

2009(平成 21)年度 勇美記念財団 在宅医療助成 一般公募 (前期) 完了報告書

在宅ホスピス緩和ケア・システム作りのための  
介護支援専門員への実践的ケアマネジメント教育

東京女子医科大学 看護学部

講師 大金ひろみ

(所在地)

東京都新宿区河田町 8-1

2010 年 9 月 6 日提出

## I.はじめに

がん患者は疼痛やその他の苦痛緩和のために医療依存度が高く、急速に悪化して亡くなる傾向があることから(Clare, P. et al., 2008)、最期まで自宅で過ごすには専門性の高いケアチームによる支援が必要とされる。介護保険制度のもとでかかわる介護支援専門員においても、チームの一員としてこの疾病特性をふまえたケアマネジメントが求められている。

しかしながら、ケアマネジメントのために開発された地域連携や地域ケア・システムの多くが、ハードシステムの整備やパスの枠組みに沿った支援を行うことに力点が置かれており、患者・家族にとっても、在宅現場の専門職にとっても有用なシステムとなっていない現状がある。また、介護支援専門員が自身の力量に対する不安をもち、困難ケースの対応に苦慮しているとの報告(三菱総合研究所, 2004)やがん患者のように短期間で濃密な医療支援を要するケースのケアマネジメントは容易でなく、居宅介護支援事業所の経営面においてもメリットが少ないとの現場の声もある。

本研究が対象とする都内 A 区(人口約 22 万人)の 2005 年のがん患者の在宅死率は、9.5%となっている(がんによる死亡者 660 名、うち在宅死 63 名)(すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会, 2010)。がん患者のケアマネジメントについての調査によると、1~2 名の介護支援専門員のみが一人当たり 15 名程度/年間のがん患者を担当しており、その他の介護支援専門員は一人当たり 2~3 名/年間であることもわかった(すみだの在宅ホスピス緩和ケアに対応できる医療機関・介護機関データベース, 2010)。

このようなことから、がん患者が住み慣れた地域で最期まで暮らせるためのシステム作りを目指すなかで、がん患者を的確にマネジメントできる介護支援専門員の育成が重要であると考えた。日本での在宅末期がん患者のケアマネジメントに関する研究は実践報告の段階で(白澤他, 2003)、がんの特化した介護支援専門員への教育実践に関する研究は見出せなかった。そこで、ソフト面を重視した在宅ホスピス緩和ケアのシステム構築において、末期がん患者を的確にケアマネジメントでき、地域におけるがん患者のケアマネジメントリーダーとなる介護支援専門員を育成するための教育をパイロットスタディとして行うこととした。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象者とリクルートの方法

対象地域には、1 年間でがん患者 15 名を担当している介護支援専門員がいる。もし、このレベルの介護支援専門員が 8~10 名に増えると、単純計算で 120 名~150 名のがん患者を担当することができる。また、これらの患者に在宅ホスピス緩和ケアが提供された場合、対象地域の在宅死率は 20%以上になると推測された(表 1)。この見積もりにもとづき、がん患者のケアマネジメントを経験したことがあり、かつ関心のある介護支援専門員 20 名程度をリクルートす

ることとした。

表1 がんによる死亡者数と在宅死の状況と予測

	2005年	予測
がんによる死亡者数	660名	700名
がん患者の在宅死数/割合	63名/ 9.5%	70名/ 10%
		140名/ 20%

介護支援専門員の連絡会や地域包括支援センターを通じて、以下の条件を満たす介護支援専門員の募集を行った。①在宅ホスピス緩和ケアに関心がある。②がん患者のケアマネジメントを経験したことがある。③ケアマネジメントや相談業務に関わっている。④地域においてがん患者のケアマネジメントの中心的役割を担っていきたいと考えている。

