

がん患者の消化器症状の緩和に関する
ガイドライン 2011年版 定価(本体 1,800 円+税)

2011年 7月 27日 第1版第1刷発行

2011年 9月 10日 第2刷発行

編 集 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
緩和医療ガイドライン作成委員会

発行者 古谷 純朗

発行所 金原出版株式会社

〒113-8687 東京都文京区湯島 2-31-14

電話 編集 (03)3811-7162

営業 (03)3811-7184

FAX (03)3813-0288

振替口座 00120-4-151494

<http://www.kanehara-shuppan.co.jp/>

© 2011

検印省略

Printed in Japan

ISBN 978-4-307-10157-8

印刷・製本／三報社印刷㈱

JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

小社は捺印または貼付紙をもって定価を変更致しません。

乱丁、落丁のものはお買上げ書店または小社にてお取り替え致します。

ISBN978-4-307-10157-8
C3047 ¥1800E

定価(本体1,800円+税)



9784307101578



1923047018007

がん患者の呼吸器症状の緩和に関する ガイドライン

2011年版

編集 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 *JSPM*
緩和医療ガイドライン作成委員会

金原出版株式会社

緩和医療ガイドライン作成委員会

委員長	的場 元弘	国立がん研究センター中央病院緩和医療科（2010年8月より）
	志真 泰夫	筑波メディカルセンター病院緩和医療科（2010年8月まで、前任）
担当委員	池永 昌之	淀川キリスト教病院ホスピス
	新城 拓也	社会保険神戸中央病院内科緩和ケア病棟
	田中 桂子	がん・感染症センター都立駒込病院緩和ケア科
	山本 亮	佐久総合病院総合診療科・緩和ケアチーム
	余宮きのみ	埼玉県立がんセンター緩和ケア科

呼吸器症状ガイドライン作業部会

部会長	田中 桂子	がん・感染症センター都立駒込病院緩和ケア科
副部会長	新城 拓也	社会保険神戸中央病院内科緩和ケア病棟
委員	安部 能成	千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科
	今井 堅吾	聖隷三方原病院ホスピス科
	大坂 巖	静岡県立静岡がんセンター緩和医療科
	奥山 徹	名古屋市立大学病院緩和ケア部
	片岡 智美	名古屋大学医学部附属病院薬剤部
	儀賀 理暁	埼玉医科大学総合医療センター呼吸器外科・緩和ケアチーム
	国兼 浩嗣	横浜市立市民病院緩和ケア内科
	栗原 幸江	静岡県立静岡がんセンター緩和医療科
	神津 玲	長崎大学病院リハビリテーション部
	小迫富美恵	横浜市立市民病院看護部
	小林 剛	国立病院機構西群馬病院緩和ケア科
	小原 弘之	広島県立広島病院緩和ケア科
	篠 道弘	静岡県立静岡がんセンター薬剤部
	下妻晃二郎	立命館大学総合理工学院生命科学部生命医科学科
	平 成人	岡山大学病院乳腺・内分泌外科
	高橋 秀徳	セレンクリニック（前 新逗子クリニック、癌研有明病院研究員）
	高橋美賀子	聖路加国際病院オンコロジーセンター
	茅根 義和	東芝病院緩和ケア科
	中島 信久	東札幌病院緩和ケア科
	南木 伸基	三豊総合病院内科
	長谷川久巳	虎の門病院看護部
	畑 千秋	横浜市立大学附属病院看護部
	久永 貴之	筑波メディカルセンター病院緩和医療科
	八戸 すす	順天堂大学附属順天堂医院呼吸器内科/がん治療センター
	山岸 暁美	厚生労働省医政局指導課（前 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室）
	山口 崇	手稻溪仁会病院総合内科
	山田 祐司	愛和病院
	山本 亮	佐久総合病院総合診療科・緩和ケアチーム
	渡邊 紘章	静岡県立静岡がんセンター緩和医療科

評価委員	井沢 知子	京都大学医学部附属病院看護部
	大江裕一郎	国立がん研究センター東病院呼吸器腫瘍科〔外部委員〕
	岡本 禎晃	市立芦屋病院
	岡元るみ子	がん・感染症センター都立駒込病院化学療法科
	黒澤 一	東北大学環境・安全推進センター〔外部委員〕
	小山 弘	国立病院機構京都医療センター総合内科〔外部委員〕
	小山富美子	近畿大学医学部附属病院がんセンター看護部
	四方 哲	蘇生会総合病院外科〔外部委員〕
	志真 泰夫	筑波メディカルセンター病院緩和医療科
	田墨 恵子	大阪大学医学部附属病院看護部
	奈良林 至	埼玉医科大学国際医療センター包括的がんセンター緩和医療科
	橋爪 隆弘	市立秋田総合病院外科
	森田 達也	聖隷三方原病院緩和と支持治療科
	余宮きのみ	埼玉県立がんセンター緩和ケア科

