

**厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業**

被災地に展開可能ながん在宅緩和医療システムの構築に関する研究

平成24年度 総括・分担研究報告書

**研究代表者 堀田 知光
平成25(2013)年 3月**

目 次

I . 総括研究報告	
被災地に展開可能ながん在宅緩和医療システムの構築に関する研究	3
堀田知光	
II . 分担研究報告	
1 . 被災地域の相談支援センターの立ち上げと 地域緩和ケアネットワークの構築に関する研究	9
大規模災害に備えたがん在宅緩和医療における 課題と対策の明確化	
木下寛也	
資料	
2 . 被災地域の緩和ケア連携体制の再構築と 大規模災害下での緩和ケア関連情報の提供体制に関する研究	23
的場元弘	
資料	
3 . がん緩和医療を在宅で実施するための治療 アルゴリズムの作成に関する研究	137
森田達也	
4 . がん緩和医療を在宅で実践するための精神医学的 介入に関する研究	145
内富庸介	
5 . 看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力 習得のためのプログラムの開発と教育に関する研究	149
川越博美	
資料	
6 . 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に関する研究	167
小川朝生	
7 . がん診療地域連携クリティカルパスを利用した がん診療在宅支援システムの構築に関する研究	177
佐々木治一郎	
8 . 在宅医療における急変時及び24時間体制構築に向けた 課題抽出のための実態調査	181
福井小紀子	
資料	
9 . 施設職員等に対するがん患者の看取り教育プログラムに 関する研究	241
川越正平	
資料	
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	291

厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業)

総括報告書

被災地に展開可能ながん在宅緩和医療システムの構築に関する研究

研究代表者 堀田知光 国立がん研究センター理事長

研究要旨

本研究の目的は、がん在宅緩和医療における東日本大震災の被災地の長直接的な支援、被災地におけるがん患者の在宅緩和医療において生じた様々な課題と解決策の明確化、被災地に応用可能な、今後の高齢多死社会に向けたがん患者の在宅医療の推進における課題解決に向けた具体的なプログラム作成である。以下の3つの研究に取り組んだ。1) 被災地におけるあらたな地域緩和ケアネットワークの構築、2) 大規模災害に備えたがん在宅緩和医療における課題と対策の明確化、3) 被災地に応用できるがん在宅緩和医療システムの構築に関する研究である。1)については、岩手県釜石医療圏及び気仙医療圏において、地域緩和ケアネットワークの構築に取り組むことが出来た。ただし、ネットワークの構築には継続的な支援が必要であると考えられた。2)については、インタビュー調査により課題は抽出されたが、がん特有の問題は少なく、在宅医療全般についての課題が抽出された。3)については、医療・福祉従事者に対する教育プログラムの開発、患者支援プログラムの開発、がん患者の在宅医療の継続、在宅看取りの実現の促進要因、阻害要因が検討された。

被災地においては、地域緩和ネットワーク構築のための継続的支援が必要であり、大災害に備えたがん在宅緩和医療における課題に関しては、今後具体的な対策の検討が必要である。また、がん在宅緩和医療推進のための医療・福祉従事者の教育プログラム及び患者支援プログラムに関しては、今後有用性の検討が必要である。

研究分担者氏名及び所属施設	小川朝生	国立がん研究センター臨床開発センター 室長	
研究者氏名	所属施設名及び職名	佐々木治一郎	北里大学医学部呼吸器内科学准教授
木下寛也	国立がん研究センター東病院緩和医療科 科長	福井小紀子	日本赤十字看護大学大学院地域看護学分野 教授
的場元弘	国立がん研究センター中央病院緩和医療科 科長	川越正平	あおぞら診療所 院長
森田達也	聖隷三方原病院緩和支援治療科 部長		
内富庸介	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学教室 教授	A. 研究目的	
川越博美	医療法人社団パリアン・訪問看護 看護部長		本研究の目的は、がん在宅緩和医療における東日本大震災の被災地の長直接的な支援、被災地におけるがん患者の在宅緩和医療において生じた様々な課題と解決策の明確化、今後の高

齢多死社会に向けたがん患者の在宅医療の推進における課題解決に向けた具体的なプログラム作成である。具体的には以下の3つの研究に取り組む。

1) 被災地におけるあらたな地域緩和ケアネットワークの構築、2) 大規模災害に備えたがん在宅緩和医療における課題と対策の明確化、3) 被災地に応用できるがん在宅緩和医療システムの構築に関する研究である。

1) に関して、われわれはすでに被災地である釜石市と大船渡市を定期的に訪問し、緩和ケアチームの支援、がん患者家族相談支援センターの立ち上げ、地域緩和医療ネットワークの構築等に着手している。本研究では、具体的支援内容のプロセスの記述を行う。

2) に関しては、日本緩和医療学会の被災地支援委員会において、被災地医療従事者のニーズ調査が行われている。本研究では、聞き取り調査を行い、被災直後のがん在宅緩和医療における課題と対策を明確化する。

3) に関して、われわれは「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」において、がん患者の遺族及び、医師・看護師に対して、がん患者の在宅療養において自宅死亡が達成できなかった理由について調査を行い。遺族調査より、「苦痛の緩和が出来なかった」、「病状が予測より早く進んだ」、「急変時や夜間の対応が心配だった」、医師・看護師調査より、「患者・家族が在宅を希望しなかった」、「介護する人がいなかった」、「病状が予測より早く進んだ」という理由が明らかとなった。本研究ではこれらの理由に対する具体的な対策となるプログラムを作成し、実施可能性を検討する。

B. 研究方法

1) 被災地におけるあらたな地域緩和ケアネットワークの構築

岩手県釜石医療圏及び気仙医療圏において、がん緩和ケアにおけるあらたなネットワークの構築を目的に支援を行い、具体的な支援内容について記述を行った。気仙医療圏においては、医療者の状況を把握するために医療機関を対象に震災前後の医療資源に関する量的、質的な変化に関するアンケート調査を行った。

2) 大規模災害に備えたがん在宅緩和医療における課題と対策の明確化

被災地域とその周辺で援助を行った医療・福祉従事者を対象に今回の大震災によりがん在宅緩和医療において生じた問題および実際に行われた対応、今後の大震災に対する課題と対策等についてインタビュー調査を行い、内容分析を行った。また、被災直後に発出された医療用麻薬等の取り扱いに関する厚生労働省関連の通知を抽出整理した。

3) 被災地に応用できるがん在宅緩和医療システムの構築に関する研究

以下の7つの研究取り組んだ。具体的方法について概略を記載する。

a. がん緩和医療を在宅で実践するための治療アルゴリズムの開発

在宅診療所を対象に、がん在宅緩和医療において症状緩和で必要とされるツールに関するニーズ調査を行った。

b. がん緩和医療を在宅で実践するための精神医学的介入に関する研究

在宅医療におけるせん妄への対応について、知識、スキルを盛り込んだビデオを作成し、模擬患者・家族を用いたロールプレイを含む研修を実施し、効果を評価する。

c. 看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力取得のためのプログラムの開発と教育に関する研究

看護師を対象とした教育プログラムを開発し、実施・評価を行った。

d. 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に関する研究

高齢者がん患者を対象とした、クラウドタイプの包括的マネジメントシステムを開発し、このシステムの実施可能性を検討する。

e. がん診療地域連携クリティカルパスを利用したがん診療在宅支援システムの構築に関する研究

進行非小細胞肺癌患者`に対して、初回入院時から治療中の患者の意識決定支援を行い、地域連携や在宅支援の導入率が向上するか検討する。

f. 在宅医療における急変時の対応及び24時間体制構築に向けた実態調査

在宅あるいは病院で亡くなった事例について訪問看護師にインタビュー調査を行い、在宅療養の継続と阻害因子について検討を行った。

g. 施設職員に対するがん患者の看取りに関する教育プログラムに関する研究

介護職を対象とした「医療と介護に関する知識と理解」を促す教育プログラムを開発し、施行し、その効果を検討した。

(倫理面への配慮)

研究内容に応じて、分担研究者が所属する施設において倫理審査委員会の審査・承認を受けた。また、本研究のデータ解析・成果公表にあたっては、個人情報保護を遵守した。

C. 研究成果

1) 被災地におけるあらたな地域緩和ケアネットワークの構築

岩手県釜石医療圏及び気仙医療圏において、地域緩和ネットワークの構築するための基盤の整備を行い、活動を開始し、支援活動を継続した。

2) 大規模災害に備えたがん在宅緩和医療における課題と対策の明確化

インタビュー調査の分析を行い、課題を整理した。ただし、がん在宅緩和医療に特有の問題としては、1) 医療用麻薬に関しては概ね足りていたという意見が多かったが、「県外から来た援護班が医療用麻薬の処方箋を書くことが出来ない」ことが問題としてあがった。2) 在宅緩和医療を受けている患者の入院受け入れに関してはPEACEプロジェクト(がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会)の指導者同士の顔の見える関係による連携が有用であった。3) 被災地では震災後一定期間は災害急性期医療に重点を置くため、がん緩和医療のために入院している患者に関しては後方病院への転院が必要であった。4) 被災地の緩和医療を担当する病院医師にとって、災害医療へ取り組んだ後に震災前の医療提供体制に戻り、緩和医療に再び取り組むことは精神的負担が大きい。

厚生労働省関連の通知に関しては、緊急通行車両確認標章の発給、医療用麻薬及び、向精神薬の取り扱いが抽出された。

3) 被災地に応用できるがん在宅緩和医療システムの構築に関する研究

がん在宅緩和医療推進に有用と考えられる、様々な教育プログラムとがん患者の支援のためのプログラムが開発された。本研究は単年度の研究であるため、一部の患者を対象とした観

察研究においては、研究計画書の作成までの成果となった。

D. 考察

被災地において、地域緩和ケアネットワークの構築に関する支援活動は開始できた。

被災地のがん在宅緩和医療において生じた課題は多岐にわたるが、がん特有の課題は少なく、在宅医療全般の課題が抽出された。

がん在宅緩和医療の推進に資する医療・福祉従事者を対象とした教育プログラムが作成された。がん患者における在宅療養生活の継続及び在宅看取りの実現に関する訪問看護師から見た促進要因、阻害要因の一部が明らかにされた。

E. 結論

本研究では、被災地の直接支援、被災地に生じた課題と対策の明確化、被災地に応用できるがん在宅緩和医療システムの構築に利用出来る医療・福祉従事者への教育プログラム、及び患者の支援プログラムの開発に取り組んだ。

被災地の直接支援に関しては、まだまだ活動は開始されたばかりで、今後も継続的な支援が必要である。今後具体的な解決策についての検討が必要である。

大規模災害時にがん在宅緩和医療において生じた課題に関する初めてと考えられるインタビュー調査が行われたが、在宅医療全般に関する課題が抽出された。

がん在宅緩和医療推進のための医療・福祉従事者の教育プログラム、患者の支援プログラムに関しては、今後プログラムの有用性の検討が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Yamaguchi M, Hotta T, et al: Concurrent Chemoradiotherapy for Localized Nasal Natural Killer/T-Cell Lymphoma: An

Updated Analysis of the Japan Clinical
Oncology Group study, JCOG0211. J Clin
Oncol vol. 30 doi:
10.1200/JCO.2012.45.6541, 2012

- 2 . Ogura M, Hotta T, et al: Phase I study
of BCX1777 (forodesine) in patients
with relapsed or refractory peripheral
T/natural killer-cell malignancies:
Cancer Sci 103(7): 1290-1295 doi:
10.1111/j.1349-7006.2012.02287.x,
2012
- 3 . Kagami Y, Hotta T, et al, The members of
the Lymphoma Study Group of the Japan
Clinical Oncology Group: Phase II study
of cyclophosphamide, doxorubicin,
vincristine, prednisolone (CHOP)
therapy for newly diagnosed patients
with low- and low-intermediate risk,
aggressive non-Hodgkin ' s lymphoma:
final results of the Japan Clinical
Oncology Group study, JCOG9508: Int J
Hematol (2012) 96: 74-83 doi:
10.1007/s12185-012-1101-2, 2012

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
特記すべきことなし。

分担研究報告書

- 1) 被災地域の相談支援センターの立ち上げと地域緩和ケアネットワークの構築に関する研究
- 2) 大規模災害に備えたがん在宅緩和医療における課題と対策の明確化

研究分担者 木下寛也 国立がん研究センター東病院緩和医療科科長
研究協力者 遠藤秀彦 県立釜石病院院長

研究要旨

本研究の目的は、1) 東日本大震災により多大な被害を生じた岩手県釜石二次医療圏（釜石市、大槌町）において、県立釜石病院を地域がん診療連携拠点病院に申請するとともに、本地域におけるがん緩和医療の地域ネットワークを構築することである。そのために、定期的に釜石市を訪問し、県立釜石病院に相談支援センター、がん患者サロンを立ち上げる支援を行うとともに、緩和ケア研修会を開催した。またがん緩和医療の地域ネットワークを構築するために、釜石医師会、在宅療養支援診療所、釜石市と話し合いの機会をもった。2) 大規模災害に備えたがん在宅緩和医療における課題と対策の明確化を行うために、被災地域とその周辺で援助を行った医療・福祉従事者を対象にインタビュー調査を行い、内容分析を行った。【安否確認】【在宅酸素療法】【停電の影響】【病病連携】【患者情報】【緩和ケア提供者の精神的負担】【避難所】【薬剤】【在宅患者の病院受診】【緊急車両】【震災時の備え】【通信】【がん検診】【抗がん治療】の категория が抽出された。がん特有の問題としては、医療用麻薬に関する問題、緩和医療対象の患者の病院間の連携に PEACE プロジェクト（がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会）の指導者同士の顔の見える関係による連携が有用であったこと、緩和ケア対象者が災害時の急性期には後方への転院対象者となること、緩和ケア提供者の精神的負担が抽出された。

A. 研究目的

本研究では、2つの研究に取り組む。まず第一に、2011年3月11日に発生した東日本大震災により多大な被害を生じた岩手県釜石二次医療圏（釜石市、大槌町）において、がん患者・家族の支援体制を構築する支援を行い、この過程を記述する。釜石二次医療圏は以前より、県立釜石病院、釜石市医師会、釜石市が協力し、地域医療連携に取り組んで来た。しかし、がん医療においては、岩手県で唯一地域がん診療連携拠点病院の無い二次医療圏であった。そこで、本研究では、県

立釜石病院をがん診療連携拠点病院として申請するとともに、がん緩和医療の地域ネットワークの構築を支援することを目的とする。

第二に、東日本大震災で生じたがん在宅緩和医療における課題とその対策を明確化することを目的とする。日本緩和医療学会が、2011年10月に、岩手県、宮城県、福島県の日本緩和医療学会員および PEACE（緩和ケアの基本教育に関するプログラム）指導者研修会修了者の397名に対して被災者支援のニーズについてのアンケート調査を行っている

が、回答があった8割以上は震災の影響が大きくないところから寄せられていた。最も支援が必要とされる被害の大きい地域からの情報収集の困難さが示唆される結果であった。

そこで、本研究では、震災の被害が大きかった地域とその周辺の地域の医療・福祉従事者にインタビュー調査を行うことで、がん在宅緩和医療における今後の大災害に備えるうえでの課題、対策を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

1) 被災地域の相談支援センターの立ち上げと地域緩和ケアネットワークの構築に関する研究

2012年2月26日の釜石市二次医療圏初回訪問から、2012年12月10日までの支援について記述を行う。

2) 大規模災害に備えたがん在宅緩和医療における課題と対策の明確化

東日本大震災により被害を生じたがん在宅緩和医療に係る地域の医療・福祉従事者および、被災地の支援を行った医療福祉従事者に対して、事前に電話、メール等でインタビュー調査に協力可能との返事を得た者を訪問し、研究への協力に関して説明し、書面にて同意を得る。同意を得た者を対象に、今回の大震災によりがん在宅緩和医療において生じた問題および実際に行われた対応、今後の大震災に対する課題を対策等についてインタビュー調査を行った。インタビュー内容はICレコーダーで録音する。インタビュー内容の録音から逐語記録をおこし、質的な内容分析を行う。具体的には逐語記録を研究代表者が「がん在宅緩和医療において大震災により生じた問題」、「実際行われた対応」、「今後の大震災に対する課題と対応」が記載されている意味単位を抽出し、2名の研究者が意味単位を内容の類似性に従い、帰納的に分類・抽象化し、カテゴリーとサブカテゴリーを作成した。

(倫理面への配慮)

2)の研究に関しては、医療・福祉従事者を対象としたインタビュー調査であり、患者

さんの情報や人体から採取された試料等は用いない。そのため、倫理指針の適用外である。しかし、インタビューにより、対象者が被災時の記憶を想起することにより精神的負担を生じる可能性がある。そのため、倫理指針に準じた説明書による調査協力の依頼をし、同意書の取得によって調査協力の同意とみなした。また、本研究に関しては国立がん研究センター研究倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1)に関しては、支援活動内容を別紙1.に記載した。県立釜石病院において、相談支援センターとして「がん相談外来」の設置、がんサロンの開催、緩和ケア研修会の開催、患者図書整備等の支援を行った。

がん相談外来に設置に関しては、相談の手順書の作成、データベースの作成、広報。がんサロンの開催に関しては、対象者の選択、広報の支援を行った。

2012年度地域がん診療連携拠点病院の申請予定であったが、現在がん診療連携拠点病院の新規申請が「がん診療提供体制の在り方検討会」の議論をふまえてがん診療連携拠点病院の指定要件が見直される予定のためにおこなえない状況にある。

がん緩和医療の地域ネットワークの構築に関しては、2012年度より釜石市は厚生労働省の「在宅医療連携拠点事業」に取り組んでおり、この事業との協働について検討を行った。

釜石医師会学術講演会「終末期がん患者の包括的評価と対応について」を多職種を対象に開催した。

2)岩手県、宮城県の被災地および周辺で支援を行った医療・福祉従事者38名がインタビュー調査に同意し、協力を得た。

内容分析の結果、【安否確認】【在宅酸素療法】【停電の影響】【病病連携】【患者情報】【緩和ケア提供者の精神的負担】【避難所】【薬剤】【在宅患者の病院受診】【緊急車両】【震災時の備え】【通信】【がん検診】

【抗がん治療】のカテゴリーが抽出された。サブグループは別紙2.に示すような内容に分類された。

D . 考察

1) 釜石二次医療圏を対象に、県立釜石病院の地域がん診療連携拠点病院申請を目標に、患者・家族支援体制の充実に資する支援を行った。相談支援センターの立ち上げには、手順書の作成、患者・家族への周知、院内医師の理解などが課題として議論されることが多かった。地域がん診療連携拠点病院申請に関しては、本年度は新規申請が止まっている状況のために残念せざるを得なかった。

2) 大規模災害時におけるがん在宅緩和医療における課題に関するインタビュー調査では、がん特有の問題よりもむしろ在宅医療全般の課題が多く抽出された。がん特有の問題としては、1) 医療用麻薬の問題が想定されたが、本研究においては、医療用麻薬に関しては概ね足りていたという意見が多かった。唯一「県外から来た援護班が医療用麻薬の処方箋を書くことが出来ない」ことが問題としてあがった。2) 在宅緩和医療を受けている患者の入院受け入れに関しては PEACE プロジェクト(がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会)の指導者同士の顔の見える関係による連携が有用であった。3) 被災地では震災後一定期間は災害急性期医療に重点を置くため、がん緩和医療のために入院している患者に関しては後方病院への転院が必要であった。4) 被災地の緩和医療を担当する病院医師にとって、災害医療へ取り組んだ後に震災前の医療提供体制に戻り、緩和医療に再び取り組むことは精神的負担が大きい。在宅医療全般に関しては、在宅患者の安否確認の方法、普段から災害に備えた患者トリアージや対応マニュアルの作成、在宅酸素療法のはじめとした電気を使用する医療・介護機器の停電時の対策などを考える必要がある。また行政には避難所での在宅患者の安否確認、在宅患者等の脆弱な住民が過ごせる避難所の整備、緊急車両の指定などについての対策の作成が、今後さらに在宅医療が推進される状況においては望まれる。ただし、今回抽出された課題に関しても地域により差があり、今後さらに調査地域を拡大するとともに、文献、書籍、HP等の検索により、東日本大震災における問題を抽出していく必要と具体策に関しては、行政の通達等の資料を収集するとともに関係省庁に確認する作業が必要である。

E . 結論

1) 岩手県釜石二次医療圏において、県立釜石病院を地域がん診療連携拠点病院に申請することとがん緩和医療ネットワークの構築を目指して様々な支援を行った。県立釜石病院で相談支援センター、がん患者サロンの活動を開始し、緩和ケア研修会を開催し、がん患者の地域連携推進のために講演会を開催した。

2) 今後の大災害に備えたがん在宅緩和医療における課題と対策を明確化するために、インタビュー調査を行い、内容分析を行った

F . 健康危険情報

特記すべきことなし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1. Asai M, Akizuki N, Fujimori M, Shimizu K, Ogawa A, Matsui Y, Akechi T, Itoh K, Ikeda M, Hayashi R, Kinoshita T, Ohtsu A, Nagai K, Kinoshita H, Uchitomi Y. Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology*. 2012 May 2. [Epub ahead of print]
2. Asai M, Akizuki N, Fujimori M, Matsui Y, Itoh K, Ikeda M, Hayashi R, Kinoshita T, Ohtsu A, Nagai K, Kinoshita H, Uchitomi Y. Psychological states and coping strategies after bereavement among spouses of cancer patients: a quantitative study in Japan. *Support Care Cancer*. 20(12):3189-203, 2012
3. 森田達也, 木下寛也, 他. 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化: OPTIM-study. *Palliat Care Res* 7(1):121-135, 2012.
4. 森田達也, 木下寛也, 他. 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること. *Palliat Care Res* 7(1):163-171, 2012.
5. 森田達也, 木下寛也, 他. 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が最も大きいと体験すること: OPTIM-study.

Palliat Care Res 7(2):209-217,2012.

6. 木下寛也, 森田達也, 他. がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響. Palliat Care Res 7(2):348-353,2012.
7. 森田達也, 木下寛也, 他. 異なる算出方法による地域での専門緩和ケアサービス利用数の比較. Palliat Care Res 7(2):374-381,2012.
8. 森田達也, 木下寛也, 他. 患者所持型情報共有ツール「わたしのカルテ」の評価: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2):382-388,2012.
9. 東陽一郎, 木下寛也. 【新しい局面を迎えた肺癌診療】《肺癌診療にまつわるトータルサポート 治療とケア》緩和ケアの実際. 内科.110(5):771-774, 2012.

2. 学会発表

1. 木下寛也. PAL Meet the Professor 緩和医療. 第 50 回日本癌治療学会学術集会. 2012.10, 横浜
2. 秋月伸哉, 森田達也, 木下寛也, 他. OPTIM 介入前後での緩和ケアチーム活動の変化. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
3. 秋月伸哉, 森田達也, 木下寛也, 他. OPTIM 介入前後での緩和ケアチーム活動の変化. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
4. 沖崎歩, 木下寛也. シンポジウム 9 緩和医療のブレイクスルー～行動する薬剤師にむけて～ 病院から在宅まで 縦断的なサポートでより安全で有効な緩和ケアを. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
5. 三浦智史, 木下寛也, 他. パネルディスカッション 4 がんを家族にどう伝えどう支えるか 「5歳の娘を主語にして話し合う」ことで、がん終末期の親が娘への病状告知を行うに至ったケース. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
6. 古賀友之, 木下寛也. シンポジウム 1 緩和ケアチームが精神心理的ケアを提供する工夫 在宅医療において精神腫瘍科医に期待すること. 第 17 回日本緩和医療学会

学術大会. 2012.6, 神戸

7. 林優美, 木下寛也, 他. 緩和ケア病棟転棟前後にせん妄と診断された患者の後方視的検討. 第 17 回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸

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
特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

被災地域の緩和ケア連携体制の再構築と
大規模災害下での緩和ケア関連情報の提供体制に関する研究

研究分担者	的場元弘	国立がん研究センター中央病院 緩和医療科 科長
研究協力者	伊藤達朗	気仙地域がん診療連携協議会会長
		岩手県立大船渡病院 院長
	村上雅彦	岩手県立大船渡病院緩和医療科部長
	金野良則	気仙薬剤師会保険薬局部会 部会長
	武田 彩	岩手県立大船渡病院緩和ケアチーム 専従看護師
	渡邊清高	国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供研究部 室長
	浦久保安輝子	国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供研究部
	加賀谷肇	明治薬科大学臨床薬剤学教室 教授
	吉本鉄介	社会保険中京病院緩和支援治療科 部長
	赤木 徹	国立がん研究センター中央病院薬剤部 医薬品情報室 室長
	宮下光令	東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 緩和ケア看護学分野 教授

研究要旨

岩手県気仙地域（大船渡市、陸前高田市、住田町）は広範囲が被災した地域の一つである。この地域において、早期に住民が安心して緩和ケアやがん医療が受けられる体制を構築し、更に10年、20年後の変化を見据えた地域の緩和ケアやがん医療のあり方を検討していくことが求められている。本研究では、気仙地域の緩和ケアの復興プロセスを支援するため、気仙地域がん診療連携協議会と協力し、緩和医療を含むがん医療関連の情報収集と情報提供を行うための活動としてARTSOAP（Act for Revival Takata, Sumita and Ofunato Area in Palliative Care）を立ち上げた。ARTSOAPは気仙地域での緩和ケアを含む現状の把握と、患者・家族、市民、医療者のニーズに合わせた情報提供と啓発活動を行う組織として活動を行った。

今年度は、気仙地域の医療者の状況を把握するため、大船渡市、陸前高田市、住田町の気仙地区のすべての医療機関（病院3施設、診療所27施設、訪問看護ステーション4施設、調剤薬局26施設）に対し、2012年12月～2013年1月に郵送法によるアンケート調査を実施した。高齢化が進み、医療過疎が慢性的な問題となっていた地域が被災し、医療資源はさらに減少した。もともと地域の医療機関との連携も薄く、現状でも各施設間の連携は、十分でないという結果が出た。地域のがん医療、緩和ケアをはじめ地域における医療の復興を果たすためには、少ない医療資源を大船渡病院を中心に、情報共有し、連携・相談システムの確立などをするこ

とにより、協力体制を構築していくことが重要と思われた。

また、市民のがん医療や緩和ケアについての意識、ニーズについての把握と教育啓発のための「気仙がんを学ぶ市民講座」を開始し、今年度中に2回の開催を予定している。第1回目に実施した市民講座のアンケートからは、一般市民、患者とも50%は相談支援センターを「知らなかった」と回答しており、市民に対する相談支援センターの周知が必要であることが明らかになった。今後開設予定の患者サロンについては、患者で8割以上が利用を考えていると回答しており、医療者が思う以上に、喫緊のニーズがあることが明らかになった。今後の市民講座のテーマに関する要望としては、一般市民では、緩和ケア、在宅療養、がん治療の副作用が多かったが、患者では、がんの治療法、がん治療の副作用が高く、緩和ケアや在宅療養に対する要望は少なかった。

また、今回の災害直後に発出された医療用麻薬等の取り扱いに関する厚生労働省関連の通知については関連通知を抽出整理し、現在関係部署と意見交換を実施している。

A．研究目的

本研究では、今後の地域緩和ケアの復興プロセスを支援するため、気仙地域がん診療連携協議会への緩和医療を含むがん医療関連の情報提供を行い、地域のニーズにあった緩和ケアネットワークの構築を支援する。また、今回の災害直後に発出された医療用麻薬等の取り扱いに関する厚生労働省関連の通知を平易な文言で解説し、今後の災害下において診療連携拠点病院などで活用可能な情報として再構成する。

B．研究方法

県立大船渡病院に気仙地域緩和ネットワークの拠点(ARTSOAP)を設置し、地域の現状及び今後の検討課題を含めた情報の収集を行う。収集された情報は気仙地域がん診療連携協議会に提供し、緩和ケアを含む地域のがん医療の復興計画の検討を支援する。情報の収集は、大船渡市、陸前高田市、住田町の気仙地区のすべての医療機関(病院3施設、診療所27施設、訪問看護ステーション4施設、調剤薬局26施設)に対し、2012

年12月～2013年1月に郵送法によるアンケート調査を行い、震災前後での量的、質的な変化について調査を実施する。

また、市民のがん医療や緩和ケアについての意識、ニーズについての把握と教育啓発のための「気仙がんを学ぶ市民講座」を開始し、参加者へのアンケート調査から現状のニーズへの把握を行う。

また、平成23年東北地方太平洋沖大震災に関連して、行政より発令された通知などのうち、緩和ケア、特に医療用麻薬などに関連した内容を中心に想定される具体的な場面や、一般医療機関において解釈等に誤りが生じないように解説を併記する試みを行う。

(倫理面への配慮)

本班研究に係る全ての研究者はヘルシンキ宣言および関係する指針(「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床試験に関する倫理指針」など)に従って本研究を実施している。特に、被災地であることに配慮し、調査内容や講演などの普及啓発の内容が、精神的に負担にならないように配慮を行った。

C. 研究結果

気仙地域の医療資源調査

気仙地域の医療資源を把握するためのアンケートを60施設に郵送し、43施設(71.7%)より回答を得た。病院は3施設中3施設(100%)、診療所は27施設中18施設(66.7%)、訪問看護ステーションは4施設中4施設(100%)、調剤薬局は26施設中18施設(69.2%)から回答を得た。

1) 震災前後での診療実績の比較

平成23年4月に岩手県立大船渡病院に血液内科の常勤医が赴任したことによる影響が大きいと考えられる入院化学療法が増加した以外は、外来がん患者1951名 1863名 88名減少(-4.5%)、入院がん患者1081名 901名 180名減少(-16.7%)、がん手術253件 177件 76件減(-30.0%)、放射線件数1735件 1371件 364件減少(-21.0%)と、がん患者の診療数(治療)が減少した。

一方で、病院での看取りは、154名 180名 26名(+16.9%)と増加していることにより、治療を要する時期は、他地域で診療を受け、看取りの時期に転院してきている可能性も推察される。診療所では、1年間に外来診療したがん患者数129名 168名 39名(+30.2%)と増加し、地域の状況から近くの医療機関で診察を受けた患者が増加した可能性がある。

