パンフレットは私にとって非常に有効であったこと、気持ちに余裕をもって介護できた事を心から感謝しております」
2. 気持ちの準備をすることに役立つ
「パンフレットはとても役に立ちました。まず渡され、内容を見た時、“もうそう長くはないのだ”と実感しました。頭では分かっている、それがいつなのか、死というものに対して考えないようにしていたので、これを渡されたということは、“覚悟しておかなきゃ！ってことだよ”と父と話すきっかけにもなりました」
3. 家族ができることやしてもよいことが分かる
「眠りにつく時間が長くなってからは、どんなことをしてあげるとよいのかは家族にとって貴重な情報かと思えます。何かしてあげたいのに手を出すのが怖い、これが家族の思いだと思います。このようなパンフレットが情報源であることは良いことだと感じます」
4. 他の家族に状況を伝えるために利用できる
「これをいただいたことで、とても助かりました。親戚の人も一挙一動にうろたえて、医師に何度も説明を求めたり、私たちに何度も“どういことだ。何かできることはないのか”と言っていたのですが、パンフレットをコピーして渡すと、少し落ちついてくれたと思います。私たち1人ひとりのことを考えてくださり、こうしたバックアップがなかったらとても乗り越えられなかったと思います」

表5 パンフレットを渡された時期別にみた有用性とパンフレットを渡された時期の評価

		1週間以内 (n=37)	1週間～1カ月 (n=80)	1カ月以上前 (n=44)	p値
パンフレットの有用性*	平均値	3.0 ± 0.82	3.2 ± 0.70	3.2 ± 0.76	0.28
	3以上の割合	81% (n=30)	83% (n=66)	82% (n=36)	
渡された時期の評価	ちょうどよい	75% (n=28)	70% (n=55)	89% (n=40)	0.035
	遅すぎた	24% (n=9)	29% (n=23)	2.9% (n=4)	

\*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」を示す。パンフレットを渡された時期に関する質問と有用性に関する質問の両方に回答した161例を解析対象とした。

は単に配布するのではなく、医療者が状況を説明する時の、あくまでも補助ツールであることを認識し、その都度の心情に配慮したコミュニケーションが重要である。

パンフレットを渡す時期については、本研究では、半数が死亡前1週間～1カ月に、25%が死亡前1週間以内、あるいは死亡1カ月以上前に渡されていた。患者の死亡1カ月以上前に配布された家族の方がそれ以降に配布された家族よりも「遅すぎた」と回答した割合が少なかったことや、パンフレットを受けとるのが「早すぎた」と回答した家族が2%以下であったことから、家族の状況によって、月単位の予後が見込まれている時点で配布することも念頭に置くことも必要かもしれない。

本研究の限界について述べる。まず、本研究は、臨床的な判断に基づいてパンフレットを配布した家族に対して行った調査であり、看取りの時期を体験したすべての家族を対象にして行った調査ではない。このため、パンフレットを配布する時点で、選択バイアスが働いている可能性がある。また、本研究は、患者の死後6カ月以上が経過した家族に対して行った調査で

あり、想起バイアスが生じている可能性もある。本研究でもパンフレットを配布されたこと自体を覚えていない家族も3.8%みられた。

本研究の結果からは、看取りを体験する家族に、『看取りのパンフレット』を用いて説明を行うことは、先々の見通しをつけて心構えができること、症状の原因や現状を理解することができること、家族ができることやしてもよいことが分かること、他の家族との情報共有ができることなどの理由から、パンフレットを渡す時期を患者・家族ごとによく検討し、単に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る。パンフレットの効果をより厳密に検証するためには、比較試験が必要である。

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」の一環として行われたものである。研究にご協力いただいた

