

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

地域における効率的・効果的な緩和ケア専門家への
コンサルテーション体制整備のための研究
地域において質の高い緩和ケアを提供するための方略：スコopingレビュー
医療従事者に対するインタビュー調査とその質的分析

研究分担者 荒尾 晴恵 大阪大学大学院医学系研究科 教授
研究協力者 青木美和、山本瀬奈、高尾鮎美、田村沙織

研究要旨

スコopingレビュー：緩和ケアのコンサルテーション体制に関する研究を広く外観し、地域において質の高い緩和ケアを提供するための方略を明らかにすることを目的とした。MEDLINE、CINAHL、Cochrane Libraryのデータベースを使用し、スコopingレビューを行った。緩和ケアの提供体制として緩和ケアの介入や実践に関する英語の原著論文、短報、レビューを検索し、28文献が選定された。質の高い緩和ケアを提供するための5つの《方略》が明らかになった。オンラインを用いた専門家への相談システムや専門家が実践を担いながら相談対応するアウトリーチ型支援などの《コンサルテーション体制の整備》、連携の要となる医療者の配置などの《地域リソースの明確化と連携強化》、ケアパスウェイの実装化などの《緩和ケア介入の標準化》、知識や事例を共有するなどの《ジェネラリストへの教育支援》、複雑性評価尺度やトリアージツールの使用などの《専門的緩和ケアが必要な患者の同定支援》であった。地域において質の高い緩和ケアを提供するためには、ICTの活用、専門家がジェネラリストと共に現場を訪れ患者への介入について相談できるコンサルテーション体制の構築、地域の状況に合わせた介入方法の標準化やジェネラリストへの教育支援が重要であると示唆された。

インタビュー調査：がん治療に携わるA県内の医師を対象に半構成的面接調査を実施した。がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟のある施設、常勤の緩和医療専門医の所属施設に在籍する者は対象から除外した。がん緩和ケアに関する専門家へのコンサルテーションニーズを尋ね、質的内容分析の手法を用いてカテゴリ化を行った。対象者11名は、平均24.9±標準偏差10.8年の臨床経験があった。9名がPEACEや都道府県の緩和ケア研修会の受講経験があった。対象のもつコンサルテーションニーズの内容は、7つの《カテゴリ》に集約された。対象者は、薬剤選択の判断やコツなどの《専門家の臨床知》、臨床の実践において困難な《複雑性の高い症例》、《倫理的課題》に関するコンサルテーションニーズをもっていた。また、自施設の緩和ケア提供のあり方に関する《包括的ケアの提供》や《緩和ケアの提供体制》に関するニーズに加え、自身が提供する緩和ケアへのフィードバックを得るための《専門家からの保証・承認》のニーズをもっていた。さらに、対象者自身が緩和ケアに向き合う姿勢やスキルを高めるための《自己成長に繋がる知識提供》のニーズがあった。

A. 研究目的

スコーピングレビュー：本邦において、高齢化とともにがん患者は増加傾向である。がん罹患することによりがんや治療に伴う症状が出現すること、心理面における苦痛を体験することで、苦痛の緩和が重要になる。そのため、緩和ケアを必要とする患者は増加するものと見込まれる。

しかし、本邦のがん患者に対する緩和ケア提供体制には課題も多い。がん診療連携拠点病院においては、すべての病院で緩和ケア外来が設置されているが、がん診療連携拠点病院の指定がない病院では、緩和ケア外来を設置している病院の割合は68.0%と低いことが示されている（平山ら，2021）。また、緩和医療専門医の総数は十分ではない上に、都道府県によるばらつきも見られ、緩和ケアの提供が不均衡となっている現状がある。

そこで、本研究は、地域において質の高い緩和ケアを提供するために用いられている方略を明らかにし、今後の研究や実践の方向性に対する示唆を得ることを目的とした。

インタビュー調査：地域における効率的・効果的な緩和ケア専門家へのコンサルテーション体制整備をめざし、本研究では、がん診療連携拠点病院以外に在籍し、緩和医療の専門家に相談できない状況にある医療従事者のうち、医師の緩和ケアコンサルテーションに関するニーズを明らかにすることとした。

B. 研究方法

スコーピングレビュー：

1. 研究デザイン

ArkseyとO'Malley(2005)の方法論的枠組みを用いたスコーピングレビューを実施した。

2. 文献検索

MEDLINE、CINAHL、Cochrane Libraryのデータベースを用い、検索式は、「primary care or usual care or general hospital or community care」AND「Palliative care」とした。検索期間は2023年6月までとした。

3. 選定方法

選定基準は以下の条件を全て満たすものとした。①成人がん患者への緩和ケアの提供に関する研究、②緩和ケアの提供やリソースが限られているセッティングで行われている介入や報告、③本文が英語で記述されている原著論文、短報、レビューのいずれか

除外基準は、以下の条件が1つ以上当てはま

るものとした。①会議録、学会報告、ケーススタディ、解説、②小児を対象とした研究、③患者対象の場合、対象者におけるがん患者の割合が50%以下の研究、④医療者の価値観や考えのみを述べており、実際に行われている実践や介入を調査・報告していないもの、⑤基本的緩和ケアの普及について述べられているもの

検索した文献9137件から重複文献を削除し、7835件となった。第1段階としてタイトルスクリーニングを行い、598件となった。第2段階では、選定基準・除外基準に沿って抄録のスクリーニングを行い、155件となった。第3段階では、論文内容を精読し、最終的に28件が対象文献となった。なお、スクリーニングは2名の研究者によって行い、全文を評価した155件のうち判断が難しい文献については、3名の研究者で議論し選定した。

4. データ分析

対象文献より著者名、国、発行年、研究目的、対象、研究方法、結果を抽出した。質の高い緩和ケアを提供するための方略に関する記述を本文の内容から判断し抽出したのち、類似性に沿って方略の内容を集約した。

(倫理面への配慮)

本研究は、文献を対象としており、倫理的配慮は必要としていない。

インタビュー調査：

1. 研究デザイン：質的記述的研究

2. 対象者：

1) 適格基準

(1) がん医療に携わる医師（診療科や部署、資格取得後の経験年数および緩和医療・ケアに携わっている年数は問わない）

(2) Zoom Video Communications社のビデオ会議システムであるZoomを使用した60分程度のインタビューの実施が可能なる者

2) 除外基準

(1) 日本緩和医療学会認定医、専門医の資格を持っている者

(2) がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟のある施設、常勤の緩和医療専門医のいる施設に在籍する者

3. 調査内容

1) 対象者の基本属性

①年齢、②性別、③資格取得後の経験年数、④緩和医療・ケアの経験年数、⑤診療科、所属部署、⑥勤務形態、⑦過去1年間で関わった緩

和医療・ケアを受ける患者の人数、⑧緩和医療・ケアに関する研修受講の有無、⑨緩和医療・ケアを相談するネットワーク参加の有無
2) 緩和医療・ケア専門家に対するコンサルテーションニーズ

- ①現在、がん診療にあたって、緩和ケアに関して困っていること
- ②がん患者の緩和ケアに関して、専門家に相談したいこととその方法
- ③その他

4. 調査方法

1) データ収集方法

ZOOM を用いた半構成的面接を行った。インタビューガイドを用いて、研究対象者 1 名につき 60 分程度のインタビューを 1 回実施した。インタビュー内容は、対象者の同意を得て IC レコーダーに録音した。

5. 分析方法

- 1) インタビューの録音から、個人を特定できないように逐語録を作成した。
- 2) 逐語録の全体を繰り返し読んだのち、対象者の語りの意味内容を失わないよう留意しながら、緩和ケアの実践の中で直面している問題と緩和医療・ケア専門家への相談ニーズについて語られた箇所を抽出した。
- 3) 抽出した内容について、文脈を考慮して簡単な一文に要約したのちコード化した。
- 4) コードの類似性や相違性を考慮しながら、同じ意味内容をまとめてサブカテゴリとした。
- 5) サブカテゴリを抽象化してカテゴリに統合し、コンサルテーションニーズとした。
- 6) 全分析過程において、意味内容の解釈および分析の真実性を確保するために、複数の研究者間で検討した。
(倫理面への配慮)

国立大学法人大阪大学医学部附属病院観察研究等倫理審査委員会の承認(承認番号 23115)を得た後、所属機関の長の許可後に実施した。

C. 研究結果

スコopingレビュー：

1. レビュー対象文献の要約

レビュー対象となった 28 文献のうちオーストラリアの研究が 8 件、イギリス 7 件、カナダ 5 件、オランダは 4 件、アメリカ、スイス、ノルウェー、ウルグアイが 1 件ずつであった。

研究デザインは、量的研究が 10 件、質的研

究 6 件、ミックスメソッド 9 件、レビュー 3 件であった。なお、研究デザインの明確な記載がない文献は、研究方法の記述内容から判断した。

対象者は、患者、家族、地域の医師・看護師・薬剤師、緩和ケアを専門とする医師・看護師・薬剤師のほか、ボランティアやコミュニティセクターの職員も含まれた。

2. 地域において質の高い緩和ケアを提供するための方略

地域において質の高い緩和ケアを提供するための方略として、以下の 5 つが明らかになった。なお、28 文献のなかの 13 文献で、以下の方略が複合的に用いられていた。

(1) コンサルテーション体制の整備 (n=14)

コンサルテーション体制として、地域の医師、看護師が、オンラインを用いて相談したい時に、緩和ケア専門病院の高度実践看護師や緩和ケアの専門家に相談できるシステム (Dounnem et al., 2013; Masso & Owen, 2009; McDonald et al., 2005; Piriz Alvarez, 2018; Shaw et al., 2010; vanGurp et al., 2016;)、定期的に地域の医師・看護師のミーティングやケースカンファレンスを開催し、専門家への相談の機会が設定されているシステム (Abernethy et al., 2016; Dounnem et al., 2013; Piriz Alvarez, 2018; van der Plas et al., 2014; van der Plas et al., 2018)、時間外の相談対応システムがあった (King et al., 2003)。また、実践の一部を専門家が担いながらジェネラリストからの相談に対応するアウトリーチ型の相談システムも含まれていた (McDonald et al., 2005; Spice et al., 2012)。コンサルテーション体制の整備についても他の方略と同時に実施されていたが、ケースに対する専門家からの助言を得ることで、ジェネラリストの実践への自信につながることを示唆された。

(2) 地域リソースの明確化と連携強化 (n=18)

地域全体に対して行われた方略では、地域の緩和ケアのリソースを効率的に活用するために、拠点となるハブを設置する研究や (Pritz Alvarez, 2018)、ハブ候補の地域を診断する研究 (Crooks et al., 2009; Schuurman et al., 2020)、緩和ケアに対する地域の準備状態を明らかにする研究 (Moss et al., 2023) が報告されていた。プライマリーハブとセカ

ンダリーハブ間では、定期的な電話会議やビデオ会議、telemedicineを用いた症例への介入などによって、地域内の連携を強化し、緩和ケアの質を高めていた。また、エンドオブライフケアを円滑に提供するためのセンターを地域内に設置し、ケアの調整を一元化した研究も報告されていた(Addicott et al., 2009)。

