

**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25年度 総括・分担研究報告書**

**研究代表者 堀田 知光**

**平成26(2014)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と地域緩和医療ネットワークの構築 (釜石)	11
木下寛也	
資料	
2 . 被災地域の緩和医療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 (気仙)	17
的場元弘	
資料	
3 . がん緩和・在宅医療における東日本大震災の経験を生かした 東南海地震への備えに関する研究	95
森田達也	
資料	
4 . がん在宅緩和ケア提供の障害の分析	119
宮下光令	
5 . がん緩和医療を在宅で実践するための精神医学的介入 (せん妄)	125
内富庸介	
資料	
6 . 在宅医療における精神症状緩和推進研究 在宅医療スタッフのための心のケア教育プログラムの開発(抑うつ)	145
明智龍男	
7 . 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	151
川越博美	
資料	
8 . 施設職員等に対するがん患者の看取り教育プログラムの開発	173
川越正平	
資料	
9 . 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	201
小川朝生	
10 . 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	211
佐々木治一郎	
11 . 終末期のがん患者における在宅療養促進/ 阻害要因の経時的変化に関する調査	217
福井小紀子	
資料	
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	243

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係る支援を継続した。2)については、インタビュー調査の追加、文献検索、多職種 of 専門家による議論により、冊子「大規模災害に対する備え がん治療・在宅医療・緩和ケアを受けている患者さんにご家族へ 普段からできることと災害時の対応」が作成された。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実施と有用性の検討が行われた。患者支援プログラムに関しては、研究計画が策定され、倫理審査委員会の承認を得て、患者登録が開始された。がん患者の在宅医療の継続、在宅看取りの実現に関しては、在宅死の予測モデルが作成された。

研究分担者氏名及び所属施設	明智龍男	名古屋市立大学大学院 医学研究科
研究者氏名	所属施設名及び職名	精神・認知・行動医学 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	川越博美 医療法人社団パリアン・訪問看護 看護部長
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 小川朝生 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	佐々木治一郎 北里大学医学部呼吸器内科学 准教授
宮下光令	東北大学医学系研究科 保健学専攻緩和ケア看護学分野 教授	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
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

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)医療提供体制が崩壊した被災地において、がん在宅緩和医療ネットワークを新たに構築するための支援を行う。2)大災害に備えたがん在宅緩和医療における対策の提言を作成する。3)被災地にも応用可能な、がん在宅緩和医療における医療・福祉職のための教育プログラムと、患者のための支援プログラムの開発と実施可能性の検討を行う。さらに、在宅療養継続の促進・阻害因子を明らかにする。

### 1)被災地におけるあらたな地域緩和医療ネットワークの構築(木下、的場)

岩手県の釜石及び気仙二次医療圏で地域緩和医療ネットワークの立ち上げの支援を継続的に行い、そのプロセスを記述する。

### 2)大規模災害に備えたがん在宅緩和医療の課題と対策(森田、宮下)

昨年度までに行われた東日本大震災時ががん緩和・在宅医療に関わっていた東北地方の医療従事者30名を対象としたインタビュー調査の分析に加え、文献検索・検討、在宅緩和ケアに係る多職種議論を行い、大規模災害時に現場の医療福祉従事者が知っていることと役に立つことをまとめた冊子を作成した。

インタビュー調査の追加を行い、東日本大震災におけるがん緩和ケア・在宅医療に対する医療介護福祉関係者の経験の分析を行った。

### 3-1)被災地に応用できるがん在宅緩和医療に関する医療・福祉職のための教育プログラムの開発(内富、明智、川越(博)、川越(正))

在宅医療スタッフが困難と感じている精神症状の評価とケアに関する教育プログラムを開発し、有効性を検討する。訪問看護師に対する緩和ケア教育プログラムの実施と評価を行う。施設職員に対して、看取りに関する教

育プログラムを開発し、有効性を検討する。

### 3-2)被災地に応用できるがん患者のための支援プログラムの開発(小川、佐々木、木下)

がん患者のための支援プログラムとして、クリティカルパスとICT(Information and communication technology)技術を利用した症状モニタリング・看護師による支援プログラムをすでに開発しており、実施可能性を検討する。

### 3-3)在宅ターミナルケア継続の促進・阻害要因に関する研究～在宅看取りの実現に寄与する経時的支援パターンの明確化および患者・家族支援のあり方(福井)

昨年度の調査では、在宅死と関連する医療従事者の対応等を明らかにした。本研究では、1)在宅看取りの実現を予測するモデルを開発すること。2)在宅ターミナル期間中の患者症状及び介護負担等の経時変化が在宅療養中止に与える影響について検証することを目的とした。

## B . 研究方法

### 1)被災地におけるあらたな地域緩和医療ネットワークの構築

岩手県釜石二次医療圏においては、2014年度の県立釜石病院における支援活動と、釜石市において2度開催した市民公開講座についての記述を行う。

岩手県気仙二次医療圏において、医療資源調査、被災沿岸地域の緩和ケア関係者によるグループワークによる問題点の抽出を行った。また、気仙がんを学ぶ市民講座の開催とがん患者サロンのニード調査と気仙がん患者サロンの運営支援を行った。

### 2)大規模災害に備えたがん在宅緩和医療の課題と対策

昨年度までに行われた東日本大震災時ががん緩和・在宅医療に関わっていた東北地方の医療従事者30名を対象としたインタビュー調査を質的に解析した。医学中央雑誌のデータベース、一般図書、Web上の情報から、東日本大震災時のがん緩和・在宅医療に関する記載のある文献を系統的に検索し、質的に分析した。上記

の解析をもとに、実際に東日本大震災を体験した在宅緩和ケアに係る多職種協議の議論を行い、東南海地震を想定して大規模災害が生じた場合の災害被害の予防になること、実際に現場の医療福祉従事者が知っていることと役に立つことをまとめた冊子を作成した。

昨年度までに行われた東日本大震災時にがん緩和・在宅医療に関わっていた東北地方の医療従事者 30 名を対象としたインタビュー調査に加え、2013 年 9 月 12 日～10 月 2 日の 2 回に分けて実施した。このインタビュー結果から、更に詳しい情報をより広い地域と職種から得るため、震災に関する経験を講演会・シンポジウムの開催、災害医療時の活動報告を学会や雑誌等で公表している医療者および既にインタビューを終えた対象者に個別に推薦を依頼し、雪だるま式抽出法により対象者を抽出し、理論的飽和に達するまでインタビューを行い、内容分析を行った。

### 3-1) 被災地に適用できるがん在宅緩和医療に関する医療・福祉職のための教育プログラムの開発

a. がん在宅緩和ケアにおける精神症状への対応に関する教育プログラム

在宅医療スタッフがせん妄と患者の精神的苦痛に注意し、感情に焦点を当てた会話を用いて、支持的なコミュニケーションをすることができる教育プログラムを開発し、有用性の検討を行った。前者は在宅医及び訪問看護師、後者は訪問看護師を対象に行なった。

b. 緩和ケア訪問看護師教育プログラム

昨年度作成した講義と実習から構成される「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を実施し、「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感の評価尺度」を用いて、プログラム全体の評価を行った。

c. 介護職員に対するがん患者の見取りに関する教育プログラム

居住系施設の職員を対象に、看取りに関する知識と理解を促す研修会を実施し、入居者の日常のケアに加え、その延長にある看取りにまで対応できる人材育成を目的とした教育プログラムの実践方法について検討した。研修会前後にアンケート調査を行い看取りに対するイメージ変化を中心に評価を行った。

### 3-2) 被災地に適用できるがん患者のための支援プログラムの開発

a. 外来通院患者のマネジメント

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。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「間に合わなくなるしない」コーディネーションが行えるかを検討することとした。

b. 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

「薬物治療を受ける進行肺がん患者に対する意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究」を計画し、倫理委員会の承諾を得たので患者登録を開始した。

c. ICT による情報共有システムを用いた地域連携モデルの実施可能性の検討

地域の訪問診療所に在宅緩和ケア目的に紹介された患者を対象に、ICT を利用して病院と在宅医との間で情報共有を行うことの実施可能性を検討するための研究計画を作成した。

### 3-3) 在宅ターミナルケア継続の促進・阻害要因に関する研究～在宅看取りの実現に寄与する経時的支援パターンの明確化および患者・家族支援のあり方

無作為抽出された訪問看護ステーション宛てに、最近 1 年以内に自宅及び自宅以外で亡くなり、且つ、1 週間以上訪問看護ステーションを利用したがん患者に関して、自記式質問紙による調査を行った。

(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医療ネットワークの構築

釜石二次医療圏においては、県立釜石病院緩和ケア病床のカンファレンスに参加することにより、地域における緩和ケアの問題点の一部をより具体的に知ることができた。この経験を活かし、さらなる支援の継続を検討したい。緩和ケアの市民公開講座から、地域においてがん医療、緩和ケアに関する情報ニーズがあることが分かった。

気仙二次医療圏においては、地域における緩和ケア、癌治療、在宅療養で可能な処置などの現状が把握された。また県立大船渡病院を母体にしたがん患者サロンが開催された。

### 2 ) 大規模災害に備えたがん在宅緩和医療の課題と対策

冊子「大規模災害に対する備え がん治療・在宅医療・緩和ケアを受けている患者さんとご家族へ 普段からできることと災害時の対応」を作成した。内容は、「一般的な災害への備えと対応」、「がん治療・抗がん剤による治療を受けている方へ」、「医療用麻薬を使用している方へ」、「電動ポンプを使用している方へ」、「酸素療法を行っている方へ」、「たんの吸引を行っている方へ」、「自宅で人工呼吸器を使用している方へ」の7章と、参考資料として「外部電源の確保の方法」「医療用麻薬の代替りの薬リスト」「災害直後に出されたがん・在宅・緩和医療に関係する主な通知類」「役立つ情報集」から構成されている。

東日本大震災におけるがん緩和ケア・在宅医療に対する医療介護福祉関係者の経験は、【がん患者への医療提供の障害】、【津波被害や避難の際に内服薬を喪失した患者への服薬継続の障害】、【ライフラインの途絶による在宅療養患者への医療提供の障害】、【地域の医療者と後方医療支援や医療救護班との連携の障害】、【医療者に対する精神的ケア】、【原発事故地域の医療提供の障害】の6カテゴリーに整理・分類された。

### 3 - 1 ) 被災地に応用できるがん在宅緩和医療に関する医療・福祉職のための教育プログラムの開発

各種教育プログラムが実施され、有用性の検

討が開始された。

### 3 - 2 ) 被災地に応用できるがん患者のための支援プログラムの開発

各研究ともに研究計画プロトコールが各施設の倫理委員会の承認を得て、患者登録が開始された。

### 3 - 3 ) 在宅ターミナルケア継続の促進・阻害要因に関する研究～在宅看取りの実現に寄与する経時的支援パターンの明確化および患者・家族支援のあり方

がん患者に関して、在宅看取りの予測モデルが開発された。予測モデルに選択された変数は、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」、「患者の予後理解」、「介護者の看取り経験の有無」、「往診医の有無」、「医師と看護師の24時間連携体制」であった。

## D . 考察

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、継続的な支援が行われた。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しては、インタビュー調査の追加、文献検索、多職種の議論を行い冊子「大規模災害に対する備え がん治療・在宅医療・緩和ケアを受けている患者さんとご家族へ 普段からできることと災害時の対応」を作成した。今後、配布、国立がん研究センターHPへの掲載を行い、普及・啓発が必要である。

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、今後さらに参加者を増やしプログラムの有用性の検討とプログラムのブラッシュアップを行う必要がある。さらに、関係学会等へのプログラムの提供を行いたいと考える。

がん患者のマネジメントに関して、患者登録を継続し、登録終了後の解析が待たれる。

がん患者に関して、在宅看取りの予測モデルが開発された。今後、病院側の在宅療養移行に

関する促進要因、阻害要因の検討が必要である。

## **E . 結論**

被災地において、地域緩和ケアネットワーク構築のための継続的支援を行った。被災に応用可能な、1)がん在宅医療に関する医療・福祉従事者へ教育プログラムの開発と有用性の検討、2)がん患者支援プログラムの開発と有用性の検討に関する研究を行った。がん関地震による災害被害の予防、発生時の対応に生かすための、冊子を作成した。がん患者の在宅看取りの予測モデルを開発した。

## **F . 健康危険情報**

なし

## **G . 研究発表**

### 1 . 論文発表

なし

### 2 . 学会発表

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

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) ICTにより情報共有システムを用いた地域連携モデルの実施可能性の検討

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长

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、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。そのための支援として、本年度は、定期的に釜石市を訪問し、県立釜石病院緩和ケア病床のカンファレンスに参加し助言を行った。緩和ケア研修会を開催した。緩和ケアの普及・啓発を目的とした市民公開講座を開催した。2) 在宅緩和ケア推進のツールとして、ICTにより情報共有システムを用いた地域連携モデルの実施可能性の検討に関する研究を開始し、50名の患者登録を行った。

A. 研究目的

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、我々は2012年2月より県立釜石病院を中心に、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のための支援を開始した。当初の目的の1つに、岩手県で唯一地域がん診療連携拠点病院がない、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とすることであった。しかし、地域がん診療連携拠点病院の新規指定が止まっていたため、申請には至らなかった。そこで、第1に、本年度は県立釜石病院の緩和ケア機能の充実と地域住民に対する緩和ケアの普及・啓発を目的とした。

第2に被災地にも応用可能な、在宅医療の推進の課題の1つである医療・福祉従事者間の医療情報共有ツールとしてのICT (Information and Communication Technology) の利用可能性についての検討を目的とした。

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

2014年度の県立釜石病院における支援活動と、釜石市において2度開催した市民公開講座についての記述を行う。

2) ICTにより情報共有システムを用いた地域連携モデルの実施可能性の検討

国立がん研究センター東病院緩和医療科から、地域の訪問診療所に在宅緩和ケア目的に紹介された患者を対象に、ICTを利用して情報共有を行うことの実施可能性を検討するための研究計画を作成した。

(倫理面への配慮)

2)の研究に関しては、研究内で行われる患者への介入は、通常臨床で行われていつ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を生じないが、患者の個人情報クラウド型ICTで扱うため、説明同意文書を用いて説明、文書により同意を取得した。

本研究において、研究対象者の個人情報、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をし、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）を定めた。

## C. 研究結果

1) に関しては、

県立釜石病院緩和ケア病床で毎週開催されるカンファレンスに月に2回参加し、助言を行った。当初は研究者が県立釜石市病院を訪問できない際にはテレビ会議システムを利用によりカンファレンスを予定していたが、システム利用に関する当センターの規定の整備が遅れたため、実施できなかった。

県立釜石病院緩和ケア研修会を平成24年11月9日、10日に開催した。受講者は医師9名、歯科医師2名、看護師3名、薬剤師1名、医療社会事業士1名であった。緩和ケア研修会の一部の講義主体のモジュールは、地域の多職種が受講出来るよう公開講座として開放した。保健所職員、歯科医師、看護師、保健師、介護支援専門員、作業療法士など多職種が、1日目15名、2日目25名参加した。

緩和ケアの普及・啓発活動に関しては、釜石市（在宅医療拠点チーム釜石）と協働し、県立釜石病院、釜石市保健所、県立釜石市病院サポーターズの協力のもと、平成25年7月27日と11月16日に市民公開講座を開催した。それぞれ、76名、50名が参加した。

2) に関しては、

研究計画書を作成し、国立がん研究センター倫理審査委員会に承認を得た。さらに、患者情報をICTクラウド上に保存するため、センター内の情報委員会の承認を得るという手順が必要であった。また研究開始前に、医療情

報共有システムの利用における個人情報の保護に関する研修を行った。平成25年2月までに50名の患者登録を行った。

## D. 考察

1) 県立釜石病院緩和ケア病床のカンファレンスに参加することにより、地域における緩和ケアの問題点の一部をより具体的に知ることができた。この経験を活かし、さらなる支援の継続を検討したい。緩和ケアの市民公開講座から、地域においてがん医療、緩和ケアに関する情報ニーズがあることがわかり、今後も普及・啓発活動の継続的に支援して行く予定である。

2) 病院と在宅医療の患者情報の共有に関しては、個人情報保護の視点から、病院内における手続き、個人情報保護に関する研修の必要性などのプロセスが必要であることを経験した。次年度は、情報共有内容の分析、情報共有システムを利用経験からの利点、今後の課題等について検討を行い、さらに多職種での情報共有に関する研究を進める予定である。

## E. 結論

1) 岩手県釜石二次医療圏において、県立釜石病院緩和ケア病床カンファレンスに助言者として参加した。緩和ケア研修会を開催した。地域住民に対する緩和ケア普及・啓発を目的とした市民公開講座を開催した。

2) ICTにより情報共有システムを用いた地域連携モデルの実施可能性の検討に関する研究を開始し、50名の患者登録を行った。今後、情報共有を行った分析と、本システムに関する、利点、課題等について参加医師の意見の分析を行う必要がある。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表

1. Imura C, Morita T, Kato M, Akizuki N, Kinoshita H, Shirahige Y, Suzuki S, Takebayashi T, Yoshihara R, Eguchi K. How and Why Did a Regional Palliative

Care Program Lead to Changes in a Region? A Qualitative Analysis of the Japan OPTIMStudy. J Pain Symptom Manage. 2013 Aug 24. : S0885-3924(13)

2. Sasahara T, Watakabe A, Aruga E, Fujimoto K, Higashi K, Hisahara K, Hori N, Ikenaga M, Izawa T, Kanai Y, Kinoshita H, Kobayakawa M, Kobayashi K, Kohara H, Namba M, Nozaki-Taguchi N, Osaka I, Saito M, Sekine R, Shinjo T, Suga A, Tokuno Y, Yamamoto R, Yomiya K, Morita T. Assessment of Reasons for Referral and Activities of Hospital Palliative Care Teams Using a Standard Format: A Multicenter 1000 Case Description. J Pain Symptom Manage. 2013 Aug 21. S0885-3924(13)
3. Morita T, Sato K, Miyashita M, Akiyama M, Kato M, Kawagoe S, Kinoshita H, Shirahige Y, Yamakawa S, Yamada M, Eguchi K. Exploring the perceived changes and the reasons why expected outcomes were not obtained in individual levels in a successful regional palliative care intervention trial: an analysis for interpretations. Support Care Cancer. 2013 Dec;21(12):3393-402.
4. 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. 2013 May;22(5):995-1001.
5. Zenda S, Nakagami Y, Toshima M, Arahira S, Kawashima M, Matsumoto Y, Kinoshita H, Satake M, Akimoto T. Strontium-89 (Sr-89) chloride in the treatment of various cancer patients with multiple bone metastases. Int J Clin Oncol. 2013 Jul 24.
6. 木下寛也 .ホスピストライアングル, 在宅医療バイブル, 川越正平(編), 日本医事新報社, 385-391, 2014

## 2. 学会発表

1. 木下寛也 .個別化治療において緩和ケアはどう応えるか～もうひとつの個別化とがん医療におけるケースマネジメント～、合同シンポジウム(日本臨床腫瘍学会との)個別化治療時代のサイコオンコロジーを再考する、第26回日本サイコオンコロジー学会総会、2013年9月、大阪
2. 木下寛也 .大規模災害に備えたがん在宅緩和ケアにおける連携を考える、シンポジウム「震災後のがん緩和ケア・精神心理的ケアの在宅連携」第4回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会、2013年5月、仙台
3. Tomofumi Miura, Hiroya Kinoshita, et al. A retrospective study of the factors tended to transfer to palliative home care from palliative care unit at a comprehensive cancer center in Japan. 第11回日本臨床腫瘍学会学術集会、2013年8月、仙台

## 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

平成25年度

第1回市民公開講座

# がんになっても安心して暮らせるまちづくり

日時

7月27日

13:30~15:30

開催場所

県立釜石病院 2階大会議室

プログラム

**参加無料** (直接会場にお越しください)

PROGRAM

## 1. 「釜石地域における地域医療再生への取り組み」

県立釜石病院院長 遠藤秀彦

PROGRAM

## 2. 県立釜石病院の取り組み

「放射線治療について」

放射線治療科 関澤玄一郎

「がん相談外来について」

看護部 小笠原良枝

「住み慣れた家で過ごすために」

地域医療福祉連携室 野崎祐子

PROGRAM

## 3. 在宅医療連携拠点「チームかまいし」の取り組み

「チームかまいし」チームアドバイザー 寺田尚弘

問い合わせ 在宅医療連携拠点チームかまいし

TEL: 0193-55-4536

E-mail: zaitaku@team-kamaishi.jp

平成25年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進事業

「被災地域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」班

主催 国立がん研究センター東病院、釜石市(在宅医療連携拠点チームかまいし)

共催 県立釜石病院、釜石医師会、釜石保健所、県立釜石病院サポーターズ

# 平成25年度 第2回市民公開講座

## プログラム

1

講演①

「がんを病んでも地域で暮らすために」

川越 正平(医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 院長)

講演②

「がんとともに生きる」

三好 綾(NPO法人がんサポートかごしま理事長)

2

座談会

「地域で支えるがん医療」

座長 木下 寛也(国立がん研究センター東病院 緩和医療科 科長)

出演者 川越 正平・三好 綾・寺田 尚弘(チームかまいしアドバイザー)  
岩崎登久子(社会福祉法人愛恵会 主任介護支援専門員)



三好 綾

・1975年  
鹿児島県生まれ、国立長崎大学教育学部卒。  
・2002年  
27歳時・乳がんの告知後、旧乳がん患者会  
どいいずみ副会長など歴任。  
・2007年  
「がんサポートかごしま」の代表に就任。  
著書:「乳がんなんてやつける!」(新風舎)



川越 正平

・1991年  
東京医科歯科大学医学部卒業  
・2004年  
あおぞら診療所院長  
・2012年  
医療法人財団千葉健愛会理事長  
著書:「在宅医療 はじめの一步」  
(2011~、日本医事新報、連載企画編集責任)

※参加料無料(直接会場にお越しください)

日 時 11月16日(土)  
13:30~15:30

開催場所 青葉ビル研修室

健康づくりの集いの午後の部として市民公開講座を実施します。

主催 国立がん研究センター東病院、釜石市(在宅医療連携拠点チームかまいし)

共催 釜石医師会、県立釜石病院、県立釜石病院サポーターズ、釜石保健所、大槌町

問い合わせ先

在宅医療連携拠点チームかまいし Tel: 0193-55-4536 E-mail: zaitaku@team-kamaishi.jp

平成25年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進事業  
「被災地域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」班

がんになっても安心して  
暮らせるまちづくり

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

分担研究課題名：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
	岩淵正之	岩淵内科医院 院長
	渡邊清隆	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
	大賀有記	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

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。2011年度よりARTSOAP(Act for Revival Takata, Sumita and Ofunato Area in Palliative Care)を立ち上げた。ARTSOAPは今年度においても気仙地域での緩和ケアを含む現状の把握と医療や、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、昨年度に引き続き、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、住田町のすべての医療機関60施設に調査票を郵送した。地域全体で見ると、岩手県立大船渡病院は、がんの入院患者総数は減少しているが、手術、化学療法、放射線療法数が、前回調査時より増加、がん患者の看取りの数は、前回とほぼ横ばい(震災前より増加)であり、がん診療拠点としての機能を回復している。岩手県立高田病院も入院病床を再開し、がん患者の入院は増加したが、急性期患者対応を兼ねた個室は、1床のみで終末期のがん患者を看取るに十分な環境とは言い難い状況である。

診療所で診ているがん患者が減少しているのは、大船渡病院の機能回復とともに通院のための交通機関の再開や通院サポートサービスなどの環境が改善した影響もあると思われる。

訪問診療に関しては、この1年間でほぼ横ばいであり、在宅で看取った患者数は、2名から6名とやや増加傾向が見られた。

病院機能としては、回復傾向にあると判断されるが、地域の住環境

はほとんど改善しておらず、いまだ仮設住宅に多くの住民が暮らしている現状であり、訪問診療もあまり進んでいない現状が明らかになった。

在宅療養で可能な処置については前回より改善した項目はなく、経口、貼付剤、坐薬の医療用麻薬の投与が可能と回答した施設が、12施設から6施設と半減、胃瘻や気管カニューレなどチューブ類の管理が可能と回答した施設もほぼ半減という結果になった。

地域内で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、21%にしかすぎず、前回の22%から改善を認めなかった。

市民へのがん医療への理解と緩和ケアの普及目的で、今年後は「気仙がんを学ぶ市民講座」は3回開催された。今年度の市民講座では地域の高校生の参加を呼びかけた。第4回の市民講座に参加した高校生65名のアンケート結果では、30名(60%)が、「過去に家族にがんにかかっている人がいた」と回答した。また、がんに対するイメージとして、1/3が「生活習慣」と「遺伝」と回答した。このうち、身近にがん患者がいたことがあると回答した群では約4割が「遺伝」と回答しており、いない群の2倍近い割合でがんについて遺伝をイメージしていることが明らかになった。

また、がんの症状については、1/3から半数弱の生徒が痛いや苦しいというイメージと回答した。

昨年度患者よりニードが高かった、患者サロンを開設し、9月から毎月1回、合計6回開催し、延べ73名の参加があった。気仙地域での初めてのピアサポートの場となるように、大船渡病院の事業として次年度以降も継続されることとなった。

被災沿岸地域の緩和ケア関係者によるグループワークでは、震災直後に各被災沿岸地域で生じていた問題を複数の医療者、多職種による視点とディスカッションを通じて問題点の記憶を掘り起こし、個別のインタビューでは明らかにできない点を明確にすることができた。高田地区以外の9つのグループでは「緩和ケアの対象者がみえない」というカテゴリーが見いだされた。

がん患者や家族は、多くの困難を抱えながら治療や療養生活を送らなければならない。東日本大震災により甚大な被害を受けた気仙地域でもがんになり、治療や療養をこの地域で送らなければならない人々は存在し続ける。残された医療資源も十分ではなく、復興も途上で早急な住環境の改善も望むことができないこの困難な地域で治療や療養生活を送らなければならないがん患者・家族のために、医療・福祉施設とそのスタッフは、地域的、歴史的背景や各施設間に存在した過去の問題など様々な課題を乗り越え、効率よく強固に連携して行かなければならない。さらに提供する知識やスキルの維持向上に努め、患者・家族の苦痛の軽減に努めていく必要がある。

## 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の気仙地域を中心に緩和ケアのニードに関する情報収集とを行い、地域のニードにあった緩和ケアの提供体制の構築及び地域における緩和ケアネットワークの構築を支援する。

## B. 研究方法

昨年度の研究に伴って県立大船渡病院内に設置した、気仙地域緩和ネットワークの拠点(ARTSOAP)を現地事務局として活用した。本年は以下の研究と支援を実施した。

### 1) 気仙地域の医療資源調査

2012年の調査項目を踏襲しながら、2013年の

気仙地域の緩和ケアに関するリソースについてアンケート調査を行い、震災後の年次変化について明らかにした。アンケートの対象は、気仙地区のすべての医療機関 60 施設に調査票を郵送し、35 施設 (58.3%) 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 11 施設 (40.7%)、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 17 施設 (65.4%) から回答を得た。

## 2) 気仙がんを学ぶ市民講座の開催と市民の意識調査

今年度は 3 回の「気仙がんを学ぶ市民講座」を開催した。特に気仙地域にある 4 つの高等学校にも参加を呼びかけ、一般参加者および高校生の参加者を対象にがんや緩和ケアに関するアンケート調査を実施した。

## 3) がん患者サロンのニード調査と気仙がん患者サロンの運営支援

昨年度の第 1 回気仙がんを学ぶ市民講座でのアンケート結果から、気仙地域の患者のがん患者サロンのニードがきわめて高いことが明らかになったため、県立大船渡病院を母体にした、がん患者サロンの設置について検討を行った。

## 4) 気仙在宅緩和ケア推進ワーキンググループの活動支援

気仙がん診療連携協議会内に「在宅ワーキンググループ」を設置し、残された医療資源の連携を通じて、復興過程を念頭に置いた在宅緩和ケアの推進について検討を行い、現状と問題点の抽出を行った。

## 5) 被災沿岸地域の緩和ケア関係者によるグループワークによる問題点の抽出

岩手県の被災沿岸地域を中心に、震災当時に被災沿岸地域で緩和ケアに携わっていた医療関係者を対象に、課題別にグループワークを行い、地域や職種ごと問題点を抽出する。

### (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

### 1) 気仙地域の医療資源調査

#### i. 診療実績の比較：平成 24 年度 1 年間 (H24) の診療実績

岩手県立大船渡病院の外来診療したがん患者数は、2870 名であり、震災前年度(H22)の 1951 名 震災後の平成 23 年度 (H23) 1863 名 (-4.5%) から 1007 名 (+54.1%) 増加した。これは、外来化学療法が H22 : 1173 件、H23 : 1360 件、H24:1882 件 H23 H24 522 件 38.4% 増。放射線療法が H22 : 1735 件、H23 : 1391 件、H24 : 2144 件と H23 H24 753 件 (+54.1%) 増が大きく影響した。

一方、入院診療したがん患者数は、794 名で、H22 : 1081 名、H23 : 901 名 H23 H24 107 名減少 (-11.9%) した。入院での化学療法件数 626 件 H22 : 449 件 H23 : 544 件 H23 H24 82 件 (+15.1%) 増加。手術件数は 211 件、H22 : 253 件、H23 : 177 件、H23 H24 34 件 (+19.2%) 増加。病院で看取ったがん患者数は、172 名、H22 : 154 名、H23 : 180 名、H23 H24 8 名 (-4.4%) 減少と、入院化学療法、手術、入院での看取りは、入院数の減少に影響はしていなかった。

岩手県立高田病院の入院病床が平成 24 年 2 月 1 日仮設の病床 41 床を再開。入院診療したがん患者 H23 : 2 名、H24 : 11 名 H23 H24 9 名増加した。1 年間に訪問したがん患者数は、H23 : 16 名、H24 : 14 名とほぼ横ばいであった。自宅で看取ったがん患者数は、4 名で、H23 : 2 名から若干増加した。

診療所では、外来診療がん患者数は、116 名、H22 : 129 名、H23 : 168 名 H23 H24 52 名減 (-31%)。病院に紹介したがん患者数も 59 名、H23 : 102 名、H23 H24 43 名減 (-42.2%) であった。訪問診療したがん患者数は、6 名で、前年度と同数であった。自宅で看取ったがん患者数は、2 名で、H23 : 0 名から 2 名増加した。

地域全体でみると、岩手県立大船渡病院は、がんの入院患者総数は減少しているが、手術、化学療法、放射線療法数が、前回調査時より増加、



がん患者の看取りの数は、前回とほぼ横ばい（震災前より増加）であり、がん診療拠点としての機能を回復している。岩手県立高田病院も入院病床を再開し、がん患者の入院は増加したが、急性期患者対応を兼ねた個室は、1床のみで終末期のがん患者を看取るに十分な環境とは言い難い状況である。

診療所で診ているがん患者が減少しているのは、大船渡病院の機能回復とともに通院のための交通機関の再開や通院サポートサービスなどの環境が改善した影響もあると思われる。

訪問診療に関しては、この1年間でほぼ横ばいであり、在宅で看取った患者数は、2名から6名とやや増加傾向が見られた。

病院機能としては、回復傾向にあると判断されるが、地域の住環境はほとんど改善しておらず、いまだ仮設住宅に多くの住民が暮らしている現状であり、訪問診療もあまり進んでいない現状が明らかになった。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が、家に帰るという意義を失ったり、狭い居住空間でがん患者が生活することで家族に迷惑をかけるなど在宅での療養を進める障害因子が改善されていないことも影響していると推察される。

### ii. 在宅で実施可能な処置について

前回同様、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。

前回と大きく改善した項目はなく、経口、貼付剤、坐薬の医療用麻薬の投与が可能と回答した施設が、12施設から6施設と半減、胃瘻や気管カニューレなどチューブ類の管理が可能と回答した施設もほぼ半減という結果になった。訪問看護ステーションからの回答は、あまり大きな変化はなかったが、診療所からの回答で対応可能と回答した施設が減少した結果を反映している。診療実績のアンケート結果から外来で診ているがん患者数が減少し、訪問したがん患者数も年間6名と少なく、知識やスキルの維持が困難であった可能性がある。また、前回、仮設住宅への訪問における困難についての質問に対し、回答はなかったが、今回は、ベッドがあると医療処置が困難、入浴介護が困難で保

清ケアが不十分、スタッフが家族とゆっくり会話をするスペースが無いという回答が挙げられていた。

### iii. 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。今回の調査で、半数以上が良いと感じている施設は、前回同様岩手県立大船渡病院と地域の調剤薬局との連携であった。しかし、地域の診療所との連携は、前回35% 今回48%、老人介護施設との連携、前回25% 今回34%と改善傾向にあり、訪問看護ステーションとの連携、前回27% 今回33%、歯科診療所との連携、24% 29%も、わずかではあるが増加を示している。地域で開催されている連携会議、別項で記載する気仙がん診療連携協議会 在宅ワーキンググループ(WG)や、気仙がんを学ぶ市民講座での協働などにより、顔の見える関係が徐々にではあるが進み、連携構築に役立ったと考えている。回答した在宅施設の内訳をみると、調剤薬局との連携が進んでおり、地域の薬剤師会が連携構築に努力した結果も反映されていると考える。

### iv. 緩和ケアの提供

緩和ケアの提供上の問題として以下があげられた。

- 終末期がん患者の診療・対応が難しい
- オピオイドの使用中の患者の診療・対応が難しい
- 痛みや身体的苦痛の対応が難しい
- 不安や抑うつ、精神的なつらさへの対応が難しい
- 自宅での療養の支援が難しい

上記、5項目についてすべての項目に於いて80%以上がそう思うと回答しており、前回調査からの改善を認めない。在宅移行への大きな課題である。

### v. 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、21%にしかすぎず、前回の22%から改善を認めなかった。地域における緩和ケアチームの役割の周知が進んでいな

い現状が明らかになった。

#### vi. 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。しかし、唯一、患者情報の共有システムに関しては、どちらとも言えないという回答が、前回 8% 今回 20%と増加した。

#### vii. 地域医療機関からの緩和ケアに

##### 関連する要望

- 患者・家族、処方に関するより詳細な情報提供
- 情報共有と連携の強化
- 市民への啓発
- がん診療・緩和ケアに関する最新の情報の定期的な提供
- レスパイトのための入所
- 相談窓口の明確化
- 地域内のがん緩和ケアに関連した施設のリストの作成
- 医療機材の使用法や家族ケア、心のケア、緩和ケア連携の事例など、医療現場で役に立つ具体的な研修

#### 2) 気仙がんを学ぶ市民講座の開催と

##### 市民の意識調査

気仙がんを学ぶ市民講座は昨年度に 2 回開催され、今年度は第 3 回～第 5 回の 3 回の市民講座を開催した。参加者は 232 名で、そのうち 104 名が地域の高校生であった。開催テーマは「がんの体験を分かち合う」、「がんのつらさを和らげる」、「これからの気仙のがん医療」であった。昨年度のテーマは「がん情報の集め方」、「がんと社会生活」といったがん種や治療の状況に関わらないテーマであったのと対照的に、今年度は患者サロンや緩和ケアなどの比較的特定の内容を含んでいるテーマであり、参加者も第 3 回、第 4 回については半数が、初めての参加者であった。

今年度は、市民講座について地域内の 4 つの高校を訪問し、高校生の参加について提案した。第 4 回の市民講座に参加した高校生 65 名のアンケート結果では、30 名(60%)が、「過去に家族にがんにかかっている人がいた」と回答

した。また、がんに対するイメージとして、1/3 が「生活習慣」と「遺伝」と回答した。このうち、身近にがん患者がいたことがあると回答した群では約 4 割が「遺伝」と回答しており、いない群の 2 倍近い割合でがんについて遺伝をイメージしていることが明らかになった。また、がんの症状については、1/3 から半数弱の生徒が痛いや苦しいというイメージと回答した。

