

Table 4. The changes over time in behaviour regarding PCT activities

Domain	Domain score mean ^a (±SD)				Effect size ^b	P-value ^c
	Pre- intervention (n = 248)	After 3 months (n = 198)	After 6 months (n = 197)	After 12 months (n = 184)		
Discussion about therapeutic measures in PCT and recommendation to clients (range 6–30)						
Total	24.5 (±3.7)	24.7 (±3.9)	25.4 (±3.5)	25.4 (±3.7)	0.23	0.026
Physicians	25.2 (±3.5)	25.4 (±3.9)	25.8 (±3.3)	26.1 (±2.8)	0.28	0.263
Psychiatrists	24.4 (±4.3)	25.0 (±3.5)	25.7 (±3.8)	25.9 (±3.2)	0.39	0.280
Nurses	24.1 (±3.7)	24.1 (±3.5)	24.7 (±3.6)	24.3 (±4.1)	0.07	0.553
Pharmacists	24.5 (±3.4)	24.3 (±4.5)	25.6 (±3.1)	25.3 (±4.5)	0.20	0.320
Regional partnership and consultation availability from medical personnel in region about palliative care (range 5–25)						
Total	15.0 (±5.2)	16.0 (±4.8)	16.9 (±4.3)	17.8 (±4.0)	0.59	<0.001
Physicians	15.5 (±5.4)	15.6 (±5.5)	16.8 (±4.9)	18.0 (±3.8)	0.53	<0.001
Psychiatrists	14.4 (±4.9)	16.1 (±4.8)	17.2 (±4.0)	19.2 (±3.7)	1.13	<0.001
Nurses	14.4 (±5.5)	16.0 (±4.6)	16.1 (±4.5)	16.0 (±4.2)	0.32	0.046
Pharmacists	15.9 (±4.8)	16.3 (±4.4)	17.8 (±3.7)	18.4 (±3.6)	0.59	<0.001
Direct practice or care by PCT member (range 3–15)						
Total	12.8 (±2.7)	12.8 (±2.8)	13.2 (±2.4)	13.4 (±2.4)	0.26	<0.001
Physicians	12.4 (±3.1)	12.7 (±2.8)	13.2 (±2.5)	13.4 (±2.4)	0.37	<0.001
Psychiatrists	12.7 (±2.8)	13.0 (±2.8)	13.2 (±2.3)	13.4 (±2.3)	0.24	0.441
Nurses	13.1 (±2.6)	13.0 (±3.1)	13.1 (±2.8)	13.6 (±2.3)	0.21	0.887
Pharmacists	12.8 (±2.3)	12.5 (±2.5)	13.3 (±1.9)	13.3 (±2.7)	0.20	0.009
Provision of information in a recognizable way to patient and family about palliative care (range 3–15)						
Total	11.4 (±3.2)	11.8 (±3.0)	12.4 (±2.5)	12.5 (±2.5)	0.42	<0.001
Physicians	11.5 (±3.1)	11.8 (±3.1)	12.2 (±2.4)	12.9 (±2.1)	0.54	0.020
Psychiatrists	10.6 (±3.3)	11.7 (±3.3)	12.7 (±2.3)	13.0 (±2.2)	0.90	<0.001
Nurses	11.3 (±3.5)	11.8 (±3.1)	12.1 (±2.8)	12.0 (±2.9)	0.20	0.536
Pharmacists	11.9 (±2.6)	12.0 (±2.6)	12.6 (±2.4)	12.3 (±2.7)	0.14	0.281

SD, standard deviation.
^aEach domain score was calculated as the total score of each item from ‘never’ (1) to ‘always’ (5).
^bChange from pre-intervention to 12 months later.
^cGeneralized estimating equation method.

regarding PCT activities over time. The major findings were that participant’s behavior and confidence scores both significantly increased after the educational intervention, and particularly among physicians and psychiatrists. Second, the PCT duties ratio to total duties and the consulted number of patients as PCT member in the past year increased over time.

ACTIVITY STYLE OF PCT MEMBER

A previous study associated the presence of a full-time physician with the number of referrals to a PCT (30). However, the findings of this study suggested that the activity of the team increased independently of working style of the PCT members (full time vs. part time). There is a limit to the number of members who can be secured for full-time duties

with any given PCT. Therefore, an educational program that improves the quality of consultation services the PCT can provide regardless of time and resource limits is clearly necessary.

BEHAVIOR REGARDING PCT ACTIVITIES

The all-domain score regarding PCT activities in this study also significantly increased after the educational intervention, and this increase was more pronounced among physicians and psychiatrists compared with nurses. This finding could reflect that many nurses in this study already had an advanced education in palliative care gained through their nursing certification specialty, whereas physicians and psychiatrists have insufficient access to education about palliative medicine in Japan.

Downloaded from <http://jico.oxfordjournals.org/> at Kobe University on February 11, 2014

Table 5. The changes over time in confidence regarding the PCT activities

	Total score mean ^a (± SD) (range 6-30)					Effect size ^b	P-value ^c
	Pre- intervention (n = 248)	Immediately after (n = 240)	After 3 months (n = 198)	After 6 months (n = 197)	After 12 months (n = 184)		
Total	18.5 (± 4.2)	18.2 (± 4.0)	19.2 (± 4.3)	19.8 (± 4.7)	20.2 (± 4.8)	0.37	<0.001
Physicians	20.0 (± 3.9)	19.5 (± 4.0)	20.5 (± 3.9)	21.5 (± 4.3)	22.6 (± 4.1)	0.66	<0.001
Psychiatrists	18.3 (± 4.1)	18.7 (± 3.8)	20.4 (± 4.4)	20.6 (± 4.1)	20.8 (± 4.3)	0.59	0.003
Nurses	17.8 (± 4.2)	17.4 (± 3.7)	18.4 (± 3.9)	18.9 (± 4.7)	19.0 (± 4.0)	0.28	0.112
Pharmacists	17.8 (± 4.4)	17.2 (± 4.1)	17.7 (± 4.6)	18.2 (± 5.1)	18.1 (± 5.3)	0.06	0.493

^aTotal score was calculated as the total score of each item from ‘not confident at all’ (1) to ‘very confident’ (5).
^bChange of from pre-intervention to 12 months later.
^cGeneralized estimating equation method.

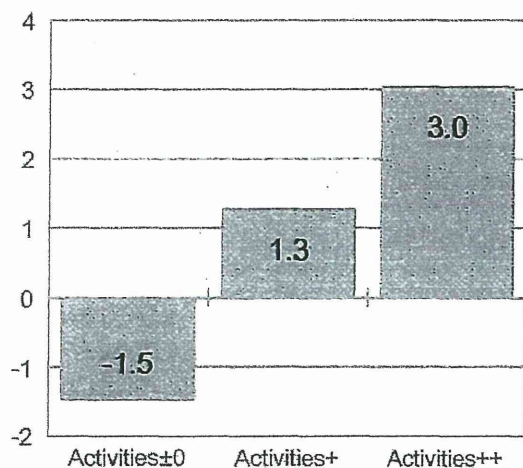


Figure 1. Comparison of confidence score mean difference before intervention and 1 year later by the activities categories. Activity categories: Behavior total score mean difference between before educational intervention and 1 year later: Activities ± 0, Lowest–0, Activities +=0–4(median), Activities ++ =4–Highest.

This educational intervention was designed to provide interdisciplinary learning for an interdisciplinary team, and this approach has distinct advantages. First, the team members can together explore similarities and differences in roles, skills, knowledge and ideologies. Second, they can begin to recognize the complementary skills and resources of different provisions. They are also placed in a position whereby they can learn to acknowledge parity of esteem for their contributions to the care of patients and their carers. Finally, interdisciplinary education also provides scope for greater open communication by all members within a group (35). These advantages might have influenced the reported effects.

In addition, experts acted as facilitators in this educational intervention. Such an approach can enhance both individual and group learning, through more flexible learning opportunities during the workshop and increased relevance to the participant’s different learning needs overall. The close

tutoring of participants by facilitators was viewed as a particular strength of this educational intervention.

CONFIDENCE REGARDING PCT ACTIVITIES

After the educational intervention, confidence scores increased significantly. A similar increase in confidence after interdisciplinary training was also identified by previous research (32). The participants recognized that increased cooperation within the PCT during the workshop might have influenced this observed increase in confidence, in that PCT members were better equipped to work together to solve clinical problems and support each other following the educational workshop. Relationships among the team members and PCT communication in general were also enhanced through the group work, which could also have increased the participants’ confidence in team activities.

