

ご協力ありがとうございました。
国保匝瑳市民病院 H20.12月

抗がん剤療法を実施している患者の主治医の皆さまへ アンケートの協力依頼

看護部長 大木信子

平成19年4月1日よりがん対策基本法が施行され、千葉県では施策の体系の柱に予防・早期発見・医療・在宅緩和ケア・相談、情報提供・教育・研究の7つを挙げています。その中でも医療の部分では、「どこに住んでいても質の高いがん医療を受けられるために」として整備、充実を図る対策に着手しているところです。そして、とりわけ『放射線療法及び抗がん剤療法の充実』については大きく取り上げられております。

匝瑳市民病院におきましても、実際抗がん剤療法を受けられている患者様の数は増えており、治療内容も一昔前に比較し、画一化されてきています。患者様お一人お一人の病状、状況に応じ担当医が適切な治療メニューを検討・実施しそして病状管理されていると思います。

そのような中今回、より安全に充実した治療、ケアを提供していくために現在抗がん剤療法を受けていらっしゃる皆様に率直なご意見を頂きたく、アンケート調査を実施することに致しました。そこで、主治医の立場より受け持ち患者様の治療に対する思いや今後の治療方針等をお聞かせいただき、看護師の立場としての関わりやケアのあり方を見直しより患者のニーズに即した医療技術・看護サービスの提供を目指していきたいと考えております。

どうぞご協力よろしく願いいたします。

H20年12月

抗がん剤療法を実施している患者の主治医の皆さまへの アンケート

患者氏名 _____

1. 抗がん剤療法を実施している 病名()
2. 患者は「抗がん剤療法」をどのように受け入れていると思いますか？ 適当と思うものに○をつけてください。
① 再発を防止できる ② 進行を抑える ③完治するため
④その他()
3. 現在の治療メニュー内容
使用薬剤

サイクル

期間
4. 現在の状態
①再発なし ②安定している ③悪化している ④ 厳しい
⑤その他()
- 5.今後の治療方針(現在の状況より)
①抗がん剤療法を継続していくことをすすめる ②対症療法へ切り替える説明が必要
③状況を充分説明し患者の意見を重視して考える
④その他 ()
- 6.患者が抱えている現在の課題 について(複数回答可)
① 悩み・不安はない ② 副作用が辛い (症状:)
③ いつまで続けたらよいかわからなくて不安 ④ 薬の効果がなくなってしまった時はどうするか不安 ⑤ 経済的に苦しい (治療費月額: 円)
⑥ 仕事に支障がある (例えば)
⑦ 生き甲斐がもてない ⑧ 家族に負担をかけている
⑨治療をやめたいが主治医に言えない
⑩その他 ()

7.一般的に「抗がん剤療法の終了の目処」について先生のご意見を聞かせてください。

()

8.医師の立場から当院における今後の抗がん剤療法看護についてのご意見ご要望を聞かせてください。

()

ご協力ありがとうございました。

平成20年度 分担研究報告書

在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究

～介護支援の立場から

研究分担者 河野 秀一

渋谷区医師会 渋谷区ひがし健康プラザ居宅介護支援事業所

介護支援専門員

研究要旨

3年目の今年度は、過去2年で行った実情分析から抽出した問題点・課題を解決する為に、事例検討で挙げられたキーワードを項目とした研修プログラムの策定を行う事とした。それを行う事で、在宅緩和ケアでの介護分野取り分け介護支援専門員の役割が明確になり、質・量の確保と均てん化に繋がり、良質なケアを提供することが出来ると仮定した。現在、介護支援専門員に課せられている都道府県が開催する研修の中で、在宅緩和ケアに繋がるいわゆる「ターミナルケア」という項目で時間が設けられているのは、主任介護支援専門員研修のみである事、またケースとして関わられるのも少数であり、その他の高齢者の疾病（脳疾患や廃用性疾患、認知症等）ケースのように日常的なものではない事から、研修機会の確保が必要と思われた。しかし、現場の介護支援専門員からは知識や技術の習得は必要としても、医師や看護師・ヘルパーや福祉用具等の様に目に見える何かを提供できない「武器がない」という無力感や、やりがいがある反面何に頼って関わっていけば良いかという具体的に表現できない実態の無い不安感を持っていることが分かった。そこを突き詰めると、関わっていく中で頼れる土台を作る為の議論を行い、それを介護支援専門員が地域に発信していく一継続的・包括的な地域ケアマネジメントを行っていく事が優先され、それがつまりは在宅緩和ケアの推進と良質なケアの提供に繋がるのではないかと分析した。

