

分担課題名 在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスの有用性の検討

研究分担者 浜野公明 施設名 千葉県がんセンター 職名 経営戦略部長

研究要旨

がん患者の在宅療養移行を進めるにあたり、訪問診療の易遂行性を高める目的で作成した地域連携クリティカルパス(以下、パス)を地域の訪問診療医へ連携する際に使用した。パスを使用して在宅療養へ移行した患者の33%が入院したが、入院までに平均47日間の在宅療養を行うことができた。死亡患者の在宅死亡率は65%であり、死亡場所にかかわらず在宅療養期間は平均4週間であった。地域の医療機関に対してパスを使用した在宅緩和ケアの地域医療連携について説明し、6二次保健医療圏にまたがった87施設からなる医療機関ネットワークを構築できた。パスの使用は、患者・家族の在宅療養移行に対する受け入れ、一定期間の在宅療養継続、在宅死亡率向上、及び、医療機関ネットワークの構築において有用性があることが示唆された。

A. 研究目的

がん患者の在宅療養移行におけるバリアの一つである在宅訪問診療の易遂行性に対する解決策として、かかりつけ医が在宅緩和ケアを実施する際に有用となる地域連携クリティカルパス(以下、パス)を開発することを目的とする。終末期がん患者の在宅緩和ケアについて、千葉県がんセンターから地域の訪問診療医へ連携する際にパスを使用し、がん患者の在宅療養状況の視点及び在宅がん緩和ケアを実施する医療機関ネットワークの構築の視点でパスの有用性について検討した。

B. 研究方法

1. 使用した在宅緩和ケア地域連携パス

本研究で使用したパスは、在宅緩和ケアに関係する千葉県がんセンター及び地域の医師と看護師で検討を重ね、2010年に作成した。その概略は次の通りである。

対象患者：在宅療養を希望し、予後の見通しが週単位以上の終末期がん患者を対象とした。2010年6月～12月の期間は、呼吸困難または消化器症状を主たる症状とする患者を対象としたが、2011年1月以降は主症状にかかわらず緩和ケアを必要とする患者とした。

施設役割分担：訪問診療担当施設(施設B)と訪問看護担当施設(施設C)が密に連携して在宅緩和ケアを実施し、専門医療機関(施設A)が後方支援することとした。それぞれの施設の診療役割と要件を明確化した(図1)。

診療計画：在宅緩和ケアは「がん緩和ケアガイドブック2008年版」(日本医師会監修)または「ステップ緩和ケア」(厚生労働科学研究がん対策のための戦略研究・緩和ケア普及のための地域プロジェクト)に準じて行い、症状マネジメントの評価はSTAS-Jを使用することとした。症状マネジメント困難、症状悪化による入院希望、サポートの問題で入院希望があった場合に、患者・家族、施設B、施設Cで相談し、施設Aへの入院を検討する計画とした。その内容を医療者用パスとして視覚化した(図2)。また、診療計画の患者オリエンテーションに使用する患者用パス(図3)を作成した。

アウトカムとバリエーション：パスの目標(アウトカム)を「安心して在宅緩和医療が継続できる」とした。施設Aに入院した時点でバリエーションとし、パスを中止とした。入院後に緩和ケアを行うことにより再び在宅療養へ移行が可能となった場合には新たにパスを適応することとし、循環型の連携を可能とした。

2. 患者の在宅療養の状況

2010年6月1日から2011年4月30日までの期間に、パスを使用した医療連携に同意し、千葉県がんセンターから在宅療養へ移行した患者44人を対象とした。千葉県がんセンターの診療録を調査し、2011年5月31日時点でのバリエーション(入院の有無)、転帰について検討した。

3. 在宅緩和ケアを実施する医療機関ネットワーク構築の状況

訪問診療または訪問看護を行っている地域の医療機関に対して、千葉県がんセンター地域医療連携室に所属する看護師2名が個別に訪問し、パスについて説明をした。パスを使用した在宅緩和ケアの地域連携について同意した施設を登録し、患者を連携した。

2010年5月1日から2011年10月31日までの期間の地域の医療機関のパス使用に対する同意の状況、及び、患者の連携状況について検討した。

(倫理面への配慮)

収集した患者データは通常の診療において得られる範囲のものにとどまっているため、患者からの同意取得は不要と判断した。また、データの分析・集計に当たっては、連結不可能匿名化を行い、患者の個人情報扱っていない。

