

笹川記念保健協力財団 研究助成
助成番号：2016A-015

(西暦) 2017 年 4 月 25 日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 喜多悦子 殿

2016年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

最終報告書

標記について、下記の通り中間報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

わが国に適した Primary Palliative Care の開発を目的とした基礎研究～プライマリ・ケアを専門的に学んだ日本の家庭医はどのように緩和ケアを実践しているのか～

所属機関・職名 福島県立医科大学大学院 地域・家庭医療学講座

氏名 矢萩(児玉)久仁子

最終報告書

I. 研究目的

【研究課題】

わが国に適した Primary Palliative Care の開発を目的とした基礎研究～プライマリ・ケアを専門的に学んだ日本の家庭医はどのように緩和ケアを実践しているのか～

【研究目的】

本研究は、わが国に適した Primary Palliative Care の開発のための基礎研究としてプライマリ・ケアを専門的に学んだ家庭医の緩和ケアに関する実践知を抽出することを目的とする。

【研究背景】

1) Primary Palliative Care の重要性

緩和ケアはこれまでがん患者を中心に議論されてきたが、現在は非がん患者も含め多様な疾患における生と死のあり方が模索されるようになってきた。さらに地域包括ケアの推進と共に施設中心のケアから地域社会への視点が広がっている。わが国では、急速に家族世帯の縮小が進行しており、超高齢社会の到来と共に高齢世帯でも独居老人、夫婦のみの世帯が 56.7%を占める（厚生労働省、国民生活基礎調査 2015）。地域社会の中で緩和ケアを実践するには、患者を含めた家族全体を捉えること、友人も含め多様な家族関係に目を向けること、地域社会の中での生活の視点から患者とその家族を捉えることが重要であり、プライマリ・ケアの視点が欠かせない。これらを包括する概念として Primary Palliative Care がある。Primary Palliative Care とは、プライマリ・ケアの理念を基盤とした緩和ケアであり、高齢者や慢性疾患（心臓病・慢性呼吸不全・神経難病等）などあらゆる状況や疾患を持つ患者とその家族および友人を対象としており、地域社会の中で生活するすべての人々に対して疾患の早期から継続的な緩和ケアサービスを提供する（Murray et al. 2005）。多様化する緩和ケアニーズに対応するために、わが国の地域社会の現状や保健医療制度に適した Primary Palliative Care の開発を行うことが重要である。

2) プライマリ・ケアの専門医としての家庭医

本研究では、プライマリ・ケアを専門的に学んだ家庭医として家庭医療専門医を対象とする。家庭医療専門医とは、日本プライマリ・ケア連合学会が認定する後期研修プログラムで3年以上の専門研修を修了後に専門医試験に合格して学会から家庭医療専門医と認定された医師であり、全国で434名（2015年10月現在）と少ない。しかし、この家庭医療専門医は、2017年度からの新専門医制度の中での「総合診療専門医」であり、わが国のプライマリ・ケア整備の要となる役割を果たすとされる。わが国では、地域社会で働く医師は様々な教育背景を持っている。「かかりつけ医」「総合内科専門医」「病院総合医」「へき地の総合医」「在宅ケア専門医」など類似する呼び名も多く、何が家庭医療専門医の専門性なのかわかりにくい。家庭医は、近接性・包括性・協調性・継続性・責任性を5つの理念として掲げ、家庭医を特徴づける能力として①患者中心・家族志向の医療を提供する能力、②包括的で継続的、かつ効率的な医療を提供する能力、

③地域・コミュニティーをケアする能力を有する（日本プライマリ・ケア連合学会）。これらの能力は、プライマリ・ケアの理念を基盤としており、家庭医はプライマリ・ケアの専門家と言える。

