

## F. 健康危険情報

特記事項なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

特記事項なし

### 2. 学会発表

- ① 第三回日本アクションリサーチ協会シンポジウム 平成 20 年 2 月 28 日-3 月 1 日 大東文化会館
- ② 6th Annual Symposium on Action Research May 15 - 16, 2009. University of San Diego - School of Leadership and Education Sciences (予定).

#### 学会発表① 資料

第三回日本アクションリサーチ協会 (JAAR) シンポジウムアジェンダ AGENDA of 3 <sup>rd</sup> JAAR Symposium	
日本アクションリサーチ協会 Japan Association of Action Research シンポジウム運営委員会	
1. 日時・場所	
○ 日時 : 2009 年 2 月 28 日 (土曜日)、3 月 1 日 (日曜日)	
28 日 : 開場 10:00、10:30~17:30	
1 日 : 開場 9:30、10:00~17:30	
○ 場所: 大東文化会館大ホール (東武東上線 東武練馬駅下車 徒歩五分)	
○ 参加費: 一般及び社会人大学院生: 5,000 円 学生: 2,000 円	
3 月 1 日 (日曜日)	
時間	内容
12:45 ~	(11) 発表と討議-5:「コミュニティづくり」 ・家で死ねるまちづくり (川越 博美: バリアン/すみだ在宅緩和ケア連絡会)

SSMベースのアクションリサーチによる  
「家で死ぬるまちづくり」  
People-Centered Community based  
Palliative Care System

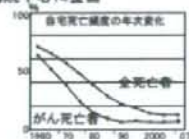
川越 博美  
すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会  
訪問看護バリアン

SSMベースのアクションリサーチによる「家で死ぬるまちづくり」

1. 研究の背景 (Background)
2. 研究の目的 (What Problem?)
3. SSMベースのアクションリサーチを用いた理由 (Why SSM?)
4. SSMベースのアクションリサーチによる「家で死ぬるまちづくり」の過程 (How to use SSM?)
5. SSMベースのアクションリサーチの取り組みからの学び (Learning from this case)
6. 結論 (Conclusion)

研究の背景 Background

1. 急速な高齢化・核家族化の進行
2. がん患者の死亡場所は病院が90%超・自宅は約6% (墨田区は10%弱)
3. 不治の病とわかった時「自宅で療養」希望は6割
4. 日本におけるホスピス緩和ケアは病院中心に整備



研究の目的 What Problem?

【ニーズ】

1. がん患者の固有のニーズに合わせた在宅ケアを提供できるシステム
2. 個々の状況に合わせて対応可能なケアの場や体制作り
3. 専門職と市民のコミュニティ活動が基盤のホスピス緩和ケアチーム
4. 在宅ホスピス緩和ケアの広報活動と情報提供



がん患者・家族が地域で最期まで暮らすための  
まちづくりとして取り組む

SSMベースのアクションリサーチを用いた理由 (Why SSM?)

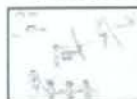
1. SSMワークショップとアクションプランの実践によって、すみだの在宅ホスピス緩和ケアに関わることで、現状を実感をもって知ることができる
2. SSMのアコモデーションのプロセスによって、在宅ホスピス緩和ケアシステムに関わる。さまざまな専門職、ボランティア、行政と市民の「思い」を一つにすることができる
3. コトを扱う方法論であるSSMによって、在宅ホスピス緩和ケアには、どのようなコトが必要かをシステミックに理解できる

SSMベースのアクションリサーチによる  
「家で死ぬるまちづくり」の過程 Ⅰ

- 参加者(すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会)
- 区民(遺族・ボランティアなど)
  - 医師(診療所・緩和ケア病棟)
  - 訪問看護師
  - 保健師
  - 薬剤師
  - 病院相談員
  - 介護支援専門員
  - 地域包括支援センター職員
  - 社会福祉協議会職員
  - 行政職員・元職員・退職校長会
- 30名～50名



### 1. リッチビキチャーによる参加者の「思い」 『すみだで在宅ホスピス緩和ケアに関わる一人として、 今の状況をどのように感じていますか？』



家に帰りたいと思っている人がいるが、病院の医師と看護師が在宅は楽だといっている。退院できてもケアマネがマネジメントできない。自宅でチームで支えられなくて悲しい。



本人が在宅を望んだとしてもグループリビングや共同アパートのようなものがあるといい。大人に頼らず学生や僕もボランティアが役立つ必要がある。右下の行はこんな希望で通っていたらいいな。



自治会のいろいろなことは、地域の集まりが山あるところ。協力もあっていて、学校・八百屋・商店街・スイミング・オープンな集まりのようなスペース。患者さんが苦しい人まで介護の中で通じている。

