

のが現状であり、終末期医療に係る社会的合意の醸成は喫緊の課題である。本研究では、これらの医療の普及を阻害する要因を明らかにするとともに、このための患者行動の変容の意義について検討した。

今日、どこでどのような医療が受けられるのか、地域住民に十分明示されているとは言い難い。このため、患者は病院から退院してしまうと、在宅でどのようなケアが受けられるかわからない。いざという時に病院に戻れないのではないかなどの不安を抱えることが少なくない。

QOLは、入院時に患者と家族の希望療養先が在宅で一致している患者で良好であるが、一致していない患者、希望療養先が病院で一致している患者の順で低下する傾向にある。入院時の健康状態がその後の療養先に対する希望に対して影響を及ぼす可能性が示唆される。

在宅療養におけるがん終末期患者のQOLを調査したところ、死亡1ヶ月前から死亡日まで大きな変化は認められなかった。在宅療養では、死を目前にした患者は、身体面、精神面、ビジュアルの面でも比較的安定していることが示唆される。

看取り方針を定めている居住系施設は6割弱であり、死亡に占める看取りの割合も増える傾向にある。施設での看取りのあり方については、施設の方針の有無によらず、利用者や家族の意向を尊重するという回答が多くみられ、施設での看取りが定着しつつあることが窺える。

介護保険制度改正では、特定疾病の見直しにより2号被保険者にがん終末期が加えられ、療養通所介護等の重度者への通所サービスの充実、介護福祉施設や認知症グループホームなどでの看護体制の充実が図られるようになった。これらは、医療機関以外での看取りや療養の普及を促すものである。

また、老人福祉施設の看取りに関する調査結果によると、看取り体制は2002年20.0%（特

別養護老人ホーム）、2004年38.5%（特別養護老人ホーム）、2007年33.6%（認知症グループホーム）、2008年43.0%（グループホーム、小規模作業所）などと着実に整備が進められている。2006年には全国社会福祉協議会から「老人福祉施設における看取りに関する指針」が提示されており、本調査の結果もこれらの動きを反映したものと考えられる。

利用者本人や家族の意向を尊重した看取りを実施するには、利用者や家族への説明が重要となる。施設からの看取りに関する説明状況についてみると、家族の7割が説明を受けたと回答しているのに対し、利用者への説明は約4割にとどまり、そのうち半数が説明を受けたが理解できなかったと回答している。

調査対象となった利用者の約9割に認知障害がみられるが、認知や理解力は主治医の判断で調査協力が可能な水準であり、説明を受けた者の半数が理解できないという結果は、施設側の説明の仕方に課題がある可能性が高い。また、利用者や家族の意向が一致している場合には、一致していない場合に比べて、説明を受けたと答えた割合も高い。本人と家族双方の意向を尊重した看取りを実現するには、家族とともに利用者に対する丁寧な説明が重要と考えられる。

自由記載では、居住系施設での看取りを推進するには、「施設での医療的行為に関する課題の整理」、「主治医・訪問看護師との連携」、「看取りに関する職員研修」の重要性が指摘されている。特に、居住系施設における医療行為のニーズに対応するためには、看護師の確保は喫緊の課題と考えられる。

自宅で最期を迎えることを希望する高齢者は多いが、家族の負担や症状が急変した場合の懸念のほか、現状では実際には在宅での看取りを支える診療所等が少ないことから、在宅療養を選択できずにいることが少なくない。しかし、在宅医療に加え、介護の相談や家族指導などに

も適切に対応してくれる医師を見つけることは容易ではないのが現状である。

在宅医療の中心となるかかりつけの医師が、継続して治療を行っていく中で、再入院等の時も含め、医療機関や看護・介護サービス機関等との連携を図るなど、中心的な役割を担う仕組みが構築されている地域では、患者は安心して療養生活を送りやすい。

現行の医療計画（5か年計画）最終年度である2012年を含む2011年～2015年の年間死亡数は133万人に上ると推計されている。死亡数の増加に見合う看取りの体制づくりが急がれる。現在15%程度（全国平均）にとどまる看取り率を25%の水準にまで引き上げる目標を設定し、計画的に整備を進めることが重要と思われる。

E. 結論

本研究は、増大する社会的な需要に応え、利用者の安心・信頼を確保する終末期医療と在宅医療のあり方とその普及・促進のための戦略について政策提言を行うことを目的とした。

すなわち、終末期医療と在宅医療に係る社会の要請の内容の明確化、終末期医療と在宅医療の普及の阻害要因の把握、緩和ケア病棟以外での終末期医療のあり方の検討、がんの終末期医療と在宅医療のあり方の検討、終末期医療と在宅医療推進の意義についての社会経済面からの検討などを行うものである。

このために必要な3種の調査を実施したところ、終末期患者の療養先選択に影響する要因は、HADSのDepression ScoreとPerformance Statusと考えられた。

居住系施設入所者に関する調査では、最期を迎える場所については、利用者も家族も約半数が施設を希望していた。利用者と家族の意向が一致している場合、利用者の希望は施設75.8%、自宅15.2%と施設が多いのに対し、

一致していない場合は、利用者の希望は施設33.8%、自宅54.4%と自宅が多くなる。利用者とともに家族に対する十分な説明が重要と考えられる。

在宅がん患者では死亡の7日～10日前から在宅療養支援診療所の訪問診療や往診が多くなり、夜間の往診回数、往診滞在時間も次第に増す傾向がある。この看取りの過程は、今後の在宅医療の診療報酬上の評価に重要な示唆を与えるものと思われる。

利用者のニーズに応じて、夜間に往診する場合の評価、特に土日祝日の夜間帯の往診に対する診療報酬上の適切な評価が望まれる。独居者については、独居でない場合に比べて、訪問件数、1訪問あたり滞在時間とも多く、指導相談に要する時間の占める割合が高い。独居者の看取りについての新たな評価が必要になっていることが窺える。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Koinuma N: Future perspectives of aging society. Japan-Finland Joint Seminar on Wellbeing in Aging Society Report. 2008.
- 2) 濃沼信夫: 介護予防の評価. 医療経済学・政策学の視点から. 公衆衛生 (印刷中)
- 3) 千葉宏毅、濃沼信夫、伊藤道哉、川島孝一郎: 在宅療養支援診療所の推移と在宅看取りの関係に関する一考察. 東北公衆衛生学会誌. 57:23, 2008.
- 4) 千葉宏毅、濃沼信夫、伊藤道哉、川島孝一郎: 在宅療養支援診療所の経年推移と在宅看取りの地域性に関する一考察. 日本医療・病院管理学会誌. 45. Suppl. :174, 2008.

