

2008-24003B

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

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

平成18年度～20年度 総合研究報告書

研究代表者 渡辺 敏

平成21(2009)年 4月

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

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

平成18年度～20年度 総合研究報告書

研究代表者 渡辺 敏

平成21(2009)年 4月

## 目 次

### I. 総合研究報告書

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 -----3

渡辺 敏

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----13

# 総合研究報告書

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

研究代表者 渡辺 敏 千葉県がんセンター緩和医療科部長

研究要旨

緩和医療期においては入院ケアよりもすぐれていると言われている在宅ケアをより標準化、普遍化する必要がある、良質な在宅緩和ケアシステムを構築することを目的とした研究が遂行された。3年間の本研究から、（1）がん治療を行う施設側の改革の必要性、（2）在宅医による緩和医療遂行の容易性、（3）患者・家族を含めた一般住民側の理解、の三点の問題点が抽出され、またそれらの解決に向けての研究が平行して進められた。がん治療施設側については、早期からの緩和医療の提供体制の整備、連携システムの良質化が推進された。在宅医側については、在宅医による自助的教育研修態勢の整備が進められた。一般住民側に対しては、市民団体・健康福祉センター（保健所）などによる在宅緩和医療の優位性に関する広報活動が推進された。

研究者・所属・職名

（1）研究代表者

渡辺 敏 千葉県がんセンター緩和医療科部長  
施設内研究協力者：木村由美子（在宅支援センター看護師）、金井のり子（緩和医療センター師長）、山岸聡子（サポーターケアセンター師長）  
坂下美彦（サポーターケアセンター医師）

（2）分担研究者

大岩孝司 さくさべ坂通り診療所所長  
施設内研究協力者：鈴木喜代子  
沖田伸也 あしたばクリニック勤務医  
木下寛也  
国立がんセンター東病院緩和ケア病棟医長  
渡邊義郎 千葉県市川健康福祉センター  
児玉賀洋子 同（いずれもセンター長）  
（H18,19年度：渡邊、H20年度：児玉）  
施設内研究協力者：田中由香、神林綾子  
奈良林至 埼玉医科大学国際医療センター  
緩和医療科教授  
柴田岳三 日鋼記念病院 緩和ケア科科長  
木村秀幸 岡山済生会総合病院 副院長  
大木信子 国保匠瑤市民病院 看護部長  
河野秀一 渋谷区医師会ひがし健康プラザ  
介護支援専門員  
藤田敦子 NPO 法人代表  
（千葉・在宅ケア市民ネットワークビューア）  
和田岳志 あおぞら診療所（H18年度のみ）

そのテーマに謳われているように、「在宅緩和医療の推進」、およびその医療への「在宅医の早期参加」の2点がキーワードとなっている。本研究の目的とするところは、良質な在宅緩和ケアシステムを構築すること、そしてそのシステムの補完に、在宅医の早期からの参加、であり、これらを総合的に組み込み、研究を遂行した。

B. 研究方法

研究遂行のための分担研究者として、がん治療施設側医師、在宅緩和医療実践医師、緩和医療を専門的に遂行してきた緩和ケア病棟医師、行政側医師（健康福祉センター・保健所）、在宅医療に関わるメディカル部門（訪問看護・介護支援）、一般市民側関係者、らで構成した。それぞれの立場から、より良質な在宅緩和医療の推進に関して研究が遂行された。

C. 研究結果

＜がん治療施設側の改革＞

本研究の進行に伴い、千葉県がんセンターを以下のように改変した。本研究開始当初、がん治療遂行途上の事例に対する緩和医療の供給体制が未熟であったため、それらの患者に対する緩和医療科外来を機構化し、従来の入院事例に対する緩和ケア支援チーム活動に加え、外来通院治療例に対する併診システムを推進した。

病院からの緩和医療期患者のスムーズな在宅移行のシステム構築（主任：渡辺）については、施設側に在宅支援のための専属ナースを配置し、緩和ケア病棟からだけではなく、一般病棟から在宅

A. 研究目的

緩和医療期においては入院ケアよりもすぐれていると言われている在宅ケアの向上、およびその標準化、普遍化の意味は重要である。本研究は

への移行の推進が具体化された。

千葉県がんセンターの在宅支援部門、および緩和ケア病棟の運営状況（および変遷）は以下のとおりである。

【在宅支援センターの活動状況・木村由美子】

＜連携状況(2006.11.1～2009.2.28)＞

連携総数：856名

連携した医療機関：75施設

連携した訪問看護ステーション：97施設

＜転帰/2009.2.28現在＞

非退院：31名（すべて入院死）

他施設転院：60名

在宅移行：765名、以下はその後の経過。

在宅療養継続中：204名

緩和ケア病棟入院後死亡：198名

がん治療病棟再入院後死亡：66名

他施設入院死亡：36名

在宅死：261名

【緩和ケア病棟運営に関して】

前年度の結果をさらに促進したかたちの内容であるが、在宅支援センターの始動（H18年11月から）、緩和ケア病棟のバックアップベッド化により、本病棟への入院に至る状況に変化がみられ、転院・転院例の減少、外来からの入院例の増加（表1）となった。その外来からの入院に関して、在宅訪問診療態勢経路が増加していた（表2）。

(表1)	入棟例	うち外来から (%)
H19年	309例	152例 (49.2%)
H20年	339例	196例 (57.8%)

表(2)	外来から入棟	既連携数 (%)
H19年前期	65例	7例 (10.8%)
後期	87例	29例 (33.3%)
H20年前期	101例	41例 (40.6%)
後期	95例	50例 (52.6%)

また従来からの方針でもあるが、緩和ケア病棟入院後在宅移行の症例も以下（表3）のように増加傾向を認めている。

(表3)	緩和ケア病棟初回入院後退院症例数	訪問診療連携症例数 (%)
H19年	45例	23例 (51.1%)
H20年	42例	33例 (78.6%)

そして在宅死となる症例も増加傾向にある（表4）。

(表4)	入院実症例数	在宅死 (率)
H18年	309名	11名 (3.6%)
H19年	308名	29名 (9.4%)
H20年	340名	34名 (10.0%)