#### 3) がん患者サロンのニード調査と

##### 気仙がん患者サロンの運営支援

がん患者サロンの準備にあたって、県外の患者会へのヒアリングと開催形式の参考とするための視察を行った。情報収集は、「NPO 法人愛媛がんサポート オレンジの会」と「NPO 法人がんサポートかごしま」の協力を得た。医療者運営方式(院内型)では「情報提供」や「テーマ別の学習」の機会が多くなり、患者運営方式(院外型)では「患者の思いや体験の共有」が重点的になる傾向があり、また、開催の中心となる患者の存在が不可欠であることが指摘された。患者サロンの現地視察として愛媛の「街中サロン」(院外型)、鹿児島「がんサポートかごしまサロン」(院外型)、「おしゃべり交流会」(院外型)、「あやめ会」(院内患者運営型)などに参加した。

##### 気仙がん患者サロンの開催

ヒアリングおよび視察の結果から、気仙地域には患者会がなく、また中心となる患者が決まっていなかったこと、患者自身が自分のがんについてのどの程度サロンで語れるかなどの懸念もあり、院内開催型の形式でスタートすることとなった。一方、情報提供や教育の場としてではなく、患者や家族の思いを語り、共感する場が必要との意見が多く、病院が開催主体となるものの、開催現場では、医療者は環境提供のための支援にとどめる形でサポートに加わることとなった。患者サロンの設置を広く周知する目的で、陸前高田市、住田町、大船渡市の広報誌等を通じて愛称募集を行い、選考の結果「よりどころ」と決まった。

9 月以降毎月第 2 土曜日の 10 時～12 時の定期開催とし 9 月は 15 名、10 月は 19 名、11 月は 13 名、12 月 9 名、1 月 7 名の参加があった。

#### 4) 気仙在宅緩和ケア推進ワーキンググループの活動支援

月1回 ARTSOAP 事務局を会場に開催。現在までの参加者は、病院医師(岩手県立大船渡病院、岩手県立高田病院)、病院看護師(岩手県立大船渡病院:緩和ケア認定看護師、退院調整看護師)、病院薬剤師(岩手県立大船渡病院)、理学療法士、作業療法士(岩手県立大船渡病院)、医療ソーシャルワーカー(岩手県立大船渡病院)、開業医(3施設)、歯科医師(1施設)、訪問看護ステーション(4施設)、調剤薬局薬剤師(2施設)、訪問リハビリテーション(1施設)、その他(共生まちづくりの会、環境未来都市)

##### 検討内容

在宅における情報共有ツールの導入について

在宅における多職種連携の推進について  
休日の対応や、緊急入院の対応など在宅診療における問題解決

顔の見える関係(思いの通じる関係)の構築

参加者の知識、スキルの向上

##### 現時点での活動内容

情報共有のためのシステムやツールの勉強会

実際に情報共有ツールを用いて連携している気仙沼の情報収集とWGへの参加  
活動の紹介、各職種、施設への依頼方法の共有

他職種による活動報告

患者相談、事例の共有、薬剤、手技などの勉強会

##### 今後の課題

情報共有のためのツール導入に向けての準備

参加者の地域全体への広がり

連携医療機関が固定化しており、地域全体の医療施設が連携しているとは言えない  
目標にすべきプロダクトを明確に共有できていない

#### 6) 被災沿岸地域の緩和ケア関係者によるグループワークによる問題点の抽出

大船渡市、陸前高田市、宮古市、遠野市、釜石市、花巻市、気仙沼市、仙台市より合計30名

の参加があった。

地域別(1.釜石(5人)、2.宮古(7人)、3.宮城(2人)、4.高田(4人)、5.大船渡(7人))  
職種別(6.開業医(3人)、7.病院医師(3人)、8.訪問看護師(5人)、9.病院看護師(5人)、10.薬剤師(6人))

高田地区以外の9つのグループでは「緩和ケアの対象者がみえない」というカテゴリーが見いだされた。

#### D. 考察

##### 緩和ケアの医療資源に関する調査

岩手県気仙地域の残されたがん・緩和ケアに関する医療資源を把握することにより、地域のニーズに合った緩和ケアネットワークの構築し、緩和ケアの復興プロセスを支援することを目的に前回(2013年1月)調査を行った。結果は、医療資源が少なく、壊滅的な被害を受けた地域のがん・緩和医療を支えるために協力し合う必要があると思われるにもかかわらず、各施設間の連携は十分でないという結果であった。そこで、この結果を気仙地域のがん・緩和ケアに関する連携の強化と医療の復興に寄与することを目的に平成24年2月に開催された気仙がん診療連携協議会に報告し、在宅ワーキンググループの開催と気仙がんを学ぶ市民講座の継続、がん患者サロン設立準備の決定がなされた。

今回、前回調査より1年が経過し、その後の地域の連携がどのように変化したかを調査した。結果として、がん診療の状況は、地域のがん診療連携拠点病院である岩手県立大船渡病院の診療機能は回復し、仮設ながらも岩手県立高田病院も病床を再開、地域としてのがん診療体制は十分とは言えないが、改善傾向にあると思われる。しかし、訪問診療は、あまり進んでいない現状が明らかになった。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が、家に帰るといった意義を失ったり、狭い居住空間でがん患者が生活することで家族に迷惑をかけるなど在宅での療養を阻害する要因が残されたままになっていることも影響していると考えられる。一方で、在宅で提供可能な処置についての質問に対し、可能との回答が減少しており、医療者側の知識やスキルの維持・向上にも課題が残されていると

考えられた。

更に、連携体制や緩和ケアの提供状況や相談体制についての項目を見ると、調剤薬局を中心とする連携体制に改善を認めるものの、前回調査と大きな改善は認められず、一部では、在宅WGなどの顔の見える関係の構築により連携の改善が図られたが、地域全体としてはいまだ大きな課題が残されている。陸前高田では、行政と岩手県立高田病院が中心となり在宅医療に関する組織が立ち上げられ、活動を開始している。しかし、行政の範囲を超えて、気仙地域全体に活動が広がることは現状ではなく、地域としての課題は残されたままである。

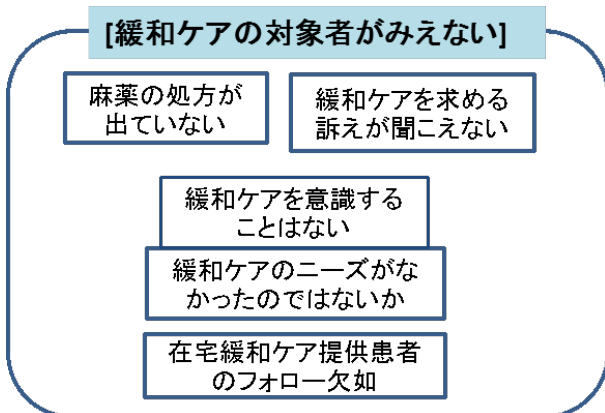
### 被災沿岸地域の緩和ケア関係者によるグループワーク

各被災沿岸地域で生じていた問題を複数の医療者、多職種による視点とディスカッションを通じて問題点の記憶を掘り起こし、個別のインタビューでは明らかにできない点を明確にすることができた。

高田地区以外の9つのグループでは「緩和ケアの対象者がみえない」というカテゴリーが見いだされた。

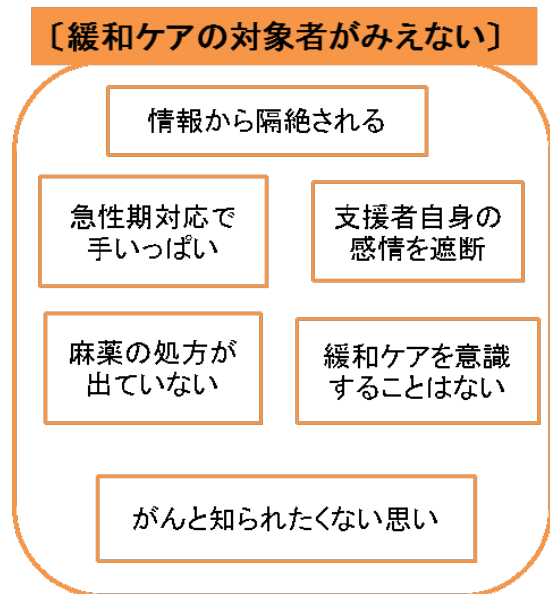
#### 釜石グループ

震災当時、＜麻薬の処方が出ていない＞状況であったこと、また患者側から＜緩和ケアを求める訴えが聞こえない＞状況であった。そのため、支援者側は＜緩和ケアを意識することはなく＞、＜緩和ケアのニーズがなかったのではないかと＞考えた。また、震災により、以前は病院で診ていた＜在宅緩和ケア提供患者のフォローが欠如＞したため、余計に【緩和ケアの対象者がみえない】状況になっていたことが示唆された。



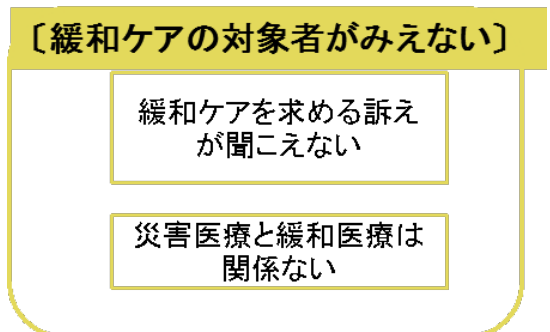
#### 宮古グループ

震災当時、＜情報から隔絶され＞、＜急性期対応で手いっぱい＞で＜支援者自身の感情を遮断＞して業務に当たっていた。＜麻薬の処方が出ていない＞ことから、支援者側は＜緩和ケアを意識することはない＞状況であった。患者側の＜がんと知られたくない思い＞も拍車をかけ、【緩和ケアの対象者がみえない】状況になっていたことが示唆された。



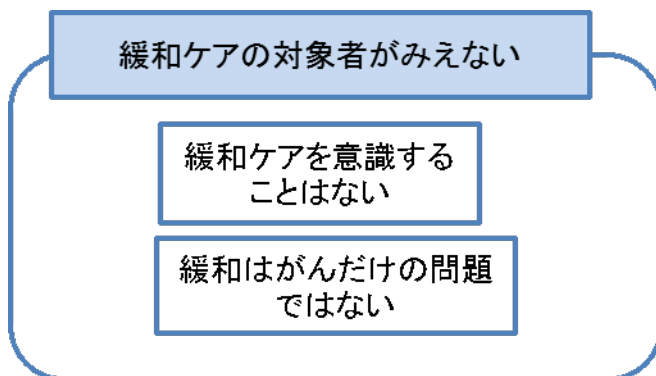
#### 宮城グループ

震災当時、＜緩和ケアを求める訴えが聞こえない＞状況であった。これは、＜災害医療と緩和医療は関係ない＞と支援者自身が災害時の医療と緩和医療を切り離して捉えていることも影響しているとも考えられ【緩和ケアの対象者がみえない】状況になっていたことが示唆された。



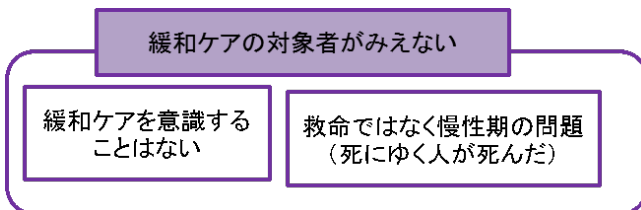
### 大船渡グループ

<緩和はがんだけの問題ではない>と捉えつつも、震災当時<緩和ケアを意識することはない>状況であった。これは、支援者自身が災害時の医療と緩和医療を切り離して捉えていることも影響しているとも考えられ、【緩和ケアの対象者がみえない】状況になっていたことが示唆された。



### 開業医グループ

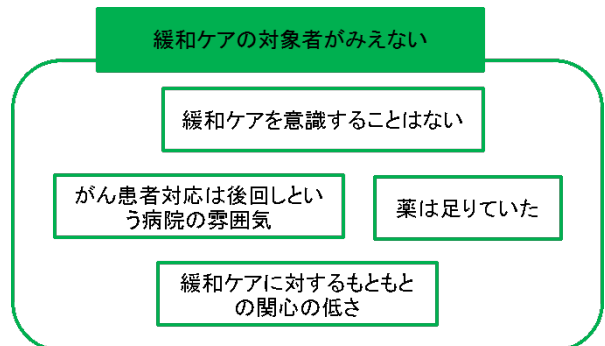
今回の災害の特徴として、患者は慢性期の方が多かった。ゆえに<救命ではなく慢性期の問題>であり、災害がなくても死にゆく過程にある人が今回当然の経過の中で死亡したということであったといえる。通常通り行われていた慢性期医療の中にがん患者も混じっていた可能性も有り、特に<緩和ケアを意識することはない>、【緩和ケアの対象者がみえない】状況になっていたことが示唆された。



### 病院医師グループ

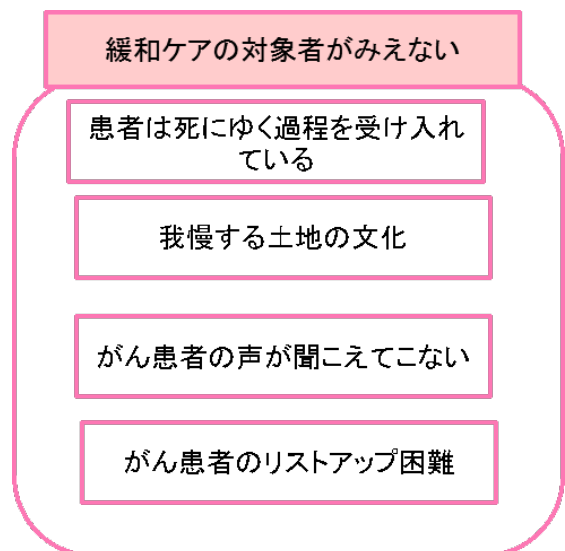
<緩和ケアに対する(もともとの)関心の低さ>に加え、<薬は足りていた>状況にあり<がん患者対応は後回しという病院の雰囲気>が

あった。ゆえに<緩和ケアを意識することはない>状況にあり、【緩和ケアの対象者がみえない】状況になっていたことが示唆された。



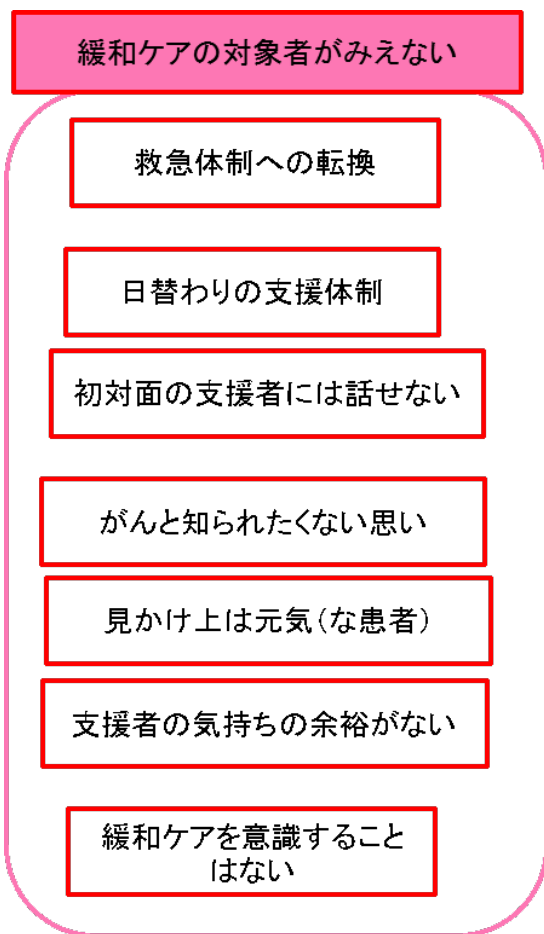
### 訪問看護グループ

<患者は死にゆく過程を受け入れている>ことと、<我慢する土地の文化>が影響しあって、<がん患者の声が聞こえてこない>状況であったと考えられた。このような状況下では<がん患者のリストアップが困難>であり、【緩和ケアの対象者がみえない】状況になっていたことが示唆された。



### 病院看護師グループ

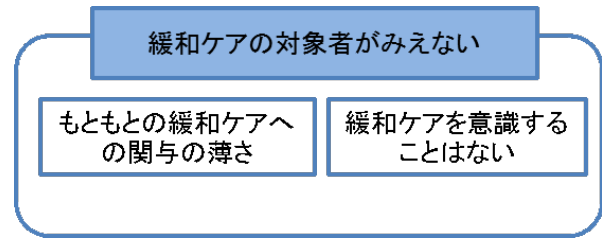
<救急体制への転換>が図られ、<日替わりの支援体制>になっていた。がん患者は自らの苦痛を<初対面の支援者には話せない>傾向があり、毎日替わる支援者には苦痛を訴えようとは思わなかったと考えられる。患者側も<がんと知られたくない思い>もあり、また<見かけ上は元気>であることから、地元の<支援者の気持ちの余裕がない>状況では<緩和ケアを意識することはない>事態となっており、【緩和ケアの対象者がみえない】状況になっていたことが示唆された。



### 薬剤師グループ

<もともとの緩和ケアへの関与の薄さ>から<緩和ケアを意識することはない>状況にあったといえる。ゆえに、【緩和ケアの対象者が

みえない】状況になっていたことが示唆された。



### 今後の展望

がん患者や家族は、多くの困難を抱えながら治療や療養生活を送らなければならない。東日本大震災により甚大な被害を受けた気仙地域でもがんになり、治療や療養をこの地域で送らなければならない人々は存在し続ける。残された医療資源も十分ではなく、復興も途上で早急な住環境の改善も望むことができないこの困難な地域で治療や療養生活を送らなければならないがん患者・家族のために、医療・福祉施設とそのスタッフは、地域的、歴史的背景や各施設間に存在した過去の問題など様々な課題を乗り越え、効率よく強固に連携して行かなければならない。さらに提供する知識やスキルの維持向上に努め、患者・家族の苦痛の軽減に努めていく必要がある。

### 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二ードを把握し、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

特記すべきことなし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

1. 的場元弘. 緩和医療薬学:疼痛マネジメント. (編)日本緩和医療薬学会. 株式会社南江堂. 東京. 12. 2013.10.
2. Yamaguchi T, Shima Y, Morita T, Hosoya

M, Matoba M : Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. Jpn J Clin Oncol. 43(9):896-909, 2013.9.

なし

### 3. その他

特記すべきことなし

3. 的場元弘, 鳥越一宏. WHO ガイドライン病態に起因した小児の持続性の痛みの薬による治療:第3章 薬による痛み治療の基本戦略. (編)World Health Organization. 金原出版株式会社. 東京. 41-58. 2013.7.
4. 的場元弘, 鳥越一宏. WHO ガイドライン病態に起因した小児の持続性の痛みの薬による治療: 第4章 保健医療機関網における痛み治療へのアクセス改善を目指して. (編)World Health Organization. 金原出版株式会社. 東京. 59-66. 2013.7.
5. 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 Palliat Care Res. 8(1):158-167, 2013.4.

### 2. 学会発表

1. the 2013 Winter Conference of Korean Society for Hospice and Palliative Care, 日本における緩和ケアチームの経験、2013.12.6、韓国、吉本鉄介、東尚弘、吉田茂昭、山下慈、的場元弘、Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms(SPARCS).
2. 13h World Congress of the European Association for Palliative Care, The Relationship between Pain Management Index (PMI) and Pain Interference. 2013.5.30-6.2, Prague, Higashi T, Yoshimoto T, Yoshida S, Yamashita I, Matoba M, Special Project for Awareness and Relief of Cancer Symptoms(SPARCS).

### 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





分担研究報告書

がん緩和・在宅医療における東日本大震災の経験を生かした東南海地震への備えに関する研究

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 秋山 聖子（東北大学病院 がんセンター）  
河原 正典（岡部医院）  
菅野 喜久子（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）  
金野 良則（気仙中央薬局）  
白土 明美（聖隷三方原病院 臨床検査科）  
高橋 美保（ホームケアクリニックえん）  
伊達 久（仙台ペインクリニック）  
橋本 孝太郎（ふくしま在宅緩和ケアクリニック）  
星野 彰（岩手県立中央病院 緩和医療科）  
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）  
村上 雅彦（岩手県立大船渡病院 緩和医療科）  
渡辺 芳江（岡部医院 訪問看護ステーション）

研究要旨

本研究の目的は、東日本大震災のがん緩和・在宅医療における経験を、東南海地震の発生が予測される地域での医療福祉従事者が共有し、地震による災害被害の予防、発生時の対応に生かすための患者家族・医療者向け資料を作成することである。昨年度までに行われた東日本大震災時のがん緩和・在宅医療に関わっていた東北地方の医療従事者を対象としたインタビュー調査、医学文献、および医学論文以外の一般書籍を検索し、質的に分析した。これをもとに大規模災害が生じた場合の災害被害の予防になること、医療福祉従事者が知っていることと役に立つことをまとめた患者家族向け冊子を作成した。作成した冊子を東南海地域の医療福祉従事者に配布した。来年度は、実際に東日本大震災を経験した医療従事者の体験をまとめた冊子とともに全国へ発送する。

A．研究目的

本研究の目的は、東日本大震災のがん緩和・在宅医療における経験を、東南海地震の発生が予測される地域での医療福祉従事者が共有するための、患者家族・医療者向け資料を作成し、地震による災害被害の予防、発生時の対応に生かすことである。

B．研究方法

昨年度までに行われた東日本大震災時にか

ん緩和・在宅医療に関わっていた東北地方の医療従事者 30 名を対象としたインタビュー調査を質的に解析した。医学中央雑誌のデータベース、一般図書、Web 上の情報から、東日本大震災時のがん緩和・在宅医療に関する記載のある文献を系統的に検索し、質的に分析した。上記の解析をもとに、実際に東日本大震災を体験した多職種の研究協力者（文末）を含めた議論を行い、東南海地震を想定して大規模災害が生じた場合の災害被害の予防になること、実際に現場の医療福祉従事者が知っていることと役に立つことをまとめた冊子を作成した。

作成した冊子を、東海地域の医療福祉従事者に配布した。

### C. 研究結果

冊子「大規模災害に対する備え がん治療・在宅医療・緩和ケアを受けている患者さんとご家族へ 普段からできることと災害時の対応」を作成した。内容は、「一般的な災害への備えと対応」、「がん治療・抗がん剤による治療を受けている方へ」、「医療用麻薬を使用している方へ」、「電動ポンプを使用している方へ」、「酸素療法を行っている方へ」、「たんの吸引を行っている方へ」、「自宅で人工呼吸器を使用している方へ」の7章と、参考資料として「外部電源の確保の方法」「医療用麻薬の代替りの薬リスト」「災害直後に出されたがん・在宅・緩和医療に関する主な通知類」「役立つ情報集」から構成されている。

作成した冊子は、東海地域の在宅療養支援診療所 68 施設、訪問看護ステーション 29 施設、居宅介護支援事業所 10 施設に送付された。

来年度は、東日本大震災時にがん緩和・在宅医療に関わっていた医療従事者のインタビュー調査から得られた体験者の声をまとめた冊子と合わせて、全国に発送するとともに、これらの PDF 版を国立がん研究センターホームページ上に公開する予定である。

### D. 考察

医療者を対象とした大規模災害への備えや災害時のマニュアルとしては、市町村や都道府県で作成されているものや、施設ごとに作成されたものが web 上で公開されているが、がん緩和・在宅医療をうけている患者・家族を対象として、具体的に普段から備えておくこと、災害時の対応に焦点をあててまとめられたものはほとんどなかった。

本冊子は、東日本大震災の経験をもとに、がん治療、緩和ケア、在宅医療をうけている患者・家族が「今」備えておけることを中心に記載されている。患者・家族向けに作成されているが、医療福祉従事者と一緒に読み、災害への備えについて考えることを想定した。現場のレベルで行える、具体的な内容が記載されている

ため、患者・家族が行動にうつしやすいのではないかと考える。また医療福祉従事者にとっても、患者・家族と具体的な対応を話し合っておく機会になることが予想される。

東日本大震災後に出された通知類を資料として記載したが、これらはすべて 2013 年 10 月現在のものであり、今後要件が変更される可能性がある。

本冊子はプロトタイプ版として試作されたものであり、実際に使用された上での有用性についてはまだ評価できていない。

### E. 結論

東日本大震災のがん緩和・在宅医療における経験を、東南海地震の発生が予測される地域での医療福祉従事者が共有し、地震による災害被害の予防、発生時の対応に生かすための、冊子を作成し、東海地区の医療福祉従事者へ配布した。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

1. Komura K, Kawagoe S, Morita T, et al: Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held records for cancer patients in Japan: OPTIM study. *Palliat Med* 27(2): 179-184, 2013.
2. Otani H, Morita T, et al: Usefulness of the leaflet-based intervention for family members of terminally ill cancer patients with delirium. *J Palliat Med* 16(4): 419-22, 2013.
3. Shirado A, Morita T, Miyashita M, et al: Both maintaining hope and preparing for death: Effects of physicians' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspectives. *J Pain Symptom Manage* 45(5): 848-858, 2013.
4. Morita T, et al: Palliative care in Japan: a review focusing on care

- delivery system. *Curr Opin Support Palliat Care* 7(2): 207-215, 2013.
5. Morita T, Miyashita M, et al: Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. *Lancet Oncol* 14(7): 638-646, 2013.
  6. 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* 46(2): 201-206, 2013.
  7. Kizawa Y, Morita T, Miyashita M, et al: Specialized palliative care services in Japan: a nationwide survey of resources and utilization by patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 30(6): 552-555, 2013.
  8. Yamaguchi T, Morita T, Matoba M, et al: Clinical guideline for pharmacological management of cancer pain: the Japanese society of palliative medicine recommendations. *Jpn J Clin Oncol* 43(9): 896-909, 2013.
  9. Kanbayashi Y, Morita T, et al: Predictive factors for agitation severity of hyperactive delirium in terminally ill cancer patients in a general hospital using ordered logistic regression analysis. *J Palliat Med* 16(9): 1020-1025, 2013.
  10. 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* 11(5): 383-388, 2013.
  11. Imai K, Morita T, et al: Sublingually administered scopolamine for nausea in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 21(10): 2777-2781, 2013.
  12. Yamamoto R, Morita T, et al: The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. *J Palliat Med* 16(11): 1423-1428, 2013.
  13. 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* 30(7): 730-733, 2013.
  14. Morita T, Miyashita M, Kawagoe S, Kinoshita H, et al: Exploring the perceived changes and the reasons why expected outcomes were not obtained in individual levels in a successful regional palliative care intervention trial: an analysis for interpretations. *Support Care Cancer* 21(12): 3393-3402, 2013.
  15. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, et al: A population-based survey on perceptions of opioid treatment and palliative care units: OPTIM Study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 Mar 15. [Epub ahead of print]
  16. Amano K, Morita T, et al: The determinants of patients in a palliative care unit being discharged home in Japan. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 Apr 2. [Epub ahead of print]
  17. Otani H, Morita T, et al: Effect of leaflet-based intervention on family members of terminally ill patients with cancer having delirium: Historical control study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 Apr 23. [Epub ahead of print]
  18. Muta R, Miyashita M, Morita T, et al: What bereavement follow-up does family members request in Japanese palliative care units?: A qualitative study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 May 16. [Epub ahead of print]
  19. Ando M, Morita T, Miyashita M, et al: A pilot study of adaptation of the transtheoretical model to narratives of bereaved family members in the bereavement life review. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013 May 20. [Epub ahead of print]
  20. Sasahara T, Kinoshita H, Morita T, et

- al: Assessment of reasons for referral and activities of hospital palliative care teams using a standard format: A multicenter 1000 case description. J Pain Symptom Manage. 2013 Aug 21. [Epub ahead of print]
21. Imura C, Morita T, Kinoshita H, et al: How and why did a regional palliative care program lead to changes in region? A qualitative analysis of the Japan OPTIM Study. J Pain Symptom Manage. 2013 Aug 24. [Epub ahead of print]
  22. Ise Y, Morita T, et al: The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: A nationwide survey in Japan. J Pain Symptom Manage. 2013 Sep 6. [Epub ahead of print]
  23. Yamaguchi T, Morita T, et al: Pneumocystic pneumonia in patients treated with ong-term steroid therapy for symptom palliation: A neglected infection in palliative care. Am J Hos Palliat Care. 2013 Sep 30. [Epub ahead of print]
  24. Shimizu Y, Miyashita M, Morita T, et al: Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members: Recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions. J Pain Symptom Manage. 2013 Oct 22. [Epub ahead of print]
  25. 宮下光令(編集), 森田達也(医学監修), 他: ナーシング・グラフィカ成人看護学 緩和ケア. メディカ出版, 2013.
  26. 森田達也: せん妄マネジメントの実際とケアの具体策 がんによる「せん妄」の原因と出現するメカニズム. がん患者ケア 6(3): 62-66, 2013.
  27. 森田達也: せん妄マネジメントの実際とケアの具体策 「せん妄」の薬物治療とケアの注意点. がん患者ケア 6(3): 67-72, 2013.
  28. 山内敏宏, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 第 5 回代替全身投与経路 2 突出痛に対するオピオイド. 緩和ケア 23(1): 61-63, 2013.
  29. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会(編集): 終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2013 年版. 金原出版株式会社, 2013.
  30. 森田達也: 社会の力を最大化する「顔の見える関係」緩和ケアプログラムの地域介入研究 (OPTIM-study) を終えて. 週刊医学界新聞 第 3019 号: 4, 2013.
  31. 厨芽衣子, 森田達也: EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 最終回 1 オピオイドスイッチング, 2 オピオイドカバ. 緩和ケア 23(2): 161-162, 2013.
  32. 森田達也: 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study.) から得られたものをどう生かすか. ホスピス緩和ケア白書 2013, (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(編), (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 28-37, 2013.
  33. 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也: 地域における緩和ケア(在宅緩和ケア) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(1) 緩和ケア普及のための地域プロジェクトで使用した評価尺度. 保健の科学 55(4): 230-235, 2013.
  34. 森田達也: 地域における緩和ケア(在宅緩和ケア) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(2) 地域プロジェクト (OPTIM-study) の効果. 保健の科学 55(4): 236-241, 2013.
  35. 森田達也, 他: 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発. Palliat Care Res 8(1): 116-126, 2013.
  36. 木澤義之, 森田達也, 他: 3 ステップ実践 緩和ケア. 青海社. 2013.
  37. 日本アプライド・セラピューティクス学会(編集): 2 ページで理解する標準薬物治療ファイル. 南江堂. 2013.
  38. 森田達也, 他: がん患者のこころのケアと地域ネットワーク OPTIM-study の知見から. 精神科 23(3): 307-314, 2013.
  39. 森田達也: 苦痛緩和のための鎮静. medicina 50(11 増刊号): 527-531, 2013.
  40. 森田達也, 宮下光令, 他: 患者・遺族の緩和

和ケアの質評価・quality of life, 医師・  
看護師の困難感と施設要因との関連. 緩和  
ケア 23(6): 497-501, 2013.

