

2017 年度事業報告

研究課題名：一般病棟や療養型病棟において緩和ケアの提供を進めるための手法の開発

主任担当者：国立研究開発法人国立がん研究センター先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野 分野長

小川 朝生

分担担当者：大阪大学 経営企画オフィス・准教授

平井 啓

I 事業の目的・方法

【目的】

本研究の主たる目的は、一般病院において、がん患者とその介護者ががん治療を受け
る中で、どのような障害があり、支援ニーズをもつのかを質的調査で明らかにすること
である。

【背景】

在宅医療が関心を集めつつある中で、緩和ケアも地域の中でのあり方が検討されるよ
うになってきた。地域での緩和ケアを展開するためには、いわゆる在宅医や訪問看護が
役割を担う一方、一般病院も重要になりつつある。特に、がん診療連携拠点病院から地
域の一般病院に転院するケースでは、拠点病院から継続した緩和ケアが提供されること
が望ましい。しかし、がん診療連携拠点病院から転院した後に、どのような症状緩和や
ケアを受けているのか、また療養生活の質がどのようなであったかについては、ほとんど
追跡されていない。今後、一般病院に向けてがんはもとより、非がんの緩和ケアの提供
についても検討するためには、一般病院において緩和ケアがどの程度提供されているの
か、また提供体制はどのようにあるのか、を明らかにすることが、具体的な検討を進め
るうえで重要である。

そこで、上記の課題を明らかにするために、一般病院で療養をしている医療者を対象
に、緩和ケアの提供に関するインタビュー調査を実施することとした。

II 事業の内容・実施経過

1. 一般病棟における緩和ケアの提供状況に関するインタビュー

4 病院、1 診療所のスタッフ（医師、看護師、医療ソーシャル・ワーカー）を対象に、一般病棟におけるがん医療の位置づけならびに緩和ケアの提供に関してインタビューを実施した。対象となった 4 施設のうち、1 施設は緩和ケア病棟を有していた。

全ての施設において、がん診療連携拠点病院からの転院を受入れていた。手術や抗がん剤等の積極的ながん医療は実施していなかった。

一般病院におけるがん医療の位置づけ

対象施設では、いずれも積極的な抗がん治療は実施しておらず、がん診療連携拠点病院等からの転院の受け入れ先として位置づけられていた。

緩和ケアが提供される主な事例

事例を中心に、一般病院で提供される緩和ケアを挙げていただいたところ、がん診療連携拠点病院からの転院がきっかけとなる終末期のがん患者、積極的に治療をしないことを選択した高齢のがん患者が対象であった。具体的に、緩和ケアと総称するケアは、「本人と家族が望む形で最期を迎えられるようにサポートをすること」としてまとめられていることがほとんどであった。その内容は、

- ・ 痛みのコントロール
- ・ 呼吸困難、倦怠感、不眠などへの支援
- ・ 患者の望む日常生活が送れるようにする支援（自分で食事を摂る、風呂に入る、季節感を感じる、気分転換をする、など）
- ・ 最期を迎えることに対する不安や悲嘆のサポート
- ・ 在宅療養への支援

であった。

提供体制

施設間によるばらつきが大きかった。医師と看護師が中心となる施設、医療ソーシャルワーカーや薬剤師、リハビリ、栄養士などと連携している施設があった。ケアを提供しているスタッフのスキルはばらつきが大きく、経験やトレーニングを受けていない中で実施されていた。

在宅療養支援

在宅医療の提供体制では、対象となったどの施設の地域でも、在宅医自体の不足のほか、終末期の医療の経験やスキルが全般に不足していること、在宅医自体の終末期医療に対する考え方に幅があること、在宅医に加えて訪問看護の体制も十分でないこと、があがった。

Ⅲ 事業の成果

本件の質的調査から、一般病院における緩和ケアの提供に関して以下のような課題が抽出された。

1 一般病院における緩和ケアの課題

1.1 患者・家族へのかかわりや対応に関するスタッフの抱える困難感が大きいこと

特に、終末期を迎える患者と家族の不安・悲嘆・受容に対するサポートをどのようにするのかについて、全般的に知識も経験も乏しい中で実施している。

患者と家族の意思決定を促し、気持ちの揺れに寄り添うことが意識されているが、実際には時間的、体制的制約により患者・家族の希望に添えないことも多い。全身状態が悪い患者の苦痛緩和、疼痛コントロールについても経験が乏しく、個人の体験に基づいて判断しているのが現状であった。(どんな管理が本人にとって楽なのか、人それぞれ違うため判断が難しい。患者の意識がない場合特に難しい。(医師))

1.2 医療者のスキルに関する課題

専門的なケアに関する研修機会がほとんどなく、医療者個人の過去の経験をもとに実施されている場合が多い。提供される医療の質のバラつきが大きい。

1.3 がん診療連携拠点病院との連携に関する課題

転院に際して、患者・家族への病状説明や情報提供が不十分であったり、理解や受容の確認が不十分な状態で一般病院に転院されるケースが負担になっていることがあった。これはがん診療連携拠点病院と一般病院とのコミュニケーション・連携の不足としてまとめられるが、その中には、患者・家族の理解度や意向に関しての調整の不足の面と、一般病院の役割について事前に説明がなされていない面と2つあることが想定できる。