連携の要となる医療者を配置する方略では、プライマリーケアと緩和ケアの専門家との架け橋となる医師のポストを設置し、コーディネーターとしての役割を担った研究や(Wilson & Cox, 2007)、専門家のサポートを受けた地域の看護師がコーディネーターとして隔週で患者の自宅を訪ね、症状管理や心理面のサポートなどを行った研究(Pesut et al., 2015)、地域の実践をサポートする医師または看護師の緩和ケアコンサルタントを配置した研究(van der Plas et al., 2014; Van der Plas et al., 2018)が報告されていた。さらに、緩和ケアに関する訓練を受けた地域薬剤師が、患者への投薬のレビューを行い、その結果をプライマリーケアチームと共有し症状緩和の質向上に繋げた研究も報告されていた(Needham et al., 2002; Cortis et al., 2017)。

その他に、専門家と地域のジェネラリストが共に患者へのケアプラン作成や、実践を共に行った研究(de Graaf et al., 2016; Mitchell et al., 2008; Shaw et al., 2010; Spice et al., 2012; van Gorp et al., 2016)、医療者間の情報伝達を改善するための情報シートを作成した研究(King et al., 2003)、ニュースレター等によって情報共有を促進した研究(Masso & Owen, 2009)があった。複数の方略が同時に実施されている研究の中で、医療者間の連携強化や関係性の改善が最も大きな成果であったことが報告されていた。

(3) 緩和ケア介入の標準化 (n=3)

緩和ケア介入の標準化を報告した研究のうち3つは、地域緩和ケアの普及・発展を目指した総合的な研究事業の中で行われていた。カナダでは、地域医療者の緩和ケアに関するニーズ調査に基づき Regional Palliative and Hospice Care Service(RPHCS)が実施され、DNR/EDITH protocolsが開発された。これは、在宅死を実現されるための在宅医療者用チェックリストと患者・家族に対するパンフ

レットが含まれていた(Shaw et al., 2012)。イギリスでは、プライマリーケアのセッティングでエンドオブライフケアを総合的に支援する Gold Standards Framework (GSF)のkey Taskの1つにLiverpool care pathwayが位置づけられ、チェックリスト形式のパスによって看取りケアが標準化されていた(Shaw et al., 2010)。オーストラリアで実施された3つの地域緩和ケアプログラム、Griffith Area Palliative Care Service (GAPS)、Caring Communities Program(CCP)、Rural Palliative Care Program(PCP)を評価した研究では、8つの緩和ケア介入の標準化が実施されたことが報告されている(Masso & Owen, 2009)。以上の研究は、複数の方略が同時に実施されているため、緩和ケア介入の標準化による単独の効果を示していないが、患者・家族へのケアの質の改善に寄与する可能性が示唆された。

(4) ジェネラリストへの教育支援 (n=11)

ジェネラリストへの教育支援には、症状緩和に関する教育支援、事例分析を介した教育支援、緩和ケアの総合的な教育支援があった。症状緩和に関する教育支援では、地域の医師や看護師に対して、症状の評価やマネジメント、薬剤に関する教育(Abernethy et al., 2013; de Graaf et al., 2016; McDonald et al., 2005)が行われていた。事例分析を介した教育支援では、telemedicineを用いて事例分析を行い経験や知識の共有を行った研究や(Piriz Alvarez, 2018)、重要なケースの分析結果を共有した研究があった(Shaw et al., 2010)。総合的な教育支援では緩和ケアの重要なコンピテンシーに基づき開発された教育プログラムや(Seow et al., 2023)、新しいトピックスに関する情報提供と教育(van der Plas et al., 2014; van der Plas et al., 2018)、オンラインモジュールを用いた2日間の集中プログラム(Shaw et al., 2012)、時間外の対応に関する教育(Phillips et al., 2008; King et al., 2003)などがあった。これらの研究によって医療者の知識やスキル、患者の疼痛の軽減などが報告されていた。

(5) 専門的緩和ケアが必要な患者の同定支援 (n=4)

ジェネラリストが専門的緩和ケアを必要としている、緊急性の高い症例等を同定できるように尺度開発が行われていた。緩和ケア病棟

に優先的に入院する必要がある患者を選定することを目的とした Responding to Urgency of Need in Palliative Care (RUN-PC) triage tool (Russell et al., 2020; Russell et al., 2021)、緩和ケア介入の緊急性を評価するためのツール (Tan et al., 2012)、専門的緩和ケアが必要な患者の複雑性を識別するための IDentification of patients in need of general and specialised PALLiative care (ID-PALL^o) が開発されていた (Teike Lüthi et al., 2020)。これらの尺度では、専門的緩和ケアを必要とする患者の身体的苦痛、精神的苦痛、介護者の疾患、情報ニーズなど、様々な側面が考慮されていた。

インタビュー調査：

1. がん診療の上で緩和ケアに関して抱いている困難

緩和ケアの専門家へのコンサルテーションニーズの背景にあると考えられる緩和ケアに関して抱いている困難について、8つの《カテゴリ》に集約された。

対象者は、緩和ケアの専門家にタイムリーな相談ができないなどの《施設における緩和医療・ケア提供上の困難》と、地域にコンサルテーション可能な施設がないなどの《地域の医療体制が生み出すがん診療上の困難》を経験していた。これらの困難により、対象者は緩和医療・ケアを提供するにあたって《症状緩和における困難》、《心理的苦痛の強い患者とのコミュニケーションにおける困難》、《家族ケアにおける困難》、《ACPの困難》、《療養場所の調整における困難》に直面していた。加えて、これらの困難の背景には《医師個人の緩和ケア提供上の困難》があった。

2. 緩和ケア専門家に対するコンサルテーションニーズ (表1)

対象のもつコンサルテーションニーズの内容は、7つの《カテゴリ》に集約された。対象者は、薬剤選択の判断やコツなどの《専門家の臨床知》、臨床の実践において対象の特性や複雑性から対応困難な《複雑性の高い症例》、《倫理的課題》に関するコンサルテーションニーズをもっていた。また、自施設の緩和ケア提供のあり方に関する《包括的ケアの提供》や《緩和ケアの提供体制》に関するニーズに加え、自身が提供する緩和ケアへのフィードバックを得るための《専門家からの保

証・承認》のニーズをもっていた。さらに、対象者自身が緩和ケアに向き合う姿勢やスキルを高めるための《自己成長に繋がる知識提供》のニーズがあった。

カテゴリ	サブカテゴリ
専門家の臨床知	薬剤選択の判断過程やコツ
	オピオイド選択・導入の判断過程やコツ
	神経ブロックや緩和的放射線照射の適応
	経験から培われた専門的緩和ケア
複雑性の高い症例	難治性の症状への対応
	AYA世代の患者への関わり方
	壮年期患者への関わり方
	高齢患者への関わり方
	希少がん患者への関わり方
倫理的課題	疾患特性を考慮した関わり方
	緩和ケアに関する倫理的課題
包括的ケアの提供	ACPへの支援
	患者の包括的アセスメントに基づく対応
	社会的側面への支援
専門家からの保証・承認	精神的症状に対する専門的助言
	臨床判断へのフィードバック
	症状緩和へのフィードバック
緩和ケアの提供体制	医療者のメンタル支援
	自施設の緩和ケアの提供体制
自己成長に繋がる知識提供	専門的緩和ケアへの紹介の調整
	新規薬剤やデバイスに関する知見
	緩和ケアの概念
	緩和ケアに関する最新の知見

表1 緩和ケア専門家に対するコンサルテーションニーズ

D. 考察

スコーピングレビュー： 本研究の結果より、地域において質の高い緩和ケアを提供するために、用いられている5つの方略が明らかになった。緩和ケアの専門家が不足していく日本において、効果的に質の高い緩和ケアを提供するシステムの構築は喫緊の課題であり、本研究の結果はシステムの構築に向けて重要な示唆を与える。

第一に緩和ケアの専門家のコンサルテーション体制を整備し、地域の医療従事者と専門家の連携を強化していることが示された。コンサルテーション体制の整備には、専門家が直接、患者の診察やケアの一部を担うアウトリーチ型の相談システムや、専門家のアドバイスの適時性を確保するためのオンライン相談システムが構築されていた。アウトリーチ型では、専門家は時に患者への直接ケアを担い、相談の本質にある課題をアセスメントしながらジェネラリストの相談に対応していた。複雑なケースでの相談者のニーズに答えられていると考えられるが、物理的な移動や移動に対するコスト等の課題もある。そこで、ICT

をベースとした、コンサルテーション体制の在り方がますます重要になると考えられる。さらに、ICTの拡充を想定した情報管理ガイドライン等の整備も重要である。また、地域リソースの明確化と連携強化では、ハブ拠点の設置のような地域全体に対して行われた方略、緩和ケアの要となる医療者を配置した方略、医療者間の情報共有等を円滑にする方略等があり、政策や現場での工夫に至るまで、様々なレベルで行われていた。医療者間だけでなく、行政やそこで生活する人々との間で緩和ケア提供に向けたビジョンが共有され、各地域の状況に合わせた方略が具体化されることが望ましいと考える。

次に、地域の特性に合わせて緩和ケアを標準化し、ジェネラリストのニーズにあった教育支援を行うことで、緩和ケアの質を底上げする方略が実践されていた。緩和ケアの標準化については、患者の状況などに合わせた柔軟性を持ち合わせた内容であることが求められる。本研究で明らかになった教育支援の内容や提供方法は多岐にわたり、地域の医療従事者のニーズや特性に合わせて柔軟に提供されていた。緩和ケアの事例分析を通して、専門家の経験知や新しいトピックスを継続的に提供するなど、実践的な方略が検討されており、これらを参考に、緩和ケアの専門家がいない病院のジェネラリストのニーズに焦点を当てた教育支援の在り方を検討する必要がある。

最後に上述の方略が効果的に機能するために、専門家とジェネラリストのケアの必要性を識別する尺度が複数開発されていた。専門的緩和ケアを必要とする多様なニーズや緊急性を包括的に評価するものであり、緩和ケアを必要とする患者に必要な緩和ケアを提供するために重要な方略であると考えられる。今後、多くの患者の中から緩和ケアを必要とする患者を同定し、タイムリーなケアの提供に繋げるために評価ツールの日本語版の開発・実装化が課題である。

インタビュー調査：緩和ケアの専門家が不在の施設に所属している対象者は、施設内に緩和ケアの専門家がおらず、また地域でコンサルテーション先がないために、タイムリーな相談や複雑な症例の治療について困難を抱えており、施設や地域レベルで緩和ケアの専門家への相談体制を構築する必要性が示唆された。また、先行研究と同様に(Suwanabol et

al., 2018)、所属施設の緩和ケア提供に関する組織風土や多職種協働の難しさも抱えていた。さらに、医師が自身の専門とする診療に加えて緩和ケアを行う負担や時間の制限により困難を抱えていることも明らかになった。これらの結果も先行研究(Suwanabol et al., 2018)で報告されてきたが、緩和ケアの専門家に相談できない状況においては、さらにその緩和ケア提供に伴う負担や多忙感を経験している可能性がある。そのため、医師個人の緩和ケアの知識と技術だけではなく、緩和ケア提供の背景にある諸問題への働きかけや多職種連携に基づいた緩和ケア提供体制の構築が必要である。

緩和ケア専門家に対するコンサルテーションニーズについて、本研究の結果として特徴的である点は、医師が自ら提供した症状緩和に対する保証や承認を求めていたことである。これは、専門家に相談できない状況において自らが基本的緩和ケアの提供主体となり、不安や負担が生じていたために語られたニーズであると考えられた。

専門家の臨床知を得たり、複雑性の高い事例や倫理的課題などに対して専門家からの助言を求めるといったニーズは、先行研究(Coym et al., 2020; Ewing et al., 2009; Firn et al., 2016)と同様であった。

これらから、緩和ケア専門家が不在の施設の医師にコンサルテーションを行う際には、単に教科書的な知識を提供するだけでなく、経験知を備えた専門家が、病院に赴き、実際の患者に対して協働しながら症状マネジメントを行うなどのアウトリーチ型のコンサルテーションシステムの構築が適していると考えられる。また、「緩和ケアの提供体制」、「自己の成長に繋がる知識提供」は、医師が自らの施設や地域のなかでより質の高い基本緩和ケアを提供しようとするために語られたニーズであった。緩和ケア提供の核となる多職種連携による緩和ケアの実践が可能となるよう、看護師や薬剤師をはじめとする職種全体の緩和ケアの質を向上させることも必要と考える。専門家に相談できない環境において新たにコンサルテーションシステムを構築するうえでは、地域の医療従事者の緩和ケア実践を尊重した姿勢が重要である。

引用文献

スコopingレビュー：

Arksey H & O'Malley L. Scoping Studies:

Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice* 2005; 8(1),19-32.

