

表1 日本静脈経腸栄養学会のガイドライン（「がん」の項目の抜粋）

1. 癌患者は栄養学的リスクを有している。栄養アセスメントを実施し、必要な症例に対して栄養管理計画を作成する。（B II）
2. 術前に栄養療法を行う場合は、手術時期遅延や栄養療法自体による癌への影響も考慮する。（B II）
3. 癌化学療法を施行する際にルーチンに静脈栄養を施行すべきではない。高度の消化管毒性のために、経口摂取や経腸栄養による栄養療法が困難になる場合に静脈栄養の適応となる。（B III）
4. 放射線療法を施行する際にルーチンに静脈栄養を施行すべきではない。副作用のために、経口摂取や経腸栄養による栄養療法が困難になる場合に静脈栄養の適応となる。（B III）
5. 末期癌患者は、しばしば栄養療法の適応外となる。（B III）

推奨度 B:一般的に推奨する 科学的根拠のランク付け II:RCTではない比較試験, コホート研究による実証
科学的根拠のランク付け III:症例集積研究や専門家の意見

そのうえで家族や患者の希望を入れながらよく相談することである。

緩和ケアにおける栄養治療の目的は、がん治療にともなう栄養障害の予防および改善、がん治療の有効性を高めることによる生存期間の延長、生活の質（QOL）の改善、および症状緩和であるが、あくまでも最終目標はQOLの向上であり、利益とはQOLの維持あるいは向上である。一方、不利益とは、カテーテル挿入にともなう合併症（気胸・血栓・空気塞栓・カテーテル感染症・敗血症などの発生）、中心静脈栄養による代謝合併症（高血糖・低血糖・電解質異常・必須脂肪酸欠乏症・微量元素欠乏症・ビタミン欠乏症・肝機能障害など）の発生、過剰輸液にともなう身体的苦痛の発生および活動性の制限である。とくに臨終期においては、漫然と高カロリー輸液を継続すると、過剰輸液による呼吸困難、喘鳴、浮腫などの苦痛を惹起する可能性が高いことを念頭に置く必要がある。

これまでの欧米からの報告と筆者の経験も含めていえることは、中心静脈栄養の相対的な適応となる病態とは、抗がん剤治療や放射線治療により一時的に食事摂取量が低下し栄養障害を認める場合、消化管の通過障害があるものの、全身一般状態（Performance Status：PS）は比較的良好で、2～3カ月以上の生命予後が期待される病状である^{4,5)}。

中心静脈栄養法施行時の留意事項

がん治療による栄養障害があり、一時的な栄養補給を目的とする場合では、合併症もなくPSが良好であれば、日常生活性の程度に応じた十分な栄養量を補給することでまったく問題はない。しかし、継続的な栄養補給が必要な場合では、自然の経過として、がんの進行により次第にPSが低下し、日常生活性も低下してゆくと、補給する栄養量や水分量について十分配慮しなければならない。とくに身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床している状態（PS 3）以上では、積極的な栄養治療はもはや延命にもQOL向上にも寄与せず、新たな苦痛を発生させるため、栄養補給量および水分補給量ともに減量すべきである。

在宅中心静脈栄養法（HPN）の普及に向けて

緩和ケアの提供される場所はこれまで施設内（病院あるいは緩和ケア病棟）に限定されていたが、2007年4月の「がん対策基本法」では、「在宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること」として、国家戦略として在宅（自宅および居宅）を中心とする緩和ケアの普及をめざす方向性がはつき

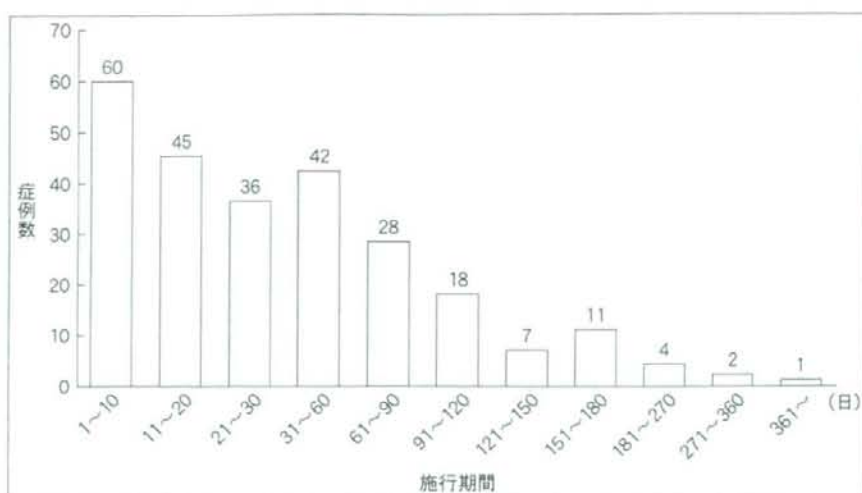


図1 HPN 施行期間 (日)
(1987年4月～2005年10月 福島労災病院外科)

り打ち出されている。また、急性期病院では長期入院が経営を圧迫する形となり、これは緩和ケア対象患者でも例外ではない。とくに診断群分類別包括評価 (DPC) を導入している病院においては経営的に深刻な問題で、これまで病院で行われてきた栄養管理も、居宅で行えるような体制を整備することが緊急の課題となりつつある。

この在宅中心静脈栄養法は1985年に診療報酬が新設されて以来20年以上経過しており、良性疾患ではすでに指導法や管理法は確立されている。しかし、がん終末期においては良性疾患と異なり、①施行期間が短い(図1)、②病状が時間の経過ともに悪化する、③いずれも通院できなくなる、④痛みなどの症状緩和治療を併用する必要がある場合が多い、などの特徴があり、指導法や管理法は従来の手法では対応困難であり、多少の工夫が必要である。

基本的に、どのような病状の患者であっても利用でき、居宅で最期まで不安なく生活できるようにするためには、当初より外来通院ではなく、訪問診療の体制で開始することが必要であ

る。また、円滑に行うためには以下の工夫が必要である。

①管理においては患者や家族に自己管理を強制せず、訪問看護師との共同管理とし、輸液ライン交換などの複雑な作業は訪問看護師が行い、輸液剤の交換や電池交換などの簡単な作業だけ家族に行ってもらうこと、②入院中の指導は毎日行う手順(輸液剤の交換、電池の交換など)のみ短期間(2日から3日)で指導し、輸液ラインの交換などの複雑な手順は指導しないこと、なお、複雑な手順は必要に応じて訪問看護師が指導すること、③輸液内容は入院中から単純にし、薬剤は混注しないこと、できるだけ1パック製剤を使用すること、④携帯用自動輸液ポンプを利用し、最初は24時間持続輸液の形とすること、⑤輸液は時間を決めて交換し、全量を入れられないこと、⑥1カ月以上の余命が見込まれる場合には皮下埋込型ポートを利用すること、⑦疼痛などの症状に対し、居宅でも適切に対応できるようにすること、⑧24時間いつでも電話相談できる体制を取ること、などである。