2 がん診療連携拠点病院のもつ課題

あわせて、一般病院から見るとがん診療連携拠点病院内に存在する課題も指摘された。

①がん診療連携拠点病院内の部門間の連携が不十分であること

特に終末期においては、緩和ケアチームがありながら活用されていないケースがあった。一般病院からみれば、症状緩和であったり、患者・家族の理解を促す必要が

あるにも関わらず、拠点病院内では認識が共有されず、その結果緩和ケアチームが関わっていれば生じなかったであろう問題を抱え込まざるを得ない点の指摘があった。

②連携を担当する医療ソーシャルワーカーの技量のばらつき

転院に際して、ここまでは患者・家族は理解していないとその後で問題が生じる、という点を送り出す側の医療ソーシャルワーカーが認識していない場合があることが指摘された。

3 終末期のがん患者に対する在宅医療の支援体制に関する問題

多くの場合、在宅医の1名体制で実施しており、第三者の目が入ることはほとんどない。医師がこうやると決めてしまうと、独自のやり方が確立してしまい、是正や質の担保が困難になることが指摘された。

4 終末期医療と緩和ケア、高齢者ケアの混同

全般的に、高齢者のフレイルの状態へのケアと緩和ケアについて区別して説明されることはほとんどなかった。育成についても、一般の症状の観察やアセスメントとなると考えられており、どのスタッフも同じように観察できれば（緩和ケアは）提供されるものと認識されていた。

IV 今後の課題

緩和ケアが提供される症例は、主として終末期がん患者や積極的に治療をしないことを選択した高齢患者であった。医療スタッフが実施している緩和ケアとは、「本人と家族が望む形で最期を迎えられるようにサポートすること」でほとんどが語られた。具体的な内容は、痛みのコントロール、不眠、倦怠感などの苦痛緩和、患者の望む日常生活を送れるようにする支援（食事、風呂、気分転換など）、最期を迎える事へ不安や悲嘆のサポートであった。

医療者が意識する緩和ケア提供上の困難・課題は、

- 1 終末期を迎える患者と家族の不安や悲嘆、受容に対するサポート
- 1 患者と家族の意思決定を促し、気持ちの揺れに寄り添うこと
- 1 時間的・体制上の制約
- 1 全身状態の悪い患者の苦痛緩和

があがった。しかし、専門的な緩和ケアに関する研修の機会はなく、医療者個人の経験に基づいて実施されていた。また、在宅医との連携については、在宅医は1名体制で実施していることも多く、第三者の目が入らないと独自のやり方を実施しがちであるとの

指摘があった。

結果として、一般病院では、緩和ケアについてほとんど認識がされていないこと、また緩和ケアを認識していたとしても通常の診療との差異についてはほとんど知られていないことがわかった。

今後啓発を検討する上では、①緩和ケアと看取りのケアの違いについて差別化を図ること、②医療者全般に研修機会が乏しいことから、広い啓発が望まれること、③がん以外の疾病の比率も高いことから、非がんの緩和ケアを含めた支援が重要であること、が指摘できる。

V 事業の成果等公表予定（学会、雑誌等）

本調査の結果は、2019年度の日本緩和医療学会で報告する予定である。

VI 資料

ヒアリング対象施設：

- 一般病棟 26床 療養病棟 34床
 - 月 12～13人ほどのがん患者を受け入れている。
 - 訪問看護ステーションや介護施設は去年から併設されたが、まだ在宅での看取りはさほど多くない。昨年は1～2名程度。

ヒアリング出席者：

- 院長
- 看護師長

主な聞き取り内容：

1. 緩和ケア病棟に転院・入院してくるがん患者の一般的な経過

- 入院の経緯、どのような病状の患者さんが多いか（病状・ステージ）
 - がん終末期の患者が拠点病院から転院してくるケースが多く、主に高齢者。
(最期は外来かかりつけ医のいる地元でというケースが多い)

→患者の半数程度は、病院で終末期を迎える想定ではなく、緩和ケア病棟（ホスピス）が空くのを待っての一時的入院。先月は2名くらい緩和ケア病棟がある病院へ転院した。

2. 現在の緩和ケアの実施状況

2.1 緩和ケア提供体制

- 緩和ケア専門のチームはない。院長や看護師長が中心となって、経験に基づくケアを提供。

2.2 主に実施している緩和ケア

- 患者の身体的苦痛の緩和（オピオイドを使用した疼痛コントロール、呼吸苦への対応など）
 - ✓ 「家族には、場合によってはそれで死期を早めてしまうことがあるかもしれないが、本人の苦痛を取り除くことを最優先にする、と話している。」(Dr)
- 患者本人の意向を最大限尊重し、もっとも良い形で最期の時間を過ごしてもらえるよう支援
 - 入院時はMSWが家族と面談。
 - 患者や家族の意向を確認し、在宅の希望がある場合は利用できる社会資源など院内の地域医療連携室（MSW）も入って調整する。
 - 身体面、精神面、社会面、の困りごとを聞いたのち、患者ゴールを設定。
 - ✓ 「小さい目標、些細なことでも実現できれば患者さんも満足され

る事もある。家族を含めて話し合っている。お酒を飲ませてあげるとか、本人が一番好きなことをしてもらおうことも。」(Ns)

- 失業や医療費の問題は MSW が関わっている。
- 入院患者の心理的サポート：主に看護師の方で対応。

2.3 近隣病院、他部門との連携について

- 年に何度か MSW と勉強会を実施。アジェンダは在宅での看取りなど。
- 他の施設と合同の認定看護師による終末期の看護について講演会が開催され、それに参加することもある。

