

<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 神谷厚子 田所かおり 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。今後取り組んでいく退院支援につなげていきたいと思っております。大変ご多忙中と存じますが、アンケート調査にご協力いただけますようお願い致します。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、5階西病棟、田所までご連絡ください。

5月10日 までにご記入をお願い致します。医師の方は谷水のメールボックスへ、看護師の方は各病棟へ提出ください。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。

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

○言葉の定義：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訳について、考えられる因子をご記入ください。

<医療者側の要因>
 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: 病状告知が不十分、予後の把握・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、介護者が在宅医療を知らない)

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、病院から遠方である)

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やらせたいと思っている、病院ならなんでもかまわっている)

<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・予後が十分伝えられていない、薬療の希望が病状告知されていない)

ご協力大変ありがとうございました

図 1 調査票

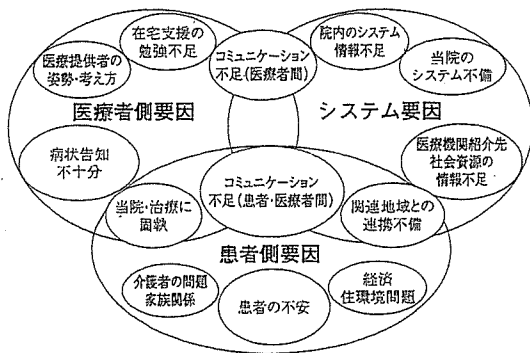


図 2 予備調査より得られた退院阻害要因の抽出と類型化

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。不安いっぱいでの入院した患者・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、退院の話をも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。

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が不十分)

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: 退院に対する医師・看護師の考え方の違い、カンファレンスの機会がない)

8) 医療提供側の姿勢・考え方について
 考えられる因子をご記入ください(例: 医療者が最初から退院を想定しているため退院を勧めていない、退院支援に積極的でない)

9) 在宅支援の施設不足について
 考えられる因子をご記入ください(例: 在宅支援施設が少ない、施設が在宅医療者を受け入れない)

<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: 在宅移行サービ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、在宅医療活動のノウハウが不足している)

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、地域サービス提供者との交流がない)

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: 紹介先の施設レベルが不明、社会資源の活用方法が不明)

質問2、すべて退院阻害要因と思われるが、その中でも特に主観となっている8つを下記1～10の中から並び番号に○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。

- 患者の不安
- 家族・介護の問題
- 経済・住環境問題
- 当院・治療への依存・固執
- 病状告知が不十分
- 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(医療者間)
- 医療提供側の姿勢・考え方
- 在宅支援の施設不足
- 当院のシステム不備
- 院内でのシステムの情報不足
- 当院と関連地域との医療連携の不備
- 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

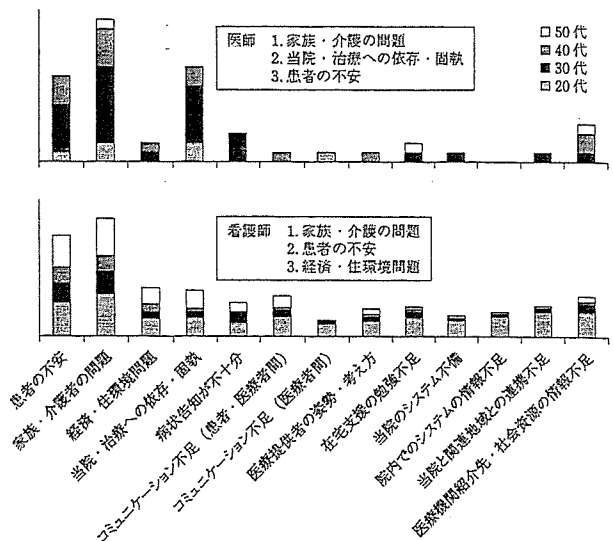


図 3 主要だと思われる退院阻害要因の選択

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	・家族への遠慮	・介護者が不在 ・在宅療養についての知識不足 ・家族の負担	・介護者が高齢
3. 経済・住環境問題	・病院から遠方	・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	・当院なら何とかなっている ・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 ・業務が多忙	・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		・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	参考文献
<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>	<p>▷ 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: 回復期リハ病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.</p>
<p>2. 医療者側要因への対策 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>	<p>▷ 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.</p>
<p>3. システム要因への対策 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>	<p>▷ 大阪府自立支援促進会議・退院促進事業報告書一 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.</p>

