

地域がん医療システムの構築

研究分担者 山崎彰美 柏市保健所長

研究要旨 本邦では90%を超えるがん患者が病院で最後を迎えている。一方で国民の6割は最期の時間を可能な限り家で過ごすことを希望し、1割は最期まで家で過ごすことを希望しており、療養場所に関する患者の希望と現実にギャップがあることが知られている。在宅がん療養体制の構築には、地域ごとの特性に応じた計画が必要であるが、これまで地域の在宅がん死亡率は調査されてこなかった。2007年の柏市、流山市、我孫子市の死亡小票を用いた調査により、三市のがん死亡数は1392名であり、在宅死亡（施設を含む）はそのうち7.9%であることを明らかにした。今後、在宅がん緩和医療体制整備の指標の一つとして継続的に調査を行っていくことが重要である。

A. 研究目的

治癒を望めないがん患者の療養において、患者の望む場所で療養でき、最期を迎えることができることは重要なテーマであり、終末期のQOLの構成要素の一つである。地域レベルで緩和医療の質を評価する際にも、在宅でのがん死亡率は複数の研究で用いられている。

厚生労働省が2005年の終末期医療に関する調査等検討委員会で行った調査によると、痛みを伴い、治る見込みがなく死期が迫っている場合の療養場所として、60%が可能な限り自宅にすることを望み、11%は最期まで自宅で過ごすことを希望している。しかし同年の人口動態統計によると、がん患者の在宅死亡は5.7%と、がん患者の療養場所についての希望は達成されていない実状が示唆される。

在宅がん死亡率は、家族構成、地域医療福祉資源の均てん、地域の医療分化により左右され、地域差が予想されるため、本研究班の介入対象地区である柏保健所管内（柏市、流山市、我孫子市）におけるがん患者の死亡場所調査を2005年から経年的に行っている。今後のがん患者の保健計画の基礎資料とすることを目的として、2007年の三市におけるがん患者の死亡場所を調査した。なお2008年度より柏保健所の管区は、柏市保健所と松戸保健所に分割されたため、本調査は松戸保健所の協力のもとで実施した。

B. 研究方法

柏市、流山市、我孫子市に住民票を有する

住民のうち、2007年1月1日から2007年12月31日までに死亡したがん患者について、死亡小票を用いて死亡場所を調査した。がん死亡は、死亡小票の死亡の原因I欄のいずれかに悪性腫瘍病名が記載されているものと定義した。

（倫理面への配慮）

本調査は柏市保健所と松戸保健所における保健所管内住民の健康推進事業の一環として行った。情報を集計した上で、個人を特定できない形で研究班に集計結果を提供した。

C. 研究結果

調査期間内の全死亡数は4276名であった。全死因での死亡場所は、病院83.4%、自宅11.2%、施設2.2%、診療所1.3%、その他1.8%であった。4276名のうち、がん死亡と判断されたのは1392名（32.6%）であった。

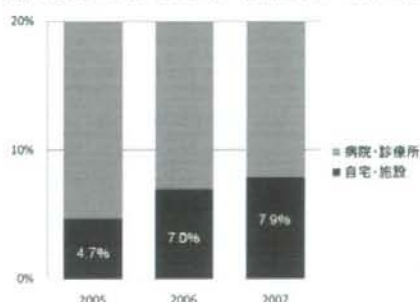


図1. 柏市、流山市、我孫子市のがん患者の自宅・施設死亡率の推移

1392名のがん死亡症例の背景は、平均年齢71.5（標準偏差12.5、範囲0-100歳）で、男性が873例（62.7%）であった。死亡場所は、病院89.7%、自宅7.3%、診療所2.0%、施設0.6%、その他0.3%であった。

D. 考察

柏保健所管内における在宅がん死亡率を明らかにした。柏保健所管内の自宅・施設におけるがん死亡率は2005年に4.7%、2006年は7.0%、2007年は7.9%と徐々に増加していた。人口動態統計による全国のおけるがん死亡率は2005年に6.4%、2006年に7.0%、2007年に7.6%であった。今回の3年間の調査期間において、全国の傾向と一致して調査対象地域の在宅がん看取り数が増えていると考えられる。一方で2005年の厚生労働省の調査によると11%が最後まで自宅で過ごすことを希望していることから、がん患者の療養先の希望がまだ達成されていない現状が示唆された。