3. 課題、困っていること

3.1 受け入れ側としての課題

- 受け入れ段階での、病状説明・情報提供の不足
 - 多くの患者は積極的な治療を実施しないことは理解しているが、まれに紹介元の医療機関の主治医による患者への病状告知について、施設・主治医によってばらつきがあり、家族が患者は終末期であると理解できておらず治療を求めるケースもある。
 - ✓ 「紹介元の病院は、家族は理解しているというが、そうではないこともある。」(Dr)
- 送り側の施設によって緩和ケアや終末期のケアに対する考え方が異なる
 - 積極的ながん治療は実施できないが、現状は特別なケアが必要というわけでもない患者への対応にバラつきがある。
 - ✓ 「症状がなく在宅で過ごせるにもかかわらず、積極的な治療はできないためとりあえずこちらに送ってこられるケースがある。」(Dr)
 - ✓ 一方で、「あと数日で亡くなりそうな状態で送ってこられることがある。我々のイメージしている終末期の緩和ケアと違う。」(Dr)

→まず介護施設の方で過ごし終末期になってから病院に戻って来るケースもあり、それがあるべき姿だと認識している様子。

- 在宅療養で利用できるサービスが十分に説明されていない
 - ✓ 「訪問サービス、社会資源を家族が十分に理解できておらず、活用できないことが多い。もっと情報と理解が広まったら。」(Ns)

3.2 緩和ケアに対する患者や家族の認識の不足

- 患者は治療を続けているのに緩和ケア病棟(ホスピス)も予約しているケースがある。
 - ✓ 「早期からの緩和ケアということが言われているが、患者や家族

が混乱しているのでは。」(Dr)

- ✓ 一方で、緩和ケアと聞いてショックを受けてしまう患者も

3.3 個別の患者や家族対応に関する困難感（終末期医療の専門的スキルの不足）

- 終末期医療では痛みのコントロールや症状緩和だけでなく、幅広いスキルが求められることに難しさを感じているとのこと。研修や教育へのニーズは高い。
 - ✓ 「疼痛コントロールなど身体面の苦痛緩和について、精神面の苦痛緩和についての研修会がもっとあったらいいと思う。」(Ns)

(心理的サポート)

- 最期を迎えつつある患者の心理的サポート：患者、家族の受容や心の揺れに対するサポートや、終末期ということを受け入れられない患者・家族への支援
 - ✓ 「麻薬を使って痛みを軽減しているが、心理的な痛みの訴えをどうしていくか悩むことが多い。」(Dr、Ns)
 - ✓ 「死期が近づいていることがわかると、心の苦痛緩和が難しい。」(Ns)
- 身体状況が悪く、患者のゴール設定が難しい。
 - ✓ 「痛みが落ち着いてもADLが落ちてしまうことで患者の思いや希望につなげていけないこともある。」(Ns)
- 時間的制約：マンパワーが足りず、患者に十分に関われない
- 患者にがんの告知がされてないケース（多くはない）
 - ✓ 「なぜ良くならない？という患者の苛立ちに対し対応に困ることがある。」(Ns)

ヒアリング対象施設：

- 慢性疾患、高齢者医療を中心とした療養病床 60 床
 - がん患者は入院で 5～6 人/60 床、在宅で 3～4 人程度。

ヒアリング出席者：

- 病院長（D r）、看護部長（N s 1）、看護主任（N s 2） 計 3 名

主な聞き取り内容：

1. 緩和ケア病棟に転院・入院してくるがん患者の一般的な経過

- 入院の経緯、どのような病状の患者さんが多いか：病状・ステージ
 - 抗がん剤の効果が見られないなど、積極的治療を中止し療養にシフトする患者が徳洲会や市民病院などから転院してくる。在宅で過ごす患者さんのレスパイト入院のケースも。

→新規のがん患者は月に 2～3 人ほど。

- 普段の病状観察だけでなく、ターミナルケアや麻薬を使用した疼痛コントロールを実施。
- 患者本人の意思を最大限尊重し、もっともよい形で最期の時間を過ごしてもらえるよう支援
 - 病院で看取る場合、在宅で看取る場合どちらもある（去年は 4 人在宅）。入院して最初に、病院か家か希望を確認している。
 - ✓ 「在宅希望される場合は、ソーシャルワーカーなどを入れて退院調整会議を必ずしている。」（D r）
 - 患者と家族の意思・希望が違う場合は、なるべく患者優先としているが、本人の意識が下がった場合、家族の意向を聞くこともある。

2. 現在の緩和ケアの実施状況

2.1. 緩和ケア提供体制

- 緩和ケア専門のチームはいないが、別の病院でターミナルケアを経験したスタッフがいるため、そうしたスタッフを中心に対応している。訪問看護は院外の 24 時間対応している機関に依頼。
 - 疼痛スケールで評価してもらい、こまめに薬剤を調整するようにしている。
 - 患者の困りごとを訪問看護師から院長へ共有し、対応することもある。

2.2. 主に実施している緩和ケア

- 患者の身体的苦痛緩和（疼痛コントロールなど。終末期の患者以外でも早期から麻薬を使用することもある）

- 患者の心理的サポート：主に院長（医師）が対応。
 - 家族は今後どうなるのかわからない不安が強い人が多い。また、困っているにもかかわらずどんな相談をしたらよいか分からない場合もある。

→「頻繁にコミュニケーションをとるようにしていると（経過の説明や、なんでも話してくれていいことを伝える）、いろんな悩み相談をしてくれるようになり、不安の軽減にもつながっている。また、医師とのコミュニケーションが十分だと患者が亡くなった後の受容が進みやすい。」（Dr）