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人の割合でがんに罹患している。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164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〉

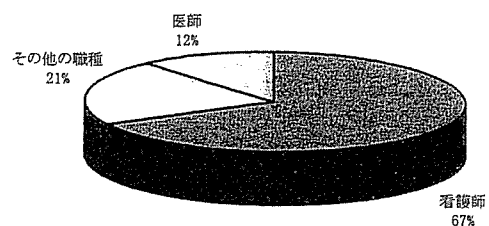


図1 対象者

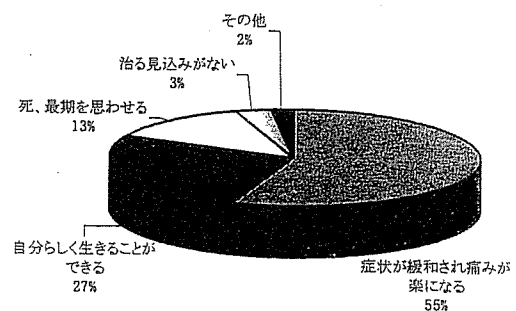


図2 緩和ケアのイメージ

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%，「内容が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)

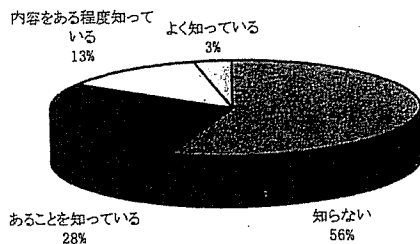


図3 WHOがん疼痛治療

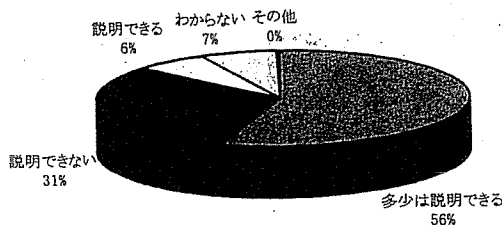


図4 麻薬の有効性，副作用

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)

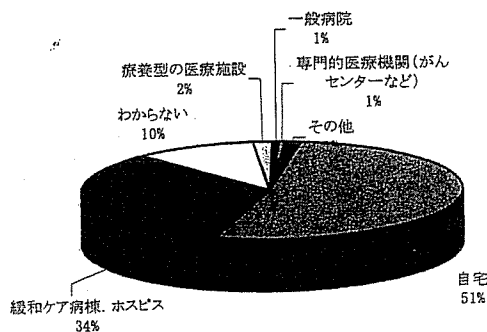


図5 療養の場の選択 (医療者自身)

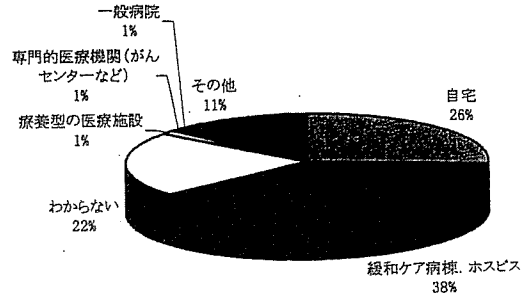


図6 療養の場の選択 (患者に提供する場合)

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』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、その新たなる可能性—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 ●

