

厚生労働科学研究費補助金  
がん対策推進総合研究事業

地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と  
機能分化に関する研究

平成 30 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 松本 禎久

平成 31 (2019) 年 3 月



## 目 次

### I. 総括研究報告

- 地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と  
機能分化に関する研究 . . . . . 3  
松本禎久

### II. 分担研究報告

1. 地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と  
機能分化に関する研究 . . . . . 11  
松本禎久・後藤功一・川越正平
2. 地域包括ケアにおける医療連携と機能分化に資するがん患者・家族への  
意思決定支援に関する研究 . . . . . 15  
瀨野 淳
3. 地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と  
機能分化に関する研究 . . . . . 17  
荒尾晴恵

- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 . . . . . 27





# I . 総括研究報告書



総括研究報告書

地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究

研究代表者： 松本 禎久 国立がん研究センター東病院 緩和医療科

**研究要旨**

超高齢社会において、がん診療連携拠点病院を中心としたがん限定した連携体制では不十分であり、地域完結型の包括的ながん診療連携体制が必要となる。一方で、包括的ながん診療連携モデルは乏しく、地域包括ケアシステムを基盤としたがん診療連携モデルの構築が必要である。

地域包括ケアシステムを基盤とした診断・治療・併存症の治療・終末期ケアまでを含む包括的ながん診療連携モデルの開発を行うことを目的とする。平成30年度は、平成29年度に実施した医療従事者、介護従事者、行政職を対象としたインタビュー調査の質的分析を行い、分析結果をカテゴリ化した。また、質的分析の結果に基づき、医療従事者、介護従事者、行政職859名を対象とした質問紙調査を実施した。

質的研究では、望ましいがん診療連携は23のカテゴリに集約され、がん診療連携の困難は、12のカテゴリに集約された。診断期から終末期を見据えた地域包括ケアでの診療連携を構築する必要性、診療情報だけでなく患者の感情や価値観、希望を情報として共有するシステムの構築、治療期からアドバンスケアプランニング (ACP) の作成を導入すること、医療、介護者の教育及び人材育成、患者側への地域包括ケアの理解を促す教育やACPについての教育を進めていく必要性が示唆された。

また、地域包括ケアにおけるがん患者・家族への意思決定支援を推進するにあたって、今後は、がん患者が定期通院している地域の中小病院において、患者と主治医の間で行われているACP discussionの実態を明らかにすることが必要と考えられた。

**研究分担者氏名・所属研究機関名及び  
所属研究機関における職名**

後藤 功一 国立がん研究センター東病院・呼吸器内科 科長  
川越 正平 あおぞら診療所 在宅診療所 院長  
濱野 淳 筑波大学医学医療系臨床医学域 (総合診療学・緩和医療学) / 筑波大学付属病院医療連携患者相談センター総合診療・家庭医療・

緩和医療・在宅医療 講師  
荒尾 晴恵 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授

**A. 研究目的**

わが国の高齢化は、諸外国に類を見ないスピードで進行し、医療や介護の需要がさらに増加する。特に都市部において超高齢社会への対応が急務となっている。がん診療拠点病院 (以下、拠点病院) において抗がん治療を受けている患者は約6

割、がんによる死亡のうち拠点病院以外での死亡は6割であり、拠点病院を中心としたがんに限定した連携体制では不十分であり、拠点病院以外の病院やかかりつけ医、高齢者向け施設との連携に基づいて行う地域完結型の包括的ながん診療連携体制が必要となる。一方で、包括的ながん診療連携モデルは乏しく、地域包括ケアシステムを基盤としたがん診療連携モデルの構築が必要である。

本研究では、地域包括ケアシステムを基盤とした診断・治療・併存症の治療・終末期ケアまでを含む包括的ながん診療連携モデルの開発を行うことを目的とする。

## B. 研究方法

研究は、地域包括ケアシステムにおけるがん診療連携に関して、医療者を対象としたインタビューの質的調査および質問紙調査による量的調査を行う。

はじめに緩和ケアおよび在宅医療に先進的に取り組んでいる東葛北部二次医療圏の拠点病院および拠点病院以外の病院、かかりつけ医、在宅医療機関、緩和ケア病棟、各市医師会、各市行政担当部門、高齢者向け施設の担当者にインタビュー調査を行い、質的分析を行う。次いで、質的研究をもとに、2年次に実施する実態調査の質問紙を作成し、当該地域における実態調査を行い、量的分析を行う。質問紙は、がん診療連携に関する現状、好ましい取り組み、課題、連携先に求めること、自機関で担当できること、課題に対する解決策についてなど多面的な内容を尋ねるものとする。

最終的には、地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携についてのガイドを作成し、ガイドブックに基づく連携モデルの実施可能性および予備的な効果を検討することを目標とする。

また、診療所医師が患者・家族と行っているACP discussionの実態を明らかにするために、全国17か所の診療所に勤務する22名の医師が定期的に診察する65歳以上の患者を対象として、診療録に記載してあるACP discussionを調査する。

(倫理面への配慮)

本試験に関係するすべての研究者はヘルシンキ宣言および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)に従って本研究を実施する。

個人情報および診療情報などのプライバシーに関する情報は、個人の人格尊重の理念の下厳重に保護され慎重に取り扱われるべきものと認識して必要な管理対策を講じ、プライバシー保護に務める。

## C. 研究結果

初年度である平成29年度は、地域包括ケアにおけるがん診療連携に関する質的研究を行った。東葛北部二次医療圏の拠点病院および拠点病院以外の病院、かかりつけ医、在宅医療機関、緩和ケア病棟、各市医師会、各市行政担当部門、高齢者向け施設の担当者88名にインタビュー調査を行った(表1および表2)。医療機関では医師・歯科医師・看護師・医療メディカルソーシャルワーカー・理学療法士・作業療法士など、介護施設や介護事業所においては介護福祉士や介護支援専門員など、多職種を対象とし、調査する内容は、がんに対する診療・がん以外の併存疾患に対する診療および外来・入院、検査・診断・治療・終末期ケアと多面的に調査を行った。インタビュー調査の結果を質的に分析し、がん診療連携に関する現状および望ましい取り組み、課題、連携先に求めること、自機関で担当できること、などの内容の抽出を行った。

勤務先	(人)
拠点病院	26
拠点病院以外の病院	18
地域の医療機関・介護施設・事業所・地域包括支援センター	37
行政	7
計	88

表1: インタビュー調査対象者の勤務先

平成29年度から平成30年度にかけて、質的調査の結果を分析した。全部で1029のコードが特定され、質問項目ごとにカテゴリ化を行った。

診断後～抗がん治療中における望ましい連携については、7のカテゴリ【診療情報の共有】、【拠点病院と地域医療機関が連携したがん診

療連携体制の構築】、【抗がん治療を円滑に進めるための在宅支援の充足】、【患者が負担なく抗がん治療を受けられる医療体制の構築】、【拠点病院と地域医療機関が連携して行う早期から先を見据えた支援】、【地域包括ケアを支える人材の充足】、【患者への情報提供の充実】に集約された。

職種	(人)
医師	24
歯科医師	5
看護師	17
薬剤師	7
理学療法士	7
作業療法士	1
言語聴覚士	1
社会福祉士	8
介護福祉士	2
介護支援専門員	8
その他	8
計	88

表2：インタビュー調査対象者の職種

抗がん治療終了後の経過観察中における望ましい連携については、5のカテゴリ【拠点病院と地域医療機関が連携したフォローアップ体制の構築】、【地域で生活する患者への支援の充足】、【診療情報の共有】、【地域包括ケアを支える人材の充足】、【先を見据えた支援の提供】に集約された。抗がん治療終了後から終末期・看取りまでの望ましい連携については、5のカテゴリ【在宅看取りに向けた診療連携体制の構築】、【療養支援の充足】、【診療情報の共有】、【多職種で行う患者・家族の意思決定支援】、【遺族への支援体制】に集約された。

地域包括ケアにおけるがん診療連携の困難については、【在宅移行の難しさ】【多施設・多職種での情報共有の難しさ】【がん診療における現行の地域包括ケアシステムの限界】【スタッフの地域包括ケアに対する浸透の不十分さ】【がん医療の知識不足による地域スタッフの対応の限界】【社会資源の不足】【地域包括

ケアシステムを支える人材の不足】【患者・住民が地域包括ケアシステムを理解する難しさ】【拠点病院と一般病院の連携体制の不十分さ】【予後を見据えた支援の難しさ】【早期からACPを行う難しさ】【がん患者がもつ非がん疾患への対応の難しさ】の12のカテゴリに集約された。

平成30年度は、インタビュー調査の質的分析の結果から重要と考えられる項目に基づき、質問紙を作成した。さらに、作成した質問紙による、医療従事者、介護従事者、行政職を対象とした質問紙調査を実施した。質問紙調査の対象は、地域包括ケアのモデル事例とされている柏市内に勤務地がある医療従事者、介護従事者、行政職とした。柏市内にあるがん診療連携拠点病院、がん診療連携拠点病院以外の病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会、在宅リハビリテーション連絡会、介護サービス事業者、居宅介護支援事業者、市役所、地域包括支援センターに協力を依頼し、郵送にて859名分の質問紙を発送した。質問紙は無記名であり、個人を特定できないものとした。質問紙の発送1か月後に督促状を送付した。平成31年3月末の時点で質問紙は一部回収され、集計を開始している。

また、全国の診療所におけるACP discussionに関する調査の結果を以下に記す。解析対象患者は382名(女性241名:63.1%)、平均年齢77.4±7.9歳であった。主な基礎疾患としては、高血圧(31.9%)、認知症・フレイル(15.2%)、心血管系疾患(9.2%)、糖尿病(7.9%)、脂質異常症(5.0%)、神経系疾患(4.7%)、がん疾患(3.7%)であった。382名のうち、79名(20.7%)の患者が、医師と少なくとも1つの事柄について話し合っていることが明らかになった。また、家族とも話し合い、その結果が診療録に記載されていたのは、23名(6.0%)であった。

