

201119007A

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23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渡辺 敏

平成24(2012)年 3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23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渡辺 敏

平成24(2012)年 3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-----	7
	木下寛也	
2.	在宅医の立場から -----	10
	沖田伸也	
3.	抗がん剤治療の継続と日常生活の充実との関係 ～プライベートサロン活動に共同行動を取り入れて見えてきたこと～-----	12
	大木信子	
4.	最近のバリアの傾向と課題-----	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調査-----	27
	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ーがん緩和における 保健所の役割について-----	56
	久保秀一	
7.	臨床能力の高い在宅緩和ケア医を早く育成するために、当院緩和ケア専門研修 プログラムが取り組んでいる試みについての検討-----	60
	関根龍一	
8.	在宅移行を妨げる世帯形態についての検討-----	63
	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-----	70
	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：以後道央圏と記す）における在宅緩和ケアの進展-----	74
	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-----	76
	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-----	80
	浜野公明	
13.	がん専門病院における在宅支援専任看護師の外来での役割-----	85
	木村由美子（研究協力者）	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表-----	89

I. 総括研究報告書

平成23年度 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。3点とは、(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、である。がん治療側の一つのモデルとして、都道府県がん診療連携拠点病院である千葉県がんセンターおよび付設の緩和ケア病棟における改革を進めた。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は、サポートケア室構想のもと、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実行化され継続した。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。

<研究分担者氏名・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
(現職: 我孫子聖仁会病院)
関根龍一, 亀田総合病院
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

課題のバリアは、以下の3点の未熟性にある
とし、それらの克服に向けての研究を継続した。
(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。

千葉県がんセンターにおいては、患者側の
様々な苦悩をスクリーニングしたトリアー
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「サポートケア室」構想が具体
化した。

次に、在宅担当医の底辺の広がり企図し、
在宅緩和ケア関与事例の経験の少ない診療所
医師へのサポートを主たる目的として、パス
(パス名: 在宅緩和ケア地域連携クリティカル
パス) 構築を推進した。一事例に対して、A (緊
急時受け入れ病床を有する施設、適切な緩和ケ
アが提供できることが条件)、B(在宅担当医)、
C(訪問看護ステーション)の三つの施設・団
体間で取り交わされるパスで、連携システムを
視覚化(専門病院による地域の在宅医および訪
問看護への支援を明記)することや、在宅医と
訪問看護師によるチーム医療の明確化を図り、
また緊急時受け入れ病床の確保も担保するな
ど、がん治療側と在宅側の相互支援を具体化さ
せることを目的としている。緩和医療を提供す
際の共通の認識に関しては、日本医師会編の
「がん緩和ケアガイドブック(2008年版)」を
理解した上での参画としており、さらに連携中
の各種相談への支援も適宜行われる。

一般市民への啓発・広報・相談業務に関して、
当施設内においては、「相談支援室(拠点病院
構想)」や、「在宅緩和ケア支援センター」な
どの部門が存在するが、これら患者・家族・一

般市民への支援を統括する体制へと改革し、また新たにボランティアセンターを加え、統括的組織名：「心と体総合支援センター」として活動を開始している。

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>

がん治療施行側施設の必須要項としては、早期からの緩和医療学的介入、連携システムの構築、バックアップ病床の確保、の3点であり、当センターにおいては、下記「サポートケア室」構想のもと、早期からの介入態勢、および在宅連携の良質化に向けた活動を遂行中であり、また緩和ケア病棟をバックアップ病床と規定している。

一般病棟から在宅移行後のバックアップ病床関連について補足すると、緩和ケア病棟入院例のうち、一般病棟からの転棟・転院・再入院を除いての入院例は、昨年は202例のうち90例(44.6%)が在宅訪問診療態勢からの入院であったが、本年(2011/1/1~12/31)は、190例中112例(58.9%)であり、院内緩和ケア病棟をバックアップ病床とする体制の順調な推移が窺われ、それに支えられた在宅緩和ケアの易遂行性への寄与が具体化していると判断された。

<在宅訪問診療の易遂行性について>

在宅緩和ケアの普遍化(地域一般在宅医支援)を目的としたツールとして考案された地域連携パス(千葉県がんセンター方式、研究計画欄参照)は、約1年を経過して、登録症例が現在(2011/12/31)、97例、A施設：2、B施設：手挙げ40介入20、C施設：手挙げ45介入26、となった。97例の転帰は、在宅死：50例、入院死：34例(その8割以上は予定のバックベッド登録施設への入院)、現在在宅訪問診療継続中：12例、現在入院中：1例で、死亡例の在宅死率は、59.5%(50/84)となっている。緊急時受け入れ施設(十分な緩和ケアが提供可能であることを条件として)の複数化を今年度の目標とし、実現した。

藤田(分担研究)は、病院から地域、医療から介護へのスムーズな移行におけるバリアの分析を企図して、「末期がん患者に対する介護保険サービスの提供」に関して介護保険者(全国各市町村)が回答するかたちの調査(郵送法)を行い、そのまとめとして、「末期」の言葉の

患者への影響、その定義、主治医意見書の遅れや審査会の遅れ、患者と家族への啓発不足、主治医意見書の記載の不備、など問題点が指摘され、医療の部分のバリアが多いことがわかった、と結論した。以上は「がん対策推進協議会(2011/10/20)」にて報告された。

<一般市民への広報的活動>

一般市民(患者・家族)への広報に関しては、公開講座開催やリーフレット・パンフレットの作成が、行政(健康福祉センター)や支援団体、および、在宅緩和ケア支援センター(千葉県がんセンター内に併置)において経年的に遂行されている。また適宜アンケート調査も組み込まれ、今後の啓蒙活動への示唆が得られている。本活動は引き続き継続される予定である。在宅緩和ケア支援センターの活動は、院内の、相談支援・ピアサポート・ボランティア活動などの他諸部門との有機的な連携を企図して、前年度発足した「心と体・総合支援センター」活動のなかに組み込まれた。

