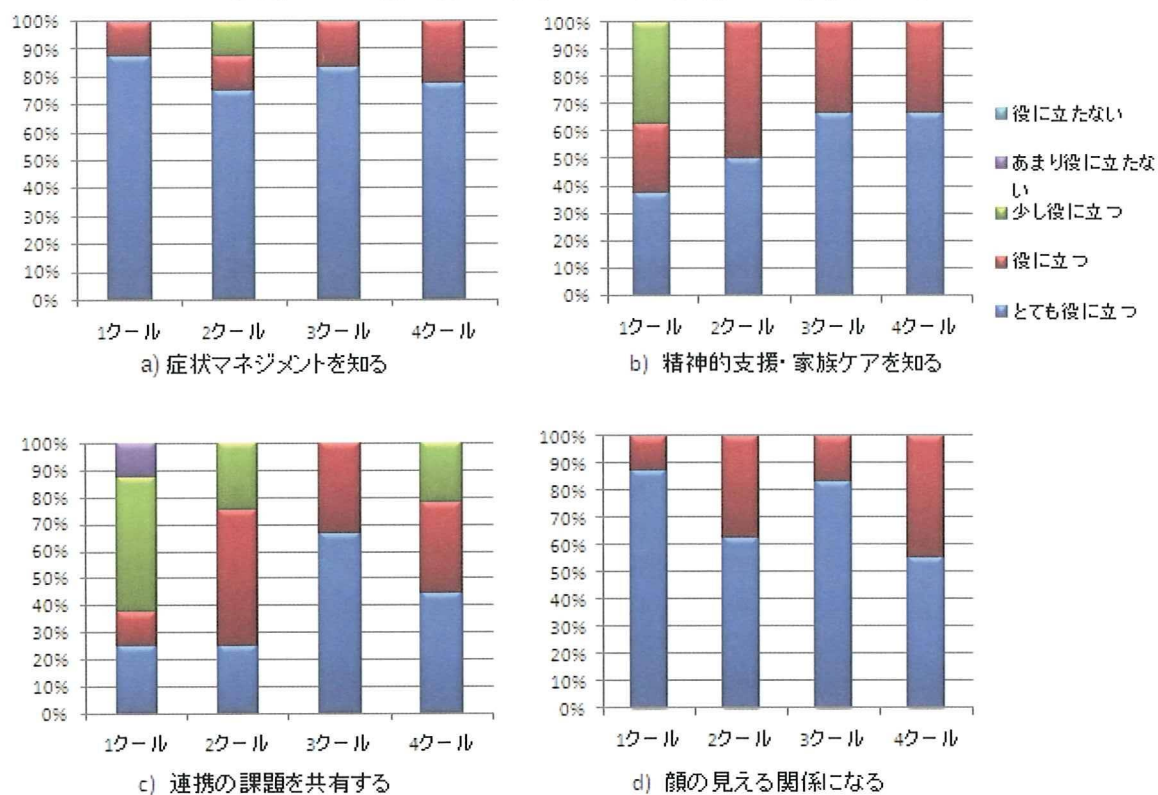


表3 推奨された内容：身体・薬剤の問題

カテゴリー		%	n
薬剤	オピオイドの開始・増量	19	21
	向精神薬 の開始・増量	14	15
	ステロイドの開始・増量・変更	8.3	9
	アセトアミノフェンの開始・増量	7.3	8
	オピオイドの中止・減量	4.6	5
	NSAID _s の開始・増量	4.6	5
	ソマトスタチンの開始・増量・変更	4.6	5
	制吐剤の開始・増量	3.7	4
	制吐剤の中止・減量	3.7	4
	輸液の開始・増量・変更	3.7	4
	ステロイドの中止	2.8	3
	アセトアミノフェンの中止・減量	1.8	2
	鎮痛補助薬	1.8	2
	下剤	1.8	2
	ビスホスホネート	1.8	2
	輸液の中止	1.8	2
	ソマトスタチンの中止	0.9	1
	抗潰瘍薬	0.9	1
	鎮痙薬の中止	0.9	1
	消化液ドレナージ	0.9	1
専門家への紹介・調整	ペインクリニック	2.8	3
	腫瘍治療医	0.9	1
	緩和ケア病棟	0.9	1
	リハビリテーション	0.9	1
医療処置・検査	神経ブロック	1.8	2
	血液検査	1.8	2
	画像検査	1.8	2
合計		100	109

図1 参加者から見た有用性



資料9 地域における緩和ケア病棟の役割：緩和ケア病棟における地域医療者の研修の評価。

清原恵美, 井村千鶴, 福田かおり, 井上聡, 森田達也. (submitted)

要約

地域での緩和ケアの普及が求められている。地域医療者を対象とした専門施設での研修はその手段として考えられるが、我が国において有用性に関する研究はない。本研究の目的は、地域医療者の緩和ケア病棟における研修についてのニーズ、ニーズに基づいた教育カリキュラムの有用性を評価することである。緩和ケア病棟研修では、地域の医療者に限定して個別のニーズに合わせたプログラムを組んだ。参加者の質問紙とヒアリングの内容分析により評価した。緩和ケア病棟における研修は看護師17名が研修を受けた。希望された研修内容は、症状マネジメントや精神的ケアのほか、「ホスピスについて知る」、「ホスピスとの連携の課題を知る」が挙げられた。研修の有用性について、「とても役に立った」、「役に立った」としたものは、「精神的ケアや家族ケア、コミュニケーションについて知ること」94%、「お互いに顔の見える関係になること」88%、「連携の課題を共有すること」76%、「症状マネジメントについて知ること」65%であった。緩和ケア病棟における研修は、地域医療者から有用と評価されていた。地域の看護師の研修希望は、個別性が大きく、症状マネジメントより、コミュニケーションや連携についての有用性が高かったため、緩和ケア認定看護師等に対するプログラムとは異なる内容とする必要があると考えられる。

