

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26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 堀田 知光

平成27(2015)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) 25
木下寛也
資料
- 2 . 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 31
小川朝生
- 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 39
森田達也
資料
- 4 . がん緩和医療を在宅で実践するための精神医学的介入に関する研究 65
内富庸介・井上真一郎
資料
- 5 . 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) 95
明智龍男
- 6 . 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 103
佐々木治一郎
- 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 109
林 直子
資料
- 8 . 在宅ターミナルケア継続の促進・阻害要因に関する研究
在宅見取りの実現に寄与する経時的支援パターンの
-明確化及び患者・家族支援のあり方- 157
福井小紀子
資料
- 9 . 施設職員等に対するがん患者の看取り教育プログラムの開発 179
川越正平
資料
- 10 . がん在宅緩和ケア提供の障害の分析 209
宮下光令
資料

- III . 研究成果の刊行に関する一覧表 231

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）

総括研究報告書

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多死超高齢化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。

被災地の直接的な支援においては、支援を継続することにより、県立釜石病院が地域がん診療連携拠点病院の指定を受けることが出来た。被災地でのインタビュー調査などにより大規模災害時に備えるための冊子「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ご家族へ 普段からできることと災害時の対応」を作成し、南海トラフ地震で大きな被害が想定されている地域の診療所合計 983 施設に配布した。

被災地に応用可能な、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を検討した。また、被災地において教育プログラムによる研修会を開催した。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。さらに、3)がん終末期患者の在宅移行前の病院の医療者による意思決定支援(Advanced Care Planning: ACP)・退院支援の実際とこれらと在宅看取りおよび在宅療養期間との関連を調べ、在宅看取り及び在宅療養継続には ACP が影響すること導いた。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

木下 寛也	国立がん研究センター東病院 緩和医療科 科長	明智 龍男	名古屋市立大学大学院 医学研究科 精神・認知・ 行動医学分野 教授
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 分野長	佐々木治一郎	北里大学医学部附属新世紀医療 開発センター 部長 教授
森田 達也	聖隷三方原病院 副院長 緩和支援治療科部長	林 直子	聖路加国際大学 教授
内富 庸介	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 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
井上真一郎	岡山大学病院 精神科神経科 助教	川越 正平	あおぞら診療所 院長
		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

A . 研究目的

平成23年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震とそれによって生じた津波は大規模災害をもたらし、地域医療にも大きな影響を与えた。今回の東日本大震災の被災地への直接的な支援とがん在宅緩和医療における課題を整理し、課題に取り組むことは、世界がいまだ経験したことのない多死超高齢化社会に対応できる医療介護の提供体制を構築するうえでの準備につながる。

そこで、本研究班では平成24年度より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、今後の多死超高齢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を目的に研究に取り組んだ。具体的には以下の3つの研究に取り組んだ。

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直接的な支援、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作成、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、さらに、看護師による意思決定支援・退院支援に関する実態調査を行った。

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(木下)

本年度も岩手県の釜石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した。

2) 大規模災害に備えたがん在宅緩和医療の課題と対策(森田、宮下)

東北地方の医療従事者を対象としたインタビュー調査、文献検索・検討、在宅緩和ケアに係る多職種の議論などを行い、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(パイロット版)を作成した。パイロット版に関する意見を集約して冊子に修正を加えたものを全国に配布した。

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、林、川越)

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して作成された教育プログラム有効性を検討するために、東日本大震災の被災地を含む各地で研修会を開催した。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った。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、居住系施設の職員にインタビュー並びにアンケート調査を実施し、プログラムの修正を行った。

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(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の実施可能性を検討した。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についてのアンケート調査を行った。

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(福井)

関東圏内にある約450床の医療機関(A大学病院)の看護相談室とし、調査対象者は、平成25年10月～平成26年9月に入院中で看護相談室が関わったがん終末期患者(100例程度)を担当した看護相談室の師長と主任の看護師2名とした。

データ収集方法として、調査期間に該当する全患者に関して、質問紙調査を行うとともに、このうち意思決定支援・退院支援に関して特徴的なケースを研究協力看護師との相談の上選出し、これらの対象にたいして、インタビュー調査を併せて実施した。

(倫理面への配慮)

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

C . 研究結果

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 (木下)

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。

県立釜石病院緩和ケア研修会を平成 26 年 11 月 8 日、9 日に開催した。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。

緩和ケアの普及・啓発活動に関しては、釜石市(在宅医療連携拠点チームかまいし)と協働し、平成 26 年 11 月 5 日に市民公開講座を開催し、44 名の市民が参加した。また、平成 27 年 2 月 15 日には市民公開講座を県立釜石病院で開催し、65 名の市民が参加した。

平成 26 年 8 月 26 日に県立釜石病院は地域がん診療連携拠点病院の指定を受けた。

2) 大規模災害に備えたがん在宅緩和医療の課題と対策 (森田、宮下)

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。

作成した冊子は、都道府県の防災担当部署、都道府県医師会、都道府県の訪問看護ステーション連絡協議会、がん診療連携拠点病院、日本在宅医学会理事、在宅療養支援診療所連絡会に会員登録されている診療所のうち南海トラフ地震で大きな被害が想定されている地域の診療所合計 983 施設に配布した。

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。

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、林、川越)

せん妄研修会を、平成 26 年 8 月 9 日に室蘭、同年 8 月 30 日に佐賀、同年 9 月 6 日に横浜、同年 9 月 27 日に大船渡で研修会を開催した。医師、訪問看護師、ケアマネジャーなど合計で 82 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、両者とも有意な結果を得た。精神心理的苦痛を有する患者のケア向上に

資する研修会を開催し、昨年度と合わせ 21 名の参加を得た。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。ケアの知識については有意な改善を認めなかった。

緩和ケア訪問看護師教育プログラムの講義は宮城県仙台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。仙台で 30 名、東京で 25 名の参加を得た。このうちの 7 名が受講後に 5 日間の実習を行った。緩和ケアに関する医療者の知識・困難感・実践尺度について講義直前、講義直後に評価を行い。受講前後では、実践の「コミュニケーション」と困難感の「症状緩和」の項目のみに統計学的な有意差が示された。

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を介護職のニーズに応じたプログラムにするために、介護職を対象にインタビュー調査とアンケート調査を行った。インタビューの分析からは、【入居者本人や家族との関係】、【入居者本人や家族との関係】、【他職種や職員との連携】、【管理者の姿勢】、【管理者の姿勢】というカテゴリーが抽出された。

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 (小川、佐々木、木下)

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では、は同意を取得した 51 名(男性 17 名/女性 34 名)であった。各々の平均年齢は男性 74.4 歳、女性 71.2 歳であった。対象者の介護認定区分は、未申請 39 名、申請中 1 名、申請したが非該当 2 名、要支援 13 名、要介護 24 名、要介護 32 名であった。6ヶ月間のマネジメント完遂 41 名、転院により終了 4 名、死亡により終了 2 名、体調不良による途中終了 1 名、同意後拒否 3 名であった。完遂率は 92%であった。

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では 41 名の患者登録を終了した。

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では、60 名の患者登録を行った。また ICT による医療情報共有システムに関して病院医師 4 名と訪問診療医師 3 名によるフォーカスグループインタビュー

ーを行った。内容を分析したところ、6個のカテゴリーに分類された。カテゴリーとしては、1)訪問診療医師にとっての利点、2)病院医師にとっての利点、3)訪問診療医師、病院医師の両者にとっての利点、4)患者にとっての利点、5)課題、6)その他であった。

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(福井)

後期高齢者である場合、入院形態が緊急である場合、主介護者の性別が女性である場合、また同居している場合にオッズ比が高くなり、退院支援看護師が退院時に特に支援が必要と判断した項目として、「病状による退院後の身体(ADL)への支障の説明やイメージ化」や「退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明」を行った場合にオッズ比が高くなり、自宅での看取りにつながりやすいことが明らかになった。

D. 考察

本研究では、被災地の直接的な支援、被災地に生じた課題と対策の明確化、被災地に適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、看護師による意思決定支援・退院支援に関する実態調査に取り組んだ。

被災地の直接支援に関しては、支援を継続することにより岩手県で唯一地域がん診療連携拠点病院のない釜石二次医療圏において、県立釜石病院が地域がん診療連携拠点病院の指定を受けることが出来た。被災地において、地域がん診療連携拠点病院の指定を維持していくためには継続的な支援が必要である。

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への掲載を行う予定である。

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、プログラムによる教育研修会の開催を積み重ねるとともに、教育プログラムの有用性の検証と、インタビュー調査などによりプログラムの修正も行った。

がん患者のマネジメントに関して、患者登録を継続し、登録終了し、一部結果の解析を開始した。

意思決定支援・退院支援ににおいて、「病状による退院後の身体(ADL)への支障の説明やイメージ化」や「退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明」を行うことの重要性が明らかになった。

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。大規模災害時に備えるための冊子「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。

がん在宅緩和医療被災地に応用可能な、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。3)がん終末期患者の在宅移行前の病院の医療者による意思決定支援(Advanced Care Planning: ACP)・退院支援の実際とこれらと在宅看取りおよび在宅療養期間との関連を調べ、在宅看取り及び在宅療養継続にはACPが影響すること導いた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Kinoshita H, Maeda I, Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Shirahige Y, Takebayashi T, Yamaguchi T, Igarashi A, Eguchi K. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. J Clin Oncol. 33(4):357-63, 2015

2. Morita T, Sato K, Miyashita M, Yamagishi A, Kizawa Y, Shima Y, Kinoshita H, Suzuki S, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Does a regional comprehensive palliative care program improve pain in outpatient cancer patients? Support Care Cancer. 22(9):2445-55, 2014
3. Yamagishi A, Sato K, Miyashita M, Shima Y, Kizawa Y, Umeda M, Kinoshita H, Shirahige Y, Akiyama M, Yamaguchi T, Morita T. Changes in quality of care and quality of life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program. J Pain Symptom Manage. 48(4):602-10, 2014
4. 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 OPTIM study. J Pain Symptom Manage. 47(5):849-59, 2014
5. 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. 47(3):579-587, 2014
6. 木下寛也, 2014年度診療報酬改定と医療介護総合確保推進法に伴う、緩和ケア病棟の位置づけと今後. 緩和ケア 24(5):365-369, 2014.
7. 木下寛也, せん妄・興奮・身の置き所のなさへの対応. 緩和ケア 24(4):283-290, 2014.
8. T. Nakanotani, T. Akechi, T. Takayama, A. Karato, Y. Kikuuchi, N. Okamoto, K. Katayama, M. Yokoo and A. Ogawa. Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey. Jpn J Clin Oncol. 2014;44(5):448-55.
9. M. Yokoo, T. Akechi, T. Takayama, A. Karato, Y. Kikuuchi, N. Okamoto, K. Katayama, T. Nakanotani and A. Ogawa. Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life. Jpn J Clin Oncol. 2014 Jul;44(7):670-6.
10. O. Shibayama, K. Yoshiuchi, M. Inagaki, Y. Matsuoka, E. Yoshikawa, Y. Sugawara, T. Akechi, N. Wada, S. Imoto, K. Murakami, A. Ogawa, A. Akabayashi, Y. Uchitomi. Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. Cancer Medicine. 2014;3(3):702-9.
11. S. Umezawa, D. Fujisawa, M. Fujimori, A. Ogawa, E. Matsushima, M. Miyashita. Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors. Psychooncology. 2014 Oct 6. [Epub ahead of print]
12. 小川朝生. がんとうつ病の関係. 看護技術. 2014;60(1):21-4.
13. 小川朝生. 精神科医療と緩和ケア. 2014;56(2):113-22.
14. 小川朝生. 高齢がん患者のサイコオンコロジー. 腫瘍内科. 2014;13(2):186-92.

15. 小川朝生. 患者・家族へのがん告知をどう行うか. 消化器の臨床. 2014;17(3):205-9.
16. 小川朝生. DSM-5. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):402.
17. 小川朝生. CAM. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):403.
18. 小川朝生. HADS. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):404-5.
19. 小川朝生. いまや、がんは治る病気. 健康365. 2014;10:118-20.
20. 小川朝生. 急性期病棟における認知症・せん妄の現状と問題点. 看護師長の実践! ナースマネージャー. 2014;16(6):48-52.
21. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(1). CBnews management. 2014.
22. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(2). CBnews management. 2014.
23. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(3). CBnews management. 2014.
24. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(4). CBnews management. 2014.
25. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(5). CBnews management. 2014.
26. 小川朝生. 認知症患者のがん診療. 癌と化学療法. 2014;41(9):1051-6.
27. 比嘉謙介, 小川朝生. 肝癌に対する栄養療法と精神腫瘍学. 臨床栄養. 2014;125(2):182-5.
28. 小川朝生. 高齢者を中心としたがん患者の大規模対面調査の実施-その意義と課題について. 月刊新医療. 2014;41(12):22-5.
29. Nakazawa Y, Morita T, Miyashita M, et al: One-year follow-up of an educational intervention for palliative care consultation teams. Jpn J Clin Oncol 44(2):172-179, 2014.
30. 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 Med 31(2):155-160, 2014.
31. Hirooka K, Miyashita M, Morita T, et al: Regional medical professionals' confidence in providing Palliative care, associated difficulties and availability of specialized palliative care services in Japan. Jpn J Clin Oncol 44(3):249-256, 2014.
32. 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 47(3):579-587, 2014.
33. Ise Y, Morita T, et al: The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospital: a nationwide survey in Japan. J Pain Symptom Manage 47(3):588-593, 2014.
34. 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 47(5):849-859, 2014.
35. 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 31(3):244-246, 2014.
36. 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* 31(3):322-326, 2014.
37. 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 Med* 31(4):422-427, 2014.
 38. 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* 48(1):2-12, 2014.
 39. Miyashita M, Morita T, et al: Care evaluation scale-patient version: measuring the quality of the structure and process of palliative care from the patient's perspective. *J Pain Symptom Manage* 48(1):110-118, 2014.
 40. Morita T, Miyashita M, Akechi T, et al: Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients. *J Palliat Med* 17(8):887-893, 2014.
 41. Maeda I, Miyashita M, Morita T, et al: Progressive development and enhancement of palliative care services in Japan: Nationwide surveys of designated cancer care hospitals for three consecutive years. *J Pain Symptom Manage* 48(3):364-373, 2014.
 42. Morita T, Miyashita M, Kinoshita H, et al: Does a regional comprehensive palliative care program improve pain in outpatients cancer patients? *Support Care Cancer* 22(9):2445-2455, 2014.
 43. Yamagishi A, Miyashita M, Kinoshita H, Morita T, et al: Changes in quality of care and quality of life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program. *J Pain Symptom Manage* 48(4):602-610, 2014.
 44. Odagiri T, Morita T, et al: Convenient measurement of systolic pressure: the reliability and validity of manual radial pulse pressure measurement. *J Palliat Med* 17(11):1226-1230, 2014.
 45. Yoshida S, Morita T, et al: A comprehensive study of the distressing experiences and support needs of parents of children with intractable cancer. *Jpn J Clin Oncol* 44(12):1181-1188, 2014.
 46. Morita T, Miyashita M, Uchitomi Y, et al: Nurse Education Program on Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A Randomized Controlled Study of a Novel Two-Day Workshop. *J Palliat Med* 17(12):1298-1305, 2014.
 47. Yamaguchi T, Morita T, 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* 31(8):857-861, 2014.
 48. Nakajima K, Morita T, et al: Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. *Palliat Support Care*. 2014 Mar 13. [Epub ahead of print]
 49. Tanabe K, Morita T, et al: Evaluation of a novel information-sharing instrument for home-based palliative care: A feasibility study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2014 May 8. [Epub ahead of print]

50. Amano K, Morita T, et al: Assessment of intervention by a palliative care team working in a Japanese general hospital: A retrospective study. Am J Hosp Palliat Care. 2014 May 5. [Epub ahead of print]
51. Yoshida S, Miyashita M, Morita T, et al: Strategies for development of palliative care from the perspectives of general population and health care professionals: A Japanese outreach palliative care trial of integrated regional model study. Am J Hosp Palliat Care. 2014 Jun 5. [Epub ahead of print]
52. Sekine R, Miyashita M, Morita T, et al: Changes in and associations among functional status and perceived quality of life of patients with metastatic/locally advanced cancer receiving rehabilitation for general disability. Am J Hosp Palliat Care. 2014 Jun 5. [Epub ahead of print]
53. Yamaguchi T, Morita T, et al: Palliative care development in the Asia-Pacific region: an international survey from the Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN). BMJ Support Palliat Care. 2014 Jul 10. [Epub ahead of print]
54. Yamagishi A, Morita T, Kawagoe S, Miyashita M, et al: Length of home hospice care, family-perceived timing of referrals, perceived quality of care, and quality of death and dying in terminally ill cancer patients who died at home. Support Care Cancer. 2014 Aug 21. [Epub ahead of print]
55. Tsai JS, Morita T, et al: Consciousness levels one week after admission to a palliative care unit improve survival prediction in advanced cancer patients. J Palliat Med. 2014 Sep 5. [Epub ahead of print]
56. Amano K, Morita T, et al: Association between early palliative care referrals, inpatient hospice utilization, and aggressiveness of care at the end of life. J Palliat Med. 2014 Sep 11. [Epub ahead of print]
57. Kinoshita H, Morita T, Miyashita M, et al: Place of death and the differences in patients quality of death and dying and caregiver burden. J Clin Oncol. 2014 Dec 22. [Epub ahead of print]
58. Baba M, Morita T, Kawagoe S, et al: Independent validation of the modified prognosis palliative care study (PiPS) predictor models in three palliative care settings. J Pain Symptom Manage. 2014 Dec 11. [Epub ahead of print]
59. 森田達也: 緩和医療学 13 生命予後の予測. 家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする在宅医療バイブル. 川越正平 (編著). 日本医事新報社. 366-371, 2014.
60. 阿部泰之, 森田達也: 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. Palliat Care Res 9(1):114-120, 2014.
61. 森田達也, 他: 死と正面からむきあう その歴史的歩みとエビデンス 特集にあたって. 緩和ケア 24(2):85, 2014.
62. 竹之内裕文, 森田達也: 死と正面からむきあう その意義と歴史的背景 . 緩和ケア 24(2):86-92, 2014.
63. 森田達也: 看取りの時期の医学治療のトピックス. 緩和ケア 24(2):93-97, 2014.
64. 森田達也 (著), 他: 緩和治療薬の考え方、使い方. 中外医学社. 2014.
65. 恒藤暁, 森田達也, 宮下光令 (編): ホ

- スピス緩和ケア白書 2014 がんプロフェッショナル養成基盤推進プランと学会・学術団体の緩和ケアへの取り組み. 青海社. 2014.
66. 今井堅吾, 森田達也, 他: 病態に応じた制吐薬の推奨を緩和ケアチームが行うことによる、がん患者の悪心に対する効果. Palliat Care Res 9(2):108-113, 2014.
67. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン委員会 (編集): がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014 年版. 金原出版株式会社. 2014.
68. 日本緩和医療学会 (編集): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 株式会社南江堂. 2014.
69. 小田切拓也, 森田達也, 他: 気道分泌・死前喘鳴のマネジメント. 緩和ケア 24(4):276-282, 2014.
70. 森田達也: 緩和医療・支持療法を知る 疼痛管理の新標準. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 86(8):638-643, 2014.
71. 草島悦子, 森田達也, 他: 終末期がん患者の死の不安と希望をめぐる苦悩に対するケア 緩和ケアに従事する多職種のスピリチュアルケア経験に関するインタビュー調査. 臨床死生学 18/19(1):46-57, 2014.
72. 森田達也 (編者): プロフェッショナルがんナーシング 2014 年別冊 これだけは押さえておきたい がん疼痛治療の薬 - 非オピオイド鎮痛薬・オピオイド鎮痛薬・鎮痛補助薬 - はや調べノート. 株式会社メディカ出版. 2014.
73. 森田達也, 他: 緩和ケアの症状マネジメント up to date 特集にあたって. 緩和ケア 21(5):334, 2014.
74. 白土明美, 森田達也: 緩和ケアにおける薬物療法の up to date 倦怠感と化学療法後神経障害性疼痛. 緩和ケア 21(5):335-340, 2014.
75. 森田達也, 他: 2014 年度診療報酬改定と“緩和ケア”への影響 1. 緩和ケア 21(5):361, 2014.
76. 森田達也 (プラン): 緩和ケア特集「いまさら聞けない」緩和ケアにおけるステロイドの使い方 Q&A. プロフェッショナルがんナーシング 4(5):41-68, 2014.
77. 森田達也: 【ライフサイクルに応じた向精神薬の使い方】ターミナルケア・緩和ケア. 日医雑誌 143(7):1497-1500, 2014.
78. 天野功二, 森田達也: 第 4 章 消化器癌化学療法の実践. 消化器癌化学療法施行時の栄養管理と消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌患者に対する緩和医療. 大村健二 編. 消化器癌化学療法. 改訂 4 版. 南山堂. 394-408, 2014.
79. 森田達也: 緩和ケアのスクリーニングエビデンスと実践. 緩和ケア 24(6):426-432, 2014.
80. 菅野喜久子, 木下寛也, 森田達也, 宮下光令, 他: 東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療のあり方に関する研究. Palliat Care Res 9(4):131-139, 2014.
81. 森田達也: 緩和ケア領域における臨床研究の課題と方法論. 薬局 65(13):104-110, 2014.
82. Akechi T, Uchitomi Y: PART12 Neuropsychiatrics 69 Depression/anxiety, Eduardo Bruera, Irene J. Higginson, Charles F. von Gunten, Tatsuya Morita: Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition, CRC Press, Florida, 2014, pp691-702, 2014.12.11
83. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Effect

- of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized control trial. *J Clin Oncol* 32(20): 2166-2172, 2014.7.10
84. Fujimori M, Uchitomi Y: Reply to B. Gyawali et al. *J Clin Oncol* 33(2):223-224, 2015.1.10
85. Morita T, Miyashita M, Uchitomi Y, et al: Nurse Education Program on Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A Randomized Controlled Study of a Novel Two-Day Workshop. *J Palliat Med* 17(12) : 1298-1305, 2014 9.16
86. Shibayama O, Akechi T, Ogawa A, Uchitomi Y, et al: Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. *Cancer Med.* 3(3) : 702-709, 2014.6
87. Terada S, Uchitomi Y, et al: Development and evaluation of a short version of the quality of life questionnaire for dementia. *Int Psychogeriatr* 27(1):103-110, 2015.1
doi: 10.1017/S1041610214001811. Epub 2014.8.27
88. 馬庭真利子, 内富庸介, 他: 脳腫瘍術後の器質性精神障害に paliperidone が有効であった1例, *臨床精神薬理* 17(1) : 75-80, 2014.1.10
89. 樋口裕二, 内富庸介, 他: 身体疾患とうつ病 各種疾患・病態におけるうつ病・気分障害の合併の実情・がん治療・緩和ケアとうつ病, *Depression Journal* 2(2):52-55, 2014.8
90. 樋口裕二, 内富庸介, 他: 腫瘍医へのコミュニケーション技術訓練, *Depression* Frontier 12(2) : 33-39, 2014
91. Akechi T, et al: Contribution of problem-solving skills to fear of recurrence in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 145:205-10, 2014
92. Azuma H, Akechi T: What domains of quality of life are risk factors for depression in patients with epilepsy? *Austin journal of psychiatry and behavioral sciences* 1:4, 2014
93. Azuma H, Akechi T: Effects of psychosocial functioning, depression, seizure frequency, and employment on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 41:18-20, 2014
94. Banno K, Akechi T, et al: Neural basis of three dimensions of agitated behaviors in patients with Alzheimer disease. *Neuropsychiatr Dis Treat* 10:339-48, 2014
95. Katsuki F, Akechi T, et al: Multifamily psychoeducation for improvement of mental health among relatives of patients with major depressive disorder lasting more than one year: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 15:320, 2014
96. Momino K, Akechi T, et al: Psychometric Properties of the Japanese Version of the Concerns About Recurrence Scale (CARS-J). *Jpn J Clin Oncol* 44:456-62, 2014
97. Morita T, Miyashita M, Akechi T, et al: Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients. *J Palliat Med* 17:887-93, 2014
98. Nakanotani T, Akechi T, et al: Characteristics of elderly cancer

- patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey. *Jpn J Clin Oncol* 44:448-55, 2014
99. Reese JB, Akechi T, et al: Cancer patients' function, symptoms and supportive care needs: a latent class analysis across cultures. *Qual Life Res*, 2014
 100. Shibayama O, Uchitomi Y, Akechi T, et al: Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. *Cancer Med* 3:702-9, 2014
 101. Shiraishi N, Akechi T, et al: Relationship between Violent Behavior and Repeated Weight-Loss Dieting among Female Adolescents in Japan. *Evid Based Ment Health* 9:e107744, 2014
 102. Shiraishi N, Akechi T, et al: Brief psychoeducation for schizophrenia primarily intended to change the cognition of auditory hallucinations: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis* 202:35-9, 2014
 103. Suzuki M, Akechi T, et al: A failure to confirm the effectiveness of a brief group psychoeducational program for mothers of children with high-functioning pervasive developmental disorders: a randomized controlled pilot trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 10:1141-53, 2014
 104. Yamauchi T, Akechi T, et al: Death by suicide and other externally caused injuries after stroke in Japan (1990-2010): the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychosom Med* 76:452-9, 2014
 105. Yamauchi T, Akechi T, et al: Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psychooncology* 23:1034-41, 2014
 106. Yokoo M, Ogawa A, Akechi T, et al: Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 44:670-6, 2014
 107. Shiraishi N, Akechi T, et al: Contribution of repeated weight-loss dieting to violent behavior in female adolescents. *PLOS ONE*, in press
 108. Kondo M, Akechi T, et al: Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form. *Health and Quality of Life Outcomes*, in press
 109. 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
 110. Ito Y, Akechi T, et al: Good death for children with cancer: a qualitative Study. *Jpn J Clin Oncol*, in press
 111. Akechi T, et al: Depressed with cancer can respond to antidepressants, but further research is needed to confirm and expand on these findings. *Evid Based Ment Health*, in press
 112. Akechi T, et al: Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis. *Jpn J Clin Oncol*, in press
 113. 黒田純子, 明智龍男, et al: 新規制吐

- 剤の使用開始前後における外来がん患者の予期性悪心の検討．医療薬学 40:165-173, 2014
114. 明智龍男：大学病院で総合病院精神科医を育てる．総合病院精神医学 26:1, 2014
115. 明智龍男：総合病院における精神科医のがん医療（サイコオンコロジー）．臨床精神医学 43:859-864, 2014
116. 明智龍男：精神腫瘍学の進歩．最新がん薬物療法学 72:597-600, 2014
117. 明智龍男：サイコオンコロジー-うつ病、うつ状態の薬物療法・心理療法．心身医学 54:29-36, 2014
118. 古川壽亮, 明智龍男, et al: 臨床現場の自然史的データから治療効果を検証する：名古屋市立大学における社交不安障害の認知行動療法．精神神経学雑誌 116:799-804, 2014
119. 古川壽亮, 明智龍男, et al: SUND 大うつ病に対する新規抗うつ剤の最適使用戦略を確立するための大規模無作為割り付け比較試験．精神医学 56:477-489, 2014
120. 明智龍男：精神症状の基本, in 小川朝生, 内富庸介 (eds): 医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア．東京, 創造出版, 2014, pp 53-60
121. 明智龍男：精神症状(抑うつ・不安、せん妄), in 川越正平 (ed): 在宅医療バイブル．東京, 日本医事新報社, 2014, pp 340-346
122. 明智龍男：危機介入, in 堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎 (eds): これだけは知っておきたい 精神科の診かた、考え方．東京, 羊土社, 2014, pp 145-146
123. 明智龍男：支持的精神療法, in 堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎 (eds): これだけは知っておきたい 精神科の診かた、考え方．東京, 羊土社, 2014, pp 142-144
124. 明智龍男：主要な精神症状のマネジメントとケア, in 恒藤暁, 内布敦子 (eds): 系統看護学講座別巻 緩和ケア．東京, 医学書院, 2014, pp 210-232
125. 平井啓, 小川朝生, 明智龍男, et al: 医療従事者の心理的ケア, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学．東京, 南江堂, 2014, pp 322-327
126. 大谷弘行, 明智龍男, et al: 心理的反応, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学．東京, 南江堂, 2014, pp 278-285
127. 石田真弓, 明智龍男, et al: 家族ケアと遺族ケア, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学．東京, 南江堂, 2014, pp 313-321
128. 清水研, 小川朝生, 明智龍男, et al: うつ病と適応障害, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学．東京, 南江堂, 2014, pp 235-243
129. 吉内一浩, 明智龍男, et al: コミュニケーション, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学．東京, 南江堂, 2014, pp 286-294
130. 奥山徹, 明智龍男, et al: 睡眠障害, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学．東京, 南江堂, 2014, pp 254-258

131. Igawa S, Gohda K, Fukui T, Ryuge S, Otani S, Masago A, Sato J, Murakami K, Maki S, Katono K, Takakura A, Sasaki J, Satoh Y, Masuda N. Circulating tumor cells as a prognostic factor in patients with small cell lung cancer. *Oncol Lett.* 7:1469-1473, 2014
132. Igawa S, Kasajima M, Ishihara M, Kimura M, Hiyoshi Y, Asakuma M, Otani S, Katono K, Sasaki J, Masuda N. Comparison of the Efficacy of Gefitinib in Patients with Non-Small Cell Lung Cancer according to the Type of Epidermal Growth Factor Receptor Mutation. *Oncology.* 87:215-223, 2014
133. Ishihara M, Igawa S, Maki S, Harada S, Kusahara S, Niwa H, Otani S, Sasaki J, Jiang SX, Masuda N. Successful chemotherapy with nab-Paclitaxel in a heavily treated non-small cell lung cancer patient: a case report. *Case Rep Oncol.* 7:401-406, 2014
134. Igawa S, Kasajima M, Ishihara M, Kimura M, Hiyoshi Y, Niwa H, Kusahara S, Harada S, Asakuma M, Otani S, Katono K, Sasaki J, Masuda N. Evaluation of gefitinib efficacy according to body surface area in patients with non-small cell lung cancer harboring an EGFR mutation. *Cancer Chemother Pharmacol.* 74:939-946, 2014
135. Sakata S, Sasaki J, Saeki S, Hamada A, Kishi H, Nakamura K, Tanaka H, Notsute D, Sato R, Saruwatari K, Iriki T, Akaike K, Fujii S, Hirosako S, Kohrogi H. Dose Escalation and Pharmacokinetic Study of Carboplatin plus Pemetrexed for Elderly Patients with Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer: Kumamoto Thoracic Oncology Study Group Trial 1002. *Oncology.* 88:201-207, 2014
136. 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)
137. Fukui S, Ootoguro C, Ishikawa T, Fujita J. Survey on the use of health consultation services provided in a Japanese urban public housing area with high elderly population. *Geriatrics & Gerontology International.* 2015 Jan 17. doi: 10.1111/ggi.12439. [Epub ahead of print]
138. Fukui S, Yamamoto-Mitani N, Fujita J. Five types of home-visit nursing agencies in Japan based on characteristics of service delivery: cluster analysis of three nationwide surveys. *BMC Health Services Research.* 14:644, 2014, doi:10.1186/s12913-014-0644-8
139. Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Ikezaki S. Determinants of financial performance of home-visit nursing agencies in Japan. *BMC Health Services Research.* 2014 Jan 9;14:11. DOI: 10.1186/1472-6963-14-11.
140. 福井小紀子. 在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度の適切性の検討. *日本在宅医学会誌*. 16(1). 5-11. 2014.
141. 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.

