

総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
総合研究報告書

「がん治療のどの時期にでも患者・家族や医療介護機関からアクセス可能な緩和ケアリソース情報を有する地域緩和ケアネットワークシステムの構築」

研究代表者 下山 理史
愛知県がんセンター 緩和ケア部 部長

研究要旨 本研究の目的は、がんに関してより質の高い在宅医療が提供されるよう、地域における受け入れ態勢に関する実態把握、情報共有、継続的に活用可能な情報共有方法の策定と体制を構築することである。令和2年度の研究では積極的治療終了前後の在宅緩和ケア導入にあたっての阻害因子を同定した。そこでは、7つの課題が明らかになった。そこで、令和3年度の研究では、①地域のリソースがどこにどの程度あるか、また何をしているのかを把握するためのネットワークシステムを構築した。②地域緩和ケア連携を行う上での、評価指標を同定すべく、文献検索を行うことにより、QIの同定を行った。③医療者目線からの地域緩和ケア連携に関するニーズではなく、がん患者の地域緩和ケア連携に関するニーズをオンラインにて調査した。

研究分担者氏名・所属研究機関名および所属研究機関における職名

- ・加藤雅志・国立がん研究センター（がん対策情報センターがん医療支援部 部長）
- ・杉下明隆名古屋大学医学部附属病院 先端医療開発部先端医療・臨床研究センター 病院助教（システム情報室長）
- ・長谷川貴昭・名古屋市立大学（緩和ケアセンター 病院助教）

A. 研究目的

本研究の目的は、がんに関してより質の高い在宅医療が提供されるよう、地域における受け入れ態勢に関する実態把握、情報共有、継続的に活用可能な情報共有方法の策定と体制を構築することである。その具体的内容としては、①行政と協働し、がん診療連携拠点病院にて治療中の患者の緩和ケアリソース共有状況を把握しつつ、ニーズを明らかにし、患者・家族目線重視の緩和ケア相談・検索システムを構築（ICTを活用し行政と連携しつつ情報サービス流通を促進等）すること、②それをもとに地域での連携を行政と一体で退院前カンファレンス時のICT活用等をはじめとする地域緩和ケア相談などにより一層連携を強化し、効果を検証することで持続可能な地域緩和ケアネットワークの充実を図ること、③地域の専門的緩和ケア提供者が適正分配される地域緩和ケアチームを構築すること、であった。

B. 研究方法

令和2年度の研究は、以下の通りであった。

- 1) 地域緩和ケアネットワークシステムに関する研究：既存の地域医療介護連携ネットワークと連携できるべく、地域緩和ケアネットワークシステムを稼働させることとした。
- 2) 在宅緩和ケア導入が遅くならないための研究

- ① 何が在宅緩和ケア導入への障壁となっているのかをサンプリング調査した。
- ② 上記の結果を踏まえて、在宅緩和ケア導入が遅くならないために、地域の病院や在宅における医療ケア関係者28名に対しインタビュー調査した。
- 3) 在宅緩和ケアに関する相談ができる場に関する研究：在宅医療・介護連携支援センター調査
 - ① 在宅医療・介護連携支援センター設置状況を調査した。
 - ② 在宅医療・介護連携支援センターの取り組み内容を調査した。

令和3年度は、以下の通りであった。

- ① 患者家族からアクセス可能なオンライン緩和ケア相談・検索システムの実装については、ネットワーク構築等により行った。
- ② QI同定に関しては、スコーピングレビューを行った。
- ③ 患者ニーズについては、オンラインでアンケート調査を行った。

令和4年度は、以下の通りであった。

- (1) 新型コロナウイルス感染症拡大状況の中であったため、フィールドワークによる調査は断念し、インターネ

ット調査にて地域緩和ケアニーズの調査を令和3年度の研究にておこなった。この研究結果を基に、令和4年度は必要な情報を同定し、(2)にて構築するホームページの内容に活かした。

(2)初年度から構築してきたホームページに(1)の内容を加え、地域に暮らすがん患者のニーズに応じた地域緩和ケアに関連する情報提供および、患者を支援する医療介護関係者の情報共有ページを構築した。

