

在宅医療助成 勇見記念財団
2003年度（平成15年度）助成研究
在宅療養患者における苦痛をともなう自覚症状の程度と
医療者の認識に関する研究

完了報告書

主研究者・申請者 松村真司

松村医院院長・東京大学医学教育国際協力研究センター客員研究員

研究協力者 大野每子

北部東京家庭医療学センター臨床疫学部長

研究協力者 松下明

奈義ファミリー・クリニック所長

申請者名・連絡先

松村真司

松村医院 院長

〒158-0093 東京都世田谷区上野毛3-4-16

提出年月日 平成17年3月31日

緒言

21世紀に入り、わが国の高齢化はさらに加速度を増して進行している。2004年には、65歳以上の高齢者は約2500万人に近づいたが、これは総人口の19.2%を占め(1)、国立社会保障・人口問題研究所による我が国の人口の将来推計によると、2015年には、65歳以上の高齢者の割合が全人口の26%に達する未曾有の高齢化社会が到来することが予測されている(2)。

高齢者人口の増加と平行して2000年にわが国に導入された介護保険制度により、高齢者が受ける在宅医療サービスは急速に拡大してきた。2004年現在約383万人が介護保険によるなんらかの要介護認定を受けており、これは全高齢者のおよそ15%に相当する(3)。また2002年(平成14年)度には5兆1,929億円が介護保険に使用され、そのうちの4兆6,261億円が保険給付されている。介護保険認定を受けている383万人のうち、そのうちの半数の222万人が居宅支援サービスを受け、居宅支援サービスには約2兆円の費用が費やされている(3,4)。また、従来ならば長期入院をしていた、いわゆる社会的入院が減少し、その一方、在宅で医療サービスを受ける患者も増えてきている。平成11年度の調査では全診療所のうち、42.3%が往診・訪問診療などの在宅医療サービスを提供していることが明らかにされていたが、これは平成14年には48.6%に増加し、介護保険の導入をはさみ、わずか3年で6%も増加したことが明らかになっている。この傾向は現在も続いており、在宅医療サービスは急速に増加していると思われる。そして、今後在宅医療サービスの量的充足がなされれば、今後はその質が問われてくることは明らかである(5)。

在宅医療の成果には、多職種で構成されたケア・チームによって医療・介護サービスを有効に提供することによる健康状態の改善、在宅療養中の疾病の早期発見・予防介入、適切なタイミングによる入院・施設入所などの高コストである医療資源の消費削減、そして提供される医療内容によって患者の健康状態が改善されることを通じて、患者および患者を支える家族のQuality of lifeの向上、などがあげられる(6)。

これまで内外のさまざまな先行研究では、訪問による医療チームの介入による患者の健康状況、医療資源使用度などに関するアウトカムが、良好であることが証明されている。Stuckらは1993年にメタ分析を用いた検討を行い、死亡率、病院入院率、再入院率、ナーシング・ホームへの入所率に対し、訪問医療サービスの有意な効果を明らかにした(6)。さらにElkenらが2001年に行った同様のメタ分析でも死亡率、長期ケア施設への入所に関して有意な効果が得られている(7)。

一方、在宅で提供される医療サービスに関しては、機能維持、ナーシング・ホーム入所率には効果がなかったとされる研究(8,9,10)などがあるものの、疾病あるいは症状の管理については、在宅の医療サービスの効果があるのかどうかについてはいまだ結論が得られてはいない(11)。特に高齢者における訪問診療では、疾病の治療を目的とするのではなく、包括的高齢者評価(Comprehensive Geriatric Assessment)を行い、機能維持、疾病の進展予防、および症状の緩和へ向けてより積極的に医療サービスの介入を行っていくことが必要とされている。

わが国においても在宅療養中の患者の治療では、これら諸外国で実施されている症状の評価と介入、ならびに症状の悪化の予防をあわせ行っていくことが重要であると考えられる。高齢患者、特に終末期に近い患者が訴える症状は多岐にわたるが、疼痛、呼吸苦、嘔気などはその中でも頻繁に見られる症状である(12)。これまで国外で行われた調査によると、施設入所者高齢者の71%から83%は慢性に持続する疼痛を訴えており、疼痛に苦