C. 研究結果

1. 患者の在宅療養の状況

パスを使用して在宅療養へ移行した対象患者44人のうち、2人は入院のためにパスが中止となった後、再びパスを使って在宅療養へ移行したため、パス適用総件数は46件であった。全46件のパス適用期間は平均46日、中央値31日であった。パス適用46件中、入院のためにパスが中止(バリエーション)となったのは15件(33%)であり、パス適用から入院までの期間は平均47日、中央値34日であった。入院理由の内訳は、症状マネジメント困難6例(40%)、患者が入院を希望6例(40%)、家族が入院を希望3例(20%)であった。

パスを使用して在宅療養へ移行した44人の患者の転帰は、在宅で死亡17人(39%)、病院で死亡9人(20%)、在宅療養中16人(36%)、病院に入院中2人(6%)であり、死亡患者26人の在宅死率は65%であった。死亡患者の在宅での療養期間は、在宅で死亡した患者が平均29日、中央値20日、病院で死亡した患者が平均26日、中央値22日であった。病院で死亡した患者が入院してから死亡するまでの期間は平均7日、中央値4日であった。

2. 在宅緩和ケアを実施する医療機関ネットワーク構築の状況

2010年5月から2011年10月までの18か月の間に、パスを使用した在宅緩和ケアの連携に同意した医療機関数は87施設であった。施設役割分担別では、後方支援を行う専門医療機関

(施設A)2施設、訪問診療担当施設(施設B)40施設、訪問看護担当施設(施設C)45施設であった。施設Aの2施設は隣接した別の二次保健医療圏にあり、それぞれの医療圏を中心とした6二次保健医療圏に、施設Bと施設Cがほぼ均等に登録された。また、登録開始から10か月の間に、全施設Bのうち36施設(90%)、全施設Cのうち43施設(98%)が登録されていた。

2010年5月1日から2011年10月31日までの期間に、施設Aの2施設からパスを使用して在宅療養へ移行した患者は78人であった。パスを複数回、使用した患者が7人いたため、パス適用件数は85件であった。そのパス適用について、患者の連携を受けた施設数は、施設B40施設中、18施設(45%)、施設C45施設中、23施設(51%)であった。

D. 考察

がん患者の在宅療養移行を進めるにあたり、訪問診療の易遂行性を高める目的で作成した地域連携クリティカルパスを地域の訪問診療医へ連携する際に使用した。18か月の期間に78人の患者に対して85回の在宅療養移行時にパスを使用した。パスは患者に対して、在宅療養を支援する医療機関の協力体制、及び、在宅緩和ケアの質保証について、患者用パスとして視覚化している。病院から在宅療養へ移行する際に、患者とその家族への説明においてパスを使用したことが、在宅療養移行についての同意を得るにあたって有用であったと思われる。

パスを使用して在宅療養へ移行した患者の33%が症状マネジメント困難や患者・家族の希望で入院したが、入院までに平均47日間の在宅療養を行うことができた。また、在宅死率は65%と高く、死亡場所が在宅または病院のいずれかにかかわらず、在宅での療養期間は平均で約4週間と同等であった。パスを使用することによって、訪問診療を行う地域の診療所等の医師に対して、訪問看護ステーションとのチーム医療、及び、病院の後方支援体制について明確化しておくことが、訪問診療の易遂行性に寄与したと推測される。

地域の医療機関に対してパスを使用した在宅緩和ケアの地域医療連携について説明し、連携への参加の同意を得た。18か月の間に、後方支援を行う病院2施設、訪問診療を担当する診

療所等 40 施設、訪問看護ステーション 45 施設が参加し、6 二次保健医療圏にまたがる医療機関ネットワークを構築できた。パスは医療連携における各施設の診療役割分担を視覚化し、特に病院が後方支援の役割担うことを明記していることが、訪問診療・訪問看護を担う地域の医療機関の参加を促す際に有用であったと思われる。しかし、参加施設数は頭打ちになっており、登録施設のうち実際に患者を連携した施設は約半数に留まっている。パスを使った連携は、訪問診療を比較的によく行っている特定の診療所等との連携が主であり、かかりつけ医の訪問診療への参加があまり進んでいないことが示された。

E. 結論

がん患者の在宅療養移行を進めるにあたり、訪問診療の易遂行性を高める目的で作成した地域連携クリティカルパスを地域の訪問診療医へ連携する際に使用した。パスの使用は、患者・家族の在宅療養移行に対する受け入れ、一定期間の在宅療養継続、在宅死亡率向上、及び、医療機関ネットワークの構築において有用性があることが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) 浜野公明, 高瀬峰子, 坂下美彦, 木村由美子, 丹内智美, 渡邊敏: 在宅緩和ケア地域連携における地域連携クリティカルパスの有用性の検討. 第 13 回日本医療マネジメント学会学術総会. 2011 年 6 月, 京都