### 4. 比較表による「思い」と現実との比較

思いの活動	現状との比較	現実ではどのように行われ、認知されているか	気づき
行政と福祉・医療の力が結び合う拠点を構築する	△	「行政支援センター」が「病院」が「在宅サービス」連携「介護」上の連携のコーディネートを行っていないが、様々なケースについている。 基幹病院を中心とした「緩和ケアチーム」が半年に一回開催している。しかし医療従事者が「病院」「診療所」「訪問看護ステーション」の連携のための会合に出席し、連携に繋がっていない。	個人のコーディネートに頼られているネットワークにはなっていない。医療支援センターも拠点ではない。
地域の持てる力を結集してさまざまな活動を展開する	△	在宅での活動は、在宅療養支援診療所を中心とした地域の訪問看護ステーション、介護サービスなど連携しながら活動を展開している。しかし、市民生活のことと知らない。依然として病院依存が強い。在宅の受け入れ態勢も十分でない。 いっしょに「地域力」(市民委員、町内会、避難民などが)調達の活動に参画しているがシステムもわかっておらず、十分に活用されていない。	高齢がら患者の受け入れ態勢として、「在宅」がままままのスペースを確保できると考えられるが、現在のままでは不足がある。 様々なケースワーカーが組み立てる必要がある。

### 2. 「思いのモデル」

『すみだの住民(末期がん患者)が、  
家で死ぬるとはどういうことか？』

Z(why): 地域の人々が「人に迷惑をかけたくない」と思い、「助けて」と言えるように自らを解放し、サービスを求められるために

Y(How): 行政・福祉・医療と区民の力が結び合う拠点を構築することによって

X(what): 人々が安心して家で死ぬることを学んでいくこと

Z(why): 末期がんになっても、住み慣れた場所で好きなことをしながら自ら人間としての尊厳を保ちつつ、最後まですみだで過ごすことが出来るようにするために

Y(How): 地域の持てる力を結集してさまざまな困難を克服することによって

X(what): すみだの力(すみだ力)を発揮すること

### 3. 概念活動モデル

### ●アクションプラン

- 区民向け講演会(すみだで最期を迎えることができることを知ってもらう)
- 勉強会(病院へ出前勉強会、福祉向け勉強会、マラソン(7など))
- ネットワーク作りに向けた情報収集と公表  
(ボランティア、医師(診療所)、訪問看護(訪問看護ST)、薬剤師(薬局)、ホームヘルパー(訪問介護事業所)、ケアマネジャー(在宅療養支援事業所))
- すみだの看取りのサービスを提供するための拠点  
(「相談・調整・教育」  
「通所・入所によるサービス提供:緩和ケアグループホーム」)

### アクション1 区民向け講演会

参加者 264名  
連絡会活動参加希望者 17名  
アンケート回収 78名(29.5%)  
参加者内43 区外27 参加者8  
住み慣れた家で最期を迎えることについてとても参考になった 60  
まあまあ参考になった 11  
無回答 7

治療法がないと言われた時家で死みたいか  
怒り 54  
悲しい 13  
無回答(どちらとも言いえない) 11

★より良く生きることを考えた  
★町内に訪問診療の医師に看取られて家で亡くなった方がいる。まだまだ不安はあるが家医がそうなら人に助けてもらって家で看取りたいと思う  
★グループホームやネットワークがすでにほしい



### アクション2 社会資源調査と公表 (各機関向けの調査票作成済み・調査未)

対象:診療所・訪問看護ステーション・薬局  
在宅介護支援事業所・訪問介護事業所

方法:郵送によるアンケート方式

公表方法:インターネット上で一般に公開

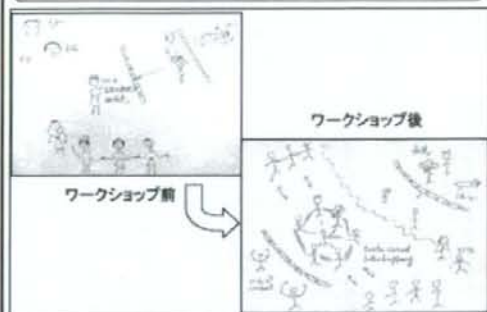
調査項目(例)

- 診療所:① 医療機関名、医師名、所在地などの基本情報  
② 在宅死亡率  
③ 医療内容や在宅ケアの体制

SSMベースのアクションリサーチの取り組みからの学び  
(Learning from this case)

1. 研究者(連絡会)の学び
2. すみだにおける在宅ホスピス緩和ケアのネットワークづくりについての学び
3. 参加者の学び
4. SSMベースのアクションリサーチについての学び

