

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 care⁹⁻¹¹

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.^{5,12} 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

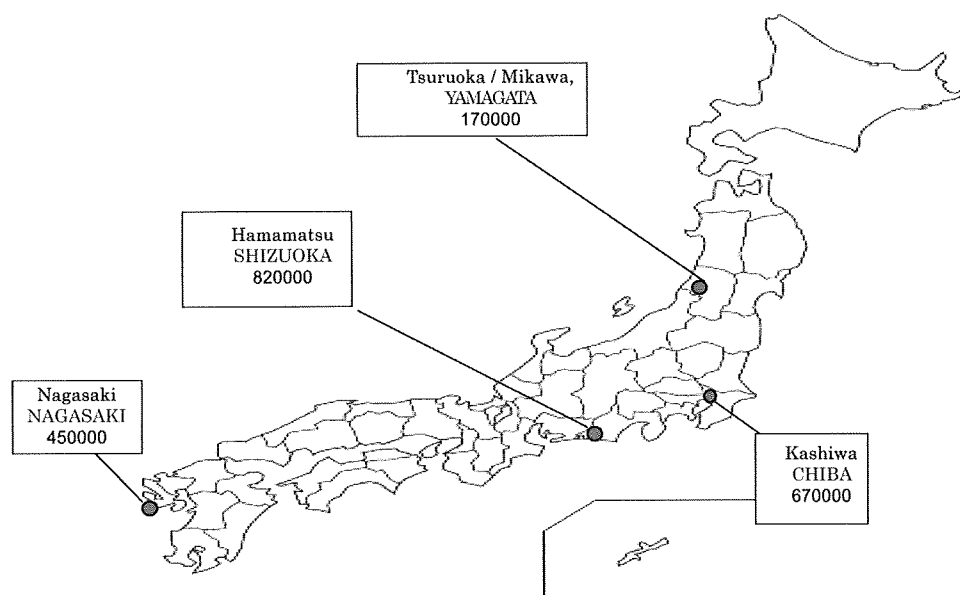


Figure 1. Participating areas of the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study are shown with the resident population number.

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. *Kokumineiseinodoukou 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.dtk.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治療科, § 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。

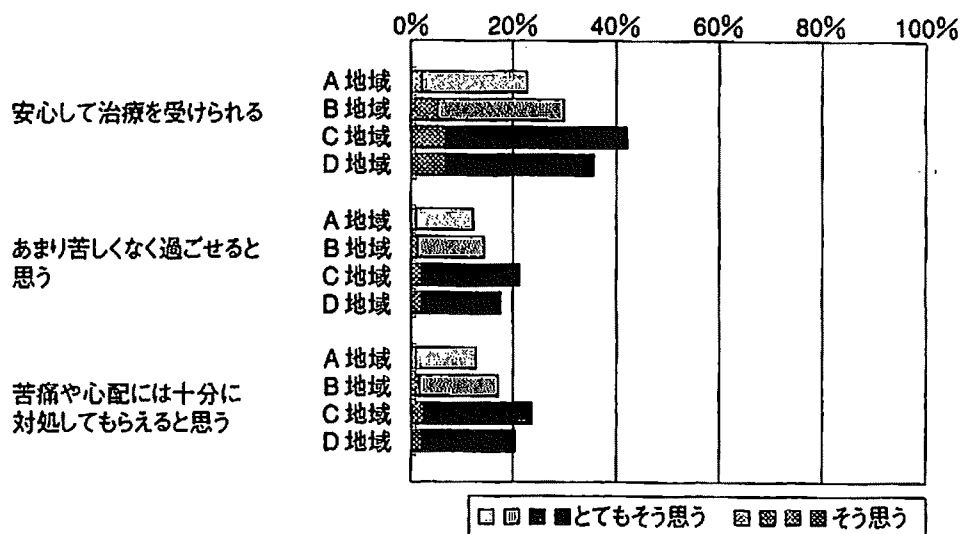
介入地域は、1) (D) 緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域、2) 一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域として、実施主体が(A) がん専門病院である地域、(B) 総合病院である地域、(C) 医師会である地域の4地域が選択されている。また一部、ある程度の比較性を評価するための参考地域が設定されている。