目次

I 章 はじめに	
1 ガイドライン作成の経緯	2
2 ガイドラインの使用上の注意	3
1. 使用上の注意	3
2. 構成とインストラクション	4
3. 他の教育プログラムとの関係	4
4. 本ガイドラインの限界と今後の検討課題、 定期的な再検討の必要性	5
3 推奨の強さとエビデンスレベル	6
1. エビデンスレベル	6
2. 推奨の強さ	7
3. 推奨の強さとエビデンスレベルの臨床的意味	8
4 用語の定義と概念	10
II 章 背景知識	
1 呼吸困難のメカニズム	14
1. 呼吸の調節機構	14
2. 呼吸困難の発生	14
① 呼吸困難の発生に関与する受容器	14
② 呼吸困難の発生のメカニズム	16
3. 呼吸困難の発生、認知、表出のメカニズム	16
2 呼吸不全の病態生理	18
1. 呼吸不全	18
① 肺胞低換気	18
② 換気血流比不均等	19
③ 拡散障害	19
④ シャント（右左シャント）	20
2. 換気障害	20
① 閉塞性換気障害	20
② 拘束性換気障害	21
③ 混合性換気障害	21
3 呼吸困難の原因	22
1. 呼吸困難の原因	22
① がんに関連した原因	22
② がん治療に関連した原因	22
③ がんとは関連しない原因	22
4 呼吸困難の評価	24
1. 使用が推奨されている評価尺度	24
① 呼吸困難の量的評価尺度	24
② 呼吸困難の質的評価尺度	26
③ 呼吸困難に伴う機能評価尺度	26
2. 医療者による呼吸困難の評価	28
3. まとめ	29
5 身体所見と検査	32
1. 問診	32
① 現病歴	32
② 既往歴・生活歴	32
③ 増悪因子・軽快因子	32
2. 身体所見	33
① 視診	33
② 触診	33
③ 打診	33
④ 聴診	34
3. 検査所見	34
① 動脈血ガス分析／経皮的酸素飽和度	34
② 血液検査	35
③ 画像検査	35
6 薬剤の解説	37
1. オピオイド	37
① モルヒネ	37
② コデイン	37
2. コルチコステロイド	37
3. ベンゾジアゼピン系薬	37
4. 気管支拡張薬	38
① β （受容体）刺激薬	38
② 吸入コルチコステロイド薬	38
③ 抗コリン薬	38
④ 吸入抗コリン薬	39

Ⅲ章 推奨

● 推奨の概要	44
■ 酸素療法	47
● 呼吸困難を訴えているがん患者に、酸素吸入は有効か？	47
■ 薬物療法	52
① モルヒネ	52
● 呼吸困難を訴えているがん患者に、モルヒネは有効か？	52
② モルヒネ以外のオピオイド	57
● 呼吸困難を訴えているがん患者に、モルヒネ以外のオピオイド(コデイン、オキシコドン、フェンタニル)は有効か？	57
③ コルチコステロイド	61
● 呼吸困難を訴えているがん患者に、コルチコステロイドの全身投与は有効か？	61
④ ベンゾジアゼピン系薬	63
● 呼吸困難を訴えているがん患者に、ベンゾジアゼピン系薬は有効か？	63
⑤ フロセミド吸入	67
● 呼吸困難を訴えているがん患者に、フロセミドの吸入投与は有効か？	67

Ⅳ章 関連する特定の病態の治療と非薬物療法

■ 特定の病態に対する治療	70
① 悪性胸水	70
1. 定義	70
2. 疫学	70
3. 原因	70
4. 治療	70
① 胸腔穿刺	70
② 持続排液	70
③ 胸膜癒着術	71
④ 胸腔腹腔シャント	71
5. 治療選択の考え方	72
② 咳嗽	74
1. 定義	74
2. 疫学	74
3. 他症状との関連、合併症	74

4. 原因と分類	74
① 原因による分類	74
② 性状による分類	74
5. 治療	75
① 原因に対する治療	75
② 抗がん治療	76
③ 原因薬物の中止、誘因の回避	76
④ 非薬物療法	76
⑤ 対症療法(鎮咳薬)	76
6. まとめ	77
③ 死前喘鳴	79
1. 定義	79
2. 疫学	79
3. 原因と分類	79
4. 薬物療法	79
5. 非薬物療法・看護ケア	80
6. 輸液の調整	80
7. まとめ	80
■ 非薬物療法	82
① 看護ケア	82
1. 呼吸法のトレーニング	82
2. 送風	83
3. 看護師によるフォローアッププログラム	83
4. 身体的・精神的側面のサポートを統合した呼吸困難マネジメントプログラム	84
5. ケアマネジメント	85
6. 音楽を聴きながらの歩行やエクササイズ：DAS (distractive auditory stimuli)	86
7. まとめ	87
② 呼吸リハビリテーション	89
1. 呼吸リハビリテーションの目的	89
2. 対象	89
3. 呼吸リハビリテーションの構成要素	89
4. がん患者に対する呼吸リハビリテーション	90
① 呼吸リハビリテーションの考え方	90
② 運動療法	90
③ 呼吸理学療法	91
③ 精神療法	93
1. 呼吸困難に対する精神療法	93
2. まとめ	93