A. 研究目的

在宅緩和ケア推進及び良質なケアの提供の為に、現在ある問題点を解決し課題を克服する事が必要で、その方法として地域で継続的に研修を行うことが必要と仮定した。

B. 研究方法

過去2年間の結果を再度分析し、介護支援専門員からインタビューを行った。

又、現在介護支援専門員に課せられている研修や、ターミナルケアケースの担当数や申請数を文献を含め調査した。

C. 研究結果

現在、介護支援専門員は介護保険法により5年毎の資格更新が規定され、更新に際し都道府県が開催する更新研修の受講が必須条件となっている。又、一定の条件をクリアして受けられる主任介護支

援専門員研修というものがある。更新研修項目の中に「ターミナルケア」という項目で独立したものはなく、主任介護支援専門員研修では全64時間の研修時間のうち3時間が「ターミナルケア」という項目であるのみで、時間数としては相当少ない事が分かる。

次に介護支援専門員が担当するケースとしては、東京都福祉保健局の行ったケアマネージメントに関する調査（平成20年6月）によると、平均は月27件そのうちターミナルケースは平均4件で、毎月継続的に担当したとしても、全ケースの15%である。筆者の担当している地域でみると、介護保険の申請の段階でターミナル期の申請は全申請の8%程度で、疾患名が癌のみの申請を併せても15%程度であり、その全てがサービスを利用したとしても、数としては相当少ない。毎月必ず担当できるケースではなく、地域の介護支援専門員の数とケース数の比率を見ても、年間1件担当できるかどうかという位の数字になる。

以上より、定められた研修でのターミナルケア領域の時間数の少なさと、実際に現場で担当できるケースが少ない事は、それだけ接する機会がなく、いざ担当する場面になった時に、疾患等の知識のなさや本人や家族とどうコミュニケーションを取っていけば良いかという不安、これまで経験している脳血管疾患モデルや廃用性モデル、認知症モデルのケアマネージメントとは勝手が違うと感じ、特殊なケースであるという身構えが生じる。それでは、在宅の受け皿として量的確保が出来なくなる為、慣れるという事も含め一つの方法として、地域での継続的な研修の必要性を感じる。

実際にターミナルケースを担当した（若しくは現在継続している）介護支援専門

員に聞くと、ケースを経験すると特にターミナルケースは在宅で生活する事の目的意識がはっきりしているの、他のケースに比べてやりがいを感じる事や、請われるのであれば力になりたいという思いがある事が分かった。しかしその反面、本当にこの関わりでよかったのか、介護保険サービスのセッティング以外何か出来なかったのか、希望に添った支援をしたと思っているが評価はどうなのかという思いや、チームの中での疎外感を感じており、何をもってして何に頼って関わっていけば良いのかという、具体的に表現できない実態の無い不安感がある事も分かった。

D. 考察

研修プログラムを策定し、それを行うことが、在宅緩和ケアでの介護支援専門員の役割が明確になり、それが質・量の確保とケアの均てん化に繋がると仮定して進めてきた。医療的な知識やコミュニケーション技術に関わる事、チームとしての連携の仕方等がプログラム項目に挙げられると考えてきた。それらを垂直展開させる為に、介護支援専門員にインタビューを行ってきたが、在宅緩和ケアをどのように捉えるかという事や関わっていく上で頼れる土台や軸となるもの、云うならば考え方や目標が見つけれない迷いや、具体的に表現できない実態の無い不安感を持っており、それが解決されないことには、各論的な事をいくら詰め込んで、「しっくり」いかない現状は変えられず、在宅緩和ケアに関わっていても、そのジレンマを持ったままだ「自宅にいるターミナル期の患者さんを見るだけ」になってしまう危惧が感じられる。迷った時に立ち返れる場所がないという事と捉えられる。なぜそう感じるのか。

