

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 12 月 25 日現在

機関番号：82602

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2010～2013

課題番号：22592574

研究課題名(和文)がん医療における緩和ケア・在宅医療連携システムモデルの構築支援に関する研究

研究課題名(英文)A study on the construction support of palliative care, home care coordination system model in Cancer Care

研究代表者

米澤 純子 (Yonezawa, Junko)

国立保健医療科学院・その他部局等・研究員

研究者番号：50289972

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,400,000円、(間接経費) 0円

研究成果の概要(和文)：在宅緩和ケアシステムは、第一の連携体制として、がん終末期患者への在宅緩和ケアを提供する関係機関・職種のつながりである在宅緩和ケアチーム、第二の連携体制として、急性期病院、緩和ケア病棟、在宅緩和ケアの緩和ケアトライアングル、第三の連携体制として、NPOと行政による地域住民・医療資源に対する人材育成体制があった。在宅緩和ケアシステム構築に向けた人材育成の方法として、在宅緩和ケアの実態を理解する機会の提供、在宅緩和ケアシステムに関わる多職種を対象とした具体的事例を振り返る研修、在宅緩和ケアによる看取り事例をテーマとした市民シンポジウムが効果的である。

研究成果の概要(英文)：Home palliative care system, as the first collaboration system, home palliative care team is the connection of the relationship institutions and occupations that provide home palliative care to cancer end-of-life patients, as a second collaboration system, acute care hospitals, palliative care ward, palliative care triangle of home palliative care, as third of collaborative system, there is a human resource development system for local residents and medical resources by NPO and administrative. As a way of human resource development towards home palliative care system construction, home relaxation provides the opportunity to understand the reality of care, training look back on the concrete case of a multidisciplinary targeted involved in home palliative care system, and end-of-life care by home palliative care citizen symposium with the theme of case is effective.

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・地域・老年看護学

キーワード：在宅緩和ケア 地域ケアシステム

1. 研究開始当初の背景

2000年に創設された介護保険制度は、介護サービスの利用者は在宅サービスを中心に着実に増加し、2000年度には184万人であったサービス受給者数は2012年度には458万人となった。今後、高齢化はさらに進展し、団塊の世代が75歳以上となる2025年にはおよそ5.5人に1人が75歳以上高齢者となることが推測されている。また高齢者の単独世帯や夫婦のみ世帯の割合も増加することから、さらなる医療や介護の需要の増加が推測されている。国はこのような社会構造の変化に対応するため、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的とし、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制である地域包括ケアシステムの構築を推進している。地域包括ケアシステムは、自助・互助・共助・公助の視点から、介護保険制度等の「共助」、高齢者福祉事業等の「公助」の拡充ではなく、セルフケアや市場サービスの購入等の「自助」、ボランティアや住民組織等の「互助」の役割を意識した取り組みを必要としている。

一方、がんは1981年より我が国の死因第1位となり、2013年では全死亡の28.8%を占める。緩和ケアは余命が限られた不治の患者が身体的・心理的・社会的・スピリチュアル的苦痛から解放され、残された日々を人間としての尊厳を保ちながら、心身ともに安楽に過ごすためのケアであり、がん終末期患者のケアとして発展してきた。在宅緩和ケアは、患者の生活の場である“家”において実施される緩和ケアであり、多死時代を迎える我が国の在宅医療・介護において重要なケアとなる。

国内外の先行研究では、患者が人生の最終章を住み慣れた家で、心残りなく過ごしている状況とそこで在宅緩和ケアが報告されてきた。介護を担う家族の存在は、長く在宅緩和ケアの成立要件とされてきた。

また、在宅緩和ケアの課題として、多機関・多職種による連携や在宅緩和ケアシステム構築の必要性が指摘されてきたが、治療の場である医療機関から終末期を過ごす在宅への移行を含めた在宅緩和ケアシステム構築の在り方は検討されていない。