## 2. 学会発表

1. 森田達也: シンポジウム2 せん妄のケア、  
マネジメントの進歩と問題点 S2-1 終末  
期せん妄の最新の知見. 第 18 回日本緩和  
医療学会学術大会. 2013.6, 横浜
  2. 笹尾佐喜美, 森田達也, 他: パネルディ  
スカッション 4 在宅移行を考える PD4-5  
一般訪問看護ステーションの在宅緩和ケ  
アにおける在宅看取り率に関する検討.  
第 18 回日本緩和医療学会学術大会.  
2013.6, 横浜
  3. 西智弘, 森田達也, 他: ワークショップ4  
卒後教育の果たす役割 WS4-5 緩和ケア医  
を志す若手医師の教育・研修に関連したニ  
ーズ: 質的研究の結果から. 第 18 回日本  
緩和医療学会学術大会. 2013.6, 横浜
  4. 雨宮陽子, 森田達也, 他: ワークショッ  
プ7 緩和ケアチームの光の影 WS7-4 アウ  
トリーチと地域連携パスを用いた緩和ケ  
アチーム活動の在宅移行の影響. 第 18 回  
日本緩和医療学会学術大会. 2013.6, 横  
浜
  5. 今井堅吾, 森田達也, 他: 終末期がん患  
者の難治性嘔気に関するオンダンセトロ  
ンの効果. 第 18 回日本緩和医療学会学術  
大会. 2013.6, 横浜
  6. 間間愛, 宮下光令, 森田達也, 他: 客観  
的身体機能と主観的 QOL はリハビリ介入  
前後でどのように相関するか: J-REACT.  
第 18 回日本緩和医療学会学術大会.  
2013.6, 横浜
  7. 緒方政美, 宮下光令, 森田達也, 他: 進  
行がん患者の廃用症候群に対するリハビリ  
テーションは QOL の維持に貢献してい  
る可能性がある: J-REACT. 第 18 回日本緩  
和医療学会学術大会. 2013.6, 横浜
  8. 中里和弘, 森田達也, 宮下光令, 他: 緩和  
ケア病棟入院中に患者と家族が交わす  
思いと言葉に関する量的研究 (J-HOPE2)  
~果たして思いは言葉にしないと伝わら  
ないのか?~. 第 18 回日本緩和医療学会  
学術大会. 2013.6, 横浜
  9. 村上望, 森田達也, 他: 「在宅に行くと寿  
命が短くなる」のか?. 第 18 回日本緩和  
医療学会学術大会. 2013.6, 横浜
  10. 山脇道晴, 森田達也, 宮下光令, 他: ご  
遺体へのケアを看護師が家族と一緒に  
行うことについての家族の体験・評価. 第  
18 回日本緩和医療学会学術大会. 2013.6,  
横浜
  11. 五十嵐美幸, 宮下光令, 森田達也, 他:  
がん患者の死亡場所に関する要因 死亡票  
の分析. 第 18 回日本緩和医療学会学術大  
会. 2013.6, 横浜
  12. 青木茂, 森田達也, 他: 遺族調査による  
当院の自宅看取りへの評価. 第 18 回日本  
緩和医療学会学術大会. 2013.6, 横浜
  13. 田辺公一, 森田達也, 他: 在宅緩和ケア  
地域連携パスの有用性検証を目的とした  
インタビュー調査. 第 18 回日本緩和医療  
学会学術大会. 2013.6, 横浜
  14. 大木純子, 森田達也, 他: 保険薬局の現  
状より在宅がん患者の医療用麻薬導入時  
に病院の医療従事者としてできること.  
第 18 回日本緩和医療学会学術大会.  
2013.6, 横浜
  15. 中澤葉宇子, 森田達也, 宮下光令: がん  
診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会  
の評価~研修後追跡調査結果~. 第 18 回  
日本緩和医療学会学術大会. 2013.6, 横  
浜
  16. 新城拓也, 森田達也, 宮下光令, 他: 医  
療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基  
づいた知識と意向. 第 18 回日本緩和医療  
学会学術大会. 2013.6, 横浜
- 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

「がん在宅緩和ケア提供の障害の分析」に関する研究  
東日本大震災におけるがん緩和ケア・がん在宅医療の経験

研究分担者 宮下光令 東北大学医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野 教授

研究協力者 菅野喜久子 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻博士課程  
（前期2年の課程）緩和ケア看護学分野  
森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援診療科 部長

研究要旨

東日本大震災後のがん緩和ケア・在宅医療についてはほとんど調査がされていないのが現状である。本研究では、宮城・岩手・福島県の被災沿岸地域でがん緩和ケア・在宅医療に関わった医療者にインタビュー調査を行い、震災時のがん緩和ケアと在宅医療の実態を明らかにすることを第一の目的とした。その上で、今後起こり得る大規模災害に向けたシステムの提言やマニュアルの整備を行うための基礎資料を作成することを二次的な目的とした。宮城・岩手・福島県の被災沿岸地域医療介護福祉関係者53名に半構造化面接を行った。本研究の結果から、東日本大震災におけるがん緩和ケア・在宅医療に対する医療介護福祉関係者の経験は、【がん患者への医療提供の障害】、【津波被害や避難の際に内服薬を喪失した患者への服薬継続の障害】、【ライフラインの途絶による在宅療養患者への医療提供の障害】、【地域の医療者と後方医療支援や医療救護班との連携の障害】、【医療者に対する精神的ケア】、【原発事故地域の医療提供の障害】の6カテゴリーに整理・分類された。今回のインタビュー調査によって、災害時のがん患者の緩和ケア・在宅療養に関する問題やその対応方法について明らかになり、今後発生が予想される大規模災害に向けた備えのための基礎資料となった。今後のがん医療・緩和ケアの地域連携・地域医療体制の構築にあたっては、それぞれの地域の地震に限らない災害発生リスクと起こりうる事態を想定し、行政機関や他の関係機関とも連携を図りながら、災害対策の向上のために適切な準備を行うことが望ましいと考えられる。

A．研究目的

2011年3月11日に発生した東日本大震災では、日本の観測史上最大のM9.0の地震が三陸沖で発生し、その後の大津波は東北から関東の太平洋沿岸地域に壊滅的な被害を与え、3万人近い死者・行方不明者を出した。1995年1月に発生した阪神・淡路大震災では、建物倒壊に

よる圧死、圧挫症候群などの外傷傷病者に対する超急性期医療ニーズが高かった。一方、今回の震災の特徴は、大津波がもたらした溺水による人命の喪失が大きく、阪神・淡路大震災のような外傷が比較的少なかった。震災直後の医療ニーズは、津波から救助された人の手当てや肺炎の治療、水に濡れたままの屋外や避難所で

の生活による低体温症の治療が中心であった。また、今回の震災は津波災害が主であり、沿岸地域の多くは浸水によって被害が広範かつ面状に広がり、地域の医療機関の損壊・機能制限を強いられた。厚生労働省の医政局の調査によれば、岩手県、宮城県、福島県を合わせて全壊した病院・診療所の数は、92 にのぼった。さらに、行政機関も被災したことから、災害対応を一層困難にした。

日本の大規模災害に対する急性期医療は、1995 年の阪神・淡路大震災後に災害拠点病院の指定と整備、Disaster Medical Assistance Team(DMAT)の創設など強化が図られてきた。今回の震災でも直後から全国の医療救護班が被災地域に参集し、避難所・被災地域で多くの支援活動を展開した。しかし、今回の震災では、超急性期、外傷傷病者への救命医療ニーズは少なく、透析患者や在宅酸素療養患者など慢性疾患をもつ被災者に対する慢性期医療ニーズが高い状態が長期間にわたり続いた。

阪神・淡路大震災以降、震災に関する多くの調査が実施されてきたが、災害時のがん患者の実態や医療支援について具体的に明らかにした先行研究は少ない。災害時にがん患者が通院治療を継続するためのシステムを検討する地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院、がん診療専門病院の5施設を対象とする2008年の調査では、災害時に抗がん剤治療を受けている患者や医療用麻薬を使用している患者の治療継続を把握するシステムの不備が指摘された。阪神・淡路大震災を経験した看護師17名へのインタビュー調査では、大災害時のがん患者の処置と看護の実際の状況において、外来患者の消息を知ることの困難、継続的な各種治療法における処置の適応、看取り時の終末期患者とその家族のケアの3つの主要カテゴリーが明らかとなり、大災害時、中断された治療の再開のための情報管理システムや患者の輸送システムの必要性、がん患者のセルフケア能力を高める必要性について今後取り組むべき課題であることが示唆された。しかし、今回の震災では、震災に関するこのような先行研究が十分に活用されたとはいえなかった。

東日本大震災後のがん患者の緩和ケア・在宅医療についてはほとんど調査がされていないのが現状である。わが国では、南海トラフ地震や首都直下型地震などの巨大地震が、今後高い

確率で発生することが予測されており、災害時のがん患者に対する医療の対応やそれに対する備えを検討することは急務である。また、地震だけでなく台風・豪雨や豪雪・火山噴火などの多様な自然災害に対する危機管理も必要である。

そこで、本研究では、宮城・岩手・福島県の被災沿岸地域でがん患者の緩和ケア・在宅医療に関わった医療者にインタビュー調査を行い、震災時のがん患者の緩和ケアと在宅医療の実態を明らかにすることを第一の目的とした。その上で、今後起こり得る大規模災害に向けたシステムの提言やマニュアルの整備を行うための基礎資料を作成することを二次的な目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象者の選定と調査手順

対象地域は、宮城・岩手・福島の被災沿岸地域とした。これらの地域は、震災による津波被害が大きかったこと、医療過疎地域であったこと、中核病院の診療機能が停止し、周辺地域の基幹病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・保健所などが災害医療を担った地域であったことにより選出した。

調査は、第1期 2012年10月1日～10月5日、第2期 2013年9月12日～10月2日の2回に分けて実施した。第1期は、緩和ケア専門医、第2期は、被災地域の医療機関で災害医療を経験した看護師がインタビューを行った。第1期では震災当時、がん診療連携拠点病院、保健所、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等に勤務し、がん患者の緩和ケア・在宅医療に携わっていた医療者とした。対象者の抽出は、地域や職種をもとに理論的サンプリングを行った。第2期では第1期におけるインタビュー結果から、更に詳しい情報をより広い地域と職種から得るため、震災に関する経験を講演会・シンポジウムの開催、災害医療時の活動報告を学会や雑誌等で公表している医療者および既にインタビューを終えた対象者に個別に推薦を依頼し、雪だるま式抽出法により対象者を抽出し、理論的飽和に達するまでインタビューを行った。

上記の手続きにより対象となった医療者合計56名に対し、郵送またはメールにて研究協



力依頼文書を送付した。その後、研究者が電話連絡にて承諾が得られた 53 名に対してインタビュー調査を行った。インタビュー当日に、各対象者に文書にて研究の目的と概要を文書および口頭で説明し、書面により同意を得た。

## 2. データ収集とインタビュー内容

インタビューは、対象者の同意を得て IC レコーダーに録音した。研究者が事前に作成したインタビューガイドを用いて、半構成的に 1 回のみ約 60 分を目安に行った。インタビューでは、震災時の医療・看護・介護の場面において、「がん緩和ケア・在宅医療に関して体験したこと」「行った活動、困ったこと、工夫して対応したこと」「災害時、がん緩和ケア・在宅医療に関する活動についてどのようなシステムが望ましいと考えるか」を尋ねた。インタビュー時間は、平均 52 分 15 秒(最大 93 分、最小 31 分)であった。

## 3. 分析方法

分析は、第 2 期にインタビュー調査を行った看護師が、Krippendorff らによって開発された内容分析を用いて行った。録音したインタビューの内容に関して逐語録を作成し、対象者自身の震災当時の経験を中心に抽出し、内容分析を行った。表現や意味内容が類似しているユニットをまとめ、サブカテゴリーを作成し、サブカテゴリーを類似する震災時の経験に分類し、カテゴリーを作成した。がんの特異的ではない一般的な在宅医療、医薬品の確保などに関することについては、本研究の主目的ではなかったが間接的に重要と考えられる情報は含めて分析した。記述内容は、内容の主旨が変わらない範囲で語句の追加、修正を行い表にまとめた。分析結果をまとめる際に、地域による違いを検討した結果、福島県第 1 原子力発電所の事故に関する事柄以外には地域差は小さかったため、すべての地域をまとめて分析した。

### (倫理面への配慮)

本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した。倫理的配慮として、事前に調査への参加については自由意思であり、いつでも中止が可能であること、同意しない場合や参加の途中で辞退の意思表示をし

た場合でも、不利益は一切生じないこと、個人情報識別できる情報は公表しないことを文書および口頭にて説明した。

## C. 研究結果

### 1. 対象者の概要

対象者の概要を表 2 に示した。インタビュー調査地域は、岩手県 7 地域、宮城県 6 地域、福島県 6 地域であり、職種は医師 12 名、病院看護師 9 名、訪問看護ステーション看護師 18 名、保健師 5 名、介護支援専門員 2 名、薬剤師 4 名、その他 3 名(酸素供給会社、医薬品卸販売担当者、老人保健施設管理者)であった。病院看護師・訪問看護師の専門領域は看護管理者(2 名)、がん関連の認定看護師(がん化学療法看護認定看護師 2 名、緩和ケア認定看護師 3 名)であった。

### 2. インタビュー内容の結果

被災地域におけるがん患者・在宅療養患者への医療提供の困難とその対応・今後の災害に向けた医療体制への取り組みが述べられ、229 項目のコードが抽出された。これらのコードを、74 のサブカテゴリーに集約した。サブカテゴリー内のコードは、「震災により生じた問題」「震災で生じた問題に対応したこと」「今後の災害発生時のために備えておくべき必要なこと」の共通点のあるグループに分類した。74 項目のサブカテゴリーを、【がん患者への医療提供の障害】【津波被害や避難の際に内服薬を紛失した患者への服薬継続の障害】【ライフラインの途絶による在宅療養患者への医療提供の障害】【地域の医療者と後方医療支援や医療救護班との連携の障害】【医療者に対する精神的ケア】【原発事故地域の医療提供の障害】の 6 カテゴリーに分類した。

【がん患者への医療提供の障害】は、災害時の被災地域の病院におけるがん患者の対応の混乱や不足を示し、[被災地域のがん診療体制の混乱により、がん治療が中止・延期された](N=10)、[がん患者の抱えている不安や悩みを聞き取ることが困難だった](N=7)などが含まれた。

【津波被害や避難の際に内服薬を紛失した患者への服薬継続の障害】は、医療用医薬品や医

療用麻薬の供給や処方体制を示し、[内服薬を適切に供給、分配することが困難だった](N=12)、[医療用麻薬の不足は問題とはならなかった](N=9)などが含まれた。

【ライフラインの途絶による在宅療養患者への医療提供の障害】は、広範囲・長期間にわたるインフラの停止による医療提供の困難さを示し、[医療依存度の高い患者が医療機器を十分に使用できなかった](N=12)、[ガソリンの不足・車の流出によって在宅療養患者への訪問が困難だった](N=10)などが含まれた。

【地域の医療者と後方医療支援や医療救護班との連携の障害】は、関係機関との医療連携の不足による在宅での医療・介護の問題を示し、[震災後の訪問診療・訪問看護は規模の縮小により、十分な訪問活動ができなかった](N=6)や[医療救護班間や医療救護班と被災者間のコミュニケーション不足により医療支援がうまくつなげられなかった](N=6)などが含まれた。

【医療者に対する精神的ケア】は、被災地域の医療者が緩和ケアに従事することの心理的負担を示し、[被災した医療者がケアを実践することへの気持ちの葛藤があった](N=5)、[医療者自身が負った心の傷が大きかった](N=2)などが含まれた。

【原発事故地域の医療提供の障害】は、在宅療養患者のケアの継続と安全確保のための活動を行う上でのジレンマを示し、[放射線被曝の危険性の中、スタッフの安全と在宅療養者の救援とで葛藤があった](N=4)などが含まれた。

#### D . 考察

本研究の結果、東日本大震災におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療に対する医療者の経験は、【がん患者への医療提供の障害】、【津波被害や避難の際に内服薬を喪失した患者への服薬継続の障害】、【ライフラインの途絶による在宅療養患者への医療提供の障害】、【地域の医療者と後方医療支援や医療救護班との連携の障害】、【医療者に対する精神的ケア】、【原発事故地域の医療提供の障害】の6カテゴリーに整理・分類された。

【がん患者への医療提供の障害】に関しては、通院困難による抗がん剤治療の中断や延期と副作用対策の障害が主な問題であった。東北大学病院では、被災地域の抗がん剤治療を再開す

ることを目的に、一時的な抗がん剤治療患者の受け入れと専門医の定期的な派遣を行い、緊急時の抗がん剤治療継続の連携体制の構築が図られた<sup>17)</sup>。今後は、災害発生時に医師派遣能力がある中核病院と被災の可能性のある病院との連携体制の構築が必要と考えられる。また、東北がんネットワークによる調査では、被災後2~3週間で抗がん剤治療は復旧した<sup>18)</sup>。血液疾患など治療中断が予後に強く影響する疾患と固形がんのように若干の治療中断が許容される疾患を区別し、前者については、患者を治療可能な病院に搬送するシステムを構築する必要がある。現在、がん対策推進基本計画に則り、がん診療連携拠点病院を中心とした地域医療連携体制の確立が進められている。都道府県がん診療連携拠点病院を中心に地域がん診療連携拠点病院、その他のがん治療に携わる中核病院の災害時の連携体制についてもシステム化が求められる。

がん患者が、抗がん剤治療中に被災生活を送ることになり、避難所での感染やその他の有害事象により症状が悪化したケースがあった。抗がん剤治療中・後の患者は、致命的な白血球数の減少や各臓器の障害などの有害事象を生じる可能性がある。阪神・淡路大震災後の研究により、がん患者・家族と医療者を対象とした災害時のがん患者用ケアパッケージが検討されている<sup>19)</sup>。しかし、今回の震災では情報や通信手段の不足により有効に活用されなかった。がん患者用ケアパッケージは、平常時版患者用パンフレットに加え、災害時用の4つのパンフレットを公開している。今後は、このようなケアパッケージの普及と、被災時にこのような情報を患者に届ける方策を検討する必要がある。

DMAT や医療救護班による避難所の巡回診療では、がん患者の確認および相談が困難であった。秋山らの今回の被災地域のがん患者へのアンケート調査では、がん患者の45%が不安や体調不良を抱えた状態でも、自ら周囲の人たちに病名や病状を伝えなかったことが明らかになっている。周囲の被災者に対する遠慮や懸念がその理由の1つと推測される。米国では米国臨床腫瘍学会と国立がん研究所が災害時に患者が病歴を医療者に情報提供できるツールである患者情報ウォレットカードを作成している。災害時に活用可能ながん治療歴が含まれた診療情報カードなどを作成し、患者自身が携帯し

ておくことや、患者自らが災害時に主体的に情報を得て対処するための方法に関する情報提供を行うなどの患者のセルフケア能力を高める支援およびシステムの構築が必要と考えられる。DMAT や医療救護班は、短期間滞在型であり継続的な医療を提供することが困難であり、がん診療や緩和ケアに対する対応能力にも限界がある。1次対応として、これらが事前に決められた地域の医療機関に連絡し継続的に対応し、対応困難な場合には、2次対応としてその医療機関のコーディネーションにより、がん診療や緩和ケアを専門とする医師、看護師などが相談を受け、必要時には避難所に赴き対応するようなシステムの構築も意味があると考えられる。

【津波被害や避難の際に内服薬を喪失した患者への服薬継続の障害】では、主に医療用麻薬に関することが語られた。阪神・淡路大震災当時は、医療用麻薬を使用する多くの患者が入院治療を受けていたため処方の問題は少なかった。現在では外来・在宅療養中の患者も多く、今回の震災では、医療用麻薬の内服量を自己調整し、適正な量の医療用麻薬を内服していない患者も存在した。今回の震災では、医療用麻薬の流通は比較的順調で、医療用麻薬の不足による問題は全体としては少なかったと推測されるが、災害の規模や地域によっては流通が困難となる可能性もある。災害時に、被災地域の医療用麻薬の在庫を一元的に集約するシステム、医療救護班の医師による災害時専用の麻薬施用者番号による処方、支援に来た医師の所属機関による麻薬施用者番号と医師免許証番号を明記した身分証明書を発行など、災害時の医療用麻薬の管理と処方システムの確立が求められる。また、今回の震災では、医療用麻薬に関する通達がいくつかなされたが、震災後にそれらを周知徹底することは困難であった。今後の大規模災害発生時に自動的に適用となる通達をマニュアル化し、関係機関に配布し周知徹底することや、災害発生を予見した通達を事前に発行しておくことも検討すべきだろう。

【ライフラインの途絶による在宅療養患者への医療提供の障害】では、広範囲・長期間にわたるインフラの機能停止によって、がん患者に限らず訪問診療・訪問看護を行う上での交通手段が失われたことが問題であった。厚生労働省による往診・訪問看護を行う車両について、

ガソリンの供給を優先する通達がなされたにもかかわらず、ガソリン不足が深刻であった。また、ライフラインの途絶による停電で医療機器が稼働せず、気管内吸引ができないことによる死亡や、体圧分散マットが使えず褥瘡が悪化・頻発するなどの事態があった。医療依存度が高く優先的な訪問が必要な患者の情報共有の仕組み、災害時のガソリンや代替の交通手段の確保、在宅療養を行う患者に対しては、平常時から、停電時にどの医療機器が作動なくなり、どのような対応に変更する必要があるかを検討するなど、停電に対する準備も必要となる。

【地域の医療者と後方医療支援や医療救護班との連携の障害】では、医療機関が被災した際に後方医療支援や医療救護班との連携が不十分であったために主に在宅医療・介護に生じたことが問題であった。訪問看護ステーションは、他の医療機関に比べて規模が小さく、経営基盤も弱いため、災害への対策が十分でないことが多い。宮城県気仙沼市では、震災により5ヶ所の診療所のうち3ヶ所が機能不全となり、訪問看護ステーションは全壊した。内陸部の訪問看護ステーションとの有機的な連携が一部でなされたが、このような訪問看護ステーションの連携体制を構築することも必要である。また、全国から派遣された保健師やボランティア医療職による健康相談が開始され、そこで得られた情報を基に、病院の医師、被災した開業医、在宅医療専門医のとりまとめによって、在宅医療支援チームが立ち上がり、積極的な在宅支援サポートが展開された。この活動は、今後の災害における緊急的な在宅療養体制構築のモデルになると考えられる。

【医療者に対する精神的ケア】では、自分や家族・友人が被災または死亡、安否確認困難のなか震災傷病者の対応を行う被災地域の医療者の精神的問題があった。2007年新潟県中越沖地震の被災施設職員調査では、被災1ヶ月後の急性期ではストレス反応が非常に高く、被災1年後でも心的外傷後ストレス(PTSD)症状が回復していない傾向がみられた。被災者だけでなく、被災地域の医療者のストレスケアにも留意すべきであり、ミッチェルによる惨事ストレスデブリーフィング、サイコロジカルファーストエイドなどの活用により、組織的にストレスマネジメントに対する体制の整備する必要がある。

【原発事故地域の医療提供の障害】では、医療機関や施設の医師や看護師、介護福祉従事者の一部が、県外に避難してしまい、原発事故地域の医療を担う人材が減少し医療が破たん状態となったことが問題であった。医療者の放射線被曝・放射線影響に関する知識不足と情報不足が一因である。災害に関わらず放射線による事故が起こる可能性がある地域では、十分な知識を持ち、情報を共有する仕組みを構築する必要がある。

本研究の限界として、地域による被災状況の違いなどから網羅性は保証できない。得られた情報の一部は伝聞によるものも含まれており、異なる対象者が同じ現象を語り重複してカウントされた可能性もある。また、対象者によっては、震災後からの時間的経過に差があるため、リコールバイアスの影響の可能性もある。さらには、主に医療者を対象とした調査であったため、がん患者の実際の経験や身体的・精神的苦痛について十分に把握できていない可能性もある。

#### E．結論

今回のインタビュー調査によって、災害時のがん患者の緩和ケア・在宅療養に関する問題やその対応方法について明らかになり、今後発生が予想される大規模災害に向けた備えのための基礎資料となった。

#### F．健康危険情報

特記すべきことなし

#### G．研究発表

##### 1．論文発表

##### 2．学会発表

第19回日本緩和医療学会学術大会(2014年6月19日～21日)にて発表予定

#### 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

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  
川田 清宏 岡山大学病院 精神科神経科 助教  
矢野 智宣 岡山大学医学部 客員研究員  
土山 璃沙 岡山大学病院 医療技術部 臨床心理士  
福島 倫子 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関し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しての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。

C．研究結果

平成 25 年 2 月 26 日に第一回目の研修会(岡山)を、同年 9 月 14 日に第二回目の研修会を行い、あわせて在宅医 6 名及び訪問看護師 6 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 5.83、標準偏差 1.467、研修後のテストは平均値 7.33、標準偏差 0.985 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、 $p=0.005$  ( $<0.05$ ) となり、有意に差があると考えられた。

また、質問紙調査では、自己効力感などを問

う質問(10件法)に関して、研修前の平均値が86.33、標準偏差33.435、研修後の平均値が119.83、標準偏差30.328であった。対応のあるt検定では、 $p=0.002$  ( $<0.05$ )となり、同様に有意差を認めた。

なお、実施したテストと質問の内容については、別紙1および2を参照されたい。

#### 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。次年度はさらに研修会開催回数を増やし、在宅医療の質の向上に寄与したい。

#### F . 健康危険情報

なし

#### G . 研究発表

##### 1 . 論文発表

1. Nakaya N, Uchitomi Y, et al : Frisch M, Johansen C.:All-cause mortality among men whose cohabiting partner has been diagnosed with cancer. *Epidemiology* 24(1):96-99,2013,Jan
2. Asai M, Akechi T, Kinoshita H, Uchitomi Y, et al : Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology* 22(5):995-1001,2013,May
3. Terada S, Uchitomi Y, et al : Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities. *Psychiatry Res* 30;205(1-2):103-108,2013,Jan
4. Kishimoto Y, Uchitomi Y, et al : Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study). *Psychiatry Res*. 2013 Oct 30;209(3):699-704. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.025. Epub 2013 Feb 22.
5. Inagaki M, Akechi T, Kinoshita H, Uchitomi Y, et al : Associations of interleukin-6 with vegetative but not affective depressive symptoms in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013 Aug;21(8):2097-2106. doi: 10.1007/s00520-013-1767-x. Epub 2013 Feb 28.
6. Nagao S, Uchitomi Y, et al : Progressive supranuclear palsy presenting as primary lateral sclerosis. *J Neurol Sci*. 2013 Jun 15;329(1-2):70-71. doi: 10.1016/j.jns.2013.03.016. Epub 2013 Apr 6. No abstract available.
7. Oshima E, Uchitomi Y, et al : Accelerated Tau Aggregation, Apoptosis and Neurological Dysfunction Caused by Chronic Oral Administration of Aluminum in a Mouse Model of Tauopathies. *Brain Pathol*. 2013 Nov;23(6):633-644. doi: 10.1111/bpa.12059. Epub 2013 May 3.
8. Hayashi S, Uchitomi Y, et al : Burden of caregivers for patients with mild cognitive impairment in Japan. *Int Psychogeriatr*. 2013 Aug;25(8):1357-1363. doi: 10.1017/S1041610213000537. Epub 2013 Apr 19.
9. Shindo A, Uchitomi Y, et al : Trail making test part a and brain perfusion imaging in mild Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2013 Jun 27;3(1):202-211. doi: 10.1159/000350806. Print 2013 Jan.
10. Sakamoto S, Uchitomi Y, et al : Adjunctive yokukansan treatment improved cognitive functions in a patient with schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2013 Jul 1;25(3):E39-40. 2013.10.01 Letter to the Editor
11. Kondo K, Ogawa A, Uchitomi Y, et al : Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. *Patient Educ Couns*. 2013 Nov;93(2):350-353. doi: 10.1016/j.pec.2013.06.023. Epub 2013 Jul 27.
12. Terada S, Uchitomi Y, et al : Trail Making Test B and brain perfusion imaging in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Psychiatry Res*. 2013 Sep 30;213(3):249-255. doi:



- 10.1016/j.psychoresns.2013.03.006.  
Epub 2013 Jul 5.
13. Fujimori M, Uchitomi Y, et al :  
Development and preliminary  
evaluation of communication skills  
training program for oncologists based  
on patient preferences for  
communicating bad news. Palliat  
Support Care. 2013 Nov 4:1-8. [Epub  
ahead of print]
  14. Nagao S, Uchitomi Y, et al :  
Argyrophilic grain disease as a  
neurodegenerative substrate in  
late-onset schizophrenia and  
delusional disorders. Eur Arch  
Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Nov 23.  
[Epub ahead of print]
  15. Terada S, Uchitomi Y, et al : Depressive  
symptoms and regional cerebral blood  
flow in Alzheimer's disease.  
Psychiatry Res. 2014 Jan  
30;221(1):86-91. doi:  
10.1016/j.psychoresns.2013.11.002.  
Epub 2013 Nov 15.
  16. Sakamoto S, Uchitomi Y, et al :  
Association Study of FYN Gene  
Polymorphism and Methamphetamine Use  
Disorder , Journal of Drug and Alcohol  
Research vol. 2 (2013) 2013.11  
Research Article
  17. 内富庸介: がん患者の抑うつ対策 医療  
者が積極的に抑うつの症状を聞くことが  
重要. Clinic magazine, 524:18-21,  
2013.2.1
  18. 井上真一郎,内富庸介: せん妄の要因と  
予防. 精神科治療学, 42(3); 289-297,  
2013.3.28
  19. 井上真一郎,内富庸介: がん診断早期か  
ら行うべき緩和薬物療法の実際 - 精神的  
ストレスの観点から -, Mebio, 30(7):  
23-29, 2013.7.10
  20. 井上真一郎,内富庸介, 他: せん妄を見  
逃さないための注意点. 精神科治療学,  
28(8): 1011-1017, 2013.8.19
  21. 浅井真理子,内富庸介,他: 配偶者をがん  
で亡くした遺族の対処行動パターン.心  
理学研究, 84(5); 498-507, 2013.12.25
2. 学会発表
1. Okahisa Y, Uchitomi Y, et al :  
Association study of dopamine  
-hydroxylase gene with  
methamphetamine dependence , 4th  
International Drug Abuse Research  
Society, Mexico City, Mexico 2013.04.15  
~ 19
  2. Sakamoto S, Uchitomi Y, et al :  
Association between the Fyn kinase gene  
and patients with methamphetamine  
dependence , 4th International Drug  
Abuse Research Society, Mexico City,  
Mexico 2013.04.15 ~ 19
  3. Sakamoto S, Uchitomi Y, et al :  
Association study between the EAAT2  
gene polymorphisms and methamphetamine  
dependence , 11th World Congress of  
Biological Psychiatry, Kyoto,  
2013.06.23 ~ 27
  4. Mizuki Y, Uchitomi Y, et al : The  
functional analysis of the human rho  
guanine nucleotide exchange factor 11  
which is a risk for the paranoid subtype  
of schizophrenia , 11th World Congress of  
Biological Psychiatry, Kyoto,  
2013.06.23 ~ 27
  5. Oshima E, Uchitomi Y, et al : Accelerated  
tau aggregation, apoptosis, and  
neurological dysfunction due to chronic  
oral administration of aluminum in a  
mouse model of tauopathies, World  
Psychiatric Association International  
Congress 2013, Vienna, Austria,  
2013.10.27 ~ 30
  6. Kishimoto Y, Uchitomi Y, et al : White  
matter hyperintensities and brain  
perfusion imaging in Alzheimer 's  
disease, World Psychiatric Association  
International Congress 2013, Vienna,  
Austria, 2013.10.27 ~ 30
  7. Ishida M, Uchitomi Y, et al :  
Psychiatric Disorders of the Bereaved  
Who Lost Family Members With Cancer:  
Experiences of Outpatient Services for  
Bereaved Families in a Cancer Center  
Hospital - The Third Report. American  
Psychosocial Oncology Society. 10th  
Annual Conference. Huntington Beach,  
California, USA, 2013.2.14 ~ 16
  8. Ishida M, Uchitomi Y, et al : Group  
psychotherapy for patients with  
advanced or recurrent cancer:  
Preliminary study. International

College of Psychosomatic Medicine  
(ICPM), 2013.

3. その他  
なし

9. Ishida M, Uchitomi Y, et al :  
Psychiatric disorders and background  
characteristics of the bereaved seeking  
medical counseling at a cancer center.  
15th International Psycho-Oncology  
Society, 2013.11.4~8
10. 内富庸介: がん患者の心のケア: 心理学、  
精神医学、コミュニケーションの配合加減、  
日本音楽療法学会九州・沖縄支部2012年度  
大会,福岡,2013.1.20, 演者
11. 内富庸介:心の痛み - がんと上手に取り組  
む -, 日本臨床腫瘍薬学会学術大会, 東  
京, 2013.3.17, 演者
12. 内富庸介:がん医療における精神科医への  
期待:精神医学、心理学、コミュニケーシ  
ョン,第109回日本精神神経学会学術総会,  
福岡,2013.5.23,演者
13. 井上真一郎,内富庸介,他: 岡山大学病院  
精神科リエゾンチーム - 独自性の高い活  
動内容 -, 第109回日本精神神経学会学術  
総会,福岡,2013.5.23
14. 内富庸介:患者、家族の否認、怒りを理解  
するための必須コミュニケーション,第18  
回日本緩和医療学会学術大会,神奈  
川,2013.6.21,座長
15. 内富庸介:サイコオンコロジー入門,第18  
回日本緩和医療学会学術大会,神奈  
川,2013.6.22,座長
16. 内富庸介:がん緩和ケアにおけるうつ病対  
策:疫学と薬物療法,第10回日本うつ病学  
会総会,福岡, 2013.7.19,オーガナイザ  
ー
17. 石田真弓,内富庸介,他: がん患者遺族へ  
のUnhelpful Support -A nationwide  
survey-. 第26回日本サイコオンコロジー  
学会総会,大阪,2013.9.20~21
18. 石田真弓,内富庸介,他: がん患者遺族に  
対する「不用意な言葉かけ」は何か? 全  
国調査から . 第123回日本心身医学会関  
東地方会,東京,2013.11.16

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



分担研究報告書

在宅医療における精神症状緩和推進研究  
在宅医療スタッフのためのこころのケア教育プログラムの開発

研究分担者 明智 龍男 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学

研究協力者 久保田 陽介（名古屋市立大学病院）  
奥山 徹（名古屋市立大学病院）

研究要旨

質の高い在宅医療の推進は我が国の喫緊の課題であり、これは東日本大震災の被災地においても例外ではない。本研究では、在宅医療スタッフを対象とした、精神心理的苦痛を有する患者のケア向上に資する教育プログラムの開発を行うとともに、そのプログラムの有用性を検討することを主たる目的とした。研修会事前のインターネットを用いた講義30分間と、ロールプレイを中心とする4時間30分の研修会からなるプログラムを開発し、11名の訪問看護師に対して実施した。実施前後で精神心理的苦痛を有するがん患者へのケアの自信、知識に関する自記式質問票を施行し、プログラムの有用性を検討した。その結果、本教育プログラムが、ケアに関する自信を改善しうることを予備的に示した。

A．研究目的

質の高い在宅医療の推進は我が国の喫緊の課題であり、これは東日本大震災の被災地においても例外ではない。中でも、在宅医療においても精神症状緩和を含む緩和医療が求められるが、在宅医療スタッフは患者の精神心理的苦痛の評価や、それを有する患者に対するケアに困難を感じている。

本研究では、在宅医療スタッフを対象とした、精神心理的苦痛を有する患者のケア向上に資する教育プログラムの開発を行うとともに、そのプログラムの有用性を検討することを主たる目的とする。

B．研究方法

[教育プログラムの開発]

我々は本研究に先立ち、がんに関する専門・認定看護師を対象とした精神症状教育プログラムを開発・実施し、その過程のなかで、1．専門・認定看護師にとっても精神的側面に関するコミュニケーションは難易度が高いこと、2．

ロールプレイが有用であること、3．長時間のプログラムは参加者にとって負担が大きいこと、などを経験した。

そこで、これらを踏まえて、本教育プログラムでは、以下の3つの要素を取り入れることとした。1．「在宅医療スタッフが、患者の精神心理的苦痛に注意し、感情に焦点を当てた会話をを用いて、支持的なコミュニケーションをすることができる」ことをゴールとすること；2．ロールプレイを中心とする研修内容とし、その理解を深めるために、コミュニケーションの実例を盛り込んだDVDを作成すること；3．均てん化を考えて開催実施可能性を高める工夫を取り入れること。

そのうえで、精神腫瘍学の教育経験を有する精神科医の議論を通して、これらの要点を取り入れたプログラムを開発することとした。

開催実施可能性を高める工夫としてはa．講義を研修会前にインターネットで行うこと、b．研修会所要時間を半日程度とすること、c．プログラムにおけるファシリテーターは特に精神腫瘍学や緩和ケアの経験を有しない心理学

部大学院生 10 名が行うこと、とした。

なお心理学部大学院生に対しては、プログラム実施に先立ち、半日のファシリテーター研修会を開催した。

#### [ 教育プログラムの効果検討 ]

対象：在宅医療に関わるスタッフ、特に訪問看護師を対象とする。

介入：上記教育プログラムを実施した。

評価項目：実施前後で、我々が先行研究においてデルファイ法を用いて開発した「通常の心理反応へのケア」に関する自信、知識に関する自記式質問票を施行した。主結果指標である自信は 0-10 Numerical Rating Scale 3 項目から構成され、総合スコアは 0-30 点に分布し、高得点が自信があることを意味する。副結果指標である知識は、正誤を問う質問 4 項目から構成され、総合スコアは 0-4 点に分布し、高得点が知識を有していることを意味する。

統計解析：一群前後比較(対応のある t 検定)を行った。

#### ( 倫理面への配慮 )

本研究は医療従事者を対象とした教育に関する研究であり、有害事象などもほとんど生じないと考えられることから、文書により研究協力の依頼を行い、調査票への回答をもって協力の同意とみなした。

### C . 研究結果

#### [ 教育プログラムの開発 ]

インターネットを用いた講義 30 分間と、ロールプレイを中心とする 4 時間 30 分の研修会からなるプログラムを開発した。また DVD に関しては、在宅医療の現場を想定し、「患者と支持的コミュニケーションを行う」「家族と支持的コミュニケーションを行う」という 2 パターンを収録し、コミュニケーションのポイントを解説した内容とした。

#### [ 教育プログラムの効果検討 ]

訪問看護師 11 名を対象に、本教育プログラムを実施した。参加者の背景は、平均年齢 50 歳、看護師としての経験年数は平均 24 年、6 名が介護支援専門員の資格を有していた。

統計解析の結果、がん患者へのケアに関する自信は統計学的に有意に改善した(介入

前:12.9±5.7、介入後:19.2±5.1、 $p<0.05$ )。ケアの知識については改善を認めなかった(介入前:4.1±0.8、介入後:4.4±0.9、 $p=0.47$ )。

### D . 考察

半日程度の簡便な教育プログラムを開発し、本教育プログラムによって、訪問看護師のこころのケアに関する自信を改善しうることが示された。

本結果が、a. インターネット学習採用、b. 研修会の短時間化、c. 心理学部大学院生によるファシリテーションによる開催に伴う人的資源削減、などの実施可能性を高める工夫を採用したプログラムによって得られたものであることに特筆すべき意義があると考ええる。

### E . 結論

さらに多くの参加者を得て、本研究プログラムの有用性を検討する。

### F . 健康危険情報

なし

### G . 研究発表

#### 1. 論文発表

1. Akechi T, et al.: Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. Palliat Support Care:1-5, 2013
2. Asai M, Akechi T, et al.: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology 22:995-1001, 2013
3. Fielding R, Akechi T, et al.: Attributing Variance in Supportive Care Needs during Cancer: Culture-Service, and Individual Differences, before Clinical Factors. PLOS ONE 8:e65099, 2013
4. Furukawa TA, Akechi T, et al: Cognitive-behavioral therapy modifies

