

研究報告

緩和ケア外来に通院するがん患者の 地域緩和ケアに関する認識 ——地域緩和ケアの充実を図る上での課題

柄澤邦江¹⁾，清水美穂子²⁾，伊藤みほ子³⁾，
安田貴恵子¹⁾，中林明子¹⁾，大石ふみ子⁴⁾

¹⁾ 長野県看護大学，²⁾ 飯田市立病院，

³⁾ 下伊那赤十字病院，⁴⁾ 愛知医科大学

長野県看護大学

第19巻別刷

2017年3月

緩和ケア外来に通院するがん患者の地域緩和ケアに関する認識 ——地域緩和ケアの充実を図る上での課題

柄澤邦江¹⁾, 清水美穂子²⁾, 伊藤みほ子³⁾, 安田貴恵子¹⁾, 中林明子¹⁾, 大石ふみ子⁴⁾

【要 旨】 本研究の目的は、がん患者の地域緩和ケアに関する認識を明らかにすることである。その上で地域緩和ケアの充実を図る上での課題を検討した。Aがん診療連携拠点病院の緩和ケア外来に通院する患者30名に対して、地域緩和ケアに関する認識について質問紙調査を実施し、18名から回答を得た。回答者は49歳から92歳まで（平均年齢：67.1歳）の男性15名、女性3名であった。回答者の83.3%は病気に伴う心の悩みがあり、72.2%は身体的な痛みを抱えていた。回答者の11.1%は社会復帰や家族の健康や介護についての悩みもあることが明らかになった。また66.7%の回答者はAがん診療連携拠点病院が地域で機能していると認識していたが、回答者の72.2%は、自宅における医療や看護ができていないと認識していた。自由記述では、緩和ケアの存在を早期に知ることを希望していた。これらのことから、緩和ケア外来を利用する患者だけでなく家族も利用できる相談の場と機会を増やす必要性があるという課題が確認された。心身の苦痛に対する積極的な介入が重要であると考えた。また患者が退院後に在宅で安心して生活するためには、関係者の情報共有と共に、入院中から緩和ケア外来、在宅医療、訪問看護とのつながりが必要である。地域医療従事者が緩和ケアに加わることによって、退院後の療養生活で生じる不安を軽減できると考えられる。加えて、地域住民への地域緩和ケアに関する情報発信が必要である。

【キーワード】 地域緩和ケア, 緩和ケア, 外来がん患者, がん診療連携拠点病院, 訪問看護

緒言

現在、できる限り住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ、安心して自分らしい生活を実現できるための地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅医療・介護の充実の必要性が高まっている（厚生労働省、2015）。とりわけ進行がんを抱えた患者は様々な苦しみを抱える存在であるとして、がん患者を総合的に支える「緩和ケア」が提供され、2004年には二次医療圏に一カ所程度を目安にがん診療連携拠点病院の整備が進められてきた（厚生労働省、

2014）。がん診療連携拠点病院は、がん患者と家族および地域住民並びに医療機関等からの相談への対応や地域の緩和ケアに関わる専門職の研修や多職種連携の推進を図るなど、地域緩和ケアの中心的な存在である。また、入院患者だけでなく外来診療に対応する緩和ケア外来の機能もあり、がん患者が外来に通院しながら、あるいは退院後も安心して療養する上で重要な役割を担っている。緩和ケア外来に通院するがん患者に関する先行研究においては、症状緩和だけでなく、抗がん治療方針などの意思決定支援が行われているこ

¹⁾ 長野県看護大学

²⁾ 飯田市立病院

³⁾ 下伊那赤十字病院

⁴⁾ 愛知医科大学

2016年9月28日受付

2017年3月24日受理

と（渡邊ら，2015）や，支援者ががん患者の個々人のニーズを顕在化して対応する必要性があることが報告されている（山田ら，2010）．また，病状の進行に伴って様々な苦痛症状が出現して生活に支障がでてくるのは，入院してからよりもむしろ外来通院中の時期であることが多い（星野，2013）ことから，外来患者に対する症状緩和は重要であるが，入院と比べ外来における疼痛への対処は不十分であるという報告もある（榊原ら，2015）．協屋ら（2016）は，通院がん患者の身体的苦痛を含む様々な悩みや困難さに対応することや地域包括ケアシステムを念頭に入れた，がん患者・家族への支援の充実の必要性について述べている．在院日数の短縮化が進む現在，入院中や外来受診時だけでなく，地域においても同様に緩和ケアが受けられ，その充実を図ることは喫緊の課題である．そこで本研究は，緩和ケア外来に通院するがん患者の地域緩和ケアに関する認識に着目することとした．本研究は，地域緩和ケアを充実するための課題の把握と方策を探る上で有用であり，シームレスな地域緩和ケアの質向上を図る上でも示唆が得られるものと考ええる．

研究目的

緩和ケア外来に通院するがん患者の地域の緩和ケアに関する認識を明らかにすることである．その上で，患者の視点から地域緩和ケアを充実する上での課題を検討する．

研究方法

1. 用語の定義

地域緩和ケア：厚生労働省（2012）は緩和ケアの定義を《緩和ケアとは，病気に伴う心と体の痛みを和らげること》としている．また，「地域緩和ケアの提供においては，がんと診断された時から入院・外来・在宅等の診療の場を問わず，また，がん治療の有無に関わらず“いつでもどこでも切れ目のない質の高い緩和ケア”の提供を推進すべきである」としている（厚生労働省，2012）．これらをふまえて，本研究における地域緩和ケアとは，《地域においても入院中と同様に，がんに伴う心と体の痛みを和らげること》とする．