た方々に心より感謝いたします。

#### 文 献

- 1) Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 2004; 291: 88-93.
- 2) Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002; 43: 183-94.
- 3) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 579-89.
- 4) Namba M, Morita T, Imura C, et al. Terminal delirium: families' experience. *Palliat Med* 2007; 21: 587-94.
- 5) Shinjo T, Morita T, Hirai K, et al. Care for imminently dying cancer patients: family members' experiences and recommendations. *J Clin Oncol* 2010; 28: 142-8.
- 6) Lautrette A, Dermon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356: 469-78.
- 7) Gagnon P, Charbonneau C, Allard P, et al. Delirium in advanced cancer: a psychoeducational intervention for family caregivers. *J Palliat Care* 2002; 18: 253-61.
- 8) 大谷弘行. エビデンスに基づいた看取りのケア—看取りの支援小冊子の紹介. *臨看* 2010; 36: 1869-81.
- 9) Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH. Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Support Care Cancer* 2005; 13: 589-99.
- 10) Terry W, Olson LG, Wilss L, et al. Experience of dying: concerns of dying patients and carers. *Intern Med J* 2006; 36: 338-46.
- 11) Morita T, Ichiki T, Tsunoda J, et al. A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care* 1998; 15: 217-22.
- 12) Morita T, Ikenaga M, Adachi I, et al. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 557-65.
- 13) Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 320-8.
- 14) Morita T, Hyodo I, Yoshimi T, et al. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. *Ann Oncol* 2005; 16: 640-7.
- 15) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. The care strategy for family of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendation from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. *J Pain Symptom Manage* 2010; 40: 671-83.
- 16) Molloy DW, Clarnette RM, Braun EA, et al. Decision making in the incompetent elderly: "The Daughter from California syndrome". *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 396-9.

---

著者の申告すべき利益相反なし

---

## 短報

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

白髭 豊<sup>1)</sup>, 野田 剛稔<sup>2)</sup>, 北條美能留<sup>3)</sup>, 後藤 慎一<sup>4)</sup>, 富安 志郎<sup>5)</sup>,  
出口 雅浩<sup>6)</sup>, 奥平 定之<sup>7)</sup>, 安中 正和<sup>8)</sup>, 平山 美香<sup>9)</sup>, 吉原 律子<sup>9)</sup>,  
船本太栄子<sup>10)</sup>, 五十嵐 歩<sup>11)</sup>, 宮下 光令<sup>12)</sup>, 森田 達也<sup>13)</sup>

1) 白髭内科医院, 2) 長崎市医師会, 3) 長崎大学病院 麻酔科・緩和ケアチーム, 4) 日本赤十字社長崎厚爆病院 麻酔科・緩和ケア推進室, 5) 長崎市長市民病院 麻酔科・緩和ケアチーム, 6) 出口外科医院, 7) 奥平外科医院, 8) 安中外科・脳神経外科医院, 9) 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」長崎市医師会 長崎がん相談支援センター, 10) 長崎市医師会 保健福祉センター 訪問看護事業所, 11) 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科, 12) 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, 13) 聖隷三方原病院 緩和ケア診療科

受付日 2011年12月27日 / 改訂日 2012年3月5日 / 受理日 2012年3月26日

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

Palliat Care Res 2012; 7(2): 389-94

Key words: 地域緩和ケア, 退院支援, 在宅診療

## 背景・目的

在宅で過ごすことは、患者の最も重要な希望の1つであり<sup>1,2)</sup>、患者が在宅で過ごす体制の整備が求められている<sup>3,4)</sup>。系統的レビューでは、患者の意思と全身状態、家族の意思と介護力、在宅ケアの利用可能性が在宅療養の決定要因であることが示されている<sup>5)</sup>。一方、わが国の全国研究では、それらに加え、時機を得た退院支援が要因であることが示された<sup>6)</sup>。