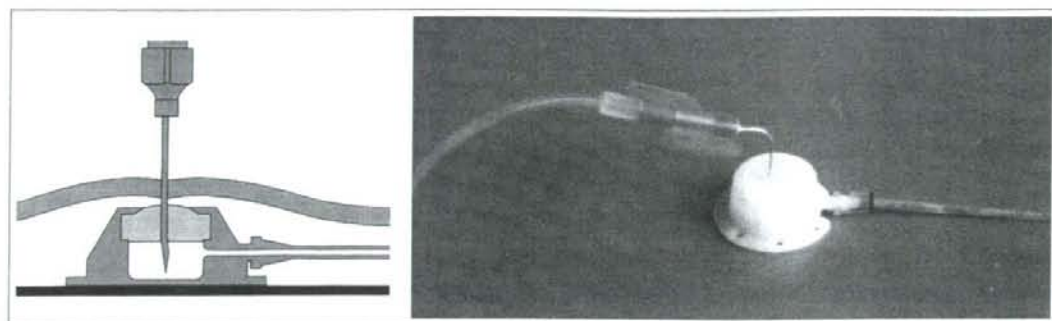


図2 皮下埋込型ポート

体内に留置されたカテーテルと、このカテーテル内腔と交通する内室を持ち、内室を穿刺することでカテーテルを介して薬剤を注入する、あるいは、体腔液を回収する器具で皮下に埋め込んで使用する医療器具。

皮下埋込型ポートの適応および埋め込み方法

筆者は1987年4月からがん患者の在宅中心静脈栄養法を行い、1990年10月より皮下埋込型ポート(図2)の使用を開始した。また、外来における抗がん剤治療のため1995年から皮下埋込型ポートの使用を開始した。この皮下埋込型ポートの利点は、抗がん剤、輸液製剤、オピオイド製剤、オクトレオチドなどの種々の注射薬を病状に応じて投与することができること、薬液投与中でも日常生活に対する制限が少ないこと、そしてポートを使用しない場合には、入浴を含めほぼ通常の日常生活を営むことができること、などである。しかし、価格が高価であることより、筆者はPSが比較的よく1カ月以上の生存期間が予測される症例を適応としている。

このポートは、通常前胸部(鎖骨下静脈経由)ときに肘部(肘静脈経由)に埋め込まれるが、レントゲン透視下に設置可能で慣れていれば20~30分程度で埋め込める。ただ、埋め込みに際しては以下の留意事項がある。①前胸部の埋め込み部位は、患者本人が刺しやすい部位としている説明書が多いが、がん患者を対象にしたHPNや、外来化学療法では、通常、針を刺すの

は医療者であるために、患者の自己管理しやすい部位にあえて埋め込む必要はなく、医療者が針を刺しやすい場所で、皮下組織と皮膚があまりずれない位置がよい(女性で乳房の大きい人では、乳房の上は皮下組織と皮膚のずれが大きいため注意)。②皮下脂肪の多い人は、ポート上部の皮下脂肪が厚いとポートがわかりにくいいため浅く埋め込み、皮下脂肪のない痩せた人は、直上の皮膚の血行障害をきたす可能性があるためできるだけ深く埋め込むことが大事である。③埋め込み部位は当日は圧迫止血する。④抜糸はあわてずに、10~14日ほどあとに行う。

埋込型ポートに関連するトラブル

埋込型ポートでこれまで経験したトラブルは、ポートに関するものでは、①不完全刺入、②ポート感染、③皮膚潰瘍などであり、カテーテルに関するものでは①カテーテル先端位置異常、②カテーテル閉塞、③カテーテル離断、④カテーテル感染症などである。このなかでとくに注意しなければならないのがポート感染であり、その予防のためには通常の感染予防対策を十分に指導するほか、フーバー針の固定に留意する必要がある。これに関する説明書の多くは、フーバー針の下に切り込みガーゼを入れる手順が示されているが、この方法を採用してはならな

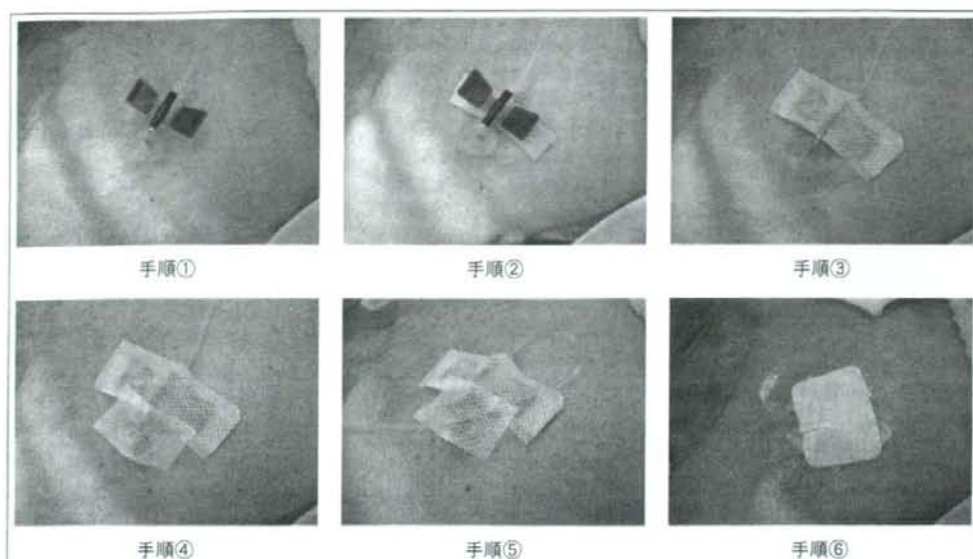


図3 フーバー針の固定手順

い、針先が不安定となり、針の刺入部の皮膚に常に損傷を与え、感染症を起こしやすくなる可能性がある。また、フーバー針の翼も直接皮膚に固定してはならない、硬い翼による皮膚損傷が起った場合、ポート感染の危険性が高くなるからである。

具体的な手順を以下に示す(図3)。①フーバー針を刺入する。②フーバー針の翼と皮膚の間に皮膚保護剤(デュオアクティブ)あるいはマイクロフォームを長方形に切ったものを貼る。③翼を絆創膏で皮膚保護剤の上に固定する。④フーバー針の針先が浮き上がらないように、針先を固定する。⑤ラインが引っ張られても針先にその力がかからないようにチューブにたるみをもたせる。⑥最後にテガダームで全体を被う。

おわりに

緩和ケアにおける中心静脈栄養は適応を吟味し、病状にあった管理を行えば、非常に重要な症状緩和治療となりうる。しかし、その逆に適

応を吟味せず、また、漫然と治療を続けると苦痛を増す治療法であり、常にこの点を念頭におくべきである。

文献

- 1) 世界保健機関, 編(武田文和, 訳), 終末期の諸症状からの解放: 医学書院; 2000. p 10-4.
- 2) American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. J Parent Ent Nutr; 2001; 26: 82-83 SA.
- 3) 日本静脈経腸栄養学会, 編, 静脈経腸栄養ガイドライン第2版: 南江堂; 2006. p 51.
- 4) Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, et al. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. European Association for Palliative Care Nutrition 1996; 12 (3): 163-7.
- 5) Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP, et al. Summary version of the Standards, Option and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer (2001). Br J Cancer 2003; 89 (Suppl 1): S 107-10.
- 6) 蘆野吉和, 在宅癌患者の栄養補給法 臨床栄養 1999; 94 (6): 635-40.
- 7) 蘆野吉和, 悪性腫瘍, 緩和ケアにおける在宅静脈経腸栄養法 栄養評価と治療 2006; 23 (3): 257-60.