- the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in routine clinical practices. *Psychiatry Clin Neurosci* 67:139-47, 2013
5. Inagaki M, Akechi T, et al.: Associations of interleukin-6 with vegetative but not affective depressive symptoms in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 21:2097-106, 2013
  6. Kawaguchi A, Akechi T, et al.: Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9:267-75, 2013
  7. Nakaguchi T, Akechi T, et al.: Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol* 43:369-76, 2013
  8. Nakano Y, Akechi T, et al.: Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychol Res Behav Manag* 6:37-43, 2013
  9. Rees J, Akechi T, et al.: Cancer Patients' Function, Symptoms and Supportive Care Needs: A Latent Class Analysis Across Cultures. *quality Life Res.* in press.
  10. Banno K, Akechi T et al.: Neural basis of three dimensions of agitated behaviors in patients with Alzheimer disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* in press.
  11. Snyder C, Akechi T, et al.: Using the EORTC QLQ-C30 in Clinical Practice for Patient Management: Identifying Scores Requiring a Clinician's Attention. *Quality of Life Research.* in press.
  12. Shiraishi N, Akechi T. et al.: Brief Psychoeducation for Schizophrenia Primarily Intended to Change the Cognition of Auditory Hallucinations: An Exploratory Study. *Journal of Nervous and Mental Disease.* in press.
  13. Shibayama O, Akechi T, et al.: Association between Adjuvant Regional Radiotherapy and Cognitive Function in Breast Cancer Patients Treated with Conservation Therapy. *Cancer Medicine.* in press.
  14. Kawaguchi A, Akechi T. et al.: Hippocampal volume increased after cognitive behavioral therapy in a patient with social anxiety disorder: a case report *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences.* in press.
  15. Kawaguchi A, Akechi T. et al.: A case of schizophrenia accompanied with lissencephaly. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences.* in press
  16. 明智龍男: がん患者の抑うつの評価と治療. *NAGOYA MEDICAL JOURNAL* 53:51-55, 2013
  17. 明智龍男: 一般身体疾患による気分障害, 今日の治療指針, 山口徹., 北原光夫., 福井次矢. (編), 医学書院, 868, 2013
  18. 明智龍男: 精神症状マネジメント概論, 緩和医療薬学, 日本緩和医療薬学会 (編), 南江堂, 79, 2013
  19. 伊藤嘉規, 奥山徹, 中口智博, 明智龍男: 小児がん患者とその家族のこころのケア. *精神科* 23:288-292, 2013
  20. 明智龍男: がんところのケア-サイコオンコロジー. *精神科* 23:271-275, 2013
  21. 明智龍男: がん患者の自殺に関する最新データ. *緩和ケア* 23:195, 2013
  22. 明智龍男: せん妄の向精神薬による対症療法と処方計画. *精神科治療学* 28:1041-1047, 2013
  23. 明智龍男: 緩和医療とせん妄. *臨床精神医学* 42:307-312, 2013
  24. 明智龍男: 希死念慮を有する患者のアセスメントとケア. *緩和ケア* 23:200, 2013
  25. 明智龍男: 術後せん妄. *消化器外科* 36:1643-1646, 2013
  26. 明智龍男: 抑うつとがん. *レジデントノート* 15:2440-2443, 2013
  27. 明智龍男, 森田達也: 臨床で役立つサイ

コオンコロジ-の最新エビデンス-特集にあたって. 緩和ケア 23:191, 2013

## 2. 学会発表

1. Nagashima F, Akechi T, et al: Successive comprehensive geriatric assessment (CGA) can be prognostic factors of elderly cancer patients; in 13th Conference of the International Society of Geriatric Oncology. Copenhagen, 2013 Oct
2. Yamada M, Akechi T, et al: A pragmatic megatrial to optimise the first- and second-line treatments for patients with major depression: SUN(^\_^)D study protocol and initial results; in American Society of Clinical Psychopharmacology. Hollywood, FL, 2013 May
3. Kawaguchi A, Akechi T, et al: Hippocampal volume increased after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with social anxiety disorder (SAD): A case report; in The 4th Asian Cognitive Behavior Therapy (CBT) Conference. Tokyo, 2013 Aug
4. 山田光彦, 明智龍男, 他: 抗うつ薬の最適使用戦略を確立するための実践的多施設共同ランダム化比較試験 SUN<sup>®</sup>D study: メガトライアル実践のための工夫と挑戦. 第34回日本臨床薬理学会, 2013年12月, 東京
5. 明智龍男: がんと心のケア-がんになっても自分らしく過ごすために. 第27回日本泌尿器内視鏡学会総会市民公開講座, 2013年11月, 名古屋
6. 明智龍男: がん患者の精神症状のマネジメント-特に前立腺がんを念頭に. 第27回日本泌尿器内視鏡学会総会ランチョンセミナー, 2013年11月, 名古屋
7. 明智龍男: サイコオンコロジ- -がん医療におけるこころの医学. 平成25年度東海オンコロジ-応用セミナー2「緩和ケア」特別講演, 2013年11月, 名古屋
8. 明智龍男: 精神腫瘍学(サイコオンコロジ-). 2013年度 がん治療認定医 教育セミナー, 2013年11月, 幕張
9. 伊藤嘉規, 明智龍男, 他: シンポジウム 小児がん患者とその家族への心理社会的支援の在り方を考える 小児がん患者におけるgood death. 第26回日本サイコオンコロジ-学会総会, 2013年9月, 大阪
10. 久保田陽介, 明智龍男, 他: がん看護の専門性を有する看護師を対象としたがん患者の精神心理的苦痛に対応するための教育プログラムの有用性: 無作為化比較試験. 第26回日本サイコオンコロジ-学会総会, 2013年9月, 大阪
11. 菅野康二, 明智龍男, 他: 高齢がん患者における治療に関する意思決定能力障害の頻度と関連因子の検討. 第26回 日本サイコオンコロジ-学会総会, 2013年9月, 大阪
12. 内田恵, 明智龍男 他: 放射線治療中のがん患者における倦怠感と抑うつ・不安の関連. 第26回 日本サイコオンコロジ-学会総会, 2013年9月, 大阪
13. 平井啓, 明智龍男, 他: 術後早期乳癌患者に対する問題解決療法の有効性に関する前後比較. 第26回 日本サイコオンコロジ-学会総会, 2013年9月, 大阪
14. 北村浩, 明智龍男, 他: 継続的な高齢者総合機能評価は高齢がん患者の予後予測因子となりうる. 第26回 日本サイコオンコロジ-学会総会, 2013年9月, 大阪
15. 明智龍男: サイコオンコロジ-入門「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」. 第26回日本サイコオンコロジ-学会総会, 2013年9月, 大阪
16. 明智龍男: 特別企画 サイコオンコロジ-入門「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」. 第26回日本サイコオンコロジ-学会総会, 2013年9月, 大阪
17. 近藤真前, 明智龍男, 他: 慢性めまいに対する前庭リハビリテーションと内部感覚曝露. 第13回日本認知療法学会学術総会, 2013年8月, 東京
18. 小川成, 明智龍男, 他: 認知行動療法によるパニック障害の症状変化が社会機能やQOLに及ぼす影響. 第13回日本認知療法学会, 2013年8月, 東京
19. 明智龍男: サイコオンコロジ- -がん医療におけるこころの医学. Psycho Oncology

- Seminar 特別講演, 2013年8月, 京都
20. 明智龍男: 身体疾患の不安・抑うつ-特にがん患者に焦点をあてて. 第8回不安・抑うつ精神科ネットワーク 特別講演, 2013年8月, 松江
  21. 明智龍男: シンポジウム がん緩和ケアにおけるうつ病対策-がん患者に対する精神療法. 第10回 日本うつ病学会総会, 2013年7月, 北九州市
  22. 伊藤嘉規, 明智龍男、他: 小児緩和ケアにおける家族の心理的負担. 第18回日本緩和医療学会総会, 2013年6月, 横浜
  23. 中口智博, 明智龍男、他: 化学療法中のがん患者のニードと心身の症状に関する看護師の認識度. 第157回名古屋市立大学医学会, 2013年6月, 名古屋
  24. 明智龍男: がんサバイバーに対する精神的ケア. 第62回東海ストーマ・排泄リハビリテーション研究会 特別講演, 2013年6月, 名古屋
  25. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学. 第6回南区メンタルフォーラム 特別講演, 2013年6月, 名古屋
  26. 明智龍男: 特別企画 サイコオンコロジー入門「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」. 第18回日本緩和医療学会総会, 2013年6月, 横浜
  27. 明智龍男: 乳がん患者に対するこころのケア-特に再発後に焦点をあてて. 第21回日本乳癌学会 モーニングセミナー, 2013年6月, 浜松
  28. 川口彰子, 明智龍男、他: 薬物治療抵抗性うつ病への電気けいれん療法の反応性と海馬体積の関連の検討. 第109回日本精神神経学会学術総会, 2013年5月, 福岡
  29. 白石直, 明智龍男、他: 青年期の女性の体重とその認知、ダイエット行動は、暴力行為と関連するか?. 第109回日本精神神経学会学術総会, 2013年5月, 福岡
  30. 明智龍男: がんの患者さんのこころを支援する: 心理療法的アプローチを中心に. 第4回北海道がん医療心身ネットワーク研究会・講演会 特別講演, 2013年2月, 札幌
  31. 中口智博, 明智龍男、他: 化学療法に伴う予期性悪心嘔吐と学習性食物嫌悪. 第3回

東海乳癌チーム医療研究会, 2013年1月, 名古屋

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

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

平成25年度は、昨年度作成した講義と実習から構成される「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を東日本大震災の被災地である宮城県石巻市（講義）と東京都中央区（講義）、緩和ケアを専門とする訪問看護ステーション（実習）で実施した。対象者は医療機関または訪問看護ステーションに勤務する在宅緩和ケアに関心のある看護師の58名であった。講義は宮城県石巻市で28名、東京都中央区で30名が受講した。このうち実習を希望する10名が講義受講後に5日間の実習を行った。本プログラムは前年度と同様、「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感の評価尺度」（PCKT, PCPS, PCDS）を用いた講義直前、講義直後、実習直後、講義受講半年後のアンケート調査および実習記録、実習指導者による評価から、全体のプログラム評価を行う予定である。

また今年度は平成24年度の「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」受講者の受講半年後のアンケート調査を行い、前年度実施した講義の直前・直後、実習直後の結果と比較し経時的評価を行った。加えて昨年度末に実施した実習評価も行い、平成24年度の「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を評価した。その結果、緩和ケア訪問看護師に必要な実践能力の習得には、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、特に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り、講義と実習で構成される「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の有効性が示唆された。

A．研究目的

平成25年度は昨年度作成した講義と実習から構成される「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を東日本大震災の被災地である宮城県石巻市（講義）と東京都中央区（講義）、緩和ケアを専門とする訪問看護ステーション（実習）で実施するとともに、平成24年度に実施したプログラムの受講者に対する経時的評価と実習の評価を行うことである。

B．研究方法

1．平成25年度「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の実施方法

平成25年度は昨年に引き続き「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を実施した。このプログラムは講義と実習で構成されている。

対象者：

対象者は医療機関または訪問看護ステーションに勤務する在宅緩和ケアに関心のある看護師である。

本プログラムに参加する看護師の募集は看護の専門誌への掲載および講義を行う石巻市周辺と都内の訪問看護ステーションを含む医療機関へのリーフレット郵送によって行った。募集内容は講義と実習で、実習希望者には講義の受講を前提とした。

その結果、石巻市での講義受講者は28名、東京都中央区の受講者は30名、訪問看護ステーションでの実習には10名が参加することになった。

方法：

本プログラムは平成24年度の研究により抽出された緩和ケアを提供する訪問看護師に必要な実践能力を習得するための教育項目を講義と実習を通して習得できるように組み立てられている。習得すべき教育項目は緩和ケアの理念と定義、在宅緩和ケアシステム、症状ケア、臨死期ケア、看取り、家族、遺族ケア、制度、社会資源の活用、チームケア、コミュニケーション、看護師の役割、倫理的問題と対応、の10項目である。

昨年度はこれらの内容を2日間の講義日程で実施した。しかし、受講者である看護師の負担を考慮したこと、講義時間を昨年度より短縮しても10項目の教育項目を網羅できると判断したことから、1日の講義日程に変更した。

また昨年度の評価をふまえ、症状マネジメントと家族ケアをより具体的に理解できるようにグループワーク（事例検討）を取り入れた。受講者には当日のグループワークが活発に進められるよう事例に関する事前課題を講義の2週間前に郵送した（資料5）。

実習は緩和ケアを専門とする訪問看護ステーションで昨年度と同様に連続5日間実施することとした。

実習施設は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、専門看護師、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。また実習生が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・実習記録を作成した。各実習施設が共通の実習要項・手引き、記録用紙を使用することで、異なる施設でも実習方法が可能な限り統一できるよう配慮した（資料1、資料2）。

講義および実習の評価は前年度と同様に中澤らが開発し、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」（PCKT, PCPS, PCDS）を用い、講義直前、講義直後、実習後、講義受講半年後のアンケート調査および、実習生の実習記録と実習指導者による評価を、前年度のプログラムとも比較検討して行う。

## 2. 平成24年度に実施した「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の評価方法

### 1) 平成24年度受講者の調査・経時的評価方法について

平成24年度の教育プログラムの受講者は、47名であった。このうち13名が実習を行った。受講者のフローは図1の通りであった。

受講者には、プログラムの受講前後（調査・ ）と、実習参加者は実習後（調査・ ）、その後半年後にも調査（調査・ ）を実施した。

調査の内容は、「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感の評価尺度」（PCKT, PCPS, PCDS）であり、緩和ケアに関する実践態度：18項目、緩和ケアに関する困難感15項目、緩和ケアに関する知識：20項目であった。調査では、そのほかに基本属性として、年齢、学歴、臨床経験、訪問看護経験、現在の勤務先や協会資格、昨年のがん患者数、自宅死患者数について質問した。調査、では、プログラムや実習の評価その後の経験などについても質問した。

今回は、調査（プログラム受講前；47人）と調査（半年後フォロー；31人）について、緩和ケアに関する知識、困難感、態度の各項目について比較を行った。

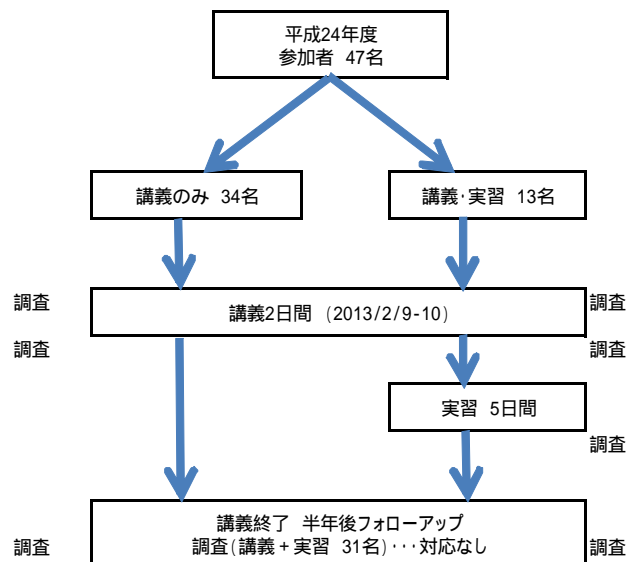


図1 平成24年度の受講者フロー

## 2) 平成24年度の実習の評価方法

平成24年2月に行った5日間の実習については実習生の実習記録(看護記録とリフレクションシート)および実習内容を分析した。

### (1) 看護記録の評価方法

看護記録は、問題点が具体的に記述されているか 看護師が提供したケアの内容の実際、患者、家族の反応が記述されているか ケアを提供する上での目標、アウトカムが記述されているか 次回の訪問時の計画が具体的に記述されているかの4項目について評価

した評価方法には4段階評価(よくできた、できた、記載が不十分、×記載がない)を用いた。これらの評価は研究代表者と研究協力者2名がそれぞれ全実習生の看護記録を読み評価した。2者の評価が異なる項目については再度記録の内容を見直し4段階評価を行った。

### (2) リフレクションシートの内容分析

実習生が記載したリフレクションシートの内容から、訪問看護師に必要な知識や実践力について記載されている内容を抽出し、意味内容の類似性に基づきカテゴリー化し、実習生が学んだ緩和ケア訪問看護師の実践力を抽出した。カテゴリー化した内容は「          」で表し、生データは「          」で示し分析を行った。

### (3) 実習指導者による評価

訪問看護ステーションの実習指導者には実習目標に沿った実習生の到達状況としての評価と、実習指導をする上で苦慮した点についての自由記載を依頼した。

### (倫理面への配慮)

緩和ケア訪問看護師教育プログラムの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。アンケート調査は、受講者の自由意志による参加であること、不利益はないことを説明し協力を得た。

## C. 研究結果

### 1. 平成25年度の「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の実施

#### 1) 講義の実施(資料3, 4)

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の講義は宮城県石巻市と東京都中央区の2か所で実施日をずらして共通の講義を行った。

講義内容は緩和ケア総論(30分)、症状マネジメント(60分)、家族ケア(40分)、チームケアとコミュニケーション(30分)、看取りのケア・デスエデュケーション(50分)、介護保険制度・社会資源の活用(30分)、倫理的問題と対応(30分)、症状マネジメントと家族ケアに関するグループワーク(90分)(資料5)であった。

石巻市での講義は平成26年1月25日(土)に石巻地区在宅ケア連絡会、石巻赤十字病院、医療法人社団鉄祐会祐ホームホームクリニック石巻との共催で行った。

石巻市では石巻赤十字病院の医師と東北大学の大学院生である看護師が講義とグループワークでのファシリテーターに加わった。受講者は全て訪問看護ステーションに勤務する看護師で、秋田県から参加した1名を除き27名が宮城県内の訪問看護師であった。(写真1、2.)

東京都中央区での講義は平成26年2月1日(土)に聖路加看護大学で行った。受講者は30名であった。このうち訪問看護師は12名、病院看護師が17名、大学院生が1名であった。受講者のうち23名は関東地方の看護師であったが、7名は愛知県、兵庫県、奈良県、熊本県で勤務する看護師であった。(写真3.)

講義前後のアンケートは現在分析中である。実習がまだ行われていないため、実習後に行うアンケートと講義前後のアンケートを合わせ、今年度の教育プログラムを評価する予定である。

### 2) 実習の実施

緩和ケア訪問看護師教育プログラムの実習は平成26年2月17日(月)から平成27年1月(金)までの5日間を緩和ケア専門の訪問看護ステーションで行う予定である。緩和ケアを専門とする訪問看護ステーションの数が限られていたため、希望者の全てに実習の機会が与えられなかったが、受講者58名のうち10名が実習を行うこととなった。

実習施設は、緩和ケア訪問看護ステーション連絡会が所属する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(東京)、ホームホスピスひばりクリニック(奈良)、ペテル訪問看護ステーション(愛媛)の4か所である。

今年度の実習評価は、昨年と同様、実習者の

実習記録(看護記録・ケアプラン・リフレクションシート)、実習内容および実習指導者による実習目標に沿った評価によって実施する予定である

## 2.平成24年度に実施した「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の評価

### 1)「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」受講者の経時的評価 - 受講前と受講半年後の比較 -

受講前と受講後の緩和ケアに関する知識、実践、困難感の基礎集計は、表1の通りであった。

また、調査と調査について、平均値の差の検定を実施したところ、緩和ケアに関する実践態度、困難感、知識について、それぞれ統計学的な有意差が認められた(図2~4)。以下に結果を述べる。

スコア化した各尺度については、受講前の実践態度は、71.96(SD16.07)、半年後は78.83(SD8.53)であり、統計学的に有意に上昇していた( $p=0.037$ )。つぎに、困難感については、受講前が44.68(SD14.09)、半年後は35.6(SD12.23)であり、統計学的に有意に低下していた( $p=0.005$ )。さらに、知識については、受講前が14.68(SD4.22)、半年後は17.15(SD2.63)であり、半年後のほうが統計学的に有意に上昇していた( $p=0.003$ )。つまり、プログラムを受講して半年たち、実践態度・知識については、それぞれ向上し、困難感は軽減していることが明らかになった。プログラムを受講した効果の他、その後に、セミナーで学習した内容を日々の実践に活用したことで、改善したのではないかと推察された。

次に、緩和ケアに関する困難感と実践態度のスコアの下位尺度について述べる(図3、4)。

緩和ケアに関する実践態度については、半年後の調査のほうが、すべての項目で平均値の上昇がみられたが、統計学的な有意差がみられた項目は、せん妄( $p=0.016$ )のみであった。せん妄については、症状マネジメントの講義の中で、せん妄の基準、ケア、予防に関する内容が盛り込まれていたことが、受講後の参加者の経験に活かされたのではないかと推察された。

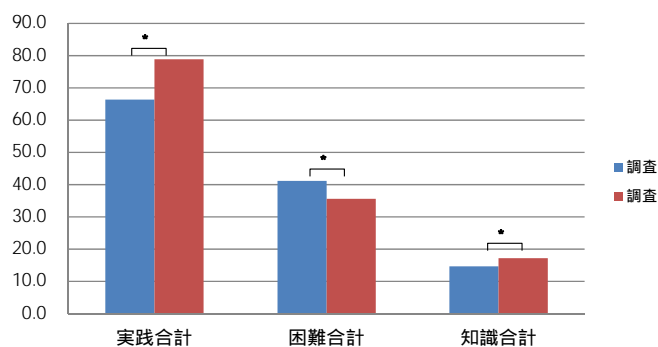
緩和ケアに関する困難感については、半年後の調査のほうが、すべての項目で平均値が低下し、専門家の支援以外の項目で、症状緩和( $p=0.002$ )、医療者間のコミュニケーション

( $p=0.032$ )、患者家族とのコミュニケーション( $p=0.001$ )、地域連携( $p=0.021$ )であり、統計学的な有意差が見られた。つまり、症状緩和に対する知識が不足している、医療者間でのコミュニケーションが難しい、患者家族への対応が難しい、地域連携が難しいといった困難感が受講前よりも軽減していた。教育プログラムの中に、家族・遺族ケアやコミュニケーションに関する内容が盛り込まれていたため、その後の参加者の経験に活かされたことが推察された。

表1 各項目の平均値と標準偏差 (調査・)

	調査 (n=47)		調査 (n=31)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
疼痛	12.60	2.96	13.48	1.46
呼吸困難	11.68	2.93	12.79	2.24
緩和ケア に対する 実践	10.72	3.30	12.41	2.06
せん妄 看取り	11.83	3.56	12.86	2.42
コミュニケーション	12.38	2.75	13.45	1.43
患者・家族中心のケア	12.74	2.79	13.83	2.04
症状緩和	10.11	3.42	7.73	2.75
緩和ケア に対する 困難感	7.89	4.42	6.61	4.29
専門の支援	8.91	3.71	7.13	3.25
医療者間のコミュニケーション	9.36	3.17	7.10	2.61
患者・家族中心とのコミュニケーション	8.40	3.29	6.61	3.24
地域連携	8.40	3.29	6.61	3.24
実践合計	71.96	16.07	78.83	8.53
スコア化				
困難合計	44.68	14.09	35.60	12.23
知識合計	14.68	4.22	17.15	2.63

緩和ケアに関する実践、困難感、知識(スコア化)



$p<.05$

図2 緩和ケアに関する実践、困難感、知識

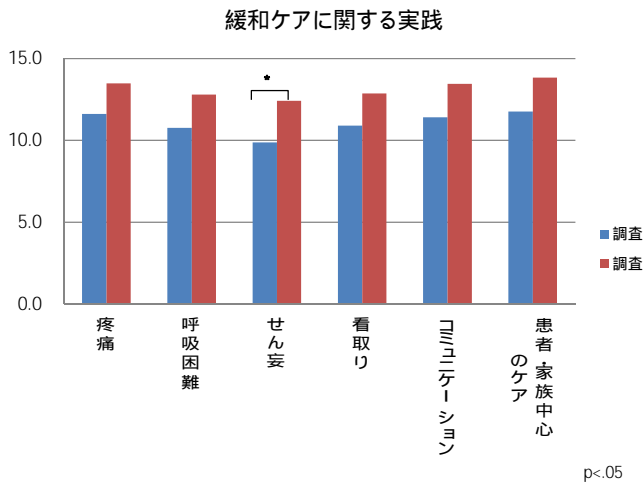


図3 緩和ケアに関する実践態度

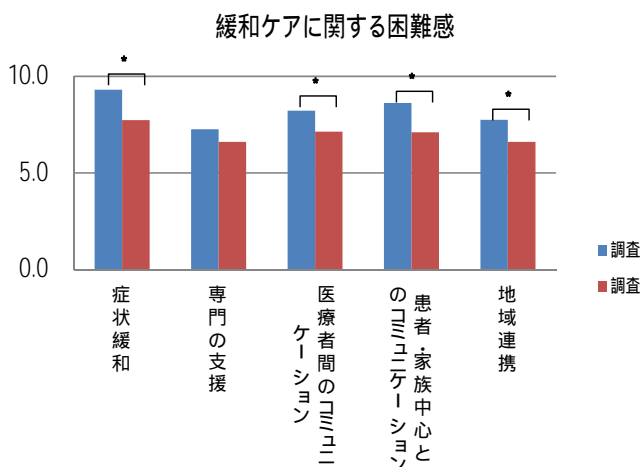


図4 緩和ケアに関する困難感

## 2) 平成24年度の教育プログラムの実習の評価

### (1) 看護記録の評価(表2.)

実習後の評価4項目に基づいた看護記録の評価では、評価項目の「問題点が具体的に記述されているか」では記載が不十分であった実習生は5名(38%)であったが、全員がある程度問題点を抽出できた。評価項目の「看護師が提供したケアの内容の実際、患者、家族の反応が記述されているか」では、具体的なケアの記載ができなかった実習生は4名(31%)で

あった。評価項目の「ケアを提供する上での目標、アウトカムが記述されているか」では13名中9名(69%)に評価困難なアウトカム表現や、アウトカム自体の記載のないものが見られた。評価項目「次の訪問時の計画が具体的に記述されているか」についても8名(62%)で記載がなかった。4項目全てがよくできた、つまり看護過程に一貫性があり具体的な記載ができた実習生は2名(15%)であった。

### (2) リフレクションシートの内容分析評価

リフレクションシートを内容分析した結果、実習生が気づいた訪問看護師の実践力として、「予測的にかかわるためのアセスメントができる」「末期がん患者の自然な経過を見守ることができる」「家族への死の教育ができる」「病院とは異なるコミュニケーション、死を話すことができる」「タイムリーにかかわるためのチームのマネジメントができる」が抽出された。

「予測的にかかわるためのアセスメントができる」では、『緩和ケアに関するアセスメント能力、予測的に関わることの大切を学んだ。自分のアセスメントの浅はかさを痛感した』が含まれていた。

「末期がん患者の自然な経過を見守ることができる」では、『末期がん患者が徐々に食事がとれなくなるのを問題ととらえていた。しかし、本当に問題なのか、本人・家族はどう思っているのか、思考をかえなければいけない、自然な経過を見守ることの大切さを学んだ』が含まれていた。

「家族への死の教育ができる」では、『終末期に差しかかったお母さんをみている息子さんが“問もなくですね。最後に着る服をきめました”と話しており、病棟で接する家族の死の受け止め方と異なり、家族がしっかりと死を受け止め、見守ることに驚いた。家族への死の教育の重要性がわかった』が含まれていた。

「病院とは異なるコミュニケーション、死を話すことができる」では、『実際に患者、家族のやりとりを聞き、自分が自分中心のコミュニケーションをとっていたことがわかった。亡くなることを自然に話していて、死というものに向きあわなければいけないと思った』が含まれていた。

「タイムリーにかかわるためのチームのマネジメントができる」では、『末期がん患者にはタイムリーに関わらなければいけないため

チームが一体となり、ナースがマネジメントすることの必要性を学んだ』が含まれていた。

### (3) 実習指導者による評価

実習指導者からは、実習目標の5項目(末期がん患者、家族の価値観を尊重するなど)の必要性は理解できていたが、5日間の実習では、実際に一人でアセスメントすることやチームの一員としてチームのマネジメントをすることまでは達成できなかったという評価があった。

また、実習生は全体的に熱心であった、実際に緩和ケアの現場で看護を経験することによる学びが多かったと評価した指導者もいた。

実習指導者自身も、指導をすることにより自身の実践の振り返りにもなり、有意義な時間であったという意見があった。

## D. 考察

### 1. 平成25年度の「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」について

今年度は平成24年度作成した「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の講義を被災地の宮城県石巻市でも実施することができた。講義日程は昨年度の2日間から1日に短縮したが、緩和ケア訪問看護師に必要な実践能力を習得のための教育項目の10項目は網羅することができた。本プログラムの受講者が医療機関や訪問看護ステーションに勤務する現場の忙しい看護師であることから、講義は可能な限り短時間で効果的に行うことが望ましいと考えられる。

また今年度は、昨年度の評価をふまえ、講義日程にグループワークでの事例検討を加えた。グループワークの評価については今年度実施したアンケート調査の結果からその内容や方法を検討していきたい。

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の講義については新たにグループワークを取り入れても1日の日程で実施することが可能であったが、実施する側がその都度、各地に赴くことは負担が大きい。従って今後、各地域で「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を実施していく場合は、10項目の教育項目を講義できるスタッフの教育と実習生を受け入れることが可能な緩和ケアケアを専門とする訪問看護ステーションへの働きかけが必要となるであろう。

う。

### 2. 平成24年度の「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」評価の考察

平成24年度のプログラム受講者の「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感の評価尺度」(PCKT,PCPS,PCDS)について、分析した結果、プログラムの受講前より半年後において、改善が見られていた。これは、プログラムの内容が、その後の参加者の実践や経験の中で活かされたことによるものと推察された。

しかしながら、調査、、、の時点において、実習の有無別に分析したところ、統計学な有意差は認められなかった。しかしアンケートの自由記述欄には、「実習先での経験が、役立っている」、「ケアについて、死についてなど考える機会になった」や、「患者の観察するポイントや考察の方法に役立つ」などの意見のほか、教育プログラムに対する参加の満足度も高かった。これらについては、実習の参加者に訪問看護の経験者が多かったことや、講義のみ群に病院の看護経験者が多かったことなど、対象者にバイアスがみられたことが影響している可能性も考えられる。

教育プログラムにおける実習効果の評価については、量的な質問紙調査だけではなく、インタビューなども含めた質的な調査分析も必要であろう。

平成24年度の実習については、記録に具体的なケアの記載がないことや、看護介入による変化(効果)が確認できるアウトカムになっていないことなど、個別的な看護過程の展開が十分できていない実習生もいたことから、実習前に看護記録の記載方法を周知させ、必要に応じ看護過程の展開における理解度の確認、指導を行う必要があると考える。今後は看護記録に記載例を示すなどの工夫をし、実習中も実習指導者が適切に指導できるよう指導者に対する実習記録の確認方法を説明する必要もある。

リフレクションシートの内容分析からは、実習生が在宅緩和ケアの現場を経験することで、看護師と患者・家族とのかかわりが病院と異なることやチームマネジメントを看護師が行うことの重要性を学んだことがわかり、前年度のSTEP2のインタビュー調査で抽出された訪問看護師に必要な在宅緩和ケアの実践能力を学ぶことができたことと推察される。このことは講義だけでなく実習で現場を経験することに

より習得できた内容であったと考えられる。これに加え実習指導者による評価を見ると、実習の目標は概ね達成できたと評価できる。

本研究で開発した「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」は講義だけでも、緩和ケア訪問看護師に必要な知識の習得は可能と考えられた。しかし実習ではチームとして全人的な苦痛を持つ患者と介護する家族をチームとしてケアすることにより、緩和ケア訪問看護師に必要なとされる実践能力を習得することができるのではないかと考えられる。在宅緩和ケアの実践能力を習得するためには「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の実習が講義とともに欠かすことができないプログラムであることが分かった。

#### E．結論

平成25年度は昨年度開発した「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を東日本大震災の被災地で実施するとともに、平成24年度の教育プログラム受講者への経時的評価と実習の評価を行った。

その結果、緩和ケア訪問看護師に必要な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、特に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り、講義と実習で構成される「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の有効性が示唆された。

#### F．健康危険情報

なし

#### G．研究発表

##### 1．論文発表

1)川越博美：在宅緩和ケアと訪問看護、保健の科学、55(4)、254-257,2013.

2)林直子：“自宅以最期まで”を支える「緩和ケア訪問看護師」育成の必要性、訪問看護と介護、18(7)：530-533、2013.

3)川越博美：「緩和ケア訪問看護師」の“実践力”とは その育成に向けて、訪問看護と介護、18(7)：534-537、2013.

4)池口佳子ほか：「緩和ケア訪問看護師教育

プログラム」とは その開発と特徴、訪問看護と介護、18(7)：542-549、2013.

5)渡邊美也子：在宅現場で“実践力”を学ぶ 第1回「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」のねらいと効果、訪問看護と介護、18(7)：550-555、2013.

6)林直子：在宅緩和ケア看護教育プログラムの試み、保健の科学、55(11)、769-774.

#### 2．学会発表

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」、第18回日本緩和医療学会学術大会、横浜、2013.

2)渡邊美也子、川越博美、廣岡佳代、内田千佳子、櫻井雅代、扶蕪由起、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 - 」、第18回日本緩和医療学会学術大会、横浜、2013.

3)Hiromi Kawagoe, Naoko Hayashi, Miyako Watanabe, Yuki Fuso, Kayo Hirooka, Development of Educational Program for Palliative Care Nurses at Home, 10<sup>th</sup> Asia Pacific Hospice Conference, Poster, Bangkok, Thailand, 2013.

#### 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



**表 2 . 看護記録の評価**

実習生NO	問題点の具体的な記述	訪問時のケアの実際の記述	看護目標・アウトカムの記述	次回の訪問計画の記述
1		×	×	×
2			×	×
3			×	
4				
5				
6				
7		×	×	
8			×	×
9			×	×
10			×	×
11		×	×	×
12		×	×	×
13			×	×

よくできた      できた      記載が不十分      ×記載がない      の4段階評価

写真1. 宮城県石巻市 教育プログラムでの講義の様子（石巻市）



写真2. 宮城県石巻市 教育プログラムでのグループワーク



写真3. 東京都中央区 教育プログラムでの講義の様子



資料1. 教育プログラムの実習要項

# 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25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 26 年 2 月 17 日（月）～ 21 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： 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  
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：実習担当者をご相談ください 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。

## 参考文献

1. 川越 厚：がん患者の在宅ホスピスケア 医学書院、2013 .
2. 林直子：痛みのアセスメントツール、EBNURSING、156-165、中山書店、2005 .
3. 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 .
4. 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) 、 1126-1129、1998.
5. 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 援助の視点と実際、三輪書店、2002 .
6. 山崎あけみ：看護学テキスト N I C E 家族看護学 19 の臨床場面と 8 つの実践例から考える、南江堂、2008 .