E. 結論

千葉県がんセンター診療圏においては、緩和医療期患者の在宅移行のシステムは順調に進化していると判断されるが、在宅緩和ケアを担当する医師・看護師の絶対数の不足はまだまだ深刻であり、在宅緩和ケアの易遂行性を企図したシステム造りが引き続き課題となっている。上記連携パスの良質化・拡大化のための研究を主軸として、継続して取り組んでいくとともに、また在宅緩和ケアそのものの質の高さの追求も重要と考えている。

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

研究要旨

千葉県における在宅療養支援診療所が在宅医療の推進に対して一定の役割を果たしたかどうかを明らかにすることを目的に、2006年から2010年の在宅療養支援診療所の自宅看取り数の変化について検討を行った。2006年から2010年において、在宅支援診療所数は、207から273へ31.9%の増加、在宅療養支援診療所の自宅看取り数の総数は993から1,883へ89.6%の増加を認めた。自宅看取り数のデータはがん患者の自宅看取り数だけではないという限界があるが、在宅療養支援診療所が在宅医療の推進に一定の役割を果たしていると考えられる。

A. 研究目的

一般国民の意向調査によれば、がんが進行しても可能な限り自宅での療養を希望する方は6割を越える。しかし、がん患者の自宅死亡率は7%程度であり、現在の医療が国民の希望を実現しているとは言い難い。がん患者の在宅移行は、1) 患者・家族の療養場所に関する意向、2) 病院による在宅移行に関する調整・支援、3) 適切な在宅医療提供体制がそろって実現可能となる。

2006年より在宅医療の推進を目的に、在宅療養支援診療所、さらには2008年に在宅療養支援病院が、診療報酬上新設された。本研究においては、千葉県における在宅療養支援診療所および在宅療養支援病院が役割を果たしているかを明らかにすることを目的に、その実績について検討した。

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。

(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の臨床にて

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

2011年10月1日時点で、273の診療所が在宅療養支援診療所として届出受理されていた。千葉県において在宅療養支援病院は0であった。2010年7月1日から2011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83施設、1～4名が65施設、5～9名が37施設、10～14名が14施設、15～19名が6施設、20～29名が13施設、30～39名が8施設、40名以上が8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に記載する。

2006年から2010年において、在宅支援診療所数は、207から273へ31.9%の増加、在宅新診療所の自宅看取り数の総数は993から1,883へ89.6%の増加を認めた。自宅看取り数0の在宅支援診療所は2010年においては、83(30.4%)であった。

D. 考察

在宅療養支援診療所の制度が出来てから5年間に経過した5年間で在宅療養支援診療所が自宅で看取った患者数は89.6%の増加を認め、一定の役割を果たす方向にあると考える。本研究の限界は、自宅看取り数のがん患者だけでなく、非がんの自宅看取り数を含んでおり、在宅支援診療所ががん患者の自宅看取りに役割を果たしているかを結論づけることは出来ない。

E. 結論

在宅療養支援診療所が診療報酬上認められてから、5年間の経過のなかで自宅看取り数の増加を認め、在宅医療の推進に一定の役割を果たした。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 山岸暁美, 森田達也, 古村和恵, 末田千恵, 白髭豊, 木下寛也, 秋月伸哉, 鈴木聡, 加藤雅志, 江口研二, 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出 OPTIM-Study による複数地域・多職種による評価. 癌と化学療法. 2011; 38 (11) : 1889-1895.
2. 末田千恵, 山岸暁美, 鈴木聡, 木下寛也, 鄭陽, 白髭豊, 木澤義之, 森田達也, どのような緩和ケアセミナーが求められているのか 4188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因. ペインクリニック 2011;32(8) : 1215-1222

書籍

木下寛也 5福祉・介護に関する問題. 精神腫瘍学. 内富庸介, 小川朝生編集, 202-214, 医学書院, 東京, 2011

雑誌

1. 松本禎久, 木下寛也, 【疼痛緩和医療における DDS】 痛み止めの投与経路 最近の動向. Drug Delivery System 2011 ; 26 (5) : 476-479.
2. 原田久美子, 木下寛也, 【がん医療における家族ケア】 相談支援センターで行う家族ケアの実際. 腫瘍内科 2011 ; 8(1) : 33-37.
3. 木下寛也, 【サイコオンコロジーの現場から I-緩和ケアにおける精神医学的問題-】 終末期のせん妄の理解とマネジメント. 精神科治療学 2011 ; 26(7) : 837-843.

2. 学会発表

1. 原田久美子, 木下寛也, 内田麻衣, 小島歩美子 パネルディスカッション「がん戦略研究 OPTIM プロジェクトの活動報告と今後の課題」病院外に設置された相談支援センターの活動について. 日本緩和医療学会学術大会 2011.7

2. 木下寛也, ワークショップ「がん医療・緩和医療の質の向上を目指して-リエゾン・ナース、心理士、精神科医とのコラボレーション」がん医療における包括的評価とチームアプローチ. 日本病院学会 2011.7

3. 木下寛也 シンポジウム『がん医療における家族・遺族ケア』がん患者家族が抱える負担の包括的評価とその対応. 日本サイコオンコロジー学会総会 2011.9

4. 木下寛也 "届けがん医療 日本の隅々まで" がん医療コーディネーターの養成 がん医療コーディネーター養成構想の可能性と課題 院外型相談支援センター「がん患者・家族総合支援センター」の経験から. 日本癌治療学会学術集会 2011.10

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	2010年
0名	74施設	57	81	49	83
1-4名	58	46	65	64	65
5-9名	26	26	33	27	37
10-14名	15	10	10	16	14
15-19名	4	3	5	4	6
20-29名	4	9	7	11	13
30-39名	3	3	5	2	8
40名以上	4	5	9	11	8

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 2010年：2010.7.1-2011.6.30

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	2010年
在宅療養支援診療所総数	207	211	229	246	273
自宅看取り総数	993	1,049	1,412	1,513	1,883

