

5. 長崎地域における緩和ケア普及のための地域プロジェクト認知度調査

第17回長崎市医師会市民健康講座

「新型インフルエンザ その正しい知識と市民の対策」(参加者217名:回答率79.7%)

1. 長崎市医師会が取り組んでいる「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」をご存知ですか？

	全体	一般	医療関係者
はい	26.6%	23.5%	32.8%
いいえ	71.7%	74.8%	65.5%
無回答	1.7%	1.7%	1.7%

2. 長崎市医師会に設置されている「長崎がん相談支援センター」をご存知ですか？

	全体	一般	医療関係者
はい	28.3%	25.2%	34.5%
いいえ	70.5%	73.9%	63.8%
無回答	1.2%	0.9%	1.7%

3. 「2」で知っているとは回答した方に質問です。

イ. 「長崎がん相談支援センター」をどちらで知りましたか？

	全体	一般	医療関係者
ポスター、チラシ等	31.6%	31.4%	31.8%
講習会等	10.5%	11.4%	9.1%
TV	7.0%	8.6%	4.5%
友人、知人から聞いて	1.8%	2.9%	0.0%
病院、診療所等医療関係施設で	45.6%	45.7%	45.5%
その他	1.8%	0.0%	4.5%
無回答	1.8%	0.0%	4.5%

第18回長崎市医師会市民健康講座アンケート

「認知症をよく知り、地域で支えよう」(参加者167名:回答率77.2%)

1. 長崎市医師会が取り組んでいる「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」をご存知ですか？

	全体	一般	医療関係者
はい	28.7%	16.9%	40.6%
いいえ	70.5%	81.5%	59.4%
無回答	0.8%	1.5%	0.0%

2. 長崎市医師会に設置されている「長崎がん相談支援センター」をご存知ですか？

	全体	一般	医療関係者
はい	28.7%	20.0%	37.5%
いいえ	70.5%	78.5%	62.5%
無回答	0.8%	1.5%	0.0%

3. 「2」で知っているとは回答した方に質問です。

イ. 「長崎がん相談支援センター」をどちらで知りましたか？

	全体	一般	医療関係者
ポスター、チラシ等	13.6%	14.3%	13.3%
講習会等	31.8%	35.7%	30.0%
TV	4.5%	0.0%	6.7%
友人、知人から聞いて	9.1%	7.1%	10.0%
病院、診療所等医療関係施設で	36.4%	35.7%	36.7%
その他	4.5%	7.1%	3.3%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%

その他内訳
仕事で

1件

医師向けアンケート集計

対象:長崎市医師会A会員528名、B会員456名

回答者数298名(3月18日現在)

1. 長崎市医師会が取り組んでいる「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」をご存知ですか？

はい	76.5%
いいえ	23.5%
無回答	0.0%

2-イ. プロジェクトの一環として設置されている「長崎がん相談支援センター」をご存知ですか？

はい	57.4%
いいえ	42.6%
無回答	0.0%

2-ロ. プロジェクトの一環として設置されている「地域緩和ケアチーム」をご存知ですか？

はい	58.4%
いいえ	40.3%
無回答	1.3%

3. 「2」で知っているとは回答した方に質問です。

イ. 「長崎がん相談支援センター」をどちらで知りましたか？

ポスター、チラシ等	23.3%
講習会等	29.6%
TV	2.0%
友人、知人から聞いて	7.9%
病院、診療所等医療関係施設で	26.9%
その他	8.7%
無回答	1.6%

その他内訳	
医師会	1 件
医師会の集会	1 件
医師会報	6 件
県医関係	1 件
設立時から	1 件
ハガキ等	1 件
プロジェクト参加	1 件
メンバーの為	1 件
理事会で	1 件

ロ. 「地域緩和ケアチーム」をどちらで知りましたか？

ポスター、チラシ等	21.5%
講習会等	30.5%
TV	2.3%
友人、知人から聞いて	7.8%
病院、診療所等医療関係施設で	26.6%
その他	6.6%
無回答	4.7%

その他内訳	
医師会	1 件
医師会の集会	1 件
医師会報	4 件
県医関係	1 件
ハガキ等	1 件
プロジェクト参加	1 件
メンバーの為	1 件
理事会で	1 件