高田病院の診療実績については一昨年のデータが流失しており比較はできなかった。訪問診療に関しては、病院の医師が訪問した実績は、高田病院のみであり、1年間に16名、自宅での看取りは、わずか2名に過ぎなかった。診療所からの訪問診療も昨年1年間で6名、自宅での看取りも2名に過ぎなかった。高齢化の進んだ地域で、家族の介護力不足や医療資源の不足が以前から指摘されていた。さらに訪問看護師からは、

仮設住宅に住んでいる患者は、自宅としての意義の喪失、療養の場としての住環境として不十分、などの理由で自宅へ帰りたがらない方が多いとのコメントもあり、自宅での看取りが困難な状況が明らかになった。医療者側からは仮設住宅への訪問に対しては、特別困難を感じてはいないという結果であった。

2) 在宅で実施可能な処置について

医療用麻薬の使用、輸液、疼痛、嘔気、呼吸困難などの身体症状、せん妄など精神症状の対応、ドレーン、チューブ管理など21項目について在宅で可能な処置について質問した。

在宅で対応が可能な症状や処置

1. 経口・貼付剤・坐薬の麻薬製剤投与
2. 静脈内輸液
3. 在宅酸素投与
4. 気管カニューレ、胃瘻の交換
5. 褥瘡処置
6. 悪心、嘔吐の対応

在宅で対応が困難な症状や処置

1. 麻薬の静脈注射、持続皮下注射の投与
2. 皮下輸液
3. 鎮静
4. せん妄や呼吸困難の対応
5. 輸血や胸腹水穿刺の対応

この結果からは、鎮静が必要となるような強い苦痛に対する対応は困難であり、自宅で対応しきれず、看取りの時期に入院となる一因と考えられた。

3) がん緩和ケアの連携について

岩手県立大船渡病院、岩手県立高田病院、地域の診療所、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、調剤薬局、歯科診療所、老人介護施設との連携についてどのように感じているかを質問した。アンケート前、地域に密着した医療を展開し、訪問診療を行っている岩手県立高田病院との連携がよい

施設が多いと予想した。しかし、約半数がよいと感じている施設は、岩手県立大船渡病院と地域の調剤薬局との連携だけであり、他の施設は、2/3～3/4がよい連携とは感じていなかった。岩手県立高田病院との連携は、陸前高田の一部の施設と強固な連携を保っていて、気仙地区全体の連携としては十分とは言えないという結果となった可能性がある。（岩手県立高田病院の医療圏の回答は、陸前高田市）

4) 緩和ケアの提供

終末期がん患者へ緩和ケアを提供するにあたり、9割の施設が困難と回答している。オピオイドの使用や身体症状への対応、自宅での療養支援は、8割以上。

不安や抑うつ、精神的な辛さへの対応が難しい、とても難しいと回答した施設は、76%にのぼり特に強い困難を感じている。

5) 緩和ケアの専門家への相談

緩和ケアに関して相談できる施設やチームがあると答えた施設は、22%にすぎなかった。

6) 緩和ケアの連携に関する課題

情報共有、関係性構築のための機会、電話やメールなどの相談体制のすべてが取り組むべき課題として挙げられた。

特に医療相談室に患者が抱える問題を電話やメールで相談する体制が有用であるという意見が多かった。

7) 地域医療機関からの緩和ケアに関連する要望

マンパワー不足、医療資源不足の解消、

連携、相談体制の強化

より充実した情報の共有

医療資源マップの作成

市民への啓発

薬剤師の訪問

緩和ケアの情報提供

終末期医療のための緩和ケア病棟の開設

患者会の設立

具体的に役に立つ研修（医療用麻薬の使用
方法、シリンジポンプの使用
方法、事例検討など）

市民へのがん緩和ケアの普及啓発

また、市民のがん医療や緩和ケアについての意識、ニーズについての把握と教育啓発のための「気仙がんを学ぶ市民講座」を開始し、今年度中に2回の開催を予定している。第1回目に実施した市民講座のアンケートからは、一般市民、患者とも50%は相談支援センターを「知らなかった」と回答しており、市民に対する相談支援センターの周知が必要であることが明らかになった。今後開設予定の患者サロンについては、患者で8割以上が利用を考えていると回答しており、医療者が思う以上に、喫緊のニーズがあることが明らかになった。今後の市民講座のテーマに関する要望としては、一般市民では、緩和ケア、在宅療養、がん治療の副作用が多かったが、患者では、がんの治療法、がん治療の副作用が高く、緩和ケアや在宅療養に対する要望は少なかった。また、今回の災害直後に発出された医療用麻薬等の取り扱いに関する厚生労働省関連の通知については特に以下の通知について検討を行っている。

2011/3/12 事務連絡 緊急通行車両確認
標章の発給等について

被災地における医療に従事する医師が移動に使用する車両については、「緊急通行車両確認標章」を速やかに交付するようにとの事務連絡が警察庁交通局より発出。

2011/3/12 事務連絡 平成23年東北
地方太平洋沖地震における処方箋医薬品の
取扱いについて（医療機及び薬局への周知
依頼）

2011/3/14 事務連絡 平成23年東北

地方太平洋沖地震における処方箋医薬品（医療用麻薬及び向精神薬）の取扱いについて（医療機関及び薬局への周知依頼）被災地の患者で医師の受診が困難な場合や医師からの処方箋の交付が困難な場合は、症状等について医師へ連絡し、施用の指示が確認できる場合には、薬剤師は必要な医療用麻薬または向精神薬を患者に渡すことが可能

2011/3/15 事務連絡 平成 23 年東北地方太平洋沖地震における処方箋医薬品（医療用麻薬及び向精神薬）の取扱いについて（その 2）（医療機関及び薬局への周知依頼）

向精神薬については向精神薬小売業者（調剤薬局の薬剤師）が事前に医師から包括的な施用の指示（患者が持参する薬袋等により薬剤名及び用法用量が確認できる場合に必要最小限度で提供する等）を受けている場合には医師の指示の確認がとれなくても薬剤を患者に交付できる。

2011/3/15 事務連絡 平成 23 年東北地方太平洋沖地震における医療用麻薬の県境移動の取扱いについて（卸売業者、医療機関及び薬局への周知依頼）

D . 考察

高齢化が進み、医療過疎が慢性的な問題となっていた地域が被災し、医療資源はさらに減少した。もともと地域の医療機関との連携も薄く、現状でも各施設間の連携は、十分でないという結果が出た。地域のがん医療、緩和ケアについて、少ない医療資源の中で復興を進めるためには、大船渡病院を中心に、情報共有、連携や相談システムの確立などにより、協力する体制を構築していくことが重要と思われた。

一方、がん患者に対する在宅医療において

は、岩手県立高田病院や地域の診療所が中心となって行っている。気仙地域では、震災後から交通機関も限られ通院も困難である状況が続いており、在宅医療の果たす意義は増大したと考える。しかし、仮設住宅に住んでいる住民も多数おり、地域の住環境も悪化したままであり、患者は、自分が帰れば家を狭くしてしまうと話すなど家族への負担感も感じている。また、仮設住宅は自分の家としての意識が薄く、仮設住宅に帰る意義を失っている場合もあり、在宅医療は進んでいるとは言えない現状である。被災地域においては、被災者の生活基盤となる居住区の整備、住宅の供給など日常生活の復興の過程が十分進んでいないことから、医療に対するニーズは今後の復興過程において大きく変化することが予想される。特に在宅緩和ケアなどについては、人口や今後の住宅環境の変化によってニーズがいわゆる“自宅”となるか、施設となるかは不透明であり、現状の把握によって今後の復興過程を検討する際の情報をリアルタイムに集め提供していく必要がある。地域の医療機関を対象としたアンケートでは、オピオイドの使用や身体、精神症状への対応など終末期患者への対応に困難を感じているという結果であった。

また、緩和ケアチームが地域の緩和ケアの相談相手として十分に機能しておらず、緩和ケアチームに対する地域医療機関からの相談を受け入れ、対応を行える支援体制の確立も急務と考える。

他の施設への要望として、情報共有や関係性の構築のほか、地域の情報発信、患者の診療、相談、受け入れ窓口としての緩和ケア病棟の設置を求める意見や患者会の設置、実践的な研修会の開催、市民への啓発や情報提供を求める意見が挙げられた。現段階では、がん患者のニーズは在宅療養や

緩和ケアより、がん治療に向いていると思われ、一般市民や医療者の感覚とは大きな開きがあると考えられた。

これらの結果は、2013年2月27日開催の、気仙地区がん診療連携協議会に報告され、今後の気仙の地区のがん、緩和ケア、在宅医療を推進する活動方針を検討資料として活用されることとなった。

E．結論

復興の過程に従って、患者や市民、医療者の緩和ケアを含むがん医療のニーズを把握し、地域の在宅緩和ケアの復興に結び付けていく必要がある。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

1. Higashi T, Yoshimoto T, Matoba M: Prevalence of Analgesic Prescriptions among Patients with Cancer in Japan: An Analysis of Health Insurance Claims Data. Glob J Health Sci. 4(6):197-203, 2012.
2. 村上敏史, 岩瀬哲, 西川満則, 的場元弘: 在宅医療におけるがん疼痛治療の評価と治療の実態について、日本緩和医療学会誌. in press. 2012.
3. Yamaguchi T, Narita M, Morita T, Kizawa Y, Matoba M: Recent Developments in the Management of Cancer Pain in Japan: Education, Clinical Guidelines, and Basic Research. Jpn J Clin Oncol. online [Epub ahead of print]. 2012.

4. 的場元弘, 山本弘史, 他: 医療用麻薬適正使用ガイダンス - がん疼痛治療における医療用麻薬の使用と管理のガイダンス -. 東京: 厚生労働省医薬食品局 監視指導・麻薬対策課. 2012.

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

分担研究報告書

がん緩和医療を在宅で実施するための治療アルゴリズムの作成に関する研究

研究分担者 森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援診療科 部長
研究協力者 青木 茂 坂の上ファミリークリニック 医師
小澤竹俊 めぐみ在宅クリニック 院長
穴戸英樹 穴戸内科医院 院長
新城拓也 しんじょう医院 院長
浜野 淳 大和クリニック 院長

研究要旨

本研究の目的は、在宅医療を行っている医師が必要としている症状緩和ツールを明らかにし、作成されていないツールを作成する。また、在宅診療を行っている中で経験するせん妄と希死念慮の頻度を明らかにすることである。

「末期がんの方の在宅ケアデータベース」に登録されている診療所全数に郵送による質問紙調査を行った。有効発送数 639 件中、116 件(18.2%)より回答を得た。症状緩和で必要とされるツールは「看取りまでの経過を説明したパンフレット類」「精神症状の評価方法や治療についてのツール」「症状マネジメントがコンパクトに具体的に商品名でまとまっている冊子」などの回答が多かった。在宅診療をしている中で、せん妄、希死念慮で困ることの経験の頻度に関する回答では、月単位のせん妄、希死念慮と週単位の希死念慮で「時々ある・よくある」が 15%前後であったのに対し、終末期のせん妄では、約 35%の医師が困ることが「時々ある・よくある」と回答した。

以上の結果から、在宅医療で必要とされる症状緩和ツールとせん妄、希死念慮で困ることの経験の頻度が明らかになった。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

森田達也・聖隷三方原病院緩和支援診療科部長

A．研究目的

在宅医療を実際に行っている医師がいま必要としている症状緩和ツール・症状緩和以外のツールを明らかにし、症状緩和ツールで作成されていないツールを作成することである。また、在宅診療でせん妄・希死念慮で困る経験の頻度を明らかにする。

B．研究方法

方法は、郵送による質問紙調査とし、FAX による回収とした。対象は、2012 年 7 月時点で日本在宅ホスピス協会の「末期がんの方の在宅ケアデータベース」に登録されている診療所全

数の 657 診療所の医師を対象とした。

内容は、1)症状マネジメントで困った時にあったらよいツールとして必要なもの(必要でないもの)と症状マネジメント以外で困った時にあったらよいと思うツールを自由記述で回答を得た。2)在宅診療をしている中で、せん妄、希死念慮で困ることの経験の頻度を月単位の患者、週単位の患者に分けて、「ない」「たまにある」「時々ある」「よくある」の 4 件法で尋ねた。自由記述は内容分析を行い、経験の頻度は、度数分布での集計を行った。

質問紙調査の結果から、必要とされている症状緩和のサポートツールの作成を行った。

(倫理面への配慮)

調査対象者に、調査の目的・方法・プライバシーの保護などについて書面で説明し、調査への参加の意思は、匿名での調査票の返送の有無

で判断した。

C. 研究結果

657 診療所に発送、宛先不明 18 件、有効発送数 639 件中、116 件 (18.2%) より回答を得た。症状緩和ツールとして必要なもの (必要でないもの) の自由記述は内容分析を行い、約 270 の意味単位に分けられ、25 のカテゴリーに分類された。症状マネジメントで必要とされるツールは、「看取りまでの経過を説明したパンフレット類」37 件、「精神症状の評価方法や治療についてのツール」28 件、「症状マネジメントがコンパクトに具体的に商品名でまとまっている冊子」27 件、「疼痛以外の症状マネジメントのツール (全身倦怠感、呼吸困難、イレウス症状など)」23 件、「精神症状のある患者・家族への対応のツール」18 件であった。症状緩和ツールを必要としない意見としては、「連携があることや既存のマニュアルを利用しているため、症状マネジメントで困る事はない」18 件、「画一的なツールでは十分ではなく、臨機応変な対応が大切である」10 件が挙げられた。

症状緩和ツール以外に必要なものとして多く挙げられた意見は、「在宅医療・在宅看取りの啓発ツール (在宅をイメージできるもの)」16 件、「他の職種との連携やリソース (レスパイト、ホスピス、入院、歯科、専門医、データベース、宗教家など) などが分かるツール」16 件、「在宅医療に関する費用や医療費負担の軽減方法が分かるツール」14 件であった。

在宅診療をしている中で、せん妄、希死念慮で困ることの経験の頻度に関する回答では、予後が月単位のせん妄では、「困ることがない」との回答は 25% であり、「よくある・時々ある」との回答が 15% であった。予後が週単位のせん妄では、「困ることがない」との回答は 18% であり、「よくある・時々ある」との回答が 36% であった。

予後が月単位の希死念慮では、「困ることがない」との回答は 24% であり、「よくある・時々ある」との回答が 12% であった。予後が週単位の希死念慮では、「困ることがない」との回答は 28% であり、「よくある・時々ある」との回答が 12% であった。

以上の結果から、「自宅療養を継続できない理由となる難治性症状に対するアルゴリズム」

の冊子を作成した。内容は、1) 終末期がん患者の病状の変化と余命の予測 2) 消化管閉塞により、内服・飲水ができなくなった場合の対応 3) 死亡直前期の臓器不全による呼吸困難とせん妄の対応 4) 看取りの時の臨時指示例などである。

D. 考察

症状緩和ツールとして必要なものとして多かったものは、「看取りまでの経過を説明したパンフレット類」、「症状マネジメントがコンパクトに具体的に商品名でまとまっている冊子」などであったが、その多くは OPTIM プロジェクト (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 緩和ケアプログラムによる地域介入研究班「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」<http://gankanwa.umin.jp>) で作成されているものが多かった。OPTIM プロジェクトで作成された成果物を維持、修正、入手可能なようにすることが重要であると考えられた。

一方、既存のツールでは不十分と考えられるものとしては、1) 疼痛以外の症状マネジメントのツール (頻度と困難感の高い呼吸困難、せん妄、イレウス症状など)、2) 精神症状のある患者・家族への対応がわかるマテリアル、と考えられた。これらについて、在宅環境で簡便に利用可能なアルゴリズムや視覚マテリアルを上記のツールにあわせて使用することが有用であると考えられた。

本研究の限界として、回答率が低いため必ずしも全体の意見を反映しているとはいえない。

E. 結論

在宅緩和ケアを行う上での症状緩和のためのツールは、OPTIM プロジェクトで作成されたツールを含めておおむね作成されていると考えられるため、その維持、修正、入手可能なロジスティクスが重要である。既存のものがない領域として、疼痛以外の症状マネジメントのツール (頻度と困難感の高い呼吸困難、せん妄、イレウス症状など)、精神症状のある患者・家族への対応がわかるマテリアルは新規に作成する価値があると考えられる。

F. 健康危険情報

なし。

G . 研究発表

1 . 論文発表

1. Yamagishi A, Morita T, et al. 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.
2. Morita T, Matoba M, et al. A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study. *BMC Palliat Care* 11(1):2,2012.
3. Igarashi A, Morita T, et al. 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* 43(2):218-225,2012.
4. Yamaguchi T, Morita T, et al. Longitudinal follow-up study using the distress and impact thermometer in an outpatient chemotherapy setting. *J Pain Symptom Manage* 43(2):236-243,2012.
5. Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al. Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. *J Am Geriatr Soc* 60(2):271-276,2012.
6. Yamagishi A, Morita T, et al. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. *J Pain Symptom Manage* 43(3):503-514,2012.
7. Nakazawa Y, Morita T, et al. The current status and issues regarding hospital-based specialized palliative care service in Japanese regional cancer centers: A nationwide questionnaire survey. *Jpn J Clin Oncol* 42(5):432-441,2012.
8. Sato K, Morita T, et al. Family member perspectives of deceased relatives' end-of-life options on admission to a palliative care unit in Japan. *Support Care Cancer* 20(5):893-900,2012.
9. Akiyama M, Morita T, Matoba M, et al. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer* 20(5):923-931,2012.
10. Choi JE, Morita T, et al. Making the decision for home hospice: perspectives of bereaved Japanese families who had loved ones in home hospice. *Jpn J Clin Oncol* 42(6):498-505,2012.
11. Yamaguchi T, Morita T, Uchitomi Y, et al. Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 43(6):1001-1012,2012.
12. Ando M, Morita T, et al. Factors in narratives to questions in the short-term life review interviews of terminally ill cancer patients and utility of the questions. *Palliat Support Care* 10(2):83-90,2012.
13. Kizawa Y, Morita T, et al. Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: A modified Delphi method. *Palliat Med* 26(5):744-752,2012.
14. Akechi T, Morita T, et al. Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 26(5):768-769,2012.
15. Yoshida S, Morita T, et al. Practices and evaluations of prognostic disclosure for Japanese cancer patients and their families from the family's point of view. *Palliat Support Care*. 2012 Aug 23:1-6. [Epub ahead of print]
16. Matsuo N, Morita T, et al. Physician-reported corticosteroid therapy practices in certified

- palliative care units in Japan: A nationwide survey. *J Palliat Med* 15(9):1011-1016,2012.
17. Kizawa Y, Morita T, et al. Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Sep 3. [Epub ahead of print]
 18. Kaneishi K, Morita T, et al. Olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and incomplete bowel obstruction. *J Pain Symptom Manage* 44(4):604-607,2012.
 19. Yamagishi A, Morita T, et al. Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan. *Support Care Cancer* 20(10):2575-2582,2012.
 20. Kunieda K, Morita T, et al. Reliability and validity of a tool to measure the severity of dysphagia: The food intake LEVEL scale. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Nov 12. [Epub ahead of print]
 21. Shirado A, Morita T, et al. Both maintaining hope and preparing for death: Effects of physicians' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Nov 15. [Epub ahead of print]
 22. Yoshida S, Morita T, et al. Pros and cons of prognostic disclosure to Japanese cancer patients and their families from the family's point of view. *J Palliat Med* 15(12):1342-1349,2012.
 23. Yamaguchi T, Morita T, Matoba M, et al. Recent developments in the management of cancer pain in Japan: Education, clinical guidelines and basic research. *Jpn J Clin Oncol* 42(12):1120-1127,2012.
 24. Amano K, Morita T, et al. Effect of nutritional support on terminally ill patients with cancer in a palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Dec 12. [Epub ahead of pirnt]
 25. Ando M, Morita T. How to Conduct the Short-Term Life Review Interview for Terminally Ill Patients. Editor by Lancaster AJ, Sharpe O. *Psychotherapy New Research*. NOVA Science Publishers, US, pp.101-108,2012.
 26. 古村和恵, 的場元弘, 森田達也, 他. 市民の緩和ケアに対するイメージの変化. *緩和ケア* 22(1):79-83,2012.
 27. 福本和彦, 森田達也, 他. オピオイド新規導入タイトレーションパスががん疼痛緩和治療に与える影響. *癌と化学療法* 39(1):81-84,2012.
 28. 佐藤泉, 森田達也, 他. 在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価. *訪問看護と介護* 17(2):155-159,2012.
 29. 井村千鶴, 森田達也, 他. 患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの有用性. *ペインクリニック* 33(2):241-250,2012.
 30. 森田達也. 医療羅針盤 私の提言(第50回)地域緩和ケアを進めるためには「顔の見える関係」を作ることが大切である. *新医療* 39(3):18-23,2012.
 31. 井村千鶴, 森田達也, 他. 地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験. *緩和ケア* 22(2):189-194,2012.
 32. 森田達也. がん性疼痛に対する鎮静薬の副作用対策. *コンセンサス癌治療* 10(4):192-195,2012.
 33. 森田達也. 緩和ケアチームの活動とOPTIMの成果. *Credentials* 44:9-11,2012.
 34. 鄭陽, 森田達也. EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第1回 WHO step オピオイド:弱オピオイドの使用、WHO step オピオイド:オピオイドの第1選択. *緩和ケア* 22(3):241-244,2012.
 35. 森田達也, 木下寛也, 他. 地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化: OPTIM-study. *Palliat Care Res* 7(1):121-135,2012.
 36. 古村和恵, 森田達也, 他. 迷惑をかけてつらいと訴える終末期がん患者への緩和ケア 遺族への質的調査からの示唆. *Palliat Care Res* 7(1):142-148,2012.
 37. 市原香織, 森田達也, 他. 看取りのケア

- における Liverpool Care Pathway 日本語版の意義と導入可能性 - 緩和ケア病棟 2 施設におけるパイロットスタディ. Palliat Care Res 7(1):149-162,2012.
38. 森田達也, 木下寛也, 他. 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勧めること. Palliat Care Res 7(1):163-171,2012.
39. 森田達也, 川越正平, 他. 在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か?. Palliat Care Res 7(1):317-322,2012.
40. 森田達也, 他. 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. Palliat Care Res 7(1):323-333,2012.
41. 山田博英, 森田達也, 他. 患者・遺族調査から作成した医療者向け冊子「がん患者さん・ご家族の声」. Palliat Care Res 7(1):342-347,2012.
42. 前堀直美, 森田達也, 他. 外来患者のがん疼痛に対する保険薬局薬剤師の電話モニタリング・受診前アセスメントの効果. ペインクリニック 33(6):817-824,2012.
43. 森田達也. 臨床診断より優れた進行がん患者の予後予測モデル 開発予測モデルの再現性は未確認. MMJ 8(2):102-103,2012.
44. 森田達也. 日本ホスピス緩和ケア協会北海道支部第 10 回年次大会から. 緩和ケア地域介入研究 <OPTIM-study> が明らかにしたこと: 明日への示唆. Best Nurse 23(7):6-15,2012.
45. 岩崎静乃, 森田達也, 他. 終末期がん患者の口腔合併症の前向き観察研究. 緩和ケア 22(4):369-373,2012.
46. 田村恵子, 森田達也(編集), 他. 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 青海社. 東京. 2012.7.
47. 小田切拓也, 森田達也. EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第 2 回オピオイドのタイトレーション オピオイドの経皮製剤の役割. 緩和ケア 22(4):346-349,2012.
48. 大野友久, 森田達也, 他. 入院患者における口腔カンジダ症に対する抗真菌薬の臨床効果に関する研究. 癌と化学療法 39(8):1233-1238,2012.
49. 今井堅吾, 森田達也. EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第 3 回 1 オピオイドによる嘔気・嘔吐に対する治療, 2 オピオイドによる便秘に対する治療, 3 オピオイドによる中枢神経症状に対する治療. 緩和ケア 22(5):428-431,2012.
50. 森田達也. 緩和ケア領域における臨床研究: 過去、現在、未来. 腫瘍内科 10(3):185-195,2012.
51. 木下寛也, 森田達也, 他. がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために取り組んでいることと課題. 癌と化学療法 39(10):1527-1532,2012.
52. 森田達也. クローズアップ・がん治療施設 (28) 聖隷三方原病院 腫瘍センター・緩和ケア部門. 臨床腫瘍プラクティス 8(4):415-417,2012.
53. 鄭陽, 森田達也. EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第 4 回 1. アセトアミノフェンと NSAIDs の役割. 2. 鎮痛補助薬の役割. 3. 腎機能障害のある患者へのオピオイドの使用. 緩和ケア 22(6):522-525,2012.
54. 森田達也. 55 緩和医療 1. 疼痛緩和と終末期医療. 新臨床腫瘍学 改訂第 3 版. 日本臨床腫瘍学会 編. 南江堂. 東京. 673-682,2012.12.
55. 木澤義之, 木下寛也, 森田達也, 他. 地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2): 172-184,2012.
56. 山本亮, 森田達也, 他. 看取りの時期が近づいた患者の家族への説明に用いる『看取りのパンフレット』の有用性: 多施設研究. Palliat Care Res 7(2):192-201,2012.
57. 森田達也, 木下寛也, 他. 地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が最も大きいと体験すること: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2):209-217,2012.
58. 木下寛也, 森田達也, 他. がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響. Palliat Care Res 7(2):348-353,2012.
59. 森田達也, 木下寛也, 他. 異なる算出方

法による地域での専門緩和ケアサービス
利用数の比較. Palliat Care Res
7(2):374-381,2012.

60. 森田達也, 木下寛也, 他. 患者所持型情報共有ツール「わたしのカルテ」の評価: OPTIM-study. Palliat Care Res 7(2):382-388,2012.
61. 白髭豊, 森田達也, 他. OPTIM プロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化. Palliat Care Res 7(2):389-394, 2012.
62. 森田達也, 他. 遺族調査に基づく自宅死亡を希望していると推定されるがん患者数. Palliat Care Res 7(2):403-407,2012.