1. 研究者(連絡会)の学び



2. すみだにおける在宅ホスピス緩和ケアのネットワークづくりについての学び

1. 参加者の思い
2. 区民・専門職の学習の必要性
3. 在宅緩和ケアのコーディネート拠点が必要
4. すみだの地域力
5. すみだの最期を迎えたいという思いに答える方法が緩和ケアグループホームである

2. すみだにおける在宅ホスピス緩和ケアのネットワークづくりについての学び

1. 参加者の思い
  - (a)在宅緩和ケアを実践している医師・訪問看護師がもつ充実感
  - (b)家族を家で看取ったことがある区民がもつ在宅緩和ケアへの思い
  - (c)在宅緩和ケアのためのシステムが必要
  - (d)家で死ぬことについての疑問
  - (e)家に帰りたいという患者の思いを叶えたくてもうまかない在宅緩和ケア

2. すみだにおける在宅ホスピス緩和ケアのネットワークづくりについての学び

2. 区民・専門職の学習の必要性
  - (a)自分の思いどおり「家で死ぬ」のだからということを感じることが必要
  - (b)病院の医師・看護師が在宅緩和ケアについて学ぶ必要がある
  - (c)在宅緩和ケアを担う専門職も在宅緩和ケアについて学ぶ必要がある
  - (d)在宅緩和ケアに関わる区民をボランティアとして育てる必要性
  - (e)在宅緩和ケアの教育方法

2. すみだにおける在宅ホスピス緩和ケアのネットワークづくりについての学び

3. 在宅緩和ケアのコーディネート拠点が必要
  - (a)不適切な病院の退院調整
  - (b)既存の在宅ケア相談機関では、末期がん患者のコーディネートができない

2. すみだにおける在宅ホスピス緩和ケアのネットワークづくりについての学び

4. すみだの地域力

- (a) すみだ区民の結びつき
- (b) 緩和ケアを取り巻く医療機関の存在
- (c) 在宅緩和ケアに不慣れな医療・福祉サービス
- (d) すみだの力の結びつきが必要
5. すみだで最期を迎えたいという思いに答える方法が、緩和ケアグループホームである

3. 参加者の学び(参加者の感想より)

- 参加者が学んだこと
- ・意味がわからず戸惑う
  - ・アクションリサーチの手法・意義がわかる
  - ・みんなの「思い」を実感できる
  - ・多様な「思い」に気づく
  - ・過程に時間を要する
  - ・自分の仕事や家族を振り返る
  - ・つながりができる
  - ・個人と組織に属する自分との立ち位置に迷う
  - ・今後の見通しが明確になる
- 今後の活動への意欲
- ・みんなでやっていきたい
  - ・活動にやりがいを見出す
  - ・個人の目標につながる
  - ・かたちにしていきたい
  - ・今後も続けたい
  - ・組織の活動につながる

4. SSMベースのアクションリサーチについての学び

- (a) 在宅緩和ケアに直接関わっている専門家は、その地域や状況の固有性と普遍的な専門性の間を埋める経験知を身につけており、SSMのアコモデーションのプロセスは、専門家同士の経験知を引き出し表現するプロセスである。
- (b) SSMのプロセスは、システムづくりの当事者が、システム構築後にそれを運用する人々、利用するであろう人々から、システムへのコトのニーズを学ぶデバイスである。
- (c) アクションプランとアクションをつなぐための組織的な統制が必要である。

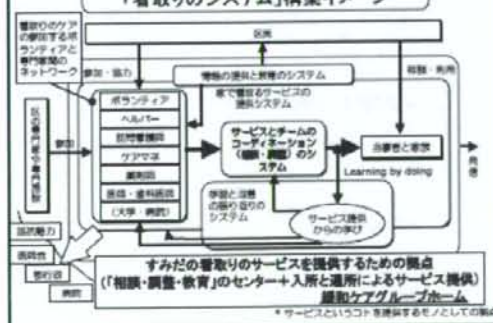
結論 (Conclusion)

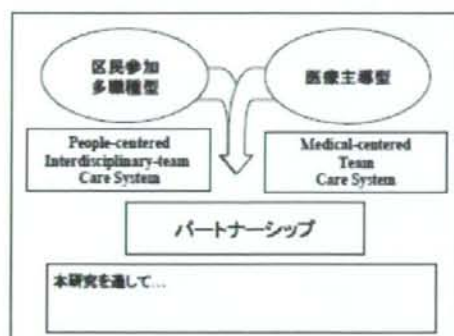
1. あらゆる専門職とボランティアをつなぐすみだのまちづくり
2. すみだ家で死ねるまちづくりのシステム
3. すみだ家で死ねるまちづくりに向けて

