

# がん患者と家族に対する緩和ケア 提供の現況に関する調査

---

地域がん診療連携拠点病院における取組を中心に

平成 29 年 4 月

厚生労働省政策統括官付政策評価官室  
アフターサービス推進室

## 目次

### 第1 調査の概要

- 1 はじめに.....1
- 2 調査の背景と目的.....2
- 3 調査の方法と調査対象.....4

### 第2 調査の結果

- 1 診断（告知）時からの支援体制.....5
- 2 通院しながら受ける緩和ケア —緩和ケア外来における支援体制—...5
  - (1) 患者の心身両面にわたる対応
  - (2) がんの治療と緩和ケアの併診
- 3 入院時の支援 —緩和ケアチームによる支援体制—.....6
  - (1) 多職種でケアするチーム医療の取組
  - (2) 緩和ケア病棟における療養
- 4 退院手続に当たっての支援.....9
  - (1) 退院手続の担当部署及び窓口の設置に関する工夫
  - (2) 退院後に自宅へ帰る患者への指導
- 5 在宅療養へ移行する際の支援.....10
  - (1) 地域の医療や介護関係の機関等との連携協力
  - (2) 在宅療養における情報提供ツールの活用
- 6 がん相談支援センターによる支援.....12
  - (1) がんサロンの取組
  - (2) アピアランスケアの取組
- 7 まとめ.....13

### 第3 個別報告書

- 1 日本海総合病院における取組.....16
- 2 川崎市立井田病院における取組.....32
- 3 聖隷三方原病院における取組.....44
- 4 市立豊中病院における取組.....58
- 5 松江市立病院における取組.....71

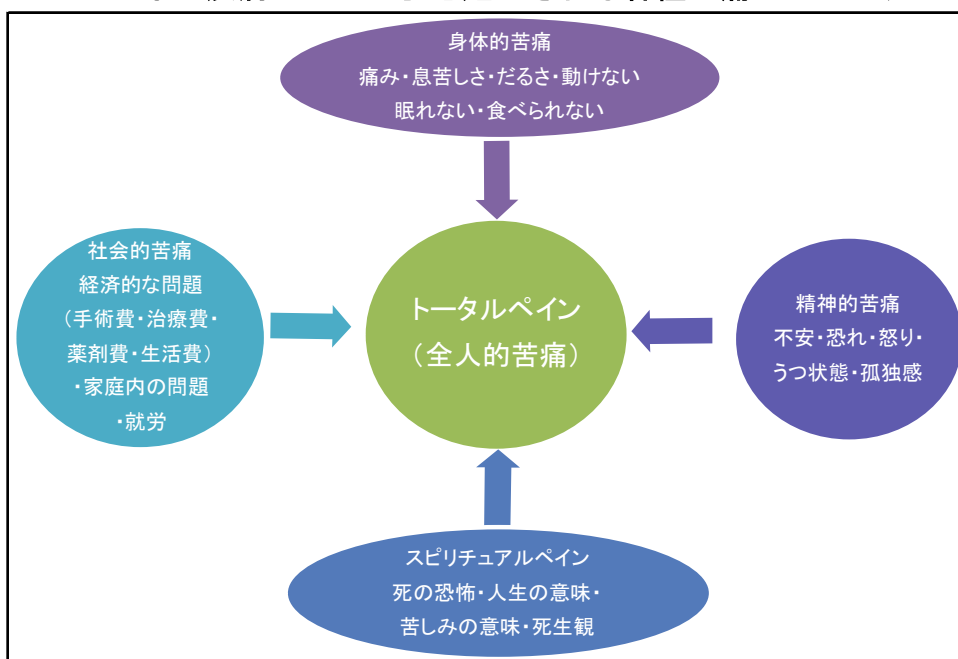
## 第1 調査の概要

### 1 はじめに

がん等の生命を脅かす疾患に罹った患者とその家族は、トータルペイン（全人的苦痛）<sup>1</sup>と呼ばれる痛みや苦しみに直面し、疾患の診断を受ける以前の生活とは日常生活も大きく変化する。そのような患者と家族に対して、少しでもよりよい生活が送れるように各種の苦痛を和らげ、日常生活の質（QOL<sup>2</sup>）を維持するための一連の取組を緩和ケアという。

がんの緩和ケアについては、依然として残された時間を過ごす終末期のためのケアや看取りの場所を決めるためのものと誤解されることも少なくないが、決してそのような限定的なものではない。体の痛みや心の痛み、社会で生活する上で困難に感じていることなどのあらゆる痛みを和らげ、これらを取り除きながら、患者と家族が自分（たち）らしく生きていくためのケア全てが含まれる。患者が最期を迎える段階にあっても、その瞬間まで痛みから解放され、患者本人が自分らしく過ごすことができたと思えるために、また、患者と家族の「どのように過ごし、生きたいかという希望」を叶えるために、診断を受けたときから人生の最終段階において個々の状況に寄り添った緩和ケアは、患者と家族の生活がより良きものとなるための効果が期待できる。

【図1-1 がんなど疾病によって引き起こされる各種の痛み トータルペイン】



【国立がん研究センター がん情報サービスの資料に基づきアフターサービス推進室が作成】

<sup>1</sup> トータルペインは4つの側面の苦痛(患者と家族が感じる身体的苦痛、精神的苦痛、スピリチュアルペイン、社会的苦痛)に分類され、これらの痛みは互いに関連し影響し合っている。がんに罹患した患者と家族は、診断されたときからトータルペインを体験している。

<sup>2</sup> Quality of Life の略。患者の身体的、精神的、社会的、経済的な面を含む生活の質を意味する。

## 2 調査の背景と目的

緩和ケアについては、「がん対策基本法」（平成 18 年法律第 98 号）に基づき策定された「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）において「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点的に取り組むべき課題の 1 つに位置付けられ、患者と家族の専門的な緩和ケアへのアクセス/相談支援体制の強化など、診断時から患者と家族の提供体制をさらに進めていくことが明記された（図 2-1）。

### 【図 2-1 がん対策推進基本計画における重点課題（抄）】

#### 重点的に取り組むべき課題

1 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

#### 2 がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- ・患者と家族が抱える全人的な苦痛の適切な汲み上げ（苦痛のスクリーニング）
- ・患者と家族の専門的な緩和ケアへのアクセス/相談支援体制の強化
- ・緩和ケアチーム、緩和ケア外来の診療機能向上
- ・患者と家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制整備

3 がん登録の推進

4 働く世代や小児へのがん対策の充実

さらに平成 27 年に厚生労働省により策定された「がん対策加速化プラン」においても、緩和ケアは、実施すべき対策のうち、がんと共生の取組の 1 つとして進めるべきものとされている。

他方、平成 28 年 12 月に一部改正されたがん対策基本法においても第 17 条にがん患者の療養生活と家族の生活の質の維持向上が明記されており、国、地方公共団体は、緩和ケアが診断のときから適切に提供されるようにすることを含め必要な施策を講ずることが求められている。現在、がんの治療中や療養中の患者のうち苦痛が十分に緩和されていないものが、依然として 3～4 割は確認される<sup>3</sup>という調査結果もあり、緩和ケアは引き続き対策の推進が求められていることを示している。

がんの治療中や療養中の患者と家族は、その状態の変化等に応じて図 2-2 に掲げる様々な局面において緩和ケアを受けることができる。現在、がんの治療のうち約 6 割が、がん診療連携拠点病院<sup>4</sup>（以下「拠点病院」という。）で行わ

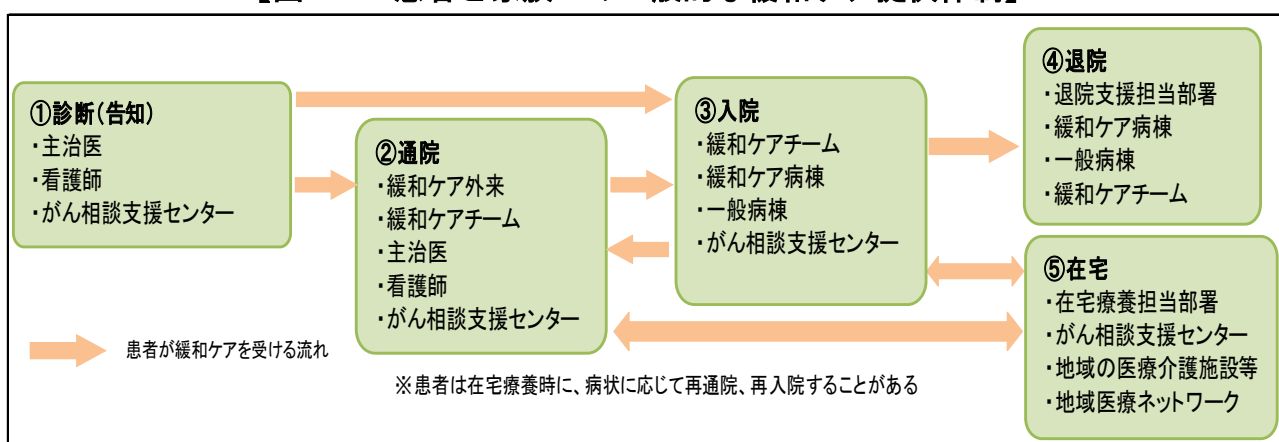
<sup>3</sup> 国立がん研究センターがん対策情報センター「指標にみるわが国のがん対策」（平成 27 年 11 月）にて、がん診療連携拠点病院の患者 5,234 人を対象に調査を行い、[からだの苦痛がある][気持ちがつらい]に[そう思う/ややそう思う]がそれぞれ 34.7%、29.7%であった。無回答を除く。

<sup>4</sup> がん診療連携拠点病院は、各都道府県で中心的役割を果たす「都道府県がん診療連携拠点病院（49 か所）」、都道府県の二次医療圏内で中心的役割を果たす「地域がん診療連携拠点病院（348 か所）」（ともに平成 29 年 4 月 1 日現在）等がある。

れている<sup>5</sup>。また、約2割の患者が、拠点病院等で最期を迎えている<sup>6</sup>など、がんの治療から終末期に至るまで拠点病院等が果たしている役割は大きい。こうした拠点病院等では、院内の各部署と相談窓口が連携して患者と家族が抱えている痛みや苦しみを解決できるよう支援しながら（表2-1）、地域のがん診療において中心的な役割を担うことが期待されている。

がん患者と家族に対する緩和ケアにおいては、患者の診断、通院、入院の各状況に応じて緩和ケアチームや緩和ケア外来、がん相談支援センター等が病院内で適切に連携を図り、退院後は住み慣れた家庭や地域で苦痛を取り除きながら治療と療養をするための地域資源を活かした体制づくりが進められている。

【図 2-2 患者と家族への一般的な緩和ケア提供体制】



[アフターサービス推進室作成]

【表 2-1 地域がん診療連携拠点病院に求められる緩和ケアに関する取組と体制】

求められる主な取組とねらい	求められる主な組織体制
<ul style="list-style-type: none"> <li>・苦痛のスクリーニングの徹底 ⇒<b>患者の苦痛の拾い上げを強化</b></li> <li>・緩和ケアチームの専従看護師による外来看護業務の支援・強化 ⇒<b>がんと診断された時からの切れ目のないケア</b></li> <li>・苦痛への対応の明確化 ⇒<b>全ての医療従事者による系統的な対応</b></li> <li>・苦痛への迅速な対応の義務化 ⇒<b>患者の立場に立った迅速な苦痛緩和の対応</b></li> <li>・地域連携時の症状緩和 ⇒<b>入院時の緩和ケアが退院後も継続して提供される体制の構築</b></li> </ul>	<p><b>緩和ケアチーム</b></p> <p>&lt;目的&gt; ・がん患者や家族の全人的苦痛に対して専門的緩和ケアを提供する</p> <p>&lt;人員体制&gt; ・専任の身体症状担当医師 ・精神症状担当医師 ・専従の看護師(がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師のいずれかの配置を義務化) ・協力する薬剤師 ・協力する臨床心理に携わる者</p>
	<p><b>緩和ケア外来</b></p> <p>&lt;目的&gt; ・外来において全人的な緩和ケアを含めた専門的な緩和ケアを提供する</p>

[アフターサービス推進室作成]

<sup>5</sup> 厚生労働科学研究「がん診療連携拠点病院の機能のあり方及び全国レベルのネットワークの開発に関する研究」報告書（平成24年）（主任研究者：国立がん研究センター加藤雅志）による。

<sup>6</sup> 厚生労働省健康局がん・疾病対策課作成資料（「第1回がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」提出資料）による。拠点病院等には地域がん診療病院を含む。

本調査は、地域がん診療連携拠点病院において患者と家族に対し、診断時から緩和ケアがどのように提供されているか、全体像を把握するとともに、緩和ケアを提供している医療機関、介護事業所、さらには自治体の関係者などへの参考となるよう、特に地域で効果的な連携がとれている取組について情報提供することを目的としている。

調査結果をとりまとめた報告書を公表することにより、医療関係者のみならず広く国民に対して“緩和ケア”が必ずしも終末期やホスピスなど最期の手段を意味するものではなく、「様々な痛みや苦しみを和らげることで、より良く生きるための1つの方法」であることが理解されるようになることを期待している。

### 3 調査の方法と調査対象

本調査においては、地域がん診療連携拠点病院のうち、専門的緩和ケアを提供する各部署と相談窓口において診療や支援などでそれぞれの地域や医療資源等に応じた工夫がなされている5病院を選定し（表3-1）、当該病院の協力を得て情報収集を進めるとともに、アフターサービス推進室の調査員が平成28年8月～9月に現地を訪問し、直接関係者からヒアリングを行った。

前述した調査目的に鑑み5病院を選定するに当たっては、地域の医療機関や介護事業所との連携状況についても考慮した。なお、一部の現地調査においては、地域の医療ネットワークや訪問看護ステーションにもヒアリングを行った。がんを治療する患者は、自宅や施設を生活の拠点にして、通院しながら抗がん剤治療や放射線治療などの化学療法を受けたり、地域の介護サービスを利用している者が少なくない。そのため地域における地域がん診療連携拠点病院の情報のみならず、緩和ケア提供体制全体を把握するためには連携先に関する情報も不可欠である。

【表3-1 ヒアリングを実施した病院と院内で専門的緩和ケアに関わる主な部署】

	病院名	緩和ケアを主に担う部署	病院以外のヒアリング実施先
1	地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構 <b>日本海総合病院</b> (山形県酒田市あきほ町30)	がん診療サポートチーム(緩和ケアチーム) 緩和ケア外来 がん相談支援センター 地域連携室	訪問看護ステーション スワン
2	<b>川崎市立井田病院</b> (神奈川県川崎市中原区井田2-27-1)	がんサポートチーム(緩和ケアチーム) 緩和ケア外来 緩和ケア病棟 がん相談支援センター 地域医療部 かわさき総合ケアセンター	
3	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 <b>聖隷三方原病院</b> (静岡県浜松市北区三方原町3453)	緩和ケアチーム 緩和ケア外来 聖隷ホスピタル(緩和ケア病棟) がん相談支援センター よろず相談地域支援室	
4	<b>市立豊中病院</b> (大阪府豊中市柴原町4-14-1)	緩和ケアチーム 緩和ケア外来 がん相談支援センター 専門看護相談 療養サポートセンター	豊中市高齢者支援課 柴原地域包括支援センター
5	<b>松江市立病院</b> (島根県松江市乃白町32番地1)	緩和ケアチーム 緩和ケア外来 緩和ケア病棟 がん相談支援センター 地域医療課	中央地域包括支援センター 訪問看護ステーション すずらん

[アフターサービス推進室作成]

## 第2 調査の結果

本調査では、がん患者と家族が地域がん診療連携拠点病院において状況（診断、通院、入院、退院、在宅）に応じた緩和ケアを受ける体制について具体的な取組を紹介していくこととした。

今回調査した各病院では、いずれも患者の状況に応じて、各部署で職種の配置や対応の仕方を工夫し、より良い緩和ケアができるように努めていた。診断から在宅療養までの流れは、必ずしも一方向に進むものではなく在宅療養をしながら通院する、あるいは再入院になるなど、行き来することもあり、緩和ケアの提供体制は一様でない。しかしながら、地域がん診療連携拠点病院を起点とした緩和ケアの提供体制に関する取組を紹介することで、それぞれの地域における在宅療養を含む支援体制を見直していくことに当たって有益な知見となるものと考えている。

### 1 診断（告知）時からの支援体制

緩和ケアにおいては、患者ががんと診断されたときから緩和ケアを提供することが進められており、患者とその家族に告知されたときに感じる、精神的、社会的な痛みに対処することが求められている。がんと診断されたショックや受止めがたい気持ち、あるいは医師から治療の方針について説明があったもののよく分からなかった、などの患者と家族の悩みについて、がんの専門的な知識を持つ看護師が応じる窓口が設置されていた病院があった。

社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院（以下「聖隷三方原病院」という。）では、「がん看護外来」でがん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師、がん化学療法看護認定看護師などが、緩和ケアチームと協力しながら患者と家族の不安や心配に対応していた。例えば、患者の家族からの「子どもが親のがんを知り、精神的に不安定になってしまった」という相談に対しては、臨床心理士とともに、子どもへの説明の仕方などを案内していた。

がんと診断された患者さま  
がんの治療を受けられる患者さま

当院は「がん診療連携拠点病院」です。  
「がん診療連携拠点病院」には、がんの診断をうけた患者様、治療をうける患者様をサポートするさまざまな体制があります。

「がん看護外来」を活用してください

～こんな悩みにそれぞれ専門の看護師が相談に応じます～

- がん治療についての情報が知りたい。
- 副作用が心配。副作用が辛い。
- 医師から受けた説明に関する補足をして欲しい。
- 今後どのように方針を決めたらいいのか迷っている。
- 告知を受けてから自分の気持ちの整理がつかない。この気持ちをどうしたらいいの？
- 親ががんになった時、子どもとどう向き合えばいいか？どう伝えるか、伝えないか？

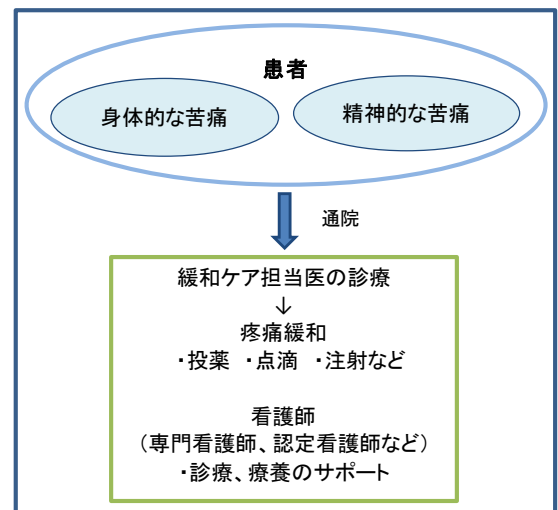
※希望される方は各診療科の看護師に声をかけてください。  
(健康保険の適用になる「がん指導管理料」が発生する場合があります)

【聖隷三方原病院の「がん看護外来」リーフレット】

### 2 通院しながら受ける緩和ケア —緩和ケア外来における支援体制—

がん患者は、それぞれのがんを担当する診療科に通院しながら、主治医の下で抗がん剤治療や放射線治療などを受けている途上で、痛みや痒み、倦怠感な

【図2-2 緩和ケア外来の診療】



[アフターサービス推進室作成]

どの身体的な苦痛や、不安感、死への恐怖など精神的な苦痛を感じていることもよく見られる。そのようなときに、各診療科への通院と並行して緩和ケア外来にも通院し、様々な痛みをコントロールすることで患者のQOLは著しく向上する。また、化学療法等が終了し、療養する段階となったときに緩和ケア外来へ通院するという選択肢もある。

緩和ケア外来における具体的な診療内容としては、身体的な痛みを和らげる医師や精神面の苦しさを和らげる医師が診察し、患者の症状に応じて投薬や点滴、注射などの疼痛緩和が講じられる。また、緩和ケア認定看護師などの専門知識を持つ看護師が患者と家族から症状についての不安や疑問を丁寧に聴き取り、患者を支えるため、緩和ケアの効果を相乗的に高めていくものである（図2-2）。

### （1）患者の心身両面にわたる対応

市立豊中病院（以下「豊中病院」という。）では、主担当科で抗がん剤治療を受け、緩和ケア外来へ通院しながら、感じている強い痛みや不安感などの心身両面の苦痛を低減させるために、身体面の医療ケアとしては医療用麻薬を含む鎮痛薬を処方し、精神面の医療ケアは緩和ケア医や認定看護師が患者と家族が抱える不安な気持ちを傾聴するといった総合的な対応をしていた。

### （2）がんの治療と緩和ケアの併診

川崎市立井田病院（以下「井田病院」という。）では、患者ががん治療医である主治医の下で化学療法中に痛みや不安を感じた場合には、主担当が緩和ケア内科医師となり、疼痛管理を行い、患者の疼痛の状態が落ち着くと、主治医の下でがんの治療を再開するという「がんの治療と緩和ケアの併診」が取り組まれていた。

患者の症状に応じてがんの治療と緩和ケアを組み合わせるといった取組は、「(化学療法などの) 積極的治療か緩和ケアを受けるか」という二者択一以外の選択肢を患者と家族に提示するものであり、肯定的に受け止められていた。

## 3 入院時の支援 ー緩和ケアチームによる支援体制ー

緩和ケアを受ける患者は、状態に応じて一般病棟又は緩和ケア病棟が入院先となるのが一般的である。一般病棟に入院した患者は、がんを治療する過程



で生じる痛みや薬剤の副作用による症状を投薬や注射、点滴などの医療的なケアで和らげてもらっている。一方、緩和ケア病棟に入院した患者は、放射線治療や抗がん剤治療などの積極的治療が落ち着いた状態であることが多く、がんが原因となって生じた苦痛をコントロールしながら静かな環境で療養していることが一般的である。

【表3-1 一般病棟と緩和ケア病棟の比較】

病棟の種類別	一般病棟	緩和ケア病棟
主な医療内容	放射線治療 抗がん剤治療 など	痛みのコントロール期 抗がん剤治療の狭間 など
主な医療従事者	主治医(がんの治療医) 緩和ケアチーム	緩和ケアチーム 病棟の医療スタッフ

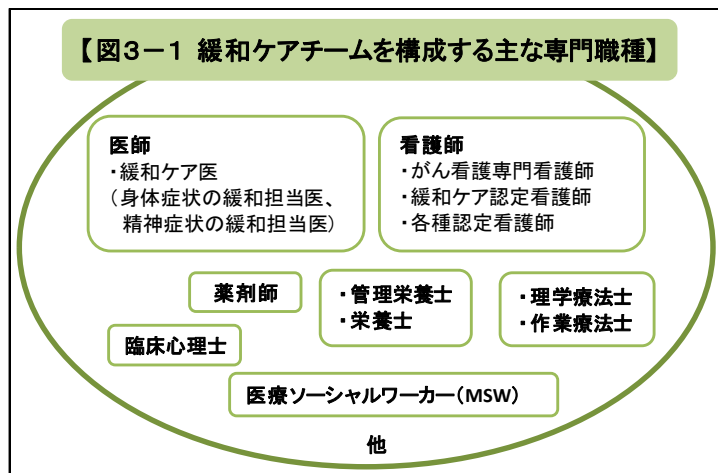
[アフターサービス推進室作成]

### (1) 多職種でケアするチーム医療の取組

入院している患者に対する緩和ケアについては、主として緩和ケアチームが担当している。緩和ケアチームは、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、がん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師等のがんに関する専門知識を持つ看護師、薬剤師、作業療法士、管理栄養士など様々な職種で構成されている(図3-1)。

調査先の病院では、患者が感じているあらゆる種類の苦痛に早期から対処するため、多職種がそれぞれの専門分野の知見を活かして連携するチーム医療に取り組んでいた。

【図3-1 緩和ケアチームを構成する主な専門職種】



[アフターサービス推進室作成]


### ア 患者と家族への支援

地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構日本海総合病院(以下「日本海総合病院」という。)では、身体に極度の苦痛を感じ、精神的にも不安定な状態にある患者をがん診療サポートチーム(緩和ケアチーム)が支援していた。心身に苦痛を感じている患者には、身体症状の緩和に携わる医師と精神症状に携わる医師が診察し、薬剤の処方や精神療法など適切に対応し、患者の状態に強いショックを受けている家族にも、緩和ケア認定看護師がサポートを行っていた。チーム医療では、患者と家族のそれぞれに心身の苦痛に対する働きかけがなされていた。

これからがん治療を受ける方へ

**がんとわかったときからはじまる緩和ケア**

～私たちがあなたに提供できる緩和ケアの「5つの支援」～



**緩和ケアの「5つの支援」**

- 1 がんとわかったら…  
あなたのつらさに耳を傾けます
- 2 これからの治療を決めるとき…  
あなたに必要な情報を提供し、あなたとともに治療を考えます
- 3 つらさや痛みが強いとき…  
身体や心などの様々なつらさをやわらげます
- 4 つらさや痛みが続くとき…  
専門のスタッフが相談させていただきます
- 5 治療や療養の場は…  
ご希望に沿うように相談させていただきます

緩和ケアとは、重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体・心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように変えていくケアのことです。

日本海総合病院

【日本海総合病院 緩和ケアの案内 右:裏面にある緩和ケアの内容】

## イ 早期からの支援

聖隷三方原病院の緩和ケアチームでは、がんが疑われる患者が検査入院した時点から退院時まで継続的な支援が行われていた。身体各部に強烈な痛みがある患者に対しては、検査入院であっても疼痛に対して鎮痛薬を処方し、放射線治療を受けるために一般病棟に入院した際には、照射している間、体勢を保持するための鎮痛薬を処方するなど、患者の症状と状態に応じて様々な医療ケアが講じられていた。

## ウ 緩和ケアチーム内のコミュニケーションをスムーズにする工夫

松江市立病院では、チーム医療を行うに当たっては、患者・家族と医療スタッフ、さらに医療スタッフ間のコミュニケーションが十分とれることを重視し、このため、患者と家族が医療スタッフに気軽に声をかけ、思いや考えを自由に話せるような雰囲気づくりがなされるよう工夫していた。また、医療スタッフを対象として緩和ケアの研修会を継続的に実施し（表3-2）、コミュニケーションスキルや幅広い知識が習得されるよう努めていた。

豊中病院では、チーム内で患者等に関する情報を共有できるよう、スタッフ間の日常的なやり取りに加えて、システム上の共有フォルダを作成し、必要な情報を入力するなどの取組を実施していた。

【表3-2 松江市立病院における緩和ケア研修会(平成20年度～平成26年度)】

年度	月日	演題	講師
平成20年度	9月20日(土)	病院でボランティア活動をするとは —ホスピスでの活動をふまえて—	他病院(ホスピス) ボランティアコーディネーター
	12月22日(金)	がん医療におけるコミュニケーションスキル	国立がんセンター 精神科医
平成22年度	10月23日(土)	デスカンファレンスの進め方	小児患者遺族会 代表
	12月8日(水)	がん患者の精神症状の理解とその対応	大学院保健学研究科 教授
平成23年度	3月16日(金)	地域に根ざした緩和ケア実践 —多職種によるチームアプローチとソーシャルワーカーの役割—	他病院 MSW
平成24年度	10月4日(水)	緩和ケアにおける音楽療法	大学 准教授
	10月31日(水)	がんのリハビリテーション —進行がん患者への対応を中心に—	大学医学部リハビリテーション医学教室 教授
	12月9日(日)	よくわかる！スピリチュアルペインとそのケア	在宅支援診療所 院長
	2月28日(木)	在宅における緩和ケアへのかかわりについて	訪問看護ステーション 所長(2人)
平成26年度	3月5日(木)	患者によりそうこと —ハッピーエンド・オブ・ライフケア—	他病院 外科医師

[松江市立病院の資料に基づきアフターサービス推進室が作成]

## (2) 緩和ケア病棟における療養

調査先の病院に設置された緩和ケア病棟では、患者と家族が寛いだ雰囲気でも過ごせることが重視され、そのための工夫が講じられていた。例えば病室については個室となっている他、キッチンスペースや浴室、家族が宿泊できる部屋も併設されていた。また、家族の面会を24時間可能とするなど患者や家族が望めば自宅と同じような時間を過ごせるよう配慮されていた。さらに、ラウンジやサンルームでは、病院で活動するボランティアが参加して季節の行事やイベ

ントが開催されるなど、病棟での生活に彩りを加える試みもなされていた。

聖隷三方原病院では、緩和ケア病棟「聖隷ホスピス」に礼拝堂が併設され、祈りを通じて心の平穏を得ることができる精神的な拠りどころとなるとともに、各種のイベントの開催場所ともなっていた。

松江市立病院の緩和ケア病棟では、看護師が毎朝病室の患者を訪ね、体調や気分に応じてその日の過ごし方を決めてもらっていた。ペットと過ごしたい、あるいは喫煙や飲酒をしたいとの希望にも医師と相談した上で認められるなど、患者が自分らしく生きることができることが優先的に扱われていた。

井田病院の緩和ケア病棟では、医師や看護師などによる緩和ケアの他に温灸療法、アロマセラピー、園芸療法による補完代替療法も実施されており、五感に働きかけることで患者のQOLを高める効果が期待されていた。

緩和ケア病棟の利用料金や利用方法については、各病院に設置されている、がん相談支援センターにおいても患者と家族に向けた案内を実施していた。



【各病院の緩和ケア病棟 左:井田病院の個室一例 中:聖隷三方原病院の談話室 右:松江市立病院の分散デイコーナー】

#### 4 退院手続に当たっての支援

一般的に緩和ケアを受けていた患者が退院後に過ごす場所としては、自宅や介護施設、他の病院となる。退院して自宅に帰ることになった場合には、在宅療養を始めるための手続も併せて行わなければならない。あるいは退院先が療養や治療を継続するための介護施設や他の病院となった場合には、それぞれの施設等への入居や転院のための手続が必要となる。

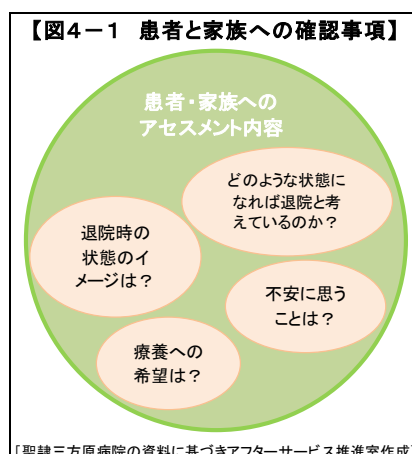
退院後の療養場所を選択するに当たっては、患者と家族がどこでどのように過ごすことを希望しているか、病院内で受けていた医療ケアが継続できるかという点が最も重要である。調査先の病院でも、こうした点について十分確認しながら患者や家族を支援していた。

