

在宅ホスピス・緩和ケア

A 問 題

〔一般問題〕

問題 1 日本の在宅ケアの現状について正しい組み合わせはどれか

- (1) わが国の全死亡者のうち、死亡場所が自宅である割合は約 30%である
 - (2) わが国において病院での死亡数が自宅での死亡数を上回ったのは、1960 年代後半である
 - (3) 一般市民の意識調査によると、がん末期状態の療養場所として自宅を希望する人の割合は約 20%である
 - (4) わが国のがん死亡者のうち、死亡場所が自宅である割合は約 6%である
 - (5) ホスピス・緩和ケア病棟管理下の患者のうち、死亡場所が自宅である割合は約 2%である
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

問題 2 在宅ホスピス・緩和ケアの特徴について誤っているものはどれか

- (1) 患者や家族が主体の場となりやすい
- (2) 家族もケアの対象となる
- (3) 患者や家族に対する死の準備教育が重要である
- (4) 多職種によるチーム・アプローチは入院時と比して必要とされない
- (5) 過剰な医療処置の防止につながる

問題 3 在宅ホスピス・緩和ケアの実施に当たって必要な条件について適切な組み合わせはどれか

- (1) 患者と家族が在宅医療を希望している
 - (2) 医療者と 24 時間 365 日連絡がとれ、必要な対応が提供される
 - (3) 緊急時の入院施設が確保されている
 - (4) 患者本人に十分な病状の説明がなされている
- a (1), (2) b (2), (3) c (1), (3), (4)
d (4) のみ e (1)~(4) のすべて

問題 4 がんの在宅医療に関わる診療報酬制度について正しいものはどれか

- (1) オピオイドの内服投与を受けている在宅療養中のがん患者には、在宅悪性腫瘍患者指導管理料を月 1 回算定できる
- (2) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料と在宅中心静脈栄養法指導管理料は同時に算定できる
- (3) がん患者の呼吸不全は在宅酸素療法の保険適応基準を満たしている
- (4) 在宅で死亡確認した場合、すべて死亡診断加算を算定できる
- (5) 訪問診療・看護に要した交通費は患家よりその実費を徴収することができる

問題5 在宅末期医療総合診療料について正しいものはどれか

- (1) 訪問診療を週1回それとは別の日に訪問看護を週3日行った場合、算定できる
 - (2) 算定は1週間単位である
 - (3) 訪問時に点滴を行った場合、手技料・薬剤料は算定できる
 - (4) 在宅での看取り時は必ず死亡診断加算を算定できる
 - (5) 在宅酸素療法指導管理料など、各種在宅療養管理料は同時算定できる
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

問題6 わが国の介護保険制度について正しいものはどれか

- (1) 65歳未満は各種サービスを利用できない
 - (2) 介護保険サービスの利用に当たり、医師は身体障害者手帳申請書を提出しなければならない
 - (3) 介護認定区分は要支援が2段階と要介護状態区分は5段階に分かれている
 - (4) 利用料の1割は自己負担しなければならない
 - (5) 医療保険と介護保険を同時に利用することはできない
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

問題7 在宅ホスピス・緩和ケアにおける看取りについて正しい組み合わせはどれか

- (1) 死の経過や看取りについて家族と十分話し合う必要がある
 - (2) 看取りが近づいてきたら頻回に訪問することが望ましい
 - (3) 看取り時は医師が緊急に往診する必要がある
 - (4) 最終診療後24時間以上経過した後に患者が死亡した場合、死亡診断書を書くことはできない
 - (5) 死後の処置は家族と共に行うことが望ましい
- a (1), (2), (3) b (1), (2), (5) c (1), (4), (5)
d (2), (3), (4) e (3), (4), (5)

問題8 訪問看護ステーション、ヘルパーステーションとの連携について誤っているものはどれか

- (1) 関わるメンバーが、連絡を密に取り、情報を共有し、方針を一致させることが重要である
- (2) 訪問看護ステーションに訪問看護を任せられた場合でも、在宅末期医療総合診療料は算定できる
- (3) 訪問看護時の訪問看護師による静脈注射の実施は認められている
- (4) 医師から訪問看護ステーションに毎月1回訪問看護指示書の提出が必要である
- (5) ヘルパーが痰の吸引を行うことは認められている