退院支援は、再入院や予後の改善を主要評価項目とした複数の無作為化比較試験で有効であることが示されており<sup>7,8)</sup>、わが国でも多くの実践書が出版されている<sup>9,10)</sup>。退院支援にあたっては、退院支援の専門職のみならず、病院の医療者の関与も重要である。しかし、病院の医療者は、職種間・職種内のコミュニケーション、役割の葛藤、時間の乏しさに加えて、「在宅の視点」のなさ、すなわち退院支援のために病院医療者に求められている役割のあいまいさや、病院外で行われる医療や制度についての知識の不足を体験していることが示唆されている<sup>11)</sup>。病院での医療が中心であるわが国の医療制度から考えて、病院医療者の在宅の視点に関する洞察を得ることは意義があると考えられる。

本研究の目的は、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」) が施行された1地域において、①プロジェクト前後での各がん診療連携拠点病院から在宅診療への移行率の変化を明らかにし、②各施設の病院医師・看護師の在宅の

視点と在宅診療への移行率との関係を探ることである。

## 対象・方法

本研究は、OPTIM プロジェクトの一部として行われたものである<sup>12,13)</sup>。OPTIM プロジェクトは、2008年度より3年間実施された、4地域を対象とした地域介入による前後比較研究である。介入地域として、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域が対象となった。対象疾患は悪性腫瘍である。主要評価項目は、quality of care、専門緩和ケアサービスの利用数、自宅死亡率である。地域に対する介入として、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②患者・家族に対する適切な知識の提供、③緩和ケア専門家による診療、④地域の緩和ケアの包括的なコーディネーションと連携の促進 (地域の相談窓口の設置、退院支援・調整プログラムの導入、地域多職種連携カンファレンス) を柱とする複合介入、が行われた。

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

介入<sup>14)</sup>

退院支援を円滑にするために、各病院に退院支援部署を設置し、3病院を含む地域全体の退院支援に関わるコアリンクナー

スを設置した(2008年29名,2010年35名)。3年間に9回延べ241名が,コアリンクナースのミーティングで各病院の退院支援・調整プログラムの改善を討議した。また,3つの病院の緩和ケアチームや地域連携室のカンファレンスに,在宅診療をしている医師・看護師がほぼ毎月参加した(A病院36回/3年,B病院268回/3年,C病院168回/3年)。さらに,C病院では病院看護師と訪問看護師が合同で退院支援講習会を開催した(3回,延べ156名)。

## 調査項目

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

OPTIMプロジェクトの副次的調査項目として行われた病院医師・看護師対象の質問紙調査のうち,「在宅の視点」に関連する調査項目を取得した。質問項目は,「実際に経験したり情報を得たりすることで,がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった」などの意識の変化に関する項目,「在宅移行する患者では,容態が変わった時の対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった」などの実践に関する項目合計7項目について,「そう思わない」から「そう思う」の5段階で質問した(表1)。

質問項目は,探索的な目的であることをふまえ,「在宅の視点のある病棟看護尺度」を参考に作成した<sup>15)</sup>。「在宅の視点のある病棟看護尺度」とは,「患者・家族の今後の療養に関する意向の確認」「ケアの継続性の強化」「地域の医療者との連携」「退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施」「退院後の生活に関するアセスメント」の5つの下位尺度合計25項目からなる評価尺度である。

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

## 解析

OPTIMプロジェクト開始前の2007年を100として,患者数の増加比を算出した。医師・看護師調査の項目について,「ややそう思う」「そう思う」と回答したものの頻度を,3病院間で $\chi^2$ 検定を用い有意水準0.05で比較した。また,各病院間の対比較をBonferroni法による多重比較法にて検討した。すなわち,

有意水準を $0.05/3=0.0167$ とした $\chi^2$ 検定で,すべての対比較を行った。

## 結果

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

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

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

## 考察

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

在宅移行する体制を構築するための介入として,本研究では,退院支援部署の設置や退院支援プログラムについての講習会のほかに,「在宅診療をしている医師・看護師の緩和ケアチームや地域連携室カンファレンスへの参加」が行われた。この介入はユニークなものであり,3年間を通じて定期的実施された。これまでに,病院医療者が「在宅の視点」をもつためには病院内の研修では不十分であり,在宅診療・訪問看護ステーションでの実習,病院を退院した患者の自宅への訪問や電話連絡,地域の多職種でのデスカンファレンスを通して実際の