2. 学会発表

1. 森田達也. シンポジウム 12 地域緩和ケア介入研究<OPTIM study>が明らかにしたこと～明日への示唆～ S12-1 OPTIM-studyは何を明らかにしたのか?: 5年間の総括. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
2. 森田達也. シンポジウム 16 緩和ケアにおける介入研究のエビデンス～飛躍のために～ S16-1 緩和ケア領域における介入研究: 最近のレビューと日本の将来. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
3. 森雅紀, 森田達也, 他. シンポジウム 19 緩和ケアにおける倫理的問題 S19-5 医師はどのように・なぜがん患者に予後を伝える・伝えないのか?. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
4. 加藤亜沙代, 森田達也, 他. パネルディスカッション 7 がんと診断された時からの緩和ケアの実践のために～がん治療と緩和ケアの両立～ PD7-6 質問紙によるスクリーニングを臨床に組み込んだ化学療法室での緩和ケア: 5年間の経験. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
5. 藤本亘史, 森田達也, 他. フォーラム 1 緩和ケアチームフォーラム F1-4 緩和ケアチームを高める(活動評価): 緩和ケアチームの多施設活動記録調査の結果から. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
6. 森田達也. 日本緩和医療学会企画 1 アクセプトされる論文の書き方～Best of Palliative Care Research 2011～「緩和ケア領域の研究の進め方・論文の仕上げ方」. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
7. 笹原朋代, 森田達也, 他. 緩和ケアチームへの依頼内容と活動実態に対する多施設調査. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
8. 佐藤一樹, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の施設間差と施設背景の関連: 多施設診療記録調査. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
9. 佐藤一樹, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟で提供される終末期がん医療の施設間差による緩和ケアの質評価への影響. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
10. 山口崇, 森田達也, 内富庸介, 他. ガイドラインに基づいた進行がん患者に対する輸液療法の影響に関する観察研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
11. 秋月伸哉, 森田達也, 木下寛也, 他. OPTIM 介入前後での緩和ケアチーム活動の変化. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
12. 宮下光令, 森田達也, 他. 日本の医師の緩和ケアに関する知識に関連する要因: 多変量解析による検討. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
13. 小田切拓也, 森田達也, 他. 後ろ向き研究による、ホスピス入院患者における腫瘍熱と感染の鑑別に寄与する因子の同定. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
14. 秋月伸哉, 森田達也, 木下寛也, 他. 地域緩和ケアチーム活動の実態報告 OPTIM 研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
15. 厨芽衣子, 森田達也, 他. 高齢がん患者のニードをもとにした身体症状緩和プログラムに関する研究. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012.6, 神戸
16. Morita T. Research topics in

challenging areas: how to find better practice? Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine, 2012 International Academic Research workshop. 2012.7, Taiwan

17. Morita T. Development of clinical guidelines in Japan: interpreting evidence meaningfully to clinical practice. 台灣安寧緩和醫學學會. 2012.7, 台灣
18. 森田達也. がん対策基本法後の緩和ケアの進歩と今後の方向性. 地域単位の緩和ケアを向上するために私たちが次にすべきこと:OPTIM-studyからの示唆. 第10回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2012.7, 大阪
19. 森田達也. 招待講演 2 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012.6, 神戸
20. 大坂巖, 森田達也, 他. パス討論 緩和医療連携. 第19回日本医療マネジメント学会静岡支部学術集会. 2012.8, 沼津
21. 森田達也. 緩和ケアをつなぐ革新的実践と研究について~大型研究プロジェクト(OPTIM)の経験から~. 第17回聖路加看護学会学術大会. 2012.9, 東京
22. 森田達也. 招待講演 2 緩和医学における最近の知見と臨床疫学の基礎. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012.10, 神戸
23. 森田達也. 招請講演 12 緩和治療の最新のエビデンスと実践. 日本臨床麻酔学会第32回大会. 2012.11, 福島

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

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

がん緩和医療を在宅で実践するための精神医学的介入に関する研究

研究分担者	内富庸介	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 精神神経病態学 教授
研究協力者	井上真一郎	岡山大学病院 精神科神経科 助教
	岡部伸幸	岡山大学病院 精神科神経科 助教
	小田幸治	岡山大学病院 精神科神経科 助教
	矢野智宣	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 精神神経病態学 客員研究員
	馬場華奈己	岡山大学病院 看護部 看護師
	土山璃沙	岡山大学病院 医療技術部 臨床心理士
	高田晴奈	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 精神神経病態学 臨床心理士

研究要旨

がん在宅医療においてせん妄は多くみられる精神疾患であるが、そのうち治療可能性の比較的高いものが多いにもかかわらず、実際には対応に難渋するとの理由でやむを得ず在宅医療が中断され入院に至るケースが存在している。そこで、在宅医療に携わる医師や訪問看護師が、せん妄について正確に診断できるのみならず治療可能性についても評価できる知識やスキルの習得を目的とした教育プログラムを構築する。

A．研究目的

せん妄はがん在宅医療において高頻度に見られる精神疾患であり、在宅医療の障壁となりうる。よって、在宅医療に携わる医師や看護師がせん妄に関する知識やスキルを習得することが重要である。本研究では、ロールプレイを用いたせん妄研修会の開発を目的とする。

B．研究方法

在宅医療におけるせん妄への対応について、知識やスキルを盛り込んだビデオを作成する。

臨床経験 5 年以上の在宅医及び訪問看護師を対象とし、せん妄研修会を行う。研修会では、がん在宅医療におけるせん妄の特徴や対応などについての講義を行い、また前述のビデオに

て学習を行う。また、模擬患者と模擬家族を用いたロールプレイにより、診断・治療などのスキルを習得する。

（倫理面への配慮）

研究参加は個人の自由意思によるものとし、研究への同意し参加した後でも随時撤回可能であり不参加による不利益は生じないこと、個人のプライバシーは厳密に守られることを文書にて説明し、対象者本人からインフォームド・コンセントを得た後に行った。

C．研究結果

平成 25 年 2 月 26 日に研修会を行い、在宅医 3 名及び訪問看護師 3 名の参加を得た。研修会

前後で自信度などを問う質問紙による調査とせん妄の知識を問うテストを行い、比較を行った。

D . 考察

テストはせん妄の知識を問うもので 10 問からなる。研修会の前後で同一内容の試験を行い比較検討したところ、研修前に行ったテストは平均値 5.17、標準偏差 0.753、研修後のテストは平均値 6.67、標準偏差 0.816 であった。テストの合計点平均値を対応のある t 検定で比較したところ、 $p=0.007$ (<0.05) となり、有意に差があると考えられた。

また、自信度などを問う質問紙では、22 の質問のうち 15 項目において、研修会前後で有意差を認めた。質問の内容については別紙アンケートの項目を参照のこと。

E . 結論

結果については研修会の有効性が示唆されるものであるが、サンプル数が少ないことが問題点として挙げられる。次年度以降は県外などでも研修会を開催し、在宅医療の質の向上に寄与したい。

F . 健康危険情報

特記すべきことなし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1. Akechi T, Morita T, Uchitomi Y, et al : Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population. J Am Geriatr Soc, 60(2):271-6, 2012
2. Terada S, Uchitomi Y. : School refusal by patients with gender identity disorder. Gen Hosp Psychiatry, 34(3):299-303, 2012
3. Takeda N, Uchitomi Y, et al : Creutzfeldt-Jakob disease with the M232R mutation in the prion protein gene in two cases showing different disease courses: a clinicopathological study. J Neurol Sci, 15;312(1-2):108-16, 2012
4. Shimizu K, Akechi T, Ogawa A, Uchitomi Y, et al : Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. Ann Oncol, 23(8) : 1973-9, 2012
5. Saito-Nakaya K, Uchitomi Y, et al : Stress and survival after cancer: a prospective study of a Finnish population-based cohort. Cancer Epidemiol, 36(2):230-5, 2012
6. Oshima E, Uchitomi Y, et al : Frontal assessment battery and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr, 24(6):994-1001, 2012
7. Ogawa A, Shimizu K, Uchitomi Y, et al : Availability of psychiatric consultation-liaison services as an integral component of palliative care programs at Japanese cancer hospitals. Jpn J Clin Oncol, 42(1):42-52, 2012
8. Ishida M, Onishi H, Uchitomi Y, et al : Psychological Distress of the Bereaved Seeking Medical Counseling at a Cancer Center. Jpn J Clin Oncol, 42(6):506-512, 2012
9. Asai M, Uchitomi Y, et al : Psychological states and coping strategies after bereavement among spouses of cancer patients: a quantitative study in Japan. Support Care Cancer, 20(12):3189-203, 2012
10. Yoshida, H. Uchitomi, Y, et al: Validation of the revised Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) for detecting mild cognitive impairment and dementia in a Japanese population. Int Psychogeriatr, 24(1): 28-37, 2012
11. Inoue S, Uchitomi Y, et al: A case of adult-onset adrenoleukodystrophy with frontal lobe dysfunction: a novel point mutation in the ABCD1 gene. Intern Med, 51(11):1403-6, 2012
12. Yamaguchi T, Morita T, Uchitomi Y, et al: Effect of parenteral hydration

- therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 43(6): 1001-12, 2012
13. Fujimori, M. Uchitomi Y, et al: Communication between Cancer Patients and Oncologists in Japan. New Challenges in Communication with Cancer Patients. 301-313, 2012
 14. Asai M, Shimizu K, Ogawa A, Akechi T, Uchitomi Y, et al: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology. 2012. in press
 15. 矢野智宣, 内富庸介: 周術期のせん妄の診断と治療術前からリスク因子に対応し、必要に応じて薬物治療を. Life Support and Anesthesia, 19(2): 144-148, 2012
 16. 藤原雅樹, 内富庸介, 他: うつ状態に対する lamotrigine の急性効果の検討. 臨床精神薬理, 15(4): 551-559, 2012
 17. 内富庸介: がん患者の抑うつと薬物治療. 臨床精神薬理, 15(7): 1135-1143, 2012
 18. 内富庸介: がん医療においてサイコオンコロジスト築いてほしい心のケア体制. CLINICIAN, 59: 26-32, 2012
 20. 内富庸介: がん医療におけるコミュニケーションスキル. 造血細胞移植, 24:2-3, 2012
 21. 内富庸介: 新規抗うつ薬. CLINICIAN, 59(8): 14-17, 2012
 22. 矢野智宣, 内富庸介, 他: うつ病を伴う口腔灼熱感症候群に pregabalin が有効であった1例. 精神医学, 54(6): 621-623, 2012
 23. 内富庸介: がん患者の意思決定を支援する. Nursing Today, 27(5): 50-53, 2012
 24. 内富庸介: 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル SHARE プロトコール. PSYCHIATRIST, 17: 5-22, 2012
 25. 井上真一郎, 内富庸介: B.サイコオンコロジー. 乳腺腫瘍学. 日本乳癌学会(編), 金原出版株式会社, 325-330, 2012.
 26. 内富庸介: サイコオンコロジー領域における抗うつ薬の役割. Depression Strategy うつ病治療の新たなストラテジー. 小山司/監修, 先端医学社, 7-12, 2012.
 27. 井上真一郎, 内富庸介: 緩和医療におけるせん妄症例 B. 病棟・ICU で会うせん妄に診かた. 八田耕太郎, 岸泰宏(編), 中外医学社, 153-167, 2012
 28. 寺田整司, 内富庸介: 認知症を伴う糖尿病性腎症患者のケーススタディ. 糖尿病×CKD 診療ガイド Q&A. 榎野博史(編), 南山堂, 167-168, 2012.
 29. 小川朝生/内富庸介(編): 精神腫瘍学クリニカルエッセンス. 日本総合病院精神医学学会がん対策委員会(監修), 創造出版, 1-333, 2012.
2. 学会発表
 1. 内富庸介: 患者意向を重視したコミュニケーション技術研修(SHARE): 5年間の軌跡, 第10回日本臨床腫瘍学会学術集会, 大阪, 2012.7, 演者
 2. 白井由紀, 内富庸介: 治療を決める際のがん患者質問促進パンフレットの有用性について, 第10回日本臨床腫瘍学会学術集会, 大阪, 2012.7,
 3. 内富庸介: がん患者とのコミュニケーションを多職種で支える~チーム医療の新たなアプローチ~, 第50回日本癌治療学会学術集会, 横浜, 2012.10, 座長
 4. 内富庸介: 脳腫瘍患者・家族への心の支援: 精神腫瘍学の立場から, 第30回日本脳腫瘍学会学術集会, 広島, 2012.11, 教育セミナー
 5. 内富庸介: 統合失調症: 脳・生活・思春期発達の交点, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.15, 座長
 6. 大林芳明、流王雄太、高木学、高橋茂、内富庸介: うつ病患者に投与した mirtazapine がアカシジアを引き起こした2症例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.15, 一般演題
 7. 板倉久和、藤原雅樹、児玉匡史、大澤和宏、光井祐子、千田真友子、酒本真次、岡部伸幸、内富庸介: 緊張状態を呈し、たこつば型心筋症を発症した Parkinson 病の一例, 第53回中国・四国精神神経学会/第36回中国・四国精神保健学会, 岡山, 2012.11.15, 一般演題

8. 馬庭真理子、河田敏明、藤原雅樹、小田幸治、高木学、内富庸介：左後頭葉術後に出現した器質性精神障害に対してリハビリテーションが有効であった一例，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012.11.16，一般演題
9. 千田真由子、松本洋輔、水木寛、高木学、岡部伸幸、内富庸介：非けいれん性てんかん発作重積を呈した一例，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012.11.16，一般演題
10. 井上真一郎、土山璃沙、馬場華奈己、矢野智宣、小田幸治、岡部伸幸、寺田整司、内富庸介：精神科医によりせん妄と診断された患者における身体科医からの紹介病名についての検討，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012.11.16，一般演題
11. 小田幸治、土山璃沙、馬場華奈己、矢野智宣、井上真一郎、岡部伸幸、寺田整司、内富庸介：岡山大学病院における「精神科リエゾンチーム加算」の算定および運用方法について，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012.11.16，一般演題
12. 光井祐子、藤原雅樹、岡久祐子、児玉匡史、岡部伸幸、内富庸介：遷延した意識障害が体重増加と共に改善した神経性無食欲症の一例，第 53 回中国・四国精神神経学会/第 36 回中国・四国精神保健学会，岡山，2012.11.16，一般演題
13. 内富庸介：精神腫瘍学，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012.11，座長
14. 内富庸介：がん患者の心のケア～精神医学と心理学の配合加減～，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012.11，座長
15. 内富庸介：英語論文を査読するときのポイント，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012.12.1，演者
16. 内富庸介：抗うつ薬の反応予測，そして奏効しない際の次の一手は，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012.12，座長
17. 馬場華奈己，内富庸介，他：岡山大学病院における術後せん妄対策の実際 - 周術

期管理センター連携モデル - ，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012.11，ポスター

18. 小田幸治，内富庸介，他：岡山大学病院における「精神科リエゾンチーム加算」の算定及び運用方法について，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012.11，ポスター
19. 清水研，明智龍男，小川朝生，内富庸介，他：肺がん患者に合併する抑うつ危険因子について：身体・心理・社会面の包括的検討，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，東京，2012.11，ポスター

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

特記すべきことなし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための プログラムの開発と教育に関する研究

研究分担者	川越 博美	医療法人社団パリアン・看護部長
研究協力者	Kenneth L. Zeri 林 直子	Hospice Hawaii・President and CPO 聖路加看護大学・教授

研究要旨

看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための教育プログラムの開発とそのプログラムにのっとった教育することを目的として4段階に分けて研究を進めた。ステップ1は教育プログラムの基礎資料としての文献検討。ステップ2は同じく基礎資料として緩和ケア訪問看護師に求められる実践能力のインタビュー調査を行った。

文献検討の結果、教育内容は、緩和ケアの定義、症状マネージメントや倫理的問題、臨死期の看取りなど16項目が抽出された。また、評価方法については、PCQNやNKASなどを用いて、前後比較の知識テストや態度評価を数カ月後に行っているものがみられた。また、多くのプログラムでは実習は緩和ケア病棟の実習にとどまっていた。

インタビュー調査では、「医師と連携し自律して症状緩和ができる」「謙虚に患者・家族に向き合い思いを組む」「患者・家族にデスエデュケーションができる」「医療的な管理ではなく、患者・家族自身の生活を支える」など13項目が抽出された。また、現場での実習が在宅緩和ケアの教育には必須であるという意見が多かった。ステップ3では、文献検討とインタビュー調査から抽出された項目を合わせ、研究者8名で項目を精選し、教育プログラム案を作成した。そしてコンサルテーションを受け最終的な教育プログラムとした。ステップ4では、開発したプログラムに則った講義と実習を行い、評価指標のアンケートや実習記録によって教育プログラムを評価した。

A．研究目的

本研究の目的は看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための教育プログラムを開発し、実施・評価することである。

B．研究方法

STEP 1 文献検討

MEDLINE・CINAHL・医中誌 Web を用いて【在宅ケア】【緩和ケア】【看護師の実践能力】【教育プログラム】をキーワードに1997年から2012年までの15年間にわたり網羅的に文献検討を行った。また在宅緩和ケア教育プログラムを保健・医療分野に限らず幅広い領域から収集、分析し、教育内容、実施方法、評価方法等について抽出した。

STEP 2 インタビュー調査

在宅で緩和ケアを行う訪問看護師に必要なとされる知識及び実践能力を在宅緩和ケアのスペシャリスト(医師5名と看護師7名)にインタビューし情報を収集した。収集した情報は、内容分析の手法で分析し、緩和ケア訪問看護師に必要な知識と実践能力を抽出した。分析の全過程を通して、研究班のメンバーで質的研究に長けた者2名のスーパーバイズを受けることにより、信頼性を確保した。

STEP 3 教育プログラムの作成

STEP 1の文献検討で抽出された項目とSTEP 2のインタビューから抽出された在宅緩和ケア看護師に必要な実践能力をもとに看護師を対象とした在宅緩和ケア教育プログラム案を作成し、共同研究者であるNHPCO理事のkenneth Zeri氏にコンサルテーションを受け、教育プログラムを作成した。

STEP 4 教育プログラムにそった教育と評価

開発した教育プログラムにのっとして、訪問看護師、緩和ケア訪問看護師を目指す病院の看護師を対象に教育を行いプログラムを評価した。評価には中澤等が開発し、信頼性と妥当性が検証されている、「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感の評価尺度」を用い、講義の前と後、実習後にアンケートをとり、実習に参加した人には実習記録(看護記録・ケアプラン・振り返りシート)を提出してもらい分析した。

(倫理面への配慮)

インタビュー調査・教育プログラム実施と評価については、医療法人社団 パリアンの倫理委員会の承諾を得た。

意志であること、不利益はないことを説明し、アンケートの協力を得た。

C. 研究結果(図1)

STEP 1 文献検討結果

検索された文献にハンドサーチ文献も含めた216文献の内容を検討し、研究目的に合致した英文献48件・和文献7件を研究対象とした。また研修プログラム和文献10、英文献7も研究対象とした(資料1)。教育プログラムの形式は、講義形式1件・講義と演習の形式5件・その他にオンライン形式等がみられた。現場での実習は緩和ケア病棟や訪問看護ステーションの見学実習にとどまり、在宅での実習を含めたプログラムは

なかった。教育内容は、緩和ケアの定義、症状マネジメントや倫理的問題などの15項目が抽出され、疼痛緩和を含んだものが15件、臨死期の看取りを含んだものが9件・家族ケアを含めたものが8件と多かった(資料2)。また、評価方法については、PCQNやNKASなどを用いて、前後比較の知識テストや態度評価を数カ月後に行っているものがみられた。在宅緩和ケア教育に必要な内容が抽出されたが、教育の評価方法については時期も含めた検討が必要であることがわかった。

STEP 2 インタビュー内容の分析結果

インタビュー調査から抽出された緩和ケア訪問看護師に求められる知識と実践能力は、13カテゴリーが抽出された。「医師と連携し自律して症状緩和ができる」「患者・家族にデスエデュケーションができる」「医療的な管理ではなく、患者・家族の生活を支える」「死に向かっていく患者をケアする」「緊急時に判断をし、対応ができる」「家族の力を信じ、支え、看取れる家族に育てる」「在宅緩和ケアチームを作り、育てる」「末期がん患者を看取れる地域をつくる」という実践能力と「謙虚に患者、家族と向き合い思いを汲む」「自分の力量を知り、判断・ケアに責任をもつ」「患者・家族の生き方や価値観を受け止め、尊重したケアをする」「状況に応じて自分の立ち位置を変えられる」の態度を表すカテゴリーが抽出された。

STEP 3 教育プログラム案の作成

文献検討から得られた15項目(下位項目49項目)とインタビュー調査の結果から抽出された13カテゴリーをあわせ、研究者8名(大学研究者5名・緩和ケア訪問看護師3名)の検討により、10項目からなる教育プログラム案を作成した。また教育形式として、インタビュー結果から「現場での教育が必要」「事例を振り返り成長する」「現場で学ぶ」「チームの中で実践を重ねる」の項目が抽出されたので、講義と現場での実習をすることにした。講義で獲得すべき知識と実習で獲得すべき知識も整理した。OJTでは教育に時間を割くことが難しく、効果的・効率的に教育することが求められるからである。

作成した教育プログラムに関して、NHPCOの理事よりコンサルテーションを受けた(写真1)。その結果、項目数には変更はなかったが、教育のよりどころとなる在宅緩和ケア基準が日本では認められていないこと。国としての在

宅緩和ケア教育基準がないことなどが指摘された。教育項目の中で「コミュニケーション」「チームを組むこと」が特に重要であること、またプログラムの評価は、困難な問題だが、患者・家族による評価が重要であると指摘を受けた。

ステップ4.教育プログラムの実施・評価

講義は、2月9日・10日の2日間にわたって実施した。申し込み者は80名にのぼったが、会場の都合などで55名に受講許可証を送った。2日間わたって参加した人は53名であった(写真2、写真3)。そのうち実習にも参加した人は15名である。実習希望者は定員をはるかに上回り、在宅緩和ケアについての実践的学ぶを希望する者が多いという感触をえた。実習は、緩和ケア訪問看護ステーション連絡会(PCNS)が所属する訪問看護ステーション及び医療機関の訪問看護部(北海道、東京2件、静岡、奈良、愛媛)で実施した。実習の質を担保するために、医師と一体化したチームであること。末期がん患者年間看取り数が30件以上、看取り率が60%以上の施設で、CNS・認定看護師あるいはそれと同等の能力と経験を有する指導者がいることとした。また教育プログラムで示した項目が習得できるよう実習要項・実習の手引き・実習記録を作成しどの施設でも同じものを使ってもらった(資料3、資料4)。それにより実習施設が異なっても実習方法ができるだけ統一できるよう配慮した。

講義前後のアンケートは現在、分析中である。実習は、まだ行われていないため、アンケート調査は未実施である。終了後、アンケートを集計し、開発した教育プログラムの評価を行う予定である。

D. 考察

看護師を対象とした在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための教育プログラムの開発をするために、文献検討とインタビュー調査を行った。その結果、実践能力を習得するためには、知識習得を目指した講義だけではなく、緩和ケアを実践している現場で学ぶこと、患者・家族とのかかわりの中で学ぶこと、医師と看護師のチームケアが円滑に行われている現場で実践することの重要性が明らかになった。そのためには、講義と実習を合わせたプログラムの有効性が示唆された。

E. 結論

文献検討とインタビュー調査の結果から、看護師の在宅緩和ケアの実践能力を習得するための教育項目を抽出した。また、実践力を習得するためには、講義だけでなく実習もあわせてプログラムし、現場で患者・家族・チームメンバーとの関わりから学ぶことの重要性が明らかとなった。

今後、今回作成した教育プログラムの評価を行い、プログラムの見直しを行っていきたい。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第18回日本緩和医療学会学術大会 発表予定

1) 池口佳子、林 直子、川越博美、本田晶子、大畑美里、内田千佳子、中山直子「緩和ケア訪問看護師教育プログラム開発に向けた文献検討」

2) 渡邊美也子、川越博美、廣岡佳代、内田千佳子、櫻井雅代、扶蘊由起、山崎美恵「在宅緩和ケアを担う訪問看護師の実践能力 - 教育プログラム作成の基礎資料として - 」

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

特記すべきことなし

図 1. 研究のプロセス



国内外の文献と教育プログラムの検討

国内外の文献と教育プログラムの検討から抽出した教育項目	
1. 定義・理念	A 歴史 B 緩和ケアのゴール
2. 現状	A 疫学 B 日本人の死 C がん治療・化学療法 D 在宅末期がん患者 E 法的知識・費用等
3. 在宅療養への移行関連	A 在宅ホスピスケアの準備
4. 在宅緩和ケアシステム	A 緩和ケアチームの体制準備
5. ターミナルケア各期の理解	A 病態生理 B 死に逝く患者の心理プロセス C 家族の心理プロセス
6. 対象別	D 高齢者のEOL B 小児緩和ケア
7. 症状ケア・マネジメント	A トータルペイン・トータルケア B 痛み C 消化器症状 C 呼吸器症状 D 皮膚症状 E リンパ浮腫 F 精神症状 G 口腔ケア H スピリチュアルケア I 全身倦怠感 J 代替療法(マッサージ等)K 急変対応
8. 臨死期のケア・看取り	A 死に逝くプロセスの支援 B 死亡確認 C 死後のケア
9. 家族・遺族ケア	A 家族の心理プロセス B 終末期・看取りの準備教育 C 臨死期の家族ケア
10. 制度・社会資源の活用	A 疼痛緩和のための医療供給体制 B インフォーマルサポートとの連携
11. チームケア	A チーム運営の実際 B 施設・地域・医療者間の連携
12. コミュニケーション	A コミュニケーション B 他職種とのコミュニケーション C 悪い知らせを教える
13. 看護師の役割	A リーダーシップ B 訪問看護師が行う医療行為 C 必要な実践力 D 日常生活を支える為の看護
14. スタッフケア	A メンバーのサポート B 心理的ケア
15. 倫理的問題と対応	A インフォームドコンセント、告知 B 自己決定・インフォームドチョイス C 緩和ケアにおける倫理的問題 D セデーションに関すること
16. 教育プログラムのスタイル	A 講義 B グループワーク C 事例検討 D ビデオ視聴 E 実習 F その他



インタビュー調査から、在宅緩和ケアを行う看護師の実践能力の抽出

インタビュー調査からの在宅緩和ケアを行う看護師の実践能力
 医師と連携し自律して症状緩和ができる
 謙虚に患者、家族に向き合い思いを汲む
 患者、家族にデスエデュケーションができる
 医療的な管理ではなく、患者、家族自身の生活を支える
 自分の力量を知り、判断・ケアに責任をもつ
 患者・家族の生き方や価値観を受け止め、尊重したケアをする
 死に向かっていく患者をケアする
 緊急時の判断をし、対応ができる
 家族の力を信じ、支え、看取れる家族に育てる
 在宅緩和ケアチームを作り、育てる
 末期がん患者を看取れる地域をつくる
 危機にある患者、家族の揺らぎを支える
 状況に応じて自分の立ち位置を変えられる

STEP 3

教育プログラム（案）の作成

国内外の文献と教育プログラムの検討
インタビュー調査から在宅緩和ケアを行う看護師の実践能力の抽出

研究者8名による教育項目の検討

教育項目 10項目

1. 定義・理念
2. 在宅緩和ケアシステム
3. 症状ケア・マネジメント
4. 臨死期のケア・看取り
5. 家族・遺族ケア
6. 制度・社会資源の活用
7. チームケア
8. コミュニケーション
9. 看護師の役割
10. 倫理的問題と対応

コンサルテーション

- ・ 緩和ケアの基準を作成すること
- ・ 教育項目の「チームケア」「コミュニケーション」が重要
- ・ 評価は、ケアを受ける患者・家族を対象にすることが望ましいが難しいこと

STEP 4

教育プログラムの実施

講義
(2日)

+

実習(5日)

緩和ケアを専門とし、医師とチームを組んでいる訪問看護ステーション・診療所の訪問看護門(PCNS所属機関)

写真1. Kenneth Zeri 氏によるコンサルテーション



写真2. 教育プログラムでの講義の様子



写真3.教育プログラムでのグループワークの様子



資料 1. 文献検索の結果

	KEY WORDS	1997～2012 CINAHL Plus with full text	医中誌 1997～2012	Medline 1997～2012
A 在宅ケア	home nursing, professional home visits	7383	33596	14094
B 緩和ケア	palliative care terminal care hospice care end-of-life care pain control pain management	39291	30977	105277
C 看護師の 実践能力	clinical competence cultural competence nursing skills nursing knowledge professional competence	40091	19757	18726
D教育プロ グラム	staff development education, competency-based needs assessment	23888	26983	21452
(A or B)and C and D		162	21	16
文献の重なりを除き		英文献 177 件 和文献 21 文献		
レビュー該当文献数		<p>*最終該当文献：英文献 48 文献 和文献 7 文献</p> <p>内訳 英文献：32 文献（1～32） 和文献：5 文献（和 1～5） ハンドサーチ文献：英文献 16（H1～H16） 和文献 2（H和 1～H和 2）</p> <p>*研修プログラム（ガイドライン含む） 和文献 10 英文献 7</p>		

資料2. 文献から抽出した教育項目

項目	内容	論文番号	計
1. 定義・理念	A 歴史		
	B 緩和ケアのゴール	8、16(緩和ケアの原理)、H15	2
2. 現状	A 疫学		
	B 日本人の死		
	C がん治療・化学療法	H8	1
	D 在宅末期がん患者		
	E 法的知識・費用等	16、H4(アドバンス)	2
3. 在宅療養への移行関連	A 在宅ホスピスケアの準備		
4. 在宅緩和ケアシステム	A 緩和ケアチームの体制準備	H4(ベーシック)	1
5. ターミナルケア各期の理解	A 病態生理	24、和1	2
	B 死に逝く患者の心理プロセス	6、和1	2
	C 家族の心理プロセス	6、和1	2
6. 対象別	D 高齢者のEOL	8	1
	B 小児緩和ケア		
7. 症状ケア・マネジメント	A トータルペイン・トータルケア	H8、H13、H15、H16、14(症状の明記なし)	5
	B 痛み	1、5、8、9、10、13、20、21、24、30、H4(ベーシック)、H8、H13、H14、H15	15
	C 消化器症状	8、H4(ベーシック)、H14	3
	C 呼吸器症状	8、14	2
	D 皮膚症状	8	1
	E リンパ浮腫	8	1
	F 精神症状	8	1
	G 口腔ケア	8	1
	H スピリチュアルケア	6	1
	I 全身倦怠感		
	J 代替療法(マッサージ等)		
	K 急変対応	14、H4(アドバンス)	2
	8. 臨死期のケア・看取り	A 死に逝くプロセスの支援	6、8、H4(ベーシック)、H8、H12、H13、H14、H15、H16
B 死亡確認		H8、H12、H13、H15、H16	5
C 死後のケア		H8、H12、H13、H14、H15、H16	6
9. 家族・遺族ケア	A 家族の心理プロセス	6、16、H8、H12、H13、H14、H15、H16	8
	B 終末期・看取りの準備教育	6(葬儀方法含む)、16、H8、H12、H13、H14、H15、H16	8

	C 臨死期の家族ケア	6(子供を亡くした時)、25、30、H8、H12、H13、H15、H16	8
10. 制度・社会資源の活用	A 疼痛緩和のための医療供給体制	H4(ベーシック)	1
	B インフォーマルサポートとの連携		
11. チームケア	A チーム運営の実際	H4(ベーシック)	1
	B 施設・地域・医療者間の連携		
12. コミュニケーション	A コミュニケーション	30、H4、H6、H8、H15	5
	B 他職種とのコミュニケーション		
	C 悪い知らせを教える	H16	1
13. 看護師の役割	A リーダーシップ	16	1
	B 訪問看護師が行う医療行為		
	C 必要な実践力		
	D 日常生活を支えるための看護	17、29	2
14. スタッフケア	A メンバーのサポート		
	B 心理的ケア		
15. 倫理的問題と対応	A インフォームドコンセント、告知		
	B 自己決定・インフォームドチョイス		
	C 緩和ケアにおける倫理的問題	8、30(内容詳細不明)	2
	D セデーションに関すること		
16. 教育プログラムのスタイル	A 講義	16、24、H8、H12、H13、H14	6
	B グループワーク	16、H8、H13、H14	4
	C 事例検討	20、H14	2
	D ビデオ視聴		
	E 実習		
	F その他	16、H12(オンライン)	2

H:ハンドサーチ

**厚労科研「在宅緩和ケアにおける実践能力習得のための教育
プログラムの開発と教育」**

実習要項



平成24年度厚労科研 堀田班 分担研究班

緩和ケア訪問看護ステーション連絡会

．実習目的

末期がん患者とその家族を全人的に理解し、チームで質の高い在宅緩和ケアを提供することができるよう、実践能力を高める。

．実習目標

- 1．末期がん患者のトータルペインをアセスメントし、患者の居宅において緩和ケアを提供することができる。
- 2．家族に必要なケアを理解し、必要な家族支援を提供できる。
- 3．末期がん患者・家族に必要なサービスを調整すると共に、チームをマネジメントし、在宅緩和ケアのチームの一員としてサービスを提供できる。
- 4．在宅緩和ケアへの移行期にある末期がん患者およびその家族への支援を通じて、病院との連携、退院支援のあり方について考えることができる。
- 5．自己が持つ価値観に気づき、末期がん患者とその家族の価値観を尊重したケアができる。

．実習日程

1．実習

日時：平成 25 年 2 月 18 日（月）～22 日（金）の 5 日間
9 時～ 17 時（予定）

* 実習時間はあくまでも予定です。詳細は各施設の担当者にご確認ください。

場所： 北海道：ホームケアクリニック札幌
東 京：ケアタウン小平訪問看護ステーション
東 京：訪問看護パリアン
静 岡：坂の上ファミリークリニック
奈 良：ホームホスピスひばりクリニック
愛 媛：ベテル訪問看護ステーション

服装：訪問看護にふさわしい服装

（例：実習担当者にご相談ください ジーパンはご遠慮ください。）

持ち物：ステートなど

．実習方法

- 1．末期がん患者を 1 名以上受け持ち、基本情報、訪問看護記録、週間サービス経過表を作成し、事例に即した訪問看護を提供する。また、受け持ち以外の患者にもチームの一員として積極的に関わる。
- 2．実習施設での勉強会、カンファレンスに積極的に参加する。

3. 患者宅への移動手段は、担当の看護師に確認する。自転車、車、バスや電車などがある。バスや電車等移動に必要な運賃は、各自負担とする。
4. 昼食は、訪問予定をみながら実習担当者と相談して調整する。各自負担とする。

. 実習記録

所定の記録用紙を用い、記録を行う。

1. 基本情報（様式1）
2. 訪問看護記録（様式2）
3. 振り返りシート（様式3 様式4）
4. 週間サービス計画表（様式5）

. 振り返り

1. 振り返り

受講生は、実習を通じて気づいた自己課題、強みを振り返り、今後、自施設においてどのような学習や経験を積んでいくべきかなどを明らかにする。

2. 修了書の発行

講義・実習双方を修了した受講生に修了書を発行する。（全日程）

. 実習にあたっての留意点

1. 訪問している患者、家族に迷惑をかけないように、また、訪問看護ステーションの日常業務を妨げないようにご注意ください。
2. 特に患者宅においては、訪問の基本的マナーを忘れないようにしてください。
3. 実習施設、患者宅で知りえた個人情報などについては、看護師として守秘してください。（SNS、ブログなどにおいて、決して実習状況などを記載してはならない）
4. やむを得ず実習を休む場合には、速やかに実習担当者に電話連絡をしてください。

. 事前準備

1. 実習目標の明確化

- ・ 日々の実践の目標を立案して、訪問看護を提供すること。
- ・ 在宅緩和ケアにおける自己の課題を明らかにしておくこと。

2. 事前学習

参考図書を活用し、以下の項目を中心に事前学習を行う。

- ・ ホスピス緩和ケアの歴史
- ・ 訪問看護の基礎知識
- ・ 医療/介護保険制度
- ・ チームケア

・その他

本実習は、厚生労働省科学研究費による助成を得て行っている研究の一部です。お手数ですが、講義前、講義終了後、実習終了後に簡単なアンケートを行いたいと考えています。アンケート内容は統計的に処理し、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

【参考図書】

林直子：痛みのアセスメントツール、EBNURSING、156-165、中山書店、2005。

平原佐斗司、茅野義和：チャレンジ！在宅緩和ケア、南山堂、2009。

「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会：ホスピス緩和ケア白書、日本ホスピス緩和ケア研究振興財団、2012。

角田直枝編集：最新 訪問看護研修テキスト ステップ2 緩和ケア、日本看護協会出版会、2005。

川越博美：在宅ターミナルケアのすすめ、日本看護協会出版会、2002。

川越博美・佐藤美穂子・山崎麻耶編集：最新 訪問看護研修テキスト ステップ1、日本看護協会出版会、2005。

川越博美・水田哲明：「在宅ホスピスケアの基準」についての解説．臨床看護, 24(7):

川越厚編：家庭で看取る癌患者-在宅ホスピス入門- メヂカルフレンド社 1991

川越厚：在宅ホスピスケアを始める人のために、医学書院、1996．1125-1129, 1998.