（表の1,3,4は各年の1月1日から12月31日）

昨年度（2007年度）のホスピス緩和ケア病棟の運営状況について、千葉県がんセンター（25床）と全国（2008年7月・年次大会資料より、全182施設、3,566床）の平均的な部分の数値を比較したものを表示する（表5、本数値のみ年度別）。

(表5)	死亡退院率	平均在院日数	1ベッドあたり年間患者数
当施設	70.3%	17.1日	15.7人
全国平均	86.5%	42.0日	7.2人

（全国分は日本ホスピス・緩和ケア協会資料より）

表(5)に示すように、前年度と同様、以下の点で差異が認められまたそれが促進されたかたちとなった。死亡退院率が低いこと、平均在院日数が短いことで、1ベッドあたり、倍以上の患者を受け入れていることになる。

緊急時には適切に症状緩和が行われる必要があるが、その受け入れ先を、緩和医療・ケアに精通している緩和ケア病棟とすることで現状において病棟運営上の瑕疵は生じてはいない。

＜在宅医側の整備について＞

在宅移行後の受け入れる側の在宅医の整備については、在宅完結を重視するモデル（分担：大岩）、また必要時施設入院のモデル（分担：沖田）との二つの療養形態を平行させて推進した。必要時施設入院の場合のバックアップ病床体制の整備も重要であり、緩和医療担当医のいる緩和ケア病棟がその一翼を担える体制（前述）が、具体化した。

また、在宅医をはじめとする在宅医療関係者への教育研修システムについては、渡辺・大岩・沖田（代表・分担）らにより千葉県在宅医懇話会が組織化され、活動が開始され、現在へ継続されている。その活動内容として、メイリングリストによる相談受付、専門医（スーパーバイザー）へのアドバイス伺い、多診療科在宅医による在宅併診、などの体制が整備された。

以上の活動を通し、在宅緩和医療を享受する事例が増加しつつある。大岩（分担研究）は以下のように結論した。

【H20年度研究要旨・大岩】 千葉県在宅医懇話会の基本的な活動は、昨年報告した。今回は地域連携の視点から本懇話会が果たした役割を検討し、今後の連携モデルの試案を提示した。

過去3年間の活動をがん診療拠点病院との連携という視点で検討した。拠点病院と連携した在宅医療機関を連携患者数によって、A群（25人以上/年）、B群（10～24人/年）、C群（9人以下）に

分け検討した。全体としては、連携患者数は、496人、在宅死数242人、全死亡数415人、在宅死率58%であった。各群の在宅死率は、A群69%、B群21%、C群61%であった。A群・B群・C群の連携患者数、在宅死率の動向は、①連携患者数が増えることで在宅死率が増加した在宅医療機関、②連携患者数が増えても在宅死率が変わらない在宅医療機関、③連携患者数が増えることで在宅死率が減少した在宅医療機関、④かかりつけ医として、年間1~2人の患者を診て看取った、に分類できた。連携について特別プログラムを策定したわけではないが、現時点では考えていた以上の成果が得られた。

それぞれの地域で在宅緩和ケアの広がりを目指す必要があり、今後の課題は、拠点病院はもとより、がん診療連携拠点病院、地域中核病院との連携患者数の増加と在宅死率の向上を図る事である。そのためには、B群で在宅死率が低かったこと、また連携患者数が増加することで在宅死率が下がる医療機関があり、その理由を明らかにし、医療機関・ケアチームのスキルアップ、在宅死率向上を図ることが必要である。

在宅緩和ケアのゴールが穏やかな自宅での看取りであるとしたときに、在宅緩和ケアの現場、つまり、がん終末期の患者の受け入れをする側の質的・量的な整備が必須である。このような視点に立って、診々連携・地域緩和ケア支援センター等、在宅緩和ケアの現場の整備を目指した地域連携イメージ図を作成した。特に診々連携については、質の高いケアを提供できる在宅支援診療所（仮称がん在宅支援診療所）、地域ケアチームの創設およびその概念確立の必要性を強調したい。】

関連して、沖田（分担研究）は、在宅での看取りに重要な部分として、以下を指摘した。

【H20年度研究・要旨の一部抜粋・沖田、在宅で看取ることができた症例では、訪問看護師が毎日の生活を支えるために重要な役割を演じていた。在宅緩和ケアの向上には、訪問看護師の充足化が欠かせないものと考えられた。】

加えて、在宅緩和医療の推進には、早期からの訪問看護師など他職種の連携の重要性を指摘している。訪問看護師の充足については、県主導で休職中の看護師への「学びなおし」事業が進行している。

次に、制度化された「在宅療養支援診療所」システムの調査が木下（分担研究）によって行われ、以下のような結果であった。

【H20年度研究要旨・木下、在宅緩和ケアの中心を担う役割を期待されている在宅療養支援診療所の千葉県における現状の分析を行った。在宅療養支援診療所に関するデータは情報開示請求をすること

で取得可能であった。2年間のデータの分析を行った。二次医療圏ごとの格差、診療所間の在宅医療への取り組みに格差があることが明らかになった。本研究の期間においては在宅療養支援診療所の機能が拡充したとはいえない。】

#### ＜在宅医の早期参加・抗がん剤治療の意味＞

研究開始当初、緩和医療期から終末期においてもなお抗がん剤などが治療への要望を有する事例が一般的であったので、本研究に抗がん剤治療の位置づけに関する部分を研究に組み込んだ。在宅抗がん剤治療の意味については奈良林（分担研究）が以下のようにまとめた。

【H20年度要旨・奈良林、（一部改変）がんの在宅化学療法は、本来外来通院あるいは入院で行われるべき化学療法を在宅で行うものであり、結腸直腸がんに対してのFOLFOX療法やFOLFIRI療法のような抗がん剤を48時間連続投与する治療スケジュールや、経口抗がん剤による治療は含まれてこなかった。しかしながら、最近では前述したように通常の外来受診を続けながら自宅にいる間に抗がん剤投与が続く場合も在宅化学療法と称することがある（本研究では広義の在宅化学療法とする）。安全面を重視するならば、がん薬物療法に精通した医師が病院でチーム医療体制のもとで、一定の全身状態にある患者に対してのみ治療を行うべきであり、がん薬物療法を専門としない医師が医療設備の不十分な患者自宅で、薬物療法を受けるがん患者の看護に慣れていない訪問看護師と共に行う在宅化学療法は決して推奨されないが、実地臨床ではかなり行われているものと推測される。