緩和ケア支援センター設立の経緯と機能

広島県緩和ケア支援センター

はじめに

がん対策基本法の施行などにより、がん医療の充実とがん患者の療養生活の質の向上が求められている。患者や家族が在宅であれ施設であれ、住み慣れた地域において、希望に応じて安心して緩和ケアを受ける体制を整備する必要がある。広島県では、県内の緩和ケアを推進する拠点として、2004年9月に広島県緩和ケア支援センター（当センター）を設置し、運用をはじめて3年余りが経過した。

本稿では、緩和ケアを推進するために行政（広島県）が積極的に関与し、当センターが設立された経緯を紹介し、当センターが実施している研修プログラムや、地域の緩和ケアネットワーク構築の取り組みについて紹介する。

1. 広島県の取り組み

1) 緩和ケアに関する実態調査

広島県として緩和ケアに関する活動は、1994年に広島県地域保健対策協議会末期医療専門委員会が発足したことにはじまった。委員会の構成メンバーである広島県医師会、広島大学医学部、広島県看護協会、広島県福祉保健部などが中心となって、広島県内の緩和ケアに関する調査を実施した（表①）。

病院勤務医やかかりつけ医に対して「医師のがん末期医療に関する意識調査」をおこなった結果、広島県にも緩和ケアを実践する専門病棟の設置を望むとする意見が70%を超え、体系的緩和ケアの教育システムを求める意見が80%以上のかかりつけ医から寄せられた。がん診療に従事している医師にとって高い関心がある項目としては、「疼痛緩和技術」「悪い情報を伝える技術」「チーム医療のあり方」「コミュニケーション技術」などがあげられた。このことは、緩和ケア医師研修プログラムを実践するうえでの基礎データとなった。

1996年には県内の医療機関に通院している患者と家族に対して「患者・家族の末期医療に対する意識調査」を実施した結果、「たとえ治癒が望めなくてもがんという病名をはっきり知りたい」と回答した人が60%以上あり、治癒が望めないのであれば自宅で過ごしたいと回答した人が約40%という結果であった。

さらに1999年には訪問看護ステーションと訪問看護を受けている患者・家族に対して満足

本家好文（HONKE Yoshifumi）、小原弘之（KOHARA Hiroyuki）、奥崎真理（OKUSAKI Mari）、定元美絵（SADAMOTO Mie）、名越静香（NAGOSHI Shizuka）/広島県緩和ケア支援センター

表① 緩和ケアに関する広島県の取り組み

1994年	広島県地域保健対策協議会に末期医療専門委員会設置 医師のがん末期医療に関する意識調査
1996年	患者・家族の末期医療に対する意識調査
1998年	在宅療養中のがん末期患者への医師のかかり方に関する調査
1999年	・在宅緩和ケアをおこなっている患者・家族の現状調査 ・医療機関における緩和ケアへの取り組み調査 ・訪問看護ステーションにおける在宅緩和ケアの実態調査 ・在宅介護支援センターにおける在宅緩和ケアの実態調査 ・末期医療専門委員会から広島県に対して、「末期医療のあり方」について提言
2000年	・広島県緩和ケア推進会議設置 ・在宅緩和ケアシステム部会設置 ・在宅緩和ケア推進モデル事業開始 ・緩和ケアに関する専門看護職の育成研修開始
2001年	・施設緩和ケアシステム部会設置 ・緩和ケアに関する医師研修開始

度や問題点の調査を実施した。こうした調査結果にもとづいて、2000年3月「広島県における緩和ケアの推進について」の報告書を作成し、広島県における緩和ケア推進の方向性について提言した。

2) 人材育成を中心とした緩和ケアの広がり

2000年5月には、緩和ケア推進の基本方針策定のための「広島県緩和ケア推進会議」が設置され、「在宅緩和ケアシステム部会」「施設緩和ケアシステム部会」の両部会において、在宅緩和ケアと緩和ケア病棟の整備を中心とした施設緩和ケアを両輪とする具体的な取り組みがはじまった。

最初に取り組んだのは、在宅緩和ケア、緩和ケア病棟での緩和ケア、さらには一般病院内でも緩和ケアサービスを提供できる人材の育成である。

2000年からはじまった緩和ケア看護師育成研修専門コースでは、毎年20～30名を募集して、総計約65時間の講義と、2週間の緩和ケア病棟での臨床実習をおこなうプログラムを実践してきた。2004年以降は当センターが継続して実施し、2006年度までに188名の看護師が研修をおえて活動をつづけている。

また2001年からは毎年数名の医師を2週間程度全国の先進的な緩和ケア病棟に派遣し、これまでに23名の医師が国内研修を受けた。

2. 緩和ケア支援センターの整備

2001年9月には、医師会、看護協会、福祉関係者、県民代表、県外の経験者などを委員とした緩和ケア支援センター整備検討委員会が設置され、機能の概要が報告書で示された。その結果を受け、地域における総合的な緩和ケア提供体制構築を図るための拠点として2004年9月に「広島県緩和ケア支援センター」が設置された。

表② 広島県緩和ケア支援センターの機能

- 緩和ケア科
 - ・緩和ケア科外来
 - ・緩和ケア病棟（20床）
- 緩和ケア支援室
 - ①情報提供：情報収集室（図書室）、ホームページ運用
 - ②総合相談：緩和ケアダイヤル、面談
 - ③地域連携：アドバイザー派遣、デイホスピス
 - ④専門研修：医師、看護師、福祉関係者など

表③ 広島県緩和ケア支援センターの運用実績
(2004年9月1日～2007年3月31日)

緩和ケア科	
【医師2名、看護師17名、音楽療法士1名など】	
● 緩和ケア外来	外来新規患者数 559名
● 緩和ケア病棟	新規入院患者数 357名
	死亡退院 312名
	在宅退院・転院 59名（15.9%）
緩和ケア支援室	
【看護師2名、MSW1名、臨床心理士1名、事務1名】	
● 情報提供	一般見学会 529名、視察 949名
● 総合相談	電話相談 739件、面談 136名
● 地域連携	地域へのアドバイザー派遣事業 59回
	デイホスピスモデル事業 246回
	（86名：延べ1,029名）
	（2005年4月～2007年3月）

1) 緩和ケア支援センターの機能

当センターを整備するにあたり、その必要性について在宅緩和ケアを中心とした緩和ケアの推進のための拠点となるような機能をもたせることが提示され、県内各地域におけるネットワークシステムづくりを重要な役割としている。

当センターの具体的な機能として、在宅緩和ケアの重点的な支援、施設緩和ケアの推進、地域における総合的な緩和ケア提供体制の構築、緩和ケアを担う人材の養成、緩和ケア診療機能を有するセンターを設立することになった。

具体的な運用については、表②に示すような緩和ケア病棟の運用および外来診療をおこなう診療機能である「緩和ケア科」と、①情報提供機能、②総合相談機能、③地域連携機能、④専門研修機能の4つの機能をもつ「緩和ケア支援室」を柱とすることが決定され、2004年9月から運用を開始した。

2) 緩和ケア科の診療機能

当センターは701床の総合診療機能をもつ県立広島病院内に併設され、病院内の診療科である緩和ケア科として、2名の専従医師と17名の看護師、非常勤職員の音楽療法士などにより、20床の緩和ケア病棟と外来診療機能を運用している。緩和ケア病棟はレスパイトケア、在宅ケアをおこなっている患者に対する後方支援診療機能をもたせ、また支援室に配属されている専従の医療ソーシャルワーカー（MSW）による在宅支援を積極的におこない、在宅緩和ケアを推進するための病棟と位置づけて運用している。しかし、実際には当センターに紹介されてくる患者の多くが、最後まで緩和ケア病棟で過ごすことを求めてくるため、入院後に地域に戻った患者は入院患者の約20%にとどまっているのが現状であり、さらに積極的に地域と連携を図ることは今後の課題である（表③）。