ターミナルケア編集委員会編集：ナースのためのホスピス緩和ケア入門 援助の支店と実際、三輪書店、2002。

厚生労働省：「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>

OPTIM：ステップ緩和ケアムービー <http://gankanwa.jp/tools/pro/index3.html#F-4>

恒藤暁：最新緩和医療学、最新医学社、1999。

梅田恵・射場典子編集：看護学テキスト NiCE、南江堂、2011。

全国訪問看護事業協会監修：早期退院連携ガイドラインの活用、日本看護協会出版会、2006。

資料 4. 実習の手引き

実習指導の手引き（実習施設用）

1. 実習時間

- ・各施設のスタッフの勤務時間内を実習時間としてください（たとえば9時～18時）
（24時間ケアの担当で緊急訪問をする場合はこの限りではありません）
- ・チームカンファレンスや実習の振り返りはできるだけ実習時間内に行ってください。
（時間外に行われる施設内の勉強会や地域の行事などに参加するときはこの限りではありません。）
- ・5日間の実習を理由なく欠席した場合は、修了書は出せません。

2. 実習内容

【受け持ち患者と経験項目】

- ・最低1名のがん患者を受け持ち、基本情報・訪問看護記録・振り返りシート・週間サービス計画表を作成し、指導者はそれを確認し指導をしてください。
- ・同行訪問・医師との同行訪問を交えながら実習をすすめてください。受け持ち患者については、実習生が主体的に看護できるよう、実習生の看護を見守りながら指導をお願いします。
- ・受け持ち以外でも構いませんが、看取りのケア（死後のケアを含む）は経験できるようご配慮をお願いします。（医師の死亡確認と看護師の死後のケアの関係）
- ・疼痛コントロールについては裁量権をもって自分で考えられるよう指導をお願いします（オピオイド投与・麻薬の処方と管理・できれば持続皮下注射・医師への報告など）

【日々の実習の振り返り】

- ・1日の実習の終わりには、短時間でもよいので振り返りの時間をもち、明日の訪問につなぐことができるようにしてください。

【医師とのチームケア】

- ・チームカンファレンスで受け持ち患者のことについて発言できるよう指導してください
- ・医師とのチームの組み方がこのプログラムでのキーポイントとなりますので、どのように医師とチームを組むか実習の中に盛り込んでください（事前約束のようなもので医師とチームを組んで裁量権をもって看護する・相談、報告の方法など）

【多職種とのチームケア】

- ・退院する患者の病院との連携についてそれぞれの施設の方法を指導してください。
- ・相談外来がある施設は、相談外来を見学できるようお願いします。
- ・退院前訪問があれば同行できるようお願いします
- ・介護保険サービス、とくにケアマネジャーとの連携について、実際に受け持ち患者をとおして経験できるよう指導してください。

【倫理的配慮】

- ・ 患者さん家族の権利を守るとは具体的にはどういうことか、実践を通じて考えることができるよう機会を作ってください。

【地域との連携】

- ・ 地域向けの講演やカンファレンス、勉強会などがあれば、参加できるように調整をお願いします。

3 記録物

【実習に関する記録物】

- 基本情報(様式 1)
- 訪問看護記録(様式 2)
- 振り返りシート(様式 3 様式 4)
- 週間サービス計画表 (様式 5)

【研究に関する記録】

- アンケート(知識・態度・困難感測定の尺度と本プログラムの感想)
- 振り返りシート
- 実習記録

4 実習中で身につけてほしい内容

今回のインタビュー調査から、在宅緩和ケアの訪問看護師の実践力を身につけるための教育項目として、下記のものがあがりました。

- 「在宅緩和ケアの理念」「がんに関する知識と症状緩和の理解」
- 「患者、家族の状況に応じたケアマネジメント」「説明する力」「対象理解とアセスメント」「予測的なケア」「生活をもみる視点と支援方法」「家族ケア」
- 「円滑なコミュニケーション」
- 「24時間ケア」「看取りができる地域づくり」「病院との連携」
- 「チームづくり」「医師とのチームケア」
- 「訪問看護の特徴の理解」「訪問時のマナーと一般常識」「訪問看護師のスタンディングポジション」
- 「訪問看護師としての役割認識」
- 「意思決定の支援」「生き方、価値観の尊重」「死生観を深めること」「自分自身を知る」「柔軟な思考と対処」「謙虚な姿勢」です。

講義で身につけられる知識もありますが、実際の現場で、末期がん患者家族のケアを通じてしか学べない項目もあります。上記の項目を踏まえ、下記に教えていただきたい内容をあげました。

先を予測し、できるケアを考えること

末期がん患者・家族のアセスメントの視点、末期がん患者の病状を予測的にアセスメントし、できるケアを考えることを指導してください。例) 家族の介護負担や家族関係を予測し家族調整をする。内服困難になった時のオピオイドローテーションの時期を見通す。経口摂取困難になった時の対応

家族ケア

家族を一つの単位でみること、家族もケアを受ける対象であるが、ケアの担い手であることを伝えてください。アセスメントをする際に、家族の視点でみられているか指導してください。

マネジメント、調整

患者、家族の状況に合わせたケアを考え調整すること、ケア提供者のケア内容と評価、サービスの調整の実際を指導してください。

訪問看護の特徴

訪問する際のマナー（態度。言葉遣い等）など、実際の訪問を通じて、指導してください。プロの訪問看護師として家族に入りこむときのスタンディングポジションを伝えてください。

24 時間ケア

末期がん患者は、病状が変化しやすく、それに伴い慌てる家族もいます。だから、患者家族が、いつでも相談できること、対応してくれる 24 時間対応システムは必須です。末期がん患者をケアする上で、24 時間ケアの必要性と実際を伝えてください。

倫理的なこと

本人、家族の生き方を支えることはどういうことか。訪問看護師として意思決定にどのように関わっているか、緩和ケアの倫理的ジレンマなどを私見を伝えてください。

看取りができる地域づくり

超高齢化に伴う多死時代を迎えるにあたり、緩和ケアを実践するだけでなく、看取れる地域を創っていくことが重要です。特に、PCNS メンバーが所属する施設は取り組まれていることと思います。勉強会や講演会など参加できる機会があればお願いします。機会がなければ、貴施設が考える地域づくりをお話ください。

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に関する研究

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
ユニット長

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、その実施可能性を検証することを計画した。

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する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 一貫した目標の設定、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、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、リアルタイムに情報を共有することが可能となる、電話と異なり患者の自由な時間にモニタリングをする事が可能となり患者の負担が軽減すること、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、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、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、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」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。

景情報：年齢、性別、身長、体重、BMI。

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

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。

Activities 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。

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。

Karnofsky 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

Timed 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。

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

Montreal 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。

Confusion 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多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、高齢者総合的機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment: CGA)と、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られ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、通常の外来診療に比して、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。

通常の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。通常の外来診療に比して、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的・身体的不利益は基本的にはないと考えられる。ただし、各質問票の中には心理的問題を扱う設問もあり、心理的侵襲が生じる可能性もあるため、インタビューの際には負担の軽減に努め、もしも専門家との相談の希望があれば精神科医が対処する。治療にかかる費用については、健康保険の範囲内で対象者が負担する。

3.3 社会に対する貢献

本研究を実施する事により、ICTを利用した多職種によるマネジメントシステムの実施可能性を明らかにすることができる。実施可能性が示された場合には、本研究に引き続いて予定している本システムの効果の検証とあわせて、わが国の医療体制で実現可能な外来における多職種協働ケアのシステムの確立に貢献することができる。

4. 症例数と研究期間

4.1. 症例数

(1) 目標症例数 40例。

(2) 算定根拠

国立がん研究センター東病院で肺がん 期と診断される患者は、年間約100名程度であり、このうち対象となる患者は80%程度であると推測される。本研究は実施可能性試験であり、同様の先行研究にならい30例程度の症例集積を予定する。脱落症例が20%程度いることを考慮し、本研究のエントリー数は40例を目標とする。

4.2. 研究期間

研究許可日から1年間とする。

5. エンドポイント

5.1. プライマリ・エンドポイント

6ヶ月後のマネジメント完遂率

5.2. セカンダリ・エンドポイント

(1) 6ヶ月後のQOL評価(FACT-L, QLQ-C30)

(2) 3ヶ月後、12ヶ月後のQOL評価(FACT-G, QLQ-C30)

(3) 6ヶ月後のCGAスコア

(4) 6ヶ月間の入院日数

(5) 介入期間中、外来にて行われたコーディネ

ート件数と導入された医療資源の数と頻度

(6) ESAS-r スコア 6 点以上の日数

(7) ESAS-r スコア 6 点以上が報告されてから対応されるまでの時間

(8) 実施された介入内容の記述

6. 統計解析

6.1. 主要な統計解析

プライマリ・エンドポイントに関する判定は、6 ヶ月後のマネジメント完遂率が 50%以上であれば研究に妥当性があり、実施可能であると判断することとする。

進行終末期患者に関する先行の研究では、実施率は 39-60%^{18, 19)}との報告がある。また、新規に進行肺がんと診断された患者に対する包括的な緩和ケア介入に関する先行する実施可能性試験では、50%以上の完遂率で妥当性があると定義している (Temel ら, 2007)²⁰⁾。本研究では、従来の進行がん患者を対象とした縦断研究と同等の完遂率が必要と考え、50%以上で妥当性があると判定することとした。

6.2. 副次的な統計解析

(1) 6 ヶ月後の QOL 評価 (FACT-L, QLQ-C30)、3 ヶ月後、12 ヶ月後の QOL 評価 (FACT-G, QLQ-C30)、6 ヶ月後の CGA スコアの変化については、反復測定分散分析法により解析する。

(2) 6 ヶ月間の入院日数、外来にて行われたコーディネート件数と導入された医療資源の数、頻度、ESAS-r スコア 6 点以上の日数、ESAS-r 6 点以上が報告されてから対応されるまでの時間、教育的介入の件数、については、単純記述統計を行う。

(3) 実施された介入内容に関しては、介入記録をもとに患者・家族には本システムの有用性ならびに利用上の問題点、利用した満足度・推奨するか否かを定めたフォーマットに従いインタビューをおこなう。あわせて、マネジメントに参加した医療従事者を集めてフォーカスグループを実施し、介入内容およびその改善点についてテキストマイニング法による質的検討をおこなう。

7. データの取り扱い

7.1. データの収集

収集された調査票・質問紙は、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において管理する。

個人を特定する情報には、氏名ならびにカルテ番号を用い、説明・同意文書、調査票、質問紙の管理には、患者ごとに割り当てるエントリー番号を用い、連結匿名化とする。

症状モニタリング・マネジメントに関連する情報は、厚生労働省・総務省が定めた医療情報外部保管ガイドライン (厚生労働省が定めた「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.1 版」) ならびに厚生労働省・総務省が定めた「ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン第 1.1 版」、「ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドラインに基づく SLA 参考例」) に準拠した IT クラウド型の情報共有システムを通じて収集する。

7.2. データの解析

データの解析は、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にて行う。

7.3. データの保存

研究者は、研究に関する全ての個人情報 (症状モニタリング・マネジメントに関する ICT クラウド上の関連する情報、説明同意文書、調査票、質問紙) の取り扱いならびに保管に全責任を負う。

研究対象者の症状モニタリング・マネジメントに関連する情報は、厚生労働省・総務省が定めた医療情報外部保管ガイドライン (厚生労働省が定めた「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.1 版」) ならびに厚生労働省・総務省が定めた「ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン第 1.1 版」、「ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドラインに基づく SLA 参考例」) に準拠した IT クラウド型の情報共有システム上で管理する。個人情報が記載された文書 (説明同意文書、調査票、質問紙) は、施錠された部屋内にある施錠できるロッカーで保管され、研究者以外の第三者が閲覧できないようにする。

調査に関するデータベースは、施錠された部屋内にあるオフラインのコンピュータに保存

され、パスワードにより管理する。

結果の公表は数量的に集計しておこない、個人の回答が明らかになることはない。

8. 倫理的事項

8.1. 遵守すべき諸規則

本研究に関係するすべての関係者は、ヘルシンキ宣言および臨床研究に関する倫理指針を遵守して本研究を実施する。

8.2. 研究倫理審査委員会での審査と承認

国立がん研究センターの研究倫理審査委員会で研究実施計画書、説明・同意書の承認を受けた後に研究を開始する。

8.3. 研究倫理審査委員会への報告

国立がん研究センターにおいては、毎年度末（3月末）の当該研究の実施状況（進捗状況、当センターにおける登録数、有害事象の発生状況）を、指定の様式を用いて、当センター理事長をへて研究倫理審査委員会へ報告する。

8.4. インフォームド・コンセント

適格基準を満たした患者に対して、研究担当者は説明・同意文書を用いて実施する。説明内容には、以下の内容を含む。

- (1) 研究の目的
- (2) 研究の方法
- (3) 内容と手順
- (4) 本研究への参加が自由意思によるものであり、参加に同意しない場合でも不利益を受けないこと
- (5) 本研究への参加に同意した後でも随時これを撤回でき、研究に参加中でも申し出によりこれを中止できること
- (6) 人権保護
- (7) 予想される利益と可能性のある不利益、社会的利益
- (8) 試料の取り扱いについて
- (9) データの二次利用について
- (10) 研究にともなう負担の可能性、有害事象が発生した場合の対応・補償措置
- 付帯研究について
- (11) 研究資金と費用負担、利益相反
- (12) 施設における審査
- (13) 本研究に関して疑問のある場合はいつでも研究担当者に尋ねることができること

(14) 研究担当者と連絡先

研究担当者は倫理審査委員会で承認が得られた説明同意文書（別紙1）を患者本人に渡し、研究についての説明を行った後、患者が研究の内容をよく理解したことを確認した上で、研究への参加について依頼する。患者が研究に同意した場合、説明をした研究担当者名、説明を受け同意した患者名、説明した日付および同意した日付を記載し、研究担当者、患者各々が署名する。説明同意文書の写しを患者に渡すとともに、原本は研究担当者が施錠された部屋に保管する。

8.5. 研究内容の公開

研究者は、研究対象者のうち希望するものに、症状評価の結果をフィードバックする。また、対象者の希望があれば、本研究全体の成果のフィードバックを行うが、最終結果が得られた以降であり、論文掲載の内容となることを説明する。研究成果のフィードバックおよび公表の際、個人情報には匿名化し、研究対象者が特定されることは一切ないものとする。

8.6. 個人情報の保護

研究に際して、個人情報の保護に関する法律ならびにヘルシンキ宣言、疫学研究に関する倫理指針に従う。研究施設内では、個人情報の保護のために物理的および技術的なアクセス制限を設ける。

症状モニタリング・マネジメントに用いるシステムは、厚生労働省・総務省が定めた医療情報外部保管ガイドライン（厚生労働省が定めた「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.1版」）ならびに厚生労働省・総務省が定めた「ASP・SaaS事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン第1.1版」、「ASP・SaaS事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドラインに基づくSLA参考例」）に準拠したITクラウド型の情報共有システムを使用し、同時に同ガイドラインに準拠した安全対策（管理運用規定）を定める。

8.7. データの二次利用について

本調査で得られたデータについては、個人識別情報とリンクしない形でデータを二次利用

することがありうる。

9. 研究費用および補償

9.1. 研究の主たる資金源および利益相反

本研究は、平成 24 年度厚生労働省科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業(主任研究者 堀田知光)の一部を資金源として行われる。本研究ではこの他に特定の団体からの資金提供や業務の無償提供は受けておらず、研究組織全体に関して起こりうる利益相反はない。

本研究に関する研究者の利益相反の管理は、国立がん研究センター利益相反委員会がおこなう。

9.2. 研究に関する経費

研究対象者に対する医療費・交通費については補填を行わない。

9.3. 健康被害に対する補償

本研究の参加中または終了後に、本研究に参加したことが原因となって、予測しなかった健康被害が生じた場合には、通常の診療と同様に適切に対処する。その際の医療費は患者が加入する保険診療内で行うものとし、本研究における補償金は発生しない。

10. 研究の終了

対象症例のリクルートは、解析対象症例が目標症例数に達したときをもって終了とする。

11. 研究成果の帰属と結果の公表

本研究の発表は、国内外の学会およびレフリーのある英文論文にて発表する。

12. 研究に関する資料等の利用と保存

紙媒体の資料は、研究者以外の第三者が閲覧できないように、施錠された部屋内にあるロッカーに施錠して保存する。電子媒体の資料は、研究者以外の第三者が閲覧できないように、物理的および技術的なアクセス制限を設けて保存する。研究終了後は機密文書としてすべて廃棄する。

(倫理面への配慮)

研究の施行にあたり、国立がん研究センター倫理審査委員会の承認を得た。また、本研究への協力は個人の自由意思によるものとする。

C. 研究結果

上記研究計画を作成し、施設内の研究倫理審査委員会に諮るとともに、情報プラットフォームの開発を開始し、実施体制を整えた。

D. 考察

クラウドタイプ情報共有プラットフォームを用いた多職種による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。本年度では、プロトコールを作成するとともに、プラットフォームの開発をおこなった。開発されたシステムを用い、今後実施可能性の検証に移る予定である。

E. 結論

ICT 技術を用いた包括的マネジメントシステムを開発し、その実施可能性を検証する計画を進めた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Shirai, Y., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al., Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial. *Psychooncology*. 21(7): 706-13, 2012
2. Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al., Availability of Psychiatric Consultation-liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals. *Jpn J Clin Oncol*. 42(1): 42-52, 2012
3. Shimizu, K., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al., Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. *Ann Oncol*. 23(8): 1973-9, 2012
4. 上山栄子、小川朝生、他、反復経頭蓋磁気刺

- 激によるラット海馬における神経細胞新生の増加. 精神神経学雑誌, 114(9): 1018-1022. 2012
5. 松本禎久、小川朝生, がん患者の症状緩和. Modern Physician. 32(9): 1109-1112, 2012
6. 小川朝生, がん患者の精神心理的ケアの最大の問題点. がん患者ケア. 5(3): 55, 2012
7. 小川朝生, がん患者に見られるせん妄の特徴と知っておきたい知識. がん患者ケア. 5(3):56-60, 2012
8. 小川朝生, 悪性腫瘍(がん). 精神看護. 15(4): 76-79, 2012
2. 学会発表
1. 小川朝生. 医療者育成. 第25回日本総合病院精神医学会総会. 2012.11.大田区(シンポジウム演者)
2. 小川朝生. がん患者の有症率・相談支援のニーズとバリアに関する多施設調査. 第50回日本癌治療学会学術集会 2012.10.25. 横浜(ポスター)
3. 小川朝生. がん診療におけるせん妄. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012.10.7. 神戸市(シンポジウム演者)
4. 小川朝生. Cancer Specific Geriatric Assessment (CSGA) 日本語版の開発. 第77回大腸がん研究会. 2012.7.6. 港区(口演演者)
5. 小川朝生. 緩和ケアチームが精神心理的ケアを提供する工夫. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市. (シンポジウム座長)
6. 小川朝生. 緩和ケアにおける介入エビデンス. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市. (シンポジウム演者)
7. 小川朝生. 患者が意思決定できないときの対応. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市. (パネルディスカッション演者)
8. 小川朝生. 臨床心理士へのサイコオンコロジー教育. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市. (シンポジウム座長)
9. 小川朝生. 高齢者のサイコオンコロジー. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市. (シンポジウム演者)
10. 小川朝生. がん相談支援センターとサイコオンコロジーとの連携. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市. (シンポジウム座長)
- 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. その他特記すべきことなし。

分担研究報告書

がん診療地域連携クリティカルパスを利用したがん診療在宅支援システムの構築に関する研究

研究分担者 佐々木治一郎 北里大学病院化学療法センター部・副部長

研究要旨

薬物治療を受けている進行がん患者に対して、在宅支援医療・介護機関や緩和ケア医療機関との連携を提供することは、がん患者に対して早期に緩和ケアを導入することにほかならない。現在、我が国で主に術後経過観察に使用されているがん診療地域連携クリティカルパス（がんパス）を進行がん患者の在宅支援や緩和ケアに拡充することができれば、進行がん患者に対する在宅治療をより推進できる。しかしながら、がんパスによる在宅がん診療連携システムを確立するためには療養の場や終末期医療の選択までを網羅する意思決定サポートの提供が必要と思われる。本研究は、がんパスによる在宅がん診療連携システムを確立するための第一段階として、予後不良である進行肺がん患者を対象に早期の意思決定サポートが可能であるかどうか、またそのサポートにより在宅支援導入が増加するかどうかを調査する。本研究により、進行がんに対する在宅連携のがんパス普及に必要な意思決定サポートが明らかになり、がんパスを用いるがん診療在宅システムの実現に向けて一歩前進すると考える。

A．研究目的

- (1) 薬物治療の適応となる進行非小細胞肺がんの患者に対して、初回入院時から治療中定期的に療養の場や終末期診療のあり方を含む意思決定サポートを行い、地域連携や在宅支援などの導入率が向上するかどうかを検討する。
- (2) 意思決定サポートが不安や抑うつを悪化させるかどうかを調べる。
- (3) がん診療地域連携クリティカルパス使用の有無別に QOL、不安抑うつに差があるかどうかを検討する。

B．研究方法

- (1) 研究のデザイン：前向き観察調査研究
- (2) 対象集団：進行肺がんと診断され、薬物

療法を当院で開始される患者で調査に対して文書により同意が得られた患者。

【除外基準】

- 薬物療法を併用する根治的外科療法または根治的放射線療法の対象患者。
 - 認知機能など担当医師が聞き取り調査に耐えられないと判断した患者
 - 同意取得が得られなかった患者
- (3) 調査方法：患者（聞き取り）調査

【治療開始前】

- HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)質問票
- FACT-L 質問票
- 『がん療養の意思確認シート』による聞き取り調査
- 患者背景等に関する調査（性別、年齢、組

織型、臨床病期、治療法、家族構成、調査時の Performance Status (PS))

- HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)質問票 (2回目:『がん療養の意思確認シート』による聞き取り調査1週間後)

- 満足度調査票

【治療中:3か月ごとに行い観察期間終了もしくは治療終了まで】

- 『がん療養の意思確認シート』による聞き取り調査
- 患者背景等に関する調査 (Performance Status (PS))
- HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)質問票 (『がん療養の意思確認シート』による聞き取り調査前後)

- FACT-L 質問票

- 満足度調査票

(4) 調査実施時期:承認日 ~ 2014年3月 (予定)

(5) 評価項目

【主要評価項目】

- 地域連携依頼件数
- 在宅支援依頼件数

【副次的評価項目】

下記評価項目と意思決定サポートおよびがん診療地域連携クリティカルパスの使用との関係を検討する。

- 患者背景 性別、年齢、組織型、臨床病期、治療法、家族構成、調査時の Performance Status (PS)
- HADS - 患者の不安と抑うつ
- FACT-L - 患者の QoL
- 患者満足度

(6) 目標症例数: 50例

【症例数設定根拠】

本研究は調査研究で検証を目的としたものではない。症例集積能力を考慮して症例数を求めた。すなわち、2年間程度で集積できる症例数として50例と設定した。本調査のような研究は日本では行われた事がなく、必要症例数推定に参考となるデータも存在しない。

(7) 統計解析方法: 調査同意患者を全て解析対象者とする。ただし、調査後に不適格と判明した者は解析対象者から除く。個々の解析にあたっては、解析の対象となる回答が欠測値であった場合、解析・推定の対象から除く。

【主要解析】

調査対象者の観察期間内での患者支援センターへの地域連携依頼件数、在宅支援依頼件数を調査対象者数で割った「地域連携導入率」を算出し、過去10年間の導入率と比較する。また、調査に同意を得られなかった患者においても同様の導入率を算出し比較対象とする。

【副次的解析】

以下の解析を意思決定確認シート記載前後で比較する。満足度設問は、以下の5段階の満足度回答に対応する係数を乗じてインデックス(加重平均値による満足指標)を算出している。

「非常に満足」・・・100

「満足」・・・75

「どちらともいえない」・・・50

「やや不満」・・・25

「不満」・・・0

(わからない・該当しない・無回答はインデックス算出対象から除外)

- HADS のスコアと意思決定確認シート記載行為との関連を検討する。

以下を経時的に観察する。

- PS・満足度の変化
- 意思確認シートに記載された療養の場の変化
- 意思確認シートで記載された療養の場の達成率(期間別)

以下の解析を地域連携クリティカルパスの使用群・不使用群で比較する。

- HADS のスコアとパス使用の有無との関連を検討する。
- FACT-L のスコアとパス使用の有無との関連を検討する。
- 満足度スコアとパス使用の有無との関連を検討する。

(倫理面への配慮)

本研究はヘルシンキ宣言および「臨床研究に関する倫理指針(平成15年7月30日医政発第0730009号)(平成20年7月31日全部改正)」および「疫学研究に関する倫理指針(平成14年6月17日)(平成19年8月16日全部改正)(平成20年12月1日一部改正)」を遵守して実施する。

C . 研究結果

本研究は患者支援センターとの協力体制調節の結果、患者支援センタースタッフに加え当院がん専門看護師がコーディネーターとして参加することが決定し、プロトコールの変更および対象の変更が行われた。調査表の確認作業が終了し倫理委員会(迅速審査)提出・承認を得て3月末までには研究を開始したい。来年度早々に連携協力医療機関を交えたキックオフ研究会を開催予定である。

D . 考察

研究計画書(以下プロトコール)作成の段階で、水害のあった熊本地区にも参加を打診したが、意思決定サポート自体での患者に動揺を与える可能性が危惧され、まずは相模原地区(当院)で認容性を確認することとなった。当院での調査にあたっては、調査表によるデータ収集ばかりでなくがん専門看護師による面談で薬物治療を受ける肺癌患者の心理的問題や社会的問題を新たに収取できる可能性があるため、面談時の内容についての記録をとり、後ろ向き解析を予定している。

E . 結論

研究継続中につき割愛

F . 健康危険情報

特記すべきことなし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1) Hamada A, Sasaki J, et al. Association of ABCB1 polymorphisms with erlotinib pharmacokinetics and toxicity in Japanese patients with non-small-cell lung cancer. Pharmacogenomics. Pharmacogenomics 13:615-24. 2012.

2) Asakuma M, Sasaki J, et al. Phase I trial of irinotecan and amrubicin with granulocyte colony-stimulating factor support in extensive-stage small-cell lung

cancer. Cancer Chemother Pharmacol. 69:1529-36, 2012.

3) Sato R, Sasaki J, et al. FDG-PET and chemotherapy for successful diagnosis and treatment of cardiac metastasis from non-small cell lung cancer. Intern Med. 51:1909-12, 2012.

4) Igawa S, Sasaki J, et al. Pemetrexed for Previously Treated Patients with Non-Small Cell Lung Cancer and Differences in Efficacy according to Thymidylate Synthase Expression. Chemotherapy. 58: 313-320, 2012.

5) 高野義久, 佐々木治一郎, 他. 熊本県民の受動喫煙に関するアンケート調査. 日本禁煙学会雑誌 7: 83-92, 2012.

