

201119007B

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に  
関するバリアの分析とその解決策に関する研究

平成21年度～23年度 総合研究報告書

研究代表者 渡辺 敏

平成24(2012)年 3月



厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に  
関するバリアの分析とその解決策に関する研究

平成21年度～23年度 総合研究報告書

研究代表者 渡辺 敏

平成24(2012)年 3月

## 目 次

### I. 総合研究報告書

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関する  
バリアの分析とその解決策に関する研究-----3

渡辺 敏

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----19

# I. 総合研究報告書

（総合）研究報告書

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関する  
バリアの分析とその解決策に関する研究

研究代表者 渡辺 敏 千葉県がんセンター緩和医療科部長

研究要旨

研究課題のバリアを、（１）がん治療を行う施設側の改革の必要性、（２）在宅医による緩和医療遂行の容易性、（３）患者・家族を含めた一般住民側の理解、の三点の未熟性と規定し、それらの解決に向けての研究を遂行した。がん治療施設側については、早期からの緩和医療の提供体制の整備、連携システムの良質化が推進された。在宅療養担当側については、がん治療施設側の必要時受け入れの確約を条件とした連携パスが構築され、在宅側の底辺の広がりへの寄与が結果された。一般住民側に対しては、市民団体・健康福祉センター（保健所）などによる在宅緩和医療の優位性に関する広報活動が推進された。

研究者・所属・職名

（１）研究代表者

渡辺 敏 千葉県がんセンター緩和医療科部長  
同施設内研究協力者（サポーターケア室）  
木村由美子・柴田純子（在宅支援担当看護師）、  
坂下美彦（緩和医療科主任医長）

（２）研究分担者

木下寛也  
国立がんセンター東病院緩和ケア病棟医長  
沖田伸也 黒砂台診療所、所長  
児玉賀洋子（H21年度）、久保秀一（H22,23年度）  
千葉県市川健康福祉センター センター長  
同施設内研究協力者

：神林綾子、小山早苗（保健師）

柴田岳三 緩和ケアクリニック・恵庭、所長  
木村秀幸 岡山済生会総合病院 副院長  
大木信子 国保匝瑳市民病院 看護部長  
河野秀一 渋谷区医師会ひがし健康プラザ  
介護支援専門員

藤田敦子 NPO 法人代表

（千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア）

野本靖志 我孫子聖仁会病院緩和ケア科部長  
（研究開始時所属：船橋市立医療センター）

関根龍一 亀田総合病院疼痛・緩和ケア科部長  
同施設内研究協力者：小野沢滋、三河貴裕

浜野公明 千葉県がんセンター泌尿器科  
（経営戦略部部長、地域連携室室長）

秋月伸哉 千葉県がんセンター精神腫瘍科部長  
（相談支援室室長）

浮谷勝郎 医療法人社団浮谷クリニック  
（H21年度：分担研究者、以降：研究協力者）

その他の研究協力者

山岸聡子 県立佐原病院副看護部長

A. 研究目的

緩和医療期においては入院ケアよりもすぐれていると言われている在宅ケアの向上、およびその標準化、普遍化の意味は重要である。本研究の課題は、「がん患者に対する十分な緩和医療の提供が確約された上での在宅移行」が具体化するためのバリアの分析とその解決方策の追求である。

前研究〔在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究（H18-20）（以下、前研究と略す）〕から、上記バリアをバリアを、（１）がん治療を行う施設側の改革の必要性、（２）在宅医による緩和医療遂行の容易性、（３）患者・家族を含めた一般住民側の理解、の三点の未熟性と規定し、研究が計画された。

B. 研究方法

都道府県がん診療連携拠点病院である、千葉県がんセンター（以下、当センター）および併設の緩和ケア病棟を一つのモデルケースとし、その運営、特に在宅療養移行を考慮した緩和ケア提供体制の整備に関する研究を遂行した。

また、本研究に関連する分担研究者は、がん治療施設側医師、在宅緩和医療実践医師、緩和医療を専門的に遂行してきた緩和ケア病棟医師、行政側医師（健康福祉センター・保健所）、在宅医療に関わるコメディカル部門（訪問看護・介護支援）、一般市民側関係者、らで構成され、それぞれの立場から、より良質な在宅緩和医療の推進に関して研究が遂行された。各分担研究者の研究内容は、平成21年、22年、23年度各研究報告書を参照されたい。それぞれの研究の要旨など一部は本報

告書へ引用した。

### C. 研究結果、D. 考察

分担研究が多岐にわたっており、それぞれの研究結果と考察を併記するかたちとした。

#### <がん治療施設側の改革>

一つのモデルケースとして、本研究に沿ったかたちで当センターの緩和ケア提供体制を以下のように進化させた。（後述するサポーターケア室の活動状況、緩和ケア病棟運営状況については末尾に資料・図を付加した。）

まず、緩和医療科外来を機構化し、従来の入院事例に対する緩和ケア支援チーム活動に加え、外来通院治療例に対する一般診療科との併診システムを推進した。この結果、がん治療遂行途上の事例へも緩和医療学的な介入が進化した。

また、平成 21 年 4 月から発足した「サポーターケア室」は、それに含まれる緩和ケアチームを入院事例のみならず外来事例への介入も可能な体制とし、トリアージ機能を有する看護外来（名称：サポート外来）や在宅支援部をも包含して外来時点から十分な緩和ケアの供給可能な体制に進化させた（図 1）。これによりチーム介入事例数が飛躍的に増多しており、緩和医療上のニーズの早期からの拾い上げの量的質的改善に寄与したと考えられた（表 A-1）。

上記サポーターケア室には在宅支援のための専属ナースが配置（同室内在宅支援部）され、緩和ケア病棟からだけではなく、がん治療病棟から在宅への移行の推進が具体化された（在宅支援部の活動状況は文末の付加資料に詳述）。このような症例のある部分は、後述する「在宅緩和ケア地域連携パス」が関与している。

#### 【緩和ケア病棟運営に関して】

サポーターケア室内の在宅支援部の始動（H18 年 11 月から）、および、緩和ケア病棟のバックアップベッド化により、緩和ケア病棟への入院は、外来からの入院（転棟・転院ではないかたちの入棟）は、50%を超える状況で、さらにそのうちの在宅担当医からの要請での入棟が H23 年は 57%となった（表 C-1）。緩和ケア病棟から在宅連携のかたちでの退院の場合、それらが在宅での看取りになる割合は、68.8%であった。

緩和ケア病棟の運営状況について、当がんセンター（25 床）と全国の平均的な部分の数値を比較したものを表示する（表 C-2）。

表に示すように、当病棟と全国平均とで以下の点で差異が認められている。死亡退院率が低いこと、平均在院日数が短いことで、1 ベッドあたり、約 2 倍の患者を受け入れていることになる。

緊急時には適切に症状緩和が行われる必要があ

るが、その受け入れ先を、緩和医療・ケアに精通している緩和ケア病棟とすることで現状において病棟運営上の瑕疵は生じてはいない。

同様に、緩和ケア病棟を有しつつがん診療連携拠点病院である岡山済生会病院の木村（分担研究）は、その研究要旨の中で、【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）ができていくことが大切である。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。】と述べている。今後の診療報酬改定も予定され、緩和ケア病棟の長期入棟が少なくなる可能性も推測されるが、バックアップベッド確保という点においては、現時点ではいまだ一般病棟受け入れが一般的な診療態勢であり、木村の指摘するように一般病棟での緩和医療のスキルアップも普遍的課題であろう。

