

第9回 QOL-PRO 研究会学術集会

プログラム・抄録集

日時：2021年11月20日（土）13:30-17:00

会場：ZoomによるWeb開催

大会実行委員長：田村 暢一郎（倉敷中央病院救急科）



目 次

日程表	1
プログラム	2
抄録集	4

日程表

<教育講演> QOL 初学者に知っておいてほしいこと

12:00-12:45(45) 座長 鈴嶋 よしみ (東北大学)

演者 宮崎 貴久子 (京都大学)

<総会>

司会進行 齋藤 信也 (岡山大学)

12:50-13:20 (30) 研究会総会

<学術集会>

司会進行 田村 暢一朗 (倉敷中央病院)

13:30-13:35 (5) 開会挨拶 鈴嶋 よしみ (東北大学)

13:35-13:55 (20) 会長講演

座長 林田 りか (長崎県立大学シーボルト校)

演者 田村 暢一朗 (倉敷中央病院)

13:55-14:40 (45) 一般演題

座長 木川 雄一郎 (関西医科大学)

14:40-14:45 (5) (休憩)

14:45-16:50 (125) シンポジウム

座長 田村 暢一朗 (倉敷中央病院)

演者 則安 俊昭 (岡山県保健福祉部)

内藤 さやか (岡山県介護支援専門員協会)

松田 晋哉 (産業医科大学)

森川 美絵 (津田塾大学)

パネルディスカッション

司会 田村 暢一朗 (倉敷中央病院)

パネリスト 則安 俊昭、内藤 さやか、松田 晋哉、森川 美絵

16:50-17:00 (10) 閉会挨拶 内藤 真理子 (広島大学)

プログラム

会長講演 13:35-13:55
座長 林田 りか（長崎県立大学シーボルト校）

臨床医が PRO、QOL を学習する意味
演者 田村 暢一郎（倉敷中央病院 救急科）
（抄録→P4）

一般演題 13:55-14:40
座長 木川 雄一郎（関西医科大学）

- 13:55 1) 高齢者の運転免許返納による QOL の変化
(P5) 新潟医療福祉大学大学院 岸本 康希 他
- 14:10 2) 患者視点からみた甲状腺微小乳頭癌の管理方針別 PRO 研究：横断研究報告
(P6) 積極的経過観察と通常手術、内視鏡手術の比較
日本医科大学 数阪 広子 他
- 14:25 3) わが街健康プロジェクト参加者の QOL と健康教育に関する横断研究～病院
(P7) が地域住民の疾患予防と健康維持に果たす役割は？～
倉敷中央病院 山下 伸治 他

シンポジウム 14:45-16:50

座長 田村 暢一郎（倉敷中央病院）

1. 地域包括ケアの深化に向けた行政の取組

(P8) 則安 俊昭（岡山県保健福祉部 保健医療統括監）

2. 自分自身の生活は自分の力で取り戻す！～40代男性の挑戦～

(P9) 内藤 さやか（一般社団法人 岡山県介護支援専門員協会）

3. データから考える高齢者の医療と介護

(P10) 松田 晋哉（産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室）

4. 社会的ケア関連 QOL を組織的なケアの質改善にどうつなげるか

(P11) 森川 美絵（津田塾大学 総合政策科）

抄録集

会長講演 臨床医が PRO、QOL を学習する意味

田村 暢一郎（倉敷中央病院 救急科）

私は普段、一般急性期病院で救急医として勤務しています。その中で数年前に「目の前の患者さんは1年後どういう生活を送っているのだろうか?」という臨床的疑問から QOL という単語を知り、幸運にも様々な先生方とのつながりを得ることができ、QOL を学問として扱うことを垣間見ることができました。その結果、日ごろの臨床において、より患者さんの Patient Reported Outcome（以下 PRO）に耳を傾けることができるようになったと同時に、見ず知らずのうちに医療者は自分たちの都合に合わせたシステムを作りがちであることに気づきました。こういった心境になれたのは、抽象的で言語化しにくい QOL を研究を通じて言語化、数値化することで、理解しやすくなったことが大きな要因でした。