背景

緩和ケアは緩和ケア病棟、院内緩和ケアチームを超えて、地域での普及が求められている¹⁻⁵。しかし、地域の医療者は、緩和ケアにかかわる機会がそれほど多くない、専門的なトレーニングを受けたことがない、相談できる専門家が身近にいないことなどから、緩和ケアに関する自信は低い^{6,7}。緩和ケアに関する地域医療者の知識や技術を向上させることは、地域における緩和ケアの普及に有用な可能性がある。

地域医療者の緩和ケアの知識や技術を向上させる手段として、緩和ケアに関する講習会、アウトリーチプログラム、専門施設での研修などが考えられる。講習会はしばしばおこなわれる方法

であるが、一般的な一方向性の講義による講習会では効果は限定的であることがしめされている^{8, 9}。

緩和ケア病棟などの地域の専門緩和ケア施設は、地域の医療者の地域の医療者を対象とした緩和ケアの技術の研修が地域の緩和ケア病棟に求められているが、我が国において、実際に地域の医療者を対象とした研修のニーズや効果は評価されていない¹⁰⁻¹⁵。

本研究の目的は、地域の医療者のもつ緩和ケア病棟における研修についてのニーズ、および、ニーズに基づいた教育カリキュラムの有用性を評価することである。

対象・方法

聖隷三方原病院ホスピス病棟では、研究期間中、全国から受けていた緩和ケア認定看護師の研修を制限し、地域医療者に限定した研修を行うことをアナウンスし、地域から希望者を募集した。地域からの参加者では研修に関する希望が異なることが予測されたため、事前に個別に15分程度のヒアリングを書面の自由記述により行ったうえで、個別に目標に合わせたプログラムを組んだ。主には、ホスピス病棟看護師とともに動き、症状マネジメントやコミュニケーションの実際を行い、希望に応じて外来などの研修を加えた。研修期間は希望により5～10日間とした。

調査は、研修終了後に、自記式質問紙調査をおこなった。調査項目は、研修の有用性を全般的有用性1項目（「今回の研修の内容は総合的に役立ちましたか」）、領域ごとの有用性5項目（①症状コントロールについて知ること、②精神的支援や家族ケア・コミュニケーションについて知ること、③連携の課題（退院時の情報の共有、ホスピスへの入院など）を解決すること、④お互いに顔の見える関係になること）について、「とても役に立った」、「役に立った」、「少し役に立った」、「あまり役に立たなかった」、「役に立たなかった」の5件法で聞いた。また、研修の改善点と意見を自由記述で得た。

診療は通常臨床であり、また、調査は参加者の同意のもとに匿名性に配慮して行った。

解析

量的データについては度数分布を集計した。対象数が少ないために統計学的処理は行わなかった。質的データは内容分析を行い、2名の研究者が独立に内容分析したものを1名の緩和ケア専門家(TM)のスーパービジョンのもとに合意が得られるまで分類した。

結果

看護師17名が研修を受けた。質問紙は全員から回収した。勤務場所は、病院8名(がん診療連携拠点病院1名、中小規模病院7名)、診療所2名、訪問看護ステーション6名、緩和ケアチーム1名であった。性別は女性100%、平均臨床経験年数は14.5(±5.5)年、過去1年間に関与しなくなったがん患者数は中央値9名(範囲:0-40)であった。

研修前のヒアリングによる研修希望の内容分析を(表1)にしめす。希望された研修内容は、症状マネジメントや精神的ケアに加えて、「ホスピスの在宅支援用ベッドの利用方法を知る」、「ホスピスで行われている医療を知る」といった「ホスピスについて知る」ことと、「退院指導や退院時の情報共有について知る」といった「ホスピスとの連携の課題を知る」という浜松地域でのホスピスとの連携に関するものがあつた。

研修の有用性について、「とても役に立った」、「役に立った」としたものは、「精神的ケアや家族ケア、コミュニケーションについて知ること」94%、「お互いに顔の見える関係になること」88%、「連携の課題を共有すること」76%であった(表2)。「症状マネジメントについて知ること」は「とても役に立った」が12%と低かつた。

研修後のアンケートの自由記述では、「今後行っていくことが明確になり、自信につながつた」、「研修で得た知識・技術を伝達したい」といったものに加えて、「地域を支える緩和ケアの中心としてのホスピスへの期待」や「地域全体で質の高い緩和ケアを提供する重要性」に言及した意見が見られた(表3)。

