

在宅緩和ケアで実現する独居がんの看取り

～パターン分類～

Achievement of Nursing Single Life of Cancer

Patients' Last by Home Palliative Care

～Pattern Classification～

医療法人聖徳会 小笠原内科 小笠原文雄
岐阜県岐阜市加納村松町 3-3

Medical Cooperation OGASAWARA Clinic MD. Bunyu OGASAWARA
3-3,Kanou muramatsu-cyo,Gifu city,Gifu Pref

《要旨》

在宅緩和ケアで看取るとは、自宅で最期までその人らしい人生を全うしてもらうことである。①身体的な痛みなどの苦痛をとる②コミュニケーションしながら心のケアと意志確認をする③医療連携を中心としたケアマネジメントが重要である。独居がんの場合、終末期になると急激に不安感が強くなるので、この時の支え方が鍵と考える。そこで、この時の支え方をⅠボランティアが関わるⅡボランティアと自費ヘルパーが関わるⅢ自費ヘルパーが関わるⅣ公的保険の多職種のみで関わるという4つのパターンに分類した。必要に応じて、4つのパターンを患者に提示することが独居がんの看取りには大切である。

Key Word : 在宅緩和ケア、独居がん、看取り

<<Abstract>>

Nursing patients' last by home palliative care means to close their lives with their identity.

As for home palliative care following points are important.

- ① Relieving physical pain
- ② Mental care and making decision by communicating with patients
- ③ Care management with medical cooperation

It is considered that the way of supporting is the key as a sense of anxiety increases at the most final stage. Therefore we classified into 4 patterns.

- I Cooperation with volunteers
- II Cooperation with housekeepers and volunteers
- III Cooperation with housekeepers
- IV Concerning with public insurance of various occupations only

It is important to propose 4 patterns of palliative care depending on the need of each care for nursing single life of cancer patients.

Key Words

- ・ home palliative care
- ・ single life of cancer patients
- ・ nursing and caring for one's deathbed

【はじめに】現在、日本では患者の81%が病院で最期を迎えている。一方、デンマークでは、自宅が31%、ケアつき施設・住宅が33%を占め、病院は35%にすぎない(医療経済研究機構:要介護高齢者の終末期における医療に関する研究)。嘗て日本でも、大半の患者が自宅で最期を迎えていた。しかし高度成長期の進行とともに、病院で終末期を迎えるようになってきたと言える。その背景として、核家族化の進行とともに、日本では独居ないしは夫婦2人のみからなる世帯が、高齢者世帯の4割を超えるようになってきたことがある。従って、今日の日本において、安心して終末期を自宅で迎えさせるためには、包括的な在宅緩和ケアが必要である。

著者は16年半の病院勤務後、平成元年に内科・循環器科を開院、在宅で400名近い看取りをした。平成4年がん患者の安らかな看取りに出会い、『何故これ程安らかに旅立てるのか。』とカルチャーショックを受けて以来、在宅患者が増えていった。

(図1)平成11年に岐阜ホスピス運動をすすめる会の神山純子会長から独居の方は特に在宅で過ごしたいという気持ちが強い事を教えられ、独居のがん患者を最期まで支える方法を考え始めた。平成19年名古屋大学医学部長の濱口道成先生(現名古屋大学総長)に、『誰でも独居の看取りができるシステムを作ってください。』と言われた為、どの医療機関でも独居のがん在宅看取りができるシステムを考え始めた。

平成20年、ケアマネージャー資格をもつ訪問看護部長が多職種連携のKeypersonであるTHP(トータルヘルスプランナー)¹⁾としてケアマネジメントに専念してから、がんの在宅看取り率は97.8%(15ヶ月間、44名看取り、1名入院)と上昇した。最近経験した独居がん9例(表1)を看取ったケースと入院したケースで検討し、ケアマネジメントをするうえで4つのパターン分類が望ましいという結論を得た。(表2)