6) 佐藤奈穂子, 佐々木治一郎, 他. 肺癌に伴う上大静脈症候群に対する血管内ステント留置15症例の有効性と安全性. 日本呼吸器学会誌 1: 374-380, 2012.

7) 佐々木治一郎, 他. 禁煙と肺癌予防戦略-EBMに基づく肺癌予防. 医学の歩み 240: 1027-33, 2012.

8) 佐々木治一郎. 維持療法をプラクティスに取り入れる際に、私が注意するポイント . 日本胸部臨床 71: 984-93, 2012.

9) 佐々木治一郎. 骨転移治療の進歩-治療薬の進歩と使用上の注意点-. Medical Practice 29: 951-55, 2012.

10) 井川聡, 佐々木治一郎, 他. 組織型からみた治療選択. 内科 110: 724-28, 2012.

2 . 学会発表

1) 佐々木治一郎. ACP に基づく化学療法施行中の外来患者に対する終末期ケア説明. 第10回日本臨床腫瘍学術集会 JS2:JSMO/JPOS Joint Symposium, 2012.7.26. 大阪市

2) 佐々木治一郎. 外来化学療法時の内服薬管理と意思決定サポートの重要性. 第53回日本

肺癌学会総会ワークショップ 7, 2012.11.8.
岡山市

3) Jiichiro Sasaki. Biological characteristics & therapeutic molecular targets of SCLC. 5th Asia Pacific Lung Cancer Conference, 2012.11.27. Hakata, Japan.

4) 佐々木治一郎. EGFR-TKI: Unfit population に対する治療の現状と標準化の試み. 第 33 回 日本臨床薬理学会シンポジウム 26, 2012.12.1. 宜野湾市

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
特記すべきことなし

分担研究報告書

がん患者のターミナルケア促進/阻害要因に関する訪問看護ステーションを対象とした
全国調査：定性・定量融合法アプローチ

研究分担者	福井 小紀子	日本赤十字看護大学大学院地域看護学分野教授
研究協力者	石川 善樹	株式会社キャンサーキャン
	大園 康文	順天堂大学
	川野 英子	日本赤十字看護大学
	齋藤 聡弥	株式会社キャンサーキャン
	藤田 淳子	日本赤十字看護大学
	森田 達也	社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷三方原病院

研究要旨

終末期がん患者の在宅療養生活の継続および在宅看取りの実現に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

まず、本研究の概念枠組みを構築するにあたり、訪問看護師を対象として、在宅あるいは病院で亡くなった34事例のインタビュー調査を行った（調査1、調査2）。調査1では、在宅療養していく中で継続を促進する出来事と阻害する出来事を明らかにし、その対応について示唆を得ることを目的とした。調査2では、がん終末期の在宅療養者あるいは、家族が死亡場所を決定する過程をパターン化することを目的とした。さらに、このパターン化を通して、在宅療養者や家族の希望しない入院を回避する方法を検討した。次に、調査1および調査2により構築された概念枠組みを検証するために、全国から無作為抽出された2000の訪問看護ステーションを研究対象とし、自記式質問紙による郵送調査を行った（調査3）。

調査1の結果、在宅死に至った事例では、1)導入期から在宅療養の継続あるいは在宅死を望み、そのまま在宅死に至ることができた事例、2)在宅療養継続を促進する出来事と阻害する出来事を経験しながらも、最期まで継続できた事例、3)継続が難しいと思われたが家族の強い希望で在宅死に至った事例、に分けられた。病院死に至った事例では、1)臨死期に症状が増強したことがきっかけで入院を決めた事例、2)導入期から最期は入院だと考えていて、在宅療養中も継続を促進するような出来事がないため入院をした事例、3)在宅療養中の症状コントロール不良や医師の意向により入院を決めた事例、に分けられた。在宅死と病院死に至った事例を経時的に分析することで、経過内容によって医療者がすべき支援について示唆が得られた。

調査2の結果、以下の3点が明らかとなった。1)退院前の予後説明の実施率が低い、2)医師と訪問看護師が連絡・相談できる体制がなければ、症状管理の点から、医師が入院を勧める、3)介護者の排泄介助と不安がない場合は、在宅死となる。この結果から、在宅療養者や家族の希望しない入院を回避する方法は、在宅療養中に死亡場所を決めるための予後説明が必要である。この説明にあたっては、医師と訪問看護師が常に相談できる体制があることが重要で、変化する症状に対処しながら、病状を説明していくことが必要不可欠である。また、排泄介助や不安の軽減を図ることが必要であることが示唆された。

調査3の結果、在宅療養の継続および在宅看取りの実現には、1)訪問看護師が

患者や家族の看取り場所の確認をすること、2)訪問看護師が患者家族に対して積極的に余命の説明をすること、3)家族の心理的介護負担を軽減すること、4)患者の疼痛の変化に対応することが重要である可能性が示唆された。すなわち、出現する患者の症状や家族の介護負担そのものが再入院を決定づけるのではなく、訪問看護師が医師との連携のもと、これらの問題に適切なタイミングで対応しつつ、看取りまでの先を見通した確認や説明を含むケアを行っていくことが在宅死を可能にするために重要な要因となることが定量的に示された。

今後は遺族や医師、ケアマネジャーなどを対象とする研究を通じて、さらなる実態の把握を行うことにより、在宅療養生活の継続および在宅看取りの実現において、保健医療介護従事者が果たすべき役割が明らかになるものと考えられた。

A．研究目的

在宅死を希望しながらも、さまざまな理由によりあきらめる現状があることが指摘されている。一般的にこのような在宅死を断念させる2大要因には「急変時の対応に不安がある」「介護負担」が挙げられる。しかしながら、どのような介護負担が在宅療養を断念させるのか、あるいはどのような症状の急変が起こった時に在宅療養が難しくなるのかなど、詳細な検討は不十分であり、対策立案のための基礎資料が求められている。

本研究では、訪問看護ステーションに勤務する、がんで亡くなった患者を担当した看護師を対象にし、終末期がん患者の在宅療養生活の継続、あるいは入院するきっかけとなった急変および介護負担に関連する要因を明らかにし、要因発生の前後の医療者の対応を検討することを目的とした。

B．研究方法

B-1. 調査1

1) 調査方法

対象者は、関東・中部地方の終末期に対応する訪問看護ステーションに勤務する、1年以上経験のある訪問看護師17名とした。予め文書で研究趣旨を説明したうえで、事前に1)亡くなった利用者について2)主介護者について3)医師について4)担当の訪問看護師についてアンケート用紙を郵送した。それぞれについて、病院死の事例と在宅死の事例に関する情報を記入しておいて頂いた。

在宅看護・終末期がん患者の研究者と訪問看護経験者による有識者により、インタビューガイドを作成した。予め郵送した調査票の内容を

確認した後、病院死の事例で「入院のきっかけとなったできごと」と在宅死の事例で「患者や家族に入院を考えさせたできごと」について、1)起きた時期2)それまでの経緯、患者家族の在宅ケアに関する態度の変化3)急変時対応の不安や介護負担など4)医師や訪問看護師が患者家族の不安の増大などに対してとった行動5)患者や家族からの相談・話し合いの参加者と内容・入院の最終意思決定者について半構造的面接調査を行った。

2) 調査期間

2012年9月上旬から10月下旬

3) 解析方法

面接時間は約60分とし、面接内容をICレコーダーに録音するとともに記述記録した。

在宅療養準備期及び開始期を[導入期]とし、各事例の経過を[導入期]から[臨死期]に分け¹⁾、その中で在宅療養継続を促進する出来事(在宅死の促進要因)と継続を阻害する出来事(在宅死の阻害要因)を抜き出し経時的にその内容を分析した。

在宅療養継続を促進・阻害する出来事について点数化を行い、図示した。

(1)導入期において在宅療養および在宅死の両方をはっきりと目標としていた場合は2点、在宅療養を希望していたが死亡場所の希望は不明であった場合は1点、在宅療養および死亡場所の希望についていずれも明確ではない場合は0点とした。

(2)在宅療養していく中で、在宅療養を継続す

ることに関して促進となる出来事があれば1点加算、在宅療養を継続することに関して阻害になる出来事（すなわち入院を希望することに促進となる出来事）があった場合には1点減点とした。

(3)最終的に、在宅死に至った事例ではプラス点、病院死に至った事例はマイナス点となる結果となった。

B-2. 調査2

1) 研究対象者

訪問看護ステーションに所属し、在宅看取りの経験がある看護師で、訪問看護が1年以上の者をインタビューの対象者とした。研究目的を達成するための情報を持つ人を選定するため、質的記述的研究に適切とされる便宜的サンプリングを用いた。まず、研究者の中で広域的な情報を持つ看護系大学教員や病院医師から適任者を推薦してもらった。次に、本研究で焦点を当てている、がん終末期を自宅で迎える看護の実践経験の有無を尋ねながら、関東近郊の訪問看護ステーションの管理者に電話で研究協力が可能かを確認した。最後に、地域の特徴や訪問看護経験年数に多様性を持たせるため、これら2つの情報を総合し、研究協力を依頼する訪問看護ステーションを決定し、実際にインタビューする看護師については、訪問看護ステーションの管理者に適任者を推薦してもらった。

2) データ収集

インタビューガイドを用い、約60分の半構造面接を2012年9月から10月にかけて行った。面接は1人1回とし、同意が得られればICレコーダーに録音した。なお、録音の同意が得られなかった場合は、その場でインタビュアーがメモを取る了承を得た。

インタビューするケースの条件は、主疾患ががんであり、終末期ケアのために訪問看護がサービス提供したケースである。そして、在宅療養の結果、療養者が自宅で死亡した事例と病院で死亡した事例をそれぞれ1ケース、合計2ケース挙げてもらった。面接時、リコールバイアスを最小限にするため、看護師には利用者の看護記録なども参照して話してもらった。インタビューガイドを用いて、はじめにケースの概要を聞き、次に「入院を考えたことがあったか」の有無を聞き、あった場合は、入院を考えたきっかけとなった出来事を詳しく話してもらった。加えて、その時の訪問看護師自身のアセスメントおよび看護介入の内容について聞いた。

3) 分析方法

(1)各ケースの入院の希望から決定までの経過のまとめ

ケースごとに、入院を希望してから入院の取りやめ、あるいは入院することに決めるまでの経過を抽出し、記述した。記述にあたっては、入院の希望に対して訪問看護師がどのように関与したのかについて、看護師の介入手法（説明、社会資源の導入、介護役割の再配分）や誰と協力したのか（医師、ケアマネジャーなど）を研究者が読みとり記述した。

(2)各ケースの経過の分類手順

分類にあたっては、まず、退院前の「予後の説明」について説明の有無と不明の3群に分けた。その後、「退院後在宅チームによる予後説明」、「医師と訪問看護師の連絡相談」、「症状管理」、「排泄介助」の4点から分類を試みた。具体的な分類方法は以下である。まず、退院前の予後の説明について、説明の有無と不明の3群

に分け、さらに、予後の説明がなかった、あるいは不明だったケースでは、在宅療養開始後に予後が説明されているのか否か、またその説明の内容と時期、および精神的なフォローなどの準備に関する情報を、経過を踏まえて把握した。また、退院前に予後を説明されていたケースでも在宅療養開始後にさらに説明されているのかについても経過を追った。

次に、「医師と訪問看護師間で連絡・相談ができる」かについてもケースごとに確認した。なお、連絡・相談ができる状態は次の2点を兼ね備えている場合とした。24時間連絡が取れる状態であったか、医師-訪問看護師間が相談しやすい関係であったか。そして、「医師と訪問看護師間で連絡・相談ができる」の有無で「退院後在宅チームによる予後説明」の有無を分類した。

最後に「症状管理」の状況および「排泄介助の有無」を分類した。

先行研究で指摘されている「症状管理」についても「管理良好」「管理するが不良」あるいは「治療の拒否」などに分けた。さらに、「介護負担」が在宅療養を断念させる要因として挙げられていることから、「介護負担」についても検討した。ケースごとにどのような介護負担があったのかを抽出したところ、「排泄の介護」が多かった。よって、「排泄介助の有無」で死亡場所が変わるのかを検討した。

なお、分析をすすめるにあたっては、質的研究の実施経験がある研究者を交え、研究者間で

分類の妥当性を検討し、整合性を深めた。

B-3. 調査3

1) 概念枠組み

本研究の概念枠組みを構築するにあたり、34事例のインタビュー調査を行った。その結果、在宅療養の継続に影響を与える要因として、患者および家族の死亡場所に関する希望、家族の介護負担、患者の症状、在宅ケアにおける訪問看護師のアクション、の4要因があることが仮定された。

2) 研究対象

無作為抽出された全国約2000の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師を本研究の対象とし、平成24年12月の間に、自記式質問紙による郵送調査を行った。回答を依頼した訪問看護師は、がんで亡くなった患者を担当した看護師とした。回答期間はアンケート発送から3週間とし、発送から2週間後に、お礼をかねたりマインダーはがきを送った。

3) 測定項目

各訪問看護ステーションから、1週間以上訪問看護を利用して亡くなったがん患者の事例を2例収集した。1例は自宅で亡くなった利用者、もう1例は、自宅以外の場所で亡くなった利用者(病院搬送後24時間以内の死亡含む)とした。なお、看護記録や指示書などの書類をもとに回答いただくことを原則とした(質問項目の詳細は、添付資料1を参照のこと)。

4) データ解析
まず、測定された各変数について、頻度と割合を記述した。次に、患者および家族の死亡場所に関する希望、家族の介護負担、患者の症状、在宅ケアにおける訪問看護師のアクションのそれぞれについて、在宅死と関連がみられるか解析を行った。解析には、在宅死の有無をアウトカムとした多重ロジスティック回帰分析を行った。

また、在宅療養の継続/中断に影響を与えた要因について、自由記載を質的に分析した。

(倫理面への配慮)

1) 同意の必要性

訪問看護ステーションに対して、書面にて、研究に参加するか否かは自由意志によるものであること、研究への参加は途中でいつでもやめることができること、参加に同意しなくても、不利益の発生することはないことなどを説明し、アンケートへの回答をもって同意とみなした。また、プライバシーを遵守し、研究成果の

公表時にも、訪問看護師を通して得られた、患者・家族・主治医の個人が特定されるような情報は公表しない。

2) 個人情報の使用・管理について

資料として個人情報を含まない情報のみを用いた。個人情報の管理方法については、回収したアンケートはIDナンバーで管理し、回答した訪問看護ステーション名がわからないようにした。また、回答の内容は研究メンバー以外が目にすることがないようにし、アンケート用紙は鍵のかかる戸棚に保管した。研究終了後、一定期間ののち、アンケート用紙はシュレッダー処理後焼却し、電子媒体データも消去する。

3) 研究計画の承認について

本研究計画は、日本赤十字看護大学倫理委員会の許可を得て実施した(審査番号: 2012-80)。

C. 研究結果

C-1. 研究結果1

1) 基本属性

訪問看護師から語られた訪問看護利用者の基本的属性を表1に示す。療養者の年齢は30代1名、40代1名、50代1名、60代11名、70代9名、80代9名、90代2名、主介護者の療養者との続柄は、妻15名、夫7名、娘10名、息子1名、嫁1名であった。病院死と在宅死はそれぞれ17名ずつであった。

2) 在宅療養継続を阻害・促進する出来事

療養者とその家族が在宅療養をする中で経験した、在宅療養継続を促進・阻害する出来事を、在宅死に至った事例では表2に、病院死に至った事例では表3に示す。

(1)在宅死に至った事例

導入期では、在宅療養継続を促進する出来事として「もともと本人が家に帰りたと言っていた」「本人は退院時、在宅療養を希望していた」「主介護者である娘は、家で看取ろうと思っていた」など療養者と家族の積極的な在宅療養への姿勢がみられた。

安定期では、阻害する出来事として「退院一週間後には歩けなくなった」「本人は、痛みの増強や食事について不安を抱えていた」などがあるものの、「症状は安定していて痛みはコントロールできていた」や「在宅看取りのために、往診医を探した」など症状の安定や医療者の支

援の充実を図りながら生活を続けていた。

臨死期では、「発熱・呼吸困難感・血圧低下・悪寒が出現」「息苦しいと訴えていた」などの終末期の症状が出ているものの、「医師から、病院でやる処置は自宅でもできると説明があった」「呼吸が止まった場合、救急車ではなく、医師か訪問看護師に電話するように伝えていた」など、症状緩和とともに今後の予測と対応方法について説明することで最期まで在宅療養を続けることができていた。

(2) 病院死に至った事例

導入期では、「本人は、入院中から強く在宅療養を希望していた」や「急変するまでは訪問看護の必要がほとんどなく、安定していた」など、在宅療養を前向きに開始できていた事例はあるものの、「家族は最期は入院と考えていた」「本人も家族にも告知をしていなかった」ので、最期を自宅で迎えるという考えはなかったなど、最期まで在宅療養を続けるという意向の事例はなかった。

安定期では、「訪問看護師とは24時間連絡が取れる体制を取っていた」など支援体制を整えているが、「娘が近所に住んでいるが体が弱く介護はできない」といった介護力の問題や、「医師は、外来に来られなくなったら入院と考えていた」のような、医師が在宅死に積極的ではない事例がみられた。

臨死期では、「高熱が出てから、毎日点滴のために往診していた」など症状緩和に努めたとしても、「本人が入院を希望した」「医師と相談した結果、入院が決まった」など療養者や医師が入院を決めた時点で在宅療養は終了となり病院死に至っていた。

3) 在宅療養継続を阻害・促進する出来事の経時的な分析

導入期における在宅療養および死亡場所に関する意向、その後の経過の中での在宅か入院かの揺れの度合い、そして、最終的な死亡場所の3つに関して事例ごとに経過を図式化した場合、在宅死に関しても病院死に関しても3パターンに類型化できることが明らかになり、図1・2に示す。

すなわち、在宅死に至った事例では、

(1) 導入期において在宅療養を希望してあるいは在宅死を望んでいて、安定期では在宅療養継続を促進する出来事が続いた場合、在宅死に至っている事例

(2) 導入期に在宅療養を希望していて、安定期には継続を阻害する出来事と促進する出来事を経験し揺れ動きながら過ごし、臨死期を迎えそのまま在宅死に至ることができていた事例

(3) 導入期から在宅療養継続を阻害するような出来事が重なり継続が難しいと思われたが、家族の強い希望でそのまま在宅死に至った事例、があった。

また、病院死に至った事例では、

(1) 在宅療養を希望し、安定期には阻害する出来事と促進する出来事を経験し揺れ動きながら過ごしていたが、臨死期に症状が増強しそれがきっかけで入院を決めた事例

(2) 導入期において療養者や家族が在宅療養を望まず最期は入院だと決めている場合、安定期に在宅療養継続を促進するような出来事はあまりないまま経過していた事例

(3) 導入期に在宅療養を希望していても、時間が経つにつれて在宅療養を阻害する出来事が増えていき、最終的には入院となった事例、があった。

C-2. 研究結果2

訪問看護師から語られた、34事例すべてを分析対象とした。

1) 死亡した療養者と介護者の概要
表4に、ケースの概要を示した。

2) 各ケースの概要

No.1: 何かあれば緩和ケア病棟へ行くつもりで退院した。介護者は患者の希望に沿うつもりでいた。下血・貧血があり、往診医から「治療も可能だが、今入院すると帰ってこれない可能性がある」と説明がある。患者はその時、意識が低下していたが、「入院は嫌だ」と言っていたため、介護者は「先生をお願いします」と在宅看取りを決意した。

No.2: 退院時家族は、トイレなどの介護をどうするか不安があったので、ホームヘルパーや福祉用具を導入した。退院後2週間ほどで通院困難になったことをきっかけに

往診医を立て、訪問看護師が急変の対応を説明した折、妻より「病院で看取るのが普通ではないの」との発言あり。「自宅でも病院と同じ水準のケアを受けられる」と説明すると家での療養を続けることになった。その後、死亡まで妻の不安に対し看護師が話を聞き、妻は在宅看取りの覚悟を決めた。

- No.3：息子は何かあれば入院させる予定だった。しかし、ホスピスに空きがこないことと症状が安定していたために、在宅療養を続けていた。在宅開始から9ヶ月後、死期が近い状態になった。息子から連絡を受けた訪問看護師は、往診ができない主治医ではなく、開業医に死亡確認の可能性を調整した。結果、開業医が死亡確認できるので、在宅で看取することを家族に提案し、同意が得られた。
- No.4：療養者本人は「たとえしんどくなくても病院には行かない」と、在宅での最期を希望していた。病院側は、外来通院が可能と予測したが、ほどなく通院できず往診医を立てた。一方、本人はせん妄がひどくなり、トイレ介助で、夜間の睡眠時間が短くなるなどの妻の身体的な介護負担は重くなっていった。しかし、副介護者の娘はじめ他の家族員は、在宅での看取りを強く希望した。
- No.5：本人は在宅療養を希望して退院したが、その時の主治医は病院勤務のため、医師・看護師間の連絡に時間がかかり、症状の変化に素早い対応ができなかった。家族も在宅看取りを希望していたため、2度目の退院時に往診医を立てた。それ以降は、症状管理が良好になり、自宅で過ごすことができた。
- No.6：. 歯肉がんであったが、実は歯肉がんだった経験から、強い医療不信と嫌悪感を抱えており、病院に戻るつもりは全くなかった。そのため、入院を考えたことはなかったのだが、往診医や訪問看護師は、本人との関係を築くことに努めた。また、主介護者の妻は高齢なため、近所に住む娘が医療的な処置を担当するなどして自宅で看取ることができた。
- No.7：. 主介護者は夫をがんで亡くしていたが、病院で看取ったことに強い心残りがあり、在宅療養最初から在宅看取りを希望していた。医師は「ダメな時は入院させたらいいよ」と言っていた。主介護者は疲労により一時入院したこともあったが、介護負担を訴えるようなことはなく、入院を希望する

こともなかった。本人の死後、長女は在宅見取りができて満足した様子だった。

- No.8：患者は信頼していた病院の先生と離れるのがつらそうだったが、「病院には戻りたくない」「家族やペットと一緒に過ごしたい」と在宅見取りを希望していた。ポートからの輸液を拒否してどんどん痩せていったが、症状は安定しており痛みもコントロールできていた。
- No.9：. 療養者本人は在宅死を希望しており、主介護者も入院中から家で看取る覚悟があった。そのため訪問看護師は、「呼吸が止まっても救急車は呼ばないで」という説明をしていた。在宅療養の方針は本人・家族・往診医などを含めみんなで話あった。なお、在宅療養中に医師や訪問看護師が特に配慮したのは疼痛コントロールであった。
- No.10：主治医が「俺も見るから」と説明され在宅療養が開始された。ADL 低下が著明になり訪問看護が導入され、本人と妻・娘とも「家で見ると意見が一致した。その後、呼吸苦・意識低下で入院を考えたが、訪問看護を24時間対応にし、主治医も「医者と看護師はいるけど本人にとっては逆につらいこともある。」と説明され、入院を思いとどまった。
- No.11：疼痛・ストマ・IVHの「管理ができたので帰ってみては。」と言われ自宅療養開始。介護者の夫は「排泄ケアだけはできない、看取りは無理」、妻は「誰かにお世話になるようなら入院する」と言っていたが、トイレ歩行ができなくなった。訪問看護師はホームヘルパーやポータブルトイレを勧めたが、本人・夫ともに拒否。往診医が「あと1日か2日だよ」との説明に、たまたま家に来ていた次女が「泊まり込みで介護する」と言い、家族を説得した。
- No.12：本人・家族とも施設での看取りを希望していた。施設側も看取りするということで、訪問看護師がホームヘルパーに対して、看取りに特有な介護指導を行い、施設の看護師と医師とは麻薬について話しあった。死亡2週間前に呼吸苦、発熱などがあったが、抗生剤で症状改善し、往診医から「この血液データなら入院の必要はない」と説明され、「じゃ入院しない。ここで死ぬ」と在宅看取りを決意した。
- No.13：転移が見つかるたびに放射線治療のため入退院を繰り返していた。本人は自宅療養を希望していたため、夫自身が訪問看護ステーションに依頼した。親族会議も開

き、看取りをどうするか相談する。往診医からも「病院でもやる処置は家でもできるから。夜間も訪問できる」と説明。夫は往診医には胸水への対処、訪問看護には本人の精神的ケアを希望し、「そうすれば家族としてはこのままでいい」と述べた。

- No.14: 退院する病院のMSWから訪問看護の依頼あり。家族は家での看取りを迷っているという情報を得て、訪問看護師が念のために往診医を準備した。退院日に訪問し、発熱・呼吸苦あり、死期が近いと予測されたため訪問看護も往診も連日とした。同時に今後の方針を聞き、在宅看取りの方向となった。往診医は在宅看取りにかなり積極的で、往診時には本人・家族に在宅看取りを勧めていた。
- No.15: 入院先で医師から「もう帰れないかもしれない」など余命告知されており、本人・家族も在宅看取りを決めて退院してきた。疼痛と呼吸苦は薬物で管理良好で、訪問看護も往診も連日とし、往診医から「今日かもしれない」との説明を受け、介護者2人から4人体制に介護役割を再分担した。2日間は症状が変わらず、疲れが見え始めるが家族は「頑張る」と言い、家で看取れた。
- No.16: 本人は「家に帰りたいが、娘の言うとおりにする」と言っていた。訪問看護訪問初日に、今後の方針を相談し、化学療法は中止、本人・娘とも在宅看取りの意思があることを確認した。そこで、訪問看護師は往診医を立てることを勧めるが、娘は「まだ必要じゃない」と拒否。看護師は、娘の家族を亡くすという受容過程を考慮し、娘の介護休暇終了をきっかけに、往診医を立て介護体制を整えた。
- No.17: 娘は「食べられなくなったら入院かな」と言っていた。本人は脳腫瘍のため意思疎通は難しい。主治医は「いつでも入院させる」つもりであった。退院後1か月ほどたって脳圧亢進症状あり。主治医の説明に「入院してもよくなるのなら家にいる」という娘の希望で往診医を立てた。訪問看護師は娘に在宅看取りの説明を開始した。嚥下時にむせ込んでSAT80台になると娘が訪問看護に電話をかけてくるが、話しているうちに娘が落ち着いてくる。その繰り返しで在宅看取りに至る。
- No.18: 主介護者の娘、副介護者の夫とも働いていたため、患者は日中独居であり、家族は何かあれば入院させる予定であった。

退院後4か月を過ぎたころ発熱がつづき、往診医は本人や家族の意志・選択肢を提示することなく、また、主治医とも連絡を取らないまま、往診医と訪問看護師が交代で毎日点滴をしにいくようになった。解熱しないまま7日間が過ぎ、採血の値が悪く肺炎の疑いもあったため往診医が入院を決めた。

- No.19: 患者は家に帰ることを強く希望し、胃がんのため食道ステントをして退院。約2ヶ月後、訪問看護師から妻へ「痰によって亡くなることもある」と説明を始めていた。本人も妻も家で看取る気持ちになってきていた様子だった。しかし、本人がつかえを訴えると、往診医は、退院時に「ステントの入れ替えはこれで最後」とムンテラされていたにも関わらず、拡張処置のための入院を決定した。
- No.20: 療養者本人は療養場所として自宅を希望していたが、看取り場所について特に話し合いはなかった。治療などの主治医との連絡は、退院した外来の看護師を介して行われており、特に処方変更などは時間がかかっていた。療養開始から1ヶ月後、患者が夜間に熱発及び肩と腰の痛みを訴え、奥さんが訪問看護師に連絡するが、結局療養者本人が病院に行くと言って救急車が呼ばれた。
- No.21: 患者は「とにかく家にいたい」、家族も「なるべく家にいさせてあげたい」と言っていた。訪問看護師は、訪問開始前に呼吸苦に対するレスキューを出すよう医師に頼んだが「セデーションを使うくらい症状があるなら病院に来なさい」と断られた。退院直後から呼吸苦があり、HOTとセレネースの皮下注では症状が改善せず、最後は呼吸苦のため本人が入院を希望した。
- No.22: 本人は、他の入院患者が食事するのを見ているのが辛いので、入院はこりごとと言っていた。一方で妻の面倒を見なければという思いから、死の覚悟ができずにいた。そのため、本人が主治医への外来通院をあきらめて往診医を導入することを嫌がっていた。往診医につながらないまま在宅開始から1ヶ月半後、呼吸苦などの症状が出現、本人の意思でもあったが、主治医が救急車を呼ぶよう話し、入院した。
- No.23: 往診医が主治医であったが、本人は病院の医師から「いつでも入院してもいいよ」と言われており、必要になったら入院