しむ高齢者が多いことが明らかになっている(13)。また、終末期においては、従来疼痛とは関連しないと考えられていた心不全、肝不全などの疾患でも50%から60%の患者が疼痛を訴え、およそ半数の患者が呼吸苦、嘔気など患者の症状を訴えていることも明らかになっている(14)。このようなことから終末期に近く、慢性疾患を抱え、継続的に在宅医療を受けている高齢者は、このような苦痛を伴う症状を訴える頻度はきわめて高いと予測される。しかしこれまで、一般住民(13, 15-18)、施設入所高齢者(19, 20)、緩和ケアを受けている担癌患者(14, 21)と比べ、在宅医療サービスを受けている高齢者の苦痛をともなう症状に関する調査は、国内外を問わず十分に行われてきているとは言いがたい。また、在宅患者の疼痛以外の症状についての調査はほとんど行われておらず、私たちが検索した限りでは、訪問介護サービスを受けている患者に関するカナダにおける報告が見られるのみである(22)。

医療者はしばしば疾病の診断や原因疾患の検索に追われるあまり、患者の訴える症状への対応が不十分になることが多いといわれている(14)。とくに在宅療養中の高齢者は意思疎通能力が低下しているものが多く、このような症状の報告が不十分となりがちであることが予測される。また症状を訴えることのできない高齢患者の症状は、家族や介護者による代理報告になっていることが多いことが予測され、担当医にはこのような情報が正確に伝わっていない可能性もある。米国の調査では、ナーシング・ホーム入居中の患者のうち66%が疼痛を訴えているにもかかわらず、主治医は34%しか疼痛を認識していなかったことが明らかになっており(15)、在宅においても同様の認識率である可能性が高いと推測される。また、このような患者が訴える症状の強さは、受けている在宅医療サービスの満足度と関連し、低い満足度を通じてコンプライアンス、入院・再入院率、死亡率などのアウトカムに影響を及ぼすことも考えられる。

そこで私たちは、現在在宅医療サービスを定期的を受けている高齢患者において、どのくらいの割合で患者が疼痛・呼吸苦・嘔気症状を生じており、そして在宅医療を提供している主治医が、どの程度それらの症状を適切に把握しているのか、また自覚症状の強さと現在提供を受けている医療サービスに関する満足度および医療資源の使用がどのように関連しているのかを明らかにすることを目的とした研究を行った。

研究方法

本研究は、質問票を用いた聞き取り法による横断調査によって、2004年8月—2005年2月まで行われた。都会型診療所として東京都内北部に位置する診療所と、地方型診療所として岡山県山間部に位置する診療所の2施設を調査対象とし、前述の期間内に定期的に訪問診療を受けている患者およびその介護者全員を対象とした。

今回の調査では、主治医が患者・主介護者ともに明らかに認知能力に欠ける、あるいは身体的に調査に耐えられない状況にあると判定された患者はあらかじめ対象から除外された。患者および介護者からインフォームド・コンセントを取得後、簡易痴呆スクリーニング尺度(MMSE)を行い、患者・主介護者の双方が22点以下の場合には調査対象から除外された。患者のみがMMSEで22点以下の場合には、主介護者の調査に対する調査のみが行われた。介護者が複数存在している場合には、主治医が最も介護時間が長いと判断した人を主介護者と判断して、対象とした。

質問票は、これまで妥当性・信頼性を確認された質問項目を中心に作成された。患者の自覚症状は、McCorkleの症状の苦痛尺度を用いた。この尺度はがん患者の症状の苦痛を測定するために開発された13項目の尺度で、

悪性腫瘍をはじめさまざまな疾患に使用されている簡便な症候の測定尺度である (23)。この尺度は大川らによって日本語版が作成され、その妥当性・信頼性が検証されている (24)。今回はこの尺度のうち、吐き気・痛み・呼吸苦の3因子5項目を使用した。吐き気と痛みは、その頻度と程度の2項目から成り立っている。患者調査票には、自覚症状のほか、患者の基本属性 (性・年齢・最終学歴、病名)、診断名、患者の医療・介護ニーズ (MDS-HC日本語版 2.0より、ADL、IADL、併存症) (25)、医療資源使用度 (訪問診療の頻度、予定外往診、救急受診、入院の有無)、鎮痛剤の使用、患者の健康度 (健康関連QOL:SF-36日本語版、全般的健康感尺度 (26)、GDS:高齢者抑うつ尺度)、医師への満足度、信頼、理解度が含まれている。

介護者調査票では、McCorkleの症状の苦痛尺度日本語版を改変して作成した尺度を用いて、介護者から見た患者の自覚症状の程度を測定した。また同時に介護者の基本属性 (性、年齢、続柄、最終学歴)、介護者の健康度 (GDS:高齢者抑うつ尺度、SF-36日本語版、General Health Perception尺度)、介護者自身の鎮痛剤の使用歴、Zaritの介護負担度尺度日本語版 (27)、医師への満足度、信頼、理解度が含まれた。

