

研究報告書

連携促進(退院支援・調整)に関する研究

研究分担者 川越正平 あおぞら診療所所長

研究協力者 山岸暁美 東京大学大学院医学系研究科 緩和ケア看護学 客員研究員

研究要旨

退院支援・調整は、患者のケアや治療の継続性を向上させ、在宅移行率の向上、在院日数短縮化、再入院率減少、患者・家族の不安の軽減に効果がある。本研究では、がん患者を対象とする有効かつ効率的な退院支援・調整内容を先行研究に基づき検討し、1)入院時から提供する一連の支援としてプログラム化、2)試行運用、評価を行った。試行運用の評価として、実施可能性や有効性が示唆されたが、平均在院日数がますます短縮化する中、外来でニーズをすくい上げていくスクリーニングシステムの検討や退院支援看護師と社会福祉士との協働方法などの課題も明らかになった。

A. 研究目的

退院支援・調整は、患者のケアや治療の継続性を向上させ、在宅移行率の向上、在院日数短縮化、再入院率減少、患者・家族の不安の軽減に効果があることが報告されている(Mistiaen P. et al., 2007; Hegney D. et al., 2006; Phillips C. et al., 2004; Sheperd S. et al., 2004)。しかし、わが国においては、質が高くかつ効率的な退院支援・調整内容を検討した研究はない。また、がん患者に対する有効とされる退院支援については、欧米に関しても報告がほとんどない。よって本研究では、がん患者を対象とする退院支援・調整プログラムを作成し、その効果を検証することを目的とする。今年度は、1)プログラムの作成、2)介入地域の病院・有床診療所でのプログラムの試行運用、までとし、次年度以降に効果検証を行う。

B. 研究方法

1. 退院支援・調整プログラムの作成

1-1. 退院支援・調整に関する文献調査

退院支援に関するこれまでの知見を整理するために、MEDLINE、CINAHL、および医学中央雑誌を用いて文献レビューを行った。

1-2. エキスパートパネルによるプログラムの作成

在宅医療・病院医療・退院支援に関わる現場の医師、看護師、ソーシャルワーカーおよび学識者など、退院支援・調整領域のエキスパートから構成されるタスクフォースを編成した。定期的な会合およびメーリングリストでのディスカッションを重ね、先行文献の知見に基づいた退院支援・調整プログラムを作成した。

2. 退院支援・調整プログラムの試行運用と評価

まず、研究班が鶴岡、柏、浜松、長崎の4介入地域の介入ステアリングメンバーに対し、退院支援・調整プログラムの概要、意義、運用に関する教育を行った。その後、ステアリングメンバーが、担当地域の病院・有床診療所の地域連携室や退院支援ナースに伝達講習を行うスタイルをとった。研究班が、介入ステアリングメンバーに対するヒアリングを行うことにより、各地域の退院支援・調整プログラムの試行運用の状況を把握した。

(倫理面への配慮)

本研究は、がんのための戦略研究の倫理委員会の承認を得た。

C. 研究成果

1-1. 退院支援・調整に関する文献調査

先行研究により、退院後1週間に患者は、問題や困難に直面することが報告されており、病院から在宅医療への継続性が欠けていることが示唆された。また有効な退院支援の内容として、1)早期のスクリーニング、2)構造化されたカンファレンスの開催、3)支援リソースへの紹介リスト、4)退院後予側される患者の状態への対応策を文書で記したもの、5)退院後1週間以内に病棟看護師が患者宅に電話するテレフォンプォローアップなどが報告されていた(Pateman et al., 2003; Scherbring 2002; Hughes et al., 2000; Robinson et al 1998; Dahlhaus 1998;)。

文献調査の結果として、1)退院支援・調整の重要性については世界的に認識され、その有効性を示す研究知見は蓄積されてきている状況にある、2)わが

国においては退院支援・調整の概念の複雑性・多様性や個別性を重視するという特徴から、一連の支援のあり方についての詳細を示すガイドラインやプログラムのようなものは未だ存在していない状況であることが明らかになった。

1-2. エキスパートパネルによるプログラムの作成

上記先行文献の知見を包含した退院支援・調整プログラムを作成した(資料1)。

2-1. 退院支援・調整プログラムの試行運用

4地域への介入協力病院のうち、12機関が新規に退院支援・調整プログラムを導入した。その他の機関は、すでに提供されている退院支援・調整にプログラムの要素をアレンジする形で運用された。また数機関については、導入を検討したいという回答だった。

2-2. 退院支援・調整プログラム試行運用の評価

退院支援・調整プログラムを運用する上で、良かった点、うまくいった点としては、1) 多職種で退院支援・調整に関わる体制で取り組めた、2) 希望により、在宅医と病院の主治医の併診ができるように調整したことで、患者・家族の安心につながった、3) 主治医が退院前カンファレンスに参加できるように、10-15分など時間を限定して依頼するようにしたところ、参加率が上がった、4) カンファレンスで、診療所が準備できる物品(携帯型ディスポーザブルポンプ等)には限界があるので、病院から出せるようにすることで負担の軽減を図るなど、お互いの事情を共有し支え合う体制ができた、5) 院内の退院支援に関する看護教育を充実させた、6) 外来看護師もカンファレンスに参加し、連携がより強化された、7) スクリーニングを入院早期に行うことで、支援を必要とする患者に対し早期介入が可能になった、などが挙げられた。また、うまくいかなかった点、運用を阻害している点に関しては、1) 退院カンファレンスの時間が取れない、多職種の時間調整が困難である、2) 地域連携室や退院支援専従のスタッフに丸投げし、医師や病棟看護師に退院支援・調整の視点が育たない、3) がん患者は最後の瞬間まで病院に入院し闘病したいと望んでいる患者も多い、4) 退院支援・調整に関わる看護師と社会福祉士の役割分担と協働がうまくいかない、5) がん患者を受け入れる在宅医療リソースが少ない、などが挙げられた。

D. 考察

本研究は、がん患者対象の退院支援・調整プログラムとして、支援内容を体系化した初めての研究である。試行運用の評価として、実施可能性や有効性が示

唆されたが、一方、課題も明らかになった。平均在院数が増えつつ短縮化する中、入院中のみの対応では難しく、外来でニーズをすくい上げていくスクリーニングシステムの検討や退院支援看護師と社会福祉士との協働方法などが課題とされる。また各病院・病棟の特性や既存の体制を生かせるよう、プログラムに柔軟性を持たせることで、実施可能性および有効性、浸透性が高まることが示唆された。

