

- せていくプロセスに関する質的研究.
看護研究. 2008; 42(1): 57-68.
55. 落合亮太, 佐藤秀郎, 村上新, 日下部智子, 宮下光令, 萱間真美, 数間恵子. 成人先天性心疾患患者の親が成育医療に対して抱く要望. 心臓. 2008; 40(12): 1194-202.
 56. 三條真紀子, 広瀬寛子, 柳沢博, 宮下光令, 数間恵子. 終末期がん患者の療養場所移行に関する家族の経験と医療者への家族支援ニーズ. がん看護. 2008; 13(5): 580-8.
 57. 笹原朋代, 三條真紀子, 梅田恵, 樋口比登実, 篠田淳子, 柴山大賀, 宮下光令, 河正子, 数間恵子. 大学病院で活動する緩和ケアチームの支援内容-参加観察の結果から-. 日本がん看護学会誌. 2008; 22(1): 12-22.
 58. 宮下光令, 志真泰夫, 橋爪隆弘. 緩和ケア・コンサルテーションの現状と課題. 緩和ケア. 2008; 18: 494-500.
 59. 宮下光令. 日本人にとっての望ましい死. Pharma Medica. 2008; 26(7): 29-33.
 60. 宮下光令. 緩和ケアの質評価・実態調査. 緩和医療学. 2008; 10(3): 235-40.
 61. 宮下光令, 草島悦子. 緩和ケア臨床・研究・教育ホームページプロジェクト. 緩和医療学. 2008; 10(3): 271-4.
 62. 宮下光令. 「STAS-Jの使用経験とこれからの課題 2007」開催報告. 死の臨床. 2008; 31(1): 33.
 63. 宮下光令. がん診療連携拠点病院の緩和ケアにおける役割と課題. 看護管理 2008; 18(7): 553-9.
 64. 小山友里江, 宮下光令, 数間恵子, 高取吉雄. 寛骨臼回転骨切り術 (RAO) を受けた患者の生活. Journal of Clinical Rehabilitation. 2008; 17(4): 344-9.
 65. 宮下光令, 櫻井紀子, 福田敬. 鼎談: ターミナルケアをいかに実践すべきか. 月刊福祉 2008; 93(3): 12-20.
 66. 緩和ケア編集委員会編. 企画担当 恒藤暁, 企画協力 宮下光令, 河正子. 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール. 青海社, 東京, 2008.
 67. Igarashi A, Morita T, Miyashita M, Kiyohara E, Inoue S. Changes in medical and nursing care after admission to palliative care units: a potential method for improving regional palliative care. Support Care Cancer. (in press)
 68. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. J Affect Disorders. (in press)
 69. Sugiura M, Miyashita M, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Matoba M, Sano M, Shima Y. Analysis of Factors Related to the Use of Opioid Analgesics in Regional Cancer Centers in Japan. J Palliat Med. (in press)
 70. Ando M, Morita T, Miyashita M, Sanjo M, Shima Y, Kira H. Effects of Bereavement Life Review Therapy on Spirituality, Anxiety and Depression. J Pain Symptom Manage. (in press)
 71. Akazawa T, Akechi T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y, Furukawa TA. Self-perceived burden in terminally ill cancer patients: A categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. J Pain Symptom Manage. (in press).
 72. Choi JE, Miyashita M, Hirai K, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Preference of place for end-of-life

- cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Support Care Cancer*. (in press)
73. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The Palliative Care Knowledge Test (PCKT): the reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med*. (in press)
 74. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The Palliative Care Self-reported Practices Scale (PCPS) and the Palliative Care Difficulties Scale (PCDS): reliability and validity of 2 scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med*. (in press)
 75. Ando M, Kawamura R, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Okamoto T, Shima Y. Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology*. (in press)
 76. Miyashita M, Yasuda M, Baba R, Iwase S, Teramoto R, Nakagawa K, Kizawa Y, Shima Y. Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: A hospital-based palliative care team setting. *Eur J Cancer Care*. 2010; 19: 124-30.
 77. Sasahara T, Miyashita M, Umeda M, Higuchi H, Shinoda J, Kawa M, Kazuma K. Multiple evaluation of a hospital-based palliative care consultation team in a university hospital: Activities, patient outcome, and referring staff's view. *Palliat Support Care*. 2010; 18: 1-9.
 78. Shinjo T, Morita T, Hirai K, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. Care for Imminently Dying Cancer Patients: Family Members' Experiences and Recommendations. *J Clin Oncol*. 2010; 28(1): 142-8.
 79. Shinjo T, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. Care for the Bodies of Deceased Cancer Inpatients in Japanese Palliative Care Units. *J Palliat Med*. 2010; 13(1): 27-31.
 80. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai K, Kawamura R, Mitsunori M, Sato K, Shima Y. Religious Care Required for Japanese Terminally Ill Patients With Cancer From the Perspective of Bereaved Family Members. *Am J Palliat Med*. 2010; 27(1): 50-4.
 81. Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Sato K, Shima Y, Uchitomi Y. : Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2009; 37(6) 1019-26.
 82. Miyashita M, Arai K, Yamada Y, Owada M, : Sasahara T, Kawa M, Mukaiyama T. Discharge from a palliative care unit: prevalence and related factors from a retrospective study in Japan. *J Palliat Med*. 2009; 12(2) 142-9.
 83. Miyashita M, Narita Y, Sakamoto A, Kawada N, Akiyama M, Kayama M, Suzukamo Y, Fukuhara S. : Care burden and depression in caregivers caring for patients with intractable neurological diseases at home in Japan. *J Neurol*

- Sci. 2009;276:148-52.
84. Sato K, Miyashita M, Morita T, Suzuki M. : Long-term effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life prolongation treatment, knowledge about palliative care. *J Palliat Care*. 2009;25(3)206-12.
 85. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. : Late Referrals to Palliative Care Units in Japan: Nationwide Follow-up Survey and Effects of Palliative Care Team Involvement After the Cancer Control Act. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(2)191-6.
 86. Fukahori H, Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, Eguchi K : Administrators' Perspectives on End-of-Life Care for Cancer Patients in Japanese Long-Term Care Facilities. *Support Care Cancer*. 2009;17(10)1247-54.
 87. Misawa T, Miyashita M, Kawa M, Abe K, Abe M, Nakayama Y, : Given CW. Validity and reliability of the Japanese version of the Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA-J) for community-dwelling cancer patients. *Am J Hosp Palliat Med*. 2009;26(5)334-40.
 88. Okishiro N, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y. : The Japan HOspice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study): views about legalization of death with dignity and euthanasia among the bereaved whose family member died at palliative care units. *Am J Hosp Palliat Med*. 2009;26:98-104.
 89. Sanjo M, Morita T, Miyashita M, Shiozaki M, Sato K, Hirai K, Shima Y, Uchitomi Y. : Consequence Inventory: A measure for evaluating caregiving consequence from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology*. 2009;18(6)657-66.
 90. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Kimura F. : Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(5)823-30.
 91. Kusajima E, Kawa M, Miyashita M, Kazuma K, Okabe T. : Prospective evaluation of transition to specialized home palliative care in Japan. *J Hosp Palliat Med*. 2009;26(3)172-9.
 92. Morita T, Murata H, Kishi E, Miyashita M, Yamaguchi T, Uchitomi Y. : Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(4)649-58.