2. 学会発表

- 1) Koinuma N, Ogata T, Ito M: Economic burden and associated factors with the feeling of burden of cancer patients. Society for Medical Decision Making Europe. Engelberg. 2008. 6.
- 2) 千葉宏毅、濃沼信夫、伊藤道哉、川島孝一郎：在宅療養支援診療所の推移と在宅看取りの関係に関する一考察. 第 57 回東北公衆衛生学会. 青森県. 2008. 7.
- 3) 千葉宏毅、濃沼信夫、伊藤道哉、川島孝一郎：在宅療養支援診療所の経年推移と在宅看取りの地域性に関する一考察. 第 46 回日本医療・病院管理学会学術総会. 静岡県. 2008. 10.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

利用者の視点に立った地域緩和ケアチームの育成に関する研究

研究分担者 蘆野 吉和 十和田市立中央病院 病院長

研究要旨

がん終末期を対象疾患とした在宅医療（在宅ホスピスケア）を普及させる目的で、緩和治療特に疼痛治療に関する一般向けの小冊子を作成し、それを用いた講習会および講演会を全国および十和田市で開催し、在宅医療の現場で活動する医療従事者（主に訪問看護師、薬剤師）および介護従事者（ケアマネージャー）の教育、そして地域住民の啓発を行った。講習会および講演会いずれも参加者は多く、緩和ケアおよび在宅医療に対する関心は高いことがわかった。

A. 研究目的

がんを含めた終末期患者の在宅医療を普及させるためには、地域の医療および福祉介護関係者のみならず地域住民の意識改革とともに、緩和ケアの理念、知識および技能の啓発が必要不可欠である。特に、身近にいて医療支援および介護支援を担当する訪問看護ステーションの看護師、介護支援のマネジメントを担当するケアマネージャーに対する在宅ホスピスケアに関する知識および技能の教育は優先課題である。

そこで、本研究では、在宅医療の利用者の視点に立って在宅医療を支援する訪問看護師およびケアマネージャーに対する教育のための研修会を開催し、さらに、地域住民に対し緩和ケアおよび在宅ホスピスケアを中心とする終末期緩和ケアの啓発の為に講演会を企画し実施した。

B. 研究方法

2007年に作成した緩和治療特になんがん性疼痛治療のための一般住民向けの小冊子「あなたはがんの痛みで苦しんでいませんか」を用い、地域の在宅医療に関わる医療従事者（訪問看護師、薬剤師など）および介護従事者（ケアマネージャーなど）に対する教育セミナーを、また、地域住民に対し

ては「緩和ケアとは」という題名で緩和ケアおよび在宅ホスピスケアについても講演会を企画した。

C. 研究結果

医療従事者および介護従事者向けの研修会は、2008年10月12日第7回十和田緩和ケアセミナー、2008年11月1日（土）2日（日）の2日間の在宅緩和ケア実践セミナー（神戸市）、2009年2月14日（土）15日（日）の2日間に日程で在宅緩和ケア実践セミナー（米子市）が開催された。これらの研修会では主に訪問看護師とケアマネージャーを対象に小冊子を使った症状緩和治療の講義が行なわれた。

地域住民向けの講演会は、10月28日（火）17：30-19：30、11月21日（金）13：30-15：00、11月13日（木）13：30-15：00、2009年1月16日（金）10：00-12：00の4回、公民館や青年会議所などで開催され、「緩和ケアとは」という演題で、緩和ケア、在宅ホスピスケア、そして地域で看取ることの意義についての解説を行った。

D. 考察

在宅医療の中でも進行がんを対象とした在宅医療は、全国的な視野で見ると、まだまだ普及し

ていない。その理由として、多くの理由が挙げられるが、病院における緩和ケアが普及しておらず、在宅医療側に患者が流れていかない事実がある一方で、在宅医療側においても医療支援や介護支援の体制が整備されていない事実もあり、また、約四半世紀にわたり病院で死ぬことが当たり前になった結果として、特にがん終末期においては地域住民が病院以外の場所で看取ってゆくこと、そして看取ってゆくことに大きな不安と抵抗感を抱いている事実がある。

今回取り組んだ課題は、地域における医療従事者と介護従事者への緩和ケア教育と地域住民に対する緩和ケア、看取りを伴う在宅ホスピスケアの啓発である。いずれの講習会あるいは講演会においても参加者は熱心に聴講しており、関心の強さを感じた。特に、十和田市においては、実際に在宅ホスピスケアが実践され、それにかかわっている医療従事者や介護従事者が参加しているため、講習会は在宅ホスピスケア普及のよい企画となっている。また、講演会に高齢者も多く参加し熱心に聴講していた。

十和田市におけるがんの在宅死率はこの1～2年で急上昇しており、2008年は推定ではあるが在宅死亡率2割を超える勢いである。今後、医療従事者であれ、介護従事者であれ、地域住民であれ、実体験を持つ人が増えることが予想されるが、それにあわせ、教育活動や啓発活動を活性化させることの意義は大きいものと思われる。

E. 結論

がん終末期の在宅医療を普及させるためには、利用者の視点に立った医療支援および介護支援の提供体制の構築が必要であるが、そのためには現場で働く医療従事者および介護従事者の緩和ケア教育が早急に必要である。また、地域住民に対しても、緩和ケアの理念、在宅医療の概要、看取りを伴う在宅医療の意義などについての説明が必要不可欠であると思われた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 蘆野吉和：緩和ケアにおける中心静脈栄養、皮下埋込型ポートの有用性を含めて。臨床栄養。113:637-641, 2008.
- 2) 蘆野吉和：ターミナルケア—終末期にある褥瘡患者の栄養ケアのポイント。臨床栄養。112:752-758, 2008.
- 3) 蘆野吉和：癌末期。今日の病態栄養療法（改訂第2版）。渡辺明治、福井富穂 編。南江堂。104-108, 2008.
- 4) 蘆野吉和：看取りを通じた地域づくり。明日の在宅医療 第3巻。中央法規出版（株）。131-151, 2008.
- 5) 蘆野吉和：在宅ホスピスケアにおける地域ネットワークの構築。在宅ガイドブック。田城孝雄 編著。中外医学社。126-131, 2008.
- 6) 蘆野吉和：がんの在宅医療総論。在宅ガイドブック。田城孝雄 編著。中外医学社。178-182, 2008.
- 7) 蘆野吉和：終末期緩和医療 改定第2版。認定病態栄養専門師のための病態栄養ガイドブック。日本病態栄養学会 編。メディカルレビュー社。270-274, 2008.