4 リラクゼーション	95		
1. リラクゼーション法を含む複合的介入方法	95		
2. 単独介入としてのリラクゼーション法	95		
① イメージ療法	96		
② 漸進的筋弛緩法	96		
3. まとめ	97		
5 補完代替医療	98		
1. リフレクソロジー	98		
2. 鍼灸	98		
3. 指圧	99		
4. 補完代替医療の位置づけ	99		
5. まとめ	99		
V章 資料			
1 作成過程	102		
① 概要	102		
② 臨床疑問の設定	102		
③ 系統的文献検索	102		
④ ガイドラインと教科書	103		
⑤ 妥当性の検証	104		
⑥ 日本緩和医療学会の承認	105		
2 文献検索式	106		
3 海外他機関によるガイドラインの要約	109		
1. NCCNの緩和ケアに関するガイドライン (2009, NCCN)	109		
		2. 緩和ケア：エビデンスに基づいたACCPの 臨床ガイドライン (2003, Chest)	110
		3. 肺がんの緩和ケア：エビデンスに基づいた ACCPの臨床ガイドライン(2007, Chest)	112
		4. 肺がんに伴う慢性咳嗽：エビデンスに基づ いたACCPの臨床ガイドライン (2006, Chest)	113
		5. 終末期患者の緩和ケア：エビデンスに基づ いたACPの臨床ガイドライン (2008)	113
		6. がん患者の倦怠感, 食欲不振, うつ, 呼吸困難 に対するエビデンスに基づく推奨 (2008, JCO)	114
		7. がんによる呼吸困難に対するエビデンスに 基づいた対処法 (2007, ONS)	114
		ガイドラインプールリスト	115
		4 今後の検討課題	116
		① 今回のガイドラインでは, 対応しなかった こと	116
		② 用語の定義, 背景知識	116
		③ 今後の検討や, 新たな研究の必要なこと	116
		索引	118

がん患者の
呼吸器症状の緩和に関するガイドライン
2011年版 定価(本体 2,000 円+税)

2011年 7月 27日 第1版第1刷発行

2012年 4月 10日 第2刷発行

編 集 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
緩和医療ガイドライン作成委員会

発行者 古谷 純朗

発行所 金原出版株式会社

〒113-8687 東京都文京区湯島 2-31-14

電話 編集 (03)3811-7162

営業 (03)3811-7184

FAX (03)3813-0288

振替口座 00120-4-151494

<http://www.kanehara-shuppan.co.jp/>


© 2011

検印省略

Printed in Japan

ISBN 978-4-307-10156-1

印刷・製本／三報社印刷株

 <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつと事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

小社は捺印または貼付紙をもって定価を変更致しません。

乱丁、落丁のものはお買上げ書店または小社にてお取り替え致します。

ISBN978-4-307-10156-1
C3047 ¥2000E

定価(本体2,000円+税)



9784307101561



1923047020000

ホスピス緩和ケア白書 2012

ホスピス緩和ケアに関する 統計とその解説

編集 (公財)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」編集委員会

志真 泰夫 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
恒藤 暁 大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学寄附講座
松島 たつ子 ピースハウス病院 ホスピス教育研究所
宮下 光令 東北大学大学院 医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野
山崎 章郎 ケアタウン小平クリニック

目 次

序 文	柏木 哲夫	iii
I. 緩和ケアチームの動向と現状		
1. 緩和ケアチームの全国調査	木澤 義之	1
2. 日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録結果報告	富安 志郎, 他	6
II. 緩和ケア病棟の動向と現状		
1. 日本ホスピス緩和ケア協会の調査データからみた 緩和ケア病棟の現況	佐藤 一樹	10
2. 日本ホスピス緩和ケア協会および日本医療機能評価 機構のデータ	小野 充一, 他	18
III. 緩和ケア外来の動向と現状	木澤 義之	28
IV. がん診療連携拠点病院の緩和ケアの動向と現状	宮下 光令	30
V. 在宅緩和ケアの動向と現状	鈴木 雅夫, 他	40
VI. サイコオンコロジーの動向と現状—がん診療連携拠点病院 緩和ケアチームに携わる精神症状緩和担当医師の現状調査	小川 朝生	46
VII. 緩和ケアに関する教育		
1. 医師卒前教育の実態調査と進行中の活動	高宮 有介	52
2. 医師に対する緩和ケア教育—PEACE プロジェクト	山本 亮	55
3. 看護師の緩和ケアに関する教育	竹之内 沙弥香	58
4. 薬剤師の緩和ケアに関する教育	伊勢 雄也, 他	62
VIII. 緩和ケアに関する学会などについての情報		
1. 日本緩和医療学会	有賀 悦子	65
2. 日本サイコオンコロジー学会, 日本総合病院精神医学会	明智 龍男	71
3. 日本がん看護学会, 日本小児がん看護学会, 日本看護系 大学協議会, 日本看護協会	内布 敦子, 他	74
4. 日本緩和医療薬学会	鈴木 勉, 他	78
5. 日本死の臨床研究会	末永 和之, 他	81