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。

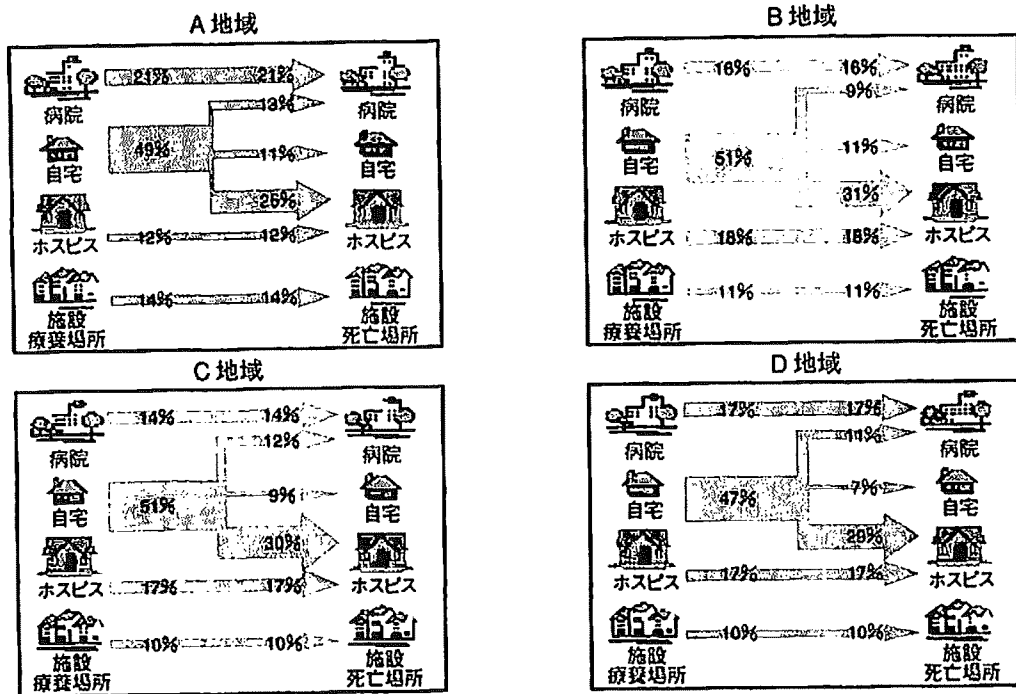
がんになった場合、「安心して治療を受けられると思う」と答えた一般市民は33%、「あまり苦しくなく過ごせると思う」17%、「苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」19%、「安心して自宅で療養できる」8%と、がん療養に関する安心感についての項目はいずれも低い結果であった(図①)。また、緩和ケアに対する認知に関しては、「よく知っている」が14%、「聞いたことがあるがよく知らない」が49%、「聞いたことがない」が32%であった。痛みを伴い予後が6ヵ月以内の場合の希望する療養場所としては、病院が17%、自宅が49%、緩和ケア病棟が16%、そのほかが11%であり、希望する死亡場所は病院が28%、自宅が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) 自分の診療情報をもち歩ける、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退院後予側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	緩和ケアの標準化と継続性の向上 緩和ケアに関する診療ツールの普及 1) 緩和ケアマニュアル 2) 情報共有ツール(私のカルテ) 3) 退院支援プログラム	専門緩和ケア従事者(相談支援センタースタッフがコーディネーション)	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もっていない	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	不特定のがん患者・家族地域住民	リーフレットの設置・配布	緩和ケアについて簡単に説明したリーフレットの配布	リーフレット
				ポスターの掲示	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	ポスター
				冊子の設置・配布	緩和ケアに関する正しい知識を提供する冊子の配布	緩和ケアに関する冊子
				映像メディアの視聴	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	映像メディア
				講演会の開催	緩和ケアについて、紹介、説明する講演会の開催	
				図書設置	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	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	地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション 緩和ケアに関する地域の相談窓口の設置と適切な専門緩和ケアの判断と紹介 地域カンファレンス 地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援	相談支援センタースタッフ	がんに起因する問題、とくに緩和ケアに関する地域住民および医療・福祉職の相談に対応すると同時に、専門的緩和ケア利用の必要性を判断し、その患者の現状に最も適した専門的緩和ケア部門を紹介する窓口を設置する	相談支援センター コンサルテーションシート		
			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	多職種地域カンファレンス 議事録シート		
			希望して参加する地域医療福祉職	地域の医療機関に所属し、緩和ケア普及のために積極的に医療職の設置とその支援をおこなう	インタラクティブワーク 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	緩和ケア専門家による診療およびケア 緩和ケア専門家によるケア 緩和ケアにかかわるノウハウの提供	専門緩和ケア従事者(相談支援センタースタッフがコーディネーション)	外来や専門的緩和ケア病棟を利用できないがん患者のケアにあたっての医療福祉職への依頼	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		
			希望する地域医療福祉職	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げることが目的として、地域緩和ケアチームが契約した地域の医療・福祉従事者の臨床実践の場を訪問し、実践に即した研修をおこなう	緩和ケアマニュアル 私のカルテ 退院プログラム	
			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	専門緩和ケアノウハウブックレット	
			地域連携・在宅診療にかかわる書籍を提供する	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