主治医調査票では、患者・介護者調査票と同様に、McCorkleの症状の苦痛尺度日本語版の言い回しを改変した尺度を用いて、医師から見た患者の自覚症状の程度を測定した。また、当該患者の診療年数、自覚症状の認知尺度、予後予測も同時に質問した。

これらの質問票は、開発段階で、予備パイロット調査を選考して若干名の患者・患者家族に実施し、表面的妥当性をあらかじめ検証した上で本研究が行われた。

事前に調査への参加協力が得られた患者および主介護者に対して、主治医である医師が、定期的な訪問診療時にあわせて症状の評価を調査票に記入した。その後、第三者である調査者によって、2週間以内に訪問による面接調査が行われた。この際、患者と介護者に前述の質問票を用いて聞き取り調査を行い、質問票の項目に基づいて症状の評価が行われた。患者・介護者に質問内容が伝わらないよう、調査は別々に行われた。インタビューの謝礼として患者・介護者それぞれに1000円の図書券が調査後に提供された。記入済みの調査票および調査データは調査員のみによって取り扱われ、主治医ならびに調査施設の関係者による閲覧はできないこととした。すべての研究計画は、事前に東京ほくと医療生協内に設置された研究倫理委員会に提出し、その承認を得た上で実施された。また、研究の対象となった患者および主介護者には事前に十分な説明を行い、書面で承諾書を得た上で行われた。

結果

研究期間中に、定期訪問診療を受けていた総患者数は、都会型診療所であるA診療所において54名、地方型診療所であるB診療所においては34名の計88名であった。そのうち、研究参加に関する同意が得られなかった、あるいは身体・精神状況から研究対象とならないと主治医が判断した者、および最終的に研究に参加できなかった者を除き、A診療所は44名 (回答率81.5%)、B診療所は18名 (回答率52.9%) からの合計56名 (回答率70.5%) から回答が得られた。A診療所での主治医は4名、B診療所の主治医は3名であった。

回答者（患者・介護者）の基本属性

回答者（患者）の属性を表1に、回答者（介護者）の属性を表2に示す。患者は平均年齢78.1歳、45.2%が男性で、独居の患者が計15名（24.2%）存在した。高血圧、脳血管障害、うっ血性心不全、Alzheimer以外の認知症が多く、がん患者は3名しかいなかった。ADL自立度は3.00で、また簡易版GDS（高齢者抑うつ尺度）上では平均6.38と、軽度の抑うつ傾向が認められた。在宅医療サービスを受け始めてからの月数の中央値は35.5ヶ月（3年弱）、主治医として担当している月数の中央値は16.5ヶ月であった。医師による予後予測では、1年以上と回答されたものが78%と大半を占めた。

介護者は平均年齢59.0歳、男性は6名（9.7%）のみで、ほとんどが女性であった。また続柄は配偶者が17名、こども（娘）が12名であったが、親族以外の介護者も20名（32.3%）含まれた。介護に関わる頻度はほぼ毎日が41名（66.1%）、介護に費やす時間は平日が平均9.89時間、休日が12.0時間であった。患者の介護期間月数の中央値は53ヶ月（およそ6年弱）、Zaritの介護負担尺度では0-32のスケール上（0＝介護負担なし）で6.35と比較的軽度で、GDS（高齢者抑うつ尺度）では2.96とうつ傾向は認めなかった。

症状の苦痛（患者からの報告）

認知スクリーニングを行い、MMSEで23点以上を示し、直接データ収集が可能であった患者は32名であった。この32名の患者による症状の苦痛の判定を表3に示す。

症状のうち、はきけが全くないと回答した患者は21名（67.7%）であり、9名（29%）は「ときどき」、1名（3.2%）は「頻回に」はきけがあると回答した。はきけの程度は「軽度」から「たいがいの場合非常に気分が悪い」までさまざまであった。しかし、「我慢ができないほど気分が悪い」と回答したものはいなかった。

また呼吸に関しては、「いつもふつうに呼吸している」と回答した患者は24名（77.4%）であり、23.6%の患者は何らかの呼吸苦を訴えていた。

痛みに関しては、「まったく痛みがない」と回答したものはわずか4名（12.9%）に過ぎず、87.1%の患者は何らかの疼痛を訴えていた。4名（12.9%）が「ときどき」、4名（12.9%）が「1週間に数回」、9名（29.0%）が「いつもある程度の」、10名（32.3%）は「ほとんど持続的に」痛みがあると訴えていた。痛みの程度は、「非常に軽度」と答えたものは1名（3.8%）、「軽度の苦痛」と答えたものが14名（53.8%）、「かなり激しい」と答えたものが11名（42.3%）であった。22名（91.7%）が痛みは複数箇所であると回答した。