こうした現状をどう考えるか、少しでも安全に行える対策があるのか、また広義の在宅化学療法を受けている患者を偶然診察する在宅医あるいは開業医はどのような点に注意して診療を行うべきか等について・・・。】

上記指摘にあるように、在宅医への抗がん剤治療の委嘱には危ぶまれる部分がある。在宅医の早期参加には、抗がん剤治療遂行中、もしくは開始時点からの在宅医の介入が必要と判断されるが、治療の委嘱・委譲ではなく病院側治療担当医との併診（治療のフォローアップや合併症対策）のかたちでの介入が現実的であり、今後は、がん治療に緩和医療が組み込まれた地域連携パスの運用へと進化していくものと考えている。

病院側と地域側との協働性が今後重視されていくことになるであろうが、このことに関連して、大木（分担研究）は抗がん剤治療遂行事例、病院内治療担当医師へのアンケート調査から以下のように考察した。

【H20年度研究・考察・大木 長年の抗がん剤

療法の研究の結果、有効な薬剤による治療方法がかなり積極的に使用されるようになり、抗がん剤療法の適応患者が増えた。入院期間も短く、外来での抗がん剤療法が主流となっている現在、より快適なそしてより安全な治療環境整備が求められている。レジメの選択肢が増えたことで、抗がん剤療法の適応期間が長期化し、がん克服という側面からすると、画期的なことではあるが、一方抗がん剤療法適応者の年齢、家族構成、経済面、いずれをとっても大きな問題を含んでいる。これらの課題をひとつひとつ解決していかなければ、『がん克服』とはいえない。また、レジメの選択肢が多ければ限りなく抗がん剤療法が継続されることが予測されるが、生きることの意味も見出せず、副作用に押しつぶされそうになりながら治療を受け続けることであってはならないと思う。普通に生活していくための治療という視点での介入のあり方を考えていかなければならない。そのためには、導入の際十二分に抗がん剤療法の目的説明、患者自身の生活目標を明示し、抗がん剤療法のゴール設定をあらかじめしておく必要があるのかもしれない。

一般的に『抗がん剤療法の終了の目処』について抗がん療法を実施している医師5名に聞いた中に、効果より苦痛が大きい場合、または有害事象が効果より大きい場合を挙げている。このとき、どのように終了宣告を今後どのような対処をしていくか、じっくり向き合い支える方向付けが重要なポイントだろう。】

#### <在宅緩和医療に関する広報的部分>

患者・家族、および一般市民においては、いまだに病院志向が高く、また、在宅緩和医療の優位性を理解していないということが現状であり、これらを打破するための広報的部分も重要である。現在までに一般市民を対象とした公開講座、その際のアンケート調査を通し、活動してきた藤田(分担研究)は、以下のように結論している。

【H20年度研究報告・藤田。(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してのヒヤリング

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。(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。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。】

以上に記されているように、在宅緩和医療に関する一般市民への相談支援システムはいまだ十分ではないようで、今後は体験者の活用など含め、本システムの充実化が望まれる。千葉県主導で「ピアサポーター」養成講座が具体化した。

#### <その他の研究>

拠点病院構想と緩和医療供給体制に関し、健康福祉センター(保健所)の役割として児玉(分担研究)は以下のように考察した。

【H20年度研究・考察・児玉。拠点病院へのアンケート結果から、各相談支援センターでは、通常の相談業務に加え相談支援センターの業務をこなすという極めて多忙な状況となっていることが明らかになった。相談支援センターの指定を受け、増員はされているが、相談支援センターとして機能するにあたっては、人員不足の状況である。また、病棟・外来の積極的な協力が得られていないことも、円滑な業務遂行の妨げとなっている。更に、管内の各拠点病院は、地域の2次・3次救急病院としての機能も担っているため、常にベッドの確保を念頭に置き、患者の入退院の回転を良くする必要がある。入院中のがん患者や家族が退院後の生活として、「在宅療養」もしくは「転院等による入院治療の継続」のどちらかを選択するには、病棟や相談支援センターの担当者が、ゆっくりと患者・家族に向き合い、疑問や不安を解決しながら方向性を一緒に考える過程が不可欠である。しかし、実際には早急な選択を迫るなど、相談支援センターの担当者としては、現状との板挟みに苦しんでいるということ、情報交換会の開催により把握できた。今後、拠点病院として行うべき



業務の中に、研修会の開催等も含まれていることから、さまざまな機会を活用し、相談支援センター担当者から院内の職員に対し、拠点病院の役割や相談支援センターの業務等を積極的にPRすることが必要である。PRにより、院内の職員の協力が得られるようになることで、ベッドの確保や相談支援センターとその他の部門の職員との連携による相談支援センター担当者の負担軽減等、少しずつ解決できると考えられる。また、情報交換会の場で把握した状況から、行政では、救急医療体制の強化を図ること等によっても間接的に拠点病院の支援ができると実感できたため、このような点についても所管課へ報告すべきと考える。】

在宅緩和ケアの良質化に関して、介護支援部門の河野(分担研究)は、以下のように述べている。

【H20年度研究・要旨・河野 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ー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のケアの提供に繋がるのではないかと分析した。】

介護部門が緩和医療に関わるうえでの不安の解決として、当初は研修の意義を重要ととらえていたが、本研究の進行により、介護における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くこと、そして、医師や看護師、ヘルパーや行政、病院とそれらを共有し、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、と結論した。

また本研究に関連して、国内他地域で緩和医療を専門的に行ってきた柴田(北海道西胆振地区)・木村(岡山市)の両名が分担研究に加わった。それぞれのH20年度の研究の考察部分を付加する。