#### D. 考察

平成29年度に実施したインタビュー調査では、多職種、多機関にわたるインタビュー調査を行うためにインタビューの対象者は多くなったものの、幅広い意見を収集することが可能であったと考えられる。

平成30年度にインタビュー調査の質的分析を完了した。診断期からかかりつけ医と拠点病院

のがんの治療医が、がん治療の比重によって、役割をどのように担うか検討しつつ協働していくことが望ましい連携と考えられた。そのためには、診療情報やケア情報を共有するシステムも必要であり、体制を整備していく必要性が示唆された。

終末期になると、終末期のがん患者の高度かつ多様なニーズが生じるため、望ましい連携には、地域の既存の資源・体制だけでは対応に限界がある現状が明らかになった。地域と治療病院の多職種での情報共有やスキルアップを促進し、事前に急変時の対応の確認や入院体制を整えるなど、急変時を見据えたタイムリーな支援体制を新たに構築する重要性が示唆された。また、終末期の患者・家族は、治療終了や在宅移行に伴う気持ちのつらさを抱えているため、心理的サポートの提供、患者・家族の意向の共有、意向に合わせた社会資源の周知・充実の必要性も示唆された。

また、地域包括ケアが十分に浸透していない医療・介護の現状を背景に、がん診療連携拠点病院とかかりつけ医が連携を行う中で困難が生じていた。地域でがん医療を実践する際の患者、家族の希望を尊重した移行の難しさがあった。がん診療連携拠点病院での治療の終結は患者・家族にとっては絶望となり、複雑な感情を伴うことが移行をより複雑にしていると考えられた。

在宅移行に伴う患者や家族の複雑な心境を理解するにあたっては、タイムリーに情報共有できるシステムの構築、その中に、患者の心情、早期から ACP をとおして得られた患者の価値観の共有ができる情報を含む必要があると考える。

また、施設間の連携において物理的・心理的な距離によって情報共有の難しさがあることが明らかとなった。医療者同士の心理的なバリアも取り払えるような、がん診療連携拠点病院と地域の医療・介護従事者が参加できる顔の見える場づくりの必要性が示唆された。

さらに、地域においてがん患者を診療、ケアするためには、患者の医療やケアに携わる医療者のがん医療に関する専門知識の不十分さが地域での対応の限界を生み出していると考えられた。その他にも治療中から ACP を担う職種の人材育成、地域包括ケアの体制を整え、地域の在宅医療や支援の調整役割を担う職種の人

材育成が必要とされている。

医療、介護者だけでなく、患者や家族に地域包括ケアの知識をもってもらふことや ACP を行う必要性についても周知し、理解をしてもらえるようにしていく必要がある。

このように質的分析から課題や解決策が抽出され、平成 30 年度に実施した質的分析に基づいて作成された質問紙調査を分析することによって、医療従事者、介護従事者、行政職を対象とした量的調査を行うことにより、実際の状況や職種による認識の違い、優先して取り組むべき課題などが明らかになると考えられる。

また、全国の診療所における ACP discussion に関する調査によって、我が国の診療所外来において、がん患者が定期的に通院している頻度は多くないこと、そして、診療所外来では、65 歳以上の患者の約 20% が、診療所医師と少なくとも 1 つの事柄について ACP discussion を行っていることが明らかになった。

オランダ、ベルギーで行われた調査では、診療所に通院している患者のうち、予期せぬ死亡ではなかった患者において、34.2% の患者が亡くなるまでに、診療所医師と ACP discussion を行っていたことが報告されている。本研究結果と比較すると、診療所外来で ACP discussion が行われている頻度が少ない可能性が示唆されるが、我が国では、国民がかかりつけ医を持つことが制度化されていないことも ACP discussion の頻度が少ないことの要因となっている可能性がある。

我が国では、地域の中小病院が主治医機能を担っている場合も少なくないと考えられるため、今後は、がん患者が定期通院している地域の中小病院において、患者と主治医の間で行われている ACP discussion の実態を明らかにすることが必要と考えられる。

## E. 結論

平成 29 年度は、医療従事者および介護従事者 88 名を対象にインタビュー調査を完遂し、平成 30 年度に質的分析を行った。質的分析からは、診断期から終末期を見据えた地域包括ケアでの診療連携を構築する必要性、診療情報だけでなく患者の感情や価値観、希望を情報として共有するシステムの構築、治療期から ACP の作成を導入すること、医療、介護者の教育及

び人材育成、患者側への地域包括ケアの理解を促す教育や ACP についての教育を進めていく必要性が示唆された。今後量的研究を行い、ガイドブック作成を行う予定である。

また、地域包括ケアにおけるがん患者・家族への意思決定支援を推進するにあたって、今後は、がん患者が定期通院している地域の中小病院において、患者と主治医の間で行われている ACP discussion の実態を明らかにすることが必要と考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Watanabe YS, Miura T, Okizaki A, Tagami K, Matsumoto Y, Fujimori M, Morita T, Kinoshita H. Comparison of indicators for achievement of pain control with personalized pain goal in a comprehensive cancer center. *J Pain Symptom Manage.* 55: 1159-1164, 2018.
2. Ishiki H, Yamaguchi T, Matsumoto Y, Kiuchi D, Satomi E. Effect of early palliative care: complex intervention and complex results. *Lancet Oncol.* 19: e221, 2018.
3. Kako J, Kobayashi M, Kanno Y, Ogawa A, Miura T, Matsumoto Y. The Optimal Cutoff Point for Expressing Revised Edmonton Symptom Assessment System Scores as Binary Data Indicating the Presence or Absence of Symptoms. *Am J Hosp Palliat Care.* 35: 1390-1393, 2018.
4. Tagami K, Okizaki A, Miura T, Watanabe YS, Matsumoto Y, Morita T, Fujimori M, Kinoshita H. Breakthrough cancer pain influences general activities and pain management: a comparison of patients with and without breakthrough cancer pain. *J Palliat Med.* 21: 1636-1640, 2018.
5. Hamano J, Takeuchi A, Yamaguchi T, Baba M, Imai K, Ikenaga M, Matsumoto Y, Sekine R, Yamaguchi T, Hirohashi T, Tajima T, Tatara R, Watanabe H, Otani H, Nagaoka H, Mori M, Tei Y, Hiramoto S, Morita T. A combination of routine laboratory findings and vital signs can predict survival of advanced cancer patients without physician evaluation: a fractional polynomial model. *Eur J Cancer.* 105: 50-60, 2018.
6. Miura T, Amano K, Shirado A, Baba M, Ozawa T, Nakajima N, Suga A, Matsumoto Y, Shimizu M, Shimoyama S, Kuriyama T, Matsuda Y, Iwashita T, Mori I, Kinoshita H. Low transthyretin levels predict poor prognosis in cancer patients in palliative care settings. *Nutr Cancer.* 2018 Nov-Dec;70(8):1283-1289
7. Miura T, Matsumoto Y, Kawaguchi T, Masuda Y, Okizaki A, Koga H, Tagami K, Watanabe YS, Uehara Y, Yamaguchi T, Morita T. Low phase angle is correlated with worse general condition in patients with advanced cancer. *Nutr Cancer.* 2019;71(1):83-88.
8. 野里洵子, 垂見明子, 松本禎久, 西智弘, 宮本信吾, 木澤義之, 森田達也, 森雅紀. 緩和ケアの研修、自己研鑽に関する若手医師の考え: 質問紙調査の自由記述の質的分析. *Palliat Care Res.* 13: 175-79, 2018.
9. 内田恵, 奥山徹, 明智龍男, 森田達也, 木澤義之, 木下寛也, 松本禎久. がん患者の苦痛に関するスクリーニング・トリアージを普及するためのワークショップの有用性の検討. *Palliat Care Res* 13: 273-279, 2018.
10. 野里洵子, 宮本信吾, 森雅紀, 松本禎久, 西智弘, 木澤義之, 森田達也. 緩和ケアを専門としようとしている若手医師の研修、自己研鑽に対するニーズには何が影響するか. *Palliat Care Res* 13: 297-303, 2018.
11. 松本禎久. 早期からの緩和ケア コトハジメ 日本での実証研究の今. *緩和ケア.* 28: 38-41, 2018.
12. 上原優子, 松本禎久. 麻薬性鎮痛薬. *Medicina.* 55: 378-82, 2018.