142. 石川孝子、福井小紀子、澤井美奈子．武蔵野市民の終末期希望療養場所の意思決定に関連する要因．日本公衆衛生雑誌．61(9)，545-555，2014．
143. 大園康文、福井小紀子、川野英子．終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響．Palliative Care Research, 9(1), 121-128, 2014
144. 大園康文、福井小紀子．終末期を得意とする訪問看護事業所の特徴：経営状況、医療機関との連携、および利用者の特性との関連．日本地域看護学会誌．17(1)．4-11．2014．
145. 福井小紀子．エンド・オブ・ライフケアを地域で効果的に進めるための多職種連携のあり方．日本在宅ケア学会誌．18(1)．1-6．2014．
146. 福井小紀子．退院支援における意思決定支援の重要性．ナーシング・トゥデイ．29(3)．15-20．2014．
147. 福井小紀子．「在宅医療連携拠点事業」の成果と展望～2025年に向けた「連携力」とは～．訪問看護と介護．19(1)．16-23．2014．
148. 菅野喜久子、木下寛也、森田達也、佐藤一樹、清水恵、秋山聖子、村上雅彦、宮下光令．東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療の在り方に関する研究．Palliat Care Res. 2014; 9(4): 131-9.

2. 学会発表

1. 菅野喜久子、木下寛也、森田達也、宮下光令、他：東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療の在り方に関する研究．第19回日本緩和医療学会学術大会．2014.6，神戸
2. 小川朝生：ICTによる高齢がん患者外来支援システムの開発．第52回日本癌治療学会学術集会，横浜市，2014/8/30，ポスター．
3. 小川朝生：がん診療連携拠点病院の新要件傾向と対策．第19回日本緩和医療学会学術大会，神戸市，2014/9/20，緩和ケアチームフォーラム演者．
4. 小川朝生：認知症の緩和ケア 総合病院の精神科医が果たす役割．第27回日本総合病院精神医学会総会茨城県つくば市，2014/11/28，ワークショップ．
5. 森田達也，他：シンポジウム22 自施設でできる研究の質を上げよう（研究方法論：初級編）．第19回日本緩和医療学会学術大会．2014.6，神戸
6. 森田達也：シンポジウム31 緩和ケア領域における研究方法論の最近のControversy SY31-3 緩和ケア領域での complex intervention の研究方法論．第19回日本緩和医療学会学術大会．2014.6，神戸
7. 森雅紀，森田達也，他：全身状態の悪い終末期がん患者に対するモルヒネ持続投与の効果：多施設観察研究．第19回日本緩和医療学会学術大会．2014.6，神戸
8. 小田切拓也，森田達也，他：緩和ケア病棟における、セフトリアキソンの皮下点滴使用と奏功率．第19回日本緩和医療学会学術大会．2014.6，神戸
9. 大道雅英，森田達也，他：非根治癌患者における生物学的予後スコア第2版の予測精度と妥当性の前向き検証 Palliative Prognostic Index、腫瘍医の予後予測との比較．第19回日本緩和医療学会学術大会．2014.6，神戸
10. 森雅紀，森田達也，他：患者と死についての話をすること・死を前提とした行動をとることは家族がこころ残りなく過ごせ

るために必須か？. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸

11. 菅野喜久子, 木下寛也, 森田達也, 宮下光令, 他: 東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療の在り方に関する研究. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
12. 森雅紀, 森田達也, 他: 緩和ケア医を志す若手医師が感じる研修・自己研鑽のニーズと改善策: 全国大規模調査. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
13. 竹内真帆, 森田達也, 宮下光令, 他: 遺族調査が遺族に与える負担と受益. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
14. 竹内真帆, 森田達也, 宮下光令, 他: 遺族によるがん患者の死亡前の症状の評価. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
15. 森田達也: Regional Palliative Care Intervention Study using the Mixed-methods Design (日本における緩和ケア普及のための社会的研究). Sapporo Conference for Palliative and Supportive care in Cancer 2014 (がん緩和ケアに関する国際会議 2014). 2014.7, 札幌
16. 安藤満代, 内富庸介, 他: がん患者への精神的・心理的ケアとしてのライフレビュー・アートセラピーの実行可能性, 第 27 回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京 2014.10.3-4
17. 井上真一郎: 在宅医療におけるがん患者・家族の精神心理的ケア, 第 16 回日本在宅医学会大会, 静岡 2014.3.1
18. 井上真一郎: 終末期におけるせん妄マネジメント, 第 19 回日本緩和医療学会学術大会, 兵庫 2014.6.20
19. 井上真一郎: 多職種チームによる術後せん妄の予防的介入が無効であった症例の検討, 第 110 回日本精神神経学会, 神奈川 2014.6.27
20. 井上真一郎: せん妄に対するチームアプローチ, 第 27 回サイコオンコロジー学会, 千葉 2014.10.4
21. 井上真一郎: プロナンセリンによるせん妄薬物治療の一考察, 第 55 回 中国・四国精神神経学会, 山口 2014.10.24
22. 井上真一郎: 特別講演「精神医学と緩和医学の接点の研究について」, 第 14 回中国地区 GHP 研究会, 広島 2014.11.1
23. 井上真一郎: がん専門病院、大学病院、総合病院における精神腫瘍医 ~それぞれの立場で果たすべき役割の違いとは~, 第 27 回日本総合病院精神医学会, 茨城 2014.11.29
25. Ogawa S, Akechi T, et al: Comorbidity and anxiety sensitivity among patients with panic disorder who have received cognitive behavioral therapy. The Association for behavioral and cognitive therapies 48th annual convention, Philadelphia, 2014 Nov
26. Uchida M, Akechi T, et al: Prevalence of fatigue among cancer patients undergoing radiation therapy and its associated factors. The 41th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia, Melbourne, 2014 Dec
27. Uchida M, Akechi T, et al: Factors associated with preference of communication about life expectancy with physicians among cancer patients undergoing radiation therapy. The 41th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia, Melbourne, 2014 Dec

28. Sugano K, Akechi T, et al: Prevalence and predictors of medical decision-making incapacity amongst newly diagnosed older cancer patients: A cross-sectional study. The 4th Asia Pacific Psycho-oncology Network, Taipei, 2014
29. Sugano K, Akechi T, et al: Prevalence and predictors of medical decision-making incapacity amongst newly diagnosed older cancer patients: A cross-sectional study. The 16th World Congress of Psycho-Oncology, Lisbon, 2014
30. Shibayama O, Akechi T, et al: Radiotherapy and Cognitive Function in Breast Cancer Patients Treated with Conservation Therapy. The 16th World Congress of Psycho-Oncology, Lisbon, 2014
31. Akechi T, Miyashita M, et al: Anxiety and underlying patients' needs in disease free breast cancer survivors. The 4th Asia Pacific Psycho-oncology Network, Taipei, 2014
32. 明智龍男: シンポジウム がん患者の心をどう捉えるか: Psycho-Oncologyの科学的基盤 がん患者のうつ病・うつ状態の病態. 第27回 日本総合病院精神医学会総会, つくば市, 2014年11月
33. 明智龍男: ミート・ザ・エキスパート 自分たちのケア、どうしていますか? 第27回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
34. 明智龍男: シンポジウム「精神腫瘍医がいないところで、こころのケアをどうするか」日本サイコオンコロジー学会および大学医学部講座の立場から、対策・解決策を考える. 第27回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
35. 明智龍男: シンポジウム「高齢者がん治療のエッセンス」 高齢者がん治療の問題点-精神症状の観点から. 第52回日本癌治療学会学術集会, 横浜, 2014年8月
36. 明智龍男: シンポジウム「がん患者の治療意思決定支援」 がん患者の意思決定能力の判断. 第12回日本臨床腫瘍学会総会, 福岡, 2014年7月
37. 明智龍男: シンポジウム「がん患者・家族のうつ病治療再考」 がん患者の精神症状緩和のためのコラボレイティブケアの試み. 第11回 日本うつ病学会総会, 広島市, 2014年7月
38. 明智龍男: シンポジウム「がん患者・家族との良好なコミュニケーション」 希死念慮を理解し対応する. 第19回日本緩和医療学会総会, 神戸, 2014年6月
39. 明智龍男: がん患者・家族の精神的ケア. Presented at the アルメイダ病院緩和医療研修会 特別講演, 大分, 2014年11月
40. 川口彰子, 明智龍男, et al: 大うつ病エピソードに対する電気けいれん療法後の agitationの予測因子に関する観察研究. 第27回日本総合病院精神医学会, 筑波, 2014年11月
41. 三木有希, 明智龍男, et al: 妊娠中に希死念慮を伴ううつ病の再燃を認めた妊婦への多職種介入. 第11回日本周産期メンタルヘルス研究会, 大宮, 2014年11月
42. 東英樹, 明智龍男: うつ病、心理社会機能と発作頻度はてんかん患者のQOLに影響する. 第48回日本てんかん学会, 東京, 2014年10月
43. 中野谷貴子, 明智龍男, et al: 日本の高齢がん患者の問題とQOLとの関係: Web調査. 第27回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
44. 久保田陽介, 明智龍男: がん診療に関わる看護師に向け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.第27回 日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
45. 明智龍男: がんところのケア-がんになっても自分らしく過ごすために.愛知県医師会健康教育講座, 名古屋, 2014年9月
46. 明智龍男: がん(肺がん)患者とのコミュニケーション.肺がんチーム医療推進フォーラム 特別講演, 福岡, 2014年9月
47. 小川成, 明智龍男, et al: 社交不安障害患者における併存症に対する認知行動療法の効果予測因子.第14回日本認知療学会, 大阪, 2014年9月
48. 鈴木真佐子, 明智龍男, et al: 高機能広汎性発達障害児の母親に対する短期集団母親心理教育プログラムの効果:無作為化比較試験.第158回名古屋市立大学医学会総会, 名古屋, 2014年6月
49. 渡辺範雄, 明智龍男, et al: 新世代抗うつ薬の最適使用戦略 実践的カトリアルSUND study.第110回日本精神神経学会, 横浜, 2014年6月
50. 小川朝生, 明智龍男, et al: がん患者の意思決定能力評価.第19回日本緩和医療学会, 神戸, 2014年6月
51. 小川成, 明智龍男, et al: 認知行動療法終了後のパニック障害患者における併存精神症状と不安感受性.第110回日本精神神経学会, 横浜, 2014年6月
52. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるところの医学.第2回奈良メンタルヘルス研究会 特別講演, 奈良, 2014年5月
53. 明智龍男: がん患者の精神症状の評価とマネジメント.第10回備後サイコオンコロジー研究会 特別講演, 福山, 2014年5月
54. 明智龍男: がん患者の精神症状の評価とマネジメント.第3回緩和ケア勉強会 in 半田 特別講演, 半田, 2014年4月
55. 東英樹, 明智龍男, et al 態の治療経過で発症した複雑部分発作重積の1例.第68回名古屋臨床脳波検討会, 名古屋, 2014年4月
56. 明智龍男: がん患者の精神症状の評価とマネジメント.愛知キャンサーネットワーク 第1回精神腫瘍学を学ぶ会 特別講演, 名古屋, 2014年2月
57. 明智龍男: がん患者の精神症状のケア.在宅医療緩和推進プロジェクト第2回研修会 特別講演, 名古屋, 2014年2月
58. 川口彰子, 明智龍男, et al: 社交不安障害患者における自己意識関連情動の神経基盤:機能的MRIによる解析.第5回日本不安障害学会学術大会, 札幌, 2014年2月
59. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるところの医学.第172回東海精神神経学会 特別講演, 名古屋, 2014年1月
60. 佐藤博文, 明智龍男, et al: フルボキサミンにアリピプラゾールを併用し奏功した強迫性障害の1例.第172回東海精神神経学会, 名古屋, 2014年1月
61. 福井小紀子 第19回日本心療内科学会総会 シンポジウム2『サイコオンコロジー』シンポジスト「在宅看取りの促進要因に関する研究~訪問看護師への調査結果から~」東京 2014年11月29~30日
62. 福井小紀子.基調講演「地域包括ケアシステムと看護」日本看護管理学会 例会運営助成事業 平成26年度例会 in 武蔵野東京 2014.10.18
63. 由井千富美、岡本有子、福井小紀子.長野県川上村における24時間医療介護体制構築のプロセスと効果(第1報)第73回日本公衆衛生学会総会公衆衛生学会.栃木.2014.11.5-7
64. 岡本有子、由井千富美、福井小紀子.長野県川上村における24時間医療介護体制構築のプロセスと効果(第2報)第73回

- 日本公衆衛生学会総会公衆衛生学会 . 栃木 . 2014 . 11.5-7
65. 小林仁史、由井千富美、岡本有子、福井小紀子 . 長野県川上村における 24 時間 医療介護体制構築のプロセスと効果(第 3 報) 第 73 回日本公衆衛生学会総会公衆衛生学会 . 栃木 . 2014 . 11.5-7
66. 石川孝子、福井小紀子、岡本有子、藤田淳子、川野英子 . 終末期がん患者の死亡場所を決定する要因 第 1 報 : 患者の希望、予後理解、介護負担に関して 第 73 回日本公衆衛生学会総会 栃木 . 2014 . 11.5-7
67. 福井小紀子、岡本有子、石川孝子、藤田淳子、川野英子 . 終末期がん患者の死亡場所を決定する要因 第 2 報 : 在宅療養開始から終了までの症状の経時的変化に関して 第 73 回日本公衆衛生学会総会 栃木 . 2014 . 11.5-7
68. 池崎澄江、藤田淳子、乙黒千鶴、福井小紀子 . 在宅終末期ケアにおける多職種連携の効果の検証 第 1 報 在宅ケアチームの連携行動と遺族満足度との関連 第 73 回日本公衆衛生学会総会 栃木 . 2014 . 11.5-7
69. 乙黒千鶴、藤田淳子、辻村真由子、池崎澄江、福井小紀子 . 在宅終末期ケアにおける多職種連携の実態と効果の検証 第 2 報 在宅ケアチームの連携行動力に影響する要因を探る 第 73 回日本公衆衛生学会総会 栃木 . 2014 . 11.5-7
70. 池崎澄江、藤田淳子、乙黒千鶴、福井小紀子 . 在宅終末期ケアにおける多職種連携の効果の検証第 3 報 連携の相互関係の可視化の試み 第 73 回日本公衆衛生学会総会 栃木 . 2014 . 11.5-7
71. 福井小紀子 27 回日本サイコオンコロジー学会総会 . シンポジウム 10「せん妄や認知症を抱えるがん終末期患者の退院支援・地域連携」シンポジスト「地域包括ケア推進策とがん対策からみた退院支援・地域連携のあり方～看護師への役割期待」東京 . 2014.10.4
72. 池崎澄江、福井小紀子 . 在宅終末期ケアを受けた遺族による在宅ケアチームへの評価 . 日本医療・病院学会 . 2014.9.14
73. 福井小紀子 . 公開講座 . エンド・オブ・ライブケアを地域で効果的に進めるための他職種連携のあり方 . 第 18 回日本在宅ケア学会学術集会 . 東京 . 2014.3.15-16 .
74. 福井小紀子 . シンポジウム : がん在宅の未来～地域で支えるためにできること . 第 16 回日本在宅医学会大会 . 浜松 . 2014.3.1-2 .
75. 河野潤子、石川孝子、小林麻奈、福井小紀子 . 看護的負荷の高い訪問看護利用者の特徴第 1 報 : 看護的負荷 11 項目の有用性の検証 . 第 18 回日本在宅ケア学会学術集会 . 東京 . 2014.3.15-16 .
76. 小林麻奈、石川孝子、河野潤子、福井小紀子 . 看護的負荷の高い訪問看護利用者の特徴第 2 報 : 同一法人 5 事業所の訪問看護利用者における看護的負荷レベルと報酬との関連 . 第 18 回日本在宅ケア学会学術集会 . 東京 . 2014.3.15-16 .
77. 石川孝子、小林麻奈、河野潤子、福井小紀子 . 看護的負荷の高い訪問看護利用者の特徴第 3 報 : 利用保険別時間当たり報酬額の関連要因 . 第 18 回日本在宅ケア学会学術集会 . 東京 . 2014.3.15-16 .
78. 川野英子、福井小紀子、大園康文、藤田淳子 . がん終末期の在宅療養者が在宅死となる要因の抽出 : 決定木分析から . 第 18 回日本在宅ケア学会学術集会 . 東京 . 2014.3.15-16 .
79. 福井小紀子、後藤友美、後藤友子、井上多鶴子 . 医療と介護の連携促進に向けた政策的動向と各地域の取り組み . 第 18 回日本在宅ケア学会学術集会 . 交流集会 . 東京 . 2014.3.15-16
80. 菅野喜久子、木下寛也、森田達也、佐藤一樹、

清水恵, 秋山聖子, 村上雅彦, 宮下光令. 東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療の在り方に関する研究. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会, 2014 Jun 19-21, 501, 神戸.

H . 知的財産権の出願・登録状況

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

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

- 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長

研究協力者 寺田 尚弘 釜石ファミリークリニック院長
小田島史恵 釜石市健康推進課地域医療連携推進室
小原 眞 県立釜石病院 外科

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、本年度も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、緩和ケア研修会、緩和ケアの普及・啓発を目的とした市民公開講座を2度開催した。また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行い、60名の患者登録を終了し、利用した医師を対象にフォーカスグループインタビューを行い内容の分析を行った。

1) に関しては、2015年8月26日に県立釜石病院が地域がん診療連携拠点病院の指定を受けることが出来た。2) に関しては実施可能性と、様々な利点が明らかになった。

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つは、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る。昨年度は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。今年度も継続して、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・啓発を目的とする

とともに、地域がん診療連携拠点病院の指定の開始に備えた。

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）の実施可能性と利点、問題点を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

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

2015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

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で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に関する研究を行う。さらに、利用した医療者のフォーカスグループインタビューを行い、内容分析を行う。

(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を生じない。しかし、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。

県立釜石病院緩和ケア研修会を2015年11月8日、9日に開催した。受講者は医師3名、歯科医師1名、看護師4名、薬剤師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。

緩和ケアの普及・啓発活動に関しては、釜

石市(在宅医療連携拠点チームかまいし)と協働し、2015年11月5日に市民公開講座を開催し、44名の市民が参加した。また、2016年2月15日にはがん診療連携拠点病院の指定要件である市民公開講座を県立釜石病院で開催し、65名の市民が参加した。

2015年8月26日に県立釜石病院は地域がん診療連携拠点病院の指定を受けた。

2)に関しては、

60名の患者登録を行った。またICTによる医療情報共有システムに関して病院医師4名と訪問診療医師3名によるフォーカスグループインタビューを行った。内容を分析したところ、6個のカテゴリーに分類された。カテゴリーとしては、1)訪問診療医師にとっての利点、2)病院医師にとっての利点、3)訪問診療医師、病院医師の両者にとっての利点、4)患者にとっての利点、5)課題、6)その他であった。

1)訪問診療医師にとっての利点

- ・ 病院医師が選択したCT等の画像を早く見ることが出来るため病状の把握がしやすい
- ・ 電話と比較して気軽に病院医師に相談出来る
- ・ 診療情報提供書より情報量が多い
- ・ 検査を簡単に依頼出来る
- ・ 予定入院の依頼を簡単に行える

2)病院医師にとっての利点

- ・ 在宅で行われていることを知ることが出来る
- ・ 病院にいないときにも訪問診療医師と情報を共有出来る
- ・ 気を付けてもらいたい症状に応じた画像を選択して訪問診療医に提供出来る
- ・ 診療情報提供書に記載を忘れた内容を適宜追記できる

3)訪問診療医師、病院医師の両者にとっての利点

- ・ 情報のキャッチボールが可能
- ・ 連携がより密になった

4)患者にとっての利点

- ・ 連携を患者に可視化できる
- ・ 患者も安心

5)課題

- ・ 何を共有するかルール作りが必要

6) その他

- ・ 顔の見える関係があっではじめて ICT が生きてくる
- ・ 顔の見える関係がなくても ICT なら気軽に相談出来る

D. 考察

1) 岩手県釜石二次医療圏の緩和ケアネットワークの構築に資する研修会、市民公開講座を釜石市および県立釜石病院と協力して行った。当初の目標であった県立釜石病院の地域がん診療連携拠点病院申請を行うことが出来た。

拠点病院の要件の維持には、今後も継続的な支援が必要と考えられた。

2) ICT による訪問診療医師、病院医師間の情報共有システムには、訪問診療医師、病院医師、両者、患者に利点があり、実施可能性も検証された。

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。2015年8月26日に県立釜石病院は地域がん診療連携拠点病院の指定を受けた。

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と様々な利点が明らかになった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Kinoshita H, Maeda I, Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Shirahige Y, Takebayashi T, Yamaguchi T, Igarashi A, Eguchi K. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver

burden. J Clin Oncol. 33(4):357-63, 2015

2. Morita T, Sato K, Miyashita M, Yamagishi A, Kizawa Y, Shima Y, Kinoshita H, Suzuki S, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Does a regional comprehensive palliative care program improve pain in outpatient cancer patients? Support Care Cancer. 22(9):2445-55, 2014
3. Yamagishi A, Sato K, Miyashita M, Shima Y, Kizawa Y, Umeda M, Kinoshita H, Shirahige Y, Akiyama M, Yamaguchi T, Morita T. Changes in quality of care and quality of life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program. J Pain Symptom Manage. 48(4):602-10, 2014
4. 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 OPTIM study. J Pain Symptom Manage. 47(5):849-59, 2014
5. 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. 47(3):579-587, 2014
6. 木下寛也, 2014年度診療報酬改定と医

療介護総合確保推進法に伴う、緩和ケア病棟の位置づけと今後．緩和ケア
24(5):365-369, 2014.

7. 木下寛也，せん妄・興奮・身の置き所の
なさへの対応．緩和ケア
24(4):283-290, 2014.

2. 学会発表

1. 菅野喜久子，木下寛也，森田達也，宮下
光令，他：東日本大震災の被災沿岸地
域の医療者へのインタビュー調査に基
づく災害時におけるがん患者の緩和ケ
ア・在宅医療の在り方に関する研究．第
19回日本緩和医療学会学術大会．
2014.6，神戸

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきことなし

釜石市健康づくりの集い(午後の部)

平成26年度 市民公開講座

「**食べること** **生きること**」
健康を支える多職種連携

対象

地域包括ケアに関わる多職種、一般

内容

●13:20…開会 主催者あいさつ

●13:30…「釜石市の在宅医療と多職種連携」

講師 寺田 尚弘氏
(在宅医療連携拠点チームかまいしアドバイザー 釜石ファミリークリニック 院長)

座長 木下 寛也氏
(国立がん研究センター東病院 緩和医療科科長)

●14:00…「**食べること** **生きること** ～命を支える口腔ケア～」

講師 五島 朋幸氏
(ふれあい歯科ごとう 院長)

座長 木下 寛也氏
(国立がん研究センター東病院 緩和医療科科長)

●15:30…閉会

参加無料
事前申込
不要



五島 朋幸
広島県安芸郡府中町生まれ
日本歯科大学歯学部卒
ふれあい歯科ごとう代表
日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科臨床准教授
新宿食支援研究会代表
在宅ケアを支える若手歯科医師の会発起人 ほか
掲載雑誌、執筆等
「口腔ケア〇と×」(中央法規)
「昭和40年男」(クレタ/ブリッソング)連載中!
「愛は自転車に乗って 繪巻者とスルメと情熱と」(一橋出版)

日時

平成26年**11**月**15**日
12:50開場 13:20開演

会場

イオンタウン釜石2F
イオンタウンホール



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、釜石歯科医師会、岩手県釜石保健所、大槌町

問い合わせ先 在宅医療連携拠点チームかまいし 0193-55-4536

平成26年度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」班

平成26年度県立釜石病院市民公開講座

がんになつても安心して
暮らせるまちづくり



日時 **平成27年 2/15 (日)**

場所 **岩手県立釜石病院大会議室(2F)**

座長 県立釜石病院 第一外科長 **小原 眞**

SESSION **13:00 ▶ 13:25**

1 「地域がん診療連携拠点病院の指定を受けて」

県立釜石病院 副院長 **遠野 千尋**

SESSION **13:25 ▶ 13:50**

2 「県立釜石病院の緩和ケアについて」

県立釜石病院
緩和ケア認定看護師 **西 明子**

SESSION **14:00 ▶ 15:00**

3 「がんと診断された時の患者・家族の心構え」

国立がん研究センター東病院
緩和医療科 科長 **木下 寛也**

主催

岩手県立釜石病院・平成26年度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班

分担研究報告書

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

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

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進めた。

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、従来のうつ病の golden standard に代わって用いることができることが示されている。スクリーニング尺度としても用いられている。日本語版の信頼性・妥当性も検証されている。

7) 内服薬

診療録より情報を収集する。

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

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

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

9) 社会的支援 : MOS Social Support Survey

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

(2)Edmonton Symptom Assessment Scale

revised 日本語版(ESAS-r 日本語版)

対象者より最初の3週間は週に2回実施し、その後は週に1回定期的に記載を依頼する。ESAS-r はがん患者の身体・精神症状を包括的にモニタリングするための自己記入式質問票である。身体・精神症状9項目と患者に応じて選択する自由記載項目1項目からなり、それぞれ0～10点、11段階のリッカートスケールで評価する。

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

3ヶ月に1回、対象者より聴取する。

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

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

3ヶ月に1回、対象者より聴取する。

FACTは、1993年に Celli 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り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ター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%)との報告がある。また、新規に進行肺がんと診断された患者に対する包括的な緩和ケア介入に関する先行する実施可能性試験では、50%以上の完遂率で妥当性があると定義している(Temel ら, 2007) 20)。本研究では、従来の進行がん患者を対象とした縦断研究と同等の完遂率が必要と考え、50%以上で妥当性があると判定することとした。

6.2. 副次的な統計解析

(1) 6 ヶ月後の QOL 評価(FACT-L、QLQ-C30)、(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ター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-r6 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。

(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、2013年4月11日より登録を開始した。

実施対象は同意を取得した51名(男性17名/女性34名)であった。各々の平均年齢は男性74.4歳、女性71.2歳であった。対象者の介護認定区分は、未申請39名、申請中1名、申請したが非該当2名、要支援13名、要介護24名、要介護32名であった。

1. 完遂率

6ヶ月間のマネジメント完遂41名、転院により終了4名、死亡により終了2名、体調不良による途中終了1名、同意後拒否3名であった。完遂率は92%であった。

D . 考察

クラウドタイプ情報共有プラットフォームを用いた多職種による包括的マネジメントシステムを構築し、その実施可能性を検証し、その実施可能性は示された。今後、副次解析を進め、CGAに基づく介入の最適化を行い、介入プログラムの修正を行った上で、検証試験を進める予定である。

E . 結論

ICT技術を用いた包括的マネジメントシステムを開発し、その実施可能性を明らかにした。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1. 論文発表

1. T. Nakanotani, T. Akechi, T. Takayama, A. Karato, Y. Kikuuchi, N. Okamoto, K. Katayama, M. Yokoo and A.Ogawa. Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey. Jpn J Clin Oncol. 2014;44(5):448-55.
2. M. Yokoo, T. Akechi, T. Takayama, A. Karato, Y. Kikuuchi, N.Okamoto, K. Katayama, T. Nakanotani and A. Ogawa. Comprehensive assessment of cancer

patients' concerns and the association with quality of life. Jpn J Clin Oncol. 2014 Jul;44(7):670-6.

3. O.Shibayama, K.Yoshiuchi, M.Inagaki, Y.Matsuoka, E.Yoshikawa, Y.Sugawara, T.Akechi, N.Wada, S.Imoto, K.Murakami, A.Ogawa, A.Akabayashi, Y.Uchitomi. Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. Cancer Medicine. 2014;3(3):702-9.
4. S.Umezawa, D.Fujisawa, M.Fujimori, A. Ogawa, E.Matsushima, M.Miyashita. Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors. Psychooncology. 2014 Oct 6. [Epub ahead of print]
5. 小川朝生. がんとうつ病の関係. 看護技術. 2014;60(1):21-4.
6. 小川朝生. 精神科医療と緩和ケア. 2014;56(2):113-22.
7. 小川朝生. 高齢がん患者のサイコオンコロジー. 腫瘍内科. 2014;13(2):186-92.
8. 小川朝生. 患者・家族へのがん告知をどう行うか. 消化器の臨床. 2014;17(3):205-9.
9. 小川朝生. DSM-5. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):402.
10. 小川朝生. CAM. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):403.
11. 小川朝生. HADS. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):404-5.
12. 小川朝生. いまや、がんは治る病気. 健康365. 2014;10:118-20.
13. 小川朝生. 急性期病棟における認知症・せん妄の現状と問題点. 看護師長の実践! ナースマネージャー. 2014;16(6):48-52.
14. 小川朝生. 認知症~急性期病院が向き合うとき(1). CBnews management. 2014.
15. 小川朝生. 認知症~急性期病院が向き合うとき(2). CBnews management. 2014.
16. 小川朝生. 認知症~急性期病院が向き合うとき(3). CBnews management. 2014.
17. 小川朝生. 認知症~急性期病院が向き合うとき(4). CBnews management. 2014.
18. 小川朝生. 認知症~急性期病院が向き合うとき(5). CBnews management. 2014.
19. 小川朝生. 認知症患者のがん診療. 癌と化

学療法. 2014;41(9):1051-6.