- 医療費の悩みについては、ソーシャルワーカーが関わっている。
- 訪問看護ステーションとの連携
 - ✓ 「院長からの説明内容を確認し、訪問看護と共有する患者情報を統一するようにしている。」（Ns 2）

3. 課題、困っていること

3.1 受け入れ側としての課題

- 受け入れ段階での、病状説明・情報提供の不足
 - 受け入れ時、紹介元の医療機関の主治医による患者への病状告知について、施設・主治医によってばらつきがあり、積極的治療を中止することを理解していない患者も多い。

→新規の場合、実際の患者家族の理解度と紹介元医療機関による患者家族の理解度に対するアセスメントに差がある前提で対応。

- ✓ 「患者家族が予後のことは聞いてない！ということがある。」（Dr）

→「前の医師からどんな話があったか聞いてから、紹介状にはこんなことが記載されていると、説明するようにしている。」（Dr）

- 医療機関同士の連携が不十分な状態での転院
 - 紹介元医療機関のソーシャルワーカーが機能していないとおもわれるケースがある。

→「ちゃんとしているソーシャルワーカーさんは半分くらい。地域連携室を通しての退院のはずだが。トレーニングはどれだけされているのか？」（Dr）

- ✓ 終末期の状態であることをよく理解できていない患者家族に対し、自分で転院先を探すよう伝えることがある。

→「「出て行けと言われて」と家族が怒りながら来院することもある。患者の最終的なゴールを話すことなく、転院しなさいというのが一番困る。」（Dr）

- ✓ 患者の状況に適した転院先を探せていない。例えば、認知症がひどく向精神薬を使用している患者などは、精神科病棟での管理が必要であり対応しきれないが、そういった患者が転院してくることもある。

→「これはうちではないやろと思うことがある。」(Dr)

- ✓ 在宅へ移行する患者に関する情報提供が不十分で対応しなければならないケース。

→「患者さんの状態を知らないまま在宅ケアを始めないといけない。終末期を迎えた段階で、退院してきたので診てください、という丸投げは困る。末端の病院にどういう情報を与えたらいいのかというのをわかっていないと。」(Dr)

- ✓ 病院経営上の課題

→「医療区分の2、3の患者さんをとらないと、1ばかりだと経営できない。ケースワーカーには区分に基づいて転院先を考えて欲しい。」(Dr)

3.2 在宅における終末期緩和ケア提供体制に関する課題

- 緩和ケアを提供する医療機関側の負担

- よい看取りのためには、人情サービスの、点数が取れないボランティア的なことをすることもある。

→「年3、4人とか看取れる人数が限られている。」「(国が)今後在宅での看取りを広めていきたいのであれば、24時間対応の施設の整備を進めていかなければならない。」(Dr)

- 訪問看護ステーションとの連携に関する課題

- 患者・家族に関する情報共有が不十分。(ステーションごとに教育にばらつきがある)
 - ✓ 「必要な情報(バイタル、レスキュードーズの報告)を提供しない訪看がいる一方で、不要な情報も何でもかんでも報告する訪看さんもいる。」(Ns2)

4. 研修・教育に対するニーズ

(コメント)

*主に院長が話され、あまり看護師からの話は伺えなかった。「前勤務していた病院で疼痛コントロールの経験があるのでできている」ということであったが、実際のところ、スタンダードなケアと比べてどうなのかは判断が難しい。

ヒアリング対象施設：

- 入院に特化した病院（緩和ケア病棟・回復期リハビリ病棟・一般障害者病棟・療養病棟）
- 緩和ケア病棟は25床で、主に終末期を迎えるがん患者のケアをしている。
 - ✓ ベッド稼働率が上がらないので、他部門（療養）の患者も一部入院している状況
 - ✓ 他の療養型病棟には、がん患者もいるが脳血管疾患がメイン

ヒアリング出席者：

- 緩和ケア病棟看護師 主任（Ns 1）
- がん性疼痛認定看護師（Ns 2）

主な聞き取り内容：

1. 緩和ケア病棟に転院・入院してくるがん患者の一般的な経過

- どのような病状の患者さんが多いか：病状・ステージ
 - 患者の経過は様々だが、入院後1ヶ月以内から半年で亡くなるケースがほとんど（中には、症状が落ち着き退院する患者も）
 - 高齢者が多く、がんと合併症を抱えたケース、認知症が多い。
 - 主な症状は痛み、倦怠感、呼吸困難感、せん妄、不眠など。
- 入院の経緯
 - 外来は扱っておらず近隣病院や在宅医からの紹介入院のみ。がんの診断・急性期の治療は既に終えており、基本的には積極的治療は中止した上での緩和ケアの受療に納得された患者が入ることになっている（一部、転院元の病院と連携して抗癌治療を継続するケースも）
 - 在宅からの疼痛コントロール目的での入院など、症状緩和の目的だけのケースもある。
 - 家族がいない、療養する場所がないなど、在宅療養のマンパワーがないため入院するケースも多い。
 - ✓ 「他院からの転院と在宅からの入院の比率は、イメージ6：4程度。以前は9：1と転院が多かったが、現在は在宅を経て病院へ戻ってくるケースが増えている」（Ns 2）

