



## 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する 多施設遺族調査における結果のフィードバックの活 用状況

五十嵐, 尚子 ; 青山, 真帆 ; 佐藤, 一樹 ; 森田, 達也 ; 木澤, 義之 ; 恒  
藤, 晓 ; 志真, 泰夫 ; 宮下, 光令

---

**(Citation)**

Palliative Care Research, 12(1):131-139

**(Issue Date)**

2017

**(Resource Type)**

journal article

**(Version)**

Version of Record

**(URL)**

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/90006100>

# 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する多施設遺族調査における結果のフィードバックの活用状況

五十嵐尚子<sup>1)</sup>, 青山 真帆<sup>1)</sup>, 佐藤 一樹<sup>1,2)</sup>, 森田 達也<sup>3)</sup>, 木澤 義之<sup>4)</sup>, 恒藤 曜<sup>5)</sup>, 志真 泰夫<sup>6)</sup>, 宮下 光令<sup>1)</sup>

1) 東北大学大学院 医学系研究科, 2) 名古屋大学大学院 医学系研究科 看護学専攻基礎・臨床看護学講座,

3) 聖隸三方原病院 緩和支持治療科, 4) 神戸大学大学院 医学研究科, 5) 京都大学大学院 医学研究科,

6) 筑波メイディカルセンター病院

【緒言】多施設遺族調査の参加施設での調査報告書の活用の実態を把握する。【方法】全国 175 施設を対象とした遺族調査である J-HOPE3 研究によるケアの質の評価、遺族の悲嘆・うつについて全国平均との比較および各施設の対象者からの自由記載を各施設にフィードバックした。4 ル月後、その活用状況について自記式質問紙の郵送調査を行った。【結果】有効回答率は 74%(129 施設)であった。フィードバックをスタッフが閲覧した施設は 90%, カンファレンスを実施した施設は 54%, 病院全体に報告した施設は 65% であった。約 8 割の施設が「自施設の強みや弱みを理解できてよかった」などフィードバックに対して肯定的な評価をしていた。48% の施設が何らかのケアの改善に取り組んでいた。【考察】調査結果の活用の実態が明らかになった。緩和ケアの質の向上のために遺族調査でのフィードバックの継続やカンファレンスの促進の必要がある。

Palliat Care Res 2017; 12(1): 131-39

Key words: 遺族調査, 緩和ケア, 質の評価, PDCA サイクル

## 緒 言

ホスピス・緩和ケアにとって、ケアの質を保証し、患者や家族の Quality of Life を向上することは、重要な課題である。そのため、提供されるケアの質や、アウトカムの評価を継続的に行っていく必要がある。しかし、ホスピス・緩和ケア病棟では、全身状態の低下、意識障害、認知障害などのために、患者への調査は方法論的に限界がある場合が多く、近年、遺族からの報告(以下、遺族調査)によって、ホスピス・緩和ケアの質を評価する試みが世界的に標準的な評価手法として実施されている<sup>1~6)</sup>。また、海外の取り組みとしては、米国で死亡小票を使用した遺族調査<sup>7,8)</sup>や英国では保健省が主体となり国家統計局のデータベースをもとに 1 年に 1 回全国

受付日 2016 年 11 月 14 日／改訂日 2016 年 12 月 19 日／受理日 2017 年 1 月 12 日

Corresponding Author: 五十嵐尚子  
東北大学大学院医学系研究科  
〒 980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町 2-1  
TEL 022-717-7924 FAX 022-717-7924  
E-mail: naoko.igarashi@med.tohoku.ac.jp

遺族調査(Views of Informal Cares-Evaluation of Services: VOICES)を実施している<sup>9,10)</sup>。

わが国における遺族調査の取り組みとしては、1999 年全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会により、ホスピス・緩和ケアを受けた遺族の満足度を評価するはじめての試みが行われた<sup>11)</sup>。2002 年には厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合事業「緩和医療提供体制の拡充に関する研究班」により、ホスピス・緩和ケア病棟を利用した遺族に対する調査が実施された<sup>12~14)</sup>。これらの動きを受けてホスピス・緩和ケア病棟を対象とした多施設の遺族調査に基づくホスピス緩和ケアの質の評価に関する研究である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(J-HOPE 研究)」が 2007 年から実施され、2014 年までに 4 年ごとに 3 回実施された<sup>15,16)</sup>。J-HOPE 研究は、ホスピス・緩和ケア病棟で提供されているケアの質の保証と向上を目的とし、各研究参加施設に自施設のケアの質の評価結果を全国平均と比較し、改善すべき点や優れている点などを明らかにした内容をフィードバックしてきた。J-HOPE 研究の特徴の 1 つ目は、個人が特定できないように匿名化した自由記載の回答を調査結果とともに各施設にフィードバックする旨は遺族に伝えていることがあげられる。