- するつもりでいた。介護者は本人がつらそうにしているのを見て看護師に相談していたが、介護への不安を訴えることはなかった。死亡5ヶ月前に倦怠感、痛み、嘔吐などの症状を訴え本人の意志で入院し、介護者は疲労のため倒れた。
- No.24：主治医と訪問看護師は、外来通院が困難になったら入院するようすすめていた。本人はうつ症状が強く在宅療養の希望は不明だが、家族はなるべく家にいて欲しいと願っていた。入院の直前には咳が増える、トイレに行けなくなるなどあったが、それらがきっかけというよりも自然に家族から入院の話が出てきて、本人も拒否しなかったために、入院が決まった。
- No.25：本人は在宅ケアを強く希望し、娘はご主人を病院で亡くした経験から「できるだけ在宅で看病したい」思いと「一線を越えたら入院させる」思いが混在していた。主治医と訪問看護師は、「何かあればいつでも病院に戻ってきていいよ」と言っていた。利用開始から半月後に、患者が「身体がこんなにだるいと家にいても何もできない」と言い緩和ケア病棟への入院を希望し入院した。
- No.26：本人が「家族と一緒に過ごしたい」という思いで退院してきて、往診医にもつなげられていた。家族は褥瘡処置をしていたが、一時的な退院と考えていたためか負担を訴えることはなかった。往診医や家族とカンファレンスを開いた時、本人・家族は「生きていたい」「治療をしたい」「治りたい」という望みがあり、在宅看取りについては考えていなかった。翌日、本人が徐々に増す呼吸苦を軽減するために救急車が呼ばれた。
- No.27：かかりつけ医に頼りながら在宅療養をしていた。ある時、採血結果で肝機能が悪く「入院しなさい」と言われ、一旦は入院する。だが、妻と娘は在宅療養の希望があり、かかりつけ医に「家で見てくれませんか」と聞いたところ「僕にも家族がいますから」と言われ、在宅療養を断念する。この話を聞いた訪問看護師は、ケアマネジャーとともに医師の変更を提案したが、医師とのいままでの関係を理由に断られた。
- No.28：「今が一番いい状態だからお家に帰ってみては」と病院の医師に言われ退院する。退院時、本人・妻ともに予後は未告知であったことを往診医・訪問看護師ともに知らなかった。本人と妻に看取りの考えは
- なく、妻が代替療法に熱意があった。退院7日後ごろに出現した腹水貯留をきっかけに、往診医と看護師は病状を説明していたが、代替療法の影響で急性腎不全になった。本人は透析不要・妻は希望し、最終的には、本人が妻の希望を聞き入れたのと息子の帰国を待つ意味で透析目的の入院となった。
- No.29：夫と親族は本人の意思に任せるという立場だったが、本心は「やる意味がない免疫療法をいつまで続けるか」、本人は幼い子供のために「治療して生きていたい」気持ちが強くと、腹痛・呼吸苦などの症状があっても、泣くばかりで入院は希望しなかった。その後も腹痛・呼吸苦は続いた。夫は仕事と介護と育児があり、看取りはできないだろうと往診医・訪問看護師は考えていた。往診医は「入院してもいいんだよ、もう十分頑張ったから」と本人に話す。次の日、本人が腹痛・呼吸苦あるから入院したいと電話があり入院となる。
- No.30：本人は在宅死希望したため、長男夫婦と同居することになるが、嫁姑関係が悪く、親族・担当者会議でヘルパーを入れて仲介役になってもらうことにした。死亡2か月前ごろから脱水・腹水・吐気あり、これらの症状に対する病院と往診医の処方が重複する様になり、看護師は薬の管理をしていたが、本人も医師間の情報共有不足への不安が高まり「病院の先生に診てもらいたい」と入院となる。
- No.31：緩和ケア科に入院していたが、夫が治療を強く希望し退院してきた。疼痛は薬を変更し、コントロール良好となった。退院8日後に定期受診のため病院に行くが、医師から腹水と浮腫があるからと入院を勧められ、そのまま入院となる。看護師曰く、本人は治療を望まなかったが、夫が妻の死を受容できておらず、治療を望んだから入院になったのではないかと話された。
- No.32：退院時、娘は「私には見れない、どうしよう」と訪問看護師に泣いて訴えるほど不安だった。本人は未告知のため、自分が重傷だと思わず退院してきた。退院2か月後、せん妄が出現し、薬物療法するも、振戦・下痢あり、その結果、体力が低下した。看護師は娘に「もう時間はない」と話をしたところ「短い期間なら家で見れるかもしれない」と言ったが、本人がトイレ歩行の介助の大変さを考えて入院することにした。

No.33 本人と妻は家で看取りを希望するが、娘は自分の仕事と介護の両立は難しいと思っている中、退院してきた。退院直後から痰・呼吸苦・夜間頻尿あり。看護師は妻の身体的介護負担を考え本人におむつの使用を勧めるが、本人は拒否。妻は夜間頻尿のため不眠で、妻が夫に入院を提案し、2日後に夫が同意し入院となる。

No.34：退院後の外来受診で、複水・黄疸が強くなったことを心配した医師が訪問看護に依頼した。退院7日後に看護師が初回訪問し、夫・娘・看護師で今後の方針を相談し、在宅看取りすることになった。そのため、訪問看護師が往診医を探していた。症状は安定していたかのように見えたが、突然、黒色嘔吐・呼吸苦が出現し、娘と夫が相談し救急車を呼んだ。

3) 退院前の予後説明の有無・不明を起点とした死亡場所を決定するプロセスのパターン

退院前に、患者もしくは家族には病名と病状はすべてのケースで説明されていたが、予後については差があった。退院前の予後説明について、「A群：告知あり」(No.5,9,15,19,23,24,26,32,34)、「B群：告知なし」(No.1,2,3,7,10,13,14,16,18,28)、「C群：告知しているか不明」(No.4,6,8,11,12,17,20,21,22,25,27,29,30,31,33)の3群別に「退院後在宅チームによる予後説明」、「症状管理」、「医師と訪問看護師間で連絡・相談ができる」、「排泄介助の有無」の状況を把握した。

「退院後在宅チームによる予後説明」について、退院前に予後説明がない場合でも、在宅療養中に説明が行われていたケースがあった。退院時に予後告知のなかったB群では、10ケース中7ケース、告知していたか不明のC群では4ケースで予後説明が行われた。

「症状管理」において医師から入院を勧めたケース(A群のNo.19,B群のNo.18,C群のNo.22,27,31)は、医師と訪問看護師間で連絡・相談ができない状態であった。医師が病院勤務のために連絡が取りにくいことや、往診医であっても看護師とは情報共有しない場合があった。また、連絡・相談ができない状態であったNo.30は医師への不信感から入院希望があった。

「排泄介助」があると、病院死となる傾向があった。(No.4,24,32,33は排泄介助あり)No.4では、ほかの家族員が強く在宅死を希望しており、介護者が押し切られていた。また、「排

泄介助がない」場合は在宅死となるケースが多かったが、家族が症状に対処できるか不安(No.19,20,21,23,25,26,29,34)がある場合は、本人または家族が入院を希望し病院死となっていた。

C-3. 研究結果3

1) 基本属性

表5に、調査対象となった終末期がん患者の基本属性を示した。在宅死は466人、病院死は478人であった。

2) 患者・家族の死亡場所に関する希望

表6に患者・家族の死亡場所に関する希望を示した。死亡3日前/入院直前の訪問日における患者および家族の死亡場所の希望と実際の死亡場所の一致度をみると、カッパ係数にしてそれぞれ0.70、0.82と、高い一致率がみられた。

表7に患者・家族の死亡場所の希望と在宅死との関連を示した。多重ロジスティック回帰分析の結果、患者あるいは家族の死亡場所の希望が病院であると、病院死しやすい傾向がみられた。また、訪問看護師による患者や家族の死亡場所の希望を確認できていないと、病院死しやすい傾向がみられた。

3) 患者の症状

表8に患者の症状の変化を示した。初回訪問日～訪問3回目における患者の症状の程度は、在宅死を迎えた患者と病院死を迎えた患者とで、差がみられなかった。

表9に患者の症状と在宅死との関連を示した。多重ロジスティック回帰分析の結果、在宅死と関連がみられた死亡3日前/入院直前の訪問日における患者の症状は、疼痛(オッズ比:0.56、95%CI:0.33-0.95)、せん妄(オッズ比:2.23、95%CI:1.23-4.04)であった。一方、患者の全身倦怠感、呼吸困難、嘔気、腹満、食欲不振、発熱の程度は、在宅看取りとの関連がみられなかった。

4) 主介護者の介護負担

表10に主介護者の介護負担を示し、表11に主介護者の介護負担と在宅死との関連を示した。多重ロジスティック回帰分析の結果、在宅死と関連がみられたのは、「介護できないという無力感や憂鬱、緊張(オッズ比:0.29、95%CI:0.14-0.63)」、「先が見えない不安など漠然としたもの(オッズ比:0.39、95%CI:

0.19-0.84)」、「夜間も介護が続くことに起因する不眠・疲労(オッズ比:2.59、95% CI:1.24-5.43)」、「介護休暇を取る等の理由による収入の減少(オッズ比:3.27、95% CI:1.23-8.72)」であった。

5) 在宅ケア中の訪問看護師のアクション

表 12 に在宅ケア中の訪問看護師のアクションを示し、表 13 に在宅ケア中の訪問看護師のアクションと在宅死との関連を示した。多重ロジスティック回帰分析の結果、在宅死と関連がみられたのは、訪問看護師と主治医との 24 時間連絡可能な体制(オッズ比:4.66、95% CI:2.87-7.57)と訪問看護師から患者家族への積極的な余命説明(オッズ比:2.35、95% CI:1.67-3.29)であった。

6) 在宅療養の継続/中断に影響を与える要因に関する質的分析

在宅看取りの継続/中断に重要と考えられる要因について、質的な分析を行った(添付資料 2 参照)。

D. 考察

多職種が関わる終末期ケアにおいて、中心的な役割を担っていると考えられる訪問看護師の視点から、在宅看取りの実現と関連する要因について経時的変化に着目し明らかにすることを、本研究の目的とした。特に本研究は訪問看護師に焦点を当てた数少ない研究の 1 つであり、得られた知見は、今後の終末期ケアにおける訪問看護師が果たすべき機能について、新たな示唆を与えるものとして重要と考えられる。以下、それぞれの調査から得られた知見について考察を行う。

調査 1

在宅療養継続を促進する出来事(在宅死の促進要因)と継続を阻害する出来事(在宅死の阻害要因)を抜き出し、事例ごとに経時的にその内容を分析した。これにより、患者と家族の在宅療養中の体験を理解でき、そこに医療者としてどのように支援すべきか示唆が得られるものとする。

1) 在宅死に至った事例の在宅療養継続を促進・阻害する出来事

導入期で療養者と家族の積極的な在宅療養への姿勢がみられ、安定期では症状の安定や医療者の支援の充実を図りながら生活を続ける

こと、臨死期で今後の予測と対応方法について説明することで、最期まで在宅療養を続けることができていた。

療養者と家族の在宅療養あるいは在宅死の希望を導入期から明確にすること、症状の安定をはかること、臨死期の予測と対処方法について療養者と家族に丁寧に説明することで、在宅死を遂げることができると考えられる。

2) 病院死に至った事例の在宅療養継続を促進・阻害する出来事

導入期で在宅療養を前向きに開始できたとしても、最期まで在宅療養を続けるという意向の事例は少なく、家族の介護力の問題や医師が在宅死に積極的ではない場合、臨死期になり症状緩和に努めたとしても、療養者や医師が入院を決め在宅療養は終了となっていた。

在宅療養していく中で、家族の介護負担を軽減し在宅死を支援して頂ける医師を探し、最期まで在宅療養が継続できると思えるような支援をする必要がある。また、療養者の意思や医師の方針に強く影響されるのではなく、家族を含めた関係者が納得した最期を迎えられるように調整するのも重要な支援であると考えられる。

3) 在宅療養継続を阻害・促進する出来事の経時的な分析: 在宅死に至った事例

(1) 在宅療養開始時から在宅死を目標に過ごしていた(安定型)

療養者もしくは家族、あるいは療養者と家族の両方が在宅死を目標として在宅療養を開始した場合、在宅死を遂げることが多いと考えられる。そのため、在宅死の目標を掲げる時期は入院中でもあるため、在宅療養開始前に療養者・家族の意思決定を支援する重要性が示された。

(2) 療養者と家族の気持ちが揺れ動きながらも在宅死に至ることができた(揺れ動き型)

在宅療養中は、療養者の身体症状や不安あるいは家族の介護負担や不安がみられる。逆に、家族同士の励まし合いや、医師、訪問看護師、福祉職の支援を得て症状緩和や不安が軽減することもある。療養者と家族は、在宅療養中に揺れ動きながら生活していることを認識しながら、その揺れがなるべく小さくなるように症状コントロール、精神安定を図ることで在宅療養が継続でき結果として在宅死に至ることができると考える。

(3) 在宅療養継続が難しいと思われたが家族の

強い希望により在宅死に至ることができた（家族主導型）

療養者が、死亡場所の希望について明確に伝えていなかったり、症状悪化や精神的に不安定になってしまった場合、入院を希望する場合が多い。しかし、家族が強く在宅死を希望し、症状緩和や精神的な支えになることで在宅死に至ることも明らかになった。医療者は療養者の症状緩和等の支援だけでなく、家族に対する支援も重要であることが示された。

4)在宅療養継続を阻害・促進する出来事の経時的な分析：病院死に至った事例

(1)療養者と家族の気持ちが揺れ動きながら過ごし、症状増悪をきっかけに入院を決めていた（症状増悪時入院型）

導入期や安定期には、揺れ動きながらも比較的安定して在宅療養を継続できていると思われるけれども、症状の出現・増悪によりすぐに入院を決めてしまうことがある。医療者は、今後起こりうる症状とその対策を療養者や家族に伝え、在宅療養しながら医療的な知識と技術が得られるように支援する必要がある。症状が増悪しても、予め予測できていて対応することができれば、すぐに入院を決めてしまうことは減るのではないかと考える。

(2)在宅療養する中で継続を阻害する出来事が重なり入院を決めていた（阻害要因蓄積型）

症状コントロールがうまくいかない、あるいは家族や医師が入院を強く勧めた場合、入院を決めてしまうことがある。在宅療養を阻害する出来事を減らし、療養者と家族の希望を尊重しながら意思決定ができるように関わる必要性がある。

(3)在宅療養開始時から療養者も家族も最期は入院だと決めていた（入院希望型）

導入期から在宅療養継続の意思がほとんどなく、再入院を決めている場合、在宅死に至るにはかなり難しいことが明らかになった。在宅療養開始前、すなわち入院期間中から在宅療養のメリット・デメリットを示し、療養者と家族が自分たちで療養場所を決めるといった感覚を得ることが重要だと考える。

調査 2

1) 医師 - 看護師関係と死亡場所

がん終末期に関するアンケートは、一般市民や遺族などを対象とした研究が数多く行われ

ており、自宅を死亡場所と希望する割合は平成10年の9.0%から平成20年の10.9%微増²⁾している。一方、死を迎える場所については、家族が本人の希望を確認しているか、本人の希望がかなえられているかは明らかでない³⁾とも言われている。本研究の対象者も、一度は自宅での療養を希望したケースである。しかし、退院前に予後説明がされたのは、9ケースであった。さらに予後の説明がされたといっても、No.32のように介護者だけに説明されている場合もあり、在宅療養開始時に死亡場所を希望することは難しいと思われた。在宅療養開始後は16ケースで退院後在宅チームによる予後説明があり、主に医師と訪問看護師が予後説明に当たっていた。特に、往診医がいないケースでは、在宅での看取りをまよっていたり、外来通院が困難になったりするなどの状況時に、訪問看護師からの働き掛けで往診医を立てていた。このような対策は医師会などにおいて在宅医による副主治医制を設けて、より有機的な在宅緩和ケアを進めている報告^{4,5)}と共通点がある。また、イギリスの報告によれば、死亡場所の希望そのものが不確かなものであるため、医療者との対話が重要⁶⁾であると述べている。本結果でも、医師と訪問看護師間の24時間連絡体制があるだけでなく、相談したいときに相談できる関係がないケースにおいて、医師からの入院が勧められていた。

これらのことから、入院中の予後説明の実施率を高めるとともに、現状では、死亡場所を決めるのは在宅療養が開始されてからであることが多いので、在宅療養中も、医師と訪問看護師が常に相談できる体制をとり、患者の変化する状況に合わせて病状を説明し患者・家族の意思決定を支援していくことが必要である。

症状管理においては、医師が病院勤務のために連絡が取りにくいことや、看護師とは情報共有しない医師、医療者に不信を抱くなどのケースで再入院する傾向が確認された。よって、症状を理由とした再入院を防ぐためには、在宅チーム内で症状変化に対して即座に対応する努力が求められている。

2) 排泄介護の有無と死亡場所

家族介護者の90%が排泄介護を行っており⁷⁾、睡眠不足や外出が困難になる⁸⁾などの介護負担の要因となっている。No.11のケースのように排泄介護はできないというケースのほか、せん妄のため排泄介助の頻度が増加していたケースがあった。せん妄はがん終末期の85~90%に出現し、50~70%は回復しないまま死を迎える⁹⁾

と報告されている。本結果では、訪問看護師がおむつやポータブルトイレの利用などを勧めていたが、尊厳を守ることを理由に療養者本人や介護者に拒否されていた。排泄介護は時間が決められないため、巡回型ホームヘルプサービスを積極的に活用し、家族の負担を軽減することに努めることが望ましい。

3) 今後の課題

本結果は、訪問看護師からのインタビューに基づくものである。今後は医師や遺族からのインタビューも加え、様々な立場から死亡場所の決定に向けた支援方法を検討していきたい。

調査 3

本研究の第一の意義は、訪問看護師が患者や家族の死亡場所に関する希望を確認していないと病院死になりやすい傾向があることを明らかにした点である。特に看取り場所に関する家族の希望を未確認であると、オッズ比にして 0.06 倍、在宅死を迎えにくい傾向があった。一方、希望場所が病院であれ自宅であれ、患者や家族の希望を訪問看護師が確認できていると、希望がかなえられやすい傾向があった。今後は、何が原因で、看取り場所に関する希望を確認できないのか、さらなる研究が求められる。

本研究の第二の意義は、患者の症状の程度によって、在宅看取りと関連がみられるか、明らかにした点である。まず興味深かったのは、初回訪問日～訪問3回目における患者の症状の程度は、在宅死を迎えた患者と病院死を迎えた患者とで、差がみられなかった点である。一方で、死亡3日前/入院直前の訪問日における患者の症状の程度と在宅看取りとの関連を分析すると、患者の疼痛の程度が強いと、統計的有意に病院死を迎える傾向がみられた。また、せん妄がみられた患者は、統計的有意に在宅死を迎える傾向がみられたが、これは死亡直前の症状によるものだと考えられる。一方、死亡3日前/入院直前の訪問日における患者の全身倦怠感、呼吸困難、嘔気、腹満、食欲不振、発熱の程度は、在宅看取りとの関連がみられなかった。従って、終末期がん患者においては、特に疼痛の変化に対応していくことが、在宅看取りを実現する上で重要であると示唆された。

本研究の第三の意義は、どのような家族の介護負担が、在宅看取りと関連がみられるか、明らかにした点である。これまでわが国では、

在宅死を断念させる2大要因の一つとして、介護負担があると指摘されてきた。しかしながら、具体的にどのような介護負担が問題であるのか、知見は限定的であった。そこで本研究では、介護負担を心理的、身体的、社会的、経済的な側面から包括的に捉え、在宅看取りとの関連をみた。分析の結果、在宅看取りの阻害要因関連として、「介護できないという無力感や憂鬱、緊張」や「先が見えない不安など漠然としたもの」という心理的な介護負担が抽出された。また、「夜間も介護が続くことに起因する不眠・疲労」や「介護休暇を取る等の理由による収入の減少」については、在宅死を迎えやすい傾向がみられたが、これは実際に介護を死亡直前まで続けているための負担であると考えられる。そこで今後は、心理的な介護負担を緩和することが、在宅看取りの実現を推進するか、さらなる研究が求められる。

本研究の第四の意義は、在宅看取りの実現と関連する訪問看護師のアクションを明らかにした点である。具体的には、多重ロジスティック回帰分析の結果、在宅死と関連がみられたのは、訪問看護師と主治医との24時間連絡可能な体制および訪問看護師から患者家族への積極的な余命説明であった。医師と十分に連携が取れていること、その上で訪問看護師が、患者・家族の状況を見ながら、状況に応じた余命の説明を適切に行っていくことが、在宅死の実現のために重要であることが示された。特に、訪問看護師から患者家族に対して積極的に余命の説明をすることは、オッズ比にして2.51倍在宅看取りを実現するという知見は、筆者の知る限り先行研究で報告されたことはなく、在宅看取りの実現に向けて新たな示唆を与えるものであると考えられる。今後さらなる研究を通じて、なぜ訪問看護師による積極的な余命説明が在宅看取りを促すのか、メカニズムの解明を行っていくことが重要と考えられる。

本研究の第五の意義は、在宅療養の継続/中断に影響を与える要因について、質的な分析を行った点である。特に、(1)入院することを考えたきっかけ、(2)入院を考えた患者本人や介護家族に対する説明、(3)入院を左右した要因について、以下のことが明らかになった。

(1)入院することを考えたきっかけについて

入院することを考えたきっかけの2/3を占めたのは、病院死・在宅死を問わず、症状管理と介護負担に関連することであった。疼痛や呼

吸困難などの症状への対処方法の1つに薬物があるが、経口摂取ができなくなることが重なると、内服できない状況となる。そのため、坐薬や経皮吸収タイプなど経口以外の投薬管理ができるガイドラインが必要である。さらに、強い疼痛や呼吸困難は、家族が「見ていられない」心理を生み、不安を増強させている可能性がある。この不安の増強は精神的介護負担につながると考えられる。

次に、トイレ歩行ができなくなることやおむつ交換という排泄の介護では、せん妄と同様、夜間にも介護が必要となる。排泄介助は介護負担の大きな要因である¹⁰⁾と示唆されているが、本結果でも、昼夜問わずの排泄介助による介護者の睡眠時間の短縮や休息が不十分となり、身体的な介護負担になっていた。特に排泄の介護は患者が介護家族に気兼ねするきっかけになっているケースもあり、重点的に支援が必要である。さらに、歩行困難はADLの低下とも関連している。一般的にADLの低下は、在宅療養の継続要因に挙げられているが、本結果からは、介護者が高齢の場合はADLの低下が入院を考えさせていた。先行研究と違う結果については、介護者が高齢の場合、持病を持っているという記述もあり、加齢による基礎体力の低下に加え疾病による体力の低下があると推察される。

最後に、社会的介護負担では、ホスピスの空き待ちや家族がグループホームに迷惑はかけられないと思うなど、社会資源が不足していることに関連する記述がみられた。現状では、グループホームやショートステイが、終末期の在宅療養者を受け入れる事例は少ない。今後はホスピスの充実とともに、このような介護施設でも終末期である人を受け入れられるよう啓発が必要ではないかと考える。加えて、社会的介護負担では日中独居も含む独居のために入院を考えたという記述があった。2010年の高齢者の単身と夫婦のみ世帯は1,000万世帯で、2020年には1,245万世帯となるとする報告¹¹⁾もあり、サービス付き高齢者向け住宅の供給促進施策が推進されることを期待したい。

残り、1/3は、治療・処置に関することと死を受容できないこと、患者や家族が最期は病院で死ぬことを決めていた場合、医療側の問題があった。自由記載では、医学的に治療もしくは処置が必要だと思われるものより、終末期における対症療法の意味合いが強い傾向であった。加えて、「治療をしないと死んでしまう」などにあらわされる、死を受容できていないと思われる記述があった。よって、病状や予後の説明

の際には、どこまで治療するかを受容の状態と合わせて話し合う必要がある。さらに、親族に若年者がいる場合は、「(具合が悪いのに)なぜ家にいるんだろう」「トラウマ(になることを避けたい)」と考える家族の心情に配慮する必要が示唆される。

また、医療システムの問題として、少数ではあるが、山間地域のため死亡確認の訪問ができないので入院を勧められていたり、定期的な外来受診時に入院を指示されたりするケースがあった。地域によっては看護師の死亡確認も認めるなどの法整備の検討が必要と考えられる。

(2)入院を考えた患者本人や介護家族に対する説明について

病院死・在宅死ともに、患者や家族が入院を考えた時、医師または訪問看護師は何らかの説明を行っていた。しかし、自由記載の内容を見ると、説明された患者本人や家族が“今入院したら家に戻れなくなる可能性がある”と認知できる説明内容と必ずしもそうでない説明内容に分けられた。

“今入院したら家に戻れなくなる可能性がある”と認知できる説明は、在宅死20%程度、病院死35%程度で、病院死のほうが明快に説明していた。その他の説明としては「終末期になっている」「治療の限界」などと説明されている。一方、説明していない理由には、たぶん理解していたと思うから、定期外来受診後即入院などのため説明する時間がなかった、「死の受容が困難」なためあえて言わなかった、最期は入院すると決めていたからといった記述があった。

好ましくない情報をどう伝えるかは、情報の伝え手である医師や訪問看護師側の要因と受け手である患者や介護家族の要因がある。一般的には、好ましくない情報は言い控えたり、先延ばしにされたりする傾向があるといわれる。医師・訪問看護師・患者・家族関係における道徳上のトポグラフィ¹²⁾は今後の課題である。

(3)入院を左右した要因

病院死では、症状管理のためと介護負担軽減のための入院がほとんどであった。一部、「家で死ぬなんてとんでもない」「家で毎日看護師さんに来てもらいます」と言っているにも関わらず「奥さん一人じゃ家で看るのは無理です」と言った医師など、価値観に関する記述があり、在宅医療の啓蒙が必要であることをうかがわせる。一方、在宅死では、苦痛に感じる症状がないことと、増強する介護負担に対し、社会資源を導入したり他の家族員が主介護者である

家族員を支えたりする介入で介護負担を軽減させていた。また、患者や家族の“家にいたい”気持ちを強化する方法、「病院への往復が大変で、タクシー代もかかる」といった在宅のメリットを強調するプラスの要因を強調する方法と、「受け入れ先が見つからない」や「病院での医療に不満を持っていた」などにあらわされるようにマイナスの要因を強調する方法があった。

本研究にはその調査設計上、いくつかの限界がある。第1に、本研究はケースコントロール研究であるため、原因と結果の因果に関する知見は限定的である。今後は、縦断研究などのデザインを用いて検証を行う必要がある。

第2に、本研究で分析に用いた事例に関するデータは、看護記録などを用いて訪問看護師がレトロスペクティブに収集したものであるため、データの信頼性に限界がある。今後は遺族などを対象とした調査を行うことにより、本研究で得られた知見の再現性を検証する必要があると考えられる。

第3に、セレクションバイアスの可能性を否定できない点である。今後の研究では、傾向スコアなどを用いて、調査への回答に影響を与える共変量の調整を行っていく必要があると考えられる。

第4に、本研究では先行研究や事例インタビュー調査に基づいて、在宅看取りの実現に影響すると考えられる説明変数を設定したが、在宅看取りと関連の強い未知の説明変数が存在する可能性は否定できない。そのため、最も適当と考えられる説明変数について、今後更なる調査を行う必要がある。

E．結論

調査1で、在宅死と病院死に至った事例を経時的に分析することで、それぞれの経過を3つに分けることができた。在宅死に至るために、導入期・安定期・臨死期における医療者の支援について示唆を得ることができたと考えられる。

調査2では、がん終末期の在宅療養者および、家族の死亡場所決定までのパターンを整理した結果、下のことが明らかになった。退院前の予後説明の実施率が低い、医師と訪問看護師が連絡・相談できる体制がなければ、症状管理の点から、医師が入院を勧める、介護者の排泄介助と不安がない場合は、在宅死となる。在宅療養者や家族が希望しない入院を回避する方法には下の2点の必要性が示唆された。

在宅療養中に死亡場所を決めるための予後説明を行うこと、排泄介助や不安の軽減を図ること。

調査3では、終末期がん患者の在宅看取りの実現と関連する要因を、訪問看護師の視点から多角的に検討した。その結果、在宅療養の継続および在宅看取りの実現には、1)訪問看護師が患者や家族の看取り場所の確認をすること、2)訪問看護師が患者家族に対して積極的に余命の説明をすること、3)家族の心理的介護負担を軽減すること、4)患者の疼痛の変化に対応することが重要である可能性が示唆された。これらの結果から、出現する患者の症状や家族の介護負担そのものが再入院および入院死を決定づけるのではなく、訪問看護師が医師との連携のもと、これらの問題に適切なタイミングで対処しつつ、看取りまでの先を見通した確認や説明を含むケアを行っていくことが在宅死を可能にするために重要な要因となることが定量的に示されたと言える。

F．健康危険情報

特記すべきことなし

(参考文献)

- 1)川越厚：家庭で看取る癌患者 -在宅ホスピス入門- メディカルフレンド社、
- 2)終末期医療のあり方に関する懇談会。「終末期医療に関する調査」結果について。2010：89
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/07.pdf> 2013.2.25 アクセス可能
- 3)城内景子，池田清子，中澤仁美，ほか．在宅終末期の看取りに関する家族の満足度について - 「看取りの場所」「意志の尊重」「苦痛の緩和」「一緒に過ごした時間」に焦点をあてて - ．神戸市看護大学紀要 2008；12:37-43．
- 4)片山壽．地域緩和ネットワークと在宅緩和ケア．5．[尾道市]在宅緩和ケアチームと患者本位の地域医療連携．ホスピス緩和ケア白．東京2008：68 - 72 ．
- 5)白髭豊．地域緩和ネットワークと在宅緩和ケア．7．[長崎市]在宅緩和ケアネットワーク構築の試み．ホスピス緩和ケア白書．東京2008：78 - 82 ．
- 6)Munday,D.,Petrova,M.,Dale,J. Exploring preference for place on death with terminally ill patients qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. BMJ

2009;339:b2391.

7) 齊藤恵美子, 國崎ちはる, 金川克子. 家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討. 日本公衆衛生雑誌 2001; 48: 180 - 189.

8) 伴真由美. 排便に援助を必要とする在宅要介護者とその家族の状況. 千葉看護学学会誌 2004; 10: 49 - 55.

9) Miki, N., Tatsuya, M., Chizuru, I. et al. Terminal delirium families' experience. Palliative Medicine 2007; 21: 587-594.

10) 菊池有紀, 葉袋淳子, 島内節: 在宅重度介護高齢者の排泄介護における家族介護者の負担に関連する要因、国際医療福祉大学紀要、Vol.15 No.2、PP13 - 23、2010.

11) 深澤典宏: サービス付き高齢者向け住宅の意義と展望、地域ケアリング、Vol.14 No.14、PP10 - 36、2012.

12) D.メイナード著、櫻田美雄、岡田光弘訳: 医療現場の会話分析 悪いニュースをどう伝えるか、勁草書房、2004.