学会発表

1. 宮下光令, 佐藤一樹, 志真泰夫. 遺族からみた望ましい死の達成の評価の関連要因. 第23回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 7-8, 128, 沖縄.
2. 大島佐和子, 船水裕子, 伊藤美智子, 宮下光令, 梅内美保子, 安藤秀明. 全国緩和ケア認定看護師の活動の実態と希望するフォローアップに関する調査～第1報. 第23回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 7-8, 299, 沖縄.
3. 船水裕子, 大島佐和子, 伊藤美智子, 宮下光令, 梅内美保子, 安藤秀明. 緩和ケア認定看護師の職務継続のために必要なフォローアップに関する調査. 第23回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 7-8, 222, 沖縄.

4. 佐藤一樹, 宮下光令, 志真泰夫. がん終末期における療養場所の選択肢と在宅療養の実現可能性: J-HOPE study. 第 23 回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 7-8, 128, 沖縄.
5. 中澤葉宇子, 宮下光令, 梅田恵, 大谷木靖子, 小笠原利枝. 緩和ケアに対する看護師の知識・態度・困難感に関連する要因. 第 23 回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 7-8, 124, 沖縄.
6. 木下里美, 宮下光令. ICU (集中治療室) における終末期ケア困難感と関連要因. 第 28 回日本看護科学学会が学術集会 2008 Dec, 福岡.
7. 東尚弘, 向井博文, 宮下光令, 森田達也, 國土典宏, 長谷川潔, 杉原健一, 石黒めぐみ, 島田安博, 浅村尚生, 祖父江友孝. 均てん化へ向けたがん診療拠点病院における診療の質の客観的評価指標 (QI) の作成と評価. 第 46 回日本癌治療学会総会 2008 Oct 30- Nov 1, 名古屋.
8. 三條真紀子, 森田達也, 宮下光令, 塩崎麻里子, 佐藤一樹, 平井啓, 志真泰夫, 内富庸介. 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 Oct 9-10, 127, 東京.
9. 赤澤輝和, 森田達也, 明智龍男, 古川壽亮, 古村和恵, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 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 Oct 9-10, 126, 東京.
10. 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 塩崎麻里子, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 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 Oct 9-10, 121, 東京.
11. 宮下光令, 大坂巖, 栗原幸江, 小原弘之, 山本亮, 梅田恵. 地域における緩和ケアの質指標の同定. 第 32 回日本死の臨床研究会 2008 Oct 4-5, 288, 札幌.
12. 落合亮太, 日下部智子, 宮下光令, 佐藤英郎, 村上新, 萱間真美, 数間恵子. 成人先天性心疾患患者が成育医療に対して抱く要望. 第 44 回日本小児循環器学会総会・学術大会 2008 Jul, 福島.
13. 落合亮太, 佐藤英郎, 村上新, 日下部智子, 宮下光令, 萱間真美, 数間恵子. 成人先天性心疾患患者の親が成育医療に対して抱く要望. 第 44 回日本小児循環器学会総会・学術大会 2008 Jul, 福島.
14. 宮下光令, 森田達也, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 306, 静岡.
15. 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 鈴木雅夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 282, 静岡.
16. 中澤葉宇子, 宮下光令, 森田達也, 梅田恵, 大谷木靖子, 小笠原利枝. 緩和ケアに対する医療者の知識・態度・困難感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学術集会 2008 Jul 4-5, 275, 静岡.
17. 塩崎麻里子, 平井啓, 道家瑠見子, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 248, 静岡.

18. 三條真紀子, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 246, 静岡.
19. 三條真紀子, 宮下光令, 森田達也, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 246, 静岡.
20. 中川恵一, 宮下光令, 加藤大基, 仲柴祥子. 一般市民のがん告知、延命治療、療養場所の選択に関する選好とその関連要因. 第13回日本緩和医療学会学術集会 2008 Jul 4-5, 240, 静岡.
21. 赤澤輝和, 森田達也, 明智龍男, 古川壽亮, 古村和恵, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 232, 静岡.
22. 山岸暁美, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 230, 静岡.
23. 宮下光令, 森田達也, 三澤知代, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 198, 静岡.
24. 三澤知代, 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 恒藤暁, 志真泰夫. 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際. 第13回日本緩和医療学会学術集会 2008 Jul 4-5, 198, 静岡.
25. 藤本亘史, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 197, 静岡.
26. 古村和恵, 宮下光令, 森田達也, 山岸暁美, 井村千鶴, 前堀直美, 平山美香, 吉原律子, 秋月伸哉, 志真泰夫, 江口研二. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 157, 静岡.
27. 山岸暁美, 宮下光令, 森田達也, 市川堯之, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭豊, 江口研二. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 151, 静岡.
28. 宮下光令, 森田達也, 恒藤暁, 佐藤一樹, 志真泰夫. J-HOPE study (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学術集会 2008 Jul 4-5, 147, 静岡.
29. 新城拓也, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 遺族調査からみ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学術集会 2008 Jul 4-5, 144, 静岡.
30. 山岸暁美, 宮下光令, 森田達也, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭豊, 吉田沙蘭, 江口研二. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 141, 静岡.
31. 吉田沙蘭, 宮下光令, 平井啓, 森田達也, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭豊, 江口研二. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 140, 静岡.
32. 佐野元彦, 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 恒藤暁, 的場元弘, 杉浦宗敏, 志真泰夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 139, 静岡.
 33. 杉浦宗敏, 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 恒藤暁, 的場元弘, 佐野元彦, 志真泰夫. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 139, 静岡.
 34. 宮下光令, 森田達也, 市川堯之, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭豊, 江口研二. 地域の医師・看護師の緩和医療提供に関する自信および困難感 OPTIM study. 第 13 回日本緩和医療学会学術集会 2008 Jul 4-5, 138, 静岡.
 35. 宮下光令, 森田達也, 吉田沙蘭, 三條真紀子, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭豊, 江口研二. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 138, 静岡.
 36. 平井啓, 工藤直志, 塩崎麻里子, 山本照子, 秋山美紀, 的場元弘, 宮下光令, 森田達也, 秋月伸哉, 白髭豊, 江口研二. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 138, 静岡.
 37. 深堀浩樹, 宮下光令, 森田達也, 市川堯之, 秋月伸哉, 秋山美紀, 白髭豊, 江口研二. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 137, 静岡.
 38. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 三條真紀子, 志真泰夫, 内富庸介. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 137, 静岡.
 39. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 三條真紀子, 志真泰夫, 内富庸介. 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学術集会 2008 Jul 4-5, 137, 静岡.
 40. 田代さとみ, 小平ちづる, 宮下光令. 大腸内視鏡検査中の苦痛に関連する検討. 第 13 回東京消化器内視鏡技師研究会 2008 Feb 3, 東京.
 41. 宮下光令, 三澤知代, 河正子, 中山康子, 阿部まゆみ. 在宅ケア・デイホスピスを利用するがん患者および主介護者の生活の質とデイホスピスのニーズ、デイホスピスに対する満足度. 第 22 回日本がん看護学会学術集会 2008 Feb 9-10, 名古屋, 188.
 42. 三條真紀子, 宮下光令, 数間恵子. 終末期の療養場所移行の経験と医療者への家族支援ニーズ 一般病棟での療養を選択した終末期がん患者の遺族への質的調査を通じて. 第 22 回日本がん看護学会学術集会 2008 Feb 9-10, 名古屋, 129.
 43. 茶園美香, 岩瀬恵美, 廣岡佳代, 三條真紀子, 宮下光令, 新幡智子, 久保美紀. 看護学生の終末期看護演習・実習における変化と影響要因について -終末期患者に関わる態度の側面から. 第 22 回日本がん看護学会学術集会 2008 Feb 9-10, 名古屋, 137.
 44. 船水裕子, 大島佐和子, 伊藤美智子, 宮下光令, 安藤秀明. 緩和ケア認定看護師の職務満足度とバーンアウトに関連する職場環境要因. 第 24 回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 13-14,