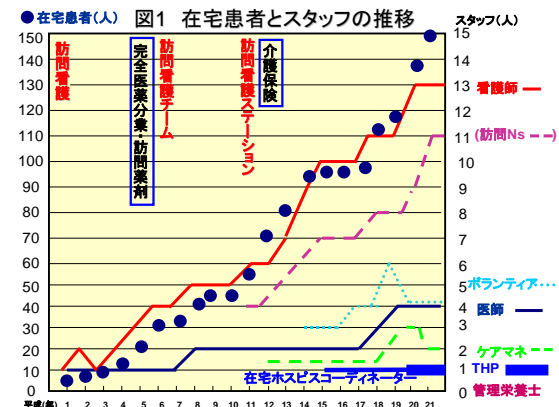


表1 独居のがん

症例	病名	年齢 性	転帰
①	肺がん、認知症	93 女	平成16年 入院
②	卵巣がん	78 女	看取り
③	胆のうがん	70 女	平成20年 看取り
④	肝がん、認知症	88 女	入院
⑤	総胆管がん、認知症	87 女	看取り
⑥	下咽頭がん	57 男	看取り
⑦	肺がん	79 男	看取り
⑧	肺がん	87 女	平成21年 看取り
⑨	肺がん	75 男	看取り

表2：独居がんの『看取り』～パターン分類～

Ⅰ：ボランティア	〔本人が動けない状態になった時、ボランティアが泊まる〕
Ⅱ：自費ヘルパー (家政婦)	〔比較的早い段階から自費ヘルパーが泊り込む〕
Ⅲ：ボランティア +自費ヘルパー	〔自費ヘルパーが泊り込むまで、ボランティアが泊まる〕
Ⅳ：なし	〔公的保険の多職種（看護師・ヘルパーなど）のみ関わる〕

【症例呈示】 ヘルシンキ宣言に抵触せず。

Ⅰ【ボランティアがかかわるパターン】

② 卵巣がん 78歳 女性

平成13年 手術・化学療法後イレウスの手術。
平成16年 緩和ケア病棟を見学後、在宅希望。
第1訪問病日(平成16年) 在宅緩和ケア開始。
癌性腹膜炎で腹水穿刺。ボランティアに助けられ酸素吸入しながら車椅子で梅を見に行く。
第38訪問病日 友人・協会の知人等ボランティアが2人体制で泊まり込みを開始。牧師にも支えられ、告別式の手配・遺言などを整えた。
第48訪問病日 寝たきりとなり、『一人暮らしなのに、まさかこんなに幸せに旅立てるとは…。香典を寄付するので私以外の一人暮らしの方にも在宅ホスピスをやってあげてね。』と微笑む。
第52訪問病日 『香典はボランティアに差し上げたなら…。』と話す、『一番信頼できる子に、1日来たらいくら、泊まってくれたらいくらと話してあるよ。お金がないと無理だと思うよ。こころに対するお礼も必要だから。』と。話し合いの中から、身の回りの世話をする自費ヘルパー(泊り込みの家政婦)を利用する場合、導入時のコストは無料、1日(24時間)15000円だから、看取りまでに30万円あれば独居でも看取りは可能、ま

た、この患者位アメニティーを高めようとするとして100万円位必要と理解した。

第59訪問病日 意識混迷

第60訪問病日 ボランティアに見守られ永眠。

なお、最期の1ヶ月間で医師は32回、看護師は60回訪問した。

Ⅱ【自費ヘルパーが関わるパターン】

① 肺がん 認知症 93歳 女性

平成7年 86歳、多発性脳梗塞で在宅医療開始
平成14年 肺がん。『肺がんの姉も、大腸がんの妹も病院で苦しんで死んだ。泊り込みの家政婦に支払うお金が1~2ヶ月分ある。このアパートで楽に死にたい。』と希望。

第1訪問病日(平成15年) 身体が弱り、這いずるようになったので在宅緩和ケア開始。

第218訪問病日 ベッドから降りることが困難になったが、『まだ自費ヘルパーは不要』と拒否。

死が近い事を理解していない。長谷川式15点。

第223訪問病日 発熱し、電話もかけられず不安なので、自費ヘルパーを依頼するもすぐ見つからず、病院へ緊急入院。

④ 肝がん 認知症 88歳 女性

平成14年 間質性肺炎。かかりつけ医となる。

平成20年 肝がんで食欲低下、体力減少。7km離れている娘が『同居しよう』と話すも、『先生に夫を看取ってもらった自分の家に居たい。』と拒否。娘に『母の希望を叶える為、自宅で看取るなら、最期は自費ヘルパーをつけた方がいい。30万円もあれば充分だよ。』と話す。『この土地はお母さんのものだし、お金の事は…。』と娘。

