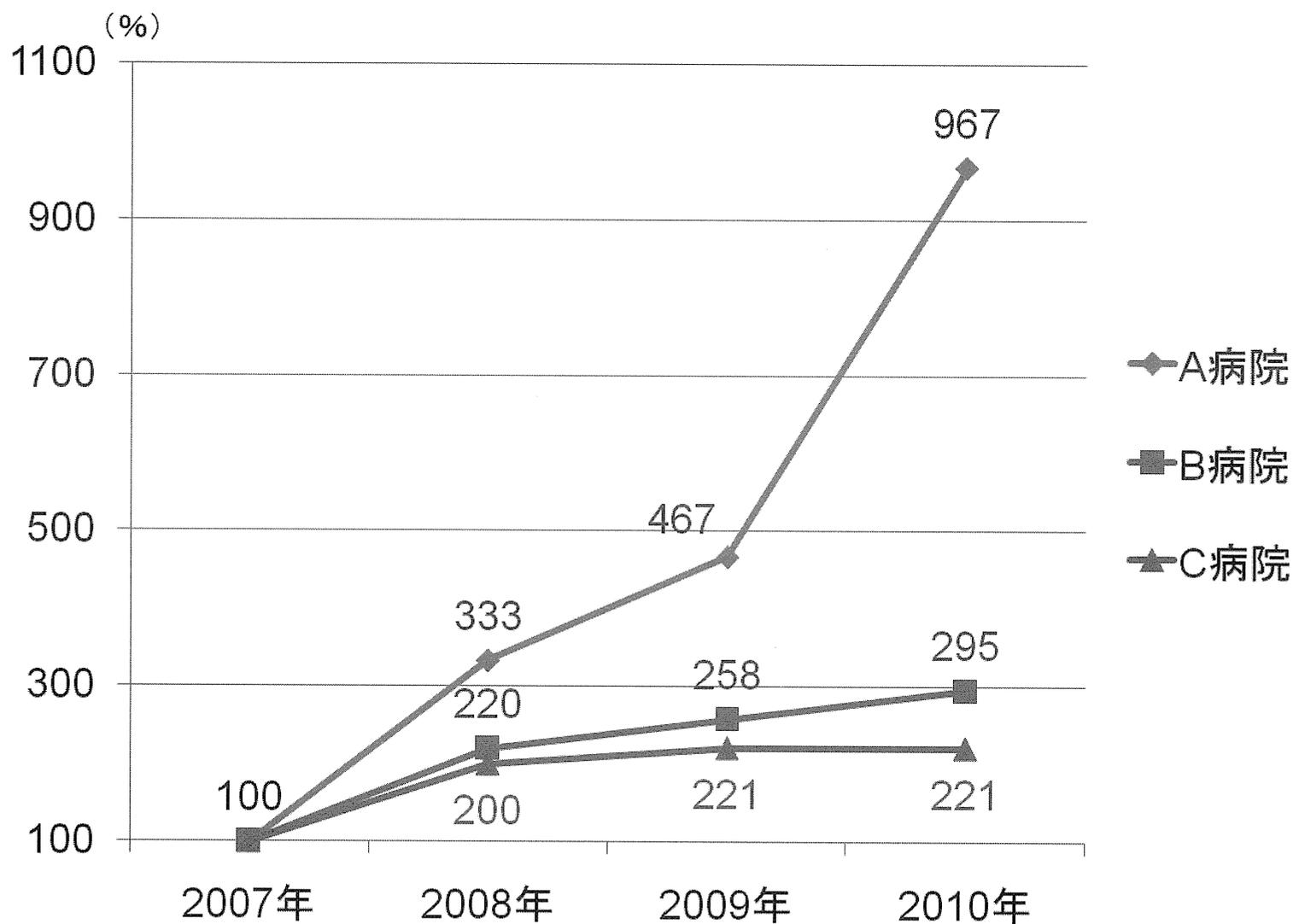


文献

- 1) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol*. 2007; 18: 1090-1097.
- 2) Yamagishi A, Morita T, Miyahsita M, et al. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan . *Support Care Cancer*, in submission.
- 3) 片山壽. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 監修／執筆 片山壽. 篠原出版新社, 東京, 2008.
- 4) (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. ホスピス緩和ケア白書 2008 緩和ケアにおける医療提供体制と地域ネットワーク. 編集 : (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. 青海社, 東京, 2008.
- 5) Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*. 2006; 332: 515-521.
- 6) Fukui S, Fujita J, Tsujimura M, et al. Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. *Ann Oncol*. 2011; 22: 2113-2120.
- 7) Phillips CO, Wright SM, Kern DE, et al. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*. 2004; 291: 1358-1367.
- 8) Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; CD004510.
- 9) 宇都宮宏子. 病棟から始める退院支援・退院調整の実践実例. 編集 : 宇都宮宏子. 日本看護協会出版会, 東京, 2009.
- 10) 篠田道子. ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり. 監修 : (社)全国訪問看護事業協会／編集 : 篠田道子. 日本看護協会出版会, 東京, 2007.
- 11) Nosbusch JM, Weiss ME, Bobay KL. An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *J Clin Nurs*. 2011; 20: 754-774.
- 12) 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM-study)の経過と今後の課題. 編集:(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団. ホスピス緩和ケア白書 2011. 2011; p24-41.
- 13) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Med*. 2008; 25: 412-418.
- 14) 長崎地域. 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班. 平成22年度総括研究報告書 研究リーダー 江口研二. 2011年3月; p152-211. (査読者・編集者へ: 2012年4~5月にこの報告書の内容がさらに詳細に整理されてWebに掲載されますのでそれと差し替えます)
- 15) 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子, 他. 在宅の視点のある病棟看護尺度の開発. 第29回看護科学学会, 千葉, 2009.

- 16) 伊藤由美子, 長田正子, 池垣淳一. 地域連携のための病院看護師たちの新たな試み—電話インタビューと地域での体験研修—. 緩和ケア. 2009; 19: 143-146.
- 17) 井村千鶴, 佐原千恵子, 梨田えり子, 他. 地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験. 緩和ケア, in press.
- 18) Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? BMJ. 2004; 328: 1561-1563.
- 19) Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008; 337: a1655.