20. 比嘉謙介、小川朝生. 肝癌に対する栄養療法と精神腫瘍学. 臨床栄養. 2014;125(2):182-5.
21. 小川朝生. 高齢者を中心としたがん患者の大規模対面調査の実施-その意義と課題について. 月刊新医療. 2014;41(12):22-5.

2. 学会発表

1. 小川朝生: ICT による高齢がん患者外来支援システムの開発. 第 5 2 回日本癌治療学会学術集会, 横浜市, 2014/8/30, ポスター.
2. 小川朝生: がん診療連携拠点病院の新要件傾向と対策. 第 1 9 回日本緩和医療学会学術大会, 神戸市, 2014/9/20, 緩和ケアチームフォーラム演者.
3. 小川朝生: 認知症の緩和ケア 総合病院の精神科医が果たす役割. 第 27 回日本総合病院精神医学会総会 茨城県つくば市, 2014/11/28, ワークショップ.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
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

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・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 副院長・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。2012年度に行われた東日本大震災時ながん緩和・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をもとに、2013年度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役に立つことをまとめた「患者家族向け冊子」（パイロット版）を作成した。2014年度はパイロット版を試験配布した地域の意見を集約し修正したものを全国に配布した。

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

東日本大震災時ながん緩和・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多職種の研究協力者

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に役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。

パイロット版に関する意見を集約して冊子に修正を加えたものを全国に配布した。

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」「災害直後に発生したがん・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、都道府県の防災担当部署、都道府県医師会、都道府県の訪問看護ステーション連絡協議会、がん診療連携拠点病院、日本在宅医学会理事、在宅療養支援診療所連絡会に会員登録されている診療所のうち南海トラフ地震で大きな被害が想定されている地域の診療所合計 983 施設に配布した。

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。

本冊子は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、全国へ配布、ホームページに公開した。

F . 健康危険情報

なし。

G . 研究発表

1 . 論文発表

1. Nakazawa Y, Morita T, Miyashita M, et al: One-year follow-up of an educational intervention for palliative care consultation teams. Jpn J Clin Oncol 44(2):172-179, 2014.
2. 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 Med 31(2):155-160, 2014.
3. Hirooka K, Miyashita M, Morita T, et al: Regional medical professionals' confidence in providing Palliative care, associated difficulties and availability of specialized palliative care services in Japan. Jpn J Clin Oncol 44(3):249-256, 2014.
4. 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* 47(3):579-587, 2014.
5. Ise Y, Morita T, et al: The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospital: a nationwide survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 47(3):588-593, 2014.
 6. 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* 47(5):849-859, 2014.
 7. 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* 31(3):244-246, 2014.
 8. 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* 31(3):322-326, 2014.
 9. 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 Med* 31(4):422-427, 2014.
 10. 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* 48(1):2-12, 2014.
 11. Miyashita M, Morita T, et al: Care evaluation scale-patient version: measuring the quality of the structure and process of palliative care from the patient's perspective. *J Pain Symptom Manage* 48(1):110-118, 2014.
 12. Morita T, Miyashita M, Akechi T, et al: Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients. *J Palliat Med* 17(8):887-893, 2014.
 13. Maeda I, Miyashita M, Morita T, et al: Progressive development and enhancement of palliative care services in Japan: Nationwide surveys of designated cancer care hospitals for three consecutive years. *J Pain Symptom Manage* 48(3):364-373, 2014.
 14. Morita T, Miyashita M, Kinoshita H, et al: Does a regional comprehensive palliative care program improve pain in outpatients cancer patients? *Support Care Cancer* 22(9):2445-2455, 2014.
 15. Yamagishi A, Miyashita M, Kinoshita H, Morita T, et al: Changes in quality of care and quality of life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program. *J Pain Symptom Manage* 48(4):602-610, 2014.
 16. Odagiri T, Morita T, et al: Convenient measurement of systolic pressure: the reliability and validity of manual radial pulse pressure measurement. *J Palliat Med* 17(11):1226-1230, 2014.
 17. Yoshida S, Morita T, et al: A comprehensive study of the distressing experiences and support needs of parents of children with intractable cancer. *Jpn J Clin Oncol* 44(12):1181-1188, 2014.
 18. Morita T, Miyashita M, Uchitomi Y, et al: Nurse Education Program on Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A Randomized Controlled Study of a Novel Two-Day Workshop. *J Palliat Med* 17(12):1298-1305, 2014.
 19. Yamaguchi T, Morita T, 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 31(8):857-861, 2014.
20. Nakajima K, Morita T, et al: Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide survey. Palliat Support Care. 2014 Mar 13. [Epub ahead of print]
 21. Tanabe K, Morita T, et al: Evaluation of a novel information-sharing instrument for home-based palliative care: A feasibility study. Am J Hosp Palliat Care. 2014 May 8. [Epub ahead of print]
 22. Amano K, Morita T, et al: Assessment of intervention by a palliative care team working in a Japanese general hospital: A retrospective study. Am J Hosp Palliat Care. 2014 May 5. [Epub ahead of print]
 23. Yoshida S, Miyashita M, Morita T, et al: Strategies for development of palliative care from the perspectives of general population and health care professionals: A Japanese outreach palliative care trial of integrated regional model study. Am J Hosp Palliat Care. 2014 Jun 5. [Epub ahead of print]
 24. Sekine R, Miyashita M, Morita T, et al: Changes in and associations among functional status and perceived quality of life of patients with metastatic/locally advanced cancer receiving rehabilitation for general disability. Am J Hosp Palliat Care. 2014 Jun 5. [Epub ahead of print]
 25. Yamaguchi T, Morita T, et al: Palliative care development in the Asia-Pacific region: an international survey from the Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN). BMJ Support Palliat Care. 2014 Jul 10. [Epub ahead of print]
 26. Yamagishi A, Morita T, Kawagoe S, Miyashita M, et al: Length of home hospice care, family-perceived timing of referrals, perceived quality of care, and quality of death and dying in terminally ill cancer patients who died at home. Support Care Cancer. 2014 Aug 21. [Epub ahead of print]
 27. Tsai JS, Morita T, et al: Consciousness levels one week after admission to a palliative care unit improve survival prediction in advanced cancer patients. J Palliat Med. 2014 Sep 5. [Epub ahead of print]
 28. Amano K, Morita T, et al: Association between early palliative care referrals, inpatient hospice utilization, and aggressiveness of care at the end of life. J Palliat Med. 2014 Sep 11. [Epub ahead of print]
 29. Kinoshita H, Morita T, Miyashita M, et al: Place of death and the differences in patients quality of death and dying and caregiver burden. J Clin Oncol. 2014 Dec 22. [Epub ahead of print]
 30. Baba M, Morita T, Kawagoe S, et al: Independent validation of the modified prognosis palliative care study (PiPS) predictor models in three palliative care settings. J Pain Symptom Manage. 2014 Dec 11. [Epub ahead of print]
 31. 森田達也: 緩和医療学 13 生命予後の予測. 家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする在宅医療バイブル. 川越正平(編著). 日本医事新報社. 366-371, 2014.
 32. 阿部泰之, 森田達也: 「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発. Palliat Care Res 9(1):114-120, 2014.
 33. 森田達也, 他: 死と正面からむきあう その歴史的歩みとエビデンス 特集にあたって. 緩和ケア 24(2):85, 2014.
 34. 竹之内裕文, 森田達也: 死と正面からむきあう その意義と歴史的背景 . 緩和ケア 24(2):86-92, 2014.
 35. 森田達也: 看取りの時期の医学治療のトピックス. 緩和ケア 24(2):93-97, 2014.
 36. 森田達也(著), 他: 緩和治療薬の考え方、使い方. 中外医学社. 2014.
 37. 恒藤暁, 森田達也, 宮下光令(編): ホスピス緩和ケア白書 2014 がんプロフェッショナル養成基盤推進プランと学会・学術団体の緩和ケアへの取り組み. 青海社. 2014.
 38. 今井堅吾, 森田達也, 他: 病態に応じた

- 制吐薬の推奨を緩和ケアチームが行うことによる、がん患者の悪心に対する効果. Palliat Care Res 9(2):108-113, 2014.
39. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン委員会(編集): がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014年版. 金原出版株式会社. 2014.
 40. 日本緩和医療学会(編集): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 株式会社南山堂. 2014.
 41. 小田切拓也, 森田達也, 他: 気道分泌・死前喘鳴のマネジメント. 緩和ケア 24(4):276-282, 2014.
 42. 森田達也: 緩和医療・支持療法を知る 疼痛管理の新標準. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 86(8):638-643, 2014.
 43. 草島悦子, 森田達也, 他: 終末期がん患者の死の不安と希望をめぐる苦悩に対するケア 緩和ケアに従事する多職種のスピリチュアルケア経験に関するインタビュー調査. 臨床死生学 18/19(1):46-57, 2014.
 44. 森田達也(編者): プロフェッショナルがんナーシング 2014 年別冊 これだけは押さえておきたい がん疼痛治療の薬 - 非オピオイド鎮痛薬・オピオイド鎮痛薬・鎮痛補助薬 - はや調べノート. 株式会社メディカ出版. 2014.
 45. 森田達也, 他: 緩和ケアの症状マネジメント up to date 特集にあたって. 緩和ケア 21(5):334, 2014.
 46. 白土明美, 森田達也: 緩和ケアにおける薬物療法の up to date 倦怠感と化学療法後神経障害性疼痛. 緩和ケア 21(5):335-340, 2014.
 47. 森田達也, 他: 2014 年度診療報酬改定と“緩和ケア”への影響 1. 緩和ケア 21(5):361, 2014.
 48. 森田達也(プラン): 緩和ケア特集「いまさら聞けない」緩和ケアにおけるステロイドの使い方 Q&A. プロフェッショナルがんナーシング 4(5):41-68, 2014.
 49. 森田達也: 【ライフサイクルに応じた向精神薬の使い方】ターミナルケア・緩和ケア. 日医雑誌 143(7):1497-1500, 2014.
 50. 天野功二, 森田達也: 第 4 章 消化器癌化学療法の実践. 消化器癌化学療法施行時の栄養管理と消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌患者に対する緩和医療. 大村健二 編. 消化器癌化学療法. 改訂 4 版. 南山堂. 394-408, 2014.
 51. 森田達也: 緩和ケアのスクリーニングエビデンスと実践. 緩和ケア 24(6):426-432, 2014.
 52. 菅野喜久子, 木下寛也, 森田達也, 宮下光令, 他: 東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療のあり方に関する研究. Palliat Care Res 9(4):131-139, 2014.
 53. 森田達也: 緩和ケア領域における臨床研究の課題と方法論. 薬局 65(13):104-110, 2014.
2. 学会発表
 1. 森田達也, 他: シンポジウム 22 自施設でできる研究の質を上げよう(研究方法論: 初級編). 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
 2. 森田達也: シンポジウム 31 緩和ケア領域における研究方法論の最近の Controversy SY31-3 緩和ケア領域での complex intervention の研究方法論. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
 3. 森雅紀, 森田達也, 他: 全身状態の悪い終末期がん患者に対するモルヒネ持続投与の効果: 多施設観察研究. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
 4. 小田切拓也, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟における、セフトリアキソンの皮下点滴使用と奏功率. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
 5. 大道雅英, 森田達也, 他: 非根治癌患者における生物学的予後スコア第 2 版の予測精度と妥当性の前向き検証 Palliative Prognostic Index、腫瘍医の予後予測との比較. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
 6. 森雅紀, 森田達也, 他: 患者と死についての話をすること・死を前提とした行動をとることは家族がこころ残りなく過ごせるために必須か?. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
 7. 菅野喜久子, 木下寛也, 森田達也, 宮下

光令, 他: 東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療の在り方に関する研究. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸

8. 森雅紀, 森田達也, 他: 緩和ケア医を志す若手医師が感じる研修・自己研鑽のニーズと改善策: 全国大規模調査. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
9. 竹内真帆, 森田達也, 宮下光令, 他: 遺族調査が遺族に与える負担と受益. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
10. 竹内真帆, 森田達也, 宮下光令, 他: 遺族によるがん患者の死亡前の症状の評価. 第 19 回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
11. 森田達也: Regional Palliative Care Intervention Study using the Mixed-methods Design (日本における緩和ケア普及のための社会的研究). Sapporo Conference for Palliative and Supportive care in Cancer 2014 (がん緩和ケアに関する国際会議 2014). 2014.7, 札幌

H . 知的財産権の出願・登録状況

- 1 . 特許の取得
なし。
- 2 . 実用新案登録
なし。
- 3 . その他
なし。

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
研究分担者 井上真一郎 岡山大学病院 精神科神経科 助教

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
馬場華奈己 岡山大学病院 看護部 精神看護専門看護師
土山 璃沙 岡山大学病院 医療技術部 臨床心理士
大柳 貴恵 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
嶋本 恵 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。

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。

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

C．研究結果

平成26年8月9日に室蘭（医師4名、看護師6名）、同年8月30日に佐賀（医師3名、訪問看護師7名、薬剤師1名、ケアマネージャー3名、栄養士1名、介護職6名、管理者1名）

同年9月6日に横浜(医師5名、看護師26名、ケアマネ2名)、同年9月27日に大船渡(医師1名、訪問看護師12名、理学療法士4名)で研修会を開催した。合計で82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5.52、標準偏差1.21、研修後のテストは平均値7.01、標準偏差1.34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、 $p=0.030 (<0.05)$ 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59.80、標準偏差36.22、研修後の平均値が113.98、標準偏差37.80であった。対応のあるt検定では、 $p=0.000 (<0.05)$ となり、同様に有意差を認めた。

各研修会場地別に見ても、テスト結果と自己効力感どちらにおいても有意な差が認められた。

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

平成25年度の報告においては、サンプルサイズの小ささを問題点として挙げていたが、今年度は82名の参加者を得、新たに比較検討を実施し、有意な効果が示された。このことから、本研修会は参加者に対して一定の満足度と効果を与えることができたと考えられる。

今後の課題として、全国各地で同様の効果が得られる研修会を開催していけるように、指導者育成プログラムを検討することが挙げられる。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1. Akechi T , Uchitomi Y : PART12 Neuropsychiatrics 69 Depression/anxiety , Eduardo Bruera, Irene J. Higginson, Charles F. von Gunten, Tatsuya Morita : Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition ,CRC Press ,Florida ,2014 , pp691-702 , 2014.12.11
2. Fujimori M, Uchitomi Y , et al: Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized control trial. J Clin Oncol 32(20): 2166-2172 , 2014.7.10
3. Fujimori M, Uchitomi Y: Reply to B. Gyawali et al. J Clin Oncol 33(2):223-224 , 2015.1.10
4. Morita T, Miyashita M, Uchitomi Y , et al: Nurse Education Program on Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A Randomized Controlled Study of a Novel Two-Day Workshop. J Palliat Med 17(12) : 1298-1305 , 2014 9.16
5. Shibayama O, Akechi T, Ogawa A, Uchitomi Y , et al: Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. Cancer Med. 3(3) : 702-709 , 2014.6
6. Terada S, Uchitomi Y , et al: Development and evaluation of a short version of the quality of life questionnaire for dementia. Int Psychogeriatr 27(1):103-110 , 2015.1 doi: 10.1017/S1041610214001811. Epub 2014.8.27
7. 馬庭真利子, 内富庸介, 他: 脳腫瘍術後の器質性精神障害に paliperidone が有効であった1例, 臨床精神薬理 17(1) : 75-80, 2014.1.10
8. 樋口裕二, 内富庸介, 他: 身体疾患とうつ病 各種疾患・病態におけるうつ病・気分障害の合併の実情・がん治療・緩和ケアと

うつ病, Depression Journal 2(2):52-55,
2014.8

9. 樋口裕二, 内富庸介, 他: 腫瘍医へのコミュニケーション技術訓練, Depression Frontier 12(2): 33-39, 2014

2. 学会発表

1. 安藤満代, 内富庸介, 他: がん患者への精神的・心理的ケアとしてのライフレビュー・アートセラピーの実行可能性, 第 27 回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京 2014.10.3-4
2. 井上真一郎: 在宅医療におけるがん患者・家族の精神心理的ケア, 第 16 回日本在宅医学会大会, 静岡 2014.3.1
3. 井上真一郎: 終末期におけるせん妄マネジメント, 第 19 回日本緩和医療学会学術大会, 兵庫 2014.6.20
4. 井上真一郎: 多職種チームによる術後せん妄の予防的介入が無効であった症例の検討, 第 110 回日本精神神経学会, 神奈川 2014.6.27
5. 井上真一郎: せん妄に対するチームアプローチ, 第 27 回サイコオンコロジー学会, 千葉 2014.10.4
6. 井上真一郎: プロナンセリンによるせん妄薬物治療の一考察, 第 55 回 中国・四国精神神経学会, 山口 2014.10.24
7. 井上真一郎: 特別講演「精神医学と緩和医学の接点の研究について」, 第 14 回中国地区 GHP 研究会, 広島 2014.11.1
8. 井上真一郎: がん専門病院、大学病院、総合病院における精神腫瘍医 ~それぞれの立場で果たすべき役割の違いとは~, 第 27 回日本総合病院精神医学会, 茨城 2014.11.29

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

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・行動医学分野 教授

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、21 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した。

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．専門あるいは認定資格を有した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．コミュニケーションスキルを改善するうえでは、講義形式の坐学ではなくロールプレイが有用であること、3．連続した二日間の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、これらの経験を踏まえて、本教育プログラムでは、従来のプログラムを改訂し、以下の3つの要素を重点的に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. 均てん化を考慮し、開催および実施可能性を高める工夫を取り入れること。

昨年度の本研究班の成果として、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。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 つのパターンを収録し、1. 気持ちについて尋ねる、2. 感情を同定する、3. 感情の背景を尋ねる、4. 理解したことを自分で伝える、という支持的コミュニケーションの実際を解説した内容とした。

開催実施可能性を高める工夫としては、1. 講義を研修会前にインターネットで行うこと、2. 研修会所要時間を半日程度とすること、3. 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の検討]

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した。

介入：前述の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。主要評価項目である自信は 0-10 の Numerical Rating Scale 3 項目から構成され、総合スコアは 0-30 点の範囲でスコアリングされ、高得点がより自信があることを意味する。副次評価項目である知識は、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、高得点がより正しい知識を有していることを意味する。また実施終了後、自由記載での感想を求めた。

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。

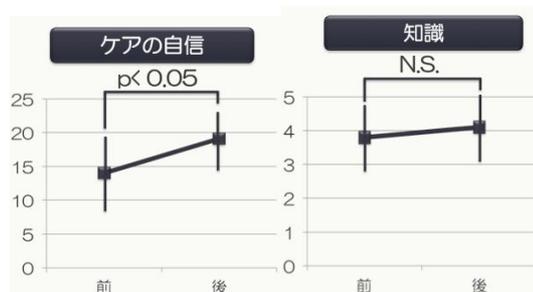
C. 研究結果

[教育プログラムの効果検討]

今年度は、新たに 10 名の看護師を対象に本プログラムを実施し、昨年度の参加者と合わせ、計 21 名から有効回答を得た。

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 26 年、14 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:14.0±5.7、介入後:19.1±4.6、 $p<0.05$)。ケアの知識については有意な改善を認めなかった(介入前:3.8±1.0、介入後:4.2±1.1、 $p=0.17$)。



自由記載での感想では、「気持ちについて尋ねるための時間を持つことが大切と感じた」など、気持ちに関するコミュニケーションの重要性への気付きに関する感想が得られたほか、「ロールプレイを通して、患者や家族の想いに配慮する重要性を再認識し、どう対応したら満足あるいは想いを引き出すことが出来るのかわかった」など、ロールプレイ学習が有効であったとの回答が得られた。

精神心理的苦痛の訴えなど、参加者への有害事象は認めなかった。

D. 考察

在宅医療スタッフを念頭においた、精神心理的苦痛を有する患者のケア向上に資する半日の簡便な教育プログラムを開発するとともに、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を示した。一方、知識については有意な改善が得ら

れなかったが、これはプログラム実施前スコアがすでに高得点であることから、天井効果によるものの可能性が考えられた。これは参加者の知識レベルが高かった可能性あるいは知識を問う項目が容易すぎた可能性等が考えられ、今後同種の研究を実施するうえで設問内容の工夫が必要であることが示唆された。

本結果が、1. インターネット学習採用、2. 研修会の短時間化、3. 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られる。

本研究で扱ったところのケアは、通常の心理反応と言われるごく軽度の精神心理的苦痛を念頭においたものであり、本プログラムの修了のみで、うつ病・適応障害といったより重篤な精神心理的苦痛に対処できるようになるわけではないことに留意が必要である。一方でこのような重篤な精神心理的苦痛を有する患者こそ支援が必要であることから、今後、本プログラムの開発で得られた知見を活かして、本プログラム修了者が次段階として重篤な精神心理的苦痛について学ぶことができるプログラムの開発が必要と考える。

E . 結論

簡便でかつ実施可能性が高い在宅医療スタッフのためのところのケア教育プログラムを開発し、それが訪問看護師のケアに関する自信を高めることに有用であることを示した。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

- 論文発表
1. Akechi T, et al: Contribution of problem-solving skills to fear of recurrence in breast cancer survivors. Breast Cancer Res Treat 145:205-10, 2014
2. Azuma H, Akechi T: What domains of quality of life are risk factors for depression in patients with epilepsy? Austin journal of psychiatry and behavioral sciences 1:4, 2014
3. Azuma H, Akechi T: Effects of psychosocial functioning, depression, seizure frequency, and employment on quality of life in patients with epilepsy. Epilepsy Behav 41:18-20, 2014
4. Banno K, Akechi T, et al: Neural basis of three dimensions of agitated behaviors in patients with Alzheimer disease. Neuropsychiatr Dis Treat 10:339-48, 2014
5. Katsuki F, Akechi T, et al: Multifamily psychoeducation for improvement of mental health among relatives of patients with major depressive disorder lasting more than one year: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 15:320, 2014
6. Momino K, Akechi T, et al: Psychometric Properties of the Japanese Version of the Concerns About Recurrence Scale (CARS-J). Jpn J Clin Oncol 44:456-62, 2014
7. Morita T, Miyashita M, Akechi T, et al: Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients. J Palliat Med 17:887-93, 2014
8. Nakanotani T, Akechi T, et al: Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey. Jpn J Clin Oncol 44:448-55, 2014
9. Reese JB, Akechi T, et al: Cancer patients' function, symptoms and supportive care needs: a latent class analysis across cultures. Qual Life Res, 2014
10. Shibayama O, Uchitomi Y, Akechi T, et al: Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. Cancer Med 3:702-9, 2014
11. Shiraishi N, Akechi T, et al: Relationship between Violent Behavior

- and Repeated Weight-Loss Dieting among Female Adolescents in Japan. *Evid Based Ment Health* 9:e107744, 2014
12. Shiraishi N, Akechi T, et al: Brief psychoeducation for schizophrenia primarily intended to change the cognition of auditory hallucinations: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis* 202:35-9, 2014
 13. Suzuki M, Akechi T, et al: A failure to confirm the effectiveness of a brief group psychoeducational program for mothers of children with high-functioning pervasive developmental disorders: a randomized controlled pilot trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 10:1141-53, 2014
 14. Yamauchi T, Akechi T, et al: Death by suicide and other externally caused injuries after stroke in Japan (1990-2010): the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychosom Med* 76:452-9, 2014
 15. Yamauchi T, Akechi T, et al: Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Psychooncology* 23:1034-41, 2014
 16. Yokoo M, Ogawa A, Akechi T, et al: Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 44:670-6, 2014
 17. Shiraishi N, Akechi T, et al: Contribution of repeated weight-loss dieting to violent behavior in female adolescents. *PLOS ONE*, in press
 18. Kondo M, Akechi T, et al: Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form. *Health and Quality of Life Outcomes*, in press
 19. 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
 20. Ito Y, Akechi T, et al: Good death for children with cancer: a qualitative Study. *Jpn J Clin Oncol*, in press
 21. Akechi T, et al: Depressed with cancer can respond to antidepressants, but further research is needed to confirm and expand on these findings. *Evid Based Ment Health*, in press
 22. Akechi T, et al: Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis. *Jpn J Clin Oncol*, in press
 23. 黒田純子, 明智龍男, et al: 新規制吐剤の使用開始前後における外来がん患者の予期性悪心の検討. *医療薬学* 40:165-173, 2014
 24. 明智龍男: 大学病院で総合病院精神科医を育てる. *総合病院精神医学* 26:1, 2014
 25. 明智龍男: 総合病院における精神科医のがん医療(サイコオンコロジー). *臨床精神医学* 43:859-864, 2014
 26. 明智龍男: 精神腫瘍学の進歩. 最新がん薬物療法学 72:597-600, 2014
 27. 明智龍男: サイコオンコロジー-うつ病、うつ状態の薬物療法・心理療法. *心身医学* 54:29-36, 2014
 28. 古川壽亮, 明智龍男, et al: 臨床現場の自然史的データから治療効果を検証する: 名古屋市立大学における社交不安障害の認知行動療法. *精神神経学雑誌* 116:799-804, 2014
 29. 古川壽亮, 明智龍男, et al: SUND 大うつ病に対する新規抗うつ剤の最適使用戦略を確立するための大規模無作為割り付け比較試験. *精神医学* 56:477-489, 2014
 30. 明智龍男: 精神症状の基本, in 小川朝生, 内富庸介 (eds): *医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア*. 東京, 創造出版, 2014, pp 53-60
 31. 明智龍男: 精神症状(抑うつ・不安・せん妄), in 川越正平 (ed): *在宅医療バイブル*. 東京, 日本医事新報社, 2014, pp 340-346

32. 明智龍男: 危機介入, in 堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎 (eds): これだけは知っておきたい 精神科の診かた、考え方. 東京, 羊土社, 2014, pp 145-146
 33. 明智龍男: 支持的な精神療法, in 堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎 (eds): これだけは知っておきたい 精神科の診かた、考え方. 東京, 羊土社, 2014, pp 142-144
 34. 明智龍男: 主要な精神症状のマネジメントとケア, in 恒藤暁, 内布敦子 (eds): 系統看護学講座別巻 緩和ケア. 東京, 医学書院, 2014, pp 210-232
 35. 平井啓, 小川朝生, 明智龍男, et al: 医療従事者の心理的ケア, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 322-327
 36. 大谷弘行, 明智龍男, et al: 心理的反応, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 278-285
 37. 石田真弓, 明智龍男, et al: 家族ケアと遺族ケア, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 313-321
 38. 清水研, 小川朝生, 明智龍男, et al: うつ病と適応障害, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 235-243
 39. 吉内一浩, 明智龍男, et al: コミュニケーション, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 286-294
 40. 奥山徹, 明智龍男, et al: 睡眠障害, in 恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al (eds): 専門家をめざす人のための緩和医療学. 東京, 南江堂, 2014, pp 254-258
2. 学会発表
1. Ogawa S, Akechi T, et al: Comorbidity and anxiety sensitivity among patients with panic disorder who have received cognitive behavioral therapy. The Association for behavioral and cognitive therapies 48th annual convention, Philadelphia, 2014 Nov
 2. Uchida M, Akechi T, et al: Prevalence of fatigue among cancer patients undergoing radiation therapy and its associated factors. The 41th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia, Melbourne, 2014 Dec
 3. Uchida M, Akechi T, et al: Factors associated with preference of communication about life expectancy with physicians among cancer patients undergoing radiation therapy. The 41th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia, Melbourne, 2014 Dec
 4. Sugano K, Akechi T, et al: Prevalence and predictors of medical decision-making incapacity amongst newly diagnosed older cancer patients: A cross-sectional study. The 4th Asia Pacific Psycho-oncology Network, Taipei, 2014
 5. Sugano K, Akechi T, et al: Prevalence and predictors of medical decision-making incapacity amongst newly diagnosed older cancer patients: A cross-sectional study. The 16th World Congress of Psycho-Oncology, Lisbon, 2014
 6. Shibayama O, Akechi T, et al: Radiotherapy and Cognitive Function in Breast Cancer Patients Treated with Conservation Therapy. The 16th World Congress of Psycho-Oncology, Lisbon, 2014
 7. Akechi T, Miyashita M, et al: Anxiety and underlying patients' needs in disease free breast cancer survivors. The 4th Asia Pacific Psycho-oncology Network, Taipei, 2014
 8. 明智龍男: シンポジウム がん患者の心をどう捉えるか: Psycho-Oncologyの科学的基盤 がん患者のうつ病・うつ状態の病態. 第27回 日本総合病院精神医学会総会, つくば市, 2014年11月

