

## 短報

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？森田 達也<sup>1)</sup>, 野末よし子<sup>2)</sup>, 宮下 光令<sup>3)</sup>, 小野 宏志<sup>4)</sup>,  
藤島百合子<sup>5)</sup>, 白髭 豊<sup>6)</sup>, 川越 正平<sup>7)</sup>1) 聖隷三方原病院 緩和と支持治療科, 2) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, 3) 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, 4) 坂の上ファミリークリニック, 5) 藤  
島クリニック, 6) 白髭内科医院, 7) あおぞら診療所

受付日 2012年1月31日 / 改訂日 2012年2月16日 / 受理日 2012年2月16日

本研究の目的は、在宅特化型診療所とドクターネットの両方が存在する1都市におけるがん患者の自宅死亡率の推移を明らかにすることを通じて、在宅特化型診療所とドクターネットの地域緩和ケアにおける役割についての洞察を得ることである。緩和ケアの地域介入研究が行われた1地域でがん患者の自宅死亡率を2007年から2010年まで取得した。自宅死亡率は、2007年の7.0%から2010年には13.0%に増加した。自宅死亡総数に占める在宅特化型診療所の患者の割合は49%から70%に増加したが、在宅特化型診療所以外の診療所が診療したがん患者の自宅死亡数も63名から77名と減少しなかった。在宅特化型診療所と一般の診療所のドクターネットは排他的に機能するものではなく、両方のシステムが地域に存在することにより自宅で過ごすがん患者の緩和ケアの向上に寄与する可能性が示唆された。  
Palliat Care Res 2012; 7(1): 317-22

Key words: 緩和ケア, 地域, 在宅特化型診療所, ドクターネット

## 緒言

地域での緩和ケアの普及が求められており、診療所が在宅緩和ケアに果たす役割は重要である<sup>1,2)</sup>。

イギリス、オーストラリアなど家庭医制度が採用されている多くの国では、緩和ケアを提供する中心となる医師は家庭医であり、看護師を中心としたホスピスチーム、電話を主とする地域緩和ケアチームによるコンサルテーション、ホスピス・緩和ケア病棟でのレスパイトケアなどが協働して提供されている<sup>3,4)</sup>。

一方、わが国における在宅がん患者の診療形態は地域によって多様である<sup>5)</sup>。在宅特化型診療所(外来診療は付加的で在宅診療を主たる業務とする診療所)、一般の診療所(通常の外來診療を主たる業務として行いながら比較的少人数の往診患者を受けもつ診療所。以下、従来型診療所)、病院の在宅診療部門やサテライト診療所が担当するものなどがある。さらに、連携形態としても、ドクターネット(複数の診療所が提携して診療するもの)、緩和ケア支援診療所や診療所の在宅サポートチーム(中核となる診療所が他の診療所を支援する)など多くの形態がある<sup>6-10)</sup>。これは、わが国の医療制度には地域住民のプライマリケアに一義的に責任をもつ家庭医が制度化されていないことを反映して、地域ごとに多様な診療形態がとられてきた結果であると考えられる。

近年の論点の1つに、診療所での緩和ケアを提供するために

どのような形態がふさわしいかがあり、在宅特化型診療所と、従来型診療所のドクターネットの優劣について論じられることがある<sup>11)</sup>。論点は、実施可能性、24時間対応、診療の質、自宅死亡の達成などであるが、これまで、実際の数値をもとに論じられている報告はほとんどない。浜松地域は、近年、在宅特化型診療所とドクターネットの両方が活動している地域であり、がん患者の自宅死亡率を継続的に取得している。

本研究の目的は、在宅特化型診療所とドクターネットのいずれもが存在する1都市におけるがん患者の自宅死亡率の推移を明らかにすることを通じて、在宅特化型診療所とドクターネットの役割について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ものである<sup>12,13)</sup>。

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率、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・家族に対す

Corresponding author: 森田達也 聖隷三方原病院

〒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

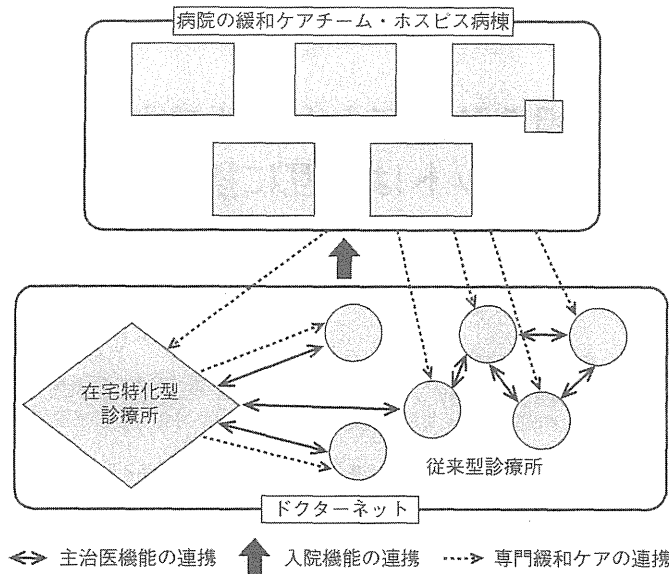


図1 在宅特化型診療所、ドクターネット、病院との診療における連携体制

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

総務省人口動態統計の目的外使用申請を行い、がん患者の自宅死亡率を2007年から2010年まで取得した。あわせて、地域の在宅特化型診療所1施設におけるがん患者の自宅死亡数を診療記録より取得した。従来型診療所におけるがん患者の自宅死亡数は、人口動態統計から取得したがん患者の自宅死亡数から、在宅特化型診療所の診療記録から取得した死亡数を除いたものとした。比較のため、全国でのがん患者の自宅死亡率、ドクターネットによる診察連携体制を中心としてプロジェクトが行われた長崎地域の自宅死亡率の推移を算出した。

### 浜松地域における在宅特化型診療所、ドクターネット、病院との診療における連携体制<sup>14)</sup>

浜松地域において、在宅特化型診療所はOPTIMプロジェクト前の2005年から常勤医師1名で活動を開始し、2006年から診療所看護師が訪問看護を開始した。2009年に常勤医師2名となり、患者数に応じて、比較的固定している常勤の非常勤医師2名を含む医師で診療を行った。

ドクターネットは、OPTIMプロジェクトが進む中で診療所同士の連携を強化する希望が高まったため、浜松市医師会が中心となって2009年から2010年にかけて発足した。在宅医療における診察連携を目的として5名の世話人がおかれており、その1名が在宅特化型診療所の医師である。参加診療所は、2010年発足時には25診療所、2010年11月には41診療所であった。

一方、病院は、4つのがん診療連携拠点病院と1つの総合病

院に、合計5つの緩和ケアチームと1つのホスピス病棟がある。緩和ケアチームは「緩和ケアチーム合同カンファレンス」で連携するとともに、メールによる「緩和ケアホットライン」を設置した。緩和ケアホットラインは、地域からの緩和ケアに関する質問に対して1つのメールアドレスに送付すると、同時に5つの緩和ケアチームすべてに共有されるものである。また、ホスピス病棟は「ホスピスの利用を考える会」を開催して地域での利用の改善を図るとともに、自宅患者のレスパイト入院を行った。

在宅特化型診療所、ドクターネット、病院との医師の診療面における連携の具体的な内容を図1に示す。連携として、主治医機能の連携、入院機能の連携、症状緩和が困難な場合の専門緩和ケアの連携の3つが実施された。主治医機能の連携とは、ドクターネット内の従来型診療所→従来型診療所、在宅特化型診療所→従来型診療所間で行われ、主治医機能を交代するものである。専門緩和ケアの連携は、必要な時に受診、紹介状やメール・電話による相談として行われた。また、病院の緩和ケアチームが定期的に診療所に訪問して行うアウトリーチプログラムが在宅特化型診療所に対して行われた。