症状の苦痛（介護者からの報告）

介護者は対象になった62名全員がMMSEにおいて23点以上を示し、直接データ収集が可能であった。この62名の介護者による症状の苦痛の報告を表4に示す。

症状のうち、はきけが全くないと回答した患者は56（90.3%）であり、5名（8.1%）は「ときどき」、1名（3.2%）は「かなり」はきけがあると回答した。はきけの程度は患者の報告と同様、「軽度」から「たいがいの場合非常に気分が悪い」までさまざまであったが、「我慢ができないほど気分が悪い」と回答したものはなかった。

呼吸に関しては、「いつもふつうに呼吸している」と回答した患者は51名（82.3%）であり、17.7%の介護者が、患者が何らかの呼吸苦を訴えていると報告した。

痛みに関しては、「まったく痛みがない」と回答したものは19名(30.6%)で、69.4%の介護者が、患者は何かの疼痛を持っていると判定した。16名(25.8%)が「ときどき」、6名(9.7%)が「1週間に数回」、17名(27.4%)が「いつもある程度の」、4名(6.5%)は「ほとんど持続的に痛みがある」と訴えていた。痛みの程度は、「非常に軽度」と答えたものは8名(18.6%)、「軽度の苦痛」と答えたものが23名(53.5%)、「かなり激しい」と答えたものが11名(25.6%)、1名(2.3%)が「非常に激しい」と認識していた。22名(62.9%)が痛みは複数箇所であると回答した。

医師の認識

はきけを訴えている患者8名に関しては4名、呼吸苦を訴える患者5名については1名、痛みを訴える患者16名中11名について、主治医の評価と患者の報告が一致した。患者の苦痛を過少評価していたものは、はきけは31名中3名、呼吸苦は31名中3名、痛みは31名中2名であった。(表5-表7)

介護者の報告を用いて同様の評価を行うと、はきけに関しては6名のうち3名、呼吸苦は10名中2名、痛みについては41名中15名が介護者と主治医の評価が一致していた。主治医が苦痛を過小評価していたものは、はきけが61名中3名、呼吸苦が60名中5名、痛みが60名中13名であった。(表8-表10)

痛みの程度の差は、患者-医師間では、患者の痛みの程度は 2.23 ± 0.83 であるのに対し、医師の判定は 2.47 ± 0.60 であった(1-5、5=たえられないほどの痛み)。平均の差の95%信頼区間は-0.167、0.642であった。介護者と医師間では、介護者の判定する痛みの程度は 2.22 ± 0.72 であるのに対して、医師の判定は 2.28 ± 0.61 であった。平均の差の95%信頼区間は-0.224、0.335であった。

鎮痛剤の使用

患者からの報告を用いた分析では、疼痛を訴えている患者24名中、17名(70.8%)は何の鎮痛剤も用いていなかった。また、介護者からの報告を用いても、疼痛があるとされている患者39名中、29名(74.4%)には鎮痛剤は使用されていなかった。今回の研究では、過去30日間に、アセトアミノフェン、NSAIDs、弱オピオイド、オピオイドの処方を受けていた患者はいなかった。また、使用した鎮痛剤も上記薬剤は含まれず、湿布などがすべてであった。鎮痛剤の使用と、患者年齢、患者のADL、GDSのスコアとの間には有意な関連は認められなかった。

疼痛の評価と医療資源使用、満足度との関連

疼痛に関して、介護者の症状の判定よりも医師が過少評価していたものは60名中13名存在した。過小評価していた群と、そうでない群との間では、患者の年齢、医療資源の使用、介護者の満足度(医師の診療内容・態度への満足度、医師の医学的な判断への信頼、医師の患者の体に関する心配事についての理解)とのすべての関連において、有意な差は認められなかった。

考察

今回の研究を通じて、わが国の都市部ならびに地方の2ヵ所の診療所において定期的な訪問診療を受けている高齢患者が、吐き気、呼吸苦、疼痛という代表的な症状をどの程度の頻度・重症度で持っているのかを検証し、そしてそれらをどの程度訪問診療を行っている主治医が把握しているかが明らかになり、このことからいくつかの重要な知見を得たと考える。

