

特集：緩和ケア – 当院の取り組みと地域連携

相談支援センターの役割

The Role of Consultation and Support Center

神 保 圭 子

Keiko JIMBO

要 旨

平成19年1月、厚生労働省から「都道府県がん診療連携拠点病院」として指定されたことを受けて、同年4月、がんに関する様々な相談に応じる窓口として院内に「相談支援センター」が開設された。

開設に当たり多種・複数の専門職が配置され、現在、患者とその家族を対象に、治療に係わる相談から転院や在宅療養に向けた支援まで幅広く相談に応じている。

相談支援センターの役割と活動実績、緩和ケア患者とその家族との係わり等について報告する。

はじめに

当院では従来、患者やその家族を対象とした治療や転院等の相談支援業務については、「医療相談室」を設置し、唯一配置された医療ソーシャルワーカー（1人）を中心に対応してきた。このため、医療、看護分野の専門的な相談やカウンセリング等の心理的なサポートが求められる場合、必要に応じて関係部署と個別に連携を図りながら対応してきた。

こうした状況の下、平成18年2月、厚生労働省から「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（表1）が示され、これを受け、当院の拠点病院申請も認められ、平成19年1月、本県唯一の「都道府県がん診療連携拠点病院」として指定を受けることになった。

前述の拠点病院の整備に関する指針を踏まえながら、当院では院内体制の整備を進め、同年4月には従来の「医療相談室」の機能を強化し、「相談支援センター」へ再編・設置することとした。

相談支援の強化に向けては、従来の医療ソーシャルワーカー（1人）に臨床心理士並びにがん看護専門看護師の2人が配置されたことで、福祉制度に関する情報提供や転院先の調整等の支援に加え、心理面のサポートや医療、看護分野における専門的な相談等の幅広いサービスをワンストップで提供できる体制が整備されることになった。

表1 がん診療連携拠点病院の整備に関する指針

◎情報提示体制

(1) 地域がん診療連携拠点病院内に相談支援機能を有する部門（相談支援センター等）を設置すること。

① 当該部門に専任者が1人以上配置されていること。

② 当該部門は、地域がん診療連携拠点病院内外の医療従事者の協力を得て、当該拠点病院内外の患者、家族及び地域の医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。

<相談支援センターの業務>

ア 各がんの病態、標準的治療法等がん診療に係る一般的な医療情報の提供

イ 地域の医療機関や医療従事者に関する情報収集、紹介（ア）医療機関の診療機能、入院・外来の待ち時間、訪問看護を提供した患者数等

（イ）医療従事者の専門とする分野、経歴、発表論文、医師あたり紹介患者数等

ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介

エ 患者の療養上の相談

オ 患者、地域の医療機関、かかりつけ医（特に紹介元・紹介元の医師）等を対象とした意識調査

カ 各地域における、かかりつけ医等各医療機関との連携事例に関する情報の収集、紹介

キ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談

ク その他、相談支援に関すること

（注）相談支援センターの業務については、積極的に広報すること。

平成18年2月厚生労働省 健発第0201004号「がん診療連携拠点病院の整備について」より抜粋

このような体制の整備と同時に患者やその家族、地域の医療機関等から寄せられる相談件数は年々増加傾向にあるとともに、その内容も複雑化・多様化してきており、相談支援センターに求められる役割や期待はますます大きくなっている。

I 相談支援センターの役割

相談支援センターの特徴は、患者やその家族、地域の医療機関に対する専門性を活かした相談・情報提供にある。具体的な支援内容としては以下のとおり整理できる。

[センターに配置されている各専門職の役割分担]

職種名	主な相談内容
臨床心理士	患者・家族への精神面の支援、カウンセリングなど
がん看護専門看護師	病気や治療に係る情報提供、療養上の相談、セカンドオピニオン・緩和ケアの相談など
医療ソーシャルワーカー	各福祉制度の紹介や手続きの説明、転院や在宅療養に向けた支援など