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表
雑誌

2008年4月から2009年3月 (in press分含む)まで

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K, et al	Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study	Am J Hosp Palliat Care	25(5)	412-8	2008
江口研二	早期からどこでも安心して受けられるがん緩和医療を目指す取り組み 特集 がん診療の拠点化と均てん化	最新医学	63(6)	1086-91	2008
江口研二	がん緩和医療推進の現状と課題 特集がん対策の新たな展開	保健医療科学	57	336-8	2008
山岸暁美, 森田達也, 江口研二	緩和ケア-これからの10年をみつめる研究プロジェクト; 地域介入研究(戦略研究)	緩和医療学	10(3)	215-22	2008
Asai M, Akizuki N, et al	Psychological states and coping strategies after bereavement among the spouses of cancer patients: a qualitative study	Psycho-oncology			in press
Asai M, Akizuki N, et al	Psychiatric disorders and background characteristics of cancer patients' family members referred to psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan	Palliat Support Care	6(3)	225-30	2008
秋月伸哉	地域緩和ケアにおける精神科医の役割	精神科治療学	23(11)	1347-1352	2008
秋月伸哉	厚生労働科学研究「がん対策のための戦略研究」	腫瘍内科	2(4)	365-9	2008
秋月伸哉	癌患者にみられる代表的な精神症状とその対策	コンセンサス癌治療	7(1)	1347-4618	2008
白髭豊, 諸岡久夫	「がん対策のための戦略研究」『緩和ケアプログラムによる地域介入研究』へ長崎市医師会が参加したことについて(報告)	長崎市医師会報	486	Jul-34	2008
白髭豊, 諸岡久夫	「『がん対策のための戦略研究(課題2:緩和ケアプログラムによる地域介入研究)』へ長崎市医師会が採択」	長崎県医師会報	740	14-16	2008
山岸暁美, 森田達也	緩和ケア普及のための地域プロジェクト-がん対策のための戦略研究「OPTIMプロジェクト」	緩和ケア	18(3)	248-50	2008
山岸暁美	【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】患者・家族における臨床ツール退院支援のためのツール がん患者のための退院支援・調整プログラム(解説/特集)	緩和ケア	18(10)	132-134	2008

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Miyashita M, et al	Discharge from a palliative care unit: prevalence and related factors from a retrospective study in Japan	J Palliat Med			in press
Miyashita M, et al	Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan	J Pain Symptom Manage			in press
Miyashita M, et al	Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: A hospital-based palliative care team setting	Eur J Cancer Care			in press
Okishiro N, Miyashita M, et al	The Japan HOspice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study): views about legalization of death with dignity and euthanasia among the bereaved whose family member died at palliative care units	Am J Hosp Palliat Med			in press
Sanjo M, Miyashita M, et al	Caregiving Consequence Inventory: A measure for evaluating caregiving consequence from the bereaved family member's perspective	Psychooncology			in press
Yamagishi A, Miyashita M	Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy	J Pain Symptom Manage			in press
Morita T, Miyashita M, et al	Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study	J Pain Symptom Manage			in press
Kusajima E, Miyashita M, et al	Prospective evaluation of transition to specialized home palliative care in Japan	Am J Hosp Palliat Med			in press
Miyashita M, et al	Care burden and depression in caregivers caring for patients with intractable neurological diseases at home in Japan	J Neurol Sci	276	148-52	2009
Miyashita M, et al	Quality of life, day hospice needs, and satisfaction of community-dwelling advanced cancer patients and their caregivers in Japan	J Palliat Med	11(9)	1203-7	2008
Miyashita M, et al	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	24(6)	463-9	2008

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Miyashita M, et al	Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified Delphi method in Japan	Am J Hosp Palliat Med	25	33-8	2008
Miyashita M, et al	Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis	Support Care Cancer	16	217-22	2008
Miyashita M, et al	Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective	J Pain Symptom Manage	35	486-98	2008
Miyashita M, et al	Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatment and knowledge about palliative care	Palliat Med	22	376-82	2008
Miyashita M, et al	The Japan hospice and palliative care evaluation study (J-HOPE Study): study design and characteristics of participating institutions	Am J Hosp Palliat Med	25	223-32	2008
Miyashita M, et al	Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective	Psycho-Oncology	17	612-20	2008
Koyama Y, Miyashita M, et al	A study of disease management activities of hip osteoarthritis patients under conservative treatment	Journal of Orthopaedic Nursing	12	75-83	2008
Abe Y, Miyashita M, et al	Attitude of outpatients with neuromuscular diseases in Japan to pain and use of analgesics	J Neurol Sci	267(1-2)	22-7	2008
Sato K, Miyashita M, et al	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	16	113-22	2008
Sanjo M, Miyashita M, et al	Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan	J Pain Symptom Manage	35	275-82	2008
Sato K, Miyashita M, et al	Reliability assessment and findings of a newly developed quality measurement instrument: Quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review at a Japanese regional cancer center	J Palliat Med	11	729-37	2008

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Miyashita M, et al	Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: The Japanese experience	J Clin Oncol	26	3845-52	2008
Morita T, Miyashita M et al	Palliative care in Japan: shifting from the stage of disease to the intensity of suffering	J Pain Symptom Manage	36	e6-e7	2008
Yamagishi A, Miyashita M, et al	Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study	Am J Hosp Palliat Care	25	412-8	2008
Shiozaki M, Miyashita M, et al	Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units	Psychooncology	17	926-31	2008
落合亮太, 宮下光令, 他	成人先天性心疾患患者がキャリーオーバーを経て疾患に対する認識を変化させていくプロセスに関する質的研究	看護研究			in press
落合亮太, 宮下光令, 他	成人先天性心疾患患者の親が成育医療に対して抱く要望	心臓			in press
宮下光令, 他	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	厚生学の指標	55(1)	9-14	2008
落合亮太, 宮下光令, 他	成人先天性心疾患患者が生育医療に対して抱く要望	心臓	40(8)	700-6	2008
笹原朋代, 宮下光令, 他	学病院で活動する緩和ケアチームの支援内容-参加観察の結果から-	日本がん看護学会誌	22(1)	12-22	2008

V. 研究成果の刊行物・別刷

Palliative Care in Japan: Current Status and a Nationwide Challenge to Improve Palliative Care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) Study