This study has several limitations. First, we measured self-reported outcomes. It is hard to judge the effects of educational intervention using only the participants’ evaluation. To evaluate the effects of educational intervention correctly, we should independently examine both consultation user outcomes and patient outcomes including the change of clinical symptoms and quality of life, as well as the relationship between improvement in participants’ self-reported score and these outcomes. It will be necessary to conduct these surveys in the future. Moreover, the quality of palliative care as a real outcome of the educational intervention care should be evaluated against patient or bereaved family outcomes (36–38). Second, this study could have a potential selection bias of participants that might limit the generalizability of the findings in other populations. On the pre-intervention survey, about half of PCTs played an active role only in a quarter of the work hours. Thus, many PCTs were unfamiliar with how to consult in their hospitals. The natural process of team building or the effects of on-the-job experience for 1 year might have influenced the change in self-reported outcomes. To exclude these factors, it may be valid to conduct

a control trial. However, we believe that this is an unlikely possibility and conclude instead the changes were due to not only the team-building outcome, but also the significant changes in other outcomes.

CONCLUSION

The educational intervention would be improved by enhancing the participant's behavior and confidence regarding PCT activities. In particular, physicians and psychiatrists showed the largest change. It will be necessary to confirm the findings in future and to determine an objective outcome measures.

Funding

This study was supported by a grant-in-aid from the Ministry of Health, Labour and Welfare for scientific research in 2008–2010.

Conflict of interest statement

None declared.

References

- Bennett M, Corcoran G. The impact on community palliative care services of a hospital palliative care team. *Palliat Med* 1994;8:237–44.
- Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J. Hospital based palliative care teams improve the symptoms of cancer patients. *Palliat Med* 2003;17:498–502.
- O'Mahony S, Blank AE, Zallman L, Selwyn PA. The benefits of a hospital-based inpatient palliative care consultation service: preliminary outcome data. *J Palliat Med* 2005;8:1033–9.
- Pan CX, Morrison RS, Meier DE, et al. How prevalent are hospital-based palliative care programs? Status report and future directions. *J Palliat Med* 2001;4:315–24.
- Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage* 2002;23:96–106.
- Hanks GW, Robbins M, Sharp D, et al. The imPaCT study: a randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *Br J Cancer* 2002;87:733–9.
- 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.
- Jacobs LG, Bonuck K, Burton W. Can "Palliative Care Reports" improve end-of-life care for hospitalized patients? *J Pain Symptom Manage* 2002;24:299–311.
- McQuillan R, Finlay I, Branch C, Roberts D, Spencer M. Improving analgesic prescribing in a general teaching hospital. *J Pain Symptom Manage* 1996;11:172–80.
- McQuillan R, Finlay I, Roberts D, Branch C, Forbes K, Spencer MG. The provision of a palliative care service in a teaching hospital and subsequent evaluation of that service. *Palliat Med* 1996;10:231–9.
- Brüera E, Brenneis C, Michaud M, MacDonald RN. Influence of the pain and symptom control team (PSCT) on the patterns of treatment of pain and other symptoms in a cancer center. *J Pain Symptom Manage* 1989;4:112–6.
- Ellershaw JE, Peat SJ, Boys LC. Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Palliat Med* 1995;9:145–52.
- Abraham JL, Callahan J, Rossetti K, Pierre L. The impact of a hospice consultation team on the care of veterans with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1996;12:23–31.
- Manfredi PL, Morrison RS, Morris J, Goldhirsch SL, Carter JM, Meier DE. Palliative care consultations: how do they impact the care of hospitalized patients? *J Pain Symptom Manage* 2000;20:166–73.
- Kuin A, Courtens AM, Deliens L, et al. Palliative care consultation in the Netherlands: a nationwide evaluation study. *J Pain Symptom Manage* 2004;27:53–60.
- Homsy J, Walsh D, Nelson KA, et al. The impact of a palliative medicine consultation service in medical oncology. *Support Care Cancer* 2002;10:337–42.
- Carter H, McKinlay E, Scott I, Wise D, MacLeod R. Impact of a hospital palliative care service: perspective of the hospital staff. *J Palliat Care* 2002;18:160–7.
- Low JA, Liu RK, Strutt R, Chye R. Specialist community palliative care services—a survey of general practitioners' experience in Eastern Sydney. *Support Care Cancer* 2001;9:474–6.
- Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J. Hospital based palliative care teams improve the insight of cancer patients into their disease. *Palliat Med* 2004;18:46–52.
- Axelsson B, Christensen SB. Evaluation of a hospital-based palliative support service with particular regard to financial outcome measures. *Palliat Med* 1998;12:41–9.
- Morita T, Fujimoto K, Tei Y. Palliative care team: the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005;29:458–65.
- Iwase S, Murakami T, Saito Y, Nakagawa K. Preliminary statistical assessment of intervention by a palliative care team working in a Japanese general inpatient unit. *Am J Hosp Palliat Care* 2007;24:29–35.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. The basic plan to promote cancer control programs. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku03.pdf (30 April 2013, date last accessed) [Japanese].
- Ministry of Health, Labour and Welfare. Vital statistics of population 2007. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei07/> (30 April 2013, date last accessed) [Japanese].
- Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al. Adequacy of cancer pain management in a Japanese Cancer Hospital. *Jpn J Clin Oncol* 2004;34:37–42.
- Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 2005;23:2637–44.
- Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. *Ann Oncol* 2004;15:1551–7.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. The list of regional cancer centers 2008. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan04/> (30 April 2013, date last accessed) [Japanese].
- Ministry of Health, Labour and Welfare. The guideline about the developing regional cancer centers 2008. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html> (30 April 2013, date last accessed) [Japanese].
- Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Misawa T, Tsuneto S, Shima Y. The current status and issues regarding hospital-based specialized palliative care service in Japanese Regional Cancer Centers: a nationwide questionnaire survey. *Jpn J Clin Oncol* 0000;42:432–41.
- Fineberg IC, Wenger NS, Forrow L. Interdisciplinary education: evaluation of a palliative care training intervention for pre-professionals. *Acad Med* 2004;79:769–76.
- Fineberg IC. Preparing professionals for family conferences in palliative care: evaluation results of an interdisciplinary approach. *J Palliat Med* 2005;8:857–66.
- Schrader SL, Brechtelsbauer D, Heins J, Holland P, Schroeder PA. Interdisciplinary education in palliative care: impact on attitudes of students in medicine, nursing, pharmacy, social work, and chaplaincy. *SD Med* 2012;65:381–3. 5, 7 passim.
- Kathryn Fitch SJB, Aguilar MS, Burnand B, et al. *he RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual*. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2001.
- Sellick SM, Charles K, Dagsvik J, Kelley ML. "Palliative care providers" perspectives on service and education needs. *J Palliat Care* 1996;12:34–8.
- Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, et al. Randomised controlled trial of effects of coordinating care for terminally ill cancer patients. *Br Med J* 1992;305:1317–22.
- Ventafredda V, De Conno F, Ripamonti C, Gamba A, Tamburini M. Quality-of-life assessment during a palliative care programme. *Ann Oncol* 1990;1:415–20.
- Casarett D, Johnson M, Smith D, Richardson D. The optimal delivery of palliative care: a national comparison of the outcomes of consultation teams vs inpatient units. *Arch Intern Med* 2011;171:649–55.

APPENDIX

Measurement items of behavior about PCT activities

Discussion about therapeutic measures in PCT and recommendation to clients

- We discuss the division of each role with PCT members
- We discuss the issues and the policy of PCT with PCT members
- When the opinion is divided among PCT members, we discuss until get it
- When PCT members do the assessment and the recommendation, we confirm needs and intentions of clients
- When PCT members do the recommendations, we aim for what primary team can practice
- When we recommend the methods to relieve a symptom, we present some choices

Regional partnership and consultation availability from medical personnel in the region about palliative care

- We exchange information about patients on telephone or conference with clinic, home-visit nursing station or hospice in region
- We hold a conference with healthcare workers in region to become 'the relations to be able to see of the face'
- We hold a workshop or a seminar about palliative care more than once a year for healthcare workers in the region
- We provide consultation for healthcare workers in region
- Consultation is available during night-time and holiday by on call or surrogation

Direct practice or care by palliative consultation team member

- Somebody of PCT members goes the direct rounds on inpatients more than once a week
- Somebody of PCT members can do the direct care on inpatients during business hours on weekdays
- When consultation is complicated, somebody of PCT members goes the direct care on the patient every day

Provision of information in a recognizable way to patient and family about palliative care

- A pamphlet about palliative care is put in an obvious place for outpatients
- We inform the patients and the family clearly about accessing the PCT
- We inform the patients and the family clearly about the PCT activities by pamphlet, poster and online

