

序 文

2007年に施行されたがん対策基本法は、全国のがん治療の均てん化が大きな目的でしたが、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」という文言が盛り込まれました。これにより、緩和ケアは医師への教育や一般市民への啓発活動をとおして拡大してきました。しかし、全国82大学の医学教育は大学病院の緩和ケアを考える会(以下、当会)の調査によると、各大学でさまざまな教育がなされており、標準化はされていません。

当会は1995年に発会后、大学病院での緩和ケア活動のサポートとともに、医学生への緩和ケア教育を提案し推進してきました。2004年には、医学生向けのテキスト『臨床緩和ケア』を刊行し、医学部教育の指標とすべく活動を続け、最新の知見を網羅し、2013年には第3版を発刊しています。

今回、当会では緩和ケアの昨今の発展を鑑み、『臨床緩和ケア』の内容を刷新することを計画しました。特に、緩和ケアのキーワードであるチーム医療を中心に据え、学生をはじめ、多職種向けにテキストを作成しました。

本書の編集にあたり、知識の羅列ではなく、緩和ケアで大切にしているナラティブ(物語)を重視することとしました。すなわち、一人のがん患者を中心として、診断期、治療期、再発期、在宅期、看取り期とし、患者の語りをもとに話を展開させています。そして、患者の物語に沿いながら、多職種がいかにかかわり、サポートしていくかを明確に示しました。カンファレンス場面の再現では、それぞれの職種の役割を学ぶことができます。さらに、それぞれの場面での重要事項や知識を学ぶことができるようにワンポイントメモを提示しています。

本書により、学生はもちろん、多職種の方々が緩和ケアについて学び、そのことをとおして、患者・家族中心の全人的ケアを修得・実践するきっかけになれば幸いです。

大学病院の緩和ケアを考える会
教育部会一同
2021年初夏

診断期

診 断 期 の 学 び

- 初診時からの緩和ケア
- バッドニュースの伝え方
- 意思決定支援時の患者の心理

事例の説明

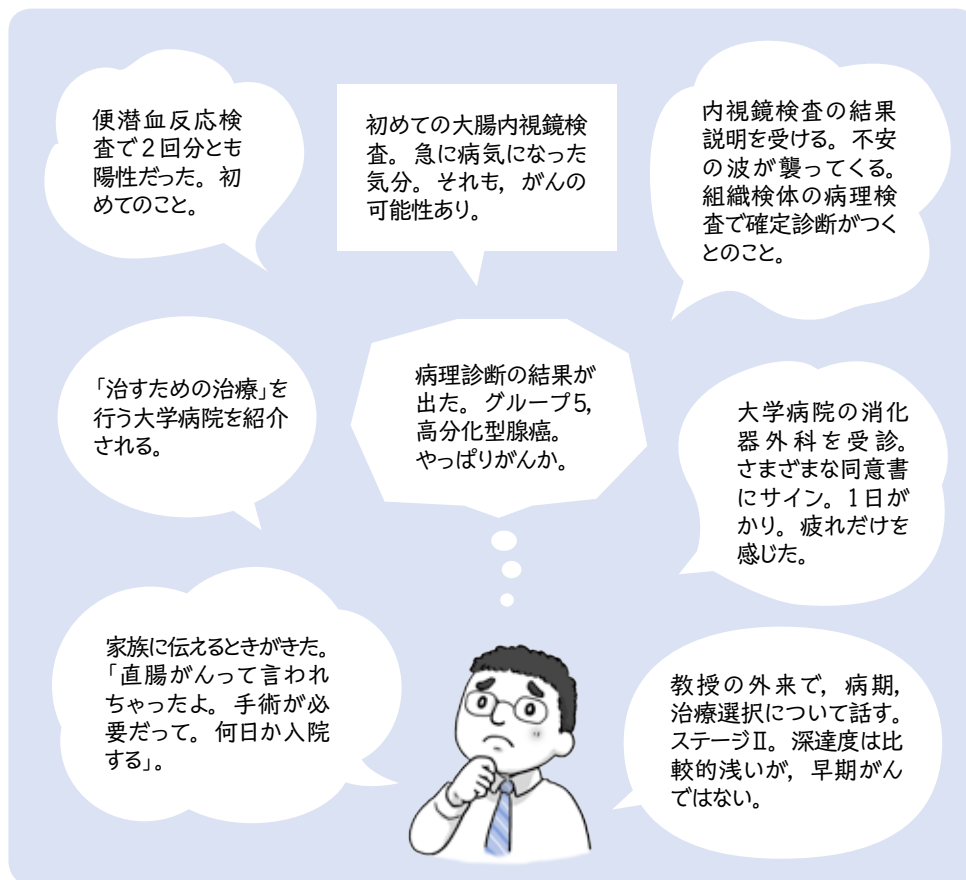
患者：令和太郎さん，48歳，男性，直腸がん

- 私立高校国語教師
 - 脂質異常症（内服治療，食事療法中），20代から肥満傾向あり
 - 喫煙歴はあるが10年以上前に禁煙，飲酒は毎日晚酌程度
 - 一戸建てローン返済中
 - 生命保険加入（がん保険，通院特約付き）
 - 趣味は落語観覧，世界遺産めぐり
-