IX. 緩和ケアで使われる薬剤の動向と現状—オピオイド使用量		
など薬剤に関するデータ	鈴木 勉, 他	85
X. 診療報酬の変遷と現状		
1. 病院・緩和ケア病棟	加藤 雅志	90
2. 在宅	山田 雅子	94
XI. (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団		
2011年度 事業活動(進捗状況)報告	大谷 正身	97
〔資料〕		
1) ホスピス緩和ケアの歴史を考える年表		101
2) がん診療連携拠点病院指定一覧		104
3) 緩和ケア診療加算届出受理施設一覧		113
4) 緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧		117

I. 緩和ケアチームの動向と現状

2. 日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録結果報告

富安 志郎^{*1, 2} 橋爪 隆弘^{*1, 3} 小山 富美子^{*1, 4} 加賀谷 肇^{*1, 5}
安部 能成^{*1, 6} 田村 里子^{*1, 7} 高田 正史^{*8}

(^{*1} 日本緩和医療学会 専門的緩和ケア推進委員会 ^{*2} 長崎市立市民病院 麻酔科・緩和ケアチーム ^{*3} はしづめクリニック ^{*4} 近畿大学医学部附属病院 看護部 ^{*5} 済生会横浜市南部病院 薬剤部 ^{*6} 千葉県立保健医療大学 健康科学部リハビリテーション学科 ^{*7} 医療法人東札幌病院 診療部 MSW 課 ^{*8} 長崎大学病院 麻酔科・緩和ケアチーム)

はじめに

全国の緩和ケアチームの診療形態、活動内容を明らかにすることを目的に日本緩和医療学会において全国の緩和ケアチームの2010年度活動実績登録を行った。

対象と方法

対象は下記定義を満たす全国の緩和ケアチームとした。緩和ケアチームは「緩和ケアを専門とする医師、看護師などを含めたチームによるケアの提供体制」と定義し、常勤の医師が1名以上配置されていること、および全人的苦痛の緩和に関する専門家と協力する体制があること、を条件とした。

方法はオンラインによる質問紙調査とした。調査項目は施設の種類の(国指定都道府県、地域がん診療連携拠点病院、都道府県独自指定拠点病院)、緩和ケアチームの構成(職種と専従性)、活動(周知と活動時間)、コンサルテーション実績(依頼件数・内容)などとした(http://www.jspm.ne.jp/html/pct_inpl10525.pdf)。

統計学的解析には Chi square test などを用い、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。

結果 (http://www.jspm.ne.jp/pct/report_jspmpct2010.pdf)

今回、371施設が登録を行い、このうち国指定

表1 施設の種類と登録数

	登録数
全体	371
都道府県がん診療連携拠点病院	50 (94.3%) ^{注1)}
地域がん診療連携拠点病院	185 (55.2%) ^{注2)}
都道府県独自指定	53
指定なし	83
診療加算あり	118 (88.3%) ^{注3)}
診療加算なし	253
500床以下	181
501～1,000床	166
1,001床以上	24

都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院：国が指定した拠点病院。
都道府県独自指定：都道府県が独自に指定したがん診療の拠点病院。
指定なし：国からも都道府県からもがん診療に関する指定を受けていない。
診療加算：緩和ケア診療加算
注1) () 内は国立がん研究センター中央病院、東病院を含む都道府県がん診療連携拠点病院(総数53)に対する登録施設の割合(登録率)を示す。
注2) () 内は2010年4月時点で登録されている地域がん診療連携拠点病院(総数335)に対する登録施設の割合(登録率)を示す。
注3) () 内は2010年2月時点で登録されている緩和ケア診療加算算定施設(133)に対する登録施設の割合(登録率)を示す。

がん診療連携拠点病院の指定を受けている施設が235施設であった(表1)。今回登録のなかった国指定がん診療連携拠点病院153施設を加えると、現在少なくとも524施設で緩和ケアチームが活動していると考えられ、今回はそのうちの約70%が登録を行ったことになる。