E. 結論

がん患者を対象とする有効かつ効率的な退院支援・調整内容を先行研究に基づき検討し、入院時から提供する一連の支援としてプログラム化した。開発したプログラムは、各介入地域の病院で試行運用し、評価を行った。次年度は、1) 評価内容をプログラムに反映、2) Feasibility Studyを実施、3) プログラムの効果検証を行う予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. 白髭豊, 諸岡久夫 「がん対策のための戦略研究『緩和ケアプログラムによる地域介入研究』へ長崎市医師会が参加したことについて(告)」. 長崎市医師会報第486号. 34-37.
2. 白髭豊, 諸岡久夫. 「『がん対策のための戦略研究(課題2: 緩和ケアプログラムによる地域介入研究)』へ長崎市医師会が採択」. 長崎県医師会報第740号(平成19年9月号). 14-16.
3. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2008; 25(5):412-8.
4. 山岸暁美, 森田達也, 江口研二. 緩和ケア—これからの10年をみつめる研究プロジェクト; 地域介入研究(戦略研究) 緩和医療学 10(3)215-222, 2008
5. 森田達也. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト—がん対策のための戦略研究「OPTIMプロジェクト」. 緩和ケア. 18(3)248-250, 2008
6. 山岸暁美【臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール】患者・家族における臨床ツール 退院支援のためのツール がん患者のための退院支援・調整プログラム(解説/特集) 緩和ケア. 18(10)132-134. 2008
7. 川越正平 医師と訪問看護師の協働—医師の立場

からプライマリ・ケア。

31(1)50-52, 2008

8. 川越正平 在宅医のチーム医療への参加ー在宅医が緩和ケアチーム回診に同行する在宅緩和ケア推進ー 腫瘍内科2(4)348-353, 2008
9. 川越正平 在宅医療のステージ導入から看取りまでー明日の在宅医療第2巻161-188, 2008
10. 川越正平、高谷陽子 看取りを見据えて在宅医療の各ステージで行うべきこと 日本在宅医学会雑誌10(2)45-51, 2008

G. 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

退院支援・調整プログラム フローシート

- ◆ このプログラムは、退院後も継続してケアを必要とする入院患者を特定し、その人と家族が安心して退院できるよう医療と福祉サービスをつないでいくために、病院職員が取り組む方法を示すものです。
- ◆ なお、ここでは入院から退院までの期間を取り上げていますが、診断後で治療開始まで間がある患者や外来で麻薬を導入する患者など、外来にて継続したケアを必要とする事例についても対象として応用し、活用できるものと考えています。

1

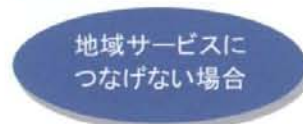
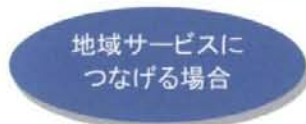
退院支援スクリーニングシートを用いて退院支援の必要性を判断し、早期に退院支援・退院指導を開始する



- ・退院支援スクリーニングシート
- ・入院時の病歴聴取時に看護師がチェックする

2

入院から約1週間後にアセスメントシートを用いて具体的な支援の方針を決定し、在宅療養移行計画書を作成する
(在宅療養移行支援担当者)



3

退院前カンファレンス
退院調整に係わる職員とその役割を明確にし、医療、介護、費用について整理し、その後、患者・家族及び地域関係者を交えて退院前に開催する。

以下のシートを活用する
<退院カンファレンスの流れ>
<退院カンファレンスシート>

- 医師用
- 看護師用

3'

テレフォン・フォローアップ (TFU)
・退院後1週間までに病棟看護師が患者宅へ電話

退院後の様子を聞き、患者・家族が問題を抱えているようであれば、相談支援センターへの来所を推奨する。外出が困難な様子であれば、家族に来所を推奨する。

退院支援・調整スクリーニングシート

評価日 年 月 日 ()

退院予定日 年 月 日 ()

氏名	様	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年齢	()歳
入院日	年 月 日	介護保険	1. 介護保険認定済み一要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) 一介護度変更申請の必要性:有・無				
病棟			2. 申請中 3. 必要あるが未申請 4. 不要または非該当				
特定疾患	無・有()	身障手帳	無・有() (種類:)				
保険種別	1. 健保(政府・組合・日雇) 2. 国保 3. 共済(国・地・私学) 4. 生保 5. 労災 6. 自費 7. 公費						
入院前場所	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他()						
かかりつけの医師はいますか?	1. いる(往診可/不可) 2. いない		ケアマネジャーは決まっていますか?			1. はい 2. いいえ	

■第一段階(48時間以内に記入):(病棟看護師が記入) *BPSDは「認知症に伴う行動・心理障害をさす。

区分	項目(当てはまるものすべてに○)	記入日:	/
主疾患	1. 悪性新生物 2. 脳血管障害 3. 難治性神経疾患 4. 心疾患 5. 骨折 6. 慢性呼吸器疾患 7. 糖尿病 8. うつ病 9. 認知症 10. その他		
症状	1. 意識レベル低下 2. 終末期 3. 麻痺 4. 摂食・嚥下障害 5. 低栄養 6. 褥瘡 7. 脱水 8. BPSD 9. 疼痛またはその他の苦痛症状 10. その他()		
医療処置 (退院後予測される)	1. 気管カニューレ 2. 人工呼吸器 3. 吸引 4. HOT 5. 注射・点滴 6. 中心静脈栄養 7. 経管栄養 8. 腎ろう 9. 膀胱カテーテル 10. 尿管皮膚ろう 11. CAPD 12. ストーマケア 13. 褥瘡処置 14. 疼痛(麻薬)管理・症状のコントロール 15. リハビリテーション 16. その他() 17. 特になし		
入院形態	1. 再入院(1ヶ月以内 2ヶ月以内 半年以内) 2. 緊急入院 3. その他()		
ADL	1. 移動要介助 2. 排泄要介助	コミュニケーション障害	1. 言語障害 2. 視力障害 3. 聴力障害 4. その他()
家庭・環境	1. 独居・介護者不在 2. 高齢者世帯 3. 日中独居 4. その他()		
希望する退院先	本人	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他() 7. 未確認	
	家族	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他() 7. 未確認	
経済的問題	1. あり 2. なし	社会復帰への支援	1. 必要 2. 不要
退院後の生活についてのご希望 不安なこと、			

