

緩和ケア研究(OPTIM-study)から わかったこと



聖隷三方原病院 緩和支援治療科 部長
森田達也

内容

OPTIM-studyがあきらかにしたこと

- 背景・目的
- 対象・方法
- 結果(1)アウトカム研究
- 結果(2)プロセス研究
- まとめ

緩和ケアの役割

以前の考え方

Cure・・・生命予後の改善

Care・・・QOLの改善

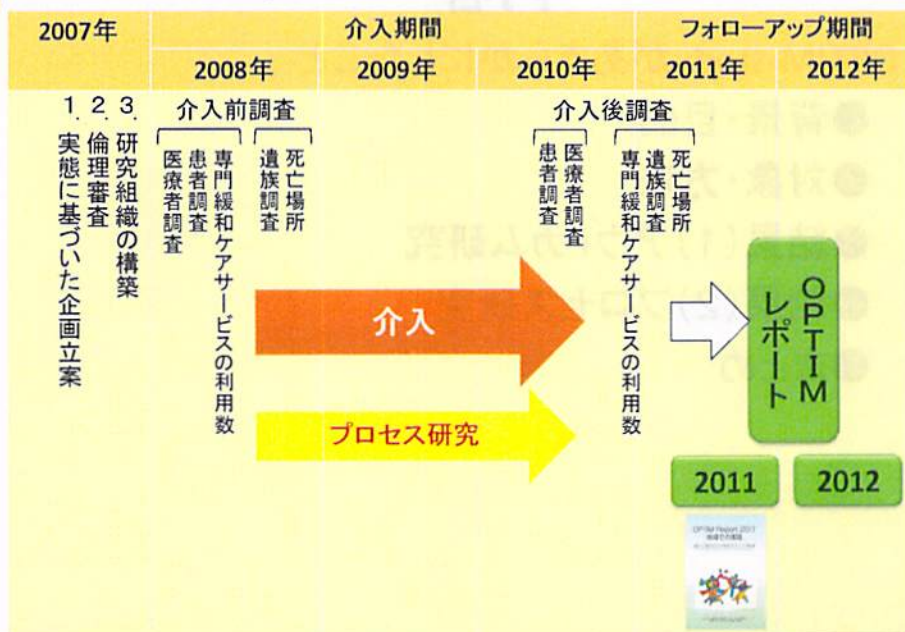
現在の考え方

生命予後の改善・QOLの改善、いずれもが目的

疾患の治療: Disease-modifying treatment

疾患の治療以外のすべての治療: Palliative and supportive care

OPTIM-study 概要



過去に行われた緩和ケアの地域介入研究との比較

	自宅 死亡率	緩和ケア 利用数	患者調査	遺族調査	医師・看護師
Edmonton, Canada (Can Med AJ, 1999)	○	○	×	×	×
Catalonia, Spain (JPSM, 2007)	○	○	258	×	×
Ontario, Canada (JPSM, 2009)	○	×	102	75	×
Trondheim, Norway * (Lancet, 2000; JCO, 2001)	○	○	434	180	×
OPTIM	○	○	1716	2247	医師:1617 看護師:4614

*: Cluster RCT, 他: 前後比較研究

内容

OPTIM-studyがあきらかにしたこと

- 背景・目的
- 対象・方法
- 結果(1)アウトカム研究
- 結果(2)プロセス研究
- まとめ

目的・方法 Overview

- 地域緩和ケアプログラムを行うと何が変わるのか？それはなぜか？
- 全国の4地域を対象とした前後比較研究＋プロセス研究：Mixed methods
- MRCガイダンスに沿ったデザイン
Craig P, Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ 2008;337:a1655.
- プロセス研究
①記述、②地域の医療福祉従事者100名を対象としたインタビュー、③課題と解決策の系統的整理

Protocol paper: Morita T. BMC Palliat Care 2012;11:2

Position paper: Yamagishi A. Am J Hosp Palliat Care 2008;25:412

介入地域



アウトカム研究: 主要・副次評価項目

主要評価項目

- 1) 自宅死亡率
- 2) 専門緩和ケアサービスの利用数
- 3) 通院中のがん患者による苦痛緩和の質評価*
- 4) 遺族による終末期がん患者の苦痛緩和の質評価*
 - * : Care Evaluation Scaleの身体的・精神的ケアドメイン
「つらい症状にすみやかに対処している」など

副次評価項目

- 1) 死亡場所、自宅療養期間
- 2) 患者のquality of life、疼痛、満足度
- 3) 遺族の評価による終末期がん患者のquality of life、満足度、遺族の負担感
- 4) 医師の緩和ケアの知識・困難感・実践
- 5) 看護師の緩和ケアの知識・困難感・実践
- 6) 患者・遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感
- 7) 住民の緩和ケアの知識・認識・安心感
- 8) 地域の緩和ケアの質指標