【柴田 西胆振在宅ホスピス・ネットワーク例会(2007年11月11日)におけるアンケート結果では、昨年度本臨床研究事業で大岩孝司2)分担研究者が研究した1)介護負担の大変さ、2)自宅での疼痛緩和の困難さ、3)急変時の対応の困難さ、に一致しており、さらに4)情報不足や5)ネットワーク機能が十分でない、などの意見が大勢を占めた。我々はこれらの意見を、がん患者が在宅へ移行する際の阻害要因と捉え、これらの要因を克服することによって在宅移行を進めようと考えた。市民や医療者に対する情報提供が焦眉の急であろうとの認識から、WG「広報班」を最初に立ち上げ、その理念、考え方などを記したリーフレットと具体的な対応方法などを記したパンフレットを5,000部ずつ作成した。

市民からの反応は良く、当科外来で「このサービスを受けたいのですが」とパンフレット・リーフレットを持参してくる患者もいた。また当科で支援している患者会メンバーの反応も良く、全市民に知ってもらうために町内会の回覧板につけて回してほしいなどの提案がでた。これについては市役所も非常に協力的で、4000部のコピーが市内を巡回中である。

延長の研究では市民の意識の変化などを調査してみたいと考えている。

WG「介護班」は班内での検討の結果、介護支援専門員ががん患者をほとんどみたこともない、さらには病院の医師からの情報がほとんど得られないなどの問題点が指摘された。これらの問題点を話し合う場として、西胆振在宅ホスピス・ネットワーク・室蘭居宅介護支援事業所専門部会合同研修会を開催した(2008年11月19日)。参加者からの感想は良く、今後は保健所も関与しながら事例検討も含め、西胆振全域を対象として開催することが検討されている。

WG「教育班」は主に医師を対象とした講演会(2009年1月23日)、アンケートなどを準備しているが、今がん診療拠点病院による教育なども導入されることになっていて、流動的な面もある。

WG「地域連携パス班」はクリティカルパスに緩和ケアの考え方を導入する目的とネットワーク機能を促進させるために立ち上げられた。積極的治療を受けている患者に対する在宅緩和ケアと、終末期ではパスが異なるのではとの指摘もあり、未だ最終的な結論はみられていないが、年度内の意見の統一を目指している。】

【木村. 岡山県におけるがんによる年間死亡者は5129人、岡山済生会総合病院における年間死亡者639人中がん死は372人。そのうち緩和ケア病棟で153人、一般病棟で219人が死亡している。緩和ケア病棟からのセゾン退院は34人で、そのうち在宅死は2人、近くの有床診療所への転院が1人であった。また、当院におけるがんの年間入院患者数は3667人であり、院内死亡の割合は10.1%であった。

介護保険の導入に続き、在宅療養支援診療所の指定などにより、在宅ケアへの期待が高まってきている。診療所の医師の対応にも変化の兆しが見られだした。しかし、がん患者の終末期の在宅医療を引き受ける医師はまだ少なく、症状コントロール（特に疼痛コントロール）の普及・習得が大切であることが分かり、一昨年度から、院外への出前セミナーを開始した。昨年度1回行い、今年度も1回行った。今後も地域の中小病院に出前セミナーを継続していくことも大切であると考えている。

一方、院内でのセミナーもH17年より1年に3回行うことを定着させて継続している。疼痛コントロールは病院内ではかなり行き渡ったと考えていた。しかし、オピオイドの使い方には慣れてきたが、まだオピオイドを使っていない人の疼痛コントロールに少し工夫がいることもわかった。そこで、がんの再発などで入院中の患者全てにかかわっていくための方策を検討する必要がある。現在、オピオイドを使用している入院患者には全例かかわってきたので、次は、NSAIDsが投与されている患者にまでかかわりを拡大することを目標としている。

今年度から、緩和ケアリンクナースの制度を正式に発足させ、疼痛以外の症状コントロールの方法を学べるようにした。

発足時に何に取り組みたいかというアンケートをとったところ、症状コントロールについて学びたい希望が11/13であったが、来年度に向けたアンケートでは、個々の症例検討の希望が多くなったので、順次並行して行うことにした。

現在はまだ個々の症例の検討や在宅支援にはなかなか至らないが、相談件数は増えている。在宅ホスピスケアに向けて、当院の緩和ケア病棟が関与し始めて数年経過しているが、地域で訪問診療を引き受けてくれる医師も年々少しずつではあるが

増えてきている。しかし、病院と地域の医師と訪問看護ステーションの間の連携が今一つ十分でないことが上げられた。往診医の不足から、今までのように在宅医療に熱心な地域の医師ばかりでなく、依頼先を拡げた結果、連携がスムーズでないという問題も浮上してきた。そして、家族間の意思の不統一の点でも、以前は二の足を踏む家族がいる場合には在宅ケアをあえて勧めなかったが、最近では背中を押す方向にあることの結果かもしれない。在宅ケアを想定した準備の不足という点では、院内の医師の意識がまだ、在宅緩和ケアに向いていないことを反映している。

今までの緩和ケア病棟は、病院の中で看取りを最大限良くしていこうという方向性であった。しかし、これは、医療者の視点に立ったところが多く、患者・家族の視点に立って構築されてきたとは言いがたい点があることがわかった。患者・家族の視点で見ると、病院は（緩和ケア病棟といえども）家族が居ることを前提にしない点が少ないと思われる。当院の医療相談窓口の中のがん相談のうち、療養場所を含めた在宅療養相談と緩和ケアに関する相談が18.0%あった。医療者（医師や看護師）は自分たちができることを中心にケアを組み立てようとする。しかし、できることだけでなく、そうしてほしいことに焦点を当てたケアが大切であることがわかった。相談支援センターからもフィードバックをもらい、視点を変えてみると課題と解決策が湧き出てくるものと期待している。

そして、がん患者家族に対する支援を拡げる方策として、今後、院内で定期的に家族（と患者）を対象とした症状緩和（特に疼痛緩和）の講座を開き、地域の病院にも定期的に患者・家族を対象とした出前セミナーを行うことの重要性が示唆された】

