

200732033A

厚生労働科学研究費補助金

医療安全・医療技術評価総合研究事業

市民参加型地域緩和ケアシステム「家で死ねるまちづくり」の開発と評価

平成19年度 総括研究報告書

主任研究者 小松 浩子

分担研究者 井部 俊子

山田 雅子

川越 博美

長江 弘子

大久保 菜穂子

平成20（2008）年 3月

目 次

I. 総括研究報告

市民参加型地域緩和ケアシステム「家で死ねるまちづくり」の開発と評価

小松 浩子

----- 1

II. 分担研究報告

II. 地域包括的緩和ケアシステムモデルの提示

1. 地域緩和ケアチームの基準作成

小松浩子、川越博美

大金ひろみ、内田千佳子、霜田美奈（研究協力者）

----- 5

2. ボランティアグループ活動の組織化のプロセス評価及びボランティア活動の開始

小松浩子、山田雅子、川越博美、大久保菜穂子

霜田美奈（研究協力者）

----- 41

3. ボランティア活動が地域緩和ケアチームの働きを促進し行政と協働していくための組織化に向けて（フォーカスグループインタビュー）

小松浩子、山田雅子、大久保菜穂子

霜田美奈（研究協力者）

----- 55

4. 韓国におけるホスピス・緩和ケアの制度に関する概要

小松浩子、山田雅子

廣岡佳代（研究協力者）

----- 74

5. 地域包括的緩和ケアシステム概念の概念枠組み

小松浩子、川越博美、山田雅子、大久保菜穂子

内田千佳子（研究協力者）

----- 79

III. 研究成果の刊行に関する一覧

----- 89

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価相貌研究事業）
総括研究報告書

市民参加型地域緩和ケアシステム「家で死ねるまちづくり」の開発と評価

主任研究者 小松浩子 聖路加看護大学看護学部 教授

研究要旨：

本研究の目的は、わが国の地域緩和ケアを発展させ、家での死を選んだ市民が当たり前で最期のときを過ごすことができる地域を創るため市民が参与し専門職や行政との協働によるヘルスプロモーションに基づいた地域包括的緩和ケアシステムモデル（「家で死ねるまちづくり」）を開発することである。

平成19年度は第1 STAGE 地域包括的緩和ケアシステムにおける緩和ケアチーム基準の作成、第2 STAGE 市民ボランティアグループ活動の組織化と評価、ならびに市民ボランティアと行政との協働にむけての組織化、第3 STAGE 海外（韓国）地域緩和ケアシステムとの現状比較、第4 STAGE 地域包括的緩和ケアシステムモデル開発、を行った。

第1 STAGEで作成された緩和ケアチーム基準は今後、基準の内的妥当性、有効性等の検証を行っていく必要がある。第2 STAGEではフォーカスグループインタビューから、地域緩和ケアシステムを開発する上で、独居老人など単身者が住みなれた家で最期のときを実り多く過ごすことのできる人間関係づくり、日常生活支援、尊厳と自律性を尊ぶ支えあいネットワークの重要性が示された。第3 STAGE では韓国のホスピス・緩和ケアに関する文献や資料、各種データを、インターネット等を通じて網羅的かつ体系的に収集・整理することができた。第4 STAGEでは、在宅緩和ケアチーム基準作成、ボランティアグループ活動組織化、フォーカスグループインタビュー、国際比較研究および文献レビューの結果から抽出した「市民参加型地域包括的緩和ケアシステム」の構成要素をまとめた。次いで、これらの構成要素に基づき地域包括的緩和ケアシステムモデル（「家で死ねるまちづくり」）開発の基盤となる概念枠組みを考案した。地域緩和ケアシステムの概念枠組みとして、医療システム、介護システムのほか、地域力という特徴的な要素がみいだされ、それは、地域緩和ケアの推進、持続可能性をもたらす上で、不可欠と考えられた。

分担研究者

小松浩子 聖路加看護大学・教授
井部俊子 聖路加看護大学・教授
川越博美 訪問看護パリアン・スーパーバイザー
長江浩子 聖路加看護大学・准教授
大久保菜穂子 聖路加看護大学・准教授

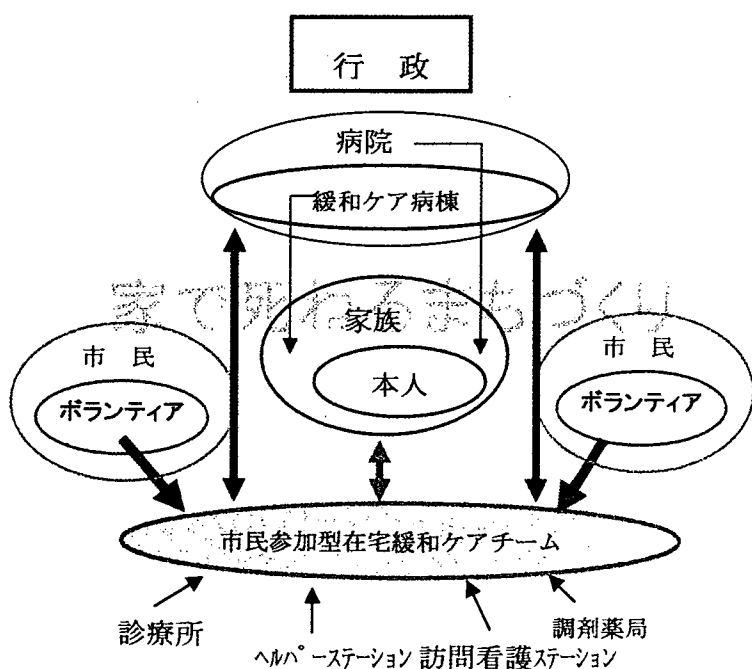
A. 目的

多くの市民が、人生の最期を住みなれた地域で過ごし、できれば自宅で死を迎えたいと望んでいながら、現実には13%（がんでは6%）しか実現していない。一方で、在宅での緩和ケアは実践的な広がりを見せてはいるものの、ケアの質のばらつきが大きく、緩和ケアのための地域ケアシステムも構築されていない。本研究の目的は、わが

