

表2. 札幌二次医療圏と西胆振地区

西胆振
道央地区
札幌市
(北広島・恵庭・千歳)

人口	21万人	22万人	188万人
がん治療基幹病院	4	2~3	数十
がん診療連携拠点病院	1	0	8
ホスピス・緩和ケア科	2	0	7
在宅療養支援診療所	2	1	数十

表3. がん患者受療動向 (2006年度)

	北広島市	恵庭市	千歳市
入院自給率	14%	52%	49%
通院自給率	11%	52%	58%

札幌市市民の札幌市内完結率 99.5% (2006年度)

分担課題名 在宅緩和ケア支援センターにおける相談支援内容調査

研究分担者 秋月伸哉 施設名 千葉県がんセンター 職名 精神腫瘍科部長

研究要旨

千葉県在宅緩和ケア相談支援センターにおける相談員に求められる知識、技術を明らかにすることを目的とする。相談内容の単純記述と、同様の相談部門である千葉県がんセンター患者相談支援センターの相談内容と単純比較を行う。調査期間中、1日平均0.6件の相談を受け、相談内容は療養場所の相談が最も多かった。患者相談支援センターとの比較では、利用者背景として在宅療養中の患者、抗がん治療中止後の患者が多く、病院内の相談窓口と異なる対象の相談窓口となっている可能性が考えられるが、相談件数が著しく少ないため十分な機能を果たしているとはいえない。相談内容から、在宅緩和ケア相談支援センターの相談員には、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。

A. 研究目的

がん診療連携拠点病院には相談支援センターの設置が義務づけられ、相談員の研修が行われている。一般的にソーシャルワーカー、看護師などが相談員として活動しているが、がん患者の相談に関するニーズは、がん医療に関わる問題のみならず、心理的支援、経済的問題、医療者とのコミュニケーションなど多岐にわたっている。そのため、これに対応するための専門職は存在せず、現在国立がんセンターが相談員のための研修会を行っているが、研修内容が十分なものかどうか検証されていない。

またがん患者の在宅緩和ケアの推進が望まれており、その方策の一つとして在宅緩和ケア相談支援センターが各地で設置されている。一方在宅緩和ケア支援センターにおいても相談支援センターと同様、相談に対応するためにどのような知識、スキルが必要とされるか明らかでない。

本調査では、将来在宅緩和ケア支援センターの相談員向けの研修プログラム作成を視野におき、相談員が身につけるべき知識、スキルを明らかにするため、相談内容の記述調査を行う。

B. 研究方法

在宅緩和ケア支援センターへの相談内容を相談員が千葉県がんセンター相談支援センター相談内容記入シートに記載する。相談内容記入シートは相談内容の自由記述の他、患者背景、

相談者との続柄、原発部位、相談内容、対応がコード化されて記載できるようになっている。

在宅緩和ケア支援センターの活動が開始される平成22年4月から平成23年1月までの10カ月分の相談内容を記述する。

また、千葉県がんセンター患者相談支援センター(平成22年4月-8月)の活動と比較を行う。集計方法に違いがあるため、統計処理は行わず単純比較のみを行う。

・千葉県在宅ケア相談支援センター

千葉県から委託され千葉県がんセンターに設置。週3日患者・家族・医療従事者向け電話相談を行う。相談員は専従の看護師が1名である。平成22年1月からサービスを開始している。

相談業務に関する広報活動は以下のとおりである。

平成22年

3月 拠点病院、医師会、市町村、保健所にチラシを配布

7月 ローカルTV、ラジオの広報で紹介

11月 県内医療機関へのチラシ配布

平成23年

1月 地域新聞、バス中張り広告

(倫理面への配慮)

本調査は個人情報を特定できない相談業務記録のデータベースの情報の集計であるため、調査対象への権利侵害などの問題は生じない。

C. 研究結果

調査期間の千葉県在宅緩和ケア相談支援センターに対する相談件数は71件(1日平均相談件数0.6件)であった。在宅緩和ケア相談支援センター相談サービスの情報入手先は医療従事者からの紹介13件、公的機関や患者団体11件、ポスター・チラシ8件、新聞やTVの広告8件、インターネット6件、不明25件であった。相談患者のうち、千葉県がんセンター受診歴のあるものは11名、ないものは42名、不明が17名であった。

利用者背景を以下に示す。

	N	%
相談者と患者の続き柄		
家族	37	52
本人	17	24
医療福祉従事者	14	20
その他	2	3
相談者性別		
男性	16	23
女性	54	76
患者年齢		
60歳未満	12	17
60-79歳	28	39
80歳以上	10	14
不明	21	30
居住地(二次医療圏)		
東葛南部	20	28
香取海匝	13	18
千葉	12	17
印旛	6	8
山武長生夷隅	5	7
東葛北部圏	5	7
安房	1	1
君津	0	0
県外	4	6
不明	3	4
治療状況		
がん治療なし(終末期など)	32	45
経過観察中	16	23
がん治療中	11	15
がん診断なし	3	4
治療場所		
在宅	24	34
外来	23	32

入院	15	21
施設	4	6
未受診	1	1
相談時間		
10分未満	20	28
10-19分	24	34
20-29分	10	14
30-39分	6	8
40分以上	11	15

相談内容は以下のとおりであった。

	N	%
療養場所に関する相談	28	39
受診・受療に関する相談	8	11
精神的な問題に関する相談	7	10
身体症状に関する相談	5	7
介護者自身に関する相談	5	7
がん診断・治療に関する相談	5	7
社会的な問題に関する相談	4	6

また、調査期間の千葉県がんセンター患者相談支援センターに対する相談件数は1965件(1日平均相談件数20件)であった。それぞれの利用背景を以下に示す。

	千葉県在宅 緩和ケア支 援センター	患者相談 支援セン ター
治療状況		
治療・観察中	38%	75%
終末期	45%	8%
治療場所		
外来	32%	63%
入院	21%	26%
在宅	34%	6%
相談内容		
療養場所	39%	21%
受診・受療	11%	22%
精神的	10%	13%
身体症状	7%	11%
介護者自身	7%	5%
診断・治療	7%	26%
社会的	6%	31%

D. 考察

活発な広報活動にも関わらず、千葉県在宅緩和ケア相談支援センターへの相談件数は、病院

内の相談支援センターに比べて利用件数が著しく少なかった(1日平均0.6件対20件)。病院内に相談窓口がないことは、利用者のアクセス面で非常に不利であると考えられる。また相談支援センターが対象を治療期も含むがん患者全体としているのに対し、在宅緩和ケア相談支援センターはおもに抗がん治療終了後の患者を主たる対象としているため、相談者の母数が異なっていることも影響しているであろう。より多くの患者に利用されるためには、相談対象を広げ、病院と強く連携した場所に設置することが望ましい。

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。

E. 結論

在宅緩和ケア支援センターへの相談内容から、相談員には通常のがん相談の知識に加え、在宅医療・介護に関する制度、地域の在宅緩和ケア資源の知識が必要であることが明らかになった。地域の在宅緩和ケアに対する医療・介護者向けコンサルテーションサービス機能も期待されるが、より多くの患者に利用されるためにはアクセスを向上するための工夫が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
書籍(外国語)
なし