図1 がん診療連携拠点病院から在宅診療を導入した患者の増加比



* 2007年を100とした場合の増加比

図2 B病院の緩和ケアチームの対象患者の転帰

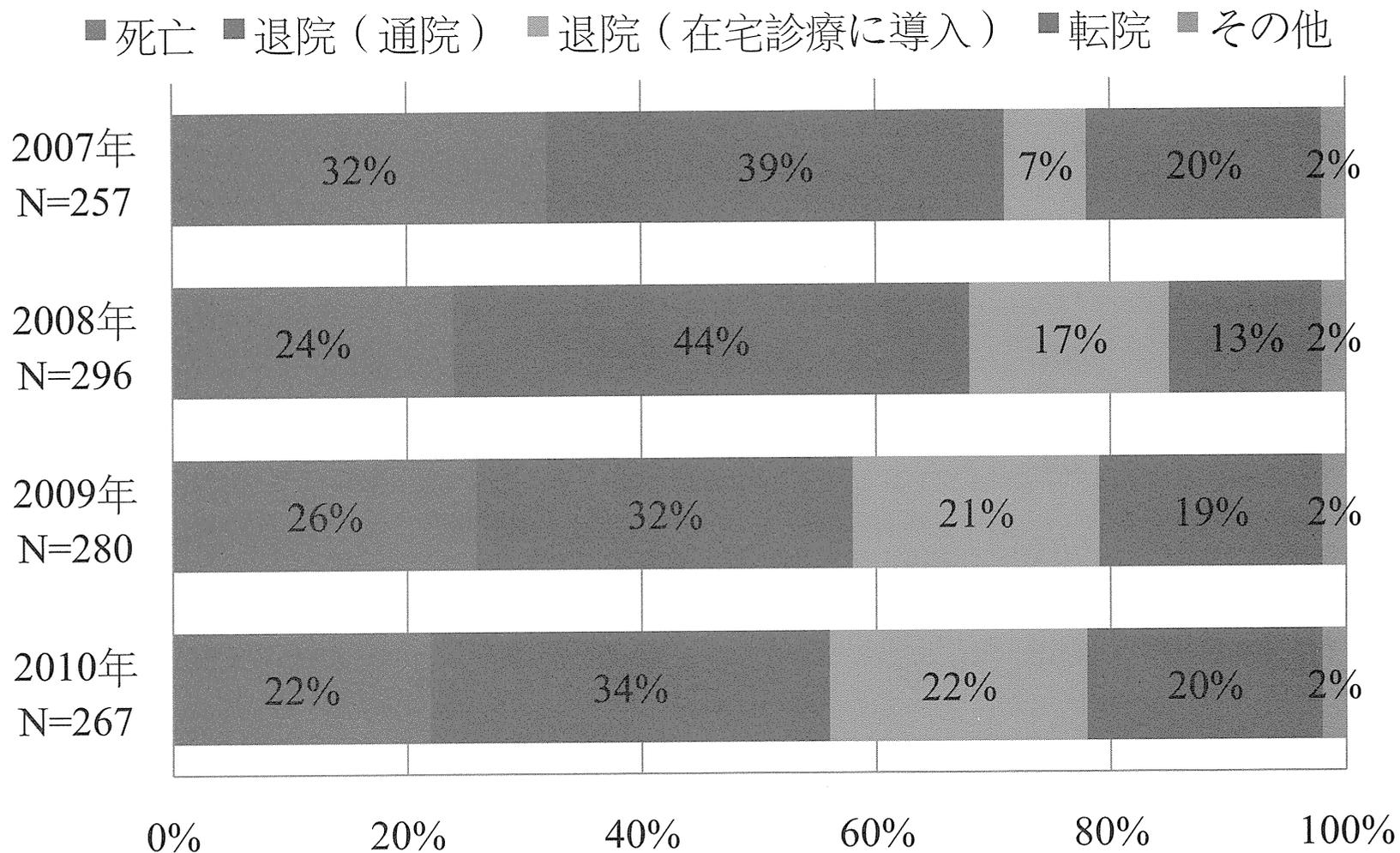


表 1 病院医師・看護師の在宅の視点の変化

	看護師				医師			
	A病院 n=146	B病院 n=207	C病院 n=116	P	A病院 n=25	B病院 n=98	C病院 n=31	P
実際に経験したり情報を得たりすることで、がんでも希望すれば最期まで在宅で過ごせると思うようになった	76%	75%	60%	.0035 b, c	88%	64%	71%	.070
患者・家族が在宅で過ごしたいといった場合、できるだけ対応した	73	65	58	.030 b	100	79	97	.0031 a
在宅で過ごしたいか、自分から尋ねるようにしていた	64	51	48	.012 a, b	96	72	84	.027 a
在宅移行する患者では、容態が変わったときの対応や連絡方法をあらかじめ決めるようになった	51	49	34	.0075 b, c	88	54	55	.0066 a, b
在宅移行する患者では、投薬など、患者・家族が在宅でもできるように、入院中からシンプルにするようになった	64	78	47	<.0001 a, b, c	84	62	61	0.11
退院後に必要な医療処置（傷の消毒、カテーテル管理、吸引など）について患者・家族に十分に説明するようになった	61	73	53	0.0007 c	NA			
自宅のトイレ、風呂、ベッド等の環境についてアセスメントするようになった	70	78	50	<.0001 b, c	NA			

%は、「ややそう思う・そう思う」の合計; NA: 調査していない; 太字は60%より大きい項目を表す

a: A病院 vs. B病院、b: A病院 vs. C病院、c: B病院 vs. C病院間に有意差がある(P<0.0167)ことをしめす。P値は3群間の比較を示す

分担研究報告書

鶴岡地域 「緩和ケア提供体制が未整備な地域の緩和ケアの整備に関する研究」
－寸劇を取り入れた市民啓発法の評価－に関する研究

研究分担者 鈴木 聡 鶴岡市立荘内病院外科

研究要旨

寸劇を取り入れた緩和ケア出張講演会の有用性を評価した。従来の講演会に地域の医療従事者が演じる寸劇を加えると、地域住民の、緩和ケアや麻薬に関する「正しい知識」や「医療に対する安心感」が増す傾向にあった。しかし、「正しい知識」に比べ、「医療の安心感」の項目は半年後の追跡調査では講演会前の結果まで戻ってしまう傾向にあった。医療に対する変わらぬ安心感を持ち続けてもらうためには、短期間内に、繰り返し啓発することが必要であると思われた。

A. 研究目的

がん緩和ケアの普及のためには、市民への適切な啓発が必要である。本研究の目的は、従来の緩和ケア出張講演会に、寸劇を取り入れた市民啓発法が有用であるかを評価することと、緩和ケア出張講演会がもたらす長期的な効果を検討して講演会のあり方を考えることである。

B. 研究方法

鶴岡・三川地域に在住の一般市民を対象に、平日の日中、緩和ケアサポートセンター鶴岡・三川のメンバーが中心となって、地域のコミュニティセンター等に出向き、講演と寸劇による緩和ケア出張講演会（小規模講演会）を平成21年と22年で計7回行った（図1）。内容は医師による緩和ケアの講演（30分）と、寸劇（30分）との2部構成である。寸劇のシナリオは、入院中のがん患者が家族や医療者のあたたかいサポートを得て充実した在宅生活を送れるようになるまでの過程を描いたもので、役者は地域の診療所の医師や看護師なども加わり緩和ケアサポートセンターのメンバーがとめた。参加者には、緩和ケアのイメージについて講演会の前後と6ヵ月後（追跡）にアンケート調査を実施した。また、寸劇あり・なしで2回開催された市民公開講座（大規模講演会）でも同様なアンケートを行った。

（倫理面への配慮）

市民へのアンケート調査については、対象者にアンケート調査の目的、方法、個人情報への配慮などについて書面で説明した。個々の調査への参加意思の有無は、自由意志によるアンケート用紙の提出（半年後の追跡調査は、調査票の返送の有無）で判断した。

C. 研究成果

アンケート結果から、寸劇を取り入れた出張講演

会は、緩和ケアや麻薬に関する正しい知識の提供に効果があった。「緩和ケアの知識」に関する項目は、6ヵ月後の追跡調査でも大きな変化として維持され講演会の有効性を示唆したが、「医療の安心感」の項目は講演会前後では比較的大きな変化がみられたが、追跡調査ではほとんど変化が見られなくなる傾向にあった（図2）。また、市民公開講座のアンケート結果からは、寸劇を取り入れた場合の優位性が示された（図3）。