- 126, 静岡.
45. 石井容子, 宮下光令, 小澤竹俊, 佐藤一樹. 遺族・在宅医療従事者からみた、終末期に在宅療養するがん患者の家族介護者が抱える困難に関する質的研究. 第 24 回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 13-14, 139, 静岡.
 46. 宮下光令, 佐藤一樹, 志真泰夫. 緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族の、緩和ケア病棟に対するイメージの入院前後の変化. 第 24 回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 13-14, 218, 静岡.
 47. 宮下光令, 梅田恵, 許山美和. 全国のがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充足度. 第 33 回日本死の臨床研究会年次大会 2009 Nov 7-8, 248, 名古屋.
 48. 中野貴美子, 宮下光令, 恒藤暁, 志真泰夫. 緩和ケア病棟のがん患者の遺族の医療用麻薬に対する認識: J-HOPE study. 第 33 回日本死の臨床研究会年次大会 2009 Nov 7-8, 237, 名古屋.
 49. 牟田理恵子, 宮下光令, 若林理恵子, 安藤悦子, 恒藤暁. 緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族の死別後の支え -遺族への面接調査から-. 第 33 回日本死の臨床研究会年次大会 2009 Nov 7-8, 272, 名古屋.
 50. 宮下光令, 加藤大基, 川上祥子, 中野貴美子, 中川恵一. がん患者、一般市民、医師、看護師の「望ましい死」のあり方に関する認識. 第 47 回日本癌治療学会学術集会 2009 Oct 22-24, 横浜.
 51. 加藤大基, 宮下光令, 川上祥子, 中野貴美子, 中川恵一. がん患者、一般市民、がん医療に携わる医師・看護師の「死生観」に関する認識. 第 47 回日本癌治療学会学術集会 2009 Oct 22-24, 横浜.
 52. 大島佐和子, 伊藤美智子, 船水裕子, 宮下光令, 梅内美保子. 緩和ケア認定看護師の職務満足度とバーンアウト度に影響を与える要因. 第 40 回日本看護学会-看護管理-学術集会 2009 Oct 21-22, 大阪.
 53. Miyashita M, Sato K, Morita T, Tsuneto S, Shima Y. J-HOPE study: evaluation of end-of-life cancer care in Japan. The 10th Australian Palliative Care Conference and the 8th Asia Pacific Hospice Conference 2009 Sep 24-27, 122, Perth.
 54. 阿部吉樹, 伊藤直美, 宮下光令, 数間恵子. 外来通院中の神経筋疾患患者における疼痛の有無と健康関連 QOL に関する検討. 第 3 回日本慢性看護学会学術集会 2009 Jul 4-5, A61, 東京.
 55. 村田玄, 宮下光令, 数間恵子. 一般市民が希望する終末期の療養場所とその関連要因の検討. 第 3 回日本慢性看護学会学術集会 2009 Jul 4-5, A78, 東京.
 56. 宮下光令, 森田達也, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 全国のがん診療連携拠点病院, 緩和ケア病棟, 在宅ホスピスのがん患者の遺族 8,163 人によるがん終末期ケアの質の評価: J-HOPE study. 第 14 回日本緩和医療学会学術集会 2009 Jun 20-21, 148, 大阪.
 57. 岡本拓也, 安藤満代, 森田達也, 平井啓, 河村諒, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 遺族調査から見た終末期担癌患者に対する宗教的ケアの現状と有用性評価: J-HOPE Study. 第 14 回日本緩和医療学会学術集会 2009 Jun 20-21, 153, 大阪.
 58. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 鈴木雅夫. 一般市民に対する緩和ケアに関する教育的介入の長期効果. 第 14 回日本緩和医療学会学術集会 2009 Jun 20-21, 164, 大阪.
 59. 山岸暁美, 森田達也, 宮下光令, 田中(貴邑) 富久子. 外来化学療法中ののが