#### D. 考察

本研究のテーマに示されるキーワードは「在宅緩和医療の推進」、およびそれを補完する「在宅医の早期参加」の2点である。

緩和ケアチームにより一般病棟で緩和医療が供給されるようになり、また施設内在宅支援部門の取組により、一般病棟から在宅移行する症例が増えている。

そしてそれらのバックベッドとして、緩和ケア病棟が在宅支援の姿勢で運営される当センター方式は、木下（分担研究）らの施設においても採用され、さらに診療報酬請求上の改定（緩和ケアを行うとともに在宅支援・・・）もあり、今後は全国的に展開していく方式と推測される。

また抗がん剤治療が外来施行重視に変遷しており、外来がん治療例に対する緩和ケア供給体制は今後より拡大の方向に向かざるを得ない。当センターにおいては上述の改革をさらに進め、現行は緩和ケアチームの活動の場を病棟だけでなく一般外来へも拡大したチーム内の看護師（がん看護認定、緩和ケア認定、在宅支援担当）にトリアージ機能をもたせるように改革している。

以上から、「在宅緩和医療の推進」を企図したがん治療施設としての当センターの改革は順調に推移していると判断される。

受け入れる在宅医側の体制構築については、在宅緩和ケアに関わる各種医療関係者の量的・質的確保が重要な課題である。在宅緩和ケアの優位性を確固とするために、在宅担当者への教育研修システムを拡大させる必要がある。すでに千葉県においては「在宅医懇話会」が機能し、在宅医を中心とした教育研修プログラムが実効化しつつある。一方、在宅療養移行後の在宅担当者の負担軽減のために、急変など高度医療の必要時や介護者の疲弊時などに受け入れる病床の担保も必要であり、緩和ケア病棟のバックベッド化を実行し成果を上げてきた。また在宅医との連携が終末期だけではなくがん治療に在宅医を組み込んだ連携パス構築も今後への課題となった。

## E. 結論

本研究の成果、および今後への展開について。

がん治療施設側としての当センターの改革（早期からの緩和医療科の介入、在宅移行システムの良質化、緊急受け入れ病床の確保など）は順調に進行した。受け入れる千葉市周辺の在宅医側の底辺の拡大については今後のさらなる取り組みが必要であり、がん治療遂行途上からの地域連携パスの導入、および、地域的在宅支援センター構想の具体化を考慮していきたい。さらに拠点病院構想で責務とされる一般市民に対する相談支援機能の強化策として、体験者を導入した在宅緩和ケアの優位性に関する広報的活動も重要と判断される。これらを総合的に包括した地域的システムの構築が今後への目標となる。

## F. 研究発表

### (1) 論文発表

1. 渡辺 敏. がん終末期における自己決定. 五十子敬子編, 医をめぐる自己決定. 東京: イウス出版. 2007: 77-83.
2. 渡辺 敏. 緩和医療センター・在宅緩和ケアの推進. 竜崇正編. がん診療ハンドブック. 東京: 永井書店. 2008: 70-71.
3. 大岩孝司. 在宅で看取る、家族の不安を解消

する支援を. がんを生きるガイド. 日経BP社. 東京. 2006, p174-175

4. 大岩孝司, 鈴木喜代子. よりよい在宅終末期医療を進めるために. Medical Practice. 25:97-102 20008
5. 大岩孝司, がんの在宅終末期ケア—自律支援の視点から—. 癌と化学療法. 35 ( ), 94-96, 2008
6. Shimizu K, Kinoshita H, et al. First panic attack episodes in head and neck cancer patients who have undergone radical neck surgery. J Pain Symptom Manage, 34(6): 575-8, 2007
7. 木下寛也: 緩和医療とコンサルテーション・リエゾン精神医療. 臨床精神医学 36: 737-742, 2007
8. 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
9. 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
10. 木下寛也. 座談会 がん患者の在宅医療を考える—現状と問題点の解決—. Pharma Medica 26(11): 153-162, 2008
11. 奈良林至: 疼痛管理. 別冊・医学のあゆみ 消化器疾患 Ver.3- state of arts I. 消化管(食道・胃・腸). p376-381, 医歯薬出版社, 東京, 2006
12. 奈良林至: VII 代替療法. 福富隆志編著. 再発乳癌診療ハンドブック. pp127-34, 中外医学社, 東京, 2006
13. 奈良林至, 佐々木康綱: 癌治療補助薬. 医薬ジャーナル増刊 42(S-1):424-430, 2006
14. 奈良林至, 佐々木康綱: がん化学療法Q&A. タキサン系抗がん剤の特徴を教えてください. 看護技術 52(8): 82-3, 2006
15. 奈良林至, 佐々木康綱: がん化学療法Q&A. アンソラサイクリン系抗がん剤の特徴を教えてください. 看護技術 52(10): 82-3, 2006
16. Fujita K, Ando Y, Nagashima F, Yamamoto W, Endo H, Kodama K, Araki K, Miya T, Narabayashi M, Sasaki Y: Novel single nucleotide polymorphism of UGT1A9 gene in Japanese. Drug Metab Pharmacokinet 21: 79-81, 2006
17. Fujita K, Ando Y, Nagashima F, Yamamoto W, Endo H, Kodama K, Araki K, Miya T, Narabayashi M, Sasaki Y: Novel single nucleotide polymorphism of UGT1A7 gene in Japanese. Drug Metab Pharmacokinet 21: 75-78, 2006
18. 奈良林至: 緩和的化学療法とは何か. 緩和ケア 17:6-12, 2007
19. 奈良林至: 代替療法. 藤原康弘, 野村和弘編著. 「がん患者看護のキーポイントガイド」vol.8 乳がん. メディカルフレンド社, 東京, 2007
20. Ohnishi H, Narabayashi M, et al.: Detection

and treatment of akathisia in advanced cancer patients during adjuvant analgesic therapy with tricyclic antidepressants: case reports and review of literature. Palliat Support Care 5(4):411-4, 2007