以上のように、それぞれの専門職が個別に応じる相談に加え、相談支援センター内の3人の専門職が協力しながら対応したり、院内の関係職種（主治医、看護師、薬剤師、栄養士、機能訓練士）等と連携を図ったりすることも少なくない（図1）。

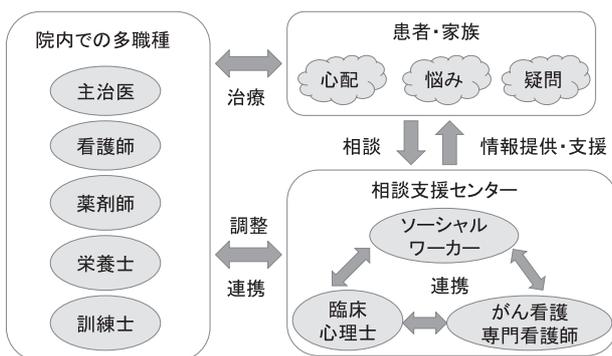


図1 院内での多職種連携

また、院内にとどまらず、院外の関係機関（地域の医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、行政機関、各入所施設等）との連携も必要となる場合もある（図2）。

このため、当センターの相談支援業務は、患者や家族、地域の医療機関を対象とするばかりでなく、患者側の視点に立ちながら、最適な療養生活とは何

かを常に考えながら、院内と院外の関係機関をつなぐパイプ的な役割を担っている。

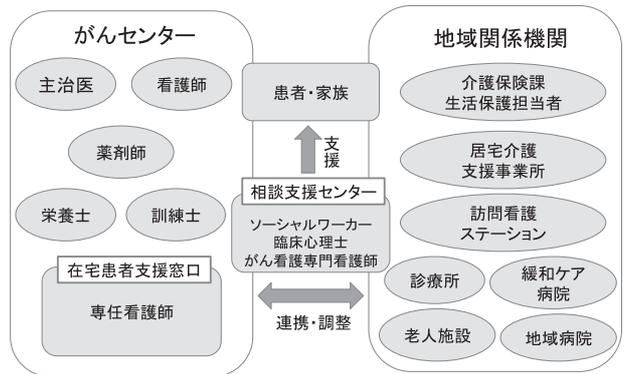


図2 院外での地域連携

II 活動実績

当センター開設前の「医療相談室」における相談援助延べ件数は3,323件（平成18年度）だったが、直近の平成20年度の実績は7,538件で、開設前と比較して約2.3倍増となっている。

特に相談件数の伸びが大きいのは、セカンドオピニオンをはじめとした疾病相談を含む「その他の相談」であり（図3）、このことは主治医に依存した治療から患者自らが選択・決定する治療へと変わってきている顕れではないかと考えられる。

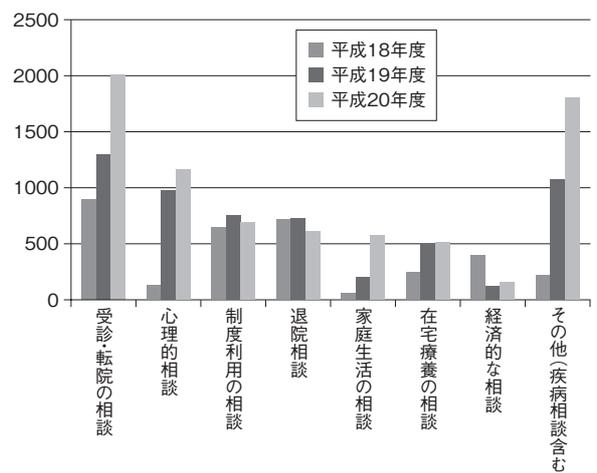


図3 相談総数伸び率

また、このように患者等が自ら選択し、決定する過程が、逆に患者やそれを取り巻く家族等の精神的負担を大きくすることにつながっていると考えられ、相談内容でみると「心理的相談」の件数も増加してきている。