2. 対象

Aがん診療連携拠点病院（以下，A病院とする）の緩和ケア外来に通院しているがん患者30名を対象とした．A病院の緩和ケア外来利用者の一カ月の平均実人員が約30名であることから対象人数を定めた．対象の選定に当たっては，化学療法や放射線治療などの外来治療をうけながらも，疼痛等の状態が安定している患者を緩和ケア認定看護師が選定した．

＜A病院の特徴＞

A病院はがん診療連携拠点病院として，がん診療や緩和ケアを統括して行い，地域におけるがん治療の質の向上と連携を図る役割を持つ機関である．緩和ケア病棟は有していない．がん診療・緩和ケアセンターは，緩和ケア外来・腫瘍内科・外来化学療法室，がん相談支援センター，緩和ケアサロンで構成され，がん治療や患者・家族のサポート，地域との連携を目標としている．緩和ケア外来は，がんに限らず難治性疾患の患者・家族が利用することができ，患者・家族の希望や医師からの紹介による完全予約制としている．症状マネジメント，意思決定支援，家族ケア，在宅支援などを週3日，緩和ケアチームの身体症状担当医と緩和ケア認定看護師・がん性疼痛認定看護師が中心になり行っている．必要時は他職種や地域の医療関係者とも連携を図りチームアプローチを行っている．

3. 調査方法

研究に先立ち，A病院の看護部長に研究の概要，目的等を文書と口頭で説明し，調査協力を依頼した．対象者には緩和ケア外来において，研究者から研究目的，方法等を説明して依頼した（2015年1月～6月）．調査協力の同意が得られた場合に無記名質問紙調査票と返信用封筒を配布した．調査票の回収は郵送とした．自筆が難しい場合は本人の意向の代筆を家族に文書を用いて依頼し，調査票において自筆か代筆かを確認できるようにした．

4. 調査内容および分析方法

在宅療養中の不安や困っていることの有無，相談できる場の有無，通院頻度，A病院の医師以外のかかりつけ医の有無，A病院に入院した経験の有無，入院

中および退院する際に困ったことの有無などを調査した。また、地域緩和ケアの現状について9項目および今後の地域緩和ケアについて5項目を、「よく思う」「そう思う」「あまり思わない」「全く思わない」「わからない」という5つの選択肢から1つ選ぶ方法で尋ねた。さらに地域緩和ケアが充実するために必要なことについて自由記述で尋ねた。回収された18名の調査票（回収率60.0%）を分析対象とした。データは65歳以上と65歳未満では就労や生活状況の違いが予測されるため、65歳未満の若年群と65歳以上の高齢群別に記述統計を行った。自由記述は事例毎に整理した。

5. 倫理的配慮

長野県看護大学の倫理審査（承認番号2014-19）およびA病院の倫理審査を受けて承認された後に実施した。患者には調査依頼時に、調査への協力は自由であり、協力しない場合に不利益を被ることはないこと、個人が特定されないように研究結果を公表すること等について説明した。質問紙の返送をもって同意とみなした。

結果

1. 回答者の概要

回答者の概要を表1に示した。回答者は49歳から92歳までの若年群8名、高齢群10名で、平均年齢 67.1 ± 12.5 歳（若年群 56.3 ± 4.4 歳、高齢群 75.8 ± 9.6 歳）、男性15名（若年群6名、高齢群9名）、女性3名（若年群2名、高齢群1名）であった。その内、若年群1名、高齢群3名は代筆であった。2名（11.1%）が

独居（若年群1名、高齢群1名）で、主病名についてA病院以外のかかりつけ医がいる者は6名（33.3%、若年群1名、高齢群5名）であった。介護保険は2名（11.1%、若年群1名、高齢群1名）が利用しており、訪問看護の利用も2名（11.1%、若年群1名、高齢群1名）であった。

2. 現在ある症状や悩みと相談先

現在ある症状や悩みと相談先について表2に示した。回答者の72.2%（若年群6名、高齢群7名）は「病気に伴う身体的な痛みがある」、55.6%（若年群4名、高齢群6名）は「体調不良がある」と回答した。また、83.3%（若年群7名、高齢群8名）が「病気に伴う心の悩み」があると答えた。高齢群の2名（11.1%）は「療養先についての悩み」があり、「医療費についての悩み」は16.7%（若年群2名、高齢群1名）があると答えた。「社会復帰についての悩み」「家族の健康や介護についての悩み」はそれぞれ11.1%（両群各1名）があると答えた。治療中の病気について不安や悩みがあるとき、66.7%（両群各6名）が「相談する」、16.7%（若年群1名、高齢群2名）は「相談しない」と答えた。また、「誰に相談してよいかわからない」と11.1%（両群各1名）が答えた。相談先としては（複数回答）、両群とも「家族」が最も多く61.1%（若年群5名、高齢群6名）、次いで「医師」44.4%（両群各4名）、「看護師」44.4%（両群各4名）、「その他医療従事者」5.6%（高齢群1名）であった。「友人」「知人」を回答した者はいなかった。

