

平成23年度 分担研究報告書

分担課題名 臨床能力の高い在宅緩和ケア医を早く育成するために、当院緩和ケア専門研修プログラムが取り組んでいる試みについての検討

研究分担者 関根龍一

施設名 亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科 部長

研究協力者 小野沢滋

施設名 亀田総合病医 在宅医療部 部長

研究要旨：緩和ケアには一次緩和ケア（基礎的緩和ケア）と二次緩和ケア（専門的緩和ケア）がある。我が国の在宅緩和ケアの充実には、一次、二次両面における緩和ケアの向上が必須であることは言うまでもない。一次緩和ケアの向上のためには、現在日本緩和医療学会が政府の支援を得て取り組んでいる、がん医療に従事するすべての医師への緩和ケア基礎研修会（PEACEプロジェクト）が一定の成果を挙げている。一方、二次緩和ケアを実践する医師の育成は、各施設の専門教育プログラムのなかで、様々な取り組みが行われている。わが国では、今後数十年の間、死亡人口が急速に増え続けることが分かっており、甚大な人口のエンド・オブ・ライフケアを支えるべき在宅緩和ケア医は全国的に見ても、需要に供給が追いついておらず、臨床能力の高い医師を短期間に育成することが喫緊の課題である。当院では緩和ケアフェローシップと称して、専門研修プログラムを2008年に立ち上げ、二次緩和ケアを担う在宅緩和ケアの人材を育てる取り組みを行っている。本研究では現在のこの取り組みに関する自己評価を行い、今後の参考資料としてみる。

A. 研究目的

在宅緩和ケアの充実には、基礎的緩和ケアと専門的緩和ケアの両面への教育が欠かせない。当院では、米国緩和医療専門医の資格を有する筆者が米国式専門研修制度に習い、2008年から緩和ケアフェローシップ（専門研修プログラム）を開始し、現在まで5名がこのプログラムの中で研修している。緩和ケア科（後に疼痛・緩和ケア科に科名変更となった）は2007年に創設された、院内で最も若い診療科のひとつである。一方、当院には1992年に創設された在宅医療部があり常勤スタッフ医師4名を擁する。当院在宅医療部は、千葉県下で最も在宅看取り率の高い安房地域の在宅医療の屋台骨を過去20年にわたって支えてきた実績をもつ。現在まで、疼痛・緩和ケア科と在宅医療部は別の診療科として動いているが、療養の場は違っても診療内容としては同じ緩和ケアを担当し、臨床・教育・研究の各側面で良好な連携関係を築いている。この関係の中、研修者の希望と在宅医療部のニーズが合致し、2010年度より緩和ケアフェロー（専門研修医）は在宅医療部を週1～2日定期的に往診する研修スケジュールを導入した。ここでは、緩和ケア専門研修に院内併設の在宅研修を組み合わせることの効果と今後さらに改善すべき課題について考察してみた。

B. 研究方法

フェローシップ研修者2名への直接聞き取りと、在宅医療部スタッフ医師2名へのインタビューの内容を分析した。

（倫理面への配慮）

インタビューを受けた者には、その回答内容について匿名で紹介することについて了承を得た。

C. 研究結果

現在まで2名が在宅を組み込んだプログラムでフェローシップ研修を行っている。2名とも今後のキャリアとして緩和ケアチーム活動のみならず、在宅での緩和ケアも実践したいと考え、自ら在宅研修を希望していたため、在宅とのコンバインド研修はおおむね満足との評価であった。2名のフェローからのフィードバックを併せて以下に列挙する。

- ① 緩和ケアチームコンサルトで知り得た患者を、自宅退院後も在宅往診を行い看取りまで継続して診ることができること自体、おそらく他の緩和ケア専門研修プログラムにはない、シームレスな臨床を自ら実践できる貴重な研修環境と考える。
- ② シームレスな緩和ケアが提供できる仕組みを現代社会は求めている。専門研修の中で緩和ケアチーム、在宅、病棟と偏りなく研修することによって、バランスのよいオー

- ルラウンドな緩和ケア医が養成できると感じる。緩和ケア専門医を志す者全員が一定の質と量が担保された内容での在宅緩和ケア研修を経験することが望ましいと思う。
- ③ 専門研修後の職場として、急性期病院の緩和ケアチームの専従医となり、在宅緩和ケアにも並行して関わりたいと考えているので当院のこの研修スタイルは自分のニーズに合っている（そういう医師に対する社会のニーズが高いと感じている。）
  - ④ 患者や家族からの意見として、入院時に診てもらった緩和ケア医がそのまま往診してくれるのであれば、非常に安心して在宅に戻れるという意見が多かった。
  - ⑤ 入院と在宅の相互移行の際に必要なマネジメント方法についてより工夫を重ねたり、密接なコミュニケーションを図る実践的なトレーニングができてよかった。
  - ⑥ 在宅医療部と緩和ケアチームの橋渡し役になることで、両科の良好な連携のために役に立てたと思う。
  - ⑦ 緩和ケア専門研修プログラムの内容について、自ら主体的、積極的に建設的なフィードバックを行う経験を得たことは、自分が指導医になり、研修医を指導するときの参考になる。

在宅医療部指導医（2名）からの意見として以下の点が挙げられた。

- ① 緩和ケアフェローが、在宅往診に参加してくれて、研修の場を提供できるのであれば、嬉しい。マンパワーとしても助かっている。
- ② 在宅医療部には、これまでスタッフ医師の確保に苦労してきた経緯がある。疼痛・緩和ケア科と連携して、質の高い研修が受けられるプログラム作りができ、これが世に知られることになれば、より志の高い有望な人材の確保にもつながる。
- ③ これまで在宅医療部では、スタッフ医師を採用することが多く、後期研修医への教育に対しては、スタッフに余裕がないこともあり、正直なところ熱心には取り組んできたとはいえ部分がある。今回の合同研修プログラムを機会に、教育面では、もっとこちら側も意欲的に教える意識を持って関わる必要があるだろう。

- ④ 自分自身は、誰に緩和ケアを教わる機会もなく、実地での試行錯誤の繰り返しで在宅医療を習得し、20年間従事してきた。この素行錯誤の中で症状マネジメントに自信が持てるようになるまで、5年でも難しく、正直10年近くかかった。在宅医療のみの実地経験のみに頼ると、短期間に緩和ケアの専門スキルを会得することは困難だ。
- ⑤ 超高齢化、多死社会を迎えている中、短期間で効率よく緩和ケアの臨床能力を身につけられる医師（専門医）教育プログラムをどこかで作っていかないと、緩和ケア医の不足をどうやっても解決できない。そうした意味でも、在宅緩和ケア医が入院コンサルトで多数の症例を集中的に経験することで、短期間に症状マネジメントについてのスキルを飛躍的に向上させることが可能と思う。将来、在宅医療を専門にしたい医師の場合にも、緩和ケアチームのメンバーとなって入院コンサルト研修を受けることで短期間（2～3年程度）で専門的能力を付けることが可能と思われ、この仕組みを在宅医専門研修に取り入れたい。
- ⑥ 意見をまとめると、緩和ケア専門医と在宅専門医の教育の場は互いの研修フィールドを提供し合う“たすきかけの関係”を構築した方が良いことが分かる。研修プログラムとしては、両者は互いに協力関係を保ちながら、より良い研修プログラムを作りあげることができる。また、そうすることで、研修者の満足度が向上し、シームレスな緩和ケアを良く理解しこれを実践できる人材の育成が可能となる。

#### D. 考察

今回は、当院の研修プログラムのみ研究の対象としたが、他院における緩和ケア専門研修プログラムの取り組みについても情報収集を行い、今回の結果をより客観的、批判的に吟味する必要がある。全国的な緩和ケア医（在宅緩和ケア医）不足は喫緊の課題であり、当院の専門研修プログラム（フェローシップ）が、臨床能力の高い緩和ケア医を効率よく育成できる優秀な研修プログラムの一モデルとなるように、これからも、常に内容の改善を図っていきたい。

## E. 結論

当院の緩和ケア専門研修プログラムの中に在宅緩和ケア研修を組み入れる試みは、研修者の研修満足度の向上につながり、診療、教育面にも好ましい影響を与えている。今後もさらに診療科の垣根を越えて、シームレスな緩和ケアを提供するために、疼痛・緩和ケア科と在宅医療部の協力連携関係を模索していきたい。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

関根龍一 米国における非がん疾患の緩和ケアの動向 平原佐斗司（編）チャレンジ！非がん疾患の緩和ケア 南山堂 2011. P18

関根龍一（訳）ラッセル・ポルトノイ，デビッド・ルシエ 鎮痛補助薬マニュアル 春秋社 2011 P1-181.

関根龍一 痛みとはなにか JIM Vol. 21, No. 12, 2011. P972-974.

関根龍一 ICUにおける緩和ケア～米国との比較にみる日本の課題 INTENSIVIST Vol. 4, No. 1, 2012 P121-129.