特集

地域における緩和ケア（在宅緩和ケア）

※
※
※
※
※
※
※

地域における緩和ケア

—行政の動向と試み—

加藤 雅志

はじめに

わが国において緩和ケアは、行政の施策において、がん対策とともに推進されてきた。したがって、本稿では、わが国のがん対策について緩和ケアを中心に概説し、地域におけるがん医療の中核的役割を担うがん診療連携拠点病院制度と、地域における緩和ケアに関する取り組みの今後の方向性について述べたい。

1. わが国のがん対策と緩和ケア

がんは、わが国において1981年より死因の第1位である。1984年から政府は、「対がん10カ年総合戦略」を策定し、その後も累次の10カ年戦略により、がん対策に取り組んできた。しかし、これらはがんに関する研究を中心とする対策であり、その目標も「がんの罹患率と死亡率の激減」とがんによる死亡を減らすことに重点が置かれていたものであった。

そのような状況の中、がんが依然として国民の健康にとって重大な課題であり、国民からのがん医療の充実を中心としたがん対策のさらなる推進を求める要望が高まり、2006年6月、「がん対策基本法」が成立し、がん対策は大きな転換期を迎えた。特に、緩和ケアについては、「がん対策基

本法」の成立をきっかけとして強く進められることとなり、さまざまな新たな取り組みが開始されている。

「がん対策基本法」の特徴は、基本理念のひとつに、「がん患者が置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重して治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制を整備すること」が定められたことにある。基本的施策の「がん医療の均てん化の促進等」の中で、がん患者の療養生活の質の維持向上のために、緩和ケアや在宅医療を推進していくことが次のように定められている。

第16条

国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じた疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

2007年6月、政府はがん対策基本法に基づき、わが国のがん対策の基本的方向について定める「第1期 がん対策推進基本計画」を策定した。この基本計画で重要なことは、全体目標として、

筆者：かとう まさし（国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部長）

これまでの対がん10カ年戦略等で掲げられていた「がんによる死亡者の減少」という目標に加えて、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」というQOLの向上に着目した新たな目標が定められたことである。そして、これらの全体目標の達成に向けて、緩和ケアが重点的に取り組むべき課題のひとつに位置付けられたことにより、緩和ケアは大きく推進が図られていくことになった。緩和ケア推進の一環として、地域のがん医療の担い手であるがん診療連携拠点病院が果たすべき機能も大きく見直されることとなった。

2. がん診療連携拠点病院制度について

がん診療連携拠点病院は、地域のがん医療の中核的な役割を担うものであり、がん医療水準の均てん化を推進するわが国のがん対策において、この制度は重要な施策となっている。

政府は、2000年に定められた「メディカル・フロンティア戦略」において、質の高いがん医療の全国的な均てん化のため、地域におけるがんの診療連携を推進するための拠点病院を設ける等の施策を実施すべきとされた。がんの拠点病院について、検討会での議論を経て、住民がその日常生活圏域の中で質の高いがん医療を受けることができる体制を確保することを目的として、厚生労働省は、2001年8月に「地域がん診療拠点病院の整備に関する指針」を定め、2002年3月から指定を開始した。地域がん診療拠点病院の機能として、がんの専門的な診療体制を有することが求められ、緩和ケアについては、「緩和医療を提供する体制を有すること」と定められた。この緩和ケアの提供体制とは、緩和ケア病棟を有するか、もしくは、緩和ケアチームが配置されていることとされ、本指針においては緩和ケアチームの具体的な要件などは示されていなかった。

2004年度までに、「地域がん診療拠点病院」に指定された施設は135施設に上ったが、厚生労働省は、2004年9月に「がん医療水準均てん化の

推進に関する検討会」を設置し、2005年4月に取りまとめられた報告書¹⁾において、地域がん診療拠点病院に関して、次のような指摘があった。拠点病院の指定については通知に示された指定要件の文言が定性的で不明確であるため、指定要件をできる限り数値を含めて明確化すること、拠点病院の間の役割分担、連携が想定されていないため、拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて階層化し、役割分担を明確化するとともに、それをふまえた診療連携、教育研修等のネットワークを構築するよう見直すこと等が指摘された。さらに、本報告書では、拠点病院の見直しの方向性として、標準様式にもとづく院内がん登録の実施や医療相談室（相談支援センター）の機能の強化なども示されるとともに、拠点病院制度に対するインセンティブの強化の必要性についても示された。

この報告書を受け、地域がん診療拠点病院の機能の充実強化や診療連携体制の確保などを推進するため、厚生労働省は、2005年7月に「地域がん診療拠点病院のあり方検討会」を設置し、指定要件の見直し等について検討を進め、2006年2月に「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を制定した。この指針においてもっとも重要なことは、拠点病院の名称に新たに「連携」という言葉が入ったことである。拠点病院は、改めて「がん診療連携拠点病院」と定められたことにより、地域のがん医療の連携体制の要という拠点病院に求められている役割が、より一層明確化されることになった。

拠点病院の新たな指定要件として、専門的ながん医療の提供体制について新たな要件が定められた。特に、緩和ケアの提供体制の整備を目的に緩和ケアチームの配置することが必須とされたことは、がん医療の現場に大きな影響を与えた。当時、緩和ケアは、ともすれば終末期ケアと同一視され、緩和ケア病棟に入院している一部の患者にのみ提供される限られた医療のように捉えられていたこともあったが、本指針は、一般病棟においても治療の初期段階から適切に緩和ケアを提供していく

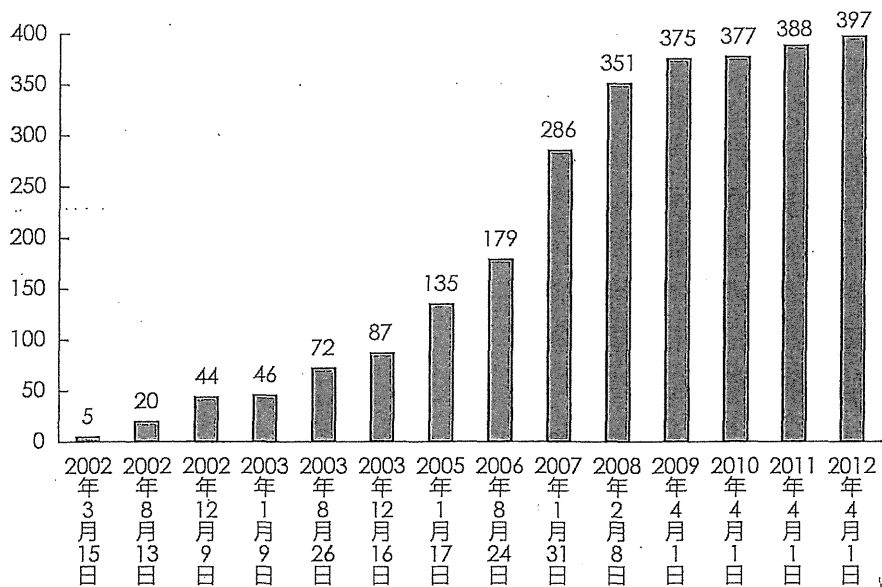


図1 がん診療連携拠点病の病院数の推移

体制を整備することを求めており、がん診療連携拠点病院を中心に、緩和ケアを必要とする患者に対して適切な緩和ケアが提供される環境が整備されていくきっかけのひとつとなった。また、がん患者や地域の住民からの相談対応を担う「相談支援センター」の設置が必須化されたことは、がん患者の意向を尊重したがん医療の提供体制を整備していく観点からは特筆すべきことである。患者およびその家族に対して適切な情報を提供していくことが、不安や疑問を解消する有効な手段であると同時に、患者が満足する適切な医療を選択していくために重要である。この課題に対して、地域の住民へのがん診療に関する情報を提供していくとともに、がん患者やその家族の不安や疑問に適切に対応できるよう相談機能を有する部門として相談支援センターは期待されており、今後も果たすべき役割は大きい。

拠点病院のインセンティブについては、診療報酬における評価や、拠点病院の機能強化に対する補助金等により充実を図った。その効果等により、制度の見直しを行なう前までは、拠点病院数は135施設に留まり、指定された施設のない府県（秋田県、山梨県、長野県、京都府、兵庫県、広島県、鹿児島県）も7つ存在していたが、その後