表1 回答者の概要

項目	単位	若年群 n=8 (44.4%)	高齢群 n=10 (55.6%)	計 n=18 (100.0%)
調査代筆	人(%) ^{※2}	1 (5.6)	3 (16.7)	4 (22.2)
年齢 (平均±SD)	歳	56.3 ± 4.4	75.8 ± 9.6	67.1 ± 12.5
	範囲	49 ~ 62	67 ~ 92	49 ~ 92
性別	男/女	6 / 2	9 / 1	15 / 3
独居	人(%) ^{※2}	1 (5.6)	1 (5.6)	2 (11.1)
かかりつけ医あり ^{※1}	人(%) ^{※2}	1 (5.6)	5 (27.8)	6 (33.3)
介護保険利用	人(%) ^{※2}	1 (5.6)	1 (5.6)	2 (11.1)
訪問看護利用	人(%) ^{※2}	1 (5.6)	1 (5.6)	2 (11.1)

※1：主病名についてA病院以外のかかりつけ医を持つ患者数

※2：％は全数（n = 18）に対する割合

表2 現在ある症状や悩みと相談先

項目	若年群 (n=8) 人 (%)※ ²	高齢群 (n=10) 人 (%)※ ²	計※ ¹ (n=18) 人 (%)※ ²
＜現在ある症状＞			
病気に伴う身体的な痛みがある	6 (75.0)	7 (70.0)	13 (72.2)
体調不良がある	4 (50.0)	6 (60.0)	10 (55.6)
＜現在感じている悩み＞			
病気に伴う心の悩み	7 (87.5)	8 (80.0)	15 (83.3)
療養先についての悩み	0 (0.0)	2 (20.0)	2 (11.1)
医療費についての悩み	2 (25.0)	1 (10.0)	3 (16.7)
社会復帰についての悩み	1 (12.5)	1 (10.0)	2 (11.1)
家族の健康や介護についての悩み	1 (12.5)	1 (10.0)	2 (11.1)
＜治療中の病気について不安や悩みがあるときの相談＞			
相談する	6 (75.0)	6 (60.0)	12 (66.7)
相談しない	1 (12.5)	2 (20.0)	3 (16.7)
誰に相談してよいかわからない	1 (12.5)	1 (10.0)	2 (11.1)
＜相談先＞（複数回答）			
家族	5 (62.5)	6 (60.0)	11 (61.1)
医師	4 (50.0)	4 (40.0)	8 (44.4)
看護師	4 (50.0)	4 (40.0)	8 (44.4)
その他医療従事者	0 (0.0)	1 (10.0)	1 (5.6)
友人	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
知人	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

※1：無回答を除いた計

※2：％は各群の全数（n）に対する割合

※3：％は全数（n）に対する割合

表3 緊急時の連絡と入院中の経験

項 目	若年群 (n=8) 人 (%)※ ²	高齢群 (n=10) 人 (%)※ ²	計※ ¹ (n=18) 人 (%)※ ²
＜緊急時の連絡の窓口＞			
取り決めがあり家族も知っている	1 (12.5)	4 (40.0)	5 (27.8)
取り決めはないが主治医の外来に連絡する	3 (37.5)	3 (30.0)	6 (33.3)
取り決めはないが救急外来に連絡する	4 (50.0)	1 (10.0)	5 (27.8)
どこに連絡したらよいかわからない	0 (0.0)	1 (10.0)	1 (5.6)
その他	0 (0.0)	1 (10.0)	1 (5.6)
＜実際の緊急時の連絡の経験＞			
経験あり	4 (50.0)	3 (30.0)	7 (38.9)
経験なし	4 (50.0)	7 (70.0)	11 (61.1)
※上記の経験ありの内、連絡した理由（複数回答）			
痛みのコントロールが必要になった	1	0	1
緊急的に使用する痛み止めの使い方がわからなかった	1	1	2
服薬の増量が必要になった	1	0	1
痛み以外の症状について医療が必要になった	2	2	4
その他	2	0	2
＜A 病院への入院の経験の有無＞			
入院の経験あり	7 (87.5)	8 (80.0)	15 (83.3)
入院の経験なし	1 (12.5)	2 (20.0)	3 (16.7)

※入院経験者の内、入院中の看護師への相談

1 退院後の生活上の注意について

十分相談できた

0

1

1

相談できた

5

3

8

少し相談できた

2

1

3

あまり相談できなかった

0

2

2

全く相談できなかった

0

1

1

2 退院後の痛みや不調などの症状出現の際の対処

十分相談できた

0

0

0

相談できた

5

5

10

少し相談できた

1

1

2

あまり相談できなかった

0

0

0

全く相談できなかった

0

1

1

無回答

1

1

2

※入院経験者の内、退院後の再入院や不安等の有無

再入院あり

1

1

2

早期外来受診あり

1

1

2

不安があった

1

1

2

※1：無回答を除いた計

※2：％は各群の全数（n）に対する割合

※3：％は全数（n）に対する割合

3. 緊急時の連絡と入院中の経験

緊急時の連絡の窓口について、「取り決めがあり家族も知っている」のは27.8%（若年群1名，高齢群4名）であった。33.3%（両群各3名）は「取り決めはないが主治医の外来に連絡する」，27.8%（若年群4名，高齢群1名）は「取り決めはないが救急外来に連絡する」と回答した。高齢群1名（5.6%）は「どこに連絡したらよいかわからない」と回答した。実際に緊急時の連絡を経験したのは7名（38.9%，若年群4名，高齢群3名）であった。その内、緊急的に連絡した理由は「痛み以外の症状について医療が必要になった」が4名（両群各2名）と最も多く、次いで「緊急的に使用する痛み止めの使い方がわからなかった」2名（両群各1名）、「痛みのコントロールが必要になった」1名（若年群）、「服薬の増量が必要になった」1名（若年群）であった。