相談者を入院、外来別でみた場合、入院患者から

の相談が全体の7割を占めており(図4)、入院中あるいは退院に向けて、様々な不安を感じる患者やその家族が数多く存在していることも推察される。

併せて当センターの設置以来、相談者の中心は当院の患者やその家族であるが、日々、普及啓発に取り組んできた結果もあり、院外患者からの相談件数も増加し、設置後の2年間で6.5倍増となっている(図5)。

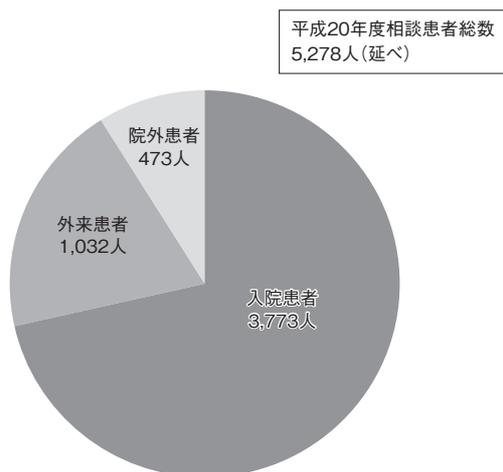


図4 平成20年度入院外来別患者割合

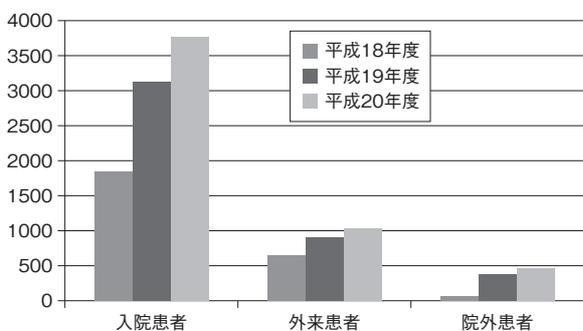


図5 入院外来別相談患者数

次項では寄せられる様々な相談の中で、特に昨今、件数や内容ともウェイトが高くなってきている緩和ケアに関する相談に関して次に述べる。

Ⅲ 緩和ケア患者に対する関わり

1 支援の基本的な考え

相談支援センターでは、支援時期や療養場所等を問わず、患者とその家族ががんと診断を受けた時から、治療中や退院後の療養期、緩和ケアへの移行期など、その経過に合わせた支援を行っている。

このため、まず、病気を受け止める際の精神的な

支援から、終末期の療養先に関する相談、死別後の遺族への支援まで、内容は幅広く多岐にわたる。¹⁾ 具体的には、以下のとおりである^{2),3)}。

(1) 患者・家族の自己決定を支援

患者や家族を社会における「1人の生活者」として捉え、病気とどう向き合うか、どのように生活していきたいか等、「人間らしさ」を重視し、患者や家族がより良い方法を選択できるよう、情報提供やコーディネートしていくことで自己決定を支援している。

(2) 心理的・社会的な苦痛を緩和

患者が感じる「痛み」には、身体的痛みは勿論、不安に代表される「心理的苦痛」、経済的問題などの「社会的苦痛」がある。当センターでは、この中でも、特に心理的・社会的な苦痛の緩和を目的に、患者とその家族の心配、不安な思いを傾聴しながら、生活していくための課題を整理し、解決できるよう支援を行っている。

(3) 関係機関等との連携強化

患者とその家族が生活する地域の中で、より快適な療養生活を過ごしていくためには、地域に存在する「社会資源」の活用が必要であり、地域の関係機関や関係職種との関わりが不可欠である。

このため当センターでは、その社会資源の情報収集に注力しており、地域の関係機関並びに職種との連携強化に努めている。

(4) 死別後の遺族に対する支援

大切な人の死を受け止めるため、遺族の悲嘆な感情を傾聴し、遺族からの相談に継続的に対応できるよう、主に家族会等に対する情報提供を行いながらサポート体制構築に取り組んでいる。