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Fukui S, Fujita J, Yoshiuchi K. The associations with the Japanese people's preference for place of end-of-life care and their self-perceived burden/concern to family members. J Palliat Care. 2013;29(1):22-28.
- 2) Fukui S, Yoshiuchi K. Associations with the Japanese population's preferences for the place of end-of-life care and their need for receiving healthcare services. Journal of Palliative Medicine. J Palliat Med. 2012;15(10):1106-12.
- 3) 福井小紀子: 在宅看取りを支える全国訪問看護事業所の実態とその選定指標の提案～在宅看取りを支える要因分析の結果をエビデンスとして～. 社会保険旬報. 2488: 16-23: 2012
- 4) 福井小紀子. 介護報酬・診療報酬の同時改定が示す訪問看護のこれから(連載第2回): 訪問看護ステーションの調査結果は報酬改定にどう活用されたか. コミュニティケア. 2012-9.68-71.2012.
- 5) 福井小紀子. 介護報酬・診療報酬の同時改定が示す訪問看護のこれから(連載第1回): 報酬改定に役立った全国訪問看護ステーションの調査結果. コミュニティケア.

2012-8.66-70.2012.

- 6) 福井小紀子. 緩和ケア最前線: 緩和ケアにおける医療保険と介護保険. モダンフィジシャン. 32(9).1077-1082.2012.
- 7) 福井小紀子. 緩和ケアに関連した2012年度診療報酬と介護報酬の同時改定について: 診療報酬改定の具体的内容と介護報酬改定. 緩和ケア. 22(3).278-281.2012
- 8) 福井小紀子. 緩和ケアに関連した2012年度診療報酬と介護報酬の同時改定について: 診療報酬改定で示された方向性. 緩和ケア. 22(2). 161-165. 2012

2. 学会発表

- 石川善樹, 福井小紀子, 藤田淳子. 終末期ケアにおける訪問看護師と他職種との連携に関する尺度の開発(第1報). 第16回日本在宅ケア学会学術集会在宅ケア学会. 2013.
- 津野陽子, 清水準一, 藤田淳子, 福井小紀子. 在宅看取りの実現と関連する訪問看護師と医師の連携要因に関する症例対照研究(第2報). 第16回日本在宅ケア学会学術集会在宅ケア学会. 2013.
- 福井小紀子, 石川善樹, 藤田淳子. 在宅看取り率と訪問看護師が在宅看取りに必要と考える条件の関連(第3報). 第16回日本在宅ケア学会学術集会在宅ケア学会. 2013.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得:
なし
2. 実用新案登録:
なし
3. その他:
特記すべきことなし

分担研究報告書

施設職員等に対するがん患者の看取り教育プログラムに関する研究

研究分担者	川越 正平	医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
研究協力者	中里 和弘	東京都健康長寿医療センター研究所
	片山 史絵	医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
	友松 郁子	医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所

研究要旨

本研究では、介護職を対象に「医療と介護に関する知識と理解」を促す講習会形式の教育プログラムを開発、施行し、その効果について検討した。平成24年10月、松戸市内の居住系施設介護職60名を対象に「医療と介護の連携を深めるための基礎知識講習会」を実施した。講習会では3テーマを設定し（講義1.認知症の基本的理解、講義2.介護現場における医療ニーズ、講義3.老衰と看取り）、講義とグループディスカッションを組み合わせた。参加者に講習前、終了後、1ヶ月後（回収数40名）の3時点でアンケート調査を行った。その結果、講義内容・講義資料・講習会のプログラムに高い評価が得られた。主観的知識量では、全講義で終了後に有意な知識の増加が認められ、看取りに対する不安が低減した。1ヶ月後調査では、7割が「感想を話したり、テキストを見せる」など講義内容を職場の他者へ共有していた。受講効果では、受講が「自己の専門性やケアを見直すきっかけ」となり、「自分自身のケアに対する自信に繋がった」ことが示唆され、7割が「終末期ケアや看取りケアを身近に感じるようになった」と回答した。9割は「受講が日常のケアに役立った」と回答し、実際に役だった事例として、認知症や医療ニーズでの“対利用者・対家族への対応や説明”、“対医療職との連携”における効果が挙げられた。今後は本講義を多地域で施行してプログラムや講義内容のブラッシュアップを図るとともに、その教育効果について検証することが求められる。

A. 研究目的

高齢化、核家族化の進行に伴い、居宅のみならず居住系施設に居住する高齢者、施設で最期を看取るケースが今後増加する。そのため介護サービスの給付管理担当の介護支援専門員、居宅・居住系施設の介護職員等には認知症や医療ニーズに対する知識と実践に加え、緩和ケアや看取りの啓蒙を進めていく必要がある。

そこで本研究では、介護職にがん患者の看取

りを含めた医療と介護に関する知識と理解を促す講習会形式の教育プログラムを開発、施行し、効果を検討することを目的とした。なお今回の講習会では、がん患者の看取りを促進するための教育プログラムの基礎として、個人レベルの知識の底上げを意図した。そのため、講習会で扱うテーマは、がんの看取りだけに特化するのではなく、認知症や医療ニーズ等、施設での介護現場で常に直面し対応を迫られるテ

マを組み合わせた。厚生労働省平成 22 年介護サービス施設・事業所調査の報告にあるように、居住系施設入居者の 9 割近くが認知症(認知症自立度 以上)であることから、認知症や脳梗塞などの要介護状態に陥る基礎疾患があつて施設に入所後一定期間を経て、のちに進行がんと診断されるケースはがんの有病率を鑑みても相当数にのぼると考えられる。よって、複数の疾患をもった利用者や医療ニーズの高齢者に対して、介護職には日常の体調変化等を医療者へ報告・相談することが求められる。しかし、介護職に医療に関する一定の知識や理解がなければ、医療職に適切なタイミングで適切な内容を報告することは難しい。

以上のことから、今回の講習会では、終末期ケアや看取りについて、認知症や医療ニーズの対応等と組み合わせて講義することが、参加者の参加動機を高めると同時に、看取りを日常のケア、利用者の症状変化への対応の積み重ねの延長にあるものとしての認識を促す上で有効であると考えた。

B . 研究方法

. 対象者 (表 1・表 2)

平成 24 年 10 月 24 日、松戸市内の居住系施設介護職・福祉職 60 名を対象に「医療と介護の連携を深めるための基礎知識講習会」を実施した。参加者の所属施設(表 1)は、居宅介護支援事業所 20 名、特別養護老人ホーム 5 名、グループホーム 9 名、有料老人ホーム 3 名、通所介護事業所 8 名、訪問介護事業所 10 名、その他 4 名であった。参加者の職種は、表 2 の通りであった。

その他、介護・福祉職以外に、民生委員 16 名、ファシリテーター 13 名(訪問看護師等)が参加した。

表 1 . 参加者の所属

	度数	%
居宅介護支援事業所	20	33.9
特別養護老人ホーム	5	8.5
グループホーム	9	15.3
有料老人ホーム	3	5.1
通所介護事業所	8	13.6
訪問介護事業所	10	16.9
その他	4	6.8
無回答	0	0.0
合計	59	100.0

表 2 . 参加者の職種 (複数回答)

	度数	%
ケアマネジャー	25	42.4
ヘルパー	4	6.8
介護福祉士	23	39.0
社会福祉士	2	3.4
看護師等	2	3.4
その他	12	20.3
無回答	0	0.0
合計	68	100.0

. 講習会の内容 (プログラム)

講習会では、3 つのテーマを設定した。講義 1 が「認知症の基本的理解」、講義 2 が「介護現場における医療ニーズ」、講義 3 が「老衰と看取り」であった。

各講義では、主に以下の内容を扱った。各講義で使用したテキストは、資料 1 (講義 1)、資料 2 (講義 2)、資料 3 (講義 3)として添付した。

講義 1

- ・認知症の進行に伴う各段階の症状の特徴やケアのポイント
- ・認知症の末期に見られる症状やケアのポイント
- ・BPSD の特徴と対応の仕方
- ・BPSD を悪化させる原因とその対応
- ・認知症の方の体調が変化した時の生活やケアに関する観察項目

講義 2

- ・「食事」に関する観察ポイントとその対応
- ・「排泄」に関する観察ポイントとその対応
- ・「睡眠」に関する観察ポイントとその対応
- ・医療者に患者の体調の変化や身体症状を連絡・情報を伝える際のポイント

講義 3

- ・看取りまでの体の変化やケアのポイント
- ・看取りを見据えた家族へのサポートや配慮
- ・がんの方の看取りに関する特徴や注意点
- ・医療用麻薬(モルヒネ)の安全性と麻薬を使用する際の注意点
- ・エンゼルケアの内容とエンゼルケアを行うことの重要性

なお本講習では、各講義(各講義 50 分)と各講義終了後ごとにグループディスカッション(30 分/ 1 グループ 6~7 名にて構成)を組み合わせた。その後、全体共有、懇親会を行った。講習会全体のプログラムは資料 4 として添付した。

講義の講師は、講義 1 をあおぞら診療所の医師、講義 2 を松戸市内の病院看護師、講義 3 を松戸市内の訪問看護ステーションの所長が担当した。各講義終了後の各グループディスカッションのテーマとして以下のような内容を設定した。

グループディスカッション 1

「認知症の方への対応で困った経験」

- ・認知症の方を介護するようになって、それまで認知症に抱いていたイメージと変わった点
- ・もし認知症になったら、どのように暮らしたいか

グループディスカッション 2

「体調変化や急病に遭遇して怖い思いをした経験」

- ・「眠れない」方にどのように対応するのがいいか
- ・医療者との連携で困っていること

グループディスカッション 3

「看取りの経験談」

- ・看取りに関して、不安に感じることや怖いと感じること
- ・自分の家族がなくなりつつある時、家族としてどのようなことに配慮して欲しいか
- ・自分がなくなる時、どのようなことに配慮して欲しいか

・講習会の様子

以下、当日のプログラムの内容順に、当日の様子を写真で報告する。

アイスブレイク



講義 1



講義 1 のワークショップ



講義 2



講義 2 のワークショップ



講義 3



全体討論 (2)



講義 3 のワークショップ



懇親会



全体討論 (1)



(倫理面への配慮)

講習会の前後及び 1 ヶ月後のアンケートを実施するにあたり、書面で研究趣旨と倫理的配慮に関する事項(自由意思による回答であること、途中で回答しなくなつた場合には無理に回答しなくて構わないこと、データ処理と個人情報管理等)を明記、口頭で説明をした。調査票の回収をもって調査協力に同意をしたとみなした。

C . 研究結果

参加者には講習前、終了時、1 ヶ月後にアンケート調査を実施した。回収数は、参加者 60 名中、講習前 59 名、終了時 57 名、1 ヶ月後 40 名であった。

講習会前後のアンケート結果

1) 主観的知識量の変化(表 3)

各講義内容ごとに講義前後での主観的な知識量について回答を求めた。評価は、各講義の内容を5テーマ(講義1,3)又は4テーマ(講義2)に細分化し、各テーマごとに「1.知識が全くない」～「7.十分な知識がある」の7段階で回答を求めた。各講義ごとにテーマの主観的知識量を算出し、テーマ数で割った数値を各講義の主観的知識量得点とした。主観的知識量得点は、講義1で講習前4.00-講習前5.08、講義2で講習前4.27-講習後5.19、講義3で講習前3.52-講習後4.73であった。参加者は3講義の中で講義3の「老衰と看取り」の知識が、講習前に最も不足していると認識していた。対応のあるt検定を行った結果、3講義とも講習会後に有意に知識が増えたと認識され、講習前後の知識変化量では講義3が最も得点の伸び率(1.21)が高かった。また、看取りケアを行う不安(「1.不安が少ない」～「不安が大きい」)に関しても、対応のあるt検定を行った結果、講習前4.92-講習後4.25で、講習後の方が有意に得点は低かった。

表3.各講義ごとの前後の主観的知識量、看取りの不安の変化

	主観的知識増加量			看取りの不安
	「1.知識が全くない」～「7.十分な知識がある」			
	1.認知症の基本的知識	2.介護現場における医療ニーズ	3.老衰と看取り	「1.少ない」～「7.大きい」
(1)講習前	4.00±1.09	4.27±1.06	3.52±1.22	4.92±1.16
(2)終了時	5.08±0.93	5.19±0.92	4.73±0.99	4.25±1.87
(2)-(1)	1.08	0.92	1.21	-0.67
p	P<.001	P<.001	P<.001	P<.05

2)講習会の内容評価

講演内容の難易度(表4)

5段階で回答を求めた(「1.易しかった」～「5.難しかった」)。全ての講義で「難易度は適度であった」と回答した者が6~7割(講義1;69.6%、講義2;63.5%、講義3:70.0%)と最も多かった。ただし、講義の内容を比較すると「(どちらかと言ったら)易しかった」と回答する割合が最も多かったのが、講義2の「介護現場における医療ニーズ」の36.6%であり(講義1;26.8%、講義3;24.0%)、逆に「(どちらかと言ったら)難しかった」と回答する割合が最も多かったのが講義3の「老衰と看取り」の6.0%であった(講義1;3.6%、講義2;

0%)

表4.各講義内容の難易度

「講義」の内容は	講義1	講義2	講義3
1 易しかった	10.7	13.5	10.0
2 どちらかと言ったら易しかった	16.1	23.1	14.0
3 適当だった	69.6	63.5	70.0
4 どちらかと言ったら難しかった	3.6	0.0	4.0
5 難しかった	0.0	0.0	2.0
合計	100	100.0	100.0

講義内容の満足度(表5)

5段階で回答を求めた(「1.不満」～「5.大変満足」)。その結果、「4.満足」と回答した者が63.0%と最も多く、「(やや)不満」と回答した者は3.8%にとどまった。

表5.各講義内容の難易度

講義の内容は...	参加者
1 不満	1.9
2 やや不満	1.9
3 どちらでもない	7.4
4 満足	63.0
5 大変満足	25.9
合計	100

講義資料の評価(表6)

5段階で回答を求めた(「1.分かりづらい」～「5.大変分かりやすい」)。「4.分かりやすい」と回答した者が65.5%と最も多く、「(どちらかと言ったら)分かりづらい」と回答した者は3.6%にとどまった。

表6.各講義資料の評価

講義資料は...	参加者
1 分かりづらい	0.0
2 どちらかと言ったら分かりづらい	3.6
3 どちらかと言ったら分かりやすい	14.5
4 分かりやすい	65.5
5 大変分かりやすい	16.4
合計	100

3)講習会のプログラム評価

グループディスカッションの評価(表7・8)

各講義終了後、6~7名からなるファシリテーター、民生委員、他の施設職員と講義に関連するテーマについてグループワークを行った。グループワークを設定したことについて、5段階で回答を求めた(「1.特に必要なかっ

た」～「5. 大変良かった」)。その結果「4. 良かった」と回答した者が 58.2%と最も多く、「(特に/あまり)必要なかった」と回答した者は0%であった(表7)。グループワークの内容の満足度を5段階で回答を求めた(「1. 不満」～「5. 大変満足」)。その結果「4. 満足」と回答した者が72.0%と最も多く、「(やや)不満」と回答した者は0%であった(表8)。

表7. グループディスカッションの設定評価

参加者と話す時間を設けたことは…	参加者
1 特に必要なかった	0.0
2 あまり必要なかった	0.0
3 多少良かった	1.8
4 良かった	58.2
5 大変良かった	40.0
合計	100

表8. グループディスカッションの満足度

グループワークの内容は…	参加者
1 不満	0.0
2 やや不満	0.0
3 どちらでもない	7.3
4 満足	72.7
5 大変満足	20.0
合計	100

4) 講習会全体の満足度(表9)

5段階で回答を求めた(「1. 不満」～「5. 大変満足」)。その結果、「4. 満足」と回答した者が69.1%と最も多く、「(やや)不満」と回答した者は1.8%にとどまった。

表9. 講習会全体の満足度

講習会全体の満足度	参加者
1 不満	0.0
2 やや不満	1.8
3 どちらでもない	0.0
4 満足	69.1
5 大変満足	29.1
合計	100.0

5) 受講が日常の業務に役立つ可能性(表10)

受講が業務に役立つ可能性(「講義を受けたことは、明日からの仕事や利用者へのケアに役立ちそうですか」)について、5段階で回答を求めた(「1. 役立たない」～「5. 役立ちそう」)。その結果、「4. 役立ちそう」と回答した者が

51.9%と最も多く、「役立たない(1点、2点)」と回答した者は0%であった。

表10. 受講が日常業務に役立つ可能性

	参加者
1 役立たない	0.0
2	0.0
3	5.6
4	42.6
5 役立ちそう	51.9
合計	100.0

. 講習会1ヶ月後の事後調査

1) テキストを見直す割合(表11)

テキストを見直す参加者の割合(無回答を除く)が最も多かったのが講義1「認知症の基本的理解」の88.6%であった。続いて講義2「介護現場における医療ニーズ」で65.7%、講義3「老衰と看取り」で62.9%の人がテキストを見直していた。

表11. 各講義ごとのテキストを見直す割合

	人数	%	無回答除く%
「認知症の基本的理解」	31	75.0	88.6
「介護現場における医療ニーズ」	23	55.6	65.7
「老衰と看取り」	22	55.6	62.9
無回答	5	13.9	
合計	40	100.0	n=35

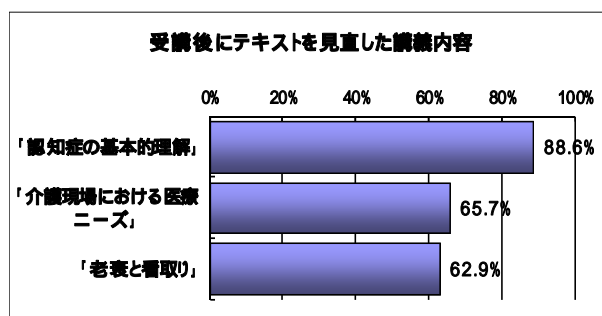


図1. 各講義ごとのテキストを見直す割合

2) 職場への共有の仕方(表12)

職場への共有の仕方(「職場の別のスタッフと受講した内容を共有しましたか(複数回答)」)について回答を求めた。その結果、共有の仕方(無回答を除く)として最も多かったのが「他のスタッフに受講した感想を話した」で77.8%であった。続いて多かったのが「受講したテキストを別のスタッフに見せた(66.7%)」、「所

属先へのレポート提出（63.9%）」、「受講内容の他のスタッフへの報告（61.1%）」と続いた。受講した具体的な内容を他のスタッフと議論した割合は19.4%に留まった。

表 12 . 職場への共有の仕方

	人数	%	無回答除く%
他のスタッフに受講した感想を話した	28	66.7	77.8
所属先にレポートを提出した	23	58.3	63.9
講義内容を他のスタッフに報告した	22	55.6	61.1
受講したテキストを別のスタッフに見せた	24	58.3	66.7
受講した具体的な内容について、他のスタッフと議論をした	7	19.4	19.4
その他	1	2.8	2.8
無回答	1	2.8	
合計	40	100.0	n=36

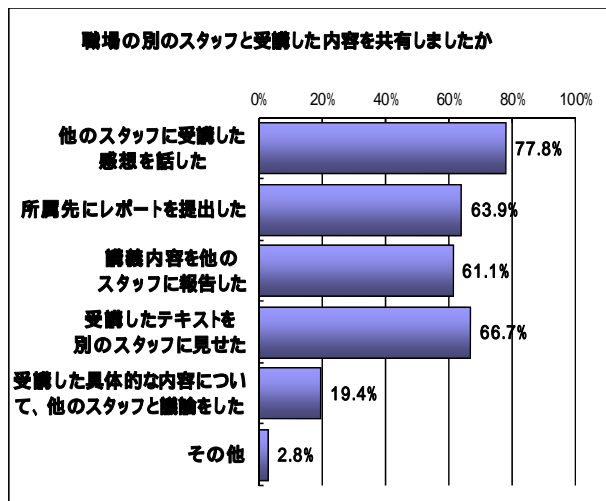


図 2 . 職場への共有の仕方

3) 受講したことの変化 (図 3)

講習会を受講したことで、参加者にどのような変化があったかについて回答を求めた（全 6 項目）。その結果、9 割以上の者が「3. さらに良いケアをしたいと思えるようになった(92.4%)」「4. 自分自身の仕事の役割やケアを見つめるきっかけになった(94.4%)」と回答していた(“少しそう思う”又は“そう思う”)。また、約 9 割の者が「2. どのようにケアをすればよいか、具体的に考えるようになった」、約 7 割の者が「専門的知識を得ることができ、自信を持てるようになった(88.6%)」、「6. 終末期ケア・看取りケアをより身近に感じるようになった(72.3%)」と回答していた(“少

しそう思う”又は“そう思う”)

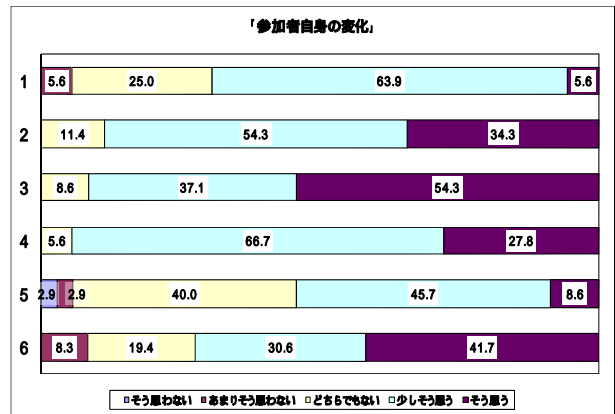


図 3 . 受講したことの変化

1. 専門的知識を得ることができ、自信を持てるようになった
2. どのようなケアをすればよいか具体的に考えるようになった
3. さらに良いケアをしたいと思えるようになった
4. 自分自身の仕事の役割やケアを見つめるきっかけになった
5. 今まで悩んでいたことや疑問に思っていたことが解決した
6. 終末期ケア・看取りケアをより身近に感じるようになった

4) 受講が日常の業務に役立ったケース

35 名(40 名中)が「受講が日常の仕事やケアに役立っている」と回答していた。役立っていると回答した 21 名(52.5%)が役立ったケースの内容を記述した。その内容を講義内容別に分類したところ、講義 1「認知症のケア」と講義 2「医療ニーズ」に関するもの記載であった。講義 1 で挙げられた内容は「認知症ケア実践の向上(4 名)」、「本人・家族への症状やケアの説明改善(6 名)」、「認知症の症状理解・ステージの見極めの改善(4 名)」であった。講義 2 で挙げた内容は「医療職へのポイントをおさえた報告改善/本人・家族への説明改善」に繋がったとする内容であった。その他、2 名からは「他の職員への指導活用」に繋がったとする内容があげられた。以下、挙げられた具体的な記述内容を示す。

講義 1「認知症のケア(14 名)」

【認知症ケア実践の向上(4)】

- ・認知症の方に相対する心が軽くなり、よく話

を聞けるようになりました。またスタッフにも私の行為が伝わり以前にも増してスタッフの穏やかな対応が見えるようになったと思います。

- ・認知症のケアを中心に実施しているので、相手の気持ちをくみ取る重要性を学んだ。
- ・認知症状についてもう少し、個別の症状について聞くようになった。
- ・今の所、現場ではないが、介護においてよく見て介護することが今まで以上に行うようになりました。

【本人・家族への症状やケアの説明改善(6)】

- ・利用者の方や、家族に、認知症のケアのポイント、話すようになった。(受容、共感、専門医の診察と服薬による効果について)。
- ・認知症の話を利用者に話す事ができ、予防に役立ててもらいたい。
- ・このままどうなってしまうのかと家族が不安がっている際にステージアプローチについて説明した。
- ・認知症の患者さんやその家族への服薬指導で、常に経時的変化の過程として、患者さんの症状を捉えられる意識を持つようになった。
- ・アルツハイマーの利用者の家族に説明するのに役に立ちました。
- ・アルツハイマー型認知症の方で軽度～中等度の症状が出ており、お一人暮らしを続けている方のケースを担当しています。ご家族様は、介護関係の仕事をしており、状態の把握はしているものの今後の事について、どのように対応していったら良いか、悩んでいらっしゃいました。軽度時期のケアや中等度の時期の事について参考にさせていただき理解を深めるきっかけになりました。

【認知症の症状理解・ステージの見極めの改善(4)】

- ・認知症の方の状態がどの程度の認知症であるのかが分かり、予後を推測できるようになった
- ・認知症の利用者様、BPSD、どの段階か見極めるのに役立ちました。
- ・利用者さんの現状を今までより理解できるようになった。
- ・症状と認知症との関連を考察したり、医療との連携で内服治療などを考える資料として取り入れました

講義2「医療ニーズ(5名)」

【医療職へのポイントをおさえた報告改善/

本人・家族への説明改善】

- ・訪問看護との連携が取りやすくなり、服薬後の状態変化や全身の発疹等、利用者の変化を伝えることができた。
- ・食事、排泄等日常生活の観察のポイントや体調の変化の観察を以前よりも気づく事が多くなり、報告が出来るようになりました。
- ・生活と医療の関係など、具体的に利用者に話した。
- ・救急車を呼ぶべきか、悩む家族がいます。熱、血圧、言葉などポイントの変化を伝えられるようになり、軽度脳出血の方と蜂窩織炎の方は、早く病院に行って対応してもらえて良かったです。
- ・家族が駆け込みで急遽介護保険の利用を申し込んできた。医療度が高いと判断し、その日の内に往診医に相談。訪問看護、福祉用具も早急に入り、家族は介護の指導を受け、安心して自宅で介護ができた。(納得がいかないまま、恐怖を持ちながら亡くなった方がいらして、介護保険で役に立てる事はあまりなかったと感じてしまうこともありました)

その他(2名)

【他の職員への指導活用】

- ・他の職員や新しく入ってきた職員の指導にも役立っている。
- ・認知症の方をどう扱ったら良いのか。ステージ別に教えていただいた事に、感謝しております。特に社内で研修するとき、この資料を使わせて頂きます。

D. 考察 知識の変化

本研究では、講義前後にアンケート調査を行うことで参加者の主観的知識量を量的に把握した。受講前の主観的知識量では、通常の臨床で直面する内容である講義1の「認知症」、講義2の「医療ニーズ」の基本的知識は、「知識がある」とする方向に認識されていた(7点満点中4点以上)。それに対して「老衰と看取り」は、「知識が全くない/十分な知識がある」の中間の得点を示した(3.5点)。認知症や医療ニーズは、個人の経験による違いがあるものの介護職が日常の業務やケアで対応する要素を含む。ただし「老衰と看取り」に関しては、終末期ケアや看取りに対する施設の方針や考え方によって、施設として看取りまで対応していない、参加者によって看取りを経験していない

等の差があるために、総体的に知識が少ないと評価されたのではないかと考えられる。看取りの不安に関しては、受講前が7点満点(不安が大きい)中4.9点であり、看取りの不安は「大きい」と捉えられていた。

ただし、講習会前後の主観的知識量を検討した結果、全ての講義で講義終了後に、有意に知識量が増加したと認識されていた。また看取りの不安に関しても、講義前よりも低い得点を示した。よって、今回の講習会は知識を強化する目的に関して一定程度の効果があったものと考えられる。

講義内容

講義内容の難易度に関しては、講義3「老衰と看取り」の内容が他の講義より、「易しい」と回答した者の割合が少なく、「難しい」と回答した者の割合が多かった。知識量と同様、個人の経験が影響している(個人差が大きい)と考えられる。ただし、講義3は講義1と同様、7割の参加者が講義内容を「適当だった」、講義2では64%の参加者が講義内容を「適当だった」と回答していた。各講義とも集団を対象に講義を行う上では、適切なレベルの内容を施行できたと考えられる。また、講義の内容の満足度も9割の参加者が「満足」し、96%の参加者が「分かりやすい」と回答しているなど、質の高い講義内容であったといえる。

講演会のプログラムについて

医療と介護の連携を図る上での課題として、医療職と介護職の間には「共通言語」と呼ぶべき共通の知識基盤がないため、接点を持たない状態でお互いの専門性を理解することは難しいといえる。そのため、医療と介護の連携の要の機能を担う訪問看護師、ケアマネジャーとともに、さまざまな介護現場に勤務する介護職同士がお互いの経験を共有し、専門性を相互に理解することで顔の見える関係構築を目指すことは極めて重要であると考えられる。

以上の点からも、今回の講習会として、以下の特徴が挙げられる。

- 1) 講義対象者である施設の介護職・福祉職だけでなく、訪問看護師等の医療職がファシリテーターとして、各グループに加わった。
- 2) 各グループを他施設の職員、医療職であるファシリテーター、民生委員から構成した(6~7名)。
- 3) グループディスカッションのテーマについては、単に講義内容を振り返るだけでなく、講義内容をどのように臨床現場で応用でき

るのかについて参加者自身の経験を基に議論を行った。

そして、上述の特徴を持ったグループディスカッションを各講義に組み合わせることで、以下の効果があったものと考えられる。

- 1) 各グループに医療職のファシリテーターを設定することで、講義内容の医療知識で理解が不足していたり、より詳細に知りたい点について聞く事ができ、一方向だけの講義よりも能動的な知識強化を図ることができた。
- 2) 他施設の介護職と討論することで、個人の経験・課題を個人や所属施設の単体レベルで解釈するだけでなく、より広い視点で捉えることが可能となった。介護職が捉える問題の共通性や相違点を理解することで、改善の仕方や解決の糸口を見いだすと同時に、課題や経験を共有し他者も同様のことを考え取り組んでいる現状を知ることによって安心感につながった。
- 3) 医療者や民生委員といった他職種と同じテーマについて議論することで、他職種が自分の職種にどのような役割を求め、他職種が自らの職種をどのように理解しているのか等を知ることが可能とし、医療と介護の連携における自己の専門性を見つめることができた。また、医療職や民生委員の視点や考えを聞く事で、逆に自己がそれらの職種をどのような理解をしていたのか(他職種への役割要求)を知ることが可能となった。
- 4) 実際の臨床場面での医療と介護に関する経験を議論することで、今後どのように医療職との連携を促進し、また民生委員の一般市民からの視点をどのようにケアに活かしたら良いかを検討することが可能になった。

地域の介護職と看護師がお互いの経験を共有し専門性を理解し合うことは、介護職から見た場合の看護師への過度な遠慮や敷居を低くし、訪問看護師とケアマネジャーの顔の見える関係づくりという観点からも効果があったと考えられる。実際、アンケート結果でも、グループディスカッションを設定したこと、グループディスカッションの内容及び講習会全体の満足度について、高い評価が得られた。