## 2. がん患者のマネジメントができる介護支援専門員の育成プログラムの作成と実施

### 1) 教育のゴール

がん患者をマネジメントする際のポイントが理解でき、実践できる。他の介護支援専門員からのがん患者の在宅ケアに関する相談に応じることのできる基礎的知識を身につける。

### 2) 育成プログラムの内容

在宅ホスピス緩和ケアを専門とする看護実践者、研究者らで、がん患者のケアマネジメントに必要な基本的知識の提供と実践とを組み合わせた内容でプログラムを作成した。

<教育内容>

講義：在宅ホスピス緩和ケア概論 <2時間>

終末期の在宅介護に関する文献(川越, 2009)の講読を事前学習とした。

演習1：在宅ホスピス緩和ケアにおける介護支援専門員の役割について、意見交換とグループワークによる事例学習<3時間>

演習2：在宅ホスピス緩和ケアチームの Death Conference 参加 <2~4時間/1~2回>

在宅ホスピス緩和ケアを行っている診療所と訪問看護ステーションの協力を得て、定期的開催されている(月1回)カンファレンスに参加した。

演習3：がん患者のケアマネジメント実践

演習4：実践報告会

講義及びカンファレンスへの参加をふまえ、実践したがん患者のケアマネジメントについて、1人当たり20~30分で発表・意見交換を行った。

## 3. 分析方法

がん患者のケアマネジメントに必要な在宅ホスピス緩和ケアやチームケアに関する知識について講義前と演習4終了後に確認を行って評価をする。

演習 4 終了後に教育や実践内容について振り返り、質的記述的方法により学びの内容、教育プログラムに必要な項目を見出す。

#### 4. 倫理的配慮

研究協力施設であるグループ・パリアンの倫理委員会に審査を依頼し、承認を得た。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 対象者のリクルートからプログラム実施のプロセス

データ収集期間は、2009年7月から2010年7月までとし、2グループのデータ収集を計画した。研究対象者のリクルートとプログラムの実施時期は以下の通りである。

表2 対象者のリクルートとプログラムの実施時期

	前半グループ	後半グループ	
研究対象者のリクルート	2009年6月	2010年3月	
演習1 演習2	2009年7月	2010年4月	
演習3	2009年9月・10月	2010年6月・7月	
演習4	2009年11月	2010年7月	
参加者数	9名	8名	合計17名

#### 2. 対象者の特性

参加希望者は21名であった。演習1開始前に4名のキャンセルがあり、研究対象者は17名となった。このうち1名は演習4に参加できずに終了した。

性別は、女性16名、男性1名で、年齢は30～50歳代であった。基礎資格は、看護師7名、介護福祉士6名、その他4名であった(表3)。

表3 対象者の特性(n=17)

	項目	人数(割合)
性別	女性	16(94.1)
	男性	1(5.9)
基礎資格	看護師/保健師	7(41.2)
	介護福祉士	6(35.3)
	その他	4(23.5)

過去1年間のケアマネジメント状況については、がん患者数 $9.1 \pm 10.0$ 名であり、5名以下の者が過半数を占めていた。このうち在宅での看取り数は $3.3 \pm 3.0$ 名であり、在宅での看取りを5名以上経験している者は、2名のみであった。がん以外のケアマネジメント数 $32.9 \pm 11.1$

名であった(表 4)。

表 4 介護支援専門員の過去 1 年間のケアマネジメント状況 (n=17)

がん患者		がん患者以外
ケアマネジメント数(人)	在宅看取数(人)	ケアマネジメント数(人)
2	無回答	無回答
2	0	22
3	1	39
3	2	26
3	1	20
4	3	30
5	4	50
5	3	30
5	0	30
6	5	50
7	3	40
8	4	30
10	2	45
20	6	無回答
25	12	16
38	3	無回答
無回答	無回答	無回答
9.1±10.0	3.3±3.0	32.9±11.1

演習期間中のがん患者のケースは、平均 3.0 人であった。ケースのなかった研究対象者が 2 名いた。

表 5 演習期間中のがん患者対応数(n=15)

がん患者対応数(人)	介護支援専門員数(人)
15	1
6	1
5	1
3	2
2	1
1	5
0	2
無回答	2
3.0±4.0	

### 3. 知識テストについて

がん患者のケアマネジメントおよびチームケアのために必要と思われる基本的な知識について、演習 1 直前(以下、事前テスト)と演習 4 終了後(以下、事後テスト)に、記述式の知識テストにて確認を行った。質問項目は、トータルペインについて 4 項目、オピオイドの特性やレスキュードーズについて 7 項目、在宅ホスピス緩和ケアの実践的内容について 11 項目の合計 22 項目であった。知識テストの回収率は、事前テスト 17 名(100%)、事後テスト 15 名(88.2%)であった。