平成23年度 分担研究報告書

分担課題名 在宅医の立場から

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

在宅緩和ケアへの取り組みについて、在宅医からみた現況を述べ、今後の課題について概説する。

A. 総説

<千葉県在宅医懇話会と千葉緩和ケア地域連絡協議会について>

千葉県において、在宅緩和ケアに関して、千葉県在宅医懇話会が2006年9月準備会を開催後2010年12月まで、千葉県でオピニオンリーダーの一翼を担ってきた。しかし、その努力にもかかわらず、在宅緩和ケアを取り巻く状況は依然として変わらず、現在は休会の状態が続いている。そのため、この一年間在宅緩和ケアに関心をもつ人たちの交流の場は不足し、情報交換も限られたものとなっている。

ここ数年、千葉県がんセンターを中心にして、疼痛緩和に対する知識を学習する機会が増えているが、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの施設数は増加せず、関係者の不断の努力にも関わらず緩和ケアのネットワークが広がったという感触も得られていない。

代わりに、千葉県では病院を退院したがん終末期患者の在宅緩和ケアを支えるシステムとして、2010年3月より千葉緩和ケア地域連携協議会が発足し、現在名称改め千葉緩和ケア地域連絡研究会として機能している。千葉県がんセンターが主軸となり、病院、在宅医、訪問看護ステーションの三者が連携をとり在宅看取りを可能とする地域の連絡網のモデルと言える。

しかし、在宅医の大半が所属する千葉市医師会は受け身的な関わりにとどまり、個々の在宅医は奮闘しているにも関わらず、お互いの交流は乏しく、年数回の集会を講演会の場の一つにとどまらせている。

<在宅医療に対する地域医師会の取り組みの遅れ>

一方、超高齢化社会の到来、医療費・社会保障費の増大と確保に関しては益々大きくなり避けて通れない問題となっている。その中で在宅医療

や地域包括ケアの必要性が高いうたわれているが、現場では対応が遅れており、機能不全に陥るのではないかと懸念される。

在宅医療に関して、大きな柱となるべき地域医師会の取り組みが一部の地域を除いて停滞しているのは何故であろうか。在宅療養支援診療所は認可されて6年経ったが、在宅医療を阻害する因子として以下のようなものが見えてきたように思う。すなわち、24時間体制・切れ目のない診療の困難さ、麻薬など薬剤の扱いに対する不慣れ、医療材料の確保・供給の困難さ、多職種連携(看護師、薬剤師、ケアマネ等)・医療と介護の連携の重要性とそれに対する医師の不慣れ、家庭医としての意識・経験不足、などである。

国民皆保険制は国民のだれもが低負担で平等に高い医療水準の保険診療を得られる優れた制度であるが、反面、保険で評価されない医療行為については手を伸ばさなくなり、医療を供給する立場として「今何が必要か、何が求められているか」を自発的に考えなくなっているように感じる。患者の話をじっくり聞き不安や誤解を取り除くこと、あるいはその人の生活スタイルに合わせた生活・健康を管理・指導することよりも、病名に合わせて症候をとり、検査し、薬を処方して短時間で多くの患者を診察した方が高く評価される医療に不足を生じなければ、在宅医療と言われても向き合う必要性は感じなくて不思議でないだろう。

患者の日常生活を聞きだせば診療時間がかかり、多職種と連携を図れば診療行為に手間や制約が増え、仕事以外の自身の生活まで影響が及びかねない在宅医療は、却って今の診療にブレーキをかける存在に映るかもしれない。

<在宅医療の必要性>

従って、在宅医療が保険診療上の面からのみ評価されている限り、新たな展開は生まれてこない

ように感じる。在宅医療あるいは在宅ケアは基本的に患者の生活に合わせた医療・ケアを提供することが必要である。そのためにはその人の生活に触れその人の生き方を理解しようとする姿勢が無くては達成できない。患者の持つ疾病がその人の生活にどのように支障を及ぼし今後どのように影響するか、を考慮し助言しない限りその人の抱える病気に回復の保証は生まれない。いわば病気を治療することは一人ひとりの患者にあった、テーラーメイドの治療をすることであり、そのためには具体的な病歴や身体所見の確認はもちろん、具体的な生活の情報理解が欠かせない。そして種々の情報は患者の視点を共有することで有効に作用すると思われる。それは医療のみならず介護・福祉にも共通しているため、生活を支える在宅ケアでは多職種が協同して対応することでより役に立つこととなる。「患者の立場に立って考える」ことすなわち「ケアする」ことはこれまでの医療に欠けていたことではなかったか？医療者の側から医療者の言葉で病気を捉え、説明し、治療して来たのではないか？その反省のもとにさらに質の高い医療、ケアを求めるならば、在宅という場で作業する事が新たな発見を与えてくれ、役立つことは間違いない。地域医師会は医療を捉えなおす時代になっていることを改めて認識するべきと考える。

<がんの緩和ケアによる早期介入の重要性>

日本の経済状況はすでに右肩上がりでない時代になり、社会保障や医療の提供もそれと並行していくことは確実である。その中で、疾病観も変わってくると思われる。すなわち、病気を治すあるいは克服する医療よりも、病気や障害があっても生きていけるよう、個々の生活を支える医療（や介護、福祉）が求められてくる。

がんに関してみれば、これまでのがん治療は、それと闘い克服し、撲滅し、死を遠ざける方向を目指してきた。しかし、現在すでに3人に1人はがんで亡くなり、さらに高齢化が進めば、確実にがんで死亡する人口も増える。そうした未来が来るのならば、がんを減らすことも重要だが、がんで死ぬことを受け止め、余命をどう生きることができるか、自ら判断できるように、早期から準備し支援する医療やケアを提供する方がより現実的であり希求されるであろう。終末期のがん患者を在宅で看取る時、ぎりぎりまで病院で治療を受け、余命週単位で自宅に戻ってくると、本人も家族もその準備ができないまま、混乱の中で最期を過ごすことになる。逆に数カ月の余命があるうち