異なるデータベースからの参考資料ではあるが、調査対象地域（柏市、流山市、我孫子市）内の唯一の緩和ケア病棟である国立がんセンター東病院緩和ケア病棟における同年の柏保健所管内民の死亡数が117名であることから、緩和ケア病棟利用率は全体の8.4%であることが推測できる。欧米と異なり、最後まで自宅で過ごすことを希望する人の割合が少ないわが国では、施設や緩和ケア病棟で最期を迎えることができる体制を整備することも重要であると考えられる。

本調査では自宅・施設での死亡率を地域緩和ケアの質の指標（特に在宅緩和ケアの充実の指標）として利用しているが、自宅での看取りについては、かかりつけ医がいない状態での警察による検死も含まれる。これについて区別することができないことが、本調査の限界である。

E. 結論

2007年の柏保健所管内における自宅・施設がん死亡数は7.9%と前年より増加し、地域緩和ケアが徐々に均てんしつつあると考えた。

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

なし。

学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

地域緩和ケアに関する実態調査及びその推進プログラムの開発

研究分担者 木下寛也 国立がんセンター東病院緩和ケア病棟医長

研究要旨 地域緩和ケアシステムの充実のために緩和ケア病棟の機能を明確化し、緩和医療科外来の充実を図った。特に緩和ケア病棟においては利用者数の増加、死亡退院率の改善を認めた。また地域緩和ケアの中心となることが期待される在宅療養支援診療所の調査および緩和ケアの普及の指標と考えられる麻薬消費量の調査を行った。

A. 研究目的

地域においてより多くのがん患者が適切な緩和ケアを受けることが出来るためには、より多くの医療者が基本的な緩和ケアの知識・技術を身につけること、地域で緩和ケアに利用できる医療資源が存在し有効に利用されることなどがあげられる。

我が国においては他の医療が病院での入院治療を中心に発達してきたと同様、緩和ケアも緩和ケア病棟を中心に発達してきた。しかし、緩和ケア病棟を利用できる患者は、がん患者のごく一部に限られる。また年間入院患者数、平均在院日数、死亡退院率は施設間にならぬ格差が目立つ。このような現状のなか、国立がんセンター東病院緩和ケア病棟では、在宅療養の障害となる症状を可能な限り早急に緩和し、在宅療養への移行をスムーズに行うことを目的に、病棟の急性期化を目指した。

また、地域においては在宅療養支援診療所が診療報酬改訂緩和ケアを提供する医療資源として点数化されてきた。しかし、十分に機能していないと考えるべきであろう。

本研究では地域緩和ケアにおける様々な医療資源の有効利用について考える。

B. 研究方法

本研究においては地域緩和ケアモデルとして地域を柏管区（柏市、流山市、我孫子市：人口合計約60万人）に設定した。

1) 平成19年1月より、介入事業として国立がんセンター東病院緩和医療科の改変を行い、前後比較を行った。改変の内容としては、ア) 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する。イ) 症状がコントロール際には原則退院となる旨の周知徹底（表1）

2) 平成19年度在宅療養支援診療所の地域における実態調査を目的に、千葉県社会保険事務局に在宅療養支援診療所に関する情報開示請求を行った。平成20年度においては厚生局に対して同様の情報開示請求を行った。

3) 本研究班全体における緩和ケアの質の評価指標の一つである麻薬消費量の一つとして、麻薬消費量調査を行うために、千葉県に情報開示請求を行った。

（倫理面への配慮）

1) に関しては、通常臨床の範囲で行われる情報の後方観察調査であり、施設内倫理委員会による承認及び患者からの同意取得は必要ないと判断した。患者個人を特定できる情報の収集は行っていない。