事前と事後のテスト結果を比較すると、合計の平均得点は 11.7 点から 19.1 点に上昇した(表 5)。事前テストにおいて、正答率が 25%(4 名)以下だったのは 22 項目中 7 項目あり、トータルペインについて 1 項目、オピオイドの特性やレスキュードーズについて 4 項目、ホスピス緩和ケアについて 2 項目であった。正答した割合が最も低かったオピオイドの特性やレスキュードーズについての 4 項目は、オピオイドに標準投与量がないこと、定時内服の必要性、レスキュードーズの意味と使用回数の制限を尋ねた項目であった。事後テストの正答率は、どの質問項目においても 58.8%(10 名)以上となった。

表 6 演習前後の知識テスト結果(事前 n=17, 事後 n=15)

	平均得点±標準偏差 (100 点換算)	
事前テスト	11.7±3.4	(53.2±15.6)
事後テスト	19.1±2.2	(87.0±10.1)

基礎資格の違いによって事前テストの結果に違いがあるか比較した(表 7)。看護職と福祉職その他では、看護職の得点がやや高い傾向がみられた。具体的な項目では、トータルペイン、オピオイドの特性やレスキュードーズについて、看護職の正答割合がやや高い傾向がみられた。

表 7 看護職と福祉職等の事前テスト結果

		平均得点±標準偏差 (100 点換算)	
看護職	(n=7)	13.7±3.5	(62.3±15.9)
福祉職その他	(n=10)	10.3±2.7	(46.8±12.3)

### 4. 教育内容の評価について

教育内容について、演習 4 終了後の事後テストで VAS スケール(0~10 点)を用いて評価を行い、全ての項目において 7 点台であった(表 8)。自由記述で教育による効果を尋ねたところ、「がん患者の相談時、迅速に医療につなげられるようになった」、「他機関との連携が取りやすくなった」「がん患者・家族への関わり方がわかった」「予測のもとに患者・家族と関わられた」「担当者会議で個々の役割を確認できた」との記述がみられた。

表 8 教育内容についての評価

質問項目	平均得点±標準偏差
在宅ホスピス緩和ケアについての理解	7.1±2.2
在宅ホスピス緩和ケアにおけるチームケアについての理解	7.1±2.3
死にゆく人についての理解	7.2±2.4
死にゆく人の家族についての理解	7.1±2.4
がん患者のケアマネジメントに実際に役立った	7.7±2.7
研修全体の満足について	7.0±2.2

### 5. 終了後の振り返り/評価について

研究者 3 名と研究対象者 1 名とで前半グループ終了後に教育内容について振り返りを行い、以下の 4 点について示唆が得られた。

#### 1) 介護支援専門員の在宅ホスピスケアに関する知識・実践力の不足

事前テストの結果から、研究対象者 17 名のうち基礎資格が看護師の 7 名を含めて在宅ホスピス緩和ケアに関する基本的知識をより深めていく必要があると推察された。また、介護保険と医療保険の両方を利用するがん患者のケアマネジメントにおいて、「医療保険制度がわからない」、「医療のなかに踏み込めない」といった声が聞かれ、ケアチームのなかでケアマネジメントの役割が十分に果たせていないことも考えられた。一方で、介護支援専門員対象の各種説明会や研修会の説明内容から、自らのケアマネジメントへの役割期待が高まってきていると認識している。介護支援専門員自身が望んでいるケアマネジメントのレベルと実践できるレベルには乖離があり、これが問題となっていると考えられた。