書籍(日本語)

秋月伸哉 第Ⅱ章精神症状の評価とマネジメント 1. がんの経過における正常反応と精神症

状.: 専門医のための精神科臨床リュミエール
24. サイコオンコロジー, 大西秀樹責任編集,
pp. 40-48, 中山書店, 東京, 2010

雑誌(外国語)

1. Shimizu K, Akizuki N, Nakaya N, et al. Treatment Response to Psychiatric Intervention and Predictors of Response Among Cancer Patients with Adjustment Disorders. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Jan 12. [Epub ahead of print]
2. Asai M, Akizuki N, Akechi T, et al. Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan. *Palliat Support Care.* 2010 Sep;8(3):291-5.
3. Ogawa A, Shimizu K, Akizuki N, et al. Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital. *Jpn J Clin Oncol.* 2010 Dec;40(12):1139-46.
4. Shimizu K, Ishibashi Y, Akizuki N, et al. Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. *Psychooncology.* 2010 Jul;19(7):718-25.
5. Akechi T, Okamura H, Akizuki N, et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology.* 2010 Apr;19(4):384-9.

雑誌(日本語)

1. 秋月伸哉, 若手医師に伝えたい面接技術を考える コミュニケーション技能習得の側面から 情報提供と伝達, *精神神経学雑誌* 2010. (2010 特別);S-444
2. 秋月伸哉, 一般医療と連携する精神科医療(総合病院精神科)の新しい動向 がんセンター精神腫瘍科の現状, *精神神経学雑誌* 2010. (2010 特別);S-164

3. 秋月伸哉, 【がんの告知と看護師の役割
看護師のコミュニケーション技術】抑うつ
的な患者への対応, がん看護 2010
15(1);31-33

2. 学会発表

1. 秋月伸哉, シンポジウム 34: 若手医師に
伝えたい面接技術を考える コミュニケー
ション技能習得の側面から 情報提供と伝
達, 日本精神神経学会学術総会 2010.5
(口演)
2. 秋月伸哉, シンポジウム 1: 一般医療と連
携する精神科医療(総合病院精神科)の新しい
動向 がんセンター精神腫瘍科の現状,
日本精神神経学会学術総会 2010.5 (口演)
3. 秋月伸哉, 柴田純子, がん体験者相互の支
援活動(ピアサポート)に対する医療者の
意識調査, 日本緩和医療学会学術大会
2010.6 (示説)
4. 秋月伸哉, 柏地域における地域サイコオンコ
ロジーの取り組み, 日本サイコオンコロジ
ー・日本認知療法学会学術合同大会 2010.9
(口演)
5. 秋月伸哉, 柴田純子, がん体験者相互の支
援活動(ピアサポート)に対する医療者の
意識調査, 日本サイコオンコロジ
ー・日本認知療法学会学術合同大会 2010.9 (示説)

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

平成22年度 分担研究報告書

分担課題名 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

研究分担者 浜野公明 千葉県がんセンター 経営戦略部長

研究要旨

がん在宅緩和医療における在宅訪問診療の易遂行性のバリアへの解決策として、地域連携クリティカルパス(以下パス)の有用性を検証した。平成21年度に開発したパスを使用し、がん患者14人の在宅緩和ケアについて連携を行った。在宅療養中の入院率38%、在宅死亡率75%であった。また、パスを使用した連携に同意した在宅訪問診療施設は26施設であった。在宅医療担当者は、患者オリエンテーションの質向上と在宅チーム医療の推進というパスの効果を認識しており、在宅訪問診療の易遂行性向上におけるパスの有用性が示唆された。

A. 研究目的

がん患者の在宅療養への移行に関するバリアの一つである在宅訪問診療の易遂行性に対する解決策として、在宅医の在宅緩和ケア実施において有用となる地域連携クリティカルパスを開発することを目的とする。本年度は、平成21年度に開発したパスについて、在宅緩和ケアの地域医療連携で実際に使用し、その有用性と課題について検証した。

B. 研究方法

平成21年度に開発した在宅緩和ケア地域連携クリティカルパス(以下パス)の概略は次の通りである。

(1) 施設役割分担(図1)：訪問診療担当施設(施設B)と訪問看護担当施設(施設C)が密に連携して在宅緩和ケアを実施し、専門医療機関(施設A)が後方支援することとした。それぞれの施設の診療役割と要件を明確化した。

(2) 対象患者：在宅緩和ケアを要するがん患者のうち、呼吸困難または消化器症状が主たる症状となることが予想される患者を対象とした。症状別に「在宅緩和/呼吸困難」(図2、3)と「在宅緩和/消化器症状」(図4、5)の2つのパスを作成した。

(3) 診療計画(図2、4)：在宅緩和ケアは「がん緩和ケアガイドブック2008年版」(日本医師会監修)または「ステップ緩和ケア」(厚生労働科学研究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)に準じて行い、症状マネジメントの評価はSTAS-Jを使用することとした。症状マネジメント困難、症状悪化による入院希望、サポートの問題で入院希望があった場合に、患者・家族、施設B、

施設Cで相談し、施設Aへの入院を検討する計画とした。また、診療計画の患者オリエンテーションに使用する患者用パス(図3、5)を作成した。

(4) アウトカムとバリエーション：パスの目標(アウトカム)を「安心して在宅緩和ケアが継続できる」とした。施設Aに入院した時点でバリエーションとし、パス適用を中止とした。入院緩和ケアによって在宅療養への移行が可能となった時点で新たにパスを再適用することで循環型の連携を可能とした。

開発したパスは、千葉在宅緩和ケア地域連携協議会(代表世話人：千葉県がんセンター緩和医療科・坂下美彦)の医療機関ネットワークにおける在宅緩和ケア連携で使用した。パスを使用した連携について、参加施設に対して個別に説明し、事前に同意を得た。平成22年6月からパスの使用を開始した。

平成22年12月末におけるパスの運用状況について平成23年1月に調査した。また、パスを使用した医療連携にかかわった医療機関を対象とし、パスの有用性と課題について聞き取り調査を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は患者情報及び個人情報扱わないため、個人情報保護を含めた倫理面での問題は無い。

C. 研究結果

パスの適用件数は16件(「在宅緩和/呼吸困難」パス8件、「在宅緩和/消化器症状」パス8件)であった。複数回適用した患者がいたため、患者数は14人であった。パス適用中の施設Aへの入院は6件あり、バリエーション発生率

は38%であった。バリエーションの内容は、症状マネジメント困難2件、症状悪化による入院希望4件であった。施設A入院後の転帰は、在宅療養へ移行3件（内パス再適用2件）、入院中に死亡3件であった。また、パスを適用した全患者14人の転帰は、在宅療養継続中2件、施設Aに入院中に死亡3件、在宅療養中に死亡9件であり、在宅死亡率は75%であった。

パスを使用した連携に同意を得られた施設は、専門医療機関（施設A）1施設、訪問診療担当施設（施設B）26施設、訪問看護担当施設（施設C）33施設であった。そのうち、パス適用患者の連携について実際にかかわった医療機関は、施設A1施設、施設B4施設、施設C8施設であった。

