

200721044A

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者の QOL を向上させることを目的とした

支持治療のあり方に関する研究

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 宮下 光令

平成 20 (2008) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告	
がん患者のQOLを向上させることを目的とした 支持治療のあり方に関する研究	3
宮下光令	
II. 分担研究報告	
1. がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの実態調査	15
志真泰夫	
2. がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの自己評価と困難感	19
恒藤 暁	
3. がん診療連携拠点病院の薬剤部の実態調査	23
的場元弘	
4. がん診療連携拠点病院における 遺族による緩和ケアの質の評価に関する研究	27
森田達也	
5. がん患者に対する緩和ケアのアウトカムを 測定する尺度の信頼性・妥当性の検証	31
和田 信	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	37

I . 総括研究報告書

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

がん患者の QOL を向上させることを目的とした支持治療のあり方に関する研究

主任研究者 宮下 光令 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻

研究要旨 本研究では（１）がん診療拠点病院における緩和ケアチームの現状を明らかにする、（２）がん診療連携拠点病院における薬剤部の現状を明らかにする、（３）進行がん患者における緩和ケアのアウトカムを測定する尺度を開発し、その信頼性・妥当性を検討する、（４）がん診療連携拠点病院において、遺族の視点から緩和ケアの評価を行う、といった４点を目的とした。本研究の結果、わが国のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの実態が明らかになった。緩和ケアチームの医師、看護師の緩和ケア提供に関する自己評価は全体的に低かった。また、がん診療連携拠点病院の薬剤部に関する調査では、薬剤の採用状況はほぼ十分であるものの、薬剤師の患者への直接的な関与は不十分であった。患者・家族を対象とした啓発活動の必要性も示された。進行がん患者における緩和ケアのアウトカムを測定する尺度を開発し、その信頼性・妥当性の検討、がん診療連携拠点病院における、遺族の視点から緩和ケアの評価に関する研究についても順調に症例が集積されている。今後は進行がん患者における緩和ケアのアウトカム尺度の確定、遺族調査の分析、緩和ケア以外の支持療法の開発が課題である。

分担研究者氏名および所属施設

研究者氏名	所属施設名及び職名
宮下光令	東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 緩和ケア看護学分野 講師
志真泰夫	筑波メディカルセンター病院 緩和医療科 部長
恒藤暁	大阪大学大学院医学系研究科 緩和医療学 教授
的場元弘	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 室長
森田達也	聖隷三方原病院 緩和支援治療科 部長
和田信	埼玉医科大学 国際医療センター 精神腫瘍科 講師

法及びがん対策基本計画に基づき、全国各地でも質の高いがん医療を提供できることを目的にがん診療連携拠点病院が制定された。がん診療連携拠点病院の指定要件には、緩和ケア提供体制の整備が求められている。これは、一般病棟においても緩和ケアチームによって、がん患者が早期から緩和ケアを受けことができる体制を整備することにより、がん患者の QOL の向上を目的としたものである。がん診療連携拠点病院は平成 20 年 2 月現在、353 施設が指定されている（みなし拠点病院を含む）。緩和ケアチームは通常、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師（これらの 2 つは重複する場合もある）、緩和ケアを専門とする看護師から構成される。これらの構成員に関しては、緩和ケアに関する高い知識や技術が要求される。しかし、現状ではこれらの緩和ケアチームの現状に関しては明らかにされていない。

A. 研究目的

わが国のがん対策として、がん対策基本

また、緩和ケアは薬物治療が中心となる

ため、緩和ケアの提供のためには薬剤部の機能が重要な役割を占める。しかし、がん診療連携拠点病院における薬剤の採用状況や薬剤師の活動の実態については全く調査が行われてこなかった。

さらに、がん患者に対して適切な緩和ケアが提供されるためには、その評価を行うことが必須と考えられる。しかし、わが国では治療期・進行期のがん患者を対象とした信頼性・妥当性が保証された緩和ケアのアウトカムを測定する尺度は開発されていない。わが国において、緩和ケアのアウトカム評価尺度を作成する場合には、身体的・精神的症状だけでなく、実存的領域も含んだ包括的な評価尺度が作成される必要がある。

緩和ケアの評価に関しては、わが国においては、ホスピス・緩和ケア病棟を中心に遺族による緩和ケアの質を評価する試みがなされてきた。しかし、現在、わが国では80%以上のがん患者が一般病棟で死亡している。それにも関わらず、一般病院における多施設の遺族調査は現在まで行われていない。わが国のがん医療および緩和ケアの全国的な均てん化のためには、緩和ケア病棟のみではなく一般病院での調査が必要である。特に、がん診療連携拠点病院は政策的にも地域においてがん医療、緩和ケアの中心的な役割を果たす施設であり、がん診療連携拠点病院における緩和ケアの水準を評価することは重要と考えられる。

これらの現状から、本研究では(1)がん診療拠点病院における緩和ケアチームの現状を明らかにする、(2)がん診療連携拠点病院における薬剤部の現状を明らかにする、(3)進行がん患者における緩和ケアのアウトカムを測定する尺度を開発し、その信頼性・妥当性を検討する、(4)がん診療連携拠点病院において、遺族の視点から緩和ケアの評価を行う、の4点を目的とした。

B. 研究方法

(1) がん診療連携拠点病院の緩和ケアチ

ーム調査

平成19年9月現在に指定されているがん診療連携拠点病院288施設(みなし拠点病院を含む)を対象に自記式質問紙による郵送調査を行った。未回収施設に関しては2度の督促を行った。倫理的配慮として、本研究は施設を対象とした質問紙調査であり、患者・家族に対する負担や有害事象は発生しないが、各施設に対しては、調査の目的とともに、個々の回答が施設名を明らかにして厚生労働省や一般に公表されること、この調査結果ががん診療連携拠点病院の更新や承認の資料となることはないことを文書にて説明した。

(2) がん診療連携拠点病院の薬剤部調査

平成19年9月現在に指定されているがん診療連携拠点病院288施設(みなし拠点病院を含む)を対象に自記式質問紙による郵送調査を行った。未回収施設に関しては1回の督促を行った。倫理的配慮として、本研究は施設を対象とした質問紙調査であり、患者・家族に対する負担や有害事象は発生しないが、各施設に対しては、調査の目的とともに、個々の回答が施設名を明らかにして厚生労働省や一般に公表されること、この調査結果ががん診療連携拠点病院の更新や承認の資料となることはないことを文書にて説明した。