Bossola らはイタリアの教育病院のスタッフにアンケートを取ったところ、ほとんどのスタッフは QOL に興味があるものの、QOL を題材にした研究方法論はおろか、QOL 質問票が基本的に自己記入式であることも知らなかったと述べています（Bossola et al. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:43）。臨床医は日ごろから患者さんに接しており、PRO に最も近いところにいるため、QOL に興味がありながら、残念ながらそれに対する教育がまだ一般的ではないという現状を示しています。QOL の研究方法論や QOL 構成概念の理解に対する教育は様々な医療分野において潜在的な需要があるものの、そこへのアクセスがまだ明示されておらず、QOL-PRO 研究会が担う役割は非常に大きなものだと思います。

私は American college of surgeon の HP 上で偶然、Plastic surgery foundation が主催していた PROS conference の存在を知り、そこで偶然 ISOQOL という存在を知り、第 22 回 ISOQOL で偶然現 QOL-PRO 研究会理事長の鈴鴨よしみ先生とお話する機会を得て、QOL-PRO 研究会の皆様は QOL 研究を行う上での疑問点を教えていただき、現在に至っています。このような偶然が重なった結果、幸運にも日頃の臨床において QOL-PRO を考える機会を多く持つことができ、その結果目の前の患者さんや住民の方々の価値観や PRO を身近に感じられる医療者になれたと思っています。

QOL や PRO に接していながら、それを言語化できていないために身近に感じられていない医療職、福祉職の方々に、具現化した QOL の世界を提示することは、医療、福祉に関わるスタッフの目的意識の向上だけでなく、患者、住民の方々の QOL 向上にもつながるため、今後の QOL-PRO 研究会の存在意義は大きいと思います。

1) 高齢者の運転免許返納による QOL の変化

岸本 康希¹⁾、能登 真一¹⁾

1：新潟医療福祉大学大学院医療福祉学研究所保健学専攻作業療法学分野

【目的】

近年、日本では 70 歳以上の運転免許保有者が全体の 14.5%を占めるまで増加してきており、高齢ドライバーによる事故が社会問題となっている。道路交通法も改正され、運転免許を自主返納する方が増えてきているが、運転停止によって身体、社会的機能および身体的役割の大幅な低下を伴うことが報告されている。本研究の目的は免許返納が健康関連 QOL (HRQOL) に与える影響を検討することである。

【方法】

Web ベースのアンケートによる横断的研究を実施した。参加者は全国の運転免許を持っていない 65 歳以上の高齢者 1200 人を対象とした。参加者は自己回答方式で、HRQOL と運転免許返納に関する設問に回答した。HRQOL の評価には Health Utilities Index Mark 3 (HUI3) と SF-8 を用いた。免許返納者には、さらに運転免許を返納する前の HRQOL をたずねた。HRQOL スコアを t 検定で比較し、重回帰分析によって関連する因子を検討した。

【結果】

1200 名の回答者のうち、免許非保有者が 733 名で、運転停止者は 467 名であった。運転停止者の HUI3 のスコアの平均は 0.728、免許非保有者は 0.777 とであった (<0.001)。SF-8 もすべてのスコアで運転停止者の方が低かった。免許返納前と返納後の比較でも、HRQOL スコアが HUI3 で 0.816 から 0.728 (<0.001) に、SF-8 の PCS で 51.5 から 49.5 (<0.001) にそれぞれ有意に低下していた。重回帰分析の結果では、運転停止後の年数と Major illness が影響していた。

【結論】

運転の停止と HRQOL の低下に関連があることは明らかである。しかしながら、本研究では選択バイアスやレスポンスシフトが生じた可能性が否定できない。今後は、運転を停止した高齢者に対する移動手段の確保などの対策が必要である。

2) 患者視点からみた甲状腺微小乳頭癌の管理方針別 PRO 研究：横断研究報告

積極的経過観察と通常手術、内視鏡手術の比較

數阪 広子¹、松井 満美¹、齋藤 麻梨恵¹、長岡 竜太¹、軸菌 智雄¹、
戸田 和寿²、三谷 浩樹²、杉谷 巖^{1,2}

1：日本医科大学 内分泌外科学、2：がん研有明病院 頭頸科

【目的】

甲状腺乳頭癌の中でも、明らかな周囲への浸潤やリンパ節転移のない低リスク微小乳頭癌 (PMC) に対して、積極的経過観察 (AS) という治療方針が近年広まりを見せている。しかし、通常法手術や内視鏡手術 (VANS 法) と比較して、患者にとってどの治療法が優れているか PRO を研究した報告は少ない。今回、PMC の管理方針が PRO に及ぼす影響について横断研究を行ったため報告する。