21. Fujita K, Narabayashi M, et al.: Genetic linkage of UGT1A7 and UGT1A9 polymorphisms to UGT1A1\*6 is associated with reduced activity for SN-38 in Japanese patients with cancer. Cancer Chemother Pharmacol 60(4):515-22, 2007

22. 伊東洋, 奈良林至. 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科の取り組み・緩和医療医の立場から. 精神医学 49(9): 951-953, 2007

23. 柴田岳三. 北海道西胆振地区における在宅医療の取り組みー西胆振在宅ホスピス・ネットワークー. ホスピスケアと在宅ケア (Hospice and Home Care) 2006; 14 (3): 220-223

24. 柴田岳三ほか. がん診療連携拠点病院における疑似デイホスピスの試み. ホスピスケアと在宅ケア 16(2): 125, 2008

25. 木村秀幸: 院内緩和ケアチームの現状と問題点. 緩和医療研究会誌, 第14巻(1) 23: 37-52, 2007.1月

26. 木村秀幸: 当院の緩和ケアの現状と課題ーその人らしさを支える安全対策についてー. 緩和医療学, 9:305-307, 2007.

27. 木村秀幸: がんの痛みをやわらげるー緩和ケアと疼痛コントロールーBIOPHILIA SPECIAL「がん」制圧の最前線 5ー症状、原因、治療。そして未来ー。ピオフィリア, 3:30-34, 2007.

28. 大木信子, 他. 継続看護活動における連携のあり方に関する研究. 千葉県看護協会訪問看護委員会, 2005

29. 藤田敦子著「良い在宅ケアの選び方」. 日経メディカル編『がんを生きるガイド』日経B P社, 2006: 162

30. 藤田敦子: 患者(市民)の声の医療行政への反映 NPOと県との協働を通じて. 病院, 医学書院 64(12): 1002-1005, 2005

31. 藤田敦子: 患者・家族への心理的・社会的サポートの充実. 緩和ケア, 青海社 16(3): 232, 2006

32. 藤田敦子: NPOに公共性はあるかー在宅がん緩和ケアフォーラム報告ー. 公共研究 3(1): 262-266, 2006

33. 藤田敦子: 地域コミュニティの場でホスピスケアを. ホスピスケアと在宅ケア 37(14): 143, 2006

34. 藤田敦子ほか: 在宅療養支援のための緩和ケアのあり方. 東京大学医療政策人材養成講座「在宅療養支援のための緩和ケアのあり方」卒業研究(未稿), 2006

35. 藤田敦子ほか: 岩手県北上市在宅緩和ケアシステム. 東京大学医療政策人材養成講座「地域主導型ヘルスケアシステムの成功要因に関する研究」卒業

研究(未稿). 2006

36. 藤田敦子: 患者会NPO法人ピユア「医療用麻薬」の理解不足. 医薬経済 1287: 30-31, 2006

37. 藤田敦子ほか: 学会報告第2回在宅医療推進フォーラム. Home Care MEDICINE Winter2007, メディカルトリビューン 64(7): 60-62, 2007

38. 藤田敦子: 在宅ホスピスケアを可能にするネットワークづくりを目指して. コミュニティケア, 日本看護協会出版会 96: 70-71, 2007

39. 藤田敦子: QOLを重視した医療への変換を. ホスピスケアと在宅ケア: 15(1) 4-10, 2007

40. 藤田敦子: ホスピス市民活動の最前線から. ホスピスケアと在宅ケア: 15(2) 44, 2007

41. 藤田敦子: 届けがん患者たちの声「最期のひとときを自分らしく生き抜くために、在宅ホスピスのすばらしさを伝える」. がんサポート. エビデンス社 11(50):87-89, 2007.11

42. 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

43. 藤田敦子: 「おかえり」の父のことは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

44. 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. 先端医学社 10(4)38:56-61, 2008.10