第一に、定期的な訪問診療を受けている在宅療養中の患者は、多くが脳血管障害やAlzheimer型以外の認知症、心不全などが占め、がんなどの疼痛をきたしやすい疾患は少ないにもかかわらず、患者本人の訴えでは87.1%が、介護者の訴えでは69.4%が、なんらかの痛みを生じていることが明らかになった。この痛みのうちの半数前後は「軽度」あるいは「非常に軽度」であり、耐えられないほどのものではないものの、「いつもある程度の」あるいは「ほとんど持続的に」痛みが続いており、また過半数の痛みは複数箇所から生じていた。これまで行われた疫学調査では、地域の高齢者では25%から40%において、なんらかの疼痛を生じていることが明らかになっている(28)。施設入所者においては、よりこの傾向が強まり、71-83%の高齢者が疼痛に関連する問題を持っていることも明らかになっている(19, 20)。Rossらによって行われた、在宅介護サービスを受けている地域の高齢者を対象にした研究では、75.7%の回答者が、過去2週間のうちに痛みが生じ、そのうち36%が2-3か所、14%が4か所以上の部位の疼痛であった(22)。LandiらのKrulwichらの行った認知機能の低下している患者における調査においても、87.5%はなんらかの疼痛を訴えることが明らかになっている(18)。このようなことから、在宅医療サービスを受けている高齢者、とくに認知機能障害をもつ在宅療養中の高齢患者の7-8割が疼痛に関する健康問題を持っていると思われるが、今回の私たちの研究結果でもほぼ同様の頻度であり、このことが実証されたと考える。

疼痛に比較すると、嘔気や呼吸苦などに関する疫学研究はこれまであまり数多くはなされていない。重症疾患によって入院した患者に関する研究では、23.6%の患者がなんらかの嘔気を訴え、49.2%の患者がなんらかの呼吸苦を持っていることが明らかになっている(29)。対象患者が異なるため単純な比較は難しいが、私たちの研究では、患者の直接調査では32.2%が、介護者の評価では9.7%の患者が嘔気を訴え、呼吸苦は患者からは22.6%、介護者の評価では19.3%の患者にあるという結果が得られている。嘔気に関しては比較的同じ程度の頻度の発生であると考えられるが、呼吸苦は入院患者よりも頻度が低い。これは呼吸苦がある場合には在宅療養の継続に関して支障を来し、入院適応になることが多いことが考えられる。今後の疫学研究の結果とあわせてさらなる検討が必要であると考ええる。

第二に、今回の研究で、訪問診療を行っている医師と、療養中の患者の症状の評価との一致度が明らかになった。吐き気や呼吸苦に関しては、対象患者が少ないこともあり最終的な検討は難しいものの、疼痛に関する評価は患者の訴えでは16名中11名、介護者の評価では41名中15名において疼痛の頻度について完全に一致していた。痛みの程度の差も、患者—医師、あるいは介護者の評価—医師の間では統計学的な有意差は認めなかった。このことから、訪問診療を行っている主治医は疼痛について、ある程度正確に把握していると考えられる。しかし、臨床的に問題となるのは症状の過小評価である。吐き気、呼吸苦に関してはこのような過小評価はほとんどみられなかったが、痛みについては60名中13名と、ほぼ4分の1の患者において過小評価されていた。このことは、疼痛の診断に関して、改善の余地があることを表していると考ええる。さらに、今回の調査では4分

の3の患者は適切な疼痛の評価をされているにもかかわらず、ほとんどの患者に鎮痛剤が使用されず、また使われたとしても湿布などであった。悪性腫瘍における疼痛の過少治療はしばしば問題になっているが、ある調査では、85歳以上、認知機能の低下などが、鎮痛剤投与がなされないこととの関連が明らかになっている(30)。同様の問題が、在宅医療サービスを受けている非悪性腫瘍患者にも生じていることも考えられる。また、高齢患者における適切な疼痛治療の方法が十分に開発されていないことも考えられる。非悪性腫瘍の高齢患者の疼痛の適切な評価および治療の質に関しては、今後より改善が必要であると考えられる。

第3に、今回の研究では、症状の苦痛に関する医師の適切な評価と、医療資源の使用、医師への満足度や信頼、患者や介護者の背景因子などに関し、明らかに関連のある因子は同定しえなかった。今回の調査対象数が少ないことによる統計学的検出力の不足も考えられるが、医療資源の使用、医師への信頼は、多因子による影響が強く、また調査対象そのものが、これまで継続的に訪問診療を続けられた患者であるために、大きな関連を示さないことが考えられる。これらに関しては、今後の検討が必要であると思われる。