3) Primary Palliative Care の担い手としての家庭医

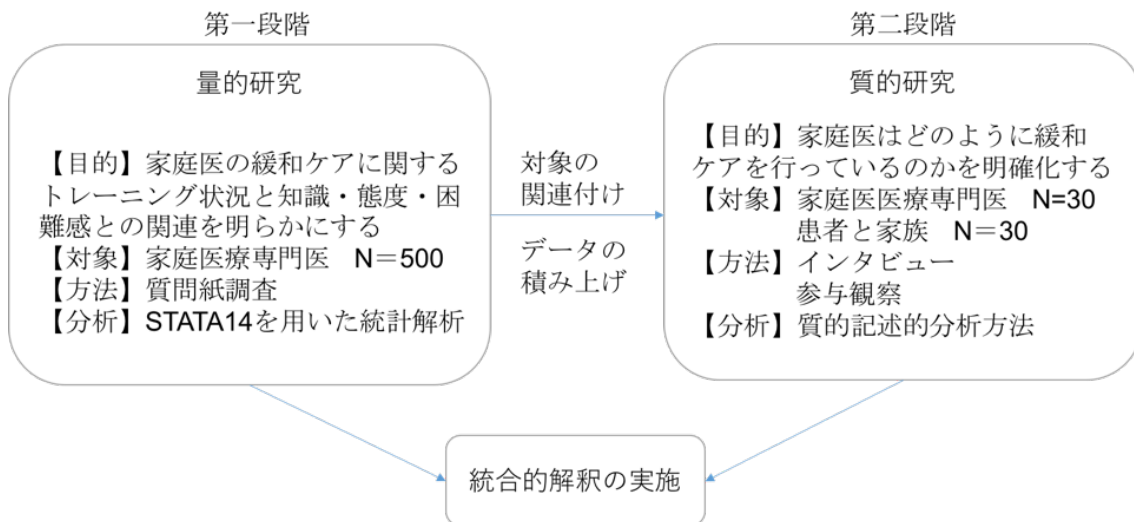
わが国の緩和ケアの課題として、専門的な緩和ケアサービスの利用率が 24%であること、緩和ケア病棟で行うがん患者は全がん患者の 8.4%にすぎないことなどから、緩和ケア病棟や緩和ケアチームなどによって提供される専門的な緩和ケアだけでは、患者・家族のニーズに応えるのは難しいとされている（浜野ら 2014）。さらになんがん患者だけでなく、高齢者や非がん患者を含めた多様な疾患や状況を対象としたニーズに対応するには、地域の緩和ケアサービスを質・量ともに充実させる必要がある。プライマリ・ケアでは、終末期ケアや緩和ケアは必須とされており、疾患に関わらずニーズに応じて緩和ケアサービスを提供する。そして、家庭医の持つ理念は、患者中心の全人的医療を提供するという点において、緩和ケアの専門医と共通の価値観を有するため（Murray 2004）、Primary Palliative Care の担い手としての家庭医は重要である。

以上の点から、プライマリ・ケアを専門的に学んだ家庭医が、わが国での緩和ケアの実践状況が明確化される。プライマリ・ケアを専門的に学んだ家庭医の実践知を抽出することは、Primary Palliative Care の発展に寄与すると考えられる。