2, 3) に関してはいずれも個人情報開示請求により開示された情報を、個人を特定できない形で地域別に集計を行った。

C. 研究結果

1-1) 緩和ケア病棟

2008年1月1日から同年12月31日までの総入院患者は377名で、柏管区では柏市、流山市、我孫子市、それぞれ98、35、20名であった。退院患者数は387名であった。柏市、流山市、我孫子市、それぞれ96、36、23名であった。うち死亡退院患者数は304名（78.5%）であった。柏市、流山市、我孫子市、それぞれ78、30、18名であった。表2に示すように本研究の三年間においてほぼ全地域において

入院利用者数の増加と死亡退院率の低下を認めた。

1-2) 緩和医療科外来

2008年1月1日から同年12月31日までの新規受診患者数は370名で、うち76名(20.5%)が化学療法中あるいは手術後の経過観察中であった。柏市、流山市、我孫子市の新規受診患者はそれぞれ86、33、30名であった。表3に昨年との比較を記載した。

2) 在宅療養支援施設に関するデータは情報開示請求が認められ、情報開示された。表4に示すように、在宅療養支援診療所数はあまり増加することなく、新規患者数は柏市、流山市では増加している。自宅看取り数は柏市のみ増加を認めた。=

3) 麻薬消費量

千葉県に情報開示請求を行い、情報開示された。2004年10月1日から2005年9月30日(2004年度)、2005年10月1日から2006年9月30日(2005年度)、2006年10月1日から2007年9月30日(2006年度)の期間に小売業、麻薬管理者が払い出した麻薬量を集計した。最終的に経口モルヒネに等価換算を行い比較した。換算は経口モルヒネ30mg=座薬モルモルヒネ30mg=モルヒネ注射60mg=経口オキシコドン20mg=フェンタニル300μgとした。柏市、流山市、我孫子市、それぞれ2004年度は、11,901g、1,760g、503g(柏管区合計14,170g)、2005年度は13,789g、909g、633g(柏管区合計15,330g)、2006年度は16,176g、972g、467g(柏管区合計17,615g)であった。(表5)柏管区合計量に関しては年ごとに増加している。

D. 考察

地域緩和ケアの充実を目指して、専門的緩和ケアを提供できる体制の構築を目標に国立がんセンター東病院の緩和医療科の体制を整えた。特に緩和ケア病棟においては症状緩和のための専門病棟という位置づけのもと、在宅療養の支援を目指した。その結果、利用者数の増加、特に死亡退院率は毎年確実に減少し、緩和ケア病棟の急性期化はある程度成功したと言えよう。課題としては急性期化に伴

うスタッフの負担の増加、症状がある程度コントロールされても退院に至らなかった患者の転院先などがあげられる。

在宅療養支援診療に関しては、少なくともこの研究期間においては大きな変化を認めなかった。ただし、このデータに関してはがん患者のみを対象としたものではないという限界がある。

地域麻薬消費量に関しては、柏管区全体では増加を認めた。

E. 結論

地域緩和ケアの充実を目標に、緩和ケア病棟の機能を明確にし、緩和医療科外来の充実を図った。特に緩和ケア病棟の急性期化はある程度の成功をおさめた。また地域緩和ケアの評価のために在宅療養支援診療所数、麻薬消費量等の調査が可能を示すことが出来た。

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

1. 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
2. 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
3. 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

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1. 国立がんセンター東病院緩和ケア病棟

	2006年未まで	2007年1月以降
登録制度	あり	廃止
入院対象	自宅で過ごすことが困難となった場合	自宅で過ごすことを困難としている身体的または精神的症状がある場合
入院の順番	登録順	緩和医療科医師の診察の結果入院が必要と判断した順
退院	明記せず	症状がコントロールされたと医師が判断した場合は退院となる旨を説明
転院について	明記せず	症状がコントロールされた状態においても入院継続を希望する場合、転院となる旨を説明