平山英幸, 升川研人, 宮下光令. ホスピス・緩和ケア白書 2021, データで見る日本の緩和ケアの現状, 56-97.

インタビュー調査:

Coyne A, Oechsle K, Kanitz A, et al.: Impact, challenges and limits of inpatient palliative care consultations – perspectives of requesting and conducting physicians. *BMC Health Serv Res* 2020;20:86.

Ewing G, Farquhar M, Booth S: Delivering Palliative Care in an Acute Hospital Setting: Views of Referrers and Specialist Providers. *J Pain Symptom Manage* 2009;38: 327-340.

Finn J, Preston N, Walshe C. What are the views of hospital-based generalist palliative care professionals on what facilitates or hinders collaboration with inpatient specialist palliative care teams? A systematically constructed narrative synthesis. *Palliat Med* 2016;30:240-256.

Suwanabol PA, Reichstein AC, Suzer-Gurtekin ZT, et al. Surgeons' perceived barriers to palliative and end-of-life care: a mixed methods study of a surgical society. *J Palliat Med* 2018;21(6):780-788.

スコアピングレビュー分析対象文献

Abernethy AP, Currow DC, Shelby-James T, et al. Delivery strategies to optimize resource utilization and performance status for patients with advanced life-limiting illness: results from the "palliative care trial" [ISRCTN 81117481]. *J Pain Symptom Manage* 2013;45(3):488-505.

Addicott R. Centralisation of end of life care coordination: impact on the role of community providers. *London J Prim Care (Abingdon)*. 2009;2(2):102-106.

Cortis, L.J. A qualitative study to describe patient-specific factors that relate to clinical need for and potential to benefit from a medication management service in palliative care. *J Pharm Pract Res* 2017;47:34-40.

Crooks VA, Castleden H, Schuurman N, Hanlon N. Visioning for secondary palliative care service hubs in rural communities: a qualitative case study from British Columbia's interior. *BMC Palliat Care* 2009;8:15.

de Graaf E, Zweers D, Valkenburg ACh, Uytendaele A, Teunissen SC. Hospice assistance at home: does the integration of hospice care in primary healthcare support patients to die in their preferred location – A retrospective cross-sectional evaluation study. *Palliat Med* 2016;30(6):580-586.

Donnem T, Ervik B, Magnussen K, et al. Bridging the distance: a prospective tele-oncology study in Northern Norway. *Support Care Cancer* 2012;20(9):2097-2103.

King N, Thomas K, Bell D. An out-of-hours protocol for community palliative care: practitioners' perspectives. *Int J Palliat Nurs* 2003;9(7):277-282.

Lloyd-Williams M, Rashid A. An analysis of calls to an out-of-hours palliative care advice line. *Public Health* 2003;117(2):125-127.

Masso M, Owen A. Linkage, coordination and integration: evidence from rural palliative care. *Aust J Rural Health* 2009;17(5):263-267.

McDonald MV, Pezzin LE, Feldman PH, Murtough CM, Peng TR. Can just-in-time, evidence-based "reminders" improve pain management among home health care nurses and their patients? *J Pain Symptom Manage* 2005;29(5):474-488.

- Mitchell GK, Del Mar CB, O'Rourke PK, Clavarino AM. Do case conferences between general practitioners and specialist palliative care services improve quality of life? A randomised controlled trial (ISRCTN 52269003). *Palliat Med* 2008;22(8):904-912.
- Moss RH, Hussain J, Islam S, Small N, Dickerson J. Applying the community readiness model to identify and address inequity in end-of-life care in South Asian communities. *Palliat Med* 2023;37(4):567-574.
- Needham DS, Wong IC, Campion PD; Hull and East Riding Pharmacy Development Group. Evaluation of the effectiveness of UK community pharmacists' interventions in community palliative care. *Palliat Med* 2002;16(3): 219-225.
- Pesut B, Hooper BP, Robinson CA, Bottorff JL, Sawatzky R, Dalhuisen M. Feasibility of a rural palliative supportive service. *Rural Remote Health* 2015;15(2):3116.
- Phillips JL, Davidson PM, Newton PJ, Digiacomo M. Supporting patients and their caregivers after-hours at the end of life: the role of telephone support. *J Pain Symptom Manage* 2008;36(1):11-21.
- Piriz Alvarez G. Technology for improving accessibility of end-of-life care: Extension for Community Healthcare Outcomes Project. *Curr Opin Support Palliat Care* 2018;12(4):466-471.
- Russell B, Philip J, Wawryk O, et al. Validation of the responding to urgency of need in palliative care (RUN-PC) triage tool. *Palliat Med* 2021;35(4):759-767.
- Russell B, Vogrin S, Philip J, et al. Triage of the Terminally Ill-Development of the Responding to Urgency of Need in Palliative Care (RUN-PC) Triage Tool. *J Pain Symptom Manage* 2020;59(1):95-104. e11.
- Schuurman N, Martin ME, Crooks VA, Randall E. Where to enhance rural palliative care? Developing a spatial model to identify suitable communities most in need of service enhancement. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):168.
- Seow H, Bainbridge D, Stajduhar K, et al. Building Palliative Care Capacity for Generalist Providers in the Community: Results From the Capaciti Pilot Education Program. *Am J Hosp Palliat Care* 2023;40(7):737-746.
- Shaw KL, Clifford C, Thomas K, Meehan H. Review: improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med* 2020;24(3):317-329.
- Spice R, Read Paul L, Biondo PD. Development of a rural palliative care program in the Calgary Zone of Alberta Health Services. *J Pain Symptom Manage* 2012;43(5):911-924.
- Tan H, O'Connor M, Wearne H, Howard T. The evaluation of a triage tool for a community palliative care service provider. *J Palliat Care* 2012;28(3):141-148.
- Teike Lüthi F, Bernard M, Beauverd M, Gamondi C, Ramelet AS, Borasio GD. Identification of patients in need of general and specialised PALLiative care (ID-PALL©): item generation, content and face validity of a new interprofessional screening instrument. *BMC Palliat Care* 2020;19(1):19.
- van der Plas AG, Hagens M, Pasma HR, Schweitzer B, Duijsters M, Onwuteaka-Philipsen BD. PaTz groups for primary palliative care: reinventing cooperation between general practitioners and district nurses in palliative care: an evaluation study combining data from focus groups and a questionnaire. *BMC Fam Pract* 2014;15:

14.

van der Plas AG, Pasman HRW, Schweitzer B, Onwuteaka-Philipsen BD. Improving palliative care provision in primary care: a pre- and post-survey evaluation among PaTz groups. Br J Gen Pract 2018;68(670):e351-e359.

van Gurp J, van Selm M, van Leeuwen E, Vissers K, Hasselaar J. Teleconsultation for integrated palliative care at home: A qualitative study. Palliat Med 2016;30(3):257-269.

Wilson E, Cox K. Community palliative care development: evaluating the role and impact of a general practitioner with a special interest in palliative medicine. Palliat Med 2007;21(6):527-535.

E. 結論

スコーピングレビュー: 地域において質の高い緩和ケアを提供するために、各地域の状況に合わせた緩和ケア介入の標準化やジェネラリストへの教育支援を行い、緩和ケアの質を底上げすると同時に、複雑な病態等に対して、切れ目のない質の緩和ケアが提供されるよう、コンサルテーション体制を整備し、地域のリソースの明確化と連携の強化を推進する方略が実施されている。これらの方略が効果的に機能するためには、専門的緩和ケアを必要とする患者と基本的緩和ケアを提供する患者を包括的な尺度などにより識別し、ケアの重複や偏りを回避することが必要である。

インタビュー調査: 緩和ケア専門家が不在の施設の医師がもつ、がん患者の緩和ケアに関するコンサルテーションニーズの背景には、複雑な症例への対応の困難、医師自身の多忙感や緩和ケア提供に関する組織風土、多職種協働の難しさ等の困難があった。コンサルテーションニーズとしては、緩和ケア専門家の臨床知により複雑性の高い症例対応したいことや医師自身が実践している緩和ケアに対する保証や承認のニーズがあった。

緩和ケア専門家が不在の施設の医師にコンサルテーションを行う際には、経験知を備えた専門家が、病院に赴き、協働しながら症状マネジメントを行うなどのアウトリーチ型のコンサルテーションシステムの構築が望ましい。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

学会発表

(予定)

インタビュー調査:

1. 青木美和, 山本瀬奈, 高尾鮎美, 田村沙織, 木澤義之, 荒尾晴恵, 緩和ケアの専門家が不在の施設に所属する医師のコンサルテーションニーズ, 第29回日本緩和医療学会学術大会, 2024年6/14-15, 神戸
2. 太田有咲, 青木美和, 山本瀬奈, 高尾鮎美, 田村沙織, 木澤義之, 荒尾晴恵, 緩和ケアの専門家が不在の施設に所属する医師が抱く緩和ケア提供上の困難, 第29回日本緩和医療学会学術大会, 2024年6/14-15, 神戸

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

精神・心理的苦痛緩和に関するコンサルテーションモデルの開発

研究分担者 吉内 一浩 東京大学医学部附属病院 心療内科 病院教授

研究要旨 本分担研究では、精神・心理的苦痛の緩和に関するリソースが不足している医療機関に勤務する医療従事者が、質の高い緩和ケアを実践できるようになることを目的として、がん患者の精神・心理的苦痛の緩和について、サイコオンコロジーの専門家に相談できる実装可能なモデルを作成し、その有効性の評価を行う。令和5年度は、準備段階として、サイコオンコロジーの専門家である、日本サイコオンコロジー学会の登録精神腫瘍医の全国におけるリストと受診方法に関する情報の整理を行った。