国の地域緩和ケアを発展させ、家での死を選んだ市民が当たり前で最期のときを過ごすことができる地域を創るため市民が参与し専門職や行政との協働によるヘルスプロモーションに基づいた地域包括的緩和ケアシステムモデル（「家で死ねるまちづくり」）を開発することを目的とする。地域緩和ケアシステム構築へ寄与するよう研究方法として市民参加型研究を用いる。以下に、具体的目標を記す。(1)〈平成18年度〉市民、行政、医療のメンバーからなるワーキンググループによる地域包括的緩和ケアシステム要素の継続的検討を行った。(2)〈平成19年度〉第1 STAGE 地域包括的緩和ケアシステムにおける緩和ケアチーム基準の作成、第2 STAGE 市民ボランティアグループ活動の組織化と評価、ならびに市民ボランティアと行政との協働にむけての組織化、第3 STAGE 海外（韓国）地域緩和ケアシステムとの現

状比較、第4 STAGE 地域包括的緩和ケアシステムモデル開発 (3) <平成20年度> 参与的アクションリサーチによる地域包括的緩和ケアシステムモデルの適用と評価を行う。

期待される研究成果は次の通りである。<直接成果> 住み慣れたまちで、自分らしい最期のときをすごすことができる「家で死ぬるまちづくり」が地域包括的緩和ケアシステムモデルとして誕生する。<間接成果> 「家で死ぬるまちづくり」は、地域緩和ケアシステムの画期的な変化モデルである。市民ボランティア、地域緩和ケアチーム、行政との協働を柱とした地域包括的緩和ケアシステムが機能することにより、現行の医療施設・診療科が担ってきた終末期医療の閉塞感（医療コスト増加、ケアの質保証の危機感）の打破が期待できる。そしてもっとも大きな変化として期待されるのは、「家で死ぬるまちづくり」が行われた地域が、より健康的なコミュニティとして変貌をとげていくことである。核家族、独居世帯など、住みなれた家で最期を迎えることが困難な状況を、ボランティア、行政、地域住民の連携や協働により可能にしていく過程では、そのコミュニティで活用できるリソースやネットワーク、健康への関心を高める機運、連帯感が生み出され、それは機知に富む健康生成コミュニティの基盤づくりにつながる。（図 参照）



B. 方法

平成19年度の具体的目標毎に方法を記した。

第1 STAGE 地域包括的緩和ケアシステムにおけ

る緩和ケアチーム基準の作成：在宅緩和ケアを提供するチームメンバーのケアの質を向上し、終末期のがん患者・家族が最期まで不安なく自宅で過ごせることをめざし、在宅緩和ケアチームが活用できる「在宅緩和ケアチーム基準」を作成した。基準作成には在宅緩和ケアを実践している訪問看護師、在宅看護学および社会学の研究者計4名が携わり、文献によるエビデンス、各国で使用されている緩和ケア基準、在宅緩和ケア実践者の経験知、対象者の希望、および可能な資源を前提に、基準の枠組み及び内容の検討を行った。

第2 STAGE 市民ボランティアグループ活動の組織化と評価、ならびに市民ボランティアと行政との協働にむけての組織化：市民ボランティア活動の中心的メンバーによるワーキンググループを立ち上げ、地域包括的緩和ケアシステムの基盤となる地域資源および行政との協働課題等を抽出するために、定期的なミーティングおよび地域活動を実施した。

第3 STAGE 海外（韓国）地域緩和ケアシステムとの現状比較：韓国のホスピス・緩和ケアに関する文献や資料、各種データを、インターネット等を通じて網羅的かつ体系的に収集・整理した。

第4 STAGE 地域包括的緩和ケアシステムモデル開発：Donabedian(1988)による

structure-process-outcome modelに基づき、在宅緩和ケアチーム基準作成、ボランティアグループ活動組織化、フォーカスグループインタビュー、国際比較研究および文献レビューの結果から抽出した「市民参加型地域包括的緩和ケアシステム」の構成要素をまとめた。次いで、これらの構成要素に基づき地域包括的緩和ケアシステムモデル（「家で死ぬるまちづくり」）開発の基盤となる概念枠組みを考案した。

C. 結果

(1) 地域包括的緩和ケアシステムにおける緩和ケアチーム基準の作成

基準作成には在宅緩和ケアを実践している訪問看護師、在宅看護学および社会学の研究者計4名が携わり、文献によるエビデンス、各国で使用されている緩和ケア基準、在宅緩和ケア実践者の経験知、対象者の希望、および可能な資源を前提に、基準の枠組み及び内容の検討を行った。その結果、次のような「在宅緩和ケアチーム基準」に必要な12項目が挙げられた。1. 組織マネジメント、2. 24時間ケア、3. ケアマネジメント、4. チームケア、5. コミュニケーション、6. 疼痛緩和（症状ケア）、7. 生活支援、8. スピリチュアルケア、9. 家族ケア、

10. 死の教育と看取り、11. グリーフケア、12. ケアの倫理的・法的側面。これらの基準項目それぞれに、その項目の必要性、具体的な基準内容、基準項目の評価を示し、より具体的な基準の内容を提示し、必要に応じ解説を付加した。

今後、作成した「緩和ケアチーム基準」は、実際に在宅で終末期のがん患者に緩和ケアを提供している医師や訪問看護師、ボランティア等が試用し、基準の内的妥当性の検証、基準の使いやすさの検討を行っていく必要がある。また基準の活用により末期がん患者の在宅死の可能性と家族の満足度が高められたかどうかのアウトカム評価も行い、基準の有効性を検証していく必要がある。

