

<資料>

町内会単位で緩和ケアを普及・啓発するプログラムの効果評価

竹生 礼子*

抄 録

研究目的：本研究は、町内会単位で緩和ケアを普及・啓発するプログラムの効果を評価することを目的とした。

研究方法：対象者は、北海道内のA－都市、B－都市近郊、C－農村に住む20歳以上の住民とし、3地域において準実験的介入研究を行った。認知症・緩和ケアに関する学習コース（以下啓発群）95名（有効回答数93名）と、認知症・介護予防体操の学習コース（以下非啓発群）59名（有効回答数58名）に対し、緩和ケアに対するイメージ・知識について自記式調査票にて回答を求め、啓発群と非啓発群間の比較、啓発群の学習前後比較を行った。

結果：啓発群・非啓発群ともに、参加前は「緩和ケアについて意味をよく知らない」が約6割、「ことばを聞いたことがない」が約5割であった。啓発群では、「緩和ケアは診断の早期から受けるもの」ととらえていた人が1割に満たなかったが、学習会後には5割に増えた。さらに学習後には約7割が「必要時には緩和ケアを受けたいと思う」と答えた。「希望が持てる」「手厚い世話が受けられる」の回答は増え、「自宅では受けられない」が減った。「多額な費用がかかる」との回答は前後ともに約3割あり学習によっても変化がなかった。

考察：町内会単位での緩和ケアの啓発によって、住民が当事者になった際に早い段階から緩和ケアを選択する可能性が広がったと言える。効果はある程度認められたが、啓発プログラムの内容の検討が必要である。

キーワード：緩和ケア、啓発プログラム、一般住民、町内会単位

I. 研究の背景

がんによる死亡は全死亡の約3割を占め、今後も死亡者数・死亡割合ともに増えると予測されている。2007年に施行されたがん対策基本法では、がん患者の療養生活の質の維持向上を目指すことが盛り込まれた¹⁾。今後増加が予測される末期がん療養者のQOL向上の観点からも、在宅での終末期ケアの普及・充実がわが国の重要課題となっている²⁾。

がんは国民の2人に1人が罹患し、3人に1人が亡くなる疾患であるにも関わらず、がんをもちながらの療養生活に関する事前の知識はほとんど提供されていない。特に重要となる緩和ケアの考え方については、広く一般住民に知らされているとはいえない³⁾。

実際の臨床の現場では、がんになり積極的な治療によっても治癒が見込めない状況になった場合に、抗がん剤などの治療は行わず症状などを和らげる治療に徹するBSC（支持療法：Best Supportive Care）への移行が適切に行われないという課題がある⁴⁾。円滑にBSCへの移行が行われない理由の1つに、医師が早期からホスピスケア・緩和ケアの考え方を説明していないこと、本人・家

*北海道医療大学看護福祉学部看護学科

族がそれを受け止められないことが挙げられている⁴⁾。本人・家族の心情からすると、がんと診断された混乱の中で初めて緩和ケアの考え方を知ることになり、冷静に今後の療養の方向性を選択しかねることも考えられる。疾患をもつ前からホスピスケア・緩和ケアについて知っていること、自分のがんをもった場合あるいは死が避けられない状況になった場合にどのような療養生活を送りたいのか考えたことがあること、が必要ではないかと考えた。

以上のことから、一般の地域住民に生と死について考える機会を提供し、緩和ケアの考え方を広めるために、町内会単位での普及・啓発プログラムを開発し、その効果評価を行うことが有効と考えた。

II. 研究の目的・方法

1. 研究の目的

町内会単位で緩和ケアを普及・啓発するプログラムの効果を評価することを目的とした。これにより、緩和ケアについて当事者になる前の一般住民に普及啓発することの有効性の有無が明らかになり、有効性が実証できた場合には、この啓発活動を他の多くの小単位地域で行うことを推奨できるものと考えた。

