

2008 24025A

厚生労働科学研究費補助金
がん臨床研究事業

地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究
平成20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 秋月 伸哉
平成21 (2009) 年 3月

目 次

I. 総括研究報告	
地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究	3
秋月 伸哉	
II. 分担研究報告	
1. 地域がん医療システムの構築及び実態調査	15
秋月 伸哉	
2. がん医療システムの構築	21
山崎 彰美	
3. 患者情報共有フォーマットを用いた縦断調査	23
木下 寛也	
4. 地域で共有するための症状評価票の開発	28
森田 達也	
5. 患者情報共有のための記録フォーマットの開発	34
木澤 義之	
6. 外来患者の抑うつスクリーニングに関する研究	38
清水 研	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	41

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
総括研究報告書

地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究

研究代表者 秋月伸哉 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室長

研究要旨 本研究は、地域の医療福祉機関のネットワークをはじめとする地域がん緩和医療連携モデルを構築し、その臨床介入による地域緩和医療の質の変化を毎年調査するものである。柏市、流山市、我孫子市を介入対象地区とした。初年度、次年度に引き続き、地域医療福祉機関のネットワーク作り、地域住民に対する教育活動、地域がん緩和医療連携モデルの一つである地域緩和ケアチーム活動を行った。地域緩和医療の質調査として、在宅死亡率、専門的緩和医療利用数、在宅支援診療所数、麻薬処方量を調査し、増加傾向を認めた。今年度は専門的緩和医療資源のみならず、相談支援センターの利用状況、認知率、ニーズに関する調査も行った。また、地域がん緩和医療連携モデルに取り込むべきプログラムとして、精神的負担のスクリーニングプログラム、スピリチュアルケアガイド、患者情報共有のためのデータベースの開発を行った。

研究分担者氏名及び所属施設

研究者氏名	所属施設名及び職名
秋月伸哉	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 室長
山崎彰美	柏市保健所 所長
木下寛也	国立がんセンター東病院 緩和医療科 医長
森田達也	聖隷三方原病院緩和支援療 法科部長
木澤義之	筑波大学大学院 人間総合科学研究科 講師
清水研	国立がんセンター中央病院 精神科 医員

A. 研究目的

現在日本では、2人に一人はがんに罹患する。長期生存者にとっては、後遺症対策や社会復帰、進行終末期患者にとっては症状緩和、療養場所の調整、また患者のみならず介護する家族の負担など、がん患者・家族は状況ごとに多様なニーズを抱えている。特に、入院期間の短縮、がん治療の外来化、多くの患者が在宅療養を望んでいることなどから、外来や在宅患者の支援体制が新たに必要とされている。

現在日本国内には、相談窓口としての患者家族相談室（がん診療連携拠点病院のみ）、専門的緩和ケアを提供する緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、在宅ホスピスがある。しかし患者家族相談室は一部の病院にしか存在せず、ホスピス利用は全がん死亡の5%程度で、2002年に加算が認められた緩和ケアチームは高い人員要求水準などから現在80施設程度、在宅ホスピスも非常に数が少ないなど、緩和ケアを必要とする患者が必要に応じて緩和ケアを利用できる状況はまだ達成されていないと考えるべきであろう。

国際的には、カナダのエドモントン地区、スペインのカタルーニャ地方、オーストラリア、イギリスなどで、特定の地区を対象とした緩和ケアの均てんを目的としたプログラムが報告されているが、医療保険制度、医療行政、一般医の位置づけ、医療機関へのアクセス、医療文化、地理条件などの違いから、欧米のモデルをそのまま我が国に応用することは困難である。

本研究班では、柏市、我孫子市、流山市を対象地区とし、がん診断後どのステージでも、どこで治療・療養をしても相談や、必要な専門的緩和ケアを利用できるための地域モデルを構築する。ま

た、介入の前後で地域の緩和医療の質を調査することで、どのように変化したかを確認する。本研究の結果は同じような背景を持った地区で地域がん緩和医療連携モデルを作る際に一般化できることを想定している。

また、今後地域がん緩和医療連携モデルに取り込める可能性のあるいくつかのプログラムとして以下の3つの開発を行った。

- ①外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング
- ②スピリチュアルケアガイド
- ③患者情報共有のためのデータベース
- ④遺族の心理ケアプログラム

B. 研究方法

研究に当たり、研究班では地域がん緩和医療連携のモデルの理念を以下のように設定した。

1. がん診断から終末期まで、いつでも困ったことを相談でき、必要に応じて専門的緩和医療が提供できる
2. どこで療養していても、困ったことを相談でき、必要に応じて専門的緩和医療が提供できる

これらを達成するため、今年度は以下の介入を行った。

- 1) 地域がん緩和医療ネットワークの構築
2ヶ月に1回、多職種が参加する症例検討会(小グループディスカッション、ミニレクチャーを含む)を行った。
- 2) 一般市民、患者向け緩和ケア教育
国立がんセンター東病院で市民公開講座を行った。開催に際し、各種広報活動を行った。
- 3) 急性期緩和ケア病棟運営の実施
緩和ケア病棟の入院手順・基準を見直し、登録制度を廃止し、在宅療養の障害となる身体的・精神的症状が生じた場合に可能な限り速やかに入院し、症状がコントロールできた際には原則退院となる旨を紹介元の医療者、患者に一貫して伝えた。
- 4) 地域緩和ケアチームの実施
2007年10月から他施設の症例に関する相談を行う出張コンサルテーションを開始した。

これらの介入により地域の緩和医療の

質が変化することが想定される。国際的にも本邦で使用可能な地域緩和医療の質評価項目のコンセンサスは存在しない。そのため当研究班では、研究者感の話し合いを元に、以下のパラメータを地域緩和医療の質の評価指標として用いることとした。

- ・在宅死亡率
2007年まで柏市保健所、2008年は柏市保健所、松戸保健所にて集計。
- ・専門的緩和医療資源数と利用数
各医療機関の診療データベースから集計。
- ・在宅支援診療所数
2007年まで千葉県社会保険事務局、2008年は厚生局に情報開示請求。
- ・麻薬処方量
千葉県に情報開示請求。

