

その時の連携プレイをきけたことと、自分がわからなかったところをきけて良かった。家族、医者との自分たちの中での判断がむずかしいともわかった。

○看取りをする上で大切にしたいことの再確認

・いつもありがとうございます。看取りをするのはご家族という気持ちを忘れずに、他スタッフへ伝えていきたい。

○看取りに対する知識や見聞を広める

- ・看取りについていろいろな考え方があり参考になりました。参加して良かったと思います。
- ・事例をもとにした講演は、普段は聴く機会がないのでとても興味深かった。自分が現場で関わらないとイメージできないが研修で多少なりとも得た知識を生かしたい。
- ・9月～12月、少し間が長い様な気がしました。グループでの討論があり、具体例を聞くことができ、大変良かった。
- ・今後も考えていきたい。
- ・自分は両方参加できたので良かったですが、勤務の都合で来られなかった職員に申し訳ないです。

施設という枠を超え、地域の介護職が看取りという一つのテーマを軸に議論し、経験や悩みを共有しながら顔の見える関係を構築したことは、中長期的に見た場合、地域の居住系施設における看取りの体制や質を大きく改善していく可能性があるものと考えられる。

E. 結論

今回の研修会ではがん患者の看取りを促進するための教育プログラム開発を進めるにあたり、がんの看取りに特化する前段階として、広く看取りに関する知識と理解を促す研修を実施した。地域の居住系施設で実践されているケアや看取りの紹介や、本研修の受講者が実践しているケアや看取り経験を共有することで、可能な限り各受講者にとって身近な事例を盛り込む形で研修会を実施した。そうすることで、各受講者が、日常のケアの延長に看取りがあるということを感じやすい研修会にした。

また、今回の研修会では平成23年度・24年

度実施した研修会以上にグループワークに重点を置くことで、施設の枠を超えて地域の介護職が、施設におけるケアや看取りの経験について共有するだけでなく、相互にアドバイスをし合い、専門職としての意識を高められるような工夫を行った。

本研究では、第1回研修会前と後、第2回研修会後にアンケートを行い、看取りに対するイメージの変化と研修会の効果を検討した。その結果、看取りに対するイメージ変化は、看取り経験の有無に左右されることが明らかとなった。特に看取り経験の無い受講者の場合、研修会受講前は看取りに対する不安などネガティブな感情が強く、それは研修会受講直後に低減することが明らかとなった。しかし、第2回研修会終了後にそれは多少増大した。

以上のことから、研修会は看取り経験の無い介護職にとって、看取りに対する心理的抵抗感を軽減する上で一定の効果が認められた。しかし、全2回研修会だけでは、そうした心理的負担の軽減は十分とは言えず、研修会に限定されない継続的サポートや、より実践的研修についても今後検討が必要と考えられる。

また、本研修会受講前に看取り経験のあった受講者の第2回研修会への出席率が大幅に下がったことから、看取り経験の有る受講者を対象とした研修会については別途検討が必要と考えられる。

本研修を来年度以降に施行する際には、施設における立場、看取り経験の有無を考慮したプログラムを施行し、より地域のニーズに応えられる研修プログラムを検討することが求められる。

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

友松郁子、片山史絵、中里和弘、山崎浩二、川越正平：「居住系施設の介護職を対象とした終末期ケア研修会 ～施設の枠を超えて地域で共に学び合う～」. 第16回日本在宅医学会大会、

浜松、2014. 3. 01-02.

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

あおぞら診療所

「介護職のための終末期ケア研修会」

第1回 「看取りのイメージを膨らませよう」

*日 時：平成25年9月10日（火） 13：30 ～ 17：00

*場 所：松戸市商工会議所 大会議室（5F）

プログラム

あいさつ（5分）	13：30～13：35
アンケート記入（10分）	13：35～13：45
自己紹介（10分）	13：45～13：55

DVD鑑賞 宅老所 井戸端げんき「最後までここで... 支えあう人々」（10分）
13：55～14：05

講演「松戸の施設の看取り紹介」（50分） 14：05～14：55

○藤野里美さん／有料老人ホーム 松戸ナーシングヴィラそよ風 施設長

○平田明子さん／特別養護老人ホーム松寿園 フロアサプリーダー

○牧野まゆさん／グループホーム蒼生 管理者

質疑応答

休憩（15分） 14：55～15：10

講義「看取りまでのプロセスと居住系施設におけるケア」（50分） 15：10～16：00

グループワーク、全体共有（40分） 16：00～16：40

アンケート記入（15分） 16：40～16：55

おわりに：事務連絡（5分） 16：55～17：00

あおぞら診療所
介護職のための終末期ケア研修会

第1回「看取りのイメージを膨らませよう」

日時：平成25年9月10日(火)
13:30 ~ 17:00

場所：松戸市商工会議所・本館 大会議室(5F)

講演 松戸の施設の看取り紹介

*藤野里美さん

有料老人ホーム松戸ナーシングヴィラそよ風 施設長

*平田明子さん

特別養護老人ホーム松寿園 フロアサプリーダー

*牧野まゆさん

グループホーム蒼生 管理者

有料老人ホームにおける
ターミナルケア



~N・M様の場合~

松戸ナーシングヴィラそよ風 藤野 里美

対象者紹介

- ・ N・M 様 女性 90歳
- ・ 平成13年 ご入居
- ・ 疾病名
- ・ おかみさん気質・はっきりとものを言う
- ・ 家族状況 長男 次男 三男(キーパーソン)



