

者の病状や治療がよく分からない」ことが挙げられた。したがって、患者向けの介護支援専門員についてのより分かりやすい説明や冊子の利用、介護支援専門員に対するがんの進行による病状変化や予測される経過を含む教育プログラムの重要性が示唆される¹¹⁾。

次に、保険薬局薬剤師の評価についても、われわれの知るかぎり、わが国において、がん患者の遺族から評価を得た初めての研究である。本研究では、約60%の患者に訪問服薬指導が可能な保険薬局が関わっており、「薬剤師が関わってなくて困った」と回答したものは少なく、必要な患者には関わりがもたれていたと考えられる。特徴的であったことは、多くの家族は訪問服薬指導が必要な場合、かかりつけ薬局でなくてもよいと考えていたことである。この理由として、配達の利用性や、訪問服薬指導を受けることができる効果の評価が高かったと考えられる。これまでに在宅での薬物療法における患者のアドヒアランスが高くないことや¹²⁾、がん疼痛に対する継続的な患者教育の有効性が示唆されている¹³⁾。本研究の結果とこれらの知見から、在宅緩和ケアにかかわる保険薬局では、患者の状態に応じて迅速に専門的な説明や相談を行うことを通じて、患者の鎮痛や家族の安心に貢献できることが示唆された。

一方、保険薬局の課題として頻度が高かったことは、24時間の連絡体制が整備されていないことであった。1地域の保険薬局を対象とした調査において、在宅緩和ケアに参加しない理由として、24時間の対応が困難であること、休日の対応が困難であること、が挙げられた¹⁴⁾。これらの知見から、在宅で最期を迎えるがん患者家族のニーズに応じていくためには、集約化またはネットワーク化により、地域全体で24時間対応できる保険薬局のシステム整備が必要であると考えられる。

本研究で2番目に重要な点は、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、実際に遺族からみた評価が得られたことである。遺族調査では、医療福祉従事者から出された患者家族のケアについての懸念事項は、

必ずしも多数の遺族の意見ではないことが示された。すなわち、①少数の患者家族の継続した評価であった、②「その時の」評価として耳にした医療福祉従事者がいたが経過全体をみると患者家族の継続した評価とは異なっていた、③患者家族の評価自体ではなく、医療福祉従事者の評価であった、のいずれかの可能性がある。これまでに、わが国で行われた終末期のquality of lifeに関する大規模な質的研究において、患者、家族、医療者間で、重要と考えるものには差異があること¹⁵⁾、医師や看護師と患者家族の評価は必ずしも一致しないことが示されている^{16,17)}。

地域では、異なる施設の医療福祉従事者がそれぞれに情報を取得することになるため、患者のその日の状況や、表現された評価の文脈の違いを十分に共有することは容易ではなく、「評価の違い」が職種間の葛藤になりやすいと思われる。本研究の結果から、患者家族からみたましいケアを提供するためには、医療福祉従事者の評価に相違がみられた場合には、医療福祉従事者の評価のみを判断の基準とするのではなく、当事者である患者家族の評価に立ち返り、多職種が議論するための基盤となる評価を得ることの重要性が示唆される。

本研究の限界として、遺族を対象としており、必ずしも患者の評価と一致しない可能性がある。1つの診療所で診療を受けた遺族が対象であり、地域全体の評価として一般化することはできない。調査票の開発に患者・家族が参加していないなど妥当性が十分に確認されているとはかぎらない。

結 論

1つの診療所で在宅死亡まで診療を受けた遺族の視点から、患者に関わった多機関多職種の評価が得られた。全般的に肯定的な評価が得られたが、いくつかの課題も明らかにされた。また、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については、必ずしも多数の遺族の意

見ではないことが示唆された。本研究から、遺族に多職種の評価を得ることは、多職種で課題を共有してケアの改善を図るための基盤となり、地域における緩和ケアの質の向上に貢献する可能性が示唆される。

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」班により行われた。

文献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al : Good death in cancer care : a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090-1097, 2007
- 2) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al : Preferences 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) 厚生労働省 : 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について、2010年11月10日アクセス [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html]
- 4) 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、2010年11月10日アクセス [http://gan-kanwa.jp/tools/pro/survey.html]
- 5) 宮下光令 : 緩和ケア—これからの10年をみつめる。研究プロジェクト4 緩和ケアの質評価・実態調査。 *緩和医療学* 10 : 235-240, 2008
- 6) Miyashita M, Morita T, Hirai K : Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members : the Japanese experience. *J Clin Oncol* 26 : 3845-3852, 2008
- 7) Zimmermann C, Burman D, Bandukwala S, et al : Nurse and physician inter-rater agreement of three performance status measures in palliative care outpatients. *Support Care Cancer* 18 : 609-616, 2010
- 8) Steinhilber KE, Clipp EC, Hays JC, et al : Identifying, recruiting, and retaining seriously-ill patients and their caregivers in longitudinal research. *Palliat Med* 20 : 745-754, 2006
- 9) Tang ST, McCorkle R : Use of family proxies in quality of life research for cancer patients at the end of life : a literature review *Cancer Invest* 20 : 1086-1104, 2002
- 10) 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也 : 一般集団における終末期在宅療養の実現可能性の認識とその関連要因. *Palliat Care Res* 2 : 101-111, 2007
- 11) 井村千鶴, 古村和恵, 野末よし子, 他 : 浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査. *緩和ケア* 20 : 92-98, 2010
- 12) Paul C, Pharm D, Steven J, et al : Impact of a pharmacist-facilitated hospital discharge program. *Arch Intern Med* 169 : 2003-2010, 2009
- 13) 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
- 14) 赤井那実香, 池田智宏, 濱邊和歌子, 他 : 在宅緩和ケアにおける薬局薬剤師の参画意識と現状. *日本緩和医療薬学雑誌* 1 : 109-115, 2008
- 15) Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al : Good death in Japanese cancer care : a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 31 : 140-147, 2006
- 16) Laugsand EA, Sprangers MA, Bjordal K, et al : Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients : a multicenter European study. *Health Qual Life Outcomes* 8 : 104, 2010
- 17) Sneeuw KC, Sprangers MA, Aaronson NK, et al : The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease. *J Clin Epidemiology* 55 : 1130-1143, 2002

CLOSE UP

地域リソースの 「オプティマイズ＝最大活用」と 網目のようなネットワークが 緩和ケア普及の鍵

社会福祉法人 聖隷福祉事業団
総合病院 聖隷三方原病院
緩和支援治療科 部長 森田 達也 先生

がん対策基本法の施行以来、がん医療充実のためのさまざまな方策が進んでいます。その一つが、緩和ケア普及のために厚生労働省が国内4エリアで実施した研究事業、「OPTIM＝緩和ケア普及のための地域プロジェクト」です。同プロジェクト研究班のメンバーであり、リーダー補佐の任に就くとともに、実施地域の一つ、浜松地域の担当者を務めた聖隷三方原病院の緩和支援治療科部長 森田達也先生に、活動の詳細と総括をお聞きしました。

■OPTIMとは

OPTIM(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model)は、厚生労働省が2005年から毎年2領域ずつ行っている戦略研究の一つで、これまでに糖尿病や自殺等が課題とされ、2008年から3年間は緩和ケアが課題となりました。その背景には、我が国ではがん患者からみた緩和ケアの質の評価が不十分であることや、がん患者の半数以上が自宅での死亡を希望しているにもかかわらず、自宅死亡率は10%に達していないなどの問題があります。こうした現状を踏まえて、OPTIMプロジェクトでは、緩和ケア推進策の検討が目的とされました。

具体的には、

- ①緩和ケアの技術・知識の向上
- ②がん患者・家族・住民への情報提供

- ③地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進
- ④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供

という4つを柱としたプログラムを地域で行い、それが苦痛の緩和に役立つかどうかなどを確認すること、マニュアル等、プロジェクト進行に伴う成果物や知見を蓄積し、他地域の参考に供することとされました。

4つの介入地域(図1)で予備調査等を行った後、2008年から介入を行い、2011年に介入後調査が実施されました。その分析結果を2012年中にレポートするというのが全体概要です。

浜松地域は、「総合病院によって緩和ケアが実施されている地域」として対象となりましたが、その実施主体である聖隷三方原病院は、1981年に日本初の緩和ケア病棟を開設して以来、緩和ケアに力を入れています。

現場の声や調査結果から 連携の手法やツールを見直し

— プロジェクト活動の4本柱は4地域共通で、具体的な取り組みが地域毎に異なるそうですが、浜松地域では、どんな活動に重点を置いたのですか？

①～④の4分野の活動を並行して進めましたが、初年度は①の「緩和ケアの技術・知識の向上」の中でも、特にマニュアル作成やセミナーに力を入れました。

患者さん家族を対象とした「これからの過ごし方について」(図3)は、その一例ですが、「最期のときの患者さんの様子や、適切な対応については、医学教育・看護教育でも系統的な資料があまりなかったが、おかげで家族に自信をもって説明できるようになった」と好評でした。