2. 学会発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

終末期がん患者の在宅支援を目指した地域ネットワークシステムの構築

研究分担者 本家 好文 県立広島病院緩和ケア科 主任部長

研究要旨

わが国では在宅医療の普及が十分とは言えない状況である。在宅医療普及のために必要な課題のひとつとして、療養先に関する適切な情報提供が必要であると考えられる。そこで、療養先の情報提供等がどのように行われているのかの実態を明らかにし、利用者が安心と信頼を確保する在宅医療のあり方とその普及・促進の方策について検討する。また、緩和ケア病棟入院中の患者および家族の身体的苦痛及び精神的負担の変化について検討する。

A. 研究目的

わが国では在宅医療の普及が十分とは言えない状況である。在宅医療普及のために必要な課題のひとつとして、療養先に関する適切な情報提供が必要であると考えられる。

そこで、療養先の情報提供等がどのように行われているのかの実態を明らかにして、利用者が安心と信頼を確保する在宅医療のあり方と、その普及・促進の方策について検討することを目的とする。

B. 研究方法

広島市周辺5ヶ所の緩和ケア病棟に入院している患者及び家族で、入院期間が約1ヶ月以上見込まれる患者及びその家族に対して、入院当初および退院時（あるいは入院後およそ1ヶ月が経過した時期）に今後の希望する療養先を調査する。また、同時期に抱える身体的苦痛についてはEuro-QOL、精神的負担についてはHADS日本語版を用い調査を実施する。（倫理面への配慮）

各施設における審査を経て実施している。連結可能匿名調査であり、個人情報保護に留意した。調査協力は任意であり、協力の如何により不利益を被らないことを説明し、同意が得られた場合に調査を実施した。

C. 研究結果

作成した調査票は、広島市周辺5ヶ所の緩和ケア病棟に、2008年11月1日から12月31日の期間に該当する患者及び家族に配布した。配布数は、安芸市民病院12例、シムラ病院20例、廿日市記念病院4例、広島パークヒル病院2例、県立広島病院3例の計41例である。

D. 考察

在宅医療を推進するためには、在宅ケアを担う医師・訪問看護師・ケアマネージャー・ヘルパー・薬剤師などの人材の育成や、それぞれの地域の状況に応じた関係者による実践的なネットワークシステムの構築が必要である。そうした受け皿となる人材の育成や組織の構築だけでなく、利用者に対して在宅ケアに関する適切な情報提供が重要である。

従来は入院中の患者家族が療養先を考える際には、医療者側が在宅ケアが適当であると判断した段階で、病院の地域連携室などを通じて療養先に関する情報が提供されることが多かった。そのため、情報提供が遅れる傾向にあり、在宅ケアへの移行が困難になることも多かった。こうした点を改善して、今後在宅ケアを推進していくためには、抗がん治療中の早い段階から、在宅ケアに関する情報を提供し

ていく必要がある。現実には抗がん治療を担う病院に勤務する医療者自身が在宅ケアの体験がない場合が多いため、正確な情報提供が困難な状況が続いている。調査を実施するに当たっても、がん治療を目的として入院した段階で患者に対するニーズ調査を実施することは、担当医にとっては、間接的に治療が困難であることを伝えることにもなりかねないこともあり、実施が困難であった。

今回の調査は、緩和ケア病棟に入院している患者家族を対象として実施した。そのため、緩和ケア病棟への入院を希望する患者家族の多くは、事前に在宅も療養先のひとつとして検討した結果として、緩和ケア病棟を選択している場合が多く、緩和ケア病棟に入院した後の療養先として在宅を考える患者は少ないという結果であった。平成 20 年度から実施されている緩和ケア病棟入院基準改訂において、地域との連携、在宅への移行、在宅ケアを推進するための後方支援病床と位置づけられたが、新たな基準が実施されて一年近く経過した現時点では、従来から考えられてきた終末期を過ごす病棟という認識が変化しているとは考えにくかった。

また、緩和ケア病棟入院患者の多くは、入院段階で予測される予後期間が、週単位あるいは日単位と極めて短い患者が多いことから、約一ヶ月程度の入院が期待される患者を対象とした本研究の対象となる患者数が少ない結果となった。

多くの患者家族は、病状だけでなく、療養先に対する不安を抱えていることから、今後療養先についての話し合いを進める前提として、十分な身体的苦痛症状の緩和を行うだけでなく、心理的支援・精神的支援についても配慮することが必要であると考えられる。さらに、がん治療中の医療者が在宅医療に関する知識と実践体験できるような研修の実施も必要であると考えられる。

E. 結論

在宅医療を推進するためには、在宅ケアを担う医師・訪問看護師・ケアマネージャー・ヘルパー・薬剤師などの人材の育成や、それぞれの地域の状況に応じた関係者による実践的なネットワークシステ

ムの構築が必要である。また、多くの患者家族は、病状だけでなく、療養先に対する不安を抱えていることから、今後療養先についての話し合いを進めることを前提として、十分な身体的苦痛症状の緩和を行うだけでなく、心理的支援・精神的支援についても配慮することが必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 本家好文：緩和ケア支援センター設立の経緯と機能。緩和医療学。10(1):87-90, 2008.
- 2) 本家好文：地域緩和ケアネットワークの現状とこれからの課題。緩和ケア推進体制と広島緩和ケア支援センターの取り組み。緩和ケア。18(増刊号):29-32, 2008.
- 3) 本家好文：緩和ケアネットワーク。緩和医療学。10(4):428-429, 2008.
- 4) 本家好文：がん対策専門委員会 緩和ケア推進WG 平成 19 年度報告書 広島県地域保健対策協議会調査研究報告特集号。広島医学。62(12):840-843, 2008.
- 5) 本家好文：地域における緩和ケアネットワーク。緩和ケア。19(増刊号):印刷中, 2009.

