

平成23年 3月 1日

平成22年度笹川記念保健協力財団

研 究 報 告 書

研究課題

在宅緩和ケア、在宅看取り推進の推進の

行政関与型地域連携基準の開発

所属機関・職

日本赤十字看護大学、准教授

研究代表者氏名

福井 小紀子



研究報告書

研究課題：

在宅緩和ケア・在宅看取り推進のための行政関与型地域連携基準の開発

研究代表者：

日本赤十字看護大学・准教授 福井小紀子

I 研究の目的・方法

本研究の目的は以下 3 点とする。すなわち、

- ①我が国において、在宅緩和ケア・在宅看取りを推進する行政職、医療職（看護師、医師）、および介護職の連携要素を明らかにするために、国内外の先行研究のレビューを行う。なお、国内の先行研究に関しては、公表されている論文に加えて、公的資金により行われている研究が多いことから、訪問看護関連を主とした研究報告書のレビューも含める。
- ②国内で在宅緩和ケアの推進に行政職・医療職・介護福祉職が連携をとり、特徴的な取り組みを展開している地域（申請予定時の福岡市、横浜市、十和田市の 3 地域に加えて、京都市、名古屋市、札幌市の 3 地域を追加）への現地調査を通して、病院と在宅および在宅チーム内の看護師・行政職を核とした職種間の連携要素の抽出を行う。
- ③これら 2 つの調査結果を基に、わが国の実情に見合う在宅緩和ケア推進のための行政関与型地域連携基準を開発することを目的とする。

研究方法は、以下とする。

- ①在宅緩和ケア・在宅看取り推進のための地域連携に関して、英文論文のシステマティックレビュー、国内の関連論文のレビュー、および国内の研究報告書のレビューを行う。
- ②選定地域に出向き、行政職、訪問看護師、在宅医、介護福祉職を対象に、それぞれ行政の関与を可能とした経緯・要因とその効果、行政と医療福祉職との連携状況、看護師と医師などの医療福祉職間の連携状況について尋ねるインタビュー調査を行う。
- ③これらの結果を基に、研究班で討議を重ね、国内他地域に応用可能かつ普遍的な行政関与型地域連携基準を考案する。

II 研究の内容・実施経過

これまでに、行政関与型地域連携基準の項案を目的とし、まずは、地域連携基準に関する国内及び国外の医療と介護の連携に関する文献検討を行い、知見の整理をしてきている。その際、医療依存度の高い患者を在宅で支えるためには、特に看護の役割が重要で

あることが示唆されている。本研究では、この点に焦点を当てて、文献検討と実地調査を行った。

- ① 平成 22 年 4 月から平成 23 年 2 月にかけて、在宅緩和ケア・在宅看取り推進のための地域連携に関して、海外論文のシステマティックレビュー、および、訪問看護を中心とした国内の関連論文のレビューと研究報告書のレビューを行った。
- ② 選定地域(福岡市、横浜市、十和田市、京都市、名古屋市、札幌市の 6 地域)を対象に、行政職、訪問看護師、在宅医、介護福祉職、看護協会職員等を対象に、それぞれ、地域の在宅医療に関する実情、行政の関与を可能とした経緯・要因とその効果、行政と医療福祉職との連携状況、看護職と医師などの医療福祉職間の連携状況について尋ねるインタビュー調査を行った。
- ③ ①と②の結果を踏まえ、研究班で討議を重ね、国内他地域に応用可能かつ普遍的な行政関与型地域連携基準を考案した。

Ⅲ 研究の成果

① 在宅緩和ケア・在宅看取り推進のための地域連携に関する文献検討

I：在宅緩和ケア・在宅看取りに関する地域連携に関するレビュー(海外論文)

以下、AとBの2つに分けて、MEDLINE、CINAHLに収載された公表論文を対象に、文献検討を行った。

I-A：「在宅終末期ケアにおける医療連携のあり方」に関する文献

(「連携」を意味する10words) AND (在宅ケア関連7words) AND

(「終末期」を意味する2words) ⇒195本(Pubmed145本, CINAHL50本)

⇒48本(質・内容面などから147本除外) ⇒解析対象 14本

この14文献(表1)から、以下の6つが連携促進要因として明らかにされた。

- 1) 多職種在宅ケアプログラムにより、医療者間のコミュニケーションは良好となり、患者に対して適切なケアの提供が可能になる。
- 2) 機能的なケアチームの特徴として、「階層的なチーム形態を取らない」、「フォーマル／インフォーマルなミーティングをバランスよく実施している」
- 3) 多職種が参加するケースカンファレンスへの出席回数が多い一般家庭医ほど、在宅緩和ケアの実践で障害を感じる事が少ない。
- 4) 多職種在宅ケアプログラムにより、看護師の仕事量が増加する。
- 5) 在宅ケアプログラムにより患者が受ける恩恵は、医療者が受ける恩恵ほどではない。
- 6) 一般家庭医が在宅緩和ケア普及の障害だとみなしている主なものは、「行政上の手続き」、「在宅医療に必要な機器をそろえるのに時間がかかること」、「在宅では最良のケアを提供することが難しいこと」である。