は多くの施設から申請があり、空白府県はなくなり、2012年4月現在、397施設が指定されるに至っている（図1）。

3. がん診療連携拠点病院制度の見直し（2008年）

2007年6月に策定されたがん対策の方向性を定める「がん対策推進基本計画」において、がん診療連携拠点病院のさらなる機能強化の方向性についても定められた。緩和ケアに関しては、取り組むべき施策として、「身体的な苦痛に対する緩和ケアだけではなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、患者の療養場所を問わず提供できる体制を整えていく」「拠点病院において、緩和ケアの専門的な知識及び技能を有する医師や看護師が専任的に緩和ケアに携わることができる体制の整備について検討していく」「在宅においても適切な緩和ケアを受けることができるよう、専門的な緩和ケアを提供できる外来を拠点病院に設置していく」「拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所等が連携すること等により、地域ごとの連携強化を図ってい

く」等が定められた。

厚生労働省は本基本計画をふまえ、検討会における議論を経て、2008年3月に新たな「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」²⁾を通知した。拠点病院の新たな指定要件は、専門的ながん医療の提供体制の充実とがん医療の均てん化を推進させることを目的に、拠点病院の機能の強化を定めている。拠点病院の緩和ケアの提供体制についてもさらなる充実を進めていくこととしている。緩和ケアチームについては、それ以前においては緩和ケアチームを整備することのみが指定要件であったが、2008年3月に見直された指定要件では「専任の身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師、専従の常勤の看護師」の配置が定められた。また、地域の緩和ケアをより一層充実していけるよう拠点病院の連携体制についても強化していくものとなっており、がん患者やその家族を地域で支えていくための基盤を構築していくことを求めている(表1)。

4. 今後のがん診療連携拠点病院制度と地域における緩和ケア

がん診療連携拠点病院については、地域のがん医療の中核的な役割を担うことが期待されているが、病院の規模でみると、1,000床以上を有する病院がある一方で、200床以下の病院もあり、また、年間新入院がん患者数では6,000人以上の病院がある一方で、500人未満という病院も存在している。同じ「がん診療連携拠点病院」であっても、それぞれの病院が置かれている状況により、担っている役割が異なっている現状があり、地域の特性や病院のもつ機能に応じてがん診療連携拠点病院が適切に指定されるよう、制度の見直しが求められてきた。

2012年6月に「第2期がん対策推進基本計画」³⁾が策定され、がん診療連携拠点病院については、その制度のあり方について検討することが明記されている。そして、「取り組むべき施策」として、次のように記載されている。

表1 現在のがん診療連携拠点病院制度の指定要件：緩和ケアの提供体制について(抜粋)

-
- 緩和ケアチームの整備、組織上への位置付け
 - ①専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師
 - ②精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師
 - ③専従の専門的な知識および技能を有する常勤の看護師
 - 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備
 - カンファレンスの週1回程度の開催
 - がん患者に対する必要な情報提供(院内への掲示等)
 - かかりつけ医との協力・連携
 - 緩和ケアに関する要請および相談に関する受付窓口の設置
-

「拠点病院は、在宅緩和ケアを提供できる医療機関などとも連携して、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。」

2013年2月現在、厚生労働省は「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」を設置し、がん診療連携拠点病院制度のあり方についての議論が進められているところである。今後、この検討会の議論をふまえ、がん診療連携拠点病院制度が新たに見直されていくこととなる。

一方、がん診療連携拠点病院が有するべき緩和ケアに関する機能については、やはり厚生労働省に設置された「緩和ケア推進検討会」において、議論が進められている。この検討会は、今後の緩和ケアのあり方について、俯瞰的かつ戦略的な対策等を検討し、今後の行政施策に反映していくことを目的としている。この検討会の議論については、2012年10月に中間とりまとめが報告されている⁴⁾。その中で緩和ケアの提供体制として、がん診療連携拠点病院等における「緩和ケアセンター」の整備についての検討が進められている。「緩和ケアセンター」については、2013年2月現在、その具体的なあり方についての議論が進められているところであるが、院内の「緩和ケアチー

ム」「緩和ケア外来」「緩和ケア病棟」等を統括する組織として、医師や看護師を中心とした多職種が連携した緩和ケアに関するチーム医療を提供していくことを目的とするとしている。特に、地域との連携については、さまざまな役割を果たしていくことが期待されており、地域の医療機関等と連携し、地域の緩和ケアの提供体制の実情を把握し、適切な地域の緩和ケアの提供体制を構築していくこととされている。

今後、これらの検討会の議論をふまえ、新たな制度が開始し、地域における緩和ケアの提供体制も整備が進められていくことが予想される。

おわりに

地域における緩和ケアの提供体制について検討していく際には、地域性を必ず考慮していく必要がある。それぞれの地域の実情をふまえ、地域の中でもっとも適した方法について関係者が議論を行なった上で、取り組みを進めていくべきであり、

全国で画一的な制度を導入することは困難だと考えられる。今後、政府を中心に地域における緩和ケアの提供体制のあり方が示されていくこととなるが、それらをどのようにして地域の中に取り込んでいくかについて、地域の関係者が積極的に連携を図り、十分な議論を行ないながら、それぞれの地域の特性を反映した地域の緩和ケアの提供体制が整備されていくことが期待される。

文 献

- 1) 厚生労働省：がん医療水準均てん化の推進に関する検討会報告書について。 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0419-6.html> (2013年3月1日現在)
- 2) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院の整備について。 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf (2013年3月1日現在)
- 3) 厚生労働省：「がん対策推進基本計画」の変更に ついて。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ckvt.html> (2013年3月1日現在)
- 4) 厚生労働省：緩和ケア推進検討会中間とりまとめ（報告書）。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002lyjb.html> (2013年3月1日現在)

表1 OPTIMプロジェクトで使用した緩和ケアの質の主観的な評価尺度

評価者による分類	評価尺度	内容
遺族による緩和ケアの質の評価尺度	Care Evaluation Scale (CES)	緩和ケアの構造・プロセスの評価尺度, 10 領域 28 項目, 短縮版あり
	Good Death Inventory (GDI)	緩和ケアのアウトカムの評価尺度, 終末期での QOL 評価として日本人にとっての望ましい死の達成状況を評価, 多くの人が重要と考える 10 領域 30 項目と人によって大切さは異なるが重要である 8 領域 24 項目, 短縮版あり
	緩和ケアに関する全般的満足度	緩和ケアに関する全般的満足度を 1 項目で質問, Care Evaluation Scale と高い相関
進行がん患者による緩和ケアの質の評価尺度	Care Evaluation Scale (CES) 患者版	遺族による緩和ケアの構造・プロセスの評価尺度 Care Evaluation Scale を患者による評価尺度として改変, 8 領域 23 項目, 短縮版あり
	Good Death Inventory (GDI) 患者版	遺族による緩和ケアのアウトカムの評価尺度 Good Death Inventory を患者による評価尺度として改変, 18 領域 53 項目, 短縮版あり
	Japanese Brief Pain Inventory (BPI-J)	がん性疼痛の評価尺度, がん性疼痛でない痛みの評価で使用されることもある
	がん医療に対する安心感	「安心して病気の治療を受けられる」など 5 項目, 一般市民対象でも使用可能
医療者による緩和ケアの質の評価尺度	Palliative Care Knowledge Test (PCKT)	緩和ケアに関する知識の評価尺度, 5 領域 20 項目, 医師と看護師で共通して使用可能
	Palliative Care self-reported Practices Scale (PCPS)	緩和ケアに関する実践の評価尺度, 6 領域 18 項目, 医師と看護師で共通して使用可能, 自己評価であることに留意が必要
	Palliative Care Difficulties Scale (PCDS)	緩和ケアに関する困難感の評価尺度, 5 領域 15 項目, 医師と看護師で共通して使用可能
	緩和ケアに関する自信	「疼痛の緩和のための知識や技術は十分である」など 5 項目, 医師と看護師で共通して使用可能
	在宅の視点のある病院医師尺度	病院医師による在宅の視点に関する評価尺度, 6 領域 20 項目
	在宅の視点のある病棟看護尺度	病棟看護師による在宅の視点に関する評価尺度, 5 領域 25 項目

Evaluation Scale) の下位尺度である。CES はわが国で開発された緩和ケアの質の評価尺度であり、「身体的ケア (医師)」「身体的ケア (看護師)」「精神的ケア」「説明・意思決定 (患者)」「説明・意志決定 (家族)」「設備・環境」「費用」「利用しやすさ」「連携・継続性」「介護負担軽減」の 10 下位尺度 28 項目からなる。計量心理学的検討により高い信頼性・妥当性が示され⁶⁾, わが国の緩和ケア病棟, 在宅緩和ケア施設, がん診療連携拠点病院での緩和ケアの質を評価する大規模遺族調査である J-HOPE study でも用いられた⁷⁾。医療の質の評価は「構造」「プロセス」「アウトカム」