考察

本研究は、著者らの知る限り、わが国で地域医療者に限定した緩和ケア病棟の研修を評価した初めての研究である。

本研究により、地域の医療者の緩和ケア病棟の研修に対するニーズと評価が得られた。

緩和ケア病棟での研修は全体としては有用であると評価されていた。

最も特徴であったことは、緩和ケア認定看護師の教育においては、症状コントロールやコミュニケーションの評価などが重視されるが、地域医療者では、「ホスピスに患者を紹介する立場である」ことから、「ホスピスについて知る」ことや「ホスピスとの連携の課題を知る」ことがニーズとして挙げられた。有用性の評価において、「精神的ケアや家族ケア、コミュニケーションについて知る」、「お互いに顔の見える関係になる」、「連携の課題を共有する」は過半数の参加者が「とても役に立った」と回答したが、「症状マネジメントについて知る」は「とても役に立った」と回答したものは12%にすぎず、「あまり役にたたなかった」と回答したものもいた。これは、参加者の多くが中小病院や訪問看護ステーション、診療所の看護師であり、緩和ケア病棟で行われているようなオピオイドの非経口投与、複数の鎮痛補助薬、神経ブロックを複合させた症状緩和法を実際の自施設にて行う機会がないことを反映していると考えられる。一方、精神的ケアやコミュニケーションは環境が異なっても応用できるため研修の有用性が高いと考えられる。また、我が国の緩和ケア病棟を紹介する医師や看護師が紹介した緩和ケア病棟について「よく知らない」ことにより、患者の緩和ケア病棟に対する誤解が軽減できず、入院の時期がふりかえると遅くなると評価することが示唆されている¹⁶。実際に緩和ケア病棟に入院した後では、緩和ケア病棟に対する否定的なイメージは減り、肯定的なイメージは増えることから、地域の医療者にとって「ホスピスについて知る」ことや「ホスピスとの連携の課題を知る」ことは、患者に適切な時期にホスピスを紹介することに通じると考えられる。以上の知見から、地域における緩和ケア病棟の研修では、1) 実際にホスピスで行われているケアを知り紹介や連携に生かすこと、2) 精神的ケアやコミュニケーションについての研修機会となることが主な役割になることが示唆された。症状緩和については、参加者の勤務する環境に近い在宅での勤務ならば在宅での研修などが今後求

められる。

本研究の限界として、ホスピス病棟研修では、行われている医療に病棟による差がある可能性があるため、ほかの緩和ケア病棟に必ずしも一般化できない。

まとめ

地域の医療者を対象とした緩和ケア病棟における研修は、地域医療者から有用と評価されていた。看護師の研修希望は、個別性が大きく、症状マネジメントより、コミュニケーションや連携についての有用性が高かったため、緩和ケア認定看護師等に対するプログラムとは異なる内容とする必要があると考えられる。

謝辞

本研究のとりまとめは、財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の支援により行われた。

文献

- 20) 濱口恵子, 小迫富美恵, 坂下智珠子, 他 (編集): がん患者の在宅療養サポートブック 退院指導や訪問看護に役立つケアのポイント. 東京: 日本看護協会出版会; 2007.
- 21) 片山壽 (監修/執筆): 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. 東京: 篠原出版新社; 2008.
- 22) 宮崎和加子 (監修): 在宅での看取りのケア 家族支援を中心に. 東京: 日本看護協会出版会; 2006.
- 23) 吉田利康: がんの在宅ホスピスケアガイド. 東京: 日本評論社; 2007.
- 24) 大木純子, 古村和恵, 野末よし子, 他. がん患者に今求められる支援・サポートとは ～地域医療者のブレインストーミングの結果から～: OPTIM STUDY. 第13回日本緩和医療学会学術大会, 静岡; 2008
- 25) 日本医師会: がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査. 東京; 2008.
- 26) がん対策のための戦略研究; 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」対象地域に対する

予備調査. <http://gankanwa.jp/tools/pro/survey.html>.

- 27) Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, et al: Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 1999; 282: 867-874.
- 28) O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al: Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Collaboration. 2007; <http://www.thecochranelibrary.com>.
- 29) 松本俊子: 緩和ケアにおける看護師の卒後研修の現状と展望 1. 認定看護師. ホスピス緩和ケア白書 2006; 2006; 17-19.
- 30) 中村めぐみ: 緩和ケアにおける看護師の卒後研修の現状と展望 2. 専門看護師. ホスピス緩和ケア白書 2006; 2006; 20-23.
- 31) 原田秀夫: 人材育成のための支援事業 2. (財) 笹川医学医療研究財団. ホスピス緩和ケア白書 2006; 2006; 73-77.
- 32) 阿部まゆみ, 金子祐子: ホスピス・緩和ケア専門看護師の育成—緩和ケアターミナルとホスピスケア認定看護師の教育・研修. ターミナルケア 2002; 12: 196-202.
- 33) 道又元裕: 認定看護師教育の現状と今後臨床現場に必要とされる CEN の育成をめざして. 看護教育 2005; 46: 744-754.
- 34) 二見典子: がん緩和医療における看護師教育の現状と課題. 緩和医療学 2006; 8: 27-36.
- 35) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. J Clin Oncol 2005; 23(12): 2637-2644.