2. 現在の緩和ケアの実施状況

2.1. 緩和ケア提供体制

- 緩和ケア病棟
 - 医師と看護師の役割：「拠点病院の緩和ケアチームとは違う。緩和ケアでコスト（診療報酬？）をとっているわけではない」（Ns 2）

2.2. 主に実施している緩和ケア

- 患者の困りごと（身体面、日常生活面、社会・環境面、精神・スピリチュアル面）に対処するのが中心。また、緩和ケアにおいては、治癒がゴールではないため、患者の「楽しみや希望」を聞き、そのゴールに向かってケアプランを立てていく。
 - そのためのツールが“ケアカンファレンスシート”：日常生活支援（食事、移動、排泄など）、治療・処置（疼痛管理、鎮静など）について詳細に患者や家族の希望を聞き、プランニング。新しいスタッフでももれなく情報収集できる（シートはトータルペイン、ソーシャペインなどの基準をもとにしており、病棟内で試行錯誤しつつ作成した）

3. 課題、困っていること

3.1. 受け入れ側としての課題

- 受け入れ段階での、病状説明・情報提供の不足
 - 受け入れ時、紹介元の医療機関の主治医による患者への病状告知について、施設・主治医によってばらつきがあり、積極的治療を中止することを理解していない患者も多い。
 - ✓ 「(自分の状況、転院の目的がよくわからないまま) 主治医の先生に紹介されたから、とって転院してくる患者もいる。紹介状の文面上は本人家族に説明済み・納得されているということだが、本当は理解されていないケースが多い。」(Ns 1) → 「一般の急性期(病院)のドクターはバッドニュースをきちんと伝えられてないのではと思うことがある。」(Ns 1)
 - ✓ 「緩和ケア病棟立ち上げ当時は“こんなところに来たくなかった”という患者も結構見られた」(Ns 2)
 - ✓ 「全てを受け入れるのは難しく一度納得したとしても、その後気持ちが揺れることもあり、当然そうした場合はフォローするが、全く理解納得していない場合は難しい。治療を望まれる場合は、(緩和ケア病棟に来ることは)本人家族にとって不幸なので」(Ns 1)
 - 受け入れ段階で、病状説明・情報提供が十分でないと、スムーズなケアの導入が困難となり、また、信頼関係が十分に構築できないままストレスのかかる説明(告知)を行わざるをえないなど、弊害が生じる
 - ✓ 「詳細な予後までは必要ないが、ある程度本人が今後どのように過ごしたいのか考えている場合と全く考えていない場合とでは、

ケアの入り方が違う。スムーズにケアに入っていけない」(Ns 2)

- ✓ 「初めて患者の病状を説明するときには、家族が“こんなはずじゃなかった”とならないように、厳しめに伝えられることもある。残りの時間が少ない場合でケアに来られた場合、家族との信頼関係が構築される前に、ストレスがどんどんかかる説明をしなければならぬ。」(Ns 2)

→「簡単にでも、積極的な治療はしないという説明だけでもしてもらえると、患者の受容状況が全然違う」(Ns 2)

- 疼痛コントロールが適切でないケース

- (主治医によって) 対応にかなりのばらつきが見られる。特に、在宅療養から入院する患者の間で、適切になされていないと感じるケースが多い。
 - ✓ 「痛みが強いのに非オピオイドを使っているなど、痛みの調整がWHO ラダーに沿って実施されていない。在宅ではかなり辛かったらろうな、と思う。」(Ns 2)

(病院における課題)

- 病院内に緩和ケア部門がある病院であっても、十分に疼痛コントロールがされていないケースも見られ、緩和ケア部門と連携が取れておらずサポートを受けていないのではと感じられることもある。
 - ✓ 「疼痛コントロールについてもっとコンサルを受ければいいのに、と思うことも。他部門との連携の程度は、病院や部門ごとの違いというよりは個々の医師ごとに違っていると感じる。」(Ns 1)

- 病院・病棟を超えた患者に関する情報共有の必要性

- 患者の病状だけでなく、精神状態や価値観、コーピングパターンなどの心理面に関する情報についても、病院・病棟を超えてスタッフが共有できれば、患者にとってよりよいケアが実現できるのではないかと意見も聞かれた。
 - ✓ 「緩和ケアにおいては、(患者の状態を) 点で見ずに線で見ると、シームレスなケアがより大事と実感するようになった。その患者が治療をどのように乗り越えてきたか、コーピングパターンを知っておくことで、患者にとってよりよいケアが提供できるようになるのではないか。」(Ns 2)

- 緩和ケアを前提とした処置がなされていない
 - 転院元の主治医が、本人が希望する処置を確認していないケース（終末期患者ならでは）
 - ✓ 「本人が希望する処置を確認して、転院前に実施してくれればいいのと思うこともある（全身状態が悪い患者の抹消点滴は難しいことなど。IVH、輸血の話）」（N s 1）

3.2. 院内における課題

- 病棟内での課題：体制整備
 - スタッフ間における、患者ゴールの共有体制の不足：
 - ✓ 「“ケアカンファレンスシート”はあるが、看護師以外の他職種はシートを使用していないので、患者の楽しみや希望など（ゴール）を把握しているのは主に看護師。薬剤師は共有できているが、理学療法士は病棟にいないこともありできていない。栄養士も食事のオーダーから確認をしてくることもあるが、あまりシェアできていない。」

→「入院中の課題に関して医師や薬剤師など他職種のスタッフが入ってカンファレンスする機会が少ない。違う職種からタイムリーに情報を得た上での方針決定は、より良いものになると思われ、もっと他職種と連携すべきだと思う」（N s 2）