経過 No 1

- 平成19年12月 夜間嘔吐 翌日受診
今後についての話し合い
積極的治療を希望
- 平成20年 1月 居室移動
○診療所往診
- 平成23年 9月 顔面蒼白にて救急搬送
ターミナルケア ●診療所へ変更
- 平成24年 1月 今後についての話し合い
痛みのコントロール

経過 No 2

- 平成24年 6月 在宅酸素開始
オプソ開始
- 平成24年 8月 週1回往診 痛みの訴え
- 平成24年 9月 敬老会参加
- 平成24年10月 オプソ使用が増える
- 平成24年12月 餅つき参加

経過 №3

平成25年1月4日

8:40 排泄介助「おねえさんありがとう」
9:00 バイタル測定 「〇〇さん」
9:20 食事の為 誘導 急変
9:35 主治医、家族へ連絡
9:45 呼吸停止
10:45 主治医、家族到着 死亡確認
16:00 家族集合

松戸ナーシングヴィラそよ風

開設 平成13年
ご入居者数 現在40名
平均要介護度 3.51
平成25年1月～8月・・・7件の看取りあり

医療との連携
介護・看護の連携
観察・記録・報告
コミュニケーション

終わりに



後日談ですが・・・

終わりに



後日談ですが・・・

ご静聴ありがとうございました

2013/9/10

終末期ケア研修会

平成25年9月10日
社会福祉法人 六高台福祉会
特別養護老人ホーム 松寿園
フロアサプ'リター 平田 明子

施設の概要

- 特別養護老人ホーム松寿園
昭和62年開設
従来型多床室 90人
ユニット型個室 60人
- ショートステイ、デイサービス、認知症対応型
デイサービス、ホームヘルプサービス、ケアプラ
ンセンター2事業所、地域包括支援センター、
在宅介護支援センター、高齢者支援連絡会
事務局

12

ご入居されている方々の様子

- 平均年齢 85.9歳(54歳～106歳)
- 平均介護度 3.99
- 平均ご利用期間 4年8月
- 職員配置 1:1.80
- 平成24年度退去者 11人
(うち施設内での看取り5人)
- 協力医療機関:六高台内科胃腸科クリニック

13

入居時からの看取りに向けた説明

- 入居契約時
 - ・看取りケアの指針
 - ・終末期医療における希望(リビング・ウィル)
- 終末期
 - ・看取り介護における確認事項
 - ⇒看取り介護計画書

14

終末期の判断

経口からの飲水・食事摂取が困難な状況

- ⇒嘱託医への情報提供
- ⇒嘱託医の定期回診
- ⇒嘱託医の判断
- ⇒嘱託医からご家族へのムンテラ
- ⇒終末期ケアの再確認(ご要望)
- ⇒終末期ケアのケアプラン作成 ⇒説明 ⇒同意
- ⇒終末期ケアの提供

15

終末期の心身の変化とケア実際の事例

実際の事例

平成25年6月ご逝去された入居者A様

- 平成19年6月ご入居
- 平成24年11月頃～
食事が徐々に低下、活気の低下
- 平成24年12月
嘱託医からのムンテラ⇒終末期ケア

16

●ご家族様のご意向

痛みと苦しみだけとって、自然体で生活してほしい
食事無理に食べさせなくていい

●ケア

ご本人の希望に沿い、痛み・苦しみの緩和に配慮しながら、これまでのような普通の暮らしが継続できるよう支援させて頂く。

ご本人の想いとご家族の想いを大切に！

17

●多職種協働

介護スタッフ
看護スタッフ
栄養スタッフ
リハビリスタッフ
サービス調整担当スタッフ(相談員)
法人事務局 等

18

終末期と心身のケア

●平成25年5月頃～

食事が更に低下してくる
体重の低下
呼吸状態の変化
足先の血行不良

- ⇒ 嘱託医からのムンテラ
- ⇒ ご家族への速やかな連絡体制
- ⇒ 多職種間での情報の共有
- ⇒ いつでも面会に！

19

●A様の最期

1W前・・・前日・・・当日

食事の様子
呼吸状態
バイタル
反応
ご家族のご面会(協力)

20

●私たちにできること・・・(気をつけていること)

身体的ケア

- ・痛みへの配慮(ケアを行う際に、都度痛みの確認)
- ・声掛けを行いながら、ゆっくりと丁寧に
- ・全身状態を確認し、状態の変化を把握
- ・状態が良ければ、離床。外への散歩等も検討。

精神的ケア

- ・五感の心地よさ
- ・近くにいるということ

(スタッフがこまめに訪室お声掛けさせて頂く)

21

ご家族への対応とケア

日常

ご面会時のコミュニケーション
状態変化時などのごまめな連絡

終末期

ムンテラ⇒要望の確認と同意

状態の変化(最期)

早めの連絡⇒面会⇒ご家族の悔いを少なく

22

息を引き取られた時～

●終末期医療における希望に基づいて・・・

- ご家族へのご連絡
- 嘱託医へのご連絡
- 死亡確認
- ご家族へのご説明(最期のご様子)
- 思い出話

23

その後の対応

●ご家族のみの時間

- 最期のケア(ご家族とご一緒の場合も)
- スタッフ訪室(多職種)
- お見送り(多職種)
- 他の入居者へのご説明(必要に応じて)
- スタッフの振り返りと当事者へのフォロー

24

看取り後の振り返り

●A様から学ばせて頂いたこと・・・

生き様

寄り添うケア

多職種協働の大切さ

医療との連携(嘱託医)