A病院に入院した経験がある者は、15名（83.3%，若年群7名，高齢群8名）であった。その内、入院中に退院後の生活上の注意について、看護師に「十分相談できた」、「相談できた」は合わせて9名（若年群5名，高齢群4名）、「少し相談できた」は3名（若年群2名，高齢群1名）であった。「あまり相談できなかった」、「全く相談できなかった」は3名でいずれも高齢群であった。入院中に退院後の痛みや不調などの症状が出現した際の対処について、看護師に「相談できた」のは10名（若年群5名，高齢群5名）と最も多く、2名（両群各1名）は「少し相談できた」と回答した。「全く相談できなかった」と回答した1名は高齢群であった。退院後の「再入院あり」「早期外来受診あり」「不安があった」と回答したのは2名（両群各1名）であった（表3）。

4. 地域緩和ケアに関する認識

1) 地域緩和ケアの現状について

回答者が居住している地域の地域緩和ケアの現状についての認識を図1に示す。「①自宅においても患者さんに対する医療や看護ができています」は、「全く思わない」という回答が13名（若年群6名，高齢群7名）と、全体の72.2%であった。一方、「⑨A病院ががん診療連携拠点病院として地域で機能してい

る」は、「よく思う」「そう思う」という回答が12名（66.7%，両群各6名）であった。「⑧A病院の医師とかかりつけ医の主治医二人体制が機能している」は、若年群は「あまり思わない」が4名と最も多く、高齢群は「よく思う」「そう思う」が4名であった。項目②～⑦は両群の半数以上が「わからない」と回答した。

2) 今後の地域緩和ケアについて

今後の地域緩和ケアについての認識を図2に示す。「⑭患者と家族が相談しやすい場をつくる必要がある」は、「よく思う」「そう思う」の回答が14名（若年群6名，高齢群8名）と、全体の77.8%であった。次いで、「⑫患者さんの自宅での医療や看護を充実する必要がある」12名（66.7%，若年群6名，高齢群6名）、「⑬A病院の医師とかかりつけ医の主治医二人体制を充実する必要がある」11名（61.1%，若年群4名，高齢群7名）、「⑪通院が困難な時は、医師による往診の必要がある」8名（44.4%，若年群5名，高齢群3名）、「⑩通院が可能であっても訪問看護師による訪問看護の必要がある」6名（33.3%，若年群2名，高齢群4名）の順に多かった。

5. 地域緩和ケアが充実するために必要だと思うこと

5名の患者から自由記述が得られた。表4にケースの概要と記述の要約を示した。以下、記述内容を『』で示す。全員、介護保険や訪問看護の利用はしていない。ケース1（70代の男性）は、A病院に月3回受診している。A病院以外にかかりつけ医があり、手術後3ヵ月になる。『本人はいらいらで身の置き所もない様子』、『家族共々どうしてよいかわからない時がある』と記している。ケース2（60代独居の男性）はA病院に入院経験がある。『緩和ケアに100%はないと思う』、『今の自分にはお医者様、看護師様と思うことが最高の緩和ケアと思っている』と記している。ケース3（60代の男性）はA病院の入院経験がある。腫瘍内科の医師が外部から来ているため『常時担当の先生をおいてほしい』と記している。ケース4（60代の男性）はA病院の入院経験があり、入院してはじめて病院に緩和ケア外来があることを知り、『私も家族も利用して、どんなに助けられたかわからな