学びの意義

- (a) すみだにおいて最期は家で死にたいという人を支えたいという思いを持っている人々を結びつけ、在宅緩和ケアシステムづくりの活動を組織することができた。  
同時にその活動を通じて、在宅緩和ケアに積極的でなかった団体や組織に関心を持たせることができた。
- (b) 研究に関わった専門職、行政、地域ボランティアと市民のメンバーが、すみだで在宅緩和ケアシステムを構築するとは何をすることなのかを理解した。
- (c) SSMのアコモデーションのプロセスは、思いの共有によってバックグラウンドの異なる多様な専門職と一般市民の異なる考え方を調整でき、多様な専門職と一般市民をそのメンバーとするチームケアの実現に有効であることを実践を通して確認できた。

システムづくりの方向性からの「看取りのシステム」構築イメージ





学会発表② 資料

6th Annual Symposium on Action Research

May 15-16, 2009 · University of San Diego

*What is Action Research Really?*

*Exploring Multiple Perspectives*

*Across Boundaries, Borders and Disciplines*

Proposal Submission Template

Additional Author-1

Name: Hiromi Kawagoe
Title: Learning form community development in case of "People Centered Community Based Palliative Care System in Sumida"
School or Employer: St. Luke's College of Nursing / Pallium incorporated medical institution
Email: hiromi@pallium.co.jp

Symposium Title:

The possibility and validity of Japanese style Action Research in unstable age

Abstract:

Learning form community development in case of "People Centered Community Based Palliative Care System in Sumida"

Japanese society has already entered into an aging society, and Japanese need to consider how our society deals with an aging society. In Japan where one-third person dies of cancer, it is an important subject that the terminal cancer patients themselves are able to choose the place at which they see the last moment. In the process which the group

to which author is belonging is concerned with the terminal cancer patient's care directly, the members of its group have supported many terminal cancer patients having "omoi " of choosing the last place by themselves.

In this presentation, the process which developed the community based on author's group's "omoi ", by using SSM-based AR, which would like to enable terminal cancer patients to choose not a hospital but a home town as the last place is showed. And the feasibility of developing such community is argued by using learning in this process.

## H. 知的財産の出願・登録状況

### 1. 特許取得

特記事項なし

### 2. 実用新案登録

特記事項なし

### 3. その他

特記事項なし



## 参考文献

- 内山 研一(2007). 「現場の学としてのアクションリサーチ—ソフトシステム方法論の日本的再構築」  
白桃書房 2007年.
- Amir, Z., Haward, R. A., Barker, E. A., et al. (2000). Recent trends in the place of death of cancer patients: A cancer registry based study in the Yorkshire Region (1989-96). *Cancer Strategy*, 2, 55-60.
- Bowles, Kathryn H. et al. (2002). Patient Characteristics at Hospital Discharge and a Comparison of Home Care Referral Decisions. *JAGS*, 50(2), 336-342.
- Clare, P. et al. (2008). Predicting survival in patients with advanced disease, *European journal of Cancer*, 44, 1146-1156.
- Clinical standards board for Scotland (2002). Clinical standards for specialist palliative care. Retrieved February 8, 2009. from <http://www.palliativecarescotland.org.uk/publications/palliative.pdf>
- Gallo, W. T., et al. (2001). Factors associated with home versus institutional death among cancer patients in Connecticut, *Journal of American Geriatrics Society*, 49(6), 771-777.
- Gomes, B. & Higginson, J. (2006). Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: Systematic review. *British Medical Journal*, 332(7540), 515-521.
- Grundy, E., Mayer, D., Young, H., et al. (2004). Living arrangements and place of death of older people with cancer in England and Wales: A record linkage study. *British Journal of Cancer*, 91(5), 907-912.
- 早川満利子, 高田みつ子(2004). 大学病院における終末期患者の在宅療養に関する看護師の認識. *日本看護学会論文集 成人看護II*, 35, 80-82.
- 稗田君子(2005). 特定機能病院における地域医療連携センター専任看護師長としての役割. *看護展望*, 30(10), 88-93.
- Higginson, I. (1997). Health care Needs Assessment: second series the epidemiologically based needs assessment reviews. In Stevens, A. & Raftery, J. (Ed.), *Palliative and terminal care* (pp. 183-260), Radcliffe Medical Press.
- Higginson, I. J. (1997). Palliative and terminal care. In A. Stevens. & J. Raftery(Eds), *Health care needs assessment: Second series The epidemiologically based needs assessment reviews*. Abingdon: Radcliffe Publishing.
- Hopkinson, J.B., Hallett, C.E. (2001). Patients' perceptions of hospice day care: a phenomenological study. *International journal of nursing studies*, 38, 117-125.
- 井手麻利子(2006). 在宅緩和ケアを受けている患者の急変とその対処. *Emergency Care*, 19(12), 1131-1136.
- 今村由香, 小澤竹俊, 宮下光令他(1999). ホスピス・緩和ケアについての相談支援と情報提供に関する研究 末期がん患者と家族の意識. *日本がん看護学会誌*, (13)2, 60-68.
- 井尾和雄, 中込敦子(2005). 在宅死のすすめ 看る診る看取る. けやき出版.
- 川越博美(2006) 市民参加による地域包括的緩和ケアシステムモデル開発の実証的研究(課題番号