表1 病院医師・看護師の在宅の視点の変化

	看護師				医師			
	A病院 (n=146)	B病院 (n=207)	C病院 (n=116)	p	A病院 (n=25)	B病院 (n=98)	C病院 (n=31)	p
実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	76%	75%	60%	0.0035 <sup>*2,3</sup>	88%	64%	71%	0.070
患者・家族が自宅で過ごしたいといった場合、できるだけ対応した	73%	65%	58%	0.030 <sup>*2</sup>	100%	79%	97%	0.0031 <sup>*1</sup>
自宅で過ごしたいか、自分から尋ねるようにしていた	64%	51%	48%	0.012 <sup>*1,2</sup>	96%	72%	84%	0.027 <sup>*1</sup>
在宅移行する患者では、容態が変わった時の対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった	51%	49%	34%	0.0075 <sup>*2,3</sup>	88%	54%	55%	0.0066 <sup>*1,2</sup>
在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が自宅でもできるように、入院中からシンプルにするようになった	64%	78%	47%	<0.0001 <sup>*1-3</sup>	84%	62%	61%	0.11
退院後に必要な医療処置(傷の消毒、カテーテル管理、吸引など)について患者・家族に十分に説明するようになった	61%	73%	53%	0.0007 <sup>*3</sup>	NA	NA	NA	
自宅のトイレ、風呂、ベッドなどの環境についてアセスメントするようになった	70%	78%	50%	<0.0035 <sup>*2,3</sup>	NA	NA	NA	

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

\*<sup>1</sup>A病院 vs. B病院, \*<sup>2</sup>A病院 vs. C病院, \*<sup>3</sup>B病院 vs. C病院間に有意差がある(p<0.0167)ことを示す。

p値は3群間の比較を示す。

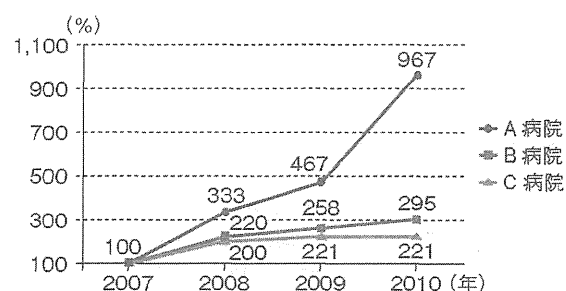


図1 がん診療連携拠点病院から在宅診療を導入した患者の増加比  
2007年を100とした場合の増加比

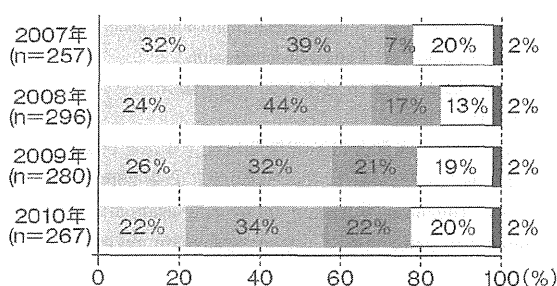


図2 B病院的緩和ケアチームの対象患者の転帰  
●死亡 ■退院(通院) ■退院(在宅診療に導入) □転院 ■その他

現場を体験することにより、意識や行動の変容がみられることが示唆されている<sup>16,17)</sup>。本研究では、「在宅医療者が病院の現場に参加することによって、「家に帰りたい患者がいれば、医療処置や看護ケアはアレンジ可能であること」「独居であっても、資源を最大限利用することで在宅に帰ることも不可能ではないこと」といった具体的な助言をすることで、「がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになる」認識を促進しえたと考えられる。

また、本研究では、地域全体に同じプログラムを実施したにもかかわらず、各病院から在宅移行した患者の増加率には病院間で差がみられた。この理由を詳細に明らかにすることは本研究の目的ではないが、介入は非常に限られた数の医師・看護師