### 2. 学会発表

関根龍一 亀田総合病院の緩和ケアチームに所属するリハビリ療法士の緩和ケアリハビリに関する意識調査 口演発表 2011年日本緩和医療学会学術大会 札幌

関根龍一 在宅医療併設型のがん診療連携拠点病院は地域施設といかに連携すべきか？～連携施設の医師対象の在宅看取りに関する調査より 口演発表 2011年日本緩和医療学会学術大会 札幌

関根龍一 がん性疼痛管理と緩和ケアチームの役割 モーニングセミナー 2011年日本緩和医療学会学術大会 札幌

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許の取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

平成23年度 分担研究報告書

分担課題名：「在宅移行を妨げる世帯形態についての検討」

研究分担者：野本靖史 施設名：船橋市立医療センター 職名：緩和ケア内科部長  
(現 我孫子聖仁会病院)

研究要旨

がん緩和ケア患者において、在宅療養移行を妨げる様々な要因が存在していると考えられるが、今回は患者の世帯形態によるバリアーの存在の可能性について、緩和ケア病棟入院患者から入院期間が長くなる家族形態についてレトロスペクティブに検討した。

その結果、高齢者であること、高齢者世帯であることは要因ではなかったが、独居であること、女性患者であることは妨げる要因の一つであった。

A. 研究目的

【はじめに】

がんに対する積極的治療が終了した終末期患者において、様々な辛い症状が出現する可能性があるが、症状が十分コントロールされれば、住み慣れた自宅で過ごしたいと希望する患者の割合は多い。

船橋市立医療センターは、千葉県東葛南部2次医療圏(人口約160万人)のほぼ中央に位置する人口約60万人の船橋市の市立病院で、同じ2次医療圏に存在する2つの病院とともに地域がん診療連携拠点病院に指定されている。同院に平成22年2月に20床の緩和ケア病棟が開設されたが、この2次医療圏内には他に緩和ケア病棟はなく、周辺地域からも緩和ケア病棟入院の要望は高い。在宅療養資源は決して豊富とは言えないが緩和ケア病棟開設以来積極的に連携を強化してきている。

このような背景で、緩和ケア病棟入院患者において、全身状態や症状が安定しており家族の協力が得られるような状況であれば在宅療養が可能であると医療者(主治医、担当看護師)が判断した場合、患者・家族に利用可能な在宅医療資源を提示し、在宅療養についての提案を積極的に行う方針で治療・ケアにあたっていた。

【目的】

がん緩和ケア患者において、在宅療養移行を妨げる要因には、がんの種類、進行度、患者の体力、合併症の有無、患者の考え、家族の介護力、家族の考え、地域性、利用できる社会資源、医療者・患者・家族の知識など様々な要因が存

在している。これらの要因の中で、今回は患者の世帯形態によるバリアーの存在の可能性について、緩和ケア病棟入院患者から入院期間が長くなる家族形態についてレトロスペクティブに検討することとした。

B. 研究方法

船橋市立医療センター緩和ケア病棟に平成22年2月(緩和ケア病棟開設時)から平成23年7月までに入院したがん患者のうち、世帯状況が把握可能であった248名、のべ328回の入院を対象とした。

内訳は男性158名、女性90名。年齢は30歳から95歳であった。のべ328回の入院回数の内訳は、初回248回、2回目64回、3回目13回、4回目2回、5回目1回であった。

対象者に対し、初診時あるいは入院時に同居家族、家族の日中の仕事の有無、その他一般事項を調査しており、これを用いて今回検討を行った。

C. 検討結果

全ての入院での在院日数についてみると、1~7日が30.8%、8~14日が28.0%、15~21日が18.3%、22~28日が11.9%、29~35日が6.1%、36~67日が4.9%、平均在院日数14.6日±11.2日であった(Fig.1)。これを転帰別在院日数で比較すると、外来経過観察移行例(n=96)では13.6日±8.3日、死亡退院例(n=194)では13.9日±12.2日、在宅医につなげられた在宅療養移行例(n=20)では16.1日±7.5日、療養型病院転院例(n=16)では27.0日±9.4日であ

った (Fig. 2)。

外来経過観察移行症例を個々の在院日数で見ると、7日にピークがあり概ね15日以内に症状が軽快し退院可能であった (Fig. 3)。しかし、30日以内に退院していない3症例 (在院日数31日、33日、46日)の理由を示すと、70代、乳癌の女性の場合は、夫はかなり高齢で夫は在宅療養を受け入れていたが、患者本人が夫に対し気兼ねしたため、退院決定までに時間を要したが、退院後は夫婦のみでかなり快適な在宅療養を送ることができ、在宅看取りに至ったと報告を受けた。70代、肺癌の女性の場合は、夫は在宅療養を望んだが、自分が高齢を理由に主たる介護は同一敷地内に住んでいる長女に任せようとしていた。しかし、長女は自分の腰痛などから在宅介護は拒否しており、父娘の間で険悪な状態であった。また、本人の意見は夫と長女との間で決めかねており、退院決定までに時間を要した。40代、卵巣癌の女性の場合は、夫は自営業、長男は自閉症であった。また、患者が古くて寒い自宅よりも病院での療養をのぞんでおり、ADLは自立しているにもかかわらず一時退院を決心するまでに時間を要した。などの理由があった。

死亡退院症例を個々の在院日数で見ると、在院日数1日～67日と広範囲にわたっていた (Fig. 4)。概ね14日以内が多く、91%の症例は30日以内に治まっていた。31日以上入院していた例は17例9%で、最長は67日であった。

在宅療養移行例を個々の在院日数で見ると、14～18日程度で退院可能であった。在宅療養を希望されても在宅医を見つけるのに時間がかかる例も存在し、最長34日の症例は、60代、男性の統合失調症を伴う肺癌症例で、統合失調症のコントロールと肺癌の症状のコントロールに時間もかかったが、がんの症状コントロールを主に診療する在宅療養支援診療所の医師および統合失調症を主に診療する往診可能な精神科医を調整するのに時間がかかったのが理由であった。

療養型病院への転院希望患者の在院日数を個々にみると15日～51日とかなり入院期間が長くなっていた。これは、適当な長期入院可能な病院の確保が困難であり、入院可能となるベッド状況となるまで待機する必要があるなどのためであった。

ここで、31日以上入院していた外来経過観察移行例と死亡退院例、全ての療養型病院転院例を在宅療養困難症例 (n=38, Fig. 3～6では黒色の症例)、在院日数30日以内の外来経過観察

移行例と全ての在宅療養移行例を在宅療養可能例 (n=113, Fig. 3～6では灰色の症例)と決め、比較検討した。

検討対象151例の年齢、性別の分布はFig. 7のとおりで、60歳代、70歳代、80歳代の症例が多かったが、30歳代から90歳代まで広く分布していた。各年代において、在宅療養可能例、困難例が存在していた。対象患者の年代別にみると50歳代にやや在宅療養困難例が多かったが、各年代で比較すると年代による差は少なかった (Fig. 8)。しかし、性別で見ると女性は57例中19例、33.3%、男性は94例中19例、20.2%が在宅療養困難例であり、女性の方が困難である率が高い傾向であった ( $p=0.0717$ ) (Fig. 9)。

独居が在宅療養困難であるかどうかを検討したところ、独居例は32例中16例、50%が困難、日中独居例は19例中5例、26.8%、その他の世帯例は100例中17例、17%が在宅療養困難例であり、独居例は在宅療養を困難にさせる要因であった ( $p=0.0002$ ) (Fig. 10)。

65歳以上の高齢者のみの世帯とそれ以外の世帯とを独居・日中独居生活者を除いた100名において比較すると、いわゆる老老介護である高齢者のみの世帯 (夫婦に限らず、姉妹兄弟、高齢親子なども含む)は39例中8例、20.5%、高齢者以外の家族がいる世帯は61例中9例、15.0%であり、高齢者世帯の方が在宅困難例の割合が高かったが、その差はわずかであった ( $p=0.4546$ )。高齢者世帯のうち75歳以上の後期高齢者世帯と65歳～74歳の前期高齢者世帯では、前期高齢者世帯の方がわずかであるが在宅困難例の割合が高かった。

在宅療養に移行した患者について検討すると、同一患者で2回入院しているものが2名おり、18症例であった。その内訳は男性11名、女性7名。年齢は50歳代2名、60歳代3名、70歳代9名、80歳代4名と比較的高齢者が多かった。この中で、独居者2名、日中独居者2名がおり、決して独居であるから在宅療養が困難であるとは言えない状況であった。また、夫婦のみの世帯は4例、そのうち高齢者のみの世帯は3例であった。がんの種類を見ると、肺がん6例、大腸がん3例、肝臓がん2例、膵臓がん2例、腎臓・胆管・胆嚢・膀胱・舌がん各1例であった。

療養型病院へ転院した患者について検討すると、性別では男性8名、女性8名、年齢では50歳代3名、60歳代2名、70歳代7名、80歳代3名、90歳代1名であった。独居者は10名、

