

<EMR当日術後>

上部消化管EMR 診療用クリニカルパス 食道 胃 (1)3cm以内

患者名()様

(内-7)

EMR当日術後 (月 日)	
アウトカム	・術後出血・穿孔がない ・苦痛が表出できる

治療	サイン	時間	経過観察	サイン
処置				
内服	<input type="checkbox"/> 処方①トロンピン5000単位 4×(4) <input type="checkbox"/> ②7ルサルシ液10ml 4×(8) 水薬2種(①②)混合したものを、 内服確認 1時間後(:) 2時間後(:) 上部内視鏡 1時間後(:) 上部内視鏡 3時間後(:)			
検査	<input checked="" type="checkbox"/> バイタルサインチェック(掃室後3検) <input type="checkbox"/> 内視鏡伝票=夕方(:) 移送 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
点滴	・点滴はゆっくり自然滴下(治療中の点滴が残っている場合はそのまま続ける) 掃室直後 側管より ① 生食100ml+オプテール1A(掃室時) ② ソルアセド 500ml ③ ソルテム3A 500ml +アーツェー(100mg) 1A ④ 生食100ml+オプテール1A (掃室8時間後) (ジェルコ針) ハフラッシュ×1			
説明指導	今後の予定について説明 ・安静度・絶飲食・点滴・内服薬(水薬)			
栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 絶飲食			
活動	<input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> ベットサイドまで可 <input type="checkbox"/> 看護員の付き添いの元トイレ歩行可 必要時は中まで付き添う (:) 夕方 上部内視鏡後 <input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> ベットサイドまで可 <input type="checkbox"/> トイレ歩行可			
清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 活動状況に合わせて介助			

時間	掃室時	19:00		
観察項目	(:) (:)	(:) (:)	(:) (:)	(:) (:)
尿回数				
便回数				
体温				
脈拍				
血圧	/	/	/	/
嘔気				
上腹部痛				
SPO2				
バランス	有・無	有・無	有・無	有・無
コード				
サイン				

一時的項目・追加指示はT(テンポラリー)で経過記録に記入する

2006/04/15改訂

図2 上部消化管EMR診療用クリニカルパス 2

病日に内視鏡検査を施行し退院としている。退院前には栄養指導も行っている。

ESDの手技の詳細については他の論文を参照されたい。

結 果

当院ではESD導入後2006年3月までに胃腫瘍362症例、371病変に対しESDを施行した。2002年1月のクリニカルパス導入後261症例、267病変にESDを施行しており、パスの完遂率は96.6% (252/261)であった。

2002年1月以降の症例でみられた偶発症は出血が7例(2.7%)、穿孔が2例(0.8%)であった。出血例のうち5例でHgb 2 g/dl以上の低下があり、2例で輸血を要した。これらの症例はクリニカルパス逸脱となり、出血例の1例、穿孔例の1例で緊急手術を要した。それ以外の症例は内視鏡処置にて対応した。

クリニカルパス導入前後で偶発症の発生頻度は変化がなかった。

なお、本検討では偶発症としては扱っていないが、ESD後の経過観察の内視鏡検査にて潰瘍底に凝血塊の付着や、露出血管を認めたためクリッピングや凝固止血を施行した症例は、57例(21.8%)であった。

考 察

本検討でクリニカルパス逸脱の原因となったのは出血7例、穿孔2例であった。ESD後の経過観察の内視鏡検査にてなんらかの止血処置を要した57例のうち5例でHgb 2 g/dl以上の低下を認め、2例で輸血を要した。当院の特色としてESD施行日の午後、翌日午前の内視鏡観察を施

行し、必要があれば積極的に止血処置を行っている。ESD症例に占める偶発症としての出血率は従来の報告²⁾と比較しても2.7%と比較的低率であり、ESD後のこまめな内視鏡検査および止血処置を行うことで出血率を低下させている可能性がある。

偶発症に関してはESD技術の習熟によって低下させることが可能であり、当院では2004年7月以降は上記の偶発症は経験していない。

ESDという偶発症が比較的多いとされる処置においても高いパス完遂率を達成できており現在のクリニカルパスは妥当と思われる。しかし、昨今の医療事情により在院日数のさらなる短縮が求められており、今後の検討課題と思われる。

ESD施行時の出血についてはプロトンポンプ阻害薬(PPI)の前投薬によって胃液のPHを上昇させることが血小板凝集および凝固活性化の面で有利であるとの報告³⁾もあり、PPIの前投薬をパスの一環として組み込んでいくことも検討している。

文 献

- 1) 四国がんセンターの公開クリニカルパス。URL: http://ky.ws5.arena.ne.jp/NSCC_HP/shinryo_info/clinical_ex/clinical_top.htm
- 2) Oda I, Gotoda T, Hamanaka H, et al. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: technical feasibility, operation time and complications from a large consecutive series. *Digestive Endoscopy* 2005; 17: 54-8.
- 3) 小野尚子, 浅香正博, 加藤元嗣. ESDにおける proton-pump inhibitorの投与時期についての検討. *日本消化器内視鏡学会誌* 2005; 47 Supple 2: 1817.

* * *

—症例報告—

早期胃癌に合併した粘膜下腫瘍型

胃 hamartomatous inverted polyp の 1 例

平 崎 照 士¹⁾²⁾ 谷 水 正 人 那 須 淳 一 郎
片 岡 淳 朗²⁾ 松 原 稔 鈴 木 誠 祐¹⁾

要旨：症例は 39 歳，女性。内視鏡検査で胃体下部前壁に 4cm 大の陥凹性病変を，体上部小彎に 2cm 大の粘膜下腫瘍を認めた。粘膜下腫瘍は超音波内視鏡では細脈管様の無エコー像がみられ，迷入腺が疑われた。幽門側胃切除を施行し，陥凹性病変は印環細胞癌と，粘膜下腫瘍は hamartomatous inverted polyp (HIP) と診断された。HIP はまれな疾患であるが，胃粘膜下腫瘍の鑑別診断において考慮する必要があると思われた。

索引用語：hamartomatous inverted polyp, 胃粘膜下腫瘍, 超音波内視鏡検査

緒 言

胃の hamartomatous inverted polyp (以下 HIP) は粘膜固有層および粘膜下層に限局的に大小の嚢胞状に拡張した腺管構造と粘膜筋板に連なった平滑筋束が樹枝状に増殖した病変である¹⁾²⁾。胃 HIP はこれまでさまざまな画像所見が報告されているが，診断が困難な疾患とされている³⁾。今回われわれは早期胃癌に併存し，迷入腺と鑑別困難であった粘膜下腫瘍型 HIP の 1 例を経験したので報告する。

1 症 例

患者：39 歳，女性。

主訴：食欲不振・全身倦怠感。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成 15 年 10 月，健康診断目的で近医において上部消化管内視鏡を施行したところ，胃体下部前壁に陥凹性病変を指摘され，精査加療目的にて入院となった。

入院時現症：血圧 120/62mmHg, 脈拍 68/min, 整，聴診上心肺に異常なし。眼瞼，眼球結膜に貧血，黄染なし。表在リンパ節触知せず。肝・脾腫

はなく，四肢に浮腫を認めなかった。

入院時検査成績：軽度の貧血を認める以外異常を認めなかった (Table 1)。

消化管内視鏡検査：上部消化管内視鏡では胃体下部前壁から胃角にかけて 4cm 大の浅い発赤調の陥凹性病変を認めた (Figure 1)。胃体上部小彎には 2cm 大の正常粘膜に覆われた扁平な粘膜下腫瘍を認めた (Figure 2, 3)。

生検所見：陥凹性病変からの生検組織には signet ring cell を認め印環細胞癌と診断された。粘膜下腫瘍からの生検組織は正常の胃粘膜のみが採取されていて，診断には至らなかった。

超音波内視鏡検査：粘膜下腫瘍様病変に対して超音波内視鏡検査を施行した。低エコーの腫瘍が第 2～3 層にかけて存在しており，内部に細い脈管と思われる無エコーの集合を認めた。第 4 層は正常に保たれていた (Figure 4)。これらの所見より粘膜下腫瘍については迷入腺が疑われた。

腹部 CT 検査所見：腹腔内リンパ節腫大や明らかな遠隔転移等の異常所見は認めなかった。以上の所見から体部前壁の胃癌 (深達度 m) と粘膜下腫瘍 (迷入腺) と診断した。胃癌については T1,

1) 住友別子病院第 2 内科

2) 四国がんセンター内視鏡科

Table 1. 入院時血液生化学検査

WBC	4300 / μ l	GOT	24 IU/l	Cr	0.7 mg/dl
Seg	58.1 %	GPT	30 IU/l	BUN	16.7 mg/dl
Mono	6.5 %	LDH	263 IU/l	UA	4.0 mg/dl
Eo	7.4 %	γ -GTP	12 IU/l	Na	144 mEq/l
Baso	0.5 %	ChE	0.59 Δ pH	K	4.1 mEq/l
Lymph	27.5 %	LAP	63 IU/l	Cl	109 mEq/l
RBC	401×10^4 / μ l	ALP	128 IU/l	Ca	9.1 mg/dl
Hb	11.3 g/dl	T.Bil	0.6 mg/dl	CEA	0.5 ng/ml
Ht	33.8 %	D.Bil	0.1 mg/dl	CA19-9	< 0.6 U/ml
Plt	29.0×10^4 / μ l	T.Cho	188 mg/dl	HBsAg	(-)
		T.P	7.5 g/dl	HCVAb	(-)
		Alb	4.4 g/dl		
		ZTT	4.0 Ku		
		TTT	0.5 Ku		