チームによって行われたため、介入そのものの量や質のばらつきは小さいと考えられる。地域介入に代表される複雑な介入では、アウトカムそのものの変化は介入自体の差ではなく、運用の差の反映であることが示唆されている<sup>18,19)</sup>。本研究においても、病院間の差は各病院内の運用、すなわちプログラムが誰によって(管理上の立場にいる看護師 vs. 個々の看護師)、どのように(病院全体のシステムとして vs. 退院支援部署・病棟の取り組みとして vs. 個人の取り組みとして)行われたのかの違いによって生じた可能性がある。複雑な介入のアウトカム研究では、「なぜそのアウトカムが得られたのか」に関するプロセスの研究が重要であることが再認識された。

本研究の限界として、①因果関係を説明するようにデザイン



された研究ではないため、因果関係は明確にいない、②調査項目の信頼性・妥当性が厳密には確認されていない、③1地域の結果であるため、他の地域にあてはまるとは限らない、④介入は複合的に行われているため、どのように影響したかを評価することはできない、ことが挙げられる。

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

謝辞 本研究は、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の助成を受けた。

#### 文 献

- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- 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*, in submission.
- 片山 壽. 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.
- 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. 2008.
- Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006; 332: 515-21.
- 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.
- Phillips CO, Wright SM, Kern DE, et al. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta analysis. *JAMA* 2004; 291: 1358-67.
- Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD004510.
- 宇都宮宏子 編. 病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例. 日本看護協会出版会, 東京, 2009.
- 篠田道子 編. 全国訪問看護事業協会 監. ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり. 日本看護協会出版会, 東京, 2007.
- Nosbusch JM, Weiss ME, Bobay KL. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *J Clin Nurs* 2011; 20: 754-74.
- 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題. 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; 24-41.
- 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.
- 長崎地域. 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班. 平成22年度総括研究報告書 (研究リーダー 江口研二). 2011; 152-211.
- 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子. 「在宅の視点のある病棟看護尺度」の開発. *日本看護科学学会学術集会講演集* 2009; 29: 489.
- 伊藤由美子, 長田正子, 池垣淳一. 地域連携のための病院看護師たちの新たな試み—電話インタビューと地域での体験研修. *緩和ケア* 2009; 19: 143-6.
- 井村千鶴, 佐原千恵子, 梨田えり子, 他. 地域で行うデスクカンファレンスの有用性と体験. *緩和ケア* 22; 189-94, 2012
- Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *BMJ* 2004; 328: 1561-3.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: a1655.

著者の申告すべき利益相反なし

## 短報

地域における多施設・多職種デスカンファレンス参加者の  
体験に関する探索的研究和泉 典子<sup>1,2)</sup>, 秋山 美紀<sup>3)</sup>, 奥山慎一郎<sup>1,4)</sup>, 難波 幸井<sup>5)</sup>,  
柏倉 貢<sup>1)</sup>, 冨樫 清<sup>1,6)</sup>, 渋谷 美恵<sup>6)</sup>, 鈴木 聡<sup>1,6,7)</sup>1) 鶴岡市立荘内病院 緩和ケアチーム, 2) 同 内科, 3) 慶應義塾大学 総合政策学部,  
4) 同 麻酔科, 5) 鶴岡地区医師会訪問看護ステーションハローナース, 6) 緩和ケア  
サポートセンター鶴岡・三川, 7) 同 外科

受付日 2011 年 11 月 7 日 / 改訂日 2012 年 3 月 7 日 / 受理日 2012 年 4 月 3 日

本研究の目的は、地域における多施設・多職種デスカンファレンスに参加した地域の医療福祉従事者の体験を探索することである。地域緩和ケアチームが介入し自宅や施設での療養後に死亡したがん患者 3 症例のデスカンファレンス参加者のべ 56 名を対象に質問紙調査を行った。デスカンファレンスの感想と緩和ケアや看取りに関する考えについての自由記載を内容分析した結果、デスカンファレンスの有用性として【多職種との対話による相互理解】【今後の実践につながる気づき】【緩和ケアの学び】などが、問題点として【多職種との対話における障壁】などが抽出された。緩和ケアの実践の課題として【緩和ケアや看取りに取り組むための条件】【施設間・職種間連携】が抽出された。地域の緩和ケア専門家が地域の多施設・多職種との振り返りの場をつくることで、職種間の相互理解が深まり、連携の促進と緩和ケアの実践の変化につながる可能性が示された。