2) 坂下美彦, 浜野公明, 木村由美子, 高瀬峰子, 丹内智美, 秋月晶子, 渡辺敏: 在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスによる連携とネットワークの構築. 第 16 回日本緩和医療学会学術大会. 2011 年 9 月, 札幌

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

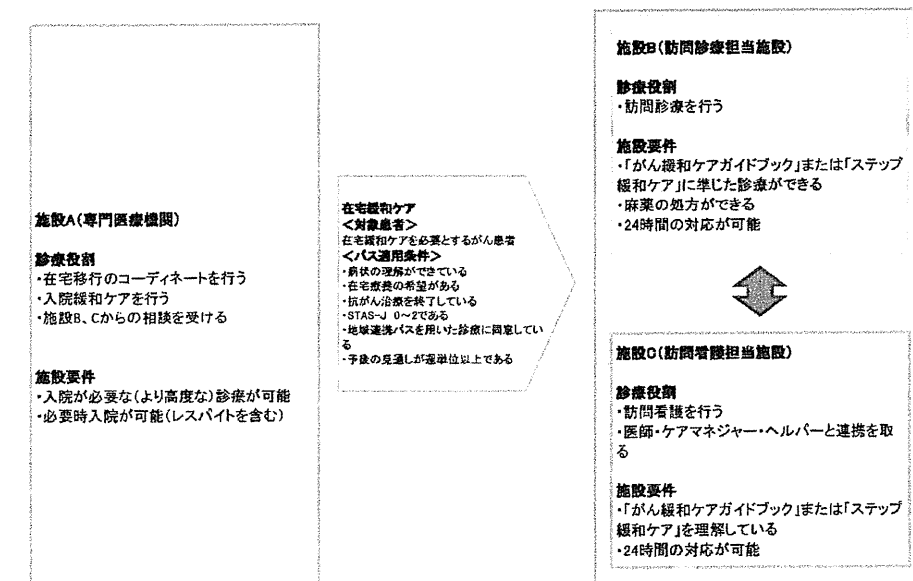
2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

地域連携クリティカルパス (千葉緩和ケア地域連携研究会版)
(2010.11.25作成)

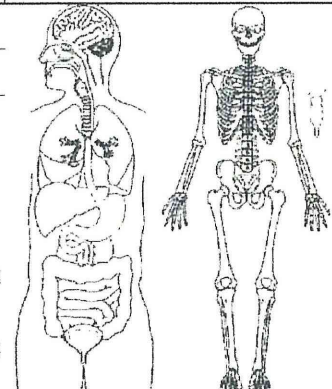


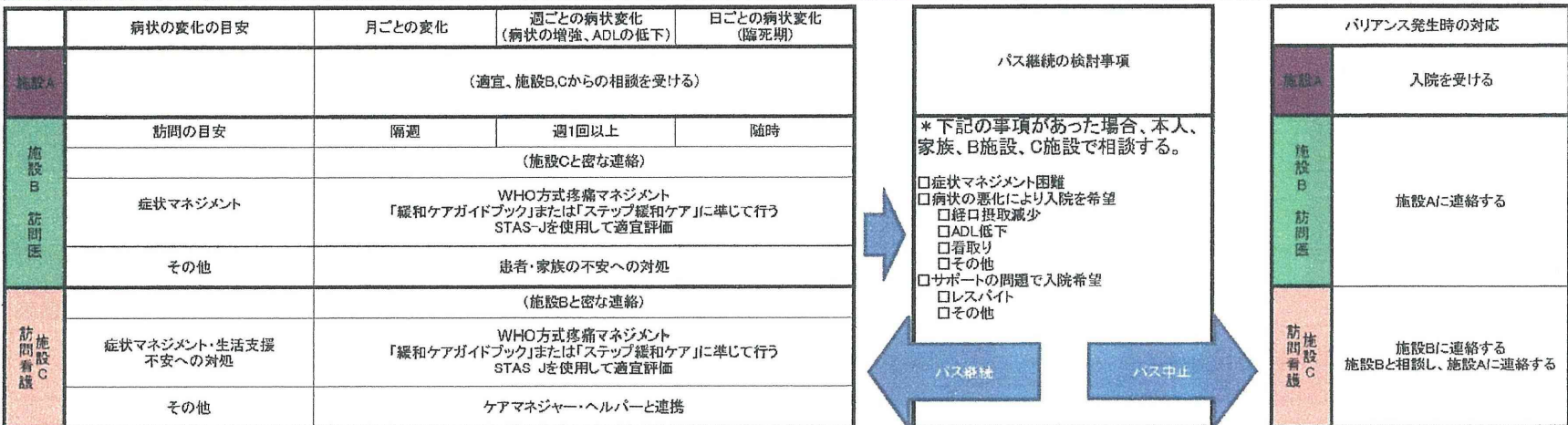
※緩和ケアガイドブック: 2006年版緩和ケアガイドブック, 日本癌学会監修
※ステップ緩和ケア: <http://gan.sanwa.ja/tools/step/index.htm>

