

2008 35003 B

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

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研究

平成 18 年度～20 年度 総合研究報告書

主任研究者 濃 沼 信 夫

平成 21 (2009) 年 3 月

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

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研究

平成 18 年度～20 年度 総合研究報告書

主任研究者 濃 沼 信 夫

平成 21 (2009) 年 3 月

目 次

I	総合研究報告	
	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研究	
	濃沼信夫.....	1
II	研究成果の刊行に関する一覧表.....	15
III	研究成果の刊行物・別刷.....	25
	資料.....	97

I. 総合研究報告書

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研究

研究代表者 濃沼 信夫 東北大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨

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。

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。また、在宅療養におけるがん終末期患者の QOL は、病状の進行に伴って活動状況が著しく悪化していたが、死亡前に大きな変化はなかった。

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 7～10 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。独居者は、訪問件数、1 訪問あたり滞在時間も長く、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。

終末期における入院療養と在宅療養のがん看取り医療費は、2012 年に 4586 億円となると推計される。一方、在宅死を 10%に増やすと 172 億円が節約され、15%にまで増やすと 345 億円が節約され、24.5%に増やすと 896 億円が節約されると試算される。

研究分担者：

濃沼 信夫	東北大学大学院医学系研究科 教授	本家 好文	県立広島病院 緩和ケア科 主任部長
蘆野 吉和	十和田市立中央病院 病院長	英 裕雄	新宿ヒロクリニック 理事長
川島 孝一郎	仙台往診クリニック 院長	和田 忠志	あおぞら診療所新松戸 理事長

有賀 悦子	国立病院機構 国際医療センター 戸山病院 医師
田村 里子	東札幌病院 MSW 課 課長
牧本 敦	国立がんセンター中央病院 小児科 医長
稲葉 一人	科学技術文明研究所 特別研究員
小野 充一	早稲田大学 人間科学学術院 教授
中島 孝	独立行政法人国立病院機構 新潟病院 副院長
伊藤 道哉	東北大学大学院医学系研究科 講師

A. 研究目的

本研究は、人口高齢化に伴う需要の増大と社会から求められる患者中心の医療の実践に向け、利用者の意向に沿う終末期医療と在宅医療のあり方とその普及・促進の方策に関する政策提言を行うことを目的とする。

具体的には、以下の事項を目的とする。

1) 終末期在宅医療の普及を促す要因：居住系施設の療養における情報提供の状況、病院入院中の終末期患者の療養先選択に影響する要因、終末期在宅医療の普及の妨げとなっている要因などを明らかにし、終末期在宅医療の普及を促す具体策を検討する。

2) 在宅療養におけるがん終末期患者のQOL：在宅療養におけるがん終末期患者のQOLを調査し、終末期医療と在宅医療に係る利用者の状況を把握し、利用者の視点に立った終末期在宅療養のあり方を検討する。

3) 終末期医療と在宅医療の医療経済：終末期患者の病院入院、在宅療養支援診療所の訪問診療・往診について医療費の実態を明らかにしわが国の終末期医療、在宅医療の普及・推進の方策を医療経済の観点から検討する。

B. 研究方法

1. 終末期在宅医療の普及を促す要因：全国25施設に入院中の進行がん患者とその患者の身の回りの世話をしている主たる介護者（家族）に対し、希望する退院後の療養先、実際の療養先、患者や家族のQOL（EQ-5D、HADS）などのアンケート調査を実施した。入院時における患者と家族との間の希望療養先の一致・不一致別に比較するとともに、実際の療養先と入院時の希望療養先の一致・不一致別に比較検討した。

2. 在宅療養におけるがん終末期患者のQOL：在宅療養支援診療所（2,142カ所を抽出）の医師より往診を受けている終末期がん患者を対象とし、属性、療養環境、QOL（FACIT-Sp）等について、2週間ごとの自計調査を行った。死亡例について、死亡前の2週間前、4週間前に遡りQOLの変化を検討した。

3. 終末期医療と在宅医療の医療経済：積極的に看取りを行っている在宅療養支援診療所3施設のがん末期患者で、在宅で看取った者に関し、その死亡日より最大30日間さかのぼり、診療諸記録とレセプトから、訪問診療・往診の内容と医療費の実態を明らかにする。そして、わが国の終末期医療、在宅医療の普及・推進の方策を医療経済の観点から検討する。

