

- 5) 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.
- 6) Kelley ML. Developing rural communities' capacity for palliative care: a conceptual model. *J Palliat Care* 2007; 23: 143-53.
- 7) Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. *Aust J Rural Health* 2009; 17: 263-7.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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; 24-36.
- 11) 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. 東京, 勁草書房, 1989)
- 12) 鄭 陽, 井村千鶴, 野末よし子, 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.
- 13) 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.
- 14) 井村千鶴, 藤本亘史, 野末よし子, 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.
- 15) 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.
- 16) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42.
- 17) Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, et al. The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med* 2004; 164: 83-91.
- 18) 山岸暁美, 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.
- 19) 古村和恵, 宮下光令, 木澤義之, 他. 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望: 821名の自由記述からの示唆. *Palliat Care Res* 2011; 6: 237-45.

著者の申告すべき利益相反なし

市民の緩和ケアに対するイメージの変化

古村 和恵*¹⁾ 山岸 暁美*²⁾ 赤澤 輝和*³⁾ 鈴木 聡*⁴⁾
和泉 典子*⁵⁾ 的場 元弘*⁶⁾ 森田 達也*⁷⁾ 江口 研二*⁸⁾

Changes in Public Images of Palliative Care

Kazue Komura, Akemi Yamagishi, Terukazu Akazawa, Satoshi Suzuki,
Noriko Izumi, Motohiro Matoba, Tatsuya Morita and Kenji Eguchi

Key words : 緩和ケア, 市民講座, 市民教育

● 緩和ケア 22 : 79-83, 2012 ●

背景

緩和ケアや医療用麻薬に対する誤ったイメージは、緩和ケア普及の妨げとなることが示唆されている¹⁻³⁾。しかしながらわが国では、3~5割の国民、あるいはがん患者が「医療用麻薬は命を縮める」や「緩和ケアは末期だけのものである」といったイメージをもっており⁴⁻⁵⁾、このような誤解を取り除くための対策が必要とされている。

緩和ケアや医療用麻薬に関する正しい知識を得てもらうために、一般市民やがん患者を対象とした教育講座やセミナーが各地で開かれているが、効果について評価した研究はほとんどない。1地域の住民を対象とした研究では、緩和ケアについての講演会は緩和ケアに対する誤ったイメージを取り除くために、短期的に有効であることが示さ

れている⁶⁾。しかし、複数の地域の一般市民を対象とした研究はこれまでに報告されていない。本調査は、複数の地域の一般市民を対象に、市民講座の受講前後での緩和ケアに対するイメージの変化を検証することを目的とする。

対象・方法

緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)⁷⁾の介入の一部として、2008年度から2010年度にかけて、山形県鶴岡市と静岡県浜松市の一般市民を対象に緩和ケアに関する市民講座を行った。市民講座のテーマは、鶴岡では「地域で支えるがん緩和ケア—あなたらしく生きるために」(2008年11月15日実施:講義・パネルディスカッション)、浜松では「上手に使おうホスピス・緩和ケア」(2008年9月27日実施:講義)、

*¹⁾ 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: Department of Clinical Thanatology and Geriatric Behavioral Science, Graduate School of Human Sciences, Osaka University
(〒565-0871 吹田市山田丘1-2)

*²⁾ 東京大学大学院 医学系研究科 成人看護学/緩和ケア看護学講座, *³⁾ 健康科学大学健康科学部 福祉心理学科,

*⁴⁾ 鶴岡市立荘内病院 外科, *⁵⁾ 鶴岡市立荘内病院 内科, *⁶⁾ 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科,

*⁷⁾ 聖隷三方原病院 緩和支援診療科, *⁸⁾ 帝京大学医学部 内科学講座

0917-0359/12/¥400/論文/JCOPY

「安心できるがん緩和医療をめざして—患者さんとご家族の明日のために」（2009年9月26日実施：講義）、「がんと向き合う—地域で支える」（2010年7月18日：講義）であった。

いずれも講演の中で、「緩和ケアは、化学療法や放射線治療など、がんに対する治療と一緒に進む」「モルヒネなど医療用麻薬は、麻薬中毒になっても命を縮める作用はない」「ホスピスは“末期”だけでなく、在宅療養を支える役割もある」ことを伝えた。また、地域で利用できる緩和ケアの資源を具体的に紹介することによって「がんであっても、苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」「がんであっても、安心して自宅で療養できる」ことを伝えた。

参加者1,200名を対象に調査を行った。鶴岡地域の参加者は319名、浜松地域の参加者は、2008年度は72名、2009年度は600名、2010年度は209名の計881名であった。質問紙は、講座開始前に全員に配布し、終了後に任意で回収した。1回の質問紙で受講前後のイメージを尋ねた。回答は匿名で行った。

緩和ケアのイメージについて、「緩和ケアは、化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒に進む」「モルヒネなど医療用麻薬は、麻薬中毒になっても命を縮める」「ホスピスは“末期”だけでなく、在宅療養を支える役割もある」という緩和ケアの知識に関する3項目と、「がんであっても、苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」「がんであっても、安心して自宅で療養できる」という安心感に関する2項目で尋ねた。それぞれの項目ごとに、受講前のイメージと受講後のイメージを、「そう思っていなかった・そう思わない」(1)、「そう思っていた・そう思う」(2)、「とてもそう思っていた・とてもそう思う」(3)の3件法で尋ねた^{4,8)}。

緩和ケアの受講前後でのイメージについて平均値の比較を行った。受講前後でイメージに変化がみられた群とみられなかった群に分けて、カイ2乗検定を行った。イメージに変化がみられた群とは、受講前は各項目に対し「そう思わなかった」

と答えたが、受講後は「そう思う、とてもそう思う」と答えた、否定的だったイメージが肯定的に変化した参加者を指す。

イメージに変化がみられなかった群とは、受講前に「そう思わなかった」、受講後に「そう思わない」を選択し、否定的なイメージをもち続けた参加者、または受講前は「そう思っていた、とてもそう思っていた」を選択したが、受講後は「そう思わない」を選択した、肯定的なイメージが否定的に変化した参加者を示す（いずれの群も、逆転項目の場合は反対の処理を行った）。

結 果

858名（回収率71.5%）から回答を得た。年代別では、60歳代（27.3%）が最も多く、続いて50歳代（22.9%）、70歳代以上（21.3%）、40歳代（17.6%）、30歳代（7.3%）、20歳代（3.6%）であった。男女比は1：4であった。参加者の内訳は、一般市民（55.1%）が最も多く、続いて医療関係者（18.5%）、患者の家族（10.2%）、患者（8.4%）、その他（7.8%）であった。

全体として、市民講座の受講前後での緩和ケアに関するイメージを比較したところ、「緩和ケアは、化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒に進む」「モルヒネなど医療用麻薬は、麻薬中毒になっても命を縮める」「ホスピスは“末期”だけでなく、在宅療養を支える役割もある」「がんであっても、苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」「がんであっても、安心して自宅で療養できる」のすべての項目で受講前より受講後の方がイメージが肯定的に変化した（表1）。

鶴岡と浜松の両地域で、すべての項目において、受講前より受講後の方が緩和ケアや医療用麻薬に対するイメージは肯定的に変化した（表1）。

また、受講前後で否定的なイメージが改善した割合は、性別による有意差はみられなかった。年齢別では、60歳以上の高齢者の方が「モルヒネなど医療用麻薬は、麻薬中毒になっても命を縮める」という認識が改善しない傾向がみられた。

表1 緩和ケアに対するイメージについての質問項目とその変化

質問項目	t検定			「とてもそう思う」「そう思う」と回答した対象者の割合			
	全体 (n=858)			鶴岡 (n=208)		浜松 (n=650)	
	講演会前	講演会后	p	講演会前	講演会后	講演会前	講演会后
1. 緩和ケアは、化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒にを行う	1.92 ± .68	2.52 ± .56	<0.01	67.3%	68.3%	59.1%	82.5%
2. モルヒネなど医療用麻薬は、麻薬中毒になったり命を縮める ※逆転項目	1.54 ± .66	1.29 ± .63	<0.01	30.3%	10.1%	40.0%	19.1%
3. ホスピスは「末期」だけでなく、在宅療養を支える役割もある	1.73 ± .72	2.45 ± .54	<0.01	56.3%	70.2%	45.5%	83.4%
4. がんであっても、苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う	1.87 ± .64	2.43 ± .56	<0.01	57.7%	71.6%	61.8%	82.5%
5. がんであっても、安心して自宅で療養できる	1.57 ± .66	2.20 ± .63	<0.01	42.8%	64.4%	37.2%	73.5%

