

5.2 介入内容

表1. 介入のまとめ

	目的	介入名称		介入者	介入対象	介入内容	利用する素材
地域緩和ケアツールが標準化されていない	1)緩和ケアに関する医療者の知識・技術を向上させる 2)地域での診療の継続性を向上させる	緩和ケアの標準化と継続性の向上	緩和ケアに関する診療ツールの普及 1)緩和ケアマニュアル 2)情報共有ツール(私のカルテ) 3)退院支援プログラム	専門緩和ケア従事者 (相談支援センタースタッフがコーディネート)	不特定の地域医療福祉職	有効とされるツールを地域共通で活用できるように 配布やワークショップを用いて普及させる	緩和ケアマニュアル 私のカルテ 退院支援プログラム
患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識を持っていない	1) 緩和ケアに関する適切な情報を提供する 2) 相談支援センターおよび緩和ケアチームの周知により、緩和ケアリソース利用につながる行動を喚起する	患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供	リーフレットの設置・配布 ポスターの掲示 冊子の設置・配布 映像メディアの視聴 講演会の開催 図書設置 地域メディアの活用	相談支援センタースタッフ 地域責任者	不特定のがん患者・家族 地域住民	緩和ケアについて簡単に説明したリーフレットの配布 緩和ケアについて注意喚起・相談支援センターの場所・連絡先を提示するポスターの掲示 緩和ケアに関する正しい知識を提供する冊子の配布 在宅ケアについての映像メディア(DVDもしくはビデオテープ)の貸出し 緩和ケアについて、紹介、説明する講演会の開催 緩和ケアに興味を持った人が、幅広い知識を得ることが出来るライブラリーの整備 地方紙、地域情報誌などのコラム欄への連載	リーフレット ポスター 緩和ケアに関する冊子 映像メディア 書籍リスト・書籍
地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し、問題点を検討する組織がない	1)患者が必要な緩和ケアのリソースを利用できるようにする 2)地域での問題点を地域全体で解消する	地域の緩和ケアの包括的なコーディネート	緩和ケアに関する地域の相談窓口の設置と適切な専門緩和ケアの判断と紹介 地域カンファレンス 地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援	相談支援センタースタッフ	がんに起因する問題を抱える地域住民および不特定の地域医療福祉職 不特定の地域医療福祉職 希望して参加する地域医療福祉職	がんに起因する問題、特に緩和ケアに関する地域住民および医療・福祉職の相談に対応すると同時に、専門的緩和ケア利用の必要性を判断し、その患者の現状に最も適した専門的緩和ケア部門を紹介する窓口を設置する 地域の医療福祉職の緩和ケアに関する知識の向上、問題の共有と解決への協働、地域ネットワークの構築を目的とするカンファレンスを多職種で開催する 地域の医療機関に所属し、緩和ケア普及のために機能する医療職の設置とその支援を行う	相談支援センターコンサルテーションシート 多職種地域カンファレンス議事録シート インタラクティブワークショッププログラム
専門緩和ケアサービスが利用できない	1)専門緩和ケアサービスへのアクセスを増加させる 2)専門緩和ケアサービスの質を向上させる	緩和ケア専門家による診療及びケア	緩和ケア専門家によるコンサルテーション 1)コンサルテーション 2)出張緩和ケア研修 専門緩和ケアに関わるノウハウの提供 1)緩和ケアチームに関わるノウハウの提供 2)地域連携・在宅医療に関わるノウハウの提供	専門緩和ケア従事者 (相談支援センタースタッフがコーディネート) 相談支援センタースタッフ (専門緩和ケア従事者が質問を受ける)	外来や専門的緩和ケア病棟を利用できないがん患者のケアにあたっている医療福祉従事者 希望する地域医療福祉職 不特定の地域医療福祉職	症状緩和等に難渋する症例について、主治医等の要請に応じて、地域緩和ケアチームがコンサルテーションを行う 緩和ケアの知識・技能の向上、または専門緩和ケア紹介の閾値を上げることが目的として、地域緩和ケアチームが契約した地域の医療・福祉従事者の臨床実践の場に訪問し、実践に即した研修を行う 緩和ケアチームに関わる書籍を提供する 地域連携・在宅診療に関わる書籍を提供する	緩和ケアチーム・初期アセスメントシート・依頼シート・登録シート 緩和ケアマニュアル 私のカルテ 退院プログラム 専門緩和ケアノウハウブックレット 地域連携ノウハウブックレット

5.2.1 緩和ケアの標準化と継続性の向上

緩和ケアに関する医療者の知識・技術を向上させ、診療・ケアの継続性を向上させることを目的として、Webと印刷物の配布、インタラクティブワークショップを通じて、地域で標準化したツールを普及させる。

5.2.1.1 ツールの概要

診療ツールとして、1)緩和ケアマニュアル、2)私のカルテ(情報共有ツール)、3)退院支援・調整プログラムを作成し、介入開始1~2年後に利用者の意見を集約し、内容に関しての修正を行う。

表2 ツールの概要

	概要	含まれる要素	目的
緩和ケア マニュアル	—標準化し地域で共通の症状評価票、治療アルゴリズム、患者教育用パンフレットがリンクされ一体となっている —Web、冊子、ポケットブック、パンフレットで提供する	1) 症状評価票 2) 治療アルゴリズム 3) 患者教育用パンフレット 5) 使用方法の手順・ビデオ	1) 症状を評価する方法、 2) 症状を治療する方法、 3) 患者に教育する方法を標準化する。
私のカルテ	—患者の医療情報、希望、地域の緩和ケアの情報の記載されたノートブックを患者が持ち歩き、患者・家族・地域の医療者が情報を記載・共有する	1) 患者の医療情報(特に症状緩和、退院前後の情報) 2) 患者の希望・プライオリティ 3) 地域の緩和ケアの必須な情報	1) 患者の医療情報(特に症状緩和、退院前後の情報)、2) 患者の希望・プライオリティを共有する。
退院支援・調整プログラム	—退院時に地域との連携が必要となることが想定される患者をスクリーニングし、早期から退院のコーディネーションを行う。退院が決定した場合に患者・家族を含む医療者でカンファレンスを行う。	1) スクリーニング 2) 退院までに必要なフレームワーク 3) 退院時カンファレンスの構造化したプレゼンテーションシート、患者家族用リーフレット 4) 使用方法のスライド・ビデオ	退院時の診療およびケアの継続性を向上させることにより、患者・家族の不安を軽減させる

5.2.1.1.1 緩和ケアマニュアル (資料1)

緩和ケアに関して医療・福祉従事者が身につけておく必要のある内容を1冊で提供する。

内容は、1) 信頼性・妥当性の確認されている症状評価法から作成した症状評価票(M.D. Anderson Symptom Inventory 日本語版、Distress Thermometer、Support Team Assessment Schedule 日本語版など)、2) 疼痛、呼吸困難など頻度の高い症状ごとのアルゴリズムとその解説、3) 患者教育用パンフレット、4) 医療者が診療を行う手順が分かるビデオ、を含む(Akizuki et al.,2005; Okuyama et al.,2003;Miyashita et al. 2004)。

既存のマニュアル類と比較した新規性は、1) 評価・治療・患者教育の3つが連動する構成になっている、2) 患者の個別性に特化した情報提供により治療アウトカム効果が向上することが明らかになっていることから(Allard et al.,2001; de Wit et al.,1997; Goldberg et al.,2007; Lai et al.,2004; Oliver et al.,2001)、患者個々適切な情報が提供されるパンフレットである、3) 地域で共通して活用できる1枚のシートに記録する評価票が用意されている(Bruera et al.,1999)、4) 評価票やアルゴリズムを実際に活用している場面がビデオになっている、ことである。

5.2.1.1.2 私のカルテ (資料2)

「私のカルテ」(Patient Held Record)とは、患者の医療情報、療養上の希望、地域の緩和ケアに関する情報などが記載されたノート を患者が持ち歩き、患者・家族・地域の医療者が情報を記載・共有するものである。先行研究では、情報の共有により患者のコントロール感の向上、不確実性に対する不安軽減に有効との報告がある(Williams et al.,2001)。

5.2.1.1.3 退院支援・調整プログラム (資料3)

退院支援により診療およびケアの継続性を向上させることによって、在宅移行率の向上、在院日数短縮化、再入院率減少、患者・家族の不安が軽減することが明らかとなっている(Mistiaen P et al., 2007; Hegney D et al.,2006; Phillips CO et al.,2004; Shepperd S et al.,2004)。先行研究により、有効な退院支援の内容として、1) 構造化されたカンファレンスの開催、2) 支援リソースへの紹介リスト、3) 退院後予側される患者の状態への対応策を文書で記したものの、4) 退院後 1 週間以内に病棟看護師が患者宅に電話するテレフォンプォローアップ、が明らかになっており(Pateman et al.,2003; Scherbring 2002; Hughes et al.,2000; Robinson et al 1998; Dahlhaus 1998;)、このプログラムはそれらを包含している。