それぞれの連携は、機能のみならず、お互いに連絡しやすい、価値観が類似している、地理的条件が近いなど個々の状況に応じてゆるやかに臨機応変に行われた(たとえば、図1において左2つの従来型診療所は在宅特化型診療所と連携、中央の従来型診療所は主治医機能においては在宅特化型診療所に加えて他の従来型診療所とも連携するが専門緩和ケアについては病院と連携する、右3つの従来型診療所は主治医機能においては相互に連携し専門緩和ケアについては病院と連携するなど柔軟な連携が行われたことを示す)。

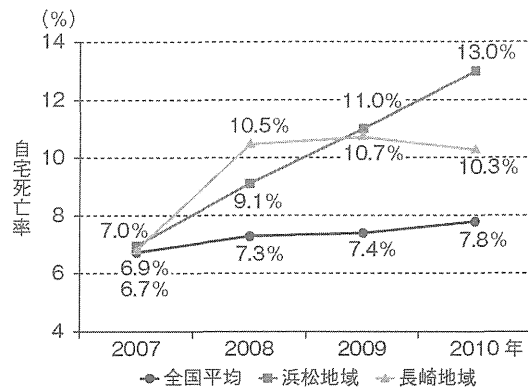


図2 自宅死亡率の推移

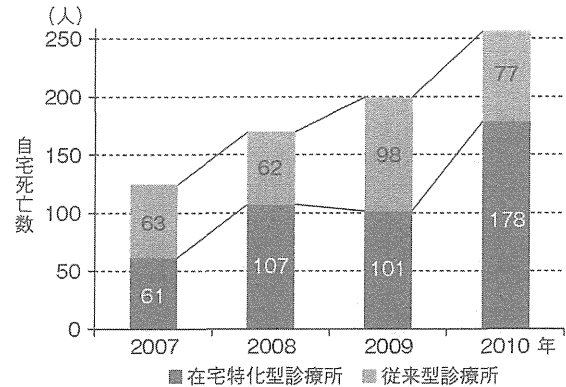


図3 在宅特化型診療所と従来型診療所のがん患者の自宅死亡数の推移

## 結果

浜松地域におけるがん患者の自宅死亡率(死亡数)は、2007年に7.0%(124名)であったが、2010年には13.0%(255名)に増加した(増加率:106%,図2)。この間、全国での自宅死亡率は6.7%(22,623名)から7.8%(27,508名)であり(増加率:22%)、長崎地域の自宅死亡率は、2007年には6.9%(95名)であったが、2010年には10.3%(151名)であった(増加率:59%)。

がん患者の自宅死亡数のうち、在宅特化型診療所、従来型診療所で診療を受けた患者数を図3に示す。がん患者の自宅死亡数に占める在宅特化型診療所の患者の割合は、2007年には49%であったが、2010年には70%に増加した。しかし、従来型診療所が診療したがん患者の自宅死亡数も、2007年の63名から、2009年は98名、2010年は77名と増加していた。

## 考察

本研究は、1都市におけるがん患者の自宅死亡率の推移を通じて地域のがん緩和ケアにおける診療所のあり方について洞察をもたらすものである。

第1に、地域全体でのがん患者の自宅死亡率は、3年間という短期間に約2倍に増加した。増加の原因を特定することは対照地域が設定されていないため方法論的に不可能であるが、想定される理由として、①病院から自宅への退院支援・調整プログラムの普及や「希望があれば帰ることは可能である」との病院医師・看護師の認識の変化、②在宅特化型診療所の存在による診療可能な患者数の増加、③診療所同士の連携による主治医機能の連携、④専門緩和ケアについての在宅特化型診療所と病院からの従来型診療所への支援、などが考えられる。特に、ドクターネットによる診療連携を基盤として同プロジェクトが行われた長崎地域と比較した場合にも自宅死亡率の上昇がやや多かったことから<sup>9)</sup>、緩和ケアチームのアウトリーチを受けた在宅特化型診療所による診療可能な患者数の増加と、従来型診療所への主治医機能と専門緩和ケアの両面からの支援が自宅死亡率の上昇の要因になったと推測される。

第2に、在宅特化型診療所が診療する患者数が増加したとしても、従来型診療所が診療する患者数は減少せず、むしろやや

増加していた。在宅特化型診療所ができることで自宅患者のほとんどを寡占するようになるとの懸念がしばしばあるが、浜松地域においてはこの現象は顕著にはみられなかった。想定される理由として、①患者や家族が信頼しているかかりつけ医にみてほしい、②在宅特化型診療所の医師の方針が患者・家族と必ずしも一致しない、③在宅特化型診療所は広範囲をカバーするためより近くの診療所を選択する、④従来型診療所も在宅診療を熱心に行っている、⑤在宅特化型診療所と連携することで従来型診療所ががん患者を診療しやすくなる、⑥訪問看護師や保険薬局薬剤師などチームとして緩和ケアの技術が向上することに対応が可能になる、など複数の理由が考えられる。

本研究の限界として、1地域における研究であるので他の地域に当てはまるとはかぎらないこと、患者・家族の quality of life を評価したものではないこと、3年間の数値であり今後変化する可能性があること、個々の連携の状況(ドクターネットの診療数、在宅特化型診療所が従来型診療所を支援して診療した患者数など)に関するデータを取得できなかったことが挙げられる。

以上より、在宅特化型診療所と従来型診療所間のドクターネットは相互に排他的に機能するものではなく、両方のシステムが地域に存在することで自宅で過ごすがん患者の緩和ケアに寄与する可能性が示唆された。このモデルが他のモデル(複数の在宅特化型診療所のみで地域を担当する、地域ごとに割りつけられた従来診療所が地域を担当する、病院からの在宅診療部門が加わるなど)と比較してどのようなアウトカムや費用対効果をもたらすのかについては、他地域を含めた比較研究が必要である。

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」の助成を受けた。

## 文献

- 1) 片山 壽 監著. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア, 第1版. 篠原出版社, 東京, 2008.
- 2) 特集: 地域医療連携実践ガイドブック. 治療 2008; 90 (Suppl): 654-1378.

- 3) Clark D. The development of palliative medicine in the UK and Ireland. Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, et al eds. Textbook of Palliative Medicine. Hodder Arnold, London, 2006; 3-11.
- 4) Lickiss JN. The development of palliative medicine in Australia/New Zealand. Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, von Gunten CF eds. Textbook of Palliative Medicine. Hodder Arnold, London, 2006; 49-57.
- 5) 田城孝雄. 地域医療計画と在宅医療. 治療 2008; 90 (Suppl): 1300-10.
- 6) 岡部 健. IV. 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア. 1. [名取市] 医療・福祉・介護の連携した在宅緩和ケアチーム. 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; 53-6.
- 7) 片山 壽. 尾道市医師会: 開業医の機動力を示す地域医療連携・カンファレンス. 日本医師会雑誌 2010; 139 (Suppl): S284-7.
- 8) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦, 他. 要町病院・要町ホームケアクリニック: 在宅療養連携病院としての役割. 日本医師会雑誌 2010; 139 (Suppl): S296-9.
- 9) 白髭 豊. IV. 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア. 7. [長崎市] 地域緩和ケアネットワーク構築の試み. 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 2008. 2008; 78-82.
- 10) 川越正平, 廣岡佳代, 白髭 豊. 電話インタビュー調査に基づく在宅医療診診連携システムの類型化 (OPTIM 方式). 日本医事新報 2011; 4565: 87-92.
- 11) 川越 厚. 緩和ケア診療所を中心とした. 地域連携ネットワークシステムの構築 (3) —PCC を中心とした地域ネットワークシステム. 緩和ケア 2009; 19: 475-81.
- 12) 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.
- 13) 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. [Epub ahead of print]
- 14) がん対策のための戦略研究 緩和ケア普及のための地域プロジェクト. 浜松における地域がん緩和ケアの取り組み — OPTIM プロジェクト中間報告. (<http://www.seirei.or.jp/optim/report/index.html>)

