

Table 2 Differences between areas, workplaces, and professions

	I developed a network of people, and realized the importance of collaboration	<i>p</i>	Knowledge and skills regarding palliative care were improved	<i>p</i>
Area		0.41		0.26
Tsuruoka area (n=14)	79% (n=11)		21% (n= 3)	
Kashiwa area (n=27)	59% (n=16)		26% (n= 7)	
Hamamatsu area (n=44)	64% (n=28)		23% (n=10)	
Nagasaki area (n=11)	82% (n= 9)		9.1% (n= 1)	
Workplace		0.39		0.68
Hospital (n=51)	63% (n=32)		24% (n=12)	
Community * (n=45)	71% (n=32)		20% (n= 9)	
Profession **		0.054		0.28
Physician, nurse, pharmacist (n=78)	62% (n=48)		24% (n=19)	
Care manager, medical social worker (n=13)	92% (n=12)		7.7% (n= 1)	

* Facilities other than hospitals, including clinics, home-visit nursing stations, home-care support centers, and health insurance-covered pharmacies

** The total does not amount to 96 because professions other than these were excluded.

Table 3 [Development of relationships] and influences

1. More people to turn to for advice	<p>"I became acquainted with a variety of health professionals, and that means most to me. Relationships with them will surely help me continue my work. Now I know who I should turn to for specific advice when I face a problem." (Pharmacist at a health insurance-covered pharmacy, 055)</p> <p>"I have expanded relationships with people. Although I am just a hospital employee, I can obtain a wide range of knowledge from pharmacists in the community, care managers, and physicians of clinics. Now that I have acquaintances to seek opinions from, I feel somewhat confident." (Medical social worker, 044)</p>
2. Leading to solutions	<p>"What meant most to me was that I established relationships with other health professionals. I am sure that these relationships will help me resolve problems in clinical settings." (Care manager, 099)</p>
3. Easier to talk to physicians after becoming acquainted with them	<p>"Before becoming acquainted with physicians, it was difficult for me to talk to or even greet them because I did not know what to talk about. However, after I met them several times, it was much easier." (Home visit nurse, 048)</p>
4. Sense of reassurance when I was introduced to patients	<p>"Most importantly, I had opportunities to directly talk with physicians. If I were a patient, I would worry, wondering to whom I would be referred. However, if a physician says, "I know her well. She is reliable", it will comfort the patient. Participation in the training was a valuable experience for me." (Medical social worker, 026)</p>
5. Integrated patient information	<p>"I became acquainted with people from other health care facilities. This means a great deal to me. If a patient of whom I am in charge is transferred or referred to another hospital, I will be informed of the patient's current conditions and remarks. Instead of fragments, integrated patient information is available. It was difficult to obtain complete patient information because sometimes we did not even know who had the information. It means a lot to us that consistent information is available." (Hospital physician, 097)</p>
6. Exchange of information to respond to patients	<p>"There was a patient with a difficult personality, and a home-visit nurse did not know how to cope with him. I shared information with the nurse, explaining what the patient may have thought and causes of his behavior." (Hospital nurse, 093)</p>
7. Opportunities to ask questions casually	<p>"I became acquainted with a variety of health professionals, and had opportunities to discuss in small groups or chat with them on my way home. It was as if I were in school. In a small group, I was able to ask easy questions that otherwise would have made me feel embarrassed." (Hospital pharmacist, 021)</p>
8. Opportunities to hear views from other physicians	<p>"It was a good opportunity to know new therapeutic approaches and procedures for specific symptoms or conditions used by other physicians. Although such information can be obtained through national-level networks, it is difficult to say, "This was not effective" or "I find it dubious". I used this opportunity to hear honest views and opinions from surrounding physicians." (Hospital physician, 101)</p>
9. Seeking solutions by the whole community	<p>"I realized that it is necessary to work together with home care, hospice, and other services in the community, and think in a larger overall framework. I learned about various efforts and services implemented by other health care providers in the community. I think that a hospital, including ours, should seek cooperation from these facilities when it is difficult to resolve a problem alone." (Medical social worker, 092)</p>
10. Basis of the network in the whole community	<p>"There are a number of problems other than palliative care in the community, and OPTIM is part of our job. By addressing various problems, including emergency medicine and nursing care for dementia patients, I learn about the roles of a variety of people and their problems. Issues other than cancer care also inspire us to discuss approaches to improve community health care." (Hospital physician, 056)</p>
11. Sense of burden reduced by developing relationships	<p>"Speaking about myself, I am very pleased that I interacted and established relationships with people from other hospitals and communities. As I do not have much experience, relationships with and information from them are really encouraging and reassuring." (Certified palliative care nurse, 088)</p>
12. Getting rid of psychological barriers between the hospital and community, and medicine and welfare	<p>"I developed a better understanding of medical and home care staff. Maybe, I was able to remove psychological barriers to some extent." (Care manager, 091)</p> <p>"When we visit a hospital to undergo training, we do not know most staff there including physicians in palliative care. Actually, they were all kind and friendly, and I did not find them intimidating. They were much friendlier than I had expected. This meant a lot to me. When I am working in the community, I have few opportunities to interact with hospital physicians. I am very pleased that I overcame a psychological barrier when I talked with them, and that staff, including myself, did what the center director used to do together with hospital physicians, many different departments, and pharmacists." (Home-visit nurse, 065)</p>



がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が 地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響

木下 寛也¹⁾, 松本 禎久¹⁾, 阿部 恵子²⁾, 宮下 光令³⁾, 森田 達也⁴⁾

1) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科, 2) 島根大学医学部附属病院 緩和ケアセンター,
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) 聖隷三方原病院 緩和ケア治療科

受付日 2012年2月7日/改訂日 2012年3月16日/受理日 2012年4月4日

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムが実施された地域において、在宅支援の役割を強化した緩和ケア病棟での自宅退院率、自宅退院した患者の自宅死亡率、地域のがん患者の自宅死亡合計数に占める割合を明らかにすることを通じて、緩和ケア病棟の運営方針が地域がん患者の自宅死亡率にもたらす影響に関する洞察を得ることである。2007年から2010年にかけて、緩和ケア病棟の自宅退院率は8%から22%に、自宅退院したがん患者の自宅死亡率は10%から41%に増加した。しかし、地域のがん患者の自宅死亡率は6.8%から8.1%と増加の程度は全国平均と変わらず、地域のがん死亡数を母数とした緩和ケア病棟入院患者の割合、地域のがん自宅死亡数を母数とした緩和ケア病棟を経由して自宅死亡した患者の割合は10%以下であった。地域全体で在宅療養を支援する体制を構築するためには、地域全体での在宅で緩和ケアの提供できる医療福祉リソースの拡充が必須である。