第1訪問病日(平成20年) 熱発の為、在宅緩和ケア開始。

第20訪問病日 猛暑でもエアコンを付けずにボーっとしている。娘に『自費ヘルパーを』と話す、昼間は娘が顔を出し、夜は孫娘が泊まり込む。

第28訪問病日 孫娘が泊り込めず、娘がTHPに『母を入院させたい』と電話。

第29訪問病日 患者は個人病院へ入院。

⑤ 総胆管がん 認知症 87歳 女性

平成元年 高血圧。かかりつけ医となる。

平成19年 内・外瘻チューブ留置の為入院。

第1訪問病日(平成20年) 帰宅願望が強いので在宅緩和ケア開始。娘が告知を拒否。

第34訪問病日 『母親を家で看取るのに30万円もあれば充分。』と娘に話す、長期生存が困難

である事を受け入れ、自費ヘルパーが入る。
第 52 訪問病日 訪問看護師から連絡を受けた娘に手を握られ、永眠。

⑧ 肺がん 87 歳 女性

平成 7 年、肺がん（小細胞癌）化学療法で完治。平成 17 年 肺がん発見。「化学療法すれば 2 年、しないと 1 年」と告知。『10 年前の辛さを考えると、1 年しか延びないのならやめたい』と外来へ。『あなたの命だから、自分の人生感で決めたら』と答えると『最期まで見てね』と。

平成 18 年 血痰や息切れが続くが、外来通院している。『まだ往診はイヤだが、100 万円以上あるので、自宅で楽に死にたい』と。

第 1 訪問病日（平成 19 年） 血痰や呼吸苦の為あまり喋れないので、在宅緩和ケア開始。30 年来の麻雀友達、旅行友達、近所の人、甥が手伝い。

第 432 訪問病日 血痰の量が多く呼吸困難がひどい為、死を覚悟。『先生の判断でいつでもセデーションをかけてほしい』と。『慌てず、騒がず、驚かず、心配しないよう』と心のケア。

第 572 訪問病日『今度ばかりは流石にダメだ。来年の桜は見れん。お正月を迎えられるだろうか』と。『年を越せるかねえ。でも 3 年も生きちゃったし、あんたはわからん。』と答えた。

第 733 訪問病日 テレビ撮影の時、ベッド上で満面の笑みを浮かべ、ボランティアと会話。

第 734 訪問病日 枕元にタバコの吸殻が数本あったのを見つけ、『酸素吸入していてタバコを吸ったらダメでしょう。火事になったらどうするの。あなたは焼け死んでも自業自得だけど、近所の人困るでしょう。』と怒ると、往診同伴中の東京大学の上野千鶴子教授が『先生はずいぶんはっきりした事を言われるのですね。』とびっくり。その後、『先生は患者さんと掛け合い漫才していらっしやるんですね。』と THP に微笑まれる。

10 人程訪問した頃、上野教授が『朝のケアカンファレンスでお話を聞いた時、プロパガンダかと疑っていましたが、本当だったんですね。びっくりしましたよ。』と謝られた。

第 738 訪問病日 動く事が出来なくなり、自費ヘルパーが入るまで夜だけセデーションをかけた。

第 739 訪問病日 自費ヘルパーが泊り込む。

第 740 訪問病日 プレペノンの持続皮下注。

第 742 訪問病日 皆に見守られ、穏やかに旅立つ。

742 日間の在宅緩和ケアの中で、医師は 72 回、看護師は 98 回訪問。緊急往診は 3 回。最期の 1 ヶ月間で、医師は 12 回、看護師は 36 回訪問した。

訪問薬剤は 5 ヶ月間で 21 回であった。

Ⅲ 【自費ヘルパーが泊り込むまで

ボランティアが泊まるパターン】

③ 胆嚢がん 70 歳 女性

平成 19 年 閉塞性黄疸。肝管内ステント留置。第 1 訪問病日（平成 20 年） 在宅緩和ケア開始。財産の処分・遺言書作成の為、弁護士・僧侶などに連絡を取り身辺整理に心がけた。

第 19 訪問病日 高熱で歩けない為、自費ヘルパーが見つかるまでの 3 日間、当院有志のスタッフがボランティアとして、夜間泊り込みをした。

第 34 訪問病日 著者が帰国し訪問直後、永眠。

Ⅳ 【公的保険のみ関わるパターン】

⑥ 下咽頭がん 57 歳 男性 生活保護

平成 18 年 放射線、化学療法、咽頭温存郭清術。PEG 造設。

平成 20 年 余命 3 ヶ月の父の為、息子が相談外来に来た。『岐阜でアパートを借りる』と。

第 1 訪問病日（平成 20 年） 昼、息子から突然『名古屋の病院から退院した。往診に来て。』と電話。『今日奈良県医師会で講演。往診は無理。』と答えたが、結局午後 8 時、THP、訪問看護師、ケアマネージャーと共に北風の寒い中、金華山麓のアパートへ往診した。患者は『長生きしたいので頼む。』と。『栄養を摂り過ぎるとがんが育ち、気道を閉塞し、苦しくなるので、カロリーを減らした方がよい。』と話す。『抗がん剤を使いたいため、体力をつけるためエンシュアリキッド H を 1 日 6 本（2250cal）使いたい。』と譲らない。