A. 研究目的

本分担研究では、精神・心理的苦痛の緩和に関するリソースが不足している医療機関に勤務する医療従事者が、質の高い緩和ケアを実践できるようになることを目的とする。

B. 研究方法

がん患者の精神・心理的苦痛の緩和について、サイコオンコロジーの専門家に相談できる実装可能なモデルを作成し、その有効性の評価を行う。令和5年度は、準備段階として、サイコオンコロジーの専門家である、日本サイコオンコロジー学会の登録精神腫瘍医の全国におけるリストと受診方法に関する情報の整理を行なった。

(倫理面への配慮)

本研究は、既存の公開情報の整理であり、倫理上、大きな問題となることはないと考えられるが、世界医師会における「ヘルシンキ宣言」、及び文部科学省/厚生労働省研究「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守する。

また、必要な場合には、研究内容の妥当性や人権擁護上の配慮、安全性への配慮、個人情報保護の保護、インフォームド・コンセントの対応状況等について、倫理審査委員会の審査を受ける。

C. 研究結果

日本サイコオンコロジー学会が認定している登録精神腫瘍医は、従来から、日本サイコオンコロジー学会のホームページ

(<https://jpos-society.org>) で公開されていたが、取得順に掲載されていたため、一覧性、検索性に優れず、使用しづらいという問題点があった。さらに、各登録精神腫瘍医への受診方法などの情報も不足していたという問題が存在した。今年度は、準備段階として、都道府県ごとに整理し、また、各登録精神腫瘍医ごとに、情報を掲載するようホームページの再構成を行なった (<https://jpos-society.org/psycho-oncologist/doctor/>)。

D. 考察

登録精神腫瘍医のリストが、都道府県ごとに整理され、さらに、各登録精神腫瘍医への受診に関する情報も掲載されるようになり、アクセスしやすくなったと考えられる。

E. 結論

令和5年度は、令和6年度以降の研究のために、サイコオンコロジーの専門家である日本サイコオンコロジー学会の登録精神腫瘍医の全国におけるリストと受診方法に関する情報の整理を行なった。次年度以降、がん患者の精神・心理的苦痛の緩和について、サイコオンコロジーの専門家に相談できる実装可能なモデルを作成し、その有効性の評価を行う。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Kurisu K, Inada S, Maeda I, Nobata H, Ogawa A, Iwase S, Uchida M, Akechi T, Amano K, Nakajima N, Morita T, Sumitani M, Yoshiuchi K. Effectiveness of antipsychotics for managing agitated delirium in patients with advanced cancer: a secondary analysis of a multicenter prospective observational study in Japan (Phase-R). Support Care Cancer 2024;32:147.
2. Kurisu K, Harashima S, Fujimori M, Akechi T, Yoshiuchi K, Uchitomi Y. Regional disparities in suicide among patients with cancer: a nationwide population-based study in Japan. Cancer Med. 2023;12:20052-20058
3. Abe A, Fujisawa D, Miyajima K, Takeuchi E, Takeuchi M, Mimura M, Imai K, Uemura K, Watanabe H, Matsuo N, Matsuda Y, Maeda I, Ogawa A, Yoshiuchi K, Iwase S. Influence of dosing pattern of antipsychotics on treatment outcome of delirium in patients with advanced cancer. Jpn J Clin Oncol. 2023;53:321-326.
4. 吉内一浩. サイコオンコロジー. 日本臨床増刊号 臨床脳腫瘍学 2023 ; 81:665-670

学会発表

1. なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

緩和ケアに関するリソースが不足しているがん診療を行う病院の医師の緩和ケアに関する相談ニーズに関する研究

研究分担者 中澤葉字子 国立がん研究センターがん対策研究所
がん医療支援部 研究員

研究要旨 わが国ではがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と示す。）を中心に緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアの提供体制の整備が進められてきたが、拠点病院ではない病院の専門家の配置が不十分であることが推測されている。本研究は、専門家が不足する病院医師の専門家への相談ニーズを明らかにすることが目的である。調査方法は病院の医師を対象に質問紙を用いて、緩和ケアの困難や緩和ケアの専門家に相談したいことなどを調査した。調査の結果、記述統計では、こころの問題の専門家支援が得られやすいと回答した医師が 10.8%、疼痛緩和の専門家の支援が得られやすいと回答した医師は 22.6%であり、専門家の支援が得られにくいことが明らかになった。具体的なコンサルテーションニーズとしては、使用経験がない緩和ケアに関する薬剤の使用法 59.1%や薬剤選択の方法やコツ 56.7%に関する相談ニーズが高かった。今後は、背景特性を調整した多変量解析を含めてさらに解析を進めていく。

A. 研究目的

わが国のがん診療緩和ケアは、がん診療連携拠点病院等（以下、拠点病院と示す。）を中心に緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアが提供される体制の整備が進められてきた。しかしながら、日本緩和医療学会が認定する緩和医療専門医が在籍する拠点病院は29%であり、拠点病院以外の病院では、さらに緩和ケアの専門家が不足していることが推測される。専門家の配置が不十分な病院の医師が、患者の苦痛緩和に関して、必要に応じて専門家に相談できる体制の整備が課題となっている。

本研究の目的は、専門家が不足する病院医師への緩和ケアの支援体制を検討するための基礎資料として、病院医師の緩和ケア専門家への相談ニーズを明らかにすることである。

B. 研究方法

本研究デザインは、郵送質問紙調査による横断研究である。

1. 調査対象者

下記の条件を満たす病院医と、日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医とした。

1) 病院医

以下、①から③を満たす施設から抽出され126施設の全常勤医師 2160名

- ① がん患者死亡数 20 件/年以上の病院（2018年）
- ② がん診療連携拠点病院・ホスピス緩和ケア病棟がある病院 ではない病院（2023年）
- ③ 日本緩和医療学会が認定する認定医・専門医がいない病院（2023年）

2) 日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医 1100名（2023年）

なお、家庭医療専門医のうち、拠点病院・ホスピス緩和ケア病院・緩和ケア医療学会専門医・認定医がいる病院の医師は、解析対象外とした。

2. 調査項目

医師の相談ニーズに関するインタビュー調査結果と先行研究結果に基づき、調査項目案を作成した。その後、緩和ケアに関する専門家（医師・看護師・薬剤師）と患者 計9名のパネルメンバーによるデルファイ編法を用

いて調査項目を選定した。主な調査内容は、緩和ケアに関する意向、緩和ケアの困難、緩和ケアの専門家に相談したいこと、緩和ケアの提供体制である（資料1）。

3. 調査期間

2023年12月～2024年2月に、対象者が所属する施設に調査票書類を発送した。発送後1カ月の時点で、リマインドの依頼文を送付した。

回答方法は、調査票の返送またはWEB回答フォームへの登録とした。

4. 解析方法

記述統計及び、回答者背景による緩和ケアの困難や緩和ケアの相談ニーズの違いについて、単変量解析・多変量解析を行う。また、緩和ケアの困難や支援体制については、過去の研究結果からの推移を確認する。

（倫理面への配慮）

本研究は、社会医療法人愛仁会明石医療センターの倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号2023-26）。

C. 研究結果

調査フローは資料2に示す。

病院医師は375（回答率17%）、家庭医療専門医は540（49%）の回答が得られた。そのうち、過去1年間にがん患者の診療を行っていない人を除外し、病院医師314名、家庭医療専門医116名、合計430名の回答を解析対象とした。

1. 緩和ケアの困難

こころの問題の専門家の助言や支援が容易に得られる10.8%、疼痛以外の身体症状に関して専門家の助言や支援が容易に得られる20.7%、疼痛緩和に関して専門家の助言が容易に得られる22.6%であり、専門家の支援に関する割合が低かった（資料3）。

2. 緩和ケアの専門家に相談したいこと

相談ニーズが高い項目は、症状緩和で使用経験がない薬剤の使用法59.1%、緩和ケアで用いる薬剤選択の方法やコツ56.7%、疼痛・呼吸困難・消化器症状・せん妄などの難治性症状の対応方法53.5%であった（資料3）。

回答者背景による違いや、経時的な変化に

ついては、資料3に示す。今後、多変量解析を進めていく予定である。

D. 考察

背景別の比較の結果、99床以下の小規模病院の医師は、100床以上の病院医師と比べて緩和ケアへの関心が高い、年齢が高い医師ほど、緩和ケアへの関心が低く、緩和ケア研修会の受講率も低下していた。小規模病院の医師では、看取り件数が少ないため、経験値も上がりやすく、相談相手もいない環境下で薬剤調整や対応方法の選択で悩まれていること考えられた。

なお、本調査では、病院医師の回答率が低いため、結果の一般化には限界がある。

背景特性を調整した多変量解析を含めて、さらに解析を進めていく必要がある。

E. 結論

緩和ケアの専門家がいなかった病院の多くの医師は、専門家による支援に得られ難さを感じていた。特に小規模病院の医師に支援ニーズが高いことが考えられるため、支援体制の充実が必要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきことなし。

緩和ケアに関する調査

この調査は、医師の緩和ケアに関する診療支援ニーズを把握することを目的に
厚生労働科学研究費で行っています ぜひご協力をお願いします

アンケートの回答方法

- このアンケートでは、日々のがん患者の診療で感じられることを伺います、各設問について、もっとも該当する選択肢、または番号に○を付けてください
- 回答しにくい質問は、無理に回答せず、次の質問にお進みください
- ご回答は、管理番号を用いて集計します、個人が特定できる情報が公開されることはありません
- 日本プライマリ・ケア連合学会 認定家庭医療専門医の方には、学会に登録している所属施設が、本調査対象として無作為抽出された病院の場合、同じ調査票が 2 回お手元に届く可能性があります、いずれか 1 回だけご回答ください、下記 URL・QR コードからオンライン回答も可能です

【Web フォーム URL】

<https://forms.office.com/r/udn4rBFBdW>



アンケートで用いる用語の説明

- 本調査における「緩和ケア」とは、疼痛などの身体的苦痛や、気持ちのつらさなどの精神的苦痛の緩和、心理社会的サポートと定義します

I. 調査へのご協力についてお伺いします

問1 この調査への協力を同意しますか (○は1つ)

1. 同意します ⇒ 問2 へお進みください
2. 同意しません ⇒ 調査は終了です、ありがとうございました

II. 次に、ご自身についてお伺いします

問2 年齢をご記入ください

歳

問3 医療に従事している年数をご記入ください

年

問4 現在、がんの診療を行うことがありますか (○は1つ)

1. がんを主たる専門分野として診療している (全診療のうち約 80%以上を占める)
2. がん以外の診療に併せて、がんも診療している
3. がんの診療はしていない (以下の設問は、可能な範囲でご回答ください)

問5 あなたの主たる診療科を一つお選びください（○は1つ）

1. 内科	2. 小児科	3. 皮膚科
4. 精神科	5. 外科	6. 整形外科
7. 産婦人科	8. 眼科	9. 耳鼻咽喉科
10. 泌尿器科	11. 脳神経外科	12. 放射線科
13. 麻酔科	14. 救急科	15. 形成外科
16. リハビリテーション科	17. 総合診療科	18. 緩和医療・緩和ケア科
19. その他（		）