#### 2) 在宅ホスピス緩和ケアにおけるケアマネジメントについて

医療と介護のサービスを活用するがん患者のケアマネジメントでは、4 つの視点、すなわちケア内容、ケアサービス(介護保険サービス)、ケアチーム、地域作りという観点から、ケアマネジメントを行う必要がある。演習 2 のグループワークでは、ケアマネジメントの視点がケアサービス(介護保険サービス)の調整におかれる傾向がみられ、患者や家族の状況をトータルペインの視点で捉えてマネジメントすることは難しかった。介護支援専門員が末期がん患者のケアマネジメントを担うには、介護保険サービス以外のケアマネジメントへの配慮ができるようになること、在宅ホスピス緩和ケアとケアマネジメントに関する知識や実践力を高めていく必要があると考えられる。

#### 3) 在宅ホスピス緩和ケアにおいて活躍できる介護支援専門員の教育について

本研究に参加した介護支援専門員の現状をふまえ、教育の方向性について、a)在宅ホスピス緩和ケアチームのなかでケアマネジメントの専門性を発揮できるための教育、b)がん患者のケアマネジメント経験が少ない介護支援専門員へのホスピス緩和ケアに関する教育のどちらを

優先すべきか再検討した。以下のような理由により、本研究では、a)のより専門性の高い教育を目指すこととした。

介護保険サービスの利用者は、長期に安定した高齢者が想定されている。高齢者に比べるとがん患者は少数派であるが、今後、在宅のがん患者は確実に増えていくと予測されている。がん患者のケアマネジメントを行う介護支援専門員には、短期間で素早いケアを展開する能力が求められ、専門性の高い医療チームとの連携も必要となる。居宅介護支援事業所にとっては、短期間にケアが集中して終了するがん患者のケアマネジメントは、費用対効果がきわめて低い。このようなことから、ある一定数の介護支援専門員に教育を行うことで、在宅ホスピス緩和ケアチームメンバーの一員として、効率的で質の高いケアマネジメントが行えるようにしていく必要があると考えられる。

#### 4) 教育内容・方法について

育成プログラムには、講義、事例を用いたグループワーク、実践報告を盛り込んだ。多忙な介護支援専門員にとって、教育の時間は「この程度がちょうど良い」、また本研究への参加以外に「参加者同士の主体的な交流が難しい」「日頃、抱えている悩みや問題を話す時間も欲しい」、との意見が聞かれた。このことから、講義やグループワークの中で、あるいは終了後にフリートークの時間を設定する必要があると示唆された。

グループワーク後の実践における継続的なサポートも課題の一つと考えられた。対象ががん患者かそうでないかにかかわらず、介護支援専門員に必要なケアマネジメントのスキルを高められる継続的サポートについて、その内容と方法とを検討する必要があると考えられる。

#### 6. 育成プログラムの修正

以上の前半グループのふり返りをもとに、後半グループの演習について育成プログラムを修正した。修正点は、以下のとおりである。1) 前半グループ参加者のうちの希望者にサポーターとして参加してもらい、がん患者のケアマネジメントについて学んだことを後半グループにフィードバックすることによって、参加者同士の学習が行われるようにする。2) 事例についてのグループワークの時間を減らし、日頃、自分たちが抱えている課題について自由に話し合い、検討できるようにする。

#### 7. 研究対象者の学びからの育成プログラム評価

##### 1) 対象者の学びの内容

対象者の学びは、末期がん患者の身体的な特徴についての理解、介護支援専門員同士のネットワーク作りに集約された。

##### ① 末期がん患者の身体的な特徴についての理解

末期におけるADLの高さと展開の早さががん患者の身体的特徴であることが、講義と演習2の中で繰り返されたことによって、演習3の実践を通して理解が深まっていった。「積極的治



療をしないということは、いつ急変するかもしれないこと」「体制を整え迅速な対応ができるよう調整しておくこと」、「時間がかからないようにすること」「短時間で医療につなぐことの重要性」について、実感をもって理解することができていた。余命が短いことを予測し、「遺される家族の気持ちを大切にすること」を重視してマネジメントに取り組むこともできた。

これらのことから、がん患者のケアマネジメントにおける介護支援専門員の役割について、他の介護支援専門員からの相談に応じることができた。後半グループのサポートに入った前半グループの対象者が、がん患者と高齢者のマネジメントの違いについて、ディスカッションをすることがあった。その際には、同じ目線での助言となり、前半グループが後半グループの対象者の学びを助けることができ、前半グループ参加者の「研修のふり返り」にもなっていた。