■在宅医療移行支援の必要性について:(病棟看護師が記入)

支援の必要性 ※○はひとつ	1. 在宅医療移行支援担当者が中心となり対応 2. 病棟看護師が中心となり対応 3. 不要
支援が必要な理由 ※○はいくつでも可	1. 再入院を繰り返している患者 2. 褥瘡処置など退院後も高度で熟練の医療が必要な患者 3. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者 4. 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 5. 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 6. その他()

■在宅医療移行支援の必要性について:(在宅医療移行支援担当者が記入)

在宅医療移行支援担当者	職種() 部署名()
支援の必要性 ※○はひとつ	1. 在宅医療移行支援担当者が中心となり対応 2. 病棟看護師が中心となり対応 3. 不要
支援が必要な理由 ※○はいくつでも可	1. 再入院を繰り返している患者 2. 褥瘡処置など退院後も高度で熟練の医療が必要な患者 3. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者 4. 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 5. 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 6. その他()

アセスメントシート

第二段階(約 1 週間後に記入)在宅医療移行支援担当者

区 分	項 目	記入日:
疾患・症状 ※○はいくつでも可	1. 意識レベル低下 2. 終末期 3. 麻痺 4. 摂食・嚥下障害 5. 低栄養 6. 褥瘡 7. 脱水 8. BPSD 9. 疼痛またはその他の苦痛症状 10. その他 ()	/
医療処置 ※○はいくつでも可	1. 気管カニューレ 2. 人工呼吸器 3. 吸引 4. HOT 5. 注射・点滴 6. 中心静脈栄養 7. 経管栄養 8. 腎ろう 9. 膀胱カテーテル 10. 尿管皮膚ろう 11. CAPD 12. ストーマケア 13. 褥瘡処置 14. 疼痛(麻薬)管理・症状のコントロール 15. リハビリテーション 16. その他 () 17. 特になし	服薬状況 具体的内容(自由記述)
日常生活動作 ※○は各々一つ		
排便	1. 自立 2. 時々失敗 3. 失禁、オムツ	
排尿	1. 自立 2. 時々失敗 3. 失禁、オムツ	
整容	1. 自立(用具は準備してもらう) 2. 全介助	
トイレ動作	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
食事	1. 自立(食事は用意してもらってよい) 2. 一部介助 3. 全介助	
起居・移動	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助だか座位はとれる 4. 起居不能	
歩行	1. 自立(補助具を使用してもよい) 2. 一部介助 3. 車椅子にて自立 4. 全介助	
更衣	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
階段昇降	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
入浴	1. 自立 2. 何らかの介助が必要	
認 知	0) 正常 1) 軽度(通常の家内行動ほぼ自立、日常生活上助言や介助は必要ないか、あっても軽度) 2) 中等度(知能低下のため日常生活が1人ではちょっとおぼつかない、助言や介助が必要) 3) 高度・最高度(日常生活が1人では無理、多くの助言や介助が必要、あるいは逸脱行為が多く目が離せない)	
コミュニケーション障害	1. 言語障害 2. 視力障害 3. 聴力障害 4. その他 ()	
希望する退院先	本人	1. 自宅 2. 他病院 3. 老建 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他 () 7. 未確認
	家族	1. 自宅 2. 他病院 3. 老建 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他 () 7. 未確認
家族/介護者の状況 (家族の介護力、退院に対する不安等)		
その他の状況	(社会資源・入院前の在宅サービス利用状況等)	
支援の必要性 ※○はひとつ	1. 在宅医療移行支援担当者が中心となり対応 2. 病棟看護師が中心となり対応 3. 不要	
支援が必要な理由 ※○はいくつでも可	1. 再入院を繰り返している患者 2. 褥瘡処置など退院後も高度で熟練的医療が必要な患者 3. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者 4. 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 5. 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 6. その他 ()	

退院カンファレンスの流れ 退院カンファレンスの進め方

ステップ 1

目的

退院後に予測される症状の変化とそれに伴う医療の必要性について医療者の中で検討し、退院後必要な医療・介護サービスの提供方法について選択肢を準備する。

メンバー

- 退院調整担当者（連携室医師・看護師、リンクナース、緩和ケアチーム、医療ソーシャルワーカーなど在宅医療経験者が担当するのが望ましい）
- 主治医
- 病棟看護師
- その他

ポイント

- 退院後継続が必要となる医療を洗い出す
→提供方法は？ 外来／在宅／施設
- 退院後継続が必要となる介護を洗い出す
→提供方法は？ 居宅／施設／家族
- 本人と家族の病気と療養方法についての受け止め方は？
- 専門チームへの依頼の必要性は？

「入院時診療計画書」を作成し、退院支援を実施する

- 調整を要する事項を整理し、全体のコーディネートを含め、医師、看護師、その他それぞれの担当を割り振り、タイムスケジュールを立てる。

ステップ 2

目的

ステップ1以降、情報を集め検討した内容を整理し、病院内及び地域における医療・福祉等関係者で最終的な役割分担の確認を行う。

メンバー

- ステップ1でのメンバーに以下を加える
 - 患者
 - 家族
 - 地域の医師・看護師
 - ケアマネジャー
 - 薬剤師
 - 理学療法士・作業療法士
 - 管理栄養士
 - 保健師
 - その他
- は患者の状況に合わせて召集する。
→■は必須メンバー

ポイント

- タイムキーパーを決める。
- 病院・在宅スタッフが状況説明をする。
- 参加者それぞれが意見を言える環境を作る。特に患者・家族の心配事を聴き対応策を提示することが重要。
- 関係機関の連絡先を確認する。
- 決定事項について、参加者それぞれが理解していることを確認して閉会する。