（倫理的配慮）

本調査研究は、東北大学医学部・医学系研究科倫理委員会の承認をえて実施した。

C. 結果

1. 終末期在宅医療の普及を促す要因

入院時点で在宅療養を希望する患者（入院時在宅希望患者）44名、病院を希望する患者（入院時病院希望患者）36名、入院時点で在宅療養を希望する家族（入院時在宅希望家族）19名、病院を希望する家族（入院時病院希望家族）

85名から回答が得られた。

入院時在宅希望患者は、入院時病院希望患者と比べ、EQ-5D 効用値が高く、抑うつ確診割合と、不安確診割合が低く、がんと診断されてから月日が浅く、Performance Status (PS) が良好な傾向にある。また、入院時在宅希望家族は、入院時病院希望家族と比べ、EQ-5D 効用値が高く、不安確診割合が低い傾向にある。

入院時における患者と家族との間の希望療養先の一致・不一致別でみると、希望先が在宅で一致していた患者（希望先在宅一致患者）11名、病院で一致していた患者（希望先病院一致患者）28名、一致していない患者（希望先不一致患者）28名である。

希望先在宅一致患者は、認知症をもつ割合が高いものの、がんと診断されてからは日が浅く、EQ-5D 効用値も比較的良好的傾向にある。希望先病院一致患者は、EQ-5D 効用値が低く、抑うつ確診割合、不安確診割合が高く、がんと診断されてから日が経っており、PS も不良な傾向にある。一方、希望先不一致患者は、多くの項目で、希望先在宅一致患者と希望先病院一致患者との中間的な値となっている。

療養先の選択を希望別にみると、入院時に病院を希望し、実際に病院で療養することになった退院患者（入院病院/退院病院患者）は2名、入院時に在宅を希望し、実際に在宅で療養することになった退院患者（入院在宅/退院在宅患者）は25名である。また、入院時に病院を希望し、実際に在宅で療養することになった退院患者（入院病院/退院在宅患者）は3名、入院時に在宅を希望し、実際に病院で療養することになった退院患者（入院在宅/退院病院患者）は2名である。

退院時に療養先を在宅に選択した入院在宅/退院在宅患者、入院病院/退院在宅患者はEQ-5D 効用値が高く、それ以外では低い傾向にある。療養先の説明の有無と今後の療養先との

関連については、一定の傾向は認められない。

居住系施設における医療のあり方と看取りに関する調査では、居住系施設に訪問診療・往診している在宅療養支援診療所の医師 39名（88.6%）より、居住系施設の利用者 370名分（58.8%）の回答が得られた。訪問診療・往診を受けている居住系施設の利用者本人からは 356名（56.6%）、家族からは 344名（54.7%）の回答が得られた。

利用者本人の平均年齢は 84.5歳であり、女性が 76.0%を占め、主傷病名は認知症が 50.0%、脳血管障害が 18.2%、心疾患が 9.2%、悪性新生物が 5.2%である。要介護度では、要支援が 1.9%、要介護 1 が 13.1%、要介護 2 が 28.1%、要介護 3 が 22.7%、要介護 4 が 22.0%、要介護 5 が 12.1%であり、利用者の 90.2%に認知障害がみられる。

最期を迎える場所の希望について、利用者本人と家族の意見が一致の場合と不一致の場合で比較すると、「家族にすすめられた」は一致の場合が 26.3%であるのに対し、不一致の場合は 41.7%と高い。「ここで最期を迎えたい」は一致の場合は 13.2%にあるのに対し、不一致の場合は 4.5%と低い。この傾向は、利用者本人と家族と医師（3者間）の意見の一致・不一致の比較においても認められる。

治療や療養に関する施設側からの説明状況を見ると、医療サービスに関する説明では、利用者本人の回答は、「十分な説明を受けた」39.2%、「説明を受けたが理解できなかった」28.0%、「説明はなかった」7.6%である。家族の回答は「十分な説明を受けた」90.6%、「説明はなかった」が 1.6%である。