9. 明智龍男: ミート・ザ・エキスパート 自分たちのケア、どうしていますか? 第27回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
10. 明智龍男: シンポジウム「精神腫瘍医がいないところで、こころのケアをどうするか」 日本サイコオンコロジー学会および大学医学部講座の立場から、対策・解決策を考える. 第27回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
11. 明智龍男: シンポジウム「高齢者がん治療のエッセンス」 高齢者がん治療の問題点-精神症状の観点から. 第52回日本癌治療学会学術集会, 横浜, 2014年8月
12. 明智龍男: シンポジウム「がん患者の治療意思決定支援」 がん患者の意思決定能力の判断. 第12回日本臨床腫瘍学会総会, 福岡, 2014年7月
13. 明智龍男: シンポジウム「がん患者・家族のうつ病治療再考」 がん患者の精神症状緩和のためのコラボレイティブケアの試み. 第11回 日本うつ病学会総会, 広島市, 2014年7月
14. 明智龍男: シンポジウム「がん患者・家族との良好なコミュニケーション」 希死念慮を理解し対応する. 第19回日本緩和医療学会総会, 神戸, 2014年6月
15. 明智龍男: がん患者・家族の精神的ケア. Presented at the アルメイダ病院緩和医療研修会 特別講演, 大分, 2014年11月
16. 川口彰子, 明智龍男, et al: 大うつ病エピソードに対する電気けいれん療法後の agitation の予測因子に関する観察研究. 第27回日本総合病院精神医学会, 筑波, 2014年11月
17. 三木有希, 明智龍男, et al: 妊娠中に希死念慮を伴ううつ病の再燃を認めた妊婦への多職種介入. 第11回日本周産期メンタルヘルス研究会, 大宮, 2014年11月
18. 東英樹, 明智龍男: うつ病、心理社会機能と発作頻度はてんかん患者のQOLに影響する. 第48回日本てんかん学会, 東京, 2014年10月
19. 中野谷貴子, 明智龍男, et al: 日本の高齢がん患者の問題とQOLとの関係: Web調査. 第27回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
20. 久保田陽介, 明智龍男: がん診療に関わる看護師に向け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. 第27回 日本サイコオンコロジー学会総会, 東京, 2014年10月
21. 明智龍男: がんところのケア-がんになっても自分らしく過ごすために. 愛知県医師会健康教育講座, 名古屋, 2014年9月
22. 明智龍男: がん(肺がん)患者とのコミュニケーション. 肺がんチーム医療推進フォーラム 特別講演, 福岡, 2014年9月
23. 小川成, 明智龍男, et al: 社交不安障害患者における併存症に対する認知行動療法の効果予測因子. 第14回日本認知療法学会, 大阪, 2014年9月
24. 鈴木真佐子, 明智龍男, et al: 高機能広汎性発達障害児の母親に対する短期集団母親心理教育プログラムの効果: 無作為化比較試験. 第158回名古屋市立大学医学会総会, 名古屋, 2014年6月
25. 渡辺範雄, 明智龍男, et al: 新世代抗うつ薬の最適使用戦略 実践的カトリアル SUND study. 第110回日本精神神経学会, 横浜, 2014年6月
26. 小川朝生, 明智龍男, et al: がん患者の意思決定能力評価. 第19回日本緩和医療学会, 神戸, 2014年6月
27. 小川成, 明智龍男, et al: 認知行動療法終了後のパニック障害患者における併存精神症状と不安感受性. 第110回日本精神神経学会, 横浜, 2014年6月
28. 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2回奈良メンタルヘルス研究会 特別講演, 奈良, 2014年5月
29. 明智龍男: がん患者の精神症状の評価とマネジメント. 第10回備後サイコオンコロジー研究会 特別講演, 福山, 2014年5月
30. 明智龍男: がん患者の精神症状の評価とマネジメント. 第3回緩和ケア勉強会 in 半田 特別講演, 半田, 2014年4月
31. 東英樹, 明智龍男, et al: 態の治療経過で発症した複雑部分発作重積の1例. 第68回名古屋臨床脳波検討会, 名古屋, 2014年4月
32. 明智龍男: がん患者の精神症状の評価とマネジメント. 愛知キャンサーネットワーク

- ク 第1回精神腫瘍学を学ぶ会 特別講演,
名古屋, 2014年2月
33. 明智龍男: がん患者の精神症状のケア. 在宅医療緩和推進プロジェクト第2回研修会
特別講演, 名古屋, 2014年2月
 34. 川口彰子, 明智龍男, et al: 社交不安障
害患者における自己意識関連情動の神経
基盤: 機能的MRIによる解析. 第5回日本不
安障害学会学術大会, 札幌, 2014年2月
 35. 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172回東海精神
神経学会 特別講演, 名古屋, 2014年1月
 36. 佐藤博文, 明智龍男, et al: フルボキサ
ミンにアリピプラゾールを併用し奏功し
た強迫性障害の1例. 第172回東海精神神経
学会, 名古屋, 2014年1月

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 北里大学医学部附属新世紀医療開発センター・部長・教授

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的確にサポートする必要がある。平成 24 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。平成 26 年年 12 月に、症例登録予定 60 例中 41 例の登録が終了した時点で、登録終了としてプロトコールに規定される観察期間に移行した。登録に時間を要していたことと各群 20 例でも十分解析できることなどが登録終了の理由である。今年度は昨年度に引き続き、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、ピアサポート活動の講演会に付随して神奈川県相模原市、熊本県上天草市で行った。上天草市では病院幹部に災害時の対応に関するインタビューを行った。

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どうかを検討する。

（2）意思決定サポートが不安や抑うつを悪化させるかどうかを調べる。

（3）がん診療地域連携クリティカルパス使用の有無別に QOL、不安抑うつに差があるかどうかを検討する。

2．災害時のがん診療に関するアンケート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。

3．地域のがん診療中核病院に対する災害時がん診療連携に関するインタビューがん診療連携拠点病院ではないが、がん診療も担う地域中核病院において、災害時のがん診療連携について、どのような備えがなされているかを明らかにする。

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

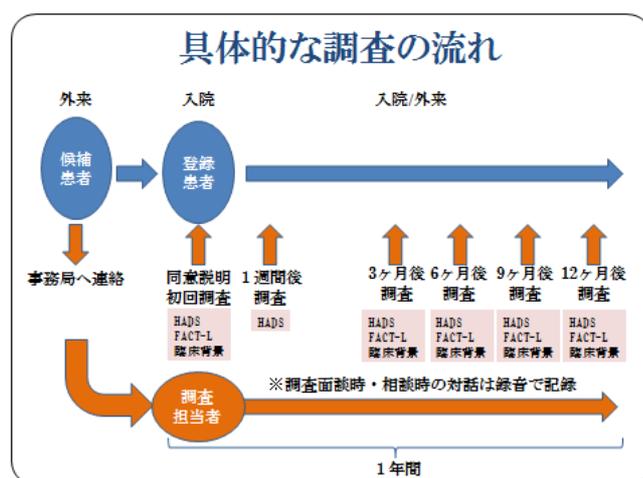
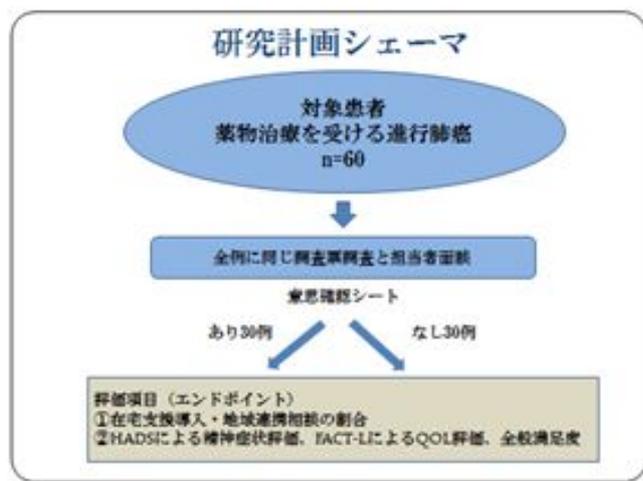
意思決定サポート介入の認容性および在宅支援導入改善効果に関する前向き調査研究

(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：60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9月28日：神奈川県相模原市「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」
- 2014年11月21日：熊本県上天草市「上天草市民公開講座 がん講演会」
- 2014年2月22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な方式まで)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)

3. 地域のがん診療中核病院に対する災害時がん診療連携に関するインタビュー

熊本県上天草総合病院事業管理者樋口定信先生、同病院医事課長兼医療相談室長 東矢義光氏に対して、災害時医療やがん診療連携に関するインタビューを行った。

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12月現在で41例の調査研究登録、うち40名の対話録音記録承諾を得た。登録開始後1年間で60名以上に説明し、承諾が得られたのが41例であったこと、追跡調査に担当者の負担が多いこと、各群20例以上であれば十分検討可能であると考えられることより41例で登録終了とし、最終登録の1年後までプロトコル通りの追跡調査を行う。全ての解析は、追跡調査終了後に行う。

2. 災害時のがん診療に関するアンケート

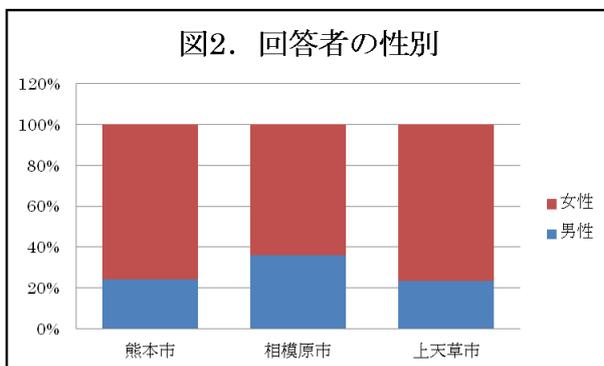
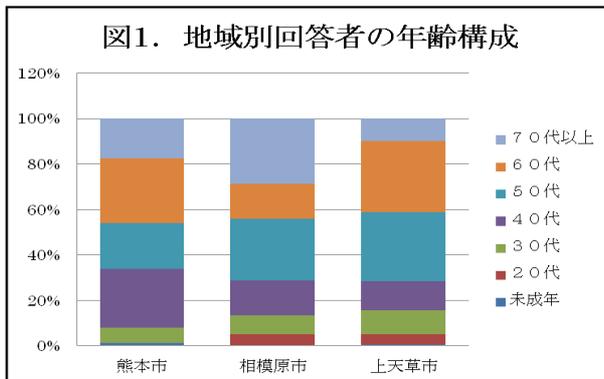
昨年度の熊本でのアンケートは、スタッフも含む参加者111人中76人(64.5%)から回答を得た。昨年度の3月8日と今年度の9月28日の相模原でのアンケートは計83人中59

(71.1%)から回答を得た。11月21日の上天草市では、最多の133人(68.2%)から回答を得た(表1)。

表1. アンケート調査参加者の背景

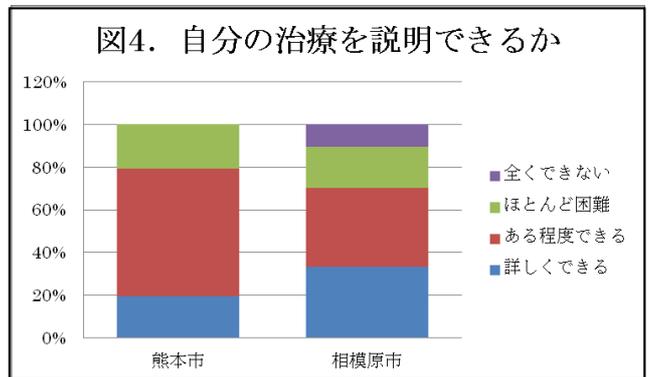
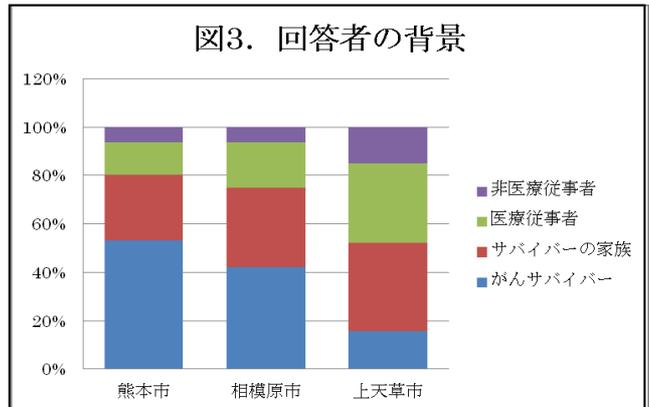
	平成25年度		平成26年度	
	2014/1/18	2014/3/8	2014/9/28	2014/11/21
期日				
場所	熊本市	相模原市	相模原市	上天草市
参加者(人)	111	45	38	195
回答者(人)	76	33	26	133
回答率(%)	68.5	73.3	68.4	68.2

相模原市、熊本市、上天草市の回答者の年齢分布を図1に、性別分布を図2に示す。年齢は各地区とも60歳以上が40%を占めたが、相模原市においては、70%以上が25%を占め、熊本県とは異なる分布を示した(図1)。回答者の性別は、いずれの地区でも女性が60%以上を占め、同様の傾向であった(図2)。

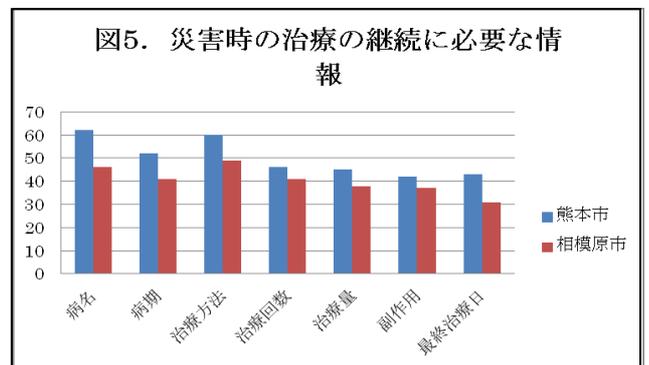


回答者の背景をみると、昨年度の熊本ではがんサバイバーが50%を超えたのに対し、相模原、上天草の順でその割合が減少し、逆に熊本市に比べて、相模原市、上天草市と医療従事者が増加している。これは、アンケートを行った会の参加者の背景を反映しており、がんサロン

が主催であった熊本ではがんサバイバーが多く、医療者・行政・がんサロンの協同開催であった市民講座の上天草では医療者の動員があったと推察できる(図3)。

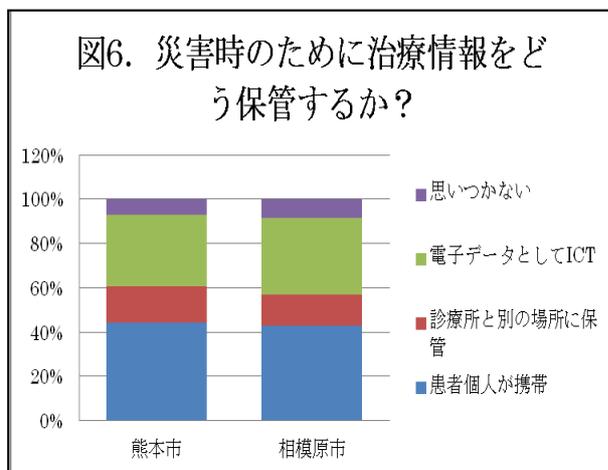


以下は、医療従事者の回答者割合が比較的近かった、昨年度の熊本市と相模原市で比較する。「もし癌であったときに自分の治療について説明できるか」を尋ねたところ、両地区で70%以上ができるまたはある程度できると回答した。相模原においては、詳しくできる割合も高いが、全くできない割合も高く、かなり個人差がある(図4)。治療の継続に必要な医療情報については、半数以上の参加者がすべての項目を選んでいった(図5)。



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

では、相模原市と熊本市で差はなく、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。



3. 地域のがん診療中核病院に対する災害時がん診療連携に関するインタビュー 【平成 26 年 11 月 21 日 調査内容記録】

(1) インタビュー

場所：上天草総合病院院長室

時間：13：30-14：30

インタビューの相手：事業管理者樋口定信

- 病院の性格：災害拠点病院
- 災害時の体制：急性期対応はマニュアルあり。慢性疾患については、透析は天草内の病院での連携あり。抗がん剤治療については特になし。
- 公的病院災害ネットワーク：熊本県下の公的病院が災害時に互助体制を敷くことを念頭に結成。事務局は熊本赤十字病院。
- あまくさメディカルネット：患者同意を得たうえで電子カルテデータの共有を図る。平成 25 年 8 月、地域再生基金で発足。天草地域医療センター（医師会立）が事務局。

(2) 病院見学

場所：上天草総合病院院長室 一般病棟 地域包括ケア病棟 内視鏡室 集中治療室 屋内プール 院長室

時間：14：30-15：30

- 地域中核病院として、内視鏡・リハビリ・透析などに力を入れている
- 以前は小児喘息の療養拠点としてプールなどを備えていたが、平成 19 年に閉鎖。現在はリハビリなどに転用している
- 地域包括ケア病床の有用性が高い
- 看護学校の新設を計画しているが、国からの補助金対象にはなっていない。
- 地域の医療機関は医療の提供にとどまらず、

地域の雇用の創出と経済の活性化までみこした事業計画が必要である。

(3) インタビュー

場所：上天草総合病院院長室

時間：16：30-17：00

インタビューの相手：上天草総合病院医事課長兼医療相談室長 東矢義光

- あまくさメディカルネットについて資料をいただき補足的説明を受けた。医師会病院（天草地域医療センター）が中心となって診療情報の共有化を図る計画。

D. 考察

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

患者登録を修了した。2015 年 12 月にて最終登録患者の 1 年間の観察期間が終了するため、その後全てのデータを解析予定である。高い録音同意取得を得ているので、質的研究の研究計画書を策定し、看護研究として解析する。

2. 災害時のがん診療に関するアンケート

アンケートを行った会の対象や開催場所によって、回答者の背景にバラつきがみられるが、災害時の医療情報の保管・管理についての意見はある程度同様であり、患者が持参する形とインターネット空間を含む電子媒体での保管・管理する形を望む意見が多かった。本年度 2 月 22 日に相模原地区で 3 回目のアンケート（全体で通算 5 回目）を行う予定であるので、再度地区別、参加者背景別に分析を加え、最終的にはがんパスの中にどのような情報を付随させると災害時にも有用であるかを検討する予定である。がんパスの形態としては、紙ベースに加え電子媒体も考慮する必要があるが、実現可能性を考慮すると、今回のアンケート調査から、それぞれの意見がどのような背景（年齢、性別、職業）の回答者から得られているかを分析する必要がある。

3. 地域のがん診療中核病院に対する災害時がん診療連携に関するインタビュー

50 年以上前に大水害に見舞われた地域であり、防災に対する意識は高いが、がん診療の継続については人工透析程の対策は立てられていなかった。今後、医師会とい協同で行われる電子カルテネットワークが立ち上がる予定であり、抗がん剤投与患者や緩和ケア対象患者における共有情報をまとめたテンプレートなど

を作成することにより、効率良い情報の共有が可能であると考えられる。

E . 結論

来年度まで観察研究継続し、データ解析・発表を行う。アンケートに関しては2年間5回の結果をまとめて、神奈川県・熊本県に配布物としてフィードバックし、災害時のがん診療連携についてあらかじめマニュアルを作成するよう啓発する。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1. Igawa S, Gohda K, Fukui T, Ryuge S, Otani S, Masago A, Sato J, Murakami K, Maki S, Katono K, Takakura A, Sasaki J, Satoh Y, Masuda N. Circulating tumor cells as a prognostic factor in patients with small cell lung cancer. *Oncol Lett.* 7:1469-1473, 2014
2. Igawa S, Kasajima M, Ishihara M, Kimura M, Hiyoshi Y, Asakuma M, Otani S, Katono K, Sasaki J, Masuda N. Comparison of the Efficacy of Gefitinib in Patients with Non-Small Cell Lung Cancer according to the Type of Epidermal Growth Factor Receptor Mutation. *Oncology.* 87:215-223, 2014
3. Ishihara M, Igawa S, Maki S, Harada S, Kusahara S, Niwa H, Otani S, Sasaki J, Jiang SX, Masuda N. Successful chemotherapy with nab-Paclitaxel in a heavily treated non-small cell lung cancer patient: a case report. *Case Rep Oncol.* 7:401-406, 2014
4. Igawa S, Kasajima M, Ishihara M, Kimura M, Hiyoshi Y, Niwa H, Kusahara S, Harada S, Asakuma M, Otani S, Katono K, Sasaki J, Masuda N. Evaluation of gefitinib efficacy according to body surface area in patients with non-small cell lung cancer harboring an EGFR mutation.

Cancer
Pharmacol .74:939-946,2014

Chemother

5. Sakata S, Sasaki J, Saeki S, Hamada A, Kishi H, Nakamura K, Tanaka H, Notsute D, Sato R, Saruwatari K, Iriki T, Akaike K, Fujii S, Hirosako S, Kohrogi H. Dose Escalation and Pharmacokinetic Study of Carboplatin plus Pemetrexed for Elderly Patients with Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer: Kumamoto Thoracic Oncology Study Group Trial 1002. *Oncology.* 88:201-207, 2014
6. 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)

2 . 学会発表

なし

H . 知的財産権の出願・登録状況

1 . 特許の取得

なし

2 . 実用新案登録

なし

3 . その他

なし

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 林 直子 聖路加国際大学・教授

研究協力者 川越 博美 医療法人社団パリアン・看護部長
緩和ケア訪問看護ステーション連絡会

研究要旨

平成26年度は、平成24年度に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と東京都で実施した。対象者は医療機関あるい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55名であった。講義は宮城県仙台市で30名、東京都中央区で25名が受講した。このうちの7名が受講後に5日間の実習を行った。今年度のプログラムは昨年度と同様に、緩和ケアに関する医療者の知識・困難感・実践尺度（PCKT, PCPS, PCDS）を用いたアンケートを講義直前、講義直後、実習直後に実施し評価を行った。さらに昨年度実施した教育プログラムの受講者には、提供した教育プログラムがその後も生かされているかどうかを把握するために、受講半年後のアンケート調査を実施した。

これらのデータに平成24年度と平成25年度のデータを加え、今年度の結果と比較検討することで、3年分の「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を評価した。

A．研究目的

平成26年度は平成24年度に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仙台市と東京都内で実施するとともに、今年度で3年目となる「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を総合的に評価することである。

B．研究方法

1. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の実施方法

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の実施は3年目を迎えた。この教育プログラムは講義と実習から構成されおり、今回は仙台と東京で実施した。

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。

受講者の募集は、「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を行う宮城県と都内の医療機関及び訪問看護ステーションへのリーフレットの郵送、およびソーシャルネットワークからの発信によって行った。

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、臨末期ケア、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。

平成24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、それぞれの講義は時間を短縮しても10項目の教育項目を網羅できると判断したことから、平成25年度より1日で全て講義を終えることができる日程に変更している(表1)。

講義は、10項目の教育項目を7項目に整理し、1)緩和ケア総論、2)症状マネジメント(総論・各論)、3)家族ケア、4)チームケアとコミュニケーション、5)看取りのケア・デスエデュケーション、6)介護保険制度・社会資源の活用、7)倫理的問題と活用、とし、がん緩和ケアを専門とする大学の教員、医師、専門看護師などが担当することとなった。

これに加え、講義で得た知識を実践のイメージに近づけられるよう、事例を用いたグループワークを加えている。グループワークでは受講者が積極的にディスカッションに加わることができるよう、事例に関する事前課題を講義の1週間前に受講者に提示している。

また、昨年度までは、開催場所により担当の講師が変更となった場合もあり、講義内容に統一性が保たれないことが問題となった。そこで今年度は、昨年度までの講義を担当した講師が中心となり、教育項目に沿ったテキストを作成した(図1)。

実習は緩和ケアを専門とする訪問看護ステーションで連続5日間行われる。実習生は教育プログラムの講義を受講していることが前提である。

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

いることを条件とした。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。各実習施設には実習指導の手引き、共通の記録用紙を使用してもらうことで、異なる施設でも可能な限り同じような実習ができるよう配慮した(別紙 資料1、資料2)。

講義および実習の評価は中澤らが開発し、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・困難感・実践尺度」(PCKT,PCPS,PCDS)を用い、講義直前、講義直後、実習後のアンケート調査を、前年度までの調査結果と比較検討して行うこととした。

2. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の評価方法

1)平成25年度受講者の調査・経時的評価方法について

平成25年度の教育プログラムの受講者は、58名であった。このうち10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。

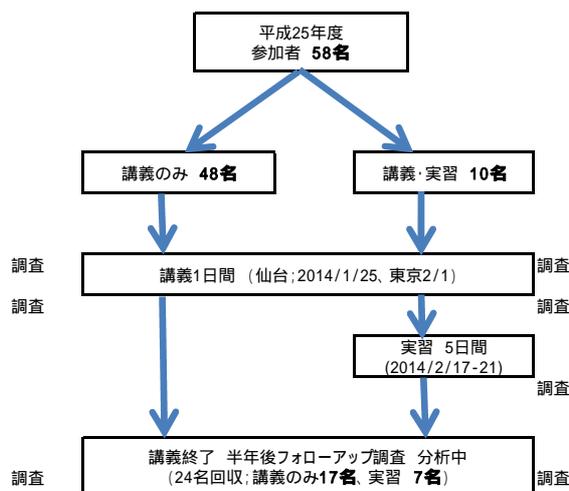


図1 平成25年度の実習者のフロー

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・困難感・実践尺度」(PCKT,PCPS,PCDS)であり、緩和ケアに関する実践: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；57人）と調査（プログラム受講後；57人）調査（実習後；10人）、調査（半年後フォロー；24人、うち講義のみ17人、実習参加7名）について、講義群と実習群などに層別して、緩和ケアに関する知識、困難感、実践の各項目について比較と、調査と調査での結果の比較を行った。

（倫理面への配慮）

教育プログラムの評価にあたり、アンケートを実施した。データ収集については、連結可能匿名性であり、個人情報の管理は事務局で行った。またアンケートの回答は、任意であり、自由意思に基づいて同意が得られた参加者に対して実施した。

C . 研究結果

1 . 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の 実施について

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」の講義は宮城県仙台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）であった。

仙台市の「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」は、仙台市・名取市、岩沼市周辺で在宅ホスピスケアを行っている医療法人社団爽秋会岡部医院の共催により、平成27年12月13日（土）にTPK仙台カンファレンスセンターで実施した。受講者は30名で、訪問看護ステーションに勤務する看護師が8割を占めた。受講者には岩手県や福島県の看護師も数名含まれていた。

（写真1、2.）

東京での講義は平成27年1月10日（土）に聖路加国際大学で行った。受講者は25名で約半数が訪問看護ステーションに勤務する看護師、残りの半数が病院や診療所に勤務する看護師であった。受講者の中には、長野県、佐賀県の看護師も含まれていた。（写真3.）

グループワークは1グループが5~6名で、事前学習に提示した事例の討議を行った。それぞれのグループには討議が活発に行えるよう、ファシリテーターが加わった。グループ討議は特に在宅緩和ケアを提供する看護師に求められる、症状コントロールと家族ケアを中心に行われた。

2) 実習

実習は緩和ケアを専門とする訪問看護ステーションで行われた。実習施設は、岡部医院訪問看護ステーション（仙台）、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）の3か所である。実習期間は小平訪問看護ステーションが平成27年1月19日~23日、岡部医院訪問看護ステーションと訪問看護パリアンが平成27年2月2日（月）から2月6（金）までの5日間であった。緩和ケアを専門とする訪問看護ステーションは数が限られていたことから、希望者の全てに実習の機会を提供できなかったが、受講者55名のうち7名が実習を行うことができた。

実習は以下の目的・目標に沿って行われた。
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。

実習生は、実習期間中「基本情報（様式 1）」、「訪問看護記録（様式 2）」、「実習担当者とのリフレクションによって得られたこと（様式 3）」、「気になった場面のプロセスレコード（様式 4）」、「週間サービス計画表（様式 5）」を記載し、実習指導を受ながら、実習の目的・目標の達成を目指した。

2. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」のアンケート結果 平成 25 年度の結果より-

1) 受講者の基本属性

プログラム開始時調査に回答のあった 57 人の基本属性は、表に示す通りである。

参加者の年代としては、40 代が最も多く、次いで、30 代、50 代、20 代と続いた。最終学歴は 6 割が専門学校卒業であった。現在の所属は、7 割以上が訪問看護ステーションと回答したが、約 2 割は病院の看護師の参加であった。実習参加群と講義のみ群に年代、臨床経験と訪問看護師の経験年数の差はなかった。また、最終学歴については、講義のみ群には専門学校卒が実習群には大学卒の参加が多い傾向が見られた。

表 1 基本属性

基本属性	項目	人	%
年代	20代	4	6.9
	30代	20	34.5
	40代	23	39.7
	50代	8	13.8
	60代	2	3.4
	無回答	1	1.7
最終学歴	専門学校	35	60.3
	大学	9	15.5
	大学院	3	5.2
	その他	9	15.5
	無回答	2	3.4
現在の勤務先	訪問看護ステーション	42	72.4
	診療所	2	3.4
	病院	11	19
	その他	1	1.7
	無回答	2	3.4
臨床経験	平均	12.1年	SD 8.3
訪問看護師経験	平均	5.6年	SD 5.6

2) 「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 - 講義のみ群と実習あり群の比較 -

実習の有無別に、受講前（調査 ）と受講後（調査 ）、実習群には実習後（調査 ）と半

年後（調査 ）の各時点における緩和ケアに対する実践、困難感、知識の基礎集計は、表 2～5 の通りであった。

表 2 調査 における平均値と標準偏差

	調査 (n=57)		講義のみ(n=47)		実習あり(n=10)		t検定
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
緩和ケア に対する 実践	疼痛	12.33	2.52	12.50	1.84		n.s
	呼吸困難	11.92	2.57	11.00	2.49		
	せん妄	10.25	2.87	11.10	2.81		
	看取り	11.85	2.43	12.56	1.88		
	コミュニケーション	11.75	2.18	11.60	2.12		
	患者・家族中心のケア	12.65	1.87	12.40	1.96		
緩和ケア に対する 困難感	症状緩和	10.73	2.30	11.10	3.14		n.s
	専門の支援	9.66	4.20	9.20	3.99		
	医療者間のコミュニケーション	9.44	3.27	9.10	3.84		
	患者・家族中心とのコミュニケーション	9.83	2.41	9.50	1.84		
スコア化	実践合計	70.75	11.56	71.89	10.13		n.s
	困難合計	47.38	11.42	47.70	9.80		
	知識合計	12.33	3.92	12.90	3.00		

表 3 調査 における平均値と標準偏差

	調査 (n=57)		講義のみ(n=47)		実習あり(n=10)		t検定
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
緩和ケア に対する 実践	疼痛	12.36	2.45	12.80	1.93		n.s
	呼吸困難	12.19	2.13	12.40	1.84		
	せん妄	10.40	2.73	11.50	2.27		
	看取り	11.62	2.16	12.00	1.56		
	コミュニケーション	12.38	1.85	12.20	2.35		
	患者・家族中心のケア	12.81	1.81	12.70	2.21		
緩和ケア に対する 困難感	症状緩和	10.04	2.72	9.44	2.30		n.s
	専門の支援	8.37	3.84	8.56	3.01		
	医療者間のコミュニケーション	9.00	3.11	7.80	2.78		
	患者・家族中心とのコミュニケーション	9.45	2.65	8.20	2.10		
スコア化	実践合計	71.77	10.50	73.60	9.72		n.s
	困難合計	44.89	10.95	43.25	5.23		
	知識合計	14.35	3.20	15.40	2.68		

表 4 調査 における平均値と標準偏差

	調査 (n=10)		講義のみ(n=47)		実習あり(n=10)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
緩和ケア に対する 実践	疼痛	13.40	1.84	12.60	1.51	
	呼吸困難	12.20	1.55	10.90	2.69	
	せん妄	11.80	1.75	11.80	1.75	
	看取り	10.90	2.69	11.80	1.75	
	コミュニケーション	11.80	1.75	12.40	1.58	
	患者・家族中心のケア	12.40	1.58	10.50	2.01	
緩和ケア に対する 困難感	症状緩和	10.50	2.01	8.60	2.32	
	専門の支援	8.60	2.32	9.20	4.21	
	医療者間のコミュニケーション	9.20	4.21	9.50	2.22	
	患者・家族中心とのコミュニケーション	9.50	2.22	8.60	2.60	
スコア化	実践合計	73.30	7.32	46.40	9.19	
	困難合計	46.40	9.19	16.90	3.04	