(3)令和3年に行ったスコーピング・レビューに基づいて、進行がん患者へのがん治療と在宅緩和ケアの統合の質指標(QI)の同定を行った。

(倫理面への配慮)

令和2年度のインタビュー研究および令和3年度の患者ニーズ調査に関しては、それぞれの研究主体における病院にて研究倫理に関する委員会にて審査を受け、十分な倫理的配慮も行った。その他に関しては、特に倫理面での配慮を要するものはないが、個人情報管理については厳重に行うことができるようなシステム構築等を行った。

C. 研究結果

令和2年度の結果

1)地域緩和ケアネットワークシステムに関する研究：リソース一覧を基にしたデータベースを構築し、愛知県の地図内に動画をマッピングできるシステムを稼働できるように準備した。そのうえで、地域緩和ケアネットワークシステムを稼働させるための準備スペースの構築を行った。

2)在宅緩和ケア導入が遅くならないための研究：研究前サンプリング調査結果を踏まえて「抗がん治療中の進行がん患者に対する在宅緩和ケアの導入が遅くならないようにするための研究」を行うこととした。研究内容検討及び調査票作成し、インタビュー調査を一般社団法人コミュニティヘルス研究機構に委託し行った。調査結果は、分担報告に記載した。

3)身近な在宅緩和ケア相談場所を検索する研究：地域緩和ケアネットワークに取り組む際、医療福祉関係者だけでなく行政との連携は欠かせない。その連携の核になりうる場所として、在宅医療・介護連携支援センターの配置状況及びその取り組み内容を調査した。

令和3年度の結果

①リソースのマッピングとオンラインサイトの構築を行った。各地域のネットワークシステムとの接続も確認した。

②文献検索で抽出された973件の文献について、2名の緩和医療専門医でスコーピングレビューを行っ

た。2次スクリーニングまで行った結果その3件の研究が同定され、同研究の文献からQI候補を抽出した。

③在宅医療を約5割の方が知っており、積極的治療が終了した時期と抗がん剤治療中の副作用で困るときに主に必要だと感じている結果等が得られた。

令和4年度の結果

(1)R3年度に行ったがん経験者への意識調査の結果を踏まえ、解析しなおした。本解析からは、「抗がん治療を受けながら在宅医療を受ける」意向を確認するためには、まず、医療者側でどのような時にどのようなことが在宅医療で提供できるのかを明示することが必要であると考えられた。抗がん治療と併用する在宅医療の適した状態は、①通院が何らかの状態で困難だが病状としては比較的安定している患者に対して現在病院で提供しているのと同等の医療を提供するもの、②体調が悪い時に支持治療や苦痛緩和を行うもの、③希望する患者に対して病院での抗がん治療と並行して支持治療・緩和治療・精神的サポートやがんに関する情報提供を行う、といったものが想定される。その際に、患者の状態をリアルタイムで共有できるシステム(直近の画像所見や血液所見、受けている化学療法がわかること)と、がん治療そのものに在宅医療のスタッフが詳しいことが前提となる。また、在宅医療に関する費用は患者にとって相応であると判断されるものである必要がある。一方、通院が負担ではなくかつ通院しなければできないフォローアップをうけている患者、もともと家に入られたくないという考えの患者、および、在宅医療で死を連想しできるだけの治療を受けたいという考えの患者には適さない枠組みであると考えられる。

(2)R3年度に行った上記意識調査の結果を踏まえ、求められるデータとして、希望する患者に対してではあるものの、①どのような時にどのようなことが在宅医療で提供できるのか、②病院での抗がん治療の内容、③在宅医療の中で受けることができる支持治療・緩和治療・精神的サポートやがんに関する情報提供、が挙げられたため、これらに関する項目を表示することができるシステムを構築した。

(3)文献検索で抽出された973件の文献について、2名の緩和医療専門医で、スコーピングレビューを行った。1次スクリーニングを行った結果、126件の文献が同定され、全文閲覧を行った(2次スクリーニング)。その結果、13件の研究が同定され、同研究の文献からQI候補を抽出した。名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会の承認を経て、がん診療・緩和ケア等の領域の専門家37名による専門家パネルでデルファイ変法を用いて、適切性の評価を行った。2回の実施で収束を得て、まもなく抽出さ