以上の項目を本研究実施前の2005年をベースラインとして、毎年調査した。(倫理面への配慮)

原則的に本研究で行われる介入は通常の臨床介入で行われる範囲のものであり、個別の介入に対して研究としての患者の同意を要しない。地域の緩和医療の質の評価は、医療機関、行政機関などで入手可能な個人情報に伴わない情報であるため、前後比較試験にあたり倫理審査委員会での承認、患者の同意を要しないと判断した。

今後取り込むためのプログラム開発

- ①外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング

国立がんセンター中央病院乳腺内科を受診する患者を対象に、つらさと支障の寒暖計を看護師が待合室で配布し、患者に記入の上、主治医に渡すように促した。閾値を超える場合、主治医は精神科受診の推奨を行った。

- ②スピリチュアルケアガイド

臨床経験5年以上、終末期がん患者緩和ケア経験3年以上の専門職を対象に、精神的苦悩を訴えた患者のケア経験について半構造化面接を実施、逐語録の内容分析を行なった。

- ③患者情報共有のためのデータベース

初年度、次年度に作成した緩和ケアデータセット電子版を筑波メディカルセンター緩和ケア病棟、大和クリニック、つ

くばセントラル病院緩和ケア病棟、周辺訪問看護ステーションとの連携に使用するとともに、それぞれの機関へのデータベースの共用、共通データベースサーバーの設置を働きかけた。

④遺族の心理ケアプログラム

配偶者遺族の心理状態と対処方法国立がんセンター東病院で亡くなった患者の配偶者を対象にアンケート調査を行った。

C. 研究結果

今年度の介入

1) 地域がん緩和医療ネットワークの構築

2008年4月から2009年3月までに5回の症例検討会を開催し、のべ777名(看護師289名、薬剤師123名、医師95名、ケアマネージャー85名、ソーシャルワーカー67名、保健師48名)が参加した。

2) 一般市民、患者向け緩和ケア教育

「がんになっても安心して暮らせるまちづくり」と題して、2008年11月15日に国立がんセンター東病院講堂において市民公開講座を行った。130名が参加した。

3) 急性期緩和ケア病棟運営の実施

2006年の入院患者が265名、死亡退院率90.7%だったのに対し、2008年の入院患者は377名、死亡退院率78.5%であった。

4) 地域緩和ケアチームの実施

2007年10月から2009年3月までの間に、12件の出張コンサルテーションがあった。依頼日から訪問日までのタイムラグは平均3日(0~11日)、患者の治療場所は入院7件、在宅3件、外来2件、訪問回数は9件が1回のみ、3件が2回、1回の訪問に要した時間は平均101分(うち移動時間34分)、相談内容は11件が精神症状に関するものであった。

地域がん緩和ケアの質の推移

・在宅死亡率

介入前(2005年)、介入後(2006、2007年)の柏、流山、我孫子市民の全死亡数は年間約4200名でありがん死亡率は約33%であった。年間がん死亡数はそれぞれ、1429例、1376例、1392例であり、自宅・施設での死亡数(%)は、67(4.7)、96(7.0)、110(7.9)であった。3年間の推移を表1に示す。

表1. 柏、流山、我孫子市民のがん死亡場所推移

	2005	2006	2007
がん死亡数	1429 (100)	1376 (100)	1392 (100)
病院・診療所	1360 (95.2)	1278 (92.8)	1276 (91.7)
自宅・施設	67 (4.7)	96 (7.0)	110 (7.9)

・専門的緩和医療資源数と利用数

2006年から2008年において柏、流山、我孫子市内の専門緩和医療資源の数、利用した市民の数を表2に示す。

表2. 柏、流山、我孫子の専門緩和医療資源数と、市民の利用数

	2005	2006	2007	2008
緩和ケア外来				
施設数	0	0	1	1
利用数	-	-	124	149
精神腫瘍科外来				
施設数	1	1	1	1
利用数	31	39	48	60
入院緩和ケアチーム				
施設数	1	1	2	3
利用数	21	92	132	166
地域緩和ケアチーム				
施設数	0	0	1	1
利用数	-	-	3	8
緩和ケア病棟				
施設数	1	1	1	1
利用数	93	106	117	153

・在宅支援診療所数

2006年に制度化された在宅支援診療所数の推移を表3に示す。

表3. 柏、流山、我孫子市の在宅療養支援診療所数

	2006	2007	2008
在宅療養支援診療所			
施設数	13	17	19

・麻薬処方量

2004年度から年度ごとの麻薬処方量の推移を表4に示す。

表4. 柏、流山、我孫子市の麻薬処方量

	2004	2005	2006
処方量(g)	14171	15330	17615

①外来がん患者の抑うつに対するスクリーニング

対象患者は491名（女性462名、平均年齢58歳）中451名につらさと支障の寒暖計が実施され、そのうち167名がスクリーニング陽性であった。167名中、推奨され精神科を受診したのは39名（25%）であった。

②スピリチュアルケアガイド

面接実施45名から、75事例（30～80歳代、男性33、女性42）のケア経験を収集した。ケアの基本的態度・考え方の要素として「尊厳ケアとしての日常生活援助」「心・苦悩・人生への志向」「望みの洞察」「生の伴走者」などのカテゴリが抽出された。

③患者情報共有のためのデータベース

筑波大学附属病院において緩和ケアデータセットを使用し、筑波メディカルセンター緩和ケア病棟、大和クリニック、つくばセントラル病院緩和ケア病棟、周辺訪問看護ステーションとの連携に使用した。しかしながら、複数回にわたる会議の実施と呼びかけにもかかわらず、すでに存在するデータベースとの互換性、電子データベースの限界、利用者の事務負担増加等の理由から、データベースを採用できる医療機関は見つからず、地域での普及には至らなかった。