パスを使用した連携にかかわった医療機関が認識したパスの有用性として、次の点が抽出された。

（1）専門医療機関（施設A）：連携先施設の診療機能について施設基準があるために安心して連携できる。個々の患者に対して連携にかかわる施設の協力体制についての説明をしやすい。在宅緩和ケアにかかわる医療機関ネットワークを拡大する際に個々の施設へ説明をしやすい。

（2）訪問診療担当施設（施設B）：施設Aによる支援体制、特に必要時の入院対応が約束されているため、終末期がん患者の訪問診療を安心して行うことができる。

（3）訪問看護担当施設（施設C）：施設Aによる支援体制、特に必要時の入院対応が約束されているため、終末期がん患者の訪問看護を安心して行うことができる。個々の患者についての診療情報ならびに在宅緩和ケアについての医学知識を施設Bと共有できることによってチーム医療の推進につながる。個々の患者に対して連携にかかわる施設の協力体制が明示されているために介入しやすい。

また、パスの課題として次の点が抽出された。パスの適用条件が症状で規定されているために適用対象の患者が限定される。訪問診療担当施設（施設B）と訪問看護担当施設（施設C）の在宅緩和ケア医療チームを後方から支援する専門医療機関（施設A）が1施設のみであるために医療機関ネットワークの地域が広がらない。

D. 考察

平成21年度に開発した在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスを使用した医療連携は実際に実施可能であった。患者数14人、期間7ヶ月という限定的な条件下ではあるが、入院率（バリエーション発生率）38%、在宅死亡率75%の転帰を得られた。

パスを使用する有用性として、患者へのオリエンテーションの質向上、訪問診療担当施設と訪問看護担当施設とのチーム医療の推進、専門医療機関が入院対応を約束することによる在宅緩和ケア医療チームの安心の確保という効果があることが示唆された。いずれも在宅訪問診療の易遂行性を高める要因と考えられ、パスの普及を図ることによって良質な在宅緩和ケア医療機関ネットワークの構築が期待できる。

パスの適用条件に症状の規定があるために適用患者が限定されるという課題が明らかになった。適用条件を「在宅緩和ケアを必要とするがん患者」とし、2つのパスを統合する改定を行い、平成23年1月から運用を開始した。また、在宅緩和ケアの後方支援を行う施設Aの役割を担う医療機関について、複数の二次保健医療圏の2施設と調整中である。

E. 結論

がん患者に対する在宅緩和医療において、地域連携クリティカルパスは在宅訪問診療の易遂行性を向上させるために有用であることが示唆された。

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

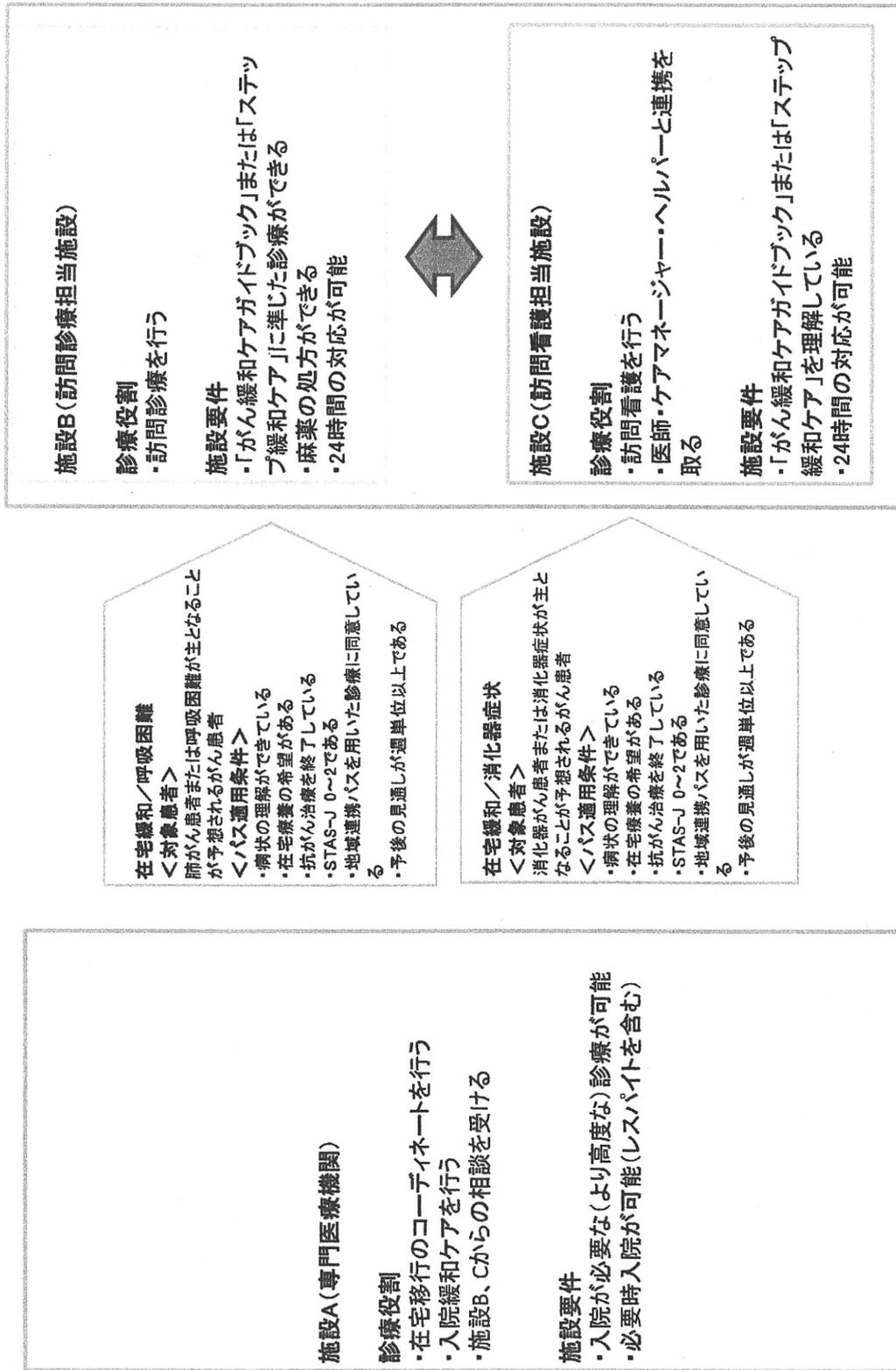
なし

3. その他

なし

図1 施設役割分担

地域連携クリティカルパス（千葉緩和ケア地域連携協議会版）
（2010.5.13作成）



* 緩和ケアガイドブック：2008年版緩和ケアガイドブック、日本医師会監修

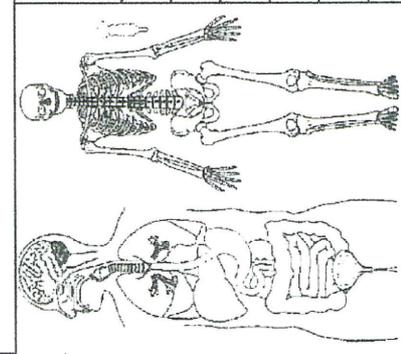
* ステップ緩和ケア：http://gankanwa.jp/tools/step/index.html