II. 研究方法

【研究方法】

1. 手順・相関図



2. 研究方法

①第一段階

1. 研究方法

調査研究

2. 研究対象

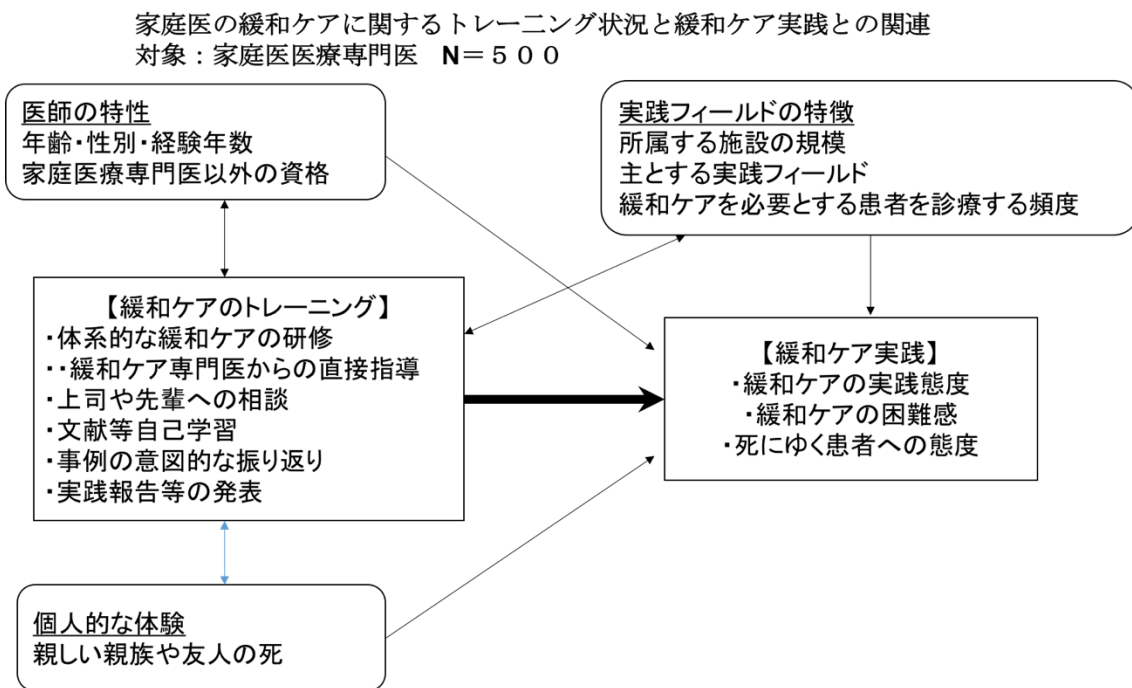
日本プライマリ・ケア連合学会が認定する後期研修プログラムで3年以上の専門研修

を終了後に専門医試験に合格してから家庭医療専門医として認定された医師。約 500 名。

3. データ収集方法

日本プライマリ・ケア連合学会に登録されている家庭医療専門医約 500 名（推定）を対象に、無記名自記式質問紙（資料 1）を郵送する。

質問紙の作成過程は以下の通りである。まず、既存の文献及び家庭医療専門医へのインタビューを基に概念図を作成した。概念図では、①緩和ケアのトレーニング状況、②医師の特性、③実践フィールドの特徴、④個人的な体験、⑤緩和ケアの実践（緩和ケアに関する医療者の態度・困難感の評価尺度、Frommelt のターミナルケア態度尺度短縮版）の関連を示した。これらを基に質問紙を作成し、緩和ケア専門医、統計の専門家の意見を踏まえ修正を加えた。さらに、家庭医療専門医および家庭医のトレーニングを受けている研修医 19 名にパイロットスタディを実施した。



4. データ分析方法

データ解析は、統計ソフト（Stata14）を用いる。すべての項目に関する記述統計を行う。さらに対象者の属性と各項目との関連を分析する。統計解析の詳細については、臨床疫学・統計の専門家からスーパーバイズを受け検討する。

②第二段階

1. 研究方法

質的記述的研究

2. 用語の定義

家庭医：日本プライマリ・ケア連合学会が認定する後期研修プログラムで3年以上の

専門研修を修了後に専門医試験に合格してから家庭医療専門医として認定された医師。

緩和ケア：生命を脅かす疾患や状態（がん、心疾患、肺疾患、衰弱など）の患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的症状・心理社会的問題・spiritual(スピリチュアル)な問題に対応する予防、評価、治療をすることでQOLを改善させるアプローチ。

3. 研究対象

日本プライマリ・ケア連合学会が認定する後期研修プログラムで3年以上の専門研修を終了後に専門医試験に合格してから家庭医療専門医として認定された医師と、医師が診療する患者とその家族。

4. データ収集方法

インタビュー調査に関しては、日本プライマリ・ケア連合学会に所属する家庭医療専門医に研究依頼文（資料2）を配布し、返信用葉書にて研究参加の意思を確認する。研究の目的および意義に関して同意の得られた対象に、インタビューガイド（資料3）を用いた半構造化面接を実施し、面接内容をノートに記載する。許可が得られた場合には、ICレコーダーで録音し逐語録を作成しデータとする。

参与観察については、スノーボールサンプリングを実施する。家庭医療専門医の養成機関の責任者より緩和ケアを実践している家庭医の紹介を受ける。対象の医師に直接連絡を取り、本研究の趣旨に同意し協力が得られる対象を選定する。研究対象の家庭医および患者と家族の同意を得て、ケアの場面に同席し参与観察を行い、観察した内容をフィールドノートに記載しデータとする。

5. データ分析方法

グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく分析方法。グラウンデッド・セオリー・アプローチは、人間の行動を探求する人々と社会的役割の間の相互作用のプロセスに焦点を当て、データから理論を生成する質的研究の手法である。プライマリ・ケアを専門的に学んだ家庭医の実践知を抽出し、彼らの判断や行動特性を明確化するために有効であると考えられる。データの分析においては、信頼性・妥当性確保のため、分析内容を研究対象者に確認し、内容の修正や変更を行う。さらに分析過程は共同研究者と共に実施し、専門家のスーパービジョンを受ける。