(2) 市民ボランティアグループ活動の組織化と評価、ならびに 市民ボランティアと行政との協働にむけての組織化

本学看護研究実践開発研究センターの活動に参加した経験のある中央区民の有志を募り、「中央区で安心して住み続けるまち、最後まで家で過ごせるまち」を目標にしたワーキンググループを発足した。ワーキンググループのコアメンバーによる地域健康資源収集や行政との協働事業への参加の過程で、遺族、自治会の役員、区のNPO法人代表、行政担当者がグループに加わった。拡大したワーキンググループにおいて、中央区における市民ボランティアのグループとして組織を強化するために、行政への働きかけや協働事業を計画・実施し、中央区の社会福祉協議会にボランティアグループとしての登録に至った。これらの活動過程について、フォーカスグループインタビューを実施した結果、ボランティア活動の意義や課題、中央区における地域緩和ケアシステム構築のための資源および課題等が明らかになった。ことに、高齢者人口の比率が高い中央区において地域緩和ケアシステムを開発する上で、独居老人など単身者が住みなれた家で最期のときを乗り多く過ごすことのできる人間関係づくり、日常生活支援、尊厳と自律性を尊ぶ支えあいネットワークの重要性が指摘された。

(3) 韓国における地域緩和ケアシステムとの現状比較

韓国では、歴史的背景、宗教的背景からホスピスへのボランティアの参加が積極的であり、その活動内容も患者・家族支援、行政支援など多岐に渡る。これと比して、日本では、ボランティア人材の確保が難しく、また、ホスピス・緩和ケアのボランティア育成教育が整備されておらず、各施設に任されているのが現状である。したがって、今後、ホスピス・緩和ケアへの国民のニーズに沿って、ボランティアにどのような役割が期待され

るのかを明らかにした上で、今後ボランティア育成に関する基盤づくりを行うことが課題になると考えられる。

(4) 地域包括的緩和ケアシステムモデル開発

家で死を迎えるために不可欠な主要要素は、わが国の緩和ケアを推進する現行の医療システム

(人、制度、多様な医療施設や診療・ケア基準、教育システムなど)ならびに福祉・介護システム

(人、制度、多様な介護施設や介護サービス、教育システムなど)である。さらに、構成要素の分析結果からは、地域力と言いつつことのできる主要要素がみいだされた。地域力は、医療施設から

患者が住みなれた家にもどり、日々の生活を家族と共に行っていく上で必要とされる、地域に備え

られている人材、制度、ネットワーク、地理的・文化的資源などを表すものである。地域包括的緩和

ケアシステムは、この3つの主要要素が、それぞれの地域の特性を背景に、それぞれの要素がも

っとも強みが活かされ、「家で死を迎えたいと望む人々が当たり前

に家で最期のときを尊厳と安らぎに満ちて過ごす」ことを可能にできる状況を組織的に創り出すこと

ができるよう、医療、福祉・介護、地域力が有する人材、制度、組織、システムが効果的に連携や協働するケア提供システムとして機能することが求められる。これらの3つの

主要要素を一つのビジョンのもとに、効果的に組織化を推進するためには、個人内(患者、家族、医療者、市民)において、また個人間(患者-医療者、患者-患者、患者-家族、患者-知人など)

において、さらには、文化的・環境的文脈を含むコミュニティにおいて、地域緩和ケアに関する理解が浸透し、専門職者や患者・家族のみならず、患者・家族と地域で暮らす人々との間で、地域緩和

ケアに関する情報、知識、資源などについて効果的にやり取りされ、係わり合いや参与により、助け合いや支えあいの機運、実際上の助力、支えあいネットワークが促進される必要がある。そのため

には、個人、個人間、コミュニティのレベルにおいて、制度や人材を集約し、効率的に機能する具体的なケアを推進する組織が必要である。現時点では、地域における訪問看護ステーションがその中心的役割を担っていけると考えられる。

いる。本研究においても、市民ボランティアのワーキンググループは、「中央区で安心して住み続けるまち、最後まで家ですごせるまち」という目標を共有し、地域健康資源収集や行政との協働事業への参加等の具体的な活動を開始し、その過程で、地域に暮らす他の人々を巻き込んでいく活動を興すに至っている。さらに、中央区における地域緩和ケアシステム構築のための資源および課題等を具体的に焦点化するなど、地域住民を巻き込みcapacity buildingを形成につながりつつある。今後、ボランティア活動に参加する人々を中心に、地域緩和ケアシステムにおいて、市民ボランティアが知識的、技術的な助力を自信をもって発揮できるような教育プログラムを立ち上げていく必要がある。

さらに、社会変動に伴い、わが国に広がるさまざまな面を包含した地域格差（健康格差、経済格差、教育格差など）を念頭におき、地域包括的緩和ケアシステムのグランドデザインを描く必要がある。そのためには、まず、その地域で暮らす人々の生の声を集積し、それぞれの地域がもつconsとprosを多面的にアセスメントすることが不可欠である。また、地域の声を集積する過程で、そこに集う人々は、その地域の緩和ケアシステム構築に何らかの貢献をする人材であることを忘れてはならない。地域づくりに向けての話しあいの過程で、医療システムおよび福祉・介護システムの地域的な特徴、それらをうまく補い合える地域力を見出し、弾力的で融通のきくケア提供モデルの構造的、機能的要素を積み上げていく必要がある。

また、医療システムとして、病院、診療所、訪問看護ステーション、保健センターなど、福祉・介護システムとして、介護保険制度、介護サービスシステムなど、すでに利用できる制度、施設・機関の強みと弱みを再アセスメントし、それを補強・強化して、効率的に新しい地域医療システムとすることも忘れてはならない。ことに、これらが組織的にどのように連携や協働を行っていくことができるか、そのために、改善や強化をすべき点は何か、どのようなネットワークが具体的にできるのかなどを、詳細に検討する必要がある。これらの組織の機能を強化し地域連携システムとして住民が効率的に利用することができるよう、地域の特徴に応じて、訪問看護ステーション内に、地域包括的緩和ケアセンターの機能を補充したりすることも一つのアイデアとなるであろう。