最後に、本研究の限界を述べる。本研究は2診療所で訪問診療を定期的に受けている患者のみを対象にしたものであり、今回の結果を一般化することには慎重であるべきだと考える。また、調査対象数も少ないため、潜在的なバイアスの影響を大きく受けやすいと考えられる。さらには、介護者と患者の評価の相違も指摘される。先行研究では、介護者による症状の評価は患者の評価と一致しないという報告もあり、今回の評価が患者の症状の苦痛の評価をどれだけ反映したものはわからない。また、本研究では主介護者が家族ではなくヘルパーなどの介護専門職である場合も多く含まれていた。これらの家族介護者と家族ではない介護者の情報を同等に扱ってよいか、という問題も挙げられる。また、今回使用したMcCorkleの症状の苦痛尺度は日本語版の信頼性・妥当性を検証された尺度であるものの、もともと悪性腫瘍をもつ外来患者用に開発されたものであり、今回の研究対象における尺度の信頼性・妥当性は検証されたものではない。このような症状の評価方法に関する技術的な問題も今後の研究では克服されるべきであると考えられる。

以上のような研究上の限界はあるものの、今回、都会・地方の双方の診療所から定期的に訪問診療サービスを受けている患者において、疼痛・嘔気・呼吸苦というきわめて一般的な症状の苦痛の頻度と程度を明らかにし、かつ主治医がどの程度その症状を把握しているか、を明らかにすることができた。本研究によって、在宅療養中の高齢者の症状をいかに正確に把握し、かついかに適切に治療を行っていくか、に関して重要な情報が得られたと考える。特に、疼痛に関しては、その正確かつ簡便な評価方法の開発とともに、適切な治療方法についても検討していくことが必要だと考える。また、今回の結果を出発点に、医師のみならず、在宅医療にかかわる多くのケア・スタッフ、家族、家族以外の介護者の間のコミュニケーションを改善するための適切な介入が今後より重要になっていくと考える。

本研究は財団法人在宅医療助成 勇見記念財団の助成によって行われた。貴財団の助成に深謝いたします。

参考文献

- 1) 人口推計月報 総務省統計局統計調査部国勢統計課 2004年2月
- 2) 日本の将来推計人口 国立社会保障・人口問題研究所 2004年2月
- 3) 介護保険事業状況報告 月報 厚生労働省老健局介護保険課 2004年6月
- 4) 平成14年度 介護保険事業状況報告(年報) 厚生労働省老健局介護保険課 2004年6月
- 5) 厚生労働省 統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室 平成14年度 医療施設調査
- 6) Stuck AE, et al. Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993; 342: 1032-0136
- 7) Elkan R, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2001; 323:1-9
- 8) Stuck AE.; Egger M; Hammer A; Minder CE; Beck JC. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. Systematic Review and Meta-regression Analysis *JAMA*. 2002;287:1022-1028.
- 9) Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: a systematic review. *BMJ* 2000; 320: 754-758
- 1 0) Van Rossum E, Frederiks CMA, Philipsen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipschild P. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ* 1993; 307: 27-32
- 1 1) Balaban DJ, Goldfarb NI, Perkel RL, Carlson BL. Follow-up study of an urban family medicine home visit program. *J Fam Pract* 1988; 26: 307-312
- 1 2) 世界保健機関、終末期の諸症状からの解放。医学書院、東京、2000年
- 1 3) Roy R et al. A survey of chronic pain in an elderly population. *Can Family Physician*. 1986;32:513-516
- 1 4) Lynn, et al. Perceptions by family members of the dying experiences. *Ann Intern Med* 1997;126:97-106.
- 1 5) Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being. *JAMA* 1998;280(2):147-151
- 1 6) Smith BH, Hoptson JS, Chambers WA Chronic pain in primary care. *Family Practice* 1999;16(5):475-481
- 1 7) Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Family Practice* 2001;18(3):292-299
- 1 8) Landi, F, Granziano O, Cesari M, Gambassi G, Steel K, Russo A, Lattanzio F, Bernabei R, for the SILVERNET-HC study group. Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med*. 2001;161:2721-2724.
- 1 9) Ekuzabeth AS、King SA. The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:541-544
- 2 0) Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:409-414
- 2 1) Hospice patient and caregiver congruence in reporting patients' symptom intensity. *Cancer Nursing*. 2003;26(2):113-118

