

201020028A

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に
関するバリアの分析とその解決策に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渡辺 敏

平成23(2011)年 4月

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に
関するバリアの分析とその解決策に関する研究

平成22年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渡辺 敏

平成23(2011)年 4月

目 次

I.	総括研究報告	
	がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの 分析とその解決策に関する研究-----	3
	渡辺 敏	
II.	分担研究報告	
1.	在宅移行における問題点の検討に関する研究-----	9
	木下寛也	
2.	在宅医の立場から（千葉県在宅医懇話会活動を通して）-----	13
	沖田伸也	
3.	がん患者の心理的側面への積極的アプローチの必要性について ～ピアサポ- ーターと『がんのお悩み相談サロン』を開設して見えてきたこと～ -----	15
	大木信子	
4.	介護保険事業実績と地域包括支援センター業務からの考察-----	22
	河野秀一	
5.	末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する研究 病院と在宅の連携体制並びに保険者調査-----	32
	藤田敦子	
6.	在宅療養への移行に関するバリアの解決に向けた取り組み ～住民向けのリーフレット作成を通して～-----	37
	久保秀一，小山早苗（研究協力者）	
7.	千葉県安房地域の在宅緩和ケア普及に関するバリアの研究-----	45
	関根龍一	
8.	がん患者に対する終末期緩和ケア前の病診連携提供体制に関するバリアの分析とそ の解決策に関する研究-----	53
	野本靖史	
9.	在宅緩和ケア推進におけるがん治療担当側の取り組み-----	77
	木村秀幸	
10.	道央圏（札幌市および札幌以北を除く札幌二次医療圏：北広島市、恵庭市、千 歳市）緩和医療（在宅緩和ケア）の実態に関する研究-----	79
	柴田岳三	
11.	在宅緩和ケア支援センターにおける相談支援内容調査-----	84
	秋月伸哉	
12.	在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスの有用性の検討-----	88
	浜野公明	
13.	切れ目のない緩和ケアの提供-----	95
	山岸聡子（研究協力者）	
14.	がん専門病院の退院調整・在宅支援部門に対する訪問看護師からの評価と今後 の課題-----	101
	柴田純子（研究協力者）ほか	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表-----	107

I. 総括研究報告書

課題名 がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関する
バリアの分析とその解決策に関する研究

研究代表者 渡辺 敏 施設名 千葉県がんセンター 職名 緩和医療科部長

研究要旨

課題のバリアを以下の3点の未熟性にあるとし、それらの克服に向けて各分担研究が進行した。まずがん治療遂行途上からの緩和医療学的介入の具体化に関して、千葉県がんセンターにおいてはサポーターケアセンター構想のもと、緩和的介入を要する院内および外来症例に対する専門ナースによる早期拾い上げが具体化し、順調に推移した。次に在宅緩和ケアの易遂行性の追求に関しては、緩和ケア病棟のバックベッド化が確立し、一方在宅医側に対しては、地域医師会との在宅緩和ケア連携パス構築に関する研究が遂行された。そして、在宅療養による緩和ケアの優位性についての一般市民への広報的活動の必要性に関しては、従前からの市民公開講座の開催、リーフレットの作成(改訂)・配布などの事業が継続された。

<分担研究者氏名・所属施設>

木下寛也, 国立がん研究センター東病院
久保秀一, 千葉県市川健康福祉センター
(同施設内研究協力者: 小山早苗)
沖田伸也, 黒砂台クリニック
柴田岳三, 緩和ケアクリニック・恵庭
木村秀幸, 岡山済生会総合病院
大木信子, 国保匝瑳市民病院
河野秀一, 渋谷区医師会ひがし健康プラザ
藤田敦子, NPO 法人千葉・在宅ケア市民ネット
ワークピュア
野本靖史, 船橋市立医療センター
浜野公明, 千葉県がんセンター
秋月伸哉, 千葉県がんセンター
その他の研究協力者: 柴田純子、木村由美子、
坂下美彦(千葉県がんセンター)、山岸聡子(千
葉県立佐原病院)、浮谷勝郎(医療法人社団恵
隆会浮谷クリニック)

A. 研究目的

平成18年度から3年計画で遂行された、がん臨床研究「課題名:在宅医の早期参加による在宅緩和医療の推進に関する研究」(以下、前研究)から、(1)がん治療遂行途上からの緩和医療学的介入の具体化、(2)在宅緩和ケアの易遂行性、(3)在宅療養による緩和ケアの優位性についての一般市民への広報的活動の必要性、の3点が要検討項目として本研究に引き継がれた。今回の課題となる「バリア」を上記3点の未熟性とし、これらの解決への方策を

追求するための研究が計画され、進行した。

B. 研究方法 C. 研究結果 D. 考察

分担研究者個々の個別的専門的研究のかたちで研究が進行している。方法・結果・考察を概説する。詳細は個々の分担研究報告書を参照されたい。

<がん治療施設側の問題>

がん治療遂行途上からの緩和医療学的介入に関して、千葉県がんセンターにおいては、治療病棟入院事例に対する緩和ケア支援チーム介入態勢、および、通院によるがん治療遂行中の症例に対する緩和医療科外来と治療担当科との併診態勢がすでに確立しているが、さらに、患者側の様々な苦悩をスクリーニングしまたトリアージする機能を持った看護外来や、在宅支援部門も包含した「サポーターケアセンター」が稼働して2年が経過した。この活動状況に関しては、本報告書内の山岸(研究協力者、院内のサポート体制)、柴田純子(研九協力者、在宅移行のサポート体制)らの研究報告を参照されたい。

この看護師による早期介入の有効性を裏付けるかたちで、大木(分担研究)は「お悩み相談サロン」事業に関する研究を遂行し、さらに今後への期待として、ピアサポート事業の良質化を推進する意義を結論している。

在宅移行後の緊急時入院病床の確保(バックベッド体制)も重要であるが、千葉県がんセン

ターの場合は緩和ケア病棟を第一選択として受け入れる体制を進めてきたが、満床を理由に、一般病棟受け入れといった事態も増加しつつある。

<在宅訪問診療の易遂行性について>

在宅医の底辺拡大など、本課題への対策として、訪問診療を容易にする仕組みを構築する必要があり、上記バックベッド確保も部分的に関与する。さらに同時に関わる、訪問看護部門、介護支援部門の良質化も重要である。