表2. 緩和ケア病棟入院退院

	入院患者数	退院患者数(A)	死亡退院患者数(B)	B/A (%)
柏市 2006年	58	57	52	91.2
柏市 2007年	75	78	70	89.7
柏市 2008年	98	96	78	81.2
流山市 2006年	30	30	27	90.0
流山市 2007年	22	22	21	95.5
流山市 2008年	35	36	30	83.3
我孫子市 2006年	18	18	16	88.9
我孫子市 2007年	20	18	14	77.8
我孫子市 2008年	20	23	18	78.2
全体 2006年	265	257	233	90.7
全体 2007年	359	372	315	84.7
全体 2008年	377	387	304	78.5

表 3. 緩和医療科外来

	新規患者
柏市 2007 年	77
柏市 2008 年	86
流山市 2007 年	27
流山市 2008 年	33
我孫子市 2007 年	20
我孫子市 2008 年	30
全体 2007 年	397
全体 2008 年	370

表 4. 在宅療養支援診療所（社会保険事務局、2008 年に関しては厚生局への届出より集計）

	診療所数	A 対人口 10 万	新規訪問患者数	自宅看取り数
柏市 2006 年	9	2.87		
柏市 2007 年	11	3.51	300	14
柏市 2008 年	11	3.51	596	23
流山市 2006 年	2	2.59		
流山市 2007 年	4	5.18	424	69
流山市 2008 年	6	7.77	478	53
我孫子市 2006 年	2	1.50		
我孫子市 2007 年	2	1.50	40	1
我孫子市 2008 年	2	1.50	23	1
千葉県全体 2006 年	176	3.39		
千葉県全体 2007 年	207	3.99	11,922	993
千葉県全体 2008 年	212	4.08	13,329	1,049

診療所数 2006 年：2006 年 8 月 13 日時点

診療所数 2007 年：2007 年 6 月 30 日時点

診療所数 2008 年：2008 年 10 月 22 日現在

新規訪問患者数、自宅看取り数については

2007 年：2006 年 7 月 1 日から 2007 年 6 月 30 日の期間

2008 年：2007 年 7 月 1 日から 2008 年 6 月 30 日の期間

表 5. 麻薬消費量（千葉県への届出より集計）

	2004 年度	2005 年度	2006 年度
柏市	11,907	13,789	16,176
流山市	1,760	909	972
我孫子市	504	632	467
柏管区	14,171	15,330	17,615

経口モルヒネ等価換算を行い、モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルについて集計した。

単位は g

換算は 経口モルヒネ 30 mg = モルヒネ座薬 30 mg = モルヒネ注射 15 mg = 経口オキシコドン 20 mg = フェンタニル 300 μg とした。

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

地域で共有するための症状評価票の開発

研究分担者 森田達也 聖隷三方原病院緩和和支持治療科部長

研究要旨 近年地域緩和ケアが拡充されるなかで、スピリチュアルペインの
アセスメントとケアを地域で実践する必要性について認識が深まっている。
本研究は、地域の医療者が終末期がん患者の苦悩のケアを行う上で留意すべ
き点を明らかにすることを目的とした。【方法】緩和ケアに携わる専門職を
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。【結果】45名に面接し、75事例のケア経験を
収集した。「早く逝かせて」などの訴えを契機に、傾聴や意識的定期的訪問、
鍵となる言葉への問いかけ等により、考え方を再構築するケアが展開してい
た。基本的態度・考え方として「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。【結論】熟練専門職のケアプロセスからスピリチュアルケアの要素を抽
出した。今後、地域を含むすべての医療者にとって有用な「スピリチュアル
ケアガイド」を作成する基盤となる知見を集積した。

A. 研究目的

近年、地域において緩和ケアが拡充される
なかで、「スピリチュアルペイン」のアセスマ
ントとケアを地域で行うことの必要性につ
いても認識が深まっている。本研究の目的は、
緩和ケア熟練専門職が蓄積している終末期が
ん患者ケア経験を収集し、地域臨床で活用で
きる苦悩のケア留意点を明らかにすること
である。

B. 研究方法

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（医師、看護師、精
神科医、宗教家など）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。
（倫理面への配慮）
聖隷三方原病院倫理委員会の承認を受け、対
象からの同意書を得て実施した。