退院シートに記載し、患者・家族に渡す。

退院時共同指導料加算記録を共有

退院

退院カンファレンスシート（病院医師プレゼンテーション用【5分】）

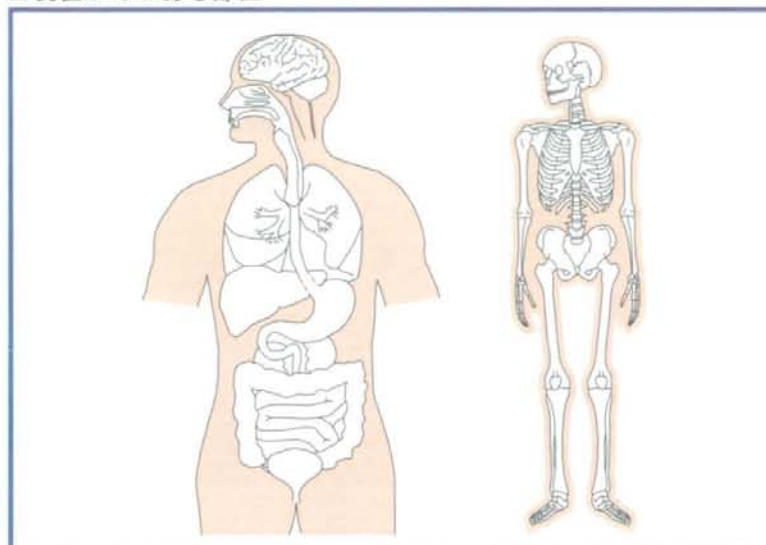
■患者さんは、さん、歳、男性・女性です。年 月 初発のがんの方で、現在 をしています

現在の治療等を記入)

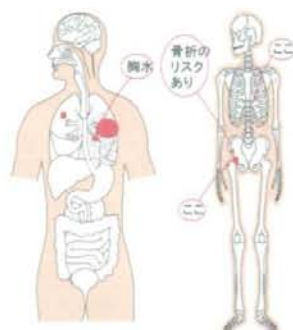
重要な医療的事項として

全体像

■現在がんのある部位



■記入例



※がんのある部位図示し、特に注意する点を記入して下さい。

■現在の問題点、原因、現治療、予測される事態と対応

記入例

#1 疼痛

原因：膵臓癌による内臓痛

現治療：定期薬

カティアン 60mg 10 寝る前

ロキソニン3錠 分3

レスキュー ①オプソ(10mg) 1袋

(1時間あいていれば反復してよい、

1日6回まで)

予測される事態と対応：

1. 痛みが強ければ、レスキューを使用。
2. 脱気、嘔気があれば連絡。
3. 下肢の動きにくさを生じれば、麻痺の可能性があるので、緊急で連絡。

※現在の問題点、その原因、行っている治療や処方、退院時に生じることが予測される事態とそのときどうしたらよいかを記入して下さい。

記入日

記入者

退院カンファレンスシート（病棟看護師プレゼンテーション用【5分】）

全
体
像

■患者さんは、 さん、 歳、 男性・女性 で、
 の人です。
（職業、生活、現状等、患者を説明する事項の記入）

■日常生活状況等は以下の通りです。

心
身
の
状
態

移動	一歩行可(□独歩 □杖 □歩行器 □つたい歩き)・・・介助 □要 □不要 一車椅子(□座位保持可 □要介助 / 移乗 □自立 □要介助 □全介助)	
PS*	0:発症前と同じ日常生活が制限なく行える 1:軽度の症状があるが、歩行、軽労働や坐業は可 2:歩行や身の廻りのことはできるが、時に介助が必要 3:身の廻りのある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、 日中の50%以上は就床している 4:身の廻りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている <small>(*ps:performance status)</small>	
栄養	一経口摂取(□自立 □一部介助 □全介助 / 嚥下障害 □あり □なし 食事内容() 一経管栄養(□経鼻 □胃ろう □経腸) □点滴(□ IVH □末梢) □ポート(□あり □なし) 内容・1日量()	
排泄	一トイレ(□自立 □介助) 一ポータブルトイレ(□自立 □介助) □オムツ 一尿器(□自立 □介助) 一留置カテーテル(□自立 □介助) 一排便 回/日 □普通 □下痢 □便秘:使用薬剤()	
認知	認知症 □あり □なし / 理解力の低下 □あり □なし	
睡眠	不眠 □あり □なし □使用薬剤()	
スキントラブル	一褥そう(□あり □なし) □リスク高 / その他() 一清潔 (□入浴 □シャワー □清拭/介助 □要 □不要)	
感染症	□あり(検査日 /) □なし	
家族歴	家族構成	■キーパーソン()続柄() ■主介護者()続柄() 連絡先() 連絡の取れる時間帯 ()

■ 現在の問題点とその原因、現治療、予測される事態とその対処方法

病
状
の
理
解

■ 医療者からの病状の説明等の内容

■説明内容と受け止め(病状・予後) / 退院の希望

患者	家族
----	----

看
護
上
の
問
題
等

■急変時の対応

- 在宅での治療を続ける
緊急受診する
入院・入所を希望する

■CPR

- してほしい
してほしくない
決められない

保
険
情
報

介護保険申請 未・済(要支援 / 要介護) 介護保険サービス利用 あり・なし
 身体障害者手帳(級・障害の種類)
 福祉医療受給 あり・なし 公費制度適用 あり・なし

記入日

記入者

■ご自宅でおこりうること
(心配していること)
(医療者に聞きたいこと)

■このように対応しましょう

病状の理解

連絡先

日 中 →

まず連絡する所

左が連絡がつかない場合の連絡先

夜間・休日 →

お薬

その他

退院後1週間までに、看護師から「何か困っていることはないか」という電話をしてほしいですか？

してほしい してほしくない

月 日

医師

/看護師

医師

/看護師

研究報告書

緩和ケアに関する情報の市民への普及に関する研究

研究分担者 的場元弘 国立がんセンター中央病院緩和医療科 医長

研究要旨

緩和ケア普及のための地域プロジェクトに参加している4地域において、一般市民を対象に緩和ケアの普及啓発活動を行った。各地域のがん緩和ケアサポートセンター、医療機関、市役所、保健所などにおいて、3つ折りリーフレット、A5判小冊子、ポスター、ムービーなどのマテリアルの配布、掲示、あるいは供覧できるようにした。またがん診療連携拠点病院および公共図書館を中心に「緩和ケアを知るための100冊」の設置、市民向けの緩和ケア関連の講演会を実施した。毎年、地域住民の一定数のがんに罹患するため、新たながん患者や家族、友人などが緩和ケアに関する情報を必要とする人口は一定数出現すると考えられ、継続的な情報提供が必要と考えられる。

A. 研究目的

緩和ケア普及のための地域プロジェクトの介入地域である、山形県鶴岡市・三河町地域、千葉県柏市・我孫子市・流山市地域、静岡県浜松市地域、長崎県長崎市地域の4地域において、一般市民に対する緩和ケアの普及啓発活動のノウハウを集積することを目的とする。