ご家族と一緒に終末期ケア

25

まとめ

普段の暮らしの延長に終末期があるということ。
もっと〇〇してあげられたら良かった・・・など、
ケアする側の後悔を少なくしていくことも大切。
その為にも日頃からの入居者の方々との関わりを多
職種協働のもとで積み重ねていきたい。

《松寿園理念》

素晴らしかったと言っていただけ人生のために・・・
～1人のゲスト、1日の暮らし、そして1つ1つの介護から～

26

介護職のための終末期ケア研修会

H25. 9.10

看取りのイメージを膨らませよう



グループホーム蒼生
牧野 まゆ

27

認知症グループホームとは？

- 認知症対応型共同生活介護
- 介護保険の地域密着サービスのひとつとして定められている。
- 介護保険 要支援2 介護度1～5の認定されている人が対象で認知症の患者であることも入所の条件となっている。
- 1ユニット 5～9名の高齢者が専門の介護者であるヘルパーのケアを受けながら家庭的な雰囲気の中で1日を通して食事と団らんをおこなう施設
- 施設ではあるが、住宅であることを重視してプライバシーが保てる個室、疑似家庭的な生活空間である。



28

グループホーム蒼生について

- 認知症があっても透析であっても母体の柏フォレスト腎泌尿器クリニックとの連携にて生活支援が可能である。
- 入居者だけの自治会がある。

主旨・・・認知症で意見がまとまらなくても、どうせ認知症だから出来ないということは、しない。社会性をもって参加することに意味や価値がある。自分たちの生活は自分たちで決定していく。集団生活においては、家庭内で家族ももめるように生活は、同じこと、仲良く暮らす為の妥協点を見つける為に話し合う。

29

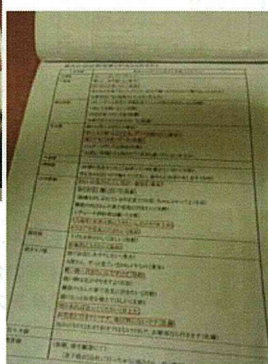


30

自治会の様子



<参考：要望書のまとめ>



31

初めてのお看取り

- なぜ、初めてのお看取りが出来たのか？
- やれるきっかけは、だったのか？

32

最初のお看取り

- 2008年3月に在宅介護困難となりGHへ入居する
- 女性94歳
- 入居後に肝がんの判明したが認知症にて治療は困難と判断
- 糖尿病と慢性C型肝炎の合併あり
- 2009年1月頃から様々な症状が
出始め、状態が悪化
体重減少、認知障害も進行していく
- 医療保険下に訪問看護を導入（週3回）
- 肝性脳症（性格変化）
- 尿道カテーテルを留置
- （ケア量軽減のため）

33

- 管理者から先生にご家族にお看取りは出来ないことと他施設への転居をお伝えする。
- ↓
- 先生から「人を看取することは自然なことなんだけど…」
- ご家族から「ここで(蒼生)お看取りをしてほしい」
- ↓
- もう一度スタッフ間で話し合う。
- ↓
- ケアの志が高く様々な研修を積みグループホームが最期の間となっている全国的な流れを感じ取っていた。
- ↓
- お看取りに賛成しているスタッフで話し合う。
- ↓
- ターミナルケアチームを作りユニットのスタッフを変更しようと考えた。
- ↓ 反対にあう
- ユニットの変更とスタッフへの変更は不安があったと思われる。
- ケアマネージャー(前ケアマネ)が反対し、スタッフの相談や調整を行うリーダーが不在。⇒全体的な舵取りがいない

34

- ケアとして色々なことに、戸惑うが診療所の細かなバックアップにより、出来るケアが増えてくる。
- ↓
- 車いす、入浴介助への移乗方法のアドバイス、疼痛の評価と、その対処方法、便秘の予防や対処方法、食事内容、形態へのアドバイス、服薬継続のための工夫、皮膚トラブルなどの処置、家族への目配せなど。
- 繊細なマネジメントと向き合うと、大きなエネルギーが沸き、これでいいのか？誰がやるの？私たちでしょ
- 出来ない悔しさや、この最初のお看取りが様々な葛藤と自分自身と向き合うことになる、大きなきっかけとなる。

35



36

スタッフのこころのうち

- 最期まで寄り添いたい
- 人としてケアを志す者として何かを掴みたい
- ケアとしての醍醐味って何？
- どうして自分はここにいるの？
- この場にいる理由
- 自分の生きる意味



37

不安なこと・・・

- 一部のスタッフからの反対
- 重度者をケアするなんて、ここは、病院ではない
- グループホームは自立支援はず
- ケアマネージャーの反対（現在は退職している）
- きちんと出来なかったらどうしようという不安
- 今まで過ごしてきた入居者様とのリアルなお別れの体験
- 医療的な部分が大きくなるとケアとして失敗は許されないのではないか？という不安
- 限られたケアスタッフで他の入居者様への負担

38

最初のお看取りを終えて・・・

- 反対していたスタッフ間に今までにない空気感があつた。
- それは、共に困難に立ち向かい、頑張ってきたという同志のような感覚が出来る。
- 桜が満開の時期・亡くなる3日前に最期の桜をスタッフとナース、ご家族と近所に見に行った・・・言葉にはならないが何度もうなずかれ、これが最期の桜になることは、そこに居た皆が理解していた。
- 医療だけではなくところでケアが出来ることは大きい。そして何より、そのことが重要である。
- 相手の苦しみや痛み寄り添うこと、手をさすり、背中をさすり、辛いことに共感できるのはケアだから出来ること。