---

著者の申告すべき利益相反なし

---

# 外来患者のがん疼痛に対する保険薬局薬剤師の 電話モニタリング・受診前アセスメントの効果

原 著

Original Article

前堀直美<sup>1)</sup> 水上有紀子<sup>1)</sup>  
安達三郎<sup>2)</sup> 永江浩史<sup>3)</sup>  
藤本亘史<sup>4)</sup> 森田達也<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup>レモン薬局三方原店

<sup>2)</sup>レモン薬局

<sup>3)</sup>聖隷三方原病院泌尿器科

<sup>4)</sup>聖隷三方原病院緩和ケアチーム

<sup>5)</sup>聖隷三方原病院緩和支援治療科

## 要 旨

目的は、薬局薬剤師が行う鎮痛のモニタリングの有用性を明らかにすることである。薬局に受診したがん患者57名を対象とし、薬剤師が電話でモニタリングを行った。100件のうち、疼痛マネジメントの問題は74%で同定できた。内訳は、鎮痛不十分(44%)、嘔気(20%)、眠気(14%)、便秘(8%)、精神症状(3%)であった。介入は、「医師の指示内で指導」が62%(レスキューの指導、副作用対策薬の指導など)、「医師と連絡を取り新しい指示を得て指導」が22%などであった。モニタリングにより、疼痛STAS、疼痛NRSのいずれも有意に低下した。薬局からの電話モニタリングを行うことにより外来患者の鎮痛の向上が得られる可能性が示唆された。(ペインクリニック33:817-824, 2012)

キーワード：がん、疼痛マネジメント、薬局

## I. 背景・目的

疼痛はがん患者の主要な苦痛の一つであり、しばしば十分に治療されていない<sup>1)</sup>。わが国においても、外来の進行がん患者の約20%が中程度以上の疼痛を有している<sup>2)</sup>。がん疼痛の主たる治療はオピオイドを中心とした薬物療法であるが<sup>3)</sup>、有効に緩和するためには、患者個々に応じたモニタリングや教育が重要であることが複数の無作為化比較試験で示されている<sup>4-10)</sup>。

近年、がん疼痛の緩和治療は外来で開始されることが多くなったため、保険薬局が患者の窓

口となることが多い。しかし、保険薬局では、処方医からの患者情報が得られないことや、1つの薬局でオピオイドを扱う経験が少なく知識が不十分であることから、オピオイドの服薬指導を行っている保険薬局は約半数にすぎない<sup>11)</sup>。薬剤師が服薬指導に加わることは患者の鎮痛の質を向上させる可能性があるが<sup>12)</sup>、わが国では、外来がん患者の疼痛のモニタリングを保険薬局が行った有効性に関する実証報告はない。

本研究の目的は、外来通院中のがん患者がオピオイドの治療を受ける時に、保険薬局から電話でモニタリングを行うことの有用性を明らかにすることである。有用性の評価項目としては、①薬局で把握した疼痛マネジメントの問題とその対応、および、②モニタリング前後での疼痛の強さの変化を用いた。

〈Original Article〉

Effect of telephone follow-up from community pharmacy on pain intensity of outpatient cancer patients

Naomi Maehori, et al

Lemon Pharmacy, Mikatahara Branch

## II. 対象・方法

1つのがん診療連携拠点病院に隣接している保険薬局に受診したがん患者のうち、適格基準を満たす患者を連続的に対象とし、薬剤師があらかじめ作成した調査用紙に従って患者のモニタリングを行った。

患者の適格基準は、①がん疼痛に対する鎮痛薬（非オピオイド鎮痛薬、オピオイド鎮痛薬、または鎮痛補助薬）の処方のある患者、②鎮痛薬の処方が開始または変更されたもの、または、疼痛のSTAS（support for team assessment schedule 日本語版）<sup>13)</sup>が2以上、③緩和ケアチームが関わっている患者、または、泌尿器科を受診している患者（病院から保険薬局に情報提供を行う手順に協力が得られた診療科のため）とした。本研究の目的は、保険薬局で鎮痛治療を受けているがん患者全体に対する電話モニタリングの有用性を評価することであるため、オピオイドを導入する時期に対象を限ることはしなかった。

モニタリングに当たっては、患者の同意を得て日常臨床の一環として行い、前向きに記録したデータを後向きに集計した（retrospective cohort 研究）。

### 1) モニタリング

モニタリングは、緩和医療を専門とする医師による2時間のモニタリングの訓練を受けた保険薬局の薬剤師2名（女性、経験年数20年と9年）が行った。いずれも病院勤務の経験があり、1名は研究施設の緩和ケアチームの薬剤師として2年間の勤務経験があった。

病院と保険薬局で病状の共有を行うために、①担当医が患者の同意を得て、診察内容を記載したカルテのハードコピーを患者に持参させた、また、②薬剤師が必要と判断した場合には、病院の外来看護師・緩和ケアチーム看護師に電話で直接連絡をして病状の確認をした。

1名の患者に対して2週間を1件のモニタリングと定義した。同一患者において1件のモニ

タリングが終了後に、再び新しい症状の悪化や投薬の変更のために適格基準を満たした場合に新しいモニタリングとして1件とした。

初診時（初回の保険薬局への来局時）に、疼痛のSTAS、疼痛（最大、最少）のnumeric rating scale（NRS）<sup>14)</sup>を記録し、患者の医療用麻薬についての不安、服薬方法を確認した。電話で症状や服薬状況のモニタリングを行うことの同意を得られた患者に対して、初診時から48時間以内に電話でモニタリングを行った。モニタリングでは、疼痛のSTAS、疼痛（最大、最少）のNRS、嘔気、眠気のSTAS、排便の有無、および、精神症状（幻覚、または、混乱が認められるものと定義）を口頭で確認し、記録した。

患者の症状に合わせて、必要と考えた介入を行い、介入内容として、「医師の指示の範囲内で指導したこと」、「医師と連絡を取り新しい指示を得て指導したこと」、「予定外受診を勧めた」のいずれかの有無を記録した。前2者については、行った内容を自由記述で記録した。

レスキュードーズを使用していない場合には、その理由を開かれた質問で確認し、「処方があることを知らなかった」、「使ってはいけないと思っていた」、「副作用があり使いたくない」、「複数ありどれを使えばいいかわからない」、「投与間隔がわからない」、「その他」のいずれかに分類して記録した。

### 2) 受診前来局

電話モニタリングの結果、症状が不安定で担当医師の受診前に保険薬局への来局に同意した患者を対象として、「服薬指導報告書」または「お薬手帳」を使い、主治医への在宅中の状況報告と処方提案を行った。

処方提案として推奨した内容として、「定期的なオピオイドの増量」、「定期的なオピオイドの開始」、「副作用対策薬の新規処方」、「副作用対策薬の追加・変更処方」、「オピオイドの変更」、「レスキュー投与量の変更、新規処方」、「残薬調整」から選択した。

同日の来局の際に、推奨した内容が実施されたかどうかを確認した。

表 1 患者背景

平均年齢	68 ± 13 歳	原疾患	
性別 [男性]	67% (n = 38)	膀胱・前立腺・腎臓	37% (n = 21)
[女性]	33% (n = 19)	大腸・直腸	14% (n = 8)
緩和ケアチームの診療	81% (n = 46)	肺	11% (n = 6)
		膵臓・胆管・胆のう	11% (n = 6)
		乳腺	11% (n = 6)
		胃	8.9% (n = 5)
		その他	11% (n = 6)
ECOG の performance status		疼痛 (最大) NRS 平均値 ± 標準偏差	7.2 ± 2.0
0	7.0% (n = 4)	0	0% (n = 0)
1	81% (n = 46)	1 ~ 3	7.0% (n = 4)
2	11% (n = 6)	4 ~ 6	21% (n = 12)
3	3.5% (n = 2)	7 以上	74% (n = 42)
4	0% (n = 0)		
疼痛 STAS 平均値 ± 標準偏差	2.6 ± 0.77	疼痛 (最小) NRS 平均値 ± 標準偏差	3.7 ± 2.0
1	11% (n = 6)	0	5.3% (n = 3)
2	23% (n = 13)	1 ~ 3	46% (n = 26)
3	61% (n = 35)	4 ~ 6	42% (n = 24)
4	7.0% (n = 4)	7 以上	8.8% (n = 5)