Akemi Yamagishi, RN, MN, Tatsuya Morita, MD, Mitsunori Miyashita, RN, PhD, Nobuya Akizuki, MD, PhD, Yoshiyuki Kizawa, MD, Yutaka Shirahige, MD, PhD, Miki Akiyama, PhD, Kei Hirai, PhD, Tadashi Kudo, PhD, Takuhiro Yamaguchi, PhD, Asuka Fukushima, RN, and Kenji Eguchi, MD, PhD

Palliative care is an essential part of integrated cancer treatment. To improve palliative care throughout Japan, a nationwide demonstration project, the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study, is ongoing. This article reviews the current status and the problems of palliative care in Japan and introduces the OPTIM study. Although the number of palliative care services is increasing, empirical evidence shows the quality of life of cancer patients is still inadequate. The OPTIM study is an intervention trial targeting 4 areas across Japan. Primary end points are

quality of care reported by patients as well as the bereaved family, number of patients who received specialized palliative care services, and place of death. The interventions are comprehensively designed to cover all areas identified by the national task force. The OPTIM study will contribute to improve patients' quality of life by proposing a regional palliative care model suitable for Japan.

Keywords: palliative care, regional trial, neoplasms

Palliative care is an essential part of integrated cancer treatment.¹ Although palliative care should be provided throughout a whole region, a regionalized palliative care model has not been established in Japan. The Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study was therefore launched in 2007 to demonstrate a model suitable for the dissemination of high-quality palliative care in the Japanese community.

The two primary aims of this action paper are to review the current status and the problems of palliative care in Japan and provide an overview of the OPTIM study.

Current Status of Palliative Care in Japan

Health Care System and Specialty Training in Palliative Care

The health care system for specialized palliative care services in Japan has been progressing rapidly in this decade. Japan has 3 types of specialized palliative care services: palliative care units, hospital palliative care teams, and specialized home-care clinics.

Palliative care units are called "palliative care units" or "hospices" depending on their religious

background, but their clinical roles are essentially the same: intensive symptom control, psychosocial support, and end-of-life care for incurable cancer patients and their families. The first palliative care unit was established in 1981 in a private Christian hospital (Seirei Hospice).

The next landmark in the national strategy of palliative care was in 1989, with the publication of the end-of-life care report by the Ministry of Health, Labour and Welfare. This report resulted in the first government-approved palliative care units eligible for national health insurance coverage in 1990. The number of palliative care units has since dramatically increased, from 5 in 1990 to more than 170 in 2006.^{2,3} Most palliative care units belong to general hospitals and provide integrated palliative care by an interdisciplinary team. This is the most common type of specialized palliative care service in Japan.

Hospital palliative care teams were first covered by national medical insurance in 2002.⁴ The expected role of palliative care teams is to provide specialized palliative care to all cancer patients, including those receiving active cancer treatment, not only those in the advanced stage. For a palliative care team to be approved for national health insurance coverage, it must fulfill the requirements of the Ministry of Health, Labour and Welfare: interdisciplinary team activity, including at least 1 attending palliative care physician, a psychiatrist, and certified advanced-practice nurse. In 2007 the number of certified palliative care teams was approximately 60, and many hospitals intend to establish palliative care team activity.

Specialized home-care support clinics were first defined in 2006. These clinics are expected to provide home care for a wide range of patients in the community by a multidisciplinary team with 24-hour service, although the specialty requirement is still poorly defined. The clinics can obtain additional remuneration for their practices for terminally ill patients at home, and 8600 clinics have been established.

As for specialty training in palliative care, the Japanese Society for Palliative Medicine was established in 1996 as an academic association to conduct research, education, and dissemination of palliative care. It had approximately 6000 members in 2006. The number of advanced practice nurses is furthermore rapidly increasing: 79 oncology-certified nurse specialists and 891 certified nurses, including 420 in palliative care, 267 in pain management, and 204 in chemotherapy.

Evidence to Suggest Poor Quality of Life of Cancer Patients

To date, no nationwide representative survey has clarified how cancer patients and their family members evaluated the quality of palliative care they actually received, although multiple surveys to understand the experience of patients and families are now ongoing. Empirical evidence, nonetheless, suggests a poor quality of life for cancer patients in Japan.

First, in a multicenter questionnaire survey of 630 bereaved family members of cancer patients admitted to palliative care units, 85% of 318 responding families reported that their relative had had distressing physical symptoms before admission to the palliative unit, and 50% reported that considerable or much improvement was necessary in the care they had received.⁵

Second, less than 10% of Japanese cancer patients received specialized palliative care services: 6.6% from palliative care teams and 2.2% from palliative care units.^{3,6} Multiple Western studies have suggested that specialized palliative care services contribute to improving patients' quality of life, and family satisfaction was extremely high for inpatient palliative care services in Japan.^{2,7,8} In the United Kingdom and United States, more than half of all cancer patients receive specialized palliative care.⁹⁻¹¹

From the Japan Cancer Society (AY, AF) and Japan Department of Adult Nursing/ Palliative Care Nursing, School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo (AY, MM); Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team, and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital, Shizuoka (TM); Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, Chiba (NA); Department of Medical Social Service, Center for Palliative and Supportive Care, Graduate School, University of Tsukuba, Tsukuba (YK); Shirahige Clinic, Nagasaki (YS); Faculty of Policy Management, Keio University, Kanagawa (MA); Graduate School of Human Sciences (TK, KH), and Center for the Study of Communication-Design, Department of Complementary and Alternative Medicine, Graduate School of Medicine, Osaka University, Osaka (KH); Department of Clinical Trial Data Management, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo Hospital, Tokyo (TY); and School of Medicine, Tokai University, Kanagawa, Japan (AF, KE).