## ② 末期がん患者に対応できる介護支援専門員のネットワーク作り

本研究の対象者にとって最も大きな収穫となったのは、在宅ホスピス緩和ケアについて学んだ介護支援専門員同士の連携が図れるようになったという点であった。研究対象者が居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、社会福祉法人組織と様々な機関に所属していたことから、研究参加を機に介護支援専門員同士の「信頼関係・ネットワークができた」。介護保険の認定調査からケアマネジメントまで複数の研究対象者が継続的にかかわるケースが出てきたり、地域住民から相談を受けた場合でも「安心して依頼できるようになった」り、「相談できる仲間が増えた」と思えたりした。

介護支援専門員は、がん患者のケアマネジメントについて相談できる相手がほとんどおらず、地域のなかで解決していくための「コマが欲しい」、「がんについてわかる人をお願いできるようにしたい」状況にあることから、この研究はそのニーズに応える内容であり、この点での満足度が高かったと考えられた。

## 2) 演習を通して見いだされた課題

末期がん患者のケアマネジメントを行うにあたって、医療に関わるケアマネジメント、家族支援に関わるケアマネジメント、介護支援専門員の立場からのプレゼンテーション技術についての課題が残された。

### ① 医療に関わるケアマネジメント

医療に関わるケアマネジメントにおける課題は、「急な症状の変化に対応すること、患者家族から病状の核心を聞き出すこと、訪問看護の導入や医療につないだ後のマネジメントを行うこと」であった。これらは、主に医療チームと連携して行うマネジメントで、医療チームが疼痛や呼吸困難等の急性増悪、病巣からの出血等、患者の急な変化を予測して対処法を整えておくことに連動して行うものであった。

演習を通してこれらの重要性に気づくことはできたが、在宅ホスピス緩和ケアや医療保険制度についての知識が十分でないと考えられる介護支援専門員には、予測的にかかわっていくこ

とが難しかった。また、連携する医療チームの専門性に左右されることも多く、介護保険制度のもとで動いている介護支援専門員には対処しきれない面もあった。

## ② 家族支援に関わるケアマネジメント

家族支援は、在宅ホスピス緩和ケアの最も重要な支援の一つである。ここでの課題は「家族の意向に沿うこと、まだ生きられると考えている家族の病状認識に対して、実際の病状にあわせたケアマネジメントを行うこと」であった。がん患者は終末期においても ADL が高いため、おおよそその余命の期間を知らされていても、家族は死が近いという実感をもちにくい。研究対象者が必要と判断して訪問看護を勧めても、家族にはなかなかその真意が伝わらず、導入が先延ばしにされることもあった。また、家族の要望にあわせて介護保険サービスの調整を見合わせていた結果、死が近づいてから慌てて訪問看護やベッドのレンタルをしなければならず、「もっと早くに導入すべきであった」という状況になることもあった。

## ③ 介護支援専門員の立場からのプレゼンテーション技術

介護支援専門員の立場からのプレゼンテーション技術についても課題が残された。介護支援専門員は、サービス担当者会議を主宰する役割があることから、日頃、会議を運営するなかでプレゼンテーションが行われていると考えた。演習の時間的な制約もあるため、プレゼンテーション技術に関しては、本研究の演習に含めなかった。しかしながら、これまで研修会や事業所内の勉強会等で、事例を文書化してまとめたり、プレゼンテーション機器を使って、各自が行ったケアマネジメントについて発表したりする機会ほとんどないことがわかった。このようなことから、演習 4 の実践報告会においてマネジメントのポイントを示し、これに沿って事例を振り返ることができたのは一部の対象者に限られる傾向にあった。

## IV. 考察

知識テストおよび学びの内容から、在宅ホスピス緩和ケアチームのメンバーとして介護支援専門員がケアマネジメントを行えるようになるためには、トータルペイン、オピオイドの特性やレスキュードーズ等、在宅ホスピス緩和ケアについての知識が増え、実践を通してこれらの知識を繰り返し確認していく経験を積み重ねていくことが重要であると考えられた。