#### <在宅訪問診療態勢の整備について>

がん終末期事例に対する訪問診療を専門にしている診療所・クリニック在籍医師の絶対数は少なく、多くは外来診療の合間の往診であったり、また対象が非がん事例のことも多い。また地域地域の特殊性があつて、患者と診療所のつながりがそれぞれの親の代から、といった関係性のなかで、在宅療養支援診療所としての手挙げをしていなくても「この患者さんの最期は自分が担当する」という地域診療所医師（いわゆるかかりつけ医）も少なからず存在する。以上から、在宅緩和ケアを担当する医師の質的・量的な拡充がバリアの一つの対策と考えられた。この部分に関する治療施設側の改革として、在宅支援担当ナースの充実化、緩和ケア病棟病床のバックアップベッド化（以上、前述）、そして地域連携パスの導入（図 2）がなされた。

本パス遂行のために、「千葉在宅緩和ケア地域連携研究会」が組織化された。がん治療施設側の緩和医療担当医師・在宅支援担当ナース、訪問診療担当医師・ナースらでメンバーが構成された。パスによる在宅緩和ケアの良質化を目指すとともに、またパスそのものの良質化も適宜検討され、

必要な講習会・講演会も組み込まれての活動が進行している。詳細は、本研究の平成 23 年度研究報告書に浜野（分担研究）が報告しているが、開始 2 年で、100 例以上の事例に本パスが適用された。パス適用の必須事項に、緊急時の入院を確約する「バックアップベッド」の確保があるが、半数は入院することなしにそのまま在宅死、という結果が示された。浜野はその考察で、【（H23 年度研究報告より）・・・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多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。】と述べており、結果的に現時点においては特定の診療所との連携が主とのことで、当初の目的であった在宅担当医の底辺の拡大（かかりつけ医の参画）への寄与はいまだ不十分と結論した。

一方また、上記パスに在宅側担当医として参加している沖田（分担研究）は、【（H23 年度研究報告より）（渡辺註記：このパス構築が病院側主導となっていることを受け）・・・しかし、在宅医の大半が所属する千葉市医師会は受け身的な関わりにとどまり、個々の在宅医は奮闘しているにも関わらず、お互いの交流は乏しく、年数回の集会を講演会の場の一つにとどまらせている。一方、超高齢化社会の到来、医療費・社会保障費の増大と確保に関しては益々大きくなり避けて通れない問題となっている。その中で在宅医療や地域包括ケアの必要性が高くうたわれているが、現場では対応が遅れており、機能不全に陥るのではないかと懸念される。在宅医療に関して、大きな柱となるべき地域医師会の取り組みが一部の地域を除いて停滞しているのは何故であろうか。在宅療養支援診療所は認可されて 6 年経ったが、在宅医療を阻害する因子として以下のようなものが見えてきたように思う。すなわち、24 時間体制・切れ目のない診療の困難さ、麻薬など薬剤の扱いに対する不慣れ、医療材料の確保・供給の困難さ、多職種連携（看護師、薬剤師、ケアマネ等）・医療と介護の連携の重要性とそれに対する医師の不慣れ、家庭医としての意識・経験不足、などである。国民皆保険制は国民のだれもが低負担で平等に高い医療水準の保険診療を得られる優れた制度であるが、反面、保険で評価されない医療行為については手を伸ばさなくなり、医療を供給する立場として「今何が必要か、何が求められているか」を自発的に考えなくなっているように感じる。患者の話じっくり聞き不安や誤解を取り除くこと、あるいはその人の生活スタイルに合わせた生活・健康を管理・指導することよりも、病名に合わせて症候をとり、検査し、薬を処方して短時間で多くの患者を診

察した方が高く評価される医療に不足を生じなければ、在宅医療と言われても向き合う必要性は感じなくて不思議でないだろう。患者の日常生活を聞きだせば診療時間がかかり、多職種と連携を図れば診療行為に手間や制約が増え、仕事以外の自身の生活まで影響が及びかねない在宅医療は、却って今の診療にブレーキをかける存在に映るかもしれない。】と述べ、地域医師会の取組の遅れを指摘している。浜野・沖田、両者の見解から、在宅担当側の底辺拡大は、いまだバリアの解決に到っていないものと判断された。

前述したように、本パス構築は、千葉県がんセンターというがん診療連携拠点病院の主導で進んでいるが、これに対し柴田（分担研究）は、北海道道央地区において在宅側医師として活動していて、【（H23 年度研究報告より）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つら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。】と考察し、北海道道央地区でのネットワーク構築事業の展開を述べている。在宅側主導という点で、「千葉」方式とは異なる視点からの取組であり、今後を期待したい。

在宅療養支援診療所システムに関して調査研究を継続している木下（分担研究）は、その研究要旨に、【（H23年度研究報告より）千葉県における在宅療養支援診療所が在宅医療の推進に対して一定の役割を果たしたかどうかを明らかにすることを目的に、2006年から2010年の在宅療養支援診療所の自宅看取り数の変化について検討を行った。2006年から2010年において、在宅支援診療所数は、207から273へ31.9%の増加、在宅療養支援診療所の自宅看取り数の総数は993から1,883へ89.6%の増加を認めた。自宅看取り数のデータはがん患者の自宅看取り数だけではないという限界があるが、在宅療養支援診療所が在宅医療の推進に一定の役割を果たしていると考えられる。】と述べ、看取り対象ががん患者だけではないという限界を踏まえつつ自宅看取りの増加が結果されつつあることで、本システムに一応の評価を感じ取っている。

在宅療養の場に介護系の関わりも重要であるが、その良質化に関して、介護支援部門の河野（分担研究）は、【（H23年度研究報告より）介護支援分野から、介護保険や相談・サービスについてのバリアを分析検討してきた。しかし、最近では家族・世帯状況が多様・複雑化しており、在宅緩和ケアを望む患者さんの年齢が幅広くライフステージも様々になっている。そこで患者さんが抱える問題も多様化しており、これまで関係してきた機関だけでは解決できないものも多い。地域の他分野機関と関わらなければいけないが、在宅緩和ケ

アというものの理解がされず、患者さんの抱えている不安や想いが伝わらず、思うように解決に向かない場面が多い。患者さんが抱える不安や想い—心理的な痛み—に対しては、直接的なサービスだけではなく、代弁＝アドボカシーが必要で、介護支援分野が担う役割でもある。それを行う事で、地域のすべての機関が在宅緩和ケアに関われる体制が出来ると考える。】と述べ、家族・世帯状況の複雑化・多様化のために患者の抱える問題の解決がより困難になっている、としている。また、在宅緩和ケアの理解も十分ではないことにも触れ、後述する啓発事業の必要であることを示唆した。