(3) 進行がん患者における緩和ケアのアウトカムを測定する尺度を開発と、その信頼性・妥当性の検討

調査施設は埼玉医科大学国際医療センター包括的がんセンターの外来および臨床腫瘍科病棟、全国7施設の緩和ケア病棟または緩和ケア外来とした。

調査対象はがんのため通院している患者または入院している患者とし、調査は平成19年12月より開始した。

調査方法は自記式質問紙を用いた質問紙調査とした。

調査項目は(I)CES-P(緩和ケアのプ

ロセスの評価尺度) (II)
EORTC-QLQ-C15-PAL (緩和ケアを受けるがん患者の QOL 評価尺度) (III)
BPI (がん性疼痛の評価尺度) (IV)
GDI-P (緩和ケアをうけるがん患者の包括的 QOL 評価尺度) (V) 現在の受けている治療に関する安心感 (VI) 患者背景とした。(I) (II) (IV) (V) が本研究で新たに開発される緩和ケアのアウトカムを測定する尺度である。

倫理的配慮として、趣意書の配布とともに、調査への協力は自由意思であること、回答内容は個人が特定できる形で公開されないこと等十分な説明を行った後、外来患者では同意書への署名をもって同意とみなし、入院患者では回答を持って同意とみなすこととした。調査票は事務局において鍵のかかる場所で厳重に保管し、研究期間終了後シュレッダーにて廃棄することとした。また、本研究は実施施設における倫理委員会の承認のもとに実施した。

(4) がん診療連携拠点病院における、遺族の視点から緩和ケアの評価

調査施設は 2007 年 9 月 1 日現在におけるがん診療連携拠点病院指定施設のうち、本研究の参加に同意した施設とした。

調査対象は研究参加施設の一般病棟において 2006 年 8 月 1 日から 2007 年 7 月 31 日に死亡した患者のうち、適格基準を満たす全てのがん患者の遺族 (キーパーソンまたは身元引受人) を対象とした。

調査方法は、自記式質問紙による郵送調査とした。調査票の郵送は各参加施設から行うこととした。また、督促に同意が得られた施設では、調査の 1 ヶ月後に督促を行うこととした。調査は 2008 年 2 月より開始した。

調査項目は (1) ケアプロセスに対する評価 (Care Evaluation Scale) (2) 患者のアウトカム評価 (Good Death Inventory) (3) 遺族のアウトカム評価 (Caregiving

Consequence Inventory, SF-8)、患者背景、遺族背景とともに、参加施設の施設背景についても調査した。

倫理的配慮として、本研究は適格基準を死亡時の患者の年齢が 20 歳以上である、遺族の年齢が 20 歳以上である、遺族に病名が「がん」であることの告知がなされているものとし、退院時および現在の状況から、精神的に著しく不安定なために研究の施行が望ましくないと担当医が判断されるものは調査対象から除外した。また、本研究は質問紙によるアンケート調査であるので、明らかな遺族への不利益は生じないと考えられた。しかし、受けたケアを評価することに対する精神的葛藤や、つらい体験に関する心理的苦痛を生じることが予測されるので、調査は、各施設から独立した団体が行っていること、回答内容は施設に個人が特定できるかたちで知らされないこと、および、調査に回答するかどうかは自由であることなどを明記した趣意書を同封し、対象者に対する説明を行い、返送をもって研究参加への同意を得たと見なすこととした。また、本研究は研究計画を研究参加施設の倫理委員会へ提出し、承認を得ることとした。

C. 研究結果

(1) がん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム調査

288 施設中、242 施設から調査票を回収した (回収率 84%)。がん診療連携拠点病院のうち、緩和ケアチームを有りと回答した施設は 239 施設 (99%) であった。以下の結果は、緩和ケアチームを有りと回答した施設の結果である。

緩和ケア診療加算を算定している施設は 16% であり、緩和ケアチームに紹介された年間患者数は平均 73 ± 133 (中央値 35) 人であった。緩和ケアチームのメンバーは医師が平均 3.1 人 (専従あり 19%)、看護師が平均 2.5 人 (専従あり 23%) であった。コメディカルの感ケアチームへの参加率は

薬剤師 90%、MSW59%、心理専門職 31%、
栄養士 31%、理学療法士 16%であった。

緩和ケアチームの活動実態は平日日勤帯
でいつでも対応可能と回答した施設が35%
であり、対応できない時間は51%以上と回
答した施設が32%あった。夜間の対応は緩
和ケアチームに連絡できる・代行する医療
者が決まっていると回答した施設は40%で
あり、休日の対応は緩和ケアチームに連絡
できる・代行する医療者が決まっていると
回答した施設は39%であった。緩和ケアチ
ームが直接患者の診療を行う頻度は週4回
以上が29%、週2-3回が35%、週1回が
24%、直接は診療しないが12%であった。

緩和ケア病棟の広報活動や院内連携にか
んしては、実施しているという回答が「緩
和ケアチームの理念や基本方針、役割の提
示」「緩和ケアチームの体制の明示」「緩和
ケアチームのコンサルテーション依頼方法
の明示」「病院内の医療者に対する日々の臨
床活動を通じた教育」「緩和ケアに関する勉
強会の開催」で70-90%であった。病院外
の医療者を対象とした緩和ケアに関する勉
強会の開催は68%がありと回答し、一般住
民を対象とした勉強会の開催は46%あり
と回答した。

地域連携に関しては、緩和ケアが必要と
される退院調整を行う部署は91%がありと
回答し、在宅療養に移行した患者が退院後
も相談できる専門の窓口は84%がありと回
答しているものの、訪問診療や訪問看護を
受けている患者の症状緩和について、緩和
ケアチームのメンバーが相談にのる体制が
ありと回答したのは66%であり、緩和ケア
チームのメンバーによる訪問診療・訪問看
護を実施しているのは14%であった。

緩和ケアチームの緩和ケアの技術・知識
などに関する自己評価では、緩和ケアチ
ームの身体症状の緩和を担当する医師が、「よ
くあてはまる」「あてはまる」と回答した割
合は、「疼痛緩和のための知識や技術は十分
である」が50%、「疼痛以外の身体症状緩
和のための知識や技術は十分である」が

35%、「がんに関連した身体症状緩和につ
いて、必要な研修を受けた」が29%、「身
体症状緩和に関する専門的な知識や援助を容
易に受けられる」が44%であった。

緩和ケアチームの精神症状の緩和を担当
する医師が、「よくあてはまる」「あてはま
る」と回答した割合は、「患者の不安やうつ
状態をおおむね正しく評価できる」が58%、
「精神症状に対する薬物療法や精神療法に
関する知識や技術は十分である」が51%、
「がんに関連した精神症状の緩和について、
必要な研修を受けた」が26%、「精神症状
の緩和に関する専門的な知識や援助を容易
に受けられる」が36%、「患者の意思決定
能力をおおむね正しく評価できる」が47%
であった。