に在宅生活を目指せば、それを支える医療側も本人や家族の要望を聞き不安の理由を探り、疼痛治療だけでなく生活全般にわたって助言でき安心につなげることが出来る。

がんになって治癒の見込みが乏しければ、それを受け止め残された命や生活をどのように過ごすことが出来るかについて考えていけるよう、早期から介入し準備できるようにすることは十分可能である。それは、意欲を取り戻し、抗がん剤による心身や経費の消耗を防ぐことにもつながる。すなわち、がんと診断された初期の段階から治療困難となる状況を考慮して緩和ケアを開始し、本人の意思を引き出し、自ら生き方を選択できるようにすることこそ支える治療として有効であろう。

<ケアの視点>

医療の中にケアという視点を常に持つことが出来れば、今までの検査や治療を中心とした克服するための医療は変わってくるはずである。そう信じている者からすれば、在宅医療はより患者の視点に近い医療として取り組むことができ、また在宅ケアは終末期がんだけを別物として扱う必要のない視点であることを強調しておきたい。

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 23 年度 分担研究報告書

分担課題名 抗がん剤治療の継続と日常生活の充実との関係
～プライベートサロン活動に共同行動を取り入れて見えてきたこと～

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

『がん患者のお悩み相談サロン』を開設して2年が経った。基本個別対応(プライベートサロン)のスタイルをとっているが、抗がん剤治療のため定期的に入退院を繰り返している患者への面談は病棟ラウンドして行なうようにしたところ他の患者も椅子をもってそこに円陣を組んで語り合うようになった。『がん友』と言い合い自然な様子で今の自分の気になっていることや目標にしていることなどを話、支えあっている感がある。治療継続の目途が立たないイラツキや経済的な問題、職場から理解を得られない歯がゆさや家族への遠慮、そして家においても何もやる気がしないといった生きがい喪失感問題から食欲不振、味覚障害や皮膚トラブル、口内炎等身体症状、抗がん剤の副作用等の悩みなど幅広い。治療の経過の長さや症状の程度の異なる患者間でのやり取りだが先輩の対処方法に耳を傾けている様子が興味深い。今回の研究では 抗がん剤治療を実施している患者の日常生活上の悩みに焦点をしばり共同行動を取り入れみた。同様の悩みを抱えた患者間での共同行動がもたらす影響を分析してみたので報告する。

A. 研究目的

抗がん剤治療は明確な終結がなく死の直前まで副作用等で悩みながらも継続する患者は少なくない。抗がん剤治療を受けることが生きる目的で日々を過ごしている患者も多い。少しでも自分らしい生活や生きがいをもって時間が過ごせるよう支援の場の提供をしていきたい。

B. 研究方法

- ① 抗がん剤治療の主な副作用等についてアンケートを実施
期間: H23年9月1日～12月28日
対象者: 入院して抗がん剤治療を実施している34名(治療期間1ヶ月～8年)
アンケート方法: 入院治療中に聞き取調査
分析方法: クロス分析

② 味覚テスト

実施方法: ろ紙ディスクによる味覚定性定量検査用試薬を使用
アンケート聞き取り調査日に実施
(スタッフも味覚テストを体験する)

検査結果の判定

	味覚感度	味覚感度
N01 で認知	1	N04 で認知 4
N02 で認知	2	N05 で認知 5
N03 で認知	3	N06 で認知不能 6

- ③ 比較的多く抱えている抗がん剤治療がもたらす生活問題に対して集団研修会の実施
1. 「抗がん剤治療中の栄養管理について」
2. 「抗がん剤治療中の口腔ケアの重要性について」
参加対象者: 院内外の抗がん剤治療中の患者
広報方法: 院内チラシの掲示
治療中の患者へチラシの配布
市の広報紙へ掲載
終了後アンケート実施・集計・分析
参加費: 無料
- ④ ピアサポーターと週1病棟ラウンド

(倫理面への配慮)

個人が特定される表記方法をしないことを事前に説明しアンケートの協力を得た。分析情報は緩和ケアの発展研究以外にしようしないことを伝え了解を得た。

C. 研究結果

① 抗がん剤治療の主な副作用等についてのアンケート結果

② 味覚テストの結果

資料（表 1 および図 1～13 を参照）

この研究期間中の対象者は治療期間 1 ヶ月～最長 8 年目までの計 34 名、がんの種別については（図 1）参照。今後も引き続き抗がん剤治療を継続していく意思をもっている患者を対象とした。

味覚の変化については（図 2）13 人 38%の患者が変化したと答え、味が分からなくなった、おいしいと感じなくなったと答えている。（図 3）21 人 62%の患者は治療実施による味覚変化はないとしているが味覚テストの実施結果は障害ありの判定者の 19 名のうち 11 名 58%が味覚の変化がないと答えた患者だった。（図 4）味の変化の中でも 6 名 47%が塩味、3 名 23%が苦味が分かりづらくなってしまったと答えている（図 5）が味覚テストの結果では、判定 4 以上は甘味が 10 名 31%、酸味が 9 名 27%苦味 8 名 24%、塩味は 6 人 18%となっている。（図 6）このギャップは普段の食生活の中で主に塩味を好み、塩気の感覚が意識的にクローズアップされていると考えられる。抗がん剤治療後の味覚障害の期間を問うと 10 日から 14 日 2 名、6 人 46%が常時と答えている。（図 7）食事の工夫については 18 人 53%がしていない、16 人がしていると答えている。（図 8）工夫していない 18 人の内 6 名は味がわからないと答えた患者だった。工夫していると答えた 16 名のうち味覚障害のある患者は 6 名いた。味覚の変化に応じて塩分の取りすぎに注意している。味は分かりにくいのが栄養価を考えて献立を工夫している、家族に味見してもらって味加減は調整している。とあった。おいしいと感じるものがあるかの問いには 29 名 85%の患者があると答えている。（図 9）おいしいと感じるものはないと答えた 5 名 15%はほとんど味がわからない味覚障害のある患者と匂いに敏感な患者だった。味覚障害以外の副作用について、あると答えた患者は 12 名 35%、（図 10）症状は口内炎、食欲が落ちた、匂いに敏感になった等だった。（図 11）またそれらの副作用症状に対する積極的治療はほとんどなされておらず治療をしていると答えたのは 12 名中 4 名でその治療によって症状の改善があったの