の 3 側面から評価することが推奨されており⁸⁾, CES はそのうちの構造とプロセスの評価尺度である。

一方, 緩和ケアのアウトカムでは QOL が代表的な指標である。終末期がん患者にとって重要な QOL の構成概念を評価できる QOL 尺度として GDI (Good Death Inventory) がある。GDI はわが国で開発され、「日本人にとっての望ましい死」として概念化された終末期の QOL を評価する。下位尺度は多くの人が共通して重要と考える 10 の概念 (コア 10 ドメイン) と人によって大切さは異なるが重要である 8 の概念 (オプションル 8

ドメイン)の18領域54項目からなる。GDIは、「からだや心のつらさが和らげられていること」「望んだ場所で過ごすこと」「希望や楽しみをもって過ごすこと」「医師や看護師を信頼できること」「ご家族やご友人とよい関係でいること」「ひととして大切にされること」「人生をまっとうしたと感じられること」などのコア10ドメインと、「できるだけの治療を受けること」「自然なかたちで過ごせること」「伝えたいことを伝えておけること」「信仰に支えられていること」などのオプショナル8ドメインから構成されている⁹⁾。GDIは、終末期に特有のQOLの構成概念を包括的に評価できることが利点である。OPTIMプロジェクトでは、10領域10項目からなるGDIの短縮版を使用した。

QOL以外のアウトカムの指標では、満足度がよく用いられる。しかし、緩和ケアの満足度の評価尺度は、概念的な難しさや天井効果などの課題から適した評価尺度がほとんどない。OPTIMプロジェクトでは、国内で信頼性・妥当性の検証された患者が受けた医療に対する全般的満足度を測定する1項目の質問を尋ねた。

2. 進行がん患者による緩和ケアの評価

OPTIMプロジェクトでは、主要評価項目の1つとして、外来通院する進行がん患者を対象にアンケート調査を行ない、苦痛緩和の質を評価した。この際に用いた評価尺度は、緩和ケアの構造・プロセスの評価尺度であるCES患者版の下位尺度である。CES患者版は、遺族調査で用いる緩和ケアの構造・プロセスの評価尺度であるCESを患者調査でできるように下位尺度の削減や表現の修正により改変して開発された。CES患者版は8領域23項目からなり、高い信頼性・妥当性が計量心理学的に確認されている。

がん患者によるQOL評価尺度では、EORTC QLQ-C30¹⁰⁾やFACT-G¹¹⁾といった評価尺度が国際的にもっともよく使用されている。しかし、これらは薬剤や治療の臨床試験での副作用や全身状

態の評価指標を意図して開発されたため症状などの評価が主体であり、終末期で特に重要となる患者の実存的苦痛や尊厳などを評価できない。また、EORTC QLQ-C30などの一般的ながん患者のQOL評価尺度は患者のPS(全身状態)との相関が高く、終末期での全身状態の低下に伴いQOL評価も低下してしまう。一方で、終末期に特有のQOLを測定するGDIはPSとの相関が低く、看取りが近い時期でもQOLの維持・向上を目指すことが可能である。したがって、終末期がん患者のQOLを評価する際にはより包括的なQOL尺度であるGDI患者版がより適していると考えた。GDI患者版は遺族調査で用いる終末期QOL評価尺度であるGDIを患者調査用に改変した18領域53項目からなり、高い信頼性・妥当性が示されている。OPTIMプロジェクトでは、GDI患者版の短縮版を使用した。

包括的なQOL評価以外のアウトカムの指標では、症状の評価がある。症状の評価尺度は、さまざまな症状を多面的に評価する包括的評価尺度と疼痛などの個々の症状に特化した評価尺度に大別される。本稿では、疼痛の評価尺度として代表的なBPI-J (Japanese Brief Pain Inventory)を紹介する。BPI-Jは海外で開発されたがん性疼痛の多面的な評価尺度の日本語版であり、疼痛の部位や程度、疼痛による生活への支障など15項目からなる¹²⁾。OPTIMプロジェクトでは、BPI-Jの項目からこの24時間での最大疼痛・最少疼痛・平均疼痛の3項目を副次的評価項目として尋ねた(図1)。

その他に、地域でのがん医療・緩和ケアの利用可能性の指標として、がん医療に対する安心感の評価尺度をOPTIMプロジェクトで新たに作成した。2012年度に見直されたがん対策推進基本計画で「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が全体目標に追加され、がん医療に対する安心感がん医療で重要な概念といえる。がん医療に対する安心感尺度は、「安心して病気の治療を受けられる」「あまり苦しくなく過ごせると思う」など5項目からなり、計量心理学的特性が確認さ

この24時間にあなたが感じた 最も強い痛み はどのくらいでしたか？	これ以上の痛みは 痛くない ←	→ 考えられない
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
この24時間にあなたが感じた 最も弱い痛み はどのくらいでしたか？	これ以上の痛みは 痛くない ←	→ 考えられない
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		
この24時間にあなたが感じた痛みは 平均すると どのくらいでしたか？	これ以上の痛みは 痛くない ←	→ 考えられない
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		

図1 がん患者による疼痛の評価 (BPI-Jより抜粋)

れている¹³⁾。この尺度は一般市民とがん患者を対象に使用することができる。

3. 医療者による緩和ケアの評価

OPTIM プロジェクトでは、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、④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供が介入の4本柱であり、緩和ケアの技術・知識や地域緩和ケアのコーディネーションは医療者調査によって評価する必要があった。しかし、日本語で利用できる既存の評価尺度がほとんどない。または、適切な評価尺度がなかったため、OPTIM プロジェクトで評価尺度を新たに開発した。

医療者による緩和ケアの技術・知識の評価尺度として、緩和ケアに関する知識、実践、困難感の評価尺度をそれぞれ開発した。緩和ケアに関する医療者の知識の評価尺度として、PCKT (Palliative Care Knowledge Test) が作成された。PCKTは「理念」「疼痛・オピオイド」「呼吸困難」「せん妄」「消化器症状」の5領域20項目からなり、高い信頼性・妥当性が確認されている¹⁴⁾。緩和ケアに関する医療者の実践の評価尺度として、PCPS (Palliative Care self-reported Practices Scale) が作成された。PCPSは「疼痛」「呼吸困難」「せん妄」「看取りのケア」「コミュニケーション」「患者・家族中心のケア」の6領域18項目からなり、

高い信頼性・妥当性が確認されている¹⁵⁾。緩和ケアに関する医療者の困難感の尺度としてPCDS (Palliative Care Difficulties Scale) が作成された。PCDSは「症状緩和」「専門家の支援」「医療者間のコミュニケーション」「患者・家族とのコミュニケーション」「地域連携」の5領域15項目からなり、高い信頼性・妥当性が確認されている¹⁶⁾。緩和ケアに関する知識、態度、困難感のいずれの評価尺度も医師または看護師を対象に使用でき、緩和ケアに対する医師・看護師の実態調査や教育プログラムの評価に利用できる。

また、医療者による緩和ケアに関する自信の評価尺度は、「疼痛の緩和のための知識は十分である」「がん患者の不安やうつ状態をおおむね正しく評価できる」など5項目からなり、緩和ケアに関する実践や自信の評価はあくまで医療者による自己評価であるため、回答に偏りがある可能性に留意が必要である。

医療者による地域緩和ケアのコーディネーションの評価尺度として、退院支援を行なう際の病院の医師・看護師の「在宅の視点」を評価する尺度をそれぞれ開発した。在宅の視点のある病院医師尺度は、「退院後の生活をイメージする」「医療をシンプルにする」「今後の病状変化を予測した対応をする」「多職種と積極的に協働する」「在宅医に役立つ情報を提供する」「介護保険などを適切に活用する」の6下位尺度20項目からなり、高い信頼性・妥当性が確認された¹⁶⁾。在宅の視点の

ある病棟看護尺度は、「患者・家族の今後の療養に関する意向の確認」「ケアの継続性の強化」「地域の医療者との連携」「退院後の療養環境にあわせた患者・家族指導の実施」「退院後の生活に関するアセスメント」の5下位尺度25項目からなり、高い信頼性・妥当性が確認された¹⁷⁾。尺度開発により病院の医師・看護師の「在宅の視点」の内容が明らかとなり、尺度を用いて在宅の視点の定量や教育効果の測定などに利用可能である。