C. 研究結果

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。
ケアの契機は「早く逝かせてほしい」「なぜこ
うなったのか」などの訴えが多く、傾聴や意
識的定期的な訪問、鍵となる言葉に注目した
問いかけなどから気持ちに変化が起き、ケアが

展開していくプロセスが示された。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。

D. 考察

苦悩の訴えに注目し、考え方を再構築して
いくまでのケアプロセスは多様であるが、地
域でのケアに適用できる共通部分を抽出す
ることができた。今後、ほかの研究で行われ
ている患者調査、遺族調査などの結果とあわ
せて、地域を含むすべての医療者にとって有
用な「スピリチュアルケアガイド」を作成す
る基盤となる。

E. 結論

熟練専門職のケアプロセスからスピリチュ
アルケアの要素を抽出した。

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

1. 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.
2. 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.
 3. 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.
 4. 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.
 5. 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.
 6. 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.
 7. 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.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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.
 11. 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.
 12. 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.
 13. Akechi T, Morita T, et al: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16:CD005537.
 14. 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.
 15. 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.
 16. 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.
 17. 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.

18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 森田達也, 木澤義之 (編), 他: 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方. 青海社, 東京, 2008.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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*

学会発表

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. 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
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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
18. 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
19. 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
20. 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
21. 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
22. 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
23. 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
24. 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
25. 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
26. 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
27. 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
28. 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
29. 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
30. 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
31. 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
32. 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
33. 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
34. 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
35. 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
36. 中澤葉字子, 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
37. 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
38. 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
39. 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
ンコロジー学会総会. 2008. 10, 東京

40. 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
41. 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
42. 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
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究

研究分担者 木澤 義之 筑波大学大学院人間総合科学研究科講師

研究要旨 地域に根ざした緩和医療の展開のためには、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅医療の緊密な連携が必要である。本研究では、切れ目のない医療の提供のために必要な、病院や診療所、施設を含めた多施設において使用でき、かつ患者の情報が共有できるデータベースの開発を行うとともに、地域の診療所、訪問看護ステーション、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟が一同に会し、連携を深めるための連絡会議（つくば緩和ケアカンファレンス）を行った。開発されたデータベースを地域で運用しようと連絡調整を行ったが、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、利用者の事務量増加等の負担などの理由から普及には至らなかった。今後、地域におけるデータベースの共用の方法については大きな課題である。

A. 研究目的

わが国の緩和医療は、緩和ケア病棟の発達とともに普及し発展してきた。しかしながら緩和ケア病棟利用者の全がん死亡に占める割合は6%程度にすぎない。また、緩和ケアチームによるコンサルテーション診療も徐々に発達しつつあり、がん診療拠点病院に緩和ケアチームの設置が義務付けられたことをきっかけに、現在把握しうる限りでは400を超えるコンサルテーションチームが活動を行っている。しかしながら、これらの施設で診療している患者数は多く見積もっても全がん患者の10%程度であり、多くのがん患者さんの苦痛に対処してできていると結論付けることは困難である。全ての生命の危険のある病気に罹患した患者とその家族が、いつでも、どこでも、切れ目がなく適切に緩和医療が享受できるためには緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、診療所、病院、訪問看護ステーションの緊密な連携が必要不可欠である。

以上のような認識から、本研究は次の目的で行われた。

(1) 地域に根ざした緩和医療のシステムを展開するために必要な、病院や診療所、施設を含めた多施設において使用でき、かつ患者の情報が共有できるデータベースの開発を行いその運用を行う。

(2) 緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、診療所、病院、訪問看護ステーションの緊密な連携をはかるため、地域に地域緩和医療の普及のための会議を開催し、地域緩和ケア実践の課題を明らかにする。

B. 研究方法

(1) 平成13年度厚生労働科学研究費補助金緩和医療の初診時評価と継続評価に関する研究で作成された緩和医療初診時および継続時評価表をもとに、地域で使用できる

緩和ケアデータセット電子版を作製した。平成20年度は、平成18、19年度に作成され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。