- 16390654) 平成 16~17 年度 科学研究費補助金報告書.
- 川越博美他(2008). 在宅ホスピス・緩和ケア基準作成の試み. 緩和ケア, 18(4), 357-364.
- 木澤義之(2001). がん終末期患者の在宅医療 その現状と課題. ターミナルケア, 11(4), 253-257.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2008). 国民生活基礎調査. 厚生統計協会.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2009). 人口動態統計平成 19 年. 厚生統計協会.
- 厚生労働省医政局総務課(2008) 平成 20 年 10 月 27 日 第 1 回終末期医療のあり方に関する懇談会 配付資料 2. Retrieved February 8, 2009. from <http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html>
- Lock, A. & Higginson, I. (2005). Patterns and predictors of place of cancer death for the oldest old. BMC palliative care, 4(6), 1-8.
- Madalon, A. O. (1985). Hospice in the United States: Multiple models and varied programs. Nursing Clinics of North America, 2(20), 269-279.
- 松永篤志, 永田智子, 村嶋幸代(2004). 特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識および実施状況 退院支援部署の有無による比較に焦点をあてて. 病院管理, 41(3), 185-194.
- National hospice and palliative care organization(2007). NHPCO Facts and Figures: Hospice care in America. Retrieved July 5, 2008. from [http://www.nhpc.org/files/public/Statistics\\_Research/NHPCO\\_facts-and-figures\\_Nov2007.pdf](http://www.nhpc.org/files/public/Statistics_Research/NHPCO_facts-and-figures_Nov2007.pdf)
- 大岩孝司(2003). 千葉県の緩和医療の現状と今後の展望 在宅ホスピスの立場から. 千葉県ターミナル研究会 15 周年記念誌.
- 大岩孝司(2005). 在宅緩和ケアの普及に向けて その阻害要因の検討. 微研ジャーナル友, 28(2), 12-18.
- ライフデザイン研究所(2002) 終末期医療に関する意識調査 Retrieved February 8, 2009. from <http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/news/news0203.pdf#search='%E7%B5%82%E6%9C%AB%E6%9C%9F%20%E3%81%8C%E3%82%93%20%E8%AA%BF%E6%9F%BB'>
- Teno, J. M., Clarridge, B. R., Casey, V. et al. (2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA, 291(1), 88-93.
- 恒藤暁(1999). 最新緩和医療学. 最新医学社. 22-24.
- 宇都宮宏子(2004). 特定機能病院における地域連携と専任の退院計画調整看護師の役割. 看護展望, 29(9), 982-990.
- von Gunten, C. F., Von Roenn, J. H., Johnson-Neely, K. et al. (1995). Hospice and palliative care: Attitudes and practices of the physician faculty of an academic hospital. The American Journal of Hospice & Palliative Care, 12(4), 38-42.

すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会  
(Sumida Home Hospice Palliative Care Association)

「健康で長生きができる」これは誰もが望むことです。しかし、人間は100%いつか必ず最期のときを迎えます。日本人の2人に1人はがんになり、3人に1人はがんで亡くなっています。がんの診断や治療法は進歩しましたが、がんで亡くなる人の数は減りません。がんで亡くなっていく人が、最期どこでどのように過ごして人生を締めくくっていくか、それは大きな課題です。

人としての価値は、いかに長く生きたかということより、いかに生きたかが大切だと思っています。死までの日々を、尊厳をもって生きる。それを支えるのがホスピスケアです。尊厳を守ることの基盤は、今まで紡いできた人との結びつきを断ち切らないこと。今まで住み続けた地域に住み続けることだと思っています。たとえがんで最期を迎えることになっても、このすみだの地で、家族や友人、地域の人々に支えられながら、自分らしい最期のときを過ごして欲しい。その願いで、このすみだホスピス緩和ケア連絡会を立ち上げました。

まだ生まればかりのひよこの会ですが、皆さんの手で、育てて下さい。それが「すみだまちづくり」につながることを信じています。

区民を中心に、医療・福祉・行政が力を合わせてすみだのみんなの力で、すみだの人々の最期が意味ある日々となるよう活動をしていきたいと願っています。皆様のご協力をお願いします。