Figure 1. 上部消化管内視鏡検査所見：内視鏡検査で矢印に示す範囲の胃体下部前壁に4 cm 大の浅い陥凹性病変を認めた。

NO, MO と診断した。治療は粘膜下腫瘍様病変を含めた幽門側胃切除およびD2 郭清を施行した。

切除病理組織学的所見：陥凹性病変は4.0×4.5 cm の0-IIc で, signet ring cell が粘膜層に局限してみられた。脈管浸襲を認めずリンパ節転移もみられなかった。粘膜下腫瘍は胃底腺領域に存在し, 長径1.7cm で, 粘膜下層を中心に大小不同の嚢胞や拡張した異型のない腺管を多数認めた (Figure 5a)。拡張した腺管の間には平滑筋束の増生を認めた (Figure 5b)。粘膜下腫瘍周囲, 癌および癌周囲の粘膜下層には粘膜下嚢胞はみられなかった。以

上の所見よりHIP と診断した。胃痛についてはpT1, pN0, M0, H0, P0, CY0, Stage Ia であった。現在外来経過観察中であるが, 2年後の現在再発を認めていない。

II 考 察

粘膜下の異所性胃腺には胃底腺と幽門腺の境界領域に好発し丈の低い比較的小さな粘膜下隆起が多発するびまん型 (いわゆるびまん性胃粘膜下異所腺) と胃体上部や穹隆部など胃底腺領域に好発し比較的大きな腫瘍を形成する孤立型の2つの病態があるとされている⁴⁾。このうち後者の粘膜下異所腺が増生, 貯留, 嚢胞化し孤立性腫瘍を形成するものを胃過誤腫性ポリープやHIP と呼称している³⁾⁵⁾。Aoki らは孤立型異所性胃腺でいわゆるHIP とされる病変のうち有茎性のものをポリープ型, 無茎性のものを粘膜下腫瘍型と分類している⁶⁾。本症例は粘膜下腫瘍型と考えられた。

胃HIP は極めてまれな疾患であり1990年から2004年まで医学中央雑誌にて検索した範囲では本症例を含めて13例のみ^{2)3)5)~14)}報告されていた (Table 2)。平均年齢は46歳, 男女比は5:8で女性に多く, 主訴は貧血・消化管出血がそれぞれ2例で最も多かった。無症状のものは本症例を含めて7例であった。肉眼型はポリープ型が4例, 粘膜下腫瘍型が本症例を含め10例であった。

HIP の診断についてはEUS 診断の有用性が報告されている^{8)~11)}。しかしながら杉山ら⁸⁾は第3

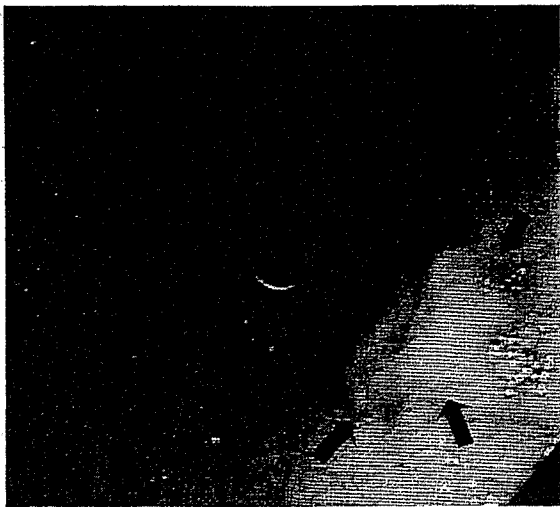


Figure 2. 上部消化管内視鏡検査所見：体上部小彎に2cm大の扁平な隆起性病変（矢印）を認めた。

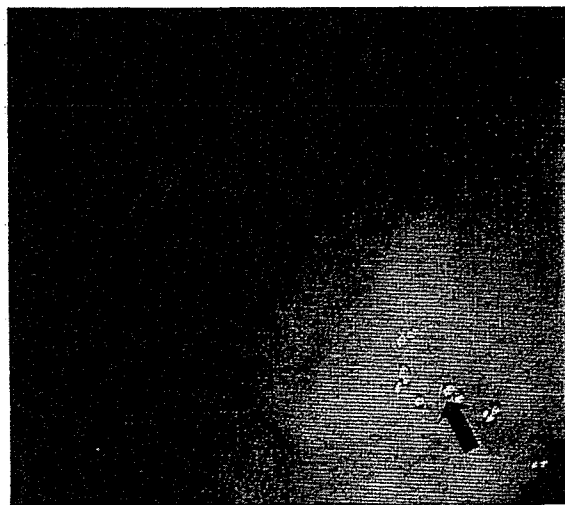


Figure 3. 上部消化管内視鏡検査所見：隆起性病変は正常粘膜に覆われており，粘膜下腫瘍（矢印）と診断した。

層のびまん性高エコー腫瘤，松岡ら¹¹⁾は粘膜下の大小さまざまな無エコー域の充満する海綿状腫瘤と記載しており，EUS像も症例によって異なり，EUSのみでは確定診断が困難である。Table 2のうち内視鏡でHIPと診断された例は，井上ら¹⁰⁾，松岡ら¹¹⁾が報告した2例のみであった。日比野ら³⁾は病巣内の数個の無エコー域を迷入腺にみられる脈管像と判断し，われわれと同様に術前診断を迷入腺としていた。胃粘膜下腫瘍のEUS像における細い脈管様の無エコーは迷入腺の導管なのか，あ

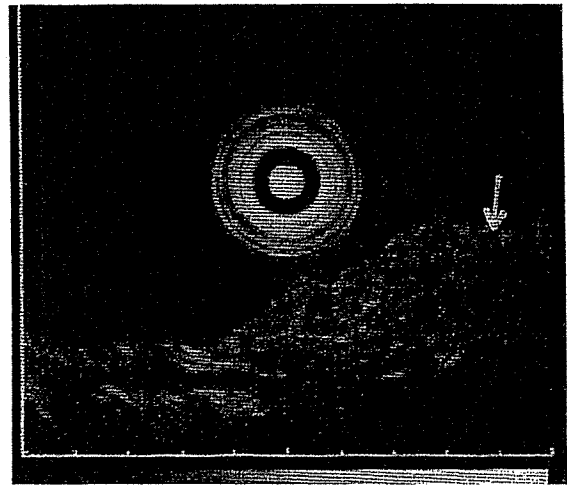


Figure 4. 超音波内視鏡検査所見：低エコーの腫瘍が第2～3層にかけて存在しており，内部に細い脈管様の無エコー域の集簇（矢印）を認めた。第4層は正常に保たれていた。

るいはHIPの拡張した腺管なのか，症例によって慎重に判断する必要がある。HIPはEUS下穿刺吸引生検を行えば，診断が確定する可能性があるが，腫瘤の組織が採取できていたにもかかわらず，生検組織内に腺窩上皮を多数認めたことから胃粘膜上皮のみが採取されたと誤って診断された報告³⁾もあり，あらかじめ粘膜下腫瘍の鑑別診断にHIPを考慮に入れておかないと，EUS下穿刺吸引生検でも診断が困難である。

粘膜下異所性胃腺のうちびまん型では胃癌の合併（特に分化型腺癌）が多く，いわゆる paracancerous lesion として注意を喚起されており⁵⁾¹⁵⁾¹⁶⁾，近年ヘリコバクターピロリ感染との関連が議論されているが¹⁷⁾¹⁸⁾，孤立型にも癌が存在し異所性胃腺から癌が発生したとする報告もみられる¹⁹⁾。Table 2の13例のうち，加藤ら⁹⁾の高分化型腺癌の併存をみた報告と本症例の2例にHIPと胃癌の併存がみられた。さらに本症例では合併した胃癌の組織型は印環細胞癌であり，HIPに分化型腺癌以外の癌が合併した極めてまれな症例と考えられる。癌とHIPの間に関連があるかどうか現在のところ不明であり，今後さらに症例の集積と検討が必要である。

治療に関してはポリープ型に対しては腫瘤が大きかった1例を除いて内視鏡的切除が行われてい

Table 2. 胃 hamartomatous inverted polyp の本邦報告例 (1990 ~)