問6 過去1年間に主に受け持ったがん患者数はおおよそ何人ですか（○は1つ）

1. 0人	2. 1-9人	3. 10-49人	4. 50人以上
-------	---------	-----------	----------

問7 過去1年間に看取りをしたがん患者数は何人ですか（○は1つ）

1. 0人	2. 1-2人	3. 3-4人
4. 5-9人	5. 10-19人	6. 20人以上

問8 医療用麻薬を処方する際に必要な、麻薬施用者免許はお持ちですか（○は1つ）

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問9 過去1年間にがんの痛みのために医療用麻薬を処方した患者の実数は何人ですか（○は1つ）

1. 0人	2. 1-2人	3. 3-4人
4. 5-9人	5. 10-19人	6. 20人以上

問10 がん対策として全国で「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修※」が行われています
あなたはこの研修を修了していますか（○は1つ）

※都道府県またはがん診療連携拠点病院等が、〇〇県緩和ケア研修会、〇〇病院緩和ケア研修会、PEACE 緩和ケア研修会などの名称で開催する研修です、修了者には厚生労働省健康局長から「修了証書」が交付されます

1. 修了している	2. 修了していない	3. わからない
-----------	------------	----------

問11 あなたの病院には、緩和ケアについて相談できる専門家はいますか
（該当する番号すべてに○をつけてください）

1. 緩和ケアについて相談できる医療チーム（緩和ケアチーム）がある
2. 日本緩和医療学会が認定する専門医または認定医がいる
3. 日本看護協会が認定するがん看護専門看護師・緩和ケア認定看護師・がん性疼痛認定看護師のいずれかがいる

4. わからない

III. あなたのご意向についてお伺いします

問12 以下の質問について、最も該当する番号に○をつけてください
(それぞれ○は1つ)

関わりたくない	関わりたくば できない	関わりたい ある程度は	関わりたい
---------	----------------	----------------	-------

- | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| a. がん患者の痛みの治療など、苦痛を和らげる医療に関わりたいですか | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. がん患者の精神症状の治療やケアに関わりたいですか | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. がん患者の在宅診療に関わりたいですか | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. がん患者を主治医として看取りまで診療したいですか | 1 | 2 | 3 | 4 |

IV. 日々のがん患者の診療に関してお伺いします

問13 以下の質問について、がん患者の診療ではどのくらいお感じになりますか、最も該当する番号に○をつけてください
(それぞれ○は1つ)

そう 思わない	やや そう 思う	そう 思う	とても そう 思う
------------	----------------	----------	-----------------

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a. 疼痛緩和のための知識や技術は十分である | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. 疼痛以外の身体症状に対応するための知識や技術は十分である | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. がん患者の精神症状（不安、抑うつ、せん妄など）に対応するための知識や技術は十分である | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. 症状緩和のための薬剤調整に悩むことがある | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. 患者の倫理的な問題の対応に悩むことがある | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f. 患者への病状説明（告知など）に不安がある | 1 | 2 | 3 | 4 |
| g. 患者と死や死の可能性について話すことが負担である | 1 | 2 | 3 | 4 |
| h. 家族とのコミュニケーションやサポートに不安がある | 1 | 2 | 3 | 4 |
| i. 疼痛の緩和に関して専門家の助言や支援が容易に得られる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| j. 疼痛以外の身体症状に関して専門家の助言や支援が容易に得られる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| k. こころの問題の専門家の助言や支援が容易に得られる | 1 | 2 | 3 | 4 |

問14 日々のがん診療の中で「緩和ケアの専門家に相談したい」こととして、感じることをすべてお選びください（複数選択可）

1. 緩和ケアで用いる薬剤選択の方法やコツ
2. 症状緩和で使用経験がない薬剤の使用方法
3. オピオイドスイッチング（オピオイドの変更）の方法
4. 疼痛・呼吸困難・消化器症状・せん妄などの難治性症状の対応方法
5. 鎮静導入の適応
6. 緩和ケアを目的とする神経ブロックの適応
7. 緩和ケアを目的とする放射線照射の適応
8. がん患者の予後予測（予後や症状の進行）
9. 持続皮下注射などの緩和ケアに関する新しいデバイスの使用感
10. 患者の意思決定支援
11. 患者のこころのケア
12. 患者に「死にたい」と言われた時の対応方法
13. 家族ケア
14. 若年患者の終末期ケア
15. 臨死期のケア
16. グリーフケア（遺族ケア）

問15 がん患者の緩和ケアに関して、医師の診療支援として必要な体制など、ご意見がありましたら自由にご記入ください

V. がん患者の緩和ケアを充実させるための体制についてお伺いします

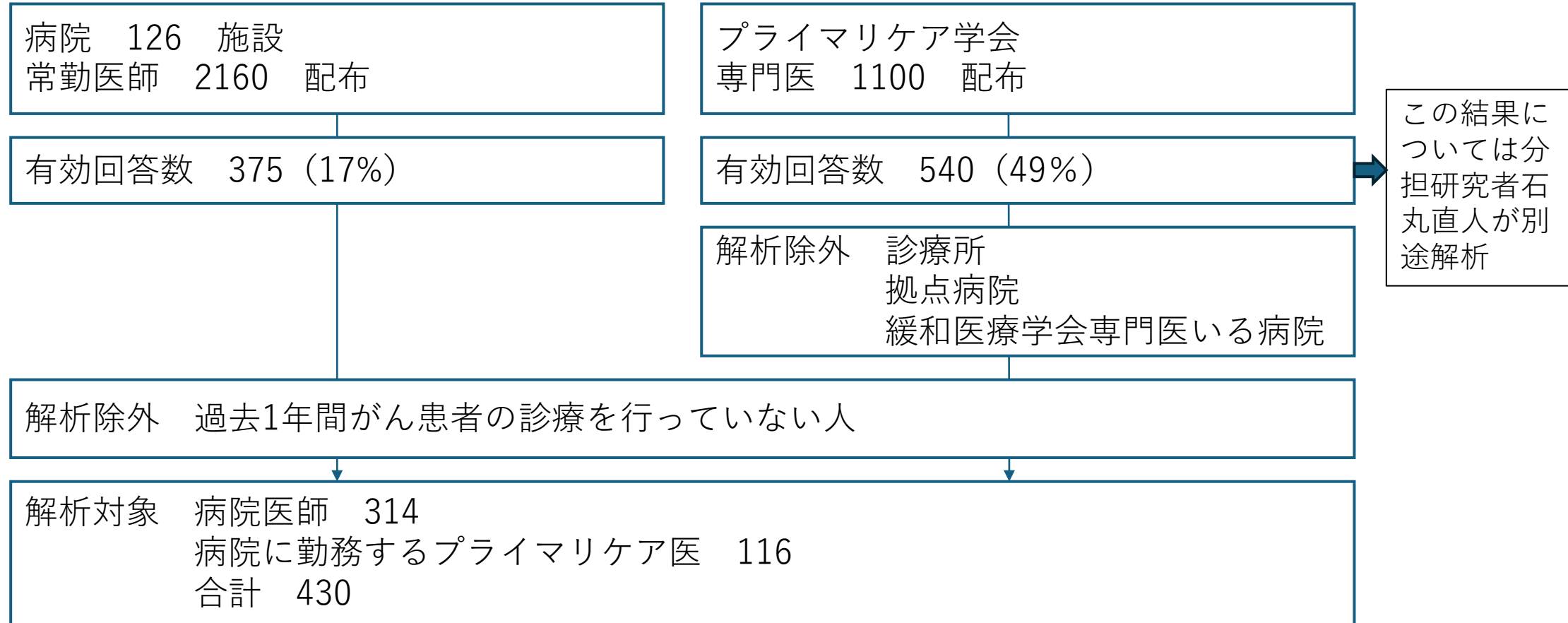
問16 あなたの病院や地域では、以下の体制がどのくらい機能していると感じますか
最も該当する番号に○をつけてください
(それぞれ○は1つ)

体制はない	体制はある				わからない
	機能していない	あまり機能していない	機能している	よく機能している	

a. 緩和ケアに関する相談に対応する患者・家族向けの窓口（がん相談支援センターなど）	1	2	3	4	5	0
b. 受診・入院している患者・家族の苦痛を適切にスクリーニングできるシステム（問診票の配布など）	1	2	3	4	5	0
c. 患者・家族の意思決定を支援するための、看護師や心理師によるカウンセリングのシステム	1	2	3	4	5	0
d. 医療従事者が症状緩和などで困ったときに、いつでも相談できる専門家（ホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、在宅ホスピスなどへの診察依頼や、電話・メールでの相談も含む）	1	2	3	4	5	0
e. 対応が困難な苦痛をやわらげるための、専門的な治療を行う医療機関（がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟など）	1	2	3	4	5	0
f. 緩和ケア病棟以外に、緊急時の入院や日中や夜間に患者が入院できる施設	1	2	3	4	5	0
g. 緩和ケアについてよく知っている医師以外の職種（専門・認定看護師や認定薬剤師など）	1	2	3	4	5	0
h. 動画やマニュアル、e-learningなどのオンラインを活用した緩和ケアに関する情報支援	1	2	3	4	5	0