Palliat Care Res 2012; 7(2): 354-62

Key words: 緩和ケア, 地域, 多職種間連携, 在宅, カンファレンス

## 緒言

がん患者が望んだ場所で終末期を過ごすための地域連携体制の構築は重要である。鶴岡地域では、地域の緩和ケア普及を目的に、病院緩和ケアチーム医師や訪問看護師を含む地域緩和ケアチームを組織し、その活動として地域での多施設・多職種デスカンファレンスを行った。

デスカンファレンスとは、患者の死後に行う医療チームの話し合いで、ケアの評価や医療者の心の負担軽減に有用とされ、おもに病棟単位で看護師を中心に行われている<sup>2-4)</sup>。地域で行った多職種デスカンファレンスの報告は過去に 1 件のみで<sup>5)</sup>、連携の課題に対する解決策を見出す場と報告されたが、参加者の職種による体験の相違は示されていない。地域における緩和ケアでは、多施設の医療職と介護職が患者・家族に関わるため、職種の違いがチーム医療に与える影響を知ることは、多職種での緩和ケアの実践に役立つと思われる。

本研究の目的は、多施設・多職種デスカンファレンスに参加した地域の医療福祉従事者の体験について、医療職と介護職の相違を含めて探索し、多施設・多職種デスカンファレンスの意義やあり方を検討することである。

## 方法

## ① 対象

2011 年 5 月～11 月に、地域緩和ケアチームが開催した 3 回の多施設・多職種デスカンファレンスに参加した地域の 8 施設、10 職種の医療福祉従事者のべ 56 名を対象とした。

## ② 多施設・多職種デスカンファレンスの概要

地域緩和ケアチームが介入し、おもに自宅や介護施設で療養し死亡したがん患者 3 症例の多施設・多職種デスカンファレンスを行った(表 1)。

症例 1 は地域緩和ケアチーム医師が診療所医師と共に往診し、処方提案した症例、症例 2, 3 は入院中に病院緩和ケアチームが介入し、退院後も地域緩和ケアチームに属する病院緩和ケアチーム医師が施設や自宅に訪問し、相談に応じた症例であった。症例 1, 2 の死亡場所である介護施設は、急変を除く看取りの経験がなく、医療用麻薬の使用も初めてであった。

デスカンファレンスは地域緩和ケアチーム医師が進行し、参加者全員が発言できるよう促した。介護施設の 2 例では、カンファレンスの最後に約 20 分間、患者・家族向けパンフレット(『医療用麻薬(モルヒネなど)を初めて使用する時』と『これからの過ごし方』<sup>6)</sup>)を用いて、医療用麻薬や看取りについて地域緩和ケアチーム医師が説明する時間を設けた。

Corresponding author: 和泉典子 | 鶴岡市立荘内病院 内科・緩和ケアチーム  
〒997-8515 山形県鶴岡市泉町 4-20  
TEL 0235-26-5111 FAX 0235-26-5176 E-mail: nizumi@bj8.so-net.nc.jp