活動内容

1. 区民に、すみだの地で、最期を迎えることができるということを知ってもらう

・自分の家や新たに計画している「緩和ケアグループホーム」で、地域の人々の助けをかりて、すみだで最期のときを過ごすことができることを知ってもらう。

2. 在宅ホスピス緩和ケアについて学びあう

・在宅医療・福祉専門職の勉強会を開き、互いに情報交換をしながら学ぶ機会をつくる。  
・病院の医療者が在宅ホスピス緩和ケアについて知る機会をつくる  
・区民がボランティアとして在宅ホスピス緩和ケアに参加できるよう学ぶ機会をつくる。

3. 在宅ホスピス緩和ケアのすみだネットワークを創る

・病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護支援事業所・介護事業所・ボランティア活動など在宅ホスピス緩和ケアに関わるサービスについて情報収集をし、区民が誰でも利用できるようネットで情報公開をする  
・在宅ホスピス緩和ケアに関わるサービスがチームとして活動できるようネットワークを築く。

4. 緩和ケアグループホーム(自宅ではない在宅)をつくり、すみだ在宅ホスピス緩和ケアの拠点とする

・家で療養が困難な一人暮らしや、介護力がない人は、緩和ケアグループホームに入り、家と同じような雰囲気の中で最期の時を過ごすことができるようにする。  
・区民ボランティアや医療・福祉の在宅サービスがグループホーム入居者のケアにあたる。緩和ケアグループホームは、5～6人が入居できる家庭的なホームで、自分の家で生活していると同じような雰囲気の中で地域の人々に支えられながら最期の時を過ごすことができるホームにする。また、在宅緩和ケアの相談を受け、コーディネートもできる在宅緩和ケアの拠点とする。

すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会 連絡先

川越博美(代表) 松竹耕治 桜井美徳 宮崎和加子 大金ひろみ 松浦志のぶ

住所:〒130-0021 東京都墨田区緑1-14-4 5F

電話:03-5669-8302 ファックス:03-5669-8310

Eメール:s-sumida@pallium.co.jp

ブログ: <http://sumidahomehospice.blog25.fc2.com/>(家で死ぬるまちづくり)

資料 2

アクション 2 : 社会資源調査と公表

調査票

最期まで暮らせるまち すみだ 在宅ホスピス緩和ケアに関する調査  
(診療所用)

I 貴医療機関の概要、体制についてお伺いします。\*は該当するものを○で囲んでください。

医療機関名:		
*医療機関の種類: 無床診療所 ・ 有床診療所		
担当医師: 名(担当医師の氏名: )		
住所: 〒 - 墨田区		
TEL:	FAX:	
e-mail アドレス :	(*公表:可・不可)	
ホームページ URL:	(*リンク:可・不可)	
最寄の交通機関:		
訪問対象地域:		
2008年1月～12月の在宅末期がん患者数: 名 在宅死がん患者数: 名		
*がん患者 の在宅ケア 連携先 訪問看護	診療所内の訪問看護部門	あり・なし
	同グループの訪問看護ステーション	あり(名称: )・なし
	他機関の訪問看護ステーション	頻度の高い方を選択してください。 ( ) 特定のステーション(名称: ) ( )患者により異なるステーション
*在宅療養支援診療所である:		はい・いいえ
がん患者さん・ご家族へのメッセージがありましたら、ご記入ください。		

II 貴医療機関における末期がん患者の在宅ケアについてお伺いします。当てはまるほうに○印をつけてください。

貴医療機関で受け入れるがん患者について	回答欄
1. 独居の患者の場合でも受け入れる	はい・いいえ
2. 患者本人ががんであることを知っている患者のみ受け入れる	はい・いいえ
3. 患者本人ががんであることを知らなくても受け入れる	はい・いいえ

提供する在宅ケアについて	
<b>A 医師の往診</b>	
1. 定期的な訪問診療をする	はい・いいえ
2. 必要時の往診をする	はい・いいえ
<b>B 緊急時対応</b>	
1. 24時間、電話連絡を受ける体制にある	はい・いいえ
2. 往診可能な時間帯	24時間 / 早朝・夜間・休日