家族の状況

- 妻 47歳，公立中学校教師
- 長男 16歳（高校1年生），同居
- 長女 14歳（中学2年生），同居
- 両親 父は心筋梗塞で他界（75歳）
母は69歳，同居，年金暮らし
- 妹 40歳，近隣在住，既婚（夫は単身赴任中，子どもはいない）
-

患者の体験していることと思い



トータルペイン

身体的苦痛

- 初めての下部消化管(大腸)内視鏡検査
- 自覚症状なし
- 脂質異常症の治療

心理的苦痛

- 後悔(過食, 運動不足, 検診受けそびれ)
- 衝撃(自分ががんになった)
- 不安(誰にも相談できない)
- 混乱(インターネット情報)
- ストレス(外来でがん告知)
- 否認(進行直腸がん)

社会的苦痛

- 病気のため仕事を休む
- 家族や職場に説明する

スピリチュアルペイン

- 恐怖(もし治らなかったら)

患者体験の物語

1 検診結果で「要精密検査」を受け取る

毎年、学校が夏季休暇中の8月に職員健康診断がある。受けないと健康管理担当者から呼び出しがくる。妻から、「今年は、がん検診も全部、面倒くさがらずに受けてよ」としつこく言われていた。面倒くさいわけではないのだ。去年は忙しくて、検診前に自宅で便を取るのをすっかり忘れてしまったのだ。今回はきちんと指示された検体を持参し、健診センターに出かけた。

なんと、便潜血反応検査は2日分とも陽性だった。初めてだ。その結果報告を外来定期通院日に、かかりつけ医に提出し、どうしたらよいかを相談した。

「大腸の内視鏡検査を受けたほうがいいですね」

「がんの可能性があるってことですか？」

「大腸の粘膜のどこかに出血しやすい病変ができています。大腸ポリープ、炎症、がんなどの可能性が考えられます。病変の位置・大きさ、表面の性質を直接みるため、それと一部組織を採取して病理診断を受けるためには、早めの大腸内視鏡検査が望ましいですよ」

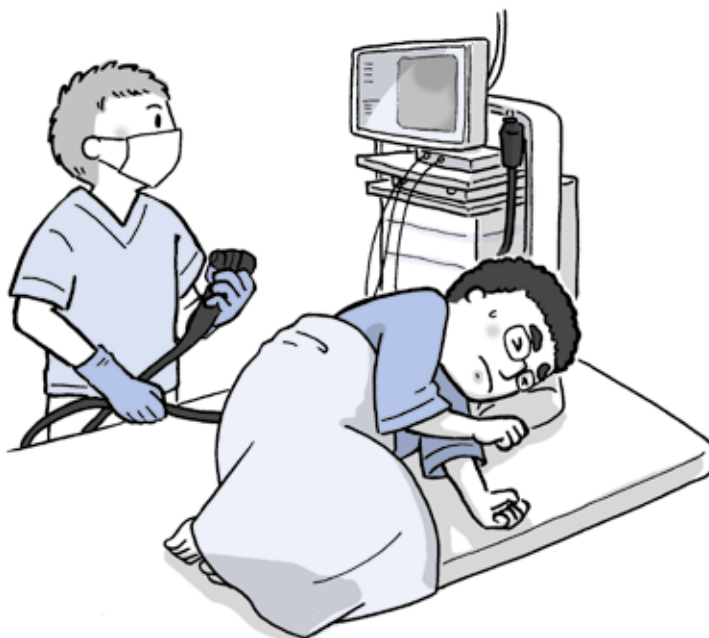
「どんな検査なんですか？ 通院でできますか？ 休みを取る必要はないですか？ 痛い検査ですか？ 肛門から入れるのでしょうか？」。うろたえている自分を自覚した。♥

2 下部消化管(大腸)内視鏡検査を初めて受ける

急に病気になったみたいで、それもがんの可能性があるとすると、好きな酒もすすまず、検査予約の入った日までは、毎日欠かさなかった晩酌もやめることにした。『検査を受ける患者さん・ご家族へ』の用紙に目を通した。「検査を受けることに同意します」という項目にサインをしてきたものの、副作用の欄には「消化管穿孔」、つまり孔が開くことが書いてあった。検査の痛みを和らげる静脈注射については、もちろん「希望する」に丸をつけた。その注射の副作用も書いてあった。ここまで脅かされると、一人では心細くなってくる。

検査前日。自分自身を一生懸命励まして、昼から食事制限が始まった。検査食と多めに水を摂取。21時には緩下剤(ピコスルファートナトリウム内用液)を服用。検査当日の朝からは指示されたとおり、2Lの水で溶かした下剤(ナトリウム・カリウム配合経口腸管洗浄剤)を2時間以内を目安に飲み始めた。なんだかしょっぱいような、においもたまず、まずい。悪戦苦闘しているうちに、飲み終わる前から便意を催した。数回の排便のうちに、便はもう水状態。このまま、検査を受けに病院まで行けるのだろうか。途中で漏らしたら大変だ。さらに緊張する。お腹のゴロゴロはもうピークを過ぎている感じ。