緩和ケア別刷

VOL.16, No.3 2006

青 海 社 発 行



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

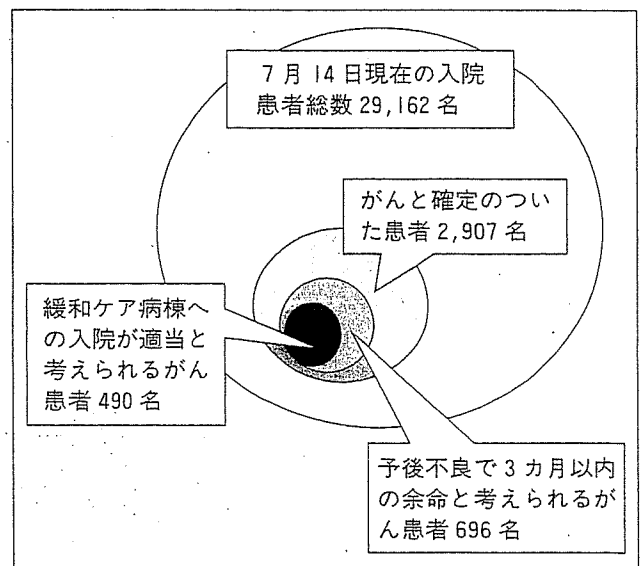


図1 緩和ケアを必要とする患者の実態調査 (1994年7月14日)

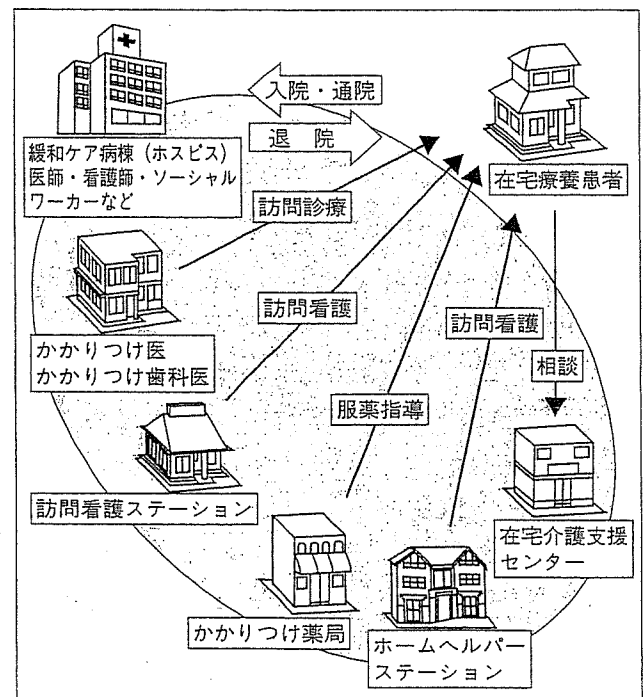


図2 広島県における在宅緩和ケアシステムのモデル

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って、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

緩和医療の現在

本家好文 ほんけ よしふみ
小原弘之 こはら ひろゆき

(広島県緩和ケア支援センター)

終末期がん医療

わが国では、毎年新たに約60万人が「がん」に罹患する。ひと昔前には「不治の病」といわれた「がん」も、医療機器の進歩で早期発見が可能となり、手術、放射線、抗がん剤などの治療法も進歩して、約50%は治すことができる時代になった。しかし、日本人の高齢化などにもなると、がんにかかる患者数が増え続けているため、がんで亡くなる人の数は一年間に約32万人と、日本人の死因第一位を占め続けている。

2004年10月に、第一生命研究所が実施した「終末期医療に関する意識調査」によると、回答者のうち「治る見込みがあってもなくても、その事実を知りたい」という人は、75.5%という結果が示された。この結果は、2001年に同研究所が実施した調査結果では69.1%だったことを考えると、自分のことは自分で知って