- 2 2) Ross MM Crook J. Elderly recipients of home nursing services; pain, disability and functional competences. J Advanced Nursing. 1998;27:1117-1126
- 2 3) McCorkle R. A user's manual for the Symptom Distress Scale, Philadelphia: University of Pennsylvania, 1998.
- 2 4) 大川明子、村木明美、石川睦弓、大西和子. 2004; MNJ. 6 49-53
- 2 5) Morris JN, 池上直己他 編著, 日本版MDS-HC2.0—在宅ケアアセスメントマニュアル 医学書院 東京、1999
- 2 6) 福原俊一、鈴嶋よしみ SF-36v2 日本語版マニュアル : NPO健康医療評価研究機構、京都、2004
- 2 7) 荒井由美子、田宮菜々子、矢野栄二 Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) の作成 : その信頼性と妥当性に関する検討 日本老年医学会雑誌 2003 ; 40 : 497-503
- 2 8) Chadosh J, Ferrell AB, Shekelle PG, Wenger NS. Quality indicators for pain management in vulnerable elders. Ann Intern Med. 2001;135:731-735
- 2 9) Desbiens NA, Mueller-RIZner N, Connors AF, Wenger NS, Lynn j, for the SUPPORT investigators. J Pain and Symptom Management. 1998;17:245-255
- 3 0) Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R, et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE study group. Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology. JAMA 1998;2709:1877-82.

表1 回答者属性（患者）

N=62	
平均年齢（才）、標準偏差	78.1 ± 13.7
男性（%）	28名（45.2%）
配偶者あり（%）	26名（41.9%）
独居（%）	15名（24.2%）
現在処置や観察を受けている健康問題	
高血圧	34名
脳血管障害	30名
認知症（Alzheimer 以外）	26名
うっ血性心不全	21名
骨粗鬆症	19名
片側不全麻痺・片麻痺	19名
糖尿病	12名
がん	3名
ADL 自立度（0-6、6=全面依存）	3.00 ± 2.03
GDS 高齢者うつスケール（0-15）	6.38 ± 3.89
SF-36 全般的健康感（1-5）	3.54 ± 0.90
診療担当月数中央値（範囲）	16.5 ヶ月（1-131）
在宅ケア月数中央値（範囲）	35.5（1-190）
医師による予後予測	
半年以内	1（1.7%）
1年以内	3（5.1%）
それ以上	46（78.0%）
わからない	9（15.3%）
過去 30 日以内の予定外往診あり	13（24.2%）
過去 90 日以内の救急受診	9（15.3%）
過去 90 日以内の入院	17（27.4%）

表 2 回答者属性 (介護者)

	対象者 (N=62)
平均年齢 (才)、標準偏差	59.0±14.0
男性 (%)	6名 (9.7%)
続柄	
配偶者	17名 (27.4%)
こども (娘)	12名 (19.4%)
こども (息子)	4名 (6.5%)
その他の親族	8名 (12.9%)
親族以外	20名 (32.3%)
介護に関わる頻度	
ほぼ毎日	41 (66.1%)
一日おき程度	12 (19.4%)
週に 1-2 回程度	9 (14.5%)
介護に費やす時間 (平均)	
平日 (月一金)	9.89±8.07
休日 (土日)	12.04±8.83
患者の介護期間月数中央値 (範囲)	53 ヶ月 (1-336)
介護負担 (0-32、0=負担なし)	6.35±6.11
GDS 高齢者うつスケール	2.96±3.06
医師の診療内容・態度への満足	4.03±0.75
医師の医学的判断への信頼	4.02±0.71
体に関する心配事への理解 (1-5、5=非常にそう思う)	3.95±0.67

表 3 患者による苦痛の判定 (McCorkle の症状苦痛尺度)

		対象者 (N=32)
はきけ		
まったくなし		21 (67.7%)
ときどきある		9 (29.0%)
かなりある		0 (0%)
頻回にある		1 (3.2%)
ほとんど持続的にある		0 (0%)
吐き気の程度 (N=10)		
吐き気があるときは軽度		2
吐き気があるときは軽度の苦痛がある		4
吐き気があるときはかなり気分が悪い		1
吐き気があるときはたいがいの場合非常に気分が悪い		3
吐き気があるときは我慢できないほど気分が悪い		0
呼吸		
いつもふつうに呼吸している		24 (77.4%)
ときどき呼吸困難がある		5 (16.1%)
しばしば呼吸困難がある		1 (3.2%)
思うように呼吸ができない		1 (3.2%)
ほとんどいつもひどい呼吸困難がある		0 (0%)
痛み		
まったく痛みがない		4 (12.9%)
ときどき痛みがある		4 (12.9%)
1 週間に数回痛みがある		4 (12.9%)
いつもある程度の痛みがある		9 (29.0%)
ほとんど持続的に痛みがある		10 (32.3%)
痛みの程度 (n=28)		
痛みは非常に軽度		1 (3.8%)
痛みは軽度の苦痛		14 (53.8%)
痛みはかなり激しい		11(42.3%)
痛みは非常に激しい		0(0%)
痛みにたえられないほどである		0(0%)
痛みの箇所 (n=28)		
痛みは局在する		2 (8.3%)
痛みは複数箇所		22 (91.7%)