アンケートは以上です ご協力、誠にありがとうございました

資料2. 調査フロー



資料3：病院医師 緩和ケア専門家相談 ニーズ調査結果

	がん患者の診察0人/過去1年 除外				所属病院 DPC医療機関別の種類				所属病院 病床区分				がん死亡区分				回答者 年齢				問5 問6 問7 問8 問9				問10																								
	Total No		%		DPC病院ではない		DPC病院		chisq		99床以下		100-199床		200-499床		chisq		49人以下		50-99人		100人以上		chisq		20-30代		40-50代		60代以上		chisq		問5		問6		問7		問8		問9						
	sample no	430	213	216	63	166	201	63	166	201	121	200	105	162	90	91	5	82	200	163	52	213	49.7	50.4	28.6	27.8	21.6	71.3	93.6	69.9	23.4	<.0001	74.6	32.9	4.2	<.0001	43.3	47.5	61.0	0.02	49.7	42.2	64.8	20.0	42.7	0.01	51.8	52.8	30.8
所属病院情報																																																	
DPC医療機関別の種類																																																	
0 DPC病院ではない																																																	
2 DPC病院																																																	
病床区分																																																	
1 99床以下																																																	
2 100-199床																																																	
3 200-499床																																																	
がん死亡区分																																																	
1 49人以下																																																	
2 50-99人																																																	
3 100人以上																																																	
回答者背景																																																	
問2 年齢(mean, ±SD)																																																	
1 20-30代																																																	
2 40-50代																																																	
3 60代以上																																																	
問5 あなたの主たる診療科を一つお選びください																																																	
1 内科																																																	
2 外科・整形外科・脳神経外科・形成外科																																																	
3 総合診療科																																																	
4 麻酔科・緩和ケア科																																																	
5 その他																																																	
問6 過去1年間に主に受け持ったがん患者数はおおよそ何人ですか																																																	
1-9人																																																	
10-49人																																																	
50人以上																																																	
問9 過去1年間にがんの痛みのために医療用薬を処方した患者の実数は何人ですか																																																	
1 0人																																																	
2 1-4人																																																	
3 5-9人																																																	
4 10人以上																																																	
問10 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修」を修了していますか																																																	
0 修了していない・不明																																																	
1 修了している																																																	
がん診療への関わり方の意向 (ある程度は関わりたい・関わりたくない の回答割合)																																																	
問12 a がん患者の痛みを和らげる治療を行う医師に関わりたいですか																																																	
問12 b がん患者の精神症状の治療やケアに関わりたいですか																																																	
問12 c がん患者の在宅診療に関わりたいですか																																																	
問12 d がん患者を主診として暮取りまで診療したいですか																																																	
がん診療上の緩和ケアの困難感 (そう思う・とても思う の回答割合)																																																	
問13 a 疼痛緩和のための知識や技術は十分である																																																	
問13 b 疼痛以外の身体症状に対応するための知識や技術は十分である																																																	
問13 c がん患者の精神症状 (不安、抑うつ、せん妄など) に対応するための知識や技術は十分である																																																	
問13 d 症状緩和のための薬剤調整に自信がある																																																	
問13 e 患者の倫理的な問題の対応に自信がある																																																	
問13 f 患者への病状説明 (告知など) に不安がある																																																	
問13 g 患者と死や死の可能性について話すことが負担である																																																	
問13 h 家族とのコミュニケーションやサポートに不安がある																																																	
問13 i 疼痛の緩和に関して専門家の助言や支援が得られる																																																	
問13 j 疼痛以外の身体症状に関して専門家の助言や支援が容易に得られる																																																	
問13 k ころこの問題の専門家の助言や支援が容易に得られる																																																	
問13 l がん患者の療養場所の調整に困ることがある																																																	
※a, b, c, i, j, k は逆転項目																																																	
日々のがん診療の中で「緩和ケアの専門家に相談したい」と感じること (複数選択可)																																																	
問14 1.緩和ケアで用いる薬剤選択の方法やコツ																																																	
2.症状緩和や副作用がない薬剤の処方方法																																																	
3.オピオイドスッキング(オピオイドの量)の方法																																																	
4.疼痛・呼吸困難・消化器症状・せん妄などの難治性症状の対応方法																																																	
5.鎮静導入の適応																																																	
6.緩和ケアを目的とする神経ブロックの適応																																																	
7.緩和ケアを目的とする放射線照射の適応																																																	
8.がん患者の予後予測(予後や症状の進行)																																																	
9.持続皮下注射などの緩和ケアに関する新しいデバイスの使用感																																																	
10.患者の意思決定支援																																																	
11.患者のころこのケア																																																	
12.患者に「死にたい」と言われた時の対応方法																																																	
13.緩和ケア																																																	
14.悪化患者の終末期ケア																																																	
15.緩和期のケア																																																	
16.グループケア(遠隔ケア)																																																	
緩和ケアの提供体制について(機能している、よく機能している の回答割合)																																																	
問16 a 緩和ケアに関する相談に対応する患者・家族向けの窓口(がん相談支援センターなど)																																																	
問16 b 受診・入院している患者・家族の苦痛を適切にスクリーニングできるシステム(問診票の配布など)																																																	
問16 c 患者・家族の意思決定を支援するための、看護師や心理師によるカンセンリングのシステム																																																	
問16 d 医療従事者が症状緩和などで困ったときに、いつでも相談できる専門家(ホスピス、緩和ケア病棟、緩和ケア科)が病棟以外に、緊急時の入浴や就寝に患者が入浴できる施設																																																	
問16 e 緩和ケアについてよく知っている医師以外の職種(専門・認定看護師や認定薬剤師など)																																																	
問16 f 動画やマニュアル、e-learningなどのオンラインを活用した緩和ケアに関する情報支援																																																	

回答者 0人	がんの痛みのために医療用麻薬を処方した患者数/過去1問11回答者 1-4人	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修 5-9人	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修 10人以上	chisq	修正していない ない・不明	修正している る	chisq
80	163	82	91		131	299	
50.6	47.2	47.6	52.8	0.83	53.1	48.2	0.40
49.4	52.8	52.4	47.3		46.9	51.8	
10.0	14.1	17.1	19.8	0.10	9.2	17.1	0.10
28.8	38.0	37.8	42.9		42.0	37.1	
61.3	47.9	45.1	37.4		48.9	45.8	
48.8	51.5	53.1	49.5	0.87	56.5	49.3	0.35
32.5	34.4	29.6	29.7		29.8	32.9	
18.8	14.1	17.3	20.9		13.7	17.8	
27.5	28.8	35.4	25.6	0.80	19.9	32.2	0.00
46.3	46.9	46.3	50.0		43.5	48.5	
26.3	24.4	18.3	24.4		36.6	19.3	
38.8	41.1	37.8	36.3	<.0001	44.3	34.8	<.0001
17.5	20.3	22.0	27.5		13.7	24.1	
6.2	21.5	30.5	26.4		9.9	26.1	
1.3	0.6	0.0	2.2		1.5	1.0	
36.3	16.6	9.8	7.7		30.5	14.1	
85.0	71.6	18.5	0.0	<.0001	69.8	39.5	<.0001
11.3	22.8	65.4	70.3		26.9	44.3	
3.8	5.6	16.1	29.7		3.4	16.2	
-	-	-	-		40.3	10.8	<.0001
-	-	-	-		42.0	38.1	
-	-	-	-		10.1	23.6	
-	-	-	-		7.6	27.6	
60.0	30.7	14.6	9.9	<.0001	-	-	
40.0	69.3	85.4	90.1		-	-	
56.3	83.3	95.1	96.7	<.0001	65.4	91.6	<.0001
46.3	68.9	86.6	89.0	<.0001	54.3	80.9	<.0001
31.3	57.4	76.8	76.9	<.0001	38.5	69.1	<.0001
38.8	73.5	90.2	91.2	<.0001	53.1	82.6	<.0001
8.9	19.8	32.9	59.3	<.0001	15.5	35.9	<.0001
11.4	21.1	35.4	49.5	<.0001	18.6	33.7	0.00
10.1	14.3	20.7	31.9	0.00	12.4	21.9	0.02
64.6	67.1	52.4	53.9	0.06	68.2	57.6	0.04
65.8	51.9	46.3	55.0	0.08	56.6	52.7	0.53
48.1	27.5	14.6	13.2	<.0001	34.9	21.0	0.00
46.8	29.2	14.6	16.5	<.0001	34.1	23.6	0.03
38.0	25.9	11.0	11.0	<.0001	31.0	18.5	0.01
19.0	22.5	28.1	23.1	0.59	21.9	22.9	0.90
21.5	18.6	24.4	23.3	0.71	24.0	19.3	0.30
12.7	9.3	12.2	12.1	0.83	11.6	10.4	0.74
42.3	46.0	32.9	47.3	0.20	49.2	40.4	0.11
66.3	64.4	56.1	44.0	0.01	63.4	53.9	0.07
57.5	67.5	62.2	50.6	0.06	51.2	62.5	0.03
46.3	45.4	35.4	22.0	0.00	43.5	34.5	0.08
55.0	56.4	59.8	48.4	0.47	54.2	53.2	0.92
37.5	45.4	32.9	29.7	0.06	38.2	36.8	0.83
27.5	42.3	51.2	44.0	0.02	33.6	43.8	0.05
26.3	38.0	43.9	35.2	0.12	31.3	37.1	0.27
37.5	31.9	26.8	19.8	0.06	35.1	25.4	0.05
30.0	42.3	43.9	33.0	0.13	33.6	38.8	0.33
32.5	30.7	20.7	17.6	0.04	20.6	27.4	0.15
42.5	49.7	42.7	42.9	0.58	37.4	47.2	0.07
36.3	38.0	40.2	29.7	0.48	35.9	35.1	0.91
41.3	39.9	39.0	33.0	0.67	33.6	38.8	0.33
26.3	35.6	45.1	48.4	0.01	32.1	40.1	0.13
21.3	22.7	22.0	11.0	0.13	19.1	19.1	1.00
22.9	22.1	34.4	34.6	0.70	19.1	29.1	0.03
22.9	22.1	34.4	34.6	0.14	25.9	29.2	0.67
25.5	21.9	28.4	21.7	0.73	23.1	23.8	1.00
26.4	22.3	30.4	21.4	0.54	22.0	24.8	0.67
28.1	22.7	32.5	34.9	0.22	28.4	27.9	1.00
39.3	39.9	33.2	44.2	<.0001	49.5	37.1	0.03
40.0	58.1	70.3	76.1	<.0001	52.0	65.3	0.02
36.0	44.9	44.1	49.4	0.52	37.6	46.0	0.18
21.7	15.2	22.4	20.5	0.60	16.7	19.7	0.63

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

緩和ケア専門家に相談することが難しいプライマリ・ケア医師
および病院医師の緩和ケアニーズに関する前向き観察研究

研究分担者 石丸直人 社会医療法人愛仁会 高槻病院（臨床研究センター）

研究要旨 コミュニティーベースの緩和ケアコンサルテーションのためには、プライマリ・ケア医師の緩和ケアに関する相談ニーズを明らかにする必要がある。日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医の資格をもつ医師を対象に、医師背景情報、緩和ケアに関する意向、緩和ケアの困難、緩和ケア相談ニーズ、緩和ケアの支援体制について、自己記入式質問紙法を用いた横断調査を行った。1100名のうち、548名から回答を得て（回収率50%）、解析可能なデータを有する540名を解析した。症状緩和のための薬剤調整、患者の倫理的な問題の対応、がん患者の療養場所の調整といった緩和ケアニーズに取り組む必要性が示唆され、そのためには、苦痛のスクリーニングシステム、意思決定支援システム、緩和ケアに関する情報支援システムの整備が優先的な課題である。

A. 研究目的

がん患者の苦痛の緩和については主治医等により基本的な緩和ケアが提供され、より複雑な病態等に対しては緩和ケアチーム等により専門的な緩和ケアが提供される体制ががん診療連携拠点病院等を中心として整備されてきた。しかしながら、拠点病院であっても緩和ケア専門家の配置は十分とはいえない。この問題は世界共通のものであり、英国を始め諸外国でコミュニティベースの緩和ケアコンサルテーションの取り組みが報告されている。コミュニティベースの緩和ケアにおいては、プライマリ・ケア医師と専門的な緩和ケア提供者の間での役割の明確化とそのため
のプライマリ・ケア医師に対する教育が必要とされているが、プライマリ・ケア医師の緩和ケアに関する相談ニーズについては明らかになっていない。

本研究の目的は、緩和ケア専門家に相談することが難しいプライマリ・ケア医師の緩和ケアに関する相談ニーズを明らかにすることである。

B. 研究方法

研究事務局からの郵送調査法により自己記入式質問紙法を用いた横断調査を行った。

選択基準

2023年10月1日の時点で日本プライマリ・

ケア連合学会認定家庭医療専門医の資格をもつ医師

除外基準

なし

データ収集期間：2023年12月～2023年1月

質問紙は返信用封筒で郵送により回収し、匿名化されたデータを主責任者のもと厳重に管理し、統合して分析した。医師背景情報、緩和ケアに関する意向、緩和ケアの困難、緩和ケア相談ニーズ、緩和ケアの支援体制といった質問項目について、質問紙への回答を依頼した。