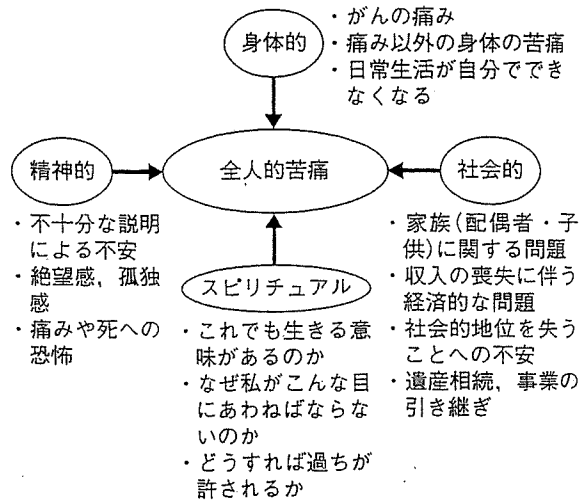


図1—緩和ケアにおける全人的苦痛。

おきたいと考える人が増え、命のあり方に関する意識が変化していることをうかがわせる。

また「死期が近い場合に希望する治療は?」という問いに対しては、「苦痛を和らげることに重点を置いた治療」と答えた人が67.7%で、「できる限りの手を尽くして欲しくて、少しでも長生きしたい」という人の10.2%を、はるかに上回っていた。苦痛を和らげるための「緩和医療」のニーズが大きいことを示す結果であった。

緩和ケア

世界保健機関(WHO)によると、「緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケア(図1)であり、痛みをはじめとする身体の苦痛の緩和だけでなく、精神的、社会的、スピリチュアル

緩和ケアの定義

(WHO 1990: Cancer Pain Relief and Palliative Care)

緩和ケアは、もはや病気の治癒をめざした治療が、有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。

痛みやその他の身体的症状のコントロール、精神的、社会的、そして霊的な問題の解決が重

要な課題となる。

緩和ケアの目標は患者とその家族にとって、できるかぎり良好なQOLを実現することにある。そのためには良好なコミュニケーションに基づくチーム医療が重要である。

緩和ケアの考え方は末期の患者だけでなく、もっと早い時期の患者に対しても、治療と同時に適用すべき点がある。

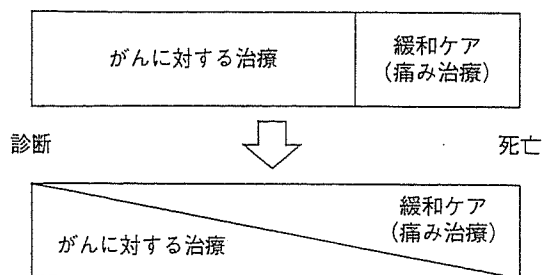


図2—がん治療と緩和ケア。

(霊的)な問題の解決を優先する。その最終目標は、患者と家族にとって良好な QOL (quality of life) を実現すること」と定義されている(コラム)。その緩和ケアの基盤となるのが、痛みなどの身体的苦痛をとるための「緩和医療」である。

従来のがん医療では、がん病変の治療や延命を目的とした医療を中心に実践され、もうこれ以上治療を行っても効果がないと判断された段階から、痛みの治療を中心とした緩和ケアに切り替えると考えてきた(図2)。このような考え方に対して、WHO はがん病変の治療と緩和ケアとは対立するものではなく、がん患者は常に緩和ケアを必要としている。治癒をめざした治療をしている時であっても「緩和ケア」を併用して、QOL の改善を目指す必要性を強調している。

緩和ケアという概念がなかった時代の「がん」は、痛みと苦しみながら死を迎える悲惨な病気というイメージだったが、緩和ケアががん医療の新しい分野として組み込まれるようになってからは、がんのイメージは大きく変わっている。

がんの痛み

がん患者のすべてに痛みが起こるわけではない。しかし、末期がん患者の約70%に強い痛みをとまなうことから、適切な治療を行わないと一日中痛みと向き合う生活を余儀なくさせられる。がんの痛みに対しては、1986年に「WHO方式がん疼痛治療法」が示され、モルヒネを中心とした適切な治療を行えば、80