STAS : support for team assessment schedule, NRS : numeric rating scale

### Ⅲ. 解 析

把握した「疼痛マネジメントの問題」とその対応について度数を集計した。「疼痛マネジメントの問題」とは、「疼痛 STAS ≥ 3, 嘔気 STAS ≥ 3, 眠気 STAS ≥ 3, 便通が 3 日以上ない, または, 精神症状があるもの」と定義した。対応については、「医師の指示の範囲内で指導したこと」、「医師と連絡を取り新しい指示を得て指導したこと」、「予定外受診を勧めた」の度数分布を算出した。また、「レスキュードーズを使用していない理由」の度数分布を算出した。介入内容の自由記述について、1 名の臨床研究の経験が豊富な緩和医療を専門とする医師 (TM) のスーパービジョンの下に 2 名の薬剤師が独立して内容分析を行い、カテゴリーを一致させたものの頻度を計算した。

モニタリング前後での疼痛の強さの変化については、各回のモニタリング前後、および、1 名の患者での初診時と最終のモニタリング時の疼痛の STAS と疼痛 (最大, 最小) の NRS の平均値を Wilcoxon の符号順位検定で比較した。精神症状のために疼痛 NRS が評価できなかった患者では、last observation carried forward (LOCF) 法によって欠損値を介入前の値に置き換えた。

解析は SPSS ver. 11.5 (IBM 社製) を用いた。

### Ⅳ. 結 果

適格基準を満たす患者 57 名のうち、すべての患者から同意が得られ、延べ 100 件の電話モニタリングを行った。モニタリングを行った理由は、「鎮痛薬の処方が開始または変更されたもの」が 46 件 (開始 27 件, 変更 29 件)、鎮痛

表2 疼痛マネジメントの問題と対応 (100件)

内 訳		
疼痛マネジメントの問題	疼痛 STAS $\geq$ 3	44% (n=44)
	嘔気 STAS $\geq$ 3	20% (n=20)
	眠気 STAS $\geq$ 3	14% (n=14)
	便通が3日以上ない	8% (n= 8)
	精神症状	3% (n= 3)
対 応		
医師の指示の範囲内で指導した	レスキューの使用方法的指導	62% (n=62)
	副作用対策薬の服薬方法的指導	39% (n=39)
	副作用対策薬の服薬時間的指導	17% (n=17)
	服薬時間の指導	11% (n=11)
	飲酒、市販薬など生活的指導	5% (n= 5)
医師と連絡を取り、新しい指示を得て指導した	増量	22% (n=22)
	減量・中止	8% (n= 8)
	レスキュードーズ薬・量の変更	8% (n= 8)
	レスキュードーズ薬・量の変更	4% (n= 4)
	副作用対策薬の新規処方・変更	2% (n= 2)
予定外受診を勧めた		12% (n=12)

項目は重複がある。STAS : support for team assessment schedule

薬の開始や変更を伴わない「疼痛のSTASが2以上のもの」が44件であった。オピオイドの初回投与の患者27件では、25症例で制吐剤が処方され、18症例で下剤が処方されていた。

患者1名あたりのモニタリング回数の中央値は1件(範囲:1~7回)であった。1件のモニタリング期間中に、中央値2回(範囲:1~7件)の電話連絡を行い、1回の電話連絡に必要な時間は中央値5分(範囲:1~10分)であった。

患者背景を表1に示す。患者の全身状態は、performance statusが2以下の患者がほとんどであった。疼痛のSTASは89%が2以上、疼痛(最大)のNRSは74%が7以上であった。

#### 1) 薬局で把握した疼痛マネジメントの問題とその対応

##### ① モニタリング

モニタリング期間中に、何らかの「疼痛マネジメントの問題がある」とされたものは74%

(74件)であった。60%(60件)では1つの問題、13%(13件)では2つの問題、1%(1件)では3つの問題が同定された。最も多かったものは、鎮痛が不十分(44%)であり、次に、嘔気(20%)、眠気(14%)であった(表2)。

鎮痛が不十分の患者のうち、処方されているレスキューが使用されていないものは23件(52%, 23/44)であった。レスキューを使用していない理由は、「使ってはいけないと思っていた」39%(9件)、「複数ありどれを使えばいいかわからない」17%(4件)、「副作用があり使いたくない」17%(4件)、「投与間隔がわからない」13%(3件)、「処方があることを知らなかった」4%(1件)、「もったいない」(1件)、「効果がない」(1件)であった。

薬剤師が行った介入は、「医師の指示の範囲内で指導した」62%、「医師と連絡を取り新しい指示を得て指導した」22%、「予定外受診を勧めた」12%であった(表2)。最も多かった介入は、「レスキューの使用方法的指導」39%。



表3 受診前アセスメントで推奨された内容 (48件)

受診前アセスメントで推奨された内容	
副作用対策薬の新規処方	35% (n=17)
定期的なオピオイドの増量	33% (n=16)
レスキュー投与量の変更・新規処方	15% (n=7)
オピオイドの変更	8.3% (n=4)
残薬調整	8.3% (n=4)
定期的なオピオイドの開始	4.2% (n=2)
副作用対策薬の追加・変更処方	4.2% (n=2)

項目は重複がある

表4 モニタリング前後での疼痛の変化

	各モニタリングの前後 (100件)			患者あたりの初回評価と最終評価 (58症例)		
	前	後	p	前	後	p
<b>疼痛 STAS</b> 平均値±標準偏差	2.3±0.87	1.8±0.83	<0.001	2.6±0.77	1.7±0.80	<0.001
0, 1	22% (n=22)	49% (n=49)		10% (n=6)	48% (n=28)	
2	27% (n=27)	28% (n=28)		22% (n=13)	33% (n=19)	
3	47% (n=47)	22% (n=22)		60% (n=35)	17% (n=10)	
4	4% (n=4)	1% (n=1)		6.9% (n=4)	1.7% (n=1)	
<b>疼痛 (最大) NRS</b> 平均値±標準偏差	6.4±2.3	4.9±2.4	<0.001	7.2±2.0	4.6±2.6	<0.001
<b>疼痛 (最小) NRS</b> 平均値±標準偏差	3.4±1.8	2.7±1.8	0.002	3.8±2.0	2.5±1.8	0.002

STAS : support for team assessment schedule, NRS : numeric rating scale

「副作用対策薬の服薬方法の指導」17%であった。

## ② 受診前来局

受診前来局は30名に勧められ、26名から合意が得られた。延べ59件実施され、48件(81%)で何らかの処方提案が行われた。

推奨した内容として、多かったのは、副作用対策薬の新規処方35%、定期的なオピオイドの増量33%、レスキュー投与量の変更・新規処方15%であった(表3)。提案全体の73%(35件)が、同日の処方に反映された。

## 2) 疼痛の強さの変化

各モニタリングの前後、患者の初回と最終評

価のいずれにおいても、疼痛STAS、疼痛(最大)NRS、疼痛(最小)NRSのいずれも有意に低下した(表4)。患者の初回と最終評価の比較において、疼痛STASが1以下、2以下の患者は、初回はそれぞれ10%、32%であったが、モニタリング終了時にはそれぞれ48%、81%であった。

## V. 考 察

本研究は、われわれの知る限り、わが国の保険薬局によるがん疼痛の電話モニタリングの有用性を示唆した最初の研究報告である。外来で

鎮痛治療を行っている患者について保険薬局で把握した疼痛マネジメントの問題としては、鎮痛が不十分、嘔気、眠気が多く、鎮痛が不十分の患者の約半数でレスキューが使用されていなかった。薬剤師が行った主な介入は、「レスキューの使用法の指導」、「副作用対策薬の服薬法の指導」であった。一部の患者では、受診前来局が行われ、副作用対策薬の新規処方、定期的なオピオイドの増量などの処方提案の多くが反映された。モニタリングの前後で、疼痛 STAS、疼痛 NRS のいずれも有意に低下した。これらの結果は、保険薬局からの電話モニタリングにより、受診までの間の疼痛マネジメントの問題に対応でき、鎮痛治療に貢献する可能性を示唆している。特に、レスキューが使用されていないことによる不十分な鎮痛と、嘔気を主とする副作用についての説明と対症療法薬の使用が主であった。