〔症例問題〕

〔症例 1〕

入院中の 75 歳，男性．70 歳の妻と 2 人暮らし．大腸がん術後再発．肝・骨・肺転移あり．予後は 2～3 ヶ月と考えられた．腰椎転移に伴う腰痛・右下肢痛あり，自力歩行不可でポータブルトイレ移動が何とか可能である．経口摂取可能で，硫酸モルヒネ徐放錠 60 mg/日，NSAIDs（非ステロイド性消炎鎮痛薬）内服にて疼痛コントロールは良好であった．低酸素血症による呼吸苦に対し，酸素吸入がなされていた．本人・家族から，「自宅で療養したい」という要望が出され，在宅ケア導入となった．当面週に 1 回の訪問診療，週に 2 回の訪問看護ステーションによる訪問看護を計画した．

問題 1 在宅療養にあたり，以下のサービスや備品が必要と判断した．これらのうち，介護保険で利用できないものを 1 つ選べ

- (1) 訪問看護
- (2) 訪問介護（ホームヘルパー派遣）
- (3) 電動ベッド
- (4) 訪問リハビリテーション
- (5) 在宅酸素濃縮器
- (6) 車椅子
- (7) 褥瘡予防マット
- (8) ポータブルトイレ
- (9) 入浴用いす（シャワーチェアー）
- (10) 住宅改修（風呂までの段差をなくす）

〔症例 1〕（つづき）

次第に病状が進行し予後が 1～2 週間となってきた．経口摂取も減り，内服もできにくくなってきた．また，肺転移増大に伴って呼吸苦も強くなり，咳や痰も多くなってきた．

問題 2 この時点での在宅ホスピスケアにおける医学的管理について正しいものはどれか

- (1) 薬剤投与方法としてまず持続静注を検討すべきである
- (2) 吸痰器の準備が必要である
- (3) 死の経過や看取りの心得などについて，家族と十分話し合っておく
- (4) 持続鎮静が必要な場合は入院施設へ搬入する必要がある

(5) 急変時は、まず救急隊に連絡を取るよう指導する

a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

B 解答・解説

〔一般問題〕

問題1 解答 e

- (1) わが国の全死亡者の死亡場所は、病院・診療所 81.2%、自宅 13.5%、その他 5.3%である¹⁾。
- (2) わが国において病院での死亡数が自宅での死亡数を上回ったのは、1970年代後半である。1970年頃から病院での死亡が急速に増加し、1990年頃からは上記(1)の割合に大きな変化はない。その頃より在宅死の必要性は叫ばれてはいるが、あまり増えていないのが実状である¹⁾。
- (3) 一般市民の意識調査によると、がん末期状態になった時の療養生活の希望場所は、形の違いはあるものの約60～70%の方が自宅を希望されている²⁾。「家で療養したい」のに、「家で療養できない」のが現状である。
- (4) わが国のがん患者の死亡場所の割合は、施設内 93.5%（一般病院・診療所 89.6%、施設ホスピス 3.4%、老人福祉施設 0.5%）、自宅 6.2%、その他 0.3%である³⁾。
- (5) ホスピス・緩和ケア病棟管理下の患者の在宅での看取り率は、この数年間約2～3%であり大きな変化はない²⁾。ホスピスケアのひとつの理想形ともいえる在宅死の割合が、ホスピス・緩和ケア病棟であるにもかかわらず、約2～3%とはまだまだ少ない。これはわが国のホスピスケアが施設ホスピス中心に発展してきたために、地域での在宅ホスピスケアのシステムが不十分であるという問題点を示している。

問題2 解答 (4)