## 資料2. 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（オピオイドローテーション・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。

#### 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について私見を伝えてください。

#### 取りがける地域づくり

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。

資料3. 平成26年1月25日 講義スケジュール 場所：石巻市医師会

	時間	教育項目	ねらい	講義スタイル	担当者
	9:00~9:10	オリエンテーション			渡邊美也子 扶穂由起
	9:10~9:30	あいさつ・アンケート記入			扶穂由起
1	9:30 - 10:00 (30分)	緩和ケア総論	ホスピス・緩和ケア、在宅ホスピスケアの歴史、理念を理解した上で、在宅緩和ケアに従事する看護師の役割を理解する	講義	川越博美
2	10:00 - 11:00 (60分)	症状マネジメント	末期がん患者の全人的な苦痛(Total Pain)である身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面を理解する。 在宅におけるオピオイド増量・OR の実際・服薬指導・服薬管理の実際	講義	日下潔
3	11:00-11:40 (40分)	家族ケア	末期がん患者の家族の全体像をアセスメントし、遺族ケアを含めた必要なケアを理解する	講義	扶穂由起
	11:40~13:00		質疑応答 ・休憩 70分		
4	13:00-13:30 (30分)	チームケアとコミュニケーション	在宅のチームケアを理解する。患者、家族はじめ多職種とのコミュニケーションのポイントを理解する	講義	渡邊美也子
5	13:30-14:20 (50分)	看取りのケア・デスエデュケーション	死へのプロセスを理解し、死の教育(DE)の必要性を理解する	講義	川越厚
	14:20-14:30		休憩 10分		
6	14:30-15:00 (30分)	介護保険制度・社会資源の活用	がん末期患者に必要な制度(医療制度・介護保険制度)を理解する	講義	賢見卓也
7	15:00-15:30 (30分)	倫理的問題と対応	在宅緩和ケアにおける倫理的問題を理解した上で、ケアを提供する看護師の役割を理解する 在宅特有の倫理的問題	講義	菅野喜久子
8	15:30 - 17:00 (90分)	症状マネジメント、家族ケア	事例を通じて、在宅における症状マネジメントの実際、家族支援を学ぶ	グループワーク	扶穂由起 渡邊美也子 他
	17:00 - 17:10	あいさつ	終わりのあいさつ		渡邊美也子
	17:10 - 17:20	アンケート記入			扶穂由起

資料4. 平成26年2月1日 教育プログラム講義スケジュール 場所：聖路加看護大学

	時間	教育項目	ねらい	講義スタイル	担当者
	9:00~9:20	オリエンテーション			渡邊美也子 池口佳子
	9:10~9:30	あいさつ・アンケート記入			林直子
1	9:30 - 10:00 (30分)	緩和ケア総論	ホスピス・緩和ケア、在宅ホスピスケアの歴史、理念を理解した上で、在宅緩和ケアに従事する看護師の役割を理解する	講義	川越博美
2	10:00 11:00 (60分)	症状マネジメント	末期がん患者の全人的な苦痛(Total Pain)である身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面を理解する。 在宅におけるオピオイド増量・OR の実際・服薬指導・服薬管理の実際	講義	林直子 本田晶子
3	11:00-11:40 (40分)	家族ケア	末期がん患者の家族の全体像をアセスメントし、遺族ケアを含めた必要なケアを理解する	講義	池口佳子
	11:40~13:00	昼食	質疑応答・休憩 70分		
4	13:00-13:30 (30分)	チームケアとコミュニケーション	在宅のチームケアを理解する。患者、家族はじめ多職種とのコミュニケーションのポイントを理解する	講義	渡邊美也子
5	13:30-14:20 (50分)	看取りのケア・デスエデュケーション	死へのプロセスを理解し、死の教育(DE)の必要性を理解する	講義	川越厚
	14:20-14:30		休憩 10分		
6	14:30-15:00 (30分)	介護保険制度・社会資源の活用	がん末期患者に必要な制度(医療制度・介護保険制度)を理解する	講義	賢見卓也
7	15:00-15:30 (30分)	倫理的問題と対応	在宅緩和ケアにおける倫理的課題を理解した上で、ケアを提供する看護師の役割を理解する	講義	鶴若麻理
8	15:30 - 17:00 (90分)	症状マネジメント、家族ケア	事例を通じて、在宅における症状マネジメントの実際、家族支援を学ぶ	グループワーク	渡邊美也子 本田晶子 池口佳子 他
	17:00 - 17:10	あいさつ	終わりのあいさつ		渡邊美也子
	17:10 - 17:20	アンケート記入			

## 資料5. グループワーク用事例および事前課題

### グループワーク・事例紹介

佐々木勤さんは48歳の男性である。1か月前に胸部の痛みが出現し、急きょ病院を受診したところ、末期の肺がんと診断されそのまま入院となった。入院後、症状はコントロールされたが、医師は本人と妻に積極的な治療はなく、治癒が望めないことを説明した。勤さんは突然の状況にとても落ち込んでいたが、症状の改善に伴い「早く家に帰りたい」と希望したため、1週間前に退院した。訪問診療と訪問看護は退院直後から開始している。

勤さんは、妻と子供2人(長男10歳、次男8歳)の4人暮らしである。勤さんは長年、調理人としてレストランで働いていたが、入院を機に退職している。妻は専業主婦である。

### 【症状コントロール】

勤さんは痛みに対して、入院中から非ステロイド性抗炎症薬(ロキソニン)を開始している。退院当初は、夕方に子供たちと近くの公園まで散歩に出かけていた。

1週間後、看護師が訪問した際、勤さんは呼吸苦を訴えており、呼吸困難のレベルはNRSで7/10という。

#### 設問

1. あなたは勤さんの呼吸苦をどのようにアセスメントし、どのような薬剤の使用を検討しますか？

本人の訴え、胸部の聴診・打診等、バイタルサインなどからアセスメントし、がんに関連した原因(肺実質への転移、胸壁への浸潤、胸水、炎症、リンパ管症)(がん以外のCOPDもあるかもしれないが)が考えられる。

ロキソニンで効果ないため、オピオイドの導入、ステロイドの併用

2. あなたは呼吸苦に対して、薬物療法以外にどのようなケアを提供しますか？

3. 自宅療養中の患者のためにオピオイドを調達し、管理するためどのような点に留意しますか？

#### 参考文献

・厚生労働省 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～

[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/other/iryo\\_tekisei\\_guide.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/other/iryo_tekisei_guide.html)

### 【家族ケア】

勤さんは、訪問診療の医師から「1日1日を大切に過ごさない」と言われたと話しており、病状について理解できているようである。しかし、家族の前では、「病気をよくして元気になるぞ!!」と話している。

妻は、夫の入院をきっかけに、少量だが家で飲酒をするようになった。お酒を飲むと不安が和らぎ気持ちも楽になるという。訪問看護師が訪問した際も、時折お酒のおいがすることがあった。

もともと、夫に物事の決定をゆだねることが多く、痛みや呼吸苦で夫が苦しんでいるとおろおろしてしまい、どうしていいかわからない。昨年、中古のマンションを購入したばかりであり、その支払いや今後の収入、子供の学費のことなども心配である。

長男と次男は勤さんが家にいることはとてもうれしいと思っている。病気の詳しいことは知らされていないが、なんとなく具合が悪いことは知っている。以前、兄弟げんかをした後に勤さんが入院したため、自分たちのせいで勤さんの具合が悪くなったのではと考えている。看護師の訪問時には、父親のベッドの近くで過ごしていることが多い。

#### 設問

1. 家族のエコマップ（人間相関図）を書いて、家族をとらえてみましょう。
2. 家族にとって問題となることはどのようなことでしょうか？それぞれの立場から考えてみよう。
3. 看護師として支援すべきことがらはどのようなことか？
4. 勤さんと死別 1 年後にどのような家族に変化しているかを想像し、それをもとにどのようなグリーフケアを行えばよいのか考えてみましょう。

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

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

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
川越博美	在宅緩和ケアと訪問看護	保健の科学	55 (4)	254-257	2013
林直子	“自宅以最期まで”を支える「緩和ケア訪問看護師」育成の必要性	訪問看護と介護	18 (7)	530-533	2013
川越博美	「緩和ケア訪問看護師」の“実践力”とはその育成に向けて	訪問看護と介護	18 (7)	534-537	2013
池口佳子、廣岡佳代、渡邊美也子	「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」とはその開発と特徴	訪問看護と介護	18 (7)	542-549	2013
渡邊美也子	第1回「緩和ケア訪問看護師」のねらいと効果	訪問看護と介護	18 (7)	550-555	2013
林直子	在宅緩和ケア看護教育プログラムの試み	保健の科学	55 (11)	769-774	2013

分担研究報告書

「介護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の開発」  
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 友松 郁子 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所  
片山 史絵 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所  
中里 和弘 東京都健康長寿医療センター研究所

研究要旨

本研究では、居住系施設の職員を対象に、看取りに関する知識と理解を促す研修会を実施し、入居者の日常のケアに加え、その延長にある看取りにまで対応できる人材育成を目的とした教育プログラムの実践方法について検討した。具体的には、研修会を通じて、看取りに対する心理的抵抗感を軽減し、受講者が施設という枠を超えて異なる施設の介護職とも交流することで、看取りに至るまでのプロセスとケアを相互に学び合う関係構築を目指した。これらの目的を達成するために、研修会は全2回セット（9月と12月に各1回）での開催とした。第1回研修会では講義とグループワークを通して看取りに対するイメージを膨らませることに主眼を置いた。第1回研修会終了時に「振り返りシート」を配布し、研修会後に看取り体験を振り返ることができるようにした。第2回研修会では、その振り返りシートを用いて看取りについてグループ毎に議論する形にした。

松戸市内にある97の居住系施設に研修会の案内を送付し、全2回の研修会への参加を条件とした参加を募った。第1回の受講者は42名、第2回受講者は22名であった。各研修会でアンケートを実施し（第1回研修会開始前並びに、終了時、第2回研修会終了時）、看取りに対するイメージ変化と研修会の効果について分析した（回収数：第1回38名、第2回22名）。看取りに対するイメージの変化について研修会の前後で比較した結果、「看取り無」群では、気持ちに関する項目で顕著な変化があった。研修会前はネガティブな気持ちが大半だったものが、研修会後にはポジティブなものへ変化した。更に、看取りに対して前向きな姿勢を示す受講者が増えた。「看取り有」では、職務に関する項目について特に変化が認められた。研修会前は、「入居者に寄り添うことが大切なもの」といった入居者に対する関わり方に影響されるものというイメージだったものが、研修会後には、職務として「やりがいのあること」といった記述へと変化した。また、看取りに対して前向きな記述が増えた点も指摘できる。以上の結果から、本研修会は看取りの経験の有無に関わらず、双方に一定の効果をもたらしたと考察した。

A. 研究目的

在宅医療提供体制の整備において、居住系施設におけるがん患者を看取るための体制整備

は重要課題となっている。その実現のためには、入居者の最も身近にいる介護職員が、入居者の日常のケアに加えて、その延長にある看取りに



まで対応できる体制作りが必要となる。本研究では、居住系施設の介護職員を対象に、看取りに関する知識と理解を促す研修会を実施し、よりよい看取りの実現に向けた教育プログラムを運営するための実践方法を検討することとした。本研修会を通じて以下二つの課題達成を目指した。

居住系施設介護職員の看取りに対する心理的抵抗感を軽減する  
施設という枠を超えて異なる施設の介護職どうしが交流することで、看取りに至るまでのプロセスとケアを相互に学び合う

## B. 研究方法

### . 対象者 (表1・表2・表3)

松戸市内の居住系施設介護職対象に、全2回セットで平成25年9月10日と12月12日に「終末期ケア研修会」を実施した。参加者の所属施設(表1)、職種(表2)、経験年数(表3)は下記に示すとおりである。全2回の研修会への参加を条件とし、第1回は42名、第2回は22名が受講した。

**表1. 受講者の所属施設**

(名)

	第1回	第2回
1 有料老人ホーム	12	9
2 グループホーム	18	10
3 特別養護老人ホーム	5	1
4 宅老所	6	2
合計	41	22

**表2. 受講者の職種 (複数回答)**

(名)

	第1回	第2回
1 ケアマネジャー	4	2
2 ヘルパー	10	6
3 介護福祉士	18	10
5 その他	7	0
ヘルパー + 社会福祉士	1	0
看護師	0	1
管理者	0	1
99 無回答	1	0
合計	41	22

**表3. 経験年数**

(名)

	第1回	第2回
1年未満	1	0
1年～5年未満	15	8
5年～10年未満	14	5
10年～15年未満	7	7
15年～20年未満	1	0
20年以上	2	1
合計	41	22

### . 研修会の内容

終末期ケアや看取りとはどんなものかというイメージの共有から始め、実践に即したケアの在り方を検討することを通して、暮らしを支えるケアの延長線上にある終末期ケアや看取りが、身近に感じられることを目的とした。

第1回研修会では講義とグループワークを通して看取りに対するイメージを膨らませることに主眼を置いた。「振り返りシート」を配布し、研修会後に看取り体験を振り返ることができるようにした。第2回研修会では、その振り返りシートを用いて看取りについてグループ毎に議論する形にした。

研修会全体の構成は下記に示すとおりである。

#### 第1回研修会 (9月10日)

- ・アイスブレイク (写真1)
- ・看取りに関するDVD鑑賞 (写真2)
- ・居住系施設職員による講演 (写真3)
  - ～施設での看取り紹介～
  - 3施設での看取り事例の紹介
    - a. 有料老人ホーム
    - b. 特別養護老人ホーム
    - c. グループホーム
- ・講義 (写真4)
  - ～看取りまでのプロセスと居住系施設におけるケア～
- ・グループワーク (写真5)
- ・「振り返りシート」の説明 (写真6)



## 第2回研修会(12月12日)

・伊藤氏(宅老所 井戸端会議理事長)による講演

～宅老所による看取り～(写真8)

・グループワーク(写真9、10)

### 写真8. 講演



### 写真9. グループワーク



### 写真10. グループワーク



各研修会のプログラムは、資料1(第1回研修会プログラム)、資料2(第2回研修会プログラム)として添付した。各研修会で使用した資料は資料3(第1回研修会后講演スライド)、資料4(第1回研修会后講義スライド)、資料5(振り返りシート)として添付した。

(倫理面への配慮)

第1回研修会の前後及び第2回研修会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、途中で回答したくなかっ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の管理等)を明記、口頭で説明した。調査票の回収をもって調査協力に同意したとみなした。

### C. 研究結果

各研修会で参加者に対してアンケートを実施した(第1回研修会開始前並びに、終了時、第2回研修会終了時)。回収数は、第1回開始前40名、第1回終了時38名、第2回終了時22名であった。

居住系施設介護職員の看取りに対する心理的抵抗感を軽減する

施設という枠を超えて異なる施設の介護職どうしが交流することで、看取りに至るまでのプロセスとケアを相互に学び合う

上記を明らかにするために、以下の点について分析することとした。

- 看取りに対するイメージの変化:研修会受講前後での比較
- 研修会の効果

### ・看取りのイメージ変化についてのアンケート結果

#### 1) 参加者の看取り経験(表4)

看取り経験の有無について回答を求めた。第1回研修会では26名(63.4%)の参加者が「看取り経験が有り」、15名(36.6%)の参加者が「看取り経験無し」と回答した。同様に第2回研修会では、「看取り経験有り」「看取り経験無し」と回答した参加者は各10名(45.5%)であり、2名(0.9%)からは回答が得られなかった。

尚、第2回研修会参加者のうち、第1回研修会(9月10日)から第2回研修会(12月12日)までの間に、施設で担当した入居者を看取った参加者は9名(40.9%)であった。その9名中3名は、初めての看取りを経験した。

すなわち、看取り経験のある第1回受講者26名のうち第2回研修会に参加したのは7名(26.9%)と大幅に減った。それに対して、看取り経験のない第1回受講者15名のうち第2回研修会に参加したのは13名(86.7%)とほとんどの受講者が継続参加した。

表4. 参加者の看取り経験

(名)

	看取り経験有り	看取り経験無し	未答	計
第1回研修会	26	15	0	41
第2回研修会	10*1	10	2	22

\*1. 10名中3名は第1回研修会後にはじめての看取りを経験

## 2) 看取りのイメージ変化(表5、表6)

看取りに対するイメージを第1回研修会前、第1回研修会終了後、第2回研修会終了後に、自由記述方式で回答を求めた。第1回研修会参加者(研修会開始前と開始後)のうち回答を得られたのは、看取り経験のある参加者26名中18名(69.2%)、看取り経験の無い参加者15名中10名(66.7%)であった。同様に、第2回研修会では、看取り経験のある参加者10名中10名(100.0%)、看取り経験の無い参加者10名中7名(70.0%)から回答を得られた。記述内容にコードを付与し、それらを分類した。複数の内容が記述された場合には、複数のコードを付与した。それらを看取り経験のある受講者群(表5)と看取り経験の無い受講者群(表6)に分け、看取りに対するイメージ変化を比較した。

看取り経験がある受講者群(表5)では、職務(入居者に対するスタッフの関わり方に影響される等)や看取り環境(入居者を看取る際の施設の体制等)という回答が上位を占めた。それが第2回研修会終了後は、そうした記述の代わりに、看取りに対する前向きな姿勢について記述される傾向へと変化した。

看取り経験の無い受講者群(表6)では、第1回研修会前は気持ち(不安等)と職務(入居者に対するスタッフの関わり方に影響される等)に関する記述が上位を占めた。特に顕著だったのは、第1回研修会終了後に、看取りに対して前向きになったとする記述が増加し、第2回研修会終了後には、それが減少した。この点について、看取り経験が有る参加者との間で差異が認められた。

表5. 研修会の前後における看取りに対するイメージ変化(看取り経験が有る受講者)

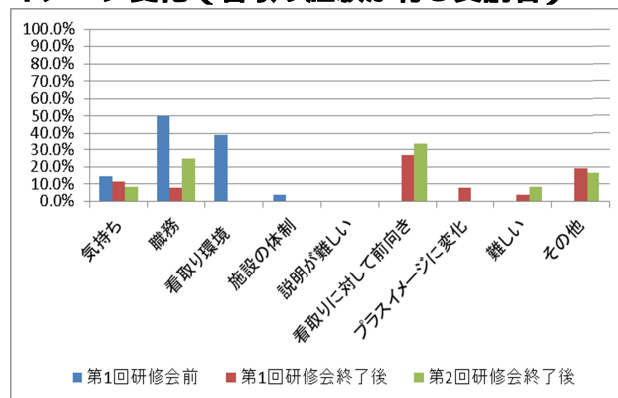
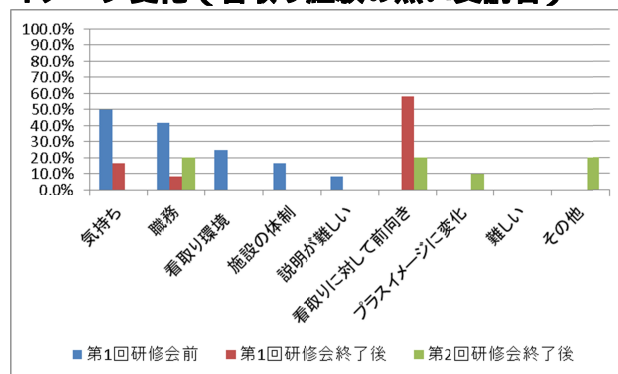


表6. 研修会の前後における看取りに対するイメージ変化(看取り経験の無い受講者)



### 各コードに分類した事例

- 【気持ち】不安、悲しい
- 【職務】最期が入居者にとって良いものとなるようなケアをする
- 【看取り環境】最善の環境を準備する
- 【施設の体制】施設の体制によって影響されるもの
- 【看取りに対して前向きな姿勢】積極的に取り組んでいきたい
- 【プラスイメージに変化】プラスのイメージを持つようになった
- 【難しい】難しい

## 第1回研修会のアンケート結果

### 1) 研修会の内容評価

#### DVD鑑賞について(表7)

4段階で回答を求めた(「1. 大変参考になった」~「4. 参考にならなかった」)。97.4%の受講者がDVDの内容が参考になったと回答し、2.6%の受講者が参考にならなかったと回答した。

表7. DVDの内容評価

DVDの内容は...	n	%
1 大変参考になった	15	39.5
2 参考になった	22	57.9
3 あまり参考にならなかった	1	2.6
4 参考にならなかった	0	0.0
合計	38	100.0

### 講演について（表8）

4段階で回答を求めた（「1.大変参考になった」～「4.参考にならなかった」）。受講者全員が参考になったと回答した。

表8. 講演についての評価

講演は ...	n	%
1 大変参考になった	15	39.5
2 参考になった	23	60.5
3 あまり参考にならなかった	0	0.0
4 参考にならなかった	0	0.0
合計	38	100.0

### 講義の難易度（表9）

5段階評価で回答を求めた（「1.易しかった」～「5.難しかった」）。「3.適当だった」と回答した者が55.3%と最も多く、「1.易しかった」「2.どちらかと言ったら易しかった」と回答したものは合わせて26.3%だった。反対に、「4.どちらかと言ったら難しかった」「5.難しかった」と回答したものは5.3%にとどまった。

表9. 講義の難易度

講義内容は ...	n	%
1 易しかった	3	7.9
2 どちらかと言ったら易しかった	7	18.4
3 適当だった	21	55.3
4 どちらかと言ったら難しかった	2	5.3
99 無回答	5	13.2
合計	38	100.0

### 2) 研修会のプログラム評価

#### 講義内容の評価（表10）

第1回研修会終了後、講義内容が看取りのイメージを膨らませる上で参考になったかを4段階で回答を求めた（「1.大変参考になった」～「4.参考にならなかった」）。その結果、89.5%の受講者が参考になったと回答した。2.6%が参考にならなかったと回答した。

表10. 講義内容

講義内容は ...	n	%
1 大変参考になった	13	34.2
2 参考になった	21	55.3
3 あまり参考にならなかった	1	2.6
99 無回答	3	7.9
合計	38	100.0

### グループワークの評価（表11）

第1回研修会終了後、グループワークの内容が参考になったかを4段階で回答を求めた（「1.大変参考になった」～「4.参考にならなかった」）。参考になったと回答したのは94.7%に達し、参考にならなかったとの回答は2.6%にとどまった。

表11. グループワークの内容

グループワークの内容は ...	n	%
1 大変参考になった	13	34.2
2 参考になった	23	60.5
3 あまり参考にならなかった	1	2.6
99 無回答	1	2.6
合計	38	100.0

### 3) 研修会全体の満足度（表12）

5段階で回答を求めた（「1. 大変満足」～「5. 不満」）。84.2%の受講者が研修会に対して満足と回答した。「3.どちらでもない」とい回答した者は5.3%に留まり、不満と回答したものはいなかった。

表12. 研修会全体の満足度

第1回研修会について ...	n	%
1 大変満足	11	28.9
2 満足	21	55.3
3 どちらでもない	2	5.3
4 やや不満	0	0.0
5 不満	0	0.0
99 無回答	4	10.5
合計	38	100.0

## ・第2回研修会のアンケート結果

### 1) 研修会の内容評価

#### 講演について(表13)

5段階評価で回答を求めた(「1.満足」～「5.不満」)。77.3%の受講者が講演について満足と回答し、22.7%の受講者が満足していないまたは無回答という結果となった。

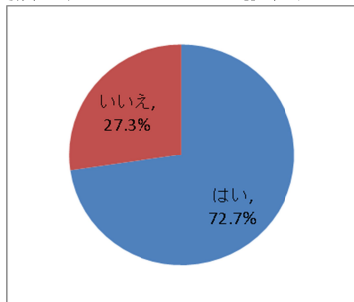
表13. 講演について

講演について...	n	%
1.満足	10	45.5
2.どちらかといったら満足	7	31.8
3.どちらでもない	1	4.5
4.どちらかといったら不満	0	0.0
5.不満	0	0.0
その他	1	4.5
無回答	3	13.6
合計	22	100.0

#### 振り返りシートの記入について(図1)

第1回研修会終了時(9月10日)に配布した振り返りシートを記入し、自身の看取り経験について振り返り作業を行ってきた受講者は16名(72.7%)、記入してこなかった受講者は6名(27.3%)であった。

図1. ご自身の看取り経験について、振り返りシートに記入してきましたか?



### 2) 振り返りシートの有効性

#### 日常のケアの改善点を見つける上での有効性(表14)

5段階評価で回答を求めた(「1.役に立った」～「5.役に立たなかった」)。81.8%の受講者が役に立ったと回答し、役に立たなかったという回答は4.6%に留まった。

表14. 日常のケアの改善点を見つける

日常のケアの改善点を見つける上で...	n	%
1.役に立った	10	45.4
2.どちらか言ったら役に立った	8	36.4
3.どちらでもない	3	13.6
4.あまり役に立たなかった	1	4.6
5.役に立たなかった	0	0.0
99.無回答	0	0.0
合計	22	100.0

#### 看取りに対するご自身の考えを整理する上での有効性(表15)

5段階評価で回答を求めた(「1.役に立った」～「5.役に立たなかった」)。86.3%の受講者が役に立ったと回答した。「3.どちらでもない」という回答は9.1%、役に立たなかったという回答は4.6%に留まった。

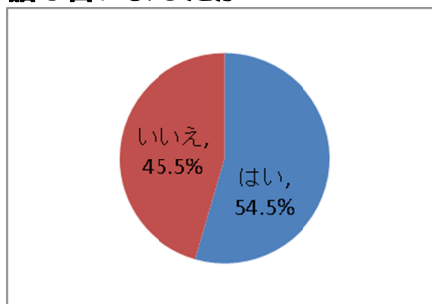
表15. 看取りに対する考えを整理する

看取りに対する考えを整理する上で...	n	%
1.役に立った	12	54.5
2.どちらか言ったら役に立った	7	31.8
3.どちらでもない	2	9.1
4.あまり役に立たなかった	1	4.6
5.役に立たなかった	0	0.0
99.無回答	0	0.0
合計	22	100.0

### 3) グループワークのテーマについて グループワークで話し合った事例について(図2)

振り返りシートに記入し持参した事例についてグループワークで話し合った受講者は12名(54.5%)、話し合わなかった受講者は10名(45.5%)であった。

図2. 持参した事例を、グループワークで話し合いましたか?



### グループワークで取り上げたテーマ

グループワークで取り上げられたテーマは下記のとおりである。

- ・予測できなかった看取り、看取りの予想できなかった急変について
- ・往診医との関係について
- ・医療との連携ができなかったケース
- ・本人様の意思で入院ではなく施設での看取りをしたというテーマ
- ・病院ではなくグループホームで看取った事例
- ・施設で看取りたいと思ったが入院し亡くなられた事例
- ・医師との連携、家族との話し合いについて
- ・看取りの検討をしたが、転院されたケース

### グループワークで話し合うことを期待していた内容について（複数回答可）（表 16）

複数選択方式で回答を求めた。1～4 の内容各々に対して 30～40%前後の受講者が話し合うことを期待していた。その他の内容を記述した受講者はいなかった。

**表 16 . グループワークで話し合うことを期待していた内容**

	n	%
1 . 同じような状況に直面した際の対処の仕方	7	31.8
2 . 医療者との連携	8	36.4
3 . スタッフ間で意見が異なる際の、方向性の決め方	7	31.8
4 . 看取りが近づいた際の、家族への説明の仕方	9	40.9
5 . その他	0	0.0

### 4) グループワークでの話し合いに対する評価

以下 ～ の質問に対して 6 段階評価で回答を求めた（「1 . とてもそう思う」～「6 . 話し合わなかった」）。

#### 同じような状況に直面した際の対処の仕方について、話し合うことができた（表 17）

この点について、68.1%がそう思うと回答し、31.9%がそう思わないと回答または無回答だった。

**表 17 . 対処の仕方について**

話し合うことができたか？	n	%
1 . とてもそう思う	6	27.2
2 . そう思う	9	40.9
3 . どちらでもない	4	18.2
4 . そう思わない	0	0.0
5 . 全くそう思わない	0	0.0
6 . 話し合わなかった	0	0.0
無回答	3	13.6
合計	22	100.0

#### 医療者との連携について話し合うことができた（表 18）

この点について、68.2%がそう思うと回答し、31.8%がそう思わないと回答または無回答だった。

**表 18 . 医療者との連携について**

話し合うことができたか？	n	%
1 . とてもそう思う	7	31.8
2 . そう思う	8	36.4
3 . どちらでもない	5	22.7
4 . そう思わない	0	0.0
5 . 全くそう思わない	0	0.0
6 . 話し合わなかった	0	0.0
無回答	2	9.1
合計	22	100.0

#### スタッフ間で意見が異なる際の、方向性の決め方について話し合うことができた（表 19）

この点について、45.3%がそう思うと回答し、36.3%がそう思わないまたは話し合わなかったと回答した。22.7%が無回答だった。

**表 19 . 方向性の決め方について**

話し合うことができたか？	n	%
1 . とてもそう思う	3	13.5
2 . そう思う	7	31.8
3 . どちらでもない	6	27.2
4 . そう思わない	0	0.0
5 . 全くそう思わない	0	0.0
6 . 話し合わなかった	2	9.1
無回答	5	22.7
合計	22	100.0

### 看取りが近づいた際の、家族への説明の仕方について話し合うことができた（表 20）

この点について、45.3%がそう思うと回答し、22.7%が無回答だった。

表 20．家族への説明の仕方

話し合うことができたか？	n	%
1．とてもそう思う	5	22.7
2．そう思う	8	36.4
3．どちらでもない	7	31.8
4．そう思わない	0	0.0
5．全くそう思わない	0	0.0
6．話し合わなかった	0	0.0
無回答	2	9.1
合計	22	100.0

### 5) 施設の看取り体制（複数回答可）（表 21）

複数選択方式で回答を求めた。「1 長期入居者は、施設内で積極的に看取りまで行っている」が 54.5%と最も多く、反対に「2 看取りが近づいた入居者は他施設へ転院させたり、入院させている」との回答は 9.1%に留まった。

表 21．施設の看取り体制（複数回答可）

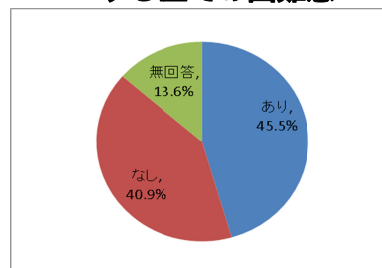
施設における看取り体制は ...	n	%
1 長期入居者は、施設内で積極的に看取りまで行っている	12	54.5
2 看取りが近づいた入居者は他施設へ転院させたり、入院させている	2	9.1%
3 条件によっては施設内での看取りを検討する（医療行為が少ない入居者の場合など）	7	31.8
4 方針は決めておらず、個々のケースで判断する	8	36.4
5 その他	0	0.0
99 無回答	1	4.5
合計	22	100.0

### 6) 職場でのコミュニケーション

#### 入居者について医療職に相談や連絡をする上での困難感（図 3）

入居者について医療職に相談する上で難しさを感じる受講者とそうでない受講者は、それぞれ半数に分かれた。

図 3．入居者について医療職に相談や連絡をする上での困難感



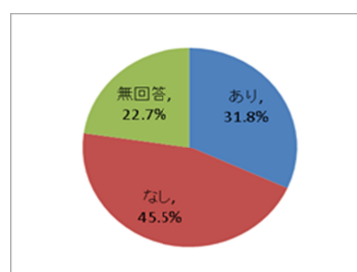
#### 以下に、挙げられた困難事例の内容について具体的例を記述する。

- ・連絡をした時に、「そんな事で連絡したの！」と、冷たく言われてしまう事がある。
- ・医療主体になっている部分が多少あり、現実的に難しいところがある。
- ・ご家族様のご意向と医師の意向に違いが生じた場合に難しさを感じる。
- ・土日や夜間、介護から医療へ連絡・相談を密にすることが難しかったことがある。
- ・看取りに対して消極的だと感じるため、家族やホーム（施設）思いがどこまで伝わっているかが分からない
- ・介護職が知識なく、お医者様にお話をきくさい、冷たく言われたり、お話をあまりきいて戴けない事がある。私達介護職が日々見ているのに、1 度見ただけで、介護職の話をきかない。そんな事がたくさんある。

#### 入居者のケアの方向性や方針（看取り場所を含む）について、施設内のスタッフ（医療職以外）に連絡や相談する上での困難感（図 4）

入居者のケアの方向性や方針について、施設内のスタッフ（医療職以外）に連絡や相談をする上で困難を経験している受講者は、それを経験していない受講者よりも少なかった。

図 4．入居者のケアの方向性や方針について施設内のスタッフ（医療職以外）に連絡や相談する上での困難感





以下に、挙げられた困難事例の内容について具体例を記述する。

- ・自分より年が上の方が多い。主張があり、決まった方面についてもそのようにしてもらえない事もある。
- ・思い違いがそれぞれにあるので、いきちがいは多少あると思います。タイミング(相談する)がずれない様に。ずれると問題が生じます。
- ・施設内で難しい治療は無理だと感じているスタッフに話すとき。
- ・相談等をする上で、理解は得ても納得は得られていないように感じる。
- ・十人十色。スタッフも色々な価値観があります。私たちがどんなふうにお話していても、利用者に対しての思いが強く、上手に行かない事が沢山あります。例：歩行器を使っても転倒リスクが高いのに、歩行器を使うか車椅子にするのかでもめる事がある。

### 7) グループ編成の評価

**異なる種類(有料老人ホーム、グループホーム、特別養護老人ホーム、宅老所等)の施設職員が一つのグループとなる編成について**

以下 ~ の質問に対して 5 段階評価で回答を求めた(「1. とてもそう思う」~「5. 全くそう思わない」)。

#### 同じ悩みを共有することができた(表 22)

68.2%の受講者が同じ悩みを共有することができたと回答し、31.8%の受講者が共有できたとは思わない又は無回答だった。

**表 22 . 悩みの共有**

悩みを共有できたか?	n	%
1. とてもそう思う	7	31.8
2. そう思う	8	36.4
3. どちらでもない	4	18.2
4. そう思わない	0	0.0
5. 全くそう思わない	0	0.0
無回答	3	13.5
合計	22	100.0

#### 自分が行っているケアを見直すためのアドバイスをもらうことができた(表 23)

54.4%の受講者が、グループワークを通じてケアに対するアドバイスを得ることが出来たと回答し、45.6%の受講者が共有できたとは思わない又は無回答だった。

**表 23 . ケアを見直すためのアドバイス**

アドバイスをもらうことができたか?	n	%
1. とてもそう思う	6	27.2
2. そう思う	6	27.2
3. どちらでもない	7	31.8
4. そう思わない	0	0.0
5. 全くそう思わない	0	0.0
無回答	3	13.6
合計	22	100.0

#### 自分が行っているケアについて自信をもつことができた(表 24)

グループワークを通じて、自分の行っているケアに自信を持つことができたと思った受講者と思わなかった受講者は、各 50%であった。

**表 24 . 自分のケアに対する自信**

	n	%
1. とてもそう思う	2	9.1
2. そう思う	9	40.9
3. どちらでもない	7	31.8
4. そう思わない	1	4.5
5. 全くそう思わない	1	4.5
無回答	2	9.1
合計	22	100.0

#### 自分が行っているケアの改善点を見つけることができた(表 25)

68.2%の受講者が自分の行っているケアの改善点を見つけることができたと思うと回答し、31.8%の受講者がそう思わない又は無回答であった。

**表 25 . ケアの改善点**

改善点を見つけることができたか?	n	%
1. とてもそう思う	4	18.2
2. そう思う	11	50.0
3. どちらでもない	4	18.2
4. そう思わない	0	0.0
5. 全くそう思わない	0	0.0
無回答	3	13.6
合計	22	100.0

#### 仕事に対する意欲が高まった(表 26)

68.2%の受講者がグループワークを通じて仕事に対する意欲が高まったと回答し、31.8%の受講者がそう思わない又は無回答であった。

**表 26 . 仕事に対する意欲**

意欲が高まったか？	n	%
1 . とてもそう思う	8	36.4
2 . そう思う	7	31.8
3 . どちらでもない	5	22.7
4 . そう思わない	0	0.0
5 . 全くそう思わない	0	0.0
無回答	2	9.1
合計	22	100.0

**. 研修会の全体評価**

**1 ) 2 回連続(9月と12月)で研修会を開催したことについて(表 27)**

本研修を 2 回連続で開催したことについて、86.3%の受講者から満足という回答を得られた。そうではない又は無回答の受講者は 13.7%に留まった。

**表 27 . 研修会全体について**

	n	%
1 . 大変満足	7	31.8
2 . 満足	12	54.5
3 . どちらでもない	2	9.1
4 . やや不満	0	0.0
5 . 不満	0	0.0
無回答	1	4.5
合計	22	100.0

**D . 考察**

**受講者の看取り経験**

本研究では、第 1 回・第 2 回の各研修会で受講者の看取り経験の有無を把握した。全 2 回の研修会へ出席することを受講の基本条件としたが、第 2 回研修会への参加は半減した。その内訳を看取り経験の有無という観点から捉えると、第 1 回研修会参加時に看取り経験の無かった受講者が継続的に参加したことが明らかになった。第 1 回研修会受講時に看取り経験の無かった受講者の 15 名の内 3 名が、第 2 回研修会までの間に施設での看取りを経験した。また、上記 15 名中 10 名が第 2 回研修会も受講した。それに対して、第 1 回研修会参加時に看取り経験の有った受講者 26 名中、第 2 回研修会にも参加したのは 7 名であった。

以上の結果から、本研修会のプログラム構成と内容は、看取り経験の有る受講者に対してよりも、看取り経験のない受講者に対して継続的に受講することの重要性が認識されたものと推察される。

**看取りに対するイメージの変化**

研修会を通じた受講者の看取りに対するイメージ変化の特徴として下記の点が指摘できる。

**看取り経験がある受講者群**

・第 1 回研修会開始前は、(施設の方針として)最期が入居者にとって良いものとなるようなケアをする'といった記述にみられるように、看取りを施設における介護従事者の職務として捉える回答が最も多かった。

・第 1 回研修会終了時には、上記のような回答は減り、施設での看取りに積極的に取り組みたいという意味表示的な記述が増えた。

・この傾向は第 2 回研修会終了後にも認められた。

以上のことから、看取り経験のある受講者の場合、看取りに対するイメージを介護職の専門性を必要とされるものといった職業意識に加え、研修会を通じて、より積極的に取り組んでいきたいといった認識を持てるだけの自信も得られたものと考察される。