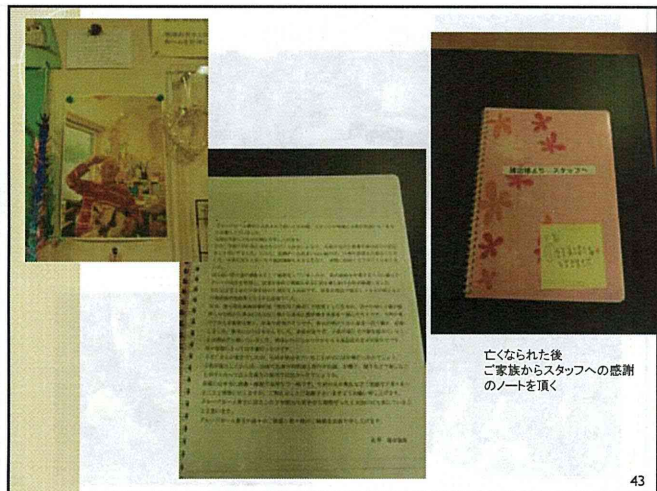
39



2例目

- 95歳 認知症のみ
- 老衰でお亡くなりになる
- 大勢のご家族がいて、とてもご家族に愛されていた
- 日本酒、串団子が大好き
- 痰がらみにより、吸痰が必要になる
- たくさんのご家族に見守られながら息を引き取る

42



亡くなられた後
ご家族からスタッフへの感謝
のノート頂く

現在の状況

- 先日、長く生活を共にして来られた方がお亡くなりになり、蒼生としては、5例目のお看取りをさせていただきました。今、お看取りをどのようにスタッフが感じているのか？心の整理のためにアンケートをとりました。



←ポジショニングの実施

ご入居様様が亡くなられたあと、どのような気持ちになりましたか？

- 悲しい気持よりも感謝の気持ち・・
- 涙が止まらない
- 一緒に頑張ったね、今まで、ありがとう、ゆっくり休んでね
- 看取りの場になかったことが、ほっとした気持ちと残念のような気持ちの複雑な感情
- もう居ないんだ会えないんだ
- 心にぽっかり穴が空いた気持ち
- 生きてこられた姿が走馬灯のように思い出される
- 最期まで、介護や人権を考える際の師でいてくださった
- 怖くなかった
- 本当に立派な方だった
- 寂しさで悲しさで涙が止まらない
- 精一杯関わることが出来たので悔いがありません

今後もお看取りに関わりケアをしていきたいですか？

⇒ほぼ全員が「はい」という回答

＜その理由について：アンケートより抜粋＞

- 看取ることについて怖い気持がない訳ではないが、自然な死であれば、家族と同じような気持ちでその旅立ちをしっかりと見送ってあげたいと思う。
- 入居者様の声や頑張っていた姿をご家族に知って欲しいし伝えたい。
- 悪化や回復を繰り返され、命の最期に日に立ち会えたことはとても光栄で貴重な経験を与えてくださったと思う。
- お看取りに関わることは素晴らしいこと。
- 関わっていくことでその方の支えになれたらと思う。
- 心の訴えに応えたいと思う。
- 今の環境のまま見送って差し上げたいと思う。
- 本人が希望されるのであれば住み慣れた環境で最期まで住んでいただきたい。
- 介護の仕事をする上で避けられない問題だと思う。
- もっと人を大切にしかもっと深く関われるようになりたい。

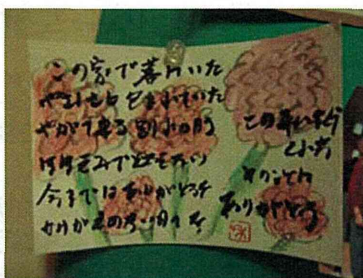
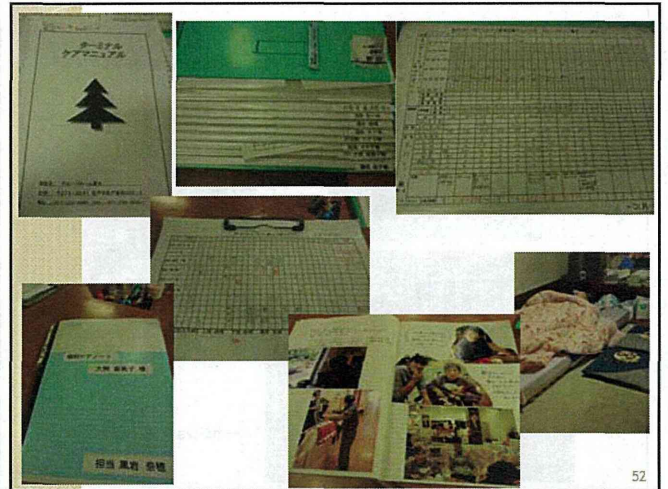
看取るということがチームケアの絆を強くする

- 私たちは、今、何の為に 誰のために 仕事をしていますか？
- 介護の仕事は日々様々なことが起こります。どんなことが起きても寄り添う覚悟持つこと、そして同じ道を歩むものと、同じ志で仕事ができること、そんなチームケアで仕事をしています。ひとりひとりのスタッフには、役割があります。



現在の看取り体制

- ターミナルケアマニュアルの作成と実施
- 連絡体制の作成



この家で暮らしていた
 優しさに包まれていた
 やがて来る別れの時 微笑みで迎えたい
 今までありがとう かけがえのない日々を..