現場の声を聞きながら感じたのは、こうしたツールは、各現場の状況に合わせたアレンジのしやすさが重要だということです。業務環境や進め方の手順、サマリーの書式等は施設によって異なりますし、現場状況を十分把握していない中央で作っても、役に立たないものになりがちなので、大枠だけを作り、現場で変更や工夫を加えるべきだと考えます。現場スタッフは実践的な知恵を豊富に持っていますし、関係者が集まって話し合うことそのものに大きな意義がありますから。

— 医療者が正しい知識を持つだけでなく、ケアを受ける側の理解も必要だというのが、②の「患者さんや家族への情報提供」の目的ですね。

そのとおりですが、患者さんが重視する情報源はメ

ディアではなく身近な医療者であること、病院に通院していても、がん患者以外は、がんへの関心があまり高くないことがOPTIMの調査で明らかになりました。また、「知りたいという準備状態になれば、どんなに多くの情報を受けてもインプットはされない」という社会医学系の研究論文もあります。つまり、緩和ケアやがんに関する啓発活動として、一般市民向けにポスターや冊子を大量配布してもあまり効果はなく、対象をがん患者さんと医療者に限定して集中的に行うべきだと言えます。

— ③の連携の促進についてはどうでしたか？

地域の医療・福祉従事者が顔見知りになるための場として、「多職種地域カンファレンス」を開きました。連携には「顔の見える関係」が必要だと言われますが、ただ「顔がわかる」だけでは不十分で、考え方や価値観がある程度理解できる関係、そのためのコミュニケーションが必要です。そこで、初回は話しやすいテーマで交流を深め、その後、地域の課題と解決策の抽出や、「病院スタッフと地域スタッフの意思疎通の方法」等、具体的なテーマを取り上げました。

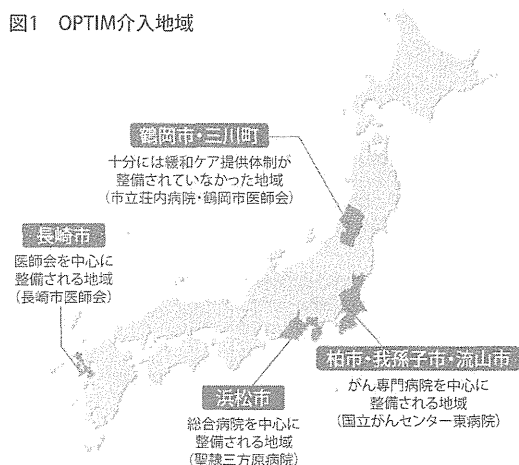
— 確かに、顔や名前だけではなく、考え方や人柄を知っていることは大事ですね。

それを裏付けたのが、「がん緩和・在宅ケアマップ」でした。最初、診療所や薬局の緩和ケアへの取り組み状況を示したもので、往診できるか否か等、必要と思われる情報を質問表で尋ね、○×回答で得た情報をまとめました。

しかし、そうしたプロフィール的な情報だけでは、患者さんの意向に沿えるかどうかかわからないため、結局数値化しにくい情報が重要であるとわかりました。また、「往診はできるが、現在診ている患者さんで手一杯の場合、その診療に責任を持ちたいという思いから、増患を避けるために『往診不可』とすることがある」「普段は往診していないが、医院近くで長年自分が診てきた患者なら往診したい」といった医師の声からも、公開を前提としたデータベースには、本当に必要な情報が記載されにくく、あまり有用でないことが判明したのです。

そこで、患者さんや家族には公開せず、配布はOPTIM関係者に限るとして情報を再度収集しました。その結果、「〇時～〇時に“在宅の件での相談”と言って電話してくれれば対応する」などの具体的な情報や

図1 OPTIM介入地域



CLOSE UP

「一応、24時間対応可能」というように、顔が見えて「この先生の『一応』は、こういう意味」だと理解できる医療・福祉従事者になら公開できる情報を掲載して、発行することとなりました。

緩和ケアの浸透に求められる網目のような連携＝リンケージ

— 地域連携を進めるうえで何が必要か、ということを改めて考えさせられますね。

このプロジェクトに関わって以来、国内外のさまざまな文献をひも解きましたが、他国でも同じようにネットワークづくりには苦心しているようだとか、興味深かったです。注目したのは、「人と人との関係性には3つの段階、インテグレーション、コーディネーション、リンケージがある」というもので、地域全体を連携させるためにインテグレーションを目指す、連携から外れた部分が必ずできてしまう。それよりもリンケージ、つまり網の目のように小さなつながりがたくさんできる方が、問題解決のネットワークに適しているという考え方には、非常に納得しました。

— プロジェクト進行中に、その納得は深まりましたか？
そうですね。現場からあげられた問題は、関係者間で

相談すれば解決できることが少なくないものの、そもそも相談するという機会がない場合が多い。先ほどの「緩和ケア・在宅ケアマップ」も、リンケージがあれば、「あの先生の『不可』はこういう意味だ」という情報の獲得や先生ご自身への相談も容易かもしれず、マップそのものが不要になる可能性もあります。こうしたことは連携のさまざまな側面にあると実感しました。

— 緩和ケアにおいてリンケージが有効なのはどんな点でしょうか？

緩和ケアの対象患者さんは、状態や気持ちが変わりやすく、「最期は家で」と希望していた人が、突然「病院で診てほしい」と言うことも、その逆もあります。状態が安定していた人が、急に強い痛みに襲われることもあります。ですから、連携パスのように「この時期はどこが対応して次の段階ではここが」というような枠組みを固定しにくい。状況に応じて柔軟につながることでできる関係性、リンケージが豊富にあることが理想だと思うのです。

— 診療所や地域の介護スタッフにとって、終末期の対応には不安もあるでしょうし、専門家の診療を体験したいという要望もあったのではないですか？

そうした要望に応えたのが、緩和ケア専門チームが出張する「アウトリーチプログラム」で、在宅ホスピスを標榜する診療所が診ている患者さん宅に、地域の医療・看護職とともに訪問しました。私たちが専門知識を提供することが目的とされましたが、現場で大切なのはモル

図2 OPTIM浜松 主な活動内容

従来の課題	介入事項	主な介入内容・目的
地域緩和ケアツールが標準化されていない	① 緩和ケアの技術・知識の向上	有効とされるツールを地域共有で活用できるように配布、ワークショップを用いて普及 ※緩和ケアマニュアル ※情報共有ツール（「私のカルテ」） ※退院支援プログラム 等
患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識を持っていない	② がん患者・家族・住民への情報提供	適切な情報の提供、相談支援センターや緩和ケアチームの周知により、緩和ケアリソース利用につながる行動を喚起 ※リーフレットや冊子の配置 ※相談支援センターの場所等をポスターで掲示 ※在宅ケアについてのDVD等映像メディアの貸出し ※講演会の開催 ※書籍や書籍リストの整備 ※地域紙や情報誌等のメディアに関連情報の連載
地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し、問題点を検討する組織がない	③ 地域緩和ケアのコーディネーション連携の促進	※緩和ケアに関する地域の相談窓口設置 ※適切な専門緩和ケアの判断と紹介 ※多職種地域カンファレンス ※地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援 ※浜松在宅ドクターネット
専門緩和ケアサービスが利用できない	④ 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供	※緩和ケアチーム合同カンファレンス／主治医等の要請に応じて、難渋症例等に地域緩和ケアチームが実施 ※アウトリーチプログラム／医療・福祉従事者の臨床実践の場に地域緩和ケアチームが訪問し、実践に即した研修を実施

ヒネの投与方法や量等よりも、むしろ緩和ケアの基本姿勢でした。例えば、患者さんが何を求めているかを聞き、それを解決するのだというようなことです。専門的な知識以外は、むしろ私たちが在宅の現場から学んだことの方も多かったと思います。

— どんなことを学ばれたのですか？

例えば、病院のように特殊な鎮痛薬がすぐに入手できるわけではない場合、在宅では一般的な薬剤を処方すべきということ、入院中から自宅に目を向け、そこで痛みなく過ごすためにどうすべきかを考える必要があるということなどは、在宅の現場に出向いたからこそ実感できたことです。病院スタッフは在宅医療の実態をほとんど知りませんから、こうした機会を持つ意義は大きいと言えます。

— そうした活動から、顔が見えて人柄もわかるような関係もできそうですね。

参加者の間に芽生えた仲間意識は、今後も困った時、迷った時に役立つでしょう。こうした相談相手、つまりリンケージの対象があることは、最新の医療用麻薬の名前を知っているよりも大事なことだと思います。