5.2.1.2 ツールの普及

5.2.1.2.1 Webと印刷物の配布

印刷したツールを医療・福祉従事者に印刷物として配布し、Webでも公開する。印刷物によるツール類の単独提供では患者アウトカム、医療者の診療行為の内容を変えないことが示されているが、他の介入を行う前提として実施する。

5.2.1.2.2 インタラクティブワークショップ

地域介入実施者は、地域リンクスタッフをはじめとする地域の医療・福祉従事者を対象に、インタラクティブワークショップを開催する。インタラクティブワークショップは、先行研究において診療・ケアプロセスを改善することが示されている(Davis et al.,1999; O'Brien et al.,2007)。

症状緩和に関しては、医療者に対する教育介入よりも、患者に対する教育介入が効果的であることが示されているので(Allard et al.,2001; Goldberg et al.,2007)、インタラクティブワークショップにて、診療ツールに含まれる患者教育用パンフレットに関する教育を行う。

5.2.2 患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供

患者・家族・地域住民の緩和ケアに関する認識を適切なものとし、緩和ケアリソース利用につながる行動を喚起するために、1)緩和ケアに関する適切な情報を提供し、2)相談支援センターおよび緩和ケアチームを周知させる介入を行う。

現在までに、特定の医療サービスに関する理解を促進し、利用につながる行動変容を喚起するための介入手段は確立してしない(Baranowski et al., 2003)。本研究では、ソーシャル・マーケティングの理論と行動変容に関する研究(Andreasen 2003; Hastings et al., 2003)、行動変容への環境的な要因を論じた研究(Cheadle et al., 1991; Hearn et al., 1998; Gordon-Larsen et al., 2000)、コミュニケーション理論(清水 2002; Cook, 2004; Dresler-Hawke et al., 2006)について検討したうえで、トランスセオレティカル・モデル(Prochaska et al., 1983)にしたがった介入を立案した。本モデルを使った介入研究としてはマンモグラフィ受診の受診率向上が示されている(Champion et al., 2003)。

トランスセオレティカル・モデルでは、ひとつの行動に対して、前熟考期、熟考期、準備期、実行期、維持期の5つの行動変容段階を想定し、対象の段階に合わせた情報を提供する。すなわち、関心のない対象には関心を上げるための介入を、関心のある対象には詳細な情報提供を行う。これにしたがって、本研究では、介入前に、地域を対象とした予備調査を行い、緩和ケアについて知らない患者(地域住民)が 50%(58%)、緩和ケアについては知っているが地域で緩和ケアが利用できることを知らない患者が 14%(17%)、緩和ケアについて関心のある患者が 25%(13%)であることを把握し、介入対象となる状態が存在することを確認した。したがって、1)緩和ケアに関心がない患者・地域住民を対象とした緩和ケアへの関心を高める介入、2)緩和ケアに関心がある患者・地域住民を対象とした詳細な緩和ケアの知識を普及する介入を行う。

また、情報提供については、受け手が信頼している情報源を使用することが重要であるため(Marcus et al., 1998; Cavill et al., 2004)、予備調査により地域住民が信頼できるメディアを確定した。その結果、医療機関・公的機関のパンフレット、医療機関のポスター、医療機関からの案内、ビデオやDVD、地域住民ホールでの講演会、新聞、図書館の書籍の順に信頼性が高かった。以上より、医療機関、公的機関を介したメディアを主として使用することとした。

5.2.2.1 緩和ケアに関心がない患者・地域住民を対象とした緩和ケアへの関心を高める介入

5.2.2.1.1 リーフレットの設置・配布

緩和ケアを紹介するリーフレットを、地域住民が広く目にすることができ、信頼されやすい公的な広報媒体を介して配布する。

5.2.2.1.2 ポスターの掲示

緩和ケアについて注意喚起するポスターを、地域住民が広く目にすることができ、信頼されやすい公的な場所に広範囲に掲示する。

5.2.2.1.3 地域メディアの活用

緩和ケアについて注意喚起する記事を、緩和ケアに関心がない対象が講読すると考えられる地域の公的なメディアに掲載するように依頼する。

5.2.2.2 緩和ケアに関心がある患者・地域住民を対象とした詳細な緩和ケアの知識を普及する介入

5.2.2.2.1 冊子の設置

緩和ケアの情報が盛り込まれた冊子を、緩和ケアの利用に関心のある対象を多く含むと考えられる場所に設置する。また、リーフレットやポスターなどに冊子の存在を明記し、緩和ケアへの関心が高まった人が入手できることを促進する。

5.2.2.2.2 映像メディアの視聴

緩和ケアの在宅での場面が収録されたメディアを、在宅緩和ケアを受けることに不安を感じている対象が利用すると考えられる場所に設置する。

5.2.2.2.3 講演会の開催

在宅緩和ケアに関する講演会を、関心がある対象を参加者として開催する。

5.2.2.2.4 図書設置

緩和ケアに関する多職種 of 専門家によって選定した緩和ケアに関する書籍を、緩和ケアに関心のある対象が利用できる地域の拠点病院の図書館や地域住民図書館に設置を働きかける。

5.2.2.3 内容

5.2.2.3.1 緩和ケアに関心がない対象への介入内容

介入地域での認知率が 33%程度である「緩和ケア」という言葉とその内容、および、関心を持った対象が詳細な知識を得ることができる入手方法(相談支援センターの連絡先、研究班のウェブサイト、冊子の入手方法など)を主な内容とする。

5.2.2.3.2 緩和ケアに関心がある対象への介入内容

a. 緩和ケアに関する認識

予備調査の結果、緩和ケアに関する認識のうち「痛みや苦痛をやわらげる」、「がんに対する治療と一緒に進む」という回答は、10%以下であったが、「死期がせまっている患者のためのものである」と考えるものが 43%であったことから、「緩和ケアは病気の時期とは関係なく、苦痛に対して行われる治療である」ことを主たる内容とする。

b. 医療用麻薬に関する認識

予備調査の結果、医療用麻薬により、「たいていの痛みを和らげることができる」の項目に否定的な認識は 5%であったが、「中毒になる」、「寿命を縮める」と考えるものが約 30%であったため、医療用麻薬の副作用に関する適切な知識を主たる内容とする。

c. 在宅医療に関する認識

予備調査の結果、「自宅で苦痛を十分にやわらげることができない」、「夜間に対応できない」、「往診してくれる医師がいない」などの認識が 40-60%であったため、在宅でも可能な症状緩和処置、緊急時でも対応できる様子、家族を支援する方法など在宅療養の心配を軽減するものを主たる内容とする。

5.2.3 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション

1) 患者が必要な緩和ケアのリソースを利用できるようにし、2) 地域での問題点を地域全体で解消するために、以下の介入を行う。

5.2.3.1 緩和ケアに関する地域の相談窓口の設置と適切な専門緩和ケアの判断と紹介(資料4)

がんに起因する問題、特に緩和ケアに関する地域住民および医療・福祉職の相談に対応すると同時に、専門的緩和ケア利用の必要性を判断し、その患者の現状に最も適した専門的緩和ケア部門を紹介する窓口を設置する(Bruera et al.,1999; Fainsinger et al.,1997; Good et al.,2004)。

5.2.3.2 地域カンファレンス(資料5)

地域の医療福祉職の緩和ケアに関する問題の共有と解決への協働、地域ネットワークの構築を目的とするカンファレンスを多職種で開催する。本介入は、オピニオンリーダーを利用した地域の問題解決ネットワークの構築と位置づけられる(Stjernsward et al.,2007)。

5.2.3.3 地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援

地域の医療機関に所属し、所属機関での緩和ケア普及のために機能する医療・福祉従事者をリンクナースとして地域責任者が承認し、所属施設を中心に診療ツールの普及や啓発活動を行う。リンクナースがその所属機関の緩和ケアの普及・他スタッフの緩和ケア知識・技術の向上に有用であることが報告されている(Cotterell et al.,2007)

5.2.4 緩和ケアの専門家による診療およびケア

専門緩和ケアサービスの質の向上を図ると同時に、専門緩和ケアサービスへのアクセスを増加させるために、以下の介入を行う。

5.2.4.1 緩和ケアの専門家によるコンサルテーションとフォローアップ

5.2.4.1.1 コンサルテーション(資料6)

地域緩和ケアチームが、地域医療者からの電話・Eメール・FAX でのコンサルテーションに応じ、必要時は往診による共同診療が可能な体制を整備する。緩和ケアの専門家による診療は、有意に症状を改善させることが示唆されている(Goldberg,2007; Higginson et al.,2002; 2003)。