3) 緩和ケア支援室の機能

緩和ケア支援室には2名の看護師と1名のMSWがスタッフとして常勤しているほか、臨床

表④ 研修の実績（2004年9月～2007年3月）

● 医師研修		
・1日コース	2回/月	71名
・派遣コース（2週間）		9名（総計：23名）
● 看護師研修		
・入門コース	6回/年	651名
・専門コース（6ヵ月）		61名（総計：188名）
● 福祉関係者研修		115名
● 医学部学生研修		198名

心理士と事務職が各1名ずつ非常勤職員として配属されている。緩和ケア支援室のおもな機能と運用状況について表③に示した。

①情報提供

患者・家族にとって、いざというときの情報不足は深刻である。ホームページの運用、情報収集室（図書室）の整備などによって緩和ケアに関する情報を発信することや、定期的にオープンデイ（見学会）を開いて、緩和ケアに関する利用者の理解を深めることをめざしている。

②総合相談

緩和ケアに関する地域の情報を緩和ケア支援室に集約し、専用の緩和ケアダイヤルを設置して、常時電話相談を受ける体制を整え、社会資源の活用、病状や療養生活に関する電話相談や直接面談などに対応している。

③地域連携

県内全体の緩和ケアを推進するため、緩和ケア支援室のスタッフを中心として、県内各地域に出向くアドバイザー派遣事業をおこない、事例検討会のアドバイスや緩和ケアに関する講演活動などを実施している。

④専門研修

緩和ケアを担う人材育成には、とくに力を入れて運用している。研修プログラムは、年度ごとに若干の修正を加えながら、医師・看護師・福祉関係者・医学生などそれぞれにあわせた内容の研修を実施してきた（表④）。

おわりに

緩和ケアの概念は決して正しく理解されているとはいえず、「死を待つだけのあきらめの医療」といった誤った考えをもっている人も多い。医療者だけでなく国民が緩和ケアについて正しく理解し、たとえ生命を脅かす疾患に罹患したとしても、住み慣れた地域で安心して過ごすために、それぞれ地域の状況に見合った緩和ケアセンターの設置が必要である。行政とも積極的に連携しながら運用している広島県の取り組みが参考になれば幸いである。

Ⅱ. 地域緩和ケアネットワークの現状と課題

1. [広島県] 緩和ケア推進体制と広島県緩和ケア支援センターの取り組み

本家 好文

(広島県緩和ケア支援センター)

はじめに

がん対策基本法が施行され、がん診療連携拠点病院を中心としたがん診療均てん化に向けた取り組みがはじまっている。2007年度中に、各都道府県から「がん対策推進計画」が立案されることになっている。今後、地域の緩和ケア推進のためには行政との緊密な連携をはかることが必要である。

広島県では、2004年9月「広島県緩和ケア支援センター」(以下、支援センターと略す)を開設し、県民それぞれが希望するところで緩和ケアサービスが受けられる地域づくりを目指して運用してきた。本稿では、緩和ケアに関する広島県の取り組みの経緯と、3年あまり経過した支援センターの運用実績について述べる。

緩和ケア推進体制整備の経緯と現状

2006年10月時点での広島県人口は2,873,737人であり、2006年度の全死亡者数は25,579人、そのうちがん死亡者数が7,551人と、死因の29.5%という状況であった(表1)。

広島県には県民の健康保持増進を目的として、広島大学、広島県、広島市、広島県医師会で構成される「広島県地域保健対策協議会」(以下、地对協と略す)が設置され、保健・医療・福祉に関する調査や協議を行い、県に対して具体的な提言を行っている。

1] 緩和ケア推進体制整備の経緯

1994年、地对協に「末期医療専門検討委員会」が設置され、患者・家族・医師・訪問看護師などを対象とした末期医療に関する実態調査を実施してきた(表2)。その調査結果から、広島県民はがんになった場合でも80%近い人が病名・病状を知りたいと考えていることや、治癒不能ながんに罹患した場合には、半数近い人が自宅での療養を希望していることが分かった。1999年、こうした調査結果をまとめて、広島県に対して「末期医療のあり方」に関する提言が示された¹⁾。

この提言を受けて、2000年には緩和ケア推進の基本方針策定のため「広島県緩和ケア推進会議」が設置され、「在宅緩和ケア推進モデル事業」や「緩和ケア専門看護師養成研修」「緩和ケア専門医師養成研修」が具体的な取り組みとして予算

表1 広島県の二次保健医療圏統計資料(2006年度)

二次保健医療圏	人口	死亡者数	がん死亡者数	がん死亡率(%)
広島(8市町)	1,333,953	10,031	3,094	30.8
広島西(4市町)	145,809	1,167	357	30.6
広島中央(3市町)	224,323	1,800	504	28
呉(2市町)	280,942	3,388	945	27.9
尾三(5市町)	273,287	3,178	934	29.4
福山・府中(4市町)	515,865	4,544	1,329	29.2
備北(2市町)	102,463	1,471	388	25.4
総計	2,873,737	25,579	7,551	29.5

化され実施してきた。また「在宅緩和ケアシステム部会」が設置され、医師会と訪問看護を中心とした在宅緩和ケア推進のための具体的方策を検討した。

さらに、2001年には地域の緩和ケア推進を目指して、二次保健医療圏ごとに最低1カ所の緩和

ケア病棟設置に向けて「施設緩和ケアシステム部会」が設置された。

2003年には、県内7つの二次保健医療圏(図1)に「緩和ケア地域連絡協議会」を設置して、在宅緩和ケアと施設緩和ケアの連携をはかりながら、地域の実情に応じた緩和ケアネットワークづくりを開始した。運用に際しては、各地域の保健所内にある地対協事務局を窓口とすることで、行政との連携体制を築いた。

表2 広島県の緩和ケアに関する取り組み

広島県地域保健対策協議会に末期医療専門委員会が設置され、医師会員、訪問看護師、県民の意識調査、がんの実態調査を実施した。

1994年	医師の末期がん医療に関する意識調査
1996年	患者・家族の末期医療に対する意識調査
1998年	在宅療養中の末期がん患者への医師の関わりに関する調査
1999年	①在宅緩和ケアを行っている患者家族の現状調査 ②医療機関における緩和ケアへの取り組み調査 ③訪問看護ステーションにおける在宅緩和ケアの実態調査 ④在宅介護支援センターにおける在宅緩和ケアの実態調査 ⑤広島県に対して末期医療専門委員会から「末期医療のあり方」について提言
2000年	①広島県緩和ケア推進会議の設置 ②在宅緩和ケアシステム部会の設置 ③在宅緩和ケア推進モデル事業開始 ④緩和ケアに関する専門看護師の育成研修開始
2001年	①施設緩和ケアシステム部会の設置 ②緩和ケアに関する医師研修開始 ③緩和ケアに関する啓発パンフレットの作成および配布
2002年	広島県緩和ケア支援センターの設置が決定