2 療養先の選択

積極的ながん治療から緩和ケア治療に治療方針が転換される際、患者には心と生活の両面でのギアチェンジが求められる。²⁾

まず、生活面におけるギアチェンジを考える際の一番の課題は、療養先の選択である。療養先としては、在宅あるいは緩和ケア病院への入院等が考えられる。当センターに寄せられる相談内容の中でも、在宅療養に向けた退院の相談、緩和ケア病院への転院の相談が占める割合は、年々増加傾向にある。

実際、公的介護サービスを利用できたとしても、介護に要する家族の負担は大きいという、従前と比較して、家族の介護体制が弱体化していることから、昨今、在宅療養より緩和ケア病院への入院を希望するケースが多い。

(1) 在宅療養の場合

在宅療養を検討する際の必要な要素を以下のとおり整理する^{4),5),6)}。

① 在宅療養に関する強い希望

患者が自らの病状を理解し、その上で在宅療養を希望するとともに、家族もこれを了解・受容していること。

② 医療支援システムの充実

緩和ケアに係る医療の知識・技術を有する往診医、訪問看護師が定期的に訪問するほか、24時間体制の電話相談や臨時往診等のサービス提供体制が整っていること。

③ 住居環境と介護体制の整備

介護用ベッドなど必要な用具が整い、療養しやすい住宅環境が整備されるとともに、家族以外にヘルパー等の介護支援体制が整っていること。

④ 一定程度の苦痛症状の緩和

苦痛を伴う症状が頻繁に発生する場合、たとえ患者本人が在宅療養を望んだとしても、在宅における苦痛緩和には限界がある。そのため、在宅療養を行う上では、一定程度の苦痛症状の緩和が必要であること。

⑤ バックベットの確保

家族の介護力、患者の苦痛症状緩和の限界を踏まえ、在宅療養が難しくなった場合に、入院可能な医療機関と連携が取られていること。

当センターでは、以上の各要素について患者やその家族と確認しながら、在宅療養に向けた準備を行っている。また、これに加え、退院後における地域の関係機関、関係職種と患者やその家族との円滑な係わりを支援するため、当院の在宅患者支援窓口である専任看護師がパイプ役としての役割を果たす場合も多い。

患者の症状を見極めながら在宅療養に向けた準備を進め、支援体制が整ったとしても、病状悪化が進み、結果として退院できず亡くなる場合もある。こうした事例を少しでも減らすためにも、従来以上に公的な介護サービスの充実と地域の医療支援システムの整備に努める必要があると思われる。

これに併せて、緩和ケアの対象患者の在宅療養を検討する際には、最適な退院時期を逃さぬよう、院内・院外連携を密にしながら、必要な支援を見極め、いち早く体制を整えていく流れを確立しなければならない。

このため、日ごろから関係機関相互が情報や課題を積極的に共有化し、同じ視点で業務に取り組むことのできるよう、携わるスタッフのレベルアップが不可欠になるものと考えている。

(2) 緩和ケア病院へ入院する場合

日本ホスピス緩和ケア協会の調べによると平成21年5月1日時点で、全国のホスピス・緩和ケア病棟数は193、ベッド数は3,766床となっている。このうち県内は、新潟医療センター、白根大通病院、南部

郷厚生病院併設郷和、長岡西病院の4病院で、ベッド数は96床となっている。一方、前述のとおり、家族の介護体制の弱体化等を背景に、緩和ケア病院への入院希望に関する相談は年々増加している。

緩和ケア病棟においては、厚生労働省の定める基準(表2)により、専任医師や看護師の配置数や必要な設備など、一般病院に比べて細やかな配慮がなされている。具体的な特徴としては、抗がん剤などによる積極的ながん治療は行わず、苦痛緩和を中心としていた治療にあたるほか、患者とのコミュニケーションを重視しながら、心のケアに力を注いでいる。また、面会時間の制限が少なく、付き添いの設備が充実しているなど、家族へもサポート体制も整備され、患者や家族にとって可能な限り家庭生活を再現しようとする理念を反映したものとなっている。⁴⁾