著者	年齢	性別	報告年	初発症状	病変の位置	大きさ (cm)	形態	内視鏡診断	胃癌の併存	治療
1 瀧澤ら ⁷⁾	48	女	1990	-	体上部小彎	2.5×2.0×1.5	SMT type	粘膜下腫瘍 (筋原性腫瘍)	-	手術
2 杉山ら ⁸⁾	15	女	1992	心窩部痛	体上部大彎	1.2×1.4	SMT type	記載なし	-	内視鏡的切除
3 加藤ら ⁹⁾	73	男	1993	貧血	体中部後壁	1.5×1.4×1.0	SMT type	胃のう胞	+	内視鏡的切除
					体上部大彎	1.5×1.4×1.1	SMT type		-	内視鏡的切除
4 井上ら ¹⁰⁾	67	男	1995	-	体上部大彎	1.0×0.9×0.5	SMT type	胃粘膜下異所腺	-	内視鏡的切除
5 松岡ら ¹¹⁾	39	女	1995	-	穹隆部前壁	1.8	polyp type	過誤腫様ポリープ	-	内視鏡的切除
6 多田ら ¹²⁾	68	男	1996	食欲不振・貧血	残胃吻合部	7×6×4	polyp type	良性ポリープ	-	手術
7 Itoh et al ¹³⁾	41	女	1998	心窩部不快感	穹隆部	2.3×1.8×0.9	polyp type	記載なし	-	内視鏡的切除
8 Kubo et al ¹⁴⁾	21	女	2000	消化管出血	穹隆部	記載なし	polyp type	記載なし	-	内視鏡的切除
9 小沢ら ⁵⁾	40	女	2000	-	穹隆部大彎	2.5×1.7×0.9	SMT type	HIP またはリンパ管腫	-	内視鏡的切除
10 日比野ら ³⁾	63	男	2002	-	穹隆部大彎	2.5×2.8	SMT type	迷入腺または筋原性腫瘍	-	手術
11 梅岡ら ²⁾	41	男	2003	消化管出血	体上部後壁	0.5×0.5	SMT type	粘膜下腫瘍	-	手術
12 Aoki et al ⁶⁾	43	女	2004	-	体上部後壁	2.8	SMT type	診断つかず	-	手術
13 自験例	39	女	2005	-	体上部小彎	1.7×1.2	SMT type	迷入腺	+	手術

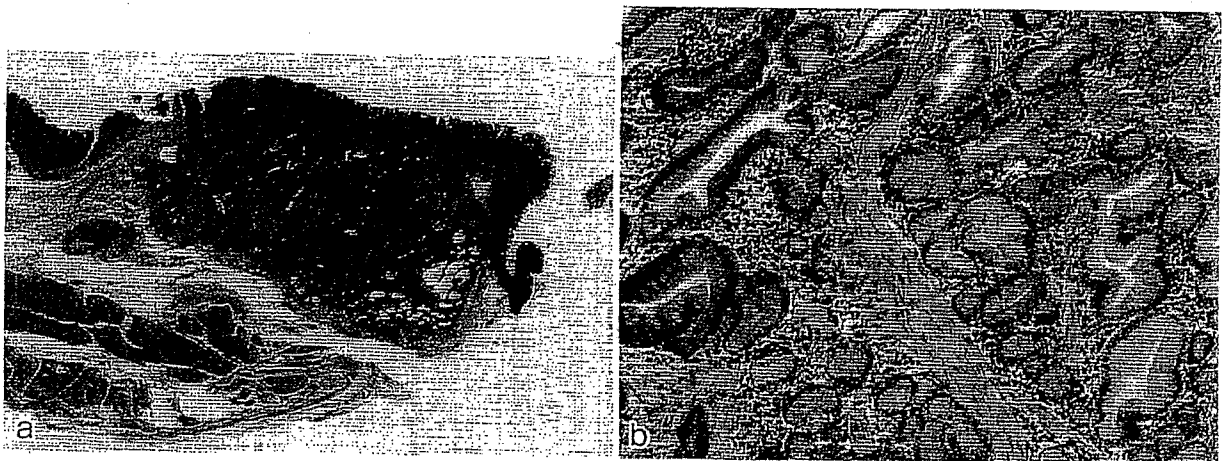


Figure 5. 手術標本組織所見 a: 粘膜下層を中心に大小不同の嚢胞と拡張した異型のない腺管を多数認めた (HE 染色, ×4). b: 拡張した腺管の間には平滑筋束の増生を認めた (HE 染色, ×100).

る。粘膜下腫瘍型に対しては平滑筋肉腫を否定し得なかった例⁷⁾, 出血を繰り返した例⁹⁾, 本症例のように胃癌などの他病変に併存した例においては外

科手術が行われている。粘膜下腫瘍型に対しては近年急速に普及しつつある切開剥離法 (ESD) による内視鏡的切除も有効な治療手段となりうると

思われる²⁰⁾。しかしESDは出血頻度が高い治療法であり、出血の症候を呈した例²⁾や内視鏡治療中に出血を生じ、外科手術を行った報告例⁷⁾があることから、粘膜下腫瘍型胃HIPに内視鏡治療、特にESDを行う場合は特に出血に注意して慎重に行うべきであると思われた。

結 論

早期胃癌に併存し、迷入腺と鑑別困難であった粘膜下腫瘍型胃HIPの1例を報告した。胃粘膜下腫瘍の鑑別診断においてはHIPを考慮に入れておく必要があると思われた。

文 献

- 1) 田中庸生, 中川一彦, 藤原由規, 他: 胃過誤腫性ポリープ. 別冊日本臨床領域別症候群シリーズ 5; 357-359: 1994
- 2) 梅岡達生, 村上茂樹, 酒井邦彦, 他: 出血を繰り返した胃過誤腫の1例. 日臨外会誌 64; 2450-2453: 2003
- 3) 日比野茂, 高 勝義, 片山 信, 他: 粘膜下腫瘍像を呈した胃過誤腫性ポリープの1例. 日消外会誌 35; 598-602: 2002
- 4) 石黒典子, 橋本 洋, 丸山正隆, 他: 粘膜下腫瘍様の内視鏡像を示し, 巨大生検で診断した多発性異所性胃粘膜の1例. Progress of Digestive Endoscopy 30; 258-261: 1987
- 5) 小沢俊文, 長南明道, 安藤正夫, 他: 特異な形態を呈した hamartomatous inverted polyp の1例. 胃と腸 35; 965-970: 2000
- 6) Aoki M, Yoshida M, Saikawa Y, et al: Diagnosis and treatment of a gastric hamartomatous inverted polyp: report of a case. Surg Today 34; 532-536: 2004
- 7) 瀧澤千晶, 青野一郎, 森田重文, 他: 粘膜下腫瘍様所見を呈した胃過誤腫の1例. 消化器内視鏡の進歩 37; 240-243: 1990
- 8) 杉山幸一, 浅木 茂, 大原秀一, 他: 内視鏡的ポリペクトミーを行った若年者の胃粘膜下異所腺の1例. Gastroenterol Endosc 34; 2354-2360: 1992
- 9) 加藤 彰, 柳井秀雄, 藤村 寛, 他: 粘膜下腫瘍様の特徴的な内視鏡像を呈した多発性胃過誤腫

- の1例. Gastroenterol Endosc 35; 1329-1333: 1993
- 10) 井上 茂, 長南明道, 結城豊彦, 他: 特徴的な超音波内視鏡像を呈した単発性胃粘膜下異所腺の1例. Gastroenterol Endosc 37; 2216-2221: 1995
- 11) 松岡正記, 吉田行哉, 早川和雄, 他: 超音波内視鏡にて特徴的所見を呈した胃過誤腫様ポリープの1例. Gastroenterol Endosc 37; 767-772: 1995
- 12) 多田修治, 神尾多喜浩, 宮島伸治, 他: 残胃に発生した hamartomatous inverted polyp の1例. 胃と腸 31; 539-546: 1996
- 13) Ito H, Tsuchigame T, Matsukawa T, et al: Unusual gastric polyp showing submucosal proliferation of glands: case report and literature review. J Gastroenterol 33; 720-723: 1998
- 14) Kubo S, Akahoshi K, Wakiyama S, et al: Endosonographic features of solitary gastric hamartomatous polyp. Endoscopy 32; S39: 2000
- 15) 岩永 剛, 小山博記, 古川 洋, 他: 胃における前癌病変としてのびまん性粘膜異所腺の意義. 日消誌 73; 31-40: 1976
- 16) 万代光一, 森脇昭介, 土井原博義, 他: 胃多発性粘膜下異所性嚢胞の paracancerous lesion としての意義. 病理と臨床 9; 1217-1225: 1991
- 17) Inaba T, Mizuno M, Kawai K, et al: Diffuse submucosal cysts of the stomach: report of two cases in association with development of multiple gastric cancers during endoscopic follow up. J Gastroenterol Hepatol 14; 1161-1165: 1999
- 18) Nakao A, Sato S, Nabeyama A, et al: Diffuse submucosal cysts of the stomach associated with gastric cancer: contribution of Helicobacter pylori infections. Anticancer Res 21; 3711-3715: 2001
- 19) 菅原 暢, 佐久間晃, 大内明夫, 他: 迷入腺管から発生した早期胃癌の1例. 癌臨 29; 1351-1355: 1983
- 20) Rosch T, Sarbia M, Schumacher B, et al: Attempted endoscopic en bloc resection of mucosal and submucosal tumors using insulated-tip knives: a pilot series. Endoscopy 36; 788-801: 2004

(論文受領, 平成17年9月27日)
受理, 平成18年1月13日)

<特集>第17回日本在宅医療研究会学術集会

医療者が考える末期がん患者の退院阻害要因

田所かおり 関木 裕美 神谷 淳子 谷水 正人*

[*Jpn J Cancer Chemother* 33(Suppl II): 338-340, December, 2006]

Discharge Interference Factors of Terminally Ill Cancer Patients: A Questionnaire Survey Provided by Medical Staff at the Cancer Center Hospital: Kaori Tadokoro, Hiromi Uruki, Junko Kamiya and Masahito Tanimizu (*National Hospital Organization Shikoku Cancer Center*)