つまり、遺族は直接施設に自由記載の回答が送られることはなく、匿名化されるため、回答バイアスが少ない回答が得ることで、遺族の生の声を施設へ届けることができる。特徴の2つ目は、各施設に調査結果のフィードバックすることができるようがあげられる。海外の遺族調査では死亡小票や国のデータベースといった個人単位でデータを収集しているため、施設へフィードバックすることが難しい。英国の遺族調査であるVOICESでは、web上に調査結果を載せてフィードバックを行っているが、各施設単位でのフィードバックは行っていない<sup>10)</sup>。一方、J-HOPE研究は施設単位でデータを収集しているため、各施設にフィードバックすることが容易である。また、J-HOPE3研究では初めての試みとして、多くの施設でフィードバックを活用してもらうために、結果のフィードバック資料だけでなくフィードバック活用の手引きを同封した。これは、フィードバックの結果をどのように活用して自施設のケアの改善や情報共有していくか具体例や案を提示したものである。

緩和ケアの質の保証と向上のために、計画を立て(Plan)、計画を実行し(Do)、評価を行い(Check)、計画を見直す(Action)というPDCAサイクルを有効に機能させることが必要となる。わが国のホスピス・緩和ケアにおいて、J-HOPE研究はPDCAサイクルでの評価(Check)に該当する。しかし、評価(Check)を受けた後、どのように計画の見直しているのか(Action)はこれまで明らかになっていない。本研究の目的はフィードバックされた遺族調査の結果をどのように研究参加施設が活用しているのか、を明らかにして、J-HOPE3研究におけるフィードバックの各研究参加施設の活用状況の実態を明らかにすることである。

## 方 法

J-HOPE3研究は、わが国のホスピス・緩和ケアの質の評価を目的に2014年に日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業として実施された。自記式質問紙による郵送調査である。研究参加施設は日本ホスピス緩和ケア協会に加盟する一般病院20施設、ホスピス・緩和ケア病棟133施設、在宅ケア施設22施設の計175施設を対象とした。

### 1. 調査手順

2015年7月にJ-HOPE3研究に参加した施設に対し、J-HOPE3研究の調査結果と自由記載の回答をフィードバックした。その際にフィードバック活用の手引きを

同封した。その後、11月に各研究参加施設に対し、「フィードバックの活用に関する質問紙」をJ-HOPE3研究担当者宛に送付した。なお、研究担当者はJ-HOPE3研究実施時に自施設で選任しており、職種は限定していない。

2016年1月に返送がない施設に対し再度質問紙を送付した。

フィードバック資料には、以下の5つ項目の全体の平均・区分(一般病棟/緩和ケア病棟/在宅ケア施設)ごとの平均・各研究参加施設の結果の値を示した表とグラフ、各研究参加施設の自由回答を記載した。

#### (1)終末期のケアの構造・プロセスの評価

ケアに対する評価尺度(Care Evaluation Scale ver.2: CES2)の短縮版を用いて測定した<sup>12)</sup>。

#### (2)ケアに対する全般的満足度

全般的に受けた医療について「非常に不満足～非常に満足」の6段階で評価した。

#### (3)望ましい死の達成度の評価

Good Death Inventory(GDI)短縮版を用いて測定した<sup>17,18)</sup>。

#### (4)悲嘆の評価

悲嘆の評価にはBrief Grief Questionnaire(BGQ)を用いた<sup>19)</sup>。

#### (5)抑うつの評価

抑うつの評価にはPatient Health Questionnaire 9(PHQ-9)を用いた<sup>20)</sup>。

調査結果の活用の手引きは、10ページで構成されており、内容は調査結果をスタッフへの閲覧や調査結果をもとにカンファレンスの実施の呼びかけ、活用にあたっての注意点(評価が低い時や否定的な意見があった時の注意点など)等を記載した(付録図1)。

## 2. 対象

J-HOPE3研究の参加に同意した施設で日本ホスピス緩和ケア協会に加盟する一般病院20施設、ホスピス・緩和ケア病棟133施設、在宅ケア施設22施設の計175施設を対象とした。

## 3. 調査項目

### (1)スタッフのフィードバック資料の閲覧について

スタッフにフィードバック資料を閲覧できるようにしたかどうかを調査した。閲覧できるようにしていた場合、どのような閲覧方法(資料を閲覧できるところに置いていた、コピーして配布した等)と閲覧した職種を尋ねた。