表1—広島県緩和ケア支援センターの機能。

緩和ケア科	
・緩和ケア外来	入院相談・在宅支援のための外来診療。
・緩和ケア病棟	20床の入院ケアを行う。
緩和ケア支援室	
・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。
・総合相談	患者・家族・医療者などを対象として主に緩和ケアに関する相談を行う。
・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い、人材を育成する。
・地域連携	地域に緩和ケアのネットワークを構築するため、専門的な助言を行い、デイホスピスを行う。

～90%の痛みはとれることがわかってきた。疼痛治療法の普及にともなって、がん患者には「がんの痛みをとってもらえる権利があり、医療者にはがんの痛みをとる義務がある」といわれる時代になった。

しかし、一般社会にも医療者のなかにも、モルヒネに対する誤解が根強く残っている(本特集の鈴木氏の解説参照)。そのため、わが国のがんの痛みに対する除痛率は約60%にとどまり、緩和医療先進国のイギリス・カナダ・オーストラリア・アメリカなどに比べると満足できるものではない。疼痛治療の状況を改善するためにも、今後さらに緩和医療を推進する必要がある。

広島県緩和ケア支援センターの取り組み

広島県では「いつでも・どこでも・だれでも」緩和ケアを受けられる地域づくりを目標として、その拠点となる広島県緩和ケア支援センターを設立した。2004年9月に設立された広島県緩和ケア支援センターには、大きくわけて二つの機能がある(表1)。

第一に、20床の緩和ケア病棟の運用と外来診療を行う診療機能であり、緩和医療を必要とする患者を対象として、入院や外来で苦痛症状の緩和を行っている。開設後、これまでの20カ月に230名の患者が入院ケアを受けた。

第二には、情報提供、総合相談、専門研修、地域連携といった機能をもつ緩和ケア支援室である。

以下に、それぞれの機能について述べる。

(1) 緩和ケア病棟・外来診療部門

緩和ケア支援センターは、701床の総合診療機能をもつ県立広島病院内に併設され、緩和ケア科として20床の緩和ケア病棟を運用している。「緩和ケア病棟施設承認基準」にもとづいて運用されている緩和ケア病棟は、全国に158施設ある(2006年5月1日現在)。緩和ケア病棟では、患者の身体的苦痛から解放することが最大の目標であり、そのうえで精神的なケアなどの全人的ケアを提供する。

広島県緩和ケア支援センター緩和ケア病棟(図3)の特徴としては、自宅で過ごしているがん患者の家族に対するレスパイトケア(家族を休息させるための一時的な入院ケア)や、自宅で過ごしている患者の急変に対応する後方支援機能により、在宅ケアを積極的に推進することである。

(2) 緩和ケア支援室部門

緩和ケア支援室には、以下の4つの機能がある。

情報提供: 患者・家族にとって、がんになった時の情報不足は深刻である。広島県緩和ケア支援センターでは、ホームページの運用や、情報収集室(図書室)の整備によって、緩和ケアに関する情報を提供している。また定期的にオープンデイ(見学会)を開催して、県民に緩和ケアの理解を深めることにも取り組んでいる。