生活保護受給者は2名であり、独居者の割合が高かった。また、夫婦のみの世帯は2例でどちらも高齢者のみの世帯であった。がんの種類を見ると、肺がん4例、頭頸部がん3例、膵臓がん2例、大腸がん2例、脳腫瘍1例、胃・食道・腎・乳がん各1例であった。

#### D. 考察

がん緩和ケア患者において、在宅療養移行を妨げる要因には、がんの種類、進行度、患者の体力、合併症の有無、患者の考え、家族の介護力、家族の考え、地域性、利用できる社会資源、医療者・患者・家族の知識など様々な要因が存在していると考えられる。これらの要因の中で、今回は患者の世帯形態によるバリアーの存在の可能性について、緩和ケア病棟入院患者のうち在宅療養移行が困難であった症例と在宅療養可能であった症例の家族形態についてレトロスペクティブに比較検討した。

全ての転帰において患者の在院日数は14日以内58.8%、28日以内89.0%、平均14.6日±11.2日であった。これを転帰別で見た場合、外来経過観察例は13.6日±8.3日、死亡退院例は13.9日±12.2日、在宅療養移行例は16.1日±7.5日、療養型病院転院例は27.0日±9.4日であり、また、個々の在院日数のグラフも併せて考えてみると、がん終末期の症状コントロールは多くが10日前後で可能であり、概ね自立可能な全身状態の場合14日以内に退院し、外来経過観察が可能になると考えられた。一方死亡退院例では、64.4%が14日以内、90.2%が30日以内の在院日数であり、可能ならば自宅でギリギリまで過ごし、在宅困難な状態となって緊急状態で入院となる例が多いことが裏付けられた（当院では予約入院25%、緊急入院75%であった）。

在宅療養移行例では概ね14～18日程度で退院可能であった。特殊な例を除けば、今後在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等との連携が強化され、スムーズな退院、在宅療養移行が可能になると考えられた。病状、家族形態、療養場所の希望などを早期から把握し、在宅療養希望かつ可能例では、入院時あるいは外来受診時から在宅療養を見据えた対応を行うことが重要であると考えている。すなわち、症状コントロールと並行して、在宅移行のための医療資源の確保や在宅療養のための医療形態の準備を進めていくことが求められる。

療養型病院への転院希望患者の在院日数はかなり長くなっているが、患者の希望する地域

や希望する設備のある病院など適当な長期入院可能な病院の確保が困難であり、また、入院可能なベッド状況になるまで待機する必要があるなどのためであった。この点でも、今後連携を強化することによりスムーズな転院が可能となると考えられた。

長期入院例や療養型病院転院例を在宅療養困難例、早期退院例や在宅療養移行例を在宅療養可能例と便宜的に分類し、年齢、性別、世帯形態などについて検討した。

その結果、患者の年代別にみた在宅療養困難例の割合は各年代に大きな相違は認められず、むしろ性別に差があり、女性の方が男性に比べ在宅療養困難例が多く見られた。この原因には、男性の方が自宅で過ごすことをより希望する、介護力は男性より女性の方が大きい、女性の方が家族（主に夫）による介護を好まない、女性は仕事を持っておらず主婦であることが多い、男性は仕事を持っており介護のための休暇を取りづらいなどの要因が考えられた。

今回の症例では、患者が高齢者であったり、高齢者のみの世帯であったりということが在宅療養を妨げる要因とならなかったのは予想外であったが、この年代の方は他の年代の方に比べ、在宅療養、在宅死について子供の頃の体験がありイメージがあるのかもしれない。

#### E. 結論

緩和ケア病棟入院患者のうち在宅療養移行を妨げる要因として、独居者、女性患者があげられた。しかし、患者が高齢者であること、また、高齢者世帯であることは必ずしも要因ではなかった。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
近々発表予定である。

2. 学会発表  
未

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
なし  
2. 実用新案登録  
なし  
3. その他