5.2.4.1.2 出張緩和ケア研修

専門職が一般医療者の臨床の現場に訪問し、実践に即した研修を行うことは、ケアの質の改善、専門ケアへのアクセス向上、診療プロセスの改善(Katon et al.,1997; Gruen et al.,2007; O' Brien et al.,2007; Soumerai et al.,1999)に有効であることが示されている。緩和ケア領域においても、疼痛評価、終末期ケア、ホスピスの紹介率について有用性を示唆した報告がある(Ferrell et al.,1998; 2002; Keay et al.,2000; 2003; Taylor,2004)。

5.2.4.2 専門緩和ケアサービスのノウハウの提供

5.2.4.2.1 緩和ケアチームに関わるノウハウの提供

新しい緩和ケアチームや緩和ケア病棟の立ち上げ、既存の専門緩和ケアサービスの質の向上のためのノウハウを集約した書籍の提供を行う。

5.2.4.2.2 地域連携・在宅医療に関わるノウハウの提供

地域の診療所や訪問看護ステーションが在宅医療を行うにあたり、また地域連携を進めるにあたってのノウハウを集約した冊子を作成し提供する。

5.3 対照地域への介入

対照地域に対しては、既存のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを中心に緩和ケアを行う。また、本研究で開発された診療ツールや各種マテリアルについてインターネットを介して公開し、内容の問い合わせに応じる。さらに、地域の緩和医療の現状を把握し改善に資するために、介入前調査の結果について地域責任者に開示する。

6. 観察項目と調査スケジュール

具体的な収集方法・調査票は別途「評価測定手順書」に定める。

6.1 介入開始前の観察項目

6.1.1 患者・遺族による苦痛緩和の質評価(Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメイン)

地域の調査対象施設に外来通院中のがん患者、および、死亡したがん患者の遺族に対して郵送法による質問紙法調査を行い、苦痛緩和の質評価を行う。

調査項目は、ケアの質の評価尺度(Care Evaluation Scale)の身体的・精神的ケアドメインを1尺度として用いる(Morita et al., 2004)。この尺度は、利用者からみて、身体的・精神的苦痛に対する医師や看護師の対応にどの程度改善する必要性があったかを定量する。質問項目は、「医師は、あなたのからだの苦痛をやわらげるように努めている」、「医師は、あなたのつらい症状にすみやかに対応している」、「医師は、苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練している」、「看護師は、あなたのつらい症状への対応の希望にすみやかに対応している」、「看護師は、苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練している」、「看護師は、あなたの毎日の生活がなるべく快適になるように努めている」、「あなたの不安や心配をやわらげるように、医師や看護師は努めている」、「あなたの気分が落ち込んだときに、医師や看護師は適切に対応している」、「あなたの希望がかなえられるように、医師や看護師は努力している」の9項目からなり、「改善するべきところがおおいにある(0)」～「まったくない(5)」の6件法で答える。得点は0～100点に標準化され、得点が高いほど改善するべきところがないことを示す。内的一貫性、再試験信頼性、併存的妥当性(満足度、Quality of Life との中程度の相関)、判別的妥当性(抑うつ、期待の有意な影響を受けない)が確認されている(Morita et al., 2004)。

6.1.2 年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービスの利用数

地域の専門緩和ケアサービスは、利用患者のリストを作成し、施設内に保存する。研究班は、患者の性、年齢、最初にサービスを開始した日、転帰(悪性新生物による死亡・他の死因による死亡・生存)など匿名化され、個人情報を含まない情報を収集する。

6.1.3 死亡場所

人口動態調査の目的以外使用を申請し、2007年の参加地域における死亡者の死亡場所の情報を収集する。第10回修正国際疾病障害死因分類(ICD-10)の「悪性新生物」(ICD-10コードC00-C97)に該当する死亡者の、死亡場所、居住地(市町村符号)、性、年齢を把握する。

緩和ケア病棟の死亡については施設より死亡者数を得る。

6.1.4 副次評価項目

副次的評価項目として、患者調査、遺族調査、医療者調査、地域の緩和ケアの質指標の調査を行う。

6.1.4.1 患者による Quality of Life とケアの質評価

地域の調査対象施設に外来通院中のがん患者に対する調査を行い、患者の Quality of Life とケアの質評価を行う。調査方法は、郵送法による質問紙法によって行う。以下の先行研究および予備

調査によって信頼性・妥当性が確認されている評価法を実施する。

患者によるケアの質の評価尺度(Care Evaluation Scale の意思決定、継続性ドメイン; Morita et al., 2004)

患者の評価による終末期の QOL 尺度(Good Death Inventory; Miyashita et al., in press)

疼痛の評価尺度(Brief Pain Inventory; Uki et al., 1998)

地域で療養生活を送ることに関する安心感

緩和ケアに対する準備性(Hirai et al., in press)

全般満足度

患者背景

6.1.4.2 遺族による Quality of Life とケアの質評価

地域の調査対象施設でがんによって死亡した患者の遺族に対する調査を行い、進行・終末期がん患者の Quality of Life とケアの質評価を行う。調査方法は郵送法による質問紙法によって行う。以下の先行研究および予備調査によって信頼性・妥当性が確認されている評価法を実施する。

遺族によるケアの質の評価尺度(Care Evaluation Scale の意思決定、家族ケア、継続性ドメイン; Morita et al., 2004)

遺族の評価による終末期の QOL 尺度(Good death inventory; Miyashita et al., in press)

遺族の介護負担感(Sanjo et al., in submission)

地域で療養生活を送ることに関する安心感

緩和ケアに対する準備性(Hirai et al., in press)

全般満足度

患者・遺族背景

6.1.4.3 地域医療者の緩和ケアに関する困難感・態度・知識

地域の病院・診療所・訪問看護ステーションに勤務する医師・看護師の緩和ケアに対する困難感・知識について調査を行う。調査方法は郵送法とする。以下の評価法を実施する(Morita et al., 2006b; Morita et al., 2002)。

緩和ケアに対する自信

緩和ケアに対する困難感

WHO 方式癌疼痛治療法の認知、モルヒネの有効性と副作用の説明の自信

緩和ケアに対する知識

緩和ケアに対する態度

医療者背景

6.1.4.4 地域の緩和ケアの質指標

地域の緩和ケアの質指標として、「平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業 がん対策における管理評価指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」班によりデルファイ法を用いて地域の緩和ケアの質指標として策定する項目を使用する(Earle et al., 2003; 2005; Grunfeld et al., 2006; Emmett, 2002)。

地域のオピオイド処方量

麻薬免許を取得している診療所の医師数

麻薬を扱える保険薬局の数

在宅療養支援診療所の数

24 時間対応できる訪問看護ステーションの数

退院調整看護師のいる病院数

日本緩和医療学会に所属している医師数

緩和ケアチームの数

地域に対して開示されている症状緩和に関するコンサルテーションが可能な窓口数
緩和ケア病棟の病床数など

6.2 介入中の観察項目(介入実施状況のモニタリング)

地域責任者は、介入プログラムに定められた介入内容の実施状態を6ヶ月に1回収集し、研究班評価測定委員会に報告する。上記の情報収集にかかる調査票の様式・手順は、別途「介入実施状況モニタリング手順書」に定める。また、年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービスの利用数および死亡場所については、「6.1 介入前の観察項目」と同様の方法により 2008 年～2010 年まで各年の値を収集する。

6.3 介入終了後の観察項目

「介入開始前の観察項目」と同じ項目を調査する。

表3 調査スケジュール

	研究期間										フォローアップ期間			最終報告書提出
	2006年 2007年	2008年 2-3月	2008年 4-7月	2008年 10-12月	2009年 4月	2009年 10月	2010年 4月	2010年 10-12月	2011年 1-3月	2011年 4-7月	2011年 10-12月	2012年 3月		
専門緩和ケアサービスの利用数			2008.4 ○		2009.4 ○		2010.4 ○				2011.4 ○			
死亡場所				2008.10 ○ 2007年分		2009.10 ○ 2008年分		2010.10 ○ 2009年分				2011.10 ○ 2010年分		
地域の緩和ケアの質指標		○			○		○		○					
患者調査によるQuality of Lifeとケアの質評価			08.4-7 ○					10.10-12 ○						
遺族調査によるQuality of Lifeとケアの質評価				○								○		
地域医療者の緩和ケアに関する困難感・態度・知識		○							○					
介入実施状況モニタリング				○	○	○	○	○						
介入			2008.4							2011.3				

6.4 データの管理

データセンターは観察項目のうち、個人情報を除いた情報を収集し管理する。

6.4.1 データセンター

データセンターは評価測定委員会事務局(東京大学)に設置する。データセンター長、評価測定委員会委員長、データマネージャー、臨床統計専門家らによって構成され、データセンター長は評価測定委員会委員長がかねる。

