
特集：当院におけるがん診療の現在地—当院が生き残るためには

だれもが、どこにいても緩和ケアが継続して受けられる地域づくりのために
当院ができること

Our role for seamless palliative care

大竹 美幸

Miyuki OTAKE

第4期がん対策基本推進計画では、がんと診断された時からすべての医療従事者により緩和ケアが提供される体制整備や啓発普及の強化、拠点病院と地域の医療機関が連携した患者支援の強化が取り組むべき施策として挙げられている。院内では基本的緩和ケアの啓発普及のため、はしわたしーとの活用や研修会の実施、コンサルテーション活動を行っている。また、緩和ケア外来・緩和ケアチーム・緩和ケア病棟において専門的緩和ケアを提供し、拡大するニーズに応えながらさらなる質の向上を目指している。緩和ケアセンターは院内の緩和ケア提供体制の拠点組織としてだけでなく、地域単位での緩和ケア提供体制の質的な向上に寄与することが求められている。都道府県がん診療連携拠点病院として教育・研修の実施、在宅支援関係者や緩和ケア病棟との定例会、緩和ケア地域連携カンファレンス等の取り組みを行っている。

はじめに

令和5年3月に第4期がん対策基本推進計画が閣議決定された。平成19年6月に策定された第1期がん対策基本推進基本計画以降、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」は重点課題として掲げられ、計画に基づき緩和ケア研修の実施、拠点病院における緩和ケアチームや緩和ケアセンターの設置など緩和ケア提供体制が整備されてきた。当院では平成27年に専門的な緩和ケアを統括する院内拠点として緩和ケアセンターが設置され、平成31年2月には県内のがん診療連携拠点病院として初めての緩和ケア病棟が開設された。緩和ケアニーズに応じて緩和ケア科医師・緩和ケアセンター看護師も増員され、院内で専門的緩和ケアを提供するシステムは拡充を続けている。

第4期がん対策基本推進計画では「誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての国民とがんの克服を目指す」を全体目標とし、緩和ケアは3つの柱である「がんとの共生」に加え、「がん医療の提供」にも位置づけられた。都道府県がん診療連携拠点病院の緩和ケアセンターは院内の緩和ケア提供体制の拠点組織としてだけでなく、地域単位での緩和ケア提供体制の質的な向上に寄与することが求められて

いる。「だれもが、いつでもどこにいても、尊厳をもって暮らしていくことができる」医療・ケアの提供を目指し、当院が行っている緩和ケア提供体制の現状と取り組み、都道府県がん診療連携拠点病院に求められる役割と今後の展望について以下に述べる。

1. 院内の緩和ケア提供体制の現状

1) 基本的緩和ケアの提供

当院では苦痛のスクリーニングとして、全ての患者に「はしわたしーと」という独自のスクリーニングシートを渡している。相談内容に応じて緩和ケアセンターまたは患者サポートセンターが初回面談を行い、必要に応じてがん看護外来、緩和ケアチーム等につなげている。「はしわたしーと」は外来・病棟の複数個所に設置されており、患者が困ったときにいつでも相談できる利点がある。しかし用紙を配布するだけに終わったり、医療者が困ったときの専門家へのアプローチ手段として使用されることもあり、再発時・治療変更時など適切なタイミングで医療者がスクリーニングに用いるツールとしては十分に機能していない現状がある。活用方法の周知を継続するとともに、「はしわたしーと」について評価を行い苦痛のスクリーニングについて検討する予定