♥ 患者はがんの診断までの期間も不安にさいなまれる。この時点から緩和ケアにおける精神的ケアは必要である。




下部消化管(大腸)内視鏡検査


内視鏡専門のクリニックなのか、受付の前には何人もゲッソリした感じの人たちが待っている。胃カメラ(上部消化管内視鏡検査)を終えた人だろう、もううがいをしたり、次の予約をしたりしている。うらやましい。順番に番号で呼ばれ、更衣室へ。渡された検査着には、お尻のところに大きな裂け目があった。前後ろと大きく書かれてある。逆に履いたりする人がいるのだろう。

心細い気持ちで検査室に入ると、名前を確認され、鎮静薬の説明を受け、すでに同意書を提出していたので、「はい、お願いします」と言い、針を刺され、点滴が始まった。完全に眠ったわけではなく、なんとなく何をしているのか気配は感じていたし、時折痛いこともあった。全体ではおよそ15分くらいだっただろうか。最後に、何回か組織検査をしていたようである。やっぱり何かあったんだ。

3 下部消化管内視鏡検査直後に結果説明を受ける

検査が終わり、少しもうろうとしているのが治まったころ、別室へ呼ばれて、さっきの医師からパソコンに映し出された写真をもとに説明を受けることになった。

「検査前に出してもらった確認書に、『検査結果は、たとえ悪い病気の可能性があっても、できる限り詳しく聞きたい』というところにサインがありましたが、これからの説明も、本日のところで、できるだけ詳しく説明する、ということでよろしいでしょうか？」 

 診断結果を家族に伝えてほしいと考える患者も存在する。本人の意向を確認しておくことは重要である。

生命保険による経済的援助

生命保険は、病気やけが、介護、死亡といったライフイベントに備えるためのものであり、多様な契約内容(商品)がある。診断時に支給請求できるものや、治療内容や方法によるもの、余命告知を受けたときに保険金の一部または全部を生前に請求できるものなどさまざまである。しかし、加入の有無や契約内容を把握していない人も少なくない。それらを確認するように促すことや、申請に必要な診断書を速やかに作成することは支援の一つになる。

手術前カンファレンスの場面

《参加職種》

医師

- ① 患者の病状について情報共有する
- ② 手術予定と合併症のリスクを情報共有する

病棟看護師

- ① 疾患・治療に関する患者・家族の認識・理解を確認する
- ② 患者・家族が安心して手術に臨めるように説明・支援を行う

病棟薬剤師

- ① 入院前の常用薬の服薬管理状況や、術前中止薬やその再開時期などを把握する
- ② 入院中の投薬予定を確認し、服薬状況の確認や副作用のモニタリングを行う

理学療法士(PT)

- ① 入院時のADLを把握する
- ② 術後のリハビリテーションの注意点について判断する
- ③ 入院前のADLから低下させないようにリハビリテーションを継続する

入院前に外来で、がんの告知、手術の説明を受けているが、病状認識や治療の理解状況を確認し、医療者と目標を統一して治療に臨めるように支援していく。

主治医

消化器外科
医師

明日、直腸がん手術予定の令和さんのカンファレンスを開始します。令和さんは検診で便潜血陽性を指摘され、前医で下部内視鏡を施行。直腸がんと診断され、手術目的で当院に紹介となりました。明日、低位前方切除術

主治医
消化器外科
医師

の予定です。既往に脂質異常症があり、近医で内服処方されていますが、コントロールは良好です。喫煙歴もありますが、現在は禁煙しており呼吸機能も問題ありません。

本日からがんリハビリテーションを開始しています。身体機能に問題はありません。術後、早期離床に向けて介入していきます。

PT

薬剤師

近医から処方されている脂質異常症治療薬は間違いなく内服されていました。毎日夕食が遅く、飲酒されていたようです。術後、脂質異常症治療薬を再開すれば問題ないと思います。

令和さんは高校教師で、「万が一、人工肛門になったら仕事ができるか」と心配していました。人工肛門になる可能性があるようなら、ストーマサイトマーキングが必要だと思いますが、先生いかがでしょうか。

病棟
看護師

主治医
消化器外科
医師

まずないとは思いますが、可能性を説明しているので心配したのでしょう。ストーマサイトマーキングは今日しておきましょう

担当看護師とマーキングの時間調整をしますので、このあと都合のよい時間を教えてください。

病棟
看護師

主治医
消化器外科
医師

術後は補助化学療法を行う予定です。退院前に病理結果と今後の化学療法について説明を行うので、看護師と薬剤師に同席と説明をお願いします。

がん患者指導ですね。がん化学療法看護認定看護師に依頼しますので、説明日時が決まったら教えてください。

病棟
看護師

薬剤師

導入時期に合わせて指導しますので、薬剤指導依頼をお願いします。

主治医
消化器外科
医師

ほかに問題がなければ、これで今日のカンファレンスを終了します。明日はよろしくをお願いします。

【周術期管理】

令和さんは喫煙歴があり、呼吸器合併症のリスクがある。手術後合併症の予防のために手術前から、がんリハビリテーションや呼吸ケア、口腔ケアを行う。また、術後合併症がないことを確認できしだい、早期離床を図り、回復促進につなげていく。