総合相談: ソーシャルワーカーが中心となって、地域の社会資源や療養生活に関する電話相談や面談などを行っている。

専門研修: 今後、緩和ケアを推進するうえで重要なことは、人材の育成である。支援室では、

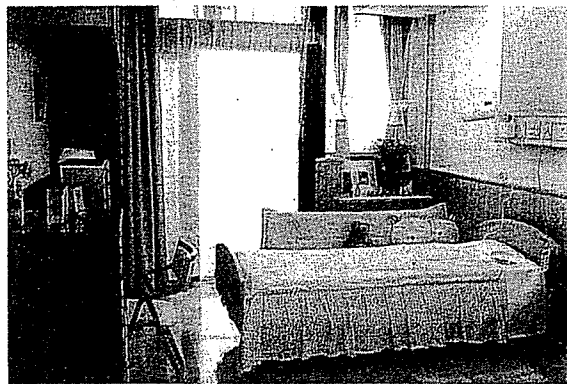


図3—広島県緩和ケア支援センター緩和ケア病棟。

痛みをとるための技術や知識を学ぶ機会を提供している。

研修プログラムのひとつに、2000年から広島県独自に行ってきた緩和ケア専門看護師育成研修がある。2005年度までに167名が受講し、広島県内の医療機関や訪問看護ステーションなどで活躍している。また看護師の入門コースとして、一日の研修プログラムも行っている。

緩和医療を担う医師の研修にも積極的に取り組み、これまでに27名の医師が国内の緩和ケア病棟で研修を受けてきた。また広島県緩和ケア支援センターで一日研修を実施して、緩和医療の基礎的な知識習得の場を提供している。

地域連携: 広島県緩和ケア支援センターのスタッフが県内の各地域に出向き、具体的な事例を通じてアドバイスを行っている。また、わが国で初めての取り組みとして、デイホスピス(がん患者の通所ケア)を行い、在宅で過ごす患者の支援を行っている。

* *

広島県緩和ケア支援センターでは、緩和医療を提供する診療部門だけでなく、行政が積極的に関わりながら緩和ケア支援室を運用することにより、県内に緩和ケアの理念を普及させることを目指している。今後は、県内のがん診療拠点病院とも連携しながら、がん治療医に対しても緩和医療の必要性について理解を広めていく予定である。

— 特別講演 —

緩和ケアのこれから

広島県緩和ケア支援センター長

本 家 好 文

1. 終末期がん医療の現状

わが国では、毎年新たに約52万人が「がん」に罹患する。ひと昔前には「不治の病」と言われた「がん」も、医療機器の進歩で早期発見が可能となり、手術、放射線、抗がん剤などの治療法も進歩して、約50%は治すことができる時代となっている。しかし、日本人の高齢化などに伴って、がんにかかる患者数が増え続けているため、がんで亡くなる人の数は一年間に約32万人と、日本人の死因第一位を占め続けている。

2004年10月、第一生命研究所が実施した「終末期医療に関する意識調査」によると、回答者のうち「治る見込みがあっても無くても、その事実を知りたい」という人は、75.5%という結果が示された。この結果は、2001年に同研究所が実施した調査結果では69.1%だったことを考えると、自分のことは自分で知っておきたいと考える人が増え、命のあり方に関する意識が変化していることを伺わせる。

また「死期が近い場合に希望する治療は？」という問いに対しては、「苦痛を和らげることに重点を置いた治療」と答えた人が67.7%で、「できる限りの手を尽くして欲しくて、少しでも長生きしたい」という人の10.2%を、はるかに上回っていた。苦痛を和らげるための「緩和医療」のニーズが大きいことを示す結果であった。

2. 緩和ケア

世界保健機構（WHO）によると、「緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、

痛みをはじめとする身体の苦痛の緩和だけでなく、精神的、社会的、スピリチュアル（靈的）な問題の解決を優先する。その最終目標は、患者と家族にとって良好なQOL（quality of life）を実現すること」と定義されている（表1）。

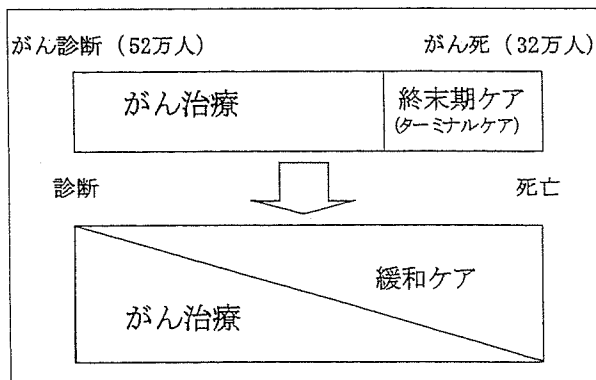
緩和ケアの定義 (表1)