表2 緩和ケアに対する否定的なイメージが改善した割合

質問項目	性別			年齢			地域			性別		
	男性	女性	p	<60歳	≥60歳	p	鶴岡	浜松	p	市民	医療関係者	p
1. 緩和ケアは、化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒にを行う (n=192)	87.5%	89.3%	0.75	89.7%	88.9%	0.86	65.2%	92.3%	<0.01	89.0%	88.9%	0.98
2. モルヒネなど医療用麻薬は、麻薬中毒になったり命を縮める (n=351)	54.1%	64.2%	0.11	67.5%	58.1%	0.073	68.3%	60.4%	0.25	62.7%	54.3%	0.33
3. ホスピスは「末期」だけでなく、在宅療養を支える役割もある (n=291)	94.4%	95.7%	0.69	97.5%	92.9%	0.060	89.2%	96.5%	0.046	96.1%	91.9%	0.25
4. がんであっても、苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う (n=196)	85.3%	88.7%	0.58	87.2%	91.3%	0.38	90.0%	87.8%	0.70	92.0%	57.1%	<0.01
5. がんであっても、安心して自宅で療養できる (n=358)	78.3%	77.9%	0.95	79.0%	77.1%	0.67	73.3%	78.5%	0.38	79.6%	63.6%	0.017

地域別では、「緩和ケアは、化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒にを行う」「ホスピスは「末期」だけでなく、在宅療養を支える役割もある」の知識に関する項目で、鶴岡に比較して浜松で有意な改善がみられた。

立場別では、「がんであっても、苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」「がんであっても、安心して自宅で療養できる」の安心感に関する項目で、市民に比較して医療従事者の認識が改善しにくかった(表2)。

考 察

本調査の結果から、緩和ケアに関する市民対象の教育講座は、市民の緩和ケアのイメージを少なくとも短期的に変化させる可能性が示唆された。「緩和ケアは、化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒にを行う」「ホスピスは「末期」だけでなく、在宅療養を支える役割もある」という項目について、受講後に「とてもそう思う・そう思う」と答えた参加者が増加したことから、緩和ケアに関する講座は「緩和ケア=末期」という

イメージを取り除き、早期からの緩和ケアを推進するために効果的であることが示唆される。同様に、「モルヒネなど医療用麻薬は、麻薬中毒になつたり命を縮める」という項目では、受講後に「とてもそう思う・そう思う」と答えた参加者が減少したことから、緩和ケアに関する講座は麻薬に関するそのような間違つたイメージを払拭するために有効であることが示唆される。

また、「がんであっても、苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」「がんであっても、安心して自宅で療養できる」という項目についても、受講後に「とてもそう思う・そう思う」と答えた参加者が増加したことから、参加者が講座を受講することで、がんに罹患しても住んでいる地域や自宅で治療を受けながら生活できるという安心感が得られていると考えられる。

今回、対象とした2地域では同じようなイメージの変化がみられたことから、このような市民講座はいずれの地域でも有効であると考えられる。

受講前後でのイメージに変化があった群となつた群で、対象者の性別に差がみられなかったことから、男女の違いによるイメージの認識に大きな変化はないことが示唆されると考えられる。

また、年齢別では、60歳以上の高齢者の方が、緩和ケアの知識についての認識が変わりにくい傾向があった。高齢者向けの講演を行う場合には、知識に関する説明だけでなく、高齢者の経験や生活に即した情報提供を行うことがより効果的ではないかと考えられる。

地域別にみると、知識に関する項目で差はみられたが、これは鶴岡地域にもともと緩和ケアに肯定的なイメージを抱いていた参加者が多かったため、このような結果になつたと考えられる。

同様に、参加者の立場別にみて、医療関係者の方が安心感に関するイメージが変わりにくいとの結果が得られたが、これは、医療関係者は実際に現場を知っており、現実的な経験に基づいたイメージを持っているためであると考えられる。

このように、市民に緩和ケアに関する正しいイメージを提示し、今後の緩和ケアの利用につなげ

るためにも、緩和ケアに関する教育講座は重要であるといえる。

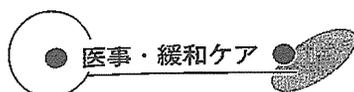
本調査の限界として、市民講座を受講した前と後にイメージを聞いておらず、受講をした後のみに、受講前後のイメージを聞いているため、対象者の認識にバイアスがかかっている可能性が指摘される。また、本調査では市民講座の長期的な効果を検討していないため、今後、そのような調査を行うことも重要である。

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」により行われました。調査実施にあたり、ご協力いただいた佐藤久美様、佐藤八重様、末田千恵様、中村香織様に、心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) 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
- 2) Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, et al : Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet* 357 : 1311-1315, 2001
- 3) Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J : The quality of medical care at the end-of-life in the USA : existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliat Med* 18 : 202-216, 2004
- 4) 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
- 5) Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, et al : Knowledge, beliefs and concerns about opioids, palliative care, and home care of advanced cancer patients : a nationwide survey in Japan. *Support care cancer* (in press)
- 6) Sato K, Miyashita M, Morita T, et al : The long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolongation treatment, and knowledge

- about palliative care. *J Palliat Care* 25 : 206-212, 2009
- 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* 25 : 412-418, 2008
- 8) Igarashi A, Miyashita M, Morita T, et al : A scale for measuring feelings of support and security about cancer care in a region of Japan : a potential new endpoint of palliative care. *J Pain Symptom Manage* (in press)
-



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—

山岸 暁美^{*1} 森田 達也^{*2} 古村 和恵^{*3} 末田 千恵^{*4} 白 髭 豊^{*5}
木下 寛也^{*6} 秋月 伸哉^{*7} 鈴木 聡^{*8} 加藤 雅志^{*9} 江口 研二^{*10}

(*Jpn J Cancer Chemother* 38(11): 1889-1895, November, 2011)

Problems and Potential Solutions of Regional Palliative Care: A Trial of the Multiregional and Multidisciplinary Conference in the OPTIM Study: Akemi Yamagishi^{*1}, Tatsuya Morita^{*2}, Kazue Komura^{*3}, Chie Sueda^{*4}, Yutaka Shirahige^{*5}, Hiroya Kinoshita^{*6}, Nobuya Akizuki^{*7}, Satoshi Suzuki^{*8}, Masashi Kato^{*9} and Kenji Eguchi^{*10} (^{*1}Dept. of Nursing, Seirei Christopher University, ^{*2}Dept. of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital, ^{*3}Graduate School of Human Science, Graduate School of Medicine, Osaka University, ^{*4}Hosei University Graduate School of Social Well-Being Studies, ^{*5}Director, Shirahige Clinic, ^{*6}Dept. of Palliative Care, National Cancer Center East, ^{*7}Chiba Cancer Center, Psycho-Oncology Division, ^{*8}Tsuruoka City Shonai Hospital, ^{*9}National Cancer Center, ^{*10}Division of Medical Oncology, Dept. of Internal Medicine, Teikyo University School of Medicine)

Summary

Quality palliative care is required at the community level, and interaction among multidisciplinary practitioners from various regions might be useful for improving community palliative care. The aims of the present study are: 1) to evaluate the participant's-perception of the usefulness of the interactive conference of multidisciplinary multiregional healthcare practitioners, and 2) to clarify the areas needing to be improved in community palliative care, raised in the conference. A total of 336 multidisciplinary practitioners from 4 areas of Japan participated in the conference. Overall, more than 80% of the participants evaluated the conference as very useful or useful; more than half reported that the conference was very useful or useful to "obtain a concrete solution for the obstacles" and to "utilize the lessons though the conference as a means to improve quality of care in their own community." The identified areas needing improvement are: 1) developing an interactive networking among healthcare practitioners and/or organizations in the community; 2) developing a system of high-quality, easily-available specialized palliative care service; 3) improving the knowledge and perception of medical professionals concerning palliative care and home care; 4) developing a collaborative care system between hospitals and community healthcare practitioners and/or organizations; 5) developing a collaborative care system among community healthcare practitioners and/or organizations; 6) optimizing existing resources available in the community; 7) improving the perception of patients and the general public about palliative care, home care, and cancer; and 8) to reevaluate the regulations, laws, healthcare system, and financial or human resources at the social level. Key words: Palliative care, Community, Home, Cancer (Received Dec. 28, 2010/Accepted Mar. 16, 2011)