【術後補助化学療法】

術後補助化学療法を行うことが推奨されるのは、再発の可能性が高いステージⅢの患者である。入院期間の短縮により、病理診断の結果説明は退院後初回外来時に行うことが多い。入院中の経過・問題・支援内容などを外来に引き継ぎ、フォローを依頼する。



低位前方切除

直腸がんに対する切除方法。開腹または腹腔鏡により、直腸がんの病変部を含め直腸の切除とリンパ節の郭清（転移の有無にかかわらずリンパ節を摘出すること）を行い、腹膜反転部より肛門に近い部位（立位で低い部位）で腸管（結腸と直腸）の吻合を行うので「低位」とされている。一般的には自動吻合器による器械吻合が行われる。術後合併症としては縫合不全が問題になる。吻合部が肛門に近いような場合は一時的な人工肛門を造設することがある。一時的な人工肛門の造設により縫合不全が生じた場合でも感染の重篤化を防ぐことが可能である。

周術期のがんリハビリテーション

周術期とは、外科手術の前後を含めた時期のことをいう。歴史的にみると、がんリハビリテーションは術後の後遺症・後遺障害に対する機能回復訓練として着手されたので、周術期には術前が含まれることから従来の対象範囲を拡大したものといえる。日本では21世紀初頭から散見されるようになり、呼吸リハビリテーションを中心としたアプローチで、アウトカムとしては術後肺炎の減少をあげることが多く、予備能の小さい高齢者において効果があるといわれている。

周術期の口腔機能管理の必要性

周術期の口腔機能管理は術前の歯科医師によるアセスメントから開始し、歯科治療の必要性がある場合には歯科医師、歯科治療の必要性がないか歯科治療が終了した場合は歯科衛生士による口腔ケアが行われる。その効果には術後肺炎のリスク軽減、気管挿管時のリスク軽減（歯牙の破折、脱落など）、心臓血管手術や臓器移植手術における感染リスクの軽減、口腔咽頭食道手術における術後合併症（呼吸器合併症、創部感染）のリスク軽減があげられており、合併症の予防を目的として介入を行う。

さらに学んでほしいこと

1 術後痛の緩和

術後痛には体性痛〔切開創の痛み、断端痛、深部痛（特に筋肉痛）〕、内臓痛や麻酔により増強される疼痛がある。術後痛は患者因子（性格、社会性、疼痛経験の有無、術前の不安・恐怖）、麻酔管理（麻酔の使用の有無、麻酔の種類）、手術部位・時間・侵襲の程度に影響される。術後痛により呼吸器系・循環器系・消化器系・内分泌系・精神面とさまざまな影響を与える。局所麻酔による神経ブロック、オピオイド、NSAIDs（非ステロイド性消炎鎮痛薬）などを用いる。持続硬膜外麻酔や鎮痛薬持続静脈投与、頓用や時間指定で鎮痛薬を投与して疼痛緩和を図る。PCA 機能付ポンプを用いる場合もある。PCAは輸液ポンプに接続されたボタンを患者が必要なときに押すことにより、オピオイドや局所麻酔薬などを一定量投与することができる。患者が痛みを感じたときに、患者の判断で即座に少量の薬液をレスキューとして追加投与することを可能とする。

ワンポイントメモ

レスキュー

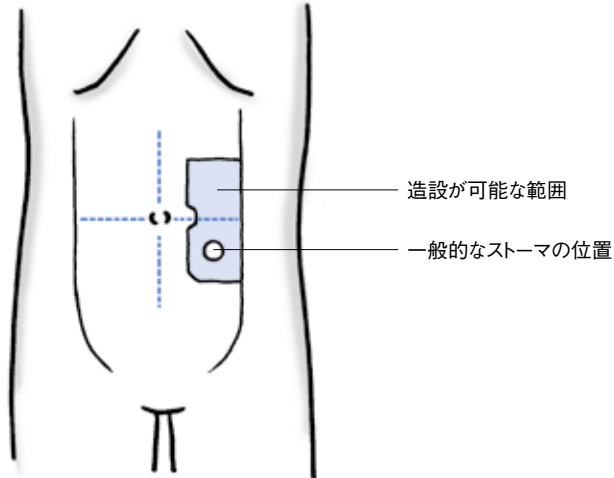
疼痛時に臨時追加する追加投与量(rescue dose)のことで、臨床現場では「レスキュー」と略されることも多い。短時間で悪化する痛みに対処するために、効果発現の早い非麻薬性鎮痛薬や、短時間作用型オピオイド(short-acting opioid; SAO)、即効性オピオイド(rapid-onset opioid; ROO)、PCA(patient controlled analgesia)による皮下・静脈内投与といった効果発現の早い投与経路を使用する。予測が困難な突出痛には予防的なレスキューや入院中のレスキューの自己管理など、投与タイミングや管理の工夫を行う。