図 1 在宅緩和ケア地域連携クリティカルパス (診療役割分担表)

地域連携クリティカルパス (千葉緩和ケア地域連携研究会版)
「在宅緩和ケア」
 (2010.11.25作成)

施設A	専門医療機関名/担当者名	
	連絡先	
	施設B	訪問診療担当施設
施設B	連絡先	
	施設C	訪問看護担当施設
患者氏名		生年月日
		年
		月
		日
		年齢
		歳
施設C		連絡先

患者の 情報	疾患名		現在の 状態	主な症状	<input type="checkbox"/> 痛み(部位:) <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/> 不安・抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄・認知症 <input type="checkbox"/> その他()	連携の 情報	サポート体制	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 充足	バス開始日	年	月	日
	がんの 部位			オピオイド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> 坐剤 <input type="checkbox"/> 持続注射		在宅希望	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的	バス適用条件	<input type="checkbox"/> 病状の理解ができている <input type="checkbox"/> 在宅療養の希望がある <input type="checkbox"/> 抗がん治療を終了している <input type="checkbox"/> STAS-J 0~2である <input type="checkbox"/> 地域連携バスを用いた診療に同意している <input type="checkbox"/> 予後の見通しが週単位以上である		
	<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 髄膜 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腹膜	経口摂取		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 数口程度 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 胃ろうなど	家族		<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的	アウトカム	安心して在宅緩和医療が継続できる			
	<input type="checkbox"/> 見通し	PS		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	起こりうる病態		<input type="checkbox"/> イレウス <input type="checkbox"/> 腹水貯留 <input type="checkbox"/> 吐血・嘔血・下血 <input type="checkbox"/> 体表の瘡の自壊・出血 <input type="checkbox"/> 胸水貯留 <input type="checkbox"/> 嚥下困難・食道狭窄 <input type="checkbox"/> 下肢麻痺 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> その他()	対象患者	在宅緩和ケアを必要とするがん患者			



* 緩和ケアガイドブック: 2008年版緩和ケアガイドブック、日本医師会監修
 * ステップ緩和ケア: <http://gankanwajp/tools/step/index.html>

【医療機関用】

図2 在宅緩和ケア地域連携クリティカルパス (医療者用パス)

地域連携クリティカルパス (千葉緩和ケア地域連携研究会版) 「在宅緩和ケア」 (2010.11.25作成)		施設A	専門医療機関名/担当医名									
			連絡先									
		施設B	訪問診療担当施設									
			連絡先									
		施設C	訪問看護担当施設									
			連絡先									
患者氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳							
バス関連情報	バス開始日	年 月 日		バス適用条件	<input type="checkbox"/> 病状の説明を受けている <input type="checkbox"/> 在宅療養の希望がある <input type="checkbox"/> 抗がん治療を終了している <input type="checkbox"/> 症状がおおむね安定している <input type="checkbox"/> 地域連携バスを用いた診療に同意している							
	目標	安心して在宅緩和医療が継続できる										
	対象	在宅緩和ケアを受ける方										
在宅療養を支える体制 病院でも自宅でも統一した緩和医療を提供します			在宅療養継続の検討事項 *下記の事項があった場合、本人、家族、施設B、施設Cで相談する。		入院が必要な時の対応							
<p>患者さん(ご自宅)</p> <p>施設B(訪問医)</p> <p>施設C(訪問看護)</p> <p>施設A(治療病院) 必要時入院治療</p> <p>訪問診療 症状緩和など</p> <p>生活のサポート 気がかりなことの相談など</p> <p>密な連絡</p> <p>相談・支援</p>			<input type="checkbox"/> 痛みなどの症状がようになってきた <input type="checkbox"/> その他の症状がようになってきた <input type="checkbox"/> 食事が食べられなくなってきた <input type="checkbox"/> 動くことがなくなってきた 例: トイレに行くのがつらくなった等 <input type="checkbox"/> 介護者の休養が必要 <input type="checkbox"/> その他		<table border="1"> <tr> <td>施設A</td> <td>入院を受ける</td> </tr> <tr> <td>施設B 訪問医</td> <td>施設Aに連絡する</td> </tr> <tr> <td>施設C 訪問看護</td> <td>施設Bに連絡する 施設Bと相談し、施設Aに連絡する</td> </tr> </table>		施設A	入院を受ける	施設B 訪問医	施設Aに連絡する	施設C 訪問看護	施設Bに連絡する 施設Bと相談し、施設Aに連絡する
施設A	入院を受ける											
施設B 訪問医	施設Aに連絡する											
施設C 訪問看護	施設Bに連絡する 施設Bと相談し、施設Aに連絡する											
			<input type="checkbox"/> ハス継続		<input type="checkbox"/> ハス中止							
			【患者さん用】									