研究によって生じる全ての電子データを専用サーバーにて保管する。研究の進捗状況をモニタリングし、定期的にレポートを発行、研究班運営委員会へ報告する。データセンターは「データ管理手順書」に沿って運用される。

7 有効性の評価項目

試験介入の有効性を評価するための主要評価項目、副次評価項目は次の通りである。

7.1 主要評価項目

患者による苦痛緩和の質評価(Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメイン)、遺族による苦痛緩和の質評価(Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメイン)、年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービスの利用数、死亡場所

7.2 副次評価項目

患者調査による Quality of Life とケアの質評価、遺族調査による Quality of Life とケアの質評価、地域医療者の緩和ケアに関する困難感・態度・知識、地域の緩和ケアの質指標

8. 統計解析 以下には主要な解析について述べ、詳細な解析については別途解析計画書を作成する。

8.1 主要な統計解析

本研究の主要な目的は、地域緩和ケアプログラムの整備により、主要評価項目である、1)患者による苦痛緩和の質評価が改善し、2)遺族による苦痛緩和の質評価が改善し、3)年間がん死亡者数で補正した緩和ケア利用数が増加し、4)死亡場所が患者の希望に近く変化するかを検討することである。

患者・遺族による苦痛緩和の質評価は、Care Evaluation Scale の身体的・精神的ケアドメインの得点を介入前後で対応のないt検定で比較する。

年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービスの利用数は、当該年度における参加地域の専門緩和ケアサービスを利用した患者数を当該地域の年間がん死亡者数との比をとることによって補正し、介入前後を χ^2 検定によって比較する。

死亡場所は、自宅、緩和ケア病棟以外の病院、緩和ケア病棟、施設の割合を介入前後で χ^2 検定によって比較する。

これらの比較は全データ(4地域)を統合して行う。本研究においては主要評価項目が4項目であるため、統計学的検定においてはボンフェローニ法による多重性の調整を行うこととし、有意水準を全体として5%とした両側検定を行う。

8.2 中間解析

中間解析は行わない。介入開始前調査結果については、地域での資料とするため、概要を地域責任者に開示する。

8.3 副次的な統計解析

詳細な解析方法は解析計画書に記載する

副次的評価項目の患者調査による Quality of Life とケアの質評価(患者によるケアの質の評価尺度、患者の評価による終末期の QOL 尺度、疼痛の評価尺度、地域で療養生活を送ることに関する安心感、緩和ケアに対する準備性、全般満足度)、遺族調査による Quality of Life とケアの質評価(遺族によるケアの質の評価尺度、遺族の評価による終末期の QOL 尺度、遺族の介護負担感、地域で療養することに関する安心感、緩和ケアに対する準備性、全般満足度)、地域医療者の緩和ケアに関する困難感・態度・知識(医療者の緩和ケアに対する困難感尺度、医療者の緩和ケアに対する態度尺度、医療者の緩和ケアに対する知識尺度)、地域の緩和ケアの質指標(地域のオピオイド処方量、麻薬免許を取得している診療所の医師数、麻薬を扱える保険薬局の数、在宅療養支援診療所の数、24 時間対応できる訪問看護ステーションの数、退院調整看護師のいる病院数、日本緩和医療学会に所属している医

師数、緩和ケアチームの数、地域に対して開示されている医療者が症状緩和に関してコンサルテーションができる窓口数緩和ケア病棟の病床数など)については、それぞれの調査項目について介入前後で比較を行う。これらは探索的解析と位置づけられるため、評価項目は複数であるが統計学的検定における有意水準の調整は行わない。

また、主要評価項目に関する探索的解析として地域で調整した解析あるいは各地域別に介入前後の比較を行う。ここでは多重性の調整は行わない。

さらに、介入地域のうち、鶴岡市、三川町に関しては、比較対照地域である酒田市、遊佐町、庄内町との比較を別途行う。

9. 参加地域と対象者数

- | | |
|----------------------------------|----------------|
| (1) 緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域 | 山形県鶴岡市・三川町 |
| (2) 一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域 | |
| a) 中心的役割ががん専門病院である地域 | 千葉県柏市・我孫子市・流山市 |
| b) 総合病院である地域 | 静岡県浜松市 |
| c) 医師会である地域 | 長崎県長崎市 |
| (3) 比較対照地域 | 山形県酒田市、遊佐町、庄内町 |

9.1 対象数の設定根拠

対象数は患者による苦痛緩和の質評価、遺族による苦痛緩和の質評価についてはそれぞれ 3000 人(全地域の合計)、専門緩和ケアサービスおよび死亡場所については 6000 人(各地域のがん死亡者数として 1500 人)とする。本研究では、地域ごとに検出力を保つために対象数を一定とし、地域の人口比に比例させないことにした。

対象数の設定のため、まず、患者による苦痛緩和の質評価、遺族による苦痛緩和の質評価を考える。患者調査および遺族調査に用いる尺度(Care Evaluation Scale)に関する先行研究(Morita T et al, 2004)では平均 80、標準偏差 12 であるため、介入前後で標準偏差の 5 分の 1(2.4)変化すると仮定する。

次に、専門緩和ケアサービスの利用数を考える。全国における緩和ケア病棟による死亡者数は全がん死亡者数の 6%、緩和ケアチームが診療したがん患者は 2%であることから、介入前の専門緩和ケアサービス利用率を 8%、介入後の利用率を 20%と仮定する。また、死亡場所に関しては、全国のがんの自宅死亡率は 6%であるから、介入前の自宅死亡率を 6%、介入後の自宅死亡率を 12%と仮定する。

本研究では主要評価項目が 4 つあるため、ボンフェローニ法による多重性の調整を行い、全体の有意水準として 5%を保証することを考えると、各主要評価項目は $5\% \div 4 = 1.25\%$ の有意水準で検定することになる。これに、検出力を 80%とし全て両側検定にて全ての検定を行うことを仮定した場合、提示した症例数で上記の全ての条件を満たすことが統計学的に保証される。

10. 研究期間

研究期間 2006 年 4 月～2012 年 3 月

介入期間 2008 年 4 月～2011 年 3 月

2011 年 3 月までに、患者調査、医療者調査、2010 年までの緩和ケア利用数、死亡場所について解析が終了し報告書を作成する。2011 年の緩和ケア利用数、死亡場所、遺族調査については、2011 年 12 月までに調査を行い、2012 年 3 月までに報告書を作成する。

11. 倫理的事項

本試験に関係する全ての研究者は、ヘルシンキ宣言に従って本試験を実施する。

また、本研究は、特定の個人を対象としない集団に対する介入であるため、文部科学省、厚生労働省の疫学研究に関する倫理指針を遵守し、試験の倫理性、安全性及び研究結果の科学性、信頼性を確保する。

11.1 個人情報の使用について

本研究において、収集される情報は全て匿名化され、個人を同定できる情報は含まれない。したがって、データセンターは匿名化されたデータのみ収集を行う。収集したデータは、データ管理手順書に基づき厳格に管理する。本研究は、疫学研究の倫理指針を遵守し、個人情報保護に関してもこれに従う。研究範囲内で生じる個人情報の安全管理に関する責務については、戦略研究リーダーと戦略研究統括責任者がなう。なお、死亡小票の目的外使用をする際、個人情報に触れる可能性があるため、目的外使用の許可を得た使用者が個人情報に関する部分を取り除いた情報を収集する。

11.2 説明と同意

11.2.1 介入、専門緩和ケアサービスの利用数、死亡場所

本研究の介入は、疫学研究の倫理指針に基づき特定の個人を対象としない集団に対する介入であるため個人ごとにはインフォームドコンセントを取得しないが、地域住民や患者の理解を得るために、研究班、研究参加機関(病院・医師会)、および、介入地域、対照地域の自治体のホームページや広報誌に本研究を実施していることを分かりやすい形で開示する。通知には、地域責任者名、その所属、問い合わせ窓口を明記する。

11.2.2 質問紙調査

患者、遺族、医療者を対象として行う質問紙調査においては、調査票が対象者の負担とならないこと、負担を強くあたえられとされる対象に配布されない配慮を行った上で、研究の趣旨・目的、アンケートに回答しなくても不利益をこうむらないことなどを十分に説明する趣旨説明書をアンケート調査に同封するなどの倫理的配慮を行う。

11.3 対照地域の利益・不利益

対照地域が不利益を得ないように、以下の配慮を行う。1)既存のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームを中心に緩和ケアを行う、2)本研究で開発された診療ツールや各種マテリアルについてインターネットを介して公開し内容の問い合わせに応じる、3)地域の緩和医療の現状を把握し改善に資するために、介入前調査の結果について地域責任者に開示する。