在宅療養支援診療所の活動状況についての調査研究が木下（分担研究）によりすすめられた。その報告のなかで、「千葉県において、在宅療養支援診療所が介入した自宅看取り数の増多はあるものの診療所の増加を勧奨すると自宅看取り数の伸び悩み状態」を指摘した。

一方、支援診療所として手挙げしてはいなくかつ在宅看取りを実践している開業医も少なからず存在しており、この部分のサポート体制の整備を大きな目的の一つとして、浜野（分担研究）により在宅緩和ケア地域連携パス構築に関する研究が開始され、進行した。

沖田（分担研究）は、前研究から引き継がれた、「千葉県在宅医懇話会」活動に関して、その現況・問題点を解析し、以下を強調した。「[ケアの質]は緩和ケアのみならず在宅療養、入院治療に共通していることであるはずだが、これまで[医学・医療の発展]に隠れて、十分に省みることなしに来てしまったのではないか。がん終末期の患者に対する際に、WHOの提唱する早期からの緩和ケアが求められるが、のみならず、ケアの質が高い実践が求められていると強く感じている。とくに在宅医療において、医療はケアの一環としてあることを常に意識することが肝要である、と強調しておきたい。」

そのほか、県内・県外各地域（木村：岡山、柴田：北海道恵庭地区）での地域性を踏まえた各分担研究者による研究が遂行された。千葉県内に関しては、野本（分担研究）は船橋地区の地元在宅医との連携に関しての状況を調査しその結果から、「がん経過観察期の地域連携、がん終末期の在宅療養連携に関して、顔の見える連携、クリニカルパスの充実、連携しやすい環境作り、両者の積極的な知識・技術の向上が重要であると考えられた。」と結論した。

関根（分担研究）は、安房地区という地域に

限定してのがん患者の在宅死について、在宅診療担当医師への調査から、そのケアの質の向上・普遍化に関して以下のように考察した「地域医師らの多くは、在宅緩和ケアに意欲的に取り組み、往診を日常的に行う医師が7割以上と少なくなかった。10名以下の年間看取りを行う医師が殆どで、多数の患者を往診している施設は少数であった。予想した通り、在宅緩和ケア、とくに看取りの往診のバリアとしては、夜間往診が体力的に無理であること、多忙で終末期患者の往診体制が整っていないとの意見が最多であり、この点における対策の必要性が明らかになった。また、地域がん診療拠点病院である当院がサポート可能な項目として、地域コンサルテーション、オピオイド処方に関する勉強会等のニーズが存在することが今回明らかとなった。これらについて今後何らかの活動を行うことで、在宅緩和ケアの普及の一助になる可能性がある。」

木村（分担研究）は、岡山地区において中核的緩和ケア病棟運営に携わっているが、その運営上のコンセプトは千葉県がんセンターと同等である。その問題点として、緩和ケア病棟のバックベッド確保の限界性があり、緊急時対策として一般病棟入院にむけてのシステム・緩和技術などの改革・向上の必要性を結論した。

柴田岳三（分担研究）は、それまでの緩和ケア病棟勤務医から在宅医（北海道恵庭地区）へ転任し、その立場で在宅緩和ケアの土壌を開拓すべく研究を推行了。在宅緩和ケア享受、そして在宅看取りのニーズにいかに対応するかにに関して、ネットワークづくりの意義を結論した。

河野（分担研究）は、介護保険事業実績の調査・分析を通して、介護の立場から以下のごとく述べている。「制度上の様々な支障が存在するなかで、介護保険申請時に、在宅での生活を望む方の思いや希望を伺いそれに添う対応を行なうことによりスムーズに在宅ケアが行なえるのではないかと。又、その際にその方の希望が介護保険ではないものでアジャストするのであれば、その情報を提供し選択して頂くという対応も必要になってくる。申請窓口での対応が機械的なものではなく、その方の思いに添ったものになれば、在宅ケアへの移行がスムーズになり、在宅ケアへの易遂行に繋がると考える。」

＜一般市民への広報的活動＞

次に、患者・家族を含めた一般市民側に関する部分であるが、在宅医療の優位性についての広報に関しては、一般支援団体（藤田、分担研究）および健康福祉センター―保健所―（久保、分担研究）による公開講座開催、その際のアンケート調査から住民側の意識調査が随時行われ、医療側にフィードバックされた。それぞれリーフレットを作成（改訂）し、広報的関わりを補強した。久保（分担研究）らは、作成・配布されたリーフレットに関して、「当センターで配布した資料は概ね役立っているという評価を得た。その中では、地域の連絡先を書くところがとくに評価が高く、医療費に関わる部分をもっとわかりやすく書く必要が指摘されている。今後は、その様な視点での改定を考えていく必要がある。また、がん診療連携拠点病院で利用している資料としては、国立がんセンター作成のものが多く、国立がんセンターの資料が全体像を示すとすれば、当センターのリーフレットは簡便さと地域情報を伝える資料という位置づけができる。そのため、今後は、わかりやすく短いメッセージと地域情報という2つの視点にたって修正版の発行等を考慮する必要があると思われた。」と結論した。

藤田（分担研究）は、一般市民の中での在宅緩和ケアの知名度・認識の不十分さの存在を課題とし、介護体験者の声を活用した緩和ケアのイメージバリアの解消に向けてのリーフレット作成、その講演会等における配布を通して、医療者への啓発も含め、在宅へつなげる機能を広めていく活動を継続・実践するなかで、標題のバリアの一つとして、介護保険サービスに関する問題を取りあげ、調査活動を行った。

以上に加え、「在宅緩和ケア支援センター」構想が具体化して1年が経過した。その支援内容に関して、秋月（分担研究）は「在宅緩和ケア相談支援センターでは、がん治療に関する相談、精神・身体症状に関する問題、社会資源に関する相談に加え、療養場所に関する相談が最も多かった。通常の相談支援センター相談員の研修に加え、在宅医療、介護に関する制度、社会資源、地域の在宅緩和ケア資源情報に精通している必要があることが明らかになった。在宅緩和ケア相談支援センターの役割としては、患者からの相談のみならず医療福祉従事者からの相談が20%と多く、在宅緩和ケアに関するコ