（倫理面への配慮）

本研究に関連するすべての研究者は「ヘルシンキ宣言（2013年10月 フォルタレザ改訂版）」（日本医師会訳）および「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（令和3年3月23日（令和4年3月10日一部改正）」に従って本研究を実施した。本研究は、明石医療センター倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

C. 研究結果

質問紙を郵送した1100名のうち、548名から回答を得て（回収率50%）、解析可能なデータを有する540名を解析対象とした。平均年齢41.1歳で、過去1年間のがん患者受け持ち患者数が10人未満であったのは201名（51.3%）

であった。「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修」修了者は381名(84.4%)であった。がん診療への関心について、ある程度は関わりたい、関わりたいと答えた者は、苦痛を和らげる医療については、427名(95.8%)、精神症状の治療やケアについては、421名(94.8%)、在宅診療については、423名(95.0%)、主治医としての看取りについては、423名(95.0%)であった。がん診療の困難感を感じると答えた者は、症状緩和のための薬剤調整については433名(96.4%)、患者の倫理的な問題の対応については421名(93.7%)、がん患者の療養場所の調整については383名(85.2%)であった。緩和ケア専門家に相談したいこととして回答した者は、緩和ケアで用いる薬剤選択の方法やコツについては241名(53.7%)、症状緩和で使用経験がない薬剤の使用方法については313名(69.7%)、疼痛・呼吸困難・消化器症状・せん妄などの難治性症状の対応方法については248名(55.2%)、緩和ケアを目的とする神経ブロックの適応については261名(58.1%)、緩和ケアを目的とする放射線照射の適応については249名(55.5%)、若年患者の終末期ケアについては248名(54.8%)であった。緩和ケアの提供体制について、体制があり機能していると回答した者は、受診・入院している患者・家族の苦痛を適切にスクリーニングできるシステムについては70名(15.8%)、患者・家族の意思決定を支援するための、看護師や心理師によるカウンセリングのシステムについては77名(17.3%)、動画やマニュアル、e-learningなどのオンラインを活用した緩和ケアに関する情報支援については86名(19.3%)であった。診療所勤務医は、病院勤務医と比べて、日々のがん診療の中で、緩和ケアで用いる薬剤選択の方法やコツ($p = 0.019$)、オピオイドスイッチングの方法($p = 0.018$)、がん患者の予後予測($p < 0.001$)、患者の意思決定支援($p = 0.016$)、グリーフケア($p = 0.009$)について、緩和ケアの専門家に相談したいと選択した者がより少なかった。診療所勤務医は、病院勤務医と比べて、緩和ケアについてよく知っている医師以外の職種について提供体制がないと感じ($p < 0.001$)、動画やマニュアル、e-learningなどのオンラインを活用した緩和ケアに関する情報支援に関して、提供体制がないと感じていた($p = 0.003$)。多変量解析では、診療所勤務は、意思決定支援カウンセリングシステムの存在と逆に関連する因子であった

($R^2=0.527$)。

D. 考察

プライマリ・ケア医師は、がん診療への関心は高いのにも関わらず、がん患者担当経験が少ないという現状であった。プライマリ・ケア医師においては、症状緩和のための薬剤調整、患者の倫理的な問題の対応、がん患者の療養場所の調整といった緩和ケアニーズに優先的に取り組む必要性が示唆された。また、緩和ケア専門家から特にサポートが必要な項目として、緩和ケアで用いる薬剤選択の方法やコツ、症状緩和で使用経験がない薬剤の使用方法、難治性症状の対応方法、神経ブロックの適応、放射線照射の適応、若年患者の終末期ケアが挙げられ、プライマリ・ケア医師と緩和ケア専門家のコミュニケーションにおいては、これらのトピックを重点的にカバーする必要がある。上記のプライマリ・ケア医師の緩和ケアニーズに応えるためには、患者・家族の苦痛を適切にスクリーニングできるシステム、患者・家族の意思決定を支援するための、看護師や心理師によるカウンセリングのシステム、動画やマニュアル、e-learningなどのオンラインを活用した緩和ケアに関する情報支援システムを整備する必要がある。特に、診療所勤務医に対しては、意思決定支援カウンセリングシステムの整備を重点的に行うことが求められる。

E. 結論

プライマリ・ケア医師の緩和ケアニーズは、診療現場によって異なる結果であった。本研究から、プライマリ・ケア医が緩和ケアおよび個別化された終末期ケアに関わるための明確な支援ガイドラインとトレーニングの必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表
なし。

学会発表
なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

小児科医の緩和ケアコンサルテーションニーズの調査
がん診療を行う小児医療機関の
緩和ケアチームの活動実態を明らかにするための研究

研究分担者 余谷 暢之 国立成育医療研究センター総合診療部緩和ケア科診療部長

研究要旨 本研究の目的は小児がん拠点病院と小児専門施設における小児緩和ケアチームの実態について明らかにすることである。今年度は調査を実施するにあたり、効果的な研究手法について先行文献及び専門家討議をもとに検討を行い計画を立てた。次年度以降研究実施する予定である。

A. 研究目的

2012年6月に閣議決定された第2期がん対策推進基本計画において、「小児がん」が新たな重点項目となり、その中で緩和ケアを含む専門家による集学的医療の提供が求められたことで、国策として小児を含めた緩和ケアの体制整備が進められることになった。2013年に小児がん拠点病院15施設が選定され、それぞれの施設に緩和ケアチームが整備された。その後、他の小児病院でも独自に緩和ケアチームが整備され活動を開始しているが、その実態は明らかになっていない。小児緩和ケアは対象疾患が成人と異なり、成人の枠組みでは診療加算が取れない実態がある。本研究の目的は小児がん拠点病院と小児専門施設における小児緩和ケアチームの実態について明らかにすることである。今年度は調査を実施するにあたり、効果的な研究手法について先行文献をもとに検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

先行研究や専門家討議を行い、効果的な研究手法について検討を行った。

(倫理面への配慮)

今年度については探索的な研究であり倫理面への配慮は特にない。

C. 研究結果

先行文献調査¹⁾²⁾³⁾、専門家（小児緩和ケア医師1人、小児専門看護師2人、緩和ケア専門医1人）による3回の討議の結果、以下の研究計画を立てた。

1) 具体的な手順・方法：

小児がん拠点病院および小児専門施設の緩和ケアチームの緩和ケア担当者を対象に質問紙調査及び、Webもしくは対面によるインタビュー調査を行う。

①質問紙調査

以下の項目について小児緩和ケアチームのリーダー宛にWeb質問紙を送付し、回答を回収する。

- ・施設名
- ・回答者の職種（記述式）
- ・昨年1年間の初診の総数（記述式）
- ・昨年1年間の施設全体の入院総数（記述式）
- ・緩和ケアチームの構成：ラウンドを行うコアメンバー（複数選択）、定期ミーティングなどを行うメンバー（複数選択）
- ・緩和ケアの専門資格を有するメンバー：緩和医療専門医、認定医、CNS/CN、緩和医療薬剤師、CLIC受講人数
- ・チーム設立年度（記述式）
- ・緩和ケア診療加算の取得
- ・緩和ケアチームの実態：緩和ケアチームが診療している患者に対して原則として週1回以上の直接診療を行っており、かつ、必要な場合に平日の日勤帯はいつでも緩和ケアチームのいずれかのメンバーが患者を直接診療できる体制がある：Y/N、緩和ケアチームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている日数：○日/週、緩和ケアチームは少なくとも週1回、メンバーでカンファレンス、または、回診を行っている：Y/N
- ・対象年齢層（複数選択）：出生前、新生児

乳児、幼児・学童、思春期、青年期、25歳以上

- ・チームのコンサルテーション対応範囲（複数選択）：小児がん、非がん、PICU、NICU
- ・昨年度チームのコンサルテーション実績（複数選択）：小児がん、非がん、PICU、NICU
- ・コンサルテーション依頼への対応（1つ選択）：平日日中のみ、平日24時間、毎日日中のみ、24時間年中無休、その他
- ・コンサルテーション依頼元（複数選択）：医師、医師以外の医療者、患者、家族
- ・他施設への支援・アウトリーチの実態
- ・院内勉強会（具体的に）
- ・地域に向けた勉強会（具体的に）
- ・組織、構造上の課題（自由記載）
- ・実践における課題（自由記載）
- ・自由記述 困りごと
- ・自由記述 活動を行う際に工夫していること

②インタビュー調査

緩和ケアチームの医師、看護師（いずれかもしくは両方）を対象に、以下のインタビューフォームに沿って Zoom を用いたインタビューもしくは対面でのインタビューを行う。

【対象疾患に対する介入】

疾患別の緩和ケアチーム介入の実践と介入可能性について

- ・小児がん
- ・NICU
- ・胎児
- ・PICU
- ・循環器
- ・CCC（染色体異常・神経疾患・消化器疾患など）

CCC:複数の異なる臓器系または1つの臓器系が重症化し、その状態が少なくとも1年以上続く（もしくはその間に亡くなる）可能性が高く、専門的な治療を必要とする医学的状態

【メンバーについて】

小児緩和ケアチームメンバーに求められる資質

- ・医師に求めるもの
- ・看護師に求めるもの
- ・薬剤師に求めるもの
- ・管理栄養士に求めるもの
- ・心理士に求めるもの
- ・他に必要な職種

【基準】

具体的なチーム活動の実際と理想のチームの在り方について

2) 調査対象

小児がん拠点病院15施設及び、一般社団法人日本小児総合医療施設協議会加盟施設のうち、1型2型の施設の緩和ケアチームの代表者

上記計画について、国立成育医療研究センターの倫理委員会の承認を得た。

D. 考察

次年度以降、上記計画に沿ってインタビュー調査を行い実態把握に努める。

E. 結論

先行研究や専門家討議を行い、効果的な研究手法について検討を行った。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Yotani N. Current status of pediatric palliative care and decision making in Japan. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2024 ;54:101557.
2. Yotani N, Isayama T, Ito Y. Gabapentin for treatment of apnea in infants with trisomy 13 and 18. *Pediatr Int*. 2023; 65: e15646.
3. 余谷 暢之. 小児の緩和ケア これからの小児緩和ケアについて考える 10年先を見据えて. *日本臨床麻酔学会誌* (0285-4945)43 巻 3 号 Page258-263(2023.05)
4. 余谷 暢之. 重篤な疾患をもつ子ども・家族とこれからの小児緩和ケアについて話し合う 小児領域におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践. *小児保健研究* (0037-4113)82 巻 3 号 Page255-257(2023.05)

学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

1. Feudtner C, et al. Pediatrics 2013;
132:1063-1070

2. Maggie M, et al. Pediatrics
2021;148:e2020021634

3. Weaver MS, et al. Pediatrics
2022;150:e2022057872

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

地域緩和ケアコンサルテーションモデルの開発に関する研究

研究分担者 濱野 淳 筑波大学 医学医療系

研究要旨 わが国ではがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院と示す。）を中心に緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアの提供体制の整備が進められてきたが、拠点病院以外の病院や、プライマリ・ケアを提供する医療機関では、緩和ケア専門家の配置が不十分なため、患者・家族の苦痛緩和に関して、必要に応じて専門家に相談できる体制の整備が課題となっている。本研究は、緩和ケア専門家が不足する地域の医師の緩和ケアに関する相談ニーズを明らかにし、具体的な支援体制を検討することが目的である。