医師、看護師、薬剤師はほぼすべてのチームに

表2 チームの構成（兼任以上；兼任・専任・専従を含む）

	医師	精神科医師	看護師	薬剤師
全体 (371 施設)	370 (99.7)	289 (77.9)	369 (99.5)	366 (98.7)
都道府県がん診療連携拠点病院 (50 施設)	50 (100)	47 (94) ^{b,c}	50 (100)	50 (100)
地域がん診療連携拠点病院 (185 施設)	185 (100)	161 (87) ^{d,e}	185 (100)	184 (99.5)
都道府県独自指定 (53 施設)	53 (100)	37 (69.8) ^f	53 (100)	52 (98.1)
指定なし (83 施設)	82 (98.8)	44 (53)	81 (97.6)	80 (96.4)
500 床以下 (181 施設)	180 (99.4)	116 (64.1)	179 (98.9)	178 (98.3)
501～1,000 床 (166 施設)	166 (100)	149 (89.8) ^g	166 (100)	164 (98.8)
1,001 床以上 (24 施設)	24 (100)	24 (100) ^g	24 (100)	24 (100)
	MSW	リハビリテーション	臨床心理士	栄養士
全体 (371 施設)	283 (76.3)	202 (54.4)	191 (51.5)	231 (62.3)
都道府県がん診療連携拠点病院 (50 施設)	34 (68)	22 (44)	26 (52)	29 (58)
地域がん診療連携拠点病院 (185 施設)	147 (79.5)	109 (58.9)	113 (61.1)	119 (64.3)
都道府県独自指定 (53 施設)	45 (84.9)	28 (52.8)	25 (47.2)	31 (58.5)
指定なし (83 施設)	57 (68.7)	43 (51.8)	27 (32.5)	52 (62.7)
500 床以下 (181 施設)	140 (77.3)	116 (64.1)	79 (43.6)	118 (65.2)
501～1,000 床 (166 施設)	126 (75.9)	74 (44.6)	96 (57.8)	100 (60.2)
1,001 床以上 (24 施設)	17 (70.8)	12 (50)	16 (66.7)	13 (54.2)

数値は該当する施設数を示す。() 内は施設区分ごとの登録数に対する割合 (%) を示す。たとえば都道府県がん診療連携拠点病院で精神科医のいる施設は登録 50 施設中 47 施設あり、50 施設の 94%であった、ということを示す。

^a: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 地域がん診療連携拠点病院

^b: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^c: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^d: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^e: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^f: p<0.05, 都道府県独自指定 vs 指定なし

^g: p<0.05, vs 500 床以下の病院

表3 依頼件数 (371 施設)

	平均 (件/施設)	中央値	最小 (件)	最大 (件)
全体 (44,351 件)	119.5	89	0	1,532
都道府県がん診療連携拠点病院 (50 施設)	207.9 ^{a,b,c}	135	0	815
地域がん診療連携拠点病院 (185 施設)	126 ^e	107	7	433
都道府県独自指定 (53 施設)	119.6 ^f	70	5	1,532
指定なし (83 施設)	51.8	36	0	247
診療加算あり (118 施設)	200.3 ^h	172	7	815
診療加算なし (253 施設)	81.9	58	0	720
500 床以下 (181 施設)	87.1	52	0	720
501～1,000 床 (166 施設)	147 ^g	109.5	0	1,532
1,001 床以上 (24 施設)	173.8 ^g	171	30	417

^a: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 地域がん診療連携拠点病院

^b: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^c: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^d: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^e: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^f: p<0.05, 都道府県独自指定 vs 指定なし

^g: p<0.05, vs 500 床以下の病院

^h: p<0.05, vs 診療加算なし施設

表4 依頼内容 (192 施設)

	がん疼痛	疼痛以外の身体症状	精神症状
全体 (22,101 件)	14,764 (66.8)	8,212 (37.2)	7,273 (32.9)
都道府県がん診療連携拠点病院 (5,010 件)	2,824 (56.4)	1,440 (28.7)	1,627 (32.5)
地域がん診療連携拠点病院 (12,673 件)	9,106 (71.9)	5,127 (40.5)	4,478 (35.3)
都道府県独自指定 (2,102 件)	1,384 (65.8)	735 (35.0)	627 (29.8)
指定なし (2,316 件)	1,450 (62.6)	910 (39.3)	541 (23.4)
500 床以下 (8,635 件)	5,292 (61.3)	3,164 (36.6)	2,572 (29.8)
501 ~ 1,000 床 (11,921 件)	8,449 (70.9)	4,410 (37.0)	4,193 (35.2)
1,001 床以上 (1,545 件)	1,023 (66.2)	638 (41.3)	508 (32.9)
	家族ケア	倫理的問題	地域連携
全体 (22,101 件)	2,055 (9.3)	559 (2.5)	3,191 (14.4)
都道府県がん診療連携拠点病院 (5,010 件)	349 (7.0)	145 (2.9)	639 (12.8)
地域がん診療連携拠点病院 (12,673 件)	1,342 (10.6)	246 (1.9)	1,890 (14.9)
都道府県独自指定 (2,102 件)	167 (7.9)	68 (3.2)	188 (8.9)
指定なし (2,316 件)	197 (8.5)	100 (4.3)	474 (20.5)
500 床以下 (8,635 件)	850 (9.8)	273 (3.2)	1,504 (17.4)
501 ~ 1,000 床 (11,921 件)	1,073 (9.0)	241 (2.0)	1,531 (12.8)
1,001 床以上 (1,545 件)	132 (8.5)	45 (2.9)	156 (10.1)