- ん患者の症状頻度と経時的フォローアップ. 第 14 回日本緩和医療学会学術集会 2009 Jun 20-21, 188, 大阪.
60. 吉田沙蘭, 平井啓, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 生命予後告知に対する遺族の評価とその関連要因: J-HOPE study. 第 14 回日本緩和医療学会学術集会 2009 Jun 20-21, 148, 大阪.
61. 谷村美希, 神田啓子, 中田由希子, 酒井篤子, 鈴木由美子, 宮下光令. STAS-J を用いたケアの質の向上への取り組み～協働における看護師の不全感に焦点をあてて. 第 14 回日本緩和医療学会学術集会 2009 Jun 20-21, 199, 大阪.
62. 三澤知代, 宮下光令, 河正子, 安部幸志, 阿部まゆみ, 中山康子. 在宅療養中の終末期がん患者の主介護者に対する日本語版 CRA (CRA-J Caregiver Reaction Assessment Scale) の信頼性・妥当性の検証. 第 14 回日本緩和医療学会学術集会 2009 Jun 20-21, 205, 大阪.
63. 坂口幸弘, 森田達也, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫. 遺族ケアサービスに対する遺族のニーズとバリア: J-HOPE study. 第 14 回日本緩和医療学会学術集会 2009 Jun 20-21, 205, 大阪.
64. 逢坂容子, 小澤竹俊, 宮下光令, 佐藤和子, 泉田知子, 国廣崇, 右京陽子, 三浦有子, 加藤紀子. 遺族による在宅ケアの質の評価～当院における遺族への質問紙調査の結果から～. 第 14 回日本緩和医療学会学術集会 2009 Jun 20-21, 218, 大阪.
65. 崔智恩, 宮下光令, 平井啓, 佐藤一樹, 森田達也, 恒藤暁, 志真泰夫. 在宅ホスピスを利用したがん患者の遺族の在宅療養と在宅死亡に対する意向とその関連要因に関する研究: J-HOPE study. 第 14 回日本緩和医療学会学術集会 2009 Jun 20-21, 242, 大阪.
66. Miyashita M, Morita T, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. J-HOPE study: Evaluation of End-of-Life Cancer Care in Japan from the Perspective of Bereaved Family Members. J Clin Oncol 27:502s, 2009 (suppl; abst 9577). 2009 ASCO Annual Meeting, May 29 - June 2, 2009, Orlando, Florida.
67. 宮下光令, 佐藤一樹, 志真泰夫. 遺族からみた望ましい死の達成の評価の関連要因. 第 23 回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 7-8, 128, 沖縄.
68. 大島佐和子, 船水裕子, 伊藤美智子, 宮下光令, 梅内美保子, 安藤秀明. 全国緩和ケア認定看護師の活動の実態と希望するフォローアップに関する調査～第 1 報. 第 23 回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 7-8, 299, 沖縄.
69. 船水裕子, 大島佐和子, 伊藤美智子, 宮下光令, 梅内美保子, 安藤秀明. 緩和ケア認定看護師の職務継続のために必要なフォローアップに関する調査. 第 23 回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 7-8, 222, 沖縄.
70. 佐藤一樹, 宮下光令, 志真泰夫. がん終末期における療養場所の選択肢と在宅療養の実現可能性: J-HOPE study. 第 23 回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 7-8, 128, 沖縄.
71. 中澤葉宇子, 宮下光令, 梅田恵, 大谷木靖子, 小笠原利枝. 緩和ケアに対する看護師の知識・態度・困難感に関連する要因. 第 23 回日本がん看護学会学術集会 2009 Feb 7-8, 124, 沖縄.

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。

Ⅱ.分担研究報告書

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
（総合）分担研究報告書

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームおよび薬剤部の全国調査

分担研究者 恒藤 暁 大阪大学大学院医学系研究科緩和医療学

研究要旨 がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに関する実態調査を行った。平成 19 年 9 月時点で指定されている 288 施設を対象に調査を行い、緩和ケアチームに関しては 242 施設から調査票を回収した（回収率 84%）。薬剤部に関しては 264 施設から調査票を回収した（回収率 92%）。緩和ケア診療加算を算定している施設は 16%であり、緩和ケアチームに紹介された年間患者数は平均 73±133（中央値 35）人だった。専従の医師がいる割合は 19%であり、専従の看護師がいる割合は 23%であった。緩和ケアチームが直接患者の診療を行う頻度は週 4 回以上が 29%、週 2-3 回が 35%、週 1 回が 24%、直接は診療しないが 12%であった。緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師が、「よくあてはまる」「あてはまる」と回答した割合は「疼痛緩和のための知識や技術は十分である」が 50%、「疼痛以外の身体症状緩和のための知識や技術は十分である」が 35%であった。薬剤の採用状況に関しては、オピオイドについては、ほぼ 100%の病院が複数の製剤を採用しており、オピオイドローテーションやレスキューの使用が可能な体制にあった。鎮痛補助薬などについても複数の同効薬が採用されていた。薬剤師が緩和ケアに関する業務を行う際の障害に関しては、緩和ケアに関する薬剤師の業務を行うための時間が保証されないが 51%と最も多く、患者・家族の誤解に関する困難感を抱えている薬剤師が比較的多かった。今後は、緩和ケアチームに関しては専従の医師・看護師の確保や緩和ケア診療加算の算定施設の増加、より多くのコメディカルの緩和ケアチームへの参加によるチーム医療の実現、患者・家族の意思決定への支援、地域連携、緩和ケアチームを対象とした教育・研修制度の充実が必要である。また、薬剤師の緩和ケアに関わる活動時間の保証と患者・家族を対象とした啓発活動が必要である。

A. 研究目的

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

しかし、がん診療拠点病院における緩和ケアチームの実態については全く調査が行われてこなかった。そこで、本研究班では

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの実態調査を行うことを目的とした。

また、緩和ケアは薬物治療が中心となるため、緩和ケアの提供のためには薬剤部の機能が重要な役割を占める。しかし、がん診療連携拠点病院における薬剤の採用状況や薬剤師の活動の実態については全く調査が行われてこなかった。そこで、本研究班ではがん診療連携拠点病院の薬剤部を対象とし、薬剤の採用状況や薬剤師の活動の実態を行うことを目的とした。

B. 研究方法

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

設に関しては2度の督促を行った。

(倫理的配慮)

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

C. 研究結果

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

緩和ケア診療加算を算定している施設は16%であり、緩和ケアチームに紹介された年間患者数は平均73±133(中央値35)人であった。緩和ケアチームのメンバーは医師が平均3.1人(専従あり19%)、看護師が平均2.5人(専従あり23%)であった。コメディカルの感ケアチームへの参加率は薬剤師90%、MSW59%、心理専門職31%、栄養士31%、理学療法士16%であった。緩和ケアチームの活動実態は平日日勤帯でいつでも対応可能と回答した施設が35%であり、対応できない時間は51%以上と回答した施設が32%あった。夜間の対応は緩和ケアチームに連絡できる・代行する医療者が決まっていると回答した施設は40%であり、休日の対応は緩和ケアチームに連絡できる・代行する医療者が決まっていると回答した施設は39%であった。外来診療におけるフォローアップは定期的・必要時に行っていると回答した施設は59%であった。