事前テストの平均得点 11.7 点(100 点換算 53.2 点)から、事後テストでは 19.1 点(100 点換算 87.0 点)に上昇し、がん患者の身体的な特徴と展開の早さを予測したマネジメントの重要性に気づくことができた。在宅ホスピス緩和ケアに関する講義、事例を用いたグループワーク、実践によって、講義で学んだ基礎知識を再確認できるプログラムとなっていたこと推察できる。

他方、医療保険制度や医療チームとの連携のための知識、介護支援専門員としての立場で事例を検討していく際の技術という点では、十分とは言えない面もある。これらはどの利用者においても必要な基本的知識や技術と考えられ、ケアマネジメントそのものに関する知識提供も必要であったと示唆された。

在宅ホスピス緩和ケアの知識をふまえたケアマネジメント実践という点では、課題が残された。研究対象者の過半数が年間のがん患者担当数 5 名以下、在宅での看取り件数 3 名以下であ

り、3ヶ月の演習期間中のがん患者対応数においても約半数が2名以下であったことから、がん患者のケアマネジメント件数が多いとはいえ、がん患者のケアマネジメントリーダーとして活動していくには、実践が必要であろう。実践を積み重ねていくにしても、がん患者のケアマネジメントについて相談できる介護支援専門員がほとんどいないこと、医療チームとの連携しながらのケアマネジメントにおいて、予測的にかかわることが難しかったこと、家族支援や介護保険サービス導入時期の適切さ等についても課題があることから、今後、力量のある医療チームと連携した継続的な教育が必要であると示唆された。

介護支援専門員の基礎資格の違いによる末期がん患者のケアマネジメントについては、本研究では明確な差を見いだすことはできなかった。事前テストの平均得点では、看護職13.7点(100点換算62.3点)、福祉職その他10.3点(同46.8点)の差は見られたものの、がん患者の展開の早さに関する気づき、医療保険制度やチームとの連携、実践報告会でのプレゼンテーション内容等において職種の違いはあまりみられなかった。この理由の一つに、看護職であってもホスピス緩和ケアの経験をもつ者がいなかったことが挙げられるかもしれない。

教育プログラムについては、今回、実施した内容のほか、事例をまとめたり、プレゼンテーションを行ったりするための方法について加える必要があると考えられた。

## 謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました介護支援専門員の皆様、在宅ホスピス緩和ケアのカンファレンスでご指導下さった皆様に感謝申し上げます。

この研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を得て行いました。

## 引用文献

Clare, P. et al. (2008). Predicting survival in patients with advanced disease. *European Journal of Cancer*, 44, 1146-1156.

すみだの在宅ホスピス緩和ケアに対応できる医療機関・介護機関データベース 居宅介護支援事業所 Retrieved February 5, 2010. from <http://sumida.homehospice.jp/support/list/>

すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会 家で死ぬるまちづくり Retrieved February 5, 2010. from <http://sumidahomehospice.blog25.fc2.com/blog-entry-8.html>

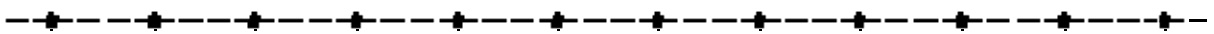
三菱総合研究所(2004). 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査研究(平成15年度老人保健福祉健康増進等事業)

白澤正和他(2003). 在宅生活を支援するケアマネジメント事例. *介護支援専門員*, 5(4), 48-57.

川越博美(2009). 終末期の介護. *介護福祉士養成講座編集委員会. 新・介護福祉士養成講座 7 生活支援技術II*. 353-361. 375-379. 東京: 中央法規出版.