最後に、住み慣れた家で死ぬことができる町づくりには、そこで生活を営む住民の力を動員できる地域力アップが求められる。その鍵は、教育とパートナーシップにある。住民を対象にした緩和

ケアの啓発教育を、口コミネットワークなどを介して、草の根運動として継続的に実施していく。その発信源は訪問看護ステーションばかりでなく、地域の医療施設、福祉・介護施設全てが担えるものである。その認識をするためには、まず、医療者自体に対して地域緩和ケアの重要性に関する教育を流布していく必要がある。また、行政との協働により、地域の学校や企業において、ヘルスボランティアとして活躍できる地域生涯学習のシステムづくりが必要といえる。

E. 結論

地域包括的緩和ケアシステムの開発をめざし、(1)地域包括的緩和ケアシステムにおける緩和ケアチーム基準の作成、(2)市民ボランティアグループ活動の組織化と評価、ならびに市民ボランティアと行政との協働にむけての組織化 (3)韓国における地域緩和ケアシステムとの現状比較 (4)地域包括的緩和ケアシステムモデル開発、を行った。その結果、地域緩和ケアシステムの概念枠組みとして、医療システム、介護システムのほか、地域力という特徴的な要素がみいだされ、それは、地域緩和ケアの推進、持続可能性をもたらす上で、不可欠と考えられた。

F. 健康危機情報

特記事項なし

G. 研究発表

「研究成果の刊行に関する一覧」にまとめて記載

引用文献

Braun, K., Tsark, J., Santos, L., Aitaoto, N. and Chong, C. (2006). Building Native Hawaiian Capacity in Cancer Research and Programming, *Cancer*, 107(8 Suppl), 2082-90.

市民参加型地域緩和ケアシステム「家で死ねるまちづくり」の開発と評価

Ⅱ-1. 「在宅緩和ケアチーム基準」の作成

主任研究者	小松浩子	聖路加看護大学看護学部 教授
分担研究者	川越博美	訪問看護パリアン スーパーバイザー
研究協力者	大金ひろみ	聖路加看護大学大学院博士課程
	内田千佳子	聖路加看護大学21世紀COE研究員
	霜田美奈	聖路加看護大学客員研究員

研究要旨：

市民参加型の地域緩和ケアシステムの構築にあたり、緩和ケアを提供する地域の医師・訪問看護師などの専門職とボランティア（市民）がチームとなってがん患者やその家族への支援を行うことが重要である。そこで本研究は、在宅緩和ケアを提供するチームメンバーのケアの質を向上し、終末期のがん患者・家族が最期まで不安なく自宅で過ごせることをめざし、在宅緩和ケアチームが活用できる「在宅緩和ケアチーム基準」を作成した。

基準作成には在宅緩和ケアを実践している訪問看護師、在宅看護学および社会学の研究者計4名が携わり、文献によるエビデンス、各国で使用されている緩和ケア基準、在宅緩和ケア実践者の経験知、対象者の希望、および可能な資源を前提に、基準の枠組み及び内容の検討を行った。その結果、次のような「在宅緩和ケアチーム基準」に必要な12項目が挙げられた。1. 組織マネジメント、2. 24時間ケア、3. ケアマネジメント、4. チームケア、5. コミュニケーション、6. 疼痛緩和（症状ケア）、7. 生活支援、8. スピリチュアルケア、9. 家族ケア、10. 死の教育と看取り、11. グリーフケア、12. ケアの倫理的・法的側面。これらの基準項目それぞれに、その項目の必要性、具体的な基準内容、基準項目の評価を示し、より具体的な基準の内容を提示し、必要に応じ解説を付加した。

今後、作成した「緩和ケアチーム」基準は、実際に在宅で終末期のがん患者に緩和ケアを提供している医師や訪問看護師、ボランティア等が試用し、基準の内的妥当性の検証、基準の使いやすさの検討を行っていく必要がある。また基準の活用により末期がん患者の在宅死の可能性と家族の満足度が高められたかどうかのアウトカム評価も行い、基準の有効性を検証していく必要がある。

A. 目的

本研究は、地域で緩和ケアを提供するチームメンバーのケアの質を向上し、終末期のがん患者および家族が最期まで不安なく自宅で過ごせることをめざし、チームメンバーが活用できる「在宅緩和ケアチーム基準」を作成することを目的としている。