診療所間のネットワークとして、医師会をサポートする形で「浜松在宅ドクターネット」を立ち上げましたが、これを機に2~4施設ぐらいの小さなネットワークができています。このように、現場の必要に応じたリンケージが増えて連携の網目が細くなれば、患者さんの悩みや問題をより多くすくい上げることができ、医療の質も高まるはずで、目標とすべきは、そういうゆるやかな連携体制だと思います。

関係者間の問題提起と討議で 解決策を立案、徹底

— そのほか、OPTIMプロジェクトで印象的だった取り組みは何ですか？

関係職種間の相談で解決できた例では、介護保険の手続き迅速化があります。がんの終末期等に「最期の数日だけでも家に帰りたい」という場合、介護用具のレンタルやサービス利用には要介護認定が必要ですが、手続きに時間がかかりすぎるという問題提起がありました。「認定調査を待つ間に死亡するケースが少なくない」

「介護ベッドだけでもレンタルできれば助かる」など、多くのケアマネジャーから指摘を受けました。

そこで、①認定申請を受付ける市の窓口で「がん終末期の患者」の場合、認定調査日を早期に設定してもらう、②診療所と病院医師に、主治医意見書を数日以内に記入するよう周知する、③調査票・主治医意見書の取得から介護認定審査会までの期間を短縮する、などを取り決めました。

さらに、これらのルールを浸透させるために、①については、窓口で「がん患者です」と伝えてもらうようご家族にお願いしました。②については、「がん患者の介護保険の書き方」を医師会の情報紙に掲載し、勤務医に対しては「がん患者の場合は24時間以内に提出する」という依頼などを出しました。また、病院の書類作成等の担当部門にも、医師の処理を迅速にする方法を伝えて協力を依頼しました。こうした総合的な取り組みで認定までの期間が短縮されたというわけです。

— 連携が進み、一つの書類や処理に関わる人が増えると、こうした問題が発生するのでしょうか。それだけに解決にもキメ細かさや根気が要されるわけですね。

関係者が増えたことで必要になったと言えば、情報共有もそうです。特に、「服薬指導のために患者情報が必要」という薬剤師の声は多く、患者所持型の診療記録を2病院で配布したのですが、普及には至っていません。実は、「病名や病院での治療内容等を伝えたら、診療を断られた」「情報は不要だと言われた」という患者さんもおられ、「情報共有の必要性を感じない」などの声も聞か

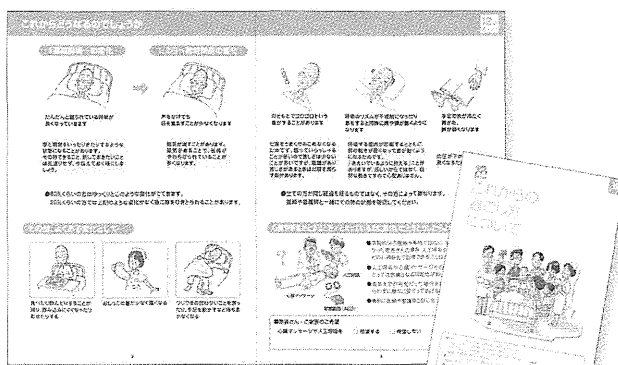


図3 「これからの過ごし方について」

終末期の患者さんの状態変化、それに対する家族の対応、看取りのケアなどについての説明パンフレット。遺族への調査では、「役に立った」等、評価する声が多かった。必要に応じて、「医療用麻薬を初めて使用する時」「定期使用の鎮痛薬を使っても痛みがあるとき」等のパンフレットも使用する。

CLOSE UP

れることがあります。

— すると情報共有ツールを普及させるためには、医療者から介護職種、患者さんも含めて、地域のすべての人が情報共有の価値を認識する必要があるわけですね。

その通りです。一方、そのために要するコストや労力は少なくありません。現実的には、それよりも、患者さんの病名や治療内容を知りたいと思うひとりひとりの関係者が、電話一本ですぐに情報入手できるような関係をつくる方が有用ではないでしょうか。ツールや仕組みよりも個別の小さなつながり、つまりリンケージを作ることが必要なのだと思います。

— ささまざまな問題点が抽出されたようですね。こうした新たな知見を含め、介入成果は、現在進行中の患者遺族への調査等の終了後にまとめられるそうですが、現時点ではどう考察しておられますか？

OPTIMでは、①自宅で死亡するがん患者の比率②緩和ケアを利用したがん患者の数③外来がん患者から見たQOL④遺族から見た終末期がん患者のQOLという4項目を評価手法としています。現時点で集計されているのは2009年度データまでですが、①については開始前の7.0%から翌年に9.1%、次に11%と増加しています(図4)。②は延べ数ですが、約8割へと大きな伸びを示しました(図5)。このほか、緩和ケアの利用数が増加するなど、緩和ケア普及のアウトカムは改善しています。こうした成果の要因は、リンケージが増えた、つまり従来は個別に取り組んでいた問題に対して、OPTIMを機に協働するようになったことも一因であると思っています。バラバラに行動していると1の力しか発揮されませんが、集まることで大きな力が生まれたということです。

プロジェクト参加者からも「緩和ケアに真剣に対峙している人たちがたくさんいることが実感でき、仲間が増えた」など、つながりの強化を評価する声は数多くありました。ここから言えるのは、人材を増やしたり新たな施設をつくることも大事ですが、それと少なくとも同じくらい大事なのは既存のリソースを最大限活用することです。今後も、OPTIMIZE(オプティマイズ=

図4 自宅死亡率

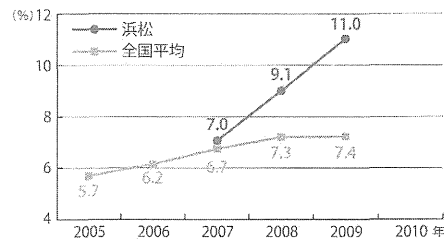
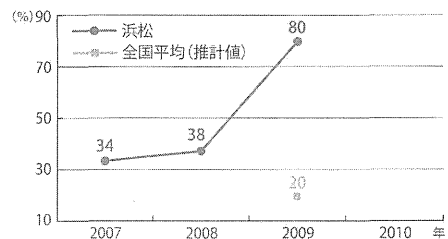


図5 専門緩和ケアサービスの利用数



最大活用)を地域リソースの活用という意味で、活動の方針にしていこうと考えています。緩和ケアに限らず、地域連携を進める上での課題はいろいろありますが、ある程度のリソースがあるのなら、オプティマイズで解決できる問題は少なくないと思います。

— リソースをどう集め、いかにオプティマイズの方法を構築していくかが難しいとも言えますね。

当地域でもOPTIMというきっかけがあったからこそ、地域多職種が顔を合わせ、問題提起や解決のための相談へと前進できたわけです。それによって生まれたリンケージの芽を、今後、どう生かしていくかが重要です。そのため、OPTIM3年目にプロジェクト終了後の担当者を決めるなど、継続を前提として活動に取り組んできました。がん患者さんは増える一方ですし、むしろこれらが重要だというのが、関係者の共通認識です。



社会福祉法人 聖隷福祉事業団
総合病院 聖隷三方原病院

所在地 / 静岡県浜松市北区三方原町3453

T E L / 053-436-1251

開設 / 1942年

院長 / 荻野 和功

病床数 / 874床(一般750、精神104、結核20)

短報

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 —

古村 和恵¹⁾, 宮下 光令²⁾, 木澤 義之³⁾, 川越 正平⁴⁾,
 秋月 伸哉⁵⁾, 山岸 暁美⁶⁾, 的場 元弘⁷⁾, 鈴木 聡⁸⁾,
 木下 寛也⁹⁾, 白髭 豊¹⁰⁾, 森田 達也¹¹⁾, 江口 研二¹²⁾

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, 2) 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, 3) 筑波大学大学院 人間総合科学研究科, 4) あおぞら診療所, 5) 千葉県がんセンター 精神腫瘍科, 6) 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, 7) 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科, 8) 鶴岡市立荘内病院 外科, 9) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科, 10) 白髭内科医院, 11) 聖隷三方原病院 緩和ケア科, 12) 帝京大学医学部 内科学講座

受付日 2011年7月21日/改訂日 2011年9月8日/受理日 2011年9月12日

より良い緩和ケアを提供するために、がん患者やその家族の意見を収集することは重要である。本研究の目的は、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM)の介入前に行われた、進行がん患者と遺族を対象とした質問紙調査で得られた自由記述欄の内容を分析し、がん治療と緩和ケアに対する要望と良かった点を収集・分類することである。全国4地域の進行がん患者1,493名、遺族1,658名に調査票を送付し、回収した調査票のうち、自由記述欄に回答のあったがん患者271名、遺族550名を対象とした。本研究の結果から、がん患者と遺族は、患者・医療者間のコミュニケーションの充実、苦痛緩和の質の向上、療養に関わる経済的負担の軽減、緩和ケアに関する啓発活動の増加、病院内外の連携システムの改善、などの要望を持っていることが明らかとなった。