D. 考察

地域がん緩和医療連携モデルとして、地域ネットワーク、市民広報、専門的緩和医療の効率的な運用（緩和ケア外来、急性期緩和ケア病棟、地域緩和ケアチーム）などからなる複数のプログラムを実施し、実施前のデータもふくめ、地域緩和ケアの質と考えられる指標を毎年調査した。介入プログラムの利用者は毎年増加し、プログラムが地域に受け入れられたと考えられた。また調査により時期がずれるものの、在宅死亡率、専門的緩和医療資源と利用者、在宅療養支援診療所、麻薬処方量は毎年増加した。

本研究の限界として、対照群を置く比

較研究ではないため、これらの変化が介入プログラムによるということができないことがある。在宅死亡率は同時期の全国調査（厚生労働省人口動態統計）でも6.4%から7.6%に増加している。ただ地域内でがん患者の在宅看取り実数が67から110に増加していること、元々全国水準より低い水準だった割合が全国水準をわずかに超える水準まで増加したことは地域レベルでは大きな変化であると考えられる。もう一つの限界として、地域緩和医療の質の評価法が確立していないことがある。本調査で用いられた在宅死亡率にはかかりつけ医がいない状態での検死も含まれている。現段階ではコンセンサスを得られた方法は確立していない。

新たに行う介入プログラムとして、抑うつのスクリーニングプログラム、緩和ケアデータセットを開発した。外来がん患者の抑うつに対するスクリーニングの実施率は高かったが、スクリーニング陽性にもかかわらず受診率が25%に過ぎないなど、受診率を上昇させる取り組みが必要である。また、緩和ケアデータセットは単施設において実施可能であったが、既存のデータベースとの互換性、電子データベースの限界、利用者の事務負担増加等の理由から、他の機関に広めることはできなかった。これらのプログラムを地域に導入するにはさらなる工夫が必要である。

E. 結論

2006年から3年間実施した地域がん緩和医療連携モデル介入の期間で、地域緩和ケアの質指標が毎年向上した。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

- Asai M, Akizuki N, Shimizu K, 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: 225-30. 2008.
2. Shimizu K, Akizuki N, et al. Clinical experience of the modified nurse-assisted screening and psychiatric referral program. Palliat Support Care 6: 29-32. 2008
 3. Okamura M, Akizuki N, Nakano T, Shimizu K, Ito T, Akechi T, Uchitomi Y. Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. Psychooncology 17: 154-60. 2008
 4. Inagaki M, Akizuki N, et al. Plasma interleukin-6 and fatigue in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 35: 153-61. 2008
 5. Yamagishi A, Morita T, Akizuki N, Kizawa Y, 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 25:412-418, 2008.
 6. Morita T, et al: Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. Support Care Cancer 16:101-107, 2008.
 7. Sato K, Morita T, 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. Support Care Cancer 16:113-122, 2008.
 8. Morita T, et al: Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system: a feasibility study. J Pain Symptom Manage 35:430-436, 2008.
 9. Sanjo M, Morita T, et al: Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. J Pain Symptom Manage 35:275-282, 2008.
 10. Miyashita M, Morita T, 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 25:33-38, 2008.
 11. Miyashita M, Morita T, et al: Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. Support Care Cancer 16:217-222, 2008.
 12. Miyashita M, Morita T, et al: Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. J Pain Symptom Manage 35:486-498, 2008.
 13. Miyashita M, Morita T, 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 22:376-382, 2008.
 14. Miyashita M, Morita T, 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 25:223-232, 2008.

15. Miyashita M, Morita T, et al: Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psycho-Oncology* 17:612-620, 2008.
16. Sato K, Morita T, 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* 11:729-737, 2008.
17. Miyashita M, Morita T, et al: Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: The Japanese experience. *J Clin Oncol* 26:3845-3852, 2008.
18. Akechi T, Morita T, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16:CD005537.
19. Ando M, Morita T, et al: One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology* 17:885-890, 2008.
20. Tei Y, Morita T, et al: Treatment efficacy of neural blockade in specialized palliative care services in Japan: a multicenter audit survey. *J Pain Symptom Manage* 36:461-467, 2008.
21. Ando M, Morita T, et al: A pilot study of transformation, attributed meanings to the illness, and spiritual well-being for terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care* 6:335-340, 2008.
22. Morita T, 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.
23. Shiozaki M, Morita T, et al: Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology* 17:926-931, 2008.
24. Morita T, et al: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: A randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* Sep 30: [Epub ahead of print], 2008.
25. Yamagishi A, Morita T, et al: Symptom Prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* Sep 18: [Epub ahead of print], 2008.
26. Sanjo M, Morita T, et al: Caregiving consequences inventory: a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* Nov 24: [Epub ahead of print], 2008.
27. Shimizu K, Akechi T, et al. Clinical experience of the modified nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Palliative and Supportive Care* 6: 29-32, 2008
28. 藤森麻衣子, 秋月伸哉, 他. がん医療におけるコミュニケーション技術ががん医療における悪い知らせの際のコミュニケーション教育プログラムの予備的検討: 日本癌治療学会誌 43:329, 2008
29. 秋月伸哉. 厚生労働科学研究「がん対策のための戦略研究」(解説): 腫瘍内科 2:365-369, 2008