Summary

Despite of a terminally ill cancer patients' state of illness being stable, there will be a case where a patient loses his or her chance to be discharged due to an increase in length of hospitalization. We studied a questionnaire survey that was provided by medical staff at the cancer center hospital, and discussed how to support or encourage patients to cooperate with medical staff in order to attain shorter hospitalization. Key words: Discharge interference factor, Discharge support, Cooperation with other medical constitutes

要旨 末期がん患者のなかには病状が安定していても、入院が長引き在宅で過ごすチャンスを逃す場合がある。医療者が同じ意識をもって退院支援に取り組むため、医師、看護師が考える退院阻害要因を調査したので報告する。

はじめに

残された時間をどう過ごしたいのか、どう介入すればよいのか、われわれ医療者は常に試行錯誤している。医療者間が同じ意識をもって退院支援に取り組むため、今回、医師、看護師が考える退院阻害要因を調査し、今後取り組む対策を考察した。

I. 研究方法

1. アンケートによる実態調査研究

- 1) 対象: 当院の医師 70 名, 看護師 252 名。
- 2) 期間: 2005 年 5 月~1 年間。
- 3) 調査票 (図 1): 質問 1. 予備調査で得られた患者側, 医療者側, システム要因の三つのカテゴリーで 13 の質問項目を作成し, さらに細かい内訳について考えられる因子を自由記述で求めた。質問 2. 13 項目のなかから特に重要だと思われる要因三つを選んでもらった。
- 4) 分析: KJ 法, 単純集計。

II. アンケート調査結果

- 1) 調査回収率: 医師 30% (21 名), 看護師 86.9% (219

名), 全体 71.4% (230 名)。

2) 属性: 医師; 平均年齢 39.0 歳, 臨床経験年数 15.1 年, 当院での勤続年数 4.5 年。看護師; 平均年齢 35.5 歳, 臨床経験年数 12.9 年, 当院での継続年数 9.4 年。

3) 予備調査から, 患者側, 医療者側, システム要因の三つのカテゴリーで 13 項目の退院阻害要因に類型化された (図 2)。

4) 本調査結果: 質問 1. 退院阻害要因の内訳をグルーピングし表 1 に示した。

また, グルーピングしきれなかった医師のその他の意見として, 「医療者の姿勢・考え方は関係ない」, 「退院支援への興味不足」などがあつた。看護師のその他の意見として, 「介護者の仕事の問題」, 「医療者も退院できないと思込んでいる」, 「情報をスタッフが共有していない」などがあつた。

質問 1, 2 より→ 1. 医師・看護師間で相違があつた退院阻害要因は, 記述結果より, 医療提供者の姿勢・考え方だつた。2. 医療者が主要として考えていた退院阻害要因は, ① 介護問題, ② 患者の不安, ③ 当院・治療への依存・固執で患者側の要因であつた (図 3)。

医療者側が感ずる末期がん患者の退院阻害要因

研究者 谷水正人 神谷淳子 田所おかり 関本裕英

本研究の目的は、医療者側が感ずる末期がん患者の退院阻害要因を明らかにすることです。調査票は以前ご紹介いただきました予備調査の結果をもとに作成しています。今後取り組んで退院支援につなげていきたいと考えています。本にご協力いただいた皆さまが、アンケート調査にご協力いただきありがとうございます。調査は無記名とし、研究以外の目的には使用致しません。なお、調査につきまして不明な点がございましたら、3階西病棟、田所までご連絡ください。

5月10日までに記入お願い致します。医師の方は谷水のメールボックスへ、看護師の方は各師長へ提出ください。回収に伺います。

調査票

次の文を読んで当てはまる項目に○印、またはご記入ください。

1. あなたの性別、年齢は 1. 男 2. 女 ()歳
2. 職種は 1. 医師 2. 看護師
3. 科科ですか(消化器 乳腺・内分泌 婦人 形成外科 泌尿器 眼科 呼吸器 血液腫瘍 緩和ケア 放射線 ICU) (その他)
4. 臨床経験年数は (年 月 日)
5. 当院での勤務年数は (年 月 日)

○調査の対象：末期がん患者…緩和医療を対象とした患者・余命6ヶ月以内が予測される患者

質問1. 末期がん患者の退院阻害要因を以下のような項目にグループ化しました。次の退院阻害要因の中のさらに細かい内容について、考えられる因子をご記入ください。

<患者側の要因>

1) 患者の不安について
考えられる因子をご記入ください(例:今後の病状悪化・死に対する不安、今後の治療・治療に対する不安)

2) 介護問題について
考えられる因子をご記入ください(例:介護者がいない、介護者が在宅介護を知らない)

3) 経済・住環境問題について
考えられる因子をご記入ください(例:お金がない、病室から遠方である)

4) 当院・治療への依存・固執について
考えられる因子をご記入ください(例:可能な治療は何でも受けてもらいたいと思っている、自前ならなんとかできると思っている)

<医療者側の要因について>

5) 病状告知が不十分について
考えられる因子をご記入ください(例:病状・手技が十分伝えられていない、家族の希望で病状告知されていない)

6) コミュニケーション不足(患者・医療者間)について
考えられる因子をご記入ください(例:医療者の姿勢・態度に問題がある、コミュニケーション技術がない)

7) コミュニケーション不足(医療者間)について
考えられる因子をご記入ください(例:退院に併する医師・看護師の考え方の違い、カンファレンスの機会がない)

8) 医療提供者の姿勢・考え方について
考えられる因子をご記入ください(例:医療者が最新まで行きたいと思ってるため退院を勧めない、退院支援は前向きだと思っていない)

9) 在宅支援の勉強不足について
考えられる因子をご記入ください(例:在宅介護支援センターの活用がわからない、地域サービス関係者やケアマネージャーとの連携がうまくない)

<システム要因について>

10) 当院のシステム不備について
考えられる因子をご記入ください(例:在宅移行パスがうまく使われていない、マンパワー不足である)

11) 院内でのシステムの情報不足について
考えられる因子をご記入ください(例:当院での在宅移行サービスの情報不足、在宅支援活動のノウハウが足りない)

12) 当院と関連地域との医療連携の不備について
考えられる因子をご記入ください(例:行政との連携不足、地域サービス関係者との連携がない)

13) 医療機関紹介先・社会資源の情報不足について
考えられる因子をご記入ください(例:紹介先の医療レベルが不明、社会資源の種類・利用方法がわからない)

質問2. すべて退院阻害要因と思われませんが、その中でも特に重要となっている3つを下記1~13の中から選り、番号に○をつけてください。この他に考えられる項目がありましたら、ご記入ください。

1. 患者の不安 2. 家族・介護者の問題 3. 経済・住環境問題 4. 当院・治療への依存・固執
5. 病状告知が不十分 6. コミュニケーション不足(患者・医療者間) 7. コミュニケーション不足(医療者間)
8. 医療提供者の姿勢・考え方 9. 在宅支援の勉強不足
10. 当院のシステム不備 11. 院内でのシステムの情報不足 12. 当院と関連地域との医療連携の不備
13. 医療機関紹介先・社会資源の情報不足

その他考えられる項目をご記入ください

これらの退院阻害要因に対する今後の対策としてご意見がございましたら、お書きください

ご協力大変ありがとうございます

図1 調査票

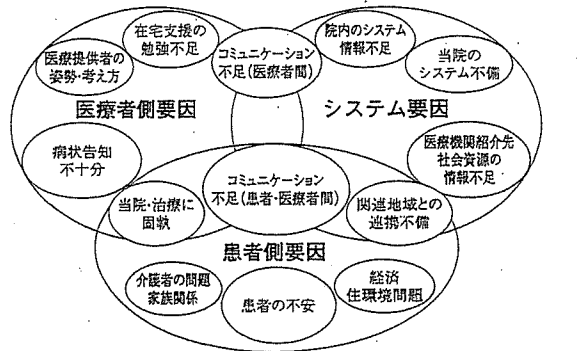


図2 予備調査より得られた退院阻害要因の抽出と類型化

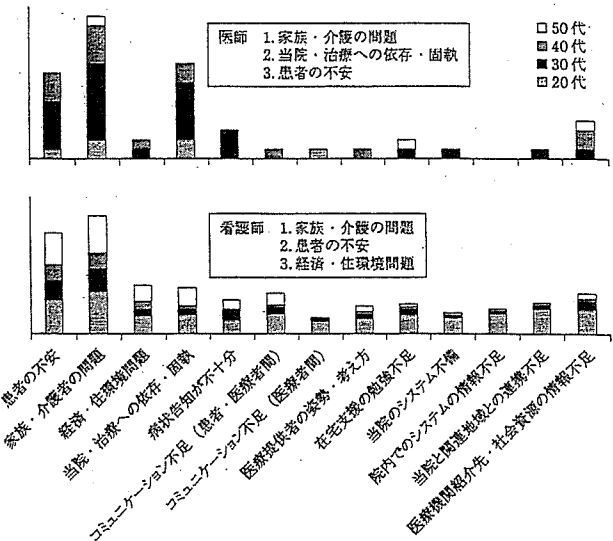


図3 主要だと思われる退院阻害要因の選択

III. 考 察

患者側要因に対する対策として当たり前のことだが、患者の立場に立って考えることである。不安いっぱい入院した患者・家族に対し、早い段階から積極的にかかわり、不安に耳を傾けなければならない。病院でも家庭での生活をイメージして介護・医療に参加していただき、入院中から地域スタッフも介入して継続したケア・医療・安心を提供したいと考える。