B. 研究方法

各地域のがん緩和ケアサポートセンター、医療機関、市役所、保健所などにおいて、一般市民向けのマテリアル（3つ折りリーフレット、A5判小冊子、ポスター、ムービー（DVD・VHS））を配布または掲示、供覧できる体制を整えた。3つ折りリーフレット、A5判小冊子およびDVDについては地域での市民向け講演会などでの配布も併せて行った。ポスターは、緩和ケアに関する教育内容を盛り込んだシリーズとした。シリーズは、「1. 緩和ケアってご存知ですか?」「2. この地域は“がん緩和ケア”の普及に努めています」「3. 痛みの治療はがんの治療と同じように大切です」「4. がんの痛みは止められます」の4種類作成し、3か月をめどに新しいテーマのものに交換するようにした。

3つ折りリーフレット、A5判小冊子については配布数、ポスターについては掲示場所および掲示された数をモニターした。DVDやVHSについては供覧を行った場所、配布数をモニターした。

デルファイ法を用いて選出された「緩和ケアを知るための100冊」については、各地域が希望する設置場所に対して2~4か所に設置できるようにした。また100冊についての詳細をまとめた「緩和ケア100冊を知

る100冊リスト」

市民を対象にした、緩和ケアに関する講演会については、テーマと開催頻度についてモニターした。

（倫理面への配慮）

本研究においては、患者個人に関する個人情報の取扱いはない。また、各種マテリアル作成に当たっては、がん患者及び家族の心情等にも配慮し、特定の病態やがん種について倫理上問題のなる内容とならないように配慮した。

また、各地域担当者を通じて、地域ごとに啓発にかかわるマテリアルの内容について倫理面を含めた問題についての確認の上利用することとし、実際の利用についても各地域の判断にゆだねた。

C. 研究成果

【各種マテリアル】

各地域の配布数は、以下の通りである。

表1

マテリアル名	鶴岡	柏	浜松	長崎	全数
啓発リーフレット	12,115	6,725	17,174	2,385	38,399
啓発小冊子「あなたの地域の緩和ケア」	7,400	5,940	6,659	1,420	21,419
啓発ポスター(A2)【No. 1~4】	600	767	958	615	2,940
啓発ポスター(A3)【No. 1~4】	919	643	757	700	3,019
我が家へ帰ろう(DVD)	641	135	664	85	1,525
我が家へ帰ろう(VHS)	101	62	13	42	218
緩和ケアを知る100冊リスト	120	1,055	251	86	1,512

【緩和ケアを知るための100冊(組)の設置】

- ・鶴岡地域：4か所（鶴岡市立荘内病院、鶴岡協立病院、鶴岡地区健康管理センター、鶴岡致道ライブラリー）
- ・柏地域：3か所（国立がんセンター東病院、東京慈恵医科大学附属柏病院、患者・家族総合支

援センター)

- ・浜松地域：4か所（県西部浜松医療センター、聖隷浜松病院、聖隷三方原病院、浜松医科大学医学部附属病院）
- ・長崎地域：4か所（長崎市立図書館、長崎大学医学部・歯学部附属病院、長崎市立市民病院、日本赤十字長崎原爆病院）

【市民対象の講演会】

- ・鶴岡地域：1回開催 参加者174人
- ・柏 地域：1回開催 参加者72人
- ・浜松地域：1回開催 参加者72人
- ・長崎地域：2回開催 参加者615人

D. 考察

すべての地域において、介入研究の準備として一昨年に地域の医療機関や行政機関に対する本研究班の活動内容が周知されていたこともあり、配布または掲示、あるいは供覧に際して、大きな問題は発生しなかった。

講演会の開催やマテリアルの配布を行ったが、ほとんどの市民は、健康ブームといわれる現在においても“がん”という疾患や“緩和ケア”などの情報に対する関心の程度は低く、一律な普及啓発活動では情報が浸透しにくい。一方、毎年30万人以上ががんで死亡している状況にあることから、多くの市民が家族や友人などのがんを体験していると予測される。よって、年度ごとのマテリアルの媒体の形式や内容の変更を短期間に行うよりも、継続して一定の情報を発信することが効果的であると考える。

また、今年度においては、職場などを通じた啓発普及活動は行っていないが、がんの罹患年齢などを考慮すると、地域の職場での情報提供はきわめて重要であると考えられ、次年度以降は産業医などの協力についての検討も行っていく。

2009年度用のポスターについては、各地域の意見を取り入れ、文字情報を少なくし、“ワンフレーズ”を中心にした4種類のポスターの作成を行う予定である。マテリアルの配布・モニターについては、次年度も引き続き行う。

E. 結論

本研究においては、一般市民を対象にしていることから、リーフレットや小冊子、ポスターによる意識の喚起、DVDなどのマテリアルを継続的に提供していくことは重要である。また、「緩和ケアを知るための100冊」の設置や市民向け講演会を提供することも長期的には効果的と考えられる。また、がん罹患年齢等を考慮すると職場環境などでもこれらの情報が得られるよ

うな仕組みの必要性が明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
 1. 秋山美紀、的場元弘、石川光一、藤井多希子、相庭伸、中目千之、松原要一、江口研二：「在宅緩和ケアに診療所医師の参加を促すための研究（1）診療所質問紙調査から見る阻害要因」緩和医療学会 静岡 2008年7.5
 2. 的場元弘、秋山美紀、相庭伸、中目千之、石川光一、松原要一、江口研二：「在宅緩和ケアに診療所医師の参加を促すための研究（2）診療所訪問調査からみる参加へのインセンティブ」緩和医療学会 静岡 2008年7.5、

G. 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

研究報告書

評価測定に関する研究

研究分担者 宮下光令 東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻

研究協力者 五十嵐歩 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科高齢者看護・ケアシステム開発学

研究要旨

プロジェクトの効果検証のための介入前調査として、専門緩和ケアサービス利用数調査、がん患者の死亡場所調査、患者調査、遺族調査、医療者調査、地域の緩和ケアの質指標調査を実施した。各調査は、研究計画書に基づき、円滑に遂行され、プロジェクトの有効性の評価のための介入前データが得られた。

A. 研究目的

本プロジェクトによる地域での実践が緩和ケアの質の向上に有効であったのかを評価し、今後の全国的な普及につなげていくためには、介入効果の適切な評価が不可欠である。評価測定委員会の本年度の目的は、プロジェクトの有効性の評価のための、介入前調査を実施することである。