2 ストーマサイトマーキング

ストーマサイトマーキング(stoma site marking)とは、「術前にストーマを造設する位置を体表上に選定して同部に印をつけること」で、術後のストーマの合併症を予防することを目的とする(図 II-2-2)。患者が管理しやすい最も適した位置にストーマを造設して、術前の生活に戻ることを容易にするために行う。管理しやすい位置にストーマを造設するためには、皮膚保護材が密着できる安定した平面を選定することが大切である。ストーマの位置が悪いとストーマ管理に難渋し、患者のセルフケアのみならず、心理・社会面にも影響するため、ストーマサイトマーキングはストーマ造設の前に必ず行わなければならない。

ストーマサイトマーキングを実施する前に、以下の4項目の前提条件を確認しておく。

- ① 患者が主治医からストーマ造設について説明されている
- ② 患者がストーマの造設に同意している
- ③ 患者がストーマサイトマーキングを行うことに同意している



図Ⅱ-2-2 ストーマサイトマーキング

④ストーマサイトマーキングが今後のケアに向けて必要であることを理解している

ストーマサイトマーキングは、術前オリエンテーション時、または手術前日に医師と看護師の両者で行う。患者の術後のADL (activities of daily living；日常生活動作) を念頭におき、可能な限り管理しやすい位置にマーキングする。自分でマーキングをすることで、患者がストーマをイメージしやすくなる。

消化管ストーマ別の一般的な造設位置は、上行結腸ストーマ (右下腹部)、横行結腸ストーマ (上腹部)、下行結腸・S状結腸ストーマ (左下腹部)、回腸ストーマ (右下腹部) である。尿路ストーマの種類と造設位置は、一側性・両側性尿管皮膚瘻 [右または左下腹部 (両側または一側)]、回腸導管 (右下腹部) である。

ストーマサイトマーキングの5原則を以下に示す。

- ① 装具装着に適した条件が得られる位置
- ② 患者がセルフケアできる位置
- ③ 合併症が起こりにくい位置
- ④ 患者個々の社会的条件に適した位置
- ⑤ 衣服などを考慮される位置

これらの原則を考慮し、合併症を起こしにくく、管理しやすい位置を選定する。

ストーマサイトマーキングの基準として広く用いられる基準に、クリーブランドクリニックの5原則がある。

- ① 臍より低い位置
- ② 腹直筋を貫く位置
- ③ 腹部脂肪層の頂点

④皮膚のしわ・くぼみ・癬痕，上前腸骨棘の近くを避けた位置

⑤本人が見ることができ，セルフケアしやすい位置

また，クリーブランドクリニックの原則を修正した4原則を以下に示す。

①腹直筋と貫通させる

②あらゆる体位（仰臥位，坐位，立位，屈曲位）をとって，しわ・癬痕・骨突起・臍を避ける

③坐位で患者が見ることができる位置

④ストーマ周囲平面の確保できる位置

これらも参考のうえ，術式や患者の体位，生活様式などに応じた位置を患者と共に選択する。体系別の留意点としては，やせ型の場合は肋骨や腸骨の近くは皮膚のくぼみが著しい場合が多いため，さまざまな姿勢をとり，骨突出部が装具装着の支障とならない位置を選択する。高齢者は皮膚のたるみ・可動性を考慮して，さまざまな姿勢で安定した平面を選択する。円背の場合には，坐位・歩行時などの姿勢をとり，肋骨弓や腸骨の骨突出部が装具の支障とならない位置を確認する。

術前準備が十分でないままに行われる緊急手術は，創感染・離開などストーマの合併症を起こしやすい。合併症予防や術後ストーマ管理，患者のQOLなどの視点から考え，ストーマの位置決めは必要である。緊急ストーマサイトマーキング時は，①坐位や立位などの姿勢がとれる場合には基本的な方法に準ずる，②腹部緊満や腹痛・嘔吐などの症状がある場合には仰臥位で行い，可能な限りベッドをギャッチアップし，腹部のしわ，骨突出を確認する。可能であれば坐位で見える範囲やしわの位置を確認する。

3 大腸がんに対する薬物療法

薬物療法には，術後再発予防を目的とした補助化学療法と，症状の出現を遅らせ生命予後を延長させることを目的とした切除不能進行・再発大腸がんに対する薬物療法がある。

1) 補助化学療法

治癒切除が行われたステージⅢ大腸がんで主要臓器機能が保たれている患者が対象となる。オキサリプラチン併用療法(CAPOX，FOLFOX)やフツ化ピリミジン単独療法(カペシタビン，5FU+レボホリナート，UFT+レボホリナート，S-1)を6カ月行うことが勧められる。