医療者側要因に対する対策として、まず医師による治療のゴール・入院目的の明確化が必須であり、退院の話医師がいかに早く行うかであろう。当院での治療の限界、退院後のフォローまでICでできることが理想である。定期的な退院カンファレンスによる意識の統一、退院阻害要因、退院機会の見極めも重要である。

システムの要因に対する対策として、退院支援システムの構築が第一にあげられる。当院では2006年4月新病院設立とともにがん相談支援・情報センターが開設した。院内外連携の強化・円滑化をめざしている(表2)。退院阻害要因は、医療者側の要因、システムの要因も加わり、複雑に相互に関連して存在する。がん相談支援・情報センターを中心に、入院早期に地域での看護・看取りなどを視野に入れた計画を立て、医療チームが同じ意識をもって退院支援ができるシステム作りに取り組んでいきたい。

表 1 退院阻害要因の内訳

<患者側要因>	医師の意見	共通意見	看護師の意見
1. 患者の不安	・処置・治療に対する不安	・今後の病状悪化 ・死の恐怖	・急変時の対応
2. 介護問題	・家族への遺慮	・介護者が不在 ・在宅療養についての知識不足	・介護者が高齢
3. 経済・住環境問題	・病院から遠方	・家族の負担 ・お金がない ・通院困難 ・住宅の問題	・地域に十分な施設がない
4. 当院治療への依存・固執	・当院スタッフに依存している	・当院なら何とかかなと思っている ・当院への期待・希望 ・当院にいる安心感	・見捨てられたという思い
<医療者側要因>			
5. 病状告知が不十分	・患者の意欲・希望は奪いたくない	・家族の希望で告知できない ・患者・家族が理解できていない	・病状予後が十分伝えられていない
6. コミュニケーション不足 (患者・医療者間)	・コミュニケーション不足 ・患者・家族の理解不足	・業務が多忙	・コミュニケーション技術がない ・医療者の姿勢・態度に問題がある
7. コミュニケーション不足 (医療者間)	・有意義なカンファレンスができていない	・医師・看護師の考え方の違い ・カンファレンスの機会がない	・話す時間がない
8. 医療提供者の姿勢・考え方	・最後まで治療すべきである ・最後まで診たいと思っている	・退院への準備が面倒で消極的	・退院支援システムが理解できていない ・退院可能な判断が難しい
9. 在宅支援の勉強不足	・在宅支援システムがよくわからない	・勉強会がない ・何を勉強すればよいかわからない	・社会資源についての情報不足
<システムの要因>			
10. システム不備	・緊急対応ができない	・マンパワー不足 ・パスが上手く使用されていない ・在宅移行支援の情報不足	・退院できるタイミングを逃す
11. 院内でのシステムの情報不足	・システムを知らない	・在宅移行時サービス情報不足	・在宅支援活動のアナウンスが少ない ・活動内容が少ない
12. 医療連携不備	・医療連携の窓口を持っている病院が少ない	・行政との連携不足 ・地域サービス関係者との交流会が少ない	・連携方法を知らない
13. 医療機関の紹介先・社会資源の情報不足	・紹介先・医師を見つけるのが大変	・紹介先の医療レベルの情報が少ない ・社会資源の種類・利用方法を知らない	・在宅に興味がない

表 2 抽出された退院阻害要因に対する対策

1. 患者側要因への対策	<p>医師による治療のゴール, 入院目的の明確化 早い段階から家族とかかわり, 不安に耳を傾ける (MSW のかかわり) 退院後も精神的サポートを行う (緩和ケア外来・がん相談支援・情報センター) 患者・家族に病院での介護, 医療に参加していただく 入院中から地域スタッフが介入し継続したケア, 医療を保証する 退院と同時にサービスが受けられるよう介護保険の申請</p>
2. 医療者側要因への対策	<p>医師による治療のゴール, 入院目的の明確化 家族の不安に耳を傾ける 患者・家族の理解力を考慮した上での病状告知 定期的な退院カンファレンスによる退院阻害要因, 退院機会の見極め 患者・家族教育 (公開セミナー) 退院調整, 在宅支援の勉強会</p>
3. システム要因への対策	<p>退院支援システムの構築 退院調整専門職の配置 退院調整パスの使用 地域の社会資源についての情報収集, 情報提供 院内外連携の強化円滑化 地域の医療福祉関係者を含めた勉強会, カンファレンス, 交流会</p>

参考文献

- ▷ 福島道子・監修: 事例で学ぶ退院計画. ナース専科, 2003年11月臨時増刊号.
- ▷ 阿部俊子, 秋田けい子: うまくいく退院指導のここがポイント. エキスパートナーシング 20(15): 114-134, 2004.
- ▷ 峯廻攻守, 松尾雪絵: 回復期リハ棟からの自宅退院阻害要因 老年医学的総合機能評価による検討. 日老医誌 41 (suppl): 111, 2004.
- ▷ 北市みゆき, 筒口由美子: 統合失調症患者における入院期間と退院阻害要因に関する研究 主として患者と看護師の問題意識に基づく要因分析を中心として. 日看研会誌 26 (3): 226, 2003.
- ▷ 竹村節子, 藤田きみる, 横井和美: 地域における在宅ホスピスケアの実態 滋賀県開業医へのアンケート調査から. 消外ナース 10(6): 627, 2005.
- ▷ 大阪府自立支援促進会議・退院促進事業報告書—3年間のまとめ—. 大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課, 平成15年9月.

当院における緩和ケアに関する意識調査

品川 恵己 槇埜 良江 本家 好文

はじめに

現在、年間約31万人の患者ががんによって死亡し、2人に1人の割合でがん罹患している。当院においても、2002年の調査によると、全入院患者693人のうちがん患者は193人(28%)であり、がんに伴う症状緩和が求められている。今回、当院における緩和ケアのあり方を検討するために、院内全職員に対し緩和ケアに対する考え方や理解度を調査した。今回の研究においては、「緩和ケアのイメージ」「WHOがん疼痛治療法の認知度」「緩和ケアを必要とする状況での療養の場の選択」の3項目について分析した。

I. 研究目的

県立広島病院職員の緩和ケアに対する考え方や理解度を調査し、当院における緩和ケアのあり方を検討する。

II. 研究方法

1 調査研究

1) 調査方法：無記名式アンケート調査

(1) 先行研究を参考に、緩和ケアに関する意識についてのアンケート用紙を作成し、配布後7日目に回収した。

(2) 「緩和ケアのイメージ」は全職員を対象にし、「WHOがん疼痛治療法の認知度」「緩和ケアを必要とする状況での療養の場の選択」は医師、看護師を対象とした。

2) 対象者：当院に勤務する全職員915名

3) 調査期間：平成16年3月8日から同年3月15日

4) 分析方法：「緩和ケアのイメージ」「WHOがん疼痛治療法の認知度」「緩和ケアを必要とする状況で

の療養の場の選択」の3項目について集計し、分析した。

5) 倫理的配慮：アンケート調査時に研究の目的や研究結果を公表すること、個人が特定されないように統計処理を行うことを文書で説明し、同意を得られた対象者より回収した。

III. 研究結果

調査用紙を全職員915名に配付後、回収した751名(82.2%)について分析した。有効回答数は、医師87名(11.6%)、看護師500名(66.9%)、その他職種160名(21.4%)であった。(図1)

1) 緩和ケアのイメージ

「症状が緩和され痛みが楽になる」というイメージを持つ者が55.3%、「自分らしく生きることができる」が26.7%で、肯定的イメージを持つ者が82.0%であった。また、否定的なイメージである「治る見込みがない」は3.1%、「死、最期を思わせる」は12.8%であった。(図2)

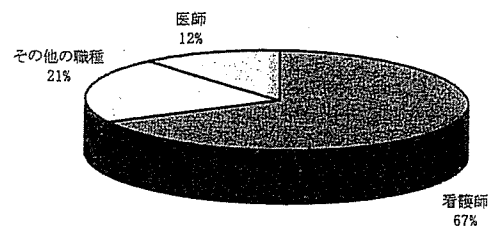


図1 対象者

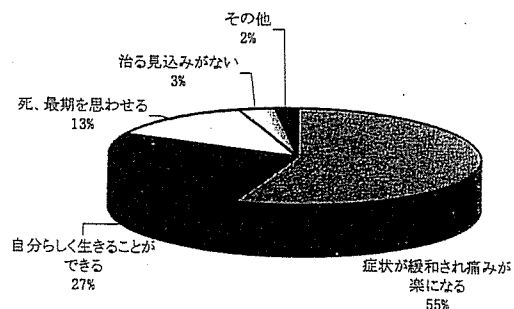


図2 緩和ケアのイメージ

2) WHOがん疼痛治療法について

WHOがん疼痛治療法の内容について「よく知っている」と回答した医師、看護師は全体の3.3%、「内容をある程度知っている」は12.8%、「WHOがん疼痛治療法があることを知っている」は28.4%であった。一方「知らない」は、55.5%であった。〈図3〉