介護度認定の申請手続きについて、藤田（分担研究）全国規模の調査研究を行った。その研究要旨には【（H23年度研究報告より）末期がん患者は、比較的ADL（日常動作）を保つことができ、死亡2ヶ月前ぐらいから急速に状態の悪化になることが多く、申請が遅くなり、認定が間に合わない人や、要介護度が出た時は調査時とは異なり重度になっていることがあった。また、要介護2以上の人が利用できる福祉用具の貸与を受けられない状態が生じていた。以上のことを解決するために、2010年に老健局より2つの通知が出されているが、状況の改善に結びついていないのか検証が行われていなかった。今般、心身の状態が急速に悪化するがん患者が適切な介護保険サービスの提供を受けて質の高い在宅療養を送れるように、上記2つの通知以後の「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」を行い、バリアの分析とその解決策を図ることを目的とし、調査を行った。調査結果から、「末期」の言葉が患者そして主治医に与える影響、申請時にがん末期と判断できるものがないこと、主治医意見書の遅れや審査会の遅れ、患者と家族への正しい知識の普及がなされていないこと、主治医意見書の記載の不備等により要支援になる人がいること、福祉用具の貸与が一番の問題であることなど、当初考えていた国や保険者側の問題だけでなく、医療の部分のバリアが多いことがわかった。末期がん患者に対する介護サービスの提供を迅速および適切にするためには、医療の連携部門の充実と相談機能の拡充が必要であり、福祉だけでなく、行政との連携も図るべきである。また、「末期」という言葉がもたらす負のイメージは強く、「末期」の言葉の使用を改めるべきである。】と記され、その調査から、意見書記載担当側にもバリアが存在すること、「末期」という言葉そのものにもバリアが潜んでいること、などを抽出した。

<在宅緩和医療に関する啓発・広報的部分>



患者・家族、および一般市民においては、いまだに病院志向が高く、また、在宅緩和医療の優位性を理解していないということが現状である。また、在宅緩和ケアの仕組みについての理解も乏しく、これらを打破するための啓発的・広報的部分も重要と判断して分担研究を組織化した。

市川健康福祉センター関係者（分担研究）により広報目的のリーフレットが前研究において策定（H19 年度報告）され、本研究においては、H21 年度にその改定版策定、そして H22 年度にそのリーフレットの評価のためのアンケート調査が行われた。その研究報告で久保（分担研究）らは、

【（H22 年度報告より）リーフレットに関しては、がん治療に関わる費用の項目で、もっとわかりやすくという要望が多く、役立っている項目として、在宅療養、がんに関する相談窓口、連絡先一覧であった。費用に関することは、がんに自分ないし家族がかかるまでよくわからないし、制度が複雑という面もあると考えられる。そのため、次回、改定するときには、医療費に関する項目をより充実する必要がある。また、在宅療養に関する項目に役立つという評価が多かったことから、在宅療養については、今後も地域住民へ広報が必要と考えられる。】と結論で述べ、医療費面での説明不足が指摘されたものの在宅緩和ケアの理解については満足しうる結果、と報告した。

（久保の H23 年度研究については後述）

また、藤田（分担研究）、および千葉県在宅緩和ケア支援センターを中心に、一般市民を対象とした公開講座、その際のアンケート調査を継続して行ってきた。看取りを経験した家族のかた、在宅訪問診療担当医、訪問看護師、拠点病院側医師らによる講演・パネルディスカッションであり、終了時回収のアンケート記載内容から、本事業の有意義であることが確認され、今後も継続の予定である。

関連して在宅緩和ケアに特化した相談窓口として活動を開始した「千葉県在宅緩和ケア相談支援センター」に関して、秋月（分担研究）はその研究要旨において、【（H23 年度研究報告より）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。】と述べ、現状の不十分性と今後への課題を考察した。

<その他の研究>

勤務施設内におけるピアサポーター介入に関する研究を継続している大木（分担研究）は、その研究要旨および結論で、【（H23 年度研究報告より）『がん患者のお悩み相談サロン』を開設して 2 年が経った。基本個別対応（プライベートサロン）のスタイルをとっているが、抗がん剤治療のため定期的に入退院を繰り返している患者への面談は病棟ラウンドして行なうようにしたところ他の患者も椅子をもってそこに円陣を組んで語り合うようになった。『がん友』と言ひ合い自然な様子で今の自分の気になっていることや目標にしていることなどを話、支えあっている感がある。治療継続の目途が立たないイラツキや経済的な問題、職場から理解を得られない歯がゆさや家族への遠慮、そして家にも何もやる気がしないといった生きがい喪失感問題から食欲不振、味覚障害や皮膚トラブル、口内炎等身体症状、抗がん剤の副作用等の悩みなど幅広い。治療の経過の長さや症状の程度の異なる患者間でのやり取りだが先輩の対処方法に耳を傾けている様子が興味深い。今回の研究では抗がん剤治療を実施している患者の日常生活上の悩みに焦点をしばり共同行動を取り入れみた。同様の悩みを抱えた患者間での共同行動がもたらす影響を分析した。結論：抗がん剤療法が、エンドレスの時代となった今、抗がん剤治療を受け続けることだけが目的になることだけはあってはいけない。自分の人生をきちんと送りきる手段として抗がん剤治療が選択できるよう医療職の立場として関わっていかなければならないと思う。体験者同志だからこそ家族にも話せない思いを語らい、自分の思いを確認し気持ちの整理をすることが出来るのだろうと思う。今後も患者自らの支えあう偉大な力を発揮できる場作りに力を注いでいきたい。】と述べ、抗がん剤治療遂行中からその患者個々の生活を見据えた介入が重要で、そこにピアサポーターの関わりの意味がある、と

した。

拠点病院構想と緩和医療供給体制に関し、健康福祉センター（保健所）の役割の確認の必要性に関して、久保（分担研究）は、【（H23 年度研究報告より）保健所としての役割は、①地域のがん緩和の実態を把握すること、②住民への医療情報・医療福祉制度の広報、③医療・福祉を含めた地域連携の調整、の3点があると考えられる。今後はそれぞれの地域で保健所のより具体的な役割について実践を行いながら進めていく必要がある。】と述べ、保健所の役割として、従来行ってきた広報活動に加え、がん緩和の実態把握と地域連携の調整が求められていることを結論した。

在宅緩和ケアの推進には、それを担う在宅緩和ケア医の育成も重要な課題であり、関根ら（分担研究）らの研究の結論を以下に記す。【（H23 年度研究報告より）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。】

本報告末尾に、各研究分担者・研究協力者、その所属、年度別研究の標題（重複部分は簡略化）を記載した。

## E. 結論

本研究は、「在宅緩和ケアの推進」が主たる課題であり、研究内容、研究班など、前研究〔在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究（H18-20）〕から引き継がれたかたちで計画された。

一つのモデルとして、都道府県がん診療連携拠点病院としての当センターおよび併設の緩和ケア病棟における改革、また当センター診療圏地域における在宅緩和ケアの易遂行性に関する研究を主軸とした。当センターおよびその診療圏地域における緩和ケア供給体制については、まず順調に進化しつつあるものと判断された。ただし、在宅連携の連携先である、在宅担当側医療者の質的・量的拡充はいまだ不十分と結果された。

そのほか、在宅緩和ケアをとりまくさまざまなバリアに関して、各分担研究者により研究が遂行され、成果をみた。

最後に、本研究に関連して、今後の医療の在り方への示唆として、沖田（分担研究）の提言を以下に記す。

【（H23 年度報告より）<ケアの視点>医療の中にケアという視点を常に持つことが出来れば、今まで

の検査や治療を中心とした克服するための医療は変わってくるはずである。そう信じている者からすれば、在宅医療はより患者の視点に近い医療として取り組むことができ、また在宅ケアは終末期がんだけを別物として扱う必要のない視点であることを強調しておきたい。】

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1, 坂下美彦、渡辺 敏：緩和医療供給体制について。木村秀樹編。がん診療ハンドブック（第二版）。東京：永井書店，2010年3月刊行

2, 渡辺 敏、大木信子、藤田敦子、ほか：「在宅における症状コントロール、在宅緩和ケアにおける地域連携、家族へのケア、ほか」。千葉県健康福祉部健康づくり支援課編。千葉県在宅緩和ケアプログラム。千葉，2010.3.