作成される基準は在宅緩和ケアチームのメンバーが実践ですぐに活用することができ、かつ簡潔でわかりやすい内容で示すこととした。

また「在宅緩和ケアチーム基準」は、各施設や事業所がもつ業務基準およびケア基準にプラスするかたちで考えられており、リスクマネジメント、

ケア手順、災害時マニュアル、スタッフの労働基準などは各施設・事業所基準にのっとるものとして作成することとした。

B. 方法

1. 作成メンバー：

「在宅緩和ケアチーム基準」の作成には在宅緩和ケアを実践している訪問看護師、在宅看護学および社会学の研究者計4名が携わった。

2. 作成方法：

1) 在宅緩和ケアチーム基準は、文献によるエビデンス、各国で使用されている緩和ケア基準、在宅緩和ケア実践者の経験知、対象者の希望、

および可能な資源を前提に作成することとした。

2) 在宅緩和ケアチーム基準の枠組み、基準内容の作成で参考にした諸外国の基準及びガイドラインは以下の通りである。

- ① 日本：在宅ホスピスケアの基準、在宅ホスピス協会、1997.
- ② イギリス・スコットランド：NHS SCOTLAND Clinical Standards Specialist Palliative Care, Clinical Standards Board for Scotland, June 2002.
<http://www.palliativecarescotland.org.uk/publications/palliative.pdf>
- ③ イギリス・ウェールズ：Cancer Services Co-ordinating Group, National Standards for Lung Cancer Service 2005.
http://www.wales.nhs.uk/documents/Lung_Eng.pdf
- ④ イギリス・スコットランド：NHS Forth Valley Palliative Care Manual, The Forth Valley Local Managed Clinical Network in Palliative Care, 2006.
<http://www.palliativecarescotland.org.uk/news/Palliative%20Care%20Manual.pdf>
- ⑤ アメリカ：Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2004.
<http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>
- ⑥ Oregon Hospice Association Standards for Accreditation Survey Tool, Oregon Hospice Association, 1993.
- ⑦ オーストラリア：Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians, Palliative Care Australia, 2005.
<http://www.palliativecare.org.au/Portals/9/docs/Standards%20Palliative%20Care.pdf>
- ⑧ カナダ：A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice, Canadian Hospice Palliative Care Association, 2002 updated 2005.
http://www.chpca.net/marketplace/national_norms/A+Model+to+Guide+Hospice+Palliative+Care+2002-URLUpdate-August2005.pdf
- ⑨ カナダ：The Pan-Canadian Gold Standard

for Palliative Home Care: toward Equitable Access to High Quality Hospice Palliative and End-of-Life Care at Home, Canadian Hospice Palliative Care Association, 2006.
http://www.chpca.net/public_policy_advocacy/pancanadian_gold_standards/Gold_Standards_Palliative_Home_Care.pdf

- ⑩ カナダ：Hospice Palliative Care Nursing Standards of Practice, CHPCA Nursing Standards Committee, 2002.
 - ⑪ ルーマニア：National Standards in Palliative Care, 2002.
http://www.nhpco.org/files/public/national_standards.doc
- 3) 基準の枠組みについては National Standards for Lung Cancer Service 及び Clinical Standards Specialist Palliative Care, Clinica の Topics, Criteria, Rational を用いることとした。
- ① Topics は在宅緩和ケアチーム基準の主な項目とした。
 - ② Criteria は具体的な基準内容で、在宅緩和ケアチームに最低限必要と考えられる基準とより望ましい基準（条件）を示すこととした。より望ましい基準（条件）はすでに在宅緩和ケアを実施しているチームに実施してもらいたい基準とした。
 - ③ Rational は基準の根拠を示す部分であり、文献から根拠となるエビデンスを用いることとした。

C. 結果（表1. 資料1. 資料2. 参照）

1. 「在宅緩和ケアチーム基準」の主な基準項目 (Topics)は次に示す12項目である。

1. 組織・組織マネジメント
2. 24時間ケア
3. ケアマネジメント
4. チームケア
5. コミュニケーション
6. 疼痛緩和（症状ケア）
7. 生活支援
8. スピリチュアルケア
9. 家族ケア
10. 死の教育と看取り
11. グリーフケア
12. ケアの倫理的・法的側面

2. それぞれの基準項目には、その項目の必要性、具体的な基準内容、基準項目の評価を示した。

3. 「在宅緩和ケアチーム基準は」、実践ですぐに活用できるよう簡潔に作成されている。従って説明や具体的内容が必要と考えられた部分には解説文を基準の後に加えた。
4. 根拠は主にPubMed、医中誌から検索した文献と緩和ケアに関する書籍によるエビデンスを用いた。

D. 考察

本研究では終末期のがん患者が最期まで自宅で過ごしたいと望んだとき、その想いをかなえるために、地域で緩和ケアを提供する医師や訪問看護師が実践の場で使うことができる「在宅緩和ケアチーム基準」を作成した。

在宅緩和ケアチーム基準は、国内外の緩和ケア基準、文献によるエビデンス、在宅緩和ケア実践者の経験知、在宅末期がん患者の希望、日本で可能な資源を前提に作成したものである。今後、作成した基準は、在宅で終末期のがん患者に緩和ケアを提供している医師や訪問看護師、ボランティア等が試用し、基準の内的妥当性の検証、基準の使いやすさの検討を行っていく必要がある。また基準を活用することで、末期がん患者が最期まで安心して自宅で過ごすことができたか、家族が提供された在宅緩和ケアに満足することができたかといった、在宅末がん患者・家族のQOL向上につながる評価も行い、基準の有効性を検証していく必要がある。

E. 結論

わが国のがん患者の増加に伴い、自宅で最期を迎えたいと望むがん患者やその家族は今後、ますます増加していくと考えられる。

本研究で作成した「在宅緩和ケアチーム基準」は、在宅末期がん患者と家族へのケアを提供する地域の医師や訪問看護師、ボランティア等がチームとなって活用することで、自宅で生活する患者・家族のQOL向上につながっていくことを望んでいる。

F. 健康危機情報 特記事項なし

G. 研究発表

「研究成果の刊行に関する一覧」にまとめて記載

在宅緩和ケア基準

基準 Topics	具体的な基準 Criteria		根拠 Rationale
<p>1. 組織・組織マネジメント</p>	<p>必要性： 在宅緩和ケア組織がその目的を達成しかつ存続していくためには組織マネジメントが必要である。</p> <p>1) 理念 ① 組織が在宅緩和ケアを行うための理念を明示している。 ② 理念について、わかりやすい内容でパンフレットやホームページを作成し、患者・家族、地域関係機関などに提示している。</p> <p>2) 記録 ① 在宅緩和ケアの利用者の一連のプロセス（患者のアセスメントプラン、実施内容、評価）が明確に記述されている。 ② チーム間で記録の共有を行う（多職種チームで緩和ケアを実施するため記録の共有が必要）</p> <p>3) 安全管理（リスクマネジメント） ① 「麻薬及び向精神薬取締法」と「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」（厚生労働省医薬食品局（平成18年12月））に基づき、業務を行っている。 ② 麻薬管理の施設内手順を文書化している。</p> <p>より望ましい基準 ・ 在宅緩和ケアに関する施設内で定めた手順を持っている。</p>	<p>解説 1-1 解説 1-2 解説 1-3 解説 1-4 解説 1-5</p>	<p>ホスピスプログラムは、ホスピスのゴールや目的を成し遂げるために人材や他のリソースの利用に責務をもちながらはつきりとしたマネジメントを行わなければならない文献：1-1.</p> <p>The hospice shall have a written philosophy statement and objectives 文献：1-1.</p> <p>Network management arrangements and accountability should be documented 文献：1-2.</p> <p>緩和ケアの安全性と質の確保は全てのケア提供者の義務である。文献：1-3. 訪問看護師は、質の高いケアを保証するエビデンスと情報に基づいたパスウェイやガイドラインを使用する。文献：1-4.</p>

<p>在宅ケア組織は、ケアの継続や看護の知識や技術を効果的に使う人材計画がある。文献：1-5。</p> <p>Palliative care nurse specialists 文献：1-6。</p> <p>文献：1-7。</p> <p>ヘルスケア専門家とボランティアは、どのレベルのいずれにおいても質の高いケアの提供を保証する為に専門的に向上し続ける義務があることは、緩和ケアの規定に含まれている。文献：1-8。</p>	<p>在宅ケア組織は、ケアの継続や看護の知識や技術を効果的に使う人材計画がある。文献：1-5。</p>	<p>4) 人的資源管理 (ヒューマンリソースマネジメント)</p> <p>① 在宅緩和ケアができる医師・看護師がいる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん専門看護師 (CNS)、ホスピスケアに関連する認定看護師がいる。もしくは管理者は年間 20 例以上、在宅でがんを看取った看護師である。 ・看護師一人につき、年間 10 例以上の患者を在宅で看取っている。 ・連携の医師は年間 20 例以上の患者を在宅で看取っている。 <p>② スタッフに対して、研修や教育の機会を提供する。</p> <p>③ スタッフに負担がかからないよう労務条件を見直す。</p> <p>より望ましい基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅緩和ケアボランティアの教育プログラムを行っている。 ・スタッフに対するストレスマネジメントに取り組んでいる。 	<p>在宅ケア組織は、ケアの継続や看護の知識や技術を効果的に使う人材計画がある。文献：1-5。</p>
<p>HCを提供するホームケア組織は、効果的なケアマネジメントを求めている他のサービス提供者とパートナーシップを組み、それを維持する。文献：1-9。</p> <p>ボランティアはCHIPCA用語によって定義された正式なケア提供者である。文献：1-10。</p>	<p>HCを提供するホームケア組織は、効果的なケアマネジメントを求めている他のサービス提供者とパートナーシップを組み、それを維持する。文献：1-9。</p>	<p>5) 地域への働きかけ</p> <p>① 在宅緩和ケアを行う上で、関係する事業所・自治体との連携をとっている</p> <p>② 地域社会へホームページなどで情報を発信している</p> <p>より望ましい基準：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の人や関係機関を対象に、在宅緩和ケアに関する研修会の開催、講師派遣などの啓発活動を行っている。 ・ボランティアの受け入れ体制を確立している。 	<p>HCを提供するホームケア組織は、効果的なケアマネジメントを求めている他のサービス提供者とパートナーシップを組み、それを維持する。文献：1-9。</p>
<p>サービスは患者、介護者及び家族、ヘルスケアの専門家、コミュニティの観点から評価される。文献：1-11。</p>	<p>サービスは患者、介護者及び家族、ヘルスケアの専門家、コミュニティの観点から評価される。文献：1-11。</p>	<p>6) 評価</p> <p>annual report (年間報告書) を使って評価する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者数 ・在宅での看取数 ・患者・家族の満足度 ・スタッフの満足度 (本人およびケアに関わった人の評価) ・ケア内容 	<p>サービスは患者、介護者及び家族、ヘルスケアの専門家、コミュニティの観点から評価される。文献：1-11。</p>

2.	<p>24時間ケア</p>	<p>必要性： 在宅で、末期がんの人と家族が安心して生活するためには、いつでもケアが受けられることを保障する必要がある。</p> <p>①次のいずれかの方法で24時間いつでも電話で相談を受け、必要時訪問する体制をとっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅養支援助診療所と24時間連絡体制をとっている訪問看護ステーションがチームを組んで24時間ケアを行う。 ・24時間いつでも訪問できる病院の医師と医療機関の訪問看護がチームを組んで24時間ケアを行う。 ・24時間いつでも訪問できる病院の医師と24時間連絡体制をとっている訪問看護ステーションがチームを組んで24時間ケアを行う。 <p>より望ましい条件：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急連絡体制が確立している（看護師がファーストコールを受け必要性を判断し、医師に報告をする。必要時、必ず医師か看護師が訪問をする）。 	<p>解説 2-1</p>	<p>全てのがん患者はいつでも自由に24時間ケアを受けることができる基本的権利がある。文献：2-1。</p>
3.	<p>ケアマネジメン ト</p>	<p>必要性： 末期がんの人が家で最期のときを過ごすとき、さまざまなニーズが発生する、そのニーズを満たすためには多様なサービスを組み合わせてケアを必要とする必要がある。</p> <p>① 必要に応じて、医療保険・介護保険・地域サービスが利用できるようマネジメントしている。</p> <p>② 利用できるサービスについて利用者に説明するリーフレットがある。</p>	<p>解説 3-1</p>	<p>緩和ケアにおいてケアの提供者は常にその人のニーズを全人的に見ていかなければならない。文献：3-1。</p> <p>良い死を迎えるための終末期のケアは、医療面、文化面倫理面での規範に矛盾なく患者・家族の苦悩・苦痛を取り除き、患者・家族の思いを考慮に入れたものである。文献：3-1。</p>

	<p>③ 介護保険サービスを導入するときは介護保険サービスのマネジメントをケアマネジャーに依頼する。</p> <p>より望ましい基準：</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅緩和ケアのケアマネジメントは受け持ち看護師かチームの中にソーシャルワーカーがいればどちらかの職種が中心になる。 <p>評価： 必要なサービスを導入できたか。</p>		<p>ソーシャルワーカーには心理社会的なアセスメントや在宅での適切なケアを含む問題への対処を戦略的に考えていくことが期待されている。文献：3-1.</p>
--	--	--	---

<p>4. チームケア</p>	<p>必要性： がん患者・家族の多様なニーズに効果的・効率的に対応するために多職種によるチームケアが必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① チームメンバーは少なくとも医師と訪問看護師で構成されている。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医は在宅療養支援診療所の医師で、麻薬処方、24時間対応、症状緩和ができる医師でなければならない。 ・ 訪問看護師は24時間対応、症状緩和、末期がん患者の生活支援ができる。 ・ 必要に応じ介護福祉士や薬剤師などの専門職がチームに加わる。 ② 在宅緩和ケアの導入時から連携を図る。 ③ チームメンバーで定期的または必要時カンファレンスを実施し、チームとしてのケア方針の確認を行う。 ④ チームメンバーの訪問の日程をアレンジする。 チームのメンバー間でタイムリーに報告・連絡・相談をし、情報共有を図っている。 	<p>解説 4-1 解説 4-2 解説 4-3 解説 4-4 解説 4-5</p>	<p>チームケアでは協働することで、サービスの幅が広がり、全人的なアプローチが提供できる。文献：4-1. 4-2. 患者・家族に専門的知識の提供などによる安心感の提供ができる。文献：4-3. 緩和ケアチームによる痛み・症状の軽減：文献 4-4 チームの構成は対象患者に対しての技術を持ったものであり、必要に応じた専門職で構成される。文献：4-5 緩和ケアチームはコーディネートを行い、情報共有を行う。文献：4-5. p16 緩和ケアチームは規則的にコミュニケーションをとり計画の立案、ケアの評価を行う。文献：4-5. p17、</p>
	<p>より望ましいメンバー構成： ・ホスピスボランティアが関わっていることが望ましい。</p>		<p>ホスピスボランティアは多くのホスピスにかかわるサービスを提供している。 文献：4-6. p27</p>
	<p>評価： デスカンファレンス（終了したケースについてのカンファレンス）を実施しチームの評価を行う。</p>	<p>解説 4-6</p>	<p>実施したことすべての評価を行う。文献：4-7.</p>

<p>5. コミュニケーション</p> <p>1) 患者・家族とのコミュニケーション</p>	<p>必要性：</p> <p>患者・家族との良好なコミュニケーションは緩和ケアチームとの信頼関係の維持、ケア・治療等の意思決定支援、死の教育、グリーフケアには欠かすことができない。</p> <p>① コミュニケーションの基本となる患者・家族の理解を深めている。</p> <p>② チームメンバーは患者・家族のコミュニケーション能力を把握してケアにあたっている。</p> <p>③ 患者・家族とのより良いコミュニケーションのための技術を学ぶ機会をつくっている。</p>	<p>解説 5-1</p>	<p>良好なコミュニケーションは効果的な介入と患者・家族との良好な関係を保つために重要である。文献：5-1。</p> <p>コミュニケーションは患者・家族の抱える問題の明確化、患者の対処能力を高められるような励まし、患者・家族間また医療者間の関係性を高め、維持する機能を持つ。文献：5-2。</p>
	<p>評価：</p> <p>カンファレンスを実施し患者・家族とのコミュニケーションについての評価を行う。</p>	<p>解説 5-3</p>	<p>コミュニケーショントレーニングは基本的なコミュニケーション技術の習得、アセスメント・支持的技術、意思決定技術を向上させる 文献：5-3。文献：5-4。</p> <p>コミュニケーションのトレーニングを受けることで、対話による心理的な緊張を軽減する 文献：5-5。</p>

<p>2)在宅緩和ケア チームのコミュニケーション</p>	<p>必要性： 役割の異なる専門職およびボランティアが協働するためには良いコミュニケーションをとる必要がある。</p> <p>① メンバー各自のコミュニケーションのとり方の特徴を知っている。 ② チーム間で良好な関係が築かれている。</p>	<p>解説 5-4</p>	<p>コミュニケーションが在宅ケアチームの協力体制を強める。文献：5-6。 組織内の活動の調整・統合は基本的にコミュニケーションを通じて行われる。文献：5-7。 職種間のコミュニケーションは関係する人・組織の相互の協働を推し進め、結果として緩和ケアの質を高める。文献：5-8。 共有した情報と熟練した意思決定がより良いケアの提供、衝突に回避、より効果的なケアの計画、療養へのより大きな患者・家族・介護者の満足、介護者のミス、燃え尽きや問題を抱え込むことを最小限にすることにつながる。文献：5-9。</p>
	<p>評価： カンファレンスで緩和ケアチームのコミュニケーションについての評価を行う。</p>	<p>解説 5-5</p>	