介護保険創設当時から、理念として自己決定・自立支援が挙げられており、それを基に介護支援専門員は業務を行ってきた。在宅ケアで本人・家族の希望を伺い、出来る限り自宅で生活を続けられるよう、サービスを調整しながら関わっている。そこには脳血管疾患の後遺症や認知症等の疾病だけでなく、独居・老老世帯、経済的問題や家族関係の問題、精神疾患を抱えているケース等様々な背景がある。この様な問題は、長い間生活を送ってきた高齢者には必然的に多くなるが、それらの問題も含めてチームの前面に立ち調整している。経験の中で、様々な問題を解決すべく策が身につく、慣れていく。それはしかし、極端に言うと、介護保険サービスをはじめとして地域に資源があり、それをパッケージ化してセッティングする作業になり、似たようなケースではそれをパターン化して当てはめる作業にもなる（サービスをセッティングしないと、報酬が入らないという制度でもあるのでそれは致し方ない事ではあるが）。それがパターン化されていないケース＝稀なケース、例えばターミナル期や難病のケースに対することになると、戸惑ってしまうのではないかと。制度の問題と介護支援専門員として前面に立って支援してきた経験がそう思わせていると考えられる。

又、医師や看護師、ヘルパーや福祉用具等と比べると、唯一目に見えて提供できるものがない職種で、誤解が生じるかもしれないが「武器」がないことも、無力感や言いようの無い不安感に繋がっており、チームの中での自分達の役割が何なのかと悩む。そうすると、在宅緩和ケアにおいて「介護支援専門員とは何なのか」「介護支援専門員が必要なのか」という、非常に根本のことを考えていかなければ

ならない。

介護支援専門員が在宅緩和ケアケースに関われ、チームの一員になれるのは、前述したように介護保険サービスの利用が絶対必要条件になる。介護支援専門員とは「その人が希望するその人らしい生活を自宅で送れる（継続できる）ように介護保険サービス等を通して生活を支援する専門員」であり、生活に添える、生活そのものを見れるということが、自分達が行える事と言える。そして「在宅ケア」という事も生活に添うという事であり、それが「在宅緩和ケア」となると、生活に添いながら何を「緩和」していけるか若しくは何かを「緩和」していきながら生活を送れる方法を考えていかなければならない。言うなれば「在宅緩和ケア」そのものの意味や考え方を確立していかなければならないと考える。確立させた上でチーム内での役割を考えると、目に見えて提供できるものはないが、その人の生活に添え、自宅で生活を送っていくための様々な問題点を解決できる視点を持っていることが唯一「武器」と言える。生活に添えるということは、その人や家族の生き方に添うことである。在宅＝介護という事で機械的にセッティングされた介護支援専門員という意識ではなく、その人や家族が生活をしていく上で抱える痛みや生活の中で生じる不自由さが介護保険サービスを利用することで「緩和」でき、最期まで自宅で生きられるように必要とされた職種であるという事を意識しなければならない。その意識が、介護支援専門員として迷った時に立ち返れる場所の一つに成り得ると考える。又、目に見えて提供できるものを持っていないという事は、逆の捉え方をするとそれだけ柔軟性が効く立場にあり、他の職種の様に提供した分の報酬がない

ので、良いかどうかは別の議論として、柔軟に動くことができる。それも「武器」かもしれない。

具体的に表現できない実態の無い不安感についても、上述したような意識で関わることで軽減していくのかもしれないが、もう一つは自分達に対する評価が大きな要因であろうと考える。支援というものに正解・不正解はなく、本人や家族（遺族）がどう感じたのかという事が重要である。例えばケースが終了した後に家族（遺族）から、感謝の言葉を掛けられると安心するが、それが果たして自分達への評価ということに繋がるかは疑問である。チーム又は専門職として振り返った時に、感謝のように感情的なもの（主観的なもの）ではなく、客観的で数字等のデータに裏打ちされた根拠となるものがなければ、評価できないのではないかと考える。国が在宅死数20%を40%にするという数字目標を打ち出したように、具体的に視覚として出されるものを積み重ねていかなければ、実体の無い不安感の解消には繋がらないと考える。