3, 木下寛也：脳転移認知障害患者の緩和ケア。腫瘍内科 3：551-555，2009

4, 木下寛也：家族とのコミュニケーション・スキル。続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル p140-148：藤森麻衣子，内富庸介編。医学書院。東京，2009.

5, 木下寛也：家族ケア 実践のポイント。緩和ケアリームのための精神腫瘍学入門 p322-327：小川朝生，内富庸介編。医薬ジャーナル 大阪，2009.

6, Yoshihisa Matsumoto, Ken Shimizu, Hiroya Kinoshita, Chikako Shimizu, Yosuke Uchitomi. Suicide Associated with Corticosteroid Use during Chemotherapy: Case Report. Jpn J Clin Oncol 2010;40(2)174-176

7, 渡辺啓太郎，木下寛也，久能木裕明，阿部恵子，松本禎久，喜多嶋拓士 症状緩和目的で Mohs paste を使用し，QOL が改善した食道癌皮膚転移の1例 65(8)1169-1172 2010

8, 木下寛也 【緩和医療における精神科薬物療法】症状緩和のためのコミュニケーションスキル 臨床精神薬理 13(7) Page1295-1303, 2010

9, 松本禎久，木下寛也 【がん患者のサバイバーシップ】 サバイバーの身体的な問題 腫瘍内科 (5)2, 112-115, 2010

10, 山岸暁美，森田達也，古村和恵，末田千恵，白髭豊，木下寛也，秋月伸哉，鈴木聡，加藤雅志，江口研二，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。2011；38(11)：1889-1895.

11, 末田千恵，山岸暁美，鈴木聡，木下寛也，鄭陽，白髭豊，木澤義之，森田達也，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 32(8)：1215-1222, 2011

- 12, 木下寛也 5 福祉・介護に関する問題. 精神腫瘍学. 内富庸介, 小川朝生編集, 202-214, 医学書院, 東京, 2011
- 13, 松本禎久, 木下寛也, 【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 2011 ; 26 (5) : 476-479.
- 14, 原田久美子, 木下寛也, 【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 2011 ; 8(1) : 33-37.
- 15, 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 2011 ; 26(7) : 837-843.
- 16, 藤田敦子 : 在宅ホスピス実践シンポ「一人暮らしや介護力が低い人をどう支えるか」. ホスピスケアと在宅ケア;17(2)119, 2009
- 17, 藤田敦子 : 「介護力があっても理解が得られないケース」, 「家族が死を通じて学ぶこと」. 財団法人在宅医療助成勇美記念財団「在宅療養」編集員会編. 「在宅療養をささえるすべての人へーわが家がいちばんー」. 東京 : 健康と良い友だち社. 112-118, 2009
- 18, 藤田敦子 : オレンジバルーンプロジェクトがんの痛みやつらさを一人で抱えていませんか. 緩和ケア; 20 (1) 61-62. 2009
- 19, 藤田敦子 : 「最期は家で」叶えるために. 橋口佐紀子著. 医療を支える女たちの力. 東京 : へるす出版新書. 223-244, 2009
- 20, 吉田大介, 森菊子, 愛甲大介, 余村・村上, 真鍋佐和子, 二ノ坂保喜, 藤田敦子 : 在宅ホスピス実践シンポ「一人暮らしや介護力が低い人をどう支えるか」. ホスピスケアと在宅ケア ; 17(3) 296 - 320, 2009
- 21, 藤田敦子 : 在宅ケア市民ネットワークピュア一学生との連携による看取り文化の再生. 広井良典, 小林正弥編著. コミュニティ. 東京 : 勁草書房. 221-228, 2009
- 22, 藤田敦子 : 在宅ケア市民ネットワークピュア一学生との連携による看取り文化の再生. 広井良典, 小林正弥著. コミュニティ. 東京 : 勁草書房. 221-228, 2009
- 23, 藤田敦子 : 在宅緩和ケアの支援活動—NPOピュアの試み. (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団発行. ホスピス緩和ケア白書 2010. 東京 : 青海社. 70-73, 2010. 3
- 24, 藤田敦子 : 家に帰ろう! 緩和ケアをもっと身近に. ホスピスケアと在宅ケア;18(2)277, 2010. 5
- 25, 藤田敦子 : 「家で最期まで暮らせるまち」を市民・患者の参画で. 死の臨床;33(2)203, 2010. 10
- 26, 藤田敦子 : 在宅ケア市民ネットワークピュア一学生との連携による看取り文化の再生. 広井良典, 小林正弥著. コミュニティ. 東京 : 勁草書房. 221-228, 2009
- 27, 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発行. 2011
- 28, 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報告書;2011. 11
- 29, 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. 国際医療福祉大学大学院. 2012. 2
- 30, 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) , 2011. 5
- 31, 藤田敦子ほか : デンマーク高齢者ケア視察研修報告書. (特)福祉フォーラム・ジャパン;2011 . 6
- 32, 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. 8
- 33, 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. 9
- 34, Blinderman CD, Sekine R, Zhang B, Nillson M, Shaiova L. Methadone as an analgesic for patients with chronic pain in methadone maintenance treatment programs (MMTPs). J Opioid Manag. 2009 Mar-Apr;5(2):107-14.
- 35, 関根龍一 : ベーシックとなる医学的知識と患者の把握 Journal of Clinical Rehabilitation P.872-880 Vol.18 No.10 2009.10
- 36, 関根龍一 : 鎮痛薬としてのオピオイドの使い方を教えてください。増刊 レジデントノート Vol.11. (別冊) : P175-179 2009.10
- 37, 関根龍一 : 日常診療に役立つ呼吸器の緩和療法にはどんなものがありますか? Medicina Vol. 46 no.10 P1691-1696 2009.10.
- 38, 関根龍一 : 米国緩和医療フェロウシップ〜今後の日本の緩和医療教育への提言 P. 165-160 Vol. 19 Suppl. Oct. 2009
- 39, 関根龍一 : 緩和ケアにおける抗凝固療法の考え方 緩和ケア P. 541-543 Vol. 19 NO.6 2009.11
- 40, 千葉恵子, 関根龍一 : カンファレンスから学ぶ緩和ケア (6) 緩和ケアチームにおけるカンファレンスの実際—亀田総合病院の場合. 緩和ケア P. 49-52 Vol. 20 NO.1 2010. 1
- 41, 関根龍一 : オピオイドだけでは除痛しにくい痛み〜オピオイド抵抗性のがん性疼痛への対応〜がん看護増刊号 Vol. 15 No. 2 P. 203-208 2010. 2
- 42, 関根龍一 : PCAポンプで突出痛に対応する 森田達也他 編 秘伝緩和ケアのちょっとしたコツ 青海社 P83-86 2010 (翻訳)
- 43, 関根龍一 : 集中治療室における終末期ケア 田中竜馬 監訳 The Washington Manual of Critical Care Medicine メディカル・サイエンス・インターナショナル P589-595 2010