養生に毎週来てくださっている近所のボランティアさん絵手紙

あおぞら診療所

「介護職のための終末期ケア研修会」

*日 時：平成25年12月12日（木） 18:30 ~ 20:30

*場 所：松戸市衛生会館 3F

プログラム

18:30 ~ 18:35

- ごあいさつ

18:35 ~ 19:00

- 講演 「宅老所による看取り」

伊藤英樹氏 / NPO法人「井戸端介護」理事長

- 質疑応答

19:00 ~ 20:10

- グループワーク

20:10 ~ 20:30

- アンケート

あおぞら診療所
第2回 介護職のための終末期ケア研修会

日 時：平成25年12月12日(木)
18:30 ~ 20:30

場 所：松戸市衛生会館 (3F)

18:30 ~ 18:35

ごあいさつ

18:35 ~ 19:00

講演 「宅老所による看取り」

NPO法人「井戸端介護」理事長
伊藤英樹氏

19:00 ~ 20:10

グループワーク

グループワーク

持参した振り返りシートを使って、
グループごとに事例を検討しよう！

目的:施設の枠を超えて考えよう

- ・共通することや異なることは何か
- ・自分のケアにつながることは何か

グループワークの進め方

- ①事例のテーマと他のメンバーに聞きたいことを
1つ(ある人のみ)を各自で考える
- ②メンバーの事例紹介
(所属先、名前、
事例のテーマと他のメンバーに聞きたいこと)
- ③グループごとに話し合う事例を決める
- ④事例の紹介とグループワーク

事例のテーマの例

- 「本人は施設で最期まで過ごすことを望んだが、施設として対応できなかった事例」
- 「家族間の希望(あるいは、スタッフの意見など)が一致していなかったが、最期まで施設で過ごした事例」
- 「自分は施設で看取りたいと思ったが、最期は入院した事例」
- 「看取りが近い事例」

他のメンバーに聞きたいことの例

- 「同じような状況の時、どうしたらよいと思うか」
- 「医療者との連携をどうしたらよいと思うか」
- 「スタッフ間の意見が違う時、どのように方向性を決めたらよいと思うか」
- 「看取りが近づいた時、家族にどのように説明したら良いと思うか」

事例紹介について

- ・事例を話し合うのに必要な情報を話す(事例紹介シートを参考に)
- ・良いケアをしたと思う点を1つあげる
- ・聞きたいことの説明、補足

話し合いについて

- ・聞きたいことに関して、自分なりの改善点があれば話す。メンバーで話し合う。
- ・事例を聞いてグループメンバーが聞きたいことをあげ、話し合う。

20:10 ~ 20:30

アンケート

お疲れ様でした♪

分担研究報告書

高齢がん患者に対する外来診療を支援する予防的コーディネーションプログラムの開発

研究分担者 小川朝生 国立がん研究センター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究要旨

がん患者においては、その治療経過のなかでさまざまな身体・精神症状が出現する。さまざまな症状に対して、がん治療と一体となった症状マネジメントを提供することが重要であるが、人的・経済的な要因で実現していない。そこで、近年進展が著しい ICT (Information and Communication Technology) を用いてクラウドタイプの情報共有プラットフォームを用いて、包括的マネジメントシステムを構築し、施設内の研究倫理審査委員会の承認を経て、実施可能性の検証を始めた。

A. 研究目的

がん患者においては、その治療経過のなかでさまざまな身体・精神症状が出現する。国内外の研究により、疼痛・抑うつをはじめとする身体症状・精神症状は、治療のあらゆる段階をとおして 60-80% の患者が経験する。

その中でも高齢がん患者は、がん治療にともなう身体・精神症状に加えて、加齢変化にともなうさまざまな合併症を持つ。先行研究では、70 歳以上の高齢がん患者のうち、11% は何らかの ADL の障害を持ち、30% に老年症候群が合併する。そのため、がん治療をおこなう上で身体機能にあわせた調整とより細かなモニタリング、治療内容の修正が必要となるが、それでも受診間で身体状態が変化し、対応が遅れた結果 ADL の低下を招いたり、緊急入院に至ることも多い。

がん患者の身体症状・精神症状に対して、がん治療と一体となった症状マネジメントの重要性が指摘されてきた。とくにわが国においては、がん対策のグランドデザインであるがん対策推進基本計画において、「診断時からの緩和ケア」として、全体像を見据えた包括的なアプローチが望まれている。実際、Temel らは、進行肺がん患者に対し診断後早期から包括的な緩和ケア介入を行うことの有効性を無作為化比較試験で検討し、緩和ケア介入群は対照

群と比較して QOL の有意な改善に加えて、副次評価ではあるが生存期間中央値の延長したことを報告している。

このような連携を必要とする包括的マネジメントが有効に機能するためには、3つの要件がある。すなわち①一貫した目標の設定、②包括的ケアの視点として社会的要因に配慮をしたサービスの編成と提供体制の最適化、③変化を見逃さないモニタリングシステムが埋め込まれていること(連携の空白を作らない)、である。

また早期検出・簡便診断に基づいたマネジメントを実施するためには、複数の医師が連携するだけでなく、看護師による各専門職の役割の調整や、定期モニタリング機能を有する専門職と患者・家族との密接な接触など、多様な連携が必要である。