Palliat Care Res 2011; 6(2): 237-245

Key words: 緩和ケア, 内容分析, 自由記述

緒言

2007年に「がん対策基本法」が施行されて以降、緩和ケアの普及はわが国の喫緊の課題である¹⁾。しかし、わが国のがん患者のうち専門的緩和ケアを受けたことがある患者は10%を下回り^{2,3)}、これは欧米に比して低い割合である⁴⁻⁶⁾。また、緩和ケア病棟を利用した患者の遺族のうち、50%がケアの改善を求めている²⁾。これらの背景から、量、質ともに、わが国の緩和ケアに対する早急な対策が必要であるといえる。そのためには、患者や家族を含めた多方面から意見を収集することが重要であるが、これまでのわが国の研究では、多地域の複数施設の進行がん患者を連続的に対象としたものはなく、一般病棟や在宅療養の遺族を対象としたものもほとんどない^{3,7)}。

緩和ケア普及のためのモデルづくりを目的として、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(以下、OPTIM)が行われた⁸⁾。本研究はその前調査として行われた質問紙調査で得られた、自由記述欄の回答を分析することにより、患者と遺族の要望を分類し、今後必要とされる改善点を明らかにすることを目的とした。

方法

1) 対象

1. 対象地域

本調査は、OPTIMの前調査として行われたため、OPTIMの介入対象地域である鶴岡地域(山形県鶴岡市・三川町)、柏地

域(千葉県柏市・流山市・我孫子市)、浜松地域(静岡県浜松市)、長崎地域(長崎県長崎市)を対象に行われた。

2. 患者調査

対象施設は、4地域でがん診療を行っている病院と同定された34病院(11,033床)のうち、患者調査への参加同意が得られた23病院(68%; 8,964床, 81%)とした。

対象者は、2007年12月-2008年3月までに対象施設で外来受診をした患者のうち、次の適格基準を満たす者とした。①がんに対する診療が主たる目的で当該施設の外来に受診している、②対象地域に居住している、③がん原発部位が肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、結腸・直腸、乳腺、泌尿器、子宮・卵巣である、④再発または遠隔転移を有する、⑤20歳以上である、⑥がん告知されている。除外基準は、①視覚障害、日本語の理解が困難なためアンケートに回答できないと考えられる者、②認知症、認知障害、精神疾患、高齢、意識障害などによりアンケートを理解する能力がない者、③身体的苦痛が大きいと考えられる者、④精神的苦痛が大きいと考えられる者、とした。

3. 遺族調査

対象施設は、遺族調査への参加同意が得られた28病院と11診療所とした。

対象者は、2007年4月-2008年3月までに、対象施設で死亡した患者の遺族(診療記録類に記載されたキーパーソンもしくは身元引受人)のうち、次の適格基準を満たす者とした。①患者が調査施設の一般病棟・緩和ケア病棟で死亡、または診療所から在宅診療を受け自宅で死亡した、②患者が対象地域に居住している、③患者のがん原発部位が肺、胃・食道、肝臓・胆

表1 対象者背景—患者背景

		n	%
性別	男性	138	50.9
	女性	133	49.1
年齢	平均±標準偏差	66.4±11.5	
原発部位	肺	70	25.8
	胃・食道	25	9.2
	肝臓・胆嚢・膵臓	25	9.2
	結腸・直腸	38	14.0
	乳腺	55	20.3
	腎臓・前立腺・膀胱	33	12.2
	子宮・卵巣	20	7.4
	その他	5	1.8
	PS	0	76
	1	121	44.6
	2	55	20.3
	3	9	3.3
	4	4	1.5

囊・膵臓、結腸・直腸、乳腺、泌尿器、子宮・卵巣である、④患者の入院または在宅診療開始から死亡までの期間が3日以上である、⑤患者が20歳以上である、⑥遺族が20歳以上である、⑦がん告知されている。

② 調査内容

調査は郵送法による自記式質問紙調査によって行われた。自由回答の質問として「がん治療や苦痛をやわらげる治療に関する地域での改善点や課題につきまして、ご記入いただければ幸いです」と尋ねた。質問紙の内容は、患者が受けた医療に対する評価を尋ねるもので、患者調査の質問数は54問、遺族調査は75問であった。調査期間は、患者調査は2008年4月～7月、遺族調査は同年10月～12月であった。

③ 分析

調査で得られた回答の内容分析を行った。まず、すべての回答を意味のある文節に区切り、地域におけるがん治療・緩和ケアに関する内容を抽出した。同様の内容のものを一般化してサブカテゴリーをつくり、類似した内容をさらに抽象度の高いカテゴリーとしてまとめ、がん治療・緩和ケアに関する改善点・要望、良かった点に分類した。患者調査と遺族調査の内容を比較するために、カテゴリー・サブカテゴリーを統一した(よって、回答数が0の項目がある)。次に、2名の看護系学生が独立して、カテゴリー、サブカテゴリーの回答数を全回答から数えた。2名の結果が異なった場合、最終的な決定は専門家立ち合いのもとに話し合いで行った。κ係数は、患者調査0.64、遺族調査0.58であった。

結果

患者調査では、1,493名に調査票が配布され、859名(57.7%)から回収されたうち、自由回答欄に記載があったのは271名(18.2%)であった。遺族調査では、1,658名に調査票が配布さ

表2 対象者背景—遺族背景

		n	%
性別	男性	150	27.3
	女性	396	72.0
年齢	20～39歳	29	5.3
	40～59歳	215	39.1
	60～79歳	281	51.1
	80歳以上	21	3.8
患者との続柄	配偶者	302	54.9
	実子	161	29.3
	その他	84	15.3
患者の性別	男性	346	62.9
	女性	198	36.0
患者の年齢	20～39歳	4	0.7
	40～59歳	70	12.7
	60～79歳	341	62.0
	80歳以上	135	24.5
患者の原発部位	肺	154	28.0
	胃・食道	107	19.5
	肝臓・胆嚢・膵臓	134	24.4
	結腸・直腸	50	9.1
	乳腺	23	4.2
	腎臓・前立腺・膀胱	35	6.4
	子宮・卵巣	16	2.9
	その他	30	5.5
	患者の死亡場所	一般病院	367
緩和ケア病棟		143	26.0
在宅		40	7.3

れ、1,110名(66.9%)から回収されたうち、自由回答欄に記載があったのは550名(33.2%)であった。背景を表1,2に示す。

分析の結果、地域におけるがん治療・緩和ケアに関する改善点・要望について40のサブカテゴリーが抽出され、これらは「医療システム」「医療スタッフ」「治療」「一般社会におけるがんの認識・緩和ケアの普及」「在宅療養」「苦痛緩和」「家族ケア」「療養場所」「告知」の9カテゴリーにまとめられた(表3)。また、地域におけるがん治療・緩和ケアに関する良かった点について27のサブカテゴリーが抽出され、これらは「医療スタッフ」「苦痛緩和」「家族ケア」「治療」「医療システム」「療養場所」「在宅療養」「告知」の8カテゴリーにまとめられた(表4)。

改善点・要望については、患者調査では、医療システムに関することが最も回答が多く(50.2%)、中でも「経済的負担を軽減してほしい」(10.3%)、「院内システムを改善してほしい」(8.1%)の割合が高かった。そのほかには、「一般市民にホスピス・緩和ケアに関して情報提供してほしい」(10.7%)、「十分な苦痛緩和をしてほしい」(9.6%)などの意見が挙げられた。遺族調査では、医療スタッフに関することが最も多く(48.2%)、中でも「患者とのコミュニケーションを充実させてほしい」(16.0%)、「病状・治療・予後に関して十分な説明をしてほしい」(14.2%)の割合が高かった。その他には、「十分な苦痛緩和