要旨 地域における緩和ケアの普及は重要であり、複数地域の多職種による意見交換会は緩和ケアの向上に有用な可能性がある。本研究の目的は、①複数地域の多職種による意見交換会の有用性を評価すること、②話題とされた地域緩和ケアの課題を整理することである。4地域の医療福祉従事者336名が意見交換会に参加した。80%以上の参加者が全般的にとっても役に立った・役に立ったと回答した。50%以上が、「自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得る」、「自分の地域・施設に帰って実際に生かす」ことにとっても役に立った・役に立ったと回答した。課題は、地域の顔のみえる関係の構築、専門緩和ケアの利便性と質の向上、医療福祉従事者の緩和ケア・在宅ケアに関する認識と知識、病院と地域との連携の促進、地域内の連携の促進、既存のリソースの最大利用、患者・市民の緩和ケア・在宅ケアに関する認識、制度・社会の問題の8領域40課題に整理された。

^{*1} 前 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室
^{*2} 聖隷三方原病院・緩和支援診療科
^{*3} 大阪大学大学院・人間科学研究科
^{*4} 法政大学大学院・人間社会研究科
^{*5} 白髭内科医院

^{*6} 国立がんセンター東病院・緩和ケア科
^{*7} 千葉県がんセンター・精神腫瘍科
^{*8} 鶴岡市立荘内病院
^{*9} 国立がんセンター中央病院
^{*10} 帝京大学医学部・内科学講座

連絡先: 〒433-8558 浜松市北区三方原町 3453 聖隷三方原病院・緩和支援診療科
森田 達也

はじめに

地域を単位とした緩和ケアは、患者の quality of life の向上に有用な可能性が示唆されている¹⁻⁶⁾。わが国においても地域の緩和ケアの取り組みがはじめられている⁷⁾。地域の緩和ケアを向上するには、複数の地域で意見交換の機会をもち、課題や解決策を共有することが役立つ可能性がある⁸⁻¹¹⁾。しかし、これまで複数地域の多職種を対象として行われた意見交換会を評価した報告はない。また、複数地域を対象としてわが国の地域緩和ケアの課題を整理した研究は報告されていない。したがって、複数地域の多職種の医療福祉従事者による意見交換会を評価し、意見交換会で話題とされた地域の緩和ケアの課題を整理することは価値があると思われる。

本研究の目的は、①複数地域の多職種による意見交換会の有用性を評価すること、②意見交換会で共通の話題とされた地域緩和ケアの課題を整理することである。

I. 対象・方法

本研究は、地域介入の前後比較試験である緩和ケアプログラムによる地域介入研究 (OPTIM プロジェクト) の一環として行われた¹²⁾。意見交換会は、研究対象地域 (山形県鶴岡市・三川町、千葉県柏市・流山市・我孫子市、静岡県浜松市、長崎県長崎市) の医療福祉従事者を対象に、地域緩和ケアの課題と解決策を共有することにより各地域の緩和ケアの向上の促進を目的として開催した。

1. 対象

4 地域の医療福祉機関 278 施設に開催をアナウンスし、各地域約 30 名の参加者を募った。

2. 方法

1) 意見交換会のプログラム

2 年間に 3 回 (2008 年度は連続した 2 日間) の意見交換会を行った。内容は、4 地域の状況に関するパネルディスカッション・発表の後、小グループでのフォーカスグループ (以下 FG) を行った。

2) フォーカスグループ

FG は、1 テーマについて 8~12 名で 1 時間、合計 23 グループを行った。一つのグループの参加者は複数の地域、多職種となるように設定した。テーマは、事前に 4 地域で共通した課題としてあげられた、緩和ケアの導入の時期や方法、早期からの緩和ケア、在宅療養に移行するバリア、退院支援・退院前カンファレンスの進め方、病院医師・看護師の在宅の視点、地域のがん診療のリソースを増やす方法、地域での患者情報の共有、医療者のバーンアウト、患者会を設定した。ファシリテーターがテーマについての各地域の課題と解決策の発言を促した。

3) 意見交換会の評価

参加者に質問紙を配布し、その場で回収箱に回収した。調査項目として、全般的有用性 1 項目 (「意見交換会は総合的に役立ったか」)、領域ごとの有用性 6 項目 (①他の地域の状況をよく知ること、②自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得ること、③自分の地域・施設に帰って実際に生かすこと、④他の地域のメンバーとも悩みや問題を共有すること、⑤顔のみえる関係を作ること、⑥何か困った時などに相談できる相手を作ること) 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。

4) 解析

質問紙の回答は度数分布を集計した。FG の録音内容はテキストデータ化し、Krippendorff の方法論を参考に内容分析を行った¹⁰⁾。地域緩和ケアの課題と解決策に関する一つの意味内容を含む文章を 1 単位とした。一つの文脈のなかに異なる意味内容を示す文章があった場合には複数の単位とした。分割された単位の意味内容の類似性に従い、帰納的に分類・抽象化し、カテゴリー化した。カテゴリーを []、小カテゴリーを [] で示した。2 名の研究者が独立に内容分析を行った後、緩和ケア領域における同様の研究経験を豊富に有する緩和ケア専門家 (TM) のスーパービジョンを下に、3 名の合意が得られるまで議論を行った。分析はテーマごと、FG ごとに行ったが、結果は同様であったためまとめて記載した。

参加者には研究の主旨などについて文章で説明を行い同意を得た。

II. 結果

医療福祉従事者合計 336 名 (看護師 152 名、医師 67 名、薬剤師 47 名、ソーシャルワーカー 31 名、ケアマネジャー 22 名、その他 17 名) が参加した。勤務場所は、一般病院 103 名、緩和ケア病棟・チーム 85 名、訪問看護ステーション 35 名、診療所 33 名、保険薬局 27 名、居宅介護支援事業所 19 名、その他 33 名であった。性別は、女性 67%、男性 33%、臨床経験年数は 10 年未満 23%、10~20 年 35%、20~30 年 33%、30 年以上 9% であった。質問紙は合計 296 名 (88%) から回収した。

1. 意見交換会の評価 (図 1)

全般的有用性では、3 回を通して 80% 以上の参加者が「とても役に立った・役に立った」と回答した。

領域ごとの有用性では 70% 以上の参加者が、「他の地域の状況をよく知ること」、「他の地域のメンバーとも悩みや問題を共有すること」、「顔のみえる関係を作ること」に「とても役に立った・役に立った」と回答した。

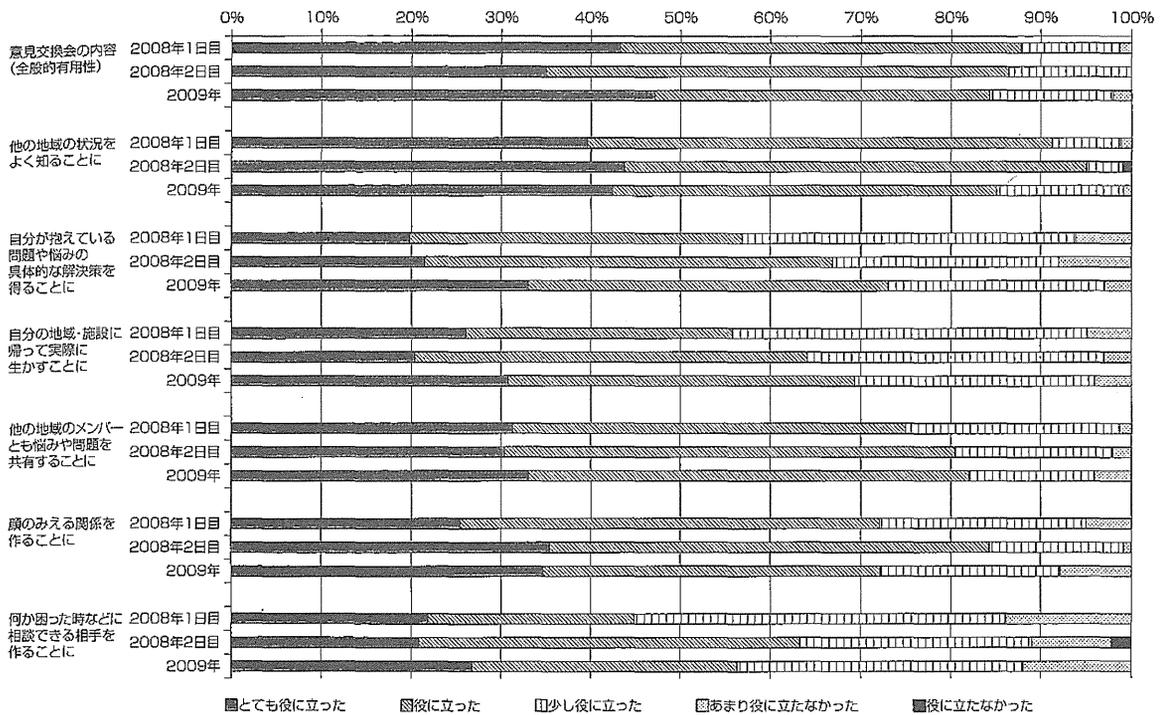


図1 意見交換会の有用性

2. 地域緩和ケア普及のための課題

地域緩和ケア普及のための課題として合計131項目が抽出され、8カテゴリー、40の小カテゴリーに分類された(表1)。

1) 【地域の「顔のみえる関係」の構築】

地域内の多職種で顔を合わせて情報共有やネットワークを構築する機会を指す。同じ地域内であっても交流が同職種や施設内に限られているため、【多職種間での交流】と【ノウハウをもっている施設ともっていない施設の交流】の重要性が指摘された。