##### (1) 退院手続の担当部署及び窓口の設置に関する工夫

調査先の病院では、入院中に患者を担当している看護師（病棟看護師）と地

域連携室や地域支援室といった部署が退院手続を担当していた。看護師は、退院後に必要なケアについても把握しており、これらの職員が患者のアセスメントに当たっていた。

聖隷三方原病院では、退院時の支援や退院先の手続については「よろず相談地域支援室」が担当していた。患者と家族に対して、退院後の生活に対するイメージ等についての図4-1のようなアセスメントが行われ、退院支援に関するスタッフ全員に共有されていた。



## (2) 退院後に自宅へ帰る患者への指導

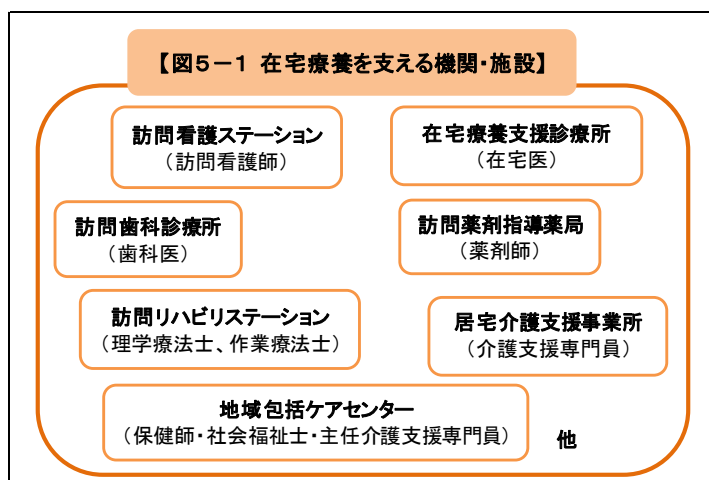
入院中に実施していた医療的なケアを継続して実施できるように退院後に自宅へ帰る患者については、家族に対して病院のスタッフがケアの方法や医療機器の使い方の指導に当たっていた。

日本海総合病院では、自宅への退院を希望していた患者の家族に地域連携室の看護師が医療機器の使い方を指導したことで、家族が自信を持って患者を自宅へ迎えることができていた。

## 5 在宅療養へ移行する際の支援

終末期の患者と家族にとって、残された時間の過ごし方を決定し、実行することは必ずしも容易でない。さらに自宅で緩和ケアを受けていくに当たっては、身体面の苦痛を和らげるための医療的なケアの実施や在宅療養にかかる費用を始めとする経済面の見通し、急変した病状への対応などの様々な不安や心配が患者と家族に生じることとなる。これらの患者と家族の様々なニーズに対応していくためには、病院、医療機関、介護事業所を含む地域連携体制が構築されていることが不可欠である。

調査先の病院では、患者の心身の状態が自宅での生活においても維持・改善できるよう地域の医療ネットワークや訪問看護ステーション、開業医などの医療機関・介護事業所又は各職種と連携しながら患者の在宅療養を支えていた。



## (1) 地域の医療や介護関係の機関等との連携協力

### ア 地域ケアを担う包括センターとの連携

井田病院の敷地内にある「かわさき総合ケアセンター」では、急性期医療を終えた患者に対して在宅で医療ケアを受けることができる体制づくりを進めている。がんの患者に対しては、緩和ケア内科の医師が訪問診療を行い、必要に応じて在宅酸素や医療用麻薬の点滴に必要なポンプ等の医療機器を利用した医療ケアが継続できるよう支援をしていた。こうした患者に対しては、同センター内の訪問看護ステーションや居宅介護支援センターなどの施設も連携して対処していた。



【かわさき総合ケアセンターの往診・訪問看護で使用する車】

### イ 訪問看護ステーションとの連携

日本海総合病院では、緩和ケアを受けていた患者が退院し、在宅療養へ移行するに当たっては協力関係にある訪問看護ステーション「スワン」の訪問看護師が、患者・家族との面談や、同病院の病棟看護師との情報共有などで連携して対応していた。

#### <訪問看護ステーション スワン>日本海総合病院との連携フロー

- ① 在宅療養を希望する患者がいる旨の連絡を受ける
  - ② 日本海総合病院で患者・家族と面談する
  - ③ 病棟の看護師などスタッフと患者の情報を共有する  
(入院前に別の医療機関にかかる、あるいは介護事業所のサービスを利用してれば、患者に関する情報を問い合わせる)
  - ④ 日本海総合病院で行われる退院前カンファレンスに参加する  
(他の医療機関、介護事業所との調整、必要な物品の調整等を行う)
  - ⑤ 退院日に立ち会う
- 【アフターサービス推進室作成】

### ウ 院内外研修の実施を通じた地域の医療介護従事者との相互理解

豊中病院では、地域の開業医や介護施設等との連携を強化するための取組として、院内外の医療職や介護関係者を対象とした研修会を積極的に開催しており、在宅療養に関わる職種間の相互理解の進展を図っていた。

## (2) 在宅療養における情報提供ツールの活用

聖隷三方原病院では、退院後に在宅で過ごすことが決まった患者に対し、在宅療養中に予測される心配や不安についての医療的な対応例をまとめた「退院シート」を患者の状態に即して作成し、あらかじめ配布していた。

退院シート 患者さんへご家庭用	
■ご自宅でおこりうること 心配していること	■このように対応しましょう
痛みが強くなったとき	① オキノーム散 2.5mg2 包内服してください。 ② 1時間経過しても軽減しないときはもう2包内服してください。 ③ その後1時間経過しても良くなる時はもう2包内服してください。 ④ その後1時間経過しても痛みが続くときは、病棟に電話してから受診してください。
定期の下剤を飲んでも便秘が続くとき	① 直前にプルセドを1錠内服してください。 ② 翌日排便がなかったときは、直前にラキソベロン10錠を内服してください。
下痢になったとき	マグミットを中止してください。 下痢が落ち着いたら、マグミットを再開してください。 下痢が自立したときよりなら病棟に電話してから受診してください。
トイレに行くのが大変になったとき	ケアマネジャーに連絡して、ベータトイレの導入や手すりの設置などを相談しましょう。
連絡先	日 中 436-1251 (OO科外来) 夜間・休日 436-1251 (救急外来)
薬	便秘時 プルセド1錠 ラキソベロン10錠 痔瘻時 オキノーム散 2.5mg 1包
記載日	2013年1月10日 記載者:○○○○

【病気や生活について】  
■ご自宅でおこりうること  
心配していること  
例: 痛みがよくなったとき  
■このように対応しましょう  
例: ①オキノーム散2.5mg2包内服してください。  
②1時間経過しても軽減しないときはもう2包内服してください。  
③その後1時間経過しても良ならないときはもう2包内服してください。  
④その後1時間経過後も痛みが続くときは、病棟に電話してから受診してください。

【連絡先】  
日中 123-4567(OO科外来)  
夜間・休日 234-5678(救急外来)

【お薬】  
便秘時 プルセド1錠 ラキソベロン10錠

【聖隷三方原病院 退院シート】

## 6 がん相談支援センターによる支援

がん相談支援センターは、拠点病院を中心として設置されているがん全般に関する相談窓口であり、患者は無料で利用することができる。同センターの相談員にはがん専門相談員の研修を受けた社会福祉士、精神保健福祉士、看護師などが配置されていることが多い。主な相談内容としては、がんの治療や療養に関する経済的な不安や具体的な経費を始め、セカンドオピニオンなどまで幅広く及んでおり、こうした患者と家族の心配や疑問に対して関連する情報を提供している。

調査先のがん相談支援センターでは、緩和ケアに関連する相談として退院後の在宅療養についての相談が多かった。例えば、日本海総合病院では、在宅療養と外来の通院についての患者の不安に対して、在宅療養に必要と思われる介護サービスや医療ケアを紹介し、具体的なイメージを持てるような情報提供をしていた。

### (1) がんサロンの取組

がん相談支援センターでは、がんの患者と家族が参加できる交流を目的としたがんサロンや患者会も開催されていることが多い。これらの会は、がんにかかったつらさや苦しさ、悩みを患者やその家族が共有する場となっている。例えば、がん経験者であるピア・サポーターが参加する会では、常に心細く不安な思いでいる患者と、患者を支えながら苦悩も感じている家族が、ピア・サポーターのがん経験者ならではの言葉に心の拠りどころを得ていた。

松江市立病院のがん患者サロン「ハートフルサロン松江」は、10年以上継続しているがんの患者と家族が参加することができるサロンであった。サロン内での個人情報口外しないという約束の下に、それぞれの境遇を分かち合う温かな雰囲気をもって開催されており、患者と家族にとって心理的な支援となっていることが窺えた。



#### ハートフルサロン松江 参加者の声

・入院した頃は、サロンもなく、元気に退院したつもりでしたが、昼間、1人になると不安と恐怖で頭と気持ちの釣り合いがとれず、パニックになってしまって…。現在はサロン、相談支援センターもあり、心強いです。

・入院中からサロンに参加させてもらって、悲しい、つらい気持ちを聞いてもらいました。そんなあたたかい気持ちはいまでも忘れません。サロンに出会えなかったら、いまの自分はなかったように思います。感謝の気持ちでいっぱいです。  
(ハートフルサロン松江のパンフレットより転載)

[松江市立病院 ハートフルサロン松江: サロン会場にはがんに関する図書コーナーを併設している]

## (2) アピアランスケアの取組

がんを治療していく過程では、治療の副作用として、髪や肌、爪など身体各部へ影響が及ぶことが少なくない。外見への影響は直接的に身体的な苦痛につながるものであるが、これに加えて精神的な苦痛も引き起こすことがある。そのような患者の外見変化をケアするための支援をアピアランスケアといい、全国のがん相談支援センターでも、徐々に取組が始まっている。

日本海総合病院のがん相談支援センターでは、化学療法の副作用による脱毛や肌、爪の劣化をケアするためのアピアランスケアに取り組んでいた。相談室内にはケア帽子を置き、気軽に試着ができるようにしていたほか、ウィッグなどを実際に手に取ることができる相談会も定期的で開催していた。化学療法を受ける予定の患者には、医療従事者から副作用の影響によって約2週間で髪が抜け始めることが説明され、相談室やウィッグについても案内がされていた。その結果、化学療法の実施と合わせてウィッグを注文する患者が多いという。



【日本海総合病院のがん相談支援センター 右:ケア帽子や各種パンフレットの陳列】

## 7 まとめ

患者と家族にとってがんと診断されることは、日常生活が変化していくきっかけとなることが多い。そのため拠点病院において、がんと確定診断を受けるための検査と診断が行われることが多い現状の下では、同病院が診断時から患者と家族の心身両面のサポートに果たす効果は大きいと考えられる。

今回の調査先の病院では、患者と家族に対して診断や検査入院など早期の段階から、がんの専門知識を持った看護師やがん相談支援センターからがんに関する様々な情報が患者と家族に提供されていた。

また、がんの治療や療養の過程で引き起こされる苦痛に対しては、緩和ケア外来における診療や一般病棟における緩和ケアチームの医療を通じて、患者と家族それぞれの症状に応じて心身をケアするための取組が行われていた。緩和

ケア病棟では、患者が自宅にいるような雰囲気でも過ごせるように配慮され、可能な限り生活の質が維持・向上されるよう工夫されていた。

緩和ケアにおいて、残された時間を家族とともに自宅で療養しながら過ごすことは有力な選択肢である。そのためには、これまで病院で受けてきた医療ケアが退院後も継続され、患者の状態に応じた患者と家族の苦痛を和らげる緩和ケアについて地域の医療機関や介護事業所との協力や連携を一層強化していくことも求められている。

さらに患者と家族が痛みや不安などのトータルペイントと呼ばれるあらゆる苦痛を和らげ、取り除くことでQOLを維持した暮らしを送るためには、医療従事者を始め緩和ケアを提供する側も患者と家族がより良く生きるために必要なケアについて考え、患者と家族の想いや願いに寄り添い続けることが重要であろう。

今回の調査先のみならず拠点病院を始めとする医療機関の各部署と各職種において、患者と家族との良好なコミュニケーションに基づいた心身両面の医療的なケアが全国的に十分に取り組みられ、患者と家族の治療と療養を伴う生活がより充実したものとなることを強く期待したい。

続く第3では各調査先における院内の各部署の工夫や地域のリソースの活用等について、具体的な支援体制の展開について紹介している。



### 第 3 個別報告書

# 1 日本海総合病院における取組

## 取組の特徴

- 患者と家族が治療や療養へ自然に向き合えるようなコミュニケーションを図った上で丁寧な診療や適切な入院治療など患者と家族の状態に応じた基本的なケアを実施。
- 地域連携室では、地域の医療介護ネットワークとの協力連携を進めながら、病院内で行っていた医療ケアが継続できる退院後の療養環境づくりを実現。
- リハビリによる食事や運動など患者の身体機能を維持・改善するケアやアピアランスケアを通じて治療と療養への前向きな気持ちを醸成。

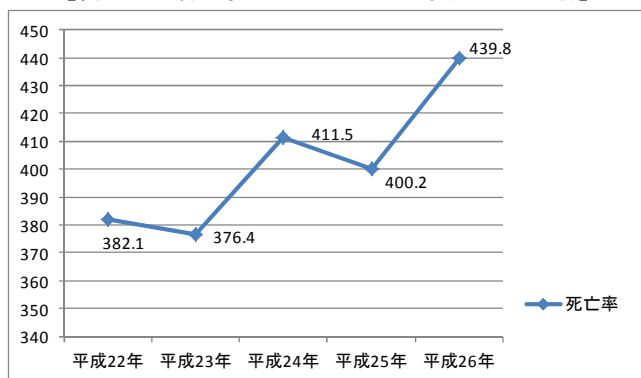
## 1 酒田市及び日本海総合病院の概要

酒田市は、山形県の北西部に位置する人口約 11 万人の市である。高齢化率は 33.3%（平成 28 年 12 月末時点）と、住民の約 3 人に 1 人は 65 歳以上となっており、市内で最も高齢化率が高い黒森地区では 37.4%に達し、最も低い西荒瀬地区でも 25.7%となっている<sup>1</sup>。酒田市におけるがんの死亡率は、平成 24 年度以降、増加し多少の増減をしながらも、表 1-1 のとおり増加の傾向にある。

酒田市には 6 つの病院があり、そのうち地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構日本海総合病院（以下「日本海総合病院」という。）は、市内で最大の 646 床を有し、鶴岡市など近隣地域の急性期患者も受け入れている庄内医療圏<sup>2</sup>の中核病院である。

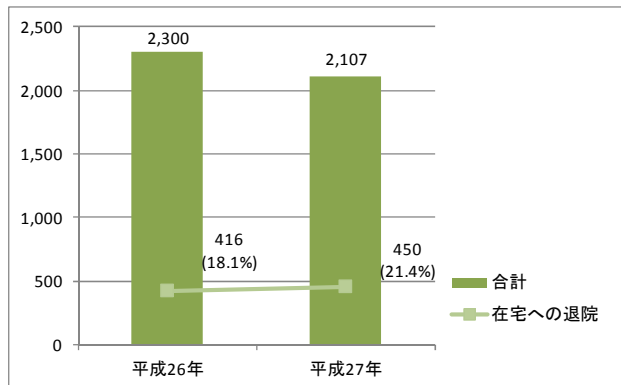
日本海総合病院は、平成 20 年に旧山形県立日本海病院と旧酒田市立酒田病院が経営統合し、開院した病院である。経営母体である山形県・酒田市病院機構は、山形県と酒田市の自治体直営から山形県と酒田市が地方独立行政法人を新

【表 1-1 酒田市のがんによる死亡率(人口10万対)】



出典：「保健福祉統計年報(平成22年～平成26年)」(山形県健康福祉部)よりアフターサービス推進室作成

【表 1-2 日本海総合病院 退院支援の推移(合計と在宅への退院)】



出典：「病院概要 平成28年度」(山形県・酒田市病院機構)よりアフターサービス推進室作成

1 「平成 22 年国勢調査 酒田市結果報告書(確報)」(酒田市総務部情報管理課)。

2 鶴岡市・酒田市・三川町・庄内町・遊佐町を圏内とする二次医療圏。

たに組織し、発足した全国的にも珍しい運営形態への移行により設立された。山形県・酒田市病院機構が運営する2つの病院のうち、日本海総合病院では主に急性期の患者を受け入れており、日本海総合病院酒田



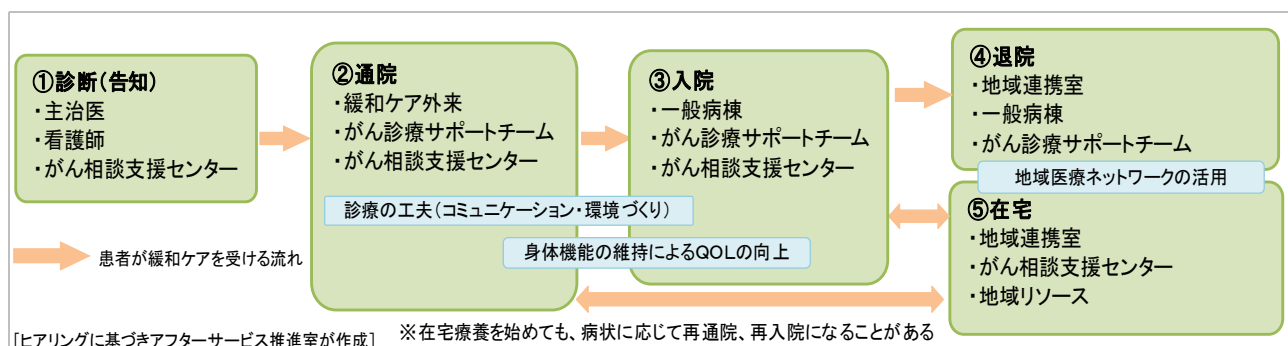
【日本海総合病院(山形県・酒田市病院機構HPより転載)】  
医療センターは回復期にある患者のリハビリテーションを担っている。

日本海総合病院で実施した退院支援のうち在宅に退院した患者の割合は、平成26年度の約18%から平成27年度の約21%へと増加傾向を見せている。また、日本海総合病院は、地域がん診療連携拠点病院<sup>3</sup>として指定されたことを始め、平成24年にPETセンターを開設し、がん細胞の診断に有効的な装置を導入するなど庄内地域におけるがん治療の高度先進医療を担っている。

### 〔日本海総合病院の緩和ケアにおける患者と家族の関わり〕

- ・患者と家族に主として関わる院内の部署と窓口は、患者の状態（①診断～⑤在宅）に応じて異なる。患者の病状などの情報は、主に診療科の担当看護師又はがん診療サポートチームの看護師から、各部署と窓口の担当者に伝えられ、院内の関係部署で情報が共有されている。
- ・日本海総合病院のがん診療サポートチーム（日本海総合病院では緩和ケアチームのことを「がん診療サポートチーム」と呼んでいる。）は、一般病棟に入院している患者を支援対象としている。主治医と担当看護師からの依頼を受けてサポートチームの各職種が痛みへの対処やリハビリテーションを行っている。
- ・日本海総合病院の④退院と⑤在宅の支援としては、地域の開業医や福祉施設等との連携の下、地域連携室による患者の状態に応じた療養環境づくりがある。

【図 1-1 日本海総合病院の緩和ケア提供体制】



<sup>3</sup> がん診療連携拠点病院は全国で均しく専門的な質の高いがん医療を提供するため、がん診療の連携体制構築、患者と家族の相談支援と情報提供を行う。地域がん診療連携拠点病院は、地域ごとに必要な病床数を考慮して規定される二次医療圏内に指定される。

## 2 通院時の緩和ケア体制

### (1) 緩和ケア外来における診療の工夫

日本海総合病院の緩和ケア外来では、緩和ケアの担当医師が緩和ケア認定看護師とともに診療を行っている。同外来には、患者の病状に応じて患者の家族だけで受診することもできる。心と身体に痛みを抱える患者と家族は、苦しさや悩みから緊張した状態にあることも少なくないため、日本海総合病院では、患者と家族がリラックスした状態で診療が受けられるような配慮をしている。

【表 2-1 日本海総合病院 緩和ケア外来の基本情報】

診療曜日・時間	水曜:9時~12時	設立	平成20年
スタッフ	緩和ケア担当医師、緩和ケア認定看護師		

【日本海総合病院資料よりアフターサービス推進室作成】

診察では、患者と家族に日常生活の様子や食事の量、疲れやすさなどの体面について具体的に尋ねることで、医師と看護師が患者と家族とともに、現在の生活でできていること、難しいことを把握し、治療と療養の方向性を患者や家族とともに考えていくことを重視しているという。診療の場自体が痛みを和らげる場所であることを目指すとともに、日常生活での睡眠や食事、体力などの具体的な事柄について患者と家族に思いを巡らせてもらうことで、今後の生活をどのように過ごし、どこで最期を迎えるかという療養生活の最終的なイメージへつなげられるよう配慮している。

そのような気遣いは、緩和ケア外来の診察室にも見ることができる。診察室は、ベッドとソファを併設し、患者が横になれるゆとりのある空間で、患者と家族が極力負担を感じない状態で診察が受けられるよう工夫されている。一般的に診察室は治療や療養環境など難しい判断を求められる場ともなることから、患者と家族の心理的な負担を少しでも軽減することができるよう配慮されている。



#### 緩和ケアの「5つの支援」

- 1 がんがわかったら…  
あなたのつらさに耳を傾けます
- 2 これからの治療を決めるとき…  
あなたに必要な情報を提供し、  
あなたとともに治療を考えます
- 3 つらさや痛みが強いとき…  
身体や心などの様々なつらさをやわらげます
- 4 つらさや痛みが続くとき…  
専門のスタッフが相談させていただきます
- 5 治療や療養の場は…  
ご希望に沿うように相談させていただきます



【左:緩和ケアの案内 右:案内の裏面 病院が提供できる緩和ケアを説明している】【診察室:25平方メートルほどの広さ】

## (2) 通院時の状態を踏まえた在宅療養患者への往診

日本海総合病院では、患者が在宅療養となっても、緩和ケア外来に通院していた時の状態を踏まえて、患者と家族を継続的に支援している。

以下は、緩和ケア外来に通院していた患者が、在宅療養に移行した後も同外来へ通うとともに、緩和ケア医師の往診や訪問看護ステーションなど在宅療養のスタッフの支援を受けながら、希望したとおり自宅での生活を送ったという事例である。

### <事例1>

Aさんは60代の女性で胃がんを発症し、日本海総合病院で手術と化学療法を受けたが、病状が進行してしまい、積極的治療はしないで経過観察という状態にあった。右鼠径部に痛みがあったので、担当診療科の外来でオピオイドの処方を開始した。Aさんと家族は、痛みへの対処とともにこれからの過ごし方についても悩んでおり、緩和ケア外来を受診した。

緩和ケア外来では始めに、Aさんと家族に治療や療養生活についての希望を尋ねた。Aさんは足と腹部の浮腫への対応で悩んでいたため、緩和ケア医師が処方を行い、緩和ケア認定看護師はAさんと家族にスキンケアの方法を伝えた。Aさんは強い倦怠感から風呂に入るのも億劫となっており、今後さらに衰弱していくことを不安に感じていたため、在宅医療を希望していた。緩和ケア外来での診療にはケアマネジャーも同席しており、検討の結果、訪問看護が利用できるよう介護申請の手続を進めることとなった。Aさんと家族は緩和ケア外来も継続したいと希望したことから、定期的に月1回通院することとした。

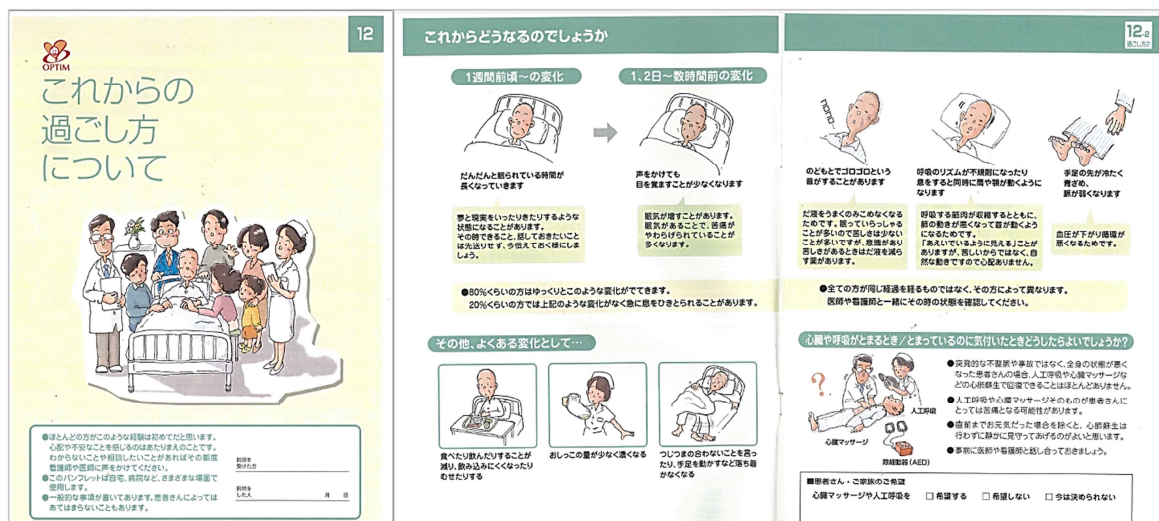
緩和ケア外来への初診から3週間後、Aさんは強い倦怠感から自宅で転倒し、腹痛で救急外来を受診することとなった。Aさんと家族は入院を希望せず、自宅で過ごしたいと緩和ケア医師に伝えたため、緩和ケア外来から鎮痛薬を処方し、入院はいつでもできることを伝えた上で、Aさんは自宅へ帰ることとなった。その後は数回に渡りAさんの家族が受診し、Aさんの症状や日常の様子について伝える際に、医師からも余命や入院について説明した。家族からはAさんの介護で悩んでいるという話もあり、緩和ケア認定看護師が傾聴し必要に応じて助言もした。緩和ケア医師は、訪問看護ステーションのスタッフの訪問に同行し、在宅医の手配などの在宅療養に必要な医療ケアについて家族の相談に対応した。数日後、在宅医が決定し、訪問診療が開始された。

緩和ケア外来の初診から1か月半後に亡くなるまで、家族が緩和ケア外来に通いながらAさんは在宅医の訪問診療を受け、自宅で過ごすことができた。

Aさん、家族の希望と緩和ケア外来の対応  
[Aさん] 足と腹部の浮腫を改善したい  
⇒<緩和ケア外来>診療  
\* 投薬 \* スキンケアの方法  
[Aさん] 痛みを取りながら自宅で過ごしたい  
⇒<緩和ケア外来>  
\* 投薬 \* 往診  
[家族] 診療でAさんの病状や日常の様子を伝え、介護の悩みを話す  
⇒<緩和ケア外来>  
\* 在宅療養への対応、介助への助言

この事例では、在宅療養に移行した後も患者と家族が緩和ケア外来に継続的に通い、患者の病状が進行するにつれて生じる患者や家族の心配や不安に対して病状をよく知る医師と看護師が的確な対応を行った。身体の苦痛に対する薬剤の処方だけではなく、余命についての説明を基にした再入院の時期を伝えるとともに、在宅療養について詳しい情報が掲載されているパンフレット「これからの過ごし方について」<sup>4</sup>を用いて起こり得る症状や介護している家族の対処法が説明された。在宅療養を担当する訪問看護ステーションと患者の状態に関する情報を共有しながら、患者と家族の療養生活全般をフォローしたことが、在宅療養を全うできた要因となっているものと考えられる。

緩和ケア外来では患者が受診予定日に体調が悪化するなどの場合には家族のみが受診し、これらの相談を通じて自宅での余命や看取り、又は介護の負担などに悩む家族を支える役割も担っている。



【在宅療養に関するリーフレット「これからの過ごし方について」: 亡くなる1週間前頃からの様子、苦しさへの対処などを解説している】

### 3 入院時のケア

#### (1) がん診療サポートチーム

日本海総合病院の緩和ケアチームは、「がん診療サポートチーム」(以下「サポートチーム」という。)の名称で医療ケアを行っている。平成26年に名称を変更するまで、他のがん緩和ケアを行っている病院と同様に、緩和ケアチームの名称で活動していたが、一般的には緩和ケア＝がん終末期というイメージが強く、受診への心理的なハードルもあったことから、サポートチームに変更したとのことである。サポートチームは、一般病棟に入院している患者を対象として医療ケアを行っている。緩和ケアを行う入院患者については、毎週月、水、

<sup>4</sup> 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」通称OPTIM(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)において作成されたパンフレット。(http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori02.pdf)

金曜日にサポートチームでカンファレンスと回診を行い、医師や看護師、薬剤師など専門職のそれぞれの立場から患者の症状に適切な医療ケアをしている。

サポートチームの身体症状の緩和を担当する医師は、主に疼痛管理と軽度の精神症状への対処を行っており、精神症状の緩和を担当する医師は、がんに伴うせん妄やうつ、適応障害など精神療法の専門的な対処が必要な症状に対応している。緩和ケア認定看護師は常に患者の診察に立ち会い、医師から患者へ伝えられる治療内容に関する専門的な知識や療養の方針などについて、患者や家族が理解していることを確認しながら、納得して治療を受けられる、あるいは療養できるようサポートしている。また、患者や家族の希望に沿えるように病棟のスタッフとも密に情報を共有し、連携を図っている。

**【表 3-1 日本海総合病院 がん診療サポートチームへの依頼件数とチームの構成】**

年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
依頼件数	77	59	67	71	71
スタッフ	身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師、緩和ケア認定看護師、薬剤師、管理栄養士				

〔日本海総合病院資料よりアフターサービス推進室作成〕

以下の事例は、病状が悪化し、希死念慮の状態も見られた患者と患者を支えてきた家族の精神的苦痛が強いと判断した主治医から、サポートチームが支援に加わった事例である。

### <事例2>

Bさんは80代の男性で、肺がんと糖尿病、慢性の肺疾患を患っていたところ自宅で倒れ日本海総合病院に救急搬送された。「腹を切って死にたい」、「もう楽にして欲しい」といった言葉を口にしたことから、サポートチームで身体症状の緩和を担当する医師が面談することとなった。Bさんは、肋骨の痛みや痰が上手に出ないので苦しいといった身体的な苦痛について語る一方で、以前ナイフを体にあてがったことを話したり、唐突に昔話を始めるなど、会話の辻褄が合わない様子であった。サポートチームの医師から主治医へ脳の検査を依頼するとともに、別途同チームの精神科医師によるBさんの診察を行って抗不安薬を処方し、さらに入院による精神療法も行うことになった。妻は数日前までBさんが自宅で落ち着いた姿だったのを見ていたので、その突然の変化に驚いているようだった。