B. 研究方法

1. 年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用数

【調査時期】2008年6月～2009年3月

【対象】調査対象は、本研究対象地域において専門緩和ケアサービスを提供している、鶴岡地域1施設、柏地域2施設、浜松地域4施設、長崎地域5施設とした。

【方法】施設調査担当者に対し、2007年度（2007年4月～2008年3月）に専門的緩和ケアを受けた当該地域に居住するがん患者について、匿名化された一覧表の作成を依頼し情報を得た。

2. がん患者の死亡場所

がん患者の死亡場所について、事務局は2008年12月に人口動態調査の目的外使用を申請し、情報を得た。

3. 患者調査

【調査時期】2008年5月～2009年3月

【対象】調査施設は、鶴岡地域3施設、柏地域7施設、浜松地域8施設、長崎地域5施設、酒田地域3施設、計26施設とした。調査対象は、2007年12月1日～2008年3月31日までに調査施設において外来を受診した進行がん患者とした。

【方法】郵送法による自記式質問紙調査。

4. 遺族調査

【調査時期】2008年10月～2009年3月

【対象】調査施設は、鶴岡地域5施設、柏地域7施設、

浜松地域11施設、長崎地域16施設、酒田地域5施設、計44施設とした。調査対象は、2007年4月1日～2008年3月31日までに死亡したがん患者の遺族とした。

【方法】郵送法による自記式質問紙調査。

5. 医療者調査

【調査時期】2008年2月～3月

【対象】調査施設は、鶴岡地域58施設、柏地域265施設、浜松地域316施設、長崎地域517地域、酒田地域95地域、計1251施設とした。調査対象は、調査施設に1年以上継続して勤務する常勤の医師、看護師とした。

【方法】自記式質問紙調査。

6. 地域の緩和ケアの質指標調査

地域の緩和ケアの質指標である以下の項目について、それぞれ調査を実施した。

- 1) オピオイド処方量、2) 麻薬免許を取得している診療所の医師数、3) 麻薬を扱える保険薬局の数、4) 緩和ケアに関する講習会の回数、5) 緩和ケアに関するネットワーク、6) 在宅療養支援診療所の数、7) 24時間対応できる訪問看護ステーションの数、8) 在宅療養支援診療所による在宅看取り数、9) 地域の緩和ケア病棟に入院した患者のうち在宅へ退院した患者の割合、10) 緩和医療学会に所属している医師の数、11) がん看護専門看護師、精神看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛緩和認定看護師の数、12) がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師の数、13) 緩和ケア病棟のベッド数、14) 緩和ケアチームの数、15) 緩和ケアの外来の回数、16) 地域に対して開示されている、医療者が症状緩和に関してコンサルテーションができる窓口の数、17) 専門緩和ケアサービスを受けた患者の数、18) 緩和ケア病棟に入院を申し込んでからの待ち日数が14日以上だった患者の割合、19) 院内緩和ケアチームに診察を申し込んでから診察までに48時間以上かかった人の割合

(倫理面への配慮)

各調査は戦略研究によって開催される倫理審査の承認の後に実施した。調査施設が必要と判断した場合には、調査施設の施設内倫理委員会による倫理審査を受け、承認のちに実施した。

C. 研究成果

1. 年間がん死亡者数で補正した専門緩和ケアサービス利用数

対象地域において2007年度に専門緩和ケアを受けた患者の人数は以下の通りであった。

- ・緩和ケア病棟：鶴岡地域0名（該当施設なし）、柏地域130名、浜松地域208名、長崎地域193名、酒田地域0名（該当施設なし）
- ・緩和ケアチーム：鶴岡地域8名、柏地域148名、浜松地域453名、長崎地域314名、酒田地域18名
- ・緩和ケア外来：鶴岡地域0名（該当施設なし）、柏地域180名、浜松地域0名（該当施設なし）、長崎地域8名、酒田地域0名（該当施設なし）であった。

2. がん患者の死亡場所

2009年2月、総務省より目的外使用の承認を受け、死亡場所に関するデータを得た。人口動態統計に基づき、第10回修正国際疾病障害死因分類（ICD-10）の「悪性新生物」（ICD-10コードC00-C97）に該当する死亡者の、死亡したところの種別、居住地（都道府県符号、市町村符号）、性、年齢、死亡したとき（年月）、死亡の原因（簡単分類）を把握した。

3. 患者調査

調査票の回収数は919票であった。地域別では、鶴岡地域84票、柏地域152票、浜松地域332票、長崎地域286票、酒田地域65票であった（平成21年3月1日現在）。

4. 遺族調査

調査票の回収数は1354票であった。地域別では、鶴岡地域167票、柏地域213票、浜松地域445票、長崎地域279票、酒田地域250票であった（平成21年3月1日現在）。

5. 医療者調査

調査票の回収数は、病院医師640票、病院看護師2894票、診療所医師565票、訪問看護ステーション看護師221票であった。

6. 地域の緩和ケアの質指標調査

- 1) ～19) の質指標項目に関してデータを得た。

D. 考察

各調査は研究計画書に基づき、円滑に遂行された。患者調査、遺族調査、医療者調査においては、全体的

に良好な回収率であった。以上より、本年度実施された介入前調査により、プロジェクトの有効性の評価のための介入前データを得ることができたと考えられる。

来年度の課題は、本年度と同様の方法により、専門緩和ケアサービス利用者数、がん患者の死亡場所、地域の緩和ケアの質指標に関して継続的にデータを得ることである。

E. 結論

介入前調査として、専門緩和ケアサービス利用数調査、がん患者の死亡場所調査、患者調査、遺族調査、医療者調査、地域の緩和ケアの質指標調査を実施した。各調査は、研究計画書に基づき、円滑に遂行され、プロジェクトの有効性の評価のための介入前データが得られた。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Miyashita M, et al. Discharge from a palliative care unit: prevalence and related factors from a retrospective study in Japan. *J Palliat Med.* (in press)
2. Miyashita M, et al. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage.* (in press)
3. Miyashita M, et al. Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: A hospital-based palliative care team setting. *Eur J Cancer Care.* (in press)
4. Okishiro N, Miyashita M, et al. The Japan Hospice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study): views about legalization of death with dignity and euthanasia among the bereaved whose family member died at palliative care units. *Am J Hosp Palliat Med.* (in press)
5. Sanjo M, Miyashita M, et al. Caregiving Consequence Inventory: A measure for evaluating caregiving consequence from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology.* (in press)
6. Yamagishi A, Miyashita M, et al. Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage.* (in press)
7. Morita T, Miyashita M, et al. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage.* (in press)
8. Kusajima E, Miyashita M, et al. Prospective