は 2 名のみだった。（図 12）治療期間が長くなればなただけ副作用をも受け入れていかなければならない諦めもあるように感じる。

口腔ケアについては抗がん剤療法を実施する前に歯科クリニックの受診をすすめ、口腔ケアの重要性について指導をするがいかに自己流になっているのかが今回の聞き取りアンケートをとったことでよくわかった。（表 1）入れ歯を使用している人でも食後うがいのみの人と研磨剤入りの歯磨き粉で磨く人、入れ歯洗浄剤で管理する人、水につけておくのみの人、入れ歯使用していない人でも磨く回数、一回の磨く時間等意識度がまちまちだった。

これらの実態を把握し改めて抗がん剤治療との関係を考え正しい生活ケアのあり方を学ぶ時間をつくる必要性を実感した。

③生活問題に対して集団研修会の実施

1. 「抗がん剤治療中の栄養管理について」

参加者：28 名（スタッフ 10 名含）

内訳：図を参照（図 13）

研修スケジュール：資料 1 参照

講師には事前に前もってとっていたアンケート結果を目通ししてもらい参加者の実態にそくした講義編集をしてもらった。

講義の内容は『食べるということ』の基本的なことが中心だった。治療中の食の役割（体力の維持、抵抗力をつける）治療がもたらすものは治療効果以外に副作用がついてくる（食欲不振、味覚障害、吐き気、嘔吐、下痢、便秘その他）これらの負の要素が心と体に変化を与える。心の変化（不安、焦り、悲しみ、無力感）体の変化（体重減少、疲労感、味覚変化、摂食嚥下障害等）体重の減少⇒筋肉量の減少⇒疲れやすい・元気が出ない

味覚変化⇒美味しく感じない⇒食欲不振という現象をつくってしまいがちだが自信喪失、あきらめの気持ちにならないようにしよう。ポイントは今は非常事態、いつもと違って当たり前と考えよう。といった治療や病状によってもたらされる食の変化についてより患者の立場にたった理解から入った講義はとても好評だった。匂いに敏感な場合は冷たい料理にする（冷えたおにぎり、酢飯、豆腐、アイスクリーム）が良い。味覚の変化で甘味を苦味と感じる場合は煮物は砂糖抜きにするなど調味をシンプルにする。味気がない場合は香りを活用すると良

い。(青しそ、山椒、みょうが、葱、三つ葉、カレー粉、胡椒やわさびなど) 口内炎で悩んでいる場合は味付けを薄くする。だし汁で煮る、茹でるだけにする、温度(温冷刺激)にも配慮する。おなかがすぐにいっぱいになってしまう場合はおやつでの捕食を。食べたいものが浮かばない場合は固定観念をはずしていつも食卓に出ないものに挑戦してみたり、食後の不快感のある人は液体と固形物のミックスは控えよう(お茶漬けや卵かけご飯)等症状に応じより具体的に説明がなされ参加者からは自分の職に対する悩みや自分がとっている対応について間違っていないが確認したり積極的に質問する姿があった。また患者同士が自分の生活の仲で工夫していることを紹介する場になったようで、『私は少しおなかが減ったなあと思ったときにすぐ食べられるもので口内炎であっても食べられるチーズかまぼこを出かけるときはバックに入れているのよ』といった会話のやり取りが聞かれた。講師からは食べることは『あいなのだ』(あ)亜鉛摂取を心がけよう

(い) 胃腸を無理のないように使おう

(な) 何でも食べてみよう (の) 脳への刺激をかみ締めて (だ) 唾液が消化の第一歩と説明がなされ納得されたようだった。また栄養補助食品の試食も好評で何種類かの味の異なるムースを少量づつ飽きのこないよう配慮した盛り付けもアクセントになり、自分の食生活に取り入れてみようと思えるポイントになったようだ。

2. 「抗がん剤治療中の口腔ケアの重要性について」

参加者：28名(スタッフ10名含)

研修スケジュール：資料2参照

事前にとったアンケート結果では口腔ケアに対する意識はまちまちでまた導入している方法も適正とはいえない状況があきらかになった。この結果を講師に説明し、より具体的な口腔ケアのあり方、抗がん剤治療との関係を合わせその重要性について講義をしてもらった。抗がん剤治療による免疫力の低下と誤嚥性肺炎の関係、口腔粘膜炎や口内炎の関係について説明を受けた参加者は歯磨きはいつどの位やるべきなのか? 自分は入れ歯だからどうしたらいいのかと積極的な質問が返ってきた。「口腔環境を整えることが重要だから歯磨き粉は

つけなくてもいつでも、どこでもきれいな唾液の分泌が出来るよう歯ブラシを持ち歩き丁寧にブラッシングをすると良いでしょう。歯肉炎や口腔粘膜炎を起こしている場合は刺激の少ない洗口水や歯磨き粉を選択し、歯ブラシの毛は柔らかい物にしましょう。また唾液の分泌がしにくい場合は市販されている保湿ジェル等を上手に使い口腔を常に潤った環境に整えることによって口腔内のトラブルや細菌の増殖を防ぐことが出来、食事も取りやすくなります。」このような説明を受けた後、状況に応じた適正なセルフケア物品の紹介を業者より受け真剣に手に取り自分にあったもの選択にアドバイスを受けていた。なぜ抗がん剤治療を受ける前に歯科受診を進められたのかやっとわかった、食事前のうがいや朝起きて朝食前のうがいや歯磨きの意味もわかった。唾液の分泌を促すためにも長めに磨かなくてはいけないこと、口腔の内状況によって粘膜を傷つけないように歯ブラシの硬さを選ばなければならないこと等、研修終了後のアンケートより学びが多かったことがわかる。隣あわせにいた患者通し口内炎で苦労した話や洗口水で口腔内をすすぐと痛みが薄れるからやってみるといいよといった体験情報のやり取りがなされていた。