- (1) 在宅ホスピス・緩和ケアは何よりも患者が主体の医療が行われやすい点に意味がある。医療が行われる場は患者や家族の日常空間であるため、患者や家族のペースでケアが計画され実行される。医療・介護スタッフはあくまで援助者である。それは残り時間の少ない患者のそれまで生きてきた日常や自己決定を尊重し、生きている実感や役割を持っている実感を支えることができ、終末期ケアの理想的な形が実現できやすい。これらの結果、「その人らしく生き抜く」ことができ、看取りも穏やかで心温まるものとなりやすい。
- (2) 施設・在宅に限らず、家族のケアはホスピス・緩和ケアに欠かすことができない要素である。
- (3) 死にゆく患者を自宅でみることは、家族にとってたいへん不安の大きいことである。どのように症状が変化していくのか、看取りはどのように行えばよいのか、死後の処置はどのようにすればよいのか、葬儀屋はいつ呼べばよいのかなど、死の過程の理解や看取りの心得などについて、十分話し合い、教育しておくことが必要である。
- (4) 在宅ホスピス・緩和ケアではよりケアの割合が多くなるため、医師や看護師だけでなく、

ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、ヘルパー、地域の民生委員など介護・福祉関係者も参加することが多く、入院時よりも多職種によるチームアプローチがより必要となる。

- (5) 在宅では行える検査や処置も限られているため、必要最小限の検査・処置の実施となり、過剰な医療行為の防止につながる。一方、必要な医療処置が行われない傾向となることが懸念され、必要な際は入院の上診断や治療について提案することを躊躇してはならない。

問題3 解答 e

在宅ホスピス・緩和ケアの実施には、前提として症状コントロールができていることが望ましい。

- (1) 患者本人が在宅療養を希望することは、患者本人の自己決定を最重要視するホスピス・緩和ケアにおいてはいうまでもないことである。また、介護する家族が在宅療養を希望していないと在宅ケアは成立しない。もちろん絶対不可能というわけではないが、独居者の在宅ケアには多くの時間的、経済的負担がかかり、スタッフのストレスも大きい。
- (2) 患者や家族が在宅ケアをためらう大きな理由は、「在宅では家族（介護者）に迷惑をかけるから」「在宅では十分な医療ができないから」「在宅では急に変化があっても医療を受けられないから」などである⁴⁾。このため、家族にケアの仕方や急変の可能性・対応の仕方を教育するとともに、医療者とは24時間365日連絡が可能であり、切れ目のない関係を保証することが重要である。これらのことを説明した文書を渡しておくことが望ましい。
- (3) 緊急時も入院施設を確保しているという安心感はとても大切なものである。
- (4) 絶対条件ではないが、がんなどの病名が知らされ、病状や今後の見通しについて患者本人が理解していることが望ましい。

問題4 解答 (5)

- (1) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料は、「末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの、又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法を行っているもの」に月1回算定できる（月1,500点）。注入ポンプ加算、携帯型ディスプレイ注ポンプ加算は、2006年4月の保険改正で算定できなくなった。
- (2) 各種在宅療養指導管理料は同時には算定できず、「主たる指導管理の所定点数のみ」により算定する。
- (3) 在宅酸素療法の保険適応基準にがんによる呼吸不全は含まれていない。しかし、実際には弾力的に運用されており、算定することが可能であることが多い。在宅酸素療法患者は毎月レセプトに動脈血酸素濃度分圧もしくは経皮的動脈血酸素飽和度の測定値を明記しなければならない。

表1 在宅療養支援診療所の要件

-
- ・保険医療機関たる診療所であること
 - ・当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
 - ・当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
 - ・当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
 - ・当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
 - ・医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
 - ・当該診療所における在宅看取り数を報告すること
-

- (4) 在宅で死亡を確認した場合、死亡診断加算を算定できる。がん患者に限らず、在宅で死亡した患者について在宅療養支援診療所またはその連携医療機関の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診または訪問診療を実施し、その死亡前24時間以内に訪問し看取りを行った場合には、在宅ターミナルケア加算（I）（10,000点）を算定できる。この場合は、死亡診断加算と在宅ターミナルケア加算（I）は同時に算定できない（表1）。
- (5) 訪問診療・看護に要した交通費は実費で患家より徴収することが可能である。