電話のモニタリングを行った患者の約 70% に、鎮痛治療による何らかの問題が認められた。最も多いのは不十分な鎮痛であり、その半数でレスキューが使用されていなかった。利用されていない理由は、「使ってはいけないと思っていた」、「複数あり、どれを使えばいいかわからない」、「投与間隔がわからない」、「処方があることを知らなかった」ためであり、「副作用があり使いたくない」、「効果がない」は少なかった。鎮痛治療の患者に関連したバリアとして、オピオイドについての誤解や、薬をあまり飲みたくない価値観などが、海外<sup>15-17)</sup>、国内の研究<sup>18-20)</sup>で繰り返して指摘されている。本研究の結果からは、特にレスキュードーズの使用法について、初診時に大まかな説明をするだけでは不十分であり、実際に、「今、痛い時」にどうしたらいいかを電話で患者個々にリアルタイムで指導することが必要であることが示唆される。この知見は、看護師による個別的な教育介入により、患者が使用する鎮痛薬が増量することによって鎮痛効果が得られることを示唆した無作為化比較試験と一致している<sup>8)</sup>。以上より、「レスキューの使用法」を初回の処方時に一般的に説明するだけでなく、その患者が「実際に痛

い時」にどのようにレスキューを利用するのかをリアルタイムで相談する体制を構築することが必要であると考えられる。

不十分な鎮痛に次いで多かった問題が、オピオイドの副作用である。出現している副作用や副作用の心配が鎮痛の改善の障害になることは複数の研究で指摘されている<sup>15-20)</sup>。1990年代に行われた米国での大規模調査では、副作用の体験や懸念が、鎮痛薬を飲むことに患者が抵抗を感じる重要な理由として挙げられた<sup>17)</sup>。本研究では、特に多かった副作用は嘔気であった。薬剤師が行った介入として、「指示範囲内で副作用対策薬の指導」と、受診前来局での「副作用対策薬の新規処方」が多かった。これは、新規のオピオイドの開始など副作用対策薬があらかじめ処方されている場合には、指示範囲内で副作用対策薬の指導を行い、新しく生じた副作用が疑われる場合には、医師と協力して病状から副作用症状の原因を想定した上で助言をしていることを反映していると考えられる。以上の知見より、保険薬局において、鎮痛薬の副作用（特に嘔気）をモニタリングし、指示範囲内での指導を行うことは患者の鎮痛に貢献すると考えられる。

一方、これらの服薬指導を可能にするためには制度上のいくつかの主要な問題がある。すなわち、① 労力と負担から考えて、どこの保険薬局でも対応することが可能であるとは限らない、② 保険薬局では、病院から患者情報が提供されなければ処方箋のみで服薬指導を行うことは難しい、③ 保険薬局の多くは年間に少数回のオピオイドの処方を受ける患者の経験しかないため、知識を蓄積しにくい、④ 麻薬の取り扱いが煩雑で返品ができないため、積極的に在庫を置くことが難しい場合がある、⑤ 24 時間の対応を患者から求められる場合もあるが、体制を維持できない。これらを解決するためには、① 緩和ケアに専門的に対応できる薬局の認定や標榜を認めることにより、電話モニタリングなどの付加的なサービスを行っている薬局が患者にわかるようにすること、② 地域での病院と保険薬局での情報共有を行うシステムの

構築（患者所持型情報ツール、電話連絡など）、③ 保険薬局の薬剤師を対象とした研修会、④ 麻薬の取り扱いの見直し、⑤ 保険薬局同士での24時間体制の確保などが考えられる。

本研究の限界として、① 病院と情報共有を行うために対象患者の診療科を限ったことがある。特に、緩和ケアチームが直接診療していないものも含めて関与している患者が80%であるため、より難治性の患者を扱った可能性や患者の認識が改善していた可能性がある。また、患者情報の共有手順に同意を得られた診療科で行ったため、対象疾患が泌尿器がんに偏りがある。② 単一の保険薬局での知見であるので、保険薬局すべてにあてはまるとはいえない。③ 介入者が評価を行ったため、評価測定にバイアスが生じている可能性がある。④ 比較対照群がないために効果を厳密にはいえない。⑤ 異なる薬剤師間での評価・介入に差があった可能性がある。

以上より、保険薬局による疼痛のある外来がん患者に対して保険薬局から電話モニタリングを行うことは、自宅で生じている鎮痛の問題点を早期に同定して対応することにより、鎮痛の向上に貢献する可能性がある。本研究により、今後、より多くの施設で対照群を置いた研究を行う場合の基礎データを提供することが可能となった。さらに、より全国で実施可能で効果の高い方法を確立するためには、多施設で対照群を置いた研究が必要である。

#### 文 献

- 1) van den Beuken-van Everdingen, de Rijke JM, Kessels AG, et al: Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 18 : 1437-1449, 2007
- 2) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al: 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* (in press)
- 3) World Health Organization: National cancer control programs. Policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, WHO, 2002
- 4) Kroenke K, Theobald D, Wu J, et al: Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer. A randomized trial. *JAMA* 304 : 163-171, 2010
- 5) Allard P, Manusell E, Labbé J, et al: Educational interventions to improve cancer pain control: A systematic review. *J Palliat Med* 4 : 191-203, 2001
- 6) Goldberg GR, Morrison RS: Pain management in hospitalized cancer patients: A systematic review. *J Clin Oncol* 25 : 1792-1801, 2007
- 7) Devine EC: Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncol Nurs Forum* 30 : 75-89, 2003
- 8) Miaskowski C, Dodd M, West C, et al: Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *J Clin Oncol* 22 : 1713-1720, 2004
- 9) Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, et al: Individualized patients education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol* 19 : 2206-2212, 2001
- 10) Yates P, Edwards H, Nash R, et al: A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention for improving cancer pain management in ambulatory settings. *Patient Educ Couns* 53 : 227-237, 2004
- 11) Ise Y, Morita T, Maehori N, et al: Role of the community pharmacy in palliative care: A nationwide survey in Japan. *J Palliat Med* 13 : 733-737, 2010
- 12) 今村 牧夫, 名倉 弘哲, 武本 千恵: 外来がん患者に対する薬剤師外来の有用性の検討. *Jpn J Pharm Health Care Sci* 36 : 85-98, 2010
- 13) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al: Reliability and validity of Japanese version STAS (STAS-J). *Palliat Support Care* 2 : 379-385, 2004
- 14) Williamson A: Pain: A review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs* 14 : 798-804, 2005
- 15) Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, et al: Patient-related barriers to cancer pain management: A systematic exploratory review. *Scand J Caring Sci* 23 : 190-208, 2009
- 16) Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al: Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain* 52 : 319-324, 1993
- 17) Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, et al: Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet* 357 : 1311-1315, 2001
- 18) Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, et al:

- Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: A population-based survey in Japan. J Pain Symptom Manage 31 : 306-316, 2006
- 19) 近藤由香, 渋谷優子: 痛みのある外来がん患者のモルヒネ使用に対する懸念と服薬行動に関する研究. 日本がん看護学会誌 16 : 5-16, 2002
- 20) 新貝夫弥子, 渋谷優子: がん性疼痛に対する患者の疼痛評価と対処行動. 日本がん看護学会誌 13 : 38-47, 1999 (2011. 12. 受付)

※ ※ ※

## 地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験

井村 千鶴<sup>\*1</sup> 佐原千恵子<sup>\*2</sup> 梨田えり子<sup>\*3</sup> 濱田 史子<sup>\*4</sup> 工藤ゆかり<sup>\*5</sup>  
鈴木 留美<sup>\*6</sup> 前堀 直美<sup>\*7</sup> 齋藤 広江<sup>\*8</sup> 鳥山 講子<sup>\*9</sup> 森田 達也<sup>\*1,10,11</sup>