静岡がんセンターの手術前の口腔ケアの重要性についての取り組み(DVD)を紹介されたことで、専門家が真剣に口腔ケアに取り組んでいる様子よりいかに重要なのかということに改めて感じたようだった。また、業者による様々な口腔ケアグッズの紹介がされた時「あーこんなものがあつたのか。早く知りたかつたなあ」という声も聴かれ情報提供の重要性をケア提供側がしっかりしなければならないと実感する研修会となった。当院には口腔・歯科がないためなかなか定期的に患者の口腔内の管理がしにくいことも課題となった。

④ピアサポーターと週1病棟ラウンド

「がんのお悩み相談サロン」に加えて今年度は毎週木曜日午後3時すぎより、相談担当者(現役医師で現在治療継続中のがん患者でもあるピアサポーター(1/W嘱託)(以後T先生)と私看護部長)が病室をラウンドするようにした。(ちなみに私が公務出張で留守の場合はリピーター患者のみであればT先生一人でラウンド新規ケースについては病棟師長が同行する)

対象者:①新規で介入が必要と思われるケース
朝の師長ミーティングで情報提供有)
②抗がん剤治療で入退院を繰り返しているリピーター

対応時間:15:30~17:00 平均5室訪問

方法:対象者の病室を訪問しベッドサイドの椅子に腰掛けて日常のたわいのないことから話しかけて本人の思いを引き出していく。

エピソード1

いつもであれば水曜日が定期入院になるAさんは、白血球の値の都合で一週遅れの今日の木曜日入院となった。相談担当者がリピーター入院者のBさんを訪問するため4人部屋の205号室を訪れた。T先生の姿を見たBさんはAさんにT先生のことを「がん友のT先生だよ」と紹介した。Aさんは最初驚いた顔をしていたがT先生の「Aさんはどこのがんですか?私は数年前から大腸がんと甲状腺がん、膀胱がん、前立腺がんと4つのがんを患っている・・・」と自己紹介をするとAさんは表情も穏やかになり、自分のことを語りだした。「Bさんとは手術した時期が一緒に同室だったから入院中はいつも励ましあっていた。今日は定期入院の曜日がずれたから思いもよらずAさんに会えた。なんだか懐かしくて不思議と嬉しかった。がん同期って感じで2年経った今もお互い元気で良かったですよ・・・」トイレからもどったCさんもT先生の隣に椅子を持って会話に参加してきた。「T先生!嬉しい報告があります。実は俺、ひ孫を抱くことができるかもしれないですよ。もう嬉しくって。誕生予定が半年先なので、これを励みにもう少し頑張ろうと思っています。孫の花嫁姿は見られないかなあと3年前は肩を落としていたもんだけど・・・」良かった、良かった。おめでとう!!T先生とがん友たちは大きな声を上げて笑顔でがん友の喜びを分かち合っていた。

エピソード2

2W毎に入院して抗がん剤治療を繰り返している3人組み(男性)のがん友との付き合いも1年が過ぎようとしていた。いつも一緒に点滴スタンドを転がしながら喫煙所で暇をも

てあましている時間をそこで過ごしていた。治療をしていない2W間の間の出来事や仕事のこと家族のことなどを前から親しかった友人のような口ぶりで会話している。一番年上(60代後半)のDさんがリーダーシップをとって会話の流れを作っていく。

Eさんは病弱なお母さんとの二人暮らしの40代。Fさんは4人兄弟の一家を背負ってたつ30代後半のタクシードライバー。そんな彼らが話をしている院内の中庭にある吾妻家風の喫煙室にT先生と相談担当者は合流する。Eさんが「先週思い切って車を買って替えたんだ」それにすかさずDさんは「俺たちはいつ何が起こるかわからないんだから、財産分与は今からでもしっかりしておかなくっちゃだめだぞ。車誰に譲るか考えておけよ!」Eさんは「あーそうだね」と。そんなやり取りの中でFさんは「俺、最近腹が張って飯うまくないんだ。もうだめかなあ」それに対してDさんは「覚悟はしとけよ。弟たちが路頭に迷わないようにちゃんとしておいてやれよ・・・」T先生はそんな会話に「俺たちはこんな風に準備できるから幸せだよ。津波に巻き込まれたり、交通事故で一瞬の内に死んじゃう人たちは無念だと思うんだよね。」3人組は首を立てにふってそうさそうさと納得し合っていた。結局Fさんはそれから1W後の木曜日に呼吸困難に陥りT先生の最後のラウンドで「T先生俺もうだめかなあ?」と問いかけその返事としてT先生はコクンとうなづき「そんなに遠からず私も逝くからね。またその時は一緒に会いましょう」と手を握った。Fさんの眼は一瞬見開き不安げな表情をみせたが、静かに目を閉じその夜に息を引き取った。Fさんの亡くなられた情報はFさんの妹さんからDさん、Eさんに伝えられた。DさんはFさんのことを本当に弟のように思い病院で顔をあわせるだけでなく治療以外の日常生活でもやりとりがあった。亡くなったという知らせを受けたDさんはFさんの家を訪れ「やっとなんか楽になったなあ」と声をかけ、「寂しいからって俺のことそんなに早く迎えにくるなよ」と付け加えた。Fさんが亡くなった後も残されたFさんの弟さん達のことを気に掛け今もやりとりがあるという。