また、麻薬の有効性、副作用について「多少は説明ができる」が55.3%、「説明できない」が31.4%、「説明できる」は6.4%であった。〈図4〉

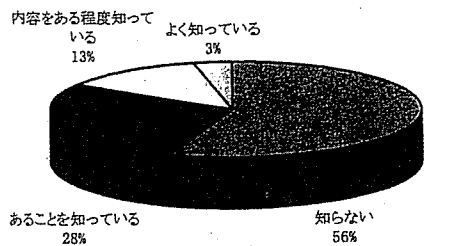


図3 WHOがん疼痛治療

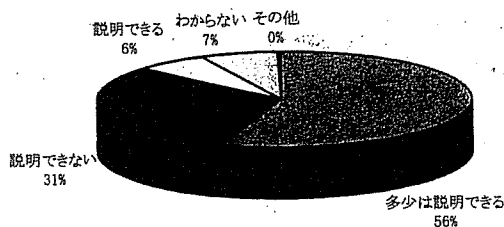


図4 麻薬の有効性、副作用

3) 緩和ケアを必要とする状況での療養の場の選択について

望ましい療養の場所は、医療者自身が緩和ケアを必要とする状況では「自宅」が52%、「緩和ケア病棟」33.5%「わからない」10.3%であったが、医師、看護師が患者に提供する際には「自宅」は26.4%「緩和ケア病棟」37.2%「わからない」22.0%であった。〈図5〉〈図6〉

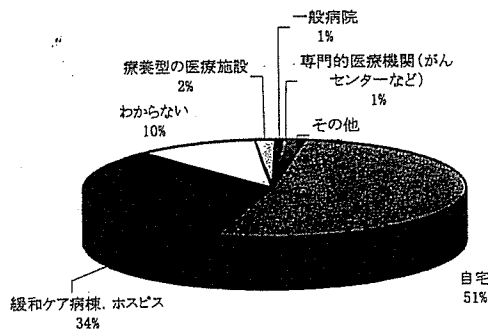


図5 療養の場の選択 (医療者自身)

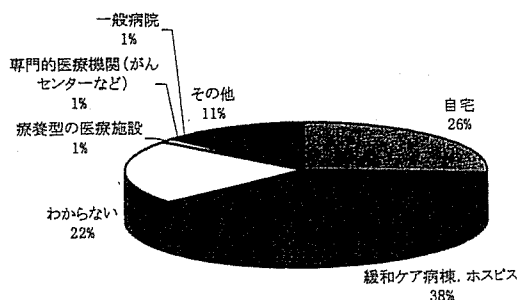


図6 療養の場の選択 (患者に提供する場合)

IV. 考察

当院の職員が描いている緩和ケアのイメージは、「症状が緩和されて自分らしく生きることができる」という肯定的なイメージを持つものが多い。反面「治る見込みがなく、死、最期を思わせる」といった否定的なイメージを持つ者も少数ながらあり、『積極的な症状緩和』と『自分らしさの保持』が、緩和ケアに求められていた。

また、当院におけるWHOがん疼痛治療法の認知度は医師、看護師ともに低く、麻薬の有効性や副作用について患者に説明できると答えたものも少なかった。緩和ケアを実践するために必要な知識や技術の習得は十分とは言えない。

WHOがん疼痛治療法によりがん疼痛の80%はマネジメントが可能であると言われている。しかし、平賀ら¹⁾によると、わが国におけるがん疼痛除痛率は1993年で62.3%という報告がある。除痛率の低い理由として、わが国では卒後教育において緩和医療を系統立てて教育する整備がなされていないこと、モルヒネの副作用対策が不十分であるために副作用が出現したら中止あるいは不十分なモルヒネ投与にとどまっているなどの緩和医療の課題があるとしている¹⁾が、当院においても同様の課題が存在していた。看護師は患者に接する機会が多く、患者の痛みを最も近くでモニターできる立場にあるが、がん疼痛治療法について知識がないと患者の痛みを放置してしまう危険性がある。そのため、がん性疼痛に苦しむ患者の疼痛マネジメントについては看護師も積極的に参加していく必要がある。がん疼痛治療に関する正しい知識を十分に持った上で、痛みの評価やモルヒネの副作用対策を実践していく責務があると考えられる。緩和ケアを必要とする状況における療養の場の選択については、医師や看護師自身が緩和ケアを必要とするときに希望する療養場所が、自宅

が半数以上でついで緩和ケア病棟であったが、患者に提供する療養場所は緩和ケア病棟と自宅がそれぞれ半数ずつという結果であった。治癒の見込めないがん患者が終末期を過ごす場所は、現在、一般病棟、緩和ケア病棟、在宅の3つの選択肢がある。当院の医療従事者は緩和ケアを必要とする状況になった場合の望ましい療養の場は自宅で過ごすか、緩和ケア病棟と考えているが、在宅で最後を過ごすことは困難と感じている。平成16年には約31万人の患者ががんにより死亡しているが、そのうち約4%しか緩和ケア病棟による緩和ケアを提供できていないのが現状である。³⁾したがって、一般病棟においても緩和ケアを必要とする患者に緩和ケアを提供できるよう、また、患者や家族が望む療養の場を提供できるよう選択肢の幅を広げる必要がある。今後も、がん性疼痛治療に関する情報提供や院内教育を継続し、疼痛緩和に関する意識を高め、知識や技術を実践の場に生かしていけるよう取り組む必要がある。

V. 結 論

当院の職員は緩和ケアについて、『症状が緩和されて自分らしく生きることができる』というイメージを持っていたが、がん疼痛治療法については、認知度が低値であった。また、緩和ケアを必要とする状況での療養の場は自宅あるいは緩和ケア病棟が望ましいと考

えていたが、実際には在宅療養は困難と感じていた。今後、疼痛緩和に関する意識を高め、知識や技術を実践の場に生かしていける取り組みと、患者が望む療養の場について考えていく必要性が示唆された。

引用文献

- 1) 平賀一陽他：日本におけるがん疼痛治療の現状と今後の展望～大学病院におけるがん疼痛治療の推移を主に～，緩和医療，Vol. 1 No 2. 1999

参考文献

- 1) 季羽倭文子他：がん看護学－ベッドサイドから在宅まで－三輪書店，2004
- 2) 平賀一陽：本邦におけるがん性疼痛管理の現状と今後の展望，ペインクリニック20：479-484，1999
- 3) 山崎章郎他：ホスピスケア，その新たな可能性－コミュニティケア，ターミナルケア，Vol.14 No 1. 2004
- 4) World Health Organization：Cancer Pain Relief. WHO, Geneva, 1986 (武田文和訳，世界保健機関編：がんの痛みからの解放，金原出版，東京，1987改訂版1996)

Survey of Awareness Regarding Palliative Care at Hiroshima Prefectural Hospital

Emi Shinagawa, Yoshie Makino, Yoshifumi Honke

Palliative Care Unit, Hiroshima Prefectural Hospital

Summary

Objectives :

To gather research information regarding hospital staff members' ways of thinking and their level of understanding of palliative care and to consider what the palliative care services should be at Hiroshima Prefectural Hospital.

Procedure :

- (1) Survey Period : March 8th-15th, 2004.
- (2) Respondents to the Survey : All staff working at Hiroshima Prefectural Hospital
- (3) Research Method : All staff impressions of palliative care were examined with reference to the previous research. In addition, with regard to cancer pain treatment and places for this treatment, doctors and nurses were surveyed.
- (4) Ethical Consideration : The research objectives were specified, and the adoption of statistical processing to avoid identifying an individual respondent was explained in writing to the respondents.

Results :

Survey forms were distributed to the entire staff of 915. 751(82.2%) were returned and analyzed. The number of effective responses is as follows : 87 doctors(11.6%), 500 nurses(66.9%), and 160 others(21.4%).

(1) Impressions of palliative care

82.0% of the respondents had positive impressions of palliative care.

"The symptoms and the pain will be relieved."---55.3%

"Each patient can live by his or her own value."---26.7%

On the other hand, those who had negative impressions account for a low of 12.8%.

"There will be no hope to get cured."---3.1%"

"Palliative care reminds me of a death or an end."---12.8%"

(2) Cancer pain treatment

Regarding the contents of WHO's cancer pain treatment method, the doctors who answered "I know it well." account for a low of 8.2%, and the nurses, 2.4%.

The doctors who answered "I know of the existence of WHO's method." make up 18.8% and the nurses, 33.3%. On the contrary, the doctors who answered "I don't know." constitute a high of 41.2%, and the nurses, 57.9%.

(3) Places for treatment for those in need of palliative care

As for ideal places for the treatment in cases where the responding staff members themselves need palliative care, the answer of "Home" accounted for approximately half or 52.0%, whereas when doctors or nurses provide places for patients, "Home" was a low of 26.4%.

Consideration :

The research shows that many staff members at our hospital hold impressions that "With palliative care, the symptoms and the pain will be relieved and each patient can live by his or her own value." The palliative care also requires "Positive symptom relief" and "Preservation of a sense of oneself." However, the recognition level of WHO's cancer pain treatment method is low, and the knowledge and techniques to put palliative care into practice are not fully understood by our staff. Therefore, we need to continuously provide information and in-service education about cancer pain treatment and deepen our understanding. In terms of places for treatment for those in need of palliative care, the preferred place differs between when doctors or nurses themselves need the care and when they offer the place to their patients. In order to promote home palliative care from now, we need to provide adequate symptom relief.