費用に関する説明では、利用者本人の回答は各 30.9%、20.1%、18.5%である。同じく、家族の回答は各 86.5%、5.7%である。急変時の対応に関する説明では、利用者本人の回答は各 36.0%、24.5%、11.5%である。家族の回

答は各 85.8%、3.8%である。また、看取りに関する説明では、利用者本人の回答は各 23.2%、20.6%、26.1%である。家族の回答は各 67.0%、16.3%である。

最期を迎える場所についての意見が一致する群と不一致の群別に説明の状況をみると、医療サービス、費用、急変時の対応に関する説明では、両群に差はみられない。一方、看取りに関する説明では、利用者本人の「十分な説明を受けた」との回答が一致群では 22.0%、不一致群では 18.4%である。また、利用者本人と家族と医師の意見の一致・不一致の比較では、利用者本人の「十分な説明を受けた」との回答は一致群 (23.3%) が不一致群 (18.3%) より有意に高い。

最期を迎える場所の希望について、利用者本人の回答は、施設 48.8%、自宅 34.2%、医療機関 17.1%である。その理由は、「最期まで面倒をみてもらえる」24.5%、「住み慣れたところですごしたい」18.5%、「家族に迷惑をかけたくない」18.3%である。一方、家族の回答は、施設 54.3%、医療機関 27.2%、自宅 18.5%である。その理由は、「家族では介護できない」27.7%、「最期まで面倒をみてもらえる」27.3%、「住み慣れたところですごさせたい」14.8%である。

最期を迎える場所について、利用者本人と家族の意見が一致する場合と一致しない場合を比較すると、一致の場合、利用者本人の希望は施設 56.3%、自宅 31.3%、医療機関 12.5%である。家族の希望は各 55.1%、28.6%、16.3%である。一方、不一致の場合、利用者本人の希望は各 39.6%、50.9%、9.4%であり、家族の希望は各 49.4%、20.3%、30.4%である。

最期を迎える場所として選んだ理由に関し、一致・不一致の比較で大きく異なるのは、「経済的な問題」(利用者本人では一致 9.8%：不一致 0.7%、家族では一致 10.8%：不一致

2.9%)である。「最期まで面倒をみてもらえる」(利用者本人で一致 34.1%：不一致 16.9%) や「家族では介護できない」(家族で一致 19.3%：不一致 30.5%) でも一致群と不一致群に差が認められる。

利用者本人と家族と医師の意見の一致・不一致の比較においても、同様の傾向が認められる。すなわち、三者一致の場合、利用者の希望は施設 75.8%、自宅 15.2%、医療機関 9.1%、家族の希望は施設 78.1%、自宅 9.4%、医療機関 12.5%、医師が理想と考える場所は、施設 83.3%、自宅 10.0%、医療機関 6.7%である。一方、不一致の場合、利用者の希望は施設 33.8%、自宅 54.4%、医療機関 11.8%、家族の希望は施設 42.7%、自宅 28.1%、医療機関 29.2%、医師が理想と考える場所は、施設 89.7%、医療施設 9.0%、自宅 1.3%である。

居住系施設における看取りの現状に関する調査は、全国の 109 施設 (85.8%) から回答が得られた。施設規模は 30 人未満が 7 割を占め、グループホームが半数を占める。1 施設あたり利用者数は 28.5 人、うち訪問診療・往診の利用者数は 10.4 人である。看取りの方針を定めている施設は 55.9%であり、1 施設あたりの年間死亡数は 3.8 人で、うち看取り人数は 2.5 人である。

2. 在宅療養におけるがん終末期患者の QOL

在宅療養におけるがん終末期の死亡例は 37 名 (男 16 名、女 21 名)、平均年齢は男 74.1±8.0 歳、女 74.2±11.7 歳である。死亡前の 2 週間前、4 週間前にさかのぼった FACIT-Sp の各ドメインには大きな変化は見られない。各ドメインのうち「痛みがある」、「体の具合のせいで、ベッドで休まざるを得ない」、「パートナーを親密に感じる」、「死ぬことを心配している」、「仕事をすることができる」、「心が安らかだ」等の項目に注目したが、死亡する 1 ヶ月前から QOL に大きな変化は認められない。