そしてもう一つは、これまで高齢者の「在宅ケア」でおこなって来たケアマネジメントの経験を「在宅緩和ケア」にそのままそっくり当てはめて行おうとする事に「しっくりいかない」感覚が生じるのではないかと考える。それは、チームの要として前面に立ちマネジメントを行ってきた立ち位置が、「在宅緩和ケア」は癌という疾患がベースにあり、自宅で生活を送るためには、身体的な痛みの緩和や症状コントロール、体調の確認が何よりも優先されるので、医療職の関わりが大きくなる。取り分け訪問看護師の訪問が多くなる為、チームは看護師を中心に動き、それが本人・家族にとっての安心感にも繋がる。その中で、これまでの経

験を当てはめた立ち位置を得ようとするのアジャストせず、つまりは本人・家族が望む在宅での生活を破綻させる事にもなりかねない。生活に添うという視点を持たれば、ケース毎に自分達の立ち位置を変え、ケース自体のマネジメントは看護師にイニシアチブをとってもらい、前面に立とうとするのではなく、後方的な位置からの支援を意識しながら行うことが必要になってくると考える。それが「しっくりいく」という感覚と他職種との連携、チーム内で感じる疎外感の解消というところにも繋がるのではないかと。

E. 結論

以上のように考察してみると、「在宅緩和ケア」というものは、介護支援専門員にとっては「在宅ケア」を行っていく上において、考え方・意識の基礎となる部分であると感じる。数は少ないが「在宅緩和ケア」を特別なものと捉えるというよりは、むしろ「在宅ケア」に必要な事—考え方や意識というものが凝縮され、「在宅ケア」の根幹となるモデルケースであると捉えられるのではないかと。すると、「在宅緩和ケア」に対しての研修というよりは、ケアを行っていく上でごくシンプルでベースとなるところ、今まで無意識のうちにやってきた事を振り返り、再考し、議論し、整理し、ぶれない頼れるものを確認する作業を行っていく事が重要で、それが介護支援専門員の「在宅緩和ケア」に対するベースアップ＝意識の高まりと質・量の確保ができる術でもあると考える。それを行う方法としては主に対人援助職のスキルアップを目的とした、ケーススタディーやスーパービジョン、質問法等が挙げられるが、今回はそれらを行って有効性を確かめられるところまで至っていない。

医療やコミュニケーション、マネージメントの知識や技術は当然重要で必要なことであるが、現状介護支援専門員が抱えている不安感や感覚は、それらよりも優先されて解決していかなければならない。それは、「在宅緩和ケア」に該当するケースが常時関われるものではなく、いざ担当した時にこなししていくと又同じ感覚やジレンマを繰り返し持つだけで、ただ在宅にいるターミナルの患者さんの関わったということだけになってしまい、本人や家族の想いを遂げられず、在宅生活を阻害する要因にもなりかねないからである。それらを解消していく為には、自分達がぶれない・頼れるもので、目に見えて具体的な目標を達成できる考え方のベースとなるものを議論し確認し意識し、それを地域に発信していき、医師や看護師、ヘルパーや行政、病院と共有していく包括的・継続的な地域ケアマネージメントを実践していく事も個々のケースに関わる事と同じくらい重要なことであるとする。考えの土台作りをすることで、それがつまりは最期まで在宅で生活したい、生ききりたいと希望する本人や家族に寄り添って、それを阻害しようとする苦痛を軽減し、生活の質を向上させ、達成できるチームのメンバーになることが出来ると考える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

参考文献

1. 「ケアマネージメントに関する調査報告書」
東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課 平成20年6月発行

平成20年度分担研究報告書

在宅緩和医療推進における心理的・社会的サポートに関する研究
—行政の関与—

分担研究者 藤田 敦子 NPO法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア代表

研究要旨

在宅緩和医療が進まない原因として、筆者は、患者や家族にとって初めての経験であるにもかかわらず、心理的・社会的サポートが不足し、在宅緩和医療の実態が理解できないこと、また地域の社会資源が不明なこと、相談支援体制が不足していることが原因と考えている。