【方法】

対象は、1995 年より 2019 年までに PMC と診断され、日本医科大学およびがん研有明病院で外来フォローを継続している症例 282 例。女性が 246 例 (87%)、年齢は 19-76 歳 (中央値 49.9 歳)。PRO 評価には包括的尺度として SF-36v2、疾患特異的尺度として Visual Analog Scale (VAS)、不安尺度として新版 STAI を用いた。

【結果】

AS249 例、通常手術 24 例、VANS 法手術 9 例。背景因子では AS 群で有意に腫瘍径が小さく、診療開始からの経過年数が長かった。新版 STAI は 3 群間で有意差なし、VAS は「嚥下困難感 ($p=0.002$)」「発声時違和感 ($p=0.004$)」において通常手術は AS と比較し有意に症状が強かった。SF-36v2 の下位尺度 8 項目は、「心の健康 ($p=0.03$)」で通常手術よりも AS の点数が高く、3 コンポーネントサマリースコアは MCS ($p=0.01$) が同様の結果となり、RCS ($p=0.005$) は AS、通常手術よりも VANS 法が高い結果となった。

【結論】

頸部手術に特異的な症状は通常手術に多く認められ、精神的な QOL は通常手術よりも AS の方が優れていた。VANS 法は頸部に創を残さないことが、他の治療法よりも社会的側面に優れていると考えられる。これらを考慮して、PMC の適切な Shared-decision making を進める必要がある。

3) わが街健康プロジェクト参加者の QOL と健康教育に関する横断研究

～病院が地域住民の疾患予防と健康維持に果たす役割は？～

山下 伸治¹、與田 睦子¹、関澤 真理¹、田村 暢一郎²

1：倉敷中央病院 地域医療連携室、2：倉敷中央病院 救急科

【背景】

地域住民の健康維持において、健康教育や health literacy は非常に重要な要素であり、QOL と密接な関係があるとこれまでに報告されている。(Xia J, et al. BMJ Open 2019;9:e028458.) 当院はこのような背景から 2013 年に「共に考える地域医療」「心かよう地域医療」を目指し、地域住民と対話型の講演会、「わが街健康プロジェクト。」(以下、わが街 P) をスタートした。現在 25 医療機関の共催で、活動テーマは①「医療機関と上手につき合う」②「病気の予防と健康維持」③「自分の街(倉敷)もっと好きになる」である。しかし、これまでにわが街 P 参加者に対する健康教育や QOL に関するアンケート調査は行っていなかったため、どのような地域住民が参加しているかは不明であった。

【方法】

わが街 P 参加者に郵送法にてアンケート調査を行った。(探索的横断研究) QOL 尺度として SF-36、健康教育に関する項目として①喫煙歴②ボランティア活動の有無③わが街 P で得た知識の周知程度、対象住民特性として①年齢②性別③同居家族の有無④介護区分⑤学歴⑥年間所得⑦仕事の有無⑧通院を要する慢性疾患の有無⑨誰かの介護をしているか否かの情報を得た。

【結果】

99 名から情報を得た。QOL 尺度である SF-36 のサマリースコアは PCS:中央値 48.2(四分位範囲:39.4-52.9)、MCS:53.0(45.3-57.7)、RCS:47.4(39.5-52.8)であった。健康教育に関する項目①喫煙歴 0% ②ボランティアを行っている参加者は 54%、③わが街 P で得た知識の周知は家族、友人とも共有:33%、友人と共有:21%、家族と共有:27%、共有しない:12%であった。

【考察】

わが街 P の参加者は自発的にこのイベントに参加されている方でもあり QOL スコアや健康教育に対する意識は比較的高く、わが街 P で行っている健康教育が有効に活用されている可能性が示された。しかし、本研究は参加者を前向きに経時的に追跡していないため、地域への有効性をはっきりと示したものではない。むしろ本当に健康教育が必要と思われる住民群がわが街 P のような健康教育公演に参加していない可能性もある。今後、わが街 P 参加者を対象にした、より詳細な研究を行うと同時に、本当に健康教育が必要な住民群の参加を促すような試みが必要と思われた。

シンポジスト1 則安 俊昭（岡山県保健福祉部 保健医療統括監）

地域包括ケアの深化に向けた行政の取組

高齢者の介護を社会全体で支え合うために、負担と給付の関係が明確な社会保険方式で多様な保健医療福祉サービスが総合的に提供され、高齢者の自立を支援する仕組みとして、平成 12 年度に介護保険制度の運用が始まった。平成 17 年に「予防重視型システムへの転換」を柱として制度が見直された際に、要支援・要介護状態になる前からの一貫性・連続性のある介護予防マネジメント体制を確立する観点から、社会福祉士、保健師、主任ケアマネージャーが配置される地域包括支援センターが創設され、その役割として「地域包括ケアシステム」が掲げられた。平成 23 年には、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進めることを狙いとして、24 時間対応サービスの創設等の制度改正が行われた。

その後、高齢化が進展する中で持続可能な社会保障制度の確立するための改革として、2025 年を目標年として、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築を柱とする医療介護総合確保推進法が平成 26 年に成立し、国を挙げて取組が進められている。

こうした動きを受けて、岡山県では、地域包括ケアシステムの構築に向けて主要課題となる医療介護連携を強化するため、平成 23 年度から新見市で、25 年度からは全市町村で、地区医師会と市町村が協働して、医療、介護、行政関係者が一堂に会して医療介護連携体制づくりに向けて取り組む事業を展開し、さらに 27 年度から岡山県医師会と県レベルでも、医療、介護、行政関係者が一堂に会して、医療介護提供体制の目指すべき方向や課題の情報共有、連携強化に向けた意見交換などを進めている。

また、県の事業として、地域の要介護者を中心とする医療・介護情報システムの構築と普及の促進、かかりつけ医が在宅死に適切に対応するための啓発資材の作成、Advance Care Planning の普及啓発、ポリファーマシー解消に向けた取組、住民による高齢者送迎の仕組みづくりなどを進めてきた。

以上のように、地域の実状に応じた地域包括ケアシステムが構築されつつある中で国ではさらに高齢者に限らず精神障害等にも対応できる体制の構築に向けた検討や、科学的裏付けに基づく介護を推進するために現場から情報を収集し蓄積する仕組みの構築など地域包括ケアシステムのさらなる深化が進められており、関係者には不断の努力が求められる。

自分自身の生活は自分の力で取り戻す！～40代男性の挑戦～

ケアマネジャーが利用者支援を行う上で大切な基本理念は『尊厳の保持』と『自立支援』である。私たちは身体的・精神的に障害がある高齢者等であっても、可能な限りその人のもつ人生観(今までの生き方)や価値観に即した生活が今後も主体的に行われること、その人なりの「自立」を社会的に支援できる体制を整えていくことが求められる。

介護保険制度が始まった時、私たちの支援は「どうしたら住み慣れた自宅で生活を続けられるか」という『ADLの向上』に主眼を置いていた。「歩けるようになること」「自宅で入浴ができること」等が生活の目標であった。しかしそれでは「自宅」という狭い世界だけに生活範囲をとどめてしまうことになる。人は本来「地域」「社会」の一員として生活をしている。地域(社会)で生きる生活者としての生活を取り戻すことが本来の支援なのである。それは「QOLの向上」＝「生活の質を上げる」ことにつながる。私たちが出会う要支援・要介護認定を受けた方たちは生活のしづらさや治ることが難しい病気や障害を抱えている。そんな方たちにとって「心身が満たされた生活」と実感できる生活を取り戻すのは決して簡単ではない。

私は40代後半で左被殻出血により右半身麻痺、構音障害を抱えた男性を担当している。ご本人は職場復帰を目指し、懸命にリハビリを重ね、退院時に比べて見違えるほど元気になった。元の職種は難しくても他部署での業務に復職出来るのではと思われた。しかし現実には厳しい。なかなか会社側と折り合いがつかず退職にはならなかったものの、全く想像していない職場への移動が提示された。しかし彼はそれを受け入れ、自分が障害者でもきちんと仕事ができることを証明すると前向きな姿勢でいる。ほとんど言葉を発しなかった彼は退院から3か月後のある日、「仕事のことは自分が動かんといけん・・・」とポツリと言った。その日から彼は自分の意思をはっきり口にするようになった。自分が目指す生活を取り戻すには多くの葛藤と苦しみ、時間が必要ある。しかし専門職である私たちがお膳立てした生活の中で生きるのではなく、自分で考え選び取っていく生活こそが「生活の質の向上」に繋がると思う。この事例を通してケアマネジャーの立場から支援の在り方について改めて考えたい。

データから考える高齢者の医療と介護

人口の高齢化は傷病構造に大きな影響を及ぼす。具体的には複数の慢性疾患を持ち、そして急性期医療から慢性期医療、さらには介護や生活も含めた複合的なニーズを持った高齢者の増加である。演者がこれまで行ってきた研究の結果では、例えば急性期病院に入院する高齢患者のうち脳梗塞の30%、股関節骨折、心不全、誤嚥性肺炎以外の肺炎の50%、そして誤嚥性肺炎の75%は、入院半年前にすでに介護保険サービスを使っていた。介護の現場から急性期のイベントが発生しているのである。しかしながら、介護側の医療サービスの状況を分析すると、予防的なケア、例えば口腔ケアが十分に行われていないことが明らかとなっている。さらに入院後の状況を見ると、在院機関が長くなるにつれて各種ADL機能の低下が生じている。急性期病棟におけるリハビリテーションケア、ADLケアが不十分なのである。そして、退院時にはいわゆる出口問題が発生する。演者が介護施設から急性期病院に肺炎の診断で入院した患者について分析した結果を見ると、搬送元と同じ施設に帰れた高齢患者は、そうでない場合に比べて4週間在院日数が短くなっていた。この結果は、急性期病院における退院調整を入院前から行っておく仕組み、情報共有が行われている仕組みの必要性を示唆している。

異なる組織間で情報共有が適切に行われるためには、共有されるべき情報の標準化が必要である。特に、看護サマリー、リハビリテーションサマリー、ADL/IADLに関するサマリーへの記載事項の標準化が不可欠である。しかしながら、我が国は介護保険制度発足時にこの作業を怠ってしまったために、医療・介護間での情報共有が難しい状況になっている。この手続きなしにLIFEデータを有効に活用することは難しい。さらには今検討されているPHRを有効に活用するためにもこうした標準化のための話し合いが不可欠である。

関係者の意識の変革が求められている。

社会的ケア関連 QOL を組織的なケアの質改善にどうつなげるか

高齢になっても障害をもっても、適切なケア・支援をうけながら、地域の中で生き生きと暮らせること——つまり QOL（Quality of Life 生活の質）の維持や向上は、地域で暮らす誰もが望むことではないだろうか。保健や医療の分野では、健康上の課題や疾病の種類に応じて患者の QOL を測定する尺度が各種開発されている。しかし、日本において、福祉や介護の分野（医療的ケア medical care と対比させて「社会的ケア social care」とも言われる）において、日常のケアや社会関係を含む暮らしの支援を利用する人やその介護者の QOL（社会的ケア関連 QOL）を、ケアのアウトカムとして位置づけること、またその尺度を開発・活用することは、政策としても実践としても活発に進んでいるとは言えない。そうした中、報告者らの研究グループでは、社会的ケア QOL 尺度・ASCOT（the Adult Social Care Outcomes Toolkit；元版は英語）の日本語版の開発と活用に関する研究を進めてきている。

本報告では、まず、地域包括ケアシステムの政策動向としてアウトカム重視という流れを確認し、社会的ケア関連 QOL をアウトカムとして位置づけることの重要性と課題を指摘する。その上で、ASCOT とその日本語版の概要を紹介する。次に、組織レベル（サービス提供事業者、運営法人のレベル）におけるケアの質保証・改善のとりくみにおける ASCOT の活用について、社会福祉法人 S との共同研究の事例を紹介する。社会福祉法人 S は、高齢者介護や障害者自立支援等に関わるサービス事業所や相談支援センターを複数運営する大規模法人である。2018 年度からケアの内部質保証の一環として ASCOT を試験的に導入し、報告者の研究グループとの共同研究として ASCOT によるケア・データの収集とデータの現場へのフィードバックを進めた。2020 年度からは、その活動を法人全体に展開してきている。報告では、そうした経緯と、尺度の現場への導入や測定データのフィードバックの方法、フィードバックに対する現場スタッフの反応などを紹介する。そして、ケア提供事業者（組織レベル）における ASCOT 導入のインパクトについて考察する。最後に、上記の事例をふまえつつ、地域包括ケアシステムとして展開されている事業（医療介護連携や生活支援など）も射程に入れ、ケアが必要な人々の QOL が保障されるための組織的なケア提供や地域づくりの可能性と課題について述べる。

付記：本報告は科研費基盤研究（B）20H01598 の研究成果の一部である。

発行： 2021年11月20日（土）

一般社団法人 QOL-PRO 研究会

事務局連絡メールアドレス qolpro2@gmail.com

ホームページ http://qol_pro.umin.jp/