- 44, 関根龍一：緩和ケアチームのボランティア ホスピス・緩和ケア白書2010 (財)ホスピス緩和ケア研究振興財団 P29-32. 2010
- 45, 関根龍一：特集 がん緩和ケアのチーム医療 地域の機関病院として～院内院外に対して MEDICO Vol.41 No.7, P1-5 2010
- 46, 田辺瑤子、関根龍一：緩和ケアチームの一員としてのリハビリテーション 臨床看護 36(4), 534-539, 2010-03
- 47, 関根龍一、千葉恵子、横田久美他：急性期病院緩和ケアチームが取り組むリハビリテーション～亀田総合病院の現状と今後の課題 看護学雑誌 74(7), 26-32, 2010-07
- 48, 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
- 49, 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.
- 50, 関根龍一 痛みとはなにか JIM Vol.21, No.12, 2011. P972-974.
- 51, 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.
- 52, 柴田岳三. 西胆振在宅ホスピス・ネットワークの取り組み. COMMUNITYCARE, 12(2), 28-32, 2010
- 53, 秋月伸哉 第Ⅱ章精神症状の評価とマネージメント 1. がんの経過における正常反応と精神症状. : 専門医のための精神科臨床リユミエール 24. サイコオンコロジー, 大西秀樹責任編集, pp.40-48, 中山書店, 東京, 2010
- 54, Shimizu K, Akizuki N, Nakaya N, et al. Treatment Response to Psychiatric Intervention and Predictors of Response Among Cancer Patients with Adjustment Disorders. J Pain Symptom Manage. 2011 Jan 12. [Epub ahead of print]
- 55, Asai M, Akizuki N, Akechi T, et al. Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan. Palliat Support Care. 2010 Sep;8(3):291-5.
- 56, Ogawa A, Shimizu K, Akizuki N, et al. Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital. Jpn J Clin Oncol. 2010 Dec;40(12):1139-46.
- 57, Shimizu K, Ishibashi Y, Akizuki N, et al. Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. Psychooncology. 2010 Jul;19(7):718-25.
- 58, Akechi T, Okamura H, Akizuki N, et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. Psychooncology. 2010 Apr;19(4):384-9.
- 59, 秋月伸哉, 若手医師に伝えたい面接技術を考える コミュニケーション技能習得の側面から 情報提供と伝達, 精神神経学雑誌 2010. (2010 特別);S-444
- 60, 秋月伸哉, 一般医療と連携する精神科医療(総合病院精神科)の新しい動向 がんセンター精神腫瘍科の現状, 精神神経学雑誌 2010. (2010 特別);S-164
- 61, 秋月伸哉, 【がんの告知と看護師の役割 看護師のコミュニケーション技術】抑うつ的な患者への対応, がん看護 2010 15(1):31-33
- 62, 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
- 63, 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
- 64, 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.
- 65, 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]
- 66, 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.
- 67, 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.
- 68, 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.

69, 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]

70, 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]

71, 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.

72, 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

73, 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

74, 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

<以下、研究協力者>

①山岸聡子：がん専門病院の緩和ケア病棟におけるリハビリテーション・アプローチ. がん緩和ケアに活かすリハビリテーション・アプローチ. 2010年3月臨時増刊号

②山岸聡子：切れ目のない緩和ケアの提供 サポートケアセンターにおける「サポート外来」の現状と課題. 看護管理 2010 20(6)47-479

③木村由美子：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・トゥデイ 64(6), 72-75

## 2. 学会発表

1, 渡辺 敏、山岸聡子ほか：緩和ケア病棟短日入院の意味するもの、第33回日本死の臨床研究会年次大会、2009.11、名古屋、示説

2, 渡辺 敏：がん診療連携拠点病院としての緩和医療供給体制の改革、第71回日本臨床外科学会総会、2010.11、京都、示説

3, 坂下美彦、渡辺 敏ほか：緩和ケア病棟でのレスパイト入院、第14回日本緩和医療学会学術大会、2009.06、大阪、示説

4, 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、他：「ワークショップ

切れ目のない緩和ケア-生活と医療をどうつなげるか」在宅緩和ケア地域連携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、2011.7、札幌、ワークショップ

5, 渡辺敏：がん診療連携拠点病院としてのがん対策基本法に基づいた在宅緩和ケア支援の取り組み、第17回日本臨床死生学会大会、2012.9、神戸、ポスター

6, 木下寛也、小川真夫、他：緩和医療科外来新規受診患者の内訳について：第14回日本緩和医療学会学術大会. 2009.6、大阪

7, 木下寛也：ワークショップ1 明日からすぐに役立つプロの技～気持ちのつらさ(抑うつ)へのベストプラクティス 精神症状の評価. 第22回日本サイコオンコロジー学会総会. 2009.10、広島

8, 木下寛也：家族とのコミュニケーション, シンポジウム3 がん患者・家族とのコミュニケーション, 日本緩和医療学会学術大, 2010.6, 東京

9, 原田久美子, 木下寛也, 内田麻衣, 小島歩美子：パネルディスカッション「がん戦略研究 OPTIM プロジェクトの活動報告と今後の課題」病院外に設置された相談支援センターの活動について. 日本緩和医療学会学術大会 2011.7

10, 木下寛也：ワークショップ「がん医療・緩和医療の質の向上を目指して-リエゾン・ナース、心理士、精神科医とのコラボレーション」がん医療における包括的評価とチームアプローチ. 日本病院学会 2011.7

11, 木下寛也：シンポジウム『がん医療における家族・遺族ケア』がん患者家族が抱える負担の包括的評価とその対応. 日本サイコオンコロジー学会総会 2011.9

12, 木下寛也：“届けががん医療 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. 日本癌治療学会学術集会 2011.10