(2) 緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、診療所、病院、訪問看護ステーションの緊密な連携をはかるため、茨城県南地域の上記機関に依頼し、地域緩和医療の普及のための会議（以下つくば緩和ケアカンファレンス）を2か月に1回計6回開催する。また上記会議を有効に行うために運営会議を年2回開催し、カンファレンスの有効性や実施性、地域の連携を高める手段について話し合いを持った。

(倫理面への配慮)

特記すべきことなし

C. 研究結果

(1) 緩和ケアデータセット電子版Ver1.0（添付）を利用して患者情報の共有、集計を行うシステムが開発された。同データベースを筑波大学附属病院において使用し、その実施性を検証した。また、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。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していただくことが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。

(2) 2008年4月から2か月に1回、年6回つくば緩和ケアカンファレンスを開催した。参加の職種は医師、看護師、ケアマネージャー、薬剤師、ソーシャルワーカーなど幅広く、看護師が毎回40%以上を占めた。また、参加者は茨城県南、県西地区17市町村から集まっており、その勤務場所は診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、病院と幅広いが診療所と訪問看護ステーションで毎回30-50%を占めた。カンファレンスの満足度に関しては毎回90%前後の医療者が「役に立った」「とても役に立った」と回答した。

しかしながら、回を重ねるごとに医師の参加者が減少し、いわゆるリピーターの参加が目立つようになった。

また、年2回地域カンファレンスの運営会議を開催し、カンファレンスの開催方法に関する討論、多施設でのデータベースの共用および専門緩和ケアサービスによる地域コンサルテーションによる診療所と訪問看護ステーションの支援と連携について話し合われた。

D. 考察

(1) 緩和ケアデータセット電子版 Ver1.0 が作成され、筑波大学において実地使用され、実施性の検討がおこなわれ、院内のコンサルテーションチームで使用することが可能であることがわかった。しかしながら、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、他の機関にデータベースを採用していただくことができなかった。今後の課題としては、地域の現場で誰もが常に参照でき入力できるような地域電子カルテ（仮称）の開発、PDAなどのデジタルデバイスの開発と普及、地域の緩和ケアデータベースサーバーと通信網の整備などが必要であると考えられた。

(2) 茨城県南西部において地域緩和ケア会議「つくば緩和ケアカンファレンス」を計6回開催した。参加者は職種、居住地ともに幅広く集まっており、カンファレンスに対する参加者の意見は非常に肯定的であった。看護師の参加は非常に多いが医師の参加、特に病院からの、がん治療医の参加が少ないため今後地域のがん診療拠点病院等にも呼びかけ、治療医の参加を呼び掛けていくとともに、在宅支援診療所を中心とした診療所への広報も併せて行っていきたい。また、参加する診療所の医師が固定する傾向にあり、広報の方法の工夫、実際に役立つ診療情報の交換の場として、そして継続学習の場としての魅力的なカンファレンスの実施などが必要と考えられた。

(3) 今後さらに地域緩和ケアの充実を図るために、専門緩和ケアサービスによる地域コンサルテーションを行い、それを通じて診療所と訪問看護ステーション

の支援と連携を行っていくことが本地域における今後の大きな課題である。

E. 結論

(1) 緩和ケアデータセット電子版Ver1.0の実施性が検証されデータベースの使用が行われた。筑波大学附属病院での実施性は良好であったが、他の地域医療機関においての共用は実現できなかった。今後さらに利用しやすいデータベースの形態とインフラの整備を行うことが必要である。

(2) 地域緩和ケア会議「つくば緩和ケアカンファレンス」が計6回開催された。カンファレンスに対する参加者の意見は非常に肯定的であった。

(3) さらに地域緩和ケアの充実を図るために、専門緩和ケアサービスによる地域コンサルテーションを行い、それを通じて診療所と訪問看護ステーションの支援と連携を行っていくことが今後の課題である。

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

1. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, 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. 2008 Jul 3.
2. 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一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巻2号, 211-216, 2008.
3. 森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀編: 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方. 東京: 青海社, 2008.
4. 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.
5. 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巻10月増刊号, 149-156, 2008. 論文種類: 解説/特集
6. 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.