I-B:看取りの場と医療連携との関連性

(“place of death”) AND (“home care”[mh]) AND (「終末期」を意味する2words) ⇒79本(Pubmed)

⇒看取りの場に関する希望と現実との一致率に着目 解析対象 18本

この18文献(表2)から、以下の3つ観点が整理され、在宅看取り実現のための連携促進要因として明らかにされた。

1) 入院患者vs 在宅患者

- 在宅患者の方が在宅死を迎える割合が多い。(ただし、在宅患者であっても、独居の場合は病院死を迎えることが多い。)

2) 多職種在宅ケアvs 通常の在宅ケア

- 多職種在宅ケアを受けた患者の方が、ケアに対する満足度が高い。また、救急搬送や再入院の割合が低く、医療費も低く抑えられた。さらに、在宅死を迎えた割合も多い。

3) その他、在宅死を予測する要因

- 介護してくれる家族と同居していること、医師(一般家庭医・がん専門医)の往診が、在宅死を予測する要因であった。
- 家族に対しても臨終の場の希望を尋ねた研究では、患者と家族の双方が在宅死を希望していること(少なくとも家族が在宅死に否定的でないこと)が、実際の在宅死を最も強く予測すると報告されている。

II. 在宅緩和ケア・在宅看取りに関する地域連携に関するレビュー(国内論文)

在宅緩和ケア、在宅看取り、連携をキーワードに論文を、医学中央雑誌を用いて選定した。さらに、抄録を読んで、本研究の地域連携基準の要素を考える際に有用な知見となる国内論文を検討した。その結果、40文献が該当した。(表3)

III. 在宅緩和ケア・在宅看取りに関する地域連携に関するレビュー(国内報告書)

在宅緩和ケア、在宅看取り、連携をキーワードに論文を、厚生労働省のデータベースおよび訪問看護関連の団体のHPから選定した。さらに、抄録を読んで、本研究の地域連携基準の要素を考える際に有用な知見となる報告書を選定した。その結果、19報告書が該当した。(表4)

② 福岡市、横浜市、十和田市、京都市、名古屋市、札幌市におけるインタビュー調査

上記6地域において、行政職、訪問看護師、在宅医、介護福祉職、看護協会職員等を対象に、地域における多職種連携の状況、病院と地域との連携状況、行政の関与状況、その経緯とその効果、行政と医療福祉職との連携状況についてインタビュー調査を行った。

その結果、下記の普遍的要素が抽出された。

- 1) 在宅医療の推進には、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、介護職間の連携に加えて、行政の関与が不可欠
- 2) 行政関与の課題として、医療部門と介護部門と担当部署が異なるなど、行政窓口が一本化していないことが在宅医療の推進を阻んでいる
- 3) 在宅医療の推進・職種間連携促進のためには、最初の段階で行政の中に在宅医療の推進に熱心な担当者がいたこと、行政と実践をつなぐコーディネーター的なキーパーソンがいたこと、長期的な展望を持って行政担当とキーパーソンが連携して動いたこと、キーパーソン配置の継続のための予算獲得が行政内もしくは関連団体等で可能であったこと、在宅側にも病院側にも在宅医療推進の理解が必要であること、住民の「在宅でも看取りができる」という意識改革が不可欠であること、が要素として挙げられた。

③ 国内他地域に応用可能かつ普遍的な行政関与型地域連携基準を考案

① の結果から、実践現場における訪問看護を中心とした、看取りまで至る連携要因の枠組みとその調査項目を考案した(表5)。

IV 今後の課題

② の結果から、実践の多職種間の連携の強化が不可欠であること、そしてその内容を先行知見から導き出したが、その上で、在宅緩和ケア・在宅看取り推進がうまく行くためには、行政と実践との連携が不可欠であることが明らかにできた。

今後は、本研究で開発した「看取りまで至る連携要因の枠組みとその調査項目」を用いた調査を、行政の調査協力の得られる地域を選定し、量的に検証していきたい。

さらに、今後は、インタビュー結果から行政関与の必要性が明らかにされたため、その具体的な取り組み要素を、国と都道府県との連携、都道府県と市町村との連携、都道府県と看護協会等の関連団体との連携、および、職種間連携という様々な次元で、より明確にしていくことが課題である。

V 研究の成果等の公表予定(学会、雑誌等)