13. 松本禎久. 非がん疾患の緩和ケア. 千葉県医師会雑誌 70: 89-90, 2018.
  14. 松本禎久. がん疼痛治療における新規オピオイド. 千葉県医師会雑誌. 70: 260-261, 2018.
  15. 沖崎歩, 松本禎久. 看護師主導の早期からの専門的な緩和ケア～IOP (がん治療と緩和ケアの統合) に向けた介入の実際. エンド・オブ・ライフケア 2019; 3(1): 77-83.
2. 学会発表
1. Dobashi C, Arai H, Aoki M, Mashiro E, Ichihara K, Matsumoto Y. Barriers as Nurses' Awareness on Cancer Treatment Coordination in Community-based Integrated Care International Conference on Cancer Nursing, 2018, September 23-26, Auckland, New Zealand.
  2. 徳山理佐子, 荒尾晴恵, 土橋千咲, 間城絵里奈, 青木美和, 市原香織, 松本禎久. 緩和ケアに携わる医師が捉えた地域包括ケアにおけるがん患者の併存疾患に対する望ましい医療連携. 日本緩和医療学会 第 1 回関西支部学術大会. 2018 年 11 月. 大阪.
  3. 間城絵里奈, 荒尾晴恵, 土橋千咲, 青木美和, 市原香織, 松本禎久. 介護支援専門員が捉える地域包括ケアにおけるがん患者の治療中から終末期までの望ましい医療連携. 日本緩和医療学会 第 1 回関西支部学術大会. 2018 年 11 月. 大阪.
  4. 土橋千咲, 荒尾晴恵, 間城絵里奈, 青木美和, 市原香織, 松本禎久. 終末期を在宅で過ごすがん患者への地域包括ケアにおける障壁と望ましい連携. 第 33 回日本がん看護学会学術集会. 2019 年 2 月. 福岡.
  5. 間城絵里奈, 荒尾晴恵, 土橋千咲, 青木美和, 市原香織, 松本禎久. 地域包括ケアにおいてがん診療連携に携わる医療・介護従事者が抱える障壁と課題. 第 33 回日本がん看護学会学術集会. 2019 年 2 月. 福岡.
  6. 松本禎久, 小林直子, 木村芳子. 病院と地域がつながる～早期からの専門的緩和ケア提供の介入研究および実臨床での取り組みから～. シンポジウム. 日本在宅医学会第 20 回記念大会 (品川), 2018 年 4 月 29-30 日.
  7. Matsumoto, Y. Integration of oncology and palliative care. Symposium. 第 16 回日本臨床腫瘍学会学術大会 (神戸), 2018 年 7 月 19-21 日.
  8. 松本禎久. 腫瘍学と緩和ケアの統合エビデンスとその実際. シンポジウム. 第 16 回日本臨床腫瘍学会学術大会 (神戸), 2018 年 7 月 19-21 日.
  9. 松本禎久. メサドン～使用に際してのポイント～. シンポジウム. 日本ペインクリニック学会第 52 回大会 (品川), 2018 年 7 月 19-21 日.
  10. 松本禎久. 再発/進行がん患者とのコミュニケーション—緩和医療医の立場から. シンポジウム. 第 56 回日本癌治療学会学術集会 (横浜), 2018 年 10 月 18-20 日.
  11. 小林直子, 松本禎久, 沖崎歩, 増田悠斗, 古賀浩子, 田上恵太, 五十嵐隆志, 渡邊有希, 上原優子, 三浦智史, 小川朝生. 入院がん患者に対する緩和ケアチームの介入効果～症状評価スケールを用いた後方視的検討～. ポスター. 第 23 回日本緩和医療学会学術大会 (神戸) 2018 年 6 月 15-17 日.
  12. 村田長子, 篠崎剛, 桑本麻美, 村山明子, 關本翌子, 松本禎久, 林隆一. 当院における進行頭頸部癌の死亡前 1 週間以内の症状と機能に関する観察研究. ポスター. 第 23 回日本緩和医療学会学術大会 (神戸) 2018 年 6 月 15-17 日.
  13. 里見絵理子, 木内大佑, 松田能宣, 松本禎久, 内藤明美, 森田達也, 前田一石, 岩瀬哲. 進行がん患者の悪心嘔吐に対するオランザピンの有効性・安全性の検討: 全国大規模多施設レジストリ研究 (PhaseR 悪心嘔吐研究). 口演. 第 23 回日本緩和医療学会学術大会 (神戸) 2018 年 6 月 15-17 日.
  14. 沖崎歩, 松本禎久, 小林直子, 前川智子. 多職種が関わる IOP. 口演. 第 3



- 回日本がんサポーターティブケア学会学術集会 (福岡) 2018年8月31日-9月1日
15. 山本里江, 三浦 智史, 松本 禎久, 沖崎 歩, 川口 崇, 田上 恵太, 森田 達也. Personalized pain goal 達成と症状や Quality of Life, 抑うつとの関連について. ポスター・口演. 第3回日本がんサポーターティブケア学会学術集会 (福岡) 2018年8月31日-9月1日
  16. 田上恵太, 三浦智史, 川口崇, 松本禎久, 渡邊有希, 上原優子, 沖崎歩, 増田悠斗, 古賀浩, 山口拓洋, 森田達也. 生活の質と症状緩和の質との関係: Personalized Symptom Goal での検証. ポスター. 第31回日本サイコオンコロジー学会総会 (金沢) 2018年9月21日-9月22日.
  17. Shinozaki T, Hayashi R, Murata M, Matsumoto Y. Symptom prevalence and functional status among patients with advanced cancers of the head and neck. Poster. MASSC/ISOO Annual Meeting (28-30 June 2018, Vienna, Austria)
  18. Tagami K, Miura T, Kawaguchi T, Matsumoto Y, Watanabe- Sumazaki Y, Uehara Y, Okizaki A, Masuda Y, Hiroko K, Yamaguchi T, Morita T. Correlation of health-related quality of life with quality of symptom management: based on personalized symptom goals in outpatient palliative care setting. Poster. MASSC/ISOO Annual Meeting (28-30 June 2018, Vienna, Austria)
  19. Satomi E, Matsuoka H, Iwase S, Miyaji T, Kawaguchi T, Ariyoshi K, Oyamada S, Hasuo H, Tokoro A, Shinomiya T, Tsukuura H, Otake Y, Otsuka M, Hasegawa Y, Matsumoto Y, Kataoka Y, Otani H, Kidera Y, Aoyama M, Yamaguchi T. A Multi-center, Randomized, Double-blinded, Placebo-controlled Trial of Additive Effect of Duloxetine for Neuropathic Cancer Pain Refractory to Opioids and Gabapentinoids: JORTC- PAL08 (DIRECT study). Poster. ASCO Annual Meeting (1 -5 June 2018, Chicago, illinois)
  20. R. Elgersma, T. Miura, Y. Matsumoto, M. Mori, F.D. Ottery, H. Jager-Wittenaar. Comprehensibility, difficulty, and content validity of the Japanese Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment. Poster. 40th ESPEN Congress (1-4 September 2018, Madrid, Spain)
- H. 知的財産権の出願・登録状況**
1. 特許の取得  
なし。
  2. 実用新案登録  
なし。
  3. その他  
なし。



## Ⅱ. 分担研究報告書



分担研究報告書

地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究

研究分担者

松本 禎久 国立がん研究センター東病院 緩和医療科  
後藤 功一 国立がん研究センター東病院 呼吸器内科  
川越 正平 あおぞら診療所

研究要旨

超高齢社会において、がん診療連携拠点病院を中心としたがんに限定した連携体制では不十分であり、地域完結型の包括的ながん診療連携体制が必要となる。一方で、包括的ながん診療連携モデルは乏しく、地域包括ケアシステムを基盤としたがん診療連携モデルの構築が必要である。

地域包括ケアシステムを基盤とした診断・治療・併存症の治療・終末期ケアまでを含む包括的ながん診療連携モデルの開発を行うことを目的とする。平成29年度は、医療従事者、介護従事者、行政職を対象としたインタビュー調査を実施した。平成30年度は、インタビュー調査の質的分析に基づいて地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携に関する質問紙を作成し、医療従事者、介護従事者、行政職を対象とした質問紙調査を実施した。

A. 研究目的

わが国の高齢化は、諸外国に類を見ないスピードで進行し、医療や介護の需要がさらに増加する。特に都市部において超高齢化社会への対応が急務となっている。がん診療拠点病院（以下、拠点病院）において抗がん治療を受けている患者は約6割、がんによる死亡のうち拠点病院以外での死亡は6割であり、拠点病院を中心としたがんに限定した連携体制では不十分であり、拠点病院以外の病院やかかりつけ医、高齢者向け施設との連携に基づいて行う地域完結型の包括的ながん診療連携体制が必要となる。一方で、包括的ながん診療連携モデルは乏しく、地域包括ケアシステムを基盤としたがん診療連携モデルの構築が必要である。

本研究では、地域包括ケアシステムを基盤とした診断・治療・併存症の治療・終末期ケアまでを含む包括的ながん診療連携モデルの開発を行うことを目的とする。

B. 研究方法

研究は、地域包括ケアシステムにおけるがん診療連携に関して、医療者を対象としたインタビューの質的調査、および質問紙調査による量的調査を行う。

はじめに緩和ケアおよび在宅医療に先進的に取り組んでいる東葛北部二次医療圏の拠点病院および拠点病院以外の病院、かかりつけ医、在宅医療機関、緩和ケア病棟、各市医師会、各市行政担当部門、高齢者向け施設の担当者にインタビュー調査を行い、質的分析を行う。次いで、質的研究をもとに、2年次に実施する実態調査の質問紙を作成し、当該地域における実態調査を行い、量的分析を行う。質問紙は、がん診療連携に関する現状、好ましい取り組み、課題、連携先に求めること、自機関で担当できること、課題に対する解決策についてなど多面的な内容を尋ねるものとする。

最終的には、地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携についてのガイドを作成し、ガイドブ

ックに基づく連携モデルの実施可能性および予備的な効果を検討することを目標とする。

#### (倫理面への配慮)

本試験に関係するすべての研究者はヘルシンキ宣言および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)に従って本研究を実施する。

個人情報および診療情報などのプライバシーに関する情報は、個人の人格尊重の理念の下厳重に保護され慎重に取り扱われるべきものと認識して必要な管理対策を講じ、プライバシー保護に務める。

### C. 研究結果

初年度である平成29年度は、地域包括ケアにおけるがん診療連携に関する質的研究を行った。東葛北部二次医療圏の拠点病院および拠点病院以外の病院、かかりつけ医、在宅医療機関、緩和ケア病棟、各市医師会、各市行政担当部門、高齢者向け施設の担当者88名にインタビュー調査を行った(表1および表2)。医療機関では医師・歯科医師・看護師・医療メディカルソーシャルワーカー・理学療法士・作業療法士など、介護施設や介護事業所においては介護福祉士や介護支援専門員など、多職種を対象とし、調査する内容は、がんに対する診療・がん以外の併存疾患に対する診療および外来・入院、検査・診断・治療・終末期ケアと多面的に調査を行った。インタビュー調査の結果を質的に分析し、がん診療連携に関する現状および望ましい取り組み、課題、連携先に求めること、自機関で担当できること、などの内容の抽出を行った。