第 67 訪問病日 訪問看護師が窒息でプレシヨックの患者を発見し、吸引とソルメドロールの点滴等をして回復。『窒息で死にたいのならエンシュアを減量しなくてもいい。あなたの人生なのだから。』と諭すと、患者『ようやく先生の言われた事が理解できた。ありがとう。』と合掌。『長く生きたいなら、方法はただ 1 つ。がんがゆっくり成長して気道閉塞で死を迎える瞬間と、がんによる衰弱で死ぬ瞬間が一致する時期が一番長く生きられる。とにかく、生きてさえいれば、ひょっとして以前話をしたように奇跡が起こるかもしれないからね。良く眠って、身体を暖めて笑いのある人生を楽しみ、免疫を高めなくては。』と諭した。その後、フラフラしながらも息子に連れられて温泉を楽しんだ。

第 144 訪問病日 PEG からエンシュア注入援助

の為、公的保険のヘルパーが関わる。

第195訪問病日 病気の息子が患者の枕元にお金を置き、自費ヘルパーを勧めたが、患者が拒否。『父にしてやれる事はもうない。入院させて。』とTHPに電話し、書き置きを残す。

第196訪問病日 訪問看護師が息子の置き手紙を読んで聞かせると、『息子の事はそっとしておいてほしい。もうすぐ終わるから。』と。再度聞くと、『いつもの事だから大丈夫。』と返事。

第200訪問病日 著者とTHPが『息子さんと連絡が取れないし、あなたもだいぶ悪くなり、夜突然激痛が起こったり、苦しくて電話もかけられないと地獄の苦しみを味わうことになるかもしれないと不安かもしれないね。あなたが希望すれば夜間だけ睡眠薬でセデーションをかけてもいいよ。深くかけて、昏睡に近い状態にすれば何があっても気がつかないよ。その場合、モーニングケアに来たヘルパーがあなたの死亡しているのを発見したら、看護師が息子に連絡してくれるし、エンゼルケアまで全てやってあげるよ。でも生きていれば、朝になって目が覚めるよう睡眠薬を上手に調整しておくので、ヘルパーさんとお話もできるよ。それとも息子が夜来るかもしれないからセデーションはやめておく？』と聞くと、『夜だけ強力なセデーションをしてほしい。』と希望。本人の意志により、夜間は強力にセデーションをかけ、昼間は公的保険のヘルパー3回、看護師2回訪問、信念を持って生き抜いた。

第204訪問病日 息子にあて『……、さいなら』とメモに残す。

第205訪問病日 病気がよくなりTHPと連絡が取れた息子が、父のもとへ。THPが息子に対して‘お別れに向けて’どのような事が起こるかを記した文書を渡し、ゆっくり読み聞かす。息子は涙ぐみながら、『とてもいい表情をしている。こんな表情は初めて。痛みがこの一週間ないことがわかって安心した。病院で付添婦をしていた祖母から、がんで死ぬ時はものすごく苦しむと聞いていたが、苦しまずに本当によかった。』と涙。

第206訪問病日 息子に見守られ、永眠。

⑦ 肺がん 塵肺 79歳 男性

平成20年 肺がんの為、在宅酸素開始。

第1訪問病日(平成20年) 痛くて息苦しく歩行も困難な父の往診を息子夫婦が希望され、午後から緊急在宅緩和ケア開始。下記処方追加。

①パシーブ(30) 1C/1×1 寝る前

②ノバミン2T/2×1 夕食後、寝る前

③酸化マグネシウム 2.0g/3×1

痛い時 Ⓐボルタレン(25) 1T/屯用
 Ⓑアンペック(10) 坐薬

嘔気・嘔吐時 Ⓒナウゼリン(30) 坐薬

便秘時 Ⓓプルゼニド 1T/屯用

第15訪問病日 痛みも呼吸困難もなく歩けるようになり笑顔。記念写真。



【写真掲載には全員が承諾書に署名】

第22訪問病日 写真を見つめながら、『わが人生、最高の笑顔である』と呟く。

第27訪問病日 訪問入浴後、『ビールがうまい』と満面の笑み。

第57訪問病日 深部静脈血栓症が増悪し足の創傷ケアの為、訪問看護の回数増加。『入院してもいい事がないなら、家がいい。』と笑顔。

第68訪問病日 『風呂に入るのにベッドから降りる事が出来ず、しょんぼりしている』と訪問看護師から電話が入り緊急往診すると『そろそろ死ぬのかな』と言う。『そうだねえ〜。しかし、‘もうダメかな’と思った人でも、何年も生き延びる人があるから、希望だけは捨ててはいけないよ。もう一度体験談をするね。よく考えて。』と伝え、デュロテップMTパッチ(2.1) 1枚貼付。