表3 自由回答から得られたがん治療・緩和ケアに対する改善点・要望

項目	患者		遺族	
	n	%	n	%
1. 医療システムに関すること	136	50.2	177	32.2
(1) 経済的負担を軽減してほしい	28	10.3	44	8.0
(2) 院内システムを改善してほしい(外来の待ち時間の短縮, 看護外来の整備, 他科との連携, 時間外診療)	22	8.1	26	4.7
(3) 病院間・地域における連携を改善・強化してほしい(治療中の生活支援, セカンドオピニオン)	17	6.3	24	4.4
(4) 医療の地域差をなくしてほしい	15	5.5	22	4.0
(5) ホスピス・緩和ケアを普及・充実させてほしい(意味の普及, 適応の拡大, 患者の希望を取り入れる, 施設間ケア・対応の均一化)	13	4.8	15	2.7
(6) がん専門医療機関・ホスピス・緩和ケア施設を増設してほしい	11	4.1	12	2.2
(7) 医療スタッフの人材不足・多忙を改善してほしい	9	3.3	11	2.0
(8) 早期発見・早期治療をしてほしい	8	3.0	10	1.8
(9) 病院のアクセスを良くしてほしい	7	2.6	10	1.8
(10) 医療スタッフの移動をなくしてほしい	6	2.2	3	0.5
2. 医療スタッフに関すること	82	30.3	265	48.2
(1) 患者とのコミュニケーションを充実させてほしい	22	8.1	88	16.0
(2) 病状・治療・予後に関して十分な説明をしてほしい	20	7.4	78	14.2
(3) 精神的ケアを充実させてほしい	19	7.0	39	7.1
(4) 医師・看護師に十分な知識・技術を身につけてほしい	13	4.8	30	5.5
(5) 医師・看護師に迅速な対応をしてほしい	5	1.8	21	3.8
(6) 医療スタッフ間で連携して治療にあたってほしい	3	1.1	9	1.6
3. 治療に関すること	70	25.8	122	22.2
(1) 新しい治療法を開発してほしい	19	7.0	27	4.9
(2) 個別性を考慮した治療を行ってほしい(抗がん剤の選択, 内服方法, 治療方法の選択, 延命治療の有無, 代替療法)	14	5.2	24	4.4
(3) 治療法や治療の作用・副作用について情報提供してほしい	12	4.4	18	3.3
(4) 患者・家族主体で治療・病院の意思決定をさせてほしい	9	3.3	13	2.4
(5) 人としての尊厳を尊重した治療・対応をしてほしい	9	3.3	13	2.4
(6) 医療スタッフと話し合っ治療法を選択させてほしい	3	1.1	13	2.4
(7) 抗がん剤に対する情報がほしい	3	1.1	8	1.5
(8) 治療法がなくなった患者を見捨てないでほしい	1	0.4	6	1.1
4. 一般社会におけるがんの認識・緩和ケアの普及に関すること	35	12.9	30	5.5
(1) 一般市民にホスピス・緩和ケアに関して情報提供してほしい	29	10.7	18	3.3
(2) がん・ホスピス・緩和ケアに対するマイナスイメージをなくしてほしい	6	2.2	12	2.2
5. 在宅療養に関すること	31	11.4	39	7.1
(1) 在宅医療体制を充実させてほしい	16	5.9	17	3.1
(2) 在宅療養に関して不安がある	7	2.6	9	1.6
(3) 在宅療養に関する情報を提供してほしい	5	1.8	8	1.5
(4) 在宅療養を希望している	2	0.7	4	0.7
(5) 在宅療養(訪問看護制度, 介護休暇)が一般に広まってほしい	1	0.4	1	0.2
6. 苦痛緩和に関すること	29	10.7	105	19.1
(1) 十分な苦痛緩和をしてほしい	26	9.6	88	16.0
(2) 麻薬に対し誤解・マイナスイメージをなくしてほしい	3	1.1	15	2.7
(3) 緩和ケアとがん治療を並行させてほしい	0	0.0	2	0.4
7. 家族ケアに関すること	15	5.5	48	8.7
(1) 家族の身体的・精神的・社会的・経済的負担を軽減してほしい	15	5.5	37	6.7
(2) 医師・看護師は家族の気持ちも考慮してほしい	0	0.0	11	2.0
8. 療養場所に関すること	12	4.4	48	8.7
(1) 最期はホスピス・緩和ケア病棟で過ごさせてほしい	5	1.8	21	3.8
(2) 末期での療養場所は患者の希望を聞いてほしい	5	1.8	21	3.8
(3) 病院の療養環境を整備してほしい	2	0.7	6	1.1
9. 告知に関すること	1	0.4	14	2.5
(1) 病名告知において患者への精神的配慮をしてほしい	1	0.4	8	1.5
(2) 本人への病名告知はしない方がいい	0	0.0	6	1.1

表4 自由回答から得られたがん治療・緩和ケアに関する良かった点

項目	患者		遺族	
	n	%	n	%
1. 医療スタッフに関すること	60	22.1	466	84.7
(1) 医療スタッフを信頼・感謝している	41	15.1	240	43.6
(2) 医療スタッフの態度・丁寧な説明が良かった	14	5.2	186	33.8
(3) 医療スタッフのケアが良かった	4	1.5	24	4.4
(4) 医療スタッフ間で連携がとられていた	1	0.4	7	1.3
(5) 個別性をふまえた対応をしてくれた	0	0.0	5	0.9
(6) 医療スタッフが聞いてくれる行事が良かった	0	0.0	4	0.7
2. 苦痛緩和に関すること	29	10.7	87	15.8
(1) 十分な苦痛緩和が行われた	29	10.7	87	15.8
3. 家族ケアに関すること	8	3.0	28	5.1
(1) 家族・周囲に感謝している	7	2.6	14	2.5
(2) 家族の事情や負担を考慮した対応をしてくれた	1	0.4	7	1.3
(3) 付き添えたことが良かった	0	0.0	5	0.9
(4) 家族の意思を最後まで聞き入れてくれた	0	0.0	2	0.4
4. 治療に関すること	7	2.6	44	8.0
(1) 十分な治療を行ってくれた	3	1.1	21	3.8
(2) 患者の意思を尊重した治療をしてもらえた	3	1.1	13	2.4
(3) メディアの情報により治療法が決断できた	1	0.4	10	1.8
(4) 患者の QOL を保てた	0	0.0	0	0.0
5. 医療システムに関すること	6	2.2	22	4.0
(1) 早期発見・早期治療が行われた	4	1.5	14	2.5
(2) 同じスタッフが担当してくれて安心した	1	0.4	4	0.7
(3) 保険制度により経済的不安が軽減できた	1	0.4	2	0.4
(4) 病院が状況や希望に応じた対応をしてくれた	0	0.0	2	0.4
(5) 地域の医療システムが充実していた	0	0.0	0	0.0
6. 療養場所に関すること	3	1.1	90	16.4
(1) ホスピス・緩和ケアにプラスイメージを持てた	2	0.7	62	11.3
(2) 患者が希望する場所で過ごせた(自宅、緩和ケア病棟)	1	0.4	20	3.6
(3) 療養環境が充実していた	0	0.0	8	1.5
7. 在宅療養に関すること	1	0.4	20	3.6
(1) 在宅医療体制が充実している	1	0.4	20	3.6
8. 告知に関すること	0	0.0	6	1.1
(1) 患者に告知せずに亡くなって良かった	0	0.0	2	0.4
(2) 告知時の医療スタッフのサポートが良かった	0	0.0	3	0.5
(3) 亡くなった後の準備が十分にできた	0	0.0	1	0.2

和をしてほしい」(16.0%)、「院内システムを改善してほしい」(8.0%)などが挙げられた。

良かった点については、患者・遺族調査ともに、医療スタッフに関することが最も多く(患者22.1%、遺族84.7%)、中でも「医療スタッフを信頼・感謝している」(患者15.1%、遺族43.6%)の割合が高かった。

考 察

本研究はわが国の複数地域・複数施設の進行がん患者と遺族から得られた、がん治療・緩和ケアに関する改善点を整理し

た初めての研究である。

患者・遺族ともに多かった意見として、「患者とのコミュニケーションを充実させてほしい」が挙げられた。がん患者の遺族を対象とした先行研究においても、医療者とのコミュニケーションは患者の good death のために重要であるという結果が得られており¹⁹⁾、今回の結果も患者と医療者間のコミュニケーションの重要性を支持する結果となった。

「十分な苦痛緩和をしてほしい」という意見も患者・遺族ともに多く、苦痛緩和に対するさらなる要望が挙げられた。また、「新しい治療法を開発してほしい」や「個別性を考慮した治療を行ってほしい」など、より新しく、より個人に合った治療が

求められていることも示唆された。

「経済的負担を軽減してほしい」という意見も、患者・遺族ともに上位であった。約1,000人の市民を対象に行った意識調査でも8割が「療養のための費用負担が大きい」と回答しており¹¹⁾、療養に関わる経済的負担が生活に大きく影響している現状が示唆された。

本調査の患者調査では「一般市民にホスピス・緩和ケアに関して情報提供してほしい」という意見が多く、進行がん患者に対する緩和ケアの情報が不足している現状がうかがえた。緩和ケアや医療用麻薬については「命を縮める」といった否定的で誤った理解がされている場合もあるため^{12,13)}、それらの改善も含めた啓発活動が必要であるといえる。

同じく本調査の患者調査では「院内システムを改善してほしい」「病院間・地域における連携を改善・強化してほしい」という意見も多かった。現状の診療体制の余裕のなさや、病院間の連携の少なさについて、患者が改善してほしいという希望を持っているといえる。

がん治療・緩和ケアに関する良かった点として、患者・遺族ともに医療スタッフへの信頼や感謝の記述が多くみられた。緩和ケア病棟や自宅など、患者の望む場所での十分な緩和ケアが期待されていることが示唆された。

本調査の限界として、質問紙調査の自由記述欄に回答があった対象者のみを対象としているため、自由記述までの回答に至らなかった対象者の意見が反映されていないというバイアスが指摘される。また、筆者はOPTIMに携わり介入の経過を把握しているため、そのことが本研究の分析や考察に影響を与えた可能性は否定できない。

結 語

本研究の結果から、がん患者と遺族は、医療者とのコミュニケーションの充実、苦痛緩和の質の向上、経済的負担の軽減、緩和ケアに関するさらなる啓発活動、医療連携システムの改善、などの要望を持っていることが明らかとなった。また、患者の希望する場所で緩和ケアを受けることができる環境づくりが求められていることが示唆された。これらをふまえた介入を地域に行い、緩和ケア普及のためのモデルづくりを行うことが今後の課題である。

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。調査実施にご協力いただいた五十嵐歩様、分析にご協力いただいた長澤めぐみ様、笠水上かなえ様、松下田侑里様に心よりお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省. がん対策基本法(平成十八年六月二十三日法律第九十八号) [http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html]
- 2) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to special-

ized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2637-2644.