45. 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

46. 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

47. 藤田敦子「家で最期を」理想と現実 棄てられるがん患者. AERA. 朝日新聞 No. 22: 34, 2007.5

48. 藤田敦子「がんでも最期を自宅で」朝日新聞朝刊 2007. 2. 10

49. 藤田敦子「最期は家でかなう町に がん患者千葉でフォーラム」毎日新聞朝刊 2007. 2. 19

50. 藤田敦子「がんと向き合う 在宅からの報告医者選びを支えて」毎日新聞朝刊 2007. 2. 22

51. 藤田敦子「在宅緩和ケア公開講座を開催」朝日新聞朝刊 2007. 7. 16

52. 藤田敦子「人 ホスピス全国大会を開く藤田敦子さん その人らしさ 奔走へ」朝日新聞朝刊 2007.8.2

53. 藤田敦子「十字路 在宅ケア全国大会大会長に就任」読売新聞朝刊 2008.1.25

54. 藤田敦子「終末期ケアへの理解求めて」千葉日報朝刊 2008.7.13

55. 藤田敦子「生むな終末期がん難民ー拠点病院で緩和ケアを」シルバー新報 2008.7.17

56. 藤田敦子「在宅ケアの情報 患者・家族へ発信」日経新聞朝刊 2008.7.27

(2). 学会発表

1. 渡辺 敏, がん終末期における自己決定. 第12回日本臨床死生学会・シンポジウム. 川越. 2006
2. 渡辺 敏, 緩和ケア病棟でのがん終末期症例に対するミダゾラム持続投与の検討. 第19回日本サイコオンコロジー学会総会・口演. 京都. 2006.
3. 渡辺 敏: がん治療と緩和医療. 平成18年度在宅がん緩和ケア講演会. 2007.2.10. 市川市
4. 渡辺 敏: がん拠点病院としての役割, 連携体制について. 在宅緩和ケアネットワーク運営事業, 連絡調整会議. 2007.3.15. 市原市
5. 渡辺 敏: 在宅医の早期参加に向けて. 第13回在宅ホスピス緩和ケア公開講座. 2007.07.29. 千葉市.
6. 渡辺 敏: がん診療専門施設からの在宅緩和ケア推進の試み. 第69回日本臨床外科学会総会. 2007.12.01. 横浜市.
7. 渡辺 敏: 緩和ケア・緩和医療と在宅緩和ケアへの展開. 第3回県立病院公開セミナー. 2007.12.08. 八千代市.
8. 木村由美子, 渡辺 敏ほか. 千葉県がんセンターと在宅医療機関との連携(その1)-在宅支援センターの取り組みと今後の課題-. 第13回日本緩和医療研究会学術大会. 2008.7.5. 静岡市
9. 坂下美彦, 渡辺 敏ほか. 千葉県がんセンターと在宅医療機関との連携(その2)-在宅後方支援ベッドとしての緩和ケア病棟-. 第13回日本緩和医療研究会学術大会. 2008.7.5. 静岡市
10. 栗原 梢, 渡辺 敏ほか. 終末期患者への心理的サポートの研究〜コラージュ療法活用の試み. 第21回サイコオンコロジー学会総会・東京. 2008..
11. 大岩孝司: 在宅緩和医療・ケアー現状と問題点一. シンポジウム, 緩和ケアについて. 肺癌学会雑誌. 2006;46:454-454.
12. 岡田順子, 大岩孝司ほか: 在宅ホスピスケアにおける予防的グリーフケアの可能性〜遺族インタビューから要因分析の試み〜. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6. 岡山
13. 奥村ひとみ, 大岩孝司ほか: 独居がん患者に対する在宅の継続を可能にするための生活支援. 第12回日本緩和医療学会総会. 2007.6. 岡山
14. 森下絵里, 大岩孝司ほか: アセスメント力の向上に役立つ STAS-J の有効活用. 第8回千葉緩和医療研究会. 2008.2. 千葉
15. 沖田伸也, 権平くみ子: 骨転移, 脳転移, 肝転移をきたした乳癌患者の1例. 千葉県在宅医懇話会第3回研修会. 2008.5. 千葉
16. 木下寛也: 緩和ケアで使う向精神薬・精神科医が知っておきたいオピオイドの使い方. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. JPOS サイコオンコロジー研修会. 2007. 11. 札幌
17. 奈良林至他: 「緩和ケアチームの課題と診療上の問題点」. 第19回日本サイコオンコロジー学会総会. 平成18年6月8〜9日. 京都
18. 奈良林至他: 「当院における乳癌診療の連携体制の構築と今後の課題」. 第14回日本乳癌学会総会. 平成18年7月7〜8日. 金沢
19. 奈良林至他: 大学病院における緩和ケアチームの現状と診療上の問題点. 第12回日本緩和医療学会総会. 平成19年6月22〜23日. 岡山
20. 奈良林至他: 緩和ケアチームにおける精神腫瘍医の重要性. 第20回日本サイコオンコロジー学会総会. 平成19年11月29〜30日. 札幌
21. 奈良林至: 緩和的化学療法(ワークショップ). 第13回日本緩和医療学会総会. 平成20年7月4〜5日. 静岡
22. 柴田 岳三. 北海道西胆振地区における在宅医療の取り組みー西胆振在宅ホスピス・ネットワークー. 平成17年度日本ホスピス在宅ケア研究会. 第13回広島大会
23. 市村智美, 木村秀幸ほか: 在宅ケアへの不安が強かった家族とのかかわりを振り返って. 第7回日本死の臨床研究会・中国四国支部研究会. 平18. 5月. 岡山.
24. 藤井貴美恵, 木村秀幸ほか: ターミナル期にある患者を持つ家族の在宅療養への不安について. 第30回日本死の臨床研究会年次大会. 平18. 11月. 大阪. (死の臨床, 29:196, 2006)
25. 畠尚子, 木村秀幸ほか: 緩和ケアにおける癌患者のオピオイドに対する思い. 第30回日本死の臨床研究会年次大会. 平18. 11月. 大阪. (死の臨床, 29:252, 2006)
26. 畠尚子, 木村秀幸ほか: 「ぜってえ帰る」を皆で支援した事例. 第8回日本死の臨床研究会・中国四国支部研究会. 平19.6月. 香川.
27. 植田洋子, 木村秀幸ほか: がん診療連携拠点病院としてのがん相談の現状と課題. 第31回日本死の臨床研究会年次大会. 平19.11月. 熊本.
28. 大木信子 健康に対する人々の主体的取り組みを支援する. 千葉看護学会 第11回学術集会 シンポジウム. 2005, 9
29. 大木信子 在宅移行時のケアマネージャー業務・訪問看護を通じての現状と課題. 第8回日本在宅医学会. ワークショップ. 千葉. 2006, 2
30. 大木信子 高齢者のケア・マネジメントでは何が問題なのか. 日本プライマリー学会. 東京. 2006, 12
31. 大木信子 地域で取り組む緩和ケア. 高齢社会の地域における実情と課題. 千葉ヘルス財団在宅ケア研修会. パネルディスカッション. 千葉. 2007, 2
32. 大木信子 継続看護活動における連携のあり方に関する研究. 第35回日本看護学会. 徳島. 2004, 11
33. 藤田敦子: 医療情報開示の要望; 患者の立場から. 第25回医療情報学連合大会. パネルディスカッション. 横浜. 2005. 11
34. 藤田敦子: ボランティアからのサポート. 千葉ヘルス財団在宅ケア研修会. パネルディスカッション.