表 5 調査 における平均値と標準偏差

	調査 (n=24)		講義のみ(n=17)		実習あり(n=7)		t検定
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
緩和ケア に対する 実践	疼痛	11.94	2.90	12.86	1.35		n.s
	呼吸困難	12.06	2.02	12.57	1.81		
	せん妄	11.35	2.55	11.71	2.22		
	看取り	12.94	1.95	12.29	1.80		
	コミュニケーション	12.35	1.90	12.43	1.90		
	患者・家族中心のケア	13.59	1.70	12.71	1.11		
緩和ケア に対する 困難感	症状緩和	8.35	2.81	9.57	2.70		n.s
	専門の支援	7.88	4.03	9.00	3.46		
	医療者間のコミュニケーション	9.12	3.12	8.14	4.18		
	患者・家族中心とのコミュニケーション	9.06	2.38	9.43	2.37		
スコア化	実践合計	74.24	9.67	74.57	8.04		n.s
	困難合計	42.12	10.51	43.14	9.49		
	知識合計	14.94	3.58	15.43	2.76		

講義のみ群と実習あり群については、各調査時点において、有意差は見られなかった。両群ともに講義受講後には、緩和ケアに対する実践の評価としては、看取りの項目が低下していたものの、そのほかの項目もスコアで見ると上昇している傾向が見られた。半年後の調査においては、講義のみ群の実践の中の疼痛の項目のスコアの低下がみられたが、そのほかの項目においては、実習あり群とともに上昇している傾向が見られた(図2、5)。困難感についても、地域連携の項目以外は、困難感は低下している傾向が見られ、困難感については両群ともにスコアの低下がみられていた(図3、6)。また、実践スコアは上昇し、困難感スコアは低下し、知識は上昇している傾向が見られた。実習あり群は、調査の時点で困難感が少し上昇したが、半年後の調査では低下がみられた(図4、7)。

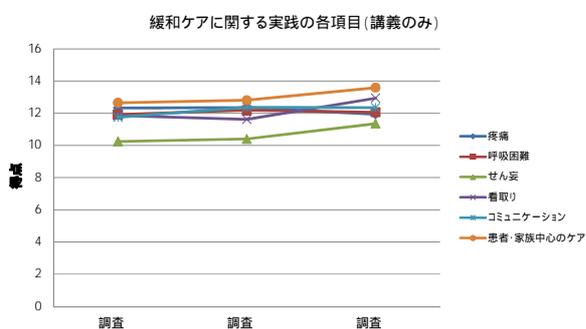


図2 実践項目の推移 (講義のみ)

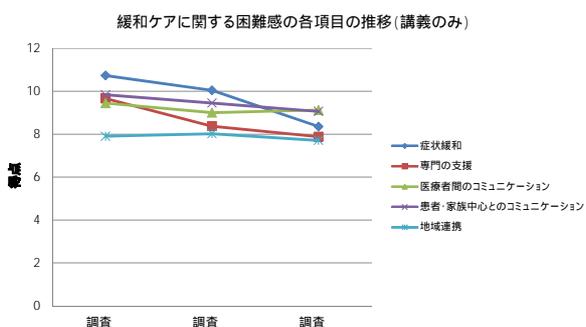


図3 困難感項目の推移 (講義のみ)

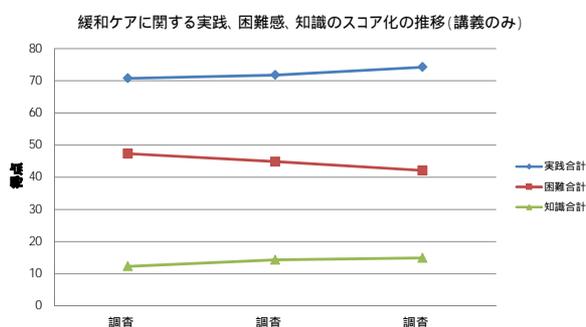


図4 各スコアの推移 (講義のみ)

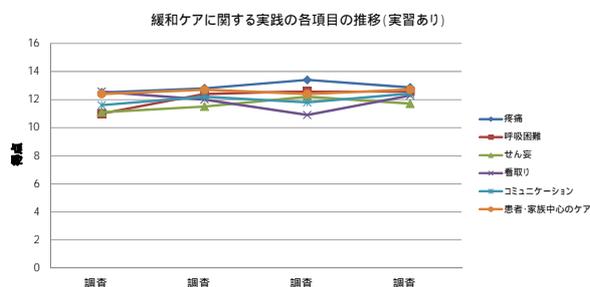


図5 実践項目の推移 (実習あり)

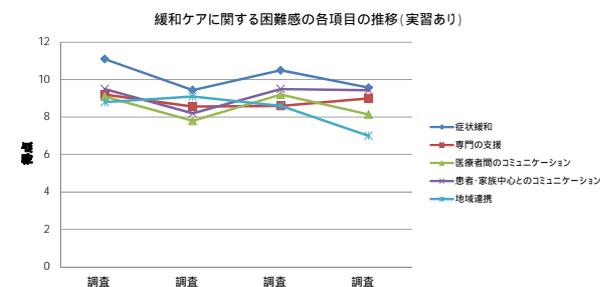


図6 困難感項目の推移 (実習あり)

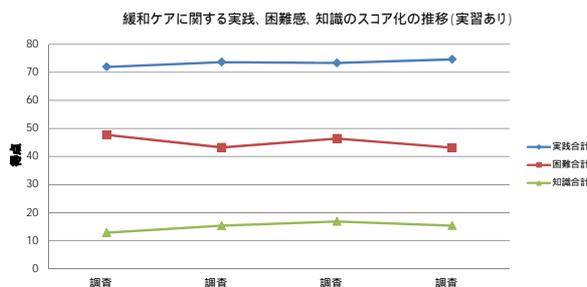


図7 各スコアの推移 (実習あり)

3) 「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(調査)と受講半年後(調査)との比較 -

講義のみ群と実習あり群については、それぞれ有意差が認められなかったため、調査と調査について、群別せずに比較した。その結果は表6の通りである。

実践については、受講前(調査)の実践のスコアは、70.96(SD11.37)、半年後(調査)は、74.33(SD9.05)と上昇しているものの、統計学的な有意差は見られなかった。実践の各項目についても、ほとんどの項目で改善が見ら

れていたものの、統計学的な有意差は認められなかった。

つぎに、困難感スコアについては、受講前が47.43 (SD11.17)、半年後は42.42 (SD10.03)であり、スコアは低下していたものの、統計学的な有意差はみられなかった。困難感の各項目については、症状緩和の項目のみが、受講前が10.81 (SD2.46)、半年後が8.71 (SD2.77) 軽減し、統計学的に有意差が認められた ($p = 0.001$)。

知識スコアについては、受講前が12.46 (SD3.79)、半年後は15.08 (SD3.31)であり、半年後のほうが統計学的に有意に上昇していた ($p=0.004$)。

有意差が認められた項目は少なかったものの、平成24年度の受講者と同様に、プログラムを受講して半年経過し、実践・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。

また、平成24年度は、緩和ケアに関する実践と困難感のスコアの下位項目において、実践では「せん妄」、困難感については、「症状緩和」、「医療者間のコミュニケーション」、「患者家族とのコミュニケーション」、「地域連携」の項目で、統計学的な有意差が見られていた。これは、講義を2日間で実施したことなどプログラムの内容や、参加者個人においてすでに受講前に理解していた知識の差などによるものであることが推察された。

表6 調査 と調査 の平均値と標準偏差

	調査 (n=57)		調査 (n=24)		t検定
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
疼痛	12.39	2.42	12.21	2.55	
緩和ケア に対する 実践	11.81	2.55	12.21	1.93	
せん妄	10.39	2.88	11.46	2.41	
看取り	11.95	2.37	12.75	1.89	n.s
コミュニケーション	11.72	2.17	12.37	1.86	
患者・家族中心のケア	12.60	1.89	13.33	1.58	
症状緩和	10.81	2.46	8.71	2.77	p=0.001
緩和ケア に対する 実践	9.54	4.16	8.21	3.83	
医療者間のコミュニケーション	9.37	3.37	8.83	3.40	
困難感	9.79	2.33	9.17	2.33	n.s
患者・家族中心のコミュニケーション	9.79	2.33	9.17	2.33	
地域連携	8.07	3.12	7.50	2.49	
実践合計	70.96	11.37	74.33	9.05	
スコア化	47.43	11.17	42.42	10.03	n.s
困難合計	47.43	11.17	42.42	10.03	
知識合計	12.46	3.79	15.08	3.31	p=0.004

4)平成26年度「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」受講者のフローと受講前(調査)と受講後(調査)との比較 -

平成26年度は、25年度と同様に宮城県と東京都で実施し、平成27年2月上旬に実習が終了した。今後、実習の評価を行う予定である。平成26年度の参加者は、55名であった。フローを図8に示す。

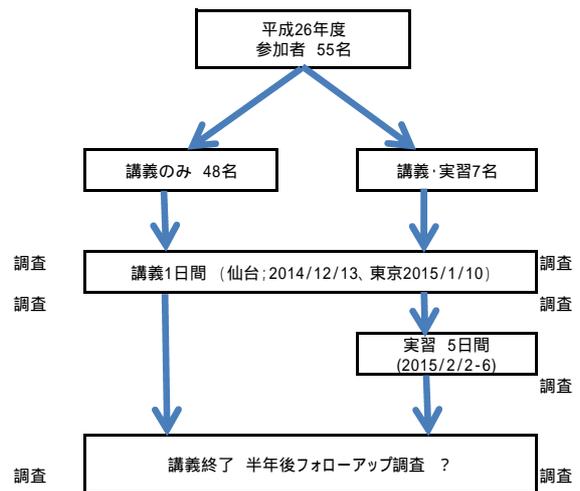


図8 平成26年度の受講者のフロー

プログラム受講前後の結果については、表7の通りである。スコア化した実践、困難感、知識については受講前後では、統計学的な有意差は認められなかった。実践の項目では、コミュニケーションについては、受講後にスコアが上昇し、統計学的な有意差が認められた ($p=0.014$)。また、困難感の項目では、症状緩和の項目が低下し、統計学的な有意差が認められた ($p=0.015$)。

表7 調査 と調査 の平均値と標準偏差

	講義前 (n=55)		講義後 (n=55)		有意差
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
疼痛	13.47	1.39	13.44	1.63	n.s
緩和ケア に対する 実践	12.49	1.74	12.60	1.74	n.s
せん妄	12.17	7.62	11.49	2.63	n.s
看取り	12.20	2.35	12.64	1.94	n.s
コミュニケーション	12.35	1.51	12.81	1.48	p=0.014
患者・家族中心のケア	13.17	1.72	12.94	2.27	n.s
症状緩和	10.38	2.64	9.53	2.65	p=0.015
緩和ケア に対する 実践	9.20	3.60	9.08	3.60	n.s
医療者間のコミュニケーション	8.58	3.48	8.44	3.42	n.s
困難感	9.56	2.62	9.17	2.76	n.s
患者・家族中心のコミュニケーション	9.56	2.62	9.17	2.76	
地域連携	8.17	3.14	8.49	2.95	n.s
実践合計	76.18	11.56	76.18	8.70	n.s
スコア化	45.72	10.69	44.32	11.86	n.s
困難合計	45.72	10.69	44.32	11.86	
知識合計	11.28	6.23	12.00	6.48	n.s

D. 考察

1. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の講義及び実習

今年度は昨年度に引き続き、「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仙台市でも実施することができた。講義スケジュールは昨年度と同様、1日であったが、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はほとんどが医療機関や訪問看護ステーションで勤務する忙しい看護師であることから、可能であれば講義は短期間で効果的に実施することが望ましいと考えられた。

今回の講義は仙台と東京で症状マネジメント(各論)、家族ケア、チームケアとコミュニケーションにおいて講師が異なっていた。講義内容が講師により、異なることは避けることができない。従って受講生が学ぶ必要のある在宅緩和ケアに関する知識を講義テキストにより、確実に伝えられることから、講義テキストを作成した意義は大きいと考える。

「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」の講義は、実施する側がその都度、各地に赴くのは限界があることから、今後、各地域で「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を実施できるよう、10項目の教育項目をテキストに沿って講義可能なスタッフの育成と実習生を受け入れることが可能な緩和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。

2. 「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」のアンケート結果の考察

平成25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・困難感・実践尺度」(PCKT, PCPS, PCDS)について、分析した結果、講義のみ群と実習あり群について、調査、調査、調査の時点での結果には統計学的な有意差は認められなかった。実習の有り無しにかかわらず、講義のみ参加した者も、プログラム後の調査において低下する項目も見られたが、多くの項目では改善が見られていた。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、調査の時点におい

て、実習の有無別に分析したところ、平成24年度の受講者の結果と同様に、統計学的有意差は認められなかった。一方、アンケートの自由記載では、「家族や本人とのコミュニケーションを展開することができた」、「ペインコントロールやレスキューの使い方を学べた」、「症状マネジメントの講義を受け、症状の予測ができるようになった」などの意見のほか、教育プログラムに対する参加者の満足度も高く、在宅における緩和ケアに対する意識の高い受講者が多く参加されたことが推察された。

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26年度は、講義の受講前後の比較を行った。受講前後では、実践の「コミュニケーション」と困難感の「症状緩和」の項目のみに統計学的な有意差が示された。実践のその他の項目では、受講後に低下した項目もいくつか見られたが、受講前に実践していると回答した項目について、講義を受講して、今までが不十分であったと認識し回答した可能性がある。困難感に対しては、「地域連携」以外の項目は、統計学的な有意差は認められないものの、スコアを見るとそれぞれ低下がみられ、改善されていたことより、平成25年度と同様に、プログラムの内容が、これまでの参加者の実践や経験を振り返る機会として活かされた可能性が考えられた。

E. おわりに

平成26年度は平成24年度に開発した「緩和ケア訪問看護師教育プログラム」を宮城県と東京都で実施するとともに、平成24年度から収集したデータの3年分の教育プログラム受講者への経時的評価を行った。

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1日の講義のみの参加だけでも、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、実習では全人的な苦痛を持つ患者と介護する家族に対し、チームとしてケアに参加することにより、緩和ケア訪問看護師に必要なとされる実践能力をより習得することができるのではないかと考える。

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」の実習がより効果的であるのではないかと推察される。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

1．特許の取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

教育プログラム講師協力者

川越 厚	クリニック川越医院長
本田晶子	訪問看護パリアン所長
賢見卓也	訪問看護パリアン
和田美保	訪問看護パリアン
大畑美里	聖路加国際病院
鶴若麻理	聖路加国際大学
佐藤隆裕	爽秋会岡部医院
齋藤優子	岡部医院仙台訪問看護ステーション
今泉洋子	岡部医院仙台訪問看護ステーション

報告書作成、プログラム運営補助

中山直子	聖路加国際大学
内田千佳子	聖路加国際大学

表 1 患者・家族の属性

		全体 (n=103)
		mean ± SD or n (%)
<患者の属性>		
年齢		
65 歳未満		17 (16.5)
65-69 歳		13 (12.6)
70-74 歳		25 (24.3)
75 歳以上		48 (46.6)
性別		
男性		58 (56.3)
女性		45 (43.7)
職業		
あり		17 (16.5)
なし		86 (83.5)
退院時の要介護度		
要支援 1・2		8 (7.8)
要介護 1		7 (6.8)
要介護 2		10 (9.7)
要介護 3		6 (5.8)
要介護 4		2 (1.9)
要介護 5		4 (3.9)
申請不要		7 (6.8)
申請中・申請予定		59 (57.4)
入院時の日常生活自立度		
J		49 (47.6)
A		38 (36.9)
B		15 (14.6)
C		1 (1.0)
退院時の日常生活自立度		
J		3 (2.9)
A		31 (30.1)
B		51 (49.5)
C		18 (17.5)
退院時の認知機能の問題		
なし		58 (56.3)
あり		45 (43.7)
		14 (13.6)
		13 (12.6)
		13 (12.6)
		4 (3.9)
M		1 (1.0)
退院時の利用サービス (複数回答可)		
訪問介護		59 (57.3)
訪問リハビリ		6 (5.8)

訪問入浴	22 (21.4)
通所サービス	11 (10.7)
ショートステイ	5 (4.9)
住宅改修	3 (2.9)
福祉用具	85 (82.5)
訪問診療	62 (60.2)
訪問看護	68 (66.0)
訪問薬剤	1 (1.0)
がんの発症部位	
肺	38 (36.9)
胃	11 (10.7)
食道	3 (2.9)
腸	10 (9.7)
肝・膵・胆	13 (12.6)
腎・膀胱	4 (3.9)
前立腺	5 (4.9)
乳房	7 (6.8)
子宮・卵巣	3 (2.9)
脳	4 (3.9)
血液/リンパ節	1 (1.0)
その他	4 (3.9)
転移	
なし	49 (55.1)
あり(複数回答可)	74 (71.8)
肺	11 (14.9)
脳	18 (24.3)
骨	19 (25.7)
他	18 (24.3)
在院日数	29.0 ± 37.0
主な入院目的(複数回答可)	
精査・診断	15 (14.6)
抗がん治療	5 (4.9)
緩和ケア	31 (30.1)
感染症の治療	6 (5.8)
食思不振	31 (30.1)
体動困難	27 (26.2)
その他	18 (17.4)
入院形態	
予定	23 (22.3)
緊急	72 (69.9)
欠損値	8 (7.8)
予後(医療者間での認識)	
6ヶ月以内	70 (68.0)
1ヶ月以内	23 (22.3)
1週間以内	2 (1.9)
欠損値	8 (7.8)

入院前の療養場所		
自宅	98 (95.1)	
当院外来受診	88 (89.8)	
他院外来受診	7 (7.1)	
訪問診療利用(併用含む)	5 (5.1)	
入所	2 (1.9)	
公的施設	1 (50.0)	
民間施設	1 (50.0)	
その他	3 (2.9)	
退院後の療養・治療場所		
自宅	93 (90.3)	
当院外来受診	30 (57.3)	
他院外来受診	5 (5.4)	
訪問診療利用(併用含む)	58 (62.4)	
転院	6 (5.8)	
一般病床	0 (0.0)	
療養病床	0 (0.0)	
緩和ケア病床	6 (100.0)	
入所	4 (3.9)	
公的施設	1 (25.0)	
民間施設	3 (75.0)	
その他	0 (0.0)	
現在(調査時)の状況		
生存	8 (7.8)	
死亡	93 (90.3)	
自宅	46 (49.5)	
病院	43 (46.2)	
一般病床	24 (55.8)	
療養病床	15 (34.9)	
緩和ケア病床	4 (9.3)	
施設	2 (2.2)	
その他・不明	2 (2.2)	
不明	2 (1.9)	
退院から死亡までの日数	56.0 ± 74.3	
不明	17 (16.5)	
把握している	77 (74.8)	
欠損値	9 (8.7)	
<家族の属性>		
同居家族の有無		
なし	16 (15.5)	
あり	87 (84.5)	
人数	2.1 ± 1.3	
主介護者		
あり	84 (81.6)	
年齢	58.8 ± 14.7	
性別		

男	23 (27.4)
女	61 (72.6)
続柄	
配偶者	56 (66.7)
娘	13 (15.5)
嫁	2 (2.4)
息子	9 (10.7)
その他	0 (0.0)
欠損値	4 (4.8)
就労	
あり	26 (31.0)

表2 がん終末期患者への意思決定支援・退院支援の状況

	全体 (n=103)	
	mean ± SD or n (%)	
< DPN の関わりと評価 >		
院内 CF の開催		
なし	0 (0.0)	
あり	101 (98.1)	
患者参加あり	78 (78.2)	
家族参加あり	99 (98.0)	
欠損値	2 (1.9)	
院外 CF の開催		
なし	32 (31.1)	
あり	66 (64.1)	
患者参加あり	36 (54.5)	
家族参加あり	64 (97.0)	
欠損値	5 (4.9)	
退院支援の総合評価	7.2 ± 1.9	
< 意思決定支援：病名・予後告知の有無 >		
病名告知の有無：患者		
なし	4 (3.9)	
あり	99 (96.1)	
DPN 介入時の理解度	2.5 ± 0.9	
退院時の理解度	3.1 ± 1.0	
病名告知の有無：家族		
なし	0 (0.0)	
あり	101 (98.1)	
DPN 介入時の理解度	2.9 ± 0.8	
退院時の理解度	3.9 ± 0.7	
欠損値	2 (1.9)	
予後告知の有無：患者		
なし	72 (69.9)	

あり	31 (30.1)
DPN 介入時の理解度	2.3 ± 1.0
退院時の理解度	3.9 ± 0.7
予後告知の有無：家族	
なし	2 (1.9)
あり	99 (96.1)
DPN 介入時の理解度	2.2 ± 1.0
退院時の理解度	4.0 ± 0.7
欠損値	2 (1.9)

<意思決定支援：療養・死亡場所の希望>

退院後の療養場所の希望：患者

DPN 介入前の希望

未確認	44 (42.7)
不明確	30 (29.1)
ゆらぎあり	10 (9.7)
明確	19 (18.4)
自宅	17 (89.5)
院内の病棟	1 (5.3)
他院の療養型病床	0 (0.0)
他院の緩和ケア病床	0 (0.0)
施設	1 (5.3)
その他	0 (0.0)

退院時の希望

未確認	1 (1.0)
不明確	10 (9.7)
ゆらぎあり	7 (6.8)
明確	84 (81.6)
自宅	79 (94.0)
院内の病棟	0 (0.0)
他院の療養型病床	0 (0.0)
他院の緩和ケア病床	3 (3.6)
施設	2 (2.4)
その他	0 (0.0)
欠損値	1 (1.0)

退院後の療養場所の希望：家族

DPN 介入前の希望

未確認	35 (34.0)
不明確	28 (27.2)
ゆらぎあり	24 (23.3)
明確	14 (13.6)
自宅	10 (71.4)
院内の病棟	0 (0.0)
他院の療養型病床	2 (14.3)
他院の緩和ケア病床	1 (7.1)
施設	1 (7.1)
その他	0 (0.0)

欠損値	2 (1.9)
退院時の希望	
未確認	0 (0.0)
不明確	1 (1.0)
ゆらぎあり	9 (8.7)
明確	91 (88.3)
自宅	82 (90.1)
院内の病棟	1 (1.1)
他院の療養型病床	2 (2.2)
他院の緩和ケア病床	3 (3.3)
施設	3 (3.3)
その他	0 (0.0)
欠損値	2 (1.9)
退院後の死亡場所の希望：患者	
DPN 介入前の希望	
未確認	57 (55.3)
不明確	34 (33.0)
ゆらぎあり	6 (5.8)
明確	6 (5.8)
自宅	3 (50.0)
院内の病棟	2 (33.3)
他院の療養型病床	0 (0.0)
他院の緩和ケア病床	0 (0.0)
施設	1 (16.7)
その他	0 (0.0)
退院時の希望	
未確認	3 (2.9)
不明確	37 (35.9)
ゆらぎあり	22 (21.4)
明確	39 (37.9)
自宅	26 (66.7)
院内の病棟	2 (5.1)
他院の療養型病床	2 (5.1)
他院の緩和ケア病床	6 (15.4)
施設	3 (7.7)
その他	0 (0.0)
欠損値	2 (1.9)
退院後の死亡場所の希望：家族	
DPN 介入前の希望	
未確認	47 (45.6)
不明確	26 (25.2)
ゆらぎあり	20 (19.4)
明確	7 (6.8)
自宅	3 (42.9)
院内の病棟	1 (14.3)
他院の療養型病床	1 (14.3)

他院の緩和ケア病床	1 (14.3)
施設	1 (14.3)
その他	0 (0.0)
欠損値	3 (2.9)
退院時の希望	
未確認	0 (0.0)
不明確	1 (1.0)
ゆらぎあり	39 (37.9)
明確	61 (59.2)
自宅	39 (63.9)
院内の病棟	6 (9.8)
他院の療養型病床	5 (8.2)
他院の緩和ケア病床	7 (11.5)
施設	4 (6.6)
その他	0 (0.0)
欠損値	2 (1.9)

表3 退院支援看護師による意思決定支援に関して支援の必要性のあった内容
(n=103)

A. 症状	必要性あり		特に必要性があり実施	
	該当	%	該当	%
疼痛	53	51.5%	10	9.71%
呼吸困難	32	31.1%	2	1.94%
全身倦怠感	43	41.7%	2	1.94%
悪心・嘔吐	6	5.8%	0	0.00%
便秘・下痢	9	8.7%	3	2.91%
排尿障害	5	4.9%	0	0.00%
浮腫	11	10.7%	0	0.00%
貧血・出血	4	3.9%	0	0.00%
意識レベル低下	7	6.8%	1	0.97%
高次機能障害	11	10.7%	7	6.80%
不眠	5	4.9%	0	0.00%
不安・抑うつ	23	22.3%	12	11.65%
せん妄	12	11.7%	3	2.91%
他	52	50.5%	13	12.62%
食欲・食事量低下	17	16.5%		
腹満・腹水	3	2.9%		
認知症	4	3.9%		
B. 新たに加わった医療処置				
麻薬管理	35	34.0%	11	10.68%
創傷・褥瘡処置	7	6.8%	4	3.88%
導尿・膀胱留置カテ等	8	7.8%	2	1.94%
人工肛門	2	1.9%	1	0.97%

IVH 管理	9	8.7%	2	1.94%
点滴（末梢）	1	1.0%	1	0.97%
経管栄養・胃瘻等	3	2.9%	1	0.97%
吸引	3	2.9%	2	1.94%
気切ケア	0	0.0%	0	0.00%
他	16	15.5%	4	3.88%
在宅酸素療法	15	14.6%		
非該当	47	45.6%		
C. 退院後の治療方針				
患者と家族間の希望の不一致	9	8.7%	9	8.74%
患者家族と主治医との希望の不一致	21	20.4%	19	18.45%
他	16	15.5%	16	15.53%
非該当	63	61.2%		
D. 病状・現状の理解				
病状が及ぼす身体(ADL)への支障の説明・イメージ化	48	46.6%	28	27.18%
病状が及ぼす心理(うつ・せん妄、死の受容)への支障の説明	24	23.3%	11	10.68%
病状が及ぼす社会的役割(仕事、患者の家族役割、家族の社会的役割)への支障の説明	17	16.5%	8	7.77%
病状が及ぼす実存的痛み(存在意義、残される家族への心配)への対応・説明	15	14.6%	7	6.80%
退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明	73	70.9%	57	55.34%
非該当	15	14.6%		0.00%
E. 家族の介護上の問題				
身体的問題(持病等)	13	12.6%	5	4.85%
精神的問題	13	12.6%	6	5.83%
経済的問題	12	11.7%	2	1.94%
理解力の低さ	20	19.4%	10	9.71%
介護負担感の高さ	32	31.1%	14	13.59%
家族員間調整	15	14.6%	9	8.74%
他	22	21.4%	20	19.42%
非該当	38	36.9%		
F. 患者の生活上の支障				
食事	35	34.0%	2	1.94%
排泄	35	34.0%	2	1.94%
清潔	30	29.1%	0	0.00%
移動	50	48.5%	2	1.94%
他	6	5.8%	5	4.85%
非該当	38	36.9%		

表4 在宅死亡に関連する退院支援内容（ロジスティック回帰分析の結果）

		単変量解析			オッズ比	95%CI	p
		オッズ比	95%CI	p			
後期高齢者	75歳以上	1.75	0.61 - 5.01	.297	10.26	2.24 - 47.07	.003
医療保険サービスの利用	有	0.44	0.17 - 1.14	.091			
入院目的：食思不振	有	4.76	1.72 - 13.20	.003			
入院目的：体動困難	有	3.54	1.28 - 9.84	.015			
入院形態	緊急	5.28	1.58 - 17.67	.007	7.43	1.04 - 52.95	.045
主介護者の性別	女性	2.59	0.94 - 7.15	.067	8.64	1.30 - 57.24	.025
主介護者が同居	同居	6.36	0.71 - 57.14	.098	28.10	2.04 - 286.25	.013
家族の予後の理解度の変化	2以上	2.63	1.06 - 6.53	.037	0.44	0.08 - 2.36	.338
患者の退院時の自宅死亡の希望	明確	10.09	2.72 - 37.36	.001			
家族の退院時の自宅死亡の希望	明確	45.47	9.70 - 213.22	.001			
要支援内容：不安・抑うつ（症状）	必要	0.37	0.14 - 1.02	.055			
要支援内容：退院後の病状の悪化不安への対応・説明	必要	5.60	1.99 - 15.78	.001			
要支援内容：介護者の身体的問題（介護上の問題）	必要	3.49	0.88 - 13.84	.076			
要支援内容：介護者の理解力不足（介護上の問題）	必要	2.58	0.82 - 8.13	.106			
要支援内容：清潔の保持が困難（生活上の支障）	必要	2.78	0.04 - 7.34	.038			
要支援内容；移動が困難（生活上の支障）	必要	2.02	0.88 - 4.63	.097			
特別支援内容：不安・抑うつ（症状）	必要	0.16	0.03 - 0.80	.025			
特別支援内容：病状による身体（ADL）への支障の説明・イメージ化	必要	2.20	0.85 - 5.66	.105	8.68	1.52 - 49.51	.015
特別支援内容：退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明	必要	4.83	1.99 - 11.77	.001	6.52	1.46 - 29.14	.014
特別支援内容：介護者の理解力不足（介護上の問題）	必要	8.08	0.95 - 68.56	.056			