介入

予備調査、文献調査、地域の介入実施者との協議によって、複合的な地域介入プログラムを策定・実施

- 1) 緩和ケアの技術・知識の向上
 - ・マニュアルなどの配布
 - ・緩和ケアセミナー
- 2) がん患者・家族・住民への情報提供
 - ・市民対象講演会
 - ・リーフレットなどの配布
- 3) 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進
 - ・地域多職種連携カンファレンス
 - ・相談窓口
- 4) 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供
 - ・地域緩和ケアチーム

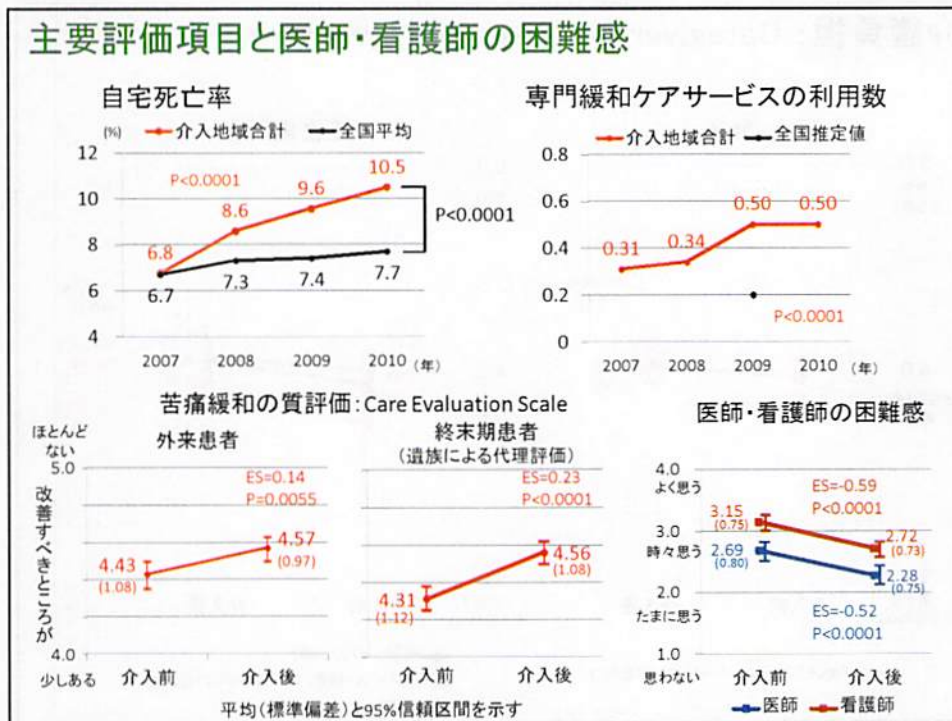
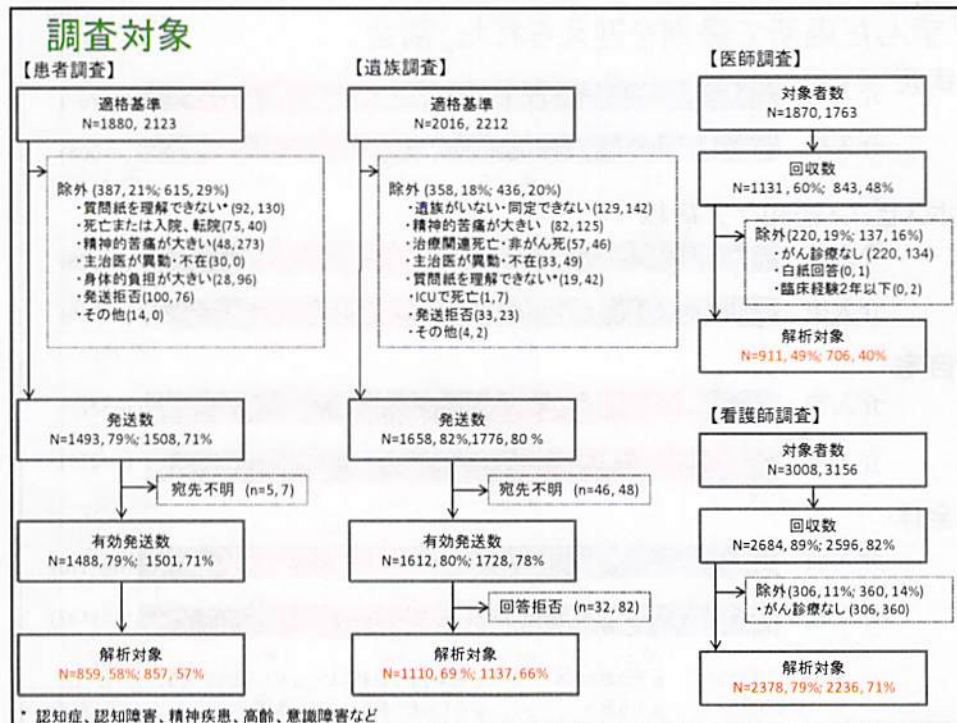
地域連携の促進:カンファレンス