Fig.1 在院日数別患者割合

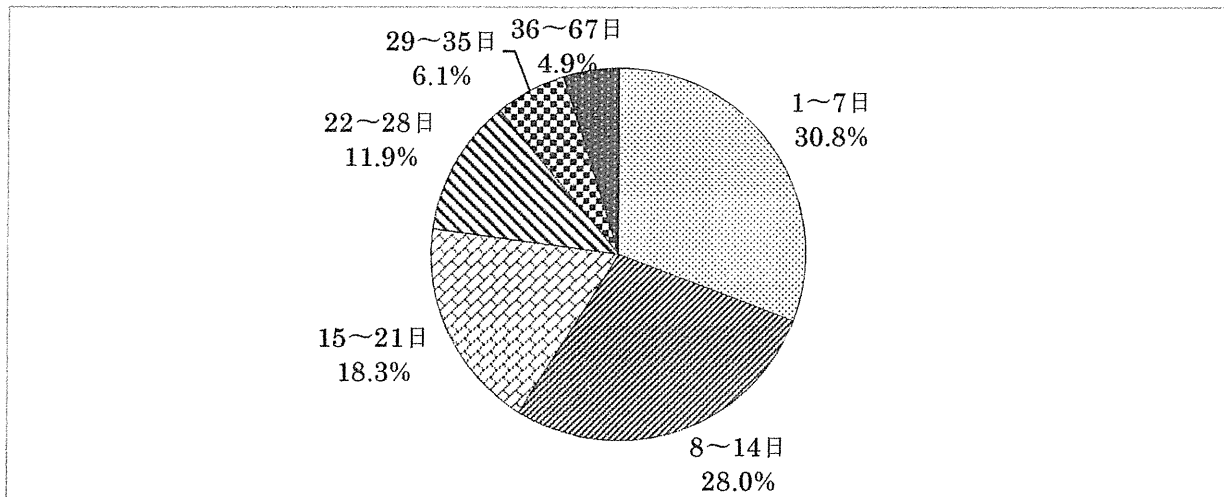


Fig.2 転帰別在院日数

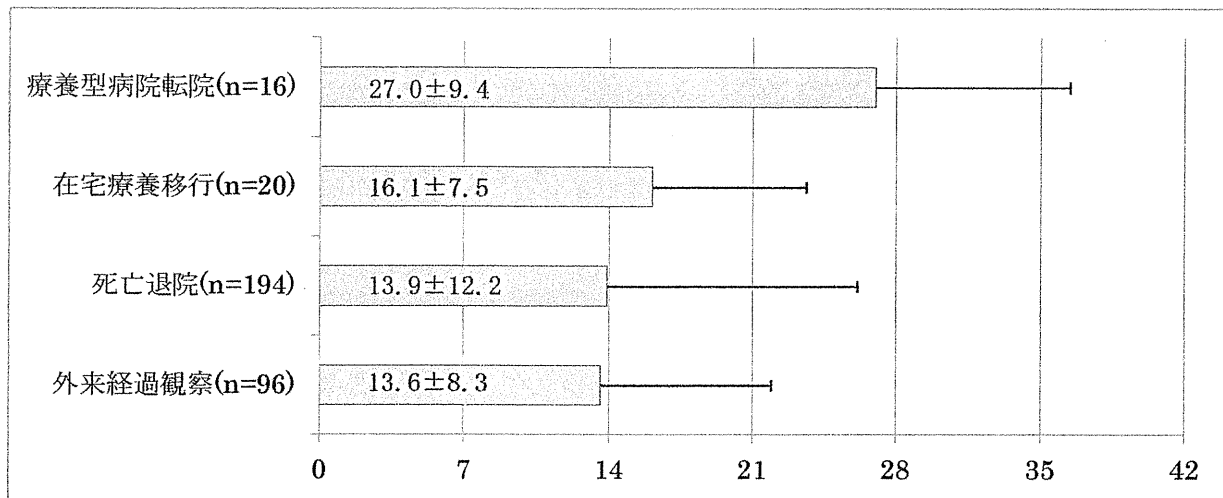


Fig.3 外来経過観察移行患者の在院日数

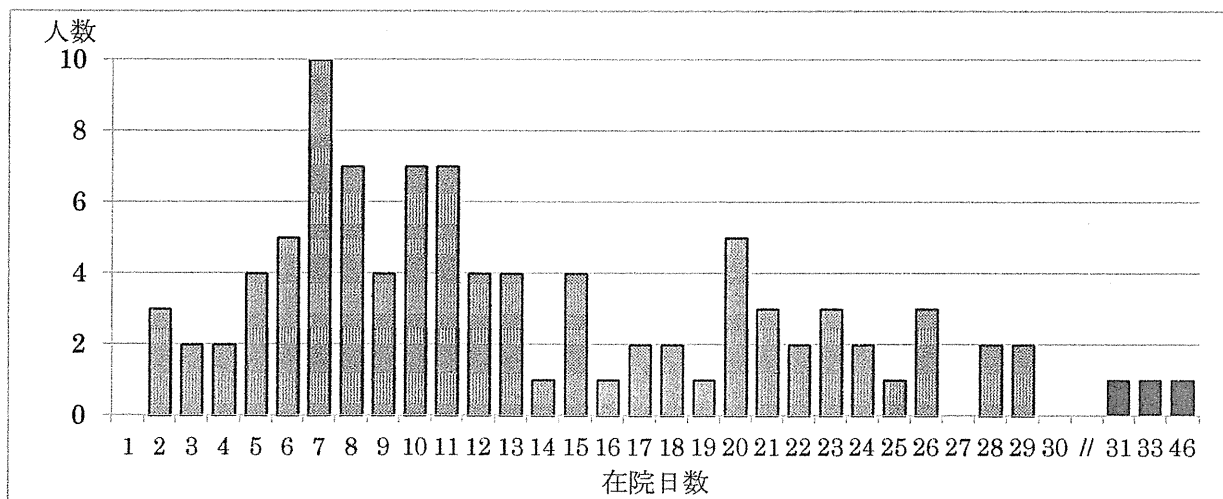


Fig.4 死亡退院患者の在院日数

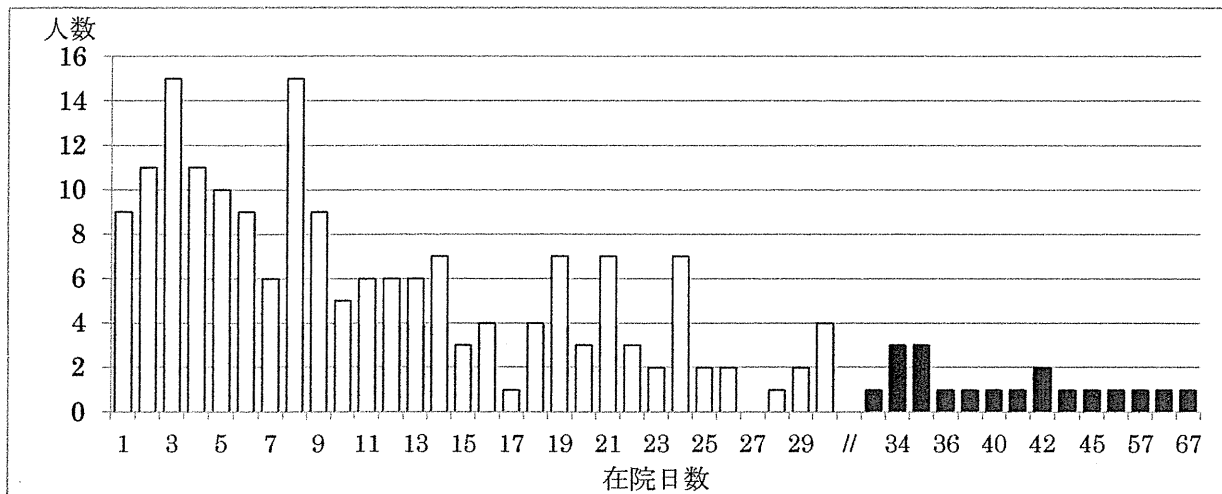


Fig.5 在宅療養移行患者の在院日数

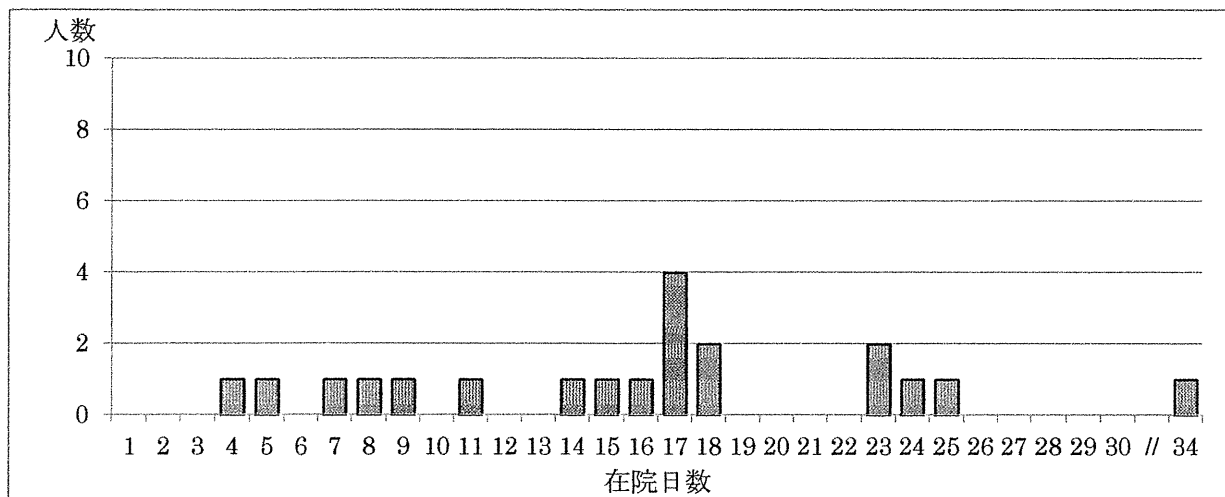


Fig.6 療養型病院転院患者の在院日数

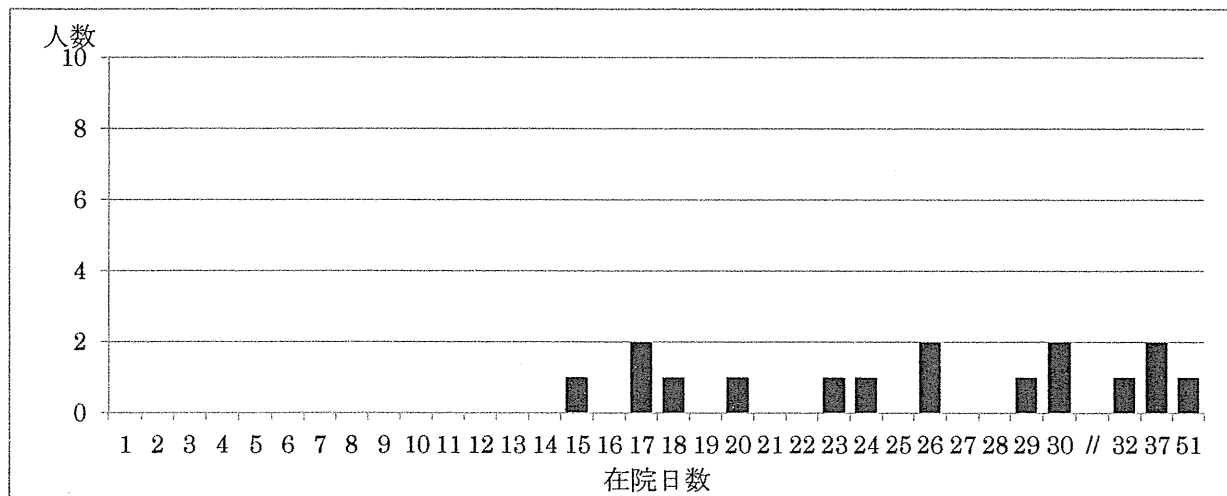




Fig.7 年齢性別在宅療養可否の比較

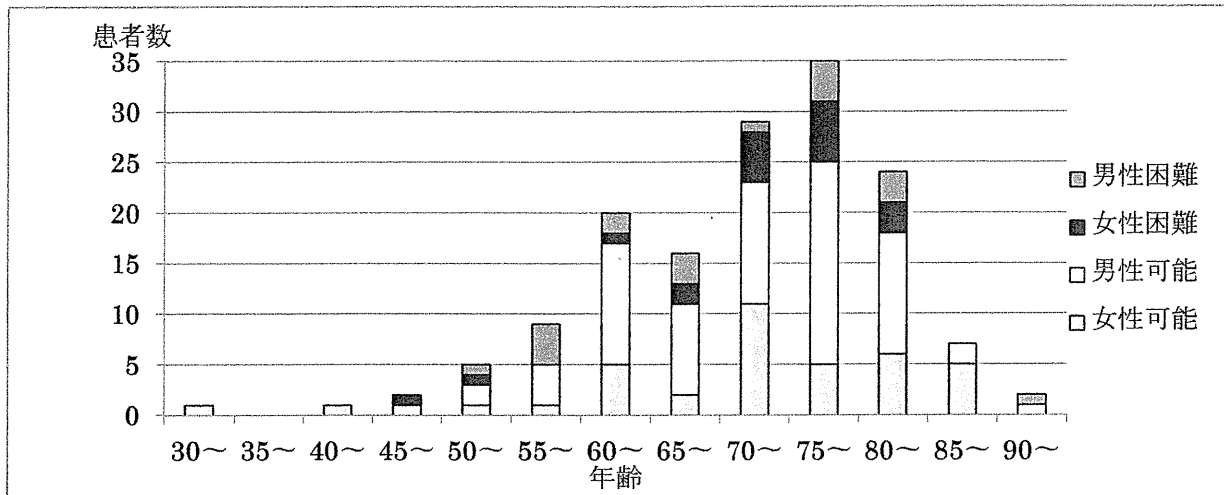


Fig.8 年代別在宅療養可否の比較

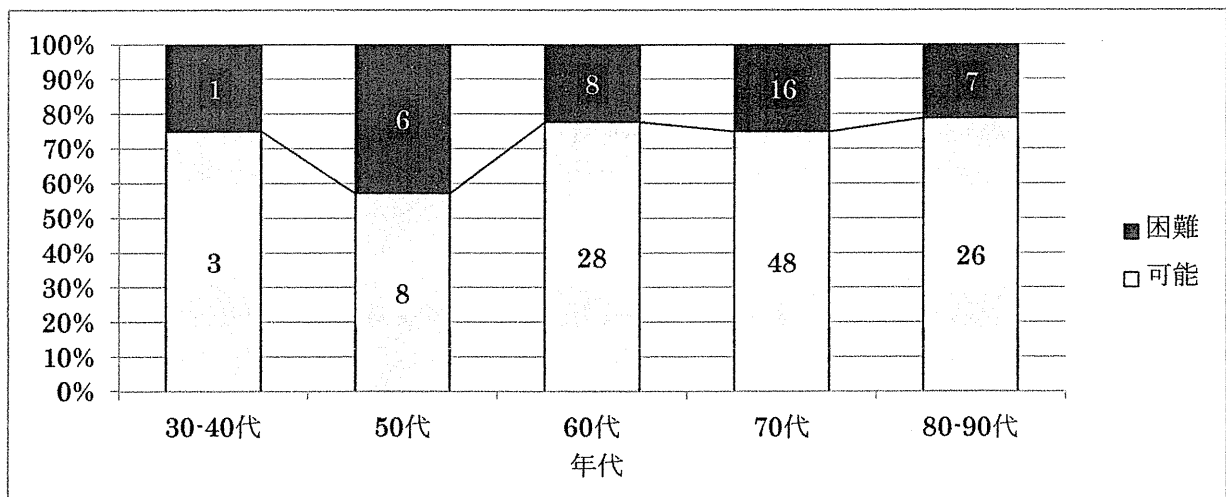


Fig.9 性別在宅療養可否の比較

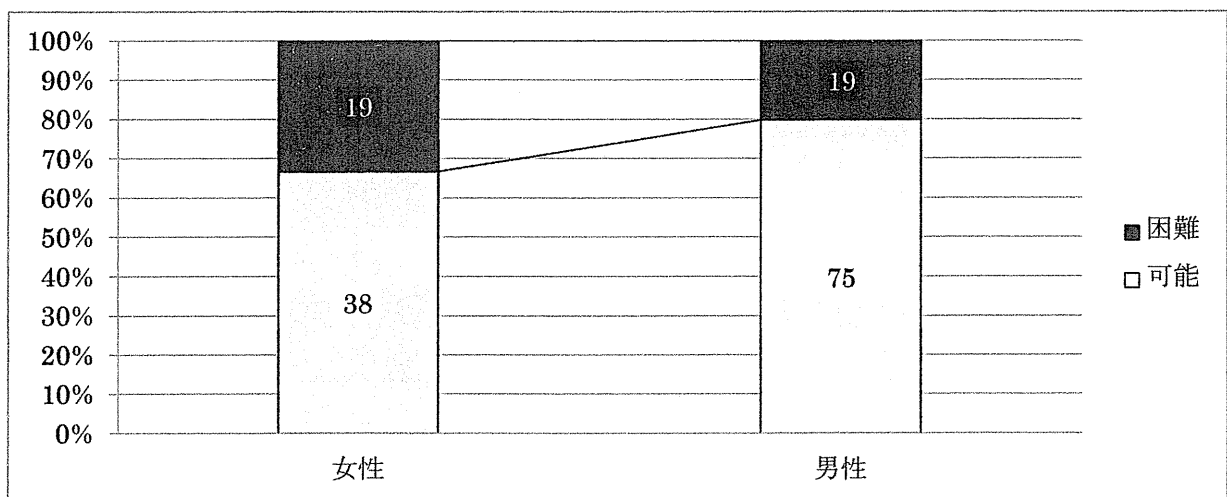