*Death Conferences in the Community for Improving regional Palliative Care*

Chizuru Imura, Chieko Sahara, Eriko Nasida, Fumiko Hamada, Yukari Kudou,  
Rumi Suzuki, Naomi Maehori, Hiroe Saitou, Michiko Toriyama and Tatsuya Morita

Key words : 緩和ケア, 地域, デスカンファレンス

●緩和ケア 22:189-194, 2012 ●

### 背景・目的

緩和ケアを地域全体に普及していくことは、重要である。なぜならば、がん患者の療養場所は、病院のみならず、自宅や福祉施設を含み、希望する療養場所も多様であることが示唆されているからである<sup>1,2)</sup>。しかし、これまでにわが国で行われた大規模な調査において、患者や一般市民の緩和ケア、および在宅療養に対する安心感は必ずしも高くはなく<sup>1,3)</sup>、緩和ケアの質の向上が課題とされている<sup>4)</sup>。

浜松地域においては、療養場所の移行に関するケアを含む、緩和ケアの質の向上が課題とされた<sup>5)</sup>。この課題を解決するための方略の1つとして、地域で行うデスカンファレンスを企画した。これまでに、各地で類似した取り組みが行われて

いるが、われわれの知るかぎり、効果を評価した実証研究はない<sup>6,7)</sup>。したがって、参加者からみたデスカンファレンスの有用性を評価すること、および参加者の体験を知ることにより、効果的なデスカンファレンスの要素とは何かを探索することには、意義があると考えられる。

本研究の目的は、①地域で行われたデスカンファレンスの有用性を参加者の視点から評価すること、②デスカンファレンスの参加者の体験を探索することである。また最終的な研究の目的は、参加者の体験をもとに、地域で行うデスカンファレンスが効果的なものとなるために必要な要素を検討することである。

<sup>\*1</sup> 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター: Seirei Mikatahara General Hospital Hamamatsu Cancer Support Center (〒433-8558 浜松市北区三方原町 3453)

<sup>\*2</sup> 浜松医療センター 総合相談支援室, <sup>\*3</sup> 聖隷三方原病院 ホスピス, <sup>\*4</sup> 訪問看護ステーション住吉, <sup>\*5</sup> 浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター, <sup>\*6</sup> 遠州病院 緩和ケアチーム, <sup>\*7</sup> レモン薬局三方原店 在宅・緩和医療室, <sup>\*8</sup> 聖隷ケアプランセンター細江, <sup>\*9</sup> 訪問看護ステーション細江, <sup>\*10</sup> 聖隷三方原病院 緩和支援治療科, <sup>\*11</sup> 聖隷三方原病院 緩和ケアチーム

0917-0359/12/¥400/論文/JCOPY

### 介入内容

地域で行う「デスカンファレンス」を2010年4月から11月の期間に7回開催した。デスカンファレンスの目的は、終末期がん患者に関わった医療福祉従事者でケアの過程を振り返ることにより、緩和ケアの質の向上を図ることであった。デスカンファレンスは、担当施設による持ち回りで、平日の夜に、60分から90分間行った。参加者は、患者に直接関わった医療福祉従事者10名程度であった。内容は、ケアの評価、事例で生じた課題と解決策についての議論、関わった医療福祉従事者の気持ちの共有であった。

さらに、公開の「合同カンファレンス」を1回行った。合同カンファレンスの目的は、地域内で実際に生じた事例を通じて、地域の緩和ケアの課題と解決策を共有することであった。合同カンファレンスは、土曜日の午後2時間行った。参加者は、浜松地域の医療福祉機関に勤務する多職種であった。内容は、7回のデスカンファレンスで議論された内容の共有と議論であった。

### 調査方法

#### 1. 対象

デスカンファレンスと合同カンファレンスに参加した医療福祉従事者を対象とした。

#### 2. 方法

本研究は、連続サンプリングによる自記式質問紙調査である。質問紙は、毎回カンファレンスの終了後に参加者に配布し、回収袋に回収した。

倫理的配慮として、研究の趣旨等について口頭および文書で説明を行った。質問紙の提出をもって研究参加の同意とみなし、個人が特定できる情報は取得しなかった。

#### 3. 調査項目

調査項目は、系統的文献レビュー、地域で行うデスカンファレンスに参加した医療福祉従事者10名を対象としたフォーカスグループインタビューの内容分析の結果に基づき<sup>8)</sup>、研究者の議論

により作成した。主要評価項目は、参加者からみたデスカンファレンスの有用性である。全般的有用性について1項目（「総合的に役に立ったか」）、領域ごとの有用性6項目（「地域のいろいろな職種の人と顔の見える関係になること」「次にどう関わったらよいかのヒントや気づきを得ること」「どういう職種がどういう仕事や役割を果たしているのかを知ること」「地域のいろいろな職種の人の気持ちや価値観を知ること」「患者や家族がどう思ったのかをいろいろな角度から知ること」「在宅や入院中など自分のみでいない患者の様子を実感をもって知ること」）について、「1：役に立たなかった」「2：あまり役に立たなかった」「3：少し役に立った」「4：役に立った」「5：とても役に立った」の5件法で尋ねた。参加者の背景について、職種、勤務場所、臨床経験年数を尋ねた。

また、デスカンファレンスの参加者を対象として、デスカンファレンスに参加したことによる体験について、「在宅や入院中など自分のみでいない患者の様子を知ることができた」などの29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。

#### 4. 解析

各評価項目について、度数分布を集計した。参加者からみたデスカンファレンスと合同カンファレンスの有用性の評価に差があるかをMann-WhitneyのU検定を用いて検定した。統計学的有意差は、7回の多重検定を行うため、Bonferroni補正を行い、 $p=0.007$ を有意水準とした。

さらに、デスカンファレンスの参加者の体験の構成概念を探索するために、因子分析を行った。29項目のうち、デスカンファレンスのみに限定した3項目、および、総合的評価を尋ねた1項目の合計4項目を除外した25項目について、主因子法、Promax回転による因子分析を行った。因子数はスクリープロットと固有値で決定し、最も解釈が可能であった6因子構造を選択した。

表1 参加者からみたデスカンファレンス・合同カンファレンスの評価

	デスカンファレンス	合同カンファレンス	p
総合的に	4.6±0.61 (95%)	4.0±0.75 (72%)	< 0.001
患者や家族がどう思ったのかをいろいろな角度から知ること	4.6±0.61 (94%)	4.0±0.71 (73%)	< 0.001
在宅や入院中など自分のみでない患者の様子を実感をもって知ること	4.6±0.61 (94%)	3.8±0.80 (63%)	< 0.001
地域のいろいろな職種の人と顔の見える関係になること	4.6±0.55 (98%)	3.4±0.90 (39%)	< 0.001
どういう職種がどういう仕事や役割を果たしているのかを知ること	4.4±0.64 (92%)	3.8±0.73 (67%)	< 0.001
次にどう関わったらよいかのヒントや気づきを得ること	4.4±0.61 (94%)	3.9±0.83 (66%)	< 0.001
地域のいろいろな職種の人の気持ちや価値観を知ること	4.4±0.61 (94%)	3.9±0.76 (69%)	< 0.001

数値は、1（役に立たなかった）～5（とても役に立った）の平均値±標準偏差を示す。  
（ ）は、「とても役に立った」「役に立った」の%を示す。

## 結果

### ●デスカンファレンスの評価

7回のデスカンファレンスに、のべ84名が参加した。質問紙調査では、83名（99%）から有効回答を得た。

職種は、看護師53%（n=44）、医師15%（n=12）、介護支援専門員11%（n=9）、医療ソーシャルワーカー7.2%（n=6）、薬剤師4.8%（n=4）、その他9.6%（n=8）であった。

勤務場所は、病院51%（n=42）、診療所13%（n=11）、居宅介護支援事業所12%（n=10）、訪問看護ステーション11%（n=9）、保険薬局4.8%（n=4）、その他6.0%（n=5）であった。平均臨床経験年数は15±7.9年であった。