2. 研究の目的

本研究では、がん終末期患者の在宅緩和ケアが可能な地域における在宅緩和ケアシステムの構築プロセスを明らかにすることによって、患者が在宅緩和ケアを選択肢として持つことができ、望んだ療養場所で最期まで安心して生活するための在宅緩和ケアシステム構築の在り方を検討する。

3. 研究の方法

(1) 対象都市

先駆的な在宅緩和ケアの実践により、独居がん終末期患者の在宅緩和ケアが実現している都市を対象地域とし、首都圏に位置する「新宿区」、地方都市である「宮崎市」の2都市とした。

(2) 調査方法

在宅緩和ケアシステムの構築プロセス、構築メンバーの結びつき、意識、活動を明らかにするため、面接調査と参与観察調査を主な手法とした。また、調査地域、団体の概要や活動経過、内容を把握するための文献調査も実施した。

(3) 調査対象者

面接調査において、在宅緩和ケアシステムを構成する主要な機関の代表者を対象に、研究の趣旨を説明し、研究参加の同意が得られた対象者に対し、半構成式面接調査を実施した。新宿区では、がん診療連携拠点病院緩和ケア病棟医師、兼東京都在宅緩和ケア支援センター長1名、在宅療養支援診療所医師2名、訪問看護ステーション所長兼NPO代表1名、保健所保健師2名、ケアマネージャー1名、7職種7名に面接調査を実施した。宮崎市では、がん診療連携拠点病院医師1名、がん診療連携拠点病院在宅支援看護師1名、医師会病院緩和ケア病棟医師1名、療養型病棟兼緩和ケア病棟医師1名、訪問看護ステーション看護師1名、在宅療養支援診療所医師兼ケアケアネット代表含む3名、NPO代表1名、患者サロン相談者1名、保健所医師1名の9職種10名に対して面接調査を実施した。

(4) データ収集

データ収集は2010年6月～2012年8月に実施した。面接調査においては、調査対象者に対しインタビューガイドを用いて半構成式面接を約60分実施した。面接内容は、許可を得てICレコーダーに録音した。調査内容は、がん終末期患者への在宅緩和ケア内容、がん終末期患者の在宅緩和ケアのための連携の実態、在宅緩和ケアシステム発展プロセスと活動内容、在宅緩和ケアシステムにおける専門職としての役割、在宅緩和ケアシステムにおける多職種への期待、在宅緩和ケアシステム構築のための要件である。

参与観察では、新宿区・宮崎市において、在宅支援診療所の外来診療の見学、訪問診療への同行訪問、在宅医療関係者の勉強会、市民公開シンポジウム、ボランティア養成講座への参加、NPOの活動の場である宮崎のかあさんの家、新宿区の暮らしの保健室での活動の見学および参加を実施し、適宜データとした。

(5) データ分析方法

収集したデータから、在宅緩和ケアシステム構築に関するプロセス、在宅緩和ケアに関わる活動に該当すると判断された箇所を抽出しデータとした。面接調査については録音データから、逐語録を作成した。逐語録を熟読し、意味

まとめごとにラベルをつけ、類似した概念を集めて初期のカテゴリーを作成した。抽出された初期カテゴリーは調査対象者の認識として語られていることから、調査対象者が認識した状況や調査対象者の認識に至った意図を考察し、「在宅緩和ケアにおける患者支援と多機関との連携」、「在宅緩和ケアシステム構築のための活動」と判断した箇所を抽出した。抽出した語りは、文脈との関係から意味を捉え、その語りの意味合いを示す短文に置き換え、コードとした。コード化したものの同質性を判断してグルーピングを行い、その内容を示すタイトルをつけ、サブカテゴリー化した。更にそのサブカテゴリーから、患者への直接的な支援、療養の場の移行・継続のための患者支援、多機関との連携、在宅緩和ケアシステム構築のための活動、地域住民に向けた活動の5つの項目に該当するサブカテゴリーを整理した。分析の妥当性を高める目的で、これらの作業は、筆者を含め、看護学の3名の研究者の協力を得て行い、検討会議を数回実施した。