Palliat Care Res 2012; 7(2): 348-53

Key words: 地域緩和ケア, 緩和ケア病棟, 在宅死

背景・目的

在宅で過ごすことは、患者の最も重要な希望の1つであり^{1,2)}、がん患者が在宅で過ごすための体制を地域全体に整備していくことが求められている^{3,4)}。一般的に、ホスピス・緩和ケア病棟の役割は、終末期ケア、症状緩和、在宅支援であり⁵⁾、これまで終末期ケアに重点がおかれていたわが国の緩和ケア病棟においても、在宅支援に焦点をあてた活動がみられている⁶⁻¹¹⁾。

これらの活動報告では、①緩和ケア病棟の在宅支援機能の強化、②退院支援・在宅療養調整、③外来や電話でのサポート、④入院が必要な場合の入院場所の確保、⑤カンファレンスなど地域連携の促進を行うことにより、緩和ケア病棟からの退院患者の増加、自宅死亡患者の増加、緩和ケア病棟の平均在院日数の短縮がみられることが示されている⁶⁻⁹⁾。これらの知見は、緩和ケア病棟が在宅支援の役割を担うことにより、地域全体のがん患者が在宅療養できることに貢献する可能性を示唆しているが、実際に、地域全体の自宅がん死亡率にどの程度変化を生じたのかをあわせて検討した研究はない。

本研究の目的は、地域緩和ケアプログラムが実施された1地域において、在宅支援の役割を強化したがん専門病院緩和ケア病棟での自宅退院率、自宅退院したがん患者の自宅死亡率、地域のがん患者の自宅死亡合計数に占める割合を明らかにすることである。最終的な目的は、これらを地域でのがん患者の自宅死亡率の変化とあわせて解釈することを通じて、緩和ケア病

棟の運営方針が地域がん患者の自宅死亡率にもたらす影響に関する洞察を得ることである。

対象・方法

本研究は、地域緩和ケアの介入研究であるOPTIMプロジェクトが実施された4地域(鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域)のうち、がん専門病院の緩和ケア病棟のある柏地域を対象として行った^{12,13)}。柏地域とは、柏市、我孫子市、流山市を指す。

① 介入

調査対象地域には国立がん研究センター東病院(以下、がんセンター)があり、緩和ケア病棟が設置されている。地域内に他の緩和ケア病棟は存在しない。OPTIMプロジェクトの一環として、緩和ケア病棟の在宅療養支援の役割として、①入院時に患者・家族に対して症状が軽減した場合には退院になることに同意を得る、②入院早期から自宅への退院を念頭においた治療・ケア計画を立てる、③地域の在宅リソースと連携関係を構築し、カンファレンスや個別の連絡を積極的にとり合う、④外来でのフォローアップを細かく行うために緩和ケア外来を毎日設定する、などの運営方針を変更した。運営方針の変更は、2007年1月から企画され、その後1年をかけて徐々に行われた。

OPTIMプロジェクトによる介入は、2008年から2010年にかけて、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②患者・家族に対する適切な知識の提供、③緩和ケア専門家による診療、④地

Corresponding author: 木下寛也 | 国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科
〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1
TEL 04-7133-1111 FAX 04-7131-4724 E-mail: hikinosh@east.ncc.go.jp

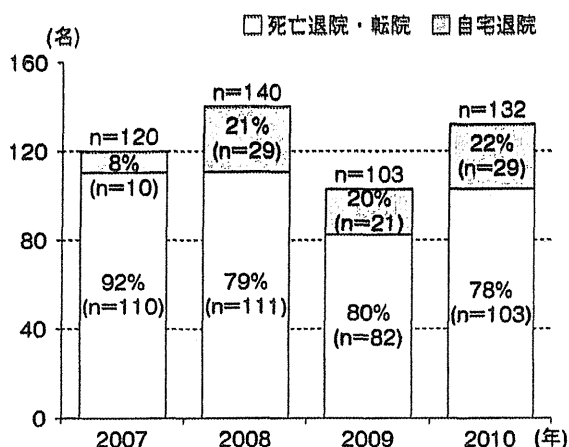


図1 緩和ケア病棟の入院患者に占める自宅退院した患者の割合
棒グラフの上の数値は入院患者を示す。

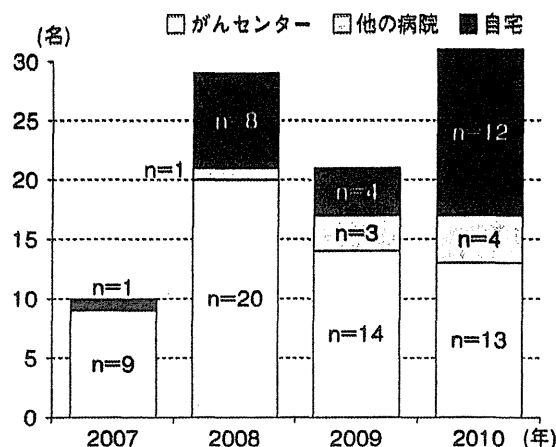


図2 緩和ケア病棟から自宅退院した患者の死亡場所

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^{12,13)}。

② 評価・解析

OPTIM プロジェクトの主要評価項目として, 人口動態統計の目的外使用申請から取得した, 柏地域のがん患者の自宅死亡率を用いた。比較のために, 全国平均および OPTIM プロジェクトが行われた他の3地域のがん患者の自宅死亡率を計算した。

次に, 2007年から2010年までの緩和ケア病棟の入院患者数の実数(複数入院退院したものは1名), 自宅退院した患者数取得した。さらに, 自宅退院した患者全員について, 退院後から2012年1月までの転帰(自宅死亡, がんセンターで死亡, 他の病院で死亡, 生存)を調べた。また, 生存していた患者を除外して, 自宅退院した患者の死亡場所を集計した。いずれも, 研究目的から, 柏市・我孫子市・流山市に住民票のある患者を対象とした。緩和ケア病棟の入院患者に占める柏市・我孫子市・流山市の患者の割合をそれぞれ求めた。