なお、閲覧したスタッフや職種ごとの閲覧人数については、調査票では問わなかった。

### (2)カンファレンスについて

フィードバック資料をもとにしたカンファレンスの実施の有無を調査した。実施していた場合、カンファレ

ンスの設定(定期的なカンファレンスかカンファレンスを新たに設定した)や所要時間(15分未満～1時間以上で4件法)やテーマ(自施設の強み・弱み、今後のケアの改善について等の4項目)、参加した職種を尋ねた。

#### (3)ケアの改善について

フィードバックを受けてケアについて見直し、改善を行ったかどうかを尋ねた。

医師・看護師が身体症状の改善に努めること、患者・家族への説明を丁寧に行うこと、家族への配慮等の10項目を尋ねた。

#### (4)病院全体へのフィードバックの報告について

病院全体にフィードバックの報告の有無を尋ねた。実施していた場合、報告方法(運営会議、委員会、病院長、ホームページ等5項目)を尋ねた。

#### (5)フィードバックを受けた感想

フィードバックを受けた感想について「自施設の強みを理解できてよかったです」、「自由回答で遺族の感謝の言葉が聞けて励みになった」、「改善が必要な点が明らかになり、改善するきっかけになった」など12項目で「全くそう思わない～非常にそう思う」の4件法で評価した。

### 4. 調査期間

2015年7月～2016年1月

### 5. 解析

それぞれの調査項目の分布を算出し、施設区分(一般病棟／緩和ケア病棟／在宅ケア施設)で Fisher の直接確率検定を行った。フィードバックを受けた感想を「全くそう思わない=1点」～「非常にそう思う=4点」に得点換算して、(5)フィードバックを受けた感想とフィードバック資料の閲覧状況、カンファレンスの実施状況、病院全体への報告状況の関連を Wilcoxon の順位和検定で検討した。(3)ケアの改善とフィードバック資料の閲覧状況、カンファレンスの実施状況、病院全体への報告状況の関連をカイ二乗検定で検討した。統計パッケージ JMP Pro11 を用いて検定は全て両側検定で行い、有意水準は  $p<0.05$  とした。

### 6. 倫理的配慮

本研究は、東北大学大学院医学系研究科の倫理委員会の承認のもと実施した。また、質問紙の返送をもって調査への参加の同意とみなした。

## 結果

有効回答数は129施設(有効回答率74%)であった。このうち、一般病院15施設(12%)、ホスピス・緩和ケア病棟(以下、PCU)97施設(75%)、在宅ケア施設16施設(12%)、不明1施設(1%)であった。

回答者内訳は、医師63人(49%)、看護師54人(42%)、MSW3人(2%)、事務職4人(3%)、不明5人(4%)で

あった。

各調査項目の結果を表1に示す。スタッフにフィードバック資料が閲覧できるようにしていた施設は116施設(90%)であった。一般病棟よりもPCU、在宅ケア施設が有意に閲覧できるようにしていた施設が多かった。ナースステーションなどに資料を置いていた施設が79施設(68%)で最も実施されていた閲覧方法であった。

フィードバック資料をもとにカンファレンスを実施した施設は69施設(53%)であった。カンファレンスにて話し合ったテーマとしては「今後のケアの改善について」が59施設(86%)、「自由回答について」が62施設(90%)であった。また、在宅ケア施設がほかの施設よりも有意にカンファレンス時間が長かった。

全体の62施設(48%)が少なくとも1つのケアの改善に取り組んでいた。また、改善に取り組んだことで最も多かったのは「家族への配慮をより行うこと」が46施設(36%)であり、次いで「医療者の連携を良くすること」が42施設(33%)と2～3割程度の施設が実際にフィードバックを受けてケアの改善に取り組んでいた。また、一般病棟よりもPCU、在宅ケア施設でよりケアの改善に取り組んでいる割合が高かった。

病院全体にフィードバック資料について報告した施設は84施設(65%)であった。看護部長に報告した施設は57施設(68%)で最も実施された報告方法であった。

フィードバックを受けた感想は、「自施設の弱みを理解できてよかったです」と回答した施設が116施設(90%)、「自由回答で遺族の感謝の言葉が聞けて励みになった」と回答した施設が112施設(87%)など7つの項目で8割の施設が「非常にそう思う～そう思う」と回答した。「自施設の強みを理解できてよかったです」、「病棟の運営について話し合うきっかけになった」、「認証制度のための資料として役立った」の3つの項目では一般病棟よりPCU、在宅ケア施設の方が有意に高かった。