患者はどこで過ごしたいのか—療養先の選択と移行への支援

緩和ケアの多機能ネットワークによる
療養方法選択のための支援

*Supporting Autonomy of Terminal Cancer Patients for Treatment Places
by Multi-Functional Network of Palliative Care*

本家好文* 小原弘之* 奥崎真理* 定元美絵* 阿部まゆみ*

Yoshifumi Honke, Hiroyuki Kohara, Mari Okusaki, Mie Sadamoto and Mayumi Abe

Key words : 緩和ケア, 地域連携, デイホスピス

● 緩和ケア 16 : 209-213, 2006 ●

はじめに

緩和ケアを必要とする患者の多くは、住み慣れた地域の希望する場所で、緩和ケアを受けたいと願っている。しかし実際には、緩和ケアに関する地域の情報が患者に届いていないことも多い。

広島県では「いつでも・どこでも・だれでも」が、必要な緩和ケアを受けられることを目指し、患者に対する情報の提供や人材の育成、地域の連携を推進するための拠点となる広島県緩和ケア支援センター（以下、支援センター）を設置した。

本稿では、支援センターが設立されるまでの経緯と、行政と連携して地域の緩和ケアを推進する支援センターの機能について述べる。

地域の自主的な活動

広島市を中心とした緩和ケア関連の活動としては、1989年に発足した「生と死を考える会・広島」、1993年には病院勤務の医療関係者を中心とした「ターミナルケアを考える会・広島（現：緩和ケアを考える会・広島）」、1994年には、訪問看護師や

ボランティアなどを中心とした「広島・ホスピスケアをすすめる会」、1993年の乳腺疾患患者会「のぞみの会」などがある。

これらの会は、通常はそれぞれ独自の活動を行っているが、必要に応じて協力し、連携を取り合っている。1998年には、4団体が協力して、広島県にホスピス（緩和ケア病棟）設立を求めて「ホスピスを求める請願運動」を行った。約3カ月間に14万名あまりの署名を集めて、広島県議会と広島市議会に提出した結果、「緩和ケア病棟設立に関する議案」が両議会で採択された。

地域の活動が議会を動かし、2004年に県立広島病院と広島市立安芸市民病院に、緩和ケア病棟が設立される原動力となった。

行政（広島県）の取り組み

① 広島県における緩和ケアに関する実態調査（表1）

広島県では、1994年に広島県医師会、広島大学医学部、広島県看護協会、広島県福祉保健部などが中心となって「広島県地域保健対策協議会末期

*広島県緩和ケア支援センター：Hiroshima Palliative Care Promotion Center〔〒730-8530 広島市南区宇品神田1-5-54〕0917-0359/06/〒400/論文/JCLS

表1 末期医療専門委員会が実施した緩和ケアに関する実態調査

1994年	緩和ケアを必要とする患者の実態調査 医師の末期医療に関する認識の調査
1996年	患者・患者家族の末期医療に対する意識調査
1998年	在宅療養中のがん末期患者への医師の関わり方に関する調査
1999年	在宅で緩和ケアを行っている患者・患者家族の在宅療養に関する意識調査 医療機関における緩和ケアへの取り組み状況調査 訪問看護ステーションにおける緩和ケアへの取り組み状況調査 在宅介護支援センターにおける緩和ケアへの取り組み状況調査

医療専門委員会」が発足し、定期的に県内の医療関係者や患者・家族に対して緩和ケアに関する実態調査を行ってきた。

1994年には「緩和ケアを必要とする患者の実態調査」を行い、県内の235病院に対して、1994年7月14日時点での入院患者に関する調査を実施した。その結果、入院患者29,162名のうち、がん患者が約10%の2,907名、余命3カ月以内と予測される末期がん患者が696名入院していることが分かった。また696名の末期がん患者のうち、490名は緩和ケア病棟でケアする方が望ましいという結果であった(図1)。

また、病院勤務医とかかりつけ医に対して「医師の末期医療に関する認識の調査」を行った結果では、広島県内に緩和ケアを実践する専門病棟の設置を望む意見が70%を超え、緩和ケアに関する教育研修が必要とする意見が回答した医師の約80%から寄せられた。

さらに1996年には、県内の1,490の内科・外科の医療機関に通院している患者・家族を対象とした意識調査を行った結果、治癒が望めなければ自宅で過ごしたいと回答した人が約40%であった。

1999年には、訪問看護ステーションと訪問看護を受けている患者・家族に対して、満足度や問題点の調査も実施した。その結果、在宅ケアを受けた患者・家族の満足度が高率である一方、急変時の対応への不安や、家族の負担が大きくなるといった問題点も指摘された。

末期医療専門委員会による調査結果は、2000年

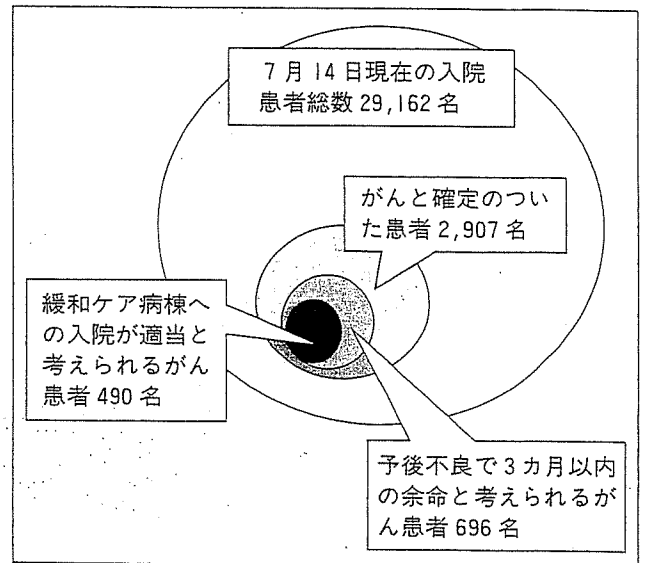


図1 緩和ケアを必要とする患者の実態調査(1994年7月14日)

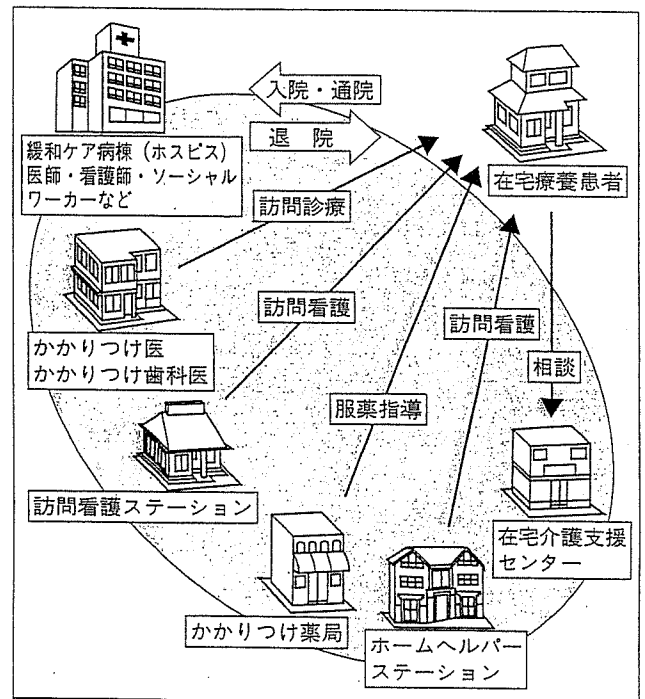


図2 広島県における在宅緩和ケアシステムのモデル

3月に「広島県における緩和ケアの推進について」の報告書¹⁾として広島県に提出された。その結果を受けて、2000年5月に緩和ケア推進の基本方針策定のために「広島県緩和ケア推進会議」が設置され、広島県では在宅ケアを中心とした緩和ケアを推進する具体的な取り組みを始めた(図2)。

② 在宅緩和ケアシステム部会の設立

広島県内の各地域に、在宅緩和ケアシステムの普及と定着化を図るため、2000年9月に「在宅緩和

和ケアシステム部会」が設置され、2000年から2002年にかけて、呉地域の医師会・訪問看護ステーション・ソーシャルワーカーなどが中心となって、在宅緩和ケアのモデル事業を実施した。

このモデル事業では、2000年に開設した呉医療センター緩和ケア病棟を後方支援病院の中核として、呉市内にある200床以上の4病院も参加し、かかりつけ医・訪問看護師・医療ソーシャルワーカーなどが定期的に集まって情報交換を行うことにより、実践的なネットワークの構築を図った。

また、患者宅・かかりつけ医・訪問看護ステーション・後方支援病院にテレビ電話を設置して、テレビカンファレンスを開催しながら在宅緩和ケアを推進するモデル事業も行った。この事業では、テレビ電話という遠隔医療通信機器を用いた連携が有用な事例もあったが、テレビ電話を設置するまでに時間がかかる点、患者・家族が操作することが難しい場合がある点、運用経費が高額であるといった問題点も指摘された。

しかし、事業を運用するために、緩和ケアに関わる地域の関係者が定期的に集まって意見交換を行ったことは、紹介状などの紙面や電話などによる情報交換だけよりも、連携が密接になったという意見が多かった。在宅緩和ケアを推進するためには、地域ごとの細やかなネットワークの構築が重要と考えられた。