D. 考察

日常生活の中に抗がん剤治療を受容していくためにはその副作用との付き合いをどのように克服していくかが大きな鍵になる。今回身近な問題として栄養摂取と味覚障害、口腔管理のことについて取り上げたが、聞き取りアンケートの結果、抗がん剤治療を始める際事前に副作用の出現について口頭説明と簡単なパンフレットを手渡ししているが全くその後患者一人一人がどのように自己管理しているのかの確認をしていなかったことが明らかになった。味覚障害に悩んでいる患者の辛さ、悩みに耳を傾けていない実情と実際味覚テストの実施によって味覚障害があるが自覚していない患者の存在を知ることとなった。スタッフも自らが味覚テストを体験することで判定4または5の患者の苦悩を実感した。いかに機械的に治療を計画するのではなくもたらされる副作用に対する介入が必要なのか改めて実感した。今回集団的な研修会を実施したが、同じ時間の中で共通した問題を確認し、互いの経験や副作用への対処方法を披露しあうことで、治療のみにとらわれるのではなくそこに生活空間を実感することが出来たのではないかと思う。講師の管理栄養士が「治療直後の辛いときに無理に食事をとることは食事をとらないと体がもたないというトラウマになるので自分を解放してあげましょう。少しすると徐々に副作用も落ち着いてくることを学習していると思います。そこから栄養を上手に取り入れていけばいいのです。」と言ったフレーズで参加者は「あーわかってくれている」といった共感しあう時間となった。食べられない時間がもたらす不安を埋める工夫として業者の提案や試食は食に悩む参加者には勇気と今後の対処方法の一手段を提案してくれたようだ。口腔ケアは人それぞれでんでんバラバラで抗がん剤治療との関係性が理解している人とそうでない人の差が大きかった。口内炎、口腔粘膜炎に悩む患者も多く、免疫力の低下と薬剤の影響の関係性を改めて学ぶ時間になったが、正しい自己管理によって症状を軽減できることに繋がることも知るよい時間となったのではないかと思う。「歯ブラシの選び方間違っていた」「入れ歯の手入れゴシゴシ磨いていたけどだめだったんだね」「肺炎になる確率が口の中の管理と関係しているなんて知らなかった」といった声も聞かれ集団

研修の必要性を実感した。プライベートサロンの個人的な問題への対応は十分な時間を掛けて向き合うことに意味がありその必要性はいうまでもないが、慢性的な時間の経過の中では同様な体験をしている体験者の互いの語らいが支えあう力の意味の大きさを感じる。がん友の結びつきは「がん」を患った者だけがわかる感情と感覚の共感が支えあえる不思議な関係がそこには生まれる。エピソードはその人それぞれにひとつひとつ存在する。T先生の周りに円陣を組む患者の一人一人の思いは同じがんを患っている拭い去れない思いを共有することで自分の生きていく方向を確認しているのだろうと思う。この無言の共有こそ「がん友」ならではの力と言える。

E. 結論

抗がん剤療法が、エンドレスの時代となった今、抗がん剤治療を受け続けることだけが目的になることだけはあってはいけない。自分の人生をきちんと送りきる手段として抗がん剤治療が選択できるよう医療職の立場として関わっていかねばならないと思う。体験者同志だからこそ家族にも話せない思いを語らい、自分の思いを確認し気持ちの整理をすることが出来るのだろうと思う。今後も患者自らの支えあう偉大な力を発揮できる場作りに力を注いでいきたい。

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・島蘭 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、2010June vol. 20
- ⑤ 瀬戸山 修、QOL重視のがん薬物療法、薬理作用を考慮した副作用対策、nurse tools 2010