緩和ケアチームの看護師が、「よくあては
まる」「あてはまる」と回答した割合は、「疼
痛緩和のための知識や技術は十分である」
が41%、「疼痛以外の身体症状緩和のため
の知識や技術は十分である」が29%、「が
んに関連した身体症状緩和について、必要
な研修を受けた」が65%、「身体症状緩和
に関する専門的な知識や援助を容易に受け
られる」が43%、「患者の不安やうつ状態
をおおむね正しく評価できる」が26%、「精
神症状に対する薬物療法や精神療法に関す
る知識や技術は十分である」が13%、「が
んに関連した精神症状の緩和について必要
な研修を受けた」が42%、「精神症状の緩
和に関する専門的な知識や援助を容易に受
けられる」が33%、「患者の意思決定能力
をおおむね正しく評価できる」が34%であ
った。

緩和ケアチームの活動上の困難感では、
「非常に障害になっている」「障害になって
いる」という回答が、「緩和ケアチームの仕
事をするための時間が保障されない」が
67%、「緩和ケアチームとして外来の患者を
フォローする体制や連携が不十分である」
が52%、「緩和ケアについて、病院内の医
師や看護師の意識がまちまちである」が
50%、「患者・家族が緩和ケアを終末期医療

と誤解している」が 47%、「緩和ケアチームを維持する経済的基盤がない」が 44%であった。

(2) がん診療連携拠点病院の薬剤部調査

288 施設中、264 施設から調査票を回収した (回収率 92%)。

オピオイド採用状況については、モルヒネ経口薬 (速効性)、モルヒネ経口薬 (徐放性)、モルヒネ坐薬、モルヒネ注射薬は 99-100% で採用していた。オキシコドン経口薬 (速効性) は 87% であったが、オキシコドン経口薬 (徐放性)、フェンタニル貼付薬、フェンタニル注射薬は 100% の採用状況であった。非オピオイドについては、非オピオイド鎮痛薬として、アセトアミノフェン、COX 2 非選択性 NSAIDs (経口薬)、COX 2 選択性 NSAIDs (経口薬)、NSAIDs (坐薬) は 99-100% の採用状況であった。抗癌薬は 100%、抗うつ薬として、三環系抗うつ薬が 100%、非定型三環系抗うつ薬が 42%、四環系抗うつ薬が 95%、SSRI、SNRI が 100%、その他の抗うつ薬が 67%、抗精神病薬としては、MARTA、SDA が 97%、ブチロフェノン (経口薬) が 99%、ブチロフェノン (注射薬) が 100%、フェノチアジン (経口薬) が 100%、フェノチアジン (注射薬) が 96% であった。

薬剤部の活動状況に関しては、緩和ケアを担当する薬剤師がいる割合は 87% であり、緩和ケアに関する業務は週平均 4.5±5.1 時間であった。

緩和ケアに関する利用可能なリソースに関しては、PCA ポンプありと回答した施設が 63% であり、台数は平均 10±20 (中央値 4) 台とばらついていて、入院患者へのオピオイド投与に PCA ポンプを使用している割合は 55% であり、そのうち 11 名以上の使用は 40% であった。入院患者へのオピオイド投与にディスポーザブル型のバルーン式ポンプを使用している割合は 44% であり、そのうち 11 名以上の使用は 29% であった。

医療用麻薬の管理に関して、入院がん患者にレスキューの医療用麻薬が処方された際の患者の自己管理を行っている割合は、全ての病棟で可能が 16%、一部の病棟で可能は 29%、できないが 52% であった。

薬剤師の緩和ケアに関する業務の実施状況について、「強オピオイド処方時の用法・用量の適切性のチェック」、「強オピオイド処方時の併用薬の処方 (制吐剤や下剤など) のチェック」、「医師から緩和ケアに関する薬剤について問い合わせがあった場合の提案」、「入院中に強オピオイドが新規に処方された場合の服薬指導」、「緩和ケアチームのカンファレンスへの参加」、「緩和ケアチームの病棟ラウンドへの参加」、「院内の医療者対象の、緩和ケアに関する薬物療法の勉強会・講習会の開催」、「地域の診療所や調剤薬局対象の、緩和ケアに関する薬物療法の勉強会・講習会の開催」、「緩和ケアに関する研究活動」などは 40-70% で実施していた。

薬剤師が緩和ケアに関する業務を行う際の障害に関しては、「とても障害になっている」「障害になっている」と回答した割合が、「緩和ケアに関する薬剤師の業務を行うための時間が保証されない」51%、「緩和ケアとは何かを患者・家族が知らない」は 32%、「患者・家族が緩和ケアを終末期医療と誤解している」は 40%、「患者・家族がオピオイド (医療用麻薬) について誤解している」は 40%、地域での連携については「地域の診療所や調剤薬局等との連携がない、または、うまくいかない」は 34% であった。

(3) 進行がん患者における緩和ケアのアウトカムを測定する尺度を開発と、その信頼性・妥当性の検討

外来調査に関しては平成 20 年 3 月現在、254 通の調査票が回収された。入院患者に対する調査は現在実施中である。

(4) がん診療連携拠点病院における、遺族の視点から緩和ケアの評価

平成 20 年 3 月現在、70 施設が調査への

参加に承諾した。平成 20 年 3 月現在で、40 施設の 3500 人に対する調査票を事務局から各施設に発送済みである。

D. 考察

(1) がん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム調査

殆どのがん診療連携拠点病院が、緩和ケアチームがありと回答しているものの、緩和ケアに専従する医師・看護師は少なく、緩和ケア診療加算を算定している施設も少なかった。がん患者の QOL を向上させるためには、十分な緩和ケア提供体制が必要であり、そのためには専従の医師や看護師の増加が望まれる。緩和ケアチームには薬剤師、MSW の参加が比較的多く、チームケアが成り立ちつつある。しかし、他の専門職の参加は必ずしも十分とはいえず、チーム医療の不十分さが示された。

緩和ケアチームの常時のコンサルテーションの対応は困難であるという実態であった。これは緩和ケアに専従する医師・看護師が少ないことに起因している。緩和ケアチームの活動を量的にも質的にも充実させるためには、まず専従の医師・看護師を配置し、緩和ケア診療加算を算定する施設が増加することが望ましいと考えられる。