緩和ケアは、もはや病気の治癒をめざした治療が、有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。痛みやその他の身体的症状のコントロール、精神的、社会的、そして靈的な問題の解決が重要な課題となる。緩和ケアの目標は患者とその家族にとって、できるかぎり良好なQOLを実現することにある。そのためには良好なコミュニケーションに基づくチーム医療が重要である。緩和ケアの考え方は末期の患者だけでなく、もっと早い時期の患者に対しても、治療と同時に適用すべき点がある。

(WHO 1990 : Cancer Pain Relief and Palliative Care)

その緩和ケアの基盤となるのが、痛みなどの身体的苦痛をとるための「緩和医療」である。

従来のがん医療では、がん病変の治療や延命を目的とした医療を中心に実践され、もうこれ以上治療を行っても効果がないと判断された段階から、痛みの治療を中心とした緩和ケアに切り替えると考えてきた（図1）。このような考



緩和ケア概念の変化 (図1)

え方に対して、WHOはがん病変の治療と緩和ケアとは対立するものではなく、がん患者は常に緩和ケアを必要としている。治癒をめざした治療をしている時であっても「緩和ケア」を併用して、QOLの改善を目指す必要性を強調している。

緩和ケアという概念がなかった時代の「がん」は、痛みに苦しみながら死を迎える悲惨な病気というイメージだったが、緩和ケアががん医療の新しい分野として組み込まれるようになってからは、がんのイメージは大きく変わっている。

3. がんの痛み

がん患者のすべてに痛みが起こる訳ではない。しかし、末期がん患者の約70%に強い痛みを伴うことから、適切な治療を行わないと一日中痛みと向き合う生活を余儀なくさせられる。がんの痛みに対しては、1986年に「WHO方式がん疼痛治療法」が示され、モルヒネを中心とした適切な治療を行えば、80~90%の痛みはとれることが分かってきた。疼痛治療法の普及に伴って、がん患者には「がんの痛みをとってもらえる権利があり、医療者にはがんの痛みをとる義務がある」と言われる時代になっている。

しかし、一般社会にも医療者のなかにも、モルヒネに対する誤解が根強く残っている。そのため、わが国のがんの痛みに対する医療用モルヒネの使用量は緩和医療先進国のイギリス・カナダ・オーストラリア・アメリカなどに比べると1/6~1/8にとどまり(図2)、除痛率も約60%というのが現状である。疼痛治療の状況を

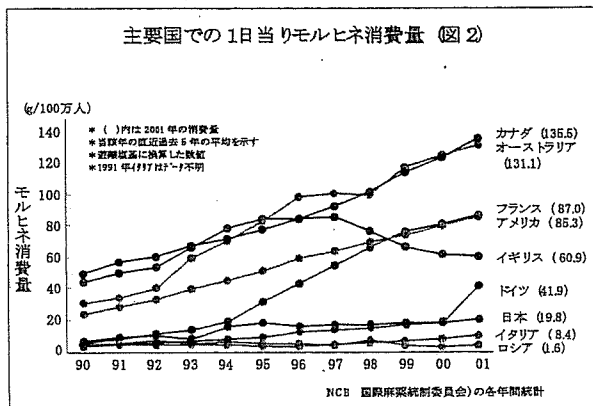


図2

改善するためにも、今後さらに緩和医療を推進する必要がある。

4. 広島県緩和ケア支援センターの取組み

広島県では「いつでも・どこでも・だれでも」緩和ケアを受けられる地域づくりを目標として、その拠点となる広島県緩和ケア支援センターを設立した。2004年9月に設立された広島県緩和ケア支援センターには、大きくわけて二つの機能がある(表2)。