入院から2日後に精神科医師が診察したところ、夜間眠れるようになっていた。また入院前は体調が苦しいあまり最期は自分で決めた方がいいと思っていたが、今はそのような気持ちはないこと、関東地方に住む子どもの元へ転居すること

Bさん、家族の希望と各部署の対応  
 [Bさん]身体的な苦痛等による希死念慮  
 ⇒<サポートチーム>精神科医師の診察  
 \*投薬 \*入院による精神療法  
 ⇒<主治医>脳の検査を依頼  
 [家族]Bさんの状態が変化したことによる強い不安  
 ⇒<サポートチーム>  
 \*認定看護師の面談

も考えていることなどをBさんは語った。主治医とともにサポートチームが継続的に関わる方針が確認され、Bさんは入院から4日後に退院した。

入院による環境の変化は、患者の状態を改善させる要因ともなり得る。家族がいる患者の多くは、「家族に迷惑をかけたくない」、「自分がない方が楽だろう」との思いから、落込みが激しくなる傾向があるという。家族にとっても患者である家族の自殺念慮を伴う言葉や行為は、非常に苦痛が感じられることから、患者の入院が、家族にとっても精神的・物理的なケアとなる場合も少なくない。

## (2) 専門職による患者の機能・能力を伸ばす工夫

サポートチームでは、薬剤師、管理栄養士、理学療法士といった専門職がそれぞれ患者に残された機能を維持・回復させようとする医療ケアを提供している。サポートチームのカンファレンス回診（月・水・金曜実施）には、上記の専門職も参加し、入院中の患者の状態に合わせた様々なケアを行い、患者が退院後も可能な限り日常生活を維持することができるようにサポートしている。

### <薬剤師>

薬剤師は、患者の病状に照らし、現在処方されている薬剤の副作用や心身の機能への影響が生じないか判断をするとともに、患者や家族にオピオイドなど疼痛緩和のために使用する薬剤について不明点や良いイメージがないといった不安がある場合は、病室に赴いて丁寧に説明することとしているという。

### <管理栄養士>

管理栄養士は、患者から食欲が湧かない、食べづらいなどの食事に関する悩みがあった場合に対応を行っており、病院食のメニューづくりにおける工夫などに取り組んでいる。日本海総合病院では、食べることへのきっかけづくりとして、通常の病院食では提供が難しいカレーライスやラーメン、お茶漬けなどの軽食から、食べてみたいメニューを昼食か夕食に選んでもらう「あんべみで<sup>5)</sup>」という取組を行っている。主治医に確認してからの提供となるが、自分で食べたいものを自分で選び、一口でも口にすることが、たとえわずかでも心身の状態の改善につながり、「これなら食べられるかもしれない」という気持ちは、快方へのエネルギーを呼び起こすものとして患者から好評を得ている。

<sup>5)</sup> 酒田地域のことばで「味見する」の意味。



【「あんべみで」おしながき 特にラーメンが人気】



## ＜理学療法士＞

理学療法士は、患者に残された身体機能を最大限に活かすことを目的として、様々なリハビリを行っている。がんの患者の多くは、病状の進行に伴いできないことが増えていくが、例えば、ベッドの上だけでも可動できる身体機能を伸ばすことなどで「まだできることがある」という患者、家族に生じた思いは、生きる希望へとつながっていく。また、患者の介助で使用するリクライニングベッドや車椅子、杖などの器具の使い方を家族に指導することが、患者に対してまだやれることがあるという気持ちを家族にもたらしきっかけにもなっている。

機能訓練では、病棟の患者への訪問を定期的に行うことが重要なのだという。同じ曜日や時間に訪問し、習慣的に声かけを続けるうち、今週は難しくても来週なら、という気持ちに患者が向かうなど「やってみようか」という意識を芽吹かせることがある。患者と家族の思いに配慮しながら、症状の進行や身体機能の状態によって気持ちも変化し得ることを重視して、負担とならないように注意しながらサポートすることを心がけている。

## 4 退院支援を行う部署における患者と家族を支援する工夫

### (1) 地域連携室の成り立ちにおける退院手続をスムーズに行う工夫

日本海総合病院には緩和ケア病棟がないことから、専ら緩和ケアを受ける患者は、退院後に自宅や施設で過ごすこととなる。このため、同病院では地域の介護施設等との協力体制を緊密にしているとのことである。

日本海総合病院で患者の退院支援を行う「医療福祉相談室・地域連携室」（以下「地域連携室」という。）は、事務部医事課・看護部に所属している。地域連携室の業務については、看護師が担う役割が大きく、当該室（当初は「医療調整部門」）が発足したのは、平成12年に介護保険制度が開始され、ケアマネジャー資格を持つ看護師を配置したことが転換点となっているという。

その看護師は、介護と医療の双方の実情や立場を含め、退院支援を行う際に必要な情報について熟知していた。このため、地域の在宅医や訪問看護ステーションとの協力体制も築きやすかった。

【表 4-1 日本海総合病院 地域連携室の基本情報】

名称	医療福祉相談室・地域連携室	設立	平成15年
スタッフ	社会福祉士4人、ソーシャルワーカー1人、看護師7人		

[日本海総合病院資料よりアフターサービス推進室作成]

また、地域連携室から地域の介護施設等へ研修会の実施を働きかけたことも効果的な取組であった。一般的に病院と地域の介護施設の職員は、互いの業務について知る機会が少ないので、退院支援を進める上で難しさを感じることもあるという。在宅療養における疼痛管理の方法などの勉強会を通じて、地域の介護施設のケアマネジャーなどの職員と日本海総合病院の看護師の交流が進んだ結果、退院支援がスムーズに行われるようになってきた。

#### 地域連携室 現体制までの経緯

- 平成11年 ・旧酒田市立酒田病院(以下「旧酒田病院」)医療調整部門が配置される
- 平成12年 \* 介護保険制度開始
  - ・旧酒田病院でケアマネジャー資格を持つ看護師が配置される
  - ・訪問看護ステーションスワン開業【退院支援で連携を開始する】
- 平成20年 ・日本海総合病院開業

(アフターサービス推進室作成)

## (2) 自宅への退院支援事例

緩和ケアを継続しながら退院後、自宅で療養する患者の多くは、入院中と同様の医療的なケアを自宅でも受ける必要がある。このため、地域連携室の看護師は、患者と家族に具体的なケアの方法や医療機器の使い方も指導している。

次の事例は、患者は家族の介護が難しいという気持ちから在宅療養をためらっていたところ、地域連携室から具体的な在宅療養の姿について説明され、輸液管理等について家族の協力が得られることとなったので退院が実現したものである。

### <事例3>

Cさんは60代の女性で、がんに対して化学療法を行うため日本海総合病院に入院していたが、がん性腹膜炎と腸閉塞を併発したため、化学療法を継続することが困難になってしまった。主治医から緩和ケアについて説明を受けたが、Cさん自身は家族の負担が増えてしまうので退院は難しいと思い、入院の継続を希望していた。一方、家族はCさんに残された時間が約1～2か月であると主治医から伝えられていたので、Cさんを退院させ、可能であれば自宅で介護したいと希望していた。しかし、Cさんは食事を取ることも難しい状態で、家族も介護の具体的なイメージが湧かず、不安を抱えていた。

地域連携室の看護師から、Cさんと家族に介護サービスの内容や訪問診療と訪問看護の利用など在宅療養全般について説明し、入院中に受けていた高カロリー輸液の管理も自宅で行うことができることも伝えた。その結果、Cさんの家族が管理方法を習得した上で、Cさんを退院させ自宅で療養する方針となった。

地域連携室や訪問看護ステーション

#### Cさん、家族の希望と地域連携室の対応

[Cさん] 家族の負担が増えてしまうので入院を継続したい  
[家族] 自宅で介助したいが、不安もある

⇒ <地域連携室> 在宅療養について説明する

\* 介護サービス、訪問診療の内容

\* 看護師から家族に医療機器の管理法を伝える

など在宅療養に関わる施設のスタッフで行う退院前カンファレンスにCさんと家族も参加し、自宅での過ごし方を具体的に検討した。退院日までほぼ毎日、Cさんの夫は高カロリー輸液の交換法やトラブルの対応法について地域連携室の看護師から指導を受け、Cさんは予定日に退院することができた。

この事例では、患者は家族の負担を慮り自宅への退院をためらっていたが、家族が自宅での医療ケアに習熟したことで、退院を心待ちにするようになったという。高カロリー輸液の管理法は、地域連携室の看護師が主に指導し、その休日には病棟の看護師が当たったという。さらに看護師から「同じことでも遠慮せず何度でも質問して欲しい」と家族に伝え、何でも相談できる関係をつかった。

退院後の在宅療養は患者にとっても不安であるが、患者を迎える家族にとっても医療的なケアや介助を行えるかなど心配は尽きない。この事例では、ケアを行う家族が自信を持って医療機器を使えるようになることで患者、家族とも安心感を持って迎えることができた。

## 5 酒田地区における在宅医療体制の推進

### (1) 訪問看護ステーション「スワン」との連携

日本海総合病院の患者のうち、緩和ケアに関する患者の退院に当たっては訪問看護ステーション「スワン」と協力しながら進められるケースが多い。スワンは介護保険制度が開始した平成12年に酒田地区医師会十全堂が開設し、以来、酒田地区の在宅医療を推進してきた。スタッフは、所長を含め9人全員が正規職員である（平成28年10月時点）。職員は病院病棟や地域のクリニック、介護施設など様々な機関の経験者からなり、経験を活かして他機関と円滑に連携しているとのことである。病院を退院した患者の最も近くで医療ケアを行う訪問看護の役割を大切にしているスワンは、医療・介護の分野にとどまらず効率的な連携の方法や介護に関する研修等にも積極的に参加し、在宅医療を担う専門職としての質の向上に努めているという。

居宅サービスの要であるケアマネジャーとの顔の見える良好な関係を構築するために、介護サービス機関のスタッフが集まる担当者会議には必ず出席し、文書等による情報交換も密に行っている。医師に対しては訪問診療に同行し療養者や家族の生

#### <訪問看護ステーション スワン>日本海総合病院との連携フロー

- ① 在宅療養を希望する患者がいる旨の連絡を受ける
- ② 日本海総合病院で患者・家族と面談する
- ③ 病棟の看護師などスタッフと患者の情報を共有する  
(入院前に別の医療機関にかかる、あるいは介護事業所のサービスを利用していれば、患者に関する情報を問い合わせる)
- ④ 日本海総合病院で行われる退院前カンファレンスに参加する  
(他の医療機関、介護事業所との調整、必要な物品の調整等を行う)
- ⑤ 退院日に立ち会う

[アフターサービス推進室作成]

活上の情報を伝え課題を一緒に考えるなど、医療と介護の橋渡しになるように心がけ、地域の医師の参入を積極的に働きかけている。在宅医療に消極的だった医師が訪問看護を知ることで訪問診療などに関わるようになるなど、次第に協力的になることがあるという。

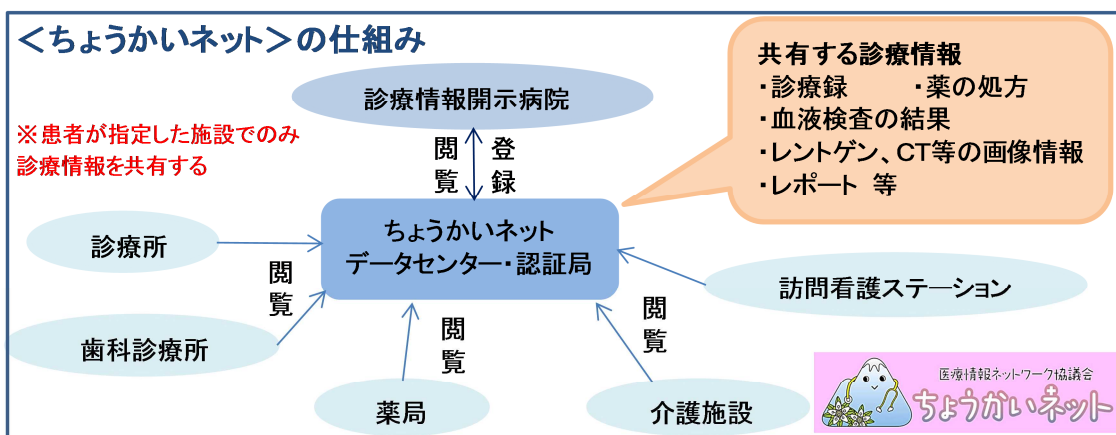


【左：訪問距離の制限を設けておらず、依頼があればすぐに向かう 右：全員が正規職員】

## （２）医療情報ネットワーク「ちょうかいネット」の活用

日本海総合病院から退院する患者に当たっては、地域連携室の看護師が患者の病状、住居などの療養環境、入院前の状況などを総合的に検討し、連携を図っている地域の開業医や訪問看護ステーションの医療ケアを受けることができるように調整している。その際、患者に関する病状や医療ケアなどの情報が閲覧できる「医療情報ネットワークちょうかいネット」<sup>6</sup>（以下「ちょうかいネット」という。）は、大変効果的なツールとなる。

ちょうかいネットは、酒田市と近隣地域の病院や医師会（平成 28 年 11 月時点）が患者に関する診療情報等を登録し、患者が指定した医療機関や介護施設（平成 28 年 8 月時点で酒田市の近隣市町を含む約 150 の医療機関や介護施設）でのみ患者の情報を閲覧できるシステムである。ちょうかいネットへの情報提供について患者が同意することで、複数の医療機関から同じような検査や薬の



【医療情報ネットワーク協議会 ちょうかいネット資料よりアフターサービス推進室作成】

<sup>6</sup> 酒田地区医療情報ネットワーク協議会と鶴岡地区医療情報ネットワーク協議会が運営。

処方となされることを予防できるので、複数の医療機関が関わることの多い在宅療養では、その有用性が高い。

### （3）地域内の在宅医療体制を利用して自宅へ退院した事例

前述のように、日本海総合病院を退院した患者は自宅や福祉施設で医療ケアを受けるため、地域内の開業医や介護サービス事業所等と連携協力しながら退院支援を行う。地域連携室では、患者と家族が病状によっては残された貴重な時間をどこでどのように過ごしたいと思っているのかという想いを尊重して、関係する機関や施設と協力して在宅療養できるよう支援している。

次の事例は、重病の小児患者が退院し自宅で療養するに当たって、ちょうかいネットを活用しながら関係者が環境づくりを進め、患者と家族の希望を可能な限り実現できたものである。

#### <事例4>

Dさんは4歳の女兒で、悪性の脳腫瘍を患っており、数か月前に大学病院で手術を受け、日本海総合病院には経過観察のため数回目となる入院をしていた。Dさんに残された時間が多くないとして、両親が家族で過ごしたいという希望を表明したことを受けて、退院することとなった。Dさんの両親は、日本海総合病院と自宅が近隣であり通院をするので訪問診療は必要ないが、入浴介助がある訪問看護はサービスを受けることを考えているとのことだった。このため、地域連携室からスワンに連絡し、Dさんに関する簡易な経過報告をした。スワンは同日中にDさんの自宅に訪問することから、地域連携室から主治医に訪問看護指示書の作成を依頼した。

地域連携室からDさんの両親にちょうかいネットについて説明し、Dさんの医療情報の共有についての同意を得た。すぐにスワンの訪問看護師がDさんの自宅を訪問し、ちょうかいネットを通じて得た医療情報を基に入浴介助や経管栄養剤の交換、痰吸引、Dさんの母親の相談や問い合わせに随時対応することが決まった。

Dさんは退院した後も肺炎を患って再入院したが、スワンの支援を受けながら外泊を実施し、退院後は在宅療養を続けた。担当診療科の外来に通院した際にも、Dさんの家族はやはり次の通院まで自宅で過ごさせたいと希望したことから、主治医の指示を踏まえ地域連携室とスワンで処方薬の切り替えや医療機器の手配などを行った。

在宅療養の開始から3週間後、Dさんは呼吸の状態が悪化して日本海総合病院に緊急受診し、数時間後に亡くなるまで自宅で過ごすことができた。

Dさん、家族と各部署・施設の対応

[Dさん、家族]訪問看護で入浴介助を依頼したい

⇒<地域連携室>家族に医療情報共有の同意書を依頼

\* 訪問看護STと情報を共有

⇒<訪問看護ST>

\* Dさん宅を訪問し、サービス支援内容を決定

[Dさん、家族]できるだけ自宅で過ごしたい

⇒<地域連携室、訪問看護ST>主治医の指示に基づいた支援

\* 処方薬の切り替え \* 医療機器の手配

この事例では、病状が末期にある患者と家族が残された時間を自宅で過ごしたいとの気持ちを実現するため、地域連携室や訪問看護ステーションが医療ネットワークを用いて支援対象となる在宅療養の実施を支援した流れを紹介した。地域連携室とスワンは、ちょうかいネットや電話などを用いて患者の状態について常に情報を共有し、実際のケア時間に応じた訪問看護指示書の修正や院外処方から院内処方への変更などについて機動的に対応している。

入院していた小児患者が自宅で療養していくためには、病院内で行われていた医療処置の一部については家族が自宅で行う必要が生じる場合がある。家族にとって処置や対応で間違いがあってはならないという重圧と、子どもを病気という辛い状態にしてしまったというような罪悪感をともに抱いていることも多いという。紹介した事例では、患者の家族は、子どもに自宅でできる限りのケアをしたいという気持ちを持ちながらも、残された時間が少ないことに悩んでいた。訪問看護を担当したスワンの看護師は小児看護の経験<sup>7</sup>を持っていたこともあって家族にとっての精神的な支えとなる依頼も受けていた。小児患者が病院で亡くなった後、地域連携室からの連絡を受けて、スワンでは家族へのグリーフケア<sup>8</sup>も行っている。

日本海総合病院を含む酒田地区では、どこで亡くなるか、という看取られる場所ではなく、それまでをどのように過ごしたいかという患者と家族の希望に叶う生活が送れるようにするため、患者と家族の残された時間が最大限に充実したものとなるケアを実践している。



### どのくらいの費用がかかる？

在宅療養って結局どのくらいの費用がかかる？  
誰でも必要なお金のことについて、いくつかの事例をもとに説明します。

介護保険からサービスを受けたときは、原則としてかかった費用の1～2割を負担します(※無条件の限りです)。ただし、上限額を超えてサービスを利用する場合は、超過分は全額自己負担となります。

<要介護度と介護保険の月利用限度額> 平成28年3月現在

状態区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険の月利用限度額	50,030円	104,730円	166,920円	196,160円	269,310円	308,060円	350,650円

**事例① A男さん(要介護1)の介護保険**

介護保険サービスを利用し、1日1回の条件で介護士1名の訪問入浴、介護用の電動ベッド・ベッド柵をレンタル利用した場合

ヘルパー(身体介護60分) 3,880円 × 31回(1日1回)	120,280円
訪問入浴1回	12,340円 × 4回(週1回)
介護用ベッド貸与	7,500円
特殊寝台付属品(柵、マットレスなど) 貸与	9,000円
介護サービス合計	186,140円
自己負担額(1割負担の場合)	18,614円

※ 要介護度により、ひと月に介護保険の給付を受けることができる限度額が異なります。限度額を超えると、超過分は自己負担となります。

**生命保険や医療保険の契約を確認しましょう。**

任意の民間保険(保険会社や共済組合などの生命保険や医療保険など)に加入している方は多いと思いますが、医療保険やがん保険、特定(3次)疾病保障保険など、それぞれの給付によって保障内容が大きく異なります。

- ・治療から支払いを受けられるような特約・給付金・保険金はありますか？
- ・保障期間・条件などはどうなっていますか？

もう一度、契約内容を確認してみましょう。

- 掲載事例**  
A男さん(要介護2)の介護保険  
[介護保険サービスを利用した場合]
- ・身体介護(1日1回)・訪問入浴(週1回)
  - ・介護用の電動ベッド・ベッド柵(レンタル)
- ヘルパー(身体介護60分)3,880円 × 31回(1日1回)・・・120,280円
  - 訪問入浴1回 12,340円 × 4回(週1回)・・・49,360円
  - 介護用ベッド貸与・・・7,500円
  - 特殊寝台付属品(柵、マットレスなど)貸与・・・9,000円
- 介護サービス合計 186,140円**  
**自己負担額(1割負担の場合) 18,614円**

【在宅療養で受けられるサービスや手続きの案内、地域で往診・訪問を行う機関のリストが掲載されている。個人負担の事例】

<sup>7</sup> スワンには小児看護の経験を持つ看護師や保健師が在職している。

<sup>8</sup> 家族や友人など親しい人を亡くし深い悲しみ(grief)にある人に寄り添い、悲しみを乗り越えていくことを支援するケア。

## 6 がん相談支援センターにおける来所者を増加させる工夫

日本海総合病院のがん相談支援センター<sup>9</sup>（以下「支援センター」という。）は、「医療・福祉センター」の一角にあり、病院の入口を入ってすぐ、右手にあるオレンジ色の壁が目印となっている。明るい色で区切られたコーナーは、平成28年3月に竣工した1階フロアの大改装を機に2階から移転した。一目で支援センターと分かる色合いに加え、病院の入口からの導線上となる場所に配置し、何気なく立ち寄ってもらえるような雰囲気づくりに努めた。院内でのアピール力が増加し、来所者も増加したとのことである。



【写真右が総合入口、左が会計カウンターの導線上に窓口を設置した】

支援センターの相談員は、社会福祉士や社会福祉主事、看護師を始めとする多職種で構成されている。緩和ケアに関する相談では、退院後の在宅療養に関するものが多いという。支援センターでは在宅療養と外来の通院への不安に対しては、在宅療養に必要と思われる介護サービス等を紹介するなど、具体的なイメージを持てるような情報提供をしている。

【表 6-1 日本海総合病院 がん相談支援センターの基本情報】

名称	がん相談支援センター	窓口部署	医療・福祉センター(医療福祉相談室・地域連携室)			
スタッフ	社会福祉士4人、ソーシャルワーカー1人、看護師8人					
資格内容等	がん相談員基礎研修Ⅲ修了者(認定がん専門相談員含む)、福祉住環境コーディネーター2級取得者、介護支援専門員、医療メディエーター基礎研修終了者					
相談件数	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	
	935	818	1,204	963	1,041	
地域(他の医療機関等)の患者・家族・一般の方からの相談	861	701	1,005	830	934	

【日本海総合病院資料よりアフターサービス推進室作成】

## 7 患者と家族の療養生活のケア（がんサロン・患者会・アピアランス）

がん相談支援センターでは、各種のがんサロンが開催されている。その一つである患者サロンでは、がん患者と家族は食事に関する関心が高いことから、実食を踏まえた栄養士によるレクチャーも行われている。

また患者会は3つの団体が独自に活動している。咽頭がんの患者が集う山彦会では、院内の耳鼻咽喉科・頭頸部外科の案内で手術前の患者も参加して、術

<sup>9</sup> がんの治療、療養、がん全般に関わることについて患者と家族からの相談を受け、情報を提供する相談窓口。がん診療連携拠点病院を中心に設置されている。相談料は無料。

後の生活について体験を交えた話を語ってもらうピアサポートも行われている。

がんの治療に伴い外見が変化する悩みに対応するアピアランスケアにも力を入れており、ウィッグなどを実際に手に取ることができる相談会を開催しているほか、相談室内にはケア帽子を置き、気軽に試着できるようにしている。院内で化学療法を受ける予定の患者は、事前に化学療法室を見学することとなっている。そこで化学療法後に約2週間で髪が抜け始める副作用について説明をする際には、相談室やウィッグについても案内をしているので、見学後には相談室に立ち寄る患者が多い。

【表 7-1 日本海総合病院で開催されるがんサロン】

	名称	内容	対象	頻度
がん サロン	患者サロン	がんに関するミニレクチャーと患者・家族の交流の場	患者・家族、院内/院外	年2回
	補正下着相談会	乳がん手術後の補正下着の相談会	乳がん患者・家族、院内/院外	月1回
	ウィッグ相談会	化学療法による副作用・脱毛に関する相談、肌や爪のケア、ウィッグ・ケア帽子の紹介	患者・家族、院内/院外	月3回
	ウィッグ・補正下着 合同相談会	化学療法による副作用・脱毛に関する相談、肌や爪のケア、ウィッグ・ケア帽子の紹介、乳がん手術後の補正下着に関する相談	患者・家族、院内/院外	年2回
患者会	すずらんの会	乳がん術後の患者と家族を対象とした交流の場	患者・家族、院内/院外	月1回
	山彦会	咽頭摘出後の患者を対象とした発声練習と交流の場	咽頭がん患者、院内/院外	週1回
	庄内オストメイト家族会	大腸がん、膀胱がんの術後のオストメイトと家族を対象とした交流の場	患者・家族、院内/院外	年2回
学習会	がん患者 家族まなびあい	患者と家族を対象とした勉強会	患者・家族、院内/院外	年2回

【日本海総合病院資料よりアフターサービス推進室が作成】



【左:相談室の様子 右:化学療法実施の時期に合わせてウィッグを注文する患者が多い】

## 8 日本海総合病院の取組に関するまとめ

日本海総合病院の緩和ケア外来では、患者と家族がリラックスしながら治療と療養の希望や悩みを話すことができる雰囲気づくりを重視しており、患者と家族にとって療養を含めた生活のイメージが具体的となるような診療の際には、生活の様子も丁寧に確認している。サポートチームの医師と看護師、各専門職は患者のQOLを落とさないよう食事や運動など日常生活を送るための身体的な機能を維持・改善していくために患者に「まだできること」を増やす



アプローチをとっている。

病院内での医療ケアについては、退院し在宅療養へ移行した後も地域の医療介護ネットワークと綿密に情報を共有していくことで継続が図られ、自宅でも患者と家族の希望に沿った生活を送ることが可能となっている。日本海総合病院で緩和ケアを受けた患者と家族にとって、医療的なケアや介助を踏まえた生活が無理なく自然なものとして受けとめられるよう、地域全体で患者と家族を支える取組となっている。

## 2 川崎市立井田病院における取組

### 取組の特徴

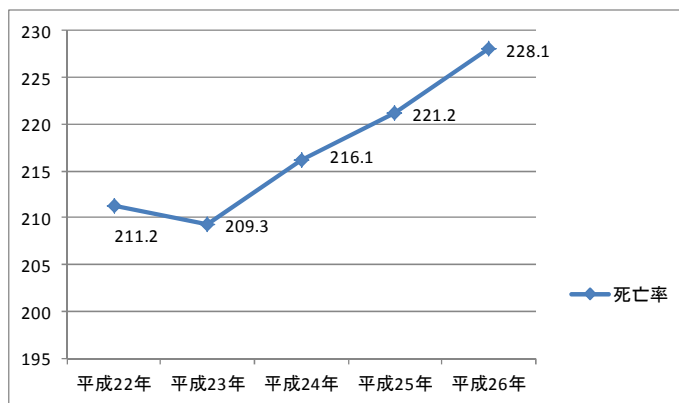
- 抗がん剤などの積極的治療と痛みを和らげる疼痛コントロールに同時に取り組む緩和ケア併診といった多様なケアのあり方の提供。
- 緩和ケア病棟では、緩和ケアについて世界の標準的治療<sup>1</sup>を確認しながら実施しており、患者と家族のQOL<sup>2</sup>を重視し、病院ボランティアの参加を得て自宅にいるような雰囲気づくりを工夫。
- 地域医療部によるスムーズな退院調整と、緩和ケア内科医師による病院からの訪問診療のシステムで、地域の在宅療養環境を支援。

### 1 川崎市及び川崎市立井田病院の概要

川崎市は、神奈川県の北東部に位置し、人口約 149 万人を擁する政令指定都市である。川崎市は7つの区で構成されているが、市全体の高齢化率は19.5%、最も高い麻生区が22.3%、幸区が22.2%となっている<sup>3</sup>。表1-1のとおり、市内におけるがんの死亡率は、平成23年から上昇傾向にある。

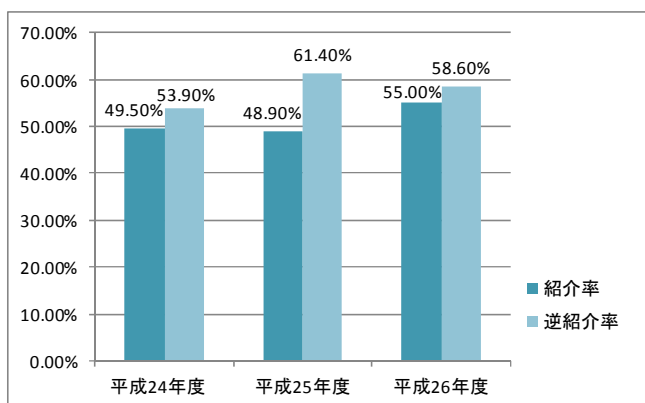
川崎市立井田病院（以下「井田病院」という。）は、川崎市中原区に所在する地域がん診療連携拠点病院<sup>4</sup>である。川崎市には3つの市立病院があり、南部に川崎病院、北部に多摩病院がある。川崎病院は市の基幹病院、多摩病院は川崎北部地域の中核病院として高度・急性期医療を担っている。

【表1-1 川崎市のがんによる死亡率(人口10万対)】



出典:「保健統計(平成26年度)」(川崎市)よりアフターサービス推進室作成

【表1-2 井田病院の患者紹介率/逆紹介率】



[井田病院資料よりアフターサービス推進室作成]

- 科学的根拠に基づいた観点から現在利用できる最良の治療であることが示されており、ある状態の一般的な患者に行われることが推奨されている治療を指す。標準治療と同義。
- Quality of Life の略。患者の身体的、精神的、社会的、経済的な面を含む生活の質を意味する。
- 「2016 統計情報第5号 川崎市年齢別人口ー平成27年10月1日現在ー」(川崎市)
- がん診療連携拠点病院は全国で均しく専門的な質の高いがん医療を提供するため、がん診療の連携体制構築、患者と家族の相談支援と情報提供を行う。地域がん診療連携拠点病院は、地域ごとに必要な病床数を考慮して規定される二次医療圏内に指定される。

井田病院は、病床数 383 床を有しており、がん等の高度で特殊な医療、緩和ケア医療、在宅医療を推進している、市の南部地域における中核病院である。病院の敷地内には、平成 10 年に開設された「かわさき総合ケアセンター」（以下「総合ケアセンター」という。）がある。同センターは、「緩和ケア・高齢者ケア・在宅ケア・地域連携」を運営のキーワードとしながら、保健・医療・福祉のサービス機関と連携した地域を重層的にケアする取組を進めている。いわば「声のかけられる距離の在宅支援」を実施している同センターは、地域包括ケアシステムの取組を先がけて開始したといえよう。