調査・検討の結果、全国的に、拠点病院以外の医療機関や、地域包括ケアシステムにおいては、医療者だけでなく、患者・家族の緩和ケアに関する相談ニーズに対応できていない可能性が示唆された。そして、現在の緩和ケア専門家リソースを効率的に活用するための遠隔コンサルテーション・システムや、現在、医師不足地域などに対して行われている診療支援システムを活用した緩和ケア専門家のアウトリーチ・システムが有効である可能性が示唆された。

A. 研究目的

わが国のがん診療緩和ケアは、がん診療連携拠点病院等（以下、拠点病院）を中心に緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアが提供される体制の整備が進められてきた。また、拠点病院は、地域の緩和ケア提供体制の構築にも寄与することが求められている。しかしながら、日本緩和医療学会が認定する緩和医療専門医が在籍する拠点病院は29%であり、拠点病院以外の病院や、プライマリ・ケアを提供する医療機関では、さらに緩和ケアの専門家が不足していることが推測される。そのため、緩和ケア専門家の配置が不十分な地域の医師が、患者・家族の苦痛緩和に関して、必要に応じて専門家に相談できる体制の整備が課題となっている。

本研究の目的は、緩和ケア専門家が不足する地域の医師の緩和ケアに関する相談ニーズを明らかにし、具体的な支援体制を検討することである。

B. 研究方法

1. 緩和ケアに関する相談ニーズを明らかにすることを目的とした病院医師、および、プライマリ・ケア医を対象としたインタビュー調査、および郵送質問紙調査研究の計画立案、および結果の解釈への参加。

2. 緩和ケアに関するリソースが不足している地域における緩和ケア提供体制に関する専門家会議への参加。

3. 緩和ケアに関するリソースが不足している地域における遠隔・対面コンサルテーション体制の確立に関する議論への参加。

C. 研究結果

1. 拠点病院以外の医療機関や地域包括システムにおいては、身体症状、精神症状に関する専門家の支援が受けにくいと感じている医師が多く、症状緩和のための薬剤調整、患者の倫理的な問題の対応、がん患者の療養場所の調整といった緩和ケアニーズに取り組む必要性が示唆された。

2. 拠点病院を含め、全国的に緩和ケア提供リソースが不足している可能性が高く、2次医療圏レベル、もしくは市町村レベルで、現存する専門家リソースを効率的に活用するための手順（窓口や対応する相談項目など）の構築、および周知が必要と考えられた。

3. 緩和ケアに関するリソースが不足している地域においては、医療者同士の相談支援体制だけでなく、患者・家族の相談ニーズに対して専門家が対応できるシステムの構築も必要と考えられ、遠隔コンサルテーション・システムの整備や、専門家が現地に向いて診療

を行うアウトリーチ・システムの整備が必要と考えられた。

なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特記すべきことなし。

D. 考察

全国的に、拠点病院以外の医療機関や、地域包括ケアシステムにおいては、医療者だけでなく、患者・家族の緩和ケアに関する相談ニーズに対応できていない可能性が示唆された。そして、現実的な解決策として、現在の緩和ケア専門家リソースを効率的に活用するための遠隔コンサルテーション・システムや、現在、医師不足地域などに対して行われている診療支援システムを活用した緩和ケア専門家のアウトリーチ・システムが有効である可能性が示唆された。

E. 結論

限られた緩和ケア専門家リソースを効率的かつ効果的に活用するための地域における診療支援システムや ICT を活用した遠隔コンサルテーション・システムの構築、活用が必要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

論文発表

1. Hamano J, Shinjo T, Fukumoto K, Kodama M, Kim H, et al. Unresolved Palliative Care Needs of Elderly Non-Cancer Patients at Home: A Multicenter Prospective Study. J Prim Care Community Health. Jan-Dec, 2023.
2. Hamano J, Takeuchi A, Mori M, et al. Comparison of survival times of advanced cancer patients with palliative care at home and in hospital. PLoS One 18(4 Apr) 2023.
3. 濱野淳. 緩和ケア病棟における望ましい死亡確認に関する研究. がん看護 28(3) 301-306, 2023.

学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

身体的苦痛緩和に関するコンサルテーションモデルの開発

研究分担者 杉原 有希 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立多摩総合医療センター・緩和ケア内科 医師

研究要旨 診断されたがん患者の4割は拠点病院以外で診療をうけているが緩和ケアの専門的人材が不足している。本研究の目的は、人材配置が十分でない拠点病院並びに拠点病院以外の医療機関の医療従事者が、がん患者の身体的苦痛の緩和について、各地域の緩和ケアの専門家に相談できるコンサルテーションモデルを開発することである。スコーピングレビュー並びに質問紙調査の結果から、1) 全国レベルの緩和ケアコンサルテーション (Web)、2) 地域の実情に応じた現場訪問とチュータリングを含めた地域コンサルテーション体制の確立の必要性が明らかとなった。

A. 研究目的

がん患者の苦痛の緩和については主治医等により基本的な緩和ケアが提供され、より複雑な病態等に対しては緩和ケアチーム等により専門的な緩和ケアが提供される体制ががん診療連携拠点病院（以下拠点病院と略）等を中心として整備されてきた。しかしながら、診断されたがん患者の4割は拠点病院以外で診療をうけている。拠点病院の緩和ケア専門家の配置は十分とはいえ、緩和医療専門医が在籍している拠点病院は29%であり、拠点病院等以外の医療機関においてはさらに緩和ケアの専門的人材が不足している。本研究の目的は、人材配置が十分でない拠点病院並びに拠点病院以外の医療機関の医療従事者が、がん患者の身体的苦痛の緩和について、各地域の緩和ケアの専門家に相談できるコンサルテーションモデルを開発することである。

B. 研究方法

令和5年度は、研究分担者である荒尾晴恵先生が実施したスコーピングレビュー、中澤葉宇子、石丸直人が実施した医師のコンサルテーションニーズの調査の研究実施計画の立案を行った。上記したレビュー、調査結果をもとに効果的コンサルテーションモデルについて検討した。

(倫理面への配慮)

今年度については探索的な研究であり倫理面への配慮は特にない。

C. 研究結果

スコーピングレビュー並びに質問紙調査の結果から、その地域の実情に応じて、地域緩和ケアコンサルテーション (Web)、現場訪問を通じたチュータリング、いつでも気軽に相談できるようなネットワーキングの重要性が明らかとなった。

D. 考察

上記の結果から、全国レベルの身体的苦痛の緩和に関するコンサルテーションシステムの実装、都道府県もしくは二次医療圏レベルで地域の事情に応じた、緩和ケアに関する医療従事者のネットワーキング、地域で現場訪問とチュータリングを含んだ地域コンサルテーション体制の効率が必要であると考えられた。全国レベルの身体的苦痛の緩和に関するコンサルテーションシステムの実装については、厚生労働科学研究「がん関連苦痛症状の体系的治療の開発と実践および専門的がん疼痛治療の地域連携体制モデル構築に関する研究（研究代表者：里見絵里子）」との協働も考慮するべきと考えられる。

E. 結論

全国レベルの Web コンサルテーション体制の確立と都道府県レベルの地域コンサルテーション体制の確立について、来年度は実装できるモデルをデザインし、その実施性を検討する必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

なし。

学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

薬剤関連ニーズに対するコンサルテーションモデルの開発
緩和ケアにおける薬局薬剤師に対する相談ニーズに関する研究

研究分担者 矢島 領 日本医科大学付属病院 薬剤部 主任

研究要旨 がん患者の苦痛の緩和については、主治医等により基本的な緩和ケアが提供され、より複雑な病態等に対しては緩和ケアチーム等により専門的な緩和ケアが提供される体制ががん診療連携拠点病院（以下、「拠点病院」）を中心として整備されてきたが、2018年のがん患者登録によれば、診断されたがん患者の4割は拠点病院以外で診療をうけており、専門的な緩和ケアを受けることが難しい状況にある。人材配置が十分でない拠点病院、並びに拠点病院以外の医療機関の医療従事者が、がん患者の苦痛の緩和について、各地域の緩和ケアの専門家に相談できる体制を整備することが必要である。本年度は研究班の初年度として、がん患者の苦痛の緩和について、各地域の緩和ケアの専門家に相談できる実装可能な体制（地域緩和ケアコンサルテーション・Webベースの緩和ケアコンサルテーション）のモデルの作成に向けて、医療従事者や患者やその家族が求める薬局薬剤師像を把握し、緩和ケアニーズに対応できる薬局薬剤師とはどのようなものか明らかにすることを目的に研究の計画・立案を行った。研究方法としてはグループインタビューを実施し、その内容を分析する質的研究を行う。現在、研究の実施の準備として日本医科大学の倫理委員会に審査依頼中である。

A. 研究目的

がん患者の苦痛の緩和について、各地域の緩和ケアの専門家に相談できる実装可能な体制（地域緩和ケアコンサルテーション・Webベースの緩和ケアコンサルテーション）のモデルの作成に向けて、医療従事者や患者が求める薬局薬剤師像を把握し、緩和ケアニーズに対応できる薬局薬剤師とはどのようなものか明らかにすることである。

B. 研究方法

緩和ケアニーズに対応できる薬局薬剤師とはどのようなものか明らかにすることを目的に、研究班の意見交換からがん医療・緩和ケアに携わっている医療従事者及びがん治療として緩和ケアを受けた経験がある患者又はその家族にアンケート調査を行うための基礎的資料として、医療従事者及び患者又はその家族にグループインタビューを実施し質的研究を行う研究の計画が立案された。具体的な方法としてはインタビュー内容から逐語録を作成する。作成した逐語録について、研究対象者の語りの意味内容を失わないよう留意しな

がら、緩和ケアのニーズに対応できる薬剤師像や緩和ケアの薬剤関連での困りごとなど、発言の意味が通じる単位で断片化し、断片化した部分に簡単なタイトルをつけ、コーディングを行う（コード化）。類似性や相違性を考慮しながらコード化した要素を同じ意味内容を1つにまとめる。そしてそのまとめたものをさらに抽象化して大きなカテゴリーに統合する。その大きなカテゴリーをもとに薬局薬剤師への相談ニーズについてまとめる。

（倫理面への配慮）

現在研究の施行にあたり、倫理委員会に審査依頼中である。

C. 研究結果

医療従事者及び患者又はその家族にグループインタビューを実施し、薬局薬剤師に対する相談ニーズを明らかにする研究の計画が立案され、倫理委員会に審査後、インタビューを実施し、相談ニーズを収集する予定である。

D. 考察

インタビューを実施し、薬局薬剤師に対する相談ニーズについて分析を行い、緩和ケアニーズに対応できる薬局薬剤師とはどのようなものか明らかにする予定である。

E. 結論

地域の緩和ケアの専門家に相談できる実装可能な体制のモデルの作成を目標に、薬局薬剤師に対する相談ニーズに明らかにするための計画を遂行した。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. なし。

学会発表

1. なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。