表 4 介護者による苦痛の判定 (McCorkle の症状苦痛尺度)

		対象者 (N=62)
はきけ		
	まったくなし	56 (90.3%)
	ときどきある	5 (8.1%)
	かなりある	1 (1.6%)
	頻回にある	0 (0%)
	ほとんど持続的にある	0 (0%)
吐き気の程度 (N=10)		
	吐き気があるときは軽度	2
	吐き気があるときは軽度の苦痛がある	2
	吐き気があるときはかなり気分が悪い	1
	吐き気があるときはたいがいの場合非常に気分が悪い	1
	吐き気があるときは我慢できないほど気分が悪い	0
呼吸		
	いつもふつうに呼吸している	51 (82.3%)
	ときどき呼吸困難がある	10 (16.1%)
	しばしば呼吸困難がある	0 (0%)
	思うように呼吸ができない	1 (3.2%)
	ほとんどいつもひどい呼吸困難がある	0 (0%)
痛み		
	まったく痛みがない	19 (30.6%)
	ときどき痛みがある	16 (25.8%)
	1 週間に数回痛みがある	6 (9.7%)
	いつもある程度の痛みがある	17(27.4%)
	ほとんど持続的に痛みがある	4(6.5%)
痛みの程度 (n=28)		
	痛みは非常に軽度	8 (18.6%)
	痛みは軽度の苦痛	23 (53.5%)
	痛みはかなり激しい	11 (25.6%)
	痛みは非常に激しい	1 (2.3%)
	痛みにたえられないほどである	0(0%)
痛みの箇所 (n=28)		
	痛みは局在する	13 (37.1%)
	痛みは複数箇所	22 (62.9%)

表 5 はきけの認識 (患者×主治医)

		患者の報告				
		まったく なし	ときどき ある	かなり ある	頻回に ある	ほとんど 持続的に ある
主治医の報告	まったく なし	19	2			
	ときどき ある	4	4		1	
	かなり ある					
	頻回に ある		1			
	ほとんど 持続的に ある					

表6 呼吸苦の認識（患者×主治医）

		患者の報告				
		いつも ふつうに 呼吸	ときどき 呼吸困難	しばしば 呼吸困難	思うよう に呼吸が できない	ほとんどい つもひどい 呼吸困難
主治医 の報告	いつも ふつうに 呼吸	21	3			
	ときどき 呼吸困難	4	1			
	しばしば 呼吸困難					
	思うよう に呼吸が できない			1		
	ほとんどい つもひどい 呼吸困難					

表7 痛みの認識（患者×主治医）

		患者の報告				
		まったく 痛みが ない	ときどき 痛みが ある	1週間に数 回痛みが ある	いつもある 程度の痛み がある	ほとんど持 続的に痛み がある
主治医の報告	まったく 痛みが ない	3	1			
	ときどき 痛みが ある	2	2			
	1週間に数 回痛みが ある	2	1		1	
	いつもある 程度の痛み がある	1	4	1	3	
	ほとんど持 続的に痛み がある			1	3	6

表8 はきけの認識 (介護者×主治医)

		患者の報告				
		まったく なし	ときどき ある	かなり ある	頻回に ある	ほとんど 持続的に ある
主治医の報告	まったく なし	44	2			
	ときどき ある	10	3		1	
	かなり ある					
	頻回に ある	1				
	ほとんど 持続的に ある					

表9 呼吸苦の認識（介護者×主治医）

		介護者の報告				
		いつも ふつうに 呼吸	ときどき 呼吸困難	しばしば 呼吸困難	思うよう に呼吸が できない	ほとんどい つもひどい 呼吸困難
主治医の報告	いつも ふつうに 呼吸	36	5			
	ときどき 呼吸困難	10	1			
	しばしば 呼吸困難	4	1			
	思うよう に呼吸が できない		2		1	
	ほとんどい つもひどい 呼吸困難					

表 10 痛みの認識 (介護者×主治医)

		介護者の報告				
		まったく 痛みが ない	ときどき 痛みが ある	1週間に数 回痛みが ある	いつもある 程度の痛み がある	ほとんど持 続的に痛み がある
主治医の 報告	まったく 痛みが ない	5	3	1	1	
	ときどき 痛みが ある	10	5	3	2	
	1週間に数 回痛みが ある	1	3		2	
	いつもある 程度の痛み がある	3	3		7	1
	ほとんど持 続的に痛み がある		2	2	3	3