ンサルテーションサービスとしての機能も期待されていると思われる。」と述べている。

（倫理面への配慮）

在宅緩和ケア地域連携パス構築に伴った患者情報共有のためのツール作成、および一部の事例検討においては個人情報管理が重要となる。十分な配慮を持って研究を遂行する予定である。

E. 結論

がん患者に対する緩和ケアの提供体制を踏まえた在宅療養への移行に関するバリアの分析とその解決策に関する研究を行った。

がん治療施設側の要点は、早期からの緩和医療供給体制の整備、およびバックベッドの確保である。バックベッドの確保に関しては、緩和ケア病棟受け入れの困難性もでてきており、この部分の今後の良質化が必須となっている。在宅医療担当側に関しては、スキルアップとともに連携体制の整備が必須であり、そのシステム化が底辺拡大につながると思われ、その一助として在宅緩和ケアの地域連携パス構築を企図した研究が企画され、具体化した。そして患者・家族・一般市民側に対しては、在宅での療養の優位性、およびその実現のための啓蒙・広報事業が重要であり、引き続き取り組んでいく予定である。

F. 健康危険情報

現行の臨床業務をより良質化することを目的とした研究であり、特記すべき項目はない。

G. 研究発表

個々の分担研究、および巻末目録を参照。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

Ⅱ. 分担研究報告書

平成22年度 分担研究報告書

分担課題名 在宅移行における問題点の検討に関する研究

研究分担者 木下寛也 施設名 国立がん研究センター東病院 職名 緩和医療科・精神腫瘍科科長

研究要旨

1) 千葉県における在宅療養支援診療所の実態について、経年的な変化について検討を行った。2007年から2008年にかけては、自宅看取り総数とともに約4割増加したが、2008年から2009年にかけては自宅看取り総数は頭打ちとなっている。2) 国立がん研究センター東病院緩和ケア病棟における2009年4月1日から2010年12月31日における退院患者と緊急入院患者について検討を行った。退院患者は42名、転院患者は13名であった。当該期間における入院患者は270名、そのうち緊急患者は69名(25.6%)であった。

A. 研究目的

がん医療において、入院期間の短縮化、化学療法外来化が進み、さらに一般国民の意向調査においては、がんが進行しても可能な限り在宅を希望する方の割合は6割を超える。このような状況においては、がん患者・家族が安心して在宅で過ごせる医療提供体制の構築が急務である。

2006年に在宅療養の推進を目的に在療養支援診療所(以下支援診療所)が新設された。しかし、その機能に関する検証は十分には行われていない。本研究においては先行研究に引き続き千葉県における在宅支援診療所の現状について検討を行った。

また、緩和ケア病棟(以下PCU)も従来の看取りを中心とした役割から、在宅医療との連携の役割を求められている。このような中で緩和ケア病棟からの在宅移行、緩和ケア病棟への緊急入院の現状を明らかにすることを目的に国立がん研究センター東病院のPCUにおける在宅移行、緊急入院の現状を検討した。

B. 研究方法

1. 千葉県における支援診療所の現状

先行研究においては、千葉県社会保険事務局に支援診療所の届け及び、支援診療所に係る報告書の情報開示請求を行い、データ集計を行った。2008年10月1日より、社会保険事務局で行っていた業務が地方厚生局に移管されたため、本研究においては関東信越厚生局千葉事務所に情報開示請求を行い、開示されたデータの集計を

行い、2006年度からの経時的変化を追った。

2. PCUの役割に関する分析

2010年4月1日から2010年12月31日、国立がん研究センターPCUにおける在宅移行症例、緊急入院症例に対して診療録の後方視的調査を実施した。

(倫理面への配慮)

支援診療所に関するデータについては個人情報に伴わない情報であるため、倫理審査委員会での承認は要しないと判断した。

患者データの収集に関しては通常臨床にて得られる範囲のものにとどまっているため、患者からの同意取得に関しては不要であると判断した。また、データの収集に当たっては患者を特定するような情報は収集していない。

C. 研究結果

1. 千葉県における支援診療所の現状

2010年10月1日時点で、249の診療所が支援診療所として届出受理されていた。2009年7月1日から2010年6月30日までに支援診療所が自宅で看取りを行った患者数に関しては、0名が49施設、1~4名が64施設、5~9名が27施設、10~14名が16施設、15~19名が4施設、20~29名が11施設、30~39名が施設、40名以上が11施設であった。先行研究の過去とデータと合わせて表1、2、図1に記載する。

2. PCUの役割に関する分析

調査期間において、PCUへの入院患者は270名であった。退院、転院はそれぞれ42名、13名であった。退院のうち、退院時に訪問看護あ

るいは訪問診療を導入されたのは29名(29/49、59.2%)、最終的にPCUで死亡した患者は16名(16/49、32.7%)であった。

PCUへの緊急入院は69名(69/270、25.6%)、そのうち時間外または休日の入院は20名(20/69、29.0%)であった。緊急入院患者の症状としては、呼吸困難33名(47.8%)、疼痛27名(39.1%)、食欲不振23名(33%)、せん妄17名(24.6%)、嘔気・嘔吐15名(21.7%)の順に多かった。(重複あり)また緊急入院患者のうち25名(36.2%)は訪問看護あるいは訪問診療が導入されていた。

D. 考察

支援診療所の制度が出来て4年が経過した。2007年から2008年においては、支援診療所に自宅看取り数は、約4割増加したが、2008年から2009年においては、増加は頭打ちとなっている。

このことから今後在宅死亡率を増加するためには、支援診療所の在り方に関する調査や議論が必要であると考えられる。

PCUにおいては従来の看取り中心から在宅移行や在宅療養のバックベッド機能を果たすことが要求されている。この状況のなか、PCUから在宅に移行する患者も少数であるが存在し、最後まで自宅で過ごす患者もいる。さらには、当院PCUの入院患者の4人に一人は緊急入院であり、今後もこの割合が増加してきた場合、現状の看護体制では対応が困難になることも予想される。

E. 結論

支援診療所の現状と、PCUにおける退院、緊急入院の実態について検討を行った。支援診療所の数、自宅看取り数ともに2009年度頭打ちになっている。今後在宅死亡率の増加を実現するための新たな方策を考える必要がある。

在宅療養の推進とともに、PCUの果たす役割も変化しつつある。PCUからの退院支援、在宅療養のバックベッド等の機能を十分に果たすためには、PCUのスタッフの人員等について再考する必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

・Yoshihisa Matsumoto, Ken Shimizu, Hiroya Kinoshita, Chikako Shimizu, Yosuke

Uchitomi. Suicide Associated with Corticosteroid Use during Chemotherapy: Case Report.