30. 清水研, 秋月伸哉, 他. 血幹細胞移植を受ける血液がん患者に対する精神症状スクリーニング: 総合病院精神医学 20:123-128, 2008
31. 秋月伸哉. 癌患者にみられる代表的な症状とその対策 うつ病(解説/特集) コンセンサス癌治療 7:10-13, 2008
32. 藤本亘史, 森田達也. 疼痛マネジメントをするための系統的・継続的評価. 月間ナーシング 28:90-94, 2008
33. 森田達也, 木澤義之, (編) 秋月伸哉, 他: 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方. 青海社. 東京. 2008.
34. 森田達也: 緩和ケアの現在と将来—Introduction for psychiatrists—. 臨床精神薬理 11:777-786, 2008.
35. 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 18:248-250, 2008.
36. 森田達也: 終末期癌患者における輸液治療—日本緩和医療学会ガイドラインの概要—. 日本医事新報 4390:68-74, 2008.
37. 社団法人日本医師会(監), 木澤義之, 森田達也(編), 他: がん性疼痛治療のエッセンス. 青海社. 東京. 2008.
38. 社団法人日本医師会(監), 木澤義之, 森田達也(編): がん緩和ケアガイドブック2008年版. 青海社. 東京. 2008.
39. 山岸暁美, 森田達也, 他: 研究プロジェクト①地域介入研究(戦略研究). 緩和医療学 10:215-222, 2008.
40. 河正子, 森田達也: 研究プロジェクト⑧スピリチュアルケア. 緩和医療学 10(3):256-262, 2008.
41. 安藤満代, 森田達也: 終末期がん患者へのライフレビュー—その現状と展望—. 看護技術 54:65-69, 2008.
42. 安藤満代, 森田達也: 終末期がん患者へのスピリチュアルケアとしての短期回想法の実践. 看護技術 54:69-73, 2008.
43. 森田達也: 医療連携と緩和医療; OPTIMプロジェクトによる地域介入研究の紹介. コンセンサス癌治療 7:123-125, 2008.
44. 森田達也: 緩和医療(終末期医療、在宅ケア). 中川和彦(編集), 勝俣範之, 西尾和人, 高清彦, 朴成和(共同編集) NAVIGATOR Cancer Treatment Navigator 278-279, 2008.
45. 森田達也, 他: 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール II. 身体症状 4. 緩和ケアニードのスクリーニングツール. 緩和ケア 18(Suppl):15-19, 2008.
46. 森田達也: 臨床と研究に役立つ 緩和ケアのアセスメント・ツール IX. 患者・家族における臨床ツール 4. 症状評価のためのツール. 緩和ケア 18(Suppl):129-131, 2008.
47. 藤本亘史, 森田達也: 臨床と研究に役立つ 緩和ケアのアセスメント・ツール X. その他の評価とツール 5. 緩和ケアチーム初期評価表. 緩和ケア 18(Suppl):157-160, 2008.
48. 清水 研, 他: 造血幹細胞移植を受ける血液がん患者に対する精神症状スクリーニング. 総合病院精神医学 20: 123-8, 2008
49. 木澤義之, プライマリ・ケア医の知っておきたい“ミニマム知識” 緩和ケアの普及について—すべての医師が基本的な緩和ケアを実施できるように—. 日本内科学会雑誌 98:211-216, 2008.
50. 木澤義之, 森田達也編 がん緩和ケアガイドブック 日本医師会編著. 東京: 青海社, 2008.
51. 木澤義之【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】 その

他の評価とツール 緩和ケア初診時データセット. 緩和ケア 18:149-156, 2008.

52. 木澤義之【緩和ケア これからの10年をみつめる】 研究プロジェクト 緩和ケアに関する教育,緩和医療学 10 (3, 229-234, 2008.
53. 木下寛也. 緩和医療と家族ケア 家族の症状理解を促すアプローチ. 緩和医療学 10(4) : 366-369, 2008
54. 星野奈月, 木下寛也. がんのチーム医療 抗がん治療中からの緩和ケア 医の参加. 隔月刊腫瘍内科 2 (4) : 314-321, 2008
55. 木下寛也. 座談会 がん患者の在宅医療を考える-現状と問題点の解決-. Pharma Medica 26(11) : 153-162, 2008

学会発表

1. 秋月伸哉, 本田晶子, 木下寛也, 柏地区における地域支持療法チーム活動の経験, 第13回日本緩和医療学会総会, ポスター, 2008. 7, 静岡
2. 志真泰夫, 森田達也: シンポジウム 6 終末期医療における臨床倫理: こんな時どう考える? 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
3. 岡村仁, 森田達也, 他: ランチョンセミナー8 エビデンスに基づいた終末期せん妄の家族へのケア. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
4. 佐藤一樹, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院1施設の一般病棟と緩和ケア病棟での死亡前48時間以内に実施された医療の実態調査. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
5. 佐藤一樹, 森田達也, 他: 診療記録から抽出する終末期がん医療の質指標による一般病棟での終末期がん医療の質の評価. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
6. 深堀浩樹, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 高齢者施設におけるがん患者への緩和ケアの実態 OPTIM study, 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
7. 平井啓, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 地域住民の緩和ケアの利用に対する準備性と各種メディアに対する信頼性 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
8. 宮下光令, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 一般市民のがん医療に対する安心感および医療用麻薬・緩和ケア病棟に対する認識 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
9. 宮下光令, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 地域の医師・看護師の緩和医療の提供に関する地震及び困難感 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
10. 杉浦宗敏, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供機能に関する薬剤業務の実態調査(1). 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
11. 佐野元彦, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供機能に関する薬剤業務の実態調査(2). 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
12. 吉田沙蘭, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 一般市民がもつ緩和ケアの整備に対する認識 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
13. 山岸暁美, 森田達也, 秋月伸哉, 他: 一般市民および地域在住がん患者の療養死亡場所の希望: OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
14. 新城拓也, 森田達也, 他: 遺族調査から見る臨終前後の家族の経験と望ましいケア: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡

15. 天野功二, 森田達也, 他: 聖隷ホスピスにおける造血器悪性腫瘍患者に対する緩和医療. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
16. 宮下光令, 森田達也, 他: J-HOPE study (The Japan Hospice and Palliative care Evaluation study): 研究デザインおよび参加施設の概要. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
17. 山岸暁美, 森田達也, 秋月伸哉, 他: がん患者における在宅療養継続の阻害要因および在宅診療提供体制 OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
18. 古村和恵, 森田達也, 秋月伸哉, 他: がん患者と医療者の情報共有ツール「わたしのカルテ」の必要性に関する質問紙調査: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
19. 赤澤輝和, 森田達也, 秋月伸哉, 他: がん医療における相談記録シートの作成と実施可能性の検討: OPTIM study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
20. 大木純子, 森田達也, 他: がん患者に今求められる支援・サポートとは～地域医療者のブレインストーミングの結果から～: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
21. 前堀直美, 森田達也, 他: 浜松市保険薬局薬剤師に対してのがん緩和医療に関するアンケート調査. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
22. 藤本亘史, 森田達也, 他: 遺族調査の結果からみた緩和ケアチームの介入時期と有用性: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
23. 三澤知代, 森田達也, 他: がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームメンバーの緩和ケア提供に対する自己評価の実態. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
24. 宮下光令, 森田達也, 他: 全国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアチーム (PCT) の実態調査. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
25. 前堀直美, 森田達也, 他: 外来緩和ケア患者のがん性疼痛に対する保険薬局の新しい取り組み～疼痛評価・電話モニタリング・受診前アセスメントの初期経験～. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
26. 永江浩史, 森田達也, 他: 緊急入院した新興前立腺癌緩和ケア患者の入院前外来ケア内容にみられた課題. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
27. 久永貴之, 森田達也, 木澤義之, 他: がんによる消化管閉塞に対する酢酸オクトレオチドの治療効果 (主観的指標) に関する研究. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
28. 山田理恵, 森田達也, 他: 末梢静脈から挿入する中心静脈カテーテルの患者による評価. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
29. 山岸暁美, 森田達也, 他: 経口摂取が低下した終末期がん患者の家族に対する望ましいケア J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
30. 赤澤輝和, 森田達也, 他: 遺族調査から見る終末期がん患者の負担感に対する望ましいケア: J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
31. 大谷弘行, 森田達也, 他: 「抗がん剤治療の中止」を患者・家族へ説明する際の腫瘍医の負担. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
32. 三條真紀子, 森田達也, 他: ホスピ

- ス・緩和ケア病棟への入院を検討する時期の家族のつらさと望ましいケア：J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
33. 三條真紀子, 森田達也, 他：ホスピス・緩和ケア病棟に関する望ましい情報提供のあり方：J-HOPE study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
34. 塩崎麻里子, 森田達也, 他：遺族の後悔に影響するホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定要因の探索：J-HOPE Study. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
35. 福田かおり, 森田達也, 他：看取りのパンフレットの作成と実施可能性. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
36. 岩崎静乃, 森田達也, 他：ホスピス病棟入院患者の死亡前口腔内状況. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
37. 中澤葉宇子, 森田達也, 他：緩和ケアに対する医療者の知識・態度・困難度を評価する尺度の作成と信頼性・妥当性の検証. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
38. 宮下光令, 森田達也, 他：一般市民に対する緩和ケアに関する教育的介入の短期効果. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
39. 宮下光令, 森田達也, 他：遺族の評価による終末期がん患者のQOLを評価する尺度（GDI：Good Death Inventory）の信頼性と妥当性の検証. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008.7, 静岡
40. 明智龍男, 森田達也：シンポジウム
1 精神的苦悩を緩和する：日常臨床におけるケアと治療の実践. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京
41. 吉田沙蘭, 森田達也, 他：がん患者の家族に対する望ましい余命告知のあり方の探索. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京
42. 赤澤輝和, 森田達也, 他：遺族調査から見る終末期がん患者の負担感：J-HOPE study. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京
43. 三條真紀子, 森田達也, 他：終末期のがん患者を介護した遺族による介護経験の評価尺度の作成. 第21回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008.10, 東京
- H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）
1. 特許取得
特記すべきものなし。
 2. 実用新案登録
特記すべきものなし。
 3. その他
特記すべきものなし。

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

地域がん医療システムの構築及び実態調査

研究分担者 秋月伸哉 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室長

研究要旨 2006年から柏市、流山市、我孫子市を対象地区として行っている地域がん緩和医療モデル構築のための地域介入を引き続き行った。地域ネットワーク構築のための症例検討会にはのべ777名（前年度393名）が参加、一般啓発のための市民公開講座に130名が参加した。地域がん緩和医療モデルの質評価の一つとして行った専門緩和医療資源利用数は、緩和ケア外来149名、精神腫瘍科外来60名、入院緩和ケアチーム166名、地域緩和ケアチーム8名、緩和ケア病棟153名といずれも増加していた。地域がん緩和医療連携モデルのために開発されたサービスである地域緩和ケアチームは12例の症例を集積し、精神症状に関する相談が多いこと、1件あたりに要する時間が長いことを明らかにした。新たなプログラムの開発のため、相談支援センターの周知率と相談ニーズに関するアンケート調査を行い、回答を得られた1510例の結果から、相談支援センターは知られているものの利用率は低く、幅広い相談ニーズがあることが明らかになった。

A. 研究目的

現在日本では、2人に一人はがんに罹患する。長期生存者にとっては、後遺症対策や社会復帰、進行終末期患者にとっては症状緩和、療養場所の調整、また患者のみならず介護する家族の負担など、がん患者・家族は状況ごとに多様なニーズを抱えている。特に、入院期間の短縮、がん治療の外来化、多くの患者が在宅療養を望んでいることなどから、外来や在宅患者の支援体制が新たに必要とされている。

本研究では、平成18年度(2006年)から柏市、我孫子市、流山市を対象地区として介入を行い、地域の緩和医療の質の指標を毎年調査する。介入は、がん診断後どのステージでも、どこで治療・療養を受けていても相談や、必要な専門的緩和ケアを利用できることを理念とした多面的なプログラムである。また、地域レベルで緩和医療の質を評価する方法は国際的にも確立していないが、本研究では在宅死亡率、麻薬消費量、専門的緩和医療資源の数と利用数を指標として利用し調査した。

今年度は介入事業の一部として、以下を行った。

1) 地域ネットワークの構築

顔が見える関係作りのため、定期的ながん緩和ケアに関する症例検討会を行い、地域の

ネットワークを強化する。

2) 地域緩和ケアチームの運用

緩和ケア病棟、入院緩和ケアチーム加算など現行の保険診療による緩和ケア提供体制では、緩和ケアチームを持たない病院の入院患者、在宅療養中の患者に専門的緩和ケアが関与することができない。これらの対象に専門的緩和ケアを提供するため、緩和ケアチームが出張してコンサルテーションを行う地域緩和ケアチームを実践する。