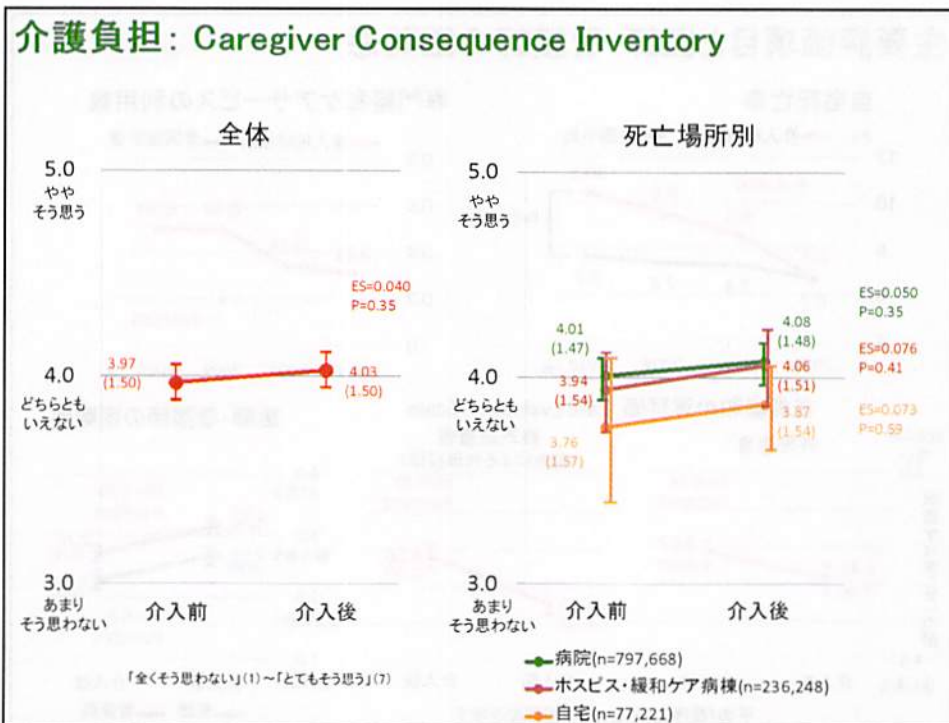
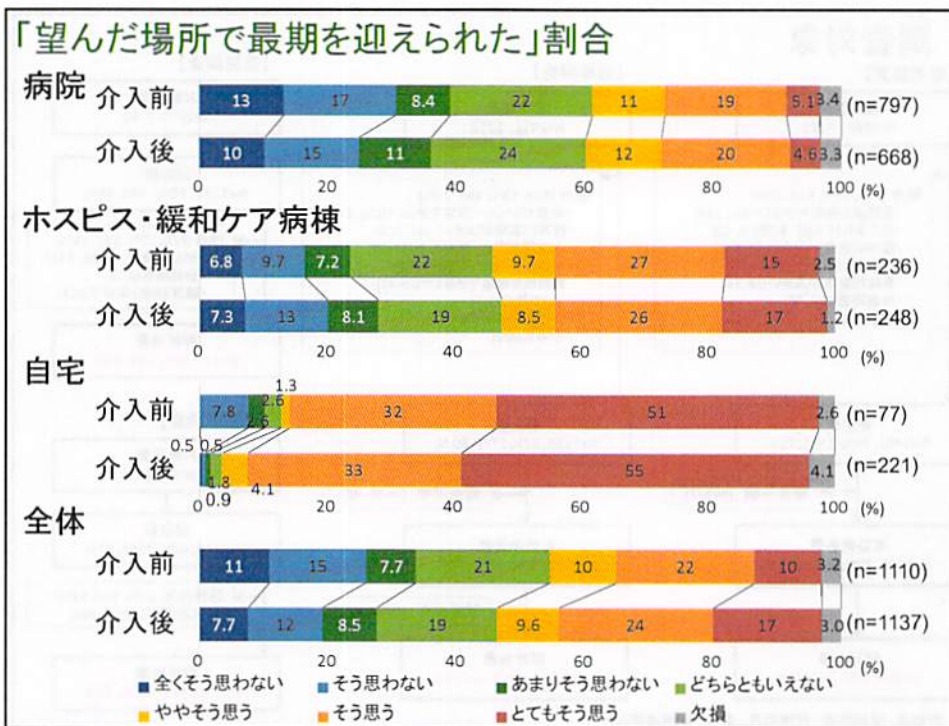
2008年	2009年	2010年
地域多職種カンファレンス * 地域多職種100名/回 * 小グループのフォーカスグループ		
企画ミーティング * 地域多職種のコアメンバー15名		
	連携ノウハウ会 * 全病院連携担当、訪看、診療所、薬局、居宅 ~30名 * 具体的な問題解決と情報共有 退院前CF・スクリーニング方法・申し送り項目の共有 在宅調剤する薬局を紹介・リソースマップ作成	
	困難事例カンファレンス * 事例にかかわった多施設の当事者の振り返り ~15名	
	市との合同会議 * 病院と市10名 介護保険の迅速化	
		緩和ケアチーム合同CF * 難治例 5病院のPCT ~15名 退院支援看護師の集まり 10名 患者遺族会実務者会 10名 ホスピスの利用を考える会 50名