③ 施設緩和ケアシステム部会の設立

広島県では、県内に緩和ケア病棟を整備することにより、緩和ケア推進の拠点とすることを目指して、7つの二次保健医療圏に、それぞれ1カ所以上の緩和ケア病棟を整備することを計画している。

1999年8月、広島県に初めて緩和ケア病棟が設置されて以降、現在までに5つの二次保健医療圏に10カ所の緩和ケア病棟が開設した。しかし、まだ2つの二次保健医療圏で整備されておらず、今後未整備地域を中心に、さらに数カ所程度の緩和ケア病棟整備が必要と考えられる。

2001年5月に設置された「施設緩和ケアシステム部会」では、これらの緩和ケア病棟におけるケ

アの質の向上を図るため、主として医師の研修方法について検討した。

2001年から、毎年2人から4人の医師を2週間から4週間にわたって、全国の先進的な緩和ケア病棟に派遣してきた。現在までに17名の医師が緩和ケア病棟での研修を受けた後、県内の一般病院・緩和ケア病棟・老人保健施設などで、研修経験を生かしながら活動している。

④ 緩和ケアに関する看護師研修

医師研修を開始する前年の2000年から、広島県独自で緩和ケアに関わる看護師育成研修を実施してきた。2000年の開始当初は、広島県看護協会に事業を委託していたが、現在は支援センターが継続して実施している。

本研修は、県内全域から毎年18名から36名の看護師に対して、約65時間の講義と1週間から2週間の緩和ケア病棟実習を組み入れたプログラムを実践している。2005年度までに167名の看護師が研修を受け、一般病院・訪問看護ステーション・緩和ケア病棟などで活動し、それぞれの地域において緩和ケア推進のために貢献している。

支援センターの整備と機能

① 設立までの経緯

2000年から3年間にわたって実施した緩和ケア推進事業は、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・福祉関係者などで構成された「広島県緩和ケア推進会議」が中心となり、2003年3月に「緩和ケア推進事業報告書」²⁾として、その成果を報告した。

本事業は、広島県（行政）と県内の医療関係者が協力して、県内の緩和ケアを推進するために、行政も積極的な経済支援を行っている点においても注目されている。

2001年9月には、医師会・看護協会・福祉関係者・県民代表・県外の有識者などを委員として、地域における総合的な緩和ケア提供体制の構築を図るために「緩和ケア支援センター整備検討委員会」が設置され、具体的な規模や機能が検討された報告書³⁾が提出された。

表2 支援センターの機能

緩和ケア科
①緩和ケア外来：入院相談・在宅支援のための外来診療
②緩和ケア病棟：20床の入院ケアを行う
緩和ケア支援室
①情報提供：緩和ケアに関する情報収集を行い、患者・家族・医療関係者への情報提供を行う
②総合相談：患者・家族・医療者などを対象として緩和ケアに関する相談を行う
③専門研修：医師・看護師・福祉関係者などを対象とした緩和ケアの研修を行って人材を育成する
④地域連携：各地域に緩和ケアのネットワークを構築するため、専門的な助言を行う（アドバイザー派遣）デイホスピスをモデル的に実施する

② 支援センターの機能

緩和ケア支援センター整備検討委員会報告書³⁾において、支援センターは、在宅緩和ケアの重点的な支援、施設緩和ケアの整備、地域ごとの総合的な緩和ケア提供体制の構築、緩和ケアを担う人材の育成、県内の緩和ケア推進のための拠点といった役割を果たすために、大きく分けて2つの機能をもっている(表2)。

1. 緩和ケア科

緩和ケア科としての機能は、20床の緩和ケア病棟の運用と外来での診療機能である。

入院部門は、症状緩和のための入院、在宅緩和ケア推進のための後方支援病床機能、レスパイトケア入院、看取りなどを、おもな機能としている。

外来部門では、通院による症状緩和、緩和ケア病棟入院のための相談診療機能、緩和ケアに関する情報提供などが、おもな機能である。

これらの入院・外来診療機能を通じて、在宅緩和ケアを推進することを目指しているが、入院患者が在宅ケアに移行できた患者数は、これまでの入院患者222名のうち21名にとどまっている(2006年3月31日現在)。入院を希望する患者の多くは、在宅ケアが困難と判断された後に来院することも多い。今後、緩和ケアを必要とする患者の適切な療養の場を検討する際には、地域ごとにソーシャルワーカーなどを含めたチームで検討することが望まれる。

2. 緩和ケア支援室

緩和ケア支援室には、以下の4つの機能がある(表2)。

1) 情報提供

患者・家族にとって、いざという時の情報不足は深刻である。ホームページを通じて、また情報収集室(図書室)を整備して緩和ケアに関する情報を発信している。また定期的にオープンデイ(見学会)を開いて、県民の緩和ケアに対する理解を深めている。

2) 総合相談

支援センター専従のソーシャルワーカーが中心となり、緩和ケアに関する電話相談を実施している。緩和ケアに関連した社会資源の活用や、病状や療養生活に関する相談窓口を設置することによって、情報不足の改善を目指している。

3) 専門研修

緩和ケアを推進するには、緩和ケア病棟などの施設整備も重要だが、それ以上に緩和ケアを担う人材の育成が必要である。今後、さらに緩和ケア病棟が整備され、緩和ケアチームや在宅緩和ケアが推進され、またがん診療拠点病院の要件としても緩和医療の推進が求められるようになると、ますます緩和ケアの必要性の認識が高まることが考えられる。

支援センターでは、医師・看護師・福祉関係者などに対する研修プログラムを積極的に実践している(表3)。

4) 地域連携

県内全域に緩和ケアを広げるための機能として、アドバイザー派遣事業を実施してきた。支援センタースタッフが県内の各圏域に出向いて、緩和ケアに関する講演や事例検討会を支援し、医療

表3 支援センターの研修プログラム

1. 医師研修
 - ・1日コース：毎月第2木曜日
 - ・派遣コース：14日間、毎年2～3名を対象
2. 看護師育成研修
 - ・入門コース：1日コース・年6回開催
 - ・専門コース：約65時間の講義・2週間の実践研修（毎年20名前後）
 - ・フォローアップコース：緩和ケア看護師育成研修を受けた看護師を対象として開催
3. 福祉関係者コース
 - ・2日間コース：年2回開催

や福祉関係者への啓発を行っている。

また、広島県のモデル事業として、デイホスピス事業を実施してきた。デイホスピスでは、がん患者の在宅ケアを支援するプログラムとして、看護師・ボランティア・音楽療法士・アロマセラピストなどがチームとして取り組んでいる。治療中や治療終了後のがん患者が在宅療養していくうえで、同じ病をもつ患者同士の交流を図ることや、看護師による専門的なリンパマッサージや、ボランティアなどとの交流を通じて、日々の生活を充実するためのプログラムである。

おわりに

支援センターでは、地域に根ざした緩和ケアを推進するために、さまざまな取り組みを行ってき

た。在宅を中心とした緩和ケアを推進するという方針は、2006年4月の医療保険の診療報酬改定や、介護保険制度の改定においても同様の動きを示している。在宅療養支援診療所が新たに制定され、緩和ケアを必要とする患者が療養の場を、病院から在宅に移行する動きは、今後も加速する可能性が高い。

デイホスピスも、在宅ケアを推進するために「療養通所介護」として介護保険で認知されて、その運用が始まった。本制度が現状のままで普及するかどうかについては、今後の運用状況を検証する必要があるが、患者にとって新しい療養の場になることが期待できる。

一人ひとりにとって療養方法の選択肢が増え、安心して過ごせる場を自由に選べるような状況が広がることが望まれる。

文 献

- 1) 広島県地域保健対策協議会末期医療専門委員会：広島県における緩和ケアの推進について。2000
- 2) 広島県緩和ケア推進会議 広島県地域保健対策協議会：緩和ケア推進事業報告書。2003
- 3) 緩和ケア支援センター整備検討委員会：緩和ケア支援センター整備検討委員会報告書。2001

インフォメーション

☆インフォメーション掲載希望の方は編集室までご連絡ください。☆

医療従事者向け：がん患者さんの性を支援するための研修会

日 時：2006年10月1日(日) 9:00～17:30
 会 場：東京大学医学部教育研究棟 13F セミナー室
 対 象：医療従事者
 内 容：医療現場で表面化しにくい「がん患者さんの性」について、一般医療者はどのように取り組んだらよいのでしょうか。今回は特に女性がん患者さんに焦点をあて、講義とロールプレイを組み合わせ、多忙な現場で無理なく効果的にがん患者さんの性をサポートするための基本技法を学びます。

講 師：宇津木久仁子(癌研有明病院)、大川玲子(千葉医療センター)、大谷真千子(千葉県立衛生短大)、金子和子(日赤医療センター)、茅島江子(東京慈恵会医科大学)、前川厚子(名古屋大学)、高橋 都(東京大学)、渡辺景子(日本性科学会)、渡邊知映(東京大学)

定 員：40名(先着順)

締 切：2006年8月10日

問合先：東京大学大学院医学系研究科

健康学習・教育学分野 高橋 都

FAX 03-5684-6083

E-mail: miyako@m.u-tokyo.ac.jp