平成30年度は、インタビュー調査の質的分析をまとめ、インタビュー調査で抽出された項目のうち重要と考えられる項目に基づき、質問紙を作成した。さらに、作成した質問紙による、医療従事者、介護従事者、行政職を対象とした質問紙調査を実施した。質問紙調査の対象は、地域包括ケアのモデル事例とされている柏市内に勤務地がある医療従事者、介護従事者、行政職とした。柏市内にあるがん診療連携拠点病院、がん診療連携拠点病院以外の病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会、在宅リハビリテーション連絡会、介護サービス事業者、居宅介護支援事業者、市役所、地域包括支

援センターに協力を依頼し、郵送にて859名分の

勤務先	(人)
拠点病院	26
拠点病院以外の病院	18
地域の医療機関・介護施設・事業所・地域包括支援センター	37
行政	7
計	88

表1：インタビュー調査対象者の勤務先

職種	(人)
医師	24
歯科医師	5
看護師	17
薬剤師	7
理学療法士	7
作業療法士	1
言語聴覚士	1
社会福祉士	8
介護福祉士	2
介護支援専門員	8
その他	8
計	88

表2：インタビュー調査対象者の職種

質問紙を発送した。質問紙は無記名であり、個人を特定できないものとした。質問紙の発送1か月後に督促状を送付した。平成31年3月末の時点で質問紙は一部回収され、集計を開始している。

### D. 考察

平成29年度に多職種、多機関にわたるインタビュー調査を行うことで、対象者は多くなったものの、幅広い意見を収集することが可能であったと考えられる。得られたデータから、平成30年度は質的分析を行い、がんの治療状況を考慮した、がん診療連携に関する現状および望ましい取り組み、課題、連携先に求めること、自機関で担当できること、などが明らかになり、抽出された課題や解決策が抽出された。

抽出された課題や解決策に基づいて作成した質問紙を用いて、医療従事者、介護従事者、行政職を対象とした量的調査を行うことにより、実際の状況や職種による認識の違い、優先して取り組むべき課題などが明らかになると考えられる。

平成30年度に質問紙調査を実施したが、対象は地域包括ケアのモデル事例とされている柏市に勤務先がある医療従事者、介護従事者、行政職を対象とした。これはインタビュー調査を行う中で、地域による地域包括ケアへの取り組み方や成熟度が異なると考えられたため、地域包括ケアに既に力を入れている単一の行政区域において、地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携に関する質問紙調査を行うことが更なる向上につながる解決策を見出し得ると考えたためである。

平成31年前期には質問紙調査の量的分析を完了し、地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携について検討を行う予定である。

## E. 結論

平成29年度は、医療従事者、介護従事者、行政職88名を対象にインタビュー調査を完遂し、質的研究を行った。

平成30年度は、医療従事者、介護従事者、行政職859名を対象に、インタビュー調査に基づいて作成した質問紙による質問紙調査を実施した。今後量的研究を行い、ガイドブック作成を予定する。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Watanabe YS, Miura T, Okizaki A, Tagami K, Matsumoto Y, Fujimori M, Morita T, Kinoshita H. Comparison of indicators for achievement of pain control with personalized pain goal in a comprehensive cancer center. *J Pain Symptom Manage.* 55: 1159-1164, 2018.
2. Ishiki H, Yamaguchi T, Matsumoto Y, Kiuchi D, Satomi E. Effect of early palliative care: complex intervention and complex results. *Lancet Oncol.* 19: e221, 2018.
3. Kako J, Kobayashi M, Kanno Y, Ogawa A, Miura T, Matsumoto Y. The Optimal Cutoff Point for Expressing Revised Edmonton Symptom Assessment System Scores as Binary Data Indicating the Presence or Absence of Symptoms. *Am J Hosp Palliat Care.* 35: 1390-1393, 2018.
4. Tagami K, Okizaki A, Miura T, Watanabe YS, Matsumoto Y, Morita T, Fujimori M, Kinoshita H. Breakthrough cancer pain influences general activities and pain management: a comparison of patients with and without breakthrough cancer pain. *J Palliat Med.* 21: 1636-1640, 2018.
5. Hamano J, Takeuchi A, Yamaguchi T, Baba M, Imai K, Ikenaga M, Matsumoto Y, Sekine R, Yamaguchi T, Hirohashi T, Tajima T, Tatara R, Watanabe H, Otani H, Nagaoka H, Mori M, Tei Y, Hiramoto S, Morita T. A combination of routine laboratory findings and vital signs can predict survival of advanced cancer patients without physician evaluation: a fractional polynomial model. *Eur J Cancer.* 105: 50-60, 2018.
6. Miura T, Amano K, Shirado A, Baba M, Ozawa T, Nakajima N, Suga A, Matsumoto Y, Shimizu M, Shimoyama S, Kuriyama T, Matsuda Y, Iwashita T, Mori I, Kinoshita H. Low transthyretin levels predict poor prognosis in cancer patients in palliative care settings. *Nutr Cancer.* 2018 Nov-Dec;70(8):1283-1289
7. Miura T, Matsumoto Y, Kawaguchi T, Masuda Y, Okizaki A, Koga H, Tagami K, Watanabe YS, Uehara Y, Yamaguchi T, Morita T. Low phase angle is correlated with worse general condition in patients with advanced cancer. *Nutr Cancer.* 2019;71(1):83-88.
8. 野里洵子, 垂見明子, 松本禎久, 西智弘, 宮本信吾, 木澤義之, 森田達也, 森雅紀. 緩和ケアの研修、自己研鑽に関する若手医師の考え: 質問紙調査の自由記述の質的分析. *Palliat Care Res.* 13: 175-79,

- 2018.
9. 内田恵, 奥山徹, 明智龍男, 森田達也, 木澤義之, 木下寛也, 松本禎久. がん患者の苦痛に関するスクリーニング・トリアージを普及するためのワークショップの有用性の検討. *Palliat Care Res* 13: 273-279, 2018.
  10. 野里洵子, 宮本信吾, 森雅紀, 松本禎久, 西智弘, 木澤義之, 森田達也. 緩和ケアを専門としようとしている若手医師の研修、自己研鑽に対するニーズには何が影響するか. *Palliat Care Res* 13: 297-303, 2018.
  11. 松本禎久. 早期からの緩和ケア コトハジメ 日本での実証研究の今. *緩和ケア*. 28: 38-41, 2018.
  12. 上原優子, 松本禎久. 麻薬性鎮痛薬. *Medicina*. 55: 378-82, 2018.
  13. 松本禎久. 非がん疾患の緩和ケア. *千葉県医師会雑誌* 70: 89-90, 2018.
  14. 松本禎久. がん疼痛治療における新規オピオイド. *千葉県医師会雑誌*. 70: 260-261, 2018.
  15. 沖崎歩, 松本禎久. 看護師主導の早期からの専門的な緩和ケア～IOP (がん治療と緩和ケアの統合) に向けた介入の実際. *エンド・オブ・ライフケア* 2019; 3(1): 77-83.
2. 学会発表
1. 徳山理佐子, 荒尾晴恵, 土橋千咲, 間城絵里奈, 青木美和, 市原香織, 松本禎久. 緩和ケアに携わる医師が捉えた地域包括ケアにおけるがん患者の併存疾患に対する望ましい医療連携. Dobashi C, Arao H, Aoki M, Mashiro E, Ichihara K, Matsumoto Y Barriers as Nurses' Awareness on Cancer Treatment Coordination in Community-based Integrated Care International Conference on Cancer Nursing, 2018, September 23-26, Auckland, New Zealand.
  2. 日本緩和医療学会 第1回関西支部学術大会. 2018年11月. 大阪.
  3. 間城絵里奈, 荒尾晴恵, 土橋千咲, 青木美和, 市原香織, 松本禎久. 介護支援専門員が捉える地域包括ケアにおけるがん患者の治療中から終末期までの望ましい医療連携. 日本緩和医療学会第1回関西支部学術大会. 2018年11月. 大阪.
  4. 土橋千咲, 荒尾晴恵, 間城絵里奈, 青木美和, 市原香織, 松本禎久. 終末期を在宅で過ごすがん患者への地域包括ケアにおける障壁と望ましい連携. 第33回日本がん看護学会学術集会. 2019年2月. 福岡.
  5. 間城絵里奈, 荒尾晴恵, 土橋千咲, 青木美和, 市原香織, 松本禎久. 地域包括ケアにおいてがん診療連携に携わる医療・介護従事者が抱える障壁と課題. 第33回日本がん看護学会学術集会. 2019年2月. 福岡.
  6. 松本禎久, 小林直子, 木村芳子. 病院と地域がつながる～早期からの専門的緩和ケア提供の介入研究および実臨床での取り組みから～. シンポジウム. 日本在宅医学会第20回記念大会 (品川), 2018年4月29-30日.
  7. Matsumoto, Y. Integration of oncology and palliative care. Symposium. 第16回日本臨床腫瘍学会学術大会(神戸), 2018年7月19-21日.
  8. 松本禎久. 腫瘍学と緩和ケアの統合エビデンスとその実際. シンポジウム. 第16回日本臨床腫瘍学会学術大会 (神戸), 2018年7月19-21日.
  9. 松本禎久. メサドン～使用に際してのポイント～. シンポジウム. 日本ペインクリニック学会第52回大会 (品川), 2018年7月19-21日.
  10. 松本禎久. 再発/進行がん患者とのコミュニケーションー緩和医療医の立場から. シンポジウム. 第56回日本癌治療学会学術集会 (横浜), 2018年10月18-20日.
  11. 小林直子, 松本禎久, 沖崎歩, 増田悠斗, 古賀浩子, 田上恵太, 五十嵐隆志, 渡邊有希, 上原優子, 三浦智史, 小川朝生. 入院がん患者に対する緩和ケアチームの介入効果～症状評価スケールを用いた後方視的検討～. ポスター. 第23回日本緩和医療学会学術