3) 一般啓発事業

地域がん医療連携のために、地域の一般住民ががん医療、緩和医療を知ることとを目的として、教育事業を実施する。

地域緩和医療の質を示す指標として、以下を調査した。

4) 専門的緩和医療資源とその利用数の調査

当該地域の専門的緩和医療資源の数と、地域に住むがん患者による専門的緩和医療資源の利用数を毎年調査する。今年度はがん診療連携拠点病院の相談支援センターの利用数についても調査した。

また、今後緩和ケアをより有効に行うため

の方法の模索として、以下の予備調査を行った。

5) 外来患者の相談支援に関するニーズ調査

がん患者・家族が持つ多様なニーズを評価し対応する最初の部門として、がん診療連携拠点病院には相談支援センターが設置されている。一方でこのような支援センターが十分に利用されていない可能性がある。そのため、がん患者が相談支援センターを知っているか、どのような相談ニーズを持っているかを明らかにする調査を行った。

新たな地域の患者・家族支援プログラムの開発の一環として以下を行った。

6) 遺族調査

配偶者との死別体験は遺族の心身への影響が大きい。しかしながら、精神的な反応の危険因子や防御因子は明らかでなく、これまでに有効性が実証された支援プログラムは少ない。これまでに配偶者をがんで亡くした遺族を対象とした面接調査を実施し、肯定的な心理状態も含めた死別体験の精神的反応、および精神的反応の介入可能な危険因子・防御因子である対処行動の概念要素を同定した。そこで本研究では、先の研究から得られた結果を用いて、配偶者をがんで亡くした遺族の悲嘆を評価し、さらに対処行動との関連を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1) 地域ネットワークの構築

国立がんセンター東病院、慈恵医大附属柏病院講堂において、2ヶ月に1回、診療所医師、訪問看護師、病院医師・看護師、介護職、保健師などが参加する症例検討会を実施した。内容は、症例を通じて地域で緩和ケアを推進するために必要な問題についての小グループディスカッション、症例と関連する症状緩和のミニレクチャーを行った。

2) 地域緩和ケアチームの運用

2007年10月から地域支持療法チーム活動を開始した。活動は、特定の症例に関する相談を行う出張コンサルテーションと、総論的な教育・研修活動を行う訪問研修の両方をおこなった。相談者は対象地域内の医療従事者とする。相談内容、出張にかかるコストを記録する。

3) 一般啓発事業

2008年11月15日に国立がんセンター東病院で市民公開講座を行った。開催に際し、市民新聞への広報、市のホームページへの広報、地域医療機関へのチラシの配布を行った。

参加者に対し、アンケート票を用いて今後の教育ニーズの調査を行った。

4) 専門的緩和医療資源とその利用数の調査

研究初年度に行った研究者間の話し合いにより、専門的緩和医療資源を、緩和ケア外来、精神腫瘍科外来、緩和ケア入院施設、入院緩和ケアチーム、地域緩和ケアチームとした。それぞれの定義は以下の通りである。

- ・緩和ケア外来：緩和ケアを明記し、症状緩和を主たる臨床活動とする
- ・精神腫瘍科外来：がん患者の精神症状緩和を主たる臨床活動とする
- ・入院緩和ケアチーム：入院患者の症状緩和に関するコンサルテーション業務を主たる臨床活動とする。緩和ケア診療加算の有無は不問。
- ・地域緩和ケアチーム：他施設の患者の症状緩和に関するコンサルテーション業務を主たる臨床活動とする。
- ・緩和ケア入院施設：緩和ケア病棟入院料届出施設とする。

それぞれについて地域で同定された施設に対し、各施設の診療データベースから平成20年の柏市、我孫子市、流山市住民のがん患者利用数を調査した。

また、今年度新たに地域のがん患者・家族が利用できるがん診療連携拠点病院の相談支援センターの利用数も各施設の診療データベースから抽出した。

5) 外来患者の相談支援に関するニーズ調査

2008年6月19日から25日に国立がんセンター東病院外来で再診手続きを行った患者、もしくは家族に対し、調査担当が調査の趣旨を説明しながら調査票を渡した。対象者は、アンケート記入後、各外来窓口を設置したアンケート回収箱に投函する。アンケートの投函をもって調査への同意とみなした。アンケートは、相談室の存在、家族も相談できること、電話での相談が可能かことについての知識を2件法で、患者・家族支援相談室で実際に相談したいと考えているかどうかを3件法で、痛み、不安、治療選択など9項目の相談内容について、4件法で相談ニーズを質問する。本調査は診療サービス向上のために無記

名で行われ、対象者の心理的苦痛が想定されないものであるため、国立がんセンター倫理審査予備委員会において審査不要であると判断された。

6) 配偶者をがんで亡くした遺族の悲嘆と対処行動に関する研究

2008年12月に国立がんセンター倫理審査委員会の承認を受け、アンケートの郵送調査を実施した。対象の取り込み基準は、1) 国立がんセンター東病院で亡くなられた患者の配偶者、2) 調査実施時において死別後半年以上が経過している遺族、3) 患者を担当した診療科責任者から、研究協力の同意が得られている遺族とし、除外基準は1) 国立がんセンター東病院患者データベースに登録されていないがん患者の遺族、2) 患者を担当した診療科責任者によって、本研究の実施が望ましくないと判断されたがん患者の遺族、3) 国立がんセンター東病院に有害事象の相談をしている、あるいは包括同意書への非同意を表示していることから患者情報の使用に関して問題があると判断された遺族、4) アンケート調査の郵送に同意する意思表示がない遺族、5) アンケートへの回答内容から回答者が亡くなった患者の配偶者ではないと判断された遺族、とした。調査方法は、まず研究参加依頼状とアンケート郵送への同意書を送付し、次に郵送に同意した方のみアンケートと研究趣旨説明書を送付する。発送から1ヶ月の時点で回答がない場合に督促を送付する。回収したアンケートから除外基準5)に該当する遺族を除外し、解析対象とする。アンケートへの回答と患者情報(年齢、性別、死亡年月日、がんの部位、死亡病棟、最終入院期間、精神科受診歴)と組み合わせて解析用のデータとする。