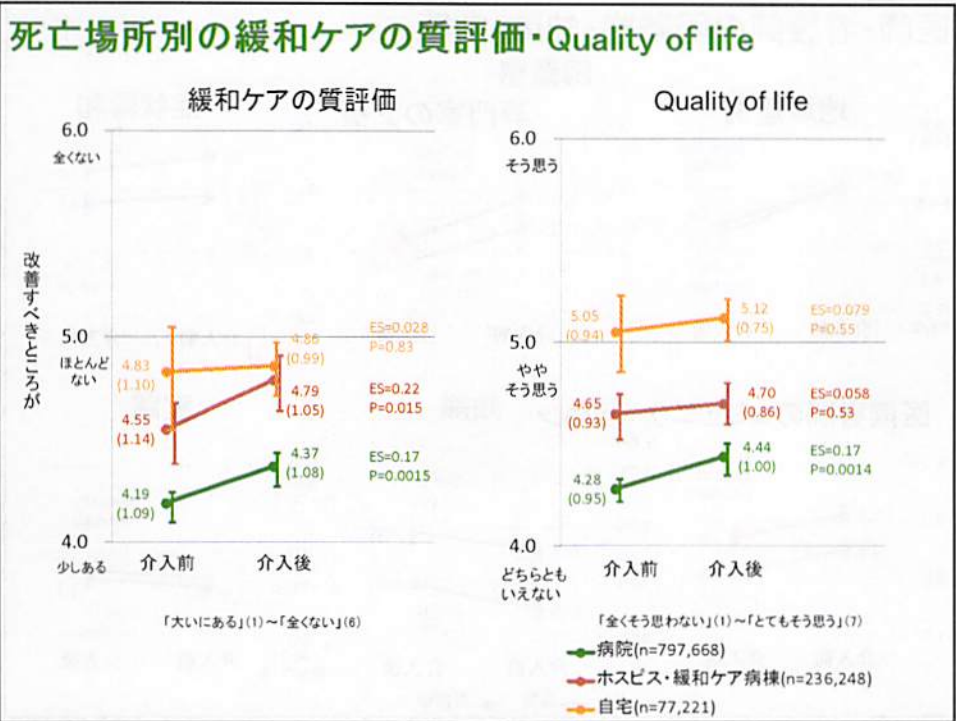
内容

OPTIM-studyがあきらかにしたこと

- 背景・目的
- 対象・方法
- 結果(1)アウトカム研究
- 結果(2)プロセス研究
- まとめ

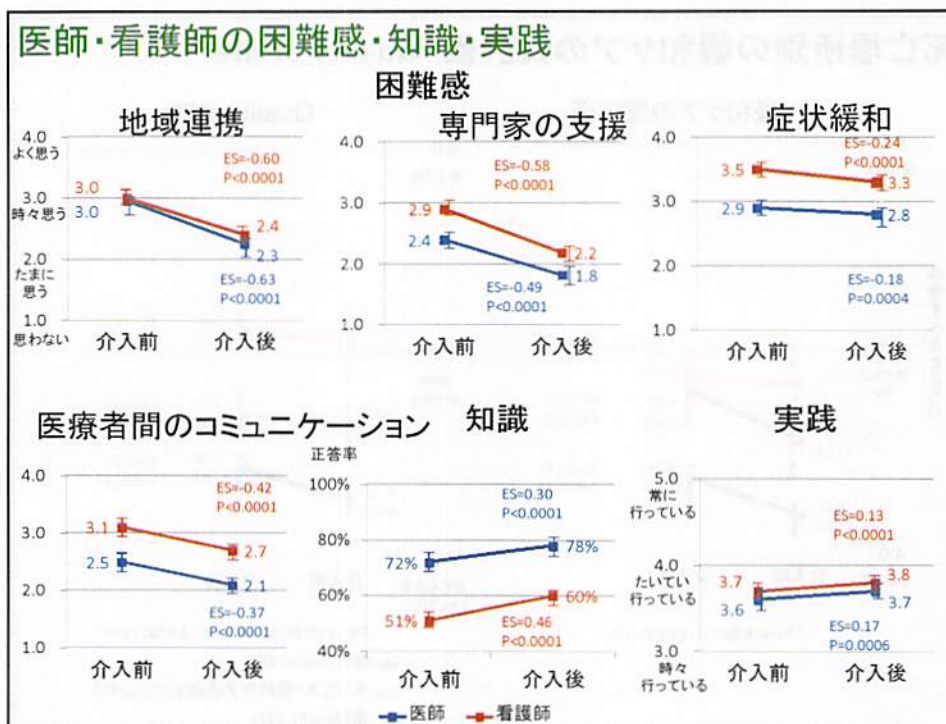






Quality of lifeの変化: Good Death Inventory

	外来患者				終末期患者(遺族の代理評価)			
	介入前 (n=859)	介入後 (n=857)	ES	P値	介入前 (n=1110)	介入後 (n=1137)	ES	P値
痛みが少なく過ごせている	5.6±1.4	5.6±1.5	0.02	0.76	4.3±1.8	4.6±1.7	0.14	0.001
からだの苦痛が少なく過ごせている	5.4±1.5	5.4±1.5	0.04	0.37	4.0±1.7	4.3±1.6	0.17	<0.001
おだやかな気持ちで過ごせている	5.2±1.5	5.4±1.5	0.08	0.085	4.1±1.7	4.5±1.6	0.20	<0.001
望んだ場所で過ごせている	5.9±1.2	6.0±1.2	0.10	0.042	4.4±1.8	4.8±1.8	0.22	<0.001
望んだ場所で最期を迎えられた	-	-	-	-	4.1±1.9	4.6±1.9	0.22	<0.001
療養した場所は患者さまの意向に沿っていた	-	-	-	-	4.9±1.6	5.2±1.5	0.15	0.001
楽しみになるようなことがある	5.2±1.6	5.4±1.4	0.10	0.038	3.7±1.7	3.9±1.7	0.14	0.002
医師を信頼している	6.0±1.2	6.0±1.1	0.01	0.88	5.4±1.4	5.6±1.3	0.11	0.009
人に迷惑をかけてつらいと感じることがある	4.3±1.9	4.2±1.9	0.07	0.18	4.3±1.6	4.2±1.6	0.06	0.19
ご家族やご友人と十分に時間を過ごせている	5.7±1.4	5.7±1.4	0.02	0.72	4.7±1.6	5.0±1.5	0.18	<0.001