2) 支援センターの運用

2004年9月、県立広島病院内に広島県緩和ケア支援センターが開設された。「緩和ケア科」と「緩和ケア支援室」で構成している支援センターの運用実績を表3に示した。

1. 緩和ケア科

緩和ケア科では、20床の緩和ケア病棟の運用や緩和ケア科外来診療に加え、2006年12月から緩和ケアチーム診療を開始した。

緩和ケア病棟運用の目標として、在宅緩和ケア推進のために「在宅ケアに移行するための症状緩和」「在宅ケア患者急変時の後方支援病床」「在宅ケアにおける家族のレスパイトケア」「在宅ケアチームへの円滑な移行」などを目指してきたが、実際には88.2%が死亡退院という結果であり、在宅に移行できた患者が少ないことが今後の課題である。

2. 緩和ケア支援室

広島県全域の緩和ケア推進に向けて、支援セン



図1 広島県の二次保健医療圏

表3 広島県緩和ケア支援センターの運用実績(2004年9月～2007年8月)

1. 緩和ケア科(医師3名、看護師18名、音楽療法士1名など)	
①緩和ケア科外来: 外来新規患者数	691名
②緩和ケア病棟: 新規入院患者数	433名
(死亡退院数 382名(86.2%))	
2. 緩和ケア支援室(看護師2名、MSW1名、臨床心理士1名、事務2名)	
①情報提供: 一般見学会	562名、視察 1,052名
②総合相談: 電話相談	870件、面談 43件
③専門研修: 医師研修	1日コース 77名
	派遣研修 9名
看護師研修	入門コース 719名
	専門コース 61名
福祉関係者研修	159名
④地域連携支援: アドバイザー派遣	60件
	デイホスピス事業 280回(89名、延べ1,080名)

ター内に「緩和ケア支援室」を設置して、情報提供・総合相談・専門研修・地域連携支援を4つの柱とした事業を実施してきた²⁾(表4)。

1) 情報提供・総合相談

「情報提供・総合相談」事業は、がん対策基本法の施行やがん診療連携拠点病院の整備などに伴い、各医療機関に相談センターが整備され、積極的に情報提供が行われ始めている。今後は、各拠点病院に設置された相談センターと、緩和ケア支援室の「緩和ケア相談」機能との連携や役割分担について、県民が利用しやすい方法を検討する必要がある。

2) 育成研修

緩和ケアを担う人材の育成研修事業は、広島県内だけでなく県外からの研修希望者などが増加する傾向にある。増加の原因として、緩和ケアチームの運用を開始した医療機関が増えていることが考えられる。

2000年から広島県独自で実施してきた「緩和ケアに関する専門看護職の育成研修」は、2007年9月に広島大学医学部保健学研究科附属先駆的看護実践支援センターに開講した「緩和ケア認定看護師教育課程」にバージョンアップした。そのため2007年度は、支援センターの看護師育成研修プログラムの一部を変更し、「初級コース」と「中級コース」の2コースとした。また、新たに「地域連携研修」「ヘルパー研修」などを加えて、在宅緩和ケアを推進するプログラムを強化した。

表4 広島県緩和ケア支援センターの機能

1. 緩和ケア科	
①緩和ケア科外来	
②緩和ケア病棟(20床)	
③緩和ケアチーム	
2. 緩和ケア支援室	
①情報提供: 情報収集室(図書館)、ホームページ運用	
②総合相談: 緩和ケアダイヤル、面談	
③専門研修: 医師、看護師、福祉関係者、ボランティア	
④地域連携: アドバイザー派遣、デイホスピス	

最近の傾向として、拠点病院緩和ケアチームを担う医師の研修希望者が増加していることが特徴的である。

3) 地域連携支援

地域連携支援事業として、支援室のスタッフが県内各地域に出向いて、事例検討会や研修会の講師として参加して、全県的な緩和ケアの啓発や推進を図ってきた。

また、在宅緩和ケアを推進するための取り組みとして「デイホスピスモデル事業」を実施した。デイホスピスは、2006年4月から介護保険制度のなかで「療養通所介護」として運用されることになった。医療保険での運用が認められなかったため医療機関で実施することが困難であり、今後検討すべき課題と考えられる。

表5 二次保健医療圏ごとの緩和ケア関連資源

二次保健医療圏	がん診療連携拠点病院	緩和ケアチーム	緩和ケア病棟	在宅療養支援診療所	24時間対応訪問看護ステーション
広島	4	6	4	195	47
広島西	1	2	1	20	4
広島中央	1	1	0	38	11
呉	1	3	1	42	7
尾三	1	2	1	52	9
福山・府中	1	2	2	75	11
備北	1	1	0	16	5
総計	10	17	9	438	94

今後の課題と方策

2006年8月、広島県に7つの二次保健医療圏に10カ所のがん診療連携拠点病院が指定された。2007年10月に広島県内の医療機関225に対して実施したアンケート調査結果をみると、がん診療連携拠点病院以外で7カ所の医療機関に緩和ケアチームが組織され、総計17の緩和チームが運用されていることが分かった(表5)。

しかし、運用方法、スタッフ数、診療内容などが異なっていることや、運用実績に関する詳細は不明瞭なことも多い。今後は緩和ケアチームの診療機能を充実させ、地域にある緩和ケア病棟と連携して、現場実習を含めた実践的な研修を行う必要がある。

国の「がん対策推進基本計画」で重点的に取り組むべき課題のひとつとして「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が明記されたことから、国策として緩和ケアに関する人材育成や地域ネットワークの構築、啓発などの事業が行われる予定である。

広島県では、行政が積極的に協力して、緩和ケア推進のための人材育成や地域連携を実施してきた。行政と医療の現場が積極的に協力していくことによって、地域に緩和ケアを広げることが円滑になったと感じる。今後も支援センターでの医師、看護師、薬剤師、福祉介護関係者研修を継続

するだけでなく、二次保健医療圏にあるがん診療連携拠点病院と緩和ケア病棟が協力して、基幹病院の医療者や在宅療養支援診療所医師に対する実践的な教育を実施していく予定である。

おわりに

在宅緩和ケアを推進するためには、小回りの効く実践的なネットワークを構築する必要がある。現在は地域によって、医師会が中心的役割を担っているところもあれば、訪問看護ステーションが中心となっている地域もある。また、がん診療病院の緩和ケアチームが中心となっている地域や、行政機関が中心になっている地域など、さまざまな形態で地域の活動が行われている。中心的な役割を果たす機関や職種が異なっても、利用者に正確な情報が届き、地域の資源が十分に活用され、地域のネットワークが円滑に機能することが重要である。

文献

- 1) 広島県地域保健対策協議会末期医療専門委員会：広島県における緩和ケアの推進について、2000
- 2) 本家好文、小原弘之、奥崎真理：緩和ケアの多機能ネットワークによる療養方法選択のための支援。緩和ケア 16(3)：209-213, 2006

重症在宅医療を中心とした地域連携

川島孝一郎

仙台往診クリニック(宮城県)

SUMMARY

重症者とは重度の障害を持った人である。しかし、直面するどのような状況とも調和した生き方を成し得るならば、もはやその人は障害者ではない普通の人である。いろいろな生き方がどのような障害を持つ人の前にも提示可能であり、現在のわが国では「すべての重症者は生き続けられる」医療と介護の制度がすでにある。そして、状況との調和を保ちながら迎える終焉には終末期はない。最期まで支えあう関係性を築くことが求められる。

はじめに

重症者が居宅で生活することができるのは当然である。重症者は必ず何らかの障害を持っているので、障害を持つ人すなわち障害者として位置づけることができる。したがって、重度の障害を持つ人が本人の希望する場所で生活を営むときに、そこが居宅であっても何ら不思議はない。むしろ、本人の希望が叶わないほうがおかしいと考えなければならない。在宅医療はこのように、重度の障