2) 【専門緩和ケアの利便性と質の向上】

緩和ケアチームなど専門的緩和ケア利用可能性と診療の質を指す。特に、【外来患者への緩和ケア専門家の支援】と【在宅患者への緩和ケア専門家の支援】が必要であることがあげられた。一方、【緩和ケア専門家へ紹介する時期や方法がわからない】課題が抽出された。

3) 【医療福祉従事者の緩和ケア・在宅ケアに関する認識と知識の向上】

医療福祉従事者の緩和ケア・在宅医療に関する認識・知識が十分でないことがあげられた。オピオイドの使用法や在宅で可能な治療といった知識に加えて、【緩和ケア・療養場所の重要性の認識】が十分ではない、【緩和ケア＝末期という認識】が課題として抽出された。

4) 【病院と地域との連携促進】

病院と地域の医療福祉従事者との連携の必要性を指

す。患者の退院に当たって、入院中から【自宅でも継続可能な医療・ケアへの変更】を行い、【地域医療者への早めの紹介・準備】をすること、退院前には【多職種による退院前カンファレンスの開催】、【予測される事態と対応の取り決め】を行い、【地域からの問い合わせ窓口と経路】を明確にしておくことがあげられた。この他、【退院支援の振り返りを継続的に行うシステム】や【外来からの在宅リソースへの紹介】の必要性があげられた。

5) 【地域内の連携促進】

地域の在宅療養にかかわる医療福祉機関間の連携を指す。患者情報の共有が課題としてあげられ、病名などの変化しない【患者についての基礎的な情報の共有】と、時間単位で変わる病状など【患者についてのリアルタイムな情報の共有】とに整理された。

6) 【既存のリソースの最大利用】

地域に存在するリソースを最大限利用することを指す。【最新・正確なデータベース】の存在・周知があげられた。特に薬局・ケアマネジャー・医療社会福祉士に関する情報の必要性があげられた。

7) 【患者・市民の緩和・在宅ケアに関する認識】

患者・市民の緩和・在宅ケアについての認識を指す。【在宅療養に関する認識】として、苦痛の心配、夜間対応、家族の負担があげられた。緩和ケアに関しては、【患者の緩和ケア＝末期の認識】、【患者の医療用麻薬に対する誤解】、【見放された感と抗がん治療中止の難しさ】があげ

表 1 地域緩和ケア普及のための課題

カテゴリー	小カテゴリー	代表的な項目
地域の「顔のみえる関係」の構築	多職種間での交流	・地域の交流会は数多くあるが多職種の交流がない、各職種バラバラに地域の情報を探している
	ノウハウをもっている施設ともっていない施設との交流	・うまくいっている施設のノウハウが他の施設に伝わっていないため、改善につながらない
	医師の不参加	・交流会を開催しても、病院医師や診療所医師の参加が少ない
	行政の不参加	・行政や保健所との連携が構築できていない
専門緩和ケアの利便性と質の向上	外来患者への専門家の支援体制	・外来で麻薬処方された患者や告知後の精神的サポートなど外来患者の支援体制がない
	在宅療養患者への専門家の支援体制	・がん患者が在宅療養するケースが増えて、在宅緩和ケアの需要が高いが支援体制がない
	緩和ケアに紹介する時期と方法	・どのように患者・家族に緩和ケアを紹介したらいいか、どの時期に紹介したらいいかわからない
	緩和ケアチームと主治医チームの協調	・主治医と緩和ケア医の協力的体制の構築が難しい
医療者の緩和ケア・在宅ケアに関する認識・知識の向上	緩和ケアに関する知識	・がん患者は年間数人しかみないので緩和ケアのスキルに不安がある、徐放性麻薬製剤を破碎して投与している、制吐剤や下剤を使用しない、麻薬の換算量が間違っている
	病院医療者の在宅医療に関する知識	・病院の医師や看護師はどのような治療や看護が在宅で可能なかを知らない、「この患者は家に帰れない」と判断してしまう
	緩和ケア＝末期という認識	・（医師や看護師が）緩和ケアは「治療が終わった人が受けるもの」と思っている
	緩和ケアの重要性の認識	・患者が苦痛を訴えても医師や看護師によっては対応をしない、患者が医師に痛みを訴えても「筋肉痛だよ」と帰される
	療養場所の重要性の認識	・病院の医療者が、患者や家族にどこで療養したいかを確認していない
	評価方法・スクリーニング方法	・疼痛の評価方法がバラバラである、緩和ケアのニーズをスクリーニングする方法がない
病院と地域との連携促進	地域医療者への早めの紹介・準備	・連絡が直前で調整が間に合わない、準備しないで退院し家族が困り果ててケアマネのところまで駆け込んでくる
	自宅でも継続可能な医療・ケアへの変更	・在宅ではできないケアや治療を指導されてくる（夜間の頻繁な体位変換など）、自宅での介護力を評価していない
	地域からの問い合わせ窓口と経路	・地域から病院に問い合わせる場合どこに問い合わせればよいかかわからない、時間がかかる、医師と連絡がつかない、院内のルートが決まっていない
	多職種による退院前カンファレンスの開催	・退院前カンファレンスが開かれていない、主治医が参加しないため、地域の医療福祉従事者が聞きたい質問や、抱えている問題が解決しない、保険薬局薬剤師の参加が少ない
	予測される事態と対応の取り決め	・退院後予測されることと対応が決まっていない、緊急連絡先が共有されない
	病院と保険薬局との情報共有	・薬局では患者の病名や受けている治療がわからない、お薬手帳や退院時服薬指導報告書が活用されていない
	外来からの在宅リソースへの紹介	・外来通院中にADLが落ちて在宅リソースが必要な患者が多くいる
	退院調整の振り返りを継続的に行うシステム	・病棟看護師、退院調整看護師、ソーシャルワーカーが退院後の様子がわからないため振り返りや評価ができない