Address correspondence to: Tatsuya Morita, MD, Seirei Mikatahara General Hospital, 3453 Mikatahara-cho, Hamamatsu, Shizuoka 433-8558, Japan; e-mail: tmorita@sis.seirei.or.jp.

Table 1. Palliative care in Japan, the United Kingdom, and United States of America

Variable	Japan	UK	USA
Cancer deaths per year	326 000	138 000	550 000
Use of specialized palliative care services, % of all cancer deaths			
Inpatient service	6.6	26	
Hospital consultation service	2.2	74	
Home-based service		69	99
Place of death, % of all cancer deaths			
Home	5.7	22	39
Palliative care unit or inpatient hospice	5.3	16	
Hospital or nursing home	86	60	54

Abbreviations: UK, United Kingdom; USA, United States of America.

(Table 1). The low involvement of specialized palliative care services suggests a lower quality of life for cancer patients in Japan.

Third, a discrepancy exists between the place where the patient preferred to die and the actual place of death. Although 50% of the Japanese general public express a preference to spend their final days at home and 30% in a palliative care unit,¹² the actual rate of death at home and inpatient specialized palliative care service is 5.7% and 5.5%, respectively, and most cancer patients die in hospitals (Table 1).¹³⁻¹⁵ Because the location of death is an important element of the quality of life,¹⁶ this finding suggests a poor quality of life for Japanese cancer patients.

Finally, opioid consumption is one-sixth of that in the United States and one-seventh of that in the United Kingdom.¹⁷ Despite the differences in legal and medical regulations, as well as racial differences, this finding suggests that pain palliation of cancer patients in Japan is still not achieved.

Barriers for Quality Palliative Care

To explore effective strategies to disseminate quality palliative care throughout the country, a national task force was organized and identified the barriers to quality palliative care, which were

1. lack of standardized clinical tools,
2. lack of knowledge about palliative care by the general public,
3. lack of whole-region organization to coordinate community palliative care, and
4. specialized palliative care services less available in community.¹⁸

Lack of Standardized Clinical Tools

Standardized tools are important to maintain the quality and continuity of community palliative care.¹⁹ Despite the variety of frameworks, guidelines, and clinical pathways available in English-speaking countries, in Japan, standard materials have not been developed or are inadequately disseminated. We have completed or are now performing a validation study of several key instruments to modify the original tools suitable for Japanese culture, including the Support Team Assessment Schedule, M.D. Anderson Symptom Inventory, Distress Thermometer, and Liverpool Care Pathway.²⁰⁻²² These instruments are gradually being disseminated to palliative care clinicians, but more distribution efforts to general practice are greatly required.

Lack of Knowledge About Palliative Care

Despite strong empirical evidence that opioids for cancer pain rarely cause addiction, 30% of the Japanese general public believes that they are addictive, and such misapprehension is a significant barrier for better pain management.²³⁻²⁵ Also, 34% of the general public in Japan know about palliative care units compared with 70% in the United Kingdom.^{12,26} Of note is that although 32% of the Japanese general public believe that palliative care units are a place where patients just wait for death, these negative perceptions significantly decreased after they actually used a specialized palliative care service.^{3,12} This lack of knowledge and misinformation about opioids and palliative care is a considerable barrier to palliative care and pain control at an appropriate time, and education of the general public is of great value.

Lack of Whole-Region Organization to Coordinate Community Palliative Care

The resources potentially available for community cancer patients are becoming more complicated and involve more than a single institution. Although an increasing number of Japanese hospitals have support centers available for community patients, they provide the services principally to their own patients. Whole-region organizations to implement comprehensive coordination for community patients are therefore strongly required.

Specialized Palliative Care Services Less Available

Specialized home-care clinics have just started and are quite primitive in Japan, but specialized palliative care services are currently available only for institutionalized patients. In Europe, community palliative care teams provide consultation services for all patients in the community.²⁷ It is necessary to establish a medical system to provide specialized palliative care that is easily available for community cancer patients.

The OTIM Study

Overview

From these findings, palliative care in Japan has rapidly progressed in this decade, but many issues still must be resolved. To improve cancer care—including palliative care—throughout Japan, the Cancer Control Act was established in April 2007. The aims of this law are to promote cancer prevention and early detection, disseminate quality palliative care, and promote cancer research. The Ministry of Health, Labour and Welfare especially focuses on palliative care and has launched multiple nationwide projects to facilitate the dissemination of palliative care. One of these is the OPTIM study, a 5-year project from 2006 to 2011 with a yearly budget of US \$2.5 million.

Aim of the OPTIM Study

The primary aim of the OPTIM study is to evaluate whether a systematic, multiintervention regional palliative care program can improve the quality of

life of cancer patients in the community. The ultimate propose of this study is to develop a success model of regional palliative care suitable for Japan.