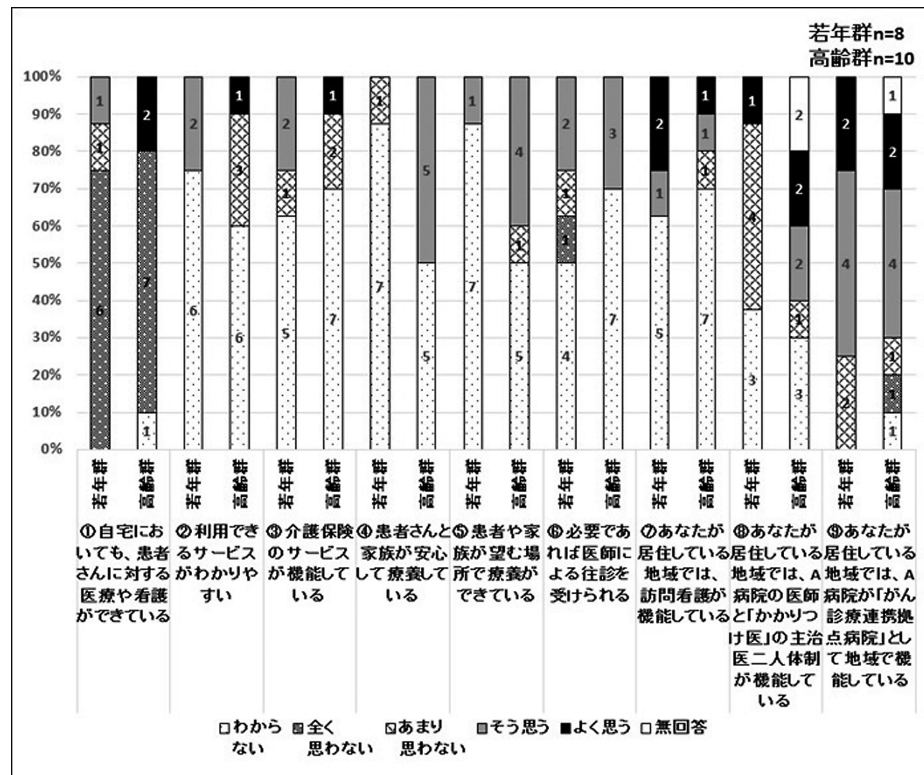


図 1. 地域緩和ケアの現状についての認識

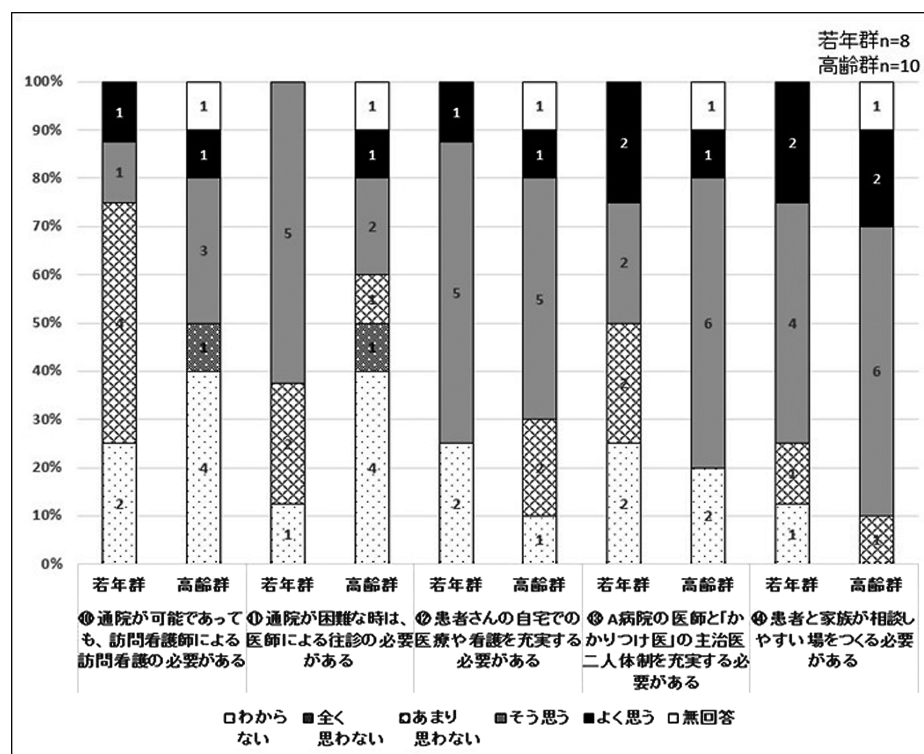


図 2. 今後の地域緩和ケアについての認識

い。入院当初、病棟の看護師から緩和ケアの存在を教
えてもらえたら、もっと早くから安心できたと思う。
緩和ケアの存在をより多くの人々に知ってもらいたい
と心から願っている』と記している。ケース5（50代
の女性）はA病院の入院経験がある。『あまり緩和ケ
ア自体が知られていない状態だと思う。まず、看護と
医療スタッフが信頼できる関係となって、色々な知識
を得る事から始めていく事が必要だと思う。相談すれ
ばいろいろなやり方を知るという事ができる。私自身
出来たからそう思う』と記している。

考察

本研究では、緩和ケア外来に通院しているがん患者
18名から回答が得られ、患者の地域緩和ケアに関す
る認識を把握することができた。以下に緩和ケア外来
に通院するがん患者の視点から、地域緩和ケアを充実
する上での課題を述べる。

1. 相談しやすい場と機会の充実

調査対象者として疼痛等の状態が安定している患者
を選定したが、回答者の83.3%は病気に伴う心の悩み
があり、72.2%は身体的な痛みを抱えていた。このこ
とから、回答者は病気に伴う身体の痛みや心の悩みを
抱えながら通院していることが明らかになった。また
55.6%は体調不良を感じており、療養先、医療費、
社会復帰、家族の健康や介護についての悩みもあるこ
とが明らかになった。脇屋ら（2016）も、がん患者
は身体的苦痛、心理的・経済的な悩みがあると述べて
おり本研究と一致している。さらに本研究では高齢群
の療養先の悩み、家族の健康や介護の悩みが明らか
になった。これらのことから、患者の疼痛や病気に伴
う心の悩みをくみとり、医療費などの患者の療養生活
全般に関わる個別性の高い対応を行う必要性が考えら
れた。また、それを多くの関係者と共有し、一緒に考え