C. 研究結果

1) 地域ネットワークの構築

2008年4月から2009年3月までに5回の症例検討会を開催し、のべ777名(看護師289名、薬剤師123名、医師95名、ケアマネジャー85名、ソーシャルワーカー67名、保健師48名)が参加した。

2) 地域緩和ケアチームの運用

2007年10月から2009年3月までの間に、12件の出張コンサルテーション、5件の出張研修があった。依頼日から訪問日までのタイムラグは平均3日(0~11日)、患者の治療場

所は入院7件、在宅3件、外来2件、訪問回数は9件が1回のみ、3件が2回、1回の訪問に要した時間は平均101分(うち移動時間34分)であった。相談理由は表1の通りであった。

表1. 地域緩和ケアチームへの相談内容

ID	場所	相談理由
1	外来	不安、病名告知
2	外来	不安、倦怠感
3	在宅	抑うつ、家族の精神的支援
4	入院	せん妄
5	入院	抑うつ
6	在宅	不安
7	入院	頭痛、せん妄
8	入院	抑うつ
9	入院	認知機能障害
10	在宅	呼吸困難
11	入院	抑うつ
12	入院	せん妄

また、5件の出張研修の内訳は、病院1件と、包括支援センター4件での過去の症例に関する事例検討であった。前述の現在診療中の症例のコンサルテーションとは種類が異なるため別集計とした。

3) 一般啓発事業

「がんになっても安心して暮らせるまちづくり」と題して、2008年11月15日に国立がんセンター東病院講堂において市民公開講座を行った。がん予防、検診、食事、相談をテーマとした講演、パネルディスカッションを行った。130名が参加した(背景:一般110名、看護師4名、ケアマネジャー1名、ヘルパー1名、その他医療福祉職14名)。公開講座に対しては、98%がとても役に立った、役に立ったと回答した。今後の教育内容に関するニーズでは、「緩和ケア」、「在宅療養」が44%、「こころのケア」が42%であった。市民公開講座の情報入手経路としては市民広報が44%、病院・薬局のチラシが17%、家族や友人からの口づてが14%、新聞が12%であった。

4) 専門的緩和医療資源とその利用数の調査

2008年1月1日から12月31日の間、専門緩和医療資源として認められた施設・組織は以下の通りであり、柏、流山、我孫子市民の利用者数は表2の通りであった。また、図1

に研究期間中の専門的緩和医療資源利用者数の推移をグラフとして示した。なお市民利用数は、各部門の実績の内対象市民の利用数のみを抽出したものであり、各部門の活動実績総数とは異なっている。

表 2. 各専門緩和医療資源における研究対象地域住民の利用数

専門緩和医療資源	利用数
緩和ケア外来	
国立がんセンター東病院 (2007年1月発足)	149
精神腫瘍科外来	
国立がんセンター東病院	60
入院緩和ケアチーム	
国立がんセンター東病院 (2005年10月発足)	126
慈恵医大附属柏病院 (2007年6月発足)	34
東葛病院 (2008年8月発足)	6
地域緩和ケアチーム	
国立がんセンター東病院 (2007年10月発足)	8
緩和ケア入院施設	
国立がんセンター東病院 25床	153

*研究班調査期間(2005年1月1日から2008年12月31日)内に新たに設立された部門は設立年月を括弧内に記載。

また、2008年1月1日から12月31日の間、がん診療連携拠点病院の相談支援センターとして認められた施設は、国立がんセンター東病院患者・家族支援相談室、国立がんセンター東病院がん患者家族総合支援センター、慈恵医大附属病院相談支援センターの3施設であり、それぞれの相談件数は2997件、384件、280件であった。

5) 外来患者の相談支援に関するニーズ調査
研究実施期間内に2196枚のアンケートを配布し、1510枚を回収した(回収率69%)。回答者の背景は表3のとおりである。

表 3. 外来患者の相談支援に関するニーズ調査対象者背景一覧

	度数	%
回答者 (欠損246例)		
患者本人	1100	87
家族、友人	164	13
性別 (欠損211例)		
男性	682	53
年齢 平均61.2歳 (範囲16-89歳)		
がん診断後の期間 (欠損177例)		
3か月以内	148	11
4-6か月	116	9
6か月-1年	331	25
2-3年	321	24
4-5年	205	15
6年以上	212	16

有効回答1405件(欠損105件)中、相談窓口を知っていたのは72%、家族自身の相談ができることを知っていたのは56%、相談に関する希望については、相談したいが今は必要ない78%、すぐに相談したい11%、すでに相談している8%、相談したくない3%であった。内容ごとの相談ニーズは、栄養・食事20%、病状・治療内容19%、薬剤16%、精神症状15%、身体症状15%、医療者とのコミュニケーション15%、経済・社会的問題14%、医療機関情報14%、家族自身のつらさ12%であった。

6) 配偶者をがんで亡くした遺族の悲嘆と対処行動に関する研究

取り込み基準1)-3)および除外基準1)には4343名、除外基準2)、3)には各々883名、20名が該当し、適格者は3440名であった。適格者を対象に2009年2月から郵送調査を実施中である。

D. 考察

1) 地域ネットワークの構築

平成18年度(2006年)のネットワーク症例検討会のべ参加者が225名、平成19年度(2007年)は393名、今年度(2008年)は777名とネットワーク参加者数が飛躍的に増加している。昨年度までと比較し、薬剤師(2007年22名→2008年123名)、ケアマネージャー(2007年35名→2008年85名)の増加が目立つ。薬剤師に関しては薬剤師を含んだ別の緩和ケア勉強会の企画、ケアマネージャーに関しては周辺地域の介護支援関係の協議会など