第69訪問病日 『一晩考えてみてどうだった?』と問うと、『やっぱり死ぬと思うわ。』と。『そうなの。だったら死ぬんだろうねえ…。ちょうど息子と名古屋の娘がいるんだから、遺言は?』と聞くと、『そうか、死んだら…。今から考えて遺言するわ。』と。プレペノン(100mg) 10ml 1時間0.1ml持続皮下注を開始。

第70訪問病日 午前0時 看護師から『今亡くなられた。エンゼルケアしてきます。』と電話。遺言も気になり緊急往診に行った。息子『ありがとう。本当に眠るが如く安らかだった。』と。『遺言は?』と聞くと、『聞いたよ。8時頃から妹や私にボソボソ喋ったよ。喋り終わったらコロッと死んじゃった。』と。『遺言聞いてよかったねえ。』と言うと、『はい。よかったです。死ぬ直前まで

私達の事を一生懸命考えてくれていて、でも結局おやじは苦しむ暇がなかったかもね。』と笑顔。遺言のおかげで離別はあるもののグリーンケアも必要ないのでは・・・と感じた。

70日間の在宅緩和ケアの中で、医師は15回、看護師は26回訪問。緊急往診は2回。最期の1ヶ月間で医師は9回、看護師は18回訪問した。

⑨ 肺がん 75歳 男性

平成21年 市民公開講座で著者の講演を聞いた息子が相談外来に来た。

第1訪問病日 40km南東にある名古屋の病院に入院中の父を酸素吸入しながら外来へ。顔色が悪く呼吸苦も強い為ソルメドロールの点滴をした。当院から15km東に家があるが、本人の意志により急遽、病院を退院、在宅緩和ケア開始。遠方で独居の為、小笠原訪問看護ステーションに加え、近所の在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションと連携。

第6訪問病日 介護施設にいた妻が夫に会いに来た時、笑顔の患者が『お前に会いたかったので、家に帰ったんだ。』と呟き、全員涙。

第7訪問病日 『独居でも家に居たい』と言う患者の願いを叶えようとする30km南東に住む息子夫婦と、『独居ではかわいそう』という近くに住む親類縁者を集め2時間話し合いをして、心が一つになり全員笑顔にchangeしたので記念写真。

第8訪問病日 泊まった家族に見守られ旅立つ。



【写真掲載には全員が承諾書に署名】

【考察】 在宅で看取る為には患者・家族が満足する在宅緩和ケアを提供する必要がある。①身体的な痛み等の苦痛をとる³⁾ ②コミュニケーションしながら心のケアと意思確認をする③医療連携⁴⁾を中心としたケアマネジメントをすることが肝心である。今回の4つのパターンの提示は③のケアマネジメントをするうえで大切である。

独居のがん患者は最期まで在宅で過ごしたい

という気持ちが強いからか、気力が尽きるまで眼を見張るほど尊厳を持って生きられる。トイレにも行けなくなると3~10日間位で旅立たれる事が多く、この時期に不安が強くなるので、この時の支え方が鍵となる。そこで、この時に独居の患者をどのように支えていくかを自己資金（経済資源）、家族・友人との関係・土地柄（社会関係資源）、本人の希望の3点から、Ⅰ=ボランティアが関わる、Ⅱ=自費ヘルパーが関わる、Ⅲ=ボランティアと自費ヘルパーが関わる、Ⅳ=なしのように4つにパターン分類した。