平成18年度は、心理的、社会的サポートの充実に向けて、必要な情報や入手経路についてアンケートを行った。また平成19年度は、在宅緩和ケアのQ&Aを作り上げるための講演会を開催し、体験者と予備者とを結び付ける試み、緩和ケア関係者に対するヒヤリングなどを通して、普遍的な在宅緩和ケアの支援ツールの一部作成を行った。

本年は、行政の関与について、様々な試みを行った。

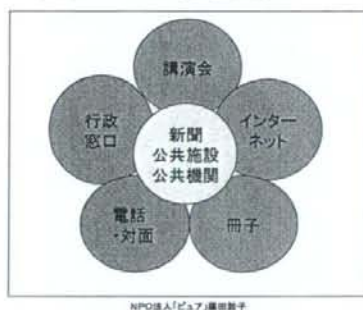
A. 研究目的

平成18年度在宅がん緩和ケアフォーラムでのアンケートにより、在宅緩和ケアの知識を得る場所や方法は、「病院医師・看護師(56.4%)」「病院内相談室(48.0%)」「インターネット(35.1%)」「講演会に参加して(34.7%)」「行政窓口(31.2%)」「電話相談(24.8%)」「対面相談(22.8%)」が望まれていた。筆者は、この8つの情報媒体に、新聞、公共施設、公共機関をからませていくことが情報提供システムとして望ましいと考えた(図1)。

B. 研究方法

研究方法としては、NPO法人活動に関わりながら行う実践研究とする。

在宅緩和ケアの情報提供システム



NPO法人ピュア代表 藤田敦子

C. 研究結果

1) 日本ホスピス・在宅ケア研究会の全国大会開催時に千葉県の協力

平成20年7月11日、12日に幕張メッセにおいて、第16回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国

大会 in 千葉を開催し、堂本暁子千葉県知事に名誉大会長になっていただいた。

研究会の全国大会としては初めて、厚生労働省、文部科学省、医療や福祉の関係団体、また千葉県教育委員会の後援も得ることができた。関係団体から広報の協力を得ることができた。また、県庁職員がボランティアとして参加し、がん対策、高齢者福祉、障害者福祉など、現場の声を聞いてもらえた。

申し込み種別は、医師7.9%、薬剤師1.9%、看護師28.0%、MSW3.3%、他医療19.0%、福祉18.7%、他21.2%あり、福祉職や一般の参加が多い大会となった。一日約2000人が参加したこの全国大会において、平成19年度作成のリーフレットをポスターセッションで掲示した。

2) ふなばし健康まつり2008へ出展

船橋市では、広く市民に健康づくりの動機付けとなる健康関連情報の提供や参加団体間の情報交換の場等を目的として、年に1度、実行委員会方式にて、ふなばし健康まつり2008を開催しており、そこに出席を行った。

約4,000人の参加があり、出展ブースにおいて、在宅がん緩和ケアフォーラムのリーフレット配布、国立がんセンターがん対策情報センター作成の冊子を見本として展示した。1時間の相談時間にブース内に座っていたが、相談というよりは、検診や、現在の症状を話す方、実際に家族の看取りを行った方など、様々であった。公共機関が主催している場だからこそ、安心して話ができると感じた。このまつりには、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会なども参加を行っており、身近な形で相談を行い、好評であった。

3) 在宅がん緩和ケアフォーラム開催

平成21年2月1日船橋市勤労市民センターにおいて、在宅がん緩和ケアフォーラムを千葉県、ピュア主催で開催し、船橋市に後援を依頼した。船橋市では、市役所内の掲示、上記実行委員へのDM、HPでの公開、公共場所への配布などを行った。また、後援ではないが、地域がん診療連携拠点病院との連携がある浦安市、柏市が