での説明会実施、ケアマネージャーからの症例提示の実施などが影響したと考えられる。症例検討会内で議論されたテーマは前年度までと同様のものであった。今後、このようなネットワークからどのように課題に対する具体的な対策を抽出し、実現していくかが課題である。

2) 地域緩和ケアチームの運用

2007年10月から2009年3月の約1年半に12症例のコンサルテーション活動を行った。入院緩和ケアチームの活動と比べ、遙かに少ない症例数である。地域緩和ケアチームの存在自体を知らないこと、他施設のスタッフに相談する心理的抵抗、院内緩和ケアチームのない施設では緩和ケアチームに依頼する文化がないことなどが依頼数の少ない要因として考えられる。院内緩和ケアチームではコンサルテーションを増やすために積極的な病棟回診や個別の医師へのアプローチなど様々な方法がとられるが、施設を越えた活動である地域緩和ケアチームではこれらのノウハウが利用できない。また1件あたりに必要とする時間が平均100分を越えており、最大訪問回数が2回と何度も診察をすることが非常に困難である。チームとして成り立つためにどのような活動を行うべきか、どの程度の人口規模にたいして提供すべきサービスなのかなどが今後に残された課題である。

3) 一般啓発事業

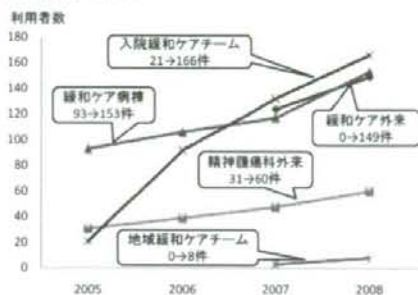
公開講座への全体的な満足度は高く、今後の教育ニーズとして緩和医療全般への要望が高いことが明らかになった。また来訪者の情報入手先から、市民向けの情報発信には市報の利用価値が高いことが示唆された。

4) 専門的緩和医療資源とその利用数の調査

地域がん緩和ケアの質を示す指標とし、毎年柏、流山、我孫子市民の専門緩和医療資源利用数を調査している。調査開始時1施設だった入院緩和ケアチームが今年度3施設に増えるなど医療資源自体が増加し、利用者も本研究の介入プログラムが始まる以前の2005年と比べると2008年には、緩和ケア外来0→149件、精神腫瘍科外来31→60件、入院緩和ケアチーム21→166件、地域緩和ケアチーム0→8件、緩和ケア病棟93→153件といずれも増加している(図1)。本研究のデザインは比較研究ではなく介入プログラムに平行して地域がん緩和ケアの質を調査しているのみであること、2007年にがん対策基本法が実施され、全国的にがん対策の機運ができてい

となどから、この変化が本研究プログラムによるものであると断言することはできないが、徐々に当該地域において地域レベルの緩和ケアの質が向上していると考えてよいだろう。

図1. 2005年から2008年の専門緩和医療資源利用者数の推移



5) 外来患者の相談支援に関するニーズ調査

外来通院中の患者の7割が相談窓口の存在を知っていたが、実際に利用していたのは1割に満たなかった。また家族自身のつらさに関する相談ができることを知っていたのは6割弱とやや少なかった。アンケートの自由記載に、主治医との相談と相談室での相談の違いがわかるような広報が望ましいなどの意見もあり、具体的な利用法やメリットが十分伝わっていない可能性が示唆された。相談内容については、栄養・食事に対する相談ニーズが最も高かったが、項目ごとの差は小さくなく、幅広い相談ニーズがあることが示された。本調査の限界として、家族自身のつらさに関する相談のニーズが低かったが、回答者中の家族の割合13%と低いことが原因の可能性がある。

6) 配偶者をがんで亡くした遺族の悲嘆と対処行動に関する研究

本研究では、悲嘆が低い遺族がどのような対処行動をとってきたのかを明らかにすることにより、悲嘆を軽減できる望ましい対処行動の仮説を立てる。さらに今後は、望ましい対処行動の学習を目標とした支援プログラムを作成し、ストレス軽減の効果を実証する予定である。

E. 結論

地域ネットワークの構築、一般啓発活動、地域緩和ケアチームなどの活動を通じ、地域がん緩和医療の質の一つである専門緩和医療

資源の利用者数が年々増加した。

F. 健康危険情報

特記すべきものなし

G. 研究発表

論文発表

1. 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: 225-30. 2008.
2. Shimizu K, Akizuki N, et al. Clinical experience of the modified nurse-assisted screening and psychiatric referral program. Palliat Support Care 6: 29-32. 2008
3. Okamura M, Akizuki N, Shimizu K, et al. Clinical experience of the use of a pharmacological treatment algorithm for major depressive disorder in patients with advanced cancer. Psychooncology 17: 154-60. 2008
4. Inagaki M, Akizuki N, et al. Plasma interleukin-6 and fatigue in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 35: 153-61. 2008
5. Yamagishi A, Akizuki N, 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
6. 藤森麻衣子, 秋月伸哉, 他. がん医療におけるコミュニケーション技術 がん医療における悪い知らせの際のコミュニケーション教育プログラムの予備的検討: 日本癌治療学会 43:329, 2008
7. 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 2:365-369, 2008
8. 清水研, 秋月伸哉, 他. 血幹細胞移植を受ける血液がん患者に対する精神症状スクリーニング: 総合病院精神医学 20:123-128, 2008
9. 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 うつ病 コンセンサス癌治療 7:10-13, 2008
10. 森田達也, 秋月伸哉, 他. 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方: 青海社, 2008

学会発表

1. 秋月伸哉、本田晶子、木下寛也、柏地区における地域支持療法チーム活動の経験、第13回日本緩和医療学会総会、ポスター、2008年7月、静岡
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得
特記すべきものなし
 2. 実用新案登録
特記すべきものなし
 3. その他
特記すべきものなし