2) 切除不能進行・再発大腸がんに対する薬物療法

薬物療法を行わない場合，切除不能と判断された進行再発大腸がんの生存期間中央値(median survival time；MST)は約8カ月とされている。近年の薬物療法の進歩によりMSTは30カ月を超えるようになってきたが，いまだ治癒させることは困難である。薬物療法の目的としては，腫瘍の進行を遅らせ，延命と症状コントロールを行うことである。

a. 一次治療

薬物療法の適応と判断される患者に対しては、一次治療開始の前に*RAS*遺伝子検査、*BRAF*遺伝子検査を実施する。その結果から薬剤選択を行うのが原則となる。

***RAS/BRAF*野生型**：①原発巣が左側大腸（下行結腸，S状結腸，直腸）では，FOLFOX or FOLFIRI + セツキシマブ or パニツムマブ，②原発巣が右側大腸（盲腸，上行結腸，横行結腸）では，2剤併用療法（FOLFOX, CAPOX, SOX, FOLFIRI, S-1+IRI）+ ベバシズマブ，または3剤併用療法（FOLFOXIRI）+ ベバシズマブが選択される。

***RAS*変異型**：2剤併用療法（FOLFOX, CAPOX, SOX, FOLFIRI, S-1+IRI）+ ベバシズマブ，または3剤併用療法（FOLFOXIRI）+ ベバシズマブが選択される。

***BRAF*変異型**：3剤併用療法（FOLFOXIRI）+ ベバシズマブを行う。

【2剤併用療法】

- FOLFOX療法：5FU・レボホリナート+オキサリプラチン
- CAPOX療法：カペシタビン+オキサリプラチン
- SOX療法：S-1+オキサリプラチン
- FOLFIRI療法：5FU・レボホリナート+イリノテカン
- IRIS療法：S-1+イリノテカン

【3剤併用療法】

- FOLFOXIRI：5FU・ロイコボリン+オキサリプラチン+イリノテカン

b. 治療効果判定と2次治療以後

治療効果はCTやMRIによって標的病変の縮小効果で判定する。病変の増大や新規転移性病変の出現など，治療効果が認められない場合には1次治療を中止して次の治療（2次治療以後）を行う。1次治療で用いた薬剤により，2次治療以後の薬剤選択は変わってくる。

c. 免疫チェックポイント阻害薬

がん遺伝子の修復機構が阻害されている状態として，高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）が存在する。がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度MSI-Highを有する固形がんに対して，抗PD-1抗体であるペムプロリズマブがある。

4 経済的支援

がんの治療では，手術代・薬代といった治療費のほか，入院中の食事，個室など有料の部屋を希望した場合にかかる差額ベッド代など，治療に伴う間接的な費用も必要になる。また外来では，再診料や投薬注射料などを通院のたびに支払うことになる。これらの費用は，健康保険や国民健康保険など公的医療保険（表Ⅱ-2-1・2）で一部をまかなえるものと，患者が全額負担するものに分けられる。公的医療保険が適用されるのは，手術代・検査代・薬代

表Ⅱ-2-1 公的医療保険制度の概要

制 度		対象となる人	保険者
職 域	組保管掌健康保険	大企業の従業員とその被扶養者	健康保険組合
	協会管掌健康保険	中小企業の従業員とその被扶養者	全国健康保険協会
	共済組合	公務員等とその被扶養者	各種共済組合
地 域	国民健康保険	75歳未満の職域保険に属さない人	市区町村
後期高齢者医療制度		75歳以上の人	後期高齢者医療広域連合

表Ⅱ-2-2 公的医療保険の主な給付

給付の種類	給付の内容
① 療養の給付	診察、薬剤または治療材料の支給、処置・手術その他の治療、在宅療養における管理等、病院・診療所への入院とそのための看護等
② 入院時食事療養費	厚生労働大臣の算出基準による食事療養費から患者が負担する標準負担額を引いた金額
③ 高額療養費	1カ月(暦月)に所定の金額を超えた自己負担金が発生したとき超過分が還付される
④ 高額医療・高額介護合算療養費	1年間にかかった医療保険と介護保険の自己負担を合計し、基準額を超えた場合に超過分を支給
⑤ 傷病手当金	療養のために休んだとき
⑥ 出産育児一時金	出産したとき
⑦ 出産手当金	
⑧ 葬祭料	死亡したとき

※国民健康保険には⑤⑦はない。⑧の葬祭料は国民健康保険では葬祭費・埋葬料。

といった直接的な治療費であり、費用全体のうち患者が支払う割合は、70歳未満の成人ならば3割などと自己負担割合が決められ、残りは公的医療保険から支払われる。わが国では、最新の治療や新しい薬・医療機器を使った治療などは、公的医療保険の給付対象になっていない。また、保険が適用されない(保険適用外)診療を受けた場合には、併せて受けた保険適用の治療も含めて、全額自己負担となるのが原則である。しかし、厚生労働大臣が「先進医療」として認めた治療については、保険適用外の診療と保険診療の併用が認められ、保険適用の治療部分については公的医療保険の給付の対象になった。差額ベッド代なども同じよ