2. 研究方法

1) 研究デザイン：準実験的介入研究

2) 対象者：

- (1) 選定条件 20歳以上の当該地域に居住している住民
- (2) 介入地域 北海道内 3地域（A－都市：人口約190万人、B－都市近郊：人口約1万9千人、C－農村：人口約3千人）
- (3) リクルート方法

A：地区センター・区役所にてチラシ配布・ポスター掲示、社会福祉協議会および地域包括支援センター職員から地域住民の集会にて紹介。希望者および希望団体から研究代表者に電話・はがき・FAXにて参加申し込み。

B：保健センター・郵便局・駅などにポスター掲示、社会福祉協議会の協力を得て、ボランティアサークルメンバーに郵便にてチラシ配布。希望者から研究代表者に電話・はがきにて参加申し込み。

C：役場の保健師・地域包括支援センター職員から、町内会・高齢者クラブに参加の呼びかけを行い、参加団体を選定した。

各地域にて、①認知症と緩和ケアに関する学習コース、②認知症と介護予防体操体験コースの別日程2種を準備し、住民に希望のコースを選択しても

らった。

(4) 対象数

- ① 緩和ケア啓発群
95名（有効回答数93名）
- ② 緩和ケア非啓発群
59名（有効回答数58名）

3) 介入内容

(1) 緩和ケア学習会：パワーポイントと資料を用いた緩和ケアに関する基礎的知識⁵⁾の講義+OPTIM製作の啓発ビデオ⁶⁾の視聴+緩和ケアに関するパンフレット⁵⁾配布

- ① 緩和ケア啓発群（以下啓発群とする）
認知症に関する啓発的講義⁷⁾⁸⁾30分+緩和ケア学習会30分
- ② 緩和ケア非啓発群（以下非啓発群とする）
認知症に関する啓発的講義⁷⁾⁸⁾30分+介護予防体操30分

(2) 調査方法

啓発群・非啓発群ともに学習会前に自記式無記名の「緩和ケア等に関する意識調査」を実施した。啓発群には学習会後にも同様の意識調査を実施した。

(3) 調査内容

基本属性（性別・年齢層）、緩和ケアに関する経験（言葉をきいたことがあるか、意味を知っているか、友人・家族が受けたことはあるか他）、緩和ケアのイメージ⁹⁾、意味のとらえ、利用に対する気持ちなど

4) 分析方法

- (1) 緩和ケア啓発群・非啓発群に分け、全変数の単純集計を行った。啓発群が啓発前から一般住民と比較して緩和ケアに関する意識に偏りがないかどうかを検証した。
- (2) 緩和ケア啓発群について、学習会前と後の、緩和ケアのイメージ、意味のとらえ、利用に対する気持ちを比較した。学習会によって意識が変化したかどうかを検証した。
- (3) 各変数について2群間で χ^2 検定を行った。危険率5%未満を有意差ありとみなした。分析には統計ソフトSPSS Ver.18を使用した。

5) 仮説

- (1) 緩和ケアに関する啓発活動によって、一般住民の緩和ケアに対するイメージが肯定的になる。
- (2) 一般住民は、緩和ケアに対しての正しい知識を学習することにより、将来自身が当事者になった場合にはその方法が選択肢の一つになりうると感じられる。

Ⅲ. 学習会（啓発）の内容

1. 緩和ケアの学習

- 1) 緩和ケアに関する基礎的知識の講義：
資料⁵⁾を基にしたパワーポイント上映
- 2) OPTIM製作の啓発ビデオの視聴

<http://gankanwa.jp/tools/public/index.html>よりDVD「我が家に帰ろう！－あなたらしいがんの療養－」ダイジェストバージョン⁶⁾をダウンロードし、上映（12分）した。

- 3) 緩和ケアに関するパンフレット⁵⁾配布

<http://ganjoho.jp/public/index.html>より冊子用「がんの療養と緩和ケア」をダウンロードし、配布した。

2. その他の学習

- 1) 認知症に関する学習
パワーポイント上映、資料^{7) 8)}を活用し、体験談を交えての講義を行った。
- 2) 介護予防体操の体験
ふまねっとを用いた体操を実施した。