表 1 つづき

カテゴリ	小カテゴリ	代表的な項目
地域内の連携促進	患者についての基礎的な情報の共有	<ul style="list-style-type: none"> 各施設間で連絡をとりあう際の書式が統一されておらず手間がかかる, 患者に誰が何を提供しているのかわからない, わたしのカルテなどの情報共有ツールが活用されていない, 患者がもつツールでは患者家族にみせられないこと(余命の予測など)を共有できない
	患者についてのリアルタイムな情報の共有	<ul style="list-style-type: none"> 時間の単位で変わる情報を共有する方法がない, メールではプライバシーに不安がある, 地域の電子カルテなどのイントラネットは経済的に負担である
	地域の相談窓口とコーディネーション機能	<ul style="list-style-type: none"> 医療福祉従事者がどこに相談してよいかかわからない問題を抱えている時, 相談先やコーディネーター機能を担う窓口が必要である
既存のリソースの最大利用	麻薬・在宅訪問できる薬局の情報	<ul style="list-style-type: none"> 麻薬を取り扱っている, 訪問薬剤指導ができる薬局がわからない, 訪問看護師やケアマネジャーに知られていない
	データベースの存在・周知	<ul style="list-style-type: none"> 地域の社会資源のデータベースが必要である, (データベースはあるが) どこにあるのかわからない
	最新・正確なデータベース ケアマネジャー・医療社会福祉士 (MSW) の役割に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> 既存のデータベースは最新の情報ではない, 現実と違うことが書いてある ケアマネジャー, ソーシャルワーカーの仕事内容があまり知られていない
患者・市民の緩和・在宅ケアに関する認識と知識	在宅療養に関する認識 (苦痛の心配, 処置の誤解, 夜間対応, 家族に負担)	<ul style="list-style-type: none"> 苦しくなった時が不安だ, [がん患者なのに家で療養できるのですか]と言われる, 「点滴ができるのですか」と言われる, 夜間の対応が不安だ, 家族に迷惑をかける
	見放された感と抗がん治療中止の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> ずっと同じ先生に診てもらえると思っていたとショックを受ける, 在宅では最新の治療を受けられない, 抗がん治療の中止を決めることがつらい
	患者の緩和ケア＝末期の認識	<ul style="list-style-type: none"> 「緩和ケアはまだいいです」と言われる
	患者の医療用麻薬に対する誤解	<ul style="list-style-type: none"> 「あとで効かなくなる」と処方より少なく飲んだりする, 「最後の薬だからもう少し待ってくれ」という
制度・社会の問題	医療者への遠慮	<ul style="list-style-type: none"> 痛みのことや自分の希望を医師に話してもいいのか迷っている患者も多い, 医師や看護師が忙しそうだったから, 痛みがひどくなるまでいえなかった
	他の業務との労働量のバランス・資源の不足	<ul style="list-style-type: none"> 診療所医師や訪問看護師のマンパワーが足りない, 緊急時や夜間・休日に対応できる医療機関がない, 緊急性の高さで優先順位を下げざるを得ない, 「緩和ケアをする時間がありません」と病棟看護師にいわれる
	介護力不足	<ul style="list-style-type: none"> 単身者で介護者がいない, 老老介護で介護者がいない, 介護者が仕事を休めない(休むと解雇される)
	保険薬局からの医療用麻薬の調達	<ul style="list-style-type: none"> デッドストックがでると高額のため赤字になる, 譲渡手続きは現実的ではない
	介護保険	<ul style="list-style-type: none"> 認定前に患者が亡くなることもある(急激に状態が悪化する)
	経済的問題 緩和ケア病棟での入院基準	<ul style="list-style-type: none"> サービスはあっても利用するお金を払えない, 民間保険の給付が在宅療養になるとなくなる 抗がん治療を続けたい人は緩和ケア病棟が使えない

られた。

8) 【制度・社会の問題】

現場の努力では対応できない制度や社会的な問題を指す。マンパワーや資源の不足を主とする〔他の業務との労働量のバランス・資源の不足〕, 独居など介護者がいない〔介護力不足〕, 薬局間譲渡や返却が難しい〔保険薬局からの医療用麻薬の調達〕, がん患者では病状進行が速いために運用が難しい〔介護保険〕などがあげられた。

Ⅲ. 考 察

本研究は、複数地域の多職種の医療福祉従事者による地域のがん緩和ケアに関する意見交換会を評価した初めての研究である。本研究の重要な知見は、①意見交換会の参加者からみた有用性が示唆されたこと、②意見交換会で話題にされた地域緩和ケアの課題が整理されたことである。

有用性に関しては、意見交換会は単に「他の地域の状況を知る」、「顔のみえる関係を作る」のみならず、過半数の参加者が、「自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得る」、「自分の地域・施設に帰って実際に生かす」ことに役に立ったと回答した。地域の緩和ケアを進めるための解決策は当事者どうしのノウハウとして伝えられることが有用であることを示唆している。地域内、地域間などより効果的なプログラムについて比較研究の価値があると考えられる。

意見交換会で話題となった地域緩和ケアの課題は、8カテゴリー、40の課題に整理された。これらは1地域で抽出された課題や、多数の緩和ケアにかかわる医療福祉従事者が経験的に報告した課題と類似している^{8,11)}。これらは、わが国の地域緩和ケアの共通の課題である可能性が高く、地域緩和ケアを向上するために必要なことについての示唆を得ることができる。

1) 地域の「顔のみえる関係」の構築

地域内の交流が同職種や一施設内に限定されている一方で、職種や施設を越えて顔を合わせることにより、情報共有やネットワークを構築する機会が重要であると述べられた。質問紙調査においても、「顔のみえる関係を作る」ことを通じて、「自分が抱えている問題や悩みの具体的な解決策を得る」ことの有用性が高かった。したがって、多職種が少人数のグループで話し合う場を定期的に設けて「顔のみえる関係」を構築していくことは、同一の職種や施設のなかだけでは解決しない方法に気付き、同時に連携の基盤となるネットワークを構築することにより地域緩和ケアの向上につながることを示唆される。

2) 専門緩和ケアの利便性と質の向上

専門緩和ケアに関して、入院患者を対象とした緩和ケ

アチームのみならず、外来・在宅の患者を対象とした専門家の支援体制と、紹介方法の明確化が課題として抽出された。国内外の実証研究において専門緩和ケアに紹介される時期が遅いことが示されていることを考えると¹²⁾、外来・在宅の患者に対して緩和ケア専門家が利用可能な状態を構築した上で、適切な時期に紹介する方法を具体的に明らかにすることが重要である。

3) 医療福祉従事者の緩和・在宅ケアに関する認識・知識の向上

医療福祉従事者の緩和ケアと在宅療養に関する認識・知識の不足が抽出された。特に、地域の医療者にとっては医療用麻薬など緩和ケアに関する知識が、病院医療者にとっては在宅医療についての知識が不足していることが指摘された。医療者の知識を向上させる手段として講習会はしばしば行われる方法であるが、方向性の講義による効果は限定的であり、相互交流的な方法が推奨されている¹³⁾。講義とグループディスカッションを組み合わせた教育介入の有用性が一地域において報告されている¹⁴⁾。本研究の結果から、地域の医療者には緩和ケアの内容を、病院医療者には在宅医療の内容を含む相互交流的な教育機会が有用と考えられる。また、緩和・在宅ケアの重要性は十分に認識されていなかったことから、知識の提供のみならず、「苦痛緩和や療養場所が患者にとって重要である」認識を内容に含める必要がある。

4) 病院と地域との連携促進

病院と地域との連携として、退院支援の重要性が示唆された。病院の退院支援が機能することは、在宅療養が可能となる重要な因子である¹⁵⁾。入院中に「自宅でも継続可能な医療・ケアへの変更」、「地域の医療福祉従事者への早めの紹介・準備」を行い、退院前に「多職種による退院前カンファレンスの開催」、「予測される事態と対応の取り決め」、「地域からの問い合わせ窓口と経路」を確立するために、退院支援担当部署を設置した上で、病院と地域の医療福祉従事者が定期的に振り返りを行うシステムが有用であることが示唆された。

5) 地域内の連携促進

地域内の連携促進の課題は、患者情報の共有として、変化しない基礎的な情報の共有と、時間単位で変わる病状などのリアルタイムな情報の共有に整理された。前者は申し送り項目の共有を地域で行うことが有用であると考えられる。後者は、時間の単位で変わる情報を異なる事業所の複数の医療福祉従事者が共有する必要性を考えると、電話、FAXなど従来の手段での情報共有に加えて、電子化による情報共有が有用な可能性がある。

6) 既存の資源やシステムの最大利用

地域に存在するリソースを最大限利用していくために

データベースに関する課題があげられた。既存のデータベースの問題点として、「あるのに知られていない」、「更新されていない」ことがあげられた。情報を網羅しても更新・周知されなければ価値が乏しいため、データベースは網羅的にせず必要最小限とし、更新・周知に労力を費やすことが有用な可能性が示唆される。

7) 患者・市民の緩和・在宅ケアに関する認識の向上
患者・市民に対する正しい認識の必要性が示唆された。特に、在宅医療においては苦痛の心配、夜間対応、家族の負担があげられ、緩和ケアについては、「緩和ケア＝末期」という認識や医療用麻薬に対する誤解があげられた。これらは、これまでも繰り返し指摘されており^{16,17)}、正しい認識の普及が重要である。

本研究の限界として、研究目的が意見交換会の評価であるため、わが国の地域緩和ケアの課題を網羅的に整理したものではないことが挙げられる。交流会が実際に患者・家族に与えた影響は測定されていない。

以上より、地域の緩和ケアの向上に有用であることが示唆される手段としては、①多職種でのグループワークなどによる顔のみえる関係の構築、②緩和ケア専門家の外来・在宅での利用方法の工夫、③職種ごとに不足する知識と認識に焦点化した相互交流的な教育機会、④病院と地域の定期的な振り返りシステムによる退院支援の質の向上、⑤基礎的な患者情報とリアルタイムな情報共有の最大化、⑥必要最小限の正確な更新されたデータベースの周知、⑦患者・家族への情報提供を地域ごとに優先する課題から並行して行うことが必要であると考えられる。