表1 多職種デスカンファレンスの対象症例とカンファレンスの概要

	症例	病名	死亡場所	カンファレンス実施場所	参加職種・人数の内訳	施設数 職種数 参加人数	実施時刻
1	80歳代, 女性	大腸がん 多発肝転移	有料老人 ホーム	有料老人 ホーム	診療所医師1名, 訪問看護師2名 施設看護師1名, 介護福祉士6名 介護士・介護員4名, ケアマネジャー2名 緩和ケアサポートセンター看護師1名 緩和ケアサポートセンター相談員1名 地域緩和ケアチーム医師1名	4施設 6職種 (医療職6名, 介護職13名) 19名	平日 18時半 ~21時
2	90歳代, 男性	直腸がん 人工肛門造設後, 腹壁瘻	介護老人 保健施設	介護老人 保健施設	施設担当医師1名, 施設看護師13名 介護福祉士6名, ケアマネジャー1名 社会福祉士1名, 事務員2名 緩和ケアサポートセンター看護師1名 地域緩和ケアチーム医師1名	2施設 6職種 (医療職16名, 介護職10名) 26名	平日 17時半 ~19時 45分
3	80歳代, 女性	大腸がん 空腸-横行結腸 バイパス術後 腹膜播種	病院 (死亡確認のみ, 死亡直前まで 自宅で療養)	訪問看護 ステーション	診療所医師1名, 訪問看護師3名 病院緩和ケアチーム医師1名 病院看護師1名, 訪問入浴看護師1名 保険薬局薬剤師1名, 作業療法士2名 理学療法士1名, ケアマネジャー1名 介護福祉士1名 地域緩和ケアチーム医師1名	5施設 7職種 (医療職12名, 介護職2名) 14名	平日 19時 ~21時

## ③ 調査方法

## 1. 質問紙調査

デスカンファレンス終了後, 参加者に無記名自記式質問紙を配布し, 1週間以内に各施設での回収と提出を依頼した。質問内容は, 参加者の年齢, 性別, 職種, 経験年数, デスカンファレンスの感想と緩和ケアや看取りに関する考えについての自由記載とした。

## 2. データ分析

参加者の年齢, 性別, 職種, 経験年数は, 項目ごとに度数分布と比率を算出した。自由記載は, 内容分析<sup>7)</sup>を行った。「多施設・多職種デスカンファレンスに参加してどのように感じたか」を表す部分を1つの記録単位とし, 記録単位の意味内容の類似性によりサブカテゴリー, カテゴリーとしてまとめ, 「多施設・多職種デスカンファレンスの有用性と問題点」「多施設・多職種での緩和ケアの実践に関する課題」に分類した。また, 医療職, 介護職の記述内容を比較するため, サブカテゴリー, カテゴリーの記録単位数を算出した。

データ分析は筆頭著者が行い, 質的研究を専門とする研究者1名, 緩和ケア専門医1名のスーパービジョンを受け, 合意が得られるまで検討した。

## ④ 倫理的配慮

本研究は「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)<sup>8,9)</sup>の一環として鶴岡地域で行われ, 研究者の所属する鶴岡市立荘内病院の倫理委員会の承認を得た。デスカンファレンスの参加者には, 研究の趣旨や匿名性への配慮について口頭で説明し, 同意を得た。

## 結 果

3回のデスカンファレンスで, のべ48名(85.7%)の回答を得た。回答者の年齢は平均38±9.3歳で, 経験年数は平均11±6.6年であった。職種の内訳は, 医療職27名(医師3名, 看護師20名, 薬剤師1名, 理学療法士1名, 作業療法士2名), 介護職22名(ケアマネジャー4名, 介護福祉士12名, 介護員4名, 社会福祉士1名, 施設事務員1名)であった。看護師1名が2回のデスカンファレンスで回答した。

自由記載の分析で, 124記録単位から「多施設・多職種デスカンファレンスの有用性と問題点」として28サブカテゴリーが抽出され, これらは有用性5カテゴリー, 問題点2カテゴリーに分類された(表2)。また「多施設・多職種での緩和ケアの実践に関する課題」として9サブカテゴリーが抽出され, これらは2カテゴリーに分類された(表3)。