図2 診療計画「在宅緩和／呼吸困難」

地域連携クリティカルパス (千葉緩和ケア地域連携協議会版)
 「在宅緩和／呼吸困難」
 (2010.5.13作成)

施設A 連絡先	専門医療機関名／担当医名
施設B 連絡先	施設A 連絡先
施設C 連絡先	施設B 連絡先

患者氏名 _____ バスID _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

患者の情報		運搬の情報		サポート体制		バス関連情報		バス開始日	
がんの部位		肺の状態	<input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> リンパ管症 <input type="checkbox"/> 多発肺転移	呼吸困難	<input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> リンパ管症 <input type="checkbox"/> 多発肺転移	在宅希望	バス通用条件	年月日	安心して在宅緩和医療が継続できる
<input type="checkbox"/> 肺		呼吸困難	<input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 活動時	在宅希望	バス通用条件	バス開始日	年月日	安心して在宅緩和医療が継続できる	胸がん患者または呼吸困難が主となることが予想されるがん患者
<input type="checkbox"/> 骨		SpO2	%	本人	バス関連情報	バス開始日	年月日	安心して在宅緩和医療が継続できる	胸がん患者または呼吸困難が主となることが予想されるがん患者
<input type="checkbox"/> 脳		酸素	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的	バス関連情報	バス開始日	年月日	安心して在宅緩和医療が継続できる	胸がん患者または呼吸困難が主となることが予想されるがん患者
<input type="checkbox"/> 髄膜		経口摂取	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 数口程度 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 普通	家族	バス関連情報	バス開始日	年月日	安心して在宅緩和医療が継続できる	胸がん患者または呼吸困難が主となることが予想されるがん患者
<input type="checkbox"/> 肝		PS	<input type="checkbox"/> WH <input type="checkbox"/> 胃ろうなど	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的	バス関連情報	バス開始日	年月日	安心して在宅緩和医療が継続できる	胸がん患者または呼吸困難が主となることが予想されるがん患者
<input type="checkbox"/> 腹膜		見通し	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		バス関連情報	バス開始日	年月日	安心して在宅緩和医療が継続できる	胸がん患者または呼吸困難が主となることが予想されるがん患者

施設A	病状の変化の目安	月ごとの変化	週ごとの病状変化 (病状の増強、ADLの低下)	日ごとの病状変化 (臨死期)
施設B 訪問医	訪問の目安	隔週	週1回以上	随時
施設C 訪問看護	生活支援・症状マネジメント・不安への対応	一般 知照を伴う	オピオイド、抗不安薬、ステロイド、酸素を呼吸困難の治療ステップに準じて使用(緩和ケアガイドブック参照)	
	その他		胸水ドレナージなどの処置は全身状態、本人の意向を考慮し、必要に応じて施設Aと相談する	
	その他		「緩和ケアガイドブック」または「ステップ緩和ケア」に準じて行う	
	その他		痛みと痛み以外の身体症状評価をSTAS-Jを使用し、適宜評価を行う	
	その他		「緩和ケアガイドブック」または「ステップ緩和ケア」に準じて行う	
	その他		痛みと痛み以外の身体症状評価をSTAS-Jを使用し、適宜評価を行う	

バス継続の検討事項

*下記の事項があった場合、本人、家族、B施設、C施設で相談する。

- 呼吸困難の増強
- 呼吸困難の増強
- ADL低下
- 嚥下
- その他
- 病状の悪化により入院を希望
- 経口摂取減少
- サボートの問題で入院希望
- レスパイト
- その他

バス継続 ← → バス中止

施設A	施設B	施設C	訪問看護
入院を受ける	施設Aに連絡する	施設Bに連絡する 施設Bと相談し、施設Aに連絡する	施設Aに連絡する

【医療機関用】

*緩和ケアガイドブック: 2008年版緩和ケアガイドブック、日本医師会監修
 *ステップ緩和ケア: <http://gankanwajp/tools/step/index.html>

図3 患者用バス「在宅緩和／呼吸困難」

地域連携クリティカルパス（千葉緩和ケア地域連携協議会版）
「在宅緩和／呼吸困難」
 (2010.5.13作成)

	専門医療機関名／担当医名 施設A 連絡先	生年月日 年 月 日 年齢 歳	
	施設B 訪問診療担当施設 連絡先		
	施設C 訪問看護担当施設 連絡先		

患者氏名 バスID	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	年齢 歳
--------------	----------------	----------------	------

バス開始日 年 月 日	バス通用条件 <input type="checkbox"/> 病状の説明を受けている <input type="checkbox"/> 在宅療養の希望がある <input type="checkbox"/> 抗がん治療を終了している <input type="checkbox"/> 症状がおおむね安定している <input type="checkbox"/> 地域連携バスを用いた診療に同意している
目標 安心して在宅緩和医療が継続できる	
対象 肺がんまたは息苦しさが出現する可能性のある方	

在宅療養を支える体制

病院でも自宅でも統一した緩和医療を提供します

在宅療養継続の検討事項 * 下記の事項があった場合、本人、家族、施設B、施設Cで相談する。 <input type="checkbox"/> 息苦しさが強くなってきた <input type="checkbox"/> 度重なる食べられなくなってきた <input type="checkbox"/> 動くことがつらくなってきた 例：トイレに行くのがつらくなった等 <input type="checkbox"/> 介護者の休養が必要 <input type="checkbox"/> その他	入院が必要な時の対応 施設A 入院を受ける 施設B 施設Aに連絡する 訪問医 施設Bに連絡する 施設C 施設Bと相談し、施設Aに連絡する
--	--

【患者さん用】

図4 診療計画「在宅緩和／消化器症状」

地域連携クリティカルパス (千葉県緩和ケア地域連携協議会版)
 「在宅緩和／消化器症状」
 (2010.5.13作成)

患者氏名		ハスID	生年月日	年	月	日	年齢	歳
施設A		専門医療機関名/担当医名						
施設B		連絡先						
施設C		訪問診療担当施設						
		連絡先						
		訪問看護担当施設						
		連絡先						

患者の病歴		患者の病状		患者の検査		患者の経過	
がんの部位	腹部の状態	腹部膨満(腹水)	嘔気・嘔吐	経口摂取	PS	見通し	月ごとの病状変化 (病状の増強、ADLの低下)
<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 髄 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腹部膨満(腹水) <input type="checkbox"/> 腹部膨満(腫瘍・肝腫大) <input type="checkbox"/> 消化管完全閉塞 <input type="checkbox"/> サプライウイルス状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1日0~1回程度 <input type="checkbox"/> 1日2回以上 <input type="checkbox"/> 胃管留置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軟口程度 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大量	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 月単位 <input type="checkbox"/> 短め月 <input type="checkbox"/> 週単位	<input type="checkbox"/> 見通し <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 長期	日ごとの病状変化 (臨死期)