3) 対象者の選定方針

(研究対象)

- ① 第一段階では、日本プライマリ・ケア連合学会が認定する後期研修プログラムで3年以上の専門研修を修了後に専門医試験に合格してから家庭医療専門医として認定された医師を対象とする。
- ② 第二段階に関しては、上記の医師が緩和ケアの対象とする患者とその家族を対象とする。

(選定基準)

- ① 日本プライマリ・ケア連合学会が認定する後期研修プログラムで3年以上の専門研修を修了している医師

- ② 専門医試験に合格してから家庭医療専門医として認定された医師。
- ③ 研究の趣旨について文書で説明を受け同意した医師。
- ④ 選定基準を満たした医師が緩和ケアの対象としている患者とその家族。

上記の基準を全て満たしている対象とする。

(除外基準)

- ① 上記の選定基準に当てはまらないものは除外する。
- ② 上記基準を満たしているが、研究同意のないものは除外する。

III. 研究の成果

本報告書は、第一段階の調査研究に関して報告を行う。2017年1月下旬より家庭医療専門医577名に対し調査用紙を送付し、2017年3月31日までに311名より回答があった(回収率)。現時点では、回答に関する集計が終了した段階であり、各項目の集計に関して報告し、本研究の目的である、家庭医の緩和ケアに関するトレーニング状況と緩和ケア態度・困難感・ターミナルケア態度との関連に関しては、解析が終了後(2017年5月中を予定)に速やかに報告する。

1. 対象者の属性

対象者の家庭医療専門医は、311名であり、男性が219名、女性が91名であった。平均年齢は、38.1±5.8歳であった。経験年数は、家庭取得後の平均年数は、12.1年であった。

対象者の所属は、病院154名(49.5%)、診療所(47.3%)であった。実践フィールドとしては、複数選択で以下の回答を得た。外来276名(88.9%)、病棟135名(43.4%)、在宅190名(61.1%)であった。

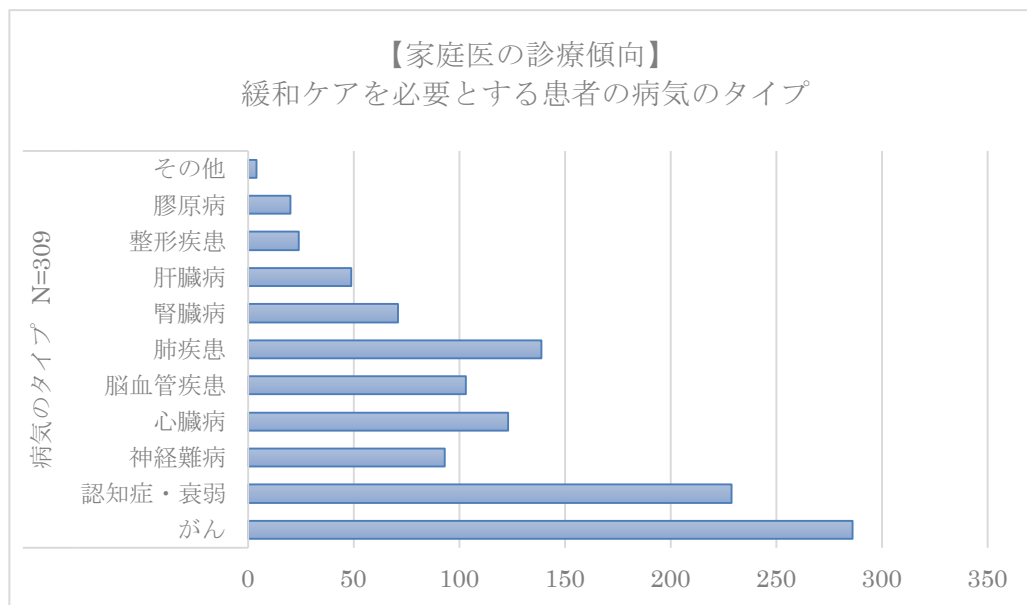
2. 家庭医の緩和ケアを必要とする患者の診療傾向

対象者の緩和ケアを必要とする患者の診療傾向に関しては、「緩和ケアを必要とする診療患者の有無」「緩和ケアを必要とする患者の過去1年間の診療人数」「緩和ケアを必要とする患者の病気のタイプ」に関する回答を得た。