11.4 研究計画の承認について

本研究計画は、がん対策のための戦略研究倫理委員会(以下、「倫理委員会」とする)にて審議、承認を受ける。加えて、地域責任者が必要と判断した場合には、地域参加施設の倫理委員会あるいはそれに準じる組織の審議、承認を受ける。

11.5 本研究における補償

対象者に本研究に直接関連した新たな健康被害が生じた場合は、特別の補償はなされない。担当者は、保険診療の範囲で当該の健康被害に対応する。

12. 安全管理

倫理委員会は、厚生労働科学研究費補助金(第三次対がん総合戦略研究事業)がん対策のための戦略研究実施要項(平成18年10月12日健総発第1012001号通知)に基づき、財団法人日本対がん協会(以下、「協会」とする)に設置するがん対策のための戦略研究倫理委員会規定にしたがって、開催されることとなる。戦略研究リーダーは倫理委員会に対して、研究実施計画書を

提出するとともに、進捗状況や有害事象などに関する報告を行う。これらに基づいて、倫理委員会は、研究計画についての科学的合理性及び倫理的妥当性を確認し、研究計画の承認、変更・中止の勧告を行う。

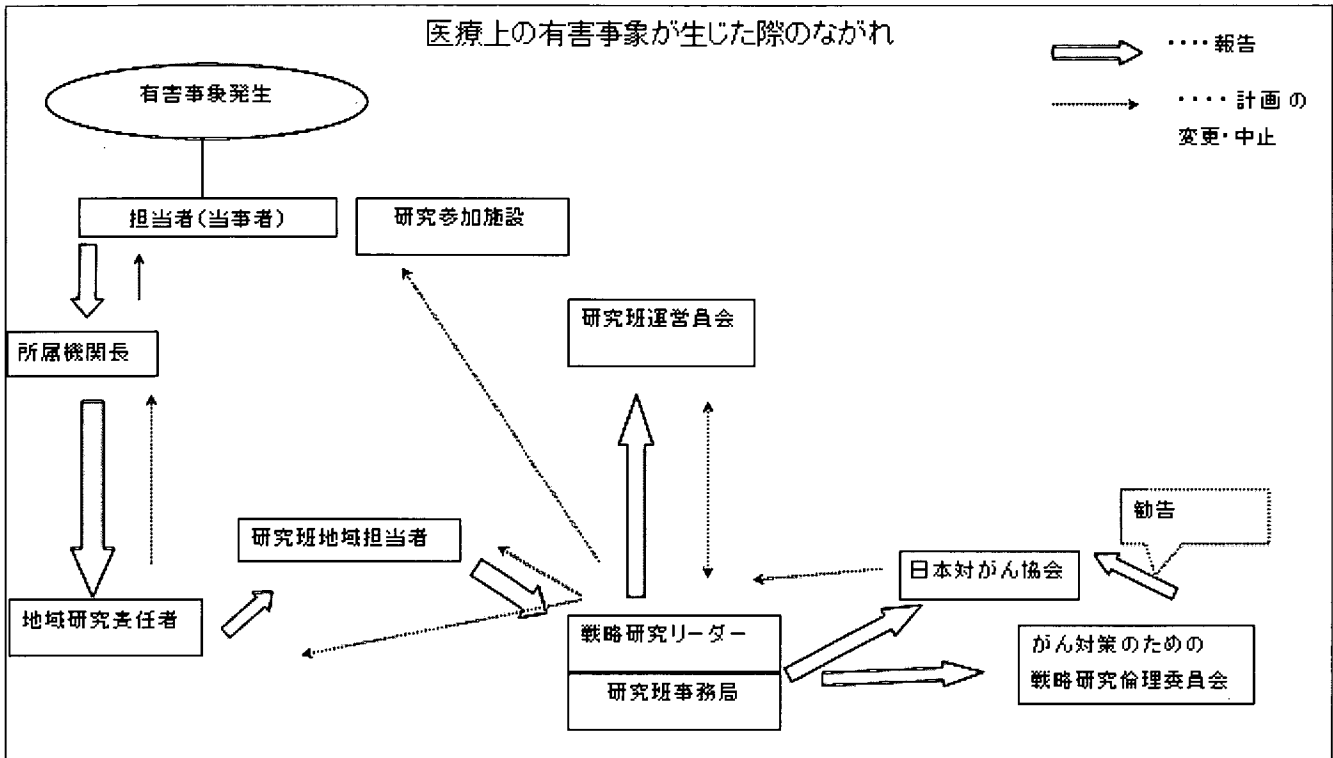


図3：医療上の有害事象が生じた際の流れ

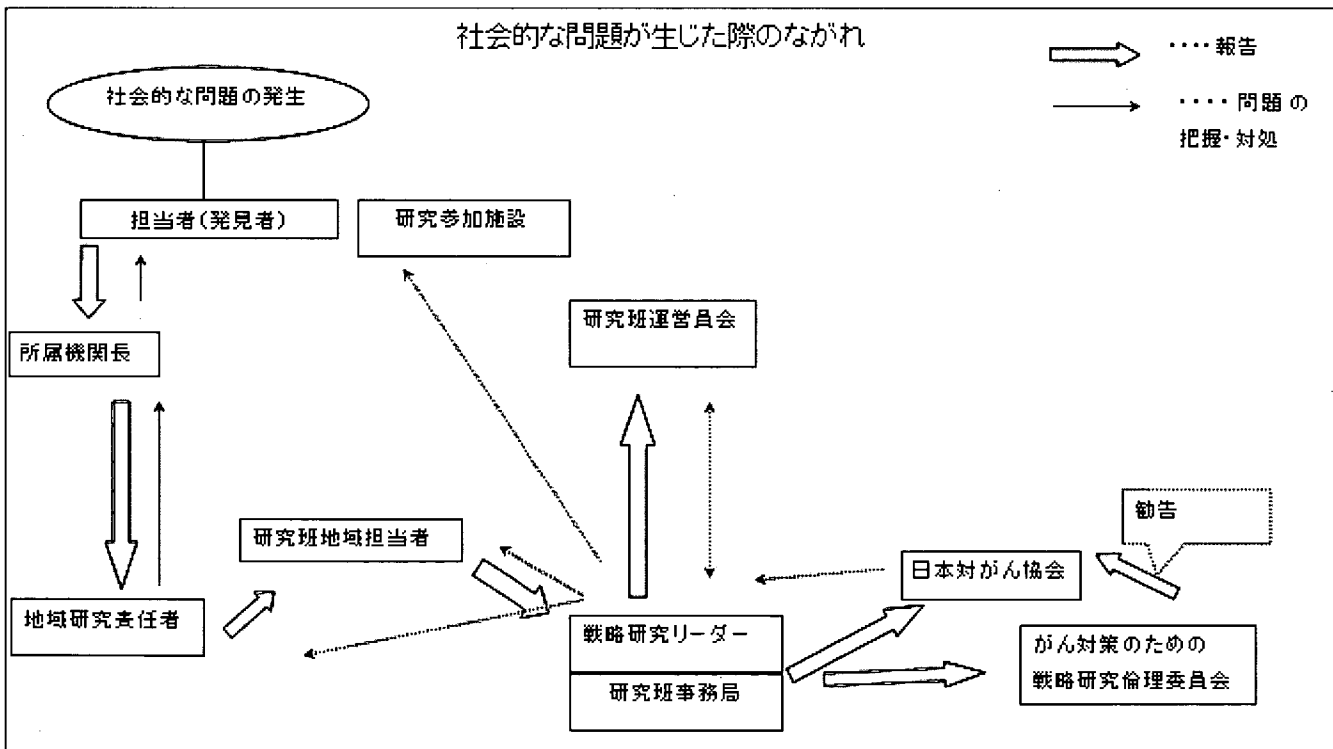


図4：社会的な有害事象が生じた際の流れ

12.1 安全管理に関する戦略研究リーダーの責務

戦略研究リーダーは、重篤な有害事象・今後の研究実施に影響する可能性のある事象また介入によって生じる社会的問題等について、その発生状況を把握する。必要に応じて、当該対象者

を担当する研究者への指導を行うと共に、他の参加施設へ報告し、情報共有に努める。また、その事象について、協会、運営委員会、倫理委員会に対して報告をする。

12.2 安全管理に関する地域責任者の責務

地域責任者は、地域介入者と密接に連携できる体制を構築し、医療関係機関や地域住民からの研究に対する問い合わせがあった場合には、必要かつ適切な対応を行う。また、研究期間中に、今後の研究実施に影響する可能性がある地域での社会的な問題等が生じた場合や、重大な事象の発生により安全管理上の問題があることが明らかとなった場合は、発生後 72 時間以内に研究班地域担当者を通して、戦略研究リーダーないし研究班事務局へ報告し、必要かつ適切な対応を施し安全確保に努める。本研究において行う介入は、通常行われている診療範囲内である。そのため、本研究を原因とする重篤な有害事象が発生することは特に想定しない。しかし、介入の際に重篤な有害事象が発生した場合は、担当者は当該機関の責任者に報告し、地域責任者は速やかに研究リーダーに報告する。