緩和ケアチームが直接患者の診療を行う頻度は週4回以上が29%、週2-3回が35%、週1回が24%、直接は診療しないが12%であった。医師と看護師以外の職種が参加す

る症状緩和に関するカンファレンスに関しては、つねに・たいてい行っているという回答が、新規紹介患者に関しては54%、継続患者のフォローアップに関しては49%であった。

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

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

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

をおおむね正しく評価できる」が 34%であった。

緩和ケアチームの活動上の困難感では、「とても障害になっている」「障害になっている」と回答した割合が、緩和ケアチームとしてのスキル・連携に関しては、「緩和ケアチームに精神的苦痛を十分に緩和する能力がない」が 24%、「緩和ケアチームの中での役割分担や連携、情報共有がうまくいかない」が 11%、「緩和ケアチームに身体的苦痛を十分に緩和する能力がない」が 8%であった。患者・家族の理解に関しては、「患者・家族が緩和ケアを終末期医療と誤解している」が 47%、「緩和ケアとは何かを患者・家族が知らない」が 30%、「患者・家族がオピオイド(医療用麻薬)について誤解している」が 37%であった。病院内での役割保障に関しては、「緩和ケアチームの仕事をするための時間が保障されない」が 67%、「緩和ケアについて、病院内の医師や看護師の意識がまちまちである」が 50%、「緩和ケアチームを維持する経済的基盤がない」が 44%、「病院管理者に緩和ケアチームの活動が十分に評価されない」が 22%であった。地域との連携に関しては、「緩和ケアチームとして外来の患者をフォローする体制や連携が不十分である」が 52%、「地域の診療所との連携がない、または、連携がうまくいかない」が 33%、「地域の訪問看護ステーションとの連携がない、または、連携がうまくいかない」が 24%、「地域のホスピス・緩和ケア病棟との連携がうまくいかない」が 23%であった。

薬剤部を対象とした調査では 288 施設中、264 施設から調査票を回収した(回収率 92%)。

オピオイド採用状況については、モルヒネ経口薬(速効性)が 100%、モルヒネ経口薬(徐放性)が 99%、モルヒネ坐薬が 100%、モルヒネ注射薬が 100%、オキシコドン経口薬(速効性)が 87%、オキシコドン経口薬(徐放性)が 100%、オキシコドン注射薬が 7%、フェンタニル貼付薬が

100%、フェンタニル注射薬が 100%の採用状況であった。非オピオイドについては、非オピオイド鎮痛薬として、アセトアミノフェンが 100%、COX 2 非選択性 NSAIDs(経口薬)が 99%、COX 2 選択性 NSAIDs(経口薬)が 100%、NSAIDs(坐薬)が 100%、NSAIDs(注射薬)が 95%、抗痙攣薬は 100%、抗うつ薬として、三環系抗うつ薬が 100%、非定型三環系抗うつ薬が 42%、四環系抗うつ薬が 95%、SSRI、SNRI が 100%、その他の抗うつ薬が 67%、抗精神病薬としては、MARTA、SDA が 97%、ブチロフェノン(経口薬)が 99%、ブチロフェノン(注射薬)が 100%、フェノチアジン(経口薬)が 100%、フェノチアジン(注射薬)が 96%であった。睡眠、鎮静薬としては、経口睡眠薬(超短期作用)が 100%、経口睡眠薬(短期作用)が 100%、経口睡眠薬(中期作用)が 97%、ベンゾジアゼピン(注射薬) 100%、その他の睡眠、鎮静薬(注射薬)が 100%であった。抗不安薬(経口薬)は 100%であり、副腎皮質ホルモン製剤は 100%、制吐薬として、制吐薬(経口薬)は 100%、制吐薬(非経口薬)は 100%であった。抗ヒスタミン薬としては、抗ヒスタミン薬(経口薬)は 99%、抗ヒスタミン薬(注射薬)は 95%であった。緩下剤、浣腸、止痢剤としては、緩下剤は 100%、大腸刺激性下剤(経口薬)が 100%、大腸刺激性下剤(坐薬)が 92%、浣腸が 99%、止痢剤が 100%であった。抗コリン作動薬(注射薬)は 100%であり、ビスフォスフォネートは 99%であった。

薬剤部の活動状況に関しては、常勤薬剤師は平均 19±11 人であり、がん専門薬剤師がいる割合は 11%であった。緩和ケアを担当する薬剤師がいる割合は 87%であり、緩和ケアに関する業務は週平均 4.5±5.1 時間であった。

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

薬剤師の緩和ケアに関する業務の実施状況について、「常に・たいてい行っている」と回答した割合は、「強オピオイド処方時の用法・用量の適切性のチェック」は56%、「強オピオイド処方時の併用薬の処方（制吐剤や下剤など）のチェック」は44%、「医師から緩和ケアに関する薬剤について問い合わせがあった場合の提案」は69%、「入院中に強オピオイドが新規に処方された場合の服薬指導」は42%、「外来中に強オピオイドが新規に処方された場合の服薬指導」は9%、「強オピオイドの新規処方時以外での緩和ケアに関する服薬指導」は25%、「病棟のカンファレンスに参加し、緩和ケアに関する薬物療法について提案」は12%、「強オピオイド注射薬の調剤（混注やシリンジへの充填など）」は2%、「緩和ケアチームのカンファレンスへの参加」は71%、「緩和ケアチームの病棟ラウンドへの参加」は49%であり、「院内の医療者対象の、緩和ケアに関する薬物療法の勉強会・講習会の開催」は「あり」が79%、「地域の診療所や調剤薬局対象の、緩和ケアに関する薬物療法の勉強会・講習会の開催」が49%、「緩和ケアに関する研究活動」が47%であった。

薬剤師が緩和ケアに関する業務を行う際の障害に関しては、「とても障害になっている」「障害になっている」と回答した割合が、薬剤師の役割に関しては、「病院管理者に緩和ケアに関する薬剤師の業務が十分に評価されない」は15%、「緩和ケアに関する薬剤師の業務を行うための時間が保証されない」は51%、薬剤師の臨床能力については「薬剤師は、緩和ケアに関する薬剤の知識を十分に持っていない」は11%、「薬剤師に、患者の症状をアセスメントする十分な能力がない」は21%、「薬剤師は、患者とのコミュニケーションがうまくできていない」は6%、「薬剤師は、緩和ケアに関する業務について関心がない」は7%、医師との協働については、「医師が緩和ケアに関心を持っていない」は21%、「薬剤師は、医