D. 考察

寸劇を取り入れた講演会は、緩和ケアや麻薬に関する「正しい知識」や「医療の安心感」の提供にはある一定の効果があった。特に参加者からは、「パンフレットから得られる知識より寸劇のほうが何倍も分かりやすかった」とか、「顔見知りの医療者が方言（庄内弁）を使って熱演した姿は感動的」などの寸劇に対する肯定的な意見が多く、講演に寸劇を加えることの有用性が評価されたものと考えられた。

一方、「医療の安心感」の項目は、6ヵ月後の追跡調査では変化が少なくなってしまう傾向にあったため、ある程度短期間での啓発活動の繰り返しが必要と思われた。市民に医療の安心感を持ち続けていただくことの難しさを痛感した。

この研究の限界として、講演会参加者の背景因子（年齢、立場など）に大きなばらつきがあり、寸劇そのものの有用性を評価するには多少無理があると思われた。また、寸劇以外の講演の内容、演者の資質によってもアンケートの結果が大きく左右される可能性があることも考慮しなければならないと考えられた。

E. 結論

1. 寸劇を取り入れた出張講演会は、緩和ケアに関する「知識」や「医療の安心感」の提供に効果

があった。

2. 「医療の安心感」を市民が持ち続けるためには、短期間内（半年以内）での啓発活動の繰り返しが必要であると思われた。
3. 市民啓発法の一つとして、寸劇は有用である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

和泉典子・秋山美紀・奥山慎一郎・難波幸井・富樫清・柏倉貢・渋谷美恵・武林亨・鈴木聡：地域緩和ケアチームが開催した多施設・多職種デスカンファレンス参加者の体験：OPTIM鶴岡、第16回日本緩和医療学会、札幌、2011年7月

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

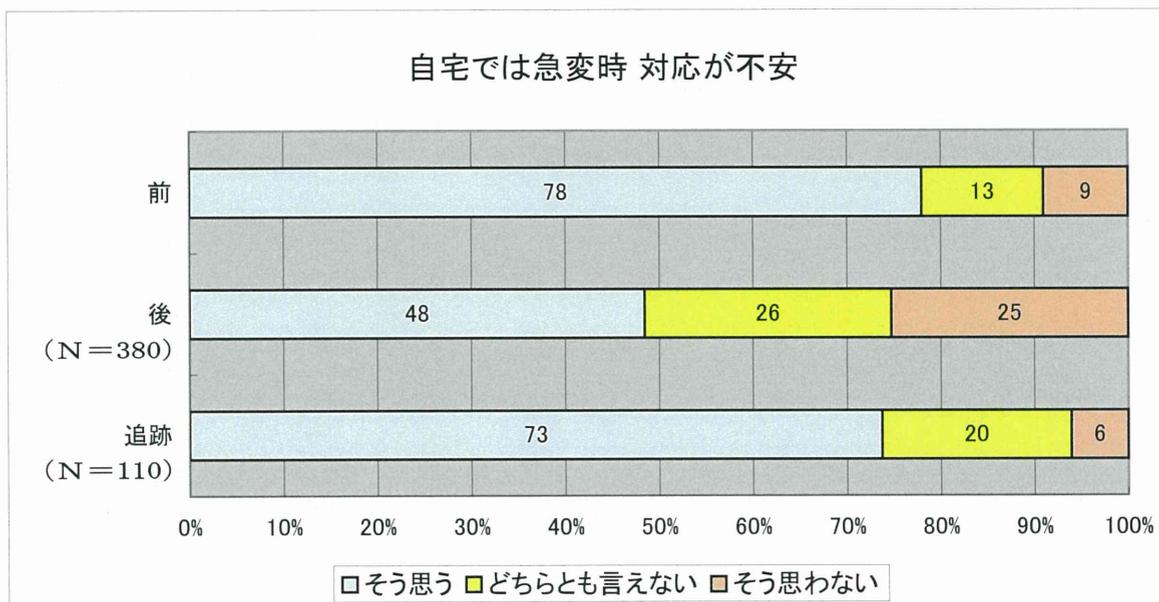
2. 実用新案登録

なし

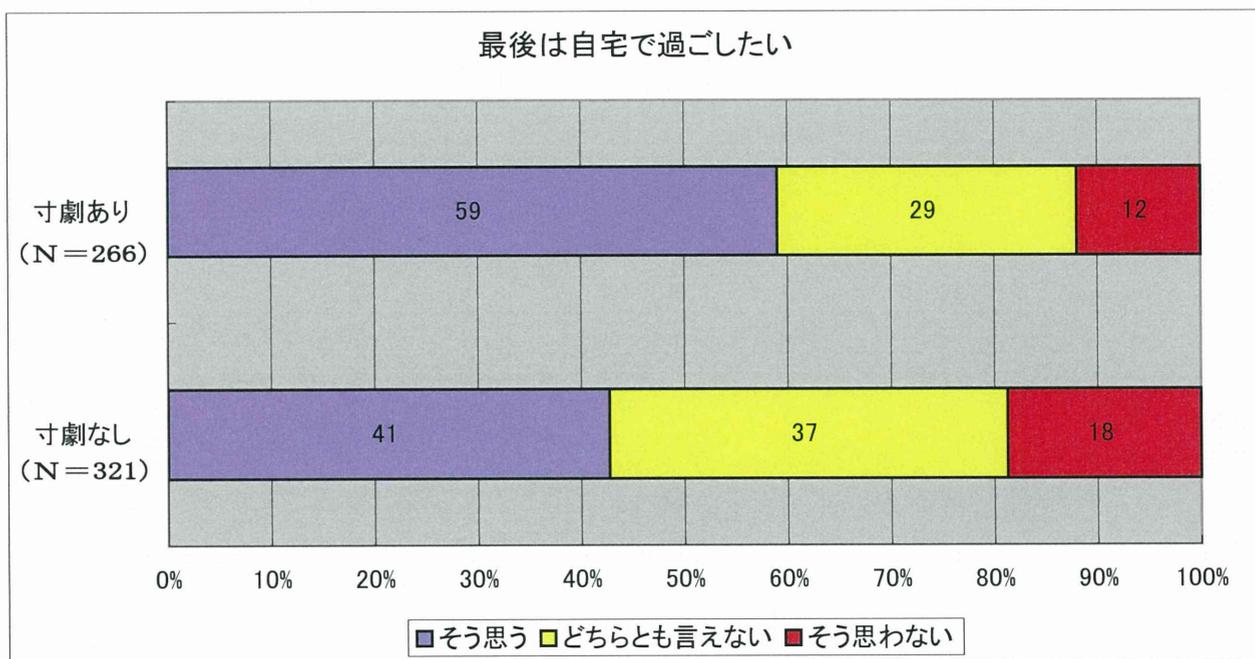
3. その他

なし

【図 2】 出張講演会のアンケート結果（講演会前・後・追跡）



【図 3】 市民公開講座のアンケート結果（寸劇あり、なしの比較）



分担研究報告書

市民への緩和ケアに関する啓発に関する研究

研究分担者 平井 啓 大阪大学コミュニケーション・デザインセンター

研究要旨

本研究の目的は、緩和ケアの有効な啓発介入への示唆を得ることである。OPTIMプロジェクト前後の一般市民の認識の変化とOPTIMプロジェクトの啓発介入が認識に与えた影響について検討した。OPTIM介入4地域と他地域における比較・2007年と2010年に実施された、一般市民を対象とした調査結果の比較を行った。まず、OPTIMプロジェクト前後での地域住民の緩和ケアの認識の変化において、緩和ケアの主要アウトカムとして考える項目に対して、有意な変化がみられなかったことから啓発介入による効果は非常に限定的であることが明らかとなった。OPTIM啓発介入の暴露の程度については、暴露量の絶対値が小さかったことから地域住民の認識を変えるほどの介入量ではない事が明らかになった。今後は地域ごとの一般市民の認識の変化や暴露の有無と認識の変化の関連性について解析を行う予定である。