13, 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、2011.7、沖縄。

14, 藤田敦子：終末期医療のあり方-がんにおける問題点と課題. 厚生労働省終末期医療のあり方に関する懇談会. ヒヤリング. 東京, 2008.12

15, 藤田敦子：千葉県地域緩和ケアシステム構築に向けての取り組みと課題. 第16回城南緩和ケア研究会特別講演. 講演, 東京, 2009.1

16, 藤田敦子：父の穏やかな最期. 船橋生と死を考える会. 講演, 千葉, 2009.2

17, 藤田敦子：ホスピスボランティア今できることこれから. 福岡県「在宅ホスピスボランティア養成講座」修了記念フォーラム. 講演, 福岡, 2009.3

18, 藤田敦子：最後まで自分らしく生きたい、暮ら

- したい。日本赤十字社緩和ケア研究会。講演，千葉，2009.6
- 19, 藤田敦子：生と死を考える。富士見市民大学2009人間学講座。講演，埼玉，2009.7
- 20, 藤田敦子：緩和ケアの現状と課題。駿台予備校市ヶ谷。講演，東京，2009.5
- 21, 藤田敦子：みんなで支えあうがん医療。日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 高知。シンポジウム，高知，2009.7
- 22, 藤田敦子：在宅緩和ケアで朗らかに生きようー患者・市民の立場から。第43回日本ペインクリニック学会。第31回日本疼痛学会。シンポジウム，愛知，2009.7
- 23, 藤田敦子：患者・家族サイドからの緩和ケアの地域連携。北海道がんセンター緩和ケア患者のQOL講習会。講演，北海道，2009.11
- 24, 藤田敦子：ライフデザインを考える。うらやす市民大学。講演，千葉，2010.1
- 25, 藤田敦子：在宅ターミナルケアの社会資源。千葉県福祉ふれあいプラザ介護実習センター研修。講演，千葉，2010.2
- 26, 藤田敦子：在宅緩和ケア支援組織の働き～自律を支える～。第16回在宅がん緩和ケア公開講座。講演，千葉，2010.7
- 27, 藤田敦子：家に帰ろう！緩和ケアをもっと身近に。日本ホスピス・在宅ケア研究会第18回鳥取大会。ポスター，鳥取，2010.7
- 28, 藤田敦子：自分らしく最後まで暮らしたい。うらやす市民大学。講演，千葉浦安，2010.8
- 29, 藤田敦子：これが本当のスピリチュアルコーディネーター。第13回日本在宅ホスピス協会全国大会 in 岐阜。パネルディスカッション，岐阜，2010.10
- 30, 藤田敦子：家で暮らせるまちを市民・患者の参画で。第34回日本死の臨床研究会年次大会。パネルディスカッション，岩手，2010.11
- 31, 藤田敦子：自分らしく最後まで暮らしたい。うらやす市民大学。講演，千葉浦安，2011.2
- 32, 藤田敦子：がんでも、安心して地域で過ごせるように。平成22年度在宅がん緩和ケアフォーラム。パネルディスカッション，千葉，2011.2
- 33, 藤田敦子：患者と家族を支える力～自律への支援～。緩和ケアを考える集い。講演，島根県大田，2011.3
- 34, 藤田敦子：がん患者と家族を支える力。島根がん緩和ケアを考える会。講演，島根，2011.3
- 35, 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。日本ホスピス・在宅ケア研究会第19回沖縄大会。講演，沖縄，2011.7
- 36, 藤田敦子：終末期における緩和ケア。(社)かながわ福祉サービス振興会。講演，神奈川，2011.8
- 37, 藤田敦子：地域がんサロンから見たがんサロンの力。第35回日本死の臨床研究会年次大会。ポスター，千葉，2010.10
- 38, 藤田敦子：地域医療計画編～高齢化時代の地域に根差した医療とケアをどう構築するか～。東大HPU/H-PAC公開シンポジウム。パネルディスカッション，東京，2011.10
- 39, 藤田敦子：自分らしく最後まで暮らしたい。うらやす市民大学。講演，千葉浦安，2011.10
- 40, 藤田敦子：NPO法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュアの活動。第48回日本癌治療学会学術集会。ポスター，愛知，2011.10
- 41, 藤田敦子：在宅ターミナル期におけるケアマネジャーの役割～利用者や家族に寄り添ったケアマネジメントを行うには～。平成23年度足立区介護支援専門員現任研修。講演，東京，2011.12
- 42, 藤田敦子：今、あなたはどこで最期を迎えたいと考えますか？～家族・市民として～。千葉大学看護学研究科「トボ」ライブ看護学市民協働シンポジウム。講演，千葉，2012.1
- 43, 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。国際医療福祉大学大学院。東京，2012.2
- 44, 藤田敦子：平成23年度在宅がん緩和ケアフォーラム。パネルディスカッション，千葉，2012.2
- 45, 関根龍一、小野沢滋他。：緩和ケアチームが係った終末期がん患者の死亡直前の最終入院後の転帰。日本緩和医療学会学術大会ポスター演題 2009年6月19日 大阪
- 46, 田辺瑤子、関根龍一、千葉恵子他。終末期患者における入院中の外泊・外出の除痛効果 日本緩和医療学会学術大会ポスター演題 2009年6月 大阪
- 47, 大石愛、関根龍一、鈴木健一 他。家庭医の行う訪問診療における遺族ケアの方向性を探る～グリーフカードと返信用紙送付の試みと遺族調査の結果～日本緩和医療学会学術大会 口演 2009.6 大阪
- 48, 大石愛、関根龍一、岡田唯男他。家庭医が遺族ケアとしての外来継続を行った一例～家庭医が提供できるグリーフケアの可能性について プライマリ・ケア関連学会連合学術会議 2009.9
- 49, 関根龍一：安房地域の在宅緩和ケアの現状について 南房総緩和ケア懇話会 講演 2009年6月5日 千葉県館山市
- 50, 関根龍一：急性期病院緩和ケアチームの現状と課題～精神科医に期待すること 有床病院精神科フォーラム 講演 2009年7月18日 千葉県鴨川市
- 60, 関根龍一：急性期病院緩和ケアチームの現状と課題～薬剤師に期待すること 札幌薬剤師会講演会 講演 2009年7月31日 札幌
- 61, 関根龍一：がん性疼痛の治療～突出痛のマネジメントなど 東海緩和医療研究会 講演 2010年1月16日 名古屋
- 62, 関根龍一：急性期病院緩和ケアチームの活動と

今後の展望～薬剤師が知っておくべきこと

茨城県鹿行地区薬剤師会講演会 講演 2009年1月26日 茨城県神栖市

63, 関根龍一、千葉恵子：急性期病院緩和ケアチームの課題と今後の展望 がん看護学会教育講演 2010年2月14日 静岡

64, 関根龍一：当院における緩和医療専門教育プログラムの現状と課題 千葉緩和医療研究会 ポスター演題 2010年2月20日 千葉

65, 関根龍一：今後のより良いがん医療を考える～医療者と患者双方の立場より 房総がんケアフォーラム パネルディスカッション座長 2010年3月20日 鴨川市

66, 関根龍一：緩和ケア目的のリハビリテーションがQOLに及ぼす影響に関する前向き観察研究 第15回日本緩和医療学会学術大会 ポスター 2010.6 東京

67, 関根龍一：急性期病院における除痛率調査 第15回日本緩和医療学会学術大会 ポスター発表 2010年6月18日 東京

68, 関根龍一：がん疼痛におけるPCAの活用 第44回ペインクリニック学会総会ワークショップ 2010年7月3日 京都

69, 関根龍一：緩和ケアにおける症状マネジメント。千葉県薬剤師会 2010年9月11日 千葉

70, 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

71, 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

72, 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

73, 秋月伸哉, シンポジウム34: 若手医師に伝えたい面接技術を考える コミュニケーション技能習得の側面から 情報提供と伝達, 日本精神神経学会学術総会 2010.5 (口演)

74, 秋月伸哉, シンポジウム1: 一般医療と連携する精神科医療(総合病院精神科)の新しい動向 がんセンター精神腫瘍科の現状, 日本精神神経学会学術総会 2010.5 (口演)

75, 秋月伸哉, 柴田純子, がん体験者相互の支援活動(ピアサポート)に対する医療者の意識調査, 日本緩和医療学会学術大会 2010.6 (示説)

76, 秋月伸哉, 柏地域における地域サイコオンコロジーの取り組み, 日本サイコオンコロジー・日本認知療法学会学術大会 2010.9 (口演)

77, 秋月伸哉, 柴田純子, がん体験者相互の支援活動(ピアサポート)に対する医療者の意識調査, 日

本サイコオンコロジー・日本認知療法学会学術大会 2010.9 (示説)