Jpn J Clin Oncol 2010;40(2)174-176

・渡辺啓太郎, 木下寛也, 久能木裕明, 阿部恵子, 松本禎久, 喜多嶋拓士 症状緩和目的で Mohs paste を使用し, QOL が改善した食道癌皮膚転移の1例 臨床外科 65 巻 8 号 Page1169-1172 2010

・木下寛也 【緩和医療における精神科薬物療法】 症状緩和のためのコミュニケーションスキル 臨床精神薬理(1343-3474)13 巻 7 号 Page1295-1303, 2010

・松本禎久, 木下寛也 【がん患者のサバイバーシップ】 サバイバーの身体的な問題 腫瘍内科(1881-6568)5 巻 2 号 Page112-115, 2010

2. 学会発表

木下寛也: 家族とのコミュニケーション, シンポジウム3 がん患者・家族とのコミュニケーション, 日本緩和医療学会学術大, 2010年6月東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1. 在宅療養支援診療所 年間自宅看取り数（千葉県）

年間自宅看取り数	2006年	2007年	2008年	2009年
0名	74施設	57	81	49
1-4名	58	46	65	64
5-9名	26	26	33	27
10-14名	15	10	10	16
15-19名	4	3	5	4
20-29名	4	9	7	11
30-39名	3	3	5	2
40名以上	4	5	9	11

2006年：2006.7.1-2006.6.30 2007年：2007.7.1-2008.6.30 2008年：2008.7.1-2009.6.30

2009年：2009.7.1-2010.6.30

図 1. 在宅療養支援診療所 年間支度看取り数（千葉県）

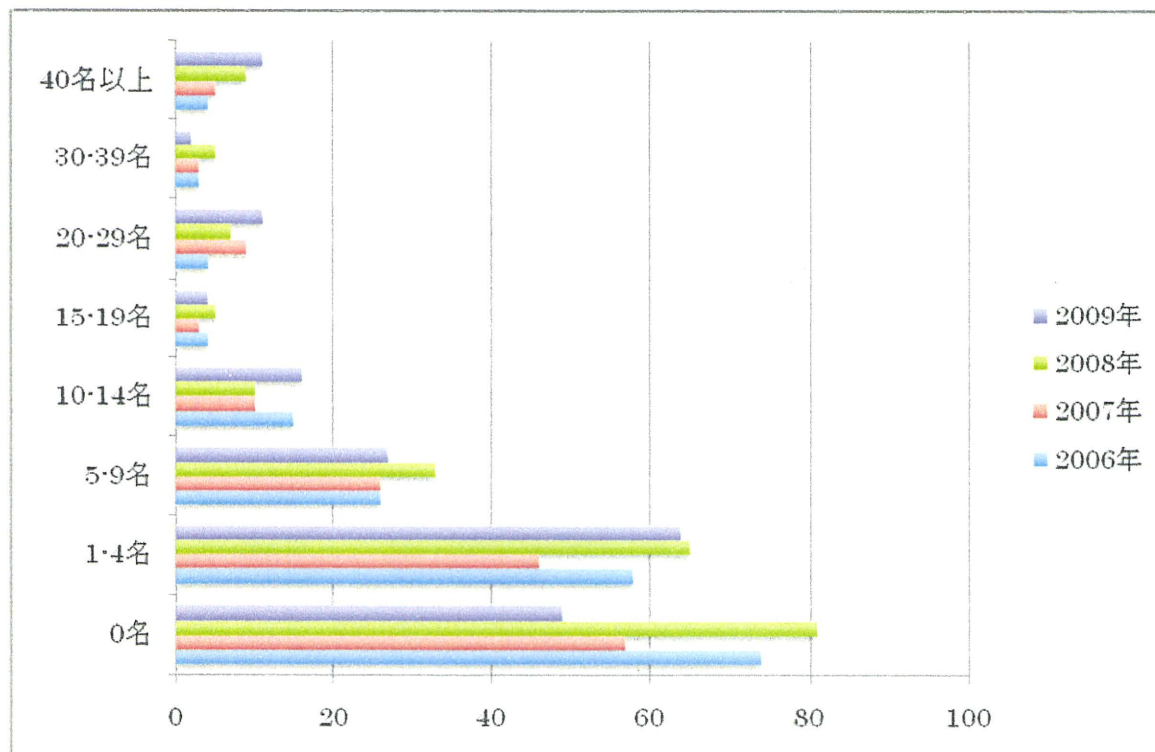


表 2. 在宅療養支援診療所総数 自宅看取り総数 (千葉県)

	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年
在宅療養支援診療所総数	207	211	229	246
自宅看取り総数	993	1,049	1,412	1,513

平成22年度 分担研究報告書

分担課題名 在宅医の立場から (千葉県在宅医懇話会活動を通して)

研究分担者 沖田 伸也 施設名 黒砂台診療所 訪問診療担当医

研究要旨

在宅緩和ケアの仕組みの良質化をめざした「千葉県在宅医懇話会」活動の現況を紹介し、今後の課題を概説する。

A. 総説

昨年に引き続いて、千葉県在宅医懇話会の活動を中心に在宅緩和ケアを取り巻く状況について言及してみたい。

「千葉県在宅医懇話会」の今年の活動状況は、3月14日第5回研修会(参加者57名)、6月13日症例検討会(参加者49名)、12月19日第4回総会(参加者30名)を催した。

この1年間の在宅緩和ケアをめぐる活動は参加者の人数の減少が示すように沈滞傾向にあり、新たな活動軸と基盤作りが必要となってきたと総括できる。

在宅医それぞれは個別に経験を重ね、ノウハウの蓄積とケアの充実を目指すことが出来ても、在宅医の輪を広げない限り地域においてこれから加速度的に増加するがん患者に対応しきれず、いつ機能不全に陥るかもしれない状況にある。