問題5 解答 a

在宅療養支援診療所が居宅において療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍患者に対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療（訪問診療または訪問看護を週4回以上行う、週1回以上の訪問診療を行う、24時間体制の確保）を提供した場合、在宅末期医療総合診療料という包括点数を算定できる。1日当たり、院内処方で1,685点、院外処方で1,495点と高点数である。算定には地方社会保険事務局長への届出が必要である。無床診療所でも緊急時に入院できる医療機関を確保していれば算定可能である。訪問看護を訪問看護ステーションに任せただけでも算定できる（2006年4月改訂で在宅療養支援診療所のみ限定されることとなった）。

- (1) 訪問診療回数が週1回以上かつ訪問診療と訪問看護の合計日数が週4日以上を満たした場合に算定できる。この場合在宅患者訪問診療料や在宅患者訪問看護・指導料は算定できない。
- (2) 算定は日曜日から翌週土曜日までの1週間単位で行う。
- (3) 行った医療処置、たとえば持続皮下注を含む静脈注射や褥瘡処置などの手技料や薬剤料は算定できない。血液検査などの検査料・検体検査判断料も算定できない。
- (4) 前述した条件を満たせば在宅ターミナルケア加算（I）を算定することができるが、死亡

診断加算との同時算定はできない。

- (5) 在宅酸素療法，在宅中心静脈栄養法，在宅悪性腫瘍患者指導管理（持続皮下注射など）など，他の在宅指導管理料は同時算定できない。酸素濃縮装置加算などのそれぞれの加算も算定できない。

問題6 解答 d

急速な高齢化の進展により介護を必要とする状態になっても，自立した生活を送り，人間としての尊厳を全うできるよう，介護を社会全体で支える仕組みの確立が求められてきた。従来，高齢者の介護は老人福祉と老人医療という2つの制度で個別に対応してきたため，利用手続きが分かりにくく，また受けられるサービスや負担に差があったりなど問題が多かった。このため介護保険制度が整えられ，福祉と医療に分立していた従来を再編することにより，福祉サービスも医療サービスも同様の利用手続き，利用者負担で利用者の選択により提供できるようになった。40歳以上の国民に介護保険加入が義務づけられ，介護に関わる費用は医療保険でなく，介護保険より支払われる。介護保険関係の調整役は国家資格を有する介護支援専門員（ケアマネージャー）と呼ばれる。

- (1) 介護保険の給付対象は65歳以上である。ただし，特定疾病に当てはまれば40歳以上65歳未満でも給付の対象となる。特定疾病とは，脳血管障害や初老期痴呆等の加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病が原因のものである。2006年4月の改訂によりがんもこれに含まれることとなった。
- (2) 身体障害者手帳は必要なく，介護保険の申請が必要である。介護保険サービス利用を希望する人がまず市町村の窓口で申請する。それを受けて，担当者が訪問調査を行う。これと同時に主治医は市町村から送付されてきた主治医意見書を市町村に提出する。これらをもとに，市町村の月1回の介護認定審査会を得て介護認定されるため，認定までに約1ヵ月の期間を要する。
- (3) 介護認定は要支援1～2の2段階と，要介護状態区分1～5の5段階に区分される。
- (4) 介護保険においては，各サービスに関わる費用の1割は利用者負担である。
- (5) 医療保険と介護保険を同時に利用することは可能である。たとえば，医師による訪問診療は医療保険で，他は介護保険で行うことが可能である。

問題7 解答 b

- (1) 在宅で家族だけで看取るのは大変不安なことである。どのように症状が変化していくのか，どんなケアが必要で患者の安楽につながるか，看取りはどのように行えばよいのか，死後の処置はどのようにすればよいのか，葬儀屋はいつ呼べばよいのかなどを家族と十分に話し合っておくことが必要である。このことは，患者が死に向かっていることを正しく家族に理解してもらい受容を促す意味もあり，在宅での看取りにおいて重要な意味を持つ。