**看取り経験の無い受講者群**

・第 1 回研修会前は、看取りに対する不安といったネガティブな気持ちの記述が最も多かった。

・次いで、'最期の支援をさせていただくもの'といった記述にみられるように、看取りを施設における介護従事者の職務として捉える回答が多かった。

・第 1 回研修会終了直後には、上記二つの記述は減り、施設での看取りに積極的に取り組みたいという意味表示的な記述が増加した。

・しかし、第 2 回研修会終了後には、看取りに対する前向きな記述は減少した。

以上から、看取り経験の無い受講者の場合、研修会へ参加したことで、看取りに対する不安等の心理的抵抗感を軽減されたと考えられる。しかし、施設での看取りに対して積極的に取り組もうという姿勢を持続するまでには至っていない。したがって、積極的に看取りに取組もうという姿勢を育てるには、更なる研修等の工夫が必要と考えられる。その内容と方向性については、以下でアンケート結果を分析しながら検証を進めることとする。

## 講義内容

第1回研修会で居住系施設における看取りまでのプロセスとケアについて講義を行った。講義の難易度について(表9)は「適当だった」と回答した受講者は55.3であり、残りの44.7%は「易しかった」「どちらかと言ったら易しかった」「どちらかと言ったら難しかった」に分散した。これは受講者の介護職としての経験年数(表3)にばらつきがあることが影響をしたと考えられる。ただし、講義内容に対する評価結果(表10)によると、89.5%が「大変参考になった」または「参考になった」と回答した。講義内容は集団を対象として行う上で、適切なレベルの内容を施行できたと考察される。

## DVD鑑賞と講演(第1回研修会)と講演(第2回研修会)について

DVD並びに講演会では、宅老所、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、グループホームといった種類の異なる施設での事例を紹介する形をとった。受講者の評価(表7、8、16)は、いずれも高く、受講者のニーズに広く応える内容だったと考えられる。

## 振り返りシートについて

第1回研修会終了時に振り返りシートを配布し、11月に当院スタッフが受講者全員に連絡を取り、振り返りシートの記入(並びに看取りについての振り返りに)についてサポートを行った。実際には3施設を訪問し、シートの記入並びに振り返りのサポートを行った。

第2回研修会に、振り返りシートを実際に記入し持参したのは72.7%(図1)であった。

第2回研修会参加者が半減したこと、振り返りシートが、第2回出席者の72.7%であったことから、配布時点で、振り返りシートを記入するという作業が、受講者にとって負担をなした可能性は否めない。この点については、次回以降に改善が必要と考えられる。

実際にシートを記入し、第2回研修会に持参した受講者は、日常のケアの改善点を見つける上での有効性や看取りに対する考えを整理する上での有効性を認めている。よって、第1回研修会と第2回研修会の間に、振り返りシートに記入をするという作業に一定の有効性が認められた。シートの内容、使い方の説明、フォローの仕方について再検討が必要と考えられる。

## グループワークについて

異なる施設の職員でグループを構成し、第1回～第2回の研修会を通じて同じメンバーでグループワークを行った。そうすることで、施設という枠を超え、地域内での情報共有や顔の見える関係構築を目指した。

全2回の研修会を通じて、グループワークに対する評価(表11、17、18、22～26)は高い傾向にあった。特に、以下の5点について高い評価が得られた。

- ・同じような状況に直面した際の対処の仕方について、話し合うことができた
- ・医療者との連携について話し合うことができた
- ・同じ悩みを共有することができた
- ・自分が行っているケアの改善点を見つけることができた
- ・仕事に対する意欲が高まった

職場でのコミュニケーション、特に医療職に相談や連絡をする上で難しさを感じている受講者が45.5%(図4)だったのに対し、上記で示されたように、グループワークを通じてそうした問題について話し合うことができたという回答が多く得られたことから、受講者のニーズに沿ったグループワークが展開されたと考えられる。

## 研修会全体

研修会全体に対する評価は、第2回研修会受講者からのみの回答となった(表27)。86.3%が「大変満足」「満足」という高い評価を得られた。ただし、第2回研修会へ継続参加した受講者が半減したことから、第1回研修会終了時点で本研修会に対する評価が低かった受講者や、研修会に対してアンケートには反映されていない要望を持っていた受講者がいた可能性については考慮していく必要がある。

その上で、研修会全体に対する評価(代表的な自由記述)を以下に列挙する。

### ○悩みの軽減や解消

- ・これまであまり誰にも相談できなかったことに貴重なご意見もいただけてありがたかったです。
- ・グループワークでそれぞれの看取りの仕方、その時の連携プレイをきけたことと、自分がわからなかったところをきけて良かった。家族、医者との自分たちの中での判断がむずかしいともわかった。

○看取りをする上で大切にしたいことの再確認

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

○看取りに対する知識や見聞を広める

・看取りについていろいろな考え方がある事を知り参考になりました。参加して良かったと思います。

・事例をもとにした講演は、普段は聴く機会がないのでとても興味深かった。自分が現場で関わらないとイメージできないが研修で多少なりとも得た知識を生かしたい。

・9月～12月、少し間が長い様な気がしました。グループでの討論があり、具体例を聞くことができ、大変良かった。

・今後も考えていきたい。

・自分は両方参加できたので良かったですが、勤務の都合で来られなかった職員に申し訳ないです。

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

## E．結論

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

また、今回の研修会では平成23年度・24年度実施した研修会以上にグループワークに重点を置くことで、施設の枠を超えて地域の介護職が、施設におけるケアや看取りの経験について共有するだけでなく、相互にアドバイスをし合い、専門職としての意識を高められるような工夫を行った。

本研究では、第1回研修会前と後、第2回研

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

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

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

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

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

なし

### 2．学会発表

友松郁子、片山史絵、中里和弘、山崎浩二、川越正平：「居住系施設の介護職を対象とした終末期ケア研修会 ～施設の枠を超えて地域で共に学び合う～」．第16回日本在宅医学会大会、浜松、2014．3．01-02．

## H．知的財産権の出願・登録状況

### 1．特許の取得

なし

### 2．実用新案登録

なし

3. その他  
なし

分担研究報告書

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

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

研究要旨

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

A．研究目的

がん患者においては、その治療経過のなかでさまざまな身体・精神症状が出現する。国内外の研究により、疼痛・抑うつをはじめとする身体症状・精神症状は、治療のあらゆる段階をとおして 60-80%の患者が経験する。その中でも高齢がん患者は、がん治療にともなう身体・精神症状に加えて、加齢変化にともなうさまざまな合併症を持つ。先行研究では、70歳以上の高齢がん患者のうち、11%は何らかの ADL の障害を持ち、30%に老年症候群が合併する。そのため、がん治療をおこなう上で身体機能にあわせた調整とより細かなモニタリング、治療内容の修正が必要となるが、それでも受診間で身体状態が変化し、対応が遅れた結果 ADL の低下を招いたり、緊急入院に至ることも多い。

がん患者の身体症状・精神症状に対して、がん治療と一体となった症状マネジメントの重要性が指摘されてきた。とくにわが国においては、がん対策のグランドデザインであるがん対策推進基本計画において、「診断時からの緩和ケア」として、全体像を見据えた包括的なアプローチが望まれている。実際、Temel らは、進行肺がん患者に対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はなく、看護師による各専門職の役割の調整や、定期モニタリング機能を有する専門職と患者・家族との密接な接触など、多様な連携が必要である。

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

背景情報: 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ト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 50 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、システムを途中で変更し、変更後の実施可能性も確認することを考慮し、本研究のエントリー数は 50 例を目標とする。

### 4.2. 研究期間

研究許可日から 2 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%<sup>18, 19)</sup>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)<sup>20)</sup>。本研究では、従来 of 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)、(3) 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. 研究担当者との連絡先

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の承認を経て、症例登録を開始した。2014年2月までに、23例の登録を終えている。

#### 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。本年度より症例登録を開始し、次年度に結果が明らかになる。

#### 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

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Kondo, K., Ogawa, A., et al: Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. Patient Educ Couns, 93(2):350-3,2013
2. Asai, M., Ogawa, A., et al: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology, 22(5):995-1001, 2013
3. 小川朝生: がん領域における精神疾患と緩和ケアチームの役割. PSYCHIATRIST, 18:54-61, 2013
4. 小川朝生: 一般病棟における精神的ケアの現状. 看護技術, 59(5):422-6, 2013
5. 小川朝生: せん妄の予防-BPSD に対する薬物療法と非薬物療法 -. 緩和ケア, 23(3):196-9, 2013
6. 小川朝生: 高齢がん患者のこころのケア. 精神科, 23(3):283-7, 2013
7. 小川朝生: がん患者の終末期のせん妄. 精神科治療学, 28(9):1157-62, 2013
8. 小川朝生: がん領域における精神心理的ケアの連携. 日本社会精神医学会雑誌, 22(2):123-30, 2013

### 2. 学会発表

1. 小川朝生: 高齢がん患者のこころを支える, 第 32 回日本社会精神医学会, 熊本市, 2013/3, シンポジウム
2. 小川朝生: 震災後のがん緩和ケア・精神心理的ケアの在宅連携, 第 4 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 仙台市, 2013/5, シンポジウム
3. 小川朝生: がん治療中のせん妄の発症・重症化を予防する効果的な介入プログラムの開発, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, シンポジウム
4. 小川朝生: 各職種の役割 精神症状担当医師, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, フォーラム
5. 小川朝生: 不眠 意外に対応に困る症状, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, 特別企画演者
6. 小川朝生: がん領域における取り組み, 第 10 回日本うつ病学会総会, 北九州市, 2013/7, シンポジウム
7. 小川朝生: Cancer Specific Geriatric

Assessment 日本語版の開発, 第 11 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8, 一般口演

8. 小川朝生: がん患者の有症率・相談支援ニーズとバリアに関する多施設調査, 第 11 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8, 一般口演
9. 小川朝生: チーム医療による診断時からの緩和ケア, 第 11 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8, 合同シンポジウム
10. 小川朝生: がん治療と不眠, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, ランチョンセミナー
11. 小川朝生: 緩和ケアチーム専従看護師を対象とした精神腫瘍学教育プログラムの開発, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, ポスターセッション
12. 小川朝生: 個別化治療時代のサイコオンコロジーを再考する, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, 合同シンポジウム
13. 小川朝生: 高齢がん患者と家族のサポート: サイコオンコロジーに求められるもの, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, シンポジウム
14. 小川朝生: サイコオンコロジー入門, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, 特別企画演者
15. 小川朝生: がん患者に対する外来診療を支援する予防的コーディネーションプログラムの開発, 第 51 回日本癌治療学会学術集会, 京都市, 2013/10, ポスター

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得  
特記すべき事項なし
2. 実用新案登録  
特記すべき事項なし
3. その他  
特記すべき事項なし



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・部長

研究要旨

患者の希望する療養の場で最適のがん治療が継続できるように、がんパスを利用した新しい在宅システムの構築を目指す。第一段階として、がん患者が真に希望する療養の場を初診の段階で把握し、その後の治療選択を対話によりの確にサポートする必要がある。昨年度「薬物治療を受ける進行肺がん患者に対する意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究」を計画し、倫理委員会の承諾を得たので患者登録を開始した。この観察研究では、介入自体の認容性とその介入による在宅支援導入の増加を前向きに検証する。2014年2月10日現在、症例登録予定60例中15例の登録が終了し、14例において対話の録音の承諾を得た。本調査研究は次年度8月までには終了予定である。今年度は大規模災害時のがんに関する診療情報の重要性を市民がどの程度認識しているか、その情報をどのように共有するかを問うアンケート調査をピアサポートに興味を持つサバイバー・医療従事者を対象に熊本で行った。同様のアンケートを年度内に相模原で行う予定である。

A．研究目的

1.薬物治療を受ける進行肺がん患者に対する意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究

(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をを検討する。

(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。

2.災害時のがん診療に関するアンケート

(1)治療中のがん患者さんの医療情報を、災

害に強い形で保存する方法について明らかにする。

B．研究方法

1.薬物治療を受ける進行肺がん患者に対する意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究

(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。

(3)調査方法：患者（聞き取り）調査

● HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)質問票

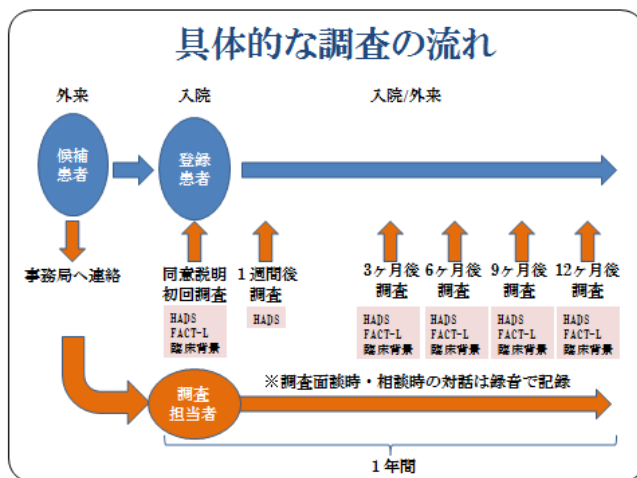
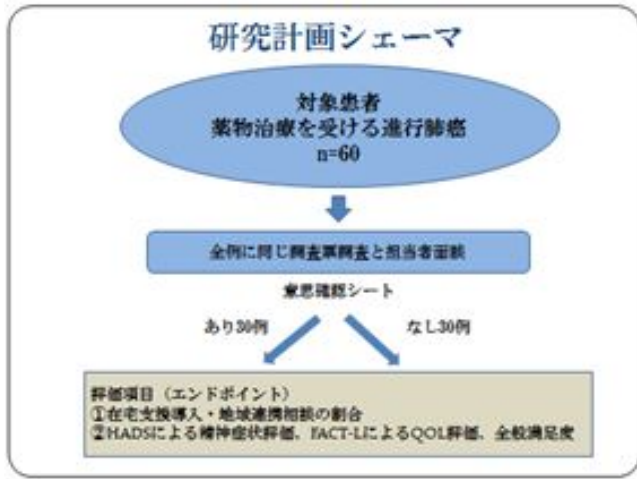
● FACT-L 質問票

● 『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)）



(4) 調査実施時期：2014年5月31日～2016年3月31日(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
- 録音内容解析 - 対話方法の質や患者理解度の評価

(6) 目標症例数：50例

(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。

2. 災害時のがん診療に関するアンケート

ピアサポートやがんサロンに関連する一般参加型の研修や講演会で参加者を対象にアンケート調査を行う。具体的なアンケートの場を下に示す。

- 2014年1月18日：熊本市「みんなで話そう会～わたしがんですたい～」
- 2014年3月8日：相模原市「がん患者のためのがんサロン、ピアサポ、患者会についての勉強会」

アンケートの内容については以下に示す。

あなたのことについてお伺いします

Q1. 年代をお尋ねします

未成年	20代	30代
40代	50代	
60代	70代以上	

Q2. 性別をお教え下さい

女性      男性

Q3. がんの経験についてお教えてください

(複数回答可)

がんサバイバー

(がんを患ったことがある)

近い家族(伴侶・親・子)ががん患者

医療従事者

非医療従事者

あなたががん患者であると仮定して、自分が受けている治療について初対面の医療者に説明できますか(説明する自信をお持ちですか)?

詳しく(薬品名3つ以上や手術の具体的方式まで)説明できる

ある程度(薬品名2つまでや手術の場  
所まで)説明できる  
ほとんど困難(病名のみで治療法は難  
しい)  
全くできない

あなたががん治療(抗がん剤治療)を受けて  
いる地域で災害が発生しました。あなたの診療  
録は紛失しています。どのような情報が治療の  
継続に必要であると思いますか?(複数回答  
可)

病名(癌)  
病期(ステージ・どのくらい病気が進  
んでいるか)  
治療方法(抗がん剤の名前や治療間  
隔)  
治療回数(サイクル数・コース数とも  
いう)  
治療量(具体的な投与量)  
出現した副作用  
最終治療日

前(直上)の質問の内容すべてを自分で把握  
しながら治療を受けることが可能であると思  
いますか?  
思う 思わない わ  
からない

がん治療(抗がん剤治療)の内容や治療回数、  
最終治療日や副作用について、災害時に診療カ  
ルテが紛失する場合に備えて、どのような形で  
保存されるべきだと思いますか?(複数回答可)  
患者個人が携帯(手帳やICカード)  
診療所とは別の安全な場所に保管  
電子データとしてIT環境(クラウド  
など)  
思いつかない

がん診療の情報を手帳やICカードで患者個  
人が持ち歩く場合、どのようなことが問題だと思  
いますか?(自由記載)

がん診療の情報を電子データとしてIT環境  
に保存する場合、どのようなことが問題だと思  
いますか?(自由記載)

がん診療の情報を震災時でも活用できるよ  
うにするには、上記以外にどのような方法が有  
効であると思いますか?(自由記載)

## C. 研究結果

1. 薬物治療を受ける進行肺がん患者に対する  
意思決定サポート介入の認容性および在宅支  
援導入改善効果に関する前向き調査研究

本研究は2013年5月31日に当院疫学・観察  
研究倫理委員会にて承認された。調査担当者  
にはがん専門看護師9名が参加することが決  
定した。調査担当者である9名のがん専門  
看護師に対して、同年11月までの6か月間、  
肺がんの総論および薬物治療に関する研修  
(学習会)を開催し、肺癌薬物治療に関  
する知識の習得を得た。12月より症例登  
録を開始し、2014年2月10日現在で15  
例の調査研究登録、うち14名の対話録音  
記録承諾を得た。現在月5-10例の登録  
スピードを得ており、来年度8月までには  
患者登録終了予定である。

## 2. 災害時のがん診療に関するアンケート

熊本でのアンケートは、スタッフも含む参加  
者111人中76人(64.5%)から回答を得た。

回答者は男性18人、女性56人であり、年  
齢は60代が最も多く28%、次いで40代  
の26%、50代と70代以上がそれぞれ20%  
と18%であった(図1)。回答者76人中  
51名(67%)はがんサバイバーで、26  
人(34%)ががん患者家族、13人(17%)  
が医療従事者であった(図2)。

図1. 回答者の年齢

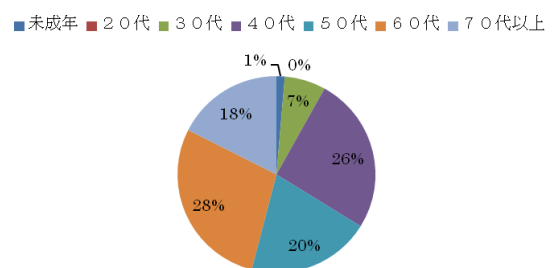
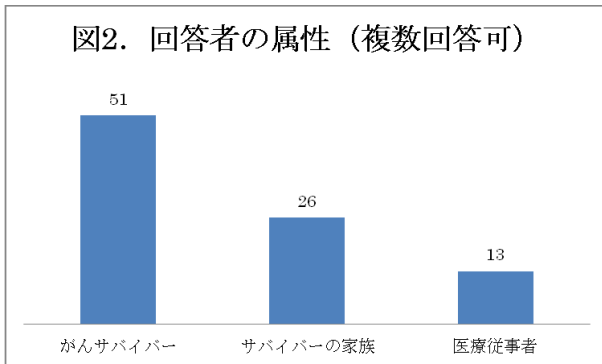


図2. 回答者の属性（複数回答可）



災害時のカルテ紛失に際して、病状や治療内容を自分で説明できるかの設問では、回答者のうち 43 人（56.6%）がある程度できると答えた（図3）。全くできないと答えた参加者は居なかった。

図3. 自分の病状や治療内容の説明

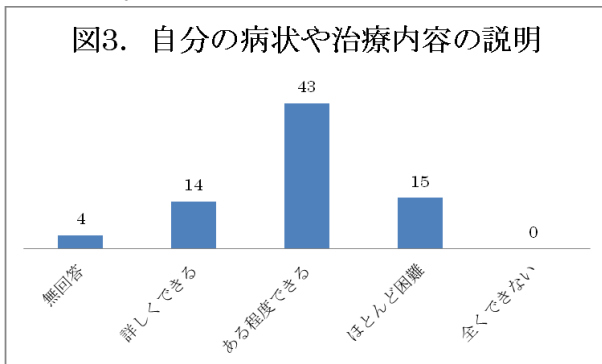
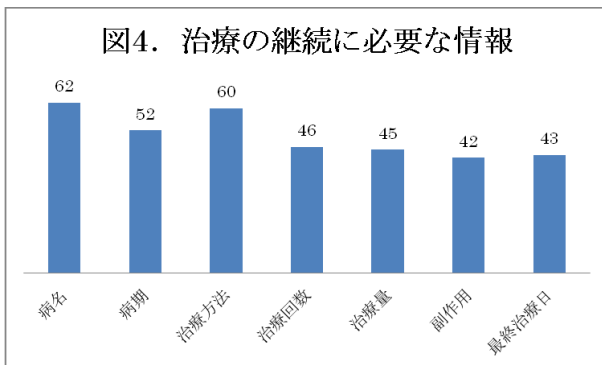


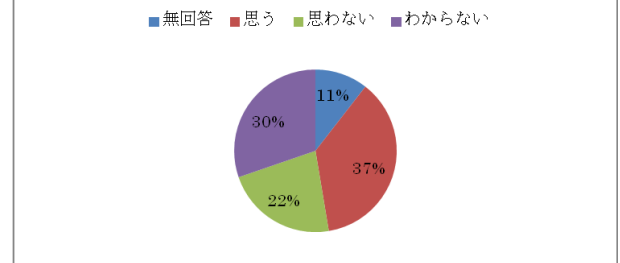
図4. 治療の継続に必要な情報



治療の継続に必要な医療情報については、半数以上の参加者がすべての項目を選んでいった（図4）。

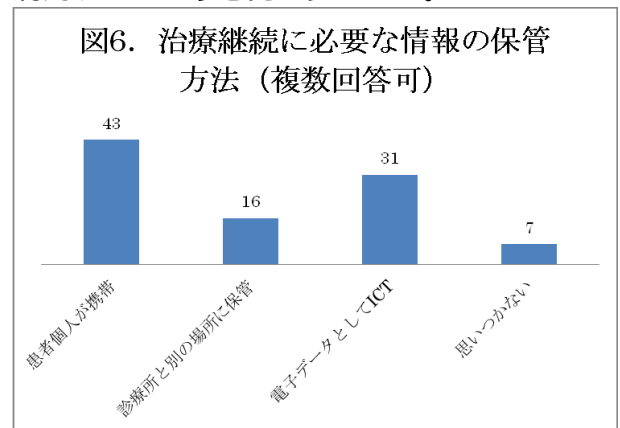
治療の継続に必要な医療情報を災害時に初めて会う医療者に伝えることができると思うかの質問では、「そう思う」は 37%にとどまり、「思わない」「わからない」はそれぞれ 22%、30%にのぼった。

図5. 治療の継続に必要な情報を伝えることができるか



災害時にも治療継続するのに必要な個人の医療情報をどのように保管・共有するかについては、患者個人が携帯すべきという意見と ICT を利用するという意見が多かった。

図6. 治療継続に必要な情報の保管方法（複数回答可）



#### D. 考察

1. 薬物治療を受ける進行肺癌患者に対する意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究

患者登録中である。次年度中に登録および観察期間の終了を目指す。高い録音同意取得を得ているので、質的研究野リソースとする。

2. 災害時のがん診療に関するアンケート

被災地に遠い熊本では、診療情報が紛失した場合に、患者自身が治療内容について把握しておくことが重要にであるとの認識に乏しく、アンケートそのものが啓発・教育活動になると考えられた。相模原市のデータとあわせ、回答者の属性や年齢、性別などが震災時の情報把握に設問への回答に影響するかを調べる。また、自由記載についてもデータを分析し、大規模災害時にも有効ながんパスのプロトタイプを作成する。

## E . 結論

研究継続中

## F . 健康危険情報

なし

## G . 研究発表

### 1 . 論文発表

1) Igawa S, Sasaki J, Ishihara M, Otani S, Maki S, Hiyoshi Y, Kasajima S, Katono K, Takakura A, Masuda N. Evaluation of amrubicin as a Third or Later Line of Chemotherapy for Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. Chemotherapy 59 : 99-105, 2013.

2) Otani S, Hamada A, Sasaki J, Wada M, Yamamoto M, Ryuge S, Takakura A, Fukui T, Yokoba M, Mitsufuji H, Toyooka I, Maki S, Kimura M, Hayashi N, Ishihara M, Kasajima S, Hiyoshi Y, Katono K, Asakuma M, Igawa S, Kubota M, Katagiri M, Saito H, Masuda N. Phase I and Pharmacokinetic Study of Erlotinib Administered in Combination With Amrubicin in Patients With Previously Treated, Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. Am J. Clin Oncol, (in press)

3) 佐々木治一郎. 喫煙と健康障害-禁煙支援の理解・普及から「脱タバコ社会」を目指して - タバコ煙の成分と疾患発症メカニズム. 日本臨床 71(3): 383-389, 2013.

4) 福井 朋也, 佐々木 治一郎. がんの治療薬を知る 薬剤選択のための知識 ノギテカン. 臨床腫瘍プラクティス9(2) : 180-183 , 2013.

5) 井川 聡, 大谷 咲子, 佐々木 治一郎. 非小細胞肺癌の維持療法. 呼吸32(4) : 332-338 , 2013

6) 佐々木 治一郎, 益田 典幸. 呼吸器疾患 -state of arts Ver.6 (第4章)主要疾患 病態・診断・治療 縦隔の疾患. 医学のあゆみ 別冊呼吸器疾患-state of arts Ver.6 : 382-385 , 2013.

### 2 . 学会発表

1) 赤嶺 晋治, 瀬戸 貴司, 佐伯 祥, 佐々木 治一郎, 徳永 章二, 内富 庸介, 一瀬 幸人. 腫瘍学における緩和ケア「あなたが EGFR 遺伝子変異陽性進行非小細胞肺癌であったら EGFR チロシンキナーゼ阻害剤と化学療法どちらを選びますか?」 患者・医療者に対する多施設ビネット調査(LOGIK0903) .第 18 回日本緩和医療学会, 2013, 横浜(日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集 18 回 : 165 , 2013)

2) Satoshi Igawa S, Jiichiro Sasaki, Noriyuki Masuda. Circulating Tumor Cells as a Prognostic Factor in Patients with Small Cell Lung Cancer. 49st ASCO Annual Meeting. 2013, Chicago, USA .

3) 福田 実, 末次 隆行, 海老 規之, 永田 忍彦, 高山 浩一, 鶴田 伸子, 石田 正之, 徳永 章二, 佐々木 治一郎, 一瀬 幸人: 「あなたが EGFR 遺伝子変異陽性進行非小細胞肺癌であったら EGFR チロシンキナーゼ阻害剤と化学療法どちらを選びますか?」 患者・医療者に対する多施設ビネット調査(LOGIK0903) .第 11 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 2013, 仙台 .

4) 佐々木 治一郎, 大谷 咲子, 田中 真澄, 岡本 一也, 増田 久仁子, 益田 典幸: EGFR 変異を有さない非小細胞肺癌に対するアムルピシンとエルロチニブ併用の相乗効果 . 第 72 回日本癌学会学術総会, 2013, 横浜 .

## 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

終末期のがん患者における在宅療養促進/阻害要因の経時的変化に関する調査

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	教授
研究協力者	岡本 有子	日本赤十字看護大学	地域看護学	講師
	藤田 淳子	日本赤十字看護大学	地域看護学	講師
	石川 孝子	日本赤十字看護大学	地域看護学	
	川野 英子	日本赤十字看護大学	地域看護学	
	大園 康文	順天堂大学	医療看護学部	在宅看護学 助教
	齋藤 聡弥	株式会社キャンサースキャン		
	三澤 大太郎	株式会社キャンサースキャン		
	吉内 一浩	東京大学大学院	医学系研究科	内科学専攻 ストレス防御・心身医学分野/医学部付属病院心療内科准教授
	森田 達也	社会福祉法人 聖隷福祉事業団	聖隷三方原病院	緩和支援治療科 部長

研究要旨

本研究では、終末期のがん患者における在宅療養促進を目的に、2つの課題に取り組んだ。

第一に、在宅看取りの実現にむけた予測モデルの開発を目的とした。無作為抽出された全国 2000 カ所の訪問看護ステーションを対象として実施された郵送調査の結果を用いた。調査は、担当訪問看護師を対象に、最近 1 年以内に自宅及び自宅以外の場所で亡くなった、訪問看護利用期間が 1 週間以上であるがん患者に関して、訪問看護記録等をもとに回答を得る形で実施した。統計解析の結果、在宅看取りを予測する要因とその効果量は、患者と介護者の希望する療養場所として、患者と介護者の双方が在宅死を希望していること（10 点）、介護者が在宅死を希望していること（9 点）、および患者が在宅死を希望していても介護者が在宅死を希望していないもしくは決め兼ねていること（-6 点）、患者の予後理解ができていないこと（2 点）、介護者の在宅看取り経験があること（3 点）、主治医が往診可能であること（8 点）、医師と看護師の 24 時間の連携連絡体制があること（5 点）が抽出された。これらの合計点のカットオフ値は 16 点であり、16 点を超える場合に在宅看取りが可能となることが導かれた。

第二に、患者症状及び介護負担等の経時的変化が、在宅療養中止（すなわち入院）に与える影響について、時間依存変数を投入した Cox 回帰分析を用いて検証した。対象は在宅ターミナルケアを利用した主疾患ががんである患者症例（計 123 症例）であり、担当訪問看護師に対して構造化面接法によるインタビュー調査を行った。その結果、入院と有意な関連がみられたものは、在宅療養期間中の疼痛および呼吸困難の症状

の程度が強くなったこと、 家族が希望する看取りの場所が病院/ホスピス/その他を希望していることであった。今後の課題として、疼痛および呼吸困難の症状管理方法のよりよいあり方の探索、および家族に在宅療養を継続していくことへの理解を示してもらう取り組みを行っていくことが、入院を回避して在宅療養継続を可能にするための要素となることが明らかにされた。

## A. 研究目的

在宅ターミナルケアの継続を阻害する要因として、「症状急変時の対応」「家族の介護負担」が挙げられている。そこで、平成 24 年度の調査では、在宅死と関連する医療従事者の対応等を明らかにした。しかしながら、既存研究では次の 2 点について十分に検討されていない。

第一に、在宅療養継続や在宅死の関連要因について、多くの先行研究では、患者家族の症状や介護状況等の要因やその支援等の医療サービス要因について、変数個々の平均的な効果が調べられてきた。これら変数の影響の強さを加味した要因に関するエビデンスの蓄積はなされていない。

第二に、在宅ターミナルケアの期間を通して移り変わる「患者の症状」、「家族の介護負担」、「予後の理解」、「看取り場所」等について、患者個々の経時的変化を考慮した上で、在宅療養継続に与える影響に関する検証はされていない。

そこで本研究では、1) 在宅看取りの実現を予測するモデルを開発すること 2) 在宅ターミナルケア期間中の患者症状及び介護負担等の経時的変化が在宅療養中止に与える影響について検証することを目的とした。

## B-1. 研究方法

### 1) 調査方法

無作為抽出された全国 2000 カ所の訪問看護ステーション宛てに、自記式質問紙による郵送調査を行った。対象とする症例は、最近 1 年以内に自宅及び自宅以外

の場所で亡くなった、訪問看護利用期間が 1 週間以上であるがん患者とした。該当する症例が複数ある場合は、直近で亡くなった患者について、回答を依頼した。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。

### 2) 調査項目

調査項目は、「患者の性別」、「患者の年齢」、「がんの種類」、「主介護者の有無及び続柄」、「副介護者の有無及び続柄」、「介護者の看取り経験の有無」、「往診医の有無」、「ケアマネージャーの有無」、「ホームヘルパーの有無」、「医師と看護師の 24 時間連絡体制」、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」、「患者にみられる症状」、「患者の予後理解」、「患者が抱える不安」、「家族の予後理解」、「家族が抱える不安」、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」などである。「患者にみられる症状」、「患者の予後理解」に関しては、訪問看護開始時点における状態を測定した。

### 3) 調査期間

2011 年 11 月下旬 ~ 2011 年 12 月上旬

### 4) データ解析

まず、測定された各項目について、死亡場所別に回答頻度と割合を記述し、単変量で死亡場所との関連をみた。次に、予測モデル構築のため、単変量で有意となった項目を投入し、変数減少法によるロジスティック回帰分析を実施した。また、予測モデルの妥当性を検証するため、ブートストラップ法にもとづいて 100 回の再標本化を行い、調整した c 統計量を

算出した。最後に、予測モデルの活用に向けて、在宅死を予測する各変数の得点を算出し、その合計点のカットオフ値を定めた。なお、欠損値への対応のため、多重代入法を利用した。

(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思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す旨を調査依頼状に明記して協力を要請した。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ことを約束して調査協力を依頼した。

#### 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こととした。

#### 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-1. 研究結果

#### 1) 記述統計と単変量解析

在宅死は466人、病院死は478人であった。まずtable1に、調査対象となった

終末期がん患者、介護者、医療従事者の基本属性の記述統計及びその死亡場所との関連を示した。またTable2に、在宅ターミナルケア開始時点における、患者や家族の症状等のアセスメントの結果の記述統計及びその死亡場所との関連を示した。単変量の解析の結果、有意な関連がみられた変数は、「年齢」( $p=0.018$ )、「介護者の在宅看取り経験の有無」( $p<0.001$ )、「往診医の有無」( $p<0.001$ )、「医師と看護師の24時間連絡体制」( $p<0.001$ )、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」( $p<0.001$ )、「せん妄の有無」( $p<0.001$ )、「患者の予後理解」( $p<0.001$ )、「家族の予後理解」( $p<0.001$ )であった。

#### 2) 予測モデルと妥当性の検証

Table3に、在宅死の予測モデルを示した。予測モデルに選択された変数は、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」、「患者の予後理解」、「介護者の看取り経験の有無」、「往診医の有無」、「医師と看護師の24時間連絡体制」であった。効果量の点推定値及び95%信頼区間は以下の通りである。「死亡場所に関する患者と介護者の希望」では、患者家族が共に在宅死を希望しない場合と比較して、家族のみが在宅死を希望しているとオッズ比は2.35(1.55-3.54)倍、患者のみが希望していると0.53(0.36-0.76)倍、患者と家族の両方が希望していると2.66(1.99-3.55)倍となった。「患者の予後理解」について、患者が予後を十分に理解していない場合と比べると、理解している場合のオッズ比は1.23(1.02-1.50)倍となった。「家族の看取り経験の有無」では、経験がない場合に比べて、経験があるとオッズ比は1.41(1.13-1.75)倍となった。「往診医の有無」について、往診医が利用可能であると、オッズ比は2.13(1.67-2.70)倍となった。「医師と看護師の24時間連絡体制」について、連絡体制が構築されていると、オッズ比は1.68(1.30-2.18)倍となった。

予測モデルの妥当性について、ブートストラップ法により調整したc統計量は、



0.838 となった。

また、在宅死の予測モデルの活用に向けて、各変数別に得点を算出した。患者と介護者の希望する療養場所として、患者と介護者の双方が在宅死を希望していること(10点) 介護者が在宅死を希望していること(9点) および患者が在宅死を希望しているもしくは決め兼ねていること(-6点) 患者の予後理解ができていないこと(2点) 介護者の在宅看取り経験があること(3点) 主治医が往診可能であること(8点) 医師と看護師の24時間の連携連絡体制があること(5点)であった。この合計点のカットオフ値は16点であり、この時の感度は0.72、特異度は0.81(偽陽性率0.19)であった。

#### D-1. 考察

これまでの終末期のがん患者の死亡場所に関する先行研究は、患者家族関連要因やサービス提供体制要因等の多岐にわたる要因について、回帰分析等によりこれら個々の変数ごとに、療養場所や死亡場所との関連性を明らかにしたものがほとんどであった。しかし、これらの関連要因について、時間的経過を考慮して、例えば、退院時における個々の要因が、その後の死亡場所にどの程度影響を与えるかといった時間的経過を考慮した療養場所や死亡場所への関連要因を検討したものは見当たらなかった。本研究では、在宅看取りの関連要因について、既存の研究にて明らかにされてきた要因の枠組みを用いて、これら要因の時間的経過を加味した上で、関連性を明らかにできたと考える。