A. 研究目的

本研究では、OPTIM介入開始前に実施した一般住民対象調査のフォローアップ調査を実施、まず、一般市民の緩和ケアの認識やイメージをOPTIM介入前後、およびOPTIM介入の対照地域（酒田市）、2次医療圏の人口と医療機関数により抽出した対照地域と比較し、啓発介入の暴露があるかを調べることで、緩和ケアの有効な啓発介入の戦略の示唆を得ることを目的とする。次に、OPTIMプロジェクト開始後の一般市民のがんや緩和ケアに関する認識とがんに関する情報のニーズを明らかにすることを目的とする。最後に、OPTIMプロジェクト開始後に作成された緩和ケアのメッセージが一般市民の理解に有効であるかを明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

研究のデザイン：OPTIM介入4地域において、緩和ケアに関する普及啓発介入の対応のない前後比較研究一般市民を対象とした調査で2007年の予備調査の結果と2010年の比較を行う

補足的に2010年の横断調査でコントロール地域（酒田と全国平均的都市（小田原・多治見・佐賀））との行う

（倫理面への配慮）

本研究は匿名による自記式質問紙調査であるため、調査対象に、調査の目的・方法・プライバシーの保護・参加しない場合の不利益の有無・回答は自発的意思に基づくものであることなどについて書面にて説明する。調査への参加の意思は、匿名での調査票の返送の有無で判断する。

C. 研究成果

2007年に実施した予備調査の結果と2010年に実施した本調査について4地域全体の傾向を平均値の比較により検討した結果、緩和ケアでは「化学療法や放射線治療などがんに対する治療と一緒に行う」

（－）、医療用麻薬では「麻薬中毒になったり、禁断症状になる」（－）、「寿命を縮める」（－）、在宅医療では「苦痛を和らげられることはできない」（－）、「急な変化があったときや夜間に、対応できない」（－）、「往診してくれる医師がいない」（－）のそれぞれの項目で有意差が認められた。また緩和ケアという言葉について知っているかについては有意差が認められた一方で、居住地域における緩和ケアサービスの利用可能性については有意差が認められなかった。

OPTIM啓発介入の暴露の程度について4地域で比較したところ鶴岡地域の住民が全般的に暴露の経験が高いことがあきらかになった。

D. 考察

地域住民の緩和ケアの認識へのOPTIM啓発介入の効果は、全国的な変化のトレンドに対して、限定的である可能性が高い。なぜなら、2007年度と2010年度調査の間で「緩和ケアは、痛みや苦痛を和らげる」などの緩和ケアの主要アウトカムとして考える項目において、介入4地域の中で有意な変化が認められなかった。一方で、麻薬に対するイメージなど変化があった項目もあったが、その傾向も4地域とも同じであった。また、2010年度調査における対照地域（酒田・小田原・多治見・佐賀）と比べて認識に違いのある項目は認められなかった。また、鶴岡地域での暴露がいずれの媒体においても他の地域より高い傾向があったが、その暴露量自体は大きなも

のでなかった。

緩和ケアに関して、全国的なトレンドに対して今回OPTIMで実施した普及啓発介入では、介入の質、もしくは介入の量のいずれかにおいて十分でなかったと言える。特に、暴露量の絶対値が小さかったことから、地域住民の認識を変えるほどの介入量が十分でなかった可能性が高い。

E. 結論

OPTIM介入4地域と他地域における比較・2007年と2010年に実施した一般市民を対象とした調査結果の比較を行った結果、OPTIM啓発介入による一般市民の緩和ケアに関する認識の変化ならびに、暴露の程度について著名な影響は認められなかった。OPTIMの啓発介入は、地域住民の認識を大きく変えるほどの介入量ではない事が明らかになった。

今後は地域ごとの一般市民の認識の変化や暴露の有無と認識の変化の関連性について解析を行う予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

Ando M, Morita T, Hirai K, Akechi T, Kira H, Ogasawara E, Jingu K, Ando M, Morita T: Development of a Japanese Benefit Finding Scale (JBFS) for Patients With Cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 28: 171-175, 2011.

Yoshida S, Hirai K, Morita T, Shiozaki M, Miyashita M, Sato K, Tsuneto S, Shima Y: Experience with Prognostic Disclosure of Families of Japanese Patients with Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*: Mar 41(3), 594-603, 2011.

Yamamoto F, Hashimoto N, Kagawa N, Okita Y, Chiba Y, Kijima N, Kinoshita M, Yoshizu K, Fujimoto Y, Hirai K, Yoshimine T: A survey of disclosure of diagnosis to patients with glioma in Japan. *International Journal of Clinical Oncology* 16 : 230-237, 2011.

Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Hirai K, Matoba M, Akizuki N, Shirahige Y, Yamagishi A, Eguchi K: Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer*. Jun 10, 2011.

Hirai K, Kudo T, Akiyama M, Matoba M, Shiozaki M, Yamaki T, Yamagishi, A, Morita, T, Eguchi, K: Public Awareness, Knowledge of Availability, and Readiness for Cancer Pal-

liative Care Services: A Population-Based Survey across Four Regions in Japan. *Journal of Palliative Medicine*. 2011;14(8):918-22.

2. 学会発表

平井 啓, 谷向 仁, 岸あかね, 足立浩祥. 血液がん患者における精神科受診に対する意向・バリア・イメージの関連に関する研究. 第16回日本緩和医療学会学術大会 札幌: 275, Jul 29-30, 2011.