数値は該当する件数を示す。()内は施設区分ごとの件数に対する割合 (%)を示す。たとえば都道府県がん診療連携拠点病院でがん疼痛の依頼は 5,010 件中 2,824 件 (56.4%)であった, ということを示す。

表5 依頼時のパフォーマンスステータス (PS) (189 施設)

	0	1	2	3	4
全体 (21,129 件)	1,450 (6.9)	3,581 (16.9)	4,993 (23.6)	6,197 (29.3)	4,586 (21.7)
都道府県がん診療連携拠点病院 (4,438 件)	374 (8.4) ^c	874 (19.7)	1,021 (23)	1,301 (29.3)	831 (18.7)
地域がん診療連携拠点病院 (11,626 件)	775 (6.7) ^e	1,958 (16.8)	2,686 (23.1)	3,404 (29.3)	2,618 (22.5)
都道府県独自指定 (2,777 件)	232 (8.4) ^f	501 (18.0)	825 (29.7)	742 (26.7)	467 (16.8)
指定なし (2,288 件)	69 (3.0)	248 (10.8)	461 (20.1)	750 (32.8)	670 (29.3)
500 床以下 (8,744 件)	582 (6.7)	1,416 (16.2)	2,059 (23.5)	2,760 (31.6)	1,783 (20.4)
501 ~ 1,000 床 (10,892 件)	729 (6.7)	1,920 (17.6)	2,589 (23.8)	3,062 (28.1)	2,455 (22.5)
1,001 床以上 (1,493 件)	139 (9.3)	245 (16.4)	345 (23.1)	375 (25.1)	348 (23.3)

数値は該当する件数を示す。()内は施設区分ごとの件数に対する割合 (%)を示す。たとえば都道府県がん診療連携拠点病院でPS 0は 4,438 件中 374 件 (8.4%)であった, ということを示す。

^a: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 地域がん診療連携拠点病院

^b: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^c: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^d: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^e: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^f: p<0.05, 都道府県独自指定 vs 指定なし

^g: p<0.05, vs 500 床以下の病院

配置され, また医療ソーシャルワーカー (MSW), リハビリテーション担当者, 臨床心理士や栄養士が半数以上のチームに配置されていた。精神科医は約 7 割の施設でチームに配置され, 国指定がん診療連携拠点病院 (p<0.0001), 501 床以上の施

設 (p=0.0079) で多かった (表 2)。専従の医師・看護師, 専任の薬剤師の配置割合は国指定がん診療連携拠点病院, 病床数が多い施設で高かった (p<0.0001)。

今回登録された 371 施設の年間合計依頼件数は

表6 転帰 (192施設)

	介入終了	退院	在宅導入
全体 (21,281 件)	2,718 (16.0)	7,046 (38.0)	1,912 (10.3)
都道府県がん診療連携拠点病院 (4,421 件)	443 (10.1)	1,896 (43.2)	507 (11.5)
地域がん診療連携拠点病院 (11,595 件)	1,545 (15.7)	3,571 (36.3)	872 (8.9)
都道府県独自指定 (2,717 件)	423 (19.5)	679 (31.4)	163 (7.5)
指定なし (2,548 件)	307 (15.6)	900 (45.7)	370 (18.8)
500床以下 (8,701 件)	1,296 (16.5)	3,139 (40.0)	835 (10.7)
501～1,000床 (10,958 件)	1,272 (14.2)	3,434 (38.3)	922 (10.3)
1,001床以上 (1,622 件)	150 (9.7)	473 (30.6)	155 (10.0)
	死亡退院	緩和ケア病棟転院	その他の転院
全体 (21,281 件)	6,228 (34.6)	1,848 (10.3)	1,547 (8.1)
都道府県がん診療連携拠点病院 (4,421 件)	943 (21.5) ^{a,b,c}	528 (12.0)	618 (14.1)
地域がん診療連携拠点病院 (11,595 件)	3,382 (34.3) ^{d,e}	1,072 (10.9)	717 (7.3)
都道府県独自指定 (2,717 件)	902 (41.8) ^f	110 (5.1)	143 (6.6)
指定なし (2,548 件)	1,001 (50.8)	138 (7.0)	69 (3.5)
500床以下 (8,701 件)	2,879 (36.7)	777 (9.9)	571 (7.3)
501～1,000床 (10,958 件)	2,761 (30.8)	949 (10.6)	842 (9.4)
1,001床以上 (1,622 件)	588 (38.1)	122 (7.9)	134 (8.7)