HPで公開を行っている。定員350名のところ356名の参加者があった。千葉県のがん対策推進計画、各拠点病院内に設置した相談支援センターの一覧を配布した。

D. 考察

在宅緩和医療推進のためには、まず患者・家族が十分な在宅のイメージを作ることが必要であるが、そのために、行政が行えることは多い。しかし、行政の組織は縦割りであり、その組織を横につなぎ、患者・家族の立場で情報を発信する組織が必要ではないか。

また、地域がん診療連携拠点病院とほか病院、地域との連携の姿も見えておらず、マネジメント機能も必要であると感じている。

県と市、2つの行政と一緒に活動を行った結果、意欲的でない市町村に対して働きかけを行うためには県の存在が大きいが、地域がん診療連携拠点病院が、二次医療圏の市町村と連携を図り、情報提供を行っていくことが、市民にとっては最も望ましいことである。

E. 結論

昨年は、在宅緩和医療推進における患者・家族への心理的・社会的サポートとなる支援ツールを構築することを目的に、在宅緩和ケアのQ&Aを作った。

本年はこのツールの配布について行政の関与を取り上げた。

効果的と思われたものは、地域がん診療連携拠点病院と二次医療圏の市町村が協力して動くことであったため、今後、一層の連携を図ることが必要である。

また、昨年度、体験者と予備者とを結び付ける試みを行った。今回フォーラムにおいて、家での看取り体験をお話頂いたが、相談者が継続的に関わりを持つことを希望していた。グリーフケアの一環ではあるが、ずっと存在続けるものが必要であると感じており、がん診療連携拠点病院や緩和ケアがある病院、または診療所で試みることも必要ではないかと感じている。

F. 健康危険情報

特

になし

G. 研究発表

(1) 論文発表

1. 藤田敦子：在宅緩和ケア推進への心理的・社会的サポート、ホスピスケアと在宅ケア：16(2)173：2008
2. 藤田敦子：「おかえり」の父のことば、緩和ケア在宅ねっと、青海社：5：15、2008.9
3. 藤田敦子：揺れる患者・家族は何を求めているのか、月刊ケアマネジメント、環境新聞社19(10)206,26-28.2008.10
4. 藤田敦子：緩和医療における家族ケア—家族の立場から—緩和医療学、先端医学社10(4)38:56-61,2008.10
5. 藤田敦子：コミュニティでホスピスケアを実現したい！、コミュニティケア、日本看護協会出版会10(11)119:64-67,2008.10
6. 藤田敦子：全国大会を開催して、ホスピスケアと在宅ケア：16(3)43：2008

(2) 学会発表

1. 藤田敦子：利用者からみた訪問看護、文部科学省/千葉大学看護学部、訪問看護師への期待に応えるための<学び直し>、シンポジウム、2008.3
2. 藤田敦子：地域コミュニティの場でホスピスケアを、青森県在宅緩和ケア市民講演会、講演、青森、2008.3
3. 藤田敦子：ターミナルケア、生協労連第8回介護事業交流会、分科会、千葉、2008.5
4. 藤田敦子：在宅エンド・オブ・ライフケアの課題、第16回日本ホスピス・在宅ケア研究会総会、シンポジウム、千葉、2008.7
5. 藤田敦子：病院で死にたくない！最期は家で在宅ケア、船橋浜町公民館女性セミナー、講演、千葉、2008.7
6. 藤田敦子：地域コミュニティでホスピスケアを一父の穏やかな最期—、第96回松戸在宅ケア学習会、講演、千葉、2008.9
7. 藤田敦子：緩和ケアで私たちができること、平成20年度第3回千葉県介護福祉士会研修会、講演、千葉、2008.11

8. 藤田敦子：終末期医療のあり方—がんにおける問題点と課題、厚生労働省終末期医療のあり方に関する懇談会、ヒヤリング、東京、2008.12

9. 藤田敦子：千葉県地域緩和ケアシステム構築に向けての取り組みと課題、第16回城南緩和ケア研究会特別講演、講演、東京、2009.1

10. 藤田敦子：父の穏やかな最期、船橋生と死を考える会、講演、千葉、2009.2

(3) その他発表

1. 「終末期ケアへの理解求めて」千葉日報朝刊 2008.7.13
2. 「生むな終末期がん難民—拠点病院で緩和ケアを」シルバー新報 2008.7.17
3. 「在宅ケアの情報 患者・家族へ発信」日経新聞朝刊 2008.7.27