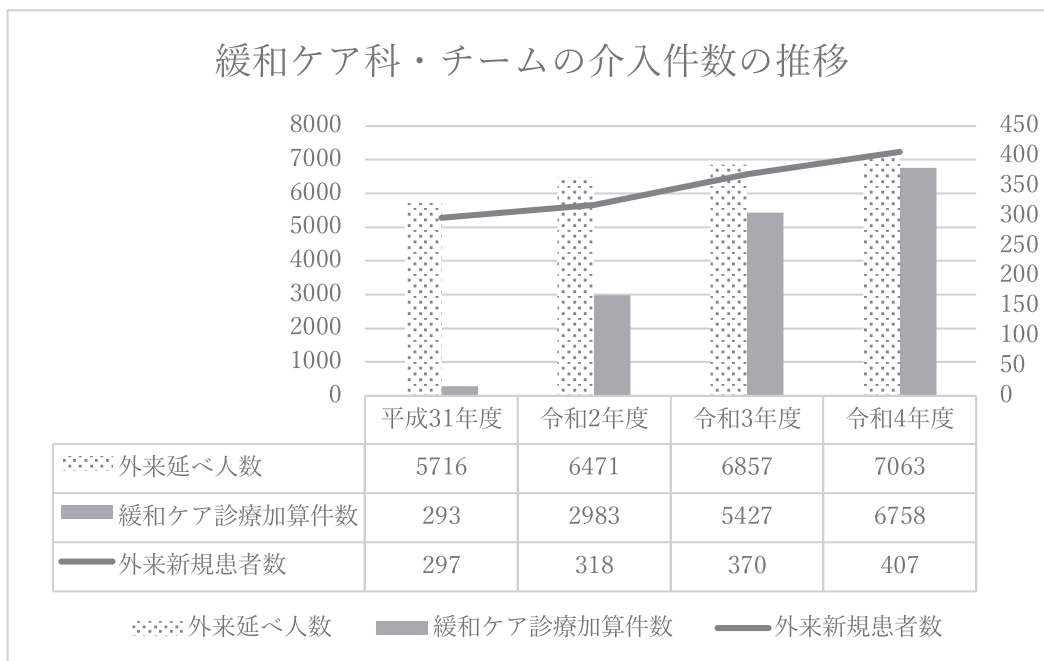


図 1

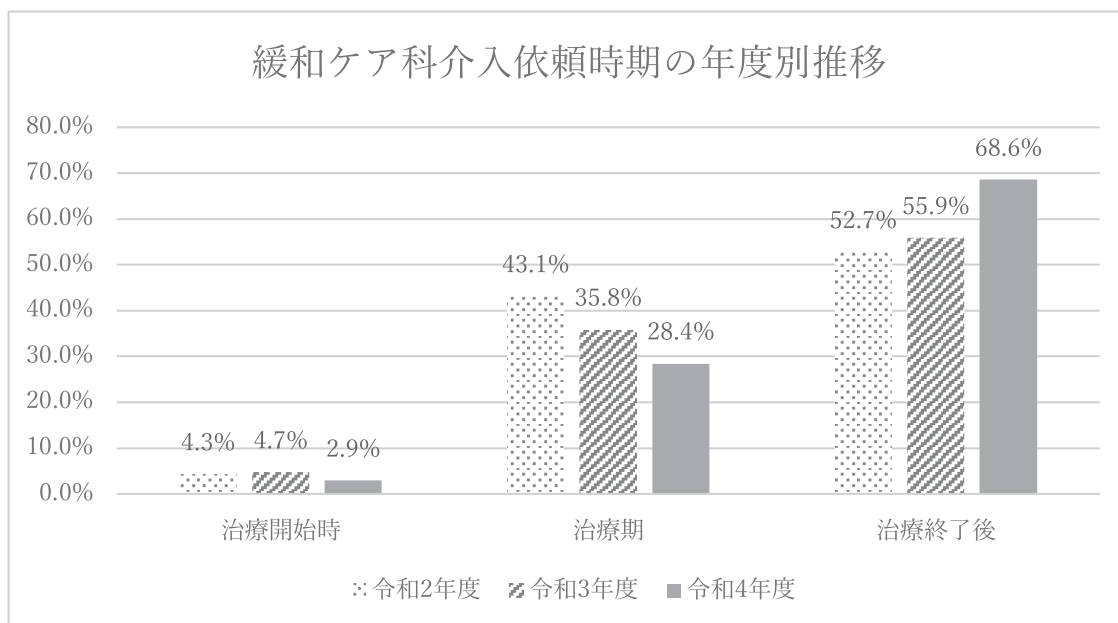


図 2

である。

スタッフの基本的緩和ケア実践能力の向上に向けて、各種研修を実施しているほか、症状緩和・スピリチュアルケア・家族ケアなど緩和ケアに関する基本的な内容をまとめた緩和ケアマニュアルを作成し、定期的に改訂を行っている。また、今年度は緩和ケアセンター看護師が外来・病棟カンファレンスに積極的に参加することをBSC (Balanced Scorecard) 目標に挙げている。臨床でタイムリーに起こっている症状緩和・意思決定支援・家族ケアな

どケア提供上の困難に対し、一緒に問題を整理したり、違う視点で事象をとらえることで支援の糸口を見つけ、スタッフの対応力を高める支援につなげていきたいと考えている。

2) 専門的緩和ケアの提供

①緩和ケア外来・緩和ケアチーム

緩和ケア外来受診者数は令和4年度実績で新規患者407名、外来延べ人数7063件と年々受診者数を増やしている。(図1) 当院に通院中の患者を対象とし、主科からの紹介により介入を開始する。初診は