緩和ケア普及のための地域プロジェクト
OPTIM

浜松地域行動計画(案)

予定		
～2008年3月	2008年4月～2011年3月	
①組織構築(顔のみえる関係になる) ②課題を整理し、行動計画の策定	介入プログラムの実施	
評価	介入前調査	介入後調査
2008年2～3月 関係構築	2008年7月 患者調査	2008年10～12月 家族調査
2008年10～12月 患者調査	2009年1～3月 医療者調査	2010年10～12月 家族調査
病院医師 病院看護師 診療所医師 ステーション看護師	患者 【対象】 ・外来 ・20歳以上 ・主治医の了解	遺族 【対象】 2007年4月～ 2008年3月までに 死亡したがん患者 の遺族
	患者 【対象】 ・外来 ・20歳以上 ・主治医の了解	遺族 【対象】 2010年4月～ 2011年3月までに 死亡したがん患者 の遺族

プログラムの内容

I 【緩和ケアの標準化】

- ①緩和連携ツール3点セットの配布とセミナー・症例検討会
・月2会(同じテーマで2回)1～2時間

緩和連携ツール3点セット

①緩和ケアツール

- 1) 評価: 生活のしやすさに関する評価票, STAS
- 2) 治療: ステップ緩和ケアガイド, 看取りのパス
- 3) 説明: 患者教育用パンフレット

②退院支援プログラム

- ・退院カンファレンスシート
- ③私のカルテ

II 【地域連携の強化】

- ①地域カンファレンス: 地域全体の緩和ケアに関する
問題の共有と解決: 月1回
- ②*在宅医療についての病院医師を対象としたセミナー:
年1回
*在宅医療「診療連携」「在宅医療のノウハウ」について
の診療所・訪問看護ステーションを対象としたセミナー:
年1回
- ③ホスピス病棟・緩和ケアチームでの研修を地域医師者に
優先して実施

III 【専門サービスの利用の便の上向】

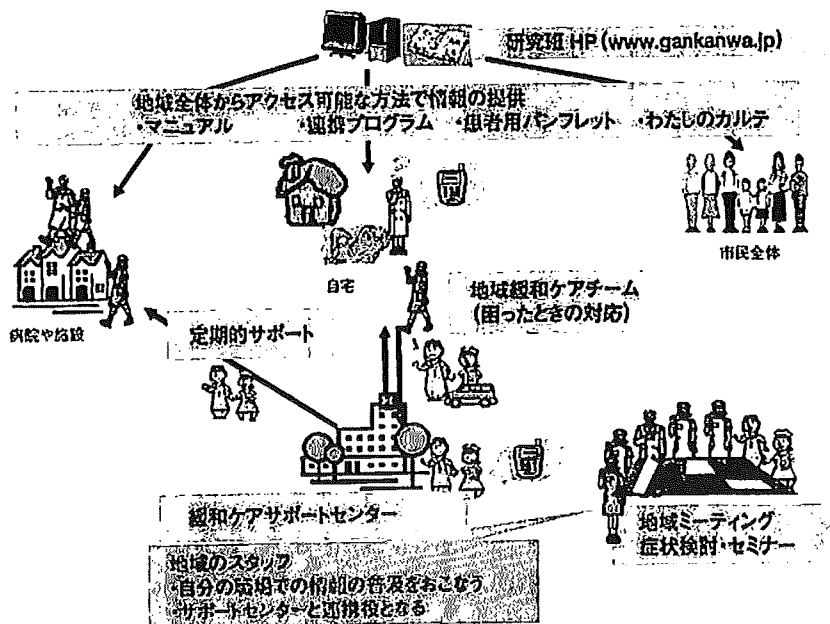
- ①地域緩和ケアチーム要請に応じて、電話・FAX・メールで、
緩和ケアコンサルテーションサービス
*希望があれば、週2回×2回を1クールとして訪問診療
*小児腫瘍の緩和ケアの相談
- ②緩和ケア外来 週1回から開始
・症状緩和
・主治医機能はもたない