施設A	病状の変化の目安	月ごとの変化	週ごとの病状変化 (病状の増強、ADLの低下)	週1回以上	随時
施設B	消化器症状マネジメント	一般	嘔気・嘔吐、食欲不振に対しては吐止剤などを工夫する	随時	随時
施設B	疼痛・呼吸困難・倦怠感・気持のつらさ・せん妄マネジメント	風湿を伴う	腹部膨満(腹水)、イレウス症状に対しては腫水穿刺や胃管ドレナージも検討	随時	随時
施設B	その他	「緩和ケアガイドブック」または「ステップ緩和ケア」に準じて行う	「緩和ケアガイドブック」または「ステップ緩和ケア」に準じて行う	随時	随時
施設B	生活支援・症状マネジメント・不安への対処	痛みと痛み以外の身体症状評価をSTAS-Jを使用し、適宜評価を行う	「緩和ケアガイドブック」または「ステップ緩和ケア」に準じて行う	随時	随時
施設B	その他	痛みと痛み以外の身体症状評価をSTAS-Jを使用し、適宜評価を行う	「緩和ケアガイドブック」または「ステップ緩和ケア」に準じて行う	随時	随時

施設A	バリエーション下 発生時の対応	入院を受ける
施設B	施設Aに連絡する	施設Aに連絡する
施設C	施設Bと相談し、施設Aに連絡する	施設Bに連絡する 施設Aと相談し、施設Aに連絡する

施設A	バス開始日	年	月	日
施設B	アウトカム	安心して在宅緩和医療が継続できる		
施設C	対象患者	消化器がん患者または消化器症状が主となることが予想されるがん患者		
施設A	バス適用条件	<input type="checkbox"/> 病状の理解ができていない <input type="checkbox"/> 在宅療養の希望がある <input type="checkbox"/> 抗がん治療を終了している <input type="checkbox"/> STAS-J 0~2である <input type="checkbox"/> 地域連携バスを用いた診療に同意している <input type="checkbox"/> 予後の見通しが週単位以上である		

施設A	サポート体制	本人	家族
施設B	在宅希望	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 消極的
施設C	バス関連情報	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 補足	

施設A	バス継続の検討事項	*下記の事項があった場合、本人、家族、B施設、C施設で相談する。 <input type="checkbox"/> 症状マネジメント困難 <input type="checkbox"/> 腫水貯留 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 病状の悪化により入院を希望 <input type="checkbox"/> 経口摂取減少 <input type="checkbox"/> ADL低下 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> サポートの問題で入院希望 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> その他
施設B	バス継続の検討事項	*下記の事項があった場合、本人、家族、B施設、C施設で相談する。 <input type="checkbox"/> 症状マネジメント困難 <input type="checkbox"/> 腫水貯留 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 病状の悪化により入院を希望 <input type="checkbox"/> 経口摂取減少 <input type="checkbox"/> ADL低下 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> サポートの問題で入院希望 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> その他
施設C	バス継続の検討事項	*下記の事項があった場合、本人、家族、B施設、C施設で相談する。 <input type="checkbox"/> 症状マネジメント困難 <input type="checkbox"/> 腫水貯留 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 病状の悪化により入院を希望 <input type="checkbox"/> 経口摂取減少 <input type="checkbox"/> ADL低下 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> サポートの問題で入院希望 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> その他

*緩和ケアガイドブック:2008年版緩和ケアガイドブック、日本医師会監修
 *ステップ緩和ケア: <http://gan.kanwa.jp/tools/step/index.html>

図5 患者用バス「在宅緩和／消化器症状」

地域連携クリティカルパス (千葉緩和ケア地域連携協議会版)
「在宅緩和／消化器症状」
 (2010.5.13作成)

施設A 連絡先	専門医療機関名／担当医名
施設B 連絡先	訪問診療担当施設 連絡先
施設C 連絡先	訪問看護担当施設 連絡先

患者氏名	バスID	生年月日	年	月	日	年齢	歳
------	------	------	---	---	---	----	---

バス開始日 年 月 日	バス適用条件 □病状の説明を受けている □在宅療養の希望がある □抗がん治療を終了している □症状がおおむね安定している □地域連携バスを用いた診療に同意している
----------------	--

在宅療養を支える体制

病院でも自宅でも統一した緩和医療を提供します

バス関連情報 安心して在宅緩和医療が継続できる 消化器がんまたはおなかの症状が出現する可能性のある方	在宅療養継続の検討事項 *下記の事項があった場合、本人、家族、施設B、施設Cで相談する。 □おなかが張ってつらくなってきた □はきけ、おっ吐が続きつらくなくなった □腹痛が出てきた □食事が食べられなくなってきた □動くことがつらくなってきた 例：トイレに行くのがつらくなった等 □介護者の休養が必要 □その他
--	--

入院が必要な時の対応	施設A 入院を受ける 施設B 訪問医 施設Aに連絡する 施設C 訪問看護 施設Bに連絡する 施設Bと相談し、施設Aに連絡する
------------	---

【患者さん用】

平成22年度 分担研究報告書

分担課題名 切れ目のない緩和ケアの提供

研究協力者：山岸聡子

施設名：千葉県がんセンター (現在の勤務先・職名：千葉県立佐原病院 副看護部長)

研究要旨 都道府県がん診療連携拠点病院・がん専門病院である千葉県がんセンター(以下、当院)では、DPCの導入に伴う入院期間の短縮や、外来通院治療室の整備を背景に、がん治療の場が外来へシフトしている。多くのがん患者が自宅でがん治療の副作用やさまざまな症状に対処しながら生活しているが、外来看護力の底上げは遅れ、対症療法を目的とした緊急入院が多い現状である。

また、2007(平成19)年6月に閣議決定されたがん対策基本計画の全体目標として、「すべての患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の向上」が掲げられている。

そこで当院では、「緩和ケアの早期からの導入と円滑な在宅療養への移行」を目的に、2009(平成21)年度からサポートケアセンターを立ち上げた。その一部門である「サポート外来」には専任の看護師が所属し、外来通院患者を対象に、主に早期緩和ケアの導入を目的に活動を展開している。専任の看護師による、外来通院患者を対象とした能動的な緩和ケアの提供は、全国的にも先駆けた取り組みであり、その活動を紹介すると共に今後の課題を述べる。

A. 研究目的

サポートケアセンターにおけるサポート外来の1年間の活動内容を明らかにし、今後の課題を検討する。

B. 研究方法

「サポート外来」の看護師が関わった患者の基礎データ、PS、行った看護活動として支援のきっかけ、支援内容を抽出し単純集計した。

(倫理面への配慮)

データ抽出の際には、名前、性別、年齢などの患者の属性を調査項目に含めないことにより、個人の特定を不可能にする。学会や紙面上での発表時には、集計した数値のみを結果として表す。得られたデータは、研究目的以外に使用せず、研究終了後速やかに破棄する。

C. 研究結果および考察

1年間の支援患者総数は325名であった。支援開始時のPSは、2以下は251名(77.2%)、3以上が74名(22.8%)であった。PSの段階別割合から、日常生活の支障が少ない時期、つまり早期からの緩和ケアの導入がなされていると言える。