78, 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)

79, 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. 2011.10. 和歌山 (教育講演)

80, 浜野公明, 高瀬峰子, 坂下美彦, 木村由美子, 丹内智美, 渡辺 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

<以下、研究協力者>

①山岸聡子ほか: サポート型ケアセンターにおける「サポート外来」の現状と課題、第24回日本がん看護学会総会、2010.02.14、静岡市、示説

②木村由美子ほか: 外来通院のがん患者における在宅連携の現状、第24回日本がん看護学会総会、2010.02.13、静岡市、示説

③山岸聡子: いま求められる看護師の役割—緩和ケア認定看護師として—、第45回日本胆道学会学術集会、2009.9.20、千葉市、シンポジスト

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

付加資料 (A) サポートケア室業務など

<活動目標>

患者・家族への早期からの緩和ケアの提供、在宅療養への円滑な移行を図る。

<活動内容>

1. 緩和ケアの早期導入（がん治療施行中から）
  - 1) 患者・家族に対する緩和ケアの啓発
  - 2) スタッフへの一次的緩和ケア遂行への協力
  - 3) 緩和ケアニーズ高度例のスクリーニングと二次的緩和ケアの提供
2. 二次的緩和ケアの提供
  - 1) 症状マネジメント外来（緩和医療科）
  - 2) 入院事例へのがんサポートチーム活動
3. コーディネート業務
  - 1) 在宅連携
  - 2) 緩和ケア病棟との連携
  - 3) 院内外社会的資源との連携と活用

<活動形態>

1. 外来症例に対して
  - 1) 緩和医療科医師による症状緩和外来
  - 2) 所属看護師によるサポート外来

（附表 A-1：サポート内容別介入事例数， H21-22 年度分）
2. 入院事例へのサポートチーム活動
3. 在宅訪問診療態勢への支援
4. 訪問診療担当側との連携

<人員構成>

緩和医療担当医師 1 名

看護師 4 名（がん看護専門 1 名、緩和ケア認定 1 名、在宅支援専任 2 名）

附表 A-1：サポート外来介入内容と症例数

	在宅連携	緩和医療科外来へ	一般病棟へ入院	*	緩和ケア病棟入院	転院	介入継続中
H21 年度	65	21	66	31	37	14	48
H22 年度	120	21	89	34	50	38	101

註 \*印：一般病棟入院事例のうちサポートチームに継続した症例



付加資料 (B) 【在宅支援部の活動状況】

H19年「緩和／在宅支援センター」として新規部門を設立。H20年2月から専任看護師を2名に増員。H21年4月からは「サポーターケア室 在宅支援部」と名称を改めた。

(1) 介入のべ件数は、表の通り年々増加したが、H23年度は前年度よりも少なくなる見込みである。病棟や外来の主治医、看護師にスクリーニングを一任している現在の体制では、年間600件弱の依頼が上限と考えられる。依頼元は、外来からが年々増加しH22年度から外来が半数以上となった。早期からの連携が実現していると言える。

		H18年度 (11月～)	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度 (～1月)
介入のべ総数(件)		91	398	501	546	577	515
依頼元別	病棟	58	218	286	280	246	249
	外来	33	178	208	264	329	262
	院外	0	2	7	2	2	4

(2) 在宅支援部設立から前半3年、後半3年の転帰(症例数で示す)を比較すると表のようになる。調整日数(面談初日から連携先決定まで)の最頻値は2006年度以外は1日であり、地域の理解と協力を得てスムーズな連携が図れている。

	H18年度(11月～)～H20年度 *2008.2.28時点での転帰	H21年度～H23年度(～1月) *2008.2.24時点での転帰
緩和ケア病棟にて死亡	265例	432例
一般病棟にて死亡	114例	127例
在宅死	313例	406例
在宅療養中	55例	257例
転院や転帰不明例	181例	269例

付加資料 (C) 緩和ケア病棟運営に関する資料

表 C-1 : 年次別緩和ケア病棟入棟症例の総数、うち転棟/転院以外の入棟症例数とその割合、左欄入棟例のうち在宅担当医からの入棟要請による症例数とその割合、初回入棟後の死亡以外の退院数、うち訪問診療態勢への移行症例数とその割合。

	入棟まで			入棟後	
	初回入棟(例)	うち転棟/転院以外の入棟症例数(%)	うち既に訪問診療態勢にある症例数(%)	初回入棟後死亡以外の退院症例数	退院後、訪問診療連携症例数(%)
H19年	309	152 (49.2%)	36 (23.7%)	45例	23例 (51.1%)
H20年	339	196 (57.8%)	91 (46.4%)	42例	33例 (78.6%)
H21年	385	229 (59.5%)	111 (48.5%)	89例	63例 (70.1%)
H22年	378	211 (55.8%)	92 (43.6%)	77例	43例 (55.8%)
H23年	350	191 (54.6%)	109 (57.1%)	102例	59例 (57.8%)

註：緩和ケア病棟退院時に訪問診療態勢に移行した全 221 例（H19-23）のうち、在宅死：152 例（68.8%）。

表 C-2 : 緩和ケア病棟の運営状況（千葉県がんセンターと全国平均との比較）

	千葉県がんセンター緩和ケア病棟			全国平均		
	死亡退院率	平均在院日数	1床あたり年間患者数	死亡退院率	平均在院日数	1床あたり年間患者数
H18年度	71.8%	18.1日	16.6人	86.0%	43.0日	7.0人
H19年度	70.3%	17.1日	15.7人	86.5%	42.0日	7.2人
H20年度	82.0%	16.5日	13.6人	85.8%	41.8日	7.5人
H21年度	81.0%	16.4日	16.3人	85.0%	41.8日	7.5人
H22年度	74.3%	18.9日	14.0人	(未発表)		

註1、全国分は日本ホスピス・緩和ケア協会資料より（各年度毎の集計）  
施設数・病床数は年々増加し、2011/05/15時点で、全 214 施設、4245 床  
千葉県がんセンター緩和ケア病棟：25床