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

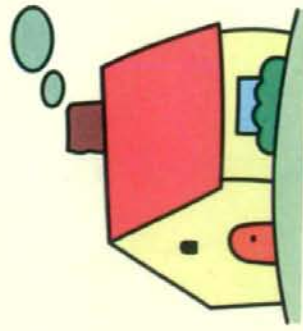
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録なし
3. その他
なし

在宅緩和ケアの利用に向けての
チェックリスト

- 主な病名・主治医名・病院名
- 今はどこにおられますか？
病院、自宅、施設、その他（ ）
- 介護保険を申請・利用していますか？
はい（ ） いいえ（ ）
- ご本人が心配に思っていることは？
痛み、便秘、食欲低下、息苦しさ
費用、家族への負担、その他（ ）
- ご家族が心配に思っていることは？
急変時の対応、往診医、費用面
介護方法（排泄・食事・入浴・他）
その他（ ）
- 最期をご本人はどこで迎えたいですか？
自宅、病院、緩和ケア病棟
その他（ ）
- そこで最期を迎える時の心配は何ですか？
- 今一番大事にしたいことは何ですか？

大切な方を支える
家族や友人の方へ

在宅がん 緩和ケア Q & A



千葉県がんセンター編

「在宅医の早期参加による
在宅緩和医療推進」に関する研究班

具体的に知りたい方やその
他病院情報については、

下記に
お電話ください

NPO法人 ビュア 無料電話相談

毎週火・金 13:00～17:00

☎ 043-290-3029

(千葉大学法経学部 福祉環境交流センター内)

- ・在宅緩和ケアの経験者が
ご相談に応じます。
- ・看護師・ケアマネージャー等の
専門職からの助言も受けられます。
- ・面談相談も事前に電話で
ご予約頂いております。
- ・「家に帰ろう! 在宅ホスピスケア
ガイド—千葉市版」をはじめ
各種小冊子を取り揃えています。

千葉大学 福祉環境交流センター
(大学院人文社会科学部研究科 3階)



厚生労働省科学研究費補助金「在宅医の早期参加による在宅
緩和医療推進に関する研究」渡辺班により作成されています
編著:NPO法人「ビュア」藤田敦子、藤澤ひろこ

問合せ:〒273-0853 船橋市金杉7-40-3 NPO法人「ビュア」
TEL070-5554-3734 FAX047-448-7689
URL <http://www.apo-pure.npo-jp.net/>

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
渡辺 敏	緩和医療センター・在宅緩和ケアの推進	竜崇正	がん診療ハンドブック	永井書店	東京	2008	70-71
鈴木喜代子	家族にだからできること	大岩孝司	家族にだからできること	さくさべ坂通り診療所	千葉県	2008	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
大岩孝司	がんの在宅終末期ケアー自律支援の視点からー	癌と化学療法	35	94-96	2008
木下寛也	緩和医療と家族ケア・家族の症状理解を促すアプローチ	緩和医療学	10(4)	366-369	2008
星野奈月, 木下寛也	がんのチーム医療 抗がん治療中からの緩和ケア医の参加	隔月刊腫瘍内科	2(4)	314-321	2008
木下寛也	座談会 がん患者の在宅医療を考えるー現状と問題点の解決ー	Pharma Medica	26(11)	153-162	2008
藤田敦子	揺れる患者・家族は何を求めているのか	月刊ケアマネジメント	10(4)	26-28	2008
藤田敦子	在宅緩和ケア推進への心理的・社会的サポート	ホスピスケアと在宅ケア	16(2)	173	2008
藤田敦子	緩和医療における家族ケアー家族の立場からー	緩和医療学	10(4)38	56-61	2008
藤田敦子	「おかえり」の父のことば	緩和ケア在宅ねっと	5	15	2008
藤田敦子	コミュニティでホスピスケアを実現したい!	コミュニティケア	10(11)19	64-67	2008