身の回りのことはたいてい自分で行える	6.0±1.3	6.1±1.2	0.07	0.13	3.5±1.9	3.5±2.1	<0.01	0.98
落ち着いた環境で過ごせている	5.8±1.3	5.9±1.2	0.09	0.055	4.9±1.5	5.2±1.4	0.19	<0.001
ひととして大切にされていると感じる	5.9±1.2	5.9±1.2	0.05	0.34	5.7±1.2	5.8±1.1	0.11	0.01
充実した人生だと感じている	5.3±1.5	5.4±1.4	0.09	0.063	4.7±1.5	4.9±1.5	0.17	<0.001
合計点	5.4±1.0	5.5±0.9	0.08	0.10	4.4±1.0	4.6±1.0	0.22	<0.001



アウトカム研究のまとめ

- 1 地域緩和ケアプログラムは実施可能である
- 2 自宅死亡率が増加(4地域中3地域)。患者の希望に沿ったものであり、介護負担の増加もなかった。
- 3 外来患者ではもともと質評価が良かったのが多少底上げされた。終末期患者では質評価、quality of lifeとも小さいながらも改善した。自宅でのquality of lifeが高かった
- 4 医師・看護師の困難感、特に、地域連携に関する困難感が改善した
- 5 市民・遺族の認識・知識は改善したが、患者の認識・知識は(同じ曝露があるにもかかわらず)改善しなかった。曝露を受けた対象では改善した

Morita T, et al. Lancet (submitted)

内容

OPTIM-studyがあきらかにしたこと

- 背景・目的
- 対象・方法
- 結果(1)アウトカム研究
- 結果(2)プロセス研究
- まとめ

プロセス研究(3)インタビュー研究

対象・方法

地域コアリンクスタッフ(地域で介入の企画・実施に関わった人)
103名に依頼101名で実施

質問項目

- ①プロジェクトに参加した目的
- ②体験とその理由
- ③プログラムの有用性とその理由
- ④最も大きなこと「一番大きかったことはなんですか」
- ⑤推奨「同じ職種、他職種の方にすすめたいことは何かありますか」
- ⑥組織構築の評価と改善点

解析

テーマ分析(内容分析)