- 3) Ida E, Miyachi M, Uemura M, et al. Current status of hospice cancer deaths both in-unit and at home (1995-2000), and prospects of home care services in Japan. *Palliat Med* 2002; 16: 179-184.
- 4) National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America. 2010 [http://www.nhpco.org/files/public/Statistics_Research/Hospice_Facts_Figures_Oct-2010.pdf]
- 5) Canadian Institute for Health Information. Health Care Use at the End of Life in Western Canada. 2007 [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/end_of_life_report_aug07_e.pdf]
- 6) The Office for National Statistics. Mortality statistics: Deaths registered in 2009. 2009 [http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/mortality-statistics--deaths-registered-in-england-and-wales--series-dr/2009/mortality-statistics-deaths-registered-in-2009.pdf]
- 7) 森田達也, 明智龍男, 藤森麻衣子, 他. 緩和ケアについての改善点と不満足な点—遺族からの示唆. *緩和ケア* 2005; 15: 251-258.
- 8) Shiozaki M, Morita T, Hirai K, et al. Why are bereaved family members dissatisfied with specialised inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. *Palliat Med* 2005; 19: 319-327.
- 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: 412-418.
- 10) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 486-498.
- 11) 日本医療政策機構. 日本の医療に関する2010年世論調査(概要). 2010 [http://www.hgpi.org/handout/2010-02-08_06_973999.pdf]
- 12) 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* 2006; 31: 306-316.
- 13) 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)

古村和恵, 宮下光令, 木澤義之, 川越正平, 秋月伸哉, 山岸眺美, 的場元弘, 鈴木 聡, 木下寛也, 白髭 豊, 森田達也, 江口研二: 申告すべき利益相反なし

【研究報告】

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)

*千葉・松戸市・あおぞら診療所院長 **聖路加看護大学看護
実践開発研究センター ***長崎市・白髭内科医院院長

*川越正平 **廣岡佳代 ***白髭 豊

summary

全国で実際に活動している在宅医療に関する診診連携グループの運営内容を基に、診診連携システムについて診診連携グループの医師に電話インタビュー調査を行った。その結果、A. 設立の経緯と構成メンバーの規模、B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み、C. 副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携、D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い、の4項目にその特徴を類型化し、OPTIM (outreach palliative care trial of integrated regional model, 緩和ケア普及のための地域プロジェクト) 方式として提案した。今後、新たに診診連携グループの構築を希望する医師は、このOPTIM方式を必要に応じてカスタマイズすることで地域や構成メンバーにとって最適な診診連携のシステム構築に活用できると考えられる。

key words

診診連携, 副主治医, 患者情報共有, 看護師との連携, 報酬支払い

背景

平成18年度の診療報酬改定において新設された在宅療養支援診療所には、その要件とされている24時間往診可能な体制を揺るぎなく堅持することが期待されている¹⁾が、医療機関にとってその負担は小さくない。特に、常勤医師数1名である診療所の場合、その心理的・肉体的負担は大きい。診療所の常勤医

師複数体制化を除けば、診診連携や訪問看護師との連携が最も有力な対応策であることは論を俟たない。しかし、実際には地域ごとの事情、参加する医師たちの意向や事情も様々であることから、全国で広く診診連携グループが活動する状況には未だ至っていない。

これまでの地域連携に関する調査を概観すると、診診連携の地域ごとでの報告^{2)~4)}はなされているが、全国的な地域連携に関する情報を系統的かつ総合的に網羅したものはな

い。今回の調査によって、我が国における診診連携の現状が明らかとなり、今後の診診連携のあり方に対する示唆を得たので報告する。

方法

全国各地で活動している診診連携グループで中心的役割を担っている医師12名の協力を得て、電話を用いた聞き取り調査を実施した。調査項目としては、設立年月日、設立母体、メンバー数、構成要員、対象地域、年間症例数、副主治医の実働実態、決定方法、役割、待機方法、運営上の工夫、規約や趣意書の有無、患者情報の共有方法、診療録の作成、訪問診療以外の活動内容、組織運営上の課題、報酬の按分方法等を設定した。

聞き取り調査の対象医師には調査に回答しやすいようにあらかじめ質問項目を送付した。調査時間は30分程度とし、研究協力者の負担とならないように配慮するとともに、本研究の目的および調査内容を文書で説明し研究参加への同意を得た。また、調査実施後は、個人が特定されないよう調査で得た情報の取り扱いには十分留意した。

結果

(1) 設立の経緯や構成メンバーの規模

設立の経緯は有志の集まりと医師会等の組織を母体とする方法の2つに大別された。同様に構成メンバーの規模も3～5名程度の小規模グループと20名以上からなる中大規模グループに大別された。

(2) 副主治医の決定方法とその役割

副主治医の決定方法は、在宅導入時、症例ごとに副主治医を決定する方法と、連携医師が担当する患者は他の連携医師が自動的に副主治医となる方法に大別された。患者ごとに決定する方法であれ、すべての患者一括であ

れ、主治医の不在時や曜日ごとに副主治医が臨時往診を担当することになっていた。また、患者を担当する訪問看護ステーションの看護師が連携医師リストの中から出動を要請するというユニークなシステムもあった。副主治医の役割としてはほとんどの地域に共通して、学会や休暇に際しての主治医不在時の待機・臨時出動や専門科往診の提供が想定されていた。

(3) 患者情報共有の仕組み

在宅導入時に主治医が入手した診療情報を共有する方法、バックアップを依頼する際に電話で要点を伝える方法、バックアップを依頼する際にショートサマリーを作成する方法、定期的に全患者のサマリーを作成する方法、訪問看護指示書をショートサマリーとして活用する方法などがあった。そのほかにも、患者に関わる多職種からなるメーリングリストを運用し、そこに副主治医も参加する方法、さらには患者の氏名、住所、電話番号以外は共有しない方法をとっているところもあった。

(4) 副主治医の待機・出動方法と臨時出動

主治医不在時には副主治医へ連絡するように事前に患者等に案内しておく方法、主治医の診療所への電話を診療所職員が受け指定された副主治医に連絡する方法、不在時にも主治医が連絡を受け必要に応じて副主治医に対応を依頼する方法などがあった。密接に関連する看護師との連携については、主治医の診療所看護師が副主治医の臨時往診に同行する方法、患者を担当している訪問看護ステーションの訪問看護師が連携する方法、看護師は関与しない方法(副主治医が単独で対応する方法)などがあった。

副主治医の臨時出動実態は実際の出動頻度を把握していないグループも少なくなかったが、回答が得られた6つのグループの場合、往診回数0～5回/年、在宅看取り件数0～2件/年と副主治医の実際の負担は少なかった。

(5) 診療録の作成と副主治医への報酬支払い

診療録の作成はすなわち診療報酬の請求方法とリンクすることになる。具体的には、副主治医を非常勤医として登録し主治医の診療所の診療録に診療内容を記載する方法と、副主治医の診療所で新たに患者の診療録を作成する方法に大別された。副主治医への報酬支払いについては、信頼関係に基づき特に設定していないというところも多く見られたが、実働時間に応じて1時間当たりで定めた報酬を支払う方法、臨時往診1件について定めた報酬を支払う方法、実働の有無にかかわらず1日ごとに定めた待機料を支払う方法、副主治医の診療所が請求する診療報酬を副主治医の報酬に充当する方法などがあった。

(6) 診療以外の活動内容

診療以外の活動内容には、メンバー間でのメーリングリストの活用、カンファレンスや症例検討会、勉強会の開催が挙げられた。また、受け入れ可能な患者数等、応需状況をリアルタイムに把握・明示、医療機器の取り扱いや看取りマニュアル、在宅療養手帳などを協働で作成、使用頻度の低い衛生材料や使用期限の短い医療材料の共有、特殊な医療機器や治療法についての情報交換などが挙げられた。