Fig.10 独居が在宅療養におよぼす影響

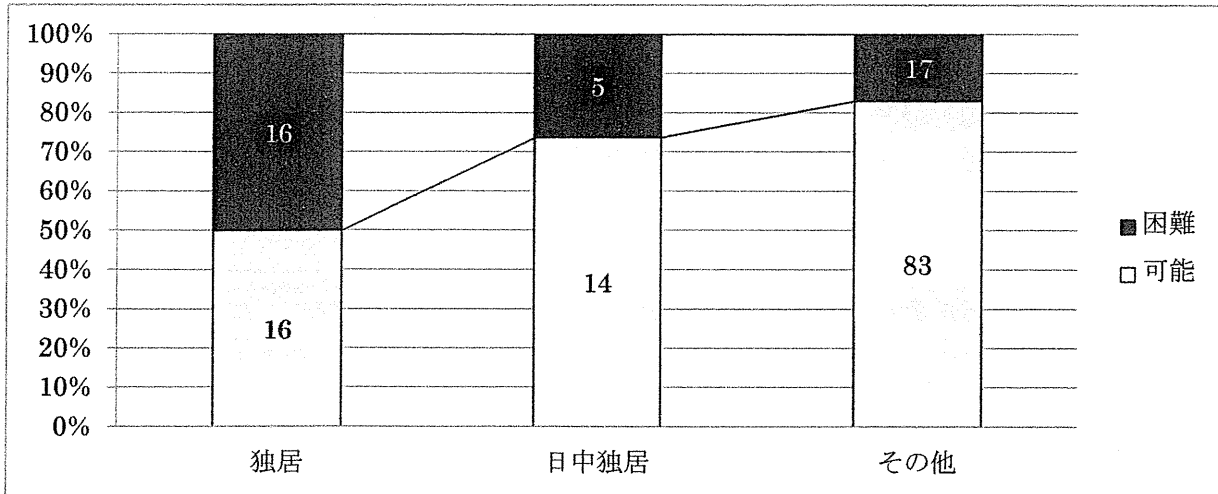
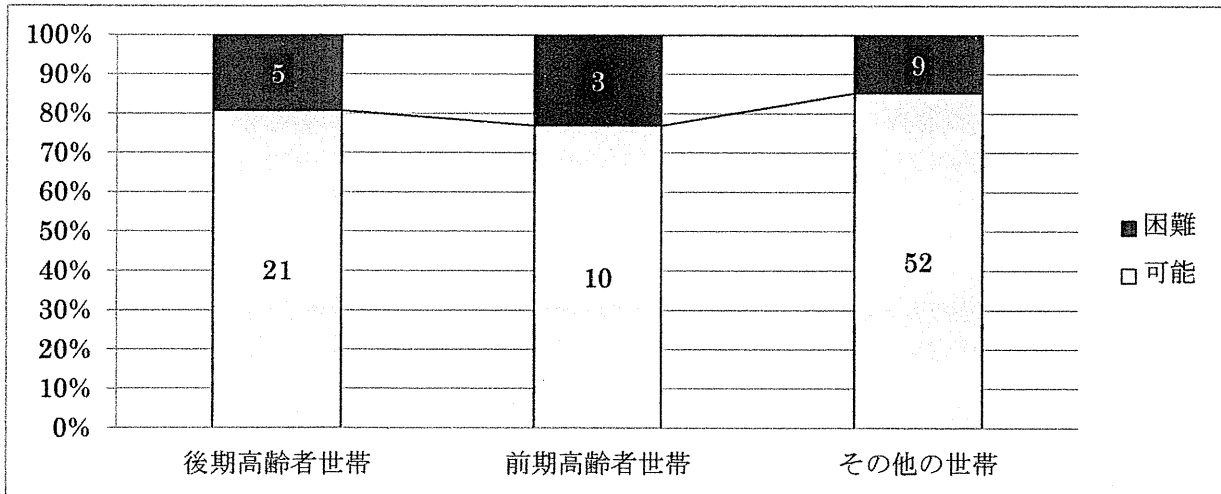


Fig.11 高齢者世帯が在宅療養におよぼす影響



分担課題名 在宅緩和ケア推進におけるがん治療担当側の取り組み

分担研究者 木村 秀幸 岡山済生会総合病院副院長・ホスピス長

## 研究要旨

終末期にあるがん患者が住み慣れた家で過ごすことができるためには、まず、症状コントロール(特に疼痛)ができていることが大切である。院内でのがん疼痛セミナーを3回/年行い、医療者側の知識は広められたと考えられる。緩和ケアチームが活動を強化してから、在宅に帰る患者が増加したが、緩和ケア病棟並びに緩和ケアチームとかかりつけ医・在宅医との連携は、緩和ケア病棟医と在宅医の増加で退院前ケアカンファレンスがしやすくなった。しかし、緩和ケア病棟のバックアップベッドとしては限りがあるので、一般病棟の利用が不可欠になる。その時に、一般病棟での在宅医療の知識の普及と啓発、そして患者・家族からの夜間休日の直接の相談体制並びに救急受け入れ体制の確立が課題であることが明らかになった。