これからどんなふうに体が弱っていくのか。それを私たちが支えられるかどうか…。

妻

緩和ケアチーム
看護師

飲み込むことが難しくなったり、トイレへ行くことがつらくなるかもしれません。ただ、これは個人差がありますので、そのときそのときに、訪問診療医や訪問看護師と相談することができます。

わかりました。よろしくお願いします。

妻

緩和ケアチーム
医師

それでは、令和さんをご自宅へ戻って在宅ケアを行うという方針で進めたいと思います。奥さん、娘さん、よろしいでしょうか。

よろしくお願いします。

妻 長女

カンファレンス場面③

退院前カンファレンス

《参加職種》

退院支援看護師

- ① 退院前カンファレンスの司会・進行を行い、多職種と本人・家族の仲介を行う

緩和ケアチーム看護師

- ① 退院前カンファレンスが円滑に進むようにサポートする



訪問診療医

- ① 患者の病状の診断や苦痛緩和の治療を行う
- ② 緊急時の連絡体制の確認を行う

訪問看護師

- ① 身体の清潔ケアや排泄のサポート、症状緩和のアセスメントを行う
- ② 不安を抱える家族のケアを行う
- ③ 緊急時の連絡体制の確認を行う

主治医（腫瘍内科医師）

- ① 緊急時の再入院の確約を行う

緩和ケアチーム医師

- ① 入院が継続となったときに緩和ケア病棟につなぐ

病棟看護師

- ① 入院中の患者のアセスメント、プランを伝える
- ② 退院の不安を軽減する声かけを行う

緩和ケアチーム薬剤師

- ① 入院中の薬物治療についての説明を行う

ケアマネジャー

- ① 在宅で使用する福祉用具の確認を行う

訪問薬剤師

- ① 在宅へ薬剤を届ける
- ② 在宅での服薬状況や副作用の確認、服薬のアドバイスを行う

訪問歯科医師

- ① 歯周病を含めた口腔ケアを行い、誤嚥性肺炎を予防する

MSW

- ① 在宅におけるほかの気がかりをサポートする
(ここでは多職種同士の連絡体制や本人の母親への配慮)

退院支援
看護師

それでは、これから退院前カンファレンスを開きます。

こちらが訪問診療をしてくれる医師の△△さん。こちらが□□訪問看護ステーションの看護師の○○さんです。

緩和ケアチーム
看護師

訪問
診療医

△△といます。令和さん、よろしくお願いします。元消化器内科をやっていたので、令和さんの病気のことはよくわかっているつもりです。痛みの緩和ですが、医療用麻薬の使い方には慣れていません。先日、大学病院で開かれた緩和ケア講習会に参加したので、最新の緩和ケアの勉強もしました。訪問は自転車で行っています。クリニックはご自宅の近くです。訪問診療は、週1回の予定です。

訪問看護師の○○です。私たち訪問看護師は週3回、ご自宅に参ります。ヘルパーは週3回参ります。もちろん、病状により、回数を増やすことは可能です。

訪問
看護師

主治医

腫瘍内科
医師

お家にいるのがつらくなったら入院の体制を整えることはできます。1カ月後に外来を予約しておきましたが、もちろん、無理はしないで結構です。

お家で過ごすのは、ご家族の支えが必要です。ただ、ご家族の体も心も負担が大きいと思います。そのあたりも訪問看護師や医師に支援してもらえます。

緩和ケアチーム
看護師

ご家族のつらさもお家でゆっくり聞かせてください。

訪問
看護師

訪問
診療医

あとは、緊急時の連絡体制も重要です。

まず、症状の変化や困ったことがあれば、私たち看護スタッフの誰かが、携帯電話で24時間対応します。状況により、訪問診療医に連絡します。電話で解決しないときは、私たちが実際に訪問させていただきます。とにかく、何か起こったときは落ち着いて、救急車は呼ばずに、私たちに連絡をしてください。そして、万が一、入院が必要でしたら、こちらの救急外来を受診させていただきます。

訪問
看護師

緩和ケアチーム

医師

入院が必要になったときですが、令和さんは◇◇病院の緩和ケア病棟にも入院予約をされています。夜間や土日などの緊急時は、まず、当院に来られて入院していただきます。もし、入院の継続が必要となりましたら、緩和ケア病棟への転院も考えていただきます。もちろん、緩和ケア病棟側のベッドの空き状況にもよります。♥

病棟
看護師

もし、今回の退院が不安でしたら、まず外泊してみましようか。そのときも訪問看護師がご自宅に行くことは可能です。5 いかがでしょうか。

お話を聞いていると大丈夫な気になってきました。外泊ではなく、退院をお願いします。あなたもいいわよね。

妻

退院をお願いします。

本人

緩和ケアチーム

薬剤師

緩和ケアチームの医師からお話があったように、医療用麻薬の主体は貼付剤です。以前は3日に1回貼り替えるタイプでしたが、先日から1日に1回貼り替えるタイプです。このほうが在宅では、ご家族が間違えにくいと思います。痛いときは、レスキューといって、素早く効く薬を使います。舌下投与ですから、飲み込まないで舌の下に置いてください。すぐに溶けます。4時間空けて、1日4回までをお願いします。それ以上回数が増えたり、効きが悪いようでしたら、訪問薬剤師か訪問看護師に連絡をしてください。