学会発表

1. Yoshiyuki Kizawa. Education for Palliative Care Team (E-PCT) Project - The Nation Wide Pro

ject to Improve Palliative Care in Every Regional Cancer Centre in Japan. 17th International Congress on Palliative Care, Sept 23, 2008, Montreal, Canada.

2. 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
3. 木澤義之: シンポジウムS7 院内でつなげる緩和医療①: 緩和ケアチーム準備期から立ち上げ期の課題と対応. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
4. 木澤義之: シンポジウムS8 院内でつなげる緩和医療②: 緩和ケアチーム活動期の課題と対応. 第13回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡
5. 木澤義之: シンポジウムS3 緩和ケアの均てん化と専門化: 教育の現状と将来像: 緩和ケアチーム活動期の課題と対応. 第13回日本緩和医療学会総会, 2008. 7, 静岡
6. 木澤義之, 久永貴之, 馬場玲子, 桜井環, 入江佳子 緩和ケア 緩和ケアチームと地域緩和ケア その概念と役割. 第42回日本ペインクリニック学会総会, 2008年7月19日, 福岡, 論文発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

初診時 1/3

医学的背景 < 医師記入 >

診療形態

施設コード

記入日 年 月 日

記載医

診療形態

ホスピス・緩和ケア病棟 コンサルテーション

一般病棟 外来 在宅

依頼経路

院内 他病院など 開業医 紹介なし

依頼目的 (複数可)

身体症状緩和 精神症状緩和 終末期ケア

在宅介護困り レスバイトケア

在宅緩和医療 療養の場の調整

その他 ()

患者背景

イニシャル 姓 () 名 ()

年齢 () 歳

性別 男性 女性

原因疾患

肺がん 胃がん 大腸・直腸がん 肝がん

胆のう・胆管がん 膵がん 食管がん 乳がん

前立腺がん 腎がん 膀胱がん 精巣がん

甲状腺がん 頭頸部がん 子宮がん 卵巣がん

白血病 悪性リンパ腫 悪性骨腫瘍 悪性脳腫瘍

皮膚がん その他 ()

良性腫瘍 () 原発不明がん 精査中

がん診断なし ()

がんの進行度

I II III IV 再発 不明 その他

現病歴・既往歴

< 医師記入 >

現病歴

初発 年 月 日を自覚

年 月 検診で 通院中に 異常を指摘

初診 年 月 を受診

診断 年 月

治療

年 月 日 ~ 年 月 日

手術 化療 放治

年 月 日 ~ 年 月 日

手術 化療 放治

年 月 日 ~ 年 月 日

手術 化療 放治

年 月 日 ~ 年 月 日

手術 化療 放治

年 月 日 ~ 年 月 日

手術 化療 放治

緩和医療初診 年 月 日

期待すること (複数回答可)

身体的苦痛の緩和 精神的苦痛の緩和

終末期ケア 環境

ケア・介護 家族の負担の軽減

経済的負担の軽減

緩和の説明がどのようにあったか・期待していることは何か

緩和医療をどのようにして知ったか (複数回答可)

医師より 看護師より その他医療従事者より

家族より 友人より 書籍、インターネット

その他 () 現時点で知らない

受診の自発性

患者の選択で その他 評価不能

経過

[Large empty box for medical history]

既往歴

身体疾患

[Empty box for physical history]

精神疾患

[Empty box for mental history]

薬物アレルギー なし あり ()

外来がん患者の抑うつに対するスクリーニングに関する研究

研究分担者 清水 研 国立がんセンター中央病院精神科医員

研究要旨 昨年度までにがん患者の抑うつは国立がんセンターにおいて、わが国の実地臨床にあった介入法として、「つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診の推奨を組み合わせたプログラム」（以降プログラムと略）を開発した。本研究には、全地域に根ざした介入法を明らかにするために、各医療機関におけるプログラムの問題点を明らかにすることを目的とする。本年度においては、国立がんセンター中央病院においてプログラムを実施し、スクリーニングによって受診を推奨した患者のうち、介入を希望する患者の特性を明らかにした。