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 1

聞き取りアンケート結果

図 1

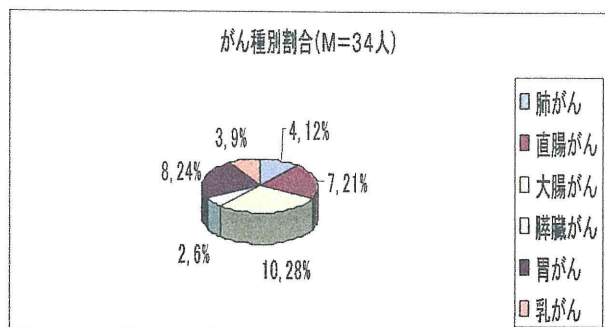


図 5

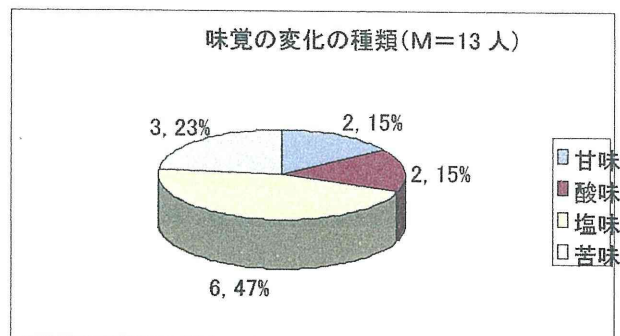


図 2

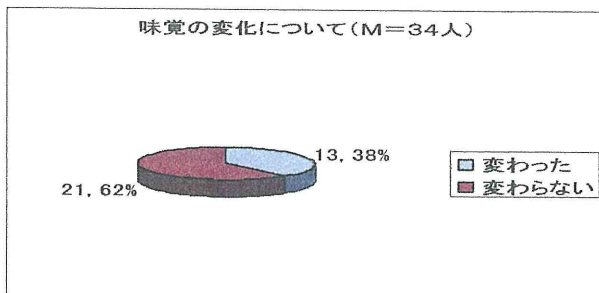


図 6

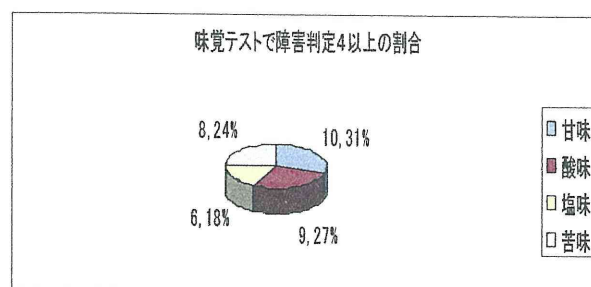


図 3

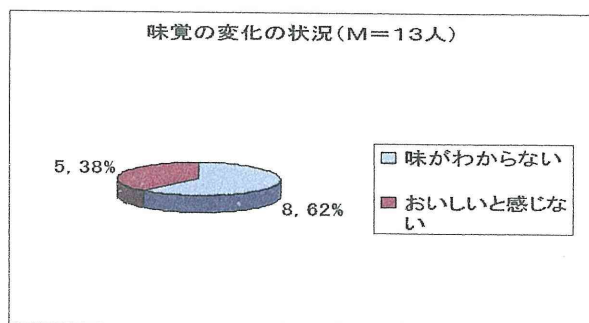


図 7

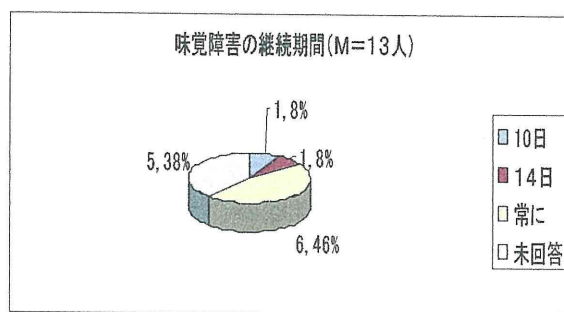


図 4

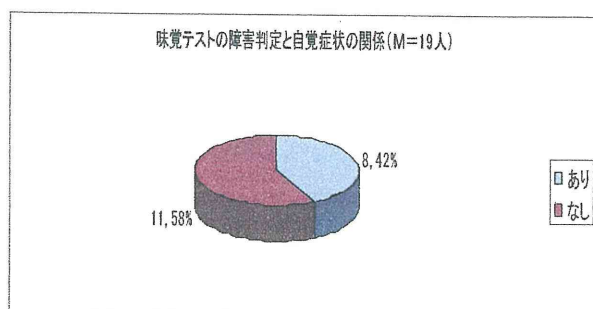


図 8

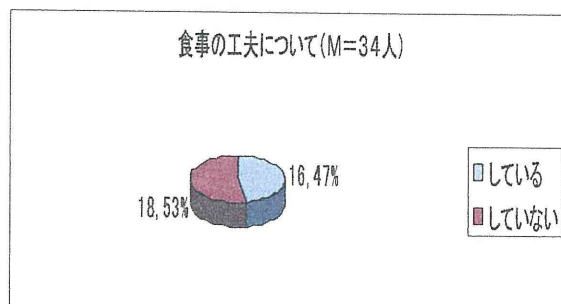


図 9

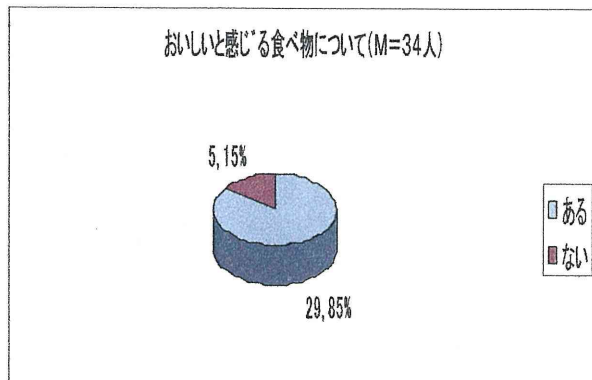


図 12

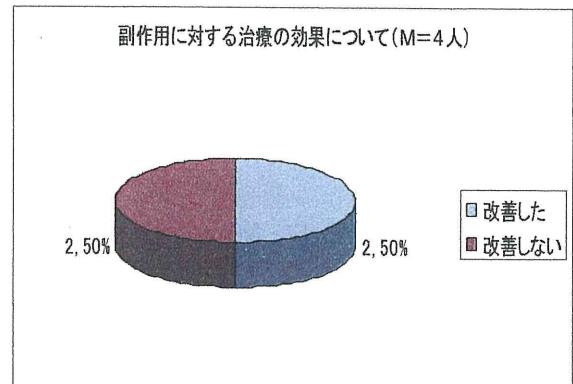


図 10

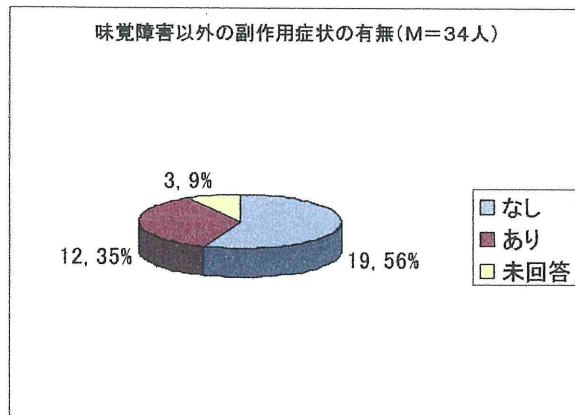


図 13

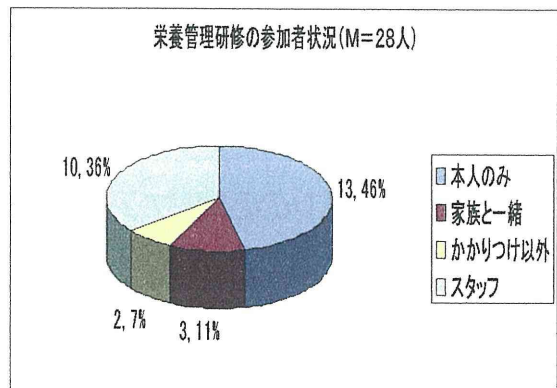


図 11