- 大会（神戸） 2018年6月15-17日
12. 村田長子, 篠崎剛, 桑本麻美, 村山明子, 關本翌子, 松本禎久, 林隆一. 当院における進行頭頸部癌の死亡前1週間以内の症状と機能に関する観察研究. ポスター. 第23回日本緩和医療学会学術大会（神戸） 2018年6月15-17日
  13. 里見絵理子, 木内大佑, 松田能宣, 松本禎久, 内藤明美, 森田達也, 前田一石, 岩瀬哲. 進行がん患者の悪心嘔吐に対するオランザピンの有効性・安全性の検討: 全国大規模多施設レジストリ研究 (PhaseR 悪心嘔吐研究). 口演. 第23回日本緩和医療学会学術大会 (神戸) 2018年6月15-17日
  14. 沖崎歩, 松本禎久, 小林直子, 前川智子. 多職種が関わるIOP. 口演. 第3回日本がんサポーターケア学会学術集会 (福岡) 2018年8月31日-9月1日
  15. 山本里江, 三浦智史, 松本禎久, 沖崎歩, 川口崇, 田上恵太, 森田達也. Personalized pain goal 達成と症状や Quality of Life, 抑うつとの関連について. ポスター・口演. 第3回日本がんサポーターケア学会学術集会 (福岡) 2018年8月31日-9月1日
  16. 田上恵太, 三浦智史, 川口崇, 松本禎久, 渡邊有希, 上原優子, 沖崎歩, 増田悠斗, 古賀浩, 山口拓洋, 森田達也. 生活の質と症状緩和の質との関係: Personalized Symptom Goal での検証. ポスター. 第31回日本サイコオンコロジー学会総会 (金沢) 2018年9月21日-9月22日.
  17. Shinozaki T, Hayashi R, Murata M, Matsumoto Y. Symptom prevalence and functional status among patients with advanced cancers of the head and neck. Poster. MASSC/ISOO Annual Meeting (28-30 June 2018, Vienna, Austria)
  18. Tagami K, Miura T, Kawaguchi T, Matsumoto Y, Watanabe-Sumazaki Y, Uehara Y, Okizaki A, Masuda Y, Hiroko K, Yamaguchi T, Morita T. Correlation of health-related quality of life with quality of symptom management: based on personalized symptom goals in outpatient palliative care setting. Poster. MASSC/ISOO Annual Meeting (28-30 June 2018, Vienna, Austria)
  19. Satomi E, Matsuoka H, Iwase S, Miyaji T, Kawaguchi T, Ariyoshi K, Oyamada S, Hasuo H, Tokoro A, Shinomiya T, Tsukuura H, Otake Y, Otsuka M, Hasegawa Y, Matsumoto Y, Kataoka Y, Otani H, Kidera Y, Aoyama M, Yamaguchi T. A Multi-center, Randomized, Double-blinded, Placebo-controlled Trial of Additive Effect of Duloxetine for Neuropathic Cancer Pain Refractory to Opioids and Gabapentinoids: JORTC- PAL08 (DIRECT study). Poster. ASCO Annual Meeting (1-5 June 2018, Chicago, illinois)
  20. R. Elgersma, T. Miura, Y. Matsumoto, M. Mori, F.D. Ottery, H. Jager-Wittenaar. Comprehensibility, difficulty, and content validity of the Japanese Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment. Poster. 40th ESPEN Congress (1-4 September 2018, Madrid, Spain)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
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

地域包括ケアにおける医療連携と機能分化に資するがん患者・家族への意思決定支援に関する研究

研究分担者 筑波大学 医学医療系 濱野淳

**研究要旨**

がん患者の意思決定支援において、診療所医師との連携が重要であることは指摘されているが、診療所外来において、診療所医師、患者、家族がどのような Advance care planning discussion を行っているかは明らかになっていない。

本研究で、我が国の診療所外来において、がん患者が定期的に通院している頻度は、多くないこと、そして、診療所外来では、65 歳以上の患者の 20.7%が、診療所医師と少なくとも1つの事柄について Advance care planning discussion を行っていることが明らかになった。

これらの結果より、地域包括ケアにおけるがん患者・家族への意思決定支援を推進するにあたって、今後は、がん患者が定期通院している地域の中小病院において、患者と主治医の間で行われている Advance care planning discussion の実態を明らかにすることが必要と考えられた。

**A. 研究目的**

診療所医師が患者・家族と行っている Advance care planning discussion の実態を明らかにする

思決定者について の3点について話し合っているか、そして、診療録に記載されているかを確認し、調査票に記載した。

(倫理面への配慮)

筑波大学医の倫理委員会で審査し承認された後に、各施設で調査を実施していること、および、調査への協力を拒否することができることを掲示した上で、調査を実施した。調査データは、個人が同定できない状態で、研究代表者(濱野淳)が筑波大学内で管理した。

**B. 研究方法**

全国17か所の診療所に勤務する22名の医師が定期的に診察する65歳以上の患者を対象として、診療録に記載してある Advance care planning discussion を調査した。各診療所において、2017年3月に調査日(1日)を予め設定してもらい、その日に受診した患者を対象とした。対象患者において、年齢、性別、基礎疾患、併存疾患、生活状況などの情報を医師が調査票に記載した。医師は、対象患者の診療録および医師の記憶から、患者および家族と Advance care planning discussion として、  
1. 今後ADLが低下したときのこと  
2. 経口摂取ができなくなったときのこと  
3. 代理意

**C. 研究結果**

解析対象患者は382名(女性241名:63.1%)、平均年齢77.4 ± 7.9歳であった。主な基礎疾患としては、高血圧(31.9%)、認知症・フレイル(15.2%)、心血管系疾患(9.2%)、糖尿病(7.9%)、脂質異常症(5.0%)、神経系疾患(4.7%)、がん疾患(3.7%)であった。382名のうち、79

名（20.7%）の患者が、医師と少なくとも1つの事柄について話し合っていることが明らかになった。また、家族とも話し合い、その結果が診療録に記載されていたのは、23名（6.0%）であった。

#### D. 考察

我が国の診療所外来において、がん患者が定期的に通院している頻度は多くないこと、そして、診療所外来では、65歳以上の患者の約20%が、診療所医師と少なくとも1つの事柄について Advance care planning discussion を行っていることが明らかになった。

オランダ、ベルギーで行われた調査では、診療所に通院している患者のうち、予期せぬ死亡ではなかった患者において、34.2%の患者が亡くなるまでに、診療所医師と Advance care planning discussion を行っていたことが報告されている。本研究結果と比較すると、診療所外来で Advance care planning discussion が行われている頻度が少ない可能性が示唆されるが、我が国では、国民がかかりつけ医を持つことが制度化されていないことも Advance care planning discussion の頻度が少ないことの要因となっている可能性がある。

我が国では、地域の中小病院が主治医機能を担っている場合も少なくないと考えられるため、今後は、がん患者が定期通院している地域の中小病院において、患者と主治医の間で行われている Advance care planning discussion の実態を明らかにすることが必要と考えられる。

#### E. 結論

診療所外来に定期通院する65歳以上の患者において、約20%の患者は、主治医と少なくとも1つの事柄について、Advance care planning discussion を行っているが、家族も含めて話し合い、その結果が診療録に記載されている患者の割合は6.0%であった。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし

2. 学会発表  
なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
なし

2. 実用新案登録  
なし

3. その他

分担研究報告書

地域包括ケアにおけるがん診療連携に関する質的研究に関する研究

研究分担者 大阪大学大学院医学系研究科 荒尾 晴恵

**研究要旨**

地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究のうち、本年度の目的は、がん診療において望ましいがん診療連携についてがんの診断から看取りまでの時期毎に明らかにすること、及び地域包括ケアにおけるがん診療連携の困難について明らかにすることであった。88名の面接内容を質的に統合した。望ましいがん診療連携は23のカテゴリに集約され、がん診療連携の困難は、12のカテゴリに集約された。望ましいがん診療連携はがん診療連携の困難を反映したものであった。診断期から終末期を見据えた地域包括ケアでの診療連携を構築する必要性、診療情報だけでなく患者の感情や価値観、希望を情報として共有するシステムの構築、治療期からアドバンスケアプランニング(ACP)の作成を導入すること、医療、介護者の教育及び人材育成、患者側への地域包括ケアの理解を促す教育やACPについての教育を進めていく必要性が示唆された。

**A. 研究目的**

地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究のうち、本年度の研究目的は、面接調査を終了した88名の医療従事者・介護従事者が捉える、地域包括ケアにおけるがん診療連携に関する考え方を統合し記述することである。

1. がん診療において望ましい連携についてがんの診断から看取りまでの時期毎に明らかにする。
2. 地域包括ケアにおけるがん診療連携の困難について明らかにする。

**B. 研究方法**

1. 対象者

東葛北部医療圏の医療機関・介護施設・行政機関で勤務するがん患者に関連した業務に携わる医師・歯科医師・看護師・薬剤師・

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員・行政職員

2. データ収集方法

対象者に文書による研究参加の同意を得て個別に半構造化面接を行った。面接内容は、レコーダーに録音した。各回のインタビュー内容に基づき、適宜次にインタビューする職種(性別、経験年数、専門分野など)を決める理論的サンプリングを用いた。

3. 調査内容

1) 対象者の基礎情報

現在の職種、診療科や配属部署、現在の職種となつての経験年数、がん患者を担当した経験の有無、現在のがん患者担当の有無、現在訪問医療・介護などの在宅サービス提供の有無、地域包括ケアシステムの知識についての自信(1.とても自信がある～4.全く自信がない、の4段階で回答)