緩和ケアチームの院内への広報や院内連携、院内教育に関しては、全体的に最低限は実施されており、今後は地域の医療者を対象とした講習会や一般市民への啓発活動が課題である。

緩和ケアに関する院内のリソース（麻酔科や退院調整部門等）は全体として 70% 以上が必要なリソースを有していた。100% になることが望ましいが、これらのリソースを有効に活用することが課題である。地域連携に関しては、地域連携に関する部署は殆どの施設で有しており、全体として体制は整っているものの、緩和ケアチームによるカンファレンスの参加や相談支援体制はあまり十分とはいえず、今後の充実が求められる事項である。

緩和ケアチームの構成員の緩和ケア提供に関する自己評価は全体的に低かった。これらの結果は専門的に緩和ケアを提供するものとして決して十分なものではなく、緩和ケアチームの医師・看護師に対する、一層の教育・研修制度の充実が求められる。緩和ケアに関する講習会などは全国で多数行われており、おそらくそれに参加したことがある医師・看護師は多いと推測される。しかし、講習会で十分な自信をつけることは困難であり、より実践的な臨床研修の充実が課題であろう。また、各構成員において「専門家の支援が得られる」という回答も必ずしも高くないものであった。経験が少ない症例や難治性の症例などに関しては、緩和ケアチームの構成員としても対応に苦慮することは少なくない。そのような場合に、専門家がサポートする体制の構築されることが望ましい。個人的なネットワークも重要ではあるが、がん診療連携拠点病院に関しては、都道府県拠点病院などが中心となった公的なサポート体制が必要である。

緩和ケアチームの活動上の困難に関しては、時間や経済面での保証については不十分と感じていた。これらの時間的、経済的支援をより充実させることが望まれる。また、緩和ケアチームに関する院内や患者・家族の誤解が困難感として挙げられていた。緩和ケアチームに関する広報活動や一般市民に対するパンフレット配布、講習会の実施などを通じた、普及啓発活動がさらに必要である。

(2) がん診療連携拠点病院の薬剤部調査

薬剤の採用状況に関しては、オピオイドについてはほぼ 100% の病院が複数の製剤を採用していた。オキシコドン注射液を除くと、オピオイドローションやレスキューの使用が可能な体制にあった。非オピオイド鎮痛薬、抗痙攣薬、抗うつ薬、抗精神病薬等の鎮痛補助薬に関してもほとんどの病院で採用されており、疼痛の緩和だけでなく、精神症状の緩和、緩和治療に伴う

副作用の緩和に関しても比較的十分な薬剤の採用がなされていた。

87%の施設で緩和ケアを担当する薬剤師が決められており、ほぼ十分な支援体制があると思われる。しかし、週に活動する時間は平均 4.5 時間であり、これはカンファレンスへの参加や患者への服薬指導などを考えると不十分と考えられた。医療用麻薬の管理に関して、入院がん患者にレスキューの医療用麻薬が処方された際の患者の自己管理の状況は不十分と考えられた。今後はより医療用麻薬の患者自己管理を促進していくかわりが必要である。

薬剤師の緩和ケアに関わる業務の実施状況に関しては、医師の処方に関することは 40%・70%の施設で実施されており、十分とはいえないものの、比較的充実していた。それに対して、患者への服薬指導や病棟との協同に関しては実施率が低く、今後の大きな課題と考えられた。緩和ケアチームとの協同は比較的なされており、院内での勉強会なども開催されていたが、地域における緩和ケアの勉強会の開催や研究活動に関しては課題が残された。

薬剤師が緩和ケアに関する業務を行う際の障害に関しては、緩和ケア業務のための時間の保証が課題であると考えられた。また、患者・家族の医療用麻薬等に関する誤解に関する困難感を抱えている薬剤師が比較的多かった。患者・家族を対象とした啓発活動が必要である。

(3) 進行がん患者における緩和ケアのアウトカムを測定する尺度を開発と、その信頼性・妥当性の検討

調査は順調に進行しており、緩和ケア病棟・緩和ケア外来の調査が終了すれば、予定症例数どおりの症例が集積される見込みである。本研究によって、わが国に今まで存在しなかった、進行がん患者を対象とした、4つの緩和ケアを評価する尺度 CES-P (緩和ケアのプロセスの評価尺度)、EORTC-QLQ-C15-PAL(緩和ケアを受ける

がん患者の QOL 評価尺度)、GDI-P (緩和ケアをうけるがん患者の包括的 QOL 評価尺度)、現在の受けている治療に関する安心感尺度の信頼性と妥当性が検証され、今後の患者を対象とした緩和ケアの評価に活用することが期待される。

(4) がん診療連携拠点病院における、遺族の視点から緩和ケアの評価

調査はほぼ順調に進行しており、予定症例数の回答が得られる見込みである。本研究では、平成 19 年度に行われた、ホスピス・緩和ケア病棟および在宅ケア施設の遺族調査と比較した分析を行うことが可能である。

また、本研究ではわが国初の一般病棟の遺族調査として、全国のがん診療連携拠点病院の水準を知るだけでなく、施設間差やそれを生じる要因を明らかにすることができる。加えて本調査の結果は各施設にフィードバックされ、各施設が必要な改善点を明らかにする基礎資料が提供される。

E. 結論

わが国のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの実態が明らかになった。緩和ケアチームの医師、看護師の緩和ケア提供に関する自己評価は全体的に低かった。また、がん診療連携拠点病院の薬剤部に関する調査では、薬剤の採用状況はほぼ十分であるものの、薬剤師の患者への直接的な関与は不十分であった。患者・家族を対象とした啓発活動の必要性も示された。

進行がん患者における緩和ケアのアウトカムを測定する尺度を開発と、その信頼性・妥当性の検討、がん診療連携拠点病院における、遺族の視点から緩和ケアの評価に関する研究についても順調に症例が集積されている。