- 医師と看護師のコミュニケーションが難しいことがある。
 - ✓ 「薬剤を継続していることを疑問に思って確認すると、取り付く島もない返事が返って来ることもある。」（N s 1）
- 緩和ケア病棟スタッフ育成の難しさ：
 - ✓ 「緩和ケア病棟では、他の病棟とは違った独特の考え方を必要とすると思う。治癒を目的としないため、患者の QOL の向上を価値として、グリーゾーンを受け入れられるかどうか。」（N s 1）
例：血糖コントロールやバルーンカテーテルなど

→終末期患者にとって何が最善なのかを判断するのが難しいため（患者それぞれで違う＋終末期以外の病棟と違う）、看護スタッフが判断スキルを身につけるために、かなりの経験やアドバイスなどを必要とするとのこと。

- 病棟内での課題：個別の患者対応に関する困難感
 - 倦怠感や寂しさへの対応が難しい
 - ✓ 「“しんどい”という訴えに対しオピオイドを増量しても効果がないので鎮静の導入を検討することもある。」（N s 1）

- ✓ 「“寂しい” 気持ちが強く、ナースコールを頻繁に押してしまう患者もいる。せん妄である場合もあり、薬剤指示もあるが転倒転落のリスクもあり薬剤選択、使用決定が難しい。」(N s 1)
- 合併症やせん妄等への対応
 - ✓ 「精神科の医師に入ってもらい、せん妄に対する薬剤決定することもあるが、専門医は昼間ラウンドにくるので、患者の夜間の状況についてなかなか理解が難しいこともある。」
 - ✓ 「総合病院であれば専門の先生に処置してもらえれば済むことも、診療科目が少ないので、できない。」
- 時間的制約: 点滴など処置に追われてしまい、楽しみの時間(散歩など)を確保できないケースがある。
 - ✓ 「認知症の人も多いので手がかかったりすると、患者1人1人にかける時間が限られてしまう。症状緩和が最優先ではあるが、その次のケアに時間をかけたい。痛みが落ち着いた患者さんが、改めて望むケア、次の目標を共に考えていきたい。」(N s)

ヒアリング対象施設：

- 一般病棟 42床、療養病棟 56床

ヒアリング出席者：

- 医師：理事長（在宅・療養病棟の診療を主に担う）、院長（一般病棟の診療を主に担う）
- 看護師：療養病棟 師長、訪問看護ステーション 管理者
- MSW：地域医療連携室 室長
- 理学療法士：リハビリテーション科 科長

主な聞き取り内容：

【病院の特徴】

1. 転院・入院してくるがん患者の一般的な経過

- 入院の経緯、どのような病状の患者さんが多いか：病状・ステージ
 - 肝臓、呼吸器内科の専門医がいるため、がん患者は、肝がん、肺がんが多く、三次医療機関他からの転院が多い。地域性か高齢者が多く、認知症のあるがん患者も多い。

→当院で検査をしたのち、三次医療機関で治療を行って戻って来るケースも。

→ごく稀にだが、ターミナル病棟が空いたので再転院していく場合もある。

- 看取り目的の転院は増えているが、終末期だけでなく、血液疾患の患者などは継続して治療する場合もある。

2. 病院の姿勢

2.1. 新しい取り組みに積極的

- 真っ先にMSWを取り入れ、また、がん患者へのリハビリテーションの研修にも早期から（佐賀県では現状10施設も取り組んでいない）院長自ら率先して参加するなど、先進的な取り組みを行っている。高齢化など変わりつつある状況に対応するためには新しいことを学び続けることが重要という院長の姿勢が強く反映されている模様。
 - ✓ 「井の中の蛙になることはよくない。同じ組織に5年いると、勉強しないで衰退してしまう。新しいことを学ばないのは楽だから。」（院長）
 - ✓ 「高齢者医療が増える、長生きすればそれだけがんも増える。がん患者に対するそれぞれの職種のスキルアップをしておかないと、対応できなくなるのでは。勉強をしあって、現場のニーズに合わせて高めていきたい。」（理事長）
- ソフト面における他の病院との差別化を重視。
 - ✓ 「ハードが古いので、ソフトの面で新しく良いものを。」

- ✓ 「管理栄養士を雇用し県病院よりも美味しい食事を提供。」

2.2. チーム医療を重視した体制作り

- 病院規模に比較して、MSWを3名置く（患者ごとに担当制）など、他職種を積極的に活用する体制が整っている。回診にも必ず、MSW、PT、栄養士が同行するとのこと。
 - ✓ 「情報を提供しあって目標を再確認し合うのは大切なこと。一緒に回診することで、医者の方病気のことでなく、他職種からのアセスメントが聞ける。リハビリの進み具合は？退院可能か？など、そこでみんなのでわかるので次に向かってすぐ動ける。」
 - ✓ 「高齢者世帯がとても多い地域であり、家族の介護力がとても低い中で在宅療養となるとMSWが必要不可欠であり、必要に迫られて現在の体制となった。」

→MSWは、入院受け入れの調整がしやすいようにベットコントロールのためのミーティングに参加。：「医師だと家族も遠慮して話せなかつたりする。MSWは医師看護師よりも患者家族に近い存在として、うまく機能している」

- 質の高い医療を提供するためにはチームでの対応が不可欠であるという意識が強い。
 - ✓ 「時代はチームである。医者が全てをやるというのは古いのでは。医者が不得意な分野もあり、チームとして対応した方が医師も患者も楽になると思う。在宅での看取りなども含め、患者の希望に添う医療を提供するためにはチーム医療が必須である。」（院長）
 - ✓ 「他職種がそれぞれの職能を発揮することで、患者のQOLの向上につながる。」
- いずれのスタッフもモチベーションが高く、患者目線を重視しようという意識が強く見られた。