フィードバック資料をスタッフが閲覧できるようにしていたかどうか、カンファレンス実施の有無、病院全体に報告の有無とフィードバックを受けた感想との関係を調べるために Wilcoxon の順位和検定を行った結果を表2に示す。閲覧できるようにしていた施設のほうが「自由回答で遺族に感謝の言葉が聞けて励みになった」( $p=0.02$ )、「自由回答で否定的な意見を聞けたのが良かった」( $p=0.05$ )と回答する割合が有意に高かった。病院全体に報告をしていた施設のほうが「自施設の強みを理解できてよかったです」( $p=0.04$ )、「良い結果だったので励みになった」( $p=0.004$ )、「病院全体に緩和ケアを理解してもらうきっかけとなった」( $p=0.02$ )、「自由回答で遺族の感謝の言葉が聞けて励みになった」( $p=0.004$ )、「自由回答で否定的な意見を聞けたのが良かった」( $p=0.01$ )、「認証制度のため資料として役立った」( $p=0.008$ )と回答

表1 各項目の分布

	全体 (n=129) n (%)	一般病棟 (n=15) n (%)	緩和ケア 病棟(n=97) n (%)	在宅ケア 施設(n=16) n (%)	p 値
スタッフのフィードバック資料の閲覧について					
フィードバック資料を閲覧できるようにした	116 (90)	9 (60)	93 (96)	14 (88)	0.001
閲覧方法(閲覧した施設のみ)					
ナースステーションなどに資料を置いていた	79 (68)	2 (22)	68 (73)	9 (64)	0.003
スタッフ全員にコピーして配布した	40 (34)	2 (22)	33 (35)	5 (36)	0.86
資料を閲覧した人をチェックできるようにした	38 (33)	3 (33)	30 (32)	5 (36)	0.92
閲覧した職種					
看護師(スタッフ)	111 (96)	8 (89)	89 (96)	14 (100)	0.17
医師	110 (95)	8 (89)	90 (97)	12 (86)	0.17
看護師(師長)	108 (93)	5 (56)	93 (100)	10 (71)	<.0001
MSW	58 (50)	5 (56)	50 (54)	3 (21)	0.53
薬剤師	46 (40)	7 (78)	38 (41)	1 (7)	0.05
理学療法士	28 (24)	4 (44)	23 (25)	1 (7)	0.50
臨床心理士	26 (22)	2 (22)	24 (26)	0 (0)	0.24
介護士	25 (22)	0 (0)	22 (24)	3 (21)	0.07
精神科医	19 (16)	4 (44)	14 (15)	1 (7)	0.31
ボランティア	10 (9)	(0)	10 (11)	(0)	0.55
ケアマネージャー	6 (5)	0 (0)	5 (5)	1 (7)	0.58
カンファレンスについて					
フィードバックをもとにカンファレンスを実施した	69 (53)	5 (33)	57 (59)	6 (38)	0.17
カンファレンスの機会(カンファレンスを実施した施設のみ)					
定期的なカンファレンスの時に行なった	38 (55)	2 (40)	31 (54)	5 (83)	0.09
新たにカンファレンスを設定した	24 (35)	1 (20)	20 (35)	2 (33)	0.69
カンファレンスのテーマについて					
自由回答について	62 (90)	3 (60)	52 (91)	6 (100)	0.14
今後のケアの改善について	59 (86)	5 (100)	47 (82)	6 (100)	0.46
自施設の弱みについて	57 (83)	4 (80)	47 (82)	5 (83)	1.00
自施設の強みについて	56 (81)	3 (60)	47 (82)	5 (83)	0.62
カンファレンスの時間					
15分未満	9 (13)	2 (40)	7 (12)	0 (0)	0.02
15分以上30分未満	27 (39)	0 (0)	24 (42)	0 (0)	
30分以上1時間未満	26 (38)	2 (40)	21 (37)	5 (83)	
1時間以上	7 (10)	1 (20)	5 (9)	1 (17)	
カンファレンスに参加した職種					
看護師(師長)	65 (94)	2 (40)	57 (100)	6 (100)	0.01
看護師(スタッフ)	65 (94)	5 (100)	53 (93)	1 (17)	1.00
医師	57 (83)	5 (100)	45 (79)	6 (100)	0.50
薬剤師	27 (39)	4 (80)	22 (39)	2 (33)	0.23
MSW	24 (35)	2 (40)	20 (35)	3 (50)	1.00
理学療法士	15 (22)	2 (40)	13 (23)	0 (0)	0.55
介護士	11 (16)	0 (0)	8 (14)	1 (17)	0.03
臨床心理士	11 (16)	1 (20)	10 (18)	0 (0)	1.00
精神科医	10 (14)	3 (60)	7 (12)	5 (83)	0.06
ボランティア	8 (12)	0 (0)	8 (14)	0 (0)	0.75
ケアマネージャー	5 (7)	0 (0)	4 (7)	0 (0)	0.44

p&lt;0.05

施設区分ごとの分布には不明 1 施設は含めていない。

表1 (つづき)