F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった。

G. 研究結果発表

論文発表

1. Miyashita M, Hirai K, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: A qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer*. 2008; 16(3): 217-22.
2. Miyashita M, Nakamura A, Morita T, Bito S. Identification of quality indicators of the end-of-life cancer care from medical chart review using modified Delphi method in Japan. *Am J Hosp Palliat Med*. 2008; 25(1): 33-8.
3. Miyashita M, Morita T, Shima Y, Kimura R, Takahashi M, Adachi I. Nurse views of the adequacy of decision-making and nurse distress regarding artificial hydration for terminally ill cancer patients: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Med*. 2008; 24(6): 463-9.
4. Sanjo M, Miyashita M, Morita T, Hirai K, Kawa M, Ashiya T, Ishihara T, Matsubara T, Miyoshi I, Nakaho T, Nakajima N, Onishi H, Ozawa T, Suenaga K, Tajima T, Hisanaga T, Uchitomi Y. Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 35(3): 275-82.
5. Sato K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Shima Y, Uchitomi Y. Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan: a retrospective chart review. *Support Care Cancer*. 2008; 16(2): 113-22.
6. Abe Y, Miyashita M, Ito N, Shirai Y, Momose Y, Ichikawa Y, Kazuma K. Attitude of outpatients with neuromuscular diseases in Japan to pain and use of analgesics. *J Neurol Sci*. 2008; 267(1-2): 22-7.
7. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. *Ann Oncol*. 2007; 18: 1090-7.
8. Miyashita M, Nishida S, Koyama Y, Kimura R, Sasahara T, Shirai Y, Kawa M, The Society of the Palliative Care for University Hospital. The current status of palliative care teams in Japanese university hospitals: A nationwide questionnaire survey. *Support Care Cancer*. 2007; 15(7): 801-6.
9. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, Shimoyama N, Tsuneto S, Hiraga K, Sato K, Uchitomi Y. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan. A nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med*. 2007; 10(2): 390-9.
10. Miyashita M, Morita T, Shima Y, Kimura R, Takahashi M, Adachi I. Physician and nurse attitudes towards artificial hydration for terminally ill cancer patients in Japan: results of two nationwide surveys. *Am J Hosp Palliat Med*. 2007; 24: 383-9.
11. Miyashita M, Nakai Y, Sasahara T, Koyama Y, Shimizu Y, Tsukamoto N, Kawa M. Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes towards caring for dying patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 2007; 24(3): 202-10.
12. Sanjo M, Miyashita M, Morita T,

- Hirai K, Kawa M, Akechi T, Uchitomi Y. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: A population-based survey in Japan. *Ann Oncol.* 2007; 18: 1539-47.
13. Hirabayashi Y, Miyashita M, Kawa M, Kazuma K, Yamashita K, Okamoto N. Factors relating to terminally ill cancer patients' willingness to continue living at Home during the early phase of home care after discharge from clinical cancer centers in Japan. *Palliat Support Care.* 2007; 5(1): 19-30.
 14. Koyama Y, Miyashita M, Irie S, Takatori Y, Yamamoto M, Karita T, Kazuma K. A study of the reality of daily life among patients with osteoarthritis of the hip undergoing conservative treatment. *Journal of Orthopaedic Nursing.* 2007; 11: 81-90.
 15. Sano T, Maeyama E, Kawa M, Shirai Y, Miyashita M, Kazuma K, Okabe T. Family caregiver's experiences in caring for a patient with terminal cancer at home in Japan. *Palliat Support Care* 2007; 5(4): 389-95.
 16. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 鈴木雅夫. 一般集団における終末期在宅療養の実現可能性の認識とその関連要因. *Palliat Care Res.* 2007; 2(1): 101-11.
 17. 宮下光令, 秋山美紀, 落合亮太, 萩原章子, 中島孝, 福原俊一, 大生定義. 神経内科的疾患患者の在宅介護者に対する「個別化された重みつき QOL 尺度」SEIQoL-DW の測定. *厚生 の 指 標* 2008; 55(1): 9-14.
 18. 宮下光令, 白井由紀, 三條真紀子, 羽佐田知美, 佐藤一樹, 三澤知代. 2004 年の都道府県別在宅死亡割合と医療・社会的指標の関連. *厚生 の 指 標.* 2007; 54(11): 44-9.
 19. 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 濱島ちさと, 祖父江友孝. 緩和ケアの Quality indicator. *Palliative Care Research.* 2007; 2(2): 231-8.
 20. 宮下光令. 「STAS-J の使用経験とこれからの課題 2007」開催報告. *緩和ケア.* 2007; 18(1): 73-6.
 21. 福井小紀子, 宮下光令, 清水準一, 山岸暁美, 高沢洋子, 伊藤美緒子. 平成 18 年度厚生労働省保健健康増進等事業「訪問看護ステーションの業務基準に関する検討」がん緩和ケア小委員会報告書がん緩和ケア基準の作成とその経緯. *コミュニティケア.* 2007; 9(9): 24-34.
 22. 宮下光令. 「STAS-J の使用経験とこれからの課題」開催報告 -STAS-J 導入の成功と継続使用のために-. *緩和ケア.* 2007; 17(2): 166-9.
 23. 宮下光令 (翻訳協力). 小島操子, 佐藤禮子 (監訳). *がん看護コアカリキュラム*, 医学書院, 東京, 2007.

Ⅱ.分担研究報告書

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの実態調査

分担研究者 志真泰夫 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

研究要旨 がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに関する実態調査を行った。平成 19 年 9 月時点で指定されている 288 施設を対象に調査を行い、242 施設から調査票を回収した（回収率 84%）。緩和ケア診療加算を算定している施設は 16%であり、緩和ケアチームに紹介された年間患者数は平均 73±133（中央値 35）人だった。専従の医師がいる割合は 19%であり、専従の看護師がいる割合は 23%であった。緩和ケアチームが直接患者の診療を行う頻度は週 4 回以上が 29%、週 2-3 回が 35%、週 1 回が 24%、直接は診療しないが 12%であった。今後は、専従の医師・看護師の確保や緩和ケア診療加算の算定施設の増加、より多くのコメディカルの緩和ケアチームへの参加によるチーム医療の実現、患者・家族の意思決定への支援、地域連携などが課題である。

A. 研究目的

わが国のがん対策においては、がん対策基本法及びがん対策基本計画にもとづき、全国どこでも質の高いがん医療を提供できるよう、がん診療連携拠点病院の指定が行われてきた。がん診療連携拠点病院の指定要件には、緩和ケア提供体制の整備が求められている。これは、一般病棟においても緩和ケアチームによって、がん患者が早期から緩和ケアを受けことができる体制を整備することにより、がん患者の QOL の向上を目的としたものである。がん診療連携拠点病院は平成 20 年 3 月現在、みなし拠点病院を含め 353 施設が指定されている。しかし、がん診療拠点病院における緩和ケアチームの実態については全く調査が行われてこなかった。そこで、本研究班ではがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの実態調査を行うことを目的とした。

B. 研究方法

平成 19 年 9 月現在に指定されているがん診療連携拠点病院 288 施設を対象に自記式質問紙による郵送調査を行った。未回収施設に関しては 2 度の督促を行った。