### A.研究目的

がん治療後再発し、最終的には死に至る患者に対する入院緩和ケアは、緩和ケア病棟を中心に最近かなり行われるようになってきた。しかし、残された大切な時を住み慣れた家や地域で過ごすという在宅ホスピスケアはまだ面の拡がりを見せていない。本研究では、主に終末期にあるがん患者とその家族が安心して家や地域で過ごせるようなシステムの構築を緩和ケア病棟とがん治療病棟の側からの視点で調査を行い、支援方法の開発と確立を目的とする。

この研究により、終末期にある患者とその家族が残された大切な時を住み慣れた自宅や地域で平穏に過ごすことができ、患者の死後も家族の心の平安につながり、医療者の満足度も高まることが期待される。

### B.研究方法

在宅緩和ケア研修会を開催した時に、在宅緩和ケア推進のために解決しなければならぬ問題点を聴きとり調査した。また、当院の主催する病診連携会議などで、地域医療を担当している病院や診療所の医師からも問題点の聴きとり調査をした。

また、一般市民(岡山生と死を考える会の参加者)に対して、在宅ホスピスを実現させるために必要なこと、そして自分たちができること、について調査した。

岡山済生会総合病院の緩和ケア病棟に入院中で、在宅での療養を希望する患者6名に面談調査した。

(倫理面の配慮)

患者・家族に対してはインフォームドコンセントを得て行った。

### C.研究結果

緩和ケア研修会への参加者は外部 21人で、地域の病院の看護師4人、訪問看護ステーションの看護師8人、介護支援専門員3人、調剤薬局の訪問薬剤師3人、往診医3人。当院(岡山済生会総合病院)のスタッフ17人で、緩和ケア病棟の看護師6人、緩和ケア病棟の医師3人、一般病棟の看護師2人、一般病棟の医師1人、MSW・介護支援専門員5人でした。今後在宅緩和ケアへの協力ができるかに対して、20/21が協力したいと答えたが、問題点もあると回答した。

診療所の医師からの希望で一番多かったのは、夜間や休日の対応を緩和ケア病棟の方で引き受けて欲しい、次いで、症状コントロールについてコンサルトしてほしい、などであった。そして、共同で往診もしてほしい、もあった。

一般市民への調査では、在宅ホスピスへの課題として、そもそも病院(施設)で死にたい、次に訪問看護師の不足、往診がない、などが挙げられた。また、自分たちにできることとしては、隣近所

の付き合いをしておくこと、家族で暮らすこと、貯金や経済力を維持する、などが挙げられた。

インタビューの結果、在宅療養移行への意思決定に影響を与える要因は、「全身状態の安定」「徐々に悪化していく症状」「サポート体制への心配」「病院に居る安心感」「活力の低下」「退院への迷い」「郷愁の想い」「家族への想い」の8つの大カテゴリーにまとめられた。

#### D. 考察

岡山県におけるがんによる年間死亡者数は5518人、岡山済生会総合病院における年間死亡者732人中がん死は406人、そのうち緩和ケア病棟で161人、一般病棟で245人が死亡している。緩和ケア病棟からの生存退院は53人で、退院前カンファレンスの開催は順調になってきたが、在宅医の出席率は増えたと言ってもまだ低い。それでも徐々にではあるが在宅緩和ケアの輪は広がりつつあると感じられる。

緩和ケア病棟医が1.5人だった平成20年、2.5人になった平成21年、そして3.5人になった平成22年を比較すると、退院前ケアカンファレンスは平成20年は8件、平成21年は16件、平成22年は15件であった。そして、当院以外に往診医が依頼で来たのは平成20年12件、平成21年13件で、平成22年は24件と増加していた。それに伴い在宅移行患者数は平成20年19人24回、平成21年25人32回、平成22年23人38回と増加していた。退院患者のその後は、平成20年は他病棟入院中が1人、他院入院死亡1人、緩和ケア病棟再入院死亡17人。平成21年は他院入院死亡1人、緩和ケア病棟再入院死亡24人。平成22年は再入院中1人、在宅生存中が6人、緩和ケア病棟再入院死亡14人、自宅で死亡1人、今まで住んでいた老人ホームで死亡1人であった。当院の関連施設でも、熱心な医師と看護師が1人出てくれば施設内での看取りも可能になることが示されたので、連携を強化する体制の確立を目指している。

平成21年度から緩和ケアチームを充実させて、緩和ケア病棟を経由しないで在宅ケアに繋げる試みをしている。また、緩和ケア病棟も従来通りに在宅ケアの橋渡しをしている。その中で浮かび上がっ

てきたのは、一般病棟から緩和ケアチームの支援で在宅に帰られた患者さんは、地域のかかりつけ医に症状コントロールしてもらっていても、夜間や休日は連絡しにくかったので、困った時に不安になって、救急外来を受診する事が多くなっていた。また病院側も夜間や休日には、緩和ケアチームにダイレクトに連絡がつく体制をとっていなかったという問題に気付いた。緩和ケア病棟を経由した患者さんは、夜間でも休日でも緩和ケア病棟に相談の電話をかけてこられているので、救急外来の受診は少ない。それに、緩和ケア病棟では在宅患者にはプライマリナースが1～2週間おきに電話で様子を確認めることにしている。そこで、一般病棟から退院した在宅患者には、地域のかかりつけ医に依頼しても、緩和ケアチームが1～2週間ごとに電話で様子を聴くことにしたところ、困っていることが把握しやすくなり、夜間・休日の救急受診が減少してきている。

平成22年度に岡山市で往診専門のクリニックができたのを機に連携がとり易くなり、在宅死も可能になってきた。当院以外のがん診療病院からの依頼も増加している。

往診クリニックやグループで診療しているところは休日でも対応力があるものの、ひとりで診療されている医師からは夜間休日の対応が困難との返事が多い。以前熱心に対応していた1人の医師に終末期の緩和ケアを集中させてしまい、在宅から撤退させてしまった苦い経験があります。それ以来慎重に、在宅医の負担が過度にならないように気を使うあまり、一般病棟から在宅に返すと、再入院が増え、そのままの院内死亡につながっていった。

また、一人で診療しているかかりつけ医と往診医の橋渡しをすることで、在宅で過ごすことができたケースもでてきた。この面からも調整する必要性が感じられる。

平成20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。症状コントロールの次に、在宅ケア（地域連携）について少しずつ勉強を重ねているが、相談は増えているものの、在宅支援にはなかなか至っていない。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ていた。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、依頼先を上げた結果、連携がスムーズでないという問題も浮上していた。そこで、今年度は、まだ在宅緩和ケアに不慣れな診療所や訪問看護ステーションに対しては、事例検討会などを通じて、顔の見える関係の構築を模索しているが、まだ参加は少ないのが実情である。今後は、県や市、医師会、地域がん診療連携拠点病院を包括するシステムを立ち上げる必要を感じている。そして、緩和ケア病棟からの手厚い支援が必要であることも分かったので、在宅ケアを想定した準備を緩和ケアチームが担う方向で進めるようにした。しかし、一般病棟では、在院日数の短縮化の傾向の中、院外のみならず院内のがん治療医や病棟看護師に対しても在宅ケア推進のための支援が必要と分った。退院調整看護師も配置して対応を開始したところである。

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にあった。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てない点が少なくない。医療者（医師や看護師）と患者・家族の間にある想いのギャップを埋め、視点を変える必要を感じている。

この点について、病院を家に近付けるという発想ではなく、家で病院に近い医療が受けられるようにするという発想の転換が必要ではないかと思われる。市民からの回答でも、自宅で、老衰で死にたい。延命は望まない。家族と一緒に過ごしたい。隣近所や親しい人との交流を大切にしたい。などなどの希望が多く、医療側には、ホームドクターに緩和医療を学んでほしい、かかりつけ医と在宅往診医の連携、がん治療の病院とかかりつけ医や往診医との連携、訪問看護師の増員、介護道具・設備の充実、在宅での栄養指導や給食、など、などが寄せられている。一方、患者の立場に立つ側も自

分たちでできることとして、コミュニティのなかでボランティアの養成、コミュニケーショントレーニングを受けて話し相手になること、自分の終末期の過ごし方について周囲と話し合っておくことを勧める、同じ苦しみを癒し合える仲間づくりをする、身近な人に何かにつけて医療のせいにしないように言う、などが寄せられた。

平成21年9月からがん患者サロンを毎月開催している。冒頭の15~20分間のミニ講義で痛みに対する薬の使い方や、症状コントロールの方法について解説している。今まで、患者本人に対しては薬剤師が外来で説明しているが、家族にまではできているとはいえない。今回はご家族同伴でといってももう自分が分かっているから必要ないと断られることも多かった。そして今年度からは、入院中の患者さんをごんサロンに呼び、外来通院中の患者・家族の輪の中に入れ、話し合える工夫をした。

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）の講座ばかりではなく、患者・家族間で想いを伝え合うことのできるコミュニケーションのセミナーも開いたところ、参加者は限定されているがかえって状況に即した話ができたので効率は良くないかもしれないが今後の方法論を検討するヒントになった。地域の病院（2か所）にも定期的（隔月）に患者・家族を対象とした出前ミニセミナーや相談会を開始している。また、次年度の課題として、地域の病院や診療所並びに院内のがん診療医に対しても夜間休日のさらなる支援体制の確立が重要であることが示唆された。