Ⅳ. 研究の成果（結果と考察）

1. 対象者の内訳と概要

参加者154名のうち、調査票の有効回答数151名（有効回答率98.1%）を分析対象とし、内訳と概要を表1・表2に示す。

緩和ケア啓発群・非啓発群ともに女性が多かった。非啓発群（介護予防体操コース）と比べて、男性比率が多く、28%であった。緩和ケア啓発群の年齢層は、70歳代以上が72.0%を占めており、青年期・壮年期（60歳代以下）の受講者は19.4%だった。緩和ケアに関して、聞いたことがある人、意味を知っている人は、全体でそれぞれ42.9%、28.6%であった。非啓発群に比べ、緩和ケアの啓発群は「緩和ケア」の言葉を聞いたことのある人（53.8%）、意味を知っている人（39.6%）が多かった。緩和ケアについて講義を受けたことがある人は、全体で9名（6.0%）であった。家族・友人が緩和ケアを受けたことのある人は8名（5.3%）、自分が受けたことのある人は1名（0.7%）であり、緩和ケア啓発群の中にその9名がすべて含まれていた。

表1 対象者内訳

地域	啓発群	非啓発群	合計
A	35 (35)	5 (4)	40 (39)
B	9 (9)	23 (23)	32 (32)
C	51 (49)	31 (31)	82 (80)
合計	95 (93)	59 (58)	154 (151)

※参加者数 人 ()内は有効回答数

表2 緩和ケア啓発群（学習前）と非啓発群の概要

	合計 N=151 (100.0)	緩和ケア啓発群 n=93 (100.0)	非啓発群 n=58 (100.0)	人 (%) p値
性別 ^a				
男	46 (23.8)	36 (38.7)	10 (17.2)	0.021
女	104 (68.9)	57 (61.3)	47 (81.0)	
年齢層 ^b				
40歳未満	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.057
40歳代	2 (1.3)	2 (2.2)	0 (0.0)	
50歳代	2 (1.3)	0 (0.0)	2 (3.4)	
60歳代	26 (17.2)	16 (17.2)	10 (17.2)	
70歳代	79 (52.3)	43 (46.2)	36 (62.1)	
80歳代	33 (21.9)	24 (25.8)	9 (15.5)	
無記入	9 (6.0)	8 (8.6)	1 (1.7)	
緩和ケアに関する経験 ^b ※				
聞いたことあり	63 (42.9)	49 (53.8)	14 (25.0)	0.001
意味を知っている	42 (28.6)	36 (39.6)	6 (10.7)	<0.001
講義受講経験あり	9 (6.0)	7 (7.5)	2 (3.4)	0.483
家族・友人経験あり	8 (5.3)	8 (8.6)	0 (0.0)	0.024
自分経験あり	1 (0.7)	1 (1.1)	0 (0.0)	1.000

a: χ^2 検定 b: Fisher直接確率検定 欠損値は除いた

※「あり」と回答した人数 (%)を示した

2. 緩和ケア啓発群と非啓発群の緩和ケアに対する意識の概要

緩和ケアに対するイメージと緩和ケアの意味のとりえについて、緩和ケア啓発群・非啓発群の学習前を比較した(表3)。緩和ケアに対するイメージの緩和ケア啓発群(学習前)と非啓発群との比較では、差がある項目はなかった。緩和ケアの意味のとりえとして「治療方法のない末期がんの人が受ける」と回答した人が啓発群に有意に多かった(表4)。また、啓発群は、非啓発群に比べ必要時には緩和ケアを受けたいと回答した人が多かった。そのほかの項目では、学習前の啓発群と非啓発群に有意差はなかった。

3. 緩和ケア啓発群の緩和ケアに対する意識の介入前後比較

緩和ケア啓発のための学習会実施前と後の比較を、表5・表6に示す。

緩和ケアの学習を通じて、総合的イメージが良い、明るいと答えた人数が増加したが、有意差は認められなかった。緩和ケアのイメージについて約40%の人が、「わからない」と答えており、学習後には約34%に減少した