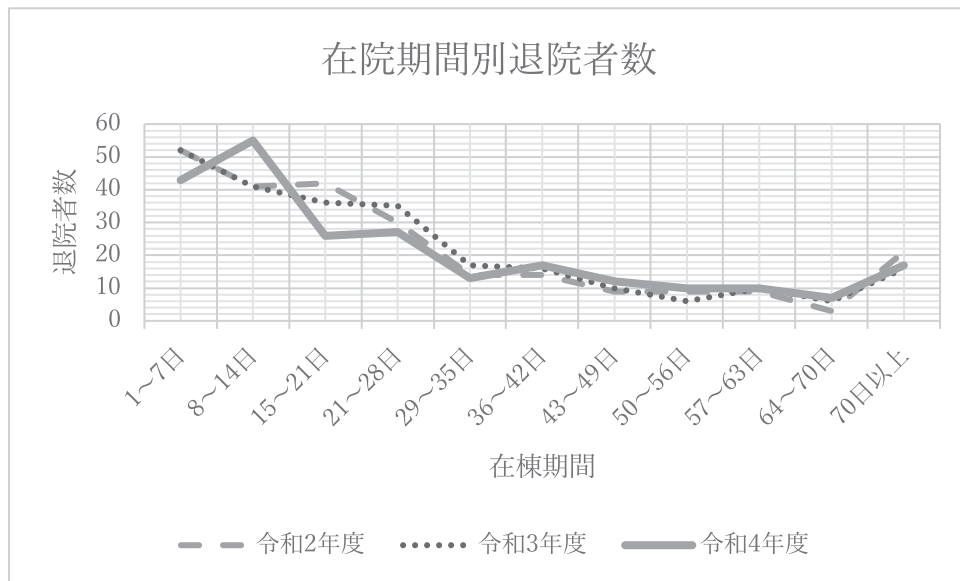


図3

外来看護師に加え緩和ケアセンター看護師も同席し、依頼内容に対するアセスメントや介入方針の決定、潜在的なニーズの把握を多職種で行っている。また緩和ケア外来は緩和ケア病棟看護師が主に担当しており、緩和ケア病棟入棟予定者の入院前訪問や、退院後のフォローアップ面談により継続支援ができる体制をとっている。入院中の患者に関しては「緩和ケア実施計画書」を作成し、緩和ケアチームの介入目標を患者と共有している。実施計画は精神科医師、臨床心理士、薬剤師、栄養士、理学・作業療法士など多職種が参加する緩和ケアチームカンファレンスで、症状に対する多面的なアセスメントや、介入計画の妥当性を検討している。カンファレンスの内容は診療録に記載し、主科担当チームのスタッフと共有している。令和元年9月より緩和ケア診療加算の算定が可能となり、患者サービスの向上とともに持続可能なサービスの実現にむけ病院経営にも寄与することができている。