(7) 組織運営上の課題

組織運営上の課題として、退院時共同指導に副主治医が参加しても診療報酬を算定することができないこと、初回往診に副主治医が同行した場合の診療報酬を算定できるかどうか不明瞭であること、副主治医が実際に診療に当たったところ主治医とは異なる診断や治療方針を考慮した場合の対応に苦慮すること、グループのコーディネートを担う医師の負担が大きいこと、メンバーの高齢化により将来の存続が危ぶまれること、患者情報をメール等で共有するに当たってセキュリティに不安があることなどが挙げられた。

考 察

本研究により、全国で実働している診診連携グループが具体的にどのように運営されているかを明らかにすることができた。これを基に、診診連携システムの類型化を目指して表1の4つのカテゴリーを設定し、各項目ごとにその特徴や工夫について検討を試みた。

A. 設立の経緯と構成メンバーの規模

小規模グループの場合、相互に強固な関係構築を重視する立場から新規メンバーの受け入れに比較的消極的な傾向があった。一方、大規模に発展したグループであっても、実際にはさらにその内部に形成された2~3名の気心の知れた医師からなる小グループごとで緊密に機能している例も見られた。

連携する医師は診診連携の規模に限らず「副主治医」と呼ばれていた。特に大規模な診診連携の場合、加入医師を「連携医」、「協力医」と区別している場合が多かった。「連携医」とは主治医として診療を担当する医師と連携協力して主治医を補佐する副主治医のことであり、「協力医」とは皮膚科、眼科など専門性の高い診療科の医師で連携医からのコンサルテーションに対して助言したり、必要に応じて専門科往診を提供する医師のことであった。

B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み

在宅導入時、症例ごとに副主治医を決定する方法(1a)と連携医師が担当する患者は他の連携医師が自動的に副主治医となる方法(1b)のいずれの方法であれ、「患者情報共有の仕組み」と密接に関連することになる。

導入時の診療情報共有(2a)ではその後の臨床経過についての共有は不十分となる。依頼する直前に電話(2b)やショートサマリー(2c)を作成する方法は担当患者数20名以下

表1 在宅医療診診連携システムの類型化 (OPTIM方式)

A. 設立の経緯と構成メンバーの規模	
1. 設立の経緯	<ul style="list-style-type: none"> a. 有志の集まり b. 医師会等の組織を母体とする
2. 構成メンバーの規模	<ul style="list-style-type: none"> a. おおむね5名以下の少数精鋭のグループ b. 20名以上からなる中大規模のグループ
B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み	
1. 副主治医の決定方法	<ul style="list-style-type: none"> a. 導入時、症例ごとに副主治医を決定する b. 連携医師が担当する患者は他の連携医師が自動的に副主治医となる c. 不在時にすべての患者の副主治医を一括して連携医師に委ねる d. 曜日ごとに当番となる医師 (副主治医) を決めておく e. 訪問看護ステーションの訪問看護師が連携医師に副主治医としての出動を要請する
2. 患者情報共有の仕組み	<ul style="list-style-type: none"> a. 導入時に入手した診療情報を共有する b. バックアップを依頼する直前に副主治医へ電話で要点を伝える c. バックアップを依頼する直前に患者ごとにショートサマリーを作成する d. 定期的に全患者のサマリーを作成する e. 訪問看護指示書をショートサマリーとして活用する f. 患者に関わる多職種からなるメーリングリストを運用し副主治医も登録する g. 氏名と住所、電話番号以外の患者情報を一切共有しない
C. 副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携	
1. 副主治医の待機・臨時出動	<ul style="list-style-type: none"> a. 主治医不在時には副主治医へ連絡するように事前に患者等に案内しておく b. 主治医の診療所への電話を診療所職員が受け、指定された副主治医に連絡する c. 不在時にも主治医が連絡を受け、必要に応じて副主治医に対応を依頼する
2. 看護師との連携	<ul style="list-style-type: none"> a. 主治医の診療所の看護師が副主治医の臨時往診に同行する b. 患者を担当している訪問看護ステーションの訪問看護師が連携する c. 看護師は関与しない (副主治医が単独で対応する)
D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い	
1. 診療録の作成	<ul style="list-style-type: none"> a. 副主治医を非常勤医として登録し主治医診療所の診療録に診療内容を記載する b. 副主治医の診療所で新たに診療録を作成する
2. 副主治医への報酬支払い	<ul style="list-style-type: none"> a. (信頼関係に基づき) 特に設定していない b. 実働時間に1時間当たりで定めた報酬を乗じて支払う c. 臨時往診1件について定めた報酬を支払う d. (臨時往診の実働の有無にかかわらず) 1日ごとに定めた待機料を支払う e. 副主治医の診療所が請求する診療報酬を副主治医の報酬に充当する

など比較的少数の在宅患者を担当している場合に限られるだろう。患者数が多くなればなるほど現実的でなくなる。定期的なサマリー作成(2d)や訪問看護指示書の活用(2e)は診療録の記載以外に改めてサマリー等を作成することは主治医にとって負担が大きいことから、電子カルテを活用するなどの対策が重要となる。

一方、氏名と住所、電話番号以外の患者情報を一切共有しない方法(2g)はユニークである。患者からのコールは主治医が受け、必要に応じて副主治医に出動を依頼するが、その際に病態や考慮すべき患者背景を直接申し送るというものである。実際の臨時出動の頻度がきわめて少ないという実体験に裏づけられた方法と言える。患者を担当している訪問看護ステーションの訪問看護師が連携する方法(1e)は複数の医師と日頃から連携している訪問看護師がそれぞれの医師の得意分野や性格、都合なども含めてある程度把握している可能性が高いことから、きわめて現実的なシステムと言えよう。ただし、訪問看護が導入されていない患者には適用できないため、すべての在宅患者に訪問看護が導入されていることが前提となるシステムである。

C. 副主治医の待機・臨時出動と看護師との連携

患者が副主治医に連絡する(1a)場合、事前の丁寧な説明や副主治医の紹介などが必要となる。1bは患者情報や臨床経過を把握している診療所の看護師や事務員がいったん患者からの連絡を受け止める方法である。どんな問題が発生したのか、医師の臨時往診が必要なのかどうかを関係者が吟味検討することができるという点で丁寧な対応と言える。1cは不在時も主治医がファーストコールを受けるという方法であることからさらに丁寧な対応と言えるが、休暇中の場合など主治医が完全に仕事から解放されたという感覚を持

ちづらい点は医師のワークライフバランス上デメリットと言えよう。

看護師との連携については、主治医の診療所の看護師が副主治医の臨時往診に同行する方法(2a)が最も丁寧な対応である。むしろ、そのためには診療所に24時間対応を担当する看護師を雇用しておく必要があるため容易ではないが、患者の家がなかなか見つからない、配慮すべき家族の性格などサマリーだけでは分からない患者背景の共有なども含め、臨床現場では大きな威力を発揮すると言えよう。2bは、副主治医が臨時出動する場合に患者を担当している訪問看護ステーションの看護師と臨時出動の前に電話で連絡を取り、考慮すべき背景などをより詳しく把握することができる優れた方法だと考えられる。

D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い

副主治医が主治医診療所の診療録に記載する(1a)場合、夜間に診療録そのものを受け渡すことは診療所看護師が同行する場合を除き現実的ではないため、診療内容を別途まとめて主治医に連絡し診療録に反映することになる。診療所看護師が同行する場合、実際に主治医の診療録を閲覧することもできる上に、直接記入することができるという点でも優れた対応である。なお、副主治医を主治医診療所の非常勤医と位置づけることになるため、あらかじめ保険医登録を行っておくことが望ましい。副主治医の診療所で診療録を作成する(1b)場合は自己完結可能だが、その診療内容を主治医に報告する必要がある。また、診療報酬の一部負担金を副主治医の診療所から請求する必要があるため、患者が混乱する恐れがあることに留意する。

副主治医への報酬は特に設定していないグループ(2a)もあった。しかし、システムを立ち上げたばかりで実際の臨時出動がほとんどない状況から今後診療連携システムをより大きく発展させていくためには、正当な報酬

や評価が鍵になると予想される。副主治医に対する報酬としては、要した実働時間に1時間当たりで定めた報酬を乗じて支払う方法(2b)や1回の臨時往診ごとに報酬を設定する方法(2c)、実働がなくても待機料を支払う方法(2d)がありうる。副主治医の診療所が請求する診療報酬を副主治医の報酬に充当する方法(2e)もスマートと言えるが、例えば看取り往診の場合など、ターミナルケア加算の算定要件を満たす場合も生じる。この加算は訪問診療にかかる加算と定義づけられているため、このような場合の報酬按分方法については別途相談する必要がある。