4. 地域緩和ケアの質指標

地域全体での緩和ケアの質の客観的な評価指標として、OPTIM プロジェクトでは地域の緩和ケアの質指標を新たに同定し、測定した。地域の緩和ケアの質指標は、①オピオイドの利用性（人口あたりのオピオイド消費量など）、②地域医療者の支援・教育（人口あたりの緩和ケアに関する講習会の回数など）、③在宅支援機関の利用性（人口あたりの在宅療養支援診療所の数など）、④専門的なトレーニングを受けた医療者の存在（人口あたりのがん医療に関する専門・認定看護師の数など）、⑤専門的緩和ケアを行なうリソースの利用性（人口あたりの緩和ケア病棟の病床数など）の5領域20項目からなる。

5. まとめ

OPTIM プロジェクトで使用した評価尺度を中心に、緩和ケアの質に関する評価尺度を概観した。緩和ケアに関する主観的な評価尺度は、評価者により遺族による評価尺度、患者による評価尺度、医療者による評価尺度に大別された。評価される内容は、ケアの構造・プロセスの評価とアウトカムの評価が主であり、その他に必要であった評価尺度がOPTIM プロジェクトにより開発された。これら評価尺度はすべて高い信頼性・妥当性が確認されており、OPTIM プロジェクト以外での有効利用が期待される。

文 献

- 1) Bruera E et al: Edmonton Regional Palliative Care Program: impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ*, 161 (3): 290-293, 1999.
- 2) Herrera E et al: Regional palliative care program in Extremadura: an effective public health care model in a sparsely populated region. *J Pain Symptom Manage*, 33 (5): 591-598, 2007.
- 3) Jordhøy MS et al: Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol*, 19 (18): 3884-3894, 2001.
- 4) Jordhøy MS et al: A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet*, 356 (9233): 888-893, 2000.
- 5) Tenq JM: Measuring end-of-life care outcomes retrospectively. *J Palliat Med*, 8 (Suppl 1): S42-S49, 2005.
- 6) Morita T et al: Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage*, 27 (6): 492-501, 2004.
- 7) Miyashita M et al: Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol*, 26 (23): 3845-3852, 2008.
- 8) Donabedian A: Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration Pr, 1980.
- 9) Miyashita M et al: Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage*, 35 (5): 486-498, 2008.
- 10) Aaronson NK et al: The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85 (5): 365-376, 1993.
- 11) Cella DF et al: The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, 11 (3): 570-579, 1993.
- 12) Uki J et al: A brief cancer pain assessment tool in Japanese: the utility of the Japanese Brief Pain Inventory--BPI-J. *J Pain Symptom Manage*, 16 (6): 364-373, 1998.
- 13) Igarashi A et al: A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: a potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage*, 43 (2): 218-225, 2012.
- 14) Nakazawa Y et al: The palliative care knowledge

- test : reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med*, 23(8): 754-766, 2009.
- 15) Nakazawa Y et al.: The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale : reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med*, 13(4): 427-437, 2010.
- 16) 「病院医師の入院患者に対する在宅医療の視点」評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 第17回日本緩和医療学会学術大会, p. 276, 2012.
- 17) 山岸暁美ほか: 「在宅の視点のある病棟看護尺度」の開発. 第29回日本看護科学学会学術集会講演集, p. 489, 2011.

特集

地域における緩和ケア（在宅緩和ケア）

緩和ケア普及のための地域プロジェクト（2）

緩和ケア普及のための
地域プロジェクト（OPTIM-study）の効果

森田 達也

はじめに

OPTIM study（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、国際的にももっとも最大規模の緩和ケアプログラムの地域介入研究であり、「何が変化するか」（アウトカム研究）とあわせて、「変化はなぜ生じたのか」（プロセス研究）をあわせて行なう mixed-methods study として行なわれた。本稿では、OPTIM study で明らかになった主要な知見についてまとめる。研究の対象・方法・介入内容についてはプロトコル論文などをご覧いただきたい¹⁾。

1. 明らかになったこと

1) アウトカム研究

実施された調査研究によって、次のことが明らかになった。

・地域緩和ケアプログラムにより、自宅死亡は全国平均に比較して有意に増加した（図1）。遺族調査では、自宅死亡した患者のほとんどが「死亡場所は患者の望んだ場所だった」と評価された（図2）。家族の介護負担も前後で有意な変化はなく、自宅死亡した患者の遺族ではむしろ介護負担

は低い傾向があった（図3）。すなわち、地域緩和ケアプログラムにより、家族の介護負担も増やさずに患者の希望に沿った自宅での生活が可能となった。

・専門緩和ケアサービスの利用者が増加した。がん死亡との比で0.3から0.5の増加であり、期間中に行なわれた全国調査からがん死亡に対する専門緩和ケアサービスの利用者の比の推計値0.2より高かった（図1）。一方、緩和ケアチームに紹介された患者の抗がん治療中の患者の割合や Performance status には「早期からの緩和ケア」を示唆する変化はみられず、依頼内容が多岐にわたったことから、増加した緩和ケアサービスの利用は時期が早くなったことよりも、対象が広がったと考えられた。

・患者・家族の評価した緩和ケアの質評価、QOL が有意に改善した（図1）。外来患者ではもとも苦痛の程度の少ないものが対象となったため変化は小さかったが、終末期患者の遺族評価では全体的な改善がみられた。死亡場所の比較では、在宅では介入前後とも高く、病院では介入前後とも低かったが介入後には改善が認められた（図3）。比較対照群がないために全国的な変化を見ているのか地域プログラムの効果かは判断できないが、介入地域において緩和ケアの質や患者のQOL は改善傾向にあると考えられた。

筆者：もりた たつや（聖隷三方原病院緩和支援診療科部長）

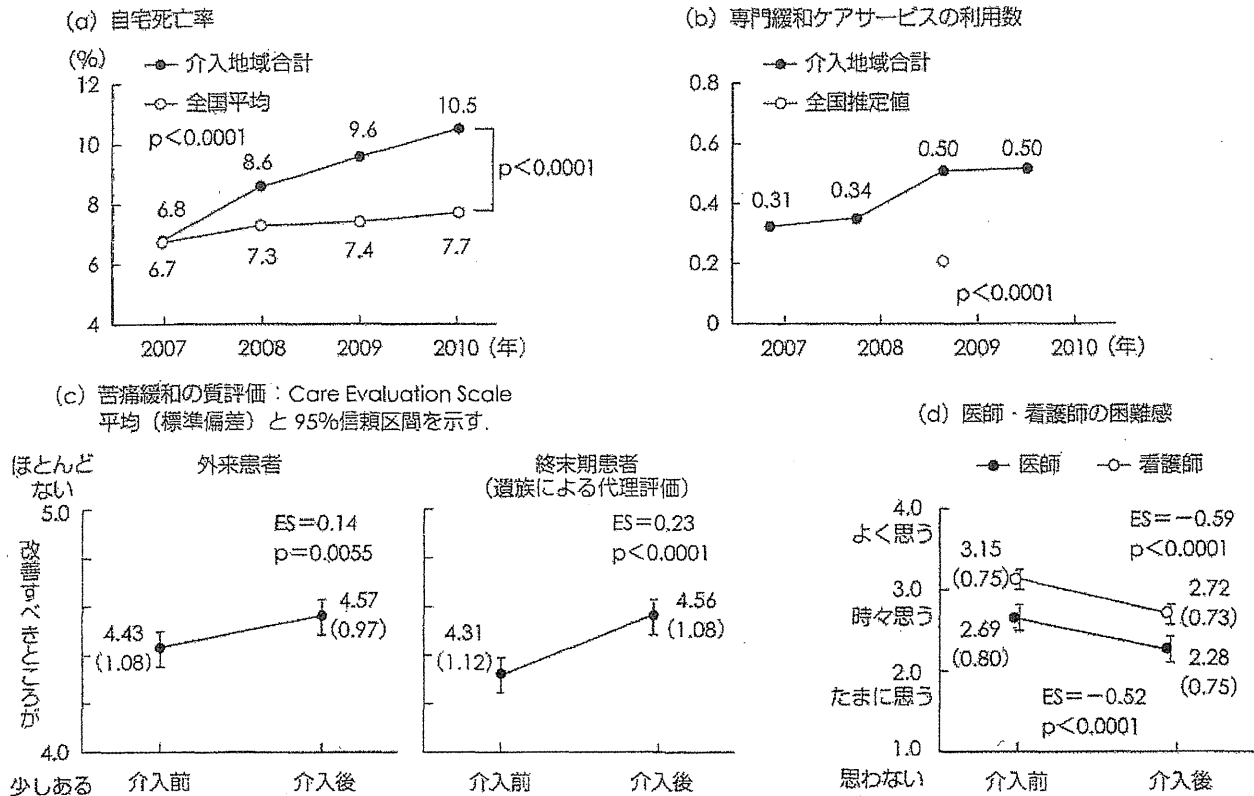


図1 主な評価項目

・医師・看護師の困難感が中程度以上改善した(図1)、変化の大きさを効果量(effect size)で算出したところ、効果量は0.5~0.6であった(一般的に0.2を小さい変化, 0.5を中程度の変化, 0.8を大きい変化とされる)。改善がみられた領域は、症状緩和や患者・家族とのコミュニケーションよりも、地域連携、専門家の支援、医療者間のコミュニケーションなどネットワークに関することであった。これらは、専門や職種にかかわらず、プログラムへの参加回数が多いほど改善する明らかな傾向が認められた。すなわち、地域緩和ケアプログラムにより、地域の医療福祉従事者のネットワークが進み、地域緩和ケアに関する困難感が改善したと考えられた。