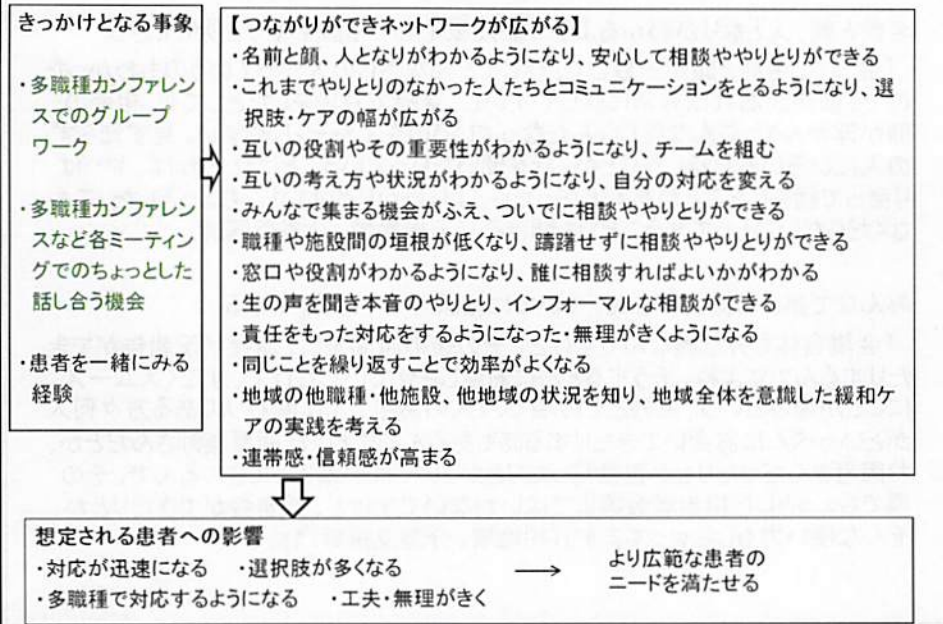
7つのカテゴリー

- 【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】

最も大きなこと「一番大きかったことはなんですか」

- | | |
|---------------------------|----|
| 【ネットワークが増え、連携の重要性を実感した】 | 62 |
| 【緩和ケアの知識と技術が向上した】 | 18 |
| 【幅広い体験をすることで自分の役割を見直した】 | 10 |
| 【連携と緩和ケアの知識・技術の両方とも大きかった】 | 4 |
| 【自分の役割に役立つ体験ができた】 | 2 |
| 【患者・家族の満足が得られた】 | 1 |

【つながりができネットワークが広がった】のプロセス



代表的なデータ(1) 選択が多くなる・チームにつながるもの

これまでやりとりのなかった人たちとコミュニケーションをとるようになり、選択肢・ケアの幅が広がった

「持ち札をいっぱいもってたほうが、患者さんにもいろんなことを提供しやすいですね。例えば、子どもさんがちょっと遠いとこにいるからそっちに行きたいんだけどって言ったら、近くの先生を紹介できるし。いろんな施設とかも紹介できるからですね。自分が患者さんに提示できるいろんなリソースをもてたっていう、そこが一番ですかね」(長崎地域、診療所医師)

互いの役割やその重要性がわかるようになり、チームを組むようになった

「多職種の人たちと知り合うことによって、緩和医療というのは、チームワークによって成り立っているのがよく理解できて、全体像が把握できて、自分のこれからの対応に自信ができた。なんかあったら訪問看護の人をすぐ頼むとかですね。今までは、誰にどう頼んだらいいのかわからなかったけれども、なんかあったらケアマネジャーさんに相談してとか、こちらが対応しなくても、その人に任せたらいいというように、割り振りをできるようになって、自分でうじうじ悩まなくてもすむようになったなど。そういう点がよかったと思っていますね」(浜松地域、診療所医師)

代表的なデータ(2)対応が迅速になることにつながるもの

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

「会って、名前と顔が一致して、話してどんな感じの人かっていうのもわかったので、面識があれば非常に話しやすいし、電話で対応をしたとしても、相手の顔が浮かんで、こんな感じなんだなっていうのをイメージしやすい。見ず知らずの人にいろいろお話ししたりとか、話を聞いたりっていうことに比べれば、やっぱり会って話をしたことがある人だったら、よりわかりやすいし、ちょっとした、ことなくならないことって思うことでも聞ける」(浜松地域、診療所医師)

みんなで集まる機会がふえ、ついでに相談ややりとりができる

「会議自体も有意義なんですけど、その後の時間帯に、直接状況報告ができたりするんですよ。そうすると密にお話しさせていただいて、すごくスムーズにことが運ぶという。意外とその場で、1人の患者さんに関わりのある方々何人かといっぺんにお会いできたりする時もあるんですね。訪問看護師さんだとか、お医者さんだったりとか包括だったりとか、いっぱい集まってきてるんで、その場でちょっとした担当者会議まではいかないですけど、報告会ができたりとか、そんな使い方もしちゃってます」(柏地域、介護支援専門員)