表1 緩和ケア病棟での研修の希望

- **症状マネジメント**
 - ・疼痛の評価方法、麻薬の誤解をとく方法、オピオイドの副作用、痛みを緩和する看護技術を知る(n=7)
 - ・疼痛以外の症状(呼吸困難、倦怠感、腹満感、浮腫、せん妄など)に対するケアを学ぶ(n=8)
 - ・看護ケアの工夫(食への支援、リスクマネジメントなど)について知る(n=4)
- **精神的支援や家族ケア、コミュニケーション**
 - ・気持ちを聴くためのコミュニケーションを学ぶ(n=6)
 - ・症状が悪化する患者・家族への対応を知る(n=3)
 - ・患者・家族の思いが異なる場合の支援を知る(n=2)
- **チーム医療**
 - ・チームメンバー間でのよいコミュニケーション、方針の共有について知る(n=4)
- **ホスピスの医療**
 - ・ホスピスで行われている医療を知る(n=4)
 - ・ホスピスの在宅支援用ベッドの利用など、ホスピスの有効な利用方法を知る(n=1)
- **看取り**
 - ・できるだけ安楽で、家族も不安なく看取れる援助を知る(n=1)
 - ・死後のケアのタイミング、工夫を知る(n=1)
- **地域連携**
 - ・退院指導や退院時の情報共有について知る(n=3)
 - ・他施設との連携について知る(n=2)

表2 ホスピス病棟での研修の有用性

	とても役に立った	役に立った	少し役に立った	あまり役に立たなかった
総合的に	71% (n=12)	29% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=0)
症状マネジメントについて知ること	12% (n=2)	53% (n=9)	29% (n=5)	6% (n=1)
精神的支援や家族ケア、コミュニケーションについて知ること	65% (n=11)	29% (n=5)	6% (n=1)	0% (n=0)
連携の課題を共有すること	53% (n=9)	23% (n=4)	24% (n=4)	0% (n=0)
「顔の見える関係になる」こと	65% (n=11)	23% (n=4)	12% (n=2)	0% (n=0)

表3 ホスピス研修についての自由記述

- **リンクスタッフとしての自信の向上**
 - ・今後行っていくことが明確になり、自信につながった
 - ・小さなことからでもやっていきたい
- **知識・技術・態度の伝達**
 - ・研修で得た知識・技術を伝達し、今後に役立てたい
 - ・人として看護者としてのあり方を見直したい
- **地域を支える緩和ケアの中心としてのホスピスへの期待**
 - ・それぞれの地域の施設が抱えている問題を支援してほしい
- **地域全体で質の高い緩和ケアを提供する重要性**
 - ・連携をとりながら、地域内の地域・病院・施設でスキルを向上させていく必要性を感じた

資料 10 ホスピスにおける在宅支援ベッド運用についての検討.

白土明美, 井上聡, 井村千鶴, 清原恵美, 森田達也. 第14回日本緩和医療学会総会, 2009.6.19~20 大阪

ホスピスにおける 在宅支援ベッド運用についての検討

白土明美¹⁾、井上聡¹⁾、井村千鶴²⁾
清原恵美¹⁾、森田達也³⁾

1)聖隷三方原病院 ホスピス 2)聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター
3)聖隷三方原病院 緩和支援診療科

【背景】

1. がん患者の在宅療養を支援することは、緩和ケア病棟の重要な役割の一つである。
2. 海外の研究では、緩和ケア病棟における短期入院の有用性と課題について明らかにされている。
3. 一方日本では、緩和ケア病棟における在宅支援入院についての報告はない。

【目的】

本研究の目的は、緩和ケア病棟における在宅支援入院の有用性と今後の課題を探索することである。

レスパイトプログラムの立ち上げの際に出会う困難

【背景】カナダのSt. Paul's病院では緩和ケア病棟開設時(1989年)からレスパイトプログラムを立ち上げた。この最初の3年間で挙げられた問題点についてのまとめ。

【結果】入院患者の1/3がAIDS患者であったが、レスパイト利用者は2/3がAIDS患者であった。

<問題点>

- レスパイトを利用すべき病状なのか？
終末期や症状コントロール目的の患者をレスパイトとして依頼されることがあった。
- ひとり暮らしなどで介護者がいない場合も、レスパイトの適応となるのか？
- 介護者が休息をとらない場合もレスパイトになるのか？
- 頻繁に無断外出をするような患者でもレスパイトの適応となるのか？
- 緩和ケア病棟スタッフはレスパイトの概念を受け入れることができるか？
病状悪化する中でも、予定の期日に退院しなければならない。レスパイト入院は、他の入院患者より優先度が低くなる傾向にある。これらの葛藤に伴うストレスにスタッフは耐えなければならない。
- 患者は緩和ケア病棟の基準を理解しているか？
病状悪化する中でレスパイト目的で入院したが、患者が延命治療を希望。どのように対応するべきか。
- 患者・家族は固定された入退院日に同意しているか？
病状の悪化で予定通り退院できない症例があることで、予定通りに入院できないことがあることを約束するべきである。家族が入院継続を希望することもある。
- 患者は緩和ケア病棟へ入院する覚悟ができているか？入院中に、同室者の急変・死亡に遭遇することがある。
- 患者自身はレスパイト入院を希望しているかの確認が必要。
- レスパイト入院の目標は何か？ 患者と家族、医療者で入院の目標は異なる。
- 患者と家族は実際にレスパイトされているか？
レスパイトで他の患者と生活することは、ストレスになることもある。

Difficulties in Developing a Respite Program, Millie Cumming, Journal of Palliative Care 9:3/1993;18-22

緩和ケア病棟におけるレスパイトを利用した家族についての調査

【背景】イギリスでは終末期患者の約90%が自宅で最期を迎えるが、予期しない入院の多くは介護の問題であることが多く、これに対してレスパイトの提供が行われている。

この研究の目的は①介護者は、家族を介護することをどのように受け止めているか②レスパイトに対する患者・家族の理解③ホスピスが提供するレスパイトについての認識を明らかにすることである。