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が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」により実施した。介入4地域の研究協力者およびデータ整理のサポートをくださった中村香織さんに感謝申し上げます。

文 献

- 1) Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, *et al*: Quality of Life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 19: 3884-3894, 2001.
- 2) Dudgeon DJ, Knott C, Chapman C, *et al*: Development, implementation, and process evaluation of a regional pal-

- liative care quality improvement project. *J Pain Symptom Manage* 38: 483-495, 2009.
- 3) Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, *et al*: Edmonton regional palliative care program: impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 161: 290-293, 1999.
- 4) Gomez-Batiste X, Porta J, Tuca A, *et al*: Spain: the WHO demonstration project of palliative care implementation in Catalonia: results at 10 years (1991-2001). *J Pain Symptom Manage* 24: 239-244, 2002.
- 5) 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 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.
- 6) 秋山美紀, 的場元弘, 武林 亨・他: 地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査. *Palliative Care Res* 4: 112-122, 2009.
- 7) 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. *緩和ケア* 20: 204-209, 2010.
- 8) 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 2. *緩和ケア* 20: 308-312, 2010.
- 9) 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* 25: 412-418, 2008.
- 10) Krippendorff K: Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1980. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待。(三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明・訳), 初版, 勁草書房, 東京, 1989.
- 11) 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.
- 12) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, *et al*: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23: 2637-2644, 2005.
- 13) O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, *et al*: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. The Cochrane Collaboration <http://www.thecochranelibrary.com>. 2007.
- 14) 鄭 陽, 井村千鶴, 野末よし子・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* 30: 1553-1563, 2009.
- 15) 福井小紀子: 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現に関連する要因の検討. *病院管理* 43: 5-15, 2006.
- 16) 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.
- 17) 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. <http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html> (2010年1月30日)

地域の多職種で作成した調査票を用いた 在宅死亡がん患者の遺族による多機関多職種の評価

小野 宏志^{*1)} 細田 修^{*1)} 井村 千鶴^{*2)} 青木 茂^{*1)} 佐藤 文恵^{*3)}
前堀 直美^{*4)} 小坂 和宏^{*5)} 佐藤 泉^{*6)} 森田 達也^{*2,7,8)}

An Evaluation of Multidisciplinary Home-hospice Team from Bereaved Family Members

Hiroshi Ono, Osamu Hosoda, Chizuru Imura, Shigeru Aoki, Fumie Satou,
Naomi Maehori, Kazuhiro Kosaka, Izumi Satou and Tatsuya Morita

Key words : 地域, がん, 緩和ケア

● 緩和ケア 21 : 655-663, 2011 ●

はじめに

がん患者が在宅で過ごすことは、患者の希望の1つである^{1,2)}。がん患者が在宅で過ごすための体制を地域で整備していくことが求められており^{3,4)}、より良い体制を構築するために、患者に関わる多職種のケアの質の評価を行うことは、重要である。これまでにわが国で行われた在宅緩和ケア領域の研究は、実施された医療、在宅死亡率などの客観的数値について記述したものがほとんどである^{3,5)}。

遺族調査は、質の評価としてわが国の緩和ケア領域ではしばしば行われているが、在宅緩和ケア領域では単一施設を対象としているか、あるいは、多施設調査でも患者が受けた緩和ケア全体につい

での評価を得ている⁶⁾。患者に関わった医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員といった多職種のそれぞれの評価を患者家族の視点から得た研究はない。

一方、多職種が患者に関わる時、受けた教育や専門性、患者家族との関わり方の違いなどから、同じ現象に対しても評価が一致しない場合がある⁷⁾。患者家族のケアについての職種間での評価が異なった時、評価の基盤となるものを共有し、その後のケアに生かす方法として、多職種でのカンファレンスやフォーカスグループにより、相互の評価の相違となった背景を理解することが考えられる。より利用者の立場に立った評価の1つとしては、「当事者」である患者家族の評価を得る方法がある。しかしこれまでに、多職種で議論した結果挙げられた患者家族のケアについての懸念事項につい

*1) 坂の上ファミリークリニック : Sakanoue Family Clinic (〒433-8113 浜松市中区小豆餅4-4-20)

*2) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター, *3) きちっと居宅介護支援事業所, *4) レモン薬局 三方原店 在宅・緩和医療室, *5) どんぐり薬局, *6) 訪問看護ステーション細江, *7) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科, *8) 聖隷三方原病院 緩和ケアチーム

0917-0359/11/¥400/論文/JCOPY

て、患者家族の視点からの評価を得た研究はない。

本研究の目的は、多職種での議論をもとに、①遺族からみた地域の多機関多職種の評価を得ること、②医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項について、遺族自身の評価を得ることである。また、最終的な研究の目的は、遺族の評価をもとにして、地域の多職種で課題を共有し、改善につなげることである。

対 象

調査対象は、当該診療所で在宅死亡まで診療を受けたがん患者の遺族のうち、以下の適格基準を満たすものを連続的に対象とした。適格基準は、①患者の死亡後6カ月以上、18カ月以内の遺族、②患者の「キーパーソン」または「身元引受人」として診療録に記載されている家族1名が同定できること、③患者の年齢が20歳以上、④遺族の年齢が20歳以上、である。

除外基準として、①死亡時の状況から精神的に不安定なために研究の施行が望ましくないと担当医または看護師のいずれかが判断したもの、②死亡時の状況から、認知症、精神障害、視覚障害などのために、調査票に記入できないと担当医が判断したもの、③患者ががんであることを伝えられていなかった遺族、④診療を受けていた時期の患者の住所が当該都市以外のもの、である。除外基準①～③は遺族の精神的負担を回避するために設定した。除外基準④は、本研究の目的が1都市における在宅緩和ケアの課題に対する遺族の評価を得ることが目的であるため、除外基準として設定した。

遺族の評価は、必ずしも患者の評価と一致しないが、以下の点から、本研究では遺族を対象とすることが適切と考えた。①患者は経過全体をみて判断することはできないが、遺族は死亡までの経過をみて判断できる、②家族自身が緩和ケアの対象である、③患者を対象とした場合、認知障害や全身状態の悪化のために、相当数が除外される⁶⁾、④遺族の評価と患者の評価は精神状態については一致しにくい、サービスの評価では比較的一致

しやすい⁹⁾。

調査対象となった診療所における在宅がん患者の看取り数は、地域のがん患者の在宅死亡数の約半数であり、地域内の多機関多職種と連携をとっているため、調査対象として選択した。

方 法

本研究は、郵送法による自記式質問紙調査である。2010年2月に対象者に対して、診療所から調査票と趣旨説明書を郵送し、郵送にて診療所への返送を依頼した。調査票の発送から1カ月後に再送付を行った。遺族に心理的負担を与えないように、送付目的と自由意思による返送を明記し、初回発送時に回答を望まない回答した遺族には再送付を行わないようにした。

主要評価項目は、①地域の多機関多職種の評価、および②医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項についての遺族自身の評価である。

● 地域の多機関多職種の評価

診療所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、保険薬局といった施設別に評価を行う信頼性・妥当性のある評価手段は確立していないこと、および本研究は地域の多職種自身が調査の過程と結果を共有することによって、今後のケアの改善を目的とする点から、フォーカスグループで質問項目を作成した。フォーカスグループの参加者は、地域の多機関の多職種9名（診療所医師2名、診療所看護師1名、訪問看護師1名、介護支援専門員1名、保険薬局薬剤師2名、緩和ケア専門医1名、緩和ケア認定看護師1名）であった。緩和ケアの全体的な評価については、Care Evaluation ScaleやGood Death Inventoryをあわせて調査した（本研究の目的ではないため結果は示さない⁶⁾。

診療所の評価について、「医師の関わりに満足だった」「自宅で過ごす不安や困ったことを医師や看護師と十分に相談できた」「診療所の看護師

の関わりに満足だった」「亡くなった後、どうすればよいのか医師や診療所の看護師から十分に説明があった」など37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。

地域の多機関多職種の評価について、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、保険薬局の関わりの有無を「関わっていた」「関わっていなかった」「分からない」で尋ねた。次に、介護支援専門員、訪問看護ステーションの看護師、保険薬局薬剤師の評価について、「関わりに満足だった」など、各13項目、16項目、11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（訪問看護ステーションの評価については別の論文で報告するため、本論文では全般的な満足度に関する結果のみを示す）。また、医療用麻薬について、「使用していたか」を「はい」「いいえ」「分からない」で尋ね、残った医療用麻薬の処理方法について、「自分で処理した」「薬局に届けた」「薬局が回収にきた」「分からない」で聞いた。