（倫理的配慮）

本研究は施設を対象とした質問紙調査であり、患者・家族に対する負担や有害事象は発生しない。各施設に対しては、調査の目的とともに、個々の回答が施設名を明らかにして厚生労働省や一般に公表されること、この調査結果ががん診療連携拠点病院の更新や承認の資料となることはないことを文書にて説明した。

C. 研究結果

288 施設中、242 施設から調査票を回収した（回収率 84%）。がん診療連携拠点病院のうち、緩和ケアチームを有りと回答した施設は 239 施設（99%）であった。以下の結果は、緩和ケアチームを有りと回答した施設の結果である。

緩和ケア診療加算を算定している施設は 16%であり、緩和ケアチームに紹介された年間患者数は平均 73±133（中央値 35）人であった。緩和ケアチームのメンバーは医師が平均 3.1 人（専従あり 19%）、看護師が平均 2.5 人（専従あり 23%）であった。コメディカルの緩和ケアチームへの参加率は薬剤師 90%、MSW59%、心理専門職 31%、栄養士 31%、理学療法士 16%であった。緩和ケアチームの活動実態は平日日勤帯でい

つでも対応可能と回答した施設が 35%であり、対応できない時間は 51%以上と回答した施設が 32%あった。夜間の対応は緩和ケアチームに連絡できる・代行する医療者が決まっていると回答した施設は 40%であり、休日の対応は緩和ケアチームに連絡できる・代行する医療者が決まっていると回答した施設は 39%であった。外来診療におけるフォローアップは定期的・必要時に行っていると回答した施設は 59%であった。

緩和ケアチームが直接患者の診療を行う頻度は週 4 回以上が 29%、週 2-3 回が 35%、週 1 回が 24%、直接は診療しないが 12%であった。医師と看護師以外の職種が参加する症状緩和に関するカンファレンスに関しては、つねに・たいてい行っているという回答が、新規紹介患者に関しては 54%、継続患者のフォローアップに関しては 49%であった。病棟でのコンサルテーション活動はつねに・たいてい行っているという回答が、評価や推奨の診療録への記載で 83%、依頼した主治医や病棟看護師との評価や話し合いで 62%、評価や推奨の結果のフォローアップ・必要時の見直しで 65%、患者に対する支援の直接的な実施で 46%、家族に対する支援の直接的な実施で 30%、遺族に対する支援の直接的な実施で 4%であった。

患者・家族の意思決定への支援に関しては、ほとんど・全く行っていないという回答が、治療方針の決定に関する主治医とのカンファレンスで 26%、治療方針に関する主治医と患者・家族との面談への同席で 53%、意思決定で迷う患者・家族への支援や相談で 34%、療養場所の調整に関する支援や相談で 25%であった。

緩和ケア病棟の広報活動や院内連携にかんしては、実施しているという回答が、緩和ケアチームの理念や基本方針、役割の提示で 82%、緩和ケアチームの体制の明示が 78%、緩和ケアチームのコンサルテーション依頼方法の明示が 90%、病院内で統一し

て用いる疼痛評価尺度の存在は 74%、緩和ケアに関する薬剤の保険外使用などの取り決めの明示が 13%、緩和ケア担当看護師（リンクナース）の設置が 61%であった。緩和ケアに関する教育教材に関しては、患者の身体症状の緩和のための教育教材で 55%、精神症状の緩和のための教育教材で 30%がありと回答していた。患者・家族を対象とした緩和ケアに関するパンフレットは 50%がありと回答した。病院内の医療者に対する日々の臨床活動を通じた教育に関しては 79%がありと回答し、緩和ケアに関する勉強会の開催に関しては 92%がありと回答した。昨年度開催された勉強会の回数は平均 5.8±5.7 回であった。病院外の医療者を対象とした緩和ケアに関する勉強会の開催は 68%がありと回答し、一般住民を対象とした勉強会の開催は 46%がありと回答した。

緩和ケアに関する院内のリソースに関しては、クモ膜下フェノールブロック施行可能な麻酔科医は 70%がありと回答し、内臓神経ブロック施行可能な麻酔科医は 72%がありと回答した。麻酔科的鎮痛の適応や手技について、平日の日勤帯でつねに相談できる麻酔科医の存在は 80%がありと回答し、PCA 付シリンジポンプ、バルーンポンプの導入は 91%がありと回答した。

地域連携に関しては、緩和ケアが必要とされる退院調整を行う部署は 91%がありと回答した。緩和ケアチームが介入している患者に退院調整を行った場合、退院調整の担当者の退院前カンファレンスへの参加に関しては、つねに・たいてい参加すると回答した施設は 41%であった。緩和ケアが必要な患者の在宅療養を支援するための部署の存在は 94%がありと回答し、在宅療養に移行した患者が退院後も相談できる専門の窓口は 84%がありと回答した。訪問診療や訪問看護を受けている患者の症状緩和について、緩和ケアチームのメンバーが相談にのる体制については 66%がありと回答し、緩和ケアチームのメンバーによる訪問

診療・訪問看護を実施しているのは14%であった。

D. 考察

チーム専従の医師・看護師は少ない

回答した拠点病院の殆んどに緩和ケアチームは存在しているものの、「緩和ケア診療加算」を算定できる要件の専従の医師は身体症状担当15%、精神症状担当4%、看護師23%ときわめて少ない。拠点病院で「緩和ケア診療加算」を届け出ている施設は、16%と少数であるという実態が明らかとなった。多くの医師・看護師はチームの業務以外に、何らかの業務を担当している。したがって、緩和ケアチームの活動上の困難感について、「緩和ケアチームの仕事をするための時間が保障されない」ことが障害になっているとする回答が87%に上っている。また、「緩和ケアについて、病院内の医師や看護師の意識がまちまちである」ことが障害になっているという回答も85%あり、病院内での理解が十分進んでいないという現実も窺える。

薬剤師・ソーシャルワーカーの参加は多い

医師・看護師以外のコメディカルは専従での参加は5%と少ないが、専任・兼任で薬剤師は90%、ソーシャルワーカーは59%のチームに加わっている。コメディカルのチームへの参加は薬剤師・ソーシャルワーカーを除いては全体的に低く、緩和ケアチームを構成する職種としては、医師・看護師をコアとして、薬剤師・ソーシャルワーカーを加えることが現時的と考えられる。