2.3. 他職種の役割

2.3.1. MSW：対外的な入院窓口、退院支援

- 転院予定の患者・家族がどの程度病状を理解しているかの事前確認（病状説明をされていない、理解できていないケースも多いことから）及び病院に関する情報提供
 - ✓ 「入院相談を受けるときは、事前に病状を聞いているか・理解できているかといった点や、個室はすぐ準備できないこと、外科ではないこと、化学療法はできないことなど病院の制約を理解してもらう。」
- 入院を希望するのか、あるいは在宅かなど患者・家族の意向を確認し、他のス

スタッフと共有する：患者・家族と病院スタッフの橋渡しの役割。

- ✓ 「本人家族がどこで過ごしたいと思っているのか、病院で過ごしたいのか、落ち着いたら帰りたいのか、ホスピスがいいのか、意向を必ず確認し、その上で担当患者さんのムンテラには、患者家族側の立場で同席する。」

- 各種社会資源に関する情報の提供、在宅サービス・転院調整

- ✓ 「患者・家族からは、在宅で過ごすためにどんな準備をしたらいいか、どんなサービスを利用できるか、どれくらいお金がかかるか、なんとも言えない不安などについてよく相談を受ける。本人の希望を合わせて調整をし、退院してもらっている。」

→MSW がよく機能しているため、病棟看護師は、患者や家族の身体的・心理的ケアにフォーカスできている印象。

2.3.2. 理学療法士：(がんにおいては) がんリハビリ

- 全リハビリ患者のうち 10%ががんリハビリを受けており、目的としては①自宅・施設で過ごす、ご飯を食べる、座って食事する、買い物に行く、など患者の目標を達成するために ADL を改善する、②身体的苦痛の緩和（マッサージや拘縮による痛みの予防。がんを改善するものではないが、二次的な障害を予防し、取り除く）である。

→医師、看護師を含めチームでがんリハビリの研修を受けており、スタッフのがんリハビリに対する理解は深い。リハビリ状況に合わせて医師が薬を処方するなど、対応にも変化が出てきた。

【現在の緩和ケアの実施状況】

3. 主に実施している緩和ケア

- 患者・家族の意思を最大限尊重し、最も良い形で最期の時間を過ごしてもらえ
るような環境整備のための支援
 - 入院時の支援:MSW が紹介元の病院の MSW との連携を密に取りつつ、入院時から担当制で関わり、当病院でどう過ごしていきたいか、今後どうしたいか希望を確認

→その情報を MSW から他のスタッフに情報共有。(患者・家族の要望についてまとめたシートがある。)

- 入院後の支援：家族の希望も含めた患者対応の決定
 - ✓ 「麻薬を使う際など、使ったらボーッとすることもあるかもしれないなど、家族に話しをする。家族がいるときは話ができた方がいいとか、24 時間使用するのはやめておこうとか。会話できなくても

いいので、とにかく楽に過ごさせて欲しいと希望する場合もあるの
で、家族に合わせて麻薬の使い方を決めている。」

- 患者の苦痛緩和
 - 疼痛コントロール（オピオイド使用、リハビリ、心のケアを含めた）
 - せん妄への対応 *外部の精神科医にコンサルトを依頼することも
 - ◇ 薬剤の使用
 - ◇ 生活リズム（昼夜の区別）を整える
 - ◇ 入院を認識できるように関わる
 - ◇ 処置は最小限にする
- 患者・家族の気持ちのケア：主に医師と看護師で対応
 - ✓ 「症状が変わった時が一番心配されるのでそういう時に特に気をつけて対応している。看護師だけで対応できる場合は看護師で。医師に繋ぐ必要があれば連携して。」
 - ✓ 「家族が患者の状況にうまくついていけるよう、ムンテラが受けられるように調整している。」
※病棟看護師のヒアリングの際には、患者の苦痛を最小限に抑えることは、がんの終末期患者に限らないといったような捉え方がされているように感じられた。がん患者かどうかや終末期かどうかにかかわらず、広く緩和ケアが提供されているということなのかもしれないが、一方で終末期がん患者特有のニーズに対する認識は低い可能性もある。

4. 施設内における緩和ケアの提供に伴う課題

4.1. 入院受け入れ時に感じる課題

- 受け入れ段階での、病状説明・情報提供の不足
 - 受け入れ時、紹介元の医療機関の主治医による患者への病状告知について、施設・主治医によってばらつきがあり、積極的治療を中止することを理解していない患者も多い。
 - ✓ 「一番困るのは、大きな病院での治療が終了してから転院して来るケースで、「見捨てられて追いやられてきた。」など病状の説明を理解されてない、予後を受容できていないケース。「なぜこちらに来たらこんなに悪くなったのですか。」と言われることもある。ハード面の問題、個室がないのでがっかりされる方もいる。」
 - ✓ 「患者が高齢だと、がんの告知を受けていない場合すらあり、対応に困ることがある。」
→「入院の相談を受ける際に、紹介元の医師に「ここまで説明し

てもらわないと困ります。」と言える場合もあるが、そこまで関係ができていないケースは少ない。」

- MSW のコーディネートスキルや施設ごとの地域連携室の体制に差がある。大きな病院は MSW が対応しなければならない患者数が多すぎるため、患者・家族がどの程度理解できているのか MSW が把握できていない状況もある。

- ✓ 「ここまで患者さんが知ってないと転院した後患者さんが困る、と意識のある MSW が繋いでくれればいいが、できていない場合もある。出す側の能力が影響してくる。」

→「同業者に対してはフィードバックできることもある。スキルを上げてもらいたい。」

- ✓ 「MSW が気づかないうちにムンテラが終わっていた、一番最後転院の段階になってから渡される、など聞いたことがある。終末期患者支援を勉強する場はない。これでいいのか？と思いながらやっている。」

4.2. 個別の患者・家族対応に関する課題：対応に関する困難感（終末期医療の専門的スキルの不足）

- 終末期医療では痛みのコントロールや症状緩和だけでなく、幅広いスキルが求められるが、個々のスタッフが全てに対応するのは難しい。

（難しさを感じる局面）

- 患者・家族の気持ちの揺れ（受容の程度、意向の変化など）を把握する技術

- ✓ 「がんと診断された時の気持ちやその後どんな風に受容されているか、話を聞くタイミングが難しい。特に、がんの診断は他の病院でされている場合が多いため、タイミング的にききづらい。」

- 患者や家族の意思決定を支援する技術

- 予後の告知など、深刻な情報を患者・家族の理解度に合わせて伝える技術

→医師、看護師など医療スタッフ個々人のスキルだけでなく、他職種との協働、チーム連携のスキル両方が求められる。

- ✓ 「ムンテラが上手でない医師も。最後どこまでの医療行為をするか、どのタイミングでどう伝えるかなどの研修があると良い。」

- ✓ 「気持ちの揺れへの対応、意思決定支援、エンドオブライフケアはチームでの関わりが必要。」

- 院内の体制、環境により患者・家族の希望に沿って柔軟に対応できないことがある。

- ✓ 「病院内で食事の時間、風呂の時間などが決まっている。いい時間

に家族がいればお風呂介助してもらえるが。緩和ケア病棟だと自由にできるのでは。個室が3つしかないので、ゆっくり家族と過ごしてもらえない環境がない。」

- 意思疎通が取れない患者の対応が難しいことがある
 - ✓ 「しっかり訴えのある患者さんなら、相談して今後の対応を決めていけるが。問題行動や不快な症状の原因をアセスメントするのが難しい。」
 - ✓ 「肝性脳症なのか認知症なのか、初期の判断、対応が難しいことがある。」
 - ✓ 「家族にしかわからない、いつもと違う感じ、をうまく共有できない。」
(特にリハビリについて)
- 終末期がん患者特有の難しさ（終末期医療の専門的スキルの不足）
 - がんリハビリが患者・家族にほとんど知られておらず、リハビリの目的やゴールを患者と共有するのが難しいことがある。
 - ✓ 「通常リハビリは改善を目指してやる。終末期がん患者にとって、頑張っリハビリをするというイメージは持ちづらい。」
 - ✓ 「残された時間をなるべくよく過ごしたいという患者さんと、リハビリ？というところが難しい。患者さんのゴールとリハビリのゴールがうまく会えばよいが。」
 - がんと他の疾患が合併している場合、どの疾患のためにこの症状が出ているなど、病状理解が難しい。
 - 体調の変化が大きく、スケジュール通り介入できないことも多く、柔軟な対応が求められる。
 - ✓ 「整形の患者さんには尻を叩いて、ということもできるが。抑え加減が難しい。家に帰りたいと言っていたけど、こんな感じでいいのだろうか？と思うことも。」
 - 患者の置かれている状況の深刻さから、ケアの質はスタッフ個人・施設の能力によってしまう部分大きい。
 - ✓ 「疾患の難しさ、社会的部分の難しさ、研修の場自体が少ない。標準化されていないと施設ごとの独自性が出てきてしまう。」
 - ✓ 「がん患者さんの状況を知れば知るほど、介入が難しくなることがある。」

4.3. 緩和ケアに対する認識の低さ

- 家族によって終末期医療への理解に差がある。
 - ✓ 「県病院に行かれていた方は、ホスピスを勧められることもあるようで「やはり最期はホスピスで。」と希望されるが、全くホスピスを知らない方も多い。」
- 早期からの緩和ケアが医療従事者の間で十分に広まっていないと感じる。
 - 痛みのスケールを使用せずにアセスメントをしているケースの存在
 - 緩和ケア＝痛みのコントロールという認識も強く、気持ちの支援ができていない
 - ✓ 「緩和ケアを専門とした医療スタッフが不足していたり、スタッフごとに力量の差があったり。質を担保する体制がない。事例を振り返って学んでいくしかない状況。十分に早くから緩和ケアが提供されているとは言えないのでは。」

5. 研修・教育に対するニーズ

- がん患者の終末期だけでなく、高齢者の老衰による終末期ケアニーズも聞かれた。
 - ✓ 「いつどんな状態になるかわかりづらく。ケアを組み立てづらい。」
- 認知症患者への対応の仕方について
 - ✓ 「今までは薬の使用や、身体拘束に近い形になってしまったが、認知症の方の行動の意味を知ることができたら対応が変わってくるのでは。ダメダメと止めるばかりだけでなく、一緒に何かやるなど、問題行動をそれ以外の行動に転換することができたり。」
- 緩和ケアに限らず、一般の症状の観察、アセスメントに関するニーズ
 - ✓ 「スタッフみんな同じように患者さんの観察ができれば。」