運営上の工夫

本調査の結果から、副主治医としての実際の活動回数は年間で0～5回と少ないことが明らかとなった。診診連携に参加することによって、過度な負担を担うことなく参加する医師の物理的・心理的負担を軽減することが期待される。

1日の待機料報酬を設定しているグループもあったが、医師ごとに担当患者数がかなり異なる場合もあり、平等性を担保することは容易でない。解決策として患者1名1日の待機にかかる報酬を設定する方法もありうる。かつての寝たきり老人在宅総合診療料の24時間連携体制加算が1500点であったことから、在宅時医学総合管理料4200点のうち、24時間往診できる体制を整えるための報酬が1500点だと理解すれば、1患者の待機を1日担当する報酬を50点だと設定することも可能である。また、この考え方を援用すると、1人の患者の対応を1日担当すると「地域通貨1ポイント」に相当するというシステムをも構想しうる。例えば、30人の患者を2日間引き受けることによって「地域通貨60ポイント」を獲得すれば、次の機会に自らの60人の患者を1日お願いすることができるという仕組みである。在宅患者数に大きな違いがある

医療機関がペアになって診診連携システムを構築する際に、平等性を確保する有力な方法となりうるだろう。

実際に診診連携システムを運営していくためには、コーディネーターの役割が重要であることも強調された。ネットワーク内で患者の主治医を決定するのが難しい場合や、勉強会の開催など、コーディネーターとなる医師への負担が大きい場合などには、定期的にコーディネーターを交代するなどの配慮も必要となろう。

結語

電話インタビュー調査に基づき、我が国における診診連携システムの特徴をA. 設立の経緯と構成メンバーの規模、B. 副主治医の決定方法と患者情報共有の仕組み、C. 副主治医の待機・臨時出勤と看護師との連携、D. 診療録の作成と副主治医への報酬支払い、の4つのカテゴリごとに類型化しOPTIM方式として提案した。今後新たに診診連携グループの構築を希望する医師は、このOPTIM方式を必要に応じてカスタマイズすることで、地域や構成メンバーにとって最適な診診連携のシステム構築に活用できると考えられる。

〔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（緩和ケア普及のための地域プロジェクトOPTIM）によって行われた。本調査の実施に当たり調査にご協力いただきました諸先生方に深謝します。

●文献

- 1) 厚生労働省：在宅療養支援診療所について：厚生労働省ホームページ< http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0312-11e_02.pdf >
- 2) 蓑田正豪，他：癌と化療 35：1353，2008.
- 3) 白髭 豊，他：日本医事新報 No4224：29，2005.
- 4) 白髭 豊，他：長崎県医師会報 771：32，2010.

多施設との医療連携の現状： 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM-study) 浜松地域のあゆみと今後の課題

森田達也¹⁾、井村千鶴²⁾、野末よし子²⁾、赤澤輝和³⁾、
伊藤富士江⁴⁾

Key words

palliative care, community, coordination, multidisciplinary team

はじめに：OPTIMプロジェクトの概要

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」)は、2005年から毎年2領域ずつ行われている戦略研究の一部である。「戦略研究」は、日本では大規模な臨床研究がなかなか成功しない経緯から、「国民的ニーズが高く確実に解決を図ることが求められている研究課題」について、大規模研究を完遂して迅速に国民に還元することを目的として策定された。がんにおける戦略研究は2006年に設定され、乳がんの予防と、緩和ケアが設定された。緩和ケアが課題として選択された背景として、我が国ではがん患者から見たquality of life・緩和ケアの質の評価が不十分であることや、希望する場所で最期を迎えられる患者が少ないことから、がん対策基本法での重点領域と位置付けられたことが背景にあげられる。

OPTIMプロジェクトでは、2007年に研究プロトコルの作成と倫理審査などを行い、2008年に介入前調査、2008～2010年に介入、2010年から介入後調査を行った。2012年度末までに解析を終了する予定である(図1)¹⁻³⁾。試験デザインは、地域を対象とした前後比較試験であり、評価項目は自宅死亡率、緩和ケア利用数、患者調査・遺族調査に基づく患者のquality of lifeである(表1)。これらの測定項目は、信頼性・妥当性の確保されたCare evaluation ScaleやGood Death Inventoryなどが用いられ、それまでに国際的にも高く評価されている日本の大規模調査の経験が生かされた⁴⁾。

OPTIMプロジェクトの特徴的な点として、アウトカムの変化のみならず、プロジェクトそのものの経過を通じて緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物や介入過程を作成することを目標としたことがある。つまり、介入研究の結果としてアウトカムの変化を測定するとともに、介入中に作成した様々なマテリアルや知見・ノウハウを集積することで全国の緩和ケ

MORITA Tatsuya, IMURA Chizuru, NOZUE Yoshiko, AKAZAWA Terukazu, ITO Fujie: Regional palliative care program in Hamamatsu city: the OPTIM project

1) 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

2) 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター

3) 聖隷三方原病院 医療相談室

4) 聖隷三方原病院 看護相談室

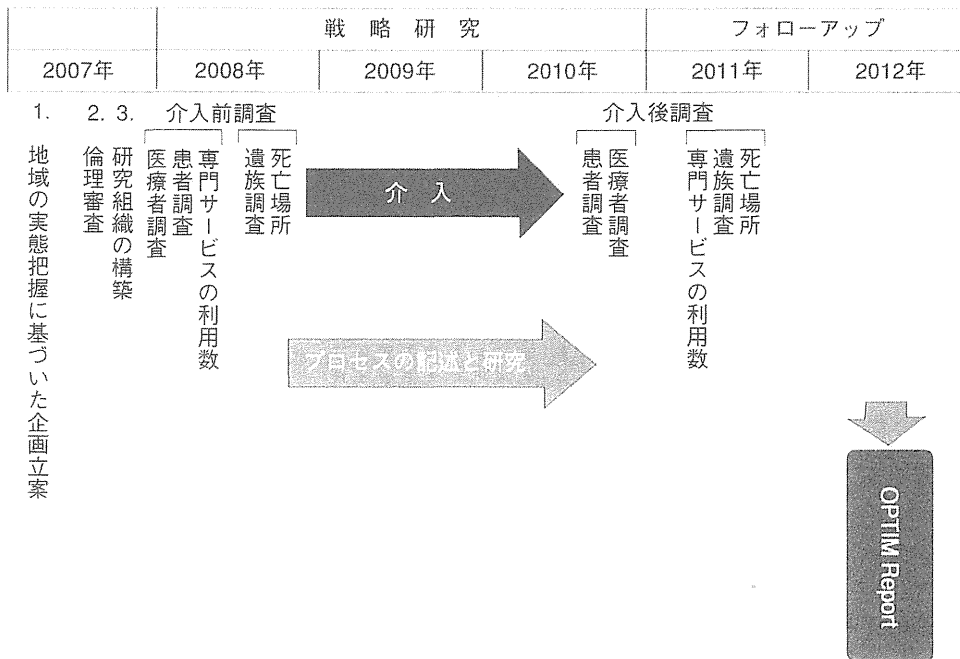


図1 OPTIMプロジェクト概要

アの普及に役立てることを目的とされたことが大きな特徴である。これは、近年になって、緩和ケアなどの複雑な介入 (complex intervention) の研究では、単に「アウトカムがどう変化したか」だけでなく、それが「なぜ生じたのか」「どのような介入過程を得てアウトカムが生じたのか」を解釈できるような質的研究が重要であることが強調されていることと同じ意図を持っている⁵⁾。OPTIMプロジェクトは、これまでに行われた緩和ケアの地域介入研究として国際的にも最大規模の地域介入研究であると同時に、わが国ではじめての大規模な患者・家族・医療者を網羅したコホートでもある (図2)。

この論文では、OPTIMの対象地域の一つである浜松地域において行われたプロジェクトの概要のうち特に地域連携に関することを紹介する。浜松地域は人口80万人、面積1500km²の大きな都市であるが、医療資源としては中央部に偏在しており、「日本の縮図」ともいわれている。

1. プロジェクト期間中の活動

プロジェクトでは、3年間を通して、①緩和ケアの技術・知識の向上、②がん患者・家族・住民への情報提供、③地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進、④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供、という4本柱から成る地域介入が行われた (図3)。

「緩和ケアの技術・知識の向上」としては、「ステップ緩和ケア」と呼ばれるマニュアルなど各種マテリアルの配布と、医療福祉従事者を対象とした緩和ケアセミナーが行われた。マテリアルでは特に「ステップ緩和ケア」、「生活のしやすさに関する質問票」(患者の緩和ケアニーズをスクット)が使用された。緩和ケアセミナーでは、グループワーク、ロールプレイ、デモンストレーションなどを含む体験型セミナーが企画された。

「がん患者・家族・住民への情報提供」では、リーフレット・ポスターなどの配布、市民公開講座、「緩和ケアを知る100冊」の図書館への設置が行われた。ポスターは浜松地域で作成し、