【日吉駅(東急東横線)からバスで5分の立地】

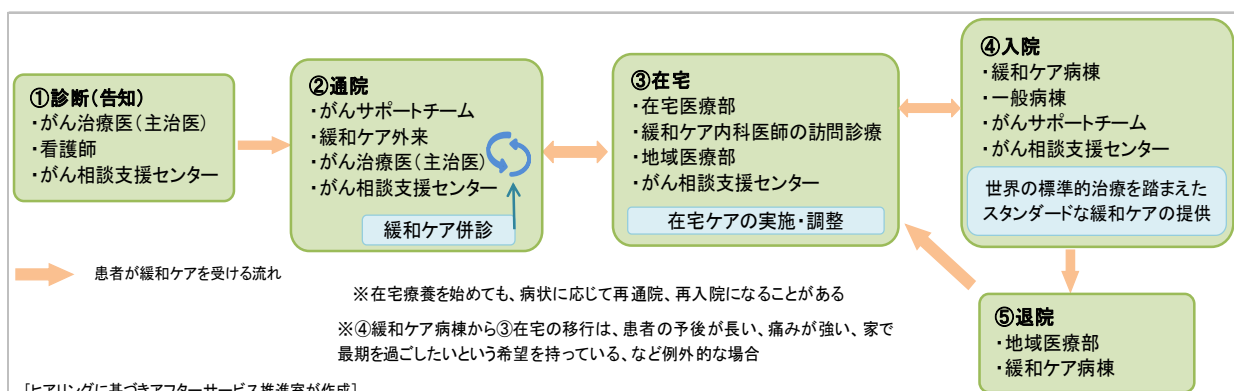
井田病院における患者を他の医療機関へ紹介する逆紹介件数は、患者を受ける紹介件数よりも多く推移しており、多くの患者を在宅及び地域の施設へと紹介し、患者を地域へ送る起点の1つとなっている（表1-2）。緩和ケアの提供体制については、緩和ケア外来において抗がん剤など積極的治療と並行した疼痛コントロールを行い、通院が難しい患者には総合ケアセンターにおいて訪問診療や訪問看護などの在宅緩和ケアを行う切れ目のない緩和ケアを推進している。

### 〔井田病院の緩和ケアにおける患者と家族への関わり〕

・患者と家族に主として関わる院内の部署と窓口は、患者の状態（①診断～⑤退院）に応じて移行する（図1-1）。患者の病状などの情報は、主に看護師から各部署と窓口の担当者に伝えられ、各担当者で情報を共有し、効果的な治療や対応を検討している。

・井田病院の緩和ケアでは、急性期の患者は一般病棟に入院した後に在宅ケアへ移行することを基本的な流れとしている。在宅ケアにおいて患者の症状が悪化した場合や介護に課題があるなど、在宅ケアの実施が困難な場合に、緩和ケア病棟で対応している。

【図1-1 井田病院の緩和ケア提供体制】



・井田病院の緩和ケアチームは、平成 21 年から「がんサポートチーム」（以下「サポートチーム」という。）と呼んでいる。サポートチームが主に患者に関わるのは、通院時又は入院時である。患者の症状に応じて必要な治療と対応を判断するのはサポートチームの緩和ケア内科医師であるが、患者への対応はサポートチームの同医師と看護師を始め、各職種が専門性を活かしながらサポートチーム全体で当たっている。実際に対応する職種は患者の症状によって異なる。

## 2 通院中の緩和ケア提供体制

### (1) がんサポートチームが行う緩和ケア併診

井田病院のサポートチームの特徴としては、がん治療医である主治医の下で抗がん剤の治療中から並行して緩和ケアを行うという早期からの緩和ケア併診が挙げられる。緩和ケア併診では患者が化学療法中に痛みや不安を感じた場合には、主担当ががん主治医からサポートチームの緩和ケア内科医師に代わり、当該医師が疼痛管理を行うこととなる。そして、患者の疼痛の状態が落ち着くと、再びがん主治医の下で治療を進めることとされている。主担当が、がん主治医に戻った後もサポートチームのケアは継続され、疼痛管理が必要になった場合には、治療の進行に応じた薬剤等による鎮痛が行われている。サポートチームには積極的治療と並行した緩和ケアの実施を専門とするがん薬物療法専門医の資格を持つ医師がいるため、化学療法の専門的な知識を踏まえた緩和ケアを行うことも可能である。

したがって、緩和ケアでしばしば見られるような患者と家族が「積極的治療か緩和ケアを受けるか」という二者択一の選択を迫られることがない。井田病院では、他の病院で抗がん剤による治療中の患者に対しても、通院による緩和ケア併診を実施している。

井田病院のサポートチームでは、主治医と協力しながら、心身の症状（むくみや痛みなどの身体症状、不安や不眠などの精神症状）への疼痛に対する専門的な処方に起因する対処とともに、栄養士による食事やソーシャルワーカーによる経済面を含めた生活全般のサポートを行っている。サポートチームへの依頼は病棟からが大半であり、入院の段階から関わり始め、通院に移行した後もサポートチームの支援が継続されている。

**【表 2-1 井田病院 がんサポートチームへの依頼件数とチームの構成】**

年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
依頼件数	計上なし	414	464	449	457
スタッフ	身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師、看護師、薬剤師、栄養士、臨床心理士				

[井田病院資料よりアフターサービス推進室作成]

**【表 2-2 井田病院 緩和ケア外来の基本情報】**

診療曜日・時間	月曜～木曜日（初診）：14時～15時、金曜（再診）：14時～17時	設立	平成6年
スタッフ	緩和ケア科医師、がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、MSW（メディカルソーシャルワーカー）		

[井田病院資料よりアフターサービス推進室作成]

（川崎市立井田病院）

## （２）他院に通院中の患者と家族への相談支援

緩和ケア病棟を有している井田病院には、院内の患者と家族からはもちろんのことであるが、他の病院に通院又は入院している地域の患者と家族からの問合せや相談も多く寄せられている。がん相談支援センター<sup>5</sup>（以下「支援センター」という。）で平成23年度から平成27年度に受けた相談のうち、毎年度、約60%以上は院外の患者・家族・一般の方からの相談であった。

【表3-2 井田病院 がん相談支援センターの基本情報】

病床数	23床	病棟の形式	院内病棟型	設立	平成6年
スタッフ	医師、看護師、看護助手、臨床心理士、薬剤師、栄養士、MSW、リハビリテーション、クラーク、ボランティア、温灸療法士、アロマセラピスト、園芸療法士				
病棟設備	家族室、サンルーム（談話室、ボランティアによるティーサービスがある）、家族用キッチン・ランドリー、公衆電話、一般浴室、介助浴室、喫煙室（患者専用）				
病室	有料個室1:20,520円/日、有料個室3:14,040円/日、無料個室19				

[井田病院資料よりアフターサービス推進室作成]

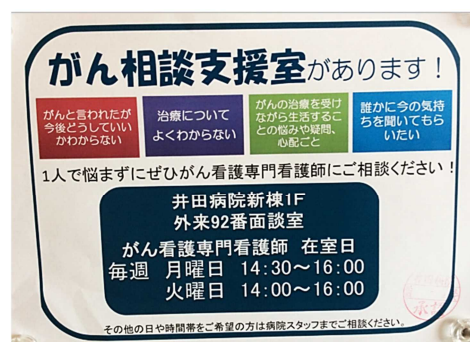
相談支援の内容としては、井田病院における緩和ケアの提供体制や在宅ケアへの移行に関する相談と情報提供が多く、他の病院に通院中の患者と家族からは、緩和ケア病棟を併設している井田病院に入院・転院できるかという問い合わせや緩和ケア外来の申込みに関する具体的な流れを知りたいという相談があった。

また、支援センターと別に設置しているがん相談支援室では、がん看護専門看護師が週2日相談を受けており、がんに関する療養や支援についての専門的な相談内容にも応じている。

ここでは、他院に通院している患者と家族が井田病院への診療変更を希望し、緩和ケアについて案内した事例を紹介する。

### <事例1>

Aさんは70代の男性で、すい臓がんが末期の状態にあり、妻に介護されながら他の病院に通院している。Aさんは最近体力が落ち、自力でトイレに行くことがやっとの状態であり、Aさんの妻も高齢のため、疲労が蓄積していた。このような状況について、川崎市内に在住するAさんの息子から支援センターに相談が寄せられた。遠方の父母（Aさん、Aさんの妻）の様子心配なので、近隣で緩和ケア病棟がある井田病院で対応できるか知りたいとのことであったので、支援センターの相談員から緩和ケア病棟は面会時間の制限がないため家族で過ごす時間が作れること、病状が安定したら退院もできることを



【がん相談支援室のがん看護専門看護師在室日】

<sup>5</sup> がんの治療、療養、がん全般に関わることについて患者と家族からの相談を受け、情報を提供する相談窓口。がん診療連携拠点病院を中心に設置されている。相談料は無料。

説明した。

さらに、自宅からの通院先として井田病院を選択した場合には、病状の進行とともに通院が困難になること、緊急時の搬送圏内ではないため急な病状の変化に適切な対応ができない可能性があること、高齢のAさんの妻が面会するには負担を伴うことといった距離が離れている故の問題が考えられることについて説明した。他方、在宅療養につ

Aさん、家族の希望と支援センターの対応  
[家族]Aさんの体力停滞と家族が疲労しているため、井田病院で対応できないか  
⇒支援センターで以下について説明  
\* 緩和ケア病棟での支援、利用のメリット  
\* 通院先としてのデメリット \* 在宅療養のメリット

いては、Aさんが居住する地域の在宅訪問診療や介護サービスを通じて、Aさんの妻の介護負担を軽減できることも示した。併せてAさん夫婦の居住区にある緩和ケア病棟と、井田病院への申込み方法も案内して、今後Aさんが家族で話し合わせ、Aさん自身が「誰とどこでどのように過ごしたいのか」について考えるべき旨を伝えた。

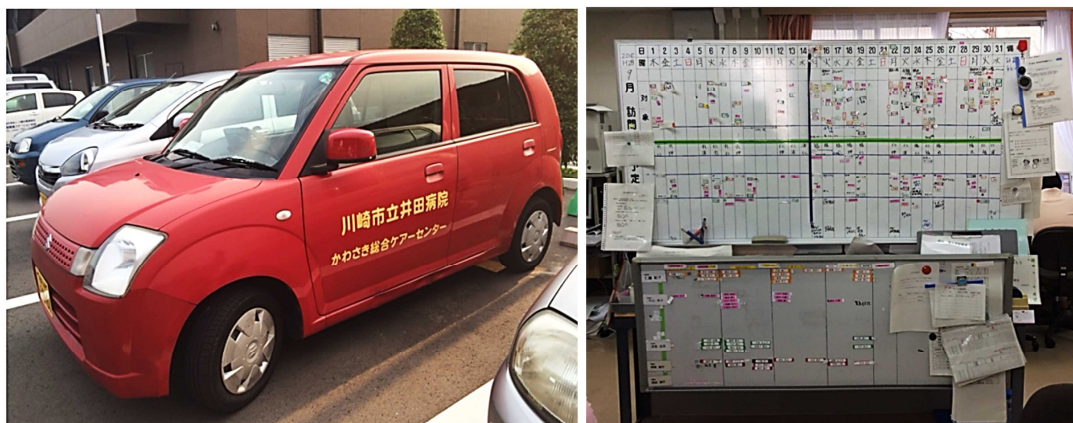
Aさんはご家族で今後の生活について話し合った結果、井田病院に転院した。

この事例では、患者と家族それぞれが置かれている状況を踏まえながら、患者本人と家族にとって、緩和ケアを受けるには、どのような状況を選択することがベストなのかAさんが家族と話し合うことを勧めている。病状が進行するにつれ、「これからどうなるのか」という漠然とした不安を抱える通院中の患者と家族に対して、緩和ケアの療養生活を送るためのイメージがしやすくなるよう地域のリソースを踏まえ、緊急時の搬送、面会の負担など、想定される事態について具体的な説明も行われている。

### 3 在宅ケアにおける訪問診療の実施

井田病院では総合ケアセンターにおける総合的な地域ケアの取組として、急性期の後に、まず在宅においてケアできる体制づくりを進めている。

がんの患者には緩和ケア内科の医師による訪問診療を行い、がんの末期を始め人工呼吸器等の医療機器によるケアを必要とする患者を対象として、在宅で



【左：訪問診療・訪問看護で使用する車  
右：かわさき総合ケアセンターの在宅部署。木・金には土日に対応が必要と思われる患者をピックアップし、医師・看護師へ伝えるフローとなっている】

(川崎市立井田病院)

の治療や療養を支援している。これらの取組には、訪問看護ステーション井田や井田居宅介護支援センターなどの在宅療養を支援する施設が総合ケアセンター内にあることが、大きなメリットとなっている。具体的には、末期がんの患者が一両日中に退院し、自宅で過ごしたいと希望した場合などに、即座に訪問看護や介護サービスを踏まえて退院する実務的な手続を取ることができることである。

井田病院では地域の開業医が受け持つ在宅療養の患者に対して、開業医が夜間・休日などの対応が難しい場合などに、事前に打ち合わせを行った上で夜間や休日、急変時の往診も行っており、地域の在宅療養を補完する重要な役割を担っている。

井田病院から直接訪問診療に伺う場合、通常であれば1人のがん患者に対して、概ね月に1～2回訪問診療を実施しており、これががんの末期患者となると週4日訪問診療することもあるという。緩和ケア内科の当直医は土日休日を含め365日、24時間対応している。また、通院時又は入院時と同じ医師が訪問診療の担当となることができるので、患者の経過を継続的に診療することも可能となっている。

一般的に地域の急性期患者が多く搬送されてくる総合病院では、恒常的に緊急の対応が求められるため、地域に出向いて定期的な訪問診療を実施していくことは難しいとされている。このため、総合病院でありながら緩和ケアの在宅部門が設置され、24時間対応している井田病院の体制は画期的<sup>6</sup>である。

## 4 入院に関する対応

### (1) 緩和ケア病棟における工夫

井田病院の緩和ケア病棟には、急性期の段階を経た後に在宅でケアを行った際、症状の悪化や家族の介護力が困難である患者が入院している。平成7年に緩和ケア病床4床がモデル的に設置されたことを契機に、平成10年には緩和ケア病棟(20床)が開設された。平成26年に3床が増床され、現在の体制に至っている。

さらに井田病院の緩和ケア病棟については、23床全てが個室であるが、そのうち19床が無料の個室となっており、療養を少ない負担で行う



【全室共通:トイレは左右から開くよう工夫されている  
右:個室一例(畳敷きのスペースがある部屋)】

<sup>6</sup> 訪問診療の実施主体について、全国的な傾向として、診療所が88.5%(94万8,728件)、病院が11.5%(12万3,557件)の割合である。平成26年度医療施設調査(厚生労働省)。

ことができる体制となっている。

緩和ケア病棟では、医師が点滴や注射、投薬によって痛みを和らげ、看護師は患者と家族の状況に寄り添いながらケアし、臨床心理士や栄養士などの専門職がチームで支援することで、患者が「自分らしく」過ごせるようなケアが行われている。病棟にはキッチン等が併設され、フロアの各所には花や緑が多く配置されており、ソファベッドのある個室には家族が無料で宿泊もできる。

積極的治療が一段落ついた患者は、日々、病状が変化していくことが多いが、自らのQOLを重視した環境の中で家族らとひとときでも寛いだ時間が過ごせたと実感できるような配慮がなされている。

患者と家族のQOLを重視する緩和ケア病棟の充実には、井田病院に登録し、活動している「病院ボランティア」も大きな役割を果たしている。現在、川崎市民や近隣住民の約100人が登録しており、病院内の各部署で介護、案内、園芸、イベントの手伝い、図書、囲碁・将棋など様々な活動に参加している。

このうち、緩和ケアを担当するボランティアは、基本的なボランティアを経験した後、緩和ケアボランティアに関する研修を受講した後に緩和ケア病棟で活動している。具体的な活動としては、緩和ケア病棟での音楽会やティーサービス、花見や夏祭りなど季節ごとに開催する多様な行事を主催し、あるいは手伝うことで、患者に少しでも充実した時間を過ごしてもらおうとの思いで活動しているという。

【表 3-1 井田病院 緩和ケア病棟基本情報】

病床数	23床	病棟の形式	院内病棟型	設立	平成6年
スタッフ	医師、看護師、看護助手、臨床心理士、薬剤師、栄養士、MSW、リハビリテーション、クラーク、ボランティア、温灸療法士、アロマセラピスト、園芸療法士				
病棟設備	家族室、サンルーム(談話室、ボランティアによるティーサービスがある)、家族用キッチン・ランドリー、公衆電話、一般浴室、介助浴室、喫煙室(患者専用)				
病室	有料個室1:20,520円/日、有料個室3:14,040円/日、無料個室19				

[井田病院資料よりアフターサービス推進室作成]

## (2) 緩和ケア病棟で行う標準治療の世界的な流れを踏まえた緩和ケア

井田病院は緩和ケア病棟における緩和ケアの提供について、世界の標準的治療を確認し、スタンダードな治療を行うことで患者にとって安全かつ安心できるものであることに努めている。

そのようなケアの1つとして、医師、看護師などの医療従事者が行う既存の緩和ケアの他に、副作用の負担を極力少なくした補完代替療法<sup>7</sup>によるケアを提供している。緩和ケア病棟が開設された平成6年から、温灸療法、アロマセラピー、園芸療法によるケアを取り入れており、施療者の温灸療法士、アロマセ

<sup>7</sup> 通常、がんの治療として行われている化学療法や抗がん剤療法などの薬物療法や手術を補ったり、その代わりに行う医療。



ラピスト、園芸療法士については、予算化して配置している。いずれの療法についても、薬剤を使用せずに五感に働きかけることで患者のQOLを高める効果についても期待して実施されている。

また、医療従事者ではない人との会話や関わりは、患者にとって社会とつながる貴重な機会でもあり、患者にとっては施療者とのコミュニケーションも、補完代替療法のケアを楽しみとしている理由の1つであるという。



[温灸療法の機器]

### (3) 緩和ケア病棟における疼痛管理

緩和ケア病棟への入院は、抗がん剤治療などの積極的治療を行わずに、痛みを和らげる疼痛管理を行うための入院や、自宅で過ごすための環境を整えるため、期間を定めた入院などがある。以下に疼痛管理及び在宅療養環境を調整するため、緩和ケア病棟に入院した事例を紹介する。

#### <事例2>

Bさんは、40代の女性で、胃がんの診断を受けた後、積極的治療を行わずに緩和ケアだけを受けようかと思い悩みながらも、少しでも幼い子ども2人と一緒に過ごす時間が増やせるなら、との気持ちから主治医による抗がん剤の治療のため通院し、病状によって一般病棟への入退院を繰り返していた。一般病棟から退院する際には、Bさんが通院しながら自宅で過ごせるよう、主担当の診療科が栄養剤の投与を継続する準備を行い、地域医療部は訪問看護を利用するための手続を行った。

痛みが増強したため緩和ケア病棟に入院し、サポートチームによってモルヒネの注射で痛みを和らげる治療と、併発した腸閉塞の症状である吐き気を改善するオクトレオチドの投与が並行して行われるとともに、一般病棟に入院していたときから継続してきた中心静脈栄養の点滴も実施された。

Bさんは家族と一緒に過ごすために早期に退院することを強く希望し、さらに自宅で療養する姿をできるだけ家族に見せたくないとの思いから、訪問診療ではなく外来への通院を希望していた。Bさんは退院したが、わずか1か月後、倦怠感が増強するとともに病状が進行し、かなり厳しい状態となってしまった。Bさんは「早く家に帰り、外来の通院を継続したい。」と希望したことから、自宅で過ごすための環境に必要な医療面のケアを整えるため、緩和ケア病棟に再入院してきた。自宅で過ごすために、サポートチームが栄

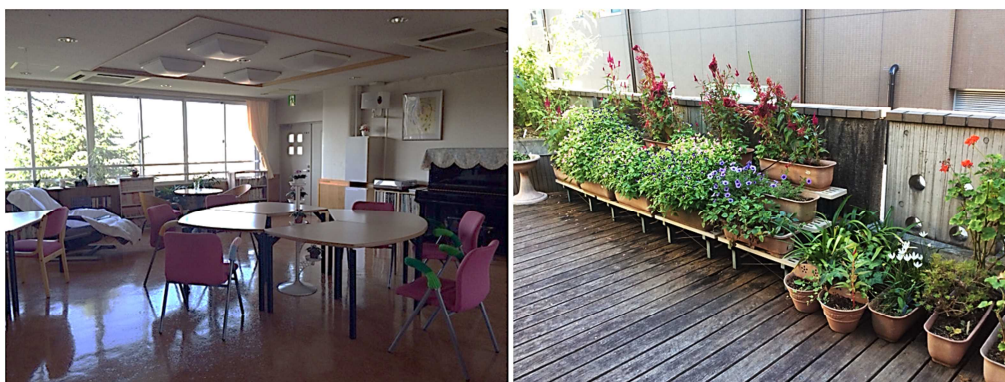
#### Bさんの希望と各部署の対応

- [Bさん]緩和ケアを受診したい⇒<緩和ケア外来>診療
- [Bさん]家族と一緒に過ごしたい⇒<主治医>抗がん剤治療
- [Bさん]痛みを和らげたい  
⇒<サポートチーム>
  - \*モルヒネ注射 \*吐き気止め投与 \*栄養剤投与
- [Bさん]退院したい、自宅で過ごしながらか外来へ通院したい  
⇒<サポートチーム、地域医療部、薬局>
  - \*症状(吐き気)抑制と栄養剤投与の並行実施
- [Bさん]可能な限り自宅で過ごしたい  
⇒<サポートチーム、訪問看護、薬局、在宅支援診療所>
  - \*情報共有 \*薬剤の調整 \*往診

養剤と吐き気止めの薬剤を調整し、モルヒネの調整を行うなどの医療ケアを準備し、訪問看護師が自宅における看護面の支援を行っていた。また薬局と薬剤の調整を進め、Bさんは退院した。

Bさんは家族に見守られながら、亡くなるまで希望していたように自宅で過ごした。

この事例では、痛みを管理するため緩和ケア病棟に入院した上で、「自宅に帰り、家族とできるだけ長く過ごしたい」という願いを実現している。緩和ケア病棟に入院中に、①痛みそのものへのケア、②がんに伴う痛み以外の症状へのケア、③栄養状態を保つための対応が行われ、退院後も入院中のケアが継続されている。



【左：サンルームでは季節ごとの行事が行われる 右：ボランティアの方が手入れする緑のテラス】

## 5 退院に当たっての支援と在宅療養への移行

### (1) 退院に当たっての調整

退院に際しては、患者と家族がどのように過ごしたいと考えているかを確認することが最も重要となる。主に患者を担当する看護師が患者自身の希望を確認し、退院に必要な支援を検討する退院前カンファレンスを行っている。退院前合同カンファレンスでは、担当診療科の医師、看護師、地域医療部の退院調整看護師<sup>8</sup>と医療ソーシャルワーカー（MSW）、ケアマネジャー、訪問看護師、介護職員などが参加して、患者が退院した後の生活状況に関する情報を共有し、必要なリソースとサービスを検討することとしている。

緩和ケアでは病状が急変する可能性の高い事例が多いことから、井田病院では、迅速に対応する点に留意しながら、退院後の環境に応じて、地域の居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、訪問看護ステーション、訪問介護



【地域医療部】

<sup>8</sup> 患者の退院に際して、スムーズに退院が実現するよう院内外の関係者と一緒に退院後の療養環境を調整する。

事業所（介護職員）、在宅療養支援診療所、訪問調剤薬局等とともに退院支援に取り組んでいる。患者と家族を支援する組織が緊密に連絡体制を図ることで、入院中からのケアが継続され、患者と家族の不安が可能な限り払拭された状態のまま自宅や施設で過ごすことが可能となるという。

## （２）在宅療養の準備

井田病院では、緩和ケア病棟から退院した後に、自宅で過ごす方針となった患者と家族に対して、退院調整看護師又はMSWが聴取りをした上で、必要なリソースや利用に関する手続について紹介している。併せて、患者自身も起居動作や歩行訓練などのリハビリに取り組んでもらう。これらの結果、患者はできるだけ長い期間を自宅で自分の力で過ごすことが可能になる。

以下で紹介するのは、がんの末期にある 1 人暮らしの患者が自宅へ帰ることになり、ケアマネジャーや訪問看護に必要な社会資源を準備するとともに患者自身がリハビリを通じて、時間がかかっても日常生活に必要な身体機能を回復することで、在宅療養が実現したという事例である。

### <事例3>

Cさんは 60 代の1人暮らしの女性で、約5年前に乳がんを発症し、後に多発転移していることが判明した。一般病棟に入院後、近隣に住む姉の協力を得て化学療法を続けていたが、状態が悪化し、積極的治療を終了する段階となった。このため一般病棟から緩和ケア病棟に移り、当初は「病院で最期を迎えたい」とのことだった。しかしながら約3か月後、病状が安定したこともあり、Cさんは「自宅へ帰ってみたい」と希望するようになった。

地域医療部がCさん、Cさんの姉と退院後の生活について面談したところ、Cさん本人から自宅での生活について、「訪問診療と訪問看護を導入し、買い物は姉に頼めば家の中は自分で何とかなると思う」との話があった。他方、生活費や医療費の経費について強く懸念されていたことから、地域医療部では介護サービスの利用料金などについても具体的に想定される金額を示し、Cさんの不安の軽減を図った。

一方で地域医療部ではCさんが入院される以前から利用していたケアマネジャーと訪問看護師に連絡を取り、退院後の介護サービスと訪問看護の実施についても準備を進めた。また、Cさん自身がリハビリなどを通じて、自宅の間取りを想定しながら、ベッドから起き上がる動作や歩く動作に必要な訓練を重ね、自分の力でできることを増やしたこともあって、退院準備開始から2か月後、無事に退院することができた。

#### Cさんと各部署の対応

[Cさん]1人暮らしなので自宅へ退院せずに病院で過ごしたい

⇒<緩和ケア病棟>受入

[Cさん]自宅へ帰りたい

⇒<地域連携部署>

\* 経済面の負担について説明 \* 介護サービス利用の案内

<退院調整看護師、ケアマネジャー、訪問看護師>

\* 情報共有 \* 退院準備

退院から5か月後には病状が進行し、在宅療養が困難になり再入院することとなったが、自宅での1人暮らしは、CさんやCさんの姉、医療者が当初想定していたよりも長い期間、実現できた。

この事例では、身体症状の手当や日常生活の動作が不自由なために、一般的には困難とされている1人暮らしの在宅療養が一定期間実現している。在宅療養が可能になった背景には、退院後に自宅で日常生活を送るために、患者が入院時から理学療法士とともにリハビリを続ける体制があったことが大きい。退院後の生活に備えて、入院時から効果的なりハビリを実施した結果、日常生活に必要な身体機能が改善している。

また、患者が入院する以前から利用し、馴染みのあるケアマネジャー、訪問看護師に再び依頼できたことも在宅療養が実現した理由の1つである。ケアマネジャーや訪問看護師は、患者の病状経過、自宅の間取りなどの住居環境を把握しているために、患者が必要としているサービスをスムーズに提供することができたという。

病院から自宅へ帰る際、入院する以前とは心身の状態が変化しており、「果たして自宅で過ごすことができるのだろうか」という不安を患者は抱いていた。リハビリを通じた身体機能の改善、ケアマネジャーや訪問看護師などとともに在宅療養の準備を進める途上で、「自宅で過ごす」ことへの心配を1つずつ解消していった。

## 6 がんサロンの開催

井田病院では、7階の「ほっとサロンいだ」で院内外の患者と家族を対象とした各種のサロン活動が行われている。

その1つ「日本茶を楽しむ会」は、日本茶を飲み、ほっと一息つくことで、病気に伴う悩みや苦しさから、ひとときでも離れることができるといった趣旨で開催されている。井田病院に登録しているボランティアが呼びかけ人となって、毎月2回、病棟の7階にある眺望の良いフロアで開催され、がん患者に



(川崎市立井田病院)

限らず院内外の患者と家族が参加している。車椅子に乗り、あるいは介助者とともに、また、1人で立ち寄り本を読むなど、それぞれが思い思いの時間を過ごしていた。「日本茶を楽しむ」というコンセプトには、男性が参加しやすい、あるいはお茶を飲むという目的が明確なため集まりやすいといった利点もある。

緩和ケアのボランティアをするための研修を受けたスタッフによる温かな対応が、寛ぎやすい雰囲気醸成し、患者と家族が自然体で過ごすことができる空間となっていた。

**【表 6-1 ほっとサロンい家で開催される各種サロン】**

	名称	内容	対象	日時
がん サロン	がんサロン	不安や悩みを参加者同士、スタッフと自由に話す	患者・家族、院内/院外	月2回・木曜 14:00～15:30
	日本茶を楽しむ会	日本茶を飲みながら自由に過ごす	患者・家族、院内/院外	月2回・月曜 14:00～15:00
	ハーブを楽しむ会	ハーブティを香りと共に楽しみ、自由に過ごす	患者・家族、院内/院外	月1回・水曜 14:00～15:00
患者会	ピンクリボンサークル	乳がん患者が体験を語り合う	乳がん患者・家族、院内/院外	月1回・木曜 14:00～16:00
ピア サポート	ピアサポートいだ	患者と家族がお茶を飲み、リラックスしながらピアボランティアと話す	患者・家族、院内/院外	毎週金曜 13:00～16:00
	患者力を考える会	適切な医療を受けるために必要な情報収集の方法や医療従事者とのコミュニケーションなどについて話し合う	患者・家族、院内/院外	月1回・火曜 14:00～16:00

[井田病院資料よりアフターサービス推進室作成]

## 7 井田病院の取組に関するまとめ

井田病院では、地域の中核病院としての立地を活かし、院内及び地域における緩和ケア提供体制の構築を進めている。サポートチームと緩和ケア外来は、患者の病状に応じて、がんそのものの治療と緩和ケアを緩和ケア併診という形態で実施し、患者の状態にフレキシブルに対応する体制をとっている。

入院患者のため、緩和ケア病棟では患者が家族とともに過ごしやすい空間をつくるのが意識されるとともに、ボランティアによる多様なサービスを提供する人的な投資も進められている。退院に際しては、かわさき総合ケアセンター内の在宅療養を担当する各事業所や地域の医療機関及び介護事業所が、患者と家族が希望する場所で可能な限り痛みから解放された療養が実現できるよう連携している。

井田病院では、院内の緩和ケア診療科と緩和ケア病棟を含めたかわさき総合ケアセンターと地域のリソースが連携しながら、患者と家族の希望に応じた病院と在宅における一体的な緩和ケアを提供しているところに特徴がある。