● 医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項

医療福祉従事者での議論の結果挙げられた、患者家族のケアについての主たる懸念事項は、①早朝や夜間遅い時間の訪問診療が行われている、②訪問診療の時間が決まっていない、③状態が落ち着いていて、訪問診療が必要ではないと考えられる時にも診療が行われている、④1回の処方量が多く、患者家族の経済的な負担となる場合がある、⑤患者家族が入院を希望していても言い出せない場合がある、⑥介護員がケアを担っており、看護師に清拭などのケアを依頼できない、であった。患者家族のケアについての懸念事項について、「そう思わない」から「とてもそう思う」の5件法で尋ねた。

解析については、量的データは、全体、および同意を得た機関ごとのデータの度数分布を集計した。

本研究は、聖隷三方原病院の倫理委員会の承認

表1 患者・遺族の背景

		n	%
患者背景			
年齢（平均±標準偏差）		75±11	
性別	男性	53	55
	女性	43	44
原発部位	大腸・直腸	16	16
	胃	14	14
	肺	13	13
	膵臓	13	13
	肝臓	7	7.2
	血液	7	7.2
	子宮・卵巣	6	6.2
	頭頸部	5	5.2
	食道	3	3.1
	前立腺	3	3.1
在宅での療養期間の中央値（範囲）	腎臓・膀胱	2	2.1
	胆のう・胆管	1	1.0
	その他	6	6.2
在宅での療養期間の中央値（範囲）		21	(2~262)
遺族背景			
年齢（平均±標準偏差）		60±13	
性別	女性	69	71
	男性	28	29
関係	配偶者	47	49
	子供	34	38
	婿・嫁	7	7.2
	兄弟姉妹	1	1.0
	その他	4	4.1
健康状態	良かった	27	28
	まあまあだった	53	55
	良くなかった	15	16
	非常に良くなかった	1	1.0
副介護者の有無	あり	69	71
	なし	24	25
自宅での介護の経験	なし	77	79
	あり	20	21

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある。

を受けた。

結 果

研究期間中の死亡患者158名のうち、適格基準を満たしたものは150名であった。そのうち、15名が診療を受けていた時期の患者の住所が当該都市以外であったために除外された。その他の理由で除外されたものはいなかった。したがって、調査対象者135名に調査票を発送し、5名が宛先不明で返送され、98名から回答を得た。1名は回答

表2 診療所の評価—診療所医師の対応・薬剤・診療所との連絡

	そう思わない	あまりそう 思わない	少しそう思う	そう思う	とても そう思う
診療所医師の対応					
・早朝や夜間遅い時間でも往診してもらって助かった	2.1 (2)	2.1 (2)	3.1 (3)	20 (19)	69 (67)
・家族の意思や気持ちを大切にしてもらえた	1.0 (1)	0 (0)	5.2 (5)	41 (40)	51 (49)
・医師の関わりに満足だった	1.0 (1)	1.0 (1)	3.1 (3)	43 (42)	49 (48)
・必要な時に往診にきてもらえて安心だった	3.1 (3)	3.1 (3)	5.2 (5)	38 (37)	49 (48)
・患者の意思や気持ちを大切にもらえた	1.0 (1)	1.0 (1)	2.1 (2)	46 (45)	47 (46)
・熱心にみてもらえた	2.1 (2)	2.1 (2)	5.2 (5)	52 (50)	38 (37)
・患者の容態の変化に応じて、医師からタイミングよく説明を受けることができた	1.0 (1)	4.1 (4)	16 (16)	49 (48)	24 (23)
・医師から、余命について適切な説明を受けた	5.2 (5)	7.2 (7)	15 (15)	46 (45)	23 (22)
・おもに介護していた方以外の家族も、医師から病状や治療内容について十分説明を受けることができた	4.1 (4)	7.2 (7)	14 (14)	45 (44)	20 (19)
・ゆっくりと話せる時間があつた	3.1 (3)	4.1 (4)	32 (31)	40 (39)	18 (17)
・落ち着いていて、来てもらわなくていい時と思う時にも往診があつた	54 (52)	29 (28)	6.2 (6)	1.0 (1)	5.2 (5)
・往診に来てもらう時間が分からなくて困つたことがあつた	44 (43)	27 (26)	18 (17)	4.1 (4)	4.1 (4)
・担当医師がはっきり決まっていなかつたので困つた	59 (57)	23 (22)	8.2 (8)	0 (0)	4.1 (4)
・早朝や夜間遅い時間の往診が負担な時があつた	47 (46)	28 (27)	7.2 (7)	5.2 (5)	3.1 (3)
・1回の往診の時間が短く、十分に医師と相談できなかつた	26 (25)	34 (33)	27 (26)	8.2 (8)	2.1 (2)
薬剤					
・余裕をみて多めに薬を出してもらっていて安心だった	1.0 (1)	4.1 (4)	16 (16)	56 (54)	15 (15)
・入院後や亡くなったあとに薬が余つて困つた	22 (21)	21 (20)	27 (26)	18 (17)	6.2 (6)
・薬の種類や量が急に変わることが心配な時があつた	34 (33)	34 (33)	16 (16)	5.2 (5)	1.0 (1)
・処方された薬の量が多く、経済的に負担だった	38 (37)	36 (35)	13 (13)	4.1 (4)	1.0 (1)
診療所との連絡					
・24時間連絡がついて助かった	1.0 (1)	1.0 (1)	3.1 (3)	34 (33)	60 (58)
・看護師や事務員に連絡したことは、スムーズに医師に伝わっていた	2.1 (2)	2.1 (2)	4.1 (4)	44 (43)	45 (44)
・診療所に気軽に電話することができた	1.0 (1)	2.1 (2)	7.2 (7)	46 (45)	42 (41)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある。数字は%、()内はn。

拒否のため、97名を有効回答として解析した(有効回答率75%)。対象者の背景を表1に示す。

● 診療所の評価

遺族からみた診療所の評価については、80%以上の遺族が、「患者の意思や気持ちを大切に

てもらえた」「医師の関わりに満足だった」「家族の意思や気持ちを大切にもらえた」「熱心にみてもらえた」「早朝や夜間遅い時間でも往診してもらって助かった」「必要な時に往診にきてもらえて安心だった」「診療所の看護師の関わりに満足だった」に対して、「とてもそう思う」「そう

表3 診療所の評価—診療所看護師の対応・療養の場所・看取りのケア

	そう思わない	あまりそう 思わない	少しそう思う	そう思う	とても そう思う
診療所看護師の対応					
・診療所の看護師の関わりに満足だった	3.1 (3)	0 (0)	6.2 (6)	44 (43)	40 (39)
・患者や家族の希望について、診療所の 看護師と十分に話し合うことができた	2.1 (2)	3.1 (3)	19 (18)	39 (38)	31 (30)
・困ったことや心配なことを診療所の 看護師に十分に相談できた	3.1 (3)	2.1 (2)	14 (14)	42 (41)	30 (29)
・患者にしてあげたいと思うことを診療 所の看護師に十分に相談できた	3.1 (3)	1.0 (1)	21 (20)	40 (39)	27 (26)
・診療所の看護師から、身体の変化につ いてタイミングよく説明を受けることが できた	1.0 (1)	7.2 (7)	19 (18)	44 (43)	22 (21)
・診療所の看護師と、家族ができること など、介護の仕方について十分に相談で きた	1.0 (1)	7.2 (7)	15 (15)	48 (47)	20 (19)
・担当看護師が決まっていなかったので 困ることがあった	36 (35)	38 (37)	12 (12)	4.1 (4)	1.0 (1)
・身体を拭くことなど、診療所の看護師 にやって欲しいことが頼めなかった	46 (45)	31 (30)	9.3 (9)	7.2 (7)	0 (0)
療養の場所					
・自宅で過ごす不安や困ったことを医師 や看護師と十分に相談できた	3.1 (3)	3.1 (3)	12 (12)	55 (53)	20 (19)
・入院についても、必要なときには医師 や看護師と相談ができた	5.2 (5)	7.2 (7)	9.3 (9)	42 (41)	10 (10)
・本当は入院したかったが言い出せな かった	63 (61)	11 (11)	1.0 (1)	2.1 (2)	2.1 (2)
看取りのケア					
・亡くなったあと、どうすればいいのか 医師や診療所の看護師から十分に説明が あった	8.2 (8)	14 (14)	18 (17)	37 (36)	14 (14)
・亡くなったあと、どうすればいいのか 分からなかった	48 (47)	24 (23)	9.3 (9)	6.2 (6)	7.2 (7)
・亡くなった後、看護師にそばにいてほ しかった	38 (37)	35 (34)	11 (11)	6.2 (6)	3.1 (3)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある。数字は%、()内はn。