常時コンサルテーションへの対応は困難

「平時の日勤帯でいつでもコンサルテーションに対応可能」という施設は、35%にとどまった。平日の日勤帯でも半分以上の時間帯は対応できないという施設が32%に上り、専従の医師・看護師が少ないという現実がコンサルテーション活動の状態にも反映している。年間のコンサルテーション患者数をみると、緩和ケア診療加算を届

けている緩和ケアチームは、平均 86 ± 98

(中央値75)人であるが、拠点病院の緩和ケアチーム全体では 73 ± 133 (35)人と半分程度となっている。したがって、緩和ケアチームの活動を量的にも質的にも充実するためには、まず専従の医師・看護師を配置し、緩和ケア診療加算を算定する施設が増加することが望ましいと考えられる。専従の医師や看護師が存在すれば、日勤帯および夜間・休日の対応も可能となるであろう。

地域連携や市民への啓発活動の取り組みが不十分

緩和ケアチームの院内への広報や院内連携、院内教育に関しては、全体的に最低限は実施されており、今後は地域の医療者を対象とした講習会や一般市民への啓発活動が課題である。医師と看護師以外の職種が参加するカンファレンスもより広く行われることが望ましく、また緩和ケアチームによる患者・家族の意思決定への支援も不十分である施設が少なからずあった。

緩和ケアのリソースの活用が問題

緩和ケアに関する院内のリソース(麻酔科や退院調整部門等)は全体として70%以上が必要なリソースを有していた。100%になることが望ましいが、これらのリソースを有効に活用することが課題である。地域連携に関しては、地域連携に関する部署は殆どの施設で有しており、全体として体制は整っているものの、緩和ケアチームによるカンファレンスの参加や相談支援体制はあまり十分とはいえず、今後の充実が求められる事項である。

E. 結論

わが国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの実態が明らかになった。

F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった。

G. 研究結果発表

論文発表

1. Miyashita M, Morita T, Shima Y, Kimura R, Takahashi M, Adachi I. Nurse views of the adequacy of decision-making and nurse distress regarding artificial hydration for terminally ill cancer patients: a nationwide survey. Am J Hosp Palliat Med. 2008; 24(6): 463-9.
2. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, Shimoyama N, Tsuneto S, Hiraga K, Sato K, Uchitomi Y. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan. A nationwide expert opinion survey. J Palliat Med. 2007; 10(2): 390-9.
3. Miyashita M, Morita T, Shima Y, Kimura R, Takahashi M, Adachi I. Physician and nurse attitudes towards artificial hydration for terminally ill cancer patients in Japan: results of two nationwide surveys. Am J Hosp Palliat Med. 2007; 24: 383-9.
4. Sato K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Shima Y, Uchitomi Y. Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan: a retrospective chart review. Support Care Cancer. 2008; 16(2): 113-22.
5. 高久文麿, 監修. 堀 正二, ほか編集. 志真泰夫. オピオイドー癌疼痛治療に用いるオピオイド. 治療薬ハンドブック, じほう. 2008; 985-1003.

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの自己評価と困難感

分担研究者 恒藤 暁 大阪大学大学院医学系研究科緩和医療学

研究要旨 がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに関する実態調査を行った。平成 19 年 9 月時点で指定されている 288 施設を対象に調査を行い、242 施設から調査票を回収した（回収率 84%）。緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師が、「よくあてはまる」「あてはまる」と回答した割合は「疼痛緩和のための知識や技術は十分である」が 50%、「疼痛以外の身体症状緩和のための知識や技術は十分である」が 35%であった。精神症状の緩和を担当する医師は、「患者の不安やうつ状態をおおむね正しく評価できる」が 58%、「精神症状に対する薬物療法や精神療法に関する知識や技術は十分である」が 51%であった。緩和ケアチームの看護師は「疼痛緩和のための知識や技術は十分である」が 41%、「疼痛以外の身体症状緩和のための知識や技術は十分である」が 29%、「患者の不安やうつ状態をおおむね正しく評価できる」が 26%、「精神症状に対する薬物療法や精神療法に関する知識や技術は十分である」が 13%であった。緩和ケアチームの活動上の困難感では、「非常に障害になっている」「障害になっている」という回答が、「緩和ケアチームの仕事をするための時間が保障されない」が 67%、「緩和ケアチームとして外来の患者をフォローする体制や連携が不十分である」が 52%、「緩和ケアについて、病院内の医師や看護師の意識がまちまちである」が 50%、「患者・家族が緩和ケアを終末期医療と誤解している」が 47%、「緩和ケアチームを維持する経済的基盤がない」が 44%であった。緩和ケアチームの構成員の自己評価は全体的に低く、緩和ケアチームを対象とした教育・研修制度の充実が必要である。また、活動上の困難に関しては、時間や経済的保証、外来体制の整備、緩和ケアに関する院内や患者・家族への普及啓発が必要である。

A. 研究目的

わが国のがん対策は、がん対策基本法及びがん対策基本計画に基づき、全国どこでも質の高いがん医療を提供できることを目的にがん診療連携拠点病院が制定された。がん診療連携拠点病院の指定要件には、緩和ケア提供体制の整備が求められている。これは、一般病棟においても緩和ケアチームによって、がん患者が早期から緩和ケアを受けことができる体制を整備することにより、がん患者の QOL の向上を目的としたものである。がん診療連携拠点病院は平成 20 年 3 月現在、353 施設が指定されている。緩和ケアチームは通常、身体症状の緩和を

担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師（これらの 2 つは重複する場合もある）、緩和ケアを専門とする看護師から構成される。これらの構成員に関しては、緩和ケアに関する高い知識や技術が要求される。しかし、現状ではこれらの緩和ケアチーム構成員の知識や技術に関しては明らかにされていない。また、緩和ケアチームを運営するにあたっては様々な困難があることが推測されるが、それらについても調査されていない。そこで、本研究班では、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの自己評価と困難感に関して調査を行うことを目的とした。

B. 研究方法

平成19年9月現在に指定されているがん診療連携拠点病院 288 施設を対象に自記式質問紙による郵送調査を行った。未回収施設に関しては2度の督促を行った。

(倫理的配慮)

本研究は施設を対象とした質問紙調査であり、患者・家族に対する負担や有害事象は発生しない。各施設に対しては、調査の目的とともに、個々の回答が施設名を明らかにして厚生労働省や一般に公表されること、この調査結果ががん診療連携拠点病院の更新や承認の資料となることはないことを文書にて説明した。

C. 研究結果

288 施設中、242 施設から調査票を回収した(回収率 84%)。がん診療連携拠点病院のうち、緩和ケアチームを有りと回答した施設は239 施設(99%)であった。以下の結果は、緩和ケアチームを有りと回答した施設の結果である。

緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師が、「よくあてはまる」「あてはまる」と回答した割合は、「疼痛緩和のための知識や技術は十分である」が50%、「疼痛以外の身体症状緩和のための知識や技術は十分である」が35%、「がんに関連した身体症状緩和について、必要な研修を受けた」が29%、「身体症状緩和に関する専門的な知識や援助を容易に受けられる」が44%であった。

緩和ケアチームの精神症状の緩和を担当する医師が、「よくあてはまる」「あてはまる」と回答した割合は、「患者の不安やうつ状態をおおむね正しく評価できる」が58%、「精神症状に対する薬物療法や精神療法に関する知識や技術は十分である」が51%、「がんに関連した精神症状の緩和について、必要な研修を受けた」が26%、「精神症状の緩和に関する専門的な知識や援助を容易に受けられる」が36%、「患者の意思決定

能力をおおむね正しく評価できる」が47%であった。

緩和ケアチームの看護師が、「よくあてはまる」「あてはまる」と回答した割合は、「疼痛緩和のための知識や技術は十分である」が41%、「疼痛以外の身体症状緩和のための知識や技術は十分である」が29%、「がんに関連した身体症状緩和について、必要な研修を受けた」が65%、「身体症状緩和に関する専門的な知識や援助を容易に受けられる」が43%、「患者の不安やうつ状態をおおむね正しく評価できる」が26%、「精神症状に対する薬物療法や精神療法に関する知識や技術は十分である」が13%、「がんに関連した精神症状の緩和について必要な研修を受けた」が42%、「精神症状の緩和に関する専門的な知識や援助を容易に受けられる」が33%、「患者の意思決定能力をおおむね正しく評価できる」が34%であった。

緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の専門的緩和ケアの提供に関する経験では、「10人以上経験がある」という回答が、「初回のオピオイド処方での疼痛が緩和されないときに、異なるオピオイドで鎮痛を行った患者数」で72%、「がん性疼痛緩和のために、フェンタニルの経皮下・経静脈投与を行った患者数」が46%、「がん性疼痛緩和のために、鎮痛補助薬の投与を行った患者数」が78%、「内臓神経ブロック、またはクモ膜下フェノールブロックなどの永久ブロックによるがん性疼痛緩和を行った、もしくは、依頼した患者数」が19%、「消化管閉塞による消化器症状緩和のために、オクトレオチド、中枢性制吐薬、ステロイドによる薬物療法を行った患者数」が65%、「呼吸困難緩和のために、モルヒネの経皮下・経静脈投与を行った患者数」が62%、「全身倦怠感緩和のために、メチルフェニデートの投与を行った患者数」が29%、「治療抵抗性の苦痛緩和のために、ミタゾラムやバルビツールを投与して持続的な鎮痛を行った患者数」が49%、

「治療中止、鎮静、安楽死の希望などの倫理的問題について、多職種による倫理的評価を行った患者数」が23%であった。

緩和ケアチームで精神症状の緩和を担当する医師の専門的緩和ケアに提供に関する経験では、「10人以上経験がある」という回答が、「がん患者のせん妄に対して、非定型抗精神病薬で治療した患者数」が65%、「初回の抗うつ薬で緩和しないがん患者のうつに対して、異なる抗うつ薬によって治療した患者数」が41%、「希死念慮を主訴に依頼を受けたがん患者数」が29%、「がん患者の意思決定能力を評価した患者数」が20%であった。

緩和ケアチームの活動上の困難感では、「とても障害になっている」「障害になっている」と回答した割合が、緩和ケアチームとしてのスキル・連携に関しては、「緩和ケアチームに精神的苦痛を十分に緩和する能力がない」が24%、「緩和ケアチームの中での役割分担や連携、情報共有がうまくいかない」が11%、「緩和ケアチームに身体的苦痛を十分に緩和する能力がない」が8%であった。患者・家族の理解に関しては、「患者・家族が緩和ケアを終末期医療と誤解している」が47%、「緩和ケアとは何かを患者・家族が知らない」が30%、「患者・家族がオピオイド(医療用麻薬)について誤解している」が37%であった。病院内での役割保障に関しては、「緩和ケアチームの仕事をするための時間が保障されない」が67%、「緩和ケアについて、病院内の医師や看護師の意識がまちまちである」が50%、「緩和ケアチームを維持する経済的基盤がない」が44%、「病院管理者に緩和ケアチームの活動が十分に評価されない」が22%であった。地域との連携に関しては、「緩和ケアチームとして外来の患者をフォローする体制や連携が不十分である」が52%、「地域の診療所との連携がない、または、連携がうまくいかない」が33%、「地域の訪問看護ステーションとの連携がない、または、連携がうまくいかない」が24%、「地域の

ホスピス・緩和ケア病棟との連携がうまくいかない」が23%であった。

D. 考察

緩和ケアチームの構成員の緩和ケア提供に関する自己評価は全体的に低い。身体症状の緩和を担当する医師に関しては、疼痛に関しては若干高いが、他の身体症状については低く、緩和ケアの専門家としては問題である。精神症状を担当する医師に関しても、50%程度しか自己評価が十分と回答していない。看護師に関しては、全体的に医師より低い。唯一、「必要な研修を受けた」という回答が医師より若干高いが、これは専門看護師・認定看護師などの教育制度によるものであると考えられる。しかし、これらの結果は専門的に緩和ケアを提供するものとして決して十分なものではなく、緩和ケアチームの医師・看護師に対する、一層の教育・研修制度の充実が求められる。緩和ケアに関する講習会などは全国で多数行われており、おそらくそれに参加したことがある医師・看護師は多いと推測される。しかし、講習会で十分な自信をつけることは困難であり、より実践的な臨床研修の充実が課題であろう。また、各構成員において「専門家の支援が得られる」という回答も必ずしも高くないものであった。経験が少ない症例や難治性の症例などに関しては、緩和ケアチームの構成員としても対応に苦慮することは少なくない。そのような場合に、専門家がサポートする体制の構築されることが望ましい。個人的なネットワークも重要ではあるが、がん診療連携拠点病院に関しては、都道府県拠点病院などが中心となった公的なサポート体制が必要である。緩和ケアチームの医師の専門的緩和ケアに関する経験では、疼痛緩和に関するオピオイドの使用に関しては経験を有する医師が多かったが、消化管閉塞・呼吸困難・全身倦怠感に対する薬物療法などに関しては少なかった。これらの難治性の症状に関しては最新の薬物療法の進歩について学習し、