師とのコミュニケーションがうまくできていない」は13%、「医師の緩和ケアに関する薬剤の処方状況や困っていることについての情報が、十分に得られていない」は22%、看護師との協働については「看護師が緩和ケアに関心を持っていない」は4%、「薬剤師は、看護師とのコミュニケーションがうまくできていない」は4%、「看護師の緩和ケアに関する薬剤の使用状況や困っていることについての情報が、十分に得られていない」は14%、患者や家族の理解については、「緩和ケアとは何かを患者・家族が知らない」は32%、「患者・家族が緩和ケアを終末期医療と誤解している」は40%、「患者・家族がオピオイド（医療用麻薬）について誤解している」は40%、地域での連携については「地域の診療所や調剤薬局等との連携がない、または、うまくいかない」は34%であった。

D. 考察

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

医師・看護師以外のコメディカルは専従での参加は5%と少ないが、専任・兼任で薬剤師は90%、ソーシャルワーカーは59%のチームに加わっている。コメディカルの

チームへの参加は薬剤師・ソーシャルワーカーを除いては全体的に低く、緩和ケアチームを構成する職種としては、医師・看護師をコアとして、薬剤師・ソーシャルワーカーを加えることが現時的と考えられる。

「平時の日勤帯でいつでもコンサルテーションに対応可能」という施設は、35%にとどまった。平日の日勤帯でも半分以上の時間帯は対応できないという施設が32%に上り、専従の医師・看護師が少ないという現実がコンサルテーション活動の状態にも反映している。年間のコンサルテーション患者数をみると、緩和ケア診療加算を届けている緩和ケアチームは、平均86±98（中央値75）人であるが、拠点病院の緩和ケアチーム全体では73±133（35）人と半分程度となっている。したがって、緩和ケアチームの活動を量的にも質的にも充実するためには、まず専従の医師・看護師を配置し、緩和ケア診療加算を算定する施設が増加することが望ましいと考えられる。専従の医師や看護師が存在すれば、日勤帯および夜間・休日の対応も可能となるであろう。

緩和ケアチームの構成員の緩和ケア提供に関する自己評価は全体的に低い。身体症状の緩和を担当する医師に関しては、疼痛に関しては若干高いが、他の身体症状については低く、緩和ケアの専門家としては問題である。精神症状を担当する医師に関しても、50%程度しか自己評価が十分と回答していない。看護師に関しては、全体的に医師より低い。唯一、「必要な研修を受けた」という回答が医師より若干高いが、これは専門看護師・認定看護師などの教育制度によるものであると考えられる。しかし、これらの結果は専門的に緩和ケアを提供するものとして決して十分なものではなく、緩和ケアチームの医師・看護師に対する、一層の教育・研修制度の充実が求められる。緩和ケアに関する講習会などは全国で多数行われており、おそらくそれに参加したことがある医師・看護師は多いと推測される。しかし、講習会で十分な自信をつけること

は困難であり、より実践的な臨床研修の充実が課題であろう。また、各構成員において「専門家の支援が得られる」という回答も必ずしも高くないものであった。経験が少ない症例や難治性の症例などに関しては、緩和ケアチームの構成員としても対応に苦慮することは少なくない。そのような場合に、専門家がサポートする体制の構築されることが望ましい。個人的なネットワークも重要ではあるが、がん診療連携拠点病院に関しては、都道府県拠点病院などが中心となった公的なサポート体制が必要である。

緩和ケアチームの活動上の困難に関しては、自己評価に比して、緩和ケアチームのスキルは困難と感じてはいなかった。しかし、時間や経済面での保証については不十分と感じている。がん診療連携拠点病院に関しては、国と都道府県が折半するかたちで経済的支援がなされている。これらの経済的支援をより充実させることが望まれる。また、緩和ケアチームに関する院内や患者・家族の誤解が困難感として挙げられていた。緩和ケアチームに関する広報活動や一般市民に対するパンフレット配布、講習会の実施などを通じた、普及啓発活動がさらに必要である。

薬剤の採用状況に関しては、オピオイドについてはほぼ100%の病院が複数の製剤を採用していた。オキシコドン注射液を除くと、オピオイドローテーションやレスキューの使用が可能な体制にあった。今回の調査では、オピオイドの種類と剤形の調査であったため、各剤形での規格については明らかにできていない。内服薬の場合、採用規格数が低規格に偏ると、高用量の症例では、内服する薬剤の錠数などが増え、服薬の負担が増えることになる。今後は、投与量に合わせた規格の選択が可能な状況かどうかについても検討していく必要がある。非オピオイド鎮痛薬、抗痙攣薬、抗うつ薬、抗精神病薬、睡眠薬・鎮静薬、抗不安薬、制吐薬、抗ヒスタミン薬、緩下剤等の鎮痛補助薬に関してもほとんどの病院で採用さ

れており、疼痛の緩和だけでなく、精神症状の緩和、緩和治療に伴う副作用の緩和に関しても比較的十分な薬剤の採用がなされていた。

薬剤部の活動に関しては、がん専門薬剤師がいる割合は11%と低かったが、これは制度ができて間もないことによると考えられる。87%の施設で緩和ケアを担当する薬剤師が決められており、ほぼ十分な支援体制があると思われる。しかし、週に活動する時間は平均4.5時間であり、これはカンファレンスへの参加や患者への服薬指導などを考えると不十分と考えられた。

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

薬剤師が緩和ケアに関する業務を行う際の障害に関しては、緩和ケアに関する薬剤師の業務を行うための時間が保証されないが51%と最も多く、緩和ケア業務のための時間の保証が課題であると考えられた。また、薬剤師としての緩和ケアに関する臨床能力や、医師・看護師との連携に関して困難を抱えている薬剤師は比較的少なく、「緩和ケアとは何かを患者・家族が知らない」「患者・家族が緩和ケアを終末期医療と誤解している」「患者・家族がオピオイド(医療用麻薬)について誤解している」などの、患者・家族の誤解に関する困難感を抱えている薬剤師が比較的多かった。患者・家族を対象とした啓発活動が必要である。

E. 結論

わが国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの実態が明らかになった。

わが国のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの医師、看護師の緩和ケア提供に関する自己評価は全体的に低かった。

わが国のがん診療連携拠点病院における薬剤の採用状況と薬剤部の活動状況、困難感の実態が明らかになった。

F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった。

G. 研究結果発表

論文発表

1. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, Shimoyama N, Tsuneto S, Hiraga K, Sato K, Uchitomi Y. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 2007; 10(2): 390-9.
2. Okamoto Y, Tsuneto S, Matsuda Y, Inoue T, Tanimukai H, Tazumi K, Ono Y, Kurokawa N, Uejima E. A Retrospective Chart Review of the Antiemetic Effectiveness of Risperidone in Refractory Opioid-Induced Nausea and Vomiting in Advanced Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34(2): 217-22.
3. 恒藤 暁. WHO方式の基本. 下山直人編. *がん性疼痛*. 医薬ジャーナル. 大阪, 2007: 28-9.
4. 恒藤 暁, 内布敦子 編. 系統看護学講座別巻10 緩和ケア (第1版). 医学書院, 東京, 2007: 1-289.
5. 恒藤 暁. 科学研究費補助金 基盤研究(c) 「遺族支援サービスのニーズと効果に関する実証的研究」平成16~18年度研究報告書. 2007: 1-112.
6. 恒藤 暁. がん患者の身体症状マネジメント: がん疼痛治療を中心に. *臨床精神薬理* 2007; 10(8): 1529-36.