(図1)

支援のきっかけは、多い順に診療科や通院化学療法室の看護師からの依頼が165名(50.8%)、カルテ情報からのスクリーニングが59名(18%)、

がんサポートチームからの依頼が28名(8.6%)であった。外来看護師や通院化学療法室の看護師からの依頼が予想以上に多かったことから、情報をキャッチしながらも業務が多忙なため十分な支援が行なえず、サポート外来でのケアの提供と支援体制の調整を期待して連携している現状が窺え、今後も外来看護師とのスムーズな連携が必須であると考えられる。

支援開始時の主なかわり内容の延べ人数は、多い順に、症状マネジメント(158名48.6%)、精神的支援(121名37.2%)、緩和ケアや療養環境の情報提供(110名33.8%)、家族への支援(64名19.7%)であった。サポート外来看護師の能動的な関わりにより、外来通院患者が抱える潜在的な心身の問題に気づき、多岐に渡る適切な緩和ケアが提供されていると考えられる。

診療科別に見ると、消化器内科が90名、呼吸器内科が63名、腫瘍血液内科が59名と全体の65.2%を占めていた。他の診療科を含めてもほとんどの患者が化学療法中であったことから、化学療法の副作用で日常生活に支障をきたすことが多く、さらに病状の変化によって今後の療養に関する意思決定を迫られる可能性も高いことが窺える。

つまり、副作用も含めた症状マネジメントは必須であり、加えて患者の精神状態、感情、気持ちの揺れに寄り添いながら意思決定を支援する取り組みの必要性も明らかである。また、家族も支

援の対象として更に注目していく必要があるだろう。

今後も積極的に活動を継続し、振り返りと体制の見直しを重ねていくことで、外来看護の底上げを図り、外来通院がん患者と家族の QOL を高める一助になると考える。

E. 結論

1. 積極的に活動を継続し、振り返りと体制の見直しを行うことで、外来通院がん患者と家族の QOL を高める一助になると考える。

2. がん治療の場が外来中心となる中で、重要な意思決定も外来で行われる。

3. 外来における短時間の中で、患者と家族の生活に潜在する心身の問題を見極め緩和し、本人たちの意向を十分に反映した支援を提供する必要がある。

4. 外来看護の充実と早期緩和ケアの提供への取り組みは必須と言える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