【方法】レスパイトを利用した25名の介護者について、レスパイト利用前後でインタビュー調査。

【結果】①ほとんどの介護者は、余命限られた家族を介護することは、肉体的にも精神的にも'hard work'と表現した。

②レスパイトの入院に期待していたことは患者と家族では以下のように異なっていた。

患者: 医学的に見てもらえる、リハビリ、環境の変化、家族のためになる など

家族: 休養をとる、他の家族や友人と会う、日常業務の変化、何も期待していなかった

■ 多くの家族にとってレスパイト入院は、毎日続く介護の責任から休息をとることができる時間であり、「普通の生活」を送ることができる時間であったと評価した。

一方、十分な休息はとれなかった、患者が環境の変化に耐えうるかが心配だった、罪悪感を感じた、レスパイト後患者の要求が増えたため、かえってその後の介護が困難になったという例もあった。

■ すべての介護者がレスパイトサービスを高く評価した。

在宅と同じケアを継続、リハビリ、検査や治療の追加・補充、新しいケア提供の機会となる、などが評価された。

■ 改善すべき点として、レスパイトで提供されるサービスについて詳しい情報が必要、具体的に知れたかった、などの意見。ホスピスに対するネガティブな印象(最期の場所、死ぬところ)からレスパイトを受け入れ難い人がいた。

③緩和ケア病棟におけるレスパイトは、他の機関でのレスパイト(主にケアホーム)と比較して、看護の質が高いこと、リハビリ、治療などの医学的介入がうけられることが高く評価された。

An exploration of family carer's experience of respite services in one specialist palliative care unit:
JK Skillbeck, Palliative Medicine 2005;19

【定義】

- 在宅支援入院とは「入院日に退院日をあらかじめ決め、依頼から7日以内に入院するもの」と定義した。
- 在宅支援入院は、症状マネジメント目的の入院と、家族の介護疲労緩和のためのレスパイト入院を含む。

【方法】

2008年5月～2009年5月に在宅支援ベッドを利用した症例について、(1)医療者(ホスピス医師6名、看護師28名)でのフォーカスグループを行った。(2)在宅支援入院を利用した患者・家族のうち4名と、その依頼医・看護師、ホスピス医、ホスピス看護師を対象にインタビュー調査を行った。

【結果(1) 患者背景】

2008年5月～2009年5月の全ホスピス入院	236件
在宅支援入院	26件(11%)
レスパイト	18件(10名)
症状マネジメント	8件(7名)

<レスパイト入院>

■平均年齢	77.1歳
■平均入院日数	11.9日
■主な介護者	配偶者 8名(80%) 子 2名(20%)
■入院時の状況	
オピオイド	オキシコドン 2例 フェンタニルパッチ 5例
腎ろう	3例
ストマ	1例
尿道カテーテル	1例
■レスパイト中に行った治療的介入	
オピオイドローテーション、増量	2例
せん妄への対応	2例
リハビリ	5例
抑うつ	1例
■予定を早めて退院したもの	2例

<症状マネジメント入院>

■平均年齢	69.8歳
■平均入院日数	31日
■入院時の症状	
疼痛	3例
腹水	1例
イレウス	2例
浮腫	2例
■治療内容	
オピオイド増量	2例
神経ブロック	1例
マッサージ	1例
腹水ドレナージ	1例
■入院中に病状悪化し死亡したもの	2例

【結果(2) フォーカスグループの結果】

<レスパイト入院>

患者への説明

- ・ 患者へホスピス病棟へ入院することを説明していなかった。
- ・ 患者へ、家族の休養のための入院と言いく、「検査入院」と説明していた。

入院の不安

- ・ 家族が働けないことで患者の不安が増した、家族も不安で離れられなかった。
- ・ 「見捨てられた」と本人が思わないように、家族が付き添った。
- ・ 初回は家族も不安で頻りに面会に来ていたが、2,3回目は安心して休めた。

入院の環境

- ・ 患者の要望どおりに対応すると、在宅で対応できなくなる。
- ・ 入院による環境の変化でせん妄が悪化した。
- ・ 入院したことでせん妄の診断や薬剤調整が可能となった。

病棟へのフィードバック

- ・ 家族のレスパイトになったのかどうかを知る機会がない。
- ・ 退院後の患者の様子が分からない。

専門緩和ケアのニーズ

- ・ ホスピス病棟への入院である必要性は高くない症例があった。
- ・ 終末期患者とは異なり、ADLの維持を目標とできることでやりがいを感じた。

<症状マネジメント入院>

- ・ 病状が安定しない症例でも退院を目指さなければならない。
- ・ 病状の変化で予定通りに退院できない。

【結果(3)インタビューの結果】 (n=4)