Subjects and Methods

This is a regional intervention trial measuring the end point before and after intervention. This trial involves 4 intervention regions across Japan with different palliative care system development: Chiba (Kashiwa city), Shizuoka (Hamamatsu city), Nagasaki (Nagasaki city), and Yamagata (Tsuruoka, Mikawa-cho; Figure 1). Chiba, Shizuoka, and Nagasaki have a growing organized system to provide palliative care led by a national cancer center, a general hospital, and a regional general practitioner association, respectively. Yamagata has an unorganized system of palliative care.

The study subjects are all residents of the participating regions, including the general public, patients, their families, and health care providers. A total of 0.2 million people are potential participants in this study.

Intervention

The interventions of the OPTIM study are comprehensive and designed to cover all areas identified by the national task force.¹⁸ Each intervention was determined by discussion among clinical specialists and researchers, including palliative care physicians, psychiatrists, nurses, medical social workers, and home care practitioners. In addition, we performed a preliminary survey of 8000 members of the general public and all medical health care providers in the target regions before planning the interventions, and the results were reflected in the details of the interventions.

The interventions include (1) disseminating standardized clinical tools, (2) providing appropriate information about palliative care to the general public, patients and their family, (3) establishing whole-region organization to coordinate community palliative care, and (4) establishing specialized palliative care services available in the community (Table 2).

Clinical tools prepared for this study include (1) assessment tools (comprehensive patient-reported assessment tools consisting of the Japanese version of the M.D. Anderson Symptom Inventory, Distress Thermometer, observer-rating Japanese version of

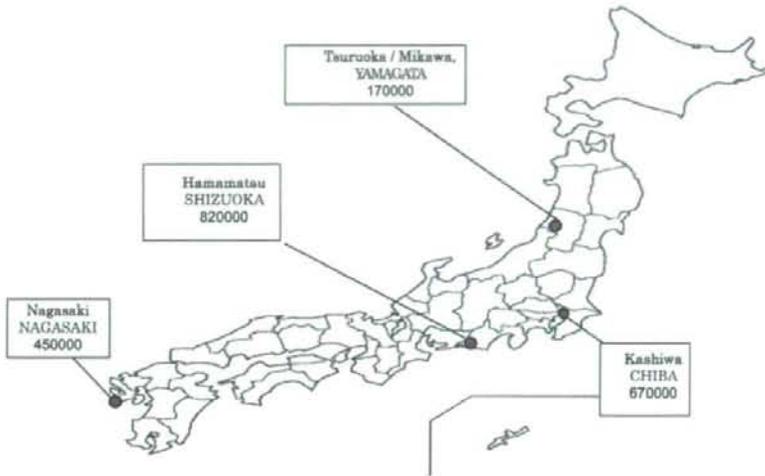


Figure 1. Participating areas of the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study are shown with the resident population number.

Table 2. Interventions of the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model Study

Target Area	Intervention	Main Contents
Lack of standardized clinical tools	To standardize and improve the knowledge, skills, and continuity of palliative care in the community	Dissemination of standardized clinical tools via printed and Web materials Interactive workshop and on-demand Web lectures Contents Assessment tools Treatment algorithm Education materials for patients and family members Patient-held records Discharge planning program
Lack of knowledge about palliative care by the general public, patients and their family	To provide appropriate information about palliative care	Distribution of materials via hospitals, Web, visits, patient library, symposia, and local mass-media Materials Leaflets and posters DVDs Books
Lack of whole-region organization to coordinate community palliative care	To establish regional palliative care centers to coordinate community palliative care	Coordination and information service about palliative care services for community residents Regional conference to create local networks and identify local problems Community palliative care team
Specialized palliative care services less available in community	To increase availability of specialized palliative care services for community patients	Educational outreach

Abbreviation: DVD, digital video disc.

the Support Team Assessment Schedule), (2) 3-step ladder-based symptom control algorithm for 9 leading symptoms, (3) educational materials for patients and families, (4) patient-held records, and (5) discharge planning program with a discharge conference as an essential part.

Outcome Measures

Primary end-points are quality of palliative care as reported both by patients and the bereaved family, the number of patients who received specialized palliative care services, and place of death. The quality of palliative care is measured by the Care Evaluation Scale, a validated tool to quantify user-perceived quality of care.²⁸

Secondary outcome measures include knowledge, competency, and difficulties of regional physicians and nurses, and quality indicators of regional palliative care, including opioid consumption and the number of nursing agencies providing around-the clock services.

Conclusion

Palliative care in Japan is rapidly progressing through multiple nationwide actions with support from the Cancer Control Act. Palliative care specialists will overcome the challenges and grasp this unique opportunity in cooperation with other specialties to disseminate quality palliative care throughout Japan. The OPTIM study has received much attention and will contribute to improving patient quality of life by proposing a regional palliative care model suitable for Japan. The OPTIM study will be completed in March 2011, and initial results are expected in mid-2012.

References

1. World Health Organization. *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
2. Morita T, Chihara S, Kashiwagi T. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med*. 2002;16:185-193.
3. Japan Hospice Palliative Care Foundation. *Hospice Kanwakea Hakusho*. 3rd ed. [in Japanese] Tokyo, Japan: Seikaisha; 2006.
4. Morita T, Fujimoto K, Tei Y. Palliative care team: the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 29:458-465.

5. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol*. 2005;23:2637-2644.
6. Health and Welfare Statistics Association. *Kokumisei-seinodoukou 53* [in Japanese]. Tokyo, Japan: Health and Welfare Statistics Association; 2006.
7. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage*. 2002; 23:96-106.
8. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage*. 2003;25:150-168.
9. The National Council for Palliative Care. *National Survey for Patient Activity Data for Specialist Palliative Care Services MDS Full Report for the Year 2004-2005*. Available from http://www.aswcs.nhs.uk/Informatics/PalliativeCareMinimumDataset/MDS_Full_Report_2005.pdf. Accessed: Feb 10, 2007.
10. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2005*. Table 31. Leading causes of death and numbers of deaths, according to sex, race, and Hispanic origin: United States, 1980 and 2003. Available from <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/05.pdf>. Accessed: Feb 10, 2007.
11. National Hospice and Palliative Care Organization. *NHPCO's Facts and Figures-2005 Findings*. Available from <http://www.alfa.org/files/public/NHPCO2005-facts-and-figures.pdf>. Accessed: Feb 10, 2007.
12. Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol*. 2007;18:1539-1547.
13. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Population Survey Report 2005*. Available from http://www.dhtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2005/toukeihyou/0005626/t0124446/MC210000_001.html. Accessed: Feb 10, 2007.
14. National Center for Health Statistics. *Worktable 307*. Deaths from 39 selected causes by place of death, status of decedent when death occurred in hospital or medical center, and age: United States, 2003. Available from http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/MortFinal2003_WorkTable307.pdf. Accessed: Feb 10, 2007.
15. National Statistics. *Series DH1 no. 37 Mortality Statistics*. Table 17. Deaths: place of occurrence and sex by underlying cause and age-group, 2004. Available from http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Dh1_37_2004/DH1_no_37.pdf. Accessed: Feb 10, 2007.
16. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol*. 2007;18:1090-1097.
17. The International Narcotics Control Board (INCB). *Tables of Reported Statistics*. Available from http://www.incb.org/pdf/e/tr/nar/2004/narcotics_part4_tables.pdf. Accessed Feb 10, 2007.

18. Miyashita M, Sanjo M, Morita, et al. 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;10:390-399.
19. Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, et al. Edmonton regional palliative care program: impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ.* 1999;161:290-293.
20. Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). *Palliat Support Care.* 2004;2:379-385.
21. Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al. Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: a validation study. *J Pain Symptom Manage.* 2003;26:1093-1104.
22. Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al. Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer.* 2005;103:1949-1956.
23. Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, et al. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31:306-316.
24. Hojsted J, Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *Eur J Pain.* 2007;11:490-518.
25. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain.* 1993;52:319-324.
26. Koffman J, Burke G, Dias A, et al. Demographic factors and awareness of palliative care and related services. *Palliat Med.* 2007;21:145-153.
27. Kuin A, Courtens AM, Deliens L, et al. Palliative care consultation in the Netherlands: a nationwide evaluation study. *J Pain Symptom Manage.* 2004;27:53-60.
28. Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Maeyama E, Tsuneto S, Shima Y. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2004;27:492-501.

研究プロジェクト①

地域介入研究（戦略研究）



山岸暁美* 森田達也# 江口研二§



2007年より「第3次対がん総合戦略研究事業 緩和ケアプログラムによる地域介入研究」が、日本における地域緩和ケアのモデルを作成・検証するために進められている。本研究の目的は、1) 緩和ケアの標準化と継続性の向上、2) がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供、3) 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション、4) 緩和ケア専門家による診療およびケアの提供を中心とする地域単位の緩和ケアプログラムの整備により、地域のがん患者のQOL (Quality of Life) が向上するかどうかを評価することである。同時に、全国においてがんで対策基本法に定められた緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物、介入過程を作成することにある。

はじめに

わが国における緩和ケアの提供体制は徐々に整備されつつあるが、その普及は十分でない。緩和ケアを普及させるには、複合的な課題を克服する必要があるとされ、カナダ、スペインなどにおいては地域を単位とした前後比較研究が、北欧においては居住区を単位としたクラスターランダム化

比較試験がおこなわれ、緩和ケアの普及および提供体制の構築に関する知見が報告されている。

カナダのエドモントンでは18ヵ月にわたり、地域の医療システムの再構築をシミュレーションしたのち、1995年から1) 標準化した診療ツールの地域全体への普及、2) 地域緩和ケアセンター・地域緩和ケアチームの設置、3) 診療報酬の誘導によるリソースの再構築（緩和ケア病棟への病床再編、家庭医のカンファレンス参加や緩和ケア診療への誘導）を含む地域緩和ケアプログラムを稼働させた。この結果、プログラム施行前には死亡場所の86%を占めていた急性期病院が施行2年後には49%に減少し、緩和ケア病棟・自宅死亡の割合が増加した。また緩和ケアを受けた患

KEY WORDS

緩和ケア
がん患者
地域介入
前後比較研究

* YAMAGISHI Akemi/東京大学大学院医学系研究科緩和ケア看護学/国立がんセンター東病院看護部、# MORITA Tatsuya/聖隷三方原病院緩和支援診療科、§ EGUCHI Kenji/帝京大学医学部内科学講座