### 3 聖隷三方原病院における取組

#### 取組の特徴

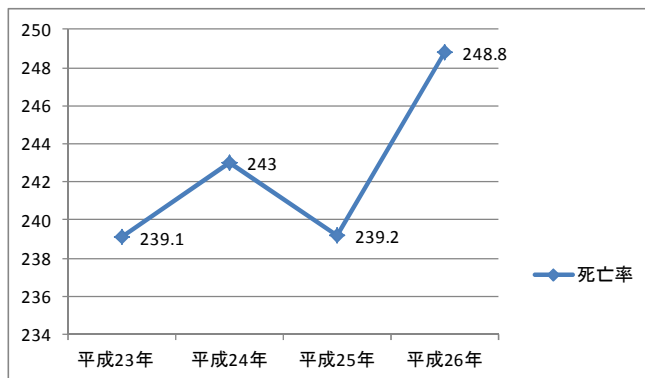
- 患者の治療と療養への不安や悩みに寄り添うがん看護外来を設置し、がんの告知がなされた時点からがん看護専門看護師やがんの各認定看護師が専門知識を活かして対応。
- 患者の苦痛の緩和と生活機能の改善のため、患者と家族の心理的なつらさに対応する精神科医と臨床心理士が複数配置されている緩和ケアチームが病院内の医療チームと協力しながら支援。
- よろず相談地域支援室が中心となって入院などの早期から退院後の療養環境づくりを始めるとともに、退院後に自宅で行える医療対応を明記した退院シートを患者と家族に配布。

#### 1 浜松市及び聖隷三方原病院の概要

浜松市は、静岡県南西部に位置し、人口約79万人を擁する政令指定都市である。市全体の高齢化率は25.6%であり、市内7区のうち、最も低い東区では24.0%、最も高い天竜区は山間部のため、41.0%と突出して高い割合となっている。市内におけるがんの死亡率は、表1-1の通り、平成23年から平成25年にかけて多少の増減を経て、平成26年は増加した。

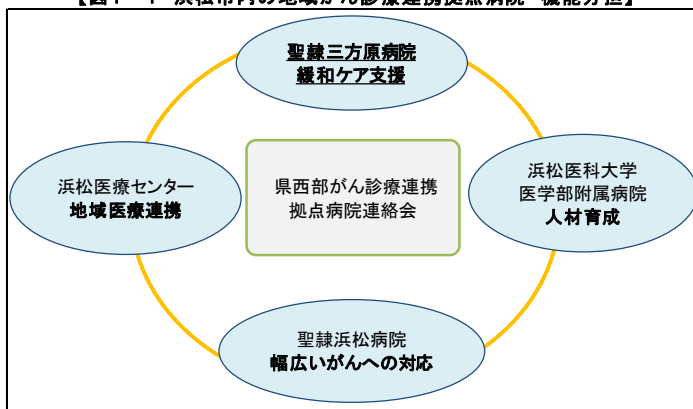
浜松市内には、地域がん診療連携拠点病院<sup>1</sup>が4病院あり、各病院の特性に応じて、がん医療を推進している。そのうちの1つ、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院（以下「聖隷三方原病院」という。）は、充実した緩和ケア支援を特徴としている。4病院のうち唯一、緩和ケア病棟「聖隷ホスピ

【表1-1 浜松市のがんによる死亡率(人口10万対)】



出典:「浜松市統計書(平成24年版～平成27年版)」(浜松市)よりアフターサービス推進室作成

【図1-1 浜松市内の地域がん診療連携拠点病院 機能分担】



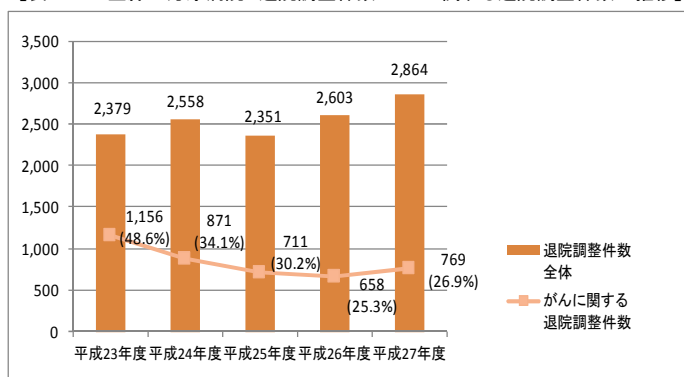
出典:「浜松市がん対策推進計画」(浜松市)よりアフターサービス推進室作成

<sup>1</sup> がん診療連携拠点病院は全国で均しく専門的な質の高いがん医療を提供するため、がん診療の連携体制構築、患者と家族の相談支援と情報提供を行う。地域がん診療連携拠点病院は、地域ごとに必要な病床数を考慮して規定される二次医療圏内に指定される。

ス」を設置しており<sup>2</sup>、また、平成 20 年度から平成 22 年度にかけて行われた O P T I Mプロジェクト<sup>3</sup>に参加し、緩和ケアの地域介入を先進的に実施するなど浜松地域の緩和ケア分野を牽引してきた。

同病院は、静岡県下で最大病床数である 934 床を有し、浜松市北西部の中核病院として急性期の高度医療を推進するとともに、医療型障害児入所施設などを通じて慢性期医療を担い、地域住民が必要とする幅広い医療サービスを提供している。聖隷三方原病院における、患者が退院した後の治療と療養の環境を準備する退院調整件数は、平成 25 年度以降一定の割合で増加傾向にあり、そのうち、がんに関する退院調整件数の割合は、平成 23 年度には約半数に上っていたが、以降、緩やかな減少にあり平成 27 年度には 26.9%となっている。

【表1-2 聖隷三方原病院 退院調整件数・がんに関する退院調整件数の推移】



出典：聖隷三方原病院資料よりアフターサービス推進室作成

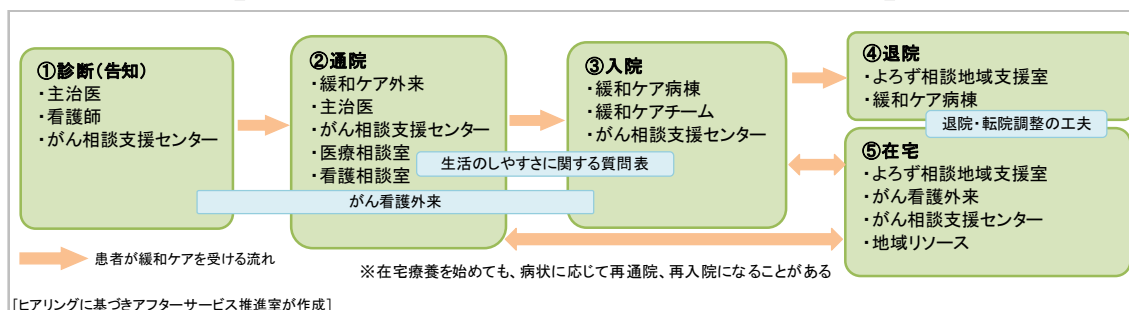


【聖隷三方原病院(病院パンフレットより転載)】

### 【聖隷三方原病院の緩和ケアにおける患者と家族への関わり】

・患者と家族に主として関わる院内の部署と窓口は、患者の状態（①診断～⑤在宅）に応じて移行する。患者の病状などの情報は、主に看護師から各部署と窓口の担当者に伝えられ、情報が共有されている。

### 【図 1-1 聖隷三方原病院の緩和ケア提供体制】



<sup>2</sup> 聖隷ホスピスは、昭和 56 年に日本国内で初めての院内独立型ホスピスとして誕生した。

<sup>3</sup> 「Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model」の略。厚生労働科学研究費補助金第 3 次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」において、がん緩和ケアの地域介入プログラムの実践研究が行われた。浜松市は対象地域の 1 つで、聖隷三方原病院はプロジェクトの拠点病院として参加した。

・聖隷三方原病院の緩和ケアチームは、主に緩和ケア外来に通院中の患者、一般病棟に入院中の患者を対象としている。関わりの流れとしては、患者を担当する主治医と看護師から緩和ケアチームへ依頼があり、チームの医師と看護師が患者を診療し、症状に応じてチームの各職種が対応している。

・聖隷三方原病院の各診療科では、②通院と③入院の状態にある患者が、どこにどのような痛みを感じているかを把握するために「生活のしやすさに関する質問票」を用いている。患者が記入した質問票に基づいて外来の看護師が問診を行い、主担当の医師による対応へつなげ、痛みへの対処が適切に行われる仕組みを作っている。

・よろず相談地域支援室には、患者と家族の相談を解決するための各種窓口（がん相談支援センター、看護相談室、医療相談室等）が設置されており、①診断から⑤在宅の状態にある患者と家族の広範な相談支援を行っている。

## 2 告知直後からの相談支援

がんの緩和ケアにおいては、がんと診断されたときから身体的、社会的な痛みへ対処することが必要だが、早期からの緩和ケアは未だ十分に提供されているとは言い難い状況にある。そのような中で聖隷三方原病院では、がんと診断、告知されてから、専門的な相談を受ける窓口として「がん看護外来」を設置している。患者や家族からの相談には、がんと診断された事実を受けとめられないという動揺や薬剤の副作用への不安、医師から説明を受けた際の難しい医療用語を分かりやすく教えて欲しいといった要望などがある。相談に当たるのは緩和ケアに関しては緩和ケア認定看護師、化学療法についてはがん化学療法看護認定看護師といったように、相談内容に応じて院内に

がんと診断された患者さま  
がんの治療を受けられる患者さま

当院は「がん診療連携拠点病院」です。  
「がん診療連携拠点病院」には、がんの診断をうけた患者様、治療をうける患者様をサポートするさまざまな体制があります。

「がん看護外来」を活用してください

～こんな悩みにそれぞれ専門の看護師が相談に応じます～

- がん治療についての情報が知りたい。
- 副作用が心配。副作用が辛い。
- 医師から受けた説明に関する補足をして欲しい。
- 今後どのように方針を決めたらいいのかわからない。
- 告知を受けてから自分の気持ちの整理がつかない。この気持ちをどうしたらいいの？
- 親ががんになった時、子どもとどう向き合えばいいか？どう伝えるか、伝えないか？

※希望される方は各診療科の看護師に声をかけてください。  
（健康保険の適用になる「がん指導管理科」が発生する場合があります）

【がん看護外来のリーフレット】

所属するがん看護専門看護師や各専門に特化した認定看護師が対応し、患者と家族の不安や心配に対して専門的な知識に裏打ちしながらも寄り添う役割を担っているという。

がん看護外来で受ける相談内容に応じて、相談員である看護師が判断した上で、緩和ケアチームに支援を引き継ぐこともある。がん患者の家族から、「10代の子どもが親のがんを知り、急に泣き出したり、ふさぎ込んだりするなど精神的に不安定な状態がみられるようになってしまった。」という相談があったときには、緩和ケアチームの臨床心理士が同席し、子どもへの説明や対処の方法に



ついて相談者へ直接アドバイスするなど、相談内容に応じて院内の専門家と迅速に連携を図るようにした事例もあった。このように聖隷三方原病院では、がん看護外来を設置することで、患者と家族からの相談に対して、それぞれ専門の職種が幅広く対応できる仕組みができあがっている。

### 3 緩和ケアチームの取組

#### (1) 患者・家族のニーズに応じた支援

聖隷三方原病院の緩和ケアチームは、緩和支援診療科に属している。緩和ケアチームは、がん以外に罹患している患者を含む各診療科の外来に通院中の患者と一般病棟に入院している患者を担当している。通院中の患者の中には、数年に渡って長期間通院している者や、家族をがんで亡くし心理面のケアを受けるために通院している者もある。このように時間の経過や関係の変化に即した関わりを継続していくため、患者・家族と緩和ケアチームの間に信頼関係が構築されていることが必須である。聖隷三方原病院の緩和ケアでは、この点を重視しているとのことである。

【表 3-1 聖隷三方原病院 緩和ケアチームへの依頼件数とチームの構成】

年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
依頼件数	200	147	143	164	255
スタッフ	身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師、ペインクリニック、看護師、薬剤師、臨床心理士、MSW				

[聖隷三方原病院資料よりアフターサービス推進室作成]

がんの患者の中には、治療には多大な費用がかかるのではないかと心配している場合が多い。実際に経済的・社会的な問題を抱えているために、痛みの緩和や治療に専念することが難しい状況にあるとの相談も寄せられる。そうした際には医療ソーシャルワーカー（以下「MSW」という。）が診療に同席し、がんの種別毎の治療法、治療期間などを踏まえて具体的に予想される費用を伝えて、先行きの不透明感を可能な限り減少させ、がんの治療や療養をためらっている患者が少しでも治療に踏み出しやすくなるように支援しているとのことである。

緩和ケア外来は緩和ケアチームに所属する緩和支援診療科の医師が担当しており、主診療科に通院しながら、心身両面の苦痛を和らげたいと希望する患者を診療している。

【表 3-2 聖隷三方原病院 緩和ケア外来の基本情報】

診療曜日・時間	火曜～金曜:14時～15時、終日オンコールでも対応
スタッフ	緩和支援診療医

[聖隷三方原病院資料よりアフターサービス推進室作成]

緩和支持治療科の医師は、このような通常の外来の患者の診療に加えて、24時間のオンコールにも対応し、院内外の患者と家族から寄せられる緊急の痛みについても対応している。退院する患者と家族にとっては、終日のオンコール対応は、在宅療養に踏み出していく上で、非常に心強い存在である。

## （２）精神面の支援を含む緩和ケア

がんの患者における精神症状としては、うつ、不眠、適応障害、せん妄、化学療法後の不安症状などがあり、聖隷三方原病院の緩和ケアチームではこうした症状に対応するため精神科の医師を2人、臨床心理士を1人配置している。

精神科の医師は主として薬物療法を用いて緩和ケアを行うのに対して、臨床心理士はカウンセリングを用いて精神面の緩和を図ることとしている。

以下では、緩和ケアチームに所属する精神科医師が担当した事例を紹介する。

### ＜事例1＞

Aさんは50代の女性で、消化器系のがんを患い、告知直後から極度の不安感や不眠に見舞われ、食事をとることも困難であった。聖隷三方原病院で腫瘍を切除する手術を受け、根治が期待できる状態となっても前述の問題が改善しなかったため、術後の補助化学療法も中断せざるを得なくなっていた。

Aさんは近隣の精神科を受診していたが、処方された薬剤の影響によるのではないかと疑われる意識障害や歩行障害が現れたので、手術を担当した主治医による依頼を受けて緩和ケアチームの精神科医師が、看護師、薬剤師の立ち会いの下Aさんを診察した。診察の結果、がんの告知を原因とする適応障害と診断され、再度入院して薬剤の投与による意識障害の改善を図るとともに筋力の回復リハビリを行った結果、日常生活に支障がない状態となったので退院した。

その後、Aさんは緩和ケア外来に通院しながら投薬を中心とした治療を受けていたが、次第に食事の際に飲み込みづらい状態に戻ってしまい、食事をとることが難しくなりました。また、緊張が高まると極度のふるえが見られるようにもなった。同居しているAさんの夫にも介護による疲労が溜まり、このままではAさんが在宅生活を続けていくことが難しくなってきたので、再入院して支障なく日常生活を送れるようになるための治療を受けることになった。

Aさんのがんは医学的に根治の状態にあったので、入院は専ら自宅での日常生活を送る機能回復のために行われた。院内の歯科に属する嚥下チームがAさんの口腔内を診察して、食事を取るためのリハビリを行うとともに、理学療法士の指導を受けて筋力を

#### Aさんの希望と各部署の対応

[Aさん]1回目の入院

消化器系のがんを患う⇒〈担当主治医〉腫瘍を切除

告知直後からの不安感、食事の不摂食⇒〈緩和ケアチーム〉診療

\*投薬 \*リハビリを実施

[Aさん]再入院

日常生活の機能を取り戻したい

⇒〈嚥下チーム〉摂食リハビリの実施

〈緩和ケアチーム〉

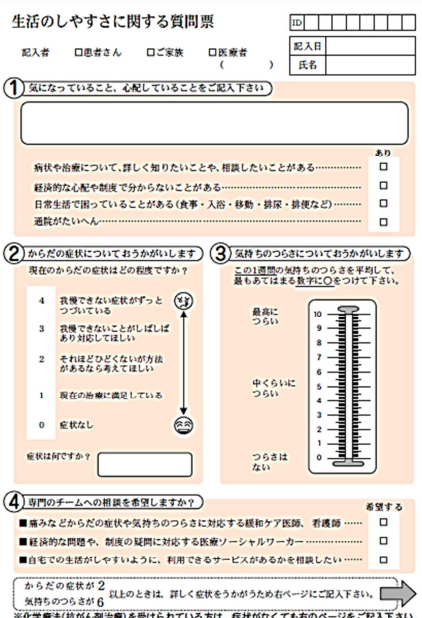
\*投薬 \*筋力回復リハビリ(理学療法士)

回復するためのリハビリに並行して取り組んだ結果、徐々に食事や歩行の状態も改善されてきた。訪問看護ステーションや訪問リハビリを導入すれば退院できる状態まで回復したため、退院前カンファレンスが行われてAさんの退院が認められ、自宅での療養を始めることになった。

この事例では、がんの告知を受けた直後から、強い不安感や不眠、食事がとれない状態が続いていた患者に、緩和ケアチームが投薬やカウンセリングで精神面に対するケアを行っている。患者には極度の精神的な不安定感が重なり、処方された薬剤が適切でなかったこともあって日常生活の動作が不自由な状態となっていた。緩和ケアチームが嚥下チーム<sup>4</sup>にも支援を依頼し、食べることに不自由を感じないようになるための摂食リハビリと筋力を回復するためのリハビリを並行して行うなど院内の各チームが患者に精神面に対するケアと身体機能の改善のための取組を集中的に行った結果、患者が自宅で生活できる状態に回復するという効果が得られたものである。

### (3)「生活のしやすさ」で測る苦痛のスクリーニング

緩和ケアは、患者はどこにどのような痛みを抱えているかを把握することから始まる。この患者の痛みをアセスメントするために、聖隷三方原病院の緩和ケアチームでは、「生活のしやすさに関する質問票」を用いている。同質問票は、[からだの症状]や[気持ちのつらさ]について、患者に数値を示してもらうことで、医療スタッフが患者の状態を把握し、早期に適切な対応を行うための



**生活のしやすさに関する質問票**

記入者 患者さん ご家族 医療者

記入日

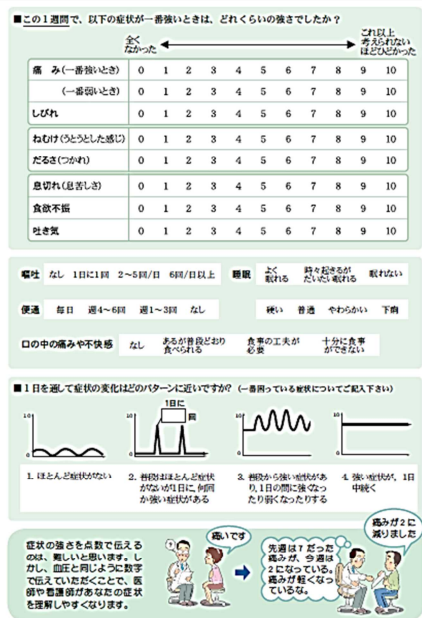
氏名

1 気になっていること、心配していることをご記入下さい

2 からだの症状についておうかがいします

3 気持ちのつらさについておうかがいします

4 専門のチームへの相談を希望しますか



■この1週間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか？

痛み(一番強いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(一番弱いとき)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
むげけ(うとうとした感じ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(つかれ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ(話苦しさ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10


嘔吐 なし 1日に1回 2-5回/日 6回/日以上 頻回 よく嘔吐する 嘔吐がひどい

便秘 毎日 週4-6回 週1-3回 なし 軽い 普通 やわらかい 下痢

口の中の痛みや不快感 なし あるが普段どおり 食事の工夫が必要 十分に食事できない

■1日を通して症状の変化はどのパターンに近いですか？ (一番当てはまる数字についてご記入下さい)

1.ほとんど症状がない 2.朝やお昼に強い症状がある 3.朝からお昼に強い症状がある 4.夜に強い症状がある



【左:「生活のしやすさに関する質問票」  
右: 外来の待合で患者に記入してもらう】

4 聖隷三方原病院の嚥下チームは基本的に外来診療を行わず、入院患者の歯科治療や口腔ケアを行っている。

ツールである。このような患者に痛みの程度を表出してもらう測定方法は、「苦痛のスクリーニング」とも呼ばれ、がん診療連携拠点病院で実施されている。

聖隷三方原病院では、外来の初診時あるいは病棟に入院した以降は定期的に苦痛のスクリーニングを実施し、継続的な痛みへの対応を図っているという。

「生活のしやすさに関する質問票」は、①院内の各診療科の外来又は病棟で患者自身に記入してもらう、②質問票を基に外来あるいは病棟の看護師が患者に問診をする、③問診の内容を医師へ伝え、医師が診療する際に質問票を用いて患者を診療する、という手順で使用されている。さらに、緩和ケアチームの看護師により痛みの表出へ適切に対応がなされているかをダブルチェックする仕組みを作り、フォローアップが行われているかを確認している。

患者にとっては質問票に記入する過程を経験することで、自身が「自分はこのような痛みを抱えていた」ことを医療スタッフに理解してもらうきっかけにもなり、問診では直接伝えづらいような痛みや違和感についても伝えることが可能となるものである。

## 4 入院時の緩和ケア体制

### (1) チームによる早期からの緩和ケア

入院患者への緩和ケアについては、一般病棟に入院している患者の痛みがひどくなった場合には主治医の依頼に基づき緩和ケアチームによる対応が行われている。緩和ケアチームでは、チームの医師が看護師とともに患者の病室に診察に行き、症状に応じてチームの各職種が様々な医療ケアを行う。身体症状の緩和を担当する医師と精神症状の緩和に携わる医師、専従の看護師が中心となって、治療の初期段階から緩和ケアに当たることを基本としている。

以下に、がんが疑われる患者が検査入院をした早期の時点から、緩和ケアチームが支援した事例を紹介する。

#### <事例2>

Bさんは50代の男性で、右の胸部から肩甲骨周辺に激痛があり、腕から指先にかけてしびれを伴う極度の痛みがあったため、夜間も満足に睡眠がとれていない状態だった。一般病棟に検査入院して、原因疾患についての検査をした後に緩和ケアチームの医師がBさんを診察したところ、Bさんは苦悶の表情を浮かべており、家族も今後への不安を強く感じている様子だった。検査入院は1泊2日の予定で緩和ケアチームが対処できる時間

Bさん、家族の希望と各部署の対応  
[Bさん、家族]身体各部の強烈的な痛みの原因を知りたい  
⇒<主担当科>入院による検査  
[Bさん、家族]痛みを和らげたい  
⇒<緩和ケアチーム>  
\*鎮痛薬の処方 \*薬剤、今後の状態の説明  
[Bさん]治療のため1か月半入院  
⇒<主治医>放射線治療、化学療法  
⇒<緩和ケアチーム>  
\*薬剤処方 \*Bさん、家族へ副作用の説明  
\*家族による持込食の検討と協力を依頼

も限られていたことから、主として抗炎症薬や補助薬、オピオイドの処方などの投薬で痛みを和らげるとともに、Bさんと家族に対して緩和ケアチームから自宅に帰ってからの薬剤の使用法について説明した。また、家族は強い不安で動揺もしていたので、別室で同チームの看護師が家族に対して、Bさんの症状や予測される事態についてのより詳しい情報を伝え疑問に答えた。

Bさんは検査の結果、肺がんに伴う神経浸潤と診断され、主治医の下で放射線治療と化学療法を受けるため1か月半入院することになった。緩和ケアチームでは、放射線治療の際に体位を保持するための薬剤や排便コントロールのための薬剤を処方した。Bさんと家族は薬剤の副作用について強く心配していたので、緩和ケアチームは投薬によって低減できる痛みや副作用の恐れがないことなどについて丁寧に説明した。

Bさんは肺がんの治療を開始するために栄養状態を保つ必要があったが、食事を充分にとれない状態であったため、栄養士とがん放射線療法看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師がBさん、家族と一緒に少しでも食べられる工夫ができないか話し合った。入院中は家族がBさんの食べやすいメニューで作って病室まで届けることで、Bさんは少しずつ食べられるようになった。Bさんは退院した後も、担当診療科への通院と並行して緩和ケア外来にも通院し、痛みを軽減するための投薬を受けながら在宅療養を継続している。

この事例では、「患者と家族が感じている痛みへの対処」とともに「がんの治療に必要な体力を維持するための対処」も取り組まれている。患者が感じている痛みを引き起こされる心理的な苦痛として、家族は強い不安感を抱いていたことから、看護師が丁寧に説明し、患者の病状に伴う状態が具体的にイメージできるようにして初めて家族の不安も軽減できたといえよう。

他方、がんを治療するための身体面の準備として、家族も協力することが、患者が力を得るきっかけとなっている。患者の状態や希望を踏まえた医療スタッフと家族の献身的な対応が積極的治療を補助するものとして働き、がんの治療と緩和ケアの並行が効果を上げている。

## （２）緩和ケア病棟「聖隷ホスピス」の取組

聖隷三方原病院の緩和ケア病棟「聖隷ホスピス」は、昭和56年に日本国内で初めて開設されたホスピスである。結核病棟の一部を改築して設置されてから、数度の増改築を経て、現在、院内独立型のホスピスとして27床を有している。

聖隷三方原病院が設立された経緯は、結核を病み貧しい境遇で亡くなった青年のために、昭和5年に数人のクリスチャンの青年が病舎を建設し、浜松地域の結核患者を収容し、保護した事業に端を発している。当時の建設理念は現在にも受け継がれており、「あなたの隣人をあなた自身のように愛せよ」という聖

書のことばにある隣人愛が基本理念となっている。ホスピスに併設されている礼拝堂は、季節の行事やコンサートを始めとするイベントが行われる患者と家族がホスピスの生活での楽しみを見出す場所であるとともに、祈りを通じて心の平穏を得る場所ともなっている。その空間は、聖隷ホスピスで過ごす人々の精神的な拠りどころとなっていることが感じられる。

【表 4-1 聖隷三方原病院の緩和ケア病棟基本情報】

病床数	27床	病棟の形式	院内独立型	設立	昭和58年
スタッフ	医師、看護師、緩和ケア認定看護師、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、看護補助者、病棟事務、チャプレン				
病棟設備	談話室、礼拝堂(礼拝以外にコンサート会場、季節の行事、お別れ会の会場として利用)、面談室、ファミリーキッチン、ランドリー、家族室3部屋、家族用浴室、一般浴室、介護浴室、休憩コーナー(病棟内5か所)、庭園、ホスピス用玄関、温水床暖房				
病室	全室無料				

[聖隷三方原病院資料よりアフターサービス推進室作成]

聖隷ホスピスには、抗がん剤などの化学療法を行わずに緩和ケアを望む患者や療養するための長期的な入院や症状のコントロールを目的とした短期間の入院、抗がん剤治療の狭間の療養を目的とした入院など、様々な態様の入院に対応している。土、日、祝日には、ホスピスの緩和ケア医師が全ての病棟と外来における患者の痛みに対応している。

病棟は全室が個室となっており、起床や就寝の時間については療養の状態に応じて患者に決めてもらい、医師との相談を踏まえた上で飲酒と喫煙も可能である。聖隷ホスピスでは、患者が自分の時間を過ごすために必要と感じていることやそれぞれの想いを大切にしながら、そこでの生活を送ることができるよう支援しているとのことである。



【聖隷ホスピスの談話室】

## 5 退院時の支援

### (1) 患者が早期に退院後の生活を始めるための工夫

聖隷三方原病院では、退院時の支援や退院先に係る手続をよろず相談地域支援室（以下「地域支援室」という。）で引き受けている。地域支援室の業務は、聖隷三方原病院の前身である聖隷保養農園附属病院が開設した昭和20年代から取り組まれており、非常に長い年月に渡ってノウハウが蓄積されてきたという。そのような蓄積の1つとして、地域支援室には表5-1のとおり「がん相談支援センター」、「看護相談室」、「医療相談室」など患者と家族の相談内容に応じ

た各種窓口が設置されている。

【表 5-1 よろず相談地域支援室 各窓口】

がん相談支援センター	治療や療養に関する経済的な不安や、告知による精神的なショックを受けた場合に、治療費などの具体的な経費、療養の見通し、セカンドオピニオンなど、患者と家族の心配や疑問に対して情報提供している。
看護相談室	看護師が相談員として対応し、窓口におけるがん全般の専門的な対応に加え、がんの治療やセカンドオピニオン、在宅療養における介護導入に関する相談を受けている。
医療相談室	医療ソーシャルワーカーが相談員として対応し、医療費などの経済的な心配事や福祉制度の案内、他施設への転院や入所の相談も受けている。 「精神保健福祉相談室」(併設)では精神科ソーシャルワーカーが精神科に関する相談を受けている。
地域医療連携室	地域の医療機関から紹介状を持参した際に受診の予約をする窓口となっている。
認知症専門相談窓口	認知症に関する受診や介護、対応についての相談を受けている。



【聖隷三方原病院資料よりアフターサービス推進室作成】

地域支援室では、患者が可能な限り早期に退院して自宅に復帰し、あるいは施設に移るための仕組みづくりとして、退院後の生活をスムーズに始められるよう入院の早い時点から退院のための準備が行われている。

退院のための準備として、患者の入院後3日以内に、患者が退院していく際の病状や状態を想定して医療的な対応や介護サービスを抽出し、できるだけ早い段階から手続も始めることとしている。このような対応を行うことで、退院後の環境に必要なリソースや関係する職種の確保にかかる時間が短縮され、結果として患者が病院で受けていたケアが途切れることなく、退院先でも実現されるようになることである。

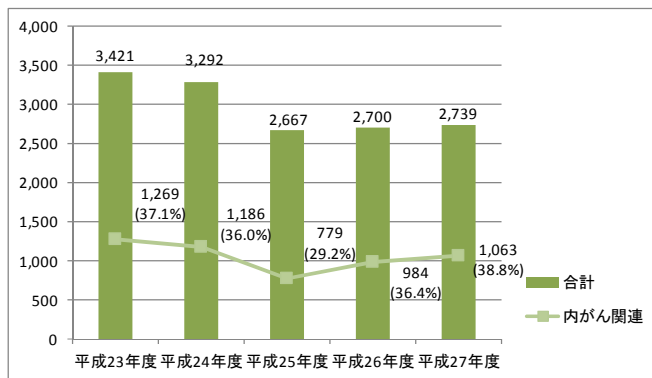
【表 5-2 聖隷三方原病院 がん相談支援センターの基本情報】

スタッフ	看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、ソーシャルワーカー					
受付時間	月曜～金曜：8時半～17時		土曜：8時半～12時15分		対面相談	予約不要
相談件数	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	
	3,430	4,407	3,661	4,273	4,269	
うち地域(他の医療機関等)の患者・家族・一般の方からの相談	856	964	810	806	810	