がん対策基本法制定以来、病院中心に整備が進められ、在宅緩和ケアのシステム作りも病院主体に進められつつある。在宅緩和ケアは24時間体制で取り組む必要があり、それを担える地域の診療所はなかなか増えない現状にあるが、どのようにしたらその担い手を増やせるだろうか模索している。残念ながら現在のところ、その解決策はなかなか見出せず、今回12月の総会をもって一時休会することとなった。

休会の理由は、在宅医懇話会が千葉県における在宅緩和ケアのオピニオンリーダーとしての役割を果たせなくなっている、と判断されたからだった。その中で、在宅緩和ケアの専門医がかかりつけ医をバックアップする仕組みが提案されているが、その方向性はまだ明らかでない。

一方、千葉市を例にとると、在宅死率は徐々

ではあれ増加しており、何らかの要因が働いていると思われる。その一つとして千葉県がんセンターの在宅緩和医療への取り組みが大きいものと思われる。とくにサポーターケアセンターを中心とした在宅医療への流れが徐々に整備され、比較的早い時期から在宅医療に誘導することで看取り例が増えたものと考えられる。以前に比べ、早期から在宅療養に移行できようになったことで、在宅医も症状が進む前から患者や家族と係ることが可能となり、多職種との連携を得ながら行うケアが相互信頼を生み、終末期に混乱なく対応できる場合が増えていると推測している。一方、がんセンターのがん専門医も一部の治療無効と思われる患者に対して、以前に比べ早期にサポーターケアセンターに紹介するようになってきたと感じている。

サポーターケアセンターを介する二つの動きは、他の病院でも少しずつ根付きつつあるように感じているが、これからさらに多くの患者に適応できるものであり、その変化ががん治療に関わるさまざまな分野の人々の意識を変えていくものと期待している。しかしながら、その動きは緩和ケア全体のなかでまだまだわずかであり、さらにはがん治療専門医の緩和ケアに対する意識を高める必要があるだろう。

がん患者に対する緩和ケア、在宅療養移行に関しての取り組みは、ここ数年間、先述したようにがん対策基本法のもと病院中心に進められてきた。この現状は決して望まれるものでなく、さらなる対策を早く打ち出していく必要に迫られている。その対策の柱として一番重要と考えるものは何かといえば、それはケアの質であると信じている。緩和ケア、在宅医療にかかわるすべての人が、患者をいかにケアするか、

すなわち患者の視点に立って、患者の気持ちにできる限り近づいて、限られた残り少ない生活をどう支援できるか、求めに応じていかに行動できるか、が問われているのである。その視点が欠けると、サポーターケアセンターのような取り組みを形だけ取り入れる病院があれば、在宅療養への移行はますます混乱を来たすことになるだろう。一方、在宅療養を担う側もケアの視点が低ければ、患者・家族の信頼を得ることができず、安らかな療養の場を提供することが困難となる。

「ケアの質」は緩和ケアのみならず在宅療養、入院治療に共通していることであるはずだが、これまで「医学・医療の発展」に隠れて、十分に省みることなしに来てしまったのではないか。がん終末期の患者に対する際に、WHO の提唱する早期からの緩和ケアが求められるが、のみならず、ケアの質が高い実践が求められていると強く感じている。とくに在宅医療において、医療はケアの一環としてあることを常に意識することが肝要である、と強調しておきたい。

B. 健康危険情報

特になし

C. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

D. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成22年度 分担研究報告書

分担課題名 がん患者の心理的側面への積極的アプローチの必要性について
～ピアサポーターと『がんのお悩み相談サロン』を開設して見えてきたこと～

研究分担者 大木信子 施設名 国保匠瑳市民病院 職名 看護部長

研究要旨

がん患者の数は年々増加し年間約 35 万人の人が、がんが原因で死亡している。死に至るプロセスは様々であるが、診断から病名の告知、治療法の説明と選択の勧め、治療を施してからの状態の変化、病状の悪化、再発結果等の説明、予後予測等、それぞれのプロセス時に関係職種はその患者心理にその都度適切な介入をしているのだろうか。少なからず意識した振り返りはなされていないのが現実ではないだろうか。一昨年取り組んだ『抗がん剤治療を受けている患者と主治医の理解度調査』の結果からも主治医の説明した内容を 100%理解し十二分に納得して治療を受けていた患者はいなかった。また、不安を口に出せない、先生には怖くて何も聞けない、家族に心配をかけたくないから、治療を続けている。といったように、心理的課題を抱えている患者も多かった。そこで、患者・家族が少しでも疑問や不安の軽減が図られるために、相談できる環境づくりが重要ではないかと考え『がん患者お悩み相談サロン』を開設してみた。その結果相談者の多くが『話しを聴いてもらえて元気が出た』とプラスの反応があった。取り組み始めて 10 ヶ月とまだ日は浅いが、サロンでの患者・家族とのやりとりを通して心理面への積極的アプローチの必要性について見えてきたいくつかを報告する。

A. 研究目的

がんと闘っている患者の多くは、死を意識して経過とともに一喜一憂しながら、日常生活を送っている。一人ひとり、社会の一員として担っているものも多くあり、その生活者に『がん』が与える苦悩は計り知れない。小さな不安はしだいに大きな疑問となって闘病意欲を欠き、時に生きていく意味さえ見失ってしまうこともある。この小さな不安を小さなうちに軽減できることで、がん患者のモチベーションの低下を防止することにつながり、気兼ねなく相談できる環境づくりが、一人ひとりの生活支援のきっかけとなり、自律した生活をしていける一助に繋がるのではないかと考える。そのためには一般病院で出来る体制づくりはどうあるべきか一考し、試行した結果を報告する。

B. 研究方法

【研究期間】：

H22 年 4 月 1 日～H23 年 1 月 31 日

【研究内容】

『がんのお悩み相談サロン』を開設して気軽に相談できる窓口を設ける

① スタイル:プライベートサロン

必要時病棟ラウンド及び在宅訪問も可とした。

②対象相談者:当院かかりつけ患者に限らず一般市民も利用対象者とし、相談内容に基準は設けず、がんに関する相談であれば受け入れることとした。

③相談受け入れ担当者:

患者の心理共感のできるピアサポーター

1名(医師4箇所のがん体験。現在も治療中)