平成 23 年度中に国内外の学会で発表するとともに、上記に記した量的な実証研究を行い、その結果とともに、海外の英文誌に知見を公表する予定である。

No	著者	タイトル	出典	研究目的	研究方法	研究対象	連携状況/調査項目	連携や訪問看護の機能について得られた示唆	連携や訪問看護の機能について	本研究に生かせる視点
1	Hewison A, Badgett F, Clifford C, Thomas K.	Delivering 'Gold Standards' in end-of-life care in care homes: a question of teamwork?	Journal of Clinical Nursing, 2009; 18(12), 1756-65.	在宅での終末期ケア向上を目的にGold Standards Frameworkを導入した際、スタッフがチームワークをどのよう評価し、チームワークがいかに機能しているかについて検討す	質(一部構造化面接) / 面接(個人・集団、一部電話面接)	在宅GSPスタッフ9チーム61名、看護士26名、介護士30名、家事担当ヘルパー4名、プライマリケア・リエゾン看護師1名	Teamworking Questionnaire: ①Clarity and commitment to team objectives(チーム目標の明確さ)、②Focus on quality(チームの質、熱心さ)、③Decision making(意思決定)、④Support for innovation(チームに対するサポート)	在宅医療においてはGSPを導入し、成功を取るには、チームワークが鍵となる。特に、スタッフの質が高いことと、チームの活動に対してサポートが得られることが重要である。	チームワーク機能の評価については、全9チームがチーム目標は明確であると高く評価していたが、意思決定やチーム活動に対するサポートについてはやや評価が下がる。	調査項目(TWQ: Bomill & West, 2001)の参考。
2	Walshe C, Carass A, Chewing C, Graham C, Todd C.	Implementation and impact of the Gold Standards Framework in community palliative care: a qualitative study of three primary care trusts.	Palliative Medicine, 2008; 22(6), 736-43.	Gold Standards Frameworkが地域緩和ケアの提供に与える影響について検討する。	質/内容分析	3つの地域で緩和ケアに従事する一般家庭医と専門医47名。	Gold Standards Framework(GSF): 余命6-12ヶ月の患者を対象とした、病院以外での場所でのプライマリケアチームによる緩和ケアを発展させるためのシステム。プライマリケアチームはGP(一般家庭医)がDistrict Nurse(訪問看護師)や各種セラピスト、Health Visitor(保健師)と共にグループでの実践を行う。	GSFを継続していくには、地域に熱心な推進者が必要である。また、GSFは医療者間の連携を改善させる点で重要である。しかし、患者にとって直接有益をもたらすという意見は少なかつた。	GSFを継続していくには、地域に熱心な推進者が必要である。また、GSFは医療者間の連携を改善させる点で重要である。しかし、患者にとって直接有益をもたらすという意見は少なかつた。	
3	Mahmood-Yousuf K, Munday D, King N, Dale J.	Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework.	British Journal of General Practice, 2008; 58(549), 256-63.	Gold Standards Frameworkが医療者間の関係やコミュニケーションに与える影響を検討する。また、一般家庭医と看護師の実践活動を比較する。	質/半構成的面接	一般家庭医17名、訪問看護師16名、緩和ケア専門看護師1名(Macmillan Nurse)3名、GSFファシリテーター2名	Gold Standards Framework	GSFを採用することで、緩和ケアの患者を訪問看護師へより迅速に紹介できる。多職種が参加するチーム会議により、情報共有や患者管理上の問題に協議することができ、多くの場合、一般家庭医が多職種連携を指示している。最も機能的なチームは、あまり階層ではない業務形態をとりながら、フォーメラルとインフォーメラルな会議を混ざって開いている。	多職種が参加するチーム会議を準備し、継続開催することによって、緩和ケアの質が向上する。特に、看護師がフォーメラルな会議を開催を重視する一方、一般家庭医はその場でインフォーメラルな話し合いを好む。	フォーメラルな会議とインフォーメラルな話し合いをパララレルに採用する方が、チーム機能は、新しい研究視点を提示している。
4	Groot MM, Vermooij-Dassen MJ, Verhagen SC, Cntrl BJ, Grol RP.	Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs.	Palliat Med, 2007; 21(8), 697-703.	在宅緩和ケアの普及に對して、何が障害になっていると一般家庭医が考えているかを探索する。	量	オランダの3つの地域で活動する一般家庭医320名	在宅緩和ケアにおける障害(5領域/22項目): ①患者および患者家族とのコミュニケーション、②ケアの組織化や連携、③知識および専門性、④統合されたケア、⑤患者家族にあてて時間や関心	在宅緩和ケアを普及させる上で、特に障害となっているのは、「行政上の手続き: 62.3%」、「在宅医療に必要な機器を整えるのに時間がかかること: 61.1%」、「extra care(最上のケア?)」を提供することが難しい点: 56.3%」であった。	在宅緩和ケアを普及させる上で、特に障害となっているのは、「行政上の手続き: 62.3%」、「在宅医療に必要な機器を整えるのに時間がかかること: 61.1%」、「extra care(最上のケア?)」を提供することが難しい点: 56.3%」であった。	調査項目の参考。
5	Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, McIlwaine J, Hillary K, Gonzalez J.	Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care.	J Am Geriatr Soc, 2007; 55(7), 993-1000.	通常の在宅医療とIn-Home Palliative Care(IHPC)を比較し、患者の満足度、医療費、在宅死の割合について検討する。	量	予後1年以下と診断され、在宅医療を受けているCOPD62名、鬱病62名、悪性腫瘍97名、悪性腫瘍患者138名、IHPC群: 145名、通常の在宅医療群: 152名。	In-Home Palliative Care(IHPC)の特徴: おおよそ7ヶ月後1年と診断された時点で開始する。(通常の在宅医療は予後6ヶ月)。緩和ケアだけでなく、患者は治療も受けられる。緩和ケアがコーディネーターとなり、多職種の医療者がチームで患者と家族をケアする。患者や家族に対し、教育的介入や社会的支援を行う。	IHPC群ではプログラム導入後30日・90日の時点で、患者のケアに対する満足度は有意に上昇していた。IHPC群の方が通常の在宅医療群に比べ、在宅死を迎える割合が高かった。IHPC群は通常の在宅医療群に比べ、救急搬送や再入院の割合が少なく、必要となった医療費も少なかつた。		

No	著者	タイトル	出典	研究目的	研究方法	研究対象	連携状況/調査項目	連携や訪問看護の機能について得られた示唆	本研究に生かせる視点
6	Chvetzoff G, Garnier M, Péro D, Devaux Y, Lancy L, Chvetzoff R, Chalencou J, Philip T.	Factors predicting home death for terminally ill cancer patients receiving hospital-based home care: the Lyon comprehensive cancer center experience.	J Pain Symptom Manage. 2005; 30(6): 528-35.	在宅死を迎えるか否かに影響する要因を探る。	量/ retrospective	在宅医療を受けていた末期がん患者250名。	独立変数: ①基本的な属性要因(年齢、性別、居住地域「都市部/地方」、がんの種類)、②PS(Kamofsky Index)、③在宅移行時に受けていた治療内容、④がん専門医が自宅へ訪問していたか否か 従属変数: 在宅死or病院死	PSが低いことと、がん専門医が自宅へ訪問していたことは、在宅死を予測する。	在宅死を予測する要因を検討する場合、調査項目は参考となる。
7	Friedrichsdorf SJ, Menke A, Brun S, Wamstler C, Zernikow B.	Status quo of palliative care in pediatric oncology-a nationwide survey in Germany.	J Pain Symptom Manage. 2005; 29(2): 156-64.	ドイツ国内の小児癌病棟における在宅医療の現状を把握する。	量/	ドイツ国内の小児癌病棟、全73施設のうちアンケートの返信があった71施設。 アンケート回答者の内訳は、看護師59%、医師34%、心理社会的ケアのスタッフ:7%	在宅死or病院死 71施設中50施設が小児癌患者を対象とした在宅緩和ケアサービスを行っており、その多くで看護師あるいは医師が主体となっており、在宅へ移行した後は、大半の施設が地域の小児科医や一般家庭医と連携を図っていた。 60.2%の患児が病院で死を迎えていた。在宅医療を提議している施設と提供していない施設とでは、在宅死の割合に有意差が見られた。		
8	Ahmer-Elmqvist M, Jordbey MS, Jannert M, Fayers P, Kaasa S.	Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care.	Palliat Med. 2004; 18(7): 585-93.	スウェーデン・Malmö大学病院腫瘍科において、通常の入院治療を受ける患者と在宅医療を受ける患者を対象に、健康関連QOLや臨終の場所を比較、検討する。	患者記録/ prospective (2年半の追跡調査)	悪性腫瘍患者(18歳以上、予測される予後2~12ヶ月)入院患者163名、在宅患者117名	Hospital-based Advanced Home Care(AHC): Malmö大学病院腫瘍科の在宅医療サービス。週7日のケア体制を整え、一度に25名の在宅患者をケアすることができる。チーム構成は腫瘍科医師1名、看護師9名、PTI名、ソーシャルワーカー1名、秘書1名。症状コントロール以外に、カウンセリングや社会的支援、家族支援を行う。また、AHC患者用に病院では3つのベッドを用意している。		
9	Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, Mannheim L, Henderson W, Kubal JD, Ulasevich A, Cummings J.	Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial.	JAMA. 2000; 284(22): 2877-85.	Team-Managed Home-Based Primary Careが、患者の機能状態や健康関連QOL、ケアに対する満足度、医療費に対して好ましい結果をもたらすかを検討。	量/	70歳以上で、日常生活で2つ以上の障害を抱えている。あるいは末期疾患、CHF、COPDの患者1966名。 TM/HBPC介入群981名、対照群985名。	Team-Managed Home-Based Primary Care(TM/HBPC): ハイリスクな患者を対象に、チームでプライマリケアを提供する。チームには、ソーシャルワーカーや心理士、薬剤師も参加する。24時間体制を取り、患者は随時的に再入院も保証される。また、チームは患者の遠隔計画にも参加する。	TM/HBPCによる介入は、健康関連QOLやケアの満足度を高め、再入院率を下げるなどの意思があるが、コストが高いことが問題である。(調査開始後6ヶ月時点で、対照群に比べ平均6.8%、12ヶ月時点で平均12.1%のコスト高であった)	
10	Smeenk FW, de Witte LP, Nooyen IW, Crebolder HF.	Effects of transmutal care on coordination and continuity of care.	Patient Educ Couns. 2000; 41(1): 73-81.	末期がん患者に対するTransmutal Home Care Programme(THCP)による介入が、ケアの連携や一貫性に与える影響を検討する。	量/	予後6ヶ月未満と診断され、病名告知されている18歳以上の末期がん患者。THCP介入群79名、対照群37名。	Transmutal Home Care Programme: ①専門看護コーディネーターを設置し、個々の患者ニーズに即した在宅ケアをプランニングする。②24時間の電話コンサルテーションサービスを用意し、プライマリケアチームがいつでも相談できる。③在宅ケア記録書を用いて、各ケア提供者が気付いたことを医療や看護等の記録を共有する。④多職種のケアチームがケアプロトコルを作成する。	介入群の患者は対照群に比べ、専門医や病院看護師とのコンタクトが少なく、訪問看護師やホームヘルパーとのコンタクトが多かった。 介入群の患者家族は対照群に比べて、訪問看護師とのコンタクトが少なく、ホームヘルパーとのコンタクトが多かった。	THCPによる介入は、医療の連携や一貫性の点でわずかに影響することがわかったが、他の側面に与える影響についてはいまだ今後検討する必要がある。

No	著者	タイトル	出典	研究目的	研究方法	研究対象	連携状況/調査項目	連携や訪問看護の機能について得られた示唆	連携や訪問看護の機能について本研究に生かせる視点
11	Smeenk FW, van Ament AJ, van Haastregt JC, de Witte LP, Biezemans HP, Crebolder HF.	Cost analysis of transmural home care for terminal cancer patients.	Patient Educ Couns. 1998; 35(3), 201-11.	末期がん患者に対する Transmural Home Care Programme (THCP) による介入が、医療費に与える影響を検討する。	量/	予後6ヶ月未満と診断され、病名告知されている18歳以上の末期がん患者。THCP介入群79名。対照群37名。	Transmural Home Care Programme	介入群では対照群に比べ、薬と再入院にかかわる医療費が低かったが、一方で、訪問看護やホームヘルパーに関する医療費は高くなっていった。ただし、医療費全体を比較した場合、介入群と対照群との間に有意差は見られなかった。	
12	Smeenk FW, de Witte LP, van Haastregt JC, Schipper RM, Biezemans HP, Crebolder HF.	Transmural care: A new approach in the care for terminal cancer patients: its effects on re-hospitalization and quality of life.	Patient Educ Couns. 1998; 35(3), 189-99.	末期がん患者に対する Transmural Home Care Programme (THCP) による介入が、患者のQOLに与える影響を検討する。	量/	予後6ヶ月未満と診断され、病名告知されている18歳以上の末期がん患者。THCP介入群79名。対照群37名。	Transmural Home Care Programme	介入群では対照群に比べ、再入院する割合が低く、介入後1ヶ月の時点では身体的QOLが有意に高かった。また、有意差はないが(有意傾向 p=0.06)、介入群の方が在宅死を迎える割合が高かった。	
13	Smeenk FW, de Witte LP, van Haastregt JC, Schipper RM, Biezemans HP, Crebolder HF.	Transmural care of terminal cancer patients: effects on the quality of life of direct caregivers.	Nurs Res. 1998; 47(3), 129-36.	末期がん患者に対する Transmural Home Care Programme (THCP) による介入が、患者家族のQOLに与える影響を検討する。	量/	予後6ヶ月未満と診断され、病名告知されている18歳以上の末期がん患者。THCP介入群34名。対照群11名。	Transmural Home Care Programme	介入後1ヶ月と死別後3ヶ月の時点において、介入群の患者家族のQOLは対照群の患者家族に比べて、有意に良好であった。好ましい終末期ケアは、患者だけではなく、患者家族のQOLにも良い影響をもたらすことがわかった。	
14	Raftery JP, Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Bland JM, Chamberlain J, Freeling P.	A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients.	Palliat Med. 1996; 10(2):151-61.	末期がん患者に対する地域ケア連携サービスの費用対効果を検討する。	量/面積	末期がん患者167名…介入(連携ケア)群86名。対照(通常ケア)群81名。	Co-ordinating service for terminally ill cancer patients: 終末期ケア認定看護師がコーディネーターとして、病院、一般家庭医、地域看護サービスとの連携を図る。コーディネーターは患者や家族にどのようなサービスが必要かを評価し、どのようにサービスを受けければよいかを助言する。コーディネーターは実際には看護をしないが、各ケア提供者に対してリエゾンとしての役割を担う。	全体の医療費の平均は、介入群の方が対照群に比べて低かった。介入群の患者一人当たりに要した医療費の平均は、対照群の患者の約半分であった。介入群の方が、入院日数が少なく、訪問看護の利用回数も少なかった。	

表27

No	著者	タイトル	出典	研究目的	研究方法	研究対象	対象患者が受けていた多職種在宅ケアプログラム	在宅死希望の割合	「希望する臨終の場」と「実際の臨終の場」の一致率	連携や訪問看護の機能について得られた示唆
1	Agar M, Currow DC, Shelby-James TM, Plummer J, Sanderson C, Abernethy AP, Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA.	Preference for place of care and place of death in palliative care: are these different questions? Patients dying with dementia: experience at the end of life and impact of hospice care.	Palliat Med 2008;22(7):787-795. J Pain Symptom Manage 2008;35(5):499-507.	緩和ケア患者が希望するケア場と臨終の場について、統計的に調査する。	面接/縦断的	緩和ケアを受けている患者71名。このうち65名(92%)はがん患者。 認知症患者の家族を対象に、患者が希望していた臨終の場と実際の臨終の場、患者ケアに対する満足度、最も困った患者の症状を把握する。	Regional community palliative program	35%	59%	ケアの場と臨終の場所に関する希望を同時に尋ねた場合、両者が一致する割合は低く、ケアの場所は必ずしも臨終の場を示唆するものではない。 ホスピスに入所した患者の方が、そうでない患者に比べ、希望した場で死を迎えられ、また病院死を迎える割合は少なかった。 患者がホスピスに入所していた家族の方が、患者に対するケアを高く評価していた。 一方、患者が感じていたと家族が評価する苦痛や、家族が困ったと感じた患者の症状については、ホスピスへの入所との間に関連性は見られなかった。
2	Bakitas M, Ahles TA, Skalla K, et al.	Proxy perspectives regarding end-of-life care for persons with cancer.	Cancer 2008;112(8):1854-1861.	終末期医療について進行がん患者がどのような考えを持っているのかを把握する。	電話面接/構造化面接	進行がん(乳がん、肺がん、消化管がん)で亡くなった患者の遺族125家族。死別後3~6か月の時点で電話による構造化面接を実施。	(記述なし)	報告なし	66%	希望する終末期ケアについて事前に医師と話し合っていたケースは全体の67%にのぼったが、このうち実際に自分の意思が叶うよう医師と計画を立てた患者は約半数の57%であった。 66%の患者が希望する場所で死を迎えられ、このうち多くは在宅死であった。 ただし、半数以上の患者は亡くなるまでに平均42日間ホスピスに入所していた。
3	Hsieh MC, Huang MC, Lai YL, Lin CC.	Grief reactions in family caregivers of advanced cancer patients in Taiwan: relationship to place of death.	Cancer Nurs 2007;30(4):278-284.	台湾の末期がん患者が希望する臨終の場と、実際の臨終の場について把握する。また、患者の臨終の場が家族の悲嘆に与える影響を検討する。	量/面接	末期がん患者46名と、その家族46名。 イタリアの4つの地域からランダムに選ばれた30箇所の医療圏において、がん患者を看取った家族1271名。	(記述なし)	74%(患者) 33%(家族)	43%(患者) ... このうち「実際に在宅死/在宅死を希望」の割合は17%。 79%(家族)	大半の患者が在宅死を希望しているが、実際の臨終の場は家族の意向が強く反映する。 患者が在宅死であったか病院死であったかの違いは、家族の悲嘆には影響しなかった。
4	Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, Muccinesi G, Grimaldi M, Bruzzi P.	Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC)	J Epidemiol Community Health 2006;60(5):412-416.	イタリアのがん患者が希望する臨終の場と、実際の臨終の場について把握する。	面接/面接	患者家族216名。死別後に面接を実施。なお、臨終の場に関する患者の意向は、家族に尋ねていない。	In-Home Care Service	94%(希望を表明していた患者のうち)	67%	多くのがん患者は在宅死を希望しているため、政策立案者は患者が在宅のまま過ごせる効果的なケアプログラムを実施するべきである。
5	Brazil K, Howell D, Bedard M, Krueger P, Heidebrecht C.	Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill.	Palliat Med 2005;19(6):492-499.	患者家族を対象に、ケアの場所と臨終の場に関する考えを把握する。また、在宅ケアを受けていた患者が在宅死を迎える上で影響する要因を検討する。	面接/面接			63%(希望を表明していた患者のうち)	70%	患者より家族の方が施設での死を望んでいた。臨終の場が希望と現実で異なっていた患者は30%であったが、家族の大半が患者は適切な場で亡くなったと振り返っている。 患者の在宅死に影響していたのは、患者が在宅死の希望を家族に伝えていること、家庭医が亡くなる1ヶ月前の期間に往診をしていることであった。

No	著者	タイトル	出典	研究目的	研究方法	研究対象	対象患者が受けていた多職種在宅ケアプログラム	在宅死希望の割合	「希望する臨終の場」と「実際の臨終の場」の一致率	連携や訪問看護の機能について得られた示唆
7	Koffman J, Higginson LJ	Dying to be home? Preferred location of death of first-generation black Caribbean and white native-born patients in the United Kingdom	J Palliat Med 2004;7(5):628-636.	希望する、あるいは実際の臨終の場について、民族間に差異があるかを検討する。	面接/面接	末期の疾患を抱えた英国生まれの白人患者とカリブ系移民(一世)患者の遺族、各50名の計100名。	(記述なし)	81% (希望を表明していた患者のうち)	56%	在宅死を希望して、実際に在宅死を迎えた患者の割合に民族間の差異は見られなかった(カリブ系移民53% vs 白人56%)。在宅死の希望と実際に在宅死を迎えることとの不一致に対して、患者のADLや家族の介護負担感には関係していなかった。
8	Thomas C, Morris SM, Clark D	Place of death: preferences among cancer patients and their carers.	Soc Sci Med 2004;58(12):2431-2444.	末期がん患者が希望する臨終の場について検討する。	面接/縦断的	予後3ヶ月と予測されている終末期がん患者41名。調査開始時と死別後には主たる介護者にも面接を行う。	(記述なし)	24% (在宅死希望/全患者) 22% (在宅死・病院死のどちらでも構わない患者/全患者)	71%	臨終の場に関する患者の希望に影響を与えるのは、①インフォーマルなケア資源、②身体管理上の要因、③どのような医療サービスを受けたいか、④患者の実存的な態度、の4つである。
9	Tang ST, McCorkle R	Determinants of congruence between the preferred and actual place of death for terminally ill cancer patients.	J Palliat Care 2003;19(4):230-237.	「希望する臨終の場」と「実際の臨終の場」の一致率、およびその一致に影響する要因を検討する。	prospective	末期がん患者127名。このうち64名(50.4%)は在宅ホスピスケアを受けていた。	(記述なし)	87% (希望を表明していた患者のうち)	30%	臨終の場に関する希望と現実の一致に影響する要因は、再入院の有無、在宅ホスピスケアを受けていること、在宅死を支えられるだけの家族の介護力であった。
10	Gyllenhammar E, Thoren-Todoulos E, Strang P, Ström G, Eriksson E, Kinch M	Predictive factors for home deaths among cancer patients in Swedish palliative home care.	Support Care Cancer 2003;11(9):560-567.	在宅緩和ケアを受けていた患者が在宅で亡くなることに影響する要因を検討する。	面接/面接	スウェーデンの5つの在宅緩和ケアチームが看っていた末期がん患者の遺族221名。	Palliative Home Care Teams	37% (自発的に在宅死の希望を表明していた患者82名/全患者221名)	77% (実際に在宅死/在宅死を希望)	患者の在宅死に影響していたのは、在宅死の希望を患者が自ら表明したこと、患者が独居でないことであった。ただし、独居患者の35%が在宅ケアを受け始めていた。在宅死を希望する患者が、在宅死を迎える割合が高かった。
11	Brazil K, Bedard M, Willison K	Factors associated with home death for individuals who receive home support services: a retrospective cohort study.	BMC Palliat Care 2002;1(1):2.	在宅緩和ケアを受けている50歳以上の患者が在宅死を迎える割合と、在宅死に影響する要因を検討する。	電話面接/retrospective	在宅緩和ケアを受けている50歳以上の患者の遺族151名。死別後約9ヶ月の時点で電話面接を実施。	Palliative Care Nursing Home Services	62% (希望を表明していた患者のうち)	80% (実際に在宅死/在宅死を希望)	患者の在宅死に影響していたのは、患者が介護してくれる家族と同居していること、患者が事前に在宅死の希望を表明していること、家庭医が往診してくれることであった。一方、介護する家族の健康状態が悪いこと、患者が緩和ケア病棟に入院していることは、患者が在宅死を迎える割合を下げていた。
12	Leff B, Kaffenbarger KP, Remsburg R	Prevalence, effectiveness, and predictors of planning the place of death among older persons followed in community-based home care.	J Am Geriatr Soc 2000;48(8):943-948.	Community-based, physician-led house call programを受けている在宅高齢患者を対象に、臨終の場に関する希望と現実について把握する。	患者記録/retrospective	Community-based, physician-led house call programを受けている在宅高齢患者125名。	Community-based, physician-led house call program	83% (希望を表明していた患者のうち)	91% (臨終の場が事前で患者/臨終の場について、事前に考えを持っていた患者)と少ない。	DNRを表明している患者では、事前に臨終の場を決めていることが多く、在宅ケアを受けていたとしても、特定の主たる医学的問題を抱えている場合、事前に考えを持っていない患者と比べて、事前に臨終の場を決めていることは、患者が少ない。

No	著者	タイトル	出典	研究目的	研究方法	研究対象	対象患者が受けていた多職種在宅ケアプログラム	在宅死希望の割合	「希望する臨終の場」と「実際の臨終の場」の一致率	連携や訪問看護の機能について得られた示唆
13	Cantwell P, Turco S, Brenneis C, Hanson J, Neumann CM, Bruera E.	Predictors of home death in palliative care cancer patients.	J Palliat Care 2000;16(1):23-28.	緩和ケアを受けている進行がんの患者73名。	面接/ 面接	緩和ケアを受けている進行がんの患者73名。在宅ケアコーディネーターが患者に対して質問紙調査を実施。死後に臨終の場を記載した。	Palliative home care coordinator service	56% (希望を表明していた患者のうち)	66%	在宅死と有意に関係していた要因は、患者と家族の双方が在宅死を望んでいること、家庭医の支援があること、家族の介護者が1名以上いることであった。このうち患者と家族の双方が在宅死を希望していることが、最も影響力が強いことがわかった。
14	Tolle SW, Tilden VP, Rosenfeld AG, Hickman SE.	Family reports of barriers to optimal care of the dying.	Nurs Res 2000;49(6):310-317.	患者にとっての最適なケアを提供する上で障害となる要因を特定する。	電話面接/ 半構造化面接	死別から2~5か月が経過した遺族1458家族のうち、ランダムに抽出した475家族。	なし 患者の34%がホスピスに入所していた。	報告なし	68%	患者が望む医療が受けられるには、患者と家族が希望する治療方針や、どこで終末期ケアを受けたいと希望しているかを医療者が把握していることが重要となる。
15	Pritchard RS, Fisher ES, Teno JM, Sharp SM, Reding DJ, Knaus WA, Wennberg JE, Lynn J.	Influence of patient preferences and local health system characteristics on the place of death. SUPPORT Investigators, Study to Understand Prognoses and Preferences for Risks and Outcomes of Treatment	J Am Geriatr Soc 1998;46(10):1242-1250.	臨終の場に関する患者の希望を説明する要因を検討する。	患者記録 /prospective	5つの大学病院でSUPPORT(患者教育)の介入を受け、1992~93年に亡くなった患者のうち、希望する臨終の場と実際の臨終の場を把握できた患者471名。	なし (患者への教育的介入: Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments)	82% (希望を表明していた患者のうち)	46% (実際に病院死/病院死を希望)	SUPPORTを受けた患者の大半は在宅死を希望したが、実際に在宅死を迎えた患者は少なかった。 病床数が多く、入院可能な病院がある地域の患者では、病院死の割合が高くなる。一方、入所可能な老人ホームやホスピスがある地域の患者では、病院死の割合が低くなる。 患者の社会的希望は、実際の臨終の場に影響しない。 患者が住む地域における入院可能な病院のベッド数が、臨終の場を最も強く予測する要因であった。
16	Karlisen S, Addington-Hall J.	How do cancer patients who die at home differ from those who die elsewhere?	Palliat Med 1998;12(4):279-286.	がん患者のうち、自宅で亡くなった患者と病院で亡くなった患者との違いを検討する。	面接/ 面接	がん患者遺族229名。	なし ただし、44%が在宅緩和ケア、47%が訪問看護、9%が一般医の住診を受けていた(相互重複なし)	73% (希望を表明していた患者のうち)	63% (全体) 58% (実際に在宅死/在宅死を希望)	多くの患者は在宅死を希望しているが、実際に在宅死を迎えることが出来るのは希望者の約半数である。 患者の在宅死に影響していたのは、在宅死の希望を患者が自ら表明したこと、在宅ケアのための設備を有していることであった。
17	McWhimney IR, Bass MJ, Orr V.	Factors associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team.	CMAJ 1995;152(3):361-367.	在宅緩和ケア支援チームに照会された患者がどこで亡くなったかを把握し、臨終の場に関連する要因を検討する。	患者記録 /retrospective	1988~90年の間、在宅緩和ケア支援チーム(PCHST)に照会された276名のうち、自宅で亡くなった患者75名。同じくPCHSTに照会された患者からランダムに選択した75名。	Palliative Care Home Support Team	在宅死希望者/全患者:39% 家族の状況が許せば在宅死希望者/全患者:16%	67%	患者の在宅死と有意に関連していたのは、PCHSTに照会された最初の時点で患者の臨終の場に関する希望を把握していたこと、患者の介護に配偶者以外の家族成員が参加していること、private shift nursingを利用していることであった。 病院死を迎えた患者では、PCHST照会后、緩和ケアチームの住診を受けていなかった割合が高い。 家族が介護できない、あるいは症状コントロールが困難な場合は、患者の在宅死の希望は叶えられない。一方、病状が急に悪化したり、突然死を迎えた場合、患者の病院死の希望は叶えられない。

No	著者	タイトル	出典	研究目的	研究方法	研究対象	対象患者が受けていた多職種在宅ケアプログラム	在宅死希望の割合	「希望する臨終の場」と「実際の臨終の場」の一致率	連携や訪問看護の機能について得られた示唆
18	Groth-Junccker A, McCusker J.	Where do elderly patients prefer to die? Place of death and patient characteristics of 100 elderly patients under the care of a home health care team	J Am Geriatr Soc 1983;31(8):457-461.	在宅ケアを受けている高齢者に対しては、在宅死と病院死の状況を把握するとともに、在宅死/病院死に影響する要因を検討する。		在宅でのチームケアを受けている高齢者100名。	Physician home health care	68% (希望を表明していた患者のうち)	72% (実際に在宅死49名 / 在宅死を希望68名)	年齢、性別、医学的状況、居住形態、原疾患、痛みの程度は、いずれも臨終の場と関係していなかった。 患者が臨終の場に関する希望を表明していることが、実際の臨終の場に決定する鍵となる。 患者の意に反して在宅死を迎えられなかった19例のうち大半において、終末期が長く続き、家族が精神的にも身体的にも疲弊していた。