平井 啓: 医療における健康心理学の総論と性格の5因子モデルによる術後乳癌患者の心理的適応の予測について. シンポジウム「医療における健康心理学とパーソナリティ」第24回日本健康心理学会. 2011.9.11. 東京

平井 啓, 谷向 仁, 岸あかね, 足立浩祥: 血液がん患者の家族における精神科受診に対する勧奨・バリア・イメージの関連に関する研究. 第23回日本サイコオンコロジー学会. 2010.9.25. 埼玉

平井 啓: がんに取り組むコーピングを支える: 問題解決療法 シンポジウム がん患者・家族のストレスケア第27回日本ストレス学会学術総会. 2011.11.18. 東京

G. 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

研究報告書

評価測定に関する研究

研究分担者 宮下光令 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻
研究協力者 佐藤一樹 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻
研究協力者 花田芙蓉子 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻

研究要旨

プロジェクトの効果検証のための介入後調査として、専門緩和ケアサービス利用数調査、がん患者の死亡場所調査、地域の緩和ケアの質指標調査、遺族調査を実施した。各調査は、研究計画書に基づき円滑に遂行され、プロジェクトの有効性の評価のための介入後のデータが得られた。

A. 研究目的

本プロジェクトによる地域での実践が緩和ケアの質の向上に有効であったのかを評価し、今後の全国的な普及につなげていくためには、介入効果の適切な評価が不可欠である。評価測定委員会の本年度の目的は、プロジェクトの有効性評価のための、介入後の調査を実施することである。

B. 研究方法

1. 年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用数

【対象】調査対象は、本研究対象地域において専門緩和ケアサービスを提供している、鶴岡地域1施設、柏地域2施設、浜松地域6施設、長崎地域7施設、酒田地域1施設とした。

【方法】施設調査担当者に対し、2010年度（2010年4月～2011年3月）に専門的緩和ケアを受けた当該地域に居住するがん患者について、匿名化された一覧表の作成を依頼し、情報を得た。専門緩和ケアサービスの利用数を年間がん死亡者数で除し、年間がん患者死亡数で補正した専門緩和ケアサービスの利用数として百分率で計算した。

2. がん患者の死亡場所

【対象】地域の全がん死亡患者

【方法】厚生労働省に対し、人口動態調査に係る調査票情報の目的外使用を申請し、2007～2010年（2007年1月～2010年12月）の本研究対象地域および全国におけるがん患者の死亡場所の情報を得た。また、本研究対象地域の緩和ケア病棟の調査担当者に対し、2010年に緩和ケア病棟で死亡した当該地域に居住するがん患者数の集計を依頼し、情報を得た。人口動態統計に基づき、第10回修正国際疾病障害死因分類（ICD-10）の「悪性新生

物」（ICD-10コード C00-C97）に該当する死亡者の、客体、死亡したところの種別、居住地（都道府県符号、市町村符号）、性、年齢、死亡したとき（年月）、死亡の原因（簡単分類）を把握した。

3. 地域の緩和ケアの質指標調査

【測定項目】地域の緩和ケアの質指標である以下の項目とした。

- 1) オピオイドの利用性
- 2) 地域医療者の支援・教育
- 3) 在宅支援機関の利用性
- 4) 専門的なトレーニングを受けた医療者の存在
- 5) 専門的緩和ケアを行うリソースの利用性

【方法】オピオイドの利用性については、県に対して公文書開示請求を申請し、本研究対象地域における2010年（2010年1月～2010年12月）のオピオイド処方量、麻薬免許を所得している診療所の医師数、麻薬を扱える保険薬局の数の情報を得た。地域の医療者の支援・教育については、本プロジェクトにより設置された相談支援センターに対し調査票を配布し、本研究対象地域における2010年の緩和ケアに関する講習会の回数、緩和ケアに関するネットワークの情報を得た。在宅支援期間の利用性については、厚生局に対し行政文書開示請求を申請し、本研究対象地域における2010年の在宅療養診療所の数、24時間対応できる訪問看護ステーションの数、在宅療養支援診療所による在宅看取り数の情報を得た。また、日本ホスピス緩和ケア協会の年次大会資料より、2010年度の緩和ケア病棟の入院患者数と死亡退院数の情報を得た。専門的なトレーニングを受けた医療者の存在については、日本緩和医療学会に対し情報提供を依頼し、本研究対象地域における2010年の日本緩和医療学会に所属している医師の数の情報を得た。また、日本看護協会のホームページより、本研究対

象地域における2010年のがん看護専門看護師、精神看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛緩和認定看護師の数の情報を得た。日本医療薬学会と日本病院薬剤師会のホームページより、本研究対象地域における2010年のがん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師の数の情報を得た。専門的緩和ケアを行うリソースの利用性については、日本ホスピス緩和ケア協会年次大会資料より、本研究対象地域における2010年の緩和ケア病棟のベッド数の情報を得た。また、相談支援センターに対し調査票を配布し、本研究対象地域における2010年の緩和ケアチームの数、緩和ケア外来の回数、コンサルテーションの窓口の数の情報を得た。本研究対象地域の緩和ケア病棟に対し調査票を配布し、2010年の緩和ケア病棟の入院待ち日数が14日以上であった患者の割合に関する情報を得た。本研究対象地域の緩和ケアチームに対し調査票を配布し、2010年の緩和ケアチームの利用待ち時間が48時間以上であった患者の割合に関する情報を得た。地域の緩和ケアの質指標それぞれの項目について年間がん死亡者数で除し、年間がん患者死亡数で補正した地域の緩和ケアの質指標として比で計算した。

4. 遺族調査

【調査時期】 2011年10月～12月

【調査施設】 地域責任者ががん患者を多く診療していると判断した57施設（鶴岡地域8施設、柏地域9施設、浜松地域15施設、長崎地域20施設、酒田地域5施設）とした。

【調査対象】 2010年4月1日～2011年3月31日に、調査施設において死亡したがん患者の遺族のうち、以下の適格基準に該当する者とした。

- 1) 患者が一般病棟・緩和ケア病棟で死亡（診療所及び病院付属の在宅診療部門では在宅死亡）
- 2) 患者の死亡時の居住地が調査対象地域である
- 3) 患者の死因が、がんである
- 4) 患者のがん原発部位が、肺、胃、食道、肝臓、胆管・胆のう、膵臓、結腸、直腸、乳腺、腎臓、前立腺、膀胱、子宮、卵巣である
- 5) 入院または訪問診療の開始から死亡までの期間が3日以上である
- 6) 患者の年齢が20歳以上である
- 7) 遺族の年齢が20歳以上である
- 8) 遺族に病名ががんであることの告知がされている

【調査項目】

- 1) 遺族によるケアの質評価尺度
(Care Evaluation Scale Family version)
- 2) 遺族の評価による終末期のQOL尺度短縮版

(Good Death Inventory)

- 3) 遺族による介護負担感
(Caregiving Consequence Inventory)
- 4) 地域で療養生活を送ることに関する安心感
- 5) 緩和ケアへの準備性
- 6) 緩和ケアに対するイメージ
- 7) 全般満足度
- 8) 背景要因
- 9) プロジェクトによる啓発の曝露について

【調査方法】 郵送法による自記式質問紙にて調査実施した。各施設の調査担当者は適格基準・除外基準に基づいて対象者リストを作成し、予め評価測定委員会より各施設へ配布していた調査票を対象者に送付し、対象者は返信用封筒にて評価測定委員会へ調査票を返送することとした。

(倫理面への配慮)

各調査は戦略研究によって開催される倫理審査の承認の後に実施した。調査施設が必要と判断した場合には、調査施設の施設内倫理委員会による倫理審査を受け、承認の後に実施した。

C. 研究結果

1. 年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用数

対象地域において2010年度に専門緩和ケアを受けた患者の人数は、以下の通りであった。

- ・緩和ケア病棟：635名
- ・緩和ケアチーム：1399名
- ・地域緩和ケアチーム：23名
- ・緩和ケア外来：484名
- ・在宅緩和ケア施設：242名

2. がん患者の死亡場所

対象地域における2010年のがん患者の死亡場所は、死亡者数が5546名で、病院・診療所が4828名（87.1%）、施設が84名（1.5%）、自宅が581名（10.5%）、その他が53名（1.0%）であった。