緩和ケアを必要とする患者の診療の有無(N=311)については、「はい」と回答した人が309名(99.4%)であり、「いいえ」と回答した人が2名(0.6%)であった。「はい」と回答した人が、緩和ケアを必要とする患者の過去1年間の診療人数(N=308)は、10人未満133名(43.1%)、10人以上~50人未満135名(43.8%)、50人以上~100人未満26名(8.44%)、100人以上14名(4.6%)であった。

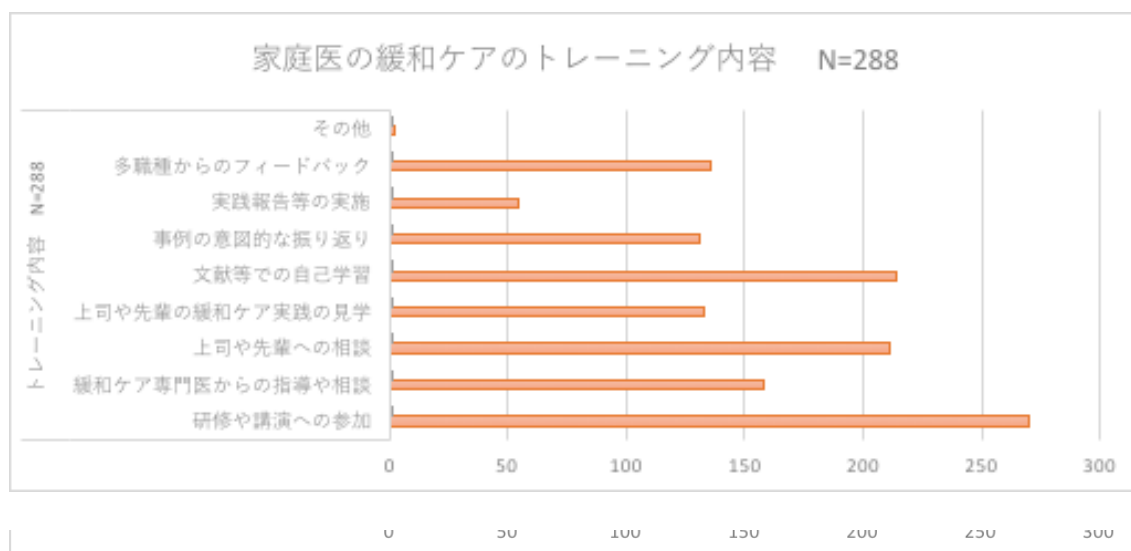
緩和ケアを必要とする患者の病気のタイプに関する回答(N=309)では、がん286名(93%)、認知症・衰弱229名(74%)、肺疾患139名(45%)、心臓病123名(40%)、脳血管疾患103名(33%)、神経難病93名(30%)、腎臓病71名(23%)、肝臓病49名(16%)、整形疾患24名(8%)、膠原病20名(6%)、その他4名(1%)であった。

家庭医が、緩和ケアを必要とする患者を日常的に診療し、幅広い疾患を対象としている実態が明らかになった。



3. 家庭医の緩和ケアに関するトレーニング状況

家庭医の緩和ケアに関するトレーニング状況については、緩和ケアに関するトレーニング経験の有無 (N=311) では、「はい」 288名 (92.6%)、「いいえ」 23名 (7.4%) であった。トレーニングの内容に関しては、「はい」と答えた288名のうち、研修や講演への参加 270名 (93.8%)、文献等での自己学習 214名 (74.3%)、上司や先輩への相談 211名 (73.6%)、緩和ケア専門医からの指導や相談 158名 (73.3%)、多職種からのフィードバック 136名 (47.2%)、上司や先輩の緩和ケア実践の見学 133名 (46.8%)、事例の意図的な振り返り 131名 (46.0%)、実践報告等の実施 54名 (18.8%)、その他 2名 (0.7%) であった。



4. 家庭医の緩和ケアの対する態度、困難感およびターミナル態度

家庭医の緩和ケアに対する態度は、緩和ケアに関する医療者の態度・困難感の評価尺度、Frommelt のターミナルケア態度尺度短縮版を用いた。

① 家庭医の緩和ケアに対する態度

緩和ケアに対する医療者の態度尺度は、18 項目 5 段階であり、「常に行なっている」「たいてい行なっている」「時々行なっている」「あまり行なっていない」「行なっていない」の順に点数が割り当てられている。未回答者を除く、304 名から有効回答を得た。全項目の平均点は、3.41 点であった。各項目については、表に示す。