介入依頼時期及び依頼内容に関しては図2に示す通りである。例年積極的がん治療の終了後が最も多くなっているが、年次別に比較すると診断期・治療期の依頼割合が減少している。緩和ケア病棟の利用の依頼が相対的に増えていることも影響しているが、緩和ケアチームによるコンサルテーションや、緩和ケア研修会等の基本的緩和ケアに関する教育研修の効果により、診断期や治療期の依頼内容の多くを占める身体症状や精神症状の緩和が、主科において実践できているものと考えられる。

②緩和ケア病棟

平成31年2月に緩和ケア病棟を設置した。当院緩和ケア病棟の特色は、緩和ケアチームをはじめとし

た多職種による集学的緩和ケア、診断・治療期から看取りまで切れ目のない緩和ケアの提供である。令和4年度実績で新規入院患者数235名、病床利用率は88.1%であった。高次緩和ケアを重視し基本的には長期療養は行わないことし、患者の病状や意向に合わせ在宅への移行も積極的に推奨している。しかしCOVID-19の感染対策とした一般病棟の面会制限の影響により、面会を目的とした入棟が多く、緩和ケア病棟入棟後2週間以内の退院が約4割を占めている。(図3) 令和4年度の在宅復帰率は6.4%であった。また在宅支援診療所と連携し、当院の通院歴があり主科の対応が可能な患者に限り、一般病棟に入院後、緩和ケア病棟転棟の受入れを行っている。

2. 緩和ケアに関する教育・研究

1) 基本的緩和ケアに関する研修

緩和ケアは診断された時からすべてのがん患者に提供されることを目標としている。緩和ケアの対象はがん・後天性免疫不全症候群の他、心不全・COPDなどの慢性疾患や認知症など拡大しているが、症状緩和や意思決定支援、患者の価値観や意向に合わせた治療やケアの選択は、疾患を問わずすべての医療者が提供できるようにしていく必要がある。がん診療等に携わるすべての医療従事者が基本的緩和ケアを実践できるよう、当院ではがん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会(PEACE)、ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム、コミュニケーション技術研修会(CST)を開催している。いずれの研修もグループワークやロールプレイを通じて、考え、体験することで即実

表 1

研修名	対象	目的・内容
がん医療にかかわる医療者のための緩和ケア研修会 (PEACE)	がん診療に携わる医師・看護師・薬剤師などの有資格者	基本的な緩和ケアの習得 e-learning (概論, 症状緩和など) + 集合研修 (事例検討, ロールプレイ)
ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム	卒後3年以上の看護師	エンドオブライフケアを提供する看護師に必要な知識を教育するためのプログラム (講義+事例検討+ロールプレイ)
コミュニケーション技術研修会 (CST)	がん診療経験3年以上の医師	難治がん, 再発, 抗がん剤治療の中止など悪い知らせを患者に伝えるロールプレイ

践に活かせるよう工夫されている。受講希望者は開催初期に比べて臨床研修医などの若年層, 非がん疾患の診療に従事する医療者, 訪問診療に従事する医療者など受講者の多様化が目立っている。

2) 緩和ケアチーム研修

新潟県内には当院を含め14か所の病院で緩和ケアチームが組織されている。県内の緩和ケアチームの質の向上と機能強化を目的とし, 令和元年度より新潟県の委託を受け, 緩和ケアチーム研修を年1回開催している。