山岸聡子. 切れ目のない緩和ケアの提供 サポートケアセンターにおける「サポート外来」の現状と課題. 看護管理 2010 20(6)476-479

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

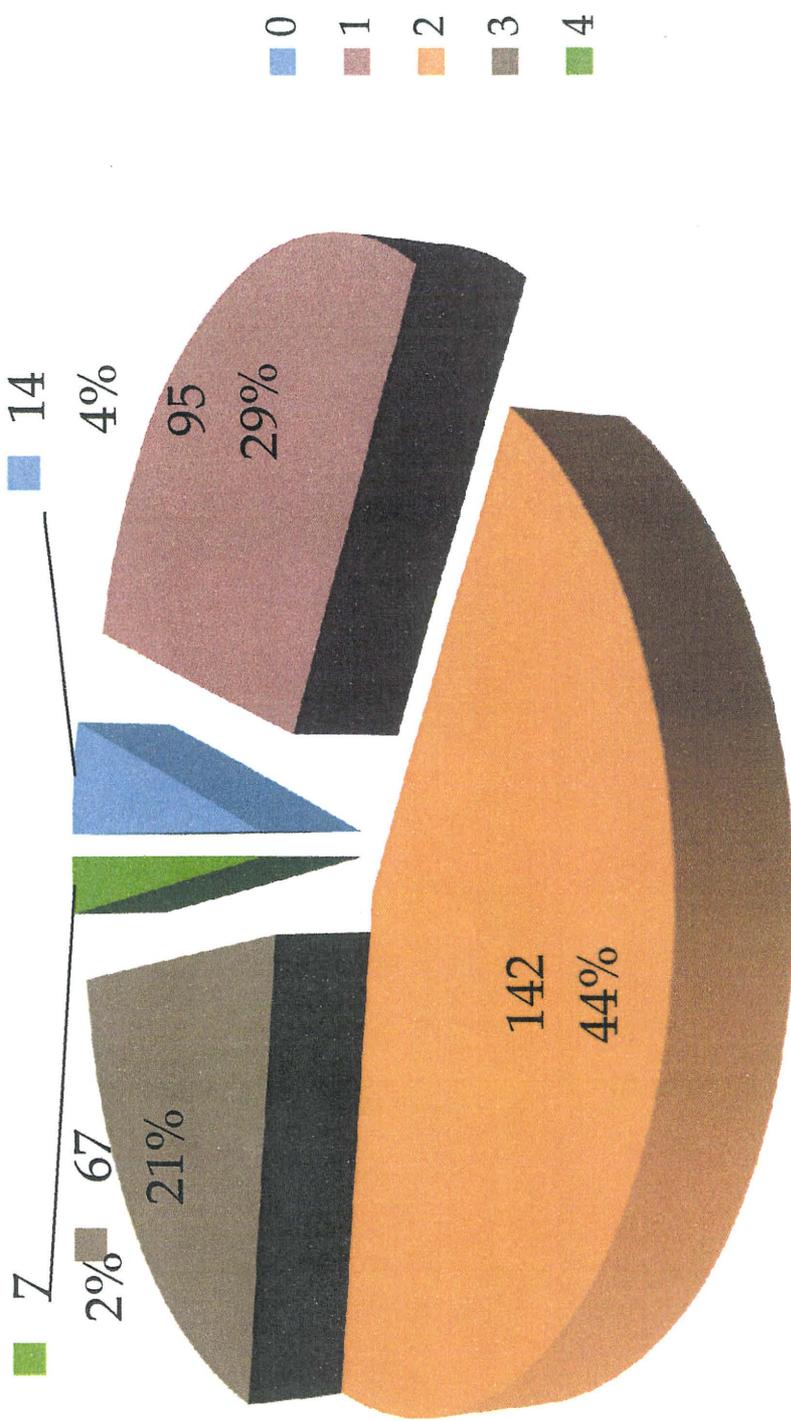
2. 実用新案登録

なし

3. その他

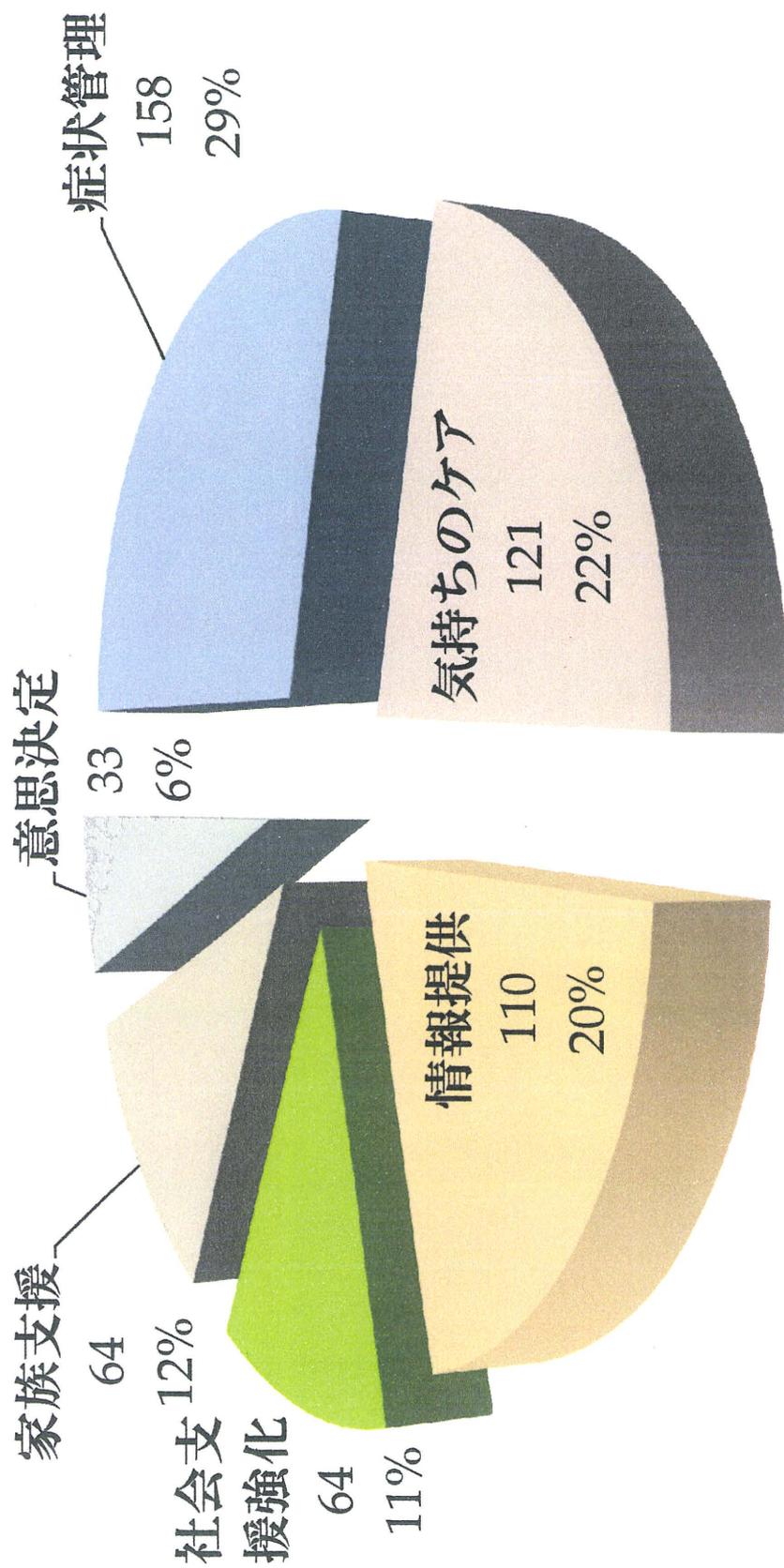
なし

支援開始時のPS (325名)



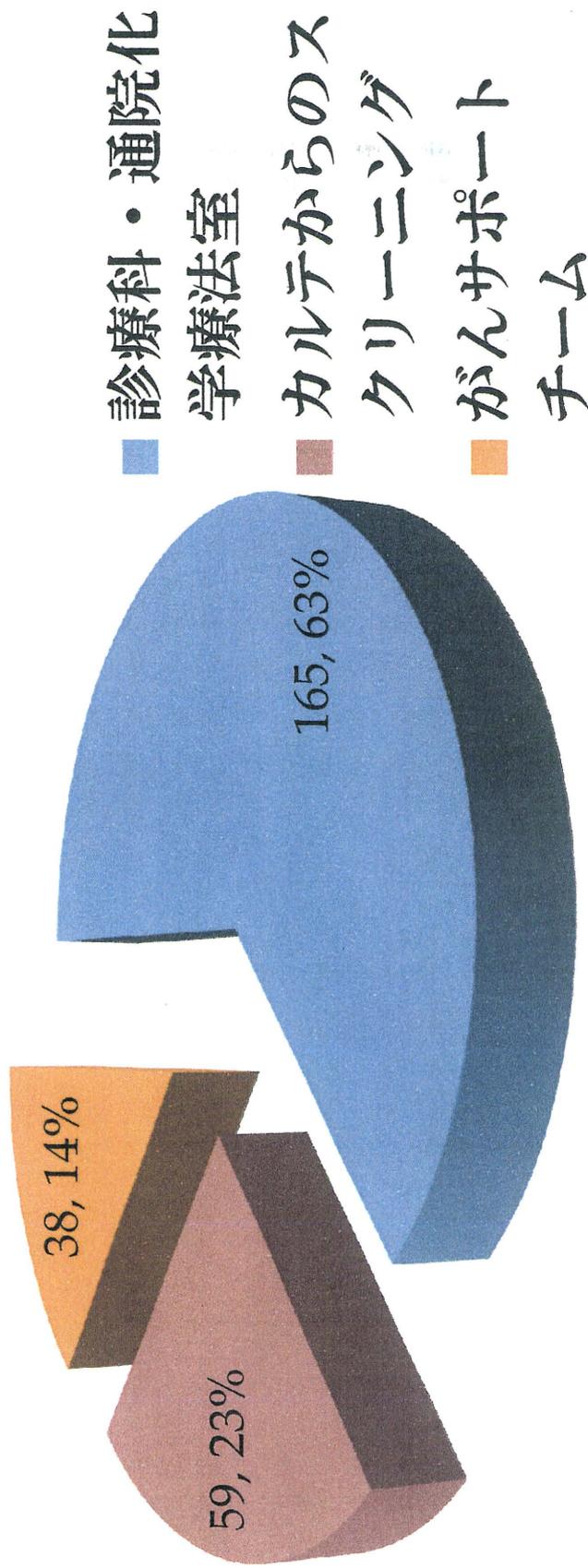
日常生活の支障が少ない時期、つまり早期からの緩和ケア導入がなされている

支援内容 (325名)