13. 試験の中止

協会が定める倫理委員会規程に従い、倫理委員会が研究の中止を勧告した場合、戦略研究リーダーは速やかに倫理委員会の審議結果をもとに研究の中止について検討し、研究の中止が妥当と判断された場合はこれを決定する。

14. 記録の保存、破棄または消去

電子化された登録症例のデータを集中的に管理するため、データ管理手順書に基づき管理を行う。データ管理手順書は、評価測定委員会が作成し、必要な場合は改定を行う。また、評価測定委員会は、アクセスする者を ID/パスワード認証を用いて限定し、ファイアウォール整備により不正アクセスを防ぐなどして、セキュリティ対策を行う。評価測定委員会、研究班事務局、及び研究参加団体施設責任者は、研究のために作成されたデータセットまたは資料を研究後も保管する。いずれの参加者も個人情報保護法を遵守し、研究用データセット及び資料等の保管手順書に規定した方法で保管する。保管期間については、研究用データセット及び資料等の保管手順書に規定する。

15. モニタリング

15.1 定期モニタリング

試験が安全に、研究計画に従って実施されているか、データが正確に収集されているかを確認する目的で、原則として年2回、「介入実施状況モニタリング手順書」に基づく定期モニタリングが行われる。モニタリングはデータセンターに収集される「介入実施状況モニタリング調査票」に基づいて行われる中央モニタリングである。施設訪問にて原資料との照合を含めて行う施設訪問モニタリングは、研究事務局が必要と判断した場合を除いて原則として行わない。データセンターが作成する定期モニタリングレポートは、研究班運営委員会に提出し、検討される。

15.2 モニタリングレポート

モニタリングレポートは、介入実施状況モニタリング調査票、有害事象の発生状況、その他の問題事象を含む。

16. 研究計画の見直し、変更手続き

定期モニタリングの結果として、あるいは重篤な有害事象や研究実施継続に影響する可能性のある

ような事象が発生した場合、協会が定めるがん対策のための戦略研究倫理委員会規程に従い、倫理委員会は、研究計画の変更を戦略研究リーダーに勧告する。戦略研究リーダーは、速やかに倫理委員会の審議結果をもとに研究計画の変更について検討する。検討の結果、研究計画の変更が妥当と判断された場合、戦略研究リーダーは、研究班運営委員会に諮り研究計画変更案を作成し、これを倫理委員会に提出する。倫理委員会は、研究計画変更案を審査し、承認が得られたら運営委員会の審議を経てこれを採用することとなっている。改正された研究実施計画書は、各施設の倫理委員会またはこれに準じる機関で承認されなければならない。内容変更が改訂の場合に、各施設の倫理委員会の審査承認を要するか否かは各施設の取り決めに従うこととする。

17. 追加複合研究と個々のプログラムの解析

17.1 追加複合研究

戦略研究リーダーおよび共同研究者は必要に応じて追加複合研究を企画することができる。本研究との整合性を確保した上で、別途研究計画書を作成する。

17.2 個々のプログラムの解析

介入の地域全体に対する効果を測定するのと別に、個々の介入プログラムの効果やアウトカムに関する臨床データについて記述的研究を行う。臨床データの後向き解析である場合には研究計画書等は作成しなくてもよい。

18. 研究結果の発表

主たる結果は、最終解析終了後に英文誌に投稿する。

本研究の目的が研究過程で得られる成果物を全国での緩和ケアの均てんのために役立てるということから、主たる結果ではない副次的な評価項目のうち期間中に得られる調査結果、臨床データについての記述的研究、研究過程の紹介については、研究成果がまとまり次第、可能な限り早期に、共同研究者は、戦略研究リーダーの了承を経たうえで、1) 医学専門雑誌に投稿、学術集会への発表などを行う、2) がん診療拠点病院むけに報告書・開発したマテリアルなどを送付する、3) 研究班ホームページで報告・開発したマテリアルを公開する、などの方法で研究成果の開示につとめる。報告する予定については別途「研究成果報告予定表」に定める。

これらのオーサーシップについては、研究班運営委員会が研究成果一覧表を作成し、研究班運営委員会が定める。オーサーシップは、1) 研究立案・プロトコル作成・データ収集に主に関与したもの、2) 解析に主に関与したもの、3) 論文作成に主に関与したもの、または、4) グラント取得者(研究リーダー)とし、地域責任者はいずれかの関与がある場合にかぎりオーサーシップとなる。

すべての共著者は投稿前に論文内容をレビューし、発表内容に合意した者のみとする。内容に関して議論にても合意が得られない場合、研究班事務局は戦略研究リーダーの了承の上で、その研究者を共著者に含めないことができる。戦略研究リーダー以外の発表者が、戦略研究リーダーの了承なく、直接データセンターから集計・解析結果を受け取ることはできない。

19. 研究計画書の履歴

改正に対する各施設の倫理委員会の承認が得られた場合、各施設の共同研究者は倫理委員会承認文書のコピーを研究班事務局へ送付する。各施設の倫理委員会承認文書原本は共同研究者が保管、コピーは研究班事務局が保管する。