思う」と回答した(表2, 3)。

一方、24%の遺族が、「入院後や亡くなったあとに薬が余って困った」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答した。「亡くなった後、どうすればいいのか医師や診療所の看護師から十分に説明があった」に対して、23%の遺族が「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答し、10%の遺族が、「1回の往診時間が短く、十分に医師と相談できなかった」に対して、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した。

● 居宅介護支援事業所の評価

自宅療養中に介護支援専門員が関わっていたと

回答したものは、93% (n=90)であった。介護支援専門員の評価については、85%以上の遺族が「自宅での生活に支障がないように、ベッドなど必要なものをタイムリーに準備してもらえたので安心だった」「介護支援専門員は、患者や家族の希望がかなうように配慮していた」「介護支援専門員の関わりに満足だった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答した(表4)。

一方、10%前後の遺族が「介護支援専門員に何を依頼できるのかが分からなかった」「介護支援専門員が何をやる人なのかが分からなかった」「病状や治療のことがよく分からないよう不安なときがあった」に対して「とてもそう思う」

表4 居宅介護支援事業所の評価

	そう思わない	あまりそう 思わない	少しそう思う	そう思う	とても そう思う
・自宅での生活に支障がないように、ベッドなど必要なものをタイムリーに準備してもらえたので安心だった	1.1 (1)	3.3 (3)	2.2 (2)	34 (31)	54 (49)
・介護支援専門員は、患者や家族の希望がかなうように配慮していた	2.2 (2)	1.1 (1)	5.6 (5)	47 (42)	39 (35)
・介護支援専門員は頼りがいがあった	2.2 (2)	2.2 (2)	11 (10)	42 (38)	37 (33)
・介護支援専門員の関わりに満足だった	2.2 (2)	2.2 (2)	4.4 (4)	53 (48)	33 (30)
・電話がすぐにつながって安心だった	2.2 (2)	4.4 (4)	8.9 (8)	49 (44)	30 (27)
・介護について困った時に十分に相談できた	2.2 (2)	5.6 (5)	7.8 (7)	51 (46)	27 (24)
・介護支援専門員の訪問回数は適切だった	3.3 (3)	6.7 (6)	13 (12)	46 (41)	22 (20)
・診療所との連携は良かった	1.1 (1)	4.4 (4)	12 (11)	47 (42)	21 (19)
・介護支援専門員が何をやる人なのか分からなかった	42 (38)	18 (16)	26 (23)	6.7 (6)	2.2 (2)
・介護支援専門員に何を依頼できるのか分からなかった	38 (34)	19 (17)	27 (24)	11 (10)	1.1 (1)
・病状や治療のことがよく分からないよう不安な時があった	33 (30)	34 (31)	17 (15)	6.7 (6)	1.1 (1)
・対応が遅かった	54 (49)	30 (27)	4.4 (4)	3.3 (3)	1.1 (1)
・土曜・日曜に連絡がつかなくて困ったことがあった	50 (45)	23 (21)	13 (12)	5.6 (5)	0 (0)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある。数字は%，（ ）内はn。

表5 保険薬局の評価

	そう思わない	あまりそう 思わない	少しそう思う	そう思う	とても そう思う
薬剤師の訪問を受けていた (59)					
・診療所との連携は良かった	3.4 (2)	0 (0)	10 (6)	42 (25)	32 (19)
・薬剤師から薬についての説明を受けて安心できた	1.7 (1)	3.4 (2)	19 (11)	53 (31)	17 (10)
・24時間連絡がついて安心だった	3.4 (2)	12 (7)	15 (9)	39 (23)	14 (8)
・薬が多い、足りないなど、困った時にすぐに相談できた	3.4 (2)	10 (6)	12 (7)	41 (24)	12 (7)
・薬剤師の関わりに満足だった	0 (0)	8.5 (5)	15 (9)	58 (34)	8.5 (5)
・薬剤師に薬の仕分けや整理をやってもらって助かった	6.8 (4)	19 (11)	19 (11)	24 (14)	6.8 (4)
・関わってもらう薬局は、馴染みのかかりつけ薬局の方がよかった	44 (26)	32 (19)	6.8 (4)	3.4 (2)	3.4 (2)
薬剤師の訪問を受けていなかった (30)					
・残った薬の処理に困った	20 (6)	10 (3)	20 (6)	13 (4)	6.7 (2)
・薬の配達をしてほしかった	37 (11)	13 (4)	10 (3)	6.7 (2)	3.3 (1)
・薬のことを聞きたかったが薬剤師が関わっていないと困った	47 (14)	13 (4)	3.3 (1)	6.7 (2)	0 (0)
・どの薬局に頼めばいいのか分からなかった	50 (15)	17 (5)	3.3 (1)	0 (0)	0 (0)

欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある。数字は%，（ ）内はn。

「そう思う」と回答した。

● 保険薬局の評価

保険薬局薬剤師が関わっていたと回答したもの

は、61% (n=59) であった (表5)。そのうち69%の遺族が「薬剤師から薬についての説明を受けて安心できた」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答した。「薬剤師の関わりに満足

だった」に対して、「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは66%であった。

保険薬局薬剤師が関わっていなかった群で、「薬のことを聞きたかったが薬剤師が関わってなくて困った」「薬の配達をしてほしかった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは10%以下であった。

一方、15%の遺族が「24時間連絡がついて安心だった」に対して、「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した。また、「関わってもらった薬局は、馴染みのかかりつけ薬局の方がよかった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは6.8% (n=4) であった。

医療用麻薬の使用については、63% (n=61) が使用していたと回答した。残った医療用麻薬の処理方法については、「自分で処理した」49% (n=30)、「薬局に届けた」20% (n=12)、「薬局が回収に来た」15% (n=9) であった。

④ 訪問看護ステーションの評価

診療所とは別に、訪問看護ステーションから看護師の訪問を受けていたと回答したものは、34% (n=33) であった。「訪問看護師の関わりに満足だった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは88%であった。

⑤ 医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項

医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項については、「往診に来てもらう時間が分からなくて困ったことがあった」「早朝や夜間遅い時間の往診が負担な時があった」「身体を拭くことなど、診療所の看護師にやって欲しいことが頼めなかった」「落ち着いていて、来てもらわなくてもいいと思う時にも往診があった」「処方された薬の量が多く、経済的に負担だった」「本当は入院したかったが言い出せなかった」に対して「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは、10%以下であった(表2, 3)。

考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、地域の多職種で議論し、患者に関わった多機関多職種についての遺族のそれぞれの評価、および医療福祉従事者から挙げられた患者家族のケアについての懸念事項について、実際に遺族の評価を得た初めての研究である。本研究の結果は、調査に参加した多機関にフィードバックされるとともに、関わった多機関多職種で課題を共有し、改善策を具体的に議論するための基礎資料となった。

本研究で最も重要な点の1つは、患者に関わった多機関多職種について、実際に遺族からみそれぞれの評価が得られたことである。

診療所の医師、看護師の関わりは、遺族からみて、総じて肯定的に評価されていた。特に、遺族からみて、「必要な時に往診に来てもらえたこと」は、高く評価されていた。これまでに、在宅療養の障害の1つとして、「急変時の対応に対する不安」が挙げられている^{4,10)}。本研究の対象では、「いつでも対応してもらえる安心感」が得られており、在宅療養を継続することができた理由の1つと考えられた。

一方、診療所の課題として、「死亡後の残薬」「死亡後どうすればいいかの説明や対応」といった死亡後のケアと、「往診時間が短く十分に医師と相談できない」ことが挙げられた。今後、薬剤の処方の工夫や看取り後の看護師の役割についての見直し、十分に相談できたと患者家族が思えるように、チーム内での役割分担の検討を行っていくことがケアの改善につながると考えられる。

本研究は、われわれの知るかぎり、がん患者の遺族からみた、介護支援専門員の評価を得た、初めての研究である。介護支援専門員の関わりは、「自宅での生活に支障がないように必要なものが準備された」「患者家族の希望を達成できるような配慮があった」などと総じて高く評価されていた。一方、課題として、「患者家族が介護支援専門員の役割を分らない」といった介護支援専門員の役割に関するものと、「介護支援専門員が患