参加者からみたデスカンファレンスの有用性について、「総合的に役に立ったか」に対して、95%（n=79）が「とても役に立った」「役に立った」と回答した（表1）。

領域ごとの有用性については、「地域のいろいろな職種の人と顔の見える関係になること」など6項目のすべてにおいて、90%以上が「とても役

に立った」「役に立った」と回答した。

デスカンファレンスに参加した医療福祉従事者の体験の因子分析では、〈ケアの過程を知ること〉〈気づき〉〈相互理解〉〈連帯感〉〈連携への意志〉〈負担感〉の6因子が抽出された（表2）。

デスカンファレンスに参加した医療福祉従事者の体験については、〈負担感〉に関する4項目以外のすべての項目で、約70～90%の参加者が、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した（表2）。「カンファレンスに来る時間のやりくりが大変だった」に対して、25%が「とてもそう思う」「そう思う」と回答した。「カンファレンスに来るのは敷居が高く感じた」「時間が長かった」に対して、「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは10%以下であり、「責められるような、忘れたいことを思い出させるような感じであつた」と回答したものはなかった。

### ●合同カンファレンスの評価

合同カンファレンスに、89名が参加した。質問紙調査では、64名（72%）から有効回答を得た。職種は、看護師47%（n=30）、医師19%

表2 デスカンファレンスに参加した医療福祉従事者の体験の因子構造

	因子負荷量	とても思う・ そう思う (%)
〈ケアの過程を知ること〉		
在宅や入院中など自分のみでない患者の様子を知ることができた	0.97	86
書類や書面などでは分からない患者や家族の様子を実感をもって感じられた	0.82	86
患者や家族がどう思ったのかをいろいろな角度から知ることができた	0.78	92
患者や家族がどう思ったのか、生の声を聞くことができた	0.76	75
自分には患者や家族が言えないような本音を他の職種から聞けたと思う	0.58	81
経過が分かり「その後どうなったかわからない」「やりっぱなしな感じ」が和らいだ	0.53	79
自分の支援が他の職種から見てどうだったのかを聞くことができた	0.45	68
〈気づき〉		
うまくいっているようにみえても何か新しい気づきがあった	0.83	87
自分が普段できていない部分や改善できることに気がついた	0.81	86
次にどう関わったらよいかにつながるヒントや気づきを得ることができた	0.68	93
がん患者では時間が限られていてもできる限りのベストなことをすればよいと思った	0.63	82
自分の支援が患者や家族にとってどうだったのかを考える機会になった	0.30	86
〈相互理解〉		
関わったメンバーがどう考えてどう行動していたのかプロセスが分かった	1.01	88
関わったメンバーの価値観や考え方がよく分かった	0.66	90
どういう職種がどういう仕事や役割を果たしているのかが分かった	0.57	88
自分だけではなくて他の人も同じような気持ちを持っていることが分かった	0.46	84
関わったメンバー1人ひとりが苦労して一生懸命考えていることがよく分かった	0.45	95
〈連帯感〉		
連帯感や「1人ではない感じ」を感じた	0.77	92
責められる気持ちにならないように、参加者は気を遣ってフィードバックしていた	0.53	81
〈連携への意志〉		
お互いに顔見知りになることによって今後の情報交換がしやすくなると思った	0.88	95
今後困ったことがあった時に多職種で相談やカンファレンスをしてみようと思った	0.67	93
〈負担感〉		
時間が長かった	0.68	24
カンファレンスに来る時間のやりくりが大変だった	0.61	25
カンファレンスに来るのは数居が高く感じた	0.45	9.6
責められるような、忘れたいことを思い出させるような感じてつらかった	0.24	0

( $n=12$ ), 介護支援専門員 19% ( $n=12$ ), 薬剤師 4.7% ( $n=3$ ), その他 7.8% ( $n=5$ ) であった。勤務場所は、病院 53% ( $n=34$ ), 居宅介護支援事業所 19% ( $n=12$ ), 診療所 9.3% ( $n=6$ ), 訪問看護ステーション 6.3% ( $n=4$ ), 保険薬局 3.1% ( $n=2$ ), その他 6.3% ( $n=4$ ) であった。平均臨床経験年数は  $14 \pm 8.8$  年であった。

有用性の評価について、「とても役に立った」「役に立った」としたものは、「総合的に」72% ( $n=46$ ) であった(表1)。有用性の評価では、合同カンファレンスに比して、患者に直接関わった医療福祉従事者のみによるデスカンファレンス

が有意に高かった(表1)。

## 考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、地域で行うデスカンファレンスの有用性を評価した初めての研究である。

本研究で重要な知見の1つは、地域で行うデスカンファレンスの有用性が示唆された点である。本研究では、患者に直接関わった医療福祉従事者のみで行ったデスカンファレンスは、総じて高く評価された。この解釈としては、参加者が少人数で、直接コミュニケーションをとり、議論する過



程が有効であったことが考えられる。したがって、患者に直接関わった医療福祉従事者のみで、個々の事例について双方向性に議論する場をつくる介入の有用性が示唆される。

本研究で、もう1つの重要な知見は、デスカンファレンスに参加した医療福祉従事者の体験が概念化された点である。

〈ケアの過程を知ること〉では、「自分のみでない時期の患者家族の様子を実感をもって知る」「自分では聞くことのできない患者家族の気持ちを知る」体験が含まれた。解釈可能な理由としては、地域では多機関多職種による幅広いケアが展開されるために情報の断片化が起りやすいこと、患者に関わった多機関多職種でケアを振り返る機会が少ないことを反映していると考えられる。また、参加者にとって、デスカンファレンスは他職種が果たしている役割を知る、他職種や他施設が対応可能な範囲を知るといった地域の生きた情報を得る、患者家族をより理解するという意味をもつと考えられる<sup>8)</sup>。したがって、個々の参加者が関わっていない時期の患者家族の様子や気持ちを知ることができるコーディネーションの重要性が示唆される。

〈気づき〉では、「次につながる気づきを得る」体験が含まれた。これは、行動変容につながる体験であった可能性が示唆される。参加者が地域で行われている緩和ケアを知ることが、療養の場の選択肢を広げ、緩和ケアの実践の改善に通じるものと考えられる。本研究の結果と、緩和ケアの知識や技術を高める重要性から<sup>9) 10)</sup>、デスカンファレンスが参加者にとって、緩和ケアの改善につながる「気づき」を得る場となる重要性が示唆される。そのために、地域で行うデスカンファレンスでは、過去に行ったことではなく、「次にどうすればよいか」に焦点を当てるコーディネーションが重要であると考えられる。

〈相互理解〉では、「価値観」や「気持ち」を理解し合う体験が含まれた。これは、参加者が深い感情の交流を体験した可能性を示唆するものである。医療福祉従事者の相互理解の重要性と<sup>11)</sup>、本

研究の結果から、デスカンファレンスが参加者にとって、互いの「役割」のみならず、「価値観」や「気持ち」を理解し合う機会となる重要性が示唆される。そのために、参加者が行ったケアの背景にある個人の「価値観」や「気持ち」を知るコーディネーションが重要であると考えられる。

本研究の限界として、デスカンファレンスが参加者の実践や自信、態度に及ぼした影響を評価できない。評価は参加した医療福祉従事者からのみ得ているために、デスカンファレンスの患者家族への効果を評価できない。

## 結 論

地域で行うデスカンファレンスは、参加者から有用と評価され、ケアの過程を共有することにより気づきを得て、互いの理解や連帯感が得られ、さらに連携を強めていこうとする好機となることが示唆された。

地域で行うデスカンファレンスが効果的なものとなるための要素として、①患者に直接関わった関係者のみで行うこと、②個々の参加者が関わっていない時期の患者家族の様子や気持ちを知ることができるコーディネーション、③過去に行ったことではなく次にどうすればよいかに焦点を当てるコーディネーション、④参加者が行ったケアの背景にある個人の価値観や気持ちを知ることができるコーディネーション、が含まれ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 がん対策のための戦略研究「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。ご協力をいただきました皆様に心より感謝いたします。