## 2) がん診療連携

(1) がん診療において望ましい連携について

- ① 診断前～診断時期（検査、告知、紹介）
  - ② 診断後～抗がん治療中
  - ③ 抗がん治療終了後の経過観察中（がんが根治している、または病勢が抑えられている状況）
  - ④ 抗がん治療終了後から終末期・看取りまで
- (2) 地域包括ケアにおけるがん診療連携の困難

## 3. データ分析方法

半構造化面接の録音から逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読み、地域包括ケアにおけるがん診療連携に関して、対象者が考える望ましいがん診療連携とがん診療連携の困難について、その背景を表現する語句や文章（意味単位；meaningful unites）を一文化した。次に、抽出した意味単位をコード化（Coding）し、それらのコードをまとめたサブカテゴリ、さらにそれを集約し、カテゴリを作成した。分析には質的研究分析ソフトMAXQDA(Light Stone 社)を用いた。

（倫理面への配慮）

研究への参加は対象者の自由意志によるものとし、説明同意文書により研究の趣旨等説明し、研究参加への同意を得た。

## C. 研究結果

### 1. 対象者の概要

対象者の人数は 88 名であり、現在の職種は医師 24 名 (27.3%)、歯科医師 5 名 (5.7%)、看護師 17 名 (19.3%)、薬剤師 7 名 (8.0%)、理学療法士 7 名 (8.0%)、作業療法士 1 名 (1.1%)、言語聴覚士 1 名 (1.1%)、社会福祉士 8 名 (9.1%)、介護福祉士 2 名 (2.3%)、介護支援専門員 8 名 (1.1%)、その他 8 名 (1.1%) であった。

所属施設は、拠点病院や一般病院、クリニック、かかりつけ薬局、歯科医院といった医療機関が 55 名 (62.5%) であり、訪問診療専門クリニックや訪問看護ステーション、訪問リハビリステーション、介護施設、居宅介護支援事業所といった介護・在宅医療機関が 22 名 (25.0%)、市役所や保健所といった行政機関が 7 名 (8.0%)、地域包括支援センターが 4 名 (4.5%) であった。現在の訪問医療・介護などの在宅サービス提供の有無は、44 名

(50.6%) が有り、43 名 (49.4%) が無と回答した。

現在の職種になってからの平均経験年数±標準偏差は、17.2±8.3 年（最小 1 年～最大 39 年）であった。がん患者担当の経験は、87 名 (98.9%) が有り、1 名 (1.1%) が無と回答した。現在は、72 名 (81.8%) ががん患者を担当しており、16 名 (18.2%) は担当していなかった。

地域包括ケアシステムの知識についての自信は、「全く自信がない」が 14 名 (15.9%)、「やや自信がない」が 35 名 (39.8%)、「やや自信がある」が 32 名 (36.4%)、「とても自信がある」が 7 名 (8.0%) であった。

## 2. がん診療において望ましい連携について

### 1) 診断前～診断時期における望ましい連携

診断前～診断時期における望ましい連携については、6 のカテゴリ【がん診断時からの拠点病院と地域医療機関の連携】、【診療情報の共有】、【患者・住民への情報提供】、【地域施設での支援体制の充足】、【がん治療前からの患者が持つ医療資源を活用した多職種連携】、【地域包括ケアを支える人材の充足】に集約された。各カテゴリのサブカテゴリとサブカテゴリに含まれるコード数は表 1 に示す。

表 1. 診断前～診断時期における望ましい連携

カテゴリ (太字) / サブカテゴリ	コード数
<b>がん診断時からの拠点病院と地域医療機関の連携</b>	<b>53</b>
迅速な紹介システムの構築	17
かかりつけ医を中心とした診療体制の構築	9
がんの早期発見の促進	7
拠点病院と地域医療機関の関係構築	7
患者重視の拠点病院への紹介システム	5
診断前からの拠点病院と地域包括支援センターの連携	3
診断時から緩和ケア導入を考慮した連携	2
多職種が顔の見える関係作り	1
拠点病院の連携窓口となる職種と地域の医療従事者の信頼関係の構築	1
施設間の連携調整を行う職種の迅速な対応	1
<b>診療情報の共有</b>	<b>27</b>
拠点病院と地域施設間の診療情報の共有	20
がんの告知内容も含めた医療機関同士の情報共有	4
医療従事者から介護従事者へのがんを疑う症状に関する情報提供	1
拠点病院と地域医療機関間の情報共有システムの構築	1
紹介時における病院間の検査範囲に関する共有	1
<b>患者・住民への情報提供</b>	<b>25</b>
活用できる社会資源に関する情報提供	9
がん診断や治療に関する情報提供を行うための相談の場作り	8
施設の機能、役割に関する患者側の理解促進	5
治療から終末期までの経過に関する情報提供	2
薬剤師による抗がん剤の情報提供の場の拡大	1
<b>地域施設での支援体制の充足</b>	<b>21</b>
がん告知後の心理的サポートの提供	9
先を見据えた介護支援導入のための体制の構築	5
施設の機能、役割の明確化	4
施設の機能、役割に関する医療者側の理解促進	3
<b>がん治療前からの患者が持つ医療資源を活用した多職種連携</b>	<b>12</b>
多職種が協働して行う全身状態管理	12
<b>地域包括ケアを支える人材の充足</b>	<b>4</b>
患者を包括的に捉え地域包括ケアを促進する人材の育成	4

## 2) 診断後～抗がん治療中における望ましい連携

診断後～抗がん治療中における望ましい連携については、7 のカテゴリ【診療情報の共有】、【拠点病院と地域医療機関が連携したがん診療連携体制の構築】、【抗がん治療を円滑に進めるための在宅支援の充足】、【患者が負担なく抗がん治療を受けられる医療体制の構築】、【拠点病院と地域医療機関が連携して行う早期から先を見据えた支援】、【地域包括ケアを支える人材の充足】、【患者への情報提供の充実】に集約された。各カテゴリのサブカテゴリとサブカテゴリに含まれるコード数は表2に示す。

表2. 診断後～抗がん治療中における望ましい連携

カテゴリ (太字) / サブカテゴリ	コード数
<b>診療情報の共有</b>	<b>56</b>
拠点病院と地域施設の診療情報の相互共有	38
患者状況に合わせた施設間の診療情報の共有	6
拠点病院と地域医療機関の情報共有システムの構築	5
地域施設から拠点病院への患者の人も含めた診療情報の提供	3
抗がん治療に関する情報を患者自身が所持する体制	2
患者を中心とした情報連携体制の構築	2
<b>拠点病院と地域医療機関が連携したがん診療連携体制の構築</b>	<b>45</b>
がん主治医と地域の医療従事者が協働して行う副作用症状のフォローアップ体制	21
拠点病院を中心とした診療体制の構築	5
がん治療から地域の医療従事者への抗がん治療に関する知識の提供	5
拠点病院と地域施設の医療・介護従事者の顔の見える関係性の構築	4
かかりつけ医を中心とした診療体制の構築	4
2人主治医制度の導入	2
拠点病院と地域の一般病院が連携した包括的ながん医療の提供	2
がん主治医とかかりつけ医間の隔たりのない関係性の構築	1
拠点病院と地域施設間の橋渡しとなる職種の存在	1
<b>抗がん治療を円滑に進めるための在宅支援の充足</b>	<b>30</b>
受診・通院を支援するサービスの必要性	8
在宅生活を支える経済的支援の導入	7
早期から拠点病院外での心理的サポートの場づくり	6
患者の状況に合わせた在宅支援の導入	6
副作用症状に対する身体的サポートの提供	3
<b>患者が負担なく抗がん治療を受けられる医療体制の構築</b>	<b>27</b>
抗がん治療の副作用症状について拠点病院外での相談の場作り	8
地域の一般病院でのがん医療の提供	7
がん治療に伴った口腔内管理の促進	6
抗がん剤の適切な支持療法による患者負担軽減	2
訪問薬剤師による在宅療養患者の服薬状況の把握	2
迅速な治療提供体制の構築	1
がん治療を行う病院による標準的治療の提供	1
<b>拠点病院と地域医療機関が連携して行う早期から先を見据えた支援</b>	<b>19</b>
早期からのACPの導入	9
早期から在宅看取りに向けた連携体制	6
早期からのがん主治医と緩和ケア医の連携	4
<b>地域包括ケアを支える人材の充足</b>	<b>8</b>
地域包括ケアを促進する職種の必要性	7
患者・家族に寄り添い共に歩む人材の存在	1
<b>患者への情報提供の充実</b>	<b>6</b>
施設の機能、役割に関する患者側の理解促進	2
がん体験者からの情報提供	2
家族への今後の経過に関する情報提供	1
緩和治療に関する情報提供	1

## 3) 抗がん治療終了後の経過観察中における望ましい連携

抗がん治療終了後の経過観察中における望ましい連携については、5 のカテゴリ【拠点病院と地域医療機関が連携したフォローアップ体制の構築】、【地域で生活する患者

への支援の充足】、【診療情報の共有】、【地域包括ケアを支える人材の充足】、【先を見据えた支援の提供】に集約された。各カテゴリのサブカテゴリとサブカテゴリに含まれるコード数は表3に示す。