れた QI 候補についての実施可能性について専門家パネルで回答を求める予定である。

(4) 発言内容は、「ACP の目的」と「ACP をすすめるうえで必要なこと」とに大きく区分された。ACP の目的は、「ACP の目的は患者の希望や思いが尊重されることである」との意見が非常に多かった。ACP をすすめるうえで必要なことは、1) 医師からきっかけとなる病状説明があること、2) 患者自身のタイミングで話すこと、3) 多職種で複数のセッティングで患者の思いをその都度無理なくひろっていき、一度にするものではないこと、4) 経時的な推移や変化がわかること、5) 地域全体で患者の思いを共有できるツールがあること、が語られた。

D. 考察

この研究班が活動した 3 年間は、くしくも新型コロナウイルス感染症の拡大した 3 年間に一致しており、十分なフィールドワークは感染対策の下、制限された。その間に構築されたあらたなネット社会における活動形式を利用し、インターネットによるアンケートを行い、ニーズを拾い上げた。その結果、くしくも 2012 年に報告された OPTIM 研究の際に指摘された地域における緩和ケアニーズと酷似したニーズが同定されたのだが、これはこの 10 年間の間で地域医療・在宅医療は普及してきたものの、患者のニーズ自体はあまり変わらないという結果を示唆している。

しかし、新たに得られた情報としては、少しでも早いうちにがん医療と地域の緩和ケアリソースにつながるために必要な状態が同定されたことであった。

この結果等を基に、地域の緩和ケアに関する情報を家に居ながらにして得て活用することができるシステムを構築した。これは、今後がん医療だけでなく様々な医療にも応用できる枠組みとして有効なものである。また、同時に医療者の困りごとに対しても同じホームページ上で対応できる枠組みを構築した。これは、地域を支える医療者が安心して患者を引き受け、看取りまで支援するために欠かせない情報ハブであり、このハブを生かすことにより、患者の支援の質はより高まることが期待される。

さらには、進行がん患者へのがん治療と在宅緩和ケアの統合に関連して昨年度行ったスコーピング・レビューに基づきの質指標 (QI) の同定も行ったが、これは、このシステムだけでなく、少しでもいつでもどこでも切れ目のない緩和ケアを提供する体制を評価するために欠かせない、世界でも初めての質指標となることが想定されている。残念ながら同定される前に研究期間が終了となってしまったが、今後継続して研究を行い、QI の同定を行う予定である。

また、ホームページ上に反映させるとよい内容として、患者の意向があるが、こちらも研究協力を行った「かごしま ACP プロジェクト」の結果をうけ、患者の思いの経時的な推移や変化がわかるような仕組みにすること、地域全体で患者の思いを共有できるツールとすることなどにつき反映することでより患者に役立つホームページになった。

E. 結論

当初計画していた、がん治療のどの時期にでも患者・家族や医療介護機関からアクセス可能な緩和ケアリソース情報を有する地域緩和ケアネットワークシステムは、地域限定ではあるものの構築することができた。またその効果および進行がん患者へのがん治療と在宅緩和ケアの質を評価するための QI の同定にも取り組んだ。本研究により、今後のがん治療における切れ目のない緩和ケアの提供体制を支援しその質を評価する体制が整った。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

(1) Integrating home palliative care in oncology: a qualitative study to identify barriers and facilitators.
Hasegawa T, Yamagishi A, Sugishita A, Akechi T, Kubota Y, Shimoyama S.
Support Care Cancer. 2022 Jun;30(6):5211-5219.

(2) がん治療と在宅緩和ケアの統合に関する経験と方略 進行がん患者の診療に携わる医療従事者を対象とした質的研究

長谷川 貴昭(名古屋市立大学病院 緩和ケアセンター), 山岸 暁美, 杉下 明隆, 明智 龍男, 久保田 陽介, 下山 理史. 癌と化学療法. 2022 49(12): 1343-1348.

2. 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