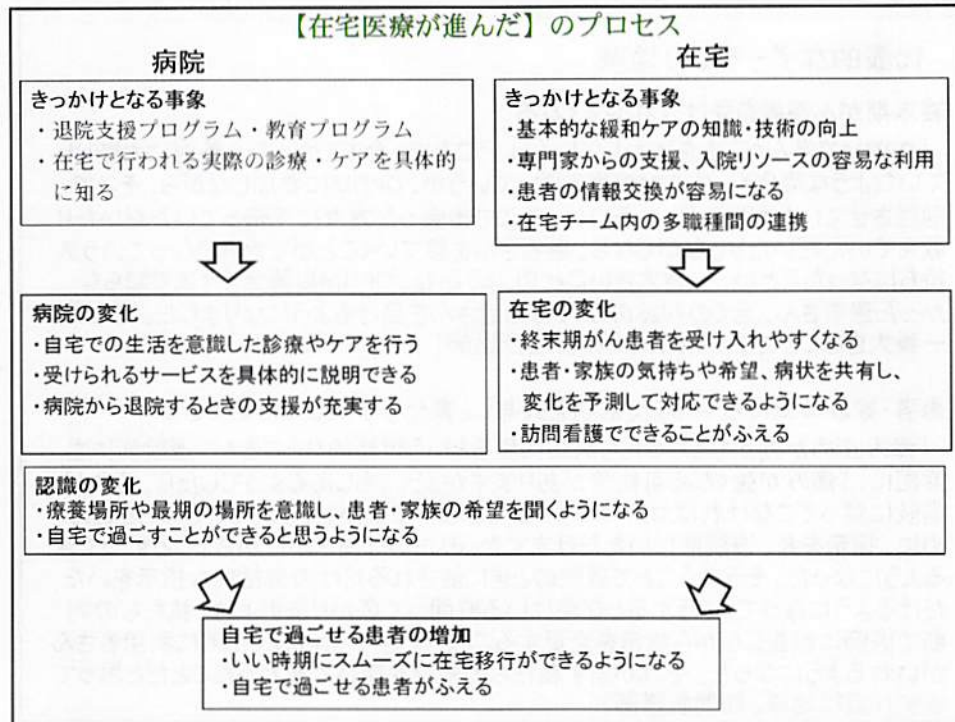
代表的なデータ(3)工夫・無理がきくにつながるもの

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

「共有会に行くようになって、まだまだ病院も退院支援の形ができていなかったってわかるようになって、まだこれからなんだって思った。前は、何でもまだこんなことも説明してないのと思ったことが、正直いっぱいあったんです。準備もないのに退院だけ言ってきてみたいなのをすごく思ったんですけど、病院自体がまだまだ体制がきちりできてるわけじゃないってわかってからは、こういうことは大丈夫ですかって自分が確認すればいいって思えるようになった」(浜松地域、訪問看護師)

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る

「OPTIMIに参加して、多職種の方とお話をする機会があって、こういう時にこういうふうに対応してもらえませんかみたいな、他人行儀ではなくて、もう一歩前に進んだお願いができるようになった。お願いをするかわりに、なんかあったときには、もちろんこちらで対応しますよっていうことをちゃんと約束した上で、受けてもらえませんかみたいな、無理が言えるようになった。顔が見えてなければ、絶対できないと思うんですけど、この人ならお任せできると思ってこちらから紹介しお願いもする」(長崎地域、診療所看護師)



代表的なデータ(1)病院の変化

自宅での生活を意識した診療やケアを行う

『家族、オムツ交換したことあるの』って、リーダーがそんなことを言うようになったって、すごいなと思ってるんですね。リーダーたちはだいぶ変わったと思います。例えば退院シートなんかを作りますよね、坐薬1個入れてくださいと書いたのを作ったときに、リーダーたちが『家族は坐薬は入れたことあるんだよね』という質問が出てくるようになった。今までは多分坐薬持たせて帰しただけと思うんですよ。退院前カンファレンスをやったりして、そのへんいつも突っ込まれますよね。そこはどうですか、ここはどうですかっていうところで、視点がついていったりしたのかなと(浜松地域、病院看護師)

受けられるサービスを具体的に説明できる

「在宅療養支援診療所がありますよってわかっただけでは駄目で、実際に相談するとこの先生はこういうふうな説明をしながら、こうやって患者さんに関わるんだよっていうことがわかってないと。受けるほうからすると、お医者さんが往診にくるんだなってことはわかるんですけども、実際どういうことをしてくれるんですかってわからない。大まかなイメージを伝えるようになった。この先生はこういう時間に往診してくれて、呼べばこういうふうに来てくれてということを開けるってことは、利用者さんとか家族も生活のイメージがしやすくなった」(柏地域、地域包括支援センター)

代表的なデータ(2) 地域

終末期がん患者を受け入れやすくなる

「OPTIMで学んだことを生かしていくということで、今までだったら絶対にお断りしていたような症例を、OPTIMの後ろ盾っていうか、OPTIMに参加しながら、そこで勉強させていただいたり、あるいは、そこで出会った方々に手伝っていただいたり教えていただいたりしながら、患者さんを診ていくことができるかなっていう気持ちになったことが、一番大きいことでしょうかね。OPTIM以降全く今まで知らなかった患者さん、全くの初診のがんの患者さんを受けられるようになりました。それが一番大きなことです」(浜松地域、診療所医師)

患者・家族の気持ちや希望、病状を共有し、変化を予測して対応できる

「痛み止めが効かなくなったら病院に戻るという短絡的なところが、退院前に主治医に、『痛みが強くなる可能性がありますか』と、『もしあるようでしたら、それは病院に戻ってこなければコントロールができませんか。それとも、そのときのために、指示を今、退院前にいただけますか』みたいな働きかけがちょっとずつできるようになった。そうすることで退院のときに許されるだけの包括的な指示をいただけるようになって、そうすると在宅にいる時間って広がりますよね。私たちの判断で医師に報告しながら指示を変更することができて、より長く在宅に利用者さんがいれるようになった。それがまず私たちの知識を帯びて変わったことだと思います」(浜松地域、訪問看護師)

【緩和ケアの知識・技術、認識、実践が向上した】のプロセス

きっかけとなる事象

- ・地域で共通のマニュアル・ツール
- ・緩和ケアについてのセミナー
- ・緩和ケア専門家と一緒に患者をみる機会
(緩和ケアチーム、アウトリーチプログラム)