図3 在宅緩和ケア地域連携クリティカルパス (患者用パス)

平成23年度 分担研究報告書

分担課題名 がん専門病院における在宅支援専任看護師の外来での役割

研究分担者 木村由美子 施設名 千葉県がんセンター 職名 在宅支援専任看護師

研究要旨

千葉県がんセンターでは2009年4月に、早期からの緩和ケアの提供と在宅への円滑な移行を図る事を目的に「サポーターケア室」が設立され、その一部門として「在宅支援部」が位置付けられた。外来通院中からの早期に在宅医療機関へ連携できるように支援する看護師の役割と今後の課題について紹介する。

A. 総説

【千葉県がんセンターの概要と在宅支援システムの変遷】

千葉県がんセンターは1972年に設立した341床のがん専門病院であり、都道府県がん診療連携拠点病院として千葉県におけるがん医療の中心的な役割を担っている。

2002年に、終末期がん患者の在宅療養支援を目的に、緩和病棟(25床)を開設した。開設当初は自宅で最期まで過ごしたいと望む患者を、緩和病棟スタッフが在宅医療機関へ連携していたが、それでは連携時期が遅すぎる事と、連携数が増加した事から、2006年11月に「在宅支援センター」を新設し、専任看護師1名が配置された。名称を「退院支援・退院調整」ではなく「在宅支援」とした理由は、外来通院中の出来るだけ早い時期から在宅医療機関へ連携し、在宅療養を支援することを目的としていた為である。在宅支援センター設立後は、一般病棟や外来からも病期に限らず連携が促進され、緩和病棟は退院後の後方支援病棟としての機能を発揮するようになった。在宅支援を強化するため、2008年2月から専任看護師が2名へ増員された。

当院における在宅支援システムの特徴は、地域の連携機関とのやり取りを専任看護師に一本化している点と、緩和病棟を主とする後方支援体制が整っている点であり、院内外の関係者を対象とした研究でも評価されている¹⁾。また、看護師が在宅支援を担うメリットとして、今後起こりうる症状と予後を予測して必要な資源を連携できることや、在宅医療機関とのやり取りがスムーズであることが挙げられる。

2009年4月に、早期からの緩和ケアの提供と在宅への円滑な移行を図る事を目的に「サポ-

ーターケア室」が設立され、その一部門として「在宅支援部」が位置付けられている。

【サポーターケア室の概要】

サポーターケア室の役割は、「緩和ケアの早期導入」「2次緩和ケアの提供」「緩和ケアのコーディネート」の三つであり、医師1名と看護師4名が配属されている。外来通院患者を対象に看護師が能動的に早期緩和ケアの提供を行う「サポート外来」、外来通院患者を対象に医師が緩和医療の提供を行う「緩和医療科外来」、外来通院患者と入院患者の在宅療養環境を調整する「在宅支援部」、入院患者の症状マネジメントなどを行う「がんサポートチーム」に分かれて活動している。(図1)

【切れ目のない緩和ケアの提供と早期からの在宅支援】

サポート外来では、症状や生活で困っているような患者に能動的に介入し話をよく聞くため、在宅医療や介護保険のニーズがありそうな患者のスクリーニング機能を担っている。また、がんサポートチームでは入院中の様子から、退院に向けて支援が必要な患者や、退院後も継続支援が必要な患者が分かる。従って、サポート外来、がんサポートチームおよび在宅支援部が連携し、入院や外来の隔たりなく切れ目のない緩和ケアを提供できる体制となっている。また、緩和医療科外来医師との連携が容易なことから、抗がん剤治療が終了し緩和医療科を紹介された患者にタイムリーに関わり、症状マネジメントが複雑で在宅に移行できない患者への介入を依頼することが可能であり、サポーターケア室全体が、早期からの在宅支援に向けて力を発揮している。

【在宅支援専任看護師の外来における役割】

在宅支援の開始は院内スタッフからの電話依頼であり、できるだけ依頼当日に患者および家族と面談している。面談はおよそ1時間かけ、病状から予後予測し、生活背景やADLから生活の困難さを予測し、必要なサービスを考える。また、正しい病状理解をもとに現実に即した希望を持ち意思決定できるよう、必要に応じて面談を繰り返しながら支援している。

外来通院中に在宅支援が必要な患者は、苦痛症状や抗がん治療の副作用が強かったり、治療終了と緩和ケアへの移行を告げられたばかりという事も少なくない。従って、外来における専任看護師の役割の特徴として、自宅その日から安楽に過ごせるように症状マネジメントを行うことと、治療への断ち切れない思いを受けとめつつ意思決定支援することであると言えるⁱⁱⁱ。外来では時間が限られているうえ、患者と家族が常に一緒にいるため率直な話し合いが難しい場合が多いが、いかにタイミングを逃さず患者と家族の希望を見出し支えるかが重要だと考える。

一度面談した患者は、在宅医療機関への連携の有無に関わらず、継続的に支援し、外来受診の様子をカルテで確認するのみのこともあれば、意思決定や症状マネジメントに積極的に介入することもある。そうすることで、介入や連携の必要性を見極められ、連携機関との情報共有が確実かつスムーズになっている。

現在では、全連携の半数以上が外来通院中の連携であり、外来からの連携時のPSは2以下が半数以上、連携から死亡までは約2か月であった^{iv}。

【事例】

A氏 50歳代 女性

疾患名：肺癌 多発骨転移 肝転移 脳転移

現病歴：約1年間抗がん剤治療を施行したが、骨転移による左臀部痛が増強し、一月前からオピオイドの内服が開始となった。

支援のきっかけ：呼吸器科外来の主治医より、症状マネジメントや在宅療養上のサポートをして欲しいと依頼があり、当日に患者・家族と面談した。

患者・家族の認識：「痛かった時はとても心配だった。家で診て相談に乗ってくれる先生がいると聞いたので、どんなシステムなのか聞いて

みようと思いました」と言われた。A氏は今後の病状や症状悪化に不安を感じ、家族もどう支えていけば良いか困っている状況だった。

看護師のアセスメント：抗がん剤継続中でADLは自立しているため、現在のニーズは苦痛症状のコントロールと不安の軽減であった。A氏の希望があれば、抗がん剤治療は当院で、それ以外は訪問診療医へ依頼して併診の形をとるのが良いと考えた。

情報提供と意思決定の支援：A氏と家族へ、現在行っている痛みのコントロールは「緩和ケア」であり、がんと診断された時から受ける事が出来る事、治療を継続する為にも症状コントロールは必要であることを伝えた。また、緩和ケアを受ける場所として、当院の緩和医療科外来と、自宅近くに緩和ケア提供可能なクリニックがあることを、費用など具体的な情報と共に説明した。ご本人へは選択の自由と支援を保証し、意思決定を待ったところ、翌日A氏から訪問診療を希望するとの電話があった。

連携後の支援：A氏は2週間毎に当院に通院し抗がん剤治療を行い、2週間毎の訪問診療で症状コントロールを受けた。専任看護師は、外来受診の内容や外来でのA氏と家族の様子、検査結果を、訪問医へ電話やFAXで報告した。当院の主治医も、変化があった際には診療情報提供書を作成した。訪問医からは、専任看護師へ電話で自宅療養の情報提供がなされることが多かった為、その内容を当院主治医へ報告し、A氏や家族とも外来通院時に面談し自宅での情報を得るようにした。専任看護師は、病院と自宅の橋渡し役として重要な役割を担っていたと考える。

連携して約2か月後、A氏の痛みは訪問医のマネジメントにより緩和されていたが、病状進行により抗がん剤治療は限界となった。専任看護師は当院の主治医からの説明内容を受け、訪問医と共に今後に関する意思決定を支援した。療養場所に関して、A氏は入院せず家で過ごしたいと意志表示していたが、家族は悩んでいた。専任看護師は家族と面談を行い、当院が後方支援ベッドとなり、入院と同じ医療を在宅緩和ケアで継続できる事を伝えた。また、訪問医からも家族へ、今後病状が回復する事は難しく、本人がなるべく家にいたいと言うのであればそれが一番良いのではないかと伝え、家族は在宅緩和ケアを受け入れた。

その後訪問看護へも連携し、緩和病棟への後方支援登録も行った。自宅療養中は海外旅行も楽しみ、3ヵ月後に自宅で最期を迎えた。

考察：この事例では、治療医が積極的ながん治療の限界を予測した時点で患者への十分な説明を行い在宅支援依頼をした事で、早期から緩和ケアの提供が可能で在宅医療機関と連携することができた。そして、専任看護師が治療医と訪問診療医の役割を明確に分けつつ密な連携が出来るようコーディネートした事で、患者と家族は病院でも自宅でも、医療者との信頼関係のもと療養することができたと考える。

【今後の課題】

緩和ケアが必要ながん患者が入院する時は、病状や症状が悪化し自宅での生活が困難になっている場合が多い。外来通院中かつ抗がん治療中から早期に在宅緩和ケアの情報提供をし、患者が時間をかけて意思決定できるよう支えられれば、QOLを向上させる在宅支援がもっと充実するのではないかと考える。

B. 健康危険情報

なし

C. 研究発表

なし

1. 論文発表

ナーシング・トゥデイ

(第64巻・第6号 72-75)

「がん専門病院における在宅支援専任看護師の外来での役割」

日本看護協会出版会へ転載許諾願済み

2. 学会発表

なし

D. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

i 木村由美子、柴田純子、笠谷美保：がん専門病院における終末期がん患者の在宅支援を退院調整専任看護師が行う利点と今後の課題、第23回日本がん看護学会学術集会講演集、286.

ii 柴田純子、木村由美子、笠谷美保、齋藤亜希：がん専門病院の退院調整・在宅支援に対する訪問看護師からの評価や要望と今後の課題：第25回日本がん看護学会学術集会講演集、106.

iii 柴田純子、木村由美子、山岸聡子：外来通院中のがん患者との在宅支援を目的とした看護面談の内容、第24回日本がん看護学会学術集会講演集、136.

iv 木村由美子、柴田純子、山岸聡子：外来通院中のがん患者における在宅連携の実状、第24回日本がん看護学会学術集会講演集、135.

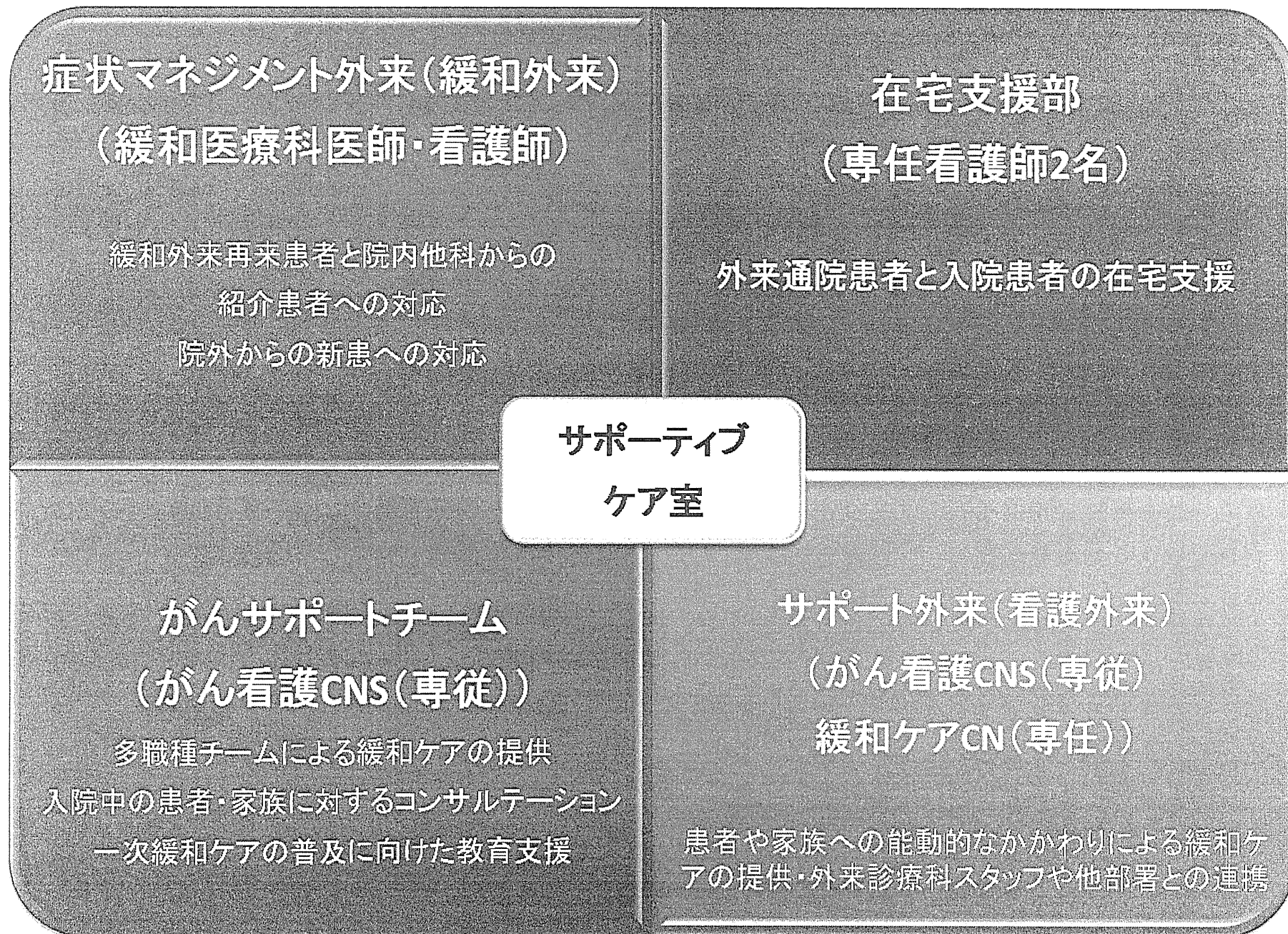


図1 サポーターティブケア室の部門と役割

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表【平成 23 年度】
(研究班に関する業績)

研究班に関する業績

書籍：日本語

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
木下寛也	福祉・介護に関する問題	内富庸介、小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	202-214
浜野公明	地域連携クリティカルパスを用いた前立腺癌診療	市川智彦、鈴木啓悦	前立腺癌のすべてー基礎から最新治療までー	メジカルビュー社	東京	2011	157-161
秋月伸哉	精神腫瘍学と連携	内富庸介・小川朝生	精神腫瘍学	医学書院	東京	2011	250-265
藤田敦子	在宅ケア市民ネットワークピュアー学生との連携による看取りの文化の再生	広井良典	コミュニティ	勁草書房	東京	2010	221-230
藤田敦子	悲嘆ケア	千葉県健康福祉部健康づくり支援課	千葉県在宅緩和ケアプログラム	千葉県	千葉	2010	52-54
藤田敦子	末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する報告書			(本研究班)	千葉	2011	
藤田敦子	がんサロン～がん患者と家族が明日を生きるために～	NPO 法人 千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア			千葉	2011	

研究成果の刊行に関する一覧表【平成23年度】
(研究班に関する業績)

雑誌：外国語

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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	Epub ahead of print		2011
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	43(1)	59-67	2012
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	Epub ahead of print		2011
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	Epub ahead of print		2012

研究成果の刊行に関する一覧表【平成 23 年度】
(研究班に関する業績)

雑誌：日本語

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
山岸暁美, <u>木下寛也</u> , <u>秋月伸哉</u> , ほか	地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出 OPTIM-Studyによる複数地域・多職種による評価	癌と化学療法 (0385-0684)	38 巻 11 号	1889-1895	2011.11
<u>木下寛也</u> (国立がん研究センター東病院 緩和医療科・精神腫瘍科)	"届けがんと医療日本の隅々まで" がん医療コーディネーターの養成 がん医療コーディネーター養成構想の可能性と課題 院外型相談支援センター「がん患者・家族総合支援センター」の経験から	日本癌治療学会誌 (0021-4671)	46 巻 2 号	273	2011.09
原田久美子, <u>木下寛也</u>	【がん医療における家族ケア】 相談支援センターで行う家族ケアの実際	腫瘍内科 (1881-6568)	8 巻 1 号	33-37	2011.07
末田千恵, <u>木下寛也</u> , ほか	どのような緩和ケアセミナーが求められているのか 4188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因	ペインクリニック (0388-4171)	32 巻 8 号	1215-1222	2011.08
丹田雅明, <u>木下寛也</u> , ほか	オピオイド投与中の便秘が疼痛に与える影響の後方視的検討	日本癌治療学会誌 (0021-4671)	46 巻 2 号	890	2011.09
松本禎久, <u>木下寛也</u>	【疼痛緩和医療における DDS】 痛み止めの投与経路 最近の動向	Drug Delivery System(0913-5006)	26 巻 5 号	476-479	2011.10

研究成果の刊行に関する一覧表【平成23年度】
(研究班に関する業績)

木下寛也	【サイコオンコロジーの現場からI-緩和ケアにおける精神医学的問題-】終末期のせん妄の理解とマネジメント	精神科治療学(0912-1862)	26巻7号	837-843	2011.07
秋月伸哉	せん妄に対する治療	がん患者と対症療法	22(1)	12-18	2011
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	14(4)	407-411	2011
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	16(5)	597-601	2011
藤田敦子	地域がんサロンから見たがんサロンの力	死の臨床	34(2)	307	2011
藤田敦子	がんサロン開設のための分かりやすい手引書	緩和ケア	21(5)	497	2011
藤田敦子	末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査中間報告	ホスピスケアと在宅ケア	19(2)	101,226	2011
藤田敦子	がん緩和ケア流民～自分らしく最後まで暮らすことは可能か	国際医療福祉大学大学院平成23年度修士論文発表プログラム/要旨		141-142	2011
木村由美子 (研究協力者)	がん専門病院における“在宅支援専任看護師の外来での役割	ナーシングトデイ	64(6)	72-75	2011