さらに, 柏地域のがん死亡合計数を母数, 緩和ケア病棟入院患者数を子数として「地域のがん死亡数を母数とした緩和ケア病棟入院患者の割合」を, および柏地域のがん自宅死亡合計数を母数, 緩和ケア病棟を自宅退院して自宅で死亡した患者数を子数として「地域のがん自宅死亡数を母数とした緩和ケア病棟を經由して自宅死亡した患者の割合」を年ごとに計算した。

結果

① 地域のがん患者の自宅死亡率の推移

柏地域のがん患者の自宅死亡率の推移は, 2007年6.8%(100名)から2010年8.1%(129名)であった(増加率29%)。全国平均のがん患者の自宅死亡率は, 2007年6.7%(22,623名)から2010年7.8%(27,508名)であった(増加率22%)。OPTIM プロジェクトが行われた柏地域以外の3地域のがん患者の自宅死亡率は, 2007年6.7%(248名)から2010年11.4%(452名)であった(増加率82%)。

② 緩和ケア病棟の入院患者に占める自宅退院した患者の割合と死亡場所

がんセンターの緩和ケア病棟の入院患者数に占める自宅退院した患者の割合は, 2007年には8%であったが, 2008-2010年には約20%に増加した(図1)。

緩和ケア病棟から自宅退院した患者の累計95名のうち, 3名が観察期間中に生存していたため, 死亡場所が確定したものは92名であった。自宅死亡した患者の割合は, 2007年には10%(1/10; 95%信頼区間2.0-41%)であったが, 2010年には41%(12/29; 95%信頼区間25-59%)であった(図2)。

緩和ケア病棟の入院患者のうち, 柏地域以外に居住する患者の割合は, 63%(2007年), 59%(2008年), 61%(2009年), 60%(2010年)であった。

③ 地域のがん患者・自宅死亡患者に占める緩和ケア病棟の診療割合

「地域のがん死亡数を母数とした緩和ケア病棟入院患者の割合」は, 2007年から2010年まで約7-8%と大きな変化がなく, 「地域のがん自宅死亡数を母数とした緩和ケア病棟を經由して自宅死亡した患者の割合」は, 2010年でも約9%であった(表1)。

考察

本研究の重要な知見は, ①緩和ケア病棟が在宅支援の役割を強めることで自宅退院患者数が増加する, ②地域との連携によって緩和ケア病棟を退院した患者の約半数が自宅死亡を達成することができる, しかし, ③緩和ケア病棟を經由した患者が地域全体のがん自宅死亡率に占める割合は10%以下である, ことである。

緩和ケア病棟の自宅退院率については, 病棟の地域における役割がさまざまであり単純に比較できないが, 本研究で得られた20%前後の自宅退院率は全国平均より高く, 在宅支援に努めている緩和ケア病棟からの先行研究の数値とほぼ同様である^{8,9,14)}。緩和ケア病棟でも, 地域での役割によっては, 入院時の

表1 地域のがん患者に占める緩和ケア病棟の診療割合

	2007年	2008年	2009年	2010年
柏地域のがん死亡合計数(名)	1,471	1,514	1,557	1,596
柏地域のがん自宅死亡合計数(名)	100	105	120	129
緩和ケア病棟入院数(名)	120	140	103	132
緩和ケア病棟を経由して自宅死亡した患者数(名)	1	8	4	12
地域のがん死亡数を母数とした緩和ケア病棟入院患者の割合(%)	8.2	9.2	6.6	8.3
地域のがん自宅死亡数を母数とした緩和ケア病棟を経由して自宅死亡した患者の割合(%)	1	7.6	3.3	9.3

同意, 入院後の治療・ケア計画, 地域の医療福祉資源との連携により, 一定の自宅への退院は可能であることが示唆される。

いったん自宅に戻った患者の自宅死亡率の全国平均値は55%, がん専門病院の緩和ケア病棟の報告でも約半数であり^{7,8,15)}, 本研究の約40%は相応である可能性が高い。また, 在宅支援に努めたがん専門病院の緩和ケア病棟の報告では全死亡の12%が自宅死亡であると報告しており⁸⁾, 本研究でも約8%程度と相応である。自宅死亡を達成する要因は, 患者・家族の希望, 在宅療養での医療福祉リソース, 退院支援であることが示されている^{14,16)}。くわえて, 本研究ではOPTIMプロジェクトの介入として退院前カンファレンスなどの退院支援は十分に行われたと想定されることから, 患者が再入院となった理由は, 患者・家族の希望, または在宅療養での医療福祉リソースの不足であったと考えられる。

本研究の最も大きな知見として, がん専門病院の緩和ケア病棟が地域全体のがん自宅死亡率に占める割合は約8%程度であることが示唆された。この理由として, ①緩和ケア病棟の入院患者は当該地域以外からの患者が過半数を占める, ②地域の他の医療機関で診療を受けている, ③緩和ケア病棟を経由せずに在宅医療に移行する, ことが考えられる。しばしば言及されることであるが^{17,18)}, 地域全体に在宅で緩和ケアを提供する体制を考える場合には, 現在のがん診療連携拠点病院を中心として進められている病院からの退院支援, 緩和ケア病棟の役割の見直しのみでは不十分であり, 在宅で緩和ケアの提供できる在宅療養での医療福祉リソースを拡充することを含めた地域医療全体の構築という枠組みで, 緩和ケアを考える必要があると思われる。

本研究の限界として, 1地域の研究であるため, 他の地域にあてはまるとは限らない, 測定可能な自宅死亡率を指標としたが患者の希望や患者の quality of life は検討していない, ことが挙げられる。

以上より, がん専門病院の緩和ケア病棟が在宅支援の役割を強めることで緩和ケア病棟からの自宅退院患者数と自宅死亡患者数が増加するものの, 地域全体のがん自宅死亡率に占める割合は非常に小さいことが示された。地域全体で在宅療養するがん患者を支援する体制を構築するためには, 地域全体での体制の構築, 特に在宅で緩和ケアの提供できる医療福祉リソースの拡充が必須であると考えられる。

文献

- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007; 18: 1090-7.
- Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer*, [epub ahead of print]
- 片山 壽 監著. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 篠原出版社, 東京, 2008.
- 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編. ホスピス緩和ケア白書2008. 2008.
- National Cancer Patient Experience Survey Programme-2010: national survey report. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_122516]
- 山岸聡子. 切れ目のない緩和ケアの提供—サポーターケアセンターにおける「サポート外来」の現状と課題. *看護管理* 2010; 20: 476-9.
- 坂下美彦, 木村由美子, 柴田純子, 他. がん患者の在宅医療連携後の療養場所. 第15回日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集. 2010; 198.
- 谷水正人, 成本勝広, 高岡聖子, 他. 緩和ケア病棟における地域との連携. *緩和ケア* 2009; 19: 419-22.
- 小笠原利枝. 地域における緩和ケア病棟の役割—在宅医療機関との連携の試みと活動の実際. *緩和ケア* 2009; 19: 116-9.
- 博多百合子, 丸口ミサエ, 志真泰夫. 緩和ケア病棟における電話サービスによる在宅支援. *癌と化療* 2000; 27(Suppl 3): S693-6.
- 柴田岳三. 地域における緩和ケア病棟の役割—西胆振在宅ホスピス・ネットワークの構築と連携. *緩和ケア* 2009; 19: 112-5.
- 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.
- 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM-study)の経過と今後の課題. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編. ホスピス緩和ケア白書2011. 2011; 24-41.

- 14) 日本ホスピス緩和ケア協会. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設 2009 年度アンケート結果. 2010.
- 15) Fukui S, Fujita J, Tsujimura M, et al. Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. *Ann Oncol* 2011; 22: 2113-20.
- 16) Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006; 332: 515-21.
- 17) 大岩孝司. 在宅緩和ケアの意義と現状—さくさべ坂通り診療所の取り組み. *緩和ケア* 2010; 20: 194-8.
- 18) 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.

著者の申告すべき利益相反なし

Short Communications

The effects of an administration policy of the palliative care unit of a cancer care hospital on the rate of region-based home death rate

Hiroya Kinoshita¹⁾, Yoshihisa Matsumoto¹⁾, Keiko Abe²⁾,
Mitsunori Miyashita³⁾ and Tatsuya Morita⁴⁾

1) Department of Palliative Medicine and Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital, East, 2) Palliative Care Center, Shimane University Hospital, 3) Division of Palliative Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine, 4) Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital

The aim of this study was to explore the changes in the rates of discharge to home from the palliative care unit in the region where the regional palliative care intervention program, their home death rate, and their ratio to whole home death cancer patients in the region. During the study period, the palliative care unit changed an administrative policy actively end-of-life care to support patients at home. The rate of discharge to home from the palliative care unit increased 11% to 22% during the study period, and their home death rate increased 10% to 41%. The overall home death rate of cancer patients however remained 6.8% to 8.1%, and their ratio to whole home death cancer patients in the region was less than 10%. To establish health care system to support cancer patients at home, changing administrative policy of palliative care units is insufficient and increasing quality community palliative care resources seems to be essential. Palliat Care Res 2012; 7(2): 348-53

Key words: community palliative care, palliative care unit, home death

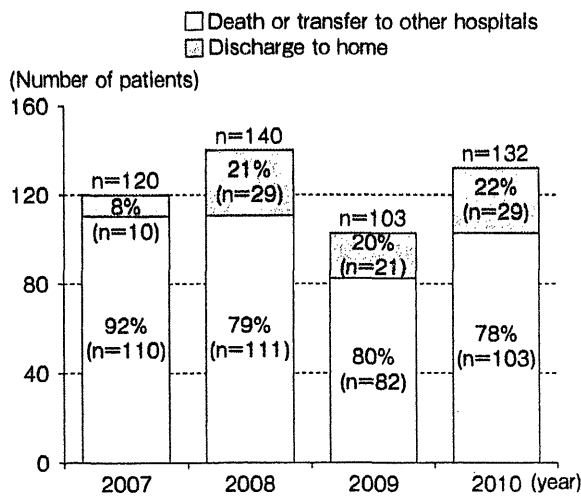


Fig. 1 Patients discharged home as a percentage of inpatients on the palliative care ward

Numerical values above each bar represent the number of inpatients

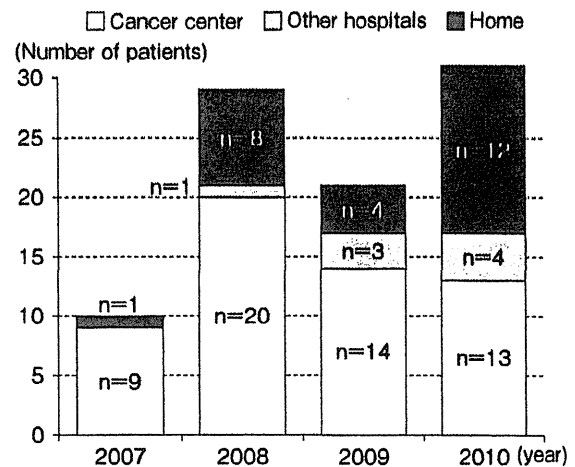


Fig. 2 The place at which patients discharged from the palliative care ward to home died

Table 1 Patients who received care on the palliative care ward as a percentage of cancer patients in the community

	2007	2008	2009	2010
Number of cancer deaths in the Kashiwa region	1,471	1,514	1,557	1,596
Number of cancer patients who died at home in the Kashiwa region	100	105	120	129
Number of inpatients on the palliative care ward	120	140	103	132
Number of patients discharged from the palliative care ward who died at home	1	8	4	12
Inpatients on the palliative care ward as a percentage of the number of deaths from cancer in the region (%)	8.2	9.2	6.6	8.3
Patients discharged from the palliative care ward who died at home as a percentage of the total number of cancer patients who died at home in the region (%)	1	7.6	3.3	9.3

短報

異なる算出方法による地域での 専門緩和ケアサービス利用数の比較

森田 達也¹⁾, 秋月 伸哉²⁾, 鈴木 聡³⁾,
木下 寛也⁴⁾, 白髭 豊⁵⁾, 宮下 光令⁶⁾

1) 聖隷三方原病院 緩和支援診療科, 2) 千葉県がんセンター 精神腫瘍科, 3) 鶴岡市立荘
内病院 外科, 4) 国立がん研究センター東病院 緩和医療科, 5) 白髭内科医院, 6) 東北大学
大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野

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

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

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

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

緒言

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

OPTIM プロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」)では、地域介入のアウトカムとして、専門緩和ケアサービスの利用患者の背景を地域単位で取得した^{7,8)}。本研究の目的は、地域介入研究で取得された専門緩和ケアサービスのデータをもとに、延べ利用者数と重複を除外した利用者数を算出し、比較することにより、全国の専門緩和ケアサービスの利用者数を算出する実施可能な方法についての洞察を得ることである。

対象・方法

本研究は、OPTIM プロジェクトの二次解析として行われた^{7,8)}。OPTIM プロジェクトは、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域を対象とした緩和ケアの地域介入による前後比較研究である。主要評価項目は、患者の quality of care, 専門緩和ケアサービスの利用数, 自宅死亡率である。

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

専門緩和ケアサービスの定義

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

専門緩和ケアサービスの基準

共通の条件とサービスごとの基準を設けた。

共通の基準として、①緩和ケアを提供する医師が専門的な教育を受けている、②がん患者の身体的・心理的・社会的・霊的

Corresponding author: 森田達也 | 聖隷三方原病院 緩和支援診療科

〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町 3453

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

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

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

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

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

調査方法

① 専門緩和ケアサービス利用数

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

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

② 重複を除いた専門緩和ケアサービス利用数

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

解析

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

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

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

結果

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

① 重複を除いた利用数の算出と重複を含めた利用数に対する比

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

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

② 重複を含めた利用数と重複を除いた利用数の年次推移の比較

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

③ 重複を含めた利用数と重複を除いた利用数の地域間の比較

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

考察

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

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

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

表1 専門緩和ケアサービスの数・利用数

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

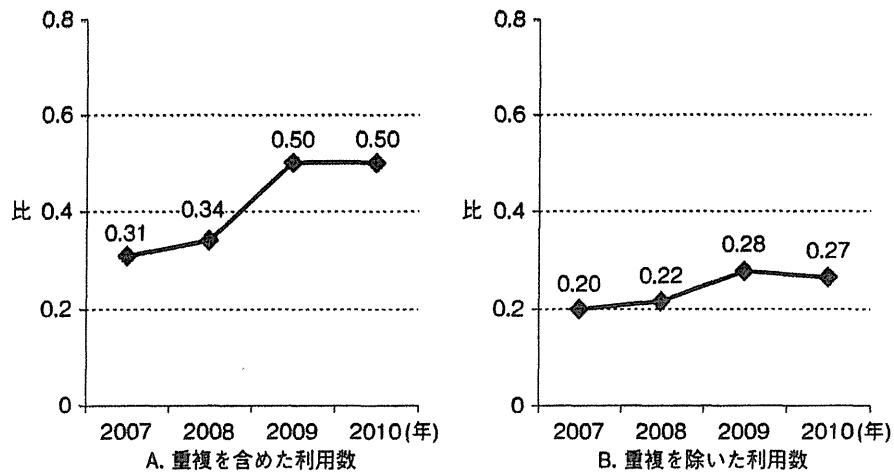


図1 死亡がん患者数に対する専門緩和ケアサービス利用数の比の違い

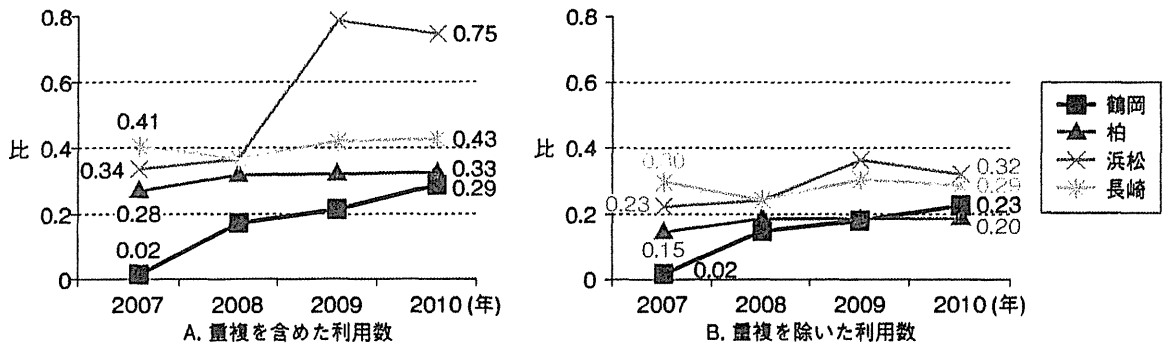


図2 地域ごとの死亡がん患者数に対する専門緩和ケアサービス利用数の比の違い

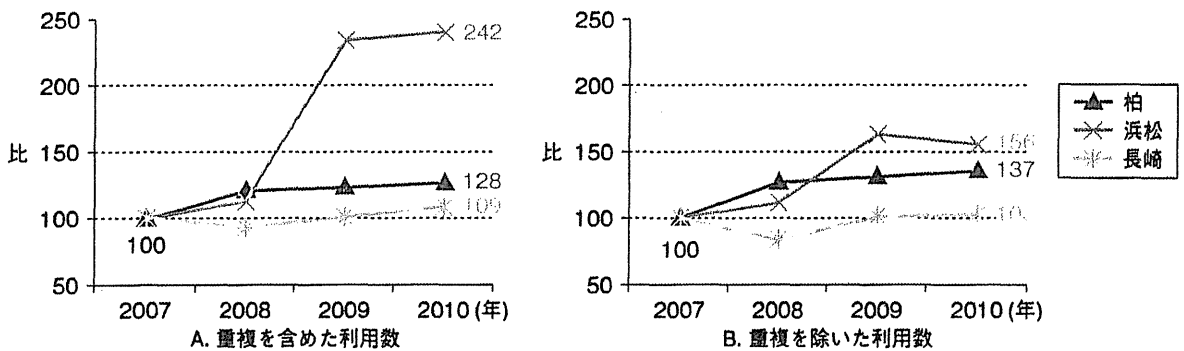


図3 地域ごとの死亡がん患者数に対する専門緩和ケアサービス利用数の比の違い—2007年を100とした増減比

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

しており、全国で共通した補正を行うことが難しいことを示唆する。

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

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

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

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

文 献

- 1) Fassbender K, Fainsinger R, Brenneis C, et al. Utilization and costs of the introduction of system-wide palliative care in Alberta, 1993-2000. *Palliat Med* 2005; 19: 513-20.
- 2) Fainsinger RL, Bruera E, MacMillan K. Innovative palliative care in Edmonton. *Can Fam Physician* 1997; 43: 1983-6, 1989-92.
- 3) NHS. National Cancer Patient Experience Survey Programme —2010: national survey report. 2010 [<http://www.dh.gov.uk/>

[en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_122516](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_122516)]

- 4) National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and Figures: Hospice care in America. 2010 [<http://www.cchospice.org/sites.aspx?resid=939edba2-5480-4f74-9cd6-0b66fcf058de>]
- 5) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ [<http://www.hpcj.org/>]
- 6) 日本緩和医療学会ホームページ [<http://www.jspm.ne.jp/>]
- 7) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 412-8.
- 8) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 2

著者の申告すべき利益相反なし

Short Communications

Counting the use of specialized palliative care services

Tatsuya Morita¹⁾, Nobuya Akizuki²⁾, Satoshi Suzuki³⁾,
Hiroya Kinoshita⁴⁾, Yutaka Shirahige⁵⁾ and Mitsunori Miyashita⁶⁾

1) Department of Palliative and Supportive Care, Seirei Mikatahara General Hospital, 2) Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, Chiba Cancer Center, 3) Department of Surgery, Tsuruoka Municipal Shonai Hospital, 4) Department of Palliative Medicine, National Cancer Center Hospital, East, 5) Shirahige Clinic, 6) Division of Palliative Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine

The primary aim of this study was to compare the ratios of specialized palliative care use to all cancer death using 2 methods: 1) total number of patients who received either of specialized palliative care services (unadjusted), and 2) number of patients after adjustment of potentially duplicated counts (adjusted). The research team obtained patient list from all specialized palliative care services, and counted the number of the patients who received any specialized palliative care services. The ratio of adjusted value to unadjusted value was 0.59, and had large region differences. Unadjusted values had, although overestimated, essentially similar trends in changes by year and differences in the regions. In conclusion, total number of patients who received either of specialized palliative care services could be simple and feasible indicator to roughly determine the activity of specialized palliative care services, but exact number of the patients who received specialized palliative care services should be determined on the basis of the patient lists without duplicated counts.

Palliat Care Res 2012; 7(2): 374-811

Key words: specialized palliative care use, palliative care teams, palliative care units

Table 1 Number of specialized palliative care services and users

		2007	2008	2009	2010	Total
Total	Number of services	19	25	32	33	
	Palliative care units	4	4	5	5	
	Hospital palliative care teams	10	10	11	11	
	Community palliative care team	0	4	4	4	
	Home hospice	0	0	2	2	
	Outpatient palliative care services	5	7	10	11	
	Number of patients					
Unadjusted number	1,606	1,838	2,654	2,783	8,881	
Adjusted number	1,052	1,179	1,487	1,488	5,206	
Ratios	0.66	0.64	0.56	0.53	0.59	
Tsuruoka	Number of services	1	3	3	3	
	Palliative care units	0	0	0	0	
	Hospital palliative care teams	1	1	1	1	
	Community palliative care team	0	1	1	1	
	Home hospice	0	0	0	0	
	Outpatient palliative care services	0	1	1	1	
	Number of patients					
Unadjusted number	8	102	118	148	376	
Adjusted number	8	85	98	119	310	
Ratios	1.0	0.83	0.83	0.80	0.82	
Kashiwa	Number of services	4	5	5	5	
	Palliative care units	1	1	1	1	
	Hospital palliative care teams	2	2	2	2	
	Community palliative care team	0	1	1	1	
	Home hospice	0	0	0	0	
	Outpatient palliative care services	1	1	1	1	
	Number of patients					
Unadjusted number	412	508	513	526	1,959	
Adjusted number	228	291	305	313	1,137	
Ratios	0.55	0.57	0.59	0.60	0.58	
Hamamatsu	Number of services	5	7	12	13	
	Palliative care units	1	1	2	2	
	Hospital palliative care teams	4	4	5	5	
	Community palliative care team	0	1	1	1	
	Home hospice	0	0	1	1	
	Outpatient palliative care services	0	1	3	4	
	Number of patients					
Unadjusted number	611	694	1,436	1,481	4,222	
Adjusted number	403	450	662	630	2,145	
Ratios	0.66	0.65	0.46	0.43	0.51	
Nagasaki	Number of services	9	10	12	12	
	Palliative care units	2	2	2	2	
	Hospital palliative care teams	3	3	3	3	
	Community palliative care team	0	1	1	1	
	Home hospice	0	0	1	1	
	Outpatient palliative care services	4	4	5	5	
	Number of patients					
Unadjusted number	575	534	587	628	2,324	
Adjusted number	413	353	422	426	1,614	
Ratios	0.72	0.66	0.72	0.68	0.69	

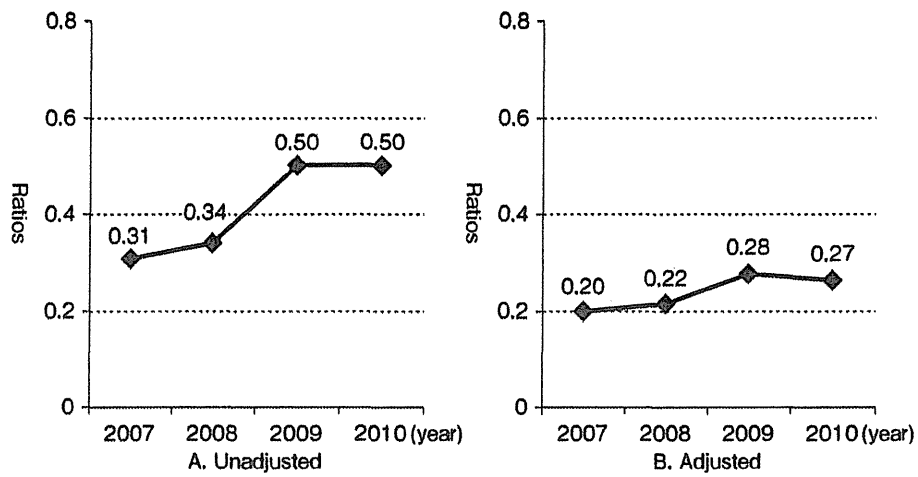


Fig. 1 Difference in ratios of specialized palliative care use to cancer death

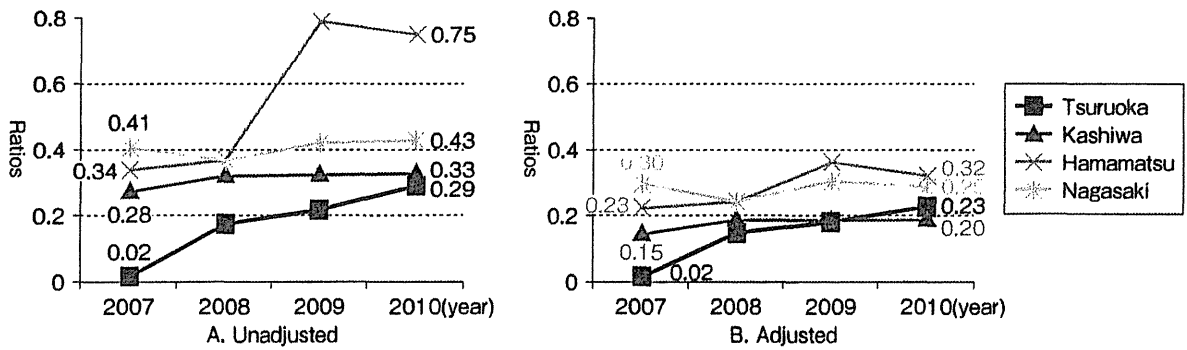


Fig. 2 Difference in ratios of specialized palliative care use to cancer death by region

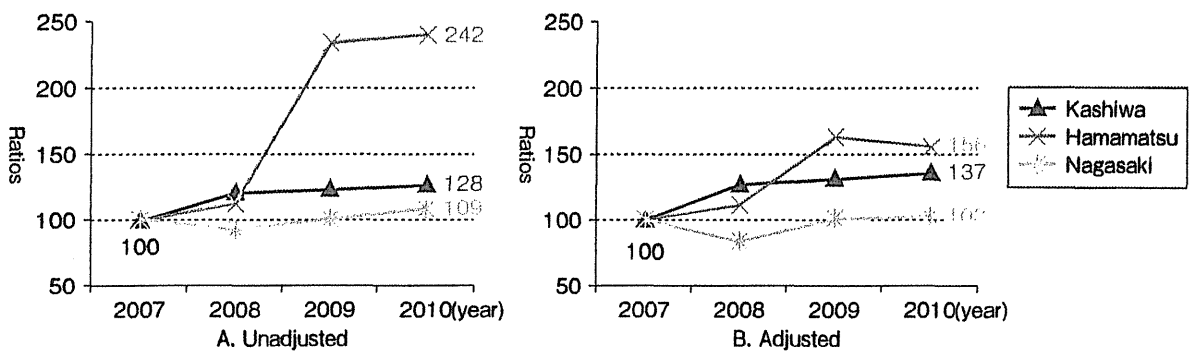


Fig. 3 Difference in ratios of specialized palliative care use to cancer death by region—Ratios compared with 2007 (100)



患者所持型情報共有ツール『わたしのカルテ』の評価： OPTIM-study

森田 達也¹⁾, 古村 和恵²⁾, 佐久間由美³⁾, 井村 千鶴⁴⁾, 野末よし子⁴⁾,
木下 寛也⁵⁾, 白髭 豊⁶⁾, 山岸 暁美⁷⁾, 鈴木 聡⁸⁾

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

受付日 2012 年 5 月 7 日 / 受理日 2012 年 5 月 28 日

本研究の目的は、患者所持型情報共有ツール『わたしのカルテ』の利用状況を明らかにすることである。配布数、医師 706 名・看護師 2,236 名の質問紙調査、医療福祉従事者 40 名に対するインタビュー調査、事例を分析した。年間平均 1,131 冊が配布され、15%の医師、16%の看護師が使用した。医療者の体験としては、現状として【一部では使われているが全体には広がらない】、効果として【患者の自己コントロール感が上がる】【医療福祉従事者間の情報共有になる】、普及しない理由として【患者にとって利益がない・負担が大きい】【関係する地域の職種すべてが使用する必要がある】ことが挙げられた。11 病院で運用が試みられたが、3 年間継続した運用ができたのは 2 病院のみであった。わが国の多くの地域において、患者所持型情報共有ツールを短期間に地域全体に普及させることの実施可能性は低いことが示唆された。
Palliat Care Res 2012; 7(2): 382-8

Key words: 緩和ケア, 地域, 患者所持型情報共有ツール

緒言

地域全体でのがん緩和ケアの普及のために、患者情報の共有が求められている^{1,2)}。地域で利用できる電子カルテなどの情報共有手段のある地域以外では、紙媒体の患者所持型情報共有ツールはその一つである。『お薬手帳』はおもに薬剤についての情報を共有するための手段であるが、薬剤以外の患者の病状、病歴、緊急時の対応などの患者情報を共有する手段として、紙媒体の患者所持型情報共有ツールの利用が国内外でしばしば行われている³⁻¹²⁾。患者所持型の情報共有ツールは、情報を自分で管理したいという患者には医療者が積極的に関与するならば自己コントロール感が改善するなどの効果がみられる。しかし、情報共有という観点からは、患者自身が希望しないこと、地域全体の医療関係者に運用を周知することは困難であることが示唆されている³⁾。

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

対象・方法

本研究は、OPTIM プロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 厚生労働科学研究費補助金 第 3 次

対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の一部として行われたものである^{14,15)}。OPTIM プロジェクトは、4 地域を対象とした地域介入による前後比較研究である。介入地域として、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域が対象となった。

地域に対する介入として、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②患者・家族に対する適切な知識の提供、③緩和ケア専門家による診療、④地域の緩和ケアの包括的なコーディネーションと連携の促進を柱とする複合介入、が行われた。