わかりました。

妻

長女

ケアマネジャーの〇〇です。よろしくお祈いします。電動ベッドやマット、車いすは、ご自宅に届いていますか？

ケア
マネジャー

はい。届いています。2階に寝室があったのですが、1階のリビングにベッドを置いて、家族がすぐに顔をみることができるようにしました。

妻

4 緩和ケアにおいて、在宅療養での不安は緊急時の対応である。その対応方法がわかっていることは重要である。

5 在宅療養への移行で不安があるときは、試験外泊も安心につながる。

プライバシーがない気がするけど(笑) …、今の状態だとそのほうが安心です。

本人

訪問
薬剤師

ご自宅に向う薬剤師の〇〇です。週1回お薬や点滴をご自宅へお持ちします。薬のことで心配事があれば、何でも相談してください。もちろん、薬以外の相談も歓迎です。訪問診療医や訪問看護師たちとチームでかかわりますから安心してください。

訪問歯科医師の〇〇です。令和さんは義歯があり、歯周病もあるので、定期的な口腔ケアが必要です。私が行くか、私のところの歯科衛生士がお口のケアに参ります。しっかりと綺麗にしておかないと、誤嚥性肺炎の原因にもなります。嚥下、つまりうまく飲み込めるかどうかも大切です。そのお手伝いもします。必要があれば機能検査も行います。また、義歯が合わなくなったら、遠慮しないでおっしゃってください。よろしくお願いします。

訪問
歯科医師

MSW

これまで何度も面談に来ていただき、ありがとうございました。確認になりますが、在宅では、多くの専門の医療者がサポートしていきます。医療サポートチームの窓口は訪問看護師になります。在宅チームのメンバーは、情報が共有できるように、携帯電話やSNSで連携をとっていますので、ご安心ください。ほかに何か気がかりなことはありますか。

実は、家にいる母親に病気のことを詳しく伝えていないのです。がんとは知っていますが…。こんな状態で帰るとは思っていないので。

本人

この前、お義母さん、「あんまり長くないみたいだねえ」って言っていたわ。

妻

MSW

ご自宅で一緒に過ごされれば、令和さんのお体の変化には気づかれると思います。ご家族のどなたのことでも構いませんので気がかりがあれば、私たちの相談室に連絡ください。また、ご自宅の様子を把握しやすい訪問看護師に、伝え方を一緒に考えてもらうこともできると思います。訪問看護の〇〇さん、いかがでしょうか。

もちろんです。一緒に考えていきましょう。

訪問
看護師

退院支援
看護師

ほかには何か気になっていることはありませんか。

いろいろとお話しできて安心しました。
よろしくお願いします。

本人

妻

ワンポイントメモ

在宅への移行プロセス

- 病院の退院支援部門（看護師，MSW）へ連絡し，連携する
- 患者や家族の情報提供を行う
- ケアマネジャーと共に，訪問診療医，訪問看護師，訪問薬剤師を決定する
- 申し送りとともに退院前カンファレンスを開催し，最終確認を行う

在宅緩和ケアを実現するための要点

- ① 在宅緩和ケアに慣れた訪問診療医，訪問看護師，訪問薬剤師を選定する
 - 症状緩和が可能か（特にオピオイドの使用に慣れているか）
 - 緊急時の連絡体制が整っているか
 - 家族のケアを行ってくれるか
 - 家族へ看取りの準備のサポートをしてくれるか
- ② 緊急時の入院先を確保しているか
- ③ 在宅ケアを実現する医師と看護師，薬剤師の協働
 - 訪問看護師の活動範囲を確認しておく（ほとんどの処置やケアが可能である）
 - 医師の指示書に従って，看護師，薬剤師，リハビリテーション専門職はケアする

訪問診療と往診

「訪問診療」は，患者が平穏に療養生活を送れるよう，あらかじめ立てた診療計画をもとに，同意を得て定期的に居宅で診療を行うもので，在宅医療の基本的な業務といえる。通常，患者のもとに月2回程度の割合で定期的に訪問し，診療，治療，薬の処方，療養上の相談，指導などを行う。

一方「往診」は，急変時などに患者や家族の要望を受けて不定期に行う在宅医療のことである。夜間・深夜・緊急時に患者から要望を受け往診を行った場合には，診療報酬上加算が取れる。

訪問歯科医師

主たる診療を外来に置いている場合と訪問診療に置いている場合がある。また，訪問で対応可能な内容も歯科医師によって異なり，口腔ケアや義歯の治療といった侵襲が少なく大がかりな機器を要しない治療を行う歯科医師，拔牙や修復（虫歯の治療）など侵襲があったり大がかりな機器を用いる治療が可能な歯科医師，さらには嚥下内視鏡検査を利用し在宅でも専門的な摂食嚥下リハビリテーションを行える歯科医師などさまざまである。