者の割合も、プログラム施行前には、死亡時で45%、1ヵ月前で30%にすぎなかったが、3年後にはそれぞれ80%、50%に増加した¹⁾。北欧でおこなわれたクラスターランダム化比較試験では、基幹大学病院に緩和ケア病棟を設置し、入院サービス・ケアコーディネーションを中心とした介入がおこなわれた。その結果、一般的なQOL尺度(EORTC-C30)で測定した患者のQOL (quality of life) に有意な差はみられなかったが、自宅死亡が15%から25%に増加し、家族の満足度は有意に高かった²⁾。

わが国では、これまで大規模な地域介入研究がおこなわれることはなかったが、2007年より「平成19年度 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 緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model: OPTIMプロジェクト)が、日本における地域緩和ケアのモデルを作成・検証するために進められている³⁾。

本稿では、このOPTIM-Studyについて紹介する。

1. 研究の背景と目的

2006年に制定されたがん対策基本法は、「疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること」「居宅において医療を提供する連携協力体制を確保すること」など、がん患者の療養におけるQOLの向上に必要な施策を講じることを国および地方公共団体に求めており(同法第16条)、地域における質の高い緩和ケア提供体制の構築とその普及が課題となっている。

本研究の目的は、①緩和ケアの標準化と継続性の向上②がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション④緩和ケア専門家による診療およびケアの提供を中心とする地域単位の緩和ケアプログラムの整備により、QOLの指標である、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) 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評価することである。

また、もう1つの重要な目的としては、今後全国の地方公共団体が、がん対策基本法に定められた緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物および介入過程を作成することである。つまり、地域緩和ケア提供体制の構築方法や地域緩和ケアに関するニーズを把握する方法、作成した各種マテリアルとその普及方法などに関する知見を集積することに、このOPTIM-Studyの意義がある。

2. 研究のデザインおよび対象

本研究は、介入地域に地域住民票を有する不特定のがん患者、家族、地域住民、および介入地域の機関に属する医療・福祉従事者を対象とした前後比較研究である。研究班の策定した緩和ケアプログラムによる介入前後で評価項目を測定し、効果を評価する。

介入地域は、1) (D) 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、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として、実施主体が(A) がん専門病院である地域、(B) 総合病院である地域、(C) 医師会である地域の4地域が選択されている。また一部、ある程度の比較性を評価するための参考地域が設定されている。

3. 研究方法

1) 予備調査の実施

介入プログラムを策定するにあたり、一般市民および医療福祉従事者対象に予備調査をおこなった。

一般市民対象調査は、4介入に居住する40歳以上79歳以下の一般市民(各地域2,000人、合計8,000人)を対象に層化二段階無作為抽出法による郵送調査をおこない、3,982人から回答を得た(回収率50%)。調査項目は、一般市民がイメー