(6) 倫理的配慮

本研究は、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会(承認番号 NIPH-IBRA #11001)の承認を得て行った。研究参加者への依頼は、本研究の目的や方法等の研究の趣旨、研究への参加は自由意志であり参加しなくても不利益を被ることはないこと、研究途中でも辞退できること、データの公表においては無記名であり個人が特定されないことを文書と口頭で説明し、同意を得て実施した。

4. 研究成果

(1) 新宿区・宮崎市における在宅緩和ケアシステムを構成するメンバーのつながりと拡がり

新宿区と宮崎市の緩和ケアシステム構築プロセスから、在宅緩和ケアシステムにおける共通要因を抽出し、緩和ケア実践者間のつながりと拡がりに着目し分析した。

医師間連携の構築のプロセスにおいては、両地域ともに医療施設数も医療従事者数は全国値に比べ充実している地域であった。新宿区は大学病院が林立していること、宮崎市は国立大学の医学部の設立が遅く他県の医学部を卒業した医師が集まっていることから、固有の大学の学閥に囚われない医師のつながりが形成された。新宿区では、大病院から次に移る中間施設の少ないことから、緊急一時入院病床確保事業として、宮崎市では緩和ケア病棟がないことから医師会病院の緩和ケア病棟開設への働きかけがあり、在宅医療のための後方支援病棟の整備も早くから行われた。

関係職種間連携は、在宅緩和ケアを実践する多職種による勉強会の立ち上げから開始されていた。勉強会はがん患者の苦痛を緩和するためのスキルアップであり、患者・家族に寄り添おうとする実践者たちの集まりで

あった。苦痛を緩和するための麻薬の取り扱いやがん患者の症状緩和のためのスキルについてのタイムリーな情報交換のため、インターネットを介した情報交換の活用されてきている。また、多職種による情報交換は上下関係のないフラットな関係により行われ、それぞれの専門性を生かしたスキルが互いに理解され、よりよい緩和ケア実践の提供へとつながることから、成功体験とメンバー間の良好な関係となって好循環で展開されていた。

また、地域への拡がりとして、NPO 法人の活動があった。在宅緩和ケアの理念に基づき、様々な関係職種が集まり勉強できる場の提供に加え、がん患者の QOL 向上となるインフォーマルサービスの展開、地域住民への在宅緩和ケアを理解する機会活動の展開を通して、地域全体に緩和ケアの理念と参加の促進を展開していた。

(2) 急性期医療・緩和ケア病棟・在宅緩和ケアにおける患者支援と連携、在宅緩和ケアシステム構築に向けた活動

在宅緩和ケアシステムにおける役割として、急性期病院においては、がんの根治を目標とし、専門医による外科的治療、放射線療法、化学療法等の患者症状に合わせた専門的治療を行う。緩和ケア病棟では、緩和医療の専門医によりがんに伴う様々な苦痛緩和のための症状コントロールが行われる。在宅緩和ケアにおいては、がん終末期患者が望む生活の支援である。

在宅緩和ケアへ移行するための課題として、特に急性期病院において、医師・看護師が在宅緩和ケアの実態を知らないことから、在宅緩和ケアへの移行に至らず、在宅緩和ケアを実施している在宅医と訪問看護師と連携の機会が少なく、患者・家族に在宅緩和ケアに関する情報提供もできないという実態があった。

この課題を解決するために、急性期病院では、在宅緩和ケアへの理解を深めるための院内スタッフの緩和ケア研修、地域連携のための勉強会、病棟看護師の訪問看護ステーションによる在宅緩和ケア実習といった人材育成のための活動があった。これらの人材育成活動により、治療の初期段階から緩和ケアという考え方が浸透し、緩和ケアチームによる症状緩和が必要な患者への介入が促進され、在宅緩和ケアへの理解が進み、早めに連携室への連絡が入るといった変化がみられていた。さらに、これらの人材育成のための活動に加え、在宅緩和ケアスタッフからのフィードバックによる活動もあった。