表4 地域の緩和ケアが充実するために必要だと思うこと（自由記述）

ケース ID	ケースの概要※1	要 約
1	70代、男性、同居、月3回受診、介護保 険・訪問看護利用なし、A病院以外のかか りつけ医あり、A病院の入院なし（代筆）	手術を受けてから3か月になる。本人は、いらいで身の置き所 もない様子。家族共々どうしてよいかわからない時がある。この 生活が長く続くのかと思うと家族の方が病人になってしまう。
2	60代、男性、独居、月1回受診、介護保 険・訪問看護利用なし、A病院以外のかか りつけ医なし、A病院の入院あり	緩和ケアに100%はないと思う。今の自分には、お医者様、看護 師様と思うことが最高の緩和ケアと思っている。
3	60代、男性、同居、通院頻度無回答、介 護保険・訪問看護利用なし、A病院以外 のかかりつけ医なし、A病院の入院あり	現在、腫瘍内科の先生が外部から来ているが、常時担当の先生を おいてほしい。
4	60代、男性、同居、月1回受診、介護保 険・訪問看護利用なし、A病院以外のかか りつけ医なし、A病院の入院あり	今回入院してはじめて病院に緩和ケア外来が有ることを知った。 私も家族も利用して、どんなに助けられたかわからない。入院当 初、病棟の看護師から緩和ケアの存在を教えてもらえたら、もっ と早くから安心できたと思う。緩和ケアの存在をより多くの人々 に知ってもらいたいと心から願っている。
5	50代、女性、同居、月1回受診、介護保 険・訪問看護利用なし、A病院以外のかか りつけ医なし、A病院の入院あり	あまり緩和ケア自体が知られていない状態だと思う。まず、看護 と医療スタッフが信頼できる関係となって、色々な知識を得る事 から始めていく事が必要だと思う。相談すればいろいろなやり方 を知るという事ができる。私自身出来たからそう思う。

※1：ケースの概要：年代、性別、家族との同居または独居、通院頻度、介護保険・訪問看護の利用の有無、A病院以外のかかりつけ医の有無、A病院の入院の有無、代筆の場合は（ ）で明示した。年齢は個人の特定を防ぐ為、年代で表記した。

るシステムづくりが、地域緩和ケアの充実に必要であると考え、地域緩和ケアが充実するために必要なことについての自由記述では、患者や家族の置かれた辛い状況が表現された。ケース1はA病院以外のかかりつけ医があり、複数の専門職からの支援を受けていることが考えられるが、患者本人のいらいらで身の置き所のない様子が表現されていた。闘病を支える家族の苦悩についても記されていることから、帰宅後の生活における患者の不安や苦痛を把握し、家族の対応について一緒に考える場の必要性が考えられた。

また治療中の病気について不安や悩みがあるとき、患者は家族に次いで医師・看護師に相談していた。ケース2は『緩和ケアに100%はないと思う』として、『今の自分には、お医者様、看護師様と思うことが最高の緩和ケアと思っている』と表現していたことから、緩和ケア外来の存在が患者にとっていかに重要であるかが伺えた。しかし柏木ら（2008）は、がん患者は疼痛と同程度に精神的苦痛を有しており、患者は苦痛症状を外来診察場面で十分に表出することができていないと指摘している。このことから、患者が十分に苦痛を表出しているかという洞察、および顕在化して対応する（山田ら、2010）必要性が考えられた。本研究においては、若年群・高齢群ともに今後も相談しやすい場の充実に望んでいたことから、患者の思いが表出しやすい場づくりと機会を増やし、幅広い内容の悩みに対する介入の必要性が考えられた。一方、若年群・高齢群ともに「相談しない」や、高齢群では「誰に相談してよいかわからない」という回答もあったことから、相談窓口あるいは相談者を明確にする必要性が考えられた。特に患者の不安が強い退院直後は、2週間の医療保険の訪問看護サービスを導入することが可能であることから、制度を利用して自宅での疼痛コントロールや相談の機会を増やすことが可能になると考えられた。

またケース3は腫瘍内科の医師の常駐を希望していた。Hanratty ら（2013）は、同じ医師が継続してみることが患者に信頼を与えると述べており、ケース3のようにA病院以外のかかりつけ医を持っていない患者にとって、主治医の駐在が安心や信頼につながるということが考えられた。しかし病院の都合上難しい場合は、

がん患者二人主治医制などの医療環境の整備が重要である。がん患者二人主治医制とは、化学療法等を担当する病院主治医に加えて患者の自宅から受診しやすい、かかりつけ医を構える体制のことである（厚生労働省、2016）。切れ目のない緩和ケアの提供に資するため、通院中でも入院中と同様に医師に確実に相談できる体制整備の必要性が考えられた。

2. 入院中からの緩和ケア外来、在宅医療、訪問看護とのつながり

A病院への入院経験があった者の内、退院後の生活上の注意について「十分相談できた」、「相談できた」と回答したのは60.0%であったが、退院後の痛みや不調などの症状出現の際の対処については、80.0%が「相談できた」、「少し相談できた」と回答し、病棟において看護師が退院後に起こり得る症状を予測して対応していることが明らかになった。しかし、退院後の不安や再入院、予定よりも早い外来受診を13.3%が経験していた。緊急的に連絡した経験がある者は38.9%であったが、緊急時の連絡窓口の取り決めがあり家族も知っていたのは27.8%であった。したがって退院時には緊急連絡先の窓口を明らかにし、生じる恐れのある事態についての対処を予め示しておく必要性が考えられた。特に高齢群の中には、「全く相談できなかった」という回答があり、高齢者への対応をより丁寧に行う必要性が考えられた。また、ケース4が『入院当初、病棟の看護師から緩和ケアの存在を教えてもらえたら、もっと早くから安心できたと思う』と、緩和ケアの存在を早期に知ることを希望しているように、入院中から緩和ケアについて理解を促し、退院後も緩和ケア外来において引き続き相談できることを具体的に説明する必要性が考えられた。廣橋（2015）は、がん患者が安心して療養するためには、在宅医療との連携や緊急時の対応も含めた体制づくりが求められると述べている。また中川（2008）は、診診連携と病診連携体制の強化のために退院時カンファレンスによる十分な意見交換が最も重要であると述べている。これらのことから、現行の退院時カンファレンスの意見交換のメンバーや内容を見直し、入院中からの緩和ケア外来および在宅医療とのつながり