	全体 (n=129) n (%)	一般病棟 (n=15) n (%)	緩和ケア 病棟(n=97) n (%)	在宅ケア 施設(n=16) n (%)	p 値
ケアを改善するために何らかの改善の取り組んだこと					
家族への配慮をより行うこと	46 (36)	0 (0)	39 (40)	6 (38)	0.01
医師や看護師など医療者どうしの連携を良くすること	42 (33)	1 (7)	33 (34)	7 (44)	0.05
医師から家族への説明が丁寧に行うこと	36 (28)	0 (0)	30 (31)	5 (31)	0.03
医師から患者への説明が丁寧に行うこと	35 (27)	1 (7)	28 (29)	5 (31)	0.18
患者の希望に沿った環境づくりをすること	35 (27)	0 (0)	31 (32)	3 (19)	0.02
できるだけ入院をスムーズにできるようにすること	34 (26)	0 (0)	32 (33)	2 (13)	0.01
患者への精神的苦痛により配慮すること	32 (25)	0 (0)	27 (28)	4 (25)	0.06
医師が患者の身体症状の改善に努めること	31 (24)	1 (7)	23 (24)	6 (38)	0.12
看護師が患者の身体症状の改善に努めること	31 (24)	0 (0)	25 (26)	5 (31)	0.04
ソーシャルサポートなどでより経済的支援を行うこと	20 (16)	0 (0)	19 (20)	1 (6)	0.09
病院全体へのフィードバックの報告について					
病院全体にフィードバックを報告した	84 (65)	9 (60)	66 (68)	9 (56)	0.76
病院全体の報告方法(報告した施設のみ)					
病院長に調査結果を報告した	62 (74)	6 (8)	50 (76)	6 (67)	0.39
看護部長に調査結果を報告した	57 (68)	6 (8)	48 (73)	3 (33)	0.35
緩和ケア病棟の運営に関わる委員会報告した	45 (54)	3 (6)	41 (62)	1 (11)	0.03
病院全体の運営会議に調査結果を報告した	21 (25)	2 (3)	15 (23)	4 (44)	0.76
病院の広報誌やホームページなどに記載した	4 (5)	0 (1)	4 (6)	0 (0)	1.00
フィードバックを受けた感想					
自施設の弱みを理解できてよかったです	116 (90)	13 (87)	87 (90)	15 (94)	0.80
自施設の強みを理解できてよかったです	112 (87)	10 (67)	88 (91)	13 (81)	0.048
自由回答で遺族の感謝の言葉が聞けて励みになった	112 (87)	11 (73)	85 (88)	15 (94)	0.29
改善が必要な点が明らかになり、改善するきっかけになった	109 (84)	12 (80)	82 (85)	14 (88)	1.00
自由回答で否定的な意見を聞けたのが良かった	108 (84)	11 (73)	82 (85)	15 (94)	0.35
全体や区分ごとの施設と比較して良かったので励みになった	92 (71)	7 (47)	72 (74)	12 (75)	0.19
緩和ケア研究に貢献できた	94 (73)	12 (80)	69 (71)	13 (81)	0.35
認証制度のための資料として役立った	85 (66)	5 (33)	68 (70)	11 (69)	0.04
病院の運営について話し合うきっかけになった	67 (52)	4 (27)	50 (52)	13 (81)	0.002
病院全体に緩和ケアを理解してもらうきっかけになった	54 (42)	6 (40)	38 (39)	10 (63)	0.12
全体や区分ごとの施設と比較して悪かったので落ち込んだ	31 (24)	5 (33)	22 (23)	4 (25)	0.45
調査が大変だったので次の J-HOPE 研究には参加したくない	9 (7)	1 (7)	4 (4)	3 (19)	0.05

p&lt;0.05

する割合が有意に高かった。

フィードバック資料をスタッフが閲覧できるようにしていたかどうか、カンファレンス実施の有無、病院全体に報告の有無とケアの改善の取り組みの関係を調べるためにカイ二乗検定を行った結果を表2に示す。統計的に有意な結果はすべての項目でカンファレンスを実施した施設が有意にケアの改善に取り組んでいた。

## 考 察

本研究はわが国の遺族調査における各研究参加施設のフィードバックの活用状況の実態を調査した最初の研究である。また、J-HOPE 研究は各研究参加施設へフィードバックができるという点で国内外でも稀にみる調査であるため、本研究は国際的にも意義のある研