以下, サブカテゴリーは( ), カテゴリーは【 】で示す。

## ① 多施設・多職種デスカンファレンスの有用性と問題点(表2)

多施設・多職種デスカンファレンスの有用性として医療職, 介護職共に最も強調されたのは, 【多職種との対話による相互理解(n=39)】であった。その内容としては, (医師や他職種の考えや思いを知ることができた)(他の施設職員の思いや意見を共有できた), 介護職からは(医師や看護師が身近に感じられた)など, 医師・他職種を含む記述が目立った。また, (職種による視点の違いを知ることができた)という職種の違いに関連した気づきも含まれた。

【今後の実践につながる気づき(n=22)】とは, (患者・家族との関わりの大切さに気づいた)などケアの内容のほか, (多

表2 多施設・多職種デスカンファレンスの有用性と問題点

項目	記録単位の数 (n)		
	計	医療職	介護職
<b>有用性</b>			
【多職種との対話による相互理解】	39	22	17
医師や他職種の考えや思いを知ることができた	10	6	4
他の施設職員の思いや意見を共有できた	7	6	1
職種による視点の違いを知ることができた	5	3	2
医師の話を直接聞くことができた	4	3	1
経過中知らずにいた他職種のしてきたことや努力を知ることができた	3	1	2
自分の職種の役割を再認識できた	3	2	1
医師や看護師が身近に感じられた	2	0	2
医師や看護師の専門的な考えを聞くことができた	2	0	2
他職種の経験や悩みを知ることができ、自分も伝えることができた	2	0	2
他職種と顔を合わせて話げできた	1	1	0
【今後の実践につながる気づき】	22	8	14
多職種での振り返りが今後のケアや取り組みに活かせると感じた	11	5	6
行ってきたケアの良かった点、見直すべき点が明らかになった	7	3	4
患者・家族との関わりの大切さに気づいた	4	0	4
【緩和ケアの学び】	19	6	13
地域緩和ケアチーム医師の説明やパンフレットがわかりやすかった	6	2	4
がんの痛みなど緩和ケアに関する知識を得た	4	1	3
医療用麻薬に関する知識を得た	4	1	3
痛みの評価や治療の難しさを感じた	3	2	1
緩和ケアや終末期ケアに少し近づけた	2	0	2
【抱えていた思いの表出】	8	6	2
自分の意見や思いを素直に話すことができた	3	2	1
ありのままの言葉で話げできた	2	2	0
もやもやした思いを吐き出す場になった	2	1	1
経過中に出なかつた思いを表出する機会になった	1	1	0
【多職種との対話を促進する要素】	3	3	0
オープンに話せる場がよかった	2	2	0
全員が発言する機会があつてよかった	1	1	0
<b>問題点</b>			
【多職種との対話における障壁】	5	0	5
専門用語が難しかった	4	0	4
医師の前で話しにくいことがある	1	0	1
【不消化感】	3	1	2
不全感	2	1	1
自責感	1	0	1

職種での振り返りが今後のケアや取り組みに活かせると感じた)なども含まれた。

【緩和ケアの学び(n=19)】は、介護職(n=13)でしばしば強調されており、(地域緩和ケアチーム医師の説明やパンフレットがわかりやすかった)(緩和ケアや終末期ケアに少し近づけた)などが含まれた。

【多職種との対話を促進する要素(n=3)】とは、(オープンに話せる場がよかった)(全員が発言する機会があつてよかった)というカンファレンスの雰囲気や進行に関する内容であった。

一方、多施設・多職種デスカンファレンスの問題点として、

【多職種との対話における障壁(n=5)】が介護職のみから出され、(専門用語が難しかった)(医師の前では話しにくいことがある)など医療職との障壁を表していた。

②多施設・多職種での緩和ケアの実践に関する課題(表3) 多施設・多職種での緩和ケアの実践に関する課題として、【緩和ケアや看取りに取り組むための条件(n=13)】が挙げられ、(学習や話し合いの場が不足していると感じた)、(看取りに関する施設の方針決定と研修が必要と感じた)などが出された。

また、【施設間・職種間連携(n=12)】として、(病院との連携