2. 学会発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

ICUにおける脳死状態患者の在宅移行に関する研究

研究分担者 川島 孝一郎 仙台往診クリニック 院長

研究要旨

在宅がん末期患者の在宅看取りに至った実際の診療とその診療報酬点数との関わりを分析し、がん在宅医療推進に向けての基礎的データを得た。診療の形態に関わらず、死亡の7日～10日前は定期的な訪問や往診が多くなり、夜間の往診回数、往診にかかる時間も徐々に増す傾向がある。在宅で看取るプロセスについて、医療サービスの提供状況の実体が明らかとなり、看取りの過程と診療報酬との関係は、診療報酬における加算要件等の見直しの根拠となる。

A. 研究目的

自宅での看取りはもちろんのこと、広義の居宅であるグループホームに看取りの視点を持つことも重要である。グループホームでの看取りの現状を調査し、その実状の基礎資料を得る。

また、在宅がん末期患者の看取りにおけるその実際の診療と診療報酬との関わりを分析し基礎的資料を得る。

B. 研究方法

①診療・往診を行なう施設より調査協力を頂き、4者に対するアンケート（利用者本人、利用者家族、施設長、主治医）を分析する。

②がん末期患者で在宅において看取った患者に関して、その死亡日より30日間さかのぼり診療記録と算定した診療報酬点数を突き合わせ分析した。

（倫理面への配慮）

個人情報保護法に基づき個人を特定する情報は匿名化を行い、取り扱いについて厳重にした。

C. 研究結果

①クリニックにおける施設（グループホーム）への定期訪問・往診の対象となる利用者は102名おり、11のグループホームに入所している。本調査にあ

り認知症の程度、入所者家族の体制等を含め施設職員と協議した。そのうち4施設より調査協力を得て、計20部の調査票を配布した。4施設合わせ13名分の調査票を回収した。また13名全てにおいて入所者本人、入所者家族、施設長、主治医の調査票をマッチングすることが可能であった。

②がんの在宅看取りにおける定期訪問・往診と診療報酬に関する調査においては、1年間のうち当クリニックが居宅で看取るに至った患者30名を抽出し、死亡30日前から死亡日の間、実際に居宅に赴いて行なった医療と算定した診療報酬点数に関し検討した。

医師・看護師別1回訪問あたりの平均滞在時間は、がん末期の患者の場合、様態変化が次第に悪化するものの急変を伴う場合もある。当クリニックでは在宅末期医療総合診療料での算定が主であるが、患者の様態が変化に応じ往診を行ない患者への医療的フォローや本人・家族への説明に時間が当てられる。定期的な訪問診療を行なう中で患者の身体的・精神的状態や生活の様子を感じ取り、患者家族との話し合いが持たれるため、1回訪問あたりの滞在時間は長くなる場合がある。

医師・看護師別平均滞在時間をみると、死亡直前まで定期的な訪問診療を行っているが平均滞在時

間を見た場合、死亡2日前～死亡当日にかけて往診の滞在時間が増え、特に死亡日当日は往診によるものが多い。また、医師・看護師別平均訪問件数からもわかるように死亡日7日前から平均訪問回数が増加する傾向がみられる。平均滞在時間と同様に死亡当日は往診による看取りが多い。時間帯別でみた際の訪問件数は、死亡日一週間前までは医師・看護師による昼間の定期訪問が大半である。しかし死亡一週間前から夜間帯、深夜帯の訪問件数が発生する。特に死亡当日は深夜から早朝にかけての看取りとなるケースがある。看護師の平日・土日別1回訪問あたり平均滞在時間では、死亡10日前から土日の訪問滞在時間が多くなり平日土日の訪問日が多くなっている傾向がみられる。

患者1人当たりの点数をみた際、在宅末期総合診療料での算定のため、わずかに深夜加算が含まれているものの死亡直前まで日々の点数には変動が少ないことがわかる。

D. 考察

在宅末期医療総合診療料の算定によって計画的で均一な医療提供によりがん末期の症状のコントロールを可能にしている。一方、在宅末期医療総合診療料を算定しない場合においても頻回な往診によって患者の疼痛緩和、症状コントロールを行なうことが可能である。なにより医師が直接患者のもとへ赴くことが重要であるといえる。定期的な訪問診療によって身体情報のみならず患者の心理的な状況も受け止めることができる。

おおむね死亡の7日～10日前において患者の状況は増悪することが多いため、往診の件数も増え、その時間帯は夜間・深夜であることも多い。死亡日の7日～10日前とそれ以前についてより詳細に調査することが必要と考えられる。

E. 結論

診療の形態に関わらず、死亡の7日～10日前は定期的な訪問や往診が多くなり、夜間の往診回数、往診にかかる時間も徐々に増す傾向がある。最後まで生活を支え、その結果として在宅で看取るプロ

セスについて、医療サービスの提供状況の実体が明らかとなった。この看取りの過程と診療報酬との関係は、診療報酬における加算要件等の見直しの根拠となる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 川島孝一郎：生き方を支える歯科医療の未来（後期高齢者のための歯科医療）FOURAM, 日本歯科医師会雑誌, 60(11):1150-1151, 2008.
- 2) 川島孝一郎：在宅人工呼吸療法 1) TPPV A在宅における診療技術/Ⅲ在宅における治療技術在宅医学, 日本在宅医学会編, メディカルレビュー社, 98-105, 2008.
- 3) 川島孝一郎：特集 地域医療連携 実践ガイドブック, 重症在宅医療を中心にした地域連携, 治療, 90(3)増刊号:1337-1344, 2008.
- 4) 川島孝一郎：こんなになってまで生きることの意味, シリーズ ケア—その思想と実践(全6巻)1巻, ケアという思想, 上野千鶴子, 他, 岩波出版, 211-226, 2008.
- 5) 川島孝一郎：後期高齢者に求められる「真の医療」を論じるためには、医師による十分な「生き方の提示」が重要である, Gpnet, 54(12):29-37, 2008.
- 6) 川島孝一郎：終末期の判断と終末期医療の方針決定, インターナショナルナーシングレビュー, 31(2):21-28, 2008.
- 7) 川島孝一郎：特集 在宅医療から在宅医学へ, 医学教育へのチャレンジャー在宅医学の基本概念, 保健の科学, 50(6):395-399, 2008.
- 8) 川島孝一郎：医師の説明責任と生き方の提示, 精神保健ニコミ誌 CLAIRIERE クレリエール, 424:1, 2008.
- 9) 川島孝一郎：在宅医療における人間理解, 在宅医療の展望, 大島伸一, 他, 中央法規出版, 121-145.
- 10) 川島孝一郎：終末期の決定プロセスのあり方とニューロエシックス, 臨床神経学, 48(11):955-957, 2008.

- 11) 川島孝一郎：医療依存度の高い在宅療養者と家族の暮らしを支える在宅ケアの確立。医療の視点から。神経治療学。25(6):719, 2008.
- 12) 川島孝一郎：治す医療から生き方を支える医療へ。巻頭コラム『プラタナス』、日本医事新報。4419:1, 2009.
- 13) 川島孝一郎：『家での看取り』で求められる病院の役割と連携室担当者の心構え。地域連携network。1(6):95-101, 2009.
- 14) 川島孝一郎：介護員のための重度介護時代の危機管理。GPnet。2:57-63, 2009.

2. 学会発表

- 1) 川島孝一郎：シンポジウム 神経学における倫理。臨床倫理：終末期決定プロセスのガイドライン。第 49 回日本神経学会総会。神奈川県。2008. 5.
- 2) 川島孝一郎：セミナー 超重症児の医療的ケア。在宅療養支援診療所としての重症心身障害児への関わり。第 50 回日本小児神経学会総会 東京都。2008. 5.
- 3) 川島孝一郎：パネルディスカッション。避けては通れぬ在宅医療—今在宅では—。第 26 回日本神経治療学会総会。神奈川県。2008. 6.
- 4) 川島孝一郎：シンポジウム パネリスト。新たな局面を迎えた緩和ケア—住み慣れた家での最後は可能か。第 16 回日本ホスピス・在宅ケア研究会 全国大会。千葉。2008. 7.
- 5) 川島孝一郎：講演 最後まで安心できる暮らしを支える心構え。NPO 在宅ケアを支える診療所・全国ネットワーク。第 14 回全国の集い in 京都。京都府。2008. 9.
- 6) 川島孝一郎：全国 10,000 ヶ所 在宅療養支援診療所実態調査報告。第 4 回在宅医療推進フォーラム。東京都。2008. 11.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

在宅医療の質向上と普及に関する研究

研究分担者 英 裕雄 新宿ヒロクリニック 理事長

研究要旨

在宅医療において今後必要と考えられる自宅以外の居宅での看取りの現状、また在宅がん患者への診療実態とその診療報酬について検討し、在宅医療推進に資する基礎的資料を得た。在宅医療におけるがんの看取りでは死亡日を含め7日～10日が大きな転機といえ、このことは診療報酬基準を見直す際の根拠となりうる。

A. 研究目的

自宅以外の居宅や施設での看取りがどのように行なわれているか、在宅がん死患者への診療がその診療報酬点数にどのように反映しているかを調査し、基礎的資料を得る。

B. 研究方法

当クリニックで訪問診療・往診を行なう施設より調査協力を得て、患者本人、患者家族、施設長、主治医の4者間アンケートを分析する。在宅がん死に関しては当クリニックで看取った在宅がん死患者の診療記録とレセプトを死亡日から30日間さかのぼり照らし合わせ、分析した

（倫理面への配慮）

個人情報保護法に基づき、個人を特定する情報は匿名化した。

C. 研究結果

【調査1】施設における看取りに関する調査では4施設より調査協力を頂き、14組調査票の配布を行なった。そのうち12人の患者より回収を得ることで、患者家族より8部回収可能であった。患者本人と患者家族の調査票を同期させることは回収のうち5組であった。また患者本人と主治医は12組のマッチングデータを得た。

【調査2】1年間で当クリニックが居宅で看取った患者30名に対し、死亡日から死亡30日前まで、実際に居宅に行き行なった医療行為と算定した診療報酬点数を対比させ分析した。

医師・看護師別平均在宅時間からいえることは、医師の往診が1週間前から純増することである。それまでは医師による定期訪問が中心であるが、死亡前日で定期対往診が対一となる。医師・看護師別平均訪問件数も医師の訪問件数は在宅時間と同様に訪問件数が死亡1週間前から増加する。

往診・訪問診療が一日のうちでいつ行なわれているかを見た場合、昼間の訪問が圧倒的に多く比較的安定した様態で生活されていることいえるが、夜間帯（18-24時）の訪問が1週間から10日前に増加し始め、死亡日が近づくにしたがい増している。とくに死亡日は深夜帯（0-6時）であることも見られる。

死亡10日前～死亡日に着目すると、平日の往診、平日の定期訪問、土日祝の往診、土日祝の定期訪問がほぼ同じ割合になっていることがわかる。死亡日に関しては、平日・土日祝に関わらず往診により滞在時間は長いことがわかる。

診療報酬点数を見た場合、30人の抽出可能な患者のうち8割は在宅移行後10日間で死亡している。7～10日前より「在宅」の点数が次第に増えている。注射の使用が増えていることがわかるが、疼痛コン

トロールに伴うものである。死亡日において患者 1 人当たり点数が高くなっているのはターミナルケア加算・死亡診断の算定によるものが主である。

このように見た場合、死亡日 7 日前もしくは 10 日前と、それ以前が 1 つの句切りであるように思われる。患者の状態は死亡日を含め 7 日～10 日前に集約されるといっても過言ではない。

D. 考察

今回の調査は定期訪問・往診の実体とレセプトとの突合という点で、これまででない基礎データと考えられる。在宅末期医療総合診療料を算定しているか否か、定期訪問なのか往診なのかの違いはあるが、在宅医療におけるがんの看取りでは死亡日を含め 7 日～10 日が大きな転機といえるように思われる。このことは診療報酬基準を見直す際の根拠となりうるものである。

本調査では独居と独居以外による分析が行われたが独居の末期がん患者の症例数が少なかったために目立った傾向は見受けられなかった。

E. 結論

在宅医療におけるがんの看取りでは死亡日を含め 7 日～10 日が大きな転機といえ、このことは診療報酬基準を見直す際の根拠となりうるものである。ターミナルケア加算の要件となる「14 日以内に 2 度の往診もしくは訪問診療を行なう」の 14 日間は見直す必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 英裕雄：都会で行う在宅医療連携。治療。90:1331-1336, 2008.
- 2) 英裕雄：胃ろうについて。(1)「誤嚥=食事止め=胃ろう」という単純な方程式は成り立たない ケアマネジメント。19(1):60-61, 2008.
- 3) 英裕雄：胃ろうについて。(2)胃ろう造設によって元気な生活を取り戻した N さん。ケアマネジメント。19(2):56-57, 2008.

- 4) 英裕雄：胃ろうについて考える。(3)「胃ろうを選択しない」生き方もある。ケアマネジメント。19(3):58-59, 2008.
- 5) 英裕雄：高齢者虐待について。前編 虐待をどう見つけるか。ケアマネジメント。19(4):58-59, 2008.
- 6) 英裕雄：高齢者虐待について。後編 虐待を疑ったらチームで支援を。ケアマネジメント。19(5):56-57, 2008.
- 7) 英裕雄：後期高齢者医療制度可能性に期待も。ケアマネジメント。19(6):56-57, 2008.
- 8) 英裕雄：在宅でのターミナルケア その 1 家族の気持ちの整理を優先し、本人の生活をチームで支援する。ケアマネジメント。19(7):56-57, 2008.

2. 学会発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療推進総合研究事業）
分担研究報告書

在宅医療の普及に関する研究

研究分担者 和田 忠志 あおぞら診療所新松戸 理事長

研究要旨

第一の研究は、居住系サービス事業所における利用者本人を対象としたターミナルステージに至るまでの実態調査（特に臨死期のあり方につき、本人、家族、ケアワーカー、医師へのアンケート）を実施し、その実態を明らかにした。第二の分担研究では、在宅で看取られたがん患者についての死亡日から遡って30日までの在宅医療の実態をみた。

A. 研究目的

施設における在宅医療および看取りの実態を明らかにするために『利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療のあり方とその普及に関する調査』を研究班として企画した。この研究は二つの分担研究から構成される。

第一の研究は、これまでほとんどおこなわれていない居住系サービス事業所における利用者本人を対象としたターミナルステージに至るまでの実態調査（特に臨死期のあり方につき、本人、家族、ケアワーカー、医師へのアンケート）を実施し、その実態を明らかにすることを目的とした。

第二の分担研究は、在宅療養支援診療所の診療実態と医療費に関する研究である。この研究は、在宅で看取られたがん患者についての、死亡日から遡って30日までの在宅医療の実態、医療費の変化をみることで、在宅医療が死亡に近づくにつれてどのように変化するかを検討し、がん在宅医療の適正な評価に資する基礎資料を得ることを目的とした。

B. 研究方法

第一の研究では、分担研究者としては、居住系サービス事業所において在宅医療の主治医あるいは特別養護老人ホーム嘱託医として関わる13名の患者様について調査を実施した。また、患者およびケ

アワーカー、家族への聞き取りに関しても全面的な協力を行った。

第二の分担研究では、平成20年に「医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所新松戸」で在宅医療・在宅緩和ケアを実施し、かつ、経過中の主要な医療内容が在宅医療であり、そして、自宅で死亡されたがん患者様のうち、死亡日が新しい30人の患者様を対象とした。そして、カルテおよびレセプトを後方視的に調査し、死亡日から遡って30日までの診療の実態を明らかにした。

C. 研究結果

第一の分担研究では、13人の回答者は12人が認知症対応型共同生活介護事業所入居者であり、1人が特別養護老人ホーム入居者であった。全員に認知症が見られた。対象者全員が、居住系サービス事業所にいられる限り、また、可能であれば、最期まで、当該事業所内で療養生活を送ることが望ましいと思われた。

第二の研究では30人のがん死亡者について検討を行った。男性は17名、女性は13名であった。平均年齢は69.1歳であった。死亡がん疾患の内訳は大腸癌8名、泌尿器癌6名、肺癌4名、子宮癌4名、胃癌3名、肝臓癌2名、脳腫瘍2名、その他1名であった。訪問看護を受けた患者は26名で、うち訪

間看護ステーションからの訪問看護を受けたものは11名であった。

死亡日の平均診療回数は1.47回であり、医師あるいは看護師の平均滞在時間合計が最も長いのが死亡日で、死亡2日前がそれに次いだ。一方、一回訪問あたりの平均滞在時間をもっとも長いのは死亡2日前であった。

1日あたりの保険点数でみると、死亡日をもっとも点数が高いが、これは、ターミナルケア加算の影響が大きいと考えられた。1日あたりの保険点数は死亡2日前がそれに次いだ。

D. 考察

わが国で、年間10人以上看取りを行う医師は200名程度と推測されており、介護環境があるにも関わらず、在宅医療がないために自宅で最期を迎えることができない人が多いというのが日本の現状である。逆に、平成18(2006)年厚生労働省「国民生活基礎調査」によれば、平成18(2006)年現在、高齢者のいる世帯のうち、「高齢者単独世帯」が22.4%、「夫婦のみの世帯」が29.5%であり、家族介護の環境は崩壊しつつあると考えてよい。この傾向は今後より強くなることは間違いないと思われる。その意味で、居住系サービス事業所で最期の時間を療養することは、極めて現実的な手法であると思われる。本研究は、居住系サービス事業所での最期の時間の療養のあり方に大きな示唆を与えるものであると考えられる。

また、わが国では自宅死亡率は12%であるが、がん患者の自宅死亡率は7%であり、がん患者が自宅で死亡することが困難である状況が明確である。しかし、在宅医療のインフラが整備されると、がん患者が自宅で最期まで過ごしやすくなることも分かっている。例えば、梶原診療所での自宅死亡率はがん患者56%、非がん患者33%(2004年～2005年)、あおぞら診療所(あおぞら診療所上本郷・あおぞら診療所新松戸)ではがん患者66%、非がん患者44%(1999年～2008年8月)である。在宅医療の普及ががん患者の最期までの自宅療養に重要な要件であることが分かる。今回の研究は、がん患者の最期の

時間の在宅療養に大きな示唆を与えるものである。

同時に、がん患者は、介護保険2号被保険者や特別養護老人ホームでの診療において、非がん患者に比べて優遇されている実態がある。しかも、非がんの場合は、緩和ケアのスタンダードが確立しておらず、予後予測も医学的に難しいため、在宅医療の専門家の間では、より困難な非がん在宅医療が制度的に冷遇されていることを疑問視する考え方もある。

基本的に最期まで自宅で過ごす権利は、がんと非がんにかかわらず、対等なはずであり、基本的人権の観点からも、現在の障害に着目せず、病名に着目する制度は、患者の差別を生むという弊害は間違いなくありそうである。

がん、非がんに関わらず、在宅医療を行う場合の終末期の医療費は、病院医療費よりもかなり低めになるが、実際には介護コストや空間コストが本人あるいは家族に転嫁されているので、いちがいに比較することはできない。

E. 結論

居住系サービス入居者では最期にいたる時間をできるかぎり当該施設で過ごすほうがよいと思われた。自宅で療養するがん患者の医療費は病院に比較して安価であるが、介護や空間コストを含めたリアルコストを反映しない。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 和田忠志:教育システムを包括した在宅医療、地域医療連携 実践ガイドブック. 治療. (3) 増刊号:1345-1352, 2008.
- 2) 和田忠志:連載 高齢者虐待にどう対応するか 1. 高齢者虐待とは何か?. 訪問看護と介護. 4:320-323, 2008.
- 3) 和田忠志:高齢者虐待にどう対応するか 2. 高齢者虐待対応の基本. 訪問看護と介護. 5:412-415, 2008.
- 4) 和田忠志:高齢者虐待にどう対応するか 3 家庭内虐待におけるパターン認識. 訪問看護と介護. 6:502-505, 2008.

- 5) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか4 家庭内虐待における具体的なケース対応の手順. 訪問看護と介護. 7:598-601, 2008.
- 6) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか5 家庭内虐待対応における多職種連携. 訪問看護と介護. 8:692-695, 2008.
- 7) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか6 家庭内虐待対応における制度活用などの基礎知識. 訪問看護と介護. 9:772-775. 2008.
- 8) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか7 カンファレンスの活用1. 訪問看護と介護. 10:846-849, 2008.
- 9) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか8 カンファレンスの活用2. 訪問看護と介護. 11:934-937, 2008.
- 10) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか9 被害者と有効な信頼関係を構築する. 訪問看護と介護. 12:1036-1039, 2008.
- 11) 大島伸雄、藤井博之、和田忠志: くせものキーワード事典. 大島伸雄、藤井博之、和田忠志 編著. 医学書院. 2008.
- 12) 和田忠志: こんなときどうする? ホームヘルパーと家族のための医療講座. 和田忠志 編. 医歯薬出版. 2008.
- 13) 和田忠志: 在宅医療とは何か、佐藤智、大島伸一、高久史麿、和田忠志 他 編著. 明日の在宅医療 全7巻中第1巻. 在宅医療の展望. 中央法規出版. 17-40, 2008.
- 14) 和田忠志: 柳原病院を中心とした地域医療の模索、佐藤智、大島伸一、高久史麿、和田忠志 他 編著. 明日の在宅医療 全7巻中第1巻. 在宅医療の展望. 中央法規出版. 211-227, 2008.
- 15) 和田忠志: 在宅医を育てる医学教育. 日本在宅医学会テキスト編集委員会. 在宅医学. メディカルレビュー社. 51-58, 2008.
- 16) 和田忠志: 在宅医療における診断と技術. 日本在宅医学会テキスト編集委員会. 在宅医学. メディカルレビュー社. 59-69, 2008.
2. 学会発表
特になし
- G. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし
 3. その他
なし

緩和ケアにおける地域ネットワークの構築に関する研究

研究分担者 有賀 悦子 国立国際医療センター戸山病院

研究要旨

患者（利用者）が、療養の場を移動し、適正な医療を選択していくとき、施設を超えた連携が在宅医療等の普及に必要であるが、臨床現場では時間的な制約も大きく、効率よくネットワークを構築する必要がある。ポータルサイトが、がん診療に携わる多施設間、多職種間の医療情報の共有化に用いることができるか検討した。既存の研究会に設置されていたポータルサイトについて掲示板機能の強化、情報提供の整備を行い、アクセス数等から観察した。その結果、問題点として、ウィルス対策と煩雑さがあがり、医療情報交換である安全の担保と簡便性をさらに検討を行う必要があることがわかった。

A. 研究目的

患者（利用者）は医療の必要度から、療養の場を移動し、適正な医療を選択していく。施設を超えた連携が在宅医療等の普及には必要であり、そのためには、連携をどのように構築させていくかということが課題である。

臨床現場は時間的制限があるため、効率的なネットワーク作りには直接対面連携方法だけでは困難であることから、ポータルサイト（以下、IT）を用いた地域ネットワーク構築への有用性を検討する。

B. 研究方法

本年度は、緩和ケアネットワークミーティング（東京都新宿・中野・杉並三区からなる二次医療圏の緩和ケアにおける研究会）において、すでに作成されているホームページを、コミュニケーションの場として活用となるよう整備を行うこととした。具体的に、①サイト上の安全確保（医療者会員登録の確認と登録者のリストアップ）、②紹介・逆紹介、症状緩和コンサルテーションを目的とした掲示板機能の整備、③医療者向け、Q&Aの作成、④医療・介護情報収集目的のリンク設定の3項目とした。

評価項目は各サイト閲覧数、登録会員、掲示板利用数とした。分担研究者は緩和ケアネットワークミーティング代表世話人であったが、2008年12月より代表世話人を交替し監査として関わっている。

（倫理面への配慮）

会員ページへの登録者は、緩和ケアネットワークミーティングの参加者である。ポータルサイト上に利用規約、会員規約を明示した。また2008年10月16日第10回研究会開催時に、本研究の目的、方法、倫理的配慮として疫学研究に関する倫理指針および個人情報保護に準拠して遂行することを説明し、研究会参加者全員から同意を得た。

C. 研究結果

1. ポータルサイト (<http://www.pc-network.org/>)
緩和ケアネットワークミーティングの構成
 - (1) 一般サイト
 - 1) 知っていると便利な知識
 - 2) 東京都城西地区緩和ケアに取り組みのある医療機関情報
 - 3) リレーメッセージ
 - 4) リンク集

- 5) 質問箱
- 6) お問い合わせ
- 7) サイト内検索

(2) 会員サイト

- 1) PC ネット研究会
- 2) コラム
- 3) フォーラム
- 4) 緩和ケアに関するコンサルテーション
- 5) 各種マニュアル情報
- 6) 研究会・講習会のご案内

2. 会員登録

会員登録用フォームは、会員登録担当者により、申請者が登録に適切か確認を行い、申請者にパスワードの発行を行うことにより、サイト内で緩和ケアに関する相互支援の安全の確保に努めた。

3. 掲示板機能

相互にやり取りができ、その一覧が参加者に閲覧できるようなページの調整を行った。

4. Q&A

緩和ケアコンサルテーションのページを作成し、前述のフォーラムでのやり取りの内容を代表的なQ&Aとして掲載する準備を行った

5. リンク集

データベースとして、201件のリンクを登録している(2009年1月6日現在)。

6. RSS/ATOMを用いたリンク

有益と判断した医学雑誌やサイトを登録し、自動更新されるよう設定を行った。対応サイト25件、対応記事736件となっている(2009年1月6日現在)。

7. 集計

会員登録数(サイトからの登録と紙媒体による登録)、各サイトページの閲覧数をまとめた。なお、同一日で同じIPアドレスからの閲覧は複数回の閲覧であっても1とカウントした。

8. 問題点

(1) ウィルスメール

整備にあたり2つのメーリングリストを作成した。研究会コアメンバーから6名と外部技術支援担当者とのメンテナンスメーリングリスト、外部からの質問メールが投稿された際、コアメンバー間に配信