究である。本研究の主たる知見は1) フィードバック資料をスタッフが閲覧できるようにしていた施設は90%であり、カンファレンスの実施をしていた施設は54%だった、2) フィードバックの評価では80%以上の施設が「自施設の強みや弱みを理解できてよかったです」、「遺族の感謝の言葉が励みになった」と回答した、3) ケアの改善の取り組みにつながった36%であり、カンファレンスを実施している施設が有意にケアの改善に取り組んでいたことである。

90%の施設はスタッフにフィードバック資料を閲覧できるようにしており、その中でも34%の施設がフィードバック資料を個々に印刷してスタッフに配布していた。多くの施設が何らかの方法で閲覧できるようしている結果であったが、フィードバックをより活用するためにはカンファレンスの実施が必要である。

表2 フィードバック資料の活用状況とフィードバックを受けた感想・ケアの改善への取り組みとの関連

	スタッフが閲覧したかどうか？		カンファレンスをしたか？		病院全体に報告したか？				
	閲覧した (n=116)	閲覧してい ない(n=10)	実施した (n=69)	実施してい ない(n=56)	報告した (n=84)	報告してい ない(n=42)			
フィードバックを受けた感想*	平均±SD	平均±SD	p 値*	平均±SD	平均±SD	p 値*	平均±SD	平均±SD	p 値*
自施設の強みを理解できてよ かった	3.24±0.59	2.89±0.78	0.20	3.24±0.58	3.21±0.66	0.90	3.30±0.60	3.05±0.60	0.04
自施設の弱みを理解できてよ かった	3.36±0.57	2.89±0.78	0.06	3.36±0.60	3.28±0.60	0.47	3.39±0.58	3.18±0.60	0.07
良い結果だったので励みにな った	2.96±0.74	2.56±0.88	0.15	3.02±0.73	2.85±0.79	0.22	3.09±0.69	2.64±0.81	0.004
悪い結果だったので落ち込ん だ	2.14±0.64	2.11±0.78	0.97	2.18±0.68	2.08±0.62	0.46	2.17±0.64	2.08±0.66	0.39
ケアを改善するきっかけに なった	3.1±0.59	3.00±0.87	0.97	3.14±0.55	3.06±0.66	0.66	3.15±0.61	3.00±0.61	0.22
病院の運営について話し合う きっかけになった	2.54±0.71	2.56±0.88	0.94	2.62±0.72	2.46±0.73	0.25	2.61±0.68	2.39±0.79	0.15
病院全体に緩和ケアを理解し てもらうきっかけになった	2.38±0.71	2.22±0.83	0.64	2.42±0.68	2.31±0.76	0.51	2.48±0.65	2.14±0.79	0.02
自由回答で遺族の感謝の言葉 が聞けて励みになった	3.30±0.61	2.67±0.87	0.02	3.35±0.59	3.15±0.72	0.16	3.38±0.60	3.00±0.69	0.004
自由回答で否定的な意見を聞 けたのが良かった	3.20±0.58	2.67±0.87	0.05	3.21±0.60	3.09±0.66	0.37	3.26±0.60	2.95±0.60	0.01
緩和ケア研究に貢献できた	2.92±0.67	2.78±0.83	0.72	2.95±0.69	2.85±0.64	0.32	2.98±0.67	2.74±0.68	0.08
調査が大変だったので次の J-HOPE 研究には参加したく ない	1.60±0.67	1.67±0.71	0.74	1.57±0.66	1.65±0.71	0.54	1.62±0.68	1.58±0.64	0.83
認証制度のための資料として 役立った	2.83±0.73	2.44±0.73	0.15	2.94±0.68	2.69±0.76	0.06	2.93±0.70	2.54±0.73	0.008
ケアの改善に取り組んだこと**	%	%	p 値**	%	%	p 値**	%	%	p 値**
医師が患者の身体症状の改善 に努めること(n=31)	24	10	0.45	35	11	0.003	25	21	1.00
看護師が患者の身体症状の改 善に努めること(n=31)	25	0	0.11	36	11	0.003	25	21	1.00
患者への精神的苦痛により配 慮すること(n=32)	26	0	0.11	39	9	0.0001	26	21	0.66
医師から患者への説明が丁寧 に行うこと(n=35)	28	10	0.44	39	13	0.001	30	21	0.39
医師から家族への説明が丁寧 に行うこと(n=36)	28	10	0.28	41	14	0.002	30	24	0.52
患者の希望に沿った環境づく りをすること(n=35)	29	0	0.06	42	11	<.0001	31	19	0.20
家族への配慮をより行うこと (n=46)	37	10	0.15	49	21	0.004	38	31	0.69
ソーシャルサポートなどでよ り経済的支援を行うこと (n=20)	17	0	0.36	25	5	0.005	18	12	0.60
できるだけ入院をスムーズに できるよう にすること (n=34)	29	0	0.06	38	14	0.007	31	19	0.28
医師や看護師など医療者どう しの連携を良くすること (n=42)	33	20	0.72	45	20	0.006	36	26	0.41