3. 終末期医療と在宅医療の医療経済

在宅で看取ったがん末期患者は94人(男55人、女39人)、平均年齢は71.3±17.1歳である。平均年齢は、男69.4±18.1歳、女73.9±15.4歳である。

医師・看護師の訪問件数は看取りの7~10日前から増加する。患者宅の滞在時間は、看取りの7~10日前から、特に死亡2日前~死亡当日に長くなる。また、看取りの7~10日前から医師による夜間(18時~24時)、深夜(0時~6時)、土日祝日の往診件数、平均滞在時間が増加する。

看取りの診療内容をみると、死亡日以外では指導・相談に4割弱、症状・処置に約5割、調整・連携、麻薬に約1割の時間が割かれる。麻薬の処方を含め、死亡日前30日から看取りまで診療内容の内訳に大きな相違は見られない。

指導・相談の時間は、男性患者が160分、女性患者が204分、看取りまでの滞在時間は、男性患者で468分、女性患者で577分である。医師が指導・相談支援に割く時間は、独居患者の場合(292分)は、独居以外の患者の場合(143分)よりも長い。

在宅療養支援診療所の在宅看取りに関する医療費について、がん死亡前30日29,513点、がんを含む全員の死亡前医療費は28,245点であった。がんの死亡前30日の医療費について、一日あたり3,567点、30日で107,000点であった。がんを含む全死亡前30日の医療費について、30日分で95,400点であった。

将来推計について、在宅がん死の死亡前30日医療費は5%のままで変化がない場合2012年のがん看取りの医療費は入院約4520億円、在宅66億円で総計4586億円となる。一方、在宅死を10%に増やすと、入院約4282億円、在宅131億円で総計4413億円となり、172億円が節約される。さらに、15%にまで増やすと、入院約4045億円、在宅196億円で総計4241

億円となり、345億円が節約される。在宅死の死亡前30日医療費は、14.5%のままで変化が無い場合2012年の看取りの医療費は、入院約10881億円、在宅546億円で総計11428億円となる。一方、在宅死を24.5%に増やすと、入院約9609億円、在宅923億円で総計10532億円となり、896億円が節約される。

在宅終末期医療の質の向上のために、大規模・医療保険型訪問看護ステーションの継続的な運営に要する費用を算出したところ、大規模・医療保険型訪問看護ステーションのスタッフ増強には1施設あたり約4500万円、新設には約1億円の費用を要することが判明した。

D. 考察

本研究では、終末期医療と在宅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識について検討した。終末期における療養の場として自宅を希望する人の割合は6割に上る(終末期医療に関する意識調査)が、これが十分には叶えられないのが現状であり、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。

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号被保険者が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、

利用者と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。

終末期における入院療養と在宅療養の医療費について将来推計を試みたが、対象施設数が十分でないなどの限界がある。在宅療養支援診療所（2008年12月末現在、11,676箇所）の在宅看取りに関する医療費は、入院患者における死亡前30日分の医療費と比較すると極端に少なく、在宅療養支援診療所の終末期医療の提供に適切な診療報酬の設定が望まれる。

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。

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。また、在宅療養におけるがん終末期患者のQOLは、病状の進行に伴って活動状況が著しく悪化していたが、死亡前に大きな変化はなかった。

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7～10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。独居者は、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。

終末期における入院療養と在宅療養のがん

看取り医療費は、2012年に4586億円となると推計される。一方、在宅死を10%に増やすと172億円が節約され、15%にまで増やすと345億円が節約され、24.5%に増やすと896億円が節約されると試算される。

F. 健康危険情報 特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

2008年度

- 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. 45Suppl:174, 2008.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.

- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 本家好文:緩和ケアネットワーク. 緩和医療学. 10(4):428-429, 2008.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) 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.
- 18) 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.
- 19) 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.
- 20) 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 ケアーその思想と実践(全6巻)1巻. 上野千鶴子, 他. ケアという思想. 岩波出版. 211-226, 2008.
- 21) 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.
- 22) 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.
- 23) 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.
- 24) 川島孝一郎:医師の説明責任と生き方の提示. 精神保健ミニコミ誌 CLAIRIERE クレリエール. 424:1, 2008.
- 25) 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.
- 26) 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ンシックス. 臨床神経学. (48)11:955-957, 2008.
- 27) 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.
- 28) 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.
- 29) 川島孝一郎:『家ででの看取り』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.
- 30) 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.
- 31) 英裕雄:都会で行う在宅医療連携. 治療. 90:1331-1336, 2008.

- 32) 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.
- 33) 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.
- 34) 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.
- 35) 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.
- 36) 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.
- 37) 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.
- 38) 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.
- 39) 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.
- 40) 和田忠志: 連載 高齢者虐待にどう対応する 1. 高齢者虐待とは何か?. 訪問看護と介護. 4:320-323, 2008.
- 41) 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. 訪問介護と介護. 5:412-415, 2008.
- 42) 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.
- 43) 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.
- 44) 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.
- 45) 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.
- 46) 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. 10:46-849, 2008.
- 47) 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.
- 48) 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.
- 49) 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.
- 50) 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. 医歯葉出版. 2008.
- 51) 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.
- 52) 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.
- 53) 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.
- 54) 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.

- 55) 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.
- 56) 有賀悦子: がん性疼痛. 病氣と薬パーフェクト BOOK 2008. 薬局(増刊号). 59(4):1544-1550, 2008.

2007年度

- 1) 濃沼信夫: がん医療のコスト・パフォーマンス. 月刊基金. 48(6):3-5, 2007
- 2) 濃沼信夫: がん医療にみる健康と経済. Geriatr Med. 45(5):577-581, 2007.
- 3) Koinuma N, Ito M and Ogata T: The estimated national cost of cancer in Japan. Proceedings, 66th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association. 270-271, 2007.
- 4) 濃沼信夫: 安心と安全の地域医療を担保する医療制度の再構築. 公衆衛生. 71(11):908-913, 2007.
- 5) Koinuma N, Ito M and Monma Y: Place of death of cancer patients and access to home care services, Patient survey using FACIT-Sp and telephone interviewing to the physician. Quality of Life Research Supplement. A80-81, 2007.
- 6) Koinuma N, Kaneko S, Monma Y and Ito M: Relation between human resources and patient safety. Program, 29th Annual Meeting, Society for Medical Decision Making. 2-24, 2007.
- 7) 濃沼信夫, 伊藤道哉, 門馬靖武: 大腸がん術後フォローアップの経済効果に関する研究. 病院管理. 44supple:107, 2007.
- 8) 蘆野吉和: がんの継続医療 病院から在宅へーギアチェンジではなく継続医療としての緩和ケアー. 癌と化学療法. 34(Suppl II):175-178, 2007.
- 9) 蘆野吉和, 城谷典保, 福田能啓: がん患者の継続医療—病院から地域へ—. 癌と化学療法. 34(Suppl II):155-164, 2007.
- 10) 本家好文: 看取りに対する医師の思い. 緩和ケア. 17(2):128-129, 2007.
- 11) 小原弘之, 本家好文: がん悪液質症候群の薬物療法. 緩和ケア. 17(3):195-197, 2007.
- 12) 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.
- 13) 本家好文: 緩和ケア推進専門委員会報告書. 広島県地域保健対策協議会. 調査研究報告書 71-75, 2008.
- 14) 本家好文: 地域ネットワークの現状とこれからの課題—広島県の取り組みと課題—緩和ケア 18(増刊号), 青海社 印刷中, 2008
- 15) 川島孝一郎, 伊藤道哉: 身体が存在形式または、意思と状況との関係性の違いに基づく生命維持治療における差し控えと中止の解釈. 生命倫理学. 17(1) 通巻 18号:198-206, 2007.
- 16) 川島孝一郎: 在宅療養支援診療所が実現する在宅ケア. 月刊総合ケア. 17(1):14-19, 2007.
- 17) 川島孝一郎: 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン—検討委員会の経験から. 緩和ケア. 17(6):520-526, 2007.
- 18) Hosono A, Makimoto A, et al: Utility of immuno- histochemical analysis for cyclooxygenase-2 (COX-2) in the differential diagnosis of osteoblastoma and osteosarcoma. J Clin Pathol. Apr; 60(4):410-4, 2007.
- 19) 辻尚子, 牧本敦, 他: 血液内科での成人型

初期治療後に小児型化学療法を行った思春期急性リンパ性白血病(ALL)の6例. 日本小児血液学会雑誌. 21:232-237, 2007.

- 20) 伊藤道哉:看護支援システム導入に向けて看護部が覚悟すべき留意点. 月刊看護きろく. 16(12):21-24, 2007.
- 21) 伊藤道哉:在宅医療の推進に向けて. クレコンレポート. 29:1-5, 2007.
- 22) 加藤尚武, 伊藤道哉, 他 共編著:応用倫理学事典. QOL, 安楽死, 生命維持治療の中止, 事前指示, 緩和ケア, 等を担当. 丸善. 東京. (総ページ数990). 担当ページ数16, 2008.
- 23) 伊藤道哉:医療福祉と倫理, 幡山久美子編:臨床に必要な福祉. 弘文堂. 東京. (総ページ数233). 17-30, 2007.
- 24) 伊藤道哉:神経難病と介護保険, 阿部康二編:神経難病のすべて. 新興医学出版社. 東京. (総ページ数389). 367-372, 2007.

2006年度

- 1) 濃沼信夫, 川島孝一郎, 伊藤道哉, 武吉宏典:在宅医療の医療経済. 高齢者の退院支援と在宅医療. メジカルビュー. 210-217, 2006.
- 2) 濃沼信夫:病院の外來機能はどうあるべきか. 病院. 65(5):371-374, 2006.
- 3) 濃沼信夫:国際比較にみる日本の医療システム. ジェロントロジー New Horizon. 18(3):14-24, 2006.
- 4) 濃沼信夫:がんの医療経済. Health Science. 22(4):429, 2006.
- 5) 濃沼信夫, 並木俊一, 荒井陽一:高齢者の泌尿器疾患の治療. 前立腺癌患者のQOLと医療経済. Urology View. 4(2):12-19, 2006.
- 6) 稲葉一人:終末期に関する法と判例. 日本の生命倫理. 回顧と展望. 九州大学出版

会. 2006.

- 7) 川島孝一郎:在宅療養支援診療所が実現する在宅ケア. 月刊総合ケア. 17(1):14-19, 2006.
- 8) 中島 孝:ALS の非侵襲的陽圧呼吸(NIPPV) ケアを. ALS における呼吸療法 総論. 神経内科. 64(4):380-386, 2006.
- 9) 伊藤博明, 中島 孝:神経内科の医療・介護—現状と課題. 在宅神経難病患者のQOL. 神経内科. 65(6):542-548, 2006.
- 10) 中島 孝:QOL向上とは. 難病のQOL評価と緩和ケア. 脳と神経. 58(8):661-669, 2006.
- 11) Nakajima T: Individual ALS care in the Japanese 'nanryo' care model: comparison with palliative care approaches in achieving best quality of life, Amyotrophic Lateral Sclerosis. 7(Suppl): 45-47, 2006.
- 12) 永吉美智枝, 牧本 敦, 他:終末期小児がん幹事の同胞への看護支援～単親家庭の同胞が直面した問題への介入事例～. 小児がん看護. 1(1):2006.
- 13) 河本 博, 牧本 敦:日常診療に役立つ最新の薬物治療と副作用対策. 悪性固形腫瘍. 小児科. 47(5):648-655, 2006.
- 14) 牧本 敦:がん化学療法の実践—EBMを中心に. 小児がん. 医学と薬学. 55(5): 702-711, 2006.
- 15) 牧本 敦, 他:小児固形がん. 新臨床腫瘍学. (日本臨床腫瘍学会 編). 南江堂. 573-579, 2006.
- 16) 牧本 敦:小児の白血病とリンパ腫. 新臨床腫瘍学. 日本臨床腫瘍学会 編. 南江堂. 584-593, 2006.
- 17) 牧本 敦, 下山直人:がん性疼痛に対する薬物療法の基本方針. 外科治療. 96(5):

873-878, 2007.