害を持つ人が希望する居宅における生活を支えるための医療を展開するのである。

在宅生活を最期まで継続できたことの証しが居宅における終焉である。在宅で看取ることができたということ自体が、すなわち最期まで在宅生活を支えることができたということである。生きている以上、いつかは迎える人生の終焉に寄り添う医療が重症在宅には必要とされている。

I ICF (国際生活機能分類)

障害を持つことに関してはすでに平成13年にWHOがICFを発表している¹⁾。人が「生きる」こと全体のなかに障害を位置づけて、「生きることの困難」として理解することにより、この困難の克服を目標とするものである。

ICFが注意すべき医学の問題点としてあげているのは基底還元論²⁾である。医学が科学である以上、最も基本的な論理を骨子としてさらに次の論拠を積み上げてゆく。これがエビデンスの成り立ちである。しかし、この手法では必ず結果に対して原因が求められることとなる。一方向の原因究



図1 ICF (国際生活機能分類) モデル

(文献1)より)

明に陥ることにより、常に障害そのものに対する是正のみが求められ、現在行われている障害者の生き方そのものがなおざりにされてしまう傾向になる。

ICFは図1のごとく、心身機能の原因-結果型

II 生き方の表現

医師の話はたいてい基底還元論に基づいた比較論である。図2のように健康を100%とした場合に現在の状態は50%、さらに障害が進行すれば5%、だから、現在の50%をどのように改善するかという原因探索・原因是正型の説明となる。

確かに医学の発展の多くはこのような欠陥是正型の研究によるものだが、この論理に終始した場合には医学の限界に位置する重症な人々は救われない、がんの末期・難病・高齢者の多くは現代の医学では解明されないか、あるいは治療不能であり対象から外れるのだ。

しかしその人たちは今生きている。欠陥是正型の表現に馴染まなくとも、異なる表現が十分に当てはまるのである。それは、その人間個人やその身体そのものの状態に固執する表現ではなく、人が生きる状況とその人との関係性によって生まれる関係重視型の生き方である。

図3はそれを表現している。人と生きる状況との関係性が保たれていれば、人はその状態を継続する。またさらに変化した身体になったとしても、それを受け入れる状況が作られたならそこでまた

の因果論から脱却し、活動・参加とともに、環境因子・個人因子などを織り交ぜた循環型の「生き方の提示」をもくろみたものである。重度障害者の在宅医療を考えるとときにICFの概念を抜きにすることはできない。

平衡状態を維持することができる。このような状況においては、たとえ脳死状態の人でさえ、単に重度の障害を持つ明らかな人間であり、人工呼吸器をつけながら残された日々を有意義に生きることができるのである。

図4を見てみよう。縦軸は比較論であり原因-結果型である。状況を無視し身体の衰えに固執するならば、この表現においては人間には必ず「終末期」が生じる。

横軸の表現を見てみよう。どのように身体が変化しても、その人が置かれた状況との関係性を保つことができれば、その生き方の形態が変容するだけであり、常に100%の調和した生き方を歩む。したがって横軸にはいわゆる「終末期」はない。

人は死ぬ直前までは生きているのであり、よりよい生き方をした結果が「たまたま死ぬ」ことなのである。よりよい生き方は最期まで継続されるのであり、もはやそれはあらかじめ運命づけられている「終末期」ではない^{注11}。



図2 集成的身体(孤立した身体)

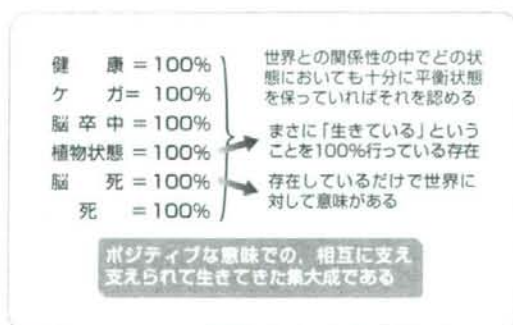


図3 ゲシュタルト的身体(関係性の身体)

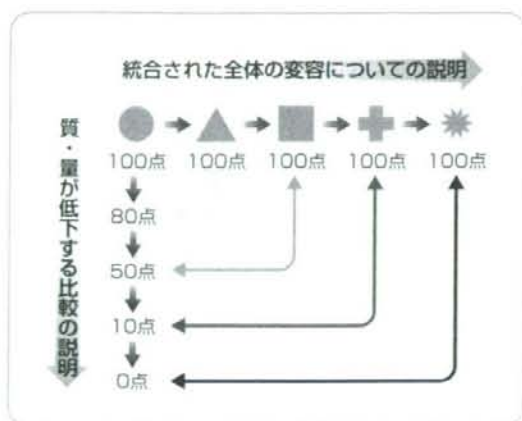


図4 2つの説明責任

もの見方によって、ある事態や状況に対する表現方法やその結果の意味づけがこのように変わる。1つの状況に対しては無数の表現ができるのだが最低2つの表現が求められる、それは相反する表現でありこれによって初めて選択肢が生まれる(図5)。

そしてその表現は同時に「生き方の表現」ではなくてはならない。医師は疾病論・症候論を唱えるの



図5

ではない、病気やその治療によって変化した身体が、今後どのような生き方が可能となるのかを生き方の側面から提示しなければならない時代になったのだ。

注1) 終末期の概念は、図2に示すように健康を100%と見立てた場合の比較論に依拠する。しかし図3のように、たとえ五体不満足であっても、死を迎える瞬間まで状況との調和的全体性を維持する場合には終末期という概念は生じない。死は生きた結果であって終末期における目的にはならない。

III 説明責任と退院計画

図6は医師の説明が今後ICDに基づく疾病・傷病の説明と同等あるいはそれ以上に、ICFに基づく生活情報の提示が必要になってゆくことを示す。さらにその内容を医療関連職種のみならず、在宅ケアに参加するすべての人々と協議することによって、初めて多くの選択肢が提示できるのである³⁾。

本人は、そこで自分の生き方を一時的に決定してもよいし、決定しなくてもよい。次の瞬間に変更してもよい。人の意思は瞬時に変わる。個人の「意思決定」＝「瞬間瞬間の意思の変化」であり有機的な生ものである。意思決定は石版に彫った固定した文字ではないことを医師はよく分かっていなければならない。

具体的にはどのような生きる工夫があるのだろうか。例として人工呼吸器を見てみよう。

- ① 東京周辺や福島県などでは、それぞれの地域において独居の人工呼吸器装着ALS(筋萎縮性側索硬化症)の方々が24時間介護体制で支援されている。
- ② 栃木県の小山城北クリニックでは、一歳の在宅人工呼吸器を最年少としてほかに10人ほどの小児人工呼吸器を扱っている⁴⁾。
- ③ 仙台往診クリニックでは36人の在宅人工呼吸器を扱っており、13歳の脳死状態の男児を在宅管理⁵⁾している。