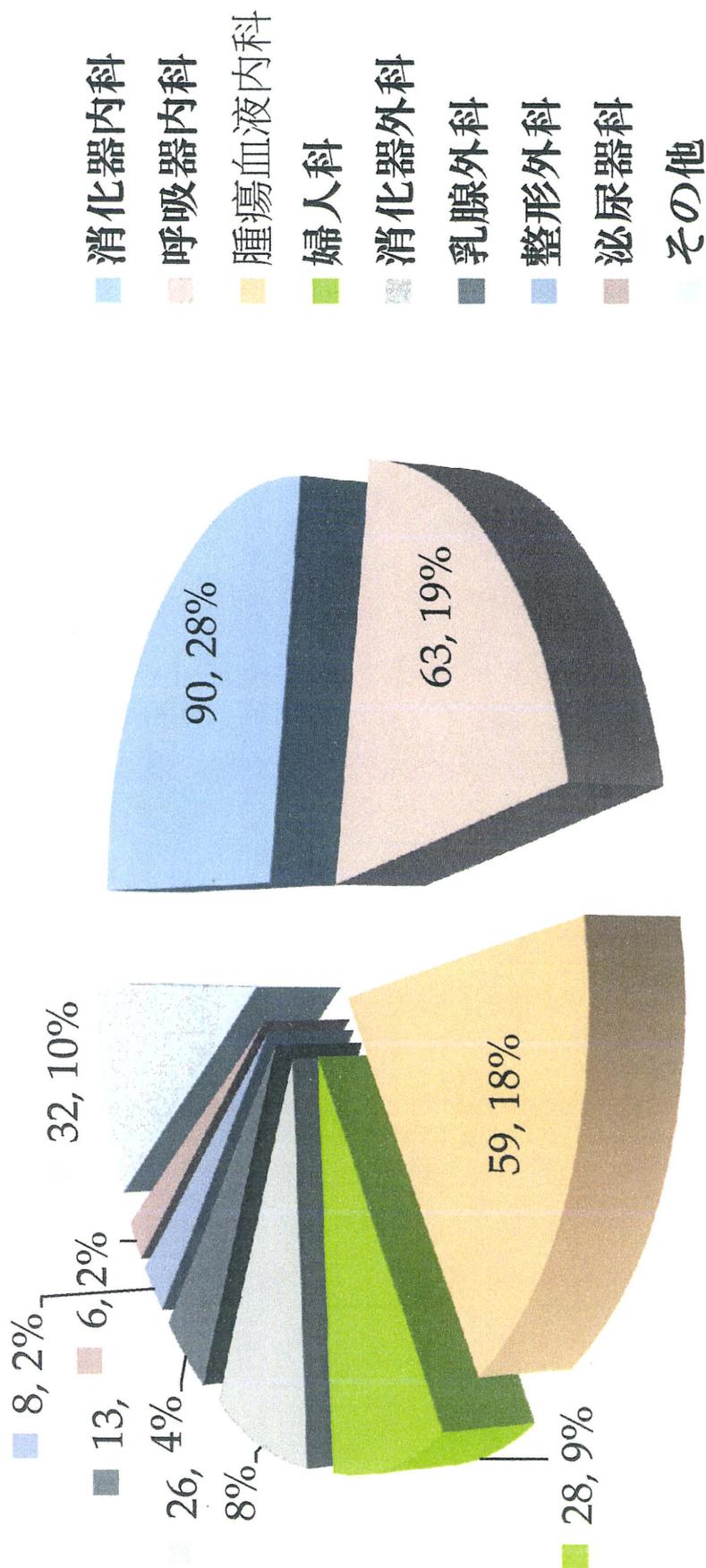
サポート外来看護師の能動的なかわりにより、外来通院患者が抱える潜在的な心身の問題に気づき、多岐に渡る適せつな緩和ケアの提供が可能となる。

支援のきっかけ (325名)



外来看護師や通院化学療法室の看護師からの依頼が多いことから情報をキャッチしながらも業務が多忙なため十分な支援が行なえずサポート外来でのケアの提供支援体制の調整を期待していることがうかがえる。

診療科 (325名)



殆どの患者が化学療法中であったことから、化学療法の副作用で日常生活に支障をきたすことが多く、さらに病状の変化によって今後の療養に関する意思決定を迫られる可能性も高いことが窺える。

平成22年度 分担研究報告書

分担課題名：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

研究協力者：柴田純子、木村由美子、笠谷美保、齋藤亜希
千葉県がんセンター サポートイブケアセンター 看護師

研究要旨

千葉県がんセンターでは、在宅医療機関への連携調整を専任の看護師が担い始めて3年半が経過し、延べ1600件の調整を行った。【目的】過去1年間の連携数が多い訪問看護ステーション所長からの、当院の退院調整・在宅支援に対する評価や要望を詳細に明らかにし、今後の課題を検討する。【方法】データ収集：半構成面接法。調査内容：連携における評価と要望。分析：質的帰納的分析。【倫理的配慮】所属の倫理審査委員会の承認を得た。面接は在宅支援を業務としない共同研究者が担当し、対象者の不利益の軽減に努めた。【結果】対象は6名。205の内容が導き出され、最終的に5つの表題に集約された。1. 全ての窓口を一本化し顔の見える連携を促進するシステムがとても良い、2. 在宅支援専任看護師が行う連携や調整の内容に満足している、3. 緩和移行期や終末期のケアを病院と協働して行いたい、4. 在宅支援部門の役割の充足と拡大を期待する、5. 病院全体の後方支援体制やシステムに感謝と要望を併せ持つ。【考察】特に高評価だったのは、院内の医師への連絡を含む全ての問い合わせに対し窓口を一本化するシステムと、専任看護師の調整能力であった。これは、専任看護師が訪問看護の動きや役割を理解した上で、現状のニーズや問題点を反映したシステムを構築し、院内にも積極的に働きかけてきた成果であると言える。訪問看護師が緩和移行期の患者に早期からの関わりを望む背景として、体力の限界まで抗がん剤治療を行うことが多く、治療終了後の連携では関わる期間が短すぎる事が挙げられる。病院と訪問看護が協働してこの時期の患者と家族により良いケアを提供できるよう、導入時期や方法を検討していく必要性が示唆された。また、緊急入院受け入れ等の後方支援体制が整っていることが、病院や在宅支援全体に対する評価を向上させていると言えた。今後の課題として情報提供の項目の補足、夜間や休日等担当者不在時の対応の改善等が見出された。

A. 研究目的

がん対策基本法の制定や診療報酬・介護保険の改正等にも見られるように、近年がん患者の在宅療養が国を挙げて推進されている。都道府県がん診療連携拠点病院且つがん専門病院である千葉県がんセンターでも、平成18年11月から在宅支援専門部門を立ち上げ、地域の訪問診療医や訪問看護師と連携し、患者と家族が安心して自宅で生活できるよう支援している。現在は2名の看護師が専任で在宅支援を行っており、開設当初からの介入総数は約1,600件、連携した訪問診療所は約130箇所、訪問看護ステーションは約150箇所になる。

在宅支援専任看護師は、病棟師長や主治医から依頼を受け、患者や家族と面談を繰り返しながら調整している。面談では、患者や家族の正しい病状理解を促進し、現在の病状から今後起

こりうる症状や予後を予測し、ADLや家族背景から生活の困難さを予測し、情報提供して意思決定を支援する。対象となる患者の殆どは積極的抗がん治療の適応がなくなった終末期であるが、治療継続中から先を見越して早期連携するケースも増えてきている。

開設から3年半が経過し、訪問看護ステーションからは、「看護師が窓口なので相談しやすい」「もう少し早く連携して欲しい」等の意見を聞くことがあるが、連携先からの具体的な評価や要望を改めて調査したことはない。退院調整・在宅支援部門の評価に関する先行研究では、患者へのアンケートによる退院支援評価¹⁾や、看護管理者が感じる退院調整看護師導入の効果をアンケート調査したもの¹¹⁾がある。また、退院後初回訪問看護時の患者と家族の状況を調査票に記入して送ってもらい、フィードバック