患者	1.入院中安心して過ごすことができた	5/5	5/5
	2.入院することで体の苦痛が少なく過ごすことができた	5/5	5/5
	3.今回の入院は満足だった	5/5	5/5
家族	1.身体的負担を減らすことができた(休養をとれた)	5/5	5/5
	2.患者さんの入院中、自分の予定や時間ができた	5/5	5/5
	3.精神的な負担を減らすことができた(ストレスが軽減できた)	5/5	5/5
	4.家族の関係や余裕ができた	5/5	5/5
	5.この先も自宅で介護を続けていく上で今回の入院が役立った	5/5	5/5
	6.今回の入院は満足だった	5/5	5/5
ホスピス 医師	1.症状コントロールに役立った	5/5	5/5
	2.家族の介護負担に役立った	5/5	5/5
	3.入院したことで患者の容態が余計に不安定になった	5/5	5/5
	4.専門的緩和ケアのニーズが高かった	5/5	5/5
	5.このような患者を診ることにやりがいを感じる	5/5	5/5
ホスピス 看護師	1.症状コントロールに役立った	5/5	5/5
	2.家族の介護負担に役立った	5/5	5/5
	3.入院したことで患者の容態が余計に不安定になった	5/5	5/5
	4.専門的緩和ケアのニーズが高かった	5/5	5/5
	5.このような患者をケアすることにやりがいを感じる	5/5	5/5
依頼医師 ・看護師	1.症状コントロールに役立った	5/5	5/5
	2.家族の介護負担に役立った	5/5	5/5
	3.入院したことで患者の容態が余計に不安定になった	5/5	5/5
	4.今後家族が自宅で介護を続けていく上で役に立った	5/5	5/5
	5.入院によって患者・家族関係こよい変化があった	5/5	5/5

【症例1】

【患者】84歳 男性

【病名】耳下腺癌、頸椎転移

【経過】2007年に左耳下腺癌と診断。2008年1月に骨転移判明。積極的治療の希望なく、在宅で療養していた。

疼痛に対して オキシコドン20mg内服中 慢性呼吸不全がありHOT導入

ADL 車椅子移動 食事・排泄は自立

主な介護者 妻（妻、次女夫婦、孫の5人暮らし）

第1回 家族の介護疲労のためレスパイト希望。本人へは「検査入院」と伝えた。

頸部痛の増強あり。疼痛のため夜間不眠となり、家族の介護疲労となっていた。病状評価のため画像検査を行い、現状を把握、家族へ今後起こりうることの情報提供ができた。

オピオイドローテーションなどの介入により、疼痛軽減して退院した。（入院13日）

第2回 家族の介護疲労のため、また患者の症状悪化もあり入院希望。

オピオイド増量で疼痛軽減し退院した。（入院14日）

第3回 家族の介護疲労のため、患者は耳鼻科受診の希望があり入院。

症状は安定していた。（入院15日）

第4回 家族の介護疲労のため、患者は筋力低下を自覚しリハビリの希望があり入院。

家族は入院の継続を望んでいたが、本人は退院を強く希望し退院。（入院14日）

4回目のレスパイト退院翌日に、自宅で急変し永眠された。

【症例1のまとめ】

- 当初、患者は入院を希望していなかったが、患者自身が入院の目標を持つことや、回数を重ねることでスタッフとの関係性が築けたことで、患者も短期入院を希望するようになった。
- レスパイト入院中に病状の評価ができ、症状マネジメントに役立った。
- うまく利用して、在宅で最期を看取ることができた。

【症例2】

【患者】82歳 男性

【病名】膀胱癌、脳梗塞後遺症

【経過】2004年に膀胱癌と診断、TUR-BT、放射線治療を受けた。

2007年8月、膀胱出血による膀胱タンポナーデで入院後、往診医のもと在宅療養していた。
2009年1月より血尿、下腹痛が増強しオキシコンチン開始。2月より症状が増強、夜間不穏となり家族の介護負担が増大。介護疲労のためレスパイト入院を希望。

脳梗塞後遺症のため左麻痺

主な介護者 妻（妻、長男夫婦の4人暮らし）

第1回 家族の介護疲労のためレスパイト希望。本人の希望は特になし。

夜間の不穏があり、家族の疲労となっていた。

尿道カテーテル留置を勧め、適宜膀胱洗浄を行ったことで、下腹痛は軽減した。

入院中、夜間の不穏はなかった。リハビリの介入が本人へは好評だった。（入院 14日）

退院後すぐに、家族から次回レスパイトの依頼があった。

第2回 家族の疲労、体調不良のためレスパイト希望。本人はリハビリ希望で入院。

症状の変化はなく、リハビリを継続した。（入院14日）

【症例2のまとめ】

- レスパイト入院中にリハビリを行えたことが患者には好評であった。
- 介護者や同居家族の体調不良時に利用できて、家族は治療に専念できた。
- 膀胱カテーテル留置、膀胱洗浄などの、新しいケアの導入に役立った。

【今回明らかになった課題と対策】

■患者自身は入院を希望していない、早く退院したい症例がある

対策 家族のレスパイト目的での入院では、患者自身にも入院の目標を設定できるようにする
(例 リハビリ、検査、治療の見直しなど)

■患者の要望通りにすべて対応すると、在宅での対応が困難になることがある

対策 病棟スタッフは「在宅で対応可能な視点」で対応し、過度なケアとならないようにする

■緩和ケア病棟スタッフは専門病棟としての意味を見出しにくい、その後の経過を得にくい

対策 1. 在宅支援が緩和ケア病棟の重要な役割の一つであることを認識する
2. 支援入院がその後の在宅療養に与えた影響、患者・家族の評価を、病棟スタッフが知る機会を設ける(例 在宅へ一緒に行く)

■家族が自責感や不安を感じることもある

対策 家族の自責感に気付いて和らげる声かけをする、少しずつ家族が離れられるようにする
何回も使用できるように、早期から使ってみることを勧める

■症状マネジメント入院では、予定通りの退院が困難なことが多い

対策 がん患者の入院では予想外の病状変化があり、入退院予定は変更される可能性が高いことを念頭におく

■入院による環境の変化でせん妄が悪化することがある

対策 せん妄リスクの高い患者では、症状が悪化する可能性があることを認識する
(やむを得ない?)