をつくる必要があると考えられた。在宅医療を支える訪問看護師の入院中からの関わりについて内海ら（2005）は、時機を得た早期からの在宅療養へのアプローチが必要であり、短期間でも我が家に帰りたいという利用者の思いを確認する関わりが重要となると述べている。また、小野ら（2012）は、在宅移行を困難にした要因として「重篤な状態での急な訪問看護の依頼」、「在宅での支援体制が不十分なまま退院」などを挙げていることから、在宅での看取りを希望する患者や疼痛コントロールなど、療養上の悩みに対する対処が必要な患者に対しては、積極的な訪問看護師の介入が必要であると考えられた。地域で活動する緩和ケアの専門職が加わることによって、退院後の療養生活で生じる不安を軽減できると考える。

3. 地域住民への緩和ケアやサービス体制についての情報発信

居住する地域において、「⑨A病院ががん診療連携拠点病院として地域で機能している」と66.7%は認識しており、回答者がA病院を評価していることが推察された。しかし、「①自宅においても患者さんに対する医療や看護ができています」は「全く思わない」と72.2%が回答した。介護保険および訪問看護を利用していない回答者が88.9%いることから、在宅療養の現状に詳しくない可能性もあるが、自宅での医療や看護ができていないと認識していることが明らかになった。その他の項目については、若年群も高齢群も「わからない」という回答が多く、地域の緩和ケア体制についての情報不足や関心が希薄であることが考えられた。ケース4、5の記述では、緩和ケア外来に対する感謝と共に、緩和ケア外来の存在を多くの人に知らせてほしいという希望や緩和ケア自体の存在を知らせてほしいという希望があった。2007年に施行されたがん対策基本法では、現在、がん対策推進基本計画（厚生労働省、2012）が進められており、「がん患者を含む国民が、がんを知り、がん向き合い、がんを負けることのない社会」を目指している。黒田ら（2011）は、地域緩和ケアネットワークの構築を目指す活動の中で、地域住民に対する緩和ケアや在宅療養に関する勉強会や市民公開講座などを実施し、地域

の啓発活動を強化することの必要性を述べている。A病院が立地する地域においても医療・看護等の専門職の連携だけでなく、地域の人々に支えられながら患者が在宅療養をするために、緩和ケアやサービス体制についての住民に向けた情報発信が必要であることが考えられた。

結論

Aがん診療連携拠点病院の緩和ケア外来に通院するがん患者の地域のケアに関する認識を明らかにし、患者の視点から地域の緩和ケアを充実する上での課題について検討した。回答者の83.3%は病気に伴う心の悩みがあり、72.2%は身体的な痛みを抱えていた。回答者の11.1%は社会復帰や家族の健康や介護についての悩みもあることが明らかになった。また66.7%の回答者はA病院ががん診療連携拠点病院として地域で機能していると認識していたが、回答者の72.2%は自宅における医療や看護ができていないと認識していた。自由記述では、緩和ケアの存在を早期に知りたかったと希望していた。これらのことから、緩和ケア外来に通院するがん患者と家族の相談の場と機会を増やすことが必要であるという課題が確認された。また、退院後の緊急時の対応も含め、患者が退院後も安心して療養するためには、入院中から緩和ケア外来や在宅医療や訪問看護とのつながりが必要であることが考えられた。さらに地域の人々に支えられながら患者が療養を継続するためには、住民に向けた緩和ケアに関する情報発信が必要である。

本研究の限界と今後の課題

本研究は二次医療圏内に唯一の緩和ケア外来をもつA病院を通して、通院患者の地域緩和ケアに関する認識を明らかにした。そのため、1施設の緩和ケア外来の通院患者18名の認識に限られている点が本研究の限界である。しかし、がん患者の身の置き所のない苦痛や家族の苦悩、闘病中の患者・家族に対する地域緩和ケアの重要性を確認することができた。今後の課題として、がん患者が緩和ケア外来、在宅医療、訪問看護とより早くつながりをもつための具体的な検討が必要である。

謝辞

調査にご協力くださいました患者様とご家族様、A病院の緩和ケア外来の皆様はじめ看護部の皆様に感謝申し上げます。なお、本研究は平成25-27年度JSPS科研費（基盤研究（C））25463641の助成を受けたものです。

文献

Hanratty B, Addington-Hall J, Cooper L, et al. (2013). What is different about living alone with cancer in older age? A qualitative study of experiences and preferences for care. *BioMed Central Family Practice*, 14(22). <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/22> (2016年5月12日)。

廣橋猛(2015). 病院外来の新機軸 患者に安心をもたらす緩和ケア外来のあり方. *病院*, 74 (10), 746-749.