3. 地域の緩和ケアの質指標調査

対象地域における2010年の地域の緩和ケアの質指標に関してデータを得た。

4. 遺族調査

対象者数は2474名で、平成23年2月14日現在の回収数は1212名（49%）である。

D. 考察・結論

各調査は、研究計画書に基づき円滑に遂行された。本年度実施された介入後調査により、プロジェクト

の有効性評価のための介入後のデータを得ることができたと考えられる。

E. 結論

介入後調査として、専門緩和ケアサービス利用数、がん患者の死亡場所調査、地域の緩和ケアの質指標調査、遺族調査を実施した。各調査は、研究計画書に基づき円滑に遂行され、プロジェクトの有効性の評価のための介入後のデータが得られた。

F. 研究発表
なし

G. 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

分担研究報告書

総合病院による地域緩和ケアの整備に関する研究

研究分担者 森田 達也 聖隷三方原病院 緩和支援診療科 部長

研究要旨

本研究の目的は、在宅特化型診療所とドクターネットの両方が存在する1都市におけるがん患者の自宅死亡率の推移を明らかにすることを通じて、在宅特化型診療所とドクターネットの地域緩和ケアにおける役割についての洞察を得ることである。緩和ケアの地域介入研究が行われた1地域でがん患者の自宅死亡率を2007年から2010年まで取得した。自宅死亡率は、07年の7.0%から10年には13.0%に増加した。自宅死亡総数に占める在宅特化型診療所の患者の割合は49%から70%に増加したが、在宅特化型診療所以外の診療所が診療したがん患者の自宅死亡数も63名から77名と減少しなかった。特化型診療所と一般の診療所のドクターネットは排他的に機能するものではなく、両方のシステムが地域に存在することにより自宅で過ごすがん患者の緩和ケアの向上に寄与する可能性が示唆された。

A. 研究目的

在宅特化型診療所とドクターネットのいずれもが存在する1都市におけるがん患者の自宅死亡率の推移を明らかにすることを通じて、在宅特化型診療所とドクターネットの役割について洞察を得ることである。

B. 研究方法

本研究は、OPTIMプロジェクト(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model、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)の一部として行われたものである^{12, 13}。OPTIMプロジェクトは、4地域を対象とした緩和ケアの地域介入による前後比較研究である。介入地域として、鶴岡地域、柏地域、浜松地域、長崎地域が対象となった。主要評価項目は、患者のquality of care、専門緩和ケアサービスの利用数、自宅死亡率である。地域に対する介入として、2008年から2010年にかけて、緩和ケアの標準化と継続性の向上、患者・家族に対する適切な知識の提供、緩和ケア専門家による診療、地域の緩和ケアの包括的なコーディネーションと連携の促進を柱とする複合介入が行われた。

調査項目・調査方法

総務省人口動態統計の目的外使用利用申請を行い、がん患者の自宅死亡率を07年から10年まで取得した。あわせて、地域の在宅特化型診療所1施設におけるがん患者の自宅死亡数を診療記録より取得した。従来型診療所におけるがん患者の自宅死亡数は、人口動態統計から取得したがん患者の自宅死亡数から、在宅特化型診療所の診療記録から取得した死亡数を除いたものとした。比較のため、全国でのがん患者

の自宅死亡率、ドクターネットによる診診連携体制を中心としてプロジェクトが行われた長崎地域の自宅死亡率の推移を算出した。

浜松地域における在宅特化型診療所、ドクターネット、病院との診療における連携体制¹⁴

浜松地域において、在宅特化型診療所はOPTIMプロジェクト前の2005年から常勤医師1名で活動を開始し、2006年から診療所看護師が訪問看護を開始した。2009年に常勤医師2名となり、患者数に応じて、比較的固定している常勤的非常勤医師2名を含む非常勤医師で診療を行った。

ドクターネットは、OPTIMプロジェクトがすすむなかで診療所同士の連携を強化する希望が高まったため、浜松市医師会が中心となって2009年から2010年にかけて発足した。在宅医療における診診連携を目的として5名の世話人が置かれており、その1名が在宅特化型診療所の医師である。参加診療所は、2010年発足時には25診療所、2010年11月には41診療所であった。

一方、病院は、4つのがん診療連携拠点病院と1つの総合病院に合計5つの緩和ケアチームと1つのホスピス病棟がある。緩和ケアチームは「緩和ケアチーム合同カンファレンス」で連携するとともに、メールによる「緩和ケアホットライン」を設置した。緩和ケアホットラインは、地域からの緩和ケアに関する質問に対して1つのアドレスに送付すると、同時に5つの緩和ケアチームすべてに共有されるものである。また、ホスピス病棟は「ホスピスの利用を考える会」を開催して地域での利用の改善をはかるとともに、自宅患者のレスパイト入院を行った。在宅特化型診療所、ドクターネット、病院との医師の診療面における連携の具体的な内容を図1に示す。

連携は、主治医機能の連携、入院機能の連携、症状緩和が困難な場合の専門緩和ケアの連携の3つが実施された。主治医機能の連携は、ドクターネット内の従来型診療所—従来型診療所、特化型診療所—従来型診療所間で行われ、主治医機能を交代するものである。専門緩和ケアの連携は、必要なときに受診、紹介状やメール・電話による相談として行われた。病院の緩和ケアチームが定期的に診療所に訪問して行うアウトリーチプログラムが在宅特化型診療所に対して行われた。それぞれの連携は、機能のみならず、お互いに連絡しやすい、価値観が類似している、地理的条件が近いなど個々の状況に応じて緩やかに臨機応変に行われた（例えば、図において左2つの従来型診療所は特化型診療所と連携、中央の従来型診療所は主治医機能においては特化型診療所に加えて他の従来型診療所とも連携するが専門緩和ケアについては病院と連携する、右3つの従来型診療所は主治医機能においては相互に連携し専門緩和ケアについては病院と連携するなど柔軟な連携が行われたことを示す）。

（倫理面への配慮）

ヘルシンキ宣言にしたがい倫理的に妥当な方法で行った。

C. 研究成果

浜松地域におけるがん患者の自宅死亡率（死亡数）は、2007年に7.0%（124名）であったが、10年には13.0%（255名）に増加した（増加率：106%、図2）。この間、全国での自宅死亡率は6.7%（22623名）から7.8%（27508名）であり（増加率：22%）、長崎地域の自宅死亡率は、07年には6.9%（95名）であったが、10年には10.3%（151名）であった（増加率：59%）。

自宅がん死亡数のうち、在宅特化型診療所、従来型診療所で診療を受けた患者数を図3に示す。自宅がん死亡総数に占める在宅特化型診療所の患者の割合は、2007年には49%であったが、10年には70%に増加した。しかし、従来型診療所が診療した自宅がん死亡数も、07年の63名から、09年は98名、10年は77名であり増加していた。

D. 考察

本研究は、1都市におけるがん患者の自宅死亡率の推移を通じて地域のがん緩和ケアにおける診療所のあり方について洞察をもたらすものである。

第一に、地域全体でのがん患者の自宅死亡率は、3年間という短期間に約2倍に増加した。増加の原因を特定することは対照地域が設定されていないため方法論的に不可能であるが、想定される理由として、1)病院から自宅への退院支援・調整プログラムの普及や「希望があれば帰ることは可能である」との病院医師・看護師の認識の変化、2)在宅特化型診

療所の存在による診療可能な患者数の増加、3)診療所同士の連携による主治医機能の連携、4)専門的緩和ケアについての在宅特化型診療所と病院からの従来型診療所への支援などが考えられる。特に、ドクターネットによる診療連携を基盤として同プロジェクトが行われた長崎地域と比較した場合にも自宅死亡率の上昇がやや多かったことから⁹⁾、緩和ケアチームのアウトリーチを受けた在宅特化型診療所による診療可能な患者数の増加と、従来型診療所への主治医機能と専門的緩和ケアの両面からの支援が自宅死亡率の上昇の要因になったと推測される。

第二に、特化型診療所が診療する患者数が増加したとしても、従来型診療所が診療する患者数は減少せず、むしろやや増加していた。特化型診療所ができることで自宅患者のほとんどを寡占するようになるとの懸念がしばしばあるが、浜松地域においてはこの現象は顕著には見られなかった。想定される理由は、1)患者や家族が信頼しているかかりつけ医にみてほしい、2)特化型診療所の医師の方針が患者・家族と必ずしも一致しない、3)特化型診療所は広範囲をカバーするためより近くの診療所を選択する、4)従来型診療所も在宅診療を熱心に行っている、5)特化型診療所と連携することで従来型診療所ががん患者を診療しやすくなる、6)訪問看護師や保険薬局薬剤師などチームとして緩和ケアの技術が向上することで対応が可能になる、など複数の理由が考えられる。

本研究の限界として、1地域における研究であるので他の地域に当てはまるとは限らない、患者・家族のquality of lifeを評価したものではない、3年間の数値であり今後変化する可能性がある、個々の連携の状況（ドクターネットの診療数、特化型診療所が従来型診療所を支援して診療した患者数など）に関するデータを取得できなかったことが挙げられる。

E. 結論

特化型診療所と診療所間のドクターネットは相互に排他的に機能するものではなく、両方のシステムが地域に存在することで自宅で過ごすがん患者の緩和ケアに寄与する可能性が示唆された。このモデルが他のモデル（複数の特化型診療所のみで地域を担当する、地域ごとに割りつけられた従来診療所が地域を担当する、病院からの在宅診療部門が加わるなど）と比較してどのようなアウトカムや費用対効果をもたらすのかについては、他地域を含めた比較研究が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Hirai K, Akiyama M, Miyashita M, Morita T,

- Eguchi K, et al: Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: A population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med* 14(8): 918-922, 2012.
2. Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Hirai K, Akizuki N, Shirahige Y, Eguchi K, et al: Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer*. 2011 Jun 10. [Epub ahead of print]
 3. Komura K, Akizuki N, Kawagoe S, Kato M, Morita T, Eguchi K, et al: Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held records for cancer patients in Japan: OPTIM study. *Palliat Med*. 2011 Dec 16. [Epub ahead of print]
 4. Morita T, Miyashita M, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, Akiyama M, Hirai K, Eguchi K, et al: A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care*. 2012 Jan 11;11(1):2. [Epub ahead of print]
 5. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K, et al: Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer*. 2012 Jan 24. [Epub ahead of print]
 6. 森田達也: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト—浜松地域のあゆみと今後の課題—. *大阪保険医雑誌* 39(533): 10-17, 2011.
 7. 井村千鶴, 森田達也, 他: 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの参加者の体験. *緩和ケア* 21(3): 335-342, 2011.
 8. 清原恵美, 森田達也, 他: 地域における緩和ケア病棟の役割—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価—. *死の臨床* 34(1): 110-115, 2011.
 9. 山岸暁美, 森田達也, 他: 在宅緩和ケアに関する望ましいリソースデータベースとは何か?—多地域多職種を対象とした質的研究. *緩和ケア* 21(4): 443-448, 2011.
 10. 末田千恵, 鈴木聡, 木下寛也, 白髭豊, 木澤義之, 森田達也, 他: どのような緩和ケアセミナーが求められているか: 4,188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因. *ペインクリニック* 32(8): 1215-1222, 2011.
 11. 森田達也, 他: 多施設との医療連携の現状: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) 浜松地域のあゆみと今後の課題. *最新精神医学* 16(5): 563-572, 2011.
 12. 井村千鶴, 森田達也, 他: 在宅死亡したがん患者の遺族による退院前カンファレンス・退院前訪問の評価. *緩和ケア* 21(5): 533-541, 2011.
 13. 鈴木留美, 森田達也, 他: 「生活のしやすさ質問票 第3版」を用いた外来化学療法患者の症状頻度・ニードおよび専門サービス相談希望の調査. *緩和ケア* 21(5): 542-548, 2011.
 14. 森田達也: 緩和ケアの地域関連 OPTIM プロジェクト浜松 地域リソースの「オプティマイズ=最大活用」と網目のようなネットワークが緩和ケア普及の鍵. *Medical Partnering* 56: 1-5, 2011.
 15. 古村和恵, 宮下光令, 木澤義之, 川越正平, 秋月伸哉, 鈴木聡, 木下寛也, 白髭豊, 森田達也, 他: 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821名の自由記述からの示唆. *Palliat Care Res* 6(2): 237-245, 2011.
 16. 小野宏志, 森田達也, 他: 地域の多職種で作成した調査票を用いた在宅死亡がん患者の遺族による多機関多職種の評価. *緩和ケア* 21(6): 655-663, 2011.
 17. 山岸暁美, 森田達也, 白髭豊, 木下寛也, 秋月伸哉, 鈴木聡, 加藤雅志, 江口研二, 他: 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出—OPTIM-Studyによる複数地域・多職種による評価—. *癌と化学療法* 38(11): 1889-1895, 2011.
 18. 古村和恵, 鈴木聡, 森田達也, 江口研二, 他: 市民の緩和ケアに対するイメージの変化. *緩和ケア* 22(1): 79-83, 2012.
 19. 佐藤泉, 森田達也, 他: 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価. *訪問看護と介護* 17(2): 155-159, 2012.
2. 学会発表
 1. 山本亮, 森田達也, 他: 「看取りのパンフレット」を用いた家族への介入の遺族から見た評価: OPTIM-study. 第16回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
 2. 大谷弘行, 森田達也, 他: 「看取りのパンフ

レット」を用いた終末期せん妄のケアに対する遺族評価：OPTIM-study. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌

3. 森田達也, 鈴木聡, 木下寛也, 白髭豊, 他: どのような緩和ケアセミナーが求められているか: 4188 名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因: OPTIM-study. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
4. 鄭陽, 森田達也, 他: 患者・遺族調査の結果をもとにした緩和ケアセミナーの有用性: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
5. 藤本亘史, 森田達也, 他: 早期からの緩和ケアは実現されている: OPTIM 浜松 3 年間の経験. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
6. 井村千鶴, 森田達也, 他: 退院前カンファレンス・退院前訪問の遺族から見た評価: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
7. 井村千鶴, 森田達也, 他: 浜松市におけるがん患者の自宅死亡率の推移: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
8. 井村千鶴, 森田達也, 他: 地域で行う困難事例カンファレンスの評価: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
9. 前堀直美, 森田達也, 他: 遺族から見た保険薬局の評価: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
10. 佐藤泉, 森田達也, 他: 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価 OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
11. 小野宏志, 森田達也, 他: 地域の多職種で作成した「今、遺族に聞きたいこと」からみた在宅ホスピスの評価: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
12. 山内敏宏, 森田達也, 他: 地域におけるホスピスの役割: ホスピスの利用を考える会の評価: OPTIM 浜松. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌
13. 古村和恵, 鈴木聡, 森田達也, 江口研二, 他: 市民公開講座を受講した前後の緩和ケアに対するイメージの変化: OPTIM study. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011.7, 札幌

G. 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。

図1 在宅特化型診療所、ドクターネット、病院との診療における連携体制

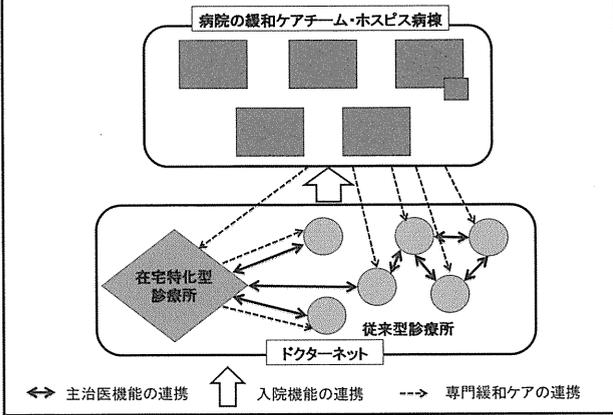


図2 自宅死亡率の推移

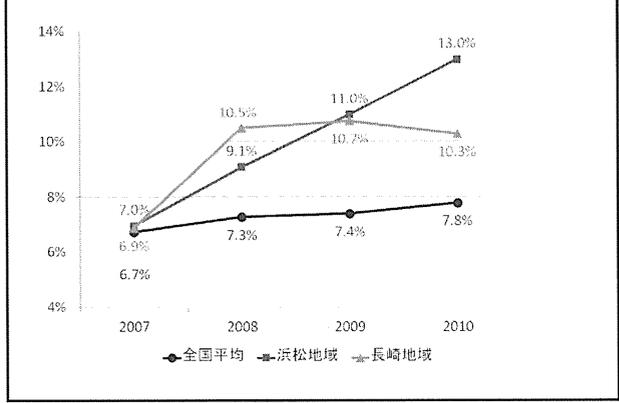
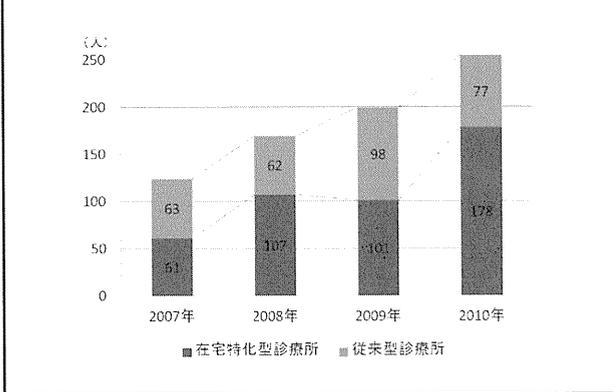


図3 在宅特化型診療所と従来型診療所のがん患者の自宅死亡数の推移



分担研究報告書

インターネットによる緩和ケア普及のための情報発信に関する研究

研究分担者 山川 宣 国家公務員共済組合連合会六甲病院 緩和ケア科医長

研究要旨

緩和ケア普及のための情報発信として、ホームページ(HP)を運用した。H20.4～H23.3までのアクセスデータを元に、最終的な利用動向の解析を行った。総計4,313,960ページビュー(PV)、119,832PV/月の利用があった。マテリアルのDL統計から、退院調整、腹部膨満感、疼痛などの項目の利用が多く、HPの利用は情報発信だけではなく、腹部膨満感など利用者のニーズを把握できる可能性も示唆された。

A. 研究目的

緩和ケアを地域に普及させるための手法として、情報提供手段の提供が重要と考えられた。そこで、インターネットでの情報発信を行い、検証した。

B. 研究方法

緩和ケア普及において必要な情報発信として、インターネットを利用しての手法を検討するため、H20年度からH22年度まで公開したホームページ(HP)の利用動向(H20.4.1～H23.3.31)を、HPサーバー会社が提供している Urchinを行い情報収集、総PVや、HPのカテゴリ別のアクセス動向、配布資料のDL数などを計測した。鶴岡地域、長崎地域については、H21年度に独立した地域ページの運営も開始となり、アクセス数についてはそれぞれの独立したホームページからの情報も計測した。

また、研究後に公開を続けているHPのメンテナンスをおこなった。

(倫理面への配慮) 本研究では個人情報扱っていない。

C. 研究成果

閲覧数は、研究期間を通じて計4,313,960PVであった。閲覧者の行動からは、このうち約1/4は、当HPを実際に利用していたと考えられる(1分以上、3ページ以上の利用を、「検索エンジンの自動巡回」や「たまたま訪れてしまった」などではない、実際の利用と想定。それぞれ23%, 28%)。内容別では、医療者向けコンテンツが44%で特にステップ緩和ケアオンライン版が20%と、多く利用されていた。その他に、一般向けページが13%、地域別ページが9%であった。

地域別の内訳は、鶴岡地域20%、柏地域30%、

浜松地域30%、長崎地域20%であった。

DL回数の統計では、退院支援の利用が38,040回と非常に多く、さらに症状では腹部膨満感の説明パンフレットが18,482回と突出して多かった。疼痛関連では、疼痛の評価シートが12,786回、「医療用麻薬を初めて使用するとき」のパンフレットが12,596回などで、第3位、第4位となっていた。

利用者がどの検索語で当HPを検索したかの統計(H21.4～H23.3)では、OPTIMなどのプロジェクトを表す用語が18,736回、次いで腹部膨満感が5,506回と2位で退院調整は5,279回であった。

D. 考察

月平均119,832PVのアクセスが得られたが、国立がん研究センターのHPのアクセス数は、約100万PV/月、がん情報サービスのHPは約250万PV/月(H23年1～12月)であり、緩和ケア単独かつ対象地域が限定されたプロジェクトのHPとしては、まずまずの数字とも考えられる。

当HPの利用は、掲載されたコンテンツの質・量から考えても、医療関係者の利用が多数を占めていたと推察された。地域別の閲覧の内訳を詳しく見ると、当初は浜松地域の閲覧数が多かったが、独自HPの立ち上げなどから他地域の閲覧数も伸びていき、最終的には大きな差がなくなった。利用者の望むコンテンツの充実が重要であると思われる。

利用動向の調査から、退院調整、腹部膨満感、疼痛関連がDLでの利用が多く、また検索語の統計では腹部膨満感、退院調整などが多かった。これらの動向は、間接的にどのような情報が利用者から望まれているかを推察する事ができ、情報提供のあり方のみならず、どんな症状緩和が必要とされているかなどについて、医療者のニーズを把握できる可能性が

示された。

E. 結論

HPは、情報発信手段として一定の役割を果たし得ると考えられた。また、利用動向を調査する事で、医療者のニーズを把握する可能性も示唆され、これらをもとに今後の情報提供・症状緩和研究の方向性などに生かすことができると思われる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし