

〔様式3-別紙(A)〕

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

研究報告書・研究取扱推進の方針

行政閣下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、英文論文のシステムティックレビュー、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、海外論文のシステムティックレビュー、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ことが少ない。
- 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)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がたが、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, Badger 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、スタッフがチームでタスクをどのように評価し、チームワークがいかに機能しているかについて検討す | 在宅GSFスタッフ9人（一部構成員）、介護士30名、家庭担当ヘルパー4名、プライマリーケア・リエッジ看護師1名 | Teamworking Questionnaire: Teamwork Working Group (4因子16項目) ①Clarity and commitment of objectives (チーム目標の明確さ)、②Focus on objectives (チームの質)、③Decision making (意思決定)、④Support for innovation (チームに対するサポート) | GSFを導入し、成功を収めるには、チームワークの質が重要なことと、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。 | 在宅医療においてGSFを導入し、成功を収めるには、チームワークの質が重要なことと、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。 | 調査項目 (TWQ: Gold Standards Frameworkの評価)についての参考。 |
| 2 | Walsh C, Caress A, Chew-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が地域緩和ケアを実践する場合における影響について検討する。 | 3つの地域で緩和ケアを実践する一般家庭医と専門医47名。 | Gold Standards Frameworkによる緩和ケアを実践するためのシステム。プライマリーケアチームは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なう。 | GSFを肯定的な側面として、医療者が間のコミュニケーションが良好で、医療者間の事前処方を提供できる点が挙げられた。一方、否定的な側面としては、看護師の仕事量を増やし、訪問が少なくなったり、遅れたりする可能性がある点が挙げられた。 | GSFを肯定的側面として、医療者が間のコミュニケーションが良好で、医療者間の事前処方を提供できる点が挙げられた。一方、否定的な側面としては、看護師の仕事量を増やし、訪問が少なくなったり、遅れたりする可能性がある点が挙げられた。 | ゴールドスタンダード会議とオンライン会議が開催され、多職種が参加するチーム会議を準備し、継続開催するごとに問題が発生する。特に、看護師が患者管理上の問題に協議することができる。多くの場合、一般家庭医が多職種連携を指示している。最も能動的なチームは、あまり階層的ではないチームとオーフォーマルな会議を混ぜて開いている。 |
| 3 | Mahmood-Yousaf 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おける影響を検討する。また、一般家庭医と看護師の実践活動を比較する。 | 一般家庭医17名、訪問看護師16名、緩和ケア専門看護師（Macmillan Nurse）3名、GSFアシリテーター2名 | Gold Standards Frameworkによる緩和ケアと専門看護師による緩和ケアとの比較 | 在宅緩和ケアを普及させる上で、特に障害などないいるの一般家庭医がみしているのは、「行政上の手續」：62.3%、「在宅医療に必要な機器を整えるのに時間がかかる」とは少ないと、看護師は「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、特に障害などないいるの一般家庭医がみしているのは、「行政上の手續」：62.3%、「在宅医療に必要な機器を整えるのに時間がかかる」とは少ないと、看護師は「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。 | オーフォーマルな会議とオンライン会議が開催され、多職種が参加するチーム会議を準備し、継続開催するごとに問題が発生する。特に、看護師が患者管理上の問題に協議することができる。多くの場合、一般家庭医が多職種連携を指示している。最も能動的なチームは、あまり階層的ではないチームとオーフォーマルな会議を混ぜて開いている。 |
| 4 | Groot MM, Vernooij-Dassen MJ, Verhaegen SC, Crul 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対して、何が障害になつているかと一般家庭医が考えているかを探る。 | 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患者家族にあてる専門性、④統合されたケア、⑤患者時間や関心 | IHPCではプロトコル導入後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。 | 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患者家族にあてる専門性、④統合されたケア、⑤患者時間や関心 | オーフォーマルな会議とオンライン会議が開催され、多職種が参加するチーム会議を準備し、継続開催するごとに問題が発生する。特に、看護師が患者管理上の問題に協議することができる。多くの場合、一般家庭医が多職種連携を指示している。最も能動的なチームは、あまり階層的ではないチームとオーフォーマルな会議を混ぜて開いている。 |
| 5 | Brumley R, Engidiano S, Jamison P, Setz R, Morganstein N, Saito S, McIlwane 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。 | 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。 | 予後1年以下と診断され、在宅医療を受けているCOPD62名、鬱血性心不全97名、悪性腫瘍患者138名。 | In-Home Palliative Care(IHPC)の特徴: おおよそ予後1年と診断された時点で開始する(IHPC群)。通常の在宅医療群に比べて、在宅死を迎える割合が高かった。 | 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。 | オーフォーマルな会議とオンライン会議が開催され、多職種が参加するチーム会議を準備し、継続開催するごとに問題が発生する。特に、看護師が患者管理上の問題に協議することができる。多くの場合、一般家庭医が多職種連携を指示している。最も能動的なチームは、あまり階層的ではないチームとオーフォーマルな会議を混ぜて開いている。 |

| 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 いての課題 | 本研究に生かせる視点 |
|----|---|---|---|---|--|---|--|--|---|------------|
| 6 | Chvetzoff G, Garnier M, Péröl D, Devaux Y, Lancry L, Chvetzoff R, Chalencron 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 | 在宅医療を受けた いた末期がん患者 250名。 | 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」② PSI(Kamostsky Index)、③在宅移行時に受けた 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、がん専門医が自 宅へ訪問したことは、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, Bren S, Wansteller 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、全13施設のう ちアンケートの返信 があつた11施設。 アンケート回答者の 内訳は、看護師 59%、医師44%、心 理社会的ケアのス タッフ:7% | 量/ 現状を把握する。 | 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。 | 調査項目: 在宅緩和ケアのタイプ。在宅緩和ケアの調整。 在宅死と病院死の割合。 | 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活動 している。 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。 60-29%の児童が病院で死を迎 えていた。在宅医療を提供している 施設と提供していない施設とでは は、在宅死の割合に有意差が見 られた。 | 在宅緩和ケアの割合は、在 宅死の方が有意に高かった(在 宅45%vs入院10%)。 | |
| 8 | Ahner-Elmqvist M, Jordbøry 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を対象 に、在宅医療を受ける患者を対象 に、健康問題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 患者を診るところができる。チーム構成員は腫瘍 科医1名、看護師9名、PT1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、家族の支援を 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。 | 患者の方方が有意に高かった(在 宅45%vs入院10%)。 | 患者の死が有意に高かった(在 宅死の方が有意に高かった)。 | |
| 9 | Hughes SJ, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, Manheim L, Henderson W, Kubal JD, Ulasewich 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 康問題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。 | Team-Managed Home- Based Primary Care(Care)(TM/HBPC): チームでプライマ リーケアを提供する。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、患者は優先的な再入院も保証 される。また、チームは患者の退院計画にも参 加する。 | TM/HBPCによる介入は、健康関 連QOL(SF-36)における介入は、健 康関連QOLやケアの満足度 を高め、再入院率を下げるな どの恩恵があるが、コストが高 いことが問題である。(調査開 始後6ヶ月時点での平均6.8%、12ヶ月時点 での平均12.1%のコスト高であ った) | TM/HBPCによる介入は、「日常活動 機能精神」社会生活機能、「活力」 の痛み、「心の健康」「体力」 の全般的健康感において有意な 改善が見られた。介入群のうち終 末期ではない患者については、 ケアに対する満足度が有意に向 上了した。また、調査開始後6ヶ月 時点での再入院者の割合は、介 入群の方が有意に低かった。 | |
| 10 | Smeenk FW, de Witte LP, Nooyen JW, Crebolder HF. | Effects of transmural 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 Transmural 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/ | 未期がん患者に対する Transmural 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。 | 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ロトコル化 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、プライマリーケアチームがいっ とも相談できる。③在宅ケア記録書を用意し、 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のコソ ケアプロトコルを作成する。 | THCPによる介入は、医療の 連携や一貫性の点でわざわ ざなく、訪問看護師やホーム ヘルパーとのコントラクトが多かつ た。介入群の患者家族は対照群に比 べ、訪問看護師とのコントラクトが 少なく、ホームヘルパーとのコソ ケタクトが多かった。 | | |

| 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 | 連携や訪問看護の機能についての課題 | 本研究に生かせる視点 |
|----|--|---|--|--|---|--|--|--|--|------------|
| 11 | Smeenk FW, Ament AJ, van Haastregt JC, de Witte LP, Creibolder 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。 | 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、要素と 再入院にかかる医療費が低 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 は高くなっていた。 ただだし、医療費全体を比較した場 合、介入群と対照群との間に有 意差は見らなかつた。 | 介入群では対照群に比べ、要素と 再入院にかかる医療費が低 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 は高くなっていた。 ただだし、医療費全体を比較した場 合、介入群と対照群との間に有 意差は見らなかつた。 | 介入群では対照群に比べ、要素と 再入院にかかる医療費が低 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 は高くなっていた。 ただだし、医療費全体を比較した場 合、介入群と対照群との間に有 意差は見らなかつた。 | |
| 12 | Smeenk FW, de Witte LP, van Haastregt JC, Schipper RM, Biezenmans HP, Creibolder 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。 | 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 の末期がん患者家 族。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てQOLが有意に 高かつた。 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 迎える割合が高かつた。 | 介入群では対照群に比べてQOLが有意に 高かつた。 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 迎える割合が高かつた。 | 介入群では対照群に比べてQOLが有意に 高かつた。 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 迎える割合が高かつた。 | |
| 13 | Witte LP, van Haastregt JC, Schipper RM, Biezenmans HP, Creibolder 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。 | 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家 族。対照群11家 族。 | Transmural Home Care Programme | 介入群では対照群に比べてQOLが有意に 高かつた。 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 迎える割合が高かつた。 | 介入群では対照群に比べてQOLが有意に 高かつた。 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 迎える割合が高かつた。 | 介入群では対照群に比べてQOLが有意に 高かつた。 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 迎える割合が高かつた。 | |
| 14 | Raftery JP, Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR, Bland JM, Chamberlain J, Freeling P. | A randomized controlled trial of the 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 の費用効果を検討す る。 | 末期がん患者167 名…介入(連携ア ー)群86名。対照 (通常ケア)群81 名。 | Co-ordinating service for terminally ill cancer patients: | 介入群の医療費の平均は、介入群 の方が対照群に比べて低かつ 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 かつた。 | 介入群の医療費の平均は、介入群 の方が対照群に比べて低かつ 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 かつた。 | 介入群の医療費の平均は、介入群 の方が対照群に比べて低かつ 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 かつた。 | |

| 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, Shelly-James TM, Plummer J, Sanderson C, Abemethy AP. | Preference for place of care and place of death in palliative care: are these different questions? | Palliat Med 2008; 22(7): 787-795. | 緩和ケア患者が希望するケア場面と臨終の場について、面接統断的に調査する。 | 面接/統断的 | 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。 | Regional community palliative program | 35% | 59% | ケアの場所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。 | |
| 2 | Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. | Patients dying with dementia: experience at the end of life and impact of hospice care. | J Pain Symptom Manage 2008;35(5): 499-507. | 認知症患者の家族を対象に、患者が希望して、たん端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。 | 面接/面接 | 認知症を患った患者の家族135名 | なし | 報告なし | 66%(全体) ホスピス入所患者: 90% ホスピス非入所患者: 45% | 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たが、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なかった家庭の方が、患者に対するケアを高く評価していた。 一方、患者が感じていたほど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つた。 | |
| 3 | Bakitas M, Ahles TA, Stalla K, et al. | Proxy perspectives regarding end-of-life care for persons with cancer. | Cancer 2008;112(8):185-4-1861. | 終末期医療について進行がん患者がどのような考えていたのかを把握する。 | 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か月の時点での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%にのぼつたが、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。 | |
| 4 | 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、実際の臨終の場における把握量/ | 面接/量 | 末期がん患者46名と、その家族46名。(記述なし) | 74% (患者) 33% (家族) | 43% (患者) 在宅死を希望した場合は17%。 79% (家族) | 43% (患者) 「実際に在宅死」 在宅死を希望した場合は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の違いは、家族の悲嘆には影響しなかつた。 | |
| 5 | Beccaro M, Costantini M, Giorgi Rossi P, Miccinelli G, Grimoldi 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。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。 | 面接/量 | イタリアの4つの地域からランダムに選ばれた31箇所の医療圏において、がん患者を看取った家族1271名。 | 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死であったかの違いは、家族の悲嘆には影響しない。 | 多くのがん患者は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。 患者より家族の方が施設での死を望んでいた。 | |
| 6 | 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開ける考えを把握する。また、在宅ケアを受けた、在宅死を希望する患者が在宅死を迎える上での影響する要因を検討する。 | 面接/量 | 患者家族216名。死別後に面接を実施。なお、臨終の場に開ける患者の意向は、家族に尋ねている。 | In-Home Care Service | 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。 | 患者より家族の方が施設での死を望んでいた。 |

| No | 著者 | タイトル | 出典 | 研究目的 | 研究方法 | 研究対象 | 対象患者が受けた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」の場の一一致率 | 連携や訪問看護の機能について得られた示唆 |
|----|---|--|---|--|---|--|--|-----------------------|---|----------------------|
| 7 | Koffman J, Higginson IJ. | Dying to be home? Preferred location of death of first-generation black-Caribbean and native-born white 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资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。 | 81%（希望を表明していた患者のうち） | 56% | 在宅死を希望して、実際に在家死を迎えた患者の割合に民族間の差異は見られなかつた（カリブ系移民53% vs 白人56%）。在宅死の希望と実際に在家死を仰ぐことどとの不一致に対する、患者のADLや家族の介護負担感は関係しないなかつた。 | |
| 8 | Thomas C, Morris SM, Clark D. | Place of death: preferences among cancer patients and their carers. | Soc Sci Med 2004;58(12):243-1-2444. | 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/解説的 | 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主たる介護者にも面接を行う。 | 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ているか、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」の一一致率、およびその一一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る。 | 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, Strom 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対する要因を検討する。 | 面接/ | スウェーデンの5つの在宅緩和ケアチームが看ていた末期がん患者の遺族221名。 | 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%（実際に在宅死を希望／在宅死を希望） | 患者の在宅死に影響していたのは、在宅死の希望を在宅者が自ら表明したことと、患者が独居でないことであった。ただし、独居患者の35%が在宅死を迎えていた。 | |
| 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た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。 | 62%（希望を表明していた患者のうち） | 80%（実際に在宅死を希望／在宅死を希望） | 一方、介護する家族の健康状態が悪いことと、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 term 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125名。 | Community-based, physician-led house call programを受けていた患者記録/retrospective | Community-based, physician-led house call programを受けている在宅高齢患者125名。 | 91%（臨終の場が事前に考えと一致した場合にDNRを決めていることが多い）、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いが多くの在宅ケアを受けていても、特定の主たる医学的問題を抱えていない場合は、事前に臨終の場を決めていることが多い。 | 83%（希望を表明していた患者のうち） | 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いが多くの在宅ケアを受けていても、特定の主たる医学的問題を抱えていない場合は、事前に臨終の場を決めていることが多い。 | |

| 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。在宅ケア コードネーターが 患者に対して質問 紙調査を実施。死 後に臨終の場を記 録した。 | 面接/ | 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 族の双方が在生死を望んでいたこと、家庭医の 支援があること、家族の介護者が名以上いるこ 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カ月が 経過した遺族1458 名。 患者の34%がホスピ スに入所していた。 家族。 | 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, SUPPORT Investigators, Study to Understand Prognoses and Preferences for Risks and Outcomes of Treatment. | Influence of patient preferences and local health system characteristics on the place of death. | J Am Geriatr Soc 1998;46(10):124 2-1250. | 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。 | 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。 | 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介護施設がある地域の患 者は、病院死の割合が低くなる。 患者の社会人口学的変数や臨床的な要因、あ るいは、患者の希望は、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 | Karlsen 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 と病院で亡くなつた 患者との違いを検 討する。 | 面接/ | がん患者229 名。 | 在宅だし、44%が在宅 緩和ケア、47%が訪 問看護、9%が一般 医の往診を受け いた（相互重複な い） | 73%（希望を表明し ていた患者のうち） | 63%（全体会員） 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、在生死の 希望を自ら表明してことと、在宅ケアのため の設備を有していることであった。 | |
| 17 | McWhinney 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. | 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PCHSTに照会さ れた病院で亡くなつ た患者からランダム に選択した75名。 | 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、 臨終の場に関する 要因を検討する。 | 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 の場に関する希望を抱いていたこと、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 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照会後、緩 和ケアチームの往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-Juncker J. 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 1993;31(8):457-461. | 在宅ケアを受けている高齢者を対象に、在宅死と病院死との状況を把握するとともに、在宅死と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） | 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、いずれもも臨終の場と関係していなかつた。患者がが臨終の場に關する希望を表明していることが、實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つた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。 |

| No | 参考文献タイトル | 著者 | 出典 | 研究目的 | 研究対象 | 研究方法 | 調査や訪問看護の実態について得られた示唆 | 本研究に生かせる現 |
|----|--|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|--|--|
| 1 | 地域における保健看護サービスの実態とその改善策について—東京地区を例として— | 井村千鶴・吉川裕子・大田知惠・大木千恵子・青柳敦美・大木不二子・佐藤和也 | 井村千鶴・吉川裕子・大木千恵子・青柳敦美・大木不二子・佐藤和也 | OPINION | 保健看護の実態とその改善策について | フオーカスグループ法によるヒアリング調査 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元の情報共有、④地元のリソースの活用、⑤患者家族への支援 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元の情報共有、④地元のリソースの活用、⑤患者家族への支援 |
| 2 | 在宅看護チームの組成構造と運営について—地域による一歩前へ— | 佐野穂理子・原田正人・下妻真二郎・矢野千恵子・大山モデル | 佐野穂理子・原田正人・下妻真二郎・矢野千恵子・大山モデル | 在宅看護チームの組成構造と運営について | 在宅看護チームの組成構造と運営について | フオーカスグループ法によるヒアリング調査 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 |
| 3 | 訪問看護システムによる在宅看護の実態と課題について—東京府立保健看護研究所における実験的検討 | 宮城裕子・石川洋子・下妻真二郎・矢野千恵子・大山モデル | 宮城裕子・石川洋子・下妻真二郎・矢野千恵子・大山モデル | 在宅看護の実態と課題について | 在宅看護の実態と課題について | フオーカスグループ法によるヒアリング調査 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 |
| 4 | 大学病院訪問看護の実態とその必要性 | 宮城裕子・石川洋子・下妻真二郎・矢野千恵子・大山モデル | 宮城裕子・石川洋子・下妻真二郎・矢野千恵子・大山モデル | 大学病院訪問看護の実態とその必要性 | 大学病院訪問看護の実態とその必要性 | フオーカスグループ法によるヒアリング調査 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 |
| 5 | 大学病院訪問看護の実態とその必要性 | 加々美義津・下妻真二郎・矢野千恵子・大山モデル | 加々美義津・下妻真二郎・矢野千恵子・大山モデル | 大学病院訪問看護の実態とその必要性 | 大学病院訪問看護の実態とその必要性 | フオーカスグループ法によるヒアリング調査 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 |
| 6 | 医療扶養制度の実態とその在宅看護支援の必要性 | 堀川亮子・青柳由一・大塚明子 | 堀川亮子・青柳由一・大塚明子 | 医療扶養制度の実態とその在宅看護支援の必要性 | 医療扶養制度の実態とその在宅看護支援の必要性 | フオーカスグループ法によるヒアリング調査 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 |
| 7 | 介護保険下において医療扶養制度の実態とその在宅看護支援の必要性 | 堀川亮子・青柳由一・大塚明子 | 堀川亮子・青柳由一・大塚明子 | 介護保険下における医療扶養制度の実態とその在宅看護支援の必要性 | 介護保険下における医療扶養制度の実態とその在宅看護支援の必要性 | フオーカスグループ法によるヒアリング調査 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 |
| 8 | 主介護者である妻による夫の看護問題について—東京地区を例として— | 竹内奈穂子・大崎由美・竹内奈穂子・大崎由美 | 竹内奈穂子・大崎由美 | 主介護者である妻による夫の看護問題について | 主介護者である妻による夫の看護問題について | フオーカスグループ法によるヒアリング調査 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 |
| 9 | 主介護者である妻による夫の看護問題について | 佐藤洋子・奥宗義人・竹内奈穂子・大崎由美 | 佐藤洋子・奥宗義人・竹内奈穂子・大崎由美 | 主介護者である妻による夫の看護問題について | 主介護者である妻による夫の看護問題について | フオーカスグループ法によるヒアリング調査 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 |
| 10 | 主介護者である妻による夫の看護問題について | 佐藤洋子・奥宗義人・竹内奈穂子・大崎由美 | 佐藤洋子・奥宗義人・竹内奈穂子・大崎由美 | 主介護者である妻による夫の看護問題について | 主介護者である妻による夫の看護問題について | フオーカスグループ法によるヒアリング調査 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 | 地域看護の実態として、①実際の運営支援組織として、地元の情報共有、②地域の資源を活用した連携組織として、地元の情報共有、③地元のリソースの活用、④地元の情報共有、⑤患者家族への支援 |

| No | 参考文献番号 | 著者 | 出版 | 研究目的 | 研究方法 | 研究対象 | 調査状況 | 連携や訪問看護の機能について得られた示唆 | 本研究に生かせる見解 |
|----|---|--|---|-----------------------------|-------------------------------------|--|----------------------|--|--|
| 20 | 大阪府内の訪問看護と他の連携の実態と自己評価 に関する調査研究 | 松井妙子・畠田進一 三重看護学校社長、57-75、2005 | | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 | 訪問看護の実態を調査する。同時に他の連携の実態と連携の評価を調査する。 | 大阪府の28か所の訪問看護STに勤務する訪問看護師574名(有効回答率83.9%) | 連携や訪問看護の機能についての見解 | 訪問看護の実態を調査するには、情報収集の技術や適切に情報を使える能力が求められる。同時に他の連携の実態と連携の評価についての技術も求められる。そのための技術を向上すること、専門的知識などの知識と専門性との相違点などを理解するための教育としての連携が重要である。 | 訪問看護の実態を調査するには、情報収集の技術や適切に情報を使える能力が求められる。同時に他の連携の実態と連携の評価についての技術も求められる。そのための技術を向上すること、専門的知識などの知識と専門性との相違点などを理解するための教育としての連携が重要である。 |
| 21 | 在宅医療における医師と訪問看護との連携 に対する調査 | 高橋直美・大竹毛利 子・柳谷和也・寺木大輔 ・柳谷和也・寺木大輔 ・柳谷和也・寺木大輔 千史 | 日本看護大学 日本看護大学 日本看護大学 日本看護大学 日本看護大学 | 医師と訪問看護との連携の実態と評価 | 訪問看護の実態と評価 | WAM NETから抽出した東北6県にあ る67か所の診療所院長、415か所の ST所長(回収率:68.2%、ST 60.9%) | 連携や訪問看護の機能について得られた示唆 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 |
| 22 | 医師と訪問看護との連携 に対する調査 | 大矢まり子・草野直 美・小林早子・山谷千 史 | 日本看護大学 日本看護大学 日本看護大学 日本看護大学 日本看護大学 | 医師と訪問看護との連携の実態と評価 | 訪問看護の実態と評価 | WAM NETから抽出した東北6県にあ る67か所の診療所院長、415か所の ST所長(回収率:68.2%、ST 60.9%) | 連携や訪問看護の機能について得られた示唆 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 |
| 23 | 医師と訪問看護との連携 に対する調査 | 岡部明子・事多祐正 ・川口昌子・水井龍一 ・川口昌子・水井龍一 | 東洋大学医学部 東洋大学医学部 東洋大学医学部 東洋大学医学部 東洋大学医学部 | 医師と訪問看護との連携の実態と評価 | 訪問看護の実態と評価 | WAM NETから抽出した東北6県にあ る67か所の診療所院長、415か所の ST所長(回収率:68.2%、ST 60.9%) | 連携や訪問看護の機能について得られた示唆 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 |
| 24 | 同一事例による医師と訪問看護との連携の実態と評価 | 原田春美・小西美智 子・寺岡佐和 ・寺岡佐和 | 日本看護大学 日本看護大学 日本看護大学 日本看護大学 日本看護大学 | 同一事例による医師と訪問看護との連携の実態と評価 | 訪問看護の実態と評価 | WAM-NETに登録されている大阪市、 神戸市、京都府の居宅介護支援事業 所の名称から400か所を抽出し、 個別面接調査と実地調査を行った。 (回収率5.3%) | 連携や訪問看護の機能について得られた示唆 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 |
| 25 | ケアマネジャーとサ ービス提供責任者の役 割と連携の実態と評 価 | 介護福祉学、12(1)、9-17、2005 鷲海直美 | 東洋大学 東洋大学 東洋大学 東洋大学 東洋大学 | ケアマネジャーとサービス提供責任者の連携の実態と評価 | 訪問看護の実態と評価 | 大阪府市保健福祉部医療介護課 訪問看護10名・ホームヘルパー15名 (回収率63.2%) | 連携や訪問看護の機能について得られた示唆 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 |
| 26 | 在宅ケアプロトコルと 訪問看護の実態と評 価 | 志田光子・河野公一 ・渡辺文廣・遠田英樹 ・遠田英樹 | 大阪府立大学 大阪府立大学 大阪府立大学 大阪府立大学 大阪府立大学 | 在宅ケアプロトコルと訪問看護の連 携の実態と評価 | 訪問看護の実態と評価 | 在宅ケアプロトコルによる 訪問看護の実態と評価 | 連携や訪問看護の機能について得られた示唆 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 | 訪問看護が他の連携とともに実施する連携の実態とその評価 |
| 27 | 在宅医療と訪問看 護の連携についての 研究 | 高田生治・東久美子 ・研究会員 | 高田生治・東久美子 ・研究会員 | 在宅医療と訪問看護の連携についての研究 | 訪問看護の実態と評価 | 広島市内のステーションで訪問看護 を受けている施設4名の記入と、当 院訪問看護部の連絡、同行訪問 を行った。(6つの中から選択) | 連携や訪問看護の機能について得られた示唆 | 在宅医療と訪問看護の連携についての研究 | 在宅医療と訪問看護の連携についての研究 |

| No | 参考文献 | 著者 | 出典 | 研究目的 | 研究方法 | 研究対象 | 連携状況 | 連携や訪問看護の機能について得られた示唆 | 本研究に生かせる点 |
|----|------------------------------------|------|-------------------------------------|--|--|--|----------------------|----------------------|-----------|
| 40 | 多職種参加型高齢者 研究会支事務プログラムの 開発と検討 | 横口京子 | 大阪市立大学大 学院看護学 6, 70- 71, 2010 | 多職種協働での質の高い 高齢者の終末期ケアを 実現するためには、認 能看護師の知識を組み 込んだアネクシメ ンプログラムの開発を 実現する。今年度の計 画として、文部省検査 課題「終末期ケアマネジ メントツール」を企 画・作業、グループホーム、 専門施設から学生を組み、 ツールを開発する。 また、終末期ケアマネジ メントの質を標準化する要 素を標準化する。 | 多職種協働での質の高い 高齢者の終末期ケアを 実現するためには、認 能看護師の知識を組み 込んだアネクシメ ンプログラムの開発を 実現する。今年度の計 画として、文部省検査 課題「終末期ケアマネジ メントツール」を企 画・作業、グループホーム、 専門施設から学生を組み、 ツールを開発する。 また、終末期ケアマネジ メントの質を標準化する要 素を標準化する。 | 1. 研究者、終末期ケアの質に關する文献検討の結果 2. 研究者、被訪者(患者)家族(①患者②家族③患者・家族両方④人間関係)が行なった治療やケアの一つに分類でき た。医療者・家族の両方の担当ではあるが、その主觀的な思いを重視し、その 高齢者や家族の主觀的な思いを重視し、その 相點を中心において誰が行為に影響な指揮をケア 提供者が油加した多輪軸連携、北米と日本での異なることが明らか に成了。特に日本では、事例を接するにこだわる指揮である。また、ツル ーは、終末期ケアに関する教育、切換操作をさ くに開示せざることが今後の課題である。 | 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得られた示唆 | |

表5： 看取りまで至る連携要因枠組み・調査項目

- * 訪問看護師が、どのような時期にどのような行動をとることで在宅看取りが実現するのか
- * 訪問看護師が、在宅看取りのチームの要・コーディネーター的役割であることを示す。

| 大項目 | 中項目 | 小項目（調査項目） |
|--------------------------|--|---|
| I. ニーズの変化に応じた情報共有・対応の統一化 | 1. ケア目標・対応の統一化 (方針のすり合わせ・認識差異の解消) | ①医師からの病状説明が療養者・家族に理解されているかを確認し、必要時補足説明を行いましたか ②看取りの場や延命治療の有無など看取りに関する療養者・家族の意思を確認し、医師との方針の統一化を図りましたか ③他職種に対して看取りの方針に関する認識を一致させる為の調整を行いましたか ④緊急時・死亡時の対応を医師と相談し体制を整えましたか ⑤医師の事前指示に基づく医療処置やケアを行いましたか |
| | 2. 情報提供 (病状報告・病態説明・提案・助言・ケア技術指導) | ①状態変化時は速やかに医師に報告・相談を行いましたか ②死亡時期を見極めタイムリーに医師への働きかけを行いましたか ③医師から医療処置やケアの相談を受けましたか ④他職種に対して療養者の心身状態に関する情報提供を行いましたか ⑤他職種に対して家族の心情や介護負担に関する情報提供を行いましたか |
| | 3. 情報共有・情報交換 (同行訪問・電話・連絡ノート・IT利用・カンファレンス) | ①必要性を判断し医師との同行訪問を行いましたか ②ヘルパーに対する指導目的で同行訪問を行いましたか ③ケアマネとの共通認識を図るために同行訪問を行いましたか ④担当者会議・ケースカンファレンスに参加し援助方針に関する意見交換や情報の共有化を図りましたか ⑤情報の共有化のための連携手段としてどのような方法を用いましたか（電話・FAX・郵便・メール・連絡ノート・来訪・カンファレンス・その他） ⑥他職種が得た情報が職種間で共有されるように働きかけましたか |
| II. 役割分担の調整 | 1. 職種間の役割分担の調整 | ①必要と判断した場合医師の往診を依頼しましたか ②医療依存度や介護度が高い療養者に対してヘルパーとともに保清ケアなどを行いましたか ③主治医が往診医でない場合、往診可能な医師に変更するよう提案し調整を行いましたか ④必要時入院ができるように医療機関との調整を行いましたか ⑤先を見据えて医師に医療機器導入の相談を行いましたか |

1

| | | |
|--------------------|--|--|
| III. 連携が容易にとれる体制整備 | 2. 問題解決の調整 | ①他職種からの相談や問い合わせに対応しましたか ②状態変化時速やかに医師の指示が得られるように働きかけましたか ③ケア提供者と療養者・家族間のトラブルに関する対応を行いましたか |
| | 3. ケアプラン作成への関与 (アセスメントの関与・サービス内容調整) | ①福祉用具の必要性を判断し、必要時ケアマネに福祉用具利用の依頼をしましたか ②病状変化に応じて訪問看護に必要な時間・回数を確保するために他職種のケアプランも含めてケアマネに提案しましたか ③家族の介護疲労時ショートステイ・デイサービスの導入を行いましたか ④療養者の状態に応じて保険の切り替えを速やかに行えるよう働きかけましたか |
| | 4. 訪問看護師の連携意識 (職務に対する責任・役割意識・期待されている自覚) | ①看取りにおける他職種との連携調整は訪問看護師が主体となり行う必要があると感じていますか ②看取りにおける他職種との連携調整役は訪問看護師に期待されていると感じていますか |
| | 1. 連携が容易にとれる体制整備 (日頃の連携関係・窓口) | ①医師の所属先の看護師との連携が図っていましたか ②夜間・休日の緊急時の医師との連絡体制を明確にしていましたか ③薬剤投与の事前指示を受けていましたか ④適宜医師に意見を述べていましたか ⑤職種間において意見や判断を表明できるように働きかけましたか |
| IV. 他職種の質向上・専門性発揮 | 1. 他職種が専門性を発揮しやすい環境整備 | ①医療職ではないケアマネに病態理解が得られるように説明を行いましたか ②在宅看取りの経験の浅いケアマネに必要な知識の提供を行いましたか ③ヘルパーにあらかじめ予測される状況について説明を行いましたか ④緊急時にヘルパーが対応できるように事前に助言を行いましたか ⑤ヘルパーに医療機器の取り扱いや医療処置の必要性について説明を行いましたか ⑥ヘルパーに病状に応じた日常生活のケア方法について助言を行いましたか ⑦ヘルパーの介護不安に対する配慮を行いましたか ⑧経験の浅い医師が良い経験を積めるように配慮を行いましたか ⑨経験の浅い医師に在宅看取りに必要な知識の提供を行いましたか ⑩ケア提供に関連した共同勉強会を行いましたか |
| | 2. 他職種に対する理解・配慮 | ①他職種を尊重し関係性を大切にするように心がけていましたか ②他職種の専門性を理解するように努めしていましたか ③他職種に対する情緒的支援やねぎらいの言葉をかけるように努めしていましたか |
| | 2. 結果の評価・フィードバック | ①他職種の対応に対する肯定的評価や今後の課題について意見を述べましたか ②他職種を交えたデスクンファレンスで看取り後の振り返りを行いましたか |

2