1/Wの囑託

看護部長(職員の不満や病院の対応へのチーム対処や担当医師への橋渡し役を兼ねることも目的とした)の2名を基本的な担当者とした。(状況に応じて各部署の師長、プライマリー看護師も介入)

④ サロン環境:ソファ リラックス音楽
アロマオイル 三種類のお茶(日本茶、紅茶、コーヒー)お茶菓子の用意

⑤相談日:

1/W(木)15:00～17:00(定例日を待てない場合は要相談)

原則予約制(当日でも相談可)

1日1～2名(一人に90分を予定)

⑥主治医からの紹介状や情報提供は原則必要ないものとして、相談者の想いを重視し傾聴の姿勢を基本とした

病棟、外来の医療従事者からの紹介の場合は、各科の通常使用している連絡表を利用することとした。また、相談内容、展開状況について

ては本人の了解を得て、カルテに記載用紙を添付し関係者に情報提供をすることとした。

⑦費用:無料

がん患者カウンセリング料算定における施設基準満たしていない。

お茶等の費用は病院の持ち出し

⑧一般市民へのインフォメーション:市の広報紙、病院のホームページへの掲載や院内掲示、各科窓口にチラシを置いたり、入院案内に差し入れをした。

(倫理面への配慮)

個人情報保護を遵守することについて相談を始める前に伝え、必要時カルテから情報入手することに了解を得た。研究報告書記載時は個人の特定がなされないよう配慮することを説明し協力を依頼し了解を得た。

分析情報は緩和ケアの発展研究以外に使用しないことを伝えた。

C. 研究結果

【がんのお悩み相談サロン利用者数について】

H22年4月1日からH23年1月31日の10ヶ月間(正味相談日数40日)において、患者の実人数は男性9名、女性14名の計23名だった。(図1)相談受付をした相談者の65%(15名)はがん患者本人で、その他娘が3名、友人2名であった。(図2)

(1名は自身もがん患者、1名は自身もお悩み相談サロン体験者)、夫、姪が夫々1名であった。プライベートサロン形式で個別面談としたが、本人抜きで家族複数名同席の場合を含め、面談者実数は33名、延べ面談者数は41名であった。当院かかりつけの患者がほとんどで、1名が一年前の集団検診でがんの見落としがあって、今回他のかかりつけの病院で、胃がんの診断がついてその見逃しに対する不満をぶつけてきた方がいた。

【リピーターについて】リピーターで一番多かった利用回数は6回1名、ついで4回2名、3回3名、2回が1名だった。(図3)いずれも、一回目の相談の印象が強く、『話を聞いてもらって、すごく元気になれて良かった。でも家に戻って少し違つとまた、くよくよしちゃって・・・だからもう一回元気にしてもらいに来ました。』という声が多かった。

【サロンに繋がった経路】広報紙や院内のチラシをみてという人が約40%の9名外来スタッフからの紹介3名、入院中で看護師長から勧められてという人が3名、家族や知人がサロン体験をしての紹介が3名だった。

抗癌剤療法のリピート入院で治療を受容できている患者をラウンドして働きかけた人は6名だった。(図4)ラウンドを重ねる毎に、顔なじみとなり、会話も趣味や相談患者の年齢は30歳代から80歳代と幅は広く働き盛りの60歳代までが56%と半数以上を占めた。

(図5)

【相談時間】一人当たりの相談時間は平均80分。最長は120分。多くの患者相談者は自分の方から腰を上げようとはせず自分にあてがわれた時間を無駄にせずじっくり使おうとする様子が伺われた。

【主な相談内容】

(本人からの相談)

- ・薬の副作用によるも寝られない。でもこの薬でがんが小さくなっていることも事実どう付き合ったらよいか (A) 主治医はこの薬による副作用ではないと。
- ・何度手術を経験している。抗癌剤療法も実施した。それでも検査の結果は良くなく、自分で民間療法も探して通った。結果もつと症状が悪化してしまった。夫は泣くし抗癌剤治療を続ける元気もなくなってしまった。家にいると両親も健在なため、皆が自分を心配しいたまれない。自分はこれからの時間どうしたらよいか。(B)
- ・再発をしてしまった。後1年位らしい。自分が病気になってから夫が浮気をしている。呪い殺してやりたい。何でこんなにつらいことばかりが自分にばかり降りかかってくるのだろう。自分には、70歳はないんだなあと思うと、腰の曲がったお年寄りが凄くうらやましい。
- ・もつともつと娘と一緒に生きていきたい
- ・抗癌剤療法がこわい、やりたくない。
- ・友人の家に居候しているから帰る家がない。動けなくなったらどうしたらいいのか
- ・もう15年も闘っている。体力がなく、自分がなさけない。すべて夫や義母に頼りつ

きりで時にどうしようもなくなる。

・再発が心配

(家族からの相談)

- ・末期の診断で本人に告知された。家族としての対応に悩んでいる(姉、長男夫婦)
- ・予後告知をすべきか(同居の息子)
- ・夫の最後に施設にいる妻と面会させるべきか(長男の嫁)
- ・がんである母と祖母の関係が悪く、どこで療養させたらよいか娘としてどうすべきか。母は家に帰りたいといっているが、祖母は病院に置いてもらえと。常に祖母が主導権を持っている。独居でまだ墓の用意のない母にどうしたいか聞けない。(C)

(知人家族の紹介)

- ・がんの再発で一人でどうしたらよいかわからず友人に「俺死ぬのかも・・・」と話したらこのサロンを紹介してくれた。今後の治療と仕事のこと、判断力の乏しい父親の面倒のこと、医療費の工面と全般的に困り、パニックになってしまった。
- ・妹がこのサロンで話を聴いてもらってからとても明るくなったのを見て、自分も元気になりたいと思った。いつもどう生きていったらよいか暗く日が過ぎていくのが嫌で嫌で仕方がない。

【相談担当者の介入エピソード】

(上記のA、B、Cさんについて)

Aさんの場合: 今現在は一切薬の副作用のことは口にしていない。何度もサロンを訪れ、大きな声で談笑して帰られる。病院の殺風景な廊下の壁を自分の仲間たちと一緒にサークル活動をして作っている絵画の展示をリーダー格になって行ってくれている。