つ。

- (2) 看取りが近づいてきたら、病状は時々刻々と変化していき、適時・適切な対処が必要である。家族の気持ちも揺れ動くので頻回に訪問することが望ましい。
- (3) 看取り時は家族に看取りの教育が十分行われていれば、必ずその場に医師が同席しなければならないということはない。深夜の看取りだと、家族だけで看取り、朝がくるのを待って医師が死亡確認に訪問することも可能である。
- (4) 定期的な訪問診療が継続されている患者で、当該医師が自らの診療管理下であると診断した場合は、一律に時間経過によらず、死亡診断書を書くことができる⁵⁾。
- (5) 死後の処置を家族と共に行うことは、家族のグリーフケアにもなるのでぜひ行いたい。思い出を語りながら感情を表出する場になったり、最後に十分なことをしてあげられたという満足感につながることもある。施設ホスピス・緩和ケアと同様、遺族のケアも重要であることはいうまでもない。

問題8 解答 (4)

- (1) 在宅ホスピスケアでは関わるメンバーが多様多様となり、情報の伝達・共有と意思の統一が鍵となる。このため日常的な連絡やカンファレンスの開催などが必要である。また、ヘルパーなど医学専門用語に詳しくないメンバーに対してもわかりやすいように説明することも重要である。患者や家族はヘルパーたちにはより本音を言ったり、遠慮せずに要望することもあるため、ヘルパーたちの意見も参考にすべきである。またヘルパーも喪失体験を経験するため、他のスタッフ同様、ケアの対象である。
- (2) 算定可能である。この場合は、訪問看護ステーションが行う訪問看護料を算定することはできない。
- (3) 2002年9月30日の厚生労働省通知により、医師の指示（具体的指示）に基づいた訪問看護時の訪問看護師による静脈注射の実施が認められるようになった。さらに2004年4月より、医療機関において在宅患者訪問点滴注射管理料が算定できるようになった。これは居宅において療養を行っている通院困難な患者であって、当該患者の主治医の診療に基づき、週3回以上の点滴注射を行う必要を認め、当該医療機関看護師や訪問看護センター訪問看護師に指示を行った場合、週1回に限り算定できる。点滴に用いる薬剤料はこれに加えて別に算定できるが、手技料は算定できない。
- (4) 訪問看護の開始に当たり、医師からは訪問看護ステーションに訪問看護指示書の提出が必要であるが、必ずしも毎月提出する義務はない。提出した月に限り1回のみ訪問看護指示料が算定できる。一方、訪問看護ステーションは定期的に訪問看護計画書と訪問看護報告書を指示を受けた医療機関に提出しなければならない。
- (5) 医師の指導のもと、熟練したヘルパーによる吸痰行為は法律上認められている。

〔症例問題〕

〔症例1〕

問題1 解答 (5)

在宅酸素濃縮器は医療保険の対象である。

介護保険による保険給付には多くのものがあるが、おもなものに、居宅介護サービス費、居宅介護福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費、施設介護サービス費などがある。居宅介護サービス費には訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）、短期入所生活介護（ショートステイ）、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、特定施設入所者生活介護、福祉用具貸与がある。福祉用具貸与には、車椅子およびその付属品、特殊寝台（ギャッチアップできるベッド）およびその付属品、褥瘡予防用具、体位変換器、手すり、スロープ、歩行器歩行補助杖、認知症老人徘徊感知器、移動用リフトなどがある。ポータブルトイレ、特殊尿器、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトなど排泄や入浴の用に供する福祉用具（特定福祉用具）は貸与になじまないことから、2006年3月31日までは要支援要介護認定された方を対象に年間10万円を限度とし、自己負担額1割（償還払い）で購入が可能である。2006年4月からは経過措置において保険給付しない方向に改正することとされている。