【聖隷三方原病院資料よりアフターサービス推進室作成】

看護相談室では、前述したがん看護外来とは異なり、セカンドオピニオンやがんに関する情報を含め、がん全般に関する相談を幅広く受け付けている。同室への相談件数は全体的には減少傾向にあるが、そのうちがんに関連した相談は、概ね4割近い状況となっている。

【表 5-3 看護相談室の相談件数及びがんに関する件数】



【聖隷三方原病院資料よりアフターサービス推進室作成】

## （２）退院・転院する際に患者と家族のイメージを重視する取組

退院又は転院を具体的に進めるに当たっては、一般的に患者に何が必要か、どのような支援をするかという方針を固めることが重要である。聖隷三方原病院の相談室では、患者が他の病院に転院又は施設に退院する場合に、図5-1で示したとおり患者と家族へのアセスメントで重視している事項がある。特に患者と家族が退院後の生活をどのようにイメージしているのかという点はチェック項目として必須である。

さらに、退院・転院の支援に関わるスタッフが常に「患者と家族がどうしたいのか」を意識することは、退院後のイメージを患者と共有しながら支援を続けることに他ならない。

聖隷三方原病院でのこれまでの具体的な転院先の中には西表島や青森県など非常に遠方の病院であった事例もあるが、転院先の病院の状況のみならず、生活を含めた療養環境がイメージできるような情報についても問い合わせ、患者に伝えることができるよう努めているとのことである。

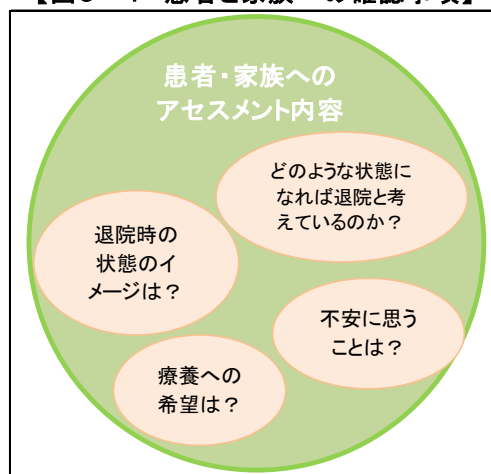
以下は、積極的治療を終えた患者が緩和ケアへ移行することとなり、患者と家族が希望する療養環境を踏まえた転院先を探すことになった事例である。

### <事例3>

Cさんは70代の女性で、腎盂がんを患っており、聖隷三方原病院の一般病棟で化学療法や放射線治療を行っていたが、病状が進行し、肝臓や骨に転移してしまった。主治医から今後は治療ではなく緩和ケアを中心とするとの説明を受けたため、Cさんと夫は今後の療養先について相談したいとがん相談支援センターに来た。Cさん達は2人暮らしであったが、夫が介護することは難しく、主治医からは院内の緩和ケア病棟へ移ることを勧められていた。Cさん夫婦の希望は、親族や友人が見舞いに来やすい自宅近辺の病院が良いということであったので、がん相談支援センターの相談員は近隣の療養型病院への転院の可否について問い合わせるとともに必要書類も準備した。

その結果Cさんは希望していたとおり、療養型病院へ転院することができ、近しい人たちの見舞いを受けながら穏やかに過ごすこととなった。

【図5-1 患者と家族への確認事項】



〔聖隷三方原病院の資料に基づきアフターサービス推進室作成〕

Cさん、家族の希望とがん相談支援センターの対応  
 [Cさん、家族]自宅近くの療養型病院へ転院したい  
 ⇒がん相談支援センター>  
 \* 近隣の療養型病院へ転院受け入れを問い合わせ  
 \* 診療情報提供書等必要書類を作成



この事例では、がんが末期の状態にある患者が、退院後は緩和ケアが中心となるという方針の下、患者自身と家族の希望である自宅の近隣という条件に叶う病院への転院が実現された。緩和ケアを実施している療養型の病院という点や退院を予定する時期の受入は可能か、などの条件についても見定め、がん相談支援センターを含む地域支援室では必要な手続きを行っている。

患者と家族は退院が決まった時点で、入院前と変化した病状や体調に適合した治療・療養方針の下で「退院後はどこでどのように過ごすか」を決めなくてはならない。地域支援室では、退院するに当たって医療・介護面で必要とされる条件に関する情報を整理するとともに、患者と家族自身が療養に望むものは何かを踏まえ、症状と病状の変化を予測しながら患者と家族が療養先を決定できるように様々な調整を行っている。



【「うちへ帰ろう 在宅医療お助けブック」(浜松市医師会作成)：病院で行っていた処置を在宅で継続するための手引き】

## 6 患者と家族が在宅医療へ移行するための工夫

退院後に在宅で過ごすことが決まった患者に係る手続は、主として地域支援室のスタッフがを行っている。入院中の患者の元へ看護師が赴き、退院に関する流れとともに「うちへ帰ろう 在宅医療お助けブック」(一般社団法人 浜松市医師会編集)を用いて、在宅の療養に必要なリソースや手続について説明している。退院後に自宅で家族が担当することができる医療的な処置や介護の方法などがあれば、退院するまでに看護師やケアマネジャーなどの専門職が家族にレクチャーを実施し、必要な技術や知識を習得してもらっている。

聖隷三方原病院では療養中に予測される心配ごとに関する医療的な対応を明示した「退院シート」を作成し、在宅で療養する患者と家族に対して配布している。「退院シート」では、投薬の詳細な方法や介護サービスの利用を検討する

タイミングなどが説明されており、医師が内容を必ず確認した上で患者に配布している。患者と家族は、受け取った退院シートを自宅のベッドサイドなどの日常的に見やすい場所に貼っておくことが多いという。

在宅療養においては、訪問看護ステーションや在宅療養支援診療所などの機関がサポートする体制を築いていることも多いが、例えば、患者の症状に関するちょっとした変化など、家族がそうした機関に問い合わせをするか迷ってしまうこともある。同シートがあれば、まずはどのような対応をとれば良いかが直ちに分かる。これまで診療を受けてきた医療機関による信頼できるツールがあることは、患者とその家族にとって在宅療養を行う上で大変心強く感じられるのではないかな。

退院シート 患者さん・ご家族用	
<p>■ご自宅でおこりうること 心配していること</p> <p>痛みが強くなったとき</p> <p>＜記入のポイント＞ 1. どのくらいの時間、症状を我慢すれば次の薬剤を使用できるのか明確に記載する 2. どうしたら何処に連絡するのか明確に記載する</p> <p>定期的下剤を飲んでも便秘が続くとき</p> <p>下痢になったとき</p> <p>トイレに行くのが大変になったとき</p>	<p>■このように対応しましょう</p> <p>① オキノーム散 2.5mg2 包内服してください。 ② 1 時間経過して軽減しないときはもう 2 包内服してください。 ③ その後 1 時間経過しても良くならないときはもう 2 包内服してください。 ④ その後 1 時間経過後も痛みが続くときは、病院に電話してから受診してください。</p> <p>① 眼前にプルセニドを 1 錠内服してください。 ② 翌日排便がなかったときは、眼前にラクソベロン 10 滴を内服してください。</p> <p>マグミットを中止してください。下痢が落ち着いたら、マグミットを再開してください。下痢が 2 日以上続くようなら病院に電話してから受診してください。</p> <p>ケアマネジャーに連絡して、ポータルトイレの購入や手すりの設置などを相談しましょう。</p>
<p>連絡先</p> <p>日 中 4 3 6 - 1 2 5 1 (〇〇科外来) 夜間・休日 4 3 6 - 1 2 5 1 (救急外来)</p>	
<p>お薬</p> <p>便秘時 プルセニド 1 錠 ラクソベロン 10 滴</p> <p>疼痛時 オキノーム散 2.5mg 1 包</p>	
<p>その他</p>	
<p>記載日：2013 年 1 月 10 日 記載者：◇◇◇◇</p>	

【退院シート】

【病気や生活について】

■ご自宅でおこりうること  
心配していること

例：痛みがつよくなったとき

■このように対応しましょう

例：①オキノーム散2.5mg2包内服してください。

②1時間経過して軽減しないときはもう2包内服してください。

③その後1時間経過しても良くならないときはもう2包内服してください。

④その後1時間経過後も痛みが続くときは、病院に電話してから受診してください。

【連絡先】

日中 123-4567(〇〇科外来)

夜間・休日 234-5678(救急外来)

【お薬】

便秘時 プルセニド1錠

ラクソベロン10滴

疼痛時 オキノーム散2.5mg 1包

7 がん患者サロン「じゃがいも」の取組

聖隷三方原病院のがん患者サロン「じゃがいも」は、平成 22 年の開始以来、約 7 年間にわたり定期的に毎月 1 回開催されており、がんの患者が集まって自然体でおしゃべりできる場となって

【表7-1 サロンじゃがいも 参加者の声】

・思っていることが少し言えて、うれしいです。
・次回も参加させていただきたいです。
・ありがとう。大変うれしかったです。
・他の方のお話を聞ける貴重な時間だと思っておりますので、時間が合えばまた参加したいと思います。

〔聖隷三方原病院資料よりアフターサービス推進室作成〕

いる。「じゃがいも」という名称は、地元三方原の名産品であること、また、じゃがいものように自然体で集まり、交流ができるようにとの願いから名付けられたという。参加者は毎回3～5人ほどと小規模ながらも院外からの参加もあり、表7-1でも示されているように、がんを経験した患者同士が気持ちを伝え合う貴重な場となっている。

## 8 聖隷三方原病院の取組に関するまとめ

浜松市内で4施設指定されているがん診療連携拠点病院の一つである聖隷三方原病院では、緩和ケアに特化した取組が進められていた。がん看護外来においては告知を受けた直後の患者と家族が抱える悩みや不安について、認定看護師が医療的な知識を踏まえた専門的な問い合わせや案内を行い、患者と家族が不安感を極力感じずに治療と療養へ臨めるよう支援していた。患者の苦痛を把握する方法としては、「生活のしやすさに関する質問票」を用いて、患者のからだと気持ちの辛さを医療スタッフも迅速に把握できるようにして患者の苦痛に対して適切な対応を図ろうとしていた。

通院と入院の患者を担当する緩和ケアチームは、病院内の医療チームと連携しながら、痛みの緩和とともに、患者が日常生活を送るために必要な動作の回復に向けたリハビリ等も行っている。聖隷三方原病院では、入院中の治療や支援が途切れることなく在宅や施設でも継続できるよう、退院に必要な手続を早期に始め、患者と家族が退院後の生活において必要な医療ケアの一部などを担えるような体制を確保していた。

## 4 市立豊中病院における取組

### 取組の特徴

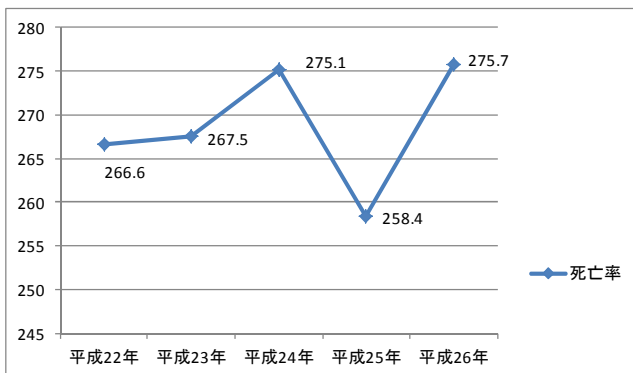
- ・患者と家族の心身両面の苦痛を和らげ、QOLの向上を図るために、多職種のスタッフによる疼痛緩和やカウンセリング、リハビリテーション等に取り組む緩和ケア提供体制。
- ・患者と家族が感じる痛みや不安へ早期に対処するため、専門看護相談や療養サポートセンターの窓口設置とともに、患者の痛みを広範に把握する苦痛のスクリーニングを病院内全体で実施。
- ・患者と家族に切れ目のない緩和ケアを提供できるよう、地域の開業医や介護施設の参加を得て「がん診療研修・緩和ケア勉強会」を実施。

### 1 豊中市及び市立豊中病院の概要

豊中市は兵庫県と県境に接して大阪府の北部に位置する人口約40万人の中核市である。市全体の高齢化率は約24.7%（平成27年住民基本台帳）で、小学校区別で高齢化率が最も高いのは北丘地区の37.4%、逆に最も低いのは新田地区の13.7%となっている<sup>1</sup>。豊中市のがんによる死亡率を見ると、平成25年に減少に転じたが平成26年には再び増加している。

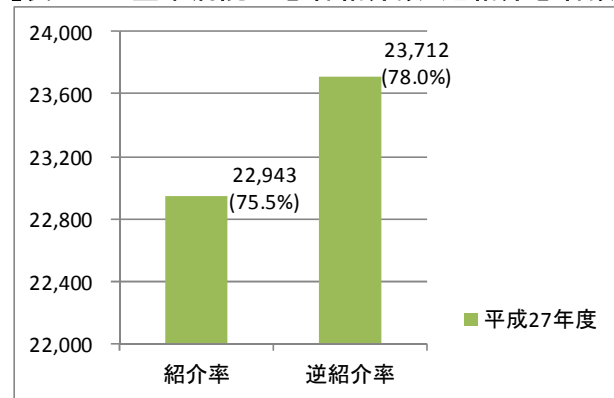
市立豊中病院（以下「豊中病院」という。）は豊中市の北部、大阪モノレール柴原駅から徒歩30秒という利便性に富んだ場所に立地する急性期病院で、市内最大の病床数613床を有している。地域がん診療連携拠点病院<sup>2</sup>としては、市民を対象としたがん医療に関する公開講座や地域の医療従事者を対象とした研修

【表1-1 豊中市のがんによる死亡率(人口10万対)】



出典:「豊中市統計書(平成27年)」のデータに基づいてアフターサービス推進室作成  
注:換算に用いた人口数は「6.人口の変遷」、死因別死亡数は「68.死因別死亡数」に基づいている。

【表1-2 豊中病院の患者紹介数/逆紹介患者数】



出典:「病院年報 第45号 平成27年度」(市立豊中病院)よりアフターサービス推進室作成

<sup>1</sup> 「豊中市高齢者保健福祉計画 介護保健事業計画(第5期:平成24年度～26年度)14頁。

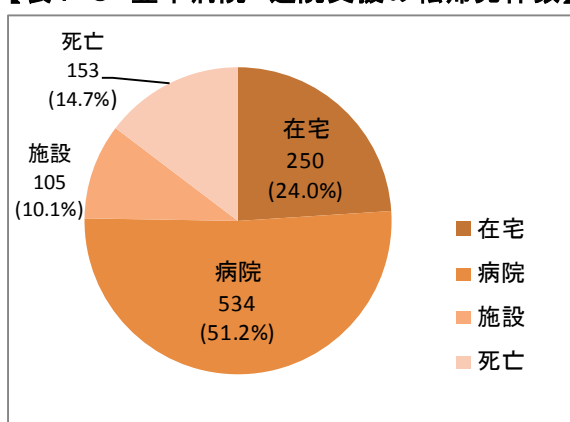
<sup>2</sup> がん診療連携拠点病院は全国で均しく専門的な質の高いがん医療を提供するため、がん診療の連携体制構築、患者と家族の相談支援と情報提供を行う。地域がん診療連携拠点病院は、地域ごとに必要な病床数を考慮して規定される二次医療圏内に指定される。

等を開催している。

豊中病院では、患者に継続的な医療を提供できるよう、地域内の医療連携を緊密かつスムーズなものとするため豊中病院の医師と共同で診療を行う地域の医師・歯科医師を登録する制度を実施している。平成28年3月末時点で、豊中市近隣地域を含む637の医療機関の728人の医師・歯科医師が登録している。

平成27年度に豊中病院から地域の医師へ患者を紹介した件数は、表1-2のとおり2万3,712件であり、豊中病院が紹介を受けた件数よりも、やや上回っている。なお各種退院・転院先は、表1-3<sup>3)</sup>のとおり病院が51.2%、在宅が24.0%となっている。

【表1-3 豊中病院 退院支援の転帰先件数】



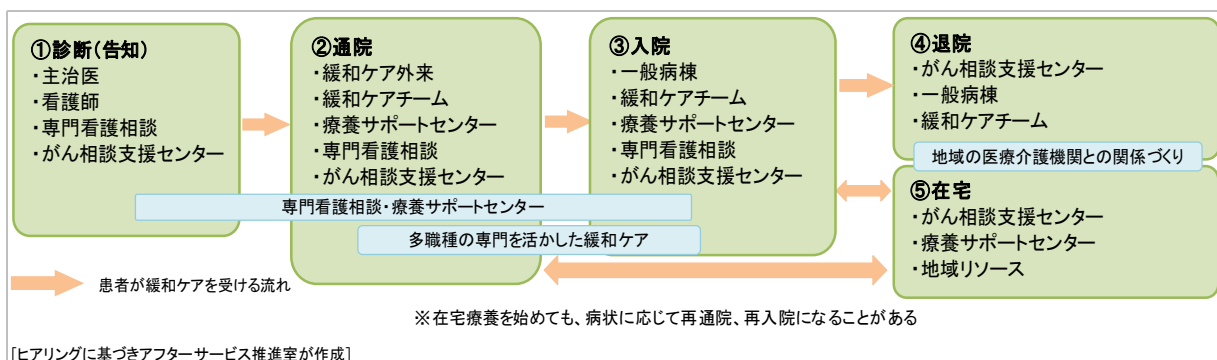
出典:「病院年報 第45号 平成27年度」(市立豊中病院)にがん患者の退院支援件数を加算したデータに基づきアフターサービス推進室が作成

【写真左下: 柴原駅から病院入口へつながるコンコース】

【豊中病院の緩和ケアにおける患者と家族への関わり】

・患者と家族に主として関わる院内の部署と窓口は、患者の状態（①診断～⑤在宅）に応じて異なる（図1-1）。患者の病状などの情報は、主に診療科の担当看護師又は緩和ケアチームの看護師から各部署と窓口の担当者に伝えられ、各担当者で情報が共有されている。

【図1-1 豊中病院の緩和ケア提供体制】



3 グラフ内の死亡については、退院支援を行っている最中に死亡したケースを含む。

- ・豊中病院の緩和ケアチームは、主に一般病棟に入院している患者を対象としている。主治医や担当看護師からの依頼があると、緩和ケアチームの医師が患者を診察し、症状に応じて緩和ケアチームの各職種が痛みへの対処や心理面のサポート、療養環境の調整を行っている。
- ・医師から患者へ病状の説明や告知を行う際に看護師が立ち会い、患者の不安に応じて補助的な説明等を行う専門看護相談という取組や、通院・入院中の患者と家族から治療と療養の相談を受ける療養サポートセンターを設置している。
- ・さらに退院と在宅の支援という局面では、患者の状態に応じて、がん相談支援センターが近隣地域のホスピス病棟や介護施設等と協力しながら適切な療養環境を準備している。

## 2 がんと診断されたときからの相談支援

### (1) 専門看護相談の活用

豊中病院では、主にがん患者を対象として、外来での診察において医師から病名の告知や病状の説明がなされる際に、がん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師、がん化学療法看護認定看護師が同席する「専門看護相談」という取組がある。医師から患者へ病名の告知や病状を説明する場に、専門的な知識を持つ看護師が立ち会うことで、治療や療養に対する患者と家族の不安が軽減されるという。

専門看護相談が行われるのは医師が患者を診療する際に、専門の看護師の同席が必要と判断した場合であり、院内のシステムで予約が行われる。医師の説明で患者や家族に分かりづらい、あるいは不安となりそうな点があった場合には、同看護師が診察の場や診察後の個別面談で、再度分かりやすく説明することになっている。

併せて豊中病院では、医師の診察に家族が同席するケースが比較的多いことから、専門看護師らが、がんの診断・告知にショックを受けている家族のケアも対応しているとのことである。専門看護相談の予約枠の活用は平成27年度に318件あり、前年度の170件<sup>4</sup>から大幅に増加している。

### (2) 苦痛のスクリーニングの運用に関する工夫<sup>5</sup>

豊中病院では、入院中や通院中の患者を対象として、がん患者が抱える様々な苦痛を抽出するために、スクリーニングを行っている。患者が感じている苦

<sup>4</sup> 「病院年報 第45号 平成27年度」(市立豊中病院)208頁。

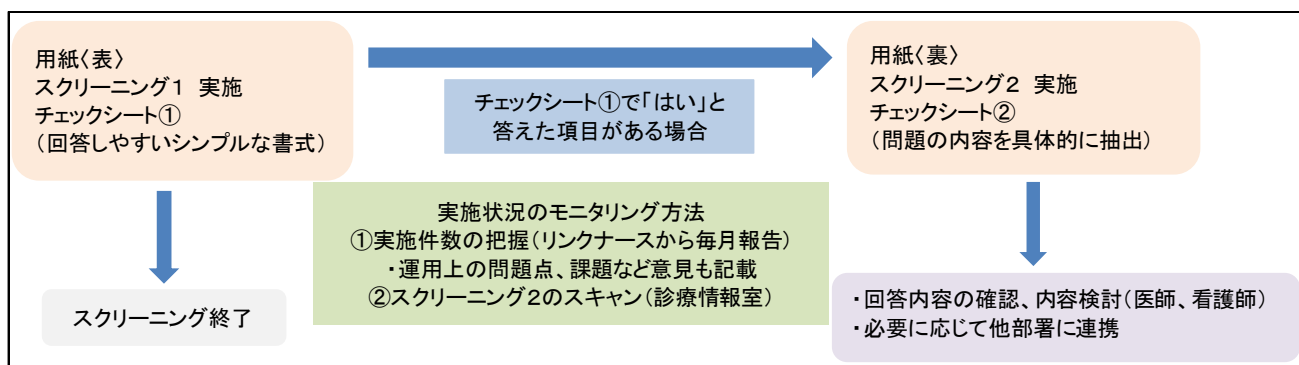
<sup>5</sup> 豊中病院のスクリーニング運用については、「市立豊中病院—総合病院の事例」(宮川真一、二宮由紀恵『緩和ケアスクリーニングに関する事例集』平成27年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「汎用性のある系統的な苦痛のスクリーニング手法の確立とスクリーニング結果に基づいたトリアージ体制の構築と普及に関する研究」班)に詳しい。

痛の把握を目的として、豊中病院独自のシートを作成し、基本的に全がん患者を対象として実施している。スクリーニングの結果は緩和ケア外来や緩和ケアチームが患者の支援を始めるきっかけとしても活用されている。苦痛のスクリーニングは全国の医療機関でも実施されているが、豊中病院では<患者にとって簡便で記載しやすいシンプルな書式>、<医療者にとって分かりやすく使いやすい書式>であることを重視してシートを作成したという。

スクリーニングを病院内で運用するに当たっては、スクリーニングを実施した記録をテンプレート化することで、記録が簡便になり、結果の抽出を受けてから適切なタイミングで患者に対応できているとのことである。

運用方法の詳細については部署毎に異なるものの、院内全てで同じ様式を用いることにより痛みを抱える患者の引継ぎがスムーズとなり、患者の入院から通院までシームレスな支援につながるという。

【図 2-1 豊中病院のスクリーニング運用表】



[豊中病院の資料に基づきアフターサービス推進室作成]

### (3) がん相談支援センターにおける支援

豊中病院のがん相談支援センター<sup>6</sup>（以下「支援センター」という。）は主に4人の社会福祉士（MSW）で対応している。

【表 2-1 豊中病院 がん相談支援センターの基本情報】

スタッフ	社会福祉士				
受付時間	月曜～金曜：9時～12時/13時～16時半			対面相談	要予約
相談件数	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
	843	956	954	1,253	3,717
地域(他の医療機関等)の患者・ 家族・一般の方からの相談	208	155	104	122	295

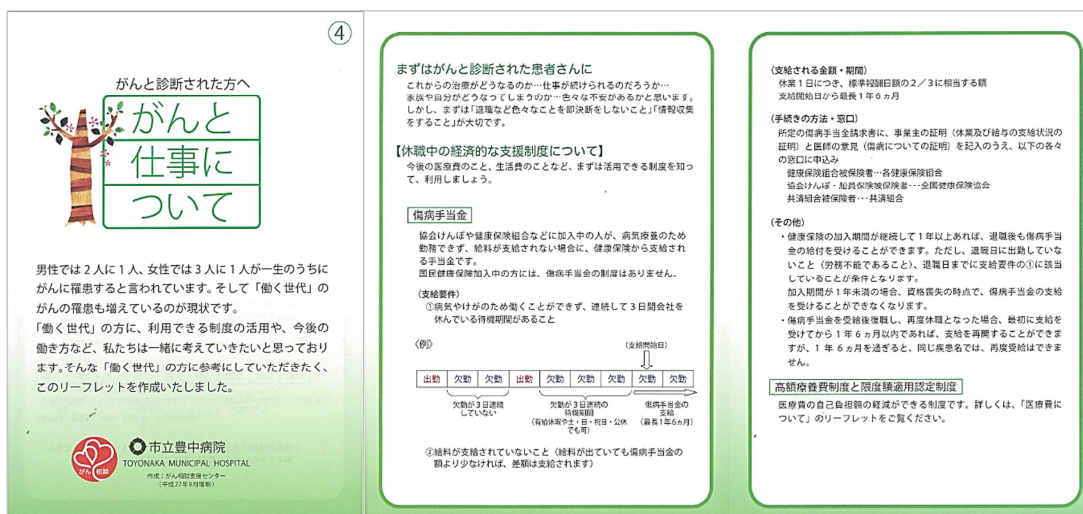
[豊中病院資料よりアフターサービス推進室作成]

MSWは、緩和ケアチームの医師・専門看護師・認定看護師・臨床心理士が

<sup>6</sup> がんの治療、療養、がん全般に関わることについて患者と家族からの相談を受け、情報を提供する相談窓口。がん診療連携拠点病院を中心に設置されている。相談料は無料。

毎朝開催しているミーティングに参加することにより、患者の情報を共有している。具体的には、専門看護相談で対応した患者や、がん相談支援センターに来所した患者の支援、がんと診断されたときからの就労に関する支援や経済的な問題の相談支援、療養環境の調整が必要な患者に関する支援内容などである。相談支援の経過についても情報を共有するよう努めているという。

支援センターで対応している就労支援の相談内容は、治療中や入院中だが勤務中の仕事が今後も続けられるか分からないなど就業を継続することへの不安や、休職や退職をした場合の経済面の心配などである。支援センターでは、利用できる制度や具体的な手続についての案内などを掲載したリーフレットを作成している。



【休職中の経済的な支援の制度と手続が案内されているリーフレット】

### 3 緩和ケア外来における通院時の心身への継続的な治療と支援

豊中病院の緩和ケア外来では、患者のがんを治療する過程で生じる身体的、精神的な痛みに対して投薬による疼痛の緩和やカウンセリングを始めとする精神的な苦痛の緩和が行われている。そのスタッフとしては、身体担当医である麻酔科の医師と精神担当医の精神科医師、緩和ケア認定看護師と臨床心理士などが配置されている。

【表 3-1 豊中病院 緩和ケア外来の基本情報】

診療曜日・時間	月曜・水曜・金曜：9時～12時、13時半～16時 火曜・木曜：13時半～16時	設立	平成21年
スタッフ	身体担当医、精神担当医、緩和ケア認定看護師、臨床心理士		

[豊中病院資料よりアフターサービス推進室作成]

同病院の緩和ケア外来では、患者と家族それぞれの心身の苦痛を取り除くことが重視されており、その療養環境づくりにも積極的に関わっているとのこと



である。平成 27 年度の外来患者数は延べ 157 人、新規の患者数は 33 人であった<sup>7</sup>。

以下では、主担当の診療科に通院しながら治療している患者が、自宅で日常生活を継続することが困難になったため、患者本人と家族が強い不安を抱くことになり、心身両面へのケアが必要とされた事例である。

#### <事例1>

Aさんは40代の女性で、2年前に大腸がんが見つかり、手術を受けたが、多臓器に転移していたため、手術をした後に抗がん剤治療を受けることとなった。抗がん剤治療を受けた翌年、骨盤付近への骨転移による痛みが強くなってしまい、医療用麻薬が処方されるようになった。Aさんは高齢の母親と2人暮らしで親戚もいなかったため、今後の生活に対する不安が強く、主治医が心理面の支援と疼痛管理が必要と判断し、Aさんに緩和ケア外来が紹介された。

緩和ケア外来の受診では、緩和ケアの担当医が診察し、Aさんには疼痛に対する医療用麻薬が処方されていたことから、薬剤師による服薬指導が行われた。管理栄養士からも抗がん剤の副作用で食欲が落ちてしまったAさんへ調理法の工夫などが助言された。一方、緩和ケア外来での受診を重ねるにつれて、Aさんは治療のつらさや死に対する不安な気持ちを打ち明けようになり、緩和ケア医師や認定看護師が傾聴し、不安感の軽減に努めた。がんが進行するに伴い、Aさんが自分で身のまわりのことをすることが難しくなってくると、母親の心身面での負担が大きくなってきたことから、Aさんが院内で抗がん剤治療を受けている時間には、母親が緩和ケア外来に訪れ、自宅での不安な気持ちを話していくこともあった。

Aさんは抗がん剤を点滴した後の数日間、強い副作用が現れるとともに、不安感も強まり、豊中病院の救急外来を受診することが頻繁にあったことから、それらの副作用は想定されるものであったことを踏まえて、緩和ケアチームと支援センターのMSWが今後の支援について検討した。さらにMSWがAさんの母親と相談し、豊中病院の訪問看護師による訪問や介護保険の申請を行うなど療養環境づくりの手続きを行うこととなった。その後、Aさんは訪問看護師の支援を受けながら、通院による治療と自宅での療養を継続している。

Aさん、家族の希望と緩和ケア外来の対応

[Aさん]痛みが強く不安を和らげたい

⇒<緩和ケア外来>

\* 緩和ケア医の診療 \* 薬剤師の服薬指導

\* 管理栄養士の調理法指導

[家族]心身の負担を和らげたい

⇒<緩和ケア外来>

\* 傾聴

[Aさん]副作用や不安な気持ちを和らげたい

⇒<緩和ケアチーム、支援センター>

\* 療養環境を準備

この事例では、患者の抱えている苦痛に対して、身体面では医療用麻薬が処

<sup>7</sup> 「病院年報 第 45 号 平成 27 年度」(市立豊中病院)244 頁。

方され、心理面では緩和ケア医や認定看護師が、患者と家族が抱える不安な気持ちを傾聴し、精神的な苦痛が和らぐよう対応している。

#### 4 入院時の患者と家族への支援

##### (1) 療養サポートセンターにおける治療と生活への支援

豊中病院では、患者の治療と生活の両立を支援することを目的とした「療養サポートセンター」を設置しており、入院中又は通院中の患者と家族が利用できる相談窓口として、入院や検査など病院内で行う処置や対応に関する相談を始め、治療や日常生活など療養全般に関する相談に応じている。療養生活への相談には、専門分野に応じて認定看護師や専門看護師が当たっている。