- evaluation of transition to specialized home palliative care in Japan. *Am J Hosp Palliat Med.* (in press)
9. 落合亮太, 宮下光令, 他. 成人先天性心疾患患者がキャリアオーバーを経て疾患に対する認識を変化させていくプロセスに関する質的研究. 看護研究 (in press)
 10. 落合亮太, 宮下光令, 他. 成人先天性心疾患患者の親が成人医療に対して抱く要望. 心臓 (in press)
 11. Miyashita M, et al. Care burden and depression in caregivers caring for patients with intractable neurological diseases at home in Japan. *J Neurol Sci.* 2009; 276: 148-52.
 12. Miyashita M, et al. Quality of life, day hospice needs, and satisfaction of community-dwelling advanced cancer patients and their caregivers in Japan. *J Palliat Med.* 2008; 11(9): 1203-7.
 13. Miyashita M, et al. Nurse views of the adequacy of decision-making and nurse distress regarding artificial hydration for terminally ill cancer patients: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Med.* 2008; 24(6): 463-9.
 14. Miyashita M, et al. Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified Delphi method in Japan. *Am J Hosp Palliat Med.* 2008; 25: 33-8.
 15. Miyashita M, et al. Barriers to referral to inpatient palliative care units in Japan: a qualitative survey with content analysis. *Support Care Cancer.* 2008; 16: 217-22.
 16. Miyashita M, et al. Good death inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2008; 35: 486-98.
 17. Miyashita M, et al. Effect of a population-based educational intervention focusing on end-of-life home care, life-prolonging treatment and knowledge about palliative care. *Palliat Med.* 2008; 22: 376-82.
 18. Miyashita M, et al. The Japan hospice and palliative care evaluation study (J-HOPE Study): study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Med.* 2008; 25: 223-32.
 19. Miyashita M, et al. Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psycho-Oncology.* 2008; 17: 612-20.
 20. Koyama Y, Miyashita M, et al. A study of disease management activities of hip osteoarthritis patients under conservative treatment. *Journal of Orthopaedic Nursing.* 2008; 12: 75-83.
 21. Abe Y, Miyashita M, et al. Attitude of outpatients with neuromuscular diseases in Japan to pain and use of analgesics. *J Neurol Sci.* 2008; 267(1-2): 22-7.
 22. Sato K, Miyashita M, et al. Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan: a retrospective chart review. *Support Care Cancer.* 2008; 16: 113-22.
 23. Sanjo M, Miyashita M, et al. Perceptions of specialized inpatient palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2008; 35: 275-82.
 24. Sato K, Miyashita M, et al. Reliability assessment and findings of a newly developed quality measurement instrument: Quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review at a Japanese regional cancer center. *J Palliat Med.* 2008; 11: 729-37.
 25. Miyashita M, et al. Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: The Japanese experience. *J Clin Oncol.* 2008; 26: 3845-52.
 26. Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: shifting from the stage of disease to the intensity of suffering. *J Pain Symptom Manage.* 2008; 36: e6-e7.
 27. Yamagishi A, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2008; 25: 412-8.
 28. Shiozaki M, Miyashita M, et al. Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology.* 2008; 17: 926-31.
 29. 宮下光令, 他. 神経内科的疾患患者の在宅介護者に対する「個別化された重みつき QOL 尺度」SEIQoL-DW の測定. 厚生指標 2008; 55(1): 9-14.
 30. 落合亮太, 宮下光令, 他. 成人先天性心疾患患者が成人医療に対して抱く要望. 心臓. 2008; 40(8): 700-6.
 31. 笹原朋代, 宮下光令, 他. 大学病院で活動する緩和ケアチームの支援内容-参加観察の結果から-. 日本がん看護学会誌. 2008; 22(1): 12-22.

2. 学会発表

1. 宮下光台, 他. 遺族からみた望ましい死の達成の評価の関連要因. 第 23 回日本がん看護学会学術集会. 2009. 2, 沖縄.
2. 大島佐和子, 宮下光台, 他. 全国緩和ケア認定看護師の活動の実態と希望するフォローアップに関する調査～第 1 報. 第 23 回日本がん看護学会学術集会. 2009. 2, 沖縄.
3. 船水裕子, 宮下光台, 他. 緩和ケア認定看護師の職務継続のために必要なフォローアップに関する調査. 第 23 回日本がん看護学会学術集会. 2009. 2, 沖縄.
4. 佐藤一樹, 宮下光台, 他. がん終末期における療養場所の選択肢と在宅療養の実現可能性: J-HOPE study. 第 23 回日本がん看護学会学術集会. 2009. 2, 沖縄.
5. 中澤葉宇子, 宮下光台, 他. 緩和ケアに対する看護師の知識・態度・困難感に関連する要因. 第 23 回日本がん看護学会学術集会. 2009. 2, 沖縄.
6. 宮下光台, 他. 地域における緩和ケアの質指標の同定. 第 32 回日本死の臨床研究会. 2008. 10, 札幌.
7. 吉田沙蘭, 宮下光台, 他. がん患者の家族に対する望ましい余命告知のあり方の探索. 第 21 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008. 10, 東京.
8. 赤澤輝和, 宮下光台, 他. 遺族調査から見る終末期がん患者の負担感: J-HOPE study. 第 21 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008. 10, 東京.
9. 三條真紀子, 宮下光台, 他. 終末期のがん患者を介護した遺族による介護経験の評価尺度の作成. 第 21 回日本サイコオンコロジー学会総会. 2008. 10, 東京.
10. 佐藤一樹, 宮下光台, 他. がん診療連携拠点病院 1 施設的一般病棟と緩和ケア病棟での死亡前 48 時間以内に実施された医療の実態調査. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
11. 佐藤一樹, 宮下光台, 他. 診療記録から抽出する終末期がん医療の質指標による一般病棟での終末期がん医療の質の評価. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
12. 深堀浩樹, 宮下光台, 他. 高齢者施設におけるがん患者への緩和ケアの実態 OPTIM study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
13. 平井啓, 宮下光台, 他. 地域住民の緩和ケアの利用に対する準備性と各種メディアに対する性. OPTIM study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
14. 宮下光台, 他. 一般市民のがん医療に対する安心感および医療用麻薬・緩和ケア病棟に対する認識 OPTIM study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
15. 宮下光台, 他. 地域の医師・看護師の緩和医療の提供に関する自信及び困難感 OPTIM study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
16. 杉浦宗敏, 宮下光台, 他. がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供機能に関する薬剤業務の実態調査 (1). 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
17. 佐野元彦, 宮下光台, 他. がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供機能に関する薬剤業務の実態調査 (2). 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
18. 吉田沙蘭, 宮下光台, 他. 一般市民がもつ緩和ケアの整備に対する認識 OPTIM study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
19. 山岸暁美, 宮下光台, 他. 一般市民および地域在住がん患者の療養死亡場所の希望: OPTIM study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
20. 新城拓也, 宮下光台, 他. 遺族調査から見る臨終前後の家族の経験と望ましいケア: J-HOPE study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
21. 宮下光台, 他. J-HOPE study (The Japan Hospice and Palliative care Evaluation study): 研究デザインおよび参加施設の概要. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
22. 山岸暁美, 宮下光台, 他. がん患者における在宅療養継続の阻害要因および在宅診療提供体制 OPTIM study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
23. 古村和恵, 宮下光台, 他. がん患者と医療者の情報共有ツール「わたしのカルテ」の必要性に関する質問紙調査: OPTIM STUDY. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
24. 藤本亘史, 宮下光台, 他. 遺族調査の結果からみた緩和ケアチームの介入時期と有用性: J-HOPE study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
25. 三澤知代, 宮下光台, 他. がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームメンバーの緩和ケア提供に対する自己評価の実態. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
26. 宮下光台, 他. 全国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアチーム (PCT) の実態調査. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
27. 山岸暁美, 宮下光台, 他. 経口摂取が低下した終末期がん患者の家族に対する望ましいケア J-HOPE study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
28. 赤澤輝和, 宮下光台, 他. 遺族調査から見る終末期がん患者の負担感に対する望ましいケア: J-HOPE study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
29. 中川恵一, 宮下光台, 他. 一般市民のがん告知、延命治療、療養場所の選択に関する嗜好とその関連要因. 第 13 回日本緩和医療学会学術集会. 2008. 7, 静岡.
30. 三條真紀子, 宮下光台, 他. ホスピス・緩和ケア病棟への入院を検討する時期の家族のつらさと望ましいケア: J-HOPE study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.