\* Wilcoxon の順位和検定、「1. 全くそう思わない～4. 非常にそう思う」の平均±SD を示した。

\*\* カイ二乗検定

カンファレンスを実施した施設は半数程度であったため、カンファレンスの実施を促すように活用の手引きでカンファレンスのテーマで具体例をあげるなどの働きかけが重要である。また、フィードバック資料の閲覧、カンファレンスを行った職種では、医師・看護師は9割が閲覧の実施やカンファレンスに参加していた。一方、薬剤師やMSWはそれぞれ40～50%の施設しか閲覧しておらず、カンファレンスにも35～39%の施設しか参加していない。ケアの向上において多職種で行うチーム医療は重要な点である<sup>21)</sup>。医師・看護師だけでなく緩和ケアに関わる職種全体にフィードバックできるように手引きを改正する必要がある。

各研究参加施設のフィードバックの評価で80%以上の施設が肯定的な評価であった理由としては、J-HOPE研究は独立した研究事務局が実施しており、匿名でバイアスの少ない意見を各研究参加施設に届けることができるため、遺族の生の声を聞く機会が少ない施設のスタッフにとっては貴重な結果になったと考えられる。Shimoinabaらは看護師の悲嘆への対応の一つとしてチーム内や看護師同士での経験の共有をあげている<sup>22)</sup>。フィードバックは経験の共有のきっかけになり、看護師の悲嘆へのよい影響を与え、看護師のバーンアウトを防止する可能性がある。Whitebirdらは緩和ケア病棟の看護師は現在の仕事に満足しているため、バーンアウトの有病率は低いことを明らかにしている<sup>23)</sup>。フィードバックは仕事への満足感を提供するため、ケアの改善だけでなく看護師や医療者にとっても意味があるといえる。また、スタッフがフィードバック資料を閲覧していた施設や病院全体に報告していた施設の方が有意にフィードバックを肯定的に捉えた結果であった。以上の結果より、フィードバック資料の閲覧や病院全体への報告などで活用することによってフィードバック資料の内容の吟味ができ、自施設での緩和ケアの現状の理解や日々のケアの励みにつながったと考えられる。

何らかのケアの改善を取り組んだ施設は、48%であった。約半数の施設がケアの改善を取り組んでいるが、より多くの施設がケアの改善に取り組むことが望ましい。ケアの改善への取り組みはカンファレンスの実施と関連していると考えられる。カンファレンスを促すために手引きでカンファレンスの重要性を各研究参加施設へ伝えることが必要である。フィードバックによって症状緩和や意思決定支援などのケアが改善することを考慮すると、施設フィードバックが緩和ケアの向上につながることが期待できる。フィードバックとケアの改善については縦断的研究などでさらなる研究が必要である。

本研究の限界として次の3点をあげる。1つ目は、本

調査を行ったために本来はフィードバックを活用しなかった施設も今回フィードバックの活用を行った可能性があるため、「活用した」と回答した施設が実際よりも多く見積もっている可能性がある。2つ目は、回答率が74%であり、比較的フィードバック資料を活用している施設が回答していた可能性がある。3つ目は、横断研究のため因果関係の検討はできないことである。

## 結論

本研究では、多施設遺族調査であるJ-HOPE3研究の各研究参加施設のフィードバック資料の活用状況の実態が明らかになった。本研究で明らかになったことは、1) フィードバック資料をスタッフが閲覧できるようにしていた施設は90%、カンファレンスの実施は54%、病院全体への報告は65%であった、2) フィードバックの評価は自施設の強みや弱みを理解できてよかった、遺族の感謝の言葉が励みになったとほとんどの施設が回答した、3) ケアの改善の取り組みを行った施設は48%であり、カンファレンスを実施している施設が有意にケアの改善に取り組んでいたことである。緩和ケアの質の向上において今後のJ-HOPE研究といった遺族調査で各研究参加施設へのフィードバックを継続や良いフィードバック方法や活用方法の検討をしていく必要がある。

森田達也：講演料(塩野義製薬株式会社)

その他：該当なし

## 文献

- 1) Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, et al. A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 17-31.
- 2) Hickman SE, Tilden VP, Tolle SW. Family reports of dying patients' distress: the adaptation of a research tool to assess global symptom distress in the last week of life. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22: 565-74.
- 3) Kristjanson LJ. Validity and reliability testing of the FAM-CARE Scale: measuring family satisfaction with advanced cancer care. *Soc Sci Med* 1993; 36: 693-701.
- 4) McCusker J. Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Med Care* 1984; 22: 476-93.
- 5) Ringdal GI, Jordhøy MS, Kaasa S. Measuring quality of palliative care: psychometric properties of the FAMCARE Scale. *Qual Life Res* 2003; 12: 167-76.
- 6) Teno JM, Casey VA, Welch LC, et al. Patient-focused, family-centered end-of-life medical care: views of the guidelines and bereaved family members. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22: 738-51.