在宅緩和ケア移行に向けた患者支援においては、急性期病院では、専門的治療終了後、主治医から今後の療養の場についての説明が実施され、その後、連携室において患者の意向を丁寧に確認と、在宅医の紹介により、在宅療養生活への説明と患者の意向の確認が行われていた。緩和ケア病棟では、在宅緩和

和ケアに移行する際には、在宅療養生活に向けた相談や在宅療養生活に必要な社会資源の調整を行っていた。また、在宅緩和ケアの際に症状が悪化した患者に対しては、レスパイトとしての入院を受け入れ、様々な苦痛緩和のための症状コントロールを行っていた。在宅緩和ケアでは、在宅での生活を望む患者を受け入れ、患者の自宅での生活の継続と生活の質を向上させ、安らかにその時を迎えることができるために、看取るための医療ではなく家族と楽しく生きるための患者の生活を支える医療を提供していた。そのため、在宅医は、患者・家族にどれだけしっかりと話せるのが医師の存在価値である、在宅緩和ケアは医師が施す最期の努力という姿勢をもち、患者・家族が死を受容する苦しみにとことん付き合い、最期の時は患者に寄り添っていた。

医療連携では、急性期病院では、患者の移行先の在宅医をはじめとする訪問看護師・ケアマネージャーらの在宅スタッフ、緩和ケア病棟スタッフへのこれまでの治療経過の情報提供を行っていた。緩和ケア病棟では、在宅医療のバックアップのための入院ベッドを確保し、症状コントロールのための入院治療の受け入れを行うことにより、患者を再び在宅療養生活に戻すという機能を担っていた。また、急性期病院や在宅医からの緩和ケアに関する相談を行うことにより緩和医療の向上のための教育的な役割を果たしていた。また、在宅療養生活を選択しない患者に対しては、看取りの時まで支援していた。在宅緩和ケアにおいては、在宅医は、往診に行けるところはどこでも行くという姿勢を持ち、在宅療養を望む患者を受け入れていた。

(2) NPO・行政の患者支援、地域住民への活動、在宅緩和ケアシステム構築に向けた活動

NPOは、患者支援として、「患者らいろいろ活動」による情報提供、医師や訪問看護ステーションの選び方がわからない患者の相談を受け、在宅療養生活のための助言を行っていた。また、自宅で介護が受けられない患者を「かあさんの家」で受け入れることによる生活の場の提供も行っていた。また、患者と共に患者の人生を振り返りながら話を聞き、冊子にまとめる「聞き書き」による最期の時間を豊かにするため支援も提供していた。

NPOの地域住民に向けた活動としては、「在宅緩和ケアに関する市民シンポジウム」を開催しており、市民が具体的に在宅緩和ケアをイメージできる機会を提供していた。

在宅緩和ケアシステム構築に向けた活動として、NPOは在宅緩和ケアを支援するボランティアの育成を行い、上記の「患者らいろいろ活動」、「療養に関する相談」、「聞き書き」、「在宅緩和ケアに関する市民シンポジウム」の運営を展開していた。また、在宅緩和ケアに関わる専門職の質の向上に向けた「在宅医療連携ケース勉強会」を運営していた。

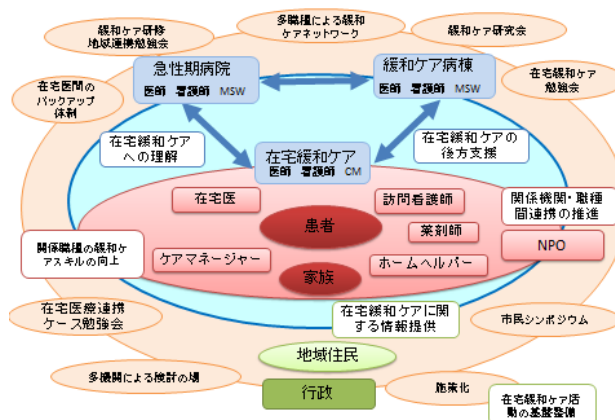
行政は、患者へ直施支援する機会はほとんど

なく、地域住民に向けた在宅緩和ケアに関する情報提供であった。地域住民に向けた活動として、NPOが取り組み始めた「在宅緩和ケアに関する市民シンポジウム」は新宿区との協賛として実施している。

在宅緩和ケアシステム構築に向けた活動としては、行政では、医療機関の専門職に対する緩和ケア教育の実施を行っていた。また、在宅緩和ケア推進を目的とした会議として、関係機関の協議の場の設定を行い、関係機関からの意見を吸い上げ施策化するという役割を担っていた。

(3) 在宅緩和ケアシステムの構造と在宅緩和ケアシステム構築に向けた活動

前節までに述べた結果から、在宅緩和ケアシステムの構造と在宅緩和ケアシステム構築に向けた活動について図式化した。



在宅緩和ケアシステム構築に向けた関係機関の構造と活動

第1層の連携体制として、がん終末期患者への在宅緩和ケアを提供する関係機関・職種つながりである在宅緩和ケアチーム、第2層として、急性期病院、緩和ケア病棟、在宅緩和ケアの療養の場の移行をスムーズにするための緩和ケアトライアングル、第3層は地域住民・医療資源に対する働きかけ在宅緩和ケアのしくみづくりを行う機関である。

5. 考察

(1) 在宅緩和ケアシステムの発展要因

対象地域である新宿区・宮崎市は、高齢化率が全国値より低く、医療資源が豊富な地域である。医療資源だけでなく、様々な人々が集まり発展してきた都市であった。新宿区・宮崎市ともに、大病院からの退院した後次に移る中間施設の少ない地域特性により、医師会を中心として早期からの在宅緩和ケアの取り組みがなされた。新宿区では、40年もの歴史のある看護職の会が連続と継続しており、多機関の看護活動を理解する場と顔の見える関係づくりの場となっていた。

対象地域の在宅緩和ケアシステムは、ネットワーク構築の開始時から、新宿区では医師・看護師・医療ソーシャルワーカー・薬剤

師を中心としたメンバー、宮崎市では、医師、看護師、薬剤師、介護施設運営者、患者体験者、遺族、行政職員といった様々な職種が参加していることが特徴であった。様々な職種の人々によって、在宅緩和ケアの理念である「患者の生活を支えるケア」としての共通理念を持ち、がん終末期患者の看取りの実践を積み重ねてきていた。また、そのネットワークにおいて、緩和ケア医からの緩和ケアスキルに関する教育の機会や、参加者同士による事例検討会を積み重ねてきたことも大きな発展要因となっていた。新宿区では緩和ケアネットワークミーティング、牛込地区在宅患者を考える会であり、宮崎市では、臨床における全人的ケアの教育プログラム、宮崎キユーケアネットワークであった。職種に関係なく、タイムリーに実際の患者の緩和ケアに関する相談をネット上でできることに加え、実際に顔を合わせることができるところがあることは顔が見える関係の場となり連携が促進されていった。また、実践した事例を振り返っていくことにより、具体的な在宅緩和ケア実践を確認できる機会は自信につながる機会ともなると考えられる。先行研究においても、地域連携の全般的評価、多施設多職種対象の研修会の参加回数、困った時のサポートとなる人の数、地域での臨床経験年数との間に有意な関連があることが示されており、多機関・多職種対象の研修会は地域緩和ケアシステムを発展させる重要な要因であると考えられる。

また、対象地域ではNPOが中心となり、在宅緩和ケアに関わる職種に加え一般市民を対象とした啓発活動を実施してきた。患者・家族が在宅緩和ケアを選択するためには、がんであっても在宅療養が可能であること、実際にどのような在宅緩和ケアを受けることが可能であるか具体的な情報を知らなければ選択できない。先行研究においても、在宅緩和ケア推進のためには地域住民の在宅緩和ケアへの理解を培う重要性が示されてきた。新宿区における啓発活動においては、実際に在宅で看取った家族、在宅緩和ケアに携わった医師、訪問看護師、介護関係者、病院関係者等を一同に壇上において行うシンポジウム形式のため、地域住民にとっては自分の地域の在宅看取り事例についての具体的なプロセスを理解する機会となり、わがまちで安心して最期を迎えるための支援を担う専門職の存在と役割を知る貴重な機会となっている。シンポジストとなった専門職にとっては、自らの看取り支援を振り返る機会であり、遺族にとっては自らの大切な家族の看取りを大勢の聴衆前で振り返り、聴衆からの反応を得ることから、貴重なグリーフケアの機会となっており、シンポジストにとっても成長を促す機会となる大変有効な手法である。

NPOは公的なサービスでは補えないボランティア活動を展開することで、在宅緩和ケア

の質の向上に寄与していた。ボランティアには、家族の在宅緩和ケアを受けた遺族が多く参加しており、自らが受けた在宅緩和ケアが豊かな経験となり、その経験が新たな支援として広がっていた。先行研究において、市民参加型の在宅緩和ケア体制は、ソーシャルキャピタルの生成を促進するという報告もあるように、NPOによるボランティア活動は地域におけるフォーマルサービスからこぼれ落ちた必要な支援を提供に加え、ソーシャルキャピタルの生成という効果も果たすことが期待される。地域住民にとっても、ボランティアに参加することによって、在宅緩和ケアについて患者支援を通して体験する機会となっている。

在宅緩和ケア実践者の築きあげたネットワークを強化し、定着化させるための活動としては、行政による多機関・多職種をつなぐ場の設定や施策化があった。緩和ケアの普及については、行政の関わりの重要性はこれまでも示されてきた。新宿区における高齢者保健福祉計画第4期介護保険事業計画策定のための協議会においては、在宅緩和ケアに従事している現場の委員を選出し、声を吸い上げ、7つの新規事業を企画していた。これらの委員には、急性期病院の大学病院の院長も含まれており、大病院の責任者を一同に集めることは行政でなければできない。施策化に伴う会議の場も緩和ケア推進のための貴重な機会であったと考えられる。また、「病院職員の訪問看護ステーションでの実習研修」が事業化されたことから、病院からの在宅へのスムーズな退院へと変化もみられており、地域ニーズに基づいた施策化は地域ケアシステム構築の重要な要因となっていた。

在宅緩和ケアシステムの発展要因として、在宅緩和ケアを共通理念とした多機関・多職種の活動の積み重ね、在宅緩和ケアに関してタイムリーに相談できるPCネットの活用、多機関・多職種対象の事例検討研修会の実施、在宅で看取った家族、在宅緩和ケアに携わった関係者をシンポジストとした地域住民参加型の啓発活動の実施、在宅緩和ケアで看取った家族の参加によるボランティア活動の運営、行政によるNPO活動の事業化、多機関・多職種参加による検討会の開催があった。

(2)在宅緩和ケアシステム構築のための連携体制整備と人材育成

在宅緩和ケアシステムの構造は、第1層の連携体制として、がん終末期患者への在宅緩和ケアを提供する関係機関・職種のつながりである在宅緩和ケアチーム、第2層として、急性期病院、緩和ケア病棟、在宅緩和ケアの療養の場の移行をスムーズにするための緩和ケアトライアングル、第3層は地域住民・医療資源に対する働きかけ在宅緩和ケアのしくみづくりを行う機関であった。

第1層の連携体制である在宅緩和ケアは、チームアプローチが原則とされている。在宅

緩和ケアに関わる関係職種間は、多職種が参加する勉強会において在宅緩和ケアスキルを向上させ、と顔の見える関係づくりによって連携が促進されていた。連携スキルは、一事例一事例を積み重ねる経験から向上する。しかし、忙しい業務の中で事例をこなしていくだけの日常の積み重ねのみでは経験を積み重ねに留まってしまう。その経験で得た暗黙知を形式知へと変換するためには、人材育成の機会を得ることが重要である。本研究結果では、緩和ケアシステム構築のための活動として、在宅医療連携ケースの勉強会や市民シンポジウムが開催されていた。自らが関わった事例を他者ととともに客観的に振り返る機会を得ることは、暗黙知を形式知へ変換するための現任教育として重要なプログラムである。また、ケアチームのメンバーで実践活動を振り返り、その実践についてチームメンバーや他者からの支持を得ることは成功体験の共有する機会ともなり、新たな活動のエネルギーを生み出す。また今後は、在宅緩和ケア事例の検討会は急性期病院のスタッフの参加を交えた研修として実践する必要があると考える。

第2層は、急性期病院、緩和ケア病棟、在宅緩和ケアの療養の場の移行をスムーズにするための緩和ケアトライアングルであった。在宅緩和ケアシステムにおいて、緩和ケア病棟の果たす役割は大きく、緩和ケア病棟は、在宅医からの緩和ケアに関する相談に応じ、かつ、緊急時のバックアップベッドの確保により入院による症状コントロールを実施していた。先行研究においても、緩和ケア病棟の良好な連携の一つとして示されており、緩和ケア病棟の在宅緩和ケアの後方支援としての、緩和ケアスキルに対する教育的支援、緊急時の入院ベッドの確保は重要な連携体制である。

また、緩和ケアトライアングルにおいて、急性期病院からの在宅への移行推進のための連携強化は課題となっていた。急性期病院では、院内の緩和ケア研修を実施するようになってから、地域連携室への連絡が早く来るように変化していた。しかし、急性期病院では、治療法を粘って挑戦し続け、最終治療がなくなってから緩和ケアに切り替える医師の存在も多く、今後も緩和ケア研修を実施する必要がある。ただし、「がん治療と並行して緩和ケアを行い患者の状況に合わせてがん治療と緩和ケアの割合を変えていく」という緩和ケアの新たな考え方の普及だけでは、在宅移行は増加しない。新宿区の事例のように、独居、高齢男性、がん終末期であるという条件で、在宅緩和ケアの実現はできないと判断されてしまうことも多い。そのため、急性期病院から退院後の在宅緩和ケアで看取った患者に関する情報のフィードバックや、病棟看護師の訪問看護ステーションによる在宅緩和ケア実習のように、在宅緩和ケアの実態が理解できる研修内容が重要であると

考える。在宅緩和ケアシステムにおける急性期病院の位置づけと在宅緩和ケアで果たす役割を俯瞰的に捉え、医療連携を促進するための研修プログラムが必要であると考え。

第3層として、地域住民・医療資源に対する働きかけ在宅緩和ケアのしくみづくりを行う機関があった。地域ケアシステム構築のためには、地域住民が緩和ケアを理解することが重要である。本研究結果においては、市民シンポジウムによって、市民が在宅緩和ケアを知る機会が提供されていた。近年の急速な医療の発展と核家族化により、人々の生活から看取りというものを体験できなくなって久しい環境において、在宅緩和ケアの看取り事例は、看取りは自らの命が受け継がれてきたことを実感できる機会であり、残された者に大きな達成感と安心感を得られるものであることを伝える貴重な機会となっていたと考えられる。緩和ケアに関する市民への啓発活動は、大切な家族との最期の別れ方、自らの終末期の過ごし方を考える機会を提供でき、自らの最期の過ごし方を選択する力をもった自律した地域住民を育て、住み慣れた地域で安心して生活できる地域づくりのための基盤となるものと考え

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計0件)

[学会発表](計2件)

米澤純子, 杉本正子, 美ノ谷新子, 秋山正子. がん診療連携拠点病院におけるがん終末期患者の在宅療養に向けた支援と連携. 第72回日本公衆衛生学会, 2013.10, 三重.

米澤純子, 杉本正子, 秋山正子. がん終末期患者の在宅緩和ケア連携システム構築に向けた関係職種の機能と役割. 第71回日本公衆衛生学会, 2012.11, 山口.

[図書](計0件)

[産業財産権]

出願状況(計0件)

取得状況(計0件)

[その他]

ホームページ等

6. 研究組織

(1) 研究代表者

米澤純子 (YONEZAWA JUNKO)

国立保健医療科学院・生涯健康研究部・主任研究官

研究者番号: 50289972