31. 三條真紀子, 宮下光允, 他. ホスピス・緩和ケア病棟に関する望ましい情報提供のあり方: J-HOPE study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
32. 塩崎麻里子, 宮下光允, 他. 遺族の後悔に影響するホスピス・緩和ケア病棟への入院に関する意思決定要因の探索: J-HOPE Study. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
33. 中澤葉宇子, 宮下光允, 他. 緩和ケアに対する医療者の知識・態度・困難度を評価する尺度の作成と信頼性・妥当性の検証. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
34. 宮下光允, 他. 一般市民に対する緩和ケアに関する教育的介入の短期効果. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
35. 宮下光允, 他. 遺族の評価による終末期がん患者の QOL を評価する尺度 (GDI: Good Death Inventory) の信頼性と妥当性の検証. 第 13 回日本緩和医療学会総会. 2008. 7, 静岡.
36. 田代さとみ, 宮下光允. 大腸内視鏡検査中の苦痛に関連する検討. 第 13 回東京消化器内視鏡技師研究会. 2008. 2, 東京.
37. 宮下光允, 他. 在宅ケア・デイホスピスを利用するがん患者および主介護者の生活の質とデイホスピスのニーズ、デイホスピスに対する満足度. 第 22 回日本がん看護学会学術集会. 2008. 2, 名古屋.
38. 三條真紀子, 宮下光允, 他. 終末期の療養場所移行の経験と医療者への家族支援ニーズ 一般病棟での療養を選択した終末期がん患者の遺族への質的調査を通じて. 第 22 回日本がん看護学会学術集会. 2008. 2, 名古屋.
39. 茶園美香, 宮下光允, 他. 看護学生の終末期看護演習・実習における変化と影響要因について - 終末期患者に関わる態度の側面から. 第 22 回日本がん看護学会学術集会. 2008. 2, 名古屋.

G. 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。

Ⅲ. 地域委託報告

平成 20 年度 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 地域報告書

(所属) 鶴岡市立荘内病院

(氏名) 院長 松原 要一

1. 緩和ケアの標準化と継続性の向上について実施した内容

地域の医療機関にステップ緩和ケア、私のカルテなどを配布し、月 1 回の割合で地域医療者を対象に緩和ケアスキルアップ研修会 (図① 資料Ⅰ) を開催した。参加者のアンケート結果から有用性が高いとの評価を得た (資料Ⅱ)

2. がん患者・家族・地域住民への情報提供

OPTIM 参加医療機関、市役所、コミュニティセンター、公民館など 約 100 施設にポスター、パンフレット、リーフレットなどを配布した (図②)。荘内病院、協立病院、医師会健康管理センター、大学の附属図書館などに「緩和ケアを知る 100 冊」を導入した (図③)。また、荘内病院と鶴岡協立病院には薄型液晶テレビを購入し、DVD「我が家に帰ろう」や地元テレビ局の特別企画「鶴岡での緩和ケアの取り組み」のビデオや、市民公開講座の収録内容を繰り返し放映している (図④)。市民対象の公開講座を年 2 回行った (図⑤ 図⑥)。鶴岡市主催の「市民健康のつどい」に参加した。

3. 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション

地域に地域緩和ケアサポートセンターをおき、地域からのがん緩和医療の相談を受け付けている。がん緩和医療の促進のため、多職種の地域リンクスタッフなどからなる連携会議 (地域カンファレンス) を 2 ヶ月に 1 回の割合で行った (図⑦ 資料Ⅲ)。また、スキルアップ研修会の後、プロジェクト全体会議 (プロジェクト運営委員会メンバーが主) を開き、連携の問題点について検討を行った (図⑧)。

4. 緩和ケア専門家による診療およびケアの提供

地域緩和ケアサポートチームを設置し、診療所、施設にアウトリーチを行った (介護支援専門員協会研修会 1 回・病院看護師等 2 回・高齢者福祉施設看護師 1 回) (図⑨ 図⑩) 地域における講演会等を開催した。保健推進委員会 (2 回) 緩和ケアコンサート (1 回) 健康講座～高齢期の健康づくり～ (2 回) (図⑪ 図⑫)