表2 緩和ケア病棟入院料の施設基準

- ① 悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。
- ② 夜間において、看護師が複数配置されていること。
- ③ 当該病院の医師の員数は、医療法に定める基準を満たしていること。
- ④ 当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに1名以上の常勤医師が配置されていること。
- ⑤ 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、8平方メートル以上であること。
- ⑥ 当該病棟内に患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。
- ⑦ 当該病棟は、全室個室であって差し支えないが、特別な療養環境の提供に係る病床の数が5割以下であること。
- ⑧ 入退棟に関する基準が作成され、医師、看護師等により当該病棟の患者の入退棟の判定が行われていること。
- ⑨ 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に説明が行われていること。

平成20年3月厚生労働省 保医発第0305002号：基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて「緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等」より抜粋

しかしながら、入院希望者のすべてが速やかに入院できる程度のベッド数がある状況にはなく、入院申込後、入院することができるまでには数ヵ月を要する現状にある。

当センターにおいては、緩和ケア病院への入院手続きに関するサポートを行うほか、入院までの間における療養先について相談し、関係機関との連絡調整を行う場合もある。一時的な地域の医療機関への入院や公的介護サービスを活用した在宅待機など、患者とその家族の意向を踏まえた調整を行っている。

残念ながら、入院を待つ間に病状悪化のため亡くなる患者も少なくないことから、緩和ケア病棟の増設・増床を含め、必要に応じた施設整備への支援が期待される。

IV 今後の課題

相談支援センターの今後の課題について、以下のとおりである。

1 地域の関係機関や関係職種との連携強化

在宅療養や緩和ケア病院の入院を考える上で、地域の関係機関や関係職種との連携は必要不可欠である。患者の病状や希望に沿った効率的な支援や効果的な情報収集に向けて、従来以上の連携強化が重要である。

2 死別後の遺族に対する支援

遺族は患者との死別後、何らかの心理的な問題を抱えることが多く、継続的な支援を必要とする。しかし、その支援を院外の家族会に頼らざるを得ない現状にある。今後は、当院においても継続的な遺族支援が行えるよう、体制整備を検討していく必要がある。

3 スタッフの資質向上

患者とその家族からの相談に応じる以上、いずれのスタッフにおいても患者の病状に適した同じレベルの対応が必要である。このため、緩和ケアに精通した知識・技術の習得やコミュニケーション能力の向上等、研修等の機会を活用した相談の質の向上に配慮する必要がある。

おわりに

当センターの日々の相談件数をみると、患者やその家族、地域の医療機関をはじめ様々な関係機関からの期待の大きさを痛感している。

患者やその家族の不安や負担を軽減し、少しでも快適な療養生活を過ごしてもらうことができるよう、また、地域における関係機関から、より専門性の高い病院と認めてもらえるよう、引き続き、センターの機能充実・強化に取り組んでいきたい。

文 献

- 1) 田村里子：緩和ケアにおけるコメディカルの役割と人材育成 ソーシャルワーカー：ホスピス緩和と白書2006。(財)日本ホスピス緩和ケア研究振興財団編. p 39-41.2006.
- 2) 橘直子：ソーシャルワーカーの立場から：がん医療マネジメント研修会 第6回シンポジウム記録集. p12-13.2008.
- 3) 大松重宏・大橋英理：緩和ケアチームにおけるソーシャルワーカーの役割：すぐに役立つ緩和ケアチームの立ち上げと取り組みの実際.並木昭義ら編. p150-159. 真興交易(株) 医書出版部. 2007.
- 4) 鎌田昌彦：退院後のがん患者と家族の支援ガイド. 日本ホスピス・緩和ケア研究会編. p11-15,23-25. プリメド社. 2008.
- 5) 蘆野吉和：在宅緩和ケア総論：在宅医療テキスト.在宅医療テキスト編集委員会編.p90-92.財団法人 在宅医療助成勇美記念財団. 2006.
- 6) 山崎章郎：在宅医を生きる ケアタウン小平の取り組みから.[引用2009-11-25]. <http://www.phcd.jp/kenshu/H210129/yamazaki2.pdf>