自分がしたいことを前向きにやってみようと頑張っている。

相談担当者(ピア他): 私は『がんになって良かった』と思う。だって日々とても愛おしく思えるし、人にやさしくなれるようになった気がします。Aさんは 感謝の気持ちを自然に持てるようになってきたと思いませんか? だから薬も自分の味方と思って飲んだ方が、効いてくれると思いますよ。

いずれ皆死ぬんだからそれまで楽しく時間を使ったほうが得ですよ。あっはは・・・

Bさんの場合: 自分で緩和病棟を最後の場所として選択し入所後すぐに亡くなった。サロンには毎回どんよりとした表情で入って来ては、大方泣きながら語り、最終的には笑顔で帰って行った。数回の利用後自分は家では、両親と夫に不安を与えてしまうので、その想いがつらいので緩和病棟を選択することに決めた。今日申請に行ってきますと。きっぱりした口調で話し、入所までの間は娘の結婚式の準備を一緒にして母親の役割頑張りますと。

相談担当者(ピア他): できる限り妻、娘を演じきることも素敵なこと。気持ちだけは押しつぶされないように行こう。自分も骨盤転移しているし4つのがんを体験しているので、いつでもお天道様のところに帰る準備はできている。でもそれまでは、痛みや症状コントロールをしっかりともらって出来るだけ、笑顔を家族には覚えておいてもらえるようにしたいと思っているんだ。

Cさんの場合: 余命数日と時間がなかったが、本人の希望通り自宅に帰ることができ、娘と孫、娘の夫に退院祝いをしてもらえた。また、ゆっくり一晩語り合える時間が持て、墓のことについても、相談することができた。最後は病院で迎えることになったが、病室で母親に手を握ってもらい、わだかまりもとれ、家族親戚に見守られての穏やかな時間となった。

相談担当者(ピア他): 退院の次の日自宅に訪問をした。墓のことを切り出せない娘の思いに『僕の体験を話しましょうか?』ということを出向くことになった。

ベッドに横たわっていた本人もベッドサイドに腰をかけて色々な話をした。娘や孫ともっと一緒にいたいという想いを繰り返して話した。そんな中ピアは『私も同じ思いです。でも私の妻も病気を持っているためどっちが先に逝くかわからないですよ。だからこの間一緒に墓選びに行ってきました。自分たちの入る墓を二人で選ぶのもなんか変に見えるでしょうが、私としては安心してこれでその後の心配せずにすむと思いましたよ。Cさんはどうですか?』と投げかけると、Cさんは大きくうなづき、まだ墓の準備がなく娘にまた迷惑をかけると心配していたことを口にした。そして、その夜娘夫婦と墓について相談することができたとのことだった。

D. 考察

患者の心理に医療従事者が向き合うことの重要性はいうまでもないが、ピア(がん体験者)の同士としての言葉の響き方は何にも増して、大きく救いになることは間違いない。人間の心理は不安定なものであり、今笑っていても、次の瞬間、考えたくもないどうしようもない不安に駆られるものである。ひとりひとりすべてのがん患者のおかれている状況は異なり、潜んでいる課題も違っている。問題をどう引き出すのではなくいかに語れる場所や時間、傾聴する人間がそこにいるかが重要であるかを再認識した。服部洋一は『患者の声を医療に生かす』の中で、従うわけでもなく、ぶつかるわけでもない「向き合う声」には耳慣れない響きがある。その響きをもたらす小さな驚きは、患者と医療者を隔てる立場の壁をもう一度見直すきっかけをつくる。ここで、患者と医療者ははじめて出会えるのかも知れない。その出会いは、人間として共有できる価値を探し、それぞれの責任の範囲で実現可能な選択肢を提案しあう関係性へと発展するのかもしれない。と語っている。『従う声』『求める声』『向き合う声』を互いの心で聴くことが必要なのであろう。今回はプライベートサロンスタイルをとって個別面談としたが、本来ピアサポートの力を有効に作用させるには、患者主体のグループサロンの方が、もっと融和的に持続的な相互作用となるのであろうが、あえて一般病院でがん治療を受けている患者の現実的な状況を医療者として見据える必要を感じ、本来あるべき、じっくり話を聞く時間、環境をつくることとした。結果多くのサロンの利用者は、自分の為にこんなに一生懸命話を聞いてもらえてよかったと満足の声が聞かれた。どのタイミングで介入が必要か注意深く日々の診療の中で関わっていくことがポイントだろう。また、一般病院の中にピアサポーターを導入し、定着させていくためには、職員のピアサポーターの役割理解と受容する姿勢が不可欠である。今回は以前から当院でかわりがあった医師がピアサポーターとして担当した。すでに院内には立場的受け入れ態勢はできておりスムーズに介入できた。医師という医療専門職がピアサポーターである場合患者という同士の要素が強調され、友好的関係が築けた場合、患者に対しての影響はかなり大き

い。ここで医師と患者としてのピアサポーターの立場を比較したとき、患者は患者である要素に反応する。医師も患者。同じ患者としての思いの共感である。患者同士か支えあうということだ。患者同士の力は薬剤以上の効果があると言える。医療従事者はピアサポーターの持っている役割の評価と介入のコーディネートを自分の役割と意識しつつ、専門職としてのサポーターとして積極的に関わっていく必要がある。

E. 結論

サロンを継続していくためにはしっかりした計画性が無ければならず、組織的に位置づけていかなければならない。今後患者主導のグループサロンを形成していけるよう前向きに検討していくと共にこのプライベートサロンもなを充実させていきたい。

参考文献

- ① 大熊由紀子・開原成充・服部洋一編集、患者の声を医療に生かす、株式会社医学書院、2006
- ② 清水哲郎・島菌 進編集、ケア従事者のための死生学、ヌーヴェルヒロカワ、2010
- ③ 河正子・梅田恵・木澤義之、緩和ケアの進化とサービスのあり方、看護管理 2008July vol. 18
- ④ 關本翌子、看護師のための患者表出を促進させるコミュニケーション・スキル“NURSE”、看護管理、2010Junevol120