まず、患者さんの交友関係、土地柄によってはⅠ、Ⅲのようにボランティアの協力を仰げる。この協力があると、家の中が穏やかな空気に包まれ望ましいが、今の日本の文化を考えるとそれ程容易ではない。次に自己資金だが、Ⅱ、Ⅲのように自費ヘルパーを利用する場合1日15000円必要、通常自己資金が30万円もあれば充分であると症例を通して結論づけた。アメニティを高めようとする100万円位必要である。お金を残して死ぬよりも自分の為に使うことを考えた方がよいのではないかと話し合う事も必要である。自費ヘルパー（家政婦）の役割だが、患者が突然苦しくなり、医師・看護師に電話さえもかけられないような状態になった時、代わりに連絡を取る存在として患者の不安を取り除くのが一番だと考えている。時には家族の代わりに果たす存在でもある。しかしⅣのように夜間誰も関わらない場合でも看取りは十分にできる。自分一人では何もできない状況にまでになると‘夜間何かあったら’という不安感や、急変して苦しむのは嫌だという想いが強くなる。そこで患者が夜間セデーションをかける事を希望され、翌朝目が覚める頃にヘルパー等によるモーニングケアを受ける。もし、夜間深い眠りの中で死んでもそれはそれで幸せだという死生観が確認されているので、孤独死ではなく、本人の希望死・満足死・納得死と考える。しかし民生委員等がマスコミに騒がれることを嫌い、孤独死だけは避けたいと思っているケースもあるため、十分な配慮が必要であるとともに、日本の文化・死生観の中で受け入れられることが大切である。意志確認 (making decision) は複数のスタッフでする必要があり、当院では主治医とTHPが主に確認している。公的保険だけの関わりでも、夜間セデーションを組み合わせれば、独

居の看取りも可能である。また、独居なのに3症例とも家族が看取られたことに不思議な力を感じた。Ⅳのパターンを経験したことにより、独居でも在宅緩和ケアにより在宅で看取りまで生き抜いてもらう事ができると確信した。

入院したのは独居の認知症2名だけだが、症例①は、自費ヘルパーを勧めた時は拒否し、希望した時は自費ヘルパーが見つからず入院、症例④は娘が自費ヘルパーを入れるのをやめ入院した。自費ヘルパーを拒否された時は、『2～3日だけでも自費ヘルパーを頼もうよ』と説得する事も大切だと思う。そうしないと結局患者の希望を叶えてあげられない事になるからだ。

生老病死の世の中、PPK（ピンピンコロリ）という人生観を受け入れるべきかはさておき、人は必ず死ぬものだという認識が必要である。人は必ず死ぬが、『生命』と『いのち』という考え方もある。生きている間は生命倫理にのっとり、病気を治す事、症状のコントロールをする事が医学の基本である。人間の『生命』には終わりがあるが、『いのち』とはその人に与えられた存在で、生きてきた意味でもあり、尊く、人のこころの中に永遠に続くものである。これに尊厳を持って真心で向い合う気持ちが大切であるという哲学的、宗教的な思考を医療者側が示す事も時には必要で、心が休まると考える。生老病死の世の中、いわゆる“生死をあきらめる”＝“生きること・死ぬことをあきらかにして、きわめる”ということを常日頃からぼんやり考えながら、患者・家族に寄り添うことも重要だと思う。独居のがん患者の場合でも同居していない家族のグリーフケアさえ必要ないように家族看護にも心を配り⁵⁾、在宅緩和ケアにて、『安らか』『大らか』は当たり前、さらに『朗らか』に生かされ、最期は『清らか』に旅立てたら最高である。

〔結語〕 独居の場合でも、必要に応じて4つのパターンを提示して本人の意志を最優先に考えた在宅緩和ケアをすれば、看取りまで可能である。さらに、このノウハウが夫婦2人のみからなる世帯など介護困難で在宅に戻れなかった多くのケースでも在宅に戻り看取りまで可能にし、患者・家族にとっても喜ばれると考える。

〔謝辞〕

論文を書く際、ご指導賜りました名古屋大学総長 濱口道成先生、東京大学大学院人文社会系研究科教授 上野千鶴子さんに深謝致します。

〔文献〕

- 1) 小笠原文雄：在宅医療20年～たどりついたら**THP**～. 日本在宅医学会雑誌, 11(1):89-91, 2009.
- 2) 小笠原文雄：多職種連携におけるトータルヘルスプランナー(**THP**). 治療, vol.91, No.5:1541 - 1546, 2009
- 3) 小笠原文雄：在宅緩和ケアの実際. *Pharmacoaesthesiology*, 20(1): 42 - 46, 2008.
- 4) 小笠原文雄：医療連携の現状と将来～在宅医療20年の実感～. 倚門, 第61号:19 - 20, 2008
- 5) 小笠原文雄：在宅医療から看護職者への要望, 日本家族看護学会. 第16回学術集会講演集: 44, 2009