- 18) 伊藤道哉、濃沼信夫：終末期における医療供給体制の今後の課題。保健医療科学。55(3):225-229, 2006.
 - 19) 伊藤道哉：在宅療養支援診療所と調剤薬局の課題。クレコンレポート。28:1-6, 2006.
 - 20) 伊藤道哉、濃沼信夫、川島孝一郎：在宅療養に積極的な医療施設の医師を対照とする「事前指示」に関する調査。病院管理。43Suppl:102, 2006.
1. 学会発表
- 2008 年度
- 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.
 - 4) 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
 - 5) 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.
 - 6) 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.
 - 7) 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.
 - 8) 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.
 - 9) 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.
 - 10) 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.
 - 11) 有賀悦子：緩和医療と癌治療。シンポジウム。第 2 回日本緩和医療学会年会。横浜。2008. 10.
 - 12) 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.
 - 13) 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.
- 2007 年度
- 1) 濃沼信夫：医療事故の原因。日本予防医学リスクマネジメント学会・医療安全教育セミナー（特別講演）。東京。2007. 8.
 - 2) Koinuma N, Ito M and Monma Y: Place of death of cancer patients and access to home care services, Patient survey using FACIT-Sp and telephone

interviewing to the physician. 14th Annual Conference of International Society of Quality of Life Research. Toronto, Canada. 2007.10.

- 3) Koinuma N, Kaneko S, Monma Y and Ito M: Relation between human resources and patient safety. 29th Annual Meeting, Society for Medical Decision Making. Pittsburgh, USA. 2007.10.
- 4) 伊藤道哉、濃沼信夫、川島孝一郎: 重度障害者包括支援事業の問題点と改善策に関する研究、日本病院管理学会。横浜。2007.10.
- 5) Koinuma N, Ito M, Kaneko S, Ogata T, Monma Y and Misawa J: Informed consent about the economic burden for patients with cancer, 18th International Congress on Anti Cancer Treatment. Paris, France. 2007.2.
- 6) 濃沼信夫: 終末期医療の医療提供体制。平成18年度厚生労働科学研究。終末期医療に関する研究班総合討論会。東京。2007.2.

2006年度

- 1) Inaba K: International Experience with Clinical Ethics Consultation Programs Pitfalls and Challenges for Improvement. 8th annual meeting American Society for Bioethics and Humanities. Denver, Colorado. October 26-29, 2006
- 2) 川島孝一郎: 神経難病の在宅医療における保険の矛盾点・来年度以降の見直し。第17回日本在宅医療研究会学術集会。横浜。2006.7.
- 3) 川島孝一郎: 自立支援法に基づく単価の変更による訪問介護事業所の運営状況分析。厚生労働省科学研究費補助金難治性疾患

克服研究事業。特定疾患患者の生活の質 (Quality of Life, QOL) の向上に関する研究。平成18年度研究報告会。東京。2006.1.

- 4) 中島 孝: 根治困難な患者における QOL とケア概念—ターミナルケア概念から緩和ケア概念へ、いま終末期医療をどう考えるか? H18 年度厚生労働科学研究。終末期医療に関する研究班総合討論会。「一橋記念講堂」学術総合センタービル。2007.2.
- 5) 伊藤道哉: 家族性腫瘍の経済問題。日本家族性腫瘍学会。大阪。2006.6.
- 6) 伊藤道哉、濃沼信夫、川島孝一郎: 在宅療養に積極的な医療施設の医師を対象とする「事前指示」に関する調査。日本病院管理学会。名古屋。2006.10.

H. 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

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
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 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 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—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	

<u>和田忠志</u>		和田忠志、 編著					
<u>和田忠志</u>	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	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	医 歯 薬 出版	東京	2008	
<u>和田忠志</u>	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	東京	2008	17-40
<u>和田忠志</u>	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	東京	2008	211-227
<u>和田忠志</u>	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	東京	2008	51-58
<u>和田忠志</u>	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	東京	2008	59-69
<u>本家好文</u>	骨転移	東原正明	癌緩和ケア必携ベッドサイドで役立つ癌緩和ケアマニュアル	新興医学出版社	東京	2008	52-54
<u>川島孝一郎、千葉桂子</u>	<法律・制度> 4 在宅における終末期	医療情報科学研究所編集	看護師・看護学生のためのなぜ？どうして？ 社会福祉・地域医療のはなし	メディックメディア	東京	2007	134-183
<u>加藤尚武、</u>	QOL、安楽死、	共編著	応用倫理学事	丸善	東京	2008	4-7