きっかけとなる事象

- ・緩和ケア専門家の存在
- ・話す機会



医師・看護師の変化

- ・緩和ケアの知識・技術・実践が向上する
- ・緩和ケアが終末期だけのものではなく、どの時期にもすべての人に提供される普遍的なものと思うようになる
- ・緩和ケア専門家からのサポートがふえる
- ・全人的医療とチーム医療を意識するようになる



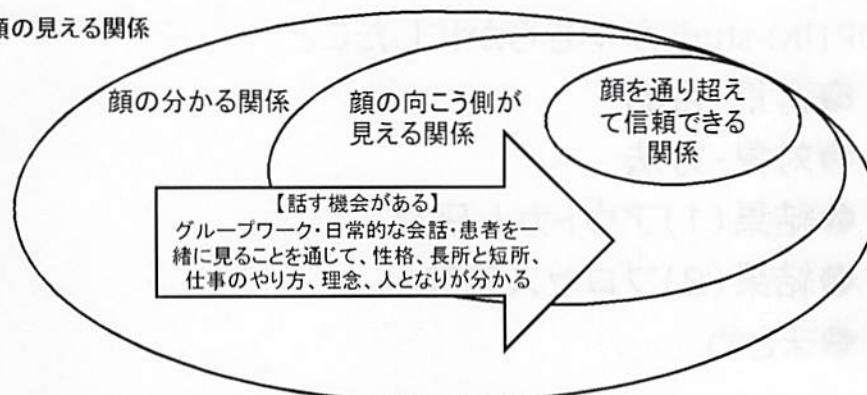
想定される患者への影響

- ・適切な緩和ケアの提供
- ・早期からの(必要な患者への時期に関わらない)緩和ケアの提供
- ・専門家による緩和ケアの提供

患者のquality of lifeの向上

追加の研究「顔の見える関係」とは何か？

顔の見える関係



顔の見える関係と連携との関係

顔が分かるから安心して連絡しやすい
 役割を果たせるキーパーソンが分かる
 自分の対応を変えることでやりやすくなる
 同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる
 親近感がわく
 責任のある対応をする



森田達也, Palliat Care Res 2012

プロセス研究のまとめ

- 1 地域緩和ケアプログラムがもたらした変化として医療福祉従事者が認識していたのは、ネットワーキングの価値であった
- 2 ネットワーキングは、多方面にわたって患者アウトカムを改善する基盤となっていた
- 3 地域緩和ケアプログラムは、多職種が会う機会を得ることによって、地域内の医療福祉従事者のコミュニケーション・連携を改善し、地域緩和ケアのアウトカムを向上させる可能性が示唆された

Morita T, et al. J Pain Symptom Manage (submitted)
 Imura C, et al. J Pain Symptom Manage (submitted)

内容

OPTIM-studyがあきらかにしたこと

- 背景・目的
- 対象・方法
- 結果(1)アウトカム研究
- 結果(2)プロセス研究
- まとめ

イギリスのGold Standard Framework

- ・2000年にThomas K(緩和ケアに関心を持ったGP)によって枠組みが設定
- ・国策に採用され、70%以上のGP districtで採用

概念的枠組み: 7つのC

- | | |
|------------------------|--|
| C1 Communication | 地区の患者で「1年以内に亡くなったとしても驚かない」(surprise question)のリストを作成、定期的にGPとDNがミーティングを行う |
| C2 Coordination | 患者1名に1名のコーディネーターを決める |
| C3 Control of symptoms | マクミランサポートのもとに症状緩和 |
| C4 Continuity | 休日・夜間の対応を用紙に書いて関係者で共有 |
| C5 Continued learning | デスクンファレンスなどで知識を共有 |
| C6 Carer support | 家族・医療福祉従事者のサポート |
| C7 Care of the dying | 看取りのパス(LCP)を導入 |

Thomas K. BMJ. 2004; 329: 1056
Shaw KL. Palliat Med 2010; 24: 317

各国での地域緩和ケアプログラムの評価

UK	オーストラリア	オランダ	カナダ
Authorityがきっかけとなり、医療者間のコミュニケーションがよくなる	チームカンファレンスは、意思決定よりも、「お互いを知ること(linkage)」になる	気軽に話せるようになる。地域にどのようなリソースがあるのかわかる、組織間の問題の解決が早い、紹介の基準がわかる	言いだした人がきっかけに、「誰もが気になっていたこと」を共有するチームができる
枠組みなので現場に合うように変更できる(リストせずミーティングだけなど)	新しいツールや情報を長期間維持するのは難しい	何をするかはネットワークにゆだねられている	そこにあるリソースを使用する
終末期・緩和ケア、チーム医療の認識の改善、緩和ケア専門家との意思疎通			

まとめ

個々の診療技術や治療の研究・実践・・・は、(ほうっておいても)みんなするけど、

「いま、ここにあるリソース」を最大化(OPTIMIZE)するためのゆるいネットワークがあれば、もっと、効果的にできるのでは？