このように、現行の医療制度と介護制度の範囲内で、わずか一歳であっても、脳死状態であって

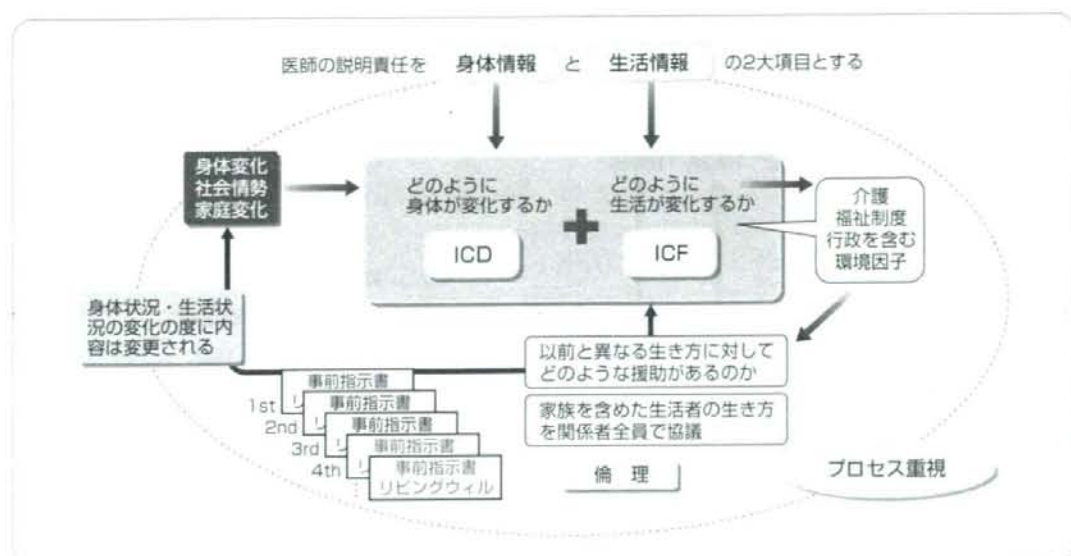


図6 生き方のプロセスを重視した説明責任

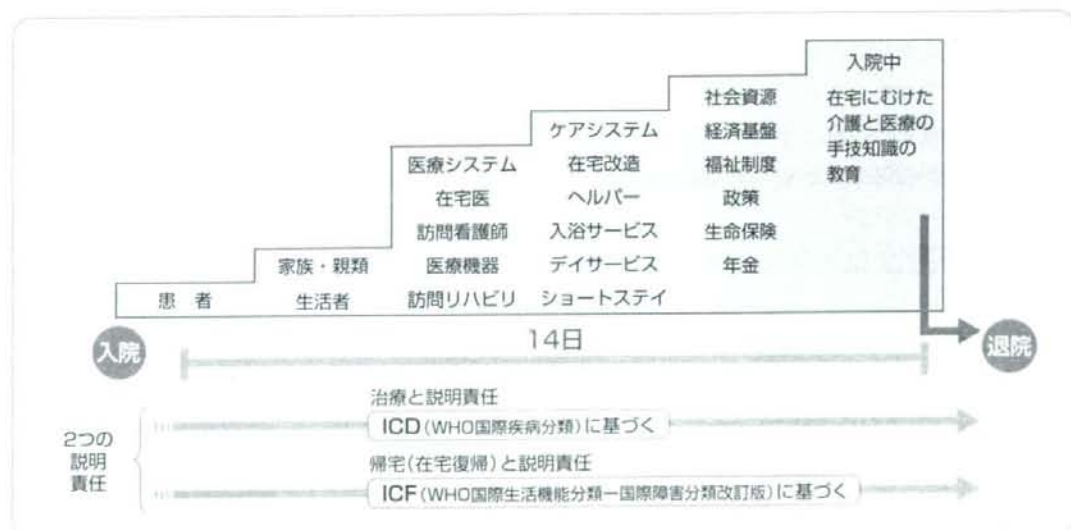


図7 退院計画と説明責任(生活情報)

も、独居であっても人工呼吸器を装着して在宅生活を行うことが可能である。

図7は入院から退院までの説明責任と退院計画について示したものである。患者と呼ばれる人も家に帰れば名前では呼ばれる。生活のなかに生きる人は皆生活者でありもはや患者ではない。在宅で機能する医療のシステム・生活に必要なケアのシ

ステム・生活を支える社会資源などについて、在宅ケアに携わるすべての人が入院期間中に集合し、退院の計画を立てなければならない。これが「サービス担当者会議」であり、重症者の退院の場合には数回開催されることもある。

それぞれの役割分担を確認し状況が整ったところで退院となる。

表1 日常生活用具の給付対象者および品目

障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー、盲人用時計(触読式・音声式)、盲人用タイムスイッチ、点字タイプライター、盲人用電卓、電磁調理器、盲人用体温計(音声式)、盲人用体重計、視覚障害者用拡大読書器、点字ディスプレイ、視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置(サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む)、聴覚障害者用通信装置、聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽(湯沸し器を含む)、便器、特殊マット、エアーマット、特殊寝台、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、入浴補助用具、移動用リフト、歩行支援用具、居宅生活動作補助用具(住宅改修費) ※18歳未満のみ 訓練いす、訓練ベッド
上肢機能障害 (一部言語機能障害を含む)	特殊便器、パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	重度障害者用意思伝達装置、携帯用会話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車、ネプライザー、電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器、自動消火器
呼吸器機能障害3級以上、若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって、医療保険における在宅酸素療法を行う者、または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター) ※平成15年度より給付開始
知的障害 重度～最重度	特殊マット、特殊便器、頭部保護帽、電磁調理器、火災警報機、自動消火器

色字は18歳以上が対象

IV 必要な制度

- ① 介護保険制度。
- ② 身体障害者自立支援法：介護保険によるケアが受けられない場合には、これによる居宅・通所・施設介護制度が行われる。在宅医療の適応になる人々は、原則的には「疾病・傷病による通院困難者」であり、身体障害者手帳が交付できるはずである。がん末期も途中で必ず身体障害となる。
- ③②による重度障害者等包括支援：本制度はとくに重度な障害を持つ①人工呼吸器装着者、②知的障害者、③精神障害者の三者に対して、時間数無制限24時間365日で支えるものである。ただし、自治体の経済状況に左右される場合がある。
- ④ 身体障害者手帳による諸制度：表1は身体障害者手帳の交付によって使用できる種々の給付品目である。身体障害者医療費助成制度は多くの自治体で行われている。医療費の減額・免除が可能となる。
- ⑤ 各自治体に特有な制度：宮城県では人工呼吸器装着者に対して「介助人派遣事業」を行っている。
- ⑥ 生命保険：どの生命保険の基礎部分にも必ず「高度障害」の項目がある。重症者はもちろん高度障害に該当するのであり、「生きている今、死亡時と同じ金額を本人の見舞金として全額受け取ることができる」しかも、見舞金扱いとなるので税金がかからない特典がある。

V 地域連携

1 病診連携

表2は筆者が厚生労働省保険局の「在宅療法の

普及および技術評価に係る調査」実施委員会の委員であったときの調査結果である。在宅酸素・在

表2 生の終わりを迎える理想の場所

	全体	病院	施設	居宅	無回答
HOT	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4	12.6
HEN	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5	8.5
HNV	45	7	—	33	5
	100	15.6	—	73.3	11.1
HPN	38	6	—	26	7
	100	15.8	—	68.4	18.4
主治医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6	19.4

宅経管栄養・在宅人工呼吸器・在宅中心静脈栄養のそれぞれの在宅療養者、およびその方々を往診している医師に対して、「療養している方々が最期を迎える場所の希望」を聞いている。いずれもが居宅を希望する割合が圧倒的に多い。ここに示される療養者も医師も昔は病院医療を受けていたし病院医師であった。しかし今は在宅医療を受け、そして在宅医師である。この療養者も医師も、病院医療と在宅医療の両者の経験者であり、ここで初めて選択肢が生まれるのである。その結果は在宅での終焉を希望する割合が圧倒的に多い。つまり、選択肢がない患者と医師には選択の余地がなく「調子が悪ければいつでも病院に來な