・知識・認識については、一般市民、遺族では全体に改善する傾向があったが、患者では住民と同等以上の曝露を受けているにもかかわらず全体では変化がみられなかった。しかし、曝露した患者では知識や認識が変化していた。患者では何ら

かの防衛機制などによって「意識的に情報を避けている」可能性が示唆された。

・変化の地域差については、自宅死亡で4地域中3地域、緩和ケア利用で4地域中3地域で前後で有意な変化がみられ、患者・遺族・医師・看護師調査では変化に有意差がなかった。すなわち、今回行なわれた地域プログラムは全国のどの地域でも同じような変化を生じると考えられた。

2. プロセス研究

インタビュー調査をもとに、「どういう変化が生じたのか」「なぜ変化が生じたのか(生じなかったのか)」を探索したところ、【つながりができネットワークが広がった】【在宅医療が進んだ】【緩和ケアの知識・技術、認識、実践が向上した】【自信や成長、専門職としての価値の認識につながった】【患者・家族の認識の変化はさまざまであった】【プロジェクトの地域全体への影響はさまざま

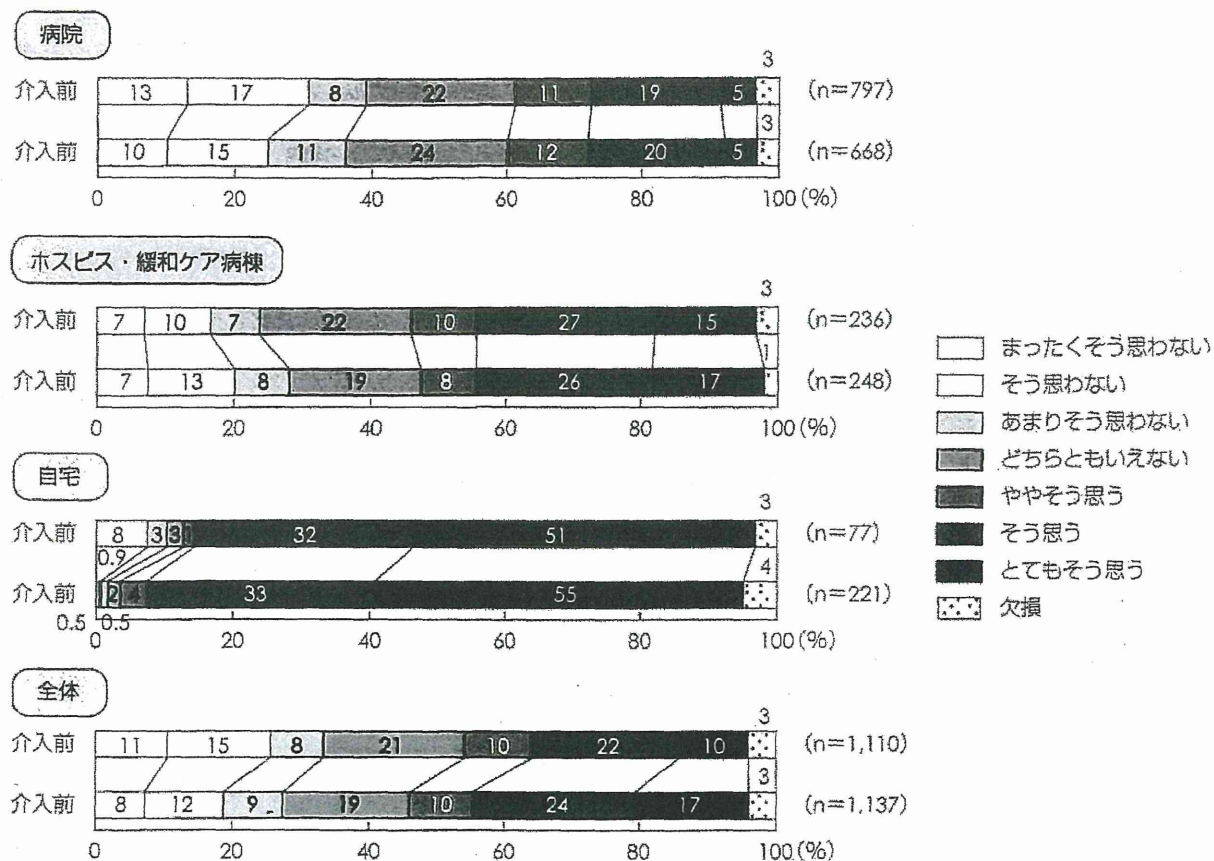


図2 「望んだ場所で最期を迎えられた」割合

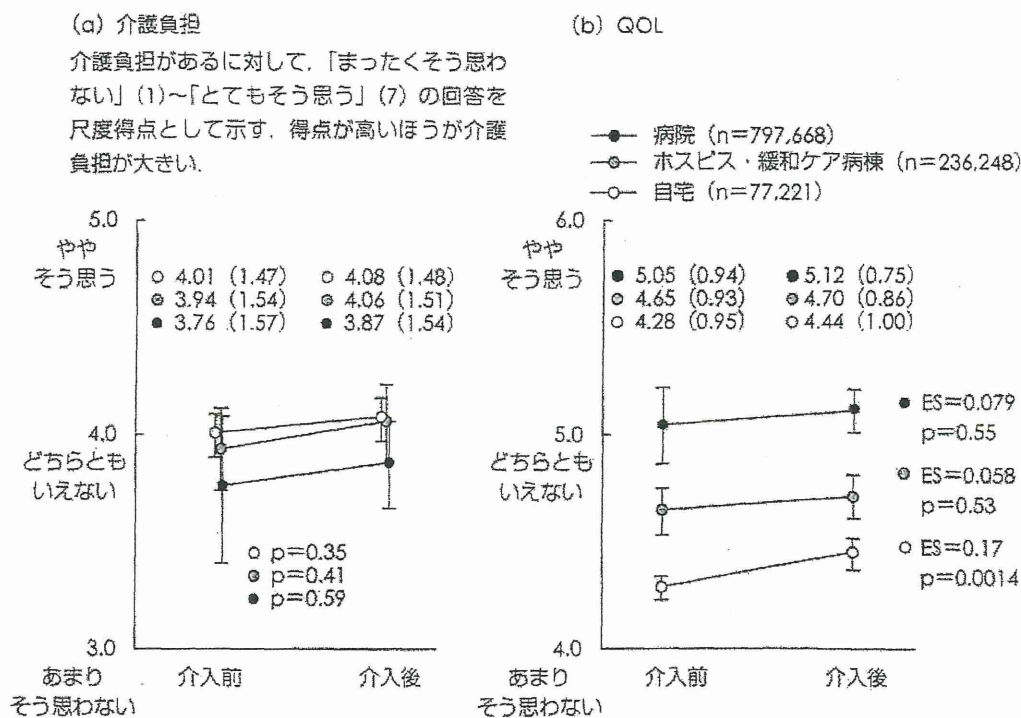


図3 介護負担と QOL

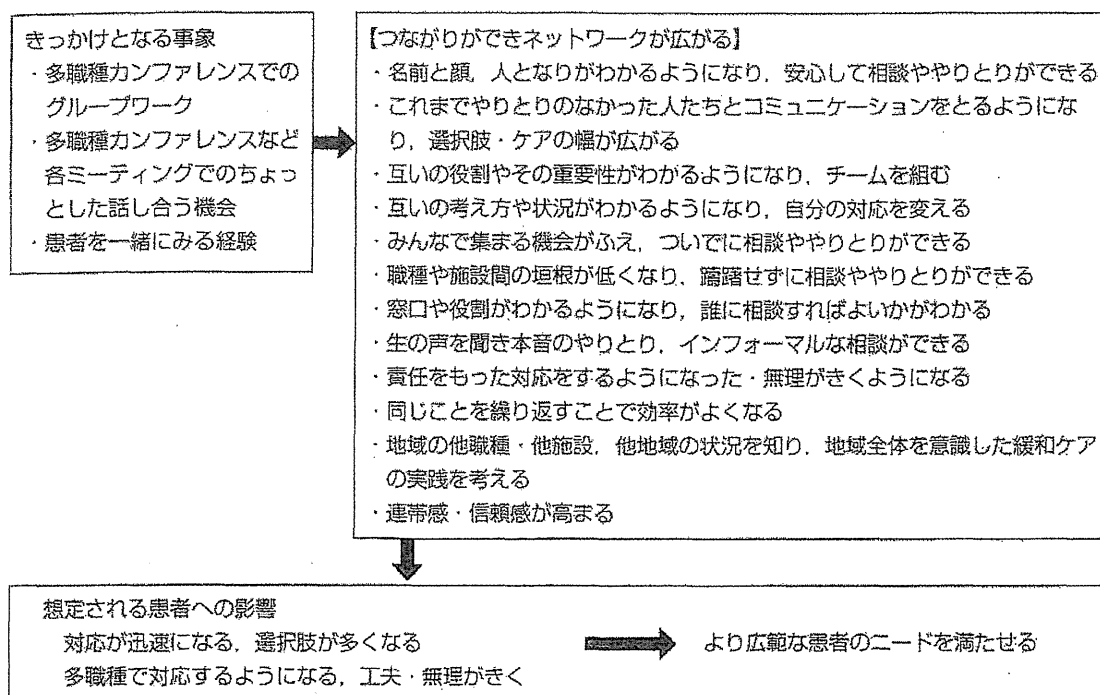


図4 【つながりができネットワークが広がった】のプロセス

までであった【さらに改善が必要な点と今後の課題が見出された】というカテゴリーが見出された。特に、プロジェクトを通じて、地域の多施設多職種が出会う機会をもつことで【つながりができネットワークが広がった】ことは、ほとんどの対象がもっとも大きい成果であると述べた。