しかし、上記の有効要件が明らかとなったとしても、モニタリングを定期的に行うには労力がかかりアドヒアランスが確保しづらいこと、治療との調整に時間がかかること、連携したマネジメントは困難であった。事実、がん患者の身体・精神症状に対する多職種協同介入プログラムの有効性は示されてはいるが、運用に必要とする人的・時間的・金銭的問題から臨床応用には至っていない。

近年、ICT (Information and Communication Technology) 技術が進歩し、医療の領域においては従来の電子カルテを越えた情報共有・連携システムとして機能する可能性が指摘されている。わが国においても厚生労働省と総務省を中心に医療・福祉情報のサービスを検討する委員会が構成され、クラウド等医療情報を外部に保管するガイドラインも策定され、施設を越えて医療情報を共有する情報プラットフォームが開発され導入されつつある。この情報プラットフォームを用いることで、①リアルタイムに情報を共有することが可能となる、②電話と異なり患者の自由な時間にモニタリングをすることが可能となり患者の負担が軽減すること、③簡便な介入を少ない労力でできること、などの利点がある。その結果、従来医療資源上の制約で実現が困難であった多職種協働マネジメントシステムがより少ない資源で実現可能となる。国内外において、高齢がん患者を含め、外来モニタリングに使用している報告が散見されるようになった。

そこで、われわれは、わが国でも可能となったクラウドタイプの情報共有プラットフォームを用いて、包括的マネジメントシステムを構築し、その実施可能性を検証することを計画した。より具体的には、高齢進行がん患者を対象とし、外来通院中の患者に対してクラウド情報共有プラットフォームをベースに、①包括的アセスメントである高齢者総合的機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) をおこない、社会的要因を配慮したマネジメントプランを作成、②同時に ICT 技術を用いた症状モニタリングシステムをわが国で初めて導入して組み込み、③マネジメントを担当する看護師を中心とした支援をおこない、病状に合わせた「間に合わなくなるならない」コーディネーションが行えるかを検討することとした。

B. 研究方法

1. 対象

1.1. 選択基準

選択基準: 以下のすべてを満たす患者を対象とする。

- (1) 非小細胞肺がんが細胞学的・組織学的に確認されている患者
- (2) IV 期であると診断された患者
- (3) 分子標的薬治療中の患者、あるいは経過観察中の患者
- (4) 国立がん研究センター東病院に外来通院中の患者

- (5) 65 歳以上の患者
- (6) 日本語の読み書きが可能である患者
- (7) 研究参加に関する同意の得られた患者

1.2. 除外基準: 以下のいずれかを満たす場合除外する。

- (1) 明らかな意識障害のある患者
- (2) 痛み、呼吸困難、倦怠感、吐き気・嘔吐などの身体症状が重篤で、担当医または調査担当者が研究の参加に妥当でないと判断した患者
- (3) せん妄や認知症などの精神症状が重篤で、担当医または調査担当者が研究の参加に妥当でないと判断した患者
- (4) 別の介入研究の対象患者であり、かつ担当医または調査担当者が本研究による介入が望ましくないと判断した患者
- (5) その他担当医または調査担当者が研究への参加が不適であると判断した患者

2. 観察・検査項目と方法

2.1. 観察・検査項目

- (1) 高齢者総合的機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment)
がん患者専用に調整した高齢者総合的機能評価 (Cancer-Specific Geriatric Assessment: CSGA) 日本語版をもととする。

1) 医学的社会的患者背景

以下の情報を、カルテから収集する。

- ①背景情報: 年齢、性別、身長、体重、BMI
- ②治療に関する情報: 病名、(がんの組織型、病期)、既往歴、これまでの治療内容、末梢血算 (白血球数、好中球数 (ANC: 桿状核球+分節核球)、ヘモグロビン、血小板)、血液生化学 (総蛋白、アルブミン、総ビリルビン、AST、ALT、BUN、クレアチニン、LDH、カルシウム、ナトリウム、カリウム、CRP、FBS (空腹時血糖))、喫煙・飲酒歴
- ③全身状態: Performance Status (ECOG 基準による)、介護申請の状況、サルコペニア (筋肉量の減少) の有無

2) 身体機能

主に診療録より、Activities of Daily Living (ADLs)、Instrumental Activities of Daily Living (IADLs)、Timed Up and Go (TUG)、Karnofsky Performance Scale (KPS)、過去 6 ヶ月間の転倒の回数、の情報を収集する。

①Activities of daily living (ADL)

診療録より情報を収集する。

The Medical Outcomes Study で作成された MOS Physical Health の ADL 調査票であり、信頼性妥当性とも検証されている。Basic ADL 10 項目を評価する。

② Instrumental activities of daily living (IADL)

診療録より情報を収集する。

The Duke Older Americans Resources and Services (OARS) で用いられた Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (MFAQ) の IADL 調査票である。OARS MFAQ は、在宅高齢者の機能レベルとニーズを把握するために用いられ、7 項目を 3 段階の Likert scale で評価する。米国では在宅高齢者 6000 名以上の追跡調査に用いられ、信頼性・妥当性とも検証されている。

③Karnofsky Performance Rating Scale

診療録より情報を収集する。

がん患者の日常活動を遂行する能力を計るための標準的な方法。カルノフスキーのパフォーマンススコアは 0 点から 100 点までである。スコアが高いほど、患者が日常活動をよりよく行えることを意味している。患者の予後の判定、活動能力の変化の測定、臨床試験に参加できるかどうかの決定などに用いられる