IV 【市民への情報提供】

- ①地域の利用できるリソースの一覧をHPに公開
- ②リーフレット・冊子・ポスター
- ③「緩和ケアを知る100冊」を希望施設の病院図書館、
市民図書館に設置
- ④*市民対象に、緩和医療についての講演会、
患者・家族の集う会の開催(10月第1土曜日
世界ホスピスデー)
*ホスピスセミナーを地域に公開

V 【一時入院・症状緩和できる施設の提供】

- ①ホスピス病棟27床のうち、1～3床を地域の症状緩和用
に開放し、通常の入院予約と別枠で運用



図③ 地域の行動計画

浜松地域における活動計画の原案を示す。(具体的な行動計画は地域の実情にしたがって順次変更される)

報提供をおこなう。前者としては、リーフレットの設置・配布、ポスターの掲示、地域メディアの活用、後者としては、冊子の設置、映像メディアの視聴、講演会の開催、図書を設置をおこなう。

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

C. 地域の緩和ケアの包括的な

コーディネーション

欧米においては、患者の状態にあわせて必要なリソースのコーディネーションをおこなうため、地域の緩和ケアを包括的に支援する組織が機能している。わが国においても、ホスピス・緩和ケア病棟、院内緩和ケアチーム、緩和ケア外来、デイケア・通所療養介護、在宅療養支援診療所などが制度化され、これらを包括的にコーディネーションする機能として、がん診療連携拠点病院の患者家族支援室を中心とした整備が求められているが、十分に機能していないのが現状である。

患者が必要な緩和ケアのリソースを利用できるようにし、地域での問題点を地域全体で解消するために、①緩和ケアに関する地域の相談窓口の設置により適切な専門緩和ケアの判断と紹介、②地域の緩和ケアネットワークの構築を目的とするカンファレンスの開催、③地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援などをおこなう。

D. 緩和ケアの専門家による診療およびケア

わが国の制度化している緩和ケアリソースとして、緩和ケア病棟、院内緩和ケアチームがあるが、これらは在宅療養支援のための症状緩和やレスパイト機能など地域における在宅療養の支援や院外の患者のコンサルテーションを受けるシステムと

して位置づけられていないため、在宅療養中の患者に対する緩和ケアサービスとしては十分には機能していない。よって、専門緩和ケアサービスへのアクセスを増加させるために、地域緩和ケアチームが、地域医療福祉従事者からの電話・Eメール・FAXでのコンサルテーションに応じ、必要時は往診による共同診療が可能な体制を整備する。

4. 評価項目

地域緩和ケアプログラム施行前後で以下の評価項目を測定し、介入の評価をする。

主要評価項目は、①患者による苦痛緩和の質評価、②遺族による苦痛緩和の質評価、③専門緩和ケアサービスの利用数、および、④死亡場所である。①②に関しては、地域の調査対象施設に外来通院中のがん患者、および死亡したがん患者の遺族に対して郵送法による質問紙法調査を実施し、苦痛緩和の質評価をおこなう。遺族調査は、外来調査でカバーできない終末期患者についての情報をとるためのものである。苦痛緩和の質評価の指標としては、わが国において信頼性・妥当性の確認された指標である Care Evaluation Scale などを用いる。③に関しては、地域の専門緩和ケアサービスが利用患者のリストを作成し匿名化した後、研究班がデータとして収集する。④に関しては、人口動態調査の目的以外使用を申請し、対象地域における死亡者の死亡場所の情報を収集する。副次評価項目は、①患者調査によるQOLとケアの質評価、②遺族調査によるQOLとケアの質評価、③地域医療者の緩和ケアに関する困難感・態度・知識、および、④地域の緩和ケアの質指標である。

また本研究で示される介入4地域における緩和ケアの提供体制モデルは、多くの地域にとって参考になるものであり、このプロセスを開示することにより地域における緩和ケアの提供システムの確立に資することが予想される。よって、この介入プログラムをどのように展開していったのか、