7. 恒藤 暁. 緩和ケアの実践. *Physician's Therapy Manual* 2007; 6(1): 114-6.
8. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Shima Y. Palliative care in Japan: shifting from the stage of disease to the intensity of suffering. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 36(6): e6-7.
9. Shiozaki M, Hirai K, Dohke R, Morita T, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y, Uchitomi Y. Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology*. 2008; 17(9): 926-31.
10. Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. The Japan HOsPice and Palliative Care Evaluation Study (J-HOPE Study): study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008; 25(3): 223-32.
11. 坂口幸弘, 池永昌之, 田村恵子, 恒藤 暁. ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討. *死の臨床*. 2008; 31(1): 74-81.
12. 岡本禎晃, 恒藤 暁, 合屋 将, 松田陽一, 谷向 仁, 大野由美子, 田墨恵子, 井上達也, 安田宗一郎, 衛藤広士, 戸谷良江, 黒川信夫, 上島悦子. 高用量 フェンタニルパッチによるがん性疼痛治療の有効性. *ペインクリニック*. 2008; 29(3): 373-7.
13. 谷向 仁, 恒藤 暁. 精神科医に相談すべきがん患者の心理・精神的症状. *外科治療*. 2008; 99(6): 574-9.
14. 恒藤 暁. 緩和ケアにおける多次的アセスメント. *緩和ケア*. 2008; 18: 1-5.
15. 合屋 将, 恒藤 暁. 進行肺癌患者における症状緩和の実際. *総合臨床*. 2008; 57(9): 2344-49.
16. 恒藤 暁. 日本における緩和ケアの現状と今後の課題. *Psychiatry Today*. 2008; 18: 47-8.
17. 恒藤 暁, 岡本禎晃. 緩和医療総論. *日本緩和医療薬学会 編. 臨床緩和医療薬学*. 東京: 真興交易. 2008: 1-4.
18. 恒藤 暁. 疼痛以外の症状の緩和. *日野原重明, 井村裕夫 監修. 看護のための最新医学講座[第2版]第24巻 腫瘍の臨床*. 東京: 中山書店. 2008: 282-95.
19. 恒藤 暁. 緩和医療. *谷口直之, 杉山治夫, 松浦成昭, 三善英和 編. がんをどう治すか*. 東京: 中山書店. 2008: 235-50.
20. 恒藤 暁, 岡本禎晃. 緩和ケアエッセンシャルドラッグ. 東京: 医学書院. 2008: 1-210.
21. 松岡洋人, 恒藤 暁, 大野由美子, 他. *大阪大学医学部附属病院. 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: 10-11.
22. Okishiro N, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. The Japan HOsPice and Palliative Care Evaluation Study (J-HOPE Study): views about legalization of death with dignity and euthanasia among the bereaved whose family member died at palliative care units. *Am J Hosp Palliat Care* 2009;26(2):98-104.
23. Okishiro N, Tanimukai H, Tsuneto S, Ito N. Can "steroid switching" improve steroid-induced psychosis in a patient with advanced cancer? *J Palliat Med* 2009;12(5):487-90.
24. Morita T, Miyashita M, Tsuneto S, Sato K, Shima Y. Late referrals to palliative care units in Japan: nationwide follow-up survey and effects of palliative care team involvement after the Cancer Control

- Act. J Pain Symptom Manage
2009;38(2):191-6.
25. Choi J, Miyashita M, Hirai K, Sato K,
Morita T, Tsuneto S, Shima Y.
Preference of place for end-of-life
cancer care and death among bereaved
Japanese families who experienced
home hospice care and death of a
loved one. Support Care Cancer 2009
Oct 27. [Epub ahead of print]
26. Shinjo T, Morita T, Miyashita M, Sato
K, Tsuneto S, Shima Y. Care for the
bodies of deceased cancer inpatients
in Japanese palliative care units. J
Palliat Med 2010;13(1):27-31.
27. Shinjo T, Morita T, Hirai K,
Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima
Y. Care for imminently dying cancer
patients: family members'
experiences and recommendations. J
Clin Oncol 2010;28(1):142-8.
28. 衛藤広士, 松田陽一, 岡本禎晃, 恒藤
暁, 合屋 将, 谷向 仁, 戸谷良江,
安田宗一郎, 津金麻実子, 上島悦子.
神経障害性疼痛に対するガバペンチン
投与後早期の鎮痛効果. ペインクリニ
ック 2009; 30(8): 1101-1104.
29. 沖代奈央, 恒藤 暁. 癌性疼痛に対す
る薬物療法. 消化器外科
2009;32:1001-3.
30. 谷向 仁, 恒藤 暁. うつ病の理解と
ケア: がん医療におけるうつ病. 緩和
ケア 2009; 19(3): 216-9.
31. 沖代奈央, 恒藤 暁. 症状マネジメン
トの考え方. 外科治療 2009; 101(2):
103-111.
32. 恒藤 暁. がん性疼痛の薬物療法. 治
療 2009; 91(10): 2400-2405.
33. 合屋 将, 恒藤 暁. 在宅がん緩和ケ
アに必要な腫瘍学の基本. 平原佐斗司,
茅根義和 編. チャレンジ! 在宅がん
緩和ケア. 東京: 南山堂, 2009: 1-17.
34. 沖代奈央, 恒藤 暁. 癌悪液質症候群.

山東勤弥, 保木昌徳, 雨宮照祥 編.
NST のための臨床栄養ブックレット第
6 巻 癌, 化学療法, 褥瘡, AIDS. 東
京: 文光堂, 2010: 36-42.