さらに、わが国では、2000年の介護保険制度の開始や、2006年のがん対策基本法の施行により、在宅看取りの推進が国策として進められてきているが、在宅看取りの推進は未だ画期的には進められていない状況である。なかでも、がんに関しては、依然として9割以上が病院死している状況であり、この大きな理由の一

つは、病院を退院して、在宅に一端療養場所を移しても、再入院して、最期を病院で迎える人が多いことと言える。本研究では、退院時に在宅看取りが可能となる要因を明らかにするとともに、それぞれの要素の強さを明らかに出来たことから、今後、本研究で示された要因は、病院の医療従事者にとって、どの観点から支援の強化を測ればいいのか、具体的な示唆を示すことができたと考える。

#### B-2. 研究方法

##### 1) 調査方法

訪問看護ステーションに所属している訪問看護師に、2013年4月~9月の間に在宅ターミナルケアの利用を開始した、主疾患ががんである患者症例(合計123症例)を対象とする構造化面接を行った。インタビュー対象の訪問看護ステーションの総数は15か所、訪問看護師の総数44名であった。

調査対象のリクルーティングは、共同研究者が在宅看取りの実績がある訪問看護ステーションに協力依頼し、各訪問看護ステーションにおいて対象となる全症例を収集した。

##### 2) 調査項目

調査項目は、訪問看護ステーションの特性、訪問看護師の看護職経験年数等、在宅ターミナルケアを利用された症例について「死亡場所(在宅死、入院、あるいは在宅療養継続中)」、「患者の属性」、「主介護者の有無」、「在宅医の有無」、「患者の症状およびその程度」、「主介護者の介護負担の程度」、「患者・家族の予後の理解の程度」、「患者・家族が希望する看取り場所」、「担当看護師の印象に残っている、療養中のエピソード」などである。「患者症状」、「主介護者の介護負担」、「患者・家族の予後の理解」、「患者・家族が希望する看取り場所」に関しては、在宅ターミナルケア中の訪問回ごとに状態を測定した。

### 3) 調査期間

2013年10月下旬~2014年1月下旬

### 4) データ解析

まず、測定された各変数について、記述統計または頻度と割合を確認した。

次に、在宅療養中止との関連を解析するために、入院をイベントとし、患者症状、主介護者の介護負担、患者・家族の予後の理解、患者・家族が希望する看取り場所の経時的変化の個々の変数について時間依存変数 (time-dependent variable) とし、単変量のCox回帰分析を行った。さらに、  
、  
、  
について、「患者の属性」、「主介護者の有無」、「副介護者の有無」、「在宅医の有無」、「在宅ターミナルケア開始までの療養場所」を調整変数とし、多変量のCox回帰分析を行った。有意水準は0.05とし、欠損値の処理に関しては、単一代入法を用いた。

多変量のCox回帰分析にて有意な差がみられた症状について、入院症例・在宅死症例・在宅療養継続症例ごとに最終訪問回を起点とした症状の推移をグラフ化した。また、初回訪問日を起点とし、症状の各程度における入院率 (入院した症例数 ÷ 全症例数) を算出し、これを図示した。さらに、生存曲線も図示した。

(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思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が発生することはないこと、プライバシーを遵守することを説明した。

#### 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つく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。研究成果の公表時には、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こととした。研究終了後には、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こととした。

### 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: 2013 - 72)

## C-2. 研究結果

### 1) 訪問看護ステーションの特性

2013年9月時点における訪問看護ステーションの全利用者数の平均 (標準偏差) は155.5人 (123.5人) であり、医療保険利用者数では38.2人 (43.5人) であった。在宅ターミナルケア利用者が1名以上いたのは調査協力の得られた15訪問看護ステーションのうち14ステーションであり、うち在宅死した利用者が1名以上いたのは13ステーションであった。

職員の特性では、常勤換算看護従事者数の平均値 (標準偏差) は7.4人 (3.0人) であり、訪問看護ステーション管理者の管理職経験年数の平均値 (標準偏差) は6.2年 (5.1年) であった。

### 2) 基本属性等

インタビュー調査により収集した症例は123症例であったが、そのうち2症例は初回訪問日に亡くなったため、解析対象からは除外した。

死亡場所は、在宅死が52症例、在宅療養を中止し入院した症例が53症例であり、在宅療養を継続中は16症例であった。

在宅ターミナルを利用した在宅療養期間について平均値 (標準偏差) は、全症例では48.2日 (41.6日)、入院の症例では40.8日 (31.3日)、在宅死の症例では36.4日 (34.9日) であった (表2)。

終末期がん患者の属性等について、表 3 に示した。全症例では、男性が 63 名 (52.1%)、年齢は 80 歳代が 45 名 (37.2%) と最も多く、次に 70 歳代が 33 名 (27.3%) であった。がんの原発部位は食道/大腸/胃/直腸は 32 名 (26.4%) と最も多く、次に肺が 27 名 (22.3%) であった。主介護者は 112 名 (92.6%) がおり、副介護者は 97 名 (80.2%) がいた。在宅医は 86 名 (71.1%) がいた。在宅ターミナル開始までの療養場所は、入院/その他が 91 名 (75.2%)、外来または訪問診療を受けて自宅療養が 30 名 (24.8%) であった。

初回訪問時の患者の症状、予後理解、希望する看取り場所および介護負担について表 4 に示した。疼痛がみられたのは 51 名 (42.2%)、せん妄がみられたのは 6 名 (5.0%)、抑うつがみられたのは 12 名 (9.9%)、呼吸困難がみられたのは 35 名 (28.9%) であった。その他の症状として、嘔吐・嘔気、腹部膨満、食欲不振、倦怠感、浮腫、発熱などであった。

予後に対する理解では、患者が十分認識していたのは 40 名 (33.1%)、家族が十分認識していたのは 69 名 (57.0%) にとどまった。

希望する看取りの場所として病院/ホスピス/その他としていたのは、患者で 17 名 (14.0%)、家族では 34 名 (28.1%) であった。患者・家族ともに、未確認や決めかねていたものも相当数いた。

主介護者の介護負担について、身体的に多少なりとも疲労しているのは 70 名 (55.8%)、精神的に多少なりとも疲労しているのは 83 名 (68.6%) であったのに対し、経済的負担が多少なりとも疲労しているのは 16 名 (13.2%) にとどまった。

### 3) time-dependent variable をモデルに組み込んだ Cox 回帰分析の結果

#### (1) 患者症状

表 5 に、患者症状の変化と入院との関連を示した。本報告書では、患者の症状として疼痛、せん妄、抑うつ、呼吸困難の 4 つについて分析を行った。単変量解析にて入院と有意な関連が見られた患者

の症状は、疼痛における「中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的」(ハザード比: 2.04、95%信頼区間: 1.07-3.85)、呼吸困難における「中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的」(ハザード比: 3.82、95%信頼区間: 1.98-7.32) であった。調整変数を投入した多変量解析の結果、入院と関連が見られた症状は、疼痛における「中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的」(ハザード比: 2.25、95%信頼区間: 1.08-4.66)、呼吸困難における「中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的」(ハザード比: 5.97、95%信頼区間: 2.63-13.53) であった。一方、せん妄、抑うつは、入院との関連が見られなかった。

疼痛の程度の推移について図 1~図 3 に示した。在宅死症例と在宅療養継続中の症例に比べて、入院症例は疼痛の程度の変動が多くみられた。入院率の推移では疼痛の程度が高いと、入院率も高値であった。(図 4)

呼吸困難の程度の推移について図 4~図 7 に示した。入院症例も在宅死症例も変動が多くみられていた。入院率の推移について中等度以上がやや高めであったが、時折断続的とそれ以外と接近していた(図 8)

#### (2) 予後に対する理解

表 6 に、予後に対する理解の変化と入院との関連を示した。単変量解析と多変量解析ともに有意な関連が見られた項目はなかった。

#### (3) 希望する看取り場所に対する理解

表 7、希望する看取り場所に対する変化と入院との関連を示した。単変量解析では有意な関連がみられた項目はなかったが、調整変数を投入した多変量解析では家族が希望する看取り場所における「病院/ホスピス/その他」(ハザード比: 2.71、95%信頼区間: 1.11-6.56) で有意な関連がみられた。一方、患者が希望する看取り場所は、入院との関連が見られなかった。

#### (4) 主介護者の介護負担

表 8 に、主介護者の介護負担の変化と入院との関連を示した。単変量解析と多変量解析ともに有意な関連が見られた項目はなかった。

#### 4) 生存曲線

入院をイベントとした生存曲線を図 9 に示した。横軸は在宅療養期間開始時点からの日数、縦軸は在宅ターミナルケア利用者が入院せず在宅療養を継続している割合である。点線は信頼区間を示している。在宅療養開始から 50 日を過ぎると、在宅療養継続者の割合が 60%を下回る事が分かる。

#### D-2. 考察

本研究は、患者症状及び介護負担等の経時的変化が、在宅療養中止に与える影響について、検証することを目的とした。特に本研究は、在宅ターミナルケア開始から在宅療養終了までの全ての訪問日における患者症状、主介護者の介護負担、予後に対する理解および希望する看取り場所を測定した数少ない研究の 1 つであり、統計学的に在宅療養中の経過を加味して得られた貴重な知見であるといえる。以下、本研究から得られた知見についての考察を行う。

本研究の第 1 の知見は、疼痛および呼吸困難の症状変化と入院との関連が明らかにされたことである。これまでの先行研究では、患者症状の変化と入院との関連があきらかにされていなかった。しかし、本研究で、在宅療養期間における疼痛の程度が強いと、統計学的有意に患者が入院する傾向がみられた。また、在宅療養期間における呼吸困難の程度が強いと、統計的有意に患者が入院する傾向がみられた。

グラフより、疼痛の程度の推移について入院症例では変動が多くみられていたが、呼吸困難については疼痛ほど明らか

な傾向はつかめなかった。症状の程度の変化について、さらに詳細に検討していく必要がある。

一方、せん妄および抑うつの変化と入院との関連はみられなかった。従って、在宅ターミナルケアの患者においては、疼痛および呼吸困難の症状管理方法のよりよいあり方を探索していく必要性が示唆された。

本研究の第 2 の知見は、希望する看取り場所の変化と入院との関連が明らかにされたことである。特に、在宅療養期間中に、家族が患者の看取り場所として、病院/ホスピス/その他を希望していると、統計学的に有意に患者が入院する傾向がみられた。一方、家族が希望する看取り場所として、自宅を選んだとき、もしくは看取り場所を決めかねていたときは入院との関連はみられなかった。また、患者が希望する看取り場所として、病院/ホスピス/その他、自宅および看取り場所を決めかねていたときは、入院との関連が見られなかった。

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、在宅看取りの実績がある訪問看護ステーションに調査協力を依頼したため、データに偏りがみられる可能性がある。平成 23 年介護サービス施設・事業所調査結果では訪問看護ステーションにおける従事者数(常勤換算)の平均は、看護職が 4.7 人、PT/OT/ST が 0.9 人であり、一月あたりの利用者数の平均は 61.4 人であった。これらと比較してみると、今回の対象はやや規模の大きいステーションであるといえる。今後の研究では、対象とする訪問看護ステーション数を増やしたり、ランダムサンプリングを行ったりする必要があると考えられる。

第 2 に、患者の症状等について訪問看護師による訪問日ごとに測定したため、最終訪問から入院までに若干の期間が空いている症例があり、入院直前の状況が測定できておらず、十分な変化が捉えら

れていない可能性がある。

第3に、本研究では、先行研究に基づいて、在宅療養継続に影響を与えると考えられる共変量を設定したが、在宅看取りと関連が強い未知の共変量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共変量について、今後更なる探索していく必要がある。

#### E. 結論

在宅看取り実現の予測モデルを開発するため、変数減少法によるロジスティック回帰分析を行った。その結果、予測モデルに選択された変数は、「死亡場所に関する患者と介護者の希望」、「患者の予後理解」、「介護者の看取り経験の有無」、「往診医の有無」、「医師と看護師の24時間連絡体制」であった。

本年度調査では、患者症状及び介護負担等の経時的変化が、在宅療養中止に与える影響について、time-dependent variable をモデルに組み込んだCox回帰分析にて検証を行った。その結果、在宅ターミナルケアにおける在宅療養中止に関連した要因は、1) 在宅療養期間中の疼痛および呼吸困難の症状の程度が強くなったこと、2) 家族が希望する看取りの場所が病院/ホスピス/その他を希望していることが明らかにされた。

#### 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) Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Ikezaki S. Determinants of financial performance of home-visit nursing agencies in Japan. *BMC Health Services Research*. DOI: 10.1186/1472-6963-14-11, 2014.
- 2) 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.

- 3) Ishikawa Y, Fukui S, Saito T, et al. Family preference for place of death mediates the relationship between patient preference and actual place of death: A nationwide retrospective cross-sectional study. *PLOS ONE*. 8 e56848. 2013
- 4) 福井小紀子、乙黒千鶴、石川孝子、藤田淳子、秋山正子. 都市部公営団地に在住する健康相談未利用者における健康相談の必要性に関する認識とその関連要因の検討. *日本公衆衛生学会誌*. 60(12). 745-753. 2013.
- 5) 福井小紀子. 訪問看護事業所の黒字化のための経営指標の提案. *社会保険旬報*. 2545. 22-29. 2013.
- 6) 藤田淳子、渡辺美奈子、福井小紀子. 介護支援専門員・介護職に対する訪問看護師の連携行動とその関連要因-死亡前1か月の高齢者終末期ケアに関して-. *日本地域看護学会誌*. 16(1). 40-47. 2013.
- 7) 藤田淳子、福井小紀子、清水準一、高砂裕子、上野 桂子、齋藤 訓子、星芝 由美子. 訪問看護事業所の質管理の取り組みと関連要因の検討. *コミュニティケア* 15(11). 67-71. 2013.
- 8) 福井小紀子、藤田淳子、清水準一、高砂裕子、上野 桂子、齋藤 訓子、星芝 由美子. 平成24年度の介護報酬・診療報酬の改定内容が訪問看護事業所の経営へ与えた影響. *コミュニティケア* 15(10). 67-74. 2013.
- 9) 福井小紀子、藤田淳子、清水準一、高砂裕子、上野 桂子、齋藤 訓子、星芝 由美子. 訪問看護事業所が黒字化するサービス提供の要素 全国訪問看護事業所のサービス提供実態調査の分析結果を基に. *コミュニティケア* 15(9). 60-66. 2013.

10) 福井小紀子 . がん対策推進基本計画  
見直しと診療報酬・介護報酬改定の全  
体像 . 緩和ケア . 23(2) . 104-107 . 2013 .

2 . 学会発表

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

Table 1. Characteristics of Patient, Caregivers and Health-care Professionals and Associations with Death at Home

	Place of Death		Univariate Analysis	
	Home (n=466)	Other (n=478)	Odds ratio (95% CI)	P value
	No. of patient (%)	No. of patient (%)		
Patient's sex				
Female	209 (44.9)	198 (41.4)	reference	
Male	249 (53.4)	275 (57.5)	0.93 (0.81 to 1.05)	0.243
Missing	8 (1.7)	5 (1.1)		
Patient's age				
under 65 years old	60 (12.9)	77 (16.1)	reference	
65-69 years old	58 (12.5)	58 (12.1)	1.14 (0.84 to 1.54)	0.391
70-74 years old	53 (11.4)	79 (16.5)	0.77 (0.58 to 1.03)	0.084
over 75 years old	282 (60.5)	254 (53.1)	1.27 (1.04 to 1.55)	0.018
Missing	13 (2.8)	10 (2.1)		
Primary cancer				
Lung	84 (18)	95 (19.9)	0.91 (0.68 to 1.21)	0.505
Stomach, colon, rectum and esophageal	123 (26.4)	143 (29.9)	0.89 (0.70 to 1.14)	0.351
Liver, gallbladder and pancreas	95 (20.4)	77 (16.1)	1.25 (0.94 to 1.67)	0.127
Breast, uterus and ovary	28 (6)	35 (7.3)	0.81 (0.53 to 1.25)	0.337
Prostate, bladder and kidney	37 (7.9)	51 (10.7)	0.73 (0.50 to 1.07)	0.103
Others	56 (12)	33 (6.9)	reference	
Missing	43 (9.2)	44 (9.2)		
Primary Caregiver's relationship with patient				
No primary caregiver	22 (4.7)	43 (9)	reference	
Spouse	240 (51.5)	274 (57.3)	1.01 (0.80 to 1.29)	0.913
Children / Children's spouse	170 (36.5)	120 (25.1)	1.62 (1.24 to 2.11)	<0.001
Others	22 (4.7)	25 (5.2)	1.03 (0.66 to 1.63)	0.889
Missing	12 (2.6)	16 (3.4)		
Secondary Caregiver's relationship with patient				
No secondary caregiver	104 (22.3)	156 (32.6)	reference	
Spouse	29 (6.2)	21 (4.4)	1.34 (0.87 to 2.07)	0.187
Children / Children's spouse	271 (58.2)	241 (50.4)	1.08 (0.86 to 1.36)	0.484
Others	46 (9.9)	41 (8.6)	1.07 (0.75 to 1.53)	0.692
Missing	16 (3.4)	19 (4)		
Caregiver's experience of deathwatch at home				
Not experienced	340 (73)	380 (79.5)	reference	
Experienced	104 (22.3)	57 (11.9)	1.40 (1.17 to 1.67)	<0.001
Missing	22 (4.7)	41 (8.6)		
Visiting physician				
Unavailable	31 (6.7)	192 (40.2)	reference	
Available	425 (91.2)	278 (58.2)	3.04 (2.48 to 3.72)	<0.001
Missing	10 (2.2)	8 (1.7)		
Care manager				
Unavailable	55 (11.8)	78 (16.3)	reference	
Available	401 (86.1)	392 (82)	1.20 (1.00 to 1.45)	0.052
Missing	10 (2.2)	8 (1.7)		
Home helper				
Unavailable	290 (62.2)	316 (66.1)	reference	
Available	166 (35.6)	154 (32.2)	1.08 (0.94 to 1.23)	0.282
Missing	10 (2.2)	8 (1.7)		
24-hour contact between physicians and nurses				
Unavailable	29 (6.2)	145 (30.3)	reference	
Available	423 (90.8)	322 (67.4)	2.51 (2.03 to 3.09)	<0.001
Missing	14 (3)	11 (2.3)		

Table 2. Assessment of Patient's &amp; Caregiver's Status at the Beginning of Terminal Care and Associations with Death at Home

	Place of Death		Univariate Analysis	
	Home (n=466)	Other (n=478)	Odds ratio (95% CI)	P value
	No. of patient (%)	No. of patient (%)		
Patient's & Caregiver's preference for home death *				
undecided or no (P) / undecided or no (C)	96 (20.6)	304 (63.6)	reference	
undecided or no (P) / yes (C)	79 (17)	24 (5)	2.64 (1.80 to 3.86)	<0.001
yes (P) / undecided or no (C)	34 (7.3)	62 (13)	0.47 (0.34 to 0.66)	<0.001
yes (P) / yes (C)	218 (46.8)	56 (11.7)	3.13 (2.39 to 4.11)	<0.001
Patient anxiety				
Not present	39 (8.4)	32 (6.7)	reference	
Present	60 (12.9)	66 (13.8)	0.87 (0.75 to 1.01)	0.073
Missing	89 (19.1)	70 (14.6)		
Patient insight				
Good enough	142 (30.5)	104 (21.8)	reference	
Not good	176 (37.8)	238 (49.8)	0.76 (0.66 to 0.87)	<0.001
Missing	148 (31.8)	136 (28.5)		
Pain				
Not present	131 (28.1)	152 (31.8)	reference	
Present	304 (65.2)	308 (64.4)	1.04 (0.91 to 1.20)	0.540
Missing	31 (6.7)	18 (3.8)		
Fatigue				
Not present	57 (12.2)	68 (14.2)	reference	
Present	365 (78.3)	389 (81.4)	0.93 (0.78 to 1.10)	0.395
Missing	44 (9.4)	21 (4.4)		
Dyspnoea				
Not present	253 (54.3)	265 (55.4)	reference	
Present	191 (41)	199 (41.6)	0.99 (0.87 to 1.13)	0.932
Missing	22 (4.7)	14 (2.9)		
Vomiting				
Not present	264 (56.7)	263 (55)	reference	
Present	182 (39.1)	200 (41.8)	0.95 (0.83 to 1.09)	0.465
Missing	20 (4.3)	15 (3.1)		
Appetite loss				
Not present	86 (18.5)	108 (22.6)	reference	
Present	340 (73)	341 (71.3)	1.08 (0.93 to 1.25)	0.319
Missing	40 (8.6)	29 (6.1)		
Fever				
Not present	285 (61.2)	283 (59.2)	reference	
Present	163 (35)	180 (37.7)	0.94 (0.82 to 1.07)	0.357
Missing	18 (3.9)	15 (3.1)		
Delirium				
Not present	292 (62.7)	348 (72.8)	reference	
Present	141 (30.3)	109 (22.8)	1.23 (1.06 to 1.43)	0.005
Missing	33 (7.1)	21 (4.4)		
Caregiver's anxiety				
Not present	46 (9.9)	46 (9.6)	reference	
Present	380 (81.6)	369 (77.2)	1.12 (0.93 to 1.35)	0.231
Missing	40 (8.6)	63 (13.2)		
Caregiver's insight				
Good enough	291 (62.5)	223 (46.7)	reference	
Not good	134 (28.8)	185 (38.7)	0.77 (0.67 to 0.89)	<0.001
Missing	41 (8.8)	70 (14.6)		

\* (P): Patient, (C): Caregiver



Table3 Logistic Regression Model Predicting Death at home

	Beta coefficient	Odds ratio (95% CI)	P value	Points
Patient's & Caregiver's preference for home death *				
undecided or no (P) / undecided or no (C)	reference	reference		
undecided or no (P) / yes (C)	0.86	2.35 (1.56 to 3.54)	<0.001	9
yes (P) / undecided or no (C)	-0.64	0.53 (0.36 to 0.76)	<0.001	-6
yes (P) / yes (C)	0.98	2.66 (1.99 to 3.55)	<0.001	10
Patient insight				
Not Good	reference	reference		
Good enough	0.21	1.23 (1.02 to 1.50)	0.034	2
Caregiver's experience of deathwatch at home				
Not experienced	reference	reference		
Experienced	0.34	1.41 (1.13 to 1.75)	0.002	3
Visiting physician				
Unavailable	reference	reference		
Available	0.75	2.13 (1.67 to 2.70)	<0.001	8
24-hour contact between physicians and nurses				
Unavailable	reference	reference		
Available	0.52	1.68 (1.30 to 2.18)	<0.001	5

\* (P): Patient, (C): Caregiver

表1 ステーションの特性に関する記述統計（2013年9月時点）

(n=15)

	ステーション数 (n=15)	構成割合 (%)	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
<b>利用者の特性</b>							
全利用者数			155.5	123.5	125	32	562
医療保険利用者数			38.2	43.5	26	12	161
在宅ターミナルケア利用者数							
0人	1.0	7%					
1-5人	11	73%					
6人以上	3	20%					
在宅死された利用者数							
0人	2	13%					
1-5人	12	80%					
6人以上	1	7%					
在宅死されたがん患者数							
0人	5	33%					
1人	8	53%					
2人	2	13%					
<b>職員の特性</b>							
常勤換算看護従事者数			7.4	3.0	6.8	3.5	14.2
常勤換算PT・OT・ST従事者数			1.2	1.1	1.0	0.0	3.5
管理者経験年数			6.2	5.1	6.0	0.3	15.0

表2 在宅療養期間に関する記述統計

	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
全症例 (n=121)	48.2	41.6	36	1	167
入院死の症例 (n=53)	40.8	31.3	33	1	121
在宅死の症例 (n=52)	36.4	34.9	31	1	153
在宅療養期間中の症例 (n=16)	111.3	37.8	107	16	167

表3 患者属性、介護者および在宅医の有無等

	全症例		入院の症例		在宅死の症例		在宅療養継続中の症例	
	度数 (n=121)	構成割合 (%)	度数 (n=53)	構成割合 (%)	度数 (n=52)	構成割合 (%)	度数 (n=16)	構成割合 (%)
性別								
男性	63	(52.1%)	32	(60.4%)	25	(48.1%)	6	(37.5%)
女性	58	(47.9%)	21	(39.6%)	27	(51.9%)	10	(62.5%)
年齢								
60歳未満	11	(9.1%)	3	(5.7%)	5	(9.6%)	3	(18.8%)
60-69歳	21	(17.4%)	11	(20.8%)	7	(13.5%)	3	(18.8%)
70-79歳	33	(27.3%)	19	(35.8%)	10	(19.2%)	4	(25.0%)
80-89歳	45	(37.2%)	17	(32.1%)	22	(42.3%)	6	(37.5%)
90歳以上	11	(9.1%)	3	(5.7%)	8	(15.4%)	0	(0.0%)
死亡場所								
在宅死	52	(43.0%)			52	(100.0%)		
入院	53	(43.8%)	53	(100.0%)				
在宅療養継続中	16	(13.2%)					16	(100.0%)
がんの原発部位								
食道/大腸/胃/直腸	32	(26.4%)	12	(22.6%)	14	(26.9%)	6	(37.5%)
肺	27	(22.3%)	13	(24.5%)	13	(25.0%)	1	(6.3%)
肝臓/胆管・胆のう/すい臓	24	(19.8%)	14	(26.4%)	9	(17.3%)	1	(6.3%)
乳/子宮/卵巣	7	(5.8%)	3	(5.7%)	0	(0.0%)	4	(25.0%)
前立腺/膀胱/腎臓	11	(9.1%)	5	(9.4%)	4	(7.7%)	2	(12.5%)
血液系/頭頸部/その他	20	(16.5%)	6	(11.3%)	12	(23.1%)	2	(12.5%)
主介護者								
あり	112	(92.6%)	49	(92.5%)	50	(96.2%)	13	(81.3%)
なし	9	(7.4%)	4	(7.5%)	2	(3.8%)	3	(18.8%)
副介護者								
あり	97	(80.2%)	42	(79.2%)	45	(86.5%)	10	(62.5%)
なし	24	(19.8%)	11	(20.8%)	7	(13.5%)	6	(37.5%)
在宅医								
あり	86	(71.1%)	30	(56.6%)	51	(98.1%)	5	(31.3%)
なし	35	(28.9%)	23	(43.4%)	1	(1.9%)	11	(68.8%)
在宅ターミナルケア開始までの療養場所								
入院/その他	91	(75.2%)	37	(69.8%)	40	(76.9%)	14	(87.5%)
外れに通い自宅で療養/訪問診療を受けて自宅で療養	30	(24.8%)	16	(30.2%)	12	(23.1%)	2	(12.5%)



表5 症状の程度の変化と入院(在宅療養中止)との関連

	粗・ハザード比* (95%信頼区間)	調整済み・ハザード比** (95%信頼区間)
疼痛		
なかった/評価できない	1.00	1.00
時折、断続的	1.80 (0.91 to 3.51)	1.99 (0.91 to 4.35)
中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的	2.04 (1.07 to 3.85)	2.25 (1.08 to 4.66)
せん妄		
なかった/評価できない	1.00	1.00
時折、断続的	1.48 (0.35 to 6.18)	2.25 (0.38 to 13.17)
中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的	2.78 (0.66 to 11.68)	3.16 (0.53 to 18.46)
抑うつ		
なかった/評価できない	1.00	1.00
時折、断続的	1.14 (0.4 to 3.19)	0.60 (0.155 to 2.3)
中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的	1.53 (0.47 to 4.94)	0.38 (0.07 to 2.03)
呼吸困難		
なかった/評価できない	1.00	1.00
時折、断続的	0.81 (0.33 to 1.94)	0.81 (0.287 to 2.3)
中等度/しばしばひどい/ひどい症状が持続的	3.82 (1.98 to 7.32)	5.97 (2.63 to 13.53)

\*単変量解析結果

\*\*モデルには、表内の変数すべてと、共変量として性別、年齢、がんの原発部位、主介護者、在宅医、在宅ターミナルケア開始までの療養場所を投入した

表6 予後に対する理解の変化と入院(在宅療養中止)との関連

	粗・ハザード比* (95%信頼区間)	調整済み・ハザード比** (95%信頼区間)
予後に対する理解(患者)		
予後について認識が不十分だった	1.00	1.00
予後について十分認識していた	1.01 (0.56 to 1.8)	1.18 (0.46 to 3)
予後に対する理解(家族)		
予後について認識が不十分だった	1.00	1.00
予後について十分認識していた	0.99 (0.57 to 1.7)	0.88 (0.429 to 1.79)

\*単変量解析結果

\*\*モデルには、表内の変数すべてと、共変量として性別、年齢、がんの原発部位、主介護者、在宅医、在宅ターミナルケア開始までの療養場所を投入した

表7 希望する看取り場所と入院(在宅療養中止)との関連

	粗・ハザード比* (95%信頼区間)	調整済み・ハザード比** (95%信頼区間)
患者が希望する看取り場所		
未確認	1.00	1.00
自宅	0.98 (0.49 to 1.94)	0.71 (0.29 to 1.73)
病院/ホスピス/その他	1.32 (0.64 to 2.73)	0.62 (0.25 to 1.53)
決めかねていた	0.85 (0.33 to 2.13)	0.58 (0.2 to 1.66)
家族が希望する看取り場所		
未確認	1.00	1.00
自宅	0.72 (0.29 to 1.72)	1.19 (0.39 to 3.6)
病院/ホスピス/その他	1.74 (0.86 to 3.49)	2.71 (1.11 to 6.56)
決めかねていた	1.32 (0.53 to 3.24)	1.74 (0.56 to 5.33)

\*単変量解析結果

\*\*モデルには、表内の変数すべてと、共変量として性別、年齢、がんの原発部位、主介護者、在宅医、在宅ターミナルケア開始までの療養場所を投入した

表8 主介護者の介護負担の変化と入院(在宅療養中止)との関連

	粗・ハザード比* (95%信頼区間)	調整済み・ハザード比** (95%信頼区間)
主介護者の身体的介護負担		
疲労無く問題なし/評価できない	1.00	1.00
少し疲労がみられる	1.34 (0.65 to 2.71)	1.07 (0.39 to 2.89)
中程度の負担/かなりの負担があり疲労している	1.47 (0.78 to 2.74)	1.05 (0.38 to 2.9)
主介護者の精神的介護負担		
疲労無く問題なし/評価できない	1.00	1.00
少し疲労がみられる	1.04 (0.49 to 2.18)	0.97 (0.33 to 2.83)
中程度の負担/かなりの負担があり疲労している	1.77 (0.91 to 3.4)	1.43 (0.41 to 4.94)
主介護者の経済的介護負担		
疲労無く問題なし/評価できない	1.00	1.00
少し疲労がみられる	0.62 (0.14 to 2.54)	0.39 (0.07 to 1.96)
中程度の負担/かなりの負担があり疲労している	1.22 (0.51 to 2.87)	0.72 (0.22 to 2.26)

\*単変量解析結果

\*\*モデルには、表内の変数すべてと、共変量として性別、年齢、がんの原発部位、主介護者、在宅医、在宅ターミナルケア開始までの療養場所を投入した

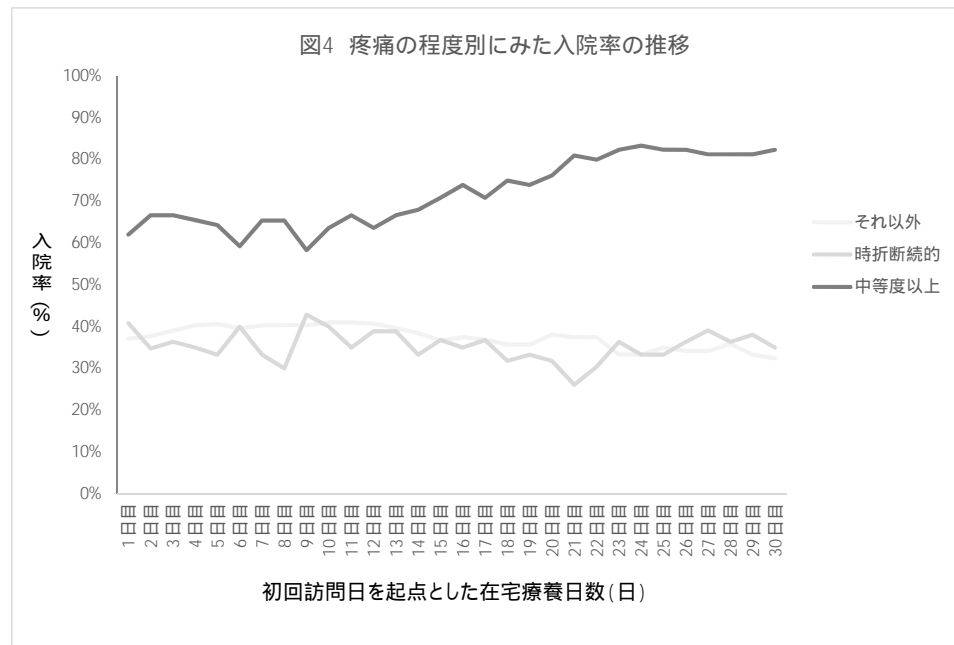
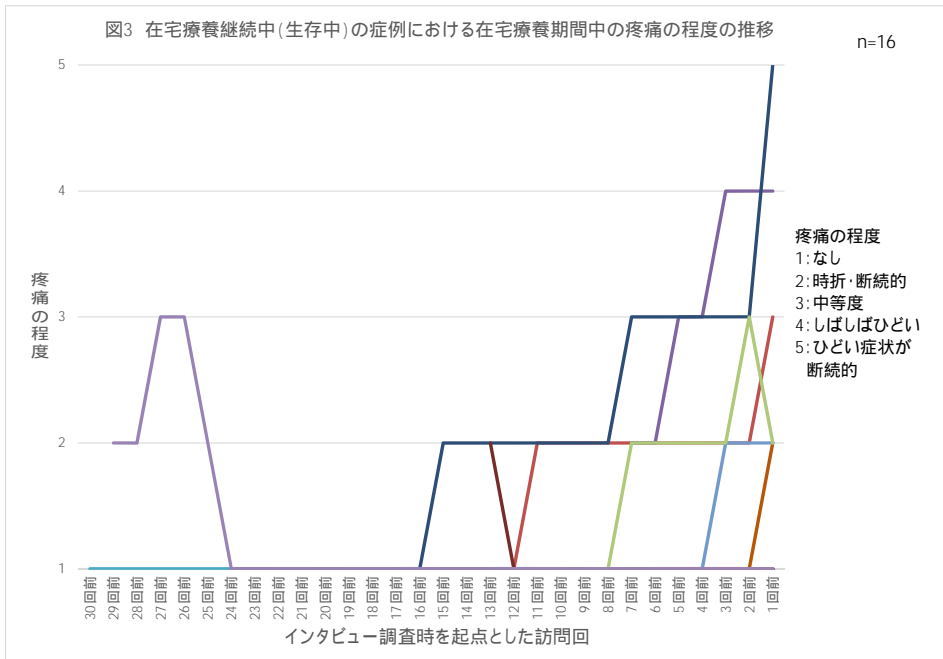
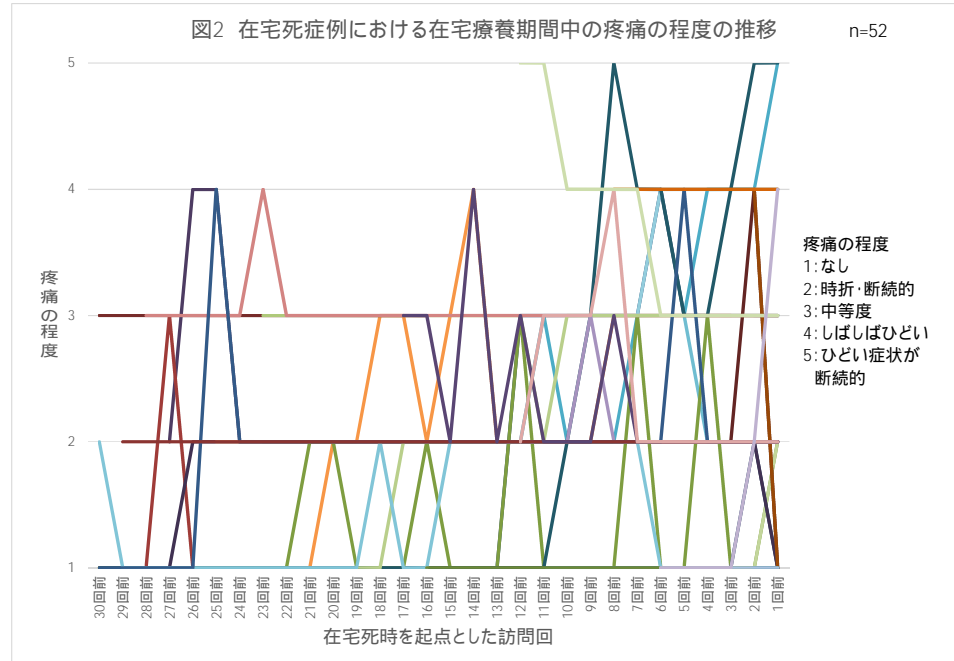
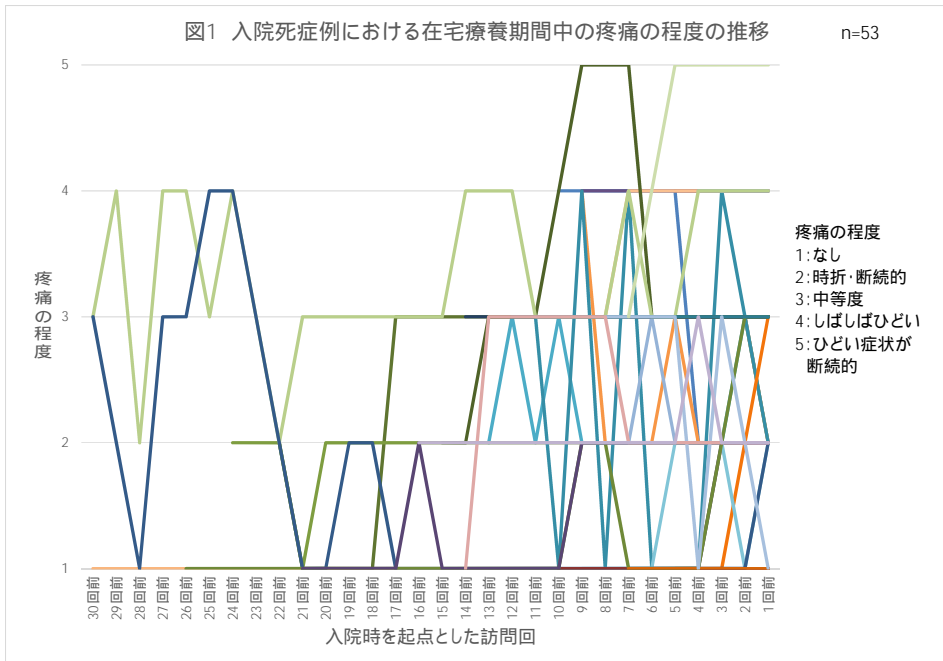