A. 研究目的

がん患者に認められる精神症状で頻度が高いものは適応障害と大うつ病であるが、看過されやすい症状であるため、NCCNのガイドラインでは、定期的な精神症状のスクリーニングを実施し、スクリーニングで陽性となる患者に対しては、精神科医などの専門家が積極的に関与することを推奨している。

国立がんセンターにおいて、わが国の実地臨床にあった介入法として、「つらさと支障の寒暖計の実施と精神科受診の推奨を組み合わせたプログラム」（以降プログラムと略）を開発した。本プログラムを実地臨床に試験的に導入した。本研究においては、現行のわが国の実地がん臨床において、プログラムの問題点を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

6月23日から7月4日までの2週間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とした。受診患者には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、主治医に渡すようお願いした。主治医は、受け取った寒暖計が所定のカットオ

フ値（つらさ4点以上かつ支障3点以上）を超える場合は、患者に対して精神科受診の推奨を行った。受診を推奨した患者のうち、受診を希望した患者と、希望しない患者の背景を比較した。

（倫理面への配慮）

研究実施に先立ち、各施設において施設内倫理委員会による承認を得る。本プログラムは、既にガイドライン等で臨床実践を行うことが推奨されているものであり、データ収集に関しては通常の臨床にて得られる範囲のものにとどまっているため、患者からの書面による同意取得に関しては、不要であると判断した。また、データ収集にあたっては患者を特定可能とするような情報は収集していない。

C. 研究結果

介入対象となった患者は491名であり、女性が462名（94.1%）、男性が29名（5.9%）であった。平均年齢は58.0歳であり、乳がんが403名（82.1%）、その他が17.9%であった。詳細な背景は、Table 1に記す。介入対象のうち451名（91.9%）にスクリーニングは実施され、そのうち167名（37.0%）がスクリーニング陽性であった。そのうち156名

(93.4%)に精神科受診が推奨され、推奨された患者のうち39名(25.0%)が受診を希望した。受診希望群と、希望しない群の比較において、性別、年齢、主治医の要因、身体活動度、病期において明らかな差を認めなかったが、受診希望群のほうがつらさと支障の寒暖計の得点が高かった(表1)

D. 考察

受診を希望する患者の割合はスクリーニング陽性患者の25%であり、受診を希望しない患者のほうが多い。今後、より受診率を上昇させる取り組みが必要である。

E. 結論

受診希望の有無と関連する身体要因、個別・社会的要因は明らかにならなかったが、心理的苦痛の自覚が強い患者が、受診希望することが明らかになった。苦痛の自覚が強い患者をどのように受診に結びつけるかは、今後の課題である。

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, Akechi T, 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. Palliative and Supportive Care 6: 225-30, 2008
2. 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
3. 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

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

表1

受診希望ありなしでの背景比較

	患者数		p
	受診希望 (n=39)	希望せず (n=117)	
Age (yr; mean \pm SD)	52.7 \pm 12.6	58.7 \pm 13.5	0.651
Sex			0.193
Male	0 (0.0)	7 (6.0)	
Female	39 (100.0)	110 (94.0)	
Attending Physician			0.210
1	14 (35.9)	42 (35.9)	
2	0 (0.0)	10 (8.5)	
3	9 (23.1)	13 (11.1)	
4	2 (5.1)	2 (1.7)	
5	6 (15.4)	25 (21.4)	
6	7 (17.9)	20 (17.1)	
7	1 (2.6)	5 (4.3)	
Performance Status (ECOG)*			0.181
0	24 (61.5)	60 (51.3)	
1	14 (35.9)	46 (39.3)	
2	1 (2.6)	7 (6.0)	
3	0 (0.0)	4 (3.4)	
4	0 (0.0)	0 (0.0)	
Stage			0.569
I - III	13 (33.3)	47 (40.2)	
IV, recurrence, or primary unknown	26 (66.7)	70 (59.8)	
The DIT**			
Distress (Median)	7	5	0.038
Impact (Median)	7	5	0.047