患者所持型情報ツール

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

各地域の研究責任者が、参加施設で運用を促した。

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

評価・解析

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

① 配布数と医師・看護師の利用頻度

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

② インタビュー調査

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

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

以下、カテゴリーを【】、データ(発言)を[]で示す。

③ 事例研究

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

そのうち、1施設の事例を記述した。

結果

① 配布数と医師・看護師の利用頻度

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

質問紙調査は医師1,763名、看護師3,156名が対象となり、それぞれ、846名(48%)、2,609名(83%)から回答を得た。医師706名、看護師2,236名が有効回答であった。医師では、「使用した」14%(n=96)、「見たことがある」37%(n=255)、「見たことがない」49%(n=336)であった。看護師では、「使用した」16%(n=345)、「見たことがある」33%(n=728)、「見たことがない」51%(n=1,119)であった。

② インタビュー調査

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

ソーシャルワーカー・事務職・栄養士9名)。

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

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

③ 事例研究

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

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

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

表1 「わたしのカルテ」の評価

1. 現 状

【一部では使われているが全体には広がらない】

「すごく活用してる人と、そうじゃない人の差が大きい。繰り返しの人が毎回持ってくるかというところでもなくて、抗がん剤治療をやっている患者さんは、検査データとかお薬の説明の用紙とかすごくいっぱい入れて活用している方もいるんですよ。『わたしのカルテ』持っているからこれに挟んでとか、穴を開けてとか、でも、自分でファイルを作る患者さんも」(浜松地域, 緩和ケアチーム看護師)

2. 効 果

【患者とのコミュニケーションのきっかけとなる】

「しっかり書いてくださってる方は、つらい話でも聞きたいですとか書いてくれてそれで話を広げるきっかけになる。私が役に立ってって思ったのは、1回退院してまたちょっと入ってまた退院になった時、あれがあると一緒に振り返るには本当に良くて、家で困らなかったとか聞き返せたので、本当にあそこに綴じて一緒に見れて良かった」(浜松地域, 病院看護師)

【患者の自己コントロール感が上がる】

「検査データとか諸々も全部入れてもらって、自分で採血データを気にされる方は本当に多くて、私たちが忘れてると、「コピーしてきてちょうだい」って言われる方がほとんど、本当に多かった。その方々はデータを見て、前はこれで良くなったとか私たちに説明できるぐらいの方もいっぱいみえて、データが比べられたりとかしていい」(浜松地域, 病院看護師)

【医療福祉従事者間の情報共有になる】

「どんな質問したとか、お薬をお渡ししたとか、患者さまの検査結果とかですね、そういうものが1つにまとめられていることで、過去にどうしたことかまとめられて分かるのがまず良いこと。緊急の時、先生とか看護師さんがどのように説明しているか、説明内容も1つにまとめられているので対応しやすい。保険薬局は処方せんの内容しか患者さまの情報を得ることがなかなかできないので、たとえば、退院された時にどういう説明をされているかを詳しく、何か治療方針の変化があった時どのように説明されているかがまとまるので、そうすると先生の考えが分かるので対応しやすい」(浜松地域, 保険薬局薬剤師)

「状態が分かる、その時の状態が分かるので把握しやすいといいますが、その時の状況が分かる。先生の方もこういうことがあるんですか、個人的な自転車の運転を中止しましたとかコメントも残ってあったり、こういうことを置ってきましたみたいなのがある」(鶴岡地域, 訪問看護師)

3. 普及しない理由

【患者にとって利益がない・負担が大きい】

「記録をするのもなかなか本人がするのが面倒という人とかいるので、訪問へ行ってる時は、ほとんど今日の状況を書いて、家族の方に見てもらって、それからデイケアに行く時はそれを持ってって、デイケアの人が書いて、診察の時は先生がそれを書いてとかっていうふう」(鶴岡地域, 訪問看護師)

【関係する地域の職種すべてが使用する必要がある】

「患者さんっていっぱいもらいますよね。これ以外にもいっぱい。本当にその場で説明してても(意義を理解することは1度では)難しく、持っていくっていうことの認識がなかなかもない。地域の薬局さんがどこでも対応してくれているわけではなかったの、そうすると、これを持ってって、これは何ですかってなりかねないんで。よっぽど診察で先生が「これに書いてときましょね。薬局でも見せてくださいね」とこれを見て説明して、薬局でもこれを見て説明するっていう(ことがないと普及するのは難しかったと思う)」(浜松地域, 病院薬剤師)

【既存の類似のものがある】

「いろんな手帳が多すぎなんです。健康手帳みたいなものもあり、「お薬手帳」を今はがんばっていっぱい多いんです。本当は何か総合的なものが1個あればいいんでしょう、全部の職種が張れるような。どっかで国とかでまとめて、本当は何か1個あればいいのかと思うんですけど、「お薬手帳」も何冊も持ってこられる方がいて」(柏地域, 病院薬剤師)

録をつくる時間がない」との意見が出された。

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

考 察

本研究は、OPTIM プロジェクトで作成した『わたしのカルテ』の評価に関する副次的研究である。患者からみた評価については、がん患者 50 名を対象とした研究により、情報を管理することで治療内容の理解が深まり、医療者や家族・他の患者とのコミュニケーションも改善することがある一方で、記入自体を好まない患者や、地域全体の医療関係者に運用を周知することが非常に難しいことが示された¹⁹⁾。これらは、国際的にも同じ知見であり³⁻⁹⁾、患者所持型情報共有ツールが運用されるためには医療者側の関心と努力が必要であるとする国内の観察とも一致する¹²⁾。本研究の知見もこれらを医療福祉従事者の視点から支持するものである。すなわち、患者所持型の情報共有ツールを広範囲に情報共有の目的で使用した場合には、一部の患者には有益であるが、少なくとも短期間に地域全体に普及させるのは困難であると考えられる。

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

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

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

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

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

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

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

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

文 献

- 1) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 他. 地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み—フォーカスグループの有用性[3]. 緩和ケア 2010; 20: 417-22.
- 2) 山岸曉美, 森田達也, 古村和恵, 他. 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出—OPTIM-Studyによる複数地域・多職種による評価. 癌と化学療法 2011; 38: 1889-95.
- 3) Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Does the patient-held record improve continuity and related outcomes in cancer care: a systematic review. Health Expect 2007; 10: 75-91.
- 4) Ko H, Turner T, Jones C, et al. Patient-held medical records for patients with chronic disease: a systematic review. Qual Saf Health Care 2010; 19: e41.
- 5) Finlay IG, Wyatt P. Randomised cross-over study of patient-held