裏面に続きます

対応可能な医療処置について	
<b>A 疼痛緩和</b>	
1. 経口モルヒネ/オキシコドンを用いた疼痛緩和が可能	はい・いいえ
2. モルヒネ坐薬を用いた疼痛緩和が可能	はい・いいえ
3. フェンタニル・パッチを用いた疼痛緩和が可能	はい・いいえ
4. モルヒネ持続皮下注射を用いた疼痛緩和が可能	はい・いいえ
5. モルヒネ硬膜外持続注入を用いた疼痛緩和が可能	はい・いいえ
<b>B 在宅酸素療法</b>	はい・いいえ
<b>C 栄養・補液</b>	
1. 経鼻栄養が可能	はい・いいえ
2. 胃瘻管理が可能	はい・いいえ
3. 末梢血管を用いた点滴が可能	はい・いいえ
4. 中心静脈カテーテルを用いた高カロリー輸液が可能	はい・いいえ
5. ポート注入による高カロリー輸液が可能	はい・いいえ
<b>D 穿刺</b>	
1. 胸腔穿刺を在宅で行うことが可能	はい・いいえ
2. 腹腔穿刺を在宅で行うことが可能	はい・いいえ
<b>E 各種カテーテルの管理</b>	
1. 腎瘻	はい・いいえ
2. PTCO	はい・いいえ
3. 気管カニューレ	はい・いいえ

4.フォーレカテーテル	はい・いいえ
-------------	--------

入院施設との連携について（無床診療所の場合は必ずお答えください）	
1.特定の病院と連携している	はい・いいえ
2.非特定の病院を紹介する（一般病棟）	はい・いいえ
3.非特定の病院を紹介する（緩和ケア病棟）	はい・いいえ

代替医療について	
1.代替療法は患者・家族の意向に任せている	はい・いいえ
2.代替療法を希望する患者は受け入れない	はい・いいえ

診療費に関して	
医療保険外の患者負担分	交通費・材料費・相談料・その他( )

ご質問、ご意見等がありましたら、ご記入ください。

ご回答ありがとうございました。

最期まで暮らせるまち すみだ 在宅ホスピス緩和ケアに関する調査  
(訪問看護ステーション用)

事業所	事業所名		
	管理者名		
住所	〒 ー 墨田区		
電話番号	03ー ー	FAX	03ー ー
E-mail		URL	
最寄り駅			
対象地域			
がん患者 対象者数	2008年1~12月 在宅がん患者数 名 在宅死がん患者数 名		
がん患者さん・ご家族へのメッセージがありましたら、ご記入ください。			

1. 訪問看護ステーションでがん患者を看るときの体制についてうかがいます。1)~3)の項目について、当てはまるほうに○印をつけてください。

1) 24時間連絡が可能である	いいえ( )	はい( )
2) 緊急時には24時間訪問が可能である	いいえ( )	はい( )
3) 在宅末期医療総合診療料の算定により、主治医と連携して訪問している 全てのがん患者に当てはまらない場合は、頻度の高いほうに○印をつけてください。	いいえ( )	はい( )

2. 受け入れ可能ながん患者についてうかがいます。1)~3)の項目について、当てはまるほうに○印をつけてください。

1) 昼夜とも家族が付き添えるがん患者を受け入れている	いいえ( )	はい( )
2) 日中独居のがん患者を受け入れている	いいえ( )	はい( )
3) 昼夜とも独居のがん患者を受け入れている	いいえ( )	はい( )

3. がん患者の在宅ケアを行うとき、連携する主治医についてうかがいます。

1) 患者宅の訪問をしない病院の主治医とも連携する	いいえ( )	はい( )
2) 往診・訪問診療を行う主治医について、頻度の高いほうを一つだけ選んでください。 ( )患者によって異なる主治医と連携する ( )いつも決まった主治医と連携する		

3) 2)で「いつも決まった主治医と連携する」を選んだ方はその診療所名をご記入ください  
診療所名：

4. 訪問看護ステーションで対応可能な医療処置についてうかがいます。

1) 疼痛緩和について、当てはまる項目に○印、当てはまらない項目に×印をつけてください。  
( ) モルヒネ・オキシコドン内服 ( ) フェンタニルパッチ ( ) モルヒネ坐薬  
( ) モルヒネ持続皮下注射 ( ) モルヒネ持続硬膜外注入

2) 他の医療処置について、当てはまる項目に○印、当てはまらない項目に×印をつけてください。

( ) 褥そう処置 ( ) 中心静脈栄養 ( ) ポート注入  
( ) PTCO ( ) 腎ろう ( ) 人工肛門・人工膀胱  
その他可能な処置 ( )

5. 遺族ケアについてうかがいます。

1) プログラム化した遺族ケアを行っている いいえ( ) はい( )

2) 1)で「はい」を選んだ方のみ、当てはまる項目に○印、当てはまらない項目に×印をつけてください。

( ) 手紙や葉書を出す ( ) 電話をする ( ) 訪問をする

6. 専門教育を受けた看護師についてうかがいます。

1) 認定看護師がいる いいえ( ) はい( )