##### (2) 多職種で行う緩和ケアチーム医療

豊中病院の緩和ケアチームは、兼任を含む計 27 人（平成 28 年 7 月時点）の多職種のスタッフで構成されている。

【表 4-1 豊中病院 緩和ケアチームへの依頼件数とチームの構成】

年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
依頼件数	70	91	86	74	141
スタッフ	身体担当医、精神担当医、看護師(がん看護専門、緩和ケア認定、がん化学療法看護認定、がん放射線療法看護認定、がん性疼痛看護認定)、訪問看護師、放射線技師、ソーシャルワーカー、管理栄養士、臨床心理士、作業療法士、理学療法士、事務職				

[豊中病院資料よりアフターサービス推進室作成]

精神面の支援を担当しているのは精神科医師と臨床心理士であり、せん妄への対処は共同で行うなど重点的な取組も行っている。看護職では、がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、がん放射線療法看護認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師が配置されている。看護師は医療スタッフの中でも患者とコミュニケーションを取る機会が多く、患者の生活資源や病棟での様子、通院時の状態を把握していることから、患者に関する病院内の日常的な状態については、看護師を通じて緩和ケアチーム内で情報を共有しているとのことである。

多職種で情報を共有するための工夫としては、定期的に実施するものと即応的に行う方法がある。入院した患者に関する情報を共有し、退院に向けた支援を検討するカンファレンスを週 1 回実施している。支援中の患者について、定期的にカンファレンスを行う他に、何かあればすぐに電話で相談するという日常的なやり



**緩和ケアチームに相談してみませんか?**

当院の緩和ケアチームは、がん患者さん、ご家族の方の様々な相談に応じ、QOL(生活の質)の向上の支援を行っています。

**チームが対応している相談内容**

- 痛みのコントロール
- 身体症状のコントロール (はき気・なるさ・息が苦しい など)
- 不安などの心理的支援
- 家族の悩み相談
- お薬についての相談
- 介護保険や医療費のサービス相談 など

**チームメンバー**

- 外科系医師 ●内科系医師
- 精神科医師 ●腫瘍科医師
- がん看護専門看護師
- がん性疼痛看護認定看護師
- がん化学療法看護認定看護師
- 訪問看護師 ●薬剤師
- 臨床心理士
- MSW (医療ソーシャルワーカー)
- がん相談支援センター相談員

主治医・担当看護師にお声をおかけください。  
担当者がうかがい、様々な職種で協働して支援させていただきます。

市立豊中病院 緩和ケアチーム

【緩和ケアチーム案内チラシ】

取りに加え、システム上の共有フォルダを作成する等の方法が用いられている。一般的に病棟と外来では情報共有が難しい場合もあるというが、豊中病院の緩和ケアチームでは意識的にコミュニケーションを図るよう努めている。

以下では、がんと告知された患者に希死念慮の症状が見られるとともに、腰痛やしびれなど身体症状の支援も必要とされた事例を紹介する。

## <事例2>

Bさんは60代の男性で、腰痛や歩行困難、不眠の症状があり、緊急入院による精査の結果、前立腺がんと多発性脊椎転移との診断を受けた。Bさんは告知の直後から「死にたい」と発言していたため、緩和ケアチームがBさんの病室を訪れ、Bさんの妻とともに面談することとなった。Bさんは日常生活動作の低下が生じた同じ時期に、がんと診断されたことで、大きなショックを受けていた。腰痛については緩和ケアチームの身体担当医が医療用麻薬と鎮痛補助薬を処方し、しびれには放射線治療医による放射線治療が行われ、薬剤が処方された。身体の動きづらさには抗パーキンソン薬の内服が始められ、並行してベッドで行える下肢挙上運動などの理学療法士によるリハビリテーションも行われた。

### Bさんの希望と緩和ケアチームの対応

[Bさん]告知による希死念慮、腰痛としびれ、不眠を改善したい  
⇒<緩和ケアチーム>

- \* 傾聴 \* 投薬 \* 放射線治療 \* リハビリ
- \* 社会サービスの紹介

不眠症状には、緩和ケアチームの精神担当医師が精神安定剤を処方する一方で、Bさんの不眠の原因と思われる、身体の動きづらさや今後の生活への不安や心配を解決する手がかりを得るため、緩和ケア認定看護師と臨床心理士がBさんの苦悩について傾聴した。Bさんが最も不安に思っていたのは「自分が先に死んだら子どものいない妻が1人で生きていけるか」という問題であったことから、MSWからBさんの妻がサポートを受けられる社会サービス等について紹介をした。

Bさんは、入院から1か月後には痛みやしびれ、身体の動きづらさといった症状が改善し、今後についても前向きな言葉が聞かれるようになった。また、積極的にリハビリに取り組んだ結果、歩行器での歩行もできるようになった。

入院した当初はBさんと家族、医療スタッフのいずれも、退院し自宅に戻ることは難しいと考えていたが、症状が改善するにつれてBさんと家族の気持ちに変化していき、介護サポートの体制を整えて退院して自宅に戻ることができた。退院後は、泌尿器科外来への受診日に合わせて緩和ケア外来へも通院している。

入院した当初はBさんと家族、医療スタッフのいずれも、退院し自宅に戻ることは難しいと考えていたが、症状が改善するにつれてBさんと家族の気持ちに変化していき、介護サポートの体制を整えて退院して自宅に戻ることができた。退院後は、泌尿器科外来への受診日に合わせて緩和ケア外来へも通院している。

この事例では、緊急入院の直後から緩和ケアチームの各職種が専門性を発揮して、患者の痛みやしびれなどの身体症状の苦痛を和らげるとともに、患者への心理的苦痛を丁寧にアセスメントし、不安に感じている原因に対応している。

緩和ケアチームは、患者の症状や状態に関して週1回のカンファレンスで情報を共有し、主治医や病棟の担当看護師とも定期的に治療方針について話し合うことで、治療の継続とQOLの向上を図っている。多職種が患者と家族の痛みや不安に対し適切にサポートしたことで、予想以上の効果が表れ、退院し自宅へ帰ることが実現することとなった。

## 5 退院時の支援

患者の退院に際しては、通院が困難になる可能性や症状の緩和が必要な患者が多いため、在宅診療を手配する必要があることも多い。豊中病院の近隣には24時間体制の在宅支援診療所が充実しており、豊中病院への勤務経験がある医師が開業した診療所も多数あることから、地域の開業医との関係を築きやすいとのことである。

また、在宅療養が困難な場合には、患者の病状と生活環境、家族の状況に応じて近隣にある緩和ケア病棟などを紹介している。MSWは緩和ケアチームとともにこれらの緩和ケア病棟を見学した経験があり、その際に得た印象も含め患者への紹介ができていくという。

## 6 在宅療養への移行に関する支援

### (1) 在宅療養の環境づくりに関する支援

豊中病院では、患者が病院内で受けていた緩和ケアを在宅療養となっても継続できるような環境づくりに注力している。生活面や経済的な支援については、利用できる制度や手続を紹介している。療養環境を決めるまでの過程で生じる患者と家族の心身の苦痛には、その状態に即して緩和ケアチームや各専門の認定看護師が一体となって対応している。



【相談の様子】

以下の事例は、退院に際して経済面や自宅での療養環境に不安を感じていた患者が、家族の心理的なサポートを含めて在宅の療養環境を整備して欲しいと希望したものである。

### <事例3>

Cさんは60代の男性で、前立腺がんの多発性脊椎転移の状態にあり、治療のため豊中病院に入院していた。Cさんの身体症状としては、手足のしびれが見られ小刻みな歩行しかできずに転倒してしまう可能性があるため、病棟内では車椅子で移動していた。Cさんは妻と2人暮らしで子どもがなく、年金と預貯金を崩しながら生活しているため、今後の治療費や1人で残る妻が生活面の手続を行うことについて、強い不安を感じており、

支援センターのMSWからCさんに高額療養費制度の説明や日常生活自立支援事業を紹介した。

Cさんは退院して自宅に戻りたいと思っていたが、身体が思うように動かないことや妻自身が介護することは難しいと感じていたため、支援センターから夫婦で入居できるサービス付き高齢者向け住宅を紹介することとした。Cさん夫婦は実際に見学に行き、その後、妻は自宅での生活を継続したいと希望するようになった。

Cさん自身は退院先について決めかねていたが、歩行能力が回復するにつれて、自宅で生活したいとの思いが強くなったので退院して自宅に戻ることとなった。

退院に先立ってCさんと妻、他府県に居住するCさんの姉、緩和ケア認定看護師、病棟看護師、Cさん宅で介護サービスを担当するケアマネジャー、訪問看護師、MSWとともに今後の支援体制を確認し、Cさんは退院して自宅へ戻ることができた。

Cさん、家族と各部署の対応  
[Cさん]経済面や家族の今後に対する強い不安  
⇒<がん相談支援センター>  
\*生活サービス、介護施設の紹介  
[Cさん、家族]自宅へ退院したい  
⇒<緩和ケアチームと病棟スタッフ>  
\*症状緩和とリハビリ  
<病院内外のスタッフ>  
\*退院前カンファレンス  
<がん相談支援センター>  
\*在宅療養の手続

この事例では、経済面や自宅での療養環境に対して不安を抱いている患者の退院先を決定するための支援も行っている。緩和ケア認定看護師が支援センターのMSWと患者が不安や気がかりに感じていることについて共有し、各種の制度の案内や手続につなげた。また、患者には身体症状に伴う気持ちの振幅が強くみられたので、病院内外のスタッフが情報共有をしながら心身面の支援を図った。

療養先を含む退院後の過ごし方については、患者と家族双方の気持ちが沿うことを重視しており、終末期の過ごし方については、患者の病状をよく知る病院のスタッフが患者と家族と一緒に話し合いの場を持つことで、最終的に互いの希望に沿った形で療養環境を決められるように配慮している。

## (2) 地域の医療介護従事者が参加する勉強会の実施

豊中病院には緩和ケア病棟がないことから、積極的治療が難しい状況にある患者は、他院の緩和ケア病棟への入院や在宅療養へ移行するケースが多い。そのため、地域の開業医や介護施設等と連携して在宅療養の環境づくりを進めている。豊中病院と地域の施設等の連携を強化するための取組として、同病院で



【左:MSWによるレクチャー 中:院内外の専門職によるグループワーク 右:ファシリテーターが各専門職の意見をとりまとめる】

(市立豊中病院)

は院内と院外の医療職や介護関係者を対象とした研修会や勉強会を積極的に開催している。

その1つである『緩和ケア勉強会』では、院内の専門職によるレクチャーと事例検討を通じて医療職や介護関係者間の相互理解の進展を図っている。「治療期から療養を考える時期への移行のタイミング」をテーマとして開催したときには、冒頭に支援センターに関するプレテストを行い、MSWが、がん患者の療養生活に必要なリソースや患者と家族をサポートする流れを紹介することで、病院を起点とした地域における緩和ケアの協力体制について理解してもらい、今後の活用につながるよう工夫されていた。

また、グループワークの事例検討も行われており、地域の医療職や介護関係者である50人弱が6グループに分かれ、意見を交換し合い、医師と介護従事者、病院と地域など職種間の垣根を解消しようとしているとのことである。

豊中病院では、表6-1のとおり「緩和ケア地域連携カンファレンス」という病院と連携先である緩和ケア病棟を有する病院や訪問看護ステーションの職員による症例検討を中心とした勉強会も開催している。平成27年度は11回開催され、医師と看護師を中心として、院内から145人、院外から115人（いずれも延べ人数）が参加した。参加者のうち、医師の半数近くは院外からの参加であり、地域の医療機関と相互の理解を深める場となっている。

【表6-1 豊中病院 緩和ケア地域連携カンファレンス 平成27年度の開催内容】

日時	内容	発表者		参加者									
		連携先	豊中病院	医師		看護師		薬剤師		MSW			
				院内	院外	院内	院外	院内	院外	院内	院外		
4/27(月) 18:30~19:30	症例検討会	市内ペインクリニック 医師	緩和ケアチーム医師	5	4	2	5		1				2
5/13(水) 18:30~19:30	症例検討会	市内ペインクリニック 看護師長	緩和ケアチーム医師	7	3	5	3		1	1	1	1	3(事務職1)
6/24(水) 18:30~19:30	症例検討会	市内訪問看護ステーション 看護師	緩和ケアチーム医師	2	2	4	2		1	1	1	1	2
7/15(水) 18:30~19:30	当院での緩和ケア領域における経皮的微弱電流治療器の使用状況と効果 ～在宅診療や他症状への対応の検討～		講師：がん看護専門看護師	4	3	4			1				1
8/10(月) 18:30~19:30	症例：モルヒネの大量投与が必要であった方	近隣地域ホスピス病院 緩和ケア科 医師	緩和ケアチーム医師	4	4	12	6		4			1	7
9/3(木) 18:00~19:00	症例検討会	近隣地域在宅療養支援診療所 医師	緩和ケアチーム医師	2	3	9	11		3	1	1		
10/19(月) 18:30~19:30	症例検討会	市内ペインクリニック 看護師長	消化器内科医師	6	2	8	4		1			1	1
11/11(水) 18:30~19:30	症例検討会	市内ホスピス病院 看護師長	がん看護専門看護師 臨床心理士	4	4	14	6		1	1		2	
12/3(木) 18:30~19:30	退院後の在宅支援 —訪問薬剤師の立場から—	近隣地域薬局 薬剤師		2	2	9	2	2	3				2
1/13(水) 18:30~19:30	当院と介護施設をいったり来たりしながら 単身で療養生活を送られた方		訪問看護師 外科医師	3		9			1	1		1	
2/17(水) 18:30~19:30	症例検討会	近隣地域ホスピス病院 看護師	がん化学療法看護認定看護師	4	3	7	9		1			2	3(その他2)
小計				43	30	83	48	2	18	5		12	19
合計				73		131		20		5			31

【豊中病院資料よりアフターサービス推進室作成】

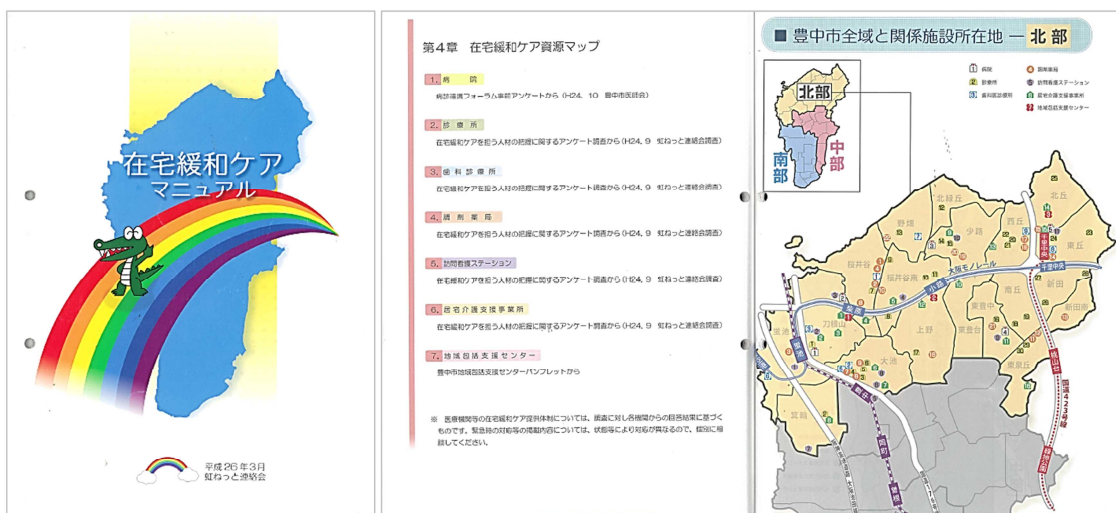
### (3) 豊中市内の医療介護従事者の連携強化「虹ねっと」

豊中市では在宅で緩和ケアを受けている患者を支援していくための仕組みの一つに、在宅医療介護の連携構築を目的として同市健康福祉部高齢者支援課と地域包括支援センターが中心となって進めている「虹ねっと」がある。

虹ねっとは、平成19年度に医師5人、ケアマネジャー7人のメンバーによる「医師とケアマネジャーの意見交換会」として始められた。医療職と介護関係者がそれぞれの職種を理解する場となることを目的とした取組は、職種とメンバーを増加しながら、徐々にその規模を拡大し、平成23年度には、医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護保険事業者連絡協議会・訪問看護ステーションが多職種協働を進めるための「虹ねっと連絡会」が立ち上げられた。

平成25年度には豊中市病院連絡協議会<sup>8</sup>も加わり現在の「虹ねっと」の運営協議会の姿ができ上がった。現在の活動は、地域課題を洗い出すとともに、在宅緩和ケア分野では退院前ケアカンファレンスなどのツールの作成・配布にも取り組んでいる。平成26年には「在宅緩和ケアマニュアル」を作成したが、症状コントロールに使用する薬剤の使用法など専門的な内容を医療職のみならず、介護職に紹介し、併せて地域のリソースリストも付している。

「虹ねっと」は、ツール作成やワーキンググループの活動を通じて地域に在宅医療の体制整備に向け広く関係者に協力を呼びかける役割も担っているという。



【在宅緩和ケアマニュアル:在宅緩和ケア資源マップは豊中市内を北・中・南部に分け、医療介護機関を示している】

## 7 グループ療法を用いるがん患者・家族支援

豊中病院では、患者と家族を対象とした4つのがんサロンを開催している。

<sup>8</sup> 豊中市内の病院で構成し、地域内の医療供給体制を構築するため、連携を強化する自治体単位の協議会。設立後、50年超となる。

このうち、「とよなががんサロン」では、がん患者と家族、遺族等が参加する談話会と専門職からのレクチャーが行われている。平成27年度は12回開催され、139人が参加した。運営は、支援センターのMSW、がん患者と家族が中心となって開催している。

「がん患者のつどい」「アラフォーの会」は、集団精神療法をベースとしたグループ療法『がんサポートプログラム』が基盤となっており、精神的サポートを中心とした緩和ケアの一環として、緩和ケアチームの臨床心理士が主催している。少人数での語らいや相互交流を通して、孤立感の軽減や抑うつ気分の回避などが目的となっている。

家族が抑うつ状態など精神的な支援を必要としている場合は、患者を介して関わっており、遺族となっても継続支援が必要と判断されたときは、精神科カルテを作成し、公的保険に基づく診療・カウンセリングにつなげている。

「ご遺族のつどい」は、がんで家族を亡くした遺族が交流する場として、年2回程度開催されている。

**【表 7-1 豊中病院で開催される交流会】**

	名称	内容	対象	日時
がんサロン	とよなががんサロン	患者と家族の情報交換と交流の場 (奇数月はミニレクチャーも開催)	患者・家族、院内/院外	月1回・第4月曜
グループ療法 (集団精神療法)	がん患者のつどい	がん患者とがんサバイバーを対象とした情報交換と交流の場	患者、院内/院外	月1回・第2木曜
	アラフォーの会	40代の女性を中心とした交流の場	患者、院内	月1回・第3火曜
	ご遺族のつどい	がんでご家族を亡くしたご遺族の交流の場	家族、院内	年2回(不定期)

[豊中病院資料よりアフターサービス推進室作成]

## 8 豊中病院の取組に関するまとめ

豊中病院では、多くの専門職からなる緩和ケアチームによって、患者と家族の痛みに対する様々な対処が行われていた。スクリーニングを始め、緩和ケア外来では、主治医と連携しながら治療と支援を行い、状況に応じて在宅療養へのスムーズな移行のための取組が行われている。豊中病院は緩和ケア病棟を有していないことから、患者と家族の意思を踏まえ、在宅療養の移行に際しては地域の医療機関や介護事業所等との連携なしには成り立たない。このため、協力関係を構築する機会も積極的に設けている。

また、専門看護相談や療養サポートセンターなど各種窓口の設置は、患者と家族が医療を受ける際の不安や苦痛の軽減に対応するための取組となっている。精神科医と臨床心理士によるグループ療法やがんサロンの取組は、患者のみならず家族の精神的サポートにもつながっている。豊中病院の取組は、「虹ねっと」を通じた地域の医療介護連携体制を基盤として、地域における患者と家族に対する緩和ケア提供を推進している。



## 5 松江市立病院における取組

### 取組の特徴

○がんや難病に苦しむ患者を支援してきた実績を活かし、患者・家族の治療と療養に対する意思と変化に寄り添った信頼関係に基づくACP<sup>1</sup>を緩和ケア提供体制で実践。

○退院後も病院で受けたケアが継続できるよう、病院内外のスタッフが患者と家族の様子を共有する緩和ケア地域連携クリティカルパスを活用。

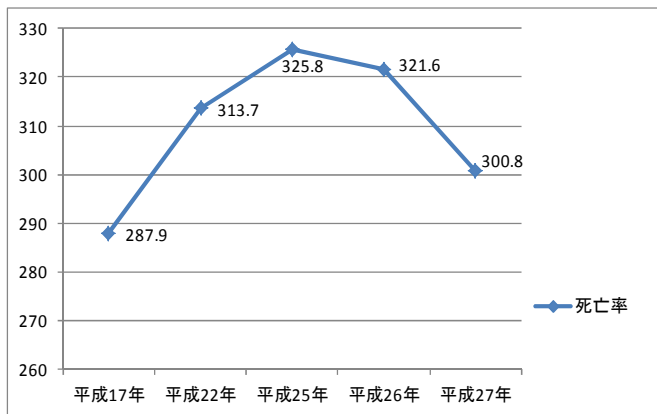
○10年以上定期的に開催され、患者と家族を支援してきた「ハートフルサロン松江」は、患者と家族にとって、こころの拠りどころ。

### 1 松江市及び松江市立病院の概要

松江市は、島根県の北東部に位置し、県庁を擁する人口約20万人の都市である。高齢化率は27.6%と、約3人に1人は65歳以上であり、山間部の一部地域では高齢化率が約60%に達するところもある。松江市において、がんは主要な死因の第1位を占めているが、その死亡率は平成25年以降、減少傾向を示している<sup>2</sup>（表1-1）。

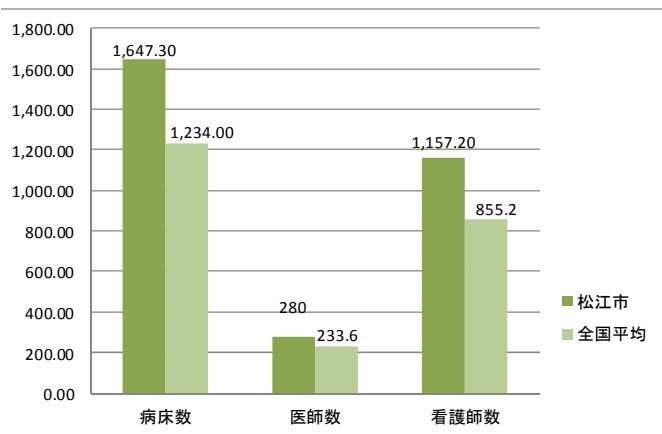
市内には松江市立病院を含む11の病院があり、人口10万人当たりの病床数は、全国平均が1,234床であるのに対して、松江市は1,647床<sup>3</sup>と全国平均を上回っており、医師数、看護師数とも同様の傾向を見せている（表1-2）。

【表1-1 松江市のがんによる死亡率の推移(人口10万対)】



※1 平成17年・22年は、合併前のため東雲町を含まない。  
 ※2 平成17年・22年は国勢調査確定日本人口を、平成25～27年は各年9月30日現在の住民基本台帳人口(日本人口)を分母に用いている。  
 出典:「平成28年度版松江市保健衛生統計書(平成27年度実施状況)」よりアフターサービス推進室作成

【表1-2 地域医療資源に関する松江市と全国平均(人口10万対)】



※1 松江市のデータは「平成26年度島根県保健統計」による。  
 ※2 全国の病床数は「医療施設調査(平成26年)」、医師数は「平成26年 医師、歯科医師、薬剤師調査」、看護師数は「平成26年度 衛生行政報告例」(いずれも厚生労働省)による。  
 [アフターサービス推進室作成]

<sup>1</sup> ACPについては73～74頁参照。

<sup>2</sup> 「平成28年度版 松江市保健衛生統計書(平成27年度版実施状況)」

<sup>3</sup> 松江市のデータは「平成26年度島根県保健統計」、全国の病床数は「医療施設調査(平成26年)」(厚生労働省)による。いずれも調査時点は平成26年10月1日。

このような地域背景の下、松江市立病院は、市内で2番目に病床数が多い470床を有する急性期医療を担う中核病院であり、地域の保健医療福祉の連携も進めている。地域がん診療連携拠点病院<sup>4</sup>としては、島根県内で初の指定を受け、外来化学療法室の設置によりがん診療の充実を図り、さらに緩和ケア病棟設置、患者サロンの開催など、地域における緩和ケアも県内において先駆的に進めてきた。



【松江市立病院ではがん医療をさらに強化すべく平成29年3月にがんセンターを開設した】

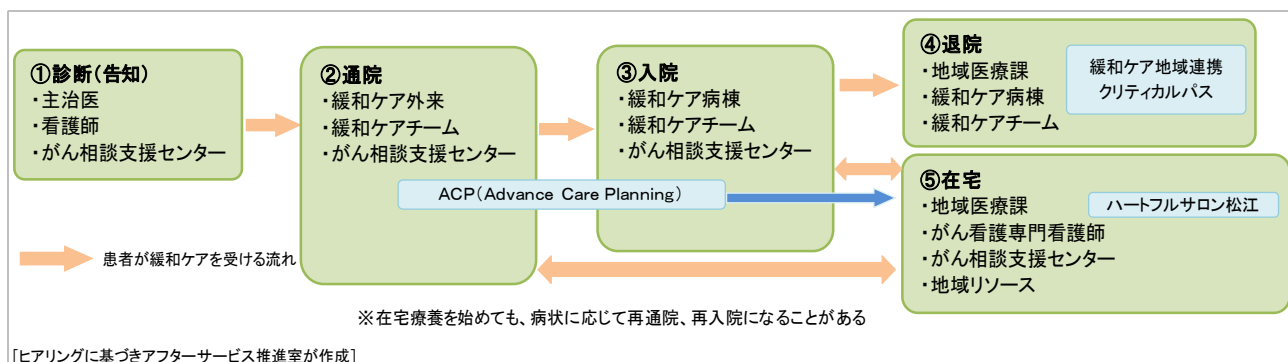
### 【松江市立病院の緩和ケアにおける患者と家族への関わり】

・患者と家族に主として関わる院内の部署と窓口は、患者の状態（①診断～⑤在宅）に応じて異なる（図1-1）。患者の病状などの情報は、主に診療科の担当看護師又は緩和ケアチームの看護師から、各部署と窓口の担当者に伝えられ、情報が共有されている。

・松江市立病院の緩和ケアチームは、主に一般病棟に入院している患者を対象としている。関わりの流れとしては、主治医と担当看護師からの依頼を受けて、緩和ケアチームの医師が患者の症状を判断し、症状に応じて緩和ケアチームの各職種が対応して痛みを中心とした症状のコントロールを行っている。

・松江市立病院における②通院時の緩和ケアは、主に緩和ケア外来が担い、主治医の下で行う抗がん剤治療などの化学療法と並行して実施することがある。③入院時には、緩和ケア病棟の入院患者には同病棟の多職種スタッフが緩和ケアを行い、前述のとおり、一般病棟の入院患者の緩和ケアについては緩和ケアチームが行う。

【図1-1 松江市立病院の緩和ケア提供体制】



<sup>4</sup> がん診療連携拠点病院は全国で均しく専門的な質の高いがん医療を提供するため、がん診療の連携体制構築、患者と家族の相談支援と情報提供を行う。地域がん診療連携拠点病院は、地域ごとに必要な病床数を考慮して規定される二次医療圏内に指定される。

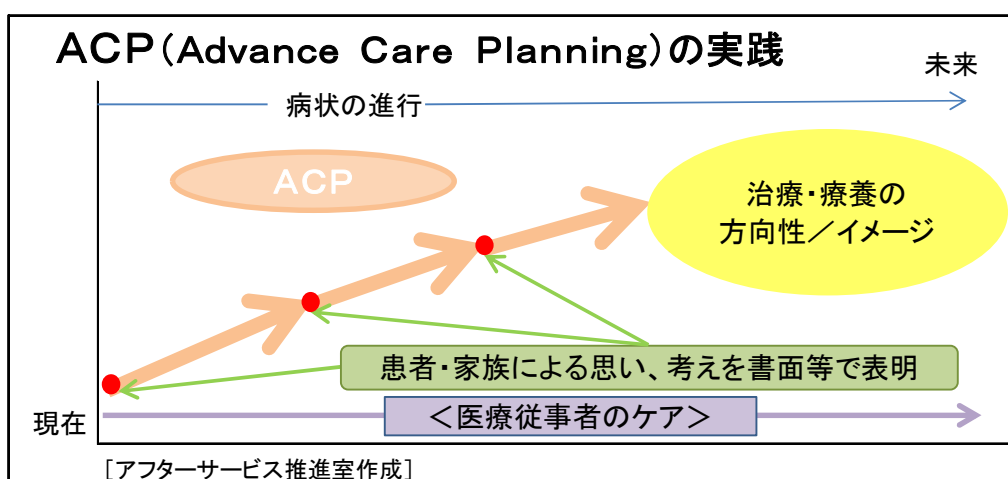
## 2 緩和ケア提供体制とACPの重視

松江市立病院における緩和ケアの実施は、平成17年の新病院開設の際、緩和ケア病棟が設置され、院内の組織として位置づけられたことを契機としている。新病院開設に必要な組織に関して、麻酔科の医師が「緩和ケア」の必要性を強く認識したことから、新病院の開設構想に「緩和ケア」が含まれることとなった。提言した医師によると、当時の院内体制では、痛みを苦しむ患者に対して、医療用麻薬や神経ブロックを中心とした身体に対する医療的な処置の対応だけでは限界があった。このため患者に全人的な対処をすることで心身の苦痛を和らげることを目的とした「緩和ケア」が患者のつらさを軽減することにつながるのではないかと、この考えに至ったという。

松江市立病院では、平成17年に緩和ケア外来と緩和ケア病棟22床を開設し、院内又は近隣の病院から、がんに苦しむ患者が移ってくるようになった。その後、平成25年に緩和ケアチームが設置され、現在の体制となっている。

松江市立病院の緩和ケアは、ACP (Advance Care Planning)<sup>5</sup>の考え方に基づき患者に提供されている。ACPの考え方が緩和ケアにおいて患者・家族と医療者の関係性に採り入れられていない場合には、患者の疾病が判明した後に医師や看護師とともに決めた治療方針に則って治療が始められることとなる。その途上で患者と家族の意思が確認されず、最終的には患者と家族が「本当は違う治療法や療養先を望んでいた」という状況に陥る可能性もある。あるいは患者と家族が疾患や予測される病状について正確に理解する機会を得ず、治療