ものの、有意な変化は認められなかった。

イメージのうち、肯定的イメージを問う設問では、7つの項目で半数以上の人「そう思う」と回答していたが、「希望が持てる」「手厚い世話が受けられる」は約4割であった。学習後には、「希望が持てる」「手厚い世話が受けられる」について、「そう思う」と答えた割合が有意に増加した。

緩和ケアに対するイメージのうち、否定的イメージを問う設問では、「いのちが縮まる」「死を待つイメージ」「敗北感を持つ」「医師から見放される」「社会から切り離される」「あきらめの医療」について、学習前には、約17~19%の人が「そう思う」と答えていた。学習の結果、「あきらめの医療」を「そう思う」と回答した人が増加した。「自宅では受けられない」と回答した人は、学習によって45.2%から25.0%に減少した。「多額な費用がかかる」と回答した割合は、学習前後とも34%程度で変化がなかった。

学習後、「緩和ケア」について、「診断の早期から苦痛をとるために受ける」ものと回答した人が増えた。また、緩和ケアの利用に対する気持ちでは、必要時には受

表3 学習前の緩和ケアに対するイメージ：啓発群と非啓発群との比較

		合計 N=151 (100.0)	緩和ケア啓発群 n=93 (100.0)	非啓発群 n=58 (100.0)	p値
緩和ケアに対するイメージ					
総合的イメージ	良い	81 (53.6)	49 (52.7)	32 (55.2)	0.848
	悪い	14 (9.3)	8 (8.6)	6 (10.3)	
	わからない	56 (37.1)	36 (38.7)	20 (34.5)	
明るさ	明るい	68 (45.0)	40 (43.0)	28 (48.3)	0.457
	暗い	27 (17.9)	15 (16.1)	12 (20.7)	
	わからない	56 (37.1)	38 (40.9)	18 (31.0)	
肯定的印象 ※					
	命を大切にする	105 (69.5)	63 (67.7)	42 (72.5)	0.732
	体の苦痛を和らげる	83 (55.0)	54 (58.1)	29 (50.0)	0.055
	体以外の苦痛を和らげる	91 (60.3)	50 (53.8)	41 (70.7)	0.118
	気持ちを穏やかにする	106 (70.2)	63 (67.7)	43 (74.1)	0.640
	家族への気配りをする	85 (56.3)	52 (55.9)	33 (56.9)	0.665
	希望が持てる	69 (45.7)	38 (40.9)	31 (53.4)	0.319
	手厚い世話が受けられる	57 (37.7)	35 (37.6)	22 (37.9)	0.990
	人間らしい尊厳が保てる	80 (53.0)	49 (52.7)	31 (53.4)	0.793
	早い段階から受ける	62 (41.1)	38 (40.9)	24 (41.4)	0.406
	治療と並行して受ける	85 (56.3)	55 (59.1)	30 (51.7)	0.602
否定的印象 ※					
	いのちが縮まる	28 (18.5)	17 (18.3)	11 (19.0)	0.725
	死を待つイメージ	24 (15.9)	18 (19.4)	6 (10.3)	0.317
	敗北感を持つ	25 (16.6)	16 (17.2)	9 (15.5)	0.620
	医師から見放される	23 (15.2)	16 (17.2)	7 (12.1)	0.635
	社会から切り離される	25 (16.6)	17 (18.3)	8 (13.8)	0.771
	あきらめの医療	27 (17.9)	17 (18.3)	10 (17.2)	0.971
	多額な費用がかかる	54 (35.8)	32 (34.4)	22 (37.9)	0.540
	自宅では受けられない	68 (45.0)	42 (45.2)	26 (44.8)	0.847

χ^2 検定 欠損値は除いた

※1:「思う」と回答した人数(%)を示した

表4 学習前の緩和ケアの意味のとりえ：啓発群と非啓発群との比較

	合計 N=151 (100.0)	緩和ケア啓発群 n=93 (100.0)	非啓発群 n=58 (100.0)	p値
「緩和ケア」はどのようなものだと考えますか（複数回答）				
病気を完全に治すための治療	13 (8.6)	8 (8.6)	5 (8.6)	1.000
病気の後のリハビリテーション	28 (18.5)	18 (19.4)	10 (17.2)	0.831
治療方法のない末期がんの人が受ける	16 (10.6)	14 (15.1)	2 (3.4)	0.029
寝たきり高齢者のケア	22 (14.6)	13 (14.0)	9 (15.5)	0.485
死が近い人が受けるもの	14 (9.3)	10 (10.8)	4 (6.9)	0.568
診断の早期から苦痛をとるために受ける	14 (9.3)	6 (6.5)	8 (13.8)	0.155
「緩和ケア」を受けることに対する気持ち（複数回答）				
できれば一生受けたくない	14 (9.3)	8 (8.6)	6 (10.3)	0.777
家族・友人にはすすめたくない	4 (2.6)	3 (3.2)	1 (1.7)	1.000
必要時には受けたい	55 (36.4)	40 (43.0)	15 (25.9)	0.038
必要時家族・友人にすすめたい	29 (19.2)	20 (21.5)	9 (15.5)	0.403

Fisher直接確率検定 欠損値は除いた
選択した人数 (%)

表5 緩和ケアに関するイメージの学習前と学習後との比較 N=93

		学習会前 n=93 (100.0)	学習会後 n=93 (100.0)	p値
緩和ケアに対するイメージ				
総合的イメージ	良い	49 (52.7)	56 (60.9)	0.466
	悪い	8 (8.6)	5 (7.0)	
	わからない	36 (38.7)	31 (33.7)	
明るさ	明るい	40 (43.0)	53 (58.2)	0.067
	暗い	15 (16.1)	7 (7.7)	
	わからない	38 (40.9)	31 (34.1)	
肯定的印象 ※				
	命を大切にする	63 (67.7)	66 (71.7)	0.547
	体の苦痛を和らげる	54 (58.1)	55 (59.8)	0.961
	体以外の苦痛を和らげる	50 (53.8)	54 (58.7)	0.201
	気持ちを穏やかにする	63 (67.7)	57 (62.6)	0.165
	家族への気配りをする	52 (55.9)	59 (64.8)	0.116
	希望が持てる	38 (40.9)	53 (57.6)	0.006
	手厚い世話が受けられる	35 (37.6)	47 (51.1)	0.027
	人間らしい尊厳が保てる	49 (52.7)	56 (60.9)	0.134
	治療と並行して受ける	55 (59.1)	52 (57.1)	0.479
否定的印象 ※				
	いのちが縮まる	17 (18.3)	17 (18.5)	0.922
	死を待つイメージ	18 (19.4)	13 (14.1)	0.629
	敗北感を持つ	16 (17.2)	9 (9.8)	0.322
	医師から見放される	16 (17.2)	10 (10.9)	0.255
	社会から切り離される	17 (18.3)	8 (8.7)	0.127
	あきらめの医療	17 (18.3)	26 (28.3)	0.147
	多額な費用がかかる	32 (34.4)	31 (33.7)	0.978
	自宅では受けられない	42 (45.2)	23 (25.0)	0.015

ウィルコクソンの符号順位検定 欠損値は除いた
※「思う」と回答した人数 (%)

表6 緩和ケアの意味のとりえと利用に対する気持ち：学習前と学習後との比較

	N=93 人 (%)		p値
	学習会前 n=93 (100.0)	学習会後 n=92 (100.0)	
「緩和ケア」はどのようなものだと考えますか(複数回答)			
病気を完全に治すための治療	8 (8.6)	12 (13.0)	0.354
病気の後のリハビリテーション	18 (19.4)	28 (30.4)	0.091
治療方法のない末期がんの人が受ける	14 (15.1)	9 (9.8)	0.373
寝たきり高齢者のケア	13 (14.0)	5 (5.4)	0.080
死が近い人がうけるもの	10 (10.8)	3 (3.3)	0.810
診断の早期から苦痛をとるために受ける	6 (6.5)	46 (50.0)	<0.001
「緩和ケア」を受けることに対する気持ち(複数回答)			
できれば一生受けたくない	8 (8.6)	11 (12.0)	0.479
家族にすすめたくない	3 (3.2)	3 (3.3)	1.000
必要時には受けたい	40 (43.0)	61 (67.0)	0.001
必要時には家族にすすめたい	20 (21.5)	16 (17.6)	0.579

ウィルコクソンの符号順位検定

けたいと回答している人が43%から67%に増加した。

4. 考察

都市中心地での中央参集的な市民向け講演会ではなく、町内会等の小単位を対象に、講師が地域に出向いて緩和ケアについての啓発を行うことの効果を検証した。

緩和ケアの啓発対象となった一般住民は、緩和ケアについて意味をよく知らないものが約6割、ことばを聞いたことがないというものが約5割であった。一般住民は、日常的には「緩和ケア」についての情報を入手する機会が少ないことが推察された。研究者は当初、一般住民は「ホスピスケア」「緩和ケア」に対して、死をイメージさせる暗い印象を持っていると予想していたが、調査では約5割の人が「良い」イメージを持ち、良くないイメージを持っていた人は1割にすぎなかった。むしろ、「わからない」と回答した人が4割程度おり、「緩和ケア」の知識が一般住民に浸透していないことが示唆された。

1) 緩和ケアに関する啓発活動によって、一般住民の緩和ケアに対するイメージが肯定的になるか

緩和ケアに関する啓発活動によって、一般住民の総合的イメージに大きな変化はなかったが、「希望が持てる」「手厚い世話が受けられる」と思う人が増えたことは成果であった。また、自宅で緩和ケアが受けられないと思っていた人が減り、自宅でも緩和ケアは受けられると考えた人が増えたことは重要な変化であった。進行・末期がんや生命にかかわる疾患を抱えたときに、緩和ケアによって、希望を持って生きていけること、十分なケアが受けられること、自宅でも過ごすことができると知ったことは、住民が将来当事者になった場合の療養の選択決定に影響する知識の一つとなると考える。

2) 一般住民は、緩和ケアに対しての正しい知識を学習することにより、将来自身が当事者になった場合には

その方法が選択肢の一つになりうると感じられるか

学習会前には、緩和ケアについて、「がんの診断の早期から苦痛をとるために受けるもの」だととらえていた人が1割に満たなかったが、学習会後には5割に増えた。また、約7割の人が「必要時には自分は緩和ケアを受けたいと思う」と考えるようになったことは、学習会にて緩和ケアについて理解をした結果、将来自身が当事者になった際に、早い段階から緩和ケアを選択する可能性が広がったと言える。

啓発によって、緩和ケアに対する肯定的なイメージへの変化をもたらすという効果が、ある程度認められたが、啓発プログラムの内容の検討が必要である。調査結果で、緩和ケアは「自宅では受けられない」との回答は学習後に減ったが、「多額な費用がかかる」と考えている人が3割あまりおり、啓発によっても変化しなかった。啓発プログラムでは、緩和ケアあるいは在宅ケアに要する具体的な経済的裏づけを住民に示す必要がある。また、学習前に約5～7割が肯定的な回答をしていた、「命を大切に」「体の苦痛を和らげる」「体以外の苦痛を和らげる」「気持ちを穏やかにする」「家族への気配りをする」「人間らしい尊厳が保てる」「治療と並行して受ける」については、学習会後も変化が見られなかった。ケア内容を具体的にわかりやすく伝える工夫が必要だと考える。

V. 今後の課題

本研究では、啓発の対象者は、70歳以上が多く、近く当事者になりうる人々が緩和ケアの学習に参加した。自身が緩和ケアを必要とした場合に、今回緩和ケアの話を聞いたことが、治療方法や療養場所の選択に役立てられると期待したい。緩和ケアの啓発が、中長期的に、人々

の療養生活の選択にどのような効果を示すのかを検証するために、啓発1年後～数年後の評価を含めて検討する必要があると考える。

高齢者は「子どもの迷惑になりたくない」という考えの中で療養方法を選択する傾向にあり、重要なことは子世代等の家族の意見を聞いて決定することが多いといわれている。今後は、緩和ケアの当事者となりうる人々の子世代であり、緩和ケアに関心を示していない青・壮年期の人々にも緩和ケアの正しい理解を広める必要がある。

啓発によって、肯定的なイメージへの変化をもたらすという効果は一部認められたが、啓発プログラムの内容の検討が必要である。今回の調査結果をふまえて、内容を検討し、より効果的なプログラムを検討したい。

中央での講演会では、緩和ケアに関心を持っている市民が自発的な希望によって知識の取得をするが、むしろ関心を持っていない、あるいは聞いたことがない、意味を知らない人々に「在宅ホスピスケア」「緩和ケア」を知らせることに有効性があると考えた。今後も、継続して一般住民の身近な場所に出向いて啓発活動を行う必要がある。

参考文献：

- 1) 厚生労働省：がん対策基本法
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405-3a.pdf>
(2023.9.20検索)
- 2) 独立行政法人 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報サービス. <http://ganjoho.jp/public/index.html> (2023.9.20検索)
- 3) 総理府広報室：高齢者介護に関する世論調査. 1995.
- 4) 篠塚裕子・稲垣美智子. 病院で死を迎える終末期がん患者の家族に寄り添う体験. 日本看護科学会誌, 27 (2), 71—79, 2007.
- 5) 川村三希子・橋爪隆弘・的場元弘：がんと療養シリーズ-がんの療養と緩和ケア. 国立がん研究センターがん対策情報センター. 2010.
- 6) 『緩和ケア普及のための地域プロジェクト (厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)』 <http://gankanwa.jp/tools/pro/index2.html> (2023.9.20検索)
- 7) 厚生労働省：認知症サポーター養成講座. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp> (2023.9.20検索)
- 8) 全国キャラバン・メイト連絡協議会：「認知症を知ろう」—わたしたちも知っておきたい認知症.
- 9) 宮下光令・恒藤暁・志真泰夫：緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族の「緩和ケア」に対するイメージ. J-HOPE Study, 死の臨床, 33 (2), 218, 2010.

Evaluation of Promotional Program in Palliative Care for small communities

Reiko TAKEU*

Purpose: The aims of this study were to evaluate the effectiveness of promotional program in palliative in raising awareness of palliative care and to consider an effective promotional program model for small communities.

Method: 154 adults in three different regions in Hokkaido participated in this semi-interventional study. The participants chose one of two programs - palliative care education (experimental group) including lectures on the principles of palliative care with the use of visual materials or preventive physical exercise (control group) . Pre data was collected by the means of a questionnaire – experiences of palliative care, attitudes including feeling and meaning towards palliative care from both group and post data was collected from the experimental group. For the experimental group, pre and post data were compared. Each variable between two groups was analyzed by the chi-square.

Results: 95 people participated in the experimental group and 59 people are in the control group. From the pre data, more people in the experimental group head of 'palliative care' and understood its meaning, however, no difference was found in both group regarding the image of palliative care. From the post data, more people consider palliative care 'hope' , 'great care' and 'able to receive from the beginning. Also, people who want to receive palliative care as needed increased from 43% to 67% , and who believe palliative care do not offer at home decreased from 45.2% to 5 % .

Conclusion: The result indicates that promoting program for small communities has positive effects on the image of palliative care, helps a deeper understanding of palliative care and expands the possibility to choose palliative care as it needed. This type of program can be applied as a community based reach out program.

Key Words : Palliative care, Promotional program, Small communities, Community-dwelling people

* Department of Nursing, School of Nursing and Social Services, Health Sciences University of Hokkaido