④Timed Up and Go

定量的行動機能評価方法の一つで、歩行動作と姿勢反射の安定度と敏捷性を評価する。通常、肘掛け椅子を置き、そこに座った状態から起立し、通常の歩行速度で 3m ほどの距離を往復し再び座るまでに要する時間を測定する。要した時間が 14 秒以上の場合、3 年後の IADL 低下のリスクが 3.3 倍、17 秒以上で ADL 低下リスクが 2.9 倍と報告され、frailty の指標の一つである。

⑤過去 6 ヶ月間の転倒の回数

行動機能評価方法の一つで、歩行の安定性を評価する。

3) 合併症評価: Cumulative Illness Rating Scale in Geriatrics (CIRS-G)

診療録より情報を収集する。

CIRS-G は、高齢者の身体疾患を評価するツールである。14 臓器について、「0: 問題なし」から「4: 非常に重篤/緊急の治療を要する/末期の臓器不全/重篤な機能障

害」の 5 点法で評価する。一つでも「3: 重篤/常に重篤な障害/コントロールできない慢性的問題」以上の評価となった項目ある場合、もしくは 14 項目全ての点を加算し 10 点以上となった場合、合併症あり、と評価する。

4) 栄養状態評価: Subjective Global Assessment (SGA)

診療録より情報を収集する。

SGA は、栄養状態を主観的に包括評価するためのツールである。体重変化・食物摂取の変化・消化器症状などの患者の記録と、身体所見を総合して評価する。疾患罹患による変化を含み評価するため、臨床場面でのスクリーニングに多用されている。過去 6 ヶ月間の体重減少と、医療者による Body Mass Index 評価、嚥下機能も併せて評価する。

5) 認知機能評価

①Montreal Cognitive Assessment 日本語版 (MOCA-J)

実施されていれば診療録より収集する。実施されていない場合は対象者より聴取する。

MOCA-J は、簡易認知機能検査法の一つである。従来の認知機能検査とは異なり、実行機能、視空間認知機能検査を持ち、認知症の前段階である軽度認知機能障害 (Mild Cognitive Impairment: MCI) を評価する事が可能である。また、皮質下性認知機能障害も検出することが可能であり、悪性腫瘍の脳転移による認知機能障害の検出力に優れている。日本語版の信頼性・妥当性も検証されている。

②Confusion Assessment Method (CAM)

MOCA-J とあわせて実施する。

CAM は一般病棟において、簡便かつ検証結果が的確であることから、せん妄を検知する手段として広く世界的に使用されている。これまで 250 以上の論文において使用されており、世界 6 カ国語以上の言語に翻訳されている。専門医による包括的な精神病理診断を外的基準として、94~100%の感度、89~95%の特異度、そして高い評価者間信頼性が示されている。

6) 抑うつ症状評価

実施されていれば診療録より収集する。実施されていない場合は対象者より聴取する。

Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self Report 日本語版 (QIDS-SR)

Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self Report (QIDS-SR) は、2003年に開発された自己記入式うつ病評価尺度である。アメリカ精神医学会の大うつ病の診断基準(DSM-IV)と完全に対応した症状評価ができる特性を持ち、従来のおうつ病の golden standard に代わって用いることができることが示されている。スクリーニング尺度としても用いられている。日本語版の信頼性・妥当性も検証されている。

7) 内服薬

診療録より情報を収集する。

現在内服中の薬剤を一覧で記載する。CGAでは薬剤の多剤併用による有害事象のリスクを評価するために、内服薬全てをリストアップし確認する。リストアップした薬剤は、日本老年医学会による「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」の「高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物リスト」に沿ってリスク評価を行う。

8) 社会機能 : Medical Outcomes Study Social Activity Limitations Measure

実施されていれば診療録より収集する。実施されていない場合は対象者より聴取する。上記 Medical Outcomes Study (MOS) で作成された尺度で4項目からなり、身体的・心理的要因で社会活動がどれくらい阻害されたかを評価する。信頼性・妥当性とも検証されている(13)。

9) 社会的支援 : MOS Social Support Survey

実施されていれば診療録より収集する。実施されていない場合は対象者より聴取する。上記 MOS で用いられた社会的支援の強さを emotional support/informational support、tangible、affectionate、positive social interaction の4点から評価する。CSGAではそのうち、2項目を採用しており、日本語版でも同様の2項目を用いる。

(2) Edmonton Symptom Assessment Scale revised 日本語版 (ESAS-r 日本語版)

対象者より最初の3週間は週に2回実施し、その後は週に1回定期的に記載を依頼する。ESAS-r はがん患者の身体・精神症状を包括的にモニタリングするための自己記入式質

問票である。身体・精神症状9項目と患者に応じて選択する自由記載項目1項目からなり、それぞれ0~10点、11段階のリッカートスケールで評価する。

(3) European Organization for Research and Treatment for Cancer QLQ-C 30 (EORTC QLQ-C-30)

3ヶ月に1回、対象者より聴取する。

EORTC QLQ-C30は、患者の Quality of Life を評価する自記式質問票である。5つの機能尺度(身体的・役割・認知的・気分的・社会的)、3つの症状尺度(倦怠感・疼痛・悪心嘔吐)、総合的 QOL 尺度など30項目よりなる。本尺度の日本語版の信頼性・妥当性はすでに確立している(Kobayashi 1998)。

(4) Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (FACT-L)