「つながりができネットワークが広がった」直接のきっかけは、多職種・多施設で集まる機会であった(図4)。それによって、「名前と顔、人となりがわかるようになり、安心して相談ややりとりができるようになった」、「互いの考え方や状況がわかるようになり、自分の対応を変えるようになった」「みんなで集まる機会が増え、ついでに相談ややりとりができるようになった」「窓口や役割がわかるようになり、誰に相談すればよいかわかるようになった」「責任をもった対応をするようになった・無理がきくようになった」といったプロセスを通じて、地域連携や医療者間のコミュニケーションに関する困難感が減少したと考えられた。のみならず、ネットワークが構築されることにより、対応が迅速になる、選択肢が多

くなる、多職種で対応するようになる、工夫・無理がきく、といった変化によってより広範な患者ニーズを満たせることが示唆された。

また、自宅死亡が増加したプロセスについても、病院側、地域側の両方にみられた変化が整理された。このプロセスは、今後、自宅で過ごす患者を増加するための介入を行なう上での概念的枠組みを提供するものである。

3. 将来の展望

OPTIM プロジェクトが示した、そして、国際的な研究でも繰り返されて示されている重要なメッセージは、多施設多職種でのゆるやかなネットワーキングの重要性である⁴⁾。本研究は、これまで全国規模で行なわれてきたPEACEプロジェクトやオレンジバレープロジェクトを修正して、地域でのネットワーキングを進めるためのOPTIMIZE strategyを各地域で導入することが有用であることを強く示唆する(図5)。すなわち、①組織をつくる(Organization)、②地域の

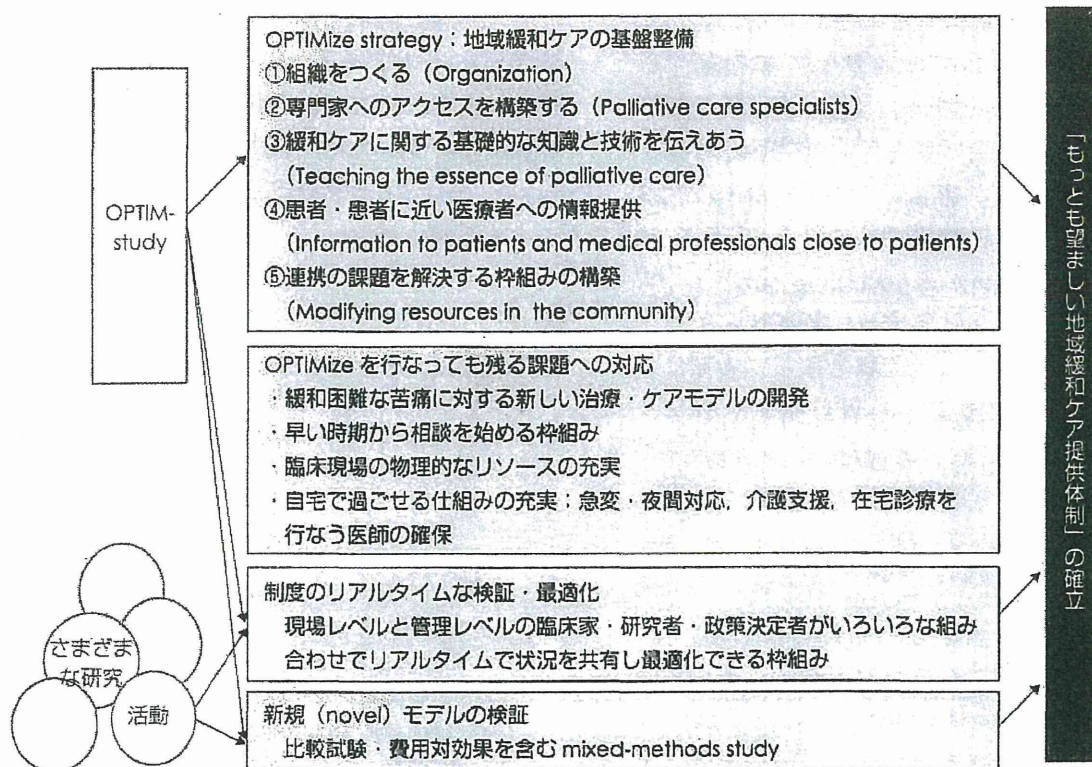


図5 地域緩和ケアを向上するための枠組みの提言

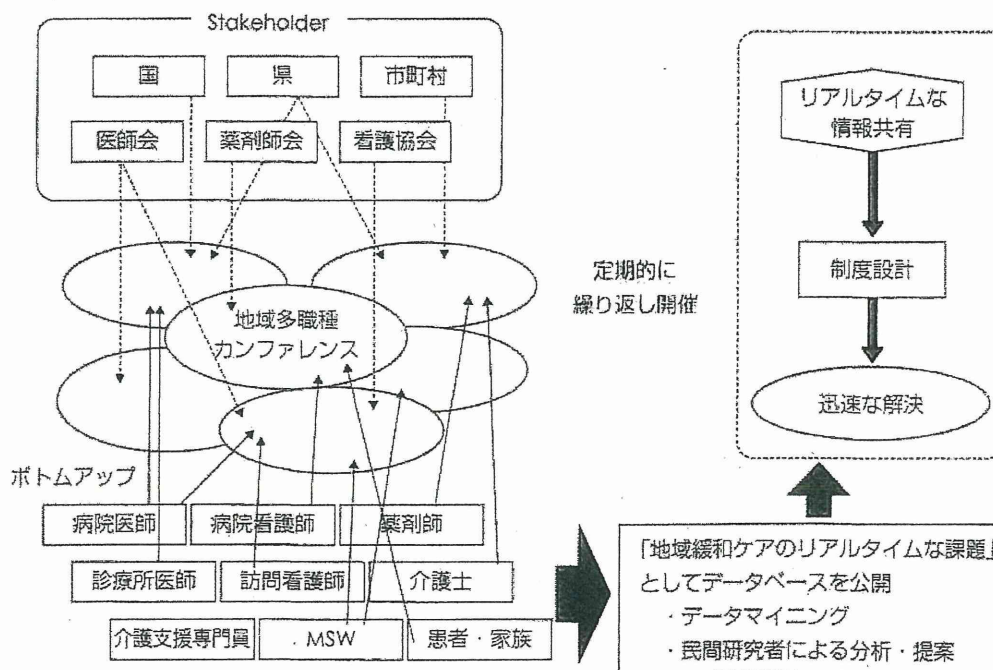


図6 制度のリアルタイムな検証・最適化のための枠組み