注：従属変数の死亡場所を自宅 = 1、自宅以外 = 0 とし、（多重）ロジスティック回帰分析を行った

表5 退院支援期間との関連 (単回帰分析の結果)

n=103

変数	平均・n数 (SD・割合)		P 値
患者の年齢	73.1 (± 9.95)	-1.00078	0.0050
患者の退院時の介護度	3.8 (± 1.73)	0.25399	0.7498
予後予測：一か月以内	n=25(25.3%)	-5.31143	0.0224
退院後の同居家族：あり	n=87(84.5%)	0.60776	0.9512
主介護者の年齢	58.4 (± 14.9%)	-0.48378	0.0817
介護者の続柄：嫁	n=16(18.8%)	177.68072	<.0001
患者の合同カンファレンスの参加：あり	n=36(54.5%)	-10.51667	0.3441
家族の合同カンファレンスの参加：あり	n=64(96.9%)	-175.28125	<.0001
患者の病名の理解度	3.12 (± 0.97)	8.86346	0.0203
家族の病名の理解度	3.9 (± 0.69)	8.77304	0.0130
退院時の患者の療養場所の希望：明確	n=84(82.4%)	-18.61111	0.0486
退院時の家族の療養場所の希望：明確	n=91(90.1%)	-39.16044	0.0011
DPN 介入時の患者の死亡場所の希望：明確	n=6(5.8%)	57.10481	0.0001
DPN 介入時の家族の死亡場所の希望：明確	n=7(6.7%)	18.77389	0.1283
病状が及ぼす身体への支障の説明：あり	n=24(27.3%)	10.72917	0.2015
病状が及ぼす社会的役割への支障の説明：あり	n=17(19.3%)	22.64789	0.0310
病状が及ぼす実存的痛みへの対応・説明：あり	n=15(17.0%)	22.42922	0.0422
家族の介護上の身体的問題：あり	n=33(32.0%)	-1.67692	0.8770
家族の介護上の精神的問題：あり	n=13(12.6%)	28.16667	0.0082
家族の介護上の経済的問題：あり	n=32(31.1%)	2.95604	0.7920
病院主治医との連携	n=100(97.1%)	2.74017	0.4484
リハスタッフとの連携	n=10(9.7%)	-0.76237	0.9500
MSW との連携	n=4(3.8%)	90.89141	<.0001
往診医との連携	n=57(55.3%)	-7.15484	0.3216
訪問看護師との連携	n=72(69.9%)	-1.62800	0.4794
ケアマネジャーとの連携	n=83(80.6%)	-16.45723	0.0681

表6 退院支援期間との関連要因 (重回帰分析の結果)

n=103

変数		P 値
MSW との連携	86.33257	0.0001
介護者の続柄：嫁	82.33257	0.0002
家族の合同カンファレンスの参加：あり	-81.33257	0.0003
家族の療養場所の希望：自宅	-32.13119	0.0093

R2 乗 : 0.7663 調整済 R2 乗 : 0.7483

表7 退院から死亡日までの在宅療養期間との関連（単回帰分析の結果）

予後予測 1 か月以内		n=23	
変数	平均・n数 (SD・割合)		P 値
DPN 介入時の予後告知に関する家族の理解度	1.83 (±0.78)	62.99346	0.0024
家族の退院時の死亡場所の希望：明確	n=19(82.6%)	-109.82895	0.0104
病状が及ぼす身体への支障の説明：あり	n=12(52.2%)	81.44444	0.0163
退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応：あり	n=20(86.9%)	-168.60000	0.0355
予後予測 6 か月以内			
		n=41	
変数	平均・n数 (SD・割合)		P 値
退院時の要介護度 要支援 1：1 ~ 要介護 5：7	2.67 (±1.32)	18.75847	0.0202
退院時の認知機能の問題：あり	n=17(42.5%)	51.73913	0.0443
退院後に通所サービスを利用	n=3(8.1%)	170.65686	0.0002
退院後にショートを利用	n=2(5.4%)	131.60000	0.0264
退院後に訪問看護を利用	n=27(93.1%)	-120.56897	<.0001
病院内カンファに患者が参加	n=33(82.5%)	-77.07792	0.0197
患者への病名告知：あり	n=39(95.1%)	-232.77500	0.0029
家族への予後告知：あり	n=38(92.7%)	-129.41026	0.0238
家族の退院時の予後告知の理解度 低い：1 ~ 高い：5	4.12 (±0.64)	-39.20089	0.0461
意識レベル低下への支援	n=5(12.2%)	85.07222	0.0241
高次機能障害への支援	n=8(19.5%)	69.38636	0.0260
退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応：あり	n=29(80.6%)	-81.63547	0.0065

表8 退院から死亡日までの在宅療養期間との関連要因（重回帰分析の結果）

予後予測 1 か月以内		n=23	
変数			P 値
家族の退院時の死亡場所の希望：明確		-109.82895	0.0104
退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明：あり		-168.60000	0.0355
R2 乗：0.4448 調整済 R2 乗：0.3831			
予後予測 6 か月以内		n=41	
変数			P 値
退院後に訪問看護を利用		-120.56897	<.0001
家族への予後告知：あり		-129.41026	0.0238
家族の退院時の予後告知の理解度 低い：1 ~ 高い：5		-39.20089	0.0461
高次機能障害への支援		69.38636	0.0260
退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明あり		-81.63547	0.0065
R2 乗：0.7730 調整済 R2 乗：0.7310			

表9：A村の24時間医療介護体制構築のプロセス

結果：24時間医療介護体制の構築プロセス①

ヘルシーパーク中央棟完成(H10年)

村長の提唱・保健・医療・福祉・介護の一元化

訪問看護・診療所・介護・保健福祉課が一本の廊下でつながれる

サービス拠点の整備・連携の強化



表10：A村の24時間医療介護体制構築のプロセス

結果：24時間医療介護体制の構築プロセス②

訪問看護サービスの開始(H10年～)

現場のニーズ・「住民は入院したくない・家で最後を迎えたい」

⇒支える体制・サービスの不足⇒入院してしまう

看護師の問題意識に

- ・自分達が中心となり在宅を支える
- ・医師に依存するだけでなく自律的に動く

具体策①

- ・3組織(診療所・訪問看護ST・デイサービス)の所属看護師が協議
- ・看護師会議(1~2/月)で具体策を発案⇒行政・社協に提案
⇒協議を重ね実現へ

表 11 : A 村の 24 時間医療介護体制構築のプロセス

結果 : 24 時間医療介護体制の構築プロセス③

具体策②: 24 時間訪問看護の提供 (H11 年～)

《きっかけ》24 時間のサービスがなかったため、訪問看護がセーフティネットにならざるを得なかった

- ・24 時間 365 日いつでも訪問することを基本
- ・夜間、休日当番は訪問看護 3 名では負担が大きく、診療所看護師が応援体制をとり、当番を 3 名から 6 名に増員

具体策③: 毎日夕方の多職種間での利用者の情報交換 (H12～)

《きっかけ》所属の違う看護師間で 24 時間体制を維持するためには、利用者の情報共有が必要不可欠、その後多職種にも参加の呼び掛け

- ・多職種が参加 (診療所、訪問看護、デイサービスヘルパー、居宅支援、包括、宅老所)
- ・毎夕 20～30 分
- ・利用者さんの当日の報告
- ・在宅支援の方向性の検討
- ・ターミナルケアに向けて統一したサービス方針の確認



表 12 : A 村の 24 時間医療介護体制構築のプロセス

結果 : 24 時間医療介護体制の構築プロセス④

具体策④: 看護師ローテーション (H18～22 年)

《きっかけ》情報交換で連携は強まったが、まだ在宅サービスは医師の意向で左右される傾向にあり、看護師の資質向上とより一層の多職種間の相互理解が必要と考えた。そこで、看護師 8 名が診療所、訪問看護、デイサービスを数カ月～1 年単位でローテーションを実施

- ・看護師のスキル向上
- ・利用者さんを多角度から把握、より一層の情報共有
- ・他職種の業務内容の理解と交流を深め連携を強化
- ・看護師の休暇、急な休み、多忙な部署への応援体制
→ 臨時職員を頼まない、人件費の節約

具体策⑤: グリーフケアと自宅看取り事例カンファレンス (H24 年～)

《きっかけ》地域の自宅看取り技術向上のために多職種間での振り返りが重要

- ・遺族訪問、グリーフケア
- ・統一したアンケート用紙で聞き取り調査
- ・看取りに関わった関係職種と全症例を対象に事例検討

表 13 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果

結果 : 24時間医療介護体制構築の効果①

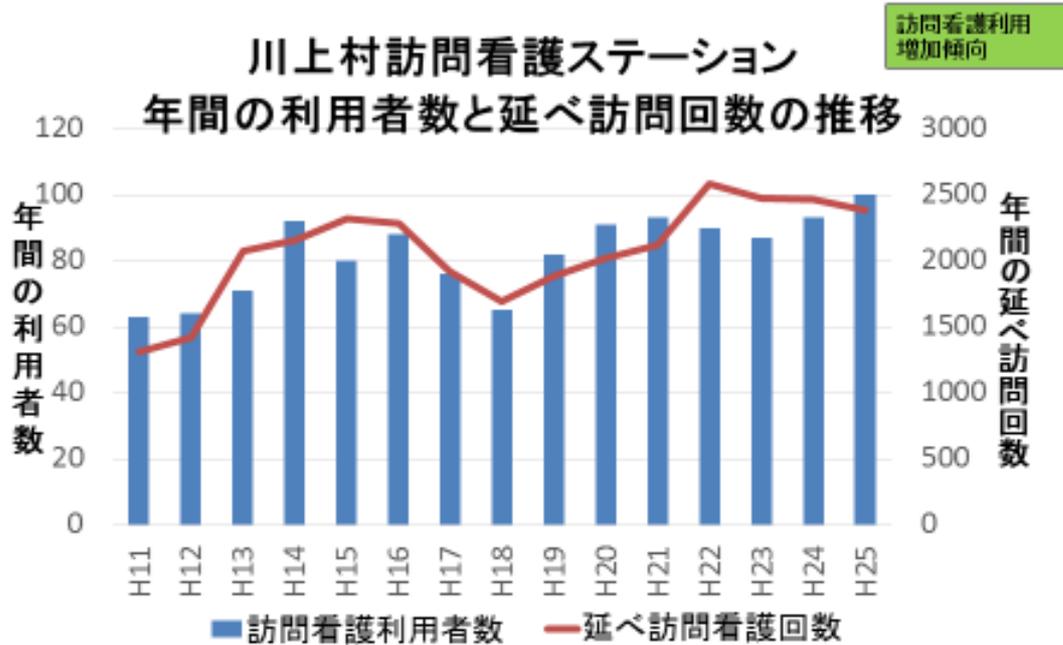


表 14 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果

結果 : 24時間医療介護体制構築の効果②

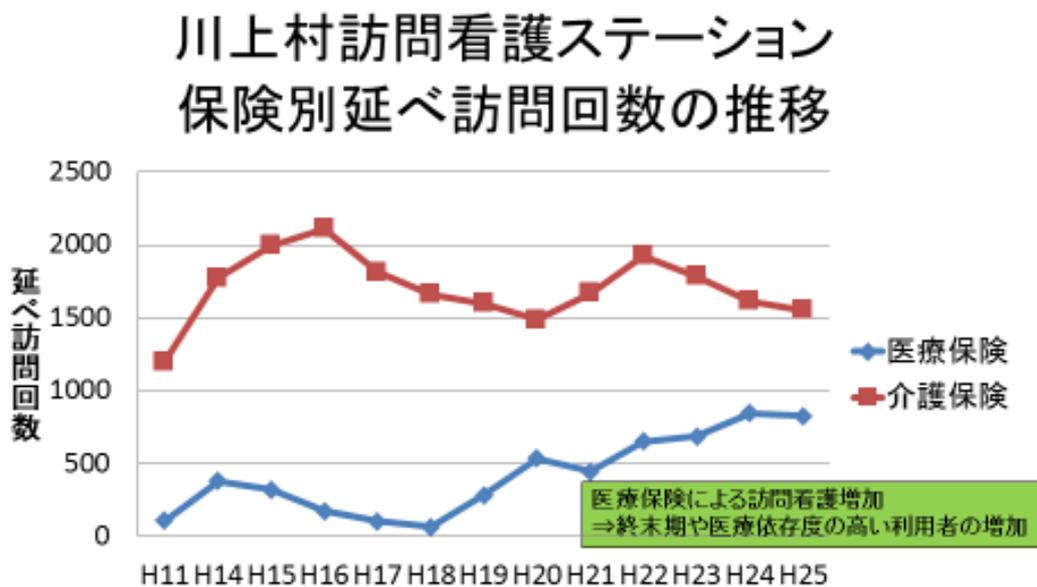


表 15 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果

結果 : 24 時間医療介護体制構築の効果③

高齢者人口1千人当たりの訪問看護利用
実人数

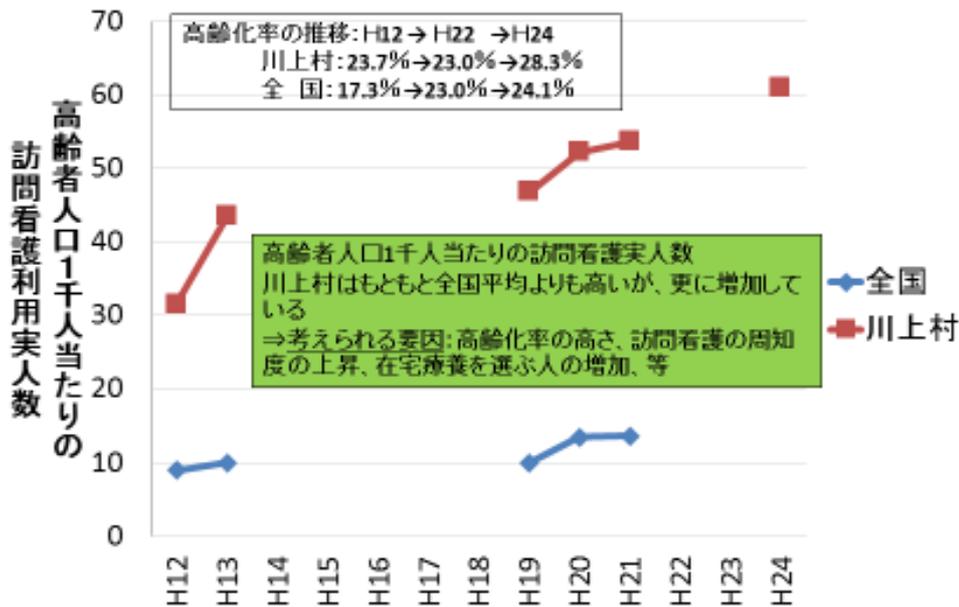


表 16 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果

結果 : 24 時間医療介護体制構築の効果④

自宅死亡率の推移

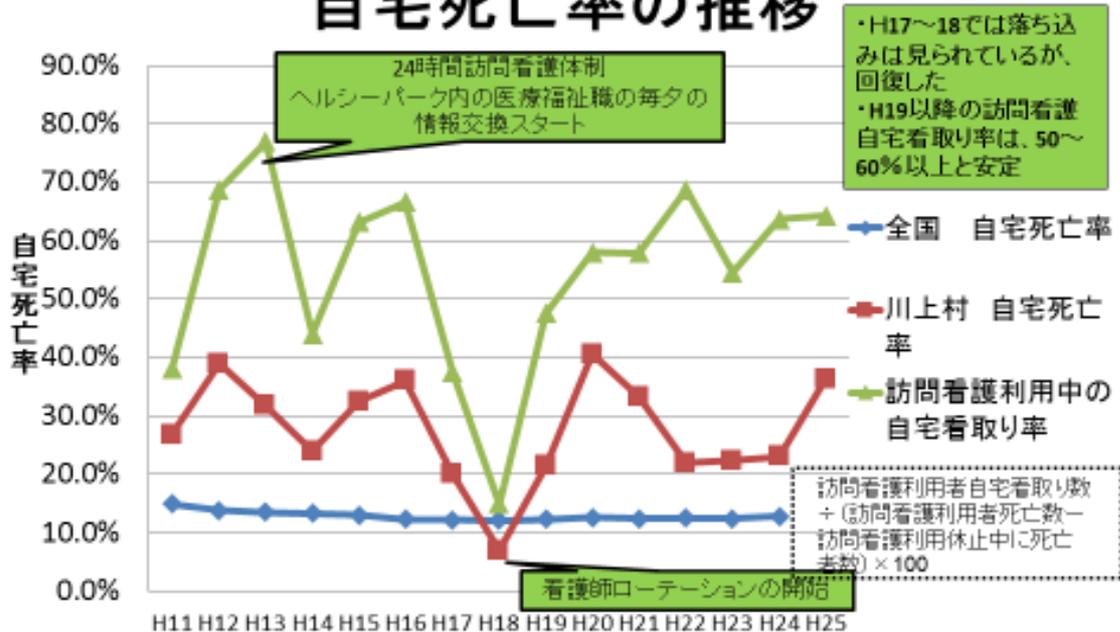


表 17 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果

結果 : 24 時間医療介護体制構築の効果⑤

時間外緊急訪問回数の推移

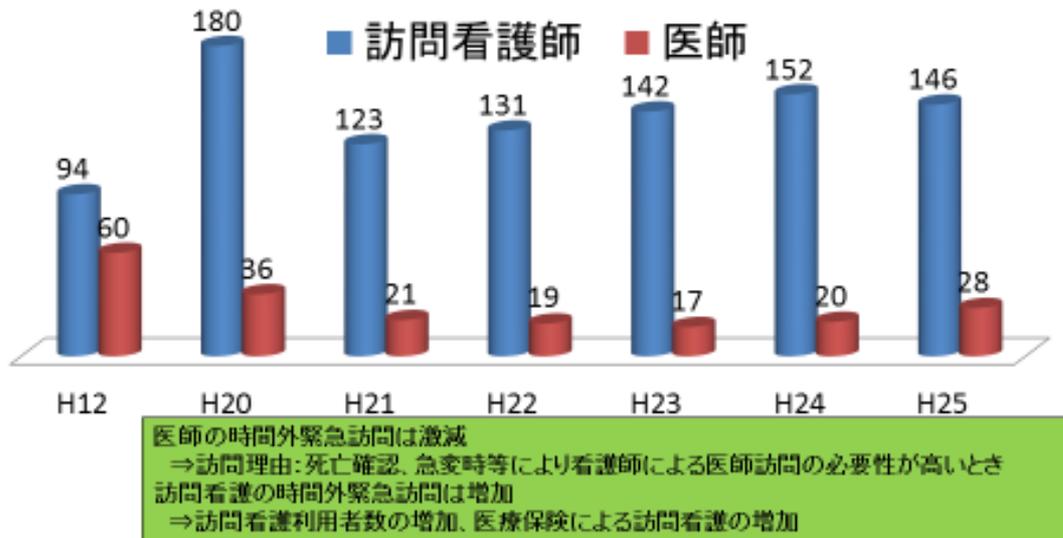


表 18 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果

結果 : 24 時間医療介護体制構築の効果⑥

介護給付費総額の推移

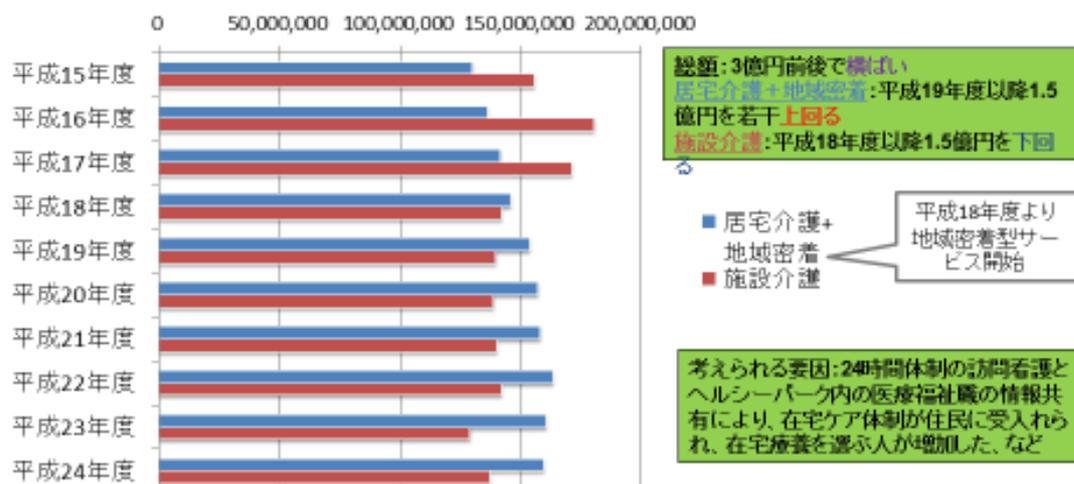


表 19 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果

結果 : 24 時間医療介護体制構築の効果⑦

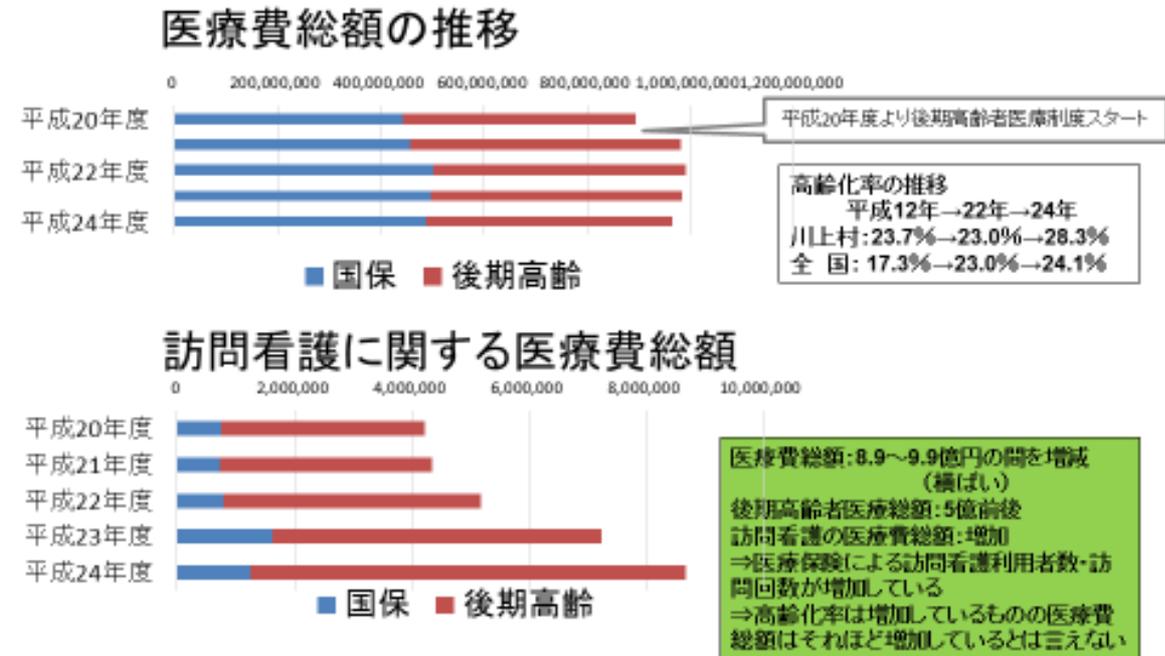


表 20 : A 村の 24 時間医療介護体制構築の効果

結果 : 24 時間医療介護体制構築の効果⑧

結果 平成24年度1人当たり後期高齢者医療費の内訳

	医療費実額	訪問看護実額
全国平均	919,452	2,707
長野県平均	787,242	2,410
川上村	679,912 県内63位 (77市町村中)	11,769 県内1位 (77市町村中)

医療費は長野県内でも低い、訪問看護費は最も高い(訪問看護の利用が多い)

質問紙 (本質問紙への記載・提出を持って本事例の調査協力の同意を得られたとみなします。)

患者調査 ID	
---------	--

A. 患者の属性

年齢	()歳	性別	男 女	職業	あり なし 不明
診療科	呼内 糖内代 循内 消内 総内 神内 漢方 外科 消外 産婦人 眼科 小児 脳外 整形 耳鼻科 泌尿器 形成 皮膚 メンタル				
退院時の要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請不要 申請中 今後申請予定				
患者の日常生活自立度(J・A・B・C)	入院時() 退院時()				
退院時の認知機能の問題	なし <u>あり</u> 程度[I M]				
退院後の利用サービス	介護保険 ()訪問介護 ()訪問リハ ()訪問入浴 ()通所サービス ()ショート ()住宅改修 医療保険 ()福祉用具 その他() ()訪問診療 ()訪問看護 ()訪問薬剤 その他()				
がんの発症部位 (下記番号を記入)	転移 なし <u>あり</u> 部位[・肺 ・脳 ・骨 ・他]				
	【選】 1肺 2胃 3食道 4腸 5肝 6膵 7胆 9腎・膀胱 10前立腺 11乳房 12子宮・卵巣 13脳 14骨 15血液/リンパ節 16他				
入院日	西暦()年 ()月 ()日 退院日 西暦()年 ()月 ()日				
主な入院目的	精査・診断 抗ガン治療 緩和ケア 感染症の治療 食思不振 体動困難 他()				
入院形態	予定 緊急 予後 (医療者間での認識) 6ヵ月以内 1ヵ月以内 1週間以内				
入院前の療養場所	自宅(当院外来受診 他院外来受診 訪問診療利用) 入所(公的施設 民間施設) その他				
退院後の療養・治療場所	自宅(当院外来受診 他院外来受診 訪問診療利用) 転院(一般病床 療養病床 緩和ケア病床) 入所(公的施設 民間施設) その他()				
現在(調査時)の状況	生存 <u>死亡</u> 場所[自宅 病院(一般病床 緩和ケア病床 療養病床) 施設(公的施設 民間施設) その他() 不明]				
死亡時期	・不明 ・把握している 西暦()年 ()月 ()日頃 または 自宅療養()日間の後				

B. 家族の属性

同居家族の有無	なし <u>あり</u> ()名 うち 主介護者(あり、なし) 副介護者(あり、なし)
主介護者	年齢 ()歳代 性別 男 女 続柄 配偶者 娘 嫁 息子 他() 同居状況 同居 <u>別居</u> 近隣の居住(あり なし) 就労 なし <u>あり</u>

C. 退院支援看護師(DPN)の関わりと評価

退院支援開始日	西暦()年 ()月 ()日
病院内カンファの開催	なし <u>あり</u> [患者参加(なし あり) 家族参加(なし あり)] 合同(院外)カンファの開催 なし <u>あり</u> [患者参加(なし あり) 家族参加(なし あり)]
実施した退院支援の総合評価	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 全くうまくいかなかった ともうまくいった

D. 意思決定支援

1. 病名・予後告知の有無

低 ← → 高

病名告知の有無と病気の理解度	患者	告知なし <u>あり</u> DPN 介入時の理解度 (1 2 3 4 5)	退院時の理解度 (1 2 3 4 5)
	家族	告知なし <u>あり</u> DPN 介入時の理解度 (1 2 3 4 5)	退院時の理解度 (1 2 3 4 5)
予後告知の有無と予後の理解度	患者	告知なし <u>あり</u> DPN 介入時の理解度 (1 2 3 4 5)	退院時の理解度 (1 2 3 4 5)
	家族	告知なし <u>あり</u> DPN 介入時の理解度 (1 2 3 4 5)	退院時の理解度 (1 2 3 4 5)

2. 療養・死亡場所の希望

退院後の療養場所の希望	患者	DPN 介入時 ・未確認 ・不明確 ・ゆらぎあり ・明確 ()	退院時 ・未確認 ・不明確 ・ゆらぎあり ・明確 ()
	家族	DPN 介入時 ・未確認 ・不明確 ・ゆらぎあり ・明確 ()	退院時 ・未確認 ・不明確 ・ゆらぎあり ・明確 ()
希望療養場所の番号	1. 自宅 2. 院内の病棟 3. 他院の療養型病床 4. 他院の緩和ケア病床 5. 公的施設 6. 民間施設 7. その他		
退院後の死亡場所の希望	患者	DPN 介入時 ・未確認 ・不明確 ・ゆらぎあり ・明確 ()	退院時 ・未確認 ・不明確 ・ゆらぎあり ・明確 ()
	家族	DPN 介入時 ・未確認 ・不明確 ・ゆらぎあり ・明確 ()	退院時 ・未確認 ・不明確 ・ゆらぎあり ・明確 ()
希望死亡場所の番号	1. 自宅 2. 院内の病棟 3. 他院の療養型病床 4. 他院の緩和ケア病床 5. 公的施設 6. 民間施設 7. その他		

3. 退院支援看護師 (DPN) による意思決定支援に関する支援の必要性のあった内容・時期・連携職種

支援の必要性のあった内容 (01~57 までに : 複数回答可)

【医療上の課題】	
A 症状	01 疼痛 02 呼吸困難 03 全身倦怠感 04 悪心・嘔吐 05 便秘・下痢 06 排尿障害 07 浮腫 08 貧血・出血 09 意識レベル低下 10 高次機能障害 11 不眠 12 不安・抑うつ 13 せん妄 14 他()
B 今回の入院で加わった医療処置	21 麻薬管理 22 創傷・褥瘡処置 23 導尿・膀胱留置カテ等 24 人工肛門 25 IVH 管理 26 点滴(末梢) 27 経管栄養・胃瘻等 28 吸引 29 気切ケア 30 他()
C 退院後の治療方針	31 患者と家族間の希望の不一致 患者の希望[下記該当かか:]、家族の希望[下記該当かか:] 32 患者家族と主治医との希望の不一致 患者家族の希望[下記該当かか:]、主治医の希望[下記該当かか:] 33 他() (7. 積極的ながん治療 1. 効果が弱いが身体負担が少ないがん治療 2. 緩和ケア・症状コントロール 3. 治療は何もしない)
D 病状・現状の理解	41 病状が及ぼす身体(ADL)への支障の説明・イメージ化 42 病状が及ぼす心理(うつ・せん妄、死の受容)への支障の説明 43 病状が及ぼす社会的役割(仕事、患者の家族役割、家族の社会的役割)への支障の説明 44 病状が及ぼす実存的痛み(存在意義、残される家族への心配)への対応・説明 45 退院後の病状の悪化・急変に関する不安への対応・説明
【介護上の課題】	
E 家族の介護上の問題	46 身体的問題(持病等) 47 精神的問題 48 経済的問題 49 理解力の低さ 50 介護負担感の高さ 51 家族員間調整 52 他()
F 患者の生活上の支障	53 食事 54 排泄 55 清潔 56 移動 57 他()

退院に向け特に支援が必要と判断し支援した項目についての対応状況 (最大5つ)

支援項目 (01~57の番号を 記入) CはA~Iも記入	主な支援方法	支援時期			支援の対象		退院時の解決の状況	連携した職種の 記号 (下表より 複数選択)
		入院直後	入院半ば	退院直前	患者	家族		
	1. 患者・家族への説明 2. 患者・家族への直接的指導 3. 院内での調整 4. 院外との調整						1. 退院前にほぼ解決 2. 地域との継続課題 3. 退院後に地域で検討	
	1. 患者・家族への説明 2. 患者・家族への直接的指導 3. 院内での調整 4. 院外との調整						1. 退院前にほぼ解決 2. 地域との継続課題 3. 退院後に地域で検討	
	1. 患者・家族への説明 2. 患者・家族への直接的指導 3. 院内での調整 4. 院外との調整						1. 退院前にほぼ解決 2. 地域との継続課題 3. 退院後に地域で検討	
	1. 患者・家族への説明 2. 患者・家族への直接的指導 3. 院内での調整 4. 院外との調整						1. 退院前にほぼ解決 2. 地域との継続課題 3. 退院後に地域で検討	
	1. 患者・家族への説明 2. 患者・家族への直接的指導 3. 院内での調整 4. 院外との調整						1. 退院前にほぼ解決 2. 地域との継続課題 3. 退院後に地域で検討	

退院支援に 関与したスタッフ	病院: A. 病院の主治医 B. 病棟看護師 C. 外来看護師 D. MSW E. リハスタッフ F. 薬剤師 G. 他() 地域: H. 在宅医 I. 訪問看護師 J. ケアマネ K. 介護職 L. 訪問薬剤師 M. 業者(用具等) N. 他()
-------------------	---

インタビュー調査対象として: 適 不適

以上です。ご協力ありがとうございました。

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

「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
佐々木友明 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
柳原美奈子 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
山口 朱見 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
山崎 浩二 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所

研究要旨

本研究では、居宅におけるがん患者の看取りを見据え、終末期のケアに関する知識と理解を促す教育プログラムを開発することとした。それに際して、受講者の要望を反映させる形で、より普及性の高い教育プログラムの開発を目指すこととした。

その実現のために、これまで当院が実施してきた研修会におけるグループワークや全体共有を通じて寄せられた意見、研修会時に実施したアンケート結果を精査した。そこから、施設での看取り体制を充実させるには、施設の方針や管理者の考えが重要であるということが浮き彫りとなった。この点を具現化した研修プログラムを開発するためには、受講者の要望や意見をさらに集約することが必要と考え、松戸市の居住系施設の方々を対象にインタビュー並びにアンケート調査を実施した。

そうして寄せられた要望や意見をまとめ、二つの課題達成を目指すこととした。「入居から看取りまでを支える基礎知識を習得する」、

「看取りを支えるチームづくりについて、施設という枠を超えて受講者が相互に学び合う」。研修会を二部構成とし、各テーマについて「講義、グループワーク/ワールドカフェ、全体共有」という流れで研修プログラムを構成した。

研修会終了後に研修会に関するアンケートを実施し、回答内容を分析した結果、本研修会は各受講者に主として以下二つの機会を提供できたとの結論を得た。他施設の職員と議論や情報交換をすることで、「自施設の体制や、自身の介護について見直す機会となった」、「医療と介護の連携について考える機会となった」。

尚、本研究は、平成 27 年度からの「在宅医療・介護連携推進事業」の一環として展開する在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の業務のうち、必須となる「在宅医療・介護関係者の研修」のモデルプロ

グラムへと発展していくことが期待される。特に「在宅医療・介護関係者の研修」においては、看取りも見据えた研修プログラムを実施することで、人生の最終段階においても個人の希望にそったケアを提供できる人材育成と地域づくりを支える一助となることが期待される。

A . 研究目的

1981 年以降、日本人の死亡原因の第 1 位を占めているがんは、人口の高齢化に伴い、その罹患者数は今後も増加することが想定されている。¹看取りの場所として、がん患者の約 8 割が自宅を希望しているにも関わらず、その希望がかなえられているのは 2 割に満たない。²この状況に対応するために厚生労働省は、医療機関の病床数を増やすのではなく、在宅や介護施設等での看取りを増やすことで対応していく方針を打ち出している。よって、今後の高齢多死社会においては、在宅や介護施設といった生活の場において看取られる人の数がさらに増加していくことが想定される。³

しかし、看取り実績のない施設や、看取りを実施しない方針をとっている施設も依然として多い。その背景要因として、終末期の入所者に対して必要な医療を提供する体制が整えられていないことや、現行の職員配置では看取りに必要なケアを十分に行うことが難しいことが挙げられる。⁴

こうした状況下において、医療依存度や介護依存度の高いがん患者が地域に暮らしながらケアから看取りまでを受けられる体制を充実させることは喫緊の課題である。

当院ではこれまで、介護職員等を対象に、がん患者の看取りを見据え、終末期のケアに関する知識と理解を促す教育プログラムを計 6 回

施行（松戸市において 2 回実施、他市での研修開催支援を 4 回^{*1}）してきた。

本年は、その教育プログラムの施行をとおして得られた知見を反映させる形で、より普及性の高い教育プログラムを開発することを目的とした。具体的には、以下の二つの課題達成を目指した。

入居から看取りまでを支える基礎知識を習得する
看取りを支えるチームづくりについて、施設という枠を超えて、受講者が相互に学び合う

* 1 . 研修マニュアルを作成（スライドやアンケート等必要な資料一式を含む）し、同じ内容の研修会を他地域でも開催できるようにした。

B . 研究方法

・研修会の詳細決定プロセス

当院が実施してきた研修会のうち、介護職員を対象として実施した下記研修会を総括し、本年度の研修プログラムを決めることとした。

- 平成 24 年度「医療と介護の連携を深めるための基礎知識をテーマとした一日講習会」
 - 対象：ケアマネジャー、介護職
 - 受講者数：92 名
- 平成 25 年度：看取りに関する知識と理解を促すための 2 回連続型の研修会
 - 対象：居住系施設の介護職
 - 受講者数：41 名

上記研修会におけるグループワークや全体

¹ 厚生労働省「がん対策推進基本計画」平成 24 年 6 月

² 辻 彼南雄「理想の看取りと死に関する国際比較研究」平成 24 年 6 月

³ 平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」

⁴ 平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」

共有を通じて寄せられた意見や、研修会時に実施したアンケート結果から、施設での看取り体制を充実させるには、施設の方針や管理者の考えが重要であるということが浮き彫りとなった。

この点をより具体的なかたちで研修プログラムに反映させるために、以下の流れに従い、居住系施設の方々にインタビュー並びにアンケート調査を実施した。

平成 25 年 12 月

(平成 25 年 看取りに関する知識と理解を促すための研修会 第 2 回開催時)
研修会プログラムの詳細についてインタビュー協力いただける方を募集

平成 26 年 2 月

松戸市内にある居住系施設管理者 8 名にインタビュー

平成 26 年 5 月

研修会の内容に関するアンケートを実施するための質問紙票を作成

平成 26 年 6 月

インタビュー協力者 8 名の協力を得て、パイロット調査を実施

平成 26 年 6 月

質問紙の修正

平成 26 年 7 月

松戸市内の居住系施設 (133 箇所) の管理者を対象に、質問紙票を郵送しアンケート調査を実施 (アンケート回収率 31.4%)

・ 研修会の内容

テーマを「居住系施設管理者や職員を対象とした終末期ケア研修会～入居から看取りまでを支えるケア～」とし、下記のとおり 2 部構成とした。

第 1 部

- ・ 講義：入居から看取りまでを支える基礎知識
 - 老い、衰えのプロセス
 - 看取りのプロセスとケア
- ・ グループワーク：現状把握と課題抽出

- ・ 全体共有

第 2 部

- ・ 講義：看取りを支えるチーム作り
 - 高齢多死社会における居住系施設の役割
 - 施設や各職種に向けた論点提示
- ・ ワールドカフェ
 - 他の施設ではどんな悩みをもっているのだろう？
 - 他の施設ではどのような工夫をしているのだろうか？
- ・ 全体共有

本プログラムの特徴

受講者が、施設の枠や役職 (立場) の違いを超えて、限られた時間の中で、できるだけ多くの受講者と議論や情報交換できるようにするために、以下の工夫を行った。

- ・ ワールドカフェ形式を採用した。
- ・ 各講義の最後に、講師がグループで話し合う際の論点を複数提示することで、グループで話し合う際の焦点を絞りやすくした。

第1部 グループワークでの論点

- ・ 自施設の看取り介護への取り組み状況共有
- ・ 医療介護連携体制は現状どうなっているか
- ・ 看取りに取り組むにあたり存在する“壁”とは
- ・ 居住系施設が“終の棲家”を目指す意義とは

第2部 ワールドカフェでの論点

- ・ 前半のグループワークで討論した内容の共有
- ・ スタッフの不安や負担感等にどう対処するか
- ・ 他施設の“悩み”や“工夫”から学ぶ
- ・ 密室化を避け地域に溶け込む施設のあり方

対象者（表1・表2・表3・表4・表5）

松戸市内の居住系施設 133 箇所に案内を送付し受講者を募った。

尚、研修会受講の効果をより高めるために、案内に際しては施設の管理者・管理的立場にある方と、現場で経験や研鑽を積みつつある介護職や看護職の方が複数名で申込みことを推奨した。

受講者の所属施設（表1）、職種（表2）、経験年数（表3）、仕事上での看取り経験の有無（表4）、看取り件数（表5）は下記に示すとおりである。

表1．受講者の所属施設

	n	%
特別養護老人ホーム	8	18.6
グループホーム	26	60.5
小規模多機能型居宅介護施設	2	4.7
有料老人ホーム	1	2.3
サービス付き高齢者向け住宅	1	2.3
宅老所	2	4.7
介護老人保健施設	1	2.3
無回答	2	4.7
合計	43	100.0

表2．受講者の職種（複数回答）

	n	%
看護師	4	9.3
ケアマネジャー	15	34.9
ヘルパー	11	25.6
介護福祉士	24	55.8
社会福祉士	3	7.0
その他	2	4.7
無回答	2	4.7
合計	43	100.0

表3．経験年数

	n	%
1年未満	3	7.0
1年～5年未満	12	27.9
5年～10年未満	18	41.9
10年～15年未満	7	16.3
15年～20年未満	1	2.3
20年以上	0	0.0
無回答	2	4.6
合計	43	100.0

表4．仕事上での看取り経験の有無

	n	%
ある	31	72.1
ない	11	25.6
無回答	1	2.3
合計	43	100.0

表5．看取り件数

件数	n	%
1	5	11.6
2	2	4.7
3	1	2.3
4	2	4.7
5	1	2.3
6	5	11.6
7	4	9.3
8	1	2.3
10	1	2.3
12	1	2.3
20	2	4.7
30	5	11.6
無回答	13	30.2
合計	43	100.0

・ 研修会の様子

以下、当日のプログラムの内容順に、研修会の様子を写真で報告する。

第1部

講義

【入居から看取りまでを支える基礎知識】



【職員のグループ】



グループワーク

【管理者のグループ】



全体共有



* 休憩時間に席移動し、管理者と他施設の職員が一緒となるメンバー構成とした

第2部

講義

【看取りを支えるチーム作り】



【管理者のグループ】



ワールドカフェ

【管理者と職員が一緒のグループ】



【職員のグループ】



【管理者と職員が一緒のグループ】



全体共有



*ワールドカフェの中盤に席替えをし、最初のグループ編成に戻った



（倫理面への配慮）

研修会終了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

受講者に対して、研修会終了後にアンケートを実施した。アンケート回収率は 43 名（100.0%）であった。

研修プログラムの効果を検討するために、以下の点について調査をし、管理者と職員の回答について比較分析を行った。

- 入居者を看取りまでケアすることについて、研修会受講前に抱えていた悩みや課題
- 研修会に参加することで、その悩みや課題に対する解決策は見つめられたか
- 入居者に対して看取りケアを提供する上で大切だと思われることと、それを実現するための方策を得られたか
- 研修会に対する評価

・ 入居者を看取りまでケアすることについて、研修会受講前に抱えていた悩みや課題についてのアンケート結果（表 6 , 表 7）

入居者を看取りまでケアすることについて、研修会受講前に抱えていた悩みや課題について、自由記述形式で回答を求め、それらをテ-

マ別にコーディングし分類した。

管理者の回答は 4 つに大別された。分類毎の回答例は下記のとおりとなる。

【職員が抱える不安やストレスに関すること】

例)「スタッフへの不安感をどのように解消できるか、又、心のケアをどのようにやっていたら良いか。」(a1)

【医療との連携に関すること】

例)「緊急時の往診が無いため（可能なときもあり）終末期は不安あり。」

【家族との関係】

例)「家族と一緒に看取りを考えるには？」」(b1)

【入居者との関係（本人の意思確認）に関すること】

例)「ご自身で最後の判断が出来ない方の看取りが、どう対応しているのか、常に悩みとなっている。」

同様に、職員の回答も 4 つに分類されたが、その内容は【家族との関係】以外は異なるものだった。分類毎の回答例は下記のとおりとなる。

【看取りに関すること】

例)「経験がないのでまだ分からないことが不安」(a2)

【夜間対応に関すること】

例)「夜勤帯に急変した場合こういった状態の時に救急車を呼べばよいか分からない。（マニュアルはあるけど）」(a3)

【介護職としての役割について】

例)「どこまでケアすることが、ご本人のためなのか」

【家族との関係】

例)「家族への説明、点滴を過度に希望する家族への対応、説明」(b2)

表 6 . 研修会受講前に抱えていた悩みや課題（管理者）

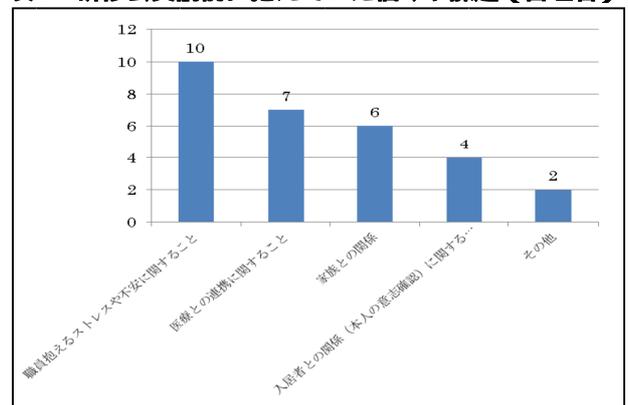
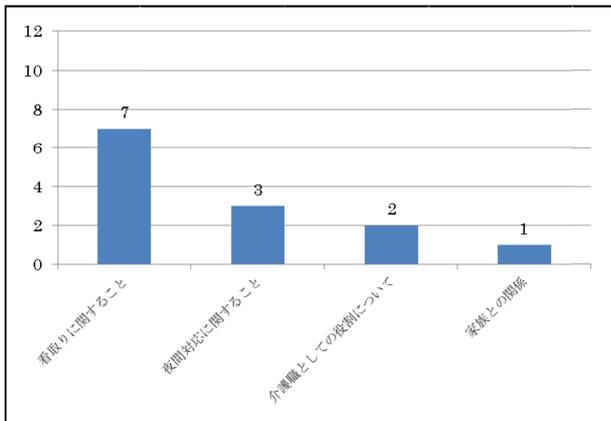


表7. 研修会受講前に抱えていた悩みや課題(職員)



以上の回答において管理者が抱えている悩みや課題として最も多く寄せられた回答は【職員が抱える不安やストレスに関すること】であった。その内容は(a1)の例で示されているように、スタッフの不安感軽減や、心のケアへの対応というものであった。

それに対して、職員の回答として多かったのは、看取りや夜間対応に対する‘不安’(a2, a3)であった。

【家族との関係】について、管理者は入居者の家族と一緒に、入居者の看取りについて考えていくことについて悩みを抱えていた(b1)。すなわち一緒に同じ課題を見据えて、それを解決する上での困難さを感じていたのに対し、職員の回答は、家族への説明において困難を感じているというものであった(b2)。回答数が1件のため、一般化はできないが、管理者と職員は家族との関係において、異なるタイプの悩みを抱える傾向があると想定される。

研修会に参加することで、研修会受講前に抱えていた悩みや課題に対する解決策についてのアンケート結果

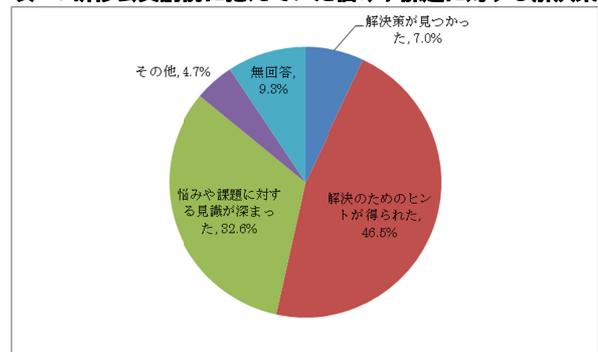
研修会に参加することで、研修会受講前に抱えていた悩みや課題(表6、表7で示した悩みや課題)の解決策について、下記4択からの選択方式で回答を得た。

1. 解決策が見つかった
2. 解決のためのヒントが得られた
3. 悩みや課題に対する見識が深まった
4. その他

約半数の受講者が「解決のためのヒントが得られた」(46.5%)と回答した。「解決策が見つかった」(7.0%)と合わせると、過半数の受講者にとって、本研修会は悩みや課題解決の上で有効であったとの評価を得られた。

3割以上の受講者が「悩みや課題に対する見識が深まった」(32.6%)という回答を選択していることから、新たな課題の発見や、気づきがあったことも推察される。

表8. 研修会受講前に抱えていた悩みや課題に対する解決策について



研修会を受講後、看取りケアを提供する上で大切だと思うことについてのアンケート結果(表9、表10)

研修会受講後に、看取りケアを提供する上で大切だと思ったことについて、自由記述形式で回答を求め、それらをテーマ別にコーディングし分類した。

管理者の回答は5つに大別され、分類毎の回答例は下記のとおりとなる。中でも、【入居者本人や家族との関係】については、受講者した管理者全員が大切なこととした回答した。

【入居者本人や家族との関係】

例)「本人、家族の真の意向をくみ取る事」

【職員をサポートする仕組み】

例)「職員、家族の不安を医師、看護師等の力を借り、軽減する機会を持つこと」(c1)

【他職種や職員との連携】

例)「他職種との連携を密にしていないと利用者は支えられない」

【管理者の姿勢】

例)「管理者等上に立つものの、ぶれない意志」

【医療・看取りについての知識】

例)「看取りステージの心身の変化」

同様に、職員の回答は5つに大別され、分類毎の回答例は下記のとおりである。管理者の回答と同様に、最も多かった回答は【入居者本人や家族との関係】というものだった。

【入居者本人や家族との関係】
例)「家族と話し合い、医者との話し合いでどのように(本人の)希望をかなえるべきか」(G2)

【他職種や職員との連携】
例)「スタッフが皆で情報や意識を共有すること」

【医療・看取りについての知識】
例)「死に対する看取り方、経験者などの話」

【職員をサポートする仕組み】
例)「看取った後のスタッフのケア」

【管理者の考え方・姿勢】
例)「施設の方針」

表9. 看取りケアを提供する上で大切だと思うこと(管理者)

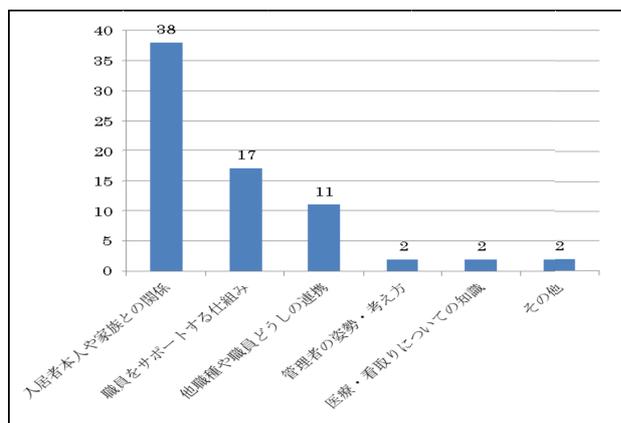
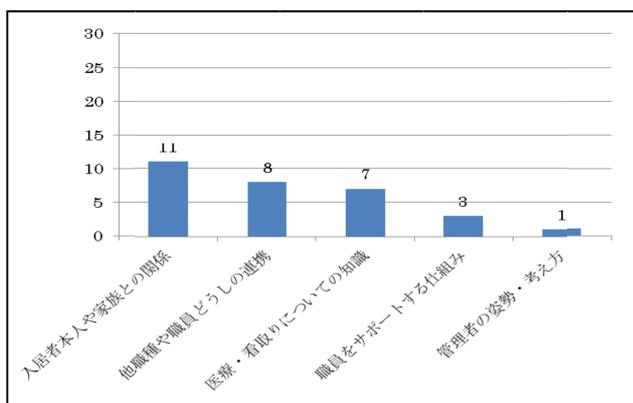


表10. 看取りケアを提供する上で大切だと思うこと(職員)



以上から明らかなように、受講者の多くが看取りケアを提供する上で最も重要なこととして【入居者本人や家族との関係】を挙げた。

管理者の回答で次に多かったのは【職員をサポートする仕組み】に関するものだった。研修会受講前に管理者が悩みや課題として抱えていることに関する回答の上位を占めたのは、【職員が抱える不安やストレスに関すること】であった。

研修会の評価についてのアンケート結果

プログラムに沿って、講義、グループワーク、ワールドカフェについて5段階で回答を求めた(「1.満足」~「5.不満」)。

(1) 第1部

講義「入居から看取りまでを支える基礎知識」についてのアンケート結果(表11、表12)

管理者の9割(89.3%が「満足」、「どちらかといったら満足」と回答)から講義に対する満足度が高いとの結果が得られた。職員の7割以上が講義に満足と回答しており(73.3%が「満足」、「どちらかといったら満足」)、高い評価が得られた。

一方、職員の4名(26.7%)が「どちらでもない」と回答している。

表11. 講義「入居から看取りまでを支える基礎知識」【管理者】

講義について...	n	%
1.満足	14	50.0
2.どちらかといったら満足	11	39.3
3.どちらでもない	1	3.6
4.どちらかといったら不満	1	3.6
5.不満	0	0.0
無回答	1	6.7
合計	28	100.0

表12. 講義「入居から看取りまでを支える基礎知識」【職員】

講義について...	n	%
1.満足	8	53.3
2.どちらかといったら満足	3	20.0
3.どちらでもない	4	26.7
4.どちらかといったら不満	0	0.0
5.不満	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	15	100.0

グループワークについてのアンケート結果(表13、表14)

講義についての満足度同様、グループワーク

についての満足度も、管理者の方が、職員よりも高い傾向となった。

表 13 . グループワーク【管理者】

グループワークについて...	n	%
1.満足	15	53.6
2.どちらかといったら満足	10	35.7
3.どちらでもない	1	3.6
4.どちらかといったら不満	1	3.6
5.不満	0	0.0
無回答	1	10.0
合計	28	100.0

表 14 . グループワーク【職員】

グループワークについて	n	%
1.満足	10	66.7
2.どちらかといったら満足	0	0.0
3.どちらでもない	3	20.0
4.どちらかといったら不満	1	6.7
5.不満	0	0.0
無回答	1	6.7
合計	15	100.0

講義に対する満足度と、グループワークに対する満足度を精査した結果、これらは相関関係にあった。

(2) 第2部

講義「看取りを支えるチーム作り」についてのアンケート結果

第2部の講義に対する満足度も、管理者（92.8%が「満足」、「どちらかといったら満足」と回答）、職員（86.78%が「満足」、「どちらかといったら満足」と回答）ともに高い結果となった。

表 15 . 講義「看取りを支えるチーム作り」【管理者】

講義について...	n	%
1.満足	10	35.7
2.どちらかといったら満足	16	57.1
3.どちらでもない	2	7.1
4.どちらかといったら不満	0	0.0
5.不満	0	0.0
合計	28	100.0

表 16 . 講義「看取りを支えるチーム作り」【職員】

講義について...	n	%
1.満足	9	60.0
2.どちらかといったら満足	4	26.7
3.どちらでもない	2	13.3
4.どちらかといったら不満	0	0.0
5.不満	0	0.0
合計	15	100.0

ワールドカフェについてのアンケート結果 (表 17、表 18)

表 17 . ワールドカフェ【管理者】

ワールドカフェについて...	n	%
1.満足	12	42.9
2.どちらかといったら満足	14	50.0
3.どちらでもない	2	7.1
4.どちらかといったら不満	0	0.0
5.不満	0	0.0
無回答	0	0.0
合計	28	100.0

表 18 . ワールドカフェ【職員】

ワールドカフェについて...	n	%
1.満足	9	60.0
2.どちらかといったら満足	3	20.0
3.どちらでもない	1	6.7
4.どちらかといったら不満	1	6.7
5.不満	0	0.0
無回答	1	6.7
合計	15	100.0

講義に対する満足度と、グループワークに対する満足度は、第1部同様、相関関係にあった。

D . 考察

入居者を看取りまでケアすることについて、 研修会受講前に抱えていた悩みや課題

研修会受講前に抱えていた悩みや課題について管理者の回答と職員の回答として最も多かった内容を比較した結果、管理者の回答として多かった内容はスタッフの不安感軽減や、心のケアへの対応というものであった。

それに対して、職員の回答として多かったのは、看取りや夜間対応に対する‘不安’(a2, a3)

であった。

- ・「経験がないのでまだ分からないことが不安。」(a2)
- ・「夜勤帯に急変した場合こういった状態の時に救急車を呼べばよいか分からない。(マニュアルはあるけど)。(a3)

以上から、管理者は、職員が抱えている不安や悩みを理解しており、そうした悩みや課題を解決するための方策またはそうした方策を得るためのヒントを得ることを期待して、本研修会に臨んだものと推察される。

職員は、現場で直面するそうした具体的な悩みや課題の解決策を求めて研修会を受講したと考えられる。

これらの点をまとめると、日常のケアにおいて、職員が現場で直面する悩みや課題は傾向が明確になっており、管理者は職員が抱えるそうした悩みや課題を概ね理解している。

しかし、一つの施設という枠組みの中ではそれらを解決する手立ては不十分なため、施設という枠を超えて、受講者が相互に交流しながら学び合うことは、多くのヒントを得られる機会となると想定される。そうした期待感が本受講者の間に潜在的にあったものと考察された。

研修会に参加することで、その悩みや課題に対する解決策は見つげられたか

3割以上の受講者が「悩みや課題に対する見識が深まった」(32.6%)という回答を選択していることから、新たな課題の発見や、気づきがあったことも推察される。

そうした発見や気づきについて明らかにするために、アンケートの自由記述欄の内容について分析した。そこから、以下3点が「気づき」として浮かびあがった。

・研修会が受講生にもたらした気づき

自施設における常識が、必ずしも他施設における常識とは限らない、非常識かもしれない。

- 例) 同じグループホームでも職員の体制が違うこと。常勤として看護師がいない。
- 例) (お看取りまで)もう数日となった時、他施設では、常にリーダーや看護師が傍にいた体制をとっている。そうやって職員をサポートしていることが分かった。

・研修会が受講生にもたらした気づき 同じ職種であっても、価値観は多様

- 例) グループ(のメンバー構成)を変えたことで、色々な価値観の施設長及び管理者の方がいることがわかって良かった。良いところもそうでないと感じるところもあった。他施設の若いスタッフの苦悩等の話しが聞けてよかった。
- 例) 実際に看取りをやっている施設からの意見や方法を聞くことができ、勉強になった。

・研修会が受講生にもたらした気づき 共通の悩みや課題を抱えている

- 例) 多職種間の勉強会が必要だということが分かった。勉強会などしている施設もそうでない施設も同じ悩みを持っていることがわかった。
- 例) 看取りをすると他利用者の介護が手薄になることなど他施設も同様の悩みがある。

入居者に対して看取りケアを提供する上で大切だと思われることと、それを実現するための方策を得られたか

研修会受講前に管理者が悩みや課題として抱えていることに関する回答の上位を占めたのは、【職員が抱える不安やストレスに関すること】であった。そして、研修会受講後に、看取りケアを提供する上で大切だと思うこととして【職員をサポートする仕組み】に関するものが上位を占めた。

その回答例を比較すると、下記に示したように、医療職の協力も得て、「チームで解決の仕組みを作っていく方向性」をイメージされた記述に変化した。

(受講前): 「スタッフへの不安感をどのように解消できるか、又、心のケアをどのようにやっていけば良いか」

(受講後): 「職員、家族の不安を医師、看護師等の力を借り、軽減する機会を持つこと」

以上から、悩みや課題となっていたことを解決するための方向性について、研修会を通じて具体化できたものと考察される。

職員の回答例に着目すると、「家族と話し合い、医者との話し合いでどのように(本人の)希望をかなえるべきか」といった記述に示されているように、入居者、その家族、医療者と前向き

に関係を構築していくことの重要性が挙げられた。

看取りケアを提供する上で最も重要と思うことが研修会後に一致しているというのは、管理者と職員という組織内における立場の違いを超えて、認識が共有されたと言えるだろう。

また、職員受講者の約半数から【医療・看取りについての知識】の重要性が挙げられた。その意味では、看取りケアをする上で必要となる医療知識に関して継続的に研修会を行う必要があるだろう。

研修会に対する評価

本研修会は、第1部、第2部ともに、受講者から高い評価を得られた。そして、講義に対する満足度が高い受講者ほど、その後のグループワーク・ワールドカフェに対する満足度も高い傾向にあった。

入居から看取りまでを支える基礎知識を取り上げた第1部では、職員よりも、管理者の満足度が高い傾向にあり、特に講義については、管理者の満足度の方が高かった。それに対して職員の回答では「どちらでもない」という回答が26.7%となったことから、講義内容や難易度については、更なる検討を要する。

尚、チーム作りをテーマに据えた第2部については、管理者と職員の満足度の間に差異はなかったことから、テーマ設定が受講者のニーズにかなっていたものと考察される。また、管理者と職員という立場の異なる介護職と一緒にグループワークを行うことで、より現実に近い形でチーム作りについて議論することができたものと推察される。

E . 結論

他施設の職員と議論や情報交換をすることで、本研修会は各受講者に主として以下二つの機会を提供できたとの結論に至った。

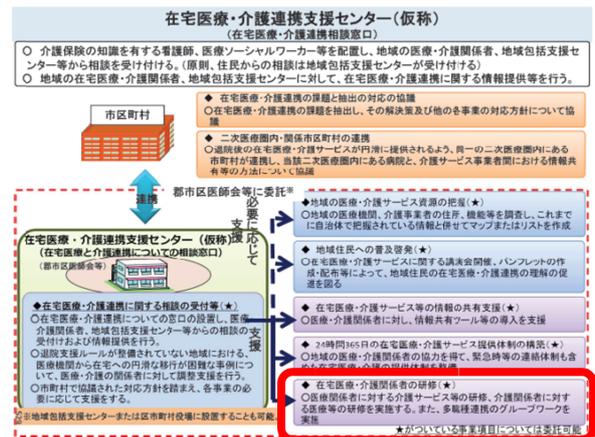
- ・ 自施設の体制や、自身の介護について見直す機会となった。
- ・ 医療と介護の連携について考える機会となった。

尚、本研究は、平成27年度からの「在宅医療・介護連携推進事業」の一環として展開する在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の業務のうち、必須となる「在宅医療・介護関係者

の研修」（図1）のモデルプログラムへと発展していくことが期待される。

特に「在宅医療・介護関係者の研修」においては、看取りも見据えた研修プログラムを実施することで、人生の最終段階においても個人の希望にそったケアを提供できる人材育成と地域づくりを支える一助となることが期待される。

図1. 在宅医療・介護連携支援センターについて



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

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 石巻赤十字病院 看護師
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、その体験をまとめた冊子を作成することを第二の目的とした。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。面接調査の結果、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。この調査結果に基づき、冊子「現場力を上げるために東日本大震災の体験を知る - 在宅医療・がん治療・緩和ケア -」を作成した。この冊子は今後起こりうる大規模災害に向けたシステムの構築やマニュアルの整備についての基礎資料となると考えられる。また、この冊子を通じて現場で働く医療福祉従事者 1 人ひとりが経験の詳細を知ることによって「いざというときに応用のきく」経験を伝えることができると考える。

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。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、水に濡れたままで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。

しかし、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かった。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、その体験をまとめた冊子を作成することを第二の目的とした。

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。がんに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、個人情報情報を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

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。

この調査結果に基づき、30ページから成る冊子「現場力を上げるために東日本大震災の体験を知る - 在宅医療・がん治療・緩和ケア -」を作成した。

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。

この調査結果に基づき作成された冊子「現場力を上げるために東日本大震災の体験を知る - 在宅医療・がん治療・緩和ケア -」では今後起こりうる大規模災害に向けたシステムの構築やマニュアルの整備についての基礎資料となると考えられる。また、この冊子を通じて現場で働く医療福祉従事者1人ひとりが経験の詳細を知ることによって「いざというときに応用のきく」経験を伝えることができると考える。

E . 結論

東日本大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ためのインタビュー調査を行い、調査結果に基づき、冊子「現場力を上げるために東日本大震災の体験を知る - 在宅医療・がん治療・緩和ケア -」を作成した。

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

菅野喜久子, 木下寛也, 森田達也, 佐藤一樹, 清水恵, 秋山聖子, 村上雅彦, 宮下光令. 東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療の在り方に関する研究. Palliat Care Res. 2014; 9(4): 131-9.

2 . 学会発表

菅野喜久子, 木下寛也, 森田達也, 佐藤一樹, 清水恵, 秋山聖子, 村上雅彦, 宮下光令. 東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療の在り方に関する研究. 第19回日本緩和医療学会学術大会, 2014 Jun 19-21, 501, 神戸.

H．知的財産権の出願・登録状況

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

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（外国語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
<u>Akechi T</u> , <u>Uchitomi Y</u>	PART12 Neuropsychiatrics 69 Depression/anxiety	Eduardo Bruera, Irene J. Higginson, Charles F. von Gunten, Tatsuya Morita	Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care, Second Edition	CRC Press	Florida	2014	691-702

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
<u>木下寛也</u>	ホスピスライ アングル	川越正平 (編)	在宅医療バ イブル	日本医事新 報社	東京	2014	385-391
<u>小川朝生</u>	自信がもてる！ せん妄診療はじ めの一步 誰も 教えてくれなか った対応と処方 のコツ	小川朝生	自信がもて る！せん妄 診療はじめ の一步 誰も 教えてくれ なかった 対応と処方 のコツ	羊土社	東京	2014	
<u>小川朝生</u>	7. せん妄への対 応	小川朝生、 内富庸介	ポケット精 神腫瘍学 医療者が知 っておきた いがん患者 さんの心の ケア	創造出版	東京	2014	61-80
<u>小川朝生</u>	8. 認知症への対 応	小川朝生、 内富庸介	ポケット精 神腫瘍学 医療者が知 っておきた いがん患者 さんの心の ケア	創造出版	東京	2014	81-90

小川朝生	医療従事者の心理的ケア	日本緩和医療学会	専門家をめざす人のための緩和医療学	南江堂	東京	2014	322-9
小川朝生	せん妄	日本緩和医療学会	専門家をめざす人のための緩和医療学	南江堂	東京	2014	244-53
小川朝生	うつ病と適応障害	日本緩和医療学会	専門家をめざす人のための緩和医療学	南江堂	東京	2014	235-43
森田達也	緩和医療学 13生命予後の予測	川越正平 (編著)	家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする在宅医療バイブル	日本医事新報社	東京	2014	366-371
森田達也 (著), 他		森田達也 (著), 他	緩和治療薬の考え方、使い方	中外医学社	東京	2014	
		恒藤暁, 森田達也, 宮下光令 (編)	ホスピス緩和ケア白書 2014がんプロフェッショナル養成基盤推進プランと学会・学術団体の緩和ケアへの取り組み	青海社	東京	2014	
		日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン委員会 (編集)	がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014年版	金原出版株式会社	東京	2014	
		日本緩和医療学会 (編集)	専門家をめざす人のための緩和医療学	株式会社南江堂	東京	2014	
森田達也		森田達也 (編者)	プロフェッショナルがんナース	株式会社メディカ出版	大阪	2014	

			グ2014年別冊 これだけは押さえておきたいがん疼痛治療の薬 - 非オピオイド鎮痛薬・オピオイド鎮痛薬・鎮痛補助薬 - はや調べノート				
天野功二, 森田達也	第 章消化器癌化学療法の実際. 消化器癌化学療法施行時の栄養管理と消化器癌患者に対する緩和医療. 消化器癌患者に対する緩和医療	大村健二 編	消化器癌化学療法. 改訂4版	南山堂	東京	2014	394-408
明智龍男	精神症状の基本	小川朝生, 内富庸介	医療者が知っておきたいがん患者さんの心のケア	創造出版	東京	2014	53-60
明智龍男	精神症状(抑うつ・不安、せん妄)	川越正平	在宅医療バイブル	日本医事新報社	東京	2014	340-346
明智龍男	支持的精神療法	堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎	これだけは知っておきたい精神科の診かた、考え方	羊土社	東京	2014	42-144
明智龍男	危機介入	堀川直史, 吉野相英, 野村総一郎	これだけは知っておきたい精神科の診かた、考え方	羊土社	東京	2014	145-146
明智龍男	主要な精神症状のマネジメントとケア	恒藤暁, 内布敦子	系統看護学講座別巻緩和ケア	医学書院	東京	2014	210-232
清水研, 小川朝生, 明智龍男, et al	うつ病と適応障害	恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al	専門家をめざす人のための緩和医療学	南江堂	東京	2014	235-243

奥山徹, 明智龍男, et al	睡眠障害	恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al	専門家をめ ざす人のた めの緩和医 療学	南江堂	東京	2014	254-258
大谷弘行, 明智龍男, et al	心理的反応	恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al	専門家をめ ざす人のた めの緩和医 療学	南江堂	東京	2014	278-285
吉内一浩, 明智龍男, et al:	コミュニケーシ ョン	恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al	専門家をめ ざす人のた めの緩和医 療学	南江堂	東京	2014	286-294
石田真弓, 明智龍男, et al	家族ケアと遺族 ケア	恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al	専門家をめ ざす人のた めの緩和医 療学	南江堂	東京	2014	313-321
平井啓,小 川朝生, 明智龍男, et al	医療従事者の心 理的ケア	恒藤暁, 明智龍男, 荒尾晴恵, et al	専門家をめ ざす人のた めの緩和医 療学	南江堂	東京	2014	322-327
聖路加国 際大学・緩 和ケア訪 問看護ス テーション 連絡会	平成26年度緩和 ケア訪問看護師 教育プログラム 講義テキスト	林 直子	平成26年度 緩和ケア訪 問看護師教 育プログラ ム 講義テ キスト		東京	2014 年	1-68

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
Hiroya <u>Kinoshita</u> , Isseki Maeda, <u>Tatsuya Morita</u> , <u>Mitsunori</u> <u>Miyashita</u> , Akemi Yamagishi, Yutaka Shirahige, Toru Takebayashi, Takuhiro Yamaguchi, Ayumi Igarashi, and Kenji Eguchi	Place of Death and the Differences in Patient Quality of Death and Dying and Caregiver Burden.	J Clin Oncol		in press	2014
Miura T, Matsumoto Y, Motonaga S, Hasuo H, Abe K, <u>Kinoshita H</u>	Dyspnea, Relative Youth and Low Daily Doses of Opioids Predict Increased Opioid Dosage in the Last Week of a Terminal Cancer Patient's Life	Jpn J Clin Oncol.	44 (11)	1082-7	2014
<u>Morita T</u> , Sato K, <u>Miyashita M</u> , Yamagishi A, Kizawa Y, Shima Y, <u>Kinoshita H</u> , Suzuki S, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K	Does a regional comprehensive palliative care program improve pain in outpatient cancer patients?	Support Care Cancer.	22(9)	2445-55.	2014
Yamagishi A, Sato K, <u>Miyashita M</u> , Shima Y, Kizawa Y, Umeda M, <u>Kinoshita H</u> , Shirahige Y, Akiyama M, Yamaguchi T, <u>Morita T</u>	Changes in quality of care and quality of life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program.	J Pain Symptom Manage.	48(4)	602-10.	2014

Imura C, <u>Morita T</u> , 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 OPTIM study.	J Pain Symptom Manage.	47(5)	849-59	2014
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, <u>Morita T</u> .	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.	47(3)	579-587	
T. Nakanotani, T. Akechi, T. Takayama, A. Karato, Y. Kikuuchi, N. Okamoto, K. Katayama, M. Yokoo and <u>A. Ogawa</u> .	Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey.	Jpn J Cl in Oncol	44(5)	448-55	2014
M. Yokoo, T. Akechi, T. Takayama, A. Karato, Y. Kikuuchi, N. Okamoto, K. Katayama, T.	Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life.	Jpn J Cl in Oncol	44(7)	670-6	2014

Nakanotani and A. Ogawa.					
Shibayama O, Yoshiuchi K, Inagaki M, Matsuoka Y, Yoshikawa E, Sugawara Y, Akechi T, Wada N, Imoto S, Murakami K, Ogawa A, Akabayashi A, Uchitomi Y	Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy.	Cancer Med	3	702-709.	2014
S.Umezawa, D.Fujisawa, M.Fujimori, <u>A.</u> <u>Ogawa</u> , E.Matsushima, M.Miyashita.	Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors.	Psychooncology	[Epub ahead of print]		2014
M. Yokoo, T. <u>Akechi</u> , T. Takayama, A. Karato, Y. Kikuuchi, N.Okamoto, K. Katayama, T. Nakanotani and <u>A. Ogawa</u> .	Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life.	Jpn J Cl in Oncol	44(7)	670-6	2014
Shibayama O, Yoshiuchi K, Inagaki M, Matsuoka Y, Yoshikawa E, Sugawara Y, Akechi T, Wada N, Imoto S, Murakami K, Ogawa A, Akabayashi A, Uchitomi Y	Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy.	Cancer Med	3	702-709.	2014
S.Umezawa, D.Fujisawa, M.Fujimori, <u>A.</u> <u>Ogawa</u> , E.Matsushima,	Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among	Psychooncology	[Epub ahead of print]		2014

M.Miyashita.	Japanese cancer survivors.				
Nakazawa Y, <u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , et al	One-year follow-up of an educational intervention for palliative care consultation teams.	Jpn J Clin Oncol	44(2)	172-179	2014
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	31(2)	155-160	2014
Hirooka K, <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	Regional medical professionals' confidence in providing Palliative care, associated difficulties and availability of specialized palliative care services in Japan.	Jpn J Clin Oncol	44(3)	249-256	2014
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	47(3)	579-587	2014
Ise Y, <u>Morita T</u> , et al	The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospital: a nationwide survey in Japan.	J Pain Symptom Manage	47(3)	588-593	2014
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	47(5)	849-859	2014
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	31(3)	244-246	2014

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	31(3)	322-326	2014
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	31(4)	422-427	2014
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	48(1)	2-12	2014
<u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	Care evaluation scale-patient version: measuring the quality of the structure and process of palliative care from the patient's perspective.	J Pain Symptom Manage	48(1)	110-118	2014
<u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , <u>Akechi T</u> , et al	Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients.	J Palliat Med	17(8)	887-893	2014
Maeda I, <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	Progressive development and enhancement of palliative care services in Japan: Nationwide surveys of designated cancer care hospitals for three	J Pain Symptom Manage	48(3)	364-373	2014

	consecutive years.				
<u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , <u>Kinoshita H</u> , et al	Does a regional comprehensive palliative care program improve pain in outpatients cancer patients?	Support Care Cancer	22(9)	2445-2455	2014
<u>Yamagishi A</u> , <u>Miyashita M</u> , <u>Kinoshita H</u> , <u>Morita T</u> , et al	Changes in quality of care and quality of life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program.	J Pain Symptom Manage	48(4)	602-610	2014
<u>Odagiri T</u> , <u>Morita T</u> , et al	Convenient measurement of systolic pressure: the reliability and validity of manual radial pulse pressure measurement.	J Palliat Med	17(11)	1226-1230	2014
<u>Yoshida S</u> , <u>Morita T</u> , et al	A comprehensive study of the distressing experiences and support needs of parents of children with intractable cancer.	Jpn J Clin Oncol	44(12)	1181-1188	2014
<u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Nurse Education Program on Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A Randomized Controlled Study of a Novel Two-Day Workshop.	J Palliat Med	17(12)	1298-1305	2014
<u>Yamaguchi T</u> , <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	31(8)	857-861	2014
<u>Nakajima K</u> , <u>Morita T</u> , et al	Psychologists involved in cancer palliative care in Japan: A nationwide	Palliat Support Care	Mar 13	[Epub ahead of print]	2014

	survey.				
Tanabe K, <u>Morita T</u> , et al	Evaluation of a novel information-sharing instrument for home-based palliative care: A feasibility study.	Am J Hosp Palliat Care	May 8	[Epub ahead of print]	2014
Amano K, <u>Morita T</u> , et al	Assessment of intervention by a palliative care team working in a Japanese general hospital: A retrospective study.	Am J Hosp Palliat Care	May 5	[Epub ahead of print]	2014
Yoshida S, <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	Strategies for development of palliative care from the perspectives of general population and health care professionals: A Japanese outreach palliative care trial of integrated regional model study.	Am J Hosp Palliat Care	Jun 5	[Epub ahead of print]	2014
Sekine R, <u>Miyashita M</u> , <u>Morita T</u> , et al	Changes in and associations among functional status and perceived quality of life of patients with metastatic/locally advanced cancer receiving rehabilitation for general disability.	Am J Hosp Palliat Care	Jun 5	[Epub ahead of print]	2014
Yamaguchi T, <u>Morita T</u> , et al	Palliative care development in the Asia-Pacific region: an international survey from the Asia Pacific Hospice Palliative Care Network (APHN).	BMJ Support Palliat Care	Jul 10	[Epub ahead of print]	2014
Yamagishi A, <u>Morita T</u> , <u>Kawagoe S</u> , <u>Miyashita M</u> , et al	Length of home hospice care, family-perceived timing of referrals, perceived quality of	Support Care Cancer	Aug 21	[Epub ahead of print]	2014

	ccare, and quality of death and dying in terminally ill cancer patients who died at home.				
Tsai JS, <u>Morita T</u> , et al	Consciousness levels one week after admission to a palliative care unit improve survival prediction in advanced cancer patients.	J Palliat Med	Sep 5	[Epub ahead of print]	2014
Amano K, <u>Morita T</u> , et al	Association between early palliative care referrals, inpatient hospice utilization, and aggressiveness of care at the end of life.	J Palliat Med	Sep 11	[Epub ahead of print]	2014
<u>Kinoshita H</u> , <u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , et al	Place of death and the differences in patients quality of death and dying and caregiver burden.	J Clin Oncol	Dec 22	[Epub ahead of print]	2014
Baba M, <u>Morita T</u> , <u>Kawagoe S</u> , et al	Independent validation of the modified prognosis palliative care study (PiPS) predictor models in three palliative care settings.	J Pain Symptom Manage	Dec 11	[Epub ahead of print]	2014
Fujimori M, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized control trial	J Clin Oncol	32(20)	2166-2172	2014
Fujimori M, <u>Uchitomi Y</u>	Reply to B. Gyawali et al	J Clin Oncol	33(2)	223-224	2015
<u>Morita T</u> , <u>Miyashita M</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Nurse Education Program on Meaninglessness in Terminally Ill Cancer	J Palliat Med	17(12)	1298-1305	2014

	Patients: A Randomized Controlled Study of a Novel Two-Day Workshop				
Shibayama O, <u>Akechi T</u> , <u>Ogawa A</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy	Cancer Med	3(3)	702-709	2014
Terada S, <u>Uchitomi Y</u> , et al	Development and evaluation of a short version of the quality of life questionnaire for dementia	Int Psychogeriatr	27(1)	103-110	2014
<u>Akechi T</u> , et al	Contribution of problem-solving skills to fear of recurrence in breast cancer survivors	Breast Cancer Res Treat	145	205-10	2014
Azuma H, <u>Akechi T</u>	What domains of quality of life are risk factors for depression in patients with epilepsy?	Austin journal of psychiatry and behavioral sciences	1	4	2014
Azuma H, <u>Akechi T</u>	Effects of psychosocial functioning, depression, seizure frequency, and employment on quality of life in patients with epilepsy	Epilepsy Behav	41	18-20	2014
Banno K, <u>Akechi T</u> , et al	Neural basis of three dimensions of agitated behaviors in patients with Alzheimer disease	Neuropsychiatr Dis Treat	10	339-48	2014
Katsuki F, <u>Akechi T</u> , et al	Multifamily psychoeducation for improvement of mental health among relatives of patients with major depressive disorder lasting more than one year: study protocol for a randomized	Trials	15	320	2014

	controlled trial				
Momino K, <u>Akechi T</u> , et al	Psychometric Properties of the Japanese Version of the Concerns About Recurrence Scale (CARS-J)	Jpn J Clin Oncol	44	456-62	2014
Morita T, <u>Miyashita M</u> , <u>Akechi T</u> , et al	Symptom burden and achievement of good death of elderly cancer patients	J Palliat Med	17	887-93	2014
Nakanotani T, <u>Akechi T</u> , et al	Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey	Jpn J Clin Oncol	44	448-55	2014
Reese JB, <u>Akechi T</u> , et al	Cancer patients' function, symptoms and supportive care needs: a latent class analysis across cultures	Qual Life Res			2014
Shibayama O, <u>Akechi T</u> , et al	Association between adjuvant regional radiotherapy and cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy	Cancer Med	3	702-9	2014
Shiraishi N, <u>Akechi T</u> , et al	Relationship between Violent Behavior and Repeated Weight-Loss Dieting among Female Adolescents in Japan	Evid Based Ment Health	9	e107744	2014
Shiraishi N, <u>Akechi T</u> , et al	Brief psychoeducation for schizophrenia primarily intended to change the cognition of auditory hallucinations: an exploratory study	J Nerv Ment Dis	202	35-9	2014
Suzuki M, <u>Akechi T</u> , et al	A failure to confirm the effectiveness of a brief group psychoeducational	Neuropsychiatr Dis Treat	10	1141-53	2014

	program for mothers of children with high-functioning pervasive developmental disorders: a randomized controlled pilot trial				
Yamauchi T, <u>Akechi T</u> , et al	Death by suicide and other externally caused injuries after stroke in Japan (1990-2010) : the Japan Public Health Center-based prospective study	Psychosom Med	76	452-9	2014
Yamauchi T, <u>Akechi T</u> , et al	Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the Japan Public Health Center-based Prospective Study	Psychooncology	23	1034-41	2014
Yokoo M, <u>Akechi T</u> , et al	Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life	Jpn J Clin Oncol	44	670-6	2014
Ito Y, <u>Akechi T</u> , et al	Good death for children with cancer: a qualitative Study	Jpn J clin Oncol			in press
Kawaguchi A, <u>Akechi T</u> , 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
Kondo M, <u>Akechi T</u> , et al	Analysis of vestibular-balance symptoms according to symptom duration: dimensionality of the Vertigo Symptom Scale-short form	Health and Quality of Life Outcomes			in press

Shiraishi N, <u>Akechi T</u> , et al	Contribution of repeated weight-loss dieting to violent behavior in female adolescents	PLOS ONE			in press
<u>Akechi T</u>	Depressed with cancer can respond to antidepressants, but further research is needed to confirm and expand on these findings	Evid Based Ment Health			in press
<u>Akechi T</u> , et al	Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis	Jpn J Clin Oncol			in press
Igawa S, Gohda K, Fukui T, Ryuge S, Otani S, Masago A, Sato J, Murakami K, Maki S, Katono K, Takakura A, <u>Sasaki J</u> , Satoh Y, Masuda N.	Circulating tumor cells as a prognostic factor in patients with small cell lung cancer.	Oncol Lett.	7	1469-1473	2014
Igawa S, Kasajima M, Ishihara M, Kimura M, Hiyoshi Y, Asakuma M, Otani S, Katono K, <u>Sasaki J</u> , Masuda N.	Comparison of the Efficacy of Gefitinib in Patients with Non-Small Cell Lung Cancer according to the Type of Epidermal Growth Factor Receptor Mutation.	Oncology.	87	215-223	2014
Ishihara M, Igawa S, Maki S, Harada S, Kusahara S, Niwa H, Otani S, <u>Sasaki J</u> , Jiang SX, Masuda N.	Successful chemotherapy with nab-Paclitaxel in a heavily treated non-small cell lung cancer patient: a case report.	Case Rep Oncol.	7	401-406	2014
Igawa S, Kasajima M, Ishihara M,	Evaluation of gefitinib efficacy according to body	Chemother Pharmacol.	74	939-946	2014

Kimura M, Hiyoshi Y, Niwa H, Kusahara S, Harada S, Asakuma M, Otani S, Katono K, <u>Sasaki J</u> , Masuda N.	surface area in patients with non-small cell lung cancer harboring an EGFR mutation. Cancer				
Sakata S, <u>Sasaki J</u> , Saeki S, Hamada A, Kishi H, Nakamura K, Tanaka H, Notsute D, Sato R, Saruwatari K, Iriki T, Akaike K, Fujii S, Hirosako S, Kohrogi H.	Dose Escalation and Pharmacokinetic Study of Carboplatin plus Pemetrexed for Elderly Patients with Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer: Kumamoto Thoracic Oncology Study Group Trial 1002.	Oncology.	88	201-207	2014
Otani S, Hamada A, <u>Sasaki J</u> , 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)			
<u>Fukui S</u> , Otoguro C, Ishikawa T, Fujita J.	Survey on the use of health consultation services provided in a Japanese urban public housing area with high elderly population.	Geriatrics & Gerontology International.	In press.		2015
<u>Fukui S</u> ,	Five types of	BMC Health	DOI:		2014

Yamamoto-Mitani N, Fujita J.	home-visit nursing agencies in Japan based on characteristics of service delivery: cluster analysis of three nationwide surveys.	Services Research.	1. 10. 2. 1186 3. /s129 13 4. -014 5. -0644 -8		
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

雑誌（日本語）

小川朝生	がんとうつ病の関係	看護技術	60(1)	21-4	2014
小川朝生	精神科医療と緩和ケア	精神医学	56(2)	113-22	2014
小川朝生	高齢がん患者のサイコオンコロジー	腫瘍内科	13(2)	186-92	2014
小川朝生	患者・家族へのがん告知をどう行うか	消化器の臨床	17(3)	205-9	2014
小川朝生	DSM-5	プロフェッショナルがんナースィング	4(4)	402	2014
小川朝生	CAM	プロフェッショナルがんナースィング	4(4)	403	2014
小川朝生	HADS	プロフェッショナルがんナースィング	4(4)	404-5	2014
小川朝生	いまや、がんは治る病気	健康365	10	118-20	2014
小川朝生	急性期病棟における認知症・せん妄の現状と問題点	看護師長の実践！ナースマネージャー	16(6)	48-52	2014
小川朝生	認知症～急性期病院が向き合うとき（1）	CBnews management			2014
小川朝生	認知症～急性期病院が	CBnews			2014

	向き合うとき(2)	management			
小川朝生	認知症～急性期病院が向き合うとき(3)	CBnews management			2014
小川朝生	認知症～急性期病院が向き合うとき(4)	CBnews management			2014
小川朝生	認知症～急性期病院が向き合うとき(5)	CBnews management			2014
小川朝生	認知症患者のがん診療	癌と化学療法	41(9)	1051-6	2014
比嘉謙介、小川朝生	肝癌に対する栄養療法と精神腫瘍学	臨床栄養	125(2)	182-5	2014
小川朝生	高齢者を中心としたがん患者の大規模対面調査の実施-その意義と課題について	月刊新医療	41(12)	22-5	2014
阿部泰之、森田達也	「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発.	Palliat Care Res	9(1)	114-120	2014
森田達也, 他	死と正面からむきあうその歴史的歩みとエビデンス 特集にあたって.	緩和ケア	24(2)	85	2014
竹之内裕文, 森田達也	死と正面からむきあうその意義と歴史的背景 .	緩和ケア	24(2)	86-92	2014
森田達也	看取りの時期の医学治療のトピックス.	緩和ケア	24(2)	93-97	2014
今井堅吾, 森田達也, 他	病態に応じた制吐薬の推奨を緩和ケアチームが行うことによる、がん患者の悪心に対する効果.	Palliat Care Res	9(2)	108-113	2014
小田切拓也, 森田達也, 他	気道分泌・死前喘鳴のマネジメント.	緩和ケア	24(4)	276-282	2014
森田達也	緩和医療・支持療法を知る 疼痛管理の新標準.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	86(8)	638-643	2014
草島悦子, 森田達也, 他	終末期がん患者の死の不安と希望をめぐる苦悩に対するケア 緩和ケアに従事する多職種のスピリチュアルケア 経験に関するインタビュー調査 .	臨床死生学	18/19(1)	46-57	2014
森田達也, 他	緩和ケアの症状マネジメントup to date 特集にあたって.	緩和ケア	21(5)	334	2014
白土明美, 森	緩和ケアにおける薬物	緩和ケア	21(5)	335-340	2014

田達也	療法のup to date 倦怠感と化学療法後神経障害性疼痛 .				
森田達也, 他	2014年度診療報酬改定と“緩和ケア”への影響 1.	緩和ケア	21(5)	361	2014
森田達也(プラン)	緩和ケア特集「いまさら聞けない」緩和ケアにおけるステロイドの使い方Q&A.	プロフェッショナルがんナーシング	4(5)	41-68	2014
森田達也	【ライフサイクルに応じた向精神薬の使い方】ターミナルケア・緩和ケア.	日医雑誌	143(7)	1497-1500	2014
森田達也	緩和ケアのスクリーニング エビデンスと実践 .	緩和ケア	24(6)	426-432	2014
菅野喜久子, 木下寛也, 森田達也, 宮下光令, 他	東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療のあり方に関する研究.	Palliat Care Res	9(4)	131-139	2014
森田達也	緩和ケア領域における臨床研究の課題と方法論.	薬局	65(13)	104-110	2014
馬庭真利子, 内富庸介, 他	脳腫瘍術後の器質性精神障害に paliperidone が有効であった1例	臨床精神薬理	17(1)	75-80	2014
樋口裕二, 内富庸介, 他	身体疾患とうつ病 各種疾患・病態におけるうつ病・気分障害の合併の実情・がん治療・緩和ケアとうつ病	Depression Journal	2(2)	52-55	2014
樋口裕二, 内富庸介, 他	腫瘍医へのコミュニケーション技術訓練	Depression Frontier	12(2)	33-39	2014
黒田純子, 明智龍男, et al	新規制吐剤の使用開始前後における外来がん患者の予期性悪心の検討.	医療薬学	40	165-173	2014
明智龍男	大学病院で総合病院精神科医を育てる	総合病院精神医学	26	1	2014
明智龍男	総合病院における精神	臨床精神医学	43	859-864	2014

	科医のがん医療（サイ コオンコロジー）				
明智龍男	精神腫瘍学の進歩	最新がん薬物療法 学	72	597-600	2014
明智龍男	サイコオンコロジー- うつ病、うつ状態の薬 物療法・心理療法	心身医学	54	29-36	2014
古川 壽亮, 明 智龍男, et al	臨床現場の自然史的デ ータから治療効果を検 証する：名古屋市立大 学における社交不安障 害の認知行動療法	精神神経学雑誌	116	799-804	2014
古川 壽亮, 明智 龍男, et al	SUND 大うつ病に対す る新規抗うつ剤の最適 使用戦略を確立するた めの大規模無作為割り 付け比較試験	精神医学	56	477-489	2014
福井小紀子	在宅医療介護従事者に おける顔の見える関係 評価尺度の適切性の検 討。	日本在宅医学会誌	16(1)	5-11	2014
福井小紀子, 他	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	2014
石川孝子、福井 小紀子, 他	武蔵野市民の終末期希 望療養場所の意思決定 に関連する要因。	日本公衆衛生雑誌	61(9)	545-555	2014
大園康文、福井 小紀子, 他	終末期がん患者の在宅 療養継続を促進・阻害 する出来事が死亡場所 に与えた影響。	Palliative Care Research	9(1)	121-128	2014
大園康文、福井 小紀子	終末期を得意とする訪 問看護事業所の特徴： 経営状況、医療機関と の連携、および利用者 の特性との関連。	日本地域看護学会 誌	17(1)	4-11	2014
福井小紀子	エンド・オブ・ライフ ケアを地域で効果的に 進めるための多職種連 携のあり方。	日本在宅ケア学会 誌	18(1)	1-6	2014
福井小紀子	退院支援における意思 決定支援の重要性。	ナーシング・トゥ デイ	29(3)	15-20	2014
福井小紀子	「在宅医療連携拠点事 業」の成果と展望～	訪問看護と介護	19(1)	16-23	2014

	2025年に向けた「連携力」とは～.				
菅野喜久子， 木下寛也，森 田達也，佐藤 一樹，清水恵， 秋山聖子，村 上雅彦，宮下 光令.	東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療の在り方に関する研究	Palliat Care Res.	Vol.9	131-139	2014