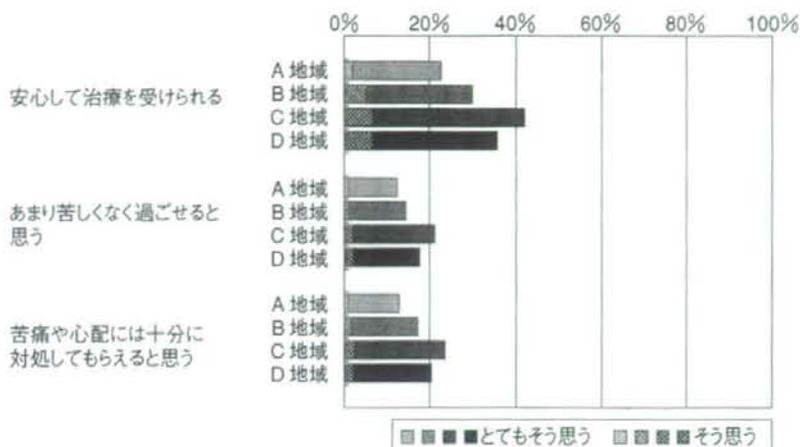


図1 一般市民がイメージするがん療養の安心感

ジするがん療養に関する安心感、緩和ケアに対する認知とイメージ、在宅療養のイメージなどであった。

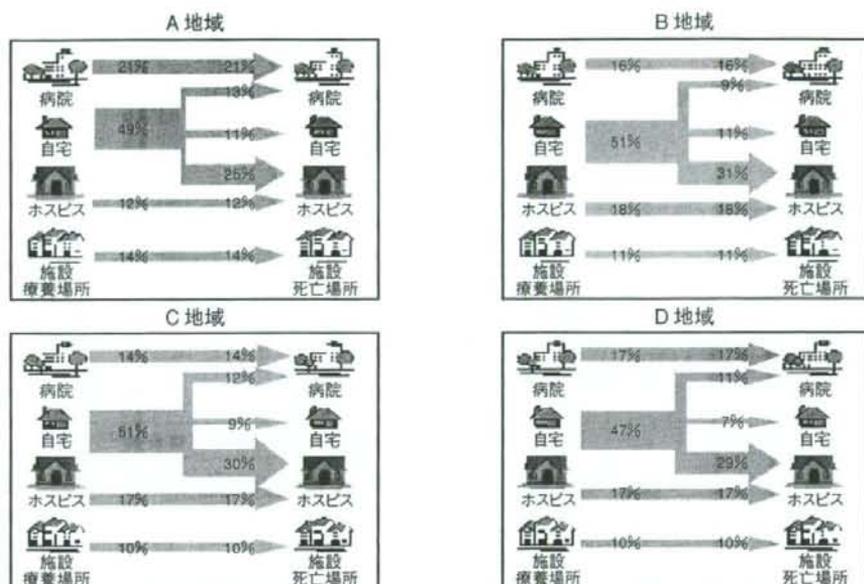
がんになった場合、「安心して治療を受けられると思う」と答えた一般市民は33%、「あまり苦しくなく過ごせると思う」17%、「苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」19%、「安心して自宅で療養できる」8%と、がん療養に関する安心感についての項目はいずれも低い結果であった(図1)。また、緩和ケアに対する認知に関しては、「よく知っている」が14%、「聞いたことがあるがよく知らない」が49%、「聞いたことがない」が32%であった。痛みを伴い予後が6ヵ月以内の場合の希望する療養場所としては、病院が17%、自宅が49%、緩和ケア病棟が16%、そのほかが11%であり、希望する死亡場所は病院が28%、自宅が10%、緩和ケア病棟が45%、そのほかが11%であった(図2)。緩和ケアを広めていくために「役に立つ」という回答が6割を超えた取り組みとしては、a) 医師/看護師の技術を向上させる、b) 相談窓口の設置、c) 治療場所を変えても、必要な情報が伝わる、d) 自分の診療情報を持ち歩ける、e) 病院などの再編成・地域の連携の強化、であった。

医療者対象調査は、4介入地域の病院医師1,314人、病院看護師5,216人、診療所医師1,106人、訪問看護ステーション看護師271人に調査票を配布し、それぞれ409人、2,160人、235人、115人から回答を得た(回収率31%、41%、21%、42%)。

緩和ケアに関して「自信をもって診療に臨むことができる」と回答したのは、病院医師17%、病院看護師4%、診療所医師15%、訪問看護師5%と低く、緩和ケア教育や専門家の関与の必要性が浮き彫りになった。また地域の緩和ケアサービスの整備に関し「役に立つ」の回答割合が8割を超えたりソースとしては、a) 地域で共通した症状緩和の評価・マニュアル、b) 患者用の共通カルテ、c) 退院時カンファレンス・連携ツール、d) 患者・家族向けの緩和ケアに対する情報提供、e) 緩和ケアに関する相談窓口の設置、f) 地域の緩和ケアの専門家への相談体制の整備であった。

2) 地域緩和ケアプログラムの内容

上述の予備調査の結果から、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供、③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション、④緩和ケア専門家による診療およびケアの提供、を中心とする地域緩和ケアプログラムを策定し、必要なマテリアル



図② 希望する療養場所

を作成した(表①)。これは、それぞれ、①地域の緩和ケアツールが標準化されていない、②患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識をもっていない、③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、④専門緩和ケアサービスが利用できないことに対応した介入となっている。また、これをもとに各介入地域は、それぞれの地域の状況や特性をかんがみ、独自の行動計画を立案した(図③)。

A. 緩和ケアの標準化と継続性の向上

WHO方式ががん性疼痛治療法をはじめ、疼痛以外の症状緩和および地域での連携についても、欧米では標準化されたフレームワーク、ガイドライン、クリニカルパスがある。わが国においては、いくつかの先進的施設において標準化した症状評価法が導入されているが、地域全体に普及するには至っていない。

今回、作成した診療ツールは、①緩和ケアマニュアル(ステップ緩和ケアガイド)、②わたしのカルテ、③退院支援・調整プログラムである。緩和ケアマニュアルの新規性は、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医療者がその患者に適切な内容を選択・追加したうえで提供するパンフレットである、③地域で共通して活用できる評価票が用意されている、④評価票やアルゴリズムを実際に活用している場面が動画になっていることである。わたしのカルテとは、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もち歩き、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。また退院支援プログラムは、先行研究により、有効な退院支援の内容として明らかになっている、①構造化されたカンファレンスの開催、②退院後予備される患者の状態への対応策を文書で手渡す、③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アアップ、を包含している。緩和ケアに関する医療・福祉従事者の知識・技術の向上、および診療・ケアの継続性の向上を目的に、これらを地域で標準化したツールとして普及させる。

表① 介入プログラム

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	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	緩和ケアの標準化と継続性の向上 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	相談支援センタースタッフ 地域責任者	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 緩和ケアに興味をもった人が、幅広い知識を得ることができ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ション 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 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をめぐる地域住民および不特定の地域医療福祉職 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おこなう	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およびケア	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) 希望する地域医療福祉職	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た医療福祉従事者 緩和ケアの知識・技能の向上、または専門緩和ケア紹介の関与をさせることを目的として、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おこなう	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
		専門緩和ケアにかかわるノウハウの提供 1) 緩和ケアチームにかかわるノウハウの提供 2) 地域連携・在宅医療にかかわるノウハウの提供	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)	緩和ケアチームにかかわる書籍を提供する 地域連携・在宅診療にかかわる書籍を提供する	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

B. 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、緩和ケアに関する適

切な情報を提供し、がん緩和サポートセンターおよび緩和ケアチームの活動を周知させる介入をおこなう。本研究ではトランスセオレティカル・モデルにしたがって、関心のない対象には関心をあげるための介入を、関心のある対象には詳細な情