星野彰(2013). がんが再発したときに、緩和ケアをどう伝え、どう支えていくか. *がん患者と対症療法*, 24 (1), 22-25.

柏木雄次郎, 赤垣裕介, 川田美也子, 他1名(2008). がん患者の心身苦痛と緩和ケアへの理解・受容 患者アンケートから. *心療内科*, 12(1), 73-79.

厚生労働省(2012). がん対策基本方針の計画. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku01.pdf. (2016年1月30日)。

厚生労働省(2012). 緩和ケアとは. http://www.mhlw.go.jp/stf/Seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/gan/gan_kanwa.html (2016年9月7日)。

厚生労働省(2012). 地域緩和ケアの提供体制について. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000095434.pdf>. (2016年9月7日)。

厚生労働省(2014). がん診療連携拠点病院等の整備について. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin_03.pdf. (2016年9月7日)。

厚生労働省(2015). 在宅医療・介護連携の推進について. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-umuka/0000102540.pdf>. (2016年9月1日)。

厚生労働省(2016). がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会における議論の整理. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000147234.pdf>. (2016年12月28日)。

黒田美智子, 川村博司, 横山英一, 他4名(2011). 地域緩和ケアネットワークの構築に向けた取り組み. *三友堂病院医学雑誌*, 12(1), 31-35.

中川彦人(2008). 在宅医療と地域連携パス. *治療*, 90(3), 1360-1365.

小野美奈子, 川端瑞代, 梶田啓, 他8名(2012). 継続看護が必要な患者の在宅移行を円滑にする要因及び困難にする要因 訪問看護ステーションにおける退院時連携の実態調査から. *宮崎県立看護大学看護研究・研修センター事業年報*, 1, 52-57.

榊原直喜, 東尚弘, 山下慈, 他6名(2015). 患者の疼痛の実態と課題ー外来／入院の比較と高齢者に焦点を当ててー. *Palliative Care Research*, 10(2), 135-141.

内海香恵, 高瀬奈美, 井上あおい, 他11名(2005). 緩和ケア病棟との有機的な連携をめざして. *地域医療*, 44, 26-265.

脇屋友美子, 伊東直美, 真壁玲子, 他2名(2016). 通院がん患者の療養生活上の課題. *福島県立医科大学看護学部紀要*, 18, 21-34.

渡邊紘章, 児島美保, 奥村佳美, 他3名(2015). 地域がん診療連携拠点病院における緩和ケア外来でのがん患者と家族に対する意思決定支援. *Palliative Care Research*, 10(1), 324-328.

山田晴美, 山口一郎, 山田敬子, 他1名(2010). 在宅で療養するがん患者のQOL向上のために一通院中の患者へのニーズ調査から手引きの作成へー. *ホスピスケアと在宅ケア*, 18(3), 325-333.

【Report】

The perception about regional palliative care of cancer patients in a palliative care clinic: The problems with the improvement of the regional palliative care

Kunie KARASAWA ¹⁾, Mihoko SHIMIZU ²⁾, Mihoko ITO ³⁾,
Kieko YASUDA ¹⁾, Akiko NAKABAYASHI ¹⁾, Fumiko OISHI ⁴⁾

¹⁾ Nagano College of Nursing, ²⁾ Iida Municipal Hospital,
³⁾ Shimoina Red Cross Hospital, ⁴⁾ Aichi Medical University

【Abstract】 The purpose of this study was to clarify the perceptions of cancer patients about regional palliative care. Moreover, we considered the problems with the improvement of the regional palliative care. The participants were 30 outpatients at the palliative care clinic in the A designated regional cancer care hospital. A questionnaire survey of the perceptions about regional palliative care was conducted. The questionnaires were collected by mail from 18 participants (15 males, 3 females). The range of the participants' age was 49 to 92 (mean: 67.1). The results showed that 83.3% of the respondents experienced the mental distress owing to the disease, 72.2% suffered from physical pain, and 11.1% felt uneasiness over the return to society and the distress concerning family members' health and caregiving. Also, 66.7% of the respondents thought that A designated regional cancer care hospital is functional in the region. However, 72.2% of them thought that medical and nursing care was not conducted at home. A few participants wanted to know earlier about palliative care. We identified the necessary for the intervention to increase places and opportunities of the consultation for outpatients and their families. And we found it important to intervene actively in the mental and physical distress. To live with peace of mind at home after hospital discharge, they also need to have connections with a palliative care clinic, home medical care and visiting nurses in the hospital as well as share information with the people concerned. Community health care providers' participation in the regional palliative care team could reduce discharged patients' anxiety at home care settings. In addition, we need to send information about regional palliative care for residents.

【Keywords】 regional palliative care, palliative care clinic, cancer patients, designated regional cancer care hospital, visiting nursing

柄澤邦江
〒399-4117
長野県駒ヶ根市赤穂1694番地
長野県看護大学
Tel: 0265-81-5138 Fax: 0265-81-5138
E-mail: kkarasawa@nagano-nurs.ac.jp
Kunie Karasawa
Nagano College of Nursing
1694 Akaho, Komagane, Nagano, 399-4117 JAPAN
TEL: +81-265-81-5138 FAX: +81-265-81-5138
E-mail: kkarasawa@nagano-nurs.ac.jp