表3. 抗がん治療終了後の経過観察中における望ましい連携

カテゴリ (太字) / サブカテゴリ	コード数
<b>拠点病院と地域医療機関が連携したフォローアップ体制の構築</b>	<b>45</b>
かかりつけ医を中心としてフォローアップを行う診療体制の構築	23
かかりつけ医と他職種が連携して行う地域医療機関でのフォローアップ体制	11
がん主治医とかかりつけ医が共に行うフォローアップ体制	6
がん主治医が行うフォローアップ体制	2
患者の社会的背景に合わせた診療体制の構築	2
拠点病院と地域医療機関が連携してフォローアップを行うためのシステム構築	1
<b>地域で生活する患者への支援の充足</b>	<b>31</b>
患者の心理的サポートを行うための地域づくり	14
相談窓口の場から地域包括ケアにつなぐ連携	6
地域で行う身体機能の維持・向上のための支援	5
地域包括支援センターによる継続した患者との繋がり	4
患者への生活支援サービスの提供	2
<b>診療情報の共有</b>	<b>16</b>
拠点病院と地域医療機関との診療情報の共有	10
拠点病院と地域施設間の情報共有システムの構築	3
がん主治医から他職種への診る視点に関する情報提供	2
拠点病院と地域医療機関間の情報共有方法の把握	1
<b>地域包括ケアを支える人材の充足</b>	<b>5</b>
患者の状態を包括的に捉えて支援を調整する人材の明確化	3
拠点病院と地域施設をつなぐ役割を担う職種の存在	2
<b>先を見据えた支援の提供</b>	<b>4</b>
終末期への心の準備を促すための支援	2
早期からのACP導入	2

## 4) 抗がん治療終了後から終末期・看取りまでの望ましい連携

表4. 抗がん治療終了後から終末期・看取りまでの望ましい連携

カテゴリ (太字) / サブカテゴリ	コード数
<b>在宅看取りに向けた診療連携体制の構築</b>	<b>82</b>
多職種が協働して支援する在宅での終末期・看取り	20
かかりつけ医を中心とした診療体制の構築	17
患者・家族の意向に合わせた終末期医療・ケアの提供	16
早期からの地域の医療従事者と患者との関係性構築	9
施設の機能、役割の明確化	7
多職種が協働して行う在宅移行調整	4
1人の医師が終末期医療を調整する体制	4
早期から在宅療養支援を導入するためのシステムの構築	2
施設間の連携を促進する人材の充足	2
急変時も在宅で患者を診る診療体制の構築	1
<b>療養支援の充足</b>	<b>57</b>
活用できる社会資源の充足	12
必要時に入院できる体制の構築	12
患者・家族への先を見据えた情報提供	11
患者の身体機能維持に向けた医療の提供	6
家族の介護力に合わせた支援の調整	6
終末期ケアを提供する人材の充足	5
地域のインフォーマルサポートに患者を繋ぐ体制	5
<b>診療情報の共有</b>	<b>43</b>
地域施設間での診療情報の共有促進	15
がん主治医から地域の医療・介護従事者への先を見据えた情報提供	11
拠点病院と地域施設間の相互の診療情報の共有	10
患者の状況に合わせたタイムリーなチーム内での情報共有	4
拠点病院と地域施設間での情報共有システムの構築	2
死亡後の患者情報の共有	1
<b>多職種で行う患者・家族の意思決定支援</b>	<b>40</b>
多職種間での患者・家族の意向の情報共有	13
患者・家族の療養場所に関する意向の把握	11
早期からのACPの実施	8
患者・家族の終末期に対する思いを捉える人材の必要性	8
<b>遺族への支援体制</b>	<b>6</b>
遺族に対する心理的サポート	6

## 抗がん治療終了後から終末期・看取りまで

の望ましい連携については、5のカテゴリ【在宅看取りに向けた診療連携体制の構築】、【療養支援の充足】、【診療情報の共有】、【多職種で行う患者・家族の意思決定支援】、【遺族への支援体制】に集約された。各カテゴリのサブカテゴリとサブカテゴリに含まれるコード数は表4に示す。

### 3. 地域包括ケアにおけるがん診療連携の困難

地域包括ケアにおけるがん診療連携の困難については、【在宅移行の難しさ】【多施設・多職種での情報共有の難しさ】【がん診療における現行の地域包括ケアシステムの限界】【スタッフの地域包括ケアに対する浸透の不十分さ】【がん医療の知識不足による地域スタッフの対応の限界】【社会資源の不足】【地域包括ケアシステムを支える人材の不足】【患者・住民が地域包括ケアシステムを理解する難しさ】【拠点病院と一般病院の連携体制の不十分さ】【予後を見据えた支援の難しさ】【早期からACPを行う難しさ】【がん患者がもつ非がん疾患への対応の難しさ】の12のカテゴリに集約された。

表5-1. 地域包括ケアにおけるがん診療連携の困難

カテゴリ (太字) / サブカテゴリ	コード数
<b>在宅移行の難しさ</b>	<b>146</b>
在宅に戻る患者・家族への説明不足	31
在宅移行調整の遅れ	22
患者の意向に沿った支援調整の限界	22
多様な背景をもつ患者に対する支援の難しさ	17
早期から地域の医療・介護従事者が介入する難しさ	13
患者・家族が治療終了を考える難しさ	13
地域での高度ながん医療・ケアの提供の限界	10
在宅で過ごす患者の急変時対応の難しさ	9
介護を行う家族への支援の難しさ	5
治療終了後に一般病院に戻す難しさ	4
<b>多施設・多職種での情報共有の難しさ</b>	<b>113</b>
情報共有システム（診療・生活情報）の未構築	55
連携施設との診療情報の相互共有の難しさ	32
多職種の顔の見える場への参加の難しさ	15
患者状況に合わせた情報共有の難しさ	11
<b>がん診療における現行の地域包括ケアシステムの限界</b>	<b>79</b>
地域包括ケアシステムにおける地域格差	18
地域包括ケアシステムのがん患者への適応の限界	15
病院の患者受け入れ体制の限界	15
地域住民による患者を見守る体制の限界	15
多施設・多職種の連携窓口の不明瞭さ	6
施設・在宅での看取り体制の不足	5
地域包括ケアシステム運用に向けた準備不足	3
がん難民の存在	2
<b>スタッフの地域包括ケアに対する浸透の不十分さ</b>	<b>56</b>
地域が担う役割機能に対する理解不足	37
地域の療養支援体制に関する周知不足	18
<b>がん医療の知識不足による地域スタッフの対応の限界</b>	<b>52</b>
がん医療に関する知識不足	38
非がん疾患医によるがん診療の難しさ	9
介護従事者による医療的判断の難しさ	5

表5-2. 地域包括ケアにおけるがん診療連携の困難

カテゴリ (太字) / サブカテゴリ	コード数
<b>社会資源の不足</b>	<b>43</b>
若年がん患者に対する支援制度の不足	20
在宅療養資源の未充足	12
患者・家族への経済的支援の不足	6
在宅で過ごす治療中のがん患者への支援の不足	5
<b>地域包括ケアシステムを支える人材の不足</b>	<b>33</b>
地域の療養支援を行う医療・介護従事者の不足	19
地域包括ケアを調整する役割の不足	14
<b>患者・住民が地域包括ケアシステムを理解する難しさ</b>	<b>25</b>
地域包括ケアに関する住民への啓発活動の不足	20
患者・住民のがんに関する知識不足	5
<b>拠点病院と一般病院との連携体制の不十分さ</b>	<b>11</b>
歯科と連携したがん医療提供体制の未構築	5
医療者同士の信頼関係の未構築	3
拠点病院への紹介依頼のタイミングの難しさ	3
<b>予後を見据えた支援の難しさ</b>	<b>8</b>
終末期の意向を捉えきれない患者の支援の難しさ	6
悪い情報に関連した関わり難しさ	2
<b>早期からACPを行う難しさ</b>	<b>8</b>
最期について考えることへの患者・家族の抵抗感	2
ACP導入のタイミングの難しさ	2
患者が正確な情報不足の中でACPを行う難しさ	2
早期から終末期に関する話し合いを行う場の不足	1
治療病院でのACPの不十分さ	1
<b>がん患者がもつ非がん疾患への対応の難しさ</b>	<b>6</b>
がんと非がん疾患の両方に対応する難しさ	4
がんと非がん診療の機能分化に関する患者理解の難しさ	2
終末期における非がん疾患コントロールの難しさ	1
入院によるかかりつけ医診療継続の難しさ	1

各カテゴリのサブカテゴリとサブカテゴリに含まれるコード数は、表5-1、5-2に示す。

## D. 考察

### 1. 地域包括ケアにおけるがん診療において望ましい連携

がん診療において望ましい連携について①診断前～診断時期、②診断後～抗がん治療中、抗がん治療終了後の経過観察中、④抗がん治療終了後から終末期・看取りまでの4つの時期に分けてカテゴリ化した。

診断期からかかりつけ医と拠点病院のがんの治療医が、がん治療の比重によって、役割をどのように担うか検討しつつ協働していくことが望ましい連携である。そのためには、診療情報やケア情報を共有するシステムも必要であり、体制を整備していく必要性が示唆された。

終末期になると、終末期のがん患者の高度かつ多様なニーズが生じる。望ましい連携には、地域の既存の資源・体制だけでは対応に限界がある現状が明らかになった。特に、終末期のがんは病状の変化が急速であり、高度な症状緩和の知識と技術が必要とされる。地域と治療病院の多職種での情報共有やスキルアップを促進し、事前に急変時の対応の確認や入院体制を整えるなど、急変時を見据えたタイムリーな支援体制を新たに構築する重要性が示唆された。また、終末期の患者・家族は、治療終了や在宅移行に伴う気持ちの



つらさを抱えているため、心理的サポートの提供、患者・家族の意向の共有、意向に合わせた社会資源の周知・充実の必要性も示唆された。

## 2. 地域包括ケアにおけるがん診療連携の困難

地域包括ケアが十分に浸透していない医療・介護の現状を背景に、がん診療連携拠点病院とかかりつけ医が連携を行う中で困難が生じていた。地域でがん医療を実践する際の患者、家族の希望を尊重した移行の難しさがあった。がん診療連携拠点病院での治療の終結は患者・家族にとっては絶望となり、複雑な感情を伴うことが移行をより複雑にしていると考えられた。

在宅移行に伴う患者や家族の複雑な心境を理解するにあたっては、タイムリーに情報共有できるシステムの構築、その中に、患者の心情、早期から ACP をとおして得られた患者の価値観の共有ができる情報を含む必要があると考える。