〔症例1〕（つづき）

問題2 解答 c

- (1) 内服が困難となった場合、経直腸的投与、経皮的投与、静脈注射、皮下注射が選択肢にあがる。静脈注射は薬液の漏れ、閉塞、点滴の交換等の問題があり、在宅では管理が簡単な坐薬や経皮吸収剤、持続皮下注射をまず先に検討すべきである。
- (2) 痰が多いと患者も苦痛であり、窒息の危険も生じる。また家族の不安も強い。すぐに吸痰ができるように吸痰器を用意しておくことが必要である。
- (3) 特に、この時期では患者の状態が日毎に変化し、家族の不安も強まる。どのように症状が変化していくのか、看取りはどのように行えばよいのか、死後の処置はどのようにすればよいのか、葬儀屋はいつ呼べばよいのかなど、死の過程の理解や看取りの心得などについて十分、話し合っておくことが望ましい。
- (4) 持続鎮静が必要となった場合、坐剤や持続皮下注を使用しながら在宅でも十分、施行・管理が可能なので、必ずしも入院は必要でない。
- (5) 急変時は救急隊に連絡すると、最寄りの救急病院に運び込まれて自動的に救命処置が図られることがあり、患者や家族の希望と異なる結果を招くことがある。急変時はまず管理中の訪問看護ステーションや医療機関に連絡するよう、患者と家族に十分説明したうえで書

面で連絡先を渡し、電話のそばや療養を行っている部屋の壁などに貼って周知するとよい。

引用文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成 13 年人口動態統計。2003
- 2) 井田栄一 著，「ホスピス・緩和ケア白書 2004」編集委員会 編：ホスピス・緩和ケア病棟による在宅ケア。ホスピス・緩和ケア白書 2004。p. 86-93, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2004
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成 14 年人口動態統計。2004
- 4) 小谷みどり：LDI REPORT 「ホスピスの現状—在宅ホスピスの可能性。ライフデザイン研究所, 2002
- 5) 厚生統計協会 編：死亡診断書，出生証明書，死産証書記入マニュアル—平成 7 年度版。1995

参考文献

- 1) 川越 厚：在宅ホスピス医療の現状。日本医事新報。No.3963, p.12-16, 日本医事新報社, 2000
- 2) 厚生省健康政策局・日本医師会 監修, (財)総合健康推進財団 編：在宅ホスピス・ケアガイドライン (医療者用)。第一法規出版, 1996
- 3) 医科点数表の解釈—平成 16 年 4 月版。社会保険研究所, 2004
- 4) 介護支援専門員基本テキスト編集委員会 編：介護支援専門員基本テキスト。(財)長寿社会開発センター, 2000
- 5) 厚生労働省ホームページ [http://www.mhlw.go.jp]
- 6) 診療報酬点数表 改正点の解説—平成 18 年度 4 月版。社会保険研究所, 2006
- 7) 診療点数早見表—2006 年 4 月版。医学通信社, 2006
- 8) Home Care MEDICINE (Spring)。Medical Tribune 社, 2006 年 5 月 2 日

学習文献

- 1) 志真泰夫 著，「ホスピス・緩和ケア白書 2004」編集委員会 編：わが国におけるホスピス・緩和ケアの歩み—現状と展望。ホスピス・緩和ケア白書 2004。p. 1-9, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2004
- 2) 厚生省健康政策局総務 監修：21 世紀の末期医療 (末期医療に関する意識調査等検討会報告書)。中央法規出版, 2000
- 3) 川越 厚 著，「ホスピス・緩和ケア白書 2004」編集委員会 編：診療所などによる在宅ケア。ホスピス・緩和ケア白書 2004。p. 82-85, (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2004
- 4) (特集) 保険診療の手引き—2002 年 4 月版。月刊保団連 (臨時増刊号), No. 759, 全国保険医団体連合会, 2002
- 5) 主治医意見書の記入マニュアル。日本医師会雑誌, 平成 11 年 6 月 15 号付録, 日本医師会, 1999
- 6) 高齢者在宅療養普及・啓発委員会マニュアル作成分科会 編：在宅ホスピス・ケアマニュアル (患者介護者用)。(財)総合健康推進財団, 1997
- 7) 小笠原一夫：在宅ホスピスケアの 10 ヶ条—はじめよう在宅医療 21。p. 146-155, 医学書院 2001
- 8) 季羽倭文子, 木澤義之 企画：(特集) がん終末期患者が在宅へ移行するとき。ターミナルケア 11(4), 2001

- 9) (特集) 在宅医療—みやぎ方式にまなぶ. 緩和医療学 3(4), 2001
- 10) 坪井栄孝 監修: がんの在宅医療. 中外医学社, 2002