3) 緩和ケアを専門に学ぶ医師・看護師の実習の受け入れ

当院は日本緩和医療学会認定研修施設であり, 緩和ケアを専門に学ぶ医師の研修受け入れを行っている。また初期研修医の育成プログラムとしてがんの4大治療に合わせた4つの重点コースを設定しているが, その一つとして緩和ケア外来・緩和ケア病棟・緩和ケアチーム活動において初歩的な医学技術や処置・コミュニケーションを学ぶことができる「緩和ケア重点コース」を設けている。令和5年度は新潟県外より2名の初期研修医が研修中である。その他医学部生, 緩和ケアを専門とする看護大学院生の実習を受け入れている。

3. 緩和ケアにおける地域連携

がん患者は病状の変化が速く, 症状マネジメント, 患者・家族の心理支援が必要であり, 患者が望む場所でその人らしく過ごすためには, 緩和ケアが切れ目なく提供される必要がある。がん患者が望んだ場所で過ごすことができるよう, 地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関と緩和ケア提供体制の整備を推進するため当院では以下の取り組みを行っている。

1) 緩和ケアリンク新潟

平成20年より, 新潟市内でがん患者の在宅療養支援に関わる病院と地域の医療・介護福祉関係者有志のグループで, 顔の見える関係づくりや在宅緩和ケアに関する知識・情報の共有・発信を目的とした定

例会を開催している。現在は当院・新潟市民病院・在宅ケアクリニック川岸町が世話人となり年6回の開催を目標に定例会を行っており, 毎回30名~50名前後の参加者が集っている (令和4年度はコロナウイルス感染症流行のため1年間休会)。令和5年7月に64回目となる定例会を実施した。

2) 緩和ケア病棟交流会

令和元年より県内のホスピス・緩和ケア病棟を有する病院が持ち回りで交流会を企画・実施している。当院は令和4年度に各施設の稼働の状況や面会制限に関する情報交換をテーマに交流会を実施した。

3) 緩和ケア地域連携カンファレンス

令和4年8月都道府県がん診療連携拠点病院の要件として「地域の病院や在宅療養支援診療所, ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して, 緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月1回程度定期的に開催すること。」が新たに追加された。苦痛や機能障害をもった患者がどこにいても適切な薬物療法, 生活支援, 心理的サポートなどが受けられるよう, 地域の多職種連携のネットワークやコンサルテーション体制の構築, 医療機関と介護事業所等との連絡体制の確保, 連携における課題の共有について取り組むために緩和ケア地域連携カンファレンスを開始した。今年度は新潟医療圏を中心にカンファレンスを行い, 課題やニーズを明らかにすることを目的としている。

4. 「だれもが, どこにいても緩和ケアが継続して受けられる地域づくり」のために当院が果たす役割と課題

がん患者の過ごす場は在宅・緩和ケア病棟にとどまらず, 地域の後方支援病院や有料老人ホーム, 小規模多機能型居宅など多岐にわたっている。緩和ケアが切れ目なくどこにいても提供できるように, 地域単位での取り組みが求められている。新潟県がん対策推進計画では, 緩和ケアにおける課題として, がんと診断された時からの緩和ケアががん医療のなか

で十分に提供されていないこと、緩和ケアチームの実績や体制等に格差がみられること、専門的な緩和ケアを担う医療従事者の不足があげられている。拠点病院としての責務の一つが、教育・研修である。