がん対策のための戦略研究
「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」

▶ 一般情報	プロジェクト対象地域の情報 ▶ 鶴岡地域(山形) ▶ 柏地域(千葉) ▶ 浜松地域(静岡) ▶ 長崎地域(長崎)
--------	---

ホーム

 <p>お問い合わせ 詳細や具体的な質問は メールや電話でお問い合わせいただけます。</p>	プロジェクトの概要	+ 一般情報
	一般のかた向け ツール・資料	▶ ごあいさつ
	医療者向け ツール・資料	▶ プロジェクトの概要
	お問い合わせ	▶ 一般のかた向けツール・資料
		▶ 医療者向けツール・資料
		▶ プロジェクトの組織
		▶ プレスリリース

トピックス

- 2008年4月21日 【お知らせ】 ホームページの情報を充実して、ツール・資料の公開を始めました。
- 2008年3月2日 【お知らせ】 地域介入実施者向けワークショップを開催しました。(ビデオ記録はこちら)

お問合せ先 ▶

医療関係者の
お問合せはこちら ▶

 <p>OPTIM Osaka Palliative Care Unit of Integrated Regional Model</p>	<p>「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」事務局 〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1 帝京大学臨床研究棟403研究室 電話：03-3694-1211 (代) 内線1968、1967 E-mail: info@gankanwa.jp</p>
---	--

図④ がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」ホームページ (<http://www.gankanwa.jp/>)

地域のどのような問題が生じ、どのように解決したのかなどを質的に分析する。

さらに半年に1回、介入遂行の遵守性を評価する介入モニタリング調査を実施する。

おわりに

本研究は、わが国の緩和ケアにおいて地域単位を対象とした初めての介入研究であり、また患者アウトカムを指標に含めた点にも新規性がある。2008年4月より3年にわたり、本プログラムによる介入を実施するが、本研究の成果は迅速に臨床に還元するため、研究班HP (<http://www.gankanwa.jp/>) に随時報告される(図④)。本研究がわが国における緩和ケアの普及と質の向上の

一助となれば幸いである。

文献

- 1) Bruera E, Neumann CM, Gagnon B *et al* : Edmonton regional palliative care program : impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 161 : 290-293, 1999
- 2) Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T *et al* : A palliative care intervention and death at home : a cluster randomised trial. *Lancet* 356 : 888-893, 2000
- 3) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, *et al* : Palliative care in Japan : Current status and a national-wide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Out-reach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hospice Palliat Med* (in press).

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」



OPTIM
Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model

山岸 暁美

東京大学大学院医学系研究科緩和看護学/国立がんセンター東病院

森田 達也

聖隷三方原病院 緩和と支持治療科

はじめに

緩和ケアの普及および提供体制の構築には、複合的な課題を克服する必要があるとされ、いくつかの知見が報告されている。カナダのエドモントンでは、包括的な地域緩和ケアプログラムを稼働させた結果、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¹⁾。北欧の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を行った結果、自宅死亡数、家族の満足度が有意に高かった²⁾。

わが国では、これまで大規模な地域介入研究が行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。

研究の目的

本研究の目的は、地域全体を対象とした緩和ケアプログラムの導入により、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。

研究の対象

介入地域は、1) 緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域(山形県鶴岡市・三川町)、2) 一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域として、実施主体が a) がん専門病院である地域(千葉県柏地域)、b) 総合病院である地域(静岡県浜松地域)、c) 医師会である地域(長崎県長崎地域)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(山形県酒田地域)が設定されている。

地域緩和ケアプログラムの内容

介入地域対象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、必要なマテリアルを作成した(表1, 2)。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鑑み、独自の行動計画を立案した。

評価項目

主要評価項目は、I) 患者による苦痛緩和の質評価、II) 遺族による苦痛緩和の質評価、III) 専門緩和ケアサービスの利用数、およびIV) 死亡場所である。副次評価項目は、i) 患者調査によるQuality of Lifeとケアの質評価、ii) 遺族調査によるQuality of Lifeとケアの質評価、iii) 地域医