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

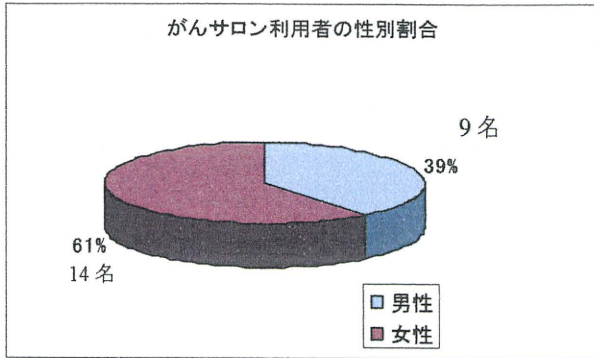
なし

3. その他

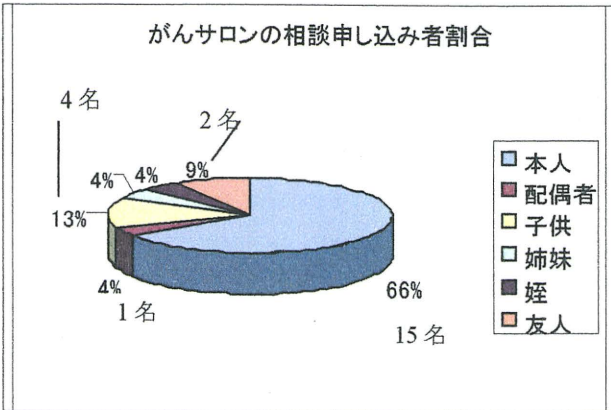
なし

資料

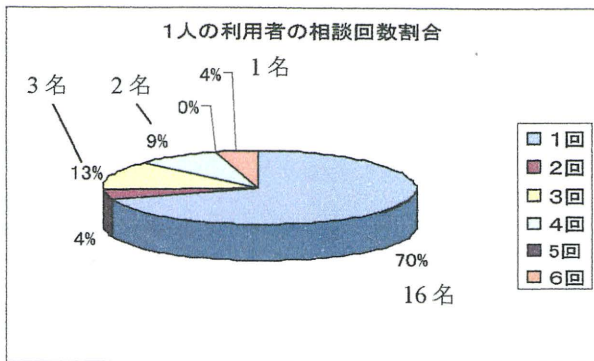
【図1】



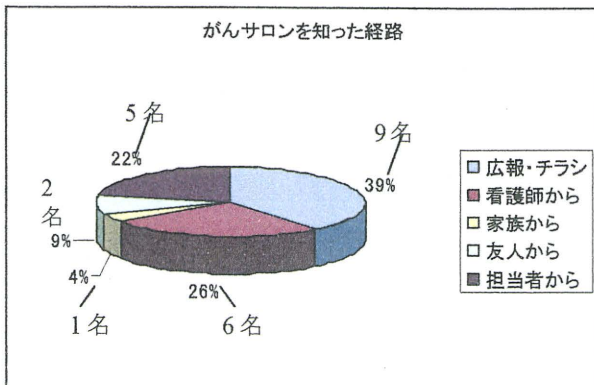
【図2】



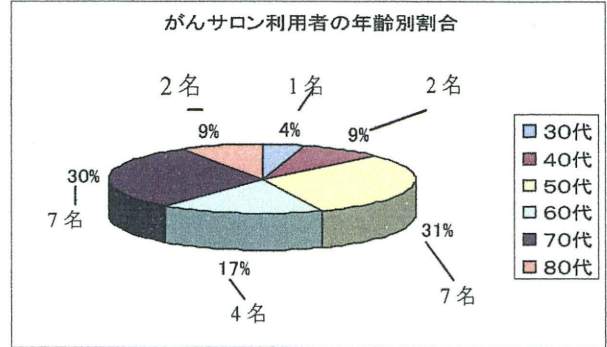
【図3】



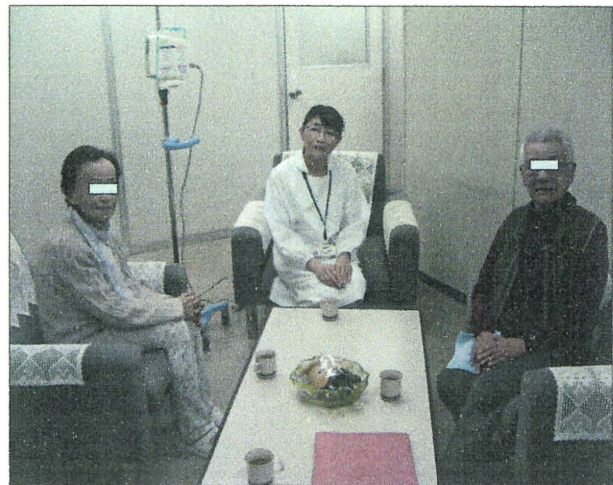
【図4】



【図5】



サロンでの相談の様子



匝瑳市民病院から「がんのお悩み相談サロン」のお知らせ

当院で治療中のがん患者様やご家族の皆様より気軽に相談できる窓口がほしいという意見を多数頂き、このH22年4月より『がんのお悩み相談サロン』を開設いたしました。治療方法の説明を受けたけれど、理解が出来ずに自分で決めかねているとか、病気の性質からくる様々な不安で苦しんでいる方、高額な医療費について心配な方様々いらっしゃいます。どうぞお気軽にご相談ください。

サロンの定例日：毎週 木曜日 午後3時以降

※ 上記以外でもお急ぎの場合はご相談に応じます。

申し込み：かかりつけ外来窓口または外来総合受付にお問い合わせください。

相談費用：無料

相談担当者： **富田 伸**医師(がん体験者、現在も闘病中)

元国保旭中央病院院長補佐・脳外科部長・緩和ケア病棟顧問
千葉東部ターミナルケア研究会特別顧問
千葉県ピアサポーター(がん体験者ががん患者を支援する等)

大木 信子

国保匝瑳市民病院看護部長兼地域ケア部長
千葉東部ターミナルケア研究会世話人
千葉県がん対策審議委員 等

『がんのお悩み相談サロン』 申し込み 受付日 H 年 月 日

当院かかりつけの科名	新患の方は○を付けてください
主治医名	
相談者名 (患者様との関係)	患者様の生年月日
患者名	
ID 番号(当院の登録カード番号)	連絡先(ご相談ご希望の方の連絡可能な電話番号)
※わからない場合は結構です	
備考	
相談希望日と時間	
定例日以外の希望がある場合の希望の日時	

※ この用紙は外来の総合受付に常備