基本的緩和ケア教育、専門的緩和ケアを担う医療従事者の人材育成にあたっては、前述のとおり緩和ケア研修会・ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムを企画・実施している。これらの研修受講者の背景の多様化に伴い、講義内容自体も非がん疾患に関する緩和ケアのe-learning拡充やがん緩和ケアの応用、地域連携やアドバンスプランニングなどに注力したものに变化してきており、ファシリテーターにはより実践的な支援が求められている。また、他の拠点病院が対面での研修を計画している中、がんの専門病院かつ都道府県の拠点として、県内全域で勤務する医療関係者が参加しやすいよう、当院は昨年に引き続きオンライン研修とした。今後も受講希望者の勤務地や勤務形態などの背景やニーズを分析しながら、広域から参加しやすくかつ教育効果の高い研修を企画していきたいと考えている。当院は緩和ケア科医師、専門・認定看護師などの人的リソースが、拠点病院の中で最も充実している。緩和ケアチームの介入実績があることや、緩和ケア病棟を有していることから、実地教育施設として果たす役割が大きい。緩和ケアを専門的に学んでいる医師・看護師の受入れはもちろんのこと、受入れシステムの整備や支援担当者の育成を行い、ジェネラリストナースの教育など医療者が広く緩和ケアを学べる場づくりとしていきたい。

教育・研修以外の役割では地域の緩和ケア連携の強化や、連携における課題を抽出し取り組むことである。新潟市近郊の在宅医療関係者とは、緩和ケアリンクにおいて在宅緩和ケアに関する事例検討や情報共有を行う機会が定期的にあるが、時間外の開催のため院内スタッフの参加が少ない現状がある。参加者からは「様々な職種の関係者が工夫をしながら患者のケアを考え実践しているのが良かった」「過ごす場や、人が変わることで病院では見えなかった患者の姿が見えた」という感想も聞かれ、病院で過ごす時間も患者の人生や支援のプロセスの大切な一部であることを実感できる場となっている。病状の進行や治療によって生じた変化に対して、できるだけ生活への影響や不安が少なく、患者が対応できる形で地域につなぐ重要な役割を病院が持っているこ

とを知り、実践に活かせる場として院内スタッフも積極的に参加できるよう取り組みたい。また、緩和ケアに関する地域連携に関しては、がん診療連携協議会緩和ケア部会でも情報共有を行っている。在宅医療関係者や後方支援病院との定期的なカンファレンスを実施している拠点病院は少なく、在宅療養をしている患者のバックアップ体制も各施設・診療科ごとの対応にゆだねられている実情があった。療養先によって使用できる薬剤が異なる、患者の意向・価値観がサマリーでは伝わりづらい、緊急時の問い合わせ先がわからないなど、様々な課題に対して拠点病院として何ができるのかはまだ手探りの状態である。今年度は事業者別・地域別にカンファレンスを実施し、顔の見える関係性の構築や課題の抽出を目標としている。抽出された課題に応じ、緊急緩和ケア病床の活用やコンサルテーション体制の整備、緩和ケアに関する情報の集約など県と協議しながら当院にできることに取り組んでいきたい。

おわりに

本稿では「だれもが、どこにいても緩和ケアを継続して受けられる」ことをテーマに、都道府県がん診療連携拠点病院・緩和ケアセンターとしての役割を述べた。しかし一番重要なのはすべての医療スタッフが患者は何を苦痛に思っているのか、何を大切にしているのかをキャッチし治療やケアにつなげていく基本的な緩和ケアが提供できることである。

自身の立場から、看護師が多様化・高度化するケアニーズや変化する職場環境の中で、ケアの不全感や困難感に直面していると感じることがある。できない、難しいとあきらめるのではなく、知恵を出し合い一緒に考えたり、できているのに気づいていないことを一緒に見つけたりしながら、スタッフ全員で緩和ケアを提供できる病院を作っていきたい。

参考文献

- 第4期がん対策基本推進計画 厚生労働省HP 8月19日 (www.mhlw.go.jp/content/10901000/001077912.pdf)
- 第3次新潟県がん対策推進計画 (<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/259010.pdf>) 8月19日
- 丸山美香. 当院の緩和ケアのシステム概要について. がんセンター医誌. 58 (1). 2019
- 本間英之, 中島真人. 緩和ケアの現状と当院緩和ケアに期待されるもの. がんセンター医誌. 58 (1). 2019
- 若尾文彦. がん診療連携拠点病院と地域との連携について. がんと化学療法. 48 (6). 2021