表1 OPTIMプロジェクトの概要

	目的	介入内容	介入名称	
地域緩和ケアツールが標準化されていない	1) 緩和ケアに関する医療者の知識・技術を向上させる 2) 地域での診療の継続性を向上させる	緩和ケアの標準化と継続性の向上	緩和ケアに関する診療ツールの普及 1) 緩和ケアマニュアル 2) 情報共有ツール (私のカルテ) 3) 退院支援プログラム	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
患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識を持っていない	1) 緩和ケアに関する適切な情報を提供する 2) 相談支援センターおよび緩和ケアチームの周知により、緩和ケアリソース利用につながる行動を喚起する	患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供	リーフレットの設置・配布 ポスターの掲示 冊子の設置・配布 映像メディアの視聴 講演会の開催 図書設置 地域メディアの活用	緩和ケアについて簡単に説明したリーフレットの配布 緩和ケアについて注意喚起・相談支援センターの場所・連絡先を提示するポスターの掲示 緩和ケアに関する正しい知識を提供する冊子の配布 在宅ケアについての映像メディア (DVD もしくはビデオテープ) の貸出し 緩和ケアについて、紹介、説明する講演会の開催 緩和ケアに興味を持った人が、幅広い知識を得ることが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
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	緩和ケアに関する地域の相談窓口の設置と適切な専門緩和ケアの判断と紹介 地域カンファレンス 地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援	がんに起因する問題、特に緩和ケアに関する地域住民および医療・福祉職の相談に対応すると同時に、専門的緩和ケア利用の必要性を判断し、その患者の現状に最も適した専門的緩和ケア部門を紹介する窓口を設置する 地域の医療福祉職の緩和ケアに関する知識の向上、問題の共有と解決への協働、地域ネットワークの構築を目的とするカンファレンスを多職種で開催する 地域の医療機関に所属し、緩和ケア普及のために機能する医療職の設置とその支援を行う
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	緩和ケア専門家によるコンサルテーション 1) コンサルテーション 2) 出張緩和ケア研修 専門緩和ケアに関わるノウハウの提供 1) 緩和ケアチームに関わるノウハウの提供 2) 地域連携・在宅医療に関わるノウハウの提供	症状緩和等に難渋する症例について、主治医等の要請に応じて、地域緩和ケアチームがコンサルテーションを行う 緩和ケアの知識・技能の向上、または専門緩和ケア紹介の閾値を下げ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行う 緩和ケアチームに関わる書籍を提供する 地域連携・在宅診療に関わる書籍を提供する

療者の緩和ケアに関する困難感・態度・知識、および、iv) 地域の緩和ケアの質指標である。

これらを地域緩和ケアプログラム施行前後で測定し、介入の評価をする。また、この介入プロセスを開示することにより、地域における緩和ケアの提供システムの確立に資することが予想されることから、プログラムをどのように展開していったのか、地域のどのような問題が生じ、どのよう

に解決したのかなどを質的に分析する。

まとめ

本研究は、わが国の緩和ケアにおいて地域単位を対象とした初めての介入研究であり、また患者アウトカムを指標に含めた点にも新規性がある。2008年4月より3年にわたり、本プログラムによる介入を実施するが、本研究の成果は迅速に臨

表2 ツールの概要

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

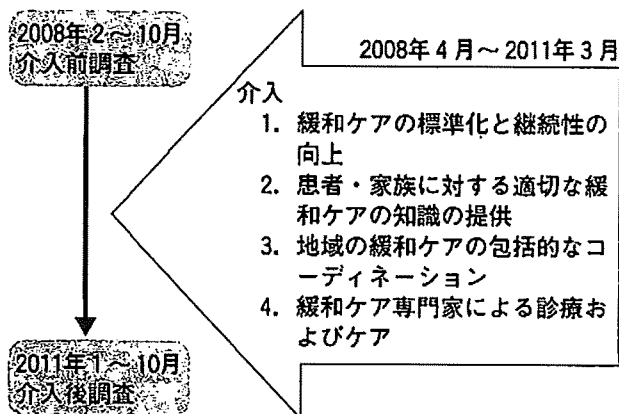


図1 OPTIMプロジェクトの概要



図2 OPTIM ホームページ

床に還元されるよう、研究班ホームページ (<http://www.gankanwa.jp/>: 図2) に随時報告される。本研究がわが国における緩和ケアの普及と質の向上の一助となれば幸いである。

引用文献

- 1) Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, et al : Edmonton regional palliative care program : impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 161 : 290-293, 1999
- 2) Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al : A palliative-care intervention and death at home : a cluster randomised trial. *Lancet* 356 : 888-893, 2000

参考文献

- 1) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al : Palliative care in Japan : Current status and a national-wide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hospice Palliat Med* (in press).