- 7) Teno JM, Weitzen S, Fennell ML, et al. Dying trajectory in the last year of life: does cancer trajectory fit other diseases? *J Palliat Med* 2001; 4: 457–64.
- 8) Calanzani N, Higginson IJ, Koffman J, et al. Factors associated with participation, active refusals and reasons for not taking part in a mortality followback survey evaluating end-of-life care. *PLoS ONE* 2016; 11: e0146134.
- 9) Hunt KJ, Shlomo N, Addington-Hall J. End-of-life care and achieving preferences for place of death in England: results of a population-based survey using the VOICES-SF questionnaire. *Palliat med* 2014; 28: 412–21.
- 10) Office for National Statistics. “Quality and Methodology Information (QMI): National Bereavement Survey (VOICES) QMI”. Office for National Statistics. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/qmis/nationalbereavementsurveyvoicesqmi> (accessed 6/12/2016)
- 11) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med* 2002; 16: 185–93.
- 12) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 492–501.
- 13) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 2004; 45: 107–13.
- 14) Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, et al. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 44–52.
- 15) Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, et al. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2009; 37: 1019–26.
- 16) Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, et al. The Japan hospice and palliative care evaluation study 3: study design, characteristics of participants and participating institutions, and response rates. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016. pii: 1049909116646336.
- 17) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psycho-oncology* 2008; 17: 612–20.
- 18) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 486–98.
- 19) Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS ONE* 2012; 7: e31209.
- 20) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606–13.
- 21) Crawford GB, Price SD. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. *Med J Aust* 2003; 179(6 Suppl): S32–4.
- 22) Shimoinaba K, O'Connor M, Lee S, et al. Staff grief and support systems for Japanese health care professionals working in palliative care. *Palliat Support Care* 2009; 7: 245–52.
- 23) Whitebird RR, Asche SE, Thompson GL, et al. Stress, burnout, compassion fatigue, and mental health in hospice workers in Minnesota. *J Palliat Med* 2013; 16: 1534–9.

Original Research

---

## Practical Use of Feedback Report of Nationwide Bereavement Survey in Participated Institutions

Naoko Igarashi,<sup>1)</sup> Maho Aoyama,<sup>1)</sup> Kazuki Sato,<sup>1,2)</sup> Tatsuya Morita,<sup>3)</sup>  
Yoshiyuki Kizawa,<sup>4)</sup> Satoru Tsuneto,<sup>5)</sup> Yasuo Shima,<sup>6)</sup> and Mitsunori Miyashita<sup>1)</sup>

1) Department of Palliative Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine,

2) Department of Nursing, School of Health Sciences, Nagoya University Graduate School of Medicine,

3) Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team, Seirei Mikatahara General Hospital,

4) Department of Palliative Medicine, Kobe University Graduate School of Medicine,

5) Palliative Care Center, Department of Palliative Medicine, Kyoto University Hospital,

6) Tsukuba Medical Center Hospital

**Aims:** The aim of this study was to clarify practical use of feedback report in each institution participated the nationwide bereavement survey (J-HOPE3). **Methods:** After a nationwide bereavement survey (J-HOPE3) conducted in 2014, we sent a feedback report to each participated institution (20 general wards, 133 inpatient palliative care units, and 22 home hospice services). The feedback report included the results from quality of care, bereaved family's mental status, and free comments from the participant of their own institution. We sent a questionnaire 4 month following to the feedback report for all institutions regarding the practical use of results from the feedback report. **Results:** The analysis included 129 (response rate 74%) returned questionnaires. The institutions that they passed around the report was 90%, discussed about their results at a staff meeting was 54%, and reported the results to manager/chief of the institution was 65%. Around 80% of the institutions responded positively to receive the feedback report of their own institution such as "It was good that they could understand the strengths and weakness of their own institutions" which reported that they worked on to improve care were 48%. **Conclusions:** Current study had shown data about practical use of the feedback report of bereavement study. It is important to feedback the results and encourage the institution to make use of the results in their daily practice, especially to discuss the results in staff meetings.

Palliat Care Res 2017; 12(1): 131-39

Key words: bereavement survey, palliative care, evaluation, PDCA

---