数値は該当する件数を示す。()内は施設区分ごとの件数に対する割合 (%) を示す。たとえば都道府県がん診療連携拠点病院で転帰終了は4,421件中443件(10.1%)であった、ということを示す。

^a: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 地域がん診療連携拠点病院

^b: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^c: p<0.05, 都道府県がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^d: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 都道府県独自指定

^e: p<0.05, 地域がん診療連携拠点病院 vs 指定なし

^f: p<0.05, 都道府県独自指定 vs 指定なし

^g: p<0.05, vs 500床以下の病院

44,351件、平均は119件(0～1,532, 中央値89)で、国指定都道府県がん診療連携拠点病院、診療加算算定施設で多かった(p<0.0001)(表3)。また病床数が多い施設ほど依頼件数が多かった(p<0.0001)。

依頼内容は、「がん疼痛」が最も多かった(表4)。依頼時のパフォーマンスステータス(PS)は全体では「3」が最も多く、拠点病院の指定のない施設は指定のある施設に比べてPS「0」が少なく、「3」「4」が多かった(p<0.0001)(表5)。

転帰は退院、死亡退院の順に多く、拠点病院の指定のない施設で死亡退院の割合が高かった(p<0.0001)(表6)。

考察とまとめ

今回の調査でほぼすべてのチームに医師、看護師、薬剤師が配置されていることがわかった。専従や専任など専門的に関わるスタッフや精神科医は国指定がん診療連携拠点病院の指定がある大規模病院に多く配置され、依頼件数もこれらの施設で多かった。依頼理由は施設の違いかかわらず、疼痛が最も多かった。拠点病院の指定の有無によってPSや転帰に差があることから、施設の種類によってチームの関わる患者病状に差がある可能性が示唆された。今後、これらの結果の変化を追跡調査していく予定である。

ホスピス緩和ケア白書 2012

ホスピス緩和ケアに関する統計とその解説

2012年3月28日 発行

非売品

発 行 (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
〒530-0013 大阪市北区茶屋町2-30
TEL 06-6375-7255 FAX 06-6375-7245

編 集 (公財)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」編集委員会

編集協力 日本ホスピス緩和ケア協会

制 作 株式会社 青海社
〒113-0031 東京都文京区根津1-4-4 河内ビル
TEL 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172

印 刷 モリモト印刷 株式会社

ISBN978-4-903246-16-1

Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan

Miki Akiyama · Toru Takebayashi · Tatsuya Morita · Mitsunori Miyashita · Kei Hirai · Motohiro Matoba · Nobuya Akizuki · Yutaka Shirahige · Akemi Yamagishi · Kenji Eguchi

Received: 20 October 2010 / Accepted: 4 April 2011 / Published online: 10 June 2011
© Springer-Verlag 2011

Abstract

Purpose Patients' knowledge, beliefs, or concerns about opioids, palliative care, and homecare can be potential barriers to providing quality palliative care. The primary aim of this study was to clarify knowledge about opioids, beliefs about palliative care, and concerns about homecare in advanced cancer patients.

Methods An anonymous questionnaire was sent to 1,619 outpatients with advanced cancer at 25 hospitals in four different regions of Japan. The respondents were asked to report their knowledge about opioids, beliefs about palliative care, and concerns about homecare, in addition to the levels of their sense of security regarding receiving cancer care in the region.

Results A total of 925 responses were received. In total, 28% believed that opioids are addictive and/or shorten life; 52% believed that palliative care is only for terminally ill patients; 75% agreed that being taken care of at home puts a

heavy burden on the family; and 61% agreed that home-visit services cannot respond to sudden changes in a patient's condition. Levels of patients' sense of security were significantly higher in those who agreed that "opioids can relieve most pain caused by cancer" "palliative care relieves pain and distress", "palliative care is provided along with chemotherapy and/or radiation therapy", and "pain can be alleviated as effectively through home-visit services as it can at the hospital", and those who disagreed with the statements that "home-visit services cannot respond to sudden changes in a patient's condition" and "being taken care of at home puts a burden on the family". **Conclusions** Advanced cancer patients frequently had incorrect knowledge about opioids, a belief that palliative care is only for terminally ill patients, and concerns about homecare, especially the family burden and responses to sudden changes. Providing appropriate information about the safety of opioids, the availability of palliative care

M. Akiyama (✉)
Faculty of Policy Management, Keio University,
5322 Endo, Fujisawa,
Kanagawa 252-0882, Japan
e-mail: miki@sfc.keio.ac.jp