<p>6. 疼痛緩和 (症状緩和)</p>	<p>必要性： がん患者が自宅で過ごすために、痛み、その他の苦痛症状がトータルペインとしてとらえられ、緩和されなければならない。</p> <p>① WHO3 段階疼痛ラダー、オピオイドロドレーション等オピオイドについての知識を持っている。</p> <p>② 連携する医師と訪問看護師との間で、疼痛緩和のガイドライン・事前約束指示がある。</p> <p>③ 疼痛緩和のガイドライン・事前約束指示にもとづき、ケアを提供している</p> <p>④ 多様な投与経路から（経口、経皮、経腸、経皮下、硬膜外等）オピオイドを用いた疼痛緩和ができる。</p> <p>⑤ 疼痛に関連する苦痛症状（不眠、食欲低下、ADLの低下、不安・抑うつ等）のアセスメントを行い、ケアを提供している。</p> <p>⑥ 疼痛緩和のためのブックレットがある。</p> <p>⑦ 患者・家族にブックレットを渡し患者・家族教育と実際のケアに役立てていく。</p> <p>より望ましい基準： ・ 子どもや認知症のある患者にも適切なスケールを用いて疼痛を評価している。 ・ 患者のリハビリテーションへのニーズに対応している。</p> <p>評価： 症状緩和が適切に行われたかどうかについて、デスカンファレンス等で評価を行う。</p>	<p>解説 6-1</p> <p>解説 6-2</p>	<p>在宅ホスピス緩和ケアの条件として、症状がコントロールされていることが必要である。 文献：6-1、6-2。</p> <p>在宅のがん患者の入院理由の一つに、自宅での不適切な症状緩和がある。文献：6-3。</p> <p>複雑な緩和ケアニーズをもつ患者は、症状緩和のために幅広い治療的介入が必要である。 文献：6-4。</p> <p>訪問看護師は、質の高いホスピス緩和ケアを提供するための知識、能力、態度を身につけていなければならない。文献：6-5。</p> <p>進行がんの患者の症状マネジメントや精神的な問題について家族介護者教育に対するニーズがある。文献：6-6。</p>
-----------------------	--	-----------------------------	---

<p>7. 生活支援</p>	<p>必要性： 在宅緩和ケアにおいて自然な死を迎える過程では治療よりも生活に重きをおくことが重要である。生活を整えることで患者のQOLが向上する。</p> <p>① 死に行く過程にある人々への食事・清潔・排泄・睡眠・移動のケアができている。 ② 生活上のことをチームメンバー間で話し合っている。</p>	<p>解説 7-1</p>	<p>ホスピタリティーは患者・家族の身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな面の対応を行う。文献：7-1。 その患者にあったタイムリーなケア提供が質の高いケアにつながる。文献：7-2。 安全で支援されているという感覚を得ることとで終末期の良い生活を送ることができる。文献：7-3。</p>
<p>8. スピリチュアルケア</p>	<p>必要性： 死に逝く人と家族のスピリチュアルペインに対応することが、全人的ケアにつながる。在宅での死を可能にする。</p> <p>① スピリチュアルケアについてスタッフが教育を受けている。 ② スピリチュアルペインのアセスメント方法が確立している。</p> <p>より望ましい基準： ・ チームにスピリチュアルケアの専門家がいる。 ・ ボランティアを含めたチームでスピリチュアルケアを行っている。</p> <p>評価： ・ スピリチュアルペインをアセスメントできたか。 ・ スピリチュアルケアがチームで行えたか。</p>		<p>スピリチュアルケアは終末期患者のQOLを高めることができる。文献：8-1, 8-2 スピリチュアルニーズ、スピリチュアルな苦痛、スピリチュアル well-being は患者のQOLに影響を与える。文献：8-3。 看護師はスピリチュアルケアの内容とそれの影響を与える個人あるいは文化的、政策的因子に関する知識が必要である。文献・教育文献：8-4。</p>

<p>9. 家族ケア</p>	<p>必要性： 家族は患者とともにケアの対象者であり、患者を介護するケアの提供者でもある。</p> <p>① 家族の身体的・心理的・社会的・スピリチュアルニーズ、介護負担について、アセスメント表を使ってアセスメントしている。</p> <p>② 身体ケアの方法、死に逝く過程・死別について、家族向けのブックレットが用意されている。</p> <p>③ それぞれのブックレットが必要な時期に家族に渡され、家族を支援している。</p>	<p>解説 9-1</p> <p>解説 9-2</p>	<p>病気や死別について家族が対処できるよう、チームアプローチによるケアを行う必要がある。文献：9-1。</p> <p>緩和ケアにおける専門チームは、患者と家族のニーズに対してより効果的な対応ができる。効果的なコミュニケーションがQOLを高める。文献：9-2。</p> <p>インターディシプリナリチームが、ケアプランにあわせて患者と家族へのケアを行う。家族は、患者に安全で適切な心理的サポートが行えるように教育され、サポートされる。文献：9-3。</p> <p>インターディシプリナリチームは、患者である子どもと家族である子どもへのケアも行う。文献：9-3。</p>
	<p>より望ましい基準：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が在宅緩和ケアについての情報や教育資源にアクセスできる。 ・ 患者の子どもが低年齢の場合は年齢や発達段階に応じたニーズをアセスメントサービスが提供できる。 ・ 患者本人とともに家族が参加できるデイホスピス（療養通所介護）がある。 <p>評価：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の介護負担、家族へのケアの評価を行っている。 ・ 定期的に家族満足度調査を行っている。 		

<p>10. 死の教育と看取り</p>	<p>必要性： 在宅緩和ケアでは、本人が望めば在宅での死を支えることが望ましい、そのためにはプログラム化された死の教育が必要である。</p> <p>① 在宅緩和ケア開始期から臨死期に至るまで死の教育をプログラム化して行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 開始期の死の教育 ・ 安定期の死の教育 ・ 臨死期の死の教育 <p>② 在宅での死亡確認をスムーズに行っている（死亡確認における医師と訪問看護師の連携方法が確立している）。</p> <p>③ 在宅で死後のケアをグリーフケアの一部と位置づけて行っている。</p> <p>より望ましい基準： 死に逝く過程について利用者に説明するリーフレットがある。</p> <p>評価： ・ 本人と家族の死の不安がとりのぞけたか。 ・ 在宅死ができたか。</p>	<p>解説 10-1</p>	
-------------------------	--	----------------	--