註2、全国分が年度毎集計のため、年度別集計で示した

図 1. 千葉県がんセンターにおける緩和ケア供給体勢

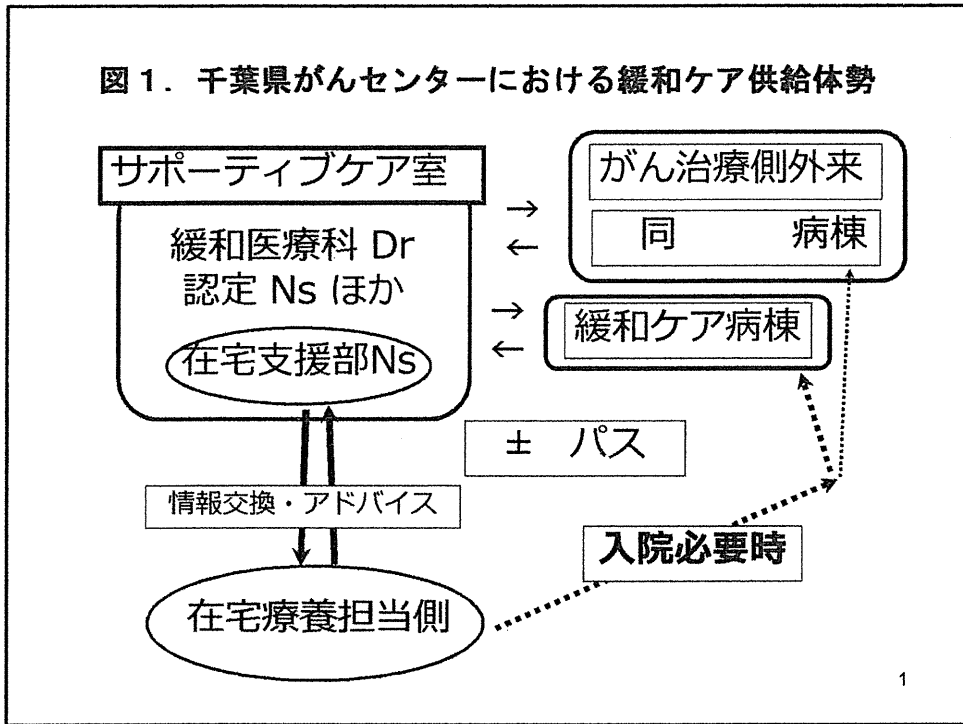
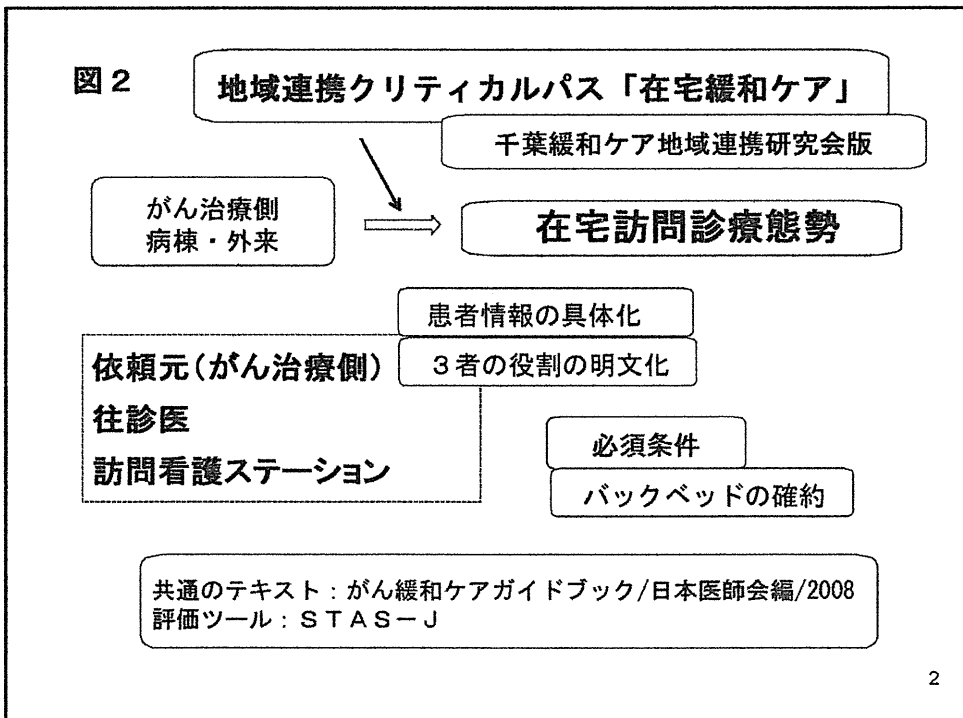


図 2



各研究分担者/研究協力者の所属、年度別研究報告の標題（重複部分は簡略化）

1. 木下寛也：国立がんセンター東病院緩和ケア病棟  
在宅移行における問題点の検討に関する研究(H21～23年度)
2. 沖田伸也：黒砂台診療所  
在宅医の立場から(H21～23年度)
3. 浮谷勝郎：医療法人社団浮谷クリニック  
在宅緩和ケアにおける退院前カンファレンスの意義に関する研究(H21年度)
4. 大木信子：国保匝瑳市民病院  
患者家族の在宅緩和ケア導入に対する意識調査～病院で最期を迎えた患者の家族へアンケート調査を実施し在宅緩和ケア導入のバリアを考える～(H21年度)  
がん患者の心理的側面への積極的アプローチの必要性について～ピアサポーターと『がんのお悩み相談サロン』を開設して見えてきたこと～(H22年度)  
抗がん剤治療の継続と日常生活の充実との関係～プライベートサロン活動に共同行動を取り入れて見えてきたこと～(H23年度)
5. 河野秀一：渋谷区医師会ひがし健康プラザ  
介護支援の立場から(H21年度)  
介護保険事業実績と地域包括支援センター業務からの考察(H22年度)  
最近のバリアの傾向と課題(H23年度)
6. 藤田敦子：NPO法人・千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア  
介護体験者の声を活用した緩和ケアのイメージバリアの解消に向けた研究(H21年度)  
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研究  
-病院と在宅の連携体制並びに保険者調査-(H22・22年度)
7. 関根龍一：亀田総合病院疼痛・緩和ケア科  
千葉県安房地域における看取りの場の動向に関する調査(H21年度)  
千葉県安房地域の在宅緩和ケア普及に関するバリアの研究(H22年度)  
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(H23年度)
8. 児玉賀洋子、神林綾子、久保秀一、小山早苗：千葉縣市川健康福祉センター  
在宅療養への移行に関するバリアの解決に向けた取り組み ～住民向けのリーフレット作成を通して～(H21・22年度)、～がん緩和における保健所の役割について～(H23年度)
9. 野本靖史：我孫子聖仁会病院緩和ケア科（研究開始時所属：船橋市立医療センター）  
がん患者に対する終末期緩和ケア前の病診連携提供体制に関するバリアの分析とその解決策に関する研究(H21・22年度)、在宅移行を妨げる世帯形態についての検討(H23年度)
10. 浜野公明：千葉県がんセンター経営戦略部、地域連携室  
在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスの開発(H21年度)、その有用性の検討(H22・23年度)
11. 木村秀幸：岡山済生会総合病院  
在宅緩和ケア推進におけるがん治療担当側の取り組み(H21-23年度)
12. 柴田岳三：緩和ケアクリニック・恵庭  
西胆振在宅ホスピス・ネットワークの取り組み - 病棟側緩和医療の研究- (H21年度)  
道央圏（札幌市および札幌以北を除く札幌二次医療圏：北広島市、恵庭市、千歳市）緩和医療（在宅緩和ケア）の実態に関する研究(H22年度)、道央圏における在宅緩和ケアの進展(H23年度)
13. 秋月伸哉：千葉県がんセンター・相談支援室  
在宅緩和ケア支援センターにおける相談支援内容調査(H22・23年度)
14. 山岸聡子ほか（研究協力者）：千葉県がんセンターサポーターシップケア室(現：千葉県立佐原病院)  
在宅緩和医療の推進に関するがん治療施設側の取り組み(緩和ケア病棟、および在宅支援部門を含むサポーターシップケア室の活動)(H21年度)、切れ目のない緩和ケアの提供(H22年度)
15. 柴田純子（研究協力者）：千葉県がんセンターサポーターシップケア室在宅支援部  
がん専門病院の退院調整・在宅支援部門に対する訪問看護師からの評価と今後の課題(H22年度)
16. 木村由美子（研究協力者）：千葉県がんセンターサポーターシップケア室在宅支援部  
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(H23年度)