T. Takebayashi
Department of Preventive Medicine and Public Health,
School of Medicine, Keio University,
35 Shinanomachi, Shinjuku,
Tokyo 160-8582, Japan

T. Morita
Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care
Team, and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital,
3453 Mikatahara-cho, Hamamatsu,
Shizuoka 433-8558, Japan

M. Miyashita
Department of Palliative Nursing, Health Sciences,
Tohoku University Graduate School of Medicine,
2-1 Seiryomachi, Aoba-ku, Sendai,
Miyagi 980-8575, Japan

K. Hirai
Graduate School of Human Sciences, Osaka University,
1-2 Yamadaoka, Suita,
Osaka 565-0871, Japan

M. Matoba
Division of Palliative Medicine, National Cancer Center Hospital,
5-1-1 Tsukiji, Chuo-ku,
Tokyo 104-0045, Japan

N. Akizuki
Psycho-Oncology Division, Chiba Cancer Center,
Chiba City, Chiba 260-8717, Japan

during the entire course of the disease, and realistic information about homecare is of marked importance to promote patients' sense of security.

Keywords Cancer · Palliative care · Homecare · Knowledge · Opioids

Introduction

The numerous barriers to quality end-of-life care are related to patients, families, medical professionals, and the health care system itself [1]. Among them, multiple empirical studies have identified knowledge, beliefs, or concerns about opioids, palliative care, and homecare in the general population and cancer patients as potential barriers for quality palliative care [2–19]. Many surveys have shown that incorrect knowledge about cancer pain and opioids could interfere with optimal pain management, especially an unrealistic fear of addiction and life-shortening [2–7]. Negative beliefs about palliative care were also one of the significant determinants of the potential underuse of specialized palliative care services [8–12]. Moreover, many patients have concerns and difficulties about homecare, such as the burden on the family, concerns about sudden changes in physical conditions, and the unavailability of physicians visiting their home, and these could influence patients' decisions regarding whether or not to receive homecare [13–19].

These findings indicate that providing appropriate information is of marked importance to achieve optimal palliative care, but, to our best knowledge, no large systematic large survey has been performed to clarify the knowledge about opioids, beliefs about palliative care, and concerns about homecare in a representative sample of advanced cancer patients.

In addition, a sense of security is being acknowledged as a very important concept for cancer patients and their families

[20–23]. The sense of security is evaluated from the perspective of patients living in a region, and these perspectives reflect the quality of the regional system for providing healthcare services and awareness among the population of the services provided by the system. Funk and colleagues indicated that a feeling of security consisted of trust in competent professionals; timely access to necessary care, services, and information; and a sense of their own identity and self-worth as caregivers and individuals [20]. Despite the increasingly perceived importance of the concept of a sense of security, to date, no empirical studies have measured sense of security levels in advanced cancer patients, and explored the potential association between the levels and patients' knowledge, beliefs, and concerns.

The primary aim of this study was therefore to clarify the knowledge about opioids, beliefs about palliative care, and concerns about homecare in advanced cancer patients. Secondary aims included: (1) to clarify the levels of a sense of security, (2) to explore factors associated with knowledge, beliefs, and concerns, and (3) to explore the potential associations between the levels of a sense of security and knowledge about opioids, beliefs about palliative care, and concerns about homecare.

Subjects and methods

A cross-sectional study was performed by sending questionnaires to consecutive outpatients with metastatic or recurrent cancer in four regions of Japan. This survey was part of the pre-intervention measurements collected for the regional intervention trial, the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model study, and the study's methodology is reported in detail elsewhere [24]. The ethical and scientific validity of this study was confirmed by the institutional review board of the Japan Cancer Society, as well as by those of all participating hospitals (protocol registration number, UMIN000001274 of the University hospital Medical Information Network Clinical Trials Registry).

Participating hospitals

Four study regions were chosen for intervention studies to cover a variety of areas with different palliative care systems across Japan: Tsuruoka (population 170,000, Yamagata Prefecture), Kashiwa (population 670,000, Chiba prefecture), Hamamatsu (population 820,000, Shizuoka Prefecture), and Nagasaki (population 450,000, Nagasaki Prefecture). Kashiwa and Hamamatsu, which are relatively large urban cities, have specialized hospital palliative care teams in a cancer center and general hospitals, respectively; Nagasaki has a coordinated palliative care system for home patients in addition to hospital palliative care teams; and

Y. Shirahige
Shirahige Clinic,
1-13-28 Katafuchi, Nagasaki,
Nagasaki 850-0003, Japan

A. Yamagishi
Department of Adult Nursing/Palliative Care Nursing, School
of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine,
The University of Tokyo,
7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku,
Tokyo 113-0033, Japan

K. Eguchi
Department of Internal Medicine and Medical Oncology,
Teikyo University School of Medicine,
2-11-1, Kaga, Itabashi-ku,
Tokyo 173-8606, Japan