さい」といわれるがまさに「病院に救急搬送される」のである。昨今の救急搬送率の上昇は、その一部は在宅医療の知識に乏しい病院医が作り出している現象ともいえる。まず、在宅医療の周知が必要である。病診連携の第一は「病院医の在宅医療に対する理解」が欠かせない。

② 診診連携

在宅療養支援診療所は全国10,700カ所である。全国の市部の在宅死・在宅死率のいずれもが増加している反面、都部の数は減少している。適正分布がなされていないのであり、今後当該診療所の質の向上・数の増加・適正分布が求められる。表3は、拠点型の在宅療養支援診療所のみで重症者を含めた死亡総数の25%を在宅で看取る場合に必要な診療所数を、人口配分で換算したものである。既存の在宅死亡率を差し引いた場合には、この1/2～1/3の数で十分機能すると考えられるので、在宅医療を専門にしている拠点型の当該診療所と、外来主体の従来型の診療所との連携が今後重要となってくる。

③ 医科-歯科連携

表4は人口配分による在宅歯科診療所数である。歯科は①摂食・嚥下機能の保持による食事の

表3 人口規模×在宅看取り×医師に関わるモデル

		100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011～2015年の平均総死亡例		10,600人	5,300人	3,180人	1,060人	530人	106人
最大25%在宅看取り		2,600人	1,300人	780人	260人	130人	26人
内 がん死		860人	430人	258人	86人	43人	9人
医師数		2110人	1055人	633人	211人	106人	21人
診療所のタイプ	医師5人 100名看取り	26カ所 (医師数130人)	13カ所 (医師数65人)	8カ所 (医師数40人)	3カ所 (医師数15人)	1カ所 (医師数5人)	
	医師3人 50名看取り	52カ所	26カ所	18カ所	6カ所	3カ所 (医師数9人)	
	医師1人 20名看取り	130カ所	65カ所	39カ所	13カ所	7カ所	2カ所 (医師数2人)
	従来 医師1人 2～3名看取り	?	?	?	?	45カ所?	9カ所?

注: ?で示されている数値は、拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるため注意が必要。
(仙台往診クリニック 研究部門)

表4 人口規模×在宅看取り(推計)×歯科医師に関わるモデル

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万	
2011～2015年の平均 総死亡数	10,600人	5,300人	3,180人	1,060人	530人	106人	
最大25%在宅看取り	2,600人	1,300人	780人	260人	130人	26人	
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人	
歯科医師数(平成16年)	740人	370人	222人	74人	37人	7人	
歯科診療所数(平成17年)	520件	260件	156件	52件	26件	5件	
在宅歯科診療に必要と される歯科診療所数(40%)	208件	104件	62件	21件	10件	2件	
診療所の タイプ	Ⅱ型訪問 歯科診療所 (週2回終日)	104カ所	52カ所	31カ所	10カ所	5カ所	1カ所
	Ⅰ型訪問 歯科診療所 (週1回半日や昼休み)	104カ所	52カ所	31カ所	10カ所	5カ所	1カ所

注：○で示されている数値は、拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるため注意が必要。
(仙台往診クリニック 2007)

楽しみを作り出すとともに、必要以上の胃瘻・経管栄養造設の増加に歯止めをかけることができる。②口腔ケアにより肺炎の発症率が1/2になることがすでに分かっている。在宅療養者の重度化・悪化を未然に防ぐ働きが歯科に求められており、全身管理の一翼を担う歯科、生き方に沿う歯科医療が今後要求される³²⁾。

4 医師-看護師連携

看護においても、在宅看取りを視野に入れ拠点となる看護ステーションの広がりが期待される。従来の少人数の看護では24時間体制を敷くことが困難であることも多い。地域における大規模型の訪問看護ステーションが必要である。

5 医科-調剤連携

図8に示すように、療養者が重度化することによって訪問薬剤の頻度と重要度が増す。麻薬・IVHの調剤・訪問薬剤指導が的確にできる調剤薬局の増加が期待される。

注2) ①ALSのたんの吸引については老発第0717001号(平成15年7月17日)付けで、②ALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引については医政発第0324006号(平成17年3月24日)付けで、③吸引以外の行為についての解釈は医政発第0726005号(平成17年7月26日)付けで、当該行為に関する了承が発令されている。

6 在宅ケア

すでにホームヘルパーが行うことのできる種々の手技がある。体温測定・血圧測定・パルスオキシメータによる酸素飽和度測定・吸引・浣腸・座薬挿入・皮膚創処置・点鼻・点眼・軟膏の塗布・湿布の貼付・薬の内服援助・爪きり・耳垢取り・口腔清拭・人工肛門の便の除去・自己導尿の介助が認められている³⁾。重症であるほど身体の可動制限が起きやすい。自らは動けない本人の代わりにケアの担当者が率先して行動することが望まれ

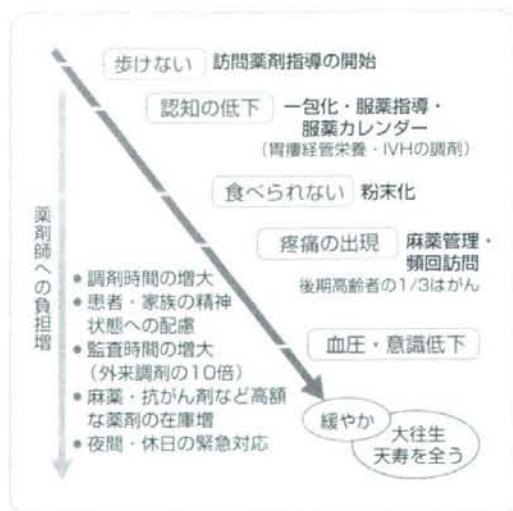


図8 後期高齢者と在宅療養支援調剤薬局

る。また、吸引指導などを含めた種々の行為について十分な知識と手技の指導を行うことが望まれる。の安全な施行のために、医師がケアの担当者

おわりに

重症在宅医療を中心とした地域連携にとって重要なことをまとめた、

- ① どんなに重度であっても在宅に帰すことができるということ
- ② 独居の人工呼吸器装着者にも在宅生活可能な制度が、すでに完備されていること
- ③ すべての医療が苦痛の除去にあるので、緩和の概念がすべての医療に必要なこと
- ④ ICFの概念が重要であり、どの項目にも偏らずに全体を見落としなくとらえること
- ⑤ 生き方を軸とした十分な説明責任が必要であり、生きる選択肢が提示されること
- ⑥ 意思決定が重要ではなく、関与する皆で真剣に考え続けるプロセスこそが重要なこと
- ⑦ すでにある利用可能な医療とケアの実際についての知識と技術を習得すること



参考文献

- 1) 上田 敏：ICF (国際生活機能分類) の理解と活用、きょうされん、東京、5、2005。(図1は同著p15に掲載されている)
- 2) 上田 敏：ICF (国際生活機能分類) の理解と活用、きょうされん、東京、40-41、2005。
- 3) 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、29-37、2008。
- 4) 川島孝一郎 (分担研究)：ICUにおける脳死状態患者の在宅移行に関する研究。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 (主任研究者：濃沼信夫)、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)。
- 5) 川島孝一郎：生き方を支える歯科医療の未来。日本歯科医師会雑誌、60 (11)：44-45、2008。