3ヶ月に1回、対象者より聴取する。

FACTは、1993年に Cella らによって開発され、がん患者の生活の質を評価するために世界で繁用されている自己記入式の QOL 評価票であり(11)、健康関連 QOL の核をなす4つのドメイン、すなわち身体面、社会面、心理面、機能面を測定する項目から構成される。様々ながん種における評価尺度が開発されている。

FACT-L は肺癌に特異的な尺度であり、日本語版の妥当性・信頼性は既に確立されている(12)。また、FACT-L の項目のうち、肺癌に特化したスケールである Lung cancer subscale (LCS) および身体・機能面の評価を中心としたスケールである Trial Outcome Index (TOI) スコアを抽出することが可能である。

上記評価項目のうち、対象者より定期的に回答を聴取する項目は(2)、(3)、(4)である。

2.2. 対象者のリクルート

本研究に対する協力を、患者の担当医に依頼する。研究コーディネーターが適格規準を満たす外来・入院患者を抽出し、外来においては外来受診時に、入院においては入院後に担当医あるいは研究担当者が該当する患者に本研究の簡単な概要を説明する。研究参加に関して口頭で同意を得られた場合に、研究協力者により、文書を用いて本研究の詳細な説明を行い、書面にて同意を得る(別紙1)。事務局は適格性を確認した上で登録を行う。

2.3. 介入方法

本研究における介入は、①高齢者総合的機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) と、②看護師を中心とした多職種協働ケアの介入とする。

包括的アセスメント

ICT の支援を受けたマネジメントは、関連する研修を受けたマネジメント担当看護師が実施する。研修の内容に関しては、ガイドラインに準拠したあらかじめ定めた指針に基づく身体症状管理、精神症状管理、アドヒアランスを維持するための教育的介入方法、介護や社会福祉に関するエビデンスに基づいたコーディネーターに関する知識を含める。

マネジメント看護師は、介入時に CGA を全例に施行し、その結果をもとにマネジメントプランを緩和ケアチームと共同で作成し、担当医と相談しマネジメントプランを決定する。マネジメントプランには、ESAS-r の症状変化の評価の間隔ならびに変化をした場合の対応方法についてあらかじめ定める。

CGA は介入 3 か月ごとにも実施し、マネジメントプランを定期的に見直すほか、状態が変化した場合には随時評価をし直す。

マネジメント看護師は、週に 1 回定期的に緩和ケア科医師、精神腫瘍科医師、薬剤師を含める多職種カンファレンスの機会を持ち、介入方法を検討する。検討した内容をもとに担当医と相談をし、マネジメント内容を調整する。担当医とは随時連絡をとりながら介入を実施する。

マネジメント看護師および担当薬剤師は、外来受診時に患者と面接を実施する。外来と次の外来との間には、上記の定期的な面接以外に、定期的な症状モニタリングの結果症状の増悪がある場合、あるいは症状コントロールが不良の場合、薬剤のアドヒアランスが不良の場合、薬剤の有害事象が疑われる場合、患者が連絡を希望した場合に、電話または直接面接をする。

定期的な症状モニタリング

定期的な症状モニタリングは、ICT クラウドシステムを用いたウェブ上の情報共有システムを用いておこなう。あわせて、患者の意向に応じてマネジメント看護師による電話でのモニタリングもおこなう。

症状モニタリングは、Edmonton Symptom Assessment Scale revised 日本語版 (ESAS-r 日本語版) を基とし、薬剤のアドヒアランス、有害事象の有無、マネジメント看護師への連絡希望の有無をあわせて尋ねる。

症状モニタリングは、最初の 3 週間は週に 2 回実施し、その後は週に 1 回定期的におこなう。治療が変更になった場合には、モニタリングの機会を随時追加する。

もしも患者が定期的なモニタリングを送らなかった場合には、マネジメント看護師が電話をかけ、状況を確認する。

マネジメント

マネジメント看護師は、どのような身体症状・精神症状緩和の対応がおこなわれているかを把握し、適切な対応がおこなわれ、望まれる効果が得られているかを確認する。もしも、症状緩和が十分でない場合、薬剤が不適切に使用されていたりアドヒアランスの問題がある場合には、指示された治療を実施するために簡便な教育的介入を薬剤師とともにおこなう。教育的介入は、厚生労働科学研究費補助金：第 3 次対がん総合戦略研究事業：がん対策のための戦略研究：課題「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」で開発された緩和ケアプログラム「ステップ緩和ケア」ならびに National Comprehensive Cancer Network (NCCN) のガイドライン、日本緩和医療学会の疼痛治療のガイドラインに沿って作成したプログラムを用いた段階的ケアをおこなう。

3. 予測される利益と不利益

3.1 研究に参加することにより期待される利益

本研究に参加することにより期待される直接の利益はない。しかし、通常の外來診療に比して、症状モニタリングの間隔が短くなり、症状マネジメントの機会が増えることから、より適切な時期に支援が実施され、症状コントロールが改善する可能性がある。

通常医療行為による保険診療点数については、本研究参加期間中も医療費として患者の自己負担となる。

3.2 対象者に対する予測される危険や不利益

研究内で行われる介入は通常臨床で行われている範囲内のものであり、本研究に参加することで特別なリスクや不利益は生じない。通常の外來診療に比して、モニタリングが頻回になるために、モニタリングに回答する時間 (1 回あたり 10 分程度) の負担が増すことが考えられる。

評価項目の質問紙に回答する所要時間は 20 分程度であり、質問内容も平易であることから、本研究の実施によって対象者に与える精神