20. 研究参加者と研究班組織

20.1 研究参加者と研究班組織

本研究の参加者は、緩和医療の専門医師、看護師、ソーシャルワーカー、地域保健行政担当者、生物統計家、疫学研究者、研究班事務局担当者、等である。

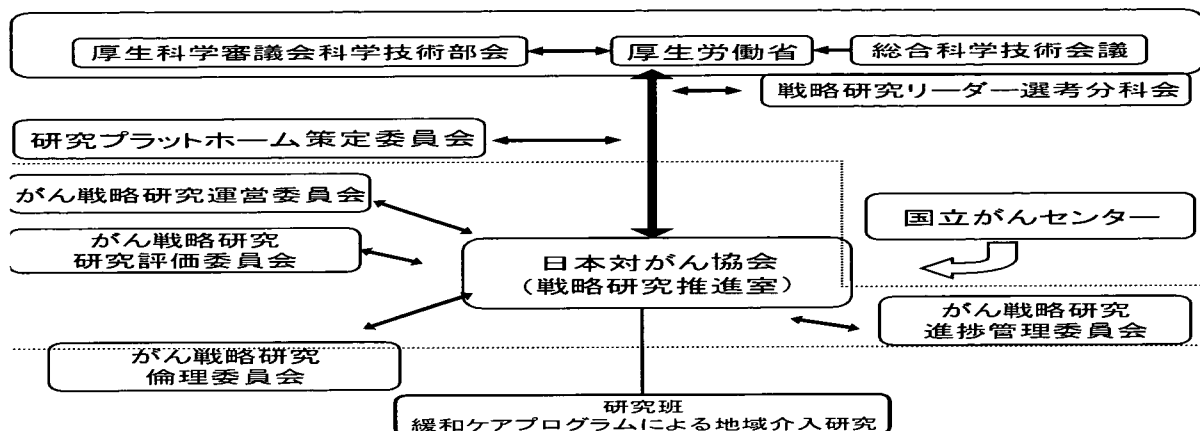


図4 「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」研究班組織

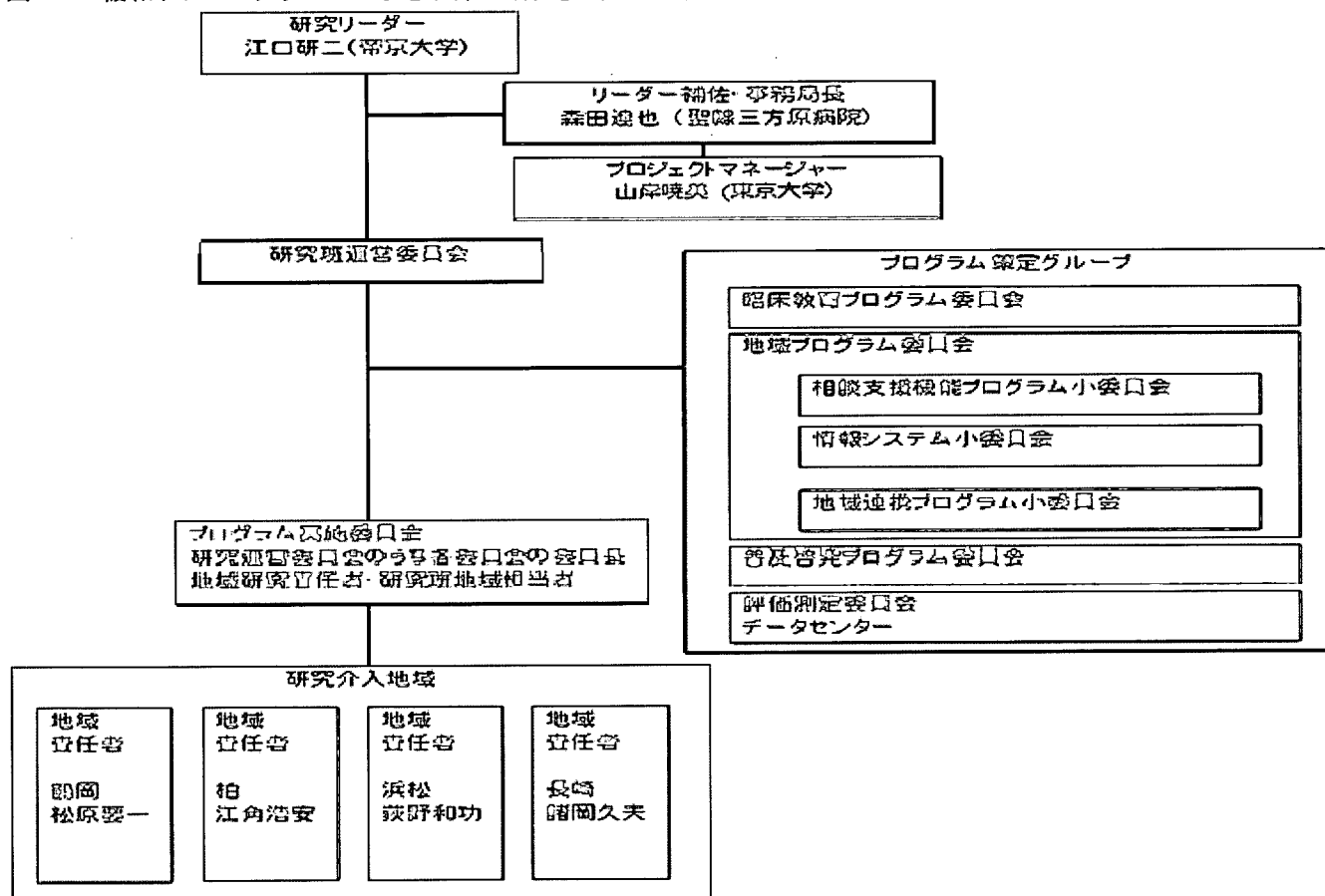


図5 緩和ケアプログラムによる地域介入研究組織図

20.2 研究実施体制と役割

20.2.1 研究実施体制の概要

本研究は、戦略研究リーダー、研究班運営委員会、プログラム策定グループ、プログラム実施委員会、研究介入地域研究参加機関及び研究班事務局からなる体制で実施される。なお、厚

生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）がんと対策のための戦略研究実施要項により、運営委員会、倫理委員会、評価委員会、進捗管理委員会が設置され、その指導監督のもとに本研究班は研究計画を遂行する。

20.2.2 戦略研究リーダー

戦略研究リーダーの責務は以下の通りとする。

- ・ 研究班運営委員会を設置し、研究班の運営を行う。
- ・ プログラム策定グループを設置し、研究計画書の策定を行う。
- ・ プログラム実施委員会を設置し、研究計画書に従い、研究介入地域において研究を実施する。
- ・ 研究が適正に施行され完了するよう監督するとともに、研究班事務局を設置し、本研究実施計画書に関する問い合わせへの対応、有害事象への対応、本研究計画書の変更を行う。研究計画書に規定のない事項が発生した場合、戦略研究リーダーは緊急性のあるものは即時に判断し、対応する。不測の事情により、戦略研究リーダーがその職を務められぬ場合、戦略研究リーダー補佐がその職務を代行する。また、プロジェクトマネージャーは、研究班の目的が円滑に遂行できるように、各委員会など研究班内組織のタスクを管理し、コーディネーションする。リーダー補佐と同等の役割をはたす。

20.2.3 研究班運営委員会

戦略研究リーダーの指示に基づき設置され、研究リーダー、研究リーダー補佐及び研究リーダーに指名された研究者から組織される。戦略研究リーダーからの求めに応じて開催され、研究計画書の作成と修正、研究班の運営（評価測定委員会からの報告事項に関する検討を含む）及び研究遂行に関する事項の審議を行う。

- ・ 研究班運営委員会の委員長は戦略研究リーダーとする。
- ・ 委員長は委員会を招集し、委員会終了後に研究班事務局に議事録を速やかに作成させる。

20.2.4 研究班地域担当者

戦略研究リーダーの指名に基づき、研究班運営委員会の委員より選任される。研究班運営委員の立場から、研究全体の運営及び進捗状況について把握し、地域での倫理委員会の対応など研究が円滑に実施できるよう地域からの要望を調整する。

20.2.5 プログラム策定グループ

戦略研究リーダーの指示に基づき設置され、臨床教育プログラム委員会、地域プログラム委員会、普及啓発プログラム委員会及び評価測定委員会から組織される。プログラム策定グループは、研究を実施していくための介入プログラムの作成を行い、研究班運営委員会に提出する。

a 臨床教育プログラム委員会

戦略研究リーダーの指示に基づき設置され、本研究介入のうち、「緩和ケアの標準化と継続性の向上」に関わる介入プログラムを立案し、手順書を作成する。

b 地域プログラム委員会

戦略研究リーダーの指示に基づき設置され、本研究の介入のうち「地域緩和ケアの包括的なコーディネーション」および「緩和ケア専門家による診療及びケア」に関わる介入プログラムを立案し、手順書を作成する。作成するプログラムに準じて、情報システム小委員会、相談支援機能小委員会、地域連携プログラム小委員会の作業部会を設置する。

c 普及啓発プログラム委員会

戦略研究リーダーの指示に基づき設置され、本研究の介入のうち「患者・家族に対する

適切な緩和ケアの知識の提供」に関わるプログラムを立案し、手順書を作成する。

d (1) 評価測定委員会

戦略研究リーダーの指示に基づき設置され、本研究の評価測定に関する業務、また、登録症例のデータ管理を行う。評価測定委員会では下記の手順書を作成し、それに則り作業を行う。

- ・評価測定手順書
- ・介入実施状況モニタリング手順書
- ・データ管理手順書

(2) データセンター

評価測定委員会内におかれ、評価測定委員会委員長の監督下にデータ管理を行う。詳細はデータ管理手順書に定める。

20.2.6 プログラム実施委員会

戦略研究リーダーの指示に基づき設置され、研究運営委員会のうち各委員会の委員長、地域責任者と地域担当者から組織される。研究計画書に従い、研究介入地域において研究を実施していくための調整を行う。研究介入地域の研究の進捗状況及び地域の特性に応じた問題点等についてまとめ、研究運営委員会に報告する。

20.2.7 研究班事務局

戦略研究リーダーの指示に基づき、本研究に関する手続き全般を行い、研究班運営委員会を運営する。研究参加機関からの問い合わせ等にも随時対応する。

20.2.8 研究介入地域研究参加機関

研究計画書に基づき、各研究介入地域の地域責任者により指定された地域におけるがん診療の中核的病院及び同じ地域に属しその病院と連携する病院、診療所、訪問看護ステーション等から構成される。各研究参加機関は、各手順書にしたがって、臨床教育プログラム委員会、地域プログラム委員会、普及啓発プログラム委員会、評価測定委員会が策定する研究を行う。

21. 研究者一覧表

◎委員長 ○副委員長 ※研究班地域担当者
研究員は 50 音順

戦略研究リーダー 江口 研二	医師	帝京大学医学部 内科学講座
戦略研究リーダー補佐 森田 達也	医師	聖隷三方原病院 緩和支援治療科
戦略研究プロジェクトマネージャー 山岸 暁美	看護師	東京大学大学院医学系研究科

■研究班運営委員会

研究班運営委員会		
◎ 江口 研二	医師	帝京大学医学部 内科学講座
○※森田 達也	医師	聖隷三方原病院 緩和支援治療科
※秋月 伸哉	医師	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部
※秋山 美紀	講師	慶應義塾大学 総合政策学部

石川ベンジャミン光一	研究員	国立がんセンター がん対策情報センター 情報システム管理課 システム開発室 室長 国立がんセンター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 オフィス梅田
内富 庸介	医師	日本訪問看護振興財団
梅田 恵	看護師	岡部医院
角田 直枝	看護師	筑波大学大学院 人間総合科学研究科
菊地 信孝	医師	筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
木澤 義之	医師	白髭内科医院/長崎市医師会
志真 泰夫	医師	NPO 法人在宅緩和ケア支援センター“虹”
※白髭 豊	医師	大阪大学大学院 コミュニケーションデザイン・センター
中山 康子	看護師	熊本再春荘病院 呼吸器内科
平井 啓	心理学	がん対策情報センター がん情報・統計部 がん医療情報サービス室長 国立がんセンター
松本 武敏	医師	東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 成人看護学/緩和ケア看護学分野
的場 元弘	医師	東京大学医学部附属病院 臨床試験データ管理学
宮下 光令	看護師	聖路加看護大学 看護実践開発研究センター
山口 拓洋	生物統計家	
山田 雅子	看護師	