受講の効果

本研究では、講義終了1ヶ月後にアンケート調査を行い、参加者の視点から受講の効果を検討した。

講習会のテキストに関しては、9割の人が講

義1の「認知症の基本的理解」を見直していた。これは、対応する利用者に認知症高齢者が含まれることも多く、日常のケアに直結しているテーマであったからであると考えられる。ただし、講義2「介護現場における医療ニーズ」、講義3「老衰と看取り」に関しても、約65%の人が見直していた。見直した人の割合は講習会自体の評価にも直結することであり、テキストを見直した参加者が一定割合で存在したことは、今回の講習会が日常のケアに即した講義内容やテキストであったものと考えられる。

職場での共有の仕方に関しては「受講した具体的内容を議論した」者は2割に留まった。ただし、日常の施設での業務から考えた場合、時間的制約がある中で8割近くの人が他のスタッフに感想を共有したり、7割近くの人が受講したテキストを他のスタッフに共有したことは、他の職員への波及効果の第一歩として意義はあったと考えられる。

受講したことの変化に関しては、9割以上が「さらに良いケアをしたいと考えようになった」、「自分自身の仕事の役割やケアを見つめるきっかけになった」、「どのようにケアをすれば良いか具体的に考えるようになった」など、専門職としての自己の役割やケアを振り返るために講習会が有効であったことが伺える。また7割の人が「専門的知識を得ることができ、自信を持てるようになった」と回答していた。専門職としてより自信を持てるようになることはケアを提供する上で重要な要素であるといえる。加えて、「終末期ケア・看取りケアをより身近に感じるようになった」者は約7割を超え、施設での介護の延長として、終末期ケアや看取りケア身近に感じるようになったことは、施設での看取りを推進する上で価値ある認識の変化であったと考えられる。

約9割の人が、受講が日常の仕事やケアに役立っていると回答し、回答者の約半数から実際にどのように役立ったのかについて回答が得られた。内容を分類すると講義1の「認知症」関連の内容が最も多かった。「認知症ケア実践の向上や本人への症状説明の改善」といった“対利用者”への効果だけでなく、「家族への症状やケアの説明」といった“対家族”、「認知症の症状理解・見極めの改善」といった“対自己”への効果など、臨床場面に広く役立っていると考察できる。講義2に関しては、テーマである「実際の医療職への報告改善」といった“医療職との連携”、講義1より数は少ないも

の「本人や家族への説明改善」といった“対利用者・家族”への効果が伺えた。今回の事後調査は受講1ヶ月後に行っているため、講義3の「老衰や看取り」に関するケースの報告はなかった。このことは、居住系施設における看取りの頻度は高くないことから、講習からアンケートに回答するまでの1ヶ月間に看取りに関する経験に遭遇しなかった可能性が十分に考えられる。ただし、前述したように、看取りケアを身近に感じるようになった人が約7割いたことから、中長期的に見た場合、実際に看取りを行う際に今回の受講で得た知識が役立つ可能性はあるものと考えられる。

なお、本講習会を実施するにあたり、参加者への呼び掛けからの準備段階から講義が終了するまでの全過程について、1.企画の内容、2.講習会開催までのタイムスケジュール、3.講習会の準備と運営、4.資料(当日のプログラム・テキスト、参加募集案内等)をまとめた「医療と介護の連携を深めるための基礎知識講習会開催ハンドブック」(資料5)をあわせて作成した。このハンドブックを通じて、他地域にテキストに加えて企画から実施に至る手順・注意点を共有することにより、テキストを作成する際の労力の削減、そしてより質の高い効果的な講習会を開催する際に有益な情報を提供できるといえる。このようにして他地域で企画するにあたっての負担を軽減し、本講習会を開催しやすくすることにより、その教育効果の普及が期待される。

E. 結論

今回の講習会では、がん患者の看取りを促進するための教育プログラムの第1段階として、がんの看取りだけに特化するのではなく、認知症や医療ニーズ等、施設での介護現場で常に直面し対応を迫られるテーマを組み合わせで行った。また、今回の講習会では、一方向での講義形式ではなく、講習会を通して知識の底上げを図ると同時に、臨床に直結したテーマをもとに、他施設の介護職や医療職とのグループディスカッションを通じて経験の共有を図った。

そして本研究では、講習会前と後、講習会終了1ヶ月の3時点でアンケート調査を行い、講習会の効果を検討した。その結果、講習会全体の評価として、講義内容・講義資料・講習会のプログラムについて高い評価が得られた。また主観的ではあるものの、受講によって、受講生

が参加前に最も知識が不足していると認識していた「老衰と看取り」だけでなく、「認知症」や「医療ニーズの対応」の各講義内容についても知識の増加が認められ、看取りに対する不安も低減した。

1ヶ月後の調査では、講義1の「認知症」のテキストだけでなく、講義2の「医療ニーズ」、講義3「老衰と看取り」のテキストについてもある一定の参加者が見直していることが示唆された。また、他職員への共有では、講義の内容を他職員と議論する割合は2割にとどまるものの、7割の者が感想を話したりテキストを見せる等の方法で講義の内容を共有していた。受講したことでの変化では、受講が自己の専門性やケアを見直すきっかけとなったり、自分自身のケアに対する自信に繋がったことが示唆された。また、7割の人が終末期ケアや看取りケアを身近に感じるようになったとの回答が得られた。そして9割の者が、受講が日常のケアに役立ったと回答した。実際に役だった事例では、認知症や医療ニーズに対して、“対利用者”だけでなく“対家族”への対応や説明、“対医療職”との連携に効果があったことが伺えた。看取りについては、役だった事例を記述するまでには至らず、これは調査時期等も影響しているのではないかと考えらえる。なお、今回の1ヶ月後の事後調査に回答をした参加者は60名中40名(66.7%)であり、必ずしも参加者全員の意見を反映したかどうかについての課題は残る。

本講義を来年度以降に施行する際には、講習におけるグループワークのメンバーを地域包括支援センターの管轄エリアごとに構成することによって、より地域に根ざした関係性構築に役立つことが期待される。さらに、本講義を異なる地域、より多数の対象者に施行することを通じて、プログラムや講義内容のブラッシュアップを図り、その教育効果について検証することが求められる。

F．健康危険情報

特記すべきことなし

G．研究発表

- 1．論文発表
なし

2．学会発表

1. 友松郁子、中里和弘、片山史絵、丹野直子、川越正平：「医療と介護の連携を深めるための基礎知識講習会」開催とその意義. 第15回日本在宅医学会大会，愛媛，2013.3.30-31

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

特記すべきことなし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

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
Ando M, Morita T	How to Conduct the Short-Term Life Review Interview for Terminally Ill Patients.	Lancaster AJ, Sharpe O	Psychotherapy New Research	NOVA Science Publishers	US	101-108	2012

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
的場元弘, 山本弘史, 他		医療用麻薬適正使用ガイドン作成検討会委員	医療用麻薬適正使用ガイドン - がん疼痛治療における医療用麻薬の使用と管理のガイドン -	厚生労働省 医薬食品局 監視指導・麻薬対策課	東京	2012	
田村恵子, 森田達也, 他		田村恵子, 森田達也, 他	看護に活かすスピリチュアルケアの手引き.	青海社	東京	2012	
森田達也	55緩和医療 1. 疼痛緩和と終末期医療.	日本臨床腫瘍学会	新臨床腫瘍学 改訂第3版.	南江堂	東京	2012	673-682
井上真一郎, 内富庸介	B.サイコオンコロジー	日本乳癌学会	乳腺腫瘍学	金原出版株式会社	東京	2012	325-330
内富庸介	サイコオンコロジー領域における抗うつ薬の役割	小山司/監修	Depression Strategyうつ病治療の新たなストラテジー	先端医学社	東京	2012	7-12
井上真一郎, 内富庸介	緩和医療におけるせん妄症例B	八田耕太郎、岸泰宏	病棟・ICUで出会うせん妄の診かた	中外医学社	東京	2012	153-167
寺田整司, 内富庸介	認知症を伴う糖尿病性腎症	槇野博史	糖尿病×CKD診療ガ	南山堂	東京	2012	167-168

	患者のケース スタディ		イドQ&A				
日本総合 病院精神 医学会が ん対策委 員会(監 修)		<u>小川朝生/ 内富庸介</u>	精神腫瘍学 クリニカル エッセンス	創造出版	東京	2012	1-333
<u>小川朝生</u>	精神腫瘍学コン サルテーション これだけは	<u>小川朝生、 内富庸介</u>	精神腫瘍学 クリニカル エッセンス	社会福祉法人 新樹会創造出 版	東京	2012	21-28
<u>小川朝生</u>	不穏	<u>小川朝生、 内富庸介</u>	精神腫瘍学 クリニカル エッセンス	社会福祉法人 新樹会創造出 版	東京	2012	71-74
<u>小川朝生</u>	せん妄	<u>小川朝生、 内富庸介</u>	精神腫瘍学 クリニカル エッセンス	社会福祉法人 新樹会創造出 版	東京	2012	88-104
<u>小川朝生</u>	認知症	<u>小川朝生、 内富庸介</u>	精神腫瘍学 クリニカル エッセンス	社会福祉法人 新樹会創造出 版	東京	2012	105-112
<u>小川朝生</u>	神経症状けいれ ん発作、末梢神 経障害	<u>小川朝生、 内富庸介</u>	精神腫瘍学 クリニカル エッセンス	社会福祉法人 新樹会創造出 版	東京	2012	145-155
<u>小川朝生</u>	緩和ケアチーム	<u>小川朝生、 内富庸介</u>	精神腫瘍学 クリニカル エッセンス	社会福祉法人 新樹会創造出 版	東京	2012	262-274
<u>小川朝生</u>	がん診療連携拠 点病院緩和ケア チームに携わる 精神症状緩和担 当医師の現状調 査	(公財)日本 ホスピス・ 緩和ケア研 究振興財団 「ホスピス 緩和ケア白 書」編集委 員会	ホスピス緩 和ケア白書 2012	(公財)日本ホ スピス・緩和 ケア研究振興 財団	東京	2012	46-51
<u>小川朝生</u>	がん等による慢 性疼痛時のうつ 病診察のコツと 処方例	中尾睦宏、 伊藤弘人	日常診療に おけるうつ 病治療指針	医薬ジャーナ ル社	東京	2012	135-148

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
Yamaguchi M, <u>Hotta</u> I, et al	Concurrent Chemoradiotherapy for	J Clin Oncol	vol. 30 doi	4044-404 6	2012

	Localized Nasal Natural Killer/T-Cell Lymphoma: An Updated Analysis of the Japan Clinical Oncology Group study, JCOG0211.				
Ogura M, <u>Hotta T</u> , et al	Phase I study of BCX1777 (forodesine) in patients with relapsed or refractory peripheral T/natural killer-cell malignancies	Cancer Sci	103(7)	1290-1295	2012
Kagami Y, <u>Hotta T</u> , et al	Phase II study of cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisolone (CHOP) therapy for newly diagnosed patients with low- and low-intermediate risk, aggressive non-Hodgkin's lymphoma: final results of the Japan Clinical Oncology Group study, JCOG9508	Int J Hematol	96	74-83	2012
Asai M, Shimizu K, <u>Ogawa A</u> , <u>Akechi T</u> , <u>Kinoshita H</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients.	Psychooncology	20(12)		In press
Asai M, <u>Kinoshita H</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Psychological states and coping strategies after bereavement among spouses of cancer patients: a quantitative study in Japan.	Support Care Cancer	20(12)	3189-203	2012
Higashi T, Yoshimoto T, <u>Matoba M</u>	Prevalence of Analgesic Prescriptions among Patients with Cancer in Japan: An Analysis of Health Insurance Claims Data	Glob J Health Sci	4(6)	197-203	2012
Yamaguchi T, Narita M, <u>Morita T</u> , Kizawa Y, <u>Matoba M</u>	Recent Developments in the Management of Cancer Pain in Japan: Education, Clinical Guidelines, and	Jpn J Clin Oncol	Epub ahead of print		2012

	Basic Research				
Yamagishi A, <u>Morita T</u> , et al	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
<u>Morita T</u> , <u>Matoba M</u> , et al	A region-based palliative care intervention trial using the mixed-method approach: Japan OPTIM study.	BMC Palliat Care	11(1)	2	2012
Igarashi A, <u>Morita T</u> , et al	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	43(2)	218-225	2012
Yamaguchi T, <u>Morita T</u> , et al	Longitudinal follow-up study using the distress and impact thermometer in an outpatient chemotherapy setting.	J Pain Symptom Manage	43(2)	236-243	2012
Akechi T, <u>Morita T</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Good death in elderly adults with cancer in Japan based on perspectives of the general population.	J Am Geriatr Soc	60(2)	271-276	2012
Yamagishi A, <u>Morita T</u> , et al	Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey.	J Pain Symptom Manage	43(3)	503-514	2012
Nakazawa Y, <u>Morita T</u> , et al	The current status and issues regarding hospital-based specialized palliative care service in Japanese regional cancer centers: A nationwide questionnaire survey.	Jpn J Clin Oncol	42(5)	432-441	2012
Sato K, <u>Morita T</u> , et	Family member	Support	20(5)	893-900	2012

al	perspectives of deceased relatives' end-of-life options on admission to a palliative care unit in Japan.	Care Cancer			
Akiyama M, <u>Morita T</u> , <u>Matoba M</u> , et al	Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan.	Support Care Cancer	20(5)	923-931	2012
Choi JE, <u>Morita T</u> , et al	Making the decision for home hospice: perspectives of bereaved Japanese families who had loved ones in home hospice.	Jpn J Clin Oncol	42(6)	498-505	2012
Yamaguchi T, <u>Morita T</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer.	J Pain Symptom Manage	43(6)	1001-1012	2012
Ando M, <u>Morita T</u> , et al	Factors in narratives to questions in the short-term life review interviews of terminally ill cancer patients and utility of the questions.	Palliat Support Care	10(2)	83-90	2012
Kizawa Y, <u>Morita T</u> , et al	Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: A modified Delphi method.	Palliat Med	26(5)	744-752	2012
Akechi T, <u>Morita T</u> , et al	Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients.	Palliat Med	26(5)	768-769	2012
Matsuo N, <u>Morita T</u> , et al	Physician-reported corticosteroid therapy practices in certified palliative care units in	J Palliat Med	15(9)	1011-1016	2012

	Japan: A nationwide survey.				
Kaneishi K, <u>Morita T</u> , et al	Olanzapine for the relief of nausea in patients with advanced cancer and incomplete bowel obstruction.	J Pain Symptom Manage	44(4)	604-607	2012
Yamagishi A, <u>Morita T</u> , et al	Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan.	Support Care Cancer	20(10)	2575-2582	2012
Yoshida S, <u>Morita T</u> , et al	Pros and cons of prognostic disclosure to Japanese cancer patients and their families from the family's point of view.	J Palliat Med	15(12)	1342-1349	2012
Yamaguchi T, <u>Morita T</u> , <u>Matoba M</u> , et al	Recent developments in the management of cancer pain in Japan: Education, clinical guidelines and basic research.	Jpn J Clin Oncol	42(12)	1120-1127	2012
Yoshida S, <u>Morita T</u> , et al	Practices and evaluations of prognostic disclosure for Japanese cancer patients and their families from the family's point of view.	Palliat Support Care	Aug 23	[Epub ahead of print]	2012
Kizawa Y, <u>Morita T</u> , et al	Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer.	Am J Hosp Palliat Care	Sep 3	[Epub ahead of print]	2012
Kunieda K, <u>Morita T</u> , et al	Reliability and validity of a tool to measure the severity of dysphagia: The food intake LEVEL scale.	J Pain Symptom Manage	Nov 12	[Epub ahead of print]	2012
Shirado A, <u>Morita T</u> , et al	Both maintaining hope and preparing for death: Effects of physicians' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspectives.	J Pain Symptom Manage.	Nov 15	[Epub ahead of print]	2012
Amano K, <u>Morita T</u> , et al	Effect of nutritional support on terminally ill patients with cancer in a	Am J Hosp Palliat Care	Dec 12	[Epub ahead of print]	2012

	palliative care unit.				
Terada S, <u>Uchitomi Y.</u>	School refusal by patients with gender identity disorder.	Gen Hosp Psychiatry	34(3)	299-303	2012
Takeda N, <u>Uchitomi Y,</u> et al	Creutzfeldt-Jakob disease with the M232R mutation in the prion protein gene in two cases showing different disease courses: a clinicopathological study.	J Neurol Sci	15;312(1-2)	108-16	2012
Shimizu K, Akechi T, <u>Ogawa A, Uchitomi Y,</u> et al	Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project.	Ann Oncol,	23(8)	1973-9	2012
Saito-Nakaya K, <u>Uchitomi Y,</u> et al	Stress and survival after cancer: a prospective study of a Finnish population-based cohort.	Cancer Epidemiol	36(2)	230-5	2012
Oshima E, <u>Uchitomi Y,</u> et al	Frontal assessment battery and brain perfusion imaging in Alzheimer's disease.	Int Psychogeriatr	24(6)	994-1001	2012
Ishida M, Onishi H, <u>Uchitomi Y,</u> et al	Psychological Distress of the Bereaved Seeking Medical Counseling at a Cancer Center.	Jpn J Clin Oncol	42(6)	506-12	2012
Yoshida, H. <u>Uchitomi Y,</u> et al	Validation of the revised Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) for detecting mild cognitive impairment and dementia in a Japanese population.	Int Psychogeriatr	24(1)	28-37	2012
Inoue S, <u>Uchitomi Y,</u> et al	A case of adult-onset adrenoleukodystrophy with frontal lobe dysfunction: a novel point mutation in the ABCD1 gene.	Intern Med	51(11)	1403-6	2012
Yamaguchi T, Morita T, <u>Uchitomi Y,</u> et al	Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom	J Pain Symptom Manage	43(6)	1001-12	2012

	intensity in patients with advanced cancer.				
Fujimori, M. <u>Uchitomi Y</u> , et al	Communication between Cancer Patients and Oncologists in Japan.	New Challenges in Communication with Cancer Patients	301-303		2012
Shirai, Y., <u>Ogawa, A.</u> , <u>Uchitomi, Y.</u> , et al	Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial.	Psychooncology	21	706-13	2012
<u>Ogawa, A.</u> , <u>Uchitomi, Y.</u> , et al	Availability of Psychiatric Consultation-liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals.	Jpn J Clin Oncol	42	42-52	2012
Shimizu K., <u>Ogawa, A.</u> , <u>Uchitomi, Y.</u> , et al	Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project.	Ann Oncol	23	1973-9	2012
Hamada A, <u>Sasaki J</u> , et al.	Association of ABCB1 polymorphisms with erlotinib pharmacokinetics and toxicity in Japanese patients with non-small-cell lung cancer.	Pharmacogenomics	13	615-24	2012
Asakuma M, <u>Sasaki J</u> , et al.	Phase I trial of irinotecan and amrubicin with granulocyte colony-stimulating factor support in extensive-stage small-cell lung cancer.	Cancer Chemother Pharmacol	69	1529-36	2012
Sato R, <u>Sasaki J</u> , et al.	FDG-PET and chemotherapy for successful diagnosis and treatment of cardiac metastasis from	Intern Med	51	1909-12	2012

	non-small cell lung cancer.				
Igawa S, Sasaki J, et al.	Pemetrexed for Previously Treated Patients with Non-Small Cell Lung Cancer and Differences in Efficacy according to Thymidylate Synthase Expression.	Chemotherapy	58	313-320	2012
Fukui S, Fujita J, Yoshiuchi K	Associations between Japanese people's concern about Family caregiver burden and preference for end-of-life care location	J Palliat Care	29(1)	22-28	2013
Fukui S, Yoshiuchi K	Associations with the Japanese population's preferences for the place of end-of-life care and their need for receiving healthcare services.	Journal of Palliative Medicine	15(10)	1106-12	2012

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
森田達也, 木下寛也, 他	地域対象の緩和ケアプログラムによる医療福祉従事者の自覚する変化: OPTIM-study	Palliat Care Res	7(1)	121-135	2012
森田達也, 木下寛也, 他	地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が地域連携のために同職種・他職種に勤めること	Palliat Care Res	7(1)	163-171	2012
木下寛也, 森田達也, 他	がん専門病院が地域緩和ケアの向上のために取り組んでいることと課題	癌と化学療法	39(10)	1527-1532	2012
木澤義之, 木下寛也, 森田達也, 他	地域で統一した緩和ケアマニュアル・パンフレット・評価シートの評価: OPTIM-study	Palliat Care Res	7(2)	172-184	2012

森田達也, 木下寛也, 他	地域緩和ケアプログラムに参加した医療福祉従事者が最も大きいと体験すること : OPTIM-study	Palliat Care Res	7(2)	209-217	2012
木下寛也, 森田達也, 他	がん専門病院緩和ケア病棟の運営方針が地域の自宅がん死亡率に及ぼす影響	Palliat Care Res	7(2)	348-353	2012
森田達也, 木下寛也, 他	異なる算出方法による地域での専門緩和ケアサービス利用数の比較	Palliat Care Res	7(2)	374-381	2012
森田達也, 木下寛也, 他	患者所持型情報共有ツール「わたしのカルテ」の評価 : OPTIM-study	Palliat Care Res	7(2)	382-388	2012
東陽一郎, 木下寛也.	新しい局面を迎えた肺癌診療】《肺癌診療にまつわるトータルサポート治療とケア》緩和ケアの実際	内科	110(5)	771-774	2012
古村和恵, 的場元弘, 森田達也, 他	市民の緩和ケアに対するイメージの変化	緩和ケア	22(1)	79-83	2012
村上敏史, 岩瀬哲, 西川満則, 的場元弘	在宅医療におけるがん疼痛治療の評価と治療の実態について	日本緩和医療学会誌	in press		2012
福本和彦, 森田達也, 他	オピオイド新規導入タイトレーションパスががん疼痛緩和治療に与える影響	癌と化学療法	39(1)	81-84	2012
佐藤泉, 森田達也, 他	在宅特化型診療所と連携する訪問看護ステーションの遺族評価	訪問看護と介護	17(2)	155-159	2012
井村千鶴, 森田達也, 他	患者・遺族調査の結果に基づいた緩和ケアセミナーの有用性	ペインクリニック	33(2)	241-250	2012
森田達也	医療羅針盤 私の提言(第50回)地域緩和ケアを進め	新医療	39(3)	18-23	2012

	るためには「顔の見える関係」を作ることが大切である				
井村千鶴, <u>森田達也</u> , 他	地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験	緩和ケア	22(2)	189-194	2012
<u>森田達也</u>	がん性疼痛に対する鎮静薬の副作用対策	コンセンサス 癌治療	10(4)	192-195	2012
<u>森田達也</u>	緩和ケアチームの活動とOPTIMの成果	Credentials	44	9-11	2012
鄭陽, <u>森田達也</u>	EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第1回 WHO step オピオイド:弱オピオイドの使用、WHO step オピオイド:オピオイドの第1選択	緩和ケア	22(3)	241-244	2012
古村和恵, <u>森田達也</u> , 他	迷惑をかけてつらいと訴える終末期がん患者への緩和ケア 遺族への質的調査からの示唆	Palliat Care Res	7(1)	142-148	2012
市原香織, <u>森田達也</u> , 他	看取りのケアにおけるLiverpool Care Pathway 日本語版の意義と導入可能性 - 緩和ケア病棟2施設におけるパイロットスタディ	Palliat Care Res	7(1)	149-162	2012
<u>森田達也</u> , <u>川越正平</u> , 他	在宅緩和ケアを担う診療所として在宅特化型診療所とドクターネットは相互に排他的か?	Palliat Care Res	7(1)	317-322	2012
<u>森田達也</u> , 他	地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?	Palliat Care Res	7(1)	323-333	2012
山田博英, <u>森田達也</u> , 他	患者・遺族調査から作成した医療者向け冊子「がん患者さん・ご家族の声」	Palliat Care Res	7(1)	342-347	2012
前堀直美, <u>森田達也</u> , 他	外来患者のがん疼痛に対する保険薬局薬剤師の電話モニタリング・受診前	ペインクリニック	33(6)	817-824	2012

	アセスメントの効果				
<u>森田達也</u>	臨床診断より優れた進行がん患者の予後予測モデル 開発予測モデルの再現性は未確認	MMJ	8(2)	102-103	2012
<u>森田達也</u>	日本ホスピス緩和ケア協会北海道支部第10回年次大会から、緩和ケア地域介入研究<OPTIM-study>が明らかにしたこと：明日への示唆	Best Nurse	23(7)	6-15	2012
岩崎静乃, <u>森田達也</u> , 他	終末期がん患者の口腔合併症の前向き観察研究	緩和ケア	22(4)	369-373	2012
小田切拓也, <u>森田達也</u>	EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第2回オピオイドのタイトレーション オピオイドの経皮製剤の役割	緩和ケア	22(4)	346-349	2012
大野友久, <u>森田達也</u> , 他	入院患者における口腔カンジダ症に対する抗真菌薬の臨床効果に関する研究	癌と化学療法	39(8)	1233-1238	2012
今井堅吾, <u>森田達也</u>	EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第3回 1 オピオイドによる嘔気・嘔吐に対する治療, 2 オピオイドによる便秘に対する治療, 3 オピオイドによる中枢神経症状に対する治療	緩和ケア	22(5)	428-431	2012
<u>森田達也</u>	緩和ケア領域における臨床研究：過去、現在、未来	腫瘍内科	10(3)	185-195	2012
<u>森田達也</u>	クローズアップ・がん治療施設(28)聖	臨床腫瘍プラクティス	8(4)	415-417	2012

	隸三方原病院 腫瘍センター・緩和ケア部門				
鄭陽, <u>森田達也</u>	EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第4回 1. アセトアミノフェンとNSAIDsの役割. 2. 鎮痛補助薬の役割. 3. 腎機能障害のある患者へのオピオイドの使用	緩和ケア	22(6)	522-525	2012
山本亮, <u>森田達也</u> , 他	看取りの時期が近づいた患者の家族への説明に用いる『看取りのパンフレット』の有用性: 多施設研究	Palliat Care Res	7(2)	192-201	2012
白髭豊, <u>森田達也</u> , 他	OPTIM プロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化	Palliat Care Res	7(2)	389-394	2012
<u>森田達也</u> , 他	遺族調査に基づく自宅死亡を希望していると推定されるがん患者数	Palliat Care Res	7(2)	403-407	2012
矢野智宣, <u>内富庸介</u>	周術期のせん妄の診断と治療前からリスク因子に対応し、必要に応じて薬物治療を	Life Support and Anesthesia	19(2)	144-8	2012
藤原雅樹, <u>内富庸介</u> , 他	うつ状態に対する lamotrigine の急性効果の検討	臨床精神薬理	15(4)	551-9	2012
<u>内富庸介</u>	がん患者の抑うつと薬物治療	臨床精神薬理	15(7)	1135-43	2012
<u>内富庸介</u>	がん医療においてサイコオンコロジスト築いてほしい心のケア体制	CLINICIAN	59	26-32	2012
<u>内富庸介</u>	がん医療におけるコミュニケーションスキル	造血細胞移植	24	2-3	2012
<u>内富庸介</u>	新規抗うつ薬	CLINICIAN	59(8)	14-7	2012
矢野智宣, <u>内富庸介</u> , 他	うつ病を伴う口腔灼熱感症候群に	精神医学	54(6)	621-3	2012

	pregabalinが有効であった1例				
内富庸介	がん患者の意思決定を支援する	Nurshing Today	27(5)	50-3	2012
内富庸介	悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキルSHAREプロトコール	PSYCHIATRIST	17	5-22	2012
上山栄子、小川朝生、他	反復経頭蓋磁気刺激によるラット海馬における神経細胞新生の増加	精神神経学雑誌	114	1018-1022	2012
松本禎久、小川朝生	がん患者の症状緩和	Modern Physician	32	1109-1112	2012
小川朝生	がん患者の精神心理的ケアの最大の問題点	がん患者ケア	5	55	2012
小川朝生	がん患者に見られるせん妄の特徴と知っておきたい知識	がん患者ケア	5	56-60	2012
小川朝生	悪性腫瘍（がん）	精神看護	15	76-79	2012
高野義久、佐々木治一郎、他．	熊本県民の受動喫煙に関するアンケート調査．	日本禁煙学会雑誌	7	83-92	2012
佐藤奈穂子、佐々木治一郎、他．	肺癌に伴う上大静脈症候群に対する血管内ステント留置 15 症例の有効性と安全性．	日本呼吸器学会誌	1	374-380	2012
佐々木治一郎、他．	禁煙と肺癌予防戦略-EBM に基づく肺がん予防．	医学の歩み	240	1027-33	2012
佐々木治一郎	維持療法をプラクティスに取り入れる際に、私が注意するポイント．	日本胸部臨床	71	984-93	2012
佐々木治一郎	骨転移治療の進歩-治療薬の進歩と使用上の注意点-	Medical Practice	29	951-55	2012
井川聡、佐々木治一郎、他．	組織型からみた治療選択．	内科	110	724-28	2012
福井小紀子	在宅看取りを支える全国訪問看護事業所の実態とその選定指標の提案～在宅看取りを支える要因分析の結果をエビデンス	社会保険旬報	2488	16-23	2012

	として～.				
<u>福井小紀子</u>	介護報酬・診療報酬の同時改定が示す訪問看護のこれから(連載第2回):訪問看護ステーションの調査結果は報酬改定にどう活用されたか.	コミュニティア	14(10)	68-71	2012
<u>福井小紀子</u>	介護報酬・診療報酬の同時改定が示す訪問看護のこれから(連載第1回):報酬改定に役立った全国訪問看護ステーションの調査結果.	コミュニティア	14(9)	66-70	2012
<u>福井小紀子</u>	緩和ケア最前線:緩和ケアにおける医療保険と介護保険.	モダンフィジシャン	32(9)	1077-1082.	2012
<u>福井小紀子</u>	緩和ケアに関連した2012年度診療報酬と介護報酬の同時改定について:診療報酬改定の具体的内容と介護報酬改定.	緩和ケア	22(3)	278-281	2012
<u>福井小紀子</u>	緩和ケアに関連した2012年度診療報酬と介護報酬の同時改定について:診療報酬改定で示された方向性.	緩和ケア	22(2)	161-165	2012