千葉, 2006. 1

35. 藤田敦子: 地域コミュニティの場でホスピスケアを. 第 14 回日本ホスピス・在宅ケア研究会総会. コミュニティ部会, 神戸, 2006. 6

36. 藤田敦子: 人生を支える医療～地域でささえあいつなぐいのち～. 第 2 回在宅医療推進フォーラム. シンポジウム, 東京, 2006.11

37. 藤田敦子: がん対策の推進に関する意見交換会. 厚生労働省. 患者会ヒヤリング, 東京, 2006. 12

38. 藤田敦子: 在宅緩和ケア支援 NPO の活動から. 平成 18 年度在宅がん緩和ケアフォーラム. パネルディスカッション, 千葉, 2007.2

39. 藤田敦子: IT が開く健康社会—どこでも見られるカルテと成人病のメタボくん—. 第一回医療情報のユビキタスシンポジウム. パネルディスカッション, 千葉, 2007. 5

40. 藤田敦子: ホスピス市民活動の最前線から. 第 14 回日本ホスピス・在宅ケア研究会総会. 講演, 岐阜, 2007. 6

41. 藤田敦子: 患者と家族の最期の願い. 東葛生と死を考える会. 講演, 千葉, 2007. 7

42. 藤田敦子: 在宅緩和ケア Q & A. 第 13 回在宅ホスピス緩和ケア公開講座. パネルディスカッション, 千葉, 2007.7

43. 藤田敦子: 議員立法がん対策基本法成立にたずさわって. 市民協働医療シンポジウムⅢ. 講演, 神奈川, 2007.10

44. 藤田敦子: 在宅療養者と家族の支援—患者家族の立場から. 千葉県看護協会. 在宅ホスピスケア研修, 千葉, 2007.11

45. 藤田敦子: がんでも、安心して最後を家で過ごせるまちづくり. 千葉県/NPO ビュー. 平成 19 年度在宅がん緩和ケアフォーラム. 千葉, 2008.2

46. 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

47. 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

48. 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

49. 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

50. 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

51. 藤田敦子: 地域コミュニティでホスピスケアを—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

52. 藤田敦子: 緩和ケアで私たちがができること. 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

53. 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

54. 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

55. 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

#### G. 知的所有権の取得状況

##### 1. 特許取得

なし。

##### 2. 実用新案登録

なし。

##### 3. その他

## II. 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	がん終末期における自己決定	五十子敬子	医をめぐる自己決定	イウス出版	東京	2007	77~83
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
大岩孝司	在宅で看取る、家族の不安を解消する支援を		がんを生きるガイド	日経BP社	東京	2006	174-175
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	2008	
奈良林至	疼痛管理		別冊・医学のあゆみ、消化器疾患	医歯薬出版	東京	2006	376-381
奈良林至	代替療法	福富隆志	再発乳癌診療ハンドブック	中外医学社	東京	2006	127-134
奈良林至	代替療法	藤原康弘 野村和弘	「がん患者看護のキーポイントガイド」	メヂカルフレンド社	東京	2007	
藤田敦子	良い在宅ケアの選び方		がんを生きるガイド	日経BP社	東京	2006	162



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、ほか	よりよい在宅終末期医療を進めるために	Medical Practice	25	97-102	2008
大岩孝司	がんの在宅終末期ケア-自律支援の視点から-	癌と化学療法	35	94-96	2008
Shimizu K, Kinoshita H, et al	First panic attack episodes in head and neck cancer patients who have undergone radical neck surgery.	J Pain Symptom Manage	34(6)	575-8	2007
木下寛也	緩和医療とコンサルテーション・リエゾン精神医療	臨床精神医学	36(7)	737-742	2007
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-現状と問題点の解決-	Pharma Medica	26(11)	153-162	2008
奈良林至ほか	がん治療補助薬	医薬ジャーナル	42(S-1)	424-430	2006
奈良林至ほか	がん化学療法Q&A. タキサン系抗がん剤の特徴を教えてください	看護技術	52(8)	82-83	2006
奈良林至ほか	がん化学療法Q&A. アンソラサイクリン系抗がん剤の特徴を教えてください	看護技術	52(10)	82-83	2006
奈良林至	緩和的化学療法とは何か	緩和ケア	17 巻1号	6-12	2007
Ohnishi H, Narabayashi M, et al.	Detection and treatment of akathisia in advanced cancer patients during adjuvant analgesic therapy with tri-cyclic antidepressants: case reports and review of literature.	Palliat Support Care	Vol.5 no.4	411-4	2007
奈良林至	もっと知りたい化学療法による症状緩和 緩和的化学療法とは何か	緩和ケア	17(1)	6-12	2007
柴田 岳三	北海道西胆振地区における在宅医療の取り組み-西胆振在宅ホスピス・ネットワーク-	ホスピスケアと在宅ケア	14(3)	220-223	2006
柴田岳三、ほか	がん診療連携拠点病院における疑似デイホスピスの試み	ホスピスケアと在宅ケア	16(2)	125	2008
木村秀幸	院内緩和ケアチームの現状と問題点	緩和医療研究会誌	14(1)	37-52	2007
木村秀幸	「がん」制圧の最前線 5-病状, 原因, 治療。そして未来-がんの痛みをやわらげる-緩和ケアと疼痛コントロール	Biophilia	3(4)	30-34	2007

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
木村秀幸	緩和医療の現場から 当院の緩和ケアの現状と課題-その人らしさを支える安全対策について-岡山済生会総合病院緩和ケア病棟	緩和医療学	9(3)	305-307	2007
藤田敦子	患者・家族への心理的・社会的サポートの充実	緩和ケア	16(3)	232	2006
藤田敦子	NPOに公共性はあるか-在宅がん緩和ケアフォーラム報告-	公共研究	3(1)	262-266	2006
藤田敦子	地域コミュニティの場でホスピスケアを	ホスピスケアと在宅ケア	37(14)	143	2006
藤田敦子	患者会NPO法人ピュア「医療用麻薬」の理解不足	医薬経済	1287	30-31	2006
藤田敦子	学会報告第2回在宅医療推進フォーラム	メディカルトリビューン	64(7)	60-62	2007
藤田敦子	C. C. REPORT PEOPLE.	コミュニティケア	96	70-71	2007
藤田敦子	在宅ホスピスケアを可能にするネットワークづくりを目指して	コミュニティケア	96	70-71	2007
藤田敦子	QOLを重視した医療への変換を	ホスピスケアと在宅ケア	15(1)	4-10	2007
藤田敦子	ホスピス市民活動の最前線から	ホスピスケアと在宅ケア	15(2)	44	2007
藤田敦子	届けがん患者たちの声最期のひとときを自分らしく生き抜くために在宅ホスピスのすばらしさを伝える	がんサポート	11(50)	87-89	2007
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-家族の立場から-	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)119	64-67	2008