広島県緩和ケア支援センターの機能 (表2)	
緩和ケア科	【医師2名、看護師17名、音楽療法士1名など】
● 緩和ケア外来	入院相談・在宅支援のための外来診療
● 緩和ケア病棟	20床の入院ケアを行う
緩和ケア支援室	【看護師2名、MSW1名、臨床心理士1名、事務1名】
● 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
● 総合相談	患者・家族・医療者などを対象として、主に緩和ケアに関する相談を行う
● 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い、人材を育成する
● 地域連携支援	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。

第一に、20床の緩和ケア病棟の運用と外来診療を行う診療機能であり、緩和医療を必要とする患者を対象として、入院や外来で苦痛症状の緩和を行っている。開設後、これまでの20ヶ月に230名の患者が入院ケアを受けた。

第二には、情報提供、総合相談、教育研修、地域連携といった機能を持つ緩和ケア支援室である。

以下に、それぞれの機能について述べる

1) 緩和ケア病棟・外来診療部門

緩和ケア支援センターは、701床の総合診療機能を持つ県立広島病院内に併設され、緩和ケア科として20床の緩和ケア病棟を運用している。表3に示すような「緩和ケア病棟施設承認基準」に基づいて運用されている緩和ケア病棟は、全国に158施設ある(2006年5月1日)。緩和ケア病棟では、患者の身体的苦痛から解放することが最大の目標であり、そのうえで精神的なケアなどの全人的ケアを提供する。

広島県緩和ケア支援センター緩和ケア病棟の特徴としては、自宅で過ごしているがん患者の

緩和ケア病棟の施設基準 (表 3)

- 主として末期の悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを病棟単位で行うものであること
- 当該病院において看護を行う看護師の数は、当該病棟の入院患者の数が1.5又はその端数を増すごとに1以上であること
- 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること
- 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること
- 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること
- 健康保険法第43条第2項に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること
- 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を合格していること
(1990年4月制定・2002年4月改定)

家族に対するレスパイトケア（家族を休息させるための一時的な入院ケア）や、自宅で過ごしている患者の急変に対応する後方支援機能により、在宅ケアを積極的に推進することである。

2) 緩和ケア支援室部門

緩和ケア支援室には、以下の4つの機能がある。

A) 情報提供

患者・家族にとって、がんになった時の情報不足は深刻である。広島県緩和ケア支援センターでは、ホームページの運用や、情報収集室（図書室）の整備によって、緩和ケアに関する情報を提供している。また定期的にオープンデイ（見学会）を開催して、県民に緩和ケアの理解を深めることにも取り組んでいる。

B) 総合相談

ソーシャルワーカーが中心となって、地域の社会資源や療養生活に関する電話相談や面談などを行っている。

C) 専門研修

今後、緩和ケアを推進するうえで重要なことは、人材の育成である。支援室では、痛みをとるための技術や知識を学ぶ機会を提供している。

研修プログラムのひとつに、2000年から広島県独自に行ってきた緩和ケア専門看護師育成研修がある。2005年度までに167名が受講し、広島県内の医療機関や訪問看護ステーションなどで活躍している。また看護師の入門コースとして、一日の研修プログラムも行っている。

緩和医療を担う医師の研修も積極的に取り組み、これまでに27名の医師が国内の緩和ケア病棟で研修を受けてきた。また広島県緩和ケア支

援センターで一日研修を実施して、緩和医療の基礎的な知識習得の場を提供している。

D) 地域連携

広島県緩和ケア支援センターのスタッフが県内の各地域に出向き、具体的な事例を通じてアドバイスを行っている。また、わが国で初めての取り組みとして、デイホスピス（がん患者の通所ケア）を行い、在宅で過ごす患者の支援を行っている。

5. おわりに

広島県緩和ケア支援センターでは、緩和医療を提供する診療部門だけでなく、行政が積極的に関わりながら緩和ケア支援室を運用することにより、県内に緩和ケアの理念を普及させることを目指している。今後は、県内のがん診療拠点病院とも連携しながら、緩和医療を基盤とした緩和ケアを推進していく予定である。