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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
（総合）分担研究報告書

がん診療連携拠点病院における遺族による終末期がん患者の QOL の評価に関する研究

分担研究者 志真泰夫 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

研究要旨 本研究の目的は、がん診療連携拠点病院における遺族による終末期がん患者の QOL の評価を明らかにすることである。調査施設は 56 のがん診療連携拠点病院であり、調査項目は Good Death Inventory であった。合計 4690 人の遺族に調査票が発送され、2570 人から回収した。GDI の各項目で「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」と回答した割合は以下のとおりである。1. からだの苦痛が少なく過ごせた（50%）、2. 望んだ場所で過ごせた（54%）、3. 楽しみになるようなことがあった（31%）、4. 医師を信頼していた（79%）、5. 人に迷惑をかけてつらいと感じていた（51%）、6. ご家族や友人と十分に時間を過ごせた（60%）、7. 身の回りのことはたいてい自分でできた（40%）、8. 落ち着いた環境で過ごせた（58%）、9. ひととして大切にされていた（83%）、10. 人生をまっとうしたと感じていた（43%）。これらの結果から、がん診療連携拠点病院における遺族による終末期がん患者の QOL で既に多くが達成されている側面と、診療・ケア体制の整備などの改善や新たな臨床介入の開発が必要な領域が明らかになった。

A. 研究目的

わが国においては緩和ケア病棟における死亡者は、全がん死亡者の 5%であり、80%以上が一般病院で死亡している。しかし、一般病院における多施設の遺族調査は現在まで行われていない。わが国のがん医療および緩和ケアの全国的な均てん化のためには、一般病院での調査が必要である。特に、がん診療連携拠点病院は政策的にも地域においてがん医療、緩和ケアの中心的な役割を果たす施設であり、がん診療連携拠点病院における緩和ケアの水準を評価することは重要と考えられる。

終末期がん患者の QOL の評価は、心身の脆弱性から患者本人による評価を行うことは困難である。従って、世界的に、QOL の評価を遺族の評価によって行われている。わが国では遺族による終末期がん患者の QOL の評価尺度として Good Death Inventory (GDI) が作成され、信頼性・妥当性が検証されている。

本研究の目的は GDI を用いて、がん診療連携拠点病院における遺族による終末期がん患者の QOL の評価を行うことである。

B. 研究方法

対象施設は、2007 年 9 月 1 日現在におけるがん診療連携拠点病院のうち、本研究の参加に同意した 56 施設である。各施設の一般病棟において 2006 年 8 月 1 日から 2007 年 7 月 31 日に死亡した患者のうち、適格基準を満たすがん患者の遺族を対象とした。適格基準は（1）患者の死因ががんである。

（2）死亡場所が一般病棟（緩和ケア病棟以外の病棟）である。（3）がんの原発部位が肺、胃・食道、肝臓・胆嚢・膵臓、大腸・直腸、乳腺、泌尿器（腎臓、前立腺、膀胱）、婦人科（卵巣、子宮）である。（4）入院から死亡までの期間が 3 日以上である。（5）死亡時の患者の年齢が 20 歳以上である。（6）遺族の年齢が 20 歳以上である。（7）遺族に病名が「がん」であることの告知がなされている、である。調査方法は自記式質問紙を用いた郵送調査である。調査内容は GDI 短縮版 18 項目および患者・遺族の背景要因である。

C. 結果

56 施設で合計 4690 人に調査票が発送され、2570 人から回収した（回収率 55%）。

患者の死亡年齢の平均は 70±11 歳、性は男が 64%、平均在院日数は 44±52 日であった。遺族の年齢の平均は 60±12 歳、性は男が 32%、続柄は配偶者が 60%、死亡前 1 週間には 84%が週に 4 日以上の付き添いをしていた。

GDI の各項目で「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」と回答した割合は以下のとおりである。1. からだの苦痛が少なく過ごせた（50%）、2. 望んだ場所で過ごせた（54%）、3. 楽しみになるようなことがあった（31%）、4. 医師を信頼していた（79%）、5. 人に迷惑をかけてつらいと感じていた（51%）、6. ご家族や友人と十分に時間を過ごせた（60%）、7. 身の回りのことはたいてい自分でできた（40%）、8. 落ち着いた環境で過ごせた（58%）、9. ひととして大切にされていた（83%）、10. 人生をまっとうしたと感じていた（43%）、11. 納得がいくまで治療を受けられた（52%）、12. 自然に近いかたちで過ごせた（48%）、13. 大切な人に伝えたいことを伝えられた（43%）、14. 先々に起こることを詳しく知っていた（42%）、15. 病気や死を意識せずに過ごせた（20%）、16. 他人に弱った姿をみせてつらいと感じていた（62%）、17. 生きていることに価値を感じられた（51%）、18. 信仰に支えられていた（19%）。

D. E. 考察・結論

GDI では項目番号 1～10 を「共通して重要な項目」、11～18 を「ひとによって重要性が異なるが大切な項目」と定義している。したがって、1～10 までの項目は全てのがん患者で達成することが目的となる。この点に留意して考察する。

「共通して重要な項目」では、「ひととして大切にされていた」「医師を信頼していた」などはほぼ 80%以上が回答し、おおむね高い評価であった。それに反して、「から

だの苦痛が少なく過ごせた」「望んだ場所で過ごせた」「人に迷惑をかけてつらいと感じていた」「身の回りのことはたいてい自分でできた」「ご家族や友人と十分に時間を過ごせていた」「落ち着いた環境で過ごせた」「人生をまっとうしたと感じられていた」などはおおむね 50%程度の回答であり、改善の必要性があることが判明した。特に「楽しみになるようなことがあった」は回答割合が低かった。今後は、すべてのがん患者で上記の望ましい QOL が達成されるために、ケアの改善や臨床介入の方法を開発する必要がある。

「ひとによって重要性が異なる項目」は患者の選好がわからないため、一律に評価することは難しい。今後はこれらに関連する要因を明らかにするとともに、それぞれの項目に対し、それを望む患者が十分なケアを受けられるように体制を整備し、必要な臨床介入を開発する必要がある。

（倫理面への配慮）

研究は質問紙によるアンケート調査であるので、明らかな遺族への不利益は生じないと考えられる。しかし、受けたケアを評価することに対する精神的葛藤や、つらい体験に関する心理的苦痛を生じることが予測されるので、調査は、各施設から独立した団体が行っていること、回答内容は施設に個人が特定できるかたちで知らされないこと、および、調査に回答するかどうかは自由であることなどを明記した趣意書を同封し、対象者に対する説明を行い、返送をもって研究参加への同意を得たと見なした。研究計画は東京大学大学院医学系研究科および研究参加施設の倫理委員会へ提出し、承認を得たのちに実施した。

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