緩和ケア態度		
	質問内容	平均点
疼痛	1 患者の疼痛を評価するため、患者に直接痛み の強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	4.06
	2 どの な時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	4.34
	3 鎮痛薬を臨時（レスキュー）で使用した場合、その効果を把握している	4.46
呼吸困難	4 息苦しさを評価するため、患者に直接息苦し さの強さを聞く、もしくは患者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	3.87
	5 どの な時に息苦しくなるのか、状況を把握している	4.17
	6 息苦しさを訴える患者に対して、体位の工夫・室温調整・換気など環境を快適に保つよう にしている	3.82
せん妄	7 時計・カレンダーを置くなど、せん妄の予防・改善のケアを している	3.28
	8 せん妄症状を悪化させる不快な症状（尿意・便意・疼痛・不安など） がないか、評価している	3.90
	9 患者がせん妄になったとき、家族がどう思っているか、聞いている	3.75
看取りのケア	10 死が近づいてきたとき、患者の身体的な苦痛の程度を、 定期的に評価している	4.17
	11 死が近づいてきたとき、それまで行われてきた処置・対応について必要性を評価し ている（体位交換、吸引、抑制、血液検査、尿量測定、点滴など）	4.36
	12 死が近づいてきたとき、家族がどんな心配を抱いているか、定期的に聞いている	4.29
コミュニケーション	13 患者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーが保てる場所で話をしてい る	4.26
	14 患者に質問をするとき、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問 にしている	4.53
	15 患者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について 確認している	4.33
患者・家族中心のケア	16 患者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている	4.39
	17 患者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	4.50
	18 患者・家族のつらさについて、少しでもわかろうとしている	4.37

「疼痛」、「看取りのケア」、「コミュニケーション」、「患者・家族中心のケア」に関しては、平均点が 4 点を超えており、高い水準を示している。「せん妄」、「呼吸困難感」に関しては、3 点代の項目も多く、関連要因との検討が必要である。

② 家庭医の緩和ケアに関する困難感

緩和ケアに関する困難感尺度は、15 項目 5 段階であり、「非常によく思う」「よく思う」「時々思う」「たまに思う」「思わない」の順に点数が割り当てられている。困難感の平均は 2.5 点であり、困難を感じる人と感じない人のばらつきがあった。項目ごとの平均を表で示す。

緩和ケアの困難感		
疼痛	1 がん性疼痛を緩和する方法の知識が不足している	2.87
	2 呼吸困難や消化器症状を緩和する方法の知識が不足している	2.92
	3 症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない	2.56
専門家の支援	4 症状緩和に関して、緩和ケアの専門家から支援を得ることが難しい	2.80
	5 症状緩和に関して、相談できる緩和ケアの専門家がいない	2.64
	6 在宅療養中に症状緩和をしたいとき、相談できるところがない	2.42
医療者間のコミュニケーション	7 医師・看護師間で、症状に対する評価方法が一致していない	2.51
	8 医師・看護師間で、症状緩和のための一貫した目標を設定することが難しい	2.38
	9 医師・看護師間で、症状緩和に関するコミュニケーションをとることが難しい	2.11
患者・家族とのコミュニケーション	10 患者 から不安を表出されたとき対応が難しい	2.48
	11 家族 から不安を表出されたとき対応が難しい	2.48
	12 患者が悪い知らせ（告知など）を受けた後、声のかけ方が難しい	2.62
地域連携	13 がん患者が、在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間でのカンファレスがない	2.20
	14 がん患者の在宅療養に関する情報を得ることが難しい	2.27
	15 病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で、情報共有が難しい	2.33

③ 家庭医のターミナル患者に対する態度

本尺度については、現在算出中であるため、解析結果と共に報告する。

【備考】

本研究は、もともと第一段階としてインタビュー調査による質的研究を実施し、第二段階として郵送調査による量的研究を実施する予定であった。しかし、2016年4月～6月に2名の家庭医療専門医へのインタビュー調査及び訪問診療場面の参与観察を実施したところ、家庭医療専門医が対象とする疾患や状況は幅広く、緩和ケアに関するトレーニング状況にも個人差があることが明らかになった。質的研究に先立ち実態調査として量的研究を行わないと質的研究でのバイアスを排除しにくいことが判明し計画変更を行った。