【まとめ】

- 緩和ケア病棟における在宅支援入院は、介護者の疲労や休養のために在宅療養が困難で、患者自身にも入院中の目標がある場合に有用である。
- 運用において、病棟スタッフは在宅支援の役割を認識すること、在宅の視点でケアを行うことが必要である。
- 今後、さらに症例数を増やしてのインタビュー調査を行う予定である。

資料 11 浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査.

井村千鶴, 古村和恵, 野末よし子, 赤澤輝和, 森田達也. 緩和ケア 20(1):92-98,2010.

●調査報告●

浜松市のがん患者に対する ケアマネジメントの実態調査

井村 千鶴*¹⁾ 古村 和恵*¹⁾ 野末よし子*¹⁾ 赤澤 輝和*²⁾ 森田 達也*^{1,3)}

Care Management for Cancer Patients in Hamamatsu City

Chizuru Imura, Kazue Komura, Yoshiko Nozue, Terukazu Akazawa and Tatsuya Morita

Key words : 地域緩和ケア, 在宅, 介護

●緩和ケア 20:92-98, 2010 ●

背景

今後, がん患者の療養場所として在宅が増えることが予測されている¹⁻⁵⁾. その理由として, ①患者自身が在宅療養を希望することが増えていること, ②緩和医療の進歩により, 内服できないがん患者の疼痛も麻薬の経皮吸収剤の使用などで自宅での緩和ができるようになったこと, ③急性期病院の役割分担, などが挙げられる.

在宅でがん患者が過ごすためには, 医療のみならず, 生活全般を支える介護の充実は不可欠である¹⁻⁷⁾. 一方, 既存の介護保険制度はがんの急速な病状の進行を前提としたものではないため, 調査や認定結果の通知が間に合わないなどの問題が認識されつつあるが, 市町村単位での実態は明らかにされていない.

本調査の目的は, 浜松市における終末期がん患者のケアマネジメントの実態を, 介護支援専門員の視点から明らかにすることである.

対象・方法

① 調査対象

浜松市介護支援専門員連絡協議会に所属する居宅介護支援事業所 161 カ所, 地域包括支援センター 17 カ所 (計 178 カ所) の介護支援専門員を対象とした.

② 調査方法

郵送法による自記式質問紙調査. 調査にあたっては, 浜松市介護支援専門員連絡協議会理事会の承認を得て, 匿名性に配慮して行った.

③ 調査項目

先行研究がなかったため, 調査項目は, 多職種チーム (介護支援専門員 5 名, 医療ソーシャルワーカー 2 名, 看護師 1 名, 医師 1 名) の議論で作成し, パイロットテストを介護支援専門員 15 名で行い, さらに意見をj得て修正した.

*¹⁾ 聖隷三方原病院 浜松がんサポートセンター: Hamamatsu Cancer Support Center, Seirei Mikatahara Hospital (〒433-8558 浜松市北区三方原町 3453)

*²⁾ 聖隷三方原病院 医療相談室, *³⁾ 聖隷三方原病院 緩和支援診療科
0917-0359/08/¥400/論文/JCLS

1) 過去1年間に於いてケアマネジメントを担当したがん患者数(年間患者数)を調査した。

2) 過去1年間に担当し、訪問調査または認定結果の通知までに死亡したがん患者数(年間患者数)を調査した。

3) 要介護認定申請から認定結果の通知までのプロセスが迅速ではない理由:「医療者から患者・家族への介護保険の紹介の遅れ」「主治医意見書の作成の遅れ」「訪問調査の遅れ」「審査の遅れ」のいずれかから重複回答を得た。

4) がん患者のケアマネジメントを充実させるための方略としてフォーカスグループとヒアリングで得られた意見を内容分析し、「がん終末期の患者の場合は介護度にかかわらず福祉用具をレンタルできるようにする」「がん終末期の患者の場合は、申請から3日以内に市の調査員が訪問調査を行う」「がん終末期の患者の場合、2週間以内に介護認定審査会で迅速審査を行う」など10項目について、「あまり役に立たない」から「不可欠と思う」の5件法で聞いた。また、10項目のうち優先度の高いもの3つを挙げてもらった。

5) 介護支援専門員の体験している困難感としてフォーカスグループとヒアリングで得られた意見を内容分析し、「調整に時間がかかるわりに収入に限られる」「家族の介護負担が大きいがやわらげるサービスがない」「がんの進行による病状変化や予測される経過を理解して対応することが難しい」などの15項目について、「困ることはない」から「常に困る」を5件法で聞いた。

6) 同居家族がいるために生活援助が受けられなかった患者の経験として「同居家族がいるために生活援助が受けられなかったがん患者の経験」を「あり」「なし」で聞き、その具体的な状況を自由記述で得た。