され、対策を目的としたインフォメーションメーリングリストである。メーリングリストは有益であったが、会員登録を開始するとほぼ同時期から、ウィルスメールが外部質問メールからメーリングリストへ、また、経路不明に一日複数通が送られてくるようになった。IT上、ウィルス対策を行っていることでウィルスの種類、ウィルスメールアドレスの把握、これらの事前消去は対応できた。しかしながら、会員登録ページ内の安全性が確実ではないことから、本来目的としていた紹介、逆紹介、患者の症状緩和とコンサルテーションなどに現状では用いるべきではないと判断した。現在、メーリングリストの変更、質問メールとの切り離しなどを試みている。ウィルスメールの状況がどのように変化するかをみることによって、今後、患者氏名などの個人情報伏せながらも、医療者間臨床情報交換が安全に行えるか慎重な検討を必要としている。

(2) サイトの煩雑さ

本サイトの最終的な目的は掲示板である。ここに到達するために、会員はID、パスワードを記入して会員ページに入った後、掲示板のボタンをクリックし、さらに、その中の適切な板を選択し、クリックしなければならない。投稿があった際には、自動的に会員のメールに投稿があった旨を告知するメール(お知らせメール)が配信されるよう設定を追加したが、掲示板へのアクセス数の増加へつながらなかった。掲示板は投稿経験のある一部の使い慣れた会員に集中していた。

D. 考察

多忙な医療者間を結ぶ手段として、ITは注目されている。これを地域緩和ケアコンサルテーションシステムや相互支援システムに繋ぐ可能性について今回IT整備を通して試みた。会員限定ではない誰でも見ることができる一般ページのアクセス数は維持された。一方、情報の安全性から会員限定とした登録ページについては、クリック数が多いページへのアクセスは、新規投稿のお知らせメールなどの工夫にも関わらず、増加させることはできなかった。近年ソーシャル・ネットワークキング・サービス

(SNS) が急速に普及し、会員サイト内には掲示板を残しつつ、投稿があると自動的に登録された複数のメールアドレスに投稿本文が直接配信されるサービスが無料で行われるようになった。この配信メールに返信すると自動的にサイト内掲示板にも残り、登録会員全員に自動配信もされる。このような既存の SNS を利用することで、サイト内に入って行く煩雑さは改善すると予想される。ただし、自動配信システムの安全性については、専門家の意見を必要としている。本サイトを作成した当時は SNS が登場した時期であり、研究会の情報発信と情報交換を目的としたことから、ホームページ機能と会員限定掲示板を持ち合わせた独自のサイトを立ち上げた。今回このサイトを整備し、アクセス数や掲示板機能の改善につながるか試みたわけであるが、今後は、医療者が独自に作成、整備するより、急速に普及している既存サイトを利用して行く方が簡便で安価に運用できると思われる。

もう一つの問題であるウィスルの混入については、情報交換に IT を利用する場合はどのような対策をもって完全に防御することはできないことを念頭に、医療者間で情報提示に際しルールを持つべきであろう。例えば、氏名は用いない、ID はパスワードとする、病名の記号化等、情報が仮に露出しても個人が特定されない表現の工夫である。

医療者間情報交換システムにおけるキーワードは「簡単で安全」である。今後は、今年度の整備の結果を踏まえて、IT 上の問題点の整理をさらに進め、現行のサイトを継続的に使用していくか、一般向けの情報提供のホームページ機能と会員限定の掲示板機能を切り離し使用していくか、IT 専門家の意見を踏まえ検討していく。

E. 結論

ポータルサイトが、がん診療に携わる多施設間、多職種間の医療情報の共有化に用いることができるか検討し、既存の研究会に設置されていたポータルサイトを、今回掲示板機能の強化、情報提供の整備を行い、アクセス数等から観察した。その結果、

問題点としてウィルス対策と煩雑さがあがり、医療情報交換である安全の担保と簡便性をさらに検討を行う必要がある。今後は医療者が独自に作成、整備するよりも、急速に普及している既存サイトを利用して行く方が簡便で安価に運用できると考える。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 有賀悦子：オキシコドン、オピオイド・ローテーションの基礎と臨床。ペインクリニック。29(7)：877-888, 2008.
- 2) 有賀悦子：がん性疼痛。病気と薬パーフェクトBOOK 2008。薬局(増刊号):59(4):1544-1550, 2008.

2. 学会発表

- 1) 有賀悦子：在宅緩和ケアネットワークにおけるチームアプローチ。パネルディスカッション。第4回がんチーム医療研究会。東京。2008. 11.
- 2) 有賀悦子：緩和医療と癌治療。シンポジウム。第2回日本緩和医療薬学会年会。横浜。2008. 10.
- 3) 有賀悦子：臨床例からみるがん疼痛緩和。特別講演。第2回信州大学医学部附属病院薬剤部公開セミナー。第5回中信薬剤師緩和ケア勉強会。松本。2008. 9.
- 4) 有賀悦子：骨がん性疼痛におけるオピオイドの役割-基礎と臨床の最前線から-。ランチョンセミナー。日本ペインクリニック学会 第42回大会。福岡。2008. 7.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

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
蘆野吉和	癌末期	渡辺明治 福井富穂 編	今日の病態栄 養療法（改訂 第2版）	南江堂	東京	2008	104-108
蘆野吉和	看取りを通じ た地域づくり	鈴木荘一	明日の在宅医 療 第3巻	中央法 規出版 （株）	東京	2008	131-151
蘆野吉和	在宅ホスピス ケアにおける 地域ネットワ ークの構築	田城孝雄 編著	在宅ガイドブ ック	中外医 学社	東京	2008	126-131
蘆野吉和	がんの在宅医 療総論	田城孝雄 編著	在宅ガイドブ ック	中外医 学社	東京	2008	178-182
蘆野吉和	終末期緩和医 療	日本病態 栄養学会 編	改定第2版認 定 病態栄養 専門師のため の病態栄養ガ イドブック	メディ カルレ ビュー 社	東京	2008	270-274
川島孝一郎	在宅人工呼吸 療法 Ⅰ) TPPV A 在宅における 診療技術 / Ⅲ 在宅における 治療技術	日本在宅 医学会編	在宅医学	メディ カルレ ビュー 社	東京	2008	98-105
川島孝一郎	こんなになっ てまで生きる ことの意味	上野千鶴 子 他	シリーズ ケ アーその思想 と実践（全 6 巻）1巻 ケア という思想	岩波出 版	東京	2008	211-226
川島孝一郎	在宅医療にお ける人間理解	大島伸一 他	在宅医療の展 望	中央法 規出版	東京	2008	121-145
大島伸雄、 藤井博之、	くせものキー ワード事典	大島伸雄 藤井博之	くせものキー ワード事典	医学書 院	東京	2008	