■臨床教育プログラム委員会

◎ 木澤 義之	医師	筑波大学大学院 人間総合科学研究科
○ 梅田 恵	看護師	オフィス梅田
○ 新城 拓也	医師	社会保険神戸中央病院 緩和ケア病棟
○ 森田 達也	医師	聖隷三方原病院 緩和支援治療科
明智 龍男	助教授	名古屋市立大学大学院 医学研究科 精神・認知・行動医学分野
池永 昌之	医師	淀川キリスト教病院 ホスピス
井関 雅子	医師	順天堂大学 麻酔科学・ペインクリニック講座
伊東 俊雅	薬剤師	東京女子医科大学病院 薬剤部
岩崎 静乃	歯科衛生士	聖隷三方原病院 歯科・口腔衛生グループ
岩瀬 哲	医師	東京大学医学部附属病院 緩和ケア診療部
梅澤 志乃	看護師	国立がんセンター中央病院
宇野 さつき	看護師	新国内科医院
大谷 弘行	医師	聖隷三方原病院 ホスピス
大西 秀樹	医師	埼玉医科大学国際医療センター 精神腫瘍科
大野 友久	歯科医師	聖隷三方原病院 歯科・口腔衛生グループ
大谷木 靖子	看護師	昭和大学横浜市北部病院 看護部
小笠原 利枝	看護師	横浜市立みなと赤十字病院 緩和ケア病棟
岡部 健	医師	岡部医院
小原 弘之	医師	広島県立広島病院 緩和ケア科
加賀谷 肇	薬剤師	済生会横浜市南部病院 薬剤・緩和チーム
角田 直枝	看護師	日本訪問看護振興財団
川越 正平	医師	あおぞら診療所
川村 三希子	看護師	北海道医療大学 看護福祉学部臨床看護学講座 認定看護師研修センターホスピス分野
菊地 信孝	医師	岡部医院
木下 寛也	医師	国立がんセンター東病院 緩和ケア病棟
栗原 幸江	心理学	静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科
国分 秀也	薬剤師	北里大学病院 薬剤・緩和チーム
小山 富美子	看護師	市立池田病院 医療安全・質管理部 緩和ケア等対策室
佐伯 俊成	医師	広島大学医学部附属病院 総合診療科
笹原 朋代	看護師	東京大学 医学系研究科
佐野 元彦	薬剤師	埼玉医科大学総合医療センター 薬剤部

塩川 満	薬剤師	聖路加国際病院 薬剤部
志真 泰夫	医師	筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
清水 研	医師	国立がんセンター中央病院 緩和ケアチーム
新貝 夫弥子	看護師	愛知県立がんセンター中央病院
助川 明子	医師	横浜市立大学 産婦人科学教室
高瀬 久光	薬剤師	福岡大学病院 薬剤部・緩和ケアチーム
高橋 秀徳	医師	国立がんセンター中央病院 緩和ケア科
高橋 美賀子	看護師	聖路加国際病院 緩和ケア病棟
瀧川 千鶴子	医師	恵佑会札幌病院 緩和ケア科
田中 桂子	医師	静岡県立静岡がんセンター 緩和医療科
田巻 知宏	医師	札幌南青洲病院 緩和ケア科
田村 恵子	看護師	淀川キリスト教病院 ホスピス
丹田 滋	医師	東北労災病院 腫瘍内科
茅根 義和	医師	日本赤十字社医療センター 緩和ケア科
恒藤 暁	医師	大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学
土井 千春	医師	済生会横浜市南部病院 緩和ケア科
富安 志郎	医師	長崎市立市民病院 麻酔科・緩和ケアチーム
戸谷 美紀	看護師	国立がんセンター中央病院 緩和ケアチーム
仲川 三春	薬剤師	香川県立中央病院 緩和ケアチーム
中島 信久	医師	天使病院 外科
中村 めぐみ	看護師	聖路加国際病院
奈良林 至	医師	埼玉医科大学 緩和医療科
難波 美貴	看護師	聖隷三方原病院 緩和ケアチーム ホスピス
二宮 朋子	看護師	日本赤十字社医療センター 8東外科
長谷川 久巳	看護師	東京都虎の門病院
橋爪 隆弘	医師	市立秋田総合病院 緩和ケアチーム
浜野 淳	医師	筑波大学 総合診療科
林 章敏	医師	聖路加国際病院 緩和ケア科
林 忍り子	看護師	済生会横浜市南部病院
久永 貴之	医師	筑波大学附属病院 緩和ケアチーム
廣岡 佳代	看護師	聖路加看護大学
福田 ひとみ	教員	北海道医療大学 認定看護師研修センター
藤本 亘史	看護師	聖隷三方原病院 緩和と支持治療科・緩和ケアチーム
藤森 麻衣子	心理学	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部
松尾 直樹	医師	埼玉県立がんセンター 緩和ケア科
的場 元弘	医師	国立がんセンター がん対策情報センター がん情報・統計部 がん医療情報サービス室長
宮下 光令	看護師	東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 成人看護学/緩和ケア看護学分野
吉田 智美	看護師	大阪府立大学 看護学部
吉松 知恵	医療ソーシャルワーカー	ピースハウス病院
吉本 鉄介	医師	社会保険中京病院 緩和ケアチーム
余宮 きのみ	医師	埼玉県立がんセンター 緩和ケア科

■地域プログラム委員会

◎ 秋月 伸哉	医師	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部
○ 志真 泰夫	医師	筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

相談支援機能プログラム小委員会

赤澤 輝和	医療ソーシャルワーカー	聖隷三方原病院 医療相談室
秋月 伸哉	医師	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部
井村 千鶴	看護師	聖隷三方原病院 看護相談室
内富 庸介	医師	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部
小川 朝生	医師	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部
奥野 光香子	看護師	筑波大学 ヒューマン・ケア科学専攻
角田 直枝	看護師	日本訪問看護振興財団
古村 和恵	医療ソーシャルワーカー	日本対がん協会・聖隷三方原病院
木澤 義之	医師	筑波大学大学院 人間総合科学研究科
木下 寛也	医師	国立がんセンター東病院 緩和ケア
坂本 沙弥香	看護師	京都大学 医学専攻 社会医学系 博士課程
坂本 はと恵	医療ソーシャルワーカー	国立がんセンター東病院
笹ヶ瀬 容子	医療ソーシャルワーカー	聖隷三方原病院 医療相談室
笹原 朋代	看護師	東京大学 医学系研究科
志真 泰夫	医師	筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
白髭 豊	医師	白髭内科医院/長崎市医師会
菅原 弘之	医事課	鶴岡市立荘内病院 医事課
鈴木 聡	医師	鶴岡市立荘内病院 外科
浜野 淳	医師	筑波大学 総合診療科
原田 久美子	看護師	日本対がん協会 国立がんセンター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部
平山 美香	看護師	白髭内科医院
宮坂 友美	看護師	国立がんセンター東病院 看護部
森田 達也	医師	聖隷三方原病院 緩和支援診療科
山岸 暁美	看護師	日本対がん協会 国立がんセンター東病院 臨床開発センター 精神腫瘍学開発部
吉原 律子	看護師	県立長崎シーボルト大学 看護学科

情報システム小委員会

◎ 石川ベンジャミン光一	研究員	国立がんセンター がん対策情報センター 情報システム管理課 システム開発室
有賀 悦子	医師	国立国際医療センター 緩和ケア科
菊地 信孝	医師	岡部医院
中山 康子	看護師	NPO 法人在宅緩和ケア支援センター“虹”

地域連携プログラム小委員会

◎松本 武敏	医師	熊本再春荘病院 呼吸器内科
川越 正平	医師	あおぞら診療所 院長
菊地 信孝	医師	岡部医院
白髭 豊	医師	白髭内科医院/長崎市医師会 院長/理事
鈴木 信行	医師	鈴木医院
中島 朋子	看護師	東久留米白十字訪問看護ステーション所長
山田 雅子	看護師	聖路加看護大学 看護実践開発研究センター センター長

■普及啓発プログラム委員会

◎ 的場 元弘	医師	国立がんセンター がん対策情報センター がん情報・統計部 がん医療情報サービス室長
○ 秋山 美紀	講師	慶應義塾大学 総合政策学部