結果

依頼した178施設のうち109施設(61.2%)から回答があり、合計328通の質問紙が回収された。

回答者の背景は、男性39名、女性278名、介護支援専門員の平均経験年数が4.2(±2.6)年であ

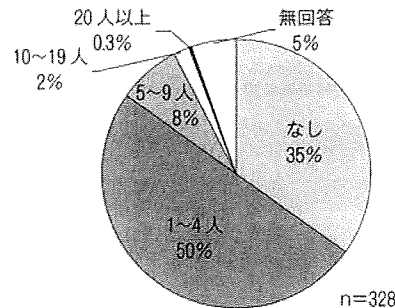


図1 過去1年間のがん患者のケアマネジメントの経験患者数

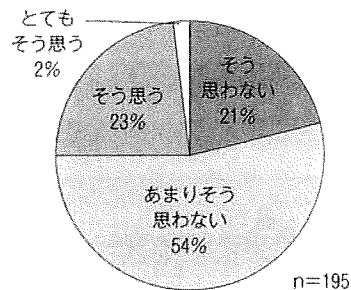


図2 「がん患者の要介護認定申請が迅速に行われているか」に対する回答

あった。がん患者のケアマネジメントの経験については、35%が「なし」、50%が「1~4名」であった。5名以上の経験があるものは10%であった(図1)。

□ 訪問調査、認定結果の通知までに死亡したがん患者

「要介護認定申請を行ったが訪問調査を待っている間に死亡したがん患者」は、年間54名であった。「要介護認定申請を行い訪問調査は終了したが、結果の通知までに死亡したがん患者」は、年間126名であった。

要介護認定申請を行った経験のある介護支援専門員のうち45%が調査を早めてもらうなどの依頼を行政にしているが、迅速な対応が可能になった例もあれば、申請後2週間以内は難しいとの返

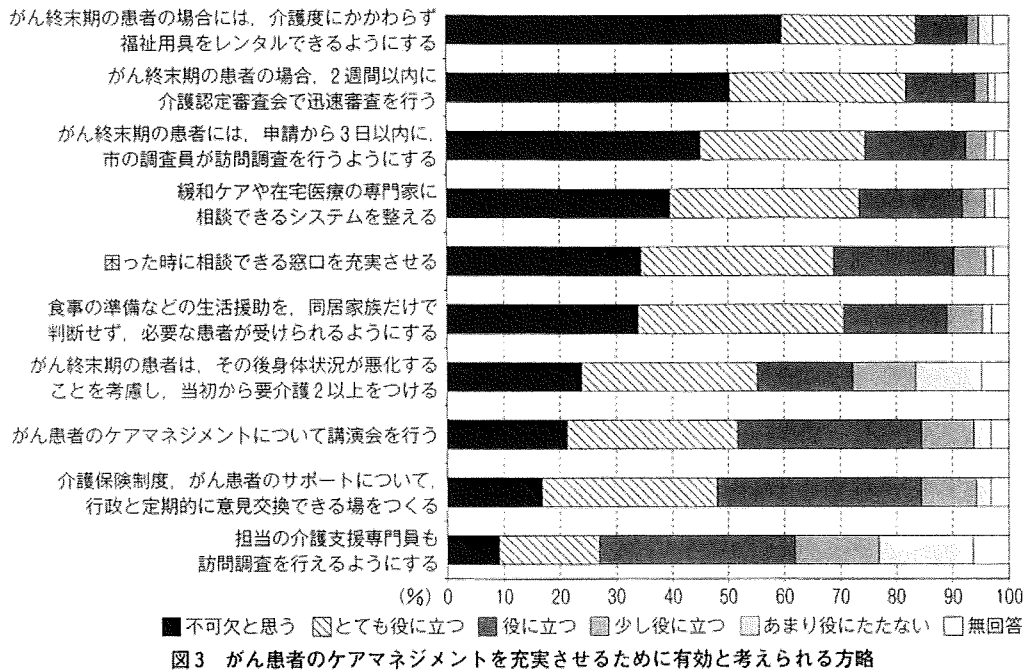


図3 がん患者のケアマネジメントを充実させるために有効と考えられる方略

事をもたらした例もあった。

② 要介護認定申請から認定結果の通知までのプロセスが迅速ではない理由

浜松市全体の要介護認定申請が「患者・家族の生活に支障が出ないように迅速に行われているか」という質問に対して、75%が「そう思わない・あまりそう思わない」と回答した(図2)。複数回答の結果、86名(60%)が「審査の遅れ」、86名(60%)が「主治医意見書の作成の遅れ」、85名(59%)が「訪問調査の遅れ」、57名(40%)が「医療者から患者・家族への介護保険の紹介の遅れ」を挙げた。

このほかに、「患者の納得、了解がなかなか得られない」「申請書類に緊急性を明記する欄がない」「浜松市のなかでも地区により大きな違いがある」などの自由記述があった。

③ がん患者のケアマネジメントを充実させるための方略

「がん患者のケアマネジメントを充実させるために役立つこと」として10の選択肢から選択してもらったところ、「不可欠である・とても役に立つ」とした回答が最も多かった対策は、「がん終末期の患者の場合には介護度にかかわらず福祉用具をレンタルできるようにする」(83%)、「がん終末期の患者の場合、2週間以内に介護認定審査会で迅速審査を行う」(82%)、「がん終末期の患者の場合には、申請から3日以内に市の調査員が訪問調査を行う」(74%)であった(図3)。「少なくともベッドだけでもあればまったく違う」との自由記述が複数みられた。

このほかに、「緩和ケアや在宅医療の専門家に相談できるシステムを整える」(73%)、「食事の準備などの生活援助を、同居家族だけで判断せず、必要な患者が受けられるようにする」(71%)、「困った時に相談できる窓口を充実させる」(69%)が挙げられた。