また、施設間の連携において物理的・心理的な距離によって情報共有の難しさがあることが明らかとなった。医療者同士の心理的なバリアも取り払えるような、がん診療連携拠点病院と地域の医療・介護従事者が参加できる顔の見える場づくりの必要性が示唆された。

さらに、地域においてがん患者を診療、ケアするためには、患者の医療やケアに携わる医療者のがん医療に関する専門知識の不十分さが地域での対応の限界を生み出していると考えられた。がん医療や緩和医療の知識を普及することが必要である。その他にも治療中から ACP を担う職種の人材育成、地域包括ケアの体制を整え、地域の在宅医療や支援の調整役割を担う職種の人材育成が必要とされている。

医療、介護者だけでなく、患者や家族に地域包括ケアの知識をもってもらふことや ACP を行う必要性についても周知し、理解してもらえらるるようしていく必要がある。

## E. 結論

望ましいがん診療連携はがん診療連携の困難を反映したものであった。診断期から終末期を見据えた地域包括ケアでの診療連携を構築する必要性、診療情報だけでなく患者の感情や価値観、希望を情報として共有する

システムの構築、治療期から ACP の作成を導入すること、医療、介護者の教育及び人材育成、患者側への地域包括ケアの理解を促す教育や ACP についての教育を進めていく必要性が示唆された。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

1. Dobashi C, Arao H, Aoki M, Mashiro E, Ichihara K, Matsumoto Y Barriers as Nurses' Awareness on Cancer Treatment Coordination in Community-based Integrated Care International Conference on Cancer Nursing, 2018, September 23-26, Auckland, New Zealand.
2. 徳山理佐子, 荒尾晴恵, 土橋千咲, 間城絵里奈, 青木美和, 市原香織, 松本禎久 緩和ケアに携わる医師が捉えた地域包括ケアにおけるがん患者の併存疾患に対する望ましい医療連携 日本緩和医療学会第1回関西支部学術大会 2018年11月 大阪
3. 間城絵里奈, 荒尾晴恵, 土橋千咲, 青木美和, 市原香織, 松本禎久 介護支援専門員が捉える地域包括ケアにおけるがん患者の治療中から終末期までの望ましい医療連携 日本緩和医療学会第1回関西支部学術大会 2018年11月 大阪
4. 土橋千咲, 荒尾晴恵, 間城絵里奈, 青木美和, 市原香織, 松本禎久 終末期を在宅で過ごすがん患者への地域包括ケアにおける障壁と望ましい連携 第33回日本がん看護学会学術集会 2019年2月 福岡
5. 間城絵里奈, 荒尾晴恵, 土橋千咲, 青木美和, 市原香織, 松本禎久 地域包括ケアにおいてがん診療連携に携わる医療・介護従事者が抱える障壁と課題 第33回日本がん看護学会学術集会 2019年2月 福岡

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許の取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本禎久	緩和医療におけるインターベンション	川越正平編著	在宅医療バイブル第2版	日本医事新報社	東京		407-413
○濱野 淳	地域・コミュニティにおける緩和ケア：これからの10年	志真泰夫、恒藤暁、細川豊史、宮下光令、山崎章郎、木澤義之	ホスピス緩和ケア白書2018	青海社	東京	2018	
○濱野 淳	緩和医療学 痛み	川越正平	在宅医療バイブル 改訂第2版	日本医事新報社	東京	2018	278-285

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hamano J, Takeuchi A, Yamaguchi T, Baba M, Imai K, Ikenaga M, Matsumoto Y, Sekine R, Yamaguchi T, Hirohashi T, Tajima T, Tataru R, Watanabe H, Otani H, Nagaoka H, Mori M, Tei Y, Hiramoto S, Morita T.	A combination of routine laboratory findings and vital signs can predict survival of advanced cancer patients without physician evaluation: a fractional polynomial model.			Epub ahead of print	2018年
Tagami K, Okizaki A, Miura T, Watanabe	Breakthrough cancer pain influences general activities and pain	J Palliat Med.	21(11)	1636-1640	2018年

YS, <u>Matsumoto Y</u> , Morita T, Fujimori M, Kinoshita H.	management: a comparison of patients with and without breakthrough cancer pain.				
Kako J, Kobayashi M, Kanno Y, Ogawa A, Miura T, <u>Matsumoto Y</u> .	The Optimal Cutoff Point for Expressing Revised Edmonton Symptom Assessment System Scores as Binary Data Indicating the Presence or Absence of Symptoms.	Am J Hosp Palliat Care.	35(11)	1390-1393.	2018
Ishiki H, Yamaguchi T, <u>Matsumoto Y</u> , Kiuchi D, Satomi E	Effect of early palliative care: complex intervention and complex results.	Lancet Oncol	19(5)	e221	2018
Watanabe YS, Miura T, Okizaki A, Tagami K, <u>Matsumoto Y</u> , Fujimori M, Morita T, Kinoshita H	Comparison of indicators for achievement of pain control with personalized pain goal in a comprehensive cancer center.	J Pain Symptom Manage	55(4)	1159-1164	2018
<u>松本禎久</u>	早期からの緩和ケア コトハジメ 日本での 実証研究の今	緩和ケア	28 (1)	38-41	2018
<u>松本禎久</u>	非がん疾患の緩和ケ ア	千葉県医師会雑 誌	70 (2)	89-90	2018
<u>松本禎久</u>	がん疼痛治療におけ る新規オピオイド	千葉県医師会雑 誌	70 (2)	260-261	2018
上原優子, <u>松 本禎久</u>	麻薬性鎮痛薬	medicina	55(4)	378-382	2018
野里洵子, 垂 見明子, <u>松本 禎久</u> , 西智弘, 宮本信吾, 木 澤義之, 森田 達也, 森雅紀	緩和ケアの研修、自己 研鑽に関する若手医 師の考え:質問紙調査 の自由記述の質的分 析	Palliat Care Res	13(2)	175-79	2018
内田恵, 奥山 徹, 明智龍男, 森田達也, 木 澤義之, 木下 寛也, <u>松本禎</u>	がん患者の苦痛に関 するスクリーニン グ・トリアージを普及 するためのワークシ ョップの有用性の検	Palliat Care Res	13(3)	273-279	2018

久	討				
野里洵子, 宮本信吾, 森雅紀, 松本禎久, 西智弘, 木澤義之, 森田達也	緩和ケアを専門としようとしている若手医師の研修、自己研鑽に対するニーズには何が影響するか	Palliat Care Res	13(3)	297-303	2018
木澤義之, 松本禎久	緩和医療特論	がん治療認定医教育セミナーテキスト第12版		76-82	
○Hamano J, Takeuchi A, Yamaguchi T, et al.	A combination of routine laboratory findings and vital signs can predict survival of advanced cancer patients without physician evaluation: a fractional polynomial model.	European Journal of Cancer	105	50-60	2018
○Hamano J, Oishi A, Kizawa Y	Identified palliative care approach needs with SPICT™ in family practice: a preliminary observational study	J Palliat Med	21 (7)	992-998	2018
○Hamano J, Morita T, Mori M, Igarashi N, Shima Y, Miyashita M.	Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer: A nationwide survey of bereaved family members.	Psychooncology	27(1)	302-308	2018
○Hamano J, Morita T, Ikenaga M, Abo H, Kizawa Y, Tunetou S.	A nationwide survey about palliative sedation involving Japanese palliative care specialists: Intentions and key factors used to determine sedation as proportionally appropriate.	J Pain Symptom Manage.	55(3)	785-791	2018
Hamano J, Morita T, Mori M, Uchitomi Y.	Talking About Palliative Sedation With the Family: Informed Consent vs. Assent and a Better Framework for	J Pain Symptom Manage	56(3)	e5-e8	2018

	Explaining Potential Risks.				
Mori M, Fujimori M, <u>Hamano J</u> , Naito AS, Morita T.	Which physicians' behaviors on death pronouncement affect family-perceived physician compassion? A randomized, scripted, video-vignette study.	J Pain Symptom Manage	55(2)	189-197	2018
Miyashita M, Aoyama M, Yoshida S, Yamada Y, Abe M, Yanagihara K, Shirado A, Shutoh M, Okamoto Y, <u>Hamano J</u> , et al.	The distress and benefit to bereaved family members of participating in a post-bereavement survey	Jpn J Clin Oncol.	48(2)	135-143	2018



2019年 4月 1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中釜 斉

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業

2. 研究課題名 地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究 ( H29-がん対策-一般-023 )

3. 研究者名 (所属部局・職名) 緩和医療科 科長

(氏名・フリガナ) 松本 禎久 ・マツモト ヨシヒサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



2019年 4月 1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人  
国立がん研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中釜 齊

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反の管理状況については以下のとおりです。

1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
2. 研究課題名 地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究 ( H29-がん対策一般-023 )
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東病院 呼吸器内科・呼吸器内科長  
(氏名・フリガナ) 後藤 功一 ・ ゴトウ コウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



平成31年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人大阪大学

所属研究機関長 職名 大学院医学系研究科

氏名 金田 安史

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相関については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
- 2. 研究課題名 地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・教授  
(氏名・フリガナ) 荒尾 晴恵・アラオ ハルエ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 3月 26日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

所属研究機関長 機関名 あおぞら診療所  
職名 院長  
氏名 川越 正平

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金 (がん対策推進総合研究事業)
2. 研究課題名 汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) あおぞら診療所 院長  
(氏名・フリガナ) 川越 正平 (カワゴエ ショウヘイ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



平成31年3月6日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法  
所属研究機関長 職名 国立大学法  
氏名 永田 恭

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 がん対策推進総合研究事業
- 2. 研究課題名 地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学医療系 講師  
(氏名・フリガナ) 濱野 淳・ハマノ ジュン

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。  
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------------------------------------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。