図5 入院死症例における在宅療養期間中の呼吸困難の程度の推移 n=53

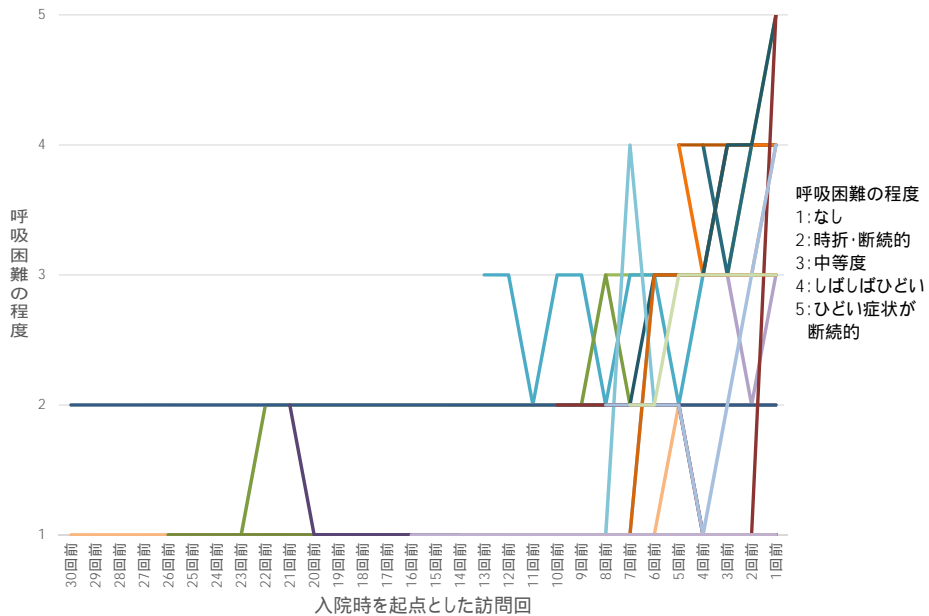


図6 在宅死症例における在宅療養期間中の呼吸困難の程度の推移 n=52

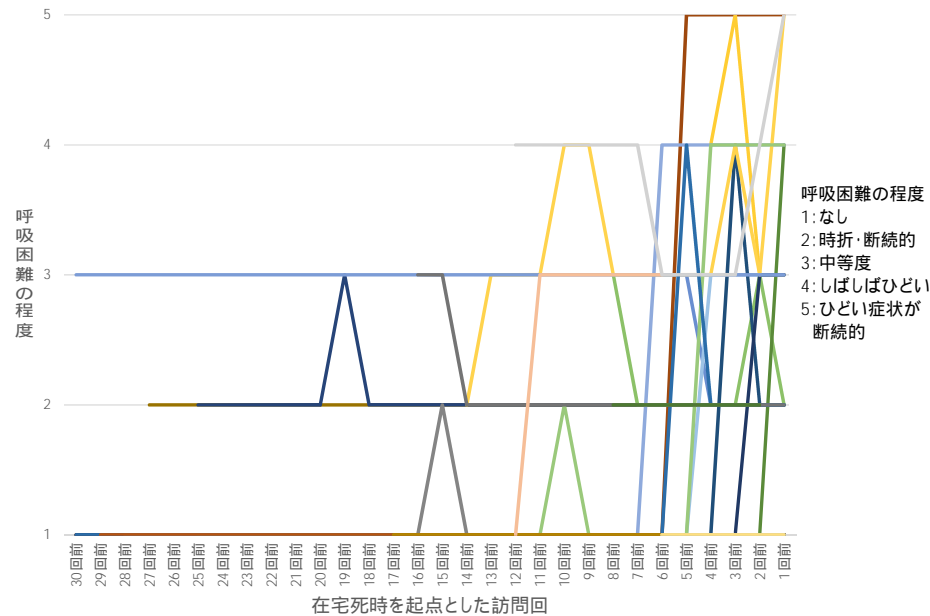


図7 在宅療養継続中(生存中)の症例における在宅療養期間中の呼吸困難の程度の推移 n=16

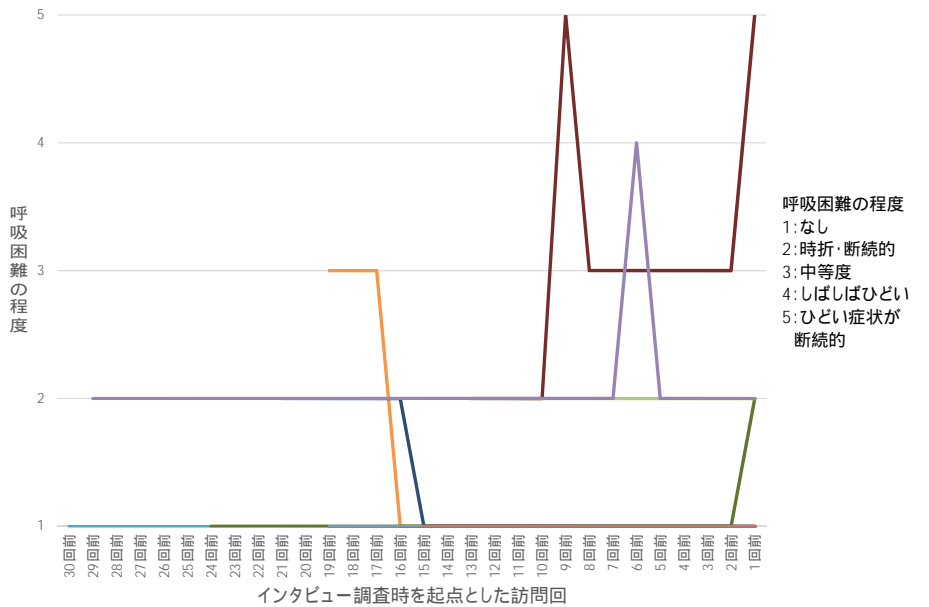


図8 呼吸困難の程度別にみた入院率の推移

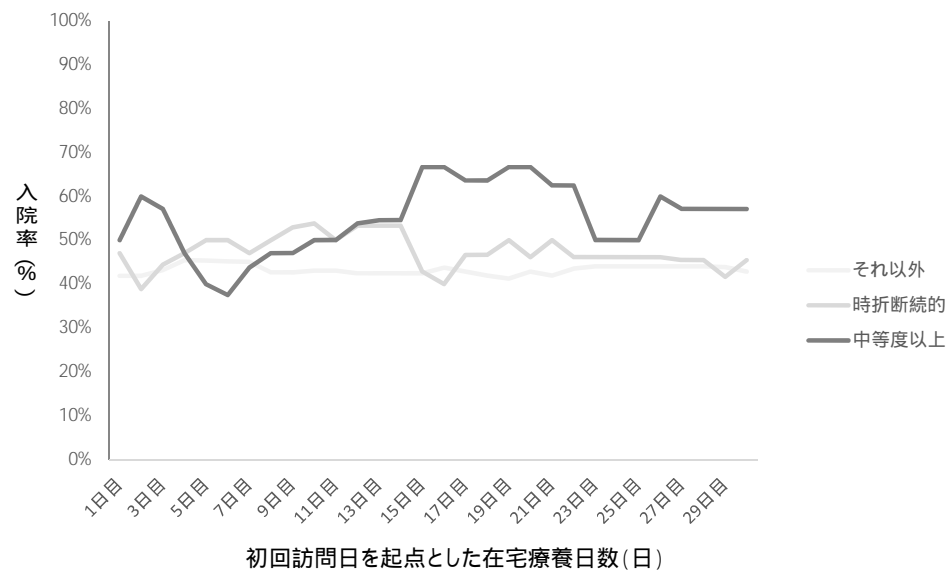
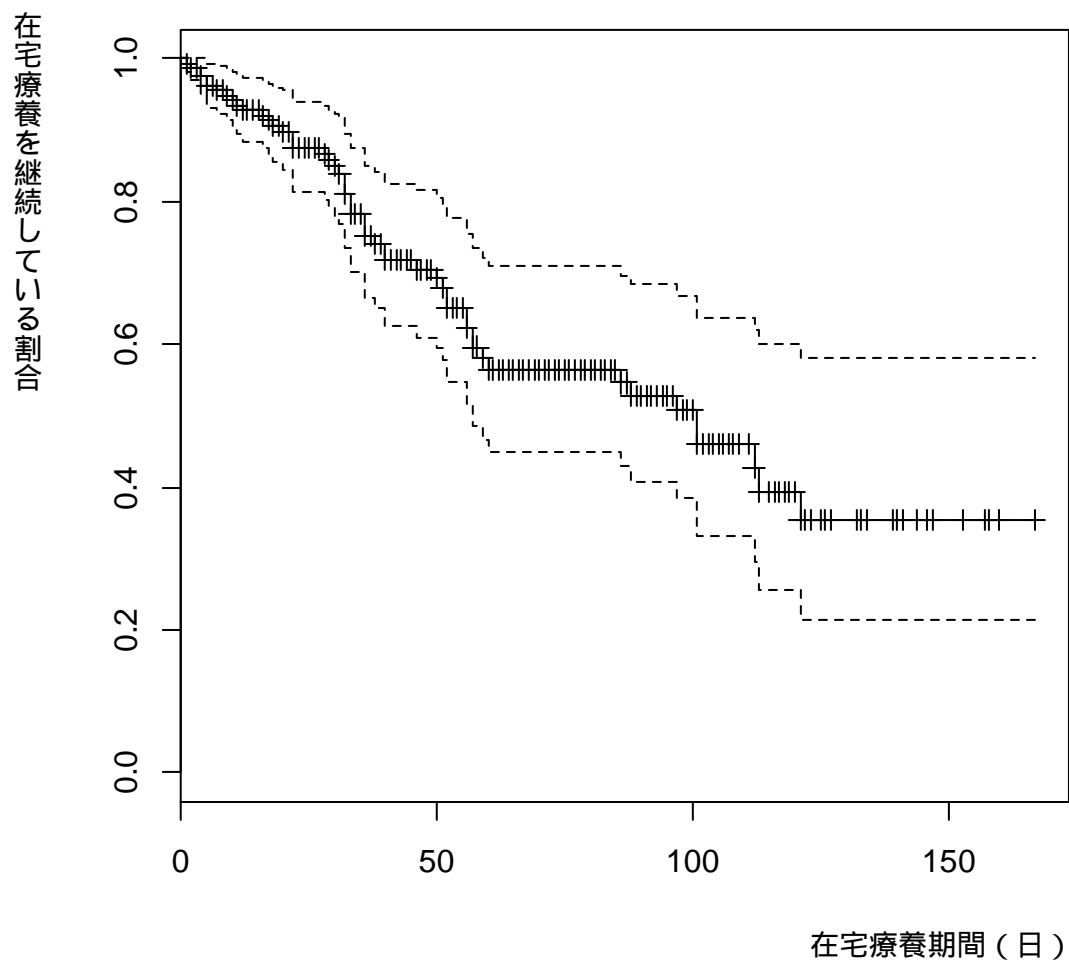




図9 生存曲線



<アンケート用紙> インタビュアー名:( )

\*本研究は、2013年4月1日~8月31日に、在宅ターミナルケアの利用を開始したがん患者を対象としています。

1 : 在宅ターミナルケア利用者とそれに関わる人たちについてお聞きします。

【問1】患者の年齢と性別

1. 男性 2. 女性 ⇨ 在宅ターミナルケアの依頼があった時の年齢( )歳

【問2】在宅ターミナルケアを継続して在宅死を迎えられたのか、中止し入院されたのかお答え下さい。

1. 在宅死 2. 入院(現在も入院加療中を含む) 3. 現在も在宅療養を継続中

【問3】訪問看護ステーションへ患者の紹介・相談があった日をお答え下さい。\*準備に必要な期間。

( )月 ( )日

退院時の退院の目的は何でしたか。

1. 最期は自宅という方針(患者・家族に周知済み) 2. 最期は病院という方針(あいまいな状況含む)  
3. その他( )

【問4】在宅死の場合は亡くなられた日時を、入院の場合は入院した日・入院から何日後に亡くなったかをお答え下さい。

( )月 ( )日 ⇨ (入院してから何日後に亡くなったか: )日  
入院の場合

【問5】がんの原発部位はどこですか。

1.肺 2.胃 3.食道 4.肝臓 5.胆管・胆のう 6.すい臓 7.大腸 8.直腸 9.乳  
10.腎臓 11.前立腺 12.膀胱 13.子宮 14.卵巣 15.血液系 16.頭頸部 17.その他

【問6】在宅ターミナルケア開始までの療養場所についてお答え下さい。

1.入院で療養していた 2.外来診療に通い、自宅で療養していた  
3.訪問診療を受け、自宅で療養していた 4.その他

【問7】訪問看護期間中に入院(検査入院は除く)をしましたか?入院した場合はその期間・目的もお答え下さい。

1.入院をした(期間: ) ⇨ 目的: a. 検査入院 b. 療養場所の変更  
2.入院しなかった c. その他( )

【問8】訪問看護期間中の主介護者の有無

1.いた(いた期間: ) 2.いなかった

【問9】訪問看護期間中の副介護者の有無(主介護者の愚痴を聞き、介護を手伝っていた介護者)

1.いた ⇨ { a. ヘルパーなどのフォーマル (いた期間: )  
b. 家族員や近所の人などのインフォーマル(いた期間: )  
c. その他 (いた期間: )  
2.いなかった





	症状	介護負担	予後に対する理解 (患者/家族)	希望していた看取り場所 (患者/家族)
1	なかった	疲労なく問題なし	予後について十分に認識していた	未確認だった
2	時折、断続的 患者は今以上の治療を必要としなかった。 (現在の治療に満足している、介入不要)	少し疲労がみられる	予後を2倍まで長く、または短く見積もっていた 例えば、1-3ヶ月である予後を6ヶ月と考えていた。	自宅を希望していた
3	中等度 時に悪い日もあり、日常生活動作に支障をきたすことがあった。 (薬の調整や何らかの処置が必要だがひどい症状ではない)	中程度負担があり疲労がみられる	回復すること、または長生きすることに自信が持てていなかった 例えば、「この病気で死ぬ人もいるので、私/本人も近々そうなるかもしれない」と思っていた。	病院/ホスピス/その他を希望していた
4	しばしばひどい症状があった 日常生活動作や集中力に著しく支障をきたした。(重症、しばしば)	かなりの負担があり疲労している	非現実的に思っていた 例えば、予後が3ヶ月しかない時に、「年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待していた。	決めかねていた
5	ひどい症状が持続的にあった (重症、持続的)		完全に回復すると期待していた	
9	評価できない	評価できない	評価できない	

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 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	疼痛マネジメント	日本緩和医療薬学会	緩和医療薬学	株式会社南江堂	東京	2013	12-14
的場元弘 鳥越一宏	第3章 薬による痛み治療の基本戦略	World Health Organization	WHOガイドライン 病態に起因した小児の持続性の痛みの薬による治療	金原出版株式会社	東京	2013	41-58
的場元弘 鳥越一宏	第4章 保健医療機関における痛み治療へのアクセス改善を目指して	World Health Organization	WHOガイドライン 病態に起因した小児の持続性の痛みの薬による治療	金原出版株式会社	東京	2013	59-66
小川朝生	癌患者の心理的反応・サイコオンコロジー	小川修、岡田裕作、荒井陽一、寺地敏郎、松田公志、笈善行、羽瀧友則	ベッドサイド泌尿器科学改定第4版	南江堂	東京	2013	617-20
小川朝生	意識障害（せん妄）	日本緩和医療薬学会	緩和医療薬学	南江堂	東京	2013	80-1
小川朝生	がん領域における抑うつ の現状と対応	村松公美子、伊藤弘人	身体疾患患者 精神的支援ストラテジー	NOVA出版	東京	2013	23-7
小川朝生	入院患者の不眠に注意	小川修、谷口充孝	内科医のための不眠診療はじめの一步	羊土社	東京	2013	27-32
小川朝生	せん妄を発症する疑いがある場合	小川修、谷口充孝	内科医のための不眠診療はじめの一步	羊土社	東京	2013	156-7

小川朝生	せん妄になってしまった場合	小川修、谷口充孝	内科医のための不眠診療はじめの一步	羊土社	東京	2013	158-60
明智龍男	がん患者の抑うつの評価と治療.		NAGOYA MEDICAL JOURNAL		名古屋	2013	51-55
明智龍男	一般身体疾患による気分障害	山口徹, 北原光夫, 福井次矢 (編)	今日の治療指針	医学書院	東京	2013	868
明智龍男	精神症状マネジメント概論	日本緩和医療薬学会 (編)	緩和医療薬学	南江堂	東京	2013	79
宮下光令 (編集), 森田達也 (医学監修), 他	ナーシング・グラフィカ成人看護学	宮下光令 (編集), 森田達也 (医学監修), 他	緩和ケア	メディカ出版	大阪	2013	
日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会		日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会	終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2013年版	金原出版株式会社	東京	2013	
森田達也	緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study.) から得られたものをどう生かすか	(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2013	(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団	東京	2013	28-37
木澤義之, 森田達也, 他		木澤義之, 森田達也, 他	3ステップ実践緩和ケア	青海社	東京	2013	
日本アプライド・セラピューティクス学会		日本アプライド・セラピューティクス学会	2ページで理解する標準薬物治療ファイル	南山堂	東京	2013	

## 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
Ogawa Y, <u>Hotta T</u> , et al.	Phase I/II study of bortezomib-melphalan-prednisolone for previously untreated Japanese patients with multiple myeloma	Cancer Sci	104(7)	912-919	2013
Ogura M, Itoh K, Ishizawa K, Kobayashi Y, Tobinai K, Kinoshita T, Hirano M, Ueda R, Shibata T, Nakamura S, Tsukasaki K, <u>Hotta T</u> , Shimoyama M, Morishima Y	Phase II study of ABV (doxorubicin with increased dose, bleomycin and vinblastine) therapy in newly diagnosed advanced-stage Hodgkin lymphoma: Japan Clinical Oncology Group study, JCOG9705.	Leukemia & Lymphoma	54(1)	46-52 DOI: 10.3109/10428194.2012.705000	2013
Sasahara T, <u>Kinoshita H</u> , <u>Morita T</u> , et al	Assessment of reasons for referral and activities of hospital palliative care teams using a standard format: A multicenter 1000 case description.	J Pain Symptom Manage	Aug 21	[epub ahead of print]	2013
Imura C, <u>Morita T</u> , <u>Kinoshita H</u> , et al	How and why did a regional palliative care program lead to changes in region? A qualitative analysis of the Japan OPTIM Study.	J Pain Symptom Manage	Aug 24	[epub ahead of print]	2013
<u>Morita T</u> , Sato K, Miyashita M, Akiyama M, Kato M, <u>Kawagoe S</u> , <u>Kinoshita H</u> , Shirahige Y, Yamakawa S, Yamada M, Eguchi K.	Exploring the perceived changes and the reasons why expected outcomes were not obtained in individual levels in a successful regional palliative care intervention trial: an analysis for interpretations.	Support Care Cancer.	Dec;21 (12)	3393-402	2013
Asai M, <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	22(5)	995-1001	2013
Inagaki M, <u>Akechi T</u> , <u>Kinoshita H</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Associations of interleukin-6 with vegetative but not affective depressive symptoms	Support Care Cancer	21(8)	2097-2106	2013



	in terminally ill cancer patients				
Yamaguchi T, Shima Y, <u>Morita T</u> , Hosoya M, <u>Matoba M</u> .	Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations.	Jpn J Clin Oncol.	43(9)	896-909	2013
Komura K, <u>Kawagoe S</u> , <u>Morita T</u> , et al	Patient-perceived usefulness and practical obstacles of patient-held records for cancer patients in Japan: OPTIM study.	Palliat Med	27(2)	179-184	2013
Otani H, <u>Morita T</u> , et al	Usefulness of the leaflet-based intervention for family members of terminally cancer patients with delirium.	J Palliat Med	16(4)	419-22	2013
Shirado A, <u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</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	45(5)	848-858	2013
<u>Morita T</u> , et al	Palliative care in Japan: a review focusing on care delivery system.	Curr Opin Support Palliat Care	7(2)	207-215	2013
<u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , et al	Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study.	Lancet Oncol	14(7)	638-646	2013
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	46(2)	201-206	2013
Kizawa Y, <u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</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	30(6)	552-555	2013
Kanbayashi Y, <u>Morita T</u> , et al	Predictive factors for agitation severity of hyperactive delirium in terminally cancer patients in a general hospital using ordered logistic regression analysis.	J Palliat Med	16(9)	1020-1025	2013
Yoshida S, <u>Morita T</u> , et al	Practices and evaluations of prognostic disclosure for	Palliat Support Care	11(5)	383-388	2013

	Japanese cancer patients and their families from the family's point of view.				
Imai K, <u>Morita T</u> , et al	Sublingually administered scopolamine for nausea in terminally cancer patients.	Support Care Cancer	21(10)	2777-2781	2013
Yamamoto R, <u>Morita T</u> , et al	The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: Reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians.	J Palliat Med	16(11)	1423-1428	2013
Amano K, <u>Morita T</u> , et al	Effect of nutritional support on terminally ill patients with cancer in a palliative care unit.	Am J Hosp Palliat Care	30(7)	730-733	2013
Igarashi A, <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	A population-based survey on perceptions of opioid treatment and palliative care units: OPTIM Study.	Am J Hosp Palliat Care	Mar 15	[epub ahead of print]	2013
Amano K, <u>Morita T</u> , et al	The determinants of patients in a palliative care unit being discharged home in Japan.	Am J Hosp Palliat Care	Apr 2	[epub ahead of print]	2013
Otani H, <u>Morita T</u> , et al	Effect of leaflet-based intervention on family members of terminally ill patients with cancer having delirium: Historical control study.	Am J Hosp Palliat Care	Apr 23	[epub ahead of print]	2013
Muta R, <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	What bereavement follow-up does family members request in Japanese palliative care units?: A qualitative study.	Am J Hosp Palliat Care	May 16	[epub ahead of print]	2013
Ando M, <u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , et al	A pilot study of adaptation of the transtheoretical model to narratives of bereaved family members in the bereavement life review.	Am J Hosp Palliat Care	May 20	[epub ahead of print]	2013
Ise Y, <u>Morita T</u> , et al	The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: A nationwide survey in Japan.	J Pain Symptom Manage	Sep 6	[epub ahead of print]	2013
Yamaguchi T, <u>Morita T</u> , et al	Pneumocystic pneumonia in patients treated with long-term steroid therapy for symptom palliation: A neglected infection in palliative care.	Am J Hosp Palliat Care	Sep 30	[epub ahead of print]	2013

Shimizu Y, <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members: Recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions.	J Pain Symptom Manage	Oct 22	[epub ahead of print]	2013
Nakaya N, <u>Uchitomi Y</u> , et al	All-cause mortality among men whose cohabiting partner has been diagnosed with cancer	Epidemiology	24(1)	96-99	2013
Terada S, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities	Psychiatry Res	205(1-2)	103-108	2013
Kishimoto Y, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study)	Psychiatry Res	209(3)	699-704	2013
Nagao S, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Progressive supranuclear palsy presenting as primary lateral sclerosis	J Neurol Sci	329(1-2)	70-71	2013
Oshima E, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Accelerated Tau Aggregation, Apoptosis and Neurological Dysfunction Caused by Chronic Oral Administration of Aluminum in a Mouse Model of Tauopathies	Brain Pathol	23(6)	633-644	2013
Hayashi S, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Burden of caregivers for patients with mild cognitive impairment in Japan	Int Psychogeriatr	25(8)	1357-1363	2013
Shindo A, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Trail making test part a and brain perfusion imaging in mild Alzheimer's disease	Dement Geriatr Cogn Dis Extra	3(1)	E39-40	2013
Kondo K, <u>Ogawa A</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists	Patient Educ Couns	93(2)	350-353	2013
Terada S, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Trail Making Test B and brain perfusion imaging in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease	Psychiatry Res	213(3)	249-255	2013
Fujimori M, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Development and preliminary evaluation of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news	Palliat Support Care			2013
Nagao S, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Argyrophilic grain disease as a neurodegenerative substrate	Eur Arch Psychiatry Clin			2013

	in late-onset schizophrenia and delusional disorders	Neurosci			
Terada S, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Depressive symptoms and regional cerebral blood flow in Alzheimer's disease	Psychiatry Res	221(1)	86-91	2013
<u>Akechi T</u> , et al.	Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument.	Palliat Support Care	21	1-5	2013
Fielding R, <u>Akechi T</u> , et al.	Attributing Variance in Supportive Care Needs during Cancer: Culture-Service, and Individual Differences, before Clinical Factors.	PLOS ONE	8 ( 5 )	e65099	2013
Furukawa TA, <u>Akechi T</u> , et al	Cognitive-behavioral therapy modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in routine clinical practices.	Psychiatry Clin Neurosci	67 ( 3 )	139-47	2013
Kawaguchi A, <u>Akechi T</u> , et al.	Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors.	Neuropsychiatr Dis Treat	9	267-75	2013
Nakaguchi T, <u>Akechi T</u> , et al.	Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy.	Jpn J Clin Oncol	43 ( 4 )	369-76	2013
Nakano Y, <u>Akechi T</u> , et al.	Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage.	Psychol Res Behav Manag	6	37-43	2013
Igawa S, <u>Sasaki J</u> , et al.	Evaluation of amrubicin as a Third or Later Line of Chemotherapy for Advanced Non-Small Cell Lung Cancer.	Chemotherapy	59	99-105	2013
Otani S, Hamada A, <u>Sasaki J</u> , et al.	Phase I and Pharmacokinetic Study of Erlotinib Administered in Combination With Amrubicin in Patients With Previously Treated, Advanced Non-Small Cell Lung Cancer.	Am J. Clin Oncol	In press		In press

<u>Fukui S</u> , Yoshiuchi K, Fujita J, Ikezaki S.	Determinants of financial performance of home-visit nursing agencies in Japan.	BMC Health Services Research.	DOI: 10.1186/1472-6963-14-11	オンラインジャーナル	2014
<u>Fukui S</u> , 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
Ishikawa Y, <u>Fukui S</u> , Saito T, et al.	Family preference for place of death mediates the relationship between patient preference and actual place of death: A nationwide retrospective cross-sectional study.	PLOS ONE	8 e56848	オンラインジャーナル	2013
Kinoshita S. <u>Miyashita M</u>	Evaluation of end-of-life cancer care in the ICU: perceptions of the bereaved family in Japan	Am J Hosp Palliat Med	30(3)	225-30	2013

## 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
村上敏史, 岩瀬哲, 西川満則, <u>的場元弘</u> .	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.	Palliat Care Res.	8(1)	158-167	2013
<u>森田達也</u>	せん妄マネジメントの実際とケアの具体策 がんによる「せん妄」の原因と出現するメカニズム	がん患者ケア	6(2)	62-66	2013
<u>森田達也</u>	せん妄マネジメントの実際とケアの具体策 「せん妄」の薬物治療とケアの注意点	がん患者ケア	6(3)	67-72	2013
山内敏宏, <u>森田達也</u>	EAPC ( European Association of Palliative Care ) 疼痛ガイドラインを読む. 第5回1代替全身投与経路 2突出痛に対するオピオイド	緩和ケア	23(1)	60-63	2013
<u>森田達也</u>	社会の力を最大化する「顔の見える関係」緩和ケアプログラムの地域介入研究 (OPTIM-study)	週刊医学界新聞	第3019号	4	2013

	を終えて				
厨芽衣子, 森田達也	EAPC (European Association of Palliative Care) 疼痛ガイドラインを読む. 最終回 1オピオイドスイッチング, 2オピオイドカ	緩和ケア	23(2)	161-162	2013
佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他	地域における緩和ケア(在宅緩和ケア) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(1) 緩和ケア普及のための地域プロジェクトで使用した評価尺度	保健の科学	55(4)	230-235	2013
森田達也	地域における緩和ケア(在宅緩和ケア) 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(2) 地域プロジェクト(OPTIM-study)の効果	保健の科学	55(4)	236-241	2013
森田達也, 他	「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発	Palliat Care Res	8(1)	116-126	2013
森田達也, 他	がん患者のこころのケアと地域ネットワーク OPTIM-studyの知見から	精神科	23(3)	307-314	2013
森田達也	苦痛緩和のための鎮静	medicina	50(11 増刊号)	527-531	2013
森田達也, 宮下光令, 他	患者・遺族の緩和ケアの質評価・quality of life, 医師・看護師の困難感と施設要因との関連	緩和ケア	23(6)	497-501	2013
内富庸介	がん患者の抑うつ対策 医療者が積極的に抑うつの症状を聞くことが重要	Clinic magazine	524	18-21	2013
井上真一郎, 内富庸介	せん妄の要因と予防	精神科治療学	42(3)	289-297	2013
井上真一郎, 内富庸介	がん診断早期から行うべき緩和薬物療法の実際 - 精神的ストレスの観点から -	Mebio	30(7)	23-29	2013
井上真一郎, 内富庸介, 他	せん妄を見逃さないための注意点	精神科治療学	28(8)	1011-1017	2013
浅井真理子, 内富庸介, 他	配偶者をがんで亡くした遺族の対処行動パターン	心理学研究	84(5)	498-507	2013
川越博美	在宅緩和ケアと訪問看護	保健の科学	55(4)	254-257	2013

川越博美	「緩和ケア訪問看護師」の“実践力”とは その育成に向けて	訪問看護と介護	18(7)	534-537	2013
小川朝生	がん領域における精神疾患と緩和ケアチームの役割	PSYCHIATRIST	18	54-61	2013
小川朝生	一般病棟における精神的ケアの現状	看護技術	59(5)	422-6	2013
小川朝生	せん妄の予防-エビデンスに基づいた薬物療法と非薬物療法-	緩和ケア	23(3)	196-9	2013
小川朝生	高齢がん患者のこころのケア	精神科	23(3)	283-7	2013
小川朝生	がん患者の終末期のせん妄	精神科治療学	28(9)	1157-62	2013
小川朝生	がん領域における精神心理的ケアの連携	日本社会精神医学会雑誌	22(2)	123-30	2013
伊藤嘉規, 明智龍男、 他	小児がん患者とその家族のこころのケア.	精神科	23	288-292	2013
明智龍男	がんとこころのケア-サイコオンコロジー.	精神科	23	271-275	2013
明智龍男	せん妄の向精神薬による対症療法と処方計画.	精神科治療学	28	1041-1047	2013
明智龍男	緩和医療とせん妄.	臨床精神医学	42	307-312	2013
明智龍男	術後せん妄.	消化器外科	36	1643-1646	2013
明智龍男	抑うつとがん.	レジデントノート	15	2440-2443	2013
明智龍男, 森田達也	臨床で役立つサイコオンコロジーの最新エビデンス-特集にあたって.	緩和ケア	23	191	2013
明智龍男	がん患者の自殺に関する最新データ.	緩和ケア	23	195	2013
明智龍男	希死念慮を有する患者のアセスメントとケア.	緩和ケア	23	200	2013
佐々木治一郎	喫煙と健康障害-禁煙支援の理解・普及から「脱タバコ社会」を目指して- タバコ煙の成分と疾患発症メカニズム.	日本臨床	71	383-89	2013
福井 朋也, 佐々木 治一郎	がんの治療薬を知る 薬剤選択のための知識 ノギテカン	臨床腫瘍プラクティス	9	180-83	2013

井川 聡, 大谷 咲子, <u>佐々木 治一郎</u>	非小細胞肺癌の維持療法	呼吸	32	332-38	2013
福井小紀子、乙黒千鶴、石川孝子、藤田淳子、秋山正子	都市部公営団地に在住する健康相談未利用者における健康相談の必要性に関する認識とその関連要因の検討。	日本公衆衛生学会誌	60(12)	745-753	2013
福井小紀子	訪問看護事業所の黒字化のための経営指標の提案	社会保険旬報	2545	22-29	2013
藤田淳子、渡辺美奈子、 <u>福井小紀子</u>	介護支援専門員・介護職に対する訪問看護師の連携行動とその関連要因-死亡前1か月の高齢者終末期ケアに関して-	日本地域看護学会誌	16(1)	40-47	2013
藤田淳子、 <u>福井小紀子</u> 、清水準一、高砂裕子、上野 桂子、齋藤 訓子、星芝 由美子	訪問看護事業所の質管理の取り組みと関連要因の検討	コミュニティケア	15(11)	67-71	2013
<u>福井小紀子</u> 、藤田淳子、清水準一、高砂裕子、上野 桂子、齋藤 訓子、星芝 由美子	平成24年度の介護報酬・診療報酬の改定内容が訪問看護事業所の経営へ与えた影響	コミュニティケア	15(10)	67-74	2013
<u>福井小紀子</u> 、藤田淳子、清水準一、高砂裕子、上野 桂子、齋藤 訓子、星芝 由美子	訪問看護事業所が黒字化するサービス提供の要素 全国訪問看護事業所のサービス提供実態調査の分析結果を基に	コミュニティケア	15(9)	60-66	2013
<u>福井小紀子</u>	がん対策推進基本計画見直しと診療報酬・介護報酬改定の全体像	緩和ケア	23(2)	104-107	2013