【図2-1 ACPのイメージ図】



<sup>5</sup> 患者の病状が進行するとともに、患者自身が治療や療養への方向性を決定する能力が低下していくことに備えて、患者や家族とケアの方向性や目標、又は具体的な治療や療養について話し合う過程のことを指す。過程における相談内容は、書面にして共有することも含んでいる。必ずしもがんの患者に限定するものではなく、医療全般において進めることが望ましいとされている。国としては平成19年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定しており(平成27年3月改訂)、人生の最終段階を迎える患者と家族を支えるために医療従事者が最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示している。

や療養の選択をすることもなく、すなわち「これからどう生きたいか」を考える機会のないまま、病状ばかりが進んでいってしまうこともあり得る。

これに対してACPは、＜治療や入院又は療養を経験する中で、患者の気持ちや願いは変わり得るもの＞との前提に立ち、＜医療者は、変化する患者と家族のニーズに応じることが重要な役割である＞との考えに基づいて進められる。

院内の緩和ケアを実施する緩和ケア外来、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟の各組織が、こうした認識を共有した上で患者と家族に寄り添った緩和ケアを実施する体制を築くことを目指している。ACPは患者と家族、医療者の間にコミュニケーションが成立し、信頼関係が結ばれた上で成立するものといえよう。

### 3 患者と家族が望む方法と環境における緩和ケアの提供

#### (1) 緩和ケア外来に通院しながら疼痛コントロールをする事例

緩和ケア外来では、院内や他院の外来に通院中で、抗がん剤治療などのがんの治療によって心身の痛みが現れた患者を診療している。通院中の患者又は退院後、自宅や施設で療養している患者に対して、痛みの症状がある場合には、点滴や注射などの医療処置や薬剤を処方することで苦痛を和らげる疼痛コントロールを行い、在宅や施設で穏やかに過ごせるようにしている。

【表 3-1 松江市立病院 緩和ケア外来の基本情報】

診療曜日・時間	月曜・水曜・木曜:8時40分～12時、13時～15時30分	設立	平成17年
スタッフ	緩和医療専門医、ペインクリニック学会専門医		

[松江市立病院資料よりアフターサービス推進室作成]

訪問看護師や施設の看護師が在宅や施設で過ごす患者に対応する際に、がんの末期にある患者に現れる意識混濁など、がん特有の病状に対する処置に不安を感じた場合には、がん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師が患者の自宅や施設に出向き、専門的知識に基づいた対応や医療的処置を指導する訪問ケアも松江市立病院では行っている。さらに緩和ケア病棟からの退院後で苦痛が強いときや看取りなどの場合には、かかりつけ医との連携のもとに、松江市立病院の緩和ケア担当の医師が往診する場合もある。

ここでは、がんの治療のため、有料老人ホーム（以下この事例で「施設」という。）から松江市立病院の担当診療科の外来に通院している患者が、がんの末期を迎え、緩和ケアを行うことになり、施設から緩和ケア外来に通院することとなった事例を紹介する。

#### <事例1>

Aさんは、90代の男性で、3年前から施設に入所していた。Aさんには、若干、認知

症の症状があるが、日常生活は大きな支障がなく過ごしている。胃がんを患い、担当診療科の外来へ通院していたが、症状が進んでしまい、末期の状態となってしまった。Aさんは胃がんの進行による強い痛みを感じていた。Aさんと家族は、入所している施設で痛みを取りながら、できるだけ変わりなく過ごしていきたいと希望していた。

Aさんの痛みを和らげるために、緩和ケア外来を受診できるよう、担当診療科の主治医、緩和ケア外来の医師、さらに施設を訪問診療している在宅医が、Aさんの胃がんの進行状況と症状、さらに施設での様子などの情報を共有し、連携体制を確認した。施設の看護師からは、Aさんの病状が悪化した際の対応に強く不安があると伝えられたため、緊急時には、松江市立病院のがん看護専門看護師が施設に出向き、Aさんが迅速に専門的な対応を受けるための体制づくりもした。

その後、Aさんは施設から車椅子を利用して緩和ケア外来に通院し、薬剤の処方を中心とした疼痛コントロールを受けるとともに、施設で苦痛を感じたときは、在宅医の手当を受けた。Aさんは家族、施設の職員に見守られながら亡くなるまで、希望していたように緩和ケアを受けながら施設で過ごした。

Aさん、家族の希望と各部署の対応

[Aさん・家族]痛みを取りながら、過ごし慣れている施設で暮らしたい

⇒ \* 院内外の職種<主治医、緩和ケア外来医師、在宅医>でそれぞれの対応について情報共有する

・主治医－胃がんの進行状況と症状、投薬の状況

・緩和ケア外来医師－胃がんの症状を抑えることで生じる苦痛の緩和

・在宅医－施設におけるAさんの状況と医療対応

\* 施設の看護師と病院の専門看護師による緊急時の連絡体制

この事例では、病状が進行し、積極的な治療が望めない末期の状態にある患者と家族が、穏やかに毎日を過ごすための環境をつくる流れが紹介されている。日常生活の継続には、日頃、患者とともに過ごす施設のスタッフが、患者の苦痛を取るための医療的な処置を含む適切な対応を知ることが必要であり、そのためには、通院先である松江市立病院の医療スタッフとの協力体制が不可欠となっている。患者に関する病状の情報と薬剤の影響から生じる苦痛を和らげるための具体的な対応と役割について医療スタッフで共有することで、いつ、どのような状況で対応すればよいかという、それぞれの役割が明確になる。

また、患者は認知症を患っていることから、療養の方向性を決めるには家族の協力が不可欠であったために、緩和ケア外来を始めとする院内の部署は、緩和ケアや施設からの通院について家族に丁寧に説明した。患者と家族が、患者自身に関する支援体制を知ること、<どのような場合に、誰に対応を依頼すればよいか>が分かり、日常生活を送るための安心感につながっている。

松江市立病院の緩和ケア外来によると、がんが末期の状態にある患者の通院が約半数であるという。ADL(日常生活動作)が低下した患者は車椅子での受診や、痛みが強いときにはストレッチャーを利用している。

## (2) がん相談支援センターにおける緩和ケア受診の窓口業務

松江市立病院のがん相談支援センター<sup>6</sup>（以下「支援センター」という。）では、精神保健福祉士2人、社会福祉士4人、看護師3人、医師1人を相談員として配置しており、がんの治療や療養における一般的な相談を受けることに加えて、緩和ケア外来の初診を受け付ける窓口としての機能を果たしている。

支援センターの窓口が緩和ケア外来の窓口を兼ねていることで、患者の身体面の痛みだけではなく、治療費に関する経済面の困難や、家族がいない、あるいは仕事が続けられるか不安などといった社会的な要因に基づく悩みに関する相談窓口ともなっている。社会的な困難を抱えながらも、適切な相談先が分からなかった患者と家族が、身体の痛みを和らげる緩和ケア外来を受診するために支援センターを訪れたことが、社会的・経済的な困難を解決するきっかけにもなろうとしている。

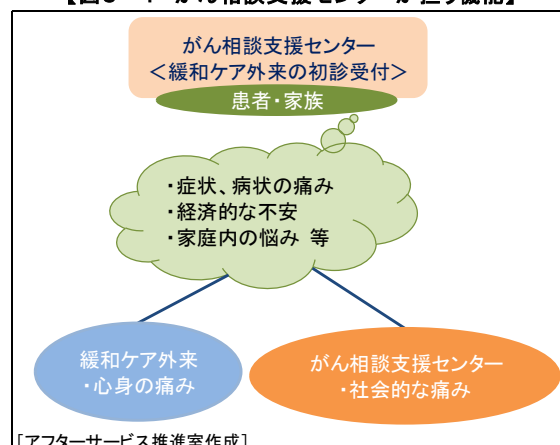
【表 3-2 松江市立病院 がん相談支援センターの基本情報】

スタッフ	精神保健福祉士、社会福祉士、看護師、医師				
受付時間	月曜～金曜：9時～17時		対面相談	予約不要	
相談件数	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
	229	172	226	1,669	1,273

[松江市立病院資料よりアフターサービス推進室作成]

がんに関する一般的な相談としては、がんの治療や療養に関する相談、経済的な負担に関する情報提供などがある。具体的には、治療に関する医師からの説明で出てきた用語について分かりやすく説明して欲しいという依頼、他の病院でも診察を受けたいなどのセカンドオピニオンに関する情報、これから治療を始めるに当たって治療費が高額になるのではないか、どれくらい費用がかかるのか教えて欲しいなどがあるという。

【図3-1 がん相談支援センターが担う機能】



## 4 入院時の緩和ケア

### (1) 緩和ケアチームの支援

松江市立病院の緩和ケアチームは、一般病棟に入院している患者を対象として緩和ケアを行っており、その実際の流れは、以下のようになっている。①一

<sup>6</sup> がんの治療、療養、がん全般に関わることについて患者と家族からの相談を受け、情報を提供する相談窓口。がん診療連携拠点病院を中心に設置されている。相談料は無料。

般病棟において患者を担当する診療科の主治医から、緩和ケアチームに向けて緩和ケアの実施が依頼され、②緩和ケアチームの医師が一般病棟の患者を診察し、③主治医と担当看護師とともに治療方針や必要なケアを検討している。当然ながら治療やケアの実施に際しては、患者と家族の希望を聴き、彼らの同意を得た上で進めている。

患者と家族が希望する過ごし方、それに応じたケアを行うことが緩和ケアチームによる支援の基本となっている。

**【表 4-1 松江市立病院 緩和ケアチームへの依頼件数とチームの構成】**

年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
依頼件数	93	128	184	239	248
スタッフ	身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師、緩和ケア認定看護師、がん看護専門看護師、薬剤師、作業療法士、管理栄養士				

[松江市立病院資料よりアフターサービス推進室作成]

## (2) 患者・家族との意思疎通

松江市立病院の緩和ケア病棟は、「緩和ケア」＝「最期」というイメージを払拭するべく、患者と家族が「生きていく力」を持つことができるような場所であることをその理念としている。最期の病棟や何もしないところでは決してなく、患者と家族が望む治療と療養の実践によって「生きるために痛みを取りながら過ごす場所」となることを同病棟のスタッフは心がけていると話す。そのために、患者・家族と医療スタッフ、さらに医療スタッフ間のコミュニケーションを重視しており、患者と家族が医療スタッフに気軽に声をかけ、思いや考えを自由に話せるような雰囲気づくりについても工夫しているという。

医師と看護師のやり取りからは、常日頃からのコミュニケーションで育んだ信頼関係が何え、同病棟を訪問した際には、季節の行事を通じた患者・家族と病院ボランティアを含む院内外のスタッフとの交流に基づく家庭的な雰囲気が醸し出されていた。

**【表 4-2 松江市立病院 緩和ケア病棟の基本情報】**

病床数	22床	病棟の形式	院内病棟型	設立	平成17年
スタッフ	医師、看護師、看護助手、管理栄養士、薬剤師、がん相談員、音楽療法士、リハビリセラピスト				
病棟設備	ファミリーキッチン、カウンター、家族控室、分散デイコーナー、ラウンジ(食事や面会者との談話、ボランティアによるティーサービス、季節の行事、音楽療法士による音楽療法などを行う)、洗濯室、洗濯乾燥機、浴室、面談室、機械浴室、テラス、喫煙室				
病室	特別個室1:8,640円/日、有料個室7:4,320円/日、有料個室3:4,320円/日、無料個室11				

[松江市立病院資料よりアフターサービス推進室作成]

松江市立病院では、このような緩和ケアの基本となる患者・家族との意思疎

通を一層図ることができるよう、表4-3のような各種の研修会を平成20年度から継続的に実施しており、コミュニケーションスキルの向上や緩和ケアに関する幅広い知識の習得に努めている。

【表4-3 松江市立病院における緩和ケア研修会(平成20年度～平成26年度)】

年度	月日	演題	講師
平成20年度	9月20日(土)	病院でボランティア活動をするとは —ホスピスでの活動をふまえて—	他病院(ホスピス) ボランティアコーディネーター
	12月22日(金)	がん医療におけるコミュニケーションスキル	国立がんセンター 精神科医
平成22年度	10月23日(土)	デスカンファレンスの進め方	小児患者遺族会 代表
	12月8日(水)	がん患者の精神症状の理解とその対応	大学院保健学研究科 教授
平成23年度	3月16日(金)	地域に根ざした緩和ケア実践 —多職種によるチームアプローチとソーシャルワーカーの役割—	他病院 MSW
平成24年度	10月4日(水)	緩和ケアにおける音楽療法	大学 准教授
	10月31日(水)	がんのリハビリテーション —進行がん患者への対応を中心に—	大学医学部リハビリテーション医学教室 教授
	12月9日(日)	よくわかる!スピリチュアルペインとそのケア	在宅支援診療所 院長
	2月28日(木)	在宅における緩和ケアへのかかわりについて	訪問看護ステーション 所長(2人)
平成26年度	3月5日(木)	患者によりそうこと —ハッピーエンド・オブ・ライフケア—	他病院 外科医師

【松江市立病院の資料に基づきアフターサービス推進室作成】

### (3) 緩和ケア病棟における「生きていく」ケアの実践

緩和ケア病棟では、毎朝、病棟の看護師が患者を訪ね、体調や気分に応じて、患者と相談しながら、その日の過ごし方を決めてもらっている。全室個室であることから、患者自身が邪魔されずに1人で休みたいと思うときには、その旨をドアに表示し、医療スタッフも入室しない。ペットと過ごしたい、あるいは喫煙や飲酒をしたいとの希望についても、医師と相談した上で認められている。寝た体勢のまま入浴ができる機械浴室も備えており、入浴が困難な状態にあった患者が、「どうしても入りたい。最期だと思うから。」と希望して、入浴し翌日に亡くなった事例もあったという<sup>7)</sup>。

どのように死を迎えるかではなく、それまでを「どのように生きるのか」ということを重視した緩和ケアの精神は、患者が語った「『痛かったら呼んでくだ

#### 松江市立病院 緩和ケア病棟基本方針

- ①痛みやその他の苦痛となる症状を緩和します。
- ②患者さんがその人らしく生きることができるように支えます。
- ③無理な延命や意図的に死を招くことはしません。
- ④病気の早い段階から適用し、積極的な治療に伴って生ずる苦痛にも専門性をもって対処します。
- ⑤患者さんの希望に沿い、在宅への支援を行います。
- ⑥患者さんの療養中から死別した後に至るまで、家族が様々な困難に対処できるように支えます。

【松江市立病院資料よりアフターサービス推進室作成】



【左:緩和ケア病棟の中庭テラス 中:分散ダイナー 右:病室の鏡はシェードをつけている】

(松江市立病院)



さい』と言われるのとは違いますね、ここの看護師さんは『治そう』としてくれます」という言葉にもつながっている。このような医療従事者の意識付けは、緩和ケア病棟が設置された当初から緩和ケアの医師が中心となって提唱されたことに始まり、より多くの患者と家族に接してきた経験でより強固なものとなって患者と家族に寄り添うケアを支えているという。

## 5 退院の支援

### (1) 緩和ケア地域連携クリティカルパスを活用した退院の支援

一般的にがん患者の退院は、患者と家族にとって、「病院から見放された。」「手の施しようがないからなのか。」などと悲観的に受け取られてしまう可能性があり、患者と家族には退院した後の医療的な対応を含む在宅環境がつかれるのかという不安など様々な心配が生じることも少なくない。

そのような不安や心配を抱える患者や家族に対して、松江市立病院では「緩和ケア地域連携クリティカルパス<sup>8</sup>」を用いて退院後の生活について説明が行われている。緩和ケア地域連携クリティカルパスは、患者が退院後に緩和ケアを受けるための病状や診療に関する情報が記載されており、退院の方向性が決まった後に、患者と家族に向けて、緩和ケア病棟の看護師又は地域連携部署の退院調整看護師<sup>9</sup>から説明されている。平成28年は12件の運用がなされた。松江市立病院では、5大がん<sup>10</sup>のクリティカルパスも作成している。

以下では、緩和ケア病棟から退院する際に、緩和ケア地域連携クリティカルパスを活用することで、スムーズに在宅療養へ移行することができた事例について紹介する。

#### <事例2>

Bさんは60代の女性で、大腸がんを患い緩和ケア病棟に入院していた。入院するまでは娘夫婦たちと同居しており、Bさんとその家族はともに退院し自宅で過ごしたいと希望していた。Bさんたちの希望を受けて、緩和ケア担当医師、認定看護師、担当看護師など多職種のスタッフが話し合い、退院を実現できるか検討した。疼痛コントロールができれば、自宅で療養が可能と判断されたので、在宅療養の実施に必要と想定される医療的な処置と介護サービスについて確認した。医療的な処置が必要になるため、訪問看護のサービスも導入することとなった。Bさんは7人家族で暮らしているが、家族から介護サービスは当面、不要との意向が伝えられ、家族の介護力が高いと判断されたことから、

<sup>8</sup> 地域連携クリティカルパスは、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が、患者の診療情報を共有することで、患者の治療と療養に役立てる診療計画書。

<sup>9</sup> 患者の退院に際して、スムーズに退院が実現するよう院内外の関係者と一緒に退院後の療養環境を調整する。

<sup>10</sup> 国内のがんの種別で多いとされている肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がんを指す。

医療面のサービスだけを受けることとなった。

Bさんの医療面の状態と話し合いの内容を緩和ケア地域連携クリティカルパスに記入し、Bさんと家族に対して関係する施設と情報を共有する

こと、病院とかかりつけ医など地域の医療介護施設でBさんと家族を全面的に支援していくことが説明された。同クリティカルパスを用いて、緊急の際には、いつでも松江市立病院に再入院ができることも伝えられ、Bさんと家族の不安が軽減して、Bさんの退院が実現した。

Bさん、家族の希望と各部署の対応  
[Bさん、家族]退院し、自宅で過ごしたい  
⇒<緩和ケア担当医、認定看護師、担当看護師他>退院の実現性を検討  
\* 疼痛コントロール(医療的処置)ができれば自宅で療養が可能  
→訪問看護の導入  
\* 利用する介護サービスの確認、検討  
→当面は家族による介護を実施  
⇒<地域医療課>緩和ケア地域連携クリティカルパスを作成し、以下を説明  
\* Bさんと家族へ同パスを通じて支援していくこと  
\* 緊急時には再入院ができること

この事例では、入院中から行っている点滴による痛みによるコントロールが継続できれば患者は自宅へ退院できる状態であった。自宅で医療処置を行うための支援をする訪問看護のサービスを導入し、日中の急変時には、かかりつけ医が対応するように協力体制を築くこととした。以上の内容について、松江市立病院の地域支援課の看護師により入院中の治療内容とともに緩和ケア地域連携クリティカルパスに記入され、医療者間の情報共有ツールとして活用されている。

同時に、患者と家族への在宅療養における説明用のツールとしても活用されており、患者と家族が不安に感じる急変時の対応については、緊急時の医療対応は、かかりつけ医と訪問看護が行い、病院では緊急用のバックベッド<sup>11</sup>を準備していることが同クリティカルパスを用いて説明され、その結果患者と家族が不安を解消して退院できるようになった。

## 6 在宅療養の移行に関する支援

### (1) 松江市立病院内で行う在宅療養への移行

緩和ケア病棟からの退院後は、基本的には地域のかかりつけ医が訪問診療をするが、苦痛の状態が強いつきや看取りなどの場合には、かかりつけ医との連携の下、かかりつけ医が不在時の場合には松江市立病院の緩和ケア担当の医師が往診する場合もある。また、がん看護専門看護師やがんの各認定看護師が地域の施設の専門職とともに患者の自宅や入居する施設へ訪問し、医療的処置を伴う訪問ケアも行っている。

在宅での療養を進めるに当たっては、前述のとおり、緩和ケア地域連携クリティカルパスを用いて、患者の療養生活を支援する地域の医療施設などと情報が共有されている。このようなツールを用いることで、患者と家族にとって、医療従事者が共有している情報が可視化され、在宅で注射や投薬による痛みの

<sup>11</sup> 急変した患者を緊急的に受け入れるための病床を確保していることを指す。

緩和などの医療的なケアを安心して受けることにもつながるものと考えられる。

在宅療養においては病院内で行っていたケアを維持できることが重要であることから、退院前には病院内のスタッフ、在宅で支援するスタッフと話し合う退院前カンファレンスを行っている。以下の事例のように同カンファレンスでは病気の経過や今後の病状の予測とともに、自宅の間取りなどの居住環境を踏まえて、継続が必要な医療処置や、家族が協力できる医療・介護対応についても検討されている。

### <事例3>

50代の女性、Cさんは小腸がんを患い、一般病棟での入院が長期化している状況にあった。Cさんとその家族は「痛みが出た時に和らげることができれば、退院して自宅で過ごしたい」と希望する一方で、自宅で過ごすに当たっては、「医療的な処置ができるかが不安」であり、「医療費が高額になってしまうのではないか」と心配もしていた。

Cさんと家族の希望を受けて、緩和ケアチーム、主治医と担当看護師が、Cさんが自宅で過ごすための医療的な処置について話し合い、入院時から行っている苦痛をコントロールする硬膜外カテーテルポートを継続して行えば自宅でも過ごせることが確認され、栄養状態を保つために使用する経管栄養剤も継続することとなった。

患者・家族と緩和ケアチーム、主治医とカテーテルの薬剤や栄養剤を調剤する訪問調剤薬局、医療ケアをサポートする訪問看護ステーション(訪問看護 ST)、訪問診療するかかりつけ医で退院前カンファレンスを行い、Cさんの自宅での日常的な医療ケアの手順、緊急時の対応について確認し、経管栄養剤のポンプに関連する医療機器の業者とも連携することとした。ポンプの扱い方など日常的な医療機器の取扱いについては、病院の看護師や訪問看護師から説明した結果、Cさんの家族も取扱いに習熟するようになった。

Cさんと家族が懸念していた医療費については、緩和ケアチームの看護師から医療ソーシャルワーカー(MSW)に伝えられ、想定される費用について医療ソーシャルワーカーからCさんと家族に説明した。不安な点は、いつでも問い合わせできること、医療面の心配については院外の関係者の他、緩和ケアチームへも問い合わせできる旨を伝え、退院した。Cさんは再入院して亡くなるまで約2か月間、自宅で過ごすことができた。

Cさん、家族の希望と各部署の対応
[Cさん、家族] 痛みの症状をコントロールすることができれば、自宅で過ごしたい
⇒<緩和ケアチーム、主治医、担当看護師>在宅療養に必要なケアの検討
*入院時から実施している疼痛コントロールの継続
*経管栄養剤使用の継続とポンプの管理
⇒院内外の部署で情報を共有
・院内<緩和ケアチーム、地域医療課>
・院外<訪問調剤薬局、訪問看護ST、かかりつけ医、医療機器取扱い業者>
*日常的な医療ケアの手順 *緊急時の対応
[家族]自宅での医療的な処置ができるか不安
⇒<病院の看護師、訪問看護師>
*経管栄養剤のポンプの取り扱い方を説明
[Cさん、家族]医療費が高額になるのではないか
⇒<MSW>想定される費用を説明
*退院後も緩和チーム他、関係部署が継続的に支援することを伝える

この事例では、長期間の入院で治療を受けている患者が、痛みのコントロールが可能であれば、退院し、自宅で過ごしたいと希望していることを受けて、

療養環境をつくる流れが紹介されている。患者と家族にとって最も必要な支援は、痛みをコントロールする医療的なケアが継続されることである。そのため、ケアで使用する医療器具の取扱いについて、介護者の家族が理解するまで丁寧に説明することが重要となっている。

自宅で療養するに際して、患者と家族は「もしも何かあったら」ということを最も不安に感じ、予測のできない事態を心配していた。患者と家族、支援するスタッフが患者と家族の治療や療養の方向性を共有し、日常生活の細部に渡り全面的にバックアップすると伝えることで、患者と家族が抱えている不安感を軽減させ、退院後の生活を始めることへの迷いやストレスを極力感じずに済むこととなった事例といえよう。



【がん相談支援センター入口・地域医療課が兼務している】

## （２）地域の施設との協力体制「訪問看護ステーションすずらん」

一般的に訪問看護は、病院から在宅療養へ移行した患者を医療面でケアし、病院や診療所の医師が行う医療的処置をサポートする役割を担っている。松江市立病院が地域で協力体制を築いている訪問看護を行う施設は、22施設である。その1つ、同市内の在宅支援診療所に併設された「訪問看護・介護ステーションすずらん」（以下「すずらん」という。）では、松江市立病院の周辺で看取りを含む24時間体制をとっている在宅支援診療所が少ない中で、当該施設や病院の医師と協力しながら、希望する在宅療養を行うことができるように24時間対応が可能な体制をとり、患者と家族を支援している。緩和ケアにおいては、退院後、患者の病状が急激に変化した場合に対応できるよう、医師の指示に基づく注射や点滴などの医療的なケアを適切に行うとともに、患者が最期を迎えるに際して、揺れ動く家族の心情に寄り添うよう支援しているという。

松江市立病院は、すずらんなどの訪問看護ステーションと「医師とケアマネージャーとの連絡票」<sup>12</sup>を活用しながら退院前カンファレンスでの患者の病状や住居環境などの情報を共有し、協力し合っている。同連絡票は病院と居宅介護支援事業所などケアマネージャーが働く事業所で使用する松江地域に共通の書式で作成され、松江市立病院では地域医療課を経由して患者を診察している地域の開業医などに用紙を送付している。退院を準備する時点から医師とケアマネ

<sup>12</sup> ケアマネージャーから患者を担当している医師に宛てて、患者の介護サービス利用状況や、医療サービスの導入に関する相談、福祉用具の貸与・購入に対する医学的な知見をFAXで問い合わせ、医師から同用紙にて回答を受けるための用紙。松江市医師会、松江地域介護支援専門員協会等が協同して作成した。

ジャーが協力することが、退院後の患者がスムーズに自宅や施設で過ごせることにもつながっているという。

## 7 ハートフルサロン松江の取組

松江市立病院においては、がんの患者と家族のために「ハートフルサロン松江」というがん患者サロンが開催されている。同サロンは、平成18年7月から毎週火曜日に継続的に開かれており、10年以上の長きにわたって病院内外の患者と家族を支え続けている。

病院内の8階会議室の一角が同サロンのためのスペースとなっており、患者と家族同士の交流や、医師・看護師など医療者による勉強会も実施されている。

このサロンの発足には、松江市立病院で、当時がんを治療していたMさんの「患者と家族が交流する場所が病院内にあって欲しい」という願いに基づいて設立されたという経緯がある。その頃はがんに関する情報も少なく、患者たちは心細い思いを抱えながら治療や療養していたので、病院の中で同じ境遇にある患者・家族同士が知り合い、話すことができる場所を設立することは彼らにとって悲願であったという。

このサロンには、現在治療中の患者の方、治療は終了したものの再発の恐怖を感じている方、家族をがんで亡くされた方、家族ががんの治療中の方など様々な境遇にある人が参加している。1回の参加者は週によって異なるが、5～10人程度であり、開催初期から継続的に参加されている方もいるとのことである。



[左: サロン会場にはがんに関する図書コーナーを併設している 中: サロンの歩みを紹介するコーナー]

### ハートフルサロン松江 参加者の声

・入院した頃は、サロンもなく、元気に退院したつもりでしたが、昼間、1人になると不安と恐怖で頭と気持ちの釣り合いがとれず、パニックになってしまっ……現在はサロン、相談支援センターもあり、心強いです。

・入院中からサロンに参加させてもらって、悲しい、辛い気持ちを聞いてもらいました。そんなあたたかい気持ちはいまでも忘れません。サロンに出会えなかったら、いまの自分はなかったように思います。感謝の気持ちでいっぱいです。(ハートフルサロン松江のパンフレットより転載)

同サロンでは、参加者それぞれが異なった環境や背景を持ちながらも、治療のこと、また病気と関係がない近況など、サロン内での個人情報口外しないという約束の下、他愛なくおしゃべりできる環境がある。参加者の発言に対して、決して否定することのない様子からは、互いの状況が受容される安心感が感じられた。「この場所があってよかった」、「ここに来ることができるから頑張ろうと思う」と話す参加者の姿には、サロンが大きな心の拠りどころとなっていることが理解できた。

がんの治療と療養において、常に選択と決定を迫られてきた患者と家族が、そのような経緯をも含めた現在の境遇を分かち合い、肯定する、同サロンの温かな雰囲気には、10年間の継続的な開催を通じて培われてきたものとしてのかけがえのなさが感じられる。

### ひとりじゃないんですよ ハートフルサロン松江

日時／毎週火曜日13:00～15:00

場所／松江市立病院 8階会議室



「病院の中でがん患者や家族どうしが交流できる場所が欲しい」という患者さんの願いから平成18年に誕生したサロン。お茶を飲んでの団欒や体験談を聞いたり、勉強会を開いたりして来ました。気軽に部屋をノックくださったら、笑顔でお迎えます。

[松江市立病院資料よりアフターサービス推進室作成]

## 8 松江市立病院の取組に関するまとめ

松江市立病院では、松江地域でがん対策を先駆的に進めてきた実績を踏まえ、患者と家族が望む環境で、心身の痛みやつらさから解放されて過ごす緩和ケアに病院全体で取り組んでいる。ACPの考え方にに基づき緩和ケア外来、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟の各スタッフが病状の変化に応じて、これからをどう過ごしたいかという患者と家族の願いを尊重して支援することを心がけている。

入院しながら積極的治療を行う患者について、主治医と情報を共有しながら、注射や点滴、投薬による症状のコントロールを行い、退院後は、かかりつけ医と連携を取りながら、かかりつけ医不在時などは緩和ケア医師も在宅での療養に加わり、さらにはがん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師の自宅や施設に向く訪問ケアを通じて、患者と家族は入院時から継続してケアされているという安心感を持つことができる。緩和ケア病棟においては、患者と家族の時間がいきいきとしたものになるために、日頃のケアで培った支援内容とともに、病院職員が参加する研修を継続的に開催し、より良いケアを提供するべく、研鑽に励んでいる。

患者と家族にとって、治療と療養を進めていくに従ってこれからの過ごし方を考え、決定し、たとえ考え方や想いの変化しようとも、常に医療者が寄り添う松江市立病院の支援は心強いものとなっている。病院の方針に呼応するように、がん患者と家族によるハートフルサロン松江のあたたかな雰囲気に満ちた長期にわたる交流の場の継続が患者と家族の大きな心の拠りどころとなっており、松江市立病院においては、患者・家族と病院のそれぞれが緩和ケアを主体的に行う取組が進められている。