- 8) ( ) 呼吸困難とは、息苦しさや呼吸の努力感など本人が自覚する主観的な症状であり、血中の酸素濃度や見た目の辛そうな表情から判断するものではない。
- 9) ( ) 肺がんや肺転移のある患者宅から、息苦しいのでどうしたらよいかとの連絡を受けた時は、直ちに在宅でみている医師や看護師に連絡して対応策を考える。
- 10) ( ) 亡くなる前のあえぐように見える下顎呼吸は、呼吸補助筋を用いた呼吸のためで、呼吸困難によって起こっている症状とは異なる。
- 11) ( ) 訪問診療と訪問看護が導入されているがん患者宅に訪問したところ、家族から「これからどうなるか心配なんです」と言われたので、じっくり話を聞き、今後に予測されることや予後について説明をした。



あなたについて教えてください。

1) 現在の仕事について、どちらかに○印をつけて下さい。

( ) ケアマネジャー ( ) その他

2) 基礎資格について、当てはまるものに○印をつけて下さい。

( ) 看護師または保健師 ( ) 介護福祉士 ( ) その他の福祉職

3) ケアマネジャーとして仕事をしている/仕事をしたことがある方のみお答え下さい。

ケアマネジメントしたがん患者数は約 ( ) 名、このうち在宅での看取りは約 ( ) 名

がん患者以外の介護保険利用者のケアマネジメント数は、約 ( ) 名

ご協力ありがとうございました。



- 8)( ) 呼吸困難とは、息苦しさや呼吸の努力感など本人が自覚する主観的な症状であり、血中の酸素濃度や見た目の辛そうな表情から判断するものではない。
- 9)( ) 肺がんや肺転移のある患者宅から、息苦しいのでどうしたらよいかとの連絡を受けた時は、直ちに在宅でみている医師や看護師に連絡して対応策を考える。
- 10)( ) 亡くなる前のあえぐように見える下顎呼吸は、呼吸補助筋を用いた呼吸のため、呼吸困難によって起こっている症状とは異なる。
- 11)( ) 訪問診療と訪問看護が導入されているがん患者宅に訪問したところ、家族から「これからどうなるか心配なんです」と言われたので、じっくり話しを聞き、今後に予測されることや予後について説明をした。

4. 講座の内容について、あなたのお気持ちを線上の一点に↓でお示してください。

例) 

全くそう 思わない	0	↓	5	10	非常に そう思う
--------------	---	---	---	----	-------------

1) 在宅ホスピス緩和ケアについて理解できた。

全くそう 思わない	0	5	10	非常に そう思う
--------------	---	---	----	-------------

ご感想・ご意見がありましたら、ご記入ください。

[ ]

2) 在宅ホスピス緩和ケアにおけるチームケアについて理解できた。

全くそう 思わない	0	5	10	非常に そう思う
--------------	---	---	----	-------------

ご感想・ご意見がありましたら、ご記入ください。

[ ]

3) 死にゆく人について理解できた。

全くそう 思わない	0	5	10	非常に そう思う
--------------	---	---	----	-------------

ご感想・ご意見がありましたら、ご記入ください。

[ ]

4) 死にゆく人の家族について理解できた。

全くそう 思わない	0	5	10	非常に そう思う
--------------	---	---	----	-------------

ご感想・ご意見がありましたら、ご記入ください。

[ ]

5. 研修内容は、がん患者のケアマネジメントについて、実際に役立った。

全くそう 思わない	0	5	10	非常に そう思う
--------------	---	---	----	-------------

ご感想・ご意見がありましたら、ご記入ください。

[ ]

6. 研修内容全般について、どの程度満足できたかお答えください。

全くそう 思わない	0	5	10	非常に そう思う
--------------	---	---	----	-------------

7. 研修の中で、省いても良いと思う内容がありましたら、具体的にご記入ください。

[ ]

8. 今回のようながん患者のマネジメントについて研修を行う場合、新たに加えたほうが良いと思う内容がありましたら、具体的にご記入ください。

[ ]

9. 研修開始後(2010年4月11日～7月15日まで)の3ヶ月間で、がん患者の1) ケアマネジメントを担当した、2) 相談を受けたのは、何ケースありましたか。

どちらかの該当する業務のなかから1つ選んでお答えください。

\_\_\_\_\_ ケース

10. もし、研修での学びが活かされたことがありましたら、どのような場面や状況で活かされたか、具体的にお答えください。

11. その他、感想・ご意見がありましたら、ご記入ください。

[ ]

ご協力ありがとうございました。