1)で「はい」を選んだ方のみ、上段に専門領域、下段にその人数をお答えください。

専門領域：

人 数：

2) 専門看護師がいる(大学院修了後の取得予定も含む) いいえ( ) はい( )

2)で「はい」を選んだ方のみ、上段に専門領域、下段にその人数をお答えください。

専門領域：

人 数：

7. 何かご質問、ご意見等がありましたら、ご記入ください。



最期まで暮らせるまち すみだ 在宅ホスピス緩和ケアに関する調査  
(薬局用)

薬局名			
担当者			
住所	〒 ー 墨田区		
電話番号		FAX	
E-mail			

1. 2008年1月～12月の麻薬処方箋の取扱いとがん患者数について教えてください。

麻薬処方箋取扱い 約	枚	がん患者数 約	名
------------	---	---------	---

2. 取り扱った麻薬についてうかがいます。2008年1月～12月の間で、取り扱った麻薬の有無を投与経路別にお答え下さい。

- 1) 経口麻薬の取扱い

( ) あり	( ) なし
--------	--------

- 2) 貼布麻薬の取扱い

( ) あり	( ) なし
--------	--------

- 3) 座薬麻薬の取扱い

( ) あり	( ) なし
--------	--------

- 4) 注射麻薬の取扱い

( ) あり	( ) なし
--------	--------

3. がん患者への訪問服薬指導についてうかがいます。

- 1) がん患者への訪問服薬指導は可能でしょうか。該当する方に○印をつけて下さい。

( ) いいえ	( ) はい
---------	--------

- 2) 2008年1月～12月のがん患者への訪問服薬指導状況について教えてください。

がん患者への訪問服薬指導回数 約	回	がん患者数 約	名
------------------	---	---------	---

4. がん患者さん・ご家族へのメッセージがありましたら、ご記入ください。

--

最期まで暮らせるまち すみだ 在宅ホスピス緩和ケアに関する調査  
(居宅介護支援事業所用)

事業者名			
所在地			
担当者名		介護支援専門員数	名
連絡先 TEL		FAX	
ホームページ			
E-mail			

Q1. 昨年1年間でがんの患者さんの利用は何名でしたか？(概算でも可)

	名
--	---

Q2. 今後、末期がん患者さんの利用の受け入れは可能でしょうか？該当する方に○印をつけて下さい。

はい	・	いいえ	・	その他(	)
----	---	-----	---	------	---

Q3. がん患者さん・ご家族へのメッセージがありましたら、ご記入ください。



### Ⅲ. 研究成果

#### 論文発表

1. Ki Kyung Kim, Chung Yul Lee, Kwang Sook Kim, Yoon Hee Cho, Hiroko Komatsu, Weihua Zhang, Yann-Fenn Chao: Perception on Development of Hospice Law of Hospice Nurses in Hospice Institutions. *J. of Nursing Management* 14(3):332-343, 2008.
2. Hiroko Komatsu: Five years activities of St. Luke's College of Nursing 21st Century COE program: Creation of People-Centered Care, *Japan Journal of Nursing Science*,5(2), 117-122, 2008.
3. Hiroko Komatsu: Developmental Process of People-Centered Care, *Japan Journal of Nursing Science*,5(2), 137-142, 2008.
4. 内田千佳子、山田雅子: 高齢者がん患者の緩和ケア、緩和ケア、18(3)、214-219、2008.
5. 川越博美、内田千佳子、大金ひろみ、霜田美奈、小松浩子: 在宅ホスピス・緩和ケア基準作成の試み、緩和ケア、18(4)、357-364、2008.
6. 川越博美、在宅ホスピスボランティアの活動ー在宅ホスピスケアチーム・パリアンの取り組みー、特集ボランティアで変わる緩和ケア、緩和ケア、18(5)、392-394、2008.
7. 大久保菜穂子、内田千佳子、山田雅子: ホスピス・緩和ケアにおけるボランティアの教育・役割、緩和ケア、18(5)、405-410、2008.

#### 学会発表

1. 山田雅子、梅田恵、小迫富美恵、木全真理、在宅緩和ケアに関わる訪問看護師へのコンサルテーションの方法と効果について、第23回日本がん看護学会学術集会、2009.
2. 廣岡佳代、山田雅子、梅田恵、内田千佳子、緩和ケアにおける卒後教育～国際比較調査の報告から～、第23回日本がん看護学会学術集会、2009.
3. Kayo Hirooka, Masako Yamada, Megumi Umeda, International Comparison of Oncology Clinical Nurse Specialist Practiced and education: Implications for Expanding Their Scope of Practice in Japan, 15<sup>th</sup> International Conference on Cancer Nursing, 2008.