

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ACP¹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。

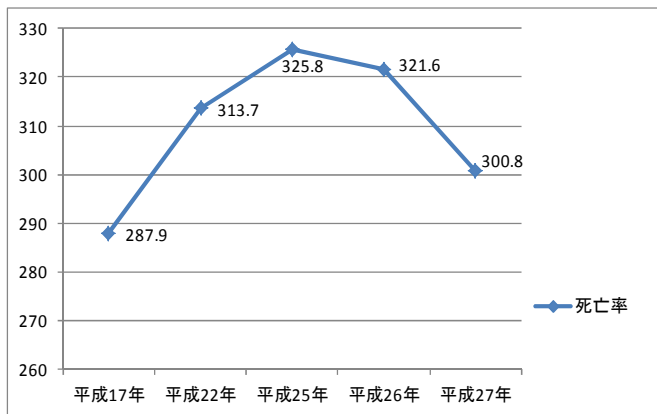
○10年以上定期的に開催され、患者と家族を支援してきた「ハートフルサロン松江」は、患者と家族にとって、こころの拠りどころ。

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²（表1-1）。

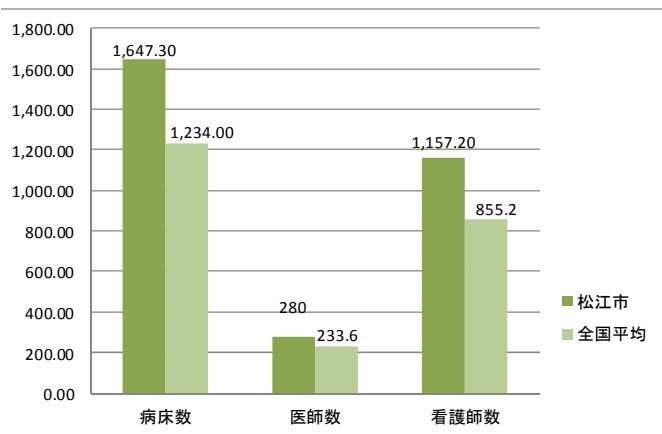
市内には松江市立病院を含む11の病院があり、人口10万人当たりの病床数は、全国平均が1,234床であるのに対して、松江市は1,647床³と全国平均を上回っており、医師数、看護師数とも同様の傾向を見せている（表1-2）。

【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]

¹ ACPについては73～74頁参照。

² 「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)」

³ 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⁴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】

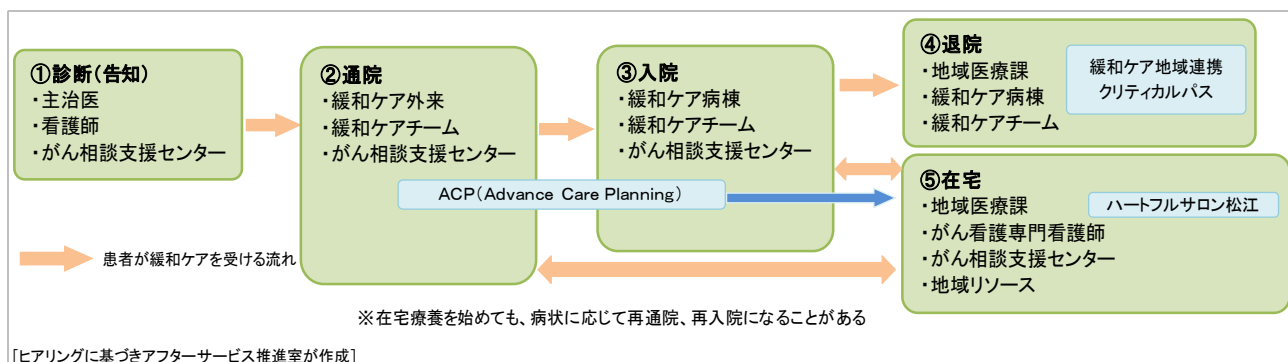
【松江市立病院の緩和ケアにおける患者と家族への関わり】

・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】



⁴ 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。

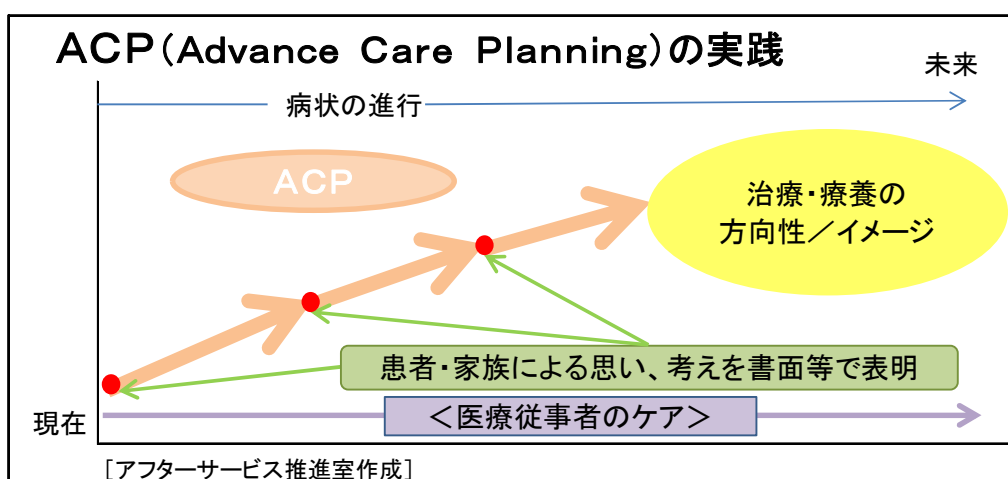
2 緩和ケア提供体制とACPの重視

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考えたという。

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)⁵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】



⁵ 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、できるだけ変わりにく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によって、<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⁶（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。

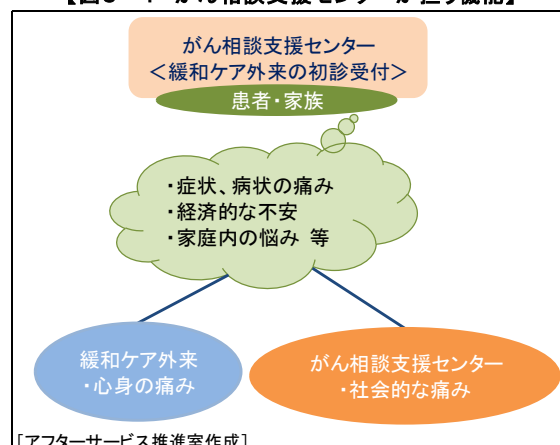
【表 3-2 松江市立病院 がん相談支援センターの基本情報】

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】



[アフターサービス推進室作成]

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

⁶ 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⁷⁾。

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⁸」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⁹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¹⁰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、

⁸ 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。

⁹ 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。

¹⁰ 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¹¹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、苦痛の状態が強いと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

¹¹ 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」¹²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

¹² 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。