## 文 献

- 1) がん対策のための戦略研究：「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」対象地域に対する予備調査。2011年7月7日アクセス〔<http://gan-kanwa.jp/tools/pro/survey.html>〕
- 2) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al : Prefe-

- rences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts : a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18 : 1539-1547, 2007
- 3) Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, et al : Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients : a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer* Jun 10, 2011. [Epub ahead of print]
  - 4) 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 編 : ホスピス緩和ケア白書 2011. p.24-41, 青海社, 2011
  - 5) 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ためのフォーカスグループの有用性. *緩和ケア* 20 : 417-422, 2010
  - 6) 和泉典子, 秋山美紀, 奥山慎一郎, 他 : 地域緩和ケアチームが開催した多施設・多職種デスカンファレンスの体験. 第16回日本緩和医療学会学術大会抄録集. p.441, 2011
  - 7) 宮崎久美, 吉原律子, 松尾清美 : 在宅での看取りケースのデスカンファレンス—病院・在宅スタッフの共同. 第16回日本緩和医療学会学術大会抄録集. p.375, 2011
  - 8) 井村千鶴, 野末よし子, 伊藤富士江, 他 : 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの参加者の体験. *緩和ケア* 21 : 335-342, 2011
  - 9) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al : Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23 : 2637-2644, 2005.
  - 10) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al : Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 10 : 390-399, 2007.
  - 11) 林昇甫 : 病院と地域緩和ケアネットワーク—〔豊中市〕地域がん診療連携拠点病院としての地域緩和医療の取り組み. 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, p.47-52, 青海社, 2008

# 患者・遺族調査の結果に基づいた 緩和ケアセミナーの有用性

工夫

Idea

井村千鶴<sup>1)</sup> 鄭陽<sup>2)</sup>  
白土明美<sup>3)</sup> 藤本亘史<sup>4)</sup>  
佐々木一義<sup>5)</sup> 吉川陽子<sup>5)</sup>  
鈴木留美<sup>6)</sup> 大岩早苗<sup>6)</sup>  
井上聡<sup>2)</sup> 森田達也<sup>1,4,7)</sup>

<sup>1)</sup>聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター

<sup>2)</sup>聖隷三方原病院 ホスピス

<sup>3)</sup>独立行政法人国立病院機構都城病院

<sup>4)</sup>聖隷三方原病院 緩和ケアチーム

<sup>5)</sup>浜松医療センター 緩和ケアチーム

<sup>6)</sup>JA 静岡厚生連 遠州病院 緩和ケアチーム

<sup>7)</sup>聖隷三方原病院 緩和支援治療科

## 要 旨

本研究の目的は、①患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの有用性を評価すること、②セミナー参加者が重要であると認識したケアを収集することである。緩和ケアセミナーに参加した延べ274名のうち、260名(95%)から有効回答を得た。96%がセミナーを「とても役に立った、役に立った」と回答した。フォーカスグループでは、重要なケアとして、「患者・家族が伝えようとしているメッセージを聴く」、「ありのままの患者・家族を受け入れそばにいる」、「コミュニケーションをとり信頼関係を構築する」、「一緒に考えサポートを保証する」が認識されていた。患者・遺族調査の結果に基づく緩和ケアセミナーは、地域の緩和ケアの促進に有用な可能性が示唆された。

(ペインクリニック 33: 241-250, 2012)

キーワード：疼痛，地域緩和ケア，教育プログラム

## I. 背景・目的

緩和ケアの知識、技術を地域全体に普及することは重要である。なぜならば、がん患者や一般市民が希望する療養の場所や看取りの場所は、病院のみならず、自宅や福祉施設などを含み、患者の希望を達成するための体制の整備が

求められているからである<sup>1,2)</sup>。しかし、医療福祉従事者の緩和ケアについての知識や自信は必ずしも高くはなく、困難感を持ちやすいことが示唆されている<sup>3,4)</sup>。したがって、医療福祉従事者の緩和ケアの知識、技術を向上させることは、がん患者とその家族の quality of life の向上に有用な可能性がある。わが国の緩和ケア教育においては、医師や看護師を対象とした、構造化された教育プログラムが導入され始めているが<sup>5,6)</sup>、プログラムの有用性を評価した実証研究はほとんどない。

一方、緩和ケア領域においては、患者・家族によるケアの評価が重要であり、わが国においても大規模な遺族調査が行われてきた<sup>7)</sup>。遺族

〈Idea〉

Palliative care education program based on the survey of cancer patients and bereaved family members

Chizuru Imura, et al

Seirei Mikatahara General Hospital, Hamamatsu Cancer Support Center

調査は緩和ケアの教育プログラムを策定する上で「患者・家族の声」という重要な情報を含んでいるが、われわれの知る限り、調査結果に基づいて作成された緩和ケアセミナーなどの教育プログラムを評価した研究はない。したがって、患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの効果を評価することには意義があると考えられる。

本研究の目的は、①患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの有用性を評価すること、②セミナー参加者が重要であると認識したケアを収集することである。

## II. 対象・方法

### 1) 患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナー

緩和ケアの普及を目的とした地域介入である「緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)」の一環として、患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーを策定した。

#### ① 緩和ケアセミナーの教材

緩和ケアセミナーの教材として、5病院の緩和ケアチームの医師9名、看護師8名、薬剤師1名からなるフォーカスグループにより、冊子「浜松市1,000件の調査に基づくがん患者さん・ご家族の声」、「緩和ケアについての必須の知識」を作成した<sup>8)</sup>。前者では、患者・遺族調査の自由記述の内容分析により明らかにされた5つの患者・家族の希望それぞれについて、患者・家族の声、医療者にできることを整理した(「患者・家族の気持ちに寄り添って一緒に考えて欲しい」、「患者・家族が後悔しないようにして欲しい」、「苦痛を最小限にして欲しい」、「生きる希望を支えて欲しい」、「医療用麻薬についての不安をやわらげて欲しい」)。後者では、「医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる」などの設問に対して、実際の浜松市の医療者対象調査での正答率とともに一問一答式の解説を行った。

#### ② 緩和ケアセミナーの構成

緩和ケアセミナーの構成は、講義(20分)、

フォーカスグループとまとめの講義(135分)、模擬患者・家族とのコミュニケーションのデモンストレーション(15分)とした。講義では、患者・遺族調査結果の報告と、調査結果から医療福祉従事者に求められるケアを説明した。

フォーカスグループでは、1グループ6～8名に設定し、1名のファシリテーターを置いた。共通事例を提示し、アセスメント、具体的なケア・コミュニケーションについて議論した。特に、①気持ちをわかってもらえたと思えるためのケアとして何をするか、②生きる希望を持ちながら、かつ、心残りもないためのケアとして何をするか、③苦痛をやわらげ、かつ、医療用麻薬についての誤解もないためのケアとして何をするか、を扱った。議論を促進する目的から、付箋や模造紙を用いて、アセスメントやケアを1枚の付箋に1項目ずつ記載し、模造紙に並べながら議論を進めた。

### 2) 調査対象および方法

#### ① 質問紙調査

緩和ケアセミナーの参加者全員を対象として、自記式質問紙調査を行った。終了後に質問紙を配布し、回収箱に回収した。主要評価項目は、緩和ケアセミナーの有用性および実践の自己評価と知識である。

有用性については、全般的有用性1項目(「総合的に役に立ったか」)、領域ごとの有用性3項目(①気持ちをわかってもらえたと思えるようにサポートする方法を知る・考えること、②生きる希望を持ちながら、かつ、心残りもないようにサポートする方法を知る・考えること、③苦痛をやわらげ、かつ、医療用麻薬についての誤解もないようにサポートする方法を知る・考えること)について「とても役に立った」から「役に立たなかった」の5件法で尋ねた。

実践の自己評価については、セミナー前後で、「診療やケアはどのように変わるか」を「医療用麻薬の使用は生命予後に影響しないことをはっきりと説明する」など12項目について、「とても減ると思う」から「とても増えると思う」の5件法で尋ねた<sup>9,10)</sup>。