## E. 結論

がん終末期患者の在宅ケアを推進するためには、症状がコントロールされることが必須条件であるので、医療者への症状コントロールの実際の普及が大切である。徐々に悪化していく症状に対する不安とサポート体制を心配する患者家族に対する支援並びに病院の医師をはじめとする医療者に終末期に至る前からの緩和ケア科・緩和ケアチームとの並行した診療の実施と地域の診療所と院内のがん治療医並びに病棟看護師、などに対す

る支援、特に夜間休日の支援体制の整備と在宅患者の救急受け入れ体制の確立が重要であることが明らかになった。

#### F.健康危険情報

特記すべきことなし

#### G.研究発表

##### 1.学会発表

○中西理恵、岡田美登里、石原辰彦、木村秀幸：「帰りたい」と望む終末期がん患者の意思決定に影響を与える要因。日本ホスピス・在宅ケア研究会第19回大会、平23.7月、沖縄。

##### 2.論文発表

なし

#### H.知的財産権の出現・登録状況（予定含）

なし

平成23年度 分担研究報告書

分担課題名 道央圏（札幌市および札幌市以北を除く札幌二次医療圏：北広島市、恵庭市、千歳市：以後道央圏と記す）における在宅緩和ケアの進展

研究分担者 柴田 岳三 施設名 緩和ケアクリニック・恵庭 職名 医師

研究要旨

在宅療養移行への体制が整わない地域でのがん患者、とりわけ末期がん患者は医療機関を受診するだけでも大きな負担を強いられる。したがってそのための体制作りはすべての地域で急務であるが、「がん患者に対する緩和ケア供給体制を踏まえた在宅療養への移行」を考えたとき、地域のおかれた状況はその体制作りには大きな影響を与える。札幌二次医療圏から札幌市とその北部を除いた道央地区（北広島市、恵庭市、千歳市：以後当地域と記す）は人口22万人を擁しながら大都市（札幌）の郊外であるがために、当地域には在宅緩和ケアを進めるための主要施設がなく、2、3の中小病院と在宅療養支援診療所一施設がその役割を担わざるを得ない地域である。平成22年度の本分担研究報告では当地域における在宅緩和ケアの実態についてアンケートを元に述べたが、今回、道央在宅緩和ケアネットワーク構築の経緯と当地域における緩和ケアクリニック・恵庭（以後当科と記す）の実績とについて報告する。

A. 研究目的

緩和ケア供給体制を踏まえた在宅療養が、その実行のために必要な施設（地域がん診療連携拠点病院、ホスピス・緩和ケア病棟、診療加算受理施設としての緩和ケアチームがなく、在宅療養支援診療所は当科1施設のみ）の乏しい地域でどこまで可能か、またそのような地域で、どのような施設が、どのような形で地域連携できるかを実証すること。

B. 研究方法

当科が近隣の病院、診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、指定居宅介護支援事業所、保健所などに呼びかけて進行中の道央在宅緩和ケアネットワーク構築の経緯と内容について示した。

また一方、在宅療養支援診療所である当科が1年間に果たした実績を集計し、その内容を分析した。

（倫理面への配慮）

本研究においては個人名などが特定されるようなことのないよう、倫理的に配慮した。

C. 研究結果

当地域の有志が集まり、「緩和ケア研究会」（2011. 8. 5）を開催、「道央在宅ケアネットワーク幹事会」（仮称：2011. 8. 24）、「市立千歳市民病院講演会」（2011. 9. 29）など道央

地区在宅緩和ケアネットワーク構築への準備が進められ、2012. 1. 25 市立札幌市民病院（外科福島医師）が当番幹事となり「道央在宅緩和ケアネットワーク第1回研究会」が開催された。参加者は24施設、80名であった。

一方、当科が関与した患者の在宅看取りについては以下の通りである。平成22年7月1日から平成23年6月30日までの1年間に当科が訪問した在宅患者は92名であった。うち死亡患者は43名で、そのうち在宅での看取り患者は30名（69.8%）であった。30名の内訳は26名（86.7%）ががん患者で、4名（13.3%）が非がん患者、うち2名が難病、その他の患者が2名であった。

D. 考察

緩和ケアクリニック・恵庭が恵庭市内に開業する以前（2010. 3. 16）、当地に在宅療養支援診療所は存在しなかった。札幌二次医療圏ではあるが、がん治療に関する主要施設はほとんど札幌市内に存在し、人口22万人を擁する当地には地域がん診療連携病院、ホスピス・緩和ケア病棟、診療加算受理施設としての緩和ケアチームなどが存在しない地域であった。札幌に比較的近いこともあり、患者やその家族はどんなに辛い状況であっても受診のために札幌まで出かけなければならない。高齢者で足がない患者であっても末期がんとなって通うことが困

難となっても同様である。当地に限らず全国各地、とりわけ北海道には似たような状況が各地に存在し、このような方々のために我々はその地域に適した形で在宅療養を展開していくことを求められている。

当地における2009年度の実態は2010年度の本報告書に述べてきた。それによると本地域において訪問看護が導入された在宅ホスピスと考えられる在宅死は年間わずか3例(0.67%)のみであった。これに対し、当科が開業した2010年度(2010.7.1~2011.6.30)の一年間の当科のみにおける年間看取り数だけでも26名(予想される当地域全体の癌死患者の5.8%)に達しており、この地域における在宅死亡数は大幅に増加していることが考えられる。

一方地域全体でがん患者に対する緩和ケア供給体制を踏まえた在宅医療への移行を考えた場合、一施設だけが突出するのではなく地域全体がレベルアップされなければならない。そのために、我々は近隣の医療機関と連携をとりながら地域連携のあり方を模索し、研究結果の項でも述べたように、予備的な研究会や勉強会を開催し、2012.1.25「第一回道央在宅緩和ケアネットワーク」を開催するに至った。この例会では会の名称を確定し、会則を策定した。参加施設は病院3、医院2、訪問看護ステーション5、指定居宅介護支援事業所など6、調剤薬局7、保健所1など24施設にのぼり、保健所も含め当地域の主な施設はすべて参加したことになる。また参加職種は、医師5名、看護師41名、保健師3名、薬剤師15名、MSW4名、理学療法士1名、介護支援専門員10名、その他1名、合計80名などと多岐に及んでいて、関心の高さが伺われた。研究内容は第1回ということもあり、在宅療養へ移行した2症例の事例発表にとどめ、病院、診療所、訪問看護ステーションなどでかかわった各職種からの報告と問題点の討論などであった。

今後当ネットワークの例会は年2、3回の開催が予定されていて、ミニレクチャー、講演会なども検討されている。今後市民を対象とした講演会なども計画されていて、こうした活動の積み重ねによって、意識の向上と顔の見える関係の構築、さらには実務的なネットワークが構築されることが期待されている。

## E. 結論

緩和ケア、在宅ホスピスが皆無に近い当地において道央在宅緩和ケアネットワークが立ち上がったことに大きな意義が考えられた。その第1回研究会が開催されるに至った経緯と内容について報告した。

在宅療養支援診療所として、2010年3月恵庭市に当科が開業した。1年間の実績が示されたが、在宅ホスピスとしての在宅看取り数はすでに前年を大幅に上回っている。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許の取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし



分担課題名 在宅緩和ケア支援センターにおける相談支援内容調査

研究分担者 秋月伸哉 施設名 千葉県がんセンター 職名 精神腫瘍科部長

研究要旨

在宅緩和ケア相談窓口の在り方、相談員に求められる知識、技術を探索することを目的として、千葉県在宅緩和ケア相談支援センターの相談内容の記述と、病院内の相談部門である千葉県がんセンター患者相談支援センターの相談内容と比較を行った。調査期間中、月平均6.2件の相談を受け、相談内容は療養場所の相談が最も多かった。相談者の情報入手先は医療従事者であった。患者相談支援センターとの比較では、利用者背景として在宅療養中の患者、抗がん治療中止後の患者が多く、病院内の相談窓口と異なる対象の相談窓口となっている可能性が考えられるが、相談件数が著しく少ないため十分な機能を果たしているとはいえない。在宅緩和ケア相談支援においては、通常の相談員としての技術に加え、在宅医療機関の情報、さらに在宅医療機関をこれから利用しようとする患者がいる医療機関との連携が求められることが明らかになった。

A. 研究目的

がん患者の在宅緩和ケアの推進が望まれているが、在宅がん緩和に関する患者・家族への情報提供や相談支援が十分に行われているとは言えず、在宅緩和ケアが十分に推進されない原因の一つとなっている。がん患者・家族への情報提供、相談支援を行う部門として、がん診療連携拠点病院には相談支援センターが期待されている。しかしがん診療連携拠点病院内にあることで、地域の他の医療機関を利用している患者・家族にとって利用しにくい可能性がある。

これらの患者・家族に対して在宅緩和ケアの情報提供・相談支援を行う方法の一つとして病院と独立した在宅緩和ケアサービスがいくつかの地域で設置されている。千葉県では平成22年1月から千葉県在宅緩和ケア相談支援センターを設置し、相談員による電話相談を行っている。

本調査の目的は、今後地域で在宅緩和ケアを推進していくために在宅緩和ケア相談窓口の望ましいあり方を探索し、相談員が身につけるべき知識、スキルを明らかにすることである。

B. 研究方法

平成22年1月から平成23年12月までの千葉県在宅緩和ケア支援センターへの電話相談について、相談者の背景、情報入手先、相談内容を集計した。相談内容は相談員が相談内容記

入シートに記載している。相談内容記入シートは相談内容の自由記述の他、患者背景、相談者との続柄、原発部位、相談内容、対応がコード化されて記載できるようになっている。

在宅緩和ケア支援センターの活動が開始される平成22年1月から平成23年12月までの2年分の相談内容を記述する。

また、病院組織として設置された相談窓口との活動状況を比較するため、平成23年6月-12月の7カ月に千葉県がんセンター患者相談支援室の直通電話に連絡があった相談の内容も集計した。集計方法に違いがあるため、統計処理は行わず単純比較のみを行った。

・千葉県在宅ケア相談支援センター

千葉県から委託され千葉県がんセンターに設置。週3日患者・家族・医療従事者向け電話相談を行う。相談員は専従の看護師が1名である。平成22年1月からサービスを開始している。病院内の組織としてではなく、独立した相談窓口として広報活動を行い、医療機関、医師会、行政、保健所へのチラシ配布、ローカルTVやラジオでの紹介、地域新聞への広告掲載などを行っている。

(倫理面への配慮)

本調査は個人情報をも特定できない相談業務記録のデータベースの情報の集計であるため、調査対象への権利侵害などの問題は生じない。

C. 研究結果

調査期間内の千葉県在宅緩和ケア支援セン

ターへの相談件数は148件(2010年70件、2011年78件)であり、月平均の相談件数は6.2件であった。病院内の相談窓口である患者相談支援室への相談件数は7カ月の調査期間内に204件であり、月平均は29.1件であった。

148件の在宅緩和ケア相談支援センターへの相談利用者背景を表1に示す。項目ごとに欠損値を除外した母数を記載している。

表1. 相談背景

	N	(%)
がん治療状況 (N=134)		
治療前	11	(8)
治療～経過観察	39	(29)
がん治療を行わない	66	(49)
現在の治療・療養場所 (N=137)		
未受診	2	(1)
外来	57	(42)
入院	37	(27)
在宅	36	(26)
がんセンター受診歴 (N=73)		
なし	56	(77)
住所 (2次医療圏) (N=125)		
東葛南部	31	(25)
千葉市	28	(22)
東葛南部	12	(10)
印旛	11	(9)
山武長生夷隅	10	(9)
市原	7	(6)
その他	2	(2)
他県	10	(8)
情報入手元 (N=85)		
医療従事者の紹介	22	(26)
TV・ラジオ	19	(22)
インターネット	17	(22)
公的機関・患者団体	12	(14)
ポスター	11	(13)
イベント	1	(1)

在宅緩和ケア相談支援センター、患者相談支援室それぞれが受けた相談内容の内訳を表2, 3に示す(相談内容は重複回答可能になっている)。

表2. 在宅緩和ケア相談支援センターへの相談内容の内訳 (N=148)

	N	(%)
療養場所	72	(49)
がん診断・治療	13	(9)
受診・受療の相談	13	(9)
精神的問題	10	(7)
介護者自身の問題	10	(7)
社会的問題	8	(5)
身体症状	7	(5)
その他	15	(10)

表3. 患者相談支援室への相談内容の内訳 (N=204)

	N	(%)
受診・受療の相談	105	(51)
がん診断・治療	104	(51)
療養場所	30	(15)
社会的問題	27	(13)
身体症状	26	(13)
精神症状	26	(13)
介護者自身の問題	9	(4)
その他	25	(12)

#### D. 考察

2年間の千葉県在宅緩和ケア支援センターの電話相談活動について、月平均6.2件と利用者が非常に少なく、年次経過による相談件数の増加も認めなかった。同じ施設で運営する病院内の相談窓口の利用件数に比べても、患者に十分に利用されているとは言えない結果であった。在宅緩和ケア支援センターが定期的に地域への広報活動を行っているのに対し、病院内の相談窓口は病院ホームページと院内のポスターやチラシ程度の広報活動であったことを考えると、支援センターの広報対象が適切なグループを選択できていなかった、病院のホームページが地域に信頼される相談窓口の情報源として機能していた、病院に比べて独立した相談窓口への相談の敷居が高い、などの理由が考えられる。

相談の背景から在宅緩和ケア相談支援センターは、がん治療を今後行わないいわゆる終末期で、外来通院中の患者を主な対象としていた。運営しているがんセンター受診歴のない患者が8割近くを占めており、拠点病院の相談窓口にアクセスしにくい患者が利用できたのかもしれない。情報源として医療者からの情報提供、マスメディア、公的機関や患者会、ポスターが多かった。しかし相談の母数が少なすぎるため、支援センターが地域において果たした役割や有効な広報戦略について結論を出すことはできない。

病院内の患者相談支援室ではがん治療に関する相談が多くを占めていたのに対し、在宅緩和ケア相談支援センターの相談内容は、療養場所相談が半数を占め、それ以外の相談は1割程度であった。具体的にはがん治療終了後の在宅療養、緩和ケア病棟の情報を求める相談が多く、インターネット上の医療機関データベースからの施設紹介と、施設を利用するために準備すべきことの情報提供を行っていた。

#### E. 結論

病院組織と独立したがん相談窓口は「がん難民対策」、「主治医に知られたくない」などのニーズにこたえるポテンシャルを持っている可能性はあるが、地域への広報活動にもかかわらず病院内の相談窓口と比べて圧倒的に少ない相談利用しかないことが大きな問題であることが明らかになった。在宅緩和と医療の相談を効果的に行えるためには病院、医療機関とより密な連携をとっていることが不可欠であると考えられた。また地域の医療機関をはじめ、在宅療養に関わる情報データベースの整備が必要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

##### 書籍（日本語）

1. 秋月伸哉. 第3章 よくある精神症状とその対応 2 不安 - 心配が強い、落ち着きがない - . がん診療に携わるすべての医師のための心のケアガイド, 清水研編, pp45-49, 真興交易 (株) 医書出版部, 東京, 2011

2. 秋月伸哉. 8 精神腫瘍学と連携. 精神腫瘍学, 内富庸介・小川朝生編. Pp250-265, 医学書院, 東京, 2011

##### 雑誌（外国語）

1. Shimizu K, Akizuki N, Nakaya N, Fujimori M, Fujisawa D, Ogawa A, Uchitomi Y. Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Apr;41(4):684-91.
2. Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Hirai K, Matoba M, Akizuki N, Shirahige Y, Yamagishi A, Eguchi K. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer*. 2011 Jun 10. [Epub ahead of print]
3. Ito T, Shimizu K, Ichida Y, Ishibashi Y, Akizuki N, Ogawa A, Fujimori M, Kaneko N, Ueda I, Nakayama K, Uchitomi Y. Usefulness of pharmacist-assisted screening and psychiatric referral program for outpatients with cancer undergoing chemotherapy. *Psychooncology*. 2011 Jun;20(6):647-54.
4. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Ichikawa T, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K. Providing palliative care for cancer patients: the views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Jan;43(1):59-67.
5. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, Eguchi K. A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: a potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Feb;43(2):218-25.
6. Komura K, Yamagishi A, Akizuki N, Kawagoe S, Kato M, Morita T, Eguchi K.

Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held records for cancer patients in Japan: OPTIM study. Palliat Med. 2011 Dec 16. [Epub ahead of print]

7. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Yoshida S, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. Support Care Cancer. 2012 Jan 24. [Epub ahead of print]
8. Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, Akiyama M, Hirai K, Matoba M, Yamada M, Matsumoto T, Yamaguchi T, Eguchi K. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. BMC Palliat Care. 2012 Jan 11;11(1):2.

#### 雑誌（日本語）

1. 秋月伸哉. せん妄に対する治療. がん患者と対症療法. 2011 22(1);12-18
2. 秋月伸哉. 胃癌に伴う症状の緩和薬物療法精神症状. 消化器の臨床 2011 14(4);407-411
3. 秋月伸哉. 精神科医が行うがん緩和ケアにおける地域連携と教育. 最新精神医学. 011 16(5);597-601

#### 2. 学会発表

1. 秋月伸哉: 「症状マネジメント up to date」適応障害・うつ病. 第 16 回日本緩和医療学会学術総会. 2011 年 7 月. 札幌（口演）
2. 秋月伸哉: がん患者の心のケアと悪い知らせのコミュニケーションスキル. 第 23 回内観療法ワークショップ. 2011 年 10 月. 和歌山（教育講演）

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし