

鎮痛治療を行っている患者について保険薬局で把握した疼痛マネジメントの問題としては、鎮痛が不十分、嘔気、眠気が多く、鎮痛が不十分な患者の約半数でレスキューが使用されていなかった。薬剤師が行った主な介入は、「レスキューの使用法の指導」、「副作用対策薬の服薬方法の指導」であった。一部の患者では、受診前薬局が行われ、副作用対策薬の新規処方、定期的なオピオイドの増量などの処方提案の多くが反映された。モニタリングの前後で、疼痛 STAS、疼痛 NRS のいずれも有意に低下した。これらの結果は、保険薬局からの電話モニタリングにより、受診までの間の疼痛マネジメントの問題に対応でき、鎮痛治療に貢献する可能性を示唆している。特に、レスキューが使用されていないことによる不十分な鎮痛と、嘔気を主とする副作用についての説明と対症療法薬の使用が主であった。

電話のモニタリングを行った患者の約 70% に、鎮痛治療による何らかの問題が認められた。最も多いのは不十分な鎮痛であり、その半数でレスキューが使用されていなかった。利用されていない理由は、「使ってはいけないと思っていた」、「複数あり、どれを使えばいいかわからない」、「投与間隔がわからない」、「処方があることを知らなかった」ためであり、「副作用があり使いたくない」、「効果がない」は少なかった。鎮痛治療の患者に関連したバリアとして、オピオイドについての誤解や、薬をあまり飲みたくない価値観などが、海外¹⁵⁻¹⁷⁾、国内の研究¹⁸⁻²⁰⁾で繰り返して指摘されている。本研究の結果からは、特にレスキュードーズの使用法について、初診時に大まかな説明をするだけでは不十分であり、実際に、「今、痛い時」にどうしたらいいかを電話で患者個々にリアルタイムで指導することが必要であることが示唆される。この知見は、看護師による個別的な教育介入により、患者が使用する鎮痛薬が増量することによって鎮痛効果が得られることを示唆した無作為化比較試験と一致している⁸⁾。以上より、「レスキューの使用法」を初回の処方時に一般的に説明するだけでなく、その患者が「実際に痛

い時」にどのようにレスキューを利用するのかをリアルタイムで相談する体制を構築することが必要であると考えられる。

不十分な鎮痛に次いで多かった問題が、オピオイドの副作用である。出現している副作用や副作用の心配が鎮痛の改善の障害になることは複数の研究で指摘されている¹⁵⁻²⁰⁾。1990年代に行われた米国での大規模調査では、副作用の体験や懸念が、鎮痛薬を飲むことに患者が抵抗を感じる重要な理由として挙げられた¹⁷⁾。本研究では、特に多かった副作用は嘔気であった。薬剤師が行った介入として、「指示範囲内で副作用対策薬の指導」と、受診前薬局での「副作用対策薬の新規処方」が多かった。これは、新規のオピオイドの開始など副作用対策があらかじめ処方されている場合には、指示範囲内で副作用対策薬の指導を行い、新しく生じた副作用が疑われる場合には、医師と協力して病状から副作用症状の原因を想定した上で助言をしていることを反映していると考えられる。以上の知見より、保険薬局において、鎮痛薬の副作用（特に嘔気）をモニタリングし、指示範囲内での指導を行うことは患者の鎮痛に貢献すると考えられる。

一方、これらの服薬指導を可能にするためには制度上のいくつかの主要な問題がある。すなわち、① 労力と負担から考えて、どこの保険薬局でも対応することが可能であるとは限らない、② 保険薬局では、病院から患者情報が提供されなければ処方箋のみで服薬指導を行うことは難しい、③ 保険薬局の多くは年間に少数回のオピオイドの処方を受ける患者の経験しかないため、知識を蓄積しにくい、④ 麻薬の取り扱いが煩雑で返品ができないため、積極的に在庫を置くことが難しい場合がある、⑤ 24時間の対応を患者から求められる場合もあるが、体制を維持できない。これらを解決するためには、① 緩和ケアに専門的に対応できる薬局の認定や標榜を認めることにより、電話モニタリングなどの付加的なサービスを行っている薬局が患者にわかるようにすること、② 地域での病院と保険薬局での情報共有を行うシステムの

構築（患者所持型情報ツール、電話連絡など）、③ 保険薬局の薬剤師を対象とした研修会、④ 麻薬の取り扱いの見直し、⑤ 保険薬局同士での24時間体制の確保などが考えられる。

本研究の限界として、① 病院と情報共有を行うために対象患者の診療科を限ったことがある。特に、緩和ケアチームが直接診療していないものも含めて関与している患者が80%であるため、より難治性の患者を扱った可能性や患者の認識が改善していた可能性がある。また、患者情報の共有手順に同意を得られた診療科で行ったため、対象疾患が泌尿器がんに偏りがある。② 単一の保険薬局での知見であるので、保険薬局すべてにあてはまるとはいえない。③ 介入者が評価を行ったため、評価測定にバイアスが生じている可能性がある。④ 比較対照群がないために効果を厳密にはいえない。⑤ 異なる薬剤師間での評価・介入に差があった可能性がある。

以上より、保険薬局による疼痛のある外来がん患者に対して保険薬局から電話モニタリングを行うことは、自宅で生じている鎮痛の問題点を早期に同定して対応することにより、鎮痛の向上に貢献する可能性がある。本研究により、今後、より多くの施設で対照群を置いた研究を行う場合の基礎データを提供することが可能となった。さらに、より全国で実施可能で効果の高い方法を確立するためには、多施設で対照群を置いた研究が必要である。

文 献

- 1) van den Beuken-van Everdingen, de Rijke JM, Kessels AG, et al: Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 18 : 1437-1449, 2007
- 2) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al: Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: A Japanese nation-wide region-based multicenter survey. *J Pain Symptom Manage* (in press)
- 3) World Health Organization: National cancer control programs. Policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, WHO, 2002
- 4) Kroenke K, Theobald D, Wu J, et al: Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer. A randomized trial. *JAMA* 304 : 163-171, 2010
- 5) Allard P, Manusell E, Labbé J, et al: Educational interventions to improve cancer pain control: A systematic review. *J Palliat Med* 4 : 191-203, 2001
- 6) Goldberg GR, Morrison RS: Pain management in hospitalized cancer patients: A systematic review. *J Clin Oncol* 25 : 1792-1801, 2007
- 7) Devine EC: Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncol Nurs Forum* 30 : 75-89, 2003
- 8) Miaskowski C, Dodd M, West C, et al: Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *J Clin Oncol* 22 : 1713-1720, 2004
- 9) Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, et al: Individualized patients education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol* 19 : 2206-2212, 2001
- 10) Yates P, Edwards H, Nash R, et al: A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention for improving cancer pain management in ambulatory settings. *Patient Educ Couns* 53 : 227-237, 2004
- 11) Ise Y, Morita T, Maehori N, et al: Role of the community pharmacy in palliative care: A nationwide survey in Japan. *J Palliat Med* 13 : 733-737, 2010
- 12) 今村牧夫, 名倉弘哲, 武本千恵: 外来がん患者に対する薬剤師外来の有用性の検討. *Jpn J Pharm Health Care Sci* 36 : 85-98, 2010
- 13) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al: Reliability and validity of Japanese version STAS (STAS-J). *Palliat Support Care* 2 : 379-385, 2004
- 14) Williamson A: Pain: A review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs* 14 : 798-804, 2005
- 15) Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, et al: Patient-related barriers to cancer pain management: A systematic exploratory review. *Scand J Caring Sci* 23 : 190-208, 2009
- 16) Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al: Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain* 52 : 319-324, 1993
- 17) Weiss SC, Emanuel LL, Fairclough DL, et al: Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet* 357 : 1311-1315, 2001
- 18) 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 31 : 306-316, 2006
- 19) 近藤由香, 渋谷優子: 痛みのある外来がん患者のモルヒネ使用に対する懸念と服薬行動に関する研究. 日本がん看護学会誌 16 : 5-16, 2002
- 20) 新貝夫弥子, 渋谷優子: がん性疼痛に対する患者の疼痛評価と対処行動. 日本がん看護学会誌 13 : 38-47, 1999
- (2011. 12. 受付)

※ ※ ※

地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験

井村 千鶴^{*1} 佐原千恵子^{*2} 梨田えり子^{*3} 濱田 史子^{*4} 工藤ゆかり^{*5}
鈴木 留美^{*6} 前堀 直美^{*7} 齋藤 広江^{*8} 鳥山 講子^{*9} 森田 達也^{*1,10,11}

Death Conferences in the Community for Improving regional Palliative Care

Chizuru Imura, Chieko Sahara, Eriko Nasida, Fumiko Hamada, Yukari Kudou,
Rumi Suzuki, Naomi Maehori, Hiroe Saitou, Michiko Toriyama and Tatsuya Morita

Key words : 緩和ケア, 地域, デスカンファレンス

●緩和ケア 22 : 189-194, 2012 ●

背景・目的

緩和ケアを地域全体に普及していくことは、重要である。なぜならば、がん患者の療養場所は、病院のみならず、自宅や福祉施設を含み、希望する療養場所も多様であることが示唆されているからである^{1,2)}。しかし、これまでにわが国で行われた大規模な調査において、患者や一般市民の緩和ケア、および在宅療養に対する安心感は必ずしも高くはなく^{1,3)}、緩和ケアの質の向上が課題とされている⁴⁾。

浜松地域においては、療養場所の移行に関するケアを含む、緩和ケアの質の向上が課題とされた⁵⁾。この課題を解決するための方略の1つとして、地域で行うデスカンファレンスを企画した。これまでに、各地で類似した取り組みが行われて

いるが、われわれの知るかぎり、効果を評価した実証研究はない^{6,7)}。したがって、参加者からみたデスカンファレンスの有用性を評価すること、および参加者の体験を知ることにより、効果的なデスカンファレンスの要素とは何かを探索することには、意義があると考えられる。

本研究の目的は、①地域で行われたデスカンファレンスの有用性を参加者の視点から評価すること、②デスカンファレンスの参加者の体験を探索することである。また最終的な研究の目的は、参加者の体験をもとに、地域で行うデスカンファレンスが効果的なものとなるために必要な要素を検討することである。

*1 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター : Seirei Mikatahara General Hospital Hamamatsu Cancer Support Center (〒433-8558 浜松市北区三方原町 3453)

*2 浜松医療センター 総合相談支援室, *3 聖隷三方原病院 ホスピス, *4 訪問看護ステーション住吉, *5 浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター, *6 遠州病院 緩和ケアチーム, *7 レモン薬局三方原店 在宅・緩和医療室, *8 聖隷ケアプランセンター細江, *9 訪問看護ステーション細江, *10 聖隷三方原病院 緩和支援治療科, *11 聖隷三方原病院 緩和ケアチーム

0917-0359/12/¥400/論文/JCOPY

●介入内容

地域で行う「デスカンファレンス」を2010年4月から11月の期間に7回開催した。デスカンファレンスの目的は、終末期がん患者に関わった医療福祉従事者でケアの過程を振り返ることにより、緩和ケアの質の向上を図ることであった。デスカンファレンスは、担当施設による持ち回りで、平日の夜に、60分から90分間行った。参加者は、患者に直接関わった医療福祉従事者10名程度であった。内容は、ケアの評価、事例で生じた課題と解決策についての議論、関わった医療福祉従事者の気持ちの共有であった。

さらに、公開の「合同カンファレンス」を1回行った。合同カンファレンスの目的は、地域内で実際に生じた事例を通じて、地域の緩和ケアの課題と解決策を共有することであった。合同カンファレンスは、土曜日の午後に2時間行った。参加者は、浜松地域の医療福祉機関に勤務する多職種であった。内容は、7回のデスカンファレンスで議論された内容の共有と議論であった。

●調査方法

1. 対象

デスカンファレンスと合同カンファレンスに参加した医療福祉従事者を対象とした。

2. 方法

本研究は、連続サンプリングによる自記式質問紙調査である。質問紙は、毎回カンファレンスの終了後に参加者に配布し、回収袋に回収した。

倫理的配慮として、研究の趣旨等について口頭および文書で説明を行った。質問紙の提出をもって研究参加の同意とみなし、個人が特定できる情報は取得しなかった。

3. 調査項目

調査項目は、系統的文献レビュー、地域で行うデスカンファレンスに参加した医療福祉従事者10名を対象としたフォーカスグループインタビューの内容分析の結果に基づき⁸⁾、研究者の議論

により作成した。主要評価項目は、参加者からみたデスカンファレンスの有用性である。全般的有用性について1項目（「総合的に役に立ったか」）、領域ごとの有用性6項目（「地域のいろいろな職種の人と顔の見える関係になること」「次にどう関わったらよいかのヒントや気づきを得ること」「どういう職種がどういう仕事や役割を果たしているのかを知ること」「地域のいろいろな職種の人のお気持ちや価値観を知ること」「患者や家族がどう思ったのかをいろいろな角度から知ること」「在宅や入院中など自分のみでいない患者の様子を実感をもって知ること」）について、「1：役に立たなかった」「2：あまり役に立たなかった」「3：少し役に立った」「4：役に立った」「5：とても役に立った」の5件法で尋ねた。参加者の背景について、職種、勤務場所、臨床経験年数を尋ねた。

また、デスカンファレンスの参加者を対象として、デスカンファレンスに参加したことによる体験について、「在宅や入院中など自分のみでいない患者の様子を知ることができた」などの29項目について、「そう思わない」から「とてもそう思う」の5件法で尋ねた。

4. 解析

各評価項目について、度数分布を集計した。参加者からみたデスカンファレンスと合同カンファレンスの有用性の評価に差があるかをMann-WhitneyのU検定を用いて検定した。統計学的有意差は、7回の多重検定を行うため、Bonferroni補正を行い、 $p=0.007$ を有意水準とした。

さらに、デスカンファレンスの参加者の体験の構成概念を探索するために、因子分析を行った。29項目のうち、デスカンファレンスのみに限定した3項目、および、総合的評価を尋ねた1項目の合計4項目を除外した25項目について、主因子法、Promax回転による因子分析を行った。因子数はスクリープロットと固有値で決定し、最も解釈が可能であった6因子構造を選択した。

表1 参加者からみたデスカンファレンス・合同カンファレンスの評価

	デスカンファレンス	合同カンファレンス	p
総合的に	4.6±0.61 (95%)	4.0±0.75 (72%)	< 0.001
患者や家族がどう思ったのかをいろいろな角度から知ること	4.6±0.61 (94%)	4.0±0.71 (73%)	< 0.001
在宅や入院中など自分のみでない患者の様子を実感をもって知ること	4.6±0.61 (94%)	3.8±0.80 (63%)	< 0.001
地域のいろいろな職種の人と顔の見える関係になること	4.6±0.55 (98%)	3.4±0.90 (39%)	< 0.001
どういう職種がどういう仕事や役割を果たしているのかを知ること	4.4±0.64 (92%)	3.8±0.73 (67%)	< 0.001
次にどう関わったらよいかのヒントや気づきを得ること	4.4±0.61 (94%)	3.9±0.83 (66%)	< 0.001
地域のいろいろな職種の人の気持ちや価値観を知ること	4.4±0.61 (94%)	3.9±0.76 (69%)	< 0.001

数値は、1(役に立たなかった)～5(とても役に立った)の平均値±標準偏差を示す。
()は、「とても役に立った」「役に立った」の%を示す。

結 果

デスカンファレンスの評価

7回のデスカンファレンスに、のべ84名が参加した。質問紙調査では、83名(99%)から有効回答を得た。

職種は、看護師53%(n=44)、医師15%(n=12)、介護支援専門員11%(n=9)、医療ソーシャルワーカー7.2%(n=6)、薬剤師4.8%(n=4)、その他9.6%(n=8)であった。

勤務場所は、病院51%(n=42)、診療所13%(n=11)、居宅介護支援事業所12%(n=10)、訪問看護ステーション11%(n=9)、保険薬局4.8%(n=4)、その他6.0%(n=5)であった。平均臨床経験年数は15±7.9年であった。

参加者からみたデスカンファレンスの有用性について、「総合的に役に立ったか」に対して、95%(n=79)が「とても役に立った」「役に立った」と回答した(表1)。

領域ごとの有用性については、「地域のいろいろな職種の人と顔の見える関係になること」など6項目のすべてにおいて、90%以上が「とても役

に立った」「役に立った」と回答した。

デスカンファレンスに参加した医療福祉従事者の体験の因子分析では、〈ケアの過程を知ること〉〈気づき〉〈相互理解〉〈連帯感〉〈連携への意志〉〈負担感〉の6因子が抽出された(表2)。

デスカンファレンスに参加した医療福祉従事者の体験については、〈負担感〉に関する4項目以外のすべての項目で、約70～90%の参加者が、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した(表2)。「カンファレンスに来る時間のやりくりが大変だった」に対して、25%が「とてもそう思う」「そう思う」と回答した。「カンファレンスに来るのは敷居が高く感じた」「時間が長かった」に対して、「とてもそう思う」「そう思う」と回答したものは10%以下であり、「責められるような、忘れたことを思い出させるような感じでつらかった」と回答したものはなかった。

合同カンファレンスの評価

合同カンファレンスに、89名が参加した。質問紙調査では、64名(72%)から有効回答を得た。職種は、看護師47%(n=30)、医師19%

表2 デスカンファレンスに参加した医療福祉従事者の体験の因子構造

	因子負荷量	とてもそう思う・ そう思う (%)
〈ケアの過程を知ること〉		
在宅や入院中など自分のみでない患者の様子を知ることができた	0.97	86
書類や書面などでは分からない患者や家族の様子を実感をもって感じられた	0.82	86
患者や家族がどう思ったのかをいろいろな角度から知ることができた	0.78	92
患者や家族がどう思ったのか、生の声を聞くことができた	0.76	75
自分には患者や家族が言えないような本音を他の職種から聞けたと思う	0.58	81
経過が分かり「その後どうなったかわからない」「やりっぱなしな感じ」が和らいだ	0.53	79
自分の支援が他の職種から見てどうだったのかを聞くことができた	0.45	68
〈気づき〉		
うまくいっているようにみえても何か新しい気づきがあった	0.83	87
自分が普段できていない部分や改善できることに気がついた	0.81	86
次にどう関わったらよいかにつながるヒントや気づきを得ることができた	0.68	93
がん患者では時間が限られていてもできる限りのベストなことをすればよいと思った	0.63	82
自分の支援が患者や家族にとってどうだったのかを考える機会になった	0.30	86
〈相互理解〉		
関わったメンバーがどう考えてどう行動していたのかプロセスが分かった	1.01	88
関わったメンバーの価値観や考え方がよく分かった	0.66	90
どういう職種がどういう仕事や役割を果たしているのかが分かった	0.57	88
自分だけではなく他の人も同じような気持ちを持っていることが分かった	0.46	84
関わったメンバー1人ひとりが苦勞して一生懸命考えていることがよく分かった	0.45	95
〈連帯感〉		
連帯感や「1人ではない感じ」を感じた	0.77	92
責められる気持ちにならないように、参加者は気を遣ってフィードバックしていた	0.53	81
〈連携への意志〉		
お互いに顔見知りになることによって今後の情報交換がしやすくなると思った	0.88	95
今後困ったことがあった時に多職種で相談やカンファレンスをしてみようと思った	0.67	93
〈負担感〉		
時間が長かった	0.68	2.4
カンファレンスに来る時間のやりくりが大変だった	0.61	25
カンファレンスに来るのは数居が高く感じた	0.45	9.6
責められるような、忘れたいことを思い出させるような感じでつらかった	0.24	0

(n=12), 介護支援専門員 19% (n=12), 薬剤師 4.7% (n=3), その他 7.8% (n=5) であった。勤務場所は、病院 53% (n=34), 居宅介護支援事業所 19% (n=12), 診療所 9.3% (n=6), 訪問看護ステーション 6.3% (n=4), 保険薬局 3.1% (n=2), その他 6.3% (n=4) であった。平均臨床経験年数は 14±8.8 年であった。

有用性の評価について、「とても役に立った」「役に立った」としたものは、「総合的に」72% (n=46) であった (表1)。有用性の評価では、合同カンファレンスに比して、患者に直接関わった医療福祉従事者のみによるデスカンファレンス

が有意に高かった (表1)。

考 察

本研究は、われわれの知るかぎり、地域で行うデスカンファレンスの有用性を評価した初めての研究である。

本研究で重要な知見の1つは、地域で行うデスカンファレンスの有用性が示唆された点である。本研究では、患者に直接関わった医療福祉従事者のみで行ったデスカンファレンスは、総じて高く評価された。この解釈としては、参加者が少人数で、直接コミュニケーションをとり、議論する過

程が有効であったことが考えられる。したがって、患者に直接関わった医療福祉従事者のみで、個々の事例について双方向性に議論する場をつくる介入の有用性が示唆される。

本研究で、もう1つの重要な知見は、デスカンファレンスに参加した医療福祉従事者の体験が概念化された点である。

〈ケアの過程を知ること〉では、「自分のみでない時期の患者家族の様子を実感をもって知る」「自分では聞くことのできない患者家族の気持ちを知る」体験が含まれた。解釈可能な理由としては、地域では多機関多職種による幅広いケアが展開されるために情報の断片化が起りやすいこと、患者に関わった多機関多職種でケアを振り返る機会が少ないことを反映していると考えられる。また、参加者にとって、デスカンファレンスは他職種が果たしている役割を知る、他職種や他施設が対応可能な範囲を知るといった地域の生きた情報を得る、患者家族をより理解するという意味をもつと考えられる⁹⁾。したがって、個々の参加者が関わっていない時期の患者家族の様子や気持ちを知ることができるコーディネーションの重要性が示唆される。

〈気づき〉では、「次につながる気づきを得る」体験が含まれた。これは、行動変容につながる体験であった可能性が示唆される。参加者が地域で行われている緩和ケアを知ることは、療養の場の選択肢を広げ、緩和ケアの実践の改善に通じるものと考えられる。本研究の結果と、緩和ケアの知識や技術を高める重要性から^{9, 10)}、デスカンファレンスが参加者にとって、緩和ケアの改善につながる「気づき」を得る場となる重要性が示唆される。そのために、地域で行うデスカンファレンスでは、過去に行ったことではなく、「次にどうすればよいか」に焦点を当てるコーディネーションが重要であると考えられる。

〈相互理解〉では、「価値観」や「気持ち」を理解し合う体験が含まれた。これは、参加者が深い感情の交流を体験した可能性を示唆するものである。医療福祉従事者の相互理解の重要性と¹¹⁾、本

研究の結果から、デスカンファレンスが参加者にとって、互いの「役割」のみならず、「価値観」や「気持ち」を理解し合う機会となる重要性が示唆される。そのために、参加者が行ったケアの背景にある個人の「価値観」や「気持ち」を知るコーディネーションが重要であると考えられる。

本研究の限界として、デスカンファレンスが参加者の実践や自信、態度に及ぼした影響を評価できない。評価は参加した医療福祉従事者からのみ得ているために、デスカンファレンスの患者家族への効果を評価できない。

結 論

地域で行うデスカンファレンスは、参加者から有用と評価され、ケアの過程を共有することにより気づきを得て、互いの理解や連帯感が得られ、さらに連携を強めていこうとする好機となることが示唆された。

地域で行うデスカンファレンスが効果的なものとなるための要素として、①患者に直接関わった関係者のみで行うこと、②個々の参加者が関わっていない時期の患者家族の様子や気持ちを知ることができるコーディネーション、③過去に行ったことではなく次にどうすればよいかに焦点を当てるコーディネーション、④参加者が行ったケアの背景にある個人の価値観や気持ちを知ることができるコーディネーション、が含まれることが示唆された。

謝辞 本研究は、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 がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の助成を受けた。ご協力をいただきました皆様に心より感謝いたします。

文 献

- 1) 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」対象地域に対する予備調査. 2011年7月7日アクセス〔<http://gan.kanwa.jp/tools/pro/survey.html>〕
- 2) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al: Prefs-

- rences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts : a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 18 : 1539-1547, 2007
- 3) Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, et al : 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. [Epub ahead of print]
 - 4) 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. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 編 : ホスピス緩和ケア白書 2011. p.24-41, 青海社, 2011
 - 5) 井村千鶴, 古村和恵, 末田千恵, 他 : 地域における緩和ケアの連携を促進するためのフォーカスグループの有用性. *緩和ケア* 20 : 417-422, 2010
 - 6) 和泉典子, 秋山美紀, 奥山慎一郎, 他 : 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の体験. 第16回日本緩和医療学会 学術大会抄録集. p.441, 2011
 - 7) 宮崎久美, 吉原律子, 松尾清美 : 在宅での看取りケースのデスカンファレンス—病院・在宅スタッフの共同. 第16回日本緩和医療学会学術大会抄録集. p.375, 2011
 - 8) 井村千鶴, 野末よし子, 伊藤富士江, 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 : 335-342, 2011
 - 9) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al : Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23 : 2637-2644, 2005.
 - 10) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, 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* 10 : 390-399, 2007.
 - 11) 林 昇甫 : 病院と地域緩和ケアネットワーク—〔豊中市〕地域がん診療連携拠点病院としての地域緩和医療の取り組み. ホスピス緩和ケア白書編集委員会 編 : ホスピス緩和ケア白書 2008, p.47-52, 青海社, 2008

